The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	ホスピスにおける末期ガン患者の精神的安楽と家族、スタッフの関わり
Author(s)	柏木, 哲夫; 坂口, 幸弘
Citation	大阪大学人間科学部紀要. 1997, 23, p. 69-88
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/7537
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

ホスピスにおける末期ガン患者の精神的安楽と家族、スタッフの関わり

柏　木　哲　夫

坂　口　幸　弘

目　次

Ⅰ　はじめに

Ⅱ　調査

Ⅲ　結果及び考察

Ⅳ　まとめ

ホスピスにおける末期ガン患者の精神的安楽と家族、スタッフの関わり

柏木哲夫・坂口幸弘

I　はじめに

I-1. 本研究の発端

近年の医療技術の発展は著しく、部位にもよるが早期ガンの場合はほぼ完治出来るとさえいわれる。また、遺伝子治療の研究も進められており、21世紀初頭にはガンは克服されるとの予想もある。しかし1981年以来、依然としてガンは日本人の死因の第１位であり、現在約24万人もの人がガンのために亡くなっている(厚生省,1996)。そして、そのガンの死亡者の９０％以上は病院で死を迎えており、日本人のおよそ４人に１人の人が病院においてガンで死亡している計算となる。ガン患者の場合、死亡までの闘病期間が比較的長いため、精神面へのケアが特に必要とされ、ターミナルケア、緩和医療において精神的ケアは一つの大きな課題である。精神的ケアというと医療スタッフによって提供されるものとの印象が強いが、「患者に精神的安楽をもたらすこと」と考えると家族の関わりは無視出来ない。そこで本研究では、患者の精神的安楽と家族、スタッフの関わりに焦点を当て、調査・検討を行う。

人間は一人一人が自分もちの「現実」を生きており(梶田,1991)、患者自身にとっての「現実」に拘らなくては患者の真の理解は困難である。患者の精神的安楽は、厳密に言うと、患者が生きている「現実」の中で、患者自身によって「精神的安楽」と解釈されたものであり、そのため患者の精神的安楽を理解しようとするならば、我々は患者の生きている「現実」の中でそれを認識する必要がある。患者の生きている「現実」が、そのままその患者以外の人が見ている「現実」と同じとは限らない。「病気の生活は、健康な人にはおよそ想像しかねるような、完全な驚きの体験である」(van den Berg,1975)といわれるが、死がまさに差し迫った末期ガン患者の「現実」は我々の想像を絶するものであろう。したがって、本研究では末期ガン患者本人を調査対象とし、患者の視点から家族、スタッフがもたらす精神的安楽についての理解を深めることにする。

I-2. 精神的安楽(mental comfort)とは

精神的安楽とは、安楽(comfort)という概念の一つの構成要素であり、それと対をなすものとして身体的安楽(physical comfort)があげられる(Paterson&Zdersd,1976　Watson,1979)。本研究では患者の精神面での安楽、すなわち精神的安楽のみに焦点を絞っている。ただし、精

神的安楽への焦点化は決して身体面が重要でないと意味するものではなく、むしろ身体面の方が精神面よりもまずは重視されるべきであり、身体面を見落とすとケアは成功しない(Dunlop,1986)。また、言うまでもないが、両者は互いに関連しており、本来は切り離して考えるべきでないのかもしれない。しかし最近では、末期ガン患者の最大の身体的苦痛である痛みは緩和医療の発展により十分コントロール可能となっており、その次を考える段階に達している(柏木,1994)。したがって、敢えて本研究ではテーマを精神的安楽とした。

なお、「精神的安楽」という語は筆者によるmental comfortの日本語訳であり、「安らぎ」や「心の平安」と同義であると考えて差し支えないと思われる。本研究において、筆者はこの「精神的安楽」を末期患者に対する精神面へのケアの目標を意味する語として用いている。

I-3. 安楽(comfort)という概念

安楽はナイチンゲールの時代から、患者ケアでの望ましい目標や結果としての中心的概念で、看護学の分野ではしばしばみられる(Kolcaba,1991)。にもかかわらず、身体面での安楽である痛みの軽減以外はほとんど定義されていない(Morse,1995)。Pinneau(1982)によると、安楽は個人的な生きた経験(lived experience)に関わるため、ホリスティックな概念化が必要とされる。近年僅かではあるが、この立場から安楽について患者の視点から理解しようとする質的調査研究がなされてきている(Morse,1983 Hamilton,1989 Taylor,1992 Arruda et.al.,1992 Cameron,1993)。また一方で、看護婦の視点からの理解を試みる研究も行われつつある。(Fleming,1987 Walters,1994)。

安楽に関する質的調査を初めて行ったMorse(1983)は、エスノサイエンスに基づく分析から安楽を与える看護者の行為として、「触れる」と「話す」という２つの主要な要素と、第３の要素としての「聞く」を示した。その後、Hamilton(1989)は30名の慢性病患者へのインタビューを行い、患者に安楽をもたらすものとして病気の経過(Disease Process)、体位(Positioning)、自尊心(Self-Esteem)、スタッフの取り組みや態度(Approach and Attitudes of Staff)、入院生活(Hospital Life)の５項目を挙げた。なお、このHamiltonの研究結果等を参考にして、Kolcaba(1991)は安楽の分類を試み、看護評価として臨床場面への応用を目指した。

ケアの焦点が治癒から緩和へと代わるとき、つまりターミナルケアにおいて安楽はより主要な関心事となる。そこでArrudaら(1992)はスペイン系移民の末期ガン患者に安楽に関するインタビューを行った。その結果、安楽をもたらす事柄として統合の感覚(feeling integrated)、機能性と正常性(functioning and normalcy)、ケアといたわり(care and nurturing)、安心感と安全感(security and safety)、自己決定(control)が挙げられている。

以上のような質的調査研究により安楽に関する理解が徐々に深められてきているが、明確な定義はまだなく、概念として安楽はまだ発展途上段階にあるといえる。そこで、本研究による家族、スタッフの関わりがもたらす精神的安楽という非常に限定された範

囲での深い理解は、より十全たる概念への発展の一助となるものと期待される。

I-4. 精神的安楽と「他者との関わり」

患者の精神面での安楽には、薬や器具等が有効性を持つ身体面での安楽よりも人間の介入がより必要とされる。つまり、患者の精神的安楽にとって他者との関わりは非常に重要となる。これが本研究のベースとなる想定であり、本研究では、患者と関わりをもち、患者に精神的安楽をもたらす主要な他者として家族とスタッフを取り上げる。なお、現在では血縁である従来の拡大家族に代わって、友人が個人の生活に果たす役割は非常に大きく、友人は広い意味での拡大家族といえる(サイモントン,1993)。したがって、本研究における「家族」には友人も含められる。

患者と家族、スタッフの関わりは、患者の病名・予後認知を含めた病気や死に関する患者の意識状況によって影響される。GlaserとStrauss(1965)は、末期患者と他者（家族、スタッフ等）との相互関係の視点から患者の病気や死に関する意識状況を、閉ざされた意識(closed awareness)、疑いの意識(suspected awareness)、相互偽装(mutual pretense)、開かれた意識(open awareness)に分類している。今回対象となった末期ガン患者は看護記録から「開かれた意識状況」にあったと考えられる。本研究はこのような最も精神的健康が高いとされる意識状況にある患者を調査対象としており、患者への病名告知が常でない日本の現状との間に少し隔たりがあることを念頭に置いておく必要がある。

II　調査

II-1. 調査目的

本研究は、精神的安楽(mental comfort)と、それをもたらす家族、スタッフの関わりについて、ホスピスにおいて末期ガン患者が生きた経験(lived experience)を記述して、その基本的構造を明確にし、理解を深めることを目的とする。調査内容の要点は、末期ガン患者にとって、どのような精神的安楽が、どのような家族、スタッフの関わりによってもたらされるのかの一点に絞られる。

II-2. 調査方法

この研究は、方法として現象学的方法を用いる。現象学的方法は、Snyggらによって、その著「Individual Behavior:A perceptual approach to behavior」(1959)の中で初めて提起されたものである(上野,1994)。この方法は対象者の生きている世界の直接的叙述を通して対象者の体験の意味を明らかにし、我々がすでに黙示的には理解しているような諸々の物事を露にして明示的理解とすることを目標とする(Keen,1975)。したがって、このアプローチは家族、スタッフがもたらす精神的安楽という末期ガン患者が生きた経験を探求するという本研究の主旨に適していると思われる。

II-3. 調査対象

対象者は、淀川キリスト教病院ホスピス病棟に入院中の末期ガン患者９名である。彼らは医師により、比較的病状が安定しておりインタビューに応じられるだけの体力があると判断され、またインタビューへの同意が得られた患者である。性別は男性3名、女性6名であり、年齢は42歳から66歳で、平均53.33歳(SD=8.79)である。病名は乳ガンが3名、肺ガン、大腸ガンが各2名、胃ガン、膵ガンが各1名である。調査時点でのホスピス入院期間は1週間から6カ月で、平均37.33日(SD=57.69)であった。家族内でのキーパーソンは配偶者5名（妻3名、夫2名）、子供3名（娘2名、息子1名）、母1名である。なお、全ての対象者本人とその家族には共に病名がすでに告知されていた。

II-4. 調査手続き

調査は個別での非構成的インタビューによって行われた（インタビューは全て、患者の許可を得て、テープレコーダーにより録音された）。なお現象学的インタビューは、「行う」というよりは両者が共に「参加する」と言うべきとの指摘もある(Sorrell&Redmond,1995)。まずインタビューに先立ち、調査者はこの研究の目的を理解して頂くための主旨説明を行い、インタビューの同意を得た。インタビュー実施場所は全てホスピス病棟内で、個室に於いてが5名、大部屋が1名、チャペルが2名、面談室が1名であった。各々の対象者に対する所要時間は30分から1時間程度であった。この調査は1995年5月中旬から11月中旬までの6ヶ月に渡って実施された。

ここでのインタビューは、患者に自分の体験を解釈というよりもむしろ描写してもらうことを望むものであり、したがって調査者は「なぜ(why)」という質問よりも「どのように(how)」という質問を行った。インタビューの構成としては、導入部分の質問以外は予め質問項目や質問の順番等を定めず、患者主導で話が進行した。ただし、対話の流れの中で必要と思われる質問、例えばある事柄についてもう少し詳しく知るための質問や、あまり触れられていない事柄についての叙述を得るための「探り針(probes)」的質問、患者の述べた言葉の意味確認のための質問等は随時行われた。したがって、このインタビューでは導入部分の質問が鍵となる。質問の成否、データの妥当性は、その現象に対する対象者の経験を引き出す程度に依存するとされる(Colaizzi,1978)。この調査における対象者への質問は次の通りである。「御家族あるいはスタッフの関わりは、あなたにとって気持ちの上で、精神的な面でどのように助け、支えとなっていますか。出来る限り具体的に教えて下さい。」

このようなインタビューを行う際に調査者が留意すべき点がある。それは調査者の持つ調査事項に関する知識や考えを「カッコでくくる(bracketing)」あるいは「わきへ置く」ということである。調査事項の結果に対する何らかの先見は無意識的に患者の回答を導いてしまい、その結果、患者の体験のより深い、豊かな理解は達せられない。先見によるデータへの影響を最小限とするため、調査者は常に自らの持つ先見を意識しておかな

くてはならない。

また、インタビューを非構成的形式で行うことにはいくつかの利点がある。第一は調査者の枠にとらわれずに、患者の経験の意味や構造についてのより深い、より豊かな叙述が得られることである。二つ目は不用意な質問によって患者に不快な思いをさせるのを避けられることである。もう一つの利点としては、一方的に質問を与えるのではなく対話形式をとることで、患者の個人的叙述が引き出されやすくなると期待出来ることがあげられる。さらに第三者である調査者が1対1の個別で行うことにより、家族やスタッフに対する患者の率直な意見が得られると考えられる。

さらに参考資料として、看護婦が毎日、記録している看護記録が使用された。看護記録には患者の主観的情報（患者の言葉）、患者の客観的情報（患者の様子や行動）、それらに関する看護婦の評価が記されている。

II-5. データ分析

心理学における現象学的方法は、Giorgi(1970)、van Kaam(1966)、Colaizzi(1978)らによってそれぞれに独自の発展を遂げてきた。本研究では、Colaizziの現象学的方法に基づいてデータ分析が行われた。Colaizziの示唆している分析の手順には次に示す7つの段階がある。

(1) プロトコール中の文章を繰り返し読む

全体の内容の感じを掴むために、インタビューを文字化したもの（いわゆるプロトコール）を何度も読み返す。

(2) 重要なステートメント（significant statement）を全て抜き出す

家族あるいはスタッフがもたらす精神的安楽に関連する語句や文、いわゆる重要なステートメントを全て抜き出し、それらを記録する。ただし全てを記録後、いくつかのプロトコールの間で同じあるいは類似した語句や文は削除する。9プロトコールから家族に関する43ステートメントとスタッフに関する57ステートメントの計100ステートメントが抽出された（Table 1 ,2)。なお、Colaizziの示唆に従い、重要なステートメントはプロトコール中の語句や文を逐語的に繰り返すのではなく、より一般的な形式に置き換えられている。

(3) 系統化された意味表現（formulated meanings）を創造し、決定する

この段階では各々の重要なステートメントの根底にある意味を創造して決定し、その意味を明確に記述する。この段階は非常に不確かな飛躍(precarious leap)であり、調査者には創造的洞察力が必要とされる(Colaizzi,1978)。なお、重要なステートメントと系統化された意味表現は両方ともプロトコールをすでに読んだ同ゼミの大学生によって妥当であると確認された。系統化された意味表現はテーマクラスターと共にTable3、4に列挙されている（付記の数字はそれらが生じる元になった重要なステートメントの番号であり、これはHycner(1985)によって提案された妥当性確認の一つである)。

Table1
家族に関する重要なステートメント

1.黙って側にいるだけで孤独感がない
2.付き添っていてくれると甘えられる
3.付き添っていてくれると心丈夫である
4.付き添っていてくれると身体の変調の緊急連絡をすぐとってくれる
5.付き添ってくれていると異変にすぐ気づいてくれる
6.普段の家の雰囲気をそのまま持ってきている
7.家族が気兼ねしてものを言っていない
8.日常生活の話をして気持ちを楽にしてくれる
9.立ち上がったときに、抱えてくれる
10.ちゃんと世話をしてくれる
11.毎日手紙を送ってくれる
12.遠くからでも尋ねてきてくれる
13.子供が立派に成長しているのを見てうれしく思う
14.理解や気持ちがずれるときがある
15.家族は解決策を持たないので、症状に関しては心配かけるだけだから言わない
16.身体的変化に対し心配しすぎる
17.民間療法を押しつける
18.家族はまだ治ると信じており、患者との間に意識のずれがある
19.精神面に関する家族の気遣いに対し、患者もちょっとした動作に気を遣う
20.一人の方が気楽なところもある
21.「寝てても何でもいいから、まあ家にいてくれ」という言葉をうれしく思う
22.家族が周りにいると生きている感じがする
23.家族の声とか、生活感の音を聞くと落ち着く
24.つまらないことでも頼みやすい
25.自分の気持ちを素直に表して、それを聞いてもらう
26.自分に対し、率直に接してくれる
27.わがままを言える
28.「死にたい」という言葉を言うことは申し訳ない
29.何度も見舞いに来てくれる
30.応えられないことが辛い
31.自分の死後、主人のことが心配
32.子供はもう大学生だから大丈夫だと思う
33.食堂の喫茶店でお茶を飲みたいと言うと、車椅子を持ってきてくれた
34.面会人のチェックをしてくれる
35.（親に）ウォンウォン目の前で泣かれると一番負担になる
36.（親を）どのように安心させようかと、心理的ケアを反対にしなくてはならない
37.（子供が）ニコニコして、手紙書いてくれたり、プレゼントくれたりする
38.情報を遮断して、仕事を忘れさせてくれる
39.親戚の見舞いを制限してくれる（見舞いが負担になる）
40.家族にこれから先の生活のことを安心させる
41.（親は）顔を見合わせるたびに悲しい、悲しいというので、一緒にいるのが負担になる
42.一生懸命世話してくれる
43.ビデオを借りてきてくれたりして気を遣ってくれる

Table 2
スタッフに関する重要なステートメント

1.他の病院では手だてがないと分かったとき、向こうを向いてしまったが、ここでは向き合ってくれる
2.作業の前に気分や都合を聞いてくれる
3.「してもらいたいことはどんどん言ってくれ」と言われた
4.何でも話せる雰囲気がある
5.病気に対する気持ちを認めてくれた
6.自分の意志で来たことをほめてくれた
7.お風呂に一人で入ったことを喜んでくれた
8.いつもニコニコと穏やかな顔をしてくれている
9.体拭きましょうか、足洗いましょうかとこまめに声をかけてくれる
10.いつも清潔である
11.夜中でもすぐに飛んできてくれる
12.動きがゆっくりしているので頼みやすい
13.処置の希望が聞いてもらえる

14.看護婦の他の患者に対する人を人としての言葉使いや態度を見て安らぐ
15.他の患者が最期の時、痛みがなく穏やかなのを見て安心感を持つ
16.病気のことを全部ちゃんと説明してくれる
17.１日でも２日でも外泊できる状態の時はすぐに帰れるようにしてくれる
18.食べるわがままを聞いてくれる
19.治療に関して、自分の気持ちに応えて何でも手を打ってくれる
20.痛みの緩和の処置を十分希望に添ってやってくれる
21.看護婦さんがいると苦痛とか治療に関して専門だから安心感がある
22.家族よりも頼りになる
23.症状が変化するときは先生と看護婦さんが一番力強い
24.何でも好きなものを食べさせてもらっている
25.スタッフの限界を超えて無茶言うたら申し訳ない
26.死や残された時間について話すことは、スタッフに余計な負担をかけるのではないかと思う
27.雑談でもいいから色々話をすると、入院生活に社会性が少し帯びる
28.色々な看護婦さんと話ができて、気分転換になる
29.許容範囲が広いから、精神面に関していろんなことを言っても大丈夫、聞いてもらえる
30.看護婦さんは冷静で、的確に判断でき、冗談も合う
31.今後について看護婦さんにときどき相談する
32.生きていくヒントをもらったことがある
33.毎日の生活に流されがちな気持ちに変化をつけてくれる
34.気持ちがイライラしてくると、話を聞いてくれて、気持ちを落ち着かせてくれる
35.３０分でも１時間でも他の仕事をほっておいて横に座って聞いてくれる
36.別室でワンワン泣きながら話をして、それを聞いてもらう
37.先生が「自分の気持ちに正直になりなさい」って言われた
38.本やＣＤをすすめてくれた
39.医療経験が豊かな人が多いので安心できる
40.足のつぼのマッサージまでやってくれて、そこまでやってくれたことがうれしい
41.散歩に連れていってもらって自分の世界が病室の中から広がったみたいですごくうれしかった
42.ちょっと歩くのでも肩を貸してくれる
43.毎日の関わりが積み重ねられて、看護婦さんがすごく支えになっている
44.一生懸命、不満はないですか、して欲しいことはないですか、と言ってくれる
45.自分の身の回りの世話をしてくれる
46.自分のしたいことを優先してくれる
47.病気に対する不安に、すぐに明確な回答があるので先生に対し安心感がある
48.どこか痛いと言うと、さすってくれるといった細かいケアが行き届いている
49.症状に対し、きちっと説明してもらえる
50.治療に関して、いろいろと説明をじっくりとしてもらえるので安心できる
51.後どれくらい生きられるのかという質問には明確な回答はなかったがそれはそれでいいと思う
52.痛みのケアが十分にしてもらえる
53.着替えや体を洗ったりする際、こちらの不便さとかを分かってくれているので気持ちよくできる
54.看護婦さんは僕よりも状態を分かってくれている
55.注射の下手な看護婦がいて、その子はもうやめてよって言った
56.将来への不安に対し、ある程度予測できるところは言ってもらう
57.看護婦さんが腰をかがめて、目線を自分の方が下からにして話しかける

Table 3
家族に関する系統化された意味表現とテーマクラスター

・家族との普段通りの関わりが患者に精神的安楽をもたらす
　1.普段の家の雰囲気と変わらない(f6)
　2.家族が気兼ねしてものを言っていない(f7)
　3.日常生活の話をして気持ちを楽にしてくれる(f8)
・家族との愛情の実感が患者に精神的安楽をもたらす
　1.優しい気遣いをしてくれる(f9,f43)
　2.一生懸命に世話をしてくれる(f10,f42)
　3.手紙やプレゼントをくれたりする(f11,f37)
　4.何度でも(遠くからでも)見舞いに来てくれる(f12,f29)
　5.優しい言葉をかけてくれる(f21)
・家族との気持ちの共有が患者に精神的安楽をもたらす
　1.気持ちを素直に表して、それを聞いてもらう(f25)

2. 率直に接してくれる(f26)
3. 気持ちに沿ってくれる(f33)

・家族がそばにいることが患者に精神的安楽をもたらす
1. そばにいてくれるだけで孤独感がなく、心強い(f1,f3)
2. 家族が周りにいると生きている感じがする(f22,f23)
3. そばにいてくれると甘えられる(f2,f27)
4. 付き添ってくれていると身体面での安心感がある(f4,f5)
5. 付き添ってくれていると些細なことでも頼みやすく気楽である(f24)

・自分の死後の家族への安心が患者に精神的安楽をもたらす
1. 子供はもう大きいから大丈夫と思う(f32)
2. 自分の死後、残された主人のことが心配(f31)

・家族による外部からの保護が患者に精神的安楽をもたらす
1. 見舞いを制限してくれる(f34,f39)
2. 仕事を忘れさせてくれる(f38)

・子供の成長の確認が患者に精神的安楽をもたらす
1. 子供が立派に成長しているのを見るとうれしい(f13)

・家族が患者の精神的負担になることがある
1. 意識や気持ちにずれがある(ずれることがある)(f14,f16,f17,f18)
2. 家族を安心させようと気を遣わなければならない(f15,f19,f20,f36,f40)
3. 目の前で悲しまれると非常な負担になる(f35,f41)
4. 応えられないことが辛く、申し訳ないという気持ちを抱いている(f28,f30)

Table 4
スタッフに関する系統化された意味表現とテーマクラスター

・スタッフの専門性が患者に精神的安楽をもたらす
1. 苦痛や治療に関する専門性への安心感(s15,s21,s22)
2. 身体の状態、不便さを分かってくれていて、頼りになる(s7,s22,s53,s54)
3. 症状が変化するとき力強い(s22,s23)
4. 痛みのケアが十分にしてもらえる(s20,s52)
5. 医療経験が豊富な方が多い(s39)
6. 冷静で、的確に判断できる(s30)

・スタッフの態度、振る舞いが患者に精神的安楽をもたらす
1. ニコニコと穏やかな顔をしてくれる(s8)
2. こまめに声をかけてくれる(s9,s44)
3. 清潔である(s10)
4. 迅速に対応してくれる(s11)
5. 動きがゆっくりしている(s12)
6. 手厚いケアをしてくれる(s40,s42,s43,s45,s48)
7. 目線が下から上である(s57)
8. 他の患者に対する態度や言葉遣いを見て安らぐ(s14)
9. 雑談をすることで入院生活に社会性が帯びる(s27)
10. 色々な看護婦と話すことで気分転換になる(s28)
11. 散歩に連れていってもらい世界が広がった(s41)

・スタッフによる患者の個性の尊重が患者に精神的安楽をもたらす
1. 治療、処置の希望に添う(s13,s19,s20)
2. 外泊の希望に添う(s17)
3. 食事の希望に添う(s18,s24)
4. 作業の前に意思を聞いてくれる(s2)
5. 自分の意思を優先してくれる(s46)
6. 自分の意思を主張できる(s3,s55)
7. 気持ちや意志を認めてくれる(s1,s5,s6)
8. 病気、症状、治療に関してじっくりと明確に説明してくれる(s16,s47,s49,s50)
9. 予後に関しては予測できる範囲で説明してくれる(s51,s56)

・スタッフによる精神的サポートが患者に精神的安楽をもたらす
1. 何でも話しやすい（話せる雰囲気がある）(s4,s29)

2. 話を聞いてもらうことで落ち着く(s34,s35,s36)
3. 気持ちに変化をつけてくれる(s33,s37,s38)
4. 今後について相談に乗ってもらう(s31)
5. 生きていくヒントをもらったことがある(s32)

・患者はスタッフに遠慮する気持ちを持つ
1. 無茶を言ったら申し訳ない(s25)
2. 死や予後についての話はスタッフに余計な負担をかけると思う(s26)

Table 5
家族、スタッフがもたらす精神的安楽の網羅的記述

家族
1. 患者は家族との心のつながりを感じることで精神的安楽を得ることが出来る。家族による十分な世話や優しい気遣い、優しい言葉に、患者は家族との愛情、絆の深さを改めて認識し、喜びを感じる。さらに、患者は家族と気持ちを共有することでより深い心のつながりを実感することが出来る。
2. 患者の精神的安楽は家族がそばにいるというその環境によってもたらされる。家族がそばにいてくれるだけで患者は孤独感がなく、安らげる。また、家族の以前と変わらぬ普段通りの接し方は患者を精神的に楽させる。家族の付き添いは身体面での安心感ももたらす。さらに子供との関わりの中で子供の成長を感じ、親としての満足感を得ることは患者の精神的な助けとなる。それから環境という点で、家族は外部との境界壁として患者に静かな環境を提供し、患者の心に平安をもたらす。
3. 患者の精神的安楽は自分の死後の家族に対する安心感に関係する。残された家族がその後の人生をうまく歩んでいけると思えることは患者を安心させるが、それがもし不安であれば、患者の安らぎに負の影響を及ぼすことになる。
4. 家族の関わりが精神的安楽ではなく、多かれ少なかれ精神的負担をもたらすことがある。患者にとって大きな精神的負担となるのは、一方的に目の前で悲しまれることである。また、多くの患者は、患者なりに様々な面で家族に気を遣う。さらに、家族に対し応えられないことに辛さを感じたり、申し訳ないという気持ちを抱いている患者もいる。

スタッフ
1. 患者の精神的安楽はスタッフの専門性や経験に対する安心感によってもたらされる。身体の状態や症状の継続的な監視、症状の変化の際の十分な専門的処置への確信は患者の大きな安心となる。また、患者は簡単なケアでも家族よりもスタッフの方が安心して任せられ、気分的に楽に居られる。
2. スタッフと患者の一人の人間同士としての関わりが、患者に精神的安楽をもたらす。スタッフの患者に対する一つ一つの態度や振る舞い、さらにそれらの積み重ねが患者に安らぎをもたらす。また、様々なスタッフとの出会いは患者の社会性を維持し、精神面にとってプラスとなる。さらに、患者の様々な希望に添い、意思を確認し、患者の「らしさ」を尊重していくことは、患者にとって喜びであり、精神的安定につながる。
3. 患者の精神的安楽はスタッフによる精神的サポートによってもたらされる。スタッフは話を傾聴することで患者を落ち着かせることが出来る。また、スタッフは患者の気持ちに変化を与えたり、相談に乗ることで精神面での助けになることが出来る。しかし、スタッフへの遠慮から患者の側がこのような関わりを避けることもある。

Table 6
家族、スタッフがもたらす精神的安楽の基本的構造

精神的安楽をもたらす家族、スタッフの関わりとして、まず家族の関わりからみていくと、末期ガン患者の精神的安楽は家族との関わりの中で家族との心のつながりを感じることによってもたらされる。

また、家族がそばにいるという環境も患者の精神的安楽に大きく関係している。さらに自分の死後の家族に対する安心感が得られるかどうかが患者の精神的安楽に関連している。最後に、時には家族の関わりが精神的負担として、患者の精神的安楽にネガティブな影響を及ぼすこともある。一方、スタッフの関わりをみてみると、末期ガン患者の精神的安楽はスタッフの専門性や経験に基づく関わりによる安心感に関連している。また、患者の「らしさ」を尊重するスタッフの１対１の人間同士としての関わりも患者に精神的安楽をもたらす。さらに場合によっては、スタッフによる傾聴などの精神的サポートが患者の精神的安楽に結び付く。

(4)系統化された意味表現をテーマクラスター（clusters of themes)に統合する

この段階では各々の系統化された意味表現を関連づけ、同種のものをまとめてテーマクラスターを形成する。系統化された意味表現は特定のテーマを示す13のグループに分類された（Table3,4)。統合されたテーマクラスターもまた先程の大学生により妥当性が確認された。さらに、テーマクラスターの妥当性を確認するために元々のプロトコールと照会した。そして、あるテーマに合わないプロトコールは再吟味され、あるテーマで提案されたがプロトコールには示されていないものは再評価された。調査者は曖昧さに寛容で、論理的に説明出来ないものが現実であり、妥当であるかもしれないという堅固な信念を持たなければならない(Colaizzi,1978)。

(5) 網羅的記述（exhaustive description）への統合

この段階では、全てのプロトコールから得られた重要なステートメント、系統化された意味表現、テーマクラスターを家族、スタッフがもたらす精神的安楽の詳細な網羅的記述へと統合する。この網羅的記述はTable5に示される。

(6) 家族、スタッフがもたらす精神的安楽の基本的構造を確認する

この段階は現象の網羅的記述を省察し、家族、スタッフがもたらす精神的安楽の可能な限り基本的な構造を明確に記述する。Table6にある家族、スタッフがもたらす精神的安楽の基本的構造は、網羅的記述で確認される構成要素の統合であり総合である。なお、網羅的記述や基本的構造に関してもまた先程の大学生により妥当性が確認された。

(7) 妥当性のために対象者に戻る

最後に妥当性確認の一つとして、調査者は対象者に分析の結果を示し、現象の基本的構造が元々の経験の本質を含んでいるかどうかを尋ねる。本研究では、最後の対象者に対し結果を提示し、家族、スタッフがもたらす精神的安楽の基本的構造が自分自身が経験した側面を含んでいることへの同意が得られた。

III 結果及び考察

III-1. 家族の関わりとスタッフの関わりの比較検討

分析の結果、家族、スタッフがもたらす末期ガン患者の精神的安楽の基本的構造が明らかにされた。それを概観すると、末期ガン患者の精神的安楽は非常に多面的であり、家族は家族として、スタッフはスタッフとして各々が独自の立場でもたらせられることが分かる。

家族と患者間の関係にはそれまでの過去の歴史や血縁が背景としてあり、例外もあるが、そこには樋口(1992)のいう「心情的つながり」のようなものが存在する。スタッフの場合でも時には僅かな期間の間に家族をも凌ぐ強い「心情的つながり」が形成されることもある。しかし大抵の場合、家族との「心情的つながり」の方が根深くより強固である。患者は、誰かが気に懸けてくれることを求めており(Saunders,1982)、そこで、家族

による「十分な世話」や「優しい気遣い」を通して感じられる家族との深くて強い「心情的つながり」は、患者の精神的安楽に強く結び付く。また、「家族は事情の許す範囲で、患者の生活スタイルを整合した情動的・社会的環境を維持してやることが患者への最大の助けとなる。(Kübler-Ross,1977 p.149)」と論述されるように、共に歩んだ長い歴史や血縁により「心情的つながり」をもった家族は、患者に馴染みのある心理社会的環境を提供し、その環境の中で患者は精神的に安楽な状態でいられるのである。

一方、スタッフと患者の関わりは、元々、スタッフの持つ医療や看護の専門技術を背景としており、その専門性が患者の精神的安楽に大きく関連している。そして、それを土台として一人の人間としての尊重がなされ、家族との間にみられたような「心情的つながり」が芽生えてくるものと考えられる。つまり、スタッフの専門性は一人の人間としてのスタッフと患者の「出会い」の媒体であり、その後の関わりの基礎をなすものであるといえる。したがって看護婦に関して言うと、深津(1985)の論述にあるように、極めて平凡に見える基礎看護技術に徹底することが心の触れ合いに通ずる近道であるかもしれない。また、場合によっては専門性と人間性に基づく患者との信頼関係におけるスタッフのカウンセリング的な関わりが患者を精神的安楽へと導くことが出来るだろう。

結局、精神的安楽をもたらす家族と患者の関わり、スタッフと患者の関わりを比較したとき、一つの大きな違いはそれらの関わりの背景にあるもの、すなわち家族ではこれまでの長い家族の歴史や血縁であり、スタッフでは彼らの持つ専門性である。このような家族の関わりはより情緒的であり、一方スタッフの関わりはそれに対しどちらかというと認知的であるといえるだろう。また、さらに、患者の精神的安楽は、家族が患者の「甘え」を受けとめることで、スタッフが患者の「自律」を支えることでもたらされているとも極言出来よう。もちろんこの区別は明確なものではなく、両者ともどちらの関わりをも包含しており、この区別は程度の問題ということになる。そして、この両者が相補的に機能することでより大きな精神的安楽が患者にもたらされるものと考えられる。

ここで患者の家族とスタッフ、いづれに対してもの「申し訳ない」という気持ち、様々な気遣いについて少し触れておきたい。Maslowによると、人間には愛情欲求があり、それには愛を受け取ることだけでなく愛を与えることも含まれる(Goble,1970)。つまり、いくら多くの「愛」であってもただ一方的に与えられるだけでは患者にとって十分な精神的安楽とはならない。患者は何らかの形で家族やスタッフに「愛」を与える機会を持つことで更なる精神的安楽を得ることが出来るのである。もし患者がその機会を得ず、引け目を感じ、過度の気遣い、遠慮を続けるならば、岡堂(1987)の云う「お互いに相手を気遣いながら、その気遣いのためにどこまでいってもお互いに近づけず、かえって遠い存在になるという状況」に陥ってしまいかねない。そうなると、家族の関わりは患者に精神的安楽をもたらすどころか、逆に患者の精神的負担を与えてしまうことにもなり得る。この場合には、第三者の介入が必要とされるだろう。

III-2.「外的な精神的安楽」と「内的な精神的安楽」

末期ガン患者の精神的安楽の基本的構造は、外的な精神的安楽(external mental comfort)と内的な精神的安楽(internal mental comfort)とに分けて考えると理解されやすい。外的な精神的安楽とは、自分以外の人間や事物、環境等との関わりを通して患者が感じられる安らぎのことである。したがって、今回の調査で明らかにされた家族の関わりやスタッフの関わりによる精神的安楽の多くは外的な精神的安楽といえる。一方、内的な精神的安楽とは、患者自身が病気や死、人生に対し何らかの意味を見出すことによって得られる精神的安楽である。このような意味の探索は、特に告知されて100日以内の実存的苦境(existential plight)にある患者にとって最大の関心事であるとされ(Weisman&Worden,1976)、O'Connorら(1990,p.168)によると「ガンのような人生における事実の個人的意義について問うことであり、それはその体験に目的を与え、その体験を全人生の中に組み入れようとするためである」と定義される。結局、意味の探索は人生の意味を統合することであるといえる。これには過去に抱いていた意味を再び働かせたり再定義することと、一方でそれと同時に今の人生の事実に意味を探し求めることが含まれる。具体的には、近藤(1994)の言葉を借りて述べると、前者は過去の生涯の営みや歩みを振り返り、想いに耽る営みにおいて、自分の人生はたとえ不満足や不完全な点があっても、それなりに自分や他人にとって、また社会全体に対しても価値あり意義あるものであったと認識することであり、後者は宗教的、思想的、哲学的に病気や死を解釈することによって何らかの悟りを得ることである。このような「人生の意味の統合」は、過去の不幸であれ未来の死であれ、それらの運命を自分に課せられた「十字架」として現在の自分がどう「引き受ける」かにかかっているといえるだろう(Frankl,1993)。そして、患者の精神的安楽を考える上で、この「人生の意味の統合」の果たす役割は非常に大きく、Arrudaら(1992)の研究では、これが最も末期患者の安楽に関連するものとしてあげられている。したがって、内的な精神的安楽が外的な精神的安楽よりも優位であるといえるかもしれない。ただし、両者が互いに密接に関連していることが見逃されてはならない。

では、末期ガン患者が内的な精神的安楽を得られるようどのような援助が可能であろうか。Frankl(1957)によると、病気や死、人生に対する意味は非常に個人的なものであり、内的な力によって見出される。そして、その意味を見出すプロセスには霊的プロセスと心理社会的プロセスがあり、意味を見出すことへの援助としては信仰と他者との関わりがある(O'Connor et.al., 1990)。このうち他者との関わりに関してTravelbee(1971 p.242)は次のように論じている、「意味は、病人によってのみ見出されるものであるから、保健医療従事者、家族、友人らは病人に『意味を付与』することは出来ず、ただ、意味到達に向けて病人を援助することが出来るだけである。」つまり、患者がどのような意味を見出し、人生の意味を統合するかは非常に個人的なことで、患者自らが自分の力で成し遂げなければならない課題であり、家族やスタッフは患者が意味を見出せるように援助をすることで、間接的に患者に精神的安楽をもたらすことが出来るだけである。今回の調査にお

けるスタッフの「話を聞く」等のカウンセリング的関わりが、まさにこれに該当するものと考えられる。

しかし、今回の調査では家族に関する叙述にはこのような関わりが見られなかった。患者の意味の探索への援助はその患者にどれだけ共感的理解が出来るかにかかっているともいえる。だが家族の場合、患者と心理的距離が近すぎるため、患者の情動に容易に巻き込まれてしまい、患者に対する共感的理解が困難であると考えられる。また、共感的理解により患者の体験を共有するには、情動的エネルギー、強さが必要だが(Morse,1992)、精神的に不安定な状態にある家族にこれを求めることは難しい。したがって、家族ではスタッフのような具体的援助は困難であると思われる。しかし、家族はそのような援助が出来なくても、コミュニケーションの継続により患者が意味を見出す助けとなるとされる(O'Connor et.al.,1990)。そのコミュニケーションとはおそらくKübler-Ross(1971)の論述にあるもっと意味深い、もっと内面的性質のものであり、そこには密着感と理解とが見出されているのであろう。そのような家族の関わりが患者にとって意味の探索する上での一つの助けとなっているものと考えられる。

III-3. 精神的安楽への影響要因の検討

患者がどのような精神的安楽を求めるか、何に精神的安楽を感じるかは、様々な要因によって影響されると考えられる。主な影響要因としては、Arrudaら(1992)が提起した病期、病気体験、文化、環境、役割期待、ライフスタイルと、それに加えて患者の年齢、性別、性格、宗教、告知の有無、家族関係・婚姻状態、教育水準、職業、社会的地位、財産等が挙げられる。次に「文化」と「環境」という二つの影響要因について具体的にみていく。

▼影響要因としての「文化」

本研究は日本人患者を対象としており、彼らは全て日本の文化の影響を感受し多かれ少なかれ日本人の国民性をもつと考えられる。Arrudaらによるスペイン系移民を対象とした調査研究では、安楽に関連した家族の関わりの一つとして、患者が出来る限り自立した生活を送るためのサポートが挙げられていた。しかし、今回の調査ではそのような叙述は見られなかった。むしろ患者の自立した生活のサポーターというよりは、馴染みある心理社会的環境を提供し、時に甘えられる存在としての家族が強く印象づけられた。このような差異は、個人主義と集団主義という国民性の違いであると考えられる。個人主義的なスペイン系移民は、独立した個人として生きようとし、集団主義的な日本人は集団を組み、集団の中で生きようとする。このことが日本人とスペイン系移民の患者の精神的安楽に関連する家族の関わりの一つの差異となったのであろう。もちろん人それぞれ個人差があり、文化的傾向をそのまま当てはめることは出来ないが、患者の精神的安楽を考える上で、その患者の持つ文化や国民性を一変数として考慮することは大切で

ある。

▼影響要因としての「環境」

「環境」に関しては、患者の闘病生活の場として家か病院かが大きな問題となる。また一口に病院といっても、一般病棟とホスピスとに区分される。今回の調査対象者は全てホスピスの入院患者であり、他の「環境」の患者との比較が不可能なため明言は出来ない。しかし今回の結果を元に入院生活と在宅療養生活とを考えてみると、入院生活ではスタッフの専門性への安心からの精神的安楽を患者は得やすく、在宅療養生活では常に家族がそばにいて、また家という環境の点において普段通りということでの精神的安楽を得やすくなると予想される。さらに、一般病棟とホスピスを比較した場合、一般病棟に比べホスピスは家族の存在をより重要視し、在宅、入院を問わず、患者の病気が経過していく過程全体に家族が関わることをより強く望んでいる。そのためホスピスでは、家族が面会出来るスペース、そして臨終が近づいてきた時に家族が生活を共に出来る「家族室」が確保されている。また、患者と子供との触れ合いを大切にし、子供の訪問を制限していない。このようにホスピスは、家族が患者と十分な関わりをもてる環境を提供している。以上の通りみてくると、今回調査対象となったホスピスの入院患者は家族からもスタッフからも精神的安楽を得やすい環境にあったといえる。

IV　まとめ

IV-1. 調査結果の妥当性

調査結果の妥当性の問題について、Coward(1990)は最終的には合意による妥当性確認(consensual validation)の総合で解決するしかないとして、次の4つのチェックを示している。

1、対象者自身による妥当性のチェック

2、分析の途中段階での記述の表示と段階を進めるごとの第三者のチェック

3、他の文献との比較によるチェック

4、結果を広く公開することでのチェック

本研究では全てのチェックを行ったが、1に関しては実際的問題から不十分であった。また、2、3に関しても程度の問題であり、十分なものであったかどうかには疑問を残す。しかし、4については淀川キリスト教病院ホスピスのチーム検討会OCDP(Organized Care of the Dying Patients)において発表し意見を頂いたり、またホスピス経験豊かな医師2名に細かく見て頂いており、十分であると思われる。よって全体的にみると、厳密とまではいかないが妥当性は確保されているものと考えられる。

IV-2. 臨床への提言

今回の調査結果から、患者の精神的安楽における家族、スタッフの関わり各々の重要

性が明確にされた。今回の調査を行ったホスピスでは家族が患者に付き添える環境が十分に整備されていた。しかし一般病棟ではまだまだ不十分であると思われ、今後、患者の精神面での家族の付き添いの意義を認識し、環境の整備が進められることが期待される。また患者の精神的安楽にとって重要であるケアへの家族の参加は、遺される家族にとっても死別後の悲嘆に影響を及ぼすと考えられ、臨床での新たな課題として強く提起される。なお、どのような関わりが患者にどんな精神的安楽をどのようにもたらしているかについての意識化は、ケアの質を高めるでけでなく自分が行っているケアの意義の認識を高め、燃え尽き症候群の防止にもなると思われ、臨床に携わる個々人に望まれる。

Ⅳ-3. 本研究の限界

現象学的方法を用いた研究に共通することだが、本研究でも対象者の人数は少なく、またその選択も無作為ではなくかなり限定されたものである。したがって、今回の調査での結果を一般化することは出来ない。しかし、本研究は元々一般化を目的とはしておらず、末期ガン患者の生きた経験(lived experience)の明確な記述による家族、スタッフによってもたらされる精神的安楽に関するより深い理解が目的である。つまり、この研究は始めから「末期ガン患者にどのように精神的安楽をもたらすか」という問いに標準化した答を出すものではない。ケアする側の人間の心理としては、ケアをハウツウ化し、客観的で確実な手順を求めるが、この手順化されたケアでは患者のリアリティーや本質には迫ることは出来ないだろう(上野,1995)。本研究は、その結果から得られた患者の精神的安楽に関するいくつかの洞察が、実際の臨床場面にいる家族やスタッフが患者のリアリティーや本質に近づく助けとなることを願うものであり、またそれらの洞察からさらなる研究へと発展することを期待するものである。

Ⅳ-4. 今後の課題

インタビューにおいて、全ての患者は精神的安楽をもたらす家族、スタッフの関わりに関して様々な事柄を自分から積極的に話された。このことから、患者は家族やスタッフの関わりに対し非常に敏感であり、患者にとって精神的安楽は真の関心事であると思われる。したがって今後、患者と家族、スタッフの関わり、患者の精神的安楽についてはさらに調査、検討が行われ、理解が深められていく必要がある。今後の課題としては次のもの等があげられる：家族、スタッフ以外に何が末期ガン患者に精神的安楽をもたらすことが出来るか、外的な精神的安楽と内的な精神的安楽との関連、様々な対象者による影響要因の検討、家族、スタッフの視点での末期ガン患者の精神的安楽、より厳密な妥当性の確保。これらは実際的、方法論的問題等により非常に困難ではあるが、将来の重要な課題であると考えられる。

引用文献

Arruda,E.N.&Larson,P.J.&Meleis,A.I.
1992 Comfort : Immigrant Hispanic cancer patient's views. Cancer Nursing 15(6):387-394

Beck,C.T. 1994 Reliability and validity issues in phenomenology. Western Journal of Nursing Reseach 16:254-267

Cameron,B.L. 1993 The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients.Journal of Advanced Nursing 18:424-436

Colaizzi,P. 1978 Psychological research as the phenomenologist views it. In R.Valle&M.King(Eds.), Existential-phenomenological alternatives for psychology(pp.48-71). New York:Oxford University Press.

Coward,D.D. 1990 The Lived Experience of Self-Transcendence in Women with Advanced Breast Cancer. Nursing Science Quarterly,3(4) :162-169

Dunlop,M.J . 1986 Is a science of caring possible? Jounal of Advanced Nursing, 11:661-670

Fleming,C. 1987 A study of the comfort needs of patients with advanced cancer. Cancer Nursing,10(5):237-243

Frankl,V.E. 山田邦男・松田美佳 訳
1993 それでも人生にイエスと言う.春秋社

Frankl,V.E. 霜山徳爾 訳
1957 死と愛.みすず書房

Giorgi,A. 1970 Psychology as a human science : A phenomenologically based approach. NY : Happer & Row, Publishers.

Glaser,B.G.&Strauss,A.L.
1965 AWARENESS OF DYING. Aldine Publishing Co.New York 木下康仁訳 1988「『死のアウェアネス理論』と看護」医学書院

Goble,F.G. 1970 The Psychology of Abraham Maslow. Grossman Publishers,Ins. 小口忠彦 監訳 1972「マズローの心理学」産能大学出版

Hycner,R. 1985 Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data. Human Studies,8;279-303.

柏木哲夫 1994 死の精神医学.精神神経学雑誌 96(10):789-796

梶田叡一 1991 内面性の心理学.大日本図書

Keen,E. 1975 A primer in Phenomenological Psychology. Holt,Rinehart and Winston,Inc. 吉田章宏他訳 1989「現象学的心理学」東京大学出版会

Kolcaba,K.Y.&Kolcaba,R.J
1991 An analysis of concept of comfort. Journal of Advanced Nursing 16:1301-1310

Kolcaba,K.Y. 1991 A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. IMAGE,23(4):237-240

近藤裕 1994 「自分の死」にそなえる.春秋社

厚生省 編 1996 平成8年版 厚生白書.厚生省

Kübler-Ross,E. 1975 Death the Final Stage of Growth. Prentice-Hall,Inc. 川口正吉訳 1977「続死ぬ瞬間」読売新聞社

Kübler-Ross,E. 1969 On Death and Dying. Macmillan Company. 川口正吉訳 1971「死ぬ瞬間」読売新聞社

Hamilton,J. 1989 Comfort and the hospitalized chronically ill. Journal Gerontological Nursing 15(4):28-33

樋口勝也　1992　日本人の人間関係.淡交社

Morse,J.M.　1983　An Ethnoscientific anarysis of comfort:A Preliminary investigation. Nurs Papers 15(1) :6-19

Morse,J.M.　1992　Beyond empathy : expanding expression of caring. Journal of Advanced Nursing 17:809-821

Morse,J.M.&Bottorff,J.L.&Hutchinson,S.
1995　The Paradox Of Comfort. Nursing Research,44(1):14-19

O'Connor,A.P.&Wicker,C.A.&Germino,B.B.
1990　Understnding the cancer patient's search for meaning. Cancer Nursing 13(3):167-175

岡堂哲雄　他　1987　入院患者の心理と看護.中央法規出版

Paterson,J.G. & Zderad,L.T.
1976　Humanistic Nursing. John Wiley & Sons,Inc.長谷川浩　川野雅資 訳 1983「ヒューマニスティック　ナーシング」医学書院

Pineau,C.　1982　The psychological meaning of comfort. International Review of Applied Psychology,31;271-283.

Saunders,C.　1982　人生の最終段階 : The Last Stage of Life.早坂泰次郎他訳「死の床にある患者たち」pp.251-264 現代社

Simonton,S.M.&Shook,R.L.
1984　The Healing Family. Bantam Books.

菅原はるみ 他 訳　1993　「がんを癒す家族」創元社

Sorrell,J.M.&Redmond,G.M.
1995　Interviews in qualitative nursing research :differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. Journal of Advanced Nursing 21:1117-1122

Taylor,B.J.　1992　Relieving pain through ordinariness in nursing:A phenomenologic account of a comforting nurse-patient encounter. Advances in Nursing Science 15(1):33-43

Travelbee,J.　1971　Interpersonal Aspects of Nursing. F.A.Davis Company,Philadelphia. 長谷川浩・藤枝知子訳 1974「人間対人間の看護」医学書院

上野矗　1994　患者に対する精神的援助に関する研究.風間書房

上野矗　1995　ターミナルケアを真にケアする.ターミナルケアvol.5,no.1 pp.62-63

van den Berg,J.　早坂泰次郎・上野矗 訳
1975　病床の心理学.現代社

Van Kaam,A.　1966　Existenial Foundations of Psychology. Dequesne University Press,Pittsburgh,PA.

Walters,A.J.　1994　The comforting role in clinical care nursing practice : a phenomenological interpretation. international journal of nursing study, 31(6):607-616

Watson,J.　1979　Nursing : The Phylosophy and Science of Caring. Colorad　Associated　University Press,Boulder.

Mental Comfort of Advanced Cancer Patients and Attitudes of Family and Staff in Hospice

Tetuo Kashiwagi · Yukihiro Sakaguchi

This study was focused on patients' mental comfort and attitudes of family and staff who are the principals in providing palliative care. Mental comfort is a component of comfort, which is a desirable outcome or goal of care but still an ambiguous and developing concept at this stage of research. Mental comfort contrasts with phyisical comfort, but they interact with each other.

The purpose of this exploratory study is to describe the lived experience of mental comfort brought by family and staff to patients with advanced cancer .

The research was planned and conducted using the phenomenological research method as described by Colaizzi(1978). Patients with advanced cancer(n=9) were recruited from the hospice, at Yodogawa Christian Hospital. Data were assembled through unstructured interviews, which, after informed consent was obtained, were conducted for 30-60 minutes each time in the hospice ward. All interviews were recorded on audiotape and then transcripted by the interviewer soon.

As a result of this research, there were 100 significant statements(43 statements about family, 57 statements about staff) which were extracted from the nine transcripts. Thirteen theme clusters emerged from them. Family themes concerned normal attitudes, affection, sharing of feeling, being at the bedside,security of survivors,shielding from the outside,children growing up, and family's attitudes as burdens. Themes concerning staff were professional knowlege and skills, attitudes and behaviors, respect for individuality, mental support, and patient's reluctance to accept help.

The key difference between family and staff as a person who brings a patient mental comfort is based upon the background of their relationship with the patient. The former has a past and a personal relationship with patient, and the latter has medical and nursing professional knowlege and skills. Both family and staff can provide mental comfort to patients and therefore each is significant for a patient's well-being. When family and staff function complementarily, maximum effect is achieved.

Mental comfort can be classified as external or internal.External mental comfort is obtained through other people, objects and environments. Internal mental comfort is accomplished by finding meaning in disease, death and life. We believe this distinction contributes to our understanding of the fundamental structure of patients' mental comfort.

Our data suggest that patients' mental comfort is affected by various contextual factors, for instance, disease state, illness experience, culture, environment, and role expectation. We need to take these factors into account.

The understanding about patient's lived experience of mental comfort brought by family or staff in this study is expected to be a valuable step toward comprehensive assistance to patients with advanced cancer in palliative care setting.