

検診機関における消化器がん患者の病名告知後の 心理的状況とその関連要因の検討

保健師・家族による心理的サポートとの関連に焦点を当てて

フクイ サキヨ オザワ ハルミ
福井小紀子* 小澤 元美^{2*}

目的 検診機関におけるがん告知直後および約半年後の患者の心理的状況、およびそれらと保健師および家族のサポート状況との関連を検討する。

方法 検診機関で消化器（胃、大腸、または食道）がんと診断され、その告知を受けた患者105例を対象に、告知当日、1週間後、および告知後約半年の心理的状況（ショックの程度と身体・心理的状況）、およびがん告知後の保健師・家族のサポート状況（サポートの有無とその評価）について尋ねる自記式質問紙調査を郵送にて実施した。告知後の患者の心理的状況および保健師・家族のサポート状況を Visual Analogue Scale により測定し、これらの関連を重回帰分析にて検討した。

結果 がん告知後の患者のショックの程度は、告知当日（ 62.8 ± 26.1 ）に比べて告知後1週間（ 86.4 ± 33.0 ）には上昇し、半年後（ 25.4 ± 26.4 ）には低下した。告知当日の患者のショックの程度は保健師のサポートが有り（ $P = .01$ ）、患者によるその評価が高いほど（ $P = .003$ ）有意に低いことが示された。告知後1週間の患者のショックの程度も同様に、保健師のサポートが有り（ $P = .02$ ）、その評価が高いほど（ $P = .04$ ）有意に低かった。一方、告知後約半年の患者の身体・心理的状況は患者による家族のサポートへの評価が高いほどそれぞれ有意に良好であった（ $P = .04$, $P = .02$ ）。

結論 本研究により、消化器がん患者の告知後1週間の心理的負担は高く、その負担の軽減には告知直後の保健師によるサポートが有効であることが示された。また、告知後半年間には患者のニーズに見合うサポートが家族により行われることにより患者の身体・心理的状況が改善することが示された。これらの結果から、告知直後の医療者による患者への重点的な支援が重要であるとともに、がん告知以降に家族による適切な患者支援が長期的に行われるために、家族支援体制の整備の重要性が示唆された。

Key words : がん告知, 心理的状況, 心理的サポート, 消化器がん患者, がん検診機関

1 緒 言

近年、欧米を中心に、治療の進歩や国民の権利意識の高まりにより、がん患者への病名告知が進んだことから^{1,2)}、がんの告知を受けた患者の心理的負担を調べる研究が数多く行われ、がん告知後の患者への心理的支援の必要性が指摘されるよ

うになった³⁻⁹⁾。

一方、がん告知後の患者の心理的負担は治療開始前が最も高いことが明らかにされ^{10,11)}、また、治療開始前に患者に関わるがん検診機関においてインフォームド・コンセントやがん告知後の心理的支援の重要性が指摘されている¹²⁾ が、がんの治療開始前である告知直後に焦点を当てて患者の心理的状況の変化および心理的支援について調べた研究報告は数少ない¹³⁾。中でも、我が国におけるがん罹患率は胃や大腸などの消化器がんが上位を占める¹⁴⁾が、消化器がん患者の診断直後の心理的状況については世界的にみてほとんど知られて

* 東京都立保健科学大学

^{2*} 東京都立豊島看護専門学校

連絡先：〒116-8551 東京都荒川区東尾久 7-2-10
東京都立保健科学大学保健科学部看護学科
福井小紀子

いない状況である。

がん告知後の患者への心理的支援の提供者として、医療専門職の中で看護職がその役割を果たすことが期待されており¹⁵⁾、実際に重要な役割を果たしていることが明らかにされている^{16~18)}。しかし、これらの報告はいずれも看護師を対象に質的な分析を行った研究報告であり、がん告知直後の看護職による心理的サポートと患者の心理的状況との関連について量的に検討した報告は我が国に限らず諸外国においてもほとんどない。また、告知直後のがん患者への医療専門職による支援内容の実際について調べた研究もほとんど見当たらない。さらに、がん検診機関において、検診を受けてがんと診断された患者へのケアに携わる医療専門職として看護師と保健師の2職種が挙げられるが、看護師は主として検査や内視鏡切除術などの診療の補助業務に携わるのに対し、保健師は主としてがん告知を受けた患者への個別支援を提供することが期待され、実践されている。しかし、がん検診機関においてがんの告知を受けたがん患者への保健師による心理的支援の実際を調べた研究はほとんどない。

一方、家族も、がん告知後の患者への心理的支援の提供者として重要な役割を果たすことが言及されるとともに¹⁹⁾、Courtens²⁰⁾は家族によるサポートががん告知後の患者のQOLの改善に有意に関連することを示している。しかし、この報告は告知後1年間という長期間を対象期間としたもので、告知直後の家族のサポートとがん患者の心理的状況との関連について調べたものは見当たらない。

そこで、本研究では、1) 告知直後(病名告知当日と1週間後)および調査時点(約半年後)のがん患者の心理的状況について明らかにする、2) 告知直後の保健師によるがん患者への支援内容を明らかにし、各支援の有無と保健師への評価およびショックの程度との関連を検討する、3) 告知直後と約半年後の患者の心理的状況と保健師および家族のサポート状況との関連を明らかにすることを目的とする。

II 研究方法

1. 調査対象

都内A検診機関において2001年4月から11月

までの間に消化器がん(胃がん、大腸がん、または食道がん)と診断された者のうち、本人に“がん”という言葉を用いて病名が告げられ、かつ本人ががんであることを認識している者を対象の適格条件とした。また、根治治療である開腹術が不可能なターミナルステージの者を除外条件とした。

なお、A検診センターでは、がんと診断された患者への病名告知は、検診受診者が検査のために初回に来所してから1週間程度経て、検査結果を聞くための2度目の来所時に、消化器がん専門医である担当医により行われる。担当医は、がんと診断された患者に対して、“がん”という言葉は直接的に患者に伝える場合もあれば、“腫瘍”や“悪いもの”といった言葉を用いて表現を和らげて伝える場合もある。また、保健師は、担当医との連携により心理的支援が必要と判断する対象に対して、医師の告知場面への同席や告知直後およびその後の面接の機会の設定などを行っている。

2. 調査手順および倫理的配慮

2002年3-5月、対象者に自記式質問紙を用いて郵送調査を実施した。研究参加への同意は、調査票郵送の際、調査の目的、方法、および研究の対象者の個人の権利擁護を記入した調査説明書および同意書を同封し、同意を得られた人のみ質問紙とともに同意書の返送を依頼することにより得た。

3. 調査項目および測定方法

調査項目は、1) 患者の基本属性および医学的要因(性、年齢、サポートを受けた家族の続柄、検診の種類、がんの部位、がんの進行度、告知後経過期間、医師の関わりの有無と評価)、2) 病名告知後の保健師および家族によるサポート状況(サポートの有無とその評価)、3) 病名告知当日および1週間後の保健師による患者への支援内容、4) がん告知後の患者の心理的状況(告知当日、告知後1週間、調査時点のショックの程度、および調査時点の身体的、心理的状況)とした。なお、本研究では、がんの進行度として、開腹手術が必要なく、非観血的治療で治癒の見込まれる状態を早期とし、開腹手術の必要な状態を進行と定義した。

病名告知後の保健師および家族によるサポートの有無については、「検診センターで病名を知らされてから、今回の病気のことで助けになる保健

師（または家族）がいましたか」を「はい」または「いいえ」で尋ねることにより回答を得た。がん告知直後の患者の心理的状況およびがん告知直後の保健師・家族によるサポートの評価については、既存の心理尺度は国内外ともに報告されていないため、本研究では、先行研究^{4,23)}を参考にするとともに、患者の負担を最小限に抑えるよう配慮を行い、それぞれを100 mmのVisual Analogue Scale (VAS) を用いて測定した。すなわち、保健師・家族によるサポートの評価および医師の関わりへの評価については、「がんでであると告知されたことに対して保健師（または家族、医師）はどの程度助けになりましたか」と質問し、右端を「大変助けになった（100）」、左端を「まったく助けにならなかった（0）」としたVASを用いて測定した。がん告知によるショックの程度についても、告知当日、告知後1週間、および調査時点のそれぞれの時期に「がんでであると告知されたことによるショックはどの程度でしたか」と質問し、右端を「大変ショックであった（100）」、左端を「まったくショックでなかった（0）」としたVASを用いて測定した。また、調査時点の身体、心理的状況に関しては「現在の身体（または心）の状態はいかがですか」と質問し、右端を「大変よい（100）」、左端を「大変わるい（0）」としたVASを用いて測定した。

病名告知当日および1週間後の保健師による支援内容に関しては、1) 検査・病気・治療に関する情報提供、2) 心配・不安の軽減、3) 精神的な支え、4) 前向きに治療に向かう気持ち、5) 医師・患者間の連携、6) その他の6項目を設け、それぞれの内容について受けたかどうかを尋ねた。

4. 分析方法

がん告知後の患者の心理的状況5項目（告知当日、告知後1週間、調査時点のショックの程度、および調査時点の身体的状況、心理的状況）、患者の基本属性・医学的要因、保健師からの各支援内容の有無、および保健師・家族のサポートの有無とその評価に関して、それぞれの関連を、群間の割合の比較には χ^2 検定、群間の平均値の比較には t 検定、2群の相関分析にはピアソンの積率相関係数(r)を用いて分析した。

また、心理的状況5項目と保健師・家族のサ

ポートの有無および評価との最終的な関連をみるために、心理的状況5項目をそれぞれ従属変数とし、保健師・家族のサポートの有無とそれぞれの評価を独立変数とし、さらに、これらの因子と有意な関連を示した因子（がんの部位、がんの進行度、当日のショックの程度、医師の関わりへの評価、および告知後経過期間）を調整因子として一括投入する重回帰分析を行った。なお、表中には、それぞれの独立変数の標準偏回帰係数（偏回帰係数にその変数の標準偏差をかけたものを従属変数の標準偏差で割ったもの、すなわち、独立変数・従属変数ともに平均0、標準偏差1としたときに、独立変数が1増加する際の従属変数の変化の値）および P 値を示した。

すべての分析はSAS統計パッケージ(SAS Institute, Cary, NC, U.S.A.)を用いて行い、有意水準を $P < 0.05$ とした。

III 研究結果

1. 対象の特徴、保健師・家族のサポート状況、および病名告知後の患者の心理的状況

適格条件を満たす対象144人のうち、116人(74.8%)から返答があり、さらに回答に欠損の認められた対象11人を除いた結果、有効回答数は105(72.9%)であった。なお、研究対象105人と非返答者28人および除外者11人の間に、患者の基本属性および医学的要因、また病名告知後の保健師によるサポートの有無について、いずれも有意な差は認められなかった。

対象の特徴を表1に示す。年齢は平均64.4±4.4歳(範囲37-85歳)、告知後経過期間は6.6±2.2か月(範囲4-11か月)、性別は男性が74%であった。

保健師および家族のサポートを有りと回答した対象の割合はそれぞれ50%、92%であり、最もサポートを受けた家族の続柄は配偶者が69%であった。また、保健師および家族に対する評価は100を最高値として、それぞれ70.3±25.8、79.2±27.8であり、医師の関わりへの評価は86.6±16.2であった。

表2に病名告知後の患者の心理的状況(ショックの程度および身体・心理的状況)を示した。ショックの程度は、告知当日が62.8±26.1、告知1週間後86.4±33.0、調査時点(告知後6.6±2.2か

表1 患者の特徴および病名告知後の保健師・家族のサポートの有無と評価 (n=105)

項目	人数 (%)
性別	
男性	78(74)
女性	27(26)
検診の種類 (一般検診か集団検診か)	
一般検診	76(72)
集団検診	29(28)
がんの部位	
胃	46(42)
大腸	53(52)
食道	6(5)
進行度	
早期	89(85)
進行	16(15)
医師の関わり*	
有	104(99)
保健師のサポート	
有	52(50)
家族のサポート	
有	97(92)
最もサポートを受けた家族の続柄	
配偶者	72(69)
子供	17(16)
兄弟	5(5)
その他	3(3)
家族からのサポートなし	8(8)
	平均 (標準偏差)
年齢	64.4(9.4)
告知後経過期間(月数)	6.6(2.2)
医師の関わりへの評価 (n=104)	86.6(16.2)
保健師のサポートへの評価 (n=52)	70.3(25.8)
家族のサポートへの評価 (n=98)	79.2(27.8)

*: 主として病名告知および検診機関受診中の説明を指す

表2 病名告知後の患者の心理的状況 (n=105)

変数 (VAS, 範囲 1-100)	平均 (標準偏差)
告知当日のショックの程度	62.8(26.1)
告知1週間後のショックの程度	86.4(33.0)
調査時点*のショックの程度	25.4(26.4)
調査時点の身体的状況	68.0(18.7)
調査時点の心理的状況	67.3(20.7)

*: 告知後平均6.6±2.2か月後

月後)が25.4±26.4であった。また、調査時点の身体、心理的状況はそれぞれ68.0±18.7、67.3±20.7であった。

2. 病名告知後の保健師からの支援内容、および各支援と保健師へのサポートの評価・ショックの程度との関連

病名告知当日および1週間後の保健師からの各支援内容の有無、および各支援の有無と保健師へのサポートの評価およびショックの程度との関連について表3に示した。告知当日は、検査・病気・治療に関する情報提供を最も多く受けており(n=38, 73%), 次いで、前向きに治療に向かう気持ち(n=29, 56%)であった。告知1週間後では、心配・不安の軽減(n=31, 60%)が最も高い割合を示し、2番目の検査・病気・治療に関する情報提供(n=29, 56%)と順序が逆転した。

また、告知当日は、いずれの支援においても、支援を受けていた対象は支援を受けていなかった対象に比べて保健師へのサポート評価が有意に高いもしくは高い傾向が示された。告知当日のショックの程度に関しても、精神的な支えを除いて、同様の結果が示された。告知1週間後では、心配・不安の軽減と精神的な支えに関する支援を受けていた対象は支援を受けていなかった対象に比べて保健師へのサポート評価が有意に高かった。

3. 病名告知後の心理的状況と保健師・家族のサポート状況との関連: t検定および相関分析の結果

がん告知後の患者の心理的状況5項目(告知当日、告知後1週間、調査時点のショックの程度、および調査時点の身体的状況、心理的状況)と患者の基本属性および医学的要因との関連について検討した結果、がんの部位と告知後1週間のショックの程度との間に有意な関連が認められた。すなわち、告知後1週間のショックの程度のVAS値の平均は、大腸がんの患者で78.6±38.9、胃および食道がんの患者で94.3±23.5であり、大腸がん患者に比べて胃および食道がん患者のほうが有意に高かった(P=.01)。その他の項目間の関連については、いずれも有意な関連は認められなかった。

がん告知後の患者の心理的状況5項目と保健師のサポートの有無および評価との関連については、保健師のサポートの有無と告知当日および告

表3 病名告知当日および1週間後の保健師からの支援の有無と保健師へのサポート評価およびショックの程度との関連 (n=52)

保健師からの支援内容	保健師へのサポート評価		ショックの程度 ^{注2)}	
	VAS 平均値±標準偏差	P値 ^{注1)}	VAS 平均値±標準偏差	P値
<告知当日>				
検査・病気・治療に関する情報提供	あり (n=38)	74.0±24.7	68.6±24.1	
	なし (n=14)	60.4±27.0	53.6±29.4	.07
心配・不安の軽減	あり (n=28)	79.0±27.6	74.4±22.2	
	なし (n=24)	60.1±19.5	53.1±26.2	.003
精神的な支え	あり (n=20)	82.4±25.5	71.4±23.1	
	なし (n=32)	62.8±23.3	60.3±27.5	.14
前向きに治療に向かう気持ち	あり (n=29)	76.9±25.5	70.3±27.5	
	なし (n=23)	62.0±24.2	57.3±23.0	.07
医師・患者間の調整	あり (n=25)	78.0±24.4	72.6±21.6	
	なし (n=27)	63.2±25.4	57.1±28.2	.03
<告知1週間後>				
検査・病気・治療に関する情報提供	あり (n=29)	87.3±15.6	93.8±26.4	
	なし (n=23)	82.3±20.1	98.5±27.4	.53
心配・不安の軽減	あり (n=31)	89.3±16.3	96.2±31.1	
	なし (n=21)	78.9±18.3	95.4±19.0	.92
精神的な支え	あり (n=25)	91.6±16.2	98.9±27.6	
	なし (n=27)	79.0±17.3	93.1±26.0	.44
前向きに治療に向かう気持ち	あり (n=25)	87.8±17.8	93.9±27.2	
	なし (n=27)	82.6±17.7	97.7±26.5	.61
医師・患者間の調整	あり (n=21)	87.1±16.1	96.9±25.6	
	なし (n=31)	83.7±18.9	95.2±27.7	.82

注1) : t検定を行った

注2) : 告知当日の関連については告知当日のショックの程度, 告知1週間後については告知1週間後のショックの程度を用いた

知後1週間のショックの程度との間に有意な関連が認められた。すなわち, 告知当日のショックの程度のVAS値の平均は, 保健師のサポートを受けた患者70.6±33.6で, 受けなかった患者で88.1±16.3であり, また, 告知後1週間のショックの程度のVAS値の平均は, 保健師のサポートを受けた患者で77.0±36.1, 受けなかった患者で95.9±26.7であり, 保健師のサポートを受けた患者に比べて受けなかった患者の方がそれぞれ有意に高かった ($P=.001, P=.003$)。また, 保健師のサポートに対する評価と告知当日および告知後1週間のショックの程度との間にもそれぞれ負の相関が認められた ($r=-.195, P=.04; r=-.285, P=.003$)。

がん告知後の患者の心理的状況5項目と家族のサポートの有無と評価との関連については, 家族のサポートの有無と告知当日および告知後1週間

のショックの程度との間に有意な関連が認められた。すなわち, 告知当日のショックの程度のVAS値の平均は, 家族のサポートを受けた患者で44.8±32.9, 受けなかった患者で64.3±25.2であり, また, 告知後1週間のショックの程度のVAS値の平均は, 家族のサポートを受けた患者で60.4±24.0, 受けなかった患者で88.5±32.9であり, 家族のサポートを受けた患者に比べて受けなかった患者の方がそれぞれ有意に高かった ($P=.04, P=.02$)。また, 家族のサポートの有無と調査時点のショックの程度, 身体的状況, 心理的状況との関連においてそれぞれ有意な傾向が認められた。すなわち, 調査時点のショックの程度, 身体的状況および心理的状況のVAS値の平均は, 家族のサポートを受けた患者でそれぞれ9.3±9.0, 68.9±19.0, 68.1±20.9, 受けなかった患者でそれぞれ26.7±27.0, 57.5±11.3, 56.8±16.0で

あり、家族のサポートを受けた患者に比べて受けなかった患者の方がそれぞれ有意に高いもしくは低い傾向が示された ($P=.07, P=.09, P=.09$)。また、家族のサポートに対する評価と告知後1週間のショックの程度との間において負の相関が認められ ($r=-.215, P=.03$)、調査時点の身体的状況および心理的状況との間にそれぞれ正の相関が認められた ($r=.229, P=.02; r=.243, P=.01$)。

4. 病名告知後の心理的状況と保健師・家族のサポート状況との関連：重回帰分析の結果

がん告知後の患者の心理的状況5項目と保健師・家族のサポート状況との最終的な関連を検討するために重回帰分析を行った結果を表4-1～5に示した。告知当日のショックの程度は、保健師

表4-1 告知当日の患者のショックの程度と保健師・家族のサポートとの関連：重回帰分析の結果^{注)}

	標準偏回帰係数 (β)	P値
保健師のサポートの有無 (0:なし;1:あり)	-.62	.01
家族のサポートの有無 (0:なし;1:あり)	-.19	.27
保健師のサポート評価 (VAS, 範囲 0-100)	-.66	.003
家族のサポート評価 (VAS, 範囲 0-100)	-.005	.97
Adjusted R ² .07		

注)：がんの部位 (1:大腸;0:それ以外)、がんの進行度 (1:進行;0:早期)、医師の関わりへの評価 (VAS, 範囲 1-100)を調整因子として投入

表4-2 告知後1週間の患者のショックの程度と保健師・家族のサポートとの関連：重回帰分析の結果^{注)}

	標準偏回帰係数 (β)	P値
保健師のサポートの有無 (0:なし;1:あり)	-.71	.02
家族のサポートの有無 (0:なし;1:あり)	-.03	.85
保健師のサポート評価 (VAS, 範囲 0-100)	-.61	.04
家族のサポート評価 (VAS, 範囲 0-100)	.02	.91
Adjusted R ² .30		

注)：がんの部位 (1:大腸;0:それ以外)、がんの進行度 (1:進行;0:早期)、医師の関わりへの評価 (VAS, 範囲 1-100)、当日のショックの程度 (VAS, 範囲 1-100)を調整因子として投入

のサポートが有り、保健師のサポートに対する患者の評価が高いほど有意に低かった ($P=.01; P=.003$)。また、告知後1週間のショックの程度も、保健師のサポートが有り、保健師のサポートに対する患者の評価が高いほど有意に低かった ($P=.02; P=.04$)。一方、調査時点のショックの程度は、保健師・家族のサポートの有無およびこれらの評価のいずれとも有意な関連を示さなかった。調査時点の患者の身体的状況・心理的状況と保健師・家族のサポートの有無およびこれらの評価との関連については、患者の家族に対するサ

表4-3 調査時点 (告知後平均6.6±2.2か月後)における患者のショックの程度と保健師・家族のサポートとの関連：重回帰分析の結果^{注)}

	標準偏回帰係数 (β)	P値
保健師のサポートの有無 (0:なし;1:あり)	.55	.18
家族のサポートの有無 (0:なし;1:あり)	.20	.26
保健師のサポート評価 (VAS, 範囲 0-100)	-.17	.47
家族のサポート評価 (VAS, 範囲 0-100)	-.08	.65
Adjusted R ² .03		

注)：がんの部位 (1:大腸;0:それ以外)、がんの進行度 (1:進行;0:早期)、医師の関わりへの評価 (VAS, 範囲 1-100)、当日のショックの程度 (VAS, 範囲 1-100)、告知後経過期間 (月数)を調整因子として投入

表4-4 調査時点における患者の身体的状況と保健師・家族のサポートとの関連：重回帰分析の結果^{注)}

	標準偏回帰係数 (β)	P値
保健師のサポートの有無 (0:なし;1:あり)	.35	.38
家族のサポートの有無 (0:なし;1:あり)	.06	.72
保健師のサポート評価 (VAS, 範囲 0-100)	.07	.75
家族のサポート評価 (VAS, 範囲 0-100)	.38	.04
Adjusted R ² .03		

注)：がんの部位 (1:大腸;0:それ以外)、がんの進行度 (1:進行;0:早期)、医師の関わりへの評価 (VAS, 範囲 1-100)、当日のショックの程度 (VAS, 範囲 1-100)、告知後経過期間 (月数)を調整因子として投入

表4-5 調査時点における患者の心理的状況と保健師・家族のサポートとの関連：重回帰分析の結果^{注)}

	標準偏回帰係数 (β)	P 値
保健師のサポートの有無 (0：なし；1：あり)	.09	.83
家族のサポートの有無 (0：なし；1：あり)	.14	.41
保健師のサポート評価 (VAS, 範囲 0-100)	.05	.85
家族のサポート評価 (VAS, 範囲 0-100)	.43	.02
Adjusted R ² .02		

注)：がんの部位 (1：大腸；0：それ以外)，がんの進行度 (1：進行；0：早期)，医師の関わりへの評価 (VAS, 範囲 1-100)，当日のショックの程度 (VAS, 範囲 1-100)，告知後経過期間 (月数)を調整因子として投入

ポート評価が高いほど，身体，心理的状況ともに有意に良好であることが示された ($P = .04$, $P = .02$)。なお，調整済み R² はそれぞれ 0.02～0.30であった (表 4-1～5)。

IV 考 察

本研究では，我が国に限らず欧米においても知見の少ない病名告知直後のがん患者の心理的状況とその関連要因について明らかにした。以下順に考察する。

1. 病名告知後の心理的状況

本研究の結果から，病名告知後のがん患者のショックの程度は，告知当日に比べ，告知後 1 週間には上昇していることが示された。この結果は，約半分の患者は告知後 1 週間経っても告知によるショックから立ち直っていない⁶⁾という知見を裏付ける結果であるとともに，告知当日に比べて告知後 1 週間ではさらにショックの程度が高まっているという新たな知見を示すものであり，告知当日から告知後 1 週間という短期間の心理的ケアに重点を置いた患者への支援の重要性を示唆する結果と言える。

告知後約半年経た時点のショックの程度は告知当日および 1 週間後と比べて低かったという結果は，がん告知後 6 か月以降にがんへの適応が改善する²¹⁾，および，告知後の患者は 2 週間～3 か月で現実の問題に適応し順応するようになる²²⁾という先行研究の結果を支持するものである。本研究

から，患者の自覚する告知による心理的負担は告知後約半年経た時点では軽減していることが明らかにされたといえる。

2. 病名告知後の保健師による支援内容，および各支援の有無と保健師への評価・ショックの程度との関連

告知当日は，保健師が患者に行っていた支援のうち，情報提供に関する支援が最も高く，告知 1 週間後は情報提供に関する支援が維持されるとともに心理的支援を提供する割合が上昇した。この結果は，診断を受けたがん患者のニーズの中で最も高いのは情報に関するニーズであるという先行研究の結果^{23,24)}を支持するものである。また，告知当日は，情報提供，心理的支援，医師・患者間の調整などのほぼ全ての支援が患者の保健師評価を有意に高め，かつ当日のショックの程度を有意に軽減していた一方で，告知 1 週間後は，心配・不安の軽減や精神的な支えといった心理的支援のみが保健師評価を有意に高めていた。この結果は，適切な情報提供により不安が軽減するという報告²⁵⁾があることから，がん告知に携わる医療者は告知当日といった告知直後には適切な情報提供を即座に行うことが重要であり，また，その後 1 週間かけて情報提供支援から不安を軽減するための心理的支援に重点を移していくことが必要であることを示唆する結果といえる。

3. 病名告知後の患者の心理的状況と保健師・家族による心理的支援との関連

本研究の目的である告知直後の患者の心理的状況と看護職・家族による心理的支援との関連を検討するに当たり，医療機関における病名告知時の医師との関わりが患者の心理的適応に大きく関わりとの指摘^{26,27)}があることから，この因子を調整した。また，患者の心理的状況と保健師・家族による心理的支援それぞれに有意な関連を示した患者の属性，医学的要因，および告知時の状況についても，両者の最終的な関連を見るために調整を行い，重回帰分析を行った。その結果，保健師によるサポートが有り，かつ患者によるその評価が高いほど，告知当日と告知 1 週間後の患者のショックの程度は有意に低いことが示された。この結果は，告知直後の看護職による心理的支援が患者の心理的状況を軽減することを量的に示した最初の研究といえる。看護職はがん患者の QOL

を高め、治療の自己決定を促すために、個別性の高い支援を提供することの重要性が指摘されている²⁸⁾が、わが国のがん告知場面において個別性の高い患者支援が保健師により実際に行われている可能性が示唆された結果と解釈できる。

また、本研究では、告知後約半年の患者の身体・心理的状況は、患者の家族によるサポートの評価が高いほど有意に良好であることが示されたが、この結果は、家族はがん患者の告知後の心理的状況を軽減するために重要な役割を果たしていることを示した先行研究の知見²⁹⁾を裏づけるものである。一方、本研究では、家族によるサポート状況は、告知当日および1週間後の患者の心理的状況の最終的な関連因子として挙げられず、保健師によるサポートのみが有意な関連因子として残ったが、t検定および相関分析において告知当日および告知後1週間ともに家族のサポートの有無とその評価は、告知直後の患者の心理的状況と有意な関連または有意に関連する傾向を示した。さらに、家族は告知数日後から数週間後にかけて患者の身近な支えとなっていると報告されていることから¹⁹⁾、告知直後から家族のサポートは開始されていると考えることができる。このため、本研究の結果の解釈として、最初の1週間は保健師によるサポートが家族によるサポートに比べてより強く影響するが、家族によるサポートは初期から行われており、その後数か月にわたりその効果を発揮してくることが考えられる。以上の解釈を基に、患者の評価の高まる、すなわち患者のニーズを捉えた家族による支援が早期から適切に行われるように、保健師は告知後1週間の支援内容の一つとして家族教育を取り入れることが有効であると推察される。

本研究の結果は重回帰分析によるものであるが、これらは、がん告知後の患者の心理的状況を従属変数とし、保健師・家族のサポート状況を独立変数として両者の関連を検討することを目的とし、これらの変数に有意に関連した変数のみを調整因子として投入したため、いずれの分析結果においてもモデルの適合性は低かった。今後、がん告知後の患者の心理的負担への支援のあり方を検討していく際には、包括的に因子を取り上げ、モデルの適合性を高めていくための更なる検討が必要である。

4. 本研究の限界と今後の展望

本研究の限界は、第一に、サンプル数が少ないこと、また1項目の測定用具を用いて各項目の評価を行っているため結果の信頼性および妥当性が十分に確保されていないという点である。しかし、がん告知直後の患者の心理的状況を測定する尺度は国内外ともに報告されておらず、またがん告知後の患者の負担を最小限に抑える配慮が必要であると判断したことから、本研究ではVisual Analogue Scale (VAS)を用いて測定した。今後はがん告知直後の患者の心理的状況を測定するための尺度の開発とそれによる評価が課題である。

第2の限界は、本研究では告知当日および告知後1週間という2時点の状況を後ろ向き調査により尋ねていること、さらに、告知経過期間が4-11か月の患者を対象にしていることである。このため、告知直後の各時点の状況が正確に反映されていない可能性がある。しかし、がん告知直後の患者の心理的負担は3か月程度続くことが報告されている²²⁾ことから、本研究では倫理的に配慮してがん告知後4か月以上経過した患者を対象に調査実施を行った。また、本研究のほとんどの対象において告知後経過月数とは無関係に告知当日と告知後1週間の心理状況の評価は大きく異なっていたこと、さらに、人は驚くべき事柄に関しては数年後も詳細まで覚えており、そのような記憶を“flashbulb memories”であると名付けている報告があること³⁰⁾から、本研究の結果は実際の状況を比較的良好に反映できていたと考える。

第3の限界は、本研究では、保健師・家族のサポートが患者の心理的状況に影響するという結果の解釈を行っているが、対象の心理状況は主観的に評価されたものであり、かつこれらの回答はすべて思い出しにより得たものであること、さらに、両者は互いに関連が深い項目であることから、両者の因果関係は明らかにできないことである。今後、受けたサポートと患者の心理状況を客観的に評価し、かつ両者の因果関係を明らかにするための前向き調査が必要である。

第4の限界は、本研究では告知直後の保健師および家族によるサポートと告知後約半年経過した調査時点における身体心理状況との関連を調べているが、その間の治療の成功などの医療要因を加味していないことである。しかし、本研究では、

がん検診センターの特徴上、対象患者を根治治療である開腹手術を必要としない早期がん患者と開腹手術を必要とする進行がん患者に絞っており、また、進行がん患者の大多数は開腹手術を行うことにより根治している。さらに、治療状況を加味した医療要因として「進行度」を取り上げ、これを調整した上で保健師・家族によるサポートと調査時点における身体・心理的状況との関連を検討していることから、対象への告知後数か月間の医療要因の影響をある程度は考慮できていると考える。

本研究は以上の限界を有するものの、わが国の死因第1位であるがんの早期発見を担っているがん検診機関において、がん患者の告知直後の心理的状況、およびこれらと看護職・家族によるサポート状況との関連に関する知見を示したという点で意義があると考えられる。本研究が、がんの早期発見早期治療という2次予防の推進を担う検診機関とその後の治療を受け持つ医療機関とのがん告知後の継続ケアの重要性を喚起するための一資料となることを期待する。

本研究は、木村看護教育振興財団の平成14年度看護研究助成を受けて行われた。本研究にご助言いただきました東京都多摩がん検診センター細井董三前所長、寺島和子保健師、草野千秋保健師に深謝致します。また、研究にご協力頂いた対象の皆様へ御礼申し上げます。

(受付 2002. 8.22)
(採用 2003. 5.14)

文 献

- 加藤誠実, 吉田博子, 杉山静子, 他. 日本人の多くが迎えている末期医療の実態について: 平成6年度人口動態社会経済面調査より. 厚生指針 1995; 42: 25-36.
- 神津忠彦, 並木正義. 消化器癌の告知をめぐる. Gastroenterological Endoscopy 1995; 33: 1024-1034.
- McCaul KD, Sandgren AK, King B, et al. Coping and adjustment to breast cancer. Psychooncology 1999; 8: 230-236.
- Walsh RA, Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news 2: What evidence is available to guide clinicians? Behavioral Medicine 1998; 24: 61-72.
- 小松浩子, 小島操子, 渡邊真弓, 他. がん告知を受けた患者の主体的ながんと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 1996; 19: 39-44.
- 笹子三津留. 癌の告知—告知を受けた患者へのアンケート調査結果報告. 医学のあゆみ 1992; 160: 146-150.
- Lind SE, Good MD, Seidel S, et al. Telling the diagnosis of cancer. Journal of Clinical Oncology 1989; 5: 583-589.
- Frank SM. Psychological impact of the cancer diagnosis. Oncology Nursing Forum 1984; 11: 16-22.
- Watson M, Greer S, Blake S, et al. Reaction to a diagnosis of breast cancer: Relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. Cancer 1984; 53: 2008-2012.
- Hughes KK. Psychosocial and functional status of breast cancer patients: The influence of diagnosis and treatment choice. Cancer Nursing 1993; 16: 222-229.
- Gustafsson O, Theorell T, Norming U, et al. Psychological reactions in men screened for prostate cancer. Journal of British Urology 1995; 75: 631-636.
- 大上俊彦, 下山直人. がん告知後のアフターケア. 日本臨床 2001; 59 増刊号 4: 575-579.
- Cimprich B. Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. Cancer Nursing 1999; 22: 185-94.
- 味木和喜子. 1995年(平成7年)全国がん罹患数, 罹患率の推定. 厚生省がん研究助成金, 地域がん登録の精度向上と活用に関する研究. 大島明, 編. 平成11年度報告書. 大阪: 大阪府立成人病センター, 2000; 35-44.
- Thijs-Boer FM, de Kruif AT, van de Wiel HB. Supportive nursing care around breast cancer surgery: an evaluation of the 1997 status in The Netherlands. Cancer Nursing 1999; 22: 172-175.
- Palsson MB, Norberg A. Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. Journal of Advanced Nursing 1995; 21: 277-285.
- Dunnice U, Slevin E. Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. Journal of Advanced Nursing 2000; 32: 611-618.
- 飯塚京子, 清水喜美子, 山西文子. がん患者のトータルケアへの視点: インフォームド・コンセントにおける看護の役割. 臨床看護 1996; 22: 2056-2061.
- Rait D. 47章 がん患者の家族. Holland JC, 編. サイコオンコロジー. 東京: メディサイエンス社, 1993; 537-548.
- Courtens AM, Stevens FC, Crebolder HF, et al. Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. Cancer Nursing 1996; 19: 162-169.

- 21) Ritz LJ, Nissen MJ, Swenson KK, et al. Effects of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 2000; 27: 923-932.
 - 22) Okamura H, Uchitomi Y, Sasako M, et al. Guidelines for telling the truth to cancer patients. Japanese National Cancer Center. *Japan Journal of Clinical Oncology* 1998; 28: 1-4.
 - 23) Meredith C, Symonds P, Webster L, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *British Medical Journal* 1996; 313: 724-726.
 - 24) Bilodeau BA, Degner LF. Information needs, sources of information, and decisional roles in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 1996; 23: 691-696.
 - 25) Harris KA. The informational needs of patients with cancer and their families. *Cancer Practice* 1998; 6: 39-46.
 - 26) Dermatis H, Lesko LM. Psychosocial correlates of physician-patient communication at time of informed consent for bone marrow transplantation. *Cancer Investigation* 1991; 9: 621-628.
 - 27) Ptacek JT, Fries EA, Eberhardt TL, et al. Breaking bad news to patients: physicians' perceptions of the process. *Supportive Care in Cancer* 1999; 7: 113-120.
 - 28) Turton P, Cooke H. Meeting the needs of people with cancer for support and self-management. *Complement Therapy Nursing Midwifery* 2000; 6: 130-137.
 - 29) Wang X, Cosby LG, Harris MG, et al. Major concerns and needs of breast cancer patients. *Cancer Nursing* 1999; 22: 157-163.
 - 30) Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, et al. When the diagnosis is cancer. *Cancer* 1999; 77: 2630-2637.
-

RELATION OF PSYCHOLOGICAL DISTRESSES AFTER DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER AT A CANCER SCREENING CENTER WITH PSYCHOLOGICAL SUPPORT FROM PUBLIC HEALTH NURSES AND FAMILY MEMBERS

Sakiko FUKUI* and Harumi OZAWA^{2*}

Key words : imparting a cancer diagnosis, psychological distress, psychological support, gastric cancer, cancer screening center

Purpose The objectives of this study were to examine the degree of psychological distress during the first 6 months after diagnosis of gastric cancer and investigate the relation to psychological support from public health nurses and family members.

Methods One hundred and five patients with stomach, colorectal, or esophagus cancer were mailed a questionnaire. They were asked questions concerning the level of shock on the day of diagnosis, at 1-week after the diagnosis, and at 6 months post diagnosis. In addition, their physical and psychological status was assessed at the 6-month time point. They were also asked about perceived psychological support from public health nurses and family members. The relation between psychological distress and such psychological support was then assessed using multiple regression analyses.

Results The levels of shock on the day of diagnosis and after 1-week were both significantly related to the psychological support from public health nurses. Physical and psychological status at 6 months post diagnosis was significantly related to the level of psychological support from the patient's family members.

Conclusion The study revealed that psychological support from public health nurses improves the level of patient psychological distress during the first 1 week after the cancer diagnosis. Psychological support from family members facilitates the physical and psychological adjustment at 6 months post diagnosis. The results indicate that psychological support is important just after cancer diagnosis and for longer term adjustment, pointing to a major role of health care professionals alleviating problems associated with cancer diagnosis.

* Tokyo Metropolitan University of Health Sciences

^{2*} Tokyo Metropolitan Toshima Nursing School