昭和医会誌　第68巻　第6号〔334-344頁，2008〕

原　著

腹部の手術を受ける患者のコーピングに関する実態調査：手術前後のコーピング方略の構造的把握を目指して

昭和大学保健医療学部
城丸　瑞恵
和光大学現代人間学部
伊藤　武彦
昭和大学横浜市北部病院
下田美保子
東京都立西高等学校
仲松　知子
聖路加国際病院
宮坂真紗規
目白大学看護学部
堤　千鶴子
東洋英和女学院
久保田まり

要約：本研究は，腹部の手術を受ける患者の手術前後のコーピングの実態と構造を包括的に明らかにすることを目的とした．調査対象は，腹部の手術をした患者113人中，回収ができた103人である．手術前後において対応する各58項目を調査内容に設定して数量的に分析を行った．その結果，手術前は手術後と比較してより多くの種類のコーピング方略を用い，また活用度も高い（$p = .038$）．58のコーピング方略を研究者間で考慮して16領域に分類後，多次元尺度法により布置図を作成した結果，距離関係から4群に分類ができ，「援助希求行動」と「積極的覚悟と行動」，また「緊張緩和行動」と「回避」がそれぞれ近い距離にあることを示した．LazarusとFolkmanを参考にして前者を問題焦点型コーピング，後者を情動焦点型コーピングと位置づけた．この4群の中で手術前後にもっとも活用されたのが「積極的覚悟と行動」であり，手術への覚悟と不安というストレスフルな課題に対する問題解決的援助の必要性が示唆された．一方，「緊張緩和行動」は，手術後に有意に増加しており（$p < .001$），情動焦点型コーピングへの看護援助も相対的に重要になることがうかがわれた．悪性腫瘍群と非悪性腫瘍群の間では，悪性腫瘍群は手術前「情緒的回避（$p = .002$）」「成長期待（$p = .002$）」，手術後「計画立案（$p = .030$）」が，非悪性腫瘍群より有意に高く，苦痛緩和に対して回避のコーピング方略が有効である可能性が示唆された．手術前の患者の問題解決型コーピングの援助，特に情報提供を十分に行うことが，看護の重要課題の一つであることが明らかになった．また，手術前だけでなく，手術後のコーピングに対する援助も看護的援助の課題であることを問題提起した．

キーワード：腹部，手術，不安，コーピング，患者

手術をする患者は多様な心配や不安をもち，順調な回復のためには不安の構造および実際のコーピング方略を明らかにすることが必要と考える．周手術期患者の不安に関しては1950年以降よりJanis[1]やJohnsonら[2]が研究しており，城丸ら[3]も腹部の手術を受ける患者113人に調査を行い，手術前後の心配の類似性を明らかにした．

一方，コーピング研究では1970年代以降，Lazarusが提唱した定義が引用または修正されて多くの研究者に用いられてきている[4]．LazarusはFolkmanとの共同研究[5]において，コーピングにはストレス事態を引き起こした状況を直接的に変化させる問題焦点型コーピング，ストレス事態における情動を調節する情動焦点型コーピングの2つがあるとして，コーピングの主な機能を明らかにした．それ以後，コーピングプロセスの概念化[6]や病気・健康とコーピングの関係[7]などの研究が行われている．手術を受ける患者のコーピングにおいても同様に研究がすすめられ，その中でも心臓手術に関連したコーピング研究が比較的多く[8,9]，胃・大腸手術に関連したコーピング研究[10,11]は十分ではないのが現状である．一方，国内でも手術をする患者のコーピング研究は行われ，消化器系疾患の手術に関連したコーピング研究では，1988年に岡谷[12]が胃切除を行う患者の手術前後のコーピングについて質的分析を行い，6つのカテゴリーに分類した．その後，大野[13]は上部消化管再建術を受けたがん患者の手術後のコーピングについて質的分析を行い，千崎[14]は胃がんの手術後の患者の情緒状態とコーピングに焦点をあてて数量的に分析を行った．また，恩地ら[15]は，胃がん手術後の積極的対処行動と生活習慣や身体状況などとの関連について分析を行い，積極的対処行動をとる患者は配偶者がいること，手術後のアルブミン値が高いこと等を示した．このような先駆的な研究はあるが，手術前と後のコーピング方略の具体的な様相と変化の特徴に関する数量的分析は不十分である．

そこで手術に対する不安軽減の基礎データとして手術前後のコーピング方略の構造について明らかにするために，本研究では，腹部の手術を受ける患者のコーピング方略に焦点をあてて，その実態と様相を定量的に提示することを目的とする．尚，本研究では，Lazarus[16]を参考にして，コーピングは「心理的ストレスによる刺激や情動に対する認知的・感情的・行動的努力であり，その努力は常に変化する」，またコーピング方略は，「認知的・感情的・行動的努力の具体的内容」と定義する．

研究方法

1. 研究参加者

A大学病院B病棟で入院・手術をした患者113人中，回収ができた103人．B病棟は消化器疾患の治療を中心とした病棟である．なお，この研究参加者は城丸ら[3]が行った研究と同じ対象である．

2. データ収集期間

2003年7月1日～2004年5月31日．

3. データ収集方法

入院時に，調査者が対象者に調査表を手渡し，手術前（手術より2～3日前）と手術後（終了後2～3日で離床が開始された時期）に，それぞれ自己記入をしてもらい，調査者が直接回収した．

4. 倫理的配慮

研究の趣旨と参加の是非によって不利益が生じないことおよび個人情報保護の厳守に関して口頭と文章で説明をし，同意の得られた人のみを対象とした．なお，調査にあたって事前に当該病院の関係責任者に研究目的・内容の説明を行い倫理的問題がないと判断された上で実施した．

5. 調査内容

1）対象者の属性．

2）手術前後のコーピングに関しては，「stress coping」「surgery」をキーワードにPubMed，医学中央雑誌などで先行研究を探索して信頼性・妥当性が確認された4つの尺度，①Jalowiec Coping Scale[17]，②Daily Coping Assesment[18]，③Ways of Coping Questionnaire（WOC）[19]，④COPE[20]を基に表1に示したように手術前後で対応する各58項目を設定した．回答は「全く当てはまらない」を1点，「少しは当てはまる」を2点，「ある程度当てはまる」を3点，「非常に当てはまる」を4点として該当部分を選択する形式とした．それぞれの得点が高いほどコーピングの活用度が高いことを意味する．

6. 分析方法

まず，対象者の基本的属性の記述統計量を求めた．次に手術前後のコーピング項目間の関係を分析するために，手術前の得点と手術後の得点の平均を比較し，対応のあるt検定や反復測定の分散分析を行い検定した．コーピング方略の構造を検討するためには階層的クラスター分析（ウォード法）とMDS（多次元尺度法）により項目間の関連をみた．さらに属性によるコーピング方略の変化および手術前後で活用されるコーピング方略を明らかにするために多変量解析を行った．有意水準は5%未満とし，統計ソフトはSPSS15.0 Jを用いた．

結　果

1. 対象者の概要

対象者の性別は男性66人（64.1%），女性37人（35.9%）．

表 1 手術前後のコーピング方略の様相

群	設問番号	領域	内容	術前平均値 (SD)	術後平均値 (SD)	術後－術前 平均値 (SD)	注2 効果量	効果偏差値	注3 P 値
援助希求行動	14	5. 成長期待	これを機会に人として成長しようと思う	2.61 (1.00)	2.66 (0.95)	−0.06 (1.40)	−0.06	49.40	
	15		人生において本当に大切なものをみつけようとする	2.66 (0.91)	2.67 (1.04)	0.04 (1.40)	0.04	50.44	
	16		今回の経験から何かしらを学ぼうとする	2.86 (0.88)	2.83 (1.01)	0.00 (1.31)	0.00	50.00	
	24	8. 計画立案	自分がすべきことについて計画をたてる	2.71 (0.96)	2.72 (1.01)	0.00 (1.26)	0.00	50.00	
	25		起こり得る事を想定した上で，取るべき手段について一生懸命検討する	2.86 (1.00)	2.87 (1.00)	0.01 (1.38)	0.01	50.10	
	26		いかにしたら善処できるかについて考える	2.89 (0.94)	2.85 (0.96)	−0.04 (1.18)	−0.04	49.57	
	27	9. 情報的希求行動	同様の経験をした人から詳しい情報を得る	2.58 (1.05)	2.55 (1.00)	−0.01 (1.43)	−0.01	49.90	
	28		医師や看護師に，手術や予後のこと等をたずねる	*3.17 (0.79)*	2.80 (0.99)	−0.37 (1.28)	−0.47	45.32	
	29		病気に関して，本や雑誌を読んだりインターネットを通して情報を得る	2.59 (1.00)	2.51 (1.04)	−0.03 (1.37)	−0.03	49.70	
	33	11. 認知的希求行動	同様の経験のある人達から何らかの情報を得ようとする	2.63 (0.97)	2.52 (1.08)	−0.08 (1.38)	−0.08	49.18	
	34		うまく乗り越えていくためにどうすべきかを，医療者や家族に相談する	*3.13 (0.89)*	2.79 (1.02)	−0.33 (1.35)	−0.37	46.29	
	35		痛みなどを和らげるためのケアを医療者や家族に求める	2.80 (0.94)	2.52 (1.00)	−0.29 (1.32)	−0.31	46.91	
	36	12. 情緒的希求行動	家族，友人や親戚から心の支えを得ようとする	2.68 (0.94)	2.63 (1.08)	−0.02 (1.37)	−0.02	49.79	
	37		周りの人からの理解や共感，励ましを求める	2.28 (0.93)	2.34 (1.03)	0.10 (1.26)	0.11	51.08	
	38		手術や予後について，医師や看護師からの安心を求める	*3.15 (0.80)*	2.67 (1.05)	−0.49 (1.27)	−0.61	43.88	*
	39		同室の患者さんと互いに励ましあう	2.35 (1.00)	2.51 (1.02)	−0.49 (1.22)	−0.49	45.10	
積極的覚悟と行動	17	6. 状況の再定義	この経験の中で自分にとってプラスとなる側面を探す	2.89 (0.85)	2.81 (1.00)	−0.06 (1.24)	−0.07	49.29	
	18		違う角度から眺めて，もっと肯定的に受けとめる	2.71 (0.84)	2.83 (0.97)	0.13 (1.31)	0.15	51.55	
	19		悪いことばかりではない，と回復への希望を持って事態を前向きに受け止める	*3.42 (0.73)*	*3.07 (1.04)*	−0.34 (1.17)	−0.46	45.34	
	20		過去の困難事や，自分よりたいへんな人と比較して，現在の状況を捉える	2.76 (0.93)	2.67 (1.01)	−0.09 (1.22)	−0.10	49.03	
	21	7. 積極的努力	結果がうまく運ぶように，できることは努力する	*3.50 (0.67)*	2.95 (1.00)	−0.56 (1.21)	−0.83	41.64	*
	22		過去の同様の辛い体験を参考にして対処する	2.46 (1.06)	2.90 (0.99)	0.43 (1.28)	0.41	54.06	
	23		一度に一段階ずつ，すべきことをして自分なりに一生懸命努力する	*3.20 (0.86)*	2.97 (1.00)	−0.24 (1.31)	−0.28	47.21	
	30	10. 受容的思考	この病気とのうまい付き合い方を学ぶ	2.98 (0.86)	2.96 (0.96)	−0.03 (1.23)	−0.03	49.65	
	31		起きてしまったことは変えることはできない，と受け止める	*3.41 (0.78)*	2.93 (1.09)	−0.48 (1.37)	−0.61	43.85	
	32		現実の事として，人生の一部として受け入れる	*3.46 (0.72)*	2.91 (1.05)	−0.56 (1.28)	−0.78	42.22	*
	43	14. 積極的気分転換行動	散歩をして気分転換をする	2.90 (0.93)	2.87 (1.03)	−0.03 (1.23)	−0.03	49.68	
	44		好きな音楽や本に親しむ	*3.01 (0.92)*	2.85 (1.04)	−0.16 (1.32)	−0.17	48.26	
	45		同室の人や面会の人とのお喋りを楽しむ	2.56 (0.92)	2.76 (0.97)	0.21 (1.21)	0.23	52.28	
	46		なるべく休息して心身を休める	*3.05 (0.88)*	2.75 (1.05)	−0.28 (1.16)	−0.32	46.82	

群	設問番号	領域	内容	術前平均値 (SD)	術後平均値 (SD)	術後－術前 平均値 (SD)	注2 効果量	効果偏差値	注3 P値
積極的覚悟と行動	47	15. おまかせ思考と行動	医師や看護師を信頼して全てを任す	*3.79 (0.47)*	*3.07 (1.12)*	−0.74 (1.23)	−1.57	34.26	*
	48		自分としては，ただ言われる通りに従うだけである	*3.26 (0.82)*	2.71 (1.07)	−0.56 (1.24)	−0.29	47.10	*
	49		神様（仏様）を信頼し，自分の命のことはお任せする	2.59 (1.06)	2.49 (1.08)	−0.06 (1.29)	−0.06	49.43	
	50		まな板の上の鯉の心境で，運を天に任すしかないと思う	*3.16 (0.94)*	2.63 (1.02)	−0.54 (1.29)	−0.57	44.26	*
	51		なるようにしかならない，と開き直る	2.92 (0.95)	2.63 (1.03)	−0.30 (1.29)	−0.32	46.84	
	52	16. 自己制御の態度と行動	なるべく平常心を保つように自分自身に言い聞かせる	*3.18 (0.83)*	2.85 (0.95)	−0.32 (1.18)	−0.39	46.14	
	53		とにかく今はじっと我慢する	*3.07 (0.88)*	2.76 (1.06)	−0.32 (1.26)	−0.36	46.36	
	54		自分自身を失わず，自分でできることは人に頼らない	*3.30 (0.84)*	2.93 (1.00)	−0.36 (1.1)	−0.43	45.71	
	55		辛い事態も自分の責任として引き受ける	*3.23 (0.84)*	2.75 (0.98)	−0.49 (1.16)	−0.58	44.17	*
	56		家族や周りの人に弱みを見せないようにする	2.79 (0.86)	2.43 (0.99)	−0.36 (1.31)	−0.42	45.81	
	57		最悪の事態をも覚悟して臨む	2.84 (1.09)	2.59 (0.98)	−0.23 (1.32)	−0.21	47.89	
	58		感情は自分の心だけにとどめておく	2.75 (0.94)	2.49 (1.04)	−0.28 (1.4)	−0.30	47.02	
緊張緩和行動	10	4. 逃避	いつもよりよく眠る	2.24 (1.06)	2.37 (1.08)	0.12 (1.49)	0.11	51.13	
	11		買い物をしたりテレビを観たりなど，娯楽で気をまぎらわす	2.53 (0.96)	2.56 (1.01)	0.06 (1.20)	0.06	59.63	
	12		飲食や煙草を吸ったりして，一時でも快適などを求める	1.68 (0.93)	2.22 (1.07)	0.55 (1.35)	0.59	55.91	*
	13		概して，人を避ける	1.47 (0.78)	2.05 (1.06)	0.61 (1.27)	0.78	57.82	*
	40	13. 感情表出的行動	自分の感情を我慢しないで表現する	2.31 (0.94)	2.52 (1.04)	0.24 (1.35)	0.26	52.55	
	41		家族や医療者に対して感情を爆発させてしまう	1.48 (0.64)	2.08 (1.09)	0.61 (1.30)	0.95	59.53	*
	42		思い切り泣いたり怒ったり，愚痴をこぼしたりする	1.41 (0.65)	2.17 (1.13)	0.79 (1.29)	0.22	62.15	*
回避	1	1. 認知的回避	今の事態を重く考えず，必要以上に深刻に受け止めない	2.91 (0.88)	2.70 (1.07)	−0.20 (1.37)	−0.23	47.73	
	2		今の状況にとらわれないようにあまり深く考えない	2.86 (0.96)	2.75 (0.98)	−0.09 (1.34)	−0.09	49.06	
	3		人との話で，病気や手術の話題は避ける	1.90 (0.89)	2.20 (1.09)	0.32 (1.45)	0.36	53.60	
	4	2. 情緒的回避	今の状況が消え去ってくれればいいなぁと思う	2.99 (1.02)	2.38 (1.14)	−0.60 (1.56)	−0.59	44.12	*
	5		何か奇跡的なことが起こればいいなぁと願う	2.24 (1.16)	2.38 (1.17)	0.14 (1.56)	0.12	51.21	
	6		以前の楽しかったことなどに思いをはせる	2.14 (1.02)	2.36 (1.00)	0.25 (1.50)	0.25	52.45	
	7	3. 諦観的回避	今の事態を対処できないと思い，何とかしようと努力することを止める	1.48 (0.82)	2.01 (1.12)	0.58 (1.47)	0.71	57.07	*
	8		どうすることもできないと諦める	2.29 (1.24)	2.06 (1.09)	−0.19 (1.59)	−0.15	48.47	
	9		これも運命だと思って観念する	2.89 (1.06)	2.56 (0.97)	−0.34 (1.41)	−0.32	46.79	

注1：イタリック数字は平均値が3.0以上
注2：効果量＝(手術後平均値－手術前平均値)÷手術前の標準偏差
注3：手術前後の変化で有意　$p < .001$

年齢は29歳～88歳で平均年齢は59.6 ± 12.7歳，年齢層は65歳未満が60人（58.3％），65歳以上が43人（41.7％）であった．術式は開腹手術51人（49.5％），内視鏡手術52人（50.5％），疾患は大腸がん31人（30.1％）と胃がん25人（24.3％）が多く，これらを含めた悪性腫瘍が69人（67％），それ以外の疾患が34人（33％）という結果であった．社会的背景ではほとんどが既婚で81人（78.6％），職業は会社員30人（29.1％）と無職28

人（27.2%）が多く半数以上を占めていた．

2. 手術前後に多用されるコーピング方略（表1）

手術前後58項目のコーピング方略において平均値が3.0以上の方略は手術前が16項目，手術後が2項目であり，手術前に多くの種類のコーピング方略を活用していた．

1）手術前コーピング方略

手術前に特によく活用されているのは，順に「手術前47．医師や看護師を信頼して全てを任す（3.79 ± .47）」「手術前21．結果がうまく運ぶようにできることは努力する（3.50 ± .67）」「手術前32．現実の事として，人生の一部として受け入れる（3.46 ± .72）」であった．また手術前全体のコーピング方略の平均値は2.73 ± .38であった．

2）手術後コーピング方略

手術後に活用されているコーピング方略は順に「手術後47．医師や看護師を信頼して全てを任す（3.07 ± 1.12）」「手術後19．悪いことばかりではない，と回復への希望をもって事態を前向きに受け止める（3.07 ± 1.04）」の2つが最も多用された．手術後全体のコーピング方略の平均値は2.63 ± .37であり，手術前より低い数値であった．

3）手術前後のコーピング方略の差

手術前と手術後の全体的なコーピングの活用度を把握するために，手術後全体の平均値から手術前全体の平均値を引いた効果量は0.38であり，手術前58項目の平均値2.73 ± .38と手術後58項目の平均値2.63 ± .37の差は，有意であった（t（101）= 2.107，p = .038）．また，61.8%の対象が手術後より手術前にコーピング方略を多く活用していることが明らかになった．しかし，手術前後において①年齢（65歳未満/65歳以上），②性別，③術式（開腹術／内視鏡手術），④腫瘍の有無の4要因でそれぞれにt検定を行ったところ，いずれも5%水準で有意差はみられなかった．

コーピング方略の各項目における手術前後の差を明らかにするために，手術後から手術前の平均値を引いた値が0かどうか，すなわち変化がないという帰無仮説を用いて対応のあるt検定を行った．その際，有意水準の観点から厳格化を行うBonferroni法による有意水準の補正を加えて統計的に推定を行った．その結果，手術前後の差において表1のとおり13項目に有意差が示された．手術後に減少した項目は8項目であり，順に「47．医師や看護師を信頼して全てを任す」「4．今の状況が消え去ってくれればいいなぁと思う」「21．結果がうまく運ぶように，できることは努力する」「32．現実の事として，人生の一部として受け入れる」「48．自分としては，ただ言われる通りに従うだけである」「50．まな板の上の鯉の心境で，運を天に任すしかないと思う」「38．手術や予後について，医師や看護師からの安心を求める」「55．辛い事態も自分の責任として引き受ける」であった．手術後に増加した項目は順に「42．思い切り泣いたり怒ったり，愚痴をこぼしたりする」「13．概して，人を避ける」「41．家族や医療者に対して感情を爆発させてしまう」「7．今の事態を対処できないと思い，何とかしようと努力することを止める」「12．飲食や煙草を吸ったりして，一時でも快適などを求める」の5項目であった．

3. コーピング方略の分類と手術前後の特徴

手術前後のコーピング方略各58項目は，先行研究[12,21]および研究者間で内容を考慮して16領域「1．認知的回避」「2．情緒的回避」「3．諦観的回避」「4．逃避」「5．成長期待」「6．状況の再定義」「7．積極的努力」「8．計画立案」「9．情報的希求行動」「10．受容的思考」「11．認知的希求行動」「12．情緒的希求行動」「13．感情表出的行動」「14．積極的気分転換行動」「15．おまかせ思考と行動」「16．自己制御の態度と行動」にグループ化した（表1）．これら16領域間でCronbachのα係数を求めた結果，手術前α = .82，手術後α = .85であり内的一貫性が確認された．

1）16領域手術前後のコーピング

手術前後のコーピング16領域の平均値と差を図1に示した．16領域の中で平均値が3.0以上の領域は手術前が「10．受容的思考」「15．おませ思考と行動」「7．積極的努力」「16．自己制御の態度と行動」と4領域にみられたが，手術後は全ての項目が3.0未満であり，全体的にコーピングの活用は減少している傾向がうかがわれた．

2）手術前後16領域の変化

各領域の手術前後における変化を明らかにするためにt検定を行ったところ，有意に手術後に減少したのが「15．おまかせ思考と行動」（t（101）= −5.41，p < .001），「16．自己制御の態度と行動」t（101）= −4.32，p < .001），「10．受容的思考」t（100）= −3.47，p = .001）であり，有意に手術後に増加したのが「13．感情表出的行動」（t（101）= 5.19，p < .001），「4．逃避」（t（99）= 3.70，p < .001）であった．

3）属性と16領域の関係

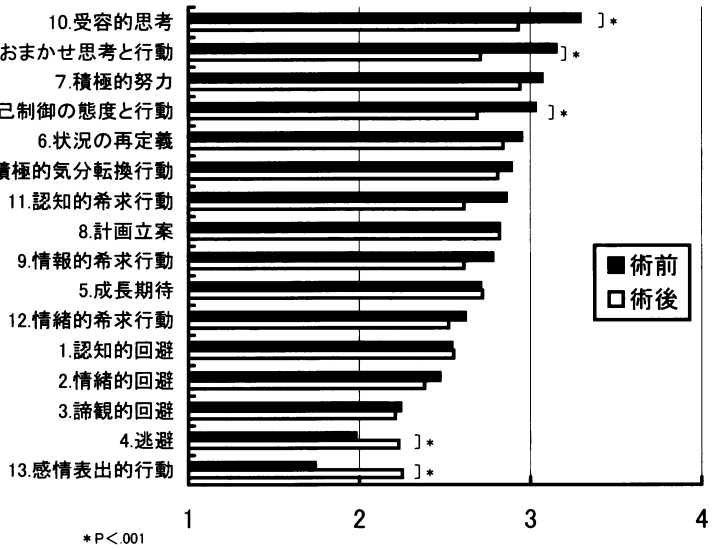

図 1　手術前後のコーピング 16 領域の変化

16 領域のコーピング方略を従属変数にして①年齢（65 歳未満 /65 歳以上），②性別，③術式（開腹術 / 内視鏡手術），④腫瘍の有無の 4 要因でそれぞれに独立した *t* 検定を行った．Bonferroni 法による有意水準の補正後，領域間で有意差がみられたコーピング方略は，悪性腫瘍の有無によるもののみで悪性腫瘍群が非悪性腫瘍群より活用するコーピング方略が 3 領域示された．すなわち，手術前は「2. 情緒的回避」が悪性腫瘍群 2.63 ± .69，非悪性腫瘍群 2.13 ± .80 で有意に悪性腫瘍群が高く（p = .002），「5. 成長期待」も悪性腫瘍群 2.89 ± .81，非悪性腫瘍群 2.36 ± .79 で，悪性腫瘍群が有意に高い結果であった（p = .002）．手術後においても「8. 計画立案」が悪性腫瘍群は 2.93 ± .74 であり，非悪性腫瘍群 2.58 ± .81 より高いことが示された（p = .030）．Bonferroni 法による有意水準の補正後の有意差は認められなかったが，コーピング方略の性差がみられる傾向にあった．すなわち，手術前において，「13. 感情表出的行動」は女性（1.92 ± .59）のほうが男性（1.63 ± .47）より高く，男性は「16. 自己制御の態度と行動」（3.16 ± .55）が女性（2.78 ± .70）より高かった．一方手術後において「12. 情緒的希求行動」は女性（2.74 ± .63）のほうが男性（2.40 ± .74）より高い傾向を示した．

4. コーピング方略の類似性

手術前における回答のパターンから距離行列を作成して，MDS（多次元尺度法）により布置図にしたのが図 2 である．*Stress* = .107 と適合度は高く，R^2 = .958 でありデータと布置図との合致度は 96％と十分であった．16 の領域を要約すると，距離関係から図 2 のように 4 群に分類することができる．各群は，「9. 情報的希求行動」「11. 認知的希求行動」「12. 情緒的希求行動」「5. 成長期待」「8. 計画立案」が「援助希求行動」，「6. 状況の再定義」「7. 積極的努力」「14. 積極的気分転換行動」「15. おまかせ思考と行動」「16. 自己制御の態度と行動」「10. 受容的思考」は「積極的覚悟と行動」，「4. 逃避」「13. 感情表出的行動」は「緊張緩和行動」，「1. 認知的回避」「2. 情緒的回避」「3. 諦観的回避」は「回避」と命名した．「援助希求行動」と「積極的覚悟と行動」，また「緊張緩和行動」と「回避」がそれぞれ近い距離にあり，Forkman と Lazarus[5] を参考にして前者を問題焦点型コーピング，後者を情動焦点型コーピングに規定した．

すなわち「援助希求行動」は，問題解決のために計画立案や他者からの情報・支援を受けるコーピング方略をあらわしている．また，「積極的覚悟と行動」は，現状をあるがまま前向きにとらえ，問題改善のための努力を行うコーピング方略である．「緊張緩和行動」は緊張状態に対して気を紛らわしたり，抑えきれない感情の表出を行うコーピング方略である．「回避」は，今の状態について考えることを避けたり解決のための努力をやめる

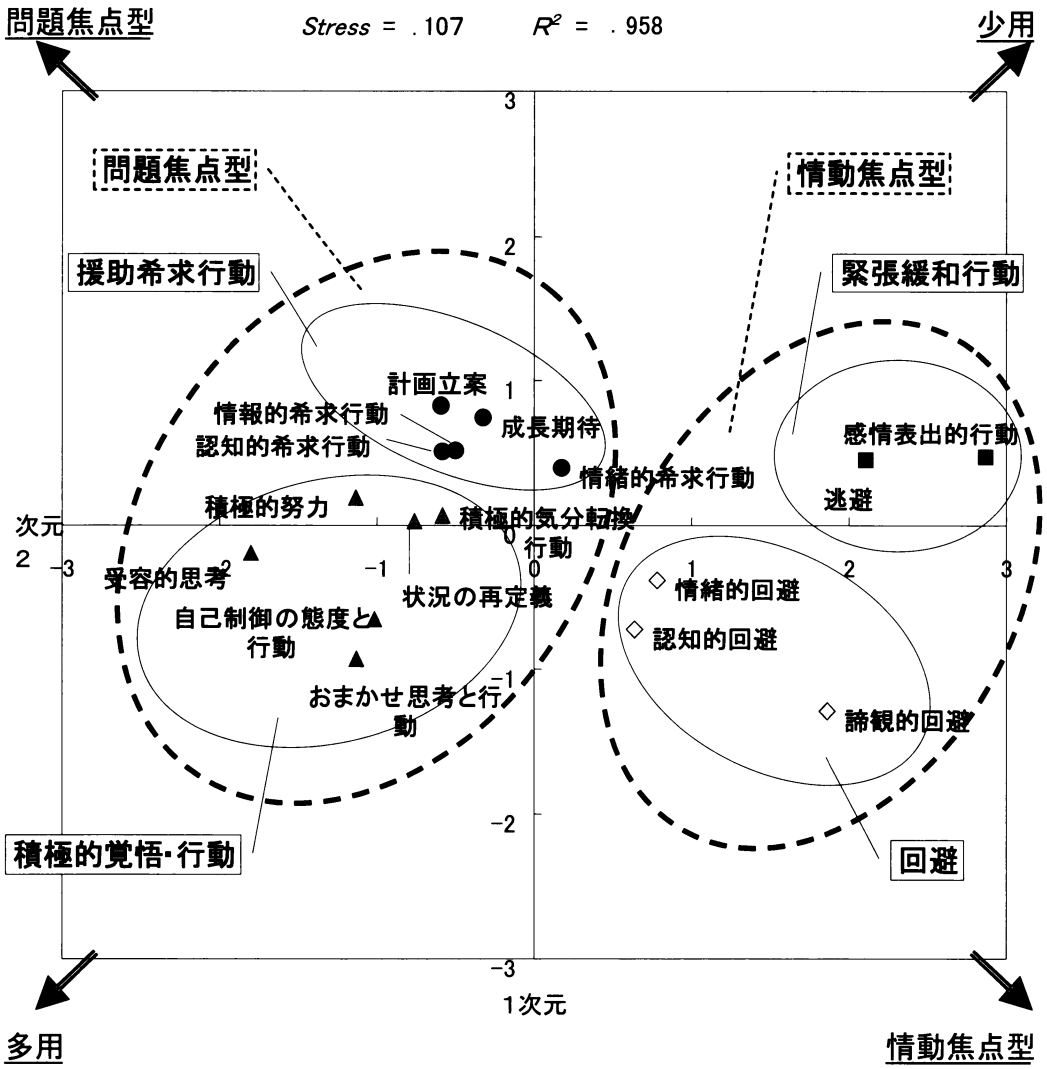

図 2 コーピング方略の類似性

コーピング方略を示している.

これらの4つのコーピング方略の手術前と手術後の利用において，本人の属性や病気・手術の属性の影響があるかどうかを確かめるために，性別（男性／女性）×年齢（65歳未満／以上）×悪性腫瘍（有／無）×術式（開復／内視鏡）の4要因を独立変数とし，手術前と手術後のそれぞれの4コーピング方略を従属変数（合計8）とする多変量分散分析を行った．その結果，(1) 悪性腫瘍の主効果が手術前の回避方略において有意（F (1, 85) = 5.707, p = .019）であり，悪性腫瘍群（2.52 ± .46, N = 67）の方が非悪性腫瘍群（2.23 ± .59, N = 33）より多用していること，(2) 年齢と悪性腫瘍との2要因の交互作用が手術後の回避方略において有意（F (1, 85) = 4.764, p = .032）であり，65歳未満では悪性腫瘍群（2.51 ± .61, N = 32）が非悪性腫瘍群（2.24 ± .63, N = 26）より多用したのに対し，65歳以上では悪性腫瘍群（2.37 ± .66, N = 35）と非悪性腫瘍群（2.40 ± .51, N = 7）の間には差がなかったこと，(3) 性別×悪性腫瘍×術式

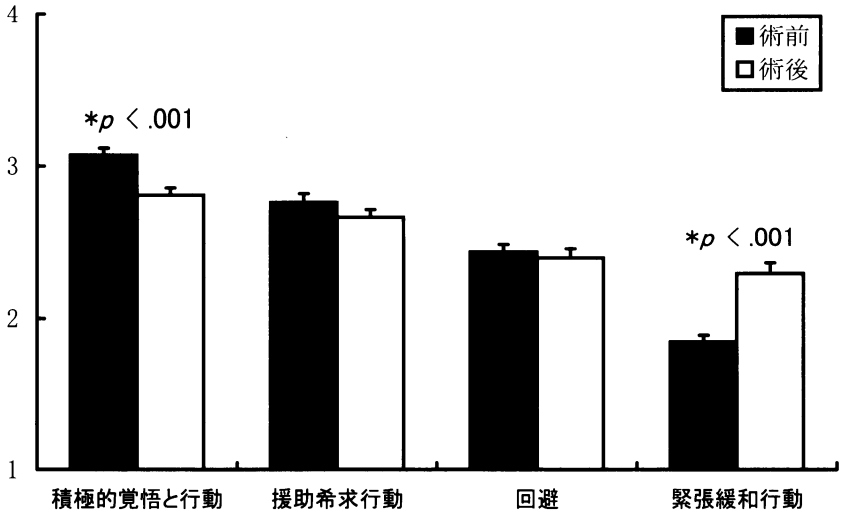

図 3　手術前後のコーピング 4 群の変化

の 3 要因の交互作用が手術後の回避方略において有意（F (1, 85) = 6.633, p = .012）であり，非悪性腫瘍の内視鏡手術にのみ男性（2.57 ± .55, N = 15）と女性の（1.99 ± .62, N = 7）間の差が大きかった．以上の 3 つの結果に留意しつつも，それら以外の主効果と交互作用は全て有意ではなかった，すなわち，残りの場合は，患者の属性や病気・手術の特徴は方略活用の度合いに影響をおよぼさなかった．

これら 4 方略を手術前と手術後に活用している度合いの全体傾向を図 3 に示した．手術前の利用のもっとも多いのは「積極的覚悟と行動」(3.07 ± .43) で，次に「援助希求行動」(2.75 ± .60) が用いられ，三番目に「回避」(2.42 ± .52) の方略が続くが，「緊張緩和行動（1.85 ± .44)」はあまり用いられていなかった．手術後のコーピング方略を多い順に並べると，「積極的覚悟と行動」(2.81 ± .48)，「援助希求行動」(2.66 ± .53)，「回避」(2.38 ± .63)，「緊張緩和行動」(2.26 ± .69) と，手術前に比べて順位の変化はないものの，「積極的覚悟と行動」は，手術後には手術前より有意に減少しており（t (101) = −4.264, p < .001)，「緊張緩和行動」は，有意に手術後に増加していた（t (101) = 5.480, p < .001)．

考　察

1. 手術に対するコーピング方略の実態

本研究では，信頼性・妥当性が確認された 4 つの尺度を用い手術前後で対応する 58 項目のコーピング方略を設定した．この 58 項目を 16 領域，さらに 4 群に分類して手術前後の特徴について分析を行った．

その結果，コーピング方略は，手術後より手術前に多くの種類を用い，活用程度が高かったことが明らかになった．「コーピング」は，心理的にストレスとなった刺激から生じた情動を処理するための過程であることから，手術というストレッサーが及ぼす影響が手術前に強いことがわかる．このことは，本研究と同じ対象に行った調査で[3]，手術後より手術前に不安・心配が強くなることと対応している．当然とはいえ，手術前のストレスに対する看護支援の必要性が浮き彫りになった．一方，一般的にコーピングが成功して，刺激や情動が適切に処理されることで，健康問題は生じない，また仮に生じたとしてもその程度は低いとされている[22]．このことから，手術前後にその患者にとって適切なコーピングを行うことが大事であり，またその過程への支援が求められる．しかし，コーピング方略には各人各様のスタイルがある．さらに入院期間の短縮化に伴う手術前日入院が多い中で，コーピング方略を把握することは難しい現状である．こうした背景において，58 項目のコーピング方略中，手術前は「医師や看護師を信頼して全てをまかす」「結果がうまく運ぶようにできることは努力する」「現実のこととして，人生の一部として受けとめる」，手術後は「医師や看護師を信頼して全てを任す」「悪いこと

ではない，と回復への希望をもって事態を前向きに受け入れる」が多いという傾向を把握できた．このことは，入院期間短縮化の中で，患者のコーピング方略を予測して支援することを可能にすると考える．

手術前後のコーピング方略において，ともにもっとも活用されているのが「医師・看護師を信頼して全てを任す」であり，特に手術前に高いことが示された．城丸ら[3]は同じ対象に行った調査結果の中で，手術前の不安で多いのは「手術に対する情報が得られていない」ことを明らかにした．この点でのコーピングが十分機能していないことがうかがわれる．手術前に手術に関するインフォームドコンセント・オリエンテーション・術前処置などを効果的に実施して，患者の信頼に応える医療スタッフの努力の必要性が示唆された．

次に，具体的な手術前後のコーピング方略58項目を16領域に分類して，属性との関係を明らかにした．その結果，悪性腫瘍群は非悪性腫瘍群と比べて，手術前に「人としての成長」を考える「成長期待」のコーピング方略とともに「情緒的回避」のコーピング方略を多用していることが明らかになった．この結果は，4群に分類したコーピング方略の中で情動焦点型コーピングである「回避」を手術前には悪性腫瘍群のほうが非悪性腫瘍群より有意に多く用いていることと同様の傾向であった．Manuelら[23]が頭部と頸部がん患者35人に行った調査では「接近-回避」のコーピング方略を活用した患者のほうが，活用しない患者より苦痛の症状が緩和したと述べている．Manuelの回避コーピング方略は本研究の「情緒的回避」と対応していると考えられる．疾患の重症度が高い患者は「今の状況が消えること」を願い，「娯楽」で気を紛らわすコーピング方略で，疾患の悪いイメージを払拭して苦痛緩和を図る可能性があること見出した．今後は，回避のコーピング方略と実際の心身の症状・状態との関連を分析する必要性がある．

2. コーピング方略の類似性と構造

16領域のコーピング方略は4群に分類し，さらにこれらはLazarusに従い「問題焦点型」「情動焦点型」の2つに分類された．問題焦点型コーピングの「援助希求行動」の特徴は，これに含まれる5領域の内容から問題解決のために他者からの情報・支援を受けることや今回の経験を自分自身の成長に活用しようとしているなど，より強い問題解決的志向であることがうかがわれた．もう一つの問題焦点型コーピングである「積極的覚悟と行動」は，手術前後にもっとも活用されたコーピング方略である．この中には「お任せ思考と行動」「受容的思考」の領域が含まれている．一見消極的にみえるコーピング方略も，問題解決をするためのコーピング方略のひとつであることが示唆された．さらに手術を受ける対象が「援助希求行動」のような強い問題解決よりも穏やかな問題解決志向をとることが示された．情動焦点型コーピングに分類された「緊張緩和行動」は手術後に多く活用されることが明らかになった．これは手術に対する緊張が手術前から手術麻酔導入まで続くが，手術終了と同時に精神的に解放されることを患者が求めていることが背景にあると考える．同じ対象の調査では[3]，手術後の心理的心配は激減している．このことは手術という課題への直接的対処が手術前の重要課題であることを示している．これに対して，手術後の課題としては，まず体力回復や社会復帰に対する問題焦点型の対処への看護援助の重要性をふまえつつ，それに加えて，患者のQOL全体を高めるような情動焦点型の対処への看護援助も相対的に重要になってくる．

緊張緩和をするための「逃避」や「感情表出的行動」は，患者の問題行動としてとらえられる可能性もあるが，看護師は患者の行動に含まれる思いを汲み取り支援することが求められる．

本研究の限界として，独自に構成したコーピング尺度は，尺度構成の観点から見るとまだ項目は十分整理されていない．それは，本研究の被検者数が質問項目数から見ると十分に多いとはいえず，尺度構成のための因子分析による統計的な吟味を行うには至らなかったからである．とはいえ，手術前後の患者のコーピングの実態を明らかにすることによって看護の視点がより明らかになってきた．腹部の手術は手術療法の中では数も多く一般的である．腹部の手術患者で得られた本研究の知見は，心臓手術など他の手術療法を受ける対象のコーピング方略などとも共通性を持つことが予想される．これを確かめるのが今後の課題である．さらに，次の課題として，手術をする患者の心配・不安とコーピング方略の関連を明らかにする必要がある．

ま と め

本研究は，腹部の手術を受ける患者の手術前後のコーピングの実態と構造を包括的に明らかにした．手術前は手術後と比較してより多くの種類のコーピング方略を用い，また活用度も高いことがうかがわれた．コーピング方略は「援助希求行動」「積極的覚悟と行動」の問題焦

点型コーピング，「緊張緩和行動」「回避」の情動焦点型コーピングの２つに大きく分類ができ，この４群の中で手術前後にもっとも活用されたのが「積極的覚悟と行動」であり，手術という課題に対する問題対処への援助の必要性が示唆された．一方，「緊張緩和行動」は，手術後に増加しており，情動焦点型対処への看護援助も相対的に重要になることがうかがわれた．属性との関係では悪性腫瘍群と非悪性腫瘍群の間で有意差がみられ，苦痛緩和に対して緊張緩和や回避のコーピング方略が有効である可能性が示唆された．

文　献

1) Janis IL: Psycological Stress: Psychoanaltytic and Behavioral Studies of Surgical Patients. Wiley, New York, 1958.
2) Johnson M and Carpenter L: Relationship between pre-operative anxiety and post-operative state. *Psychol Med* **10**：361-367, 1980.
3) 城丸瑞恵，下田美保子，久保田まり，ほか：腹部の手術を受ける患者の手術前後の不安と具体的な心配の構造．昭和医会誌　**67**：435-443，2007.
4) 島津明人：心理学的ストレスモデルの概要とその構成要因．ストレス心理学　個人差のプロセスとコーピング（小杉正太郎編著），pp.31-58，川島書店，東京，2002.
5) Folkman S and Lazarus RS: An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* **21**：219-239, 1980.
6) Roth S and Cohen LJ: Approach, avoidance, and coping with stress. *Am Psychol* **41**：813-819, 1986.
7) Heim E, Augustiny KF, Schaffner L, *et al*: Coping with breast cancer over time and situation. *J Psychosom Res* **37**：523-542, 1993.
8) Tung HH, Hunter A and Wei J: Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *J Adv Nurs* **61**：651-663, 2008.
9) Jalowiec A, Grady KL and White-Williams C: Predictors of perceived coping effectiveness in patients awaiting a heart transplant. *Nurs Res* **56**：260-268, 2007.
10) de Gouveia Santos VL, Chaves EC and Kimura M: Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *J Wound Ostomy Continence Nurs* **33**：503-509, 2006.
11) Wasteson E, Nordin K, Hoffman K, *et al*: Daily assessment of coping in patients with gastrointestinal cancer. *Psychooncology* **11**：1-11, 2002.
12) 岡谷恵子：手術を受ける患者の術前術後のコーピングの分析．看研　**21**：261-268，1988.
13) 大野和美：上部消化管の再建術を受けたがん患者が術後回復期に体験するストレス・コーピングの分析―食べることに焦点をあてて．聖路加看会誌 **3**：62-70，1999.
14) 千崎美登子：胃切除術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．北里看誌　**4**：11-20，2001.
15) 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．日看研会誌 **30**(5)：71-75，2007.
16) Lazarus RS: Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med* **55**：234-247, 1993.
17) Jalowiec A, Murphy SP, and Powers MJ: Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nurs Res* **33**：157-161, 1983.
18) Stone AA and Neale JM: New measure of daily coping, development and preliminary results. *J Pers Soc Psychol* **46**：892-906, 1984.
19) Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, *et al*: Dynamics of a stressful encounter cognitive appraisal, coping ,and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* **50**：992-1003, 1984.
20) Caver CS, Weintrub JK and Scheier MF: Assessing coping strategies: a thoretically based approach. *J Pers Soc Phychol* **56**：267-283. 1989.
21) 加藤　司：対人ストレスに対するコーピング．対人関係と適応の心理学　ストレス対処の理論と実践（谷口弘一，福岡欣治編著），pp.19-38，北大路書房，京都，2006.
22) 島津明人：心理学的ストレスモデルの概要とその構成要因．ストレス心理学　個人差のプロセスとコーピング（小杉正太郎），pp.31-58，川島書店，東京，2002.
23) Manuel GM, Roth S, Keefe FJ, *et al*: Coping with cancer. *J Human Stress* **13**：149-158, 1987.

A SURVEY OF PATIENTS' ABILITY TO COPE BEFORE AND AFTER ABDOMINAL SURGERY

Mizue SHIROMARU
Showa University School of Nursing And Rehabilitation Sciences
Takehiko ITO
Wako University
Mihoko SHIMODA
Showa University Northern Yokohama Hospital
Tomoko NAKAMATSU
Tokyo Metropolitan Nishi High School
Masaki MIYASAKA
St. Luke's International Hospital
Chizuko TSUTSUMI
MeJiro University
Mari KUBOTA
Toyo Eiwa University

Abstract —— The purpose of present study is to demonstrate the structure of patients' coping before and after abdominal surgery including digestive system disease. The research subjects consist of 103 people (66 males and 37 females) among 113 patients who underwent surgeries at a hospital in Tokyo. The average age was 59.6 years (± 12.7). The period of data collection was between July 1, 2003 and May 31, 2004. The investigators handed the survey sheets to the subjects at the time of hospital admission the survey sheets were and the subjects filled them out 2-3 days before and after the surgery; directly collected by the investigators. Fifty-eight coping strategy items for pre-surgery and post-surgery were analyzed. Overall use of coping was more frequent with more variety in the pre-surgery period than in the post-surgery period (p = .038). The 58 coping items were classified into the 16 areas. As a result of multidimensional scaling mapping in reference to the cluster analysis (Ward method) based on similarities among the 16 areas of coping before and after surgery and their structure, the items were successfully categorized into four strategies: help-seeking behavior, positive preparation and behavior, relaxation of tension, and avoidance. Help-seeking behavior and positive preparation- behavior were called problem-focused coping, and relaxation of tension and avoidance were named as emotion-focused coping in relation to the coping theory of Lazarus and Folkman (1984). Among the four strategies, positive preparation- behavior strategies were used mostly in the pre-operation period based on the psychological stress from anxiety toward the forthcoming surgery. Relaxation of tension strategy was utilized significantly more in the post-operational period ($p < .001$). We suggest relaxation of tension and avoidance strategies can contribute to pain relief. The malignancy group used more coping strategies of "affective avoidance" (p = .002), and "growth expectation" (p = .002) in the preoperational period, and more "future planning" (p = .03) in the posttest period than the non-malignancy group. The results suggest the importance of the nurses' role in helping patients use appropriate coping strategies based on their needs before and after surgery.

Key words: abdominal, surgery, anxiety, coping, patients

〔受付：10 月 10 日，受理：12 月 10 日，2008〕