

平成 26 年 3 月期  
関西大学審査学位論文

三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度に関する研究

関西大学大学院博士課程後期課程

心理学研究科心理学専攻

09D8509 瓜崎 貴雄

## 要旨

本研究の目的は、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度について検討することであった。具体的には、①態度の構成要素と傾向を明らかにすること、②態度と看護経験・精神健康度・共感性との関連を明らかにすること、③看護経験を積むことで態度がいかに変化するかという態度変容の過程について検討することを目的とした。さらに、これらの研究結果を踏まえて、自殺未遂患者と関わる看護師への心理的支援について検討した。本研究は、三次救急医療場面における自殺未遂患者に対する看護の質を向上するための一助になると考えられる。

第1章は序論として、筆者が研究上の疑問を抱く契機となった事例と文献検討の結果を踏まえて、本研究の目的を明確にし、本研究の意義を記述した。また、本主題に関して研究を行うにあたり、用語の定義や態度の測定用具に課題があることを記した。

第2章は、態度の構成要素と傾向を探索することを目的とした。4施設88名の看護師から得られた375の自由記述を“内容分析”を用いて分析した結果、態度の構成要素を示すカテゴリーには、自殺未遂患者や家族など周囲の者の心情を理解しようとする【心情の理解】、自殺未遂患者を受け入れがたく、積極的に関わろうとできない【抵抗感】、看護師に期待される役割を遂行しようとする【専門的支援】、自殺未遂患者と家族など周囲の人物や社会的環境との関係性を探ろうとする【援助者の存在】、精神的な問題を抱える自殺未遂患者を救命救急センターで看護する困難を表す【精神的ケアの限界】があることを明らかにした。また、これらのカテゴリーを接近的態度（積極的な評価や感情と賛成の行動傾向を表すカテゴリー：【心情の理解】、【専門的支援】、【援助者の存在】）と回避的態度（消極的な評価や感情と不賛成の行動傾向を表すカテゴリー：【抵抗感】、【精神的ケアの限界】）に分類した。その上で、各看護師において、接近的態度に分類された自由記述のみを含むものを『接近的態度』、回避的態度に分類された自由記述のみを含むものを『回避的態度』、さらに接近的態度と回避的態度の双方に分類された自由記述を含むものを『両価的態度』として類別し、態度の傾向を示したところ、『両価的態度』が51名（58.0%）、『接近的態度』が33名（37.5%）、『回避的態度』が4名（4.5%）であることを明らかにした。しかし、この研究は、研究協力施設数や研究対象者数が少ないことが課題であった。

第3章は、第2章の研究の課題を踏まえて、態度の構成要素と傾向を明らかにする目的で量的研究を行った。前章の結果に基づいて質問紙を作成し、63施設906名から得られたデータを分析した。その結果、態度の構成要素として、患者に対する憤りと患者の自殺

行動に対する不信感や困惑を表す【自殺行動の否定】、生命を守ることへの関心と危機への介入を表す【危機への関わり】、患者の将来への懸念や患者を取り巻く環境への関心を表す【行く末への気がかり】が抽出された。態度の傾向は、自殺未遂患者に対する肯定的な構えと否定的な構えを同時に形成していると考えられる『両価的態度』が 398 名 (43.9%)、自殺未遂患者に対する抵抗感が大きく、否定的な構えを形成していると考えられる『回避的態度』が 329 名 (36.3%)、自殺未遂患者に対する抵抗感が小さく、危機介入への関心が大きい『接近的態度』が 179 名 (19.8%) であり、全ての群間に有意な人数比率の偏りを認めた。また、態度の傾向と看護師の背景（性別、年齢、部署、看護経験年数、救命救急センター経験年数）には関連や差を認めなかった。しかし、本研究で用いた質問紙（態度の測定用具）は累積寄与率が十分に高くなく、項目数が多く（全 48 項目）、妥当性の検討が十分でなかったため、質問紙の項目の精選と妥当性の検討が課題として挙げられた。

第 4 章で示した研究は、第 3 章の研究の課題を踏まえ、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度の作成と、態度と看護経験（救命救急センター以外の部署の経験の有無と、救命救急センターでの経験年数）の関連の検討を目的とした。まず、第 3 章の研究で収集したデータを再分析した。【自殺行動の否定】と【行く末への気がかり】から各 3 項目、【危機への関わり】から 5 項目を精選し、確認的因子分析を用いて適合度を検討し、看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度（The Nurse's Attitude Scale for Suicide Attempters : NASSA）の原案を作成した。次に、NASSA の信頼性と妥当性を検証するために、41 施設 601 名の看護師から得られた NASSA のデータを用いて、Cronbach の  $\alpha$  係数による内的整合性の検討、確認的因子分析による因子的妥当性と交叉妥当性の検討、共感経験尺度改訂版（Empathic Experience Scale Revised : EESR）（角田，1994）との構成概念妥当性の検討を行った。さらに、第 3、4 章で行った研究の有効回答を加算し、104 施設 1507 名のデータを用いて看護経験との関連を検討した。その結果、【自殺行動の否定】では救命救急センターでの経験年数が長い群の得点が有意に高いこと、【行く末への気がかり】では救命救急センターでの経験年数が短い群の得点が高い傾向にあること、【危機への関わり】では救命救急センターでの経験年数が長い群の得点が有意に高く、救命救急センター以外の部署の経験がない群の得点が有意に高いことを明らかにした。本研究では、経験年数の長さとな否定的態度との関連が示されたが、看護師の自殺未遂患者に対する態度が変容していく過程を明らかにできなかった点が課題であった。

第 5 章で示した研究は、第 4 章で作成した NASSA を用いて、態度と精神健康度、共感

性の関連を検討することを目的とした。41 施設 601 名の看護師から得られたデータを分析した。その結果、看護師の精神健康度では、【GHQ 合計】で看護師の 6 割以上が非健常群と判定され、【一般的疾患傾向】は 6 割以上、【身体的症状】、【睡眠障害】、【社会的活動障害】、【不安と気分変調】は 5 割以上、【希死念慮うつ傾向】は 2 割以上の看護師に症状がみられることが明らかとなった。自殺未遂患者に対する態度傾向として、『接近的態度』、『中立的態度』、『回避的態度』が示されたが、態度と精神健康度の関連では、『接近的態度』は『中立的態度』よりも【身体的症状】と【希死念慮うつ傾向】の得点が有意に高く精神健康度が低い、『接近的態度』は『回避的態度』よりも【不安と気分変調】の得点が有意に高く精神健康度が低いことが明らかとなった。態度と共感性の関連では、『接近的態度』は「共有型」（個別性の認識は低く、共有体験を自己に引きつけてしまう型）が多く「不全型」（他者との共有体験は得られにくい型）が少ないこと、反対に、『回避的態度』は「不全型」が多く「共有型」が少ないこと、『中立的態度』は「共有型」が少ないことが明らかとなった。本研究の結果より、自殺未遂患者に関わる看護師の精神健康度や共感性を高めるための具体的な支援方法を検討する必要性が示唆された。

第 6 章は、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程を明らかにすることを目的とした。2 施設 11 名の看護師の語りを“修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ”を用いて分析した。限定された地域でのごく僅かな施設の看護師を対象とした研究であるという限界はあったものの、次のような看護師の態度変容の過程が明らかとなった。三次救急医療に従事する看護師は、自殺未遂患者に対して、〈自殺企図の背景にある思いを理解しようとする試み〉を行うといった【専門職としての積極的な関わり】をしていた。しかし、関わりによって看護師は〔精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ〕や、予想に反し自殺未遂患者があまりに多いことに対する戸惑いと、死を望んだ患者の意思と反して、救命することに対し、「これでよいのか」と葛藤を抱く（〔戸惑いと迷い〕）といった【関わりの際に生じるまごつき】を感じていた。【関わりの際に生じるまごつき】を抱きながら【専門職としての積極的な関わり】を続けるのだが、【関わりの際に生じるまごつき】に対して、看護師は〔精神看護の必要性の認識〕や〔ゆとりの創出〕といった【関わるための試み】を行っていた。この過程を繰り返しながら年数を経ると、看護師は〈患者の自殺の意思に対する疑念〉、〈患者に対する腹立ち〉、〈患者に対する冷ややかな気持ち〉といった【不信と否定】を抱くようになる。【不信と否定】に対して、【関わるための試み】で対処できれば【専門職としての積極的な関わり】に至るが、できなかつ

た場合には、【不信と否定】は【虚しさによる消極的な関わり】へと繋がっていた。

第7章では、これまでの研究結果を総合し、看護経験と態度の肯定的要素・否定的要素の有無と程度に注目して、次のような態度変容の典型例を示した。看護経験年数が約3年未満の時は、態度の肯定的な要素のみがあり、『接近的態度』を形成しているが、看護経験年数が約3年を経過すると、態度の否定的な要素が現れ、肯定的要素との間に葛藤を生じる（『両価的態度』）。それに対して、看護師が肯定的な関心を減じ、否定的な要素との間のバランスを保ちながら、自殺未遂患者に関わろうとすることがある（『中立的態度』）。肯定的な関心を減じれば、患者に巻き込まれることを避けられ、患者に対する否定的な要素がさらに大きくなることはないので、患者と関わり続けることができるのである。また、『両価的態度』を形成した看護師が、否定的な要素を弱めるか、あるいは肯定的な要素を強めることができた場合は、『両価的態度』は『接近的態度』へと変化する。しかし、社会が要請する看護師像や看護教育の中で学んだ看護師像に、看護師が無理やりに近づこうとする場合は、精神的に疲弊してしまう。この時、看護師は自らの精神健康がさらに悪化しないように対処しようとする。態度の傾向の一つである『回避的態度』は、看護師が自らの精神健康を保持するための対処としての側面をもっていると考えられる。患者と必要以上に関わらず、気持ちに寄り添おうとしなければ、否定的な要素が大きくなるのを防ぐことができるのである。以上の典型例では、態度の傾向として、『接近的態度』、『両価的態度』、『中立的態度』、『回避的態度』の4つを示した。しかし、これらはいずれも自殺未遂患者や看護師にとって有益な態度とはいえず、自殺未遂患者に対する態度の否定的な要素をそのまま抱えられ、さらにそれを吟味できるような態度（『自己受容・吟味的態度』）の必要性を考察した。さらに、自殺未遂患者を看護する看護師に対する心理的支援について検討し、精神健康度を高める支援、自殺について学習する機会を提供する支援、看護師が自らの感情や考えに焦点を当てられるようになるための支援が必要であることを示した。今後の研究の課題として、第一に、典型例として示した態度変容の過程を検証すること、第二に、『自己受容・吟味的態度』は、いかにして形成されるのかについて検討すること、第三に、経験豊富な看護師を対象を限定して研究を行うこと、第四に、態度と職業的アイデンティティとの関連を検討すること、第五に、『自己受容・吟味的態度』を経て『中立的態度』、『接近的態度』を形成した看護師が、自殺未遂患者に関わることによって生じる相互作用を明らかにすること、第六に、前述した心理的支援の効果を検証することが挙げられた。

第8章は結論として、本研究の成果を9点に整理して記述した。

## 目次

### 第1章：序論 [1-18]

I. 本研究の背景	1
II. 本研究の主題に対して関心を抱く契機となった事例について	2
III. 文献検討	5
IV. 研究目的と意義	14

### 第2章：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度；構成要素と傾向についての質的研究 [19-34]

I. 研究の背景	19
II. 研究目的	20
III. 研究方法	20
IV. 結果	21
V. 考察	27
VI. 結論	31

### 第3章：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度；構成要素と傾向についての量的研究 [35-48]

I. 研究の背景	35
II. 研究目的	35
III. 研究方法	36
IV. 結果	38
V. 考察	42
VI. 結論	46

### 第4章：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度と看護経験の関連；看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度の作成と信頼性・妥当性の検討 [49-63]

I. 研究の背景	49
II. 研究目的	50
III. 研究 A	50

IV. 研究 B	53
V. 研究 C	57
VI. 総合考察	60
VII. 結論	61

**第 5 章：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度と精神健康度・共感性の関連 [64-80]**

I. 研究の背景	64
II. 研究目的	64
III. 研究方法	64
IV. 結果	67
V. 考察	75
VI. 結論	78

**第 6 章：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程 [81-108]**

I. 研究の背景	81
II. 研究目的	81
III. 研究方法	81
IV. 結果	84
V. 考察	104
VI. 結論	107

**第 7 章：総合考察 [109-124]**

I. 三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度について	109
II. 自殺未遂患者を看護する看護師に対する心理的支援について	120
III. 今後の研究の課題	122

**第 8 章：結論 [125-128]**

**謝辞 [129]**

## 第1章：序論

### I. 本研究の背景

日本の自殺者数は、1997年に約2万4千件だったが、1998年には3万件を超え、以後3万件を下回ることなく推移している。自殺者数が高い水準で推移している状況に対して、2006年に自殺対策基本法が施行され、自殺対策の基本理念と基本的施策が示された。基本理念は、1. 自殺は個人的問題のみならず、社会的問題であることを踏まえ、社会的な取り組みとして自殺対策を実施すること、2. 自殺の背景には多様な原因があることを踏まえ、精神保健的な観点のみならず、自殺の実態に即して自殺対策を実施すること、3. 自殺予防、自殺発生時の危機対応、自殺（自殺未遂）後の事後対応といった段階に応じた自殺対策を実施すること、4. 国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、民間団体などが相互連携のもとに自殺対策を実施すること、である。基本的施策は、1. 調査研究の推進等、2. 国民の理解の増進、3. 人材の確保等、4. 心の健康の保持に係る体制の整備、5. 医療提供体制の整備、6. 自殺発生回避のための体制の整備等、7. 自殺未遂者に対する支援、8. 自殺者の親族等に対する支援、9. 民間団体の活動に対する支援、である。また、2007年には自殺総合対策大綱が策定され、自殺対策基本法に示された9つの基本的施策に沿って、当面集中的に取り組む施策が策定され、2016年までに、2005年の自殺死亡率（人口10万対24.2）を20%以上減少させることが目標として設定された。当面集中的に取り組む施策のなかには、自殺未遂者対策が掲げられており、自殺未遂患者は救命救急センター（重症及び複数の診療科領域にわたるすべての重篤な患者を24時間体制で受け入れる施設）をはじめとした救急医療施設に搬送されることが多いため、救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実が課題として挙げられている。

救命救急センターの自殺企図症例の全収容者に対する割合は、1～15（平均2.7）%と施設により様々である（岸，黒澤，2000）。平均をみると決して大きい数字とはいえないが、救急病院での治療は救命としての意味だけでなく、再企図の予防としての精神療法的・危機介入的意味合いが大きく（保坂，1995）、自殺未遂の事後に治療者が直接に対応できる危機介入の第一歩の場、事後対策の方向づけを左右する重要な場であり、患者に対して支援体制や環境を提供するための貴重な機会でもある（伊藤，2006）。そのような観点から、看護師を含む多職種による救命救急センターを拠点とした自殺予防活動が展開されており（河西ら，2008）、救命救急センターでの看護師の自殺未遂患者への関わりは自殺予防に



において重要であるといえる。2009年に日本臨床救急医学会が発行した自殺未遂者への対応の手引きには、看護師の対応としてTALKの原則が示されている。TALKの原則とは、誠実な態度で、はっきり言葉に出して心配していることを伝える（Tell）、希死念慮の有無について率直に尋ねる（Ask）、相手の訴えを傾聴し、絶望的な気持ちを受けとめる（Listen）、相談機関を紹介するなどして安全を確保する（Keep safe）ことである。

しかし、救急医療の現場における自殺未遂患者への看護には困難が伴う。例えば、救命救急センターの看護師にはどのような事態にも対応できるような精神的準備が必要とされ（福山，2002）、強い緊張状態にあることや、三次救急医療に従事する看護師の約6割が精神健康度の低い状態であった（真木ら，2007）ことが報告されており、自殺未遂患者と関わるためのゆとりをつくり出すことがむずかしいと考えられる。また、外傷などの身体的な健康問題と異なり、こころの回復の過程や悪化の徴候が観察しにくいに関わりの評価がしにくいことや、自殺未遂が繰り返される現状から看護師が看護の達成感を得られにくく無力感を抱いてしまうことが考えられる。救急の現場で看護師などの医療従事者は自らの生命観・人生観・倫理観によって患者を批判しがちで、それが再企図へ導く結果になること（堤，福山，1995）や、自殺未遂患者に対する医療従事者のネガティブな態度が治療に悪影響を及ぼすこと（岸，黒澤，2001）が指摘されている。救命救急センターの使命は生命を守ることにあるので、自らで生命を絶とうとした自殺という行為は、その使命に抗うものと捉えられる。このような認識が自殺未遂患者への関わりをより困難にさせると思われる。実際に自殺未遂患者を看護する際に看護師の中に葛藤が生じることが指摘されている（福田ら，2006）。さらに、生命の危機的状態を脱し、身体的な健康状態が安定すれば、転院となるケースがほとんどであり、じっくり時間をかけて患者と関わるのがむずかしいことや、精神科医や臨床心理士が常駐していない救急医療施設も多いため、その場合は看護師が自殺未遂患者への関わりに困難を感じても、他の専門職に相談することができないといったことも考えられる。救急看護領域の看護師は、このような困難を抱えながら、自殺未遂患者と関わっているのである。

## II. 本研究の主題に対して関心を抱く契機となった事例について

前節では、救命救急センターをはじめとした救急医療の現場における看護師の関わりは、自殺予防の観点から重要である一方で、関わりには様々な困難が伴うことを述べた。

ここでは、筆者が本研究の主題に対して関心を抱き、研究上の疑問として考えさせられ

る契機となった事例について記述する。この事例は、筆者が看護師として A 救命救急センターに入職して 3 年を経過した頃の臨床経験に基づくものである。なお、個人の特定を避けるために具体的事実について若干の修正と改変を行っている。

## 1. 職場の概要

筆者は 2001 年 4 月～2005 年 3 月に、A 救命救急センターの集中治療室、初療室で、看護師として勤務していた。簡単に A 救命救急センターの概要を記しておく。一般的に救命救急センターは、独立型（内科や外科などといった他の診療科がなく、救命救急センターのみを有する施設）と併設型（救命救急センターに加えて、内科や外科などといった他の診療科を有する施設）に分類されるが、A 救命救急センターは、独立型の救命救急センターであった。病床数は 43 床、内訳は集中治療室（呼吸・循環・意識の状態が不安定で生命の危機的状況にある患者を収容する病棟）8 床、救急病棟（集中治療を経て、呼吸・循環・意識の状態が落ち着いた患者を収容する病棟）35 床、その他に初療室（搬送された患者に対して最初に治療を行う部屋）が 2 室、手術室が 2 室、整備されていた。集中治療室の一部の看護師が手術室を兼任、集中治療室と救急病棟の看護師が初療室を兼任していた。看護師の総数は約 60 名であり、勤務体制は三交替であった。筆者が所属していた集中治療室の場合、日勤では看護師 1 名が患者 1 名を、準夜勤・深夜勤では看護師 1 名が患者 2 名を受けもっていた。

## 2. 事例の概要

性別：女性。年齢：40 代。診断名：急性薬物中毒。既往歴：うつ病のため、30 代から三環系抗うつ薬を服用している。家族構成：一人暮らし、両親は他界、同胞なし。現病歴：X 年 Y-1 月から、不眠、倦怠感があり、会社を休みがちとなった。X 年 Y 月 Z 日、患者が無断欠勤したため同僚が患者宅を訪ねると、部屋の中で意識を失い倒れている患者を発見し、傍らから大量の空の薬包が見つかったため、救急車を要請した。初療室での経過：来院時、意識レベルは GCS (Glasgow Coma Scale) 計 8 点 (E2 V2 M4：痛み刺激で開眼し、理解しえない言葉があり、痛みに対して逃避する動作がみられる状態)。自発呼吸はある (30 回前後/分) が微弱、リザーバーマスク (高濃度の酸素の吸入が必要な場合に使用する、空気を貯めることのできるリザーバーバックが付属した酸素マスク)  $O_2$ 10L/分で  $SpO_2$  (動脈血酸素飽和度) 99%であったが、血液ガスで  $CO_2$  の蓄積を認めたため、直

ちに気管挿管し、人工呼吸管理を開始した。収縮期血圧 90～100／拡張期血圧 60～70 mmHg 代、脈拍 100～110 回／分代で、心室性期外収縮が散発していた。体温は 35℃代前半であったため、保温に努めた。尿検査の結果、三環系抗うつ薬による急性薬物中毒と診断された。末梢ルートと尿道カテーテルを挿入し、輸液を開始して強制利尿を図った。胃チューブを挿入し、胃洗浄を行った結果、薬片をわずかに認めた。胃チューブから活性炭と下剤を注入した。全身管理目的で集中治療室に入室となった。入院期間：X 年 Y 月 Z 日～Z+4 日（5 日間）。

### 3. 経過と看護介入の実際

患者の意識レベルが改善するまでの第 1～2 病日は、患者への身体的な看護が主体となった。具体的には、未吸収毒物の吸収阻止と既吸収毒物の排泄促進のための薬剤の投与、三環系抗うつ薬の中毒症状の観察（意識障害、痙攣、低血圧、不整脈など）、合併症の予防（呼吸器合併症、皮膚障害など）に焦点を当てた関わりを行った。患者は中毒症状の悪化、合併症を来たすことなく経過し、意識レベルが徐々に改善したため、人工呼吸器の weaning（離脱）を進めた。筆者は、患者の意識が清明になり気管チューブを抜去できれば、会話が可能になるので、自殺企図の経緯、希死念慮などを確認しようと考えていた。

第 3 病日、気管チューブを抜去後、患者は筆者に対して声を荒げ、「なぜ助けたの。死にたかったのに。」と、救命したことを非難した。これに対して筆者は戸惑い、どう言葉を返してよいのか分からず、絶句した。患者は自らで命を絶とうとしたのだから、筆者ら医療従事者の行為はそれに抗うように捉えられなくもない。患者の言い分は分からないわけではないのだが、一方では、これまで懸命に看護してきた筆者がなぜ非難されなければならないのかといった理不尽さや、患者に対する憤りが筆者の中に生じていた。患者の発言内容から、現在も希死念慮があり、再企図の可能性が高いことが推測されたため、ベッドサイドにハサミなどの危険物を置かないように留意した。また、末梢ルートを残して、胃チューブ、尿道カテーテルが抜去となり安静度が拡大したため、患者が自らを傷つける危険な行動に及ばないように患者を注意深く観察するように努めた。このように、環境整備や危険行為の予防に配慮したのだが、筆者に声を荒げた患者に対して、どうしても肯定的な関心を向けることができなかった。筆者の中に患者に対するネガティブな感情が生じていたが、一方で患者をケアしなければならないという思いもあり、複雑な心理状態に至っていた。第 4 病日、患者は筆者に対して相変わらずのそっけない態度をとっていた。筆者

は検温など業務上必要な関わりの際は訪床するが、自然と患者の元から足が遠のいていった。自殺企図に至った背景や現在の希死念慮を確認したり、それらを受けとめたりすることができなかった。第5病日、患者は精神科病院に転院した。

#### 4. 事例を通して抱いた研究疑問

事例では、看護師である筆者は自身の複雑な心理状態に適切に対処できず、結果として患者に肯定的な関心を向けることができなかった。救命救急センターに入職した当時は、どんな患者に対しても、否定的な感情を抱くことなく、おしなべて平等に関わることができていた。また、自殺未遂といった特定の受傷機転を持つ患者に対する関わり難さを抱くこともなかった。しかし、経験を重ね、このように自殺未遂患者に対して否定的な感情を抱き、積極的に関われなくなった。このことは、個人的な問題なのか、それとも多くの看護師が経験することなのか、また、看護師の自殺未遂患者に対する態度が変容するとしたら、その過程の詳細はどのようなものであるのか、看護師の自殺未遂患者に対する態度はどんな事柄と関連しているのだろうか、といった疑問を臨床の中で抱くに至った。

### Ⅲ. 文献検討

前節では、自らの臨床経験の中で生じた研究疑問について記した。ここでは、筆者が抱いた研究疑問について、これまでに得られた知見を整理するために文献検討を行う。文献検索のキーワードは、救急(emergency)、看護師(nurse)、自殺(suicide)、自殺未遂(suicide attempt)、態度(attitude)とし、医中誌 Web と PubMed を用いて行った。期間は1990～2010年の20年間とした。文献検索の結果、救急部門で勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度に関連した7つの文献が見つかった。以下では、その7つの文献を検討し、得られた示唆を踏まえ、前節で記述した研究疑問について、研究意義の観点から検討する。

#### 1. 看護師の自殺未遂患者に対する態度と態度に関連する要因について

Schnyder et al. (1999) は、30の事例を対象に、患者の自殺企図の理由と自殺未遂直前の感情に関して、患者、医師、看護師の認識を比較した。測定用具は、自殺企図の理由を問う14の項目(つらかった、助けを求めた、謝罪のためなど)と自殺未遂直前の感情を問う8項目(怒り、不安/パニック、罪責感など)の質問紙であった。患者は診察の後すぐに(治療についての議論がなされる前に)質問紙に回答し、その間に医師と看護師も

別々に同様の質問紙に回答した。その結果、患者と医師・看護師との間で、認識に相違があることが明らかになった。自殺企図の理由については、“つらい気持ち”の軽減や“耐えられない状況”からの脱出は、患者・医師・看護師に共通していたが、“コントロールの喪失”は、医師・看護師よりも患者が有意に選択したという点、自殺未遂直前の感情については、医師と看護師が“落胆”“無力／絶望”を有意に選択したのに対し、患者は“不安／パニック”“空虚”を有意に選択したという点が異なっていた。この研究結果は、看護師が自殺未遂患者の気持ちや考えを十分に汲み取れていない現状があるということを示していると考えられる。

福田ら（2006）は、救命救急センターで勤務する1施設68名の看護師を対象として、自殺未遂患者に対する看護師の認識や態度について調査した。態度の測定には、文献検討を基に、①自殺のとらえ方、②自殺企図患者を救命するジレンマ、③自殺企図患者との関わりで生じてくる気持ち、④自殺企図患者への関わりへの認識、⑤自殺企図患者の看護から得られるものの5側面から作成した36項目の質問紙を用いている（態度尺度については、後に検討する）。その結果、次のことを明らかにした。①自殺のとらえ方については、8割以上の看護師が、「窮地に置かれれば誰でも自殺企図を考える」「患者は死にたい気持ちと助かりたい気持ちで揺れている」など自殺未遂者に対する理解を示していた。②自殺企図患者を救命するジレンマについては、5割以上の看護師が「死にたいと思っている人を救命することにジレンマを感じる」など自殺企図患者を救命する葛藤を抱えていた。③自殺企図患者との関わりで生じてくる気持ちについては、約7割の看護師が「自分の対応が患者を傷つけたり興奮させてしまうのではないか」「受け持っている時に再企図したらどうしよう」と不安を抱えていたり、4割以上の看護師が「患者と関わるとイライラしたり嫌な気分になる」「自殺企図患者を担当するのはストレスである」とネガティブな感情を抱いていたりしていることが示された。④自殺企図患者への関わりへの認識については、9割以上の看護師が「自殺企図患者の看護について自分の知識や技術の不足を感じる」「再企図のサインに気づくのは難しい」と自殺未遂患者に対する看護の知識や技術不足を感じていたこと、5割程度の看護師が「積極的に話を聴き、思いを受け止めるようにしている」「支持的・共感的に関わるようにしている」と回答したことが示された。⑤自殺企図患者の看護から得られるものについては、「自殺企図患者の看護にやりがいを感じる」と回答した看護師は1割程度であることが示された。また、自殺企図患者の看護についての学習経験と自殺未遂患者に対する態度には関連があり、学習経験のある者の方が「自殺企図患者への看護に

ついて自分の知識や技術の不足を感じる」「自殺企図患者の看護には苦手意識がある」「どう働きかけてよいかわからないので当たり障りないよう関わる」において否定的であり、患者に対してより肯定的な態度をもっていたことが示されている。

Sun et al. (2007) は、救急部門で勤務する 7 施設 155 名の看護師を対象として、自殺未遂患者に対する態度を調査した。態度の測定には SOQ (Suicide Opinion Questionnaire) (態度尺度については、後に検討する) と文献検討によって作成した 22 項目の質問紙を用いている。その結果、①受けてきた看護教育のレベルが高い看護師は、それが低い看護師と比較して、自殺未遂患者に対してより肯定的な態度をもつこと、②信仰する宗教がない看護師は、それがあある看護師と比較して、自殺未遂患者に対してより肯定的な態度をもつこと、③これまで関わった自殺未遂患者数が 10 名以下の看護師は、それが 11 名以上の看護師と比較して、自殺未遂患者に対してより肯定的な態度をもつことを明らかにした。福田ら (2006) と Sun et al. (2007) の結果からは、看護師の自殺未遂患者に対する態度と、看護師の個人的な経験 (教育、宗教、看護経験) との関連が示唆される。

一方、これらの研究とは異なり、看護師の自殺未遂患者に対する態度と、看護師の経験年数や年齢といった個人的な経験とは関連がないとする結果を、Anderson (1997) が報告している。Anderson (1997) は、救急部門で勤務する 1 施設 40 名の看護師を対象として、自殺行動に対する態度を調査した。態度の測定は SOQ (Suicide Opinion Questionnaire) (態度尺度については、後に検討する) と文献検討によって作成した 16 項目の質問紙によって行われ、研究者はこの 16 項目が、①受容性、②倫理性と精神疾患、③専門職の役割、仕事、ケア、④コミュニケーションと注意の 4 つに分類されると想定していた。研究の結果、経験年数の長短、年齢の高低において態度に相違がないことを明らかにした。

以上、文献を検討した結果、看護師の自殺未遂患者に対する態度と看護師の個人的な経験との関連の有無については、さまざまな見解が示されていることが分かった。

## 2. 看護師の自殺未遂患者に対する態度変容に影響する要因について

Suokas et al. (2009) は、救急部門で勤務する 1 施設 100 名の看護師を対象として、精神科医へのコンサルテーションサービスの設立前後で、自殺未遂患者に対する態度を調査した。態度の測定には USP (Understanding Suicidal Patients) Scale を使用している (態度尺度については、後に検討する)。その結果、精神科医へのコンサルテーションの設立前

後で、自殺未遂患者に対する理解の程度や関わりの自発性が増さなかったことを明らかにした。この研究からは、他職種への相談体制を整備するだけでは、看護師の態度の変容には至らないということが分かる。

May (2001) は、救急部門で働くスタッフ（看護師、医師、牧師）を対象にして教育的な介入を行い、自殺企図患者に対する態度が変容するか否かを検討した。教育的な介入は、週1回、3つの掲示板を使って行われた。その結果、介入後に、【自殺についての受容性】、【専門職の役割・仕事・援助】、【コミュニケーション】に関する態度は変化しなかったが、【自殺行動の倫理性と自殺企図に対する見方】（自殺企図者は臆病である、精神疾患に罹患している、他者の共感を得ようとしているなど）が肯定的な態度へと変化したことを明らかにした。この研究は、教育的な介入が部分的ではあるものの、態度変容に効果があるということを示している。

以上、文献を検討してきた結果、看護師の態度変容のためには、環境を整備するだけでなく、看護師の内面に働きかける方策が重要であると考えられる。救急部門で働く看護師自身も自殺企図患者の看護に関する教育的なニーズをもっており、それらは、自殺と自殺企図に関する知識、自殺のリスクアセスメント、自殺企図に対する介入方法、自殺が生じた後の介入の特質（ポストベンション）の4つであるとされる（Keogh et al., 2007）。看護師に対する教育的な介入の重要性が示唆される。

### 3. 文献検討からの示唆を踏まえた研究疑問の検討

筆者の研究疑問は、①自殺未遂患者に否定的な感情をもち、積極的に関われなくなったことは個人的な問題なのか否か、②看護師の自殺未遂患者に対する態度が変容するとしたら、その過程の詳細はどのようなものであるのか、③看護師の自殺未遂患者に対する態度はどんな事柄と関連しているのだろうか、であった。

これらの研究疑問と文献検討で明らかにされている知見とを照合してみたい。まず①について、自殺未遂患者に対して否定的な態度をもち、関わりにくくなったという出来事は、筆者以外の看護師にも生じているということが分かった（Sun et al., 2007; 福田ら, 2006）。しかし、自殺未遂患者に対する看護師の態度に焦点を当てて詳細な検討を行った研究はこのうち、福田ら（2006）のみしかなかったため、現状をより一層明らかにするために研究対象施設数や対象者数を増やした実態調査研究が必要であると思われる。また、②については、Sun et al. (2007) が自殺未遂患者と関わる経験が増えることと、看護師の否定的

態度との関連を報告しているが、看護師の自殺未遂患者に対する態度が肯定的態度から否定的態度へといかに変容していくのか、その過程については研究されていないことが分かった。したがって、この態度変容の過程の詳細を明らかにしていく必要があると考えられる。ところで、福田ら（2006）では、9割以上の看護師が「自殺企図患者の看護について自分の知識や技術の不足を感じる」「再企図のサインに気づくのは難しい」と自殺未遂患者に対する看護の知識や技術不足を感じていることが示された。May（2001）が教育的介入によって部分的ではあるが看護師の態度が肯定的へと変容したことを示していることから、知識や技術が態度に少なからず影響すると考えられる。しかし、仮に自殺未遂患者への看護に関する知識や技術が十分にあったとしても、看護師が患者に肯定的関心を示すことができなければ、その知識や技術を看護に生かすことはできない。したがって、自殺未遂患者に対する看護についての知識や技術を高めていく方策を検討することも大事だが、それよりも先に看護師の自殺未遂患者に対する態度に焦点を当て、態度について詳細に検討するとともに、どうすれば看護師が自殺未遂患者に肯定的な関心を示せるかについて検討していくことの方が優先する事項であると考えられる。①と②は、この分野の重要な研究テーマであるといえよう。

③については、文献検討の結果から、看護師の自殺未遂患者に対する態度には、看護師の教育経験、宗教の有無、看護経験といった個人的な経験（Sun et al., 2007；福田ら、2006）が関連していると報告している研究がある一方で、Anderson（1997）のように、関連がないと報告している研究もあり、様々な見解があることが明らかとなった。先行研究はいずれも、研究対象施設数や対象者数が十分でないという課題があるため、これらを増やして、看護師の自殺未遂患者に対する態度と個人的な背景との関連について再度検討する必要があると思われる。また、文献検討の結果、個人的な経験以外の他の心理的特性と、自殺未遂患者に対する態度との関連については十分に検討されていないことも分かった。例えば、自殺未遂患者に関わる看護師の、人に寄り添う元々の能力や精神状態は、自殺未遂患者に対する態度に影響を与えていると考えられるが、それについては検討されていなかった。看護師が自殺未遂患者と関わる際に、生育歴、既往歴、自殺企図に至る経緯などからの客観的な理解にとどまらず、患者が体験したことを、あたかも自分のことであるかのように理解していくといった共感的理解も必要とされる。自殺未遂患者の対人的な安全感が増すことによって、治療促進的な環境が形成されることが考えられるからである。この共感的理解の程度と自殺未遂患者に対する態度とは、どのような関連があるだろうか。



また、共感的理解のためには、看護師に精神的なゆとりが必要だが、前述した真木ら（2007）により、救命救急センターの看護師は精神的に疲弊していることが示されている。看護師の精神健康度と自殺未遂患者に対する態度とは、どのように関連しているだろうか。前述した福田ら（2006）により、看護師が自殺企図患者を看護する際、死にたい人と思っている人を救命することに葛藤を抱えていたり、不安になったり、イライラしたりするなど、困難を抱えていることが示されていたが、看護師の共感性や精神健康度といった心理的特性と自殺未遂患者に対する態度との関連を検討することによって、自殺未遂患者に関わる看護師に必要な心理的支援を検討するためのヒントが得られると考えられる。

以上、筆者の研究疑問と従来の知見とを照合しながら検討してきた結果、筆者の抱いた研究疑問はこれまで十分明らかにされておらず、自殺未遂患者に対してよりよい看護をしていく上で、探求する意義のある事柄であると考えられる。したがって、これらの研究疑問に基づき、研究目的の設定と研究計画の立案を行い、研究を進めていくことにする。

#### 4. 研究の課題

救急看護の領域において、自殺未遂患者に対する看護師の態度に関する筆者の研究疑問に基づき研究を進めていくに際して、まず押さえておかないといけないのは、用語の定義に関することと、態度の測定用具に関することである。以下、それらについて記述する。

##### 1) 用語の定義に関すること

###### (1) 自殺未遂について

先行研究では、研究者が自殺や自殺未遂をどのようにとらえているのか不明なものが多い。救急医療の場という特殊環境の中で患者の行動化の状況背景を明確化することは、環境的、時間的、身体因的制限があり困難である（伊藤，2006）にしても、研究においては、用語の定義は明確でなければならない。そうでないと、面接調査や質問紙調査において、研究協力者が自殺や自殺未遂を様々に解釈して反応することが危惧される。

Attempted suicide（自殺企図あるいは自殺未遂）は、自殺の意志が薄弱か、漠然としていたか、あるいは両価的であったために、死には至らなかった自殺行為である（Evans & Farberow, 2003／高橋，2006）とされている。また、稲村（1977）は、自殺未遂を自殺頓挫型、賭け型、ためらい型、ジェスチュア型に分類している。自殺頓挫型は、自殺意図は明確であり、手段も致死度の高いものであるが、発見されるなどの偶然のことから助かったものを指し、賭け型は、意図はある程度はっきりしているが、死ぬべきか否かの判断

が明確ではなく、自らの運命を企図に託するものである。すなわち、死んでしまえばそれでもいいし、助かってしまえば生きていこうというわけである。これに対してためらい型は、意図も両価的、手段も両価的で、いつまでもどっちつかずの態度のまま企図し、未遂に終わるものである。ジェスチュア型は、明確な自殺意図はなく、手段も致死度の低いもので、むしろ自らの行為を周囲への働きかけの方策とするものである。

自殺未遂と類似の概念である自傷行為については、自らの手で故意に行われ、致死的でなく、社会的に容認されない性質をもつ、身体を害する行為、あるいは、身体を醜くする行為と定義されている (Walsh & Rosen, 1988/松本, 山口, 2005)。また、Simeon & Favazza (2001) は、自殺の意図なしに自ら故意かつ直接的に自分自身の身体に対して損傷を加えることと定義し、間接的損傷 (アルコール過飲による肝障害やヘビースモーキングによる呼吸器障害など) は除外し、直接的損傷 (皮膚を切る、尖ったもので突き刺す、鋭利なものを食べるなど) に限定している。

これらの文献を概観すると、自殺未遂と自傷行為の概念は、自らを害するという点で共通の性質をもっており、これらを区別するために、行為の意図、身体損傷の程度、反復性、自分を傷つける方法という 4 つ次元が示されている (Walsh & Rosen, 1988/松本, 山口, 2005)。この 4 つの次元と既述の諸家の文献とを照合すると、3 つの文献 (Evans & Farberow, 2003/高橋, 2006 ; 稲村, 1977 ; Simeon & Favazza, 2001) が行為の意図について言及している。稲村 (1977) のジェスチュア型は例外だが、自殺未遂には程度は様々であっても死の希求が行為の意図として存在し、自傷行為にはそれが存在しないということが、これら 2 つの概念を分ける要点になると考えられ、この点を踏まえた定義が必要となる。

そこで、本研究では、行為の意図を強調して、自殺未遂を「自殺とはどういう行為かを知っている者が、自らの意思で死を求め、自らの命を絶とうとしたが遂行できなかったこと」と定義する。

## (2) 看護師の自殺未遂患者に対する態度について

先行研究では、看護師の自殺未遂患者に対する態度についても明確な定義がなされていない。看護師の自殺未遂患者に対する態度を定義するために、まずは態度について検討していく。Manstead (1990) には、態度についての 3 つのアプローチが示されている。1 つ目は、身体の向きに重点を置く見方であり、この立場では、態度を心理的あるいは内化された「行為への準備状態 (readiness)」あるいは「反応しようとする傾向性 (predisposition

to respond)」として取り扱う。2つ目は、態度のもつ感情的な側面を強調する概念化である。例えば、Petty & Cacioppo (1981) は、社会心理学者の間では、態度という術語は、ある人や物や議題に関する一般的で恒久的な正または負の感情を表すために使われるべきであるということで広く合意されている、と述べている。3つ目は、態度の認知的な基礎を重視するものである。これら3つのアプローチは、態度の行動的、感情的、認知的な側面のそれぞれを強調したものである。一方で、Rosenberg & Hovland (1960) や Krech et al. (1962) のように、態度の構成要素として、行動的、感情的、認知的な側面を全て含んだ捉え方がある。Rosenberg & Hovland (1960) は、態度は概して、対象の特定された水準に対する特有の反応傾向として定義され、態度の指標として一般に使用される3つの主要なカテゴリーは、認知、感情、行動であると述べている。Krech et al. (1962) は、人は成長するにつれて、社会の様々な対象に関する認知、感情、行動傾向が、態度とよばれる恒久的なシステムの中に体系化されるようになると述べている。さらに、認知は対象についての個人の信念から成り、感情は対象に関連した情動を表し、行動傾向は態度に関連した全ての行動的な準備状態を含むと述べている。猪股 (1982) は、態度には情態 (affect) 的成分、認知 (cognition) 的成分、行動 (behavior) 的成分の三者が寄与していて、3成分は別個に考えられるが相互関連性を保っており、3成分が一貫して均衡のとれた仕方で体制化される傾向があることを示している。このように態度が3つの要素から構成されるとする見方は、Breckler (1984) によって支持されている。彼は、大学生を対象として、蛇に対する態度を認知的、感情的、行動的な要素を測る手段を用いて測定し、認知的、感情的、行動的な要素を含む態度の三要因モデルの方が、一要因モデルよりも有意によく適合することを明らかにしているため、認知的、感情的、行動的な要素から構成されるものとして態度をとらえることが望ましいと考えられる。

そこで、本研究では、Krech et al. (1962) による態度の定義を参考にして、看護師の自殺未遂患者に対する態度を「自殺未遂患者に関する積極的あるいは消極的な評価、情緒的感情および賛否の行動傾向といった看護師の心的構え」と定義する。なお、Krech et al. (1962) の態度に関する記述の邦訳は、“クレッチ Krech, D. ら (1962) は「態度とは社会的な対象に関する積極的あるいは消極的な評価、情緒的感情および賛否の行動傾向の持続的体系である」と、先有傾向と評価 (感情) の両側面を強調する定義を行っている” (田中, 1981) を参考にした。

## 2) 自殺未遂患者に対する態度の測定用具に関すること

我が国において、看護師の自殺未遂患者に対する態度に関する測定用具を用いた研究は、福田ら（2006）の1件のみであった。福田ら（2006）が作成した36の質問項目から成る質問紙は、文献検討をもとに、①自殺のとらえ方、②自殺企図患者を救命するジレンマ、③自殺企図患者との関わりで生じてくる気持ち、④自殺企図患者への関わりの認識、⑤自殺企図患者の看護から得られるもの、の5つの側面から作成され、救急看護に精通した看護師（救急看護認定看護師）などによる表面的妥当性の検討、Cronbachの $\alpha$ 係数による内的整合性の検討がなされている。しかし、質問紙作成のもとになった文献には、救命救急センターで勤務する看護師を調査対象とした研究が少ないため、質問項目が救命救急センターで勤務する看護師の態度を十分に反映しているとは言いがたい。また、因子分析が行われていないので、質問項目が研究者の仮定した5つの側面に分類されるか否かについても、検討する必要がある。

国外では、例えば、Suokas & Lönnqvist（1989）が、ICU（intensive care unit：集中治療室）や救急病棟と比較して、初療室（救急外来）の看護師は患者に対する共感性が低く、ケアに対する抵抗感が大きかったことを報告している。彼らは質問紙調査を行っているが、質問紙の質問項目選定の経緯が文献の中で示されていないという課題がある。また、前述したSun et al.（2007）やAnderson（1997）が質問項目を検討する際に参考にしたSOQ（Suicide Opinion Questionnaire）（Domino et al., 1982）は15因子100項目で構成されるが、項目数が多く各因子に重複する項目がみられるため、結果の解釈にむずかしさを有している。また、どちらの研究もSOQに文献検討から質問項目を追加しており、例えば大学教員、臨床心理士、看護師といった専門家による内容的妥当性の検討がなされている。しかしながら、これらの研究では因子分析が行われていないため、研究者が仮定した因子構造を示すか否かの検討が十分になされていないという課題がある。その他、看護師の自殺未遂患者に対する態度を測定する尺度としては、USP（understanding suicidal patients）Scale（Samuelsson et al., 1997）や、SBAQ（Suicide Behavior Attitude Questionnaire）（Botega et al., 2005）がある。前述したSuokas et al.（2009）が用いたUSP Scaleは、肯定的・否定的態度を表す11項目から構成される質問紙である。USP Scaleを構成する11項目は、Suokas & Lönnqvist（1989）が用いた質問項目の中から選定されたものであるため、内容的妥当性を有すると考えられる。しかし、USP Scaleと自殺未遂患者に対する態度を測定する他の尺度との相関の度合（基準関連妥当性）が検討さ

れていなかったり、因子分析が行われていなかったりと、妥当性の検討について課題がある。また、SBAQは21項目（内訳は、【患者に対する感情】【専門職の能力】【自殺の権利】の3因子16項目と、下位尺度に含まれなかった5項目）から成るが、下位尺度の内的整合性が低く（【自殺の権利】：Cronbachの $\alpha$ 係数=.5）、また、USP Scaleと同様に、基準関連妥当性の検討がなされていないという課題がある。

このように、先行研究で用いられた自殺未遂患者に対する看護師の態度を測定する用具は、いずれも何らかの問題を有している。また、そもそも国外の尺度は社会的・文化的背景の異なる我が国の看護師にそのまま適用できるとは限らない。唯一、我が国で行われた研究で用いられた福田ら（2006）の質問紙の36の質問項目をみると、自殺未遂患者への理解、共感的姿勢、看護へのやりがいといったポジティブな表現で問うているのは8つほどであり、残りの28は、看護する際のジレンマ、回避的な姿勢、ケアへの不安といったネガティブな表現となっている。福田ら（2006）の問題意識が看護師の自殺未遂患者に対するネガティブな態度であったためと考えられるが、態度には肯定的な側面もあり、否定的な側面と同様に扱う必要がある。したがって、自殺未遂患者に対する態度の測定用具を開発する際には、態度の肯定的な側面と否定的な側面の両方を考慮する、さらに実際に救急の現場で働く看護師の生の声を参考にして項目を検討する必要があるといえる。本研究では、このような点を考慮した簡便で信頼性と妥当性の高い測定用具の開発も射程にいれる。

#### IV. 研究目的と意義

本研究の目的は、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度について検討することである。具体的には、①態度の構成要素と傾向を明らかにすること、②態度と看護経験・精神健康度・共感性との関連を明らかにすること、③看護経験を積むことで態度がいかに変化するかという態度変容の過程について検討することを目的とする。さらに、これらの研究結果を踏まえて、自殺未遂患者と関わる看護師への心理的支援について検討する。

そのために、以下の手順をたどる。第2章においては、質的研究手法を用いて、看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素と傾向を探索する。第3章においては、第2章の結果と研究の課題をふまえ、量的研究手法を用いて、看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素と傾向を明らかにする。第4章においては、量的研究手法を用いて、第3章の

結果を参考にして、看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討する。さらに、作成した態度尺度を用いて、看護師の自殺未遂患者に対する態度と看護経験との関連を検討する。第5章においては、量的研究手法を用いて、看護師の自殺未遂患者に対する態度と精神健康度・共感性の関連を検討する。第6章においては、質的研究手法を用いて、看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程を明らかにする。第7章は総合考察として、まず、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度はどのようなものであるかについて、第2～6章の研究結果を要約した上で論じる。次に、一連の研究結果に基づいて、自殺未遂患者を看護する看護師への心理的支援について検討する。最後に、本主題を扱う研究についての今後の課題を記述する。第8章は結論として、一連の研究で明らかになった事柄を整理して記す。

なお、本研究において得られた結果は、三次救急医療場面における自殺未遂患者に対する看護の質を向上するための一助になると考えられ、研究の意義があるといえる。

## 付記

本章は、自殺の看護に掲載された原稿<sup>\*</sup>に加筆、修正を加えて纏めたものである。

※瓜崎貴雄（2010）：第I部第3章4-1 救命救急看護領域の研究，108-112. 田中美恵子編，自殺の看護，すびか書房.

※瓜崎貴雄（2010）：第II部1 救命を非難する自殺未遂患者の攻撃性；介入に消極的となる看護師の心理状態について，144-148. 田中美恵子編，自殺の看護，すびか書房.

## 文献

- 1) Anderson, M. (1997) : Nurses' attitudes towards suicidal behaviour ; a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department, *Journal of Advanced Nursing*, 25 (6) , 1283-1291.
- 2) Botega, N.J., Reginato, D.G., da Silva, S.V. et al. (2005) : Nursing personnel attitudes towards suicide; the development of a measure scale, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (4) , 315-318.
- 3) Breckler, S. J. (1984) : Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude, *Journal of Personality and Social Psychology*, 47 (6) , 1191-1205.

- 4) Domino, G., Moore, D., Westlake, L. & Gibson, L. (1982) : Attitudes toward suicide ; a factor analytic approach, *Journal of Clinical Psychology*, 38 (2) , 257-262.
- 5) Evans, G. & Farberow, N. L. (2003) : The encyclopedia of suicide (2nd ed.) , Facts on File, New York. /高橋祥友監修 (2006) : 自殺予防事典, 明石書店, 東京.
- 6) 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ, 石守久美子 (2006) : 救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度, *日本看護学会誌*, 15 (2), 15-24.
- 7) 福山嘉綱 (2002) : 救急医・看護婦のストレスマネジメント, *救急医学*, 26 (1), 105-108.
- 8) 保坂隆 (1995) : 再発防止のための方策 ; 救急病院でどこまでできるか, *Emergency nursing*, 8 (12), 1004-1008.
- 9) 稲村博 (1977) : 自殺学 ; その治療と予防のために, 東京大学出版会, 東京.
- 10) 猪股佐登留 (1982) : 態度の心理学, 培風館, 東京.
- 11) 伊藤敬雄 (2006) : 救急医療と自傷, *こころの科学*, 127, 24-29.
- 12) 河西千秋, 山田朋樹, 杉山直也, 平安良雄 (2008) : 救命救急センターを拠点とした自殺予防活動 ; 自殺未遂者への危機介入とケース・マネジメント, *精神科救急*, 11, 35-40.
- 13) Keogh, B, Doyle L. & Morrissey, J. (2007) : Suicidal behaviour: A study of emergency nurses' educational needs when caring for this patient group, *Emergency Nurse*, 15 (3) , 30-35.
- 14) 岸泰宏, 黒澤尚 (2000) : 救命救急センターに収容された自殺者の実態のまとめ, *医学のあゆみ*, 194 (6), 588-590.
- 15) 岸泰宏, 黒澤尚 (2001) : 自殺企図者の再企図予防, *救急医学*, 25 (8), 951-954.
- 16) Krech, D., Crutchfield, R. S. & Ballachey, E. L. (1962) : Individual in society; a textbook of social psychology, McGraw-Hill, New York.
- 17) 真木佐知子, 笹川真紀子, 廣常秀人, 寺師榮, 小西聖子 (2007) : 三次救急医療に従事する看護師の外傷性ストレス及び精神健康の実態と関連要因, *日本救急看護学会雑誌*, 8 (2), 43-52.
- 18) Manstead, A. S. R. (1990) : Attitudes. In Eysenck, M. W. (Eds.) , *The Blackwell dictionary of cognitive psychology*, 30-35, Basil Blackwell, Oxford. /野島久雄 (1998) : 態度. 野島久雄, 重野純, 半田智久訳, *認知心理学事典*, 248-255, 新曜社, 東京.

- 19) May, V. (2001) : Attitudes to patients who present with suicidal behavior, *Emergency Nurse*, 9 (4) , 26-32.
- 20) Petty, R. E. & Cacioppo, J. T. (1981) : Attitudes and persuasion; classic and contemporary approaches, W.C.Brown, Dubuque, Iowa.
- 21) Rosenberg, M. J. & Hovland, C. I. (1960) : Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In Rosenberg, M. J., Hovland, C. I., McGuire, W. J., Abelson, R. P. & Brehm, J. W. (Eds.) , *Attitude organization and change; an analysis of consistency among attitude components*, 1-14, Yale University Press, New Haven, Connecticut.
- 22) Samuelsson, M., Asberg, M., & Gustavsson, J. P. (1997) : Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95 (3) , 222-230.
- 23) Schnyder, U., Valach, L., Bichsel, K. & Michel, K. (1999) : Attempted suicide; Do we understand the patients' reasons?, *General Hospital Psychiatry*, 21 (1) , 62-69.
- 24) Simeon, D. & Favazza, A. R. (2001) : Self-injurious behaviors; phenomenology and assessment. In Simeon, D. & Hollander, E. (Eds.) , *Self-injurious behaviors; assessment and treatment*, 1-28, American Psychiatric Press, Washington, D. C..
- 25) Sun, FK., Long, A. & Boore, J. (2007) : The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide, *Journal of Clinical Nursing*, 16(2) , 255-263.
- 26) Suokas, J., Suominen, K. & Lönnqvist, J. (2009) : The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients; a comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service, *Crisis*, 30 (3) , 161-165.
- 27) Suokas, J. & Lönnqvist, J. (1989) : Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide, *Acta psychiatrica Scandinavica*, 79 (5) , 474-480.
- 28) 田中国夫 (1981) : 態度. 下中邦彦 (編), 新版 心理学事典, 549-550, 平凡社, 東京.
- 29) 堤邦彦, 福山嘉綱 (1995) : 自殺企図とせん妄について, *ナースデータ*, 15 (11), 98-105.
- 30) Walsh, B.W. & Rosen, P. M. (1988) : *Self-mutilation; theory, research and treatment*,



The Guilford Press, New York. / 松本俊彦, 山口亜希子訳 (2005) : 自傷行為 ; 実証的研究と治療指針, 金剛出版, 東京.

## 第2章：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度；構成要素と傾向についての質的研究

### I. 研究の背景

1998年以降、日本の自殺者数は3万件を下回ることなく推移している。自殺未遂の数は自殺既遂のその10～20倍に上ると推定され、自殺関連の問題が周囲に与える影響の大きさは計り知れない（山本，2006）。このような状況に対して、2006年に自殺対策基本法が施行され、さらに2007年には自殺総合対策大綱が策定され、国を挙げて自殺問題に取り組む体制が整備された。そして、この自殺総合対策大綱には自殺未遂者対策が掲げられており、救急医療施設における精神科医の診療体制等の充実が課題とされている。

救命救急センターの自殺企図症例の全収容者に対する割合は、1～15（平均2.7）%と施設により様々である（岸，黒澤，2000）。平均をみると決して大きい数字とはいえないが、保坂（1995）は、救急病院での治療は救命としての意味だけでなく、再企図の予防としての精神療法的・危機介入的意味合いが大きいと述べ、救命救急センターでの関わりの重要性を主張している。しかし、広常（1994）が、自殺未遂者を前にした時、救命救急センターの医療者は、怒り、困惑、無力感、徒労感、無関心などの感情を抱くと述べており、自殺未遂患者と接する看護師の中には様々な否定的感情が生じていると推測される。

感情は態度の構成要素の1つであるが、態度は他に認知、行動傾向といった構成要素を含むとされる（Krech et al., 1962）。第1章の文献検討の結果、救命救急センターの看護師が自殺未遂患者に対して形成している態度の構成要素に注目した研究は、3件（Sun et al., 2007；福田ら，2006；Anderson, 1997）と少ないことが分かった。また、Krech et al. (1962)によると、態度の構成要素（感情、認知、行動傾向）は相互に関連をもっているとされる。先行研究では、看護師が救命するジレンマを抱えているという報告（福田ら，2006）はあったが、看護師個人に焦点を当てて、態度の構成要素がどのように絡み合っているかについては十分に検討されていなかった。Alston & Robinson (1992)は、自殺未遂患者に対する看護師の否定的態度は看護師本人には意識されないが、行動や看護ケアを通して表現されてしまうので、患者に拒否されたという印象を与えうることや、看護師がこの解決できない否定的態度を持ち続けてしまうという問題を指摘している。したがって、態度に焦点を当て、態度の構成要素の詳細や、構成要素がどのように関連しているのか（態度の傾向）について検討する必要がある。

## II. 研究目的

本研究は、救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度について、その構成要素と傾向を探索することを目的とする。

## III. 研究方法

### 1. 研究対象者

救命救急センター、高度救命救急センター、新型救命救急センターを含む全国の救命救急センター202施設（2007年5月現在）から、無作為に13施設を抽出し、研究協力を依頼した。受諾のあった4施設（受諾率30.8%）の看護師157名を対象とした。

### 2. 調査方法

調査は研究対象者の匿名性を保持し、対面では得られにくいありのままのデータを得るために、郵送法による自由回答式質問紙調査を採用した。研究協力の得られた施設に研究対象者の人数分の依頼書、質問紙と回収用封筒を送付した。研究対象者には、回答した質問紙を厳封後に所定の場所に提出するように求めた。2週間程度の留置き式とし、看護部長に対して研究対象者への配布と回収を依頼した。調査期間は2007年11月から2008年1月とした。

### 3. 測定用具

自由回答式の質問紙を使用した。質問紙には自殺未遂の定義を明確に示した。調査項目の質問1は、研究対象者の背景（性別、年齢、看護経験年数、救命救急センター経験年数）、質問2は、自殺未遂患者を看護する時に感じる事、考える事、行動しようとする事とした。

### 4. 分析方法

Berelson (1954) / 稲葉, 金 (1957) の“内容分析”の手法を参考にし、自由回答の分析を行った。分析においては、単文（主語と述語の関係を一組だけ含む文）を1記録単位、各看護師の自由回答式質問に対する記述全体を1文脈単位とした。

#### 1) 看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素の分析

主語と述語が明確であり、多義的ではない記述を記録単位として抽出した。それらを帰

納的に分類してコード化し、意味内容の類似性に従ってカテゴリー化した。カテゴリーは抽象度の低い順に、サブカテゴリー、カテゴリーと整理して主題をつけた。分析過程では、分析結果と記述の内容との照合を適宜行った。また、精神看護学を専門とする大学教員 1 名に意見を求め、分析を段階的に進めることにより、解釈が恣意的に偏らないように配慮した。

## 2) 看護師の自殺未遂患者に対する態度の傾向の分析

本研究の看護師の自殺未遂患者に対する態度の定義に基づき、カテゴリーを接近的態度（積極的な評価や感情と賛成の行動傾向を表すカテゴリー）と回避的態度（消極的な評価や感情と不賛成の行動傾向を表すカテゴリー）に分類した。次に、文脈単位において、接近的態度に分類された記録単位のみを含むものを『接近的態度』、回避的態度に分類された記録単位のみを含むものを『回避的態度』、さらに接近的態度と回避的態度の双方に分類された記録単位を含むものを『両価的態度』として類別し、態度の傾向を示した。

## 5. 倫理的配慮

本研究は大阪府立大学看護学部研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力の依頼書や質問紙には、複数の施設を対象とし無作為抽出によって対象施設を選定したこと、研究協力は自由意思に基づくものであり拒否しても不利益を一切被らないこと、質問紙は無記名であり結果の公表に際して個人や所属組織が特定されないことがないことを明記した。質問紙の回収をもって、研究協力が得られたと判断した。

## IV. 結果

157 名に質問紙を配布し、106 名から回収した（回収率 67.5%）。この 106 名の記述のうち、記録単位を抽出できた 88 名の記述を分析対象とした。したがって、分析対象は 88 の文脈単位とその記述から抽出した 375 の記録単位となった。1 文脈単位における記録単位数の中央値は 4.0、四分位範囲は 3.0（第 1 四分位数 3.0、第 3 四分位数 6.0）であった。

### 1. 分析対象者の背景

分析対象者 88 名の内訳は、男性が 12 名（13.6%）、女性が 76 名（86.4%）であった。年齢の中央値は 32.0、四分位範囲は 14.5（第 1 四分位数 27.0、第 3 四分位数 41.5）であった。看護経験年数の中央値は 8.8、四分位範囲は 14.1（第 1 四分位数 4.7、第 3 四分位

数 18.8) であった。救命救急センター経験年数の中央値は 3.8、四分位範囲は 3.2 (第 1 四分位数 2.7、第 3 四分位数 5.9) であった (表 2-1 参照)。

表2-1 分析対象者の背景

	中央値	四分位範囲	第1四分位数	第3四分位数
年齢	32.0	14.5	27.0	41.5
看護経験年数	8.8	14.1	4.7	18.8
救命救急センター経験年数	3.8	3.2	2.7	5.9
性別		男性	12 ( 13.6 )	
		女性	76 ( 86.4 )	

※( )の数字は、総数(n)に対する割合(%)を示す。

## 2. 看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素

375 の記録単位が 81 のコードを生成し、23 のサブカテゴリー、5 つのカテゴリーに分類された。以下、サブカテゴリーを[ ]、カテゴリーを【 】で示す。

看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素は、【心情の理解】(132 記録単位: 35.2%)、【抵抗感】(79 記録単位: 21.1%)、【専門的支援】(78 記録単位: 20.8%)、【援助者の存在】(48 記録単位: 12.8%)、【精神的ケアの限界】(38 記録単位: 10.1%) であった (表 2-2 参照)。

表2-2 看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素

カテゴリ	記録単位数 ( % )
【心情の理解】	132 ( 35.2 )
【抵抗感】	79 ( 21.1 )
【専門的支援】	78 ( 20.8 )
【援助者の存在】	48 ( 12.8 )
【精神的ケアの限界】	38 ( 10.1 )
記録単位総数	375 ( 100.0 )

### 1) 【心情の理解】

132 の記録単位が 20 のコードを生成し、5 つのサブカテゴリーに分類された。サブカテゴリーは[自殺の動機への関心] (45 記録単位: 34.1%)、[受容的対応] (27 記録単位: 20.5%)、[患者の周囲の人々の心情への関心] (26 記録単位: 19.7%)、[死にきれなかった患者の心情への関心] (19 記録単位: 14.4%)、[自殺行為に至った患者への理解] (15 記録単位: 11.4%) であった。【心情の理解】の詳細を表 2-3 に示す。

表2-3 【心情の理解】

記録単位総数 = 132

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	記録単位数(%)	
心情の理解	自殺の動機への関心	患者が死のうとした理由が気がかりである	40	45 (34.1)
		自殺方法を選択した理由が気になる	3	
		自殺を試みた理由について、患者に尋ねる	2	
	受容的対応	思いを引き出せるように、患者の話を傾聴する	12	27 (20.5)
		自殺に至るまでの背景については、患者に聞いたりはしない	11	
		患者の訴えを否定したり、非難がましいことは言わないで、受容的に接する	4	
	患者の周囲の人々の心情への関心	患者の周囲にいる人々の思いに対応する	11	26 (19.7)
		家族の思いを推し量る	10	
		患者の家族は辛いと思う 繰り返す患者であれば、家族は自殺未遂に慣れている	4 1	
	死にきれなかった患者の心情への関心	死ねなかったことを患者がどう思うか気になる	5	19 (14.4)
		患者に引き続き自殺企図があるのかどうか気になる	4	
		患者は死にたかったのに、死ねなかったのだと思う	4	
		現在の自殺企図について、患者に尋ねる	3	
		死にきれなかった患者は辛いと思う	3	
	自殺行為に至った患者への理解	患者には死にたくなるほど辛いことがあったと思う	5	15 (11.4)
患者が死にたいのであれば、そのまま死なせてあげたい		3		
自殺しようとするなんて、患者はかわいそうだ		4		
自殺行為をした時、患者は痛かったと思う		2		
死にたくなるほど辛い日々であったなら、患者の死にたい気持ちは理解できる		1		

※サブカテゴリの%は、小数第二位を四捨五入したために合計が100.1%になる。

## 2) 【抵抗感】

79 の記録単位が 18 のコードを生成し、5 つのサブカテゴリに分類された。サブカテゴリは[自殺企図への疑義] (34 記録単位: 43.0%)、[生命軽視への憤り] (23 記録単位: 29.1%)、[身勝手さに対する憤り] (10 記録単位: 12.7%)、[冷淡] (9 記録単位: 11.4%)、[身近な人の死との重ね合わせによる揺らぎ] (3 記録単位: 3.8%) であった。【抵抗感】の詳細を表 2-4 に示す。

表2-4 【抵抗感】

記録単位総数 = 79

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	記録単位数 (%)	
抵抗感	自殺企図への疑義	自殺をしようとする患者の真意をはかりかねる	16	34 (43.0)
		患者は本気で死ぬつもりではないと思う	10	
		患者は死ぬ気がないのに、自殺をしようとして他人の気を引く	5	
		患者の自殺未遂歴が気になる	3	
	生命軽視への憤り	命は大切にすべきである	14	23 (29.1)
		患者は命を大切にしないので腹立たしい	7	
自殺しようとするなんて、患者はおろかである		2		
身勝手さに対する憤り	患者が残される人のことを考えていたのならば、自殺行動はとれない	4	10 (12.7)	
	他人に迷惑をかけ、患者は自己中心的である	3		
	患者は自分で自分を傷つけているのに、援助を求めてくることが腹立たしい	2		
	自殺未遂を繰り返されると腹立たしい	1		
冷淡	患者に関わりたくない	3	9 (11.4)	
	自殺しようとする人の気持ちは理解できない	3		
	患者に対する口調がきつくなる	1		
	患者を冷ややかな目でみる	1		
	患者に同情はできない	1		
身近な人の死との重ね合わせによる揺らぎ	身内や大切な人の死と、患者の自殺未遂とが重なり、辛くなる	2	3 (3.8)	
	自分の身内が自殺しようとしたらどうしようとする	1		

### 3) 【専門的支援】

78 の記録単位が 21 のコードを生成し、7 つのサブカテゴリに分類された。サブカテゴリは[再企図の予防] (27 記録単位 : 34.6%)、[救命の優先] (21 記録単位 : 26.9%)、[心身の安定を図る] (12 記録単位 : 15.4%)、[生きる術への期待] (6 記録単位 : 7.7%)、[患者についての情報収集] (6 記録単位 : 7.7%)、[生のメッセージ] (3 記録単位 : 3.8%)、[援助の模索] (3 記録単位 : 3.8%) であった。【専門的支援】の詳細を表 2-5 に示す。

表2-5 【専門的支援】

記録単位総数 = 78

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	記録単位数 (%)	
専門的支援	再企図の予防	患者から目を離さないようにする	15	27 (34.6)
		入院中の患者が再び自殺を試みないようにする手立てを考える	5	
		患者の再企図を防ぐために、患者の周囲に危険物を置かないようにする	7	
	救命の優先	救命のために、患者の状態を観察、アセスメントし、対処する	13	21 (26.9)
		患者に自らの命を脅かす危険な行為がみられれば、患者を抑制することを考慮する	4	
		とにかく患者を救命したいと思う	4	
	心身の安定を図る	患者が落ち着いて休めるように静かな環境を整備する	5	12 (15.4)
		患者に確認して、面会の調整をする	2	
		患者が意識回復後に不穏になった場合の対応を考える	2	
		患者の精神的安定を図るために、家族に対して付き添いを依頼する	1	
患者が一日のリズムをつけられるように関わる		1		
生きる術への期待	患者には、自殺しようとする勇氣・力があるのだから、必死に生きてほしい	4	6 (7.7)	
	自殺以外に方法があったと思う	1		
	入院中に生きる希望をみつけてほしい	1		
患者についての情報収集	患者との関わり方を考えるために、家族から情報を得る	5	6 (7.7)	
	患者のかかりつけ医に情報提供を求める	1		
生のメッセージ	次は自殺を試みないようにと、患者に話す	2	3 (3.8)	
	信用できる人に悩みを打ち明けられるようにと、患者に話す	1		
援助の模索	自殺に関する知識を深めるために学習する	2	3 (3.8)	
	看護師として、今、患者にできることは何かと考える	1		

※サブカテゴリの%は、小数第二位を四捨五入したために合計が99.9%になる。

#### 4) 【援助者の存在】

48 の記録単位が 10 のコードを生成し、3 つのサブカテゴリに分類された。サブカテゴリは[自殺を防ぐ援助者の存在] (26 記録単位 : 54.2%)、[社会への憂い] (12 記録単位 : 25.0%)、[退院後の支援の必要性] (10 記録単位 : 20.8%) であった。【援助者の存在】の詳細を表 2-6 に示す。



表2-6 【援助者の存在】

記録単位総数 = 48

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	記録単位数(%)	
援助者の存在	自殺を防ぐ援助者の存在	患者と家族との関係性を把握しようとする	11	26 (54.2)
		相談できる人がいれば、患者は自殺行為には至らなかったと思う	5	
		患者をサポートしてくれる人物がいたのか気になる	5	
		周囲の人々が気づいていたら、自殺を予防できたはずだ	5	
	社会への憂い	自殺未遂が多いことに驚きを感じる	5	12 (25.0)
		自殺企図の原因は社会の構造にあると思う	4	
		患者は周囲との関係が希薄になっている	3	
	退院後の支援の必要性	死のうと思ったのに死ぬことができず、患者はこれからどう生きていくのか、気がかりである	5	10 (20.8)
		患者は立ち直ることができるか、気がかりである	3	
退院後に患者をサポートする人がいるのか、気がかりである		2		

### 5) 【精神的ケアの限界】

38 の記録単位が 12 のコードを生成し、3 つのサブカテゴリーに分類された。サブカテゴリーは[救命救急センターの限界] (20 記録単位 : 52.6%)、[専門的な精神的フォローの必要性] (14 記録単位 : 36.8%)、[精神疾患患者に対する偏見] (4 記録単位 : 10.5%) であった。【精神的ケアの限界】の詳細を表 2-7 に示す。

表2-7 【精神的ケアの限界】

記録単位総数 = 38

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	記録単位数(%)		
精神的ケアの限界	救命救急センターの限界	助かった患者は、再び自殺を企図すると思う	9	20 (52.6)	
		救命救急センターでは、患者の精神的ケアに限界がある	8		
		死にたい患者を救命することについて葛藤が生じる	2		
		初療室では患者に対して深い感情を抱かない	1		
	専門的な精神的フォローの必要性	患者の精神的フォローを担う機関が必要である	6	14 (36.8)	
		患者が精神的なフォローを受けられるように、精神科受診を勧める	3		
		精神科医に常駐してほしいと思う	2		
		うつ病のコントロールは難しい	1		
		精神科医に具体的な対処方法を相談する	1		
	精神疾患患者に対する偏見	患者は精神的問題を抱えている	1	4 (10.5)	
		精神疾患が原因であれば、自殺しようとするとはしかたがない	3		
			精神疾患をもつ患者は何を考えているのか分からない	1	

※サブカテゴリの%は、小数第二位を四捨五入したために合計が99.9%になる。

### 3. 看護師の自殺未遂患者に対する態度の傾向

【心情の理解】、【専門的支援】、【援助者の存在】は、自殺未遂患者に対して援助的な姿勢で関わり、専門的な援助を実施しようとする看護師の態度を表している。これら 3 つの

カテゴリーは、積極的な評価や感情と賛成の行動傾向を表しているため、接近的態度とした。【抵抗感】、【精神的ケアの限界】は、自殺未遂患者の受け入れがたさや、精神的ケアの行き詰りといった看護師の態度を表している。これら2つのカテゴリーは、消極的な評価や感情と不賛成の行動傾向を表しているため、回避的態度とした。

分析方法に従って類別した結果、看護師の自殺未遂患者に対する態度の傾向は、割合の大きなものから順に、『両価的態度』(51 文脈単位：58.0%)、『接近的態度』(33 文脈単位：37.5%)、『回避的態度』(4 文脈単位：4.5%)であった(表 2-8 参照)。

表2-8 看護師の自殺未遂患者に対する態度の傾向

態度の傾向	文脈単位数(%)
両価的態度	51 ( 58.0 )
接近的態度	33 ( 37.5 )
回避的態度	4 ( 4.5 )
文脈単位総数	88 ( 100.0 )

## V. 考察

### 1. 看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素

記録単位総数の 35.2% (132 記録単位) と 5 カテゴリー中で最も大きい割合を占めていた【心情の理解】は、自殺未遂患者や家族など周囲の者の心情を理解しようとする看護師の態度といえる。看護師は、患者の[自殺の動機への関心]を示し、[自殺行為に至った患者への理解]を図ろうとする。さらに、[死にきれなかった患者の心情への関心]を向け、[受容的対応]を行うための態度を形成する。このような看護師の態度は、患者に安心感を与えると考えられる。さらに、患者に関心を向けることによって、些細な変化を敏感に察知することができ、再自殺のサインに気づくことができると考えられる。また、看護師は、患者のみならず、家族など[患者の周囲の人々の心情への関心]を示す。高橋(2006)は、自殺未遂や既遂が1件生じると、強い絆のあった人が最低でも5人は心理的な打撃を受けるという推計を示している。患者の自殺未遂が患者の家族や周囲の人々へ与えた影響を把握しようとすることは、家族や周囲の人々への援助も考慮する看護師の重要な態度であると考えられる。

【専門的支援】は、看護師に期待される役割を遂行しようとする態度といえ、記録単位総数の 20.8% (78 記録単位) を占めていた。看護師は[救命の優先]という、救急医療に携わる者にとっては必然ともいえる前提に立っている。その上で、患者の[心身の安定を図る]

ために、また、[再企図の予防]のために、[患者についての情報収集]を行い、[援助の模索]をしようとする態度を形成する。自殺未遂患者の意識レベルが徐々に改善し、患者が現在の自分の置かれている状況を認識してくると、精神的な問題への具体的な対応の必要性が表面化する（清水，吉田，2006）。このような状況下では患者は混乱を来すと考えられるので、患者の安全を守るためには看護師の臨機応変な対応が必要となる。また、看護師は患者の[生きる術への期待]を込めて、患者に対して[生のメッセージ]を伝えようとする。これは、患者の力を信頼し、生命の尊さを伝えようとする看護師の態度を表していると考えられる。

【援助者の存在】は、自殺未遂患者と家族など周囲の人物や社会的環境との関係性を探ろうとする看護師の態度といえ、記録単位総数の 12.8%（48 記録単位）を占めていた。看護師は、患者の[退院後の支援の必要性]を考える。[社会への憂い]を感じつつも、患者の周囲に[自殺を防ぐ援助者の存在]がないかを考慮する。患者の自殺未遂によって、家族は大きく 2 つの反応を示す。1 つは心理的距離が近すぎる場合であり、茫然自失、身体的・精神的変調の訴え、医療者への攻撃、後悔といった反応である。もう 1 つは、心理的距離が大きい場合であり、患者への攻撃、患者との関わりの拒否、治療に対する非協力性といった反応である（堤，福山，1995a）。これらの反応は、家族以外の患者の身近な人物にも当てはまると思われる。患者の再自殺を予防するために、患者を援助するという役割を家族や身近な人物が担えるか否かをアセスメントすることは重要である。高橋（2006）は、自殺の危険の高い人の治療の三本柱は、薬物療法、精神療法、周囲の人々との絆の回復であると述べている。看護師は、特に周囲の人々との絆の回復において、患者と家族や周囲の人物との関係を調整するという重要な役割を担っていると考えられる。

記録単位総数の 21.1%（79 記録単位）と 5 カテゴリー中で 2 番目に大きい割合を占めていた【抵抗感】は、自殺未遂患者を受け入れがたく、積極的に関わろうとできない看護師の態度といえる。看護師は患者の[自殺企図への疑義]、[生命軽視への憤り]や[身勝手さに対する憤り]を抱く。また、看護師自身の[身近な人の死との重ね合わせによる揺らぎ]を経験することもあり、[冷淡]な態度を形成する。中山ら（2006）は、1 年間に自殺を図って救命救急センターに搬送された患者の約 4 割に自殺未遂の既往があったことを報告している。自殺未遂患者は救命救急センターでの治療歴がある可能性が高く、看護師が過去に看護した経験のある患者を再び看護するといったことが十分にあり得る。自殺未遂が繰り返される状況は、[自殺企図への疑義]、[生命軽視への憤り]、[身勝手さに対する憤り]を増

強させると考えられる。さらに、看護師自身の身近な人の死についての経験が重なると、看護師の感情はあっさり揺さぶられる。態度の構成要素は相互に関連をもつことから、感情の変化が認知や行動傾向にも影響を与え、患者との間に適切な心理的距離を形成することが困難になると考えられる。

【精神的ケアの限界】は、精神的な問題を抱える自殺未遂患者を救命救急センターで看護する困難を表した態度といえ、記録単位総数の 10.1% (38 記録単位) を占めていた。2004 年の WHO の調査では、自殺者の 95% が最後の行動に及ぶ前に何らかの精神科診断に該当する状態であったことが示されている (高橋, 2007)。さらに未遂に終わった者は身体的な変化、苦痛や制限が加わることで、精神的負担が増大して危機的状況に至る可能性がある (安田, 2006)。自殺未遂患者に対する看護師の精神的援助は重要であるが、それを行うためには患者とゆっくり関わる必要がある。しかし、救急の場面では、まず患者の身体的ニーズが優先的に取り上げられ、救命のための治療・看護に追われることで、患者の心理的援助が後回しになったり、できなかつたりすることがある (枝ら, 2007)。このような状況の中で、自殺未遂患者に対して精神的な援助を行うことは大きな困難を伴うために、看護師が[救命救急センターの限界]や[専門的な精神的フォローの必要性]を感じていると考えられる。[精神疾患患者に対する偏見]は、救命救急センターでの看護経験によるところが大きいかもしれない。救命救急センターには生命の危機的状態にある患者が搬送されるが、その多くは突然の事故や病気の患者であり、患者自身がその状態になることを望んだわけではない。そして、救命救急センターの使命は文字通り患者の生命を守ることにある。しかし、自殺未遂患者は一見すると自ら死を希求したように捉えられるので、救命救急センターで勤務する看護師の使命感と自殺をしようとした患者の行動との間にギャップが生じると考えられる。また、伊藤ら (2004) は 1 年間に救命救急センターに入院した精神疾患患者のうち、自殺未遂を以て入院に至った患者は、男性の 68%、女性の 86% であったことを報告している。救命救急センターの看護師が接する精神疾患患者は、自殺を図り未遂に終わった患者である場合が多いため、看護師は自殺未遂と精神疾患を強く関連づける傾向にあると推測される。そして、これらが、看護師の精神疾患患者に対する見方を偏ったものにすると考えられる。

## 2. 看護師の自殺未遂患者に対する態度の傾向

過半数 (51 文脈単位 : 58.0%) が『両価的態度』を形成していた。この『両価的態度』

は、看護師の葛藤を表していると考えられる。すなわち、接近的態度に分類したカテゴリー（【心情の理解】、【専門的支援】、【援助者の存在】）と、回避的態度に分類したカテゴリー（【抵抗感】、【精神的ケアの限界】）との間での葛藤である。葛藤とは、複数の相互排他の要求（欲求）が同じ強度をもって同時に存在し、どの要求に応じた行動をとるかの選択ができずにいる状態をさす（赤井，1999）。本研究で明らかとなった葛藤の状況は、Lewinの分類によるところの接近 - 回避葛藤であり、自殺未遂患者という一つの対象に対して接近したい要求と回避したい要求とが並存している状態であると考えられる。Wolk-Wasserman（1985）は、自殺未遂患者に対する ICU スタッフの反応には、敬遠、回避、怒りと攻撃性、共感と関心があることを、福田ら（2006）は、死にたいと思っている人を救命することに 5 割以上の看護師がジレンマを感じると回答したことを報告している。いずれも、自殺未遂患者を看護する際に看護師の中に生じる葛藤の存在を示しており、本研究の結果は先行研究の結果と合致するものである。救急医療の場は重症で命が脅かされている患者とそれを取り巻く高度医療機器、濃厚治療と患者のバイタルサインの変動などストレスに満ちている（高橋ら，2003）。また、救命救急センターの看護師にはどのような事態にも対応できるような精神的準備が必要とされる（福山，2002）。こういった要因により、救命救急センターの看護師は強い緊張状態にあると推測されるが、自殺未遂患者と接する際に生じる葛藤は、看護師の緊張をさらに高め、精神的負担を増大させると考えられる。三次救急医療に従事する看護師の約 6 割が GHQ（General Health Questionnaire）で精神的健康度の低い状態であった（真木ら，2007）ことを考慮すると、看護師に対する心理的支援の必要性が示唆される。

『接近的態度』の割合は 37.5%（33 文脈単位）であった。救命救急センターという緊迫した雰囲気の中で、看護師が自殺未遂患者に対して『接近的態度』を形成することは、容易ではないのかもしれない。しかし、先行研究では、看護師の『接近的態度』が患者の再自殺を予防する鍵となり得ることが示されている。Pallikkathayil & McBride（1986）は、自殺を試みた患者に対して、面接と質問紙を使用した調査の結果、患者が自らの危機について強く話したがっていたことを報告している。また、Talseth et al.（1999）は、自殺を図り、救急病棟を経て精神科病棟に入院している患者を対象にした面接調査の結果、希望を与える看護師の必要性が語られたことを示し、看護師が自殺念慮のある患者を相互作用の中で価値ある人間として承認することが重要であると述べている。看護師が患者の話を傾聴し、受容するためには、『接近的態度』が不可欠であると思われる。

『回避的態度』の割合は4.5%（4文脈単位）であった。3つの態度傾向の中で割合は最も小さかったが、『回避的態度』がみられたことは軽視できない。堤、福山（1995b）は、救急スタッフは自らの生命観・人生観・倫理観によって患者を批判しがちで、それが再企図へ導く結果になることを指摘している。Maltzberger（1986）／高橋（1994）は、自殺に密接に関連する状態として、深い孤独感、無価値感、極度の怒りがあると述べているが、看護師の『回避的態度』は、患者の中にあるこれらの感情を強め、再企図のリスクを高める可能性があると考えられる。

### 3. 研究の限界と今後の課題

本研究では、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素と傾向についての基礎資料を得ることができた。しかし、本研究にはいくつか限界もある。本研究では、研究対象者の匿名性を保持し、対面では得られにくいありのままのデータを得るために郵送法による自由回答式質問紙調査を採用したが、この調査方法に関連した限界がある。自由回答の記述内容について、研究対象者にその意図や詳細を確認することができないために記録単位375、文脈単位88と分析対象が少なくなった。また、研究協力施設数や研究対象者数も少ないことから、研究結果を一般化することについては慎重にならざるを得ない。次に、分析方法に関連した限界がある。まず、記述に対する重みづけを行っていない点が挙げられる。例えば、1文脈単位の中に接近的態度と回避的態度双方に分類された記録単位を含むものを『両面的態度』として類別したが、どちらかの態度の程度が大きいということが当然あり得ると考えられる。この点について詳細な分析ができなかったことは、本研究の限界である。

以上から、調査対象の拡大や調査方法の工夫を行い、態度の構成要素の程度を踏まえた分析方法を検討することによって、より信頼性の高い結果を得ることが今後の課題であると考えられる。

## VI. 結論

本研究の結果、以下のことが明らかとなった。

- ・看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素は、【心情の理解】（132記録単位：35.2%）、【抵抗感】（79記録単位：21.1%）、【専門的支援】（78記録単位：20.8%）、【援助者の存在】（48記録単位：12.8%）、【精神的ケアの限界】（38記録単位：10.1%）であった。

- ・看護師の自殺未遂患者に対する態度の傾向は、『両価的態度』が 51 名 (58.0%)、『接近的態度』が 33 名 (37.5%)、『回避的態度』が 4 名 (4.5%) であった。

## 付記

本研究にご理解を頂き、ご協力下さいました施設の看護部長様、看護師の皆様に深く感謝致します。

なお、本章は、大阪府立大学看護学部紀要に掲載された論文\*に加筆、修正を加えて纏めたものである。

※瓜崎貴雄，桑名行雄（2009）：救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度；構成要素と傾向についての質的研究，大阪府立大学看護学部紀要，15（1），1-10.

## 文献

- 1) 赤井誠生（1999）：コンフリクト．中島義明，安藤清志，子安増生他編集，心理学辞典，285，有斐閣，東京．
- 2) Alston, M. H. & Robinson, B. H. (1992) : Nurses' attitudes toward suicide, *Omega Journal of Death & Dying*, 25 (3) , 205-215.
- 3) Anderson, M. (1997) : Nurses' attitudes towards suicidal behaviour; a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department, *Journal of Advanced Nursing*, 25 (6) , 1283-1291.
- 4) Berelson, B. (1954) : Content analysis. In Lindzey, G. (Eds) , *Handbook of social psychology volume I ; theory and method*, 488-522, Addison-Wesley, Cambridge, Massachusetts. / 稻葉三千男，金圭煥訳（1957）：内容分析．社会心理学講座 7 大衆とマス・コミュニケーション，みすず書房，東京．
- 5) 枝さゆり，辰巳有紀子，野村美紀（2007）：救急看護師の Sense of Coherence とストレスのバーンアウトとの関連，日本救急看護学会雑誌，8（2），32-42.
- 6) 福田紀子，石川崇子，久保まゆみ，石守久美子（2006）：救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度，日本看護学会誌，15（2），15-24.
- 7) 福山嘉綱（2002）：救急医・看護婦のストレスマネジメント，救急医学，26（1），105-108.

- 8) 広常秀人 (1994) : 自殺未遂 ; 生命の否定と救急医のジレンマを乗り越える, 救急医学, 18 (13), 1799-1801.
- 9) 保坂隆 (1995) : 再発防止のための方策 ; 救急病院でどこまでできるか, *Emergency nursing*, 8 (12), 1004-1008.
- 10) 伊藤敬雄, 葉田道雄, 木村美保, 黒川顕, 黒澤尚, 大久保善朗 (2004) : 高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者とその追跡調査 ; 精神科救急対応の現状を踏まえた 1 考察, 精神医学, 46 (4), 389-396.
- 11) 岸泰宏, 黒澤尚 (2000) : 救命救急センターに収容された自殺者の実態のまとめ, 医学のあゆみ, 194 (6), 588-590.
- 12) Krech, D., Crutchfield, R. S. & Ballachey, E. L. (1962) : *Individual in society; a textbook of social psychology*, McGraw-Hill, New York.
- 13) 真木佐知子, 笹川真紀子, 廣常秀人, 寺師榮, 小西聖子 (2007) : 三次救急医療に従事する看護師の外傷性ストレス及び精神健康の実態と関連要因, 日本救急看護学会雑誌, 8 (2), 43-52.
- 14) Maltzberger, J. T. (1986) : *Suicide risk; the formulation of clinical judgment*, New York University Press, New York. / 高橋祥友訳 (1994) : 自殺の精神分析 ; 臨床的判断の精神力動的定式化, 星和書店, 東京.
- 15) 中山秀紀, 大塚耕太郎, 酒井明夫他 (2006) : 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査 ; 通院状況を考慮した自殺予防, 精神医学, 48 (2), 119-126.
- 16) Pallikkathayil, L. & McBride, A. B. (1986) : *Suicide attempts; the search for meaning. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 24 (8), 13-18.
- 17) 清水明美, 吉田葉子 (2006) : 急性薬物中毒で搬送された患者の看護 救命救急の場における看護師の役割とは何か, *EMERGENCY CARE*, 19 (10), 989-995.
- 18) Sun, FK., Long, A. & Boore, J. (2007) : *The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide*, *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 255-263.
- 19) 高橋章子, 舘山光子, 長谷川陽子, 斉藤理代 (2003) : 救急看護師の役割と必要な能力に関する研究, 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 10, 111-120.
- 20) 高橋祥友 (2006) : 自殺の危険の高い患者に対する精神療法, 精神療法, 32(5), 534-540.
- 21) 高橋祥友 (2007) : 自殺の危険の高い患者の心理, 精神療法, 33 (3), 338-345.
- 22) Talseth, AG., Lindseth, A., Jacobsson, L. et al. (1999) : *The meaning of suicidal*



psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5) , 1034-1041.

23) 堤邦彦, 福山嘉綱 (1995a) : 自殺企図患者の家族 ; 厄介な問題につきあう家族への援助, *Emergency nursing*, 夏季増刊, 144-149.

24) 堤邦彦, 福山嘉綱 (1995b) : 自殺企図とせん妄について, *ナースデータ*, 15 (11), 98-105.

25) Wolk-Wasserman, D. (1985) : The intensive care unit and the suicide attempt patient, *Acta psychiatrica Scandinavica*, 71 (6) , 581-595.

26) 安田美佳 (2006) : 救命救急センター看護師による自殺企図者へのアプローチ, *看護技術*, 52 (14), 1285-1288.

27) 山本泰輔 (2006) : WHO/WPRO 自殺予防会議, *精神医学*, 48 (8), 909-914.

### 第3章：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度；構成要素と傾向についての量的研究

#### I. 研究の背景

第2章で示した研究では、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素と傾向を探索することを目的として、救命救急センター4施設88名の看護師の自由記述を分析した。その結果、態度の構成要素として、自殺未遂患者や家族など周囲の者の心情を理解しようとする【心情の理解】、自殺未遂患者を受け入れがたく積極的に関わろうとできない【抵抗感】、看護師としての役割を遂行しようとする【専門的支援】、自殺未遂患者と家族など周囲の人物や社会との関係性を探ろうとする【援助者の存在】、精神的な問題を抱える自殺未遂患者を救命救急センターで看護することの困難を表す【精神的ケアの限界】の5つが特定された。さらに態度の傾向は、割合が大きい順に、葛藤を抱いていることを表す『両価的態度』、援助的な姿勢で専門的支援を実施するということを表す『接近的態度』、自殺未遂患者の受け入れ難さや精神的ケアの行き詰りを表す『回避的態度』の3つがあることが示された。

しかし、上述の研究は課題を有している。まず、データ収集に関する課題がある。研究対象者の匿名性を保持し、対面では得られにくいありのままのデータを得るために郵送法による自由回答式質問紙調査を採用したが、研究協力施設数、研究対象者数が少なく、得られたデータも少なかった。次に、分析方法に関する課題がある。分析においては、看護師個人の中に、積極的な評価や感情と賛成の行動傾向を表す構成要素（【心情の理解】【専門的支援】【援助者の存在】）と、消極的な評価や感情と不賛成の行動傾向を表す構成要素（【抵抗感】【精神的ケアの限界】）の両方の記述があった者を『両価的態度』として類別したが、構成要素の程度の大きさについては考慮できておらず、詳細な分析ができなかった。

本研究は、第2章で生成したコードを利用した質問紙調査を行い、第2章の研究の課題を克服して、より信頼性の高い結果を得ることを志向する。

#### II. 研究目的

本研究は、救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度について、その構成要素と傾向を明らかにすることを目的とする。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究対象者

救命救急センター全 209 施設（2008 年 2 月現在）から、160 施設を無作為抽出し、協力を依頼した。受諾を得た 63 施設の看護師 1442 名を対象とした。

#### 2. 調査方法

質問紙調査を郵送法で実施した。受諾を得た施設に研究対象者の人数分の依頼書、質問紙と回収用封筒を送付した。研究対象者には回答した質問紙を厳封後に所定の場所に提出するように求めた。2 週間程度の留置き式とし、看護部長に対して、質問紙の配布と回収を依頼した。調査期間は 2008 年 6 月から 8 月とした。

#### 3. 測定用具

第 2 章で示した研究で作成したコードを質問項目とする質問紙を作成するにあたって、質問項目の内容や質問紙の配列について検討を行った。

質問項目については、①構成概念としての適切性、②項目の分かりやすさ、③項目数、④選択肢などを検討する必要がある（小塩，西口，2007）。①については、項目として利用するコードは第 2 章で示した研究によって生成されたものであるため、項目は測定したい構成概念である看護師の自殺未遂患者に対する態度を適切に反映できていると判断した。②については、一部並列表現がみられるコードがあったが、内容は多義的ではないため、分かりやすいと判断した。また、コードには「しばしば」「たまに」などの副詞がないため、表現に問題はないと判断した。③については、70 項目までが適当とされているが、コードは 81 あるのでやや多いといえる。しかし、項目が多い場合は、項目同士の重複部分が増えるため信頼性が高くなる、多くの部分をカバーできるので妥当性が上がるという利点があり、それらを考慮すると項目数 81 は許容できる数字であると判断した。④については、項目と選択肢の対応の適切さや選択肢の数などを考慮する必要がある。選択肢は、コードの内容から頻度よりも程度を尋ねるものの方がよいと判断した。選択肢の数は中性カテゴリーの「どちらでもない」を使用するか否かに関わる問題である。中性カテゴリーは回答者が回答しやすいという利点と、結果に個人差がでにくくなるという欠点がある。本研究では、回答者の選択の容易さを優先して、中性カテゴリーを使用することにし、7 件法を採用した。

質問紙の配列の留意点には、①応答者の興味を惹き回答が容易なものを前半に、複雑、困難なものを後半に配置する、②質問紙の記入量が多い場合には、応答者が疲労、飽和するに従っていかげんな応答や無応答が増加する、③一貫した応答をしようとする傾向があることは念頭におかねばならないが、相互に関連のある質問や同一形式の質問はまとめて出し、場合によってはそのことを明示した方がよい、④先行の質問が後続の質問の意味に影響を与えることがあるばかりか、誘導質問になることもあるので、その影響を断ち切るためならば、それなりの手段を講ずべきである、などがある（続、村上、1975）。①については、回避的態度のカテゴリーよりも接近的態度のカテゴリーの方が回答しやすいと考えられたため、最初に【心情の理解】を配列して回答者の興味を惹き、疲労した状態であっても回答者が答えやすいように【専門的支援】を最後に配列することにした。②については、質問項目がやや多いので、フェイス・シートは最初に配列する方がよいと判断した。③については、カテゴリー毎に質問項目をまとめることにしたが、回答者に先入見を与えないために明示はしないことにした。④については、各カテゴリー内の項目の順序を乱数表によって決定することで、恣意性を排する工夫をした。以上より、本研究の質問項目の配列は、I. フェイス・シート（看護師の背景：性別、年齢、部署、看護経験年数、救命救急センター経験年数）、II. 看護師の自殺未遂患者に対する態度（81項目）とした。IIの配列は、【心情の理解】（20項目）、【精神的ケアの限界】（12項目）、【抵抗感】（18項目）、【援助者の存在】（10項目）、【専門的支援】（21項目）の順序とした。質問紙には、自殺未遂の定義を明記した。

#### 4. 分析方法

看護師の背景は記述統計量を算出した。態度の構成要素は探索的因子分析を行った。Cronbach の  $\alpha$  係数を算出し各因子の内的整合性を検討した。因子得点を用いて Pearson の積率相関係数を算出し因子の関係性を検討した。態度の傾向はクラスター分析を行い、クラスター間の各因子得点を比較し、クラスターを命名した。クラスターの人数比率の偏りの検討には  $\chi^2$  検定を用いた。態度傾向と看護師の背景との関連や差の検討には、 $\chi^2$  検定と Kruskal-Wallis 検定を用いた。分析には、統計解析ソフト SPSS 17.0J for Windows を用いた。

## 5. 倫理的配慮

本研究は大阪府立大学看護学部研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力の依頼書や質問紙には、研究協力を拒否しても不利益を一切被らないこと、質問紙は量的に分析するため、結果の公表に際して個人や所属組織が特定されないことを明記した。質問紙の回収をもって、研究協力の承諾が得られたと判断した。

## IV. 結果

質問紙は、63 施設、1255 名から回収した（回収率 87.0%）。このうち、欠損値のない 906 名（有効回答率 72.2%）を分析対象とした。

### 1. 分析対象者の背景

分析対象者の背景を表 3-1 に示した。分析対象者 906 名の内訳は、男性が 86 名（9.5%）、女性が 820 名（90.5%）であった。部署は初療室が 229 名（25.3%）、集中治療室が 383 名（42.3%）、病棟が 229 名（25.3%）、その他が 65 名（7.2%）であった。部署のその他には、救命救急センター内の複数の部署を兼任している者、病院内の他部署を兼任している者が含まれた。年齢の中央値は 32.0、四分位範囲は 11.0（第 1 四分位数 27.0、第 3 四分位数 38.0）であった。看護経験年数の中央値は 9.3、四分位範囲は 10.0（第 1 四分位数 5.3、第 3 四分位数 15.3）であった。救命救急センター経験年数の中央値は 3.3、四分位範囲は 4.8（第 1 四分位数 1.5、第 3 四分位数 6.3）であった。また、救命救急センター以外での看護経験がある者は 685 名（75.6%）、ない者は 221 名（24.4%）であった。

表3-1 分析対象者の背景

	n = 906			
	中央値	四分位範囲	第1四分位数	第3四分位数
年齢	32.0	11.0	27.0	38.0
看護経験年数	9.3	10.0	5.3	15.3
救命救急センター経験年数	3.3	4.8	1.5	6.3
性別		男性	86 ( 9.5)	
		女性	820 (90.5)	
部署		初療室	229 (25.3)	
		集中治療室	383 (42.3)	
		病棟	229 (25.3)	
		その他	65 ( 7.2)	

※ ( ) の数字は、総数(n)に対する割合(%)を示す。

### 2. 看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素

天井効果がみられた 7 項目を分析から除外し、74 項目について、主因子法・Promax 回

転による探索的因子分析を行った。因子数は **screeplot** の初期解における固有値の減衰状況から判断して 3 因子を仮定した。因子負荷量.40 以上を目安として項目を取捨した結果を表 3-2 に示した。なお、回転前の 3 因子で 48 項目の全分散を説明する割合は 39.3%であった。この累積寄与率については、30%を切るようなら分析に用いた変数の選択や因子数の選択を再検討する必要があるが、一般に全ての変数の因子所属が明瞭であれば、こだわる必要はあまりない（古谷野，1988）との見解がある。本研究の回転後の因子所属は明瞭であったため、変数や因子数の選択は問題ないと判断した。第 I 因子は 17 項目で構成され、患者に対する憤りと患者の自殺行動に対する不信感や困惑を表す項目の因子負荷量が高かったため、【自殺行動の否定】と命名した。Cronbach の  $\alpha$  係数は.91 であった。第 II 因子は 14 項目で構成され、生命を守ることへの関心と危機への介入を表す項目の因子負荷量が高かったため、【危機への関わり】と命名した。Cronbach の  $\alpha$  係数は.87 であった。第 III 因子は 17 項目で構成され、患者の将来への懸念や患者を取り巻く環境への関心を表す項目の因子負荷量が高かったため、【行く末への気がかり】と命名した。Cronbach の  $\alpha$  係数は.85 であった。

因子分析結果に基づき、回帰法を用いて Promax 回転後の因子得点を推定することにより、各因子得点を算出した。【自殺行動の否定】と【危機への関わり】が有意な弱い負の相関 ( $r=-.33, p<.01$ )、【自殺行動の否定】と【行く末への気がかり】が有意な弱い負の相関 ( $r=-.30, p<.01$ )、【危機への関わり】と【行く末への気がかり】が有意な比較的強い正の相関 ( $r=.54, p<.01$ ) を認めた。

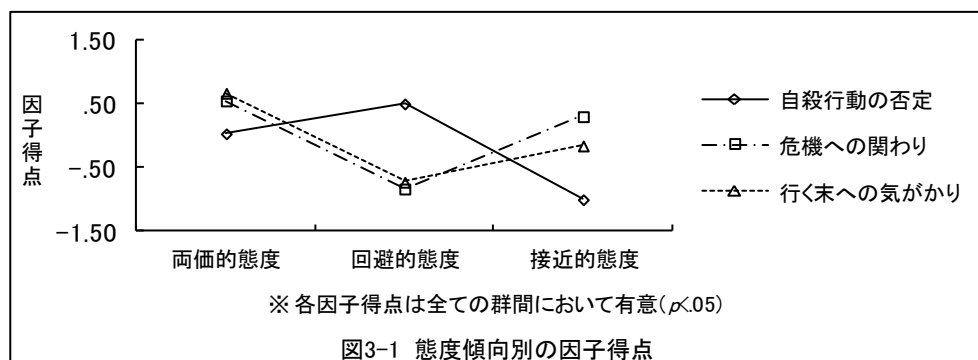
表3-2 態度の探索的因子分析結果

	I	II	III
<b>【自殺行動の否定】</b> $\alpha = .91$			
患者は自分で自分を傷つけているのに、援助を求めてくることが腹立たしい	.82	.09	-.03
自殺未遂を繰り返されると腹立たしい	.78	.08	.03
他人に迷惑をかけ、患者は自己中心的である	.78	.17	.07
患者を冷ややかな目でみる	.74	-.06	.01
患者は命を大切にしないので腹立たしい	.74	-.07	.26
患者は死ぬ気がないのに、自殺しようとして他人の気を引く	.68	.14	.00
自殺しようとするなんて、患者はおろかである	.64	-.21	.21
患者に対する口調がきつくなる	.62	-.14	.06
患者に関わりたくない	.60	-.12	-.03
患者に同情はできない	.60	.02	-.15
自殺しようとする患者の真意をはかりかねる	.59	-.06	.08
患者は本気で死ぬつもりではないと思う	.59	.09	.05
自殺しようとする人の気持ちは理解できない	.54	-.04	-.03
精神疾患をもつ患者は何を考えているのか分からない	.53	.07	.05
死にたい患者を救命することについて葛藤が生じる	.52	.09	.01
助かった患者は、再び自殺を企図すると思う	.45	.10	.07
患者が死にたいのであれば、そのまま死なせてあげたい	.41	.05	-.09
<b>【危機への関わり】</b> $\alpha = .87$			
患者が意識回復後に不穏になった場合の対応を考える	.14	.72	-.14
患者に自らの命を脅かす危険な行為がみられれば、患者を抑制することを考慮する	.25	.71	-.29
患者の現状の理解度に合わせて、患者に対して状況説明を行う	.08	.68	-.06
患者から目を離さないようにする	.08	.65	-.13
患者に確認して、面会の調整をする	-.07	.62	-.07
看護師として、今、患者にできることは何かと考える	-.10	.60	.10
救命のために、患者の状態を観察、アセスメントし、対処する	-.10	.58	-.10
患者との関わり方を考えるために、家族から情報を得る	-.07	.57	.10
患者が一日のリズムをつけられるように関わる	.06	.54	.04
入院中の患者が再び自殺を試みないようにする手立てを考える	.04	.53	.04
患者が落ち着いて休めるように静かな環境を整備する	-.08	.49	.04
患者と家族との関係性を把握しようとする	-.03	.49	.22
患者が精神的なフォローを受けられるように、精神科受診を勧める	.21	.45	.03
患者の周囲にいる人々の思いに対応する	-.14	.41	.04
<b>【行く末への気がかり】</b> $\alpha = .85$			
死のうと思ったのに死ぬことができず、患者はこれからどう生きていくのか、気がかりである	-.15	.04	.65
入院中に生きる希望をみつけてほしい	-.07	-.06	.61
患者は立ち直ることができるか、気がかりである	-.17	.16	.59
信用できる人に悩みを打ち明けようと、患者に話す	.04	-.05	.59
周囲の人々が気づいていたら、自殺を予防できたはずだ	.07	-.11	.55
患者をサポートしてくれる人物がいたのか気になる	-.13	.26	.53
身内や大切な人の死と、患者の自殺未遂とが重なり、辛くなる	.06	-.25	.52
相談できる人がいれば、患者は自殺行為には至らなかったと思う	.10	.00	.52
自分の身内が自殺しようとしたらどうしようとする	.12	-.14	.51
自殺企図の原因は社会の構造にあると思う	.07	-.03	.48
自殺方法を選択した理由が気になる	.11	-.02	.47
患者が死のうとした理由が気がかりである	-.09	.13	.46
次は自殺を試みないようと、患者に話す	.13	.02	.45
患者には、自殺しようとする勇気・力があるのだから、必死に生きてほしい	.15	.09	.45
自殺しようとするなんて、患者はかわいそうだ	-.07	-.09	.42
退院後に患者をサポートする人がいるのか、気がかりである	-.16	.34	.41
患者は周囲との関係が希薄になっている	.24	.09	.40
因子間相関			
I	—	-.30	-.27
II		—	.49
III			—

### 3. 看護師の自殺未遂患者に対する態度の傾向

各因子得点を用いて、グループ内平均連結法によるクラスター分析を行い、3つのクラスターを得た。クラスターを独立変数、各因子得点を従属変数とした一元配置分散分析の

結果、全ての因子において有意な群間差がみられた（【自殺行動の否定】： $F_{(2,903)}=207.29$ ,  $p<.001$ 、【危機への関わり】： $F_{(2,903)}=376.32$ ,  $p<.001$ 、【行く末への気がかり】： $F_{(2,903)}=368.19$ ,  $p<.001$ ）。TukeyHSD法（5%水準）による多重比較の結果、【自殺行動の否定】は、第2クラスターの得点が最も高く、次いで第1クラスター、第3クラスターの順であった。【危機への関わり】と【行く末への気がかり】は、第1クラスターの得点が最も高く、次いで第3クラスター、第2クラスターの順であった。図3-1に態度傾向別の因子得点を示した。



第1クラスターは、【危機への関わり】と【行く末への気がかり】の因子得点が正の値を示し最も高い。また、【自殺行動の否定】の因子得点が0に近いものの正の値を示し2番目に高い。態度の構成要素の因子得点が全て正の値を示しており、自殺未遂患者に対する肯定的な構えと否定的な構えを同時に形成していると考えられることから、『両価的態度』と命名した。第2クラスターは、【自殺行動の否定】の因子得点が正の値を示し最も高く、【危機への関わり】と【行く末への気がかり】の因子得点が負の値を示し最も低い。自殺未遂患者に対する抵抗感が大きく、否定的な構えを形成していると考えられることから、『回避的態度』と命名した。第3クラスターは、【自殺行動の否定】の因子得点が負の値を示し最も低い。そして、【行く末への気がかり】の因子得点が負の値を示してはいるが2番目に高く、【危機への関わり】の因子得点が正の値を示し2番目に高い。自殺未遂患者に対する抵抗感が小さく、患者の将来への関心はやや小さいものの危機介入への関心は大きいことから、全体的には肯定的な構えを形成していると考えられるため、『接近的態度』と命名した。『両価的態度』398名（43.9%）、『回避的態度』329名（36.3%）、『接近的態度』179名（19.8%）について、 $\chi^2$ 検定を行った結果は有意であった（ $\chi^2=83.03$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ）。全体の有意水準を5%に維持するために、Bonferroniの不等式に基づき  $p=.016$  として、多重比較を行った結果、全ての群間に有意差を認めた（『両価的態度』と『回避的



態度』:  $\chi^2=6.55$ ,  $df=1$ ,  $p<.016$ 、『両価的態度』と『接近的態度』:  $\chi^2=83.12$ ,  $df=1$ ,  $p<.016$ 、『回避的態度』と『接近的態度』:  $\chi^2=44.29$ ,  $df=1$ ,  $p<.016$ ) (表 3-3 参照)。

表3-3 態度傾向の人数比率

	度数 ( % )
両価的態度	398 ( 43.9 )
回避的態度	329 ( 36.3 )
接近的態度	179 ( 19.8 )
合計	906 ( 100.0 )

†.05<p<.10, \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

#### 4. 態度傾向と看護師の背景の関連・態度傾向間の看護師の背景の比較

態度傾向と看護師の背景の関連や差を検討した結果は、いずれも有意差を認めなかった (性別:  $\chi^2=.51$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ , n.s.、年齢:  $\chi^2=4.03$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ , n.s.、部署:  $\chi^2=7.28$ ,  $df=6$ ,  $p>.05$ , n.s.、看護経験年数:  $\chi^2=2.67$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ , n.s.、救命救急センター経験年数:  $\chi^2=1.82$ ,  $df=2$ ,  $p>.05$ , n.s.)。

## V. 考察

### 1. 看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素

第 2 章で抽出された 5 つの態度の構成要素は、本章では 3 つに集約された。すなわち、その 3 つは【自殺行動の否定】、【危機への関わり】、【行く末への気がかり】であった。

【自殺行動の否定】は 17 項目で構成され、Cronbach の  $\alpha$  係数は.91 であり、十分な内的整合性が確認された。「患者は自分で自分を傷つけているのに、援助を求めてくるのが腹立たしい」、「自殺未遂を繰り返されると腹立たしい」、「他人に迷惑をかけ、患者は自己中心的である」、「患者は命を大切にしないので腹立たしい」、「患者は死ぬ気がないのに、自殺をしようとして他人の気を引く」、「自殺しようとするなんて、患者はおろかである」、「患者に同情はできない」は、看護師の怒りを表していると考えられる。中山ら (2006) が、1 年間に自殺を図って救命救急センターに搬送された患者の約 4 割に自殺未遂の既往があったことを報告していることから、自殺未遂患者は救命救急センターでの治療歴がある可能性が高く、看護師が過去に看護した経験のある患者を再び看護するといったことが十分にあり得ると推察される。自殺未遂が繰り返される状況は、怒りを増強させると考えられる。「自殺をしようとする患者の真意をはかりかねる」、「患者は本気で死ぬつもりではないと思う」、「自殺しようとする人の気持ちは理解できない」、「精神疾患をもつ患者は何

を考えているのか分からない」は、看護師の不信感や困惑を表していると考えられる。高橋（1995）は、患者が、まるで他人事のように自殺未遂について語ったり、それどころか、どこか妙に昂揚した気分であることさえあり、治療にあたった医師や看護者が、患者の自殺の意図を疑うことがあると述べている。患者に対するこのような看護師の認識は、不信感や困惑を生じると考えられる。自殺未遂患者の死を希求する行動は、一見すると安易なものと捉えられなくもない。生命を尊重し保護するという救命救急センターの使命と、患者の自殺を企図した行動とは相容れないために、自殺未遂患者に対する看護師の抵抗感が増すと推察される。「死にたい患者を救命することについて葛藤が生じる」、「助かった患者は、再び自殺を企図すると思う」、「患者が死にたいのであれば、そのまま死なせてあげたい」は、看護師の葛藤を表していると考えられる。救急医療そのものは「生と死」の問題に直接かかわりをもつ領域であり、とりわけ自殺企図者が目の前にいるとき、いくら経験を積んだといっても、そのたびごとに「生と死」の問題の出発点に引き戻され、自分なりに築き上げたと思っている「生きる」ことへの積極的意義を修正させられたり、否定されたりする（保坂，1991）。自殺未遂患者と接する時、看護師の生命観や死生観は揺らぐ可能性が大きく、それが葛藤を増すと推察される。そして、こういった感情や認知が、「患者を冷ややかな目でみる」、「患者に対する口調がきつくなる」、「患者に関わりたくない」といった冷淡な行動傾向に関連すると考えられる。

【危機への関わり】は14項目で構成され、Cronbachの $\alpha$ 係数は.87であり、十分な内的整合性が確認された。自殺未遂を凶った患者は危機的状況にあると考えられる。「看護師として、今、患者にできることは何かと考える」は、専門職として危機への関わりを模索する状態を表していると推察される。「患者に自らの命を脅かす危険な行為がみられれば、患者を抑制することを考慮する」、「患者から目を離さないようにする」、「救命のために、患者の状態を観察、アセスメントし、対処する」、「入院中の患者が再び自殺を試みないようにする手立てを考える」は、患者の生命を守ろうとする構えを表していると考えられる。自殺未遂患者の看護介入の第一優先は、生命の保持に関する目標におかれるべきであるとされる（Stuart & Sundeen, 1983／樋口ら，1986）ことから、患者の生命を守ろうとする構えは重要であると考えられる。そして、自殺未遂患者の意識レベルが徐々に改善し、患者が現在の自分の置かれている状況を認識してくると、精神的な問題への具体的な対応の必要性が表面化する（清水，吉田，2006）。このような状況下で、看護師は「患者が意識回復後に不穏になった場合の対応を考える」、「患者の現状の理解度に合わせ

て、患者に対して状況説明を行う」、「患者に確認して、面会の調整をする」、「患者との関わり方を考えるために、家族から情報を得る」、「患者が一日のリズムをつけられるように関わる」、「患者が落ち着いて休めるように静かな環境を整備する」、「患者が精神的なフォローを受けられるように、精神科受診を勧める」といった、患者の心身の安定を図ろうとする構えを形成すると考えられる。「患者と家族との関係性を把握しようとする」、「患者の周囲にいる人々の思いに対応する」は、患者を取り巻く人的環境に接近しようとする構えを表していると考えられる。高橋（2006）は、自殺未遂や既遂が1件生じると、強い絆のあった人が最低でも5人は心理的な打撃を受けるという推計があることを示している。患者の自殺未遂が患者の家族や周囲の人々へ与えた影響を把握しようとすることは、彼らへの援助を考慮する上で重要であると考えられる。

【行く末への気がかり】は17項目で構成され、Cronbachの $\alpha$ 係数は.85であり、十分な内的整合性が確認された。「死のうと思ったのに死ぬことができず、患者はこれからどう生きていくのか、気がかりである」、「患者は立ち直ることができるか、気がかりである」、「周囲の人々が気づいていたら、自殺を予防できたはずだ」、「患者をサポートしてくれる人物がいたのか気になる」、「相談できる人がいれば、患者は自殺行為には至らなかったと思う」、「自殺企図の原因は社会の構造にあると思う」、「退院後に患者をサポートする人がいるのか、気がかりである」、「患者は周囲との関係が希薄になっている」は、患者の今後の生活を懸念する構えを表していると考えられる。単に存在し、人間関係をもっているというだけでは自殺を防ぐことはできず、その関係の質的内容が考慮されなければならない（Stuart & Sundeen, 1983／樋口ら, 1986）ことから、患者の再自殺を予防するために、患者を援助するという役割を家族や身近な人物が担えるか否かをアセスメントすることは重要である。「入院中に生きる希望をみつけてほしい」、「信用できる人に悩みを打ち明けるようにと、患者に話す」、「次は自殺を試みないようにと、患者に話す」、「患者には、自殺しようとする勇気・力があるのだから、必死に生きてほしい」は、患者の力を信頼し、患者に対して生のメッセージや生命の尊さを伝えようとする構えを表していると考えられる。治療者は自殺行動を引き起こす可能性のあるストレスフルな出来事を明らかにする必要性があり、社会的な視点よりも個人的な視点からストレスを評価することが重要である（Aguilera, 1998）が、「自殺方法を選択した理由が気になる」、「患者が死のうとした理由が気がかりである」は、自殺の動機、すなわち患者が危機的状況に陥った事態への関心を表しており、患者の視点で自殺行動の背景にあるものを探ろうとする看護師の構えである

と考えられる。「身内や大切な人の死と、患者の自殺未遂とが重なり、辛くなる」、「自分の身内が自殺しようとしたらどうしようとする」、「自殺しようとするなんて、患者はかわいそうだ」は、看護師が患者との心理的距離を縮めている状況を表していると考えられる。自らに置き換えたり、自らの経験に結びつけたりして、看護師が患者の窮状を考えるからこそ、より親身になって患者の将来を懸念し、患者を取り巻く環境に関心を示すものと推察される。

## 2. 看護師の自殺未遂患者に対する態度の傾向

第2章と同様に、『両価的態度』、『回避的態度』、『接近的態度』の3つに分類された。しかし、人数比率は第2章の結果とは異なっていた。

人数比率では『両価的態度』が最も大きく、43.9% (398名) を占めていた。『両価的態度』は、看護師の中に葛藤を生じさせると推察される。救急医療の場は重症で命が脅かされている患者とそれを取り巻く高度医療機器、濃厚治療と患者のバイタルサインの変動などストレスに満ちている(高橋ら, 2003) ため、看護師は強い緊張状態にあると考えられる。そして、自殺未遂患者と接する際に生じる葛藤が、看護師の緊張をさらに高め、精神的負担を増大させると考えられる。

『回避的態度』は人数比率で2番目に大きく、36.3% (329名) を占めていた。第2章でも示したように、Shneidman (1993) / 高橋 (2005) は、自殺は精神痛 (psychache) から引き起こされると述べている。精神痛は、本質的に心理的なものであり、強烈な恥辱、罪責、侮辱、孤独、恐怖、怒りなどに伴う痛みであるが、自殺未遂患者もこのような心理的状态にあると考えられる。そして、看護師の『回避的態度』は、患者の心理的苦痛をさらに高める可能性がある。岸, 黒澤 (2001) は、自殺未遂患者に対する医療従事者のネガティブな態度が治療に悪影響を及ぼすことを指摘している。救命救急センターで勤務する看護師には、疾患を問わず、重症度や緊急度が高い患者に対し、迅速かつ適切に対応することが求められる。救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する『回避的態度』には、彼らの置かれた厳しい職場環境が影響していると推測されるが、いずれにせよ、看護師の『回避的態度』は自殺未遂患者の回復過程を妨げる要素であると考えられる。

人数比率で最も小さかったのは『接近的態度』であり、19.8% (179名) を占めていた。このことから、救命救急センターという緊迫した雰囲気の中で、看護師が危機的状況にある自殺未遂患者に対して『接近的態度』を形成することは容易なことではないと推察され

る。しかし、患者にとって危機は脅威であると同時に好機でもある。危機にある人は、以前に使用していた既知の方法では問題を解決できないので、成長と変化の機会を与える新しい技術を学ぶ意欲を持ったり、提案を受け入れやすくなったりする (Fortinash & Holoday-Worret, 2003)。危機の中にあるこのような好機の側面を逃さないためには、看護師が患者に積極的に関わる必要があると推察される。従って、看護師の『接近的態度』は自殺未遂患者の回復過程を促進する要素であると考えられる。

### 3. 研究の限界と今後の課題

本研究では、質問紙に自殺未遂の定義を明記した。救急医療の場という特殊環境の中で患者の行動化の状況背景を明確化することは、環境的、時間的、身体因的制限があり困難である (伊藤, 2006) との指摘があるが、研究においては用語の定義は明確でなければならない。その理由は、研究対象者が自殺未遂を様々に解釈して回答すると、分析結果が曖昧になってしまうことが危惧されるからである。また、本研究では、質問項目として第 2 章で得られた自殺未遂患者に対する態度に関する 81 のコードを用いたため、質問紙は内容的妥当性を有すると考えられる。さらに、全国の救命救急センターから無作為に標本を抽出し、63 施設で勤務する看護師 906 名を分析対象としたため、第 2 章で得られた結果よりも、信頼性の高い結果を得ることができたと思われる。

しかし、本研究にも限界がある。本研究で用いた態度の測定用具は、前述したように内容的妥当性を有すると考えられるが、累積寄与率は必ずしも高いとはいえず、項目数も多いため実用性には課題がある。項目を精選した測定用具を作成し、信頼性や妥当性を検討することが今後の課題である。

## VI. 結論

本研究の結果、以下のことが明らかとなった。

- ・看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素は 【自殺行動の否定】 (17 項目)、 【危機への関わり】 (14 項目)、 【行く末への気がかり】 (17 項目) であり、Cronbach の  $\alpha$  係数は順に、.91、.87、.85 と十分な内的整合性が確認された。
- ・【自殺行動の否定】と【危機への関わり】、【自殺行動の否定】と【行く末への気がかり】が有意な弱い負の相関、【危機への関わり】と【行く末への気がかり】が有意な比較的強い正の相関を認めた。

- ・看護師の自殺未遂患者に対する態度の傾向は『両価的態度』が 398 名（43.9%）、『回避的態度』が 329 名（36.3%）、『接近的態度』が 179 名（19.8%）であり、有意な人数比率の偏りを認めた。
- ・態度傾向と看護師の背景には、関連や差を認めなかった。

## 付記

本研究にご理解を頂き、ご協力下さいました施設の看護部長様、看護師の皆様に深く感謝致します。

なお、本章は、2008 年度大阪府立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文を簡潔に纏めたものである。その要旨は、日本精神保健看護学会第 19 回学術集会で報告し、『日本精神保健看護学会誌』（日本精神保健看護学会）に掲載された\*。

※瓜崎貴雄，桑名行雄（2010）：救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度；構成要素と傾向についての量的研究，日本精神保健看護学会誌，19（1），23-33.

## 文献

- 1) Aguilera, D. C. (1998) : Crisis intervention; theory and methodology (8th ed.), Mosby, St. Louis.
- 2) Fortinash, K. M. & Holoday-Worret, P. A. (2003) : Psychiatric nursing care plans (4th ed.) , Mosby, St. Louis, London.
- 3) 保坂正昭（1991）：救急医療センターでの自殺未遂者の精神面への対応，救急医学，15（6），685-688.
- 4) 伊藤敬雄（2006）：救急医療と自傷，こころの科学，127，24-29.
- 5) 岸泰宏，黒澤尚（2001）：自殺企図者の再企図予防，救急医学，25（8），951-954.
- 6) 古谷野亘（1988）：数学が苦手な人のための多変量解析ガイド；調査データのまとめかた，川島書店，東京.
- 7) 中山秀紀，大塚耕太郎，酒井明夫他（2006）：岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査：通院状況を考慮した自殺予防，精神医学，48（2），119-126.
- 8) 小塩真司，西口利文編著（2007）：質問紙調査の手順，ナカニシヤ出版，京都.
- 9) 清水明美，吉田葉子（2006）：急性薬物中毒で搬送された患者の看護；救命救急の場における看護師の役割とは何か，EMERGENCY CARE，19（10），989-995.

- 10) Shneidman, E. S. (1993) : Suicide as psychache; a clinical approach to self-destructive behavior, Jason Aronson, Northvale, New Jersey. /高橋祥友訳 (2005) : シュナイドマンの自殺学 ; 自己破壊行動に対する臨床的アプローチ, 金剛出版, 東京.
- 11) Stuart, G. W. & Sundeen, S. J. (1983) : Principles and practice of psychiatric nursing, Mosby, St. Louis. /樋口康子, 稲岡文昭, 南裕子監修 (1986) : 新臨床看護学大系 精神看護学 I, 医学書院, 東京.
- 12) 高橋章子, 舘山光子, 長谷川陽子, 斉藤理代 (2003) : 救急看護師の役割と必要な能力に関する研究. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 10, 111-120.
- 13) 高橋祥友 (1995) : 自殺未遂者の治療, こころの科学, 63, 81-86.
- 14) 高橋祥友 (2006) : 自殺の危険の高い患者に対する精神療法, 精神療法, 32(5), 534-540.
- 15) 続有恒, 村上英治編著 (1975) : 質問紙調査, 東京大学出版会, 東京.

#### 第4章：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度と看護経験の関連； 看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度の作成と信頼性・妥当性の検討

##### I. 研究の背景

第3章で示した研究の概要は次のとおりである。救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度について、その構成要素と傾向を明らかにすることを目的とした。160施設を無作為抽出し協力を依頼した。受諾を得た63施設の看護師1442名を対象とし、郵送法による質問紙調査を実施した。質問紙は、第2章の研究で示したコードを利用した態度を問う81項目と、看護師の背景を問う5項目から構成した。回収した1255名の質問紙（回収率87.0%）のうち、欠損値のない906名を量的に分析した。態度の構成要素は、患者に対する憤りと患者の自殺行動に対する不信感や困惑を表す【自殺行動の否定】（17項目）、生命を守ることへの関心と危機への介入を表す【危機への関わり】（14項目）、患者の将来への懸念や患者を取り巻く環境への関心を表す【行く末への気がかり】（17項目）であった。態度の傾向は、自殺未遂患者に対する肯定的な構えと否定的な構えを同時に形成している『両価的態度』が398名、自殺未遂患者に対して否定的な構えを形成している『回避的態度』が329名、自殺未遂患者に対して肯定的な構えを形成している『接近的態度』が179名であった。態度の傾向と看護師の背景には関連や差を認めなかった。

第3章の研究では、第2章で示した研究のコードを利用した内容的妥当性を有する質問紙から得たデータを用いて多変量解析を行ったこと、全国の救命救急センターから無作為に標本を抽出し、63施設で勤務する看護師906名を分析対象としたことから、信頼性の高い結果を導き出せたと考えられる。しかし、態度の測定用具の累積寄与率は必ずしも高いとはいえず、項目数も多いため態度の測定用具の実用性には課題があった。

これまで、自殺（自殺未遂）、自殺者（自殺未遂者）に対する態度を測定するために研究が行われてきたが、第1章で記述したように課題を有している。項目数が多く、各因子に重複する項目があり解釈が難しいもの（Domino et al., 1982）、信頼性や妥当性に課題があるもの（Suokas & Lönnqvist, 1989; Samuelsson et al., 1997; Botega et al., 2005）、因子分析が行われていないもの（Anderson, 1997; 福田ら, 2006）があり、態度尺度作成の試みには検討の余地が残されている。したがって、第3章で示した研究結果を参考にし、項目を精選した測定用具を作成して信頼性や妥当性を検討する必要があると考えられる。態度尺度が完成すれば、それを利用して態度と看護師の背景や、心理学的な概念と



の関係性を検討することも可能になる。本章では、態度と看護師の背景の一つである看護経験（救命救急センター以外の部署の経験の有無と、救命救急センターでの経験年数）との関連に注目する。三次救急医療施設（救命救急センター）に新卒で入職した看護師は、救急看護特有の知識・技術における自信の上に患者中心の看護を洗練し能力を発展させていく（館山，高橋，2007）。しかし、他分野の経験のある看護師の成長過程は多少異なっていると考えられ、この相違のために、自殺未遂患者に対する態度も異なっている可能性があるからである。

## II. 研究目的

本研究は、我が国で簡便に使用できる自殺未遂患者に対する看護師の態度尺度を作成し信頼性と妥当性を検討すること（研究 A、B）、三次救急医療に従事する看護師の看護経験と自殺未遂患者に対する態度との関連を検討すること（研究 C）を目的とした。

## III. 研究 A

研究 A は、第 3 章のデータの再分析によるものである。

### 1. 調査対象と手続き

国内の救命救急センター全 209 施設（2008 年 2 月現在）から 160 施設を無作為抽出し協力を依頼した。受諾を得た 63 施設の看護師 1442 名を対象とし、郵送法による留置き式質問紙調査を実施した。調査期間は 2008 年 6 月～8 月とした。

### 2. 調査内容と分析方法

質問紙は第 2 章で示した研究で得られたコードを利用した態度を問う 81 の択一回答形式の項目で構成した。回答形式は 7 件法で各回答を 1～7 点に得点化した。質問紙には自殺未遂の定義を明記した。

分析には SPSS 17.0 と Amos 17.0 を用いた。探索的因子分析の結果を基に、高い因子負荷量をもつ項目と因子名を適切に表している項目を各因子から数項目ずつ精選した。それらを用いて確認的因子分析を行い、モデル適合度を算出した。

### 3. 倫理的配慮

第 3 章で示した研究は、大阪府立大学看護学部研究倫理委員会の承認を得て実施した。再分析におけるデータの取り扱い、第 3 章に準じて行った。

### 4. 結果と考察

質問紙は 63 施設 1255 名から回収した（回収率 87.0%）が、欠損値のない 906 名を分析対象とした。

#### 1) 分析対象者の背景

分析対象者 906 名の内訳は、男性が 86 名（9.5%）、女性が 820 名（90.5%）であった。年齢の中央値は 32.0、範囲は 39.0（最小値 20.0、最大値 59.0）であった。看護経験年数の中央値は 9.3、範囲は 36.0（最小値 0.3、最大値 36.3）であり、救命救急センター経験年数の中央値は 3.3、範囲は 28.2（最小値 0.1、最大値 28.3）であった。また、救命救急センター以外での看護経験がある者は 685 名（75.6%）、ない者は 221 名（24.4%）であった。

#### 2) 自殺未遂患者に対する看護師の態度尺度の作成

天井効果のために 7 項目を除外し、74 項目について探索的因子分析（主因子法・Promax 回転）を行った。因子の減衰状況から 3 因子を仮定し、因子負荷量.40 以上を目安に項目を取捨した結果を表 4-1 に示した。回転前の 3 因子で 48 項目の全分散を説明する割合は 39.3%であった。第 I 因子の 17 項目は、患者への憤りと自殺行動への不信感や困惑を表す項目の因子負荷量が高いため、【自殺行動の否定】と命名した。第 II 因子の 14 項目は、生命を守ることへの関心と危機への介入を表す項目の因子負荷量が高いため、【危機への関わり】と命名した。第 III 因子の 17 項目は、患者の将来への懸念や患者を取り巻く環境への関心を表す項目の因子負荷量が高いため、【行く末への気がかり】と命名した。

表4-1 態度の探索的因子分析結果

	I	II	III
33 患者は自分で自分を傷つけているのに、援助を求めてくるのが腹立たしい	.82	.09	-.03
34 自殺未遂を繰り返されると腹立たしい	.78	.08	.03
48 他人に迷惑をかけ、患者は自己中心的である	.78	.17	.07
49 患者を冷ややかな目でみる	.74	-.06	.01
50 患者は命を大切にしないので腹立たしい	.74	-.07	.26
36 患者は死ぬ気がないのに、自殺をしようとして他人の気を引く	.68	.14	.00
43 自殺しようとするなんて、患者はおろかである	.64	-.21	.21
42 患者に対する口調がきつくなる	.62	-.14	.06
40 患者に関わりたくない	.60	-.12	-.03
39 患者に同情はできない	.60	.02	-.15
41 自殺をしようとする患者の真意をはかりかねる	.59	-.06	.08
46 患者は本気で死ぬつもりではないと思う	.59	.09	.05
35 自殺しようとする人の気持ちは理解できない	.54	-.04	-.03
27 精神疾患をもつ患者は何を考えているのか分からない	.53	.07	.05
32 死にたい患者を救命することについて葛藤が生じる	.52	.09	.01
30 助かった患者は、再び自殺を企図すると思う	.45	.10	.07
15 患者が死にたいのであれば、そのまま死なせてあげたい	.41	.05	-.09
78 患者が意識回復後に不穏になった場合の対応を考える	.14	.72	-.14
75 患者に自らの命を脅かす危険な行為がみられれば、患者を抑制することを考慮する	.25	.71	-.29
72 患者の現状の理解度に合わせて、患者に対して状況説明を行う	.08	.68	-.06
71 患者から目を離さないようにする	.08	.65	-.13
80 患者に確認して、面会の調整をする	-.07	.62	-.07
76 看護師として、今、患者にできることは何かと考える	-.10	.60	.10
64 救命のために、患者の状態を観察、アセスメントし、対処する	-.10	.58	-.10
61 患者との関わり方を考えるために、家族から情報を得る	-.07	.57	.10
74 患者が一日のリズムをつけられるように関わる	.06	.54	.04
77 入院中の患者が再び自殺を試みないようにする手立てを考える	.04	.53	.04
67 患者が落ち着いて休めるように静かな環境を整備する	-.08	.49	.04
60 患者と家族との関係性を把握しようとする	-.03	.49	.22
24 患者が精神的なフォローを受けられるように、精神科受診を勧める	.21	.45	.03
4 患者の周囲にいる人々の思いに対応する	-.14	.41	.04
53 死のうと思ったのに死ぬことができず、患者はこれからどう生きていくのが、気がかりである	-.15	.04	.65
63 入院中に生きる希望をみつけてほしい	-.07	-.06	.61
51 患者は立ち直ることができるか、気がかりである	-.17	.16	.59
66 信用できる人に悩みを打ち明けようと、患者に話す	.04	-.05	.59
55 周囲の人々が気づいていたら、自殺を予防できたはずだ	.07	-.11	.55
58 患者をサポートしてくれる人物がいたのか気になる	-.13	.26	.53
37 身内や大切な人の死と、患者の自殺未遂とが重なり、辛くなる	.06	-.25	.52
57 相談できる人がいれば、患者は自殺行為には至らなかつたと思う	.10	.00	.52
38 自分の身内が自殺しようとしたらどうしようと考えてる	.12	-.14	.51
54 自殺企図の原因は社会の構造にあると思う	.07	-.03	.48
10 自殺方法を選択した理由が気になる	.11	-.02	.47
18 患者が死のうとした理由が気がかりである	-.09	.13	.46
65 次は自殺を試みないようにと、患者に話す	.13	.02	.45
69 患者には、自殺しようとする勇気・力があるのだから、必死に生きてほしい	.15	.09	.45
11 自殺しようとするなんて、患者はかわいそうだ	-.07	-.09	.42
56 退院後に患者をサポートする人がいるのか、気がかりである	-.16	.34	.41
52 患者は周囲との関係が希薄になっている	.24	.09	.40
因子間相関	I	II	III
	I	-.30	-.27
	II		.49
	III		

分析方法で示した基準に従って、【自殺行動の否定】と【行く末への気がかり】から各3項目、【危機への関わり】から5項目を精選した。各項目の平均値と標準偏差を表4-2に示した。

表4-2 態度尺度項目の平均値と標準偏差

		n = 906	
		平均値	標準偏差
<b>【自殺行動の否定】</b>			
33	患者は自分で自分を傷つけているのに、援助を求めてくることが腹立たしい	4.27	1.47
34	自殺未遂を繰り返されると腹立たしい	4.54	1.45
49	患者を冷ややかな目でみる	3.48	1.34
<b>【危機への関わり】</b>			
72	患者の現状の理解度に合わせて、患者に対して状況説明を行う	5.31	1.01
71	患者から目を離さないようにする	5.79	.98
74	患者が一日のリズムをつけられるように関わる	4.95	1.39
77	入院中の患者が再び自殺を試みないようにする手立てを考える	5.15	1.35
67	患者が落ち着いて休めるように静かな環境を整備する	5.14	1.07
<b>【行く末への気がかり】</b>			
53	死のうと思ったのに死ぬことができず、患者はこれからどう生きていくのか、気がかりである	4.28	1.28
51	患者は立ち直ることができるか、気がかりである	4.51	1.22
56	退院後に患者をサポートする人がいるのか、気がかりである	5.01	1.16

※ 平均値、標準偏差は、「全く当てはまらない」を1点、「あまり当てはまらない」を2点、「どちらかといえば当てはまらない」を3点、「どちらともいえない」を4点、「どちらかといえば当てはまる」を5点、「かなり当てはまる」を6点、「非常に当てはまる」を7点として算出した値を示した。

確認的因子分析の結果、適合度は GFI=.951、AGFI=.922、RMSEA=.076 であり、許容できる値を示した (図 4-1)。Cronbach の  $\alpha$  係数は【自殺行動の否定】  $\alpha=.85$ 、【行く末への気がかり】  $\alpha=.83$ 、【危機への関わり】  $\alpha=.71$  と十分な値を示した。

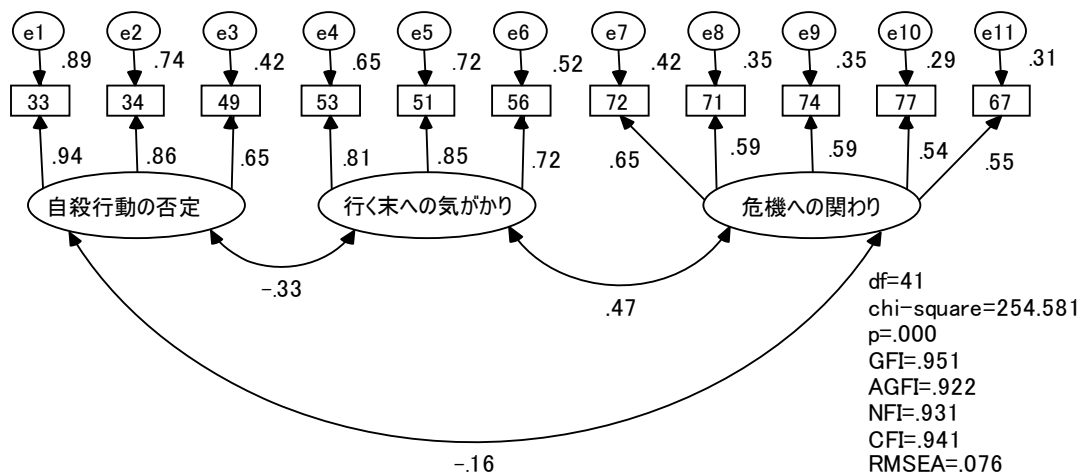


図4-1 態度の確認的因子分析結果

#### IV. 研究 B

##### 1. 調査対象と手続き

国内の救命救急センター全 216 施設 (2009 年 4 月現在) から 100 施設を無作為抽出し協力を依頼した。受諾を得た 41 施設の看護師 1105 名を対象とし、郵送法による留置き式質問紙調査を実施した。調査期間は 2009 年 6 月～9 月とした。

## 2. 調査内容と分析方法

質問紙は、研究 A で作成した 3 因子 11 項目（【自殺行動の否定】3 項目、【行く末への気がかり】3 項目、【危機への関わり】5 項目）から成る看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度（The Nurse's Attitude Scale for Suicide Attempters : NASSA）と共感経験尺度改訂版（Empathic Experience Scale Revised : EESR）（角田, 1994）で構成した。EESR の回答形式は 7 件法で各回答を 0~6 点に得点化した。これは他者の気持ちが分かった経験を表す共有経験尺度（Scale of Sharing Experience : SSE）と、他者の気持ちが分からなかった経験を表す共有不全経験尺度（Scale of Insufficient Sharing Experience : SISE）の 2 つの下位尺度（各 10 項目）からなり、各下位尺度の中央値を用いて共感性の高い順に「両向型」「共有型」「不全型」「両貧型」の 4 つに類型化できる。なお、質問紙には自殺未遂の定義を明記した。

分析には SPSS 17.0 と Amos 17.0 を用いた。NASSA は確認的因子分析により、因子的妥当性と交差妥当性を検討した。また、探索的因子分析（主因子法・Varimax 回転）で EESR の因子構造を確認した後、共感と態度との関連を明らかにすることにより、構成概念妥当性を検討した。角田（1991, 1994）は、共感とは「能動的また想像的に他者の立場に自分を置くことで、自分とは異なる存在である他者の感情を体験すること」であるが、特に強調されるべき点は、「自分とは異なる存在である他者」にあり、自己と他者の個別性の認識が確立されていることによって、共有体験が他者理解につながるものとする。と述べている。また、角田（1994）は共感類型を次のように捉えている。「両向型」は SSE と SISE の両面が高く、自他を独立した存在として捉えることができ、共感性は最も高い。「共有型」は SSE のみが高く、個別性の認識は低く、共有体験を自己に引きつけてしまう未熟な共感である。「不全型」は SISE のみが高く、他者との共有体験は得られにくく、対人世界への信頼感が低い。「両貧型」は SSE と SISE の両面が低く、対人関係そのものが弱く、共感性は最も低い。

以上から、態度と共感性の関連について、次の仮説が考えられる。SSE は他者との共有体験を表すので【自殺行動の否定】とは負の関係を、【行く末への気がかり】と【危機への関わり】とは正の関係を示す（仮説 1）。SISE は他者との共有体験が得られない経験を表すので【自殺行動の否定】とは正の関係を、【行く末への気がかり】と【危機への関わり】とは負の関係を示す（仮説 2）。仮説 1、2 は Pearson の積率相関を用いて検証した。共感性の高い者は【自殺行動の否定】が低く【行く末への気がかり】が高いが、共感性の低い

者は反対の結果を示す（仮説 3）。【危機への関わり】は看護師の役割を表しているので、共感類型での大きな差異はない（仮説 4）。仮説 3、4 は共感類型における態度下位尺度得点（平均得点）を分散分析により比較して検証した。なお、多重比較には TukeyHSD 法 ( $p<.05$ ) を用いた。

### 3. 倫理的配慮

本研究は、関西大学心理学研究科研究・教育倫理委員会の承認を得た。研究協力の依頼書や質問紙には、研究協力を拒否しても不利益を一切被らないこと、質問紙は量的に分析するため、結果の公表に際して個人や所属組織が特定されないことを明記した。質問紙の回収をもって、研究協力の承諾が得られたと判断した。また、EESR の作成者に使用の許可を得た。

### 4. 結果と考察

質問紙は 41 施設 949 名から回収した（回収率 85.6%）が、欠損値のない 601 名を分析対象とした。

#### 1) 分析対象者の背景

分析対象者 601 名の内訳は、男性が 63 名 (10.5%)、女性が 538 名 (89.5%) であった。年齢の中央値は 32.0、範囲は 37.0（最小値 22.0、最大値 59.0）であった。看護経験年数の中央値は 10.0、範囲は 37.7（最小値 0.3、最大値 38.0）であり、救命救急センター経験年数の中央値は 3.3、範囲は 29.4（最小値 0.1、最大値 29.5）であった。また、救命救急センター以外での看護経験がある者は 465 名 (77.4%)、ない者は 136 名 (22.6%) であった。

#### 2) 因子的妥当性と交差妥当性の検討

NASSA の確認的因子分析の結果、適合度は  $GFI=.953$ 、 $AGFI=.925$ 、 $RMSEA=.072$  であった。従って、研究 A から導き出されたこの 3 因子モデルは、観測された研究 B のデータとほぼ適合していたといえ、因子的妥当性が確認された。また、研究 B の標本においても研究 A と同様に、概ね安定した 3 因子構造が認められたため、交差妥当性が確認された。Cronbach の  $\alpha$  係数は【自殺行動の否定】 $\alpha=.83$ 、【行く末への気がかり】 $\alpha=.82$ 、【危機への関わり】 $\alpha=.63$  であり、ほぼ十分な値を示した。

### 3) 構成概念妥当性の検討

探索的因子分析により、EESR の因子構造が角田（1994）と同様であることを確認した（SSE： $\alpha=.87$ 、SISE： $\alpha=.87$ ）。NASSA の下位尺度と EESR の下位尺度の相関を表 4-3 に示した。SSE は【自殺行動の否定】と有意な弱い負の相関（ $r=-.14$ ,  $p<.01$ ）を、【行く末への気がかり】と【危機への関わり】とは有意な弱い正の相関（【行く末への気がかり】： $r=.31$ ,  $p<.01$ 、【危機への関わり】： $r=.21$ ,  $p<.01$ ）を認めた。SISE は【自殺行動の否定】と有意な弱い正の相関（ $r=.11$ ,  $p<.01$ ）を、【行く末への気がかり】と【危機への関わり】とは有意な弱い負の相関（【行く末への気がかり】： $r=-.14$ ,  $p<.01$ 、【危機への関わり】： $r=-.18$ ,  $p<.01$ ）を認めた。以上から、仮説 1、2 は支持された。

表4-3 NASSAの下位尺度とEESRの下位尺度の因子間相関

	【自殺行動の否定】	【行く末への気がかり】	【危機への関わり】	SSE	SISE
【自殺行動の否定】	—	-.30 **	-.09 *	-.14 **	.11 **
【行く末への気がかり】		—	.44 **	.31 **	-.14 **
【危機への関わり】			—	.21 **	-.18 **
SSE				—	.09 *
SISE					—

†.05< $p$ <.10, \* $p$ <.05, \*\* $p$ <.01, \*\*\* $p$ <.001

分散分析、多重比較の結果を表 4-4 に示した。【自殺行動の否定】は群間の得点差が有意であり（ $F_{(3,597)}=5.35$ ,  $p<.01$ ）、「不全型」が「共有型」よりも有意に得点が高かった。【行く末への気がかり】は群間の得点差が有意であり（ $F_{(3,597)}=14.02$ ,  $p<.001$ ）、「共有型」が「不全型」、「両貧型」よりも有意に得点が高く、「両向型」が「不全型」よりも有意に得点が高かった。以上から、仮説 3 は概ね支持されたといえる。【危機への関わり】は群間の得点差が有意であり（ $F_{(3,597)}=12.63$ ,  $p<.001$ ）、「共有型」が「両向型」、「不全型」、「両貧型」よりも有意に得点が高かった。「共有型」は個別性の認識が低い未熟な共感である（角田, 1994）ので対象に没入する傾向を示し、他よりも得点が高かったと推察されるが、「両向型」「不全型」「両貧型」には差異がなかったことから、仮説 4 は概ね支持されたといえる。

表4-4 共感類型別のNASSA下位尺度得点の分散分析結果

n = 601

共感類型 (度数)	両向型 (157)	共有型 (143)	不全型 (142)	両貧型 (159)	F値	多重比較
【自殺行動の否定】	3.97	3.74	4.34	4.04	5.35 **	不全型 > 共有型
	1.34	1.29	1.27	1.18		
【行く末への気がかり】	4.88	5.17	4.41	4.61	14.02 ***	共有型 > 不全型 = 両貧型, 両向型 > 不全型
	1.04	.97	1.14	1.05		
【危機への関わり】	5.04	5.44	4.91	5.09	12.63 ***	共有型 > 両向型 = 不全型 = 両貧型
	.79	.74	.79	.77		

上段:平均値, 下段:標準偏差

†.05<p<.10, \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

## V. 研究 C

### 1. 分析対象と分析方法

研究 A、研究 B の有効回答を加算した 104 施設の看護師 1507 名を分析対象とした。

分析には SPSS 17.0 と Amos 17.0 を用いた。NASSA について探索的・確認的因子分析を行い、因子構造とモデル適合度を改めて確認した。救命救急センター以外の部署の経験の有無と救命救急センター経験年数を独立変数、NASSA 下位尺度得点（平均得点）を従属変数とした 2 要因の分散分析、多重比較には TukeyHSD 法 ( $p<.05$ ) を行った。

### 2. 結果と考察

#### 1) 分析対象者の背景

分析対象者 1507 名の内訳は、男性が 149 名 (9.9%)、女性が 1358 名 (90.1%) であった。年齢の中央値は 32.0、範囲は 39.0 (最小値 20.0、最大値 59.0) であった。看護経験年数の中央値は 10.0、範囲は 37.7 (最小値 0.3、最大値 38.0) であり、救命救急センター経験年数の中央値は 3.3、範囲は 29.4 (最小値 0.1、最大値 29.5) であった。また、救命救急センター以外での看護経験がある者は 1150 名 (76.3%)、ない者は 357 名 (23.7%) であった。

#### 2) NASSA の探索的・確認的因子分析

探索的因子分析（主因子法・Promax 回転）の結果、研究 A、研究 B と同様の因子構造が得られた（表 4-5）。なお、回転前の 3 因子の累積寄与率は 61.6% であった。確認的因子分析の結果、適合度は GFI=.965、AGFI=.943、RMSEA=.066 であり、許容できる値を示した。Cronbach の  $\alpha$  係数は【自殺行動の否定】  $\alpha=.84$ 、【行く末への気がかり】  $\alpha=.83$ 、【危機への関わり】  $\alpha=.68$  と、ほぼ十分な値を示した。



表4-5 NASSAの探索的因子分析結果

		n = 1507				
		M	SD	I	II	III
<b>【自殺行動の否定】</b>						
患者は自分で自分を傷つけているのに、援助を求めてくることが腹立たしい		4.17	1.50	<b>.92</b>	.04	.00
自殺未遂を繰り返されると腹立たしい		4.52	1.48	<b>.81</b>	.04	.03
患者を冷やかな目でみる		3.50	1.38	<b>.67</b>	-.11	-.02
<b>【行く末への気がかり】</b>						
死のうと思ったのに死ぬことができず、患者はこれからどう生きていくのか、気がかりである		4.43	1.31	.01	<b>.85</b>	-.10
患者は立ち直ることができるか、気がかりである		4.51	1.23	.00	<b>.82</b>	.00
退院後に患者をサポートする人がいるのか、気がかりである		5.06	1.19	-.02	<b>.66</b>	.15
<b>【危機への関わり】</b>						
患者が一日のリズムをつけられるように関わる		4.76	1.42	-.03	-.06	<b>.62</b>
患者の現状の理解度に合わせて、患者に対して状況説明を行う		5.30	1.01	.06	-.04	<b>.58</b>
患者から目を離さないようにする		5.83	.99	.04	.00	<b>.54</b>
入院中の患者が再び自殺を試みないようにする手立てを考える		5.09	1.42	-.03	.05	<b>.51</b>
患者が落ち着いて休めるように静かな環境を整備する		5.06	1.13	-.05	.06	<b>.51</b>
		因子間相関		I	II	III
				I	-.37	-.15
				II	-	.50
				III	-	-

M : 平均値, SD : 標準偏差

※ 平均値、標準偏差は、「全く当てはまらない」を1点、「あまり当てはまらない」を2点、「どちらかといえば当てはまらない」を3点、「どちらともいえない」を4点、「どちらかといえば当てはまる」を5点、「かなり当てはまる」を6点、「非常に当てはまる」を7点として算出した値を示した。

### 3) NASSA の記述統計量

第I因子【自殺行動の否定】(3項目)は否定的な態度を表す因子であり、第II因子【行く末への気がかり】(3項目)と第III因子【危機への関わり】(5項目)は、肯定的な態度を表す因子である。そこで、第I因子を逆転項目として扱い、NASSA全体(11項目)で態度を測定できるように操作を行った。すなわち、NASSAの得点が大きければ、態度は肯定的(積極的)、NASSAの得点が小さければ、態度は否定的(消極的)と評価することができる。それぞれの得点範囲は、第I因子【自殺行動の否定】と第II因子【行く末への気がかり】が3.00-21.00、第III因子【危機への関わり】が5.00-35.00、NASSA合計は11.00-77.00となる。以下に、記述統計量を示す(表4-6)。

表4-6 NASSAの記述統計量

		n = 1507							
	平均値	標準偏差	中央値	最小値 - 最大値	第1四分位数	第3四分位数	歪度	尖度	
【自殺行動の否定】*	11.80	3.79	12.00	3.00 - 21.00	9.00	14.00	.236	-.006	
【行く末への気がかり】	14.00	3.21	14.00	3.00 - 21.00	12.00	16.00	-.681	.897	
【危機への関わり】	26.04	3.99	26.00	9.00 - 35.00	23.00	29.00	-.272	.086	
合計	51.85	7.88	52.00	16.00 - 75.00	47.00	57.00	-.209	.857	

\* 逆転項目として処理

### 4) 看護経験と自殺未遂患者に対する態度との関連

看護経験は救命救急センター以外での看護経験の有・無の2水準、救命救急センター経験年数は中央値を用いた短(3.3年未満)・長(3.3年以上)の2水準を独立変数とした。2要因の分散分析の結果を表4-7に示す。

【自殺行動の否定】は経験年数の主効果が有意であり ( $F_{(1,1503)}=3.92, p<.05$ )、経験年数長群は、短群よりも得点が有意に高かった。経験年数が短い時は救急看護特有の知識や技術の獲得に必死であるために否定的態度は形成されにくい、経験年数が長くなると知識や技術を身につけ実践できるようになるため、緊張が幾分か和らいだその間に、自殺未遂患者との関わりにおける問題が立ち現われてくると推察される。広常 (1994) は、自ら生を終らしめんとする自殺という行為は、われわれ (医療関係者) の存在基盤を根底から揺るがしかねないと述べている。経験年数長群の否定的態度が強いのは、看護師としてのアイデンティティの揺らぎが影響していると推察される。【行く末への気がかり】は経験年数の主効果が有意な傾向があり ( $F_{(1,1503)}=3.29, .05<p<.10$ )、経験年数短群は、長群よりも得点が高い傾向にあった。中山ら (2006) は、自殺を因って救命救急センターに搬送された患者の約 4 割に自殺未遂の既往があったことを報告している。自殺未遂患者は救命救急センターでの治療歴がある可能性が高く、看護師が過去に看護した経験のある患者を再び看護するといったことが起こり得る。経験年数が長くなると、こういった経験が増すために看護師が無力感を感じ、患者の予後に思いを馳せる態度が弱まると推察される。【危機への関わり】は経験年数の主効果が有意であり ( $F_{(1,1503)}=5.39, p<.05$ )、経験年数長群は、短群よりも得点が有意に高かった。また、看護経験の主効果が有意であり ( $F_{(1,1503)}=17.29, p<.001$ )、看護経験のない群が、ある群よりも得点が有意に高かった。経験年数の長短による差異には、看護師としての能力の程度が影響していると考えられる。長期になると、救急看護特有の知識や技術を身につけ実践が可能になるので、危機介入への態度が強まると推察される。看護経験の有無による差異には、救急看護に対する意欲の程度が影響していると考えられる。救命救急センター以外での看護経験のある者は人事異動など自らの意思にそぐわない形で救急医療に携わることになった者が含まれている可能性があるが、看護経験のない者は就職先を決定する段階で救命救急センターを志望した者が含まれているため、後者には救急看護に対する意欲が高い者が多いと推察される。

表4-7 看護経験と救命救急センター経験年数によるNASSA下位尺度得点の分散分析結果

看護経験 経験年数 (度数)	n = 1507						
	救命以外あり		救命以外なし		主効果(F値)		交互作用(F値)
	短 (583)	長 (567)	短 (151)	長 (206)	看護経験	経験年数	
【自殺行動の否定】	4.00	4.17	3.92	4.06	1.44	3.92 *	.03
【行く末への気がかり】	1.25	1.24	1.35	1.30	.33	3.29 †	.46
【危機への関わり】	5.10	5.25	5.16	5.42	17.29 ***	5.39 *	1.07
	.81	.80	.75	.74			

上段: 平均値, 下段: 標準偏差

†.05<p<.10, \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

## VI. 総合考察

### 1. NASSA の信頼性・妥当性と有用性

Cronbach の  $\alpha$  係数は【自殺行動の否定】が.83～.85、【行く末への気がかり】が.82～.83、【危機への関わり】が.63～.71 であり、本尺度は最低限の内的整合性を備えているといえる。研究 B では、因子的妥当性、交差妥当性、構成概念妥当性が確認された。以上から、本尺度は一定程度の信頼性と妥当性を有するといえる。本尺度は、例えば、救急看護師に対して、自殺未遂患者の看護に関連した教育的な関わりを行った際の評価指標の一つとして利用できる点で有用であると考えられる。また、本尺度の項目作成に利用した第 2 章で示した研究は、救命救急センターで勤務する看護師を対象とした研究ではあるが、分析対象者に占める救命救急センター以外での看護経験がある者の割合が 68.2% (60/88 名) であり、本研究では、同割合は研究 A、研究 B 共に 7 割以上を占めていた。以上から、本尺度は救急医療に従事する看護師だけでなく、他分野で勤務する看護師全般を対象として使用することも可能であると考えられ、適応範囲が広いという点でも有用であるといえる。

### 2. 看護師の態度が自殺未遂患者に及ぼす影響

救命救急センター以外での看護経験のない者が、ある者よりも【危機への関わり】が強いことが明らかとなった。また、経験年数が長くなると、【危機への関わり】は強まるが、【自殺行動の否定】が強まり、【行く末への気がかり】が弱まることが明らかとなった。自殺未遂患者に対する否定的な態度が強まり、肯定的な態度が弱まることは問題である。それは、看護師の態度がコミュニケーションを通して患者に伝わる可能性があるからである。菅野 (1987) は、相手に対するノンバーバルなはたらきかけ、たとえば、相手の話を聞く時の表情、姿勢、しぐさ、うなずきなどが、相手の行動を励ましたりすることもあれば、逆に相手の気持を意気消沈させると指摘している。看護師の否定的態度は患者に対していかに作用するであろうか。心理学の分野では、例えば、中田 (2001) はエンカウンター・グループのファシリテーターの否定的自己開示がメンバーに新たな気づきや関わりを示す深いコミュニケーションを喚起したことを報告しているが、これが効果をもつのはそれまでのやりとりによって、それが行われても不自然でない雰囲気がある場合であるという。救急医療の場では、自殺未遂患者が意思疎通を図れる意識状態にあっても、看護師は業務の忙しさや交替勤務のために患者とゆっくり関わらず、関係性が作りにくい。そのため、看護師の否定的態度が患者に有益に作用する雰囲気は作られ難く、患者に負の作用を

もたらず可能性が高いと考えられる。Maltzberger (1986) / 高橋 (1994) は、自殺に密接に関連する状態として、深い孤独感、無価値感、極度の怒りを挙げているが、看護師の否定的態度が患者に伝わった時、患者はこれらの感情を強めると考えられる。反対に、看護師の肯定的態度は言語的・非言語的なコミュニケーションを通して患者に温かさとして伝わり、患者の孤独感、無価値感、怒りを和らげるように作用し、患者の生きようとする気持ちを高めるように働くと推察される。

### 3. 研究の限界と今後の課題

本研究では、経験年数の長い看護師の方が、短い看護師よりも、自殺未遂患者に対して否定的な態度を示すことが明らかとなった。本研究の限界は、経験年数を経ると態度が否定的になっていくという、看護師の態度変容過程の詳細を明らかにできなかった点であり、それを研究することが課題である。また、本研究で開発した NASSA を用いて看護師の自殺未遂患者に対する態度を測定し、看護師の心理的特性など他概念との関係性を検討することも課題である。

## VII. 結論

本研究の結果、以下のことが明らかとなった。

- ・看護師の自殺未遂患者に対する態度を測定する、3 因子 11 項目（【自殺行動の否定】3 項目、【行く末への気がかり】3 項目、【危機への関わり】5 項目）から成る看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度（The Nurse's Attitude Scale for Suicide Attempters : NASSA）を作成し、Cronbach の  $\alpha$  係数による内的整合性と、因子的妥当性、交叉妥当性、共感性との構成概念妥当性を確認した。
- ・救命救急センターでの経験年数が長い（約 3 年以上の）者は【自殺行動の否定】、【危機への関わり】が大きいこと、救命救急センターでの経験年数が短い（約 3 年未満の）者は【行く末への気がかり】が大きい傾向にあること、救命救急センター以外の部署の経験がない者は【危機への関わり】が大きいことを示した。

## 付記

本研究にご理解を頂き、ご協力下さいました施設の看護部長様、看護師の皆様に深く感謝致します。

なお、本章は、『自殺予防と危機介入』（日本自殺予防学会）に掲載された\*論文に加筆、修正を加えて纏めたものである。

※瓜崎貴雄（2010）：三次救急医療に従事する看護師の看護経験と自殺未遂患者に対する態度との関連；尺度作成と信頼性・妥当性の検討，自殺予防と危機介入，30（1），55-62.

## 文献

- 1) Anderson, M. (1997) : Nurses' attitudes towards suicidal behavior; a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department, *Journal of Advanced Nursing*, 25 (6) , 1283-1291.
- 2) Botega, N.J., Reginato, D.G., da Silva, S.V. et al. (2005) : Nursing personnel attitudes towards suicide; the development of a measure scale, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (4) , 315-318.
- 3) Domino, G., Moore, D., Westlake, L. & Gibson, L. (1982) : Attitudes toward suicide; a factor analytic approach, *Journal of Clinical Psychology*, 38 (2) , 257-262.
- 4) 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ, 石守久美子 (2006) : 救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度, *日本看護学会誌*, 15 (2), 15-24.
- 5) 広常秀人 (1994) : 自殺未遂; 生命の否定と救急医のジレンマを乗り越える, *救急医学*, 18 (13), 1799-1801.
- 6) 角田豊 (1991) : 共感経験尺度の作成, *京都大学教育学部紀要*, 37, 248-258.
- 7) 角田豊 (1994) : 共感経験尺度改訂版 (EESR) の作成と共感性の類型化の試み, *教育心理学研究*, 42 (2), 193-200.
- 8) 菅野純 (1987) : 心理臨床におけるノンバーバル・コミュニケーション. 春木豊編著, *心理臨床のノンバーバル・コミュニケーション*, 45-94, 川島書店, 東京.
- 9) Maltzberger, J. T. (1986) : *Suicide risk; the formulation of clinical judgment*, New York University Press, New York. / 高橋祥友訳 (1994) : 自殺の精神分析; 臨床的判断の精神力動的定式化, 星和書店, 東京.
- 10) 中田行重 (2001) : ファシリテーターの否定的自己開示, *心理臨床学研究*, 19 (3), 209-219.
- 11) 中山秀紀, 大塚耕太郎, 酒井明夫他 (2006) : 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査; 通院状況を考慮した自殺予防, *精神医学*, 48 (2), 119-126.

- 12) Samuelsson, M., Asberg, M., & Gustavsson, J. P. (1997) : Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95 (3) ,222-230.
- 13) Suokas, J. & Lönnqvist, J. (1989) : Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79 (5) , 474-480.
- 14) 舘山光子, 高橋章子 (2007) : 救急看護師の役割と能力に関する研究 ; 三次救急医療施設における新卒看護師の能力獲得の特色, *日本救急看護学会雑誌*, 8 (2), 58-66.

## 第5章：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度と精神健康度・共感性の関連

### I. 研究の背景

第2、3、4章で示した研究結果から、看護師の自殺未遂患者に対する態度には、接近的態度（患者に積極的に関わろうとし、患者の予後を気遣おうとする傾向が強い態度）、回避的態度（患者に対して抵抗感があり、関わりを回避する傾向が強い態度）、両価的態度（接近的態度と回避的態度の要素が同程度の強さで混在し、葛藤があると考えられる態度）があることが明らかとなった。そして、第4章において、看護師の自殺未遂患者に対する態度の測定用具として、NASSA（The Nurse's Attitude Scale for Suicide Attempters）を作成した。本章では、このNASSAを用いて看護師の自殺未遂患者に対する態度を測定し、看護師の心理的要因である精神健康度や共感性との関連を検討する。

救急医療に従事する看護師は、疾患を問わず、重症度や緊急度が高い患者への迅速かつ適切な対応が求められるため、精神的に疲弊しやすいと推察されるが、看護師が精神的に健康でなければ、看護サービスの質が低下することが指摘されている（久保ら，1994；山岸，2001；Kawano，2008）。また、北内（2008）は、“医療行為において患者と医療者のコミュニケーションを支えている基本的な能力は他者に「共感」できる能力である”と、その重要性を指摘している。これらから、自殺未遂患者を看護する看護師にとって、良好な精神健康状態を保つことと、他者に共感できる能力を持つことが重要であるといえる。

したがって、看護師の自殺未遂患者に対する態度と精神健康度・共感性の関連を検討することは、自殺未遂患者に対する看護の質を向上するための手立てや、看護師に対する心理的支援を考慮する際の材料を得ることになるため、有意義であると考えられる。

### II. 研究目的

本研究は、第一に三次救急医療に従事する看護師の精神健康度を明らかにすること、第二に自殺未遂患者に対する態度と精神健康度・共感性の関連を明らかにすることを目的とする。

### III. 研究方法

#### 1. 調査対象

全国の救命救急センター216施設（2009年4月現在）から、100施設を無作為抽出し、協力を依頼した。受諾を得た41施設の看護師1105名を対象として質問紙調査を実施し、41施設949名から回答を得た（回収率85.6%）。このうち、欠損値のない601名（有効回答率63.3%）を分析対象とした。

## 2. 調査方法

質問紙調査を郵送法で実施した。受諾を得た施設に研究対象者の人数分の依頼書、質問紙と回収用封筒を送付した。研究対象者には回答した質問紙を厳封後に所定の場所に提出するように求めた。2週間程度の留置き式とし、看護部長に対して、質問紙の配布と回収を依頼した。調査期間は2009年6月から9月とした。

## 3. 調査項目および使用尺度

質問Ⅰは看護師の背景に関する項目であり、性別、年齢、部署、看護経験（経験年数と救命救急センター以外での経験の有無）、救命救急センター経験年数、勤務体制とした。質問ⅡはNASSAとした。これは、【自殺行動の否定】（患者への憤りと自殺行動への不信感や困惑を表す「患者を冷ややかな目でみる」等の3項目）、【行く末への気がかり】（患者の将来への懸念や患者を取り巻く環境への関心を表す「患者は立ち直ることができるか、気がかりである」等の3項目）、【危機への関わり】（生命を守ることへの関心と危機への介入を表す「患者が落ち着いて休めるように静かな環境を整備する」等の5項目）の3因子から成る信頼性と妥当性が確認された尺度である。回答形式は7件法（「全く当てはまらない」1点～「非常に当てはまる」7点）とし、各回答を1～7点に得点化した。質問Ⅲは共感経験尺度改訂版（Empathic Experience Scale Revised：EESR）（角田，1994）とした。これは、【共有経験尺度（Scale of Sharing Experience：SSE）】（他者の感情体験に対する共感を表す「悲しんでいる相手の気持ちを感じとろうとして、自分もその人の悲しさを経験したことがある」、「相手が何かを期待しているときに、そのわくわくした気持ちを感じとったことがある」等の10項目）と【共有不全経験尺度（Scale of Insufficient Sharing Experience：SISE）】（他者に共感できない経験から、個別性の認識が高まることを表す「相手が何かに腹を立てていても、自分はその人の怒りがぴんときなかつたことがある」、「相手が何かに苦しんでいても、自分はその苦しさを感じなかつたことがある」等の10項目）の2因子から成る信頼性と妥当性が確認された尺度である。回答形式は7



件法とし、各回答を 0～6 点に得点化した。EESR は、各下位尺度の中央値を用いて共感性の高い順に「両向型」(SSE と SISE がともに高く、自他を独立した存在として捉えることができる)、「共有型」(SSE のみが高く、個別性の認識は低く、共有体験を自己に引きつけてしまう)、「不全型」(SISE のみが高く、他者との共有体験は得られにくい)、「両貧型」(SSE と SISE がともに低く、対人関係そのものが弱い)に類型化できる。質問Ⅳは精神健康調査票 (General Health Questionnaire : GHQ) の短縮版である GHQ30 (中川, 大坊, 1985) とした。GHQ30 は、【一般的疾患傾向】(疲れや病気だと感じる等)、【身体的症状】(頭痛、頭重感、発汗等)、【睡眠障害】(落ち着かなくて眠れない、早朝覚醒等)、【社会的活動障害】(生活が楽しくない、仕事があまくいかない等)、【不安と気分変調】(自信を失う、不安を感じ緊張する等)、【希死念慮うつ傾向】(人生にまったく望みがないと感じる、生きていることに意味がないと感じる等)の 6 因子 30 項目から構成されており、多面的に精神健康度を評価できる信頼性と妥当性が確認された尺度である。回答形式は 4 件法であり、採点には GHQ 法 (回答の程度に従って左から順に、0、0、1、1 とする採点法) を用いた。なお、質問紙には自殺未遂の定義を明記した。

#### 4. 分析方法

##### 1) 精神健康度

GHQ30 は、GHQ 法によって採点し、中央値と範囲を算出した。GHQ30 の得点区分表に従って、合計得点の区分点を 6/7 点とし、6 点以下を健常群、7 点以上を非健常群とした。また、【一般的疾患傾向】、【身体的症状】、【睡眠障害】は 0～1 点を症状なし群、2 点を軽度の症状群、3～5 点を中等度以上の症状群に分類した。【社会的活動障害】は 0 点を症状なし群、1～2 点を軽度の症状群、3～5 点を中等度以上の症状群に分類した。【不安と気分変調】は 0～1 点を症状なし群、2～3 点を軽度の症状群、4～5 点を中等度以上の症状群に分類した。【希死念慮うつ傾向】は 0 点を症状なし群、1 点を軽度の症状群、2～5 点を中等度以上の症状群に分類した。看護師の背景 (性別、年齢、部署、看護経験年数、救命救急センター以外の看護経験、救命救急センター経験年数、勤務体制) を独立変数、GHQ30 を従属変数とした Mann-Whitney の U 検定または Kruskal Wallis 検定を用い、多重比較には全体の有意水準を 5% に維持するために Bonferroni の不等式を用いて有意水準を補正した Mann-Whitney の U 検定を用いて、関連を検討した。

## 2) 自殺未遂患者に対する態度と精神健康度・共感性の関連

NASSA は探索的因子分析（主因子法・Promax 回転）を行い、因子構造を確認した。Cronbach の  $\alpha$  係数を算出し各因子の内的整合性を検討した。回帰法を用いて、各因子の因子得点を算出した。これらの因子得点を用いてクラスター分析を行い、クラスター間の各因子得点を比較し、クラスターを命名した。次に、NASSA の因子得点を用いて得られたクラスターを独立変数とし、GHQ30 の下位尺度を従属変数とした Kruskal Wallis 検定、多重比較には全体の有意水準を 5% に維持するために Bonferroni の不等式を用いて有意水準を補正した Mann-Whitney の U 検定を用いて、関連を検討した。EESR は探索的因子分析を行い（主因子法・Varimax 回転）、因子構造を確認した。Cronbach の  $\alpha$  係数を算出し各因子の内的整合性を検討した。共感類型に類型化した後、NASSA の因子得点を用いて得られたクラスターとの関連を  $\chi^2$  検定によって検討した。分析には、統計解析ソフト SPSS 17.0J for Windows を用いた。

## 5. 倫理的配慮

本研究は関西大学心理学研究科研究・教育倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力の依頼書や質問紙には、研究協力を拒否しても不利益を一切被らないこと、質問紙は量的に分析するため、結果の公表に際して個人や所属組織が特定されないことを明記した。質問紙の回収をもって、研究協力の承諾が得られたと判断した。

## IV. 結果

分析対象者の背景を表 5-1 に示した。分析対象者 601 名の内訳は、男性が 63 名 (10.5%)、女性が 538 名 (89.5%) であった。年齢は 20 代が 207 名 (34.4%)、30 代が 274 名 (45.6%)、40 歳以上が 120 名 (20.0%) であり、中央値は 32.0、範囲は 37.0（最小値 22.0、最大値 59.0）であった。部署は初療室が 156 名 (26.0%)、集中治療室が 265 名 (44.1%)、病棟が 140 名 (23.3%)、その他が 40 名 (6.6%) であった。部署のその他には、救命救急センター内の複数の部署を兼任している者が含まれた。看護経験年数は 3 年未満が 53 名 (8.8%)、3 年以上 5 年未満が 65 名 (10.8%)、5 年以上 10 年未満が 175 名 (29.1%)、10 年以上が 308 名 (51.2%) であり、中央値は 10.0、範囲は 37.7（最小値 0.3、最大値 38.0）であった。救命救急センター経験年数は 1 年未満が 84 名 (14.0%)、1 年以上 3 年未満が 168 名 (28.0%)、3 年以上 5 年未満が 142 名 (23.6%)、5 年以上が 207 名 (34.4%)

であり、中央値は 3.3、範囲は 29.4（最小値 0.1、最大値 29.5）であった。また、救命救急センター以外での看護経験がある者は 465 名（77.4%）、ない者は 136 名（22.6%）であった。勤務体制は 2 交替制が 239 名（39.8%）、3 交替制が 348 名（57.9%）、その他が 14 名（2.3%）であった。勤務体制のその他には、2 交替と 3 交替が入り交ざった状況下で働いている者が含まれた。例えば、所属の集中治療室は 3 交替であるが、月に数回程度、2 交替制である初療室で勤務するなどである。

表5-1 分析対象者の背景

	度数	(%)
<b>性別</b>		
男	63	(10.5)
女	538	(89.5)
<b>年齢</b>		
20代	207	(34.4)
30代	274	(45.6)
40歳以上	120	(20.0)
中央値(範囲)	32.0	(22.0-59.0)
<b>部署</b>		
初療室	156	(26.0)
集中治療室	265	(44.1)
病棟	140	(23.3)
その他	40	(6.6)
<b>看護経験年数</b>		
3年未満	53	(8.8)
3～5年	65	(10.8)
5～10年	175	(29.1)
10年以上	308	(51.2)
中央値(範囲)	10.0	(.3-38.0)
<b>救命救急センター以外の看護経験</b>		
有	465	(77.4)
無	136	(22.6)
<b>救命救急センター経験年数</b>		
1年未満	84	(14.0)
1～3年	168	(28.0)
3～5年	142	(23.6)
5年以上	207	(34.4)
中央値(範囲)	3.3	(.1-29.5)
<b>勤務体制</b>		
2交替制	239	(39.8)
3交替制	348	(57.9)
その他	14	(2.3)

## 1. 看護師の精神健康度

GHQ 得点の中央値と範囲を算出し、区分点を用いた群分けを行った（表 5-2）。

【GHQ 合計】の中央値は 9.0、範囲は 30.0（最小値 0、最大値 30.0）であり、健常群は 220 名（36.6%）、非健常群は 381 名（63.4%）であった。【一般的疾患傾向】の中央値は 2.0、範囲は 5.0（最小値 0、最大値 5.0）であり、症状なし群は 229 名（38.1%）、軽度症状あり群は 152 名（25.3%）、中等度以上症状あり群は 220 名（36.6%）であった。【身体的症状】の中央値は 2.0、範囲は 5.0（最小値 0、最大値 5.0）であり、症状なし群は 267

名 (44.4%)、軽度症状あり群は 144 名 (24.0%)、中等度以上症状あり群は 190 名 (31.6%) であった。【睡眠障害】の中央値は 2.0、範囲は 5.0 (最小値 0、最大値 5.0) であり、症状なし群は 285 名 (47.4%)、軽度症状あり群は 90 名 (15.0%)、中等度以上症状あり群は 226 名 (37.6%) であった。【社会的活動障害】の中央値は 1.0、範囲は 5.0 (最小値 0、最大値 5.0) であり、症状なし群は 276 名 (45.9%)、軽度症状あり群は 244 名 (40.6%)、中等度以上症状あり群は 81 名 (13.5%) であった。【不安と気分変調】の中央値は 2.0、範囲は 5.0 (最小値 0、最大値 5.0) であり、症状なし群は 275 名 (45.8%)、軽度症状あり群は 148 名 (24.6%)、中等度以上症状あり群は 178 名 (29.6%) であった。【希死念慮うつ傾向】の中央値は 0、範囲は 5.0 (最小値 0、最大値 5.0) であり、症状なし群は 455 名 (75.7%)、軽度症状あり群は 45 名 (7.5%)、中等度以上症状あり群は 101 名 (16.8%) であった。

表5-2 GHQ30に基づいた看護師の精神健康度

	中央値	範囲	症状分類			合計
			健常/症状なし	非健常/症状あり		
				軽度	中等度以上	
GHQ合計	9.0	0-30	220 ( 36.6 )	381 ( 63.4 )	601 ( 100.0 )	
一般的疾患傾向	2.0	0-5	229 ( 38.1 )	152 ( 25.3 )	220 ( 36.6 )	601 ( 100.0 )
身体的症状	2.0	0-5	267 ( 44.4 )	144 ( 24.0 )	190 ( 31.6 )	601 ( 100.0 )
睡眠障害	2.0	0-5	285 ( 47.4 )	90 ( 15.0 )	226 ( 37.6 )	601 ( 100.0 )
社会的活動障害	1.0	0-5	276 ( 45.9 )	244 ( 40.6 )	81 ( 13.5 )	601 ( 100.0 )
不安と気分変調	2.0	0-5	275 ( 45.8 )	148 ( 24.6 )	178 ( 29.6 )	601 ( 100.0 )
希死念慮うつ傾向	.0	0-5	455 ( 75.7 )	45 ( 7.5 )	101 ( 16.8 )	601 ( 100.0 )

※症状分類の上段は度数、下段の( )は%を表す。

看護師の背景と精神健康度について検討した結果を表 5-3-1、表 5-3-2 に示した。

性別では、【GHQ 合計】、【一般的疾患傾向】、【睡眠障害】、【社会的活動障害】、【不安と気分変調】、【希死念慮うつ傾向】が有意であり、女性が男性よりも得点が高く、精神健康度が不良であった (【GHQ 合計】:  $U=12187$ ,  $p<.001$ 、【一般的疾患傾向】:  $U=13321$ ,  $p<.01$ 、【睡眠障害】:  $U=12941$ ,  $p<.01$ 、【社会的活動障害】:  $U=13852$ ,  $p<.05$ 、【不安と気分変調】:  $U=13608$ ,  $p<.01$ 、【希死念慮うつ傾向】:  $U=14700$ ,  $p<.05$ )。

年齢では、【不安と気分変調】が有意であった ( $\chi^2=7.26$ ,  $df=2$ ,  $p<.05$ )。多重比較の結果、20代の者は30代の者よりも【不安と気分変調】の得点が有意に高く、精神健康度が不良であった ( $U=24481$ ,  $p=.008$ )。

部署では、【GHQ 合計】、【社会的活動障害】、【不安と気分変調】が有意であった (【GHQ 合計】:  $\chi^2=6.90$ ,  $df=2$ ,  $p<.05$ , 【社会的活動障害】:  $\chi^2=11.29$ ,  $df=2$ ,  $p<.01$ 、【不安と気分変調】:  $\chi^2=11.12$ ,  $df=2$ ,  $p<.01$ )。多重比較の結果は次のとおりである。集中治療室の者は初療室の者よりも【GHQ 合計】、【社会的活動障害】、【不安と気分変調】の得点が有意に高く、精神健康度が不良であった (【GHQ 合計】:  $U=17582$ ,  $p=.010$ 、【社会的活動障害】:  $U=16945$ ,  $p<.001$ 、【不安と気分変調】:  $U=16854$ ,  $p<.001$ )。また、病棟の者は初療室の者よりも【不安と気分変調】の得点が有意に高く、精神健康度が不良であった (【不安と気分変調】:  $U=9208$ ,  $p=.016$ )。

看護経験年数では、【不安と気分変調】が有意であった ( $\chi^2=10.65$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ )。多重比較の結果、3年未満の者は10年以上の者よりも【不安と気分変調】の得点が有意に高く、精神健康度が不良であった ( $U=6128$ ,  $p=.002$ )。

救命救急センター以外の看護経験の有無では、【一般的疾患傾向】が有意であり、救命救急センター以外の看護経験がある者がいない者よりも得点が高く、精神健康度が不良であった (【一般的疾患傾向】:  $U=27186$ ,  $p<.05$ )。

救命救急センター経験年数では、【GHQ 合計】、【身体的症状】、【睡眠障害】、【不安と気分変調】が有意であった (【GHQ 合計】:  $\chi^2=16.25$ ,  $df=3$ ,  $p<.01$ 、【身体的症状】:  $\chi^2=8.52$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ 、【睡眠障害】:  $\chi^2=10.91$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ 、【不安と気分変調】:  $\chi^2=18.80$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ )。多重比較の結果は次のとおりである。1年未満の者は5年以上の者よりも【GHQ 合計】、【不安と気分変調】の得点が有意に高く、精神健康度が不良であった (【GHQ 合計】:  $U=6242$ ,  $p<.001$ 、【不安と気分変調】:  $U=6199$ ,  $p<.001$ )。また、1~3年の者は5年以上の者よりも【GHQ 合計】、【睡眠障害】、【不安と気分変調】の得点が有意に高く、精神健康度が不良であった (【GHQ 合計】:  $U=14601$ ,  $p=.007$ 、【睡眠障害】:  $U=14553$ ,  $p=.005$ 、【不安と気分変調】:  $U=14298$ ,  $p=.002$ )。

勤務体制と精神健康度の関連は、有意ではなかった。

表5-3-1 看護師の背景と精神健康度の関連

看護師の背景	GHQ得点: 中央値, (平均値), 【範囲】と検定結果							
	GHQ合計	$\rho$	一般的疾患傾向	$\rho$	身体的症状	$\rho$	睡眠障害	$\rho$
<b>性別</b>								
男	5.0 (7.0)	【0-25】	1.0 (1.6)	【0-5】	1.0 (1.4)	【0-5】	1.0 (1.4)	【0-5】
女	9.0 (9.9)	【0-30】	2.0 (2.2)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】
			<b>.000</b>		<b>.004</b>		.058	<b>.001</b>
<b>年齢</b>								
20代	9.0 (10.0)	【0-27】	2.0 (2.1)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	2.0 (2.2)	【0-5】
30代	8.5 (9.5)	【0-30】	2.0 (2.1)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】
40歳以上	8.0 (9.4)	【0-25】	2.0 (2.0)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	1.0 (1.8)	【0-5】
			.463		.763		.668	.078
<b>部署</b>								
初療室	7.0 (8.3)	【0-25】	2.0 (1.9)	【0-5】	2.0 (1.6)	【0-5】	1.0 (1.9)	【0-5】
集中治療室	9.0 (10.3)	【0-30】	2.0 (2.2)	【0-5】	2.0 (1.8)	【0-5】	2.0 (2.2)	【0-5】
病棟	9.0 (9.7)	【0-24】	2.0 (2.0)	【0-5】	2.0 (1.8)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】
			<b>.031</b>		.113		.458	.169
<b>看護経験年数</b>								
3年未満	10.0 (10.8)	【0-26】	2.0 (1.8)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	2.0 (2.3)	【0-5】
3~5年	10.0 (9.7)	【0-27】	2.0 (2.0)	【0-5】	2.0 (2.0)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】
5~10年	9.0 (9.9)	【0-26】	2.0 (2.2)	【0-5】	1.0 (1.6)	【0-5】	2.0 (2.2)	【0-5】
10年以上	8.0 (9.3)	【0-30】	2.0 (2.1)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	1.0 (2.0)	【0-5】
			.428		.460		.473	.374
<b>救命救急センター以外の看護経験</b>								
有	9.0 (9.7)	【0-30】	2.0 (2.2)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】
無	9.0 (9.4)	【0-26】	2.0 (1.8)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	2.0 (2.0)	【0-5】
			.734		<b>.011</b>		.812	.506
<b>救命救急センター経験年数</b>								
1年未満	11.0 (11.5)	【0-28】	2.0 (2.4)	【0-5】	2.0 (2.0)	【0-5】	2.0 (2.4)	【0-5】
1~3年	10.0 (10.2)	【0-30】	2.0 (2.1)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	2.0 (2.3)	【0-5】
3~5年	8.0 (9.6)	【0-26】	2.0 (2.2)	【0-5】	2.0 (1.8)	【0-5】	1.0 (1.9)	【0-5】
5年以上	7.0 (8.4)	【0-25】	2.0 (1.9)	【0-5】	1.0 (1.5)	【0-5】	1.0 (1.8)	【0-5】
			<b>.001</b>		.066		<b>.036</b>	<b>.012</b>
<b>勤務体制</b>								
2交替制	9.0 (9.6)	【0-30】	2.0 (2.0)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】
3交替制	9.0 (9.8)	【0-28】	2.0 (2.2)	【0-5】	2.0 (1.8)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】
			.694		.091		.248	.804

表5-3-2 看護師の背景と精神健康度の関連

看護師の背景	GHQ得点:中央値,(平均値),【範囲】と検定結果					
	社会的活動障害	<i>p</i>	不安と気分変調	<i>p</i>	希死念慮うつ傾向	<i>p</i>
<b>性別</b>						
男	0 (.7)	【0-4】	1.0 (1.4)	【0-5】	0 (.2)	【0-4】
女	1.0 (1.0)	【0-5】	2.0 (2.0)	【0-5】	0 (.6)	【0-5】
			.011		.008	.021
<b>年齢</b>						
20代	1.0 (1.0)	【0-5】	2.0 (2.2)	【0-5】	0 (.5)	【0-5】
30代	1.0 (1.1)	【0-5】	1.5 (1.8)	【0-5】	0 (.5)	【0-5】
40歳以上	1.0 (.8)	【0-4】	2.0 (2.1)	【0-5】	0 (.7)	【0-5】
			.901		.026	.240
<b>部署</b>						
初療室	0 (.7)	【0-5】	1.0 (1.6)	【0-5】	0 (.4)	【0-5】
集中治療室	1.0 (1.2)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】	0 (.6)	【0-5】
病棟	1.0 (1.0)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】	0 (.5)	【0-5】
			.003		.003	.265
<b>看護経験年数</b>						
3年未満	1.0 (1.4)	【0-5】	3.0 (2.6)	【0-5】	0 (.8)	【0-5】
3~5年	1.0 (.9)	【0-4】	2.0 (2.1)	【0-5】	0 (.4)	【0-5】
5~10年	1.0 (1.0)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】	0 (.6)	【0-5】
10年以上	.5 (.9)	【0-5】	1.0 (1.8)	【0-5】	0 (.6)	【0-5】
			.242		.013	.427
<b>救命救急センター以外の看護経験</b>						
有	1.0 (1.0)	【0-5】	2.0 (1.9)	【0-5】	0 (.6)	【0-5】
無	1.0 (1.0)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】	0 (.5)	【0-5】
			.508		.355	.843
<b>救命救急センター経験年数</b>						
1年未満	1.0 (1.2)	【0-5】	3.0 (2.5)	【0-5】	0 (.8)	【0-5】
1~3年	1.0 (1.1)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】	0 (.5)	【0-5】
3~5年	1.0 (1.0)	【0-5】	2.0 (2.0)	【0-5】	0 (.5)	【0-5】
5年以上	0 (.8)	【0-5】	1.0 (1.6)	【0-5】	0 (.5)	【0-5】
			.107		.000	.112
<b>勤務体制</b>						
2交替制	1.0 (1.1)	【0-5】	2.0 (2.0)	【0-5】	0 (.5)	【0-5】
3交替制	1.0 (.9)	【0-5】	2.0 (2.0)	【0-5】	0 (.6)	【0-5】
			.359		.939	.771

## 2. 看護師の自殺未遂患者に対する態度

NASSA の探索的因子分析を実施し、先行研究と同様の因子構造がみられることを確認した (表 5-4)。Cronbach の  $\alpha$  係数は【自殺行動の否定】が  $\alpha=.83$ 、【行く末への気がかり】が  $\alpha=.82$ 、【危機への関わり】が  $\alpha=.63$  であった。

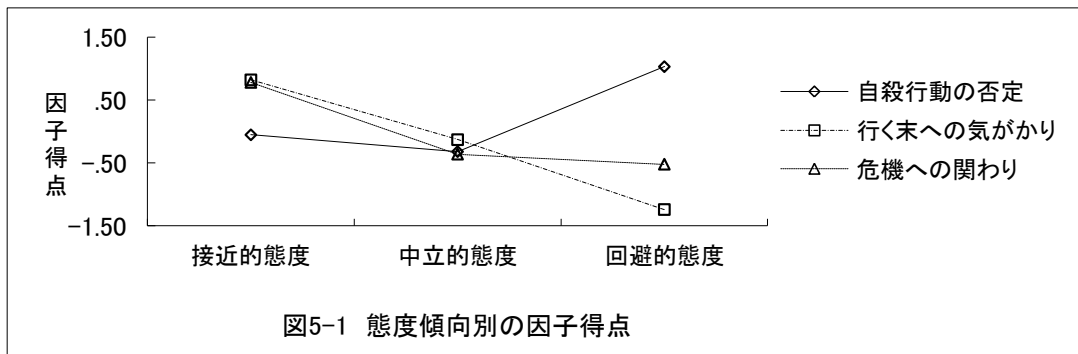
表5-4 態度の探索的因子分析結果

	<i>M</i>	<i>SD</i>	I	II	III
<b>【自殺行動の否定】</b> $\alpha=.83$					
患者は自分で自分を傷つけているのに、援助を求めてくるのが腹立たしい	4.03	1.53	<b>.88</b>	.06	-.01
患者を冷やかな目でみる	3.55	1.43	<b>.77</b>	-.10	.02
自殺未遂を繰り返されると腹立たしい	4.49	1.52	<b>.70</b>	.00	.02
<b>【行く末への気がかり】</b> $\alpha=.82$					
死のうと思ったのに死ぬことができず、患者はこれからどう生きていくのか、気がかりである	4.65	1.32	-.01	<b>.83</b>	-.08
患者は立ち直ることができるか、気がかりである	4.51	1.24	-.02	<b>.81</b>	-.03
退院後に患者をサポートする人がいるのか、気がかりである	5.15	1.22	.00	<b>.69</b>	.15
<b>【危機への関わり】</b> $\alpha=.63$					
患者が一日のリズムをつけられるように関わる	4.48	1.43	-.09	-.12	<b>.72</b>
患者が落ち着いて休めるように静かな環境を整備する	4.94	1.19	-.02	.07	<b>.49</b>
入院中の患者が再び自殺を試みないようにする手立てを考える	5.01	1.50	.00	.16	<b>.47</b>
患者の現状の理解度に合わせて、患者に対して状況説明を行う	5.29	1.01	.09	-.08	<b>.42</b>
患者から目を離さないようにする	5.90	1.00	.13	.18	<b>.33</b>
	因子間相関		I	II	III
	I		—	-.35	-.12
	II			—	.54
	III				—

*M*: 平均値, *SD*: 標準偏差

これらの因子得点を用いてクラスター分析を行い、3つのクラスターを得た。得られたクラスターを独立変数、各因子得点を従属変数とした一元配置分散分析を行った結果、全ての因子において有意な群間差がみられた (【自殺行動の否定】:  $F_{(2,598)}=112.39$ ,  $p<.001$ 、【行く末への気がかり】:  $F_{(2,598)}=444.72$ ,  $p<.001$ 、【危機への関わり】:  $F_{(2,598)}=244.13$ ,  $p<.001$ )。Tukey の HSD 法 ( $p<.05$ ) による多重比較を行った結果、【自殺行動の否定】は第3>第1>第2クラスター、【行く末への気がかり】は第1>第2>第3クラスターであった。【危機への関わり】は第1>第2=第3クラスターであった。図 5-1 に態度別の因子得点を示した。第1クラスターは、【危機への関わり】と【行く末への気がかり】の因子得点が正の値を示し最も高く、【自殺行動の否定】の因子得点が負の値を示していることから、肯定的な構えを形成していると考えられるため『接近的態度』と命名した。第2クラスターは、【自殺行動の否定】、【行く末への気がかり】、【危機への関わり】の因子得点が0付近の類似した値を示していることから、『中立的態度』と命名した。第3クラスターは、【自殺行動の否定】の因子得点が正の値を示し最も高く、【行く末への気がかり】と【危機への関わり】の因子得点が負の値を示し最も低いことから、否定的な構えを形成していると考えられるため『回避的態度』と命名した。





### 3. 看護師の自殺未遂患者に対する態度と精神健康度の関連

Kruskal Wallis 検定の結果、【GHQ 合計】、【身体的症状】、【不安と気分変調】、【希死念慮うつ傾向】が有意であった（【GHQ 合計】： $\chi^2(2)=7.34, p<.05$ 、【身体的症状】： $\chi^2(2)=7.13, p<.05$ 、【不安と気分変調】： $\chi^2(2)=7.54, p<.05$ 、【希死念慮うつ傾向】： $\chi^2(2)=8.80, p<.05$ ）（表 5-5）。多重比較の結果、『接近的態度』は、『中立的態度』よりも【身体的症状】と【希死念慮うつ傾向】の得点が有意に高く、精神健康度が低かった。また、『接近的態度』は、『回避的態度』よりも【不安と気分変調】の得点が有意に高く、精神健康度が低かった。【GHQ 合計】は有意ではなかった。

表5-5 自殺未遂患者に対する態度と精神健康度の関連

態度	度数 (%)	GHQ得点: 中央値, (平均値), 【範囲】と検定結果							
		GHQ合計		一般的疾患傾向		身体的症状		睡眠障害	
接近的態度	203 (33.8)	10.0 (10.7)	【0-30】	2.0 (2.3)	【0-5】	2.0 (2.0)	【0-5】	2.0 (2.3)	【0-5】
中立的態度	295 (49.1)	9.0 (9.2)	【0-26】	2.0 (2.1)	【0-5】	2.0 (1.7)	【0-5】	2.0 (2.1)	【0-5】
回避的態度	103 (17.1)	7.0 (9.0)	【0-25】	2.0 (2.1)	【0-5】	2.0 (1.6)	【0-4】	2.0 (2.0)	【0-5】
			<b>.025</b>		<b>.106</b>		<b>.028</b>		<b>.385</b>

態度	度数 (%)	GHQ得点: 中央値, (平均値), 【範囲】と検定結果					
		社会的活動障害		不安と気分変調		希死念慮うつ傾向	
接近的態度	203 (33.8)	1.0 (1.1)	【0-5】	2.0 (2.3)	【0-5】	.0 (.8)	【0-5】
中立的態度	295 (49.1)	1.0 (1.0)	【0-5】	2.0 (2.0)	【0-5】	.0 (.5)	【0-5】
回避的態度	103 (17.1)	1.0 (1.0)	【0-5】	1.0 (1.7)	【0-5】	.0 (.6)	【0-5】
			<b>.542</b>		<b>.023</b>		<b>.012</b>

### 4. 看護師の自殺未遂患者に対する態度と共感性の関連

EESR の探索的因子分析を実施し、先行研究（角田，1994）と同様の因子構造がみられることを確認した。Cronbach の  $\alpha$  係数は【SSE】が  $\alpha=.87$ 、【SISE】が  $\alpha=.87$  であった。

$\chi^2$  検定の結果、『接近的態度』は「共有型」が多く「不全型」が少ない、『回避的態度』は「不全型」が多く「共有型」が少ない、『中立的態度』は「共有型」が少ないことが明らかとなった ( $\chi^2(6)=34.86, p<.001$ ) (表 5-6)。

表5-6 自殺未遂患者に対する態度と共感性の関連

		共感性				合計	
		両向型	共有型	不全型	両貧型		
態度	接近的態度	度数	52	73	30	48	203
		調整済み残差	-2	<b>5.0</b>	<b>-3.6</b>	-1.1	
	中立的態度	度数	83	55	76	81	295
		調整済み残差	1.1	<b>-2.9</b>	1.2	.5	
	回避的態度	度数	22	15	36	30	103
		調整済み残差	-1.2	<b>-2.4</b>	<b>3.0</b>	.7	
		合計	157	143	142	159	601

## V. 考察

### 1. 看護師の精神健康度

宇田, 森岡 (2011) は、11 施設 347 名 (救急看護師 199 名、内科看護師 148 名) から得られたデータを分析した結果、救急看護師の方が内科看護師よりも、自分の能力を超えた要求をされる、慣れない仕事や知らない仕事を任されるなどの「仕事の困難さ」、常に注意を払わなければ事故が起こる可能性がある、急変時に即座に対応しなければならないなどの「人命にかかわる仕事内容」、患者に暴言をはかれる、自分の行ったケアが患者や家族に理解されないなどの「患者・家族との関係」、患者が生死をさまよっている状況に出くわす、治療しても症状が改善されない患者と接するなどの「患者の死との直面」、医師に暴言をはかれる、威圧感を与えるような医師と接するなどの「医師との関係」、仕事外の時間に仕事上必要な勉強をしなければならない、どんどん新しいことを覚えなければならないなどの「技術革新」といった仕事に関連するストレスの得点が大きかったことを示している。

また、三木, 黒田 (2012) は、17 施設 351 名の看護師を対象とした調査で、心的外傷後ストレス障害のハイリスク者の割合が 17.3%であったこと、精神的衝撃を受けた出来事として、縊死による自殺 (経験率は 36.8%) と飛び降り自殺 (経験率は 31.6%) が報告されたことを示しており、自殺未遂患者を看護する経験が、看護師に対して精神的衝撃を与えていることが分かる。

本研究では、【GHQ 合計】で精神健康度が非健常群と判定される者が 6 割以上を占めていたことが明らかとなった。これまでに我が国の看護師を対象として GHQ を用いて精神健康度を調査した研究では、5~6 割の看護師の精神健康度が不良であることが示されてい

る（足立ら，1999；影山ら，2003；足立ら，2005）。真木ら（2007）は GHQ を用いて三次救急医療に従事する看護師の精神健康度を調査し、約 6 割が精神健康度の低い状態であったことを報告しているが、調査時期において約 3 年後の本研究においても、精神健康度が不良と判定される者の割合は同程度であり、三次救急医療に従事する看護師の精神健康度は依然として低いままであることが明らかとなった。また、本研究では、GHQ の下位尺度の【一般的疾患傾向】については 6 割以上、【身体的症状】、【睡眠障害】、【社会的活動障害】、【不安と気分変調】については 5 割以上、【希死念慮うつ傾向】については 2 割以上の看護師に症状があることが明らかとなった。この結果は、看護師の精神健康度を高めるための具体的支援を早急に検討する必要性を示唆しているといえる。

## 2. 看護師の自殺未遂患者に対する態度と精神健康度・共感性の関連

『接近的態度』の看護師は頭痛、頭重感、不安などの症状があり、いろいろなことを重荷と感じたり、人生にまったく意味がないと感じたりして精神健康度が不良であり、個別性の認識が低く共有経験を自己に引きつけてしまう共感の型の者が多かった。『回避的態度』や『中立的態度』の看護師は、『接近的態度』の看護師と比較すると、精神健康度は良好であるといえるが、『回避的態度』の看護師は、他者との共有体験は得られにくく、対人世界への信頼感が低い共感の型の者が多く、『中立的態度』の看護師は、個別性の認識が低く共有経験を自己に引きつけてしまう共感の型の者が少なかった。

そして、これらの結果は、感情労働という観点から説明され得ると考えられる。感情労働という概念は、職務上の役割として、「適切な」感情経験の表出・保持を行う「感情管理」が強制されている状況を表すが、対人サービス労働の場面では、行為を方向づけるための感情規則が働き、自然な自己の感情経験が抑圧され、本当の自己感情を見失わせる可能性が指摘されている（Hochschild, 1983／石川，室伏，2000）。武井（2001）は、看護師の感情規則には、「患者には優しく親切に」といった患者を安心させるためのものや、「患者に対して怒ってはいけない」といった看護師が感情的になることを禁じ、感情を抑制することを求める規則があると述べている。荻野ら（2004）は、感情の不協和（感じている感情と表出している感情の不協和）と精神健康度には関連があり、感情の不協和の程度が高いと精神健康度が不良であることを実証している。

『接近的態度』では「共有型」の者が多かったことから、看護師が感情規則に強く囚われており、自らの感情に十分に関心を向けることができず、患者に巻き込まれている状態

にあると考えられる。また、『接近的態度』では精神健康度が不良である者が多かったことから、看護師は実際に感じている感情と表出している感情の不協和の程度が高い状態にあり、例えば、患者に対する否定的な感情を抑制して、懸命に関わろうとしているといったことが考えられる。そのため、看護師が疲弊し精神健康度が不良であったと推察される。

『中立的態度』と『回避的態度』の看護師が、『接近的態度』の看護師よりも精神健康度が高かったのは、看護師としての感情規則への囚われの程度が小さいためであると考えられる。特に、『中立的態度』の看護師は自らに注意を向け、患者に対する肯定的な構えと否定的な構えの両方があることを認識し、それらを抱えることができていると考えられる。

『中立的態度』の看護師に「共有型」が少なかったことを考慮すると、『中立的態度』は看護師としての感情規則に縛られることなく、患者と適切な距離を保つことができる態度であると捉えられる。

自殺未遂患者に対する否定的な構えが強い『回避的態度』は、看護師としての感情規則への囚われが小さい態度であると捉えられるが、共感性では「不全型」が多かったことから、患者との心理的距離が離れすぎていると推察される。このような否定的な構えが生じる理由として、Wolk-Wasserman (1987) は、自殺企図や自殺は、ヘルスケアを提供し生命を守るという医療従事者の役割に相反するものであるため、医療スタッフの間では、このような自殺を否定する気持ちが、時に非常に強いのもかもしれないと指摘している。しかし、無関心、拒絶、反感などの形で表現される医療スタッフの強い情動的反応は、自殺患者に深刻に影響し、自殺を促すことすらあるかもしれない (Wasserman, 2001/小林ら, 2006) ため、『回避的態度』は自殺予防においては負の要素となり得ると考えられる。最良の自殺予防手段は、自殺の危険性のある人間の苦痛や緊張、苦悩をもたらしているものが何であるかを知り、そうした感情を癒すように働きかけること (Evans & Farberow, 2004/高橋ら, 2006) であるため、看護師が自殺未遂患者に対して共感的に関わることは、自殺予防において重要であるといえる。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度と精神健康度・共感性の関連を検討したが、自殺未遂患者に関わる看護師の精神健康度や共感性を高めるための具体的な支援の方法を考案する必要があると考えられる。

## VI. 結論

本研究の結果、以下のことが明らかとなった。

- ・【GHQ 合計】で看護師の6割以上が非健常群と判定され、【一般的疾患傾向】は6割以上、【身体的症状】、【睡眠障害】、【社会的活動障害】、【不安と気分変調】は5割以上、【希死念慮うつ傾向】は2割以上の看護師に症状がみられた。
- ・『接近的態度』は、『中立的態度』よりも【身体的症状】と【希死念慮うつ傾向】の得点が有意に高く、精神健康度が低かった。また、『接近的態度』は、『回避的態度』よりも【不安と気分変調】の得点が有意に高く、精神健康度が低かった。
- ・『接近的態度』は「共有型」が多く「不全型」が少なかった。反対に、『回避的態度』は「不全型」が多く「共有型」が少なかった。『中立的態度』は「共有型」が少なかった。

## 付記

本研究にご理解を頂き、ご協力下さいました施設の看護部長様、看護師の皆様に深く感謝致します。

なお、本章は、『心理臨床学研究』（日本心理臨床学会）に掲載された論文<sup>\*</sup>に加筆、修正を加えて纏めたものである。

※瓜崎貴雄（2012）：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度と精神健康度・共感性の関連，心理臨床学研究，29（6），774-784.

## 文献

- 1) 足立はるゑ，井上真人，井奈波良一，岩田宏敏（1999）：某公立病院看護婦の精神健康度及びストレス対処行動についての検討；Stress & Stress-Coping Questionnaire を用いて，産業衛生学雑誌，41（4），79-87.
- 2) 足立はるゑ，井上真人，井奈波良一（2005）：看護職のストレスマネジメントに関する研究：ストレス・ストレスコーピング尺度（SSCQ）の看護職への適用，産業衛生学雑誌，47（1），1-10.
- 3) Evans, G. & Farberow, N. L.（2004）：The encyclopedia of suicide, Facts On File, Inc., New York. /高橋祥友監修，小川真弓，徳永優子，吉田美樹訳（2006）：自殺予防事典，明石書店，東京.
- 4) Hochschild, A. R.（1983）：The managed heart: commercialization of human feeling,

- University of California Press, Berkeley. /石川准, 室伏亜希訳 (2000) : 管理される心 ; 感情が商品になる時, 世界思想社, 京都.
- 5) 角田豊 (1994) : 共感経験尺度改訂版 (EESR) の作成と共感性の類型化の試み, 教育心理学研究, 42, 193-200.
  - 6) 影山隆之, 錦戸典子, 小林敏生, 大賀淳子, 河島美枝子 (2003) : 公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度の関連, 大分看護科学研究, 4 (1), 1-10.
  - 7) Kawano, Y. (2008) : Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses; effect of departmental environment in acute care hospitals, *Journal of Occupational Health*, 50 (1), 79-85.
  - 8) 北内信太郎 (2008) : 医療行為の基礎としての「共感」, 心身医学, 48 (8), 747-749.
  - 9) 久保真人, 田尾雅夫 (1994) : 看護婦におけるバーンアウト ; ストレスとバーンアウトとの関係, 実験社会心理学研究, 34 (1), 33-43.
  - 10) 中川泰彬, 大坊郁夫 (1985) : 日本版 GHQ 精神健康調査表手引, 日本文化科学社, 東京.
  - 11) 真木佐知子, 笹川真紀子, 廣常秀人, 寺師榮, 小西聖子 (2007) : 三次救急医療に従事する看護師の外傷性ストレス及び精神健康の実態と関連要因. 日本救急看護学会雑誌, 8 (2), 43-52.
  - 12) 三木明子, 黒田梨絵 (2012) : 救急領域の現場で看護師が被る惨事ストレスの実態と影響, 日本看護学会論文集 ; 看護総合, 42, 108-111.
  - 13) 荻野佳代子, 瀧ヶ崎隆司, 稲木康一郎 (2004) : 対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響, 心理学研究, 75 (4), 371-377.
  - 14) 武井麻子 (2001) : 感情と看護 ; 人とのかかわりを職業とすることの意味, 医学書院, 東京.
  - 15) 宇田賀津, 森岡郁晴 (2011) : 救命救急センターに勤務する看護師の心理的ストレス反応に関連する要因, 産業衛生学雑誌, 53 (1), 1-9.
  - 16) Wasserman, D. (Ed.) (2001) : *Suicide; an unnecessary death*, Martin Dunitz, London. /小林章雄, 坪井宏仁, 高橋祥友監修 (2006) : 自殺予防学 ; 医師・保健医療スタッフのために, 学会出版センター, 東京.
  - 17) Wolk-Wasserman, D. (1987) : Some problems connected with the treatment of suicide attempt patients; transference and countertransference aspect, *Crisis*, 8,

69-82.

- 18) 山岸直子 (2001) : 看護婦のバーンアウトに関する看護研究の現状と今後の課題, 慶  
応義塾看護短期大学紀要, 11, 1-11.

## 第 6 章：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程

### I. 研究の背景

救急医療の場は、自殺未遂の事後に治療者が直接に対応できる危機介入の場であるため、看護師の自殺未遂患者への関わりは自殺予防において重要である。しかし、第 2、3、4、5 章で示したように、看護師が自殺未遂患者に対して、肯定的な関心を示して関わるのが困難な現状が明らかとなった。先行研究においては、経験年数の短い看護師の方が長い看護師よりも肯定的態度、すなわち患者を受容し専門職としての役割を果たそうとする態度をより強く形成していたといった報告 (Anderson, 1997) がある。第 4 章で示した研究では、三次救急医療に約 3 年以上携わると、自殺未遂患者に対して看護師が否定的態度を形成する傾向、具体的には、患者への憤りと自殺行動への不信感や困惑が強くなり、患者の将来への懸念や患者を取り巻く環境への関心が弱まることが示された。しかし、これまでの研究では、この過程がどのように進むのかについての詳細は明らかにはなっていない。

### II. 研究目的

本研究は、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程を明らかにすることを目的とする。

### III. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

本研究は、木下 (2004) が提唱した修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach、以下 M-GTA) を用いた質的帰納的研究である。看護師の自殺未遂患者に対する態度変容に関する先行研究は十分ではなく、その様相を説明・予測する理論を独自に生成する必要があること、理論開発が成されれば変化の予測が可能になり、看護師への効果的な支援を検討できることから M-GTA を用いた。

#### 2. 研究参加者 (表 6-1)

近畿圏のある一つの県下の救命救急センター全 14 施設 (2010 年 4 月現在) の看護部長に文書で研究協力を依頼し、2 施設から同意を得た。そこで勤務する 58 名の看護師に、看護部長を通じて文書で協力を求め、11 名から受諾の返信を得た。研究参加者 11 名の内訳



は、男性が 5 名、女性が 6 名であり、年齢は 20 代が 3 名、30 代が 7 名、50 代が 1 名であった。看護経験年数の中央値は 9 年半、範囲は 31 年 3 カ月（最小値 2 年 9 カ月、最大値 34 年）であり、救命救急センター経験年数の中央値は 7 年、範囲は 32 年（最小値 1 年、最大値 33 年）であった。全員が自殺未遂患者に対する豊富な看護経験をもっていたが、研修会等で、自殺に関する学習経験をもつ者はいなかった。

表6-1 研究参加者の背景

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
性別	男	女	男	女	男	女	男	女	女	男	女
年齢	50代	30代	30代	20代	20代	30代	30代	30代	30代	30代	20代
看護経験年数	34年	16年	11年	2年9カ月	7年2カ月	13年	9年半	9年	10年	3年	5年
救命救急センター経験年数	33年	11年	7年	2年9カ月	1年2カ月	13年	9年半	6年	10年	1年	2年

### 3. データ収集方法

半構造化面接を実施した。面接では、「これまで経験なさった中で、強く印象に残っている自殺未遂患者に対する看護場面についてお話してください。」と発問し、その場面の語りの中で、「自殺未遂患者との関わりの中で、感じたこと、考えたこと、行動しようとしたこと」について話をうかがった。面接は、2010 年 10 月～2011 年 8 月に、研究者が所属する施設のプライバシーの保てる部屋で行った。面接は 1 人 1 回 1 時間程度を目安とした。

### 4. 分析方法

概念生成までは、概念毎に具体例（データの着目した箇所）、定義（解釈した具体例の意味であり、概念よりも説明的にまとめられるもの）、概念名（定義を凝縮表現した言葉）、理論的メモ（他の解釈案、解釈の際に浮かんだ疑問やアイデアなどを記入）からなる分析ワークシートを作成した。分析テーマを「看護師の自殺未遂患者に対する態度がどのように変容していくのか」に、分析焦点者を「三次救急医療に従事する看護師」に設定した。分析ワークシートを用いた概念生成の一例を図 6-1 に示した。データのある箇所に着目し、具体例に書き込み、その意味を理解した。それと類似した例や対極例が他のデータにあるかどうかを確認していき、あれば具体例に書き込んで、概念を生成した。これは、より精緻な概念を生成する目的で行った。具体例が 1 つしか挙げられない概念は有効でないと判断した。カテゴリー生成では、1 つの概念を基点にそれと関係のある他の概念を見出していく作業を繰り返して、抽象化した。M-GTA のデータ収集と分析の同時並行性に関して

は、最初にまとめて収集したデータと分析経過にもとづき追加収集されたデータの二段階に分けて進める（木下，2004）とされる。経験豊富な看護師の方がリッチなデータが得られると考え、分析初期は、救命救急センターでの経験年数が3年以上の看護師4名（B、G、H、I）の語りを併せて分析し、概念を生成した。続いて、同経験年数が3年未満の看護師4名（D、E、J、K）に対して1名ずつ面接と分析を繰り返し、具体例の追加と概念の生成を行った。ある程度の数の概念が生成された分析後期は、同経験年数が3年以上の看護師3名（A、C、F）に対して1名ずつ面接と分析を繰り返し、具体例の追加と共に、新たな概念生成の可否を確認した。分析結果は、時間の流れを軸とし、カテゴリ相互の関係を図式化し、概要を文章化した。その際は、「状況（条件）」（ある現象の始まりの構造を表すカテゴリ）、「行為／相互行為」（状況の中で生じる出来事や、状況に対して誰がどのように対応するのかという現象のプロセスを表すカテゴリ）、「帰結」（結果的に生じた現象の構造を表すカテゴリ）というパラダイム（戈木，2006）と、カテゴリを構成する概念の具体例における看護師の経験年数の観点から検討した。理論的メモ欄には、分析過程で浮かんできた考えや他概念との関係性における気づき等を記載し、次の面接や分析の際に参考にした。また、臨床心理学を専門とする大学教員1名と臨床心理学を専攻する大学院生3名に意見を求め、分析を段階的に進めることにより、解釈が恣意的に偏らないように配慮した。

概念名	救命に対する葛藤
定義	死を望んだ患者の意思と反して、救命することに対し、看護師が「これでよいのか」と葛藤を抱きながらかわること
具体例	自殺未遂になった人を、本当に助けてこの人たちが幸せなのかなということもやはり日々思っているのです。(研究参加者G) これ(救急看護)をやっている、この人のためなのにとか思いながら、ちょっと複雑な気持ちになることが結構あって、…(中略)…患者さんは死のうと思って薬とかを飲んでいるでしょう。でも、結局、救命してしまっているこちら側の気持ちが、患者さんの希望ではないことをしているということです。(研究参加者D)  自殺するというのもある意味、その患者さんの意思なのかなというふうに思うこともあります。あとでわかることですが、その自殺に至るまでの経緯というのを家族さんとか周りの方の情報から聞いたときに、これだけ悩むようないろいろな原因というのがあると思うのですが、それを聞いたときに、助けてよかったのかなということも、やはりあります。かといって自殺を勧めるわけではないですけども。(研究参加者E)  :
理論的メモ	・定義の代替案「二つの感情の抱え」 ・葛藤状態から抜け出すきっかけは何なのか？ ・葛藤を感じない看護師はいるのか？ ・葛藤がつづくとなぜするのではないのか？  :

図6-1 分析ワークシートの一例

## 5. 倫理的配慮

研究者が所属する施設の関西大学心理学研究科研究・教育倫理委員会と大阪医科大学倫

理委員会に審査を申請し承認を得た。面接の際は、研究参加者に対して、改めて研究目的、面接内容、起こりうるリスクと対処法などについて説明し、書面にて同意を得た。

#### IV. 結果

##### 1. 看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程を構成するカテゴリー

看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程は、【専門職としての積極的な関わり】【関わりの際に生じるまごつき】【関わるための試み】【不信と否定】【虚しさによる消極的な関わり】といった5つのカテゴリーと19の概念から構成された。以下に各カテゴリーについて、サブカテゴリー、概念、具体例を記述する。なお、【 】はカテゴリー、〔 〕はサブカテゴリー、〈 〉は概念を表す。具体例は斜体で『 』内に示し、具体例の中で研究者の問いや研究者が言葉を補った箇所は（ ）で示した。

##### 1) 【専門職としての積極的な関わり】

これは、〈看護師としての役割の全う〉〈自殺企図の背景にある思いを理解しようとする試み〉の2つの概念から成る。

〈看護師としての役割の全う〉の定義は、患者に対して区別をつけずに、プロとして必要な看護を行うことである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 C：『*自分の信念というか、自殺して来たけれどもやはり救おうというか、助けなければという気持ちのほうがたぶん強くなる。それはたびたび入院してきたとか、そういう（自殺という）名前があろうがなかろうが、そこは変わらないと思います。何でしょうね。やはりプロとしてになるのですかね。やはり命が簡単に消えてはいけないと思うのです。*』
- ・研究参加者 F：『*必要な看護に差をつけたことはないです。自殺未遂の患者さんだから看護を抜こうと思ったことはないです。*』
- ・研究参加者 G：『*看護師としてやるべきことは別にどちらの（自殺か否かの）区別をつけずにやっています。*』
- ・研究参加者 G：『*熱意は両方とも、自殺であろうがそうでなかろうが、変わりませんし、看護師として、プロとして対応するのはどちらも変わりません。*』

〈自殺企図の背景にある思いを理解しようとする試み〉の定義は、患者の言葉の背後に

ある思いへ関心を向け、次の自殺企図を防ぐために、患者が自殺企図に至った経緯や、うつ積している気持ちなど表出できるように関わることである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 B：『とりあえず何が嫌かを聞きます。何が嫌でそういうこと（自殺企図）をしたかということ、私が聞かなくても誰かがその前に話してくれて、「こんなことを言っていた」という情報が入ってくるから、…中略…（自殺企図の原因を）とりあえずは聞くのと、意識的にまだ自殺企図（念慮）があるかどうかを確認するのです。』
- ・研究参加者 C：『救命救急センターと枠づけると、予防になるとなかなか難しいかな、話を聞いてあげるぐらいしかできないのかなというふうに思います。思いを表出してもらったり、例えば、それが怒りであったとしても僕はいいと思うのです。出してもらおうというのがいいのではないかなと。鬱積しているものを出してもらおうというのも治療ではないですけども、ケアなのかなというのもあります。』
- ・研究参加者 D『（自殺を試みた）精神疾患の患者さんの「痛い」は他に何か違う痛みの原因があったり、不安で痛いとかもあるので、ですから、そういうふうにするのみにしないようにと。』
- ・研究参加者 F『本人さん（自殺未遂患者）にとって弱みにつながるようなこととか不利につながるようなことを話してもらったときは、それは逆にこちらはラッキーだと思って話を聞き続けたいといけないということです。そのことが次の自殺につながらないための一歩だということです。』
- ・研究参加者 H『「何で死のうと思ったの」と聞いてみたら、意外と言葉が返ってきたのです。…中略…それ以降、ちょっと言葉に出して、実際、本当に死のうと思っていたということに対して具体的に聞くようになって、それからは割と患者さんから声が返ってくる気がします。』
- ・研究参加者 I：『話をよく聞いてあげれば、眠れていないということが聞けたりとか、どいうのが怖いとか（が分かったりとか）。まず話を聞かないと分からないことというのはたくさんあると思います。』

## 2) 【関わりの際に生じるまごつき】

これは、〔精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ〕〔戸惑いと迷い〕の2つのサブカテゴリーから構成された。

〔精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ〕は、〈救命救急センターの場の特性に起因

する関わりの限界)〈精神的な援助に対する困難〉〈精神面への関わりが不十分であることのもどかしさ)の3つの概念から成る。

〈救命救急センターの場の特性に起因する関わりの限界〉の定義は、時間的要因(在院日数が短く患者とかかわる時間が限られている)、人的な要因(看護師の数が不足している)、環境的要因(患者をフォローするシステムがない)によって、看護師が感じる限界感である。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 G『短期間ではたぶんフォローできないと思うのです。やはり時間をかけてフォローしていくべきだと。…中略…。でも、救命センターの場合は、入院してもやはりベッドの状況で早く空けないといけないし、精神よりも体のほうが落ち着けばもう退院、転院というかたちになるので、そこに医療者がかかわる時間というのは本当に限られていますから、やはり時間的な限界もあるかなと思います。』
- ・研究参加者 G『救命センターですとフォローができるわけではないので。フォローできるシステムがあれば限界はないとは思いますが、フォローするシステムが全くといっていいほどたぶんないと思うので、そこに限界を感じます。』
- ・研究参加者 I『例えば、CPA (cardiopulmonary arrest) になって救命センターに運ばれてきたけれども、数日で亡くなったとか、そういう人の家族のケアで精神的ケアが大事だから「看護師さん頑張りなさい」と学会のシンポジウムで言っていた。私はそれを聞いていて、できるのだったらしているけれども、やはりそこには看護師さんの肉体的な労働時間のこともあるから、体も疲れているなかで、精神的にそこまでストレスのかかるケアをさせる? 私たちは拒否しているわけではないけれども、それを全部任せているのはすごい無理があると思うし、本当に看護師にそこまでさせたいのだったら、人の配置を考えたり、環境を作ってもらったりしないと難しいのかなと思います。』

〈精神的な援助に対する困難〉の定義は、患者に対する精神的な関わり方が分からず、またその関わりが良かったのか否かの評価が難しいために、看護師が不安や心的負担を抱えながら看護していることである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 C『外来に来る時はほとんど意識がない状態。例えば、薬物とかで、もうまったく眠られているような状態が多くて、覚醒される時にやはり取り乱される人が多いなど。…中略…例えば、パニックであるとか、境界型人格障害であるとか、そういう患者さんの接し方の難しさというのはあると感じます。』

- ・研究参加者 F 『専門的にそんなところ（精神面）を分かる人間がいわゆる救命という分野に医師も看護師もなかなかいないですよ。看護師は特にだと思います。分かりません。みんなどうかかわって良いか分からないのです。…中略…、夜中に「電話をかけてくれ」だの、「タバコを吸いに行きたい」だの、さっきまで「死にたい」と言っていた人に対してどう関わっていいか分からないですよ。』
- ・研究参加者 F 『今までの経験上、そういう人たち（無理な要求をする自殺未遂患者）と時間がかかってもいいからゆっくり話をしたりしてうまくいかなかったことはないです。…中略…。満たされたのか、諦めたのか分かりませんよ。だから、それが分からないのです。だから、私たちは達成感が無いのです。私たちは1時間話を聞いたということが、窒息をしていた患者さんの気道を確保してあげたということと同じぐらい看護ケアとして効果があったということが見えないのです』
- ・研究参加者 G 『メンタルフォローに関して、どうかかわりがいいかもちょっとわからない部分もあるのです。』
- ・研究参加者 G 『入院患者に対してのかかわりと同様のことはやっているけれども、何か特別というか、自殺未遂患者に対してのかかわりというのは、他にどういうことをしないといけないのかというのがあまり明確でないというか、よくわからない部分がある。』
- ・研究参加者 H 『自殺未遂をする人は何か心に問題を抱えているので、それに対してはあまり触れないほうがいいのかなと最初は思っていて、触れるよりも別のことで気をそらして、少しでも精神的な安定にもっていけるように思っていたというか、どうかかわっていいのか分からなかったのです。』
- ・研究参加者 H 『現状「これでいいのかな」と思いながらやる（看護する）のがたぶんストレスで、結果が目に見えない分。例えば、リハビリをして頑張って歩けるようになれば誰が見てもよくなっているので、「あのとき歩かせてよかったな」と自分で確認できるのですけれども、精神疾患を持っている患者さんへのコミュニケーションという一つの看護が、なかなか評価できないというか、しっかりそれでよかったのだというのが分かりづらいです。』
- ・研究参加者 J 『仕事が生んどくなって、飛び降りを決意されたというところまで本人（自殺未遂患者）の口から聞くことができたのですけれども、そこからは会話にならなかったというか、次、なんて声掛けをしていいかが分からなくなって、すぐそこから違う患者さんのところに行った、その場から離れたような感じです。』

- ・研究参加者 K 『鬱があったりとか、精神疾患がある人の接し方が私もまだ苦手なので、私のひと言で何か変わってしまったらどうしよう、いいほうにいったらいいのですけれども、悪いほうにいったらどうしようとかは思います。』
- ・研究参加者 K 『「何で死ねなかったんやろう」と言われて困ったことはあります。「どうやったら死ぬる？ 看護婦さん」みたいなことを聞かれて、こんなことを言う子（自殺未遂患者）がいるのだなと思って、困ったことはあります。私はまだ経験も浅いですし、それを肯定してもいいのか、否定してもいいのかわからなくて。』

〈精神面への関わりが不十分であることのもどかしさ〉の定義は、自殺未遂患者に対する精神面への関わりが不十分であると認識し、それについてもどかしさを抱えていることである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 B 『私たちは基本的には現場で、すごく表面的にしか話を聞けないし、「ちゃんとやり直したら」とか表面的には励ましたりすることくらいしかできないのです。それが結構、ひきょうな感じというか、上辺だけなので、それでは何も変わらないのだと思いました。』
- ・研究参加者 D 『実際、看護としてはアプローチできていないと思うのです。…中略…具体的に看護問題として取り上げて、細かい援助計画とか観察ポイントとかとなると、たぶんメインの疾患、もし薬物中毒だったら、そういう中毒症状が出ていないとかそういう体のことばかりになってしまって、精神、気持ちのアプローチは全然できていないと思います。』
- ・研究参加者 F 『それでは救命センターはいけないと思うけれども、本当に命だけを救って帰すでしょう。だから、次につなげないから（自殺企図を）繰り返すのです。…中略…薬の影響なり出血の影響なりとか、いろいろなフィジカルな部分は解決できたからどうぞお帰りくださいというわけだけれども、本当の原因は違うところであってその人は来ているわけでしょう。そこまで治せないまま帰すから、大丈夫かなと思いながら送り出さないといけません。それはいまだに葛藤でしょうか。』
- ・研究参加者 H 『フィジカル面を見ることはできていると思うのですけれども、時間がなかったりとか、いろいろなことに追われてしまって、結局、ちゃんとした精神看護ができていないのだなと思いました。』
- ・研究参加者 I 『三次救急で運ばれてくる患者さんの命を救える技術は私たちにはあるけ

れども、その人の飛び降りた根本の鬱とか、統合失調症に対するかかわりというのは、なかなか十分できていないのかなと思ったりします。』

- ・研究参加者 I 『精神科の先生も毎日いるわけではないので、…中略…すぐに受診できなかったり、その間は救急の先生が適当にだいたい注射だけでお薬を出してという感じですか。内服の調整というのはされないです。一時だけ鎮静すればいいだろうという感じですか。だから何か根本的なところがコントロールできていないからよくないのかなと思います。』
- ・研究参加者 K 『結局、精神科に任せるみたいなのがあって、救急では難しいかもしれないですけども、何か足りていないような気はします。』

〔戸惑いと迷い〕は、自殺未遂患者を援助する際に看護師が抱く戸惑いと迷いであり、〈対象とする患者像のイメージと現実のギャップ〉〈救命に対する葛藤〉の 2 つの概念から成る。

〈対象とする患者像のイメージと現実のギャップ〉の定義は、就職前に抱いていた救命救急センターが対象とする患者像と、現実のそれらに差異があり、戸惑うことである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 H 『外傷で来て、助けて、歩けるようになって戻って来てくれるとか、会いに来てくれるというイメージを抱いてみんな救命センターに来ている（就職している）ことのほうが多いのです。でも、実際ふたを開けてみたら、もう大量内服の患者さんなんて山ほどいるし、（イメージしていた）本当に自分が看たいと思えるような患者さんを見ることというのはなかなか少ない。』
- ・研究参加者 K 『（イメージしていた救急と実際に働いてみた救急とは）全然違いました。たぶん私が考えていたのが浅かっただけだと思いますけれども、思った以上にいろいろな疾患の人が来るし、そこまで精神科分野の人（患者）と関わらなかつたです。』

〈救命に対する葛藤〉の定義は、死を望んだ患者の意思と反して、救命することに対し、看護師が「これでよいのか」と葛藤を抱きながらかかわることである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 B 『そこまで死にたかったら死なせてあげたほうがいいのではないと思うと



きもあるのです。…中略…。うちに運ばれてきたがために、救ってしまった命をどうとらえるかだけれども、「そんなに死にたかったら死なせてあげたほうがよかったかもね」ということも、内々の話のなかではないことはないです。』

- 研究参加者 D 『これ（救急看護）をやっている、この人のためなのにとか思いながら、ちょっと複雑な気持ちになることが結構あって、…中略…患者さんは死のうと思って薬とかを飲んでいるでしょう。でも、結局、救命してしまっているこちら側の気持ちが、患者さんの希望ではないことをしているということです。』
- 研究参加者 D 『患者さんにとって間違っただけをやっているかな、ということです。患者さんの意思に反することをその時はやっているでしょう。それがその時は複雑に思えます。』
- 研究参加者 E 『家族さんのこととかを考えると、いま助かってよかったのかなと思うこともあります。長期的な目で僕らはたぶん見られないので、病院にいるところしか見られないので、その人の人生を考えたらどうなのかなと迷うというか、思うときがあります。たぶん、それは自殺をされた方であっても、そのあとの後遺症のこととか体の機能のこととかを考えて、重症になればなるほど、そういうふう思うことが結構あります。』
- 研究参加者 E 『自殺するというのもある意味、その患者さんの意思なのかなというふうにも思います。あとでわかることですが、その自殺に至るまでの経緯というのを家族さんとか周りの方から聞いたときに、…中略…、助けてよかったのかなというところも、やはりあります。かといって自殺を勧めるわけではないですけども。』
- 研究参加者 F 『私たちが救命したことが良かったのかどうかということが分からないわけです。この人は死にたいと思って死を選んだ。でも、病院に来て助けた。けれども、私たちが行った医療とか看護が、この人にとって本当に望んでいることなのかということが分からない。死にたいと思った人が生きていたいと思っているのかどうか、私たちは看護ケアに限定すれば生かそうと思って看護ケアをやっているのでしょう。…中略…、（自殺未遂患者が）生きていて良かったと思っているのか、ということも分からない中でケアをしないとイケない。』
- 研究参加者 G 『自殺が未遂になった人を、本当に助けてこの人たちが幸せなのかなということも、やはり日々思っているのです。』
- 研究参加者 G 『（救急看護という）やらないとイケないことをする自分と、もう一方で

は、これでいいのかなという自分が、自殺未遂患者の時には2人いるというか、二つの感情があるのです。』

### 3) 【関わるための試み】

これは、〔精神看護の必要性の認識〕〔ゆとりの創出〕の2つのサブカテゴリーから構成された。

〔精神看護の必要性の認識〕は、自殺未遂患者に対する精神看護への看護師の関心の程度やそのための時間捻出の可否を表しており、〈精神看護のための時間の捻出〉〈精神看護への関心〉の2つの概念から成る。

〈精神看護のための時間の捻出〉の定義は、業務が多忙だったり、身体看護が優先される中で、時間の使い方を工夫して、精神看護のための時間を作り出せるかどうかということである。時間の捻出の難しさについては、次のような具体例があった。

- ・研究参加者 A 『訴えというのはあまり皆聞いていないのではないですか。いちいちそんな、精神科のあれ（看護）みたいにきちんと座って聞くようなことって出来ません。（患者さんの話をゆっくり聞くような時間が取れないということですか。）取れません。』
- ・研究参加者 E 『業務の忙しさはあると思う。忙しかったらそんなに話を聞く機会がないので、「ちょっと待って」というような感じになってしまいます。…中略…機械（人工心肺装置など）のチェックとかですかね。決められているチェックの時間になると、患者さんとの会話を遮って、そちらを見に行かないとだめですし、（他の看護師が）それを見られる状況だったら見てもらえるのですけれども、スタッフの人数とか患者の状態によっては、そちらを優先せざるを得ない状況のときはあります。』
- ・研究参加者 I 『今の救急現場のなかで精神科の患者さんが来て、そこで何時間、1時間とかゆっくりいすに座ってというのはなかなかできない。』

一方、時間を作り出すことができる看護師は、次のように語っていた。

- ・研究参加者 F 『救命センターとか集中治療室という何か一刻を争わないといけないような場所でじっと向き合って患者さんの話を聞くという環境を作るにはその人だけでは無理ですね。一看護師だけでは無理ですし、その経験が浅い人ほど難しいと思います。…中略…それは実績なのでしょうか。…中略…私が例えば座って患者さんと向き合って話をしている時に、周りは私がさぼっているとは思わないのです。それはどうしてで

しょう。私が何も言わなくてもあそこは何か大事な話が始まっていると思ってくれるのです。』

- ・研究参加者 H 『重症患者の部屋をまわせる（を担当することができる）ようになると、時間の使い方が上手くなっている。…中略…時間の使い方が上手くなって心に余裕ができると、少しましになったというのがあります。そういう（自殺未遂）患者さんにあまりいらいらしなくなった。』

〈精神看護への関心〉の定義は、看護師が精神看護に関心を持っているかどうかということである。

精神看護への関心が小さい看護師は、次のように語っていた。

- ・研究参加者 A 『外傷とか、普通の救急の急性期のやつ（看護）をやりたいと来た（救命救急センターに就職した）のに、そういうふうな（自殺未遂のような）自損の患者さんとかね。自損の患者さんって結構わがママが多いから。何回も繰り返したりしますしね。…中略…。薬物中毒とかいうのは全然面白くないというか。』
- ・研究参加者 A 『べつにそんなにその人の精神科の病気を治そうというのではないから、いま起こっている病態として薬物中毒なら薬物中毒、お腹を刺したならお腹を刺したのを修復して、後は精神科に診てもらったらいいわけたからね。』
- ・研究参加者 K 『みんな（医師と看護師）が何の病気かわからない人で、何だろうなというときよりも、（薬物中毒の患者の時は）イメージとして冷たい感じがします。ちょっとみんなの興味もないのかとは思いますが。…中略…（精神面の病気に対する関心が）ないような気がします。そうです。看護師も先生（医師）もですけれども、身体的なことだけパッパと終わらせて、急性期を乗り越えたら、あと精神科に全部お任せだから、そういう印象はあります。』

一方、精神看護に関心を示している看護師は、次のように語っていた。

- ・研究参加者 F 『（自殺に至る心理を学習する中で、）心理的な視野狭窄であるとかという言葉とか現象を知ったりとか、その段階で最終的に死を選ぶのだという自殺患者が陥っていくそういう段階的な心理の状況を知ること、この人は最後にそこまでいったのかとか思ったり。人の話を聞くことの意味だとか。繰り返す自殺ってあるでしょう。「この人、3回目だって」とかいうパターンの人がどうして繰り返すのかという原因とかです。

一つの事例を振り返っているところから派生させていくことで、自殺未遂の患者さんの心理を見るときに自分の見方が広がったと思ったのです。』

〔ゆとりの創出〕は、自殺未遂患者に接する際に、看護師が自らの精神的健康を保持・増進するために行う対処方略を表しており、〈救命に対する葛藤や患者に対するネガティブな気持ちへの対処〉〈気持ちの切り替え〉〈同僚からのサポート〉の3つの概念から成る。

〈救命に対する葛藤や患者に対するネガティブな気持ちへの対処〉の定義は、助ける方がよいのか、あるいは死なせてあげた方がよいのかという2つの気持ちや、患者に対するネガティブな気持ちへの対処の仕方である。

救命に対する葛藤への対処として、次のような語りがあった。

- ・研究参加者 E 『救命センターで働こうと思った理由というのは、海外でちょっと働きたいなと思っていて、…中略…そのためには、三次の救急で働くことで勉強したいという思いがあった。今はそれをやりたいという思いが強いので、そういった（助けてよかったのかな？といった）モヤモヤがありながらも続けようということです。』
- ・研究参加者 G 『（助ける方がよいのか、あるいは死なせてあげた方がよいのかという2つの）気持ちもあって当然だと思っています。こういう救命センターでの実情からして（自殺未遂患者が）絶対運ばれてこないわけではないですし、本当に助けるべきというか、不慮の事故で運ばれてくる人もいるし、もちろん自殺未遂患者がまったくゼロになるわけではないですから、それはもう当然のこととして、当たり前という言い方は変ですけども、そういう気持ちがあって当然というところで自分の気持ちは整理というか、別に混乱することはないし、しんどくなることもないし、それが身体的な症状として現れてきたこともないです。』
- ・研究参加者 G 『本当に助けて幸せなのかなと思うほうの感情を、これをどうにかしたいとか別に思っていないので、別にしんどくはないです。』

自殺未遂患者に対して抱くネガティブな気持ちへの対処として、次のような語りがあった。

- ・研究参加者 F 『（「では、若い時は例えばネガティブな気持ちも排除しようとするのでしょうか。」） そうだと思います。看護師だからこんなことを思ったら駄目なのだ、となるのです。そこでしょうか。看護の専門誌はきれいな言葉が並んでいるでしょう。だから

だと思います。人の話は心を込めて聞きましょう。共感の態度でとか、近づけるようにとかね。それはそうですけれども、人間ですからね。何かそう（ネガティブなことを）思っても自分の気持ちを否定しない、とかすればきっといいのでしょうか。共感することは大事だし、傾聴することも大事で、そこに否定的な気持ちがあっても自分を認めてあげるとか、きっとそういうふうにしたらいいのではないのでしょうか。』

- ・研究参加者 F 『休憩室でとか家族にね。こんな患者さんがいてあんな患者さんがいてとか、こういうふうにしてきたけれども本当はこう思っていたということは言います。ただ、若い時は先ほどの話ですけれども、休憩室ですらそんなことを言うのは良くないと思っていました。（患者さんに対してネガティブなこととかですか？）良くないと思っていました。そんなことを思っている看護師さんは良くないと思われるのではないかと思っていました。』

〈気持ちの切り替え〉の定義は、自殺未遂患者が企図を繰り返したり、亡くなったりしてショックを受けたとしても、仕事であると認識し、過度な自責感を持たず、気持ちを切り替えてショックを引きずらないことである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 B 『(自殺未遂が繰り返されたり、患者が亡くなったりして) ショックを受けても、そういう人はもうしょうがないから、その人は立ち直れなかったし、そういう人もいるのだろうなというところで終わるしかなかったかなと思います。それを「自分のせいだった」と思えないです。そこまで思えないです。…中略…長くしよう（働こう）と思ったらそうでないと、結構入り込んだら、入り込みすぎたらそのあおりを食らって、つらいことはつらいです。でも、その時だけにとどめておかないと、引きずると救急の仕事は結構大変です。』
- ・研究参加者 C 『ストレスとかは何かもう完全にオン・オフ分けなのです。僕はもうオフで結構、気晴らし、遊んだりしてオフはオフでちゃんとやっているのです。切り替えはしています。そこはもうしていないとこの仕事はできないなと思うし、それはやはりありますか。緊張と緩和ではないですけれども、やはり張りつめた所というのはずとられないので、そこはオフも必要なのではないかなと。』
- ・研究参加者 F 『自分自身がそういう意味では患者 1 人ひとりに対してクリアカットなのかもしれません。勤務時間が終わればそこまでです。切り替えていました。あの人はどうなるのだろうとかは思いますよ。次にどうしたら良かったのだろうとか、今度いった

時には、ということは一般的にはもちろん考えます。考えるのですけれども、疲弊はしなかったです。辛かったですけれどもね。そういう患者さん（自殺未遂を繰り返したり、亡くなったりする患者）を看ないといけないということは辛いですよ。切り替えは必要でしょうね。』

〈同僚からのサポート〉の定義は、自殺未遂患者との関わりで生じたストレスに対して、同僚が共感を示すことにより、そのストレスが軽減されることである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 F 『意図的にちょっと自分で消化しきれないと思う時には、休憩室で気心の知れた人にはしゃべるようにします。ただ、それを自分の気持ちが消化できないから話しているのだと分かってくれる人をやはり選びます。…中略…話すことでちょっとすっきりしたと思ひ合える人たちはそんなに少なくもないです。結構、分かり合える人たちはいるでしょう。』
- ・研究参加者 H 『まず詰所に帰ってきて「何とかさん（自殺未遂患者）がこんなことを言っています」と、まず、同僚、先輩に話すのです。…中略…あとは、看護師さんに割と多いというか、女の人だからかもしれないですけども、聞いてほしいというか、何かをして欲しいわけではなくて「もう私、これだけしんどかったの」みたいなのを、仲のいい先生（医師）とかにも「あなたの患者さん、あんなことを言っているよ。また私こんなふうに言われたわ」と言ったりです。』
- ・研究参加者 I 『昼の休憩時間とか。そういうのも自分のストレス軽減にはなっているかもしれませんが。でも、そんな患者さんのことだからいろいろなこと話したりしないし、「今日はXさん（自殺未遂患者）の受け持ちをしていて疲れたわ」とかその一言だけで終わったり、でもそれだけでも言っただけですつとするし、スタッフが「精神科の患者さん（精神疾患患者）は、私たちも、ケアするほうも疲れますよね」というような共感をしてもらったら「ああ、私だけではないんだ」と思ったり、皆そういう思いしてケアしているのだと思ったら、ちょっと元気になれるというのはあります。』

#### 4) 【不信と否定】

これは、〈患者の自殺の意思に対する疑念〉〈患者に対する腹立ち〉〈患者に対する冷ややかな気持ち〉の3つの概念から成る。なお、これらの概念を生成する具体例には、三次救

急医療に3年以上従事する看護師の語りと、先輩看護師の様子を観察した経験3年未満の看護師の語りのみが含まれていた。

〈患者の自殺の意思に対する疑念〉の定義は、自殺未遂患者は、本当に死のうと思っていないのではないかと、看護師が考えていることである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 A 『本当に死にたいと思って（薬を）飲んでいるかどうかというのはちょっとね。普通はどんぶり鉢1杯ぐらい飲まないと死なないですからね。（自殺未遂患者は）「死にたかったから」と言われますけれどもね。でも、そういう人は何回もやっているのです。「またかよ」ってね。もう10回とかね。そしてまた「今度も死にたかった」と言われるけれども、死にたかったら首をつるなり他の手段を使えばと思いませんか。それだから“お騒がせマン”なのです。というか、お騒がせして自分に注意を向けて欲しいというあれも（目的も）あるのです。』
- ・研究参加者 B 『（患者さんは死のうと思ってと）言うけれども、死のうと思っていないのではないかと。…（死のうという気持ち）疑わしい人に対してはたぶんきつい（看護師の関わり方がきつくなる）のだと思います。』
- ・研究参加者 F 『この人は本当に死にたいと思っているのかなと思います。特に、「私は今から死にます」と他に伝えている場合が多々あるでしょう。そういう場合は特にです。それは、誰でもそう言われたら助けに行くから、死ねないと思わないのかなと思います。本当にストレスを受けている人とか、本当に死にたいと思う人はひっそりやると思うのです。誰にも言わないと思います。』
- ・研究参加者 H 『例えば「薬を飲んで彼氏に電話した」とか、それはもう、かまってほしただけで死ぬ気はないのではないかと、この人はとか、自殺未遂の方法にもよるのですが、（重症度の）程度を見ると本当に死ぬ気がなかったのではないかと、と思う。』

〈患者に対する腹立ち〉の定義は、自殺未遂患者と生きたいと思っている患者とを比較したり、患者が自殺企図を繰り返したり、患者が執拗な要求や粗暴な行動をしたりすることに対して、看護師が怒りを感じることである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 A 『自殺の人を助ける時間が惜しいというかね。他の人をあれ（看護）したほうが。死にたい人は嫌という感じです。「死にたい、死にたい」と言って、本人も死にたいと思っているし。家族もべつにいらなくてもいいと思っているかも分からないからね。死にたかったら、もうちょっとうまく死ねばと思うけれども。手だけかかるしね。』

- ・研究参加者 B 『感情的には自分のなかでは許せないところはあると思います。私たちからすれば「死んでどうするのか」と思うのです。』
- ・研究参加者 B 『今、思えば、なんであんなに必死になって（看護をして）いるのでしょうかね。あれだけ骨折していたりとか出血していたりとかするのをそこまで必死に助けて、でもやってくる人（自殺を試みる患者）はもう1回来ます。骨盤骨折とかして「また来る」みたいな人もいます。何回も来ていたら、それは皆からしてみれば結構腹が立つのではないですか。』
- ・研究参加者 C 『自分勝手ではないですけども、例えば、電話をかけたいという一つの欲求が生まれたら、もうそれしかなくて。例えば、「ここはいま病院、入院中だから無理ですよ」と、「集中治療室は使えないですよ」と言うのですけれども、（患者は）「あんた、それ（院内用の携帯電話）持ってるやないか」と。…中略…そういうのからもう固執し始めて挙句の果てに物を投げたりね。…中略…、暴れたおす患者さんとかもいました。そういう病気ののだというのは分かるのですけれども、なかなかそれに適応できない時もあります。やはりこう、「いやいや、もう好き勝手して」というのも（という思いも）正直あるのです』
- ・研究参加者 F 『救命センターでしょう。壁一つ隔てて死にたくもなかった人が死んでいくのです。こちらは死にたかった人が生きています。その間に立っていて、当然ながら、本当に現実にその両者を看ないといけないときがあるわけでしょう。…中略…突然の事故でお父さんが亡くなって、昨日、あんなに元気だったのにと泣き崩れて「死なないで、死なないで」と、たぶん本人も死にたくないだろうなという人の後に、「私は死にたかったのに」みたいな薬中（薬物中毒）のお姉さん（患者）の雰囲気は分かるでしょう。「なんで助けたの？」とか「私の携帯どこに行ったん？」と言っている人を相手にしないとイケないという。葛藤はすごくありました。本当に申し訳ないけれども、あなた（自殺企図の薬物中毒患者）の命をこちら（事故にあって亡くなった患者）にいただけないかと思いました。葛藤はありました。人間としてこちらの人（自殺企図の薬物中毒患者）に余計に腹が立ちます。』
- ・研究参加者 H 『初療（初期治療室）でたくさん、大量内服をされる方を見ていると腹が立つ時もあるって、「もう何回するんだ」とか、「また来たこの人」となるのです。』
- ・研究参加者 H 『「あれだけ頑張って助けた命を、また？」、もしくは「何でそんな二十歳とかで自分で死のうと思うのか」とか。いつも必死でこちらは助けているのに、…中



略…、私たちは人も時間も労力もふらふらになりながら扱って、どんな人でも助けるように頑張っているのに。』

- ・研究参加者 H 『(いらだちは) ありました。…中略…、こちらは業務がすごく煩雑で多いことが病棟としては問題ではあるのですが、なかなか人手不足もあって解消されなくて、そういうところからみんな常に何かに、時間に追われているので、ちょっとしたことを呼んでくる人は、「大事なことだけしか呼ばないで」となってしまうのです。「お茶取って来て」とか、「ちょっとそこもの取って」とか、ちょっとしたことで呼んできたとか、寂しくて呼んだとかいう人が、精神疾患の患者さんでは多くて。…中略…呼んでくるがゆえに「もう、また」みたいなことを最初はすごく思っていました。すごく訴えが多いと思っていました。』

〈患者に対する冷ややかな気持ち〉の定義は、自殺未遂患者と生きたいと思っている患者とを比較し、看護師が自殺未遂患者に対して否定的な冷めた気持ちをもつことである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 G 『生きたいのに生きられない人と死にたいのに死にきれていない人とのそういう間に自分たちがいるので、救命の看護師として両方を助けようとは思いますが、生きたいと思う人がいる一方でこちらには死にたい、死にきれない人がいるということをやはり比べてしまうのです。そうすると、やはりそれを比べた時に、熱意はどちらも変わらないのですけれども、比べてしまう時に、やはり自殺未遂患者のほうに対しての気持ちが冷めるというか。』
- ・研究参加者 H 『そういう過程（交通外傷で搬送された若い患者が、回復して社会復帰していく過程）をたどれるのを見ていくと、余計に、（自殺未遂患者に対して）やっていることが報われないような気がして、どんどんネガティブな方向に行って（自殺未遂患者に対する）イメージが固まってしまって、というような感じはあります。』
- ・研究参加者 K 『最初に（救命救急センターに）来たときに他の看護師さん（先輩）の接し方を見て、びっくりしました。（看護師が患者に対して）否定的ではないですけども、肯定的な思いがあるわけでないということは、すごく最初にわかりました。…中略…、薬中が来たら（薬物中毒患者が搬送されて来たら）、「薬中か」みたいな雰囲気があるのは最初は違和感を感じるのですけれども、今はそれに慣れている。（違和感はどのような感じですか？）冷たいなと思いました。』

## 5) 虚しさによる消極的な関わり

これは、〈患者搬送前のやる気の低下〉〈患者の予後に対するあきらめ〉〈看護に対する無力感〉〈患者に対するぞんざいな対応〉の4つの概念から成る。なお、これらの概念を生成する具体例には、三次救急医療に3年以上従事する看護師の語りと、先輩看護師の様子を観察した経験3年未満の看護師の語りのみが含まれていた。

〈患者搬送前のやる気の低下〉の定義は、自殺未遂患者が搬送されることを聞いて、看護師のやる気が萎えることである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 B 『(搬入される患者が)「自殺企図」というだけでも嫌ですから、(命に対する)軽視だと思うからだと思います。救命だから、皆(看護師などの医療従事者)が本当の三次救命(重症度が高い患者)を待っているからです。どこかでアドレナリンが出るような救命を待ってしまっているからです。』
- ・研究参加者 C 『確かに一つ、態度としては明らかに違うと思います。やはりクリティカルで運ばれてきた患者さんというのは本当に予想していなかったことというか、不意に、病気になられたり、事故に遭われたりで、本当に生きようと思っていて受傷された患者さんなのですけれども。確かにもともと精神的疾患があるといえども、自分で命を絶とうとしている患者さんをまた救うというのとは、ちょっと自分の中では、態度というか、モチベーションですかね、やはりちょっと違うのかなというのはあります。』
- ・研究参加者 H 『自分で3階から飛び降りたという人を助けようとなる、ささっと(初療室に)集まるときと、20歳代、男性、バイクに乗って車と交通外傷。この人は何も悪いことをしていないといたら、「よし、頑張らないといけない」というモチベーションにもちょっと差が出てきたりとかします。本来そんなことはいけないと思うのですけれども、いけないというか、やることは変わらないつもりなのですけれども。こうやって助けてもどうせまた飛ぶ(飛び降りをして命を絶とうとする)のだろうとか、どこかでみんな思ってやる(治療にあたる)のと、20歳だったらできるだけ血を止めて早く何とかしたら患者は社会復帰できるかもしれないと思ってやる(治療にあたる)のとで、モチベーションに差が出てしまったりする。』

〈患者の予後に対するあきらめ〉の定義は、自殺未遂患者は退院した後も、きっと自殺企図を繰り返すだろうという思いを抱き、看護師が関わりの意欲をなくすことである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 B 『(自殺未遂患者に)「あなたたちはいいわよ」みたいなことを言われる。  
「仕事もしていて、そういう立場にあって」とか言われる。…中略… (それに対して)  
「はいはい」と言っておく。「分かった分かった」という感じだけれども、それは結構あきらめで言っているのかもしれない。…中略…、あとは退院まではそうっとしていてあげようと思ってしまいます。必死にはなれない。一線を引いていると思う。もう、無理だなと思うときもある。きっと退院するけれども、また帰ってくる (自殺を企図して救命救急センターに搬送されてくる) のだろうなと思うところも半分ある』
- ・研究参加者 H 『死ぬ気もないのに大量内服やリストカットをして、私たちの労力を使って。またやる (自殺企図する) のでしょうということです。』
- ・研究参加者 H 『鬱があって、自殺未遂の既往があって、リストカットを何回もしたことがあるとかという患者さんで、意識障害で来たといったら (薬物中毒を想像して)「何を飲んだのだろうね」と (考える)。…中略…だいたいその時点で「ああ、もうまた」みたいな、「また同じことを繰り返して来るのだ」となる。何でしょうか、あのネガティブな感情は。やっても (命を助けても) またやる (自殺未遂をする) のでしょうという思いが強い。』

〈看護に対する無力感〉の定義は、自殺未遂患者の回復への期待を抱いて看護師が関わっても報われず、場合によっては自殺企図が繰り返され、時には亡くなってしまうこともあり、看護師が自らの関わりを無意味なものと捉えることである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 B 『(その自殺未遂患者は) 2、3回入院していたと思うのです。薬物中毒から始まって、飛び降りだけれども、何とか骨が折れるくらいで済んで…。(患者は)「何とかやる」「仕事もする」と言っていたけど、結局最後に…。何回も繰り返して亡くなってしまうのだなと思って、結構ショックが大きかったことがありました。』
- ・研究参加者 B 『看護師として話を聞いたりとかしているだけで、その人のためになっていると思っていたのです。だから、自分が役に立っていて、この人を励ましていて、この人を頑張らせてあげられるのではないかとか、前向きに生きさせてあげられるのではないかとか。でも実際は本人が動いて、何かをしないと。(行動を) 起こさない限り何も変わらないといえば変わらないのです。自分がやっていることはそれだけのことなのだろうということで、結構ショックだったのです。』

- ・研究参加者 C 『最初は何でも話を聞いて、やはり応えてあげたいというのが大きかったのです。ですから、実際、精神の疾患であろうがなかろうが、しんどくなった患者さんに対して受け止めて共感してあげてというので、言葉を何かしら返してあげるというのもあったのですが、やはり長い経験でそういう態度を取っていても、原因が精神疾患であったり、(精神的な問題が)トリガーになった場合は、そういう態度で接していても、悪い言い方したら無理な患者さんは無理なのだということ。どれだけ一生懸命接していても伝わらない時もあるのだということ。』
- ・研究参加者 C 『精神的な疾患を持ってそれだけでも自分がしんどいのに、なおかつ例えば、体に障害が残ったり、体に傷がつくと。本当に毎回毎回、飛び降りて来る患者さんとか、一つひとつどこかの(部位)、例えば、手をなくしたり、足をなくしたりすることがあるのに、結局、どんどん追い込んでいってしまっ…中略…3 回目に運ばれた時に亡くなってしまったという患者さんもいるのです。ただ、それまでに僕らは例えば、足がなくなったりした時に、あれだけリハビリをして、せつかく社会に戻っていったのに。またやってきてしまう。何て言ったらいいのでしょうか。「えっ、また」みたいな。…中略…「いや、そんなこと。もう 1 回飛び降りてもらうために俺たちは戻したんじゃないぞ。」というのがやはりあるし、そこに無力感ではないですけども、何かこうバーンアウトではないですけども、何だったのだろうかというのは感じるかなと。』

〈患者に対するぞんざいな対応〉の定義は、自殺未遂患者に対して看護師がきつく当たることである。以下に、具体例を記述する。

- ・研究参加者 B 『結構経験のある看護師たちからすれば「何でそんなことをして」みたいな、ちょっと強い当たりをする。「退院させたらいい」みたいなこと言ったり「親に迎えに来させたらいい」みたいなことや「家族に任せたらいい」みたいなことを平気で言うのです。』
- ・研究参加者 B 『薬をちゃんと死のうと思って飲んでいるかどうかというのが種類と量で分かるでしょう。調べて体に悪いと分かって、これで確実に死ぬると思って飲む患者と、これだけだったら大丈夫というわけではないけれども、いくら飲んでも死ねない薬というものがあります。…中略…、こんなものいくら飲んでも死なないというのを分かっていて何回もやってくるという。結構、うちは常連が多いからそうなるともっと特にもっとぞんざい(な対応)になっていると思います。』

・研究参加者 K『初療（初期治療室）でみんな（医師や先輩看護師）が冷たいと思います。もうルーチンです。胃管入れて洗って、活性炭入れてみたいな感じです。バルン（尿道カテーテル）入れてとか、本人の（意識）レベルにもよると思うのですが、ドロツとしていたら（意識障害を認めたら）とりあえず入院させて、明日帰ってみたいな、はい、はい、はい、みたいな流れがあります。他のお腹が痛いとか、胸が痛いとかで来た人とは、また違う雰囲気があります。』

## 2. 看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程のストーリーライン

本研究で生成されたカテゴリーをパラダイムの観点から検討した。【専門職としての積極的な関わり】は「帰結」であると同時に、看護専門職の条件であるとも捉えられたので、これを起点とすることにした。【関わりの際に生じるまごつき】【関わるための試み】は、状況（条件）の中で生じる反応やそれに対する看護師の対処であるので「行為」と捉えた。【不信と否定】【虚しさによる消極的な関わり】を構成する概念の具体例には、三次救急医療に3年以上従事する看護師自身の語りと、経験3年未満の看護師が先輩の様子を観察した語りのみが含まれており、これらのカテゴリーは経験を経ることによって現れると考えられたため、「帰結」と捉えた。これらを踏まえ、カテゴリー相互の関係を図6-2に示した。また、以下に概念とカテゴリーを用いて、態度変容の過程について簡潔な文章化を図った。

三次救急医療に従事する看護師は、自殺未遂患者に対して、〈自殺企図の背景にある思いを理解しようとする試み〉を行うといった【専門職としての積極的な関わり】をしていた。しかし、関わりによって看護師は〔精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ〕や、予想に反し自殺未遂患者があまりに多いことに対する戸惑いと、死を望んだ患者の意思と反して救命することに対し、「これでよいのか」と葛藤を抱く（〔戸惑いと迷い〕）といった【関わりの際に生じるまごつき】を感じていた。【関わりの際に生じるまごつき】を抱きながら【専門職としての積極的な関わり】を続けるのだが、【関わりの際に生じるまごつき】に対して、看護師は〔精神看護の必要性の認識〕や〔ゆとりの創出〕といった【関わるための試み】を行っていた。この過程を行き来しながら年数を経ると、看護師は〈患者の自殺の意思に対する疑念〉、〈患者に対する腹立ち〉、〈患者に対する冷ややかな気持ち〉といった【不信と否定】を抱くようになる。【不信と否定】に対して、【関わるための試み】で対処できれば【専門職としての積極的な関わり】に至るが、できなかった場合には、【不信と否定】は【虚しさによる消極的な関わり】へと繋がっていた。

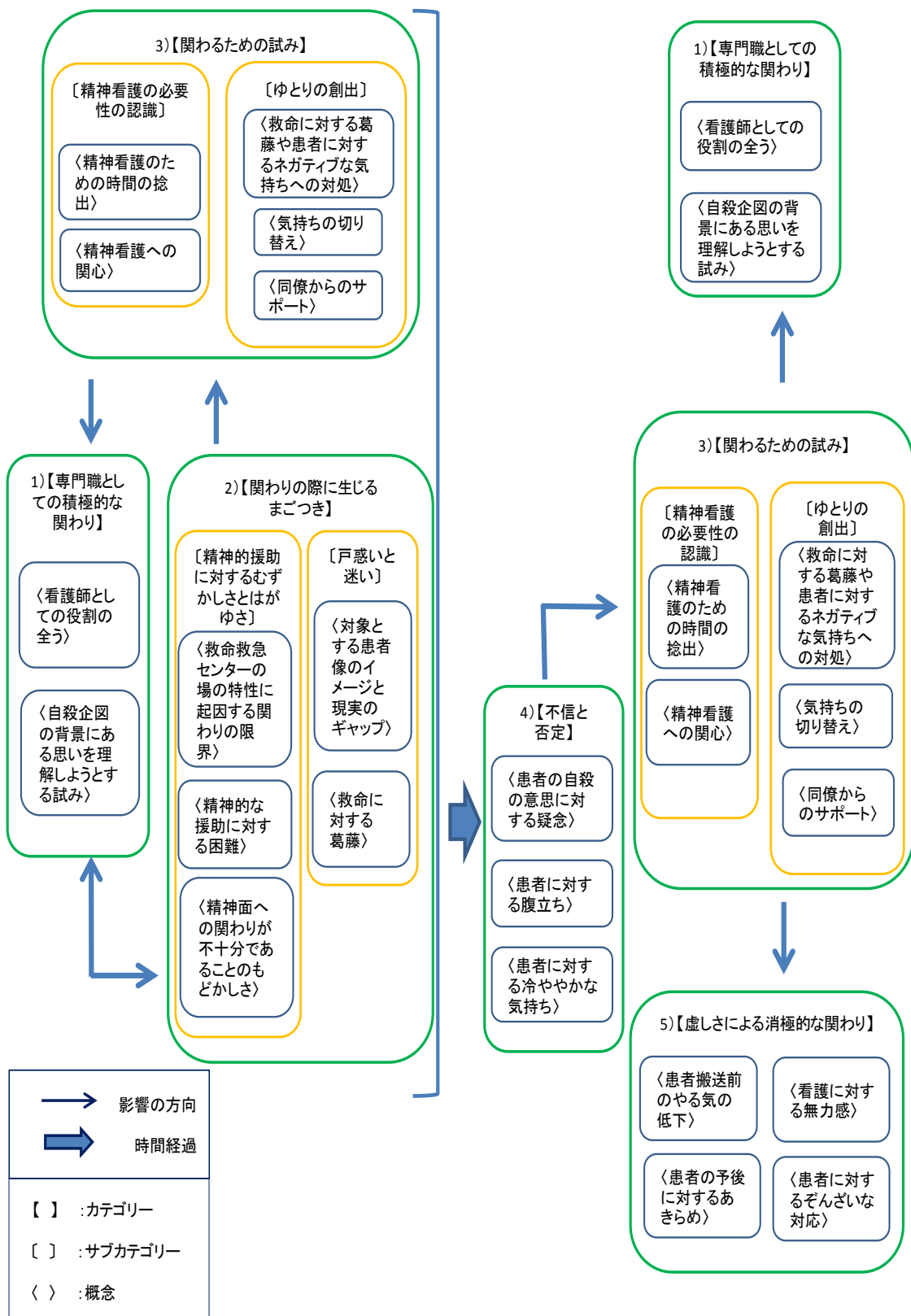


図6-2 自殺未遂患者に対する看護師の態度変容の過程

## V. 考察

### 1. 【専門職としての積極的な関わり】、【関わりの際に生じるまごつき】、【関わるための試み】を行き来する過程

研究参加者 B が自殺企図の原因と現在の希死念慮の有無を確認すると述べていたように、三次救急医療に従事する看護師は、自殺未遂患者の〈自殺企図の背景にある思いを理解しようとする試み〉を行い、懸命に関わっていた。Aguilera (1998) は、一般的に秘密にされ否定される自殺未遂を公然と率直に扱うことによって、患者はこれまで十分に感じたことのない感情（他者が自分に関心を持っている、他者に心配されている、他者が自分を援助しようとしている）を抱くと述べている。また、自殺未遂者は自分のことを誰かに聞いてほしいと思っている（山田, 2009）という指摘があることから、これらの看護師の関わりは、有意義なものであるといえる。しかし、看護師は、自殺未遂患者との【関わりの際に生じるまごつき】を感じていた。研究参加者 G は入院期間が短いという救命救急センターの特性から、患者と関わる時間的な限界感を、研究参加者 J は自殺未遂患者とのコミュニケーション場面での難しさを、研究参加者 I は精神面への治療が十分でないことへのもどかしさを述べていた。また、研究参加者 H は自殺未遂患者が予想以上に多いことへの戸惑いを、研究参加者 D は救命することが患者の意思に反することではないかとの葛藤を語った。本研究の参加者は、このような困難や複雑な思いを抱えながら、自殺未遂患者と関わっていたのだが、福田ら (2006) も同様に、看護師が自殺未遂患者との関わりにおいて、知識や技術不足を感じ、困難と不安を抱いていたことを示している。また、第 2 章においても、自殺未遂患者の心情を理解しようとしつつも、抵抗感や精神的ケアの限界を感じていることが明らかとなっている。

このような【関わりの際に生じるまごつき】に対して、看護師は〔精神看護の必要性の認識〕や〔ゆとりの創出〕といった【関わるための試み】を図っていた。精神看護の必要性を認識するために、重要なのは〈精神看護への関心〉である。研究参加者 K は、自殺未遂患者に対する看護師の関心が小さい場合は、看護師の関わりが冷たい感じがすると、治療・看護場面での印象を述べていた。一方、研究参加者 F は、自殺未遂患者への看護の事例を振り返ることによって、自分の見方が広がるという経験を話した。これらから、精神看護への関心の程度が、看護師の自殺未遂患者に対する態度に影響すると考えられ、精神看護への関心を高めることの必要性が示唆される。実際に関わるための時間を捻出する上で、研究参加者 F は、その部署での実績が必要であるかもしれないと話している。経験年

数の短い看護師にとって、自殺未遂患者と関わる時間を捻出することは容易ではないと考えられる。また、研究参加者 F は、自殺未遂患者とじっと向き合って話すことについて、周りのスタッフからさぼっていると認識されてしまう可能性があるとも述べている。中山（2007）は、救命救急センターに就職した新卒看護師が採用後 3 ヶ月経っても不安定な所属感を感じていたことを報告しているが、このような状況では、看護師が自殺未遂患者とゆっくり関わりたくても、スタッフの目を気にして躊躇してしまうかもしれない。研究参加者 E が、他のスタッフのサポートがあれば、自殺未遂患者と関わる時間を捻出できる可能性を示していることから、自殺未遂患者への精神的な関わりにおいては、周囲のスタッフの理解や協力が必要であると考えられる。

研究参加者 F や研究参加者 G の語りによると、気持ちにゆとりを作り出すためには、自身の中に生じた気持ちを抑えつけてしまうのではなく、いかなる種類の気持ちも自分の大切な気持ちの一つであると認識し、受けとめられるようになることが必要であると考えられる。また、研究参加者 C の『切り替えはしていないとこの仕事はできない』との語りからは、仕事とプライベートを割り切ることの重要性が、研究参加者 I の『(スタッフに)「疲れたわ」と言っただけでスツとする』との語りからは、〈同僚からのサポート〉の重要性が示された。

## 2. 【不信と否定】から【虚しさによる消極的な関わり】に至る過程

本研究では、経験年数が約 3 年以上経過すると、【不信と否定】や【虚しさによる消極的な関わり】という否定的な態度が現れることが示された。これは、量的手法を用いて研究を行った第 4 章と同様の結果である。三次救急医療に従事し約 3 年が経過すると、自殺未遂患者に対する否定的態度が形成されるという現象を、どのように考えたらよいか。

先行研究では、自殺未遂患者の約 4 割に自殺未遂の既往があったとの報告がある（黒澤ら、2009；中山ら、2006）。また、小野ら（2009）は、救命救急センター 1 施設 29 名の看護師の自由記述を分析した結果、やる気がでた出来事・やりがいを感じられた場面として、患者から感謝の言葉を言われたり、回復した姿をみるなど看護することの喜びを感じられた時、上司、同僚、他職種との関係性の中でチーム医療の充実を感じられた時、学習意欲が高まったり看護の達成感が得られたりするなど自己の成長を感じられた時が挙げられたことを報告している。



研究参加者 C の『もう 1 回飛び降りてもらうために俺たちは戻したんじゃないぞ』という発言からは、自殺未遂を繰り返す患者との関わりにおいて、看護の喜びや達成感を得ることがむずかしい様子がうかがえる。また、研究参加者 H の『自殺未遂の方法にもよるが、患者は本当に死ぬ気がなかったのではないかと思う』からは、患者の立場にたって考えることがむずかしくなっている、すなわち情緒的に消耗している様子がうかがえ、研究参加者 A の『自殺の人を助ける時間が惜しい。死にたい人は嫌』、研究参加者 K の『「薬中か」みたいな雰囲気がある』からは、看護師が患者の内面に目を向けがたくなっており、自殺、薬物中毒という事柄に紋切り型に反応している様子がうかがえる。研究参加者 C、H、A、K のこれらの発言は、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下を表していると考えられ、バーンアウトの症状（久保，2004）と類似する。しかし、バーンアウトでは、仕事全般についての意欲や関心が失われるのに対し、自殺未遂患者という特定の対象への看護についての意欲や関心が失われるという点で、本現象はバーンアウトとは異なる。

経験約 3 年以上の看護師が自殺未遂患者に対して否定的な態度を形成するという現象は、職業的アイデンティティの観点から説明され得る。看護師の職業的アイデンティティとは、看護師の思考、行動、及び患者との相互作用を導く看護師の価値と信念である（Fagermoen, 1997）。そして、看護師の職業的アイデンティティは、経験年数の影響を受けること（池田，尾崎，2010）や、職業的アイデンティティの構成要素の一つである「達成」（職業に対する苦悩を過ぎ、自分の職業に傾倒している状態）は経験 1～2 年目で急激に低下し、3 年目で停滞すること（竹内，2008）が示されている。一見すると、自殺未遂患者は救急医療に携わる看護師が価値をおいている命を軽視し、粗末に扱っているようにみえるので、自殺未遂患者と関わることは、看護師の職業的アイデンティティをさらに脅かす経験になると考えられる。自殺未遂患者とのかかわりの中で生じる【不信と否定】に対して、看護師は【関わるための試み】をして、【専門職としての積極的な関わり】を行うが、例えば、気持ちが切り替えられなかったり、同僚からのサポートが得られなかったりなどすると、看護師の情緒的な資源はますます枯渇してしまうので、【不信と否定】は【虚しさによる消極的な関わり】へと至ると考えられる。【虚しさによる消極的な関わり】は、高まった精神的負荷、すなわち、職業的アイデンティティのゆらぎへの対処としての側面があるともいえるだろう。

### 3. 本研究の限界と課題

本研究では、限定された地域でのごく僅かな施設の看護師 11 名から得られたデータを分析したため、新たに概念が生成されたり、カテゴリー同士の新たな関係性が見出されたりする可能性を十分に否定できない。今後、施設数や研究参加者数を増やして、検討を重ねていく必要があるといえる。

## VI. 結論

本研究の結果、以下のことが明らかとなった。

- ・三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程は、【専門職としての積極的な関わり】【関わりの際に生じるまごつき】【関わるための試み】【不信と否定】【虚しさによる消極的な関わり】の 5 つのカテゴリーから構成された。
- ・【関わるための試み】は態度形成の過程において重要な要素であることが示された。
- ・看護師が自殺未遂患者に対して否定的な感情を抱くことはいたしかたない部分があると十分に認識したうえで、【関わるための試み】を強めることや【虚しさによる消極的な関わり】に至った看護師の空虚感を軽減するための支援が必要であると考えられた。

## 付記

本研究にご理解を頂き、ご協力下さいました施設の看護部長様、看護師の皆様に深く感謝致します。

本研究は、2010-2011 年度科学研究費補助金「研究活動スタート支援」の交付を受けて実施した。なお、本章は、『心理臨床学研究』（日本心理臨床学会）に掲載された論文\*に加筆、修正を加えて纏めたものである。

※瓜崎貴雄（2014）：三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程，心理臨床学研究，31（6），904-915.

## 引用・参考文献

- 1) Aguilera, D. C. (1998) : Crisis intervention; theory and methodology (8th ed.) , 172-185, Mosby, St. Louis.
- 2) Anderson, M. (1997) : Nurses' attitudes towards suicidal behaviour; a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and

- emergency department, *Journal of Advanced Nursing*, 25 (6) , 1283-1291.
- 3) Fagermoen, M. S. (1997) : Professional identity; values embedded in meaningful nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 25 (3), 434-441.
  - 4) 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ, 石守久美子 (2006) : 救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度, *日本看護学会誌*, 15 (2), 15-24.
  - 5) 池田由紀子, 尾崎フサ子 (2010) : 臨床看護師の現任教育と職業的アイデンティティ形成の関連, *日本看護学会論文集 ; 看護管理*, 40, 240-242.
  - 6) 木下康仁 (2004) : *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 ; 質的研究への誘い*, 弘文堂, 東京.
  - 7) 久保真人 (2004) : *バーンアウトの心理学 ; 燃え尽き症候群とは*, サイエンス社, 東京.
  - 8) 黒澤美枝, 前川貴美子, 小野田敏行, 大塚耕太郎, 酒井明夫 (2009) : 岩手県指定救急機関における自殺未遂者の実態調査, *トラウマティック・ストレス*, 7 (2), 166-171.
  - 9) 中山秀紀, 大塚耕太郎, 酒井明夫他 (2006) : 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査 ; 通院状況を考慮した自殺予防. *精神医学*, 48 (2), 119-126.
  - 10) 中山由美 (2007) : 救命救急センターに就職した新卒看護師が感じているストレス要因, *藍野学院紀要*, 20, 41-51.
  - 11) 小野さゆり, 館野由美, 國井正子 (2009) : 救命救急看護師が抱く「良いストレス」の要因, *日本救急看護学会誌*, 10 (3), 20-24.
  - 12) 戈木クレイグヒル滋子 (2006) : *グラウンデッド・セオリー・アプローチ ; 理論を生みだすまで*, 新曜社, 東京.
  - 13) 竹内久美子 (2008) : 新卒看護師の職業的アイデンティティ形成と職務態度 ; 縦断的研究に基づく検討, *目白大学健康科学研究*, 1, 101-109.
  - 14) 山田朋樹 (2009) : 救急の場におけるインターベンションの原則と実際. 高橋祥友, 竹島正 : *自殺予防の実際*, 164-178, 永井書店, 大阪.

## 第7章：総合考察

ここでは、まず、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度はどのようなかについて、第2～6章の研究結果を要約した上で論じる。次に、一連の研究結果に基づいて、自殺未遂患者を看護する看護師への心理的支援について検討する。最後に、本主題を扱う研究についての今後の課題を記述する。

### I. 三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度について

#### 1. 研究結果の要約

第2章においては、4施設88名の看護師から得られた375の自由記述を質的な研究方法（内容分析）を用いて分析した結果、態度の構成要素を示すカテゴリーには、自殺未遂患者や家族など周囲の者の心情を理解しようとする【心情の理解】、自殺未遂患者を受け入れがたく、積極的に関わろうとできない【抵抗感】、看護師に期待される役割を遂行しようとする【専門的支援】、自殺未遂患者と家族など周囲の人物や社会的環境との関係性を探ろうとする【援助者の存在】、精神的な問題を抱える自殺未遂患者を救命救急センターで看護する困難を表す【精神的ケアの限界】があることを明らかにした。また、これらのカテゴリーを接近的態度（積極的な評価や感情と賛成の行動傾向を表すカテゴリー：【心情の理解】、【専門的支援】、【援助者の存在】）と回避的態度（消極的な評価や感情と不賛成の行動傾向を表すカテゴリー：【抵抗感】、【精神的ケアの限界】）に分類し、各看護師において、接近的態度に分類された自由記述のみを含むものを『接近的態度』、回避的態度に分類された自由記述のみを含むものを『回避的態度』、さらに接近的態度と回避的態度の双方に分類された自由記述を含むものを『両価的態度』として類別し、態度の傾向を示したところ、『両価的態度』が51名（58.0%）、『接近的態度』が33名（37.5%）、『回避的態度』が4名（4.5%）であることを明らかにした。しかし、この研究は、研究協力施設数や研究対象者数が少ないことが課題であった。

第3章で示した研究は、第2章の研究の課題を踏まえて研究計画を立案し、実施したものであった。第2章の研究結果に基づいて質問紙を作成し、63施設906名から得られたデータを分析した。その結果、態度の構成要素として、患者に対する憤りと患者の自殺行動に対する不信感や困惑を表す【自殺行動の否定】、生命を守ることへの関心と危機への介入を表す【危機への関わり】、患者の将来への懸念や患者を取り巻く環境への関心を表す【行

く末への気がかり】が抽出された。態度の傾向は、自殺未遂患者に対する肯定的な構えと否定的な構えを同時に形成していると考えられる『両価的態度』が 398 名 (43.9%)、自殺未遂患者に対する抵抗感が大きく、否定的な構えを形成していると考えられる『回避的態度』が 329 名 (36.3%)、自殺未遂患者に対する抵抗感が小さく、危機介入への関心は大きい『接近的態度』が 179 名 (19.8%) であり、全ての群間に有意な人数比率の偏りを認めた。また、態度の傾向と、看護師の背景 (性別、年齢、部署、看護経験年数、救命救急センター経験年数) には、関連や差を認めなかった。しかし、この研究で用いた質問紙 (態度の測定用具) は累積寄与率が十分に高くなく、項目数が多く (全 48 項目)、妥当性の検討が十分でないため、質問紙の項目の精選と妥当性の検討が課題であった。

第 4 章で示した研究は、第 3 章の研究の課題を踏まえ、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度の作成と、態度と看護経験 (救命救急センター以外の部署の経験の有無と、救命救急センターでの経験年数) との関連の検討を目的としたものであった。まず、第 3 章の研究で収集したデータを再分析した。【自殺行動の否定】と【行く末への気がかり】から各 3 項目、【危機への関わり】から 5 項目を精選し、確認的因子分析を用いて適合度を検討し、看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度 (The Nurse's Attitude Scale for Suicide Attempters : NASSA) の原案を作成した。次に、41 施設 601 名の看護師から得られた NASSA のデータを用いて、Cronbach の  $\alpha$  係数による内的整合性の検討、確認的因子分析による因子的妥当性と交叉妥当性の検討、共感経験尺度改訂版 (Empathic Experience Scale Revised : EESR) (角田, 1994) との構成概念妥当性の検討を行い、NASSA の信頼性と妥当性を検証した。次に、第 3 章、第 4 章で行った研究で得られた有効回答を加算し、104 施設看護師 1507 名のデータを用いて、看護経験との関連を検討した結果、【自殺行動の否定】では救命救急センターでの経験年数が長い群の得点が有意に高いこと、【行く末への気がかり】では救命救急センターでの経験年数が短い群の得点が高い傾向にあること、【危機への関わり】では救命救急センターでの経験年数が長い群の得点が有意に高く、また、救命救急センター以外の部署の経験がない群の得点が有意に高いことを明らかにした。この研究では、経験年数が長くなると、否定的な態度が強まり、肯定的な態度が弱まることが示されたが、看護師の自殺未遂患者に対する態度がどのような過程を経て変容していくのかについて明らかにできなかった点が課題であった。

第 5 章は、第 4 章で作成した NASSA を用いて、態度と精神健康度、共感性との関連を検討することを目的とした。41 施設 601 名の看護師から得られたデータを分析した。そ

の結果、看護師の精神健康度では、【GHQ 合計】で看護師の6割以上が非健常群と判定され、【一般的疾患傾向】は6割以上、【身体的症状】、【睡眠障害】、【社会的活動障害】、【不安と気分変調】は5割以上、【希死念慮うつ傾向】は2割以上の看護師に症状がみられることが明らかとなった。自殺未遂患者に対する態度傾向として、『接近的態度』、『中立的態度』、『回避的態度』が示されたが、態度と精神健康度の関連では、『接近的態度』は、『中立的態度』よりも【身体的症状】と【希死念慮うつ傾向】の得点が有意に高く精神健康度が低い、『接近的態度』は、『回避的態度』よりも【不安と気分変調】の得点が有意に高く精神健康度が低いことが明らかとなった。態度と共感性の関連では、『接近的態度』は「共有型」（個別性の認識は低く、共有体験を自己に引きつけてしまう型）が多く「不全型」（他者との共有体験は得られにくい型）が少ないこと、反対に、『回避的態度』は「不全型」が多く「共有型」が少ないこと、『中立的態度』は「共有型」が少ないことが明らかとなった。この研究結果からは、自殺未遂患者に関わる看護師の精神健康度や共感性を高めるための具体的な支援方法を検討する必要性が示唆された。

第6章は、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程を明らかにすることを目的とした。2施設11名の看護師の語りを質的な研究手法（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ：Modified Grounded Theory Approach：M-GTA）を用いて分析した。限定された地域でのごく僅かな施設の看護師を対象とした研究であるという限界はあったものの、次のような、看護師の態度変容の過程が明らかとなった。三次救急医療に従事する看護師は、自殺未遂患者に対して、〈自殺企図の背景にある思いを理解しようとする試み〉を行うといった【専門職としての積極的な関わり】をしていた。しかし、関わりによって看護師は〔精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ〕や、予想に反し自殺未遂患者があまりに多いことに対する戸惑いと、死を望んだ患者の意思と反して、救命することに対し、「これでよいのか」と葛藤を抱く（〔戸惑いと迷い〕）といった【関わりの際に生じるまごつき】を感じていた。【関わりの際に生じるまごつき】を抱きながら【専門職としての積極的な関わり】を続けるのだが、【関わりの際に生じるまごつき】に対して、看護師は〔精神看護の必要性の認識〕や〔ゆとりの創出〕といった【関わるための試み】を行っていた。この過程を繰り返しながら年数を経ると、看護師は〈患者の自殺の意思に対する疑念〉、〈患者に対する腹立ち〉、〈患者に対する冷ややかな気持ち〉といった【不信と否定】を抱くようになる。【不信と否定】に対して、【関わるための試み】で対処できれば【専門職としての積極的な関わり】に至るが、できなかった場合には、【不信と否定】は

【虚しさによる消極的な関わり】へと繋がっていた。

以上が、第 2～6 章で記述してきた三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度に関する研究結果の要約である。

## 2. 研究結果を踏まえた検討

本研究の目的の一つは、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度について検討すること、具体的には、態度の構成要素と傾向、態度と看護経験、精神健康度、共感性との関連、看護経験を積むことで態度がいかに変化するかという態度変容の過程を検討することであった。ここでは、これまでの研究で得られた結果を総合して、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度について論じる。

第 2 章と第 3 章の結果から、態度の構成要素には、肯定的な要素と否定的な要素があることが明らかになった。肯定的な要素には、自殺未遂患者や家族など周囲の者の心情を理解しようとする（【心情の理解】）、看護師に期待される役割を遂行しようとする（【専門的支援】）、自殺未遂患者と家族など周囲の人物や社会的環境との関係性を探ろうとする（【援助者の存在】）、生命を守ることに関心を示し危機へ介入しようとする（【危機への関わり】）、患者の将来を気にかけて患者を取り巻く環境へ関心を示す（【行く末への気がかり】）といったものがあつた。また、否定的な要素には、自殺未遂患者を受け入れがたく、積極的に関わろうとできない（【抵抗感】）、患者に対する憤りと患者の自殺行動に対して不信感や困惑を抱く（【自殺行動の否定】）、精神的な問題を抱える自殺未遂患者を救命救急センターで看護する困難を感じる（【精神的ケアの限界】）といったものがあつた。

また、第 2 章、第 3 章、第 5 章の結果から、これらの態度の構成要素の有無と程度によって、態度の傾向には『接近的態度』、『回避的態度』、『両価的態度』、『中立的態度』の 4 つがあることが明らかになった。『接近的態度』とは、態度の構成要素のうち、肯定的な要素のみがあるか、あるいは否定的な要素よりも肯定的な要素の程度が大きく、自殺未遂患者に対して積極的に関わろうとする態度であつた。『回避的態度』とは、態度の構成要素のうち、否定的な要素のみがあるか、あるいは肯定的な要素よりも否定的な要素の程度が大きく、自殺未遂患者に対して積極的に関われない態度であつた。『両価的態度』とは、肯定的な要素と否定的な要素の両方があり、どちらも大きく、葛藤がある態度であつた。『中立的態度』とは、肯定的な要素と否定的な要素の両方があるが、程度は大きくなく、どちらにも偏っていない態度であつた。

そして、第4章、第5章、第6章の結果から、これらの態度の傾向は、一度形成されると固定されてしまうのではなく、救命救急センターで看護経験を積むことによって、変化していくことが分かった。以下に、一連の研究結果を総合し、看護経験と態度の肯定的要素・否定的要素の有無と程度に注目して、看護師の自殺未遂患者に対する態度変容について述べる(図7-1参照)。ただし、これは、これまでの研究結果を総合して考えられる典型例である。ここに示すプロセスが妥当かどうかについては、今後の検証を待ちたい。

救命救急センターにおける  
看護経験年数

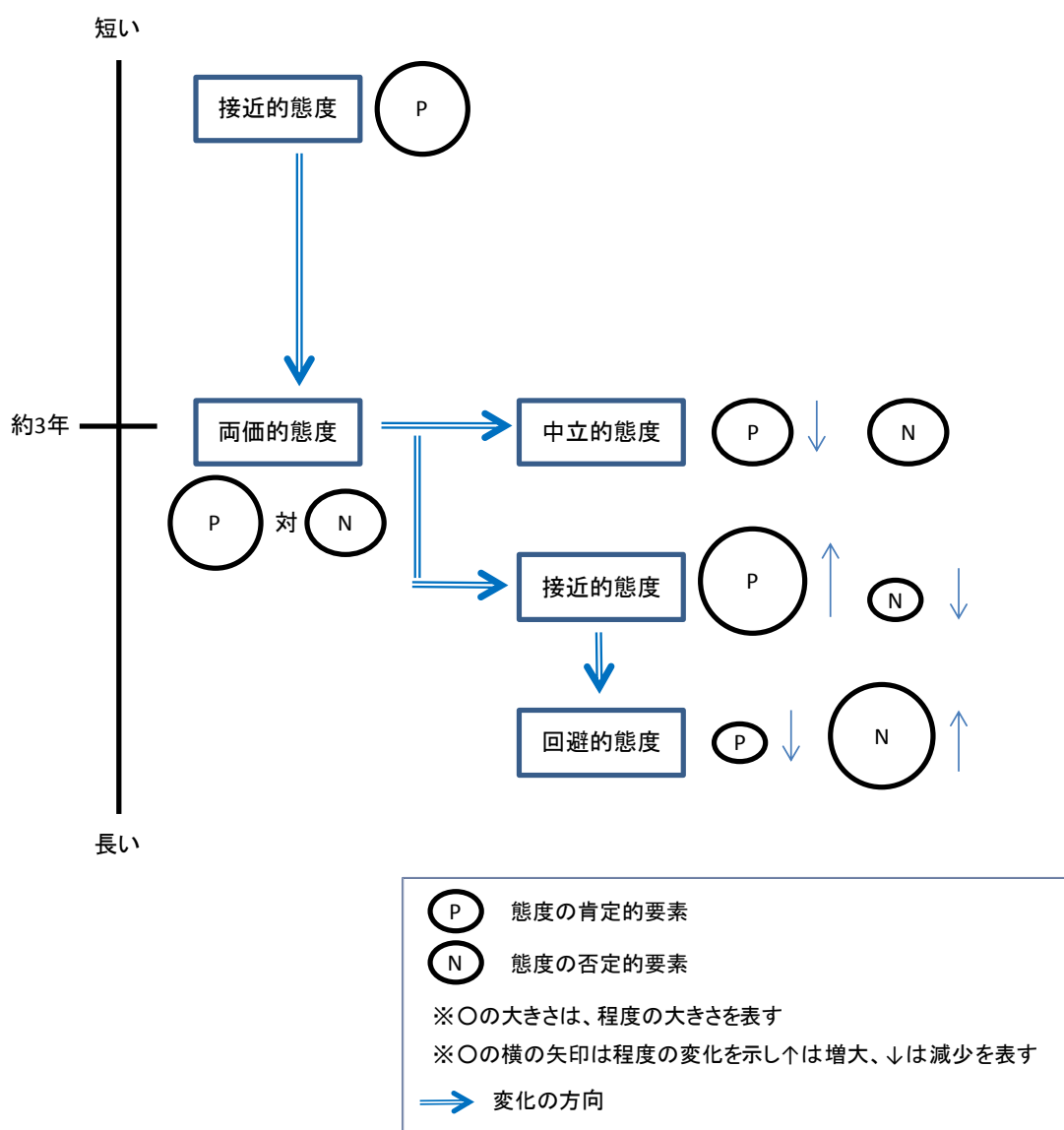


図7-1 自殺未遂患者に対する看護師の態度変容のまとめ



救命救急センターで働き始めて間もない頃（看護経験年数が3年未満）は、『接近的態度』を形成している。保健師助産師看護師法に規定されている看護師の業務は、傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことであるが、看護師は自殺未遂患者に対しても、その役割を全うしようとする。社会から要請される看護師のイメージは、優しく包み込むようなあり方であるし、看護教育の中では患者に対して共感的な態度で接することの大切さを幾度となく教えられる。例えば、第6章で記したように、看護経験2年9カ月の研究参加者Dは、『(自殺を試みた)精神疾患の患者さんの「痛い」は他に何か違う痛みの原因があったり、不安で痛いとかもあるので、ですから、そういうふうにするにしないようにと』と語り、自殺企図の背景にある思いを理解しようと試みていた。

ところで、看護経験年数が約3年未満の時は、否定的な態度の構成要素は現れてこないが、自殺未遂患者の看護について葛藤を抱くことがある。看護師の使命は患者の生命を守ることであるが、自ら命を絶とうとした患者の気持ちに反して、患者の命を助けてよいのだろうかと疑問を抱くのである。例えば、第2章に示したように、「死にたくなるほど辛い日々であったのなら、患者の死にたい気持ちは理解できる」という考えから、「患者が死にたいのであれば、そのまま死なせてあげたい」という思いが現れてきたりする。また、第6章で記したように、看護経験年数が1年2ヵ月の研究参加者Eは『自殺するというのもある意味、その患者さんの意思なのかなというふうに思うこともあります。あとでわかることですけれども、その自殺に至るまでの経緯というのを家族さんとか周りの方から聞いたときに、…中略…、助けてよかったのかなというところも、やはりあります。かといって自殺を勧めるわけではないですけれども』と、救命に対する葛藤を語った。また、自殺未遂患者との関わりはむずかしさを伴うということが、第6章の研究によって明らかとなった。例えば、看護経験年数が1年の研究参加者Jは『仕事がしんどくなって、飛び降りを決意されたというところまで本人(自殺未遂患者)の口から聞くことができたのですけれども、そこからは会話にならなかったというか、次、なんて声掛けをしていいかが分からなくなって、すぐそこから違う患者さんのところに行った、その場から離れたような感じです。』と、看護経験年数が2年の研究参加者Kは『「何で死ねなかったんやろう」と言われて困ったことはあります。「どうやったら死ねる? 看護婦さん」みたいなことを聞かれて、こんなことを言う子(自殺未遂患者)がいるのだなと思って、困ったことはあります。私はまだ経験も浅いですし、それを肯定してもいいのか、否定してもいいのかわからなくて』と、精神的な援助に対する困難を語っていた。さらに、研究参加者Kは『結

局、精神科に任せるみたいなのがあって、救急では難しいかもしれないですけども、何か足りていないような気はします』と精神面への関わりが不十分なことへのもどかしさも述べていた。このような葛藤や困難を抱きながらも、気持ちを切り替えたり、同僚からのサポートを得たりするなどの工夫（第 6 章で示した【関わるための試み】）をして、看護師は自殺未遂患者に対して懸命に関わっていた。

医療の領域では、治療者が専門知識に基づき、患者にとって最善と考えられる治療の方向性を示す。この時、患者の希望や意思が、専門家が考える方向性と異なっている場合は、専門家は説明を尽くして、患者の同意を得る試みをする。最終的に患者の同意を得たとしても、結果的には患者の意思よりも治療者の意思が優先されたことになる。一方で、医療の領域では自らの利益に関する最善の判断者は本人自身であるので、患者自身に判断能力・意思決定能力があるならば、本人の希望や意思が最も優先される必要があるとする考え方もある（西澤，2005）。自殺者に精神疾患の有病率が高いことを踏まえると、判断能力・意思決定能力になんらかの問題があったと考えられるので、看護師は自殺未遂患者を救命することに疑問を抱くことは少ないかもしれない。しかし、自殺を試みた時点の患者の判断能力・意思決定能力に問題があったといえるか否かについては、厳密には確かめようがない。また、精神疾患に罹患していない自殺未遂患者もいる。判断能力・意思決定能力に問題がないとしたら、救命することは患者の意思に抗うことになってしまう。価値観が多様化する現代においては、死に対する考え方も様々であるので、自ら命を絶つということも死のあり方、あるいは生のあり方の一つといえるのかもしれない。いずれにしても、これらの議論は、尊厳死や自己決定権などに通じる難解で複雑な事柄であり、経験の浅い看護師が抱えるには大きすぎるテーマであるため、心理的な負担は計り知れない。実際に、第 5 章の研究結果により、救命救急センターでの看護経験年数が 3 年未満の看護師の精神健康度が不良であった（1 年未満の看護師の GHQ 合計の中央値は 11.0、1～3 年未満の看護師の GHQ 合計の中央値は 10.0 であった）ことが示された。葛藤や困難を抱きながら、自殺未遂患者に関わり続けることは精神的な疲弊をもたらす一因となっており、このような精神的疲労は徐々に蓄積されていくものと考えられる。

第 6 章の研究結果からは、看護経験年数が約 3 年以上になると、否定的な態度の構成要素が現れてくることが明らかとなった。また、第 4 章の結果からは、救命救急センターの経験年数が長い者は、患者に対する否定的な気持ちが大きくなることが示された。これらの要因の一つは、看護師として様々な経験を重ねたことが挙げられよう。突然の事故や病

気によって生命の危機的な状態となり搬送され、懸命な治療や看護を行ったが命を救うことができなかつた事例も多い。時に、看護師は、このような患者と自殺未遂患者とを比較してしまう。例えば、第6章で記した研究参加者Gは、両者を比較した時に自殺未遂患者に対しての方の気持ちが冷めると語った。また、研究参加者Fは、救命できなかつた患者に引き続いて自殺未遂患者と関わった際は、自殺未遂患者の「なんで助けたの？」などといった発言に腹立ちを感じた、という経験を述べた。そして、看護師の中に生じたこのような否定的な要素と、接近的な要素との間に葛藤が生じる。これが『両価的態度』の形成である。

自殺未遂患者に対する否定的な態度の構成要素は、社会が要請する看護師像、あるいは看護教育の中で学んだ看護師像とはかけ離れているため、看護師はこの否定的な態度の構成要素に対処しようとする。そのための対処としては、前述したような、気持ちを切り替えたり、同僚からのサポートを得たりするなどの工夫（第6章で示した【関わるための試み】）がある。また、自殺未遂患者と関わり続けるために、看護師が患者への肯定的な関心を減じることがある。本研究で明らかになった『中立的態度』は、このことを表していると考えられる。その根拠は、第5章の研究結果の中で、『中立的態度』の【行く末への気付き】（患者の将来への懸念や患者を取り巻く環境への関心を表す）の因子得点と【危機への関わり】（生命を守ることへの関心と危機介入を表す）の因子得点が、『接近的態度』よりも低いことにある。看護師が患者への関心を減じれば、患者に巻き込まれることを避けられ、患者に対する否定的な要素がさらに大きくなることはないので、自殺未遂患者と関わり続けることができる。このように、態度の肯定的な要素を減じて、否定的な要素との間のバランスを保ちながら、自殺未遂患者と関わろうとする態度が、『中立的態度』であると考えられる。このことは、『中立的態度』の看護師は、他者に巻き込まれる共感の型（共有型）が少なかったという、第5章の研究結果によって支持されよう。また、看護師は、看護専門職の役割である危機介入への意識を高めることによって、大きくなった否定的な態度の構成要素に対処しているとも考えられる。このことは、第4章で記述した研究の中で、救命救急センターの経験年数が長い者の方が短い者よりも、自殺未遂患者に対する否定的な態度の構成要素（【自殺行動の否定】）と自殺未遂患者に対する危機介入への関心（【危機への関わり】）が大きい、という結果によって支持される。

『両価的態度』を形成した看護師が、否定的な態度の構成要素を弱めるか、あるいは肯定的な態度の構成要素を強めることができた場合は、『両価的態度』は『接近的態度』へと

変化する。しかし、注意しなくてはならないのは、看護師が、社会が要請する看護師像、あるいは看護教育の中で学んだ看護師像に、無理やりに近づこうとする場合である。第 6 章の研究参加者 F は、若い看護師は患者に対してネガティブな気持ちを抱いてはいけないと思い、それ排除しようとしてしまうことを語っていた。また、F 自身が、患者に対してネガティブな気持ちを抱くことがあったが、それを“よくないこと”と捉えて、他の看護師に自分の気持ちを話すことができなかつたという経験を述べていた。このように、自分自身の気持ちを否定し、自殺未遂患者に対して『接近的態度』を形成しようとするといった場合は、看護師が精神的に疲弊してしまう。このことは、『接近的態度』の看護師は精神健康度が不良であることや、共感の型では、個別性の認識が低く共有経験を自己に引きつけてしまう共有型、つまり患者に巻き込まれてしまっている者が多いという、第 5 章の研究結果によって支持されよう。

看護師が無理をして、否定的な態度の構成要素を弱める、あるいは肯定的な態度の構成要素を強める試みを通して、『接近的態度』を維持している場合は、精神的に疲弊してしまう。この時、看護師は、自らの精神健康がさらに悪化しないように対処しようとする。態度の傾向の一つである『回避的態度』は、看護師が自らの精神健康を保持するための対処としての側面をもっていると考えられる。このことは、第 5 章で記述した研究の中で、『回避的態度』の看護師の精神健康度は『接近的態度』の看護師よりも良く、共感の型では、他者との共有体験は得られにくく、対人世界への信頼感が低い（不全型の）者が多い、という結果が示されたことによって支持される。自殺未遂患者と必要以上に関わらず、気持ちに寄り添おうとしなければ、否定的な要素が大きくなるのを防ぐことができる。例えば、第 6 章で記した研究参加者 K は、自殺未遂患者の治療・看護にあたる場合は、他の患者の時と違った雰囲気があり、“はい、はい、はい、みたいな流れ”があると述べていた。この語りは、看護師の対応が、紋切り型の機械的な対応になっていることを表しているが、感情をしりぞけた機械的な対応をすることによって、看護師はさらに精神的に疲弊しないように対処しているものと考えられる。

以上、看護師の自殺未遂患者に対する 4 つの態度の傾向、すなわち、『接近的態度』、『回避的態度』、『両価的態度』、『中立的態度』について述べてきた。これらの態度のうち、自殺未遂患者にとっても看護師にとっても有益であると考えられる態度は、『中立的態度』であると思われる。その理由は、『接近的態度』は自殺未遂患者にとっては援助的だが、看護師が精神的に疲弊してしまい、関わりを続けていくことが難しくなる可能性がある、『回避

『中立的態度』は看護師の精神健康度を悪化させないという点で有益だが、自殺未遂患者の再企図のリスクを高める可能性がある、『両価的態度』は葛藤によって、看護師が精神的に疲弊し、関わりを続けていくことが難しくなる可能性があるからである。しかし、これは4つの態度を比較した相対的な評価であって、『中立的態度』が極めて優れているかと言うと、必ずしもそうとは言い切れない。第5章において、『中立的態度』では、共有型（個別性の認識は低く、共有体験を自己に引きつけてしまう）とあって、他者に巻き込まれる共感の型は少なかったが、最も共感性が高いと考えられる両向型の者の割合には、態度傾向（『接近的態度』、『中立的態度』、『回避的態度』）による差を認めなかったことが明らかになった。つまり、『中立的態度』の看護師の共感性が、『接近的態度』や『回避的態度』の看護師よりも高いというわけではないのである。また、GHQの下位尺度（【身体的症状】と【希死念慮うつ傾向】）では、『中立的態度』が『接近的態度』よりも精神健康度が良いという結果が得られたが、『中立的態度』のGHQ合計の中央値は9.0（7.0以上が非健常群とされる）であり、態度傾向（『接近的態度』、『中立的態度』、『回避的態度』）で比較したところ、GHQ合計に差を認めなかった。つまり、『中立的態度』の看護師の精神健康度が際立って高いというわけでもないのである。

したがって、自殺未遂患者にとっても、また看護師にとっても有益である看護師の自殺未遂患者に対する態度として、これら以外の態度の必要性が示唆される。それは一体どのような態度であろうか。これまでの研究結果を踏まえ、一つの可能性として考えられるのは、自殺未遂患者に対する態度の否定的な要素をそのまま抱えられ、さらにそれを吟味できるような態度（『自己受容・吟味的態度』）である。第6章の研究参加者Fは、「何で助けたの？」と話す自殺未遂患者に対する腹立たしさがあり葛藤を感じた経験を語る一方で、そのようなネガティブな気持ちを抱いた自分を否定しないで認めることの必要性を述べていた。自らの中に生じた否定的な態度の構成要素も、ありのままに受けとめることができれば、すなわち、肯定的な態度の構成要素と同様に自分の中にあってもよいと考えることができれば、葛藤が生じないので、自殺未遂患者と関わりの中で看護師の精神的な疲労が強まることはない。また、否定的な態度の構成要素を抱えている自分に関心を向け、自分の態度を吟味することによって、自殺未遂患者に対するこれまでとは異なった態度を獲得するきっかけになると考えられる。事実、研究参加者Fは、自殺未遂患者に対する関わり方が分からない自分に関心を向け、自殺に至る心理について学習することを通して、自殺未遂患者に対する見方が広がっていく経験を語っていた。

一連の研究の中で、否定的な態度の構成要素を受容することを表すデータは、第 6 章の研究参加者 F の語りのみであった。このことは、多くの看護師は、研究参加者 F のように自分自身の態度の否定的な要素を受容するのが、むずかしいことを表していると考えられる。このむずかしさはどこに由来するのだろうか。一つの要因は、第 5 章で述べた看護師が感情的になることを禁じ、感情を抑制することを求める感情規則（武井，2001）にあるのかもしれない。このような感情規則にとらわれた看護師は、自分自身の感情や考えに沿って行動するよりも、看護師としての感情規則に相応しい振る舞いをしようとする。そのため、自分自身の感情や考えが患者に対する否定的なものであった場合には、それを受け入れることがむずかしいのであろう。

一方、心理臨床のセラピストは、自分自身に対しても、被援助者に対しても、同等に注意を向ける。Rogers（1957）は、人間の成長を促進する風土を構成する中核の 3 つの条件として、自己一致、受容、共感的理解を挙げている。自己一致とは、セラピストが、その瞬間に流れている感情や態度に開かれていることを意味している。つまり、セラピストが自分自身の感情や態度に関心を向け、それらに対してありのままであることが、クライアントにとって援助となるのである。例えば、エンカウンターグループのファシリテーター体験において、Verhest（1995）は、自分自身の内面に流れる気持ちや思考や体験に引きこもったときに初めて、メンバーの開放を呼び起こす応答が現れてきたことを語っている。また、中田（2005）は、否定的な内容の自己開示がかえってメンバーの問題意識性（中田（2005）によると、問題意識性とは、自分自身についての問題意識を周囲の人とのやりとりや経験などと有機的に相互作用させて捉えていることを表す）を高めたことを報告している。その点、看護の分野では、患者に対する否定的な態度を看護師がどう対処すべきかについては十分に議論されてこなかった。しかし、心理臨床のセラピストの場合と同様に、看護師が患者に対する否定的な態度を受けとめ適切に対処することは、患者理解と看護実践の質を高めることにつながるのではないかと考えられる。

もちろん、患者に対して自身の否定的な態度を受けとめるだけでは、精神的疲弊は減じることではできても『回避的態度』になることも考えられる。しかし、少なくとも「看護師は患者に対しては怒ってはいけない」などの感情を抑制することを求める感情規則（武井，2001）だけでは、三次救急医療の場での自殺未遂への看護においては対処できないことを本研究の結果は示している。まずは自身の否定的な態度を受容することで、研究参加者 F のように『自己受容・吟味的態度』を経て『中立的態度』を保持することが現時点で目指す

べき支援である。将来的には、看護師が精神的に疲弊することなく、『接近的態度』を保持できるための支援が課題であろう。

## II. 自殺未遂患者を看護する看護師に対する心理的支援について

前項では、自殺未遂患者にとっても、また看護師にとっても有益な態度形成の鍵となる『自己受容・吟味的態度』について示した。ここでは、一連の研究の結果を踏まえて、自殺未遂患者を看護する看護師に必要な心理的支援について検討する。

まず、優先されるのは、精神健康度を高める支援であろう。第5章の研究結果では、【GHQ合計】で看護師の6割以上が非健常群と判定され、【一般的疾患傾向】は6割以上、【身体的症状】、【睡眠障害】、【社会的活動障害】、【不安と気分変調】は5割以上、【希死念慮うつ傾向】は2割以上の看護師に症状がみられることが示された。看護師が精神的に不健康な状態であると、自殺未遂患者に対しても、自分自身に対しても十分な関心を向けることがむずかしいと考えられるため、看護師の心身の緊張を緩和する必要がある。例えば、近藤ら(2010)は、看護師を対象として、困難な状況にあっても適応できる能力(レジリエンス: resilience)の理解と向上を志向したグループを臨床心理士がファシリテーターを務めて実施した結果、能力の向上が図られたことを報告している。このようなグループに対する介入は有意義であると思われる。また、自殺未遂患者に対する関わりによる精神的疲弊を防ぐために、看護師が自らの心身の状態に意識を向け、精神的健康を保持・増進できるように、リラクゼーション技法等を指導することも有用であろう。Cooke et al. (2007)が行った、音楽を流しながらアロマセラピーマッサージをするといったリラクゼーション技法は、時間と場所を問わないので、交替勤務のために時間的余裕の少ない看護師にとっても比較的手軽に行える方法であると考えられる。

次に考えられるのは、自殺について学習する機会を提供する支援である。自殺に関連した知識を提供したり、自殺未遂患者に対する具体的な関わり方を示したりするのである。第6章の結果では、自殺について研修会等で学んだ経験のある研究参加者は皆無であり、過半数の看護師(研究参加者 C、F、G、H、J、K)は、自殺未遂患者と関わる際の困難について語っていたため、自殺に関する学習会を催すことは有意義であるといえる。学ぶ機会の重要性については、先行研究においても示されている。例えば、McCann et al. (2006)は、自殺に関する学習経験をもつ看護師の方が経験のない看護師よりも自殺未遂患者の心情について理解を示していたことを報告している。また、McCarthy & Gijbels

(2010) は、看護師の学歴と自殺未遂患者に対する態度とには関連があり、大学卒業者や大学院修了者の態度がより肯定的であったこと、自殺に関する学習経験を有する看護師の方が、そうでない者よりも肯定的である傾向がみられたことを報告している。看護師が自殺に関して学習するための具体的な介入として、例えば、Holdsworth et al. (2001) は、自殺のリスクの評価、臨床判断を助けるリスクアセスメントツール、自殺行動に対する自らの反応から生じた問題の振り返りなどを学習内容とした半日のワークショップを計 5 回行った結果、自殺未遂患者の看護に対する看護師の自信、能力が増大し、不安、怒り、無力感が軽減したことを報告している。また、Chan et al. (2008) は、Holdsworth et al. (2001) を参考にした学習内容について、内省的な議論、講義、ロールプレイ、ケーススタディなどの方法を用いた計 18 時間の教育的介入を行った結果、自殺念慮のある患者に対する看護師の態度、自信、専門的技術が改善したことを報告している。我が国においても、このような取り組みが必要であるといえよう。

3 つ目に重要なのは、看護師が自分自身の感情や考えに焦点を当てられるようになるための支援である。救命救急センターでは、自殺未遂患者は身体的に回復すれば転院となる場合が多く、看護師は患者の回復の全過程を見届けることができず、援助の達成感を得にくい状況がある。それに加えて、一連の研究において、救命救急センターの看護師は、自殺未遂患者との関わりの際に、精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ、戸惑いと迷いを抱きながらも、懸命に看護しているが、自殺企図が繰り返される現状に直面することが明らかとなった。このような状況では、職業的アイデンティティがゆらぎ、看護師が怒り、情けなさ、無力感を抱いてしまうことは、いたしかたないともいえる。しかし、看護師が怒りや情けなさ、無力感への対処として自殺未遂患者との関わりを回避するのではなく、それらの感情を受け入れ、吟味することができるように支援することが必要であろう。

具体的な支援としては、個人に対する介入とグループに対する介入が考えられる。個人に対する介入としては、例えば、関谷、湯川 (2009) は、仕事の終了後にその日の仕事を振り返り、感情をそのまま表現できなかった場面、その時に感じていたことを用紙に記入するといった筆記開示によって、感情的不協和が低減することを報告している。また、広瀬 (2011) は、看護師は自分の経験を語る場をほとんど持っておらず、語られることのない物語は意味を付与される機会を失い、物語とともに自分の感情も抑圧されたままになると述べ、事例検討の重要性を指摘している。また、グループに対する介入としては、例えば、五味ら (2007) は、看護師が患者の死に関する体験について自由に語り合うグループ



に参加し、自らの経験を想起し考えや感情を語ることで、その時に患者の死と向き合いながら自分に何が起きていたのかを整理できること、他の参加者の語りを聞くことによって自分の経験の意味づけに疑問を持ったり変化が生じたりすること、それまで知らなかった看護の方法を知ること、安心感や意欲が得られることを示している。寶田（2009）は、薬物依存症看護において、看護師が限界や無力に気づき葛藤する中で、患者のよい変化をみようとしたり、コミュニケーションを大切にしようとしたりするという関わりの質的変化が生じることを示している。

安心できる環境のなかで、看護師が自殺未遂患者に対する看護の経験について振り返ったり、あるいは他者に経験を語ったり、他の看護師の経験を聞いたりすることは、看護師が自らの態度（感情、思考、行動傾向）について内省を深める機会となるだろう。

### Ⅲ. 今後の研究の課題

本論では、三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度について明らかにした。ここでは、一連の研究を踏まえて、三次救急医療の領域における看護師の自殺未遂患者に対する態度に関する研究の今後の課題について記述する。

第一に、総合考察で典型例として示した態度変容の過程について検証を行うことである。このモデルの妥当性を検討することが課題であると考えられる。

第二に、『自己受容・吟味的態度』は、いかにして形成されるのかについて検討すること、そして、『自己受容・吟味的態度』を『中立的態度』、理想的には『接近的態度』へと、いかにしてつないでいくのかについて検討することである。一連の研究結果では、『自己受容・吟味的態度』を経て『中立的態度』を形成していると考えられた看護師は、1名（第6章の研究参加者 F）のみであったため、この点について検討する必要があると考えられる。

第三に、救命救急センターでの経験が豊富な看護師を対象を限定し、自殺未遂患者に対する態度に焦点を当てた研究を行うことである。一連の研究の研究対象者・参加者の中には、救命救急センターでの経験年数が長い者は多く含まれていなかった。三次救急医療の現場では、看護師の身体的・精神的負担が大きいために長く働き続けることが難しいのであろう。そのような中でも仕事を続けている第6章の研究参加者 F のような経験豊富な看護師を対象に、彼らを支えてきたもの（支えているもの）は何かについて、明らかにすることが重要である。この中で、『自己受容・吟味的態度』の形成過程の手がかりが示される

可能性があるからである。

第四に、自殺未遂患者に対する態度と職業的アイデンティティとの関連を検討することである。第6章では、看護師の『回避的態度』には職業的アイデンティティの揺らぎが関連していると考察した。『回避的態度』以外の態度においても、職業的アイデンティティとの関連が示唆される。NASSA を用いた量的研究や、質的研究によって検討する必要があるだろう。

第五に、『自己受容・吟味的態度』を経て『中立的態度』、『接近的態度』を形成した看護師が自殺未遂患者に関わることによって、看護師と患者との間にどのような相互作用が生じるかを明らかにすることである。例えば、患者の希死念慮や不安などは軽減するのか否か、また、患者は人生の中に希望を見出すことができるのか否かなどについて検討する必要があるだろう。

第六に、前項で記述した心理的支援の効果を検証することである。精神健康度を高める支援、自殺について学習する機会を提供する支援、看護師が自分自身の感情や考えに焦点を当てられるようになるための支援を行うことによって、『自己受容・吟味的態度』を経て『中立的態度』、『接近的態度』を形成するに至るか否かについて明らかにすることが課題であろう。

## 文献

- 1) Chan, SW., Chien, WT. & Tso, S. (2008) : The qualitative evaluation of a suicide prevention and management programme by general nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 17 (21) , 2884-2894.
- 2) Cooke, M., Holzhauser, K., Jones, M., Davis, C. & Finucane, J. (2007) : The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses; comparison between summer and winter, *Journal of Clinical Nursing*, 16 (9) , 1695-1703.
- 3) 五味己寿枝, 倉橋裕美, 林由香, 横林朋実, 目須田望 (2007) : 看護師のためのグループ体験 ; 患者の死についての語り, 諏訪赤十字医学雑誌, 2, 29-34.
- 4) 広瀬寛子 (2011) : 非嘆とグリーフケア, 医学書院, 東京.
- 5) Holdsworth, N., Belshaw, D. & Murray, S. (2001) : Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm; the provision and evaluation of a

- series of reflective workshops, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8 (5) , 449-458.
- 6) 近藤久美子, 加治直美, 山中美佐子, 笹島京美, 山川百合子 (2010) : 心理的アプローチを用いた看護師へのレジリエンス研究, *茨城県立医療大学附属病院研究誌*, 13, 25-31.
- 7) McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, I. (2006) : Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm, *Accident and Emergency Nursing*, 14 (1) , 4-10.
- 8) McCarthy, L. & Gijbels, H. (2010) : An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital, *International emergency nursing*, 18 (1) , 29-35.
- 9) 中田行重 (2005) : 問題意識性を目標とするファシリテーション, 関西大学出版部, 吹田市.
- 10) 西澤正豊 (2005) : 尊厳死と自己決定権, *難病と在宅ケア*, 11 (5), 20-24.
- 11) Rogers, C. R. (1957) : The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2) , 95-103.
- 12) 関谷大輝, 湯川進太郎 (2009) : 対人援助職者の感情労働における感情的不協和経験の筆記開示, *心理学研究*, 80 (4) , 295-303.
- 13) 寶田穂 (2009) : 薬物依存症者への看護における無力感の意味 ; 看護師の語りより, *日本精神保健看護学会誌*, 18 (1) , 10-19.
- 14) 武井麻子 (2001) : 感情と看護 ; 人とのかかわりを職業とすることの意味, 医学書院, 東京.
- 15) Verhest, P. (1995) : エンカウンターグループにおける三次元の共感的応答 (池見陽訳), *人間性心理学研究*, 13 (2), 286-293.

## 第8章：結論

三次救急医療に従事する看護師の自殺未遂患者に対する態度について明らかにした本研究の成果は、次のとおりである。

1. 看護師の自殺未遂患者に対する態度の構成要素には、肯定的な要素と否定的な要素があることを明らかにした。肯定的な要素は、【心情の理解】（自殺未遂患者や家族など周囲の者の心情を理解しようとする）、【専門的支援】（看護師に期待される役割を遂行しようとする）、【援助者の存在】（自殺未遂患者と家族など周囲の人物や社会的環境との関係性を探ろうとする）、【危機への関わり】（生命を守ることに関心を示し危機へ介入しようとする）、【行く末への気がかり】（患者の将来を気にかけて患者を取り巻く環境へ関心を示す）であった。否定的な要素は、【抵抗感】（自殺未遂患者を受け入れがたく、積極的に関わろうとできない）、【自殺行動の否定】（患者に対する憤りと患者の自殺行動に対して不信感や困惑を抱く）、【精神的ケアの限界】（精神的な問題を抱える自殺未遂患者を救命救急センターで看護する困難を感じる）であった。
2. 態度の傾向には、『接近的態度』、『回避的態度』、『両価的態度』、『中立的態度』の4つがあり、これらは前述した態度の構成要素の有無と程度によって形成されることを明らかにした。『接近的態度』とは、態度の構成要素のうち、肯定的な要素のみがあるか、あるいは否定的な要素よりも肯定的な要素の程度が大きく、自殺未遂患者に対して積極的に関わろうとする態度であった。『回避的態度』とは、態度の構成要素のうち、否定的な要素のみがあるか、あるいは肯定的な要素よりも否定的な要素の程度が大きく、自殺未遂患者に対して積極的に関われない態度であった。『両価的態度』とは、肯定的な要素と否定的な要素の両方があり、どちらも大きく、葛藤がある態度であった。『中立的態度』とは、肯定的な要素と否定的な要素の両方があるが、程度は小さくなく、どちらにも偏っていない態度であった。そして、これらの態度の傾向は、一度形成されると固定されてしまうものではなく、変化する可能性をもっていることを示した。
3. 看護師の自殺未遂患者に対する態度を測定するために「看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度（The Nurse's Attitude Scale for Suicide Attempters : NASSA）」を作成し

た（表 8-1）。これは、【自殺行動の否定】（3 項目）、【行く末への気がかり】（3 項目）、【危機への関わり】（5 項目）の 3 因子 11 項目から成る尺度であり、Cronbach の  $\alpha$  係数による内的整合性、因子的妥当性、交叉妥当性、構成概念妥当性が確認されている。回答形式は 7 件法（「全く当てはまらない」1 点～「非常に当てはまる」7 点）であり、各回答を 1～7 点に得点化する。下位尺度【自殺行動の否定】を構成する項目を逆転項目として取扱うことによって、11 項目の合計得点が大きければ肯定的（積極的）、合計得点が小さければ否定的（消極的）と評価することもできる。

表8-1 看護師の自殺未遂患者に対する態度尺度  
(The Nurse's Attitude Scale for Suicide Attempters: NASSA)

下位尺度	項目
【自殺行動の否定】	患者は自分で自分を傷つけているのに、援助を求めてくることが腹立たしい 患者を冷ややかな目でみる 自殺未遂を繰り返されると腹立たしい
【行く末への気がかり】	死のうと思ったのに死ぬことができず、患者はこれからどう生きていくのか、気がかりである 患者は立ち直ることができるのか、気がかりである 退院後に患者をサポートする人がいるのか、気がかりである
【危機への関わり】	患者が一日のリズムをつけられるように関わる 患者が落ち着いて休めるように静かな環境を整備する 入院中の患者が再び自殺を試みないようにする手立てを考える 患者の現状の理解度に合わせて、患者に対して状況説明を行う 患者から目を離さないようにする

4. 看護師の自殺未遂患者に対する態度（の構成要素）と看護経験との関連について明らかにした。すなわち、救命救急センターでの経験年数が長い（約 3 年以上の）者は【自殺行動の否定】、【危機への関わり】が大きいこと、救命救急センターでの経験年数が短い者（約 3 年未満の）者は【行く末への気がかり】が大きい傾向にあること、救命救急センター以外の部署の経験がない者は【危機への関わり】が大きいことを示した。
5. 三次救急医療に従事する看護師の精神健康度が極めて不良であることを明らかにした。すなわち、【GHQ 合計】で精神健康度が非健常群と判定される者が 6 割以上を占めていたこと、GHQ の下位尺度の【一般的疾患傾向】については 6 割以上、【身体的症状】、【睡眠障害】、【社会的活動障害】、【不安と気分変調】については 5 割以上、【希死念慮うつ傾向】については 2 割以上の看護師に症状があることを示した。

6. 看護師の自殺未遂患者に対する態度（の傾向）と、精神健康度、共感性との関連について明らかにした。すなわち、『接近的態度』は、『中立的態度』よりも【身体的症状】と【希死念慮うつ傾向】の得点が有意に高く精神健康度が低い、『接近的態度』は、『回避的態度』よりも【不安と気分変調】の得点が有意に高く精神健康度が低いことを示した。また、態度と共感性の関連では、『接近的態度』は「共有型」（個別性の認識は低く、共有体験を自己に引きつけてしまう型）が多く「不全型」（他者との共有体験は得られにくい型）が少ないこと、反対に、『回避的態度』は「不全型」が多く「共有型」が少ないこと、『中立的態度』は「共有型」が少ないことを示した。
7. 看護師の自殺未遂患者に対する態度変容の過程について、次のことを明らかにした。三次救急医療に従事する看護師は、自殺未遂患者に対して、〈自殺企図の背景にある思いを理解しようとする試み〉を行うといった【専門職としての積極的な関わり】をしていた。しかし、関わりによって看護師は〔精神的援助に対するむずかしさとはがゆさ〕や、予想に反し自殺未遂患者があまりに多いことに対する戸惑いと、死を望んだ患者の意思と反して、救命することに対し、「これでよいのか」と葛藤を抱く（〔戸惑いと迷い〕）といった【関わりの際に生じるまごつき】を感じていた。【関わりの際に生じるまごつき】を抱きながら【専門職としての積極的な関わり】を続けるのだが、【関わりの際に生じるまごつき】に対して、看護師は〔精神看護の必要性の認識〕や〔ゆとりの創出〕といった【関わるための試み】を行っていた。この過程を繰り返しながら年数を経ると、看護師は〈患者の自殺の意思に対する疑念〉、〈患者に対する腹立ち〉、〈患者に対する冷やかな気持ち〉といった【不信と否定】を抱くようになる。【不信と否定】に対して、【関わるための試み】で対処できれば【専門職としての積極的な関わり】に至るが、できなかった場合には、【不信と否定】は【虚しさによる消極的な関わり】へと繋がっていた。
8. 1～7の結果を踏まえ、看護師の自殺未遂患者に対する4つの態度、すなわち、『接近的態度』、『両価的態度』、『中立的態度』、『回避的態度』のいずれも、看護師、患者、双方にとって有益な態度ではないことを考察した。さらに、看護師が自殺未遂患者に対する態度の否定的な要素をそのまま抱えられ、さらにそれを吟味できるような態度（『自己受容・吟味的態度』）の必要性を示した。

9. 三次救急医療の場で自殺未遂患者を看護する看護師に対する心理的支援の要点として、
- 1) 精神健康度を高める支援、
  - 2) 自殺について学習する機会を提供する支援、
  - 3) 看護師が自分自身の感情や考えに焦点を当てられるようになるための支援を示し、具体策を検討した。

## 謝辞

本論文の執筆にあたり、いつも温かい雰囲気の中かで、ご指導してくださいました関西大学臨床心理専門職大学院教授中田行重先生に心より感謝申し上げます。中田先生には、研究に関する事柄だけでなく、学問を通して人と誠実に向き合う姿勢をお教えました。

本論文について、臨床心理学、精神看護学の観点から、貴重なご意見を賜りました関西大学臨床心理専門職大学院教授岡田弘司先生、大阪医科大学看護学部教授荒木孝治先生に厚く御礼申し上げます。中田研究室で共に学んだ上西裕之氏、押江隆氏、Ryan Richardson氏には、論文執筆の過程の中で、たくさんの貴重なご意見、ご助言を頂きました。深く感謝いたします。本論文の第2章、第3章の研究を進める中で、ご指導頂きました前大阪府立大学看護学部教授桑名行雄先生に心より感謝申し上げます。

本論文は、筆者が看護師として経験を重ねる中で生じた問いを探求したものであります。在職中にお世話になりましたA救命救急センターの看護師の皆様にも心より感謝申し上げます。また、お忙しい勤務の中、質問紙調査や面接調査にご協力頂きました看護師の皆様にも深く感謝申し上げます。

最後に、どんな時も励まし、支えてくれた家族に感謝の気持ちを伝えたいと思います。

平成26年3月31日

瓜崎 貴雄