

終末期がん患者の遺族の栄養サポートに対する ニーズ，食に関する苦悩と体験に関する研究

天野 晃滋*

サマリー

本研究は、緩和ケア病棟に入院した終末期がん患者の遺族の栄養サポートに対するニーズと食に関する苦悩と体験の頻度を調べることで、苦悩と体験を分類すること、それらと遺族のうつとの関連を検討することを目的とした。

苦悩と体験の上位5項目「カロリーや栄養は考えず、患者さまの望む食事を準備した」「どのようなものなら食べられるかいろいろと試した」「毎日どのような食事を準備すればよいのか悩んだ」「食事をとらないと、よけいに病気が進んでしまうと思った」「患者さまが食べられずがっかりしている姿を見てつらかった」は、患者に回復してもらえるように抗う遺族の反応と考えられ、彼ら

の苦悩につながりやすいと思われた。これらに対するケアが遺族の苦悩を軽減することになるであろう。また、70%以上の遺族が医療者による栄養サポートを必要とし、40%以上が患者の食欲不振と体重減少の理由についての十分な説明を望んでいた。さらに遺族のうつと有意に関連のあった因子“配偶者”“患者が入院中の精神状態”“死を避けるために患者に無理して食べさせたという思い”“正しい情報が十分でなかったという思い”から、医療者が家族に、特に配偶者や精神状態がよくない場合は、適切な助言・説明・情報提供を行うことが遺族のうつ予防となる可能性が示唆された。

目 的

多くの進行がん患者は、がん悪液質により身体的苦痛だけでなく心理社会的苦痛を強いられる。これらの苦痛は患者の家族へも負担をかけ、患者と家族の関係に多大な影響を及ぼす^{1~3)}。

がん悪液質の主症状は食欲不振、食事摂取量低下、体重減少であり、これらは身体機能の悪化、QOLの低下、栄養障害の増悪、治療効果の減弱、そして生存期間の短縮につながり^{4~8)}、患者と家族の食に関する苦悩を生み出す^{1~3)}。2,074人の遺族調査では、78%が患者の食欲不振を経験し、

*大阪市立総合医療センター 緩和医療科（研究代表者）

表1 患者・遺族の背景

	平均±SD, n (%)
患者	
年齢	72.7 ± 11.4
性別	
男性	307 (55.0)
女性	246 (44.1)
入院期間 (日)	39 ± 53
遺族	
年齢	60.3 ± 12.0
性別	
男性	188 (33.7)
女性	358 (64.2)
患者が入院中の精神状態	
よかった	55 (9.9)
まあまあだった	245 (43.9)
よくなかった	199 (35.7)
非常によくなかった	52 (9.3)
患者との続柄	
配偶者	246 (44.1)
子ども	209 (37.5)
その他*	93 (16.7)

*婿・嫁, 親, 兄弟・姉妹

23%がそれによる患者の苦悩を感じたと報告している⁹⁾。さらに患者と家族での食の変化の捉え方の差異は、しばしば衝突の原因となり^{1, 10, 11)}、患者の食生活は家族の影響を大きく受け^{12, 13)}、ついには患者だけでなく、家族の苦悩をも助長する^{10~13)}。それゆえ、患者と家族の双方へのがん悪液質の影響を考慮しなければならず^{1~3, 10~13)}、その観点からの栄養サポートの重要性が認識されるようになってきている¹⁴⁾。

しかし、がん悪液質による家族の食に関する苦悩の研究は十分でない^{1~3)}。そこで本研究は、緩和ケア病棟に入院した終末期がん患者の遺族の栄養サポートに対するニーズと食に関する苦悩と体験の頻度を調べることで、苦悩と体験を分類すること、さらに、それらと遺族のうつとの関連を検討することを目的とした。

結 果

本研究の対象となった遺族 925 名のうち、調

査票の返送があったのは 702 名 (返送率 75.9%)、70 名が回答拒否であった。74 名で苦悩と体験のデータ欠損のため 558 名が探索的因子分析の対象となり、73 名で PHQ-9 もしくは共変量のデータ欠損のため 485 名が多重ロジスティック回帰分析の対象となった。患者と遺族の背景は表 1 に示した。

1) 食に関する苦悩と体験の頻度 (図 1)

文献レビュー^{15~29)}より抽出した 19 項目について“なかった”“たまにあった”“時々あった”“よくあった”の 4 件法にて尋ねた。“時々あった”“よくあった”の割合が最も高かったのは「カロリーや栄養は考えず、患者さまの望む食事を準備した」で 75.1%であった。続いて「どのようなものなら食べられるかいろいろと試した」が 63.0%、「毎日どのような食事を準備すればよいのか悩んだ」が 59.4%であった。一方、「食事のことで患者さまと言い争いになることがあった」「食べてくれないと、あなたの気持ちが無視されていると感じた」「食事がとれないのは、患者さまの“努力が足りない”からだと思った」の頻度は低く、それぞれ 7.8%、4.7%、2.1%であった。

2) 栄養サポートに対するニーズ (図 2, 3)

「この時期の食事のこと・栄養のこと・患者さまへの関わり方についての医師・看護師・栄養士などからのサポートについて、振り返ってどう思われますか」という問いに対し“あまり必要でなかった”“必要であり満たされていた”“必要だったがあまり満たされていなかった”“必要だったがまったく満たされていなかった”の 4 択で尋ねた。72.7%が“必要であった”と回答し、遺族の栄養サポートに対するニーズは高かった。次に「この時期に、あなたが医療者に望むことはどのようなことでしたか」と尋ね、「具体的な食事の工夫の説明」「食べられない理由・やせる理由・食べることで元気になれるのか、などの医学的説明」「あなたの思いをよくきいて理解してもらうこと」「患者さまとご家族との気持ちの橋渡

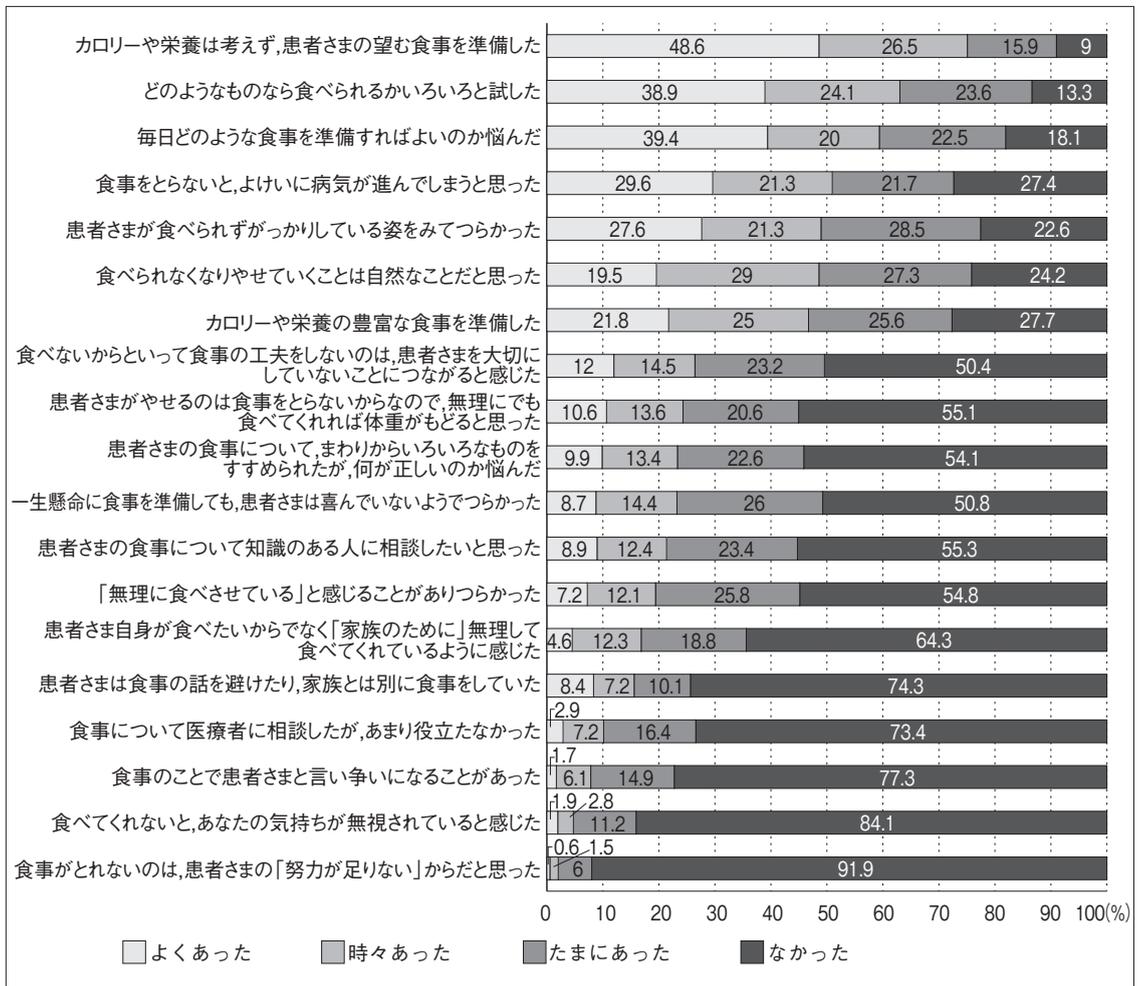


図1 食に関する苦悩と体験の頻度

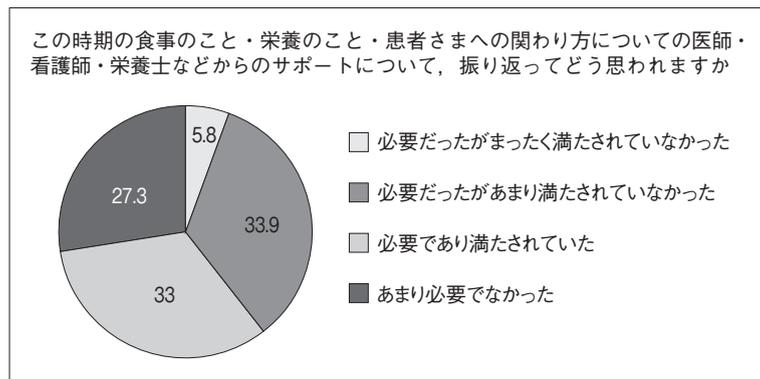


図2 栄養サポートに対するニーズ (1)

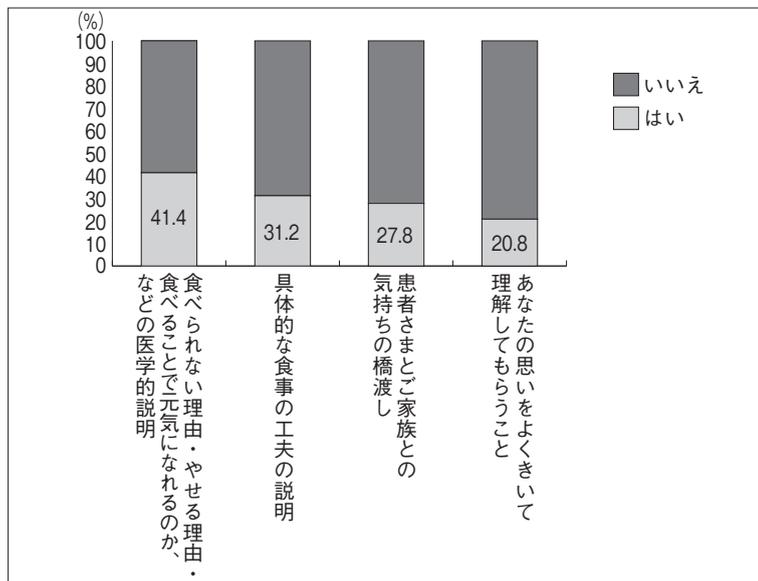


図3 栄養サポートに対するニーズ (2)

し」について当てはまるものすべてを選択してもらった。その結果は「食べられない理由・やせる理由・食えることで元気になるのか、などの医学的説明」は41.4%であったが、「患者さまとご家族との気持ちの橋渡し」「あなたの思いをよくきいて理解してもらうこと」はそれぞれ27.8%、20.8%にとどまった。

3) 食に関する苦悩と体験の探索的因子分析 (表2)

結果は【死を避けるために患者に無理して食べさせたという思い (クロンバック α 係数=0.77)】5項目、【患者に食べてもらうためにとっても頑張ったという思い (クロンバック α 係数=0.75)】3項目、【食に関することが患者との衝突の原因となったという思い (クロンバック α 係数=0.68)】4項目、【正しい情報が十分でなかったという思い (クロンバック α 係数=0.66)】2項目が抽出された。

4) 遺族の背景因子、食に関する苦悩と体験とうつとの関連 (表3)

多重ロジスティック回帰分析の結果、遺族のう

つと有意に関連のあった因子は、配偶者、患者が入院中の精神状態 (よくなかった、非常によくなかった)、死を避けるために患者に無理して食べさせたという思い (よくあった)、正しい情報が十分でなかったという思い (よくあった) で、それぞれのオッズ比は3.27 (95% CI 1.24-8.60), $P = 0.02$, 4.50 (95% CI 2.46-8.25), $P < 0.001$, 2.51 (95% CI 1.16-5.45), $P = 0.02$, 2.33 (95% CI 1.13-4.80), $P = 0.02$ であった。

考察

進行がん患者の家族の体験についての研究では、患者の食事摂取量低下と体重減少に対する家族の反応を“戻るように抗う”“成り行きに任せる”“どちらとも決めかね揺れ動く”に分類した^{23~25)}。本研究での苦悩と体験の19項目では、上位5項目は“戻るように抗う”に、6番目の項目は“成り行きに任せる”に属すると考えられた。“戻るように抗う”という反応は苦悩につながりやすいと考えられ、患者が存命中の上位5項目に対する家族ケアが遺族の苦悩を軽減することになるであろう。

表2 食に関する苦悩と体験の探索的因子分析 (n=558)

(ドメイン得点平均±SD, クロンバックのα係数)	因子1	因子2	因子3	因子4	共通性
死を避けるために患者に無理して食べさせたという思い (2.03 ± 1.12, 0.77)					
食事をとらないと、よけいに病気が進んでしまうと思った	0.701	0.025	-0.158	0.208	0.599
患者さま自身が食べたいからでなく「家族のために」無理して食べてくれているように感じた	0.620	-0.047	0.062	-0.133	0.455
「無理に食べさせている」と感じることもありつらかった	0.602	-0.042	0.297	-0.072	0.647
患者さまがやせるのは食事をとらないからなので、無理にでも食べてくれば体重がもどると思った	0.583	0.038	0.044	0.149	0.484
患者さまが食べられずがっかりしている姿をみてつらかった	0.466	-0.220	0.074	-0.012	0.442
患者に食べてもらうためにとても頑張ったという思い (2.95 ± 1.08, 0.75)					
どのようなものなら食べられるかいろいろと試した	0.083	-0.773	-0.033	0.063	0.683
毎日どのような食事を準備すればよいのか悩んだ	0.054	-0.722	0.047	0.158	0.701
カロリーや栄養は考えず、患者さまの望む食事を準備した	-0.045	-0.550	-0.010	-0.038	0.289
食に関することが患者との衝突の原因となったという思い (1.37 ± 0.74, 0.68)					
食事のことで患者さまと言い争いになることがあった	-0.085	-0.044	0.673	0.071	0.468
食べてくれないと、あなたの気持ちが無視されていると感じた	-0.010	-0.007	0.641	-0.001	0.447
一生懸命に食事を準備しても、患者さまは喜んでいないようでつらかった	0.272	-0.131	0.537	0.047	0.643
食事がとれないのは、患者さまの「努力が足りない」からだと思った	0.059	0.057	0.441	0.018	0.273
正しい情報が十分でなかったという思い (1.77 ± 1.00, 0.66)					
患者さまの食事について、まわりからいろいろなものをすすめられたが、何が正しいのか悩んだ	0.002	-0.039	0.083	0.704	0.568
患者さまの食事について知識のある人に相談したいと思った	0.033	-0.061	0.038	0.621	0.472

累積寄与率 47.7%

表3 遺族の背景因子、食に関する苦悩と体験とうつとの関連 (n=485)

	オッズ比 (95%CI)	p
年齢 (年代別)	0.97 (0.73-1.30)	0.86
女性	1.09 (0.61-1.96)	0.76
患者との続柄		
配偶者	3.27 (1.24-8.60)	0.02
子ども	1.13 (0.39-3.30)	0.82
その他*	1.00 (reference)	
患者が入院中の精神状態		
よかった, まあまあだった	1.00 (reference)	
よくなかった, 非常によくなかった	4.50 (2.46-8.25)	<0.001
死を避けるために患者に無理して食べさせたという思い		
たまにあった, 時々あった	0.87 (0.45-1.69)	0.69
よくあった	2.51 (1.16-5.45)	0.02
患者に食べてもらうためにとても頑張ったという思い		
たまにあった, 時々あった	1.17 (0.35-3.93)	0.79
よくあった	1.25 (0.38-4.11)	0.72
食に関することが患者との衝突の原因となったという思い		
たまにあった, 時々あった, よくあった	1.46 (0.73-2.95)	0.29
正しい情報が十分でなかったという思い		
たまにあった, 時々あった	0.83 (0.42-1.61)	0.57
よくあった	2.33 (1.13-4.80)	0.02

*婿・嫁, 親, 兄弟・姉妹

今回、70%以上の遺族が医療者による栄養サポートを必要とし、40%以上が患者の食欲不振と体重減少の理由についての十分な説明を望んでいた。これらは、がん悪液質についての知識不足、体重を増やそうと試みてうまくいかなかった体験、そして死の予感が患者と家族の心理社会的苦痛の原因となるという報告²⁾と矛盾しない。先行研究^{21, 29)}にあるように、有益性が低い行為を控えるための助言と、いずれは食欲不振と体重減少は避けられないという説明で、患者と家族の苦痛を和らげられるかもしれない。

本研究では、食事のことで患者と遺族の言い争いの頻度は7.8%と低かったが、患者と遺族の気持ちの橋渡しに対するニーズは27.8%であった。これは、遺族は苦悩していたものの、言い争いにまでは発展しなかったと解釈できるだろう。一方、欧米の研究では、患者は家族を喜ばせるために食べようとし、また家族は患者に食事を断られると拒絶されたと感じ、結果として頻繁に衝突が生じると報告している^{9, 10)}。

遺族のうつと有意に関連のあった因子から、医療者が家族に、特に配偶者や、精神状態がよくない場合は、適切な助言・説明・情報提供を行うことが遺族のうつ予防となる可能性が示唆された。

文 献

- 1) Hopkinson JB. Psychosocial impact of cancer cachexia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2014 ; 5 : 89-94.
- 2) Oberholzer R, Hopkinson JB, Baumann K, et al. Psychosocial effects of cancer cachexia : A systematic literature search and qualitative analysis. *J Pain Symptom Manage* 2013 ; 46 (1) : 77-95.
- 3) Reid J, Santin O, Porter S. The psychological and social consequences of cachexia in patients with advanced cancer : a systematic review. Cachexia Conference ; Boston, USA. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2012 ; 3 : 281-301.
- 4) Fearon K, Glass DJ, Guttridge DC. Cancer Cachexia : Mediators, signaling, and metabolic pathways. *Cell Metab* 2012 ; 16 : 153-166.
- 5) Fearon KC, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia : an international consensus. *Lancet Oncol* 2011 ; 12 : 489-495.
- 6) Fearon KC. Cancer cachexia and fat-muscle physiology. *N Engl J Med* 2011 ; 365 : 565-567.
- 7) Laviano A, Seelaender M, Rianda S, et al. Neuroinflammation : a contributing factor to the pathogenesis of cancer cachexia. *Crit Rev Oncog* 2012 ; 17 (3) : 247-251.
- 8) Tisdale MJ. Mechanisms of cancer cachexia. *Physiol Rev* 2009 ; 89 : 381-410.
- 9) Addington-Hall J, McCarthy M. Dying from cancer : results of a national population-based investigation. *Palliat Med* 1995 ; 9 : 295-305.
- 10) Reid J, McKenna H, Fitzsimons D, McCance TV. The experience of cancer cachexia : a qualitative study of advanced cancer patients and their family members. *Int J Nurs Stud* 2009 ; 46 : 606-616.
- 11) Reid J, McKenna H, Fitzsimons D, et al. Fighting over food : patient and family understanding of cancer cachexia. *Oncol Nurs Forum* 2009 ; 36 : 439-445.
- 12) Hopkinson JB. Carers' influence on diets of people with advanced cancer. *Nurs Times* 2008 ; 104 : 28-29.
- 13) Hopkinson JB. How people with advanced cancer manage change in eating habits. *J Adv Nurs* 2007 ; 59 : 454-462.
- 14) Aapro-Piancentini M, Arends J, Bozzetti F, et al. Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient : a position paper of a European School of Oncology Task Force. *Ann Oncol* 2014 ; 25 (8) : 1492-1499. doi : 10. 1093/annonc/mdu085.
- 15) Hopkinson JB, Okamoto I, Addington-Hall JM. What to eat when off treatment and living with involuntary weight loss and cancer : a systematic search and narrative review. *Support Care Cancer* 2011 ; 19 : 1-17.
- 16) Hopkinson JB, Wright DNM, Foster C. Management of weight loss and anorexia. *Annals of Oncology* 2008 ; 19 (7) : 289-293.
- 17) Hopkinson JB. The emotional aspects of cancer anorexia. *Curr Opin Support Palliat Care* 2010 ; 4 : 258.
- 18) Hopkinson JB, Corner J. Helping Patients with Advanced Cancer Live with Concerns About Eating : A Challenge for Palliative Care

- Professionals. *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 31 (4) : 293-305.
- 19) Hopkinson JB, Wright DNM, McDonald JW, et al. The Prevalence of Concern About Weight Loss and Change in Eating Habits in People with Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 32 (4) : 322-331.
- 20) Hopkinson JB, Wright D, Corner J. Exploring the experience of weight loss in people with advanced cancer. *J Adv Nurs* 2006 ; 54 : 304-312.
- 21) Strasser F, Binswanger J, Cemy T, Kesslerling A. Fighting a losing battle : eating related distress of men with advanced cancer and their female partners : a mixed methods study. *Palliat Med* 2007 ; 21 : 129-137.
- 22) Reid J, McKenna HM, Fitzsimons D, McCance TV. An exploration of the experience of cancer cachexia : what patients and their families want from healthcare professionals. *Eur J Cancer* 2010 ; 19 : 682-689.
- 23) McClement S. Cancer anorexia-cachexia syndrome : psychological effect on the patient and family. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005 ; 32 : 264-268.
- 24) McClement SE, Degner LF, Harlos M. Family responses to declining intake and weight loss in a terminally ill relative. Part 1 : fighting back. *J Palliat Care* 2004 ; 20 (2) : 93-100.
- 25) McClement S, Degner L, Harlos M. Family beliefs regarding the nutritional care of a terminally ill relative : a qualitative study. *J Palliat Med* 2003 ; 6 : 737-748.
- 26) Shragge JE, Wismer WV, Olson KL, et al. Shifting to conscious control : psychosocial and dietary management of anorexia by patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2007 ; 21 : 227-233.
- 27) Oi-Ling K, Man-Wah DT, Kam-Hung DN. Symptom distress as rated by advanced cancer patients, caregivers and physicians in the last week of life. *Palliat Med* 2005 ; 19 : 228-233.
- 28) Malia C, Bennett MI. What Influences Patients' Decisions on Artificial Hydration at the End of Life? A Q-Methodology Study. *J Pain Symptom Manage* 2011 ; 42 (2) : 192-201.
- 29) Amano K, Maeda I, Morita T, et al. Need for nutritional support, eating-related distress and experience of terminally ill patients with cancer : a survey in an inpatient hospice. *BMJ Support Palliat Care* 2015 ; 0 : 1-4. doi : 10.1136/bmjspcare-2014-000783.

〔付帯研究担当者〕

前田一石（大阪大学 医学部附属病院 オンコロジーセンター），岡島美朗（自治医科大学附属さいたま医療センター），濱 卓至（前・大阪府立成人病センター），森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援治療科）