

福島県立医科大学 学術機関リポジトリ



Title	胃がん術後患者の身体症状とセルフケア能力の関連
Author(s)	野口, 明日香; 佐藤, 富美子; 佐々木, 康之輔; 吉田, 詩織; 山村, 明寛; 井本, 博文; 杉沢, 徳彦; 田中, 直樹
Citation	福島県立医科大学看護学部紀要. 25: 1-10
Issue Date	2023-03
URL	http://ir.fmu.ac.jp/dspace/handle/123456789/1978
Rights	© 2023 福島県立医科大学看護学部
DOI	
Text Version	publisher

This document is downloaded at: 2024-04-29T13:04:42Z

胃がん術後患者の身体症状とセルフケア能力の関連

Relationship between physical symptoms and self-care ability in postoperative gastric cancer

野口明日香¹⁾, 佐藤富美子²⁾, 佐々木康之輔³⁾, 吉田 詩織³⁾,
山村 明寛⁴⁾, 井本 博文⁴⁾, 杉沢 徳彦⁴⁾, 田中 直樹⁴⁾

Asuka NOGUCHI¹⁾, Fumiko SATO²⁾, Konosuke SASAKI³⁾, Shiori YOSHIDA³⁾,
Akihiro YAMAMURA⁴⁾, Hirofumi IMOTO⁴⁾, Norihiko SUGISAWA⁴⁾, Naoki TANAKA⁴⁾

キーワード：胃がん, 術後身体症状, セルフケア能力

Keywords : Gastric cancer, postoperative physical symptoms, self-care ability

Abstract

The objective of this study was to clarify the relationship between physical symptoms and self-care ability of post-gastrectomy patients. Fifty-seven post-gastrectomy patients attending the outpatient clinic of the Department of General Surgery at the A University Hospital underwent an anonymous self-administered questionnaire survey regarding postoperative physical symptoms and self-care abilities. The number of valid responses was 51. In postoperative physical symptoms, frequency of diarrhea disorder and activity disorder were high. In self-care ability, "ability to pay attention to health" and "ability to regulate physical condition" were high. In order to alleviate the physical symptoms that patients have after gastric cancer surgery, it may be necessary to provide self-care support so that patients themselves can find a health management method that suits their lifestyle, and continue to implement it. To that end, based on the patient's background, the symptoms predicted after surgery should be explained to them from an early stage. It is necessary to provide continuous self-care support for a long period from pre-admission outpatient to after discharge.

要 旨

本研究は、胃切除術後患者の身体症状とセルフケア能力との関係を明らかにすることを目的とした。A大学病院外来通院中の胃切除術後患者57名を対象に、上部消化管がん患者の術後機能障害を査定する尺度及びセルフケア能力尺度を用いた無記名の自記式質問紙調査を実施した。

有効回答は51部であった。術後に頻繁に生じていた身体症状は下痢障害19名(37.0%)、活動力障害18名(35.0%)の順に多かった。セルフケア能力は、健康に関心を向ける能力、体調を整える能力が高かった。セルフケア能力と術後身体症状との関連は、健康のために選択する能力($r_s = -.34; p < .05$)、生活を続ける能力($r_s = -.32; p < .05$)、支援してくれる人をもつ能力($r_s = -.42; p < .01$)の得点がそれぞれ高いほど、活動力障害の得点は有意に低かった。

胃がん術後患者が困難を抱える身体症状を軽減するためには、患者が自身のライフスタイルに合った健康管理方法を見つけ、それを選択し、継続して実施していけるようにセルフケア支援を行う必要性が示唆された。そのためには、患者個々の背景をふまえ、術後予測される症状を早期から説明し、入院前外来から退院後にかけて長期間にわたり継続したセルフケア支援を行うことが必要である。

1) 東京医科歯科大学病院看護部 Tokyo Medical and Dental University, Nursing Department

2) 福島県立医科大学看護学部成人・老年看護学部 Department of Adult and Gerontological Nursing, Fukushima Medical University, School of Nursing

3) 東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野 Department of Oncology Nursing, Tohoku University Graduate School of Medicine

4) 東北大学大学院医学系研究科消化器外科学分野 Department of Surgery, Tohoku University Graduate School of Medicine

受付日：2022年9月16日 受理日：2022年12月23日

I. はじめに

近年、胃がん罹患数は、男性では横ばい、女性では減少傾向にあるものの、男性は2位、女性は4位とがん罹患患者数が多い。また、胃がんによる死亡数も多く、全体で3位、男性で2位、女性で4位である。2017年データに基づく累積罹患リスクをみると、男性は10人に1人、女性は21人に1人となっている¹⁾。

胃がん術後患者は、退院後の生活において、腹部症状によって食欲が減退する、胃を摘出したことにより術前と術後の胃容量の差に戸惑い、食事を摂ることが難しいなど、食において多くの問題が生じる²⁾。マズローの欲求5段階説によると、「食欲」は人間の基本的欲求であり、生命維持に直結する課題である³⁾。「食事」へのサポートは、術後侵襲による身体機能の低下、退院後の生活への適応の中で生じる活動の拡大と低下している身体機能とのバランスの取りづらさ、職場復帰に伴い生じうる症状の再燃など、多くの胃がん術後患者が抱える問題に対して重要であることが、先行研究により明らかになっている^{4), 5), 6)}。

胃切除後の患者は、胃容量の減少による食事摂取量の減少やそれに伴う体重減少、消化機能の低下による下痢やダンピング症候群などの消化器症状を体験する⁷⁾。このような症状に患者が対処するには、医療職者による栄養指導を中心とした退院指導が重要である^{8), 9)}。しかし、近年、日本では医療技術の進歩により、胃がんの術式は、従来の開腹手術から侵襲が少ない腹腔鏡手術へシフトするようになった¹⁰⁾。この変化により、以前から推奨されていた術後の早期離床と在院日数の短縮がさらに進んでいる¹¹⁾。早期離床・在院日数の短縮を背景として、患者の術後の消化機能の回復に沿った「食」への指導が十分に行われていない可能性がある¹²⁾。松本らは、術後患者の不安や悩みは、退院直後に変化した現実の状態と予測していた状態に差異があったときに生じていたと報告している¹³⁾。また患者だけでなく家族の不安を残した状態で退院、地域との連携の不十分さ、クリニカルパスの使用や術前オリエンテーションの実施が術直前となっていることなどに伴う術前の心理的準備不足、術後のセルフケア不足、特に高齢者への支援の困難さが指摘されている¹⁴⁾。さらに、庄司らの先行研究によると、胃がん術後患者は、退院時・退院2か月後両時点において、日常生活では「食事・栄養」に、疾患・治療に関しては「体力・筋力の低下」に不安を抱いており、患者の個性を尊重した指導の重要性が示唆されている¹²⁾。患者の不安を具体的に理解し、患者が求めている支援を捉え、看護師・医師・栄養士間で連携していく支援の必要があ

ると考察している¹²⁾。

多くの胃がん患者が「食事」について困難を抱えているなか、術後患者自身が主体的な取り組みを行うことによって、身体的回復や心の安定が得られることが、高齢者を対象とした先行研究で報告されている⁸⁾。セルフケアに課題がある患者は、高齢者に限定されないと考え、胃がん患者の全世代を対象としたセルフケア能力についての先行研究を文献レビューした。その結果、外来化学療法を受ける消化器がん術後患者を対象とした研究¹⁵⁾はされていたが、術後の再発がなく、外来でフォローを受けている胃がん患者のセルフケア能力と術後身体症状に焦点をあてた研究は少ない。本研究は、胃切除術後患者の術後身体症状とセルフケア能力との関連を明らかにすることを目的とする。手術を受けた胃がん患者が認知している身体症状とセルフケア能力の実態を知るとは、患者のセルフケア能力を高めるために必要な看護支援の基礎資料になる。

II. 方法

1. 研究デザイン

本研究は横断研究であり、術後身体症状とセルフケア能力の2つの尺度を用いてその関連をみた。

2. 研究対象

A大学病院にて胃切除術を受け、退院後、消化器外科外来に通院中の患者を対象とした。適格基準は、①胃がんの告知を受け、手術を受けた者、②術後5年以内である者、③質問紙の記入が可能な認知機能を有する者、④研究に関する説明を受け、調査協力に同意した者、⑤調査に協力できる心身の状態である者とした。除外基準は、①胃がんの再発徴候がある者、②化学療法の治療中または終了後半年以内である者とした。

3. 調査期間

2021年3月31日から2021年9月30日に実施した。

4. 調査方法

無記名による自己記入式質問紙調査を行った。調査者が、消化器外科の外来担当医師に、調査目的、調査内容、対象者の適格基準および除外基準について説明し協力を依頼した。消化器外科の外来担当医師は、対象者が外来を受診した際、対象者に調査者から調査依頼の説明を受けることについて同意を得た。調査説明の同意が得られた対象者に、診察終了後、個室またはそれに準じた環境で、調査者が対象者への調査説明書・同意書を用いて本研究の目的と意義、調査概要、倫理的配慮を説明した。

調査の同意が得られた場合、調査同意書に署名を依頼した。調査同意書は原則、対象者本人が署名した。調査同意書はカルテ、研究責任者、調査対象者が各一部ずつ保管した。対象者に自己記入式質問紙調査を実施し、その場で回収した。自宅での記入を希望した場合は、切手を貼付した封筒を手渡し、郵送で回収した。調査者が記入後の自己記入式質問紙を直接回収する際、質問紙の記入漏れがないかをチェックした。調査同意書、自己記入式質問紙は回収後、それぞれ別のファイルに綴じ、所属大学研究室の鍵のかかる保管庫に保管し、厳重に管理した。

5. 調査内容

1) 基本属性

年齢、性別、体重(手術前後の変化量)、術後経過期間、胃切除術の術式と到達方法、医療機関受診頻度、家庭における主な調理者、就業状況の9項目とし、記述式あるいは選択式とした。

2) 術後身体症状

中村らが作成した上部消化管がん患者の術後機能障害を査定する質問紙(Dysfunction After Upper Gastrointestinal Surgery, 以下 DAUGS) 32項目を用いた。DAUGSは、第1因子「逆流障害」4項目、第2因子「活動力障害」6項目、第3因子「食直後通過障害」7項目、第4因子「ダンピング症候群」7項目、第5因子「移送障害」4項目、第6因子「低血糖障害」2項目、第7因子「下痢障害」2項目、計32項目である。以上の7因子32項目の過去1週間の状況について、患者に自記式回答を求める形式である。得点は、「まったくない(1点)」、「少しだけ(2点)」、「多少は(3点)」、「かなり(4点)」、「非常に(5点)」の5段階リカー尺度である。総合得点は最小32点、最大160点であり、得点が高いほど、症状発現の頻度が多いことを示す。本研究では、5段階のうち、「多少は」、「かなり」、「非常に」と回答することを「頻繁に」と定義する。7因子をサブスケールとして評価した。信頼性、妥当性は検証されている^{16), 17), 18), 19), 20), 21)}。使用には、開発元へ登録し、許可を得た(2021年1月22日付)。

3) セルフケア能力

セルフケア能力は、本庄が作成し、信頼性および妥当性を検証した Self-Care Agency Questionnaire (30項目版)、以下 SCAQ を用いた²²⁾。SCAQは、「健康に関心を向ける能力」5項目、「健康のために選択する能力」5項目、「体調を整える能力」6項目、「生活の中で続ける能力」7項目、「支援してくれる人をもつ能力」7項目の5つの下位尺度、計30項目である。SCAQは、病気をもつ人

の得点の高い部分(強み)と得点の低い部分(弱い点)を評価する。「いいえ」(1点)から「はい」(5点)までの5段階のリカー尺度である。使用には、開発元へ登録し、許可を得た(2021年1月18日付)。

4) 自由記載欄

健康管理を行う上で知りたいこと、困っていること、工夫していることについて、質問紙の最後に自由記載欄を設けた。

6. 分析方法

調査項目の記述統計を算出した。術後身体症状の関連要因をみるために、術後身体症状7つの下位尺度を目的変数とし、重回帰分析を行った。説明変数には、年齢、性別、体重(手術前後の変化量)、術後経過期間、胃切除術の術式と到達方法、医療機関受診頻度、家庭における主な調理者、就業状況とし、単変量解析は行わず、基本属性をすべて強制投入した。術後身体症状とセルフケア能力の関連については、Spearmanの順位相関係数を用いた。分析には、統計解析ソフトウェアSPSS(Ver.24)、JMP Pro 16を使用し、有意水準は5%とした。

7. 倫理的配慮

本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認(2020-1-1159)を受け実施した。対象者の選定は、主治医に依頼し、主治医が胃がんに関する質問への回答が可能と判断した者を本調査の対象とした。また、個室またはそれに準じた環境において、対象者に対し調査の背景や目的、方法、研究参加により予想される利益と不利益について、研究参加の自由や同意撤回の自由、プライバシーの保護、利益相反がないこと、今後研究の結果を卒業研究発表会や看護系学会誌にて公表する予定であること、資料の閲覧方法を文書と口頭で説明した後、同意文書への署名をもって同意が得られたものとした。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の基本属性(表1)

調査協力に同意が得られた57名に質問紙を配布し、回答を得た。このうち有効な回答は、51名(89.5%)であった。平均年齢(SD)は、70.0(10.3)歳で、年齢の最小値は39歳、最大値は92歳であった。性別は、男性が35名(68.6%)、女性が16名(31.4%)で、年代は70代が最も多く30名(58.8%)であった。体重変化量の平均(SD)は、-6.70(5.61)kgで、術前に比べ術後体重が最も減少した者は-20.0kg、術後最も増加した者は、+10.0kgであった。術前に比べ、0.0~10.0kgの体重増加者が4名

表1 対象者の基本属性

N=51

項目		n (%)
年齢 (歳)	30歳代	1 (2.0)
	40歳代	3 (5.9)
	50歳代	2 (3.9)
	60歳代	11 (21.5)
	70歳代	30 (58.8)
	80歳代	3 (5.9)
	90歳代	1 (2.0)
性別	男性	35 (68.6)
	女性	16 (31.4)
体重変化量	- 20.0~-10.0kg	15 (29.4)
	- 10.0~0.0kg	32 (62.7)
	0.0~10.0kg	4 (7.9)
家庭における主な調理者	自分	24 (47.0)
	配偶者	27 (53.0)
就業状況	仕事有り	19 (37.3)
	仕事無し	32 (62.7)
術式	全摘	6 (11.8)
	幽門側	29 (56.8)
	噴門側	16 (31.4)
到達方法	開腹手術	5 (9.8)
	腹腔鏡手術	46 (90.2)
術後経過期間	1年未満	14 (27.4)
	1年以上4年未満	31 (60.8)
	4年以上5年以内	6 (11.8)
医療機関受診頻度	1か月に2~3回程度	3 (5.9)
	1~2か月に1回程度	18 (35.3)
	1年に2~3回以下	30 (58.8)

(7.9%), 0.0~10.0kgの体重減少者が32名(62.7%), 10.0~20.0kgの体重減少者が15名(29.4%)いた。家庭における主な調理者が「自分」と回答した者は24名(47.0%)で、うち16名(66.7%)が女性であった。本調査対象女性全員が「自分」で食事を作っていた。「配偶者」が調理している者は27名(53.0%)で、全員が男性であった。仕事有りは19名(37.3%), 仕事無しが32名(62.7%)であった。術式は、胃全摘術が6名(11.8%), 幽門側胃切除術が29名(56.8%), 噴門側胃切除術が16名(31.4%)であった。到達方法は、5名(9.8%)が開腹

手術、46名(90.2%)が腹腔鏡下手術であった。術後経過期間の範囲は、1か月~60か月で、平均(SD)は22.4(16.8)か月であった。術後1年未満は14名(27.4%), 術後1年以上4年未満は31名(60.8%), 術後4年以上5年以内は6名(11.8%)であった。医療機関受診頻度は、月2~3回程度が3名(5.9%), 1~2か月に1回程度が18名(35.3%), 年に2~3回以下が30名(58.8%)であった。

2. 術後身体症状 (DAUGS) の記述統計 (表2)

DAUGS 総合得点の平均 (SD) は、55.7 (15.2点) であった。術後身体症状尺度の各因子に含まれる項目全てが頻繁に (「多少は」, 「かなり」, 「非常に」と回答) 生じた者の人数と割合を表2に示した。第7因子の下痢障害が37.0%で最も多く、次いで、第2因子活動力障害が35.0%であった。身体症状7因子のうち、第4因子のダンピング様障害を頻繁に体験している者はいなかった。

3. セルフケア能力 (SCAQ) の記述統計 (表3)

セルフケア能力の記述統計について、表3に示した。各下位尺度の平均 (SD) は「健康に関心を向ける能力」が21.5 (3.0), 「健康のために選択する能力」が20.1 (4.0), 「体調を整える能力」が25.0 (4.4), 「生活の中で続ける能力」が27.2 (5.5), 「支援してくれる人をもつ能力」が28.6 (5.1) であった。各下位尺度の100点換算した場合の得点は、「健康に関心を向ける能力」が86.6, 「健康のために選択する能力」が80.3, 「体調を整える能力」が

表2 術後身体症状尺度の各因子に含まれる項目全てが頻繁に (「多少は」, 「かなり」, 「非常に」と回答) 生じた者の人数と割合

術後身体症状の項目	n (%)
第1因子 (4項目): 逆流障害 (≥12/20点)	2 (4.0)
第2因子 (6項目): 活動力障害 (≥18/30点)	18 (35.0)
第3因子 (7項目): 食直後通過障害 (≥21/35点)	3 (6.0)
第4因子 (7項目): ダンピング様障害 (≥21/35点)	0 (0.0)
第5因子 (4項目): 移送障害 (≥12/20点)	2 (4.0)
第6因子 (2項目): 低血糖障害 (≥6/10点)	5 (10.0)
第7因子 (2項目): 下痢障害 (≥6/10点)	19 (37.0)

因子の定義^{16), 17), 18), 19), 20), 21)}

逆流障害: 飲み込む時のむせ感, 苦い物のこみ上げ, 苦い物のこみ上げによる不眠, 酸っぱい物のこみ上げ

活動力障害: 摂取量低下の程度, 腹部膨満の程度, だるさや疲れの程度, 体重減少の程度, 体力や行動力低下の程度, 息切れやふらつき

食直後通過障害: 胸や胃のもたれ感, 食事の食べ過ぎ感, 硬い食べ物のつかえ感, 吐き気の程度, みぞおちの痛み, 食後30分以内の腹鳴, 食後30分以内の腹痛

ダンピング様障害: 酸っぱい物のこみ上げによる不眠, 食後の嘔吐の程度, 食べ物がしみる感じ, 食後30分以内の冷や汗, 食後30分以内のめまい, 食後約3時間以内の冷や汗

移送障害: 食欲不振の程度, 軟らかい食べ物のつかえ感, げっぷの程度, 胸焼けの程度

低血糖障害: 食後約3時間以内の倦怠感, 食後約3時間以内の眠気

下痢障害: 下痢の程度, 軟らかい便の程度

表3 セルフケア能力の記述統計

N=51

	最小値	最大値	平均値	標準偏差	100点換算した場合の得点
健康に関心を向ける能力 (25点)	12	25	21.5	3.0	86.6
健康のために選択する能力 (25点)	7	25	20.1	4.0	80.3
体調を整える能力 (30点)	10	30	25.0	4.4	83.5
生活の中で続ける能力 (35点)	15	35	27.2	5.5	77.8
支援してくれる人をもつ能力 (35点)	16	35	28.6	5.1	81.7

83.5, 「生活の中で続ける能力」が77.8, 「支援してくれる人をもつ能力」が81.7であった。

4. 基本属性と術後身体症状との関連 (表4)

基本属性をすべて強制投入した結果, 「活動力障害」を目的変数, 就業状況を説明変数としたモデルが有意であり, 仕事ができる健康状態である者が, 「活動力障害」の認知が低いことを示した ($\beta = 5.10$, $p = .002$, 調整済み $R^2 0.11$). また, 「食直後通過障害」を目的変数とし

就業状況を説明変数として投入したモデルも有意であり, 仕事ができる健康状態である者が, 「食直後通過障害」の認知が低いことを示した ($\beta = 3.30$, $p = .016$, 調整済み $R^2 0.04$).

5. 術後身体症状とセルフケア能力の関連 (表5)

術後身体症状とセルフケア能力の関連を表5に示した. 「健康のために選択する能力」と「活動力障害」の発生頻度には有意な負の相関があり ($r_s = -.34$; p

表4 個人変数と術後身体症状の関連

N=51

	モデル1			モデル2		
	活動力障害			食直後通過障害		
	β	t	p	β	t	p
年齢 (男性: 1, 女性: 2)	-0.06	-0.79	.44	-0.06	-0.88	.37
性別	1.48	0.68	.50	1.32	0.72	.38
主に食事を作る人	1.15	1.14	.31	0.62	0.73	.48
就業状況	5.10	3.30	.002	3.30	2.51	.016
術式	1.10	0.91	.37	1.40	1.37	.18
到達方法	-1.51	-0.72	.48	-1.02	-0.57	.57
術後経過期間	0.03	0.65	.52	-0.01	-0.13	.90
医療機関受診頻度	-0.20	-0.15	.88	0.06	0.06	.95
R^2			0.25			0.20
自由度調整 R^2			0.11			0.04

カテゴリー変数

性別: 男性 = 1, 女性 = 2

主に食事を作る人: 自分 = 1, 配偶者 = 2

就業状況: 仕事有り = 1, 仕事無し = 2

術式: 全摘 = 1, 幽門側 = 2, 噴門側 = 3

到達方法: 開腹手術 = 1, 腹腔鏡手術 = 2

術後経過期間: 1年未満 = 1, 1年以上4年未満 = 2, 4年以上5年以内 = 3

医療機関受診頻度: 1か月に2~3回程度 = 1, 1~2か月に1回程度 = 2, 1年に2~3回以下 = 3

表5 術後身体症状とセルフケア能力の関連

N=51

	逆流障害	活動力障害	食直後通過障害	ダンピング様障害	移送障害	低血糖障害	下痢障害
健康に関心を向ける能力	.16	-.12	-.04	.03	.02	-.11	-.11
健康のために選択する能力	.14	-.34*	-.08	-.09	.11	-.23	-.06
体調を整える能力	-.03	-.25	-.07	.01	-.13	-.25	-.24
生活の中で続ける能力	.12	-.32*	-.12	-.08	-.07	-.24	-.14
支援してくれる人をもつ能力	.11	-.42**	-.22	-.13	-.02	-.12	-.21

Spearman 順位相関係数 ** $p < .01$, * $p < .05$

<.05),「健康のために選択する能力」が高い人ほど、「活動力障害」の発生頻度が低かった。また、「生活の中で続ける能力」と「活動力障害」の発生頻度には有意な負の相関があった ($r_s = -.32; p < .05$)。さらに、「支援してくれる人」と「活動力障害」の発生頻度には有意な負の相関があった ($r_s = -.42; p < .01$)。

6. 自由記載欄

自由記載は有効回答51名のうち5名(9.8%)から得られた。自由記載欄には、食事と活動に関する記述があった。食事については、「もう少し太りたいので、その調理方法を知りたい。(60歳代, 腹腔鏡下幽門側胃切除術)」「食欲はあるが、受けつける食べ物が定まっていない。夜中に食べ物をもどしてしまう。胃液がもどって、気管に入ってむせるのが辛い。(50歳代, 腹腔鏡下幽門側胃切除術)」「アルコールの摂取量と摂り方を知りたい。(70歳代, 腹腔鏡下噴門側胃切除術)」の3件、活動については、「元々、体力がない方です。今回、胃が小さくなってしまったので、体力がつく食べ物について知りたい。(70歳代, 腹腔鏡下幽門側胃切除術)」「体力が落ちていくことに困っている。(80歳代, 腹腔鏡下胃全摘術)」の2件であった。

IV. 考察

1. 対象者の特徴

本調査対象の年代は、30歳代から90歳代と幅広く、60、70歳代が多くを占めていた。また、約7割が男性であった。胃がんの好発年齢は、中高年の男性の罹患が多く、本調査対象者もそれらの特徴と一致していた。青木らは、胃切除後の回復過程として術後1年未満を術後早期、術後1年から1年半以降を安定期、術後4年から5年以降を晩期と呼んでいる²³⁾。本研究対象の6割が安定期で、社会復帰し、セルフケア能力を発揮し、症状への対処行動をとっている時期であり、さらに術後の生活の安定を図っていききたい時期にあった。安定期にある患者は、手術侵襲から生体はある程度回復するが、胃切除後の食生活に完全に慣れたとは言えない状態にある。しかし、多くの患者が社会復帰し、自身の生活と折り合いをつけながら、効果的な対処行動を獲得していく時期であることから、患者個々の特性を踏まえた支援が重要となってくる²³⁾。

2. 胃がん術後の身体症状

術後身体症状の出現頻度は、下痢障害が最も高く、次いで、活動力障害であった。吉村の調査結果によると、術後1年以上の患者は、下痢が最も出現しやすい症状で

あった²⁴⁾。一般に下痢障害は、食べ物が一度に小腸に流れ込むことによる神経反射や、腸の蠕動運動が過剰になることによって起こり、まだ切除後の胃に慣れておらず、食生活が確立できていない術後早期に出現しやすい²³⁾。下痢障害は、術後の栄養状態回復を妨げる要因となり得るため、対処すべき重要な課題である。退院時に、食べ方や避けた方が良い食べ物などについて、栄養士や看護師が指導を行っているが、近年、在院日数の短縮により、患者が指導内容を十分に食生活に定着しないまま退院日を迎えると報告されている¹³⁾。また、下痢障害によって栄養状態の回復が妨げられ、それが活動力障害を引き起こしていると考えられる。退院後の栄養指導は、主に外来受診時の医師や看護師からの助言に限られてしまうため、医療者が食事指導についての情報提供をするだけでなく、患者自身が自分に必要な情報を求めることが重要となってくる。胃切除術後患者に下痢障害、活動力障害の出現頻度が高いことを医療者が認識し、外来受診時に下痢障害や活動力障害の成因を把握することで、その対処方法を患者個々の背景に合わせて共に考え、患者自身が行動を起こすように促す支援が必要となってくる。患者が正確な医療情報にアクセスすることができるように、近隣のがん相談支援センターや自治体の保健相談室などを紹介し、退院後も定期的に医療者による相談を受けることができるような支援体制が求められる。

術後身体症状に関連していた個人変数は、就業状況であった。就業者に活動力障害、食直後通過障害の出現頻度が低かったことから、手術後の活動や食事への影響が少なかったために就業ができていた可能性がある。就業以外の個人変数と術後身体症状の関連はなかったことから、下痢障害、活動力障害などをはじめとする術後身体症状は基本属性にかかわらず胃切除術後の患者全般において出現しているといえる。

3. 胃切除術後のセルフケア能力

セルフケア能力は、「健康に関心を向ける能力」が最も高く、次いで「体調を整える能力」だったことから、多くの患者がセルフケアの実践において基本となる健康への関心や、日々の体調管理などに目を向けているといえる。5つのセルフケア能力の平均得点が7～8割と、比較的高かったものの、その中で「生活の中で続ける能力」が低かった。調査中の患者との会話において、「(セルフケアを)やらなければならないとわかっているが、なかなかできない。」といった声が多くあった。外来受診の機会に患者のセルフケア実践の実態を把握し、必要時、患者が利用できる相談サービスの紹介を行うことが重要である。

4. 術後身体症状とセルフケア能力の関連

術後身体症状とセルフケア能力の関連について検討したところ、活動力障害と有意な相関がみられたのは、「支援してくれる人をもつ能力」、「健康のために選択する能力」、「生活の中で続ける能力」であった。

「支援してくれる人をもつ能力」の得点が高いほど、活動力障害の発生頻度は有意に低かった。「支援してくれる人を持つ能力」は、自分の健康管理を支援してくれる人を持ち、活用する力のことである²²⁾。先行研究では、胃切除後の生活において、筋肉量の減少による倦怠感、易疲労性、易活動性の低下などにより体力の低下がみられたり、術前と同じように活動できないことへの不安や苛立ち、周囲の理解や協力不足のための孤立感やストレスなどの精神面の負担が重なったり、さらには飲食を伴う場での社交などにおける社会生活への支障をきたすとある⁷⁾。周囲からの術後の食生活への支援があることで、摂食量が安定し、急激な体重減少や活動力低下を防ぐことに繋がるといえる。術後の食生活の変化を理解し、共に乗り越えてくれる家族や友人、同僚などの周りの存在が重要である。また、活動力障害を抱えている状態において、「自分にできないところは人にやってもらう」、「必要などときには、周りの人に援助を求めることができる」ことにより、許容範囲を超えた無理な活動をしなないように過ごすことができる。この「支援してくれる人をもつ能力」には、「必要があれば、医療者に相談している」も含まれ、周りで支援をする人は、家族だけではなく、医療者も含まれる。近年、ひとり暮らしをする人が増えている²⁵⁾ため、胃がん術後患者の中にも1人で暮らす人も多くいると考えられる。特に本研究の対象の多くを占めていた65歳以上のひとり暮らしの者は男女とも増加しており、65歳以上人口に占める割合は、男性13.3%、女性21.1%となっている²⁵⁾。ひとり暮らしの患者は、食事や活動などの生活行動などを家族に指摘されることがないため、外来受診時に生活行動について相談できることで、術後身体症状の軽減に繋がると考えられる。都道府県がん診療連携拠点病院のがん相談医療センターの相談内容の経年推移と傾向について分析し、その活用について考察した三苦らの先行研究では、「がんの治療」「がんの検査」「がん予防・検診」についての相談件数は減少傾向にあった。がん対策推進基本計画に伴い、がんについての情報コンテンツの充実、がん予防や検診についての啓発活動が推進されたことによると結論づけている。一方で、「症状・副作用・後遺症」についての相談件数では、発症時期や経過は個人によって異なるため、個人の状況に応じた相談が生じることから、相談件数の減少傾向はみられなかったのではないかと考察している²⁶⁾。看護師は、患者の生活背景から患者が抱え得る

体力の低下や精神面の負担についての思いを傾聴し、対処行動について共に考える姿勢をとる必要がある。

「健康のために選択する能力」の得点が高いほど、活動力障害の発生頻度は有意に低かった。「健康のために選択する能力」は、自分の楽しみや生き甲斐を考えながら健康管理方法を選択する力である²²⁾。近年、医療に関する情報が多く溢れているため、自分に必要な自分に合った健康管理方法を見つけ出すことが困難になってきている。ここで求められるのが、ヘルスリテラシーである。ヘルスリテラシーとは、「情報を理解・活用できる力」である²⁷⁾。患者のヘルスリテラシーは、セルフケアに際して様々に影響する。退院指導の際に、患者のヘルスリテラシーについて確認すること、外来受診時に、患者が行っているセルフケアについて医療者が確認し、必要時軌道修正することなどが重要となってくる。胃切除術後の身体症状には個人差があることに加え、退院後の生活における活動量、活動範囲などにも差があるため、自分に合った健康管理方法は、一般的な指導のみでは見つけることができないと考えられる。退院後の看護は、外来受診の短時間での援助が多く、患者の生活習慣、特徴をふまえた看護が提供しにくい現状がある。しかし、胃がん術後患者の身体症状を理解し、患者のセルフケアの実施状況について継続して把握し援助していく必要がある。本研究で用いたSCAQ30は、看護師が患者のセルフケアの「できている部分」(強み)と「できていない部分」(弱弱点)を捉えることで、両者の対話を通して具体的なセルフケアの方法を考えることができる²²⁾。これは、外来受診時に限らず、入院時から実施できることであるため、退院前に患者のその時点でのセルフケア能力を把握しておくことで、外来受診の短時間での援助に繋げることが可能となると考える。

「生活の中で続ける能力」が高いほど、活動力障害の発生頻度が有意に低かった。「生活の中で続ける能力」は、自分の生活にあった健康管理の方法を身につけ、それを維持する力である²²⁾。質問紙の自由記載欄には、体重減少、体力や行動力の低下に関する記述がみられた。自由記載欄でみられたこれらの訴えは、活動力障害の対処方法が確立されていない、または継続して対処できていないために出現していると考えられる。生活の中で続ける能力には、患者自身だけでなく、患者の生活に関わる周りの人々の能力も重要である。家族本来のセルフケア能力を高め、主体的に問題解決できるように支援していくことが重要である。

5. 研究の限界と課題

本調査において、手術前後の体重変化量を調査内容に加えたが、体重変化量では個々の体重に占める体重の増

減を確認できなかった。体重は胃切除術後の栄養状態を把握する重要な指標になるため、今後は手術前後の体重の実測値を調査する必要がある。また、本調査対象は、胃がん罹患前に他の消化器疾患を罹っていた者が多く、胃がん手術によって発症した症状なのか、特定できなかった。今後は、本調査の経験をふまえて調査の目的にあった対象者の適格基準と除外基準を検討する必要がある。本研究では、セルフケア能力が高いほど、胃がん術後患者の身体症状が低いという仮説をたて調査を行ったが、術後身体症状の程度が低いことで、患者自身のセルフケア能力が高くなったという考え方もできる。本研究は横断研究のため、因果検証には至っていない。今後は、本研究知見を基に縦断研究を計画していく。

V. 結論

胃がん術後患者の身体症状とセルフケア能力の関連について検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. 胃がん術後身体症状の発現率は、下痢障害、活動力障害が高かった。
2. 胃がん術後の身体症状である活動力障害や食直後通過障害に就業状況の有無が関連していた。
3. セルフケア能力のうち、健康のために選択する能力、生活の中で続ける能力、支援してくれる人をもつ能力の得点が高いほど、胃がん術後の活動力障害の発生頻度は有意に低かった。

以上のことから、胃がん術後患者が困難を抱える身体症状を軽減するためには、患者が自身のライフスタイルに合った健康管理方法を見つけ、それを選択し、継続して実施していけるようにセルフケア能力を高める支援の必要性が示唆された。そのためには、患者個々の背景をふまえ、術後予測される症状を早期から説明し、入院前の外来受診時から退院後にかけて長期間にわたり継続したセルフケア支援を行うことが必要である。

VI. 引用文献

- 1) 国立がん研究センター 最新がん統計 [最終アップデート 2021年8月3日] https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (2021年10月12日閲覧)
- 2) 本末直美, 矢田昭子, 森山美香他: 就労している成人期男性胃がん術後患者の食事摂取に関わる困難と対処, 島根大学医学部紀要, 39, 15-21, 2017.
- 3) 中野 明: 第2章アブラハム・マズロー欲求階層論が世間の注目を集める, 人間性心理学入門 マズローからジェンダーへ, 34-37, アルテ, 2019.
- 4) 内海知子, 橋田由吏, 大浦まり子他: 胃がんにより胃切除術を受けた患者の栄養・身体指標と主観的健康観の変化—手術前・退院時・初回来・3ヶ月後外来における縦断的調査, 香川県立保健医療大学雑誌, 2, 31-38, 2011.
- 5) 恩地裕美子, 古瀬みどり: 安定期に移行する胃がん術後患者の術後後遺症と生活習慣および身体的状況との関連, 北日本看護学会誌, 11 (1), 13-21, 2008.
- 6) 奥坂喜美子, 数間恵子: 胃術後患者の職場復帰に伴う症状の変化と食行動に関する研究, 日本看護科学会誌, 20 (3), 60-68, 2000.
- 7) 中田浩二: 胃切除後障害の今日的话题, 日臨外会誌, 77 (5), 1007-1022, 2016.
- 8) 藤浪千種: 高齢の胃切除術後患者の回復に向けた主体的取り組み, せいいい看護学会誌, 8 (2), 1-8, 2018.
- 9) 佐川まさの, 勝部隆男, 今野宗一他: 胃癌患者に対する術前術後にわたる継続的栄養指導の検討, 東女医大誌, 第78巻, 第2・3号, 119-123, 2008.
- 10) 中内雅也, 稲葉一樹, 石田善敬他: 胃癌・低侵襲治療と集学的治療の個別化へ向けて胃癌に対する腹腔鏡手術とロボット支援手術, Pharma Medica, 35 (5), 33-37, 2017.
- 11) 厚生労働省. 令和元(2019)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況—病院報告. 東京:厚生労働省:2019 [最終アップデート2019年12月31日] <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/03byouin01.pdf> (2021年10月12日閲覧)
- 12) 庄司智美, 小関大樹, 和田秀子他: 胃癌手術後患者の不安と退院時の食事指導を考える, 第44回(平成25年度)日本看護学会論文集 成人看護 I, 129-132, 2014.
- 13) 松本里加, 佐藤真由美: 術後患者が退院直後に抱く思い—退院指導に関する自由記述からの分析—, 埼玉医科大学看護学科紀要, 11 (1), 79-85, 2018.
- 14) 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—, 日本クリティカルケア看護学会誌, 5 (2), 60-68, 2009.
- 15) 北村佳子: 外来化学療法を受ける消化器がん術後患者の症状体験, セルフマネジメント力, 自己効力感, QOLの実態および関連, 日がん看会誌, 28 (3), 13-23, 2014.
- 16) 中村美鈴, 細谷好則, 土岐祐一郎他: I. DAUGS32の質問項目, II. 質問項目の分類, 上部消化管がん患者の術後機能障害評価尺度 DAUGS Dysfunction After Upper Gastrointestinal Surgery, 京都大学学術出版会, 2014.
- 17) Misuzu Nakamura, Yoshihiro Kido, Masahiko Yano, et al: Reliability and Validity of a New Scale to Assess Postoperative Dysfunction After Resection of Upper Gastrointestinal Carcinoma, Surgery Today, 35, 535-542, 2005.
- 18) Misuzu Nakamura, Yoshihiro Kido, Yoshinori Hosoya, et al: Postoperative Gastrointestinal Dysfunction between 2-field versus 3-field Lymph-node Dissection in Patients with Esophageal Cancer,

- Surgery Today, 37, 379-382, 2007.
- 19) Misuzu Nakamura, Yoshihiro Kido, Takako Egawa: Development of a 32-item scale to assess postoperative dysfunction after upper gastrointestinal cancer resection, *Journal of Clinical Nursing*, 17 (11), 1400-1449, 2008.
 - 20) Misuzu Nakamura, Hosoya Y, Yano M, et al: Extent of Gastric Resection Impacts Patient Quality of Life: The Dysfunction after Upper Gastrointestinal Surgery for Cancer (DAUGS32) Scoring System, *Annals Surgery Oncology*, 314-220, 2010.
 - 21) Misuzu Nakamura, Hosoya Y, Umeshita K, et al: Postoperative quality of life: development and validation of the "Dysfunction After Upper Gastrointestinal Surgery" scoring system, *J Am Coll Surg*, 213 (4), 508-14, 2011 Oct.
 - 22) 本庄恵子, 野月千春, 本館教子: セルフケアを捉える指標としての SCAQ, 基礎から実践まで学べるセルフケア看護セルフケア看護に役立つ質問紙「SACQ」併載, 35-36, ライフサポート社, 2015.
 - 23) 青木証明, 羽生信義: III 愁訴症状への対応とその予防 6. 下痢, 胃切除後障害のマネジメント, 130, 146-150, 医薬ジャーナル社, 2001.
 - 24) 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, *日本看護科学会誌*, 25 (4), 52-60, 2005.
 - 25) 総務省統計局編: V 世帯の状況 1. 世帯の種類・家族類型, 令和 2 年国勢調査 人口等基本集計結果 結果の概要, 35-37, 総務省統計局, 2021.
 - 26) 三苦美和, 東ますみ, 石垣恭子他: がん相談支援センターにおける相談内容の経年推移と傾向の分析, *日本感性工学会論文誌*, 20 (2), 141-151, 2021.
 - 27) 『「統合医療」に係る情報発信等推進事業』. 医療者と患者のコミュニケーション:ヘルスリテラシーを手がかりにして, 東京:厚生労働省;2015 [最終アップデート2015年3月28日; 2021年10月26日 引用] <https://www.ejim.ncgg.go.jp/pro/communication/c01/01.html>