

□原著論文□

がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動の 実践に影響する要因の分析

重久 加代子*

抄 録

本研究の目的は、がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動の実践に影響する要因を明らかにし、ケアリング行動の実践を促進するための支援についての示唆を得ることである。

全国がんセンター協議会に加盟する5施設の看護師646名に自記式質問紙による留め置き調査を行った。回収率は70.9%で428人を分析対象とした。調査内容は個人属性、ケアリング行動の実践、自律性、生き方、自己効力感、自尊感情であり、記述統計、相関分析で解析した。その結果、ケアリング行動の実践との相関は、自律性($r=.602$)、生き方($r=.427$)、自己効力感($r=.277$)、自尊感情($r=.242$)、がん看護経験年数($r=.154$)、専門学歴($r=.055$)であった。

本結果から、ケアリング行動の実践を促進するには、ケアリング行動の重要性を認識させ、日々の看護実践の中でケアリング行動を実践するための支援と、看護師の自律性を構成する「認知能力」、「実践能力」などに着目した教育を行う必要があるとの示唆を得た。

キーワード: がん看護, ケアリング行動, ケアリング教育

Analysis of factors affecting the practice of caring behavior of nurses in charge of cancer patients

SHIGEHISA Kayoko

Abstract

The purpose of this research is to examine factors affecting the caring behavior of nurses in charge of cancer patients and to give clearer analysis of supporting measures to improve their caring behavior. A self-administered survey has been conducted to 646 nurses in five affiliated hospitals of Japanese Association of Clinical Cancer Centers. 458 nurses responded (70.9%) with 428 valid replies. Questionnaires were composed of questions that are to measure caring behavior, personal attributes, autonomy, commitment to work, self-efficacy, and self-esteem. Statistical analysis has been adopted to assess the correlation between the practice of caring behavior and other factors. It showed that caring behavior is correlated with the following factors in a descending order: autonomy ($r=.602$), commitment to work ($r=.427$), self-efficacy ($r=.277$), self-esteem ($r=.242$), and personal attributes such as years of experience in cancer care ($r=.154$) and background of professional education ($r=.055$). These result suggests that in order to improve the practice of caring behavior, it is necessary to make nurses recognize the importance of caring behavior, to support their practice of nursing care in daily practice, and to provide further education focusing on their “cognitive ability” and “ability for nursing practice.”

Keywords: cancer nursing, caring behavior, caring education

I. はじめに

わが国では1981年に死因の第1位となった悪性新生

物(以下がん)が一貫して増加傾向にあり、全死亡数の

約30%を占めている。がんは治癒率が向上してきたと

受付日: 2011年3月7日 受理日: 2011年7月17日

*国際医療福祉大学 保健医療学部 看護学科

Department of Nursing, School of Health Sciences, International University of Health and Welfare

E-mail: shigehisa@iuhw.ac.jp

はいえ、発病から5年生存する者は60%程度であり、2007年にはがん対策基本法が施行されるなど、がん医療は国家的課題になっている¹⁾。そのため、がん患者のケアを担う看護師には、患者ががんのいかなる病期においても、その人らしさを保ちながら自律していくことを支える看護が求められている。そして、その実現には対象を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかかわりであるケアリングの実践が必要であり、がん看護の質向上にはケアリング能力を高める教育への取り組みが急務である²⁾。

これまでのケアリングに関する研究によると、ケアリングの実現には先行条件として、看護の知識、技術、態度が必要であり³⁾、ケアリングには知ること、共にいること、誰かのために行うこと、可能にする力を持たせること、信念を維持することなどがあると述べられている⁴⁾。また、看護師の特性として、知識、臨床能力、態度、親切、優しさ、明るさ、感受性、コピー能力などがあり⁵⁾、ケアリングの実践は対象の自己実現や身体的健康およびケアする人の自己実現にもつながることが報告されている³⁾。

しかし、本邦におけるケアリングの研究は、そのほとんどが質的手法で行われており、がん看護のケアリングに関する研究は始まったばかりである。そのため、何ががん看護の質向上に必要なケアリングであり、ケアリングを実践するための能力とはどのようなものなのか、またケアリングとは具現化できるのか、など具体的に示したものはほとんどみられない。

そこで筆者は、日本のがん患者のケアを担う看護師のケアリング行動に関する調査を行い、がん看護に必要なケアリング行動と看護師の特性としての看護に対する姿勢や看護専門職継続のための知識・技術への意欲について明らかにしてきた⁶⁾。そして、がん看護の質向上に必要なケアリング能力を、ケアリング行動の実践という視点から量的に測定する信頼性が確保された質問紙を作成した⁷⁾。

本研究では筆者が作成した質問紙を用いて、日本のがん患者のケアを担う看護師のケアリング行動の実践に影響する要因を量的に明らかにし、ケアリング行動

の実践を促進するための支援についての示唆を得ることを目的とする。

II. 方法

1. 用語の定義

ケアリングについてMayeroffは「1人の人格をケアすることは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することを助けることである」とし⁸⁾、Bennerは、ケアリングの実践は看護の核であり「技術的な治療・処置を安全で許容できるようにする実践であり、患者と家族に病気を切り抜けられるように援助し、元の生活世界を回復・維持するよう援助するものである」と述べている⁹⁾。

本研究ではケアリングを「対象を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかかわり」と定義して用いる。また、ケアリング行動はケアリング行動質問紙の項目である「がん看護に重要なケアリングをケアリング行動として具現化した41のかかわり」とする。

2. 研究の枠組み

ケアリング行動質問紙を用いて、ケアリング行動の実践に影響する要因の調査を図1のような研究枠組みで行った。まず、ケアリング行動質問紙を用いてケアリング行動の実践を測定した。次いで、ケアリング行動の実践に影響する要因との関連について統計的手法を用いて明らかにし、ケアリング行動の実践を促進するための支援について検討した。

調査に用いる要因は、ケアリングに関連する先行条件である専門職としての知識、技術、態度および専門

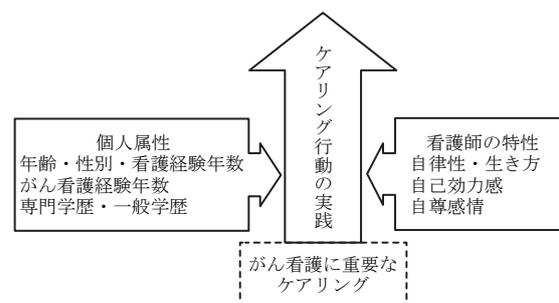


図1 研究の枠組み

職の特性である看護に対する姿勢^{3,7)}、臨床能力^{5,10)}、卓越した判断能力より¹¹⁾、看護師の看護実践力としての自律性を選出した。また、ケアリングの実践は看護師の自尊心の維持や満足、自己実現につながり¹²⁾、自己効力感との関係も示唆されていることから¹³⁾、仕事に対する姿勢としての生き方、自己効力感、自尊感情を選出した。

次に、ケアリング行動と年齢、看護教育背景との関連や性差の違いおよび、ケアリングが臨床能力と関係があることから¹⁴⁻¹⁵⁾、看護経験年数や特定領域としてのがん看護経験年数を選出した。

これらより、ケアリング行動の実践に影響する要因として調査する項目は、看護師の特性としての自律性、生き方、自己効力感、自尊感情、個人属性としての年齢、性別、看護経験年数、がん看護経験年数、専門学歴、一般学歴の10項目とした。

3. 対象

全国がんセンター協議会に加盟する関東地方の5施設の病棟に勤務し、患者の直接的ケアに携わっている看護師646名を対象にした。

4. データ収集方法

1) ケアリング行動質問紙作成の経緯

はじめに、Larson ががん患者の認識とケアリングニーズに特別な関心をもち開発した「The Caring Assessment Report Evaluation Q-sort」(以下 CARE-Q)を和訳し、内容が日本の文化的背景や看護師の役割機能に適したものであるかを検討した¹⁶⁻¹⁸⁾。そして、以下のような手順に沿って CARE-Q に修正を加え、さらに因子分析によりケアリング行動質問紙を作成した⁸⁾。

和訳後検討した CARE-Q の内容妥当性を高めるために、日本の臨床現場でがん看護を継続して5年以上経験し、高い臨床能力を有すると所属施設の看護部長が認めている看護師8名に半構成的面接を行った。

半構成的面接では、「がん看護において大切にしていること、大変重要だと考えていること」、「よい看護ができたと感じている事例、あなたにとって忘れられな

い事例」などについて自由に発言してもらった。面接時間は約60~90分であり、面接内容は許可を得てICレコーダーに録音し、これより文脈単位332のケアリング行動を抽出し、和訳 CARE-Q の6下位尺度および50質問項目と比較検討し分類した。その結果、Larson の CARE-Q の質問項目50の内【患者の状況や変化について、説明する時期や時間を考慮する】は、インタビューから得られた332のケアリング行動に含まれていないため削除した。また、Larson の CARE-Q の質問項目にはなかったが、面接調査から複数抽出されたケアリング行動である【痛みなどの心身の苦痛に対処できる】を加え、最終的に50の質問項目となった。

次いで、修正後の質問項目を用いてがん患者のケアを担っている看護師60名を対象にプレテストを行い、それらの結果に対する助言を2名のがん専門看護師より受けて再修正した。本テストでは、428名の有効回答から因子分析の結果、クロンバック α 係数0.7、因子負荷量0.4および内容の妥当性より検討し、7因子から構成される41のケアリング行動を得た。

本質問紙の総合得点の算出および因子全体との相関については、下位得点の項目数が16~2項目とアンバランスであるため、各下位得点は、それを構成する項目の単純平均とし、さらに総合得点は7つの下位得点の単純平均とした。総合得点は7つの下位得点の重みなしの単純平均としているが、厳密には単純平均ではなく、いわゆる基準関連妥当性が最も大きくなるような重み付きの平均が望ましい。しかし、現時点では基準そのものが存在しないため、本研究では、わかりやすく、かつ分析集団に依存しない単純平均とした。総合得点と因子全体との相関係数は0.998と高く、また重みを変化させたときの、因子全体との相関の最大値0.999とほとんど変わらないため、単純平均で問題はないと判断した。

測定用具としての信頼性については、7つの下位得点のクロンバック α 係数は0.930~0.717であり、一般的基準である0.7以上に達しており、下位得点を構成する項目の内的整合性は確保されていると判断した。総合得点については、下位得点が必ずしも等質ではな

いので、 α 係数を算出する意味はないが、一般に信頼性係数の真値は α 係数の真値以上であり、 α 係数が大きいことは信頼性係数も高いことを保証するものである。クロンバック α 係数は0.929であり、信頼性係数はそれ以上と推定されるが、実際、下位得点を構成する項目の回答が同分布との前提において、信頼性係数を推定すると0.948となる。なお、固有値は5.3~1.9, 累積寄与率は52.1%であった。

2) 調査内容と調査方法

(1) 調査内容

①個人属性

年齢, 性別, 看護経験年数, がん看護経験年数, 専門学歴, 一般学歴。

②ケアリング行動の実践: ケアリング行動質問紙 (41項目)

がん看護に重要なケアリングをケアリング行動として具現化した7因子41項目からなるケアリング行動質問紙を用いた。この質問紙は5段階のリッカートスケールで、5点から1点を配点し7因子の単純平均を得点とする。得点幅は1~5で得点が高いほど、がん看護に重要なケアリング行動の実践が高いことを示している。

③自律性: 看護師の自律性測定尺度 (47項目)

看護に対する姿勢や卓越した判断能力および看護実践力として、自律性を測定する尺度である、看護師が行うべき看護業務をどの程度自律的に実践できているかを測定するために菊池と原田により開発され、信頼性、妥当性が検証されている「看護師の自律性測定尺度」を用いた¹⁹⁻²¹⁾。この尺度は「認知能力」、「実践能力」、「具体的判断能力」、「抽象的判断能力」、「自立的判断能力」の5下位尺度47項目からなる。5段階のリッカートスケールで5点から1点を配点し、得点幅は47から235で得点が高いほど看護師としての自律性が高いことを示している。

④生き方: 生き方尺度 (28項目)

患者への関心や看護に対する取り組みなど仕事への姿勢として、生き方を測定する尺度である、板津により開発され、信頼性、妥当性が検証されている「生き方尺度」を用いた²²⁻²³⁾。この尺度は「能動的実践態度」、

「自己の創造・開発」、「自他共存」、「こだわり・執着心のなさ」、「他者尊重」の5下位尺度28項目からなる。5段階のリッカートスケールで5点から1点を配点し、得点幅は28から140で得点が高いほど仕事に対する肯定的で前向きな姿勢を示している。

⑤自己効力感: 特性的自己効力感尺度 (23項目)

仕事に対する積極性や意欲を長期的に維持する意思を示す、自己効力感を測定する尺度として、Sherer (1982)が作成した自己効力感尺度(SE尺度)を成田らが和訳し、信頼性、妥当性が検証されている「特性的自己効力感尺度」を用いた²⁴⁻²⁵⁾。この尺度は、23項目からなり、特定の状況だけでなく、未知の新しい状況においても適応的に処理できるという長期的影響が示唆されている。5段階のリッカートスケールで5点から1点を配点し、得点幅は23から115で得点が高いほど困難に屈することなく頑張らせしめる自己効力感を示している。

⑥自尊感情: 自尊感情尺度 (10項目)

看護師が自尊心を維持できているのか、看護師が自分自身をどのように感じ評価しているかを示す、自尊感情を測定する尺度として、Rosenberg (1965)が作成したものを山本らが和訳し、信頼性、妥当性が検証されている「自尊感情尺度」を用いた²⁶⁻²⁷⁾。この尺度は10項目からなる5段階のリッカートスケールで、5点から1点を配点し、得点幅は10から50で得点が高いほど自己の能力や価値についての評価が高いこと、つまり自尊感情が高いことを示している。

(2) 調査方法

全国がんセンター協議会に加盟する関東地方の病院の看護部長宛に研究計画書および調査票を送付して研究の協力を依頼し、3週間留め置き後回収した。

(3) 調査期間

2005年8月29日から11月17日

5. データ分析方法

統計ソフトSPSS Ver12.0および「よくわかる!すぐ使える統計学一検定CD版」を使用した。分析は記述統計、ケアリング行動の実践を従属変数とし、それ以

外の10項目(自律性, 生き方, 自己効力感, 自尊感情, 年齢, 看護経験年数, がん看護経験年数, 性別, 専門学歴, 一般学歴)を独立変数とする相関分析を行った.

統計的検定は, 被調査者数が多いほど「有意差有」となるなど4つの弱点が指摘されているため, P 値による評価は行っていない²⁸⁾. 相関または群間差の大きさ(effect size)について, 量的データと量的データの場合は「相関係数」により, 質的データと量的データの場合は「相関比 η (SPSS 日本語版ではイータ)」により評価した. なお, 本研究では, 相関または群間差の有無は, 無作為標本(ランダムサンプル)の平均が正規分布とみなせる最少の人数である30人で有意となる $0.361 \approx 0.35$ を基準とした.

また, 全質問項目に対して1~2程度の欠損値がある場合は, 施設ごとに同質問項目の平均値を投入した.

1) 相関

自律性とケアリング行動の実践の相関係数については, その確認のため自律性を階級に分け, 自律性階級とケアリング行動の実践の相関比 η に対応するグラフを分析した(図2). さらに, 自律性とケアリング行動との相関を詳細にみるために, 7因子別ケアリング行動41項目との相関係数を分析した.

2) 偏相関

相関は2項目に影響している第3の要因を考慮しない単相関であるため, 他の要因の影響を除いた真の相関を, いわゆる偏相関を用いて分析した. 偏相関は, その2項目以外の全ての項目の値を各看護師間でそろえた場合の相関を意味する. 生き方とケアリング行動の実践の偏相関についてはその確認のため, 2項目以外のうち主要な自律性の値を各看護師間でそろえた場合の偏相関に対応して, 自律性階級別の相関(自律性が同程度の場合の相関)を分析した(表4-2).

6. 倫理的配慮

筆者の所属する研究倫理審査委員会の承認を得た後, 協力施設の看護部長に口頭または文書で研究の主旨および方法, 研究協力の内容, 対象者への依頼の仕方について説明した. そして, 対象者に対して, 研究の主

旨と参加は自由であり参加の有無による利害は生じないこと, 調査は無記名で行い個人が特定されないように数値に置き換えて集計することを伝えてもらった.

さらに, 調査票の表紙に, 「調査研究へのご協力をお願い」として, 研究の主旨, データは純粋に研究目的にのみ使用することや参加の有無によりどのような不利益も生じないこと, 質問紙への回答をもって同意とすること等を明示した. また, データ管理については, データを保管する記憶メディアにはパスワードを用い, 研究終了後は速やかに消去した. 調査票は施錠できる場所で保管し, 研究終了後はシュレッダーを用いて破棄した.

III. 結果

1. 調査票の配布と回収状況

看護師646名に調査票を配布し, 458名から回答を得た(回収率70.9%). 回収した調査票の中で, 欠損値の多いものや個人属性に記入もれのあるものは除外し, 428名の回答を有効回答とした(有効回答率93.4%).

2. 対象者の背景(表1)

表1に示したように, 対象者は男性12名(2.8%), 女性416名(97.2%), 平均年齢は33.2歳(標準偏差=8.3, 以下SDと示す), 平均がん看護経験年数は7.3年(SD=5.9)であった. 専門学歴では, 5年一貫教育を含む専攻科および専門学校卒業が346名(80.8%), 短大・大学・大学院卒業が82名(19.2%)であった.

3. ケアリング行動の実践と看護師の特性4項目の記述統計(表2)

表2にケアリング行動質問紙の総数と7因子, ケアリング行動に影響する要因のうち4項目の記述統計を示した. その結果, ケアリング行動の実践と看護師の特性4項目の平均得点はケアリング行動の実践4.2(SD=0.5), 自律性166.6(SD=24.2), 生き方97.3(SD=12.7), 自己効力感73.2(SD=10.7), 自尊感情32.0(SD=6.4)であった.

4. ケアリング行動の実践と各項目との関連について
(表3, 表4-1, 表4-2)

表3にケアリング行動の実践と10項目との相関を示した。その結果, ケアリング行動の実践と相関があったのは, $r \geq 0.35$ の基準より, 「看護師の自律性測定尺度」を用いた自律性($r = .602$)と「生き方尺度」を用いた生き方($r = .427$)であった。

表4-1にケアリング行動の実践と主要6項目との相関を示した。主要6項目は10項目のうち, 男性のデータ数が少ない性別, がん看護経験年数と類似の年齢と

看護経験年数, 専門学歴と類似の一般学歴を除外したものである。専門学歴は区分別のデータ数を考慮して, 専門学校卒業と短期大学以上の大学卒業の2区分を用いた。

その結果, ケアリング行動の実践と主要6項目との相関は表3の結果とほぼ同じになっている。しかし, ケアリング行動の実践と各項目との相関について, その項目以外の値を各看護師間でそろえた場合の相関(表4-1の偏相関欄)を求めると, 生き方の相関係数は表3に示した相関あり0.427から相関なし0.142となる。

表1 対象者の背景 (N=428)

項目	性別	N(%)	最小値~最大値 (平均±SD)
性別	男性	12 (2.8)	
	女性	416 (97.2)	
年齢			20~59 (33.2±8.3)
看護経験年数			1~37 (11.4±7.9)
がん看護経験年数			1~28 (7.3±5.9)
専門学歴	高等学校専攻科及び5年一貫教育による看護師養成課程	9 (2.1)	346 (80.8)
	専門学校2年課程	87 (20.3)	
	専門学校3年課程	250 (58.4)	
	短期大学2年課程	18 (4.2)	82 (19.2)
	短期大学3年課程	53 (12.4)	
	大学	10 (2.3)	
大学院修士課程	1 (0.2)		
大学院博士課程	0 (0.0)		
一般学歴	高等学校		323 (75.4)
	短期大学	73 (17.1)	
	大学	30 (7.0)	105 (24.6)
	大学院修士課程	2 (0.5)	
	大学院博士課程	0 (0.0)	

表2 ケアリング行動の実践と看護師の特性4項目の記述統計 (N=428)

項目	(range)	平均値	SD	最小値	最大値
ケアリング行動の実践	(1 ~ 5)	4.2	0.5	2.8	5.0
第1因子	(1 ~ 5)	4.2	0.5	2.5	5.0
第2因子	(1 ~ 5)	3.8	0.6	1.8	5.0
第3因子	(1 ~ 5)	3.9	0.6	1.8	5.0
第4因子	(1 ~ 5)	4.4	0.4	2.4	5.0
第5因子	(1 ~ 5)	4.1	0.6	2.0	5.0
第6因子	(1 ~ 5)	4.1	0.7	1.3	5.0
第7因子	(1 ~ 5)	4.5	0.6	2.5	5.0
自律性	(47 ~ 235)	166.6	24.2	100.0	235.0
生き方	(28 ~ 140)	97.3	12.7	54.0	136.0
自己効力感	(23 ~ 115)	73.2	10.7	32.0	113.0
自尊感情	(10 ~ 50)	32.0	6.4	11.0	49.0

これは、生き方以外の自律性その他が同程度の場合にはケアリング行動の実践と生き方に相関がないことを示唆している。II.方法の5.データ分析方法で述べたように、これを確認するため、自律性の階級別にケアリング行動の実践と生き方との相関を求めると表4-2のように相関係数は0.078~0.284であり相関がないことが分かる。

5. ケアリング行動の実践(7因子平均)と自律性の関連について(図2)

最終的にケアリング行動の実践と相関のある自律性

表3 ケアリング行動の実践と10項目の相関

項目	相関	備考 相関の種類
自律性	0.602	相関係数
生き方	0.427	〃
自己効力感	0.277	〃
自尊感情	0.242	〃
年齢	0.096	〃
性別	0.018	相関比 η
看護経験年数	0.134	相関係数
がん看護経験年数	0.154	〃
専門学歴	0.147	相関比 η
一般学歴	0.092	〃
全体(括弧内は調整済み)	0.644 (0.623)	

注1: 「相関比 η」は質的データと量的データの相関(0~1)であり、群間比較と考える場合は群間差の大きさを示す
 注2: 全体の相関は重回帰分析の重回関係数(括弧内は調整済み重回関係数)
 注3: 全体の相関の2乗がいわゆる決定係数(考えている項目全体でどの程度説明できるかの値)となる
 注4: 自律性とケアリング行動の実践の相関係数(r=0.602)を確認するため、自律性階級とケアリング行動の実践の相関比(η=0.594)に対応するグラフを図2として示した

について、II.方法の5.データ分析方法で述べたように、自律性の階級別にケアリング行動の実践の平均得点をみると図2のように、自律性が高いほどケアリング行動の実践も高いという、ケアリング行動の実践と自律性階級別の正の相関関係が明確である。

6. ケアリング行動の実践(7因子および41項目)と自律性の関連について(表5)

表5に示したように、7因子別ケアリング行動の実践と自律性の関連をみると、第1因子である「チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行(r=.619)」と相関がみられ、次いで、第3因子「患者中心の支援(r=.543)」、第5因子「患者や家族の状態を予

表4-2 自律性階級別ケアリング行動の実践と生き方の相関

自立性階級別		人数	相関
1	130 未満	33	0.284
2	130 以上 145 未満	42	0.270
3	145 以上 160 未満	85	0.194
4	160 以上 175 未満	108	0.078
5	175 以上 190 未満	94	0.157
6	190 以上	66	0.168

注1: 階級は、分析に耐えるように、各々30人以上となるように分けている
 注2: 生き方とケアリング行動の実践の偏相関(r=0.142)を確認するための自律性のみ値を各看護師間でそろえた場合の偏相関(r=0.140、さらに自律性を階級にまとめた場合は η=0.168)に対応する自律性階級別の相関(自律性が同程度の場合の相関)の表

表4-1 ケアリング行動の実践と主要6項目の相関

項目	相関	偏相関の絶対値	備考 相関の種類
自立性	0.602	0.477	相関係数
生き方	0.427	0.142	〃
自己効力感	0.277	0.032	〃
自尊感情	0.242	0.042	〃
がん看護経験年数	0.154	0.057	〃
専門学歴(2区分)	0.055	0.086	相関比 η
全体(括弧内は調整済み)	0.619 (0.612)	なし	

注: 「偏相関」は「その他の項目の値を各看護師間でそろえた場合」の相関SPSSで、重回帰式の係数評価に用いる偏相関と一致する

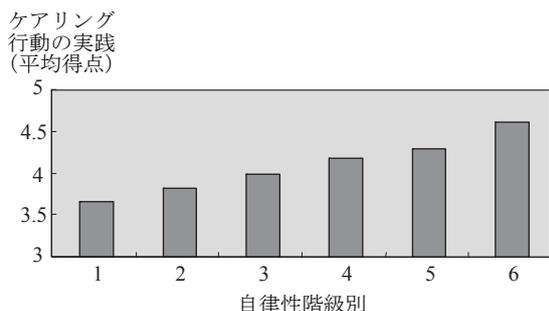


図2 自律性階級別ケアリング行動の実践(平均得点)

注:自律性とケアリング行動の実践の相関係数($r=0.602$)を確認するための自律性階級とケアリング行動の実践の相関比($\eta=0.594$)に対応するグラフ

測した支援($r=.538$)」, 第2因子「患者が主体的に療養できるための情報の提供($r=.531$)」にやや強い相関が認められている。

IV. 考察

1. ケアリング行動の実践に影響する要因について

本研究は「ケアリング行動質問紙」を用いて, ケアリング行動の実践と影響要因を調査する最初のものであり, その目的は影響する要因を明らかにし, ケアリング行動を促進するための支援についての示唆を得ることである。そのため, 考察は相関の高い自律性を中心に行う。

ケアリング行動の実践に影響する要因として, 看護師の特性である自律性と生き方に見かけ上相関が認められた。しかし, いわゆる偏相関を用いた分析の結果, 自律性とケアリング行動の実践には真の相関があるが, 生き方とケアリング行動の実践には必ずしも真の相関はなく, 例えば自律性が同程度の場合には相関が認められないことが分かった。

ケアリング行動の実践と自律性に相関があるという結果は, 自律性が臨床能力を反映しており, 卓越した知識および熟達した技術を備えた質の高い看護を実践する看護師はケアリング能力が高く, ケアリング行動の実践も実現可能であることを示すものである。

そのため, 第1因子である「チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行($r=.619$)」は, 看護師の

専門職としての知識や技術が最も問われる内容である。また, 第3因子の「患者中心の支援($r=.543$)」は, 医療の中心は患者であるという一貫した態度で臨み, それを遵守するには, ある程度の臨床能力と患者をひとりの人間として尊重した支援が求められる。そして, 第5因子の「患者や家族の状態を予測した支援($r=.538$)」は, Bennerが家族へのケアリングとして述べている, 家族が患者と一緒にいられるように保障することや家族に情報を提供し, 家族がケアに参加できるようにすることを含んでおり, 看護師の臨床能力と看護への取り組みが問われるものである²⁹⁾。さらに, 第2因子の「患者が主体的に療養できるための情報の提供($r=.531$)」は, 対象が持てる力を生かせるように情報提供を行うという, 対象をよく理解し, 対象の必要とするニーズや情報を見極めるといった幅広い知識や経験および判断力を必要とする。

これらのことより, 対象を大切な存在として認識し, その人の能力を最大限生かせるかかわりであるケアリングを実現するには, 対象である患者や家族と向き合い, その関係の中で患者の力をエンパワーメントする能力が必要であり, ケアリング行動の実践には, がん看護の知識や技術を備えた看護師としての高い自律性が不可欠であるといえる。

次に, ケアリング行動の実践と生き方とに見かけ上相関は認められたが, 自律性が同程度の場合には相関がないことについて, 生き方は「生き方尺度」で測定したものであり, ケアリングに関連する, 看護に対する姿勢や患者への関心が仕事に対する姿勢として反映されると予測して用いた。しかし, この尺度は社会や他者とのかかわりの中で生きていく人間の主体的で創造的な生活態度を測定するものであり, 個人の自己や社会に対する価値観の測定である²⁷⁾。したがって, 専門職者としての看護師が看護の核であるケアリング行動の実践にいたる場合, 「看護師の自律性測定尺度」47項目の看護を実践する臨床能力には仕事に対する姿勢も包含されていると思われ, 真の相関ありとして反映されなかったと推察される。

また, Swansonの述べている¹⁶⁾, ケアリングが看護

表5 7因子別ケアリング行動41項目と自律性の相関

7因子およびケアリング行動41項目	相関
第1因子：チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行	0.619
安全・安楽・患者の自立を考慮した身体的ケアを行う。	0.490
心身の痛みや苦痛に適切に対処する。	0.488
常に患者を尊重して関わる。	0.366
安全に注射を行う方法や吸引器などの医療器具の取り扱い方を理解している。	0.474
穏やかである。	0.373
よりよいケアが提供できるような関係づくりや組織づくりに努めている。	0.458
患者を1人の人間として知る努力をする。	0.357
その患者のケアについて、主治医や他の医療者が理解できるように説明する。	0.471
患者の家族や重要他者の求めに対して協力的である。	0.444
患者が病気や療養に対して感じている事を表出できるように支援する。	0.456
患者にとって医師が必要な時期を判断する。	0.528
患者と共にいる時には、その患者に意識を傾ける。	0.360
患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する。	0.459
診察、治療、検査などの予約時間や決められた入浴時間などにむねを得ず都合がつかない場合は、時間の調整や他の方法を考慮する。	0.402
入院初期や治療開始及び告知の時などは、患者の不安や苦痛が大きいことを予測し、特に注意を払う。	0.437
危機、あるいは危険な段階が過ぎても、常に患者に関心を持ち続ける。	0.347
第2因子：患者が主体的に療養できるための情報の提供	0.531
自分の病気と治療について何を知っておくことが大切か、わかりやすい言葉で患者に説明する。	0.413
患者に必要と思われる情報を与えることにより、患者が主体であることを認識でき、無力を感じないよう支援する。	0.482
同じような病気をもつ人たちが集まる患者会などのサポートシステムで、利用可能なものについて情報を提供する。	0.291
患者がセルフケアできるように支援する。	0.334
患者がいつでも医師に質問できるように支援する。	0.403
患者の状態や治療に関して良い面を見出し、患者を励ます。	0.352
第3因子：患者中心の支援	0.543
患者自身が自分の病気や治療についての考えを明確にできるよう支援する。	0.484
患者が治療方針や治療計画について納得しているか、患者にその意思を確認する。	0.424
常に患者を中心に考えて行動する。	0.408
ケアプランや療養の仕方について、患者の意見を取り入れる。	0.390
患者が現実的な目標を設定できるよう支援する。	0.461
第4因子：安心して療養できる環境の調整	0.395
患者をたびたび見回る。	0.252
ナースコールには迅速に対応する。	0.257
時間どおりに患者の治療や与薬を行う。	0.282
何か問題があればすぐに知らせるように促す。	0.261
患者にとって安全で快適な環境を整える(例えば、プライバシーの保護、足音やワゴンなどの音、体位変換時のナースコール・時計・ティッシュの位置など)	0.329
第5因子：患者や家族の状態を予測した支援	0.538
患者が治療や検査、面会人などへの対応を負担に感じている時には、調整する。	0.481
患者や家族の動揺が強い時は、患者や家族と話し合える機会をつくる。	0.448
患者にとって、夜は不安や苦痛の増強する時間帯であることを認識している。	0.451
患者の家族や重要他者がケアに参加できるように関わる。	0.326
第6因子：人間性豊かな関わり	0.369
患者の話を聴くときには、意識して座るようにする。	0.209
患者が慰めや励ましを求めていることを察知した時は、手を握ったり、背部をさすったりして患者に触れる。	0.329
朗らかである。	0.362
第7因子：意思の疎通	0.335
患者とコミュニケーションをとるように心がける。	0.291
患者の話に耳を傾ける。	0.331

実践にあるとき看護師は自尊心を維持、充足され、満足が高まるという結果に反して、自己効力感と自尊感情にも相関は認められなかった。「特性的自己効力感尺度」で測定した自己効力感は、仕事に対する積極性や困難に屈することなくがんばる姿勢の反映を予測して選出した。また、「自尊感情尺度」で測定した自尊感情は、患者への関心や仕事への意欲を支えている自己の能力や価値についての評価とケアリング行動の実践との関連を予測して用いた。これらの結果は、本研究の対象者ががん専門病院に勤務し、平均がん看護経験年数も7.3年と高く、がん看護に対する自分の仕事への責任は十分に自覚し、日々責任を果たしているため、相関ありとして反映されなかったのではないと思われる。

2. ケアリング行動の実践を促進するための支援について

ケアリング行動の実践を促進するには、ケアリング行動を実践するためにがん看護の知識や技術を修得し、看護師の自律性を高める必要がある。特に自律性と相関の強かった、第1、第3、第5、第2因子の項目であるケアリング行動の促進には、「看護師の自律性測定尺度」47項目や5下位尺度である、「認知能力」、「実践能力」等に着目した教育が有効であると思われる。

また、ケアリングは相手に気づかっていることを伝えることで成り立つため、看護師自身が実践している看護をケアリング行動として認識することが重要である¹⁰⁾。そして、がん看護に重要なケアリング行動である41項目を意識的に実践できるように、ケアリングの看護体験として積み重ねていくことが必要である³⁰⁾。そのためには、ケアリングとなるかかわりのモデリングを示し、それぞれの看護師がケアリング行動の実践の成果を認識できるようにすることや何がケアリングかというケアの意味を学ぶことができるような関わりが大切である³¹⁻³²⁾。

これらのことより、ケアリング行動の実践を促進するには、がん看護に重要な41のケアリング行動の重要性を認識させ、日々の看護実践の中でケアリング行動を実践するための支援が必要である。また、看護師と

して対象と向き合うことの重要性と対象にとってケアリングとなった時にはじめて、ケアリング行動にその価値が与えられるということを認識できるように、ケアリング行動の実践を促進する教育に取り組む必要がある。そして、今回明らかになった、第1、第3、第5、第2因子の項目であるケアリング行動の促進には、「看護師の自律性測定尺度」47項目や5下位尺度である、「認知能力」、「実践能力」等に着目した教育が有効であるとの示唆を得た。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、ケアリング行動質問紙を用いた初めての調査であるため、さらなるデータの蓄積と比較研究およびケアの受け手である患者側からの調査が必要である。また、ケアリングの概念は未だ明確にはされておらず、研究途上の課題でもある。そのため、自律性が高くてもケアリング行動の実践能力が低いのはどのような人かなど、今回得られたケアリング行動の実践に影響する要因である自律性との関連について分析を進め、ケアリング行動を促進するための教育を明らかにすることが課題である。

VI. 結論

- (1) ケアリング行動の実践と自律性、生き方に相関が認められた。
- (2) 自律性が同程度の場合にはケアリング行動の実践と生き方とに相関は認められない。
- (3) ケアリング行動の実践を促進するには、ケアリング行動の重要性を認識させ、日々の看護実践の中でケアリング行動を実践するための支援と、看護師の自律性を構成する「認知能力」、「実践能力」などに着目した教育を行う必要があるとの示唆を得た。

謝辞

研究を行うにあたりご協力いただいた看護師の皆様にご感謝申し上げます。なお、本研究は、2006年国際医療福祉大学保健医療学研究科修士課程で修士論文として提出したものの一部であり、第20回日本がん看護学

会学術集会で発表したものに加筆修正したものである。最後に、研究のご指導をいただいた、渡辺孝子先生、荒井蝶子先生、兵頭明和先生に感謝申し上げます。

文献

- 1)国民衛生の動向 56(9). 東京: 厚生統計協会, 2009: 50-53, 151-154
- 2)小島操子. 21世紀におけるがん看護の役割と責務. 日本がん看護学会誌 2000; 14(2): 4-8
- 3)筒井真優美. ケア/ケアリングの概念. 看護研究 1993; 26(1): 2-13
- 4)Swanson K (小林康江ら訳). ケアリングの中範囲理論の経験的な発展. 看護研究 1995; 28(4): 55-65
- 5)操華子, 羽山由美子, 菱沼典子ら. ケア/ケアリング概念の分析. 聖路加看護大学紀要 1996; (22): 14-28
- 6)重久加代子, 渡辺孝子. がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動を促進する要因. 日本看護科学学会学術集会講演集 2006; 26: 156
- 7)重久加代子, 渡辺孝子, 兵頭明和. がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動を測定する質問紙の開発. がん看護 2007; 12(6): 648-655
- 8)Mayeroff M. (田村真, 向野宣之訳). ケアの本質. 東京: ゆみ出版, 1989: 13
- 9)Benner P. (早野真佐子訳). エキスパートナースとの対話. 東京: 照林社, 2004: 127
- 10)岩本テルヨ. ケアリングを成立させる看護婦の要件. 北里看護学誌 1997; 3(1): 12-19
- 11)Montgomery K L. (神郡博, 濱畑章子訳). ケアリングの理論と実践. 東京: 医学書院, 1995: 44
- 12)Swanson K. What is known about caring in nursing science. Handbook of Clinical Nursing Research, Thousand Oaks: Sage Publications, 1999: 31-60
- 13)犬童幹子. 癌看護に携わる看護者のケアリングに関する研究. 日本がん看護学会誌 2000; 14(2): 42-53
- 14)Boonyanurak P, 小澤三枝子, EvansDavid R ら. An Investigation into Nurse's Behavior with regard to Human Caring, 看護師のヒューマンケンリングの行動に関する研究. 国立看護大学校研究紀要 2002; 1(1): 11-16
- 15)Smith M C. Caring and the Science of Unitary Human Beings. Advances in Nursing Science 1999; 21(4): 14-28
諸田直実ら訳. ケアリングと統一体としての人間の科学. Quality Nursing 2001; 7(1): 33-46
- 16)Larson P. Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. Oncology Nursing Forum 1984; 11: 46-50
- 17)Larson P. Cancer nurses' perceptions of caring. Cancer Nursing 1986; 9(2): 86-91
- 18)Watson J. (筒井真優美監訳). 看護におけるケアリングの探究. 東京, 第1版: 日本看護協会出版会, 2003: 31-60
- 19)菊池昭江, 原田唯司. 看護専門職における自律性に関する研究. 看護研究 1997; 30(4): 285-297
- 20)菊池昭江, 原田唯司. 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告 1997; 47: 241-254
- 21)菊池昭江, 原田唯司. 看護婦の自律性測定尺度. 心理測定尺度集Ⅲ. 東京: サイエンス社, 2002: 328-334
- 22)板津裕己. 生き方の研究-尺度構成と自己態度との関わりについて. カウンセリング研究 1992; 25(2): 21-29
- 23)板津裕己. 生き方尺度. 心理測定尺度集Ⅱ. 東京: サイエンス社, 2002: 417-421
- 24)成田健一, 下仲順子, 中里克治ら. 特性的自己効力感尺度の検討. 教育心理学研究 1995; 43(3): 306-314
- 25)成田健一, 下仲順子, 中里克治ら. 特性的自己効力感尺度. 心理測定尺度集Ⅰ. 東京: サイエンス社, 2002: 37-42
- 26)山本真理子, 松井豊, 山成由紀子. 認知された自己の諸側面の構造. 教育心理学研究 1982; 30(1): 64-68
- 27)山本真理子, 松井豊, 山成由紀子. 自尊感情尺度. 心理測定尺度集Ⅰ. 東京: サイエンス社, 2002: 29-31
- 28)兵頭明和. 第2章2.6.5 検定の弱点. よくわかるすぐ使える統計学-検定 CD版, 東京: 厚生統計協会, 2008
- 29)Benner P, Hooper-Kyriakidis P L, D.Stannard (井上智子監訳). 看護ケアの臨床知. 東京: 医学書院, 2005: 395-396
- 30)柴田秀子, 上泉和子, 栗屋典子ら. 看護の質を構成する要素の検討. 看護研究 1995; 28(4): 287-300
- 31)Bevis E O, Watson J (安酸史子監訳). ケアリングカリキュラム. 東京: 医学書院, 1999: 48-51
- 32)Roach S M S (鈴木智之ら訳). アクト・オブ・ケアリング. 東京: ゆみ出版, 1996: 184