

【原著】

胃がん術後患者の食生活再構築過程

内田静香*¹ 藤田あけみ*¹

(2023年6月26日受付, 2023年8月18日受理)

要旨: 本研究の目的は、胃がん術後患者の食生活の再構築過程を明らかにし、再構築を促進するための看護援助について示唆を得ることである。胃がんの根治術を受け1年以上経過した、術後の食生活に困難を抱えていない患者を対象とした。半構成的面接調査と診療録調査を実施し、データ分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。その結果、対象者はまず「苦痛のない食生活を模索し、定着させる」ことに取り組んでいた。「家族や知人、医療者からのサポート」を受けることで再構築過程を促進させながら、「再構築した食生活の受容」をすることで、食生活の再構築が完了していた。また、「社会活動への影響と対処」を考え、課題を解決しながら社会復帰していた。看護師には再構築過程にある患者を支え、その過程を促進する援助が求められていた。継続的な介入のため、外来看護師が積極的に患者に関わる態度と提供できる環境の整備が必要である。

キーワード: 胃がん術後, 食生活再構築過程, セルフケア, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

I. はじめに

胃がんの根治術を受けた患者には、胃の機能の欠損により、ダンピング症候群等の機能障害が生じる¹⁾ため、これまで習慣化された食生活の変更をせざるを得ない。食事摂取量が減少した患者やダンピング症状や逆流症状がある患者は精神的健康が低下した²⁾との報告もあり、患者にとって食生活を再構築することは重要な課題である。一方で、胃がん術後患者に関する報告を見ると、術後の新しい胃の感覚をつかむことに苦悩していること³⁾、「食事・栄養」「体力・筋力の低下」「消化器症状」に関する不安が多いこと⁴⁾、「食事内容や摂取方法の気になり」「術後の体重減少」「1回に少量ずつしか食べられない」「腹部症状」が悩みとして挙げられていること⁵⁾等が明らかになっており、食生活への不安や不快症状を抱えながら、食生活の再構築を図らなければならない、その過程が容易ではないことが推察される。

また、術後の在院日数の短縮化が進んだことや外来での術後補助化学療法が主流になったことから、患者は食生活の再構築過程のほとんどを自宅で過ごすこととなり、医療者との関わりが少なく、手厚い支援が期待できない状況にある。看護師は、このような患者との接点が少ない状況下でも、短い入院期間や退院後の外来定期受診等の数少ない機会を最大限生かし、食生活の再構築過程を促進する援助をタイミングよく行っていく必要がある。しかし、症状への対応策や食事量、内容について退院後に指導を受ける機会が得られていない⁶⁾との報告もあり、食生活の再構築過

程を促進する看護援助を十分に受けられていない患者がいることが推測された。

さて、効果的な看護援助を提供するためには、患者の食生活再構築過程を十分に理解し、患者の困難やニーズを把握する必要がある。伊藤⁷⁾は、胃全摘体験者ががんを生き抜く過程の中で、食事の問題が胃の喪失の影響が生活全体に及ぶ根源と捉え、胃のない身体で食べる鍛錬をし、食べる方法を会得する努力を行うと述べており、胃全摘体験者にとって食事は重要な意味を持つことが明らかになっている。しかし、胃切除患者にとって重要な課題である食生活再構築の全過程に焦点をあて、その一連の過程を詳細に明らかにした報告はない。そのため食生活再構築完了までの一連の過程を十分に理解することが困難であり、現状では再構築過程を促進する看護援助を具現化することが難しい。

そこで本研究では、胃がん術後患者が食生活を再構築するまでに経験する一連の過程を明らかにし、食生活の再構築を促進するための看護援助について示唆を得ることを目的とした。

用語の操作的定義

- 1) 胃がん術後の食生活再構築: 胃がんの根治術によって生じる身体、精神、社会的な問題等のうち、食生活に関連する問題に対して、これまでの行動や考え方を見直し、変容させ、その人らしい新たな食生活を取り戻していく過程とする。
- 2) 食生活の再構築完了: 変容した新たな食生活に順応し、患者本人が食生活に関する困難を抱えていないと認識している状態、また客観的にも食生活に問題がない状態とする。

*1 弘前大学大学院保健学研究科
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences
〒036-8564 青森県弘前市本町 66-1 TEL:0172-39-5948
66-1, Honcho, Hirosaki-shi, Aomori, 036-8564, Japan
Correspondence Author shizuka_uchida@ymail.ne.jp

II. 研究方法

1. 対象者

対象者は総合病院で、胃がんの根治術を受け、外来通院中の患者およびその家族のうち、術後の食生活に慣れ、ストレスなく、または軽度のストレスを感じながらも折り合いをつけて食事摂取ができ、食生活に関する困難を抱えていない患者とした。青木ら⁸⁾は胃切除術後の回復過程として、術後1年から1年半頃以降を安定期としており、恩地ら⁹⁾は安定期に移行する術後6ヶ月から1年を手術侵襲から生体がほぼ回復し、対処行動を獲得していく時期としている。これらを踏まえ、一般的に食生活の再構築が完了するとされる術後1年以上経過している患者を対象者とした。対象者の選定基準は、調査時に、食生活に困難を抱えていないと自覚している患者、血液検査において栄養状態の低下を認めない患者 (TP6.0g/dl 以上, Alb3.5g/dl 以上) とした。除外基準は、調査時に何かしらの食生活の困難を抱えていると自覚している患者、血液検査において栄養状態が低下している患者 (TP6.0g/dl 未満, Alb3.5g/dl 未満)、意図しない体重減少がある患者、術後化学療法中の患者とした。これらを満たし、診察終了後に研究の主旨等について説明文書を用いて口頭で説明し、研究参加の同意が得られた患者および家族を対象者とした。

2. データ収集方法

定期外来受診の診察終了後に、術後の食生活において感じた困難やその対処方法、食事摂取量や内容等について、インタビューガイドを用いて、個室に準じた部屋で自由回答法による半構成的面接を実施した。同意を得て、録音し、逐語録を作成した。面接回数は1人1回とし、面接時間は対象者の負担に配慮し、1回1時間以内とした。診療録調査では、術式や術後の経過等について情報を得た。

3. データ分析方法

分析は、木下¹⁰⁾による「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ」(Modified Grounded Theory Approach, 以下 M-GTA) の手法を用いた。まず、半構成的面接によって得られた録音データから逐語録を作成した。分析焦点者を「胃がんの根治術を受け、食生活の再構築が完了し、食生活に困難を抱えていない患者」、分析テーマを「胃がん術後

患者が食生活を再構築する過程」と設定した。データの豊富な対象者を1例選定し、分析テーマに関連する箇所を抽出して、データとした。多角的にデータの意味の検討を行い、概念を生成した。概念ごとに、概念名、定義、具体例、理論的メモを記載した分析ワークシートを作成した。

2例目以降のデータからは、類似例、対極例の両方向で比較検討を行うことで恣意的な偏りの回避に努めながら、新たな概念生成と具体例の追加記載を行った。概念の生成と同時並行で、概念間の関係性を比較検討し、全対象者の分析終了後に、内容が同類の概念をまとめ、カテゴリとコアカテゴリを生成した。再構築過程における、カテゴリとコアカテゴリの位置関係や相互関係を検討し、それらの関係性を表す結果図と、結果図を端的に説明するストーリーラインを作成した。なお、分析の真实性を確保するため、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法に精通した研究者からスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

弘前大学大学院医学研究科倫理委員会の承認(整理番号: 2018-111)を得て実施した。全対象者に研究の目的や方法、参加同意および同意撤回の自由、個人情報保護等について文書を用いて説明した。署名により研究参加への同意を得て、対象者とした。また、対象者に身体的、精神的な負担が生じていないかアセスメントしながら実施した。

III. 結果

1. 対象者の概要 (表1)

参加同意の得られた対象者は9名で、平均年齢は71.2歳、平均術後経過月数は24.3ヶ月、平均面接時間は33.4分であった。No.2の対象者に腎不全の既往歴があり、食事療法施行中(カリウムの摂取制限)であったが、病歴が長く、腎不全に対する食事の注意点は身についており、腎不全による食事制限が胃切除後の食生活での阻害要因につながる発言はなかった。その他の対象者に食事療法を必要とする既往歴はなかった。

表1 対象者の概要

No.	年齢	性別	術式	術後経過月数	補助化学療法	面接時間
1	60歳代	男性	幽門側胃切除術	2年6ヶ月	有	46分
2	80歳代	女性	胃全摘術	3年0ヶ月	有	36分
3	70歳代	男性	幽門側胃切除術	1年3ヶ月	有	74分
4	70歳代	女性	腹腔鏡補助下幽門保存胃切除術	1年3ヶ月	無	30分
5	60歳代	男性	幽門側胃切除術	1年3ヶ月	無	32分
6	60歳代	女性	腹腔鏡補助下幽門側胃切除術	3年6ヶ月	無	19分
7	70歳代	男性	幽門側胃切除術	1年9ヶ月	有	13分
8	70歳代	男性	胃全摘術	1年6ヶ月	有	21分
9	60歳代	男性	胃全摘術	2年3ヶ月	有	30分

表2 胃がん術後患者の食生活再構築過程を構成するカテゴリーと概念

コアカテゴリー	カテゴリー	概念
苦痛のない食生活を模索し、定着させる	新しい食生活で経験する身体的、精神的な苦痛	食事摂取時の不快症状（つかえ感）
		食事摂取量過多による不快症状
		1回食事摂取量の減少と食事回数の増加
		食事内容制限の遵守
		食事摂取量減少に伴う身体的な悪影響
		食生活再構築への不安
	自分のライフスタイルにあった食生活を見出すための試行錯誤	食事摂取のための便秘の解消
		食生活再構築に向けた知識の獲得
		不快症状からの食行動の獲得
		食事指導の柔軟な実践
	食生活の再構築を阻害する要因	術後合併症に伴う食事困難
		食欲の低下
		化学療法の副作用
新たな食生活への適応	食事摂取量の増加	
	食事のバリエーションの広がり	
	新たな食生活への適応に伴う体重増加	
再構築した食生活の受容	元の食生活に戻れないことへの理解	術前の食生活に戻れない実感
		新たな食生活としての「普通」の構築
	再構築した食生活の獲得	不快症状を回避した食生活の獲得
		身体回復の実感
		食事を楽しみと感じる
社会活動への影響と対処	社会活動への影響と対処	社会活動への影響と対処
	家族や知人、医療者からのサポート	家族や知人、医療者からのサポート
家族からの身体、精神的サポート		
知人からの精神、社会的サポート		

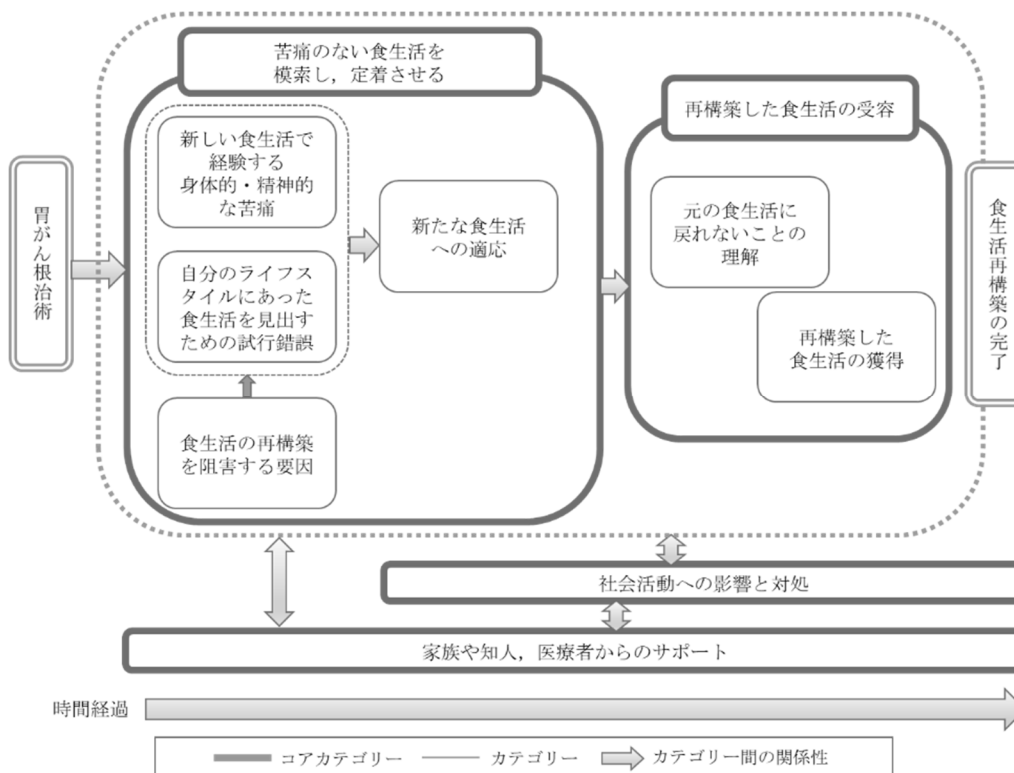


図1 胃がん術後患者の食生活再構築過程

2. 分析結果

胃がん術後患者が食生活を再構築する過程の構造として、26の概念が生成された。26概念から8カテゴリと4コアカテゴリが生成された。概念、カテゴリ、コアカテゴリを表2に示し、結果図を図1に示した。

なお、コアカテゴリは《 》、カテゴリは〈 〉、概念は【 】で表した。

1) 胃がん術後患者の食生活再構築過程のストーリーライン

胃がんの根治術を受けた対象者は、【術後合併症に伴う食事困難】や【食欲の低下】、術後補助化学療法に伴う【化学療法の副作用】等の〈食生活の再構築を阻害する要因〉に対処しながら、まず〈苦痛のない食生活を模索し、定着させ(る) 〉ようとする。その過程では、【食事摂取時の不快症状】や【食事摂取量過多による不快症状】が生じることにより、【1回食事摂取量の減少と食事回数の増加】や【食事内容制限の遵守】を余儀なくされ、【食事摂取量減少に伴う身体的な悪影響】が出たり、【食生活再構築への不安】を抱いたりする。このような〈新しい食生活で経験する身体的、精神的な苦痛〉を緩和、予防するために、【食事摂取のための便秘の解消】や【食生活再構築に向けた知識の獲得】を行い、【不快症状からの食行動の獲得】や【食事指導の柔軟な実践】等の〈自分のライフスタイルにあった食生活を見出すための試行錯誤〉に取り組む。その結果として、徐々に【食事摂取量の増加】、【食事のバリエーションの広がり】、【新たな食生活への適応に伴う体重増加】が見られるようになり、〈新たな食生活への適応〉が進んでいく。

不快症状のない食生活を模索する過程では、【術前の食生活に戻れない実感】を抱く。そのため【新たな食生活としての「普通」の構築】が必要となり、その構築を通して〈元の食生活に戻れないことへの理解〉が進む。一方で【不快症状を回避した食生活の獲得】ができていたり【身体回復の実感】が持てていること、【食事を楽しみと感ずることができていたり】、【健康を意識した食生活】が送れていることを通し、制限がありながらも折り合いをつけて(再構築した食生活の獲得)に至っている自己に気づき、〈再構築した食生活の受容〉をすることで、食生活の再構築が完了する。

〈新たな食生活への適応〉が進んでくると、食生活による社会活動の阻害が最小限となるよう〈社会活動への影響と対処〉を考え、課題を解決しながら社会復帰する。また、食生活再構築の全過程において、対象者の食生活は、日々の生活や社会活動を通し、家族や知人に様々な影響を与える。これを受けて、【家族からの身体、精神的サポート】や【知人からの精神、社会的サポート】を提供されるとともに、外来受診時には【医療者への信頼に基づく安心感】を得るという〈家族や知人、医療者からのサポート〉を受けられることによって、再構築過程を促進させている。

2) 胃がん術後患者の食生活の再構築過程を構成する要素

生成されたコアカテゴリ別に、カテゴリ、概念について具体例を示し、その内容や他カテゴリとの関係性等について説明する。なお、「太字斜体文字」は具体例、()は研究者による補足、(数字)は対象者番号を示す。

(1) 〈苦痛のない食生活を模索し、定着させる〉

食生活の再構築にむけ、心身の苦痛を経験しながら、自分で試行錯誤を繰り返し、徐々に新しい食生活に適応していくことを示していた。また、食事回数や内容に制限があることから、対象者にだけ柔らかい食事を作る、1日に何度も食事を作る等、家族の生活にも影響を与えていた。また、〈新たな食生活への適応〉が進んでくると、社会活動へ参加を始めていた。その際には、食生活が変容したことにより、活動内容が限られる、食事に時間がかかる等の影響があった。これらに自ら対処し、周囲の人からも理解を得ていた。このように家族や知人に影響を与えながらも、理解とサポートを得て、食生活の再構築を進めていく過程であった。

① 〈新しい食生活で経験する身体的、精神的な苦痛〉

新たな食生活に不慣れで、食事摂取時に苦痛を経験していた。苦痛を予防するために食事方法や食事内容を制限していた。食事摂取量の減少に伴い身体的に悪影響が生じている状態であり、また先を見通せず、食生活を再構築できるか不安に感じている状態を示していた。「**やっぱ食べ過ぎれば、とにかく食べ過ぎればおかしくなる。しばらく気持ち悪くなる。(中略)横になって寝れば、なんかこうさ、逆流しそうな感じがするんだ。そんなに食べてなかったんでねかと思ったりさ。食べてから何時間も経ってるのに、まだここに入ってるのかと思ったり、そういう感じするときあるんですよ。(4)**」

② 〈自分のライフスタイルにあった食生活を見出すための試行錯誤〉

知識を得て、食生活を変容させる中で、不快症状も経験しながら、食事に伴う苦痛を緩和、予防するために自分に必要な食生活の変容は何かを見極め、試行錯誤しながら実践していく過程を示していた。また、便秘が食事の妨げとならないように排便コントロールを図るという、食事以外の側面からのアプローチもあった。「**栄養士の先生から説明聞いて、そうかと。わかったと。そして家に帰って、色々(食べ物)つまんだけど、まず、日が経つにつれて、そろそろあれもこれも食べていいんじゃないかと試して、試して、こういう風(食生活に困難を抱えていない状態)になってるはんで。(1)**」

③ 〈食生活の再構築を阻害する要因〉

腸閉塞や胃内容物排出遅延等の術後合併症に伴う食事摂取困難や、手術侵襲や活動量低下等に伴う食欲低下、術後補助化学療法による食欲不振や手足の痺れ等の副作用といった、食事を取ること自体を妨げる要因によって、食生活

の再構築が阻害されていることを示していた。「でもやっぱりあの、抗がん剤、点滴やると、やっぱりあの、食欲が落ちる。吐くんでなくて、食欲...、食えなくなる。食欲自体落ちてきて、だから体重落ちて行って。だからそういう時はあの、点滴うちにいきましたね。(3)」

④ 〈新たな食生活への適応〉

試行錯誤の末、食事摂取量の増加や食事のバリエーションの広がり等、回復を示す結果がもたらされ、食生活における苦痛が減少してくる状態を示していた。「(医師から定期受診の際に) もう普通に食べていいよって言われたんだよな。あの食べて大丈夫だっていう風に。それからまあ徐々に徐々に。食べるものでも普通のあの。それまでは柔らかいものとか食べてたけど。普通にもうあの固さとか。そういう、戻して。(中略)で、その頃は体重落ちてた。だからその頃、それ言われてから、こっち(体重)もゆっくり増やして。(5)」

(2) 〈再構築した食生活の受容〉

「苦痛のない食生活を模索し、定着させる」過程を経て、術前同様の食生活には戻せないことを認識するが、食生活を変容させることで苦痛なく食事摂取できるようになっている自己にも気付き、制限の残る再構築した食生活を受容することを示していた。苦痛のない食生活のためには、多少の制限が必要であるため、日々の生活や社会活動を通し、家族や知人等の周囲の人に食生活の変容による影響を与えていたが、理解とサポートを得ることで食生活の再構築を完了させていた。

① 〈元の食生活に戻れないことへの理解〉

新たな食生活に適応が進み、苦痛なく食事摂取ができるようになって、食事量や内容によっては不快症状を回避できないことを認識することで、術前同様の食生活に戻すことはできず、回復には限界があることを実感していた。しかし苦痛のない食生活のためには、多少の制限も受け入れることが必要だと理解し、術前とは異なる現在の食生活を、自己の食生活における新たな「普通」として構築していくことを示していた。「ラーメンあまり良くない感じる。好きだから食べるけど。やっぱり噛んで食べればいんだろうけど、噛まさないんだよね。なんかすーっと入っちゃってさ。あまり食べないようにしよう。(4)」

② 〈再構築した食生活の獲得〉

苦痛のない食事摂取のために、自己に必要な食事量や内容等の注意点を把握し、注意しながら食べることに順応することで、不快症状が出現することなく食事摂取できるようになっていった。その状態を自ら認識することで、身体が回復しているという実感へと繋がっていた。また制限が残る食生活の中でも、苦痛なく食事摂取ができることで、食事を楽しみの一つとしてとらえられるようになったり、健康のために体に良い食べ物を選択できるようになったりと、再構築した食生活を獲得している状態を示していた。

「まあ今は多く食べない限り、かつ井とかかつ定食、カレーもなんでも。コーラでもなんでも。小さいこれくらいの(小さい缶サイズ)1本ならどうってことない。それだけ復旧してるんですね。(1)」

(3) 〈社会活動への影響と対処〉

苦痛症状の緩和、予防のために実施している食生活が、仕事や余暇活動等の社会活動を行う上で影響を及ぼしている状態、およびその影響を軽減するために、自ら対処方法を考え、実践していることを示していた。再構築した食生活も術前同様の食生活ではなく、一定の制限が残るため、食生活の再構築を完了しても、対処方法の継続は必要であり、新たな食生活に適応し、社会活動へ参加し始めた時期から食生活再構築完了までと、再構築過程の大部分に関連していた。社会活動にあたり、食生活の変容により生じた活動内容の制限や影響軽減のための対処法によっては家族や知人に対し、影響を与えるものもあり、これをうけて、家族や知人は対象者をサポートしていた。「(仕事時の昼食、夕食には) やっぱりかあちゃん作ったおかず何種類か持って。外に出ちゃえばさ、コンビニ行ってもマーケットに行っても、もともと量食えねえから、ちょこちょこっとあればいい訳よ。ところが、ちょこちょこがないのさ。うん、やっぱりそれが困るって言えば、困る。(3)」

(4) 〈家族や知人、医療者からのサポート〉

家族や知人、医療者より多角的なサポートを得ている状態を示していた。信頼している医療者からの指導や助言により、食生活再構築の不安が軽減され、安心感を得るという精神的サポートを受けていた。また、家族に食生活再構築の必要性を理解してもらい、対象者の食生活に関心を持ってもらうことで、食生活再構築のために、身体面のみならず、精神面におけるサポートを得ていた。知人からは、食生活の変容により影響を受けている社会活動に対するサポートを得たり、経験談や励ましの言葉をもらったりして、精神的なサポートを得ていた。「(妻や娘より) 結構、これ食えればダメ、あれ食えればダメって。それでも考えてくれてたようで。いやあ、いつも怒られてるんだよ。作るの奥さんだから。これ食うしかね。(9)」

IV. 考察

本研究により、胃がん術後患者が食生活を再構築するまでに経験する一連の過程として4つのコアカテゴリーが生成された。コアカテゴリーごとに考察し、食生活の再構築過程を促進する看護援助について具体的な示唆を述べる。

1. 不快症状のない食生活を模索し、定着させる

治療後、回復期早期は障害受容における現実認識の時期であり、患者にとっては自分を客観的に見つめながら新しい生活への適応に向けて努力する時期である¹¹⁾。食生活の再構築も食事時に経験する苦痛に対処するため、変更を余

儀なくされた食生活に、試行錯誤しながら主体的に適応していく過程から始まっていた。胃がん術後患者は手術後、ようやく食事摂取が許可され、摂取することで〈新しい食生活で経験する身体的・精神的な苦痛〉を経験する。これまでと同じような食生活では不快症状を回避することができないことを実感し、苦痛なく食事をしたいという気持ちだが、新たな食生活の再構築への動機付けとなっていた。こうして、食生活の再構築に取り組むことになるが、その過程は対象者自身の努力や判断に任されている状況が多かった。これは、在院日数の短縮や外来での術後補助化学療法が主流になったことにより、新たな食生活に適応しないまま退院し、再構築の過程の大半を医療者との関わりが少ない自宅で、主体的に取り組まざるを得ない状況であるためと考えられる。先行研究により、退院後に医療者による支援がない中でも、患者自身が症状コントロールのための対処法を見出す努力をしていることが明らかになっており⁹⁾、本研究でも、退院後、対象者は医療者から受けた食事指導をもとに〈自分のライフスタイルに合った食生活を見出すための試行錯誤〉に取り組み始めていた。しかし、すぐに自己にあった食生活を見出せる訳ではなく、〈自分のライフスタイルにあった食生活を見出すための試行錯誤〉の間にも〈新しい食生活で経験する身体的、精神的な苦痛〉を繰り返し経験しており、一方向の過程ではなかった。苦痛を経験した際には、自身で苦痛の原因や対処方法を判断し、次の機会には改善して実践することで、苦痛の緩和や予防を図っていた。また、試行錯誤の過程では自己に合った食生活を見出すため、指導内容を自己のライフスタイルに適合したものに変化させ、【食事指導の柔軟な実践】を行っていた。その際に、対象者は一般的に胃がん術後の食生活で望ましいとされる食事方法でも、実際には自己の食生活に取り入れていない方法もあった。これは、その食事方法を実践せずとも苦痛を経験しなかったため、変容の必要に迫られなかったり、ライフスタイルに合わず、実行不可能だったためであった。このようにして対象者は指導内容を全て遵守するのではなく、自己が苦痛なく食事摂取をするために、必要な食生活の変容箇所を自ら指導内容から選定しながら再構築に取り組んでいると考えられた。これらの試行錯誤を繰り返し、経験を重ねるうちに自己にあった食事摂取量や内容、方法等を見出し、徐々に苦痛が抑えられ〈新たな食生活への適応〉が推し進められていた。

このように、苦痛が出現した経験や苦痛を予防できた経験を重ねることで、自己に必要な食生活の変容を理解し、徐々に新たな食生活に適応し定着を図っていた。同じ術式でも出現する胃術後障害の種類や程度には個人差がある¹²⁾ことや新たな食生活への適応が自宅でなされることから、この過程には対象者のライフスタイルや嗜好が反映されており、その進行や方法は多岐に渡っていた。

この過程における看護援助として、退院後の患者のセルフ

ケア能力を向上させることが〈新しい食生活で経験する身体的、精神的な苦痛〉を最小限にとどめ、〈自分のライフスタイルにあった食生活を見出すための試行錯誤〉を促進するために効果的であると考えられる。患者が自己の状況を正しく把握し、対処方法を考え、実践するためのセルフケア能力を向上させるには、基本的な知識や正しい情報を得る必要がある。病棟看護師は退院前に栄養士や医師と連携しながら基本的な知識提供の機会を設定し、理解状況を十分に確認することで患者の正しい知識の獲得を援助する必要がある。また、セルフケア能力向上のために、患者のセルフケア能力や退院後の生活環境、キーパーソン等についてアセスメントし、患者のライフスタイルに応じた個別的な指導を取り入れる必要がある。縄ら⁹⁾は、在宅移行期の患者には積極的に食事量や内容をアップできるように、具体的な食品や献立について情報提供することが必要であると述べている。また恩地ら⁹⁾は、安定期に移行する胃がん術後患者に対して、術後後遺症に合わせた食事指導を継続的に行っていくことが重要であると述べている。このように、退院後も患者の心身の状態に応じたタイムリーで具体的な食生活の指導が、継続して行われることが求められている。したがって、入院中の食事摂取状況やダンピング症候群の有無、生活環境、家族構成、就業状況、抱えていた不安等について病棟看護師と外来看護師は入院中の情報を共有し、退院後も患者が必要とする援助を切れ目なく提供しなければならない。併せて、外来看護師は患者の再構築過程に応じた追加の情報提供や疑問の有無の確認を行い、不安や疑問の解消に努め、必要に応じて栄養士や医師との面談の場を設けるためのコーディネーター役を担う必要がある。

2. 再構築した食生活の受容

対象者は「不快症状のない食生活を模索し、定着させる」過程を経て、苦痛なく食事摂取ができるようになり、〈再構築した食生活の獲得〉に至るが、その過程では【術前の食生活に戻れない実感】を経験していた。苦痛なく食事をするためには、術前同様の食生活ではなく、大なり小なり制限が伴うことを受け入れることになるが、これは現状をただ悲観的にとらえたものではなかった。対象者の中には、少しの制限に注意すれば苦痛なく食べられるようになったことへの安堵や幸福感が芽生えており、現状を肯定的にとらえることで、【新たな食生活としての「普通」の構築】が可能となったと考えられる。一方で、悲観的な思いが全くない訳ではないことも推察された。対象者の言葉の中に直接的な表現こそなかったが、【術前の食生活に戻れない実感】に関して、対象者は苦笑いを浮かべて語っていた。その表情からは術前のように食べられないことへの諦めや無念さを感じ取れ、対象者の中には対照的な思いが混在していることが推察された。複雑な思いを抱えながらも、〈元の食生活に戻れないことを理解〉して、苦痛なく食事をするために必要な制限だと気持ちに折り合いをつけ、〈再構築し

た食生活を受容」することで初めて、食生活の再構築が完了すると考えられた。小坂ら¹³⁾の研究においても、許容範囲が広がったことが、結果的に問題状況に対する過剰な心配・憂慮を軽減し、心理的ストレスを緩和したとある。本研究における対象者も苦痛のない食事のためには少しの制限は許容しなければならないと気づき、現状の食生活を受容したことが再構築につながったと考える。

この過程における看護援助として、患者が〈元の食生活に戻れないことを理解〉し、受容することを支える援助が効果的であると考えられる。蛭子¹⁴⁾は患者が胃を手術した自分の状態を肯定的に受け止め、積極的に対処できるように支援することが必要だと述べている。患者が胃切除術により失った機能やできなくなった自分に囚われるのではなく、食生活において試行錯誤の末にできるようになったことや回復したことに気づき、新たな食生活を獲得した自己を認められるような援助を行わなければならない。そのために、外来看護師は患者が思いを表出する機会を設定し、自己の現状の正しい理解や気づきを促していくことが必要であると考えられる。

3. 社会活動への影響と対処

本研究における対象者は、食生活変容の影響を受けながらも復職や余暇活動への参加を果たしていた。しかし復職にあたっては、仕事の時間の都合で、夕食から就寝までの時間が十分にとれず逆流症状がでた、外食する際には慎重に店を選ぶ必要がある、周囲の人に比べ食事時間が長く、摂取できる量も少ないため人目が気になったり、気を遣ったりする等の食生活の困難を抱えていた。ダンピング症候群や後発性低血糖症状は職場復帰前に比べ、復帰後に症状が不変、増強、新たに出現することが多かった¹⁴⁾との報告もあり、慣れない食生活のもとでの社会活動への復帰は容易ではなく、術前と同様の活動ができるとも限らない。

自分のペースで行動することができず、制約のある不慣れた環境での活動により、苦痛が増強する可能性もあり、社会活動への復帰の際には、自宅での家族との食生活とは異なった対処が必要となってくる。また、コミュニケーション手段の一つとして、食事の場が設定されることも珍しくなく、親交を深めるための手段として食事が用いられることもある。そのような他者との食事の場で、十分な対処がとれず、苦痛を経験することで参加に消極的になると、生きがいを喪失したり、社会との繋がりが希薄になり孤立したり、知人からのサポートが得られにくくなることも考えられる。糸井ら¹⁵⁾は社会復帰する患者の問題点として、身体的な症状に悩まされることや食べることに難しさ、他人との関わりを負担に感じることを挙げている。このような問題点に対処するため、患者は職場での食事内容やタイミング、会食での献立選択や摂取方法の注意点、知人や同僚等の周囲の人々への理解やサポートの求め方等を理解する必要がある。

本研究の対象者が困難感を抱えながらも、社会復帰への一歩を踏み出すことができたのは、家族や知人からサポートを受けることで、社会復帰時の問題点に対し、自身で考えた処方法を実践できたことによるものと考えられる。農家など家族で仕事をしている対象者は自身の時間で休憩をとりやすく、家族の目も行き届きやすいため、家族のサポートを得やすい状況にあった。その他の仕事の場合でも、職場のスタッフに病状を話した対象者は、休暇や休憩を取りやすい、仕事内容に配慮が得られる等、職場のサポートを受けやすい状況にあった。これは余暇活動においても同様であった。このように家族や知人からサポートを受けられた対象者は、精神的負担が少ないために体調不良があったとしても話しやすく、対処しやすいことが考えられた。そのため、自身の状況に合わせて、自ら考えた処方法を実践できたと推測される。

この過程における看護援助として、病棟看護師は入院中から、患者が精神的負担が少なく社会復帰できるよう、仕事や余暇活動の内容等について把握する必要がある。自身で実践する処方法だけでなく、活動内容や休憩時間の取得等において、周囲からのサポートを得やすいように、職場や知人への病状の説明方法や理解の求め方等を、患者の意向や生活環境、活動内容等に合わせ、具体的に情報提供する必要がある。

また、病棟看護師からの情報をもとに、外来看護師は患者の社会復帰前後にも問題点や不安の有無を確認し、円滑に社会復帰できるよう患者の現状に応じた個別的な指導を継続して行う必要がある。糸井ら¹⁵⁾は手術前の社会的役割を遂行することができなくなったことによる自己概念の変容により生じる負の感情があることを念頭に置いた支援が必要であると述べており、指導の際は患者の気持ちに寄り添う姿勢が重要である。

4. 家族や知人、医療者からのサポート

対象者は食生活再構築の全過程において、家族や知人から身体、精神、社会的なサポートを受けながら、再構築の過程を推し進めていた。家族の支援は、食生活再構築の必要性と具体的な変容内容を理解した上での、食事内容や食べ方のアドバイス等の食生活変容を促すための支援と、食形態や内容を工夫した毎日の食事提供の支援の大きく二つに分かれた。前者は対象者の食生活変容を促すための支援で実際に取り組むのは対象者であるのに対し、後者は家族が実施者になることが多い。そのため、家族は対象者とともに胃切除術後の食生活について情報収集をしたり、食事指導を受講して、知識の獲得に努めるとともに、対象者の食事摂取状況や食の嗜好を把握しながら食事提供をしていた。また、対象者のために用意した柔らかく消化の良い食事を共に食べる等、家族も影響を受けながらの支援となっていた。永田ら¹⁶⁾が、胃がん術後患者の家族は患者の心身症状に影響を受けやすいと述べていることから、この過

程は患者一家族間で影響を与え合っていると述べた。小林ら¹⁷⁾は配偶者からのサポートは胃がん術後患者の精神的健康に正の影響を及ぼすと述べている。本研究においても食生活の再構築に取り組む対象者が経験する失敗や成功を一番そばで見守り、時には影響を受けながらも対象者を支える家族からの支援は、苦痛や不安を抱えながら食生活の再構築に取り組む対象者を身体面、精神面から支える土台となっており、家族のサポートが再構築過程を強力に促進していると考えられた。

知人からは、主に社会活動に復帰した際に、精神、社会的サポートを受けていた。知人から食生活が変容した自己を受け入れてもらい、気遣いや励ましの言葉をかけられたり、活動内容を配慮してもらうことにより、対象者は不安を軽減し、社会活動への復帰意欲や社会の中での食事場面の対処力を高めることができたと考えられる。一方で、胃がん経験者の知人からは具体的に食事摂取に関する注意点や長期的な見通しを得る等、図らずもピアサポートを得ていた。

同様に、食生活の再構築が求められる食道がん術後患者に対するピアサポートは、術後の生活への適応を促進する¹⁸⁾ことが明らかになっており、対象者がピアサポートを受けたことは再構築過程の促進に繋がったと考えられる。平ら¹⁹⁾は調理実習を取り入れたがんサロンが調理方法を理解するだけでなく、同病者同士が交流する機会となり有用だったと報告している。胃がん術後患者同士の交流を促すため、消化器外科外来だけでなく、がんサロン等の他の外来看護機能との連携も含めた新たな取り組みの導入を検討していく必要があると考える。

さらに、退院後の外来通院時に医師から、お粥から米飯への変更の促しや食事のバリエーションを広げたらどうかといった提案等、患者の身体状態に応じたタイムリーな指導を受けることで、新たな食生活への適応が進み、食生活の再構築が促進されていた。対象者は、食事量や内容を次の段階にアップさせることに対し、苦痛が生じるのではないかと、どのタイミングで行えば良いのかと不安や疑問を感じており、次の段階にアップさせることは容易なことではないと考えられる。そのような場面で、自己の身体状態を把握している医師から背中を押されることで、食事を次の段階へアップすることの不安が軽減され、自信をもって取り組めたと推察された。このように、医師との間に信頼関係が築かれていることは、安心して治療や食生活の再構築に臨む態度に繋がっていた。

この過程における看護援助としては、家族への十分な働きかけおよび患者に対する家族支援の気づきの促しと、外来での継続した患者との関わりである。家族への十分な働きかけに関しては、家族は調理方法や食材を判断する際に、時として、対象者以上の知識が必要となることがある。北川ら²⁰⁾は、家族もサポートを必要としていることを医療者は強く認識すべきで、退院後にも継続して働きかけていく

必要があると述べており、患者への看護援助とともに、家族への看護援助の視点を忘れてはならない。病棟看護師は入院中から患者の生活環境やキーパーソンについて把握し、家族にも情報を提供して疑問点の解消を図り、患者が家族のサポートを活用できる環境を整える必要がある。外来看護師は、入院中の情報をもとに、退院後の家族からのサポート状況を確認し、実際に生活する中で、患者や家族に生じた問題や疑問を把握し、必要としている情報を提供することで、問題を解消する必要がある。このように家族からのサポートを最大限活用できるような環境を整えることで、再構築過程をさらに促進させ得る。患者に対する家族支援の気づきの促しに関しては、患者が家族から「支えられている」「守られている」と認識できるように支援することである。家族から支援されていると自覚することで、食生活の再構築における不安が軽減され、安心感が得られ、支えてくれる家族のためにも頑張ろうという動機付けにつながる。外来看護師は患者の思いを傾聴する機会を持ち、これまでの家族のサポートを振り返れるようなコミュニケーションをとり、患者の気づきを促す看護介入を行う必要がある。外来での継続した関わりに関しては、本研究では外来における医療者との関わりで看護師を挙げる対象者はいなかったが、信頼できる医師との関わりの中で安心感を得て、再構築過程が促進されていた。また各コアカテゴリーの考察からは、再構築過程を促進し得る外来での看護援助があることが分かった。これらより、外来看護師は患者との間で信頼関係を築き、退院後も継続した看護援助を行うことで、食生活の再構築過程を促進することが可能であるが、現状では十分に提供されていないことが明らかとなった。白田ら²¹⁾は、術後がん患者は退院後に「緊急時・困ったときに相談できる」「不安な気持ちを聞き相談にのる」「退院後の生活上の工夫を知りたい」等の看護支援を希望しており、患者がいつでも相談でき、求める情報を提供できる支援体制を整え、患者自らの力で新たな日常生活に移行するための支援が必要であると述べている。このような患者の希望に応えるため、電話相談窓口やサロン等を開設することで、退院後も患者が看護支援を受けられる機会を増やし、患者が困難に対処する力をつけ、不安なく食生活の再構築を進められるように支援する必要がある。また、長谷川ら²²⁾は支援が必要になる胃がん術後患者は対処の主体が患者になっていない場合、患者が対処しきれない困難事が生じている場合、患者は対処できていると認識しているが中長期的な健康課題のリスクが潜んでいる場合であると述べており、外来看護師は患者の対処状況をアセスメントし、支援を必要としている患者を見落とすことなく、介入していく必要がある。特に現状では、退院した後は外来受診が医療者との唯一の接点となる場合が多いため、外来看護師が積極的に患者や家族に関わる意識を持つとともに、胃がん術後患者に対する退院後の指導システムの構築を目指す必

要がある。しかし、業務量が多く、人員も十分とはいえない現行の消化器外科外来の看護体制において、指導システムを構築することは難しいと推察される。そのため、がんサロンや看護相談窓口等の他の外来看護機能と連携し、必要とされている看護援助を可能にできるような環境を整備する必要がある。看護師と患者が繋がれる窓口を増やすことで、外来看護師が十分に患者に関わることができ、かつ、患者側からも看護師に相談しやすい環境になる。このように看護師と患者が退院後も繋がりを持つことができ、退院後も継続した看護の提供が可能になるよう、外来看護部署の各機能を生かした患者指導システムの構築を図る必要がある。このようなシステムを構築することによって、支援を必要としている患者を見落とすことなく、継続した看護を提供できると考える。さらに、外来看護機能が連携することによって、医師や栄養士等の他職種との連携や協働に繋がり、胃がん術後患者の食生活の再構築が促進されると考える。

V. 研究の限界と今後の課題

研究の限界として、本研究では対象者の年齢が全員 60 歳代以上であったことから、内容に偏りが存在する可能性は否定できない。今後は、退院後も患者や家族へ継続的な看護援助が可能になるよう、胃がん術後患者の退院後の指導システム構築や外来の看護体制の検討を行う必要がある。

VI. 結論

食生活の再構築の過程は、医療者からのサポートが少ない自宅で身体的、精神的、社会的な苦痛を経験しながら、対象者の能動的な取り組みによって進められていた。対象者は試行錯誤の中で術前同様の食生活に戻れないと気付き、新たな食生活を受容することで、食生活の再構築を完了していた。また、家族や知人、医療者から得るサポートは、全過程において対象者を支える土台となっており、再構築過程を促進させる重要な要素だった。

看護師は再構築過程にある患者を支え、その過程を促進するため、患者のライフスタイルや再構築段階を反映させた、具体的でタイムリーな指導を、入院中から外来通院中まで継続して行う必要がある。継続的な介入のためには、外来看護師が積極的に患者に関わる態度とそれを提供できる環境が求められる。

利益相反 開示すべき利益相反はありません。

謝辞 本研究の実施にあたり、快く調査にご協力いただいた対象者の皆様、外来診療部門のスタッフの皆様に心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 青木照明, 羽生信義: 胃切除後障害のマネジメント. pp. 25-35, 医薬ジャーナル社, 大阪, 2000.
- 2) 吉村弥須子, 前田勇子, 他: 胃がん術後患者の食生活および術後症状と精神的健康との関連からみた Quality of Life. 日本看護科学会誌, 25(4): 52-60, 2005.
- 3) 荻あや子: 退院後 1 年 6 ヶ月を経過した胃がん術後患者の『食べる』ことの体験. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 11: 11-20, 2004.
- 4) 庄司智美, 小関大樹, 他: 胃癌手術後患者の不安と退院時の食事指導を考える. 日本看護学会論文集 1, 44: 129-132, 2014.
- 5) 静岡県立静岡がんセンター「2013 がん向き合った4, 054人の声 (がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書概要版)」: [https://www.scchr.jp/book/houkoku-sho/2013gaiyo_taikenkoe.html\(2021-1-4\)](https://www.scchr.jp/book/houkoku-sho/2013gaiyo_taikenkoe.html(2021-1-4))
- 6) 縄秀志, 嶋澤順子, 他: 胃切除術を受けた患者の在宅移行期における症状・生活状況に基づく看護ニーズの検討. 長野県看護大学紀要, 7: 11-20, 2005.
- 7) 伊藤由里子: 地域で生活する胃全摘体験者の経験の意味とプロセス. がん看護, 24(4): 413-423, 2019.
- 8) 青木照明, 羽生信義: 胃切除後障害のマネジメント. pp. 104, 医薬ジャーナル社, 大阪, 2000.
- 9) 恩地裕美子, 古瀬みどり: 安定期に移行する胃癌術後患者の積極的対処行動と生活習慣, 身体的状況および主観的健康統制感との関連. 日本看護研究学会雑誌, 30(5): 71-76, 2007.
- 10) 木下康仁: ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. pp. 15-229, 弘文堂, 東京, 2007.
- 11) 蛭子真澄: 胃がん術後患者の治療後回復期早期の心理状態. 日本がん看護学会誌, 15(2): 41-51, 2001.
- 12) 中田浩二, 矢永勝彦, 他: 胃癌術後 QOL 改善をめざして. 日本外科学会雑誌, 113(1): 12-17, 2012.
- 13) 小坂美智代, 眞嶋朋子: 外来化学療法を受けている胃がん術後患者の柔軟な対処の構造. 千葉看護学会誌, 21(2): 67-74, 2011.
- 14) 奥坂喜美子, 数間恵子: 胃癌術後患者の職場復帰に伴う症状の変化と食行動に関する研究. 日本看護科学会誌, 20(3): 60-68, 2000.
- 15) 糸井裕子, 金子順子, 他: 社会復帰を目指す腹腔鏡下胃切除術患者が抱える問題点の特徴とその対処. 日本看護医療学会雑誌, 18(2): 1-10, 2016.
- 16) 永田倫人, 水野恵理子: 胃がん術後患者の症状と家族 QOL および不安との関連. 日本看護研究学会雑誌, 36(1): 39-48, 2013.
- 17) 小林愛, 宮下美香: 胃がん術後患者の配偶者の QOL

に対するソーシャル・サポートの影響. 日本がん看護学会誌, 23(2): 4-12, 2009.

- 18) Noleen K McCorry, Martin Dempster, et al: Adjusting to life after esophagectomy: the experience of survivors and carers. *Qual Health Res*, 19(10): 1485-1494, 2009.
- 19) 平優子, 牧野智恵, 他: 胃がん患者と家族の調理実習を取り入れたがんサロンの実際. *Palliative Care Research*, 10(1): 926-930, 2015.
- 20) 北川恵, 吉永喜久恵: 胃がんによる胃切除後患者の妻における食への取り組み. 日本がん看護学会誌, 19(2): 74-80, 2005.
- 21) 白田久美子, 吉村弥須子, 他: 手術後がん患者の退院時における状況と求める看護支援. 日本がん看護学会誌, 24(2): 32-40, 2010.
- 22) 長谷川直人, 縦山定美, 他: 胃がん術後患者の術後機能障害への対処を導く初回外来時の看護師の教育的関わり. *自治医科大学看護学ジャーナル*, 15: 3-15, 2017.

【Original article】

**The Process of Reconstruction of the Dietary Life in Patients
following Gastrectomy for Gastric Cancer**

SHIZUKA UCHIDA^{*1} AKEMI FUJITA^{*1}

(Received June 26, 2023 ; Accepted August 18, 2023)

Abstract: This study aimed to understand the process of reconstruction of the dietary life of patients following gastrectomy for gastric cancer, as well as to obtain suggestions for nursing support to promote reconstruction. The participants were patients who had undergone radical gastrectomy following gastric cancer for >1 year and encountered no difficulties in their dietary life. Semi-structured interviews and medical record surveys were conducted to collect the data. Subsequently, the collected data was analyzed using a modified grounded theory approach. We observed that the patients initially attempted to “find and establish a pain-free dietary life.” While receiving “support from family, acquaintances, and medical staff” to promote the reconstruction process, “acceptance of the reconstructed dietary life” successfully completed the reconstruction of their dietary life. In addition, considering the “impact on social activities and coping with them,” they returned to society and simultaneously resolved their issues. It seems nurses need to support patients in the process of reconstruction of their dietary life and also promoting these processes. For continuous nursing intervention, it is necessary to provide an environment where nurses can actively engage with the patients and offer the needed intervention.

Keywords: After gastrectomy for gastric cancer, Process of reconstruction of the dietary life, Self-care, Modified grounded theory approach