

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 15 日現在

機関番号：33804

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2011～2014

課題番号：23792748

研究課題名(和文)手術を受けた高齢の胃がん患者への教育支援プログラムの開発

研究課題名(英文) Development of a self-management support for elderly patients undergoing gastric cancer surgery

研究代表者

藤浪 千種 (FUJINAMI, Chigusa)

聖隷クリストファー大学・看護学部・助教

研究者番号：30455026

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,900,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、手術を受けた高齢の胃がん患者のセルフマネジメント支援体制の構築である。手術を受けた高齢の胃がん患者を対象に面接を実施し、患者に必要な支援内容を検討した結果、患者は食事摂取量や内容の自律的調整に関する支援を最も必要としていた。そのため、既存のプログラムである「胃切除術後患者を対象とした自律的食事摂取量調整プログラム」(山口ら, 2006)の活用が有用だと判断し、このプログラムの臨床活用における課題を検討した。その結果、プログラムで規定された患者が食事摂取量の調整を学習するために必要な看護師のフィードバックが実施されておらず看護師がフィードバックを継続できるシステムの構築が望まれた。

研究成果の概要(英文)：This study aims to construct a self-management support system for elderly patients with stomach cancer who have undergone a surgery. An interview and examination of the support required for such patients revealed that most patients require support for autonomous adjustment of food intake levels and/or contents.

Hence, we believed the utilization of an existing program "The Autonomous Food Intake Adjustment Program for Post-Gastrectomy Patients," which was developed by Yamaguchi et al. (2006) to be useful. We examined issues in the clinical utilization of this program and found that nurses did not provide feedback required for learning food intake adjustment to these patients, as per the program. Therefore, a system in which nurses can continue providing feedback should be constructed.

研究分野：周手術期看護

キーワード：胃切除術後患者 セルフマネジメント 看護介入プログラム

1. 研究開始当初の背景

胃切除術を受ける患者の入院期間は短縮化しており、一般に幽門側胃切除術で術後10日前後、胃全摘術では術後14日前後で退院を迎えることとなる。入院期間が短縮化された結果、患者は術後早期からの社会復帰や住み慣れた自宅での療養生活が可能になる一方で、セルフケアを自律的に遂行するセルフマネジメントを求められるようになった。このような背景を受け、医療者には患者のセルフマネジメントを支援する技術を有する事が求められているものの、現状では主として「説明する」方法が用いられている。しかし「説明」のみで患者の行動変容を保証することは難しい。退院後1年以内にある胃切除術後患者を対象とした複数の調査によると、患者は退院後の生活において食事摂取量の調整や食事内容の選択、体力の維持などに関する試行錯誤を繰り返していること、胃切除術後障害により体重減少や栄養状態の低下を引き起こしていること、などが報告されている。そのため、胃切除術後患者のセルフマネジメントを支援する看護介入プログラムの開発が急務だといえよう。さらに、近年は高齢の胃がん患者が増加していることから、開発を目指すプログラムは高齢者への適用を考慮した内容であることが必須だと考えた。高齢者は疾病と生活の関連性が深いという特徴を持つため、術後のセルフマネジメント不良から体調を悪化させ容易に生活の質の低下をきたすことが推察されるが、今日まで高齢者への適用を考慮した看護介入プログラムは開発されていない。

2. 研究の目的

本研究の目的は、術後早期にある高齢の胃切除術後患者が自らのセルフケア能力を活かしながら生活を再構築するために必要な支援を明らかにし、それらをもとに「手術を受けた高齢の胃がん患者への看護介入プログラム」を開発することである。

3. 研究の方法

(1)平成23年度から平成25年度前半は、胃がんで胃切除術を受けた65歳以上の患者14名を対象に、退院直前、退院後1ヶ月、退院後3ヶ月の時点において合計3回の半構造化面接を実施し、得られたデータを質的帰納的方法で分析しプログラムに必要な支援内容を検討した。

(2)平成25年度後半から平成26年度は、(1)で明らかになったプログラムに必要な支援内容を踏まえ、再度文献検討を行い、高齢の胃がん術後患者を対象とした看護介入プログラムの支援内容を決定した。その結果、山口ら(2006)、鎌倉(2014)が開発した「胃切除術後患者のための自律的食事摂取量調整プログラム」が高齢の胃がん患者にも有用なプログラムであると考えら

れた。そして、このプログラムの実施状況を調査すべく、プログラムを臨床導入している施設において患者と看護師を対象とした半構造化面接と、看護師を対象とした行動観察を実施し、得られたデータを質的帰納的に分析しながら、プログラムの臨床活用における課題を検討した。

(3)胃切除術後患者のための自律的食事摂取量調整プログラムの概要

プログラムは、胃手術の術式別に準備された3回の食事指導用パンフレット(術前、術後経口摂取開始時、退院前に実施)と、患者が記載するセルフモニタリングのための記録用紙から構成される。さらに、看護師がプログラムを実行するために、術式別に指導方法に関する詳細なマニュアルが整備されている。

食事指導では、手術により変化する胃の機能、変化した機能を補うための食事方法が入院時に説明され、昼食前後の体重測定と記録により術前の1回食事摂取量が把握される。食事指導では、患者はセルフモニタリングを行い、術後の食事摂取開始日から1日1回昼食前後の体重測定と記録用紙への記入を行う。セルフモニタリングでは、昼食前後の体重測定から求められる1回食事摂取量、上腹部の張り感、不快症状の有無などを記録し、プログラムの判断基準に沿って自らの食事摂取量が「適切」「少ない」「多い」のいずれかを判断し、翌日の食事摂取量の増減を決定する。

看護師は患者の記録を確認し、患者の判断が正しければそれを明確に伝え、間違っただ判断であれば修正するフィードバックを実施する。食事指導マニュアルには「14日の検温において食事摂取量の判断が適切か否かをパンフレットの基準に従ってフィードバックする」と記されている。患者のセルフモニタリングと看護師のフィードバックは退院日まで毎日繰り返し実施され、これを通して患者は自分の胃機能の回復状況を判断し、食事摂取量を調整して食べる行動を学習する。そして、退院前の食事指導において、入院中の6回食を食事摂取量の変化に合わせて変更する方法と患者個々の目標体重が提示される。

4. 研究成果

(1)65歳以上の胃がんで胃切除術を受けた患者14名を対象に、退院直前、退院後約1ヶ月、3ヶ月のそれぞれにおいて、患者自身が実施しているセルフケア内容や日常生活における困難、日常生活を送るうえでのニードについて、半構造化面接を実施した(退院後の経過の中で、化学療法が開始された対象者はその時点で対象から除外した)。対象者の年齢は、65歳~81歳、平均年齢は75.9±6.1歳、男性8名、女性6名、術式は幽門側胃切除術8名、噴門側胃切除術1名、胃全摘術5名、ステージは

A3名、B3名、A5名、A2名、1名であった。

面接の結果、患者が実施していたセルフケア内容は【胃の機能を考えながら食べる】【食事に伴い出現する不快症状をコントロールする】【症状の原因を分析する】【体力の回復を促進する】【身体症状の原因を分析する】【身体の回復過程を判断する】【情報を集める】【周囲の協力を得る】【日常生活を工夫する】【気持ちをコントロールする】の9カテゴリに分類された。【胃の機能を考えながら食べる】【食事に伴い出現する不快症状をコントロールする】【身体症状の原因を分析する】のカテゴリは、食行動に関するセルフケアであり、患者が日々の食事の中で食事摂取量や内容を判断し調節する、という行動を試行錯誤しながら実施していることがうかがわれた。また、これらの食行動に関するカテゴリを構成するサブカテゴリには、食事摂取内容や食事摂取量を抑制することで不快症状の出現を予防する、というような、胃切除術後のセルフケアとして望ましくない内容が複数含まれていた。さらに、退院後1ヶ月と退院後3ヶ月のカテゴリを比較すると、退院後1ヶ月の時点では、【胃の機能を考えながら食べる】【食事に伴い出現する不快症状をコントロールする】【症状の原因を分析する】【体力の回復を促進する】【身体症状の原因を分析する】のカテゴリのコードが多く認められ、退院後3ヶ月になると【情報を集める】【周囲の協力を得る】【日常生活を工夫する】【気持ちをコントロールする】のコードが増加する傾向にあった。このことから、患者は術後3ヶ月となると自らの身体や生活に合わせた自分なりの食行動の基盤が徐々に構築されてくることが推察された。生活を送るうえでの困難については、体重の減少により体力が低下する事、体重減少により義歯が合わなくなり摂取できるものが制限されること、複数の薬を服用するために食事摂取量が減少してしまうこと、などが挙げられており、患者が感じる生活上の困難は食事を中心とするものであることが明らかとなった。また、独居や高齢者のみの世帯が対象の半数を占め、体力の低下から生活への不安を抱える者が多いことなども明らかとなった。

以上の結果から、患者は食事の調整に関する問題を抱える傾向があり、退院後早期は食事摂取量や内容の判断ができないために試行錯誤を繰り返している可能性が高いことが示唆された。このような試行錯誤は、不必要な食事摂取の抑制や自己流の誤った判断による体重減少を引き起こしかねず、術後のQOLの低下を来す可能性がある。胃がん術後の患者の体重減少のピークは、幽門側胃切除術で3~6ヶ月頃、胃全摘術では6ヶ月~1年頃であることが報告されており、退院後早期の体重減少をいかに食

い止めるかが患者のその後のQOLに大きな影響を与える。よって、術後早期からの積極的な食事摂取量や内容の調整に関するセルフマネジメント支援が重要であることが示唆され、開発を目指すプログラムにはこれらの内容が盛り込まれる必要があると考えた。

(2)平成23年度から24年度の調査において、患者には、術後早期からの支援の開始や、食事摂取量や内容を自律的調節に関する判断に関する支援が重要であることが明らかとなった。平成25年度後半は、この結果に基づきさらなる文献検討を重ねたが、その結果、新規のプログラム開発ではなく、山口ら(2006)、鎌倉(2014)が開発した「胃切除術後患者のための自律的食事摂取量調整プログラム」(以下、プログラムとする)の高齢の胃切除術後患者への適用が望ましいと判断した。このプログラムは、患者が入院中に食事摂取量や回数を調整するための基準を学び、退院後に自律的に調整することができることを目標としている。プログラムの効果として、退院後3ヶ月までの体重回復、食事回数変更時の判断等から、退院後に患者は自律的に食事摂取量と食事回数を調整していたことが報告されている。プログラムでは患者に、食前後の体重測定・記録・プログラムの判断基準に沿った食事摂取量適否の判断、という行動の実施が求められるため、これらの行動の実施が可能であることがプログラム適用の前提条件となるが、多くの高齢の胃がん患者に適用が可能なものであると判断した。しかし、プログラムでは、入院中に看護師が患者の食事摂取量の判断の正否を毎日フィードバックすることによって患者の正しい判断を強化する必要があるため、看護師によるフィードバックが維持されているかによって、プログラムの効果が変化することが予測された。そこで、平成26年度は「胃切除術後患者のための食事摂取量自律的調整プログラム」の臨床活用における課題の検討を目的に、プログラム導入後9年経過した病棟において調査を実施した。調査は、看護師15名(平均臨床経験年数10.7±7.8年)を対象に半構造化面接を、さらに9名(平均臨床経験年数13.6±8.2年)を対象として日々の食事支援場面の参加観察を実施した。

半構造化面接の結果から、プログラムに関連して【食事指導の実施】【食事指導の理解促進】【セルフモニタリングへの支援】【患者の状態把握】のカテゴリが得られ、プログラムで実施が規定されている食事指導はクリニカルパスに沿った日程で専用パンフレットを用いて実施され、患者の情報を収集し、患者の指導内容の理解を促すための工夫がなされ、セルフモニタリングへのサポートも行われていることがうかがえた。さらに、食事指導内容の再説明、セルフモニタリングに関する昼食前後の体重

測定の促しなど、プログラムにおいて患者が行うべき行動への支援も実施されていることが伺えた。

参加観察の結果からは、新たに【水分量確保の助言】の実施が確認されたが、この内容は、食事指導のパンフレットに記載され、プログラムに含まれるものであった。また、患者が食事摂取量を判断した結果として後続される看護師のフィードバックを確認すると、カテゴリとして【退院に向けた準備】【栄養確保の助言】【水分量確保の助言】【食事摂取量の抑制】【自己の経験・判断に基づく食事調整の指導】が確認された。【退院に向けた準備】【栄養確保の助言】【水分量確保の助言】については、プログラムを踏まえて個別に推進するものであるが、【食事摂取量の抑制】【自己の経験・判断に基づく食事調整の指導】については、プログラムに含まれない事項を示していた。

プログラムは、胃機能の状態を患者自身が判断し調節して食べる行動を入院中に形成する事を目的としているため、患者がセルフモニタリングによって食事摂取量を判断し調整する行動を行った結果、その判断の正誤に関するフィードバックが看護師によって与えられ(強化子)判断するという行動が学習されなければならない。しかし、結果から【自己の経験・判断に基づく食事調整の指導】によってプログラムに沿った正否のフィードバックは全く実施されず、【食事摂取の抑制】のカテゴリが随伴されることは、むしろ食事摂取を制限する行動を強化することとなる。この場合、胃の回復状態を判断しながら食事摂取量を徐々に増加させる行動が育成されないため、退院後に食事摂取量の調節に関する試行錯誤を繰り返し不必要な食事摂取量の抑制を行うことや、運動量の増加に伴う体重減少が予測された。

以上の結果から、プログラムにおける食事指導は看護の業務として確実に遂行されているものの、看護師のフィードバックは行われていないことが考えられた。看護師のフィードバックがない状況下では、プログラムに内包されている患者による自律的調整のための行動に対して、強化の原理は機能しないため、プログラムの目的である、患者が自ら判断し食事摂取量を調整する行動の形成は困難となる。

そのため、プログラムの効果をさらに改善する方策として、看護師が患者の判断に対して正誤のフィードバックができるようにすることが鍵であると考えた。

5. 主な発表論文等 未発表

6. 研究組織

(1) 研究代表者

藤浪千種 (FUJINAMI, Chigusa)