

## 胃がんで手術を受けた患者の術2ヵ月後までの Quality of Lifeの量的・質的評価に関する研究

高島 尚美 村田 洋章

東京慈恵会医科大学医学部看護学科成人看護学

(受付 平成24年9月28日)

### QUANTITATIVE AND QUALITATIVE EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH GASTRIC CANCER UP TO 2 MONTHS AFTER GASTRECTOMY

Naomi TAKASHIMA and Hiroaki MURATA

*Adult Nursing, The Jikei University School of Nursing.*

The present study aimed to identify factors that affect quality of life (QOL) up to 2 months postoperatively in patients who had undergone surgery for gastric cancer and to investigate in what ways perioperative nursing can be improved. Subjects were 19 patients who had undergone surgery for stomach cancer (total gastrectomy, partial resection). At 1 and 2 months postoperatively, QOL was assessed with the SF-8 Health Survey and semistructured interviews during outpatient visits. We found that the mean scores for the mental component summary and vitality, social functioning, and role-emotional were significantly higher at 2 months after surgery than at 1 month, whereas the mean scores for physical functioning, bodily pain, and the physical component summary were lower at 2 months. The physical component summary score was lower at 2 months than at 1 month in 9 of 19 patients, and the scores for the subscales of role-physical and bodily pain were significantly lower than in these 9 patients than in other patients. Statements during interviews showed that these 9 patients had not adopted coping behaviors for symptoms, eating, maintaining physical strength, or searching for information and also tended to have a low level of support need from nurses. These findings suggest that continuous individual involvement of nurses is necessary to ensure that patients can learn coping behaviors.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2013;128:25-34)

Key words: gastric cancer, gastrectomy, quality of life, physical component summary, coping

#### I. はじめに

現在の胃がんに対する治療は、根治のためには癌腫を含めた必要にして十分な範囲の胃切除を行う、併せてリンパ節郭清を付加する根治術を行うことが望ましい<sup>1)</sup>、とされている。手術療法が第一選択になっており、腹腔鏡下手術が増加するなど患者の生体侵襲は減少しているが、術後に再建された消化管による食物の貯留・熟粥化・消化吸収の問題への遭遇は免れない。胃切除術を受けた

患者は、入院中に医師や看護師、栄養士から、一日の栄養所要量、食品構成、食品選択、献立、分食とし3回食に戻す時期や十分な咀嚼、食事摂取後の休息と体位のとり方などの指導を受け食生活を再構築していく。しかしながら程度の差こそあれ、幽門側胃切除術B I法の6割で食事量の減少、7割で体重減少があり、ダンピング症候群は20-30%で、食道への逆流現象も3割に発生すると言われている<sup>2)</sup>。多くの患者が退院後の食生活に対して、不安や苦痛などのストレスを抱えており<sup>3)</sup>、

食ることへの不安が摂取量を減少させ、体重減少や体力低下を惹起している<sup>4)</sup>。GHQ (General Health Questionnaire) を用いた外来における調査でも、食事摂取量が減少した患者や消化器症状が強い患者は、精神的健康も低下していたと報告されている<sup>5)</sup>。

がん治療・看護のアウトカム指標として患者の生活の質 (Quality of life: 以下QOL) は重要な概念であり、身体機能 (活動性など) のみならず精神・心理状態 (感情, うつ, 幸福感など) や社会面を含めた患者自身の主観的な生活満足度を指標にした統合的な支援が必要であると考えられる。QOL 評価は、患者の自記式の評価尺度や医師等が症状や機能を測定する比較的疾患と直結した評価指標によってなされており、胃切除術後におけるQOL 評価では消化器症状全般について評価できる Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSR) 日本語版が多く用いられている<sup>6)</sup>。現在、胃切除術後特有のQOL 評価尺度は本邦においてはなく、中村ら<sup>7)</sup>が上部消化管癌の術後機能評価尺度 (DAUGS-20 Dysfunction After Upper Gastrointestinal Surgery-20) を開発しているが、これも主に術後の諸症状を評価するものである。包括的になされたQOL 評価では、術後5年以上を含めて実施した調査で高齢者に日常生活動作 (activities of daily living: 以下ADL) 低下がありADL 低下がない人の41%でもQOL としては低かったという報告<sup>8)</sup>がある。研究者が独自に開発したLife After Gastric Surgery (LAGS) によるQOL 評価では、食事パターンや身体機能や社会生活には困難を感じていたという結果であり<sup>9)</sup>、術後QOL の量的評価では低下することは明らかになっているが、その評価は十分になされているとは言えない。

在院日数が短縮されてきた現在、消化器系病棟看護管理者への調査によると、術前の患者の心理的準備や術後のセルフケア支援がこれまで以上の課題であると認識されている<sup>10)</sup>。今後、看護の場の転換としては外来看護機能が期待される場所であるが、消化器外科系外来看護管理者に対する全国調査では、処置などで外来フォローが必要な患者や術前オリエンテーションを始めとした説明や相談が増加しており、セルフケア支援はまだ不十分であると評価されている<sup>11)</sup>。QOL は基本的には患者の視点からみた主観的概念であり、量的

評価だけでなく主観的評価も併せて実施することで、その実態がより明らかとなり効果的なセルフケア支援への示唆が得られるのではないかと考えた。

## II. 研究目的

胃がんで手術を受けた患者の術2 ヶ月後までのQOL を、QOL 検査用SF-8による量的評価とインタビューを用いた主観的質的評価により分析するとともに関連要因を明らかにすることで、よりよいセルフケア支援のあり方を検討する。

## III. 研究方法

### 1. 研究対象者

関東圏内の総合病院 (2施設) に入院し胃がんで手術 (全摘出術・部分切除術) を受け退院し、会話が可能であり認知障害・精神障害がない患者を対象とした。また、調査協力施設の消化器外科医師から退院前に対象者の紹介を受け、研究者が研究の主旨を文書と口頭で説明し、同意書への署名をもって同意が得られたものとした。

### 2. 研究期間

2007年8月1日～2008年3月10日

### 3. データ収集

術約1 ヶ月後と約2 ヶ月後の対象者の外来受診日に、診察終了後質問紙とインタビューガイドを用いた半構造的面接調査を実施した。

調査内容は、身体的状況、QOL 検査、主観的評価であった。

1) 身体的状況: 年齢, 性別, 術式 (再建法), 病期, 入院期間, 既往歴, 術後補助療法, 体重 (入院前・退院時・術1 ヶ月後・術2 ヶ月後), 術後合併症 (小胃症状, 逆流障害, ダンピング様障害, 等) の有無をカルテもしくは面接からデータ収集した。

2) QOL 検査: QOL 検査としてThe Medical outcomes Study 8-Item Short Form Health Survey (以下SF-8) を使用した。SF-8は、健康関連QOL (HRQOL: Health Related Quality of Life) を測定するための信頼性, 妥当性を持つ尺度であり、1990年に開発された初版SF-36の抜粋版で簡潔な検査である。外来

において胃がん手術後の精神面、身体面、社会面の状態を統合的に検討するためには的確と判断し、術1ヵ月後と術2ヵ月後の下位尺度およびサマリスコアである身体的健康度:Physical Component Summary:以下PCS)と精神的健康度:Mental Component Summary:以下MCS)を算出した。本研究におけるSF-8の信頼性はCronbach  $\alpha$ 係数が0.798であった。

3) 主観的評価:退院後の現在、生活をする上で感じていることや考えていること、それらにどのように対処して生活しているか、および医療者に望むことを中心に自由に語ってもらった。同意が得られた場合のみ面接内容を録音した。

#### 4. データの分析

量的データの分析は、術1ヵ月後と2ヵ月後のSF-8の下位尺度、PCSおよびMCS得点の記述統計を行い、術後経過時間および各下位尺度とサマリスコアの国民標準値<sup>12)</sup>との比較はWilcoxon符号付き順位検定で、群間比較は、Mann-WhitneyU検定で、術式・病期を $\chi^2$ 検定で分析した。統計学的検討には、SPSS Ver.16.0を使用し、有意確率0.05を有意差ありと判断した。

質的データの分析は、質的帰納的分析を行った。半構造化面接から得られた逐語録から、主観的なQOLや関連要因と考えられる内容の記述をすべて抽出したうえで、一文章一意味となるよう意味単位に分けた。抽出した意味単位の各々について中心的意味を簡潔にラベル付けをしたコードとし、類似性に従い分類したものをサブカテゴリーとし、サブカテゴリーを類似性に従いさらに分類し抽象化したものをカテゴリーとした。なお、分析過程においては質的研究に知見のある複数の研究者でラベル付けとデータのフィット性を検討して修正を繰り返し、不足データを確認しながら収集をすすめる継続比較分析を行うことで確証性の確保に努めた。

#### 5. 倫理的配慮

研究対象者の選定は病棟医長および師長に依頼し、対象者の入院中に研究者が病室に出向き、研究の主旨、目的と方法、予測される効果および疲労感や心理的負担を生じる危険性、協力しない場合でも不利益を被らないこと、研究への参加は自由意思で撤回も可能であること、秘匿について文

書を用いて口頭で説明し署名による同意を得た。また面接は、およそ術後3週目以降ではあるが身体的回復が不十分な場合や体調不良も想定し、医師の外来診察時から了承を得て同席し面接の可否を判断するとともに、現在の状態について情報収集することで問診内容等の質問が二重になる負担を避けた。インタビューに際しては、外来のプライバシーが守られる場所で、疲労感や心理的負担に注意して実施した。なお本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得て行った。

## IV. 結 果

### 1. 研究対象者の概要

研究対象者は19名(男性13名,女性6名)で、平均年齢 $\pm$ SDは64.11 $\pm$ 9.6歳、年齢とQOL得点の有意な関連はなかった。病期および術式・再建法、既往歴はTable 1に示した。術式は胃全摘術11名,幽門側胃切除術8名(腹腔鏡下:開腹=6名:2名)、病期はStage Iが10名(52.6%)と最も多かった。外来で面接をした日は、約術1ヵ月(平均28.2日)後と約2ヵ月(平均56.0日)後であった。体重減少量は、術2ヵ月後では、平均7.17Kgで、%体重平均は88.6%であった。術後合併症は、吐き気胸やけの小胃症状が術1ヵ月後5名で術2ヵ月後6名、逆流障害は術1ヵ月後4名で術2ヵ月後1名、ダンピング様障害は術1ヵ月後2名で術2ヵ月後1名に出現していた。

### 2. QOL得点の変化

術約1ヵ月と術約2ヵ月の対象者全体のSF-8によるQOL得点と国民標準値との比較をTable 2に示した。QOL得点は、術1ヵ月後はすべての下位尺度で国民標準値よりも低く、日常役割機能(身体)(Role physical:以下RP)、活力(Vitality:以下VT)、日常役割機能(精神)(Role emotional:以下RE)、社会的生活機能(Social factor:以下SF)、サマリスコアのPCS、MCSは有意に低かった。術2ヵ月後では、国民標準値よりも有意に低かったのはRPとSF、PCSの3項目のみであった。術1ヵ月後と術2ヵ月後を比較すると、身体機能(Physical functioning:以下PF)と身体の痛み(Bodily pain:以下BP)およびPCSが術2ヵ月後で低下していたが、他の下位尺度で

は術2ヵ月後は術1ヵ月後よりも上昇しており、REとSFおよびMCSは有意であった。QOL得点と入院日数および既往歴、術後合併症の有無で比較したが有意差はみられなかった。

術2ヵ月後に術1ヵ月後よりPCSが低下している者9名を回復遅延群、上昇している10名を回復群に分けて比較した結果をTable 3に示した。術2ヵ月後の回復遅延群のPCSは40.80で、回復群の48.53よりも有意に低かった。回復群の平均年齢は回復遅延群より若年であったが有意ではなかった。回復群、回復遅延群とも病期はStage Iがもっとも多かったが、回復遅延群にStage III、IVが多い傾向であった。また術式は、回復群では

Table 1 Subject characteristics n=19

Item	n	%
<b>Age</b>		
30s	1	5.3
40s	0	0.0
50s	4	21.1
60s	8	42.1
70s	5	26.3
80s	1	5.3
<b>Sex</b>		
Male	13	68.4
Female	6	31.6
<b>Occupation</b>		
Self-employed	3	15.8
Company employee	6	31.6
<b>Operative procedure</b>		
Total gastrectomy	11	57.9
Distal gastrectomy	3	15.8
Laparoscopy-assisted distal gastrectomy	5	26.3
<b>Reconstruction method</b>		
Billroth I	5	26.3
Billroth II	2	10.5
Roux-en-Y	11	57.9
Jejunal pouch interposition	1	5.3
<b>Disease stage</b>		
Stage I	10	52.6
Stage II	2	10.5
Stage III	5	26.3
Stage IV	2	10.5
<b>Past history</b>		
Diabetes	3	15.8
Hypertension	3	15.8
Heart disease	1	5.3
Liver disease	1	5.3
Prostate cancer	1	5.3

腹腔鏡下幽門側胃切除術が4名で、回復遅延群の2名より多かったが、再建法を含め有意な差ではなかった。術2ヵ月後の体重減少は、回復遅延群が回復群よりも多かったが有意差はなかった。

### 3. 術2ヵ月後の患者の主観的評価

量的データと質的データの統合的分析として、回復遅延群と回復群の語りの内容と出現頻度を比較検討した (Table 4)。以下「」はコード、[]はサブカテゴリーを表わし、カテゴリー別に記述した。なお、面接時間は、平均38分間であった。

#### 1) 胃手術を受けたことに伴う困りごと

生活をする上で感じていることや考えていることの内容は、困りごととしてのべ35回と多く語られた。胃全摘術あるいは部分切除術2ヵ月を経ての困りごとは、「吐き気や逆流が辛い」「排ガスが多く困る」「胸やけに困る」「食後に腹痛がある」という「消化管の機能の変化に伴う苦痛」8回や、「あまり食欲がないので困る」「食欲や空腹感がないから辛い」といった「食欲に関連する内臓感覚の変化の辛さ」3回が表現された。食事に関して、「何でも食べられず辛い」や「食べ過ぎてしまい苦しいことがある」等、「食べることに関する不安や苦痛」3回と、「食べ方を変化させることへの不慣れ」3回が回復群のみに語られた。回復遅延群に特徴的だったのは「倦怠感・易疲労感」7回で、「動き出す時が辛い」「疲れやすい」と述べており、同群のみに「復職できない」3回、がみられた。

#### 2) 胃手術から回復していること

困りごとだけでなく、術後回復していることも生活状況として表現された。「排便の調子がいい」「つかえ感が減ってきた」「食欲が出てきた」など「食べることに伴う消化機能の回復感」7回や、「食事の量が増えてきた」「食事の適切な量が分かってきた」「仕事中に間食ができていく」など「食べ方に対するコントロール感覚」11回が語られた。回復群のみで「体力回復」2回と「仕事復帰」3回が表現された。

#### 3) 胃手術を受けたことへの対処行動

このカテゴリーは、対処行動に関する内容がのべ63回語られた。手術を受けたことで生じた新たな「消化機能の変化に伴う苦痛を緩和する取り組み」9回や「食べ方の調節の仕方の修得」23回、

Table 2 QOL of patients following gastric cancer surgery at one month and two months postoperatively n=19

Subscale	1 month postoperatively	Comparison with national norms	2 months postoperatively	Comparison with national norms	Comparison between 1 month and 2 months postoperatively (p value)
PF: Physical functioning	Mean 47.09		Mean 46.82		0.985
RP: Role-physical	41.51	*	45.10	*	0.072
BP: Bodily pain	51.07		48.01		0.244
GH: General health	48.53		51.87		0.135
VT: Vitality	47.80	*	50.87		0.042*
SF: Social functioning	40.72	*	46.64	*	0.003**
RE: Role-emotional	45.51	*	49.45		0.038*
MH: Mental health	48.70		50.87		0.166
<b>Summary score</b>					
PCS (Physical)	45.42	*	44.92	*	0.968
MCS (Mental)	45.59	*	50.55		0.011*
Wilcoxon signed rank test			* p<0.05 **p<0.01		

Table 3 Comparison of patients who underwent gastric cancer surgery between the Recovery group and Delayed recovery group at 2 months postoperatively n=19

	Recovery group (n=10)	Delayed recovery group (n=9)
Age (mean)	63.3 years	65.0 years
Sex	7 men, 3 women	6 men, 3 women
Stage	I: n=6 II: n=2 III: n=2 IV: n=0	I: n=4 II: n=0 III: n=3 IV: n=2
Operative procedure	Total gastrectomy: n=5 Distal gastrectomy: n=1 Laparoscopy-assisted distal gastrectomy: n=4	Total gastrectomy: n=6 Distal gastrectomy: n=1 Laparoscopy-assisted distal gastrectomy: n=2
Reconstruction method	Billroth I: n=3 Billroth II: n=1 Roux-en-Y: n=5 Jejunal pouch interposition: n=1	Billroth I: n=2 Billroth II: n=1 Roux-en-Y: n=6 Jejunal pouch interposition: n=0
Reduction in body weight after 2 months (mean)	6.45 kg	7.89 kg

Recovery group: PCS score = 1 month postoperatively < 2 months postoperatively

Delayed recovery group: PCS score = 1 month postoperatively > 2 months postoperatively

Table 4 Subjective evaluation on patients who underwent gastric cancer surgery at 2 months postoperatively

Category	Subcategory	Code	Recovery group	Delayed recovery group
胃手術を受けたことに伴う困りごと	創部の心配	傷が心配	1	
		今後の回復に対する不安	1	
	予後の不安	身の回りのことをしているだけだ	2	
		社会復帰はまだできない	1	2
	社会復帰が困難	復職できない		3
		何でも食べられずつらい	1	
	食べることに伴う不安や苦痛	食べ過ぎてしまい苦しいことがある	1	
		復職後の食事が不安だ	1	
	食べ方を変化させることへの不慣れ	分食に慣れない	1	
		栄養士の指導をどう守るか分からない	1	
	食欲に関連する内臓感覚の変化の辛さ	嗜好品の取り方が分からない	1	
		あまり食欲がないので困る	1	
	消化管の機能の変化に伴う苦痛	食欲や空腹感がないから辛い	1	1
		吐き気や逆流が辛い		3
		排ガスが多く困る		1
		胸やけに困っている	1	
倦怠感・易疲労感	下痢してしまう	1		
	食後に腹痛がある		2	
	体重が戻らない		2	
	動き出す時が辛い		2	
		疲れやすい	1	3
			16	19
胃手術から回復していること	食べることに伴って感じる消化機能の回復感	排便の調子がいい	1	1
		つかえ感が減ってきた	1	
		消化液の逆流が減ってきた	1	
		食欲が出てきた	1	2
	食べ方に対するコントロール感覚	食事の量が増えてきた	2	2
		食事の適切な量がわかってきた	1	2
		仕事にも間食ができています	1	
		何でも食べることができています	1	
	体力回復	外食できた	2	
		体力が回復してきた	2	
仕事復帰	仕事に一部復帰した	3		
			16	7
胃手術を受けたことへの対処行動	消化機能の変化に伴う苦痛を緩和する取り組み	つかえないよう飲み込みに気をつける	1	2
		嘔吐時はしばらく休んでいる	1	
		温めて腹痛を予防する	1	
		胸やけ時の食事量の調節	1	
		逆流しないよう食後は起きている		1
	食べ方の調節の仕方の修得	胸やけ時は起きているようにする	1	
		胃がもたれた時の原因を考えて同じことをしない	1	
		食べる量を様子を見て調節している	5	1
		十分に咀嚼するようにしている	5	1
		少しずつ飲み込んでいる	1	1
	食品選択や調理の工夫と選択	時間をかけてゆっくり食べている	4	2
		食後の安静を守っている		1
		空腹時には間食する	1	
		食事の取り方を自力で取得した	1	
	情報の探索と利用	献立は胃の調子を見て選択している	2	1
		外食は食べるものを選ぶ	1	
		軟らかいものを食べている	2	2
	体力維持・向上のための行動	病院食の献立表を参考にしている	1	
		栄養士のパンフレットを参考にしている	3	
本を買って情報を得ている		2	1	
インターネットで術後について調べた		4		
合併症の予防	食べるものは医師に確認している		1	
	体力向上のための運動・活動をしている	6	2	
	疲労しないよう調整している	1		
	腸閉塞の予防をしている		1	
	低血糖の予防をしている	1		
			46	17
医療者に対する支援ニーズ	病棟での支援	運動指導を受けた	1	
		詳しく個別的な食事指導を受けた	1	1
	外来での支援	本の紹介を受けた	1	1
		退院指導は十分だった	2	
		もっと症状について教えてほしい		2
		何を教えてほしいかわからない		2
	外来看護師に要望はない		2	
	外来看護師と話す機会はない	1		
			6	8

Recovery group: PCS score = 1 month postoperatively &lt; 2 months postoperatively

Delayed recovery group: PCS score = 1 month postoperatively &gt; 2 months postoperatively

[食品選択や調理の工夫や選択] 9回 (コード数) や [情報の探索と利用] 12回, [体力維持・向上のための行動] 9回, [合併症の予防をしている] 2回のサブカテゴリから形成され, 回復群の46回に対し回復遅延群は17回と出現頻度が低かった。もっとも多く出現した [食べ方の調節の仕方の修得] のコードは回復群が17回で回復遅延群の6回よりも多く, 「食べる量を胃の様子をみて調節している」「時間をかけてゆっくり食べている」や, 「献立は胃の調子をみて選択している」など [食品選択や調理の工夫や選択] も回復群に多くなされていた。また回復群では「病院食の献立を参考にしている」「栄養士のパンフレットを参考にしている」などの [情報の探索と利用] も多く述べられた。 [消化機能の変化に伴う苦痛を緩和する取り組み] として, 「つかえないよう飲み込みに気をつける」「嘔吐時はしばらく休んでいる」「温めて腹痛を予防する」などの症状の緩和や出現予防に対する行動や「体力向上のための運動・活動をしている」や「疲労しないように調整している」が回復群に多くみられた。対処における特徴として, 気をつける, 予防する, 調節する, 原因を考える, 選択する, 調べる, 守る, などの事実を受け止め査定するという認知や行動が語られた。

#### 4) 医療者に対する支援ニーズ

[病棟での支援] は, 「運動指導を受けた」や「個別の食事指導を受けた」があり, 「退院指導は十分だった」と表現される一方で, 回復遅延群では「もっと症状について教えてほしい」や「何を教えてほしいかわからない」という声もあった。また [外来での支援] は, 「外来看護師に要望はない」と「外来看護師と話す機会はない」という意見もあった。

## V. 考 察

胃がんで手術を受けた患者の術2ヵ月後のQOLは, 術1ヵ月後と比較してほとんどの側面で有意に上昇したが, PCSは全体として低い状態のままであった。とくに患者の主観的評価から, QOLの特徴やQOLの関連要因として対処行動が認められたため支援を含めて検討する。

### 1. 胃がんで手術を受けた患者の術2ヵ月後までのQOLの特徴

#### 1) 身体的QOLの回復遅延

術1ヵ月後の時点ではすべての側面でQOL得点は入院時よりも低く, 手術の影響によって患者の生活の質は低下していた。とくに身体的日常役割機能と社会生活機能が低下しており, 術後の身体的な回復過程にあることから社会的QOLも連動して低下していたことが分かる。術2ヵ月後ではQOL得点はほぼ国民標準値と同等となり, 活力や社会生活機能や精神面では飛躍的に回復を示していた。しかしながら, 身体機能や身体的日常役割機能を軸とした身体的健康度が国民標準値よりも低いままであり, とくに身体的な回復が困難であることが示された。その内容としては, 患者の困りごととして表現された吐き気や逆流, 排ガスや胸やけ等の消化器症状があげられた。これらは先行研究の身体的ストレス内容と合致するものであった。

#### 2) 回復遅延群に特徴的な倦怠感

回復遅延群でとくに語られた困りごとは倦怠感に関することで, 体重減少量は回復群よりも多かった。中村ら<sup>13)</sup>の調査で, 上部消化管術後3ヵ月~3年を経過した患者の困りごとは体力低下がもっとも多かったことが報告されている。今回の対象者の体重減少量は術2ヵ月後で平均7.17Kg, %体重88.6%であった。数間ら<sup>14)</sup>は, 胃がん術後患者の退院後半年の%体重は87%であったとし, 胃切除後5年を経過しても50%にやせがあったことも報告されている<sup>15)</sup>。Bragaら<sup>16)</sup>は, 胃全摘後に食事摂取量が不良な群は筋蛋白量が低下するとしている。また, 術後の生体侵襲に加え消化管の再建による小胃症状からくる食事摂取量の低下があり, とくに%TSF (triceps skinfold 上腕皮下脂肪厚: 以下TSF) の減少があることが知られている<sup>17)</sup>。TSFは貯蔵脂肪量を示す指標であり, 摂取エネルギー量の適否を表わすため, 摂取量の減少により皮下脂肪が減少しそれが体重減少にも関係していると考えられる。体重減少や術後の倦怠感・体力低下によって活動が低下することでさらに筋力低下を招き, 結果として術2ヵ月後も身体機能に関するQOLの回復が遅延する, という悪循環を生んでいることも推測さ

れる。平井ら<sup>18)</sup>は、治療期／回復期のがん患者の倦怠感の量的評価と症状の関連を検討し、疼痛・下痢・嘔気・寂しさなどと関連があったことを報告している。倦怠感という概念は疲れやすさといった身体面のみでなく、精神的、認知的側面も含まれ、がん患者にはもっとも頻繁に経験される症状である<sup>19)</sup>と言われている。体重減少および体力低下や倦怠感、患者のQOL全体を低下させている要因となっている可能性があるため、術後のアセスメント指標のひとつとして重要であると考えられる。

### 3) 精神的QOL

胃癌術後患者の食生活と精神面の関連についても多くの報告<sup>4) 20)</sup>があるが、胃がんに限らずがん患者の9-60%が不安やうつ、あるいは精神的健康がおかされている状態になるという報告<sup>21)</sup>がある。今回の対象者の精神面のQOLは比較的高く保たれていたが、退院後の消化器症状や食生活行動や活動に影響する倦怠感等は心理面にも影響を与え、包括的なQOLを低下させる可能性を考慮し、今後も検討する必要がある。

## 2. 術2ヵ月後までのQOL関連要因と必要な支援

### 1) QOL関連要因としての対処行動

回復遅延群の患者の主観的評価から、QOLには対処行動が関連することが推察された。回復群の対象者は、調節する、工夫する、などの自律的な判断に基づいた行動をとることができていた。胃癌術後6ヵ月～1年の患者の積極的対処行動は、術後Alb値を良好にするほど食べ方に影響することが報告されている<sup>22)</sup>が、質的な対処行動の内容は不明である。また、患者は術後の生活過程で生じるさまざまなストレスを体験し、それらを緩和し予防するための対処行動として、状況の受け入れや食品の選択や食べ方の工夫等と自ら判断し行うとされている<sup>3) 23)</sup>が、術後の回復にどのような影響があるのかは言及されていない。したがって、今回の調査で患者の身体的健康回復に対処行動が影響を与えることが示唆され、その対処行動の内容が質的にも明らかにされたことは意味を持つと考えられる。

### 2) よりよい対処行動への支援

食生活のセルフケア支援としての研究では、中島ら<sup>24)</sup>が、幽門側胃切除術後患者が自分の状態

を評価し自律的に摂取量を調整するための指標を開発し適用した結果、実施者の半数が摂取量を増加させたと報告している。コーピングスキルは、学習によって発達すると言われている。術後新たな食行動や活動に対処し本来の力を取り戻すためのリハビリテーション期ととらえ、積極的なコーピングが身につくような教育的支援をする必要がある。その方法としては、看護師患者間の双方向のコミュニケーションによる個別的介入が有効とされる。胃癌術後患者と質問のやり取りをしてインタラクティブな教育をしたほうが講義のみの群よりも、知識の定着、積極的対処行動とQOLが上昇したという報告がある<sup>25)</sup>。周術期において、知識を提供するだけでなく、食事に伴う症状や倦怠感や体力維持について事実を受け止め自律的に判断できるように、現在の認知を確認しながら、それらへの対処について行動レベルでの評価をするといった教育的視点が重要であると考えられる。

### 3) セルフケア支援システムの構築の必要性

医療者が、患者の個別的な回復状態やニーズを把握し、支援できるようなシステムも必要である。その際、患者の状態を簡便に把握するためのアセスメントツールが有効と考える。今回の回復遅延群に多かった、病期が進行していた・体重の戻りが悪い・倦怠感が強い・運動をしていない・社会復帰していない・対処行動がとれていないなどのQOLやその関連因子と考えられる視点によってスクリーニングすることも有効ではないだろうか。スクリーニングによって、支援ニーズが比較的乏しいと推察される潜在的な回復遅延患者を把握することも可能である。そのためには今後さらに回復遅延の関連要因を客観的に分析し、セルフケアを個別的に支援できるようなシステムを検討していく必要がある。

## VI. 結 論

1. 胃癌で手術を受けた患者の術2ヵ月後のQOLは、術1ヵ月後よりもPF(身体機能)、BP(身体の痛み)、PCS(身体的健康度)はむしろ下降しており、国民標準値との比較では、術2ヵ月後を経過しても、RP(身体的日常生活機能)とSF(社



会生活機能), PCSは有意に低いままであった。

2. 術1ヵ月後よりも2ヵ月の時点でPCSが低い対象者(回復遅延群)は19名中9名であった。回復遅延群は, 病期がⅢ, Ⅳの対象者が多く, 体重減少も多かったが統計学的有意差はなかった。

3. 主観的質的評価として, 胃手術を受けたことに伴う困りごと, 胃手術から回復していること, 胃手術を受けたことへの対処行動, 医療者に対する支援ニーズの4カテゴリーが抽出された。回復遅延群は, 症状・食生活・体力維持・情報の探索について対処行動がとれておらず, 医療者に対する支援ニーズも乏しい傾向がみられた。

4. 胃癌術後をリハビリテーション期ととらえ, 患者の本来の力を取り戻すために術後の症状や食べ方・活動の仕方への対処行動が学習できるようなセルフケア支援が必要であることが示唆された。

## VII. 本研究の限界と課題

本研究結果は, 首都圏の2施設に通院する患者を対象としており, 数が19名と少ないためその結果の一般化については限界がある。今後は対象者数を増やし, 対処行動との比較や遠隔期や多施設からのデータを収集し, 回復遅延をスクリーニングするための客観的指標を明らかにする必要がある。また, 在院日数短縮化に対応した効果的なセルフケア支援システムを実証的に検討していくことが課題である。

本研究にあたり調査にご協力いただきました対象者の皆様, 関係者の皆様に心からお礼申し上げます。本稿は, 第26回日本がん看護学会学術集会において発表した。なお, 本研究は, 科学研究費補助金基盤研究(C)の助成を受け実施した。

**著者の利益相反 (conflict of interest:COI) 開示:**  
本論文の研究内容に関連して特に申告なし

## 文 献

- 1) 北島政樹. 胃および十二指腸. 松野正紀, 北島政樹, 加藤治文編. 標準外科学 第10版. 東京: 医学書院; 2004. p.568-75.
- 2) 武市綾, 小熊英俊, 笹川剛, 喜多村陽一, 高崎健. アンケート調査による胃癌幽門側胃切除術B I 法再建後のQuality of Life. 東女医大誌. 2003; 73: 450-6.
- 3) 大野和美. 上部消化管の再建術を受けたがん患者が術後回復期に体験するストレス・コーピングの分析-食べることに焦点を当てて-. 聖路加看会誌. 1999; 3: 62-70.
- 4) 榎本麻里, 三枝香代子, 中井裕子, 佐藤弘江. 胃がん術後患者の食生活についての文献検討. 千葉衛短大紀. 2008; 26: 123-9.
- 5) 吉村弥須子, 前田勇子, 白田久美子. 胃がん術後患者の食生活および術後症状と精神的健康との関連からみたQuality of Life. 日看科会誌. 2005; 25: 52-60.
- 6) 本郷道夫, 福原俊一, Joseph Green. 消化器領域におけるQOL-日本語版GSRsによるQOL評価-. 診断と臨床. 1999; 87: 731-6.
- 7) 中村美鈴, 細谷好則, 段ノ上秀雄, 武正泰子, 矢野雅彦, 土岐祐一郎. 胃切除後障害 胃切除後の機能障害とQOLの評価. 臨消内科. 2009; 24: 1477-85.
- 8) Ishihara K. Long-term quality of life in patients after total gastrectomy. Cancer Nurs. 1999; 22: 220-7.
- 9) Spector N, Hicks F, Pickleman J. Quality of life and symptoms after surgery for gastroesophageal cancer. Gastroenterol Nurs. 2002; 25: 120-5.
- 10) 高島尚美, 五木田和枝. 在院日数短縮に伴う消化器外科系病棟における周手術期看護の現状と課題-全国調査による病棟看護管理者の認識-. 日クリティカルケア看会誌. 2009; 5: 60-8.
- 11) 高島尚美, 村田洋章, 渡邊知映. 在院日数短縮に伴う消化器外科系外来における周術期看護の現状と課題: 全国調査による看護管理者の認識. 慈恵医大誌. 2010; 125: 231-8.
- 12) 福原俊一, 鈴鴨よしみ. 健康関連QOL尺度 SF-8 日本語版マニュアル. 東京: NPO健康医療評価研究機構; 2004. p. 54, 62.
- 13) 中村美鈴, 城戸良弘. 上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容と支援. 自治医大看紀. 2005; 3: 19-31.
- 14) 数間恵子, 石黒義彦. 胃がん術後患者の影響状態回復と, 摂食行動および心理社会的要因との関連に関する研究. 日看科会誌. 1992; 12: 33-9.
- 15) 金崎悦子, 宮武陽子, 伊藤孝治. 胃切除後5年を経過した患者の食生活および身体的愁訴に対する実態調査. 愛媛医療技短大紀. 1992; 5: 127-35.
- 16) Braga M, Zuliani W, Foppa L, Di Cario V, Ctistallo M.

- Food intake and nutritional status after total gastrectomy. *Br J Surg*. 1988; 75: 477-80.
- 17) Bisballe S, Buus S, Lund B, Hessov I. Food intake and nutritional status after gastrectomy. *Hum Nutr Clin Nutr*. 1986; 40: 301-8.
- 18) 平井和恵, 狩野太郎, 高階淳子, 細川舞, 石田和子, 神田清子. 量的評価にみるがん患者の倦怠感の特徴-臨床における倦怠感アセスメントへの示唆-. *横浜看護学雑誌*. 2008; 1: 18-25.
- 19) Winningham ML, Nail LM, Bueke MB, Brophy L, Cimprich B, Jones LS, et al. Fatigue and the cancer experience; the state of knowledge. *Oncol Nurs Forum*. 1994; 21: 23-36.
- 20) 健胃会監修, 升田和比古編. 胃を切った仲間たち. 東京: 桐書房; 2003. p. 76-7.
- 21) Atesci FC, Baltalarli B, Oguzhanoglu NL, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N. Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Support Care Cancer*. 2004; 12: 161-7.
- 22) 恩地裕美子, 古瀬みどり. 安定期に移行する胃癌術後患者の積極的対処行動と生活習慣身体的状況および主観的健康手の統制感との関連. *日本看護研究学会誌* 2007; 30: 71-6.
- 23) 渡邊美智子, 松本彰子, 橋本数江, 岸本美子, 森木妙子. 胃切除術後患者を対象とした退院後の食事摂取に伴う症状への対処行動. *中四国立病機構国立療養所看護学会誌*. 2007; 3: 216-9.
- 24) 中島佳緒里, 鎌倉やよい, 深田順子, 山口真澄, 小野田嘉子, 尾沼奈緒美, ほか. 幽門側胃切除術後の食事摂取量をセルフコントロールするための指標の検討. *日看研会誌*. 2004; 27: 59-66.
- 25) Faller H, Koch G, Reusch A, Pauli P, Allgayer H. Effectiveness of education for gastric cancer patients A controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs. *Patient Educ Couns*. 2009; 76: 91-8.