

Table 3. Descriptive data and ANOVA: mean comparison among CAM use stages

Measure	Precontemplation		Contemplation		Preparation		Action		Maintenance		P (F test)
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
TTM components^a											
Pros	-0.74	1.09	-0.28	0.84	0.52	0.64	0.67	0.86	0.52	0.79	0.000
Cons	0.31	0.93	0.30	0.90	0.17	0.91	-0.58	0.83	-0.52	1.03	0.000
TPB components^a											
Positive attitude	-0.84	0.99	-0.27	0.90	0.58	0.62	0.61	0.77	0.59	0.73	0.000
Expectation from family member	-0.71	0.81	-0.35	0.80	0.58	0.85	0.63	0.93	0.64	0.88	0.000
Norms of medical staff	-0.10	1.06	0.05	0.92	0.08	1.11	0.12	0.95	-0.14	1.09	0.335
Self-efficacy											
ARE	60.34	26.28	57.93	23.33	57.72	23.51	64.82	20.34	61.17	19.83	0.241
SCE	54.80	28.38	53.61	23.16	54.48	26.21	61.21	20.97	57.92	21.98	0.167
ADE	66.33	27.48	64.83	25.44	67.26	25.47	72.85	19.00	70.89	23.75	0.097
Total	60.49	26.44	58.79	23.18	59.82	23.87	66.30	19.01	63.33	20.68	0.139
HADS											
Anxiety	5.58	3.65	5.71	3.86	6.02	4.11	5.58	4.31	6.14	3.90	0.335
Depression	5.42	3.29	5.83	3.39	6.13	3.82	5.66	4.11	6.48	4.04	0.841
Total	11.00	6.26	11.54	6.66	12.15	7.30	11.24	8.05	12.62	7.26	0.533
Physical symptom											
Pain	29.01	33.68	28.13	31.88	37.42	32.66	32.50	34.09	23.70	30.61	0.227
Lack of appetite	33.61	34.56	27.41	30.30	31.43	29.15	32.35	32.97	24.00	30.48	0.219
Disturbed sleep	33.73	33.52	27.63	27.72	29.03	24.81	34.06	29.42	32.60	32.27	0.335
Nausea	20.95	32.51	22.57	30.67	18.71	27.78	22.65	32.07	20.10	32.28	0.937
Fatigue	38.10	29.76	32.80	27.59	37.74	28.37	34.06	30.06	37.92	29.71	0.461
Dyspnea	23.37	29.81	18.62	26.40	19.67	19.91	21.32	27.64	26.02	29.17	0.235
Numbness or tingling	28.80	32.25	25.79	29.21	27.33	30.16	28.26	31.85	30.30	33.53	0.800
Drowsy	34.88	26.86	28.69	26.86	37.00	26.67	31.76	26.26	35.54	27.62	0.140
Vomiting	20.85	32.93	18.97	30.53	16.00	28.96	20.00	30.71	20.70	31.92	0.944
Dry mouth	30.49	31.70	27.16	28.82	31.67	30.41	24.93	27.15	28.63	28.91	0.725
Physical symptom ^b	29.59	22.87	25.90	21.62	28.73	18.17	28.38	21.80	28.10	22.53	0.695
Social support											
Tangible assistance	6.09	5.27	5.57	4.37	6.71	4.90	6.12	3.85	5.12	2.88	0.307

^aZ score.^bAverage score among 10 physical symptom variables.

ANOVA, analysis of variance; CAM, complementary and alternative medicine; SD, standard deviation; TTM, transtheoretical model; TPB, theory of planned behaviour; ARE, affect regulation efficacy; SCE, symptom coping efficacy; ADE, activity of daily living efficacy; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale.

(39) = 71.8, $P = 0.001$; Goodness of fit index = 0.98; Adjusted goodness of fit index = 0.96; Comparative Fit Index = 0.97; and Root Mean Square Error of Approximation = 0.04.

Overall, the final model accounted for 41% of the variance in the stage of CAM use and 28% of the variance in psychological distress. The parameter with the highest value that explained the stage of CAM use was expectation from family members ($\beta = 0.37$, $P < 0.001$). Furthermore, norms of medical staff and pros and cons all had significant direct effects on the stage of CAM use ($\beta = -0.12$, $P < 0.01$; $\beta = 0.21$, $P < 0.001$; and $\beta = -0.17$, $P < 0.001$, respectively). The demographic and medical status variables that significantly explained the stage of CAM use included receiving chemotherapy ($\beta = 0.09$, $P < 0.01$), period from diagnosis ($\beta = 0.37$, $P < 0.001$), and treatment place ($\beta = -0.10$, $P < 0.01$). The parameter with the highest value that explained psychological distress was self-efficacy ($\beta = 0.17$, $P < 0.001$). Moreover, social support significantly affected psychological distress ($\beta = -0.14$, $P < 0.001$).

Finally, the stage of CAM use significantly, though only partially, affected psychological distress ($\beta = 0.10$, $P < 0.01$).

discussion

Our survey revealed that 33% of the participants used CAM as a replacement or an adjuvant to conventional cancer treatment. The rate of CAM use in this study approximately corresponded to the rate in a previous study [26], but was lower than the rate observed in a Japanese national survey [2]. This is likely due to the fact that our sample consisted of a much smaller number of patients from the palliative care unit ($n = 24$, 4.7%) compared with the previous study ($n = 289$, 9.3%). When we grouped participants into the five TTM stages of CAM use, the contemplation stage had the largest population ($N = 226$, 43.4%). Although these participants did not use CAM, they expressed interest in using it in the near future. Therefore, we concluded that a majority of our participants were potential CAM users.

Using SEM, we determined that 41% of the variance in advance of the CAM use stage was mainly due to the following TTM and TPB variables: expectation from family (positive), pros (positive), norms of medical staff (negative), and cons (negative). Three demographic and medical status variables were statistically significant in explaining CAM use, but their size was smaller than the other psychological variables. Therefore, we concluded that psychological variables are important factors promoting CAM use. With psychological variables, the pattern in which pros were positive predictors and cons were negative predictors of a person's stage, is consistent with the theoretical postulation of the TTM [10]. The most frequent pro notion regarding CAM was that it 'boosts physical and immune strength', while the most frequent con was that it had 'unpleasant side-effects' ['agree' and 'strongly agree' response: $N = 272$ (53%); $N = 187$ (38%), respectively]. Thus, beliefs regarding the positive outcome of CAM were strong motivations for CAM use, but patients simultaneously worried about the adverse effects. Therefore, if the patients' perceived balance between the pros and cons of CAM was to be changed by acquiring new information on CAM—e.g. the positive effect of a certain CAM product was empirically proven by a clinical trial—many patients in the contemplation stage would likely then use CAM. Therefore, it is important to provide evidence based and easy to understand information on CAM use in a systematic way, such as guidebooks or web resources, and to develop clinical guidelines on CAM use.

Another unique feature of CAM use that we determined is that the expectation from family in TPB explained the largest part of the variance in the CAM use stage. Previous studies have reported that family and friends of cancer patients generally provided information, supported the decision, or recommended the use of CAM [2, 27, 28], and that CAM users were not autonomous problem solvers [29]. Therefore, our result makes much clear of the critical role that patient recognition of family pressure plays during the decision-making process for CAM use.

Previous studies have indicated that the use of CAM was a marker of bad psychological adjustment [6] and had positive effects on patients' sense of control [30]. On our results, progressed stage of CAM use significantly but not strongly predicted psychological distress, which was mainly explained by self-efficacy, that is, perceived control, and it did not directly explain CAM use stage and mediated by cons. In summary, CAM use did not directly provide perceived control to patients but a little worse psychological adjustment. We could not obtain the evidence that perceived control had strongly mediated the relationship between CAM use and psychological adjustment.

The limitations to this study include the cross-sectional design and sample. Use of SEM could have made clear of multiple relationships among variables in the cross-sectional design. This study also used a convenient sample recruited from three cancer centers. In order to obtain epidemiological details of the CAM use, we need to carry out a large sample prospective study confirming the results of this study. The response rate of our study, 59% was slightly higher than that of our previous national survey, 57% [2]. However, the valid

response rate was 47%, mainly due to the missing of a single item for stage of CAM use. These indicated that sampling was valid, however it will limit generality of our results. It might be needed to improve assessment for stage of CAM use in the questionnaire.

In conclusion, this study using two psychological model provided strong evidence that the existence of psychologically induced potential CAM users and psychological variables including positive attitude for CAM use and perceived family expectation greatly influence CAM use in cancer patients.

funding

Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare (13-20 and 17-14).

acknowledgements

We thank Hirokazu Arai, Mariko Shiozaki, Nanako Nakamura, Satoshi Ohno, Noriko Amano, Yutaka Kano, and James Prochaska for their generous assistance in the conduct of our research and their helpful comments on this paper.

references

- Boon H, Stewart M, Kennard MA et al. Use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions. *J Clin Oncol* 2000; 18: 2515–2521.
- Hyodo I, Amano N, Eguchi K et al. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2645–2654.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)? <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/> (28 July 2007, date last accessed).
- Caspi O, Sechrest L, Pittluk HC et al. On the definition of complementary, alternative, and integrative medicine: societal mega-stereotypes vs. the patients' perspectives. *Altern Ther Health Med* 2003; 9: 58–62.
- Cassileth BR, Deng G. Complementary and alternative therapies for cancer. *Oncologist* 2004; 9: 80–89.
- Paltiel O, Avitzour M, Peretz T et al. Determinants of the use of complementary therapies by patients with cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2439–2448.
- Burstein HJ. Discussing complementary therapies with cancer patients: what should we be talking about? *J Clin Oncol* 2000; 18: 2501–2504.
- Correa-Velez I, Clavirino A, Barnett AG, Eastwood H. Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life. *Palliat Med* 2003; 17: 695–703.
- Sollner W, Maislinger S, DeVries A et al. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standard treatment but with active coping behavior: a survey. *Cancer* 2000; 89: 873–880.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390–395.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Prog Clin Biol Res* 1984; 156: 131–140.
- Manne S, Markowitz A, Winawer S et al. Correlates of colorectal cancer screening compliance and stage of adoption among siblings of individuals with early onset colorectal cancer. *Health Psychol* 2002; 21: 3–15.
- Lauver DR, Henriques JB, Settersten L, Bumann MC. Psychosocial variables, external barriers, and stage of mammography adoption. *Health Psychol* 2003; 22: 649–653.

14. Hirai K, Suzuki Y, Tsuneto S et al. A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients. *Psychooncology* 2002; 11: 221-229.
15. Honda K, Gorin SS. A model of stage of change to recommend colonoscopy among urban primary care physicians. *Health Psychol* 2006; 25: 65-73.
16. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991; 50: 179-211.
17. Le Chevalier T, Brisgand D, Douillard JY et al. Randomized study of vinorelbine and cisplatin versus vindesine and cisplatin versus vinorelbine alone in advanced non-small-cell lung cancer: results of a European multicenter trial including 612 patients. *J Clin Oncol* 1994; 12: 360-367.
18. Blake RL Jr, McKay DA. A single-item measure of social supports as a predictor of morbidity. *J Fam Pract* 1986; 22: 82-84.
19. Conner M, Kirk SF, Cade JE, Barrett JH. Why do women use dietary supplements? The use of the theory of planned behaviour to explore beliefs about their use. *Soc Sci Med* 2001; 52: 621-633.
20. Kitamura T. The hospital anxiety and depression scale [in Japanese]. *Arch Psychiatr Diagn Clin Eval* 1993; 4: 371-372.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
22. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T et al. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 1998; 28: 333-338.
23. Hirai K, Suzuki Y, Tsuneto S et al. Self-efficacy scale for terminal cancer [in Japanese]. *Jpn J Psychosom Med* 2001; 41: 19-27.
24. Okuyama T, Wang XS, Akechi T et al. Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: a validation study. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 1093-1104.
25. Cleeland CS, Mendoza TR, Wang XS et al. Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer* 2000; 89: 1634-1646.
26. Eguchi K, Hyodo I, Sasaki H. Current status of cancer patients' perception of alternative medicine in Japan. A preliminary cross-sectional survey. *Support Care Cancer* 2000; 8: 28-32.
27. Boon H, Brown JB, Gavin A et al. Breast cancer survivors' perceptions of complementary/alternative medicine (CAM): making the decision to use or not to use. *Qual Health Res* 1999; 9: 639-653.
28. Molassiotis A, Scott JA, Kearney N et al. Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients in Europe. *Support Care Cancer* 2006; 14: 260-267.
29. Boon H, Westlake K, Deber R, Moineddin R. Problem-solving and decision-making preferences: no difference between complementary and alternative medicine users and non-users. *Complement Ther Med* 2005; 13: 213-216.
30. Sparber A, Bauer L, Curt G et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27: 623-630.

ソーシャルサポートの獲得を促すアプローチ



田村里子* 福地智巴[≠]



緩和医療における患者と家族へのソーシャルサポートの重要性は広く認識される。ソーシャルサポートとは、社会にある資源の総体であり、多様な重層的なネットワークシステムをとおして提供される。病期に添ったがん患者と家族の心理社会的問題のために、求められるソーシャルサポートの獲得を促すアプローチについては、個人のソーシャルサポートネットワークの状況アセスメントと、ニーズアセスメントの的確さが問われる。ソーシャルサポートの獲得のために求められるアプローチとは、あくまでも家族の自助の支援である。それがソーシャルサポートとして取り込まれ獲得を促していくためのアプローチであり、家族の力を賦活させる。

はじめに

緩和医療において、患者と家族へのソーシャルサポートの重要性は、広く認識されている。がん対策基本法により各地のがん診療拠点病院に相談支援センターが設置され、相談機関の整備が進められている。相談支援というソーシャルサポートの必要性についての国の施策であり、さまざまなソーシャルサポート資源とのつながりの可能性を拓くものとなった。

KEY WORDS

ソーシャルワーカー
心理社会的問題
ソーシャルサポート

しかし実際には、資源としてのソーシャルサポートは対象者を取り巻き散在しており、患者と家族に著実に獲得され有効活用のための、的確なアプローチが求められる。

本稿では、緩和的医療の視点はがんの療養の全期にわたって必要であることから、病期に添ったがん患者と家族の心理社会的問題について概説し、ソーシャルサポートの獲得を促すアプローチについて医療ソーシャルワーカーの立場から述べる。

1. がんがもたらす心理社会的問題

がんがもたらす心理社会的問題については、*Hand book of psycho-oncology*のなかに、“5つのD”とその頭文字をとり、Death（死への不安・恐怖）、Dependence（医療者や家族などの他者への依存）、Disfigurement（治療や手術によ

* TAMURA Satoko/医療法人東札幌病院MSW課、≠ FUKUCHI Tomoha/静岡がんセンターよろず相談

る容姿の変貌とそれによる心傷), Disability (仕事や役割などの社会的能力の低下), Distance (他者との関係に距離感が生じることによる, 関係性の疎外, 崩壊) と示されている。緩和医療は, がん患者の身体的苦痛のみならず, こうした心理社会的問題にも介入し患者のQOL (quality of life) を最大限に高めることをめざす。がんの療養はジェットコースターにもたとえられ, 診断から治療の選択, 再発, 病状の経過に添って療養場も変化する。つねに緊張のなかで, つぎつぎと押し寄せる心理社会的問題: 療養生活上の課題に直面する患者と家族の伴走者として, 種々のソーシャルサポートによってソーシャルワーカーは「気持ちと暮らし」を支えている。

2. 医療ソーシャルワーク

医療ソーシャルワーカーは, 患者とその家族を相談援助によって心理社会的に支援する緩和医療における医療チームの一員である。医療ソーシャルワーカーとは, 2000年国際ソーシャルワーカー連盟によると, 「人間の福利 (ウェルビーイング) の増進をめざして, 社会の変革を進め, 人間関係における問題解決を図り, 人々のエンパワーメントと解放を促し, 人間の行動と社会システムに関する理論を利用して, 人びとがその環境と相互に影響しあう接点に介入する専門職」として定義される。

ソーシャルワーカーは, 人間と環境・社会を dual focus (二次元的な焦点) でとらえ, その両者に向けたアプローチが特徴といえる。「環境における人 (person in environment)」・「状況における人 (person in situation)」の視点から, 暮らしと気持ちを支える。人が所属する一番小さい「社会」「環境」が, 家族である。よってソーシャルワーカーにとって「家族」は, 患者という「人」にとっての環境であると同時に, 「家族」そのものが, 患者を支えるという生活課題をもった人として, 援助主体である。そして「人と環境の相

互作用」の視点からは, 患者と家族を1つのユニットとして考え, ユニットとしての家族「システムとしての家族」をつねにダイナミックスをとらえて支援している。

厚生労働省保険局の「医療ソーシャルワーカー業務指針」(平成14年改訂)には, 「高度化, 多様化する国民の医療ニーズを背景に, 包括的, 継続的医療の必要性が指摘され, 患者や家族の不安感を除去するなど心理的問題の解決を援助するサービスが求められている……社会福祉の立場から患者のかかえる経済的, 心理的・社会的問題の解決, 調整を援助し, 社会復帰の促進を図る医療ソーシャルワーカーの果たす役割に対する期待は, ますま大きく… (下線筆者)」とされる。医療ソーシャルワーカーは, 患者と家族の心理社会的な側面・気持ちと暮らしを, 心理的支援と個人の社会との接点の制度や資源・人間関係・交流・つながりといった局面, すなわちソーシャルサポートによって支援する。ソーシャルワークのプロセス(ソーシャルワーカーと相談者との相互作用)そのものがソーシャルサポートでもある。

緩和医療においては, 医療ソーシャルワーカーは, 患者と家族の心理的ケア, アドボケート(代弁), 患者と家族や医療者の仲介者, 療養環境や社会資源のコーディネーター, 地域におけるネットワークワーカーなどの役割を担っている。

3. ソーシャルサポート

ソーシャルサポートは, 行動, 情緒, 認知といった心理学的な視点と, ソーシャルサポートの機能, 提供者および場といった, 社会科学的視点の2つの観点からとらえられる。

医療においてソーシャルサポートは, 単に制度や社会資源として平面的にとらえられる傾向が強い。しかし実際にはソーシャルサポートは, 自然発生的に発生しているサポートシステム(家族・友人・隣人・職場の同僚など), 意図的に創られるサポートシステム(セルフヘルプグループ, サ

ポートグループなど)、社会制度化されているサポートシステム(専門機関、専門職員など)といった、多様な重層的なネットワークシステムをとおして提供されるものである。

またソーシャルサポートは、機能的な視点からは以下のように捉えられる。

- ・自己評価サポート(情緒的な支援関係をとおして自己評価を高めるはたらきかけ)
- ・地位のサポート(肯定的はたらきかけにより自己尊重を支えアイデンティティを保证するかかわり)
- ・情報サポート(種々の社会資源などの該当する情報提供による援助)
- ・道具的サポート(介護サービス日常生活への物理的支援)
- ・社会的コンパニオン(制度活用、申請業務など社会的活動のパートナー的な支援)
- ・モチベーションのサポート(療養生活上の課題解決へのモチベーション保持への支援)

これらのソーシャルサポートを獲得するためのアプローチの前提には、個人のもっているソーシャルサポートの質と量の正確なアセスメントが求められる。さらにリアルニーズのアセスメントが不可欠である。加えて、その個人がソーシャルサポートを自身のなかに取り込み活用する能力(ワーカビリティ)を考慮することが重要である。その視点を欠くと、支援のために提供されるソーシャルサポートとしての情報やかかわりが、時には対象者の尊厳を損なうことになりかねない。(田村)

4. がんの療養の経過に添った心理社会的問題とソーシャルサポート

(1) 診断後

がんの診断・治療の進歩に伴い、がんが慢性疾患として扱われるようになったとはいえ、患者や家族にとって、「がん」の診断は、依然として「死」を連想させる。診断によって引き起こされるショック、動揺、不安といった感情は、実際に

は診断が確定する以前の、「がんかもしれない」という疑いの段階から経験される。ある患者は、「診断」という言葉は使わずに、「宣告」と表現したが、確定診断を待つあいだの錯綜する心情と診断により受けた衝撃とをよく表している。診断内容が厳しいものであればあるほど、また、診断と自覚症状が乖離していればあるほど、診断結果は受け入れがたいものとなる。

診断から治療が開始されるまでのあいだに発生する心理社会的問題への対応は、その後の治療過程や終末期において、患者や家族から語られる医療体験への不満や不信への影響を踏まえても重要である。

◆診断後の混乱—気持ちや問題の整理と現実認識への支援

精神腫瘍学では、バッドニュース後のストレス反応の推移を3つの相で示している(Massie and Holland)。診断後間もない時期にある相談は、第3相である「適応の時期」に至らない、第1相(初期反応期)および第2相(苦悩・不安の時期)の症状を呈する患者・家族からの相談がほとんどである。「診断は本当であろうか」「これからどうなってしまうのか」といった否認や絶望の感情が表出されることもあれば、「毎年、検診を受けてきたのに…」「検査ばかりで治療がはじまらない」「いきなり診断された」といった医療・医療者への不満として表出されることもある。また、「医療費はどれくらいかかるのか」「会社を退職させられるのではないか」といった現実的な問題も語られる。多くの場合、患者や家族の話は、診断(現在)と、これまでの生活や医療体験の振り返り(過去)と、想像できないこれからの生活(未来)を行ったり来たり彷徨し、漠然とした不安のなかにある。

ソーシャルワーカーは、こうした混乱した状況にある患者・家族に対して、聴くことで感情表出を保障し、断片的に語られるエピソードやそれに付随するさまざまな感情といった一つひとつの点

を、ともに整理しながらつなぎ、現在の状態・状況を再認識できる線へと描いていく。

〈事例〉患者の妻が相談室に来院した。毎年、会社で検診を受けてきたにもかかわらず、進行性の胃痛との診断を受けたことへのショックと怒りを表出し、「何かの間違いではないか」と診断を否認する一方で、「これから治療はどうなるのか」「家族として何をしたらよいのか」といった現実的な問題にも悩み、混乱していた。

ソーシャルワーカーは、聴くことで思いを受け止め、行きつ戻りつする会話の流れを整理しながら、妻の心身の状態と位置（どこに留まって状況を捉えているか）をアセスメントした。さらに面接を重ねるなかで、生活課題への対処の動機づけとなるよう、妻とともに課題を小さいカテゴリーに分類していき、取り組む優先度を検討していく作業を支援しながら、その妻の姿勢を支持し、エンパワーしていった。最終的には、ソーシャルワーカーとの情緒的支援関係のもと（自己評価サポート）、妻自身が「今、ここで」必要な支援（情報サポート）を明確にでき、それが得られたことで、患者を支える家族の役割を肯定的に意味づけるまでに至った（地位のサポート）。

（2）治療の段階

治療の開始に伴い、これまでの生活の連続性は断たれ、「治療・療養」を中心とした生活スタイルの再構築が必要となる。がんおよびがん治療による身体機能の喪失や障害は、家族に患者の担っていた役割を課すこととなり、生活だけでなく、家族そのもののあり方にも大きな影響を与え、さまざまな心理社会的問題が発生する。

◆治療方針の決定—患者・家族の合意にもとづく自己決定への支援

診断後の混乱した状況のなかで、患者は治療方針を決定しなければならない。その前提となる治療計画や副作用の説明、治療後の生活への影響な

どの情報は、医療者から、治療効果の優先度に応じた縦方向で提示されても、患者や家族にとっては、横方向の並列な情報としてとらえられる。治療効果や副作用といった医学的情報よりも、治療にかかる期間、費用、後遺症といった生活に影響する情報が、治療方針の決定に重要な意味をもつ場合がある。それは、家族という最小単位のなかで営まれてきた生活や家庭内のルールをできるだけ維持しようと、治療・療養と生活のバランスを考えるからである。

ソーシャルワーカーは、患者・家族の暮らしに対する価値や希望、実現への困難性などを聴き、心理社会的アセスメントをおこなったうえで、患者・家族の状況に見合う情報が提供されることを保障し、必要に応じて、説明の機会の設定やセカンド・オピニオンの試行を支援する。そして、治療中・治療後の生活を具体的にシミュレーションし、イメージのなかの生活をともに体験しながら、新たな課題を発見し、さらにその課題を検討していく。こうしたプロセスをとおして、家族の新たな役割への自立性にはたらきかけ、生活を再構築していく家族自身の力をエンパワーしていくのである。

◆経済的な問題—社会的存在としての保証と具体的な手続きへの支援

人生設計の予定にはなかった「がんの罹患」と「治療」は、生活に大きな打撃を受ける。

退職や退職を余儀なくされることにより収入は減り、一方で治療費や通院費といった出費がかさむことで生活は困窮する。こうした状況に、患者は生活への影響を実感し、家族への申し訳なさから、自分の存在へのゆらぎをも経験する。また家族は、患者が支えてきた経済力（家庭力）を維持・代行することに不安をかかえながらも、患者に病気や治療以外の心配をさせざる状況に、家族自身が自責の念を抱いている。

ソーシャルワーカーは、具体的な社会資源の活用により、経済的負担の軽減が可能であることを

伝え、安心を提供する一方で、患者や家族が担うそれぞれの社会的役割への価値や評価、役割継続の条件、役割変更への心理的抵抗感、対処能力や交渉力などを聴き、心理社会的アセスメントをおこなう。そして心理的には、社会的存在としての価値を振り返りながら、自尊心を維持できるよう支え、社会的には、役割の維持または変更に必要な具体的な方法をともに検討し、社会制度や地域・会社などへのはたらきかけを支援（時に代行：コンパニオンサポート）する。

〈事例〉患者とその息子（大学生）が相談室に来訪。治療費や生活費の負担軽減となる社会制度を教えて欲しいとの相談であった。ソーシャルワーカーは、患者の非言語的な部分から、経済的な問題だけが気がかりではないと感じとり、自由な感情表出が可能となる雰囲気を提供し、これまでの経緯や思いを共感的に聴き支えた。患者は、「休職したら、今のご時勢、退職させられる。この歳で家族の重荷になるなんて…」と社会的役割を喪失することへの不安を語り、休職や治療に対して躊躇していた。一方、息子は「俺がアルバイトをするから心配なくていいよ」と、患者への気遣いをみせた。その発言を受けて、患者は家族への申し訳なさを出し流涙した。

ソーシャルワーカーは、これまでの社会人としての患者の評価、仕事を継続するうえで会社からの提示されている条件の有無、必要時の仕事内容の変更への抵抗感などを聴き、患者にとっての仕事の価値が、自尊感情に影響するものであることを理解し、それを言語化した（自己評価のサポート）。さらに患者の「今の自分」評価と、その評価に対する息子の思いや考えを聴きつなぎ、ともに病気や治療に向き合う現状での課題を整理することをサポートした。そして社会制度の活用により、経済的負担が軽減されること（情報サポート・道具的サポート）、治療の開始に伴い、すぐに、会社との接点や経済的基盤を失うわけではな

いことなどを伝えた。

具体的な手続きへの積極的な介入を申し出た息子に対しては、患者にとっての心強いサポーターであることをフィードバックし（モチベーションのサポート・地位のサポート）、息子の自律性を信頼し、諸手続きや会社との交渉などを見守ることとした。最後に患者と息子の共同作業であることを確認し合い面接を終了した。

◆療養先の検討と調整—合意形成および負担感への支援

治療の終了や症状緩和により、退院が検討されるようになると、療養先をめぐって、患者・家族間、医療者と患者・家族間で意向のズレが露呈されることがある。医療者側が自宅療養を可能だと判断しても、病院という守られた環境から自宅に戻るとは、家族にとって大きな決断を要する。自宅療養に対する家族の消極的な態度や抵抗を、医療者側は医療の継続を保証することで安心に変えようと試みる。しかし家族が自宅療養に積極的になれない背景には、在宅医療体制の整備や介護負担軽減を目的とする福祉諸サービスの導入だけでは軽減できない、家族の心理的負担感が存在する。とくに患者の意思決定能力が低下している場合や、家族構成員のだれかに介護力や決定権への期待が集中している場合には、その家族は心理的に拘束され、自身の感情表出を抑圧し、ますます追い詰められていく。

ソーシャルワーカーは、家族の抑圧している感情（患者や家族構成員に対する陰性感情も含め）の表出を保障し、負担を感じながらも、よき介護者でもありたいというアンビバレントな気持ちを聴き受け止める。そして、家族自身の介護評価を肯定的にフィードバックすることで、家族自身の力への気づきを促し、「ありたい介護者像」と現実との折り合いをつけていく作業を支援する。また、複数の家族構成員と合同面接をおこない、家族間の力動を活用しながら、互いの理解と合意を可能にする話し合いへとサポートしていく。さら

に、こうした家族の背景や負担感を医療チームと共有し、支えを必要とする「支え手」としての家族の思いやニーズを代弁（advocacy）することで、患者・家族・医療者をつないでいく。

自宅療養が選択された場合には、患者・家族のニーズを踏まえ、地域の医療・看護・福祉の諸資源との連携やサービスを創造する体制づくりといったネットワークングもおこなう。

〈事例〉化学放射線療法後、自宅療養中に誤嚥性肺炎を発症し入院していた患者。高齢であることや肺炎の発症により、自己決定能力は低下したものの、医学的データ上では安定しているとのことで、医師から妻に自宅退院可能との説明がされた。妻が自宅退院に消極的な態度を示したため、在宅医療体制の整備と介護サービスの導入により、妻の負担を軽減し、自宅退院への抵抗を緩和しようと、病棟の看護師がソーシャルワーカーに介入を依頼した。

ソーシャルワーカーは、妻と面談し、これまでの経緯や自宅での様子を聴きながら、妻なりのかかわりを肯定的にフィードバックすることで情緒的に支え、さらに妻自身の気がかりや要望を聞いていった。そして妻にとって退院するということは、その後の患者の状態に影響するかもしれない選択をすることにほかならず、その選択（決定）を一任されている責任の重さゆえの躊躇であり、妻にとっては選択の自由を保障されることがかえって負担になっていることを理解した。そこで在宅医療福祉サービスの整備を図る前に、サービス導入に対する家族構成員の意向の明確化と合意形成を目的に家族面接をおこなった。妻を含め、同居している長男と別世帯の長女との家族面接のなかで、統一した現状認識に必要な情報を確認し合い、医療者への橋渡しを支援した（情報サポート・リレーションサポート）。さらにソーシャルワーカーは、家族の、病状経過や予後の説明に対する理解や納得の程度、今後の生活への希望、家族のもつ

内外の資源の状況、そうしたサポートを活用する能力（ワーカビリティ）をアセスメントし、退院後の療養生活をともに検討した。このプロセスのなかで、家族が各構成員のかかわりを肯定的に評価できるよう話し合いを促進し（地位のサポート）、妻の自己評価の再認識を支援した（自己評価サポート）。最終的に、家族の合意のもとで「自宅療養」が選択され、ソーシャルワーカーはニーズに応じた適切な医療・福祉諸サービスの整備など、コーディネーターとしての役割を担い（道具的サポート）、自宅に退院となった。退院後も、電話でのやり取りをとおして、妻の心身の負担感を確認しつつ、かかわりを労い、聴くことで支援していった（モチベーションのサポート）。

（3）再発・転移の診断後

再発・転移の診断が、最初のがん告知よりもショックであったと語る患者・家族は多い。

厳しい現実を受け入れられない患者のために、何かほかに方法はないかと、患者の1歩前を進み、情報を集める家族もいれば、現実を受け入れる患者を前に、数歩後ろで呆然とする家族もいる。いずれにしても、患者・家族が同じ位置から同じ方向を見て、進むことができない状況では、患者・家族間に意向のズレが生じやすく、悲嘆や不安の代償行為として、現実離れた希望を抱く家族は、医療者からは、ときに問題家族として認識されてしまう。また、この時期の患者は、多くを他者にゆだねることが必要となり、家族が患者の代弁者となり、援護者になることも少なくない。それだけに家族は自身と患者の思いを背負い、その後の治療・療養生活を模索する。もし、この時期に適切な情報のもとに、患者・家族が合意のうえでQOLが尊重される生活を選択することができなければ、がん難民を生み出す可能性へとつながり、死別後の家族のグリーフにも大きな影響を与えることになる。

ソーシャルワーカーは、がんとの闘いをつづけ

るか、緩和ケアに移行するかといった悩みをかかえる患者や家族に対して、それぞれの思いを聞きつなぐことで、合意形成を支え、これからの生活を再創造していくことをサポートする。緩和ケアへの移行に進む場合には、ソフトランディングのための重要な支援となる。

◆最新治療や民間療法への期待—希望保持の保障と現実吟味への支援

再発・転移の診断とともに、家族にのみ治療の限界や余命が告げられることがある。患者の伴走者として、歩んできた道の先にあるゴールが「死」であることは、家族にとっても無力感を体験させるものとなる。そんな状況のなかで、最新の治療法や民間療法への期待を抱き、その情報収集に奔走する家族は少なくない。こうした家族の行動は、現実認識が十分でないことが原因であると判断され、意図的な介入（病状説明）がくり返される。

ソーシャルワーカーは、切迫した思いのなかにある家族に対して、聴くことで支え、自由な感情表出を保障する。空しさ、怒り、無力感、自責の念、悲嘆といった感情を聴くことで支え、家族が「今、ここで」の自分を評価し、価値づけ、家族なりの方法で折り合っていくことを支援する。家族の心の中の抱きかかっているものをアセスメントし、「希望」をもつことを保障しつつ、時には無駄になる体験（最新治療は適用外だとの説明を受けてもなお、受診してみるなど）を振り返りながら、ともに「希望」のありようを検討する。そして患者と家族の「希望」を聞きつなぎ、よりよい生活を創造していく方法をともに検討し、実現していくなかで、家族の自己効力感が賦活されるよう支援していく。（福地）

(4) 治癒的治療中心から緩和中心の療養期

◆緩和ケアへのギアチェンジ

積極的な治療の適応がないと緩和ケアが提案されると、家族は「今までの努力が裏切られた」不信感や「希望を絶たれ、死を待つしかない…」絶

望感に陥る。医療との関係などソーシャルサポートが希薄な場合、否認による受療の中断や効果の裏づけがない民間療法に、活路を見出そうとする家族もある。

患者とともに歩んできた療養経過に敬意を表わしつつ、吐露される気持ちを「受け止められた」と患者と家族自身が実感される情緒的な支援をおこなう。こうした自己評価サポートが、緩和中心の医療へギアチェンジの第一歩となる。サポートネットワークの状況を、今の気持ちのつらさや希望、コーピングスタイル、患者とその家族の固有の価値についてなどを聴くことで支えつつ、アセスメントする。さらには納得のいく選択のためのセカンドオピニオンなどの情報サポートをおこなうことで、家族自身が「能動的に対処して最善を本人と共に選んだ」と思いが変化することもある。継続して選択を支えることが、家族が「今後どのような療養生活を支えていきたいのか」のモチベーションのサポートとなる。

(5) 終末期

終末期に近づくにつれ家族への支援の必要性は増すが、家族システムは裏腹にソーシャルサポートに対し閉じられた状況となり、孤立が生じることもある。

◆家族の予期悲嘆

患者との実際の死別以前に患者の死を先取りし悲嘆する予期悲嘆の状況は、多くの家族にみられる。ことに臨死の時期には、現実的な喪失感が家族を襲う。

夫を支えてきた妻は、「亡くなった後どうすればいいのか」と、遺族となった自分を想定し、悲嘆、自責の念、不安やいらいら、怒り、無力感などを言葉にされる。また集中力や気力を失い日常生活に支障を生じ、「自分がすっかりおかしくなってしまった」と混乱を語られた。

ソーシャルワーカーは、病的な悲嘆の出現に注意を払いつつ、こうした喪失への予期悲嘆は異常

なことでないことを伝え、感情表出を促し気持ちを支える。予期悲嘆を支えることは、家族にとっては死別後の悲嘆の準備ともなる。悲嘆についての情報サポートで知識を得て、自分の状況を理解し折り合う家族もある。悲嘆の思いを聴き気持ちを支えるなかから、具体的な不安として遺族となつてからの住居や健康保険、年金、親族との関係、子供との同居など、暮らしの相談へ展開し、準備を支援することもある。

またライブレビューにより患者と過ごした時間や関係を振り返り、つながりや絆の確かさが実感されることを支える。変化するものと一方変わらないものに気づき、家族自身も持っているつながり：ソーシャルサポートの財産を実感されることも少なくない。

◆看取りと葬儀をめぐる葛藤調整

看取りや葬儀に関する相談は、この時期の特徴的なニーズである。葬儀に関して、患者本人から「散骨したい」「葬儀はこのようにしてほしい」などの希望が家族へ伝えられると、多くの家族は葬儀を話題にすることがつらく、直面化を避ける傾向がある。

早期退職し妻を見てきた夫は、「自分もこんなにかんがっているのに、本人はなぜ死を口にす！希望をもってほしい」と、本人の葬儀の話を通り、相談にみえた。

ソーシャルワーカーは、夫の献身的な看護に敬意を示しつつ、本人の言葉によりゆさぶられた家族の直面しがたい気持ちを十分に受けた。そのうえで、患者が自分の納得する形で生き納めたいという現れとして求める葬儀の形であることを代弁し、両者の思いをつないでいく。家族自身が「そこまでが本人の生き方」と理解し、自ら「それを支えたい」と考え、話し合えたとき、両者は大切なことを共有、絆を深めることとなる。

またおのおのの家族が、一人の患者に対し看取りのありかた、葬儀、お墓をめぐる家族間の考えが異なる場合には、家族間へ介入し家族調整が

必要となる。ソーシャルワーカーは、利害のない第三者として、それぞれの家族がお互い十分に話し合い、納得し合意に至ることができるよう、プロセスに配慮し援助する。

おわりに

がんの療養の経過で生じる心理社会的問題と、それらの支援を意図したソーシャルサポートの獲得を促すアプローチについて述べた。ソーシャルサポートとは、社会にある資源の総体であるが、その支援には、その個人のソーシャルサポートネットワークの状況アセスメント、ニーズアセスメントの確かさが問われる。そして、ソーシャルサポートの獲得のために求められるアプローチとは、あくまでも家族の自助の支援である。自分の力がソーシャルサポートを活用することでさらに強められると家族自身が実感し、活用を通じ家族の内なる力を活性化させるアプローチである。それは、「家族」への視点と援助観、また援助者の価値を問うものともいえる。

こうした人的資源としての援助者のありようが、ソーシャルサポートとして取り込まれるか否かを左右し、また、提示するソーシャルサポートを獲得を促していくうえでの鍵となる。ソーシャルサポート獲得を促すアプローチこそが、家族の力を賦活させるための自助の援助にほかならない。(田村)

参考文献

- a) 柏木哲夫、石谷邦彦：緩和医療学、日本緩和医療学会監修、三輪書店、東京、1997
- b) 幡山久美：臨床に必要な保健医療福祉、弘文堂、東京、2007
- c) マイケル・E・カー、マレー・ポーエン：家族評価 ポーエンによる家族探求の旅、金剛出版、東京、2001
- d) ビーター・デキヤング、インスー・キム・バーク：解決のための面接技法 ソリューション・フォーカスト・アプローチの手引き、第2版、金

- 剛出版, 東京, 1998
- e) Grace Christ : Psychosocial tasks throughout the cancer experience, eds by In Naomi M *et al*, *Oncology Social Work : a clinician's guide*, The American Cancer Society, Inc, Atlanta, 1993, pp.79-99
- f) Rowlnad J H : 対人関係の重要性—社会的援助, 河野博臣ほか訳, *サイコオンコロジー* 1 : 54-65, 1990
- g) Grace H C : オンコロジー分野におけるソーシャルワーク, 河野博臣ほか訳, *サイコオンコロジー* 2 : 142-148, 1990
- h) 田村里子 : 終末期におけるステージ別のケア—捉え方と実践 : ターミナルステージにおけるソーシャルワーカーの役割と実践, *緩和ケア* 16 : 406-410, 2006
- i) シェルドン・コーエン, リンG, アンダーウッド, ベンジャミンHゴットリーブ : 「ソーシャルサポートの測定と介入」, 小杉正太郎ほか編, 川島書店, 東京, 2005
- j) L.マクアイヤ : 「対人援助のためのソーシャルサポートシステム基礎理論と実践課題」, 小松源助ほか訳, 川島書店, 東京, 1991

Original Article

Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A Randomized Controlled Study

Tatsuya Morita, MD, Hisayuki Murata, MA, Emi Kishi, RN,
Mitsunori Miyashita, RN, PhD, Takuhiro Yamaguchi, PhD,
and Yosuke Uchitomi, MD, PhD

on behalf of the Japanese Spiritual Care Task Force^a

Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team, and Seirei Hospice (T.M.), Seirei Mikatahara General Hospital, Hamamatsu, Shizuoka; School of Human Culture (H.M.), Kyoto Notre Dame University, Kyoto; Palliative Care Unit (E.K.), Takatsuki Red Cross Hospital, Osaka; Department of Adult Nursing/Palliative Care Nursing (M.M.), School of Health Sciences and Nursing, and Department of Clinical Trial Data Management (T.Y.), Graduate School of Medicine, University of Tokyo, Tokyo; and Psycho-Oncology Division (Y.U.), National Cancer Center Research Institute East, Tokyo; and Psychiatry Division (Y.U.), National Cancer Center Hospital East, Kashiwa City, Chiba, Japan

Abstract

Although recent empirical studies reveal that fostering patients' perception of meaning in their life is an essential task for palliative care clinicians, few studies have reported the effects of training programs for nurses specifically aimed at improving these skills. The primary aim of this randomized controlled trial was to determine the effects of an educational workshop focusing on patients' feelings of meaninglessness on nurses' confidence, self-reported practice, and attitudes toward caring for such patients, in addition to burnout and meaning of life. The study was designed as a single-institution, randomized controlled trial using a waiting list control. The intervention consisted of eight 180-minute training sessions over four months, including lectures and exercises using structured assessment. A total of 41 nurses were randomly allocated to three groups, which were separately trained, and all were evaluated four times at three-month intervals (before intervention, between each intervention, and after the last intervention). Assessments included validated Confidence and Self-Reported Practice scales, the Attitudes Toward Caring for Patients Feeling Meaningless Scale (including willingness to help, positive appraisal, and helplessness items), the Maslach Burnout Scale, job satisfaction, and the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp). One participant withdrew from the study before the baseline evaluation, and the remaining 40 nurses completed the study. The nurses were all female and had a mean age of 31 ± 6.4 , and mean clinical experience of 8.9 ± 5.5 years. There were no significant differences in background among the groups. The intervention effects were statistically significant on the Confidence Scale, the Self-Reported Practice Scale, and the

Address correspondence to: Tatsuya Morita, MD, Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team, and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital, 3453 Mikatahara-cho, Hamamatsu, Shizuoka 433-8558, Japan. E-mail: tmorita@sis.seirei.or.jp

^aSee Appendix for list of members.

Accepted for publication: April 6, 2008.

willingness to help, positive appraisal, and helplessness subscales, in addition to the overall levels of burnout, emotional exhaustion, personal accomplishment, job satisfaction, and the FACIT-Sp. The change ratio of each parameter ranged from 5.6% (willingness to help) to 37% for the helplessness score and 51% on the Confidence Scale. The percentages of nurses who evaluated this program as "useful" or "very useful" were 85% (to understand the conceptual framework in caring for terminally ill patients with meaninglessness), 80% (to foster nurses' personal values), and 88% (to know how to provide care for patients with meaninglessness). This educational intervention had a significant beneficial effect on nurse-perceived confidence, practice, and attitudes in providing care for patients feeling meaninglessness, in addition to the levels of burnout and spiritual well being of nurses. *J Pain Symptom Manage* 2008;■:■-■. © 2008 U.S. Cancer Pain Relief Committee. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Key Words

Palliative care, neoplasms, education, spiritual care, suffering, meaning, nurse

Introduction

Recent empirical studies reveal that fostering patients' perception of meaning in their life is an essential task for palliative care clinicians.¹⁻⁴ In Japan, multiple surveys have identified that terminally ill cancer patients experience considerable levels of meaninglessness.^{5,6} Our group recently proposed a conceptual framework for psycho-existential care for Japanese patients.⁷ We defined psycho-existential suffering as pain caused by extinction of the being and the meaning of the self. We assumed that psycho-existential suffering is caused by the loss of essential components of meaning for human beings: loss of relationships with others, loss of autonomy, and loss of future (temporality). In this model, sense of meaning is interpreted as a main outcome, as consistent with some psychometric instruments measuring sense of meaning as a core concept of the state of spiritual well being.⁷

In fostering a sense of meaning in terminally ill cancer patients, nurses play a major role. Nurses often experience difficulty and emotional stress when facing terminally ill cancer patients with unrelieved suffering.⁸⁻¹⁰ One of the sources of nurses' stress is the lack of an adequate training system to improve the skills required to care for such patients.⁸⁻¹⁰ General training in communication skills has been described and evaluated.^{11,12} A few studies also have reported the effects of training programs for nurses, specifically aimed at improving skills to relieve meaninglessness in terminally

ill cancer patients.¹³⁻¹⁶ These pioneer studies have major limitations, however, including no control groups, a nonstructured intervention, and the use of nonvalidated measurement tools.

In our previous work,¹⁷ we validated measurement tools to quantify nurses' self-reported practice and attitudes toward caring for terminally ill cancer patients feeling meaninglessness, and explored the effects of a five-hour educational workshop focusing on meaninglessness on nurses' self-reported practice, attitudes toward caring for such patients, confidence, burnout, death anxiety, and meaning of life. After the short-term educational session, the nurses' self-reported practice and confidence significantly improved, and helplessness, emotional exhaustion, and death anxiety significantly decreased. The percentage of nurses who evaluated this program as "useful" or "very useful" was about 80%. This result suggested that the five-hour workshop has a beneficial effect on nurse-reported practice, attitudes, and confidence in providing care for terminally ill cancer patients feeling meaninglessness. Lack of control group in the pilot study, however, limited the determination of the effects of the intervention as compared with conventional care.

The primary aim of this randomized controlled trial was thus to determine the effects of an educational workshop focusing on patient meaninglessness on nurses' confidence, self-reported practice, and attitudes toward

caring for such patients, in addition to nurses' burnout and meaning of life.

Methods

This study was designed as a randomized controlled trial using a waiting list control (Fig. 1). The nurses were recruited from a single general hospital. A total of 41 nurses were randomly allocated to three groups using the envelope method. One participant (Group 3) withdrew from the study before the baseline evaluation, but we tried no supplementary recruitment because of adequate sample size. The remaining 40 nurses completed the study. We evaluated the nurses four times at three-month intervals (before intervention, between each intervention, and after the last intervention).

The Institutional Review Board approved the scientific and ethical validity of this study, and the nurses gave written consent.

Subjects

The nurses were all female and had a mean age of 31 ± 6.4 years (median, 29; range, 21–47), and mean clinical experience of

8.9 ± 5.5 years (median, 8.0; range, 1 to 22). Eleven nurses worked in the palliative care unit. All nurses were general practice nurses, including those working in palliative care units (none of the nurses had formal certification in palliative care, such as clinical nurse specialists). There were no significant differences in the participants' backgrounds among the groups (Table 1).

Interventions

The workshop was principally based on Murata and Morita's conceptual framework, and specifically focused on the care of terminally ill cancer patients feeling meaninglessness.⁷ The intervention was the same throughout the study periods. The second author (H. M.) provided all lectures.

The workshop consisted of eight sessions over four months, and each session took 180 minutes. Table 2 summarizes the program contents. In the first three introductory sessions, participants were educated about basic communication skills through lectures and exercises. In the exercise section, each participant was requested to report short, typically 20 to 30 sentences, verbatim records of their actual

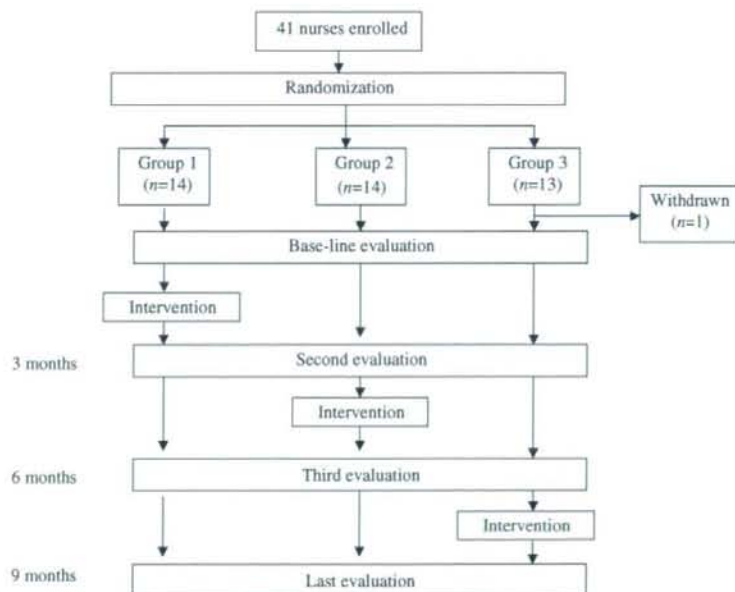


Fig. 1. Study protocol.

Table 1
Participants' Backgrounds

	Group 1	Group 2	Group 3	P
	(n = 14)	(n = 14)	(n = 13)	
Age, years (mean ± SD)	31 ± 5.2	32 ± 8.5	31 ± 5.3	0.94
Clinical experience, years (mean ± SD)	8.1 ± 3.7	9.8 ± 7.1	8.6 ± 5.3	0.73
Working in the palliative care unit, n (%)	3 (21)	4 (29)	4 (31)	0.77

experiences in their routine practice, and received face-to-face feedback based on group discussion about appropriate listening skills.

In the following two sessions, participants were educated about the conceptual framework of meaningfulness used in this practice, and how to use the Spiritual Conference Summary Sheet. In the last three sessions, participants were requested to complete the Spiritual Conference Summary Sheet for actual patients: to identify which of the patient's statements are expressions of meaningfulness from the verbatim record as the origin of the patient's meaningfulness (temporality, relationships, or autonomy), and to establish a care plan to alleviate the patient's sense of

Table 2
Program Contents

Session	Contents
1	Lecture (overview and what is "helping others?") (90 minutes) Exercise: read and discuss three verbatim case records (90 minutes)
2	Lecture (sympathy and active listening) (90 minutes) Exercise: read and discuss three verbatim case records (90 minutes)
3	Lecture (communication) (90 minutes) Exercise: read and discuss three verbatim case records (90 minutes)
4	Lecture (conceptual framework of meaningfulness) (90 minutes) Exercise: read and discuss three verbatim case records (90 minutes)
5	Lecture (how to use the Spiritual Conference Summary Sheet) (90 minutes) Exercise: read and discuss three verbatim case records (90 minutes)
6	Exercise: case discussion based on four Spiritual Conference Summary Sheets (180 minutes)
7	Exercise: case discussion based on four Spiritual Conference Summary Sheets (180 minutes)
8	Exercise: case discussion based on four Spiritual Conference Summary Sheets (180 minutes)

meaninglessness in daily nursing practice by strengthening the factors supporting meaning and alleviating the factors causing meaningfulness. In these sessions, four Spiritual Conference Summary Sheets were discussed under supervision from the second author, and all participants received additional individual, written feedback.

Assessment and care planning based on the Spiritual Conference Summary Sheet is an essential part of this intervention. The Spiritual Conference Summary Sheet (Fig. 2) was designed to respectively assess the source of meaning for each patient (i.e., temporality, relationships, or autonomy) from patients' actual dialogue.

Measurement Instruments

We adopted the Confidence and Self-Reported Practice scales, and the Attitudes toward Caring for Patients Feeling Meaningless Scale (willingness to help, positive appraisal, and helplessness) as primary end points for this study. The rationale and scale development process were described in detail in our previous article.¹⁷ In addition, we measured the levels of burnout (Maslach Burnout Scale^{18,19}) and the nurses' own spiritual well being (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual [FACIT-SP]^{20,21}) as secondary end points.

Confidence. Confidence in caring for terminally ill cancer patients with meaningfulness was evaluated on a single Likert-type scale from 1: "not confident at all" to 7: "very confident" for the question "With what degree of confidence can you communicate with terminally ill cancer patients saying, 'I can see no meaning in life?'".¹⁷

Self-Reported Practice Scale. The Self-Reported Practice Scale quantifies the level of self-reported adherence to recommended clinical practice in helping terminally ill patients to find meaning in their lives.¹⁷ Self-reported practice was evaluated by the level of adherence to six recommended practice statements on a Likert-type scale from 1: "not do at all" to 5: "always": "I try to know what make the patient's life meaningful," "I try to know what strengthens or weakens the meaning of life for the patient," "I try to know how the

<p>Patient: 75-year-old male Advanced prostate cancer, in bed nearly all day due to lower limb paralysis. Lost wife 5 years ago. No children.</p>		<p>Circumstances: I visited Mr. A during a round of the Palliative Care Team. According to a ward nurse, he had undergone painful and distressing tests the day before and was depressed, saying, "I'm finished. There is no sense in living." Mr. A was supine in the bed on the hall side of a 3-bed room. I sat on a chair beside his bed.</p>	
Dimension	Patient dialog	Assessment	Care plan
Relationships	P4(underlined)	Mr. A reflected on his past and gave a positive meaning to his bitter experience, whereby his feelings changed from repentance to gratefulness and reconciliation. Mr. A felt supported by someone listening to him.	Listen to Mr. A's reflections on his life and encourage him to talk to strengthen the meaning from his relationships with family and relatives. Continue to listen attentively to maintain a relationship with others.
Temporality	"I'm finished. There is no sense in living."	Mr. A sensed the ineffectiveness of treatment and felt that he had no future and that his life was meaningless from temporality.	Encourage him to reflect on his past life, to regain the meaning supported by his past and relationships, not by the future.
Autonomy		He stays in bed all day due to paralysis of the bilateral lower limbs and dependence causes meaninglessness from autonomy.	Encourage reflections on life to divert the meaningful past.
Assessment and Planning	Mr. A feels his treatment to be ineffective and suffers from feelings of having no future, and physical dependence. No future and dependence causes meaninglessness from temporality and autonomy. However, he could reflect on his past of meaningful relationships. The care plan therefore would be to continue listening carefully to his reflections on life to increase the meaningfulness of his past experiences and relationships, rather than the future and physical autonomy.		

Verbatim record N: nurse P: patient

N1: How are you, Mr. A?
P1: ... at night. I get up in the middle of the night, and I can't help thinking of one thing after another.
N2: You think of many things?
P2: Yeah. (After being silent for a while) You visit other patients and listen to them, too?
N3: Yes, there are others, too.
P3: I guess it's pretty hard for a mother with small children. (Silent for a while)...
N4: (Waiting)
P4: I lost my mother, too, when I was 6. She was 36. Then, I was taken care of by a stepmother, but it was difficult to get used to her. We were never on good terms. (Weeps) I was raised by 3 mothers: My own mother, nurse, and stepmother. But, when my father died, I said at his funeral, "I was brought up by 3 mothers, and this was my greatest fortune," showing my thanks to relatives. That was good, because everyone thanked me for saying it. (Weeps)
N5: At your father's funeral, you said you were very lucky to have been brought up by 3 mothers and thanked your relatives? And you felt good, because it made everybody grateful?
P5: Yes. (Weeps) (Looking straight at me) I thank you for coming today. I really do. You are coming again to listen to me? It makes me feel relieved.
N6: Yes, I am. I am looking forward to listening to you again. (Leaves the room)

Fig. 2. Spiritual conference summary sheet.

patient's life is supported," "I try to know what meaning the disease has for the patient," "I try to understand the patient's wishes," and "I try to know what is important to the patient." We defined the scale score as the mean of the total score of the responses, and thus the score ranged from 1 to 5, with a higher score indicating a higher level of performance of recommended practices. Reliability was high, and convergent validity was examined by moderate correlation with self-reported practice about general communication.¹⁷

Attitudes Toward Caring for Patients Feeling Meaningless: Willingness to Help, Positive Appraisal, and Helplessness. Willingness to help, positive appraisal, and helplessness quantify the degree of willingness to make an effort to help patients feeling meaningless, nurses' positive appraisal of their experience of encountering patients feeling meaninglessness, and nurses' perception of helplessness when facing patients feeling meaningless, respectively. These were evaluated by levels of agreement with several statements on a Likert-type scale from 1: "never" to 7: "very much." The instructions specifically presented a situation in which the nurse faced a terminally ill cancer patient suffering from meaninglessness. The item questions were: "I feel willing to do something to relieve the patient's suffering," "I think how I can support the patient effectively," and "I wish to relieve the patient's suffering as much as possible" (willingness to help; three items, range = 1-3); "I feel grateful that the patient has told me," and "I feel that the patient trusts me" (positive appraisal; two items, range = 1-3); "I feel helplessness," "I feel like escaping," and "I feel willing to be involved (reversed item)" (helplessness; three items, range = 1-3), respectively. Higher scores indicated higher levels of nurses' willingness to help, positive appraisal of their experience, and perception of helplessness, respectively. Reliability was high, construct validity was confirmed using confirmatory factor analysis, and convergent validity was examined by moderate correlation with the Frommelt Scale.^{17,22,23}

Burnout. Professional burnout was measured using the Maslach Burnout Inventory,^{18,19} which measures three components of burnout syndrome: emotional exhaustion, depersonalization,

and lack of personal accomplishment, in addition to overall levels of burnout (visual analog scale, range = 0-100).¹⁸ The psychometric properties of the Japanese version have been confirmed.¹⁹ In addition, job satisfaction was measured on a 0-10 rating scale following the previous study.¹⁴

Spiritual Well Being. Nurses' own spiritual well being was measured using the FACIT-SP.^{20,21} The psychometric property of the Japanese version has been confirmed.²¹

Overall Evaluation. Finally, we asked the respondents to rate their overall evaluation about the usefulness of this program in terms of: 1) understanding the conceptual framework in caring for terminally ill patients feeling meaninglessness; 2) helping in self-disclosing nurses' personal beliefs, values, and life goals; and 3) helping in learning how to provide care for patients feeling meaninglessness in clinical practice.¹⁷ We used the second question, given the possibility that nurses' own spirituality might change through this educational session about patient suffering,¹⁷ although the intervention itself did not deal with nurses' own spirituality. The choices were "not useful," "slightly not useful," "slightly useful," "useful," and "very useful."

Statistical Analysis

We first compared participants' backgrounds (age, clinical experience, and working setting) among groups by analysis of variance or Chi-square test, as appropriate. We then calculated the change ratio of each score from the mean value of each score at the baseline and just after intervention for all end points. Finally, we tested the statistical significance of treatment effect using the mixed effect model for all end points. In all analyses, the significance level was set at $P < 0.05$ and a two-sided test was used. All analyses were conducted using statistical package SAS (SAS Institute, Cary, NC).

Results

Primary End Points

As shown in Fig. 3, the intervention effects were statistically significant for all primary end points: Confidence and Self-Reported Practice scales, and Attitudes toward Caring for Patients

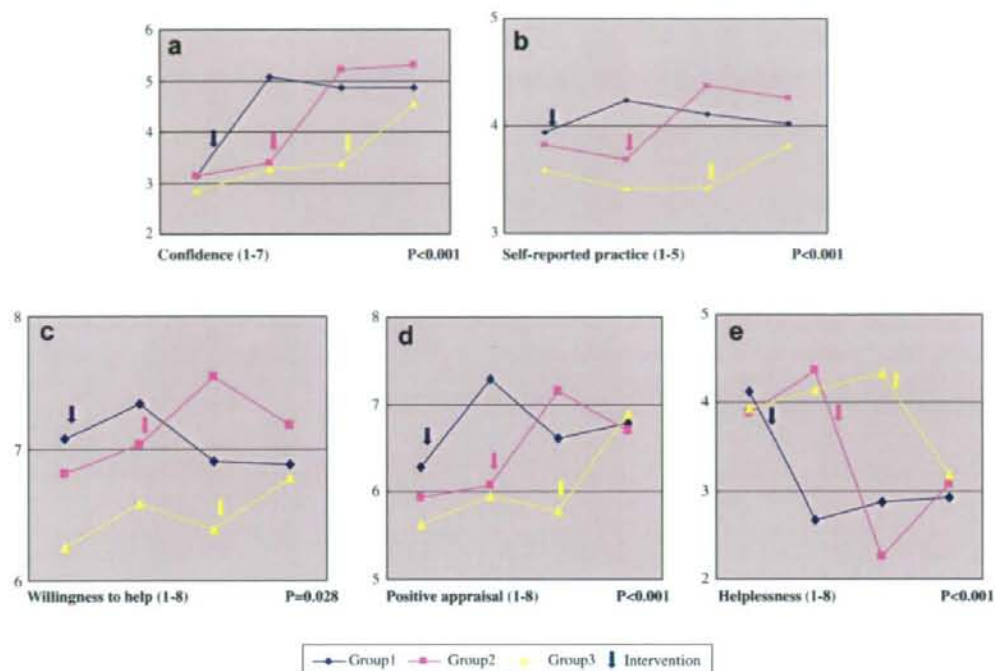


Fig. 3. Primary end points.

Feeling Meaningless (willingness to help, positive appraisal, and helplessness). The changes in these primary end points were: 5.6% (willingness to help), 12% (self-reported practice), 18% (positive appraisal), 37% (helplessness), and 51% (Confidence Scale) (Table 3).

Secondary End Points

As shown in Fig. 4, the intervention effects were statistically significant for the overall levels of burnout, emotional exhaustion, personal accomplishment, job satisfaction, and nurses' own spiritual well being. The changes in these parameters were: 12% (emotional exhaustion) 13% (personal accomplishment), 15% (depersonalization), 21% (overall burnout, job satisfaction), and 23% (spiritual well being) (Table 3).

Overall Evaluation

The percentages of nurses who evaluated this program as "useful" or "very useful" were 85% (to understand the conceptual framework in caring for terminally ill patients feeling meaninglessness), 80% (to help in self-disclosing nurses' personal beliefs, values, and life goals),

and 88% (to help in learning how to provide care for patients feeling meaninglessness).

Discussion

The most important finding of this study is a significant and clear beneficial effect of an educational intervention focusing on patient

Table 3
Changes in Primary and Secondary End Points

	Before	After	Change (%)
Confidence (1-7)	3.29	4.97	51
Self-Reported Practice score (1-5)	3.70	4.16	12
Attitudes toward caring for patients feeling meaningless			
Willingness to help (1-8)	6.85	7.24	5.6
Positive appraisal (1-8)	6.96	7.12	18
Helplessness (1-8)	4.27	2.68	-37
Maslach Burnout Inventory			
Overall burnout (0-100)	66.1	52.1	-21
Emotional exhaustion (1-7)	4.11	3.62	-12
Personal accomplishment (1-7)	4.16	4.70	13
Depersonalization (1-7)	1.96	1.67	-15
Job satisfaction (0-10)	5.65	6.84	21
Spiritual well being (FACIT-Sp, 0-4)	2.15	2.65	23

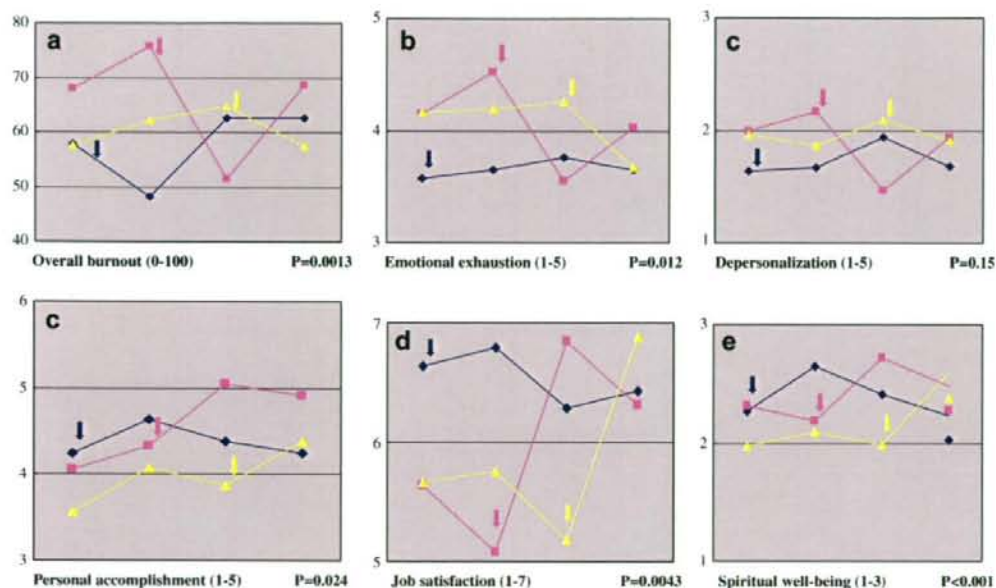


Fig. 4. Secondary end points.

meaninglessness on nurses' confidence, nurse-reported practice, and attitudes in providing care for such patients. This finding confirms our preliminary study that the intervention could provide considerable benefits for confidence, nurse-reported practice, and attitudes. Of note was the great change in nurses' confidence (51%) and helplessness (37%), in addition to the high evaluation of the overall usefulness of the workshop in learning how to provide care in clinical practice compared with a previous study (80% vs. 34%).¹⁵ This result strongly suggests that this educational program can provide nurses with clinically useful specific strategies for caring for patients feeling meaninglessness.

From the fact that the change rate of willingness to help was much smaller than other variables, it could be interpreted that the participating nurses had voluntarily participated in this program and had higher motivation to help such patients. As for nurse-reported burnout, job satisfaction, and spiritual well being, our preliminary study failed to demonstrate beneficial effects,¹⁷ but the present study, in addition to Wasner et al.'s pioneer work, showed positive results.¹⁴ This discrepancy could be explained by the intensity of

the intervention: our preliminary work was only a five-hour workshop, whereas the two positive studies consisted of at least three month continuing education. The greater difference in the scores in the present study vs. Wasner et al.'s study could indicate that our intervention has a stronger role in preventing nurses' burnout: 21% vs. 6.6% (overall burnout), 21% vs. 9.7% (job satisfaction), and 23% vs. 7.8% (spiritual well being on the FACIT-Sp) 14. From the fact that intervention effects on burnout items in Group 1 was relatively lower compared with Groups 2 and 3, it could be interpreted that the instructor became more skillful in preventing nurses' burnout through the study periods.

A concern about this intervention is the possibility that the intervention effect may not be maintained, because some variables returned to the baseline levels after six to nine months. The finding suggests that this intervention may require periodic exposure or "maintenance therapy," and this should be a main focus of future research.

This study has several limitations. First, as this study measured nurse-reported outcomes, a future study should examine patient outcomes and/or observer-rating behavior of nurses.