

博士 請求 論文
指導教員 榎 村 勝 彦

がんにより手術を体験する人々に対する
心理的サポートに関する研究

平成18年10月

愛知淑徳大学大学院 コミュニケーション研究科
博士後期課程 心理学専攻

白 尾 久美子

博 士 請 求 論 文
指 導 教 員 植 村 勝 彦

がんにより手術を体験する人々に対する
心理的サポートに関する研究

平成 18 年 10 月

愛知淑徳大学大学院 コミュニケーション研究科
博士後期課程 心理学専攻

白尾 久美子

目 次

第1章 がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートの検討に関する問題と 研究目的

I. 問題	1
II. 研究目的	10

第2章 手術を体験する人々の手術に向けた心理的準備の検討：修士論文再考

I. 本章の問題と目的	12
II. 方法	
1. 対象者	13
2. 調査期間	13
3. 調査内容	13
4. 調査実施の手順および質問項目	14
5. データの分析	14
III. 結果	
1. 対象者の属性	15
2. 手術に向けた心理的準備に対する援助の項目の作成	15
IV. 本章のまとめと今後の課題	17

第3章 がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況の概要

I. 本章の問題と目的	20
II. 方法	
1. 研究の手続き	22
2. 研究対象者の選択および倫理的配慮	22
3. 研究期間	22
4. 調査内容	22
5. 分析方法	22
6. 用語の定義	23
III. 結果	
1. 対象者の背景	23
2. 手術前・後の心理的状況の概要	23

3. 手術前の心理的状況の概要	23
4. 手術後の心理的状況の概要	26
IV. 考察	
1. がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況の概要	28
2. 研究の限界とがんにより手術を体験する人々の心理的状況に関する今後の課題	30
第4章 がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況のプロセス	
I. 本章の問題と目的	31
II. 方法	
1. 対象者および倫理的配慮	32
2. データ収集	32
3. 分析方法	33
4. 分析の具体例	34
III. 結果	
1. 手術前の心理的状況	35
2. 手術後の心理的状況	40
3. がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況のプロセス	44
IV. 考察	
1. がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況	47
2. がんにより手術を受ける人々の心理的状況のまとめと今後の課題	49
第5章 がんにより手術を体験する人々に対する看護師による心理的援助の検証—事例検討からの分析—	
I. 本章の問題と目的	51
II. 方法	
1. 事例検討の開催時期および開催期間	55
2. 事例検討の参加者	55
3. 事例検討の内容	55
4. 事例検討の倫理的手続きと参加者への倫理的配慮	55
5. 事例検討に提示された事例に対する倫理的配慮	55
6. 分析方法	56
III. 結果	

1. 事例の概要.....	56
2. 事例の分析.....	56
IV. 考察	
1. がんにより手術を体験する人々に対して感じた看護師の気がかり.....	84
2. がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポート.....	86
3. 精神症状の予防に対する心理的援助の効果.....	88
第6章 がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートの充実に向けての提言	
I. がんにより手術を体験する人々に対する効果的な心理的サポート.....	89
II. がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートの充実に向けた看護領域におけるコンサルテーションの普及への提言	94
文献.....	100
謝辞	
資料	

第1章 がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートに関する研究

－問題と目的－

I. 問題

人が病気に罹ることは避けたい出来事の1つである。中でもがんは、人々が最も忌嫌う病気である。がんに罹患することは、がん=死というイメージが強く、死ぬかもしれないという脅威を人々に与える。1980年以降がんは日本人の死亡原因の第1位となり、現在では約3名に1名ががんで亡くなっており、死のイメージが強い病気であることに変わりはない。

がんに罹患した人々は以下のような経過をたどる (Holand & Roland, 1989a, 河野他 (訳), 1993)。がんに罹患した疑いがある場合、精密検査が行われ診断がくだされ、がんの種類・進行度などにより必要な治療が施されている。治療終了後は、そのまま症状がなく治癒となるか、しばらくがんの徴候はみられないが、再発または転移がみられるか、治療後すぐにがんの進行を認めるかなど、いずれかの経過をたどることになる。またがんと診断された時点で治療が困難な場合は対症療法のみとなり、しだいに末期状態となってしまうこともある。

最近になり、がんは不治の病ではなく、治る病気へと転化をみせている。医療が進歩し、放射線療法、抗がん剤を用いた化学療法、手術療法（以下手術とする）などの技術の向上が、がんを治癒へ導いている。しかしながら、がんの治癒に貢献している、放射線療法、化学療法、手術などの治療法は、がんに罹患した人々に多くの苦痛を与えている。

放射線療法は、がんの患部に直接放射線を照射して治療するものである。放射線治療が用いられる目的には、次のような3点がある (Holand & Roland, 1989a 河野 (訳), 1993)。1つ目は、早期の喉頭がんや早期のホジキン病に対して、単独治療として用いられている場合。2つ目は、頭頸部がん、卵巣がん、乳がんに対して、手術と化学療法を併用して根治的な治療が行われる場合。3つ目は、肺がんの転移予防や骨転移による痛みの緩和など、症状のコントロールのために用いられる場合である。治療は、週に5日間、2週間から2ヶ月程度行われる。放射線治療は、単独で根治的な目的で用いられるケースよりは、他の治療法と併用して用いられる場合が多い。治療による副作用は、照射部位の皮膚の炎症や、全身倦怠感や吐き気などがみられる。放射線治療は、入院をせずに自宅から通院して治療を受けることが可能である。

化学療法は、放射線療法や手術の局所的な療法とは異なる全身療法である。化学療法は、主に血液のがんに対する治療法として用いられる。その他の病気では、子宮がん、乳がん、消化器系のがんに対して、再発を遅らせるための補助化学療法として、主に手術と併用して用いられている。化学療法は、6ヶ月、1年と治療期間が長く、抗がん剤の副作用により、吐き気や嘔吐、脱毛、全身倦怠感などが生じる。副作用の出現が顕著な場合には、途中で薬剤の投与量を減少したり、治療が中断したりすることもしばしばみられる。血液のがんの場合、入院治療を余儀なくされるが、補助化学療法の場合は外来による治療が可能である。

手術は放射線療法と同じ局所療法である。手術の歴史は古く、古代から中世にかけて世界各地で独特の手術が行われたという記録が残されている（辻，1996）。中世の時代、職人が行う手仕事として理髪師や錬金術師に手術は任されていたが、16世紀アンブロアズ・パレによって血管結紮による止血法が発明され、著しい進歩がみられるようになった（北島，2004）。19世紀の半ば米国のモートンによって、初めてエーテル麻酔による手術が実施され、根治療法としての外科的手術が可能となった（辻，1996）。麻酔法が発見され、化膿を防ぐための消毒法が発見されると、手術は急速に発展していった。明治40年（1907）頃には、胃切除術が日本でも行われるようになったが、その頃の手術死亡率は約30%であった（辻，1996）。現在では手術死亡率が5%以上の手術は、治療法として価値が認められていない（辻，1996）。

手術は全身麻酔を施し、身体に直接メスを入れて患部を取り除くため、身体への侵襲が高く、治療法そのものによって命を危険にさらす可能性が非常に高い。また、手術操作により創が残り、痛みや不快感などの苦痛が生じ、自ら寝返りも思うようにできない状態になり、手術後せん妄や、極度の緊張、抑うつなどを呈することも少なくない。

がんにより手術を体験する人々は、がん罹患したという衝撃、治療を受けることの決断、入院による環境の変化、手術による痛みや苦痛など、短期間に様々な脅威や苦悩に遭遇する。そのため、がんにより手術を体験する人々は、非常にストレスフルな状況にある。

がんの語源は、蟹を意味するギリシャ語の *karkinos*、ラテン語の *cancer* であり（Sontag, 1978 富山（訳），1982），古代のギリシャのヒポクラテスの時代から、既にごんという病気は存在していた（小林，1993）。1800年代までがんは、診断を確実にすることが難しく、ほとんど治療法がなかった（Holand & Roland, 1989a 河野他（訳），1993）。20世紀の初期まで、結核とがん罹患することは死を意味し、罹患した人々は隔離され、羞恥心、恥辱感、

罪悪感にさいなまれていた (Holand & Roland, 1989a 河野他(訳), 1993)。30 年ほど前までがんの宣告は、死の宣告と同等の意味をもっていた。

がん告知については、その是非について長い間論争が続けられてきた。米国においても 1960 年頃までは、がんであることを告げる医師は非常に少なかった。しかし、20 年後には 95%の医師が真実を告げるようになった (Walsh & Nelson, 2003)。日本の場合、数年前まで当事者にがんであることを告げられず、家族のみに事実が伝えられていた。病名が当事者に伝えられる場合には、病名の明言を避け、腫瘍や悪化の可能性など曖昧な表現が使用されていた。そのため当事者は、がんである真実を知らないまま治療を受け、時には自分の病名を疑い、苦悩することもしばしばみられた。がん告知については、告知することで治療が行いやすくなり、有益な人生を送り、仕事や財産の整理ができるなどのメリットや、真実を知ること、苦しみ憔悴し、衰弱していくというデメリットなど、賛否が繰り返されてきた (小林, 1993)。

がん告知に対する医療者の態度は、1997 年の第 3 次医療法の改正を境に大きな変化がみられた。第 3 次医療法の改正では、患者の立場を尊重した医療情報の提供が明記された。さらに、メディアによる医療情報の提供、人々の医学知識と権利意識の高まり、インフォームド・コンセントの考え方の定着、医療訴訟の頻発、治療法が単一ではなくなり選択できる可能性が拡大したことなどが影響し (堀川・山崎, 2003)、がん告知は確実に、そして急速に広がっている。

告知の実態は以下のようなものである。1999 年以前の調査では、告知率が 14.4%(岡田・金田・井上, 1995)、がん専門病院が 92%であるのに対して一般病院では 29% (渡辺, 1998)、がん専門病院と一般病院を合わせて 75.1% (佐々木・長井・岡本・紀藤・黒田・大川・石渡・細川, 1999) であると報告されている。2000 年以降では、松田・曾山・大迫・成田・西ノ村・末永(2005)が自身の病院の過去 5 年間(1999~2003 年度)を調査し、64%が本人への告知を実施したとしている。またその他の病院では、2000 年が 9.5%, 2001 年が 24.1%, 2002 年が 30.3%, 2003 年が 22.2% (前田・坂田, 2005) と 3 割弱の告知率を示すデータもある。診療科別の告知率は内科系 45.2%, 外科系 76.7%であった (岡田・田中・加賀谷, 2003)。がんの告知率は、病院施設の特徴、診療科の違いにより格差はみられるが確実に高まっている。

がんの告知率の増加は、がんに罹患した人々の心理的状況に様々な影響を与えた。がんは非常に死へのイメージが強い疾患であるため、がんに罹患した人々を、死ぬかもしれな

いという脅威にさらす。そのためがんに罹患した人々は、抑うつなどの適応障害、うつ病、せん妄などの精神症状を発症する可能性がある。

がんに罹患した人々が発症する頻度の高い精神症状は適応障害である。DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV) の診断基準にもとづく適応障害とは、“心理・社会的ストレスに関連して起こる不安・抑うつなどの反応や行為の障害（年齢相応の規範・基準からの逸脱）である”（岡村，2003. p20）。また，“不安は「はっきりしないものに対する恐怖」，抑うつは「はっきりした対象の喪失に引き続いて経験される反応」と定義される”（岡村，2003. p20）。

“うつ病は、抑うつ気分、興味・喜びの喪失のいずれか、または両方と、その他の症状が合計5つ以上、2週間以上にわたり存在する状態である”（秋月・内富，2003. p898）。

“せん妄は、がんの初期治療時や進行期から終末期に多くみられる器質性精神疾患であり、軽度の意識混濁に精神運動興奮、錯覚や幻覚などの認知障害を伴う「意識」の障害である”（岡村，2003. p24）。

Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, Henrichs & Carnicke (1983) は、通院または入院をしているがんに罹患した人々に対して DSM-III を用いて調査を行った。対象者 215 名中 47% に臨床症候群を認め、適応障害が 32%、大うつ病が 6%、せん妄が 4% であった。外来で始めてがん告知を受け、入院待機中の 63 名を対象に HAD 尺度 (Hospital Anxiety and Depression Scale) を用いた調査では、20~30% の対象者が不安状態か抑うつ状態にあることが明らかになった（藤田・丸山・島理・上野・町田・丸山，2001）。乳がん罹患した人々に WHO SADD (Standardized Assessment of Depressive Disorders) を用いて手術後に調査を行った結果、約 50% が不安や抑うつを経験していた（広田・木田・青木・川浪・高橋・中田・塚崎，1994）。板垣・佃・五十嵐・天野・長谷川・丸山 (2006) は「つらさの寒暖計」を用いて、がんに罹患した人々の入院時の抑うつ・適応障害の程度を調査した。「つらさの寒暖計」とは、がんに罹患した人々の適応障害やうつ病に対する簡便なスクリーニングツールである。調査の結果、308 名中 41% が抑うつ・適応障害の傾向にあることが明らかとなった。せん妄については、がんの終末期に認められる頻度が高い（明智，2003）。

藤田ら (2001) は、がんの告知直後から 1 ヶ月間の心理的ストレスについて、HAD 尺度を用いて調査を行った。不安は告知後 3 日目が最も高く、時間の経過と共に有意に低下していた。抑うつは、告知当日から 1 ヶ月後まで高値に推移していた。松下・濱島・松島 (2005)

は、一般外科病棟において手術を受ける消化器がん罹患した 85 名を対象に、不安と抑うつについて調査を行った。手術前・退院前・退院後 6 ヶ月の 3 時点において不安に変化がみられないのに対して抑うつは、手術前から退院前にかけて高くなり、退院後 6 ヶ月経過した時点でも手術前の水準に戻らなかった。

以上の結果をまとめると、がん罹患した人々の約 30%～50%に抑うつなどの適応障害が認められる。告知後の適応障害の変化をみると、不安は告知後 3 日目にピークとなり、以降に変化がみられないのに対して、抑うつ症状は、告知後から 6 ヶ月以上が経過しても軽快がみられない。

抑うつ症状には、気持ちの沈み、悲観的、決断力の欠如、気力の減退、倦怠感、不眠、食欲の減退、体重減少などがみられる。がんの症状や治療によって、食欲の減退、体重減少、倦怠感が生じる可能性があるため、これらの症状は抑うつ症状との鑑別が困難であり、見逃される場合も少なくない（秋月・内富，2003；岡村，2003）。さらに、がんの告知によって、生命への危機を感じ、不眠が生じ、抑うつ症状を伴うことで体力が衰え、治療に関わる決断ができなかったり、治療に対しても消極的になったりすることにより、生きることに対してネガティブな方向へ向かう可能性もある。実際に、乳房切除術を受ける人々の手術前の不安や抑うつが、手術後の痛みの強さ、鎮痛剤の使用量と要求に有意な相関があるとの報告もあり（Ozalp, Sarioglu, Tuncel, Askan& Kadiogullari, 2003）、抑うつ症状の出現は、治療の効果とその後の回復に大きな影響を与える。

がん罹患した人々が精神症状を発症する要因には、どのようなものがあるのだろうか。

一般的にうつ病を発症する要因には、個人要因としてうつ病やアルコール中毒の既往、疾患や治療の要因として、進行がん、不十分な疼痛コントロール、薬剤の影響などがある（Holand & Roland, 1989b 河野他（訳），1993）。

抑うつに関連要因について平野・加来・平川・野口・平田・新小田・北原・斉藤・尼田・大喜（2004）は、初期の子宮頸がんにより通院中の 176 名を対象に調査を行った。その結果、痛みの強さ、病気に対する不安が抑うつと関連があることを明らかにした。同じく婦人科がんの手術後の抑うつ傾向に関連する要因としては、身体症状や活動制限などがみられた（前田・倉舗，2005）。消化器がん手術を受ける人々の抑うつと、個人の対処様式との関連について松下ら（2005）は、情緒優先対処傾向の高い人ほど、不安や抑うつが高い傾向にあることを明らかにした。

がん罹患した人々がうつ病を発症する要因には、うつ病の既往などの個人特性や、進

行がん、疼痛コントロールなどがあり、抑うつなどの適応障害の要因には、情緒的な対処行動パターン、病気に対する不安や痛みの強さ、活動制限などがみられる。

精神症状への予防や緩和については、うつ病と適応障害に共通する要因である疼痛に対して、鎮痛剤を用いることによって痛みが緩和され、精神症状の発症を予防することが可能となる。その他、がん告知後から終末期の精神症状の緩和に効果があるとして、ソーシャル・サポートについて様々な研究が行われている。

がんにより手術目的で入院をした中年期にある人々を対象に、手術前から退院後3ヵ月までソーシャル・サポート・ネットワークの内容と変化について縦断的な面接が実施された（福井，2002）。対象者は、手術前から手術後3ヵ月まで一貫して、14人前後の多種多様で重要なサポーターをあげた。真壁（1998）は、乳がん罹患した人々のソーシャル・サポートの実態と、ソーシャル・サポートと心理的・身体的状況との関連を探究した。乳がん罹患した人々のネットワークは、主に家族、親族、同病者を含む友人であった。婚姻状況とソーシャル・サポートとは有意な相関があった。既婚者は、そうでない者よりも高い助力とサポート量を示した。配偶者のサポートについて渡辺（2003）は、夫によるサポートが最も多かったとしているが、心理的健康の維持・向上にあまり活用されていないと報告している。

医療者からのサポートについては、不安に関して有意な直接効果がみられた（宮下・久田，2004）。医療者は、がん罹患した人々にとって、不安を抱えている時（宮下・久田，2004）、専門性が最も期待される治療の時期に（福井，2002）有意味なサポーターとなる。長谷川・今川・中村・岡本・細田・深石・小井川（2002）は、一般病院に通院するがん罹患した人々が、医療情報の提供やその後のサポート体制について、看護者がどのような関わりを認識し、看護者にどのように関わることを望んでいるのか実態を明らかにした。看護者は、彼らの説明に関与していると認識されている割合が低く、退院後のソーシャル・サポートの提供者としても認識されていなかった。

病名の告知後、根治手術目的で入院した胃がん・食道がん罹患した人々を対象に、支援ネットワーク尺度、知覚されたネットワークとPOMS（Profile of Mood States）を用いてその関連性について調査が行われた（大川・城戸，2001）。手術前の入院期間中に調査が実施され（入院当日、手術前日、当日を除く）、情緒的支援ネットワークを知覚している対象者は、「抑うつ-落込み」、「疲労」、「混乱」因子の感情が低かった。乳がん罹患した人々に提供されていたサポートについて渡辺（2003）は、情緒的サポートが最も多く、次いで手

段的サポートが多かったとしている。一方、福井(2002)は、情動的・道具的サポートを重要なサポーターより受けていることを明らかにした。

ソーシャル・サポートのニーズについては、はじめてがんと診断され、6ヶ月間地域のがんセンターに入院していた人々の89%に情動的サポートへのニーズがみられた(Whelan, Mohide, Willan, Arnold, Tew, Sellick, Gafni & Levine, 1997)。ソーシャル・サポートのタイプは、がんの進行ステージによって異なると言われており(Spiegel & Classen, 2000 朝倉他(監訳), 2003)、がんの初期においては、情緒的なサポートに対するニーズが高い。

以上のように、がんに罹患した人々の精神症状の緩和に効果があるとして、ソーシャル・サポートの研究は多岐にわたり実施されている。がんに罹患した人々の主なソーシャル・サポート・ネットワークの成員は、家族、親族、同病者であり、特に配偶者の有無が適応障害に影響を与えていた。医療者は、専門性や不安が強いときにサポーターとして認識される傾向があり、退院後にはあまり期待されていない。ソーシャル・サポートの種類としては、情緒的サポートの提供が多く、がんに罹患した人々のニーズも高かった。

さらに、がんに罹患した人々に対するソーシャル・サポートの有効性から、グループによるサポートが考案され実践されている。グループによるサポートの主な目的は、がんである参加者が、社会的ネットワークを通じて自分の役割を再確認できること、孤独感や世間から取り残された感覚を軽減することが可能なこと、他のメンバーを助けることによって自らの病気に対する対処に自信がもてるなどである(Spiegel & Classen, 2000 朝倉他(監訳), 2003)。

乳がんにより放射線治療中の6名に対して、2ヶ月間で合計8回の介入が計画された(久田・広瀬・青木・一鉄・田中, 1998)。プログラムの内容は、リラクゼーション、フォーカシング、グループディスカッションであった。結果として、6名中4名において否定的感情が軽減された。福井(2001)は、初発の乳がん罹患した人々に対して教育的グループ介入の有効性の検討を行った。6週間の介入により介入群は、対照群に比べ乳がんに関する情報、がんによるストレスに関する情報、がんへの対処法に関する情報、および医療全体への満足度が6ヵ月に亘り有意に改善した。

疾患部位や病期の混在した、男性/疾患混合群、女性/疾患混合群、男女混合/疾患混合群の3群に対するサポートグループの効果について比較検討がされた(吉田・遠藤・守田・朝倉・奥原・福井・竹中, 2004)。プログラムの内容はミニレクチャー、グループワーク、自律訓練法であり、週1回140分の5回連続のセッションが行われた。男性群では有意な変

化は認められなかったが、女性群、男女群はグループへの参加によって絶望感が減少し、がんへの適応感が増加した。

肺がんの男性を対象に短期グループ療法を施行し、精神状態の変化について日本版 POMS を用いて評価を行い、対照群 9 名と比較検討がされた（塗師・松原・原田・磯部・佐高・今川，2005）。その結果、短期グループ療法施行群では、施行後に POMS の活気尺度で有意な改善がみられ、情緒の安定性、活気が増した。対照群では有意な変化が認められなかった。抑うつ、疲労、および緊張尺度では、施行前後の主効果に有意差があり、怒りの尺度においても有意な傾向が認められた。

転移のない乳がん罹患した人々に対して、グループセラピーとソーシャル・サポートを実施し、プログラムの参加を待つ人々と両群の心理社会適応について分析された（Vos, Garssen, Visser, Duivenvoorden, & Haes, 2004）。乳がん診断後、心理社会的適応に関する問題をもたない人々は、コントロールグループと比較して特に効果が得られなかった。

がん罹患した人々に対するグループによるサポートの効果は、抑うつや不安の軽減、がんへの適応感の向上などが先行研究より明らかになっている。さらに、グループによるサポートは、乳がん罹患した人々を対象とした研究が数多くみられ、彼らにとって標準的な治療として推奨されている（Henderson, Gerber, Breitmeyer, Hayes, & Harris, 1990）。

しかしながら、グループによるサポートの効果には、吉田ら（2004）の結果にもあるように性差がみられ、男性よりも女性に有効であることが示されている。男性に関しては、長期的なグループ介入よりも短期間の介入に効果が期待できる。介入の時期については、診断直後、治療中、治療終了後のタイミングなど様々みられるが、告知後早期から予防的に介入することの有効性が示唆されている（Fawzy, 1995）。一方、診断直後に介入したグループよりも、4 ヶ月後に介入したグループの方が 1 年後に有意に不安や心配が低下していたという報告もあり（Edgar, Rosberger, & Nowlis, 1992）、効果的な介入の時期を断定するのはやや困難である。

手術を受ける人々に対しては、グループによるサポートの研究はなく、個人に対する介入プログラムの研究が行われている。告知を受けた乳がん罹患した人々が危機を乗り越え、がん治療に前向きに取り組む、自ら QOL を高めて生の充実を図ることを目標に、心理教育的看護介入プログラムとその効果が検討された（鈴木，2005）。女性 20 名を対象に告知後 1 週間前後、手術後 1 週間の退院前、退院後 2 週間、退院後 1 ヶ月の計 4 回のプログラ

ムが導入され、通常のケアを受けている 20 名と比較検討がされた。具体的なプログラムの内容は、告知後 1 週間前後では、情緒的支援、呼吸法の指導、乳がんについての教育的支援、治療選択についての話し合い、入院および手術前の心身の準備等である。術後 1 週間の退院前のプログラムは、情緒的支援、乳房再建に関する情報提供、手術後の障害に対するリハビリテーションや退院後の生活に向けての教育的支援などである。退院後 2 週間のプログラムは、手術後の治療による副作用への対処法に関する教育的支援などである。退院後 1 ヶ月においては、がんとの付き合い方についての教育的支援、今後の取り組みについての情緒的支援などが提供された。結果、全体では両群間に差はみられなかったが、病期Ⅱ期以上のグループにおいて、両群間で「抑うつ」「落ち込み」に有意差が認められた。

はじめてがんと診断された人々の苦悩を緩和するための、手術前オリエンテーションの効果が検討された (Wells, McQuellon, Hinkle, & Cruz, 1995)。33 名の対象者は、ランダムに標準ケアを行った群と介入を行った群に分けられた。介入が行われた群に対しては、病院見学と一般的な情報、オンコロジーカウンセラーへの質問を行った。結果、介入が行われた群は、POMS と不安が有意に低かった。

胃がんで手術を体験する人々のストレス軽減とセルフエフィカシーを強化する目的で、認知行動療法による介入研究が行われた (神崎・城戸, 2002)。介入の内容は、面接と対象者の感情について、対象者自身がノートへ記述を行った。介入の評価は、セルフエフィカシー尺度とストレス反応、DAMS (Depression and Anxiety Mood Scale) を用いて、告知後 1 週間 (介入前)、退院時、退院後 1 ヶ月の 3 つの時期に実施された。介入群 9 名と非介入群 11 名で比較され、退院時、退院 1 ヶ月後において気分や抑うつ・不安に対する効果はみられたが、セルフエフィカシーへの効果はなかった。

手術を受ける人々に対する介入プログラムについては、Wells, et al. (1995) と神崎・城戸 (2002) の研究では、対象者のすべてに抑うつや不安を軽減させる効果がみられたが、鈴木 (2005) による心理教育的看護介入プログラムでは、がんが進行している人々のみに効果がみられた。以上のことから、面接やオンコロジーカウンセラーに対する質問といった情緒的サポートが、がんにより手術を体験する人々に対して効果的なサポートになるといえる。

しかし実際に、がんにより手術を体験する全ての人々に対して、サイコオンコロジーカウンセラーや看護師が定期的に面接を行うことが現実として可能であろうか。入院期間の短縮化により手術の前日に入院し、クリティカルパスのスケジュールに沿って 10 日程度で

退院をしていく人々に対して、介入プログラムを試みることは現代の医療事情においては不可能な状況である。

Ⅱ. 研究目的

がんにより手術を体験する人々は、がん罹患したという衝撃、治療を受けることの決断、入院による環境の変化、手術による痛みや苦痛など、短期間に様々な脅威や苦悩に遭遇する。そのため、がんにより手術を体験する人々は、非常にストレスフルな状況にあり、抑うつや不安などの適応障害およびうつ病など、精神症状を発症するリスクが非常に高い。しかしながら、がんにより手術を体験する人々に対して、精神症状を予防するための対策として、看護師やオンコロジーカウンセラーによる情緒的サポートの有効性が先行研究により示唆されているが、具体的な対応策の検討は不十分である。

そこで本研究は、がんにより手術を体験する人々が、適応障害やうつ病などの精神症状を発症することなく、病気や手術に対して対処できるように、手術前・後の期間に限定し彼らに対する看護師による心理的サポートを検討する。心理的サポートとは、がん罹患した人々と看護師を中心とした医療者との相互関係を基本に、彼らのがんや手術に対する心理的状況をふまえ、彼らの対処行動を高めるための援助を提供することである。

がんにより手術を体験する人々の心理的サポートを検討するにあたり、最初に手術に向けた心理的準備について明らかにする。手術に向けた心理的準備とは、手術を受ける人々が、治療に対して現実的に対処できるように準備をすることである。彼らの心理的準備のために看護師は、情報の提供や合併症予防のためのスキルの提供などを中心に援助を行っている。心理的準備に対する援助内容については、修士論文において明らかにした(白尾, 2000)。しかし修士論文では、心理的準備に対する援助を促進する影響要因を検討することが目的であったため、実際に提供されていながらも除外された項目もあり、心理的準備に対する援助内容を全て網羅しているとはいえない。そこで、修士論文で収集したデータについて分析方法を修正し、手術を体験する人々の手術に向けた心理的準備に対して看護師が提供する援助内容について第2章で検討を行う。

がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートを明らかにするために、彼らの手術前・後の心理的状況を探索的に明らかにする。がんにより手術を体験する人々の心理的状況に関しては、乳がんを告知された直後の人々を対象にした研究が数多く報告されている(上田・関・竹村, 2002; 稲本・阪田・小堂・中川・小澤・二位・西川・堀口・山田,

2002；温井，2001；佐藤・佐藤，2002)。乳がんは，手術により乳房を切除することが余儀なくされるため，がん告知が一般的に行われるようになる以前より告知が実施されてきた。乳がん以外の疾患に関する心理的状況については，初めて告知を受けた人々の心的表象(鈴木・小松，2002)や，2年以内にがんに罹患した人々の告知に関連した感情体験が明らかにされている(小松・小島・渡邊・鈴木・南川・中川・水口・田村，1996)。しかしながらいずれもがん告知後の心理的状況であり，手術を受ける人々に限定された研究は非常に少ない。

そこで，手術後の状態が落ち着いた時期に面接調査を行い，彼らの心理的状況について概観する。さらにその結果をもとに参加観察法を用いて手術前・後を通してデータを収集し，がんにより手術を体験する人々の心理的状況のプロセスを明らかにする。なお，この結果については第3章および第4章にて述べる。

がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートについては，看護師が実際に提供している援助について，事例検討を用いて検証する。看護師は心理的サポートの重要性を認識しており，情緒的サポートを中心とした援助を提供しようと努力し実践している。しかしながら看護師は，心理的サポートを実践しているにもかかわらず，戸惑いを感じ，自信をもつことがなかなかできない。その背景には，看護師が提供している心理的サポートについては，ほとんど研究が行われていない。また，明らかにされている結果は，提供された心理的サポートの内容の検討にとどまり，援助を受ける対象者との相互作用をふまえた検証が行われていない。

がんにより手術を体験する人々の精神症状を予防するためには，看護師が彼らの心理的状況をどのようにとらえて，実際にどのような心理的サポートを提供しているのかを明らかにする必要がある。そこで，看護師とがんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートを中心に事例検討を行い，実際に提供されている心理的サポートについて第5章において検証を行う。

最後に手術に向けた心理的準備，がんにより手術を体験する人々の心理的状況，彼らに対する心理的サポートに関する結果を統合し，彼らが適応障害やうつ病などの精神症状を発症することなく，病気や手術に対して対処できるように，効果的な心理的サポートのあり方を検討する。さらに，がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートの充実に向けて，看護領域におけるコンサルテーションの普及への提言を第6章において行う。

第2章 手術を体験する人々の手術に向けた心理的準備の検討：修士論文再考

I. 本章の問題と目的

手術を体験する人々にとって、医師からの説明や、手術前からの情報提供は、手術後の回復や痛みの緩和、心理的苦痛に対して有効であるとされ (Devine, 1992; Dodds, 1993), 手術後に体験する状況や問題について現実的に把握することが、彼らのメンタルヘルスを維持するのに効果がある (Bolton & Brittain, 1994)。そのため、手術を受ける人々に対しては、医師による手術の具体的な方法の説明や、看護師による手術後のイメージ形成や手術までのスケジュールなどの情報提供、手術に向けた訓練などが提供されている。手術を体験する人々は、提供された情報や、訓練の実施によって、手術に対して現実的に対処できるように心理的準備を行っている。

手術を体験する人々が手術に向けて心理的準備ができるために、看護師が提供している援助については、筆者が先行研究 (白尾, 2000) において看護師の実施度の実態調査より明らかにした。その内容は、手術後に体験する知覚に関する感覚的情報の提供、手術後の見通しを与えるイメージ化の情報提供、手術後の筋力低下や下肢静脈血栓症の予防のための下肢訓練、手術後の合併症を予防するための体位変換や咳嗽訓練などの術前訓練と評価、手術に対するイメージや、回復の見通しなどを言葉で確認しながら不安を解決するなど心理面に関するものを含めた5つの心理的準備の援助であった。

先行研究で明らかにした5つの心理的準備に対する援助は、援助の実施度に対する影響要因を検討することが目的であった。そのため、実施が確実とされた援助については、心理的準備の援助として含まれなかった。たとえばスケジュール情報の提供などがそれに該当する。先行研究の結果は、手術を体験する人々の心理的準備のための援助としては、全てを網羅しているとは言えない。

そこで本研究では、手術を体験する人々が手術に向けた心理的準備をするために、看護師が実際に提供している心理的準備に対する援助について、先行研究 (白尾, 2000) のデータを再度活用し、分析方法を修正し明らかにする。

II. 方法

本研究は、1997年に実施した調査研究のデータを用いて再度分析を行う。なお、研究の対象者、調査内容および調査手続きおよび倫理的配慮については、1997年の調査研究の内

容である。

1. 対象者

中部・関東地方を中心に、300床以上の総合病院14施設の消化器外科病棟に勤務している493名の看護師を対象とした。看護師の経験年数、外科系看護師経験年数については制限を加えなかった。

2. 調査期間

調査期間は、1997年7月20日から1997年8月31日までであった。

3. 調査内容

(1) 手術に向けた心理的準備に対する援助

1) 手術に向けた心理的準備に対する援助の項目の設定

手術に向けた心理的準備に関する具体的な援助の項目については、O'Connor, Devine, Cook, Went, & Cuttin(1990), Yount & Schoessle(1991)が提示した手術前の介入と、Rothrock(1989)がまとめた手術前の心理教育的介入を参考に、過去の国内の文献についての検討、研究者の実践経験を踏まえ、「情報提供」、「心理的援助」、「手術前訓練」とした。

「情報提供」は、手術にいたるまでのスケジュールの内容や手術前に行われる処置などを含めた手続き的信息と、手術後の処置や創部痛などの体験する感覚、回復の状況などが含まれる感覚的信息を与えることである。手続き的信息や感覚的信息を提供することによって人々は、手術後に発生する可能性のある状況の予測と、それに対する心構えや対処法を準備できることを想定している。「心理的援助」とは、人々と看護師や医療者との相互関係を基本に、自身が不安や恐怖を明らかにし、それらへの対処行動を高めるためのサポートを中心に構成されている。「手術前訓練」は、人々の手術後の回復を促進するためのスキルの習得である。次に、各援助を構成する項目を具体化し設定した。

2) 手術に向けた心理的準備に対する援助を明らかにする用具の内容妥当性

手術に向けた心理的準備に対する援助を明らかにする構成する項目の内容妥当性を検討するために、看護系の大学と短期大学の成人看護学を担当する講師以上の看護教員4名に依頼した。その結果に基づいて内容に修正を加え、最終的に、3つの心理的準備に対する

援助と 64 項目を設定した。

3) 心理的準備に対する援助を明らかにする用具の様式

手術に向けた心理的準備に対する援助を明らかにする用具は、3つの心理的準備に対する援助と 64 項目から構成される自己評定式質問紙である。この 64 項目は、先に述べたように 3つの援助すなわち、「情報提供」33 項目（手続き的情報 20 項目と感覚的情報 13 項目）、「心理的援助」12 項目および、「手術前訓練」19 項目より構成されている。

それぞれの項目については、臨床現場における「実施度」を測定した。「実施度」は、「常に実施している」（4 点）から「全く実施していない」（1 点）の 4 段階評定法により測定した。

(2) 対象者の背景に関する質問項目

対象者の背景に関する質問項目は、年齢、学歴、外科系看護師経験年数とした。年齢、外科系看護師経験年数については実数を記入し、学歴は多肢選択法をとした。

4. 調査実施の手順および倫理的配慮

対象施設の看護部長または教育師長に対して研究の趣旨を説明し、研究実施の承諾を求めた。承諾が得られた施設の看護部長または教育師長に対して対象者の選出を依頼した。選出された対象者に対して、研究の趣旨等を記入した研究依頼書と調査用紙を施設ごとに郵送した。研究依頼書には本研究の趣旨、無記名による回答方式であること、研究協力者のプライバシーは守られること、質問紙についての不明な点への対応方法および研究者の身分を記載した。質問紙は郵送法にて直接研究者の元へ回収した。

5. データの分析

データの分析に関しては、1997 年に収集したデータに対して、再度分析を行った。その手順は以下の通りである。手術に向けた心理的準備に対する援助を明らかにする用具の設定した項目間の構造を確認するために因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行った。統計処理は、SPSS 13.0J によって統計学的解析を行った。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性

質問紙の回収率は、対象者 493 名に質問紙を配布し 413 名から回答を得た(回収率 83.8%)。有効回答は 389 名(有効回答率 78.9%)であった。

対象者の平均年齢は 28.2 歳(±6.7)であり、年齢層別では、20 歳～29 歳が 273 名と最も多く、全体の 7 割を占めていた。看護に関わる最終学歴は、3 年課程の専門学校が最も多く、191 名(49.5%)であった。外科系病棟勤務経験年数が最も多かったのは、1 年以上 4 年未満の 129 名であった(表 2-1)。

表2-1.対象者の背景

年齢層	20～29歳	273(70.2)
	30～39歳	84(21.6)
	40～49歳	29(7.4)
	50～59歳	3(0.8)
看護に関わる 最終学歴	専門学校(3年過程)	191(49.1)
	短期大学	91(23.4)
	専門学校(2年過程)	46(11.8)
	専門学校(定時制)	29(7.5)
	大学	19(4.9)
	専門学校(4年生)	9(2.3)
	修士	1(0.3)
	不明	3(0.8)
看護系看護師 経験年数	1年未満	61(15.7)
	1年以上～4年未満	185(47.6)
	4年以上～7年未満	92(23.7)
	7年以上～10年未満	31(8.0)
	10年以上～15年未満	13(3.3)
	15年以上～20年未満	4(1.0)
	20年以上～30年未満	3(0.8)
		人数(%)

2. 手術に向けた心理的準備に対する援助の項目の作成

設定した 64 項目に対して、領域の項目間の構造を明らかにするために、主因子法による因子分析を行った。回転前の固有値が 1.0 以上の条件で因子を抽出し、バリマックス回転を実施した。その結果、5 因子が抽出された(表 2-2)。それぞれの因子は、第 1 因子 22 項目、第 2 因子 14 項目、第 3 因子 12 項目、第 4 因子 12 項目、そして、第 5 因子 5 項目で構成され、累積寄与率は 49.0%であった。

表2-2 手術に向けた心理的準備に対する援助を明らかにするための因子分析

	項 目 内 容	因 子 分 析					共通性
		1	2	3	4	5	
第1因子	手術にかかるおおよその時間	0.302	0.048	-0.055	0.099	-0.004	0.107
	手術前検査について説明する	0.313	0.132	0.110	0.074	-0.005	0.133
	手術後のチューブの挿入理由	0.443	0.050	0.268	0.207	-0.029	0.314
	手術後の部屋の様子	0.487	0.014	0.150	0.105	0.035	0.272
	手術後におおよそ動ける時期	0.471	0.089	0.257	0.210	-0.068	0.344
	手術後の離床の順序を説明する	0.540	0.161	0.310	0.193	0.011	0.450
	手術後の排ガスの時期	0.481	0.013	0.071	0.068	0.262	0.310
	チューブ類が抜去されること	0.549	0.012	0.302	0.135	0.023	0.411
	手術後の絶食期間の栄養補給	0.536	0.116	0.230	0.169	-0.006	0.382
	胃チューブ挿入による違和感	0.572	0.075	0.237	0.113	0.079	0.408
	術直後の痛みの程度	0.568	0.110	0.086	0.186	0.150	0.399
	手術後の痛みが軽減する時期	0.578	0.130	0.211	0.139	0.067	0.419
	尿ドレーンによる違和感	0.706	0.006	0.207	0.123	0.069	0.562
	前投薬を投与後の感覚の説明	0.325	0.103	0.321	0.228	0.053	0.274
	麻酔覚醒時の呼名の記憶	0.579	0.157	0.034	0.095	0.163	0.396
	術直後の咽頭痛について	0.696	0.143	0.018	0.009	0.129	0.521
	術中の体位による筋肉痛	0.662	0.134	0.051	0.135	0.072	0.482
	手術後2～3日の発熱について	0.670	0.188	0.028	0.081	0.102	0.502
	手術後の点滴による拘束感	0.607	0.131	0.103	0.123	0.095	0.420
第2因子	手術後の初めての立位の浮遊感	0.629	0.123	0.086	0.104	0.082	0.436
	手術後の腸蠕動回復時の蠕動痛	0.682	0.085	-0.020	0.142	0.172	0.523
	深呼吸の有効性を説明する	-0.004	0.529	0.412	0.228	-0.086	0.509
	深呼吸の仕方を説明する	0.004	0.623	0.412	0.164	-0.088	0.593
	深呼吸を用いる時期を説明する	0.206	0.624	0.241	0.213	0.025	0.536
	深呼吸訓練を患者に勧める	0.009	0.632	0.237	0.165	-0.031	0.484
	深呼吸訓練の成果を評価する	0.232	0.545	0.110	0.175	0.102	0.404
	咳嗽の有効性を説明する	0.081	0.666	0.177	0.239	0.002	0.539
	手術後に咳嗽の用い方を説明する	0.111	0.589	0.241	0.224	-0.030	0.468
	咳嗽訓練を患者に勧める	0.052	0.719	0.148	0.056	0.105	0.556
	咳嗽訓練の成果を評価する	0.265	0.623	0.031	0.154	0.238	0.540
	体位変換の有効性を説明する	0.053	0.703	0.060	0.163	0.102	0.537
	体位変換の仕方を説明する	0.168	0.777	0.068	0.044	0.121	0.652
第3因子	手術後の体位変換の用い方の説明	0.226	0.705	0.027	0.129	0.161	0.591
	体位変換の訓練を勧める	0.253	0.668	-0.017	0.025	0.312	0.609
	体位変換の成果を評価する	0.277	0.591	-0.044	0.159	0.392	0.607
	患者の必要物品の説明	0.027	0.106	0.751	0.052	-0.006	0.578
	手術前日の下剤投与の時間と作用	0.117	0.113	0.637	0.212	0.028	0.478
	手術前日の不眠時の眠剤投与	0.186	0.120	0.581	0.109	-0.075	0.404
	術当日の絶飲食時間の説明	0.071	0.104	0.775	0.046	0.043	0.621
	術当日の前投薬の効果の説明	0.186	0.182	0.454	0.175	0.086	0.312
	術当日のスケジュールを伝える	0.183	0.158	0.659	0.103	0.038	0.505
	入歯、装飾品の取り扱い	0.066	0.132	0.804	0.019	0.024	0.670
第4因子	手術室までの移送の仕方	0.300	0.154	0.495	0.139	0.076	0.384
	挿入するチューブ類の種類	0.307	0.034	0.413	0.176	-0.040	0.298
	手術後に帰室する部屋の説明	0.323	-0.022	0.330	0.078	-0.068	0.224
	手術中の家族の待機場所	0.337	0.174	0.456	0.074	0.013	0.358
	手術後疼痛の鎮痛剤による緩和	0.287	0.146	0.474	0.259	0.034	0.397
	手術前不安を聞く心構えを伝える	0.059	0.212	0.434	0.593	-0.048	0.591
	手術前不安や心配を表出の奨励	0.002	0.216	0.409	0.647	-0.009	0.633
	患者の関心を言葉で確認する	0.187	0.147	0.121	0.669	0.141	0.539
	いつでも質問してよいことの奨励	0.047	0.204	0.377	0.603	-0.028	0.550
	何でも依頼してよいことの奨励	0.175	0.196	0.147	0.467	0.131	0.326
第5因子	手術後何度も部屋を訪室すること	0.332	0.289	0.199	0.420	0.082	0.417
	患者の不安をとらえ解決する	0.281	0.133	0.105	0.652	0.081	0.540
	患者の回復の援助に責任をもつ	0.245	0.216	0.052	0.663	0.145	0.570
	患者の病識を患者の言葉で確認	0.211	0.135	0.171	0.573	0.032	0.421
	患者の手術の知識を言葉で確認	0.252	0.154	0.101	0.627	0.052	0.494
	手術後のイメージを言葉で確認	0.380	0.138	0.016	0.635	0.112	0.579
	回復の見通しを言葉で確認	0.402	0.156	-0.020	0.608	0.167	0.585
第5因子	手術後の下肢運動の有効性の説明	0.128	0.127	0.010	0.123	0.872	0.808
	手術後の下肢運動の仕方の説明	0.126	0.197	0.019	0.092	0.903	0.879
	手術後に下肢運動を用いる時期	0.162	0.136	0.028	0.061	0.886	0.833
	下肢運動の訓練を勧める	0.132	0.123	0.000	0.104	0.907	0.867
	下肢運動訓練の成果を評価する	0.196	0.131	0.001	0.146	0.865	0.824
	累積寄与率	13.0%	23.7%	33.2%	41.7%	49.0%	

因子分析の結果、第1因子は、「手術にかかるおおよその時間」、「手術後のチューブ類の挿入理由」、「手術後の部屋の様子」、「手術後におおよそ動ける時期」、「手術後の離床の順序を説明する」、「胃チューブ挿入による違和感」など、手術後に想定される状況や、手術体験される感覚などで構成されたため、『手術後のイメージ形成のための情報提供』と命名した。

第2因子は、「深呼吸の有効性を説明する」、「深呼吸訓練を勧める」、「咳嗽の有効性を説明する」、「体位変換の訓練を勧める」、「体位変換の成果を評価する」など、手術後に想定される苦痛や、合併症などを予防するための『手術前の訓練』とした。

第3因子は、「必要な物品の説明」、「手術当日の絶飲食時間の説明」、「手術当日のスケジュールを伝える」、「手術室までの移送の仕方」、「手術中の家族の待機」など、手術前から手術直後の予定や必要な行動で構成されたため、『手術のスケジュールに関する情報提供』とした。

第4因子は、「手術前の不安を聞く心構えを伝える」、「手術前不安や心配を表出の奨励」、「抱いている関心を言葉で確認する」、「いつでも質問してよいことの奨励」など、心理面に関する支援や、手術を受ける人々の心理的状況の把握などに関する項目で構成されたため、『心理的援助』と命名した。

第5因子は、「手術後の下肢運動の有効性の説明」、「手術後の下肢運動の仕方の説明」、「手術後に下肢運動を用いる時期」、「下肢運動の訓練を勧める」、「下肢運動訓練の成果を評価する」の下肢の訓練を中心とした項目で構成されたため、『下肢の訓練』と命名した。

IV. 本章のまとめと今後の課題

手術を体験する人々の手術に向けた心理的準備に対する援助は、『手術後のイメージ形成のための情報提供』、『手術のスケジュールに関する情報提供』、『手術前の訓練』、『下肢の訓練』、『心理的援助』が明らかとなった。先行研究（白尾，2000）の結果は、感覚情報の提供、イメージ化の情報提供、術前訓練と評価、下肢訓練、心理面に関する5つであった。先行研究（白尾，2000）との違いは、感覚情報の提供とイメージ化の情報提供が『手術後のイメージ化に関する情報提供』へ統合され、新たに『手術のスケジュールに関する情報提供』が抽出されたことである。今回は、手術に向けた心理的準備の構造を明らかにすることが目的であったため、分析方法を因子分析のみとしたことで、先行研究との違いが生じた。

『手術のスケジュールに関する情報提供』は、手術にいたるまでの手続き的な情報を伝えることで、具体的な行動として準備ができることを想定した情報提供である。本論文の冒頭でも述べたように、事前の情報提供は、手術後の回復や痛み、心理的苦痛に対して有効であるとされている (Devine, 1992 ; Dodds, 1993)。『手術のスケジュールに関する情報提供』により、あらかじめ自分の行動を把握することにより、手術により生じる自身の状態の変化に対する現実的な把握につながり、手術を体験する人々のメンタルヘルスを維持するのに効果がある (Bolton & Brittain, 1994)。

『手術後のイメージに関する情報提供』は、手術後に想定される主に身体的な状況と苦痛に関する情報提供である。『手術後のイメージに関する情報提供』により、手術後の身体的な状況の予測とそれに対する心構えや対処法を準備できることが期待される。イメージに関する情報提供の効果については、井上(1999)が述べているように、不安の強い人々ほど有効であるとする報告がある一方、あらゆる人々にとって有効とはいえないなど、対象者の状況により効果が異なる可能性がある。上部・鎌田・毛内・照井(2003)は、手術後に予想される出現しやすい苦痛症状に対して、その対処法を手術前より強調して説明したことで対象者のコントロール感覚が高められたとしている。Lilja, Ryden & Fridlund(1998)は乳がんと人工股関節置換術を受ける人々を対象に、手術前の情報提供を通常の内容とより詳細な内容にわけ不安の程度を比較した。その結果、詳細な情報を提供された乳がんに罹患した人々が、人工股関節置換術を受ける人々よりも多くの心配を抱えていた。

以上のことから、『手術後のイメージに関する情報提供』は、対象の心理的状況により効果が異なる可能性があるため、対象者の心理的状況を十分に把握したうえで、提供の仕方や内容を考えることが必要となる。一方の『手術のスケジュールに関する情報提供』は、脅威や苦痛を連想する情報ではないため、病状や手術の説明のように意識的・無意識的に聞くことを拒否する可能性が低い。手術までの段取りを把握することで手術に対する心構えや対処法を準備できるため心理的サポートとして有効な情報提供であるといえる。

『手術前の訓練』と『下肢の訓練』は、深呼吸、咳嗽、体位変換、下肢訓練などの手術後の呼吸器合併症や下肢静脈血栓の予防や、手術後の回復を促進するための情報提供とスキルの習得である。Fawxy(1995)は、病気に対して回避や消極的に受け入れるよりも、活動的な行動的コーピングと活動的な認知的コーピングを奨励することで心理的サポートになると述べている。『手術前の訓練』と『下肢の訓練』は、他の情報提供と異なり、スキルを習得することにより自ら手術後の回復に向けて対処することが可能となり、重要な心理

的サポートといえる。

『心理的援助』は、「手術前不安を聞く心構えを伝える」、「手術前不安や心配を表出の奨励」、「患者の不安をともに解決する」、「患者の病識を患者の言葉で確認する」などの病気や手術への不安に対する援助と、「患者の関心を言葉で確認する」、「いつでも質問してよいことの奨励」、「何でも依頼してよいことの奨励」などの情緒的な安心感を与える援助、「手術後何度も部屋を訪室すること」、「患者の回復の援助に責任をもつ」、「患者の手術の知識を言葉で確認する」、「手術後のイメージを言葉で確認する」、「回復の見通しを言葉で確認する」などの手術の準備や手術後への安心を与える援助等で構成されている。

『心理的援助』は、『手術後のイメージに関する情報提供』、『手術のスケジュールに関する情報提供』、『手術前の訓練』、『下肢の訓練』とは異なり、援助を受ける側と提供する側の相互作用によって成立するため、援助をマニュアル化して提供することができない。『心理的援助』については、がんにより手術を体験する人々に対して、実際にどのような提供がされているのか十分に解明されていないため、今後、明らかにすることが重要である。

第3章 がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況の概要

I. 本章の問題と目的

がんは長年にわたり無敵の略奪者として扱われてきた (Sondag, 1978 富山(訳), 1982)。1980 年以降, がんは死亡原因のトップとなり, 生活習慣病と呼ばれる糖尿病や腎臓疾患などと同様に身近な病気となりつつある。しかしがんが他の慢性疾患と大きく異なるのは, 常に死のイメージがつきまとい人々を苦しめることである。

数年前まで, がんで手術を体験する人々の多くは, 病名に関して曖昧な説明を受けていた。例えば, 初めに腫瘍があるため検査の必要があると説明され, 検査の結果がんと確定された場合には家族のみに真実が伝えられた。がんである当事者には, 将来的にがんになる可能性があるか, または位置が悪く手術をしたほうが良いなどがんである事実を避けて, 曖昧に説明されることが多かった。このようにがんで手術を体験する人々は, 自らの疾患に対して曖昧な理解のまま手術前から手術後を過ごすことも少なくなかった。

最近では情報開示やインフォームド・コンセントなど, 個人情報に対する社会の対応の変化とともに, 真実の病名告知がされる状況へ劇的に変化してきている。そのためがんに罹患した人々は, 外来においてがんである事実を告げられる場合が多い。

がんの告知率は, がん専門病院が 92%, 一般病院が 29%という報告がある (渡辺, 1998)。平成 10 年度(1998 年)の高度医療機関におけるがん告知が約 5 割であるという報告もある (東, 2002)。がん専門病院では, 以前よりがん告知が行なわれていた。一般病院では施設や医師の考え方により, 告知率に差がみられるが, 今後はさらに上昇すると推察される。がん告知が推進され, がんにより手術を体験する人々の心理的状況は, がんの未告知や曖昧な告知が主流だった頃と比較すると, 大きく変化していると考えられる。

がんにより手術を体験する人々は, 手術までの短期間に, 慌しく手術のための準備をすめなければならない。また, 短期間にがん告知と手術の説明がされ, 十分な気持ちの整理がつかないままに治療に臨まなければならない。がんに罹患した人々の告知後から手術が終了するまでの心理的状況は, どのような状況にあるのだろうか。

がんに罹患した人々の告知後の心理は, Massie & Holland(1990 今井・万代(訳), 1993)によると, 初期反応(衝撃, 疑惑あるいは否認, ときに絶望)から, 「不安」の時期を経て, 約 2 週間で「適応」に至ると言われている。ここでいう「適応」とは, 現実の問題に直面したり, 楽天的になろうとしたり, 新しい情報に順応したりすることである。

日本の研究者も同様の傾向を報告している。告知直後に衝撃, 混乱・困惑, 逃避・否認, 強い落胆など (鈴木・小松, 2002; 伊藤・浅沼・鈴木・瀧島, 2002; 滝沢・寺島・小池・

渡辺, 1998 ; 上田他, 2001) が生じ, 告知後 2, 3 日でショックが最も高くなる (藤田・丸山・島・上野・町田・丸山, 2001)。さらに, 告知後 2 週間が経過しても, がんによって生じた脅威や衝撃は継続し, 自分の存在を脅かすものとしてがんを捉えることになる (鈴木・小松, 2002)。

がん告知後の手術前・後の心理的状況については, ストレス・コーピングの研究をはじめ, 乳がん罹患した人々を対象とした研究が多い (稲本・阪田・小堂・中川・小澤・二位・西川・堀口・山田, 2002 ; 温井, 2002 ; 千田, 1990 ; 上田他, 2002)。また乳がん以外の疾患については, 蛭子 (1995, 2001) が胃がんについて調査を行っている。

手術前の心理的状況は, がん告知後の影響を受け衝撃的な驚きを感じ (蛭子, 1995 ; 温井, 2002 ; 千田, 1990 ; 上田他, 2002), 転移や再発, 病状の進行などが気になりとなったり (蛭子, 1995 ; 稲本他, 2002 ; 温井, 2002 ; 千田, 1990), 再発・予後を知ることから回避をしたりしている (上田他, 2002)。手術に対しては, 手術の操作や, 乳房の変形, 手術後の状態などに不安を感じ (温井, 2002 ; 千田, 1990), 一方で手術への期待感もある (蛭子, 1995)。

がんにより手術を体験する人々は, がん告知後のショックと手術に対する不安や脅威, 期待などが交錯しあう複雑で不安定な状況にある。特にがん告知後の手術前は, 不安が手術後よりも有意に高く (桃田・田村, 1994), 最も気分や感情の安定さを欠いた状況にある (佐藤・佐藤, 2002)。手術後は, 痛みなど予想外の体験をし (上田他, 2002), 退院後の生活に戸惑いを感じ (蛭子, 2001), 病気の完治, 生死などについての気がりや (稲本他, 2002 ; 上田他, 2001), 再発に対する不安にみまわれる (蛭子, 2001 ; 温井, 2002)。

以上のように, がんにより手術を体験する人々の心理的状況の概要を把握することはできた。しかしながら得られた知見は, 文献検討により得られた結果を統合し整理しまとめたものである。先行研究において, がんにより手術を体験する人々の手術前・術後の経過に沿って, 心理的状況を明らかにしたのは上田ら (2002) のみである。しかも, 上田ら (2002) の対象者は, 乳がんに限定されており, さらに, 手術前の時期の心理的状況は, 入院までの時期であり, 入院から手術直前までの心理的状況については明らかにされていない。

本研究は, がんにより手術を体験する人々が手術前・後の心理的状況について概要を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ. 方法

1. 研究の手続き

N総合病院の看護部長に対して研究依頼文を提出し、病院の倫理委員会にて研究の許可を得た。研究場所となる病棟師長に対して、紙面と口頭にて研究の説明を実施し、病棟看護師全員に紙面にて研究の説明を行った。

2. 研究対象者の選択および倫理的配慮

対象者は、主に消化器系の手術を目的として外科病棟に入院している、言語によるコミュニケーションが可能である手術前・後の人々とした。看護師長より許可が得られた対象者に対して、研究に関する説明書を用いながら口頭にて研究の目的、方法、倫理的配慮としてプライバシーの保護、拒否することの権利、研究結果の公開について説明をし、研究の同意を確認後、同意書に署名を依頼した。同意書と説明書の一部を対象者へ渡した。

3. 研究期間

研究期間は、2002年8月13日から10月10日であった。

4. 調査内容

がんにより手術を体験する人々の心理的状況は、先行研究の結果より、特に手術前において衝撃が大きく不安定な状況である。そのため、対象者になるべく心理的に落ち着いた状況にある手術後の時期に、半構成面接法を用いてデータを収集することとした。

半構成面接の内容は、「現在の気持ち」、「手術を受ける前の過ごし方」、「手術前・後の印象」などについて話を聞いた。面接は対象者の身体的および心理的負担を考慮し、対象者が希望する病棟内の場所を設定し、面接時間を30分以内とし、なるべく自由に体験したことを語ってもらえるように配慮した。面接内容は対象者に了解を得てその場でメモをとり、面接後、面接記録を作成した。

5. 分析方法

収集したデータは、KJ法を用いて分析を行なった。KJ法はデータを介した現実世界との密着性を強調しており、方法が具体的に提示され、また分析内容が相互に密接に関連し、包括的にまとめられる（木下, 1999）。そこで、KJ法を採用することで、がんにより手術を体験する人々の体験をできる限り反映し、包括的に結果を導きだせると考えた。

対象者ごとの面接記録から心理的な体験と考えられる箇所を一文一要素となるように

抜き出し、ラベルを作成し、意味内容を検討し、類似しているラベルを統合しながらグループ編成を行い抽象化した。対象者ごとに抽象化されたデータを再度ラベルとし、対象者全員を統合し、類似しているラベルをグループ編成と抽象化を繰り返し、最終的に主題を導き出した。

分析結果の信用性は、質的研究を実践している研究者、および周手術期看護の実践経験のある研究者2名に分析内容の検討を依頼した。

6. 用語の定義

本研究で使用する心理的状況とは、がんにより手術を体験する人々の、手術前・後の、その場の、またはその時の心の働きである。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景

対象者は14名(男6名、女8名)、年齢42才～75才(平均62歳)であった。初回手術経験者は6名であった。1名は2度目のがんの罹患経験を有していた。疾患は消化器系疾患(胃がん、直腸がんなど)が11名、乳がんが2名、その他1名であった。面接時期は、手術前・後の面接が1名、手術後が13名であった。

2. 手術前・後の心理的状況の概要

分析の結果、がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況は、『がんへの脅威』、『手術前の不穏な心理的状況』、『確実な治療への切望』、『自己の可能な取り組み』、『人間関係の再認識』、『自分らしさの確認』、『一山越えた安堵感』、『退院後の生活にかかわる気がかり』の8つの主題が導き出された。以下、各主題の意味について、構成された抽象化ラベル、下位ラベルをもとに説明する(表3-1)(『』は主題、「」抽象化ラベル、[]下位の抽象化ラベルとする)。

3. 手術前の心理的状況の概要

(1) 『がんへの脅威』

『がんへの脅威』は、「身体異常の察知」、「がんへの強い衝撃」、「手術や病気について考えることの逃避」の3つの抽象化ラベルで構成された。

[汗を拭いて腫瘍に気づいた]、[少し自覚症状があった]、[いつもと違う感じがして異

表3-1. がんにより手術を受ける人々の手術前・後の心理的状況の概要

主題	抽象化ラベル	下位ラベル
がんへの脅威	身体の異常を察知	汗を拭いて腫瘍に気付いた 少し自覚症状はあった、 3年前から兆候はあった いつもと違う感じがして異常に気付いた
	がんへの強い衝撃	告知はショックだった 自分が病気になることが信じられなかった
	手術や病気になることへの逃避	病気になることについて具体的に覚えている 余計なことは考えないようにしている 不安や心配はなかった
	手術前は退屈だった	
手術前の不穏な心理的状況	手術ははじめて	
	術前は心もとない	些細なことでも体に影響しないかと気になる 術前は心細かった
	術前は検査に追われる	術前は検査で追われた 術前はあつという間に過ぎた
	死ぬ覚悟で入院してきた	
確実な治療を受けることの切望	完全な治療への期待	きちんと治して帰りたい 子供のためにきちんと治して帰らなければならないと思う
	医療の安心・安全の確認	医療者が気にかけてくれると安心 医療者が対処してくれるから大丈夫 医療者の関わり方は気になる 医師のおかげで楽になった 検査をしてもらって安心
	納得した治療の要求	自分の病気を理解している 経過や治療に関する目付を具体的に覚えている 納得して治療を受けたい 無理やり歩かされた
自己の可能な取り組み	必要なことは自分で取り組む	自分の意志で動くのは気が楽 怠ける気持ちはない 自分で工夫したり必要なことは取り組む
	自分なりに手術や術後への想像	前回の手術経験を基準にしている 術後は想像以上に苦痛だった
	入院生活の受け入れ	入院は経験を重ねれば慣れる 入院に抵抗感はない
自分らしさの再確認		自分は健康に関する信念をもっている 自分は前向きに考える方だと思う 病気をしたことでの自分を見直す
人間関係の意味の再認識	家族が支えになる	手術で家族の大切さを実感した 家族は自分を理解してくれている 家族がそばにいて心強い
	他患者との関わりの意味	他人と関わるのは煩わしい 人がいると安心する
一山越えた安堵感	苦しみを乗り越えた	苦しさを乗り越えたら楽になった 3日過ぎたら楽になった 外科は切ったら山で後は回復していくだけといわれ 大きな山は越えた 術後の今は気が楽になった 病気を乗り越えたことで安心感や充実感がある
	手術をして安心した	早く取ってもらったことが一番 心配の種をとっていただいた
	術後に手術の大きさを実感した	術後に手術の大きさを実感した 痛みから切られたことを実感した 手術の大きさを聞いて知った
	手術はたいしたことがない	手術は知らないうちに終わった 手術そのものは大したことはない 手術は覚えがないうちに済んだ
退院後の生活にかかわる気がかり	手術により生活が変わる	手術により生活が変わる 重い荷物を持つてよいのかかわからない 退院後のことをいろいろ考える 手術をすることで仕事の調整が必要
	食事がおいしく食べられるか気になる	食事がおいしく食べられず苦痛に感じる 食事がいつ食べられるか心配 食事が食べられることが大切
	傷が気になる	創部が怖くて今でも直視できない 傷が目立つのが気になる
	喪失した臓器や機能が気になる	胃がこれだけしか残っていない 喪失した機能を確認することへの願望

常に気づいた]など、体から何らかの異常サインをキャッチしており、事前に「身体異常を察知」していることがみられた。

がん告知に対しては、[腫瘍だと聞かされていたのにがんと言われてショックを受けた]、[突然の入院の告知はショックだった]など、告知を受けたことは信じがたい現実であり、

「がんへの強い衝撃」を感じていた。がんの告知を受けた直後では、[手術前は他人事みたいだった]、[がんになるとは思っていなかった]など、自分ががんであることを直視できない様子がうかがわれた。また、[手術や病気に対して具体的に覚えていない]、[あまり考えないようにしている]、[がんが死につながりっこない]、[お任せという感じで心配なことはない]など、がんである事実に対して思い巡らすことを拒絶する心の動きも認められた。人々は、「手術や病気について考えることの逃避」という心理的状況にあることで、心理的な安定を保持しようと努めていたと思われる。

普段の生活の中で「身体異常の察知」をしていたことで、ある程度がんであることを予測していたにもかかわらず、実際にがんであることが告知され「がんへの強い衝撃」を受けた。その後、「手術や病気について考えることの逃避」をし、不安や心配な状況から意識を遠ざけるなどの特徴がみられた。これらはがん告知されたことにより生命を脅かされる危機感を覚え、『がんへの脅威』を感じていたと推察される。

(2) 『手術前の不穏な心理的状況』

『手術前の不穏な心理的状況』は、「手術前は退屈」、「はじめての手術」、「心もとない」、「手術前は検査に追われた」、「死ぬ覚悟」の5つの抽象化ラベルで構成された。

[手術をまで待つ間、生きた心地がしないほど手術前は心細い]と感じ、[健康な時なら気にも留めずにやっていたことが、些細な事でも体に影響しないかと気になる]という、「心もとない」手術前を過ごしていた。[検査は苦痛だった]、[検査が続いた]、[準備で追われた]など、手術前に受ける検査によって苦痛を受けることが多く、日々検査や処置に追われる状況もあった。さらに[遺言も書いて覚悟を決めて入院してきた]と「死ぬ覚悟」で入院をしてくる人もみられた。

『手術前の不穏な心理的状況』は、手術までの時をどのように過ごしてよいのかわからず「手術前は退屈」と感じたり、「手術前は検査に追われた」と身体的苦痛を受けたり、「心もとない」気持ちを抱え、さらには「死ぬ覚悟」までして手術に臨むという、不安定で厳しい状況を抱えた心理的状況であると判断した。

(3) 『確実な治療への切望』

『確実な治療への切望』は、「完全な治癒への期待」、「医療への安全・安心の確認」、「納得した治療への要求」の3つの抽象化ラベルで構成された。

「完全な治癒への期待」とは、[きちんと治して帰りたい]、[子供のためにきちんと治して帰らなければならない]など、確実にがんを治して退院することを願う人々の心情が読み

取れた。[医療者が気にかけてくれると安心]，[医療者が対処してくれるから大丈夫]，[検査をしてもらって安心]など，医療者の言葉や態度，検査などから「医療への安全・安心の確認」を得ようとしていた。さらに，[病状を理解している]，[経過や治療の具体的な日付を覚えている]など，自分の病気に関することは，病気に対する知識や，受けた検査や治療の日時などについて詳細に把握していた。また，[納得して治療に臨みたい]と強い意志もうかがわれた。これらは医療者に一方的に任せるのではなく，病気や受ける治療を詳細に理解し，「納得した治療への要求」があると判断された。

がんによって生命の危機を感じている人々が少しでもがんが残らないように「完全な治療への期待」をもち，事実を認識することを含め「納得した治療の要求」をし，さらに治療やケアに対して提供される医療者から「医療の安全・安心の確認」を得ようと努力していた。つまり，それらは完全に治したいと願う『確実な治療への切望』であると捉えた。

4. 手術後の心理的状況の概要

(1) 『自己の可能な取り組み』

『自己の可能な取り組み』は，「必要なことは自分で取り組む」，「自分なりの手術や手術後の想像」，「入院生活の受け容れ」の3つの抽象化ラベルで構成された。

[手術後の歩行訓練など自分ですべきことは行う]，[自分でやれることは行なう]，[手術によって障害された機能に対して自ら調整を試みようとする]など，これらは自分で実施できることを考え現実に立ち向かおうとする様子であり，「必要なことは自分で取り組む」という気持ちの現れてと捉えた。[前よりも病気の状態がひどい]，[手術経験から予測できる]など，前回の手術経験をもとに自らの経過や状況を考えたり，[手術後は想像以上に苦痛だった]と，手術後の状況を想像したりするなど「自分なりに手術や手術後の想像」を行っていた。入院生活に対しては，[入院経験を重ねれば慣れる]，[入院に抵抗はない]など，自分を入院環境に合わせることで「入院生活の受け容れ」をする努力が読み取れた。

『自己の可能な取り組み』は，手術によって障害を受けた機能や，手術後の回復のための訓練に対して「必要なことは自分で取り組む」という具体的な対処行動をとり，手術経験の有無にかかわらず「自分なりの手術や手術後の想像」をし，家庭での生活とかけ離れた入院に対して「入院生活の受け容れ」をするなど，自身が実施できる限りの手段を駆使して対処をする姿であると判断された。

(2) 『自分らしさの再確認』

『自分らしさの再確認』とは，[自分は健康に関する信念をもっている]，[自分は前向き

に考えるほうだ], [病気をしたことで自分を見直す]など, 自分の価値観や信念などを見直し, 自分を見つめなおし, がんで混乱している自分を取り戻そうとする思いであると読み取れた。

(3) 『人間関係の意味の再認識』

『人間関係の意味の再確認』は, 「家族の存在の再認識」, 「他者との交流の影響」の2つの抽象化ラベルで構成された。

[手術で家族の大切さを実感した], [家族は自分を理解してくれる], [家族がそばにいると心強い]など, 何気ない日常の中では見過ごされたり, 感じなかったり, 忘れていた家族の存在を, 手術をきっかけに, 「家族の存在の再確認」が生じたと考えられる。家族以外の人々との関わりでは, 人々の心身の状況も影響して, [他人と関わるのは煩わしい]と感じたり, また逆に[人がいると安心]と感じたりするなど, 「他者との交流の影響」があると思われた。

『人間関係の意味の再認識』は, 「家族の存在の再確認」することで家族と共にあることの価値をはっきりと確かめ, プラスの面とマイナスの面が存在する「他者との交流の影響」を知り, 手術を通して人との関わることの価値を考える機会であったと解釈した。

(4) 『一山越えた安堵感』

『一山越えた安堵感』は, 「苦しみを乗り越えた」, 「手術をした安心感」, 「手術後に大変さを実感」の3つの抽象化ラベルで構成された。

[苦しさを乗り越えたら楽になった], [手術後は気が楽になった]など, 手術を終えて回復し苦痛から解放されはじめたことで, 気持ちが落ち着き「苦しみを乗り越えた」と感じられたと推察された。[早くとってもらったことが一番], [心配の種を取ってもらった]など, がんが摘出されたことで死への恐怖が和らぎ「手術をした安心感」が得られた。人々が「手術後に大変さを実感」したのは実際に創部を見たり, 実際の手術時間を聞いて長いと感じたり, [痛みから切られたことを実感]し, [手術の大変さを聞いて知った]ことなどからであった。

『一山越えた安堵感』は, 自分が重大なことをやり遂げたのだと「手術後に大変さを実感」し, そうした困難を「苦しみを乗り越えた」と感じ, さらに, がんの治療を受けたことで「手術をした安心感」を得て, 大きな困難を乗り越えたことでひとまず安心を得られた心理的状況であると判断した。

(5)『退院後の生活にかかわる気がかり』

『退院後の生活にかかわる気がかり』は、「生活が変わる」、「食事が気になる」、「傷が気になる」、「喪失した臓器や機能が気になる」の4つの抽象化ラベルで構成された。

[仕事の調整が必要]、[退院後のことをいろいろ考える]など、今後の「生活が変わる」ことを想定し思いを巡らしていた。[食事がおいしく食べられず苦痛を感じる]、[食事がいつ食べられるか心配]、[食事が食べられることが大切]など、消化器系の手術を受けたことによる機能低下が生じ、「食事が気になる」状況を生んだ。[創部が怖くて直視できない]、[傷が目立つのが気になる]など、手術による傷が人々にとって「傷が気になる」という懸念を与えた。[胃があまり残っていない]、[喪失した機能を確認したい]など、手術をしたことで失われた臓器や機能に対して、「喪失した臓器や機能が気になる」という思いをつのらせていた。

『退院後の生活にかかわる気がかり』は、「生活が変わる」、「食事が気になる」、「傷が気になる」、「喪失した臓器や機能が気になる」など、手術を受けたことにより生じた障害や、障害に対して今後取り組まなければならない課題に対する懸念であった。

IV. 考察

1. がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況の概要

本研究の分析の結果、手術前の心理的状況として、『がんへの脅威』、『手術前の不穏な状況』、『確実な治療が受けられることへの切望』の3つの主題が導き出された。手術後は、『自己の可能な取り組み』、『一山超えた安堵感』、『退院後の生活にかかわる気がかり』、『人間関係の重要性』、『自分らしさの確認』の5つの主題が抽出された。これらの主題を手術前・後の過程に沿って図3-1のような図式化を行った。

手術前は、がん告知と手術の必要性についての説明を受け、『がんへの脅威』と『手術前の不穏な状況』という不安定な心理的状況を呈していた。一方、手術に対しては、『確実な治療が受けられることへの切望』がみられた。手術後は回復に向けて『自己の可能な取り組み』を心がけていた。手術侵襲からの回復がみられると『一山越えた安堵感』を感じていた。しかし、人々の関心が入院から退院後の生活へ徐々に変化し始めると『退院後の生活にかかわる気がかり』が生じていた。その他、手術後の過程の中では、『人間関係の重要性の実感』をしたり『自分らしさの確認』したりなど、新たな気づきもみられた。以上のことから、がんにより手術を体験する人々の心理的状況には、手術前・後の経過に沿ったプロセスの存在を確認することができた。

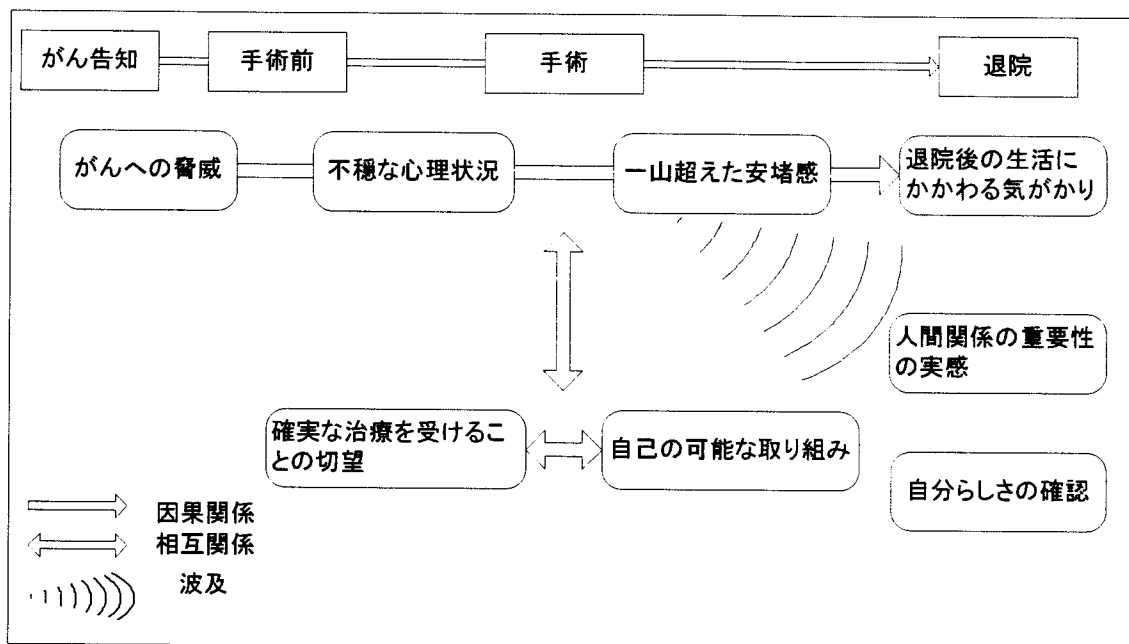


図3-1. がんにより手術を体験する人々の心理的状況

次に、それぞれの主題について考察を加える。『がんへの脅威』からは、信じられない、具体的に覚えていないなど、がん告知による衝撃や混乱がうかがわれた。これは、先行研究で明らかにされてきた、がん告知後の心理的状況と同じ状況であるといえる（上田他，2002；稲本他，2002；温井，2001；佐藤・佐藤，2002）。がんは不治の病，苦痛を伴う治療，激しい疼痛などのイメージを人々に与えてきた。人々にとってがんの告知は，危機と捉えられ，その結果，混乱と同様の時期を過ごすことになったと思われる。さらに、『がんへの脅威』は手術を受ける恐怖と重なり『手術前の不穏な心理的状況』を生じさせた。手術前の状態不安が，手術後よりも有意に高いという報告もあり（桃田・田村，1994），手術前は死を間近に感じ，手術によって受ける苦痛に対して恐怖を抱き，より高いストレス状態にあると推察される。

高いストレス状態にある一方で，生命の危機を少しでも回避できるように『確実な治療への切望』をしていた。医師や看護師は病気をもった人々にとって，専門性が期待される治療のある特定の時期にのみに大切なサポーターであるといわれている（福井，2002）。手術を受ける彼らにとっては，安全で安楽に手術を受けるために，治療の提供者である医療者がもっとも重要なキーパーソンとなる。そのため，医療者が提供するケアの様子などに関心が高かったと思われる。

手術は心身に多大な苦痛を与える治療であるが，がんに罹患した人々にとっては，心配の種を取り除けたという言葉からも，死への恐怖を回避できる可能性をもつ治療であると捉えられている。そのためがんに罹患した人々は，苦痛に耐えながらも手術を受け止め，

がんへの脅威に対処するため自ら奮起し、『自己の可能な取り組み』を模索しながら取り組んでいたのではないだろうか。

手術後に痛みなどの苦痛から解放され、回復を実感した頃に『一山超えた安堵感』を感じていた。その他、がんや手術という体験を通して、家族に支えられていることや家族の大切さを実感することができる一方で、他人とかかわることの煩わしさを感じるなど『人の関わりの意味の再認識』をしていた。ソーシャル・サポートがストレスの影響を改善するのに有効であることは周知である。がん罹患した人々に対するサポーターの内容について福井(2002)は、もっとも重要なサポーターには信頼と親愛の気持ちが基礎にあると述べている。また、大川・城戸(2001)も、手術前にある人々が情緒的支援ネットワークを知覚していた場合、抑鬱・落ち込み、疲労などの感情が低くなると述べている。本研究の対象者は、主に家族からの情緒的支持を受けたことで、ストレス状況が緩和され、家族の絆を再認識できたと考えられる。

ようやく体調が手術前の状況に戻りつつあり退院に向けて関心が向いた頃、『退院後の生活にかかわる気がかり』が生じた。乳がんの手術後の心理的状況について上田らは(2002)、状態が安定してくると、乳房の喪失感や再発・転移などの不安が再発し、心が揺れ動くと報告している。がんによる手術のため、手術前のような体力を取り戻せたと期待していたにもかかわらず、手術により生活の変更を余儀なくされたり、食事がおいしく食べられなかったり、創が気になったりしていた。今回の対象者からは、転移や再発などがんに関する懸念は聞かれなかったが、心のうちに抱いていたのかもしれない。

2. 研究の限界とがんにより手術を体験する人々の心理的状況に関する今後の課題

今回の研究のデータ収集は、対象者の心理的負担を最小限にするため、手術後の安定した時期に手術前を回想するかたちでデータを得た。面接法の限界として、人は自らの行動について常に意識をしているとは限らず、行動の説明を求められた場合、思い込みやそれらしく構成し答える可能性がある(保坂・中澤・大野:2000)。そのため今回の研究結果の中にもそのようなデータが潜んでいる可能性は否めない。さらに、対象者が語りきれない部分、または語りたくなかった部分もあったと考えられる。

前述した研究の限界を踏まえて、がんにより手術を体験する人々の心理的状況について手術前・後の経過に沿った心理的状況のプロセスについてさらに検証する必要がある。そこで、今回の研究を基盤に参加観察法を用いて、彼らの手術前・後の心理的状況のプロセスを明らかにする。

第4章 がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況のプロセス

I. 本章の問題と目的

がん告知を受けた人の 20～30% (藤田他, 2001) または 50% (広田他, 1994) が、抑うつまたは不安状態に陥っていると言われている。手術前の不安や抑うつは、手術後の痛み
の強さ、鎮痛剤の使用量の要求の度合いにも関連し (Ozalp, et al., 2003), 手術後の回復
にも影響を与える。

がんにより手術を体験する人々が、抑うつなどの適応障害を発症することなく、様々な
状況に対して現実的に対処できるような心理的サポートを検討していくことが重要である。

心理的サポートを検討していくためには、がんにより手術を体験する人々の心理的状況
を十分に理解する必要がある。

筆者は、手術後の手術侵襲から回復し心身が安定した時期に面接調査を実施し、がんにより手術を体験する人々の手術前・術後の心理的状況について明らかにした (白尾・植村, 2004)。手術前の心理的状況は、がん告知と手術の必要性についての説明を受け、『がんへの脅威』と『手術前の不穏な状況』という不安定な心理的状況を呈していた。一方、手術に対しては、『確実な治療を受けられることの切望』がみられた。手術後は回復に向けて『自己の可能な取り組み』を心がけており、手術侵襲からの回復がみられると『一山越えた安堵感』を感じていた。しかし、人々の関心が入院から退院後の生活へ徐々に変化し始めると『退院後の生活にかかわる気がかり』が生じていた。以上のように、がんにより手術を体験する人々には、手術前・術後の過程にそった心理的状況がみられた。

第2章で明らかにした心理的状況は、対象者への心理的負担に配慮し面接法を用いてデータを収集した。面接法の場合、想起しながら答える。人は必ずしも意識をしながら行動しているとは限らないため (保坂他, 2000), 最も心理的に不安定であった手術前の時期については、対象者が思い出したくないころもあり、それらしく構成したり、自分で思い込んだりして答えている可能性もある。

上記の研究は、KJ 法を用いて分析を行った。KJ 法を用いることによって、分析内容が相互に関連し、包括的にまとめることができる (木下, 1999)。結果として、がんにより手術を体験する人々の心理的状況についてまとめることができた。KJ 法の生みの親である川喜田氏も述べているように、KJ 法は、アイデアを作り出す方法である。そのため導き出された結果の抽象度は高くなり、がん告知から手術後を体験する彼らの生き生きとした心理

的状況を十分に読み取るには限界がある。そこで本研究は、参加観察法を用いて、がんにより手術を体験する人々の行動をなるべく自然な状況のままに観察を行う。さらに、Modified Grounded Theory Approach(M-GTA) (木下, 1999; 木下, 2003) を分析方法として採用することで、よりリアリティのある現象の把握をめざす。

本研究は、がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況のプロセスについての詳細を明らかにする。

Ⅱ. 方法

1. 対象者および倫理的配慮

はじめてがん罹患し告知を受け手術を体験する人々を研究対象とした。対象施設の病院長をはじめ看護部長から研究実施の承諾を受けた後、外科病棟の看護師長と相談し対象者を選定した。対象者に対しては、研究に関する説明書を用いて、研究の目的、方法、プライバシーの保護、拒否の権利、結果の公開について説明をし、研究への同意を確認した後、同意書に署名を依頼し承諾を得た。

対象者の概要は、対象者数 11 名（女性 7 名、男性 4 名）、年齢 45 才～79 才であった。疾患は、乳がん、大腸がん、胃がんであり、1 名が良性の大腸腫瘍（対極例）であった。手術経験者は 4 名であった。病名については、9 名が外来にてがんの説明がされており、1 名のみがんとは明らかに断定せずに、曖昧な説明がされていた。がんの転移については、実際の有無にかかわらず伝えられていなかった。対象者 11 名のうち対極例 1 名を除き、結果のデータの末尾に No. 1 から No.10 の個別番号を記載する。

2. データ収集

先行研究(白尾・植村, 2004)より、がんにより手術を体験する人々は、手術前・後を通して精神的に不安定であることが明らかとなっている。そこで、対象者に負担をかけず、より自然に近いデータを得るために、参加観察法を用いることとした。

研究者は対象者の受け持ち看護師として、必要なケアを実施する立場をとった。データはケアを実施しながら、言動や表情、身体状況などについて観察を行った。参加観察の際には、研究者から必要以上に積極的なケアの提供や、誘導的な質問を行わないように心がけた。さらに、1 日に参加観察を行う対象者数は 3 名を限度とした。

観察記録は、対象者に対してケアを実施した直後にメモ用紙に記述し、なるべく口調や

その場の状況など、事実を忠実に再現するように心がけた。メモ用紙に記述した内容は、対象者ごとに時間的経過を追って整理し、観察記録を作成した。

1 回の観察時間は実施するケアによって異なるが、最短で5分程度から最長で1時間程度であった。参加観察を行った延べ日数は48日であり、1人あたりの観察日数の平均は4日であった。

期間は、2003年8月5日から2004年4月30日であった。

3. 分析方法

分析方法は、データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究法として考案された、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、具体的には木下(1999, 2003)による Modified Grounded Theory Approach(M-GTA)を取り入れた。

M-GTA を用いた理由としては、主に以下の3点が挙げられる。1つ目は、M-GTA の対象とする研究領域が、健康問題や生活問題を抱えた人々に専門的援助を提供するヒューマンサービス領域が適していること。2つ目は、データの切片化を行わないことによって、人間をできるだけトータルに捉え、人間的な生き生きとした部分を理解することが重視されていること。3つ目は、分析をする研究者を前面に出し、データからの解釈にはバラつきが生じることが自然のことと捉え、その自然さを生かすために、分析方法の体系化と一貫した手順を提示し、より深い解釈につなげようと工夫されている点である。以上の理由から M-GTA を用いることで、初めてがんに罹患し告知を受け手術を体験する人々の心理的状況のよりよい理解へとつながると考えた。

以下、M-GTA の分析の流れについて説明をする。

観察記録の全体に目を通し、手術前・後を体験しがん罹患について多彩に表現している対象者を最初の分析対象とした。データ中のがん罹患に関連した心理的状況を表す箇所に着目し、それを1つの具体例として概念を生成した。ここでの概念とは、データを解釈して得られる仮説的なものであり、一定程度の現象の多様性を説明できるものである。

同時並行して他の具体例を観察記録から探す。具体例が豊富にみられない概念は、有効でないと判断した。概念生成は類似例との照合と並行して、対極比較とのデータのチェックも行った。対極例について検討することで、解釈が恣意的に偏ることを防いだ。本研究における類似例とは、はじめてがんに罹患し手術を体験する対象とし、対極例をがんではなく良性腫瘍で手術を体験する対象とし、分析を進めていった。

次に、個々の概念について他の概念との関係をひとつずつ検討していきカテゴリーの生成を行った。最後に、手術前・後の心理的状況について明らかになりつつあるプロセスに着目し、カテゴリー相互の関係を検討し、分析結果をまとめコアカテゴリーを導き出し、結果図を完成させた。

分析過程においては、木下より M-GTA の直接指導を受けた経験のある研究者にスーパービジョンを受けながら、分析協力者 1 名と共に分析を行った。

4. 分析の具体例

実際に概念生成を行った具体例を示す。

看護師より手術前オリエンテーションについて説明を受けた後、「もうごちゃごちゃ。(手術前のオリエンテーションについて) 右から左だよ。上の空だわね。はいはいと返事しとっただけ。知りたい情報は、特になかったね。前にはいろいろ聞いたかないね。」という発言に着目した。

このデータの解釈は、手術を目前に控えている対象者が、自身の状況について落ち着いて考える余裕がないか、あるいは考えることを避けており、手術の準備に限らず積極的に情報を入手しないようにしていると考えた。

この解釈と類似したデータは、「なんだかテレビ見てるみたいでまだ受け止めてなかったんでしょね。(手術前のオリエンテーションの) 紙も何度も読んだんですけど頭に入らなくて。考えがまとまらなくて上の空。」という語りであった。その他、「先生の話も看護婦さんの話も半分ぐらいしか聞いてないよね。検査の結果が出ると言われたのか話の中しか聞かないものだから、時々ハシがわからないのよ。」というデータもみられた。

以上のデータは、がんであり手術を体験するという現実の状況を受け止めることができないか、あるいは事実に直面することを避け、医療者から提供される情報によって、心理的負担をかけられることを恐れ、情報から回避しようとする気持ちである。そこで、受け入れがたい事実により、恐怖や理解困難と考えられる情報の入手を回避することで、さらなる心理的負担を増やさないようにすることと定義し、概念名を『恐怖・理解困難とみなす情報を避けることによる心理的負担の回避』とした。

対極例は、看護師より手術後の身体状況について説明を受けると、「隣の患者が同じような手術をする知り合いだった。その患者を見ながら、隣の子がやっとなで見てわかつとる」と述べた。このデータから対極例は、がんに罹患した人々と比較して、冷静に周

りの状況を観察する心のゆとりがあることが伺われた。また、看護師より手術の説明を医師より受けたのか確認をされると、「ああ受けたよ。検査をしたら盲腸の裏がよくわからんけど。私のは平たいの。先生が悪性でないからすぐに切らなくても良いけどと言われて、もしかして悪くなったらいけないから、定期的に見ていけばいいけどと言われて。(主人が)元気なうちに手術したほうがいいって言われてすることにした」というデータもみられた。以上のことから、良性疾患である対極例は、情報を遮断することがなく、医師より受けた病状や手術の説明を自分なりに解釈し判断する様子がみられた。

Ⅲ. 結果

がんにより手術を体験する人々の心理的状況について、手術前と手術後に分け、カテゴリーを中心に概念やデータを交えながら述べる(カテゴリーを〔 〕, 概念を『 』, データは「 」で示し対象Noを付ける)。

1. 手術前の心理的状況

(1)〔断ち切れないがん(死)への脅威〕

1)『断ち切れない漠然としたがん(死)への恐怖』

手術を2日後に控え「考えると怖い、病気をしたことがないから。こうやってじっとしてても心配だわね。生きて帰れんかもね。……いろんなこと自分ひとりでおもつとるだね。(No.1)」と、考えたくないことが頭の中をめぐり、漠然とした恐怖を感じていた。考えたくないにもかかわらず、夜になるとふと考えてしまうのか、「夜は薬を飲んで22時ごろに寝たんじゃないかな。起きたら30分ぐらいでまた起きた。最近ずっとそんな感じ。(No.4)」や、薬の残数を確認しながら「眠れないもんで、睡眠薬をいただいております。これが木と金で2日しかないね。(No.2)」など、不眠に悩まされていた。

がんは医療の進歩により、早期に発見がされれば治癒可能な疾患になりつつあるものの、人々を死の脅威にさらしていることに変わりはない。手術前の人々は、がんや手術によって齎される漠然とした死への脅威を感じ、考えないように努力をしているにもかかわらず、ふとしたことや夜になり気を紛らわすことができなくなったことでがんの脅威が再燃し、

人知れず恐怖を感じていた。これが『断ち切れない漠然としたがん(死)への恐怖』である。

2)『がんであることを否認しないことへの落胆』

がんに罹患した人々は無症状であることが多く、がんであると診断されても、それを事実として受け入れることがなかなかできない。そのため、「なんともないよ。健康だったもんね。がっくりきちゃう。検診で、ちょっとおかしいねっていわれたけど。(No.1)」や、「自分の管理が悪かったで、早くみつければ。(手術後の状況について説明された図を見て)こんな哀れな姿になるんだね。(No.2)」, と思いあたる症状について過去を振り返りながら思い起こしていた。今後の悪い状況を想像することで、自分ががんである事実を無理にみつけようとしていた。

手術を目前に控えて手でからだをさすりながら、「私なんでこんな目にあうのかね。(No.4)」と、現実を受け入れがたいと感じながらも、否定ができない事実に対する嘆きが感じられた。嘆きについては、「まさかこんな人生がくると思わんもんで。本当にいらんよ何にも。過去ばかり振り返って。嫌だね。(No.5)」という語りも聞かれた。

がんである事実は否定することができないと自分を納得させながら、一方で事実を否定できないことに気落ちしている、『がんであることを否めないことへの落胆』がみられた。

がん告知以降、常に『断ち切れない漠然としたがん(死)への恐怖』が存在し、考えたくなくてもしだいにがんである事実を認めざるを得ない状況がせまり、『がんであることを否めないことへの落胆』が生じる。これが『断ち切れないがん(死)への脅威』である。

(2) [がん(死)と直面することの回避]

『断ち切れないがん(死)への脅威』から逃れるために、[がん(死)と直面することの回避]をしており、そこには様々な心理的負担の回避がみられた。

1) 『がんという表現を避けることによる心理的負担の回避』

手術前の対象者は、がんや悪性という言葉を使用することを避けていた。病気について表現をする際には、「腫瘍は一部だけだからそこだけ取ればいいの。ここにしこりがありよったで。(No.4)」や、医師による病状や手術の説明の後に、「だいぶひどいみたいだったから……。自分の管理が悪かったで。早く見つければ……。 (No.2)」, 「なんともないよ。健康だったもんね。がっくりきちゃう。(No.1)」, 「検査結果が出た日、確か金曜日は家族で泣いていました。(No.6)」など、病名をがんと表現することを避けていた。

がんという言葉を使用していた対象者もみられた。がんとは推定されているが明確な診断がついておらず、手術後に診断名が確定すると説明されていた対象者は、「がんじゃなけにやあねえ (No.10)」と言っていた。また以前に死ぬほどの思いを体験したことがあると

話していた対象者は、「がんと言われてすっきりしています。10人中8人がそうだと思いますよ。先生にがんでしょう、がんだっちははっきり言ってくださいって言ったら、そうですって。(No.5)」と述べていた。

がんの確定診断がされていない場合や、過去に死ぬほどの脅威を体験していたケースを除いては、『がんという表現を避けることによる心理的負担の回避』をすることにより、がんによる心理的負担や重圧を避けていた。

2) 『熟考拒絶による心理的負担の回避』

手術を体験する人々は、些細なことから重大なことについて選択し、決定していかなければならない。そのために自身の状況を見極め考えなければならないが、がんに罹患した人々にとって現在の状況と直面することは、すなわちがんと直面することとなる。そこで、自ら考え意思決定することをなるべく避け、がんからの重圧を少しでも回避しようとしていた。

手術室の看護師が訪問し手術の具体的な内容について説明をした際に、「もうごちゃごちゃ。そうだよ。やるんだよって言われたことだけするだけだよ。(No.4)」や、「手術ができれば先生がおっしゃるとおり治療して退院したい。(No.6)」など、医療者に対していわゆるおまかせをすることで重圧から逃れようとしていた。

治療の選択や病状に対する理解についても同様の傾向を認めた。「腫瘍は一部だけだからそこだけ取ればいいの。でも私は再発するのが嫌だから全部取ってって言ったの。おもいっきり取ってくれって。(No.4)」や、「はっきり言ってもらったほうが変な心配をしなくてすむから。(No.5)」などは、治療や告知に対して表面的には積極性を感じる。しかし、断定的な意思を示すことで、それ以上に深く追求し考えることや、他者から問われることを意識的に避けようとしているように思われた。

選択や意思決定を避け、自らの意志を探られないようにすることで、死やがんの恐怖から逃れようとする心の動きとは、『熟考拒絶による心理的負担の回避』であるととらえた。状況を十分に考えることは、結果としてがんや死に真っ向から直面することになる。そのためがんに罹患した人々は、現状をなるべく深く考えないようにすることで心に防波堤をつくり、荒波をかぶりながらも、心の奥に嵐を引き込まないようにしているように感じられる。

3) 『恐怖・理解困難とみなす情報を避けることによる心理的負担の回避』

脅威を感じたり病気や手術の苦痛を連想させたりする情報に対して、明らかな拒絶を示

さないが、意識的に聞かないようにしている状況がみられた。手術や検査の説明に対して、「先生の話も看護婦さんの話も半分ぐらいしか聞いてないよね。検査の結果が出ると言われたのか話の中しか聞かないものだから、時々ハシがわからないのよ。(No.1)」,「右から左だよ。うわのそらだね。はいはいと返事しとっただけ。(No.4)」など、話を十分に聞いていないことを自身で承知をしていた。看護師からの説明に対して、「ほとんど覚えていない。(No.7)」という発言も聞かれた。検査の結果など恐怖を感じる話や、検査の説明など理解が困難であると予測される情報に対しては、『恐怖・理解困難とみなす情報を避けることによる心理的負担の回避』がみられた。

4)『死を実感することを回避するための仮想の死の覚悟』

入院前に「娘と墓参りに行ってきた。お父さんに早く迎えに来てって頼んだんだよ。……これでもう死んでもええわね。(No.1)」と、二度と自宅へ帰ることができないかもしれないと覚悟をして入院に臨んでいた。また入院前に、「麻酔が醒めなかったらどうしようかと思って、前の晩に泣きながら子供に手紙を書いた。だんなにもしものことがあったら渡してねって。(No.6)」と、手紙を書いたり、荷物の整理をしたりする対象者もみられた。

もちろん死ぬことは避けたいが、その反面これで終わりになるかもしれないと漠然とした不安もある。そのため死ぬという最悪の事態を想定することによって、死について考えることを回避するという、『死を実感することを回避するための仮想の死の覚悟』がみられた。

がん直面することを避けるために、『がんという表現を避けることによる心理的負担の回避』、『熟考拒絶による心理的負担の回避』や、『死を実感することを回避するための仮想の死の覚悟』などにより、がんについて考えないようにすることによって、心の負担を避けようと努めていた。しかし、考えないように触れないように努めていても、医療者からは本人のニーズに関わりなく様々な情報が提供される。そのため、『恐怖・理解困難とみなす情報を避けることによる心理的負担の回避』を行うことによって情報の選別を試みていた。[がん(死)と直面することの回避]とは、がんからもたらされる重圧を軽減させるために、考えないようにする、聞かないようにするという選択をする心理的状況である。

(3) [手術に対する気持ちの焦点化]

1)『手術に万全な状態で臨む思い』

手術を体験する人々は、手術前に様々な準備をしなければならない。約2リットルの下剤を一定の時間内に飲まなければならない対象者は、「2時半から飲みだしてこうして時間を見ながら飲んどるの。でもこれまずくて。でも1時間で飲まないといけないからと思ってがんばっとる。(No.1)」と、飲むことの苦痛に堪えながら、定められた時間内に下剤が飲めるように努力をしていた。器具を使って呼吸訓練をしていた対象者は、器具を目の前のテーブルに置きながら、「今やろうと思っていました。初め看護婦さんはこれ(鼻つまみ)をしなくて手でいいって言ったけど、昨日の看護婦さんがやったほうがいいって。(No.2)」と、効果的な方法を自分なりに選択して手術前の訓練に取り組んでいた。

点滴を受けていた対象者は、「(点滴が)落ちるのが遅いけど、夜までかかるの。点滴をした状態で動いてよいのかわからない。(No.7)」と質問をしていた。動いてもよいと看護師より伝えられたが、大丈夫だろうかという不安そうな表情をしていた。「睡眠薬は主任さんに預けております。間違って飲むといけないから。(No.5)」と、入院前は薬の管理を自分で行っていたにもかかわらず、手術前に誤薬をすることを恐れて医療者へ薬の管理をゆだねていた。

これらは、手術前の処置や検査によって生じる危険性をできるだけ回避することにより、安全で確実な手術を体験することを願う『手術に万全な状態で臨む思い』である。

2) 『過去の達成の回顧による手術への発奮』

手術を明日に控えて、「私テレビに出たことがあるんだよ。ここで歌おうか。私こういう性格だから。(No.4)」と、突然、何気ない会話の中で話をされ、自分は明るいということとを自らに言い聞かせ勇気づけているように感じた。また、「やる気になればやれるって、免許取る時でも手が震えたけど取れたもんね。やる気になればやれるって思って。(No.1)」と、高齢になってからの免許の取得を振り返り、今回の困難もやり遂げられると自分自身を奮い立たせている様子もみられた。

過去に体験した困難を乗り越えられた経験を思い起こすことで、差し迫る手術に立ち向かえるように、『過去の達成の回顧による手術への発奮』をして自らを勇気づけようとする姿であった。

3) 『手術後への懸念』

手術の準備がすすめられていく過程で、「手術をするとどうなるのかなあとって。(No.2)」とうなだれ、切除予定の身体を触りながら「あーあぺちゃんこになっちゃう。(No.4)」と身体の一部が切り取られる悲しさを語っていた。手術の前に点滴が挿入されると、「点滴

をしながら（トイレ）行くのは大変だ。（No.5）」と訴え、尿道に入れる管の説明をされると、「困るよね。管入れるんでしょ。あれいつまでもやってたら感覚無くなっちゃう。（No.4）」など、手術後に生じる様々な苦痛を想像していた。

手術の準備が進むにつれて、手術後に生じる恐怖や苦痛を予測するという『手術後への懸念』を感じていた。

4) 『手術準備のために生じた苦痛による耐え難い思い』

手術のための準備には、苦痛や拘束感を与えるものが多い。「下剤を飲んで昨夜から 20 回ほどトイレに通っている。（No.1）」や、手術の際に必要なネームバンドを医師によって手首にはめられると、「こんなのされて子供みたいだわね。（No.4）」と表情を曇らせていた。器具を用いた呼吸訓練をしていた対象者は、「やってるよ。でも結構きついね。5 回吹くと苦しくなる。（No.10）」と訴えていた。

手術に必要な処置や訓練に対して努力をしながら取り組む一方で、その準備や処置を実施したことによって生じた苦痛により、『手術準備のために生じた苦痛による耐え難い思い』を抱いていた。

〔手術に対する気持ちの焦点化〕は、確実に安全な手術を獲得するために、『手術に万全な状態で臨む思い』をもち、『過去の達成の回顧による手術への発奮』をし、自らを勇気づけていた。しかし、手術に関心を向け準備をすすめていくことで、『手術後への懸念』や、『手術準備のために生じた苦痛による耐え難い思い』を生み出すことにもつながった。

2. 手術後の心理的状況

(1) 〔苦痛に対する我流的回避〕

1) 『苦痛の増強予防のための他者との接触回避の意向』

手術後のまもない時期には、何か処置をするたびに、「ありがとう。（No.2）」や「はい。はい。（No.7）」と返事をされることが多かった。「ありがとう」や「はい。はい。」には、会話の流れを断ち切ろうとする意思が窺われた。「今日から 1 週間は今の部屋がいい（個室）。それから 2 人部屋か他の個室へ行きたい。（No.1）」と、他者との接触が避けられる環境を希望していた。他には、入り口側に背中を向けて横になり、手術後 1 日目に見舞いに来た友人に対して曖昧な受け答えをする（No.4）など、人から話かけられるのを避けようとする仕草もみられた。

手術をして間もない時期は、自由に身体を動かすことが儘ならないため、様々な苦痛に

対して対処が充分に行えない。そのため、他者に接触することを避けることによって苦痛の増強を防ごうとする、『苦痛の増強予防のための他者との接触回避の意向』を示していた。

2) 『苦痛回避のためのペース調整』

手術後は身体の回復を促進させるために、早期から身体を動かすことを医療者より要求される。それに対して、「看護婦さんが来て外（廊下）まで行こうかと言われたけど、やめといた。(No.2)」や、シーツを交換に来た看護助手に対して「がんを切ったばかりだから来週にして。(No.5)」と告げたり、手術後の清拭の際に手術による腕の痛みがあるため、上着を着ることはできるが、自らボタンをかけようとしなくて任せた状態になったりする(No.7)など、現状で動くことが負担になると判断し実施することを拒んでいた。

自分が今どのくらい動くことができるのかを自分なりに判断し、無理な行動をしないようにする、『苦痛回避のためのペース調整』であると考えられた。

手術は身体に直接侵襲が加えられるため、強烈な痛みや不快感が生じる。『苦痛の増強予防のための他者との接触回避の意向』や『苦痛回避のためのペース調整』などの策を講じて、苦痛に対して回避しようとする〔苦痛に対する我流的回避〕がみられた。

(2)〔日常性回復への切望〕

1) 『手術により奪われた日常性の回復への意向』

手術が終了して麻酔から醒めた直後から、創部に重く熱い感覚を覚え身体のいたる部位に身に覚えのない痛みを感じる。体位を変えろという何気ない日常的行動さえも、自分で行えない状況に直面する。手術直後は、あまりの急激な変化と苦痛のため環境に対応ができず、周囲への関心を寄せることもできずに医療者にその身を任せている。

徐々に苦痛が緩和されると、まず歩行ができることを目標に自ら動き始める。手術後2日目に個室のトイレの前で、傷に響くためやや前傾姿勢で立ちながら、「昨日歩けなかったので今日歩いてみる。(No.1)」と言い、点滴の支柱を押して廊下に出ていた。再度、トイレに起きた後、今度は廊下を20mほど歩行した。手術後2日目の他の対象者は、個室のロッカーから靴下を出すために歩いていたとき、「ついでだから歩こうかね。(No.2)」と廊下の歩行を始めた。「もう少ししたらデイルームまで散歩しないとね。(No.7)」と目標を設定している対象者もみられた。

歩行以外では清拭の際、「自分でやれるところはやらないといけないから。タオルをもらえばやれるから。(No.8)」と自分で身体を拭こうとしていた。手術により上肢の動きに

障害が生じる可能性がある対象者は、手術後の早い時期より手術をした上肢をさすり、リハビリテーションのパンフレットを見ながら「昨日少し目を通しました。こうやっています。(No.4)」と指折りと肘関節の屈曲や上腕の挙上をしていた。

『手術により奪われた日常性の回復への意向』とは、手術を受けた人々が、洗顔や、歩行、座るなどの何気ない日常の行動ができなくなったために、取り戻そうとする思いである。

2) 『回復指標となる日常的動作への関心』

ベッドに座りながら「昨日だったら 5 分と座つとれんなんだ。(No.5)」, ベッドから起き上がりながら「昨日よりは(ベッドからの)起き上がりが楽になった。(No.2)」など、昨日の身体の動きと比較しながら、日常的な行動の変化に注目をしていた。「今朝は食事が美味しく感じました。(No.7)」と食事が美味しく食べられることに回復を感じている人もいた。

手術を受けた人々は、日常的な行動ができるようになった程度によって、回復の状況をおしはかるために、『回復指標となる日常的動作への関心』を寄せていた。

医療者は、手術侵襲からの回復には身体を動かすことが有効であるとして、早期離床という言葉を使いベッドから早めに起き上がり、歩行することを推進している。医療者は手術侵襲からの回復の程度を、創部が治癒する過程や、身体機能を表す数値などから査定している。医療者が身体状況の変化を回復の主な指標とするのに対して、手術を受けた人々は、『手術により奪われた日常性の回復への意向』を示し、『回復指標となる日常的動作への関心』を寄せながら、必死になって日常性を取り戻そうとしていた。それが手術直前まで普通の生活をしていた人々にとっての〔日常性回復への切望〕である。

(3) [払拭できないがんへの脅威]

1) 『日常的な感覚が戻らないことによる不安全感』

傷が回復をするとともに留置物（胃管、尿管など）が順々に取り外され、創部の痛みもしだいに和らぎ、日常的な行動が自分で行えるようになると、一般的には食事が再開される。食事が食べられるようになることは、病気を患った人々にとって最も大切な回復の指標となる。しかし、ようやく食事が開始されたにもかかわらず、手術の影響により当たり前の食事が思うようにすすまない場合がある。

「さっきおやつを持ってくるで、少しかじってみてどろっとしたのをこれぐらい

(指で2 cm ほどの幅をつくってみせる)。ちょっとずつ飲んだけど口がまずい。なんだかここらあたりが(と言いながら胸のあたりをさすり)、なんだかつかえる気がする。つかえるわけじゃないんだけど、そんな気がするんだね。少しずつ食べているからいいかなあとと思うけど、なんだかつかえる気がして。(No.2)」と、「一番大事なことは胃がなくなったことを忘れないことです。どうしても以前のように食べてしまって、わあーと苦しい思いをして反省しております。ちょびちょび食べてね。食べることがちっとも楽しくなくなりました。(No.9)」は、食べ物を思うように食べられないことに苦悩を感じていた。「おなかは減らない。こんななっちゃって。(No.1)」と、食欲がわからないという現象に戸惑いを感じていた。

食事以外のことで、「なんだか寒くなって、手術をしたら変わりました。体調がおかしくなりました。いつもなら冷房をつけています。(No.5)」、「夜、隣の部屋から声がして眠れなかった。それで力が入ったのか首が凝って頭が痛い。(No.6)」、「(ベッドの)柵を握って力を入れると痛いから力が入らない。(No.3)」など、手術を体験する以前の体調に戻りきれない不全感を感じていた。

手術によって受けた侵襲からようやく回復をしても、当たり前を感じていた欲求や何気ない体感が戻らないという『日常的な感覚が戻らないことによる不全感』を感じていた。

2)『収束しない治療への苦悩』

手術が終了し身体的苦痛がようやく緩和された頃、がんの転移に対する予防や治療のために、抗がん剤や放射線などによる治療が必要であることを医師より告げられる場合がある。

抗がん剤が開始される予定日の朝、「抗がん剤は1週間に1回やって半年ぐらいやると言われた。安気にしとるように見られるけど、これで結構気にしとるんだよ。朝から誰も来なくて落ち着かない。悩んどるね。こうして座って。仕方ないね。大変なことになった。念のため点滴をやるって言われたの。大変なことになった。なんともなかったのに。からだのほうが大変だから仕方ないね。元々なんともなかったから、悩みのない人なんていないね。(No.1)」と、ベッドに腰をかけながらうなだれ、目線を合わせることもなく話をしていた。手術以外の治療が必要となる可能性について全く想定しておらず、抗がん剤の治療に対して納得ができていない様子であった。

「リンパの結果が出ないと治療はわかりませんよね。先生によって放射線はやるかとかやらないとか言われて少しはっきりしないんですけど。(No.6)」、「お乳を放射線で当てる

のが心配で。(No.7)」など、新たな治療やはっきりしない今後の状況への苦悩が窺われた。

ようやく手術を乗り越えて、日常生活ができるようになったにもかかわらず、新たな治療によって生じる副作用の危険性や、治療が続くことに脅威を感じていた。それが『収束しない治療への苦悩』であった。

3) 『転移への脅威』

がんは手術により患部を切除しても、病態の進行の程度によって血管やリンパ節を介して他の臓器へ転移をする可能性がある。「リンパ節転移を聞いた。ショックだった。(No.6)」、「夜は眠れませんね。余計なことを考えますから (No.7)」、「まさか自分ががんになるなんて。自分は大丈夫だと思っていた。それがいけなかった。(No.2)」など、転移への恐怖を感じていた。今まで回避していたがんによる脅威が、『転移への脅威』として再燃した。

手術によって身体からがんを完全に除去できると期待をしていたが、『日常的な感覚が戻らないことによる不安全感』や、手術以外の治療が必要となり『収束しない治療への苦悩』を感じた。手術前は、がんを直視することを避けて手術を乗り越えようとしていたが、『転移への脅威』が手術後に出現した。よって〔払拭できないがんへの脅威〕であると捉えることができる。

3. がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況のプロセス

手術前の心理的状況は、〔断ち切れないがん(死)への脅威〕から逃れられないために、〔がん(死)と直面することの回避〕をしながらも、自分の身体からがんを全て取り去るために〔手術に対する気持ちの焦点化〕をして、手術を安全に確実に受けられるように努力するというプロセスであった。手術前の心理的状況のコアカテゴリー（以下《》で示す）は、がんの脅威から回避することによって、自身を守るだけではなく、手術によってがんを身体から安全に確実に除去してしまいたいと願う《がんによる脅威からの回避》であった。

手術後は、手術からの苦痛から逃れるために〔苦痛に対する我流的回避〕をし、さらに回復に向けて〔日常性回復への切望〕をしていた。時間の経過とともにしだいに苦痛から解放され、心身ともに落ちつきを取り戻した頃、がんが完治したという保証を得ることができずに、生活への支障や、さらなる治療の必要性、がんの転移への脅威に直面することを強いられ、〔払拭できないがんへの脅威〕を実感することとなった。手術後の心理的状況のコアカテゴリーは、手術によりがんとの闘いが終わることを期待していたにもかかわらず、その確証が得られないことに気づく《終結のみにないがんとの苦闘》であった。

がんにより手術を体験する人々の心理的状況は、手術前に《がんによる脅威からの回避》をし、ようやく手術を終えたにもかかわらず《終結のみえないがんとの苦闘》をむかえるプロセスであった(図 4-1)。

IV. 考察

1. がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況

手術前のがんの脅威に対する〔がん(死)と直面することの回避〕の『熟考拒絶による心理的負担の回避』は、がんを直視できない(鈴木・小松, 2002)、考えないように気を紛らわせる(佐藤・松宮・曾我・田中, 2003)など、先行研究でも同様の傾向が示されている。しかし、『がんという表現を避けることによる心理的負担の回避』、『恐怖・理解困難とみなす情報を避けることによる心理的負担の回避』などは今回はじめて明らかにされた。

Ruckdeschel, Blanchard & Albrecht (1994)は、他者より一度がんという言葉が出されることで、知覚のフィルターをもつようになるかもしれないと述べている。がんという言葉は、がん=死とあるように、人々が声に出して表現することを躊躇させる。『がんという表現を避けることによる心理的負担の回避』がほとんどの対象者にみられたことから、がんという言葉の威力がうかがわれる。しかし、「まさか自分のがんになるなんて」、「まさかがんになるとはショックでした」、「抗がん剤をしたら気持ち悪くなるんでしょ」など、手術後にはがんという言葉が頻繁に発せられており、がんという表現の回避は手術前のみに限定しているものと言える。

『恐怖・理解困難とみなす情報を避けることによる心理的負担の回避』は、恐怖や理解ができないと判断される情報を避けることで、がんや死による心理的負担から逃れようとするものであった。がん初めて罹患した人々にとって、最も聞きたくない情報は予後についてであるといわれている(Salander, 2002)。Mills & Sullivan (1999)によると、人は聞くことを望まないものを濾過していることがある。そのため、医師によって与えられたメッセージが、受け取られたメッセージと大いに異なる可能性がある。がん告知においては、自身が理解できたと感じている場合でも、医師からの説明内容と理解内容の一部または約半数で、一致していなかったという報告もある(菅原・齋田・西條・阿部・渋谷・木村, 2003)。『恐怖・理解困難とみなす情報を避けることによる心理的負担の回避』によって、心理的負担が回避されても、情報の重要性が判断されないままに、回避されている可能性も十分に考えられる。

手術前の心理については、不安などのネガティブな面に焦点が絞られて研究がおこなわれてきた(松下・松島, 2005; 長澤・北井・中村, 2002; 尾花・杉下・松村・前田, 2000)。しかし、手術は脅威や不安を与えるだけではなく、がんや死の脅威を回避する唯一で最大的手段としてポジティブな側面ももっている。先行研究(白尾・植村, 2004)においても、手

術に対しては、確実な治療を受けられることを切望しており、決して手術を拒否することはみられなかった。

がん以外で死の脅威を感じる手術として心臓手術がある。心臓手術は、手術部位が生命を左右する臓器であるため、手術自体が人々に脅威を与える。そのため心臓手術を受ける人々の手術前は、手術による生命への脅かしに対する不安が最も多い(根本, 1995)。心臓疾患で手術を受ける人々にとっては、手術自体が脅威となる。がんにより手術を体験する人々にとっても手術は脅威となるが、それよりもがんへの脅威がより強く、『手術に万全な状態で臨む思い』を抱き、『過去の達成回顧による手術への発奮』をして手術に臨んでいたであろう。

苦痛や生命の危険を伴う治療に対して期待すべきものとしてとらえる傾向は、抗がん剤による薬物療法においても同様の傾向がみられる(網島・高見沢・小島, 2004)。

手術前はあらゆる手段を駆使して《がんによる脅威からの回避》を試みていた。それはこの苦しみが、手術によって解放されることを強く期待していたためと思われる。その期待していた手術をようやく乗り越えたところで、創部の痛みや、ドレーン類や点滴による違和感や拘束感、手術侵襲による倦怠感など様々な苦痛に襲われた。身体の向きを変えるという些細な行動でも苦痛が増強し、手術を受けた人々の日常性が奪われた。よって〔日常性回復への切望〕をしているために〔苦痛に対する我流的回避〕が生じ、手術侵襲から必死に回復しようとしていた。

〔苦痛に対する我流的回避〕では、医療者が行う鎮痛剤や体位の工夫による徐痛とは異なり、苦痛緩和に対して無理をしないように心がけたり、自分にとって最適な方法を取り入れたりしていた。手術後に必要な処置として実施される清拭や傷の消毒などは、苦痛を増強する要因となるため、『苦痛の増強予防のための他者との接触回避の意向』を示していた。実際に他者との回避を示す方法として、処置の後などに「ありがとう」と告げ、これ以上の接触を遮断しようとする試みがみられた。このことは、ケアに対する感謝の意味であると思い込んでいたこともあり、驚きの発見でもあった。

医療者は手術侵襲からの回復を、身体的データを用いて判断する。それに対して当事者は、尿の管が抜けて自分で排尿ができる、食事が食べられるなどの生理的機能の変化や、足の運びが良くなってくるなどの身体の反応を通して手術からの回復を実感する(明石・櫻井・中西・浦川, 2003)。手術を受けた人々が、『手術により奪われた日常性の回復への意向』や『回復指標となる日常的動作への関心』などを示す〔日常性回復への切望〕は、

文字通り普段の生活を取り戻したいと願うことである。がんが存在していなかった、かつての自分を取り戻したいという思いの表れなのかもしれない。

創部の痛みが弱まり、日常生活が徐々に戻り始めた頃、空腹を感じなかったり、ちょっとした体調の変化が気になったりするなど、体力や気力の欠如がみられ始め(蛭子, 1995), 『日常的な感覚が戻らないことによる不安全感』を感じていた。さらに追い討ちをかけるように、化学療法の必要性を説明された対象者がいた。ようやく治療が終わったと思っていたにもかかわらず、更なる脅威を予期し、『収束しない治療への苦悩』を感じるようになった。

『日常的な感覚が戻らないことによる不安全感』や『収束しない治療への苦悩』は、病気の完治への気がかりや(稲本他, 2002), 手術をしても治癒の確信がもてず(浅野・佐藤, 2001), 転移や再発の懸念がおこるなど(小河・千田・板村, 1992; 温井, 2002), 『転移への脅威』へと導いていったと推察される。手術によって完全に治癒することを期待していたにもかかわらず、現段階で完全にがんを除去することができないことに気づく、《終結のみえないがんとの苦闘》への道程であった。

今回の研究では、がんの部位、性別、年齢、生活環境などの個人特性を考慮しておらず、がんにより手術を体験する人々に共通してみられる手術前・後の心理的状況に焦点をあてた。

がんの部位別にみた心理的傾向に関する研究は以下のような報告がある。大腸がんや直腸がん罹患した人々は、胃がん罹患した人々よりも、がんに対してより対立的な態度をとる傾向がある。また、胃がん罹患した人々の方が直腸がん罹患した人々よりも、より傷つきやすいとしている(Karin & Bengt, 1997)。Rustoen, Moum, Wiklund & Hanestad(1999)は、がん診断後6ヶ月以内のQOLの関連因子として、独居生活者よりも同居生活者のほうが高いQOLを示し、若い独居生活者が老年の独居生活者よりも低いQOLを示したとしている。

手術の切除部位や年齢や生活環境などによって、がんにより手術を体験する人々の心理的状況に影響する可能性は否定できない。今後は、特に手術後について、がんに関連する様々な要因を含めて、心理的状況について検証していく必要がある。

2. がんにより手術を受ける人々の心理的状況のまとめと今後の課題

第3章および第4章において、がんにより手術を体験する人々の心理的状況の概要とブ

ロセスを明らかにした。彼らの心理的状況は、手術後の心身が落ち着いた状態での面接調査を KJ 法で分析し、さらにその結果をもとに、手術前から参加観察を行い、グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析を行い導き出した。木下によると、KJ 法とグラウンデッド・セオリー・アプローチは非常に類似した研究方法であると述べている(木下, 1999)。類似点としては、データに密着した分析により理論を生成すること、方法を具体的に提示していること、結果が具体的であり、図式化しやすいため理解しやすいことである。

一方、相違点について木下は、比喩的に、KJ 法がジャングルを切り開いて道を作り地図を作成していく方法ならば、グラウンデッド・セオリー・アプローチは、柱を立てながら家を建てる方法だと述べている(木下, 1999)。まさに今回の結果は、KJ 法の分析により、手術前・後の心理的状況の概略の地図ができ、さらに、手術前・後の経過に沿ってデータを収集し、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行ったことで、心理的状況の詳細なプロセスをとらえることにつながった。

がんにより手術を体験する人々の心理的状況からは、手術前・後を通して彼ら自身が、がんや手術に対して対処しようとしていることがよくわかる。彼らがとっていた対処は、がんや死に対して消極的で回避的でありながら、同時に手術や回復に対して積極的で行動的であった。これは、乳がん罹患した人々の病名告知後の対処を手術後の回想により明らかにした保坂・徳田・小城・内富・青木・福西・岸(1995)らも同様の傾向を報告している。がんにより手術を体験する人々に対して心理的サポートを行うには、彼らの心理的状況を理解しながら、不安や抑うつの特徴を見逃さず、手術や回復に向けて積極的な行動を支援していくことが必要である。そこで、第5章において、がんにより手術を体験する人々の心理的状況をふまえ、看護師による心理的サポートの実態について、事例検討を通して明らかにする。

第5章 がんにより手術を体験する人々に対する看護師による心理的サポートの検証

―事例検討からの分析―

I. 本章の問題と目的

第3章・第4章で明らかにしたように、がんにより手術を体験する人々の手術前の心理的状況は、がん告知と手術についての説明を受けたことにより、がんや死に対して脅威を感じ、自らの苦悩から逃れたいために、がんや死と直面することを避けるという状況にあった。一方で、自分の身体からがんを全て取り去ることを願い、手術を受けることに気持ちを集中し、自らも手術を安全に確実に受けられるように努力をしていた。手術を終えて安心が得られると期待していたにも関わらず、がんの転移や新たな治療の必要性が生じ、がんから逃れられないことを実感していた。このような苦悩にさらされている彼らはさらに、抑うつなどの適応障害、うつ病、せん妄などの精神症状を発症する可能性が高い。がんにより手術を体験する人々が、精神症状を発症することなく治療に臨むことは、心身の回復のために重要であり、病気からの回復だけではなく、社会にとても有益である (Scileppi, Teed & Torres, 2000. 植村(訳)2005)。

がん罹患した人々がうつ病を発症する要因には、うつ病の既往や、進行がん、疼痛コントロールなどがみられる (Holand & Roland, 1989b. 河野・濃沼・神代(監訳)1993)。抑うつなどの適応障害の要因には、情緒優先対処傾向の高い人 (松下他, 2005)、病気に対する不安や痛みの強さ (平野他, 2004)、活動制限 (前田・倉鋪, 2005)などがみられる。

うつ病と適応障害の発症要因として共通してみられる疼痛に対しては、鎮痛剤を用いることにより、疼痛緩和をはかることが可能である。そのため、手術後の疼痛に対しては、徐痛を確実に行うことで精神症状の発症を予防する一助となる。

がんにより手術を体験する人々の精神症状を予防するためには、効果が明らかにされているソーシャル・サポートをはずすことはできない。

真壁 (1998) は、乳がん罹患した人々のソーシャル・サポートの実態と、ソーシャル・サポートと心理的・身体的状況との関連について検討を行った。乳がん罹患した人々のネットワークは、主に家族、親族、同病者を含む友人であった。婚姻状況とソーシャル・サポートとは有意な相関があり、既婚者はそうでない者よりも高い助力とサポート量を示した。

宮下・久田 (2004) は、乳がん罹患した人々の手術後の心理的適応に対するソーシャル・

サポートの効果についてアンケート調査を行った。その結果、不安に関しては、医療者からのサポートに有意な直接効果がみられた。

病名の告知後、根治手術目的で入院した胃がん・食道がん罹患した人々を対象に、支援ネットワーク尺度、知覚されたネットワークとPOMS (Profile of Mood States) を用いてその関連性について調査が行われた (大川・城戸, 2001)。情緒的支援ネットワークを知覚している対象者は、「抑うつ-落込み」、「疲労」、「混乱」因子の感情が低かった。

外来に通院する乳がん罹患した人々に対して、ソーシャル・サポートと精神的健康との関連性が調査された (渡辺, 2003)。提供されていたサポートは、情緒的サポートが最も多く、次いで手段的サポートが多かった。精神的健康の維持・向上にはソーシャル・サポートが有効であった。

がん罹患した人々のソーシャル・ネットワークは、家族や親族、同病者である。医療者のサポートは、専門性が最も期待される治療の時期に有意味なサポーターとなり (福井, 2002)、不安に対しても有効である (宮下・久田, 2004)。知覚されたサポートや、提供されたサポートは、情緒的サポートが多く、抑うつなどを緩和させる効果もみられる。よって、専門性が期待され、不安が強い手術を受ける時期においては、看護師によるソーシャル・サポートをふまえた心理的サポートの提供が、がんにより手術を体験する人々の精神症状の発症の予防に効果があるといえる。

秋吉・宮崎・宮澤 (2004) は、呼吸器内科で初めてがん告知をされ初回治療が行われるまでの人々に対して、看護師が提供した心理的サポートの実際を明らかにした。看護師は、告知前に彼らが告知を聞きたいか、聞きたくないかという気持ちについて情報収集を行った。告知後は、見守りの姿勢で告知後の反応を確かめようと介入をしていた。看護師が1人で対応が困難なときには、チームで関わりをもつようにしていた。

倉ヶ市・八木・西田・畠田 (2003) は、乳がん罹患し回復過程にある人々に対して、看護師が実際に行っている援助と、がん罹患した人々から期待されていると看護師が考える援助について調査を行った。その結果、多くの看護師が「情報提供・相談」を実施しており、また期待されている援助であると考えていた。中でも、心理的サポートの重要性を認識し実践していた。

岩崎 (2006) は、進行がんで不安を抱えながら化学療法を受ける人に対する心理的サポートについて明らかにした。提供された心理的サポートは、本人と話す機会をできるだけもつようにし、思いを表出しやすい関係を築けるように関わることであった。また訪室時には

必ずベッドサイドに座り、ゆっくりと聴く体勢を整えるようにし、いつでも話を聴くことや一緒に頑張っていくことを約束するなどであった。

藤井・高木（2003）は、口腔がんにより入院からターミナル期を過ごす人に対する看護援助について、対象全体を理解し共に感じ、注意を傾け、苦しみを認めていくことが有効であることを明らかにした。

板垣ら（2006）が明らかにした不安緩和に対する心理的サポートは、傾聴が最も多く 82%，次いで苦痛の緩和 55%であった。以下、退院指導 32%，病状説明 31%，医師との調整 32%，家族へのアプローチ 9%であった。倉益(2004)は、がん罹患した人々と接しているときの看護師自身の行動や心理を分析することにより、看護師による「こころのケア」の構成因子を明らかにした。がん罹患した人々に対する「心のケア」の構成因子は、「尊重」、「協力」、「支援」、「同情」、「共有」、「沈黙」、「お詫び」など7つであった。

がん罹患した人々に対する心理的サポートは、告知への希望の有無の確認、告知後の見守り、情報提供と相談、傾聴、具体的には、苦痛の緩和、感情の表出がしやすい関係の形成、傍にいないこと、話の機会をもつこと、感情の理解などであった。

看護師は、がん告知を受ける人々に関わりたいと思っているが、一方で、関わることを避けたいと考える者も少数みられる（秋吉他，2004）。またがん告知後の看護師の対応については、年齢や経験年数には関連がなく、心理的サポートができていると認識している看護師よりも、できていないと認識している看護師のほうが多いという報告がある（荒田・森本・山口・山田，1999）。また、告知後の看護の重要性は認識できているが、十分な時間が取れず、告知後の感情の表出がされないなどの看護の難しさを感じていたり（山西・下川・信高・深坂，2001）、オープンなコミュニケーションが取れないと感じていたりしている（西村・渋谷，1999）。

看護師は、心理的サポートの重要性を認識しており、情緒的サポートを中心とした援助を提供しようと努力し実践している。しかし看護師は、心理的サポートを実践しているにも関わらず、戸惑いを感じ、自信がもてない状況にある。その背景には、提供されている心理的サポートについて、検討された研究が非常に少なく、また、明らかにされている結果も、提供されている心理的サポートの内容にとどまり、援助を受ける対象者との相互作用をふまえた検討が行われていない。がんにより手術を体験する人々の精神症状を予防するためには、看護師が彼らの心理的状況をどのようにとらえて、心理的サポートを提供しているのかを明らかにする必要がある。

がんにより手術を体験する人々に対して、看護師が提供している心理的サポートは、主観的で複雑な現象である。そこで、本研究では事例研究を用いることとした。事例研究は、心理学、教育学、医学、看護学、福祉学など、様々なニューマンサービスを実践する場で行われている。事例研究とは、“臨床の事例研究とは、臨床現場という文脈で生起する具体的事象を、何らかの範疇と関連において、構造化された視点から記述し、全体的に、あるいは焦点化して検討を行い、何らかの新しいアイデアを抽出するアプローチである”（山本・鶴田，2004，p16）。

事例研究の意義として山本・鶴田(2004)は、臨床実践を記述しそれを推敲することによって、実践を客観化することができ、事例から浮かび上がってくる理論や物語を明らかにすることができる」と述べている。また、臨床実践を伝えることによって、自分の経験を他人と共有することができるとしている。Merriam(1998，堀他(訳)2005)は、ある現象を理解するうえで、潜在的な重要性をもっていくつかの変数から成る、複雑な社会的単位を調査する手段を提供し、ある現象の豊かで全体論的な説明を行うと述べている。

そこで本研究は、臨床現場で働く看護師と共に、「がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポート」について事例検討を行い、看護師が彼らの心理的状況をどのようにとらえて、心理的サポートを提供しているのかを明らかにし、がんにより手術を体験する人々の精神症状を予防するための心理的サポートを検証する（図5-1）。

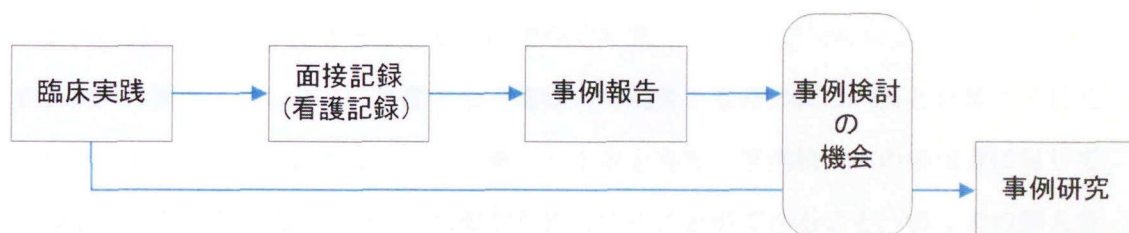


図5-1. 事例報告と事例研究（山本・鶴田，2004，p16より抜粋一部改変）

Ⅱ．方法

1．事例検討の開催時期および開催期間

事例検討の開催については、日常の業務の支障のないことを前提に月1回とし、1時間以内を原則とする。開催期間は、平成16年8月から平成18年3月であった。

2．事例検討の参加者

事例検討の参加者は、がんにより手術を体験する人々に直接関わり、がん看護に関心のある看護師を対象とした。事例検討に参加した看護師は、延べ91名であり、平均参加者数が4.5名であった。勤務場所は、外科病棟、内科病棟、外科外来、内科外来であった。

3．事例検討の内容

参加者が、がん告知をされ手術を体験する人々との日々の関わりの中で、気がかりに感じた事例について、紙面または口頭により提示を依頼した。事例については、対象となったがん罹患した人々の心理的状況と看護師が提供した心理的サポートについて、なるべく具体的に語ってもらい参加者間で討議を行った。事例検討の終了後、議事録を作成し、次の事例検討の際に参加者へ配布した。

4．事例検討の倫理的手続きと参加者への倫理的配慮

事例検討の開催については、対象となる施設の病院長と看護部長に紙面と口頭にて目的と方法を説明し、病院の倫理委員会にて報告し了解を得た。事例検討への参加者に対しては、参加が自由意志であり、いつでも参加を拒否することができること、参加者の個人名およびプライバシーが保持されること、参加・または不参加によって日常の業務に支障がないこと、事例検討において報告された事例について博士論文として公表することについて口頭と紙面にて説明し同意を得た。



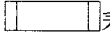




5．事例検討に提示された事例に対する倫理的配慮

事例検討に提示された人々への倫理的配慮は、個人が特定されないように配慮すること、討議の中で実名を使用しないこととした。事例検討の参加者は、討議された事例について守秘義務を厳守すること、議事録には個人が特定される記載を行わないこと、議事録の管理を厳重にすること、すべての事例検討が終了した時点で、議事録をシュレッダーにて処

理をすることを参加者で確認し実行することとした。

6. 分析方法

分析対象とするデータは、事例検討の結果を記録した議事録(18 回分 46 枚)および事例検討に提出された資料(17 枚)である。対象とする事例は、手術前後のいずれかの状況が含まれているものとした。

事例の分析は以下の手順で行った。各事例を提示し、①各事例について看護師側に焦点をあて、事例の中のがんにより手術を体験する人々に対して看護師が感じた気がかりと提供した心理的サポートについてカテゴリー化を行った。次に、②事例の対象者の心理的状況を中心に分析を行う。事例の分析の最後に各事例について(事例 L 氏・M 氏を除き)図式化を行った。図式化は、事例検討の結果を構造化して図に示した。図に用いられている図形の意味は、 看護師の判断、 看護師の気がかり、 看護師の提供した心理的サポート、 対象者の状況、 事例検討により推定された対象者の状況である。矢印は、 前後関係、 推定される前後関係である。

Ⅲ. 結果

1. 事例検討の概要

事例検討は、第 1 回が平成 16 年 8 月より開始され、平成 18 年 3 月まで計 18 回実施された。検討された総事例数は 29 事例であった。29 事例のうち、事例の対象者がターミナル期にある 8 事例と主要な治療方法が化学療法であった 7 事例、事例の主な対象が家族であった 1 事例を除いた 13 事例を分析対象とした。

2. 事例の分析

事例の分析の結果は、①看護師が感じた気がかりについてカテゴリーを『 』とし、気がかりに対して看護師が提供した心理的サポートのカテゴリーを[]で示した。

事例 1 : A 氏

手術前

A 氏は手術を受けることにより身体の機能変化が生じるため、手術後に新たなセルフケアに対する取り組みが必要となり、手術前に看護師からセルフケアの変更について具

体的な説明がされた。A氏から「わかりました。がんばります。」と、前向きな発言が多く聞かれ、看護師は受け入れが良いと感じていた。

手術後

手術後のA氏は、身体的な苦痛が増強し回復がやや遅れた。A氏は手術前と打って変わり、看護師と会話を交わそうとする様子がほとんど見られなくなった。看護師は突然の態度の変化に、言葉をどのようにかけてよいのか対応に困惑した。

A氏の様子が変わった原因について看護師は、A氏の身体的苦痛が強いために他者との接触を拒んでいると考え、A氏に対して対症療法に徹し、症状の緩和を優先することにした。その後A氏は、身体的状況が改善しはじめると自ら着替えをし、新聞を読むなど日常生活行動の拡大がみられるようになった。看護師が話しかけると笑顔もみられ、「だいぶ楽になった。元に戻った。皆には変な対応をして悪いと思っていました」と、医療者を気遣う発言もあった。

手術後の身体的症状が改善し、徐々に食事もすすめられたが、身体機能の変化に対するセルフケアへのA氏の取り組みは相変わらずみられず、処置の際には目を閉じていることが多かった。そのため、看護師が処置を一緒にするようにA氏に促したところ自ら手を出していた。

しかしその後、つじつまの合わない言動が聞かれるようになり、早朝は話をするともなく、看護師とも目を合わせることもないなど、1日の中でも気分の変化がみられた。寝る前に睡眠薬を服用していたが、不眠もみられ、熟睡ができない様子であった。しかしながら医療者以外の他者には穏やかに接しており、家族にのみ感情を表出していた。

看護師は、A氏が抑うつ傾向であると判断し、今のところ積極的な介入をせずに、無理をさせない方向で援助を行うこととした。その後A氏は、外泊ができるようになり無事退院となった。退院後に外来へ通院した際に、入院中のことをあまり覚えていないとの発言があった。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

手術後

手術前のA氏は前向きな発言が多く、受け入れが良いと判断されていた。手術後のA氏は、身体的な苦痛が強いためか看護師と会話を交わそうとする様子がみられなくなった。A氏の突然の『医療者との接触回避』に対して看護師は戸惑いを感じた。看護師は、『医療

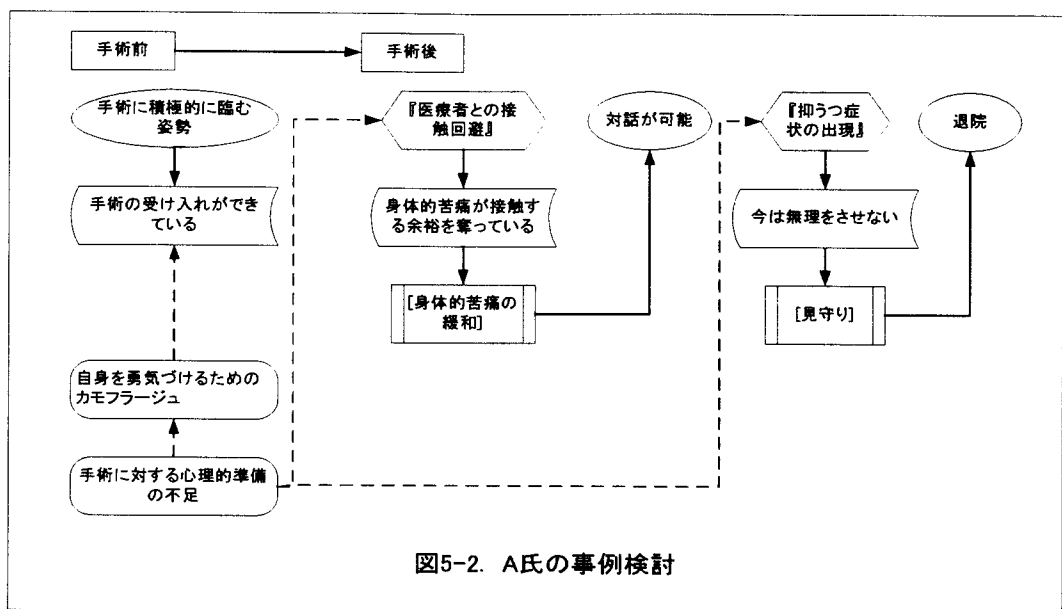
者との接触回避』の原因として、手術後の身体的苦痛が他者と接触をする余裕を奪っていると判断し、対症療法を中心とした[身体的苦痛の緩和]を行った。

A氏の身体的苦痛が緩和し、医療者に対しても笑顔がみられるようになった。しかし、手術により生じた身体機能の変化に対してA氏は、セルフケアに取り組む様子がみせず、次第に不眠や不穏言動など『抑うつ症状の出現』がみられるようになった。『抑うつ症状の出現』に対して看護師は、A氏に無理をさせないように積極的な介入を行わず、[見守り]をすることとした。その結果、外泊が可能となりA氏は無事退院となった。

② 事例の対象者の心理的状況

手術前のA氏はがんであること、手術を受けなければならないこと、手術により身体機能の変化が生じるという3つの大きな脅威を感じていた。それにもかかわらず、手術前のA氏は、「がんばります」と前向きな様子であった。A氏は、手術前に受け入れができていたと判断されていたが、実際には十分な心の準備ができないまま、手術に臨んでいたのではないかとと思われる。手術後に自身がどのようなになるのかイメージがもてないまま、手術後の身体的苦痛や、手術により失われた身体機能に愕然とした。その結果、A氏の耐えられる許容範囲を超え、思うように対処ができなくなり、『医療者との接触回避』が起こり、さらに『抑うつ症状の出現』が生じてしまったと考える。

A氏が手術前に前向きにみられたのは、意識的か無意識的に、病気や手術に前向きであるようにカムフラージュをしていたか、自身を勇気づけていたのかもしれない。A氏のように多くの脅威に遭遇しているにもかかわらず、際立って積極的に取り組む姿勢がみられた場合には、その状況をまず注意深く観察し、対象者の積極的なペースに同調することを抑える必要がある。手術後の状況のイメージ化を、対象者とともに無理のない範囲で、実施していくのが良いと考える（図5-2）。



事例2：B氏

手術前

B氏は手術を受けることにより、身体機能の変化が生じるため、手術後に新たなセルフケアへの取り組みが必要であった。B氏は高齢による難聴があり、さらに手術前より個室に入室しており、その結果、他者との交流も少なかったため、手術後に術後せん妄を起こす可能性を看護師は危惧していた。

看護師は手術前6日前に、手術後に変更されるセルフケアに関する説明をB氏に対して行った。身体機能の変化の説明に対しては、「はい。はい。人工何とかと聞いています。つくらないといけないから」という反応がみられ、拒否をするような様子はみられなかった。手術前の処置として栄養補助食品が処方されていたが、面倒そうにしながらも拒否することなく飲んでいた。

手術後

手術は無事に終了し、手術せん妄もみられず順調に回復をした。しかし、手術後しばらくして十二指腸潰瘍となり、食事摂取が不可能となり点滴が再開された。倦怠感が強く、手術後のセルフケアも進んで行う様子はみられなくなった。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

手術前

B氏は高齢で難聴があり、個室という他者との交流が少ない場所にいたため、刺激が少

なく、確実な情報が得られにくい環境にあった。さらに、手術によって身体機能変化が生じ、手術後にセルフケアの変更が必要であった。そのため看護師は、B氏が手術後に『術後せん妄の可能性』か、または『セルフケアへの適応障害』を起こす可能性があると感じていた。そこで、手術前の早い時期より、特に手術後のセルフケアの自立に向けて[セルフケア自立に向けての手術前準備]を行った。B氏の反応は良好であり、術後せん妄もみられなかった。しかし手術後しばらくして、十二指腸潰瘍が発症し、退院までの間に新たなセルフケアへの取り組みはみられなかった。

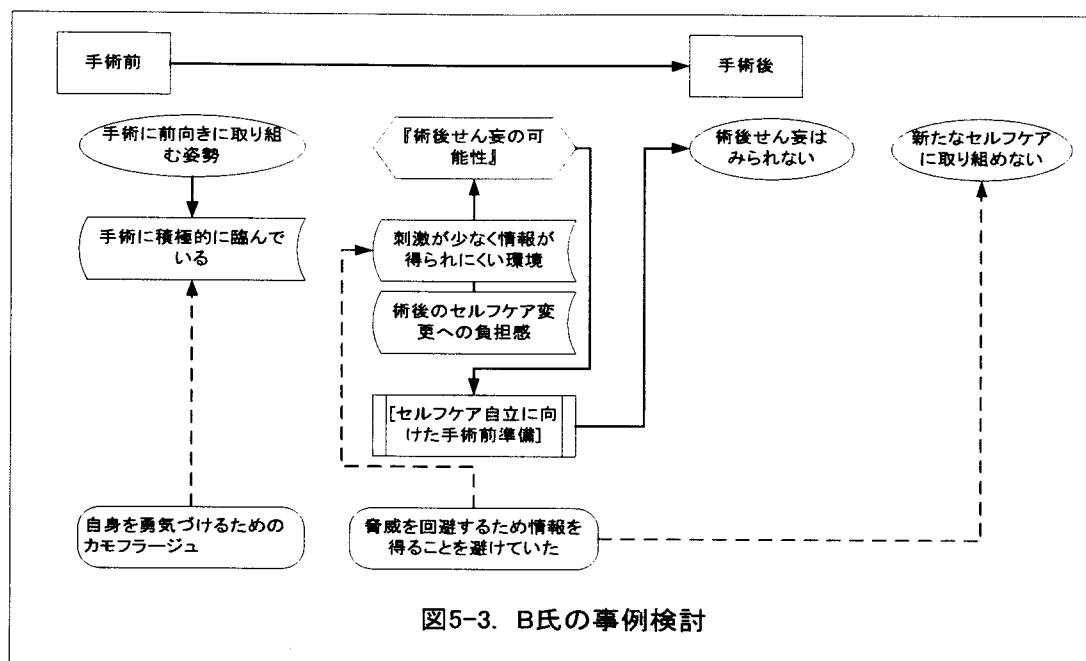
② 事例の対象者の心理的状況

B氏は、手術後の状況の説明や、栄養補給の準備に対して前向きに取り組んでいた。その様子から、看護師はB氏が積極的に手術に臨んでいると判断していた。しかし、手術後にせん妄は生じなかったが十二指腸潰瘍を発症した。

B氏は難聴があり、手術前から個室に入室していたため、他者とのコミュニケーションが不足し、情報収集が十分にできていなかった可能性がある。また手術前の人々は、脅威を感じたり病気や手術の苦痛を連想させたりする情報に対して、明らかな拒絶を示さないが、意識的に聞かないようにしている状況がみられることもある。B氏の場合、他者との交流が少ない環境にあり、難聴によりコミュニケーションが十分にできない状況にあったため、がんや手術、新たな身体機能の変化に対して、曖昧な情報のまま手術を向かえていた可能性がある。B氏のがんや手術、手術後の状況についての不確かな情報が、不安や脅威を増強させ、B氏を苦しめられていたのかもしれない。このように情報不足による不安や脅威の増強が、B氏の心理的状況を不安定にし、手術後の十二指腸潰瘍の一要因となった可能性も否めない。

B氏は、前向きな発言が聞かれていたが、否定的な言葉を発しなかった。さまざまな脅威に直面しているにもかかわらず、弱音や苦悩を少しも表出しないのは、治療を受けるという立場で、感情を出してはいけなと抑制し、医療者と接していたのかもしれない。

B氏のように、身体的状況や環境から情報が遮断されやすい場合には、訪室回数を増やし、言語的なコミュニケーションが不測しないような配慮が必要である。また、多くの苦悩を抱えていると考えられるにもかかわらず、前向きな発言が聞かれる時には、睡眠状況や、表情など非言語的なコミュニケーションについて十分な観察が必要と考える(図 5-3)。



事例3：C氏

手術前

C氏は手術前に内科で化学療法を行い、外科へ入院となった。入院の手続きのため外科外来に受診した際に表情が暗く、「私みたいに手術前に点滴する人いるの？髪の毛も凄く抜けてきた。気持ち悪い」とC氏は外来看護師へ訴えた。外来看護師は手術への不安や予後に対する不安があると感じ、話を聞く姿勢で接して欲しいと病棟に申し送りをした。

外来からの申し送りを受けた病棟の看護師は、入院の際の情報収集の時から意識的に対応をしようと試みた。情報収集の際、脱毛が気になるとC氏が訴えたため、「脱毛が気になるんですね」と声をかけると、「そうなんです。それが気になります。」と泣きながら看護師へ話をした。C氏が泣いたことで、つられて看護師も泣けてしまい、思わず「命を大事にしてほしい」と伝えた。

C氏は話をするのがあまり好きではないとのことで、本を読んでいることが多かった。看護師は、入院の際に意識的な対応を試みたが、C氏からあまり話かけられることがなかったため、何を言ってよいのか迷い会話を続けることができなかった。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

手術前

C氏は内科で行われた化学療法の副作用に対する苦痛を外来看護師へ訴えた。外来看護

師は、C氏が手術を受ける前に、化学療法の副作用により心身ともに大きなダメージを受けていることを認識し（『過剰な心理的負担』）、早急に対応する必要性を強く感じた。そこで病棟の看護師に対して、C氏の話をも十分に聞いてくれるように（[意図的な対話]）依頼した（[他部門との対応の連携]）。

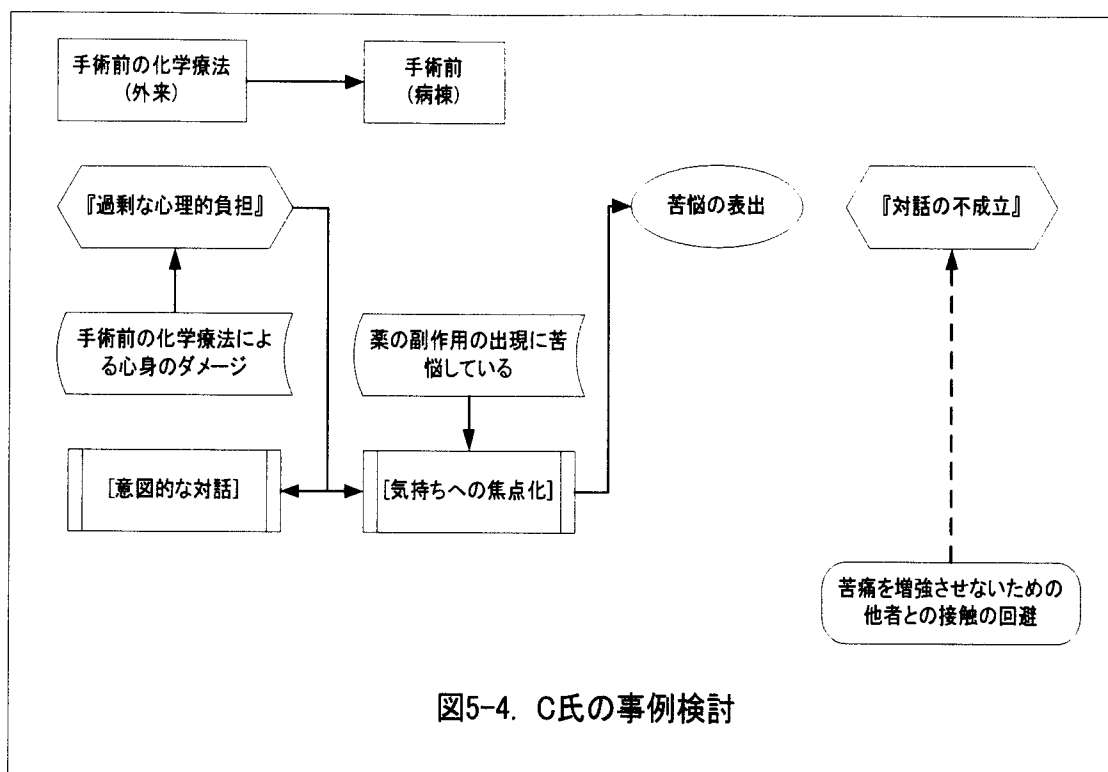
依頼を受けた病棟の看護師は、心理的な負担の緩和を図るため、[意図的な対話]をもつように関わりを試みた。会話の中からC氏が脱毛を特に気にしていることを知り、つらい気持ちであることを理解しそれを伝えた（[気持ちへの焦点化]）。その結果C氏は、涙をみせて苦悩を表出することができた。

入院時に意識的に関わりがもてたものの、C氏があまり話すことを好まないため、『対話の不成立』がみられた。C氏と看護師との『対話の不成立』のため、以降の看護師からの意識的な関わりは途絶えてしまった。

② 事例の対象者の心理的状況

C氏は手術の前に化学療法を受け、副作用により心身ともに大きなダメージを受けていた。C氏はがんや手術など、目に見えない脅威のみではなく、脱毛や吐き気など身体的な苦痛に襲われていた。そのためC氏は、逃れられない現実的な脅威にさらされていたと考えられる。

C氏に対して看護師が、『過剰な心理的負担』を察知し、[意図的な対話]により[気持ちへの焦点化]が行ったことで、C氏は感情の表出ができ、心理的負担が緩和されたと考える。一方、C氏に『対話の不成立』がみられたのは、会話をあまり好まないことだけが理由ではないように思う。C氏は、身体的にも心理的にも苦痛を感じていたため、意識的または無意識的に、他者との接触を避けることで、苦痛を増強させないようにしていた可能性がある。対話が続かないと感じた場合には、会話の成立にあせらずに見守ることで、C氏が心理的な回復をはかることができたと考え（図 5-4）。



事例 4 : D 氏

D 氏については、手術前後の期間を順調に経過した事例ではない。事例検討において、1 年という長い経過を参加者間で議論を重ねた事例である。

手術前の化学療法

D 氏は手術を行う予定で入院をしてきたが、他の臓器への転移の可能性があり、その旨が医師より伝えられた。転移に関する検査が行われ転移が確定し、その治療として手術前の化学療法が開始された。D 氏は化学療法による副作用が出現し、食欲も低下し、体調が不良になっていた。

D 氏は 1 人であるのが嫌だということで、個室への入室を希望しなかったが、カーテンを閉めて周囲とは距離をおき、あまり他者と接触をしなかった。家族が面会に訪れるが、家族も D 氏への関わり方に戸惑いがあるように看護師は感じていた。D 氏は孤独感を感じているようであった。看護師が心配をして声をかけると、「ちょっとえらいんだわ」と話をするが、笑って話をはぐらかすことが多くみられた。

また、「もしものときを考えて、家族に言ってある」という発言が聞かれたこともあった。医師に対しては元気な様子をみせ、医師の治療方針に期待しているようであった。

D氏が仕事の段取りをつけて期限を決めて入院をしているものの、今後の治療の行方がみえないことに看護師は、D氏が抑うつやうつなどを発症しないか気になっていた。

外来での化学療法

D氏は退院をした。退院時に医師よりD氏に対して、しばらく化学療法を行い、根治手術か姑息手術を行う予定であると伝えられた。さらに、腫瘍が大きいので、化学療法が必ず効果があるとは限らないため、時間を大切にしてくださいと説明がされた。

外来で化学療法は継続された。D氏は薬の副作用により、倦怠感が強く体調も不良となり、血液データも低下したため、化学療法を中止することを勧められたが、D氏の希望で治療が続けられた。

再入院と手術

D氏は痛みが出現したため再度入院となった。痛みや不快感が日にちを重ねるごとに増強するため、我慢ができない状況になることが多くなった。イライラ感、不安等を頻回に訴えるようになり、ナースコールを押す回数が徐々に増えてきた。痛み止めの量は、入院前よりも増量していた。看護師はなるべく部屋を訪れ、手を握るなど安心感を与えるケアを行った。夜間は薬を使用して眠れていた。

症状の悪化のため、症状の緩和を目的とした手術が行われることになった。D氏は手術終了後すぐに、手術に要した時間を看護師に尋ね、予定時間よりも早めに終わったことを知り、医師の説明がある前に、根治手術ではないことに気がついている様子であった。

手術後しばらくして痛みがなくなり、鎮痛剤の量も徐々に減量されていった。手術による身体機能の変化が生じ、新たなセルフケアが必要となったが、D氏はセルフケアに取り組み始めていた。時より眉間にしわをよせ、ややうつ様の表情がみられ、イライラしている様子が伺われた。不眠もあり、イライラもみられたが、D氏が気分転換をはかりながら対応している様子がみられた。

家族が今後の状況も含めて気にしており、病院の相談室を訪れた。その後、医師、看護師、家族を含めて病状に関する説明が行われ、家族は現在の状況がわかり安心した様子であった。家族への説明後、D氏に対して医師から現在の症状について説明が行われた。D氏はボーっとした感じがみられ、理解して話を聞いているのか判断が難しい状況であった。抑うつ傾向は続いていたが、「気を使わせて悪いなあ」という言葉も聞かれた。

痛みが強くなり強い鎮痛剤を使用するようになった。心理的に不安的な状況は変わらず、看護師が部屋を訪れることを希望し、手を握り、背中をさすことを好んでいた。日常生

活の援助は、付き添いの家族が行っていた。再度、化学療法が開始されることになったが、D氏も家族も今後どのようにしていきたいのか、先の望みがよくわからない状況であり、看護師はどうしてあげることもできないと感じていた。

2度目の化学療法

1回目の入院から1年が経過した。再度、化学療法が開始された。化学療法が開始される前から、「えらい」、「痛い」、「苦しい」など様々な訴えが多く、鎮痛剤が何度も使用されていた。しかし、化学療法を受けることをD氏は一度も拒絶をしなかった。看護師が傍にすることで、鎮痛剤を使用しなくても痛みが治まることもしばしばみられた。時より、薬を使用したことをD氏が覚えていないことや、つじつまが合わない言動が聞かれることもあった。看護師より、外出や外泊をすすめると、D氏は、「帰りたい」と言うものの、積極的な姿勢はみられなかった。

しばらくして食事が再開された。D氏の食欲は、腹部の症状もあったため、全量から1割と摂取する量にむらがあったが徐々に増えてきた。がんに関連した検査データの上昇がみられなくなり、正月の退院に向けて準備を進めることになった。しかし、化学療法の副作用がみられ、なかなか外泊をすることができなかったが、ようやく正月に長めの外泊をすることができた。

終末期

正月が過ぎてしばらくすると、下肢の浮腫がみられ、腹部の症状が著明となり、がんに関連した検査データの数値が上昇し、意識レベルの低下がみられた。痛みは以前よりも強くなっていった。体の向きを換えるだけで、D氏には苦痛様の表情がみられた。

最期は苦しむこともなく亡くなった。

手術前の化学療法

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

手術を受ける目的で入院をしてきたD氏は、医師より他の臓器の転移を宣告され、化学療法を受けることとなった。D氏より、「もしものときを考えて」と死の覚悟をしているような発言が聞かれた。転移の宣告、死を覚悟しているような発言など、D氏が平静を保てるような心理的状況ではないと看護師は感じ、対応に苦慮していた（『転移の宣告による苦悩』）。

看護師は、D氏が1人でいることを嫌い、家族ともあまり話をしない様子を見て、誰にも

話ができず、1人で苦悩をしているのではないかと気になった（『抱え込まれた苦悩』）。そこで、D氏の心理的負担が少しでも緩和できるように、D氏の苦悩の表出を促すような[意図的な対話]を試みたがはぐらかされてしまった。

D氏に対して転移が告知され、先の見通しがもてない状況にありながら、医師の治療の成果を期待し治療を受けているD氏の真意がつかめないことに看護師は戸惑っていた（『表出されない真意』）。さらに、苦悩を抱え込んでいるD氏に対して看護師は、『抑うつ症状出現の可能性』の懸念を抱いていた。

② 事例の対象者の心理的状況

D氏は医師より他の臓器への転移を宣告され、死を覚悟するような発言もしていた。D氏は、入院前にがん告知をされ、手術を受けようと覚悟をしてきたにもかかわらず、他の臓器への転移を宣告され、死への脅威を抱いていたと思われる。そのためD氏は、気持ちを整理して話をする余裕がなく、家族や看護師に対して距離をおいて、会話をするのを避けていたと考えられる。そのため、看護師が[意図的な対話]をしようと試みても、はぐらかされてしまったのであろう。

このようなD氏に対する関わりは、とても困難であると思われる。D氏が医師の治療に期待をもっているのならば、その気持ちを大事にし、確実に安全に治療が受けられるように、ケアをしていくことが重要と考える。

再入院後の手術

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

看護師が懸念していた通りに、D氏には『抑うつ症状の出現』がみられた。看護師は、D氏が看護師の訪室を望んでいたため、なるべく希望に沿うように努力し[タッチング]も試みた。

手術後、手術が根治ではなく、厳しい状況であることをD氏が知っているにもかかわらず、医療者を気遣う発言や、心理的に不安定な状況に対処しようとする姿がみられた。それに対して看護師は、このような苦悩に満ちた状況にありながら、なぜ苦悩が表出されないのか困惑していた（『表出されない苦悩』）。看護師は、D氏が希望する[頻回な訪室]と[タッチング]を継続した。

② 事例の対象者の心理的状況

D氏には、看護師が予測していた通り抑うつ症状がみられた。D氏が期待していた化学療法も、手術もすべて異なる結果となった。D氏の今回の体験は、過去に遭遇した様々な苦難な状況の中で、おそらく最も過酷な出来事であったと思う。今回の苦難な状況に対しては、D氏の対処行動では凌げないものとなり、抑うつ症状が出現したと考えられる。

D氏は、抑うつ症状がみられ始めた時点で今までと打って変わり、看護師との関わりを望んだ。入院当初は、なるべく他者との接触を行わず、感情を抑えているようであった。そのような状況に対して、感情を表出させるのではなく、傍にいないことを試みてもよかったのかもしれない。

2度目の化学療法

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

D氏の傍にいないことに効果があることを確信していた看護師は、化学療法と痛みに苦しむD氏に対して（『心身の苦悩』）、傍にいて関わることを続けた（[タッチング]）。

[タッチング]により、D氏の痛みの緩和はみられたが、抑うつ症状の軽減はみられなかった（『抑うつ症状の出現』）。D氏の身体症状は一時的に軽快した。この機会を看護師は、D氏が自宅へ帰れる最後の機会と判断した（『最後の外泊の機会』）。D氏に外泊をすすめると、積極的な態度をみせなかった。しかし、食事の摂取や、身体状況が改善すると、具体的な外泊の準備がすすめられ、D氏は外泊をすることができた（[外泊のすすめ]）。

② 事例の対象者の心理的状況

D氏に対する看護師の情緒的サポートは、看護師が判断したように効果的であったと考えられる。ゆえに、入院当初より提供されることで、D氏の抑うつ症状を予防することが可能であったのではないだろうか。

D氏の身体症状の軽快を見逃さず、外泊の機会を看護師がとらえたことで、D氏は外泊を実現することができた。最初に外泊をすすめた時のD氏は、あまり外泊を望んでいるようではなかった。これは、看護師が外泊の機会をとらえていても、生きるための努力をしているD氏が、外泊を最後の機会と考えていることはまずありえない。D氏は今無理をして外泊をするよりも、体調が改善して外泊ができることを望んでいたと推察される。その結果、外泊に対するとらえ方の違いが生じたと考えられる（図 5-5）。

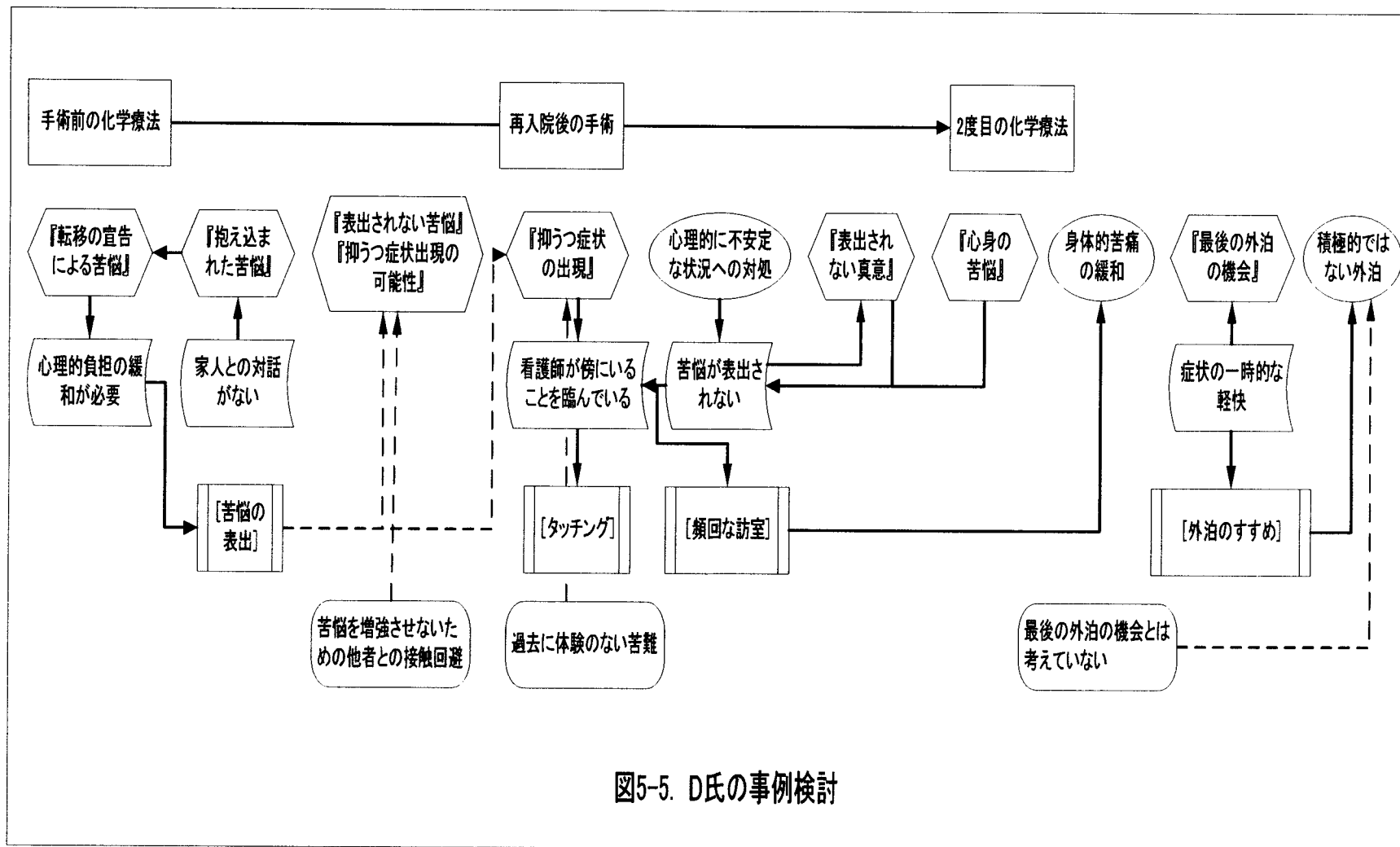


図5-5. D氏の事例検討

事例 5 : E 氏

手術前

手術前の E 氏は、元気そうな様子であり、家族に手術の様子を見せるためビデオ撮影を依頼していた。

手術後

手術後、食事が開始されたが、嘔気があり、E 氏の一番の苦痛になっていた。看護師が話しかけても、「次は何」と話をきられてしまうことがしばしばあった。病気の話はしないが、趣味の話をするときは、明るい表情で一生懸命に看護師へ話をしていた。

外来の化学療法

E 氏は外来で化学療法を受けることとなった。E 氏には、余命の告知はされていなかった。E 氏は、病状について理解している様子で、検査値なども把握をしていた。手術をした人々のセルフヘルプグループにも参加をしていた。また、E 氏は、民間療法も併用していた。

化学療法の際には、食事、趣味の本などを整えて治療に臨んでいた。E 氏が必要と思う検査が行われていなかったり、検査の値が変動していたり、予定時間が異なったりしていると納得できない様子がみられた。しかし、看護師に怒るような態度を示すことはなかった。看護師は、E 氏の性格特性をふまえ、なるべく細かく対応するようにしていた。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

手術後

手術前は元気そうであった E 氏が、手術後には、嘔気により苦痛を感じていた。そのため、看護師が関わりをもとうと話しかけようとするが、『対話の不成立』がみられた。看護師が病気以外の話題を提供してみると、E 氏は趣味の話を積極的にしてきた（[対話の工夫]）。

外来の化学療法

外来での E 氏は、病気や治療に対して対処ができているようであった。しかし、治療の進め方や検査結果が E 氏の想定以外の状況になると、納得ができない様子であった。そのような状況に対して看護師は、E 氏の几帳面な性格が関連していると考えた（『想定外な状況への過剰な反応』）。E 氏の特性に配慮して、なるべく細かく E 氏に対応するように努めた（[特性をふまえた対応]）。

② 事例の対象者の心理的状況

手術後のE氏が、医療者との対話をあまり好まなかったのは、身体的苦痛の影響もあったと考えられる。『対話の不成立』に対する[対話の工夫]の試みは、身体的苦痛に苦しむE氏にとって、気分転換になり効果的だったと思われる。

E氏が手術前から、家族にビデオ撮影を依頼したり、手術後の化学療法で検査データの把握や、必要な検査、予定通りの時間を気にしていたりしたのは、安全で確実な治療を受けることを強く望んでいたのではないだろうか。安全で確実な治療を受けるために、民間療法を含めて、E氏は自分ができる限りの努力をしていた。そのため看護師は、より安全で確実に治療が受けられるように[特性をふまえた対応]に心がけたことで、E氏に保証を与えることができたと考える(図5-6)。

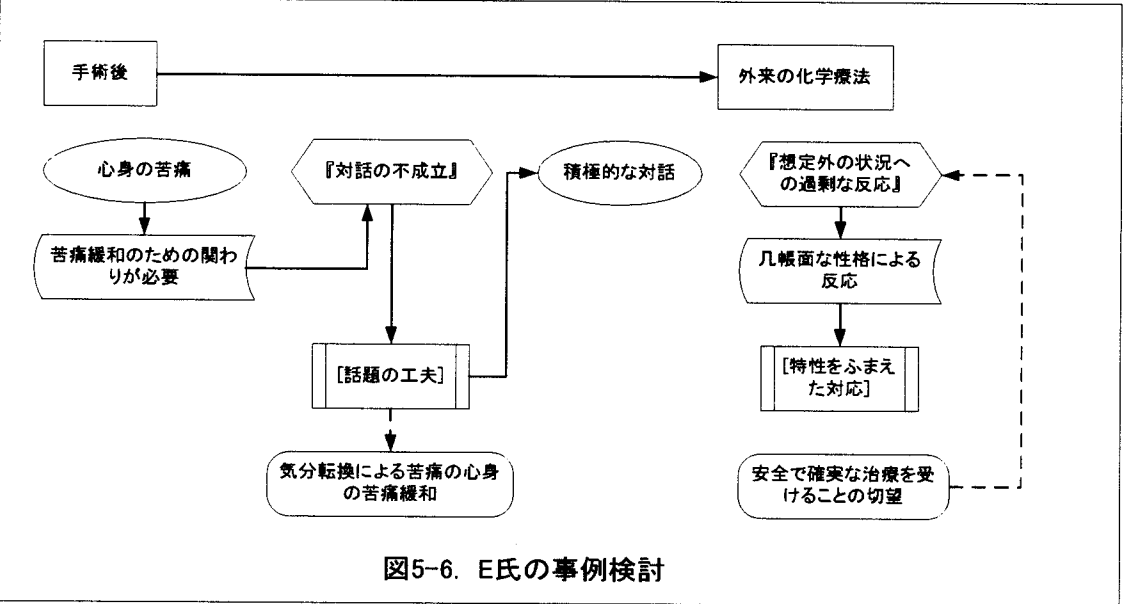


図5-6. E氏の事例検討

事例6：F氏

手術前

F氏は内科病棟にてがんと告知をされ、告知後に外科病棟へ入院となったが、特に取り乱すこともなく、不安などをみせなかった。手術については、疾患の部位との関連から、手術後に機能障害が残る可能性があるという医師より説明がされていた。看護師からの手術についての説明後にF氏は外泊をした。外泊中、今まで見たことがないほどショックを受けていたと、家族より情報を得た。手術室の看護師による手術前訪問の際には、手術について

の質問が多かった。手術室へ入室をしてきた時のF氏は非常に緊張をしていた。

手術後

手術後に予測された機能障害はみられなかった。F氏は痛みが強く、一日一日を過ごすのがやっとという様子であった。家族は毎日付き添いをしていたが、看護師が部屋を訪れると、F氏との会話が少ないようであった。看護師は、なるべく明るい雰囲気をつくるために、病気以外の会話をするように努めた。今後の治療の予定として、化学療法を行っていく予定であり、さらに不安が増強することが予測された。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

手術前

がん告知後のF氏が外科病棟に入院をしてから、不安な様子をみせなかったことから、がんである実感が無いのではないかと看護師はとらえていた（『がん告知後の無反応』）。しかし実際のF氏は、かなりのショックを受けていたことを家族より聞かされた。

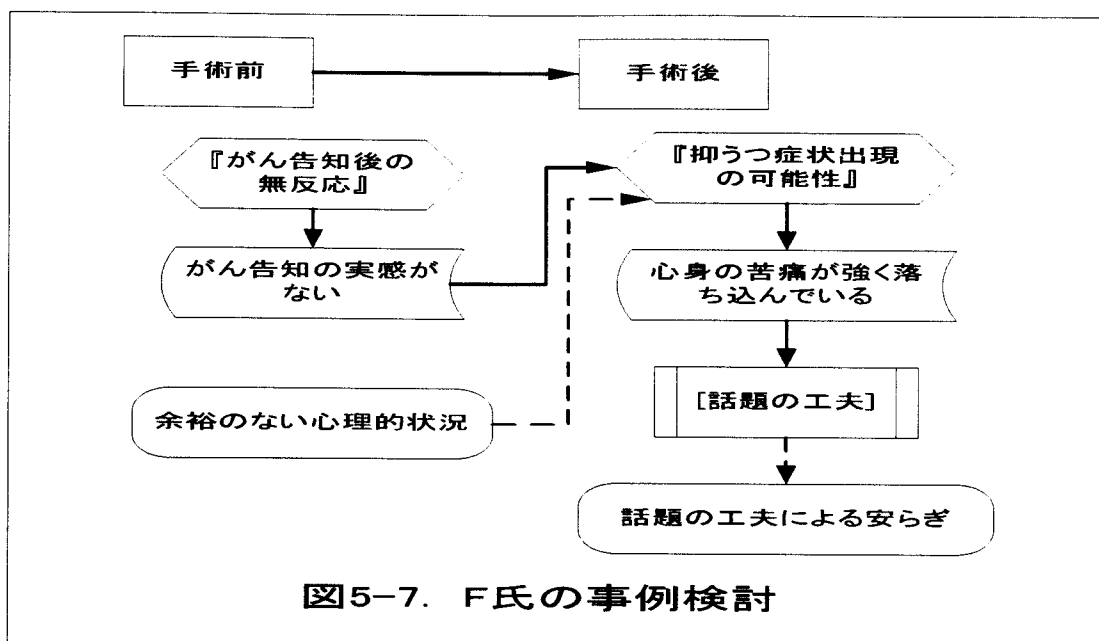
手術後

手術後のF氏は、身体的苦痛も強く、落ち込んでいる様子がうかがわれ、抑うつ症状が出現する可能性が考えられた（『抑うつ症状出現の可能性』）。そこで看護師は、気持ちの落ち込みを少しでも緩和できるように、明るい話題の提供に努めた（[対話の工夫]）。

② 事例の対象者の心理的状況

F氏は自分ががんであるという事実には現実感がもてなかったのかもしれない。しかし、医師より手術後に、身体機能の障害が起こる可能性が説明されたことで、がん告知後のショックが本格的にみられたかもしれない。

F氏は恐怖感と緊張感にみまわれ、手術後を過ごしていたのではないだろうか。そのため手術後に落ち込みが激しくなり、『抑うつ症状出現の可能性』がみられたと考えられる。効果的な対処行動ができていないF氏に対して、看護師により[対話の工夫]がされたことで、一時的にがんに直面することが回避され、心理的負担が軽減できたと考える（図 5-7）。



事例7：G氏

入院中

G氏は大人しい印象で、あまり看護師と話をしなかった。「自分ががんばらないと」と言っていた。手術により身体機能の変化が生じ、新たなセルフケアを行わなければならなかったが、特別の抵抗感をもっていると看護師には感じられなかった。

化学療法

退院後、再発予防のための化学療法が行われた。化学療法が終了すると、がんに関連した検査データの数値が上昇し、手術部位の疼痛が増強した。他の臓器に転移が発見され、放射線治療が行われ、化学療法も再開された。医師より「手術後の転移はなかったが予防的に化学療法を行った。今回は、局所の再発であり、再度化学療法を再開します。これからの治療は延命治療となるので、1日1日を大切にするように。また、平均余命は1年あるが、延命の可能性はあるが絶対ではない。」とG氏は説明を受けた。

医師の説明の際に、看護師は同席ができなかったため、G氏より説明の内容を聞いた。G氏は、「手術で腫瘍をしっかりと取りきれなかったのではないか。」「2年前に他科にかかったのに、なぜそのときわからなかったのか。」「あと1年と言われた。1年しか生きられないのか」などと話をしていた。

余命告知を受けたG氏に対して看護師は、余命告知の受け入れができていないので、G氏や家族との会話の機会を多くもちながら、不安や疑問に対して相談にのり、前向きに治

療が受けられるようにしていきたいと考えた。

がんに関連した検査データの数値は、低下がみられたため、化学療法が中止となった。痛みも緩和され、検査結果の改善もみられ、結果として薬の効果がみられたため、G氏からは「がんばります」との前向きな発言が聞かれた。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

入院中

手術前のG氏は前向きな発言も聞かれたため、特に気がかりとなるようなことはなかった。

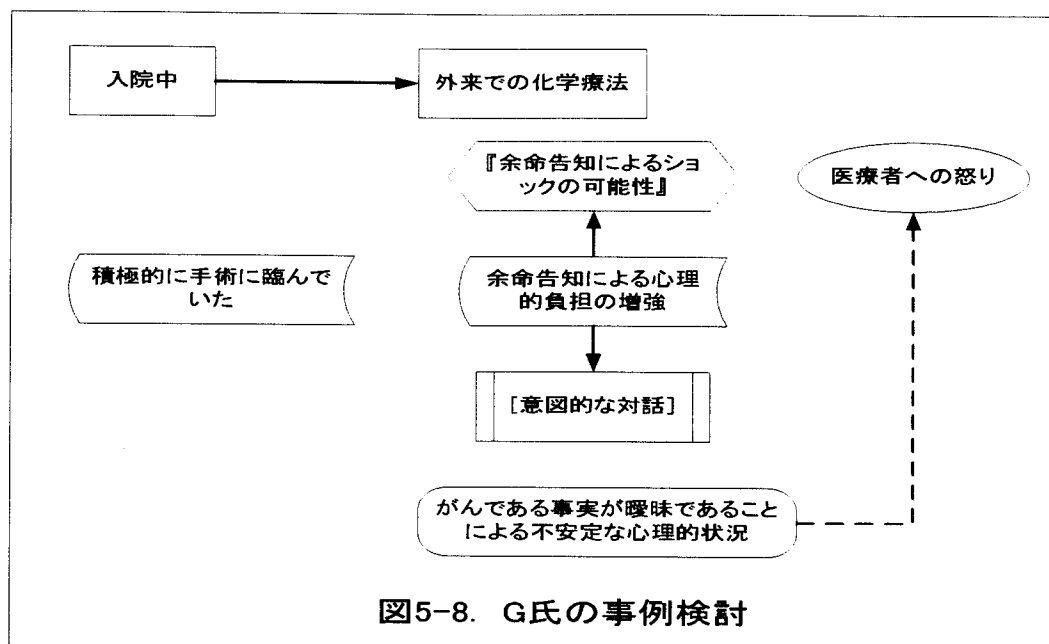
化学療法

G氏は医師より余命告知を宣告された。G氏に対する突然の余命告知に看護師は、対応に戸惑いを感じた(『余命告知によるショックの可能性』)。G氏が、医療に対する不信感や、余命が残り少ないことへの脅威を強く感じていたため、看護師は、G氏と家族を含めて会話の機会を多くもつことにした([意図的な対話])。がんに関連した数値が低下し、化学療法の効果がみられ、G氏からは前向きな発言が聞かれるようになった。

② 事例の対象者の心理的状況

入院中のG氏には、がん告知、手術、手術後の身体機能の障害と様々な脅威があったと思われる。大人しいという印象であったG氏であるが、感情を抑え、冷静さを保とうとしていたのだと推察される。

余命1年と宣告されたG氏に対して、看護師が戸惑いを強く感じたのは、何を目標に援助を行えばよいのか、わからなくなったからではないだろうか。看護師は、G氏や家族の心理的負担を少しでも軽減できるように[意図的な対話]を心がけていた。G氏との[意図的な対話]とは、G氏の望みに副うように援助したことになったのではないだろうか。G氏には、抑うつなどの症状の出現がみられなかった。その結果からも、[意図的な対話]の効果があったと推察される(図5-8)。



事例8：H氏

手術前

H氏は内科病棟に入院しており、家族の希望もあり、がん告知がされていなかった。疼痛も増強し、看護師は対応に困難を感じていた。H氏は、本で自分ががんである可能性があることを知り、看護師に尋ねてきた。家族の希望があるため、がんであることをはぐらかす対応をした。外科病棟に移り、H氏は手術を受けることになった。

手術後

手術後2週間が経過した頃、睡眠は取れている様子であったが、「死がすぐそこにある。テレビをつけるとX線が出てくるから1m以上遠ざけてほしい。5回今まで死にかけた。」などの訴えがあった。看護師が話しかけると前向きになることもあり、内科の看護師が気にかけて病室を訪れることもあった。

H氏が、他の入院をしている人を覗き見していることがあったため、看護師が声をかけると、突然怒り出したり、また大きな声を出していたため部屋を訪れると、「訴えてやる」と言われたりすることがあった。後に、看護師の行為に対して気に入らないことがあったことがわかった。

同室の食欲がない人に、「自分ももうすぐ同じようになるから」などと、おそらく応援をするつもりで言ったであろうが、言われた当事者に迷惑をかけることもあった。家族の見舞いはあまりみられなかった。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

手術前

家族の希望でがん告知がされていないH氏に対して、真実を告げないように配慮する対応が必要であった。H氏のがんであることに気づいている様子を感じた看護師は、このまま知らせないことで、H氏の心理的状況が不安定になることに懸念を感じていた。『抑うつ症状の出現の可能性』。しかし、家族の希望があるためがんであることを隠した[偽りの対話]を行った。

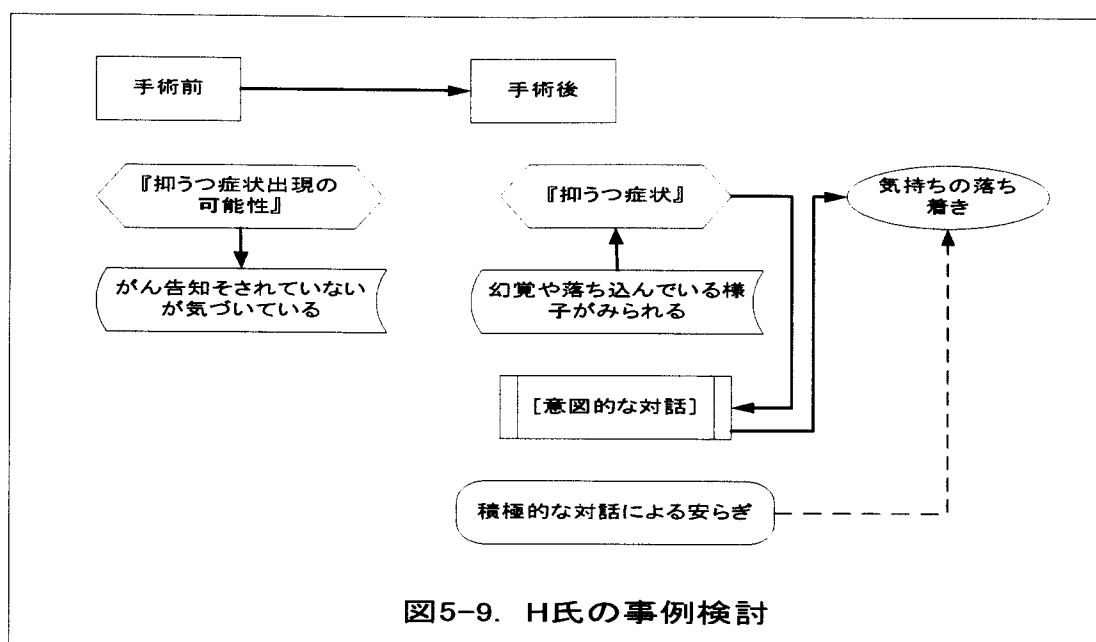
手術後

手術後のH氏は、幻覚をみているような発言や、落ち込んでいる様子など、抑うつ症状の出現がみられた『抑うつ症状』。そのためH氏になるべく声をかけ、対話を多くすると、気持ちが落ち着く様子もみられた（[意図的な対話]）。

しかしその後のH氏は、看護師に怒りを示したり、他に入院している人々にとって迷惑な発言をしたりするなど、心理的状況の不安定さが続いた。

② 事例の対象者の心理的状況

H氏はがんであることに疑いを感じているにもかかわらず、家族の希望からがん告知がされていなかった。がん告知をされていないことで疑心暗鬼となり、看護師が懸念した通り、手術後に抑うつ症状が出現したと考えられる。看護師の[意図的な対話]は、H氏の気持ちに安らぎを与え、抑うつ症状に対して一時的な効果があったと思われる。しかしH氏にとっては、がんであるのか事実が曖昧のままであり、心理的状況の不安定さの完全な解消にいたらなかった。可能ならば手術前より、がん告知をH氏に行うかどうかについて、家族だけに判断を委ねるのではなく、医療者とともに検討する必要性があったと考える(図5-9)。



事例9：I氏

手術前

I氏は3ヶ月前より痛みがあり、近医を受診し検査の結果、がんと診断された。I氏は、医師より「がんだね」とさりと告知されたと言っていた。「痛みの原因がわからなかった時は、何だろうと気になっていたがわかってよかった」とI氏は言っていた。

内科病棟に1週間ほど検査のため入院をしていた。内科病棟では家のことが気になり、ほとんど検査以外は外泊をしていた。看護師はなんとなくI氏のことが気になり、声をかけたが雑談で終わってしまった。がんについては「早く見つかったほうです」という言葉が聞かれた。入院後、安心したのか痛みが治まったと言っていた。

外科病棟へ手術のため入院となった。外科病棟に移ってから外泊が多く、ほとんどI氏と看護師は関わることはできなかった。外泊前に何か気になることがあるか尋ねても、病気や手術に対して特に不安はないという反応であった。I氏は退院できる頃にコンサートへいく予定があり、それを励みにしていると言っていた。

手術前の医師からの説明に看護師は同席をした。説明の内容は、術式に関する内容と、手術ができない場合があるということであった。I氏の表情は暗かったが、話をしっかりと聞いている様子で、元の生活に戻れるかということを質問し、涙ぐみ心配な様子も見られた。医師の説明の後に看護師が声をかけると、涙ぐみながらも「大丈夫」と答えた。I氏の家族と話す機会があったが、一緒に暮らしていないので詳しい心情は分からないとい

うことであった。同居の家族には詳しい話を聞くことができなかった。説明が終了した後に、外泊となった。

手術後

手術後の経過は順調で、食事が3分粥から5分粥になった頃より、再度外泊をした。術後の診断で転移はなく、化学療法も必要ないということであった。I氏は、「不安はない」と言うが、食事の心配と今後また受けなければならない検査の苦痛を訴えていた。手術後、内科病棟の看護師が気にかけて、外科病棟に訪問をした。そのことに対して喜んでいて、その後順調に回復し退院となった。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

手術前

I氏は家のことが気になり、手術前の期間、検査等がない限り外泊をすることが多かった。そのため看護師と話をする機会がほとんどなく、看護師はI氏の心理的状況がわからず、関わりきれていないと感じていた（『表出されない真意』）。そのため、手術の説明など話をする機会を逃さずに、I氏と会話をもつようにした（[意図的な対話]）。I氏は、手術の説明の際に涙をみせたものの、看護師が声をかけても「大丈夫」と言い、不安な様子を表出することがなかった。

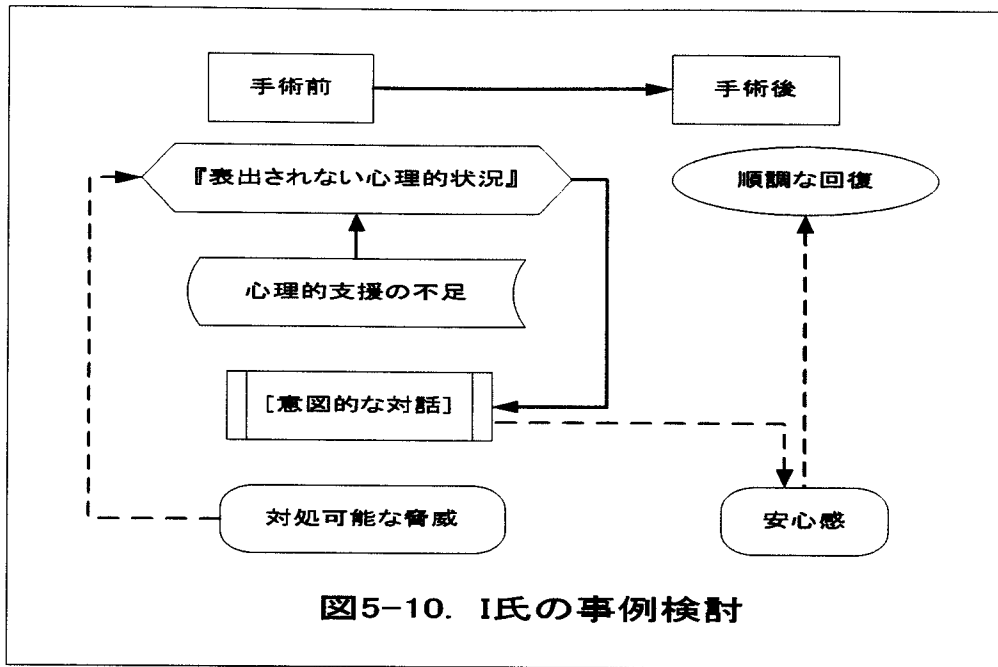
手術後

手術後のI氏は順調に回復し、退院後の食事や検査の苦痛について気にしていたが、順調に回復し退院となった。

② 事例の対象者の心理的状況

手術前のI氏は、がんや手術の脅威も感じていたが、それと同じくらい、家に残した家族のことを気にかけていたのではないだろうか。I氏にとっては、自分が元気になって家に早く帰ることが目標であったと推察される。

手術の説明の際に医師より、手術ができない可能性が説明されたときは暗い表情をみせたが、それ以外は平静を保つことができていた。I氏には元気で家に帰るという目標があるため、数々の脅威に対しても対処できていたと考えられる。看護師が行った[意図的な対話]は、I氏の気持ちの表出を促すことができなかったが、見守られているという安心感をI氏に与えることができたのではないかと思う(図 5-10)。



事例 10：J 氏

手術前

内科に入院をしていた J 氏は、がん以外の疾患があり、死ぬ可能性があるという説明を受けていた。がん以外の治療を内科病棟で受けた後、外科病棟でがんの手術を受けることになった。

J 氏は手術をする前に外泊を希望していたが、がん以外の疾患が生命に危険をおよぼす可能性があったため、外泊が許可されなかった。手術前の夜に同室の人に J 氏は腹を立て、夜中に家に帰ると言い出した。看護師と医師とで外泊を止めようと試みたが、I 氏が明日の朝までに帰ってくると約束をしたため外泊が許可された。

次の日の朝、J 氏は約束の時間に帰ってきた。戻ってきた際に看護師は、早朝であり疲れているだろうと考え、別の部屋で休むようにすすめたが、「人を神経質呼ばわりするな」と怒られた。外泊から帰ってきたとき J 氏は、「納得して帰ってきたわけではない。戻ってくる気はなかった。」と言った。それ以降は興奮することもなく穏やかではあったが、手術直前には、瞬きとうなずきが多く緊張している様子が伺えた。

手術後

手術後の J 氏は、順調に回復し瞬きもみられなくなった。また、看護師に何度も「早期でよかった」と繰り返し言っていた。実際にがんが早期であるのかははっきりしていなかった。また、手術後に渡されたパンフレットを何度も繰り返し読んでいた。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

手術前

J氏はがんであり、さらに無理をすると生命に関わる疾患にも罹患していた。そのため、死に対する強い脅威にさらされていると看護師は感じていた（『死への強い脅威』）。外泊を希望していたが許可されなかったJ氏が、手術の前日に同室者に対して怒り、看護師や医師の制止を受け入れず、帰ってしまった。J氏の怒りの表出に看護師は戸惑いを感じた（『怒りの表出』）。帰室したJ氏に対して看護師は、手術の直前でもあり外泊で疲労していると考えて、別室で静かに休めるように配慮をした（『静かな環境への配慮』）。しかしJ氏の怒りはおさまっていなかった。

手術後

手術後のJ氏は順調に回復したが、何度も早期でよかったと看護師に告げていた。その時点では、がんが早期であるのか不明であった。早期と発言するJ氏が、思い違いをしているのか、看護師にかまをかけていたのか、早期であると信じたかったのか、看護師にはつかみきれなかった（『不確かな真意』）。

② 事例の対象者の心理的状況

J氏はがんと突然の死が訪れる可能性のある疾患を抱えていた。2つの性質の異なる疾患を抱えていたJ氏は、非常に危機的な状況にあったと思われる。J氏はがんの手術をひかえ気持ちが落ち着かず、慣れ親しんだ自宅に帰り少しでも安らぎを得たかったのではないだろうか。しかし、病状のため外泊が許可されず、気持ちのやり場がなくなっていたと推察される。さらに、同室者の何気ない状況をきっかけに、安定を失っていた心理的状況が怒りとなってあらわれ、制止を振り切って外泊してしまったのではないだろうか。

J氏は自宅に帰ることで、心理的な不安定性が少しでも緩和できることを期待していたと思われる。しかし、自宅に帰っても脅威や不安は緩和されず手術も気になるため、早めに病院へ帰ってきた。心理的に不安定なJ氏には、看護師の[環境の調整への配慮]も、配慮として受ける心の余裕がなかったと思われる。

『怒りの表出』は、看護師にとって戸惑いを感じる心理的状況であると考えられる。手術後のJ氏は順調に回復したこともあり、『怒りの表出』がおさまった。しかし、がんが早期でよかったと繰り返し発言をしていたJ氏は、死に対する脅威や不安から開放されず、少しでも安心を得たかったのではないだろうか。そのため、手術後に渡されたパンフレットを何

度も見ながら、自ら安心を得るために努力をしていたのだろう(図 5-11)。

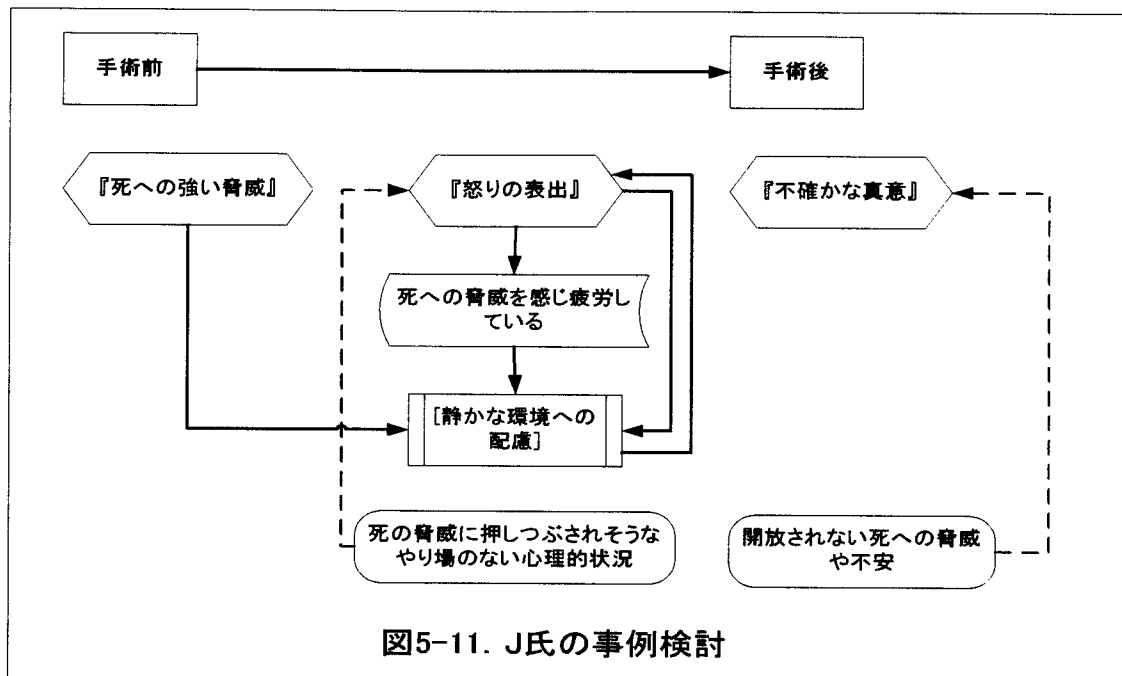


図5-11. J氏の事例検討

事例 11 : K 氏

手術前

K 氏はショックに耐えられないだろうと家族の 1 人が判断し、がん告知をされていなかった。他の家族は、どちらでもよいのであえて告知をしないということであった。

手術後

K 氏は手術後に化学療法が行われることになった。K 氏への化学療法の説明は、腫瘍の再発予防のために行うと説明がされた。薬の作用については説明が行われず、副作用のみ説明がされた。K 氏は、「親ががんであり、昔は告知をしないことが主流だったため告知をしなかった。しかし、親の持っている本のがんのページに印がつけられていた。親は家族に何も言わなかったが気づいていたと思う。今の自分は昔の親と同じことをされている。」と、がんであることを感づいている様子であった。K 氏から看護師に対して、胃がんであるのではないかと答えを求めることはなかった。外泊中の様子を家族に聞くと、家では病気について一切発言がなかったということであった。本人は気づいていると思うと家族は話をしていた。K 氏は、「隠すのが優しさなのかもしれない」とも言っていた。

K 氏に対して看護師は、病気については何も触れずに接していた。しかし、病気に対し

て探るような質問を受けた場合は、どのように接していけばよいのかと不安に思った。できれば家族とK氏の病気について話す機会をもちたかったが、実現することができなかった。結局、病棟では病気について聞かれることもなかったため、外来の看護師へ申し送りをした。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

手術後

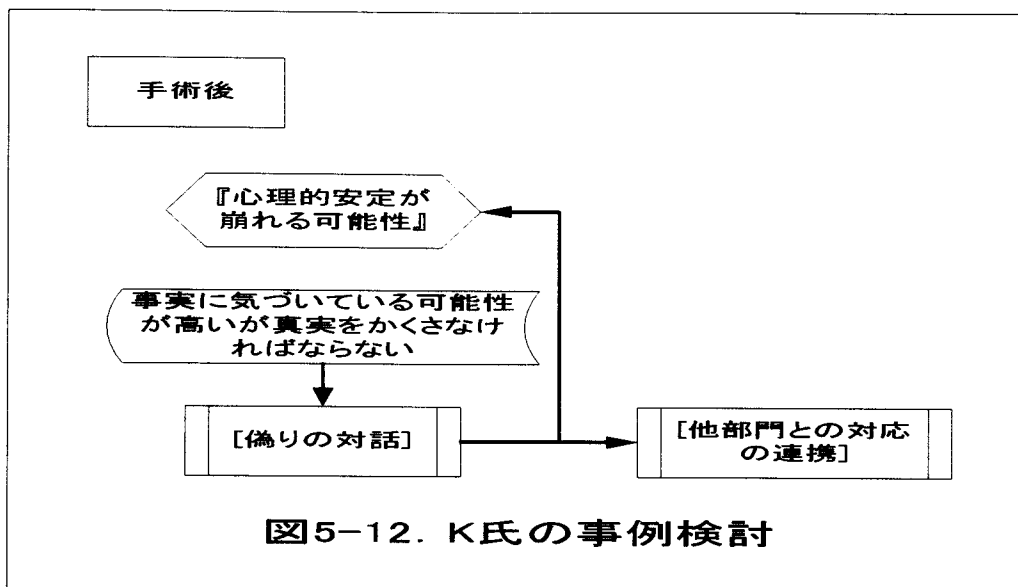
K氏には家族の希望でがん告知がされていなかったが、看護師はK氏ががんであることに気づいていると感じていた。それにもかかわらずK氏に対して、がんである事実を避けた関わりをしなければならない（[偽りの対話]）ことが、K氏を心理的に不安定にさせるのではないかと看護師は懸念した（『心理的安定が崩れる可能性』）。

入院中のK氏から病気について語られることがなかったため、外来の看護師へK氏の状況について話をして、その後の対応を依頼した（[他部門との対応の連携]）。また、家族とK氏の病気について話し合う機会を持とうと考えたが（[家族の気持ちの確認]）、実現できなかった。

② 事例の対象者の心理的状況

K氏は家族の希望からがん告知がされていなかった。しかし、K氏の親に対する経験や、K氏の発言から、K氏ががんであることに気づいていることは予測できることであった。しかしK氏は、家族に対しても病気について尋ねることもせず、逆に家族の希望に副うようにしている様子であった。看護師としてはK氏に真実を告げて、治療に望んでほしいと考えていた。しかし家族の希望があるため、K氏に伝えることができなかった。

K氏にがん告知をしないことを希望した家族に対して、[家族の気持ちの確認]を試みたかったが、機会が持てずに実行することができなかった。このまま真実が隠されたまま、治療に臨むK氏に対して[偽りの対話]を続けていくことは、K氏の心理的健康に害をおよぼす危険性があると考えられた（図 5-12）。



事例 12：L 氏

手術前

医師はまず家族にがん告知を行った。家族は、医師から説明を受けて、自分がM氏に言わなければならないと勘違いをして、L氏へがんであることを告げた。

検査のために絶食をしていると、検査終了後に食事を食べてよいのか、看護師に何度も確認をしていた。手術前の栄養補給のための補助食品を摂取していたが、「早く退院したい」と喜んで飲んでいて。

L氏は病院へ入院をしたくなかった。高齢であることから、術後せん妄を起こす可能性が考えられた。そのため、手術後も引き続き注意して関わっていくこととした。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

L氏は高齢であり、医師ではなく家族からがんである事実を告げられた。家族からのがん告知後、同じ確認を何度もしたり、早く退院することを臨んでいたりと、元々入院を拒否していたりしていたことから看護師は、術後せん妄を起こす可能性を感じていた（『術後せん妄の可能性』）。

事例 13 : M氏

M氏は、皮膚の一部から浸出液がみられがんと診断され、手術が必要であると告げられた。M氏は手術の経験があり、以前の手術では、手術日が近くなると、高熱がみられ、多弁となり、ナースコールを頻回に押し、精神的に落ち込みがみられた。今回の手術については、医師より家族と共に話を聞いていたが、どの程度の理解をしているのかまだ確認できなかった。M氏は難聴があり、痛みに弱いため、手術後の状況が気にかかった。

① 看護師の気がかりと提供された心理的サポート

M氏は、以前の手術を経験した際に、心理的に不安定になり、やや抑うつ症状がみられたことがあった。今回も手術についてあまり理解していない様子がうかがわれたため、手術後に『抑うつ症状の出現の可能性』または、『術後せん妄の可能性』が考えられた。

本研究で検討した 13 の事例からは、がんにより手術を体験する人々に対して感じた看護師の気がかりは 19 あり、『医療者との接触回避』、『抑うつ症状の出現』、『術後せん妄の可能性』、『過剰な心理的負担』、『薬の副作用の出現への苦悩』、『対話の不成立』、『転移の宣告による苦悩』、『抱え込まれた苦悩』、『表現されない苦悩』、『抑うつ症状出現の可能性』、『表出されない真意』、『最後の外泊の機会』、『想定外の状況への過剰な反応』、『がん告知後の無反応』、『余命告知によるショックの可能性』、『死への強い脅威』、『怒りの表出』、『不確かな真意』、『心理的安定が崩れる可能性』であった。提供された心理的サポートは 13 あり、[身体的苦痛の緩和]、[見守り]、[セルフケア自立に向けた手術前準備]、[意図的な対話]、[気持ちへの焦点化]、[タッチング]、[頻回な訪室]、[外泊のすすめ]、[対話の工夫]、[特性をふまえた対応]、[静かな環境への配慮]、[偽りの対話]、[他部門との対応の連携]であった。表 5-1 に示した。

表5-1 がんにより手術を体験する人々に対する看護師の気がかりと提供された心理的援助

事例	看護師の気がかり	心理的援助
A	医療者との接触回避 抑うつ症状の出現	身体的苦痛の緩和 見守り
B	術後せん妄の可能性	セルフケア自立に向けた手術前準備
C	過剰な心理的負担 薬の副作用の出現への苦悩 対話の不成立	意図的な対話・他部門との対応の連携 気持ちへの焦点化
D	転移の宣告による苦悩 抱え込まれた苦悩 表現されない苦悩 抑うつ症状出現の可能性 抑うつ症状の出現 表出されない真意 最後の外泊の機会	意図的な対話 意図的な対話 タッチング 頻回な訪室 外泊のすすめ
E	対話の不成立 想定外の状況への過剰な反応	対話の工夫 特性をふまえた対応
F	がん告知後の無反応 抑うつ症状出現の可能性	対話の工夫
G	余命告知によるショックの可能性	意図的な対話
H	抑うつ症状出現の可能性 抑うつ症状の出現	意図的な対話
I	表出されない真意	意図的な対話
J	死への強い脅威 怒りの表出 不確かな真意	静かな環境への配慮
K	心理的安定が崩れる可能性	偽りの対話 他部門との対応の連携
L	術後せん妄の可能性	
M	抑うつ症状出現の可能性 術後せん妄の可能性	

IV. 考察

1. がんにより手術を体験する人々に対して感じた看護師の気がかり

がんにより手術を体験する人々に対して感じた看護師の19の気がかりについて、類似した内容ごとに整理した結果、主に3つのパターンに分類された（以下看護師の気がかりのパターンを太字で示す）。

1つ目のパターンは、『抑うつ症状の出現』や『抑うつ症状出現の可能性』、『術後せん妄の可能性』などの抑うつなどの適応障害発症への気がかりであった。2つ目は、『過剰な心理的負担』、『薬の副作用の出現への苦悩』、『転移の宣告による苦悩』、『抱え込まれた苦悩』、『余命告知によるショックの可能性』、『がん告知後の無反応』、『死への強い脅威』、『心理的安定が崩れる可能性』など、死や治療に対する脅威を感じていることへの気がかりであった。3つ目のパターンは、『対話の不成立』、『表現されない苦悩』、『表現されない真意』、『不確かな真意』など、真意が表出されないことへの気がかりであった。

抑うつなどの適応障害発症への気がかりは、13名中7名の事例にみられた。抑うつなどの適応障害発症への気がかりの中の『術後せん妄』の発症要因は、高齢や難聴（才木・福井・瀬戸口，2005；谷本・下畑・原・池平・千葉・貫目，2005；寺井・岸本・雑賀，2005），H2ブロッカーの使用，ヘモグロビン・ヘマトクリット値の異常（才木他，2005；寺井他，2005）などが明らかになっている。『術後せん妄』は、症状の出現が一過性であり、要因も明らかになっていることから、手術前から発症の予測が可能であり、臨床現場において予防的な対応がとられている場合が多い。

一方の『抑うつ症状の出現の可能性』や『抑うつ症状の出現』については、『術後せん妄』と比較して、多忙な医療現場において軽度の抑うつや不安といった症状が見落とされやすいといわれている（嶋本・秋月・清水・岡村・中野・内富，2005）。その背景として、対人的サービスである看護は、心理的な問題を抱える人々に対処しているにもかかわらず、教育課程において心理学が優先されていないといわれている（Orford，1992；山本（監訳），1997）。看護基礎教育においても、卒後教育においても同様の傾向があるといえる。

しかし今回の事例検討において看護師は、A氏の事例を除き『抑うつ症状出現の可能性』、『抑うつ症状の出現』を察知していた。『抑うつ症状出現の可能性』については、B氏の『転移の宣告による苦悩』と『抱え込まれた苦悩』、F氏の『がん告知後の無反応』、H氏の未告知であるが本人が気づいていると予測されていたことなど、前兆となる心理的状況をとらえられていた。看護師がとらえていた前兆は、いずれも死や治療に対する脅威を感じていることへの気がかりであった。がんにより手術を体験する人々が、死や治療に対する脅威を感じていると、看護師が常に気に留めることで、『抑うつ症状出現の可能性』に気づき、『抑うつ症状出現』を起こさずにできる可能性がある。

死や治療に対する脅威を感じていることへの気がかりを看護師が感じたのは、がんに罹患した人々の言語的コミュニケーションだけではなく、非言語的なコミュニケーションも手がかりとしていたと思われる。例えば、C氏の『過剰な心理的負担』は、脱毛による不安の訴えのみではなく、表情の暗さをとらえていた。また、D氏の『転移の宣告による苦悩』をとらえたのは、他者との接触を回避していた様子が気になったからである。

一方、真意が表出されないことへの気がかりは、がんに罹患した人々が、不安や苦悩を言葉として表現しないため、彼らが苦しみを抱えこみ込んでいるか、または苦しみの実感があまりないのか、看護師が本当の気持ちををはかりかねることによって生じた気がかりである。

山西ら(2001)の研究にもあるように、告知後の看護について看護師は、重要性を認識しているが、十分な時間が取れず、告知後の感情の表出がされないなどの看護の難しさを感じている。がんにより手術を体験する人々は、がんや手術に対する脅威から回避する傾向にあるため、感情をあまり表出しないと思われる(白尾・植村, 2004)。よって、真意が表出されないことへの気掛かりは、看護師が関わることに困難を感じている、看護師側の気掛かりともいえる。言語的コミュニケーションによって彼らの真意の確証が得られなくても、がんや手術に苦しむ彼らが、感情を表出できないまたはしたくない時期であることを理解し、関わっていくことが重要と考える。

2. がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポート

3つの気掛かりのパターンに対しては、[意図的な対話]、[話題の工夫]、[気持ちへの焦点化]、[見守り]、[タッチング]などの心理的サポートが提供されていた。

[意図的な対話]は、提供された援助の中で最も多かった。[意図的な対話]とは、岩崎(2006)が明らかにした、本人と話す機会をできるだけもつようにすると同様の援助である。[意図的な対話]とは、『過剰な心理的負担』に対して、安心感を与え気持ちを落ち着かせる、『余命告知によるショックの可能性』や『抑うつ症状』の出現がみられたために、会話の機会をもつようにすることなど、対象者の気持ちに関心を向け、看護師が主体的、積極的に話を聞こうとする姿勢をもつことである(堀川・黒澤・鈴木・西村・川瀬・下津・今里・唐澤, 2005)。気持ちに対して関心を向け、話す機会をもつようにする[意図的な対話]によって、がんにより手術を体験する人々の心理的状況を好転させる心理的サポートとなっていた。

しかしながら、『抱え込まれた苦悩』に対して、苦悩を表出しようとする[意図的な対話]は、対象者にはぐらかされるなど感情が表出されることがなかった。真意が表出されないことへの気掛かりを感じたように看護師は、告知後の感情の表出がされないことに看護の難しさを感じる傾向がある(山西他, 2001)。そのため、感情の表出がされない人々に対して、彼らの気持ちを知りたいと思い、苦悩の表出をはかるために[意図的な対話]を試みようとするのだと思われる。がんや手術への脅威を感じている人々は、時に否定的な感情から回避しようとしているため、自身の感情と向き合うような働きかけが逆効果となることがある。よって、苦悩などの感情の表出を促す[意図的な対話]に関しては、慎重に援助を提供することが望ましい。

〔対話の工夫〕は、身体的な苦痛などから『対話の不成立』がみられたため、趣味についての話題が提供されたり、がん告知によりショックを受け『抑うつ症状出現の可能性』が考えられたため、気持ちの落ち込みを少しでも緩和できるように、明るい話題の提供に努めたりしていた。〔対話の工夫〕は、〔意図的な対話〕と同様に、看護師が彼らの心理的状況に気がかりを感じ、話題を工夫することで彼らの苦悩を軽減しようとする心理的サポートである。明るい話題の提供や、趣味の話題などの〔対話の工夫〕は、日常の看護の中でよくみられるコミュニケーションである。しかし、日常的に提供されている〔対話の工夫〕も、苦悩する彼らの心理的状況に関心をもって意識的に用いることで、効果が発揮され则认为る。

〔気持ちへの焦点化〕は、手術前に化学療法が行われたことで、『過剰な心理的負担』を受けていたC氏に対して用いられていた。C氏の場合、顕著な感情の表出がみられていたため、気持ちに焦点を当てることで、思いやりのあるコミュニケーションとなったと思われる（内富，2002）。

〔見守り〕がA氏，〔タッチング〕がD氏と、それぞれ1名の対象者に用いられていた。〔見守り〕は、秋吉他(2004)の研究でも明らかにされており，〔タッチング〕と同様に日常的に看護の中で頻繁に用いられている援助である。〔タッチング〕については，精神・生理機能への影響や（森・村松・永澤・福澤，2000），痛みの軽減効果（清水・斎藤・羽賀・小林・松島・中村・松橋・塩沢・田村・長澤，2001）などについて取り組まれているが，研究数が少なく，効果の実証も明らかになってはいない。〔見守り〕とは，介入をせずに事が起こらないように注意深く見ることであるが，研究的にその効果が実証されているわけではない。〔見守り〕と〔タッチング〕については，がんに罹患した人々に対して提供された場合の効果について今後，検討していく必要がある。

情緒的サポートについては以下のような説明がある。”Tolsdorf(1976)は、「励まし，個人的温情，愛，あるいは情緒的サポート」という形態の援助について言及している。Leavy(1983)は「配慮，信頼，共感」を含むサポートについて言及している。Jacobson(1986)は「快適な感情を育んだり，自分は賞賛され，尊敬され，愛されていて，配慮，安全を他者から得られる」ということを信じさせる行動について記している”（Orford，1992；山本(監訳)，1997，p 87-88）。

看護師が気がかりを感じ提供した心理的サポートである〔意図的な対話〕，〔対話の工夫〕，〔タッチング〕，〔頻回な訪室〕，〔身体的苦痛の緩和〕，〔見守り〕は，励ましであり，配慮であ

り、共感であり、安全を与えた情緒的サポートといえる。また、[意図的な対話]や[対話の工夫]などの心理的サポートが言語的コミュニケーションであることから、看護師が用いる心理的サポートの主体は、言語的コミュニケーションであるといえる。

3. 精神症状の予防に対する心理的サポートの効果

がんにより手術を受ける人々に対して看護師は、死や治療に対する脅威を感じていることへの気がかり、真意が表出されないことへの気がかり、抑うつなどの適応障害発症への気がかりを感じていた。この3つのパターンの気がかりを感じたことで、主に「意図的な対話」と「対話の工夫」による心理的サポートが提供されていた。がんにより手術を体験する人々に対して、精神症状を予防するための心理的サポートは、彼らの心理的状況に関心を持ち、そして気がかりを感じ、心理的サポートが提供されることではじめて効果があると考えられる。

今回の事例対象者のうち、『抑うつ症状の出現』がみられた対象者は、A氏、D氏、H氏であった。それ以外の対象者も、『抑うつ症状の出現の可能性』や『術後せん妄の可能性』などが生じる可能性があったが、実際に生じた対象者はみられなかった。A氏やD氏は、事例検討が開始されて間がない頃の事例であった。H氏を除けば、後半に提示された事例対象者には、『抑うつ症状が出現』はみられていない。事例検討を継続し、事例についての話し合いを通して、心理的サポートを提供している実感がもてるようになり、それによって目的意識をもった関わりが増え、精神症状の発症の予防につながったといえる。

がんにより手術を体験する人々は、心理的状況として脅威に満ちているにもかかわらず、気持ちに直面していなかったり、表出してはいけないという思いがあったりするために、手術に対して積極的な姿勢を装っていることもしばしばみられる。看護師は、手術に向けて積極的に取り組む姿勢がみられると、心理的な問題がないと判断する傾向があるため、彼らの真意を見逃す可能性がある。そのようなとき、抑うつなどの適応障害が生じる危険性があり、がんであり手術を体験する人々の心理的状況として、死や治療に対する脅威が存在することの可能性を忘れてはならないと考える。がんにより手術を体験する人々に関わる看護師が、常に心がけていなければならない関心である。

第6章 がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートの充実に向けての提言

I. がんにより手術を体験する人々に対する効果的な心理的サポート

本研究は、がんにより手術を体験する人々が、適応障害やうつ病などの精神症状を発症することなく、病気や手術に対して対処できるように、彼らに対する心理的サポートを検討することである。心理的サポートとは、がんに罹患した人々と看護師を中心とした医療者との相互関係を基本に、彼らのがんや手術に対する心理的状況を理解し、対処行動を高めるために援助を提供することである。

心理的サポートを検討するために、がんにより手術を体験する人々の手術前・後の心理的状況について明らかにした。彼らの手術前・後の心理的状況には、治療からの回復に沿うようにプロセスがみとめられた。がんにより手術を体験する人々の手術前の心理的状況は、がん告知と手術の必要性についての説明を受けたことにより、断ち切れないがんや死への脅威を感じ、自らの苦悩から逃れたいために、がんや死と直面することの回避をしているという不穏な状況にあった。一方で、自分の身体からがんを全て取り去ることを切望し、手術を受けることに気持ちを集中し、自らも手術を安全に確実に受けられるように努力をしていた。

手術後は、手術による身体的苦痛を自分なりのやり方で回避しようとし、手術を受ける前の日常生活を取り戻すことを切望していた。時間の経過とともにしだいに苦痛から解放され、心身ともに落ちつきを取り戻した頃、手術の影響による日常生活への支障や新たな治療の必要性が生じたり、がん転移への可能性に対する脅威に直面したりすることで、手術をしてもがんが完治したという保証を得ることができない事実と直面していた。そして、がんへの脅威を払拭することができないことを実感していた。

がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートの具体的な方策については、看護師による手術に向けた心理的準備に対する援助と、実際に提供している心理的サポートの2つの側面から述べたいと思う。

がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートとして、手術に向けた心理的準備に対する援助が必要である。手術に向けた心理的準備に対する援助は、手術後のイメージ形成に関する情報提供、手術のスケジュールに関する情報提供、手術前の訓練、下肢の訓練を手術前より提供することである。手術や回復に積極的な彼らに対して、手術後に予測される体験や身体的な状況の変化に関する情報、手術後に必要な行動を手術前より提示することによって、実際に直面する状況や問題を現実的に知り、手術後の課題を克服することが可能となる。

手術後のイメージ形成に関する情報提供とは、手術後に想定される身体的な状況の変化と体験する苦痛に関する情報を伝えることである。情報の提供により、手術後のイメージ形成と、それに対する心構えや対処法を準備できることが期待される。手術前のスケジュールに関する情報提供は、手術にいたるまでの手続き的な情報を伝えることで、具体的な行動として準備ができることを想定している。さらに、手術前の訓練と下肢の訓練は、深呼吸、咳嗽、体位変換、下肢訓練などの手術後の呼吸器合併症や下肢静脈血栓の予防、手術後の回復を促進するための具体的な対応に関する情報提供とスキルの習得である。

がんにより手術を体験する人々は、がんや死の脅威に対して回避するのみではなく、手術によってがんが取り除かれることを強く願っている。手術に向けた強い思いは、手術後の疼痛へも影響を与えている。Caum, Schmidt, Schneider, Bergmann, Caumo, Schmidt, Schneider, Bergmann, Iwamoto, Adamatti, Bandeira, & Ferreira (2002) の研究によると、手術前に手術後の疼痛に関わるリスクの検証を行った結果、開腹手術を受けた人々のうち、がんの治療のために手術を受けた人々が良性の治療の人々よりも手術後の疼痛に対して低いリスクであった。

Fawxy (1995) は、病気に対して回避や消極的に受容するよりも、早期の介入として、活動的な行動的コーピングと活動的な認知的コーピングを奨励することで心理的サポートとなると述べている。がんや死に対して回避的になっている人々に、手術に向けて自ら準備することを推進することで、現実的な対処を強化できるのではないだろうか。特に、手術前の訓練や下肢の訓練に関するスキルを、手術を受ける当事者が修得することにより、手術後に想定される苦痛や合併症の予防に向けて自ら対処することが可能となる。

手術前の訓練は、かなり以前より手術前のルーチンとして取り組まれている。しかしながら入院期間の短縮化により、入院から手術までの期間が短くなったことで、手術前の訓練は、説明のみや、合併症のリスクが高い人のみなど、縮小して説明されているのが現状である。

手術に向けた心理的準備に対する援助を確実に提供するためには、医療の現状を含めて考えなければならない。2001年3月に改正された第4次医療法改正に伴い、病床区分の見直しが行われ、その他の病床に区分されていた病床が療養病床と一般病床に分けられた。一般病床とは急性期病院であり、主に手術など治療を行う病院施設である。急性期病院は、入院日数の短縮化が大きな課題となっており、その背景として高度先進医療技術の向上と、医療保健財政の赤字がある。

多くの病院では、入院日数の短縮化を目指すことと質の高い医療の提供のために、クリティカルパスを導入している。クリティカルパスとは、元々、工業製品の品質管理のツール

ルであったものが医療に活用され、質の高い治療ケアを、コストを抑えながら効率的に対象者に提供するために、医療スタッフが協同で作成した治療計画書というべきものである（田中，2005）。クリティカルパスは、ケア活動を標準化し、医療チームの合意を受けチーム全員がそれに従い実施される（坂本，2006）。

現在、手術におけるクリティカルパスの導入は急速に進んでいる。クリティカルパスが導入されたことにより、入院から手術前の期間が大幅に短縮された。手術を受ける場合、クリティカルパスの導入前は、入院してから手術まで最低でも2～3日の手術前の期間があった。しかし、クリティカルパスの導入後は、一部の疾患を除いて、手術の前日または1日前に入院するケースが多く、施設によっては手術の前日の午後の入院というケースも少なくない。

クリティカルパスの導入後、手術のための身体的準備として実施されていた手術前の検査は、外来で実施されるようになった。クリティカルパスの経過に沿って手術を受ける人々は、手術の前日に入院し、入院オリエンテーション、手術前オリエンテーション、手術前の最終的な身体的準備、手術室看護師の訪問、麻酔科医の診察など、流れ作業のように慌しく受けなければならない。

手術を受ける人々は、クリティカルパスに関する資料や、入院および手術前オリエンテーションのパンフレットなどを外来において事前に受取っている。入院や手術について外来で渡された資料を入院前に見ることで、どのような効果があるのだろうか。クリティカルパスは、時間軸とケア介入をマトリックスのように表に示したものであり（田中，2005）、手術前から手術後の経過が記載されている。クリティカルパスの表には、手術前の心理的準備の援助内容である、手術後のイメージ形成や手術のスケジュールに関する情報が盛り込まれている。手術を受ける人々は、入院前に渡されたクリティカルパスの表を見ることによって、手術後の様子についてイメージを形成することができ、手術までのスケジュールについて理解し把握することが可能となる。

クリティカルパスに関する資料を外来で渡された人々の約8割以上が、入院までに読んでいた（守田・牧野・木下・鈴木，2004）。手術を受ける人々が、クリティカルパスの表を入院前に見ることで、治療に対する意識が変化し、治療過程の把握と共に現状を客観的に理解し、具体的なイメージを持つことにより目標設定ができたとの報告もある（遠藤・松橋・佐々木，2003；高橋・明星・松浦・水田，2002）。

がんにより手術を受ける人々は、がんや死に対して回避的な傾向があるものの、手術に対しては積極的に臨もうとしている（白尾・植村，2004）。手術を受ける人々は、外来で渡されたクリティカルパスの表を主体的に見ることにより、手術に向けた心理的準備ができ

る。そのため外来看護師は、クリティカルパスの資料を事前に渡すことで、手術へ向けた心理的準備が行われることを認識し、資料を提供する必要がある。

クリティカルパスは、手術後のドレーン類が早く抜去されること、食事が早く開始されること、輸液の期間が短縮されることなどによって、回復のスピードがはかれ、結果的に入院期間が短縮され、経済的効果や利益への期待感から、今後益々増加していくものと思われる。

一方、クリティカルパス導入によるマイナス面として、個別性が見えにくい、クリティカルパスの使用により根拠の伴わない援助がなされている、個別の援助の工夫や細かな観察ポイントの記録が残されていないという報告がある（加藤・南雲・中村・内田・片桐・原，2005）。乳がん罹患し手術を受ける人々に対して、クリティカルパスが導入されることによる手術前の不安への影響を調査した結果、クリティカルパスにより治療過程を知るだけでは、手術前の不安は軽減できなかった（大鼓・井田・小林・玉木・中東・山下・高島，2003）。

クリティカルパスによって手術に対するイメージ形成や、スケジュールの把握が可能になったとしても、それだけではがんや手術に対する脅威が緩和され、適応障害や精神症状が回避されるわけではない。今後、クリティカルパスの一層の普及が、がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートへの障害となる可能性は否定できない。

がん告知直後の心理的サポートも含めて、がん罹患した人々に対する外来看護師の役割が非常に重要になってくる。外来看護師の主な業務は、診療の補助、検査の介助、検査などの説明、療養相談、在宅との連携などに加えて、事務的な業務が加わることがある。さらに、入院期間の短縮化に伴い、病棟から委譲された業務があり、非常に多忙な状況にある。外来看護師の人員配置は、病棟のように明らかな規定がなく、パート職員が占める割合も多い。外来看護師が実際に外来を訪れた人々に関わる内容は、病状や治療検査等の説明、受診や検査の予約の相談であり、不安や悩み、療養生活への相談などは少ない（松山・古川・小田・出井・小野・グレッグ・会田・森・林・平山，2006）。

がんにより手術を体験する人々に対して、がん告知直後から関わる外来看護師は、彼らに心理的サポートを提供する重要な役割がある。しかし、人員配置や、業務の整備など、外来が抱える問題は山積している。本研究では、外来における環境整備について語ることとは、研究の主旨から逸脱すると考えるため今回は差し控える。外来看護については、がんにより手術を体験する人々の心理的サポートにとって告知時、退院後と重要な時期に携わるため、今後の検討課題としたい。

がんにより手術を体験する人々に対するもう1つの心理的サポートとして、看護師が彼

らに提供している実際の心理的サポートについて明らかにした。看護師は、彼らの心理的状況に気がかりを感じたことで、彼らに援助を行っていた。看護師が彼らに対して感じる気がかりとは、抑うつなどの適応障害発症への気がかりや、死や治療に対する脅威を感じていることへの気がかり、真意が表出されないことへの気がかりである。気がかりに対しては、主に言語的コミュニケーションを用いて意図的な対話や話題の工夫、気持ちに焦点をあてて関りをもつことや、非言語的コミュニケーションを中心とした見守りやタッチングなどを提供していた。がんにより手術を体験する人々の心理的状況に関心を向け、会話をする機会をもつようにすることで、彼らの心理的状況を好転させる援助となっている。

手術前を過ごす人々は、がんや死への強い脅威を感じているため、がんや死と向き合うことを避けている。強いストレスを体験しているにもかかわらず、一見すると何事もないように振舞う人々が多かった。Spiegel & Classen(2000 朝倉他(監訳), 2003)が述べるように、あたかもがんに対して感情のコントロールをすることが、病気自体をコントロールする手段のように受け止めていたのか、あるいは気持ちを落ち着かせるための手段として、平静を装っていたのかかもしれない(犬飼・掛橋・安酸・高井, 2002)。可能性として、家族や医療者からの強くあってほしいと願う無言のメッセージを感じ取り、平静を装っていたのかかもしれない。その結果、医療者や家族は、診断をうまく受け止め何もかもうまくいっていると誤解してしまう可能性がある (Spiegel & Classen, 2000 朝倉他(監訳), 2003)。

手術を終えた人々は、手術によって身体からがんを完全に除去できることを期待していた。ところが、手術前のような日常的な感覚が戻らないため、回復したことを実感することができず、がんである事実が拭い去れないという現実と直面していた。がんにより手術を体験する人々は、手術が終了してもがんへの脅威が消え去ることはない。けれど彼らが苦悩に満ちた心理的状況を素直に表現することはほとんどみられない。

そのような彼らに対して、平静さに隠された心理的状況を十分に理解し、無理に語らせるのではなく、今回の結果のように、意図的に対話するように働きかけたり、趣味の話題など話す内容を工夫したり、時には見守るなど、常に彼らに関心を寄せることが、看護師にとって重要な援助となる。実際に、事例検討に提示されたがん罹患した人々の多くが、適応障害や、精神症状を発症することはなかった。関心をよせる、気にかけるということは、非常に曖昧で客観性に乏しいが意味のある援助であると考えられる。

意図的に会話をもつ、話題を工夫する、気持ちに焦点をあてる、見守る、タッチングをするといった援助は、看護師が一般的に用いている援助である。それにも関わらず、看護師は、がん罹患した人々に対して心理的サポートすることに自信をもつことができない。

看護師が心理的サポートに対して自信や確信をもつことが、がんにより手術を受ける人々にとって重要なことである。

Ⅱ. がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートの充実に向けた看護領域におけるコンサルテーションの普及への提言

がんにより手術を体験する人々に対して心理的サポートを充実させるためには、看護師が彼らの心理的状況に対するアセスメント能力を高め、心理的サポートを実施・評価していく必要がある。看護の基礎教育において、身体面に対するアセスメントは、フィジカルアセスメントやヘルスアセスメントなどを通して教育されている。しかし心理面のアセスメントについては、精神科看護の領域で精神疾患を中心としたアセスメントについて教育されているが、その他の領域ではほとんど教授することがない。

看護師は看護に必要な心理的サポートに関する既習の知識の不足を補うために、カウンセリングなどの研修会に自費で参加したり、大学へ編入したりするなど、知識を身につけようと努力をしている。その一方で臨床の現場では、入院している人々の心理面のアセスメントをする場合、経験的な知見に基づいて分析し、援助を提供している場合も少なくない。

がんにより手術を体験する人々の心理的状況に対する理解を促進するためには、看護の基礎教育において、心理面に関するアセスメントの教育を強化することが重要である。さらに臨床現場の看護師は、心理面のアセスメント能力の強化と心理的サポートに対する自信がもてるようになることが必要である。

がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートを明らかにするために、臨床現場の看護師と共に事例検討を実施してきた。事例検討の参加者は、外科病棟と外科外来の看護師3～4名の固定したメンバーであり、時折、内科病棟の看護師が参加していた。事例検討が開始してから1年が経過した頃より、外科病棟の看護師も時よりメンバーが変わったり、内科病棟の看護師が常に参加したりと、次第に参加人数が増加していった。研究のための事例検討は、平成19年3月までで一旦終了したが、研究目的ではない事例検討を現在も月1回のペースで継続している。

事例検討が現在も継続している背景には、事例検討が生み出した効果があるのではないだろうか。例えば事例検討に参加している看護師からは、がんに罹患した人々に対する援助の困難さや苦悩について語られることがあった。「告知をされた人が、何事も無かったように落ち着いて見えるが、何かを言ってあげたいと思うがそれがわからない。」「心理的な援助についてはどのように対応してよいのか永遠の課題である。」「かかわれていない。」

などであった。その他にも、「病棟でも化学療法に関するマニュアルを現在考えており、実際に指導も行っているが、今後は外来とも連携して考えていきたい。」「外来化学療法の患者に対して、医師から余命告知とも思われる説明がされている。説明後の対応については、説明する環境も含めて考えていく必要があるのではないか。」「できれば医師を交えた勉強会も必要ではないか。」など、今後に向けての課題などが話されることもあった。

事例検討は、がん罹患した人々への関わりに対して、看護師が日常的に感じている苦悩や困難を表出する場になっていた。また、がん罹患した人々の心理的状況の理解を深める場となり、援助を実践する上での現状の問題や、新たに取り組まなければならない課題を明らかにする場ともなっていた。さらに、様々な部署に所属する看護師が事例検討に参加することで、部署ごとの問題や、部署に特徴的な心理的状況が明らかとなり、各部署間で看護の連携がとられつつある。事例検討を通して、がんにより手術を体験する人々に対する心理的状況の理解と心理的サポートへの自信となり、確実に援助が提供され、彼らの精神症状の発症を予防することにつながるといえる。

今回の事例検討は、事例検討を継続して実施することが精神症状の発症を予防する可能性があることを示唆した。これは、コミュニティ心理学の基本姿勢を技術として表したコンサルテーション（山本，1986）と共通している。コンサルテーションは、精神症状の発症の予防にとって基本である（山本，1986）。

キャプランが方法を確立したコンサルテーションとは、以下のように定義されている。“コンサルテーションは、二人の専門家；一方をコンサルタント（consultant）と呼び、他方をコンサルティ（consultee）と呼ぶ、の間の相互作用の一つの過程である。そして、コンサルタントがコンサルティに対して、コンサルティのかかえているクライアントの精神衛生に関係した特定の問題をコンサルティの仕事の中でより効果的に解決できるよう援助する関係をいう”（山本，1986，p90）。この定義から事例検討を見直すと、まさにコンサルテーションを実施していたといえる。

そこで、がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートを充実させるための対策として、看護領域におけるコンサルテーションについて考えてみたい。

看護領域ではすでにコンサルテーションは導入されている。看護領域については後述するが、まず、医療におけるコンサルテーションの現状について簡単に述べる。

医療における精神症状の問題に対するコンサルテーションは、コンサルテーション・リエゾン精神医学が担い手となり実践している。リエゾン精神医学とは、米国で1929年にはじめてその用語が使われた（保坂，2001）。その後、コンサルテーション・リエゾン精神医学は、2回の研究基金の大きな援助があり、研究に従事できるスタッフが確保され、さらに、

がん国家計画に心理社会的研究が取り入れ、その臨床を可能にするがんと心の関係を扱う学問領域であるサイコオンコロジーが 1970 年代に誕生した（保坂，2001）。リエゾン精神医学とサイコオンコロジーが関連しながら、がん医療におけるコンサルテーションを実践してきた。しかしながら、日本におけるがん医療におけるリエゾン精神医学におけるコンサルテーションは、米国に比較すると非常に少ない。

がんに罹患した人々に関するリエゾン精神医学へのコンサルテーションの依頼は、異常な言動や行動、不安などが多く（山中・立花・堀口・栗田・櫻井・嶋中・浅野，2004；渡辺・岩本・井上・小鶴・倉田・松岡・萬谷・高見・佐伯・森・山脇，2003），リエゾン精神科医の診断では、せん妄が最も多かった（秋月・佐伯・高畑・加賀谷・村岡・佐伯・塚野・長岡・山脇，1999；武市・佐藤，1996；渡辺他，2003；山中他，2004）。依頼者は精神医学を専門としない医師が大半を占め、ほとんど診断や治療がコンサルテーションの目的である。

看護領域(施設内看護に限定)におけるコンサルテーションという言葉は、専門看護師制度が 1994 年に発足して以降、徐々に認識されるようになった。専門看護師とは、看護職の国家資格を基盤とした、より質の高い看護ケアを提供するという看護職能団体が遂行するための制度である（岡谷，2000）。専門看護師には 9 つの分野があり、その中にがん看護が含まれており、現在約 80 名のがん看護専門看護師が主に都市部の大規模病院などで活躍している。専門看護師の役割は 5 つあり、その中の 1 つとして相談があり、看護職を含むケア提供者へのコンサルテーションがある（孫・竹内，2003）。

しかしながら、がんに限らず看護領域におけるコンサルテーションに関する研究報告は非常に少ない。リエゾン精神科医や臨床心理士がコンサルタントとなり、がんに罹患した人々に対してケアを提供する看護師の心理的負担を軽減することを目的にコンサルテーションを行い、看護師の心理的支援やがん罹患した人々の心理的理解へとつながったという報告がある（藤本，1997；岡本・岡村・末田・吉村・松岡・高橋・大森・内富・山脇，1996）。干場・森田・五十嵐(2001)は、サイコオンコロジストによるターミナル期にある 1 事例を取り上げ、コンサルテーションの効果について報告している。コンサルテーションの効果は、具体的な看護介入に関する助言が得られ、看護師間でのコミュニケーションの円滑化が促進され、看護師間で辛い気持ちや情報を共有でき、看護師自身が支えられることである。

専門看護師によるコンサルテーションについては、看護師が受けた援助内容についての報告がある（安田，2005）。精神看護専門看護師によるコンサルテーションを受けた経験のある看護師 7 名は、看護師に対する援助と看護チームに対する援助内容を明らかにした。

看護師への援助内容は、エンパワーメント、新たな知識の提供、看護師と共に問題状況をアセスメントする、看護師のメンタルヘルスを支援することであった。看護チームに対する援助内容は、情報の共有の促進、具体的なケア方法の提案、看護チームへの教育的アプローチ、看護チームへの情緒的支援、看護チームのフォローアップであった。

もう1つ精神看護専門看護師によるコンサルテーションについて、看護師が認知した成果について101名の看護師を対象に調査が行われている（野末・宇佐美・福田・片平・若狭・釜・早川・岡谷，2004）。看護師がコンサルテーションを依頼した理由は、具体的な対応の方法やかかわり方を知りたいが最も多く、次に実施しているケアの確認、対象者の理解を深めたいなどであった。成果については、6～7割程度の看護師が依頼することにより問題点が改善されたと評価している。

以上より、看護領域のコンサルテーションに関する研究報告は非常に少なく、実態をつかむことはかなり困難である。しかしながら、研究の成果には、新たな知識や具体的なケア方法の提案、実施しているケアの確認、対象者の理解を深める、さらに看護師の心理的負担の軽減につながるなどがみられている。

看護領域においてコンサルテーションは、コンサルテーションと認識されないままに実践されていることがたびたびみられる。たとえば、臨床現場では看護師の継続教育の教育プログラムを企画し運営しているが、その企画についての相談を受けたり（上泉，1995）、臨床現場の看護師による看護研究の取り組みを支援するために、臨床現場の看護師に直接研究指導を行うのではなく、研究支援委員に対して助言や指導を行ったりすることがある。こうした相談や支援は、時間を設定し、契約を交わして実施されることもあるが、多くは談会や実習に関する打ち合わせなどのついでに行われることも少なくない（上泉，1995）。

看護領域にコンサルテーションを普及させるためには、どのような対策を講じるべきなのであろうか。最初にコンサルテーションが普及しない理由について考えてみたい。

普及しない理由の1つ目は、コンサルテーションに対する認識が低いことである。医師は、自分の専門外の治療に関して、専門家に意見を求め、お互いの専門性を尊重する傾向にあり、しばしばコンサルテーションを行っている（吉田，1999）。一方看護師は、専門性があまり明確ではない。そのため、専門家の間の相互作用により成立するコンサルテーションは、専門性が曖昧な看護領域において馴染まなかったのかもしれない。

認識が高まらないもう1つの理由は、コンサルテーション活動が、専門看護師等によって実際には行われているにもかかわらず、その成果が公表されていないことにある。専門看護師が認定され始めた10年前より、看護師によるコンサルテーションに関する文献を医学中央雑誌で検索したところ、98件がヒットしたが、その内会議録が37件であり、原著

論文は19件であった。原著論文19件のうち、病院内の臨床現場に関する研究は9件のみであった。看護領域でコンサルテーション活動を中心に担っているのは、主に専門看護師である。専門看護師が、臨床現場で活動をしながらか、研究を行い発表し、さらに論文投稿まで実際に行うには、かなりの負担がかかることが予想され、厳しい状況にあるといえる。

コンサルテーションが普及されないもう1つの理由は、コンサルタントを担う専門看護師の絶対数が少ないことである。今後、専門看護師の人数は増加すると推察されるため、普及を阻む原因が1つ解消されることが期待できる。

では、コンサルテーションを看護領域に普及させるためにどのような工夫が可能であろうか。

コンサルテーションに対して認識を広めるには、多くのコンサルテーション活動を記述化し、論文として公表することが必要である。また、看護系の学会にて、コンサルテーションの意義や効果についてシンポジウムを開催することも可能ではないだろうか。

コンサルテーション関係の基本特性は、お互いの自由意志にもとづき、コンサルタントは局外者であり、コンサルテーション関係には時間制限があり、課題が中心となって成り立つとされている(山本, 1986)。専門看護師の場合、コンサルタントとコンサルティが同じ施設内に所属している。同じ施設内でのコンサルタントとコンサルティの関係は、施設における利害関係や、人間関係、さらに、必要がない場合にコンサルテーション関係をすぐに解消することが困難な状況を生む可能性がある(山本, 1986)。

しかしながら、コンサルテーション活動の仕方は1つのパターンだけではない。コンサルテーション活動の仕方について山本(1986)は、4つの展開の方法を提示している。1つ目は一定期間の契約でコンサルタントになる場合、2つ目は、職域組織外のコンサルタントが、コンサルテーション・プログラムを持ち込む場合、3つ目は、同一組織内の専門職員が、非専門職員にコンサルテーションを行う場合、4つ目は、必要があった時にコンサルテーション関係を築く場合である。専門看護師の場合には、専門職員として施設内にコンサルテーションの活動の場を確保するなど、コンサルティが依頼しやすい環境整備が必要かもしれない。

最後に、がんにより手術を体験する人々に対する心理的サポートを充実させるために、看護師を支援するコンサルテーション活動はどのように展開するべきだろうか。

現在実施している事例検討は、キャプランが提示した4つのコンサルテーションのタイプ(山本, 1986)のうち、コンサルティ中心のケースコンサルテーションに類似している。現在の事例検討は、コンサルティである看護師のニーズがある限り、継続していこうと考えている。しかし、単一施設に留まり、コンサルテーション活動を継続していても、看護

領域におけるコンサルテーションの発展は望めないため、コンサルテーションを評価することが重要である。

コンサルティである看護師には、事例検討のたびに前回の議事録を提示し、前回提示された事例のその後の経過を確認し、心理的サポートの適切性や、対象であるがんに罹患した人々の心理的状況に対する看護師の理解を確認している。しかしながら、コンサルテーション活動自体の評価を行っていない。

現在継続している事例検討は、コンサルテーションとして実践していない。そこで今後は、事例検討に参加している看護師に対して、コンサルテーション活動としての事例検討を実施していくことを説明し、改めて事例検討の継続の承諾を得る必要がある。その時点で初めてコンサルテーションとしての評価が可能となる。

現在実施している事例検討によるコンサルテーションは、一般的なコンサルテーションのような、参加を獲得し、契約を取り交わし、関係を築き、問題を定義し、代替の解決法を提示し選択し、介入を実行し、コンサルテーションを評価し、終結する(Scilleppi et al., 2000, 植村(訳)2005)というプロセスに沿ってはいない。特に終結に関しては、看護師の事例検討に対するニーズが消失した時が終結となると考えている。終結をもって評価することは困難であるため、第5章で提示した事例について分析おこない評価を試みたい。事例検討は、看護師自身ががんに罹患した人々の心理的状況に対するアセスメント能力を高め、心理的サポートを実践する能力の向上を目指している。コンサルテーションの目標の達成状況が評価視点とし、事例分析による評価を行っていききたい。

看護師に対するコンサルテーション活動は、がんに罹患した人々の心理的状況をアセスメントする能力を高め、彼らの理解を深め、さらに、看護師の彼らに対する心理的サポートの技術を向上し、看護師の心理的サポートに対する自信を高めることが期待でき、その結果、がんに罹患した人々の適応障害やうつ病などの精神症状の発症の予防につながる。今後、がんにより手術を体験する人々を含め、がんに罹患した人々の心理的状況に関するコンサルテーションを普及させ、活動の輪を広げていくことが重要となる。筆者が実施した継続的な事例検討中心としたコンサルテーションの成果を検討し、論文として公表し評価を得ることで、コンサルテーションを伝播できるように努力していききたい。さらに、コンサルテーションの普及と同時に、コンサルタントの人材の養成と教育が重要な問題となるため今後の検討課題としていききたい。

文献

- 明石恵子・櫻井しのぶ・中西貴美子・浦川加代子(2003). 肝切除を受けた患者の術後の回復過程 臨床看護, 29(12), 1827-1831.
- 明智龍男(2003b). サイコオンコロジーの現状と展望⑤ がん患者の意思決定能力に関する諸問題 医学のあゆみ, 205(12), 915-919.
- 秋吉陽子・宮崎由香・宮澤里美(2004). 告知をめぐる精神的支援の実際 外科的療法の対象外の呼吸器内科の患者に対して, 日本看護学会論文集 34 回成人看護 II, 45-47.
- 秋月伸哉・佐伯俊成・高畑紳一・加賀谷有行・村岡満太郎・佐伯真由美・塚野健・長岡幾雄・山脇成人(1999). 広島大学医学部附属病院における入院がん患者の精神科コンサルテーション・リエゾン その現状と今後の課題 広島医学, 52(7), 712-715.
- 秋月伸哉・内富庸介(2003). サイコオンコロジーの現状と展望① がん患者の精神症状とその早期発見 医学のあゆみ, 205(12), 898-902.
- 網島ひづる・高見沢恵美子・小島操子(2004) 化学療法を初めて受ける肺がん患者の認知的評価 臨床看護, 30(8), 1309-1317.
- 荒田沢子・森本郁子・山口昌弘・山田久美子(1999). 癌告知患者への看護婦の精神的援助の認識 死のイメージとエゴグラムによる個人特性との関連 日本看護学会論文集 30 回看護総合, 30, 45-47.
- 浅野美知恵・佐藤禮子(2001). がん患者と家族員の手術療法後の社会復帰における対処過程と看護援助 千葉看護学会会誌, 7(2), 17-23.
- 東サトエ(2002). がん患者 家族と看護者の新たな関係性の構築に関する研究 高度医療機関における〈がん告知〉の実態調査を基にして 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 12(2), 11-20.
- Bolton, V, & Brittain, M (1994). Patient information provision: Its effect on patient anxiety and the role of health information services and libraries. *Health Libraries Review*, 11, 117-132.
- Caum, W., Schmidt, P. A, Schneider, C. N, Bergmann, D, Caumo, W., Schmidt, A. P, Schneider, C. N, Bergmann, D, Iwamoto, C. W, Adamatti, L. C, Bandeira, D & Ferreira, M. B. C (2002). Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 46, 1265-1271.

- Derogatis, L R. Morrow, G R. Fetting, J. Penman, D. Piasetsky, S. Schmale, A M. Henrichs, M. & Carnicke, C L Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249(6):751-757.
- Devine, E. C(1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling*, 19(2), 129-42.
- Dodds, F(1993). Access to the coping strategies; Managing anxiety in elective surgical patients. *Professional Nurse*, 9(1), 45-52.
- 蛭子真澄(1995). 胃癌で手術療法を受ける患者の病名のうけとめかたと心理的プロセス 日本がん看護学会誌, 9(1), 37-45.
- 蛭子真澄(2001). 胃がん術後患者の治療後回復早期の心理状態 日本がん看護学会誌, 15(2), 41-50.
- Edgar, L., Rosberger, Z., & Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. Assessment and intervention. *Cancer*, 69(3), 817-828.
- 遠藤志保・松橋由美子・佐々木冷子(2003). クリティカルパス使用による患者満足度に及ぼす効果 情報の共有化・治療過程の把握・治療参加意識の分析より 社会保険医学雑誌, 42 (1), 3-6.
- Fawzy, F. I. (1995). A short-term psychoeducational intervention for patients newly diagnosed with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 3, 235-238.
- 藤井里美・高木英子 (2003). 喪失を体験する口腔がん患者の悲嘆過程の促進に関する援助 日本看護学会論文集 成人看護 II, 33, 12-14.
- 藤田美知子・丸山美香・島理恵子・上野啓子・町田弘美・丸山洋一(2001). がん告知後の患者の不安及び抑うつ度調査 HAD 尺度を用いて 県立がんセンター新潟病院医誌, 40(2), 147-152.
- 福井小紀子 (2001). 初発乳がん患者に対する教育的グループ介入の有効性の検討 情報への満足度に関して 日本看護科学会誌, 21(3), 61-70.
- 福井里美(2002). 中年期がん患者のソーシャル・サポート・ネットワーク 手術前後のサポーターの内容と変化 日本看護科学会誌, 22(1), 33-43.
- 藤本幸三(1997). 終末期看護における看護婦と看護介入に対するコンサルテーションのあり方 こころの看護学, 1(1), 53-58.

- 長谷川真美・今川詢子・中村織恵・岡本佐智子・細田由美子・深石タカ子・小井川悦子(2002).
 がん患者におけるインフォームド・コンセントとソーシャルサポートの検討 U 病院
 通院患者の実態調査からの分析 埼玉県立大学短期大学部紀要, 3, 21-31.
- Henderson, I. C., Gerber, J. E., Breitmeyer, J. B., Hayes, H. f. & Harris, J. R (1990).
 Comprehensive management of disseminated breast cancer. *Cancer*, 66 (6), 1439-1448.
- 平野裕子・加来恒壽・平川俊夫・野口ゆかり・平田伸子・新小田春美・北原悦子・斉藤俊
 章・尼田覚・大喜雅文(2004). 子宮頸がん患者のメンタル・ヘルスへの全人的アプロ
 チ 臨床的・社会的・心理的要因の分析から 福岡医学雑誌, 95 (8), 183-194.
- 広田典祥・木田晴海・青木照代・川浪由喜子・高橋克朗・中田俊則・塚崎稔(1994). 乳が
 ん患者の病気行動に関する研究 主として病気ストレス反応と病気対処行動について
 医療, 48(11), 917-923.
- 久田満・広瀬寛子・青木幸昌・一鉄時江・田中宏二(1998). 短期型サポート・グループ介入
 術後乳がん患者の Quality of Life に及ぼす効果 コミュニティ心理学研究, 2(1),
 24 - 35.
- Holand J. C. & Roland J. H. (1989a). *Handbook of Psychooncology*. vol1. New York: Oxford
 University Press. (ホーランド J. C. & ローランド J. H. 河野博臣・濃沼信夫・神
 代尚芳(監訳) (1993). サイコオンコロジー 第1巻 メディサイエンス.)
- Holand J. C. & Roland J. H. (1989b). *Handbook of Psychooncology*. vol2. New York: Oxford
 University Press. (ホーランド J. C. & ローランド J. H. 河野博臣・濃沼信夫・神
 代尚芳(監訳) (1993). サイコオンコロジー 第2巻 メディサイエンス.)
- 堀川直史・黒澤亜希子・鈴木秀幸・西村勝治・川瀬英理・下津咲絵・今里榮枝・唐澤久美
 子(2005). リエゾン精神医学がん患者の心のケア がん患者の不安と抑うつおよびそ
 の対応 緩和医療学, 7(2), 119-126.
- 堀川直史・山崎友子(2003). リエゾン精神科医からみたがん告知の問題 保坂隆(編) サ
 イコオンコロジー がん患者の心のケア 現代のエスプリ, 426, 29-38.
- 保坂隆・徳田裕・小城良子・内富庸介・青木孝之・福西勇夫・岸佳子(1995). がん患者の
 コーピングと情緒状態 心身医学, 35 (6), 483-489.
- 保坂隆(2001). ナースのためのサイコオンコロジー 南山堂.
- 保坂亨・中澤潤・大野木裕明(編)(2000). 心理学マニュアル面接法 北大路書房.
- 干場佳美・森田真紀子・五十嵐透子(2001). リエゾン・コンサルテーション・カンファレン

- スによりケアのゆきづまりが打開されたターミナル期の 1 事例 ナース・クライエントの関係性の改善を中心に 臨床看護研究の進歩, 12, 137-143.
- 稲本俊・阪田麻奈・小堂登志子・中川拓也・小澤由美子・二位希美・西川由花・堀口真弓・山田希理子 (2002). 乳癌の手術を受けた患者の手術前後の心理的变化 京都大学医療技術短期大学部紀要別冊健康人間学, 14, 39-47.
- 井上智子 (1999). 術前患者の QOL 向上のための支援 数間恵子・井上智子・横井郁子 (編) 手術患者の QOL と看護 医学書院, 32-33.
- 犬飼昌子・掛橋千賀子・安酸史子・高井研一 (2002). がん患者の療養上における自己決定行動の分析 日本がん看護学会誌, 16 (2), 26-33.
- 板垣幸枝・佃小百合・五十嵐貞子・天野美知子・長谷川美津枝・丸山洋一 (2006). がんの患者の入院時における抑うつ・適応障害把握の試み『つらさの寒暖計』によるアンケート調査 新潟がんセンター病院医誌, 44 (1), 32-36.
- 伊藤美由紀・浅沼良子・鈴木美奈子・瀧島美紀 (2002). 肺がんで告知を受けた患者の心理的反応と告知までの受診行動の分析 東北大学医療技術短期大学部紀要, 11 (1), 65-75.
- 岩崎靖子 (2006). 進行がんで不安を抱えながら化学療法を受ける患者の心理的援助 鐘紡記念病院誌, 21, 47-51.
- 上泉和子 (1995). 看護組織へのコンサルテーションの実際 インターナショナルナースングレビュー, 18 (5), 23-26.
- 加藤和子・南雲美代子・中村祐子・内田伸樹・片桐智子・原萃子 (2005). クリティカルパスを使用した看護活動の実証的研究. 山形保健医療研究, 8, 13-23.
- Karin, N. & Bengt, G. (1997). Psychological Reactions in Newly Diagnosed Gastrointestinal Cancer Patients. *Acta Oncologica*, 36 (8), 803-810.
- 神崎初美・城戸良弘. (2002). 胃切除を受ける早期胃癌患者に対する認知行動療法—セルフエフィカシーと心理的ストレスに対するノート記述と面接による介入効果— 日本看護科学会誌, 22 (4), 1-10.
- 北島正樹 (2004). 外科の歴史と外科医の医療への貢献 小柳仁 (監修) 標準外科学第 10 版 医学書院, 3-8.
- 木下康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生 弘文堂.
- 木下康仁 (2003). 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.

- 小林博 (1993). がんの治療 岩波書店.
- 小松浩子・小島操子・渡邊真弓・鈴木久美・南川雅子・中川雅子・水口公信・田村正枝(1996).
がん告知を受けた患者の主体的ながんとの共生を支える援助プログラムの開発に関する研究 (1)告知に関連した患者の困難とその対処に関する分析 死の臨床, 19(1), 39-44.
- 倉ヶ市絵美佳・八木彌生・西田直子・嵩田理佳 (2003). 乳がん患者の回復過程において期待される看護師の援助 京都府立医科大学看護学科紀要, 13 (1), 17-23.
- 倉益直子(2004). がん患者に対する精神的援助技術尺度化の試み Bill. Clark の“PEARLS”を基にして 日本看護学会論文集:成人看護 II, 34, Page42-44.
- Lilja, Y., Ryden, S. & Fridlund, B(1998). Effect of extended preoperative information on perioperative stress: An anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacement. *Intensive & Critical Care Nursing*, 14(6), 276-282.
- 前田典子・倉鋪桂子(2005). 婦人科がん体験者のもつ抑うつ傾向に関連する要因 日本看護学会論文集 成人看護 II, 36, 312-314.
- 前田剛司・坂田洋(2005). がん告知の実態とがん患者への HADS(hospital anxiety and depression scale)調査を利用した薬剤管理指導 Journal of Japanese Society of Hospital Pharmacists. 41(1), 51-53.
- 真壁玲子(1998). 乳がん体験者のソーシャル・サポートと精神的・身体的状況との関連 日本がん看護学会誌, 12 (1)
- Massie, M. J & Holland, J. C(1993). 正常反応と精神障害 サイコオンコロジー 2 (今井 皖才, 万代慎逸訳) メディサイエンス社. (Massie M. J. & Holland, J. C. (1990): Overview of normal reaction and prevalence of psychiatric disorders. *Handbook on Psycho-oncology Psychological Care of Patient with Cancer*. New York: Oxford University Press)
- 松田純代・曾山純子・大迫千代・成田真由美・西ノ村江美・末永淳子(2005). 当院での癌告知についての検討 地域医療, 44, 261-263.
- 松下年子・濱島央・松島英介 (2005). 癌患者の心理特性と SOC(Sense of Coherence) 日本社会精神医学会雑誌 14(2), 171-178.
- 松下年子・松島英介(2005). 手術を受ける消化器癌患者の不安, 抑うつおよび QOL(Quality

- of Life)と対処行動の関連 日本保健科学学会誌, 8 (1), 5-14.
- 松山洋子・古川直美・小田和美・出井美智子・小野幸子・グレッグ美鈴・会田敬志・森仁
実・林幸子・平山朝子 (2006). 外来利用者の満足度調査からみた外来診療の課題 岐
阜県立看護大学紀要, 6 (2), 27-34.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative Research and Case Study Application in Education*.
(メリアム・S. B. 堀薫夫・久保真人・成島美弥 (訳) (2005). 質的調査法入門 教
育における調査法とケース・スタディ) ミネルヴァ書房.
- Mills, M. E. & Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients
newly diagnosed with cancer: A review of the literature. *Journal of Clinical
Nursing*, 8(6), 631-42.
- 宮下美香・久田満 (2004). 術後乳がん患者における心理的適応に対するソーシャル・サポ
ートの効果 がん看護, 9 (5), 453-459.
- 森千鶴・村松仁・永澤悦伸・福澤等 (2000). タッチングによる精神・生理機能の変化 山
梨医科大学紀要, 17, 64-67.
- 桃田多香子・田村綾子 (1994). 日本版 STAI による手術患者の不安の検討 徳島大学医療技
術短期大学部紀要, 4, 117-123.
- 守田稲子・牧野典子・木下千世路・鈴木恵美 (2004) クリティカルパス適応患者の外来指導
に対する意識 看護師と患者の意識調査 日本看護学会論文集 看護管理, 34, 417-419.
- 長澤美佐子, 北井朋美, 中村美知子 (2002). 手術を受ける患者の術前後における不安の
変化 STAI (日本語版) を用いて 山梨医科大学紀要, 19, 97-100.
- 根本良子 (1995). 心臓手術を受ける患者の術前、術後のストレス・コーピング患者が遭遇
している体験過程による分析 看護研究, 28(1), 61 - 81.
- 西村享子・渋谷優子 (1999). がん告知が看護者-患者間のコミュニケーションに及ぼす影響
について ナーシング, 19(10), 136-142.
- 野末聖香・宇佐美しおり・福田紀子・片平好重・若狭紅子・釜英介・早川昌子・岡谷恵子
(2004). 精神看護専門看護師によるコンサルテーションの効果 看護, 56(3), 70-75.
- 温井由美. (2001). 乳房切除術と乳房温存術を受ける患者の術前・術後のストレスコーピ
ングとその比較 日本がん看護学会誌, 15(1), 17-27.
- 温井由美 (2002). 乳房温存術を受ける患者の術前・術後のストレス・コーピング がん看
護, 7, 1, 79-85.

- 尾花初美・杉下美穂子・松村栄子・前田恵美子(2000). 手術を受ける患者の不安の程度と
関連要因 日本看護学会論文集 30 回成人看護 I, 30, 105-107.
- O'Connor, F. W., Devine, E. C., Cook, T. D., Went, V. A. & Cuttin, T. R. (1990).
Enhancing surgical nurses' patient education. Development and evaluation of an
intervention. *Patient Education and Counseling*, 16, 7-20.
- 小河育恵・千田好子・板村和江 (1992). 乳がん手術患者の退院後の心理的ストレスとコー
ピング 日本看護学会論文集 23 回成人看護 I, 23, 17-19.
- 岡田樹彦・田中恒明・加賀谷肇(2003). がんの病名告知が及ぼすモルヒネ投与量への影響
ターミナルケア, 13 (1), 72-76.
- 岡田美登里・金田美佐緒・井上英雄 (1995). 当院における癌告知の現状 岡山済生会総合
病院雑誌, 26, 96-102.
- 岡本泰昌・岡村仁・末田耕一・吉村靖司・松岡豊・高橋輝道・大森信忠・内富庸介・山脇
成人 (1996). コンサルテーション・リエゾン精神医療 がん患者に関する精神医学的
リエゾンカンファレンスの試み 臨床精神医学, 25(12), 1443-1448.
- 岡村仁(2003). がん患者にみられる精神症状 保坂隆(編) サイコオンコロジー がん患
者の心のケア 現代のエスプリ, 426. 20.
- 岡谷恵子(2000), 【21 世紀の日本へ,看護のアピール 平成 12 年度日本看護協会重点事業
解説】 専門看護師・認定看護師の認定と導入の拡大 看護, 52(15), 48-50.
- 大鼓菜穂美・井田小百合・小林郁子・玉木尚子・中東豊美・山下清子・高島勉 (2003).
乳癌患者の術前の不安に対するクリティカルパスの影響 日本看護学会論文集 成人
看護 I, 33, 104-106.
- 大川明子・城戸良弘(2001). 術前がん患者の感情に影響する要因に関する研究 知覚された
支援ネットワークと HLOC に焦点をあてて 日本看護科学会誌, 21(3), 21-29.
- Orford, J. (1992). *Community Psychology* John Wiley & Sons, Ltd. (ジム・オーフォ
ード 山本和郎(監訳)(1997). コミュニティ心理学 理論と実践) ミネルヴァ書房)
- Ozalp, G., Sarioglu, R., Tuncel, G., Askan, K. & Kadiogullari, N. (2003). Preoperative
emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta
Anaesthesiologica Scandinavica*, 47(1), 26-29.
- Rothrock, J. C. (1989). Preoperative nursing research Part I. Preoperative
psychoeducational interventions. *AORN Journal*, 49(2), 597-619.

- Ruckdeschel, J. C., Blanchard, C. G. & Albrecht, T. (1994). Psychosocial oncology research. Where we have been, where we are going, and why we will not get there. *Cancer*, 74(4), 1458-63.
- Rustoen, T. Moum, T. Wiklund, I&Hanestad, R. (1999). Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 490-498.
- 才木梢・福井知明・瀬戸口教子(2005). 当病棟における術後せん妄に影響する要因の検討 三田市民病院誌, 17, 60-65.
- 坂本すが(2006). 〈教育講座〉クリティカルパス総合講座(3) クリティカルパスの基本と記録 医療マネジメント, 6(4), 590-593.
- Salander, P. (2002). Bad news from the patient's perspective: An analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Social Science & Medicine*, 55, 721-732.
- 佐々木壽英・長井吉清・岡本堯・紀藤毅・黒田知純・大川二郎・石渡淳一・細川治(1999). がん専門病院におけるがん告知の現状 癌の臨床, 45(9), 1027-1033.
- 佐藤正美・松宮枝利子・曾我智恵子・田中恵美子(2003). 外来でのがん告知から手術目的入院当日迄の思いとコーピング 看護技術, 49(7), 617-621.
- 佐藤まゆみ・佐藤禮子(2002). 乳房温存療法をうける乳がん患者の術後1年間の心理的变化 千葉看護学会会誌, 8(1), 47-54.
- Scileppi, J. A., Teed, E. L. & Torres, R. D. (2000). *Community Psychology: A Community Sense Approach to Mental Health* Prentice-Hall. (J. A スキンレッピー・R. D トレス 植村勝彦(訳)(2005). コミュニティ心理学 ミネルヴァ書房.)
- 千田好子・板村和江・高橋加代(1989). 乳がん患者の手術前の心理的ストレスとコーピング 日本看護学会集録 成人看護 I, 20, 188-191.
- 嶋本正弥・秋月伸哉・清水研・岡村優子・中野智仁・内富庸介(2005). 癌の進行に伴う精神症状—診断と治療— 癌の臨床, 51(3), 205-211.
- 清水美里・斎藤佳子・羽賀亜弥子・小林志げ子・松島由季・中村直子・松橋ひろ子・塩沢勉・田村克彦・長澤正樹(2001). 疼痛ケアに"タッチング"を取り入れて 長野県透析研究会誌, 24(1), 65-66.
- 白尾久美子(2000). 看護実践からみた術前看護の明確化 日本看護研究学会雑誌, 23(2), 43-54.

- 白尾久美子・植村勝彦 (2004). がん患者の手術前・手術後の心理的状況 愛知淑徳大学論集—コミュニケーション学部篇—, 4, 87-97.
- Sontag, S. (1978). *Illness as Metaphor*. New York: Farrar, Strauss and Giroux (Sontag, S. 富山太佳夫(訳)(1982). 隠喩としての病 みすず書房.)
- Spiegel, D. & Classen, C. (2000). *Group Therapy for Cancer Patients-A Research based Handbook of Psychosocial Care, first edition. Basic Books.* (Spiegel, D. & Classen, C. 朝倉隆司・田中祥子(監訳)(2003). がん患者と家族のためのサポートグループ 医学書院.)
- 菅原よしえ・齋田トキ子・西條泰子・阿部清美・渋谷多佳子・木村由美(2003). がん告知後の患者における病状の理解と感情状態に関する調査 日本赤十字看護学会誌, 3(1), 108-115.
- 孫継紅・竹内登美子(2003). 日本の認定看護師と専門看護師に関する文献研究 臨床看護, 29(11), 1721-1730.
- 鈴木久美 (2005). 診断・治療期にある乳がん患者の生の充実を図る心理教育的看護介入プログラムの効果 日本がん看護学会誌, 19(2), 48-58
- 鈴木久美・小松浩子(2002). 初めて病名告知を受けて治療に臨む壮年期がん患者の認知評価とその変化 日本がん看護学会誌, 16(1), 17-27.
- 高橋清子・明星景子・松浦志信・水田史子 (2002). クリティカルパス導入による効用・課題 患者, 看護師へのアンケート調査の一考察 十全総合病院雑誌, 8 (1), 27-30.
- 滝沢恒世・寺島雅範・小池輝明・渡辺健寛(1998). 新潟がんセンターにおける癌告知 肺癌患者に対するアンケート調査 県立がんセンター新潟病院医誌, 37(2), 87-88.
- 武市昌士・佐藤武 (1996). 入院癌患者のコンサルテーション・リエゾン活動 九州神経精神医学, 42(2), 150-154.
- 谷本千景・下畑智美・原ひとみ・池平純子・千葉京子・貫目志保(2005). 看護研究 泌尿器科病棟における術後せん妄発症の要因分析 泌尿器ケア, 10(10), 1014-1020.
- 田中久仁子(2005). クリニカルパスって何? Part 2 クリティカルパスのFAQ集 月刊ナーシング, 25(12), 46-57.
- 寺井多栄子・岸本恭子・雑賀美和 (2005). 開胸肺切除術施行患者における術後せん妄発症の術前要因の検討 日本看護学会論文集(老年看護), 35, 108-109.
- 塗師恵子・松原良次・原田眞雄・磯部宏・佐高晶子・今川民雄(2005). 肺がん患者に対する

- 短期グループ療法の効果 精神医学, 47 (12), 1277-1283.
- 辻秀男 (1996). 手術とからだ 神様は天の邪鬼 中央公論社.
- 内富庸介 (2002). がん治療における有害反应对策 がん患者の精神症状対策 癌と化学療法, 29(7), 1306-1310.
- 上田稚代子・関美奈子・竹村節子(2002). 乳癌患者の手術前・手術後の心理的状況の分析 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, 5, 19-25.
- 上部貴子・鎌田美由紀・毛内祥江・照井美幸 (2003): 術前の情報から患者が抱く術後状態イメージ 日本看護学会論文集 33 回成人看護 I, 54-56.
- Vos, P. J. , Garssen, B. , Visser, A. P. , Duivenvoorden, H. J. & Haes, H. C. (2004) . Psychosocial intervention for women with primary, non-metastatic breast cancer: a comparison between participants and non-participants. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 73 (5), 276-85.
- Walsh, D. & Nelson, K. A. (2003). Communication of a cancer diagnosis: patients' perceptions of when they were first told they had cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 20(1), 52-56.
- 渡辺清美・岩本泰行・井上真一・小鶴俊郎・倉田健一・松岡龍雄・萬谷智之・高見浩・佐伯俊成・森信繁・山脇成人(2003). がん患者の精神科コンサルテーション・リエゾンに関する臨床的検討 広島医学, 56 (8), 475-478.
- 渡辺孝子(1998). がん患者への病名告知と緩和ケアとの関連 がん専門病院と一般病院との比較 がん看護, 3 (3), 255-260.
- 渡辺孝子(2003). 慢性病期の乳がん患者のソーシャルサポートと精神的健康との関連 国際医療福祉大学紀要, 7・8, 65-74.
- Wells, M. E. , McQuellon, R. P. , Hinkle, J. S. & Cruz, J. M. (1995). Reducing anxiety in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Practice*. 3, 100-104.
- Whelan, T. J. , Mohide, E. A. , Willan, A. R. , Arnold, A. , Tew, M. , Sellick, S. , Gafni A. & Levine, M. N. (1997). The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer center. *Cancer*, 80(8), 1518-1524.
- 山本和郎(1986). コミュニティ心理学—地域臨床の理論と実践— 東京大学出版会.
- 山本力・鶴田和美 編著(2004): 心理臨床家のための「事例研究」の進め方. 北大路書房.
- 山中啓義・立花義浩・堀口憲一・栗田紹子・櫻井高太郎・嶋中昭二・浅野裕(2004). 当院

- における癌患者のコンサルテーション・リエゾン活動 過去5年間の臨床的検討 市立室蘭総合病院医誌, 29(1), 70-75.
- 山西ひと美・下川小夜子・信高秀子・深坂千代子(2001). 告知後の看護を考える 香川労災病院雑誌, 7, 121-125.
- 安田妙子 (2005). 精神看護専門看護師のコンサルテーションにおける援助内容 ナースへのインタビュー調査から 精神科看護, 160, 49-56.
- 吉田みつ子・遠藤公久・守田美奈子・朝倉隆司・奥原秀盛・福井里美・竹中文良(2004). がん患者のための地域開放型サポート グループ・プログラムの効果検討 心身医学, 44(2), 133-140.
- 吉田智美 (1999). 専門看護師とコンサルテーション ターミナルケア, 9(6), 420-422.
- Yount, S. & Schoesser, M. (1991). A description of patient and nurse perception of preoperative teaching. *Journal of PostAnesthesia Nursing*, 6(1), 17-25.

謝 辞

手術前後の苦しい状況にありながら、本研究の主旨にご理解をいただき、快くご協力くださいました、対象者の皆様に心より感謝を申し上げます。また、本研究にご理解をいただき、研究の場を提供し、さらにお忙しい中、事例検討にご参加いただきました、対象病院の看護部長様をはじめ、看護師の皆様に心より御礼を申し上げます。

本論文を作成する過程におきまして、データの分析へのご助言や、常に温かい励ましをくださいました山口桂子様をはじめとする植村ゼミの修了生の皆様に深く感謝いたします。

1996年に大学院へ入学以降10年にわたり、時には厳しく、時には温かく、ご指導ご助言をくださいました愛知淑徳大学教授 植村勝彦先生に深く感謝いたします。

資料

術前看護に関する研究へのご協力をお願い

私は、手術を受けられる患者様に、より効果的な看護が提供できるように、手術前の看護について研究をしたいと考えております。そこで、手術前を過ごされている患者様が体験されている入院生活について、率直なご意見をお聞かせいただきたいと思います。特に、手術という大変な治療をひかえながら、入院生活を過ごされることに対して、どのように努力され対処をされているのかお聞かせいただけたら幸いです。つきましては、手術前に必要な処置などに看護師とともに付き添わせていただきながらお話を伺い、様子を見させていただきたいと思います。お聞かせいただいた内容や見せていただいた様子は、ノートに記録をさせていただきたいと考えております。

研究にご協力を頂く患者様のプライバシーには十分に配慮いたします。患者様から得られました貴重なお話の内容は、研究以外には一切使用いたしません。また、研究に協力をしたくないとお感じになったときにはいつでも中止できます。研究の成果を発表する際にも、患者様のお名前、病院名等も一切明らかにいたしません。患者様の不利益になるようなことは、ないことをお約束いたします。

手術前という状況の中でお願いをするのは大変恐縮ではございますが、上記の主旨をご理解いただき、なにとぞ研究にご協力いただきますようお願い申し上げます。

調査者：浜松医科大学 医学部看護学科 講師
愛知淑徳大学 コミュニケーション研究科
心理学専攻 博士後期課程2年
白尾久美子

連絡先：〒431-3192
浜松市半田山1丁目20-1
浜松医科大学 医学部看護学科
Tel & Fax (053) 435-2820

同意書

私_____は、下記の説明を理解し、研究に協力することを同意します。

日付 年 月 日

私は、手術を受けられる患者様に、より効果的な看護が提供できるように、手術前の看護について研究をしたいと考えております。そこで、手術前を過ごされている患者様が体験されている入院生活について、率直なご意見をお聞かせいただきたいと思います。特に、手術という大変な治療をひかえながら、入院生活を過ごされることに対して、どのように努力され対処をされているのかお聞かせいただけたら幸いです。つきましては、手術前に必要な処置などに看護師とともに付き添わせていただきながらお話を伺い、様子を見させていただきたいと思います。お聞かせいただいた内容や見せていただいた様子は、ノートに記録をさせていただきたいと考えております。

研究にご協力を頂く患者様のプライバシーには十分に配慮いたします。患者様から得られました貴重なお話の内容は、研究以外には一切使用いたしません。また、研究に協力をしたくないとお感じになったときにはいつでも中止できます。研究の成果を発表する際にも、患者様のお名前、病院名等も一切明らかにいたしません。患者様の不利益になるようなことは、ないことをお約束いたします。

手術前という状況の中でお願いをするのは大変恐縮ではございますが、上記の主旨をご理解いただき、なにとぞ研究にご協力いただきますようお願い申し上げます。

調査者：浜松医科大学 医学部看護学科 講師
愛知淑徳大学 コミュニケーション研究科
心理学専攻 博士後期課程2年
白尾久美子

連絡先：〒431-3192
浜松市半田山1丁目20-1
浜松医科大学 医学部看護学科
Tel & Fax (053) 435-2820

説明者署名_____日付 年 月 日

術前看護に関する研究のご協力をお願い

私は、手術を受けられる患者様に、より効果的な看護が提供できるように、手術前の看護について研究をしております。そこで、手術を受けられる患者様が体験されている入院生活について、率直なご意見をお聞かせいただきたいと思います。つきましては、病棟の看護師とともにお世話をさせていただきながら、お話をうかがわせていただきたいと思います。お聞かせいただいた内容に関しましては、ノートに記録させていただくことをご許可いただけますようお願い申し上げます。

研究にご協力を頂く患者様のプライバシーには十分に配慮いたします。患者様から得られました貴重なお話の内容は、研究以外には一切使用いたしません。また、研究協力に関しましては自由意志でございますので、お断りいただいてもなんら支障はございません。また、お話の途中で中断されたい時にはいつでも中止できます。研究の成果を発表する際にも、患者様のお名前、病院名等も一切明らかにいたしません。患者様の不利益になるようなことはないことをお約束いたします。

手術を受けられる大変な状況の中でお願いをするのは恐縮ではございますが、上記の主旨をご理解いただき、なにとぞ研究にご協力いただきますようお願い申し上げます。

調査者：浜松医科大学 医学部看護学科 講師
白尾久美子

連絡先：〒431-3192

浜松市半田山1丁目20-1

浜松医科大学 医学部看護学科

Tel & Fax (053) 435-2820

同意書

私は、手術を受けられる患者様に、より効果的な看護が提供できるように、手術前の看護について研究をしています。そこで、手術を受けられる患者様が体験される入院生活について、率直なご意見をお聞かせいただきたいと思っています。つきましては、病棟の看護師とともにお世話をさせていただきながら、お話をうかがわせていただきたいと思います。お聞かせいただいた内容に関しましては、ノートに記録させていただくことをご許可お願い申し上げます。

研究にご協力を頂く患者様のプライバシーには十分に配慮いたします。患者様から得られました貴重なお話の内容は、研究以外には一切使用いたしません。また、研究協力に関しましては自由意志でございますので、お断りいただいてもなんら支障はございません。また、お話の途中で中断されたい時にはいつでも中止できます。研究の成果を発表する際にも、患者様のお名前、病院名等も一切明らかにいたしません。患者様の不利益になるようなことはないことをお約束いたします。

手術を受けられて大変な状況の中でお願いをするのは恐縮ではございますが、上記の主旨をご理解いただき、なにとぞ研究にご協力いただきますようお願い申し上げます。

平成 年 月 日

研究協力者署名：_____

研究者署名：_____

調査者：浜松医科大学 医学部看護学科 講師
白尾久美子

連絡先：〒431-3192

浜松市半田山1丁目20-1

浜松医科大学 医学部看護学科

Tel&Fax (053) 435-2820

「がんにより手術を体験する人々の心理的過程」に関する研究に対する看護師の評価

I. 目的

「がんにより手術を体験する人々の心理的過程」について、臨床で活用していくために、臨床現場の実際の状況に適合しているのか否かについて、看護師の意見を聞くことを目的とした。

II. 方法

1. 対象者

「がんにより手術を体験する人々の心理的過程」に関する研究について研究を実施した施設の看護部長、副看護部長、病棟の看護師長および看護師および、研究対象施設外の H 病院の外科系病棟の看護師を対象とした。

2. 手続きと倫理的配慮

研究成果の説明を実施するにあたり、看護部長に対して研究結果を報告し、同様の内容を看護師に説明する許可を得た。参加観察を実施した外科系病棟師長に対して、研究成果を説明することの意義と説明後に質問紙への記入を依頼した。外科系病棟看護師に対しては、同様の成果を報告することの意義と、質問紙の記入を依頼し、倫理的配慮として、プライバシーの保持、協力に対する拒否が可能であること、30 分から 1 時間の時間的制約をすること、質問紙に記述された内容を本研究以外に使用しないことを説明し承諾を得た。

3. 実施時期

第 1 回は、平成 16 年 7 月 2 日(金)に、研究対象施設、第 2 回は、平成 16 年 9 月 24 日(金)に H 病院の外科系病棟の看護師に対して実施した。

4. 調査方法

調査方法は、研究結果については資料を作成し説明を行った後、質問紙調査を実施した。なお対象者からの質問に対しては、随時、受けることとした。

質問紙調査の内容は、研究結果の臨床現場への適合度について、手術前と後に分けてリッカート尺度を用いて尋ねた（あてはまる 4 点から当てはまらない 1 点）。さらに、がんです手術を体験する人々に対して心がけている心理的援助について、手術前・後に分けて自

由記載するように依頼した。看護師および外科系看護師経験年数を尋ねた。質問紙は後日、郵送にて研究者へ直接回収することとした。

5. 分析方法

研究結果の臨床現場への適合度は平均値を算出した。がんにより手術を体験する人々に対して心がけている心理的援助に関する自由記載については、手術前・後に分け、類似した内容に分類しカテゴリーを生成した。

Ⅲ. 結果

1. 質問紙の回収率

第1回の参加者は22名であり、回収数15名(回収率68%)であった。第2回の参加者16名であり、回収数3名(回収率20%)であった。

2. 対象者の概要

両者の施設を合わせて、看護師経験年数は平均10.8ヶ月(5ヶ月～28年)であり、外科系看護師経験年数が平均3.7ヶ月(5ヶ月～10年)であった。

3. 研究結果の臨床現場への適合度について

研究結果が臨床現場の状況に適合するかについては、最高得点4点に対して手術前・後ともに平均値が3.66(±0.62)点であった。

4. 看護師のがんにより手術を体験する人々に対して心がけている心理的援助

看護師が、がんで手術を体験する人々に対して心がけている心理的援助について、手術前・手術後に分類し整理した(表1)。以下カテゴリーを「 」, データを『 』で示す。

表1. 手術前・後に関心のある援助

術 前		術 後	
手術や検査治療の説明	安心して手術が受けられるよう手術に対する説明をわかりやすくする	苦痛の緩和	苦痛を和らげる
	検査や治療にしても丁寧に説明を加えるように日頃努力してい		今一番苦痛になることをとってあげる
	術後合併症を起こさないように術前オリエンテーションを詳しくしている		苦痛を最小限に抑える
	手術に対しての説明をその都度付け加える		疼痛をコントロールし安楽に過ごせるように
	一般的な手術前スケジュールや合併症予防や術後の痛みに対する対処方法について		疼痛や今後の状態への不安の軽減
	術前オリエンテーションを早くから少しずつ進めていく	早期離床への援助	離床をまず第一に考える
ムンテラ後の精神的フォロー	家族・患者のムンテラにつき、患者、家族の反応をみる		合併症が起きないように心がける
	ムンテラ後にゆっくり話を聞く	今後の治療の確定後の精神的フォロー	早期離床
ムンテラ内容の理解度の確認	告知された場合には言動に注意する。		化学療法の説明がされたときなどのタイミングに合わせてがんに対する思いを聞いていみる
	ムンテラ内容をどのように理解しているのか		手術後告知されたときの精神的フォロー
病気や手術の受け入れ状況の確認	告知がどこまで家族のどのあたりまで話がしてあるのか確認する	退院後の生活に向けての支援	病理結果やそれに伴う治療についての説明や受け止め
	自分の疾患についてどこまで医師に聞いているか尋ねる		今までの生活に戻していくことを心がけている
	心身ともに手術が受け入れられていることを心がけている		回復に向けて患者の話を聞いたり、リハビリ援助に協力する
	手術を受け入れているかどうか	闘病意欲への支援	退院して自宅での生活について伺う
不安の軽減	術後の化療や予後についてどう考えているか		手術をしたことを「お疲れ様」とねぎらう気持ち
	役割をどのくらいもってみえるか、その中でどのような処理をされてから入院されたのか		術後は良くなっているところを伝えたり、退院後のことなどを話すようにしている
	手術に対する不安の軽減	話を聞く	一緒にがんばっていくという精神で関わりがもてるようがんばっている
	不安と感じられることを聞いていき少しでも不安を取り除く		手術の結果を前向きにとらえる
表情などから心理状況の推察	わからないところ不安なところなどを聞いている		患者の訴えには答える
	疾患や手術についての不安や疑問は無いかったらそれに対して返答する	話を傾聴する	毎日の部屋周りで患者の術後の気持ちを聞いたりしている
	表情や行動などにも注意して不眠などにも対応している		話をよく聞く
	心理面に気をつける		話を傾聴する
	どう考えて立ち向かっていくのかを表情や話の内容から少しでも理解しようとしている	意識しない	話を好きな人には一方的に話をさせている
	目線をあわせその人の表情を見ながら心理状態がどうであるか推測し対応している		心理面に気をつける
話を聴く	その人の立場から考えた看護ができるようにしている		患者のほうから病気について聞かれなければ特に触れない
	できるだけ関わり声を聞く		
がんに対してあまり触れない	話を傾聴する		
	訴えは手術のことが中心でがんに対する不安を訴える人は少ないので、関わりは深くない		
	がんに対してはほとんど触れないことが多い		

手術前は、「手術や検査治療の説明」、「医師からの説明後の精神的フォロー」、「医師からの説明内容の理解度の確認」、「病気や手術の受け入れ状況の確認」、「不安の軽減」、「表情などから心理的状況の推察」、「話を聴く」、「がんに対してあまり触れない」の8つのカテゴリーに整理できた。「手術や検査治療の説明」、「病気や手術の受け入れ状況の確認」、「不安の軽減」のカテゴリーは、『安心して手術が受けられるよう手術に対する説明をわかりやすくする』、『術前オリエンテーションを早くから進めていく』、『手術を受け入れているかどうか』、『手術に対する不安の軽減』など、がんではなく手術に関心が向けられていた。

手術後は、「苦痛の緩和」、「早期離床への援助」、「今後の治療の確定後の精神的フォロー」、「退院後の生活に向けての支援」、「闘病意欲への支援」、「話を聞く」、「意識しない」の7つのカテゴリーに分類できた。

手術後のカテゴリーを構成するデータは、『苦痛を和らげる』、『離床を第一に考える』、『今までの生活に戻していくことを心がけている』、『手術の結果を前向きにとらえる』など、手術からの回復に関心が向けられていた。

IV. まとめ

「がんにより手術を体験する人々の心理的過程」に関する研究の結果については、臨床現場において適合できると判断された。

臨床現場の看護師が手術前・後に心がけている心理的援助は、手術前においては、手術に対して気にかけており、手術後においては、手術からの回復に関心が注がれていた。また手術前後を通して、がんという言葉を用いて自由記載がされているデータが非常に少なかった。以上のことから、今回の対象者である看護師が、がんによりた人々と同じように、がんである事実には直面をすることを意識的か無意識的に避けているように感じられた。