

研究種目：若手研究（B）
 研究期間：2007～2009
 課題番号：19791689
 研究課題名（和文） がん患者の生活再構築に向けてのニーズ—在院日数短縮後の退院時・外
 来看護のあり方
 研究課題名（英文） The needs of cancer patients in regards to rebuilding their daily
 lives after initial treatment: Challenges for nursing outpatients
 and short-term hospitalization patients.
 研究代表者
 福井 里美（FUKUI SATOMI）
 首都大学東京・人間健康科学研究科・准教授
 研究者番号：20436885

研究成果の概要（和文）：

本研究の目的は、在院日数短縮化の動向の中で、がん患者が必要な支援をどのように受けたか、何が不足しているかを明らかにすることである。婦人科がんの初期治療患者 18 名を対象に、退院時（T1）、退院 1～3 か月後（T2）、退院 6～12 か月（T3）に、情報希求コーピングと QOL、ソーシャルサポートの実態とサポートニーズを尋ねた。その結果、コーピングスタイル、QOL、進行期にかかわらず、退院後の生活については主に主治医から説明を受け、また看護師からも情動的サポートを受け、T2、T3 でも主治医から情報とサポートを受け、さらに求めたいとする者はほとんどいなかった。しかし、合併症で他科併診する者は、駆け込み寺となるところの必要性を語り、入院した病棟看護師に電話で相談をしていたとの報告もあった。

研究成果の概要（英文）：

The objective of this article is, given the current trend of shortened hospitalization, to clarify how a cancer patient receives the necessary after-treatment care and to explain the deficiencies of this trend. 18 gynecologic cancer patients in the initial stages of treatment were asked about their coping style of information seeking (MBSS), their quality of life (FACIT-O and POMS), the details of the actual social support they received, and their support needs upon being discharged from the hospital (T1), 1 to 3 months after T1 (T2), and 6 to 12 months after T1 (T3). The results indicate that at T1 most patients received informational support in regards to their daily care from their primary physician while some patients received informational support from their nurses. At T2 and also at T3, a few patients wanted to receive additional information and support regardless of their coping style, their quality of life, or the stage of their cancer. In order to receive this information and support, some of these patients contacted their hospital's floor nurse by telephone. In addition, some of the patients who were suffering complications and were receiving treatment from multiple physicians reported a need for a single place where they could ask questions and receive support.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
平成 19 年度	700,000	0	700,000
平成 20 年度	1,000,000	300,000	1,300,000
平成 21 年度	200,000	60,000	260,000
総計	1,900,000	360,000	2,260,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・臨床看護学

キーワード：がん看護学、外来看護

1. 研究開始当初の背景

がんは医学の進歩により慢性疾患とも言われ、初期治療後に社会復帰し活躍しつづけるキャンサー・サバイバーたちが活躍している。そのサバイバーたちが行政へ患者のニーズに応える医療体制づくりの遅れを非難し、即急な対応を求めた。2006年の「がん対策基本法」制定によって、今後ますます、患者中心の、患者の個別なニーズに適切に応えうる医療、看護の実践研究が求められている。特に、2001年以降導入された急性期入院加算、DPC (Diagnosis Procedure Combination) による包括評価算定の診療改正など、病院経営利益に誘導される在院日数短縮化が加速している。従来、入院で行われていた治療と検査が外来へと移行し、ますます外来看護師は治療と診療の補助業務に追われている。そして従来、病棟看護師によって行われていた退院後の生活にむけた情報提供や指導、心の準備等の看護が十分に行われないうまま外来へ移行している。「患者に必要なケアが提供されていない」という危惧が、病棟看護師、外来看護師、在宅訪問看護師に循環する現状がある (Moritaら, 2007)。患者の退院後の Quality of Life (QOL)のために、個別性を捉えた適切かつ効率的な支援のあり方の提案が求められている。

特に女性に特有な乳がん、婦人科がんは、他のがんと比較して全体的に罹患年齢が若く (国立がんセンター情報対策室, 2006)、中年期の働き盛り、子育て世代を脅かしている。女性の高学歴、結婚・出産年齢の高齢化と交叉し、乳房や子宮・卵巣など女性器の切除を迫られることは、身体のみならず、仕事や人生の将来計画にも大きな喪失感を与え、その現実を受け入れ、悲しみを越えることはより難しい。また婦人科がんは術後に下肢のリンパ浮腫や排尿障害などの機能障害もまた日常生活への影響を与えている (山口ら, 2005, p 27)。実際、がん相談窓口の利用者、がん患者のための精神的なサポートを行う NPO 法人の会員数も女性が多く (奥原ら, 2002)、女性ががん患者の退院後のサポートニーズは高いといえる。本研究では、特に中年期で婦人科がんの初期治療を受ける女性を対象とし、手術後の QOL 維持、向上に必要な情動的、情緒的サポートを検討することとした。

<がん患者の QOL の評価>

本研究では、二種の QOL 指標をそれぞれ1つ選択する。そして、がん患者を対象に信頼性と妥当性が検討され、多くの先行研究で用いられている Functional Assessment of Cancer Therapy -General (FACT-G) (Cella ら, 1993 ;

Overcash ら, 2001) に婦人科特有の項目を加えた FACT-O (Basen-Enquist, 2001) と Profile of Mood Scale (POMS) 短縮版 (McNaire ら, 1992; 横山, 2002) を選択した。

<QOL を高めるソーシャル・サポート>

がん患者の QOL や適応に、ソーシャル・サポートが直接的、間接的に影響することが報告されている (e.g. Bloom & Spiegel, 1984; Quinn ら, 1986; Spiegel ら, 1989; Waxler-Morrison ら, 1991; 松木ら, 1992; Blanchard ら, 1995)。ソーシャル・サポートとは、その人の人間関係によってもたらされるプラスの機能の総称である (浦, 1992)。その内容により情報、情緒的、道具的 (物理的、実践的) サポートがあるとされ、その具体的な内容も報告されている (e.g., Dakof & Tayler, 1990; Makabe ら, 2000; 福井, 2002)。医療者が担う重要なソーシャル・サポートの一つに情動的サポートがある。昨今は患者自身が自分の状態について知り、治療法を選択する権利を守るため、欧米、本邦でもがん告知率が高まっている。しかし、疾病や治療、予後についての情報の、量が多いほど不安が軽減され QOL がよりよい状態となるタイプと、少ない方がよいタイプがあることが知られるようになった (e.g., Miller, 1995; 井端, 2005)。Miller (1987, 1995) らは、The Miller Behavioral Style Scale (MBSS) を用いて、がんなど健康を脅かす情報や状況にであったときの主な2つの対処のタイプ、「モニター (monitor)」と「ブランター (blunter)」を特定した。この MBSS は、認知社会的健康情報処理 (the Cognitive-Social Health Information Processing; C-SHIP) モデルによる。「モニター」は、健康を脅かす情報を集め、チェック、監視し、注意を向けるタイプ、「ブランター」はそのような情報や状況に対して鈍化し回避しようとするタイプである。MBSS は再テスト法による信頼性 (0.70~0.80) (Miller, 1987) と妥当性の検討がなされ、日本語版についても井端ら (2004, 2006) が健常者、肺がん患者、呼吸器疾患患者を対象に確認している。井端らの肺がん患者群の検討では、「モニター」群では不安特性が強い傾向を、「ブランター」群では依存特性の強い心理的背景を認め、「ブランター」への情報提供を減らしたところ不安特定の下下が認められた。さらに米国での

先行研究においては、これらのスタイルが年齢、人種、教育歴、医学的背景の変数に関連しないこと、がん検診や予防行動、家族遺伝性がんのスクリーニングテスト後の情報希求 (Lermanら,1994 ; Shwartzら,1996) やサポートのニーズ、化学療法副作用への対処行動との関連が検討されている。Millerは、これらのタイプを踏まえて、医療下での情報提供を仕立てる必要があると主張している。

この尺度により個性を情動的サポート希求のタイプで捕らえ、この二つのタイプが、それぞれ初期治療後の自らのQOL (生活への適応) のために、現状の医療機関でどのように情動的、情緒的サポートを求め、それぞれのサポーター資源を活用したのか、実態を明らかにすることが、今後の外来継続看護の立場から重要であると考えた。

2. 研究の目的

本研究では、がん患者の個別性を Miller (1987,1995)による2つの心理的対処のタイプで捉え、各々のタイプのQOLと退院時から外来通院時のソーシャル・サポートの活用の特徴を明らかにすることである。さらに初発群と再発群の差異を明らかにする。

本研究の目的は、在院日数短縮化、がん診療連携拠点病院設定等の医療行政改革の中で、従来は病棟で行われていた看護師による退院後の生活にむけての準備が多職種に分担され、退院後の外来へと移行した。このような激動の医療現場の中で、がん治療を受けた患者が実際に退院後に必要な支援をどのように受けたか、どのような支援が不足しているのかを明らかにすることである。

3. 研究の方法

1) 研究デザインは質的量的記述的、縦断的研究である。

2) 対象は、個別性の均一化のため、婦人科がんで初期治療後に退院する概ね35~65歳の患者11名と、再発治療後に退院する患者7名である。最終的にT1は18名(早期11名、進行期7名)、T2は14名(早期9名、進行期5名)、T3は7名(早期4名、進行期3名)の研究協力を得た。

3) 調査期間は2008年7月から2009年10月であり、退院時、退院後1~3ヶ月、退院後半年~1年後の3回、半構造化面接を行った。

4) 調査内容

①属性：年齢、診断名、病期職業、受けた治療内容(初回のみ)

②情報希求のコーピングスタイルの質問票 The Miller Behavioral Style Scale (MBSS) (Miller, 1987) :本研究では保坂・高橋(2004)および内田・高橋(2005)と同様のMillerより私的に入手したオリジナル翻訳版(日本語改訂版 version 2, 2004.6.)を用いた。この

尺度は4場面にそれぞれモニター項目4つ、ブランター項目4つが設けられ、合計モニター尺度16項目、ブランター尺度16項目、合計32項目で構成される。回答者は自分に該当する項目のみに○をし、つけられた項目数をそれぞれ集計し、モニター得点とブランター得点がそれぞれ0~16点の範囲で分布する。この尺度は再テスト法による信頼性(0.70~0.80)と妥当性の検討がされている(Miller, 1987)。

③QOL指標(毎回):McNaireら(1992)のPOMS(Profile of Mood Scale)の日本語短縮版(横山,2002;2005)5択30項目とFACT-0(Cellaら,1993;Overcash;2001;Basen-Enquist,2001)を用いた。

④ソーシャル・サポート:a.PART(Picture Affective Relationships Test;Takahashi,1978~2000)の中年者版(福井,2002;2004;2005)は9つの愛情機能からなる18場面からなり、主な愛情機能を担う対象を特定する(期間中1回)。b.活用されたソーシャル・サポート資源と内容を問う項目(Kahn&Antonucci,1980;Antonucci,1991)であり、退院時、調査終了時に尋ねた。

⑤告知後退院までの間で、戸惑ったこと、つらいこと(毎回)

⑥役に立ったサポート、求めたいけどえられない支援は何か(毎回)

5) データ収集方法

(1) データ収集手順:研究協力の説明(面接の録音を含む)と承諾が得られた後に、個室で半構造化面接を行った。ソーシャルサポート、および自由回答質問については、録音より逐語録を作成して文字化した。

(2) 倫理的配慮としての中止基準:①対象から中止の申し出があったとき、②QOL指標で情緒障害の徴候が示され、専門的なケアが必要とされたとき、③面接中に体調不良や疲労感、続行への苦痛を現す言動が観察されたとき

6) 分析方法

SPSS for Windows 11.0にて選択式質問項目の集計および全体の記述統計、MBSSの2タイプによる独立サンプルのt検定を行う。さらにソーシャル・サポートの資源および内容について、逐語録より各ケースのシートを作成後、特徴ならびにタイプごとの共通点と相違点の抽出、抽象化を行う質的記述的データ分析を行った。

4. 研究成果

1) MBSS 日本語版の再検討とグループ分けの基準について

本尺度の日本語版については検証が必要であると考え、一般健常者(大学生)と本研究の協力者である通院中の婦人科がん患者

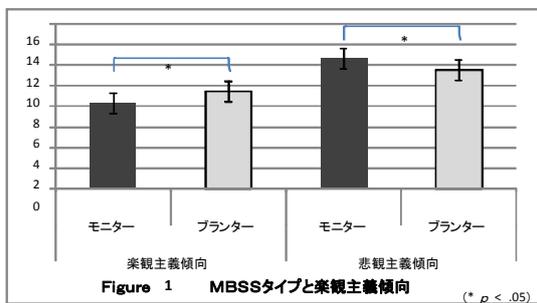
を対象に検討した。また、併存尺度妥当性を楽観主義傾向と情緒状態の指標である POMS を用いて検討することにした。

(1) MBSS 日本語版の信頼性の検討 (大学生)

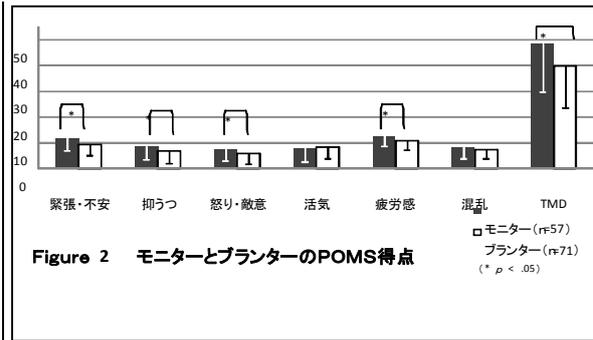
首都圏およびY 県の一般大学生(文系, 理系, 医療系) 382 名に調査依頼と質問紙を配布して, 研究概要説明と任意の協力依頼を行った。回収数 321 (回収率 84.0%) のうちすべての項目に回答があった 320 名 (有効回答率 83.8%) を分析対象とした。内的整合性を示す信頼性係数 α は、モニター尺度が 0.68 ($m=8.5, sd=3.1$)、ブランター尺度が 0.53 ($m=3.2, sd=2.1$) であった。先行研究で指摘されているのと同様に、本研究でもモニター尺度に信頼性が示された。

(2) 併存妥当性

モニター尺度、ブランター尺度をそれぞれ中央値折半して 4 群に分け、高モニター・低ブランターを典型的なモニター群、低モニター・高ブランターを典型的なブランター群として抽出し、楽観主義傾向と POMS 短縮版の得点をそれぞれ比較した。Figure 1 に楽観主義尺度と悲観主義尺度の合計得点の平均値を示したとおり、モニター群とブランター群の間にいずれも t 検定で有意な差が認められた。楽観主義傾向はブランター群がより高く ($t(126)=-2.56, p<.05$)、悲観主義傾向は、モニター群がブランター群より高かった ($t(126)=2.19, p<.05$)。つまり、典型的なモニター群とブランター群を比較すると、モニター群は悲観主義傾向が、ブランター群には楽観主義傾向が強いといえる。



次に POMS 短縮版でモニター群とブランター群間の情緒状態を t 検定で検討したところ、有意な差が認められた (Figure 2)。緊張・不安 ($t(126)=3.10, p<.05$)、うつ症状 ($t(126)=2.07, p<.05$)、怒り・敵意 ($t(126)=2.25, p<.05$)、疲労感 ($t(126)=2.84, p<.05$) でいずれの得点もモニター群がブランター群より有意に高く、それぞれの症状を多く報告していた。活気と混乱には有意な差は認められなかった。そして、活気を除いた下位領域の合計得点であり、情緒不安定の指標である TMD (total mood disturbance) の得点もモニター群がブランター群より有意に高く ($t(126)=2.79, p<.05$)、モニター群の情緒不安定さが示された。



以上のように先行研究で示されている傾向と同様に、モニター群には悲観的なパーソナリティ傾向と特に緊張・不安、抑うつ、怒り・敵意、疲労感の報告が多い傾向が、ブランター群には楽観的なパーソナリティ傾向と、モニター群と比較して情緒的に安定している傾向が示された。

(3) 婦人科がん患者を対象にした MBSS 日本語版の信頼性と妥当性の検討

本研究の婦人科がん患者の協力者 18 名の信頼性係数はモニター尺度 $\alpha=.36$ ($m=7.9, sd=2.2$)、ブランター尺度 $\alpha=.42$ ($m=3.0, sd=1.8$) と低値であった。しかしながら、質問項目 16 項目に対して 18 名とサンプル数が少ないためと考え、この判断は保留とした。一方、概念的妥当性の検討として、モニター尺度のスコアと初期治療開始までのエピソードを対比させた。大学生を対象にしたモニター尺度の平均値が 8.5、本研究の対象者の平均値が 7.9 であることから、モニター尺度得点が 8 点以上をモニター群として、診断までのエピソードと対比させ、妥当性を検討した。モニター得点 8 点以上をモニタータイプとした場合、診断までのエピソードと 18 例中 15 例が一致し、一致率 83.3% であり、概念的な妥当性が示された。

2) QOL 指標の経過

QOL 指標として用いた FACIT-0 と POMS の全体の結果を Table1 に、モニターとブランターにわけた結果を Table2 に示した。面接調査を継続した対象においては、退院時の FACIT が最も低く、退院後徐々に上昇し、逆に POMS の症状は退院時が最も高く、退院後徐々に低下していた。つまり、退院後の時間が経つほど QOL の向上を示していた。また、GLM の反復測定モデルを用いて分析した結果でも、FACIT-0 には時期による影響が有意とされた ($F(1, 5)=24.9, p<.05$) されたが、POMS は統計的に有意な差は認められなかった。タイプごとにみると、FACIT は常にモニターがブランターより得点が高く、POMS もモニターの方がよりよい状態を示していたが、統計的に有意な差は示されなかった。

QOL尺度	退院時 (T1) (n=18)		退院1-3か月後 (T2) (n=14)		退院6-12か月後 (T3) (n=7)		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
FACT-O	PWB	18.9	5.2	20.7	5.7	23.1	4.4
	SWB	21.4	4.4	18.2	4.5	16.7	6.8
	EWB	16.3	5.6	16.0	4.1	16.4	7.0
	FWB	16.0	6.1	17.2	3.7	19.0	6.1
	OCS	27.0	4.1	31.4	5.3	30.9	3.7
	FACT-G	72.6	16.5	72.1	12.2	75.2	19.4
	FACT-O total	99.6	19.1	103.5	15.1	106.1	22.6
POMS	緊張・不安	6.9	4.7	6.5	4.1	5.7	5.4
	抑うつ・落ち込み	4.7	5.2	4.8	3.8	4.3	5.1
	怒り・敵意	1.9	2.9	2.8	2.3	2.6	1.8
	活気	7.9	5.5	7.0	4.6	10.7	5.6
	疲労	5.5	4.7	5.8	4.8	5.9	5.5
	混乱	4.3	2.9	3.9	3.4	5.3	3.3
	TMD	23.4	17.2	23.7	16.2	23.7	19.6

QOL尺度	退院時 (T1)				退院1-3か月後 (T2)				退院6-12か月後 (T3)				
	Monitor (n=6)		Blunter (n=12)		Monitor (n=5)		Blunter (n=9)		Monitor (n=3)		Blunter (n=4)		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
FACT-O	PWB	20.2	4.1	19.3	5.8	21.6	4.7	20.2	6.4	22.7	4.0	23.5	5.3
	SWB	22.0	4.4	21.2	4.6	20.0	1.6	17.2	5.3	18.3	3.8	15.5	8.8
	EWB	17.5	4.3	15.7	6.2	15.4	4.8	16.3	3.9	19.0	3.0	14.5	9.0
	FWB	17.2	2.9	15.4	7.2	17.2	4.0	17.2	3.9	20.7	1.5	17.8	8.2
	OCS	27.2	4.4	26.9	4.2	31.2	4.9	31.4	5.8	31.3	0.6	30.5	5.2
	FACT-G	76.8	10.2	70.5	18.9	74.2	10.7	71.0	13.5	80.6	3.1	71.2	26.3
	FACT-O total	104.0	11.1	97.4	22.2	105.4	13.2	102.4	16.8	111.9	3.0	101.7	30.8
POMS	緊張・不安	5.8	3.9	7.5	5.2	6.6	5.1	6.4	3.7	4.0	3.5	7.0	6.8
	抑うつ・落ち込み	3.7	4.1	5.3	5.7	5.6	4.7	4.3	3.4	2.7	3.1	5.5	6.5
	怒り・敵意	1.5	2.0	2.2	3.3	3.0	2.0	2.7	2.5	2.3	2.5	2.8	1.5
	活気	6.7	0.8	8.5	6.7	8.2	4.7	6.3	4.7	11.0	4.4	10.5	7.0
	疲労	5.8	2.5	5.3	5.6	5.2	4.5	6.1	5.2	5.3	5.5	6.3	6.2
	混乱	2.8	2.3	5.0	3.0	4.6	3.4	3.4	3.5	3.7	0.6	6.5	4.0
	TMD	19.7	11.6	25.3	19.6	25.0	17.7	23.0	16.4	18.0	12.5	28.0	24.6

3) ソーシャルサポートの対象と受けたサポート

(1) 主な愛情関係の対象

主な愛情関係の対象について、PARTを用いて、T2時に14名から解答を得た。PARTが設定する愛情関係の機能の6領域18場面のうち、半数の9場面以上を占めた対象が患者にとってのキーパーソンと言える。最も多かったのは子ども6名(43%)、次に多かったのが配偶者(夫)4名(29%)、母1名(7%)、誰とは特定しない家族としたのは1名(7%)、そして長年の友人とした者が2名(14%)であった。

(2) 入院中に受けたサポートの対象と内容

家族、友人から情緒的なサポートと、入院に際しての買い物や不在中の家事などの道具的サポートの支援を全員が受けていた。また病院などの医療施設や保険会社など医療関係者の友人や、がん治療経験のある友人からは情動的サポートを受けていたものが4名いた。加えて入院中に知り合った、同病の先輩や患者仲間から情報提供や励まし、自分だけではないという心の支えをもらったと10名と半数以上が報告した。

医療者等のフォーマルサポートは、主治医と同じチームの医師、プライマリーナースと同じチームの看護師から全員が病状説明と退院後に必要なケアを受けたと報告し、加えて緩和ケアチームでリンパ浮腫ケアを担っている看護師からもサポートを受けた者が4名(全体の約3割)、栄養士と話したことを報告した者2名いた。患者支援団体やがん相談窓口相談をしていた者はいなかった。

(3) 退院後の通院中に受けたサポート

退院後、外来通院となつてから受けたサポー

トは、全員が主治医から受けていた。外来看護師と話した患者は1名、病棟看護師に電話で相談したことを報告した者が2名あった。また1名が婦人科がん患者会に連絡を取り、サポートを受けていた。

4) 患者が必要としたサポート

今回の研究協力者は、ほとんどが現在支援を受けている主治医、担当看護師から受けた治療説明や退院に向けての準備、外来診察時の主治医の対応で十分に満足しており、問いかけても要望を語ったのは少数であった。

退院時は、放射線療法の副作用が強く現れた患者1名が「治療開始前にもっと詳しく副作用のことを説明してほしい」と、手術後に排尿障害がある患者2名がそのつらい気持ちを語り、1名が「同じ症状のある人に会う機会を作ってほしい」「自分だけではないと思いたい」と患者会や相談窓口が欲しいと報告した。2名が「もしがん相談窓口や担当者に相談することを勧められたら行ってみたいかも」と語った。

退院1から3か月頃は、「看護師さんに聞くまでもないようなことや些細なことを聞いたり、自分だけじゃないと思えるところがあつたらいい」1名、「近所の医院で、今回の(がん治療)ことも含めて風邪や便秘の薬など相談できるところがあつたらいいのに」1名、退院後半年から1年が経つ頃には、排尿障害で複数の科の医師に通院している1名が「婦人科、泌尿器科、外科の主治医にかかっている、膀胱から出血して救急外来に9:30についたのに1:30まで時間がかかった。治療方針、シャワーがいいか一つ、何にしても、時間がかかって。待っているのが大変。なんとかしてほしい。時々、どこに聞けば答えが得られるのか、ということもある。窓口があつたらと思う」、「今後、転移のことを考えると治療のお金が心配。こういうことを相談できる場所」1名、「マッサージしてくれるところや、マッサージチェアが病院にあつたらいいのに」1名という要望が報告された。

5) 結果のまとめと考察

情報やサポート希求のコーピングスタイルの尺度であるMBSS日本語版の適応を再検討し、婦人科がんで治療中の患者18名に協力をえて、QOLと短縮化した入院中に受けたサポートと外来通院中のサポート、必要なサポートについて明らかにした。

QOLは概ね退院後は治療後の合併症状の回復と社会復帰とともに向上していった。サポートについてはT1には、退院後の生活については主に主治医から説明を受け、概ね満足をしていて、手術のみ、または化学療法を受けた患者は、看護師からも情動的サポートを受けていた。T2、T3では、主に主治医から必

要な情報とサポートを受けており、さらに情報を主治医、看護師や他職種に求めようとするものはほとんどいなかった。しかしながら、手術後の合併症で排尿障害の自己管理が求められる者は、不安を抱え、確実な解答を得られる窓口がない点や駆け込み寺となるようなところの必要性が語られていた。また退院後も入院していた病棟の看護師に電話で相談をして助かったとの報告もあった。がん患者数が増加する傾向の中で、主治医、病棟看護師に集中する負担を他部署、他職種の専門職で、効果的かつ効率的に患者をサポートするシステムが必要と考えられた。

またこの研究の今後の課題として、MBSS のタイプによる手術後の QOL 維持、向上に必要な情動的、情緒的サポートやサポートニーズの違いについて、十分に検討できたとはいえない。より詳細な継続的な分析が必要である。

5. 主な発表論文等

[学会発表] (計 3 件)

福井里美(2007)一般大学生における健康関連情報の対処スタイル(MBSS)とがん医療場面での行動選択, 山梨大学看護学会誌, 6, 79, 2007年11月3日 山梨大学

Fukui Satomi (2008) Monitoring and Blunting: Influence of a Hypothetical Cancer Threat on Information-Seeking or -Avoiding among Japanese College Students, Psycho-Oncology, 17, 6S, P2-83, S264-265, 2008年6月12日 マドリッド (スペイン)

福井里美 (2009) 婦人科がん患者の初期治療後の生活再構築に向けてのニーズ コーピングスタイルと在院日数短縮後の退院時・外来看護のあり方, 日本がん看護学会誌, 23, Suppl. 144 (査読有) 2009年2月7日 沖縄

6. 研究組織

(1) 研究代表者

福井 里美 (FUKUI SATOMI)

首都大学東京・人間健康科学研究科・准教授
研究者番号：20436885