

筑波大学

博士（看護科学）学位論文

胃がん術後患者の自己効力感が QOL  
に与える影響

2020

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

宗澤 紀子

## 目次

### I. 緒言

1. 胃がん患者の術後の健康問題.....	1
1) 胃がん治療の現状.....	1
2) 胃がん術後患者の自己管理の重要性.....	2
2. 胃がん術後患者の回復過程の特徴.....	6
1) 胃がん術後患者の QOL と回復過程.....	6
2) 胃がん術後患者の QOL と自己効力感の関係.....	9
3. 胃がん術後患者の自己管理支援の現状と課題.....	10

### II. 研究目的

1. 研究目的.....	13
2. 研究の意義.....	13
3. 用語の操作的定義.....	13
4. 研究の概念枠組み.....	15

### III. 研究方法

1. 研究デザイン.....	17
2. 調査回数.....	17
3. 調査対象.....	17
1) 調査実施施設.....	17
2) 調査対象者.....	17
4. データ収集.....	17
1) 調査手順.....	17
2) 調査期間.....	18
3) 調査内容.....	18
5. 分析方法.....	21
1) 記述統計の算出と正規性の検定.....	21
2) QOL と人口統計学的情報および臨床情報との関連.....	21

3) QOL と自己効力感との関係.....	21
4) QOL を予測する自己効力感、人口統計学的情報、臨床症状の影響.....	22
6. 調査予定者数とその根拠.....	22
7. 倫理的配慮.....	22
1) 研究対象者に対する人権擁護.....	23
2) 研究によって生じる対象者への不利益に対する配慮.....	23
3) データの保管、管理、破棄.....	23

#### IV. 結果

1. 対象者の特徴.....	25
1) 対象者の人口統計学的情報.....	25
2. 胃がん術後患者の QOL、自己効力感、症状の記述統計.....	26
1) 胃がん術後患者の QOL の記述統計.....	26
2) 胃がん術後患者の自己効力感.....	27
3) 胃がん術後患者の症状.....	27
3. 胃がん術後患者の QOL と人口統計学的情報および臨床情報との関連.....	28
1) 胃がん術後患者の術後 1 カ月の QOL との関連.....	28
2) 胃がん術後患者の術後 6 カ月の QOL との関連.....	28
4. 胃切除術後患者の QOL、自己効力感、症状の関係.....	29
1) 術後 1 カ月の QOL、自己効力感、症状の関係.....	29
2) 術後 6 カ月の QOL、自己効力感、症状の関係.....	30
5. 胃がん術後患者の自己効力感、人口統計学的情報、臨床情報が QOL に与える影響.....	30
1) 術後 1 カ月の QOL に与える影響.....	31
2) 術後 6 カ月の QOL に与える影響.....	31
3) 時間経過に伴う自己効力感および症状が QOL に与える影響.....	32

#### VI. 考察

1. 対象者の背景特性について.....	33
2. 胃がん術後患者の回復過程の特徴.....	34

1) 胃がん術後患者の QOL の特徴.....	34
2) 胃がん術後患者の QOL と自己効力感、症状の関係.....	35
3. 胃がん術後患者の自己効力感が QOL に与える縦断的影響.....	37
4. 胃がん術後患者の自己管理を促進するための看護支援.....	39
5. 本研究の限界と今後の課題.....	42
VII. 結論.....	43
謝辞.....	44

引用文献

## 図表

図 1 研究の枠組み

図 2 分析対象者決定までの過程

表 1 対象者の人口統計学的情報と臨床情報

表 2 胃がん術後患者の術後 1 カ月および術後 6 カ月の QOL の記述統計

表 3 胃がん術後患者の術後 1 カ月および術後 6 カ月の自己効力感の記述統計

表 4 胃がん術後患者の術後 1 カ月および術後 6 カ月の症状の記述統計

表 5 胃がん術後患者の QOL と人口統計学的情報および臨床情報との関連

表 6 術後 1 カ月の QOL、自己効力感、症状、体重減少率、年齢との関係

表 7 術後 6 カ月の QOL、自己効力感、症状、体重減少率、年齢との関係

表 8 術後 1 カ月の QOL を予測する自己効力感、症状、年齢、世帯状況の影響

表 9 術後 6 カ月の QOL を予測する自己効力感、症状、体重減少率、年齢、世帯状況の影響

表 10 術後 6 カ月の QOL を予測する各期の自己効力感、症状、体重減少率、年齢、世帯状況の影響

## 資料

資料 1. 調査依頼文

資料 2. 同意書・同意撤回書

資料 3. 連絡先通知用紙

資料 4. 調査用紙【術後 1 カ月】

資料 5. 調査用紙【術後 6 カ月】

資料 6. 診療録情報用紙

## I. 緒言

### 1. 胃がん患者の術後の健康問題

#### 1) 胃がん治療の現状

世界的に胃がんの発症率は減少傾向にあるが、胃がんは世界のがん関連死亡率の4位に位置している疾患である(Munene et al., 2012)。我が国における胃がんの死亡率および罹患率は、内視鏡による診断治療および治療技術が革新的に発展したことにより1970年以降減少しているものの、他の先進国と比較して依然として高い状況である(Ohtani et al., 2011)。2014年の胃がん死亡者数は47,903人で部位別死亡者数の3位、2011年の罹患患者数は1位であり(独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター, 2015)、治療後の5年相対生存率は71.2%と劇的に改善している(国立がん研究センターがん情報センター, 2015)。年齢別でみると、年齢調整罹患率は低下傾向にあるが、人口の高齢化とともにがん罹患する確率は急激に上昇し、胃がんにおいては70歳以上の罹患率が増加している傾向にある。特に、近年では、H. Phlori胃炎が胃がんの前がん状態として位置づけられるようになり、除菌によって胃がんは将来減少すると考えられている。しかし、我が国においては、2010年の感染率推定値が60歳代で56%、70歳代で70%と高いことから、2030年までは罹患患者数が増加することが予測される(加藤, 松田, 津田, 久保, 2020; 山本, 藤崎, 大前, 平澤, 五十嵐, 2016)。

胃がんの治療は、内視鏡的切除、外科的手術、化学療法に3つに大別される。これらの治療法は、胃癌治療ガイドライン(2018)に基づき選択されており、がんの進行度によって治療方法が異なる。リンパ節郭清のないstage I Aは、内視鏡的切除および外科的手術の2つが選択され、内視鏡的切除が適応されるのは、リンパ節転移の可能性が極めて低く、肉眼的粘膜内のがんが2cm以内であることが原則である。早期胃がんに対する内視鏡的切除の適応が拡大したことで(塩月, 滝沢, 小野, 2020; 滝沢ら, 2018; 島田, 小野, 2019)、stage I Aに対する内視鏡的切除による治療件数は外科的手術よりも増加する傾向にある(国立がん研究センターがん情報サービス, 2018)。しかし、内視鏡的切除の適応外となる進行度stage I A以上の場合は、全て外科的手術が適応され、胃がんの治療は依然として外科的手術が主流である。

外科的手術は、近年では、従来施行されてきた開腹手術とは異なる腹腔鏡下胃切除術が施行されるようになった。手術創が小さく開腹手術と比べて術後創部痛が少ない等の利点はあるが、開腹手術と比較すると死亡率に差はないもの治療成績によるエビデンスは不十



分であることが指摘されている(Best, Mughal, & Gurusamy, 2016)。胃がん治療ガイドライン(2018)においても、「幽門側胃切除術が適応となる stage I の症例で、腹腔鏡下手術は日常診療の選択肢となりうる」という記述にとどまり、標準的治療とは言い切れない現状である。そして、2003 年からロボット支援下胃切除術が導入され、腹腔鏡下手術および開腹術と同等の結果が得られていることが報告されている(Kostakis et al., 2019)。しかし、我が国においては、胃がんに対するロボット支援下幽門側胃切除術の安全性を評価するための stage I A および I B の患者に対する第 II 相臨床試験が進行中であり、現時点では安全性に問題がないことが報告されているものの、標準的治療となるには課題も多い(Tokunaga et al., 2014)。

化学療法は、2007 年に報告された臨床試験 (ACTS-GC) で、TS-1®を約 1 年間に服用することで 3 年生存率を向上させることが証明され、術後補助化学療法が標準治療となっている(Sakuramoto et al., 2007; Sasako et al., 2011)。また、stage IV 以上の進行がんに対する治療として、術前補助化学療法の臨床試験が施行されるなど、胃がん患者は、胃切除術による機能障害に加えて化学療法により生じる症状にも対応しなくてはならず(小坂, 眞嶋, 2011)、患者自身が行う日常生活での自己管理はこれまで以上に重要になると考える。

## 2) 胃がん術後患者の自己管理の重要性

胃がん術後患者は、胃を切除することで貯留機能、栄養吸収機能、ホルモン分泌の変化などの術後の機能障害を抱えている(胃切除術後診療ハンドブック, 2015)。特に、逆流症状、ダンピング様症状、悪心・嘔吐、食物停滞感や通過障害、易疲労感、食欲不振、体重減少などの症状を自覚し、長期にわたり試行錯誤する生活を余儀なくされる(Tyrvaenen, Sand, Sintonen, & Nordback, 2008; 数間, 石黒, 1991)。そして、それらの身体症状は、年月の経過とともに消失するのではなく、多くの患者が自分にあった食事摂取方法を確立できずに数か月から年単位で何らかの症状や愁訴を抱えながら生活していると報告されている(数間, 石黒, 1992)。さらに、術後 1 年を経過しても経口摂取量低下による体重減少や自覚症状の出現に悩まされていることから(奥坂, 数間, 2000; 荻, 2005; 吉村, 前田, 白田, 2005)、胃がん術後患者の身体症状が日常生活に及ぼす影響は大きいと考える。そして、胃がん術後患者の身体症状は、不安や抑うつと強く関連し、それらの心理的苦悩により疲弊し闘病意欲が低下することが報告されている(Garland et al., 2011; Gubanski, Glimelius, & Lind, 2014; Shan, Shan, Morris, Golani, & Saxena, 2015; 大野, 1999)。

また、手術後は食事内容の変更も必要となるため、家族や同僚に迷惑がかかることや人に接したいが気持ちが減入り感情が不安定になる(中村, 城戸, 2005)など、心理的な影響を受けやすい状況である。加えて、仕事に復帰したが疲労感や体力が回復しないために仕事量を減らさざるを得ないことや、職場で休憩や食後に仰臥位を取りにくいことで症状の程度が増加することや会社や家庭での役割遂行が困難な現状であることも指摘されている(奥坂, 数間, 2000; 高島ら, 2012)。

一方、胃がん術後患者は症状管理の困難を抱えながらも、術後経過とともに生じる健康問題に対して柔軟に対処することが報告されている(岡本, 佐藤, 2008; 小坂, 眞嶋, 2011; 蛭子, 2001)。具体的には、症状による負担や不快感を減らすために病気や症状について工夫する、体力の低下に応じた行動をとる、あまり深く考えず前向きな気持ちになるよう心がけている、仕事量を調整するなどの自分自身が直面した問題に対する行動をとる(小坂, 眞嶋, 2011)等である。これは、患者が日常生活の中で生じる自身の問題に気づき、問題を解決するために必要な行動をとるための能力であると考えられる。すなわち、胃がん術後患者は、手術後から新たな日常生活に生じる問題に対し積極的な自己管理行動をとる必要があると考える。患者自身が日常生活で生じる問題を把握し、問題を解決するために必要な自己管理行動を獲得していくための現象を説明するには、その時々状況を受け止めながらも、対処法を選択することや工夫するという自己管理行動が必要である(小坂, 眞嶋, 2011)。Yokoo et al., (2014) は、外来通院中のがん患者の半数以上は、自分自身の自己管理に強い関心を持ち、日常生活の中で取り組めることを知りたいと感じており、自己管理に対する懸念は QOL に影響する要因であると報告している。そして、自己管理は、病気と治療に関連した問題を管理するための自信を高め、QOL を向上させることができると報告されている(Barlow, Bancroft, & Turner, 2005; K. R. Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, & Hobbs, 2001)。そこで、がん患者が日常生活をコントロールし積極的な自己管理を行うためには、期待される結果を導くために必要な行動を実行できるという認識を示す自己効力感の概念が深く関係していると考えられる。

自己効力感とは、Bandura によって社会的学習理論の中で提唱された概念であり、自分がある行動をどのくらいうまくできるかという予期(認識)であると定義され、人が行動を選択するときの中心的役割を果たすものである(Bandura, 1977)。人が生きるうえで、自分の持つ力を信じることほど主要な力強いものではなく、自己効力に気付くことで、予測される状況を管理するのに必要な行動を計画したり、実行したりする能力に影響すると述べら

れている (Bandura, Adams, & Beyer, 1977)。そして、患者が特定された問題を解決することに成功することで自己効力感は強化される特徴を持つことが報告されている (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002; K. R. Lorig & Holman, 2003)。

人の行動を決定する要因には、先行要因、結果要因、認知要因の 3 つがあり、これらの要因が絡み合って、人と行動、環境という 3 者間の相互作用が形成されている (Bandura, 1982)。人は単に刺激に反応しているのではなく刺激を解釈しており、刺激が特定の行動の生じやすさに影響するのは予期機能によるものである (坂野, 2007)。そして、行動の先行要因を重視し、行動変容に影響を及ぼしている予期機能として結果予期と効力予期の 2 つを挙げている。結果予期は、ある行動がどのような結果を生み出すかという予期であり、肯定的な結果を予期する場合は行動が促進され、否定的な結果が予期される場合には行動化されにくい特徴がある。一方、効力予期は、必要な行動をどの程度うまく遂行できるかという予期であり、自分が必要な行動をどのくらいうまくできるかを予期(認知)することで、自己効力感のことである。結果予期と効力予期の関係は、結果予期が高いより効力予期が高い方が行動は起こしやすく、自己効力感を高めることが行動変容には有効である (Bandura, 1977)。自己効力感は、困難な状況や障害物に直面した時でも遂行し続ける意志に影響するものであり、結果予期が高いより、効力予期が高い方が行動を起こしやすいという特性がある (Bandura, 1977)。

自己効力感の概念は、教育や臨床心理学の領域で多く研究がなされてきたが、欧米ではがん領域に適応できる概念であるとし (Lev, Paul, & Owen, 1999)、がん領域でも自己効力感の概念に着目し研究されるようになった。我が国においても、自己効力感が看護学へ臨床応用できる概念であるかを検討するため、自己効力感の概念分析が報告されている (江本, 2000)。その結果、「自己効力感はある状況を変化させる手段を遂行することに対する自己評価で、遂行できるという確信の程度」と定義され、患者の健康行動を援助する治療的を追求するうえで自己効力感は重要な概念であることが報告された (江本, 2000)。すなわち、自己効力感は、疾患を抱える患者自身が身の周りの変化に対応し療養行動を遂行するための重要な要素であることが示された。

塚本(1998a)は、がん患者の自己効力感は、健康な人が社会適応するための自己効力感とは区別する必要があることを指摘し、がん患者用自己効力感尺度を作成した。がん患者は、退院後も手術の侵襲による機能障害や再発の不安、見通しの不確かさなど多くの問題に対処することを余儀なくされ、様々な問題の一つひとつ適切に対処していく必要がある

ことから、特定の行動に着目した固有の効力感ではなく、患者の行動全般に影響をおよぼす一般的自己効力感に着目することが重要であると述べている。一般的自己効力感は、ある行動に対する自己効力感が変化すると、他の行動に対する自己効力感も変化する特徴があり(Bandura, 1977)、がん患者が闘病に対する目標を実行する能力を患者自身が認識し、目標に対する気持ちをコントロールできるか否かが退院後の適応に必要ながん患者の自己効力感であると述べている(塚本, 1998a)。

自己効力感に類似する概念として、自尊感情、Health Locus of control (以下、HLC と略す)、統制が挙げられる(江本, 2000)。自尊感情は、自己認識に関する概念を総称した自己概念の一つで自分自身の価値と能力に対する感情あるいは評価である(梶田, 1890)。自己の能力を評価するという点において自己効力感と類似した概念であるが、自己効力感はある個人の能力の推測であるのに対し、自尊感情は自己評価して生じる感情である点で異なる(江本, 2000)。HLC は、自分の性格や行動に原因があるという信念を示す内的 HLC と運や機会、運命、他者によって自分ではコントロールできないものが原因であるという信念を示す外的 HLC に大別される(Rotter, 1966)。自己効力感はある結果を招くような行動と自己との因果関係を示すが、HLC は自己と結果の因果関係を示す点で異なっている。統制は、困難でストレスのある条件の中で、自信、コントロール感または支配感が得られるような人間の反応である。環境を変化させる自己の能力を評価する点では共通しているが、ストレスや困難な状況が条件であることや行動の結果に注目している点で自己効力感とは区別される概念である。ストレス対処の観点からみると、首尾一貫感覚 (Sense of Coherence : 以下、SOC と略す)とも類似した概念といえる。SOC は Antonovsky によって提唱された概念であり、「その人に染みわたる、動的ではあるが持続的な 3 つの概念(把握可能感、処理可能感、有意味感)の感覚の定義によって表現される、その人の生活世界全般への志向性」である(Antonovsky, 1987)。Antonovsky は、対処を抵抗力の原動力と考えており、対処が起こる前から存在し(Lazarus, 1991)、人の持つ普遍的概念であるという点で自己効力感とは異なる概念である。

つまり、患者自身にとって必要な日常生活行動を積極的に取り組むためには、その行動をうまくできるという認識である自己効力感が重要な役割をもつことが示されている(F. F. Huang, Yang, Wang, & Zhang, 2018)。がん患者が積極的に自己管理に取り組むことができることは、患者自身に力を与え、病気と治療を管理していけるという自信を高め、身体的な制限を最小限に抑えながら QOL を高めることにつながると述べられている(Foster et

al., 2015; F. F. Huang et al., 2018)。がん患者の積極的な自己管理を促すためには、患者のできていない部分に目を向けるのではなく、患者自身ができていることや取り組んでいることに目を向けることが自己管理を促すうえで重要である(Casellas-Grau, Font, & Vives, 2014)。

## 2. 胃がん術後患者の回復過程の特徴

### 1) 胃がん術後患者の QOL と回復過程

QOL の概念は、1947 年に世界保健医療機関(World Health Organization)は、健康憲章の中で「単に疾患がないということではなく、完全に身体的・心理的および社会的に満足のいく状態にあること」とし、後に spirituality を健康を定義する概念の中に加えることを提唱した。さらに、QOL は「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準および関心にかかわる自分自身の人生の状況についての認識」と定義された("The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization," 1995)。

胃がん術後患者に対する QOL に関する研究は、1978 年に始まり、QOL は術後の機能評価のための治療の評価指標として用いられるようになった(Kaptein, Morita, & Sakamoto, 2005)。胃がん患者の QOL については、Conroy が「患者の身体的、社会的、感情的、機能的安寧と患者自身が自覚する症状の主観的評価である」と定義している(Conroy, Marchal, & Blazeby, 2006)。しかし、当時の QOL 評価は、患者による主観的報告ではなく、医師による症状から QOL を推測したものが多くことが指摘されていた(Bottomley & Therasse, 2002)。

胃がん術後患者の QOL 研究の多くは、医学的見地からの機能的評価に関する研究が多く、QOL の低下や回復の時期について様々な結果が報告されている。(Hayami, Seshimo, Miyake, Shimizu, & Kameoka, 2012; Kaptein, Morita, & Sakamoto, 2005; Rausei et al., 2013; Sun & Yang, 2011)。胃がん術後患者の術後の QOL は術後 3 カ月で最も低下し、術後 6 カ月で回復するものの術前の状態まで回復するのは 12 カ月程度かかること(Brunault et al., 2015; Gubanski et al., 2014; Shan et al., 2015)、術後の症状の頻度と程度が強い場合には QOL は低下すると報告されている(Shan et al., 2015; Spector, Hicks, & Pickleman, 2002)。また、術後 4~6 カ月で回復するが術前の状態には戻らないとする報

告や、術後 6～12 カ月では術前に近い状態まで回復するという報告(Kunisaki et al., 2015)もある。これらの先行研究では、QOL を EORTC QLQ 尺度で測定して得られた結果が多く、QOL の回復にはおおよそ術後 1 年～2 年で安定するということが述べられている。一方、FACT-G で測定した QOL については、術後に QOL は有意に減少するものの、術後 6 カ月には術前ほぼ同じ QOL まで回復し、術後 6 カ月で QOL は安定したことが報告されている(Munene et al., 2012)。

胃がん術後患者の QOL の回復には、身体的側面、機能的側面への影響は避けられず、心理・社会的側面にも影響を及ぼすことが考えられる。QOL に関連する術後経過の特徴に着目すると、退院後から術後 2 カ月以内は、食事摂取に伴い出現する症状、倦怠感や易疲労感への対応に困難さを感じ、身体機能が低下していた(高島, 村田, 2013)。また、経口摂取量が減少することにより栄養状態が悪化する可能性や、活力がなくなることで闘病意欲が低下し、患者の QOL に影響を及ぼしていた(Brunault et al., 2015; Rausei et al., 2013; 数間, 石黒, 1992)。しかし、その一方で、症状改善の方法の見極め方がコントロール感覚を持てるようになってきたことで回復している実感を得られるとも報告されており(高島ら, 2014)、胃がん術後患者の自己管理能力によって、QOL の回復に変化が生じることが考えられる時期であると考えられる。そして、術後 6 カ月の QOL は手術の切除部位などの手術の程度による影響を受けずに術前の状態まで回復したと報告されている(Munene et al., 2012)。これは、身体症状や日常生活の中で新たな自己管理方法を獲得するなど柔軟な対処行動がとれるようになる時期であることが関係していると考えられる(小坂, 眞嶋, 2011, 2016)。

McCall(2016)は、全ての胃切除術に対して、一時的な QOL の悪化は避けられないものの、術後に予測される生存期間を考慮すると QOL が短い期間で回復もしくは改善できる可能性を考慮する必要があると述べ、手術目的によって QOL が改善する期間を予測したモデルを示した(McCall, Graham, & Bathe, 2016)。その中でも、特に、治療的切除を受けた患者については、QOL は術後短期間でベースラインに戻る可能性があり QOL が回復する時間を出来るだけ短縮させるための方法を検討する必要があることを示していた(McCall et al., 2016)。胃がん術後患者は、生きるために手術療法を選択したことによって術後の一時的な QOL の低下は避けられないことである。しかし、患者が術後の機能障害を抱えながらも術後の生活に適応し、自分らしい日常生活をできるだけ早い時期に取り戻すことで術後の QOL は早期に回復することが可能であると考えられる。

胃がん術後患者の QOL と関連する要因について、症状と QOL との関連を示した調査では、食欲がない、食事摂取量 80%未満、食生活が不満足、食後の不快感がある、苦い水があがる、下痢がある患者は QOL が有意に高く、食欲がなく食事摂取量が減少した患者、ダンピング症状や逆流症状のある患者は QOL が低下していた(吉村ら, 2005)。術式別による QOL を比較した研究では、胃全摘術と幽門側胃切除術を比較した結果、QOL で有意な差はないことが報告されている(C. C. Huang, Lien, Sung, Liu, & Chie, 2007; Spector et al., 2002)。また、術後 1 年後の比較においては胃全摘術の方が QOL 得点は低いが、2 群間に有意な差はないことを報告している(Hjermstad et al., 2006; Namikawa et al., 2012; Shan et al., 2015)。また、再建法や郭清範囲など術式の改良は、自覚症状の改善、患者の栄養状態の改善および QOL 向上に有効であり(Fujita et al., 2015; Misawa et al., 2015; Nomura et al., 2013)、残胃の大きさは、患者の体重の変化、食事への不満、日常生活への不満に影響していた(Namikawa et al., 2015)。さらに、開腹術や腹腔鏡補助下などの術式により術後の QOL に差はないことが報告された(Shan et al., 2015)。対象者背景による QOL の調査では、年齢による比較では、年齢が高い方が QOL の役割機能と情緒機能が良好であり、痛みや食事制限、不安が少ないことが報告されている(Bae et al., 2006)。

胃がん術後患者の QOL 研究において、European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire(以下、EORTC QLQ と略す)と Functional Assessment of Cancer Therapy (以下、FACT-G と略す)が多く用いられている。EORTC QLQ は、QOL の 5 つの機能(身体面、機能面、認知面、心理面、社会面)に加え、主に症状に焦点を当てた尺度であり、臨床試験や治療効果の評価として用いられている(Kemmler et al., 1999)。一方、FACT-G は、Well-being の概念を用いた尺度であり、社会的および精神的側面を含み、家庭や仕事の役割など特定の領域を含む広範囲の QOL を測定することが可能な尺度である(D. F. Cella et al., 1993; Kemmler et al., 1999)。この 2 つの尺度は類似した尺度であるが、FACT-G は社会的および精神的側面を測定する項目が追加されており、異なる側面を測定するものであることが報告されており(Kemmler et al., 1999)、胃がん患者の術後の回復に伴う QOL への影響を明らかにするうえで有用であると考えられる。

## 2) 胃がん術後患者の QOL と自己効力感の関係

がん患者の自己効力感とは患者の抱える苦痛と QOL の間に正の相関があり、どちらも効果量が大きいことが報告されている(Chirico, Lucidi, et al., 2017)。そして、がん患者の自己効力感と QOL の関係は強く、がんの適応と密接に関係していたことが報告されている(Chirico, Lucidi, et al., 2017; Yeung & Lu, 2014)。すなわち、自己効力感の高い人は、苦痛を緩和するために行動を起こそうとする認識があり、目標を達成する可能性が高いことを示している(Chirico, Lucidi, et al., 2017)。また、より挑戦的な目標について努力を惜しまず実行し、より長く持続的に組むことを選択するとも報告されている(Bandura et al., 1977)。つまり、自己効力感が高ければ、自己管理行動を積極的に実行することにつながり、身体的および心理的症状が軽減することで QOL は改善することを示している(Egbert & Parrott, 2001; Lev, 1997)。

Foster & Fenlon (2011)は、治療後の回復には自己効力感が重要であり、がん患者が自己効力感を構築することができれば治療後に生じた問題を自己管理できることにつながり、その後に、治療後の健康と Well-being の回復に影響を及ぼすと述べている。また、がん患者の QOL に対する自己効力感とレジリエンスの影響を調査した研究では、自己効力感とは、レジリエンスより QOL に強い影響を与えていたことが報告されている(Hinz, Friedrich, Kuhnt, Zenger, & Schulte, 2019)。そして、自己効力感の高い患者は低い患者よりも QOL が良好であり、自己効力感とは、がんの診断や治療経過の中で生じる苦痛を緩和する重要な概念であると述べられている(Hinz et al., 2019; Yeung & Lu, 2014)。自己効力感とは、自己管理を成功させるために重要な要素であり、医療者からの支援によって強化できるものである(Foster et al., 2015)。さらに、病気に対する患者自身のもつ能力として自己管理に取り組むための個人の認識を強化していくことは、QOL の維持・向上を図るための一助となりうることが報告されている(Chirico, Serpentine, et al., 2017; Foster et al., 2015; Kostka & Jachimowicz, 2010; Thieme, Eienkel, Zenger, & Hinz, 2017)。

一方、自己効力感がん患者の QOL にどのような影響を与えているのかを縦断的に明らかにした研究は少ないことが報告されている(Liao et al., 2014; Nielsen, Mehlsen, Jensen, & Zachariae, 2013)。がん患者に対する介入研究においては、縦断的研究における自己効力感とは、QOL の改善に役立つ可能性はあるものの(Heitzmann et al., 2011; McGinty, Small, Laronga, & Jacobsen, 2016)、メタ分析に耐えうるエビデンスは不十分であり、縦断的研究を蓄積する必要性が指摘されている(Chirico, Lucidi, et al., 2017)。し



しかし、がん患者以外の患者を対象とした調査では、喘息や慢性疾患の他の健康状態において、自己効力感に焦点を当てた特定の介入が、苦痛と QOL の結果に長期的影響を与える結果を示していることが明らかとなっており、がん領域においても、がんの治療に対処するための自己効力感の縦断的役割について理解することは重要な課題であると考えられる。

胃がん術後患者を対象とした研究において、症状と QOL の関係を示した研究のエビデンスは豊富だが(Brunault et al., 2015; Rausei et al., 2013; Shan et al., 2015)、胃がん術後患者の自己管理で重要な役割を果たす自己効力感に着目し、QOL に影響する要因を縦断的に明らかにした研究はみあたらない。そこで、胃がん術後患者の自己効力感が QOL の低下する時期と安定する時期にどのような影響を与えているのかを明らかにすることは、術後早期に QOL 向上を目指した具体的な看護支援の方策を見出すことが期待できると考えられる。

### 3. 胃がん術後患者の自己管理支援の現状と課題

胃がん術後患者に対する看護支援は、長年にわたり、術後の食事開始前に胃機能の構造と術後に変化した機能による説明、術後の食生活や食べ方、食後に起こりやすい症状の対処や予防などについて患者自身で自己管理が行えるための患者指導が行われてきた。特に、近年では、症状が出現することによって食事摂取量低下が低下し、体重減少が生じことを問題と捉え、いくつかの患者指導の方法が報告されている。患者の食欲に応じて自由に食事を摂食するという指導法を実施した結果、在院日数の短縮や術後 3 カ月の栄養指標の改善が報告されている(木山ら, 2004)。また、入院中の食事量を通常の半分で提供することで食事量を制限せず自由に摂取し、間食として栄養補助食品を提供する方法を患者指導として実施したことが報告されている(鍋谷, 青木, 谷澤, 落合, 2006)。そして、入院中から患者自身が食事摂取量を自律的調節できるための指標を作成し(中島ら, 2004)、患者自身が食事前後の体重を測定することで食事摂取量を把握させ、食後の不快症状がなければ摂取量を 50g 増加させる自己管理方法を患者指導も実践されている(中島ら, 2004; 中島, 清水, 2008)。以上の取り組みは、食事摂取量の増加と栄養状態は有意に改善し、胃がん術後患者に対する栄養状態維持・改善のためには効果があったと報告されている。

2014 年 5 月に改訂された胃がん治療ガイドラインには胃切除クリニカルパスおよび術後のフォローアップに関する記述が追加され、術後 8~14 日での退院が設定されるようにな

った(胃癌治療ガイドライン, 2014)。この在院日数について、看護師は、早期退院は患者にとってよいという認識を持ちつつもセルフケア不足のまま退院となっている現状を問題視しており、今後の外来看護の充実が必要であると認識していた(高島, 村田, 渡邊, 2010)。近年では、看護外来が設置されるなど外来看護を充実させることに主眼が置かれるようになりつつある。しかし、胃癌術後患者の外来支援では、退院後の初回外来時、外来で医師の通常診療後に栄養士による食事内容に関する栄養指導が実施されるにとどまっている現状であり(胃切除後障害診療ハンドブック, 2015, p147)、自己管理支援が必要な患者を看護師が選定し、必要な支援を提供することはほとんど実践されていない現状であるとする。

胃癌術後患者が退院する際、看護師は、患者に対する自己管理支援として、機能障害の状況を踏まえた日常生活の注意点に関する指導や知識の提供を行ってきた。しかし、退院後の外来支援では、入院中の指導を遵守しているかの確認にとどまっている現状であり、入院中から外来通院中の胃癌術後患者の対する看護のあり方や支援方法は、新たな治療方法や術式が開発された現在でも、ほとんど変化していないといえる。

胃癌術後患者への看護師による退院支援が着目されてこなかった理由は、以下の 2 つが考えられる。1 つ目は、全ての胃癌術後患者が退院後の継続的支援が必要であるとは限らないことである。患者は、術後 1 年を過ぎても日常生活に支障を抱えている患者がいると報告されている(奥坂, 数間, 1999)。一方、術後の生活に支障を抱えながらも自分なりの対処方法を獲得ししている患者も少なくない(小坂, 眞嶋, 2011)。そのため、看護支援が必要な患者であるかの見極めが困難なことが考えられる。また、胃癌術後患者の特徴として、退院後に生じる様々な問題に対して対処方略がうまくいかなかったとしても、胃をとったのだから仕方ないという諦めも影響していると考えられる。患者は、退院後の生活経験から自分なりの対処方法を見つけつつ術後の時間経過を過ごしており、手術後の生活への適応に時間がかかっているのではないかと推測する。看護師が個別に面談の機会を設け、患者の生活状況や取り組みを確認することや今後生じる可能性のある問題について予測することが必要である。2 つ目は、胃癌手術件数に対して、外来看護を担う人材の不足である。外来看護職の配置基準は、患者 30 名につき看護職 1 名であり、昭和 23 年から変わっていない(長谷川ら, 2018)。近年では、看護外来を設けている施設も増えているが、胃癌術後患者に対する看護支援は、前述した理由により、看護師による患者の症状管理や退院後の日常生活を調整できるか否かの自信の程度、患者の生活状況を理解したうえでの看護支援はほぼ実施されていない現状である。

胃がん術後患者が抱える症状の苦痛や生活上の困難さは、永久に続くものではなく、患者自身の力で日常生活を調整できると認識できるようになるまでの術後の一定期間に集約されるものであると考える。特に、胃がん術後患者の QOL は切除部位に関係なく術後 6 カ月で回復していたことが明らかであることから(Munene et al., 2012)、退院後早期からの支援方法を示すことができれば、術後 6 カ月の QOL を改善するための看護支援について示唆を得ることができる。特に、退院後の初回外来時は患者が手術後の生活様式の変更に対処しながら適応する重要な時期である。その時期に胃がん術後患者に対し、看護師が従来行ってきた指導方法を活用しながら、患者自身が自己の問題を認識し、適切に対処できる能力を身に付け自信がもてる看護を提供することが可能となれば、新たな外来看護支援の構築につながると思う。

## II. 研究目的

### 1. 研究目的

胃がん患者の術後 1 カ月と術後 6 カ月における QOL に関連する自己効力感をはじめとする要因を明らかにした上で、QOL に与える影響を縦断的に検討する。

### 2. 研究の意義

胃がん術後患者の自己効力感が QOL に与える影響を他の変数も踏まえて縦断的に明らかにすることにより、術後 1 カ月および術後 6 カ月の QOL に影響する要因を明らかにすることができる。それにより、どのような要因をもつ患者が術後の QOL に影響を与えるのかを明らかにすることができるため、外来で継続的な支援が必要な患者の特徴を看護師間で共有することが可能となる。

そして、術後 6 カ月の QOL に影響する要因を縦断的に明らかにすることができれば、術後 1 カ月の胃がん術後患者の自己管理に積極的に取り組むための看護支援の方法を検討する上で貴重なデータとなる。また、術後 1 カ月の看護支援の方法を示すことができれば、術後のできるだけ早い時期に胃がん術後患者の QOL を回復することに貢献できる可能性がある。

### 3. 用語の操作的定義

本研究では、「QOL」「自己効力感」「臨床情報」を以下のように定義する。

#### 1) QOL

胃がん術後患者は、術後の機能障害を抱えながら日常生活を継続する必要がある。患者は、身体的側面および機能的側面への影響は避けられず、心理状態や社会的側面にも影響を及ぼすことが考えられる。そこで、胃がん術後患者の日常生活に影響を及ぼす QOL の側面として、身体面、社会面、精神面、機能面の 4 つの領域を多次的に把握する必要がある。

がん患者の QOL を測定するための疾患特異的尺度である General Measure of Functional Assessment of Cancer Therapy scale (以下、FACT-G と略す) は、身体的

安寧、社会・家族的安寧、精神的安寧、機能的安寧の4つの領域を含む広範囲のQOLを測定するために有用な尺度である。身体的安寧は、病気の症状と治療の副作用について、社会・家族的安寧は、家族との関係やコミュニケーションの質について、精神的安寧は、病気の苦悩や対処、病気でも日常生活を自分らしく送れているかという病気そのものが心理的に及ぼす影響について幅広い内容を含み、機能的安寧は、日常生活動作と役割を遂行する患者の能力を指す(D. Cella, 2000)。

したがって、胃癌術後患者のQOLは、「身体的側面」「社会・家族的側面」「精神的側面」「機能的側面」の4領域について、患者自身が捉えた日常生活に対する主観的評価とする。

## 2) 自己効力感

胃癌術後患者は、術後長期にわたって日常生活の中で生じる健康問題に対して自己管理を継続していくことが必要である。胃癌術後患者が、術後の日常生活の中で自己管理を継続するためには、術後に生じる様々な困難に対処しながら生活する必要がある、より長期的に患者の行動に影響を及ぼす一般的な自己効力感が重要である。Bandura(1977)は、一般的自己効力感について、ある行動に対する自己効力感が変化すると、他の行動に対する自己効力感も変化すると述べている。よって、胃癌術後患者が術後の日常生活の中で生じる様々な健康問題に対して、自己管理を継続するために努力することや困難な状況に耐えることできるかという患者の日常生活行動全般におよぼす認識を一般的自己効力感として捉えた。したがって、胃癌術後患者の自己効力感は、患者が術後長期にわたる自己管理を行いながら日常生活に適応するために感情を調整することや日常生活行動をうまく行うことができる認識とする。

## 3) 臨床情報

胃癌術後患者の臨床情報は、術式、肉眼的進行度、既往歴、治療状況、体重減少率、症状とする。

#### 4. 研究の概念枠組み

図 1 に研究の枠組みを示した。

胃がん術後患者は、術後の日常生活の中で新たな自己管理方法を獲得していくことが必要である。胃切除術後は、時間の経過に伴い、自己管理方法を獲得することで自己効力感が高まり、症状や QOL は回復すると考える。そのため、自己効力感の高い患者は、積極的に自己管理行動をとることが予測され、さらに自己管理が効果的に行われていれば、QOL は回復することが予測される。

特に、術後 1 カ月は、胃切除後の機能障害による身体症状の出現を体験し、これまでの食事内容を含む日常生活を変更する必要がある、今後の見通しが困難な時期でもある。この時期に、患者自身が自己管理方法を獲得し日常生活を調整できるという認識をもつことができれば、術後の回復への期待を感じ QOL に正の影響を与えることが予測される。しかし、患者が術後の日常生活の調整に困難を感じ、自己管理が効果的に行えていないと認識することで、QOL に負の影響を与えることが予測される。

そして、術後 6 カ月は、身体症状改善の方法や日常生活行動が調整できるという感覚を持てるようになる時期である。これは、患者自身が退院後から日常生活の中で自己管理を試行錯誤しながら継続してきた結果であり、自己管理が効果的に行われることで自己効力感が高まり QOL が改善することが予測される。しかし、日々の食事を作る家族への負担や仕事に復帰しても同僚に迷惑をかけていると感じるなど、心理社会面に影響を及ぼす時期でもあり、患者が術後長期にわたる自己管理の取り組みをどのように認識するかによって QOL に与える影響は変化することが予測される。

つまり、術後 1 カ月の自己効力感が高い患者は退院後の日常生活の中で積極的に自己管理行動をとることが予測され、さらに自己管理が効果的に行われ日常生活が調整できていると認識することで術後 6 カ月の QOL はさらに回復することが予測される。

本研究では、胃がん術後患者の自己効力感が QOL に与える影響を明らかにするために術後経過に着目し、術後 1 カ月および術後 6 カ月の自己効力感が QOL に与える影響について、その他の要因も踏まえて縦断的に明らかにする。

胃がん術後患者の QOL に影響する要因として、自己効力感、人口統計学的特徴、臨床症状を挙げた。人口統計学的情報は、年齢や世帯状況、調理を担当する人などによって QOL が異なることをと予測し、年齢、性別、婚姻状況、世帯状況、調理担当者を変数として挙げた。また、臨床情報は、術式や治療状況などによって QOL が変化することが予測

されるため、術式や肉眼的進行度、治療状況や既往歴、症状を変数として挙げた。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

縦断的な関連探索型研究である。

#### 2. 調査回数

術後 1 カ月および術後 6 カ月 (計 2 回)

#### 3. 調査対象

##### 1) 調査実施施設

地域がん診療拠点病院指定を受けている総合病院の計 3 施設で実施した。

##### 2) 調査対象者

対象者は、20 歳以上で胃がんと診断を受けており、外科的手術を受け、調査実施施設の外来に通院する患者とした。

除外基準は、以下に当てはまる患者とした。

- ① 胃がんであると認識していない患者
- ② 病棟師長が、認知的・精神的理由により調査に適さないと判断した患者

#### 4. データ収集

##### 1) 調査手順

調査実施施設への研究協力依頼は、各施設の看護部長および診療部長、診療科担当医師に研究概要を説明し、研究協力の内諾を得て行った。さらに、本調査の実施に承認の得られた診療科担当医師の患者が入院する病棟の看護師長に研究の趣旨を説明し、調査協力の内諾を得て実施した。

1 回目の調査は、当該病棟師長から、胃がんで手術予定の患者を選出してもらい、研究協力候補者とした。研究協力候補者がいる場合は、病棟師長に術後の身体状態および調査説明に耐えうる状況かを確認し、了解が得られた場合に限り研究協力候補者のもとに直接訪室して調査を依頼した。調査依頼は、調査内容を記載した依頼文書 (資料 1) を用いて説明を行った。調査協力の得られた参加者に対し、同意書 (資料 2)、連絡先情報用紙 (資料 3) への記入を依頼し、整理番号の付された 1 回目調査票 (資料 4) を配布した。調査票の



回収は、郵送法で行った。

2 回目の調査は、1 回目調査で返信のあった参加者に対して行った。連絡先通知用紙(匿名化対応表)(資料 3)に記載された住所に 2 回目調査票(資料 5)を配布した。調査票の回収は、郵送法で行った。

診療録の情報は、調査票の整理番号と被験者氏名を対応させた連絡先通知用紙(匿名化対応表)(資料 3)に基づいて、病院総務課からの病院利用許可およびシステム利用申請の承認を受けた後、病棟担当者の許可を得て当該病棟のスタッフステーションに設置されたパソコンから診療録を閲覧した。診療録の閲覧は、対象者への調査依頼を行い同意が得られた後に行った。閲覧した内容は、診療録情報用紙(資料 6)に記載した。

## 2) 調査期間

2017 年 8 月～2019 年 3 月に行った。

## 3) 調査内容

### (1) QOL

胃がん術後患者の QOL は、米国の Cella が開発した General Measure of Functional Assessment of Cancer Therapy scale (以下、FACT-G と略す)の日本語版 FACT-G version4 を使用して測定した。FACT-G は英語圏で開発および検証され、病期や患者の状態および時間の経過とともに変化する感度にも優れていることが報告されている(D. F. Cella et al., 1993; Victorson, Barocas, Song, & Cella, 2008)。日本語版の開発は、肺がん患者を対象として異文化間の信頼性・妥当性の検証による研究が実施され、計量的心理学的評価によって文化的適応が必要であることが示された(Fumimoto et al., 2001)。FACT-G version4 は、構成概念妥当性を検証して改良され、文化的背景を考慮した日本で使用できる数少ないがん患者用 QOL 尺度であり、53 カ国の言語に翻訳され使用されている(Luckett et al., 2011)。本尺度は、4 つの下位概念(身体的安寧 7 項目、社会的安寧 7 項目、精神的安寧 6 項目、機能的安寧 7 項目)から構成されている。質問は全 27 項目からなり、「0. 全くあてはまらない」「1. わずかにあてはまる」「2. 多少あてはまる」「3. かなりあてはまる」「4. 非常によくあてはまる」の 5 段階リッカートスケールで評価する。下位尺度ごとの得点(各項目の合計点)と、下位尺度の得点を合計した FACT-G 合計得点を評価の対象にすることが可能

である。FACT-G 合計得点の得点範囲は、0～108 点であり、得点が高いほど QOL が高いことを示す。

身体的安寧の得点範囲は、0～28 点（7 項目中 7 項目全てが逆転項目）で、得点が高いほど身体的安寧が高いことを示す。社会的安寧の得点範囲は、0～28 点で、得点が高いほど社会的安寧が高いことを示す。精神的安寧の得点範囲は、0～24 点（6 項目中 5 項目が逆転項目）で、得点が高いほど精神的安寧が高いことを示す。機能的安寧の得点範囲は、0～28 点で、得点が高いほど機能的安寧が高いことを示す。

本研究における尺度の使用は FACT-G 管理協会に本研究概要を説明し、使用許可を得たうえで使用した。

## (2) 自己効力感

自己効力感は、塚本(1998a)が開発したがん患者用自己効力感尺度を用いて測定した。本尺度は、がん患者の一般的自己効力感を測定するための尺度である。本尺度は、2 つの下位概念（感情統制効力感 5 項目、日常生活行動効力感 5 項目）から構成されている。質問は全 13 項目からなり、いずれも「1. 全くあてはまらない」「2. あまりあてはまらない」「3. 少しあてはまる」「4. 非常にあてはまる」の 4 段階リッカートスケールで回答する。

感情統制効力感の得点範囲は、1～20 点で、得点が高いほど感情統制の効力感が高いことを示す。日常生活行動効力感の得点範囲は 1～20 点で、得点が高いほど日常生活行動の効力感が高いことを示す。

本尺度の信頼性について、Cronbach's の  $\alpha$  係数は、感情統制効力感 .81、日常生活行動効力感 .85 であり十分な内的整合性を示し、併存妥当性も確認されている。

本研究では、下位尺度得点を算出して分析に使用する。また、本研究における尺度の使用は作者(塚本, 1998a)に本研究概要を説明し、使用許可を得たうえで使用した。

## (3) 臨床情報

臨床情報は、術式、肉眼的進行度、既往歴、治療状況、体重、症状に関する情報を収集した。

術式および肉眼的進行度は、診療録から情報を収集した。既往歴は、「ある」「なし」の選択肢を設け、「ある」と回答した場合は、病名を記載する欄を設けて回答を得た。治療状況は、経過観察、化学療法、その他の選択肢を設け回答を得た。

体重は、術前、術後 1 カ月、術後 6 カ月の各時期の体重について質問紙にて回答を得たうえで、術前の体重を基準とした術後 1 カ月の体重減少率および術後 6 カ月の体重減少率を以下の式により算出した。

ア. 術後 1 カ月の体重減少率 $=$ (術後 1 カ月体重 $-$ 術前体重) $\div$ 術前体重 $\times$ 100

イ. 術後 6 カ月の体重減少率 $=$ (術後 6 カ月体重 $-$ 術前体重) $\div$ 術前体重 $\times$ 100

症状は、Honda et al., (2014)が開発した ES4 (Esophagus and Stomach Surgery Symptom Scale) を使用した (Honda et al., 2014)。本尺度は、上部消化管手術を受けた患者の症状を測定する尺度である。質問は、全 23 項目からなり、4 領域(頸部胸部症状 7 項目、腹部過敏症状 6 項目、腹部膨満症状 4 項目、食事関連症状 6 項目)から構成されている。本尺度は、症状の有無および程度を測定することができ、症状の有無は、「0. 全くなかった」と「1. あった」の 2 値、自覚症状の程度を評価する場合は、「0. 全くなかった」「1. 気にならないほど軽かった」「2. 軽かった」「3. 中程度だった」「4. 重かった」の 5 段階のリッカートスケールで使用することができる。各下位尺度の得点範囲は、頸部胸部症状は 0～100 点、腹部膨満症状 0～100 点、腹部過敏症状 0～100 点、全身症状 0～100 点で、得点が高いほど自覚症状の程度が強いことを示す。

本尺度の信頼性について、Cronbach's の  $\alpha$  係数は、頸部胸部症状は .82、腹部膨満症状 .79、腹部過敏症状 .81、食事関連症状 .74 であり内的整合性は確保されている。本研究では、下位尺度得点を算出して分析に使用する。また、本研究における尺度の使用は作者(Honda et al., 2014)に本研究概要を説明し、使用許可を得たうえで使用した。

#### (4) 人口統計学的情報

対象者の人口統計学的情報として、年齢、性別、婚姻状況、世帯状況、調理担当者について尋ねた。調理担当者は、本人、配偶者、嫁・子どもの選択肢を設け複数回答で尋ねた。

## 5. 分析方法

統計解析には、統計パッケージ IBM SPSS Statistics ver.25 を使用した。全ての統計は、有意水準 5%の両側検定で行った。

### 1) 記述統計の算出と正規性の検定

はじめに、対象者の人口統計学的情報および臨床情報について設問ごとに度数分布を確認した。人口統計学的情報の調理担当者については、「本人」「配偶者」「嫁・子ども」「その他」から複数回答を得た。そこで、「本人」とだけ回答した人を〈本人〉、「本人」を含む「配偶者」「嫁・子ども」と回答した人を〈本人以外〉とし、2群に分類した。

次に、術後 1 カ月および術後 6 カ月の 2 地点における QOL、自己効力感、症状について記述統計の算出を行った。

また、各々の尺度について Cronbach's の信頼係数を算出し、内的整合性の確認を行った。

なお、解析に先立ち、連続変数の正規性の確認のため Shapiro-Wilk 検定を行った。

### 2) QOL と人口統計学的情報および臨床情報との関連

対象者の人口統計学的情報および臨床情報について、術後 1 カ月と術後 6 カ月の QOL について記述統計を算出し分析を行った。

人口統計学的情報と QOL の関連を明らかにするため、性別、婚姻状況、世帯状況、調理担当者について対応のない  $t$  検定を行った。また、年齢の連続変数は、Spearman の順位相関係数を算出した。

臨床情報と QOL の関連を明らかにするため、既往歴、治療状況について、対応のない  $t$  検定を行った。また、体重減少率、症状は Spearman の順位相関係数を算出した。

### 3) QOL と自己効力感との関係

はじめに、術後 1 カ月の QOL と自己効力感の感情統制効力感および日常生活行動効力感の関係を明らかにするため、Spearman の順位相関係数を算出した。

次に、術後 6 カ月の QOL と自己効力感の感情統制効力感および日常生活行動効力感の関係を明らかにするため、Spearman の順位相関係数を算出した。

#### 4) QOL を予測する自己効力感、人口統計学的情報、臨床症状の影響

胃がん術後患者の QOL に対する影響を明らかにするため、胃がん術後患者の QOL を従属変数、自己効力感の感情統制効力感および日常生活行動効力感の 2 下位尺度、人口統計学的情報、臨床情報を独立変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。投入した独立変数は、単回帰分析で有意な相関や平均値の差の検定で有意差の見られるものを採用し、2 値をとる独立変数はダミー変数を作成して投入した。

はじめに、術後 1 カ月の QOL を従属変数、術後 1 カ月の自己効力感（感情統制効力感および日常生活行動効力感の 2 下位尺度）、症状（腹部膨満症状、頸部胸部症状、腹部過敏症状、食事関連症状の 4 下位尺度）、人口統計学的情報、症状を除く臨床情報で、QOL と関連が示された変数を独立変数とした重回帰分析を行った。

次に、術後 6 カ月の QOL を従属変数、術後 6 カ月の自己効力感（感情統制効力感および日常生活行動効力感の 2 下位尺度）、症状（腹部膨満症状、頸部胸部症状、腹部過敏症状、食事関連症状 4 下位尺度）、人口統計学的情報および症状を除く臨床情報で QOL と関連が示された変数を独立変数とした重回帰分析を行った。

最後に、術後 6 カ月の QOL を従属変数、術後 1 カ月の自己効力感と症状、術後 6 カ月の自己効力感と症状、人口統計学的情報、症状を除く臨床情報で QOL と関連が示された変数を独立変数とした重回帰分析を行った。

#### 6. 調査予定者数とその根拠

先行研究より、各変数は共分散であると仮定し、サンプルサイズの計算を G\*Power ソフトウェア（G\*Power 3.1）を用いて行った。効果量サイズ  $f=0.25$ （中程度の効果量）、 $\alpha=.05$ 、検出力 0.8 と設定し、平均値の差の検定に用いる標本の大きさは（共分散分析およびパス解析を行う場合）、合計 64 例以上必要であると推定される。縦断調査において、脱落したデータがある対象者については、対象から削除して分析を行った。

#### 7. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学附属病院臨床研究倫理審査を受け、承認を得た（承認番号 H29-102）。その後、調査実施施設の研究倫理委員会で承認を得て調査を実施した（第 29042、承認番号 2017-051、承認番号 2018-004）。

## **1) 研究対象者に対する人権擁護**

対象者には、本研究への参加は任意であり、参加をしない場合や途中で辞退した場合も治療および看護援助に不利益のないことを説明した。また、本研究に参加することによる経済的負担はないこと、調査によって得られたデータは個人が特定できないように処理し、プライバシーへの配慮をすること、本研究の目的以外では使用しないこと、本研究は学会発表および論文を公表する予定であるが個人が特定される情報は使用されないこと、調査に同意した場合であっても調査用紙を返信しない場合もしくは同意撤回書の提出によって同意撤回が可能である旨を文書と口頭で説明し、同意書に署名した対象者のみ調査を実施した。研究に用いる情報は、全て無記名とし、調査票、診療録情報用紙、連絡先通知用紙に整理番号を割り付け、整理番号のみで情報が連結できるよう管理した。

## **2) 研究によって生じる対象者への不利益に対する配慮**

### **(1) アンケート回答に伴う時間的負担への配慮**

対象者に対し、アンケート回答の所要時間は15分程度であることを文書および口頭で説明した上で調査に関する協力の同意を得た。調査票への回答は、2回実施していただくが、アンケートの回答と返送までに約1週間の期間を設け、できるだけ回答日や回答時間帯の制約を緩和することで調査への協力が負担とならないよう配慮した。

### **(2) 精神的不安への配慮**

対象者は、術後の患者であり、アンケートに回答することで現状を認識し、不安が生じる場合もあることを考慮した。アンケートに回答することで不安や質問がある場合には、研究者へ直接連絡できる旨の説明を文書および口頭で説明した。また、不安の内容によっては調査協力施設の共同研究者と連携を取ることを口頭で説明した。

## **3) データの保管、管理、破棄**

- (1) 調査期間終了後、調査票および連絡先通知用紙、診療録情報用紙は、施錠された研究専用ロッカーで厳重に管理する。
- (2) データは、パスワードを管理しているコンピュータを用いて処理するとともに、パスワード管理しているUSBに保管し厳重に管理し、USBは持ち歩かない。
- (3) 匿名化した情報の入力、ウイルス対策ソフトがインストールされているデスクトップ

コンピュータを使用した。セキュリティに問題が出現する可能性があった場合、速やかにオフライン化した上で、必要なセキュリティレベルを確保した。

- (4) 質問紙および基礎データは、研究終了後 10 年間保管し、その後シュレッダーにて破棄する。

## IV. 結果

図 2 に、分析対象者決定までの過程を示した。調査期間中、調査対象施設で実施された胃がん患者に対する手術件数は計 131 件であった。そのうち、除外基準を満たしたものは、対象術式以外の術式変更（胃部分切除、姑息的切除、試験開腹）によるものが 7 名、術後合併症および術後せん妄の発症、認知症などにより除外基準に該当したものが 11 名、調査協力が得られていない病棟に入院したものが 3 名（計 21 名）であった。調査の依頼ができたのは 110 名であり、うち調査の同意が得られ調査票を配布できたのは 91 名（82.7%）であった。同意が得られなかった理由は、計 2 回の調査に回答する自信がないことやリクルート対象者が高齢であり、家族からの同意が得られなかったこと等が理由であった。また、調査票を配布した 91 名のうち、77 名（84.6%）から術後 1 カ月に調査票の回答が得られた（1 カ月後の返信なかったものは 14 名）。また、術後 1 カ月に回答のあった 77 名のうち、74 名（81.3%）から術後 6 カ月後の調査票の回答が得られた。返答のなかった 3 名は、吻合部狭窄や腸閉塞による再入院、引っ越ししたことによる宛先不明で調査票が送付できなかったことが理由である。2 回の調査表に回答した 74 名中、3 名が QOL 尺度の項目のうち項目数の 50%以上の回答が得られなかったため、分析対象から除外し、計 71 名を分析対象とした。

### 1. 対象者の特徴

#### 1) 対象者の人口統計学的情報

表 1 に、対象者の人口統計学的情報および臨床情報を示した。

人口統計学的情報について、年齢は  $69.14 \pm 8.82$  歳（範囲 45～84 歳）であった。性別は、男性 50 名（70.4%）、女性 21 名（29.6%）であった。婚姻状況は、独身 9 名（12.7%）、既婚 62 名（87.3%）であった。世帯状況は、独居 6 名（8.5%）、同居 65 名（91.5%）であった。主な調理担当者は、〈本人〉とだけ回答したのは 23 名（32.4%）であり、それ以外の 48 名は家族が調理を担当していた。

臨床情報について、術式は、幽門側胃切除術 53 名（74.6%）、胃全摘術 15 名（21.1%）、噴門側胃切除術 3 名（4.2%）であった。術中所見による肉眼的進行度は、IA 33 名（46.5%）、IB 9 名（12.7%）、IIA 6 名（8.5%）、IIB 7 名（9.9%）、IIIA 8 名（11.3%）、IIIB 2 名（2.8%）、IVa 6 名（8.5%）であった。既往歴は、術後 1 カ月で「あり」と回答したのは



40名(56.3%)、「なし」と回答したのは31名(43.7%)であった。治療状況は、術後1カ月で「経過観察」と回答したのは54名(76.1%)、「化学療法」と回答したのは17名(23.9%)であった。体重減少率は、術前の体重を基準として算出した術後1カ月の体重減少率は $-7.75 \pm 4.19\%$ (範囲 $-18.52 \sim 3.51\%$ )、術前の体重を基準として算出した術後6カ月の体重減少率は $-11.34 \pm 7.57\%$ (範囲 $-18.48 \sim 10.33\%$ )であった。

## 2. 胃がん術後患者のQOL、自己効力感、症状の記述統計

### 1) 胃がん術後患者のQOLの記述統計

表2に、術後1カ月および術後6カ月のQOLの尺度得点を示した。

胃がん術後患者の術後1カ月および術後6カ月のQOLは、Shapiro-Wilk検定の正規性の検定において $p < .05$ で、正規分布に従うと判断できた。そのため、各尺度得点は、平均値、標準偏差(SD)を算出した。

本研究における、胃がん術後患者のQOL尺度の信頼性を確認した。胃がん術後患者の術後1カ月のQOLにおけるCronbach's  $\alpha$ 係数は、 $\alpha = .85$ であった。下位概念である身体的安寧、身体的安寧、精神的安寧、機能的安寧の信頼係数は、それぞれ $\alpha = .83$ ,  $\alpha = .87$ ,  $\alpha = .83$ ,  $\alpha = .87$ であった。また、胃がん術後患者の術後6カ月のQOLにおけるCronbach's  $\alpha$ 係数は、 $\alpha = .82$ であった。下位概念である身体的安寧、社会的安寧、精神的安寧、機能的安寧の信頼係数は、それぞれ $\alpha = .89$ ,  $\alpha = .88$ ,  $\alpha = .85$ ,  $\alpha = .77$ であった。

胃がん術後患者の術後1カ月のQOLの得点は、 $70.73 \pm 14.10$ 点(範囲43.0~101.67点)であった。身体的安寧 $20.72 \pm 6.03$ 点(範囲4.00~28.00点)、社会的安寧 $17.23 \pm 6.67$ 点(範囲0.00~28.00点)、精神的安寧 $17.67 \pm 4.36$ 点(範囲4.00~24.00点)、機能的安寧 $15.10 \pm 5.83$ 点(範囲0.00~25.00点)であった。

胃がん術後患者の術後6カ月のQOLの得点は、 $74.22 \pm 16.88$ 点(範囲40.0~143.0点)であった。身体的安寧 $22.60 \pm 5.95$ 点(範囲3.00~28.00点)、社会的安寧 $15.30 \pm 7.09$ 点(範囲0.00~28.00点)、精神的安寧 $17.90 \pm 18.00$ 点(範囲4.00~24.00点)、機能的安寧 $18.42 \pm 8.56$ 点(範囲0.00~63.00点)であった。

## 2) 胃がん術後患者の自己効力感

表 3 に、術後 1 カ月および術後 6 カ月の自己効力感の尺度得点を示した。

胃がん術後患者の術後 1 カ月および術後 6 カ月の自己効力感は、Shapiro-Wilk 検定の正規性の検定において  $p < .05$  で、正規分布に従うと判断できたのは、術後 1 カ月の日常生活行動効力感であった。

本研究における、胃がん術後患者の自己効力感尺度の信頼性を算出した。胃がん術後患者の術後 1 カ月の自己効力感における Cronbach's  $\alpha$  係数は、感情統制効力感  $\alpha = .85$ 、日常生活行動効力感  $\alpha = .91$  であった。また、胃がん術後患者の術後 6 カ月の自己効力感における Cronbach's  $\alpha$  係数は、感情統制効力感  $\alpha = .79$ 、日常生活行動効力感  $\alpha = .86$  であった。

胃がん術後患者の術後 1 カ月の自己効力感の感情統制効力感の得点は、 $15.70 \pm 2.63$  点 (範囲 9.00~20.00 点)、日常生活行動効力感の得点は、 $14.25 \pm 3.58$  点 (範囲 5.00~20.00 点) であった。

胃がん術後患者の術後 6 カ月の自己効力感の感情統制効力感の得点は、 $16.15 \pm 2.70$  点 (範囲 6.00~20.00 点)、日常生活行動効力感の得点は、 $15.66 \pm 3.10$  点 (範囲 7.00~20.00 点) であった。

## 3) 胃がん術後患者の症状

表 4 に、術後 1 カ月および術後 6 カ月の症状の尺度得点を示した。

胃がん術後患者の術後 1 カ月および術後 6 カ月の症状は、Shapiro-Wilk 検定の正規性の検定において  $p < .05$  で、正規分布に従うと判断でなかった。

本研究における、胃がん術後患者の ES4 症状尺度の信頼性を確認した。胃がん術後患者の術後 1 カ月における Cronbach's  $\alpha$  係数は、腹部膨満症状  $\alpha = .75$ 、頸部胸部症状  $\alpha = .89$ 、腹部過敏症状  $\alpha = .83$ 、食事関連症状  $\alpha = .86$  であった。また、胃がん術後患者の術後 6 カ月における Cronbach's  $\alpha$  係数は、腹部膨満症状  $\alpha = .73$ 、頸部胸部症状  $\alpha = .83$ 、腹部過敏症状  $\alpha = .84$ 、食事関連症状  $\alpha = .73$  であった。

胃がん術後患者の術後 1 カ月の症状の得点は、腹部膨満症状  $35.42 \pm 24.56$  点 (範囲 0.00~93.75 点)、頸部胸部症状  $20.73 \pm 24.15$  点 (範囲 0.00~96.43 点)、腹部過敏症状  $24.02 \pm 21.44$  点 (範囲 0.00~91.67 点)、食事関連症状  $11.05 \pm 17.44$  点 (範囲 0.00~70.83 点) であった。

胃がん術後患者の術後 6 カ月の症状の得点は、腹部膨満症状  $25.86 \pm 22.60$  点 (範囲 0.00~81.25 点)、頸部胸部症状  $17.65 \pm 18.71$  点 (範囲 0.00~85.71 点)、腹部過敏症状  $28.30 \pm 22.10$  点 (範囲 0.00~100 点)、食事関連症状  $10.81 \pm 14.28$  点 (範囲 0.00~62.50 点)であった。

### 3. 胃がん術後患者の QOL と人口統計学的情報および臨床情報との関連

表 5 に、胃がん術後患者の QOL と人口統計学的情報および臨床情報との関連を示した。

Shapiro-Wilk 検定の正規性の検定において  $p < .05$  で、正規分布に従うと判断できたのは対応のない  $t$  検定、それ以外は Mann-Whitney  $U$  検定を行った。

#### 1) 胃がん術後患者の術後 1 カ月の QOL との関連

胃がん術後患者の人口統計学的情報による術後 1 カ月の QOL を比較した。

性別による比較は、QOL は、男性よりも女性の得点が高かったが有意な差は示されなかった。婚姻状況による比較は、QOL は、独身よりも既婚の得点が高かったが有意な差は示されなかった。世帯状況による比較は、QOL は、独居よりも同居の得点が高く有意な差が示された ( $t = -2.16, p = .03$ )。調理担当者による比較は、QOL は、本人の方が本人以外の得点よりも高かったが、有意な差は示されなかった。

次に、胃がん術後患者の臨床情報による術後 1 カ月の QOL を比較した。

術式は、QOL は、幽門側胃切除の得点が最も高く、次いで胃全摘術、噴門側胃切除術の順であった。また、QOL の下位尺度の全てにおいても同様の結果であった。既往歴の比較は、QOL は、既往歴なしが既往歴ありより得点が高かったが有意な差は示されなかった。治療状況の比較は、QOL は、経過観察が化学療法より得点が高かったが有意な差は示されなかった。

#### 2) 胃がん術後患者の術後 6 カ月の QOL との関連

胃がん術後患者の人口統計学的情報による術後 6 カ月の QOL を比較した。

性別による比較は、QOL は、男性よりも女性の得点が高かったが有意な差は示されなかった。婚姻状況による比較は、QOL は、独身よりも既婚の得点が高かったが有意な差は示されなかった。世帯状況による比較は、QOL は、独居よりも同居の得点が高く有意な差が

示された ( $U=87.0, p=.03$ )。調理担当者による比較は、QOLは、本人の方が本人以外の得点よりも高かったが有意な差は示されなかった。

次に、胃がん術後患者の臨床情報による術後6カ月のQOLを比較した。

術式は、QOLは、幽門側胃切除術の得点が最も高く、次いで胃全摘術、最も得点が低かったのは噴門側胃切除術であった。既往歴の比較は、QOLは、既往歴なしが既往歴ありより得点が高かったが有意な差は示されなかった。

治療状況の比較は、QOLは、経過観察が化学療法より得点が高かったが有意な差は示されなかった。

#### 4. 胃切除術後患者のQOL、自己効力感、症状の関係

表6、表7に、胃がん術後患者のQOL、自己効力感の感情統制効力感および日常生活行動効力感、臨床情報の症状（腹部膨満症状、頸部胸部症状、腹部過敏症状、食事関連症状）、体重減少率、年齢について Spearman の順位相関係数を示した。

##### 1) 術後1カ月のQOL、自己効力感、症状の関係

表6に、術後1カ月のQOLと自己効力感、症状、体重減少率、年齢との関係を示した。

QOLは、自己効力感の感情統制効力感との間に  $r=.51 (p<.01)$ 、日常生活行動効力感との間に  $r=.53 (p<.01)$  の中程度の正の相関が示された。また、自覚症状の腹部膨満症状との間に  $r=-.30 (p<.05)$ 、腹部過敏症状との間に  $r=-.30 (p<.05)$ 、食事関連症状との間に  $r=-.32 (p<.01)$  と弱い負の相関が示され、頸部胸部症状との間に  $r=-.43 (p<.01)$  は中程度の負の相関が示された。体重減少率と相関は示されなかったが、年齢 ( $r=-.30, p<.05$ ) と弱い負の相関が示された。

自己効力感の感情統制効力感は、QOLの下位尺度の身体的安寧との間に  $r=.37 (p<.01)$ 、精神的安寧との間に  $r=.60 (p<.01)$ 、機能的安寧との間に  $r=.49 (p<.01)$  の弱い～中程度の相関が示されたが、社会的安寧との間には相関は示されなかった。日常生活行動効力感との間に  $r=.71 (p<.01)$  の強い相関が示された。腹部膨満症状との間に  $r=-.26 (p<.05)$ 、頸部胸部症状との間に  $r=-.32 (p<.01)$ 、腹部過敏症状との間に  $r=-.31 (p<.01)$  と弱い負の相関が示され、食事関連症状との間に相関は示されなかった。また、術後1カ月の体重減少率および年齢との相関は示されなかった。また、自己

効力感の日常生活行動効力感は、腹部膨満症状との間に  $r = -.38$  ( $p < .01$ )、頸部胸部症状との間に  $r = -.32$  ( $p < .01$ )、腹部過敏症状との間に  $r = -.36$  ( $p < .01$ )と弱い負の相関が示され、食事関連症状および体重減少率と相関は示されなかった。年齢との間にも相関は示されなかった。

## 2) 術後 6 カ月の QOL、自己効力感、症状の関係

表 7 に、術後 6 カ月の QOL と自己効力感、症状、体重減少率、年齢との関係を示した。

QOL は、自己効力感の感情統制効力感との間に  $r = .35$  ( $p < .01$ )と弱い正の相関を示し、日常生活行動効力感との間に  $r = .56$  ( $p < .01$ )と中程度の正の相関が示された。また、症状の腹部膨満症状との間に  $r = -.32$  ( $p < .01$ )、頸部胸部症状との間に  $r = -.39$  ( $p < .01$ )、体重減少率との間に  $r = .27$  ( $p < .05$ )の弱い負の相関が示され、腹部過敏症状および食事関連症状との間には相関が示されなかった。年齢との間に  $r = -.33$  ( $p < .01$ )と弱い負の相関が示された。

自己効力感の感情統制効力感は、QOL の下位尺度の身体的安寧との間に  $r = .30$  ( $p < .05$ )、精神的安寧との間に  $r = .47$  ( $p < .01$ )、機能的安寧との間に  $r = .38$  ( $p < .01$ )の弱い～中程度の相関が示されたが、社会的安寧との間には相関は示されなかった。日常生活行動効力感との間に  $r = .58$  ( $p < .01$ )の中程度の正の相関が示された。症状の腹部膨満症状、頸部胸部症状、腹部過敏症状、術後 6 カ月の体重減少率との間には相関が示されなかったが、食事関連症状  $r = -.26$  ( $p < .05$ )とは弱い負の相関が示された。年齢と相関は示されなかった。自己効力感の日常生活行動効力感は、症状の腹部膨満症状との間に  $r = -.30$  ( $p < .01$ )、食事関連症状との間に  $r = -.26$  ( $p < .05$ )、体重減少率との間に  $r = .28$  ( $p < .05$ )の弱い負の相関が示され、頸部胸部症状  $r = -.45$  ( $p < .01$ )と中程度の負の相関が示されたが、腹部過敏症状とは相関は示されなかった。年齢との間には相関は示されなかった。

## 5. 胃がん術後患者の自己効力感、人口統計学的情報、臨床情報が QOL に与える影響

表 8、表 9、表 10 に、胃がん術後の QOL を従属変数とした重回帰分析の結果を示した。胃がん術後患者の QOL に与える影響を明らかにするため、胃がん術後患者の QOL を従属変数、自己効力感の感情統制効力感および日常生活行動効力感の 2 下位尺度、人口統計学的情報および臨床情報で関連のあった変数を独立変数とした重回帰分析（ステップワ

イズ法)を行った。

## 1) 術後1カ月のQOLに与える影響

表8に、胃がん術後患者の術後1カ月のQOLを予測する自己効力感、人口統計学的情報および臨床情報の影響について示した。

胃がん術後患者の術後1カ月のQOLに対する影響を明らかにするため、胃がん術後患者の術後1カ月のQOLを従属変数、術後1カ月の自己効力感の感情統制効力感および日常生活行動効力感の2下位尺度、人口統計学的情報および臨床情報でQOLと関連のあった世帯状況、年齢、症状を独立変数とした重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。

胃がん術後患者の術後1カ月のQOLに影響したのは、自己効力感の日常生活行動効力感、頸部胸部症状、世帯状況(独居)の3つが有意に影響を与えていた。標準回帰係数で正の影響を示したものは、日常生活行動効力感( $\beta = .40, p < .01$ )であり、負の影響を示したものは、頸部胸部症状( $\beta = -.37, p < .01$ )、世帯状況(独居)( $\beta = -.29, p < .01$ )であった。

本モデルは、 $F = 18.8 (p < .01)$ 、重相関係数  $R = .68$ 、自由調整済み決定係数  $R^2 = .46$  であった。各独立変数のVIFは、1.10~2.37であり、偏相関係数の推定が不安定となるVIF10以上は示されなかった。

## 2) 術後6カ月のQOLに与える影響

表9に、胃がん術後患者の術後6カ月のQOLを予測する自己効力感、人口統計学的情報および臨床情報の影響について示した。

胃がん術後患者の術後6カ月のQOLに対する影響を明らかにするため、胃がん術後患者の術後6カ月のQOLを従属変数、術後6カ月の自己効力感の感情統制効力感および日常生活行動効力感の2下位尺度、人口統計学的情報および臨床情報でQOLと関連のあった世帯状況、年齢、症状、体重減少率を独立変数とした重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。

胃がん術後患者の術後6カ月のQOLに影響したのは、自己効力感の日常生活行動効力感、頸部胸部症状、年齢、世帯状況の4つが有意に影響を与えていた。標準回帰係数で正の影響を示したものは、日常生活行動効力感( $\beta = .38, p < .01$ )であり、負の影響を示したものは、頸部胸部症状( $\beta = -.31, p < .01$ )、年齢( $\beta = -.26, p < .01$ )、世帯状況(独居)

( $\beta = -.27, p < .01$ )であった。

本モデルは、 $F = 15.91 (p < .01)$ 、重相関係数  $R = .71$ 、自由調整済み決定係数  $R^2 = .47$  であった。各独立変数の VIF は、1.10～2.10 であり、偏相関係数の推定が不安定となる VIF10 以上は示されなかった。

### 3) 時間経過に伴う自己効力感および症状が QOL に与える影響

表 10 に、胃がん術後患者の術後 6 カ月の QOL を予測する自己効力感、人口統計学的情報および臨床情報の影響について示した。

胃がん術後患者の術後 6 カ月の QOL に対する影響を明らかにするため、胃がん術後患者の術後 6 カ月の QOL を従属変数とした重回帰分析 (ステップワイズ法) を行った。独立変数は、術後 1 カ月および術後 6 カ月における自己効力感の感情統制効力感と日常生活行動効力感、その他 QOL と関連のあった人口統計学的情報の世帯状況、年齢、臨床情報の術後 1 カ月および術後 6 カ月の症状と体重減少率とした。

胃がん術後患者の術後 6 カ月の QOL に影響したのは、術後 1 カ月の日常生活行動効力感、術後 6 カ月の日常生活行動効力感、術後 6 カ月の頸部胸部症状、世帯状況 (同居) の 4 つが有意に影響を与えていた。標準回帰係数で正の影響を示したものは、術後 1 カ月の日常生活行動効力感 ( $\beta = .32, p < .01$ )、術後 6 カ月の日常生活行動効力感 ( $\beta = .29, p = .02$ )、世帯状況 (同居) ( $\beta = .26, p < .01$ ) であった。一方、負の影響を示したものは、術後 6 カ月の頸部胸部症状 ( $\beta = -.23, p = .03$ ) であった。

本モデルは、 $F = 15.67 (p < .01)$ 、重相関係数  $R = .72$ 、自由調整済み決定係数  $R^2 = .49$  であった。各独立変数の VIF は、1.81～2.3 であり、偏相関係数の推定が不安定となる VIF10 以上は示されなかった。

## VI. 考察

本研究では、胃がん術後患者の自己効力感が QOL に与える影響を明らかにするために術後経過に着目し、術後 1 カ月および術後 6 カ月の自己効力感が QOL に与える影響について、その他の要因も踏まえて縦断的に明らかにすることを目的に調査を行った。その結果、胃がん術後患者の術後 1 カ月の自己効力感の日常生活行動効力感は、術後 6 カ月の QOL に影響を与えており、患者の世帯状況や頸部胸部症状は負の影響を与えていることが示唆された。

以下に、胃がん患者の術後 6 カ月の回復状況について、QOL、自己効力感、症状の観点から考察する。そして、術後 6 カ月の QOL に影響を与えていた自己効力感やその他の要因の特徴について考察したうえで、胃がん術後患者の自己管理を促進させるための看護実践への提言を述べる。

### 1. 対象者の背景特性について

本研究では、調査実施施設で実施された胃がん手術のうち、約 9 割に調査を依頼した。最終的な調査票の回収率は 81.3% であり、予想をやや上回る結果であった。調査は 3 施設で実施したが、各々の施設での回収率を比較しても概ね同様の回収率であった。これは、本調査による依頼を術後経過が安定した段階に設定したことが影響していたと考えられる。この時期は術後の食事が開始され、入院中の食事量が安定する時期である。また、退院が視野に入ってくる時期でもあり、食事の食べ方や退院後の生活が患者にとっての関心事になってくる時期であると考えられることから、調査内容への協力が得られやすかったのではないかと考える。しかし、調査を拒否した患者や途中で中断する患者も存在した。これは、調査回数や調査期間が長期に及ぶことなどが関係していたと予測される。特に、術後 1 カ月の時期は、今後の生活に対する見通しが立てることが困難な患者の場合は、調査について前向きな気持ちで取り組むことが困難であった可能性も考えられる。最終的な分析対象者は 71 名であり、サンプルサイズの事後検定を行った結果、検出力は .70 以上であったため、解析に必要なサンプルサイズは得られたと判断した。

胃がん患者は、男性に多く、女性との比率は 7:3 である。年齢別でみると、70 歳代が最も多いことが報告されている(国立がん研究センターがん情報サービス, 2017)。本研究の対象者も平均年齢 69.1 歳で男性が多く、我が国の胃がん罹患者の統計とほぼ合致していた。また、2015 年の国勢調査において、婚姻し同居家族がいる世帯は 6 割以上を超えており、本調査と同様の傾向であったことから、我が国の一般的な家庭状況にある集団であったと考える。



術式の切除部位では、幽門側胃切除術、胃全摘術、噴門側胃切除術の順で多かった。幽門側胃切除術および噴門側胃切除術は、再建法を考慮することで胃全摘術よりも術後に生じる症状が少ないことが報告されており、近年の胃がんに対して施行されている手術件数と同様の結果であった(胃外科術後研究会, 2015)。噴門側胃切除術が少なかった理由については、残胃の大きさが1/2以下になる場合に術後症状が強く現れるため、その適応を限定する施設が多いことが影響していたことが要因であると考えられる(Aoyama et al., 2013; Takiguchi et al., 2015)。

## 2. 胃がん術後患者の回復過程の特徴

### 1) 胃がん術後患者の QOL の特徴

術後 6 カ月の胃がん患者の QOL 平均得点は 74.2 点であり、先行研究とほぼ同じ結果を示していたことから、QOL はほぼ回復していると考えられた(Munene et al., 2012)。しかし、一般の成人とがん患者の FACT-G 尺度得点の基準を示した米国の調査によると、がん患者の QOL の平均得点は 80.9 点であり、米国の一般成人との得点とほぼ同じ得点を示していた(Brucker, Yost, Cashy, Webster, & Cella, 2005)。この調査の対象は、35～64 歳の乳がんや大腸がん患者であり、がん患者の日常生活の制限を示す全身状態(Performance Status)が 0～1 の日常生活にほとんど支障がない患者であった。そのため、本調査の対象である胃がん術後患者の QOL 得点と一概に比較することはできないが、今回の調査における QOL 得点が低いことは、胃がん術後患者の特徴であると考えられる。その理由として、胃がんによる手術後は、術後の日常生活の中で新たな自己管理方法を獲得していく必要があり、感情をコントロールしたり日常生活を調整することが多く試行錯誤することの困難さが QOL に影響していた可能と考えられる。そして、先行研究における FACT-G 基準得点と QOL の下位尺度について比較すると、身体的安寧、精神的安寧、機能的安寧は本調査の対象の方が約 1～2 点ほど得点が低い傾向にあった。また、社会的安寧については平均得点が約 7 点低いという結果を示していた(Brucker et al., 2005)。がん患者の QOL を縦断的に調査した先行研究によると、QOL の社会的側面は術後の経過とともに低下することが多く報告されている。これは、がんによる治療後に退院した当初は、家族や身近な人たちが親身になってくれていると患者自身が感じることで得点に反映していることが考えられ、時間の経過とともにその感覚が低くなることで QOL の社会的側面が低下する傾向にあることが報告されている。本調査における社会的安寧に関する得点の低下

は、先述した理由によるものと考えられ、社会的安寧を低下させないための方法を検討する必要があると考える。

術後の QOL に関連していた人口統計学的情報は、婚姻状況と世帯状況であった。特に、独身者は術後 1 カ月の QOL が低くなる傾向にあることや、独居である患者は術後 6 カ月になっても QOL の改善が見られない傾向にあり、QOL に関連する患者特性であることが示唆された。臨床情報について、術後 1 カ月の治療状況を比較した結果、化学療法を実施している方が QOL 得点が高かったが有意な差は示されなかった。胃がん患者にとって、術後 1 カ月は、日常生活を新たに獲得していく時期にあたる。その時期に、化学療法を実施することは、身体活動に影響を及ぼすとともに心理的負担などが生じること予測され、経過観察中よりも QOL が低下していることが考えられた。しかし、症状については、経過観察と化学療法を比較すると、腹部過敏症状だけが経過観察で高い得点を示していた。これは、経過観察の対象者の中には、術後の化学療法を検討しているものの、症状の出現が強いために化学療法を開始できない患者も含まれていることや食事摂取に関連した食べ方によって症状が出現している可能性が考えられ、今回の調査からは経過観察中の患者に腹部過敏症状が強く出現していたことの原因を特定することはできなかった。また、胃がん術後の症状は、腹部膨満症状、頸部胸部症状、ダンピング症状などの食事関連症状は、術後 6 カ月に改善していた。しかし、腹部過敏症状だけは術後 6 カ月に悪化していることから、胃がん術後の経過の中で、特に、注意が必要な症状であることが示唆された。

## 2) 胃がん術後患者の QOL と自己効力感、症状の関係

胃がん患者の術後 6 カ月の回復状況について、QOL、自己効力感、症状の関係から考察する。QOL と自己効力感の関係について、術後 1 カ月の QOL は、自己効力感の感情統制効力感と日常生活行動効力感と中程度の正の相関が示されたが、術後 6 カ月の QOL は、感情統制効力感とは弱い相関を示し、日常生活行動効力感とは中程度の相関を示していた。これは、一般的自己効力感は QOL と関連していることを報告した先行研究と同じ結果を示していた(Banik et al., 2016; Foster et al., 2015)。QOL と症状の関係については、術後 1 カ月の QOL と腹部膨満症状、頸部胸部症状、腹部過敏症状は負の相関を示していたが、術後 6 カ月の QOL と関係を示したのは、腹部膨満症状と頸部胸部症状、体重減少率、年齢であった。

自己効力感と症状の関係について、術後 1 カ月の感情統制効力感と日常生活行動効力感

は、症状と弱い負の相関を示したが、術後 6 カ月は日常生活行動効力感だけが頸部胸部症状と中程度の負の相関を示した。がん患者の一般的自己効力感と身体症状の関係を示した先行研究において、自己効力感は症状の程度と負の相関を示し(Foster et al., 2015; Hoffman et al., 2009; Hsu & Tu, 2014)、症状を管理するための自己効力感は低く、疲労や苦痛症状を管理する自信がないと認識していることを報告している(Liang et al., 2016; Zhang et al., 2015)。また、自己効力感は日常生活の穏やかな症状の程度と関連し、自己効力感が高ければ症状の程度が低いとも述べられており、本結果と同様の結果を示していた。一方、慢性疾患やがん患者の自己効力感を高めることは、患者の生活に肯定的な影響を与え、両者は正の相関にあることが報告されている(K. Lorig, Ritter, & Plant, 2005; Motl, Snook, McAuley, & Gliottoni, 2006)。先行研究で対象とした患者は、初期治療を終えた様々ながん患者や直腸がん患者、慢性疾患患者を対象としているため、本研究結果と一概に比較はできないが、本調査結果は、自己効力感と胃がん術後患者の症状管理の関係を示す裏付けとなるものであると考える。

そして、自己効力感が高い患者は、積極的な対処方略を用いている可能性が高く不安や抑うつが低いこと(塚本, 1998b)、自己効力感が高いと感情的苦痛が低くなること(Hirai et al., 2002)など、自己効力感が高いことで良好な心理的適応をもたらすことが報告(平井, 鈴木, 恒藤, 池永, 柏木, 2002)されている。つまり、自己効力感を向上させることで、自己管理を肯定的に捉え柔軟に対応しようと患者自身が思えることは、臨床での看護援助に重要な意味を持つと考えられる。しかし、本研究で使用したがん患者用自己効力感尺は、感情統制効力感と日常生活行動効力感の 2 つの下位尺度で構成されていた(塚本, 1999a)。その結果、症状に関係するのは感情統制効力感よりも、日常生活行動効力感であった。胃がん術後患者は、退院後の日常生活を調整することが難しいと認識していても、もともとの自己効力感が高い人は退院後の日常生活に適応するために必要な日常生活行動を実行することができていた可能性が考えられ、それが QOL に影響していたとも考えられる。

胃がん術後患者の症状が出現する理由は、食事に伴うものが多く、食事内容や食事摂取方法のコントロールによって改善することが可能なものも多い(小坂, 眞嶋, 2011; 中村, 城戸, 2005)。本研究において、本人が調理を担当している方が、QOL が高い傾向にあった。加えて、日常生活行動効力感が高く、症状の程度も低い傾向にあり、体重減少率も小さいという結果であった。先行研究においても、QOL を従属変数、高齢がん者の療養生活での懸念事項を独立変数としてその影響を分析した結果、QOL に最も影響していたのは痛

みであり、次いで身体症状、心理的症状、日常生活が影響していたことが報告されており (Nakanotani et al., 2014)、本結果を裏付けるものであった。

日常生活行動効力感は、先行研究と比較しても、術後 1 カ月の日常生活行動効力感の得点は平均で 2 点以上低い結果であった。また、術後 6 カ月になると得点は回復する傾向にあることから、日常生活行動効力感が低下していることは術後 1 カ月の特徴であると考えられる。すなわち、術後 1 カ月は、患者自身が身体的に脆弱性を感じ、自己管理できるという認識が低い時期であり、日常生活の問題に直面しながら自己管理に対する戦略を実施していく (Foster & Fenlon, 2011) 時期であると考えられた。そして、本研究において、胃癌術後患者の症状は、予測していたよりも低い結果であった。これは、対象者の中には症状の出現を懸念するあまり、食事摂取量を控えるという症状管理行動をとっている可能性が考えられた。また、症状の感じ方には個人差があること、食事摂取に伴う症状を自覚しているものの胃を切除したので仕方ないと折り合いをつけており、症状が苦痛であるもしくは程度が重いと認識していない可能性があるとも考えられる。

### 3. 胃癌術後患者の自己効力感が QOL に与える縦断的影響

胃癌術後患者の術後 1 カ月の QOL に影響したのは、自己効力感の日常生活行動効力感、頸部胸部症状、世帯状況 (独居) であった。また、胃癌術後患者の術後 6 カ月の QOL に影響したのは、自己効力感の日常生活行動効力感、頸部胸部症状、年齢、世帯状況 (独居) であった。

術後 1 カ月および術後 6 カ月の各々の時期において、胃癌術後患者の自己効力感は QOL に正の影響を与えていた。これは、患者が退院後の日常生活に適応するために必要な日常生活をうまく調整できると認識することが日常生活行動に積極的に取り組むことにつながり、QOL が向上するという本研究の予測を裏付けるものであった。そして、がん患者の自己効力感の感情統制効力感よりも、日常生活行動効力感の方が胃癌術後患者の QOL に強く関係していることが示された。これは、胃癌術後患者の QOL は、自分の感情や気持をコントロールできると認識していることよりも、体力に自信が持てることや家庭での役割を果たすことができるという日常生活行動をうまく調整できるという認識の方が患者の QOL に影響していることを示していた。外来通院中のがん患者を対象とした調査では、患者の半数以上は、自分自身の自己管理に強い関心を持ち日常生活の中で取り組める

ことを知りたいと感じていると述べられている(Yokoo et al., 2014)。胃がん術後患者においても、自己管理に対する関心は高く、手術による生活の変化や症状を抱えながら普通に暮らすことを目指した対処をとることが報告されている(小坂, 眞嶋, 2011)。すなわち、看護師は、患者の単なる自己効力感を向上させるための援助を行うのではなく、身体的な回復をアセスメントしながら、体力の回復を自覚すること、家庭や仕事での役割遂行ができてきているなどの具体的な日常生活行動に対する効力感に働きかけることが必要性であることが示唆された。

一方、胃がん術後患者の自己効力感が QOL に与える影響を縦断的に調査した結果、胃がん術後患者の術後 6 カ月の QOL に影響したのは、術後 1 カ月の日常生活行動効力感、術後 6 カ月の日常生活行動効力感、術後 6 カ月の頸部胸部、世帯状況(同居)であった。特に、胃がん術後患者の術後 6 カ月の QOL を向上させるためには、術後 1 カ月の日常生活行動効力感が非常に重要な要因であることが示された。

本結果は、胃がん術後患者の自己管理を継続する上で、患者自身にとって必要な日常生活行動に積極的に取り組むためには、その行動をうまくできるという認識である自己効力感が重要な役割をもつ(F. F. Huang et al., 2018)という結果と一致していた。がん患者が積極的に自己管理に取り組むことができることは、その行動が患者自身に力を与え、日常生活を調整していけるという自信を高め、身体的な苦痛を最小限に抑えながら QOL を高めることにつながると報告されている(Foster et al., 2015; F. F. Huang et al., 2018)。胃がん術後患者は、術後の状況を自分自身で把握し、自身にあった適切な自己管理行動をとれるようになることで術後の日常生活行動をうまく行えると認識することによって、その後の QOL に影響していたと考えられる。つまり、胃がん術後患者が術後の日常生活をうまく調整できると認識するためには、退院後の日常生活の中で生じる様々な変化に気付き、その時々状況に見合う対処を術後の経過の中で積み重ねていくことが重要であると考えられる。Bandura(1995)は、自己効力感とは、制御体験、代理体験、社会的説得、生理的・感情的状態の 4 つの方法に影響を受け、高めていくことができ、特に、制御体験は、自己効力感を作り出す最も効果的な方法であると述べている。制御体験とは、行動に対する成功体験を持つことであり、試行錯誤しても自分で取り組むことができたという認識を持つことは自己効力感を高めるうえで極めて重要である。そして、制御体験を通して効力感を発達させることは、もともと持っている習慣を用いることではなく、絶えず変化する生活環境を規制する適切な行動を実践するための、認知的、行動的、自己制御的な手段を獲得することであると述べている

(Bandura, 1995)。胃がん患者は、生きるために胃を切除するという選択をし、術後の日常生活を調整していくことは初めての経験である。患者は、術前の生活と術後の生活を比較しながら術後の日常生活の変化に気づき、自分の力で日常生活を調整していくことや対処できているという認識をもつことで自己効力感を高めていくことにつながると考える。つまり、自己効力感は、患者自身が術後の長い経過の中で積み重ねた様々な経験を乗り越えてきたという認識、すなわち、胃がん術後患者が入院中から積み重ねてきた術後の日常生活経験をどのように認識するか影響を受けていたと考えられる。特に、術後 1 カ月の日常生活行動効力感が術後 6 カ月の QOL に影響していたことは、術直後から術後 1 カ月時点までに経験した日常生活の積み重ねによって形成された日常生活行動効力感が、術後 6 カ月までの長期にわたって影響をおよぼしていたと考えられる。これは、患者自身が術直後から術後 1 カ月以内の日常生活行動の経験をどのように認識するかが重要であることを示しており、その後の経過の中で自己効力感を高めていくうえでも極めて重要な時期であると考えられる。Bandura(1995)は、制御体験は、効力感が確立する前に失敗することでかえって効力感を低下させてしまうという側面を持つと述べている。しかし、例え、術後に生じた健康問題に対して取り組む過程で患者が失敗したと感じても、それを失敗したと認識するのではなく、患者自身が試行錯誤しながら取り組むことが必要であり、それを乗り越えていけるという認識に変えていくことは可能であると考えられる。

#### 4. 胃がん術後患者の自己管理を促進するための看護支援

胃がん術後患者に対する細やかな看護支援の提供を目指し、患者の積極的な自己管理行動を促進し、継続していけるための具体的看護支援について述べる。

胃がん術後患者の術後 1 カ月の QOL には、独居であることと年齢が負の影響を与えていた。術後 1 カ月までの期間は、術後の症状として苦い水があがるなどの逆流症状やつかえ感が生じるなど、これまで経験のない身体症状を経験する。そして、それらの症状に対処しながら術後の生活に適応するため、食事内容を含む日常生活を変更していく必要があり、今後の見通しが立てにくい時期でもある。特に、独居患者においては、それらを退院後の生活の中で一人で調整していかなければならない状況にあり、QOL に負の影響を与えていたことが考えられる。さらに、独居の高齢者は、術後の日常生活行動を効果的に行えていないと感じることで、QOL が低下する可能性が予測される。看護師は患者の年齢や世帯状況を十分に把握し、術後に変化する日常生活行動が効果的に行えているか、また、患

者自身に術後の日常生活に関する自己管理行動をとれる能力がどの程度あるのかをアセスメントすることが必要であると考え。

現在、胃がん術後に関する術後の支援は、主に、外来での医師による通常診療と退院後の初回外来時に栄養士によって栄養指導が実施されている。これは、医師による術後の経過の把握や症状管理、栄養士による摂取食品等の指導に主眼が置かれた術後の支援体制である。がん患者の自己管理に対するニーズ調査では、調査対象者の 55.6%が他人に頼ることなく自分自身の力で病気や症状を管理したいと希望していたと報告されている(Yokoo et al., 2014)。また、卵巣患者の自己管理プロセスを質的帰納的に分析した調査では、対象者全員が自己管理に関心があり、自分に起こる問題を自分自身でコントロールする感覚を持つこととその感覚を維持することが重要であると考えており、自己管理を長期的に維持するためには一つ一つ段階を踏んだ目標の設定が重要であると述べられている(Schulman-Green et al., 2012)。しかし、胃がん術後患者に対する支援は、指導中心の方法がとられており、患者が退院後の生活に適応し、自己管理行動を促進するための支援とは言い難い現状である。医師や栄養士による指導だけではなく、症状管理等を含む退院後の日常生活を患者自身が管理していけるという認識を持てるように支援することが重要であり、看護師がそこに働きかけることが必要であると考え。胃外科・術後障害研究会によって作成された胃切除術後障害対応システム構築のためのチーム連携図には、看護師は含まれておらず、医師、栄養士、患者、家族の4者でチームが構成されている(胃切除術後障害診療ハンドブック, p147)。しかし、胃がん術後患者が退院後の生活に適応し、積極的な自己管理行動を行うことでQOLの向上を目指すためには、医師による通常診療や栄養指導だけではなく、症状管理や食事摂取を含む退院後の日常生活を患者自身が管理していけるという認識を持てるようになっていく過程が重要である。胃がん術後患者は、症状に応じた対処方法をとることや、自分の体の感覚を感じ取って負担のかからない食事摂取法をつかむなど、患者自身の力で症状を含む日常生活状況を把握しながら症状に対処する経験を積み重ねていることが報告されている(小坂, 眞嶋, 2011)。それらの経験を積み重ねながら、患者自身が日常生活を調整していけるという認識を持つことが必要であり、術後の経過の中で経験を積み重ね、自身の力で日常生活を調整できるという認識を持てるような関わりが重要であると考え。しかし、術後の身体的な回復を取り戻しながら、日常生活を再構築していくことは容易ではなく、看護師は、患者自身がもともと持つ日常生活行動に対する効力感を見極めておくことも大切な役割であると考え。つまり、看護師は、胃がん術後患

者の病気や術後の身体的回復の程度を見極め、患者の持つ自己効力感をアセスメントし、患者の経験を活かしながら日常生活行動の効力感を高めることができる存在であり、その関わりによって術後早期に胃癌術患者の QOL 向上を目指すことができると考える。

そして、胃癌術後患者の QOL を向上させるためには、術直後から術後 1 カ月以内の時期が重要であることが示唆された。術後 1 カ月の日常生活行動効力感が術後 6 カ月の QOL に影響していたことは、術直後から術後 1 カ月時点までに経験した日常生活の積み重ねによって形成された日常生活行動効力感が長期にわたって影響をおよぼしていた可能性が考えられた。これは、患者自身が術直後から術後 1 カ月以内の日常生活行動の経験をどのように認識するかが重要であることを示しており、術後 6 カ月の QOL を高めるうえで極めて重要な時期であると考えられる。すなわち、看護師が術後 1 カ月までに日常生活行動に対する効力感を高める支援を行うことができれば、術後できるだけ早期に、胃癌術後患者の QOL を回復することに貢献できる可能性があると考えられる。そのため、胃癌患者の術後の経過の中で、術直後から術後 1 カ月までの期間に関わる看護師は、患者のできていない部分に目を向けるのではなく、患者自身ができていることや取り組んでいることに目を向けることが自己管理を促すうえで重要である(Casellas-Grau et al., 2014)。つまり、胃癌術後患者が試行錯誤しながら取り組んできた自己管理行動を評価し、修正することに主眼を置くのではなく、患者の自己管理能力を見極めながら患者が取り組んできた自己管理方法把握して行くことが必要であると考えられる。特に、患者自身が、自分が取り組んできた自己管理行動に自信が持てていない場合は、患者自身の現状を正しく評価・認識できていない可能性も考えられる。そのため、患者自身ができていることやうまくいっていると認識していることを言葉にして伝えることで共通認識を持ち、成功体験や達成感を実感できるような関わりが必要であると考えられる。



## 5. 本研究の限界と今後の課題

本研究には、3つの限界がある。1つ目は、今回の調査は、関東圏内の地域がん診療拠点病院指定を受けている総合病院で実施したため、地域の特性や施設の特徴が反映された可能性が考えられる。また、本調査は、術後の安定する時期に調査の依頼や回答を依頼したが、実際の調査に回答する時期は、退院後の日常生活行動に不安を抱く時期でもあったことが考えられた。そのため、調査に参加した患者は、術後の日常生活で生じる問題に対して自己管理を継続していけることや困難な状況が生じても積極的に取り組んでいけるといった認識が高い集団、すなわち自己効力感が高い集団である可能性が考えられる。特に、術後1カ月時点で術後の症状管理を含む日常生活を調整することに不安があがる場合や先の見通しを立てることが困難であると認識している場合、つまり、本来、看護介入が必要である患者は、本調査に参加していないもしくは一度調査に同意をしても途中で中断した可能性が考えられる。したがって、本研究で得られた知見を胃がん術後患者全体に一般化する際には注意が必要である。2つ目に、調査で使用したがん患者用自己効力感尺度は、感情統制効力感および日常生活行動効力感を測定することが可能な尺度であった。しかし、胃がん術後患者に特化した自己効力感を測定しているとは言えない可能性がある。胃がん術後患者の日常生活行動は、食事摂取によって生じる症状管理行動、仕事や家族における社会的役割の調整、症状管理行動や社会的役割遂行の際に生じる感情を調整することが必要であると考えられ、胃がん術後患者の日常生活行動に特化した自己効力感を測定できる尺度が必要である。3つ目に、今回、胃がん術後患者の体重減少率を算出する際、客観的指標として体重を尋ねた。しかし、研究者が測定した体重を実測値として測定したわけではなく、患者自身に委ねる形をとっており、正確な値とは言い難い。加えて、今回は、単なる体重減少率とQOLの影響を分析したが、QOLへの影響を明らかにするうえで最も重要なのは、患者自身が体重減少や症状管理の結果生じる症状を患者自身がどのように認識しているかが重要であると考えられる。今後、胃がん術後患者の看護支援を考える上で、患者自身が術後の体重減少をどのように認識しているかについて質的に明らかにする必要がある。

## Ⅶ. 結論

本研究では、胃がん術後患者の自己効力感が QOL に与える影響を明らかにするために術後経過に着目し、術後 1 カ月および術後 6 カ月の自己効力感が QOL に与える影響について、その他の要因も踏まえて縦断的に明らかにすることを目的に調査を行い、以下のことが明らかとなった。

1. QOL と自己効力感の関係について、術後 1 カ月の QOL は、感情統制効力感と日常生活行動効力感とは中程度の正の相関が示されたが、術後 6 カ月の QOL は、感情統制効力感とは弱い相関を示し、日常生活行動効力感とは中程度の相関を示していた。
2. QOL と症状の関係について、術後 1 カ月の QOL と腹部膨満症状、頸部胸部症状、腹部過敏症状は負の相関を示していたが、術後 6 カ月に QOL と関係を示したのは腹部膨満症状と頸部胸部症状、体重減少率、年齢であった。
3. 胃がん術後患者の術後 1 カ月の QOL に影響したのは、自己効力感の日常生活行動効力感、頸部胸部症状、世帯状況（独居）であった。正の影響を示したものは、日常生活行動効力感であり、負の影響を示したものは、頸部胸部症状と世帯状況の独居であった。
4. 胃がん術後患者の術後 6 カ月の QOL に影響したのは、自己効力感の日常生活行動効力感、頸部胸部症状、年齢、世帯状況（独居）であった。正の影響を示したものは、日常生活行動効力感であり、負の影響を示したものは、頸部胸部症状、年齢、世帯状況の独居であった。
5. 胃がん術後患者の術後 6 カ月の QOL に影響したのは、術後 1 カ月の日常生活行動効力感、術後 6 カ月の日常生活行動効力感、術後 6 カ月の頸部胸部症状、世帯状況（同居）であった。正の影響を示したものは、術後 1 カ月の日常生活行動効力感、術後 6 カ月の日常生活行動効力感、世帯状況（同居）であった。一方、負の影響を示したものは、術後 6 カ月の頸部胸部症状であった。

## 謝辞

本研究を快くお引き受けくださりご協力いただきました各施設の看護部長（副院長）、看護師長、研究協力者の皆様に深く感謝申し上げます。そして、何より、療養中にもかかわらず2回の調査にご参加くださいました多くの患者様に心より御礼申し上げます。

また、研究計画書を作成する段階から、論文をまとめ上げるまで、厳しくも温かくご指導いただきました筑波大学の水野道代先生、浅野美礼先生、山下美智代先生、牟田理恵子先生、東京女子医科大学の笹原朋代先生に心より感謝申し上げます。

最後に、挫けそうになる時、いつも元気に励まし続けてくれた研究室の仲間、友人、恩師、そして温かく見守り支えてくれた家族に心より感謝致します。