

がん手術後の患者と家族員の 社会復帰への看護援助に対する参加意識

浅 野 美知恵 (順天堂大学医療看護学部)
佐 藤 禮 子 (兵庫医療大学看護学部)

本研究の目的は、がん手術後の社会復帰への看護援助における看護師とがん患者と家族員（以上3者）の参加意識と関係を明らかにし、効果的外来看護援助のあり方を検討することである。看護援助に参加するがん患者と家族員と看護師の協働関係は、両方向の矢印で示すトライアングル型とする。研究の同意が得られ、都市部の中核病院外来で円滑な社会復帰への看護援助を実施した20組の消化器がん術後成人患者と家族員を対象に、援助期間中の患者と家族員の社会復帰への取り組み等について、参加観察法及び半構成的面接法を実施した。患者と家族員を1組としたケース分析の結果、3者の参加意識関係は、トライアングル型の「協働維持」、「自律へ移行」、個別の継続希望（患者が希望、患者と家族員が別々に希望）へと分かれて推移した。援助開始時から終了時に至る過程で看護師に求めた主な事柄として、「協働維持」では、専門的助言を、そして、「自律へ移行」は、自分達のやり方への承認、「個別（患者と家族員別々に）の継続希望へ移行」では、患者と家族員は別々の問題解決と心の支え、「個別（患者）の継続希望へ移行」では、コーチ的役割が認められた。以上の結果から、看護援助は、常にトライアングル型援助意識を持って協働する実施であったが、社会復帰するがん患者と家族員の参加意識は時間的に変化を示す推移が明らかとなった。この変化には、術後がん患者の心身の障害・回復の程度、家族関係のあり様などが影響すると考えられた。

KEY WORD : sense of participation, post-operative cancer patients, family members, rehabilitation

I. はじめに

現在、医療機関を利用する者には、従来のおまかせタイプに加え、提供された情報を吟味しながら自らの治療選択を自己決定する治療参加タイプがある。がん手術後の患者と家族員は、どのような治療参加の仕方を選択するかにかかわらず、退院後、自らが健康管理の主体となり、医療機関の利用を含めた健康生活のありように責任を持たなくてはならない。がん手術後の患者と家族員が円滑な社会復帰を果たすためには、社会復帰過程での健康管理に主体的に取り組む患者と家族員の姿勢や態度が不可欠である。

がん手術後の患者と家族員が健康問題解決に向けた目標を達成するために医療・看護に参加することは、退院後の自身の状況に即した現実的で実行可能な、かつ、継続できる健康生活の仕方を自己選択でき、自身に合った健康維持・促進の方法を見出すことに役立つと考える。看護師にとっては、患者と家族員が看護援助プロセスに参加することによって、生活に即した看護援助や患者と

家族員の自己決定を尊重した看護援助を提供することができると考える。患者と家族員と看護師は、患者と家族員の健康問題解決に向けた目標達成のために協働する関係にある。

患者及び家族の医療参加に関する報告には、病院管理の立場から事故防止の取り組み¹⁾、看護過程の共有・開示^{2), 3)}、入院患者が記載する日誌を用いた患者参加型の看護計画⁴⁾、入院中の患者を対象に調査した看護ケアの意思決定過程への患者参加⁵⁾、患者参加によるクリティカルパス作成⁶⁾やその評価⁷⁾、看護師の患者参加に対する意識調査⁸⁾等がある。しかし、外来通院するがん手術後患者と家族員の社会復帰への看護援助に対する参加意識の報告は、過去5年間（2001年～2005年）の検索にはなかった。がん患者と家族員の参加型看護実践のあり方を検討するためには、がん手術後患者と家族員の社会復帰への看護援助における協働参加意識について知る必要がある。

II. 研究目的

本研究の目的は、がん手術後の社会復帰への看護援助における患者と家族員の参加意識と看護師の関係を明ら

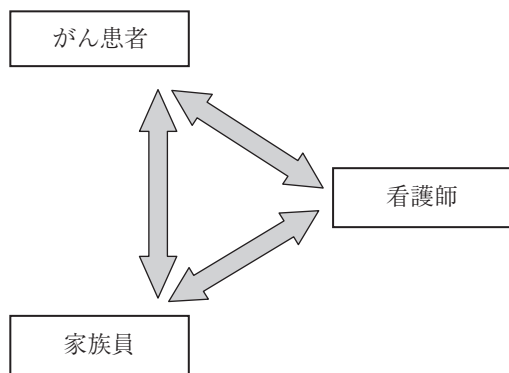


図1. がん患者と家族員と看護師との
トライアングル型参加意識関係

かにし、効果的外来看護援助のあり方を検討することである。本研究における3者関係は、看護援助に参加する患者と家族員と看護師との協働関係が両方向の矢印で示されるトライアングル型参加意識とする(図1)。

Ⅲ. 方法

1. 対象

対象者は、都市部の中核病院外来に通院する消化器がん術後成人患者の中、研究協力の同意が得られ、外来で参加型の円滑な社会復帰への看護援助⁹⁾(以下、看護援助)を約2ヶ月間実施する患者とその家族員である。

倫理的配慮：調査協力施設の倫理委員会の承諾を得て開始した。対象候補者の患者には、病棟師長や外来師長及び主治医から、研究の依頼がある旨が伝えられ、賛同した対象候補者の患者とその家族員には、退院時あるいは外来受診時に患者と家族員別々に、研究者が書面と口頭で研究参加を依頼した。研究参加の説明は、研究者の立場、研究目的と方法、研究の意義、予測される利益と不利益、個人情報保護のための匿名性と秘守性、自由意思に基づく研究参加、中断の自由等倫理的事項について行い、口頭で研究の承諾を得る。研究参加に同意した者を対象者とする。

2. 調査内容と調査方法

調査内容は、援助期間中の対象者であるがん患者と家族員の社会復帰への取り組み、看護援助終了時の健康及び生活状況である。調査方法は、対象者であるがん患者とその家族員の外来受診時に受持看護師として看護援助を実施しながら参加観察法を行い、援助開始時と2ヶ月後(援助終了時)の2回半構成面接を行う。尚、面接では、対象者の自由意思の尊重と心身への負担の配慮を徹底する。

3. 分析方法

がん患者と家族員を1組としたケース分析法を行う。まずケース毎の分析では、社会復帰への取り組み、看護援助終了時の健康及び生活状況に関わる全資料を熟読し、術後の回復経過、患者と家族員の関係、家族員の状況を文脈に沿って整理し、がん患者と家族員の参加意識の視点から援助開始時の協働の方向と終了時の協働の方向を矢印で表現する。次に、ケース全体の分析では、援助開始時から終了時(にかけて)の矢印の方向の変化が同じもの同士を集め、集められたケースの協働方向の内容を詳細に吟味し、意味内容が損なわれないように参加意識を簡潔に表現する。

Ⅲ. 結果

1. 対象の概要

対象者は、20組の患者(男性11名、女性9名、平均年齢57.4歳)と家族員(男性7名、女性13名、平均年齢53.5歳)で、患者と家族員との関係は、配偶者が15名であった。患者の診断名は、胃癌10名、大腸癌9名、膵臓癌1名で、化学療法有りは、13名、病期は、

表1. 対象者の概要

項目		患者 (n=20)	家族員 (n=20)
年齢(歳)	30歳代	1	1
	40歳代	2	5
	50歳代	6	8
	60歳代	11	6
職業	有	12	12
	無	8	8
患者と家族員との関係	配偶者	15	
	子	3	
	姉弟	1	
	同僚	1	
家族形態	拡大家族(*独居)	5(*3)	
	大家族	2	
	核家族	10	
	夫婦のみ	3	

Iが6名、IIが8名、IIIが4名、IVが2名であった。患者の術後の経過別内訳は、退院後3ヶ月以内6名、術後2-3年8名、術後5年以上経過6名であった(表1)。調査協力施設の倫理委員会の承諾を得て開始した。

2. ケース分析の一部

患者Xと家族員Y(患者Xの妻)のケースを例に挙げる。

XとYへの看護援助の概要は図2に示す。このケースは、がん手術に伴って変化した身体とボディイメージに対するセルフケア支援を主として必要としたケースであった。援助開始時は、Yも同席し一緒に取り組む姿勢が認められた。援助実施期間を通して、XとYは、看護師と協働しながら主体的に自分達の健康問題に取り組んだ。援助期間終了時に評価したXの「病気に関するものが中心ですけども、それ以外の話も出てくるし、先生(担当医)との中に入っていただけなので、病院に定期的に来るのが非常に楽しくなった。」などの発言、Yの「アドバイスをいただいたり、こっちからいろいろ話して、

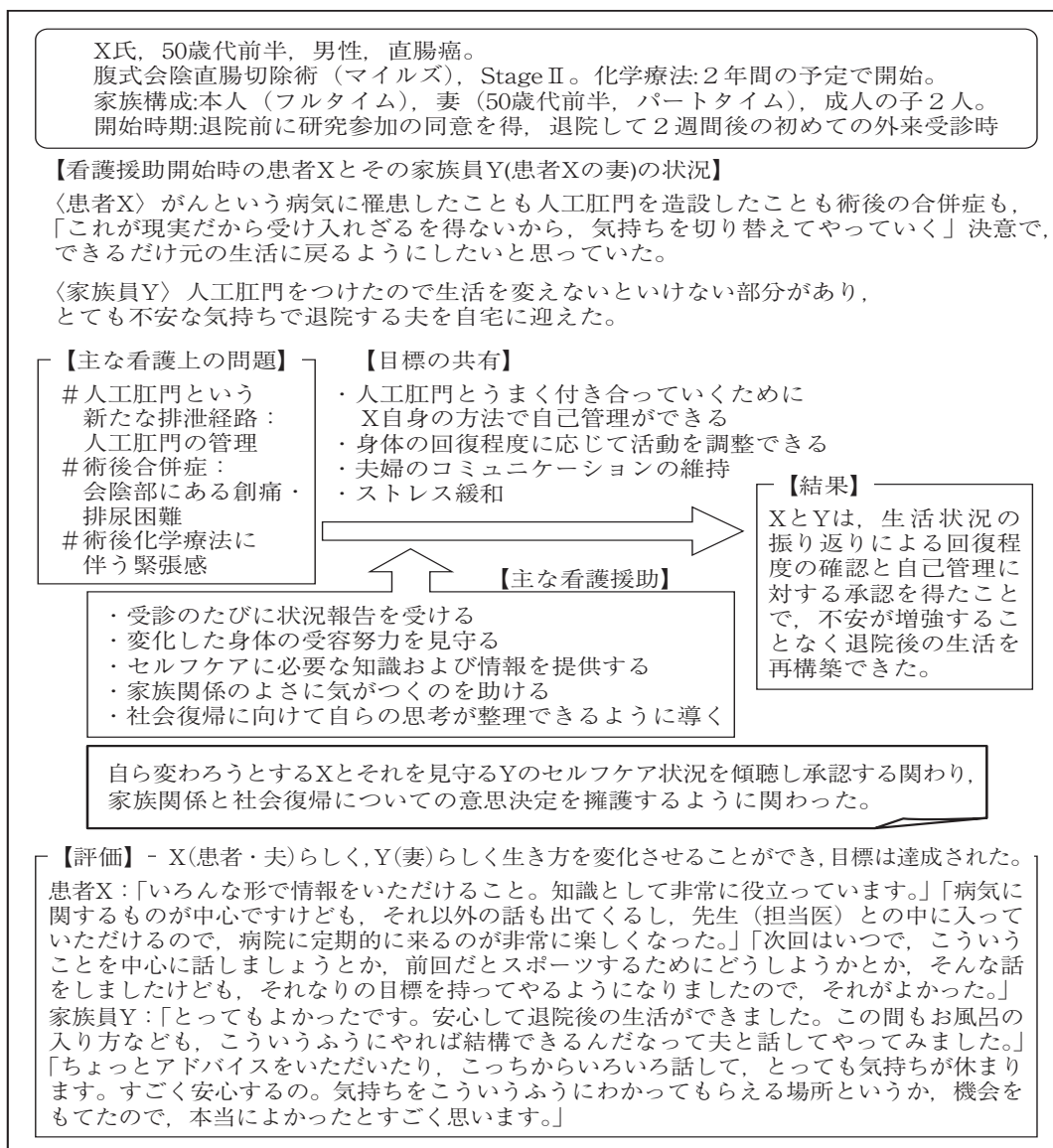


図2. ケース例: 患者Xと家族員Yのケースの概要

とっても気持ちが休まります。すごく安心するの。気持ちをわかってもらえる機会をもてたので, 本当によかったと思います。」などの発言からは, 協働意識が維持されていた。以上から, 参加意識は, 援助開始時トライアングル型 (A) であり, 援助終了時もAであった。

3. 3者の参加意識関係

患者と家族員を1組としたケース分析の結果, 3者の関係は, 図3に示すA: トライアングル型, B: 患者-家族員型, C: 患者-看護師型, D: 缺型の4種類が得られた。3者の参加意識関係は, 4通りの推移を示した(図4)。援助開始時はAのトライアングル型を示した19組の参加意識は, 協働維持 (9組), 自律へ移行 (5組), 個別の継続希望 (5組), へ推移した。また, 援助開始時にCの患者-看護師型を示した1組は, 患者-看護師

関係を維持した。

1) 協働維持: 援助開始時A→援助終了時A

開始時から終了まで協働関係で成り立ち, 継続された参加意識が認められたのは, 9組の対象者であった。手術後2-3年の者が最も多く5名, 退院後-3ヶ月が2名, 5年以上が2名含まれていた。対象者は, 看護師と率直に話すことにより, 確かな情報を得たり, 合併症対策を相談し, 自ら解決策を見出した。看護師の助言・示唆により, やっていかうという意欲がかきたてられ, 看護師と一緒にやることを続けた。看護師は, 社会復帰過程にある現実生活での具体的な困難や対処状況を対象者の語りから理解し, 共有した目標の達成に向けて援助した。看護師は, 担当医や栄養士, MSWなどの専門職者と連携をとりながら, 必要時, 患者会や社会保障制度な

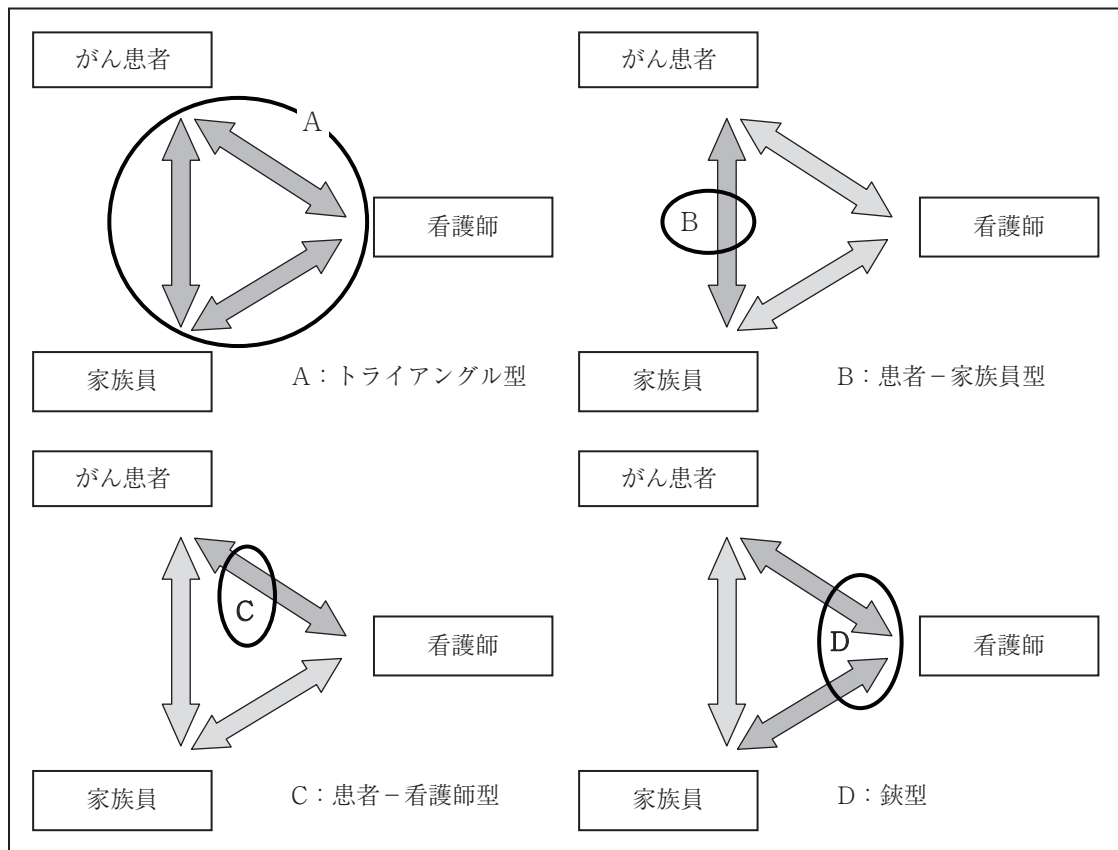


図3. がん患者と家族員と看護師との関係の種類

どの社会資源を対象者に紹介した。

2) 自律へ移行: 援助開始時A→援助終了時B

開始時の協働から終了時には患者-家族員型へ移行した参加意識が認められたのは、5組の対象者で、患者と家族員の自律意識が示された。手術後2-3年が3名、5年以上が2名であった。対象者は、自らの健康生活を率直に見直し、これまでのやり方への確信と、さらなるヒントを得て、自信を深めた。対象者は、看護師と協働する中で、自身の健康問題解決を自力で解決することを積極的に実施した。看護師は、対象者の看護援助ニーズの表出を図るとともに、表出された内容、特に治療に応じた生活の仕方や症状コントロールなどの対象者が必要とした学習について、適宜学べるように支援した。

3) 個別の継続希望: 援助開始時A→援助終了時C (患者が継続希望) とD (患者と家族員が別々に継続希望)
開始時の協働から終了時に患者と家族員が個別の継続意識に移行した参加意識が認められたのは5組の対象者であった。

患者が個別に継続希望したのは、退院後-3ヶ月と5年以上経過の者であり、そのうち配偶者を家族員とする者が3名で、術後障害が2名であった。患者自身が継続

を希望し、看護師にコーチ的役割を求めた。看護師と協働する中で、困難への対処や感情を表出し、がんと共に生きる自身の生き方への承認を得た。患者と家族員が別々に継続希望したのは、退院後-3ヶ月の者であり、家族員が子や姉弟であり、患者と家族員は別々の問題解決と心の支えを求めた。腹部手術後の患者に必要とされる食事、術後の活動、術後の管理について退院後に直面する具体的な困難と対処の状況を看護師に相談し、自身の状況に適する療養の仕方を見出した。看護師と協働する中で、初めて体験する術後の社会復帰過程を看護師と共に1歩ずつ歩んだ。援助後の残された課題には、援助終了時に再発に対する緊張感が高まる恐れ、患者にとどまらず家族員へも援助の継続が必要、といった患者の身体状況や家族状況についての内容が含まれた。

4) 患者・看護師の2者協働維持: 援助開始時C→援助終了時C (患者が継続希望)

開始時から終了時まで患者との看護師との2者協働維持であった参加意識が認められたのは1組の対象者であった。家族員の参加意識は、低いまま継続され、終始一貫して患者と看護師との2者協働であった。患者は、術後5年以上の中で、自らの生き方や生活スタイルを既

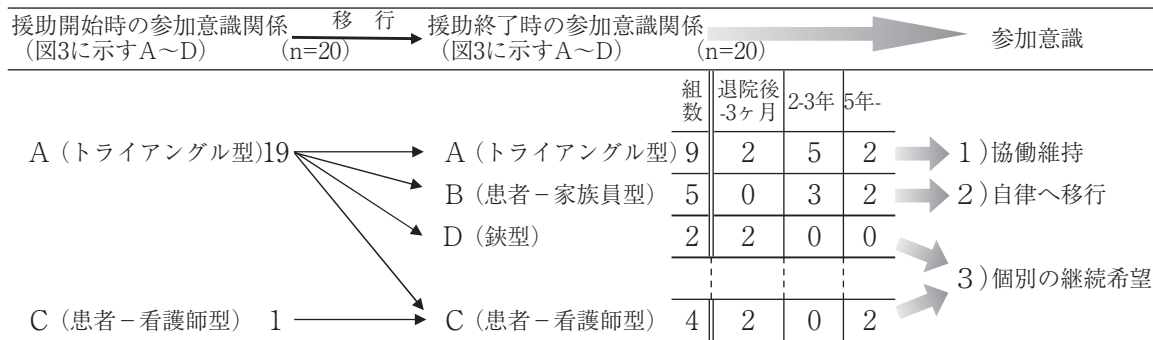


図4. 参加意識関係の推移

に創り上げており、家族員に気遣って自立して生活していた。

4. 援助開始時から終了時に至る過程で認められた特徴

対象者それぞれに認められた援助開始時から終了時に至る過程での特徴は、対象者には自身の向き合っている状況を看護師と理解し合えているという感覚と、達成する目標を看護師と共に明確にしたことで目標を共有する感覚が認められたことであった。

参加意識別に認められた特徴は、以下であった。協働維持では、術後の障害やがん罹患の受容困難等があり、看護師に専門的助言を多く求めた。特に、手術後2-3年と5年以上の患者とその家族員の場合、消化器がん術後に日常の中で抱えている困難感をさらけ出しても受け止めてもらえるという安心感、術後の長引く合併症対策など社会復帰過程で医療に関わる専門職者の支援を求めた。自律へ移行では、術後障害を含み、自分達のやり方への承認を求めた。術後2-3年や5年という再発期といわれる時期に、対象者がこれまで創り上げてきた生活スタイルや自分達のやり方への確認や承認、さらに、ここまでよくやってきたという自負をもつ自分達の努力への承認を強く求めた。個別の継続希望では、患者と家族員別々に継続希望に移行は、患者と家族員は別々の問題解決と心の支えを、患者の継続希望に移行は、コーチ的役割を求めた。2者協働維持では、家族員への気遣いから依存しないで1人でやっていく姿勢を貫いた。

VI. 考察

1. がん術後患者と家族員の参加意識の変化の様相

分析結果から、トライアングル型参加意識に基づく援助の実施結果は、社会復帰するがん患者と家族員の参加意識が時間経過に従って推移する変化のあることが明らかとなった。参加意識別に認められた変化の様相について述べる。

1) トライアングル型協働維持:援助の参加体験により、

やっという意欲が高まったことに依り協働する意識が育ったといえる。術後2-3年で長引く術後障害や日常の中で抱えている困難感等の個別の状況を伝えることができたこと、及び、それらに対して看護師が適確な解決となる手がかりや情報・資源を提供できたことが主要因として考えられる。また、対象者にとって協働の必要性が強くなるということが関係を継続させたといえる。毎回の面接終了時に、共有した内容をフィードバックしたこと、及び、次回話す内容(共有した目標と具体策)を確認したことにより、対象者は具体的な療養の仕方が明確となり、3者がそれぞれの立場で上手く機能し、3者の関係はトライアングル型維持で帰結したと考える。

2) 自律へ移行:援助の参加体験により、患者と家族員の双方の自律意識が高まったことに依るところが大きいといえる。手術後2-3年、5年以上経過という時間の中で、対象者が暗中模索し努力してきた内容を、その時の感情も含めて伝えることができたこと、及び、それらに対して看護師が傾聴とともに安心をもたらすがん術後の生活の仕方に関する学習内容を提示できたことが主要因として考えられる。このことは、消化器がんの手術に伴う消化機能や形態の変化への適応努力に加えて、がん罹患および再発という脅威に耐えながら社会復帰を果たさなくてはならない患者と家族員に対する保証や承認の重要性を示していると考えられる。患者と家族員が共に自立した関係で機能したことは、双方の自律に向けて3者関係を変化させたと考えられる。

3) 個別の継続希望:援助の参加体験により、看護師を医療チームの中の専門職者として心の拠り所になるという認識の高まりに依るところが大きいといえる。看護師は消化器がん手術後の社会復帰過程に欠かせないコーチ¹⁰⁾⁻¹²⁾としての存在であるといわれる。がん診断に対する心理的葛藤やがん手術により変化した身体の困難感等の個別の状況を伝えることができたこと、及び、それらに対して看護師が受容的態度で見通しをもたらす情

報・資源を提供できたことが主な要因として考えられる。退院後－3ヶ月の消化器がん患者と家族員は、生活スタイルの変更を余儀なくされ、術後の身体に応じた生活スタイルを創ろうとする時期であり、さらに、がん罹患を現実のものとして受容し自身の人生の生き方を再考する時期であった。このため、専門職者の継続的な支援を必要としたといえる。腹部手術後の患者は退院計画への参加意思があるという報告¹³⁾と一致する。腹部手術後の患者が必要とする情報は入院前から退院後も継続しているといえる。消化器がん術後5年以上経過の者は、再発の可能性という危機から脱出し治癒したと見なされる時期にあっても、心のけじめをつけたいという強い思いを秘めていた。がん罹患の事実は患者と家族員に心の問題をもたらす回復されない状況にあっても、心の安寧を求めるといえる。対象者の参加意思を尊重したことにより、3者関係は個別の継続希望へ移行したと考える。

2. がん手術後患者と家族員と協働する社会復帰への外来看護援助のあり方

上記の結果で認められた特徴および変化の様相からは、がん手術後患者と家族員が参加する看護援助は、協働を基盤として、がん手術後患者と家族員と看護師との信頼関係の下に、明確で具体的な目標の共有により形成されると考える。Felder¹⁴⁾の述べている対象者の希望の実践と遂行ともいえる。がん手術後患者と家族員と協働する社会復帰への看護援助のあり方について述べる。

1) 協働者としての専門的能力を発揮する看護援助

外来は、患者が必要とする診療を受けるための場であるため、医療従事者にとって診療の効率性・安全性・患者の満足度が優先される。外来の受療行動調査¹⁵⁾では、待ち時間が1時間以上になると「不満」が5割を超え、診察時間の「不満」は、「3分未満」で18.5%と最も高く、「満足」は10分以上の診察時間になると5割を超えてほぼ横ばいとなる。外来では、患者が満足できる診療を提供することに日々取り組んでいるといえる。

消化器がん術後の患者は、食生活や排泄習慣およびストレス緩和法など手術に伴って変更した生活習慣全般をがんの再発予防に向けても継続していかなくてはならない現状を抱える。そのため、がん手術後患者と家族員は、退院後の具体的な生活の仕方やがん罹患に対する脅威等の心の問題への解決を模索している。したがって、慌ただしい外来診療にあっても、看護師は、がん手術後患者と家族員が自身の健康問題に継続的に取り組めるように機能する必要がある。参加意識が協働維持であったケースでは、看護師は、消化器がん手術後の健康生活に欠かせない専門職者としての役割を果たしたといえる。患者と

家族員が求める専門職者としての能力を発揮することが重要である。

がん患者の症状管理に関する分析への統合的アプローチについてのFuら¹⁶⁾の研究では、症状管理の本質的な特徴には、主観性、経験性、意図性、多次元性、ダイナミックな過程などがあることを明らかにした。このような本質を個別の状況の中で理解しながら看護するためには、家族状況を見極めることも重要となる。

家族状況は個別の状況を強く反映するにもかかわらず、外来で患者の家族状況を踏まえた看護援助を提供する難しさが現実にはある。消化器がん患者の看護に家族状況を汲み取ることの難しさの本質は、家族の全体像把握にあると考える。これは、家族看護の立場で扱う家族像の形成^{17)~19)}といわれる全体性に重点をおく考え方と共通する。がん患者を抱える家族全体を支援するためには、援助開始時に、がん診断後の対話型家族学習²⁰⁾を活用することも1つの手だてであると考えられる。また、患者を守り、ケアに非常に関わっている家族員²¹⁾の困難さや心配の感情への援助は、不可欠である。本研究では、援助終了時に鉄型の関係にある場合は、患者が抱える家族事情を考慮すると、特に継続援助の必要なケースであると考えられる。このような場合、看護師は、担当医や関係する専門職者に情報提供し、チームで支援する体制を整える必要がある。

看護師は、外来で患者とその家族員と協働する意義を明確にして看護援助に臨む姿勢が必要である。看護計画を患者と共有する「患者参加型看護計画推進ガイドライン」²²⁾策定への取り組みにおいては、患者参加の意義の確認などが課題とされている。がん手術後患者及びその家族員と協働する参加型看護援助実施にあたっては、看護師の意識改革が特に重要といえる。

2) がん手術後患者と家族員の心に寄り添い協働する看護援助

消化器がん術後患者と家族員は、がん罹患・再発への脅威、術後の生活の日常化/普通化に向けて、常に緊張状態にある。がん手術後患者と家族員が円滑に社会復帰を果たせるよう、個別の状況を抱えるがん手術後患者と家族員へのコーチ的援助および心の拠り所をもたらし看護援助ニーズへの的確な援助が重要である。特に個別の継続希望へ移行したケースでは、看護師は、対象者の心に寄り添った援助を実施したといえる。

対象者個別の看護援助ニーズを見極めた援助は、外来がん患者が認めるニーズについての水野ら²³⁾の報告と一致する。本研究の参加者の中には、術後2年経過してもまだ自分の人工肛門を受容できない女性がいた。人工

肛門造設により変化したボディイメージを受容する困難さを念頭において、術式決定時からの継続した関わり²⁴⁾の必要性が強調される。

外来での患者の療養上の世話という看護師の役割遂行の難しさが報告²⁵⁾されているが、消化器がん手術後の患者とその家族員の場合、術後2-3年から5年以上経過の者を外来でフォローアップする体制の確立が急務であるといえる。看護師は、がん手術後患者とその家族員の状況をその都度アセスメントしながら、必要時、医師や栄養士、薬剤師、カウンセラー、MSWなどチームアプローチへの調整役も担う。

3) がん手術後患者と家族員の自律を尊重し協働する看護援助

がん手術後患者と家族員は、自らの抱えている問題の解決策を見出すと自律した生活ができるようになる。しかし、参加意識が自律へ移行したケースの中には、援助後に課題が残されているケースがあり、対象者の自律意識の高まりと共に目標が達成されるとは限らない状況があった。協働する看護実践での看護師は、参加意識の変化に着目しながらも、特に援助期間や対象者の看護援助ニーズについて、自律を尊重しながら個別の状況に応じた適切な関わりをする必要があった。がん手術後患者とその家族員にはそれぞれ生きる目標がある。そのため、それぞれの生活の仕方や生き方を尊重しながら、適宜フォローアップする外来看護システムを整えていく必要があった。この看護援助の実施を通して、術後の経過に応じた学習プログラムの作成と、必要に応じて選択して学習できるように構成された学習内容と方法の工夫といった看護を提供するための準備が必要であることが示唆された。これは、外来通院するがん患者の主体的療養を支援するためには、「患者の自己学習の充実と対処能力の向上が重要である」と指摘した佐藤ら²⁷⁾の報告と類似する。

消化器がん術後の健康生活には、人間関係において間柄を重視する日本人²⁶⁾の文化的背景や多様化している価値観・生活スタイルが影響を及ぼす。看護師は、このことを念頭においてがん手術後患者とその家族員と関わる姿勢が求められる。このことは、がん手術後患者とその家族員の自律および生き方を尊重した適切な援助の重要性を示す。

VII. おわりに

看護師の援助意識は、常にトライアングル型として協働意欲を維持するよう援助を実施したが、社会復帰する消化器がん術後患者と家族員の参加意識には時間的に推

移する変化のあることが明らかとなった。今後は、がん手術後患者とその家族員と協働する外来看護援助のシステムを作ることにより、看護師の役割の1つである療養上の世話を充実させる患者とその家族員中心の看護を提供していきたい。

本研究の一部は、第12回日本家族看護学会学術集会(2005年9月、千葉市)に一般演題として発表した。本研究は、千葉大学大学院看護学研究科における博士学位論文の一部に加筆したものである。

文 献

- 1) 石井敦子, 戸嶋りつ子, 川井幸江, 宮下光令: 転倒・転落アセスメントシートの段階的評価, 患者参加型の転倒転落防止まで, 日本看護学会論文集: 看護管理, 33: 48-50, 2003.
- 2) 守山祐子: 患者参画型看護過程を目指した取り組みの実態と継続を可能としている要因, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 29: 33-40, 2004.
- 3) 吉川悦子, 川畑いづみ, 宮川純子, 寺江憲子, 高岡勇子, 船木典子: 患者参加による看護計画推進に向けての検討, 看護の全過程における共有・開示の実態調査, 日本看護学会論文集: 看護管理, 35: 104-106, 2005.
- 4) 米島美晴, 浅森裕子, 西田牧子, 中嶋由紀子, 飛田敦子: 婦人科化学療法施行患者が記載する日誌を用いた患者参加型の看護計画案の評価, 日本看護学会論文集: 看護総合, 34: 34-36, 2003.
- 5) 滝口成美: 看護ケアの意思決定過程への患者参加に関する研究, 日本赤十字看護大学紀要, 15: 46-59, 2001.
- 6) 山田雅子, 羽場利博: 急性骨髄性白血病のクリティカルパス導入, 患者参加によるクリティカルパス作成とその効果, 医療マネジメント学会雑誌, 5(4): 515-519, 2005.
- 7) 藤本敦子, 大坂美代, 高橋亜紀子: 患者・看護師とのクリティカルパス評価の相違点, 患者の満足度・治療経過の理解・参加意識の観点から, 日本看護学会論文集: 成人看護 I, 33: 95-97, 2003.
- 8) 榎本美紀代, 堤由美子, 堀内宏美, 中俣直美, 田畑裕子, 島元敬志: 鹿児島県の看護者の患者参加に対する意識に影響を与える要因の検討, 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 12(2): 49-58, 2002.
- 9) 浅野美知恵, 佐藤 禮子: 消化器がん手術後の患者と家族員の円滑な社会復帰を促進するための外来看護援助のモデル開発, 千葉看護学会会誌. 11(1): 17-24, 2005.
- 10) Lewis FM, Zahlis EH.: The nurse as coach: a conceptual framework for clinical practice, Oncology Nursing Forum, 24(10): 1695-1702, 1997.
- 11) Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, Meyers FJ.: Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients, Journal of Clinical Oncology, 19(8): 2206-2212, 2001.

- 12) Wilkie DJ, Williams AR, Grevstad P, Mekwa J. : Coaching persons with lung cancer to report sensory pain. Literature review and pilot study findings, *Cancer Nursing*, 18 (1) : 7-15, 1995.
- 13) Mary K. Anthony, Diane Hudson-Barr: A patient-Centered Model of Care for Hospital Discharge, *Clinical Nursing Research*, 13 (2) : 117-136, 2004.
- 14) Barbara E. Felder: Hope and Coping in Patient With Cancer Diagnoses, *Cancer Nursing*, 27 (4) : 320-324, 2004.
- 15) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室医事統計係：診察までの待ち時間・診察時間（外来患者のみ），平成17年受療行動調査の概況。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/05/index.html>
- 16) Mei R.Fu, Priscilla LeMone, Roxanne W. McDaniel: An Integrated Approach to an Analysis of Symptom Management in Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31 (1) : 65-70, 2004.
- 17) 野嶋佐由美：家族像の形成，*臨床看護*，25 (12) : 1767-1771, 1999.
- 18) 渡辺裕子：家族像の形成，渡辺式家族アセスメントモデルを通して，*家族看護*，2 (2) : 6-20, 2004.
- 19) 橋本眞紀：家族像の形成におけるナースのジレンマ，*家族看護*，2 (2) : 21-25, 2004.
- 20) Friesen P, Pepler C., Hunter P.: Interactive family learning following a cancer diagnosis, *Oncology Nursing Forum*, 29 (6) : 981-987, 2002.
- 21) Eva Persson, Elisabeth Severinsson, Anna-Lena Hellström: Spouses' perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma, *Cancer Nursing*, 27 (1) : 85-90, 2004.
- 22) 平山妙子：看護計画を患者と共有する「患者参加型看護計画推進ガイドライン」策定に向けて，*看護*，56 (7) : 30-34, 2004.
- 23) 水野道代，有田広美，相川奈津子，角田美穂，佐藤美由紀，立見早智恵：外来におけるアンケート調査から得られた外来がん患者が認めるニーズの特徴，*がん看護*，9 (3) : 262-267, 2004.
- 24) Comb J.: Role of the stoma care nurse: patients with cancer and colostomy, *British journal of nursing*, 12 (14) : 852-856, 2003.
- 25) 酒井禎子，小松浩子，林直子，射場典子，外崎明子，南川雅子，片桐和子，池谷桂子，高見沢恵美子：外来・短期入院を中心としたがん医療の現状と課題，外来・短期入院を中心としたがん医療に携わる看護婦の困難と対処，*日本がん看護学会誌*，15 (2) : 75-81, 2001.
- 26) 島田一男監修，瀧本孝雄，鈴木乙史編：講座 人間関係の心理，第6巻性格と人間関係，ブレーン社，132-142, 1987.
- 27) 佐藤禮子，佐藤まゆみ，小西美ゆき，菅原聡美，増島麻理子：癌患者の主体的療養を支援するための外来看護モデルの構築に関する研究，科学研究費補助金（基盤研究（B）（2））研究成果報告書，平成15年3月。

SENSE OF PARTICIPATION AMONG POST-OPERATIVE CANCER PATIENTS AND THEIR FAMILY MEMBERS REGARDING NURSING SUPPORT FOR REHABILITATION

Michie Asano^{*}, Reiko Sato^{* 2}

^{*} : Department of Health Care and Nursing, Juntendo University

^{* 2} : School of Nursing, Hyogo University of Health Sciences

KEY WORDS :

sense of participation, post-operative cancer patients, family members, rehabilitation

The purpose of this study was to clarify the sense of participation and relationships among cancer patients, their family members, and nurses and to examine effective outpatient nursing support for rehabilitation following cancer surgery. Data were collected through participant observation and semi-structured interviews of post-operative gastrointestinal cancer patients and their family members. Cooperation among cancer patients, their family members, and nurses participating in nursing support was assumed to take on a triangular relationship, indicated by bidirectional arrows. Subjects were 20 pairs of cancer patients and their family members who received nursing support for promoting the rehabilitation at an outpatient clinic of a major urban hospital. Regarding effort toward the rehabilitation of subjects during nursing support, case analysis revealed that relationships regarding the sense of participation transitioned from triangular cooperation toward "maintenance of triangular cooperation", "independence", and "individual desire to continue (desired by patients or separately by patients and their family members)". The main roles sought from nurses during nursing support included specialized advice during "maintenance of cooperation", approval of individual approaches during "the transition toward independence", resolution of individual problems and emotional support for patients and their family members during "the transition toward individual desire to continue (desired separately by patients and their family members)", and a coach-like role during "the transition toward individual desire to continue (desired by patients)". These findings indicate that although nurses constantly provided support for promoting cooperation based on a sense of triangular support, cancer patients and their family members had a change in their sense of participation during the rehabilitation into society that were thought to be affected by family relationships, the extent of recovery, and the psychological and physical impairments of postoperative cancer patients.