

5年生存率を乗り越えたがん体験者のスピリチュアルニーズ —ライフストーリーから明らかにするレジリエンスの検討—

荒井 春生

東洋英知女学院大学大学院人間科学研究科

I 研究の目的

21世紀に入り、がん治療は専門技術の革新によって、治癒を評価する医学的基準、すなわち5年生存率は飛躍的進歩を遂げ、早期がんの治癒率は格段に上昇した。この結果、がんの初期治療を終了したがん体験者が、今後もさらに増加することが予測される。そのため、がんと向き合いがんと共に生きる人々への長期的支援が、今後の課題と言える。Lisaら¹⁾は、がん体験者ががんと向き合い、個人の回復する力、すなわちResilienceに着目した調査を行い、「がん体験者のResilienceとは、がんと共生し生き抜いていく経験、確かな信念と情動である」と報告している。さらにJody²⁾は、「がん体験者のResilienceは、普遍的なアプローチがない」と述べ、身体的、心理的、社会的な側面によって成された精神的な反応の蓄積であると報告している。

Resilienceという言葉は、もともと「弾力」や「反発力」を意味する物理学的用語で、ある物体に加わるストレスに抗して元の状態に戻ろうとする力である³⁾。日本では、西園⁴⁾が「Resilienceとは、しなやかさ、回復力」の日本語を用いている。また長内ら⁵⁾は、「日常生活におけるネガティブイベント経験が個人のResilienceの認識を高める」と報告している。しかしResilience

の研究対象は、精神疾患患者の回復過程、乳幼児期の虐待体験からの適応行動、自己教育力の発展など、研究者によって解釈が異なるため、Resilienceの定義について統一された見解を得るには至っていない。したがって、看護師ががん体験者のResilienceを明らかにすることは、看護実践の場において重要な課題であると考えられる。

以上から、本研究の目的は、がん体験者個人の価値観や生涯発達におけるResilienceの意義という観点から2つとする。第1番目は、がんの治療を終了して5年を超えて生きるがん体験者が、Resilienceをどのように形成していったのか、ライフストーリーインタビューによって明らかにすることである。第2番目は、がん体験者のResilienceに影響する個人的要因、すなわち性別、年齢、職業、家族との関連について検討を行い、新しい知見を得ることである。

II 研究方法

1. 対象

対象者は、調査開始日2009年4月1日の時点で、主治医によりがんの告知を受け、初回のがん治療から5年以上が経過した者、さらにはがんの専門治療を終了し、退院した外来治療継続中の者である。がんの

種類、病期の違いは問わない。調査者と30分以上の面接が可能であり、研究に協力と参加の意思を得られた者を対象とした。また対象者の健康と安全に配慮するため以下の4点を除外基準として設定した。

- 1) 外来専門治療終了後14日未満の者
- 2) 意識障害・認知症と判断された者
- 3) 言語的コミュニケーションが不可能な者
- 4) 身体機能・精神機能が著しく低下している者

2. 対象施設

首都圏に所在するAがん患者会である。Aがん患者会の設立経緯について簡単に述べる。Aがん患者会は、「高齢者、子ども、男性、女性、障がい者が、それぞれの個性、特徴、能力、思考を理解し合い、認めあって生き、それが地域の活性化につながることを願って1990年代後半に設立された。Aがん患者会の特徴は、「みんなが最後まで尊厳を持って生きられるように」という理念のもと、「それぞれの個人が自分を大切に、互いの個性やプライバシーを尊重しながら、困った時はお互いさまと自然にふれあい助け合う、そんな生き生きとした温かい地域社会づくり、新しいふれあい社会づくり」を目標として活動を継続している。調査者は、1カ月に1～2回の割合でAがん患者会の活動に参加した。

3. 調査期間

2009年4月～2009年10月

4. 調査の手続き

調査者は、Aがん患者会の代表者に研究計画書を提出し承諾を得た。その後、調査

者はAがん患者会の会員に対し、文書と口頭で研究の趣旨を述べ、後日調査に協力と参加の意思を得られた人々を対象とした。調査者は対象者宅を訪問し、調査開始時に文書と口頭で研究の趣旨を説明し了解を得た。さらに調査者は、ライフストーリーインタビューが行われる回ごとに、研究への協力について説明した文書を手渡し、対象者に協力の内容を確認した後、対象者と調査者が自筆で署名し、コピーをとって各々が保管した。

5. 調査内容

1) 属性

①年齢、②性別、③がんの初発治療年齢、④がんの治療部位、⑤治療方法、⑥婚姻状況、⑦家族形態、⑧教育背景、⑨治療後の職業変化、⑩信仰の有無

2) ライフストーリーインタビュー

がん体験者のResilienceを考える上で重要なことは、「がん体験者ががんという体験によって生じる様々な苦悩、喪失体験から、新しい希望、自分が生きていく意味と目的を見つけ、自分自身が立ち直る主体的な自己肯定感」という視点である。さらに、がん体験者のライフストーリーインタビューに着目した理由は、がんという衝撃的な体験の背景を理解するには、これまでの個々の人々が体験した歴史的な脈に位置づけて解釈するライフヒストリー研究よりも、がん体験者の治療後に起きた自らの体験の語りを重視するライフストーリー研究方法が、より重点的に把握できると報告されているからである⁶⁾。やまだ⁷⁾は、ライフストーリー研究の良い点として、「その人が

物語るライフストーリーは、ある出来事と他の出来事の連関を明らかにし、未来も含んだ人生全体の経験や意味を見出して、「豊かに深まってゆく」質的研究方法の1つとして位置づけている。

日本では、がん体験者自身の長期的な軌跡に沿った Resilience に関連する要因は、未だ明らかにされているとは言えない。そのため、がん体験者の Resilience に影響する要因に着目し、彼らの価値観、生きる意味づけ、主体的な自己肯定感など、多様なプロセスを理解することが必要であると考えた。

本研究ではやまだ⁷⁾の報告を参考に、がん体験者と調査者のライフストーリーインタビューのやりとりを通して、彼らを取り巻く日常の変化と退院後の様々な社会状況を知り、多くの示唆を得ることができると考え、ライフストーリーインタビューを選択した。

6. 分析方法

本研究では、がん対象者が語ったライフストーリーインタビューのデータに基づいて、がん体験者自身が立ち直る主体的な自己肯定感という文脈に照らし合わせて、事例分析を行う。そして、事例分析の結果を基に、がん体験者の Resilience に着目し、回復の契機となった出来事、性別による違い、年齢、職業、家族などとの関連について明らかにする。

7. 倫理的配慮

対象者には、研究の目的と方法を説明し、調査期間の途中で参加を中止しても、その後の治療や患者会の活動に関して、何ら不

都合が生じないことを説明した。筆者は、がん体験者が、自分以外のがん体験者との関係性について、社会的な側面から検討するために、患者会のミーティング中のがん体験者と他メンバー、家族とのやりとりを観察し記録することが必要であった。したがって、調査者は患者会のミーティングに参加するメンバー全員に、観察した記録の内容は個人が特定できない匿名とし、研究終了後はデータの消去と廃棄処分することを文章と口頭で説明した上で同意と了解を得た。

対象者のプライバシーの保護には充分留意し、ライフストーリーインタビューは個室で行い、調査への同意についてはライフストーリーインタビュー開始時に、対象者の自筆による署名を確認した。さらに、ライフストーリーインタビューの聴き取りによって、対象者の精神状態が不安定になった場合は、その場でライフストーリーインタビューを中止し、主治医と話し合いを持ち、継続的に支援をしていくことを取り決めた。

本研究における全てのデータと資料は、調査者のパソコンに匿名性を持たせ入力し、データは鍵のかかるキャビネットに保管した。また、データを入力するパソコンはパスワードを設定して、外部者が容易にパソコン操作をすることが出来ない状態にした。さらに、パソコンに入力した情報が漏洩することがないように、インターネットがつながらない通信環境とした。また、ライフストーリーインタビューのデータから分析を進める段階では、個人を特定できる恐れのある固有名詞を任意の名前や記号に変換した。

この研究を進めるにあたり、2008年11月に東洋英和女学院大学大学院の倫理委員会で審議を受けて承認を得た。

8. 用語の定義

ここでは、本研究で用いる用語について定義を行う。

1) Resilience

本研究では、人ががんという体験によって生じる様々な苦悩、喪失の体験を通して、時間の経過と共にがんになった体験を糧とし、これからの新しい希望、自分が生きていく意味と目的を見つけ、自分自身で立ち直る主体的な力、前向きな姿勢として用いる。

2) がん体験者

本研究では、医学的な専門治療を受けて自身ががんであると認識している者を、がん体験者と呼ぶ。その中で、①がんの治療を受けて5年以上が経過し、全く再発せず完治した者、②がんの治療を受けて5年以上経過し、再発及び転移をしたが治療を受けてがんと共に共生している者、③がんの治療を受けたが完治せず進行がんの状態である者、④がんの治療を受けたが末期がんの状態である者、以上をがん体験者という総称で用いる。

Ⅲ. 研究の成果

1. 対象者の概要

対象者は、女性11人、男性2人の計13人であった。がんの初発治療年齢は40～70代であった。がんの治療部位は、WHOの疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回の修正版 International Statistical

Classification of Diseases and Related Health Problems (以下：ICD-10) を基準にした厚生労働省「疾病、障害及び死因分類」にしたがって区分した⁸⁾。がん初発治療後の経過年数は平均9.5年であった(表1)。

治療方法は外科治療12人、放射線治療6人、化学療法6人、ホルモン療法4人であった(重複含む)。再発の有無については、再発の体験をした人が4人、4人の再発部位は乳房であった。婚姻状況は、対象者13人中12人が既婚、未婚が1人であった。家族形態は夫婦のみ世帯が7人、夫婦と未婚の子のみの世帯が3人、3世帯同居で暮らす人が3人であった。教育背景は、13人中12人が高等学校卒業、1人が大学卒業であった。がんの治療後に職業変化があった人は13人中5人、5人は転職を経験していた。信仰の有無については、13人中12人が特別に信仰はないと回答し、1人はキリスト教であった。

表1 対象者の概要

対象者	年齢	性別	治療部位	N=13 治療後の年数
A	70代	男性	前立腺	7.2
B	70代	男性	前立腺	6.8
C	40代	女性	腎臓	13.2
D	40代	女性	胃	5.3
E	50代	女性	乳房	11.9
F	60代	女性	乳房	23.1
G	40代	女性	乳房	10.3
H	50代	女性	乳房	5.8
I	60代	女性	肺	5.4
J	50代	女性	脳	7.9
K	50代	女性	胃	6.2
L	60代	女性	胃	14.8
M	50代	女性	卵巣	5.6

2. がん体験者の Resilience

がん体験者の時間的变化と共に語られた Resilience について、事例の生データを「 」で示し、共通する内容のテーマは《 》で表現した。

1) がん治療から回復となったできごと

男性2人は前立腺がんと診断され、ホルモン治療を受けていた。治療によって生活が変化した内容は、「排泄が思うようにコントロールできない情けなさ」「尿もれの不始末を1人でこっそりと片づける」など《自尊心の低下》が語られた。このような状況の中で、男性が自分自身で立ち直る主体的な力を感じたきっかけは、「自分で何とか始末できるようになってほっとした」「尿もれが心配で外に行くのが怖かったが、だんだんと尿もれパッドが要らなくなり身体に自信が持てるようになった」など《体力の回復》が語られた。

さらに、「女性の更年期障害のように、身体が暑くなり汗が急に出てきて、自分の力の及ばないことに翻弄される」体験は、「まるで自分が女になったような不思議な感覚」として語られた。これらのホルモン治療による身体的変化は、「一時的に鬱状態になり、生きていること自体が辛く、男じゃなくなっていく辛さ」として、ホルモン療法の副作用が、精神症状に影響を及ぼしていた様子が語られた。さらに、「このような更年期障害みたいなことは、男として誰にも言えず、死ぬまで抱える苦しみ」として感じられていた。この背景には、自分ではどうにもならない困難な状況において、看護師の支援を期待する心情を吐露したと言える。しかし、治療後6ヵ月が経過

すると《体力の回復》を実感し、「同じ前立腺がんの人達に情報を伝え、同じ不安を持たないように、自分の経験を役立てたい」と積極的な言動に変化していった。このように、男性は治療によって今まで体験したことのない、ネガティブなライフイベントを経験すると、支援を期待する半面、《体力の回復》が契機となり、自らの力で状況を把握し、困難を切り開いていく様子が示された。これらの過程から、男性のがん体験者は、《体力の回復》が Resilience の構成要素の1つとなっており、自主性に着目した看護支援が求められると考える。

女性11人が、がんの体験から回復したと感じたきっかけは、「最初は、がんによって身体に傷がつき、どん底を体験して悩んで苦しんでいましたが、家族も自分以上に苦しんでいることを知った」「早く家に帰って子ども達の世話をしたい」気持ちが、回復の契機となっていた。さらに、「この苦しみを誰かに聴いてもらいたい」「家族には心配をかけるから誰かに不安を受け止めて欲しい」「同じがんの治療を受けている人だと自分が素直に受け止められるし、自分の悩みや不安が軽くなる」など、《自分の悩みを聴いて欲しい》に変化していった。

本研究の結果から、男性はがんというストレスな体験に対して、《体力の回復》に沿って自己解決を行う傾向があり、女性は母親としての役割認識が回復の手助けとなっていた。さらに、同じがん体験を持つ人々に対して《自分の悩みを聴いて欲しい》という願いが、表現された。石毛ら⁹⁾は、ストレスが Resilience に及ぼす影響について、発達段階における性差の違いがその背

景にあると報告している。看護師ががん体験者を支援するにあたっては、男女でアプローチの方法が異なることを理解した上で、男性には、主体的思考に焦点を当てた個別的な看護支援方法、女性にはグループ活動を中心に、Resilienceを高める看護支援が必要と言える。

2) 同病患者の支え

女性対象者 11 人の中、4 人は乳がんが最も多い人数であった。さらに、乳がんの治療を受けた 4 人は、乳房の全摘手術を受けていた。乳がん体験者のライフストーリーからは、「バサッと刀で切られたような傷跡、手術後に初めてシャワーを浴びた時に傷を見て倒れそうになった」「命が大事と言われ、片方を切ったけれど、命よりも大切なものを無理やりもぎ取った気持ち」「他の乳がんの人達ってどんな傷なんだろうって思いました。自分より綺麗な傷跡の人をみると妬みました」など、切除した乳房の傷跡を見て、衝撃を受けていた事実が示された。さらに、「乳房の再建術について医師は言ってくれない。こちらを命を助けてもらっているから言いづらい」「看護師さんに聞くと、主治医に聞いて下さいと言われ突き放された感じ」など《医療者との距離》が語られた。その結果、「入院中は、同じがんで治療をしている人から情報をかき集めて、これから何をすればよいのか聞きました」「外来で親しくなった人と、傷跡を隠すためにどんなことをすればよいのか具体的に情報交換した」「こんな体になって女が終わった」など、手術後に体験した身体の喪失感、対象者に大きなダメージを与えていた。若崎ら¹⁰⁾は、乳がん患

者の術後の QOL について面接調査を実施した。そして、乳がん患者の心理的状況として、周囲の支えによる安心と感謝、がん医療の要望など 8 カテゴリーを抽出している。本研究では、《医療者との距離》を感じることで、乳がん体験者は同じ病気で苦しんでいる人達との交流が活発になり、《同病患者の支え》が Resilience に大きな影響を与えていた。

このように、女性のがん体験者が命と引き換えに乳房を切除するという喪失感は、《同病患者の支え》を肯定的に受け止め、精神的な安定をもたらした結果と考えられ、若崎らの報告と相似した内容を示すと言える。

3) 性生活の消極化

女性は、「手術後は怖くて自分の切った傷跡を正面から見れない、夫でも見せたくない」「夫との夜の生活が苦痛、傷を見せないようにしているのがみじめ」「退院しても、近所の人達に自分の切った胸に視線が集まるのが辛い、見世物みたい」「夫は男盛りだから辛いと思うけど、こっちはそれどころじゃない。勘弁してという気持ち」など《性生活の消極化》が語られた。しかし、他のがん体験者から《性生活の消極化》を語る内容は示されていない。つまり、女性にとって乳房切除に伴うボディイメージの喪失感、5 年を経過してもなお大きなダメージとなって、夫との性生活を負担に感じていた様子が伺えた。これまで、乳がん患者のボディイメージの変化やセクシャリティの問題は、数多く報告されている^{11,12,13)}。しかし、女性の象徴ともいべき乳房を失った体験者達に対して、看護師が

性生活の相談を受ける場面は少ない。本研究では、女性のがん体験者が、同じ病いを持つ体験者との関係性が確立されたことにより Resilience が高まり、回復の希望に関心が向けられていた事実が示された。性生活の相談は、病室内で患者自らが言いだしにくい環境である。看護師は、その事実を踏まえ、同病者が気楽に情報交換をできるようなミーティングルームの活用と、退院後の生活で何を不安に感じているか、積極的に言葉をかけて支援をすることが課題と言える。

4) がんの治療により影響を受けた年代、家族、職業

対象者 13 人は、がんの初発治療の年齢が 40 代～70 代であった。特に 40 代から 50 代の対象者は、がんの治療によって転職を余儀なくされた人が 5 人、他の年代と比較すると転職者の占める割合が高かった。この背景には、「入院中は病気休暇、がん保険などで何とか生活を維持できるけど、退院するとみんなと同じような仕事はしんどい」「疲れるから無理ができない」「同僚に迷惑をかけるから会社にいらなくなる」など、退院後も継続するがんの治療に加えて、職場復帰したものの身体の回復がままならず、最終的に退職を余儀なくされた厳しい状況を示していた。さらに、「子どもの教育費がかさむので、高い抗がん剤治療を受けることを断る」「治療費捻出のため、家族が生活を切り詰めているのが辛い」「貯金を切り崩しているが、どこまでお金がかかるのか不安で眠れなくなる」「治療が長引いて給料が減らされた」など、がん治療を受ける中での《経済的負担の重さ》

が語られた。

また、「退院しても身体が思うように動かず、仕事の能率が下がるので、同僚に迷惑と言われた」「退院後 2 週間で職場復帰した。低血糖にならないように小出しに食事を食べたかったが、上司に困ると言われトイレで何度も吐いた」「病院の抗がん剤治療は平日だけ。上司に休暇願を出すと嫌味を言われた」など《職場での孤立感》が語られた。さらに、「治療後は休まれたら困るからと言われ、大きな仕事から外された」「治療中は長期の休みを取るため、関係ない部署に飛ばされた」「自分は責任を持って仕事をしていたが、同僚達に急に気を使われて、仕事のやりがいが消えていった」など、《社会的疎外感》が語られた。

このように壮年期でがんを体験した人々は、退院後に《経済的負担の重さ》《職場での孤立感》《社会的疎外感》がネガティブな体験として表現された。そのため、壮年期でがんを体験した人々に、Resilience を引き出せる看護支援を行うことは、早急の課題と言える。そして医療者は、患者の退院が決定した時に、本人、会社の上司、家族と同席し、退院後の職場復帰で何が問題となるか、家族にどのような支援をして欲しいか、話し合いの時間を設定し、各々の立場で何が出来るのか具体的にイメージできるような介入を強化していく必要がある。

その一方、60 代～70 代の対象者は、「がんになって手術をして命拾いをした。残された人生は誰かの役に立ちたい」「がんの治療を受けて生きのびたので恩返しをしたい」「人のためになることをしたい」など《社会への貢献》が語られた。小塩ら¹⁴⁾は、

年齢が高くなると Resilience も上昇し、疾患があることや長期にわたる入院経験というストレスフルな経験が Resilience と関連していると述べている。ライフストーリーからは、「死を怖いと思う気持ちから、いつかは誰もが死ぬ」「がんになって、初めて生きること死ぬことが自然であると知った」「亡くなった両親のことを思い出し、死んだらあの世で会えると思った」「自分が死んだらゆっくり休める場所が良いと考え、海の見える場所に墓地を買った」など《死の現実対処》が語られた。つまり、がんと診断されて様々な苦悩、喪失の経験を繰り返す中で、対象者は死という現実を直視し、自分なりに納得した人生を意味づけることで、自尊感情が安定し、がんの病気を受け止めていったと考える。

このように、60代～70代の対象者に Resilience が構築される背景には、これまで社会的に重責な立場を担ってきた実績、結婚や育児などのライフイベントを積み重ねてきた体験が礎となり、がんと共に死ぬまで生きる主体的な力が示されたと考える。

IV 今後の課題

がん体験者にとって、がんと診断された事実は衝撃である。したがって、治療後5年を超えても、再発や転移の不安、あるいは死と向き合う恐怖や葛藤と折り合う力が、がん体験者の生きる課題となってくる。本研究では、壮年期のがん体験者が退院後に《経済的負担の重さ》《職場での孤立感》《社会的疎外感》がネガティブな体験となって語られた。そのため、退院した壮年期のがん体験者に、Resilience を引き出す手厚い看護支援が必要と言え、看護マンパワ

ーの充実、職場との連携体制の確立、健康管理、治療薬の選択方法、社会資源の活用など多様な課題に取り組むためのチーム体制が望ましいと考える。

本研究における協力者は13人であり、今回得られた結果をがん体験者に普遍化するには限界がある。今後は、対象の理解を深めるために男性がん体験者の拡大と、壮年期のがん体験者から語られた《経済的負担の重さ》《職場での孤立感》《社会的疎外感》に着目し、Resilience の介入時期と方法について検討を加えることが課題である。

V 調査・研究の成果等公表予定

本研究の結果は、2010年日本死の臨床研究会および臨床死生学学会にて発表予定であり、上記の学会誌に投稿をするため準備を進めている。

引用文献

- 1) Lisa G. Aspinwall, Atara MacNamara: Cancer Survivorship: Resilience across the Lifespan, Cancer Supplement, Vol.104, No.11, p2549-2556, 2005.
- 2) Jody Pelusi : The Stage for The Future: Follow-Up Issues Facing Long-Term Cancer Survivors, Seminars in Oncology Nursing, Vol.17, No.4, p263-267, 2001.
- 3) 石井京子：レジリエンスの定義と研究動向：看護研究, Vol.42, No.1, p3, 2009.
- 4) 西園昌久：減びつつある人類の不安と精神医学：精神神経誌, Vol.109, p76-80, 2007.
- 5) 長内綾, 古川真人：レジリエンスと日常的ネガティブライフイベントとの関連：昭和女子大学生活心理研究所紀要, Vol.7,

- p28-38, 2004.
- 6) Shenk D : Subjective realities of rural older women' s lives: a case of study, Journal of Women and Aging, Vol.10, No.4, p7-24, 1998.
- 7) やまだようこ：健康と病いの語り：喪失といのちのライフストーリー：日本保健医療行動科学会年報，p34-48, 2003.
- 8) 厚生労働省：“第2章新生物(Coo-D48「疾病、障害及び死因分類」.” 厚生労働省. 2007-06-18.
[http://ganjoho.ncc.go.jp/professional/statistics/odjrh3000000wsa-att/cancer_incidence\(1975-2003\).xls](http://ganjoho.ncc.go.jp/professional/statistics/odjrh3000000wsa-att/cancer_incidence(1975-2003).xls).(accessed 2009-09-13).
- 9) 石毛みどり，無藤隆：中学生における精神的健康とレジリエンスおよびソーシャル・サポートとの関連：教育心理学研究，Vol.53, p356-367, 2005.
- 10) 若崎淳子，掛橋千賀子，谷口敏代：周手術期にある乳がん患者の心理的状況－初発乳がん患者により語られた内容の分析から－：日本クリティカルケア看護学会誌，Vol.2, No.2, p62-74, 2006.
- 11) 国府浩子，井上智子：手術療法を受ける乳がん患者の術式選択のプロセスに関する研究：日本看護科学会誌，Vol.22, No.3, p20-28, 2002.
- 12) 真壁玲子：乳がん体験者のソーシャル・サポート－手術前状況に関する記述的研究－：日本がん看護学会誌，Vol.13, No.1, p43-52, 1999.
- 13) 伊奈侑子：乳がん患者のセクシュアリティと看護援助：ターミナルケア，Vol.14, No.5, p373-376, 2004.
- 14) 小塩真司，中谷素之：ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性－精神的回復力尺度の作成－，カウンセリング研究，Vol.35, p57-65, 2002.