

終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師の心の壁の検討

坂 下 恵美子*

Analysis of the Mental Barrier of Nurses in Taking Care of Terminal Cancer Patients

Emiko SAKASHITA*

Abstract

The purpose of this study is to clarify how nurses feel when taking care of terminal cancer patients; I will find some factors hindering their empowerment in how they feel and what they think of. The subjects of the study are 18 nurses who have been working for more than five years in the general wards. Through the semistructured interview of these nurses, I collected data and analyzed them qualitatively.

The results shows that these nurses feel total pains which terminal cancer patients have under various circumstances and finally they become feeling like being away from their patients. These feelings are conceptualized as one category "the mental barrier of the nurses against their patients" and four sub categories: "indescribable uneasiness" which comes from their powerlessness that they cannot fully ease their patients' total pain, "dilemma that how the nurses feel may not accepted by their patients", "mental pressure due to their responsibilities", and "their mental and physical fatigue." These painful experiences represented by the four categories constituted "the mental barriers that the nurses themselves have against their patients."

Key words: taking care, terminal cancer patient, nurse, mental barrier, empowerment

序 文

近年、医療技術の進歩により「がん」は早期発見すれば治る病気だと言われるようになった。しかし、「がん」は昭和56年以降日本人の死因順位第1位¹⁾であり、年齢別がん死亡率は男女とも60歳代以降から増加しており²⁾、これから団塊世代の人々が、がん好発年齢を迎え、がん人口は一層増加することが予測される。国もがん対策の一層の充実を図るために、2006年6月「がん対策基本法」を制定し、がん対策を推進していこうとしている。

しかし、全国には8,862施設の病院(2007年9月末概数)¹⁾があるが緩和ケア病棟を持つ病院は176施設(2007年12月現在)²⁾と少なく、90%の人は一般病棟で亡くなっているという状況³⁾である。このことから、緩和病棟ではなく一般病棟の看護師が終末期に多く関わっていると考えられ、一般病棟の終末期看護の充実が課題となる。一般病棟の看護師は、さまざまな病態の患者の看護に携わりながら終末期がん患者の看護にも関わっている。柏木⁴⁾は末期患者の示す精神症状には“いらだち”と“不穏”と“不安”

があるとし、中でも一番多いのは“いらだち”であると述べている。このような状況を呈する終末期がん患者の看護に関わる看護師はしばしば対処困難な状況に遭遇していると予測される。それ故、看護師はそのような患者と向き合ったときに、無力感を感じてしまい、患者から足が遠のいてしまいがちになる。

近澤は、看護師が患者との関係の中で感じる無力感とは他者との力関係において自己の劣勢を認識すること、あるいは個人の主観においてあるべき自己像と現実との落差を認識することによって生じるネガティブな感情であり、その感情を克服するためには、看護師は無力感の克服につながる新たな行動様式が必要であり、学習がなされないと、同様の状況に直面した場合、同じ経験を繰り返さざるを得ないだろうと述べ、さらに、無力感を克服するには個人のエンパワーメントが鍵となる⁵⁾と述べている。これは終末期がん看護に携わる看護師が前向きに患者と関わる中でネガティブな感情を抱いてしまう時に、看護師のエンパワーメントが阻害されることを意味している。

*愛媛県立医療技術大学看護学科成人・老年看護学講座

エンパワーメントは人間の持つ潜在的な力を重視した考え方⁶⁾である、看護におけるエンパワーメントの研究は多領域で取り組まれている。しかし、医学中央雑誌 Web 版 (Ver.4) で「エンパワーメント」and「がん」and「看護」をキーワードに用い、対象年を1997～2007年で種類を原著論文として、検索したところ3件⁷⁻⁹⁾しか検索できなかった。がん看護に携わる看護師のエンパワーメントを視野においた研究はまだ少ないことがわかる。

このようなことから本研究では、実在的なデータを収集するために、あえて、緩和ケア病棟ではなく一般病棟を選択し、終末期がん患者に関わる看護師のエンパワーメント阻害要因に着目した。つまり、これらの看護師が終末期がん患者の看取りに関わり続けた経験の語りから、そのなかで困難を感じた「踏み込めない・逃げ出したい」ときの心の構造を明らかにする。

方 法

1. 研究対象

研究参加者は、A 県内総合病院の一般病棟に勤務する臨床経験5年以上の看護師とした。看護師への協力依頼は、施設の看護部長より病棟の紹介を受け、その病棟師長より対象となる看護師全員の紹介を受けた。対象への協力依頼は研究者が直接個別に行い同意を得て実施した。

2. データ収集方法

半構造化インタビュー法を用い、終末期がん患者と関わる過程で生じた困難な状況とそこで粘り強く関わり続けることができた内容、その時の気持ちや感情を語ってもらった。語りの内容は本人に承諾を得て I.C. レコーダーに録音し逐語化した。データ収集期間は2007年6月から8月である。

3. データ分析

分析は、質的帰納的記述的研究方法であるグラウンデッド・セオリー・アプローチ (以下 GTA) の方法論を用い、分析方法としては修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (以下 M-GTA) の手法を用いた。GTA は、Glaser と Strauss によって1960年に開発され、シンボリック相互作用論¹⁰⁾を土台とする社会的相互作用に関係し、人間行動の理解と予測に適した研究方法である。この GTA の分析方法を木下によって理解しやすく、活用しやすいように開発されたのが M-GTA^{11,12)}である。具体的な分析手順は、①語りの内容を逐語録に置き換えそれを熟読しデータに慣れる。②テーマに関連すると思われる個所に着目し、データを文章または段落ごとに切片化はせずに拾っていく。③着目した箇所の要点を整理し解釈を加える。④分析ワークシートを作成し、説明概念ごとに概念名を作成

し、当該個所がどういう意味になっているか考えて定義欄を記入し、理論的メモを検討する時に浮かんだアイデア、疑問などを書き整理していく。⑤データは類似例の確認、対局例の比較の観点から継続比較検討する。⑥生成した説明概念からさらにまとまりのあるカテゴリーを生成する。⑦相互の関連を図式化する。⑧図式化と同時にその概要をストーリーラインとして文章化する、という M-GTA に準じた。

データ分析過程においては、適宜スーパービジョンを受け、解釈の妥当性を確認した。また参加者には逐語録を返却し内容を確認すると共に、構造図作成時に解釈のずれがないか確認を行い、真実性・妥当性を高める作業を行った。

4. 倫理的配慮

研究依頼は、施設の看護部長及び病棟師長に研究の主旨を説明し同意を得て対象者の紹介を受けた。対象者には、研究協力の任意性と撤回の自由、調査協力の利益と不利益、個人情報保護、研究結果の公表方法、研究中・研究後の対応について文書と口頭で説明を行い同意書の署名をもって同意を得た。なお、本研究は研究者が所属していた大学の医の倫理委員会の承認を得て実施した。

結 果

1. 参加者の背景

研究参加者は18名で、うち14名は内科系の病棟に勤務する看護師であった。全員女性であり臨床経験年数は5～31年であった。面接時間は27～87分で、平均面接時間は44分であり、面接回数は一人1～2回であった。(表1)

表1. 参加者の面接時間と面接回数

番号	性別	臨床経験(年)	面接時間(分)	面接回数
1	女	31	51	2
2	女	5	45	2
3	女	10	48	2
4	女	11	62	2
5	女	16	43	2
6	女	6	87	1
7	女	22	47	1
8	女	30	43	1
9	女	13	41	1
10	女	8	32	1
11	女	21	34	1
12	女	14	35	1
13	女	26	46	1
14	女	5	49	1
15	女	8	32	1
16	女	7	45	1
17	女	14	27	1
18	女	12	28	1

2. 面接データの分析結果

参加者の語りを分析したところ、踏み込めない・逃げ出したい時の看護師の心の状況は、『看護師自身の心の壁』の1カテゴリーと『混沌とした不安』『不一致のジレンマ』『重圧感』『心身の疲労』の4概念で構成されていた。以下にストーリーラインを述べ、各説明概念の詳細を述べる。文中に使用する記号は次の通りである。カテゴリー名は《 》で示し、それを説明する説明概念は『 』で示した。看護師の語りを「 」内に示し、語りの中の患者や看護師の現場での会話を“ ”で示した。会話中の間を「…」で示した。語り内の()は指示語や間の説明を示し、語りの末尾の番号は参加者番号を表す。

1) 混沌とした不安

『混沌とした不安』は、看護師が全人的痛みを抱える患者に看護介入の必要性を感じながら、心が揺れ動き自分自身に頼りなさを感じる心の状況であった。

「(患者さんが)一人で泣いていてどう声かけしていいかわからなかった。…頑張っては簡単に言えますよね、だけど、実際辛いのにあんなだけ頑張って、健康な人(自分=看護師)に言われるのもなんだか、どうだろうと思って」(No.2)、「実際、病状はそっち(終末期)の方にもう向かっている人たちだから、そういう方が“自分は死ぬんだ、どうしたらいいんだ”って言った時、どう返せばいいかわからなかったんですね」(No.10)と患者の悲嘆に触れ、患者からの言葉を受けた時に、自分の言葉や行動で、どう関わっていいかわからないと感じていた。また、看護師は、「患者さんにとって、私たちがする看護ってというのがずれていないか、その方が本当に望んでいることを私たちはできているのかなってというのが…」(No.15)、「本当はこの人は何を考えて、どうしてほしかったのか、…最後まで答えが出ないままで…」(No.16)と、患者や家族の本音が見えないことからの不安を抱いていた。そして、暴言や怒りを訴える患者を前にして、「何か気の利いた言葉じゃないけど、何も返せなかった…。全然言葉が出てこなくて、ただ聞いてるだけの日もあったりして」(No.5)と患者を癒す関わりができなかったと無力感を抱いていた。「一番大切な時期だと思うんですね。この終末期って。でも、その時にどこまで介入していいかとか…その葛藤があるんですけど」(No.6)と、終末の時を大切にしたいと思い、さまざまな背景をもつ患者や家族に対して、看護師としてどこまで介入していいか悩む状況があった。

2) 不一致のジレンマ

『不一致のジレンマ』は、患者本人の意思決定が優先されずに終末期医療が進められ、患者の意向に添えていないと感じる心の状況であった。「先生たちは、あげん言いやるけど(あのように言うけ

れども)、ちっとも良くならん、悪くなるばかりじゃー”って、それを何度も(私は)聞いてて」(No.1)、「私たちはどう思われてるかなーって、だからこう嘘をついているような気がしてましたね。…(看護師が)近い位置にいて、よく足を運んで身の回りを世話しているのに、そういう一番肝心なところに触れることができないっていう葛藤が、ずーっとお亡くなりになるまでありました」(No.17)、「(未告知のために)言葉を濁さなければならない、…明らかによくなってはいないけどそれをこう悪いとは言えない…、やっぱり自分の中で葛藤というか、状態が悪くなる中でその人を励ましたりとか、関わらないと、というところではやっぱり辛いですね」(No.18)と、告知しない医師と未告知の患者の間で板挟みとなり葛藤していた。また、患者に告知していても「私も行くたびに、…こう(激しく)言われて、先生と患者さんの間に立って、どっちもこううまくいかない、どうしたらいいんだろうと。…(中略)…先生は先生のやり方があって、患者さんは患者さんの思いがあって、こうつながらなくて、看護師としては患者さんと家族…の気持ちになるべく添うような方向性にもっていきたいんだけど…なかなかうまくいなくて」(No.10)と、患者と医師の考えが添わないための板挟みによる葛藤もあった。「患者さんと家族と、目標とか目的が同じじゃない…、患者さんが知りたいと思っているのに(家族が)知らせないとか、何かその辺で(患者が病気と向き合っていないために)一緒に聞えないとか。…本人が知りたいって書いている(書類上で告知希望している)のに、家族が知らせないとかいった時に、こうジレンマってというか、私たちはどっち寄りになったらいいんだろうって…凄くあって」(No.11)と、家族と患者の意向が添わない状況においても看護師の葛藤があった。「(忙しい病棟で)自分もいつもそれだけの意識を保っている訳じゃないですし、やっぱりなんかバタバタしてて、重症患者さんがいると…あんまり時間が割けてないかなーって思う点があるから、…もうちょっと本当は関われたんじゃないかなーって思う件も多々ある」(No.5)、このように看護師が患者の気持ちを尊重したケアをしたいと思いながら、日々の忙しさに流されて患者の意向に添えていないと感じる状況もあった。

3) 重圧感

『重圧感』は、苦しむ患者のさまざまな状況に接し、自分の心が重くなる心の状況であった。

「がんが進行してて結構痛みが強くなってきて…結構もう凄い過敏になって、…その人の担当になったりとかすると、もう凄いプレッシャーで…凄い(自分も)ナーバスになってたかなって」(No.5)、「行く度にもう、1つの行動をする度に、ずっとドキドキ、なんかプレッシャー、何かずっと見られてるっていうかですね、そういうのが…

ありました。もの凄くこう殺気を感じながら…怖いと感じながら、実は（その患者のケアを）してました」（No.6）、「入院した時から凄く威圧的な感じを受けていました。私だけじゃなく（スタッフ）皆ですね。…私たちもやっぱり正直その部屋を持つのが気が重いというか、またどんなことで怒られるのかっていうことで…冷や冷やする感じで」（No.7）、「本人さんはなかなか先生には（自分の気持ちは）言えない、で看護師にこう当たるみたいなのがあって、お部屋に1歩踏み込むと、やっぱり（患者さんから）わーっと…（言われる）のがあったので…やっぱりどうしてもこう、また言われる…またしかられるみたいな思いが…こうちょっと、はあーっていうことはありました」（No.10）と、患者が苦悩し発した言葉や態度に看護師は威圧感を感じていた。また「死期が迫ってるけどやっぱりそういう死を認めたくないご家族の、特に…若い子供さんだとかを亡くす親御さんの、死を認めたくないそういう時の対応もやっぱ難しいですねー、難しいと思いました」（No.8）、「（自分と）同じ歳で、もう亡くなるっていう部分っていうのが、もの凄く自分はなんか…辛い」（No.13）、「30代とか40代とか、…若い患者さんで、子供もちっちゃくて奥さんも若くてっていうのは、なんかほんとに…見てるとほんとに辛いっていうのもあったし、どう関わっていいかわからないっていうのがあったんですね」（No.16）と、患者や家族の年齢や背景に自分との共通点を感じる時に過剰な同化となり、

辛い気持ちを強くしていた。また、患者から深刻な相談を打ち明けられ「（患者に）頼りにされ過ぎて、…どこに線を引いていいのかわからなくて、…看護師だから、その立場で言葉（返答）を出したらいけないのかなとか、でもきっと患者さんは友だちとしての言葉を待ってるんだろうなーと思うと…」（No.9）と、患者に過剰に信頼されることが負担となっていた。

4) 心身の疲労

『心身の疲労』は、看護師が『混沌とした不安』『不一致のジレンマ』『重圧感』の中で、心も体も消耗した状況のことである。看護師は全人的痛みを抱える患者と日々接していた。そして「夜だけは、…個室で移動させて夜はそこで見る、またお昼になったら多床室に連れて行って…その中でやはり暴言もあってというところで、もうスタッフも受け持ちの私もすっごいパワースレスになりましたね。もう勤務に行くのもなんかきつい感じで、今日もやられるかな、っていう感じでした」（No.1）このように患者に、添えていないと感じる状況が長く続いたとき肉体的にも精神的にも疲労していた。

5) 看護師自身の心の壁

看護師は、終末期がん患者が全人的痛みを表出する状況に直面した時、自身の心が揺れ動き、頼りなさを感じることが『混沌とした不安』となっていた。そして、患

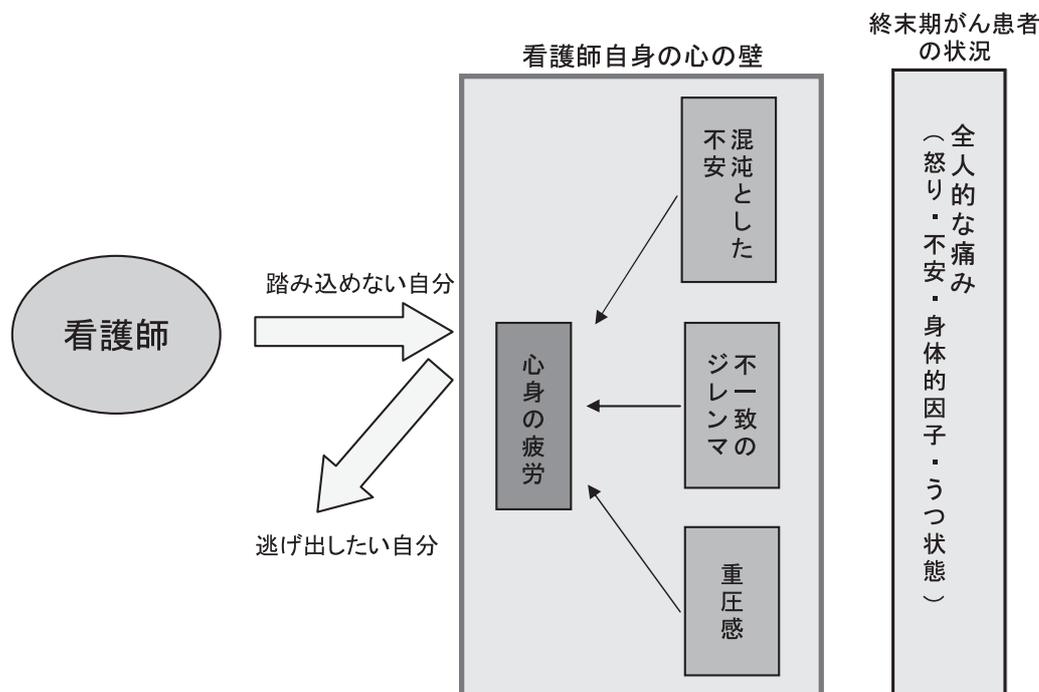


図1. 踏み込めない・逃げ出したい時の看護師自身の心の壁の構造

者の意向に添えていないと感じて『不一致のジレンマ』を抱き、患者からの様々な要求を負担に感じ、自分の気持ちが重くなり『重圧感』となっていた。さらに、その状況が持続した時に、心も体も消耗し、『心身の疲労』となった。この苦しい経験による看護師の心の状況が、『看護師自身の心の壁』であり、これが目の前にいる患者や家族に踏み込めない・逃げ出したい時の看護師の心の構造であった。このネガティブな看護師の心の状況が患者に前向きに関わろうとする気持ち阻害していた。(図1)

考 察

全人的痛み(身体的因子、怒り、不安、うつ状態などが影響する痛みの反応)^{13,14)}を抱えた患者に関わる看護師は、患者に「踏み込めない・逃げ出したい」と感じる状況に遭遇していた。看護師が患者に踏み込めない・逃げ出したいと感じる状況は、患者側に壁を作る状況があるのではないかと考えていた。しかし、看護師の語りの分析を進めると壁は患者側ではなく看護師の心にあることが分かった。終末期がん患者が表出する暴言やいら立ち、患者が死を受容する過程でのさまざまな感情であり、これは Kubler Ross¹⁵⁾の死の受容過程である。終末期の患者に起こりうる状況と理解する必要がある。しかし、患者に踏み込めない・逃げ出したいと感じる時の看護師はその状況に強く影響を受けてしまい、自分自身が苦しくなり、真に患者に近づけなくなってしまうと考えられる。また、患者に前向きに関わりたいと看護師が思っている、看護師を取り巻く医師や家族との関係や仕事環境によってその前向きな気持ちが阻害されていた。

看護師は『混沌とした不安』にあるとき、全人的痛みを抱え苦悩する患者に看護介入の必要性を感じながら、対処できないと感じている。また、患者に向き合いたいという思いはあるが、患者の本当の気持ちが見えてこないために、どうしていいかわからないと感じている。終末期がん患者に関わる看護師の多くは常に患者の気持ちを考え、行動する姿勢をもっている。しかし、患者の辛さを感じながらもそれに対応できないとき、自分の力の未熟さや心の弱さから生じる不安を抱いてしまう、そしてこの不安が無力感につながっていくのではないかと考える。この不安感を看護師が自己の中で処理できないと終末期の患者との関わりに対して自信がもてなくなり終末期に対して苦手意識を抱いてしまうのではないかと考えられる。そして近澤⁵⁾が述べているように、同じような状況に遭遇したときに回避行動を繰り返してしまい、患者に近づけない看護師となってしまうのではないか。この回避行動を繰り返さないためには看護師が困難を感じたとき、自分の心に生じたネガティブな感情を深く見つめなおすことが必要であると考えられる。自己を振り返

り、内省し自己理解を深めることによって新たな対処行動を見出すことができるのではないかと考えられる。死を肯定的にとらえ、死を全ての終わりではないと捉える看護師は、死を否定的に捉える看護師に比較して回避行動は少ないとの研究報告¹⁶⁾があるように、患者から看護師が逃げる行動は、単に看護師の技術や知識の不足から生じるものだけではなく、看護師それぞれが持っている死生観が影響していると考えられる。Jean Lugton¹⁷⁾は患者の情動へのケアは、身体面へのケアよりストレスを受けやすいと述べている。精神面のケアが要求される終末期看護では、看護師は日々、患者と関わる過程で多くのストレスを受けているため看護師の心のケアは終末期看護に前向きに取り組むためには必要である。今後は、不安や無力感を抱いてしまう看護師の心を支援する環境づくりが必要であると考えられる。

看護師が『不一致のジレンマ』にあるとき、それは患者本人の気持ちが優先されずに終末期医療が進められる状況や、看護師自身が患者にじっくりと向き合う時間を作れないと感じる状況で患者に添えていないと感じる状況であった。患者の意思が無視され、医師や家族の意向が優先され治療方針が決定していく過程に看護師は疑問を感じている。そして、患者が不安や疑問を募らせ苦悩する姿を見るときに、看護師自身も辛いと感じているが、それを打開できない状況があった。柏木¹⁸⁾は、進行がんの患者の多くは“自分の病気はもう治らないのではないか”ということを感じて時期があり、その時に不安と恐れと孤独の三つの精神状態を体験する。そしてこの孤独をいやすのは技術ではなく、人との交わりであり、患者に真実が告げられていない場合、この交わりがうまくいかないことが多いと述べている。告知していない終末期がん患者に、真実を隠し接しなくてはならない看護師は、しばしば患者と交わっていないことを痛感し、患者に添えていないと感じジレンマを抱いている。また看護師はケアによって患者の痛みを安楽にしたいと思うが、一般病棟というさまざまな病態の患者のケアを求められる環境のなかで患者が望むケアが提供できずに緩和ケアに専念することができないために自分の心の中でジレンマを抱いていた。これは看護師のジレンマを明らかにした研究¹⁹⁾においても、看護師の体験しているジレンマは、患者、医師、家族との関わりにおいて生じるジレンマと、看護師としての自分に対してのジレンマの両者であるとしており、本研究の『不一致のジレンマ』で抽出されたものと一致していた。

看護師は、終末期の患者に関わる過程で、相手からプレッシャーや威圧的態度、暴言を受けていた。また逆に、感情移入によって過剰な同化となり、患者から頼られすぎて負担を感じていた。このように患者の様々な状況が看護師の心に影響を与え、負担となり『重圧感』になっ

ていた。前者は、看護師が患者の内在する気持ちに視点がいかず、表面化している状況に強く影響されているためと考えられる。終末期の患者は日々の体調変化によって心が揺らいでいる²⁰⁾。その揺れが、時に暴言や沈黙となり表出される。看護師は、患者の揺れの原因に目を向けなければならない。患者の心や体の状態をしっかりと理解しようとする視点を身につける必要があると考える。また、後者のように、終末期という状況で患者や家族から深く頼られたり、感情移入しすぎてしまうことが看護師の過剰な負担感につながることもある。鈴木²¹⁾は、自分と相手とは異なる存在であることを自覚して接しなければならないと述べている。「近づく」という意味をしっかりと看護師が整理し、患者と関わっていかなくてはならない。

このように、看護師が『混沌とした不安』『不一致のジレンマ』『重圧感』によってネガティブな感情を抱え、それが持続すると、看護師は精神的にも肉体的にも疲労してしまい『心身の疲労』となる。これらの苦しい経験が、『看護師の心の壁』となった。そしてこの心の状況がピークに達すると看護師は燃えつき状態に陥る可能性もあるといえる。

以上のように、終末期がん患者の看取りの過程で抱くネガティブな感情は看護師自身の心の壁であり、この壁は看護師と患者間のギャップ（隔たり）と考えることができる。看護師自身が患者との間に生じるこのギャップを埋める手だてを身につけることが看護師のエンパワメントにつながると考えられるが、そのギャップを看護師が認識し対処行動につなげるためには、看護師の視点の変化をもたらす働きかけが必要であり、スタッフ間の関わりやがん看護・緩和ケア・リエゾンなどの専門看護師や認定看護師の役割が大きくなっていくのではないかと考えられる。

結 論

分析の結果、終末期がん患者の看取りに関わる看護師は、患者に関わる過程で「踏み込めない・逃げ出したい」と感じる困難な状況があった。この状況で看護師自身の心にネガティブな感情が生じていた。このネガティブな感情は『混沌とした不安』『不一致のジレンマ』『重圧感』『心身の疲労』で構成されており、これが終末期がん患者に関わる過程で生じる『看護師自身の心の壁』であった。

この心の壁が終末期がん患者に前向きに関わる看護師の気持ちを妨げるエンパワメント阻害要因であり、看護師がこの阻害要因を克服することにより、看取り経験の中でエンパワメントできると考える。今後は看取り経験での困難を克服する過程を明らかにする必要がある。

文 献

- 1) 厚生労働省 (2008/1/31)：厚生労働省統計表データベースシステム, http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html
- 2) 国立がんセンター (2008/1/31)：がん情報サービス, <http://ganjoho.ncc.go.jp/professional/index.html>
- 3) 山崎章朗 (2007.11.1)：がん対策 緩和ケア病棟で臨床研修を, 朝日新聞.
- 4) 柏木哲夫 (1997)：患者と精神症状, 死を看取る医学ホスピスの現場から, 日本放送出版会, 187-188, 東京.
- 5) 近澤範子 (1996)：看護師のエンパワメントに関する考察, 個人およびチームにおける現象の分析と研究課題の焦点化の試み, 看護研究, 29, (6), 473-484.
- 6) 野嶋佐由美 (1996)：エンパワメントに関する研究の動向と課題, 看護研究, 29, (6), 453-464.
- 7) 山田隆子, 犬飼昌子, 藤野文代 (2007)：がん患者のエンパワメントを支える家族員の対処過程に関する研究, 吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要, 8号, 1-6.
- 8) 上杉和子 (2004)：退院後のがん患者のエンパワメント, 高知女子大学看護学会誌, 29巻, (1号), 37-47.
- 9) 工藤由紀子, 石井範子 (2001)：癌末期患者の看護における看護師のエンパワメントに関する考察, 秋田大学医療技術短期大学部紀要, 9号, (1号), 62-67.
- 10) 船津衛, 宝月誠編著 (2006)：シンボリック相互作用の特質, シンボリック相互作用論の世界, 恒星社厚生閣, 3-13, 東京.
- 11) 木下康仁 (2006)：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.
- 12) 木下康仁 (1999)：グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生, 弘文堂, 東京.
- 13) 鈴木正子 (2001)：痛みについて, 生と死に向き合う看護 自己理解からの出発, 医学書院, 140-141, 東京.
- 14) Robert G. Twycross, Sylvia Alack (1984)：Therapeutics in Terminal Cancer, (1987)；武田和文：末期癌患者の診療マニュアルー痛みの対策と症状のコントロール, 医学書院, 東京.
- 15) Elisabeth Kubler-Ross (1969)：On Death and Dying, (2005)；鈴木晶訳：死ぬ瞬間 死とその過程について 完全新訳改定版, 読売新聞東京社, 東京.
- 16) 高橋正子 (1989)：癌患者にかかわる看護者の態度と死生観との関係, 日本がん看護学会誌, 3 (1), 93-97.
- 17) Jean Lugton (1994)：Communicating with Dying People and Their Relatives (第1版), (1999)；浅賀薫, 柿川房子, 宮本祐一訳：ターミナルにおけるコミュニケーションー死にゆく人々・その家族とのかかわり, 星和書店, pp.16-17, 東京.
- 18) 柏木哲夫 (1987)：生と死を支える ホスピス・ケア

の実践, 朝日選書, 東京, 134-133.

- 19) 阿部美佐子, 渡辺紀久代, 板垣幸枝他 (2006): 終末期がん患者との関わりにおけるジレンマ, 新潟県立がんセンター新潟病院看護部看護研究, 1-6.
- 20) 柏木哲夫 (1986): 死にゆく患者と家族への援助 ホスピスケアの実際, 医学書院, 191-195, 東京.
- 21) 鈴木正子 (2006): あるケアのかたち 病むことの怒りと悲しみ, すびか書房, 131, 埼玉.

要 旨

本研究の目的は, 終末期がん患者と関わる過程で生じるエンパワーメント阻害要因の看護師の心の構造を明らかにすることである。研究参加者は一般病棟に勤務する臨床経験5年以上の看護師18名, 研究方法は, 半構造化インタビューでデータ収集し質的帰納的方法で分析を行った。

分析の結果, 踏み込めない・逃げ出したい状況は《看護師自身の心の壁》の1カテゴリーと『混沌とした不安』『不一致のジレンマ』『重圧感』『心身の疲労』の4概念で構成された。看護師は患者の全人的痛み直面し心が揺れ動き頼りない気持ちが『混沌とした不安』となり, 患者の意向に添えていないと感じ『不一致のジレンマ』を抱き, 患者の状況に影響され気持ちが重くなり『重圧感』となり, この状況が持続して心も体も消耗し『心身の疲労』となった。これらの苦しい経験が《看護師自身の心の壁》であった。

謝 辞

本研究にご協力いただいた看護師の皆様に心より感謝いたします。

また, 研究のご指導ご助言をいただきました宮崎大学の津田紀子前教授, 東サトエ教授, 長友みゆき教授に感謝いたします。

なお, 本研究は, 平成19年度に宮崎大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものであり, 本論文の一部は第34回日本看護研究学会学術集会(2008年, 神戸市)において報告した。