

乳がん患者が情報を取り入れつつ生活を再構築する過程を促進する構造 —契機とソーシャルサポートとの関係—

中條雅美*

The Structure for Facilitating the Process for Patients with Breast Cancer to Rebuild Their Daily Lives Whilst Gaining Necessary Information: The Relation Between Momentum and Social Support

Masami CHUJO

Abstract

Objectives : To clarify the structure for facilitating the process for the patients to rebuild their daily lives, by studying those with breast cancer who are to have an operation in three to four months, or had it three to four months before.

Methodology: Qualitative and inductive analysis of the data collected through continuous and structural interviews targeting four patients with breast cancer.

Results and Considerations: In order for breast cancer patients to rebuild their lives, as five-step turning points, there are three structures where the two following experiences occur one after another; (1) Becoming aware of the momentum; and (2) Sharing the momentum with others. It was indicated that in order to facilitate rebuilding the lives of the patients with breast cancer, it is necessary for them to face individual hurdles presented at that particular moment without fearing the drop in the quality of life, and to gain support from others so that the patients can share such hurdles with them. It was concluded that in order to provide a nursing assistance to facilitate rebuilding breast cancer patients' lives, direct and indirect nursing interventions are necessary, so that the patients can obtain required social support according to their conditions at appropriate timings.

Key Words: breast cancer patients; gaining information; lives; rebuilding; facilitating structure

要 旨

目的：術前から術後3～4ヶ月の乳がん患者を対象として、患者が生活を再構築する過程を促進する構造を明らかにすることを目的とした。

分析方法：乳がん患者4名に対する継続的非構造的面接から収集したデータを、質的帰納的分析を行った。

結果及び考察：乳がん患者における5段階の生活再構築を促進する構造として、1. 契機を意識する、2. 契機を他者と共有する、の2つの体験が連続する構造が3つあることを捉えた。乳がん患者の生活再構築を促進するためには、生活の質が一旦落ち込むことを恐れず、その時々を抱えている課題に直面し、その時々課題を共有できる他者の支援を得ることが必要であることが示唆された。乳がん患者の生活の再構築を促進する看護援助とは、患者の状態に合わせて必要な時期に必要なソーシャルサポートが得られるよう直接的・間接的に看護介入する必要があると考えられた。

キーワード：乳がん患者、情報の取り入れ、生活、再構築、促進構造

* 福岡県立大学看護学部成人看護学講座

Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing,

Fukuoka Prefectural University

連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395

福岡県立大学看護学部成人看護学講座 中條雅美

E-mail: chujo@fukuoka-pu.ac.jp

緒言

医学の発展に伴い、延命だけではなく患者の生活の質(Quality of Life)を向上させることに関心が向けられるようになり、その前提として情報開示が行われるようになってきた。先行研究では、乳がん患者に対して、治療内容とそのメリット・デメリットや予後などを情報開示することが患者の生活の質の向上に寄与すること、医療者は個々の患者に合わせて情報提供する必要があることを示してきた(岡谷, 2000; 高原, 2000)。それに対して乳がん患者自身においては、様々な情報を生活に役立てることによって生活の質を保つためにできるだけ多くの情報を欲していると報告されている。先行文献では、身体症状のよさや自尊感情の高さ及び問題解決型コーピング法(二渡, 星山, 川口, 2000a), がんを罹患した体験自体を肯定的に捉えるようになること(種村; 1993; 二渡, 星山, 川口, 2000b; 前田, 佐藤, 1996), がんを自己の一部として体験するようになること(上野, 1975), ソーシャルサポート(福井, 2002; 真壁, 2002; 青山, 奥村, 広瀬他, 2003)などが生活の質を向上させ生活を再構築させる要因として報告されている。

しかし一方で、多くの情報を得ることで不安が増加する患者がいるとの報告がある(Mills, 1979)。特に、フォローアップ時において情報源となっているメディアからネガティブな体験をし、生活の中で頼りにしている家族・友人に相談するのでは問題が解決しない場合があることが報告されている(Luker, Beaver, Leinster et.al., 1996)。これまで、患者が生活の質を向上するには、家族や、医療者、患者会やグループ療法などの他者からの支援が有用であることが報告されてきているが、情報を得て生活を再構築する過程との関わりは明らかになっていない。

筆者は先に乳がん患者が情報を取り入れつつ生活を再構築する過程として、1『がんに脅かされ始める』、2『がンを廻り翻弄される』、3『がんから身を守る』、4『人生を見直す』、5『がんが道具となる』、の5段階の構造があることを明らかにした(中條, 鈴木, 岡村, 2003)。患者は、この生活を再構築する過程における各段階を移行する毎に、情報の取り入れ方が現実に即した解釈をする方向に変化すると共に生活の質が向上していた。しかも、この5段階においては、患者は各段階を逡巡することなく移行していたことから、生活の再構築の過程の各段階を移行する転換点

があると考えられた。

これらのことから、乳がん患者が情報を取り入れつつ生活を再構築する転換点となる体験およびそれを促進する構造を明らかにすることができれば、乳がん患者が生活を再構築する過程を促進するための看護援助への示唆を、より具体的に得ることができると考えた。本研究の目的は、乳がん患者が生活を再構築する5段階の過程に沿って、生活再構築を促進させる構造を明らかにすることである。

用語の定義

情報の取り入れ：生活状況のなかから、情報を取捨選択して意味付けて生活上の判断を下して生活を営む作業過程

研究方法

面接方法

原発性乳がんの診断で外科的治療(乳がん根治手術)を目的に入院した成人女性で、研究協力への同意が得られたものを対象とした。研究期間は2000年4月28日～11月15日までの約6ヶ月間であった。面接は、生活に焦点を当てた非構成面接を継続的に行った。がん患者はがんの情報開示後3ヶ月くらい生活が安定することからこの期間において生活を再構築していると考えられたため、面接期間は術前から術後3-4ヶ月までとした。面接の回数は1人につき7回～11回であり、その総面接回数は34回であった。面接時間は1回1時間以内を目安とし、面接間隔は研究協力者と相談の上決定した。面接の記録を協力者の承諾を得てテープに録音し、面接後に逐語的に記述した。

倫理的配慮

倫理的配慮として研究の概要、プライバシーの保護、身体的・精神的負担への配慮、研究を行わないあるいは中止する権利について文書と口頭で説明して研究参加の同意を得た。継続面接中は、それに加えて、特に身体的・精神的負担を自由に表現できる環境と、問題発生時には主治医や病棟看護師長等に相談するなどして対処できる環境を整えた。

分析方法

分析は、逐語録をデータとして、研究目的に沿って質的帰納的にその語りの意味の本質を取り出す方法を用いた。全体の文脈を掴むために、筆者は面接の記述を何度も繰り返し読み、類似している表現に区分けし、相互の関連を比較、検討して、意味を表す名称

をつけた。得られた名称がデータの本質を表しているか、逐語録を何度も繰り返し見直ししながら、さらに類似している表現に区分けし、相互の関連を比較、検討した。それを反復していくことで徐々に抽象化していき、意味の本質が浮かび上がって来たものを、意味の本質を表す名称として抽出した。

信頼性・妥当性

この研究方法においては、研究者や研究協力者の常識や役割、知識、信念、習慣など、その意味の本質と密接に関わりあっているものを否定するのではなく、それらを一時中断して、傍らにおく態度(これを現象学では“括弧入れ”という)が研究者に必要とされる(Munhall et al.,2000)。言語という唯一の頼りとなるものの底に隠れている意味を識別するために、概念の前提からできるだけ離れて、具体的に研究協力者によって経験された現象に焦点を当てるためである(Munhall et al.,2000)。研究の信頼性・妥当性を高めるためには、“括弧入れ”する態度を保ってデータを分析することが必要である。研究の信頼性、妥当性を高めることを目的として、現象学に長けている看護学者のスーパーバイズを何度も受けた。これは、結果が信頼できるものかどうか、研究協力者の「現実」の世界を象徴しているか(信頼可能性)、研究協力者の環境とすべての状況を考慮に入れ文脈の中で研究しているか(文脈の中の意味)、説明と解釈が飽和に達しているか、そしてこの研究から見いだされた結果を似たような文脈あるいは状況に移して適用できるか(移転可能性)を検討することを目的とした(Holloway et al., 2000)。

研究結果

研究協力者の背景

本研究の研究協力者は4名であった。面接の過程で

明らかになった、各研究協力者の背景と経過の概略を、表1に示した。研究協力者は全て女性で、年齢は39歳～64歳であった。研究協力者はすべて、ステージ2の乳がん患者であり、乳がん以外に生命の危機を感じるような重篤な疾患の既往がなかった。

生活再構築を促進する構造

乳がん患者への面接を情報の取り入れの観点から分析した結果、があることを捉え、生活再構築を促進する構造として、生活再構築の5段階の過程における、第2・第3段階、第3・第4段階、第4・第5段階の移行時にその移行を促進させる転換点として、1. 契機を意識する、2. 契機を他者と共有する、の2つの体験が連続する構造があることを捉えた。

1. 契機を意識する

これは、患者が現実と自己の生活方式とのギャップに直面することであった。患者は、生活を再構築する過程において、意識下あるいは無意識下で自らの生活方式にそぐわない現実の存在に感じていた。患者は、生活を再構築していく過程の途上にあっても、常に生活を再構築する方向性を持っているわけではなく、現実に合わせて療養生活を引き受けることで生活習慣や社会的役割の喪失など自らの生活方式や存在価値を否定されることを恐れていた。

「みんなも、一応、がんじゃっていうことになれば、視線もすごいじゃないですか。近所の方も。哀れげにされるっていうのが、すごく、嫌になってきて。がん…一応がんっていうことになって、何かこう同情的にされると、ああ、がんっていうのは、みんなにとってすごく何か意味があるんだなあっていうのが。私もそう思っていたかどうかは分からないけど、もうそれ自体がすごいものって思っているんだなあって思ってた」(A・第3回目)

そのため、患者は、自らの生活方式にそぐわない現

表1

研究協力者の概要

研究協力者	年齢	性別	婚姻	子供	職業	疾患名	術式	術後療法	面接期間	面接回数
A	57	女	既婚	有	無	右乳腺腫瘍、stage2	右乳房切断術	化学療法(フルツロン内服)	術前～術後4ヶ月	7
B	42	女	既婚	有	有	左乳腺腫瘍、stage2	左乳房部分切除術+同時乳房再	放射線療法	術前～術後4ヶ月	8
C	39	女	既婚	有	有	右乳腺腫瘍、stage2	右乳房部分切除術	放射線療法+ホルモン療法+化学療法(CMF)	術前～術後4ヶ月	11
D	64	女	未婚	無	有	左乳腺腫瘍、stage2	左乳房切断術	化学療法(CMF)	術前～術後3ヶ月	8

実に向き合ったときに自分の存在価値を見失い落胆するだろうことを見通し、病前の生活方式を継続することに努めていた。患者は自らを否定する情報やその情報に関わる人と対峙することを避けたり、自らの生活方式を意識しなくてすむよう消極的な生活を保ったりしがちであった。患者は、契機となりうる現実と生活方式のギャップを意識しないために、ひどく落胆することもなかったが、生活を再構築するための課題に気付くこともできなかった。これは、研究協力者A・B・C・D全てが生活を再構築する各々の段階において語っていた。

「ただ、悪くなるのが嫌だから…。この…これ(がん)に対しては素人なので…。自分だけで判断するのが、少し怖くて、だから、それやらない方が良かったんだよって、後の後悔を聞きたくないんで…。だから先に聞いて…。その確認ばかりなんです…。」(C・第11回目)

患者は、現実と生活方式のギャップによって現実の生活のしづらさが身にしみたときには、患者らはその現実を逃れられない現実として受け止めざる得なくなっていた。この現実即して情報を取り入れ生活再構築の方向性を開かせる転換点となりうる体験を、契機と名づけた。この体験は患者らにとって自らの生活方式を否定し自らの無力さや不運さを思いひどく落胆させる側面を持つ。その一方で、その時々々の生活の方式を変えて再構築するための課題に出会えるチャンスでもあった。このカテゴリーには、生活再構築の第2・第3段階の移行時における①がんであることを覚悟、第3・第4段階の移行時における②がんから逃れられないことに直面、第4・第5段階の移行時における③使い慣れた対処法の限界に直面、が含まれた。

①がんであることを覚悟

これは、患者が受診によってがんを否定できないと悟らされたことであった。患者は、がんが否定されるのを期待して受診したにも関わらず、がんであることが確定した。患者は、がん診断によってがんの治療を受ける必要性に迫られて現実を見つめたことで、がんと闘うために情報を取り入れて生活を再構築する可能性が開けた。これは生活再構築の第2段階の『がんを巡り翻弄される』段階にあった研究協力者A・B・C・D全てが語っていた。

「おっぱいのしこりの[大きくなる]スピードがすごく早いと感じて、ここに受診したの。」(B・第1回

目)「最初に来たときにも、がんと…おかしいとは思っていたけどね。」(B・第5回目)

②逃れられないがんに直面

これは患者ががんを排除できないことを実感したことであった。患者は、乳房の喪失や副作用の強さをできるだけ意識しないようにしていたが、患者らがまぎれもないがん患者である証拠としてボディイメージの変化は現実存在した。患者は、がんと闘う苦勞が報われないむなしさを嘔みしめつつ現実を見つめたことで、人生を見直すために情報を取り入れて生活を再構築する可能性が開けた。これは生活再構築の第3段階の『がんから身を守る』段階にあった研究協力者A・Bが語っていた。

「私、ちょっとここを見てたんよ、鏡で。ね、痛いから。その時は、おかしい…こころも、こういうようになっている、硬く、こころがちょっと厚いですから、ここ。ああ、またどこか悪くなるんかなって思って。で、自分が、その体を見て、衰れに感じたんですよ。涙は出なかったけど…、でも、ずーっと、泣いてたんですよ。昨日は、久しぶりに。何で私ばかりがこのような状態にならないといけないのかなって、そういう風に。」(A・第3回目)

③使い慣れた対処法の限界に直面

これは、患者が生活方式を変えないと生活しにくいと実感したことであった。患者は、他人の事件に巻き込まれたことよって、がんに直接関連しない部分の生活までもが危機的な状況になった。現在の生活全体を改革する必要性に迫られて現実を見つめたことで、対処法を変更して生活を再構築する可能性が開けた。これは、生活再構築の第4段階『人生を見直す』段階にあった研究協力者Aが語っていた。

「私、こっち[がん]のことは大丈夫なんですけど、でも、そっち[事件]のことで変になってしまって、私、字も書けなくなっていたんですよ。精神的に辛くて。もう、借金したのに、こんなになってどうしようって。先のこと、経済的なことを考えたら、どうしようって思うじゃないですか。」(A・第6回目)

2. 契機を他者と共有する

これは、患者が他者と共に生活を再構築するための課題を解くことであった。患者の周囲には患者をサポートしようとする他者が存在していた。しかし、患者自身が生活を再構築する契機を意識して自らの課題に気付いていなければ、患者は現実の実態を見つめることができなかった。患者のその時々々に必要

な情報を提供し生活の再構築を促す支援を意図していても、患者の現実構成に即していないために、生活習慣や社会的役割の喪失などという患者の危惧や恐れを増幅させ、そのサポートが生活の再構築の障壁となることがあった。

「私、一人暮らしをしているから…。だから、あの、ご飯が作れないんじゃないかと思ったりね、包丁がつかえなくなるんじゃないかと思ったりね。看護婦さんは、リハビリを手術から帰ったらすぐにはじめるって言われたから、初めは指も動かんのじゃって、思いましてね…。ヘルニアの手術をしても、足の指を動かすって…。私は、それを大げさに考えていたかも知れないんだけど。そう、怖い…。怖かったんですよ。」(D・第1回目)

患者は、自らの生活方式とギャップを感じていた現実に対して、他者がその現実の中にある課題を解く責任の一端を担いつつその体験に自分と同じく全力をかけて取り組んだ場合には、患者自身の感情や解釈、今後の展望などをさらけ出すことで現実の実態を捉えていた。このような他者との共有体験は、患者の情報の取り入れ方と現実構成を変え、患者を生活を再構築する方向へ変化させた。このカテゴリーには、①医師と共に治療に取り組む、②病者と共に余命を見つめる、③家人と共に苦境に挑む、が含まれた。

①医師と共に治療に取り組む

これは患者が医師と治療の必要性を共有して治療を開始しようとしたことである。生活を再構築する過程の第2段階の『がんを廻り翻弄される』にあった研究協力者A・B・C・Dは、医師をがんと戦うパートナーとしたことから第3段階の『がんから身を守る』へと生活を再構築する段階を移行した。患者は、がんを見過ごす死が迫ってくる現実の中で、医師が治療責任を引き受けてがんの治療を目指す方向性を示したときに、「がんであることを覚悟」してそのことを受け止め、がん挑む方向性が定まった。「妹が来たり、弟が来たりね、先生から話があったり…して、で、なんかなあ…、行き場所がなくなったわかって思うわ。自分で、まだ逃げ出すことも考えていたし、だけど、麻酔の先生の話の何度か聞くうちに…落ち着くってというような気持ちになったわ…。私のすることはない…あがいても仕方がないと…。なんか、すんとんと穴の中に入ったなっていう感じ…。楽なところは、ここ、っていう感じで、手術受けられたと

思う。」(D・第6回目)

②病者と共に余命を見つめる

これは患者が病者と共に死の身近さを共有し現在ある命を大切に始めようとしたことである。生活再構築の過程の第3段階の『がんから身を守る』にあった研究協力者A・Bは、病者と共に死の身近さと奮闘する同志として認め合ったことで第4段階の『人生を見直す』へと段階を移行した。他の病者も死の恐怖を感じつつ生きている現実から、がんであってもすぐに死ぬわけではないことが示され、「がんから逃れられないことに直面」してもがんと共に生活する方向性が定まった。

「いろんな人と出会って良かったと思う…。遺伝性の大腸がんとか卵巣がんとかいろいろな病気をしている14歳の子にね、何で、この病気になって、死ななきゃいけないのかって思ったことありますかって聞いたらね。そしたらね、思ったこともあるけど、まあ、先生に任せてるって。それから、もう一人の患者さんは、すごい前向きで、何年前に胃がんで、手術して、2・3年前、くも膜下出血。で、色々な病気を抱えて、すごい楽しい人なんですね、前向きで…。」(B・第5回目)

③家人と共に苦境に挑む

これは、生活共同体の家人と共に生活方式を変更しようとしたことである。生活再構築の過程の第4段階の『人生を見直す』にあった研究協力者Aは、共同生活者である家人と共に社会生活の危機を共有したことで第5段階の『がんが道具となる』段階へと生活を再構築していった。自分と共に危機状態にある配偶者から生活方式を変更しても生活が破綻しない現実が示され、病前の生活方式という「使い慣れた対処法の限界に直面」し、その現実に合わせて生活方式を変更すれば楽に生活できる方向性が定まった。

「私、こっち [がん] のことは大丈夫なんですけど、でも、そっち [事件] のことで変になってしまって、私、字も書けなくなっていたんですよ。精神的に辛くて。その時は、ほんとに辛かったんです。もう、こんなになってどうしようって。先のことを考えたら、どうしようって思うじゃないですか。(中略)生活のことが心配だったんですけど、まあ、どこのうちであることだろうし、どこでも一緒だし。主人で見れば、それはね、そういうときはそういうときで、〇〇すればいいからっていつてくれるから、それで、気が楽にな

りました。だから、まあ、そうだなんて前向きに考えるようになるんですよ」(A・第6回目)

考 察

生活を再構築する契機

本研究では、乳がん患者が生活を再構築し生活の質を向上させる5段階の過程において、第1・第2段階の移行時には転換点が認められなかったが、第2・第3段階では「がんであることを覚悟」、第3・第4段階では「がんから逃れられないことに直面」、第4・第5段階では「使い慣れた対処法の限界に直面」が生活再構築の段階移行を促進する転換点である3つの契機となっていた(図1)。また、本研究では、これらの体験は現実を見つめて落胆する体験となっていたが、その時々々の患者の生活方式が現実には即していないことを示し、かつその時々々の生活再構築に向けての課題でもあったことを明らかにした。

これまで、がん患者の生活再構築に関する研究では、がん患者体験そのものを生活再構築の転換点として捉えた報告がほとんどである。そのような中で、峰岸(2002)は、がん患者が生活を再構築する過程において、感情の表出に続く認識の変化という2つの転換点があることを明らかにし、百田・西亀(2002)は、病を持った人が生活を再構築する過程に質の異なる落胆体験という3つの転換点があり、しかもこれらの

落胆体験は患者の回復を妨げるのではなくむしろ促進する契機となっていることを報告した。本研究では、峰岸や百田らの報告と同様に生活を再構築する過程に複数の契機があり、その契機が苦痛を伴うこと、そして生活を再構築する方向性を示し、その過程を促進するものであることを捉えた。本研究のように生活を再構築する契機を解決すべき課題として捉える見方は、青山ほか(2003)の生活再構築を促進するサポートとして問題解決中心的なコーピングを行うことが必要であるとの報告と同様の考え方である。また、生活を再構築する過程の第1・第2段階において契機が認められなかったのは、百田・西亀(2002)の報告と同様の結果であった。これは、第1段階が『がんに脅かされ始める』という、がんのない生活からがんを持った生活が始まる起点としての段階であったためだと思われる。

しかしながら、全ての落ち込み体験が生活を再構築するための契機になるわけではなかった。本研究においても、患者が現実から逃避している状況ではがんに関わる情報を現実には即して受け取ることができないために、患者に現実を誤って解釈させて苦悩を強いるだけの体験になってしまうことがあった。青山ほか(2003)は、患者が課題に向き合うのに適した時点があることまでは触れてなかったが、C.Rogers(1967)が知識や訓練や教えられたものをただ受け取

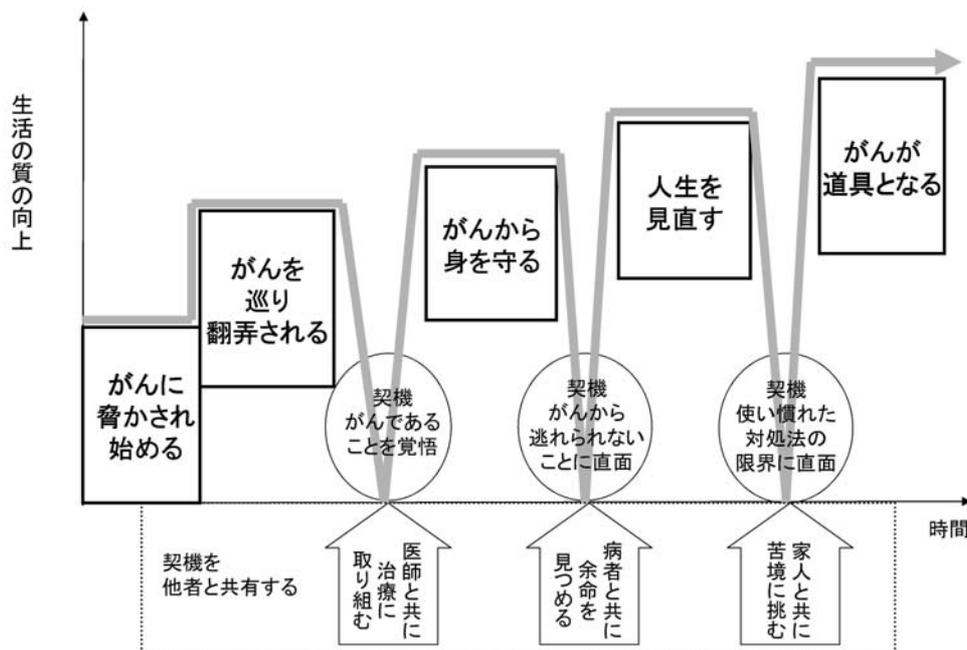


図1

生活を再構築する構造

るだけのやり方はほとんど役に立たないと述べている。患者が直面できる時期を見誤ってしまうとそれはがんからの脅威をより強く意識させることになるかもしれない。Oliver Sacks(1994)は、病気の回復過程は急な階段を上っていくようなものと表現しているが、これは本研究と同様に生活を再構築する契機が複数存在するが、その契機となりうる体験が、苦痛を強いるだけの体験なのか、生活を再構築するための課題となる体験なのかを、患者自身が事前に推察するのが難しいという状況を示していると思われる。患者が落ち込む体験をしている際には、看護師は、患者が生活再構築のどの段階にいてどのような現実構成をしているのかを把握し、生活の再構築につながる契機となる体験なのかどうかを判断する必要があるだろう。これまでのがん看護においては患者の精神的苦痛を軽減することに焦点が当てられがちであったが、今後は、精神的苦痛を伴う落ち込みであっても生活再構築の契機となりうる体験であれば、患者が直面できるように看護援助をしていく必要性が示唆された。

生活再構築を促すソーシャルサポート

本研究で明らかになった契機を他者と共有する体験とは、生活を再構築する過程に沿って、患者が契機を意識した3つの体験に連続した、「医師と共に治療に取り組む」こと、「病者と共に余命を見つめる」こと、「家人と共に苦境に挑む」ことというソーシャルサポートであることを捉えた(図1)。先行研究において、がん患者に必要なソーシャルサポートとして医師や看護師等の医療関係者や夫や子供などの家族、他の患者や友人などから有益なサポートを得ていることを示す報告は数多くあったが(福井, 2002; 眞壁, 2002; 青山ほか, 2003)、どの段階でどのようなソーシャルサポートが必要であることを明らかにした研究はない。本研究では、生活の再構築の過程の中で、その契機を意識した後に他者と契機を共有することで、生活の再構築が促進されることが明らかとなった。患者がどの段階にいるかによって必要とされるサポートが異なることを明らかにしたのは意義深いと考える。

そして患者にとってソーシャルサポートとなりえる他者とは、契機によって明らかになったその時々患者が解決すべき課題に全力で取り組み、その責任の一端を担うことができたものであった。青山ほか(2003)は、生活再構築を促進するサポートとして

問題解決中心的なコーピングを行うことが必要であるとの報告をしていることから、患者が抱えきれない課題を自らの課題として共有して解決しようとする他者だけが、生活の再構築を促進するソーシャルサポートとなりえるのだと考えられる。

宮下(2004)やLuker et al.(1996)は退院後に生活の中で頼りにしている家族や知人からのサポートが有用でない場合があると報告している。本研究においても、患者が術後の麻痺の出現を気にしていたとき、看護師は患側上肢の乳がん術後機能低下予防のためのリハビリテーションについての説明を、麻痺出現の情報と誤解して解釈し余計につらい状況に陥っていた。この場合も、看護師に患者の現実構成のあり方が把握できてなく、患者が抱えている課題を捉えて解決しようとする視点が足りなかったために、ソーシャルサポートとなりえなかったのだと考えられた。これらは、いくらソーシャルサポートが期待できる他者であっても、支援者が患者の状況と課題を理解したうえで、患者と共に自分の取り組むべき課題として共有する姿勢がなければ、有用なサポートとなりえないことをあらわしている。患者を直接サポートするには、患者の思いに沿って共有する必要性があることが、本研究においても改めて示唆された。生活の再構築を促す看護援助

乳がん患者の生活再構築を促進するためには、生活の質が一旦落ち込むことを恐れず、その時々抱えている課題に直面し、その時々課題を共有できる他者の支援を得る必要性が示唆された。生活再構築の第2段階の『がんを巡り翻弄される』にある患者に対して、看護師は患者を直接的に支える支援者として、患者に寄り添い生活を再構築するための課題を共有して解決できるように関わる必要性が示唆された。生活再構築の第3・第4段階の『がんから身を守る』『人生を見直す』にある患者に対しては、看護師は患者を直接的に支援するのはもちろんのこと、患者の状態に合わせて必要な時期に必要なソーシャルサポートが得られるよう配慮する必要があることが示唆された。

近年では、看護師は、患者だけでなく家族の支援する役割や、患者会やグループ療法などで患者同士が効果的に互いを支援しあうように援助する役割も担っている。医療と患者の日常生活の両面から患者を理解し援助する役割を担う看護師は、患者が必要としている時期を見図り、患者が必要としている援助

者との橋渡しをすることができるであろう。また、患者の回りにあるサポート源となりうる他者についても援助することを通して、患者により有効なソーシャルサポートを提供するための環境を整えることもできると考える。

研究の限界および今後の課題

本研究においては研究協力者数が少ないために本研究の結果を普遍化することが難しい。また今後は、研究協力者の年齢差、治療方法、術式、客観的な時間経過などをあわせて分析し、乳がん患者の生活再構築を促進するためにさらに具体的な看護援助を検討していきたい。

結 論

術前から術後3～4ヶ月の乳がん患者を対象として、患者が生活を再構築する過程を促進する構造を明らかにすることを目的として、質的帰納的分析を行った。その結果、乳がん患者が生活再構築における5段階の生活再構築を促進する構造として、1. 契機を意識する、2. 契機を他者と共有する、の2つの体験が連続する構造が3つあることを捉えた。乳がん患者の生活再構築を促進するためには、患者の生活の質が一旦落ち込むことを恐れず、患者がその時々抱えている課題に直面できるように、その時々課題を共有できる他者の支援を得ることが必要であることが示唆された。乳がん患者の生活の再構築を促進する看護援助とは、患者の状態に合わせて必要な時期に必要なソーシャルサポートが得られるよう直接的・間接的に看護介入する必要があると考えられた。

謝 辞

本研究にご協力くださいました研究協力者の皆様に感謝いたします。

本論文をご指導くださいました、鈴木正子先生に深く陳謝いたします。

本研究は広島大学大学院の修士論文の一部に加筆修正したものです。

文 献

青山みどり, 奥村亮子, 広瀬規代美, 中西陽子, 二渡玉江 (2003). 乳がん患者の危機プロセス段階とソーシャルサポート, ストレスコーピングとの関連, 看護技術49 (1), 61-66.
J.H.van den Berg, 上野轟 (早坂泰次郎訳) (1975). : 病床の心理学 - 病床の心理学に寄せて, 現代社,

111.

中條雅美, 鈴木正子, 岡村仁 (2003). 乳がん患者が情報を取り入れつつ生活を再構築する過程—術前から術後3～4ヶ月の過程—, *Quality Nursing*9 (2), 137-146.
福井里美 (2002). 中年期がん患者のソーシャルサポートネットワーク 手術前後のサポーターの内容と変化, *日本看護科学学会誌*22 (1), 33-43.
二渡玉江, 星山佳治, 川口毅 (2000a). 乳がん患者の心理的適応過程と関連要因の解明に関する縦断的研究～乳房温存術と乳房切除術の比較～, *がん看護*, 5 (6), 509-515.
二渡玉江, 星山佳治, 川口毅 (2000b). 乳がん患者の心理的適応過程と関連要因の解明に関する縦断的研究～乳房温存術と乳房切除術の比較～, *がん看護*, 5 (6), 509-515.
百田武司, 西亀正之 (2002). 脳卒中患者の回復過程における主観的体験—急性期から回復期にかけて—, *広島大学保健学ジャーナル*2 (1), 41-50.
Immy Holloway et al. (野口美和子訳): ナースのための質的研究入門, 97-111, 医学書院, 2000
Karen A. Luker, Kinta Beaver, Samuel J. Leinster et.al. (1996). The information needs and source of information with breast cancer; a follow-up study, *Journal of Advanced Nursing*,23,487-495.
前田真紀子, 佐藤禮子 (1996). 子供を持つ壮年期女性の乳がん発病後の役割意識の変化, *岡山大学医療技術短期大学部紀要*, 7, 189-199.
Mills RT (1979). Information Choice and reaction to stress.*J Personality Soc Psychology*, 37, 608-620.
Patricia L. Munhall et al. (2000). *Nursing Research A Qualitative Perspective Second Edition*,106-107,113-114, Jones and Bartlett Publishers,Inc. and National League for Nursing.
岡谷恵子 (2000). 診療情報開示と患者の自己決定, *インターナショナルナーシングレビュー*, 23 (2), 6-9.
真壁玲子 (2002). 日本人乳がん体験者のソーシャルサポートと精神的・身体的状況に関する縦断的研究, *日本がん看護学会誌*16 (2), 35-45.
嶺岸秀子 (2002). 対話とマッサージを組み入れた看護ケアと進行期がん患者の病気・治療体験における変化M.Rogersの統一体としての人間の科学に基づいて, *日本がん看護学会誌*16 (1), 49-60.

宮下美香 (2004). 乳がん患者により知覚されたソーシャルサポートに関する研究, 看護技術50 (3), 242-248.

Oliver Sacks (1984) . A LEG TO STAND ON, Original Copyright,. (邦訳 ; 金沢泰子 : 左足を取り戻すまで, 188, 晶文社, 1994.)

高原美樹子 (2000) . がんで手術を受ける患者の精神的安定に及ぼす医療者 (医師・看護婦)からの影響, がん看護, 5 (2), 259-164.

種村健二郎 (1993). 患者の望む「がん告知」－患者へのアンケート調査から－, ターミナルケア, 3 (4), 315-321.

C.Rogers (梶瀬稔訳) (1967) . ロジャース全集6 人間関係論, 岩崎学術出版社, 5.

受付 2007. 2. 23

採用 2007. 2. 28