

□原著論文□

がん看護に重要なケアリング行動の実践の性差

重久 加代子¹

抄 録

本研究の目的は、ケアリング行動の実践を促進し、がん看護の質向上およびケアリング教育を具現化する基礎資料を得るために、がん看護に重要なケアリングの関連要因を考慮したケアリング行動の実践の性差を明らかにすることである。全国がんセンター協議会に加盟する10施設の看護師118名(男性59名・女性59名)に自記式質問紙による留め置き調査を行い、104名を分析対象とした(有効回答率88.1%)。調査内容は、ケアリング行動の実践、性別、年齢、がん看護経験年数、専門学歴、自律性、生き方等であり、重回帰分析で解析した。その結果、関連要因のケアリング行動の実践への関連のしかたに性差は認められなかった。また、関連要因の値が男女間で等しい場合のケアリング行動の実践において、重相関係数 R 0.683、決定係数 R^2 0.466、偏相関0.098であり、性差はないことが示唆された。

キーワード：ケアリング行動、がん看護、性差

Sex differences in the practice of caring behaviors that are essential in cancer nursing

SHIGEHISA Kayoko

Abstract

The purpose of this research is to clarify sex differences in the practice of caring behavior that are essential in cancer nursing in order to promote the practice of caring behavior and acquire basic data embodying the quality improvement of cancer nursing and caring education. A self-administered questionnaire was delivered to 118 nurses (59 males and 59 females) working for 10 facilities belonging to Japanese Association of Clinical Cancer Centers, among which 104 usable questionnaires were collected and used in the analysis (a valid response rate of 88.1%). Multiple regression analysis was used to assess the effects of various variables (sex, age, years of cancer nursing experience, academic background, the level of autonomy, lifestyle, and so on) on the practice of caring behavior. Multiple correlation coefficient R , coefficient of determination R^2 , and partial correlation coefficient were 0.683, 0.466, and 0.098, respectively on the practice of caring behavior when the values of relevant factors being equal between men and women. The analysis revealed that there was no sex differences with regard to the association between the relevant factors and the practice of caring behavior.

Keywords : caring behavior, cancer nursing, sex differences

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)が増加傾向にあり、全死亡数の約30%を占めている¹⁾。がんは治癒率が向上してきたとはいえ、再発や転移という疾患の特徴より、がん患者は死を意識しながらがん向き合い、長きにわたる療養を余儀なくされる。そのため、がんのいかなる病期

においても、がんという厳しい現実と向き合いながら、その人らしく生きていくことを支える看護を実現するには、ケアリングの実践が必要であると考えられる。

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²⁾、Bennerはケアリングは看護の核であり「技術的な治

受付日：2015年3月2日 受理日：2015年6月12日

¹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
shigehisa@iuhw.ac.jp

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³⁾。また、Watsonはケアリングは人々をあるがままに受容するだけでなく、成長の可能性をもつものとして受容する。ケアリングの環境は、その時点で、その人にとって最もよい行為が選択できるような潜在能力を発揮するとしている⁴⁾。ケアリングは熟練した看護師の実践する質の高い看護の中に見出されており^{3,5-7)}、がん看護に携わる者の責務として、質の高いケアを提供するためにケアリング能力を高めることが提唱されている⁸⁾。

ケアリングの実践に関わる要因を明らかにした先行研究には、ケアリングに関連する先行要件、看護師の特性、ケアリングを成立させる看護師の要件などがある。ケアリングに関連する先行要件としては、専門職としての看護の知識、技術、態度(倫理的・道徳的要素・感情)および環境が必要である^{9,10)}。看護師の特性としては、個人的特性には親切、優しさ、明るさなどの人間的特性、感受性、コーピング能力等があり、専門職の特性には態度、知識、臨床能力等がある¹¹⁾。Roachは、ケアリングはケアをする能力または力の現実化であり、実際の行動の中で具現化することで表現されるとし、職業的ケアリングの属性として思いやり、能力、信頼、良心、コミットメントを示している¹²⁾。また、筆者の行ったケアリング行動の実践と達成動機の研究では、ケアリング行動の実践と自己充實的達成動機に関連が認められている¹³⁾。そして、患者と看護師の関わりの中でケアリングを成立させる看護師の要件には、「ノルマ・マニュアルを超えた対応」として、態度、時間的対応、技術的能力があり、「高いモラル」としては謙遜、熱意、意欲があることが報告されている¹⁴⁾。

しかし、ケアリングは抽象度の高い概念であり、人間の特性や状態、道徳的なモラルあるいは対象者との相互関係の意味をもつなど複雑で、統一した見解を得られていないため¹⁵⁾、ケアリングの実践やケアリング能力を高める教育について具体的に示したものはほとんどみられない。

そのため、筆者はがん看護におけるケアリングの探

索的研究を行い、7構成因子よりなるケアリング行動41を質問項目とする信頼性、妥当性がほぼ確保された「ケアリング行動質問紙」を作成した¹⁶⁾。本質問紙を用いた調査では、ケアリング行動の実践に影響する要因として、看護師の自律性や生き方が関連することを報告している¹⁷⁾。しかし、性別については男性の割合が1%程と少ないこともあり、十分な分析ができていない。

ケアリングに関連する性差についての研究は、発達心理学や教育学では行われており、Gilliganは道徳的ジレンマに対して、少年は「人間についての数学問題」、少女は「人間に関する時間を超えて広がる人間関係」という異なる捉え方をしていることを報告している¹⁸⁾。また、Noddingsはケアリングに対する女性の生物学的有利について述べている¹⁹⁾。看護学においては、看護が女性特有の仕事であるとする伝統や女性らしさがあり、女性と男性のケア提供者は異なったケアリングの概念をもっている可能性や、ほとんどの研究が女性の看護師をサンプルとしていることが指摘されているが、ケアリングの実践と性差の研究はほとんど行われていない^{20,21)}。

そこで、本研究ではケアリング行動の実践を促進し、がん看護の質の向上およびケアリング教育を具現化する基礎資料を得るために、がん看護に重要なケアリングの関連要因を考慮したケアリング行動の実践の性差を明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 用語の定義

本研究で用いる用語は以下のように定義して用いる。

「ケアリング」とは、対象者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関わりである。また、「ケアリング行動」とは、「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具現化した関わりである。

2. 研究の概念枠組み

「ケアリング行動質問紙」を用いて、ケアリング行動の実践の性差について図のような研究の概念枠組みで調査を行った(図1)。本研究は「ケアリング行動の実践」に性差があるかについて、2つの段階より定量的に分析し結果を導いている。①関連要因(年齢・がん看護経験年数・専門学歴・自律性・生き方)の「ケアリング行動の実践」への関連のしかたの性差、②関連要因の値が男女間で等しいとした場合の性差についてである。

本質問紙を用いた先行研究では、ケアリング行動の実践と関連があったのは、「看護師の自律性測定尺度」を用いた「自律性」と「生き方尺度」を用いた「生き方」であった¹⁷⁾。また、Boonyanurakらがタイの看護師を対象に行った「ヒューマンケアリングに関する調査票」を用いた研究では、経験年数は調査していないが年齢と専門学歴に有意差が認められたと報告している²²⁾。経験年数については、Bennerらの研究により、卓越した知識および熟達した技術を駆使する能力を備えているエキスパートナースが高いケアリング能力をもつことや、経験の質を問いつつも専門領域での臨床経験の重要性が支持されている^{3,7,21)}。

これらより、ケアリング行動の実践の関連要因として考慮する項目は、年齢、がん看護経験年数、専門学歴、自律性、生き方の5項目とした。これら5つの関連要因は、ケアリング行動の実践の性差の分析において、精度の高い結果を得るために、男女別と性別以外の関連要因の値が男女間で等しい場合の分析を行った。

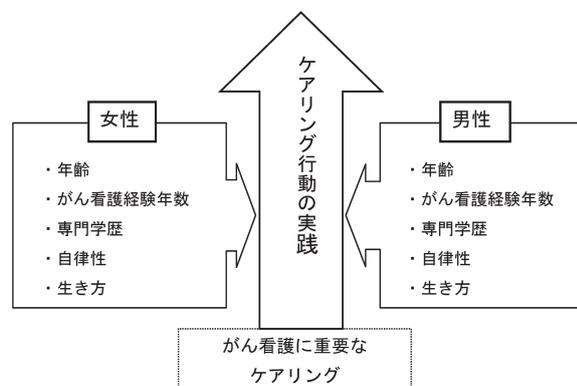


図1 研究の概念枠組み

3. 研究協力者

全国がん(成人病)センター協議会に加盟する10施設に勤務し、がん患者の直接的ケアに携わっている男性看護師59名と対象者の年齢または経験年数が同等の女性看護師59名の合計118名を対象とした。

注:全国がん(成人病)センター協議会は、わが国におけるがんの予防、診断および治療等の向上を目的に昭和48年に設立され、悪性新生物の医療、調査研究および研修を行う国立がん研究センター2施設を含む公立病院またはこれに準じる医療施設(現在32施設)で構成されている。

4. データ収集方法

1) 調査内容

(1) 個人属性(関連要因を含む)

年齢、性別、看護経験年数、がん看護経験年数、一般学歴、専門学歴。

(2) ケアリング行動の実践

ケアリング行動の実践は41項目よりなる「ケアリング行動質問紙」を用いた。「ケアリング行動質問紙」¹⁶⁾は、がん看護において重要なケアリングをケアリング行動として抽出し、7構成因子、41ケアリング行動からなる、信頼性、妥当性がほぼ確保された質問紙である(7因子のクロンバック α 係数は0.930~0.717、固有値は5.3~1.9、累積寄与率は52.1%)。本質問紙の作成意図は、ケアリング能力をケアリング行動41の実践として測定可能にすることで、ケアリング行動の実践を促進し、がん看護の質向上およびケアリング教育を具現化するための指標を得ることである。

本質問紙は、資料に示したように「チーム医療の中で看護師が果たす役割と責任の遂行」、「患者が主体的に療養できるための情報の提供」、「患者中心の支援」、「安心して療養できる環境の調整」、「患者や家族の状態を予測した支援」、「人間性豊かな関わり」、「意思の疎通」の7構成因子よりなる(資料)。

本質問紙は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

資料 「ケアリング行動質問紙」の7因子およびケアリング行動41項目

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

安全・安楽・患者の自立を考慮した身体的ケアを行う。
 心身の痛みや苦痛に適切に対処する。
 常に患者を尊重して関わる。
 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。
 穏やかである。
 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。
 患者を1人の人間として知る努力をする。
 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。
 患者の家族や重要他者の求めに対して協力的である。
 患者が病気や療養に対して感じていることを表出できるように支援する。
 患者にとって医師が必要な時期を判断する。
 患者と共にいる時には、その患者に意識を傾ける。
 患者のニーズの把握に努め、敏感に対応する。
 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やむ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。
 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、特に注意をはらう。
 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。

第2因子：患者が主体的に療養できるための情報の提供

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。
 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。
 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。
 患者がセルフケアできるように支援する。
 患者がいつでも医師に質問できるように支援する。
 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。

第3因子：患者中心の支援

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。
 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。
 常に患者を中心に考えて行動する。
 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。
 患者が現実的な目標を設定できるよう支援する。

第4因子：安心して療養できる環境の調整

患者をたびたび見回る。
 ナースコールには迅速に対応する。
 時間どおりに患者の治療や与薬を行う。
 何か問題があればすぐに知らせるように促す。
 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）

第5因子：患者や家族の状態を予測した支援

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。
 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。
 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。
 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。

第6因子：人間性豊かな関わり

患者の話をお聴く時には、意識して座るようにする。
 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。
 朗らかである。

第7因子：意思の疎通

患者とコミュニケーションをとるように心がける。
 患者の話に耳を傾ける。

幅は1~5で、5段階の実践割合は、5(81~100%)、4(61~80%)、3(41~60%)、2(21~40%)、1(0~20%)であり、得点が高いほどケアリング行動の実践が高いことを示す。

(3) 自律性

自律性は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を測定する尺度として、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47項目からなる「看護師の自律性測定尺度」を用いた²³⁻²⁵⁾。本尺度は「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

生き方は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を測定する尺度として板津により開発され、信頼性、妥当性が検証されている28項目からなる「生き方尺度」を用いた^{26,27)}。本尺度は「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。

2) 調査方法

全国がん(成人病)センター協議会に加盟する施設の看護部長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承認を得た。依頼に際しては、調査対象者となる男性看護師全数と男性看護師の年齢または経験年数が同じか、それに近い女性看護師の選出をお願いした。調査票は3週間留め置き後郵送にて回収した。

3) 調査期間

調査期間は2009年1月から3月である。

5. データ分析方法

「ケアリング行動の実践」の性差には、(1)関連要

因の値の性差、(2)関連要因の「ケアリング行動の実践」への関連のしかたの性差、(3)関連要因の値が男女間で等しいとした場合の性差(関連要因の値を男女間でそろえた場合の性差)があると考えられるが、本研究では(2)の性差、また(2)の性差がない場合には、さらに(3)の性差を確認する。そのため、統計ソフトSPSSを用いて、ケアリング行動の実践を従属変数とし、年齢、がん看護経験年数、専門学歴、自律性、生き方を独立変数とする重回帰分析を男女別に行い、さらに、男女をあわせた全データで、性別を独立変数に含めた重回帰分析を行った²⁸⁾。また、性別と専門学歴はダミー変数を用いて、性別(男性0、女性1)と専門学歴(専門学校他0、大学他1)は独立変数として重回帰分析に投入した。

なお、筆者の研究では「推測統計」ではなく「記述統計」による分析を行うため、仮説検定による*p*値の評価ではなく、相関の大きさを評価している。看護学分野においては現在のところ、相関はいくら以上あればよいかという基準は明確にされていないため、筆者は0.35を用いており、0.35未満を相関なし、0.35以上を相関ありと評価している¹⁷⁾。

6. 倫理的配慮

本学倫理審査委員会の承認(08-81)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、研究協力者への依頼の仕方について、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や個人等の評価ではないことを伝えてもらうよう説明した。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、データは純粹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ところで保管し、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 118 名（男性 59 名・女性 59 名）に調査票を配布し、108 名から回答を得た（回収率 91.5%）。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、104 名（男性 52 名・女性 52 名）の回答を有効回答とした（有効回答率 88.1%）。

2. 対象者の背景

対象者の背景は表に示したように、男性 52 名、女性 52 名であり、男性の年齢（平均±標準偏差）は 29.6±5.1 歳、がん看護経験年数は 4.3±3.8 年であり、女性の年齢は 29.7±6.6 歳、がん看護経験年数は 5.2±3.9 年であった。また、男性の専門学歴は 5 年一貫教育を含む専攻科および専門学校卒業が 46 名（88.5%）、短期大学・大学卒業が 6 名（11.5%）であり、女性の専門学歴は 5 年一貫教育を含む専攻科および専門学校

卒業が 47 名（90.4%）、短期大学・大学卒業が 5 名（9.6%）であった（表 1）。

3. ケアリング行動の実践の基本統計量

ケアリング行動の実践の平均得点は表に示したように、男性 4.1±0.4 点、女性 4.1±0.4 点であった（表 2）。

4. 関連要因のケアリング行動の実践への関連のしかたの性差（男女別重回帰分析）

関連要因のケアリング行動の実践への関連のしかたの性差を明らかにするために、男女別重回帰分析を行った。関連要因の男女別偏回帰係数を表に示す（表 3）。重回帰分析による男性の重相関係数 R は 0.722、決定係数 R^2 は 0.521 であり、女性の重相関係数 R は 0.677、決定係数 R^2 は 0.458 であった。関連要因 5 項目の偏回帰係数は正および負の違いがみられるが、男女別のケアリング行動の実践に対する関連のしかたはグラフに示したように、視覚的には専門学歴にわずか

表 1 対象者の背景

		n = 104 (男性 52, 女性 52)		
	項目	男性	女性	全体
年齢	平均±SD (最小～最大)	29.6±5.1 (23～44)	29.7±6.6 (23～46)	29.6±5.9 (23～46)
看護経験年数	平均±SD (最小～最大)	5.9±4.6 (1～22)	7.1±5.2 (1～21)	6.5±4.9 (1～22)
がん看護経験年数	平均±SD (最小～最大)	4.3±3.8 (1～17)	5.2±3.9 (1～18)	4.7±3.8 (1～18)
専門学歴	5 年一貫を含む専攻科 および専門学校	46 (88.5%)	47 (90.4%)	93 (89.4%)
	短期大学・大学	6 (11.5%)	5 (9.6%)	11 (10.6%)
一般学歴	高等学校	39 (75%)	43 (82.7%)	82 (78.9%)
	短期大学・大学	13 (25%)	9 (17.3%)	22 (21.1%)

表 2 ケアリング行動の実践の基本統計量

		n = 104 (男性 52, 女性 52)		
項目	男性		女性	全体
	平均±SD (最小～最大)		平均±SD (最小～最大)	平均±SD (最小～最大)
ケアリング行動	4.1±0.4 (3.3～4.9)		4.1±0.4 (3.1～4.8)	4.1±0.4 (3.1～4.9)
第 1 因子	4.2±0.5 (3.1～5.0)		4.2±0.5 (3.2～5.0)	4.2±0.5 (3.1～5.0)
第 2 因子	3.7±0.6 (2.3～4.8)		3.8±0.6 (2.2～5.0)	3.8±0.6 (2.2～5.0)
第 3 因子	3.9±0.6 (1.6～5.0)		4.0±0.6 (2.8～5.0)	3.9±0.6 (1.6～5.0)
第 4 因子	4.5±0.4 (3.2～5.0)		4.5±0.4 (3.4～5.0)	4.5±0.4 (3.2～5.0)
第 5 因子	3.9±0.8 (1.5～5.0)		4.0±0.6 (2.8～5.0)	3.9±0.7 (1.5～5.0)
第 6 因子	3.9±0.6 (2.7～5.0)		4.1±0.6 (2.3～5.0)	4.0±0.6 (2.3～5.0)
第 7 因子	4.4±0.5 (3.0～5.0)		4.5±0.6 (3.0～5.0)	4.4±0.6 (3.0～5.0)

の差を認めるも同じような構造となっており、ほとんど性差は認められない(図2)。

表の枠外に残差平方和を示した。SPSSを用いて重回帰分析をした場合に算出される回帰式による予測の誤差を反映する残差平方和は、①男性のみでは4.588、②女性のみでは5.353であり、これらを合計した③(①+②)は9.941となる。また、④性別を含めた場合は

表3 関連要因のケアリング行動の実践への関連のしかたの性差(男女別重回帰分析)

関連要因	(n=52(男性) n=52(女性))		
	性別	男性	女性
	偏回帰係数(非標準化係数)		
年齢		-0.014	0.008
がん看護経験年数		0.020	-0.009
専門学歴		-0.118	0.201
自律性		0.009	0.007
生き方		0.011	0.016
重相関係数 R		0.722	0.677
決定係数 R ²		0.521	0.458

* SPSSの分散分析表より、残差平方和は男性4.588、女性5.353、性別を含む10.483である。

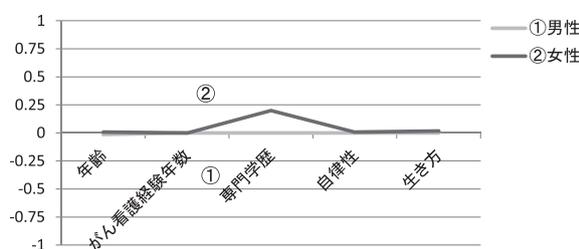


図2 男女別重回帰分析の係数

10.483であり、これは偏回帰係数(定数以外)が男女で共通と仮定した場合の誤差に相当している。そのため、偏回帰係数(定数以外)が男女で共通ならば、③と④の残差平方和は等しくなる。実際、その差を分析すると、 $(10.483 - 9.941) \div 10.483 = 0.052$ でわずか5%程度にとどまっている。なお参考に、図2で視覚的に差が認められた専門学歴において、関連項目を専門学歴のみに単純化した場合について同様の分析をすると、①男性のみは9.562、②女性のみは9.696、これらを合計した③(①+②)は19.258、④性別を含めた場合は19.381となっており、④と③の差は $(19.381 - 19.258) \div 19.381 = 0.006$ で0.6%となり、ほとんど差は認められない。

5. 関連要因の値が男女間で等しい場合のケアリング行動の実践の性差(性別を含む重回帰分析)

関連要因の値が男女間で等しい場合のケアリング行動の実践の性差について、性別を含む重回帰分析の結果を表に示した(表4)。性別を含む重回帰分析による重相関係数Rは0.683、決定係数R²は0.466であり、性別の偏相関は0.098であった。性別の偏回帰係数は、性別以外の項目の値を男女間でそろえた場合のケアリング行動の実践の男女差であり、偏相関0.098はその大きさを示している。したがって、関連要因の値が男女間で等しい場合のケアリング行動の実践の性差は認められないことが示された。なお、先行研究でケアリ

表4 関連要因の値が男女間で等しい場合のケアリング行動の実践の性差(性別を含む重回帰分析)

関連要因	(n=104)			
	ケアリング行動	偏回帰係数(非標準化係数)	標準偏回帰係数β	偏相関
性別		0.064	0.073	0.098
年齢		-0.005	-0.061	
がん看護経験年数		0.008	0.073	
専門学歴		-0.001	-0.001	
自律性		0.009	0.453	
生き方		0.011	0.312	
重相関係数 R			0.683	
決定係数 R ²			0.466	

ング行動の実践と関連のあった要因の標準偏回帰係数 β は自律性 0.543, 生き方 0.312 であった。

IV. 考察

がん看護に重要なケアリングの関連要因を考慮したケアリング行動の実践の性差を明らかにするために、関連要因として、年齢、がん看護経験年数、専門学歴、自律性、生き方の5項目を選出し重回帰分析を男女別に行った。その結果、関連要因のケアリング行動の実践への関連のしかたに性差は認められなかった。また、5項目の関連要因の値が男女間で等しい場合のケアリング行動の実践においても、性差はないことが示唆された。

研究を進めるにあたり、看護職が女性の職業とされてきた歴史的背景などよりジェンダーの視点での議論があることや^{20,21,29)}、発達心理学や教育学でのケアリングに関連した性差が報告されており^{18,19)}、ケアリング行動の実践においても性差の生じる可能性が予測された。しかし、ケアリング行動の実践に関連する5項目の関連要因が等しい場合のケアリング行動の実践において性差は認められないことが示された。加えて、ケアリング行動の実践の関連要因である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を示すと考えられる「自律性」や患者への関心および看護に対する取り組みなど仕事への姿勢を示すと考えられる「生き方」にも性差は認められなかった。

本研究では、性別によるケアリングに対する認識の相違については明らかにしていないが、がん看護におけるケアリング行動の実践においては、先行研究の結果から予測された影響はなかったといえる。この結果については、本研究の対象者ががん看護を専門とする看護師であり、看護専門職として性別に関係なく、ケアリング行動の実践の重要性を認識していることを示しているのではないかとと思われる。また、がん看護では対象者ががんという厳しい現実と向き合いながら、その人らしく生きていくための支援が求められており、看護師は対象者と向き合い、共感性と客観性のバランスを保ちながら日々の看護実践に取り組んで

いる。そのため、看護師には Gilligan¹⁸⁾ の述べている「正義の倫理」と「ケアの倫理」の両者が必要であり、Noddings¹⁹⁾ の述べている「ケアリングに対する女性の生物学的有利」という状況を超えて、がん看護の専門職としてケアリング行動を実践していると推察される。

先行研究によると、ケアリングに関連する先行要件には、専門職としての看護の知識、技術、態度および環境が必要であり^{9,10)}、がん看護を専門領域とする看護師のストレスがきわめて高いことが報告されている³⁰⁾。しかし、厳しい医療環境の中にあっても、がん看護におけるケアリングの重要性を認識し、施設としてもがん看護の質向上に向けた体制づくりに取り組んでいると思われる^{31,32)}。本調査の対象者はがん専門施設に所属しており、ケアリングの実践が支持される環境であったのではないかと推察される。

加えて、筆者の行ったケアリング行動の実践と達成動機の研究では、ケアリング行動の実践と自己充實的達成動機に関連が認められている¹³⁾。自己充實的達成動機は個人の積極的価値に基づく「個人的達成欲求」であり、自分にとって価値あることを成し遂げたいとする欲求である。本調査の対象者は性別に関係なく、ケアリング行動の重要性を認識し達成すべき価値あるケアとしてケアリング行動を位置づけ実践しているのではないかとと思われる。また、がん看護に携わる看護師は、対象者の存在を受け入れ、対象者のもつ力を最大限生かせる関わりであるケアリングを日々のケアの中で求められており、性別に関係なくケアリングを実践することで看護師としての自己実現を図っているのではないかと推察される³³⁾。本調査で分析対象となった10施設の男性看護師52名と女性看護師52名のケアリング行動の実践の平均得点はともに4.1点であり、これまで調査した全国がん(成人病)センター協議会に加盟する施設の平均得点である4.0~4.2点と同等である^{13,17,34)}。操らはケアリング行動の認識について調査し、終了した基礎教育課程の種類にかかわらず、重要であると認識されているケアリング行動の項目は共通しており、看護専門職としての価値観、看護師像

は、専門職化が実際に行われた課程で共通した傾向がみられると述べている³⁵⁾。これは、本調査の対象者が、所属するがん専門施設で性別に関係なく看護専門職としてがん看護に必要な教育を受け、その結果、性別に関係なくケアリング行動の実践の重要性を認識したことを支持するものであるといえる。

Smith²⁰⁾は看護におけるケアリングの問題として、看護がずっと女性の仕事であったことなどからくる「女性らしさ」を挙げている。しかし同時に、男性にはケアする能力があり、看護のアートは人々が女性性-男性性という二元論を超越していく変革期にさしかかっていると述べている。本研究はがん看護という最もストレスが高いといわれる現場で、日々の看護実践を行う看護師が対象であり、ケアリング行動の実践のみならず、ケアリング行動の実践に関連する自律性や生き方にも性差は認められなかった。これらの結果は、がん看護におけるケアリング行動の実践は、看護の歴史的背景やジェンダーおよび発達心理学や教育学の分野の性別による違いを超えて、がん看護に携わる看護師がその重要性を認識していることを示すものであると考える。

これらより、ケアリング行動の実践およびケアリング行動の実践に影響する要因において性差がないという結果から、がん看護におけるケアリング教育については性別により教育の在り方を区別する必要はないことが示唆された。そのため、がん看護におけるケアリング教育は、性別に関係なく、ケアリング行動と関連のあった看護師の自律性尺度の下位尺度である、「認知能力」や「実践能力」を高め、ケアリング行動41をがん看護に重要なケアリングとして実践に結びつけられるような取り組みが必要であると考えられる。

本研究は「ケアリング行動質問紙」を用いて、がん看護に重要なケアリング行動の実践の性差を調査し、統計的手法を用いて分析した本邦初の研究である。本質問紙は信頼性、妥当性がほぼ確保されているとはいえ、未だ開発途上の質問紙である。しかし、がん看護に重要なケアリング行動41の実践の性差においては、関連要因を考慮した分析によりエビデンスを高められ

るようにデザインした。これらより、ケアリング行動の実践に性差がないという結果が導かれたことは、がん看護におけるケアリングの概念を明らかにしていくことやケアリング行動の実践を促進するための教育を具現化するための基礎資料として新たな知見になると考える。

V. 研究の限界と今後の課題

男性看護師が増加傾向にあるとはいえ、ケアリング行動質問紙を用いた調査での男性看護師数は対象者全体の約1%程度であり、今回初めて性別に焦点をあてた調査を実施することができた。

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り、がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動の実践の性差の検証は本邦初の試みである。今回得られた結果を踏まえて、がん看護におけるケアリングの概念を明らかにしていくことや、ケアリング行動の実践を促進するための教育を具現化することが課題である。また、ケアリング行動質問紙を用いた調査は限られており、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を行い、質問紙の精度を上げていく必要がある。

VI. 結論

がん看護に重要なケアリングの関連要因を考慮したケアリング行動の実践の性差を明らかにするために、関連要因として、年齢、がん看護経験年数、専門学歴、自律性、生き方の5項目を選出し重回帰分析を男女別に行った。その結果、関連要因のケアリング行動の実践への関連のしかたに性差は認められなかった。また、5項目の関連要因の値が男女間で等しい場合のケアリング行動の実践において、重相関係数 R 0.683、決定係数 R^2 0.466で、重回帰分析の当てはまりは十分とはいえないが、性差の大きさを示す偏相関は0.098であり、性差はないことが示唆された。

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

様に感謝申し上げます。なお、本研究は、平成20年度国際医療福祉大学学内研究費研究発表と第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。

文献

- 1) 厚生労働統計協会編. 国民衛生の動向 2014/2015; 61(9): 62-67
- 2) Mayeroff M (田村真, 向野宣之訳). ケアの本質. 東京: ゆみる出版, 1989: 13
- 3) 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: 26-29, 126-129, 154-159, 248
- 4) Marriner-Tomey A (都留伸子監訳). 看護理論家とその業績. 東京: 医学書院, 1995: 151-152
- 5) Benner P (井部俊子訳). ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー. 東京: 医学書院, 1992: 121-122
- 6) Benner P, Hooper-Kyriakidis PL, Stannard D (井上智子監訳). 看護ケアの臨床知. 東京: 医学書院, 2005: 18-245, 394-396
- 7) 野島良子編. エキスパートナース. 東京: へるす出版, 2003: 1-39
- 8) 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
- 9) 筒井真優美. ケア/ケアリングの概念. 看護研究 1993; 26(1): 2-13
- 10) 筒井真優美. 看護学におけるケアリングの現在—概説と展望—. 看護研究 2011; 44(2): 115-128
- 11) 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
- 12) Roach SMS (鈴木智之ら訳). アクト・オブ・ケアリング. 東京: ゆみる出版, 1996
- 13) 重久加代子. がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動と達成動機の関連. がん看護 2013;18(1):81-86
- 14) 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
- 15) 中柳美恵子. ケアリング概念の中範囲理論開発への検討課題. 看護学統合研究 2000; 1(2): 26-44
- 16) 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
- 17) 重久加代子. 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. 国際医療福祉大学学会誌 2012; 17(1): 19-29
- 18) Gilligan C (岩男寿美子監訳). もうひとつの声. 東京: 川島書店, 1986: 42-52, 86-109
- 19) Noddings N (立山善康訳ら). ケアリング—倫理と道徳の教育—. 東京: 晃洋書房, 1997: 63-72, 203
- 20) Smith MC. 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
- 21) Watson J (筒井真優美監訳). 看護におけるケアリングの探求. 東京: 日本看護協会出版会, 2003: 254
- 22) Boonyanurak P, 小澤三枝子, Evans DR ら. An Investigation into Nurse's Behavior with regard to Human Caring. *国立看護大学校研究紀要* 2002; 1(1): 11-16
- 23) 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
- 24) 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
- 25) 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
- 26) 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
- 27) 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
- 28) 奥野忠一, 久米均, 芳賀敏郎ら. 多変量解析法. 東京: 日科技連出版, 1971: 123-126
- 29) 朝倉京子. ジェンダーの視点から読み解くケア/ケアリング概念. *看護学雑誌* 2005; 69(11): 1120-1125
- 30) 渡辺孝子, 重久加代子, 小磯玲子ら. 看護師のストレスと業務の専門性との関連. *看護管理* 2007; 17(10): 871-876
- 31) 重久加代子. がん看護に重要なケアリング行動の実践に影響する環境要因の分析. *看護管理* 2011; 21(13): 1178-1179
- 32) 重久加代子. がん看護に重要なケアリング行動の実践に影響するストレス要因の分析. *臨床看護* 2013; 39(13): 1948-1951
- 33) Swanson K. What is known about caring in nursing science. *Handbook of Clinical Nursing Research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publication, 1999: 31-60
- 34) 重久加代子. がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動の実践と職務満足度の関連. *看護実践の科学* 2011; 6(3): 68-71
- 35) 操華子, 羽山由美子, 菱沼典子ら. 患者・看護婦師が認識するケアリング行動の比較分析. *Quality Nursing* 1997; 3(4): 63-71