

【研究報告】

## 告知を受けた癌患者の心理的サポートの基盤となる 自己効力感の縦断的調査研究

中島紀子

人間環境大学松山看護学部基礎看護学領域

【要旨】

【目的】告知後の癌患者の心理状態について、縦断的に自己効力感の変化を測定することにより、患者のQOLを改善する手掛かりを得ようとした。【方法】告知をされた癌患者で同意が得られ、追跡調査ができた44人を対象とした。方法は、バンデューラの行動特徴を概念枠組みとして58項目の質問紙を新たに作成し、研究参加の同意が得られた告知後の癌患者に対し半構成インタビューを実施した。継続調査の同意が得られた癌患者には、退院1ヶ月後、退院2ヶ月後にも調査を実施した。【結果】フリードマン検定の結果、自己効力感の得点は退院前、退院1ヶ月後、2ヶ月後と徐々に高くなり、ウィルコクソンの順位検定では、退院前に比べて、退院2ヶ月後に有意差が認められた。継続調査が可能であった11名の自己効力感得点の変化を比較すると、4つのタイプに分類できた。【考察】告知後の癌患者の自己効力感得点は、退院後は徐々に高くなっていったので、今後、自己効力感を高める要因の背景因子について研究を展開したい。

キーワード：癌患者、告知、自己効力感

### I. 緒言

人権意識が向上するにつれて、インフォームド・コンセントや自己決定に関する議論が盛んになってきた。「癌告知」をする医療機関も増加し、その結果、癌患者に対する医療は身体的のみならず、心理的あるいは社会的な側面から支援する「全人的医療」に社会的関心が高まりつつある。医療技術の進歩に伴い、癌の治癒率が上昇し、適切な治療により癌は十分に完治する可能性が高まった。癌は不治の病ではなくなりつつあるが、社会的には、未だ「癌」という病人は「死」を想定させる特別な意味を持っている。しかし、「癌告知」は死の宣告ではなく患者に真実を伝え、医療者と共に克服するための過程と捉えることが重要である。癌患者が「癌」に積極的に立ち向かい、患者自身が生活意欲を高めれば、延命を含め、癌患自身の生活の質（Quality of life: QOLと略）の向上に繋がる可能性がある。癌患者に真実を伝えた後、患者に寄り添い、身体的支援のみならず心理的あるいは社会的に患者を支えれば、患者のつらい状況を緩和し、癌患者のQOLを改善するかも知れない。癌患者が退院をする時、癌患者の20～30%が不安や抑うつ状態といった深刻なストレス状況下にあること（塚本、1998）が報告されており、癌患者はこうした精神的な問題に対処しながら、退院後、日々の生活を始めることになる。また告知された乳癌患者で、積極的に対応しようとする人々の生存率が最も高い（Pettingale, 1985）と報告されており、心理的要因が身体の健康と関連することが指摘されている。心理的状态を把握し、適切に対応す

ることが患者を支え、QOLの向上に繋がる可能性がある。

癌患者のQOLを取り扱った研究は、国内外で数多くなされ、癌患者のQOLと社会的支援についての研究も増えている。退院後の患者がストレス状況にあることを示唆する研究はあるものの、癌告知後のストレス状況を縦断的に研究し、ストレス緩和の方策についての報告は少ない。心理学の領域では、自己効力感という概念が注目されているが、この自己効力感とはバンデューラ（Bandura, A., 1997）によって体系化された社会的学習のための遂行動機（心理的機能）である。これはある行動を起こす前に個人が感じる「自分の能力に対する確信」とされる。自己効力感の理論によれば、人間はストレスを生起する事象に対して、それを制御しようとする機能を持っており、その力を活用することにより、苦しい状況に立ち向かうことができるとしている。キューブラー・ロスの死の受容過程（E・キューブラー・ロス, 1990）に例えると、告知の衝撃を受けた癌患者が最終的に自己実現に到達する過程には、癌患者が自己実現に向けて「癌に打ち勝つことができる」という確信、つまり自己効力感が関係すると考えられている。自己効力感に関する研究は、例えば、坂野ら（坂野ら, 1986）は自己効力感が高く認知されたときに認められる7つの行動特性を用い、一般的自己効力感尺度を作成しており、統計学的な信頼性と妥当性を確保していた。

本研究では、癌患者が告知や闘病によるストレス状況に対処する力として「自己効力感」をとりあげた。この自己効力感の理論を告知後の癌患者に適用し、癌患者の生活を支援する際の方策を検討する際の一助となると考えた。

## II. 目的

本研究は、告知後の癌患者の生活を自己効力感の理論により分析していくものである。告知後、ストレス状況にある癌患者の心理的傾向を把握するとともに、告知後の心理的な変化を縦断的に測定し探求することを目的とした。自己効力感の変容とその背景因子を検討することは、告知後の癌患者のQOLを向上させる支援に有用と考えた。

## III. 方法

### 1. 対象

告知を受けた癌患者の中で、研究の趣旨(目的・方法など)を説明した後、同意が得られた44人を対象とした。さらに継続調査の同意が得られた対象については、退院後1ヶ月と退院後2ヶ月に家庭訪問による追跡調査を実施した。

### 2. 調査項目

#### 1) 属性

性別、年齢、家族構成、仕事の有無とした。年齢は65歳以下を非高齢者群、65歳以上を高齢者群に分類した。病態は疾患、治療方法、治療後の経過、予後、既往歴とし、事前に主治医の許可を得て、カルテから読み取り、面接時に再確認した。

#### 2) 生活状況

日常生活活動動作 (activities of daily living: ADLと略)の程度、疼痛の有無とした。ADLは自分で動くことが可能な群と自分で動くことが不可能な群の2群に区分した。

#### 3) 癌患者用自己効力感尺度

癌患者用自己効力感質問紙は、バンデューラが提唱した“自己効力感”が高く認知された時の7つ行動特性(克服努力、積極的努力、課題取り組み、成功期待、忍耐力、自己防衛、不安)を概念枠組みとし、58項目からなる質問紙を新たに作成した。回答方法は「非常にあてはまる:4点」「ややあてはまる:3点」「あまりあてはまらない:2点」「全くあてはまらない:1点」の4段階評価とした。いずれの項目も得点が高いほど自己効力感が高いことを意味する。

#### 4) 調査方法

調査の同意を得られた告知後の癌患者に対して、退院前に癌患者用自己効力感質問紙を用いた半構成的面接を実施した。また関連する看護記録もカルテより情報収集しデータとして記述した。面接時間は約30分～1時間とした。その後、継続調査の同意を得られた癌患者に対しては、退院後にも自宅に訪問し、同様の調査を実施した。

#### 5) 統計解析法

対象者の背景、病態、生活状況に関しては新たに作成した癌患者用自己効力感質問紙の合計得点の推移を、順序尺度であることを考慮して、フリードマン検定およびウィルコ

クソンの順位和検定にて統計学的に解析した。統計処理ソフトはSPSS (23.0J)を用いた

### 6) 倫理的配慮

調査についての説明を口頭で行い、調査協力への同意が得られた告知後の癌患者を対象とした。面接調査を行う際は、研究の目的、個人情報秘匿、研究への参加と不参加の自由を説明し、同意を得た。

## IV. 結果

### 1. 対象者

対象者は、男性27人と女性17人の合計44人であった(表1)。しかし、その44人も再入院、状態の悪化、死亡等で継続調査が可能だったのは、退院後1ヶ月が19人、退院後2ヶ月が11人だった。

表1 対象者の背景

年齢	65歳以上	28人	65歳以下	16人
疾患	肺がん	36人	肺がん以外	8人
治療	手術	19人	化学療法	11人
	放射線療法	4人	その他	10人
ADL	自力体動可	34人	自力体動不可	10人
痛み	あり	29人	なし	15人

### 2. 癌患者用自己効力感質問紙の信頼性

独自に作成した癌患者用自己効力感質問紙の信頼性分析を検討した。癌患者用の自己効力感質問紙は、バンデューラの7つの行動特性をもとに作成しているため、因子ごとに信頼性分析を実施した。自己効力感質問紙を退院前、44人のデータで $\alpha$ 係数を確認したところ、有意な高い信頼性を確保していた(表2)。

表2 自己効力感尺度の信頼性分析

各因子	クロンバックの $\alpha$ 係数
第I因子: 克服努力	.614
第II因子: 積極的努力	.818
第III因子: 課題取り組み	.897
第IV因子: 成功期待	.745
第V因子: 忍耐力	.411
第VI因子: 自己防衛	.313
第VII因子: 不安	.788
尺度全体	.916

### 3. 対象者の背景と自己効力感得点との関連

対象者の背景と自己効力感得点を表3に示した。対象者は継続調査が可能であった11名とした。性別による自己効力感得点(中央値 $\pm$ 四分位偏差)は、いずれも女性より男性が有意に高い値を示したが、有意な差は認められ

なかった。しかし男性の自己効力感得点は退院前と退院後2ヶ月で有意差が認められた ( $p<0.05$ )。年代別に比較すると、どの時期においても非高齢者群の自己効力感得点が高齢者群の自己効力感得点より高かったが、得点の経時的变化では有意差には至らなかった。疾患別では継続可能だった11名については全員が肺がんであった。治療による自己効力感得点の比較では、手術を受けた者が最も得点が高かったが、経時的变化に有意差は認められなかった。痛みの有無による比較では、痛みがある者のほうが高い得点を示したが、有意差には至らなかった。

表3 対象者の背景と自己効力感得点の推移

	退院前	退院1ヶ月後	退院2ヶ月後
性別 男性	167.0 ± 20.5	175.0 ± 23.0	194.0 ± 8.0 *
女性	159.0 ± 7.6	165.0 ± 12.0	164.5 ± 17.8
年齢 65歳以下	171.0 ± 16.4	176.0 ± 15.6	197.5 ± 7.8
65歳以上	161.0 ± 16.0	160.0 ± 25.0	184.0 ± 17.5
治療 手術	171.0 ± 13.0	176.0 ± 17.0	189.5 ± 11.1
手術以外	152.0 ± 13.5	148.0 ± 12.8	194.0 ± 17.3
痛み 有	175.0 ± 16.0	177.0 ± 17.0	194.0 ± 8.0
無	146.5 ± 2.8	146.0 ± 1.0	189.5 ± 17.3

\*  $P<0.05$ : 男性 vs 女性 (ウィルコクソンの順位和検定)

#### 4. 退院前後における自己効力感得点の推移

自己効力感得点の推移と退院前後のインタビュー中に対象者から得られた言動について、許可を得てデータとして記述したものを表4に示した。継続して調査可能だった11人の自己効力感得点の推移を比較すると、4つのタイプに分類できた。

表4 退院前後における自己効力感得点の推移からみた4つのタイプ

	退院前	退院後
タイプA	<プラス思考> ・病気になったのは仕方ない ・できることからやるつもり ・痛みはあるが、こんなものだろう	<プラス思考> ・食事ができるようになり調子が良くなった ・入院前と変わらない ・手術のことは気にならなくなった
タイプB	<マイナス思考> ・父が同じ病気だったので不安はある ・「死」に対して涙ぐむ ・しんどさが続き、治るのか不安	<プラス思考> ・仕事を再開すると、思ったより楽だった ・歩いたりするうちに、自信がついた ・病気に対する不安が少なくなった
タイプC	<マイナス思考> ・手術の痛みが続いていた ・なぜ自分が病気になってしまったのか	<マイナス思考> ・手術をしてから仕事ができなくなった。手術をしなければよかった ・咳と痛みが出てきて、体がもとに戻らないのが歯がゆい

タイプ	<プラス思考>	<プラス思考>
D	・病気とは闘わないといけない ・仕事をしていると病気のことを忘れられるから、早く仕事に戻りたい	・退院してから少しずつ仕事を始めた ・入院前と変わらない生活をしている

タイプA: 自己効力感得点が徐々に上昇,  
タイプB: 自己効力感得点が一度下がり上昇  
タイプC: 自己効力感得点が徐々に低下,  
タイプD: 自己効力感得点がほぼ変わらず高い

1つ目のタイプは退院前と比べ退院1ヶ月後および2ヶ月後ともに自己効力感得点が徐々に上昇しているタイプであった。2つ目のタイプは、退院前に比べ退院1ヶ月後では自己効力感得点がるもの、退院2ヶ月後には上昇し、退院前より自己効力感得点が高くなっているタイプBであった。3つ目のタイプは退院前に比べ退院1ヶ月後および退院2ヶ月後と徐々に自己効力感得点が低下していたタイプCであった。4つ目のタイプは退院前、退院1ヶ月後および退院2ヶ月後とほぼ変わらず高い自己効力感得点を示しているタイプDであった。

#### 5. 全体からみた自己効力感得点の推移

図1に自己効力感得点の調査時期ごとの中央値±四分位偏差を示した。退院前の自己効力感得点は167 ± 18.3、退院後1ヶ月は175 ± 22.6、退院後2ヶ月では194 ± 14.3で徐々に高くなっていった。この自己効力感得点の推移をフリードマン検定で比較すると、有意差が認められた ( $p<0.05$ )。さらにウィルコクソンの順位和検定で、退院前と退院後2ヶ月の間に有意差が認められた ( $p<0.05$ )。

#### V. 考察

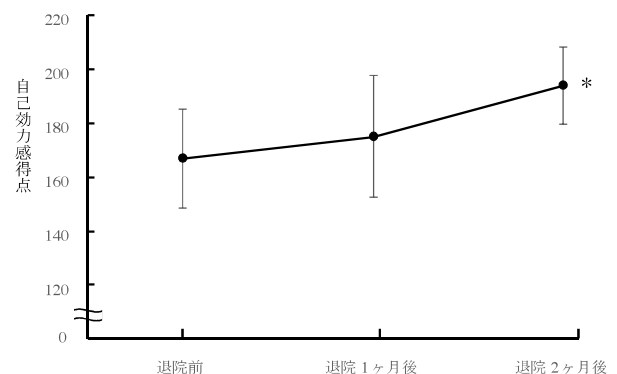


図1 退院前後における自己効力感得点の推移  
退院前と退院2ヶ月後において有意差が認められた。  
\* $P<0.05$ : ウィルコクソンの順位和検定

本研究において対象とした11人の癌告知後患者の背景要因と、自己効力感の変化を検討した。表3を見ると全体的に退院前と比べると退院2ヶ月後では自己効力感得点は高くなっている。治療に関しては自己効力感に有意差は見られなかったが、退院前と退院1ヶ月後においては手術療

法を受けた者が高くなっている。手術を行ない、再発・余命を告知された患者の場合は、手術にて腫瘍を取り除けば解決という気持ちが強すぎ、身体的苦痛、体力の低下を自覚するにしたがって、こんなはずではなかったという気持ちから悲観的となり、うつ状態に陥ることがある（岸ら、1994）。逆に言うと、手術を受けることにより癌が取り除かれ元の自分に戻れるというイメージを強くもっているため、手術療法を受けた者の自己効力感が高くなると考えられる。さらに ADL に関しては自分で動くことが可能である者が自分で動けない者に比べて有意に自己効力感が高くなっているが、これは個人のセルフケアの高さが自己効力感に反映していることが考えられる。

今回 11 人の癌告知後の患者の自己効力感を経時的に調査した結果、自己効力感が「徐々に上昇するタイプ」、「一度下がってから上昇するタイプ」、「徐々に低下するタイプ」、「常に高いタイプ」の 4 つのタイプが明らかになった。この中でも、自己効力感が「徐々に低下するタイプ」と「常に高いタイプ」は 1 人ずつしか該当する対象がいなかったため、今回は自己効力感が「徐々に上昇するタイプ A」と「一度下がってから上昇するタイプ B」に注目し考察する。自己効力感が「徐々に上昇するタイプ A」と「一度下がってから上昇するタイプ B」の 2 つのタイプの大きな違いは、退院前における心理的状态の違いであろう。「徐々に上昇するタイプ」は例をあげると、退院前は退院することに不安はあるが、今となっては治療もよかったと思っており、病気になったことは仕方ないと前向きな発言が見られた。「徐々に上昇するタイプ」には、他にも癌に対しての不安や手術による痛みはあるものの、「仕方がない」、「痛みはこんなものだろう」といった発言が見られており、現状を受け入れている状態でありプラス思考である。反対に「一度下がってから上昇するタイプ」は、退院前は不安が強く「死んでしまう」という発言が見られ涙ぐみ、仕事の復帰もあきらめたといった状態が推測された。「一度下がってから上昇するタイプ」には、他にも不安が続いていたり、痛みがいつまで続くのかという不安を抱えていたり、なぜ自分が病気になったのかと悩んでいたりと治療後も苦悩が続いている現実があり、現在の状態を否定的にとらえており、マイナス思考であった。

痛みは人間としての正常な思考過程を妨害し行動力を低下させる。痛みからの解放は患者の生活の向上には不可欠であると述べられている（福田、1995）。また、全人的苦痛の中の心理的苦痛には、これから病気がどうなるのか、といった先のみえない不安や不確かさと、自分がこの世から死別していく状況を予測し、その離別の悲しみや自己の存在が消滅していくことの嘆きを先取りし悲嘆することによる死への不安がある（田村、1997）。マイナス思考である者は身体的には自分が予測していた以上の痛みが

継続し、さらに体調が元に戻っていないことに対する強い不安が心理的苦痛の中核となり自己の状況を受け入れることを困難にしていると考えられる。キューブラー・ロスの死ぬ瞬間の中でも受容に至るまでには、様々な過程をたどると述べられている。心身の苦痛が抑うつ的にマイナス思考へとつながり、癌である状況を受容する過程に至っていない状況ではないだろうか。逆に、プラス思考である者は、診断時の衝撃から防御機能としての否認、承認、適応と、患者は自己の状況を受け入れなじんでいこうとする（田村、1997）。この自己受容こそが癌患者にとっての現実を受け止めるという対処であるのかも知れない。中西らは「対処に成功すれば適応に至る」と述べ（中西ら、1998）、また、渡辺（2001）は、「乳癌患者の心理的適応は感情の安定と前向きな対処であり、感情が安定することが癌に対して前向きに取り組む姿勢を強化させ、他方では癌に対して前向きに取り組む姿勢が不安定な心理状態からの逸脱を助ける」と述べている。つまり、癌であると告知を受け、何らかの治療を受けた自己の状態を受容できている者は、プラス思考の可能性もある。プラス思考とマイナス思考との違いは、心理的状态の安定と前向きな対処による適応の違いであり、それが自己効力感の推移に影響を与えている要因になっていると考える。

調査対象者全員の自己効力感の推移を見ると、退院前、退院 1 ヶ月後、退院 2 ヶ月後と徐々に自己効力感は上昇している。自己効力感の推移にはいろいろなタイプがあったが、全体からみて言えるのは、告知後癌患者は自己の現状を受け入れるためにつらい状況に対処し適応しているということである。それが、癌である現実と自分自身に対する受容であり、さらには自己効力感の上昇につながると考える。

本研究によって、告知後癌患者の自己効力感の推移は「徐々に上昇するタイプ」「一度下がってから上昇するタイプ」「徐々に低下するタイプ」「常に高いタイプ」の 4 つのタイプに分類された。またこれらの 4 つのタイプがあるものの、全体を通して、告知後の癌患者における自己効力感 は徐々に上昇することが明らかになった。しかし、今回の研究は限られた対象者数によって得られた結果であり、今後より多くの対象者に対して研究を展開したい。特に自己効力感の推移だけではなく、それに直接的あるいは間接的に影響を与えている要因を探求して手掛かりが得られれば、告知後の癌患者のさらなる QOL の上昇が期待できると考える。

#### 【謝辞】

本研究の実施に協力していただいた病院・施設の皆様及び貴重な時間を割いて面接に応じてくださいました皆様に深く感謝申し上げます。本研究は、平成 13 年～14 年度文

部科学研究費補助金，若手研究B（課題番号：13771476）の交付により始めた研究成果の一部である。

## 文 献

Bandura.A. (1997). 本明寛. 野口京子監訳. 激動社会の中の自己効力（第1版）. 東京：金子書房  
E・キューブラー・ロス(1990). 川口正吉訳. 死ぬ瞬間(第69版). 東京：読売新聞社  
福田斐子（1995）. がんの痛みのアセスメント対応. 臨床看護, 21（1）, 54 - 60.  
岸佳子・立石香織（1996）. がん患者の精神症状－がん専門病院における実態調査から－. ターミナルケア, 4（6）, 513 - 519.  
中西睦子・黒田裕子・前田夏実・森山美知子(1988). 対処(coping)

に関する研究：文献概観. 看護研究, 21（3）, 2 - 16.  
Pettingale,K.W（1985）.Mental attitude to cancer ;An additional prognostic factor.Lancet,1,750.  
坂野雄二・東條光彦（1986）. 一般的セルフエフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究, 12（1）, 73 - 82.  
田村里子（1997）. 全人的苦痛に“つながり”がもたらすもの. ターミナルケア, 7（4）, 269 - 275.  
塚本尚子（1998）. がん患者用自己効力感尺度作成の試み. 看護研究, 31（3）, 2 - 10.  
渡辺孝子（2001）. 乳がん患者の心理的適応に関連する要因の研究. 日本がん看護学会誌, 15（1）, 29 - 39.

【付記】本研究における利益相反関係は存在しない。

**Abstract:** *Repeated measurements of the degree of self-efficacy in the mental support of patients informed of having cancer.* Journal of Nursing Science in Human Life, 1: 20-24 (2018). Noriko Nakajima (Fundamental Nursing Laboratory, Faculty of Nursing at Matsuyama Campus, University of Human Environments).

We investigated a longitudinal measurement of changes in the mental condition of patients who were informed of having cancer, for understanding their inner state. Forty-four patients who were informed of having cancer and agreed to participate in this study comprised subjects. A new questionnaire (58-item) was designed by referring to the behavioral characteristics that are recognized as indicative of high levels self-efficacy according to Bandura. Patients were assessed by means of a semi-structured interview, with similar follow-up surveys conducted at the homes of those patient who consented, one month and two months after discharge from the hospital. Analysis of variance by means of Friedman test revealed that self-efficacy scores reliably increased 2 months after discharge as compared with pre-level. In addition, we compared patterns of changes in the self-efficacy scores among 11 patients who participated in the follow-up survey. Consequently, we classified these patients into four groups: “gradual increase,” “initial decrease, followed by increase,” “gradual decrease,” and “consistently high.”

**Key Words :** Patients with cancer, Informed of having Cancer , Self-efficacy, Longitudinal study