

中年期がんの初期治療期のソーシャル・サポート・ネットワーク —手術前から退院1ヶ月までの縦断研究

福井里美*

Social Support Networks of the Middle Aged Cancer Patients in the Initial Therapy : A Longitudinal Study from Pre-Operation to a Month after Leaving Hospital

Satomi Fukui

Graduate School of Human Science, University of the Sacred Heart

This longitudinal study examined how newly diagnosed Japanese cancer patients changed their social support networks, during pre-operation(T1), two weeks after operation(T2), to a month after leaving hospital(T3). The middle-aged 11 participants were asked social support network and quality of life individually. The means of total supporters figured 3 moves, called type-F, -L and -A. The types related to occupation and marital state, but there was no difference about quality of life among 3 types. And the reasons for changes of networks, that a participant changed the level of importance of his/her supporter in his/he network, were found 6 categories. 'Approaching and sharing time' and 'Positive emotion' were reported as the most shared reasons, in both changes to more and less important levels. Finally it was discussed about the types of social support network and the reasons, and how medical staffs assist patients to remake their social support networks.

キーワード

中年期 middle age

がん患者 cancer patient

ソーシャル・サポート・ネットワーク social support network

QOL quality of life

* 聖心女子大学大学院人間科学専攻博士後期課程

I. 問題

1. がん患者のソーシャル・サポートと心理的適応

がんは医療の進歩により慢性疾患であると言われるようになった。しかし依然として再発や転移を抑制し根治させる決定的治療法はない。更にマイナスイメージによる心理的な負担が大きいとあれば、物心ともに患者を支えるソーシャル・サポートへの期待も高い。

がん患者の情緒的安定や心理的適応、生活の質（Quality of Life；以下ではQOL）に及ぼすソーシャル・サポートの効果を明らかにした研究は多く（e.g. Bloom & Spiegel, 1984；Quinnら, 1986；松木ら, 1992）、生存期間にも影響を与える可能性を示唆する報告もある（e.g. Spiegelら, 1989；Waxler-Morrisonら, 1991）。Blanchardら（1995）は、近年のがん患者のソーシャル・サポートとがんの受容や生存に関する文献を概観し、ソーシャル・サポートの気分や情緒の安定へのプラスの効果はほぼ支持されたとし、今後はがんの部位、進行段階、治療法等を特定した生存の効果や、縦断的なデザインで相互に影響しあうサポート過程を分析したり、気分や情緒状態に加えてQOLの各領域とソーシャル・サポートとの関係を探索することが必要であると指摘している。

2. ソーシャル・サポート・ネットワークの測定法の検討

これまでソーシャル・サポート・ネットワークの研究では、サポーターの数や交渉の多少など、主として量的な側面がとりあげられてきた。しかし、ソーシャル・サポートはそれぞれの個人が周囲の人々との長年にわたる経験にもとづいて作られた人間関係によって提供されるものである。サポートの受け手とその提供者との相互に影響しあう過程を丹念に検討することが求められる。つまり、誰と、どんな関係をもち、その結果として誰がどのようなサポートをするのか、その内容に注目すべきである。例えば、高橋（Takahashi, 1990；Takahashi & Sakamoto, 2000；高橋, 2002）は愛情の関係モデルを提案し、各個人の誰がどのような心理的機能を支えているか、誰が最も重要なサポーターかをみる必要があると述べている。また、Antonucci（Antonucci, 1991；Kahn & Antonucci, 1980）はコンボイ（convoy）モデルを提案し、ソーシャル・ネットワークを、本人にとっての重要度による階層モデルで捉えることを提案している。これらの理論ではソーシャル・ネットワークは、その当事者が自分にとって

もっともふさわしいと思う人に、それぞれの心理的機能や役割をそれぞれに割り当て、自分に固有のネットワークを構築していると仮定される。筆者もこのような立場からソーシャル・ネットワークをとらえることにした。

3. 本研究の目的

本研究は、中年期のがん患者を対象に、がんの初期治療、すなわち、がん告知、入院、初回手術、退院という一連の危機的な過程で、自分のソーシャル・サポート・ネットワークをどのように意識化し、どのように変化させ、また、再編成するのか、そして、ネットワークの変化が患者のクオリティ・オブ・ライフ (quality of life ; QOL) といかにかかわっているのか、を縦断的に検討することとした。すなわち、次の2点を検討する。

- ① がん告知後の手術前、手術2週間後、退院1か月後の3時点において、患者のサポート・ネットワークは変動するか。変動するとすれば、その変動の理由は何か。
- ② サポート・ネットワークの変動と患者のQOLとの関連があるか。

II. 方法

1. 研究協力者

東京都内と近県の総合病院（いずれも約700床）で、医師から「悪性腫瘍またはその疑い」と説明を受け、初回入院治療を受けた36～65歳の患者に調査への協力を依頼した。医師又は看護部長が紹介してくれた26名の患者に調査の概要を説明し、うち23名から中断してもいいという条件で協力の承諾が得られた。本研究では、手術前の初回面接（T1）、手術2週間後面接（T2）、退院1か月後面接（T3）の3時点のすべてで有効なデータが得られた11名（M=51.5歳、SD=8.6）の資料を分析した。表1に協力者の属性を示した。協力者は男性6名（M=51.3歳、SD=10.3）、女性5名（M=51.6歳、SD=7.2）であり、がんの部位は胃5名、大腸3名、乳房2名、肺1名であった。病期はT2とT3の間に医師から協力者に伝えられ、I期7名、II期2名、III期2名であった。平均入院日数は39.0（±18.6）日であり、T2後に腸閉塞（事例A）やダンピング症候群（J）を併発し治療を受けた者、放射線療法（B）や化学療法（Q）を受け退院した者、さらに、術後退院し通院で放射線療法を受けた者（G）などさまざまであった。T2は手術後平均12（±3.41）日目に行われ、特に入

表1 対象者の属性とソーシャル・ネットワークの変動のタイプ

ID	性別	年齢	疾患名	病期	入院 日数	婚姻	子ども	職業	ソーシャル・ネット ワークの変動のタイプ
A	男性	40	大腸癌	I	77	未婚	なし	営業・管理職	Fタイプ
G	女性	48	乳癌	III	18	既婚	あり	家事専従	
I	女性	47	乳癌	I	23	既婚	あり	事務職	
J	女性	47	胃癌	I	39	未婚	なし	家事専従	
S	女性	64	大腸癌	I	29	既婚	あり	家事専従	
D	男性	47	胃癌	I	28	死別	あり	作業・管理職	Lタイプ
K	女性	52	胃癌	II	29	既婚	あり	事務・管理職	
Q	男性	41	肺癌	III	69	既婚	あり	作業・管理職	
B	男性	64	大腸癌	II	45	既婚	あり	研究職	Aタイプ
T	男性	62	胃癌	I	31	既婚	あり	製造・自営業	
U	男性	54	胃癌	I	41	既婚	あり	貿易・管理職	

院が長期化した事例AとQを除くと、T2から平均12(±8.1)日後に退院した。T3は退院後平均41(±6.4)日目であり、職場に復帰しはじめたり、家事労働を手術前同様に行いつつある時期にあった。

2. 調査時期

1998年6月から12月。

3. 調査の内容

1) ソーシャル・ネットワークの測定

本研究では患者が病床にあっても答えやすいという利点から、KahnとAntonucci(1980)が提案したコンボイ・モデルに基づき、対象者を中心にした三重の同心円の図版を用いてソーシャル・ネットワークを測定した。まず、最も内側の第一円から「あなたにとって最も身近で大切な人、一番大事で好きな人であると感じる人、この人のいない生活は想像できないという人をあげてください。何人でも結構です」と教示し、第一円への記入を求めた。次に「第一円の人のように感じないが、それでもあなたにとって身近でとても大事な人、いなくなると困る人」と教示し第二円に、更に同様に第三円へと順次該当者の記入を求めた。そして、医師や看護師をその中に含んでいるか否かにかかわらず、「主治医や看護師はこの図の中に位置付けられるか。もし位置付けるとしたらどの円か」と尋ねた。選ばれた人の続柄や同居の有無なども尋ねた。

2) サポーターとして選択した理由と変動の理由

まず、T1で挙げられた人物について「なぜ選んだのか、どのように大切なのか」と選択した理由を聞いた。そしてT2、T3では前回記入した図版を並べて示し、挙げられた人物や位置に変化があった場合には「なぜ変化したのか」、「変化したきっかけや思い当たる理由はないか」と尋ねた。面接の内容は許可を得てすべて録音し逐語的におこしてプロトコルを作成し、以下の手順で分析した。

- (1) サポーターが新たに加わったり、より重要だというようにより内側の円に移動した場合の理由（以下「内側移動した理由」と、より重要でないというようにより外側の円に移動したり、挙げられなくなった場合の理由（以下「外側移動した理由」）の二つに大別した。
- (2) 大別した理由を「大切な人を選んだ理由」（福井，2002）の7つのカテゴリーを参考に分類した。しかし、このうちの「医療者役割」というコードは、医師、看護師に特有の期待や信頼感、実際に受けた医療の評価等が理由として挙げられたために本研究では使わずに、具体的内容にしたがって「物理的接近」「手段提供」「情報提供」等とコードすることにした。さまざまな検討を加えた結果、最終的には表2に示したコードを用いることにした。円の内側移動の理由は、それぞれのコードに該当する内容が「あったから」とプラス方向に語られ、円の外側移動の理由は、コードに該当する内容が「なかったから」とマイナス方向に語られた。表2に各コードのプラス方向およびマイナス方向の例を示した。コードは、①やっぱり家族だから等の「家族としてのつながり」、②面会や電話などの有無、長いつきあい等の「物理的接近」、③金銭や、家事労働等の「手段的提供」、④大病体験や医学的な情報等の「情報的提供」、⑤好意、信頼、理解、感謝などの「プラスの感情」、⑥心配させたくない思いや負担感、不満などの「アンビバレント」、⑦「その他」である。

なお、データ11名中4名分をランダムに選択し、質的研究を行う博士課程の院生にコードの特定を依頼したところ、筆者との一致率は92.9%であった。

3) QOLの測定

QOLは進行期までの長期追跡を念頭に、以下の3つの指標を用いて測定した。①QOLS (The City of Hope Medical Center Quality of Life Survey) : Ferrellら (1989) が痛みをもつがん患者用に開発した全30項目の質問票で、身体的well-being (14項

表2 サポーターの重要度が変化した理由のコード表

coding	プラス方向の例	マイナス方向の例
①家族のつながり	やっぱり家族だから	家族でないから
②物理的接近	長いつきあいがあるから 面会に来てくれた 電話をくれた	長いつきあいの仲間 とはちがう 面会に来ていない その後連絡がない
③手段提供	洗濯や買い物など入院中の世話をしてくれた 留守中の家事をしてくれた 世話になった 見舞いをもらったり、金銭を借りれる	役にたたない 何もしてくれない もう世話にならない 借金はできない
④情報提供	病気や今後についての情報を与えてくれる 大病経験や介護経験から助言してくれる	専門的なことはわからない
⑤プラスの感情	好感をもっている(かわいい、気が合う、好き) 親切にもらった、感謝している 頼りにしている 親近感、信頼している	感謝の気持ちが薄れてしまった もう頼らなくてよい
⑥アンビバレントな感情	気疲れする、お節介に思える 心配させられる	
⑦その他	病気を知らせていないから、気になっている 病気を知らせていないから、蚊帳の外になってしまった 忘れてだけ わからない	

目)、社会的well-being (6項目)、心理的well-being (11項目) からなる。この日本語版(吉田, 1997)のビジュアル・アナログスケールを7段階評定とし、より日常的な訳語へと一部改変して使用した。本研究対象者におけるCronbach α は.87 ($n=23$)であった。合計210点満点で、得点が高いほどQOLが高いことを示す。②CES-D日本語11項目版: Center for Epidemiologic Studies Depression scaleの11項目の短縮版(Radloff, 1977; Kohoutら, 1933)で、既に信頼性と妥当性が検証されている。3段階評定(0, 1, 2)の22点満点で、得点が高いほどうつ傾向が強い。③自尊感情尺度(Rosenberg, 1965): 4段階評定。10項目からなる40点満点であり、得点が高いほど自尊感情が強い。

4. 倫理的配慮と実施手順

T1では、まず口頭で研究協力の承諾が得られた後、個室で筆者が再度研究主旨と

概要を説明し正式な協力承諾を書面で得た。続いて調査内容の半構造化面接を行った。T 2は面接予定の前日に筆者がベッドサイドを訪問して面接予定を確認し、QOL質問紙を手渡し記入を求めた。翌日、半構造化面接をT 1同様に行った。T 2の1例のみ、協力者の要望で筆者が個室のベッドサイドでQOL質問紙の項目を読み上げ、口頭で回答を得た。T 3の退院後は外来通院日を約束し、その予定1週間前にQOL質問紙を郵送した。そして筆者が外来で質問紙を受け取り個室で半構造化面接を行った。面接の所要時間は平均64.7 (±25.0) 分であった。

III. 結果

1. サポーター数の変動

1) グループとして見た時のサポーター数の変動

面接で報告されたサポーター数の全体の平均は、T 1が17.1 (±3.6) 人、T 2が17.1 (±8.8) 人、T 3が14.3 (±4.1) 人であり、T 3に減少したが、この減少は統計的には有意ではなかった。またコンボイの各円に記入された平均人数は第1円5.5～7.1人、第2円6.0～7.5人、第3円2.5～4.0人であり、これについても時期による増減は統計的には有意ではなかった。その内訳は、家族7.0～7.4人、家族以外5.8～7.4人であって、時期による差はみられなかったが、医療者のみT 1の3.0 (±1.5) 人がT 3は1.5 (±0.7) 人へと有意な減少がみられた ($\chi^2(2) = 7.29, p < .05$)。

2) サポーター数の変動の個人差

前述のように全体のサポーター数を平均でみると3時点でも有意な差はなかった。しかし各ケースをみると、変動がほとんどないケースもあるが、T 2で減少するケース、T 2で増加するケースと個人差がみられた。そこで、最も人数が多い時点と少ない時点の人数差の平均が6.9 (±5.5) 人だったので、この6～7人を目安として各ケースのサポーター数の変動をみると、3つのタイプに分けられた(表3)。第1のタイプは、3時点のどの変動も2～3人と少ないもので、平らであるという意味でF (Flat) タイプとした(5ケース)。第2のタイプはT 1の人数がT 2よりも6人以上多く、T 2とT 3はほぼ変わらないタイプ(3ケース)で、L形を描くという意味でLタイプとした。そして第3のタイプは、T 1は少ないがT 2に6人以上増加し、T 3にはまた減少するA形を描くAタイプ(3ケース)である。このネットワークの変動のタイプと共通の特徴を表3にまとめた。

表3 ソーシャル・サポートネットワークの変化のタイプと社会的属性の特徴


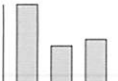
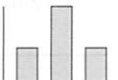
変化のタイプ	社会的属性の特徴	ソーシャルサポート・ネットワークの変化の特徴
Fタイプ (5 ケース) 	<ul style="list-style-type: none"> ・男性 1 ケース, 女性 4 ケース ・女性の 3 ケースは家事専従者 ・2 ケースは未婚者 ・男性 1 ケースは未婚で, 職場関係者が公私にわたり支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・3 時点で変化が少なく安定している ・家族, 家族以外の親友, 医療者にほとんどのメンバーの入れ替わりが少ないが, 家族以外の者が手術前から退院後へ減少傾向
Lタイプ (3 ケース) 	<ul style="list-style-type: none"> ・男性 2 ケース, 女性 1 ケース ・3 ケースとも中間管理職に従事 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術前に職場関係者や近隣者, 医療者も主治医チーム全員の医師と看護師長および担当看護部と多くを報告したが, 手術 2 週間後以降は核家族と選ばれたごくわずかな友人のみが報告された
Aタイプ (3 ケース) 	<ul style="list-style-type: none"> ・3 ケースとも男性 ・3 ケースとも仕事の内容やスケジュールを自分で管理できる職業 (研究職, 経営職) に従事 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術前と退院後 1 か月は, 家族と長年のつきあいのある友人, 主治医 1 ~ 2 名のみを報告 ・手術 2 週間後のみに, 見舞いに訪れた職場関係者や友人, 医療者も主治医と同チームの医師や看護師病棟長, 担当看護師, 看護学実習生等まで加えて報告

表3に示したように, Fタイプは, 5ケース中4ケースが女性であり, そのうち3ケースは家事を主とし, また2ケースは未婚であった。一貫して, 重要度の位置が変わっても登場人物はほぼ変わらず安定していた。Lタイプの3ケースはともに実務執行兼管理職を担ういわゆる中間管理職で, すべて既婚者であった。そして, Lタイプの最もサポーター数の多いT1から少なかったT2へは, 家族の7.3 (±0.6) 人が5.0 (±1.7) 人, 家族以外は7.7 (±2.5) 人が3.7 (±3.5) 人, 医療者は4.7 (±0.6) 人が0.7 (±1.2) とそれぞれが減少していた。T1には家族はきょうだいや義理関係, 家族以外にも職場関係者や近隣者, さらに医療者も主治医と看護師の医療チーム全員を報告したが, T2, T3は配偶者と子のみと親友のみとする傾向がみられた。普段から多くの人の中で生活を送る様子がかがわれた。

最後に, Aタイプの3ケースは, とともに既婚男性であり, 職種は自分で仕事の内容やスケジュールを管理できる自由業と呼べる職業であった。最もサポーター数が少ないT1から多いT2へは, 家族は7.7 (±3.1) 人が8.7 (±3.2) 人, 家族以外では7.3 (±5.0) 人が15.3 (±7.6) 人, 医療者の1.7 (±0.6) 人は4.0 (±1.7) 人に増加がみ

られた。T1とT3は家族と長年つきあいのある親友、主治医のみを報告し、T2は更に見舞いに訪れた職場関係者や友人、主治医と同じチームの医師や看護師、看護学実習生等を報告した。

婚姻状態や職業の特徴がサポート・ネットワークの変動に反映されることが示唆された。

2. ネットワークの変動の理由

どのような理由でサポーターを取捨選択しているのか、次に変動の理由について分

表4 サポーターが重要な方向に移動した理由

コード	変動のタイプ	Family	non-Family	doctor	nurse	タイプの計	全体 n (%)
①家族のつながり	F	1	0	0	0	1	3 (2.6)
	L	1	0	0	0	1	
	A	1	0	0	0	1	
②物理的接近	F	4	5	2	1	12	38 (33.3)
	L	2	5	0	0	7	
	A	5	14	0	0	19	
③手段提供	F	3	2	1	1	7	18 (15.8)
	L	0	2	1	0	3	
	A	3	4	0	1	8	
④情報提供	F	1	2	1	0	4	8 (7.0)
	L	0	3	0	0	3	
	A	0	1	0	0	1	
⑤プラスの感情	F	3	3	2	2	10	37 (32.5)
	L	3	3	0	0	6	
	A	4	11	3	3	21	
⑥アンビバレント	F	2	2	0	0	4	6 (5.3)
	L	0	2	0	0	2	
	A	0	0	0	0	0	
⑦その他	F	0	1	0	0	1	4 (3.5)
	L	1	0	0	0	1	
	A	1	1	0	0	2	
計		35	61	10	8	114	

析した。コードと具体例は表2に、結果を表4に示した。

1) サポーターをより重要だという方向に移動した理由

内側移動した理由として挙げられた114件のうち、「物理的接近」38件と「プラスの感情」37件の2つのカテゴリーで全体の65.7%を占めた。「家族のつながり」を理由としたのは、各タイプ1件ずつであり、ただ家族であることだけでより重要な方向に移動したのは、家族が内側移動した理由の1割にも満たなかった。「物理的接近」を理由としたのは全体の33.3%であり、どのタイプも家族、家族以外が内側移動した理由の3割程度を占めた。特にAタイプは家族以外を内側移動させた理由61件中14件(45.2%)をこの理由とし、Fタイプは医師と看護師もこの理由で内側移動させていた。「手段的提供」を理由とした内側移動は18件で(15.8%)、FタイプとAタイプは家族が内側移動した理由の約4割を占め、家族が家事や身の回りの世話を担ったことや、医師と看護師が期待する役割を果たしたことでこの理由が挙げられていた。「情報的提供」を理由としたのは8件(7.0%)のみであり、そのうち6件が大病経験や医学的知識のある家族以外の者であった。「プラスの感情」は全体で37件(32.5%)であり、内側移動した家族、家族以外の者の理由の約3割を占めた。FタイプとAタイプが医師と看護師をこの理由で挙げ、医師が内側移動した全10件中の5件、看護師が内側移動した全8件中5件がこの理由であった。「アンビバレント」は6件(5.3%)であり、そのうちFタイプが家族に2件、家族以外に2件を、Lタイプが家族以外に2件を報告した。Aタイプの内側移動の報告に「アンビバレント」がなかった一方で、Lタイプ、Fタイプには内側移動しても「アンビバレント」な理由が含まれている点が注目された。

2) サポーターがより重要でない方向に移動した理由

外側移動した理由として68件の理由が抽出され、その全体的傾向は、内側移動した理由と同様に「物理的接近」18件(26.5%)と「プラスの感情」17件(25.0%)が同程度の割合で最も多く、合わせて半数を占めた(表5)。「家族のつながり」は5件のみで、そのうち2件は家族のうちきょうだいや義理関係者を配偶者や子どもと区別し、残り3件は家族以外の者を「やっぱり家族とは異なる」として外側移動していた。「物理的接近」がなくなったことを外側移動の理由としたのは、全体の4分の1程度を占めた。家族は2割、家族以外は3割、特に病棟看護師が外側移動した全4件のうち2件が「退院後会っていない」ことを理由とした。AタイプではT2からT3へ多くのサポーターが外側移動したが、入院中に見舞いに訪れた親類(家族)や近隣、

表5 サポーターが重要でない方向に移動した理由

コード	変動の タイプ	Family	non- Family	doctor	nurse	タイプの 計	全体 n (%)
①家族のつながり	F	0	1	0	0	1	5 (7.4)
	L	2	2	0	0	4	
	A	0	0	0	0	0	
②物理的接近	F	1	2	2	0	5	18 (26.5)
	L	2	2	0	1	5	
	A	2	5	0	1	8	
③手段提供	F	0	0	0	0	0	10 (14.7)
	L	1	5	1	1	8	
	A	1	1	0	0	2	
④情報提供	F	0	0	1	0	1	3 (4.4)
	L	1	1	0	0	2	
	A	0	0	0	0	0	
⑤プラスの感情	F	1	3	1	0	5	17 (25.0)
	L	3	1	3	0	7	
	A	1	1	2	1	5	
⑥アンビバレント	F	2	1	1	0	4	8 (11.8)
	L	2	0	0	0	2	
	A	1	1	0	0	2	
⑦その他	F	1	0	0	0	1	7 (10.3)
	L	2	0	0	0	2	
	A	0	3	1	0	4	
計		23	29	12	4	68	

仕事関係者（家族以外）を「その後は会っていないから忘れてしまった」などと報告していた。「手段的提供」がないことが10件（14.7%）で、そのうち8件はLタイプがT1からT2へとサポーターを減じた理由であった。Lタイプの家族以外の5件は仕事関係者で、普段は助け合う仲間であるが、現在は休職中で職場での役割を離れたことをその理由に挙げた。また家族には男親に対して「来るだけで役に立たない」としたり、医師、看護師は「入院中はお世話になったけど、これからはもう次のことを考えて」と執刀医と術前後のケアの役割を終えたサポーターであることが語られた。「情報の提供」は3件（4.4%）と外側移動の理由としてはわずかであった。「プラスの感

情」は17件(25.0%)であり、「物理的接近」に次いだ。家族、家族以外、医療者のどの対象にも報告され、主として、「手術前などには頼りたい気持ちや実際に頼った理由で挙げたが、回復に伴って、頼らなくてよくなったから」、あるいは「感謝の気持ちが薄れてしまった」等の理由が挙げられた。特に医師は12件中6件が該当した。「アンビバレント」は8件(11.8%)であり、そのうち5件は家族に対するものであった。また8件中4件はFタイプによるもので、家族2件、家族以外と医師にも1件ずつを報告した。元来存在した両面的なサポーターのマイナス側面が外側移動の理由となったと考えられた。

3) サポーターの重要度が変動した理由のまとめ

全体では、「物理的接近」と「プラスの感情」によって内側移動し(あわせて65.7%), なくなると外側移動(あわせて51.5%)していた傾向が認められた。「手段的提供」では、家族、家族以外でも、実際に身の回りの世話や家事を担ってくれる相手をより重要としたり、医療者は入院中は重要であったが、退院後は重要でないとされた。変動のタイプ別にみると、Fタイプは人数に変動はないが、重要度は変動し、内側移動、外側移動ともに「アンビバレント」が多く報告されていた。例えば家族では嫁や姑や配偶者、家族以外では近隣者、医師への気遣いの負担といった、重要なサポーターではあるが、遠慮や気疲れ、煩わしさも存在する関係を含む傾向が示唆された。Lタイプは「家族のつながり」で家族の中でも配偶者と子どものみをより内側にする一方で、「物理的接近」があり「手段的提供」や「情動的提供」を行う家族以外の者を内側移動し、そうでない相手および回復とともに頼る必要がなくなると、家族以外、医師、看護師を外側移動させていた。入院環境に入って仕事から離れると、より身近にいる家族の存在と仕事を離れても接近してくる家族以外の者をより重要なサポーターであると認識していた傾向があった。Aタイプは内側、外側移動ともに「物理的接近」と「プラスの感情」が目立った。また、内側移動した理由に「アンビバレント」が全く含まれていなかった点も、他のタイプにはなかった点である。周囲の人々の態度やそれに対する自分の感情をソーシャル・サポート・ネットワーク認識に敏感に反映させる傾向が示唆された。

3. サポーターの変化のタイプとQOL

全対象のQOLS, CES-D, Self-esteemの3時点の得点をFriedman検定したところ、QOLSの身体的得点のみに有意差がみられ($\chi^2(2)=7.81, p<.05$), T1と

比較し T 2 ($p < .01$) と T 3 ($p < .05$) が有意に低下していた。つまり生活に支障を及ぼす苦痛症状のない状態で手術を受けた対象者は T 1 の身体的得点が高く、T 2、T 3 は手術侵襲による創痛や倦怠感などからの回復過程にあり、一般的な臨床所見と一致した。身体的状況が有意に悪化したにもかかわらず、その他の QOL 指標には変化が示されなかった ($\chi^2(2) = .57 \sim 1.27, n.s.$)。

ソーシャル・サポート・ネットワークのタイプによる差を、時点別に Kruskal Wallis 検定したが、いずれも有意な差は示されなかった ($\chi^2(2) = .08 \sim 2.6, n.s.$)。先行研究でソーシャル・サポートと QOL 得点や心理的適応の指標に相関関係が指摘されているが、サポーター数と各ケースの QOL 指標の得点が、タイプを示したような形に対応して変動する様子は観察されなかった。つまり、ネットワークの変動のタイプによって、QOL の優劣を示唆するような結果は得られなかった。

IV. 考察

1. ソーシャル・サポート・ネットワークのタイプとその理由

本研究では、全体のサポーター数の平均値でみると、手術前、手術後、退院後 1 か月と時間を経るごとに数値では減少するが分散も大きく、統計的に有意な変化は示されなかった。このことは日本人の乳がん患者 60 名を手術前から手術後 1 年間のソーシャル・サポートを追跡した真壁 (2002) のデータと全く一致していた。しかし、平均値では変化がないようにみえたソーシャル・サポート・ネットワークを一人ずつ丹念に観察していくことによって、3 つのタイプがあることが示された。平均値という概観方法では見落とされがちな、個別性を捉えることができた。大量データの平均値でソーシャル・サポートのサポーターの数やサポート量が多いことが QOL や適応得点が相関し、それが好ましいことが議論されてきた (e.g. Waxler-Morrison ら, 1991 ; 松木ら, 1992 ; 真壁, 1998)。一方、本研究では身体的得点のみに有意な差がみられたのみで、QOL 得点には変化がなく、各ケースおよび 3 つのタイプごとに経時的に比較を行っても、サポーター数と QOL 得点が相関して連動するような動きはみられず、有意なタイプ差もみられなかった。3 つのタイプは職業や婚姻状態によって特徴づけられたものの、そのタイプに QOL 得点の差が示唆されなかったことは大変興味深い。変化のタイプという個別性があったが、数が多いタイプが優れていることを示す結果はなく、身体的な状態が有意に悪化してもうつ症状や自尊感情、QOL 得点

に差が認められなかったことは、必要なサポートをそれぞれが重要と考える者から得ることで、いわゆる緩衝効果 (Cohen & Wills, 1985) を得ていたのではないかと考えられた。したがって、例えば全体的に人数の少ないFタイプのQOL得点が低いというような差は示されず、どのタイプがより好ましいか、優れているかとは言えない点を強調したい。さらに「なぜその人があなたにとって重要なのか」と理由を尋ねることで、当事者がその時必要とされるサポートを、求めたい相手に期待する主体として、その時々で重要度を変えたり取捨している姿をみる事ができた。例えば、Aタイプは自由業で術後に見舞い客が多い者、Lタイプは組織に勤める管理職で術前に職場関係者と多くの連絡をとる者、Fタイプは独身者や家庭の主婦専従者が多く含まれていた。FタイプのケースAのように転勤の多い会社で管理職を担う独身者で、家族が遠方在住であっても、職場関係者との間に細やかな身の回りの世話の提供や情緒的交流があり、電話を通じて遠方でも情緒的なサポートを得たりと、それぞれが必要に応じて必要な相手にサポートを求め、得ることで、QOLを維持していた。単にサポーターが増えたらよいとか、減ったからよくないというものでもなく、各人のソーシャル・サポート・ネットワークは人生経験を通して築く個性の高いものであり、それによって優劣をつけるものではないのである。

2. 患者にとって有益なサポーターになるには

ソーシャル・サポート・ネットワークを変動させた主たる理由が、「物理的接近」と「プラスの感情」、つまりこのような危機的状況においての実際の接近の有無と好意的な感情の伝達の有無であったことが、がん患者にとって有益なサポーターとされる要因と考えられた。これはZajonc (1968) が示した単純接触効果の基本原則にも通ずると考えられる。実に単純であるが、危機的な状況において誰が自分に接近し、好意をもっているのか、力になってもらえそうなのか、シビアに現実状況を直視し、自分のサポート・ネットワークを修正していく人間の姿があり、心理社会的ケアを担うものにとって示唆に富むものであった。DakofとTaylor (1990) はがん患者55名に周囲の人々から受ける有益なサポートと有益でなかったサポートを尋ねた。配偶者、配偶者以外の家族、友人、医師から9割以上が、自分以外のがん患者と看護師から8割程度の患者が有益なサポートを受けたと報告した。しかし一方で、それぞれを約6割が、医師に至っては8割近くが有益でないサポートの送り手としても報告していた。これらが示すことは、How to式の、配偶者は、医師はこうすべきというような教示

ではなく、同じような行為であっても今までの関係や相手、状況やコミュニケーション方法、治療の過程の時期によって有益にも害にもなりうるということではなからうか。本研究の結果から、約3ヶ月間の治療経過であってもサポーターの重要度が変化し、必要とされる理由も異なることを示した。それまでの人間関係の歴史や葛藤があり「アンビバレント」であっても、まず接近し、好意を表現する相手はより重要なサポーターとされていた。サポーターの立場となる家族や友人は往々にして、何をしたらいいのかわからない、何もできないという思いから遠ざかることがある。しかし、有益なサポートをしたいと考える相手には、まず接近し、好意を示すことで、患者に「自分にとって重要なサポーターである」と認識される傾向があるといえる。患者は自分が必要な時に必要なサポートを与えてくれるのは誰なのか、求められるのは誰なのか、今まで培ってきた周囲の人々との関係の上でネットワークの評価と修正を、自らの生活や新たな展開を創造していく姿でもあったとも考えられた。

3. 医療者が患者にとってのサポーターになるためには —継続看護の視点から

手術前には全員が執刀医や担当医、入院時の問診やオリエンテーションを行った担当看護師や看護部長をサポーターとして報告したが、手術後は減り、退院後は看護師を報告するものはほとんどいなくなった。医療者の意識では、退院後も、担当患者が退院後どのようにすごしているのか気になるものであり、患者と再会した時に自分とかわった時のことを覚えていて頼りにされることは嬉しいことである。患者主体に考えた継続的なサポーターになるためには、どのようにしたらよいのだろうか。医師と看護師がより重要な方向に移動した理由、より重要でない方向に移動した理由とも、技術的な「手段提供」と医学知識の「情報提供」に加えて、「物理的接近」と「プラスの感情」によるものであった。「手段提供」と「情報的提供」は医療者として期待された技術提供への評価であるが、退院後も患者のサポーターである個人として認識されるには、定期的に接近し、好意を示すことが示唆された。本研究のように縦断的に医師、看護師との関係認知を追跡した研究は見あたらなかったが、川畑ら(1994)が、大学病院と中規模総合病院に入院の入院患者257名を対象に、入院生活意識と看護師関係認知を質問紙で尋ね、「信頼感」「安心感」「理解されている感じ」といった看護師のとの役割行動に肯定的感情をもっていたが、「人柄の理解」「看護師との距離」といった個人的な親しみやすさに対して肯定的な感情が低く、また入院生活意識との

関連から、患者一看護師関係に「あきらめ」や「おまかせ」の意識が関連していたことを示唆している。患者にとって入院生活は、つらい一時的な体験であり、回復した退院後は、できるだけ忘れていたい記憶であり、川畑らが指摘したように端から看護師との関係づくりを期待しない傾向があるかもしれない。しかし、長期化するがん闘病生活、特に再発治療を繰り返す患者から、継続的にケアを支えるサポーターとして認識されることは、重要なことである。退院後は病棟看護から外来看護へとリレーされるが、定期的な接近と好意を示す要素を意図的に取り入れることで、親しみある、看護師個人が患者のサポーターとして認識されることが可能となるであろう。具体的には、継続看護を単に責任の所在を引き継ぐに留まらず、外来受診日などに、ごく短時間でも顔を見せて、あるいはメモを残すなどの工夫によって、患者への症状に留まらない関心を示したり、好意を伝えることで、その患者のサポーターである看護師になることができるであろう。

4. 結論

がん診断後に手術を受けた中年期の患者11名のソーシャル・サポート・ネットワークを手術前、手術後、退院後1か月を追跡し、サポーター数の変化の3つのタイプの個別性とその変化の理由として主として接近の有無と好意の有無であることを示した。本研究は少数データによる質的分析であり、結果の一般化には限界があり、大量データによる検証が求められる。

付記

本研究は聖心女子大学大学院文学研究科人間科学専攻に平成10年度修士論文として提出したものの一部に、データ追加、再分析、加筆したものである。本論文の作成につき、ご指導いただきました聖心女子大学教授、高橋恵子先生に心より感謝の意を表します。そして、大事な治療期間に最後まで面接にご協力くださった11名の皆様、ならびに調査場所および実施にご配慮いただいた日本赤十字社医療センターと済生会横浜市南部病院のスタッフの皆様にご感謝いたします。

文献

- 1) Antonucci, T. C. (1991) : Attachment, social support, and coping with negative life events in Mature Adulthood. In Cummings, E. M. et al., (Eds.) Life-Span

- Developmental Psychology, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, New Jersey. 261-276.
- 2) Blanchard, C. G. et al. (1995) : The role of social support in adaptation to cancer and to survival. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 75-95.
 - 3) Bloom, J. R. & Spiegel, D. (1984) : The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, 831-837.
 - 4) Cohen, S. & Wills, T. A. (1985) : Stress, Social Support, the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
 - 5) Dakof, G. A. & Taylor, S. E. (1990) : Victims' perceptions of social support : What is helpful from whom ? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
 - 6) Ferrell, B. R. et al. (1989) : Quality of life as an Outcome Variables in the Management of Cancer Pain. *Cancer*, 63 2321-2327.
 - 7) Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. (1980) /遠藤利彦訳 (1993) : 生涯にわたる「コンボイ」—愛着・役割・社会的支え, 東 洋ら (編訳) 生涯発達の心理学 2 巻, 新曜社, pp.33-70.
 - 8) Kohout, F. J. et al. (1993) : Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. *Journal of Aging and Health*, 5, 179-193.
 - 9) Quinn, M. E. et al. (1986) : Psychological distress in reaction to lung cancer as a function of spousal support and coping strategy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 4, 79-90.
 - 10) Radloff, L. S. (1977) : The CES-D scale : a self-report depression scale for research in an elderly community population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
 - 11) Rosenberg, M. (1965) : *Society and the adolescent self-image*. Princeton Univ. Press.
 - 12) Spiegel, D. et al. (1989) : Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, ii (8668), 888-891.
 - 13) Spiegel, D. & Classen, C. (2000) : *Group therapy for cancer patients-A research based handbook of psychosocial care*. Basic books, New York.

- 14) Takahashi, K. (1990) : Affective relationships and their lifelong development. In Baltes, P. B. et al. (Eds) Life-span development and behavior vol.10, 1-27, Hillsdale, New Jersey.
- 15) Takahashi, K. & Sakamoto, A. (2000) : Assessing social relationships in adolescents and adults : Constructing and validating the Affective Relationships Scale. International of Behavioral Development, 24, 451-463.
- 16) Waxler-Morrison, N. et al. (1991) : Effects of social relationships on survival for women with breast cancer : a prospective study. Social Science and Medicine, 33, 177-183.
- 17) Zajonc, R. B. (1968) : The attitudinal effects of mere exposure. Journal of Personality and Social Psychology, 9, 1-27.
- 18) 福井里美 (2002) : 中年期がん患者のソーシャル・サポート・ネットワーク—手術前後のサポーターの内容と変化. 日本看護科学会誌, 22, 33-43.
- 19) 福井里美 (2004) : がん患者に対する非構造化タイプサポートグループの効果—情動とソーシャルサポートの検討—. 聖心女子大学大学院論集, 26, 74-95.
- 20) 川畑摩紀枝ら (1994) : 入院患者の看護婦に対する関係認知と関連要因. 日本看護科学会誌, 14, 198-199.
- 21) 真壁玲子 (1998) : 乳がん体験者のソーシャル・サポートと精神的・身体的状況との関連. 日本がん看護学会誌, 12 (1), 11-27.
- 22) 真壁玲子 (2002) : 日本人乳がん体験者のソーシャル・サポートと精神的・身体的状況に関する縦断研究. 日本がん看護学会誌, 16, 35-45.
- 23) 松木光子ら (1992) : 乳癌手術患者の心理的適応に関する縦断的研究 (2) —ソーシャルサポートネットワークを中心に—. 日本看護研究学会雑誌, 15, 29-38.
- 24) 高橋恵子 (2002) : 生涯にわたる人間関係の測定—ARSとPARTについて—. 聖心女子大学論叢, 98, 103-131.
- 25) 吉田みつ子 (1997) : 痛みのある癌患者の日常生活の安寧感と痛みのコントロール. 日本看護科学会誌, 17, 56-63.