博士論文要約

がん合併妊婦の意思決定における看護実践モデルの開発

Development of nursing practice model for decision-making of pregnant women with cancer

2017 年

千葉大学大学院看護学研究科

神津　三佳

Ⅰ. 背景

妊娠中の悪性腫瘍(以下、がんとする)の罹患、すなわちがん合併妊娠は、妊婦 1000 人に 1 人と推定され、出産年齢の高齢化による増加が見込まれる(Pavlidis, 2002)。がん合併妊婦は、妊娠とがんという 2 つの文脈をどのように帰結させるか、つまり、妊娠を継続するか人工妊娠中絶(以下、中絶とする)をするか、出産時期や出産方法をどうするか等の産科診療や、がんに関する検査や治療をいつどうするか等のがん診療について、様々な選択肢に直面し、決断を迫られる。

がん合併妊婦の約半数が妊娠中にがん治療を開始し、その中でも抗がん剤による治療を行った妊婦の約半数が早産であったことが報告されている(Van Calsteren et al., 2010)。妊娠中にがん治療を行った場合の転帰の調査により、器官形成期である妊娠第1トリメスター(研究者注:トリメスターは妊娠期間の 1/3 を意味し、第 1 トリメスターは妊娠 13 週 6 日まで、第 2 トリメスターは妊娠 14 週から 27 週 6 日、第 3 トリメスターは妊娠 28 週以降をさすことが多い)を避けた第 2、3 トリメスターでは、胎児のリスクが少なく手術や化学療法を行える場合が多いことが示されている(Amant et al., 2015; Cardonick, Gringlas, Hunter, & Greenspan, 2015; Hahn et al., 2006; Pereg, Koren, & Lishner, 2008)。

しかし、胎内で化学療法に暴露された子どもを対象にした調査では、早産と関係して合併症が多かったという報告(Loibl et al., 2012)や、出産月数が増えるごとに IQ のスコアが増えたとする報告(Amant et al., 2012)があり、医原性の早産はなるべく避けたほうがよいとする提言もある。

妊娠中にがんと診断された女性の心理的苦痛レベルの調査(Henry, Huang, Sproule, & Cardonick, 2012)では、妊娠の中絶を助言された群、早産した群、帝王切開を受けた群、妊娠終了後に手術を受けた群は、長期的な心理的苦痛をもつハイリスク群であったことが報告されている。妊娠中に乳がんと診断された 4 名を含む妊娠期乳がんの体験を明らかにした調査(Ives, Musiello, & Saunders, 2012)では、女性は不安とストレスのレベルが高く、不安はベビーと自分自身の健康と安寧への葛藤に関係し、自分自身の人生、胎児/新生児の人生、家族の人生に影響する難しい決断をしなければならなかったと報告されている。

このようにがん合併妊婦は、がん罹患ゆえに意思決定を迫られる場面を多く経験する。意思決定プロセスにおいて、がん合併妊婦と家族、医療者間で検討される事項として、「治療の胎児への影響」、「治療遅延の自己への影響」、「出産時期」、「中絶の可否」があり、これらの検討は、がん合併妊婦にとって、自分自身と胎児の健康への懸念という大きな葛藤を含んでいることが指摘されている(Moran, Yano, Al Zahir, & Farquharson, 2007; Oduncu, Kimmig, Hepp, & Emmerich, 2003; Pereg et al., 2008)。

わが国では妊娠 22 週未満であれば中絶が合法的に選択できるため、意思決定はより複雑になることが予測される。

がんと妊娠の転帰や、胎内でがん治療に暴露された子どもの転帰についてのデータは蓄積されているが、がん合併妊婦の意思決定における看護実践のありように言及した研究は見

当たらない。

そこで本研究では、がん合併妊婦の意思決定の体験をもとに看護実践モデルを作成し、その実践と評価により、看護実践モデルの洗練を行う。

Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、がん合併妊婦のがん診療や産科診療、育児等に関する意思決定について、有効と考えられる看護実践モデルを開発することである。がん合併妊婦の意思決定における看護実践モデルを作成し、それに基づいた実践を通じて、看護実践モデルの効果の評価および洗練を行う。

Ⅲ. 本研究の構成

本研究は、以下の研究 1~3 で構成される。

研究 1 は、モデル作成のため、がん合併妊婦の意思決定の体験を明らかにする。

研究 2 は、研究 1 の結果と文献検討から、がん合併妊婦の意思決定における看護実践モデルを作成する。

研究 3 は、事例介入研究によりモデルに基づいた実践の効果を明らかにし、モデルを洗練する。

Ⅳ. 用語の定義

がん合併妊婦:

妊娠前または妊娠中にがんと診断され、今後がん治療を行う予定の女性。

意思決定:

がん合併妊婦が妊娠中に、【妊娠継続/中絶】、【がん治療】、【出産時期】、【育児サポート】について、1 つ以上の選択肢の中からの 1 つを選び決断すること。

Ⅴ. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究の性質から、研究参加の自由の保障、安全性の確保、プライバシーや匿名性の保護を中心とした配慮を十分に行った。

Ⅵ. 研究 1　がん合併妊婦の意思決定の体験の明確化

モデル作成の基礎資料とするため、がん合併妊婦の意思決定の体験を明らかにすることを目的とした。妊娠中にがんと診断され、意思決定の体験をもつ 8 名を対象に記録調査と半構造化面接調査によりデータを収集し、質的内容分析を行った。その結果、がん合併妊婦の意思決定の体験は 7 つのテーマとして理解され、［意思決定に向かうプロセス］において、「葛藤と不確かさとの向き合い」、「周囲との相互作用」、「エネルギーの

増減」、「思考の再構成」の 4 つが主要な要素であることが明らかになった。

Ⅶ. 研究 2　看護実践モデルの作成

がん合併妊婦の意思決定における看護実践モデルを作成することを目的とした。研究 1 の結果と文献検討から、［目標］、［看護実践内容］等を導いた。［目標］は、精度の高い現在と未来の認識を持ち意思決定することであり、［看護実践内容］は、理解と支持、家族とのコミュニケーションの促進、家族の支持の獲得の確認、医療者とのコミュニケーションの促進、個別的な情報の獲得の確認、現在と未来の認識の確認、思考の再構成の確認の 7 つを、Rogers(1957)の肯定的な配慮と共感的理解を基本姿勢として実践するというモデルを作成した。

Ⅷ. 研究 3　看護実践モデルの評価と洗練

看護実践モデルに基づいた実践の効果を評価し、看護実践モデルを洗練することを目的とした。事例介入研究デザインにより、がん合併妊婦 5 名に対し、研究 2 で作成した看護実践モデルに基づいて実践を行った。分析の結果、各事例において、［目標］の達成における［看護実践内容］の効果が確認された。看護実践モデルの洗練として、がん合併妊婦の［意思決定内容］である【妊娠継続/中絶】、【がん治療】、【出産時期】、【育児サポート】それぞれにおいて、有用と考えられる看護実践のカテゴリーを追加・修正した。

Ⅸ. 本研究の意義

本研究は、がん合併妊婦を対象に、意思決定の体験を明らかにした研究 1 の結果を基盤として看護実践モデルを作成し、その実践により看護実践モデルを評価・洗練したものである。看護実践モデルの作成に先行してがん合併妊婦の意思決定の体験を明らかにし、その結果を基盤とした理由は、がん合併妊婦の意思決定を体験者の側から明らかにした研究が他になかったためである。がん合併妊婦の体験を基盤看護実践モデルが作成され、がん合併妊婦の意思決定における看護実践モデルの有用性が示されたことは、本研究の第一の意義であると考える。

また、本研究における看護実践モデルに基づく実践(介入)は、対象が希望する日時に、Rogers(1957)の肯定的配慮と共感的理解を基本姿勢として、考案した 7 つの看護実践内容を実施するものである。結果として、1 人あたり平均 3.8 回の介入であり、この介入回数の重なりと基本姿勢が、協働的パートナーシップや共感の構築につながり、目標達成への効果を導いたのではないかと考えられた。看護実践における Rogers(1957)の理論を用いた介入の有用性を示したことは、本研究の副次的な意義であると考える。

Ⅹ. 研究の限界と今後の課題

本研究の参加者は、研究 1 が 8 名、研究 3 が 5 名の参加者を対象としており、対象者の少なさが本研究の限界である。研究 1 の参加者は全員が無病生存であり、結果として意思決定

に満足している部分が大きい参加者が多いという選択バイアスが生じている可能性がある。さらに、参加者のインタビューは、診断から最短で９か月、最長で３年を経ており、記憶があいまいである等の情報バイアスが生じている可能性があることも考慮しなければならない。

また、研究１、研究３ともに、治癒が望めない、または、長期にわたる治療が必要な進行がんの参加者を含まなかったこと、１施設での研究の実施であり、この施設の産科、婦人科で、がん看護専門看護師として看護経験のある介入者１名によるデータ収集・介入であることも、一般化の際には考慮されなければならない。

今後は、より明確なアウトカム指標の検討を行い、Evidenced Based Practice 実装研究等によって看護実践モデルの有効性の検証を行うことが必要であると考える。

引用文献

Amant, F., Van Calsteren, K., Halaska, M. J., Gziri, M. M., Hui, W., Lagae, L., . . . Ottevanger, P. B. (2012). Long-term cognitive and cardiac outcomes after prenatal exposure to chemotherapy in children aged 18 months or older: an observational study. *Lancet Oncol, 13*(3), 256-264. doi:10.1016/S1470-2045(11)70363-1

Amant, F., Vandenbroucke, T., Verheecke, M., Fumagalli, M., Halaska, M. J., Boere, I., . . . International Network on Cancer, I. f., and Pregnancy (INCIP). (2015). Pediatric Outcome after Maternal Cancer Diagnosed during Pregnancy. *N Engl J Med, 373*(19), 1824-1834. doi:10.1056/NEJMoa1508913

Cardonick, E. H., Gringlas, M. B., Hunter, K., & Greenspan, J. (2015). Development of children born to mothers with cancer during pregnancy: comparing in utero chemotherapy-exposed children with nonexposed controls. *Am J Obstet Gynecol, 212*(5), 658.e651-658. doi:10.1016/j.ajog.2014.11.032

Hahn, K. M., Johnson, P. H., Gordon, N., Kuerer, H., Middleton, L., Ramirez, M., . . . Theriault, R. L. (2006). Treatment of pregnant breast cancer patients and outcomes of children exposed to chemotherapy in utero. *Cancer, 107*(6), 1219-1226. doi:10.1002/cncr.22081

Henry, M., Huang, L. N., Sproule, B. J., & Cardonick, E. H. (2012). The psychological impact of a cancer diagnosed during pregnancy: determinants of long-term distress. *Psychooncology, 21*(4), 444-450. doi:10.1002/pon.1926

Ives, A., Musiello, T., & Saunders, C. (2012). The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer. *Psychooncology, 21*(7), 754-761. doi:10.1002/pon.1970

Loibl, S., Han, S. N., von Minckwitz, G., Bontenbal, M., Ring, A., Giermek, J., . . . Amant, F.

(2012). Treatment of breast cancer during pregnancy: an observational study. *Lancet Oncol, 13*(9), 887-896. doi:10.1016/S1470-2045(12)70261-9

Moran, B. J., Yano, H., Al Zahir, N., & Farquharson, M. (2007). Conflicting priorities in surgical intervention for cancer in pregnancy. *Lancet Oncol, 8*(6), 536-544. doi:10.1016/S1470-2045(07)70171-7

Oduncu, F. S., Kimmig, R., Hepp, H., & Emmerich, B. (2003). Cancer in pregnancy: maternal-fetal conflict. *J Cancer Res Clin Oncol, 129*(3), 133-146. doi:10.1007/s00432-002-0406-6

Pavlidis, N. A. (2002). Coexistence of pregnancy and malignancy. *Oncologist, 7*(4), 279-287.

Pereg, D., Koren, G., & Lishner, M. (2008). Cancer in pregnancy: gaps, challenges and solutions. *Cancer Treat Rev, 34*(4), 302-312. doi:10.1016/j.ctrv.2008.01.002

Van Calsteren, K., Heyns, L., De Smet, F., Van Eycken, L., Gziri, M. M., Van Gemert, W., . . . Amant, F. (2010). Cancer during pregnancy: an analysis of 215 patients emphasizing the obstetrical and the neonatal outcomes. *J Clin Oncol, 28*(4), 683-689. doi:JCO.2009.23.2801