

原 著

病体験をもつ緩和ケア病棟看護師の心理的負担と対処

稲垣久美子¹ 古澤亜矢子² 村瀬 智子³

要旨

本研究の目的は、がんの病体験をもつ緩和ケア病棟看護師が、緩和ケア病棟に配属されて間もない時期に感じる心理的負担と対処の特徴を明らかにすることである。研究方法は、がんの治療経験があり、研究協力依頼をして同意が得られた緩和ケア病棟看護師を研究協力者として、半構成的面接を行った。面接内容を逐語録に起こしてデータ化し、質的帰納的に分析した。本研究の結果、心理的負担の特徴として、“二つの自己の対立的共存”、“最終的な看護の正解が分からない辛さ”が抽出された。また、対処の特徴としては、“自己防衛しつつ前向きに捉えようとする対処”、“病体験をエネルギーに変換することでの居場所の確保”、“身動きが出来ない心理的バリアからの開放”が抽出された。これらの特徴について、M・ニューマンの『拡張する意識としての健康の理論』を適用し考察してみると、がんの病体験をもつ緩和ケア病棟看護師は、自身の病体験により開示されたパターンにより意識が拡張し、自己成長へと繋がっていることが示唆された。

キーワード 病体験 緩和ケア病棟看護師 心理的負担 対処 意識の拡張

I. 序論

がんは、現代社会において人間の生命と健康に影響を与える重大な健康問題である。我が国では1981年以降、死因の第1位であり、年間約35万人が亡くなり、生涯のうち約二人に一人が罹患すると推測されている疾患である（厚生労働省, 2012）。そのため、医療者が仕事上で関わる患者だけでなく、医療者の家族、知人や医療者自身が罹患することも多い。先行研究では、終末期がん患者を抱える家族員の体験として、「死への強い悲嘆の中でも、自らの生活を保ち、患者との絆を強めながら、徐々に患者の死を受け入れていく」ことが述べられている（柴田他, 2011）。また、看護師自身が家族をがんで亡くした体験を振り返り、告知から亡くなるまで医療者であると同時に家族として患者に寄り添い、自らのがん体験に意味を見出

そうと苦悩しながらも生き抜いた家族との関わりを通して、自分自身の成長を実感できたという報告もある（尾下, 2006）。

さらに、緩和ケア病棟で働いている筆者自身の体験からも、がん患者の家族が看護師の場合、看護師は一人の医療者として、家族として、それぞれの立場からさまざまな苦悩を抱え、それでもそれらを乗り越えて、患者の最期を迎えている場面を目にすることもある。また、緩和ケア病棟看護師自身ががんサバイバーである場合、自分自身の病体験があるからこそ、元患者として患者の立場に立った援助を考えることが逆に心理的負担にもなり、病体験があるからこそ、患者に寄り添った看護を実践する中で、自分の看護に対する自信を再獲得し、病を乗り越えた自負からくる役割認識が心理的負担への対処にもなるという両面性があることが示唆されている（稲垣, 2015）。

緩和ケア病棟で勤務する看護師は、一般病棟での臨床経験がある者が多く、一般病棟では様々な場面で臨床判断を行い、実践してきているにもかかわらず、緩和ケア病棟へ配属後、これまで経験したことのない看

¹ 愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院

² 日本福祉大学看護学部

³ 日本赤十字豊田看護大学

護場面で心理的負担を感じていることが明らかになっている（畠山他，2007；名越他，2012；稲垣，2015）。しかし、病体験をもつ看護師が緩和ケア病棟配属後、どのような心理的負担を感じ、どのような対処をしているのか、その関係性については現段階では明らかになっていない。

本研究では、がんの病体験をもつ緩和ケア病棟看護師が緩和ケア病棟に配属された際、配属後の間もない時期に感じる、心理的負担と対処の特徴を明らかにすることを目的に取り組んだ。

II. 研究方法

1. 研究目的

がんの病体験をもつ看護師が、緩和ケア病棟配属後1年以内に感じる心理的負担と対処の特徴を明らかにする。

2. 用語の定義

1) 心理的負担

緩和ケア病棟看護師が、患者・家族に対して看護ケアを行う際に感じた困難感、困難、葛藤、ジレンマ、ストレスなどの気分や陰性感情。

2) 対処

緩和ケア病棟看護師が、心理的負担に対して、意図的に行う方略としての認知的努力と行動。情動中心の対処と問題中心の対処があり、心理的負担を感じた直後および長期にわたる対処の両者とする。

3) 病体験をもつ緩和ケア病棟看護師

がんの治療経験があり、緩和ケア病棟に勤務している看護師。

3. 本研究における理論的基盤

本研究では、がんの病体験をもつ緩和ケア病棟看護師の看護経験に着目するため、マーガレット・ニューマン（1994/1995）の『拡張する意識としての健康の理論』を理論的基盤とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究協力者

がんの治療経験があり、研究協力依頼をして同意が得られた、緩和ケア病棟看護師とした。

3. データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構成的インタビュー法とした。インタビューは1回とし、インタビュー時間は60分、インタビューの日時と場所は、研究協力者と協力施設の希望に応じて調整し、プライバシーの確保ができる場所で行った。インタビュー内容のICレコーダーを用いた録音およびフィールドノートへの記録については、あらかじめ研究対象者の意思を確認し同意を得た。

4. データ収集期間

平成26年6月

5. データ分析方法

インタビューで得られたデータは、質的帰納的に分析した。ICレコーダーで録音した面接内容を逐語録におこし、フィールドノートとともに精読した。その後、意味のまとまりごとにコード化し、分析視点からカテゴリー化を繰り返す中で、共通性と差異性をもとに分類、整理した。データの解釈や分析過程の真実性・厳密性の確保については、質的研究の経験がある複数の研究者のスーパーバイズを受けることで、データの分析過程における主観的捉え方や解釈を排除し、客観性を高めた。

6. 倫理的配慮

日本赤十字豊田看護大学の研究倫理委員会の審査を受け承認を得た（承認番号2523号）。研究への参加は自由意思であり、同意後も参加を撤回できること、参加の諾否は看護部長には伝えないこと、研究への参加を辞退あるいは撤回しても、いかなる不利益も受けることがないこと、データは匿名性を遵守し、得られたデータは研究目的以外には使用しないことを口頭およ

び文書で説明し、研究参加と研究成果の発表について同意を得た。また、インタビューは研究対象者の心身の負担を考慮し実施した。

IV. 研究結果

1. 研究協力者

A氏は、50代後半の女性、臨床経験年数38年、緩和ケア病棟経験年数10ヵ月、今までの主な経験科は消化器内科、循環器内科、精神科、手術室であった。A氏の看護師としての臨床経験は准看護師に始まり、結婚、出産を経て、正看護師になるため進学を考えた矢先のがんが見つかった。そして、余命2～3年という宣告を受け、治療中だけでなく、治療後もなお再発の不安を抱えながら、苦しみ、落ち込む患者体験を経て、一般病棟の看護師として復帰した。また、復帰後には正看護師の資格を取得するべく勉学に励み、その後緩和ケア病棟へ異動になった。

2. A氏の心理的負担と対処

A氏が緩和ケア病棟配属後の間もない時期に感じた心理的負担は、83のコードから3段階のプロセスを経て10の上位カテゴリーに集約され、心理的負担への対処は、129のコードから3段階のプロセスを経て10の上位カテゴリーに集約された。(以下の表記で、【 】上位カテゴリー、《 》は下位カテゴリー、〈 〉サブカテゴリー、「 」は語りの内容を示す。)

(1) 心理的負担

心理的負担として集約された10の上位カテゴリーは、【死に直結することを患者に聞くタイミングを逃した後悔】、【関わりが多い分、悩みが多くなることへの戸惑い】、【寝たら一生起きられないという夜の不安や怖さへの援助は、その人らしい生活への援助なのかと苦悩】、【看護の最終的な正解が分からない辛さ】、【症状コントロールへの太刀打ちできない辛さ】、【自分の気持ちを閉じ込め、バリアの中で身動きが出来ない苦しさ】、【麻薬や睡眠導入剤使用時の怖さがあるための普段見ない患者の判断の難しさ】、【対応が後手に回り患者が苦しむ姿を見て感じるプロになりきれない自分に対する後悔と落ち込み】、【緩和ケア病棟では一般的なことにプラスしてより高い技術が求められ

るが、まだ十分でない自分を修復できない悩み】、【命の代わりに与えられた役割とは思いつつ、希望しないタイミングでの異動による居場所のなさから生じる辞職との葛藤】であった。上位カテゴリーとそれらを抽出した研究協力者の語りについて、以下に述べる。

1) 【死に直結することを患者に聞くタイミングを逃した後悔】

この上位カテゴリーは、死に直結することについて、本当は患者にいちばん聞きたいことだが、一步間違えると患者にとっても不安な状況を作り出してしまうため、聞くタイミングが難しく、自分が思った時に実行に移せなかったためタイミングを逃したことへの後悔、というカテゴリーである。

A氏は、「自分が最期の時をどんな場面で迎えたいと思ってるのかとか、ある程度自分の中でありませよね」と語っており、自身の最期の場面で誰にいて欲しいか、具体的に思い描いていた。そのため、「本当は(患者に)聞きたいことなんですけど、やっぱりいちばん聞けないことですよね」、「いちばん難しいのは、やっぱり死にいちばん直結してるところなんですけど。死について聞くタイミングというか。自分のその一言が、一步間違ったら(患者に)本当にとっても不安な状況を作り出してしまう。・・・(中略)・・・本当に悔やまれることもいっぱいあるし、悔しい思いもするし、あの時一言これを言えば、もっと、展開が違ったのかなとか、っていうのはあります」と語っており、がんの病体験があるがゆえに、死に直結することを患者に聞くタイミングの難しさを実感しており、タイミングを図っていたにもかかわらず、実行に移せずにタイミングを逃してしまったといった逡巡があり、後悔することが多くあった。

2) 【関わりが多い分、悩みが多くなることへの戸惑い】

この上位カテゴリーは、緩和ケア病棟は一般病棟に比べ看護師が患者とじっくり関わる時間があるが、関わりが多いとその分問題も多くなり、悩むことも多くなることへの戸惑い、というカテゴリーである。

A氏は、「(一般病棟に比べて)ここの方が本当にゆっくり、じっくり患者さんと向き合うことができる時間がある。なんか反対にそれも自分の中では、最初は戸惑う一つでしたね」、「(患者と関わる機会が多い

と)問題もまた多くなってくるんですね。自分が悩むことも多くなる。関わった分、本当によかったかな。ああやって言ってきたけど、家族の方がショック受けてないかなとか、いろいろなんか考えすぎちゃうことが多いです」と話しており、自分の行った看護が本当に良かったのか、自分で確かめるより他の看護師から聞いた方が正直に話してくれるかもしれない、などと考えすぎたり、後日カルテ記録を見て、落ち込むこともあった。これは、以前の病棟では、患者と関わる時間が少なかったため、思うような看護ができない悩みがあったことが背景にある。そのため、緩和ケア病棟に来ることで、関わる時間が多くなり、悩みが解決することを期待していたが、逆に悩みが多くなったことから、期待と相反する結果への戸惑いがあった。

3) 【寝たら一生起きられないという夜の不安や怖さへの援助は、その人らしい生活への援助なのかと苦悩】

この上位カテゴリーは、自分の病体験から、寝たら一生起きられないという、患者の夜の不安や怖さに共感し、患者の立場に立てば薬剤で眠らせてあげることがいちばんだと思う一方で、看護師の立場に立つと、その援助がその人らしい生活なのか苦悩する、というカテゴリーである。

A氏は、「夜がやっぱり、目が覚めるといちばん怖い時だと思うんですね。自分も実際そうだったので。それで怖いと思うと、今度寝たら、もう一生起きられないんじゃないかな、っていう不安もすごくあって」と話す一方で、「夜だと、やっぱり休ませてあげた方がその人にとってはすごくいいことなんですけど、体にとっては。でも本当に心がそれで休まるのかなあ、っていうことを考えると、本当にそのお薬に頼ってしまっているのか」と、自身の病体験があるからこそ、看護師である前に、元患者として患者の立場に立った、その人らしい生活へ向けた援助を考えており、その中で苦悩していた。

4) 【看護の最終的な正解が分からない辛さ】

この上位カテゴリーは、十分な関わりが持てないまま患者が亡くなったり、患者からの言葉が心に突き刺さり、自分たちがしっかり看護出来ていなかったと思うと辛くて涙が出るが、最終的な正解が分からない辛さ、というカテゴリーである。

A氏は、「『もう早く楽にしてくれ』、『もう早く逝かせてくれ』っていうのが、やっぱり最期に出てくる言葉なんで、その言葉が出るっていうことは、私たちがちゃんとやれてなかったなっていうふうに思えるんです」、「『何のために僕はここに来たんだ』って、『緩和してもらえるために来たのに、何にもなってないじゃないか』って言われたときに、とっても辛いですよね」、「もうグサッときます、本当に。えっ、どうしてそういう言葉がって、もう本当に涙が出てきますよね、そういう時は」と話しており、緩和ケア病棟での在院日数が短いことから、「結構、入れ替わりが激しいので。本当に何日もずっといい状態になってる人たちじゃないので、やっぱり最期、旅立って逝かれる方が多いんで、最終的な正解は分からないですね。そこがいちばん辛いですかね」と、看護の最終的な正解がないことが辛く、自分の頭の中に残っていた。

5) 【症状コントロールへの太刀打ちできない辛さ】

この上位カテゴリーは、症状コントロールが図れず、薬剤の使い方に悩み、全然太刀打ち出来ないと感じ、何が正解か答えが分からないまま、ずっと悶々としている、というカテゴリーである。

A氏は、「やっぱり症状緩和とかっていうのは、全然太刀打ちできないですね。(一般病棟と比べて)この方が、症状緩和の方はやっぱり目指してるものが違うし」、「まだまだ慣れないこと、まだまだ自分が経験しないようなこともいっぱいあると思うし、場面としてもあると思うし、全部の場面が一緒の場面なんて絶対にないので」、「やっぱり、それが本当に正解なのかどうかっていうのは分からないので、ずーっとそれが悶々としてるし、それを次の患者さんの時にどう活かすかっていったら、自分がしっかりとこれで良かったんだっていう、答えがないままなので、ずーっとそれはいまだに尾を引いてますね」という、全く同じ場面など絶対ないと思う中で、症状コントロールへの太刀打ちできない辛さがあった。

6) 【自分の気持ちを閉じ込め、バリアの中で身動きが出来ない苦しさ】

この上位カテゴリーは、自分の気持ちを閉じ込め、バリアを作って抱えてしまうと、身動きができなくなり、どんどん苦しくなってくるというカテゴリーであ

る。

A氏は、「仕事していく中で、自分の気持ちをぐっと自分の中に、もう本当にバリア作って守っちゃおうと、その中でしか自分が身動きできなくなっちゃおう・・・(中略)・・・やっぱり、自分がどんどん苦しくなってくるので」と話していた。これは、自身の病体験の中で、将来について悲観的になり、その気持ちを閉じ込めることで対処していた。しかし、そうすればするほど、身動きが出来なくなり、さらに自分自身が苦しくなるという体験があった。そのため、看護師として仕事していく中でも、同様のことが言えると考えていた。

7) 【麻薬や睡眠導入剤使用時の怖さがあるための普段見ない患者の判断の難しさ】

この上位カテゴリーは、夜勤帯における麻薬や睡眠導入剤を使う際の怖さがあるがゆえの、普段見ない患者への判断の難しさ、というカテゴリーである。

A氏は、「いろいろ怖いなって思う所はあるんですけど。薬剤を使う上で、麻薬を使ったりとか、睡眠導入剤を使ったりとかっていうところで、とっても怖いところはあるんですけど」と話しており、薬剤使用に対して唯一怖さが心理的負担となっていた。「もう何年も看護経験はあるんですけど、一番難しいなと思った」と語っていることから、看護師としての臨床経験があるにもかかわらず、麻薬や睡眠導入剤の使用時の怖さや判断の難しさを感じており、さらに夜勤帯では普段見ない患者を担当することもあるため、その患者にとっての薬剤調整の方法についての適切性の判断の難しさだけでなく、麻薬や睡眠導入剤を使用すること自体が心理的負担となっていた。

8) 【対応が後手に回り患者が苦しむ姿を見て感じるプロになりきれない自分に対する後悔と落ち込み】

この上位カテゴリーは、夜勤帯に医師への連絡を躊躇したり、連携がうまくとれなかった際に、患者対応が後手に回り、患者が苦しむ姿を見ると、プロになりきれなかった自分に対する後悔、辛さ、落ち込み、というカテゴリーである。

A氏は、「一晩患者さんが苦しんでるのを見ると、あの時に躊躇せずに(医師に)連絡すればよかったのに、何で自分はやらなかったのかなっていう、その思

いに悔やまれます・・・(中略)・・・それは自分も辛いけど、見てて家族も辛いけど、いちばん辛いのは患者さんだから、そういう思いをさせた私はプロとして何をしてたのっていう、プロになりきれないじゃんって思うと、とっても悔しい思いをした」と話していた。

9) 【緩和ケア病棟では一般的なことにプラスしてより高い技術が求められるが、まだ十分でない自分を修復できない悩み】

この上位カテゴリーは、緩和ケア病棟では一般的なことはやれて当たり前で、プラスしてより高い技術を求められるため、まだ十分出来ないままの自分をどう修復したらいいのかいまだに悩んでいるカテゴリーである。

A氏は、「一般的なことはやれて当たり前っていうふうに、結構スタッフ自身もそう判断してるので、そこにプラスするものが緩和(ケア病棟)にはある、っていうふうに思ってるんですね。いろんなアレンジにしる、いろんな応用にしる、やっぱりより高い技術をここは求められていると思うんですね。精神的なもの、身体的なものの、その苦痛を取り去るっていう、取り除くっていうことに関して、緩和としてのプロだっていうふうに思われている分、やっぱり自分たちが、そこは学んでいかないといけないことなだけで、十分まだまだ出来ないままの私もいる」、「情報収集一つにしても、瞬時にその人の気持ちを汲み取らなきゃいけないなって。でも難しいじゃないですか。無理なことだと思う」と話していた。そのため「じゃあ、どこでどう修復したらいいのかっていうのが、すごいいまだにやっぱり悩み」と話しており、まだ十分でない自分をどう修復したらいいのか悩んでいた。

10) 【命の代わりに与えられた役割とは思いつつ、希望しないタイミングでの異動による居場所のなさから生じる辞職との葛藤】

この上位カテゴリーは、苦しんでいる人に手を差し伸べることが、命の代わりに自分に与えられた役割を考えるが、希望しないタイミングでの異動による居場所のなさ、嫌なことがあったり、患者が亡くなると、辞職を考える、というカテゴリーである。

A氏は、「(一般病棟でいろんなことを)やりたいっ

て思って、いろいろ計画を立てて、さあっていったときに、『勤務交替ね』って言われて。えっ、どういうこと？みたいな感じだったんで、最初はもうここに来るのがとっても苦痛だったんですよね。私がここに来て、私は居場所がないって思ってたんですよね」と話しており、希望しないタイミングでの異動による居場所のなさが心理的負担となっていた。また、自身の病体験から「(今苦しんでいる人に手を差し伸べることが) この命の代わりに与えられた役割なんだろうなっていうふうに思って。時々嫌にはなりますけどね(笑)。ああ、ほんと仕事辞めたいなって思うときはありますけど・・・(中略)・・・毎日毎日いいことばかりじゃないんで、嫌なことがあったり、患者さんが亡くなったりしたときに(仕事を辞めたいな、と思う)」と葛藤している様子が見えがえた。

(2) 心理的負担への対処

心理的負担への対処として集約された10の上位カテゴリーは、【次に活かそうという思いで、辛いと思うことを一つの教訓としてプロとして追求】、【自分が満足することや、こういう職業だという諦めで自分を擁護】、【患者の状態をプラスに捉え、ストレス発散して立ち直るスピードやパワーを強みと自負】、【いつまでも溜め込まずに意見をくれる人を選んで相談し、早めの対応をすることで前向きな気持ちへと切り替え】、【自分をオープンにすることでみんなに助けてもらい、アドバイスを聞くことで自分の中に答えの見出し】、【薬剤コントロールに対する十分な観察と夜勤者同士のフォローのし合いによる対応】、【前もって自分なりに判断して対応した結果、患者が楽になる姿から自分の判断へ自信の獲得】、【今までの経験が活かされ看護の自信へと繋がったため、求められていることはこれからすべき課題との捉え】、【自分の病体験や人生経験への自負をエネルギーに変換】、【病棟組織における役割の認識】であった。上位カテゴリーとそれらを抽出した研究協力者の語りについて、以下に述べる。

1) 【次に活かそうという思いで、辛いと思うことを一つの教訓としてプロとして追求】

この上位カテゴリーは、辛いと思うことも、一つの教訓にはなるが、ずっと立ち止まっている訳にはいかないで、出来なかったことをアセスメントするな

ど、プロとして追求し、次に活かすしかなく、今いろいろな経験を積みかせてもらえて、ありがたいと考える、というカテゴリーである。

A氏は、「それ(辛いと思うこと)も一つの教訓にはなるんですけど、そこでずっと立ち止まっているわけにはいかないで、私たちは、そこはやっぱりプロとして、もう本当に、こういうこともあったけど、じゃあ、このどこがいけなかったのかっていうのを追求して、次もまた同じことを起こさないようにするべきだよなって」、「自分が勤務した後の結果を見るようにはしてるんですよね。看護記録にしろ、医師記録にしろ。そうするとそこに答えは出てくるので」、「いろんな経験を今積みかせてもらってるのかなっていう、それはありがたいことだなあと思う」と話しており、辛い経験を前向きに捉え、出来なかったことをアセスメントするなどプロとして追求し、次に活かそうとしていた。

2) 【自分が満足することや、こういう職業だという諦めで自分を擁護】

この上位カテゴリーは、自分が満足しなければ、この仕事はやっていけないと思うことや、こういう職業だという諦めで、自分で自分を守るしかないと考える、というカテゴリーである。

A氏は、「自己満足なのかもしれないけど、やっぱり自己満足、自分が満足しなければ、この仕事はやっていけないのかなって思うんで」と話し、「あの人のこういうことをここで聞けばよかったのかなとか。でもあの時は聞きづらかったよねとか」、「その時その時で、本当に悔やまれることもいっぱいあるし、悔しい思いもするし、あの時一言これを言えばもっと展開が違ったのかなとか、っていうのはありますけど、そこはもう次に失敗しないように自分で自分を守るしかないで」と話していることから、自己満足や職業特性を理由にした諦めにより自己防衛していた。

3) 【患者の状態をプラスに捉え、ストレス発散して立ち直るスピードやパワーを強みと自負】

この上位カテゴリーは、自分の病体験から、患者にとって良かったと自分に言い聞かせることや、出来るだけ前向きに考え、ストレス発散して立ち直るスピードやパワーを強みと自負する、というカテゴリーである。

A氏は、「自分で自分に言い聞かせるしかないって
いうか、あの時あれだけえらがってた患者さんが、夜
眠っていただくことで、昼間にちょっとでも楽な生活
を送れているんだったら、やっぱりあれは良かった
よねっていう、自分で自分に言い聞かせるしかない」
と、患者の状態をプラスに捉えようとしていた。その
きっかけになった出来事として、「私、自分ががん告
知を受けて、手術をして。その後、最初は本当に余命
が少ないって言われて、2年か3年で転移する、で、
もうたぶん命がないよって言われたのが、もう20年
生きてるので。その時、自分の中で、やり残すこと
がないように生きていこうっていうのをすごい学んだ
んで、そこは自分の強みだと思います、うん。悪い風
に考えても一日だし、いい風に考えて終わればその一
日とてもハッピーだし、ハッピーなことをいっぱい作
って、自分がやりたいって思ったことは、本当に近い
将来、それを達成していくっていうことをしないと、
自分がもう死ぬかもしれないって思ったその瞬間に、
ああ、あれもやってなかった、これもやってなかった、
なんでやらなかったんだろうって後悔するのが嫌だ
という、そこです。なので、できるだけ前向きとい
うか、落ち込むこともあるんですけど、そこから這い
上がってくるスピードは速いと思います」と話して
おり、自身の病体験から前向きに考えることや、立
ち直るスピードの速さを自身の強みと自負していた。

- 4) 【いつまでも溜め込まずに意見をくれる人を選ん
で相談し、早めの対応をすることで前向きな気持
ちへと切り替え】

この上位カテゴリーは、分からないことや悩んだこ
とは、いつまでも溜めこまず、意見をくれる人を選ん
で相談することで、気持ちを切り替え、経験を重ね早
めの対応ができるようになった、というカテゴリーで
ある。

A氏は、「自分なりに、『えっ、でも、こうなんじゃ
ないの?』って意見を言ってくれた方が、私はうれし
いので、そういうことを言ってくれるスタッフに聞き
ますね」、「違う意見が出た時には、あっそうか、そ
ういう方法もあるんだったら一度やってみようかな、
っていうふうに、自分の中で切り替えはしています」
と話しており、意見をくれる人を選んで相談し、気持
ちを切り替えていた。

- 5) 【自分をオープンにすることでみんなに助けとも
らい、アドバイスを聞くことで自分の中に答えの
見出し】

この上位カテゴリーは、自分の中で抱え込まず、み
んなに助けともらい、自分をオープンにすることでア
ドバイスが聞け、自分の中に答えが出てくる、とい
うカテゴリーである。

A氏は、「自分の中で抱えちゃうと、身動きできな
くなるっていうのはすごく分かるので、それをしない
ことがいちばんなのかなって、周りに自分をオープン
にすることがいちばん大事なんじゃないかなって思い
ますよ・・・(中略)・・・自分がやったことを声に出
せば、言葉にして表現すれば、自分の中に、絶対自分
で答えが出てくると思うんですよ。アドバイスとか
そういうのも聞けるし」、「自分を苦しめるのがいち
ばんだとは思わないし、自分が悲観しても結果は変わ
らないし、同じ苦しむんだったら、ちょっとでも楽に
なって、みんなに助けともらった方がいいな」と話
しており、そのように思うようになったきっかけは「自
分の(病)体験がやっぱり一番ですね」と話してい
ることから、自身の病体験から、自分自身が悲観的
になり、気持ちを閉じ込めることで身動きが出来な
くなり、さらに自分自身が苦しくなるという体験があ
ったからこそ、自分をオープンにすることで、開かれ
たエネルギーシステムとなり、その中でおのずと答
えが出てくる方法を見出していた。

- 6) 【薬剤コントロールに対する十分な観察と夜勤者
同士のフォローのし合いによる対応】

この上位カテゴリーは、麻薬や睡眠導入剤を使用
する際の怖さに対し、しっかり観察していくことや、
十分なことができない夜勤帯でも夜勤者同士のフォ
ローのし合いによる対応、というカテゴリーである。

A氏は、「いろいろ怖いなって思う所はあるん
ですけど。薬剤を使う上で、麻薬を使ったりとか、
睡眠導入剤を使ったりとかっていうところで、と
っても怖いところはあるんですけど、しっかり、そ
こは観察していけばいいのかな、っていうのを思
ってるので」と話しており、十分な観察と夜勤者
同士のフォローのし合いにより対応していた。

- 7) 【前もって自分なりに判断して対応した結果、患

者が楽になる姿から自分の判断へ自信の獲得】

この上位カテゴリーは、夜間は医師に電話連絡することを躊躇することもあるが、そのために悔しい思いをした経験があるので、前もって自分なりに判断をした上で、勇気を出して連絡し、結果的に患者が楽になっていることから、自分の判断は間違っていなかったと考える、というカテゴリーである。

A氏は、「(夜電話することで、医師が) 次の日に響くようなことがあれば、ちょっと申し訳ないなと思うと、ちょっと躊躇しちゃうんだけど、でも患者さんのためだして・・・(中略)・・・患者さんは、その指示をしたことで、楽にはなってるし、あっ、自分の判断、間違っただけよな、って思えるところだし・・・(中略)・・・まあ良かったって、勇気出して先生に連絡して良かったねっていう、そこに至りますね」と話しており、自身の対応や判断への自信による対応がみられた。

8) 【今までの経験が活かされ看護の自信へと繋がったため、求められていることはこれからすべき課題との捉え】

この上位カテゴリーは、今までの経験が今に活かされていることも多く、自分が目指していた看護が間違っていなかったことを確認できたことから、緩和ケア病棟でやっていける自信に繋がり、求められていることはこれから自分たちが行うべき課題と考える、というカテゴリーである。

A氏は、「来て1ヵ月、2ヵ月くらい経った時に、あっ、(自分がやってきた看護が)間違っていないねっていうのは思えたので、じゃあ、そのまま、ちょっと自分の中でも、自信じゃないですけど、やってきた方向性が違わないっていうことは、ここでも十分頑張っただけでやっていけるんだよな、ここの方が時間があるからもっとできるんだらうなっていうところにつながったんです」と話しており、緩和ケア病棟で頑張っているという自信に繋がっていた。

9) 【自分の病体験や人生経験への自負をエネルギーに変換】

この上位カテゴリーは、自分の病体験から、今苦しんでいる人に手を差し伸べることが、この命の代わりに自分に与えられた役割と考え、患者からのフィード

バックがとても嬉しく、自分のエネルギーになっている、というカテゴリーである。

A氏は病体験の中で、「自分以上に泣いてくれた友人や、周りの人たちに支えられ、気持ちを救われてきた」と話しながらも、「そこに登場する中には看護師はいなかったんですよ。やっぱり同業者っていうことで、一歩も二歩も下がってる人が多くて、飛び込んできてくれる人がいなくて」と話していた。そのため、「今も終末期の患者さんで、病気としては全然違うんだけれども、同じように私も告知を受けて、その時の思いは一生忘れられないと思う、っていうお話をする。その共感することができることは、他の人にはない自分の本当、強みだらうなと思ってるので、頑張らなきゃっていうその気持ちは強いですね・・・(中略)・・・(患者からのフィードバックが)私のエネルギーになってるし、そこで何か一言言っていただくその言葉がとても、私にとってはうれしいことだし・・・(中略)・・・自分は救われた分、やっぱり今、がんの告知を受けた人が本当に苦しんでるんであれば、そこに手を差し伸べたいなっていうのは、自分の中のこれが役割なんだらうなっていう、私に与えられた、この命の代わりに与えられた役割なんだらうなっていうふうに思って」と話していた。また、主治医から「同じ病気の患者さんで、治療を受けたくないって言う患者さんがいるから、会って欲しい」という依頼があり、その患者と話したことで、患者が治療を受けようという気持ちになってくれたことが、「最初の良かったこと」と語っていた。このように、自分の役割と考えて対応した結果、患者からのフィードバックをエネルギーに変換していた。

10) 【病棟組織における役割の認識】

この上位カテゴリーは、人生経験としては本当に苦労を重ね、乗り越えてきた自負があるので、緩和ケア病棟のピラミッドが崩れないよう、みんなにいい影響を及ぼす人材として配属されたと思って仕事をしている、というカテゴリーである。

A氏は、「(正看護師としての)経験は少ないんですけど、やっぱり人生経験としては私もいろいろな、本当に自分のプライベートでもすごい苦労を重ねてきたので、もう昔からそれを乗り越えてきたっていう、その自負はあるので、自分の中でそういうところ

で、人とこのピラミッドですよね、ピラミッドが崩れないようにここに配属されたんだろうなあ、というふうに私は思っています。人と人とをうまく持ち上げていって、いい病棟にするというか、みんなの中にいい影響を与えるための人材なんだろうなあとは思っています」と話しており、緩和ケア病棟における自身の役割を認識することで対処していた。

V. 考察

A氏はさまざまなライフイベントを経て緩和ケア病棟へ異動になり、約10ヵ月が経過する中で感じた心理的負担と対処には、病体験が色濃く影響を及ぼしていると考えられる。それらの特徴について、以下に述べる。

1. A氏の心理的負担の特徴

(1) 二つの自己の対立的共存

A氏の抱える心理的負担の一つとして、【寝たら一生起きられないという夜の不安や怖さへの援助は、その人らしい生活への援助なのかと苦悩】が挙げられる。夜間、不安を表出する患者を目の当たりにすると、「自分も実際そうだった」と語っているように、A氏自身が治療を受けていた際、夜間に目覚めた時、「今度寝たら一生起きられないのではないか」という死の恐怖を体験していた。そのため、目の前の患者の姿に“患者としての自己”を重ね合わせ、患者の夜の不安や死への恐怖に対し共感していたと推察される。“看護師としての自己”は、患者が中途覚醒して不安にならないように、薬剤を使用して強制的にでも入眠させることが患者のためであると考えられる。しかし、“患者としての自己”は、入眠させることが本当にその人らしい生活なのか、それで本当に心が休まるのかと苦悩する。このように“患者としての自己”の認識と“看護師としての自己”の認識との間で葛藤が生じることで心理的負担を感じていた。

また、A氏はがんの病体験を通して、死を身近に意識し、自分が最期をどんな場面で迎えたいか、最期はどうありたいのか、自分の周りに誰にいて欲しいかというイメージを描いていた。そのため、患者が描く最期の場面についても、「本当は聞きたいことなんですけど、やっぱりいちばん聞けないことですよ」と

語っていた。なぜなら、死に直結することを聞くタイミングは、一步間違えると大変不安な状況を作り出してしまうからである。しかし、振り返ってみると、「あの時一言言えば、展開が違ったかもしれない」と考えて後悔することも多く、【死に直結することを患者に聞くタイミングを逃した後悔】も心理的負担となっていた。先行研究においては、看護師が理想とする患者の死と死までの過程として、“身体症状がコントロールされた死までの過程/穏やかな死に際”、“死ぬまでの過程を有意義に過ごした死”、“家族が納得する死”、“臨終時に家族に見守られた死”(吉田, 1999)が挙げられている。しかし、A氏は看護師が理想とする死までの過程だけではなく、患者が理想とする死までの過程についても思い描いていた。この背景には、臨終時に立ち会って欲しい人に見守られ、患者自身が納得する最期の場面を看護師に伝えて、最期の希望を叶えて欲しいという“患者としての自己”の立場に立って、死までの過程を思い描いていたことが考えられる。そして、患者の望む最期の場面を実現させたいために、患者が描く最期の場面について聞きたいと考えている“看護師としての自己”と、タイミングが合わず死に直結する最期の場面について聞かれると、大変不安な状況に陥ることを知っている“患者としての自己”の間で葛藤があり、患者を不安な状況に陥らせないため、タイミングを図っている間に機会を逃してしまい、患者が望む最期を知ることが出来なかったことを悔やむ“看護師としての自己”が心理的負担の中に混在していると考えられる。

さらに、A氏は、《緩和ケア病棟は、一般的なことはやれて当たり前で、心身の苦痛を取り除くプロとして、そこにプラスしてより高い技術を求められるため、まだまだ十分出来ないままの自分をどこでどう修復したらいいのか、いまだに悩んでおり、瞬時にその人の気持ちを汲み取ることは難しく、無理だと思う》といった【緩和ケア病棟では一般的なことにプラスしてより高い技術が求められるが、まだ十分でない自分を修復できない悩み】や、《医師への連絡を躊躇したり、連携がうまく取れなかった時や、対応が後手に回って、一晩患者が苦しんでいる姿を見ると、プロとして何で自分はやらなかったのかと、プロになりきれていないことに対し、とても悔やまれ、すごく辛く、とてもへこむ》といった【対応が後手に回り患者が苦

しむ姿を見て感じるプロになりきれない自分に対する後悔と落ち込み】も心理的負担になっていた。この心理的負担の根底には、緩和ケア病棟における看護のプロとしてのあるべき姿や、理想とする“看護師としての自己”のイメージがあると考えられる。そのため、緩和ケア病棟で求められる高い技術にはまだ及ばない未熟な自分や、自分が判断を躊躇したことで対応が後手に回り、結果的に患者が苦しむ姿を見て悔やみ、落ち込んでいる自分を、プロになりきれないと感じ、理想と現実とのギャップから心理的負担を感じていたことが考えられる。この背景にも、心身の苦痛を取り除いてほしいと願う“患者としての自己”と、患者の心身の苦痛を取り除き、プロとして対応できる看護師でありたいと考える“看護師としての自己”とが混在していることが考えられる。

以上のことから、A 氏の心理的負担の特徴の一つは、“看護師としての自己”と“患者としての自己”という二つの自己が対立的に共存していることである。

(2) 最終的な看護の正解が分からない辛さ

A 氏は、緩和ケア病棟へ配属された当初、《まだまだ慣れないことや自分が経験していないこともたくさんあり、全く同じ場面など絶対ないと思う中で、症状コントロールが図れず、薬剤の使い方に困り、悩み、全然太刀打ち出来ないと感じ、なにが正解なのか答えがないまま、ずっと悶々として、いまだに尾を引いている》といった、【症状コントロールへの太刀打ちできない辛さ】が心理的負担になっていた。

また、緩和ケア病棟では一般病棟に比べ患者数が少ないため、患者とじっくり関わる時間があることを実感していた。しかし、時間がある分、どれだけ関わればいいのか悩み、関わりが多いと問題も多くなり、いろいろと考えすぎること、自分の悩みが多くなることへの戸惑いが心理的負担になっていた。その一方で、家族や患者の思いも分からないまま、緩和ケア病棟に入院し 2、3 日で亡くなる患者もおり、《患者の入れ替わりも激しく、在院日数の短い患者の多くは、十分な関わりが持てないまま亡くなるため、最終的な正解が分からないことがいちばん辛く、自分の頭の中にはやっぱり残る》ことも心理的負担となっていた。そして、《患者から、もう楽にしてくれ、早く逝かせて

くれ、何のために緩和ケア病棟に来たのか、という言葉が出ると、自分たちがちゃんとやれていなかったと思い、本当にグサツときて、辛くて涙が出てくるが、何が出来たのか、どうしたらよかったのか分からず、最終的な答えがないことが負担の一つだと思う》と語っていた。

【看護の最終的な正解が分からない辛さ】にも、“患者としての自己”と“看護師としての自己”という二つの自己が影響し、“患者としての自己”は、家族や患者と十分な関わりを持つことを望んでいるが、“看護師としての自己”は、関わる時間が多ければ、行った看護が本当に良かったのか悩み、関わる時間が少なければ、十分な関わりが持てなかったことへの後悔が残っていた。そのため、【看護の最終的な正解が分からない辛さ】が、悶々としてずっと頭の片隅に残り、持続する心理的負担になっていることが考えられた。

2. A 氏の心理的負担への対処の特徴

(1) 自己防衛しつつ前向きに捉えようとする対処

A 氏は、“看護師としての自己”と“患者としての自己”という二つの自己が対立的に共存することにより、さまざまな心理的負担を感じており、それらの心理的負担に対し、さまざまな対処をしていた。

【寝たら一生起きられないという夜の不安や怖さへの援助は、その人らしい生活への援助なのかと苦悩】に対しては、《患者はこれだけ苦しんだのだから、ちょっとでも楽な生活が送れて、夜は強制的にでも自然な眠りに誘い、朝しっかり起きられるなら、患者にとって良かったと、自分に言い聞かせるしかない》と考えることや、《自分ががん告知を受け、やり残すことがないように生きていこうと思った体験がいちばんのきっかけで、いいことやハッピーなことをいっぱい作って、出来るだけ前向きに考え、次に活かそうと考えることは自分の強みだと思う》など、【患者の状態をプラスに捉え、ストレス発散して立ち直るスピードやパワーを強みと自負】といった対処がみられた。

また、【死に直結することを患者に聞くタイミングを逃した後悔】という心理的負担に対しては、「でもあの時は聞きづらかった」、「自分が満足しなければ、この仕事はやっていけない」、「次に失敗しないように、自分で自分を守るしかない」と述べており、【自分が満足することや、こういう職業だという諦めで自

分を擁護】といった自己防衛により現実との折り合いをつけるという対処がみられた。

さらに、【緩和ケア病棟では一般的なことにプラスしてより高い技術が求められるが、まだ十分でない自分を修復できない悩み】や、【対応が後手に回り患者が苦しむ姿を見て感じるプロになりきれしていない自分に対する後悔と落ち込み】という心理的負担に対しては、《辛いと思うことも、一つの教訓にはなるが、ずっと立ち止まっている訳にはいかないの、他のスタッフや医師の記録を見て答えを考えたり、出来なかったことをアセスメントするなど、プロとして追求し、次に活かすしかないの、今すぐいろいろな経験を積ませてもらえて、ありがたいと思う》という、【次に活かそうという思いで、辛いと思うことを一つの教訓としてプロとして追求】という対処がみられた。

このように、自己満足することや諦めにより自己防衛するという対処がみられたが、それだけに留まらず、患者の状態をプラスに捉えることや、辛い経験も一つの教訓として次に活かそうという思いで、看護のプロとして追求しようとする対処がみられた。それらの対処においても、自身の病体験が影響し、やり残すことがないように前向きに考えて、今後の人生に活かそうとしていた。

(2) 病体験をエネルギーに変換することでの居場所の確保

A氏は病体験の中で、看護師は同業者ということで、一歩も二歩も下がってしまい、飛び込んできてくれる人がいなかったことを実感していた。だからこそ、看護師として社会復帰した時、自分が今ここに生きている意味を考え、自分は周囲のみんなに救われた分、今まさに病気で苦しんでいる人に声をかけて、手を差し伸べ、一路の望みを与えてあげることが、この命の代わりに自分に与えられた役割なのだろうと考えるようになった。それは、かつての自分と同じ境遇にあり、今まさに苦しんでいる患者がいれば、一歩も二歩も下がって見守る看護師ではなく、患者の懐に飛び込み、手を差し伸べられる看護師でありたいという思いがあったと推察される。そして、実際に主治医からの依頼を受け、同疾患の患者と話したことで、患者が治療を受けようという気持ちになってくれた出来事を

きっかけに、病体験をもつ看護師として患者に共感できる力を、他の人にはない自分の強みと捉えるようになった。

このように、病体験をもつ看護師の強みを活かした看護により、患者からのフィードバックが自分のエネルギーになるという経験を経て、【自分の病体験や人生経験への自負をエネルギーに変換】という対処が、緩和ケア病棟異動後にも活かされていたと考えられる。

A氏は緩和ケア病棟で働くことを希望したが、希望したタイミングでの異動は叶わず、とても落ち込んだ。それでも、一般病棟でやりがいを見出し、計画を実践しようとしていた矢先、緩和ケア病棟への異動が決定し、【命の代わりに与えられた役割とは思いつつ、希望しないタイミングでの異動による居場所のなさから生じる辞職との葛藤】という心理的負担を感じていた。それでも、今まで自分たちが一般病棟でやってきた看護と緩和ケア病棟での看護とでは、どれだけ差があるのか見てみたいという前向きな思いもあり、実際に異動してから、【症状コントロールへの太刀打ちできない辛さ】や、【緩和ケア病棟では一般的なことにプラスしてより高い技術が求められるが、まだ十分でない自分を修復できない悩み】といった心理的負担を感じながらも、《以前勤務していた一般病棟で、終末期患者や家族と触れ合い、いろんな経験をさせてもらったことが、今に活かされていることも多く、緩和ケア病棟に来て、自分たちが目指してやっていたことが間違っていなかったことを確認出来たので、緩和ケア病棟には時間もあり、十分頑張っていけるという思いに繋がった》という、【今までの経験が活かされ看護の自信へと繋がったため、求められていることからすべし課題との捉え】という対処になっていた。

また、《正看護師としての経験は少ないが、自分が一番年上で、人生経験としては本当に苦労を重ね、乗り越えてきた自負があるので、緩和ケア病棟のピラミッドが崩れないよう、みんなにいい影響を及ぼす人材として配属されたと思って仕事をしている》ことから、【病棟組織における役割の認識】ことにより、自分の居場所を確保していったと考えられる。

Lazarus (1999/2009) は対処について、「障害や危険を乗り越えられる能力に自信をもっていればいほど、脅威を感じるより挑戦されていると考える」

(p.92) と述べている。A 氏もまた、配属されたそれぞれの場所でさまざまな心理的負担を感じながらも、その度に自分自身はその場所に配属された意味ややりがいを見出し、病体験や人生経験の自負からくる役割認識により、そこで出来ることに挑戦しながら、自身の居場所を確保するという対処をしていたと考えられる。

(3) 身動きができない心理的バリアからの解放

A 氏は、緩和ケア病棟に異動後、さまざまな心理的負担を感じていた。それらの心理的負担を感じた際、自分の気持ちを閉じ込めてしまい、身動きが出来なくなり、さらに「自分がどんどん苦しくなってくる」という、【自分の気持ちを閉じ込め、バリアの中で身動きが出来ない苦しさ】が心理的負担に加わった。このような心理的負担に対し、いつまでも自分の中で抱え込まず、「自分をオープンにすることがいちばん大事」と語っているように、声に出して表現することで、周囲からのアドバイスも聞くことができ、自分自身の中にも必ず答えが出てくると考え、【自分をオープンにすることでみんなに助けてもらい、アドバイスを聞くことで自分の中に答えの見出し】という対処を行っていた。

【自分の気持ちを閉じ込め、バリアの中で身動きが出来ない苦しさ】という心理的負担と、【自分をオープンにすることでみんなに助けてもらい、アドバイスを聞くことで自分の中に答えの見出し】という対処との関係性においても、A 氏の病体験が影響していることが考えられる。A 氏はインタビューの中で、「自分を苦しめるのがいちばんだとは思わないし、自分が悲観しても結果は変わらないし、同じ苦しむんだら、ちょっとでも楽になって、みんなに助けてもらった方がいいな」と語っていた。そのように考える背景には、病体験の中で、がんという診断、再発のリスク、定期検査の結果など、自分ではどうすることもできない現実を目の前にして、不安な気持ちを抱え、悲観的になり、【自分の気持ちを閉じ込め、バリアの中で身動きが出来ない苦しさ】を感じた経験があったことが推察される。

しかし、自分以上に泣いてくれた友人や、周りの人たちに支えられ、気持ちを救われてきた体験を通して、悲観しても結果そのものが変わらないのであれ

ば、自分をオープンにして、周囲に助けてもらい、少しでも楽になった方がいいのではないかと考えるようになり、その後の人生や仕事においても、自分をオープンにすることで、周囲からのアドバイスを聞くことができるだけでなく、声に出すことでおのずと答えが出てくるといふ対処の技を見出したことが考えられる。また、自分が分からないことに対して、きちんと意見を言ってくれる人を選んで相談したり、みんなに分からないことを投げかけるなど、【いつまでも溜め込まずに意見をくれる人を選んで相談し、早めの対応をすることで前向きな気持ちへと切り替え】という対処もみられた。このことから、自分の気持ちを溜め込むことで、自分自身が苦しくならないよう、アドバイスをくれる人を意図的に選択して早期に対応することで、前向きに気持ちを切り替えることができるような技も見出していたことが考えられる。名越ら (2012, p.150) は、「困難感を感じないようにするのではなく、困難感を感じた時に、その解決策や工夫する手段を身に付けることが必要」と示唆しており、A 氏も、結果が変わらないのであれば、苦しさを少しでも軽減するために、自分をオープンにすることや、アドバイスをくれる人を意図的に選んで、前向きな気持ちに切り替えるなど、解決策や手段を身に付けていたと考えられる。

3. がんの病体験をもつ緩和ケア病棟看護師の意識の拡張

マーガレット・ニューマンは、筋委縮性側索硬化症 (ALS) に罹った母のケアギバーとしての経験から、『拡張する意識としての健康の理論』を提唱した。ニューマン (1994/1995) は、疾病と非疾病を包含する“健康”という概念を見出し、部分ではなく全体のパターンとして健康を見ることに注目し、人間と環境の相互作用の中で進化していく開かれたエネルギーシステムとして捉えた。また、「疾病は人間が自分のパターンに気づく方法であると言えるかもしれない。私たちの多くは、自分自身や自分のパターンに、完全には気づかないで暮らしていたりしている。そこでパターンは、より『無意識的』な仕方、つまり不適応と解釈できるような変化もしくは疾病として、それ自体を開示することになるが、それはより高いレベルの意識へと移行を表すものでもある」(1994/1995, p.16)

と述べている。また、遠藤は、「がんの診断を受けたり治療を重ねるクライアント自身が、それで惨めになるのではなく、どんなに辛く惨めな体験でも、それを“意味”ある体験にする方法を見つけて、その体験を通して成長する、あるいは成熟する」(2008, p.2)と述べ、卵巣がんの診断を受けた女性たちの語りから、「がんの診断や再発を知らされる中で、出口を見失ってしまったかのような窮地に立たされていた女性たちは、自分の過去を引き寄せて人生の軌跡をなぞり、自分のパターンに気づき、そのパターンに意味を見だした」(2008, p.35)ことを明らかにしている。A氏はがんの病体験により自分の意識のパターンに気づき、関わった人々や環境との相互作用によって、より高いレベルの意識へと移行していった、つまり体験に“意味”を見出し、成長していったという特徴があるということが考えられる。A氏の語りにニューマンの理論を適用してみると、周囲の人たちや環境との相互作用の中で進化していく拡張する意識のパターンとして、意識の持ち方が変化するターニング・ポイントとして三つの局面があることが考えられた。

第一の局面では、【寝たら一生起きられないという夜の不安や怖さへの援助は、その人らしい生活への援助なのかと苦悩】、【死に直結することを患者に聞くタイミングを逃した後悔】、【緩和ケア病棟では一般的なことにプラスしてより高い技術が求められるが、まだ十分でない自分を修復できない悩み】という心理的負担の中で、“看護師としての自己”と“患者としての自己”という二つの自己が対立的に共存していた。それでも、【自分が満足することや、こういう職業だという諦めで自分を擁護】という自己防衛の対処だけに留まらず、【患者の状態をプラスに捉え、ストレス発散して立ち直すスピードやパワーを強みと自負】ことや、【次に活かそうという思いで、辛いと思うことを一つの教訓としてプロとして追求】という、前向きな対処により、心理的負担を乗り越えていた。この局面では、“看護師としての自己”と“患者としての自己”という二つの立ち位置があることが、心理的負担へと繋がっていた。その一方では、“看護師としての自己”から“患者としての自己”へと立ち位置を変換できることが、より患者に寄り添える看護ケアに繋げることができるという、病体験をもつ看護師としての強みになっていたことが考えられる。このように、“看護

師としての自己”と“患者としての自己”という二つの立ち位置は、“非疾病”の自己と“疾病”の自己という二つの立ち位置と捉えることができる。それらを変換するA氏のパターンについては、A氏自身は語りの中から意識していないと考えられる。そのため、ニューマンの理論を適用すると、より“無意識的”に行われていたと考えられる。そして、二つの自己が対立的に共存していることは、疾病と非疾病を包含していることを意味しており、それはがんの病体験を持たない看護師にはない、A氏の特徴的なパターンであると考えられる。

第二の局面では、【命の代わりに与えられた役割とは思いつつ、希望しないタイミングでの異動による居場所のなさから生じる辞職との葛藤】や、異動後には【症状コントロールへの太刀打ちできない辛さ】という自分に対する無力感にも似た心理的負担を感じていた。それでも、緩和ケア病棟看護師としての経験を積み重ねる中で、【今までの経験が活かされ看護の自信へと繋がったため、求められていることはこれからすべき課題との捉え】という、今までの看護経験への自信や、困難な課題に対しても立ち向かおうとする対処や、病体験を含めた人生経験において苦労を重ね乗り越えてきたことへの自負から、病棟のピラミッドが崩れないよう支える人材として配属されたという、【病棟組織における役割の認識】ことにより対処していた。このことから、配属当初には、自分の居場所のなさから心理的負担を感じていたが、緩和ケア病棟に配属された後は、その場所での自身の役割を認識することにより自身の居場所を確保していた。このような心理的負担と対処との関係には、A氏のパターンが考えられる。A氏が看護師として復帰後、終末期看護を勉強するために緩和ケア病棟への配属を希望したが、その希望は叶わず、一般病棟へ配属された際にもモチベーションが低下し、居場所のなさを感じていたことが考えられる。それでも、配属された一般病棟において終末期患者とその家族に関わる中で、看護師として何ができるのかを考え、やりがいを見出し、計画を立ててきたという経緯があった。このように、自身が希望するタイミングで配属されなかった勤務場所だったとしても、一度は心理的負担を感じながらも、その時その場所で出会った患者や家族、そして他の医療スタッフなど、“人間と環境の相互作用”の中でや

りがいを見出し、自身の役割認識を捉えなおすというパターンがみられ、それらのプロセスを繰り返すことで、看護師としても人間としても成長していたことが考えられる。

第三の局面では、緩和ケア病棟異動後に感じたさまざまな心理的負担から、さらに【自分の気持ちを閉じ込め、バリアの中で身動きが出来ない苦しさ】という心理的負担に対し、【自分をオープンにすることでみんなに助けをもらい、アドバイスを聞くことで自分の中に答えの見出し】という対処がみられた。そこにも A 氏のパターンが考えられる。悲観して一人で苦しむより、少しでも気持ちが楽になるように、自分をオープンにすることで周囲の助けを得るという術を身に付けていたことが考えられる。それは、がんの病体験の中で、自分以上に泣いてくれた友人や、周りの人たちに支えられた経験から、“人間と環境の相互作用”によって、自分をオープンにすることが、少しでも苦しさを緩和する方法であるという自分のパターンに気づき、今回、緩和ケア病棟へ配属後に心理的負担を感じた際にも、自分をオープンにするという対処パターンとしてみられたと考えられる。このように、自分をオープンにすることが、進化していく“開かれたエネルギーシステム”として捉えることができるのではないかと考える。

このように、A 氏はがんの病体験により自分のパターンに気づき、関わった人々や環境との相互作用によって、より高いレベルの意識へと移行していったことが考えられる。そのため、緩和ケア病棟へ配属後、さまざまな局面で心理的負担を感じながらも、さまざまな対処をしており、それらのプロセスには自身のがんの病体験により開示されたパターンが影響していることが考えられた。それでも、【看護の最終的な正解が分からない辛さ】という心理的負担だけは、ある局面から次の局面へとステップアップしても消失することはない、看護師として働き続ける上でずっと抱き続ける心理的負担となっていることが考えられた。それは、全く同じ場面など絶対ないと思う中で、症状コントロールなど太刀打ち出来ず、なにが正解なのか答えがないまま、ずっと悶々として尾を引いていることや、十分な関わりが持てないまま亡くなるため、最終的な正解が分からないことがいちばん辛く、自分の頭の中にはやっぱり残るといふ、A 氏の語りから推察で

きる。このような心理的負担に対し、職業特性を理由にした諦めなどの自己防衛による対処だけでなく、適切なアドバイスをくれる人を意図的に選んで相談し、対応していくという前向きな対処もみられた。このことから、看護の最終的な正解が分からないことで心理的負担を感じながらも、看護として何が最善かを問いつけ、患者とその家族や医療スタッフとの相互作用の中で、試行錯誤を繰り返していくプロセスにより、看護師としてさらなる成長を遂げていくことが考えられた。

以下に、A 氏のパターンを示す（図1）。

ニューマンは、「現在という時点では拡張する意識としてパターンをとらえるのが難しいことがある。しかし、パターンが混乱したり、あるいは妨げられたりしているように見えるときでも、やがてはより高いレベルの意識での行動として現れてくる」（1994/1995, p.80）と述べている。つまり、A 氏自身も告知を受けてがんという病に直面している時点では、パターンが混沌としたり、妨げられているように見えたかもしれない。しかし、周囲の人たちや環境との相互作用により、乗り越えられた体験を通して、自分のパターンに気づいていった。そして、看護師として復帰後にも、さまざまな心理的負担を感じており、それぞれの局面では一見混沌としているようにも見える。しかし、がんの病体験を経て開示された自身のパターンにより、心理的負担と対処のプロセスを繰り返すことで、次なる局面へとステップアップし続け、経験を積み重ねていくことが、さらなる看護ケアの広がりを見せている。そして、がんの病体験から現在に至るまでを全体

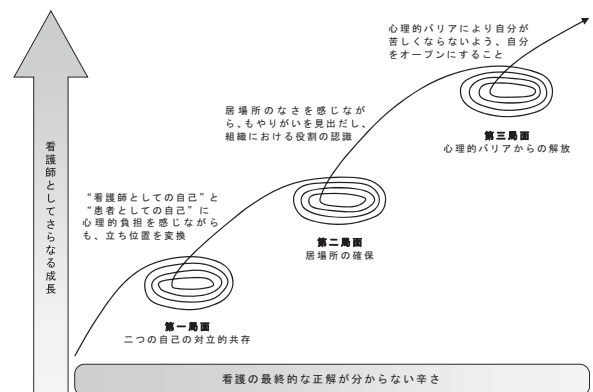


図1. A 氏のパターン

のパターンとしてみた時、より高いレベルの意識へと拡張し続け、A氏自身が人間として成長し続けていると捉えることができるのではないかと考えられる。

ニューマンは、「疾病は、パターンの開示としてとらえることができ、人々に彼らと環境との相互作用のパターンを認識させるのに役立つ」(1994/1995, p.13)としながらも、必ずしも疾病がなくても、より高い意識のレベルに移行することは可能であり、それにはストレスを受け入れることが関係していると述べている。また、八木(2014)は、レジリアンスが物理学の領域で「外力による物体の歪み(ストレス)に対する反発・復元力」の意味で使われてきたことに注目し、「ストレスとレジリアンスは一心同体の現象であり、とくに『生体のストレス状態には常にレジリアンス活動が内在している』と考えるべきである」と述べている。さらに、初めて緩和ケア病棟に配属された看護師が感じた心理的負担は、時間の経過とともに流動的かつ断続的に変化しており、心理的負担と対処には、個人要因や環境要因を自分の糧にして、自己成長へと繋げることができる、緩和ケア病棟看護師のレジリアンスが関係していることが示唆されている(稲垣, 2015)。つまり、疾病と非疾病、ストレスとレジリアンス、心理的負担と対処という、一見対立しているように見える二つのものは常に共存しており、人や環境との相互作用により、それらを包含して受け入れることにより高い意識レベルに移行する、すなわち自己成長へと繋がるということが考えられた。

遠藤は、「がん体験は人生の中の重要なターニング・ポイントとなる」(2008, p.8)と述べている。それは、これからがんをいつも思い煩いながら生きなければならず、死に向かうプロセスにやがて入らなければならないというネガティブな考えではなく、自分への意味を創造する、新たな人生の旅立ちというポジティブな考え方である。村瀬(2012, 2014)は熟練看護師の看護観の変遷について、「看護観のターニング・ポイントとなる忘れられない看護経験において、実践した看護経験の意味を考え、その看護経験において生じた自己の葛藤を対立的に共存させながら統合して学び続け、その過程で看護観が発展していた」ことを述べている。A氏もがんの病体験がターニング・ポイントとなり、忘れられない患者経験、看護経験の意味を考え、対立的に共存した自己の葛藤から、看護観が発展

していることが考えられる。

本研究の限界と今後の課題

本研究の研究協力者は、がんの治療経験があり、研究協力の同意が得られた50代後半の女性看護師一名であった。そのため、臨床経験年数が長く、人生経験が豊富であること、性別が限定されていること、疾患が限定されていることによる本研究の限界がある。今後は、臨床経験年数が短い看護師、男性看護師、異なる疾患の病体験をもつ者、病体験をもつ当事者ではなくその家族である場合などに研究協力者を広げること、新たな知見が得られる可能性がある。

VI. 結論

1. がんの病体験をもつ病棟看護師が緩和ケア病棟配属後一年以内に感じる心理的負担の特徴として、“二つの自己の対立的共存”、“最終的な看護の正解が分からない辛さ”が抽出された。
2. がんの病体験をもつ病棟看護師が緩和ケア病棟配属後一年以内に感じる心理的負担への対処の特徴として、“自己防衛しつつ前向きに捉えようとする対処”、“病体験をエネルギーに変換することでの居場所の確保”、“身動きが出来ない心理的バリアからの開放”が抽出された。
3. これらの特徴について、M・ニューマンの『拡張する意識としての健康の理論』を適用し考察してみると、がんの病体験をもつ緩和ケア病棟看護師は、自身の病体験により開示されたパターンにより意識が拡張し、自己成長へと繋がっていることが示唆された。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご理解とご協力をいただきました病院の病院長をはじめ、看護部長、病棟看護課長、病棟看護師の皆様、貴重なお話を聞かせていただいたA氏に心より感謝申し上げます。なお、本稿は日本赤十字豊田看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文を加筆・修正したものである。

引用文献

- 遠藤恵美子 (2008). 希望としてのがん看護 マーガレット・ニューマン“健康の理論”がひらくもの. 東京: 医学書院.
- 畠山とも子, 手島美子 (2007). 緩和ケア病棟における新人看護師の経験の特徴—一般病棟の臨床経験を有する看護師の場合—. 日本がん看護学会誌, 21 (2), 44-49.
- 稲垣久美子 (2015). 緩和ケア病棟に初めて配属された看護師が臨床判断をする際の心理的負担と対処のプロセス—一般病棟での臨床経験を有する看護師の夜勤帯の経験—. 日本赤十字豊田看護大学院修士論文.
- 厚生労働省 (2012). がん対策推進基本計画. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf 2015/06/29.
- Lazarus, R. S. (1999) / 本明寛訳 (2009). ストレスと情動の心理学 ナラティブ研究の視点から. 59-102, 東京: 実務教育出版社.
- Margaret A. Newman (1994) / 手島恵訳 (1995). マーガレット・ニューマン看護論 拡張する意識としての健康. 東京: 医学書院.
- Margaret A. Newman (2008) / 遠藤恵美子訳 (2009). 変容を生み出すナースの寄り添い 看護が創りだすちがひ. 東京: 医学書院.
- 村瀬智子 (2012). 精神科熟練看護師の看護観変遷の構造分析 A氏のライフヒストリーに基づいて, 近大姫路大学看護学部紀要, 5, 30-39.
- 村瀬智子 (2014). 精神科熟練看護師の看護観を変えた経験—2人の熟練看護師のライフヒストリーの比較—, 日本赤十字豊田看護大学紀要, 9 (1), 35-53.
- 名越恵美, 石川真帆, 小野静香, 北村祐二, 尾下玲子, 藤田千尋 (2012). 開設初年度の緩和ケア病棟看護師の End of Life Care に関する困難感の分析. *International Nursing Care Research*, 11 (4), 145-151.
- 尾下玲子 (2006). がん体験の意味を探る—父が示唆してくれたもの—. *ホスピスケアと在宅ケア*, 36 (1), 41-46.
- 柴田純子, 佐藤まゆみ, 増島麻里子, 泰圓澄洋子, 真嶋朋子, 桜井智穂子, 小坂美智代 (2011). 日本における終末期がん患者を抱える家族員の体験. *千葉看護学会会誌*, 16 (2), 19-26.
- 八木剛平, 渡邊衡一郎 (2014). レジリアンス 症候学・脳科学・治療学. 2-4, 東京: 金原出版.
- 吉田みつ子 (1999). ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究“良い看とり”をめぐる. *日本看護科学会誌*, 19 (1), 49-59.

The Characteristics of Psychosocial Burdens and Coping of A Palliative Care Nurse with Experience of Cancer Survivors

INAGAKI Kumiko¹, FURUZAWA Ayako², MURASE Tomoko³

¹Anjo Kosei Hospital

²Department of Nursing, Nihon Fukushi University

³Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

Abstract

The purpose of this study is to clarify the characteristics of the psychosocial burdens and coping behavior of a palliative care nurse with experience of cancer survivors who was been assigned to the palliative care ward less than ten months. A qualitative descriptive research method was used, in which a semi-structured interview was conducted with a palliative care nurse with experience of cancer survivors. The obtained data were analyzed qualitatively and inductively. Individual analysis results of the characteristics of the psychosocial burdens of a palliative care nurse who had experience of cancer survivors were as follows: “two selves opposing coexistence” and “the difficulty of finding right answers of patients’ care in the end of their life.” The characteristics of the coping behavior of the palliative care nurse with experience of cancer survivors were as follows: “protecting oneself and thinking positively,” “securing the environment by transforming the effects of sickness into energy,” and “opening up psychological barriers that cannot be transcended.” These features were applied in relation to Margaret A. Newman’s theory on “health as expanding consciousness.” In addition, consciousness was expanded within the palliative care ward nurse who had experienced cancer survivors, due to the pattern emerging from the cancer survival effects, thereby influencing the core of one’s own growth.