

Title	大学生が推測する告知後の反応に影響を与える要因の検討
Author(s)	吉田, 沙蘭; 高見, 文恵; 西村, 千春
Citation	生老病死の行動科学. 11 P.73-P.84
Issue Date	2006
Text Version	publisher
URL	https://doi.org/10.18910/3854
DOI	10.18910/3854
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/repo/ouka/all/>

大学生が推測する告知後の反応に影響を与える要因の検討

Factors associated with cancer patients' reaction to truth-telling about diagnosis presumed by university students

(大阪大学人間科学部人間科学科) 吉田 沙 蘭

(大阪大学人間科学部人間科学科) 高見 文 恵

(大阪大学人間科学部人間科学科) 西村 千 春

Abstract

As truth-telling about cancer diagnosis has been common to patients, their reaction to the truth-telling is different from each other. Previous studies have examined such difference and found several factors which influence personal reaction to cancer. However, there has been no result showing concrete association between factors and patients' reactions. This study aims to explain the reactions of university students who were asked to assume that they were diagnosed as the terminal stage of cancer, and examine several factors related to personal differences in the reactions. The reactions which participants guessed were; 'negative feeling', 'hope for cure', 'meaningful afterlife', 'equanimity', 'inappropriate interpersonal relationship', and 'concern for acquaintances'. Factors associated with these reactions were 'negative problem orientation', 'social support', 'view of life-and-death', and 'health locus of control'. These results could contribute to discuss how truth-telling should be in future regarding to the personal needs of cancer patients.

Key word : terminal stage of cancer, reaction to truth-telling, factors related to personal difference, university students

I 序 論

1. がん告知に関する研究

近年がんによる死亡数は増え続け、平成14年には死亡数304,286人、人口10万対死亡率241.5、総死亡数の31.0%となっている（国立がんセンター, 2005）。このようながんの増加にともない、がん告知に対する社会的気運が高まり、実際の告知率が上昇している（厚生労働省研究班, 2005）。また同年の調査では自分ががんになったとき、治る見込みがある場合は92%、見込みがない場合でも81%の人が告知を希望していることが明らかとなり、医療者だけでなく国民のあいだでも、告知を希望する傾向が強まっていることが示唆された（毎日新聞社, 2005）。

告知が積極的におこなわれるようになるにつれて、告知後にみられる一般的な患者の反応（国立療養所協同研究班, 1986; 村上, 1990; 茨城県立中央病院, 1996; Buckman, 2000）、および反応過程（Ross, 1971; Shneidman, 1971; Holland & Rowland, 1990; 村上, 1990; 平山, 1991; 柏木, 1992）を明らかにする試みがなされた。しかし見解の一致は得られず、患者の反応は個人によって大きく異なること（Weisman, 1976; 大川・城所, 2001; 伊藤・浅沼・鈴木・瀧島, 2002）が示唆されるようになってきた。このことから、個々の患者の特性を考慮しながら、告知後の反応に対応することの必要性が重要視されるようになった。

2. 反応の差に影響を及ぼす要因に関する研究

患者の反応の個別性が指摘されたことにより、その反応に影響を与える要因の検討が数多くなされてきた。これらの研究は主に、多くの患者が経験するにも関わらずその程度には大きな差がみられる、抑うつを対象としておこなわれてきた。その結果抑うつ程度の差にはソーシャルサポート (e.g. Jou & Fukada, 1995; Comijis, Penninx, Knipscheer & van Tilburg, 1999; 大川・城所, 2001) や死生観 (平井・坂口・安部・中西・柏木, 2001)、健康統制感 (Johansson, Grant, Plomin, Pedersen, Ahern, Berg & McClearn, 2001) が影響していることが示唆されてきた。また、医療者から終末期の目標として考えられながらも、達成できる患者が少ない課題であるとされる受容に関しても研究がおこなわれ、やはりソーシャルサポート (Amir, Roziner, Knoll, Neufeld & Epilepsia, 1999) の影響が指摘された。また、受容については悲観的な思考傾向との関連も示唆されている (de Ridder, Fournier & Bensing, 2004)。このような患者の反応に影響を与える要因は近年注目されるようになったばかりであり、いまだに検討が不十分である。告知後の適切なサポートのためには、患者のさまざまな反応に対応することが不可欠であり、今後他の反応についても、影響を与える要因を検討することが求められている (松村・福原・尾藤・大木・黒川, 1997)。

3. 先行研究の問題点と本研究の目的

先行研究 (Ross, 1971; Holland & Rowland, 1990; 平山, 1991; Buckman, 2000) では、主に実際の患者に対するインタビューまたは患者の観察によって告知後の反応がみられてきた。しかし告知後の患者の反応についてはさまざまな分類がなされており、知見の一致は得られていない。その原因として Rodabough (1980) は、結果に観察者の主観や状態が反映される可能性が高いということを指摘している。このことは反応の差に影響する要因の検討にもあてはまる。

したがって、患者の状態を観察者ではなく患者自身が判断すること、および得られた結果について客観的に統計解析をおこなうことが必要であると考えられる。しかし、終末期の患者を対象として告知後の反応について回答を求めることには倫理的な問題が指摘されていること、および対象者数が限られることなどから、実施は困難である。

以上のような先行研究の知見とその問題点をふまえ、本研究では大学生を対象としたアナログ研究をおこなうこととする。なお本研究の目的を、大学生に終末期であると仮定させたときに推測される反応を明らかにすること、および推測される反応の個人差に影響をおよぼす要因を検討することの2点とする。ここで他者の行動および仮定にもとづいた自分の行動は、その状況を現在の自分にあてはめて考えることによりある程度正確に説明したり予測したりすることが可能であるとされており (シミュレーション理論; Gordon, 1986)、本研究の結果から実際の患者を対象とした際の結果を予測することは妥当であると考えられる。

II 予備調査

1. 目的

先行研究では告知後の反応について知見の一致がえられず、いずれの研究も告知後の反応を網羅していないと考えられたため、本調査で使用する具体的な表現の項目を作成することを目的として、予備調査をおこなった。

2. 方法

2-1 調査対象者

大学生100名を対象として、無記名の質問紙による調査をおこなった。63名から回答を得、すべてを分析対象とした（回収率63%）。

2-2 調査内容

余命半年という告知を受けたという状況をシミュレーションするための文章を呈示し、自分がとると考えられる反応について自由記述による回答を求めた。シミュレーションに用いる呈示文は、日本において末期であることを若年者である患者本人に告げる場合の一般的な流れを参考にして作成し、医師の台詞を挿入することでさらに具体的なシミュレーションが可能となるようにした。ここで、がんの種類としては日本で一番発症数が多い（国立がんセンター、2005）胃がんとした。また余命については、先行研究で「末期」の定義を「余命半年以下」としているものが複数あったため（松村ら、1997；赤嶺・與古田、2002）、本研究でも同様に設定した。以上のような手順で呈示文を作成し、さらに人物や場所などその場の状況をできるだけ具体的に思い描くよう、太字で指示した（図1）。

下記の文章をあなた自身に実際におこったことであると想像しながら、読んでください。その際、**人物や場所など、その場の状況をできるだけ具体的に思い描いてください。**

ある日、以前から続いていた腹痛が悪化し、親にすすめられて病院に行った。診断のあと「**難しい病気の可能性があります。検査をしないと詳しいことはわかりませんので、精密検査を受けてください。**」と言われ、受診した。数日後病院から電話があり、「**検査の結果が出ましたので、親御さんと一緒に病院にいらしてください。**」と言われた。病院で「**残念ながら、先日の検査の結果、末期の胃がんであることがわかりました。おそらく余命は半年ぐらいだと思います。**」と医師から告げられた。

図1 調査にもちいた呈示文

2-3 分析方法

得られた項目に妥当性があるかどうか検討するために、すべての項目について、先行研究で言及されている反応のいずれかにあてはまるかどうかということを確認した。この際、告知後の患者の反応に関する先行研究を4本（Ross, 1971; Holland & Rowland, 1990; 平山, 1991; Buckman, 2000）レビューし、そこで提唱された合計25種類の反応カテゴリーを用いた。また、いずれにもあてはまらなかった項目については、過去の症例（Buchman, 2000）を参考に、実際の患者においてもみられる反応かどうかを検討した。なお、すべての過程において、共同研究者3人の意見の一致を確認しながら作業を進めた。

3. 結果および考察

調査の結果193の項目が得られた。このうち、あまりに具体的なものを除く190項目を検討の対象とした。

上記の項目について、先行研究において言及されている25のカテゴリーにあてはまるかどうかを確認したところ、134項目がいずれかのカテゴリーに分類され、またすべてのカテゴリーが網羅されていた。したがってこれらの項目は実際の患者の反応と整合性があり、本調査で使用する項目として妥当であると考えられた。残りの56項目について、過去の症例研究を参考に検討した結果、いずれも実際の患者において観察される反応であると考えられた。したがってこれらの項目もやはり本調査で使用する項目として妥当であると判断された。

以上190項目についてKJ法（川喜多, 1980）を用い、同様の内容と判断されたものを除いた結果、71項目が得られた（表1）。上記の理由からこれらの項目はすべて告知後の反応を表すものとして妥当であると考えられたため、ここで得られた71項目を本調査で使用する反応項目とした。

Ⅲ 本調査

1. 目的

予備調査より得られた71の反応項目の、下位因子を明らかにすることを1つ目の目的とした。そのうえで、因子分析から得られた各反応について、その程度の違いに影響をおよぼす要因を検討することを2つ目の目的とした。

2. 方法

2-1 調査対象者

大学生174名を対象として、質問紙による調査をおこなった。158部（男性45名、女性113名）を回収、回収率は90.8%であった。

2-2 調査内容

質問紙は、対象者の属性に関する質問、予備調査で用いたものと同じ呈示文（図1）、告知後の反応項目、および反応の差に影響することが予想される要因に関する質問によって構成された。要因としては抑うつや受容との関連が示唆されている否定的問題指向、ソーシャルサポート、死生観、健康統制感を扱うこととした。

属性としては対象者の性別および年齢をたずねた。予測される反応に関しては、予備調査で使用したものと同じ呈示分を示したのち、予備調査の結果抽出された71の反応項目について、それぞれの反応を自分がどの程度とりうと思うかについて、6件法でたずねた。否定的問題指向に関しては、「私は何かよくないことが起こったとき」について「もの物事を前向きに考えられるほうだ」から「物事を前向きに考えられないほうだ」までの4件法でたずねた。ソーシャルサポートに関しては、ソーシャルサポート尺度（福岡, 1997）を、死生観に関しては死生観尺度（平井・坂口・安部・森川・柏木, 2000）を、健康統制感に関しては日本版HLC尺度（堀毛, 1990）を用いた。いずれの尺度も信頼性、妥当性ともに確認されている。

表1 告知後の反応の因子分析結果

質問項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	平均値	標準偏差
因子1 否定的感情 ($\alpha = .91$)								
呆然とする	0.815						4.13	1.23
動揺する	0.766						5.32	0.79
落ち込む	0.746						4.70	1.19
不安を感じる	0.741						5.07	0.98
何も手につかない	0.682						4.51	1.26
わが身の不幸を嘆く	0.678						3.78	1.23
なぜやりに気持ちになる	0.670						3.85	1.22
絶望する	0.665						3.69	1.26
淡々と事実を受け入れる	-0.627						3.37	1.36
何も言えなくなる	0.613						3.42	1.34
自分の運命を呪う	0.608						3.61	1.39
現実逃避をする	0.585						3.47	1.30
八つ当たりする	0.577						3.51	1.42
家に引きこもる	0.571						3.12	1.46
しょうがないことだと割り切る	-0.561						3.95	1.29
死やこれから経験するだろう痛みや苦しみを怖いと思う	0.529						4.78	1.06
もうどうしようもないと感じる	0.526						3.91	1.31
声を上げて泣く	0.501						3.80	1.52
自分は無力だと感じる	0.496						4.49	1.14
症状があったのに病院に行かなかった自分を責める	0.440						4.27	1.23
現実と向き合う	-0.386						4.35	0.97
神も仏もないと思う	0.370						3.39	1.41
直前まで死ぬことは意識しない	-0.361						2.49	1.27
願掛けをする	0.360						3.63	1.57
病気にに対して怒りを感じる	0.351						3.60	1.51
実感がわからない	0.340						4.50	1.17
体調不良の原因がわかってほっとする	-0.336						2.57	1.25
因子2 治療への希望 ($\alpha = .76$)								
同じ病気の人と情報交換をする		0.669					3.96	1.40
自分の病気について本などで調べて詳しく知ろうとする		0.649					4.30	1.34
周りの人に相談する		0.632					3.76	1.25
周りの人に助けを求める		0.497					3.53	1.19
民間療法などあらゆる治療をうける		0.489					3.54	1.30
より良い治療をしてもらおうと医師に贈り物をする		0.418					1.90	0.93
「なぜ自分が病気になったのか」と考える		0.349					4.09	1.35
医師に対して「これからどうなるのか」と問いかける		0.338					4.59	1.16
他の病院で検査を受ける		0.328					4.01	1.41
自分は病気には負けないうと思って過ごす		0.318					3.91	1.19
より良い治療をもらおうと医師をおだてる		0.315					2.28	1.09
因子3 有意義な余生 ($\alpha = .83$)								
やり残したことを成し遂げようとする			0.899				4.89	0.93
長年の夢をかなえようとする			0.823				4.46	1.21
有人やお世話になった人に伝えたいことを言う			0.594				4.99	0.96
残された人生を有意義に生きようと思う			0.583				5.27	0.91
やりたいことをやって過ごす			0.572				4.97	0.92
できるだけたくさんの知り合いに会う			0.535				4.44	1.35
因子4 平静 ($\alpha = .73$)								
取り乱さずに平静さを装う				0.750			3.76	1.22
動揺を隠そうとする				0.630			3.75	1.33
明るく振舞おうとする				0.623			4.20	1.13
静かに泣く				0.524			4.13	1.31
普段の言動、表情を保つようにつとめる				0.470			4.00	1.12
人事のように感じる				0.404			3.14	1.34
ただ笑う				0.355			2.59	1.12
因子5 不適切な対人関係 ($\alpha = .59$)								
嫌なことがあると「死ぬ」という言葉で周りの人を脅す					0.669		1.99	1.12
自分で出来ることさえ周りの人に任せる					0.531		2.43	1.17
周りの人を脅して自分の希望を聞き入れさせようとする					0.509		2.06	1.17
冗談っぽく人に話す					0.432		3.31	1.59
医師に「なぜこんなことになったのか」と問いかける					0.391		3.38	1.46
因子6 周囲への気遣い ($\alpha = .66$)								
家族に対して申し訳ない気持ちになる						0.737	3.96	1.36
家族の気持ちを気遣う						0.639	4.19	1.39
人生の意味を考える						0.341	4.82	1.19
あの世があることを願う						0.336	3.39	1.55
固有値	11.93	5.69	3.8	3.32	2.79	2.27		
寄与率	16.8	8.02	5.36	4.67	3.93	3.2		
累積寄与率	16.8	24.82	30.18	34.84	38.78	41.97		
因子1	1.00	.21	-.15	-.15	.02	.02		
因子2		1.00	.14	-.01	.08	.14		
因子3			1.00	.04	-.06	.11		
因子4				1.00	.07	.07		
因子5					1.00	-.03		
因子6						1.00		

3. 結果

3-1 反応項目の因子分析

71の反応項目について尖度、歪度および相関係数を確認したところ、除外すべき項目はないと考えられたため、すべての項目を解析対象とし、その下位構造を探索することを目的として因子分析をおこなった。最尤法・プロマックス回転による分析を実施し、もっとも解釈がおこないやすかった6因子解を採用した(表1)。この際、いずれの因子に対しても負荷量が.30未満であった11項目は除外した。因子1には「落ち込む」「絶望する」といった項目が含まれていたため「否定的感情」と命名した。因子2には「同じ病気の人と情報交換をする」「自分の病気について本などで調べて詳しく知ろうとする」といった項目が含まれていたため「治癒への希望」と命名した。因子3には「やり残したことを成し遂げようとする」「残された人生を有意義に生きようと思う」といった項目が含まれていたため「有意義な余生」と命名した。因子4には「取り乱さずに平静さを装う」「明るく振舞おうとする」といった項目が含まれていたため「平静」と命名した。因子5には「嫌なことがあると死ぬという言葉で周りの人を脅す」「自分でできることさえ周りの人に任せる」といった項目が含まれていたため「不適切な対人関係」と命名した。因子6には「家族に対して申し訳ない気持ちになる」「家族の気持ちを気遣う」といった項目が含まれていたため「周囲への気遣い」と命名した。因子の α 係数は.59~.91であり、各因子の内的一貫性は示された。またどの因子間においても、高い相関はみられなかった。

ここで、因子1については、「呆然とする」といった静的なものから「声を上げて泣く」と

表2 否定的感情の因子分析結果

質問項目	因子1-1	因子1-2	因子1-3	因子1-4
因子1-1 ショック ($\alpha = .78$)				
もうどうしようもないと感じる	.99			
絶望する	.58			
呆然とする	.49			
現実逃避をする	.49			
何も言えなくなる	.37			
実感がわかない	.35			
因子1-2 動揺 ($\alpha = .82$)				
願掛けをする		.73		
病気に対して怒りを感じる		.66		
声を上げて泣く		.58		
症状があったのに病院に行かなかった自分を責める		.53		
動揺する		.38		
死やこれから経験するだろう痛みや苦しみを怖いと思う		.37		
落ち込む		.37		
自分は無力だと感じる		.36		
不安を感じる		.36		
因子1-3 受容困難 ($\alpha = .69$)				
しょうがないことだと割り切る			-.87	
事実を受け入れる			-.76	
体調不良の原因がわかってほっとする			-.58	
因子1-4 悲嘆 ($\alpha = .62$)				
自分の運命を呪う				.74
神も仏もないと思う				.65
現実と向き合う				-.45
わが身の不幸を嘆く				.41
なげやりな気持ちになる				.37
家に引きこもる				.34
固有値	9.55	1.68	1.45	1.27
寄与率	35.38	6.21	5.37	4.7
累積寄与率	35.38	41.59	46.96	51.65
因子1-1	1.00	.65	.40	.65
因子1-2		1.00	.43	.83
因子1-3			1.00	.48
因子1-4				1.00

いった動的なものまで、さまざまな種類の否定的感情が含まれており、その種類によって影響をおよぼす要因が異なることが予想された。そこで、因子1に含まれた27項目を対象として再度最尤法・プロマックス回転による因子分析をおこない、もっとも解釈のおこないやすかった4因子解を採用した(表2)。この際、いずれの因子に対しても負荷量が.30未満であった3項目は除外した。因子1-1には「絶望する」「呆然とする」といった項目が含まれていたため「ショック」と命名した。因子1-2には「声を上げてなく」「動揺する」といった項目が含まれていたため「動揺」と命名した。因子1-3には「しょうがないことだと割り切る」「事実を受け入れる」といった項目が逆転項目として含まれていたため「受容困難」と命名した。因子1-4には「自分の運命を呪う」「神も仏もないと思う」といった項目が含まれていたため「悲嘆」と命名した。因子の α 係数は.62~.82であり、各因子の内の一貫性は示された。

3-2 反応に影響をおよぼす要因の検討

因子分析の結果得られた合計9つの反応について、反応の有無および程度の差に影響を与える要因を検討することを目的として、強制投入法による重回帰分析をおこなった。この際従属変数は各因子の因子得点、独立変数は否定的問題指向、ソーシャルサポート、死生観(死後の世界観、死への恐怖・不安、解放としての死、死からの回避、人生における目的意識、死への関心、寿命観)、健康統制観(自分自身、家族、専門職、偶然、超自然)とした。分析結果を表3に示す。

分析の結果、「ショック」に対しては否定的問題指向($\beta=.29, p<.001$)、死への恐怖・不安($\beta=.24, p<.01$)、人生における目的意識($\beta=-.17, p<.05$)が、「動揺」に対しては否定的問題指向($\beta=.20, p<.05$)、ソーシャルサポート($\beta=.22, p<.01$)、死への恐怖・不安($\beta=.33, p<.001$)、自分自身($\beta=.15, p<.05$)や超自然的存在($\beta=.20, p<.05$)に対する健康統制感の帰属が、「受容困難」に対しては否定的問題指向($\beta=.23, p<.01$)、死からの回避($\beta=.27, p<.01$)、家族に対する健康統制感の帰属($\beta=.21, p<.05$)が、「悲嘆」に対しては否定的問題指向($\beta=.29, p<.001$)、死への恐怖・不安($\beta=.24, p<.01$)、死からの回避($\beta=.27, p<.01$)が、「治癒への希望」に対してはソーシャルサポート($\beta=.24, p<.01$)、人生における目的意識($\beta=.26,$

表3 反応に影響を及ぼす要因の重回帰分析結果

	ショック	動揺	受容困難	悲嘆	治癒への希望	有意義な余生	平静	不適切な対人関係	周囲への気遣い
否定的問題指向	.29***	.20 *	.23 **	.29***	-.12	-.12	-.13	-.07	.01
ソーシャルサポート	.15	.22 **	.11	.02	.24 **	.27 **	.07	-.08	.18 *
死生観									
死後の世界観	.04	.02	.12	.00	-.19	.07	-.04	-.08	.30 **
死への恐怖・不安	.24 **	.33***	.16	.24 **	.12	.02	-.18	.16	.13
解放としての死	.07	-.03	-.10	.06	.06	-.10	-.02	.17	.00
死からの回避	.02	.06	.27 **	.27 **	.10	-.04	.12	.08	-.11
人生における目的意識	-.17 *	.06	.02	.01	.26 **	.19 *	-.11	-.05	.11
死への関心	.00	.14	.12	.04	.14	-.13	.02	.02	.02
寿命観	.11	.01	-.02	.01	-.10	.04	-.16	-.01	.03
健康統制感									
自分自身	.11	.15 *	.09	-.05	.02	.15 *	.09	.02	-.02
家族	.03	.07	.21 *	.10	.07	.02	.04	.00	.08
専門職	-.03	-.07	-.04	.09	.08	-.05	-.25 **	-.07	-.06
偶然	.03	.05	-.04	.08	.10	.15	.15	.06	.01
超自然	.05	.20 *	-.05	-.05	.26 *	.09	.14	.14	.19
F2乗値	.33	.39	.30	.38	.33	.30	.11	.11	.34

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

$p<.01$)、超自然的存在に対する健康統制感の帰属 ($\beta=.26, p<.05$) が、「有意義な余生」に対してはソーシャルサポート ($\beta=.27, p<.01$)、人生における目的意識 ($\beta=.19, p<.05$)、自分自身に対する健康統制感の帰属 ($\beta=.15, p<.05$) が、「平静」に対しては専門職に対する健康統制感の帰属 ($\beta=-.25, p<.01$) が、「周囲への気遣い」に対してはソーシャルサポート ($\beta=.18, p<.05$)、死後の世界観 ($\beta=.30, p<.01$) がそれぞれ有意に影響していた。しかし「不適切な対人関係」については、いずれの要因とも有意な関連がみられなかった。

4. 考察

4-1 反応項目の下位因子

本研究の第一の目標は、余命半年という告知を受けたと仮定した大学生がどのような反応を示すと推測するかということを明らかにし、その下位因子を探索することであった。因子分析をおこなった結果「否定的感情」「治癒への希望」「有意義な余生」「平静」「不適切な対人関係」「周囲への気遣い」という6因子が得られた。また「否定的感情」に含まれる項目について再度因子分析をおこなった結果、「ショック」「動揺」「受容困難」「悲嘆」の4因子が抽出された。

先行研究 (Ross, 1971; Holland & Rowland, 1990; 平山, 1991; Buckman, 2000) で指摘される反応と比較検討したところ、その多くが「否定的感情」に含まれる4因子に集約されることがわかった。先行研究はいずれも統計的な解析をおこなっておらず、臨床家が自身の経験に基づいて分類をおこなったものである。こうした観察研究では対象者の状態だけでなく観察者の状態や意図が反映されることが指摘されており (Rodabough, 1980)、臨床的に問題となりやすい否定的な感情および行動に特に焦点が当てられたものと考えられる。本研究においては臨床的な視点を交えずに解析をおこなったため、先行研究ではあまり注目されてこなかった反応が下位因子として明らかとなったと考えられる。したがってこれらの反応について新たに着目し、程度の差に影響を与える要因を検討することは意義があると考えられる。

なお、一次因子分析から得られた6因子のうち「周囲への気遣い」のみ、いずれの先行研究でも言及されていない反応であった。中島 (2002) は個人が中心であることが前提とされている欧米社会に対して、日本は家族主義、集団主義を大切に相互依存的な社会であることを指摘している。本研究で参考にした先行研究は主に欧米のものであったため、こうした文化差が先行研究ではみられなかった反応を想定させたと推測することができる。この点に関しては、実際の患者を対象としたさらなる検討が必要であると考えられる。

4-2 反応に影響を与える要因の検討

次に重回帰分析をおこない、反応に影響を与える要因を検討した。その結果、「否定的感情」に含まれる4つの反応すべてに否定的問題指向が影響していた。否定的問題指向については、困難な状況に直面したときどの程度前向きにとらえられるか、ということをたずねた。先行研究からものごとを前向きに捉えることのできる人は、自分の病気と向き合えるということが明らかとなっており (Stiegelis, 2003)、反対にものごとに対して否定的な捉え方をすると、自身の病気に直面した際に否定的な感情を生じやすいと考えられる。以下、「否定的感情」に含まれる各因子に影響する、否定的問題指向以外の要因について考察する。まず「ショック」については、死への恐怖・不安が強いことおよび人生における目的意識が低いことが関連していた。死への恐怖・不安が大きい人の場合、余命半年という告知を受けた際、死を強く感じやす

く、そうでない人よりもショックが大きいことが考えられる。また人生における目的意識が低いことによって他のことを考えられず、死についてばかり考えてしまうことがショックを大きくすると考えられる。「動揺」については、ソーシャルサポートが多いこと、死への恐怖・不安が強いこと、および健康統制を自分自身や超自然的な存在に帰属することが関連していた。先行研究においてサポートの過剰利得が受け手に負債感 (Antonicca & Jackson, 1990) あるいは罪悪感・依存性 (La Gaipa, 1990) をもたらすということが報告されており、サポートの過剰な提供が「動揺」にもつながる可能性が示唆された。また死への恐怖・不安が大きい人の場合、余命半年という告知を受けることによってより強くネガティブなイメージが喚起され、動揺が生じると考えられる。健康統制感については自分自身と超自然という対極にあるものにそれぞれ帰属させる傾向があったが、自責の念を感じる一方で超自然的な存在に救いを求めるという姿勢が、「動揺」という気持ちのゆらぎにつながったと考えられる。また「受容困難」については死からの回避傾向が強いこと、および健康統制感を家族に帰属する傾向が強いことが影響していた。余命半年という告知はすなわち死が近いことを示すものであるため、死からの回避傾向が強い人は、その現実を受容することが困難であると考えられる。また自身の健康が家族すなわち他人によって左右されると考える傾向が強いことが、自身の病気を自分の問題として受け入れることを困難にしていると推測される。また家族への帰属は、親しみや温かい人間関係を求める傾向でもあるとされている (小林・堀毛, 2001) ため、このような傾向が強い人は、死という孤独な体験が近いことを受容することが困難であると考えられる。最後に「悲嘆」であるが、死への恐怖・不安および死からの回避傾向が強いことが影響していた。死への恐怖・不安が強く、さらに死を回避しようとする傾向の強い人は、死をもっとも忌避している人であると言えるため、死が身近となったとき悲嘆が大きいと考えられる。

「治癒への希望」および「有意義な余生」についてはともにソーシャルサポートが多いことおよび人生における目的意識が高いことが影響していた。サポートを多く知覚している人は、抑うつ・疲労・混乱の感情が低いとされており (大川ら, 2001)、支えてくれる人が多いと感じていることや、人生における目的があることによって、余命半年という診断を受けても、病気にばかり目を向けず、前向きな姿勢を保つことが可能であるものと考えられる。ここで健康統制感については「治癒への希望」へは超自然的な存在への帰属が、「有意義な余生」へは自分自身への帰属が高いことが影響していた。超自然的なものによって健康が左右されていると考える人は、余命告知を受けた場合でも、奇跡を信じる気持ちを持ち続け、治癒を目的として自分にできることをしようとするものと推測される。それに対して健康を自分自身に帰属する人は、余命告知をより現実的なこととして受け止め、残された時間で自身の目的を達成するよう努める傾向があると考えられる。

「平静」に対しては専門職への健康統制感の帰属が低いことが影響していた。専門職が自身の健康を左右できないと考える傾向が強い人の場合、医師や看護師といった専門職に対して感情を示すことが有意義でないと考え、感情を隠して平静を装う傾向にあると推測される。ただし「平静」については他の要因はいずれも関連しておらず、今回投入した要因以外のものが影響していると考えられ、今後更なる検討が期待される。同様に「不適切な対人関係」については関連がある要因が1つも得られなかったため、他の要因について検討する必要がある。これら2つの反応はいずれも他者との関係の中で生じる反応であるため、本研究で検討した患者側の立場にある人の特性ではなく、周囲の人の特性に影響される可能性があると考えられる。

最後に「周囲への気遣い」についてはソーシャルサポートが多いことおよび死後の世界があると考えていることが影響していた。本研究では実際のサポートの量ではなく、対象者自身が知覚しているサポートの量を扱った。知覚されたサポートについて、それを期待せざるを得ない状況が自尊心を低下させたり、相手への返礼義務感が満たされないという心理的な負債感を生じさせたりする可能性が指摘されており（福岡ら, 1995）、多くの人に支えられていると感じていることが、他者への配慮を生じさせると考えられる。また死後の世界があると考えることで、自身の病気に対する恐怖や不安がやわらぎ、周囲の人について考える余裕ができるとも推測される。

以上大学生を対象として得られたデータを分析した結果について考察してきた。シミュレーション理論より、他者の行動および仮定にもとづいた自分の行動は、その状況を現在の自分にあてはめて考えることによりある程度正確に説明したり予測したりすることが可能であるとされているため、以上考察した要因は、実際に告知を受けた患者の反応にも同様に影響する可能性があると考えられる。

4-3 本研究の限界および今後の展望

本研究の限界として、分析の都合上予測させる反応を「告知後に生じる」という問い方でしか調査できなかったということがあげられる。先行研究で告知後の反応が時系列的に分類されている（Ross, 1971; Holland, & Rowland, 1990; 平山, 1991）ことからわかるように、患者の反応は告知の直後から死に至るまでの過程でさまざまに変化するため、今後「告知直後」「1ヶ月後」「3ヶ月後」など条件を細分化し、さらに研究を重ねることが求められる。

本研究はあくまでシミュレーションを用いたものだが、シミュレーション理論から実際の患者の反応とも整合性があることが示唆されている。そこで、本研究で反応との関連が示唆された要因について、小数のサンプルであっても実際の患者についてあてはまることが明らかとなれば、本研究でえられた結果を、患者一般に対して敷衍することが可能である。したがって、今後本研究でえられた結果が患者にもあてはまるということを確認するための研究が期待される。

V 引用文献

- 赤嶺依子・與古田孝夫 2002 看護学校生と一般専門学校生を対象にした末期がん告知に関する意識の比較・検討 医学と生物学, 144(3), 119-124
- Amir, M., Roziner, I., Knoll, A., & Neufeld, M. Y. 1999. Self-efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 40(2), 216-224.
- Brown, S.D., Brady, T., Lent, R. W., Wolfert, J., & Hall, S. 1987. Perceived social support among college students: Three studies of the psychometric characteristics and counseling uses of the Social Support Inventory [Monograph]. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 337-354.
- Buchman, R. 2000. 真実を伝える. 恒藤暁・平井啓・前野宏・坂口幸弘(訳). 診断と治療社, pp.111-174.
- Comijs, H. C., Penninx, B. W., Knipscheer, K. P., van Tilburg, W. 1999. Psychological

- distress in victims of elder mistreatment: the effects of social support and coping. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 54(4), 240-245.
- de Ridder, D., Fournier, M., Bensing, J. 2004. Does optimism affect symptom report in chronic disease? What are its consequences for self-care behaviour and physical functioning? *Journal of psychosomatic research*, 56(3), 341-350.
- 福岡欣治・橋本幸 1997 大学生と成人における家族と友人の知覚されたソーシャルサポートとそのストレス緩和効果. *心理学研究*, 68, 403-409.
- Gordon, R. M. 1986. Folk Psychology as Simulation. *Mind and Language*, 1, 158-71.
- 平井啓・坂口幸弘・安部幸志・森川優子・柏木哲夫 2000 死生観に関する研究 死の臨床 23(1), 71-76
- 平井啓・坂口幸弘・安部幸志・中西健二・柏木哲夫 2001 末期がん患者の死生観とメンタルヘルスに関する実証的研究 健康文化研究助成論文集, 7, 83-93.
- 平山正実, 1991. 末期患者の心理 河野友信, ターミナル・ケアのための心理学, 朝倉書店, pp.15-26.
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. 1990. Handbook of Psychooncology. New York. Oxford University Press, 273-282.
- 堀毛裕子 1990 Health Locus of Control Scales の検討(Ⅲ) 日本心理学会第54回大会発表論文集 294
- 茨城県立中央病院 1996 朝日新聞 3月24日
- 伊藤美由紀・浅沼良子・鈴木美奈子・瀧島美紀, 2002. 肺がんで告知を受けた患者の心理的反応と告知までの受診行動の分析. *東北大学医療技術短期大学部紀要* (0917-4435), 11(1), 65-75.
- Johansson, B., Grant, J. D., Plomin, R., Pedersen, N. L., Ahern, F., Berg, S., McClearn, G. E. 2001. Health locus of control in late life: a study of genetic and environmental influences in twins aged 80 years and older. *Health psychology*, 20(1), 33-40.
- Jou, Y. H., & Fukada, H. 1995. Effects of Social Support from Various Sources on Adjustment of Chinese Students in Japan. *The Journal of Social Psychology*, 135, 39-47.
- 柏木哲夫 1992 淀川キリスト教病院ホスピス編 ターミナルケアマニュアル第2版 最新医学社
- 川喜田二郎 1967 発想法 中央公論社
- 国立がんセンター 2005 がんの統計 '05
- 国立療養所研究班 1986 死を看取る メディカルフレンド社
- 毎日新聞社・アメリカンファミリー生命保険会社 2005 「健康と高齢社会に関する世論調査」
- 松村真司・福原俊一・尾藤誠司・大木桃代・黒川清 1997 日本人のがん告知に関する希望とそれに影響を与える諸要因の検討—特に自律性に注目して(1995年全国調査より)— 日本医事新報, 3830, 37-42.
- 村上國男 1990 病名告知と Quality of Life メディカルフレンド社
- 大川明子・城所良弘 2001 術前がん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, 21-27.
- Power, M. J., Champion, L. A., & Aris, S. J. 1988. The development of a measure of social

- support: The Significant Others Scale (SOS). *The British journal of clinical psychology*, 27, 349-358.
- Rodabough, T. 1980 Alternatives to the stages model of the dying process. *Death education*, 4, 1-19.
- Ross. EK, 1971 死ぬ瞬間, 川口正吉 (訳), 読売新聞社
- Shneidman, E. S. 1973 *Death of man*. The New York Times Book Company.
- Stiegelis, H. E., Hagedoorn, M., Sanderman, R., van der Zee, K. I., Buunk, B. P., & van den Bergh, A. C. 2003 Cognitive adaptation: a comparison of cancer patients and healthy references. *British journal of health psychology*, 8(3), 303-318.
- 武田鉄郎・原仁 1997 慢性疾患で入院している子どものセルフ・エフィカシーに関する研究
小児の精神と神経, 37(1), 71-78.
- Weisman, A. D. 1976 Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *The American journal of the medical sciences*, 271, 187-196.