

がん告知を受け手術を体験する人々の心理的過程

白尾久美子 静岡県立大学看護学部 Kumiko Shirao School of Nursing University of Shizuoka

山口桂子 愛知県立看護大学 Keiko Yamaguchi School of Nursing University of Aichi

大島千英子 元浜松医科大学 Chieko Oshima Hamamatsu University School of Medicine

植村勝彦 愛知淑徳大学 Katsuhiko Uemura Aichi Shukutoku University

要約

がん告知をされ手術を体験する人々が、病気や手術に対して現実的に対処ができるための心理的サポートを検討することを目標に、彼らの手術前・後の心理的過程を明らかにした。がん告知を受け手術を受ける 10 名に対して、看護師として看護ケアに直接かかわりながら観察記録を作成し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行った。がんで手術を受ける人々の心理的状況は、手術前にはがんおよび死への脅威が強く、直視することを恐れ、手術に治癒の可能性を託すという【がんによる死の脅威の回避】がみられた。手術後は、様々な苦痛を体験し苦闘しながらも、もとの生活に戻れることを期待し、回復のため自分なりに努力をしていた。しかしがんが体から完全に取除かれるという保証が得られないことに気づき【終結がみえないがんと苦闘】を呈していた。がん告知を受け手術を体験する人々は、あたかも何事もないように平静を装っているが、非常に複雑な心理的状況にあるため、常に関心をよせ、彼らが実践可能な手術への準備を促すことが有効であると考えられる。

キーワード

がんに罹患した人々、心理的過程、手術前後、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

Title

Psychological Processes of Cancer Patients Informed of their Diagnoses and Scheduled for Surgery.

Abstract

To establish psychological support techniques to help cancer patients coping with their disease before and after surgery, patients' psychological state was assessed pre- and post-surgery. The researcher directly involved in nursing care of 10 patients kept observation logs. Logs were analyzed using a modified grounded theory approach. Observations revealed that pre-surgery, patients were fearful of cancer and death, avoided thinking of the future, and rested their hopes on surgery. After surgery, patients were hopeful of returning to their preoperative lives and focused energy on recovery. These patients battled their cancer, yet could not see an end to their struggles because they knew there were no guarantees. To others, patients may appear calm. However, their psychological state is complex. It is necessary to consider patient psychological states to facilitate behavioral measures.

Key words

cancer patients, psychological process, pre- and post-surgery, modified grounded theory approach

問 題

がんは長年にわたり無敵の略奪者として扱われてきた (Sontag, 1978/1982)。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。

がん罹患した疑いのある人々は、最初に外来へ受診をして必要な検査を受けることになる。検査の結果、がんであることが判明した場合は、医師より診断名と今後の治療について説明がされる。

以前はがんであることを当事者に偽り、治療がおこなわれることが多かった。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。

医師からはがん告知とともに今後の治療について説明が行われる。がんの治療法は、抗がん剤を中心とした薬物療法、放射線療法、手術療法などがある。それぞれの治療法は、がんの種類によって単独で用いられ、併用して用いられる。また疾患や病状によっては、複数の治療法から当事者により選択が可能な場合もある。現在がんに対する治療法は、手術療法の占める割合が最も多い。手術が適応となる人々に対しては、がんであることが告げられると同時に手術の必要性が説明される。

がんの手術療法 (以下、手術とする) は放射線療法や薬物療法とは異なり、外来通院をしながら治療を実施することができない。そのため手術が決定されると、入院のための手続きがすすめられる。医療法の改正により入院日数が短縮化され、その影響により手術を受ける人々は、手術日の前日や 2 日前に入院をすることも少なくない。

がんにより手術を受ける人々は、手術までの短い期間、慌しく手術のための準備をすすめなければならない。また、短い期間の中で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。がん罹患した人々の告知後から手術が終了するまでの心理とは、どのような状況にあるのだろうか。

がん罹患した人々の告知後の心理は、Massie & Holland (1990/1993) 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・関・竹村, 2001) が生じ、告知後 2, 3 日でショックが最も高くなり (藤田他, 2001; 小澤・福井, 2004)、その後、1~2 週間ようやく告知の当日程度にまで回復する (小澤・福井, 2004)。しかし、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となる (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 (稲本他, 2002; 温井, 2002; 千田, 1990; 上田他, 2001)。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、白尾・植村 (2004) が、消化器系のがんに罹患した人々を対象に調査を行っている。

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; 白尾・植村, 2004; 上田他, 2001)、転移や再発、病状の進行などが気がかりとなったり (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, 2001)。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, 2001), 傷の痛みなどが落ち着くと一時的に安堵感を得るが(白尾・植村, 2004), すぐに退院後の生活に戸惑いを感じ(蛭子, 2001; 白尾・植村, 2004), 病気の完治, 生死などについての気がかり(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)。

さらに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, Sarioglu, Tuncel, Aslan, & Kadiogullari, 2003), 手術後の回復にも影響を与える。

そこでがんに罹患し手術を受ける人々が、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充分に理解する必要がある。先行研究による結果からは、彼らの心理的プロセスを明らかにしようとする試みが感じられる。しかしながら先行研究の多くは、面接法を用いてデータが収集されている。面接法は、対象となる人の感情や価値観、動機など心の内面を理解するには適した手法である(保坂・中澤・大野木, 2000)。しかし面接法の限界として、人は必ずしも常に意識をして行動しているとは限らないため、行動に対して説明を求められた場合、それらしく構成したり、自分で思い込んだりする可能性がある(保坂他, 2000)。

また、先行研究における分析方法の多くは、データを切片化し、個々の事象に共通する性質を抽象化しまとめられたものである。結果の抽象度が高くなることで、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の全体的な流れを、充分に読み取ることができない。そこで本研究は、参加観察法を用いることで、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) 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・後の心理的過程を明らかにし、彼らに対する心理的サポートへの示唆を得ることを目的とする。

方 法

1 対象者および倫理的配慮

はじめてがんに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、研究への同意の確認後、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名が外来にてがんと説明がされており、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

がんに罹患し手術を受ける人々は、手術前・後を通して精神的に不安定な時期にある。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。

筆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

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、平成15年8月5日から平成16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、有効でないかと判断した。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に臨む対象とし、対極例をがんではなく良性腫瘍で手術に臨む対象とし、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バイズを受けながら、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うね。(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い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、がんであり手術を受けるという現実の状況を受け止めることができないか、あるいは事実と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、情報を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の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うかがわれた。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いわれた。(主人が)元気なうちに手術したほうが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。

結果

がんに罹患し手術を受け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)(図1)。

1 手術前の心理的状況

(1) [断ち切れないがん(死)への脅威]

a) 『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。

がんは医療が進歩し、早期発見が可能であれば治療が可能であれば疾患になりつつあるが、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もたら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。

b) 『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。がつくりきちゃう。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)」、と思ひ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めようとしていた。

手術を目前に控えて手で身体をさすりながら、「私

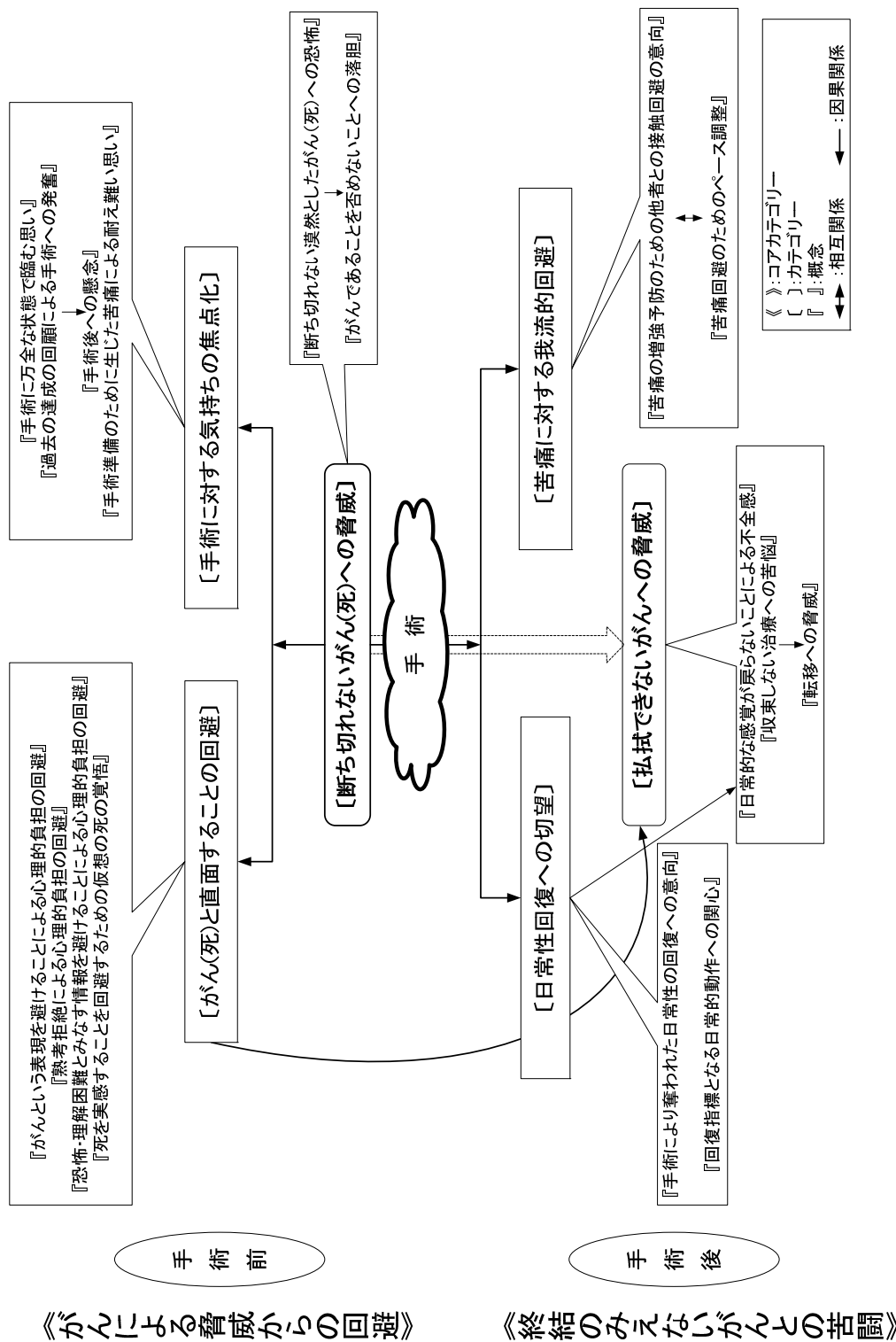


図 1 がん告知を受け手術を体験する人々の心理的過程

なんでこんな目にあうのかね。(No.4)」と、現実を受け入れたいと感じながらも、否定ができない現実に対する嘆きを感じられた。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。

がんである事実を否定することができないと納得させながら、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認しないことへの落胆』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えない状況がせまり、『がんであることを否認しないことへの落胆』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。

a) 『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っだけ取ればいいの。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、「がんじゃなげにやあねえ(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、「がんとい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、がんだったら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。

がんの確定診断がまだ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。

b) 『熟考拒絶による心理的負担の回避』 手術療法を受ける人々は、些細なことや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っだけ取ればいいの。でも私は再発するのが嫌だから全部取って言ったの。おもいっきり取ってくれて。(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のが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』であるにとらえた。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。

c) 『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い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。

d) 『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。

がんに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ものを選択する心理的状況である。

(3) 【手術に対する気持ちの焦点化】

a) 『手術に万全な状態で臨む思い』 手術を受ける人々は、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だの。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)をしなくて手でいって言ったけど、昨日の看護婦さんがやったほうがいって。(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受けることを願う『手術に万全な状態で臨む思い』である。

b) 『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し、自分は明るいというこ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。

c) 『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考えて。(No.2)」とうなだれ、切除予定の身体を触りながら「あーあべちゃんになっちゃう。(No.4)」と身体の一部が切り取られる悲しさを語ったりしていた。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。

d) 『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、「こんなので子供みたいだね。(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]

a) 『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、人から話し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。

b) 『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いで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。

手術療法は身体に直接侵襲が加えられるため、強烈的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〕

a) 『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、創部に強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。体位を変える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十分に環境に対応できず、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。

b) 『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分と座るとれんなんだ。(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。

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、医療者は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。手術侵襲からの回復の程度は、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される。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、実際に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きた人々にとっての〔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〕

a) 『日常的な感覚が戻らないことによる不全感』

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まない場合がある。

「さっきおやつを持ってきてくれて、少しかじってみてどろっとしたのをこれぐらい(指で2cm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思うけど、なん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。ちよびちよび食べてね。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

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、隣の部屋から声が出て眠れなかった。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、手術を受ける以前の体調に戻りきれていない不安全感を感じていた。

手術によって受けた侵襲からようやく回復をしても、当たり前前に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安全感』を感じていた。

b) 『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。体のほうが大事だから仕方ないね。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言われて少しはつ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、新たな治療やはつ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、治療が続くことの脅威を感じていた。それが『収束しない治療への苦悩』であった。

c) 『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)」「夜は眠れませんか。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。

考 察

1 手術前から手術後の心理的状況

本研究が明らかにした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《終結のみえないがんとの苦闘》であった。

がんに罹患し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。

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』などは今回初めて明らかにされた。

Rustoen, Moum, Wiklund, & Hanestad (1999) 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。そのことは、『がんという表現を避けることによる心理的負担の回避』がほとんどの対象者にみられたことからその威力がうかがわれる。しかし、「まさか自分ががんになるなんて」、「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だけ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。がんに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の手段としてポジティブな側面ももっている。

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。がんにより手術を受け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〕には、医療者が行う鎮痛剤や体位の工夫による除痛とは異なり、『苦痛回避

のためのペース調整』や、『苦痛の増強予防のための他者との接触回避の意向』など、苦痛緩和に対して無理をしないように心がけ、自分にとって最適な方法を取り入れていた。さらに手術後に必要な処置として実施される体拭きや傷の消毒などは、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を込めていたこともあり、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いく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、文字通り普通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。

今回の研究は、がんの部位、性別、年齢などの個人特性を超えて、初めてがん罹患し手術を体験する人々に共通にみられた手術前・後の心理的過程を明らかにした。

がんの部位についてある研究で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 et al. (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。

手術の切除部位によっては、胃切除などによる機能障害や、乳房などのシンボル臓器の切除によるボディイメージへの障害など、手術後に特有の心理的状況がみられる。今後、特に手術後については、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 がん罹患し手術を受ける人々への心理的サポート

(1) 手術前準備の工夫

手術に向けての準備として、医師からは手術方法についての説明、看護師からは手術後のイメージを形成するための情報や、手術までのスケジュールなどが提供される(白尾, 2000)。事前の情報提供は、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(Devine, 1992; Dodds, 1993)、手術後に直面する、自己の状態や問題の現実的な把握につながり、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)。

Fawzy (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支援となると述べている。本研究の対象者は、手術に対して〔手術に対する気持ちの焦点化〕をして、より安全で確実な手術が受けられることを切望してい

た。彼らの願いがより達成されるためには、手術に向けての準備に積極的に参加できるように工夫をすることで、彼らへの心理的援助になるのではないだろうか。例えば活動的な行動的コーピングとして手術前に必要な訓練を積極的に取り入れたり、認知的コーピングとして手術の準備をすることの効果をより強調したりすることがよいと思われる。

手術に向けての準備を奨励する一方で、〔がん(死)と直面することの回避〕により『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』をし、病状や手術の説明の際には意識的・無意識的に聞くことを拒否している可能性があることを忘れてはならない。告知によるショックが強い時期には、理解力や判断力への影響も大きく、彼らが告知に関する医師の説明を理解できたと感じていても、内容の一部に不一致がみられる場合もある(菅原他, 2003)。医療者からの積極的な情報提供により、不安を増強させる可能性もある(Lilja, Ryden, & Fridlund, 1998)。手術前の説明や情報の提供をする際には、〔手術に対する気持ちの焦点化〕をしている一方で、〔がん(死)と直面することの回避〕をしていることを十分に考慮することが大切である。

(2) 関心をよせる

がん罹患した人々をケアする看護師は、年齢や経験年数に関係なく、精神的援助ができて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(荒田・森本・山口・山田, 1999)。告知後の看護の重要性が認識できているものの、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)。がん告知後の医療者の対応は、やや回避的であることが否めない。そこで今回の結果をふまえ、がん罹患し手術を受ける人々への心理的サポートについて考えてみたい。

手術前を過ごす人々は、〔断ち切れないがん(死)への脅威〕による〔がん(死)と直面することの回避〕の影響によるものか、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。David & Catherine (2000/2003)らが述べるように、あたかもがんに対する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もしれない(大飼・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、平静を装わせていたのかもしれない。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(David & Catherine, 2000/2003)。

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と期待をしていたにもかかわらず、『日常的な感覚が戻らないことによる不安全感』を感じたり、転移の可能性や実際に転移があるために、さらに治療が必要となったり、〔払拭できないがんへの脅威〕を感じている。

がん罹患し手術を受ける人々は、手術が終了しても、がんへの脅威が消え去ることはない。しかしながら、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、常に関心を寄せ、見守る姿勢が医療者にとって重要な援助となるのではないだろうか。関心をよせる、気にかけてということは、非常に曖昧で客観性に乏しいが意味のあるサポートであると考えられる。

引用文献

- 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.
- 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.

- 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.
- David, S., & Catherine, C. (2003). がん患者の体験 (朝倉隆司・田中祥子, 監訳). がん患者と家族のためのサポートグループ (pp.15-31). 東京: 医学書院. (David, S., & Catherine, C. (2000). *Group therapy for cancer patients: A research based handbook of psychosocial care, first edition*. New York: Basic Books)
- Devine, E.C. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling, 19* (2), 129-142.
- Dodds, F. (1993). Access to the coping strategies; Man-aging 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.
- Fawzy, F.I. (1995). A short-term psychoeducational intervention for patients newly diagnosed with cancer. *Supportive Care in Cancer, 3*, 235-238.
- 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.
- 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). 乳がん患者の病氣行動に関する研究——主として病氣ストレス反応と病氣対処行動について. 医療, 48 (11), 917-923.
- 保坂亨・中澤潤・大野木裕明 (編). (2000). 心理学マニュアル面接法. 京都: 北大路書房.
- 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.
- 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.
- 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.
- Karin, N., & Bengt, G. (1997). Psychological reactions in newly diagnosed gastrointestinal cancer patients. *Acta Oncologica, 36* (8), 803-810.
- 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. 東京: 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. 東京: 弘文堂.
- 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.
- Massie, M.J., & Holland, J.C. (1993). 正常反応と精神障害 (今井皖才・万代愼逸, 訳). サイコオンコロジー第2巻 (河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳, 監訳) (pp.3-11). 東京: メディサイエンス社. (Massie M. J., & Holland, J. C. (1989). Overview of normal reaction and prevalence of psychiatric disorders. *Handbook of psychooncology: Psychological care of patient with cancer*. New York: Oxford University Press)
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Ozalp, G., Sarioglu, R., Tuncel, G., Aslan, K., & Kadiogullari, N. (2003). Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta*

Anaesthesiologica Scandinavica, 47, 1, 26-29.

小澤元美・福井小紀子. (2004). 検診機関における消化器がん患者のがん告知後の精神的状況の変化及びそれらと医師及び保健師によるサポートとの関連の検討. *東京保健科学学会誌*, 6 (4), 268-274.

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), 1458-1463.

Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I., & Hanestad, R. (1999). Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 490-498.

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. *千葉看護学会誌*, 8 (1), 47-54.

千田好子. (1990). 乳がん患者における手術前の心理的反応の推移——がん告知時（入院前）の心理状況および入院後のストレスとコーピング. *岡山県立短期大学研究紀要*, 33 (2), 125-130.

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一*, 4, 87-97.

Sontag, S. (1982). 隠喩としての病い（富山太佳夫，訳）. 東京：みすず書房. (Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux)

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.

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.

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.

上田稚代子・関美奈子・竹村節子. (2001). 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.

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.

謝 辞

大変な状況の中、本研究にご協力をいただきました皆様に、心より御礼申し上げます。調査にご協力くださいました、看護部長様はじめ、看護師の皆様にご感謝申し上げます。

(2005.5.30 受稿, 2006.8.23 受理)