

小児がん患児の闘病体制形成・維持段階における母親の 心理的プロセス

服部 淳子¹, 山本 貴子², 岡田 由香³, 山口 桂子¹

A Qualitative Study of the Psychological Process of Undergone by Mothers of Children with Cancer from Initial Stage to Stable Stage of Hospitalization

Junko Hattori¹, Takako Yamamoto², Yuka Okada³, Keiko Yamaguchi¹

The purpose of this study was to elucidate the psychological process undergone by mothers of children with the cancer from the initial stage to the stable stage of hospitalization.

Data were obtained from interviewing 12 mothers who were caring the hospitalized children, their qualitatively analyzed with the modified grounded theory approach.

It was clear from the results that there was a process of psychological change in which, beginning with her child's diagnosis with cancer, until she in her own way, reached the goal of letting the child live a child's life.

This process was composed of three stages caused by the gap between the feelings and behavior of mother with the course of hospitalization and treatment, and there were the management factors that adjusted the gap at every stage.

With the course of treatment, the mother passed smoothly from the first stage to the second stage, but a trigger of some kind was needed to reach final stage.

小児がん患児の闘病体制形成・維持段階における母親の心理的プロセスを明らかにするために、付き添い入院中の小児がん患児の母親12名を対象に半構成的面接を行い、質的記述的に分析した。

その結果、母親が、子どもががんと診断されてから、その子らしい生き方としての目標を自分なりの考えとして持てるようになるまでの心理的プロセスが存在していることが明らかになった。

その子らしい生き方を見つけ出すまでのプロセスには、入院・治療という時間的経過に伴い、がん患児の母親の気持ちと行動のずれがもたらす三つの段階が存在し、各段階でそのずれを調整しようと働く気持ち・行動ずれ調整因子が存在していた。また、治療の経過によって、第二段階まではスムーズに移行できるが、最終段階に移行するためにはきっかけが必要であることがあきらかになった。

キーワード：小児がん，母親，心理的プロセス，付き添い入院，闘病体制形成・維持段階

I. はじめに

近年の化学療法や骨髄移植等の医療技術の進歩により、

小児がんの治療成績は著しく向上し、小児がんはいまや慢性疾患として扱われるようになってきている。しかし、子どもががんと診断されると不治の病というがんの持つイメージにより、家族はかなりのショックを受けること

¹愛知県立看護大学（小児看護学），²前愛知県立看護大学，³愛知県立看護大学（母性看護学・助産学）

となる。さらに、小児がん患児の場合、長期入院による治療のために母親との付き添い入院を余儀なくされることが多く、母親は子どもの病気や治療に対する不安や心配のみならず、残してきた家族への気かり等を抱えながら、入院後すぐに闘病生活をはじめることとなる。

早川¹⁾は、「小児がんの母親が受けた葛藤」について研究し、母親が持つ葛藤は病気の経過に伴う葛藤と、告知に関する葛藤があり、発症から退院後まで葛藤は存在していることを報告している。また、富澤²⁾は、子どもの白血病治療時の母親の気分を調査し、「母親は病名告知と治療開始の時が最も低い気分で、副作用の出現は大きく長期的に母親の気分に影響している」と述べている。さらに、家族が子どもの病気を受け止める過程について見ると、新山³⁾は、がんの発病期から末期以前までに母親の内的過程は子どもの病気の経過に伴い、「受容」に至らない4つの段階で構成されていると述べ、母親の心理変化をプロセスとして明らかにしている。また、子どもが病気であると診断された時、家族がそのことを認知し、受容するまでの経過には、「ショック」「否認」「順応」「適応」の段階があると古くからいわれているが、小児がん患児の母親は、病気の経過にかかわらず、「順応」や「適応」しにくい⁴⁾ことも指摘されている。さらに、インフォームド・コンセントが叫ばれ、成人ががんと診断された場合、患者が十分に納得した上で選択した治療が開始となるが、小児がんと診断された場合は、インフォームド・コンセントの対象は養育者である両親がほとんどであり、治療についても救命が医療の絶対的使命であることから、選択する余地はないくらい診断後早急に小児がんプロトコルに沿って治療開始となるのが現状である。すなわち、小児がん患児の母親は、診断後子どもの病気を受け入れる間もなく治療が開始となり、小児がん患児の母親として子どもの長い闘病生活を支えていかなくてはならない。

このような状況下で、小児がん患児の入院に伴う母親の葛藤¹⁾や受容過程²⁾など精神的側面については研究されているが、母親とその家族に焦点をあて、精神的側面および物理的側面を含め総合的に闘病体制をどのように整えていくのかについて研究したものは見られない。そのため我々は、母親と家族がどのように闘病体制を整えていくのかについて研究し、母親と家族は入院後すぐに物理的側面において闘病体制を形成し⁴⁾、それを維持するプロセス⁵⁾が明らかになった。しかし、これらの研究により、闘病体制の形成・維持には物理的側面にも増

して精神的側面が重要な要因であることが示唆された。

そこで今回、精神面に焦点をあて、小児がん患児の母親は、病気をどのように受け止めて、どのように闘病に参加しているのかについて精神的側面から検討することにより、闘病体制の形成・維持段階において、適切な時期に適切な看護介入ができるのではないかと考え、小児がん患児の闘病体制形成・維持段階における母親の心理のプロセスを検討した。

II. 研究方法

1. 方法：半構成面接による質的記述的方法

2. 調査方法

1) 対象：総合病院小児内科系病棟入院中の小児がん患児に付き添っている母親で、研究参加の同意の得られた12名である。倫理的手続きとして、病院および病棟の看護責任者に書面にて研究の承諾を得た後、対象者に対し、研究の主旨と内容、プライバシーの確保、研究への参加は自由である等書面を用いて説明し、同意を得た。

対象となった母親の年齢は23～38歳で、平均年齢は29.8±4.3歳、患児の年齢は0～8歳、平均年齢は3.46±2.13歳、患児の入院期間は3ヶ月未満5名、3～6ヶ月未満3名、6ヶ月～1年未満3名、1年以上1名、平均5.9ヶ月であった。患児の疾患は、急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病、神経芽細胞腫などである。また、今回の対象には母子家庭は含まれていなかった。

2) データ収集方法：同病棟内の個室で個人面接の形式で、半構成面接を行った。対象者が自由に語れるよう配慮し、会話の流れに沿って質問を行った。主な質問内容は、「入院後、家族の方々の生活はどのような変化がありましたか?」「入院後、家族の方々の精神面にはどのような変化がありましたか?」などで、面接時間は約60分で、対象者の許可を得て面接内容は全てテープに録音した。なお、患児の疾患と治療、家族等に関する情報は、対象の許可を得て、診療記録、看護記録より抽出した。

3) データ収集期間：2000年7月～8月。

3. 分析方法

木下の修正版グラウンデッドセオリーアプローチ⁶⁾⁷⁾を参考に、質的記述的に分析した。録音したデータはすべて逐語化し、次のように分析を行った。まず、データ

全体に目を通した後、数行ずつ分析テーマに関連のある部分に着目し、データの意味を表現する概念名をつけた。概念ができると、分析ワークシートを作成し、概念名、定義、最初の具体例を記入した。データ分析をすすめる中で、新たな概念を生成し、分析ワークシートを個々の概念ごとに生成した。また、データの解釈について考えたことは理論的メモとして記録し、概念間の関連性を考え、分析結果をまとめる際に使用した。一例目の分析には、できるだけ内容が多様性に富んでいるデータを選び、二例目には、最初のデータと対極的なデータを取り上げ、対極比較、類似比較の観点から、概念生成の作業を続けた。このようにして概念を生成しながら、同時並行して、その概念が一部となるかもしれないプロセスを考え、概念の意味のまとまりに基づいてカテゴリー化し、カテゴリー間の関係について明らかにした。これらの分析過程において、適宜、質的研究精通者および共同研究者間で検討した。

本論文におけるひとつの概念生成過程を例示する。斜体部分は、母親が語ってくれた言葉である。「(精神的なショックは) 一日目とかは泣いてばかりだったけど……私にはそれよりやるのが。わーと言われてそれをそうかそうかと思って……あとはやらなくちゃいけないことが多くてあつという間に一日が過ぎていったという感じ。」斜体部分より筆者は、理解の伴わない治療参加という概念を生成した。そして、この概念の定義を、「入院後すぐに治療体制のなかに看護要員として組み込まれ、疾患に関する知識や理解がないまま、治療に参加している状態」とした。こうした分析を行う中で、浮かんできたアイデアをメモとして書き留め、これを理論的メモとした。例えば、この概念では「行動と気持ちがずれている。気持ちはついていってないがやることだけはやっている」であった。質的記述的分析方法では、質的データの解釈が中心になるため、以下に結果と考察をまとめて論じる。

III. 結果及び考察

小児がん患児の闘病体制形成・維持段階における母親の心理的プロセスを検討した結果、母親は子どもががんと診断されてから、その子らしい生き方としての目標を自分なりの考えとして持てるようになるまでの心理的プロセスが存在していると考えられた。

がん患児に付き添って入院している母親が、その子ら

しい生き方を見つけ出すまでのプロセスは、図に示すとおりで、入院・治療という時間的経過に伴い、がん患児の母親の気持ちと行動のずれがもたらす三つの段階が存在し、各段階でそのずれを調整しようと働く気持ち・行動ずれ調整因子が存在していた。また、治療の経過によって、第二段階まではスムーズに移行できるが、最終段階に移行するためにはきっかけが必要であった。以下にストーリーラインを示し、カテゴリー毎に説明する。また、概念は下線、例示部分は「」で示す。

小児がん患児は入院するとすぐに、受容せざるを得ない治療方針に沿って治療開始となり、小児がん患児の母親は、病気を受け止めないまま、看護に参加するという理解の伴わない治療参加を余儀なくされる。この状態が第一段階である。その後、寛解導入療法が終了する頃になると、母親は心理的混乱状況からの離脱をへて、治療や治療の結果起こる症状を理解できるようにはなるが、将来に対しては現状以上の期待や不安をもつ、理解の上生じる根拠のない将来予測の第二段階に至る。最終段階は、母親が子どもの病状に適した闘病行動と同レベルの気持ちを持った上で治療に参加し、その子なりの生き方を見つけ出せるようになる現実的希望の継続的調整の段階である。

最終段階へ至るきっかけには、小児がん患児の治療が順調に進まず、病状が悪化したという期待に反する治療経過とリスクを伴った治療方針を選択しなければならぬというリスクを伴う治療選択権の委譲があった。これらを全く経験しない母親は、第二段階にとどまったままであるが、中には入院中の治療が計画通りすべて終了し、退院となった小児がん患児もいた。この小児がん患児は、退院後は小児がん患児としてではなく、健常児としての生き方調整の段階に移行すると思われた。

各段階での小児がん患児の病状に対する母親の気持ちと行動のずれを調整している気持ち・行動ずれ調整因子は、わたしだけじゃない、実在モデルとしての他患児と母、夫との支え合いであった。

1. 受容せざるを得ない治療方針

受容せざるを得ない治療方針とは、小児がんの治療は救命が絶対的使命であるため、プロトコルに沿った治療を受容せざるを得ない状態である。

小児がん患者の母親は、子どもががんと診断されるとすぐに治療の必要性を伝えられ、治療を受容することとなる。治療の説明はされるものの心理的に動揺した状態

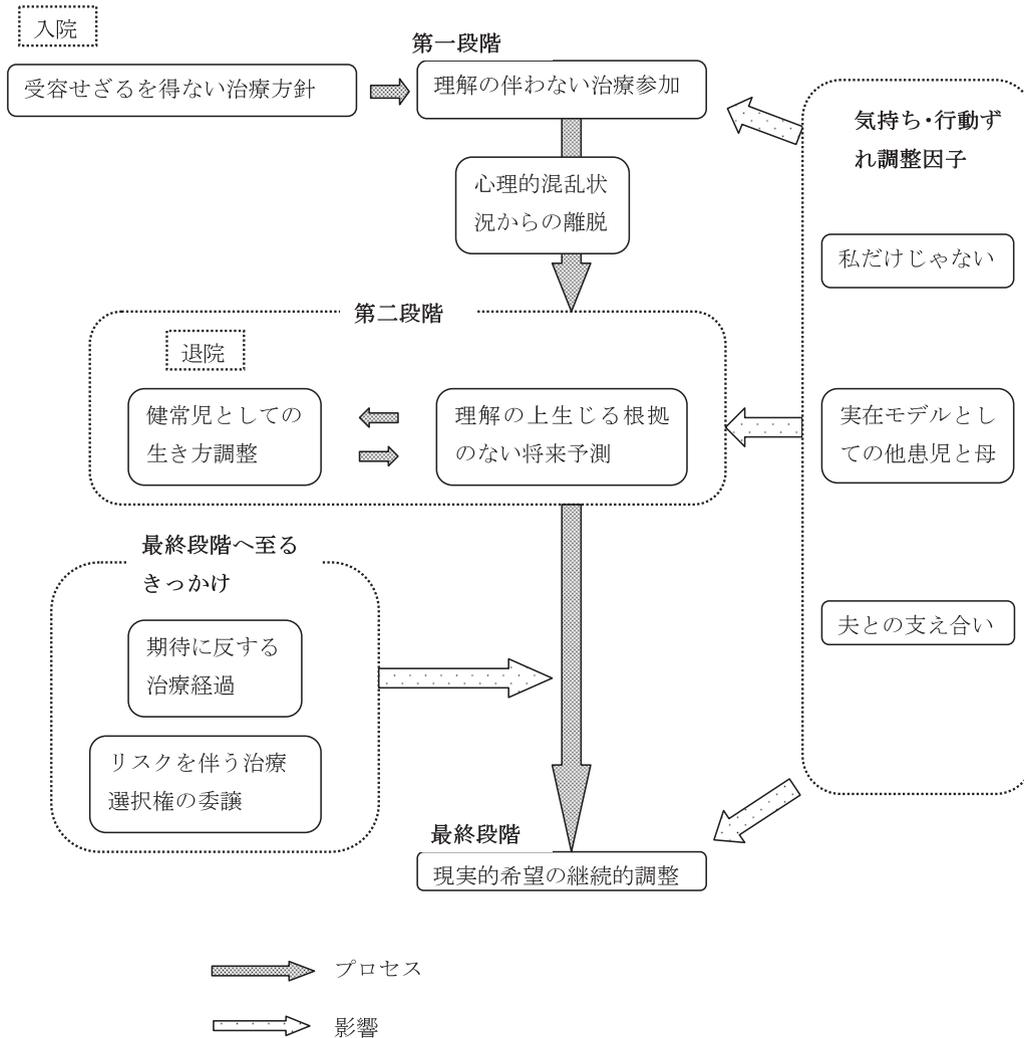


図 がん患児の母親がその子らしい生き方を見いだすまでのプロセス

で理解することも難しいが、同意をせざるを得ない状況である。時間的な余裕も選択の幅もほとんどないのが現状であるが、母親や家族の気持ちを傾聴する時間を少しでももち、サポートする必要がある。

2. 理解の伴わない治療参加

理解の伴わない治療参加とは、入院後すぐに治療体制の中に看護要員として組み込まれ、病気に関する知識や理解がないままで、治療に参加している状態である。

がん患児の母親は、子どもががんと診断され入院すると直ちにがん患児の与薬や感染予防行為といった治療に参加することとなる。つまり、病気を受け入れ、治療について理解してはいるが、やるように言われたことをやっている状態であり、行動のみが先行し気持ちが伴っ

ていない状態であった。このような状態に対し、「一日目とかは泣いてばかりいたけど、あとはやることが多くて落ち込んでいる暇がなかった」と結果的にショックの軽減につながったという母親もいれば、「ショックで一週間ぐらい泣いてましたね。最初は部屋でも眠れず、入院して1週間くらいたってから、私もダウンして……」と体調を崩す母親もいた。

小児がん患児の母親が受ける入院初期のショックは大きいにもかかわらず、入院初期から治療・看護に参加しなければならないことが多い。富澤²⁾も、白血病に付き添っている母親を調査し、入院直後から治療開始の時期にやること多くてつらかったという母親が多かったと報告している。入院初期には、母親がしっかりと病気と向き合い、闘病意欲の基礎を作っていくことが重要で

あると思われるため、母親の心理状態をアセスメントし、疲労状態を考慮しながら、母親の話をやっくり傾聴する時間をとることや、はじめからすべての看護に母親が参加するのではなく、徐々に進めていくなどの対策が必要であると思われる。

3. 心理的混乱状況からの離脱

心理的混乱状況からの離脱とは、1クルールの治療を経験する事で、治療・疾患に対する正しい知識を持てるようになり、現実的に疾患を受け止め、落ち着いて治療に参加できるようになることである。1ヶ月ぐらいで寛解導入療法が終了したり、症状が落ち着くことで、がん患児の母親は診断時のショックから立ち直り、心理的に落ち着いた状態で子どもと向き合えるようになる。ある母親は当時は振り返り、「私が錯乱みたいになってたんでしょね。目が覚めたら夢だったと思おうとして」と話していた。

4. 理解の上生じる根拠のない将来予測

理解の上生じる根拠のない将来予測とは、疾患や治療を理解した上で、現実的な問題に対し適切な判断ができるようになるが、将来の状況については、現実に予測できる範囲を超えて期待したり、心配したりすることである。

この段階では、小児がんという疾患、治療および治療に伴う病状変化について理解し、正しい知識を持った上で治療や看護に参加できるようになるが、将来や今後の経過については、過度の期待や不安を抱えている状態である。一見、病状と行動、気持ちがバランスよく調和がとれたように見えるが、がん患児の将来展望についてまで十分に受け止めていないため、何かあるとバランスを崩してしまうような不安定な段階である。この段階での母親の将来予測レベルは様々で、ある母親は、子供がハイリスクであることを十分承知しており、「いつ再発してもいいような病気だから……」といいながらも、「手に職をつけるように、作家とかコンピューターとかに向いていかないと、いざ会社員になって、8ヶ月も休むって言ったら絶対首になっちゃう」と、遠い将来の就職先について述べていた。また、スタンダードリスクで順調に治療が終了し、医師からも再発の可能性はないに等しいという説明を受けている退院予定の母親は、「今でも100%安心はないからね……。再発が一番怖い。」と語っていた。

この段階になると、母親が治療や疾患に対して適切な知識や経験を持っているため、さらなる説明の必要性をあまり感じないと思われるが、がん患児の将来予測については過不足があるため、母親が子どもの将来展望について適切に把握できているかアセスメントし、必要に応じて継続的に説明、指導することが大切である。

5. 健常児としての生き方調整

理解の上生じる根拠のない将来予測の段階で、小児がん患児の入院治療がすべて計画通りに終了すると、退院後には、健常児としての生き方調整の段階が存在すると予測された。健常児としての生き方調整とは、すべての入院治療が計画通り終了し、退院した患児は、小児がん患児ではなく、健常児を評価基準として生活を調整していくことである。この段階は、第二段階の退院後の形であり、退院後は小児がんの既往をほとんどの周囲の人に隠したまま、健常児として生活をはじめ。この段階は、理解の上生じる根拠のない将来予測に、新たに健常児を基準とした評価が加わり不安定な段階となる。退院を控えた小児がん患児の母親は、退院後の生活について「集団生活に戻るのがね。治る治らないよりもそっちの方が不安になってくる。いじめられたりしないかって。」と述べていた。

小児がん患児が退院する場合、看護者は退院後の感染予防や与薬などの生活面だけでなく、退院後の通園・通学を含めた生活上の心配や不安などについてもコメディカルと連携をとりながら対応していかなければならないと思われる。

6. 最終段階に至るきっかけ

最終段階に至るきっかけには、期待に反する治療経過とリスクを伴う治療選択権の委譲の2つがあった。

1) 期待に反する治療経過

期待に反する治療経過とは、治療の経過に伴い一旦は回復するが、再び病状が悪化することにより治療には限界があることを体験することである。

治療が進むにつれ順調に経過するケースもあれば、副作用や合併症状などの出現で治療変更を余儀なくされるケースや再発するケースもあった。期待に反する治療経過は、身体機能の障害に至るものや合併症の出現、再発など重症度は様々であるが、母親が子どものおかれていた現実を目を向けるきっかけとなっていた。下肢の麻痺

が残った小児がん患児の母親は、「最初どれくらい回復するかって、こっちは期待を持ってやってたわけで、手も動かなかったから、手は動くようになって、足はだめだろうって言われた時に、何かもう、カタって気が抜けたったり。あ、もうだめなんだと思った瞬間に頑張ろうって思ったのが、また悲しみが増えちゃったり」と述べていた。

母親はこの経験を通して、治療がうまくいかないことや再発という現実と直面し、小児がんの診断時に受けた漠然としたショックとは違う疾患や治療に対する知識や経験を持った上での現実的なショックを体験する。看護師は、母親が気持ちをすべて表出できるよう配慮し、しっかりと母親の気持ちを受け止め、今おかれている子供の状況下での希望を見つめることができるように援助することが重要であると思われる。

2) リスクを伴う治療選択権の委譲

リスクを伴う治療選択権の委譲とは、治療が期待通りに進まず、次の治療方針を決定する際にどの選択もリスクを伴っているが、それを理解した上で子どもの現状に合わせて両親が治療を選択することである。そのような場合、治療方針の決定は両親にある程度ゆだねられる事となる。この段階で両親は何を優先するべきかについて考え、決断しなくてはならない。ある母親は、「移植をやっても危ないし、やらなくても危ないわけだから、ちょっとの望みでもかけて、移植できれいになってくれればいいなと思って。いろんな危険性はあるけど、もうやってもらうしかないなと思って。」と移植に踏み切る決断をした。また、再発のがん患児の母親は、入院治療の選択について「主人と話したりとか、4人(両親、本人、妹)で話したりとか。」と本人や同胞を交えて選択したと語った。

母親および家族は、治療選択の際にリスクを十分に理解した上で、子どもにとって何が一番大切なのかを考え始める。看護師は適切な情報提供を行い、両親が同じ価値観で判断できるように援助することが大切である。また、選択した治療を受け止め、支えていくことも重要であろう。

7. 現実的希望の継続的調整

現実的希望の継続的調整とは、子どもの病状の変化に応じて病識が増すにつれて、母親が子どもの状態について現実的希望をその都度調整していくことができるよう

になることである。期待に反する治療経過を経験した母親は、子どもの状態を現実的に受け止め、過度な期待や不安をもち治療に参加することは小児がん患児にとってはつらいことであると考え、子どもの安楽最優先の生活調整や比較しない育児方針をとりはじめる。再発した小児がん患児の母親は、「(再発)前の時は完全に治らなくちゃだめだとか、完璧を望んでいたところがあったけれど、これから長いつきあいをしなくちゃ行けないんだらうとか、そういう風につきあっていくんだしたら、ちょっとでも楽しいように、良いときにはよいように、悪いときには悪いなりにやってあげたいし、良くはなってもらいたいんだけど、それでも別に悪いなりに楽しければいいというか」と語った。また、下肢麻痺の子どもを持つ母親は、「今はねえ、車いすで頑張ろうという気持ちになった」と調整した目標を語っていた。

この段階では、看護師は母親が継続的に現実に応じて闘病目標を調整できているか、闘病意欲を持った上で適切な闘病参加行動ができているかを適宜アセスメントし、必要に応じてがん患児の治療結果や状況など情報を提供し、母親自身が闘病目標を適切に調整できるよう援助することが大切だと思われる。

8. 気持ち・行動ずれ調整因子

1) わたしだけじゃない

わたしだけじゃないは、入院している同じ病気の母子が治療に参加し頑張っている姿を見て、母親が自分も頑張ろうと思うようになることである。

小児がん患児の母親は、入院当初は個室入院や慣れない入院環境により孤独感にさいなまれるが、同じ病気で入院している他の母親と関わりを持てるようになると、自分だけではないと感じ、孤独感から解放され、頑張ろうと思うようになる。ある母親は「4人床に移ってから、いろいろお母さんたちに話聞いて、だんだん気持ちが明るくなっていくっていったらおかしいんですけど、ほんとにまあ個室だと毎晩のように泣いてたんだけど、ここにいるお母さんたちはみんな大変な思いしてるんだなって」と語った。また、「同じ病気を持つお母さんは話も合うしね。」と共感できる相手の存在を述べている母親もいた。

小児がん患児の母親にとって、同じ病気の子どもの母親の存在は、母親を勇気づけ、励ます力になると考えられる。内田⁸⁾も骨髄移植前に母親を勇気づけたものとして、同じ病気の子どもの母親を挙げていた。看護師

は入院早期から同じ病気を持つ母親と関わるができるよう入院環境について配慮し、母親同士のつながりができるように援助することも大切であろう。

2) 実在モデルとしての他患児と母

実在モデルとしての他患児と母とは、同じ小児がんで入院している子どもの治療や状態を見たり、その母親に相談することによって、自分の子どもの今の治療や状態を判断できるようになり、今後の状況もある程度的確に予測できるようになることである。

ある母親は、「細かいことは先生の話ではよくわからない。……治療ってというのはどういうものなのか、どんな風になっていくのかっていうのは、他の子ども見たりして、ああこういう風なんだってわかったりして。」と、説明よりも実物を見ることによってよくわかったと述べていた。また、「病棟に行くとみんな髪を抜けた人ばかりでガーンとなって。この子の病気はこんなにひどいのなんだ」と、実際に脱毛している子どもを見て、治療の副作用の強さや身体に対するダメージを感じた母親もいた。

実在モデルとしての他患児と母の存在は、疾患や治療を理解するのに役立つが、その患児の状態が悪化の一途を辿るような場合、かえって母親の不安を増強する結果にもつながるため、母親が他の子どもの治療や状態をどのように理解しているか確認し、間違った噂や情報が流れることがないよう管理していく必要があると思われる。

3) 夫との支え合い

夫との支え合いとは、入院から現在に至るまで、言語的・非言語的に夫婦が相互にサポートし、夫と一心同体となって支え合って、治療に参加していると母親が感じることである。小児がん患児の母親は、入院当初から付き添いを強いられることとなり、家族はかなりの変化を受ける。直接的に闘病生活を支え、治療参加するのは主として母親であるが、父親は残された家庭を守ったり、母子を見舞ったり、母親をいたわったりと夫婦一丸となって闘病していると母親が感じることで闘病に向かえるようになる。入院当初は「死んじゃうのかなと思ったけど、パパは絶対に死なないからとか、絶対に治るから、そんなこと思っちゃだめだとか言われて、わたしは励まされた」と言語的サポートが多かったが、入院生活にも慣れてくると「主人は家のこと、病院は私って分けてる。そうじゃないと、私が家に帰って病院にもっていうと、

私の負担も大きくなるし」と非言語的なサポートが多くなっていた。

看護者は家族形態を常にアセスメントし、夫婦が支え合って同じ考えを持ち治療に参加しているか、残された家庭における家族機能は順調であるかを確認し、円滑に進むように援助していくことが大切である。

IV. 終わりに

今回、小児がん患児の闘病体制形成・維持段階における母親の心理的プロセスを検討した結果、母親は子どもががんと診断されてから、その子らしい生き方としての目標を自分なりの考えとして持てるようになるまでの心理的プロセスが存在していると考えられた。

母親は、入院当初は行動のみが先行し、気持ちが伴っていないアンバランスな状態から出発し、1クルールの治療を経験した後、精神的な混乱状況から離脱し、一応は気持ちと行動がバランスのとれた段階へ移行していたが、何かあるとすぐにバランスを崩す不安定な段階であった。この段階からさらに次の気持ちと行動がバランスよく安定した段階へ移行するには、期待に反する治療経過やリスクを伴う治療選択権の委譲が必要であることが明らかになった。看護者は、治療行動がとれているか等の母親の行動のみのアセスメントではなく、気持ちと行動のバランスを含め適切にアセスメントし、援助することが必要であると思われる。また、同じ疾患の子どもをもつ母親や夫の存在が大切であるため、入院環境を調整していくことや、夫も含めた家族へのアプローチも重要であろう。

先行研究では、早川¹⁾ががん患児の母親は悲嘆のプロセスの「ショック」、「悲嘆」の段階にとどまったままで、「順応」や「適応」へ進んでいる状況が見られないと述べ、新山³⁾は、がん患児の母親の内的過程を、「基本的変動」、「病気の恐ろしさを実感」、「拒否」、「自我疲弊」の4つの段階で示し、最終的に受容に至らなかったと報告している。このように、これまで母親の心理的プロセスとして、最終段階である適応・順応や受容に至らないことが示唆されていた。今回、最終段階が存在し、最終段階へ至るにはきっかけが必要であるという結果が得られた。本研究の小児がん患児は、乳幼児が多く、入院期間も平均5.9ヶ月であったが、先行研究の小児がん患児は、小学生から高校生¹⁾と年齢が高く、入院後寛解までの治療段階³⁾で急性期であったことから、今回の結果には、

小児がん患児の年齢や入院期間などの違いが影響していることが推察された。

本研究は小児がん患児の入院に付き添っている母親に対してのみ説明力を持つという方法論的限定を持つ。今回退院後の生活については予測の段階であったため、今後の課題として、退院後のがん患児の母親についても、研究を行っていきたい。

本研究に快くご協力頂きました小児がん患児のお母様に心より感謝致します。また、3報目となる本研究の公表が遅くなりましたことを心よりお詫び申し上げます。

V. 引用文献

- 1) 早川香；小児がん患児の発症から退院後現在までに母親が経験した葛藤について。日本看護学会誌, 6(1)：2-8, 1997.
- 2) 富澤弥生；こどもの白血病治療における母親の気分の変化と看護の検討。東北大学医療短期大学部紀要, 12(2)：151-161, 2003.
- 3) 新山裕恵；がん患児を支える母親の内的過程。看護研究, 32(2), 15-28, 1999
- 4) 水野貴子, 中村菜穂, 服部淳子, 岡田由香, 山口桂子, 松本博子；小児がん患児の入院初期段階における母親役割の変化と家族の闘病体制形成プロセス。日本小児看護学会誌, 11(1), 23-30, 2002.
- 5) 水野貴子, 中村菜穂, 服部淳子, 岡田由香, 山口桂子, 松本博子；小児がん患児の入院初期段階における母親役割の変化と家族の闘病体制維持プロセス（第二報）。日本小児看護学会誌, 12(1), 8-15, 2003.
- 6) 木下康仁；グラウンデッド・セオリー・アプローチ一質的研究法の再生, 弘文堂, 1999.
- 7) 木下康仁；グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践【質的研究への誘い】, 弘文堂, 2003.
- 8) 内田雅代；骨髄移植をうける患児をもつ母親の体験について—体験意味を見いだす看護援助—。家族看護学研究, 4(2), 109-117, 1999.