

原著

# がん患者の能動的実践的態度への ケアリング行為の影響の分析

重久加代子, 下永吉麻里, 兵頭明和

## 【要旨】

目的：がん患者の能動的実践的態度へのケアリング行為の影響を明らかにする。

方法：Aがんセンターのがん患者82のデータを分析対象とした（有効回答率46.9%）。分析は従属変数を能動的実践的態度の前後差，主要な独立変数をケアリング行為総合得点（38行為単純平均），その他の独立変数を入院時の能動的実践的態度，PS1以上の制限の有無とした重回帰分析を行った。

結果：入院時の能動的実践的態度の高低，PS1以上の制限の有無にかかわらず，能動的実践的態度の前後差へのケアリング行為の影響を小程度認めた（影響0.055，影響の大きさ $r=0.280$ ）。

結論：これらより，38のケアリング行為の実践は全体として，能動的実践的態度に影響を与え，がん看護のケアリングとしてがん患者のQOLに寄与することが示唆された。

【キーワード】 がん患者，がん看護，ケアリング行為

## I. 序論

ケアリングは1980年代の米国で，高度医療技術に対して，Quality of life（以下，QOLと記す）や看護専門職としてのありかたが問われ研究が進められた<sup>1)</sup>。Swanson はケアリングが看護実践にあるとき，患者は尊厳や安全，セルフコントロールが得られることを明らかにしている<sup>2)</sup>。また，ケアリングの概念分析の帰結では，患者のQOLの維持・向上や自己実現等を得られることが報告されている<sup>3)</sup>。

わが国では1981年よりがんが死因の第1位を占めており，2018年の死亡数は37万人を超え，年間100万人ががんに罹患していること等より，がん医療の質向上は国家的課題となっている<sup>4)</sup>。

Bennerはケアリングの実践は看護実践の核であり，その人が有する強みと資源を確認し，技術的な治療・処置を安全で許容できるものにする実践であり，元の生活世界を回復・維持するよう援助するものであると述べている<sup>5)</sup>。そのため，がん看護に携わる者の責務としてケアリング能力を高めることが提唱されており<sup>6)</sup>，がん患者の尊厳を守り，その人らしく生きることを支えるがん看護を提供するためにはケアリングの実践が必要である。

がん看護におけるケアリングの研究では，終末期がん患者の希望が支えられるケアリング<sup>7)</sup>や，終末期の若年性がん患者へのケアリングとして残された時間の中にある日常を尊ぶ等<sup>8)</sup>が報告されている。また，

---

SHIGEHISA Kayoko：宮崎県立看護大学  
SHIMONAGAYOSHI Mari：埼玉県立循環器・呼吸器病センター  
HYOUDOU Terukazu：前国際医療福祉大学大学院(統計学)

M. ニューマン理論に基づく実践的看護研究では、老年期がん患者が新しい生き方を見出そうとする変容<sup>9)</sup>や自由な動きを奪われる体験をしている在宅がん患者と家族が内部にもつ力を発揮できることが明らかにされている<sup>10)</sup>。さらに、進行がん患者のスピリチュアルペインのためのケアリング<sup>11)</sup>、重要他者ががん患者のケアで重要とみなすケアリング<sup>12)</sup>や看護師と患者のケアリングの認識に関する研究<sup>13-15)</sup>が行われている。

加えて、佐藤らはがん患者のQOL尺度を用いた研究の動向と課題の中で、疾患や副作用症状とQOLとの関連性は明らかにされており、患者のQOLを維持・向上させる看護援助への示唆になると報告している<sup>16)</sup>。しかし、QOLは人生の良い状態のことであり、個人が自分の人生にいかにか充実感や満足感をもっていかという認識であるため<sup>17)</sup>、がん腫別や症状別、または個人の人生の良い状態をどのように捉え看護するかは難しい。それでも、がん患者は、がんでであると診断され、がん治療を受ける時、患者は身体の持つ治癒力・回復力を見失ってしまうことがあるため、がんの苦しみを減らし、QOLを高める必要がある<sup>18)</sup>。

以上のように、がん看護のケアリング研究は進められているが、ケアリングは抽象度の高い概念であり、未だ統一した見解を得られていない<sup>19)</sup>。そのため、ケアリングの本質に迫るためにはケアリングの影響（効果）を明らかにすることが課題であるが<sup>20)</sup>、ケアリングの実践とその影響（効果）について量的に分析した研究はほとんどみられない。

そこで、本研究ではがん看護におけるケアリングの影響（効果）の手がかりを得るために、生き方尺度の下位尺度（板津,1992）<sup>21)</sup>である「能動的実践的態度」を用いて、がん患者の能動的実践的態度へのケアリング行為の影響を定量的に分析し明らかにすることを目的とした。

## II. 対象と方法

### 1. 本研究で用いる用語の定義

本研究のケアリングの定義は、先行研究より得ら

れた対象者を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかかわりを基盤に、人間的な親しみを感じられるかかわりや意思の疎通、主体的に療養するための情報の提供や患者中心の支援、特定の場において、対象者の人格を尊重したアートとサイエンスを駆使したケアの実践等より、以下のように定義して用いる<sup>22)</sup>。

[ケアリング]とは、「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」であり、[ケアリング行為]とは「実践する人が内的にもつケアリングを反映したケア」である。

### 2. 研究デザイン

縦断的調査に基づく量的研究であった。

### 3. 研究対象者

Aがんセンターに告知を受けて入院しているがん患者で、研究協力の意思表示および自身で調査票に回答でき、入院時に調査協力の依頼をして協力を得られた175名を対象とした。

### 4. データ収集方法

#### 1) 調査方法

(1) がんの告知を受けた患者が入院した時に、研究の主旨を説明し調査協力を依頼した。

(2) 調査は入院時と退院時の2回行うため（対応のあるデータ）、2回分の調査票と研究の主旨、研究協力の方法、所要時間、個人の匿名性と不利益の有無、研究成果の公表、調査の同意は調査票の提出をもって同意とすること、途中で調査協力を中止する場合の手続きなどを明記した「調査へのご協力をお願い」を同封し配布した。

(3) 回収は各病棟に回収箱を設置し、入院時と退院時に回収した。

#### 2) 調査内容

[入院時]

(1) 生き方尺度の「能動的実践的態度」7項目（板津,1992）<sup>21)</sup>

「生き方尺度」は、5下位尺度28項目からなり信頼性・妥当性が検証されており、生き方そのものがあるがままに捉えようとするところに特徴がある。

QOLに関連する人生への前向きな姿勢を評価する指標としては、緩和医療で永田らが用いたSense of Coherence<sup>23)</sup>もあるが、生き方尺度の下位尺度である能動的実践的態度は、能動的に生きることを反映しており、がん患者が現実を受け止め自分を見失わずに生きることを評価する指標として適切であると考へた。本尺度の得点は5段階のリッカートスケールで、5点から1点を配点し、合計を算出した。なお、生き方尺度を使用するにあたっては作成者の許可を得た。

「能動的実践的態度」の7項目の内容を以下に示す。

- ・努力をおしまずに、自分のできることに向かつて完全燃焼する
- ・自分のやることに最善の努力を尽くす
- ・時間や物を無駄にしない
- ・今という時を大切にす
- ・義務や責任を進んで果たす
- ・何か出来ることに専心する
- ・かけがえのない生命を精一杯生きる

## (2) 個人属性

性別, 年齢

[退院時]

### (1) 生き方尺度の「能動的実践的態度」7項目

### (2) ケアリング行為38項目

先行研究より抽出したケアリング行為38項目を用いた<sup>24-26)</sup>。項目の内容は対象者であるがん患者が質問の内容を理解でき、かつその意味が変わらないように注意しながら研究協力施設の共同研究者等と協議して表現を修正し、語尾を看護で統一した。測定は、「あなたが必要な看護を100とした場合」の受けた看護の程度を80以上～100(A), 60以上～80未満(B), 40以上～60未満(C), 20以上～40未満(D), 0～20未満(E)の5階級で選択してもらった。得点は各階級の中間値(階級値)を配点し、量的データ(間隔尺度)として扱った。

### (3) 個人属性

入院日数, Performance Status (以下,PSと記す)  
PSは日常生活活動を含めた全身状態を5段階で示し

た(0-日常生活に制限がない, 1-軽作業はできる, 2-作業はできない, 3-限られた自分の身の回りのことしかできない, 4-自分の身の回りのことは全くできない)。

### 3) 調査期間

調査期間は2016年1月～2月であった。

## 5. 分析方法

本研究は縦断的調査であるが、デザインとしては実験研究の経時的繰り返し測定(入院時と退院時に能動的実践的態度を測定)データに準ずるものである<sup>27-28)</sup>。

がん患者の能動的実践的態度へのケアリング行為の影響を分析するため、従属変数Yを能動的実践的態度の前後差(退院時-入院時)、主要な独立変数Xをケアリング行為総合得点(38行為単純平均)、その他の独立変数Z1を入院時の能動的実践的態度、Z2をPS1以上の制限の有無とし、いわゆる交互作用項X\*Z1, X\*Z2を含む重回帰分析を行った。偏回帰係数の大きさは対応する偏相関係数で評価した<sup>29)</sup>。評価の基準は、ギルフォードの基準(絶対値>.2)を採用した<sup>30)</sup>。統計ソフトはSPSS Ver22を用いた。なお、分析方法の詳細を資料に示す<sup>27) 29) 31-35)</sup>。

## 6. 研究における倫理的配慮

国際医療福祉大学の倫理審査委員会の承認(15-Io-62)を得た。また、施設の研究倫理審査の規程を遵守して実施した。特に、患者の負担に留意し、調査内容の精選や患者の心身の状態をよく観察し調査を依頼するように配慮した。

## III. 結果

### 1. 調査票の配布と回収状況

入院時調査協力の得られた175名に調査票を配布した。回収率は入院時172名、退院時130名であった。回収した調査票の中で、入院時と退院時の能動的実践的態度、退院時のケアリング行為、入院日数、PSに欠損のない82のデータを分析対象とした(有効回答率46.9%)。

## 2. 対象者の背景 (表1)

対象者の性別は男性46名 (56.1%) , 女性36名 (43.9%) , 平均年齢 (SD) は60.3 (13.1) , 平均入院日数は7.9 (4.0) であった。また, 日常生活に制限がない者は36名 (43.9%) であり, PS1以上で何らかの制限がある者は46名 (56.1%) であった。

## 3. 能動的実践的態度とケアリング行為の基本統計量 (表2)

能動的実践的態度の入院時の得点の平均は25.8 (3.9) , 退院時は26.0 (4.4) , 前後差は0.2 (3.1) であった。ケアリング行為総合得点 (38行為単純平均) は, 75.1 (14.8) であった。

## 4. がん患者の能動的実践的態度へのケアリング行為の影響の分析

### 1) モデル1の設定

Y : 能動的実践的態度の前後差 (退院時 - 入院時),  
X : ケアリング行為総合得点 (38行為単純平均),  
Z1 : 入院時の能動的実践的態度, Z2 : PS1以上の制限の有無として, 従属変数をY, 独立変数をX, Z1, Z2, X\*Z1, X\*Z2とする重回帰モデルを設定した (表3)。

なお, その他の独立変数Zとして, 性別, 年齢, 入院日数はXに追加しても結果的に意味がないため非選択とした。非選択の基準は以下の2つを同時に満たすこととした。

(1) 独立変数をX, Z, X\*Zとした場合X\*Zが省略可能 (偏相関係数の絶対値 $< .2$ )

(2) さらに独立変数をX, Zとした場合Zが省略可能 (偏相関係数の絶対値 $< .2$ )

重回帰分析の結果は表3のとおりである。X\*Z1は省略可能 (偏相関係数  $.027 < .2$ ) であるためX\*Z1を除いて再度重回帰分析を行うと, 更にX\*Z2も省略可能 (偏相関係数  $.049 < .2$ ) となる。

### 2) モデル2の設定 (モデル1の修正)

X\*Z1, X\*Z2はこの順で省略可能 (偏相関係数の絶対値 $< .2$ ) となるため, 最終的に従属変数をY, 独立変数をX, Z1, Z2とする重回帰モデルを設定した。重回帰分析の結果は表4のとおりである (表4)。

Xの偏回帰係数0.055はXが1増えるとYが0.055増えることを示しており, Xの影響と考えられる。この影響の大きさをXの偏相関係数で評価すると $r = .280$ でありYへのXの影響を小程度認めた。

モデル2の場合はXの偏回帰係数と偏相関係数はZ1, Z2の値にかかわらず一定値であるため, モデル1の様式に準じてZ1の高 (75%値) 低 (25%値) とZ2の有無を組み合わせると $2 \times 2 = 4$ 通り全てでXの影響と影響の大きさは同じ値となり, Xの影響 (偏回帰係数) 0.055, 影響の大きさ (偏相関係数)  $r = .280$ となる。

以上の結果, 能動的実践的態度の前後差へのケアリング行為Xの影響と影響の大きさは, 入院時の能動的実践的態度の高低, PS1以上の制限の有無にかかわらず一定で, Xの影響 (偏回帰係数) 0.055, 影響の大きさ (偏相関係数)  $r = .280$ となった。つまり入院時の能動的実践的態度の高低, PS1以上の制限の有無にかかわらず, ケアリング行為総合得点Xが1点増えると能動的実践的態度の尺度得点が0.055点増え, その大きさは偏相関係数 $r = .280$ であり小程度の影響を認めた。

## IV. 考察

本研究では質問紙を用いて, がん患者の能動的実践的態度へのケアリング行為の影響を明らかにすることを目的に量的研究に取り組んだ。人を対象にした調査は個人差が大きく分析が難しい。その対象者ががんを患い治療のために入院してきた患者であればなおさらである。そのため, 従属変数となる能動的実践的態度の評価は, 二時点の差をとり, 個人差が消去されるようにした。また, 主要な独立変数であるケアリング行為以外のその他の独立変数として, ベースラインとしての入院時能動的実践的態度と, PS1以上の制限の有無の二つを投入した。その一つであるPSは, 先行研究でがん患者のQOLに影響のある要因として報告されているが<sup>36,37)</sup>, 本研究でも能動的実践的態度に最も影響のある要因となっている (表4)。年齢, 性別, 入院日数は結果的に投入の必要

表1 対象者の背景 N=82

項目	度数 (%)	平均±標準偏差 (最小値～最大値)	25%値	75%値
性別	男性	46 (56.1%)		
	女性	36 (43.9%)		
年齢		60.3±13.1 (21～84)	52.5	68.3
入院日数		7.9±4.0 (1～23)	4	10
P S	0：制限なし	36 (43.9%)		
	1：軽作業可	45 (54.9%)		
	2：作業不可	1 (1.2%)		

表2 能動的実践的態度とケアリング行為の基本統計量 N=82

項目	(range)	平均値	SD	最少	最大	25%	75%
能動的実践的態度 (入院時)	(7～35)	25.8	3.9	15	35	23	28
能動的実践的態度 (退院時)	(7～35)	26.0	4.4	15	34	23	29
前後差 (退院時－入院時)	(-28～28)	0.2	3.1	-9	6	-2	2.3
1 治療の副作用が日常生活に及ぼす影響を考慮した身体的看護	(10～90)	76.6	17.8	10	90		
2 治療や検査等に伴う心身の苦痛をやわらげる看護	(10～90)	78.8	14.1	50	90		
3 再発などへの不安や再発による大きな衝撃があることを理解して支援する看護	(10～90)	71.5	20.8	10	90		
4 がんを患うことによるさまざまな苦悩を理解して支援する看護	(10～90)	73.4	19.1	10	90		
5 プライバシーに配慮して支援する看護	(10～90)	76.6	17.8	30	90		
6 生き方や価値観を尊重して支援する看護	(10～90)	72.2	19.4	10	90		
7 入院初期や治療開始及び告知の時などは、あなたの不安や苦痛が大きいことを理解して支援する看護	(10～90)	75.9	18.5	10	90		
8 あなたの要望の理解に努め、共に療養を支援するために細やかに対応する看護	(10～90)	78.0	14.7	30	90		
9 状況を的確に判断し対処する看護	(10～90)	80.2	15.2	30	90		
10 患者会などと交流の機会がもてるように情報を提供する看護	(10～90)	56.6	25.3	10	90		
11 あなたが自分自身で対処するために必要な知識や技術を提供する看護	(10～90)	74.9	17.9	10	90		
12 あなたが納得して治療を受けられるように、セカンドオピニオンや現在必要な情報を提供する看護	(10～90)	65.4	24.4	10	90		
13 治療方針や治療計画を理解しているかを確認し、支援や療養の仕方についてあなたの意見を取り入れた看護	(10～90)	73.2	21.4	10	90		
14 あなたを主体にして支援する看護	(10～90)	75.4	19.6	10	90		
15 あなたが現状を受け止め、自己決定できるようにかかわる看護	(10～90)	75.6	19.2	10	90		
16 あなたに関心を寄せ、苦痛を受け止めていることが伝わるようにかかわる看護	(10～90)	77.6	16.5	10	90		
17 本当の自分を失う状況があることを理解してかかわる看護	(10～90)	69.0	20.6	10	90		
18 同じような体験をしても、毎回1回きりの体験であることを理解してかかわる看護	(10～90)	68.3	21.1	10	90		
19 あなたの置かれている位置が理解でき現実的な目標を立てられるようにかかわる看護	(10～90)	72.9	18.4	10	90		
20 あなたの状態や治療に関して良い面を見出し励ます看護	(10～90)	75.4	18.3	10	90		
21 看護師が近づきすぎず、遠すぎずの距離で支援する看護	(10～90)	80.0	14.8	10	90		
22 夜間の状態を考慮し、起床の時間や処置などに配慮する看護	(10～90)	76.8	16.1	30	90		
23 あなたの処置や薬などの時間を守る看護	(10～90)	79.8	16.7	10	90		
24 あなたにとって安全で快適な環境を整える看護	(10～90)	77.8	16.6	10	90		
25 訴えやすいように見回り声をかける看護	(10～90)	79.0	16.4	30	90		
26 あなたや家族は試行錯誤しながら療養していることを理解してかかわる看護	(10～90)	75.5	17.1	30	90		
27 患者同士の交流は療養に影響することを理解してかかわる看護	(10～90)	65.2	21.8	10	90		
28 退院後の在宅療養では生活の中で疑問や不安が生じることを予測してかかわる看護	(10～90)	73.8	18.5	10	90		
29 あなたの求めに応じて手をにぎったり手を添えたりする看護	(10～90)	69.6	20.0	10	90		
30 あなたと名前呼び合う関係づくりをする看護	(10～90)	72.1	20.9	10	90		
31 身近な親しい人ようにかかわる看護	(10～90)	73.3	19.1	10	90		
32 朗らかに接する看護	(10～90)	80.5	15.1	10	90		
33 適切な言葉づかいでかかわる看護	(10～90)	81.2	14.4	10	90		
34 穏やかにかかわる看護	(10～90)	81.3	14.4	10	90		
35 看護師の思いや安心感が伝わるように接する看護	(10～90)	79.3	16.1	30	90		
36 あなたの話に耳を傾ける看護	(10～90)	82.2	12.5	30	90		
37 あなたの話を聴くときには、話しやすいような体勢をとる看護	(10～90)	80.2	14.5	30	90		
38 あなたと言葉のキャッチボールができるようにかかわる看護	(10～90)	80.0	15.8	30	90		
総合得点 (38行為単純平均)	(10～90)	75.1	14.8	21.6	90	66.2	87.9

表3 重回帰分析結果（モデル1）

従属変数Y 能動的実践的態度の前後差

	偏回帰係数	標準化係数	偏相関係数	参考 偏相関係数 ÷標準誤差	参考 P値
ケアリング行為総合得点 (X)	0.003	0.014	0.002	0.016	0.987
入院時能動的実践的態度 (Z1)	-0.351	-0.437	-0.073	-0.639	0.526
PS1以上の制限の有無 (Z2)	-3.508	-0.561	-0.121	-1.064	0.290
X*Z1	0.002	0.285	0.027	0.236	0.815
X*Z2	0.020	0.245	0.052	0.458	0.650
定数	6.859				
修正前決定係数 0.231（調整済み 0.181）					
修正後決定係数 0.606（調整済み 0.580）					
偏相関係数の標準誤差 0.114					

表4 重回帰分析結果（モデル2）

従属変数Y 能動的実践的態度の前後差

	偏回帰係数	標準化係数	偏相関係数	参考 偏相関係数 ÷標準誤差	参考 P値
ケアリング行為総合得点 (X)	0.055	0.262	0.280	2.478	0.012
入院時能動的実践的態度 (Z1)	-0.223	-0.278	-0.296	-2.618	0.008
PS1以上の制限の有無 (Z2)	-2.041	-0.326	-0.348	-3.078	0.002
定数	2.956				
修正前決定係数 0.229（調整済み 0.199）					
修正後決定係数 0.605（調整済み 0.590）					
偏相関係数の標準誤差 0.113					

が認められなかったが、これは主に能動的実践的態度が二時点の差であり個人差が消去されたためと考えられる。また、本研究対象者の能動的実践的態度の入院時の得点は、先行研究でがん看護に携わる看護師を対象に調査した結果とほとんど変わりなかったことから、尺度得点に大きな特異性はないと考えられる<sup>38)</sup>。

加えて、ケアリングに対する患者の認識については、患者は看護師の専門的知識や臨床能力を前提とし、具体的な看護が安全に提供されることを重要なケアリングとして認識する傾向があると報告されている<sup>13-15) 39)</sup>。先行研究においても、がんサバイバーががん看護のケアリングとしてその重要性は認識しているものの得点が低かったのは、「常に患者を中心に考えたかかわり」等、一人の人間としての患者に注目し、患者を中心に支援するケアリングであった。しかし、半構造化面接によるがんサバイバーの闘病体験の語りからは、患者中心の支援ががん看護のケアリングとして抽出された<sup>25)</sup>。また、看護師と認識

に差のあった因子である「意思の疎通」においても、「コミュニケーションの大切さを理解したかかわり」や「ケアを受けている人を中心に言葉のキャッチボールが成立するかかわり」ががんサバイバーから抽出された<sup>40)</sup>。本研究は質問紙を用いた調査であり調査方法による限界はあるが、測定は他の患者と比較する必要がないように、38のケアリング行為に対して患者自身が必要だと考えた看護を100とした場合に受けた看護の割合を5階級で選択し回答してもらった。そして、得点は各階級の間値（階級値）を配点して測定した。そのため、患者が必要な看護に対する受けた看護の割合はある程度測定できたのではないかと考える。

以上を踏まえ分析を行った結果、入院時の能動的実践的態度の高低、PS1以上の制限の有無にかかわらず、がん患者の能動的実践的態度へのケアリング行為の影響を小程度認めた。

次に、本研究の対象者のPSをみると、そのほとんどが日常生活に制限がなく、軽作業はできる者であり、

作業ができない者は1名のみであった(表1)。本調査は自記式質問紙法による入院時と退院時の2回実施するものであり、2回のデータに欠損のないものを用いた。そのため、分析対象になったのは生活への制限が少ない者のデータが多くなったと考えられる。

さらに、本研究で用いた3つの先行研究<sup>24,26)</sup>より得られた38のケアリング行為は、ケアリングの定義である「対象者の人格を尊重し、人間的な親しみを感じられる援助関係に基づく看護実践」より抽出したものである。「看護師が近づきすぎず、遠すぎずの距離で支援する」「状況を的確に判断し対処する」等は、対象者の人格を尊重したがん看護の知識と技術を駆使したかかわりであり、対象者がもてる力を発揮できる看護実践になると考える。また、「現状を受け止め、自己決定できる」「生き方や価値観を尊重して支援する」等は、主体的に療養するための情報の提供や患者中心の支援であり、対象者が主体的に療養できる看護実践になる。そして、「身近な親しい人のかかわる」「プライバシーに配慮して支援する」等は、人間的な親しみを感じられるかかわりや意思の疎通への支援であり、安心して療養できる看護実践になると考える。加えて、これら38のケアリング行為はがん看護に携わる看護師とがんサバイバーを対象に抽出し、量質併用研究によりその妥当性を高めてきたものである。

以上より、本研究で用いた38のケアリング行為の実践は全体として、能動的実践的態度に影響を与え、がんの告知を受けてがん治療を受ける入院患者が、現実を受け止め自分を見失わずに能動的に生きることを支えるがん看護のケアリングとして、がん患者のQOLに寄与することが示唆された。

## V. 研究の限界と課題

本研究は、1施設のみの調査結果であり研究成果としては限界があるため、能動的実践的態度への38のケアリング行為の実践の影響について、終末期やPS2以上の対象においても調査を進めケアリングの

効果について検証を行う必要がある。また、がん看護のケアリングの本質に迫るためには、38のケアリング行為の実践別に分析を進め、さらにはがん看護専門看護師より抽出したデータ等を加えて分析することで、がん看護のケアリング行為としての妥当性を高める必要がある。

## VI. 結論

生き方尺度の下位尺度(板津, 1992)である能動的実践的態度を用いて、がん患者の能動的実践的態度へのケアリング行為の影響を明らかにするために、量的研究に取り組んだ。分析は従属変数を能動的実践的態度の前後差(退院時 - 入院時)、主要な独立変数をケアリング行為総合得点(38行為単純平均)、その他の独立変数を入院時の能動的実践的態度、PS1以上の制限の有無を独立変数とする重回帰分析を行った。その結果、入院時の能動的実践的態度の高低、PS1以上の制限の有無にかかわらず、能動的実践的態度の前後差へのケアリング行為の影響を小程度認めた(影響0.055、影響の大きさ $r = .280$ )。

これらより、38のケアリング行為の実践は全体として、能動的実践的態度に影響を与え、がん看護のケアリングとしてがん患者のQOLに寄与することが示唆された。

## 謝辞

本研究を行うにあたり闘病中にもかかわらずご協力くださいました患者様に深謝申し上げます。また、調査を進めるにあたりご協力くださいました協力施設の看護部および看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。

本研究は第31回日本がん看護学会学術集会で発表したものに加筆修正したものである。

本研究における利益相反はない。

## 引用文献

- 1) 筒井真優美(1993) : ケア/ケアリングの概念, 看護研究, 26(2), 2-13.

- 2) Swanson K. (1999) : What is known about caring in nursing science, Handbook of Clinical Nursing Research, 31-60, Sage Publication.
- 3) 重久加代子, 岡美智子 (2016) : 看護学におけるケアリングの概念分析, 日本がん看護学会誌, 30, 215.
- 4) 厚生統計協会 (2018/2019) : 国民衛生の動向, 65 (9), 60-170.
- 5) Benner P. /早野真佐子訳 (2004) : エキスパートナースとの対話 (第1版), 127, 照林社.
- 6) 小島操子 (2000) : 21 世紀におけるがん看護の役割と責務, 日本がん看護学会誌, 14 (2), 4-8.
- 7) 片岡純, 佐藤禮子 (1999) : 終末期がん患者のケアリングに関する研究, 日本がん看護学会誌, 13 (1), 14-23.
- 8) 佐藤香奈, 本田芳香, 小原泉 (2016) : 終末期の若年性がん患者に対する緩和ケア病棟看護師のケアリング, 日本がん看護学会誌, 30 (3), 40-46.
- 9) 高木真理, 遠藤恵美子 (2005) : がんと共に生きることを苦悩する初老男性患者とのケアリングパートナーシップ過程 Margaret Newman の理論に基づいた実践的看護研究, 日本がん看護学会誌, 19 (2), 59-67.
- 10) 石黒絵美子, 遠藤恵美子 (2018) : 自由な動きを奪われる体験をしている在宅がん患者と妻と訪問看護師のケアリングパートナーシップ マーガレット・ニューマン理論に基づく実践的看護研究, 武蔵野大学看護学研究紀要, 12, 1-9.
- 11) Tamura K, Kikui K, Watanabe M. (2006) : Caring for the spiritual pain of patient with advanced cancer-A phenomenological approach to the lived experience-, Palliat & Support Care, 4, 189-196.
- 12) Eriksson E. (2001) : Caring for cancer patients:relatives' assessments of received care, Eur J of Cancer Care, 10, 48-55.
- 13) Larson P. (1987) : Comparison of cancer patient' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors, Heart & Lung, 16, 187-193.
- 14) Christopher KA. (2000) : Oncology patients' and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviours, Eur J Oncol Nurs, 4, 196-204.
- 15) Martensson G, Carlsson M, Lampic C. (2010) : Do Oncology nurses Provide More Care to Patients With High Levels of Emotional Distress ?, Oncol Nurs Forum, 37, 34-42.
- 16) 佐藤那美, 菊池沙織, 今井洋子, 他 (2013) : がん患者のQOL 尺度を用いた研究の動向と課題, 群馬大学保健学部紀要, 34, 41-51.
- 17) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会第9・10委員会 (2011) : 看護学を構成する重要な用語集, 34.
- 18) Benner,P. , Wrubel,J. (1989)/難波卓志訳 (1999) : 現象学的人間論と看護 (第1版) , 277-340, 医学書院.
- 19) 中柳美恵子 (2000) : ケアリング概念の中範囲理論開発への検討課題, 看護学統合研究, 1 (2), 26-44.
- 20) 山内朋子, 筒井真優美 (2011) : ケアリングの研究動向, 看護研究, 44, 129-148.
- 21) 板津裕己 (1992)/堀洋道監 (2002) : 生き方尺度, 心理測定尺度集Ⅱ, 417-421, サイエンス社.
- 22) 重久加代子 (2014) : がん看護におけるケアリング行為を基盤とするケアリングの構造, 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士課程博士論文, 95.
- 23) 永田勝太郎 (2013) : 緩和医療における実存分析の役割と実存的転換の条件, Comprehensive Medicine, 12 (1), 8-21.
- 24) 重久加代子, 渡辺孝子, 兵頭明和 (2007) : がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動を測定する質問紙の開発, がん看護, 12 (6), 648-655.
- 25) 重久加代子, 岡美智子 (2016) : がんサバイバーの闘病体験の語りにおけるケアリングの質的分析, 日本がん看護学会誌, 30, 231.
- 26) 重久加代子 (2019) : ケアリング行動41の重要性に対するがんサバイバーと看護師の認識, 看護実践の科学, 44 (4), 83-89.
- 27) 丹後俊郎 (2003) : 無作為化比較試験 (第1版), 73, 81, 朝倉書店.
- 28) 鎌倉矩子, 宮前珠子, 清水一 (1997) : 作業療法士のための研究法入門 (第1版), 90-91, 三輪書店.
- 29) 水本篤, 竹内理 (2008) : 研究論文における効果量の報告のために基本的概念と注意点, 関西英語教育学会紀要『英語教育研究』, 31, 57-59.
- 30) 小野寺孝義, 菱村豊 (2005) : 文科系学生のための新統計学 (第1版), 20-21, ナカニシヤ出版.
- 31) 内田治 (2013) : SPSSによる回帰分析 (第1版), 80-84, オーム社.
- 32) 鈴木明美 (2017) : 胃切除術後患者の身体活動と全身持久性体力の関連, 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士過程博士論文, 17-18.
- 33) 奥野忠一, 久米均, 芳賀敏郎, 他 (1971) : 多変量解析法 (第1版), 133, 日科技連.
- 34) 兵頭明和 (2008) : 第2章2.3調査その他単純の場合, 第5章5.3群間比較の妥当性, 第2章2.6.5検定の弱点, よくわかる!すぐ使える統計学-検定CD版, 厚生統計協会.
- 35) 汪金芳, 桜井裕仁 (2011) : プートストラップ入門, (第1版), 36-40, 共立出版.
- 36) 瀬沼麻衣子, 武居明美, 神田清子, 他 (2011) : 外来で放射線療法を受けているがん患者のQOLに影響する要因, THE kitakanto Medical journal, 61 (1), 51-58.
- 37) 大美樹 (2013) : 外来通院がん患者のSpiritualityに注目したQOLに影響する要因, ホスピスケアと在宅, 21 (3), 310-313.
- 38) 重久加代子 (2011) : がん看護に携わる看護師のケアリング行動を促進する要因の探索ケアリング行動7因子と関連要因の下位尺度の分析より, 看護展望, 36 (9), 78-83.
- 39) 操華子, 羽山由美子, 菱沼紀子, 他 (1997) : 患者・看護師が認識するケアリング行動の比較分析, Quality Nursing, 3 (4), 63-71.
- 40) 重久加代子 (2015) : ケアリング行動41に対するがんサバイバーと看護師の認識の量的分析, 日本看護科学学会学術集会講演集, 35, 284.



## (資料) 分析方法詳細

### 1.記述統計学（非推測統計学）的分析

#### 1) モデル1

従属変数  $Y$ （二時点の差 $=Y_2-Y_1$ ）、主要な独立変数  $X$ 、その他の独立変数  $Z_1, Z_2$ として、交互作用項を  $X*Z_1, X*Z_2$ とする重回帰分析を行う<sup>31-32)</sup>。偏回帰係数の大きさは対応する偏相関係数で評価する<sup>29)</sup>。

重回帰式「 $Y=a*X+b_1*Z_1+b_2*Z_2+c_1*X*Z_1+c_2*X*Z_2+d$ 」の $X$ の項をまとめると「 $Y=(a+c_1*Z_1+c_2*Z_2)*X+(b_1*Z_1+b_2*Z_2+d)$ 」となる（ここで重回帰式中の $a, b_1, b_2, c_1, c_2, d$ は表3の偏回帰係数欄の数値を指す）。

これは $Z_1, Z_2$ が特定の値 $z_1, z_2$ の場合には、 $X$ の一次式となり、 $X$ の係数「 $a+c_1*z_1+c_2*z_2$ 」は $X$ の影響（または効果）に対応すると考えられる。

一般に交互作用のある場合の詳細な分析の例は見かけないが、 $Z_1, Z_2, X*Z_1, X*Z_2$ を $Z_1-z_1, Z_2-z_2, X*(Z_1-z_1), X*(Z_2-z_2)$ に置き換えて再度重回帰分析を行うと、 $X$ の偏回帰係数は「 $a+c_1*z_1+c_2*z_2$ 」に一致するため、これに対応する偏相関係数等の数値を求めることが可能となる。ただし、 $z_1, z_2$ の選び方は無数にあるので結果の表章は25%値と75%値を組み合わせて例示する等が必要となる。

#### 2) モデル2（モデル1の修正）

$X*Z_1, X*Z_2$ のうち省略可能なものがある場合は順次（1度に1つずつ）減らしていくものとする<sup>33)</sup>。モデル2確定後はモデル1と同様に分析を行う。

### 2.分析の信頼性

#### 1) 重回帰式の当てはまり

従属変数 $Y$ は二時点の差をとっているため、個人差が消去される。このため残差はその分だけ縮小し、一般的に当てはまりは良くなる。ただし、 $Y$ が二時点の差になっているため、当てはまりの指標となる決定係数は修正が必要である。

「 $Y_2-Y_1$ を従属変数」として「 $Y_1$ をその他の独立変数」とした重回帰分析の残差は「 $Y_2$ を従属変数」として「 $Y_1$ をその他の独立変数」とした重回帰分析

の残差と一致する<sup>27)</sup>。このことを考慮すると、修正後の決定係数は「従属変数 $Y$ を $Y_2$ に置き換えた重回帰式の決定係数」として求めることができる。

#### 2) 標本偏相関係数の標準誤差

標準誤差は推測統計学的概念であり、乱数を用いた無作為抽出（または無作為割付）でない場合には必ずしも意味はないが、本研究では、従属変数 $Y$ は二時点の差をとっているため個人差が消去され、回答（または測定）誤差を考慮するモデルの設定が可能である<sup>34)</sup>。

重回帰分析においては、人数 $N$ 、独立変数の数 $K$ とすると、真の偏相関係数が0の時は、標本偏相関係数の標準誤差 $=1 \div (N-K)$ の平方根となる。これはブートストラップ計算により確認することができるが、例えば、(0, 20), (0, 50), (0, 80), (1, 20), (1, 50), (1, 80)の6データで単相関の場合を確認することが出来る<sup>35)</sup>。

### 3.分析の妥当性

1) 外部妥当性（無作為抽出でないことによるバイアス）

本研究では、無作為抽出を行っていないため、分析した82名についての結果であり、統計学的に一般化はできない。

2) 内部妥当性（無作為割付でないことによるバイアス）

$X$ の「影響または効果」の推定は、 $X$ が個人ごとに乱数を用いて無作為割付されることが要求されるため、妥当性を確保するためにはRCT（無作為化比較実験）が必要である<sup>34)</sup>。

### 4.影響の大きさ（偏相関係数）について

偏相関係数は関係の大きさであるが影響の大きさと考えることが出来る。重回帰分析の偏相関係数は分散分析・共分散分析等の一般線形モデルの効果サイズ（偏イータ）と符号を除いて一致する。実際、 $Y$ を従属変数、 $X$ を因子、 $Z_1, Z_2$ を共変量とする共分散分析を行うと、 $X$ の効果サイズ（偏イータ）は.280となり、本研究の表4の $X$ の偏相関係数 .280と一致する( $X$ は質的データではないため、SPSSでは

固定因子ではなく共変量に投入する)

#### 5.有意確率P値について

P値は推測統計学的概念であり，本研究では使用しないが<sup>34)</sup>，他の研究との比較のため参考的に考察する。

P値は，人数Nと偏相関係数から計算可能で，偏相関係数の絶対値が標準誤差の1.96倍以上でP値が .05

以下となる。実際，本研究のモデル2の場合

偏相関係数 .221 ( .113\*1.96) の時，P値 = .049

< .05 偏相関係数 .280の時，P値 = .012 < .05

などとなる（兵頭，2008の「重回帰.xls」の「3変数」Sheet内の計算式を使用）<sup>34)</sup>。

## Original Article

# An Analysis on the Effect of Caring Acts on the Active Practical Attitudes of Cancer Patients

SHIGEHISA Kayoko, SHIMONAGAYOSHI Mari, HYOUDOU Terukazu

### 【Abstract】

**Purpose:** The objective of this research is to clarify how caring acts affect the active practical attitudes of cancer patients.

**Methods:** The data consists of 82 cancer patients in Cancer Center A who were analyzed (ratio of valid responses: 46.9%). Analysis was performed using multiple regression analysis with the dependent variable being the difference between the before and after states of active practical attitudes, the primary independent variable being 38 total caring acts scored (each caring act average score), and the other independent variables being the active practical attitudes when a patient was hospitalized, the existence of PS1 or higher.

**Results:** Regardless of the level of active practical attitude at admission and the existence of PS1 or higher, the effect of the caring act on the difference of the patient's active practical attitude before and after those acts, was recognized to a small extent (effect: 0.055, effect size:  $r=.280$ ).

**Conclusions:** These findings suggest that 38 caring acts, as a whole, have a positive effect on the active practical attitudes of patients and contribute to cancer patients' quality of life (QOL) when undergoing caring of cancer nursing.

**【Key words】** cancer patient, cancer nursing, caring act

---

SHIGEHISA Kayoko : Miyazaki Prefectural Nursing University

SHIMONAGAYOSHI Mari : Saitama Cardiovascular And Respiratory Center

HYOUDOU Terukazu : Former Graduate School of International University of Health and Welfare (Statistics)