

## 論文

# 手術前後におけるがん患者の心理的反応と心理的支援

— 実証的研究を中心とした文献レビューを手掛かりに —

清水 亜紀子

### 1. はじめに

2019・2020年のデータに基づくと、日本人が、一生のうちにがんと診断される確率は、2人に1人（男性65.5%、女性51.2%）とされており、がんによる死亡率は、4～6人に1人（男性26.7%、女性17.9%）とされている（がん情報サービス, 2022）。ただ、かつては、がんは「不治の病」というイメージが強かったが、医療の進歩により、現在では、診断が確定すると、多くの場合は積極的な治療が開始されることになる。がんの治療法には、手術療法（外科治療）、薬物療法（化学療法、ホルモン治療、分子標的療法など）、放射線治療などがあるが、現在、手術療法の占める割合が最も多い（白尾・山口・大島ほか, 2007）。また、手術が適応となる人々に対しては、がんの告知と同時に手術の説明が行われることが多い（白尾・植村, 2003）。さらに、告知後間もない時期から治療が開始されることが多く、十分な気持ちの整理がつかないままに、心理的に不安定な状況で患者は治療に臨まなければならないこともある。しかも、がん患者にとって手術は、「根治的イメージが強い」（坂東・雄西・今井, 2020）反面、侵襲性の激しい治療のため、治療の有害反応や後遺症により、機能障害、外見上の変化をもたらし、心身に多大な苦痛を与える治療でもある（白尾・植村, 2003；菅原・佐藤・小西ほか, 2004；大西・内富, 2010；内富・福江・皆川, 2000）。

これらのことから、手術前後におけるがん患者の心理的支援は重要と考えられる。

では、手術前後における心理的支援を行うにあたって、心理職にはどのようなことが求められるのだろうか。まず必要なのは、患者の「見立て」（土井, 1992）であると考えられる。その際、清水（2021）が指摘しているように、患者の個性を理解するうえでも、がん患者が手術前後において、どのような心理的反応を示すのかという一般的傾向を把握しておくことは有用と思われる。そこで、本論文では、がん患者を対象とした実証的研究を中心に取り上げ、治療の意思決定、及び、手術の前後におけるがん患者の心理的反応をまとめ、そこで得られた知見を踏まえて、治療の意思決定場面、手術前、退院前のがん患者への心理的支援に対する示唆を得ることを目的とする。

### 2. 手術前後のがん患者の心理的反応

#### 2-1. 治療の意思決定

まず、手術をめぐる必要になってくる治療の意思決定場面におけるがん患者の心理的反応を取り上げる。

治療開始にあたって、がん患者は、多くの複雑な治療の選択を吟味し、短期間で意思決定をすることが求められる（菅原・佐藤・小西ほか, 2004）。しかし、病状を十分に理解していないことなどから、自分が生命を左右する専門的な

判断を下すことへの困難を表すことになる（片桐・小松・射場ら，2001）。一方で、治療法の選択自体には肯定的な側面もある。例えば、患者自ら積極的に関与して治療法を決定したという自覚が、治療への満足感につながるだけでなく、術後長期にわたる満足感にまで影響を及ぼすことが明らかにされている（渡邊・鎌村，2014）。また、初期治療の納得は、疾患に強く立ち向かっていくための原動力となり、それは再発・転移期においても治療継続のエネルギーともなる（上田・雄西，2011）。これらの研究からも、初期治療の納得には、患者の主体的な治療選択が重要であることが分かる（Hack & Degner, 1999）。

また、患者自身においても、「一方的に医療者に決められてしまうのではなく、自分もこの決定に参加したいという意識が強く示されている」（大木，1997）との報告がある。さらに、治療法の決定過程において、治療について十分理解できるような説明や情報を得て、医師や看護師と十分に相談して自分の治療法を決定したいという思いが強いことが明らかにされている（菅原・佐藤・小西ほか，2004）。また、患者一人での判断は困難であり、医療者、家族を含んだ「三位一体になって取り組みたい」という要望を患者が持っていることも指摘されている（片桐・小松・射場ら，2001）。

こうした治療の意思決定場面において注意すべきは、医療者が患者のニーズを見落とす危険性があるという点である。例えば、佐藤（2004）では、「医療者は〈感情を抑える〉患者を、冷静に物事を見据えて自立した行動をとれる者として捉える傾向があり、患者のニーズをみえにくくしていた」、「医療者側は自己の意思や感情を表現できずにいる患者を一人で乗り越える力があると判断する傾向があった」ことが報告されている。そのため、「説明は積極的に聞きたい」

が、説明を聞いた上で「決定は医師と相談して決めたい」という意識を患者が高く持っていること（大木，1997）を踏まえ、治療の選択においては、患者が医療者とともに治療方法について十分に話し合うことが必要になってくる（Perman, D.T., et al., 1984 ; Sutherland, H.J., et al., 1989）。また、乳がん患者を対象とした研究では、患者自身の自己決定による術式選択にはプロセスがあり、「疑問をもつこと、葛藤することが重要な役割を果たす」（国府・井上，2002）ことが明らかにされている。そうした疑問や葛藤などの内面を自由に表現できるような、心理専門職を含めた医療者との関係が、治療選択を含めた治療プロセスの支えになると思われる。

## 2-2. 手術前後

続いて、手術の前後において、がん患者がどのような心理的反応を示すかについて取り上げる。

外来で手術の説明をされた時の気持ちとして、60%がショック、次いで36.0%が早く済ませたいという気持ちを持っていることが報告されている（松木・三木・越村ほか，1992）。また、がん告知後の患者の心理的負担は、治療開始前が最も高いことも明らかにされている（Hughes, K. K., 1993 ; Gustafsson, O., Therorell, T., Norming, U., et al., 1995）。さらに、手術を受けるがん患者は、術前に感情状態が最も悪化し（佐藤・中田，2006）、最もストレスが高く（白尾・植村，2003）、最も気分・感情の安定を欠いている（佐藤・佐藤，2002）。感情状態を具体的に述べると、がん告知後、入院待機期中の20～30%は抑鬱または不安状態にあり（藤田・丸山・島，2001）、手術前から退院前にかけて抑うつ（松下ほか，2005）や憂うつ、怒り、混乱（Matsushita, et al., 2007）

が高くなる。また、入院中は、一般の人と比べてもがん患者の不安は高く（荒川，1996；末益・竹尾，1997；千田・板村，1990；尾形・多田・寺尾，1986）、特に手術前に不安が高くなるとされている（千田・板村，1990；Holland, J. C., 1990/1993；板垣・南・加藤ら，1993；尾形・多田・寺尾，1986；忽滑谷，1996；柳生，1985）。こうした状態不安をプロセスとして見ていくと、手術の説明を受けた外来受診時が、術前から術後3年の中で最も高く、入院、手術後から退院後に至るまで低下していく傾向にあることが示されている（松木・三木・越村ほか，1992；桃田・田村，1994）。また、手術前の不安や抑うつは、手術後の痛みの強さ、鎮痛剤の使用量の要求の度合いにも関連し（Ozalp et al., 2003）、手術後の回復にも影響を与えるとされている（白尾・山口・大島ほか，2007）。

次に、術前の不安の内容を具体的に見ていくと、入院に伴う不安としては、家庭（パートナーや子ども）のことが71.4%、手術のことが28.6%、入院生活のことが9.5%、術前の手術に関する不安（重複回答）としては、麻酔や痛みなど手術とその経過に関することが84.0%、容姿の変化・リハビリなどの手術後のことが44.0%、生命の危険が20.0%占めていることが報告されている（松木・三木・越村ほか，1992）。また、術前では、がんや死への脅威が強く（白尾・植村，2003；白尾・山口・大島ほか，2007）、手術によって受ける苦痛に対して恐怖を感じ（白尾・植村，2003）、手術の操作や手術後の状態などに不安を抱く（温井，2002）ことが指摘されている。

このように、手術は死への脅威を感じさせるものであるが、その一方で、がん患者は、手術に治癒の可能性を託し、期待感も抱いている（蛭子，2001；白尾・山口・大島ほか，2007）。また、患者は、「手術や病気について考えることの逃

避」という対処行動を取ることで、精神的安定を保持しようと努める場合（白尾・植村，2003）、がんや手術を直視することを恐れ（白尾・山口・大島ほか，2007）、再発・予後を知ることが回避する場合もある（上田ほか，2001）。このように、回避という対処法を取ることは、「予後の不確かな病気と共生するために、自己の価値観の再構築をし、手術に臨もうとする」（上田・関・竹村，2002）プロセスを展開していくうえで、重要な局面になる可能性がある。

手術が無事終わると、患者は「一山超えた安心感」（白尾・植村，2003）や「安堵感」（白尾，2003）を抱き、様々な心身の苦痛を体験し苦闘しながらも、元の生活に戻れることを期待し、回復のために自分なりに努力を重ねる（白尾・山口・大島ほか，2007）。このように、困難な状況にあっても容易に屈しない姿から、がん患者の中にある前向きさや肯定的心理の存在が示唆されている（若崎ほか，2006）。また、手術によって、病気の原因を取り去ることでようやく自分自身を取り戻し、病気と共に生活をしていく現実に向かうというプロセスが存在することも指摘されている（白尾・植村，2003）。さらに、手術後、自分自身や人生についての考えの変化のあった者は60%を占めている。変化の内容としては、「健康を見直した」、「くよくよしない」、「今後の人生を前向きに考える」など、手術を機に今後の生活を再確認する傾向が見られたことが報告されており、手術という大きな体験を経ることを通して、「肯定的、積極的人生観」が生じる可能性が示唆されている（松木・三木・越村ほか，1992）。しかしながら、がんに対しては、手術をしたにも関わらず身体から完全に取り除かれるという保証が得られなかった事実との直面に苦悩し（白尾・山口・大島ほか，2007）、病気の完治や生死に対する思いは、術後も変わらず持続することになる（稲

本・阪田・小堂ら, 2002)。そして、術後の不安の具体的な内容としては、病気に関するものが52.0%と最も多く、次いで身体機能や容姿の変化が挙げられており、有職者においては、仕事に関して36.4%が不安を抱えていることが報告されている(松木・三木・越村ほか, 1992)。

続いて、退院前に関しては、乳がんを対象とした研究では、不安が高くなるという報告(柳生, 1985)がなされる一方で、消化器がんを対象とした研究では、手術前・退院前・退院後の6ヶ月の3時点を通じて不安は変化しないという報告(松下・松島, 2005)もあり、がんの種類による違いがあることが示唆される。また、乳がんを対象とした研究によれば、患者の不安については、術後年数の経過と共に軽減するものではなく、術後5年以上でも術後1年未満と同程度の不安が続くとの報告もなされている(尾形・多田・寺尾, 1986)。一方、抑うつについては、消化器がんを対象とした研究では、手術前から退院前にかけて高くなり、退院後6ヶ月が経過した時点でも手術前の水準には戻らないことが指摘されている(松下・松島, 2005)。さらに、身体面のQOLも含めた全体的なQOLは、手術前から退院前にかけて有意に悪化し、退院前から退院後6ヶ月に有意に改善する一方で、QOLの機能スケールである社会的機能と情緒的機能は、入院中は変化せず、退院前から退院6ヶ月後にかけて改善することが明らかにされている(松下・松島, 2005)。

退院後は、「時間を有意義に使う」、「前向きに物事を考える」、「開きなおれる」など、自分自身や人生について考え方に変化があった人が66.7%を占めていたことが報告されている(松木・三木・越村ほか, 1992)。しかし、それでも、がん患者は、がんである事実と向き合い、社会生活を過ごしていくうえで、機能障害や外見上の喪失感、社会生活に対する不安、再発・転移

に対する不安を抱えることになる(浅野ら, 2001; 蛭子, 2001; 松木・三木・越村ほか, 1992; 小澤・佐藤, 1994; 白尾, 2003; 白尾・植村, 2003; 上田・関・竹村, 2002)。機能障害や外見上の喪失感としては、例えば、乳がんや子宮頸がんの場合、ボディー・イメージの変化や実際の外見の変化に伴う苦しみ、女性性の喪失などを感じる場合もあるように、がんの部位によって感じる苦痛は異なる可能性がある。また、社会生活に関する不安としては、家族や社会の中での役割に復帰することへの困難さを感じ、時には役割修正が必要とされ、そのことにより疎外感を抱き、抑うつ的になることもある(筒井, 1999; 山脇・内富, 1997)。さらに、術後3ヶ月の不安の内容は、病気についてが66.6%、次いで身体機能、容姿の変化であったのに対して、術後3年後の不安内容としては、再発や転移など病気に関するものが90.5%を占め、次で容姿の変化、身体機能、家庭のことであったとの報告もなされている(松木・三木・越村ほか, 1992)。また、がんの治療費が高く経済的な負担が大きいため、患者は働く必要性があり、「がんを持ちながらも無理のないように生き生き働かせてほしい」、「がんに対する偏見を持たないで欲しい」といった要望を持っていることも明らかにされている(高井, 2011)。さらに、退院後は、医療者がそばにおらず(大堀ほか, 2000)、医療者による集中的なサポートが得られない状況に置かれることになる。こうしたさまざまな要因から、がん患者は、診断・手術といった危機を経た後、退院後の生活に「適応」するまで、再び抑うつ・不安が増強する可能性があると考えられる。実際、不安が退院3か月後を経て「抑うつ落ち込み」が増強あるいは持続していることが報告されている(佐藤・中田, 2006)。また、退院後に、健康状態が悪いと感じている人の状態不安は高

いことも示されている（松木・三木・越村ほか、1992）。

以上の研究結果をまとめると、入院後は、家庭の心配から、次第に目前に迫った手術のことに不安が移っていき、術前は、手術そのものに不安が集中するが、術後は、手術直後の身体的苦痛が和らぐと、がんの再発・転移という病気そのものが脅威となってクローズアップされていき、退院後の社会生活に戻ると、機能障害や外見上の喪失感が意識され、時として、家族や社会の中での役割復帰に困難さを抱えるという過程を経ると考えられる。

### 2-3. プロセスとしての心理的反応

前節では、おおまかに、手術前、手術後、退院後の3地点に焦点を当てて、がん患者の心理的反応をまとめてきた。一方で、幾つかの研究によれば、がん告知と手術という大きな局面を体験した患者の心理的反応には、プロセスの存在が認められることが明らかにされている（安藤・白尾・服部ほか、2004；伊藤・若崎、2020；白尾・上村、2003；若崎・掛橋・谷口、2006）。ここでは、そのプロセスについて取り上げる。

まず、白尾・上村（2003）によれば、手術前後における患者の心理的反応は、がん告知と手術の必要性の説明を受け、「がんへの脅威」と「手術前の不穏な心理状況」という不安定な時期を体験する中で、生命危機を少しでも回避できるように、「確実な治療への切望」を抱くことが報告されている。その後、手術が終了してある程度の回復の実感を得たことで「一山超えた安堵感」を抱き、「自己の可能な取り組み」を模索しながら、手術によって障害を受けた機能や術後回復のための訓練に取り組み、入院から退院後の生活へと関心が移り変わることで、「退院後の生活にかかわる気がかり」が生じるとい

う経過を辿るとされている。また、その経過の中で、がん患者は、自分の価値観や信念などを見直し、自分を見つめ直し、がんによって混乱した自分を取り戻すという「自分らしさの再確認」を行うとともに、手術を通して、家族をはじめとした他者と関わることの価値を再考する機会を持ち、「人との関わりの意味の再認識」がなされることも明らかにされている。

また、安藤・白尾・服部ほか（2004）では、はじめてがんに罹患した術前患者の心理的プロセスとして、3つのカテゴリーで構成された「がんによる死への脅威の回避のプロセス」が見出されている。はじめてがんに罹患した患者にとって、がんであることは死を連想させるため、死について考えないようにしたいにもかかわらず、脳裏に浮かび苦痛を感じるという、「断ちきれない死への恐怖」を抱くことになる。しかし、患者は死への恐怖や重圧から逃れたいと、潜在的および顕在的に感じているため、死を連想するものだけでなく、がんに関連する情報や行動などに対して、直視を避けようとする「死を直面することへの回避」の気持ちが生じてくる。そして、死の脅威から現実的に回避するための最大の手段を手術として捉え、苦痛を感じながらも「手術への気持ちの焦点化」を行っている。こうした2つの回避を通して、患者は、死への脅威に対して心理的バランスを保とうとし、手術に臨む心構えを作ろうとしていることが示唆される。また同時に、患者の気持ちの安定に影響を及ぼす要素として「人間関係の重要性の再認識」が挙げられているが、手術前後の患者を支えるソーシャル・サポートを考える上で重要な指摘と考えられる。

続いて、若崎・掛橋・谷口（2006）では、周術期にある初発がん患者の心理的状況として、以下のようなプロセスが示されている。手術後は、手術を終えた安堵感から「退院後の生活へ

の期待」が高まる一方で、術後の生活への憂慮と同時に、「長期治療を引き受けざるを得ない状況の予感」を感じ、これから長く続くがん治療を引き受けるのは紛れもなく自分自身であることに気づき、がんと共に生きることを予感することになる。そして、生活への憂慮や長期治療の予感に加えて、補助療法（薬物療法や放射線治療など、手術後に、がんの再発や転移の危険性を減らす目的で行われる治療）を受けるに当たっての「術後補助療法に伴う身体的自己像変化への気付き」が、すでに術後1週間の時期に意識化されることになる。また、手術を終了した患者は、「心境の変化に伴う生き方の再考」、つまり、がん罹患という体験を通じて、他者との関係を基軸においたこれまでの人生を回顧し振り返る時間を持つ中で、自分の役割を再認識し、また周囲の支えの存在を実感し、その上で、他者との関係のあり様を含む今後の生き方を吟味・再考し、今後の生き方に対する新たな考えを持ち、人生観を変化させることが生じる場合もある。そして、がん告知、手術、術後補助療法といった連なる危機的状況に直面する過程の中で、患者が、「生への希望」、「逆境の中の前向きさ」、「周囲の支えによる安心と感謝」といったポジティブな心理状況とともに、「がん罹患の自覚と動揺」、「役割遂行困難による心配」、「がん治療を引き受ける心の覚束無さ」といったネガティブな側面の心理を抱えていることが明らかにされている。

さらに、伊藤・若崎（2020）によれば、消化器手術を受けるがん患者の診断から手術説明までの心理的状況は、診断までは「不明である病気や余命の恐怖と嫌悪感」、症状や医師の反応から「自身によるがんの予感」を抱き、がんの告知に「動揺のないがん罹患の受け止め」をしつつも、手術の説明に対して、手術可能で命が助かる「がん罹患の肯定的な捉え」、「消化器が

ん罹患と手術決定の驚き」、「不可解な手術・人口肛門」、「がん罹患と見通しが持てない手術への懸念」を感じ、以前の手術と比較し「経験に基づく手術経過の予測」を立てながら、リスクを怖がっても「受け止めるしかない手術への覚悟」を決め、家族との「手術までの過ごし方の要望」を抱いている。このように、診断過程で得られる情報を手掛かりに、消化器手術を受けるがん患者は、がんを予期しており、その後、手術可能との説明に、生命の危機から一転し、治療方針の決定に安堵するものの、それでも受け入れられないがん罹患や消化器手術を容認せざるを得ない様子が推察される。

以上の研究結果からは、がん患者が、がんに関連する情報や行動などを回避することで、がんによる死への脅威に対処しながら、手術を受ける覚悟を決めていくプロセスが分かる。ただ、その覚悟は、生死を天秤にかけたうえでの決断であり、覚悟せざるを得ないという側面があることを、支援者は十分に理解する必要がある。また、手術の前後で家族をはじめとした周囲の人の支えを実感しているように、がん患者の支えとして人間関係が重要な機能を果たす。さらに、死が射程に入ることで、これまでの自身の人生を振り返り、他者との関係も含めた自身の生き方や価値観などを見つめ直し、時として人生観を変化させる場合がある。また、術後補助療法に伴うボディー・イメージの変化、社会や家庭内における役割についてなど、退院後の生活にかかわる気付きを抱えながら、今後続く治療も含めて、がんと切っても切り離せない生活をどのように受け止めていくかという課題が生じると考えられる。

#### 2-4. 手術前後の心理的状況におけるリスクファクター

前項までに、手術前後におけるがん患者の一

一般的な心理的反応を取り上げたが、手術という危機的状况に全ての患者が「適応」できるわけではない。そこで、ここでは、手術前後の心理的状况におけるリスクファクターを取り上げる。

Jacobson, P. & Holland, J. (1990/1993) は、患者ががん手術を心から納得して受け入れるための決定因子として、次の2種類を挙げている。第1は医学的要因であり、例えばがんの部位、病期、手術だけでがんが治るのかまたは他の治療法を併用するのか、手術の結果起こり得る機能障害、行い得るリハビリテーション、および外科医による患者の精神的ケアなどである。第2は患者側の問題で、がんの確定診断または、がんの可能性が高いという診断がなされること、麻酔と手術及びその結果、患者の精神的安定性（手術のストレスに対処する能力、精神障害がないこと）、および外科医との間の関係などに患者がどんな意味づけをするかが大きな要素となるとされる。そして、「これらの諸問題を注意深く考慮するならば、手術を施行することで問題が起きそうな患者を早期に識別できる」とし、手術前からの「見立て」の重要性が示唆されている。

また、患者が心理的衝撃を受けた情報に関する研究（佐藤，2004）によると、入院前の患者が、がんの診断や治療の説明に生命の危機を感じたのは一般的知識からであったのに対して、入院後の患者は、医療者や同病者との交流といった環境の変化によって、情報量や体験が増えていき、診断や治療が現実のものとなり、不安を強くしていたことが報告されている。ここから、入院を機に、具体的な情報を得ることは、支えになる一方で、新たな不安が生じる可能性があることが示唆される。

さらに、QOLの観点からの研究によれば、不安の高い群は低い群よりもQOLが低く、抑

うつの高い群よりも低い群の方が有意にQOLが低いことが示されており（松下・松島，2005）、不安や抑うつがQOLに与える影響の大きさが示唆される。実際、不安は身体症状に影響し（鈴木・轟・宮岡，2001）、QOLを低下させる要因にもなり、不安が高いほど副作用を経験しているとの報告もある（荒川，1996）。また、抑うつが患者のQOLの全般的低下の原因になり得ることも示されている（Grassi, L., Indelli, M., Marsola, M., et al., 1996）。さらに、情緒優先対処行動を取りやすい者、つまり、情緒的に反応しやすい者は、不安・抑うつが高く、情緒機能を含めたQOLが変動しやすく、また、退院前にQOLが低くなる特徴があることが指摘されている。ここから、対処行動の中でも、特に情緒優先対処行動がQOLに関連していることが示唆されている。また、術後1年のQOLを予測する因子を明らかにする研究（Shimozuma, K., Ganz, P.A., Paterson, L., et al., 1999）では、術後1ヶ月目に高度の気分の落ち込みがあること、不良なボディ・イメージを持っていること、病期が進行していることが、1年後のQOLの悪化を予測する有意な因子として指摘されている。さらに、レジリエンスの一要素である肯定的な未来志向性が、身体状況QOL、精神・心理状態QOL、社会性QOL、全体的なQOLに良い影響を示すことも明らかにされている（若崎・谷口・掛橋ほか，2007）。

その他、患者の年齢層に着目すると、山田・奥野（2004）では、60歳以上の患者は60歳未満の患者より、入院時に「抑うつ落ち込み」、「混乱」で感情状態が有意に悪化することが示されている。この研究では、調査対象者全体の平均年齢が66.9歳であり、高齢者のデータを反映している可能性が高いとの指摘がなされているが、その結果からは、入院時の感情状態が最も悪く、以後、「緊張不安」は改善するが、「抑うつ

つ落ち込み」、「活気」、「混乱」は悪化傾向が続く、外来通院時に再び「抑うつ落ち込み」、「活気」が悪化傾向になり、退院以降も、「要注意」、「専門家の受診を考慮する必要あり」を示す患者は40～50%存在することが示されている。さらに、高齢のがん患者の具体的な不安としては、「再発あるいは転移」、「再手術への不安」、「衰弱した身体に対する否定的な感情」、「体力の低下を自覚しながら生きていくことへの不安」、「今後の生活に見通しが立たないという不安」が挙げられている（山田・奥野，2004）。こうした研究結果からは、他の年齢層と比べて、高齢のがん患者は、がんに対する不安と老化に伴う不安が複雑に絡み合っており、「不適応」を引き起こす可能性が高いことが示唆される。しかし、その一方で、福江ら（1995）によると、手術時の年齢が60歳未満の患者が、60歳以上の患者に比べ怒りが強かったことが報告されている。また、50歳未満の若年層の乳がん患者は、50歳以上の高齢層と比べ、入院時、手術時、術後5日において、有意に状態不安が高いことが示されており、さらに、特性不安も、高齢層に比べて、若年層で高い傾向にあり、外来・手術後3年では有意差が認められている（松木・三木・越村ほか，1992）。また、明智（2000）や西村ら（2004）においても、がん患者の抑うつ・不安に関連する因子として若年者が挙げられており、特に乳がんを代表とした婦人科がんについては、若年層が高齢層に比較し、日常生活に対するインパクトがより大きいことが指摘されている（田中ら，1996；田中ら，1995）。これらの研究結果からは、がんの種類による違いもあるが、若齢と高齢のいずれも、「不適応」を引き起こすリスクファクターになる可能性があると考えられる。

### 3. 手術前後におけるがん患者への心理的支援

ここまで述べてきたように、手術を受けるがん患者は、告知、手術、退院後の社会生活への「適応」など、短期間で多くのストレスフルな状況に遭遇することとなる（白尾，2003）。特に、患者にとって手術が危機的な局面の一つであることが改めて認識させられる。Anderson, K. O. & Masur, F.T. (1983) は、患者に不安や恐れなどの気持ちを言葉で表現し、情緒的支援や安心感を抱いてもらうことが、主に手術後の適応度を良くすることに貢献すると指摘している。しかし、手術前後におけるがん患者の心理的反応を踏まえると、手術前だけでなく、治療の意思決定場面、手術後、日常生活への復帰が迫る退院前、さらには退院後の心理的支援が重要になってくる考えられる。そこで、その後のがんとの関わりを左右する治療の意思決定場面、不安や抑うつが高くなるとされる手術前、社会復帰が迫る退院前の3地点に着目し、そこでの心理的支援において、配慮すべきポイントについてまとめていく。

まず、いずれの地点においても、患者が治療の主体としてみなされ、主体的な自己決定を行うことが重要である。しかし、その一方で、時として、そうしたスタンスは、極端に言えば、「病気を受け入れて積極的に治療に参加すべき人」（佐藤，2004）として患者をみなし、がんの「受容」やがんと共に生きる生活への「適応」を強制しかねない危険性を孕む。その点に関して、野島（1982）が、指摘していることは示唆深い。入院から退院確定と経る過程において、患者には、「安堵と一時的平穩→拘囚感と不安・恐怖・期待・希望→心理的静穩の自覚→終了感・達成感・生命再確保感・よろこび→予後・再発・身体像の変容に対する不安と恐怖」が生じる。このように、がん患者においては、不安が発生し、

軽減・解消しては新しい不安が発生するという波型の反応推移が認められ、また、同一地点においては、複数のアンビバレントな感情が同時に体験されている。これらのことを念頭に置き、患者の心理的反応を一面的に理解しないことが必要である。

また、がん患者にとってのソーシャル・サポートの重要性も認識しておくべきである。田中ら(1998)によれば、身近な相談相手の存否と精神障害の有無との有意な相関がみられることが報告されており、佐藤・中田(2006)によれば、「病気について相談できる人数では、「3人以下」の患者は「4人以上」の患者より感情状態は悪化しており、退院時の「混乱」に有意差がみられ、「要注意」「専門医の受診を考慮する必要あり」を示す人数が有意に多かった」ことが示されている。また、ソーシャル・サポートの対象としては、DakofとTaylor(1990)の研究では、がん患者は家族からの情緒的サポート、医療従事者からの情動的サポートを受けることが有益であると報告されている。大川(2001)も、術前のがん患者が情緒的支援ネットワークを知覚していた場合、抑鬱・落ち込み、疲労などの感情が低くなるとの結果のもと、主に家族からの情緒的支持を受けたことで、ストレス状況が緩和され、家族の絆を再認識できたと考察している。ただ、その一方で、家族に対して多くを希望せず、「今のままで十分である」、「むしろ心配しないほしい」と言っている患者が多く見られたことも報告されている(高井, 2011)。ここから、家族は、ソーシャル・サポートの対象として重要であるが、患者が家族に迷惑をかけたくないなどの複雑な思いを抱き、家族にサポートを求めにくい可能性が示唆される。そこで、場合によっては、他のがん患者に対して情動的サポート、情緒的なサポートを求める患者もいる。そのため、他の患者とのネットワー

クへの仲介役も大事な心理的支援の一つになるだろう。そして、前節で述べた心理的状況におけるリスクファクターを念頭に置きながら、患者が、心理的負担やQOL低下にみまわれやすいリスクを持っているかどうかを、早期の時点で「見立て」、その情報を他の医療者と共有し、個々の患者に合わせた支援体制を整えることも大切と考えられる。

では、こうした前提を踏まえて、治療の意思決定場面の心理的支援では、どのようなポイントに配慮すべきであろうか。既に述べたように、外来でのがん告知と手術説明が同時に行われることが多いため、この時期は、患者のこころの整理と意思決定の支援が求められる(伊崎・若崎, 2002)。その際、病名告知による衝撃の程度を把握し、場合によっては、多くの情報を与えるよりも、まずは患者の心理面を支える姿勢が必要になってくる(菅原・佐藤・小西ほか, 2004)。そこで、心理職には、情報を共に整理し、患者の情報の受け入れの程度を見極めながら、まずは、病名告知を巡る思いにじっくり耳を傾けていくことが求められる。また、白尾・植村(2003)が、「患者が納得したうえで、より安全で安楽な治療を受けることができるためにもっとも重要なキーパーソンは治療の提供者としての医療者である」と指摘している。ここから、心理専門職は、まず患者が主治医としっかり治療方針について話し合っているかどうかを確認し、十分な話し合いができていない場合、その仲介役になることが重要であると考えられる。同時に、患者が治療方法を選択する際の疑問や葛藤に寄り添い、患者が必要とする情報があれば、その情報を持つ専門家に患者をつなげていく役割を担う必要もあるだろう。

次に、手術前と退院前の心理的支援についてであるが、留意すべきは、近年、医療制度の改革により、がん手術を受ける患者の在院日数が

より短縮化される傾向にある（がん情報サービス, 2022）点である。このような状況が患者にどのような影響をもたらすかについて、心理職は十分に理解しておく必要がある。がんやがん治療による身体的・心理社会的苦痛により生活を送る上での負担があっても、患者自身がその負担への対応や見通しがわかると安定し、家で自由に生活することを望んでいる（小西・佐藤・佐藤ほか；2002）。このように、入院期間の短縮化は、社会復帰が早くなるなどのプラス面も多い。しかし、一方で、入院期間の短縮は、不快な症状を抱えたまま退院し、病院から離れた療養場所で心身の回復を待つことが求められる状況でもある（坂東・雄西・今井, 2020）。実際、患者の「満足」が、入院中は、退院後の2倍であったとの報告もなされており（岩崎・池田・石川ほか, 2002）、入院中は手術前後の不安もありながら、医療者による集中的なサポートを受けられる点で満足感も得られると考えられる。ここから、支援が手薄と感じさせないために、また、がんを抱えながらの社会復帰を支えるためにも、入院中から退院後を見通した支援内容を患者・その家族と共に検討し、退院後の継続した心理的支援につなげることが重要になってくるだろう。

では、手術前の心理的支援としては、現在、どのようなことがなされているのだろうか。治療に関連した心理的問題で多いのが、専門的な知識の不足からくる（明智, 2003）とされており、術前患者への心理教育的ケアは、主に情報提供によって行われている（白尾・植村, 2003）。情報提供の効果は、術後の回復や痛み、心理的苦痛に対して有効であるとされている（Devine, 1992；Dodds, 1993）。しかし、その一方で、患者の不安の程度により、患者の情報のニーズも異なるという報告もなされている（Shuldham, 1999）。近年では特に、SNSが普

及し、情報過多になる場合が想定される。そこには、一面的な情報や特定の個人にのみ当てはまる情報なども紛れている可能性があるため、情報を精査するだけでなく、患者が情報をどのように受け取っているのかを確認していくことも必要と考えられる。実際、患者が、手術や病気について考えることを回避する対処行動を取ることが指摘されている（安藤・白尾・服部ほか, 2004；大堀ほか, 2000；白尾・植村, 2003）。そのため、患者の心理状態を踏まえて、情報の質や量、タイミング、伝え方について他の医療者ととも慎重に検討する必要があると考えられる。そして、必要な時期に必要な情報が提供できるようにするためには、患者の心理状態を早期に「見立て」、その「見立て」を他の医療者と共有することが重要になってくる。また、明智（2000）は、外科医が一般的な心理的ケアに加えて、患者が不安を抱えている手術に関する内容（麻酔、外科的処置、予想される入院期間、術後の機能障害、可能なりハビリの内容など）を十分に説明することが重要であることを指摘している。適切な医学的情報が提供され、また、そうした情報のコミュニケーションの過程を通して、外科医をはじめとする医療スタッフからの心理的支援の存在を感じることができると、患者の「適応」は良好なものになることも示されている。このような医療者からの心理的支援の体制を作るためにも、医療者間で患者の心理状態の「見立て」を共有することはやはり重要と考えられる。そのためには、術前に心理職による面接を短時間でも実施すること、それが無理な場合には、医師に同席することで、心理職からの「見立て」を提示することが大切である。同時に、そうした心理職との接触は、患者に心理的支援の存在を感じてもらい機会にもなるだろう。

続いて、退院前の心理的支援についてである

が、「術後の回復過程は個人差があり、症状は純粋に身体的なものも精神的なものも存在せず、身体の不快感は常に患者自身の気分や闘争心に影響を与える」(2016)と指摘されている。ここから、身体症状と心理状態の関連性を十分に理解し、心理状態だけでなく、身体状況の丁寧な聴き取りを行い、それらを総合したうえで、改めて「見立て」を行う必要があると思われる。また、退院後、患者が社会生活に戻ることを踏まえて、患者の家庭生活を含めた社会生活における活動内容や他者との関係において担う役割といった社会面(若崎・掛橋・谷口, 2006)を理解することは重要になってくる。例えば、佐藤(2004)は、患者が「がんは社会的関係性を破綻させる」との思いを抱いており、がんがそれまでの患者の社会的存在や生活を脅かすことを明らかにしている。実際、身体的機能の障害などによって、それまでの役割遂行が困難になり、疎外感や抑うつ感を抱くこともある。また、身体的機能の障害やボディー・イメージの変化は、患者に喪失感を抱かせることもあり、その喪失を巡る思いに寄り添うことも大切になってくると考えられる。

## 総合考察

がん患者が体験する過程を改めて記述すると、患者は、診断前後をピークに、不安と抑うつの高まりを感じ、急性の不安は徐々に収まってくる。しかし、入院など、次々に訪れる新たな局面で、新たな不安や心配を抱くことになる。また、手術という生命の危機の局面にも、向き合わざるを得ない。治療の副作用や、ボディー・イメージの変化にも対処していかなければならない、そして、退院や治療の完了は、喜びの一方で、医療従事者との集中的な接触によるサポートや安心を失い不安が喚起される体験とな

るかもしれない。また、家庭や職場など、以前の社会的役割に復帰することへの困難を感じるかもしれない。このように、がん患者は体験する過程には、様々な苦痛が伴う。その際、心理職は、「治療段階によって苦痛の種類も異なる可能性があり、単に苦痛があるかどうかや、その強弱ではなく、患者らの抱える苦痛について、その内容を質的に理解する必要がある」(駿地, 2018)。

また、がんの告知を契機に、患者は「他者との関係を基軸においたこれまでの人生を振り返り振り返る時間」(若崎・掛橋・谷口, 2006)を持ち、人生観が変わる場合も多い。ここから、支援者には、がんによって変化した心境や人生観を踏まえた実存レベルでの関わり、また、その人の人生の中にがんを位置づけていく過程を支えることが求められる。

さらに、今後注目していかなければならないのが、がんの種類・部位、患者の性別による違いである。たとえば、消化器がんの場合、性別によるHADSおよびSDS得点はいずれも有意差は認めなかったという結果(松下・松島, 2005)の一方で、同じ消化器癌でも、女性は男性よりも「専門家の受診を考慮する必要あり」が多かったとの結果(佐藤・中田, 2006)も出ている。また、胃がん患者の情緒状態については、健常者と比較して怒り・敵意が手術前後を通して低く、女性患者では不安や抑うつ気分が退院時にも持続しているとの報告もなされている(千崎, 2001)。さらに、女性の方が、苦痛の程度や割合が大きいの(駿地, 2018)との報告もあり、その背後には、たとえば、乳がんや子宮頸がんの場合、ボディー・イメージの変化や実際の外見の変化に伴う苦しみ、女性性の喪失などを感じることに影響が考えられる。これらのことから、今後は、がんの種類・部位、患者の性別による心理的反応の違いを明らかにし、

個々のがん患者の「見立て」に役立てていく必要があるだろう。

## 文献

赤嶺依子・具志堅美智子・池原香織 (2001). 乳癌術後患者の不安と対処行動の関連性 - STAI と CISS による検討 - . 母性衛生, **42**, 798-805.

明智龍男 (2000). 「うつ状態」のアセスメントと対応の実際. エキスパートナース, **16** (13), 46-49.

安藤千英子・白尾久美子・服部淳子・山口桂子 (2004). はじめてがんに罹患した患者の術前の心理的プロセス. 日本看護研究学会雑誌, **27** (3), 200.

荒川唱子 (1996). 癌化学療法による副作用と選択的要因との関係. 日本看護科学学会誌, **16**, 21-29.

浅野美知恵・佐藤禮子 (2001). がん患者と家族員の手術療法後の社会復帰における対処過程と看護援助. 千葉看護学会誌, **7** (2), 17-23.

坂東孝枝・雄西智恵美・今井芳枝 (2020). 術後回復過程にある肺がん患者の Hope の体験. 日本がん看護学会誌, **34**, 41-49.

Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D.S., Brown L.L., Cross, P.A. (1985) A psychological analysis of cancer patients and their next-of-skin. *Cancer*, **55**, 72-76.

千崎美登子 (2001). 胃切除を受ける胃がん患者の情緒状態と対処行動に関する研究. 北里大学看護学会誌, **4** (1), 11-20.

Devine, E. C. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients : a meta-analysis pd studies. *Patient Education and Counseling*, **19** (2), 129-142.

Dodds, F. (1993) . Access to the coping strategies ; men-aging anxiety in elective surgical patients. *Professional Nurse*, **9** (1), 45-52.

蛭子真澄 (1995). 胃癌で手術療法を受ける患者の病名のうけとめかたと心理的プロセス. 日本がん看護学会誌, **9** (1), 37-45.

蛭子真澄 (2001). 胃がん術後患者の治療後回復早期の心理状態. 日本がん看護学会誌, **15** (2), 41-51.

藤田美知子・丸山美香・島理恵子 (2001). がん告知後の患者の不安および抑うつ度調査 - HAD 尺度を用いて-. 新潟がんセンター病院医誌, **40** (2), 91-96.

福江真由美・内富庸介・石田百合ほか (1995). 乳がん患者の感情状態とその要因 - 外来通院患者の

調査より-. 臨床精神医学, **24**, 1359-1365.

がん情報サービス (2022). [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/summary.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html)

Grassi, L., Indelli, M., Marzola, M., et al. (1996). Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, **12**, 300-7.

Gustafsson, O., Thoreorell, T., Norming, U. ,et al. (1995). Psychological reactions in men screened for prostate cancer. *Journal of British Urology*, **75**, 631-636.

Hack, T.F., Degner,L.F. (1999). Coping responses breast cancer : A cluster analytic approach. *Breast Cancer Research and Treatment*, **54**, 185-194.

Harrison, J., Haddad, P., Maguire, P. (1995). The impact of cancer on key relatives : A comparison of relative and patient concern. *European Journal of Cancer*. **31A** (11), 1736-1740.

Holland, J. C., Rowland, J. H. (Eds) Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, New York. 河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳 (監訳) (1993). :サイコオンコロジー — がん患者のための総合医療 〈1〉. メディサイエンス社.

Hughes, K. K. (1993). Psychosocial and functional status of breast cancer patients : The influence of diagnosis and treatment choice. *Cancer Nursing*, **16**, 222-229.

飯野京子・小松浩子 (2002). 化学療法を受けるがん患者の効果的なセルフケア行動を促進する要素の分析. 日本がん看護学会誌, **16**, 68-78.

板垣裕・南ちひろ・加藤治人ほか (1993). 周術期患者の心理状態に関する研究. 麻酔, **4**, 523-528.

稲本俊・阪田麻奈・小堂登志子・中川拓也・小澤由美子・二位希美・西川由花・堀口真由美・山田希理子 (2002). 乳癌の手術を受けた患者の手術前後の心理的变化. 健康人間学, **14**, 39-47.

伊藤奈美・若崎淳子 (2020). 消化器手術を受けるがん患者の診断から手術説明までの心理的状況. 日本看護研究学会誌, **43** (3), 564.

岩崎朗子・池田紀子・石川利江・鈴木真理子・田村正枝 (2002). がん患者の心理的ケアに関する研究 -がん告知に対する医療者・患者の認識及び看護婦の役割について-. 長野県看護大学紀要, **4**, 85-93.

近藤奈緒子・清水小織・渡辺真理ほか (2004). 乳房

- 温存療法で放射線治療中の外来乳がん患者の日常生活上の気がかり. *日本がん看護学会誌*, **18**, 54-59.
- 久保田彰・古川まどか・福島啓文・山下浩介・杉山正人・西海智子・矢野間俊介・加賀田博子・谷垣裕二 (1998). がん告知が頭頸部がん患者のQOLに及ぼす影響. *日本頭頸部癌学会誌*, **24** (1), 56-60.
- 松木光子・三木房枝・越村利恵・鹿島泰子・大谷英子 (1992). 乳癌手術患者の心理的適応に関する縦断的研究 (1) - 術前から術後3年にわたる心理反応 -. *日本看護研究学会雑誌*, **15** (3), 20-28.
- 松下年子・松島英介 (2005). 手術を受ける消化器癌患者の不安、抑うつおよびQOL (Quality of Life) と対処行動の関連. *日本保健科学学会誌*, **8** (1), 5-14.
- Mahon, S.M., Casperson, D.S. (1995). Psychosocial concerns associated with recurrent cancer. *Cancer Practice*, **3** (6), 372-380.
- Maly, R.C., Umezawa, Y., Leake, B., et al. (2004). Determinants of participation in treatment decision-making by older breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treat.*, **85** (3), 201-29.
- 桃田多香子・田村綾子 (1994). 日本版STAIによる手術患者の不安の検討. *徳島大学医療技術短期大学部紀要*, **4**, 117-123.
- 西村勝治・堀川直史 (2004). がん患者の抑うつと不安. *臨床精神医学*, **33** (5), 525-531.
- 野島良子 (1982). 乳癌患者における心理的反応の推移. *日本看護研究学会雑誌*, **5** (2), 32-40.
- 尾形美智子・多田昭江・寺尾紀子 (1986). STAIによる乳癌患者の不安調査. *臨床看護*, **12**, 1702-1705.
- 温井由美 (2002). 乳房温存術を受ける患者の術前・術後のストレス・コーピング. *日本看護学会論文集第23回成人看護I*, **23**, 17-19.
- 大堀洋子・森山美千代・佐藤紀子 (2000). 乳癌術後の患者の気持ちの変化と対処行動 - 外来で補助化学療法を受けている患者へのインタビューの結果から. *日本がん看護学会誌*, **14** (1), 53-59.
- 大川明子 (2001). 術前癌患者の感情に影響する要因に関する研究 知覚された支援ネットワークとHLOCに焦点をあてて. *日本看護学会誌*, **21** (3), 21-29.
- 大川宣容 (2016). 手術を受けた肺がん患者の身体経験 手術後早期に焦点を当てて. *日本がん看護学会誌*, **30** (1), 5-13.
- Ozalp, G., Sarioglu, R., Tuncel, G., Aslan, K., & Kadiogullari, N. (2003). Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, **47** (1), 26-29.
- 小澤桂子・佐藤禮子 (1994). がん化学療法を繰り返す患者の退院後のコーピングと治療についての意識. *日本看護科学学会誌*, 304-305.
- 佐藤富美子 (2004). 乳がん患者が術式選択をめぐる心理的衝撃を受けた情報とその対処. *日本がん看護学会誌*, **18** (2), 47-55.
- 佐藤恵子・中田伸司 (2006). 手術を受けた消化器がん患者の感情状態とそれに影響する要因 - 入院時、退院時、外来通院時のPOMSなどによる質問紙調査 -. *日本看護学会誌*, **16** (1), 83-89.
- 佐藤まゆみ・佐藤禮子 (2002). 乳房温存療法を受ける乳がん患者の術後1年間の心理的变化. *千葉看護学会誌*, **8** (1), 47-54.
- 千田好子 (1990). 乳がん患者における手術前の心理的反応の推移 - がん告知時 (入院前) の心理状況および入院後のストレスとコーピング. *岡山県立短期大学研究紀要*, **33** (2), 125-130.
- 千田好子・板村和江 (1990). 乳癌患者における手術後の心理的ストレスとコーピング. 第21回日本看護学会集録 成人看護I, 181-183.
- Shimozuma, K., Ganz, P.A., Paterson, L., et al. (1999). Quality of life in the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research and Treatment*, **56**, 45-57.
- 白尾久美子 (2003). 手術を受けたがん患者の社会生活への適応に関する研究: 入院中の心理的体験. *日本看護研究学会雑誌*, **26** (3), 353.
- 白尾久美子・植村勝彦 (2004). がん患者の手術前・手術後の心理的状況. *愛知淑徳大学論集 - コミュニケーション学部篇 -*, **4**, 87-97.
- 白尾久美子・山口桂子・大島千英子・植村勝彦 (2007). がん告知を受け手術を体験する人々の心理的過程. *質的心理学研究*, **6** (6), 158-173.
- Shuldham, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *Nursing Studies*, **36**, 171-177.

- 末益公人・竹尾健 (1997). 乳房切除症例と乳房温存症例の術後 QOL. 埼玉県医学会雑誌, **32**, 385-389.
- 忽滑谷和孝 (1996). 乳癌患者の心理における長期追跡調査 - 乳癌患者の理想的告知に関する研究. 東京慈恵会医科大学雑誌, **11**, 165-182.
- 駿地眞由美 (2018). がん患者らの心理的苦痛に関する研究の展望. 追手門学院大学心理学部紀要, **12**, 13-38.
- 高井俊子 (2011). 乳がん患者の術後経過別にみた要望とソーシャル・サポートに関する研究. 奈良看護紀要, **7**, 53-60.
- 武居明美・伊藤民代・狩野太郎・小野関仁子・前田三枝子・堤壮一・朝尾高行・桑野博行・神田清子 (2005). 外来で化学療法を受けているがん患者の不安の分析. 第51回北関東医学会総会. **55**, 133-139.
- 田中耕司・垣替芳隆・吉良勲ほか (1995). 婦人科癌患者の心理社会的調査. 厚生年金病院年報, **22**, 181-188.
- 田中耕司・垣替芳隆・金蔵常一 (1996). 婦人科癌患者の心理社会的調査 (第2報). 厚生年金病院年報, **23**, 211-216.
- 田中耕司・米倉ゆかり・峯修平ほか (1998). 婦人科がん患者における精神の障害. 精神医学, **40**(11), 1193-1199.
- 筒井末春 (監修) (1999). がん患者の心身医療. 新興医学出版社.
- 寺崎友香・森本美智子 (2008). 泌尿器がん患者の手術前・後 (退院前) における心理と身体症状の傾向. 日本看護研究学会雑誌, **31** (3), 322.
- 内富庸介・福江真由美・皆川英明 (2000). 第一章 がんに対する反応 2. がんに対する通常反応. 山脇成人 (監). 新精神科選書① サイコオンコロジー がん医療における心の医学. 診療新社. 8-19.
- 上田稚代子・関美奈子・竹村節子 (2001). 乳癌患者の術前・術後の心理的状況の分析. 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, **5**, 19-25.
- 上田伊佐子・雄西智恵美 (2011). 再発・転移のある乳がん患者のコーピング方略と心理的適応. 日本看護科学会誌, **31** (2), 42-51.
- 若崎淳子・掛橋千賀子・谷口敏代 (2006). 周手術期にある初発乳がん患者の心理的状況. 日本クリティカル看護学会誌, **2** (2), 62-74.
- 若崎敦子・谷口敏代・掛橋千賀子・森將晏 (2007). 成人期初発乳がん患者の術後の QOL に関わる要因の探索. 日本クリティカルケア看護学会誌, **3** (2), 43-55.
- 渡邊直美・鎌村やよい (2014). 手術療法を受けるがん患者の意思決定に影響する要因. 日本がん看護学会誌, **28** (1), 5-10.
- 山脇成人・内富庸介 (1997). サイコオンコロジー がん医療における心の医学. 診療新社. 197-215.
- 柳生敏子 (1985). 乳癌患者の術後ケアとリハビリテーション. 看護技術, **31** (14), 81-85.

*Abstract*

## Patients' Psychological State and Psychological Support for Them Before and After Cancer Surgery

Akiko SHIMIZU

This study reviewed mainly empirical studies of patients who underwent cancer surgery and examined patients' psychological state before and after cancer surgery. Cancer diagnosis places death in the patient's life, not as an idea, but as a physical (physicality) experience.

In this context, patients cope with the threat of death from cancer by avoiding cancer related information and actions, while preparing to undergo surgery (as a means of avoiding death). In the solitude and anxiety of facing death, relationships play an important function in supporting the patient before and after the surgery. In addition, the prospect of death may cause the patient to look back on his or her life, reexamine his or her way of life and values, and change his or her outlook on life. The patient may have concerns about life after discharge from the hospital, such as changes in body image and roles in society and the family, and may face the issue of how to live with a life that is inseparable from cancer.

Based on the previous findings, the following suggestions were made regarding psychological support for cancer patients before and after surgery. In treatment decision-making situations, psychologists are required to organize information together and listen carefully to the patient's thoughts and feelings surrounding cancer diagnosis, while assessing how the patient accepts the information. The psychologist may need to serve as an intermediary between the patient and the attending physician or other health care providers. It is important for psychologists to assess the patient's psychological state at an early stage, share the assessment with other medical professionals, and create a support system involving other medical professionals.

In this context, the quality, quantity, timing, and delivery of information should be carefully considered with other medical professionals, based on the patient's psychological state. During hospitalization, the content of support with a view to post-discharge should be discussed with the patient and his/her family, leading to ongoing psychological support after discharge. Before discharge, it is important to attend to the feelings surrounding the hurt and loss of masculinity and femininity due to physical dysfunction and changes in body image.

Key words: cancer surgery, psychological support, the placement of death on life