

**Table 2.** Trends in HADS-A, HADS-D, SDS scores for three patients group

		Score before surgery (mean $\pm$ SD)	Score before discharge (mean $\pm$ SD)	Score at 6 months after discharge (mean $\pm$ SD)	
HADS-A	Group A	3.3 $\pm$ 4.0	3.6 $\pm$ 4.6	2.8 $\pm$ 3.4	Significant main effect for groups of test: $F = 8.516$ , d.f. = 2,2, $P = 0.0004$
	Group E	1.8 $\pm$ 2.1	1.3 $\pm$ 2.6	1.2 $\pm$ 2.0	
	Group C	1.4 $\pm$ 1.8	1.7 $\pm$ 3.0	1.1 $\pm$ 1.9	Significant main effect for days of test: $F = 1.130$ , d.f. = 2,2, $P = 0.3251$
HADS-D	Group A	3.0 $\pm$ 4.0	4.5 $\pm$ 4.3	3.1 $\pm$ 3.2	Significant main effect for groups of test: $F = 7.602$ , d.f. = 2,2, $P = 0.0008$
	Group E	0.9 $\pm$ 1.5	2.1 $\pm$ 3.1	2.5 $\pm$ 3.3	
	Group C	0.5 $\pm$ 1.2	1.8 $\pm$ 3.7	2.0 $\pm$ 2.9	Significant main effect for days of test: $F = 5.799$ , d.f. = 2,2, $P = 0.0036$
SDS	Group A	31.4 $\pm$ 10.6	37.9 $\pm$ 12.0	34.1 $\pm$ 9.0	Significant main effect for groups of test: $F = 11.586$ , d.f. = 2,2, $P < 0.0001$
	Group E	26.0 $\pm$ 5.1	29.8 $\pm$ 8.6	28.4 $\pm$ 8.1	
	Group C	24.5 $\pm$ 4.3	28.4 $\pm$ 9.5	29.2 $\pm$ 8.2	Significant main effect for days of test: $F = 10.225$ , d.f. = 2,2, $P < 0.0001$

Group A, advanced-phase group; group E, early phase group; group C, control group.

d.f. = 1,2,  $P = 0.0164$ ). Scores for the 'chemotherapy' group were higher than those for the 'no chemotherapy' group (HADS-A:  $F = 5.678$ , d.f. = 1,2,  $P = 0.0196$ ). With regard to depression, the relationships between depression and medical treatment equipment at discharge, chemotherapy after discharge, and admission period were significant. Scores for the 'equipment', 'chemotherapy', and 'long-term hospitalization' groups were higher than those for the 'no equipment', 'no chemotherapy', and 'standard-term hospitalization' groups (HADS-D:  $F = 13.467$ , d.f. = 1,2,  $P = 0.0004$ ; SDS:  $F = 15.244$ , d.f. = 1,2,  $P = 0.0002$ ); (HADS-D:  $F = 1.931$ , d.f. = 1,2,  $P = 0.1684$ ; SDS:  $F = 4.688$ , d.f. = 1,2,  $P = 0.0332$ ); (HADS-D:  $F = 8.102$ , d.f. = 1,2,  $P = 0.0056$ ; SDS:  $F = 7.848$ , d.f. = 1,2,  $P = 0.0063$ ). A relationship was not found between a patient's psychological state and other clinical factors of gender, patient living arrangements, employment status, education, history of surgery, diagnosis, process leading to admission or postoperative complications.

## DISCUSSION

### Incidence of mental disease in digestive cancer patients

The incidence of adjustment disorder and depression has generally been reported to range from 15 to 40% in cancer patients.<sup>7,22,23</sup> However, a review by Carroll *et al.*<sup>15</sup> reported a wider range from 4.5 to 58%, and the incidence rate is reported to be still higher than in the general population 1 year after treatment, even when

patients were no longer receiving treatment and were deemed free of disease.<sup>24</sup> Loge *et al.* reported that 27% of recovered cancer patients suffered from anxiety, depression, or both,<sup>25</sup> and Derogatis *et al.*<sup>22</sup> stated that although 30–40% of cancer patients suffered from depression, the majority had not been clinically diagnosed or did not receive appropriate treatment. Given these findings, we sought to determine the need for psychological care for depression in our sample population of Japanese patients with digestive cancer. We selected patients with digestive cancer because the rate of such cancer is high in Japan thereby affording a larger sample population from which to recruit.

Seven of our 85 patients (8.2%) fulfilled DSM-IV criteria for adjustment disorder or major depressive disorder during this period; a figure lower than the incidence rates mentioned above. One possible reason for this lower number is that surgery was advantageous for our subjects both in terms of their stage of cancer and general physical condition, with 65% classified in the early phase group. Another reason may be that, at the time of first interview, some time had already passed since the patients were first notified of their cancer diagnosis, and treatment had only just started. In general, it has been reported that the more progressive and severe the cancer is and the worse the general physical conditions (performance score) are, the higher the incidence of depression.<sup>15</sup> After declaration of cancer, patients feel strong anxiety for about 2 weeks, but this decreases over time, and patients soon enter an adjustment stage.<sup>7,26</sup> Derogatis *et al.* reported that the longer patients survive, the more serious distress they

suffer in general, and that their main cause of distress was depression.<sup>27</sup> Taken together, the cancer patients in the current study could have been in better condition physically and mentally than those in previous studies.

With regard to the overall level of perioperative anxiety and depression of cancer patients in this study, scores of anxiety and depression (HADS and SDS scores, respectively) of advanced- and early phase cancer patients were within the normal range (Table 2) and were noticeably lower than those reported in previous studies using HADS.<sup>28,29</sup> However, our subjects included patients being treated for adjustment disorder and depression, so their scores might have been higher had they not been treated. Moreover, there were patients who did not undergo surgery, and patients with recurrent cancer in the previous studies. The effect of such differences in patient samples should be considered in future work. However, as a quarter of cancer patients in our study showed psychological states of moderate severity, cancer patients appear to require mental care whether clinically significant findings are present or not.

#### **Change in anxiety and depression in the period before surgery to 6 months after surgery in digestive cancer patients**

Anxiety of the cancer patients, as reflected by HADS-A scores, did not change across the three examination days, but depression, as reflected by HADS-D and SDS scores, respectively, did increase significantly from before surgery to before discharge, and did not return to the preoperative level.

First, we will discuss the change in anxiety in the period before surgery to 6 months after surgery. Cancer patients before surgery are considered to have heightened anxiety levels, because they have stress due to cancer declaration, in addition to stress related to the surgery itself. Therefore, the fact that the same level of preoperative anxiety is present 6 months after discharge is an important problem we must consider. We do acknowledge, however, the possibility that the HADS Anxiety Scale is insensitive to change (HADS is a screening tool, not a tool that evaluates the degree of psychopathy) or that our patient sample was too small to detect change.

It is clear that the highly stressful event of cancer declaration can lead to severe anxiety and depression in cancer patients.<sup>30,31</sup> It was also reported that long-term survivors feel the same level of anxiety as disease-active patients, (indicating that cancer patients are constantly anxious, regardless of whether they are being follow up on or not).<sup>32,33</sup> Our study showed that the

anxiety level of cancer patients was not helped considerably by environmental change during treatment, and the cancer patients presumably experienced constant anxiety (even when causal factors changed).

With respect to depression, it was shown that depression at the time of and after discharge was higher than that before surgery. We suggest that the incidence of depression was easily influenced by the treatment process, situation and environmental condition. It is reasonable to suggest that assessment of an inpatient's mental health status makes the early detection and early prevention of depression possible. Carroll *et al.* reported in their investigation of cancer patients using HADS that there was no significant difference in anxiety between inpatients and outpatients, but that depression in inpatients was significantly higher than that in outpatients.<sup>15</sup> Moreover, the depression scores of non-remitted patients were significantly higher than those of remitted patients, although the difference in anxiety between the two groups was not significant. Their study suggested that anxiety and depression change differently according to subjects and situation, and that the incidence rate of depression but not anxiety was significantly different between outpatients and inpatients, and between remitted patients and non-remitted patients. Given these findings, only depression tends to change readily according to situations. In this respect, their result corresponds to our conclusion that we should assess whether cancer patients are depressed or not by taking into account a patient's disease and treatment conditions.

Parle *et al.* reported that anxiety was more prevalent than depression in cancer patients.<sup>23</sup> Moreover, Sheard and Maguire's meta-analyses of psychological intervention reported that psychological intervention for cancer patients turned out to be clinically more effective for the reduction of anxiety than for the reduction of depression, indicating that anxiety was more obvious than depression in the patients who required cancer treatment.<sup>9</sup>

The mean duration of hospitalization for surgery in Japan is longer than in other countries. In this study, it was 56.6 days. Most Japanese patients may well believe that their physical condition at discharge should have returned to at least the same level as before admission. This might be one reason for the increase in depression levels of our pre-discharge patients.

#### **Relationship of anxiety and depression to other clinical factors**

A significant relationship was revealed between either depression or anxiety and severity of disease (stage),

age, medical treatment equipment at discharge, chemotherapy after discharge, and admission period. Among these factors, medical treatment equipment at discharge, chemotherapy after discharge, and admission period are indices that can reflect the severity of disease. These results indicate that disease and treatment conditions including disease severity might have a considerable effect on the psychological state of cancer patients, while individual factors, excluding age, have a lesser effect on anxiety and depression.

Regarding the relationship between psychological state and other clinical factors, previous studies have shown that severity of disease, presence of the metastasis, and age are related to psychological state.<sup>34,35</sup> Noyes *et al.* in particular reported that young patients are more distressed than elderly patients by serious illnesses such as cancer.<sup>35</sup> Our study also showed that the relationship between anxiety and age in cancer patients was significant and suggested that healthcare professionals should consider age in general anxiety management for these patients.

### Study limitations

We acknowledge that the score of psychological tests does not reflect diagnosis of depression or anxiety, and that cancer patients' scores at 6 months after discharge are likely to reflect progression of disease. Even taking these limitations into account, our findings suggested that anxiety and depression have different trends (as for the related factors, caused factors, prevalence, etc.), and that we might be able to plan effective mental health care for gastrointestinal cancer patients undergoing surgery while referring to these trends. We must also consider that patients with gastrointestinal cancer (especially, young ones) always experience constant anxiety, even when casual factors change. We must focus on their depressive mood and prevent their mental problems, taking into account the severity of disease (stage), medical treatment equipment at discharge, chemotherapy after discharge, and admission period.

### CONCLUSION

Our findings indicate that psychological care and assessment is necessary for the prevention of depression in digestive cancer patients who undergo surgery, especially before discharge and 6 months after discharge. Moreover, disease and treatment conditions such as medical treatment equipment at discharge, chemotherapy after discharge, and admission period should be considered in the assessment, in addition to severity of disease (stage). With respect to anxiety pre-

vention, consideration should be taken of a patient's age, as it affects psychological state. Cancer patients remain constantly anxious, even as the context changes, and this anxiety is not easily ameliorated by environmental factors. Given these findings, it should be possible to provide effective and well-timed interventions to reduce psychiatric symptoms such as anxiety and depression, and to prevent psychological complications in cancer patients on general surgical wards.

### REFERENCES

1. Hasegawa S, Nishiyama H, Tanaka K *et al.* (eds). *Journal of Health and Welfare Statistics Health and Welfare Statistics Association, Tokyo, 2004*; **51**: 46–49 (in Japanese).
2. Hasegawa S, Nishiyama H, Tanaka K *et al.* (eds). *Xxxxx. Journal of Health and Welfare Statistics Health and Welfare Statistics Association, Tokyo, 2004*; **51**: 430 (in Japanese).
3. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, treatment. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995; **52**: 89–99.
4. Spiegel D. Cancer and depression. *Br. J. Psychiatry* 1996; **168**: 109–116.
5. Weisman AD, Worden JW. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int. J. Psychiatry Med.* 1976; **7**: 1–15.
6. Weisman AD. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am. J. Med. Sci.* 1976; **271**: 187–196.
7. Massie MJ, Holland JC. Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: Holland J, Rowland, J (eds). *Handbook of Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York, 1990; 273–282.
8. Montgomery C, Pocock M, Titley K, Lloyd K. Individual quality of life in patients with leukaemia and lymphoma. *Psychooncology* 2002; **11**: 239–243.
9. Sheard T, Maguire P. The effects of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br. J. Cancer* 1999; **80**: 1770–1780.
10. Folstein M, Folstein S, McHugh P. 'MINI-MENTAL STATE' A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 1975; **12**: 189–198.
11. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Text revision; DSM-4-TR. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
12. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; **67**: 361–370.
13. Herrmann C. International experiences with the hospital anxiety and depression scale, a review of validation and clinical results. *J. Psychosom. Res.* 1997; **42**: 17–41.
14. Zung W. A self-rating depression scale. *Arch. Gen. Psychiatry* 1965; **12**: 63–70.

15. Carroll BT, Kathol RG, Noyes R Jr, Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1993; **15**: 69–74.
16. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Okamura H, Uchitomi Y. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J. Clin. Oncol.* 1998; **28**: 333–338.
17. Fukuda K, Kobayashi S. A study on a Self-Rating Depression Scale. *Psychiatria et Neurologia Japonica* 1973; **75**: 673–679 (in Japanese).
18. Japanese Gastric Cancer Association. *Japanese Classification of Gastric Carcinoma*. Kanehara & Co. Ltd, Tokyo, 1999 (in Japanese).
19. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum. *Japanese Classification of Colorectal Carcinoma*. Kanehara & Co. Ltd, Tokyo, 1998 (in Japanese).
20. The Japanese Society for Diseases of the Esophagus. *Esophageal Cancer Treatment Guidelines*. Kanehara & Co Ltd, Tokyo, 2002 (in Japanese).
21. Japan Pancreas Society. *Classification of Pancreatic Carcinoma*. Kanehara & Co Ltd, Tokyo, 2002 (in Japanese).
22. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J *et al.* The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; **249**: 751–757.
23. Parle M, Jones B, Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychol. Med.* 1996; **26**: 735–744.
24. Devlen J, Maguire P, Phillips P, Crowther D, Chambers H. Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. I: retrospective study. *BMJ* 1987; **295**: 953–954.
25. Loge JH, Abrahamsen AF, Ekeberg O, Hannisdal E, Kaasa S. Psychological distress after cancer cure: a survey of 459 Hodgkin's disease survivors. *Br. J. Cancer* 1997; **76**: 791–796.
26. Holland JC, Morrow GR, Schmale A *et al.* Reduction of anxiety and depression in cancer patients by alprazolam or by a behavioral technique. *Proceedings of 23rd Annual Meeting of ASGO (American Society of Clinical Oncology)* 1987; **6**: 258.
27. Derogatis LR, Abeloff MD, Melisaratos N. Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA* 1979; **242**: 1504–1508.
28. Hopwood P, Howell A, Maguire P. Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *Br. J. Cancer* 1991; **64**: 353–356.
29. Pinder KL, Ramirez AJ, Black ME, Richards MA, Gregory WM, Rubens RD. Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors. *Eur. J. Cancer* 1993; **29A**: 524–527.
30. Salokangas RK, Poutanen O. Risk factors for depression in primary care. Findings of the TADEP project. *J. Affect. Disord.* 1998; **48**: 171–180.
31. van Servellen G, Sarna L, Padilla G, Brecht ML. Emotional distress in men with life threatening illness. *Int. J. Nurs. Stud.* 1996; **33**: 551–565.
32. Aapro M, Cull A. Depression in breast cancer patients: the need for treatment. *Ann. Oncol.* 1999; **10**: 627–636.
33. Thomas SF, Glynne-Jones R, Chait I, Marks DF. Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. *Psychooncology* 1997; **6**: 190–196.
34. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *Br. J. Cancer* 1998; **77**: 2381–2385.
35. Noyes R Jr, Kathol RG, Debelius-Enemark P *et al.* Distress associated with cancer as measured by the illness distress scale. *Psychosomatics* 1990; **31**: 321–330.

---

頭頸部がん患者のQOLにおける  
心理社会的側面の重要性

小林 未果 松島 英介

---

「精神科」第7巻第3号 別刷  
2005年9月 発行

---

東京都千代田区神田司町 2-10-8

科学評論社

電話 03(3252)7741(代表)

---



# 頭頸部がん患者のQOLにおける 心理社会的側面の重要性\*

小林 未果\*\* 松島 英介\*\*

**Key Words :** head and neck cancer patients, quality of life, psychosocial-oncology

## はじめに

頭頸部がん患者は、生命を脅かす疾患の診断に加え、がん治療に伴う容貌などの形態的变化や、音声言語、呼吸、咀嚼、嚥下、味覚、聴覚などの機能障害に対処していかなければならない。また、頭頸部がん(喉頭がん、咽頭がん、舌がん)発症の危険因子として飲酒や喫煙の慢性的大量使用歴が指摘されているため、潜在的に患者の心理社会的負担が高い可能性が示唆されてきた<sup>1)</sup>。そのため、他部位のがん患者と比較して、quality of life (QOL) を著しく阻害することが示されており<sup>2)</sup>、がん診断早期からQOLを重視した心理社会的援助の必要性が想定される。

本稿では、頭頸部がん患者のQOLにおける心

理社会的側面、とくにがんに伴う喪失体験に関連して生じることの多い心理的反応である抑うつ(適応障害・大うつ病)について内外の知見を概括し、自尊心感情に対する新たな取り組みを紹介する。

## QOLと心理社会的側面

がん治療の第一目標は生存期間の延長であるが、近年では第3相比較試験においてより優れた抗がん治療開発のアウトカムとしてQOLが測定され、その重要性が示唆されている<sup>3)</sup>。QOLとは、身体・機能、心理社会的、実存的側面など複数の次元を統合し、日常生活の質を把握する概念である。現在、国際的に繁用されているがん患者のQOLを測定する目的として開発された尺度を表1に示す<sup>4)5)</sup>。QOLの構成要因として心理社会的側面は必須であるが、とくに抑うつの存在はQOLの低下のみならず、自殺、家族の精

表1 がん患者の包括的quality of life尺度

質問紙	項目数	下位尺度	頭頸部特異的追加尺度
European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core30 (EORTC QLQ-C30)	30項目	機能的側面(15項目) 身体・役割・認識・感情・社会 症状的側面(12項目) 疲労・嘔気/嘔吐・痛み その他(3項目) 全般的QOL・経済的影響	Head & Neck35(35項目)
Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)	27項目	身体的側面(7項目) 社会・家族的側面(7項目) 精神的側面(6項目) 機能的側面(7項目)	FACT-Head & Neck(11項目)

\* Liaison and Palliative Medicine<sup>⑱</sup>—The importance of quality of life and psychosocial aspects in head and neck cancer patients.

\*\* Mika KOBAYASHI, M.A. & Eisuke MATSUSHIMA, M.D., Ph.D.: 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野(〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45); Section of Liaison Psychiatry and Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical and Dental University, Tokyo 113-8519, Japan.

表2 頭頸部がん患者における抑うつ頻度

研究者(年)	対象	症例数	評価方法	評価項目(頻度)
Morton et al. (1984)	治療3年以上経過の治癒患者	48例	DSM-III <sup>*1</sup>	大うつ病39.6%
Davies et al. (1986)	初期診断前(後にがん確定患者)	38例	SAD <sup>*2</sup> ・SAA <sup>*3</sup> ・GHQ <sup>*4</sup>	抑うつ29%・不安40%
Baile et al. (1992)	初期診断前	65例	MCMC <sup>*5</sup>	抑うつ40%
Byrne et al. (1993)	咽頭全摘術後・放射線治療中	20例	HDRS <sup>*6</sup> ・BDI <sup>*7</sup>	抑うつ20%(咽頭全摘術後患者)
Chaturvedi et al. (1996)	初期手術前・後	50例	HADS <sup>*8</sup>	HADS平均スコア20.1(口腔)・16.5(咽頭)
Hosaka et al. (1998)	入院患者	50例	DSM-IV <sup>*9</sup>	大うつ病18%・適応障害28%
D'Antonio et al. (1998)	手術後6カ月～6年以内	50例	BDI <sup>*7</sup>	抑うつ22%
Kugaya et al. (1999)	外来通院患者	99例	POMS <sup>*10</sup>	POMS-Depression平均スコア9.2%
Kugaya et al. (2000)	初期治療前	107例	SCID(DSM-III-R) <sup>*11</sup>	大うつ病3.7%・適応障害13.1%
Zabora et al. (2001)	初期治療前	396例	BSI <sup>*12</sup> (GSI <sup>*13</sup> )	GSI平均スコア抑うつ53.4・不安55.4
Katz et al. (2004)	放射線治療後6週以内	60例	SADS <sup>*14</sup> ・BDI <sup>*7</sup> ・HADS <sup>*8</sup> ・CES-D <sup>*15</sup>	抑うつ5%・不安15%

<sup>\*1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition : <sup>\*2</sup> Leeds Scales for Self-Assessment of Depression : <sup>\*3</sup> Leeds Scales for Self-Assessment of Anxiety : <sup>\*4</sup> General Health Questionnaire : <sup>\*5</sup> Millon Clinical Multiaxial Inventory : <sup>\*6</sup> Hamilton Rating Scale for Depression : <sup>\*7</sup> Beck Depression Inventory : <sup>\*8</sup> Hospital Anxiety and Depression Scale : <sup>\*9</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition : <sup>\*10</sup> Profiles of Mood States : <sup>\*11</sup> Structured Clinical Interview for DSM-III-R : <sup>\*12</sup> Brief Symptom Inventory : <sup>\*13</sup> Global Severity Index : <sup>\*14</sup> Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia : <sup>\*15</sup> Center for Epidemiological Studies Depression.

神的負担の増大, 治療に対するコンプライアンスの低下, 入院期間の長期化など多岐に影響を及ぼすため, 抑うつへの対策はきわめて重要である<sup>6)~8)</sup>.

表2は頭頸部がん患者における抑うつ頻度に関する報告である<sup>9)~19)</sup>. 精神科診断基準を用いた報告において, 大うつ病が3.7~39.6%に認められ, 自記式質問紙を用いた結果も抑うつ・不安について高頻度で出現することが明らかにされている. 調査対象・方法などは異なるが, いずれの病期においても他部位のがん患者と比較して明らかに高いことが示唆されている<sup>18)</sup>. また, 臨床経過において抑うつを呈しやすい危険因子としては, 診断・治療, 病前要因, 痛み, ボディイメージの変化, ソーシャルサポートの不足, 飲酒・喫煙依存の既往, 精神疾患の既往歴など複数の要因が示されている<sup>20)</sup>, わが国の患者においては進行病期, 非婚姻, 独居, 絶望的なコーピングスタイルが重要な要因として強調されている<sup>16)17)</sup>.

しかし, がん患者の抑うつは, 臨床場面においてはしばしば医療者に見過ごされていることが明らかにされている<sup>21)</sup>. その理由として, 抑うつはがんに対する正常反応, 治療の困難性, 心

理的問題を扱うことにより抑うつを増強するのではないかという懸念などの医療者側の問題が指摘されている<sup>7)</sup>. そのため, 臨床腫瘍医・身体科医, 看護師らに対しては, 簡便な抑うつスクリーニング法を用いて早期発見を行うことが推奨されている<sup>22)</sup>. また, がんに伴う身体症状が抑うつ身体症状と鑑別困難なことがある. 臨床的観点からは抑うつを過小評価しないことがより重要であり, 抑うつ身体症状である可能性を念頭においた包括的な評価が望まれる<sup>6)</sup>. とくに身体症状の中でも食欲低下と集中力低下は, がん患者の抑うつ診断に有用であることが示唆されている<sup>23)</sup>.

抑うつへの対策の詳細は他稿に譲るが<sup>7)8)</sup>, 第一に早期発見がもっとも重要であり, 患者に接する基本的態度を遵守し<sup>24)</sup>, 患者の個別的状況に応じて精神療法, 薬物療法, 心理社会的リハビリテーションなどを複数組み合わせ合わせた柔軟な対応が必要である.

### QOLの維持・向上にむけて: 自尊感情に対するアプローチ

頭頸部領域は感情表現やコミュニケーションなどに密接に関連する部位であることから, 心

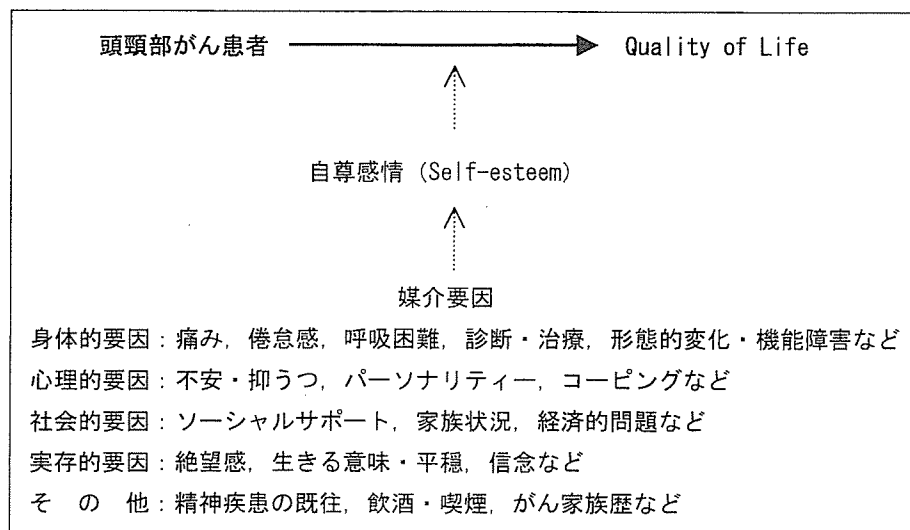


図1 頭頸部がん患者のquality of life仮説モデル

理社会的にもっとも重要な部位とされる。そのため，がん治療に伴う変化および障害は，自尊感情と自信に対して否定的な影響を強く及ぼすことが強調されてきた<sup>1)</sup>。自尊感情とは，自己受容・自己好意・自己尊厳を含む自己に対する肯定的または否定的な態度である<sup>25)</sup>。がん患者の自尊感情については，Katzら<sup>26)</sup>が20～50%の患者に自尊感情の低下が認められ，その背景として複数の要因が複雑に関連していることを示し，研究を蓄積する重要性を提言している。また，がん患者を対象とした自尊感情とQOLについて検討した唯一の報告では，乳がん治療により73.3%の患者に自尊感情の低下が認められ，低い自尊感情は陰性感情状態，怒り，敵対心，不合理，低い人生の満足感などの心理社会的側面と関連していた<sup>27)</sup>という。さらに，がん患者を対象とした報告ではないが，自尊感情の高いものは低いものと比較して，身体症状，心理的問題が少なく，自尊感情は心理的負担に対処する際に重要な要因であることが示唆されている<sup>28)</sup>。

以上のような背景から，頭頸部がん患者のQOLの維持・向上を目的とした援助のストラテジーのひとつとして，自尊感情に対するアプローチが示唆される(図1)。このような視点から，自尊感情の状況，経時的変化を把握すると同時に関連要因を明らかにすることにより，その臨床的特徴を把握することを目的とした研究を行うことが期待されている。

## おわりに

頭頸部がん患者のquality of life(QOL)における心理的側面について，内外の知見を概括することによりその重要性を明示した。

頭頸部がん患者の心理社会的側面に対する適切な対応は，患者のQOLの維持・向上に加え，その後のがん治療，リハビリテーションに良好に取り組むことを援助する上できわめて重要である。今後の課題として，心理社会的負担に対する予防的観点も加味した，早期発見，危険因子の同定，精神療法，薬物療法，ソーシャルサポート，リハビリテーションなどに関する研究・臨床を蓄積し，患者のQOLの維持・向上に寄与する包括的アプローチの構築が望まれる。

## 文 献

- 1) Breitbart W, Holland JC. Head and neck cancer. In: Holland JC, Rowland JH, editors. Handbook of psychooncology. New York: Oxford University Press; 1989.
- 2) Terrell JE, Ronis DL, Fowler KE, et al. Clinical predictors of quality of life in patients with head and neck cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 130: 401-8.
- 3) Burris HA, Moore MJ, Andersen J, et al. Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial. J



- Clin Oncol 1997 ; 15 : 2403-13.
- 4) Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 : A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 1993 ; 85 : 365-76.
  - 5) Cella DF, Tulsky DS, Gray G, et al. The functional assessment for cancer therapy scales : Development and validation of the general measure. J Clin Oncol 1993 ; 11 : 570-9.
  - 6) McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, et al. Depression in patients with cancer : Diagnosis, biology, treatment. Arch Gen Psychiatry 1995 ; 52 : 89-99.
  - 7) Wilson KG, Chochinov HM, Faye BJ, et al. Diagnosis and management of depression in palliative care. In : Chochinov HM, Breitbart W, editors. Handbook of psychiatry in palliative medicine. New York : Oxford University Press ; 2000. p.25-49.
  - 8) Chochinov HM. Depression in cancer patients. Lancet Oncol 2001 ; 2 : 499-505.
  - 9) Morton RP, Davies ADM, Baker J, et al. Quality of life in treated head and neck cancer patients : A preliminary report. Clin Otolaryngol 1984 ; 9 : 181-5.
  - 10) Davies ADM, Davies C, Delpo MC. Depression and anxiety in patients undergoing diagnostic investigations for head and neck cancer. Br J Psychiatry 1986 ; 149 : 491-3.
  - 11) Baile WF, Gibertini M, Scott L, et al. Depression and tumor stage in cancer of the head and neck. Psycho-Oncology 1992 ; 1 : 15-24.
  - 12) Byrne A, Walsh M, Farrelly M, et al. Depression following laryngectomy : A pilot study. Br J Psychiatry 1993 ; 163 : 173-6.
  - 13) Chaturvedi SK, Shenoy A, Prasad KMR, et al. Coping and quality of life in head and neck cancer patients. Support Care Cancer 1996 ; 4 : 186-90.
  - 14) Hosaka T, Awazu H, Aoki T, et al. Screening for adjustment disorders and major depression in otolaryngology patients using Hospital Anxiety and Depression Scale. International J Psychiatry in Clinical Practice 1998 ; 3 : 43-8.
  - 15) D'Antonio LL, Long SA, Zimmerman GJ, et al. Relationship between quality of life and depression in patients with head and neck cancer. Laryngoscope 1998 ; 108 : 806-11.
  - 16) Kugaya A, Akechi T, Okamura H, et al. Correlates of depressed mood in ambulatory head and neck cancer patients. Psycho-Oncology 1999 ; 8 : 494-9.
  - 17) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. Cancer 2000 ; 88 : 2817-23.
  - 18) Zabora J, Brintzenhofeszc K, Curbow B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho-Oncology 2001 ; 10 : 19-28.
  - 19) Katz MR, Kopek N, Waldron J, et al. Screening for depression in head and neck cancer. Psycho-Oncology 2004 ; 13 : 269-80.
  - 20) Framptom M. Psychological distress in patients with head and neck cancer : review. Br J Oral Maxillofac Surg 2001 ; 39 : 67-70.
  - 21) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol 1998 ; 16 : 1594-600.
  - 22) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al. Development of an impact thermometer for use in combination with the distress thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. J Pain Symptom Manage 2005 ; 29 : 91-9.
  - 23) Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al. Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. Psychosomatics 2003 ; 44 : 244-8.
  - 24) Yager J. Specific components of bedside manner in general hospital psychiatric consultation : 12 concrete suggestions. Psychosomatics 1989 ; 30 : 209-12.
  - 25) Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. New Jersey : Princeton University Press ; 1965.
  - 26) Katz MR, Rodin G, Devins GM. Self-esteem and cancer : Theory and research. Can J Psychiatry 1995 ; 40 : 608-15.
  - 27) Bertero CM. Affected self-respect and self-value : The impact of breast cancer treatment on self-esteem and QOL. Psycho-Oncology 2002 ; 11 : 356-64.
  - 28) DeLongis A, Folkman S, Lazarus RS. The impact of daily stress on health and mood : Psychological and social resources as mediators. J Pers Soc Psychol 1988 ; 54 : 486-95.

# 癌患者の心理特性と SOC

松下年子, 濱島 央, 松島英介

日本社会精神医学会雑誌 Vol.14 No.2 (2005) 別刷

## ■原著論文

## 癌患者の心理特性と SOC (Sense of Coherence)

松下年子<sup>1,2)</sup>, 濱島 央<sup>1)</sup>, 松島英介<sup>1)</sup>

抄録：婦人科病棟と口腔外科病棟に手術目的で入院した癌患者を対象に、手術前後の心理特性と SOC (Sense of Coherence) を HADS と SOC 調査を用いて評価した。その結果、不安が手術前から退院前にかけて有意に低下するのに対し、抑うつは一定であった。両癌患者間では口腔癌患者の不安が婦人科癌患者のそれよりも有意に高かった。また、癌患者の SOC は一般人口を対象とした他の調査結果と比較して低い傾向にあった。さらに、手術前の不安、抑うつ得点を従属変数に、SOC 得点を含む他の臨床要因を独立変数としてロジスティック回帰分析を行ったところ、抑うつが SOC 得点と不安得点によって有意に予測され、不安の低い者の抑うつが不安の高い者のそれよりも高く、SOC が高いほど抑うつは高かった。一方、手術前の不安については、抑うつ得点によってのみ予測され、抑うつの低い者の不安が抑うつの高い者のそれよりも高かった。以上より、癌患者の SOC は抑うつと関連することが示唆された。

日社精医誌 14: 171-178, 0005

索引用語：婦人科癌, 口腔癌, 外科的手術, SOC (Sense of Coherence), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)  
*gynecological cancer, oral cancer, surgery, SOC (Sense of Coherence), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)*

## はじめに

近年, Aaron Antonovsky によって唱えられた SOC (Sense of Coherence: 首尾一貫感覚)<sup>1,2,3,4,17)</sup> という概念が, 保健, 医療, 社会学分

野において注目されるようになり, 一般健康人および特定の疾患や条件を抱えた人を対象とした SOC 調査がすすめられている。Antonovsky の健康生成論では, ストレスをストレスとは捉えずに「緊張」という表現で置き換え, その緊張の処理の成否や良質の人生体験の有無が SOC の強さを決定し, その SOC がまた次のストレス (緊張) の処理過程に影響するとしている。そしてその背景として, いかなる人もその健康状態は「健康から健康破綻の連続体」上のいずれかに位置しており, 連続体上のどこにあっても極側へと移動させる力がはたらき, それが SOC を代表とした「健康要因」であることを想定している。一般健康人の SOC については複数の調査結果<sup>8,13,15)</sup> が報告されており, また精神疾患患者についての報告<sup>6)</sup> もあるが, 生命の危機にある癌患者, 特に外科的手術を受けることになった癌患者を対象に,

2005 年 7 月 15 日受理

Psychological state and SOC (Sense of Coherence) amongst patients with cancer.

<sup>1)</sup>東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野

〔〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45〕

Toshiko Matsushita, Manaka Hamajima, Eisuke Matsushima: Section of Liaison Psychiatry &amp; Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical and Dental University, 1-5-45, Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo, 113-8519 Japan.

<sup>2)</sup>国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所

〔〒107-0062 東京都港区南青山1-24-1 アミティ乃木坂〕

Toshiko Matsushita: Graduate School of International University of Health and Welfare, Amity Nogizaka, 1-24-1 Minamiaoyama, Minato-Ku, Tokyo, 107-0062 Japan.

表1 対象の属性と臨床要因

	癌患者全体 (38名)	婦人科癌患者 (18名)	口腔癌患者 (20名)	
平均年齢 (±SD) (歳)	54.8±12.9	52.6±11.4	57.8±13.0	NS*
平均入院日数 (±SD)	33.0±23.9	22.6±18.2	44.1±24.0	t=2.99, p=.0052*
家族形態 (名)	単身	8	6	
	その他	30	12	NS**
化学療法 (名)	あり	4	2	
	なし	34	16	NS**
放射線療法 (名)	あり	2	0	
	なし	36	18	NS**

\*unpaired t-test

\*\*chi-squared independence test

そのSOCを調査したものはみられない。手術を受ける癌患者は、癌告知による精神的動揺に加え、外科手術を受けるという非日常的な体験に対する不安もあり、非常に危機的な状況にあることが推定される。本研究では、そのような状況下にある患者がいかなる心理状態に陥りやすく、それがSOCとどのように関連しているかを明らかにする目的で、婦人科病棟と口腔外科病棟に手術目的で入院した癌患者を対象に、手術前後の不安、抑うつといった心理特性とSOCを調査した。婦人科癌患者と口腔癌患者を対象とした理由は、前者が女性性の危機にかかわる癌であることから、また後者が摂食、コミュニケーション、外観という3条件において支障をきたしやすい、つまり疾患や治療によって人間の最も基本的な機能が損なわれやすい条件下にあることから、疾患特異的な所見が得やすいと考えたことによる。

## 対 象

平成14年10月から平成15年3月までの6カ月間に、都内A大学附属病院に外科手術目的で入院した婦人科癌（子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌）患者18名と、口腔癌（舌癌、歯肉癌など）患者20名（男性10名、女性10名）の計38名を対象とした。いずれも癌の進行度は早期であり、前者であれば進行度分類の0期からII期<sup>10,11,12)</sup>に、後者でもTNM分類<sup>9)</sup>でほとんどがT<sub>1</sub>N<sub>0</sub>

M<sub>0</sub>に該当した。なお38名はいずれも、調査主旨と具体的方法について説明した上で、調査協力の同意が書面にて得られた者である。対象者の平均年齢は54.8±12.9歳、平均入院日数は婦人科癌患者が22.6±18.2日、口腔癌患者が44.1±24.0日、両群合わせると33.0±23.9日であった。なお、婦人科癌、口腔癌患者別の属性および臨床要因については表1にまとめた。両疾患群間では入院期間に有意な差が認められたものの（口腔癌患者の入院日数が、婦人科癌患者のそれよりも長かった）、年齢、家族形態、化学療法・放射線療法の有無といった要因については両群で差を認めなかった（表1）。

## 方 法

質問紙への記入が身体的・精神的に患者の負担にならないことを確認した上で、「手術前」、「退院前」の2時点において自記式質問紙であるHADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)<sup>18,19)</sup>への、また退院前後にSOC調査用紙への記入を求めた。HADSは食欲、不眠など身体症状をたずねる設問を含まないために、身体症状を有する者（患者）にも適応できる不安・抑うつ用の簡便なスクリーニングツールである。不安・抑うつともに7設問、計14設問から構成され、不安および抑うつのそれぞれのトータル得点で評価する。一方、SOC調査は「ストレス対処能

表2 婦人科癌患者、口腔癌患者別のSOC得点とHADS得点

		癌患者全体 (38名)	婦人科癌患者 (18名)	口腔癌患者 (20名)	
SOC		119.2±13.5	118.6±9.8	119.8±16.4	t=.256, p=.7993*
HADS	不安	手術前	3.6±2.8	2.5±2.2	群間:F=7.918, p=.0083, 条件間:F=7.407, p=.0104, 交互作用:F=1.029, p=.3181**
		退院前	2.2±3.9	0.7±1.1	
	抑うつ	手術前	1.6±2.3	1.6±2.8	群間:F=.565, p=.4579, 条件間:F=1.914, p=.1761, 交互作用:F=3.082, p=.0887**
		退院前	2.0±2.2	1.5±2.3	

\*unpaired t-test

\*\*two-factor repeated measures ANOVA

力・健康保持能力」を測定するものであり、その構成要因は「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」という3つの確信からなり、これらの確信が強い者ほど精神的に強靱であるとされている。SOC調査はこれら3種類のサブ尺度を合わせた計29設問から構成され、各設問は7選択肢で回答するようになっているが、得点化するときはサブ尺度ごとではなくトータル得点で評価する。なおSOCは、いったんできあがると(成人になると)、比較的变化しにくい特性であることがAntonovskyにより定義づけられており<sup>2)</sup>、たとえばストレスフルな体験や非日常的な体験を長期にわたって被ったところで、それがただちにSOCに影響するものではないことが指摘されている<sup>3)</sup>。少なくとも先行研究においては、短期間のうちに繰り返しSOCを測定するといった試みはされておらず、本研究でも、今回の研究目的上SOCを経時的に追うまでの必要はないと考え、SOC調査については退院前後1回の実施とした。

統計処理は、疾患群別、性別、家族形態別等のSOC得点をunpaired-t検定にて、年齢、入院日数といった連続変数とHADS/SOC得点との関連をPearsonの相関係数にて、次に、疾患群別、性別、家族形態別等のHADS得点の2時点における変化をTwo-factor repeated measures ANOVAにて、最後に、対象集団を不安、抑うつの平均得点より高値群・低値群の2群にそれぞれ区分し、他の臨床要因によってそれぞれが高値

群になる確率をロジスティック回帰分析にて検定した。いずれも有意水準を $p < .05$ とした。

なお、当研究は東京医科歯科大学の倫理委員会の承認を得て実施されている。

## 結 果

### 1. 癌患者のHADS得点

全対象の「手術前」のHADSによる不安、抑うつ得点は、それぞれ平均 $3.6 \pm 2.8$ 点、 $1.6 \pm 2.3$ であった。一方、「退院前」は不安が $2.2 \pm 3.9$ 点、抑うつが $2.0 \pm 2.2$ 点であり、「手術前」から「退院前」にかけて不安が有意に低下する( $p = .0104$ )のに対し、抑うつは2時点間で有意な変化を示さなかった。また両得点は、いずれの時点においても標準値内(カットオフ値は7/8)にあった。さらに、婦人科癌と口腔癌の疾患群別では、不安においてのみ有意な相違が認められ、口腔癌患者の不安得点が婦人科癌患者のそれよりも高かった(表2)。また、不安得点と年齢、不安得点と入院日数の間に、Pearsonの相関検定にて正の相関が確認された( $r = .246$ ,  $p = .0426$ )( $r = .360$ ,  $p = .0024$ )。それ以外のHADS得点と臨床要因の組み合わせでは、いずれも有意な関連を認めなかった。

なお臨床的には、婦人科癌患者群18名中1名が、口腔癌患者群20名中3名がDSM-IVの診断基準により適応障害等の診断を得ている(適応障害3名<そのうち1名はパニック障害を伴っ

表3 手術前の抑うつを予測する要因 (ロジスティック回帰分析)

	ロジスティック回帰係数	優比	p value
SOC	0.152	1.165	0.0382
手術前 HADS-A	-0.57	0.566	0.0396
年齢	0.055	1.056	0.2776
性別	4.508	90.708	0.0562
化学療法	1.694	5.444	0.6506
放射線療法	-18.841	—	0.9954
入院日数	0.046	1.047	0.4328
疾患別	-2.194	0.112	0.261

R<sup>2</sup>=.402

た>、大うつ病エピソード1名)。いずれも病棟スタッフもしくは本研究調査者が、患者の状況より精神科医受診の必要性を認め、本人に勧めて診察を受けた上での結果である。

### 2. 癌患者の SOC 得点

全対象者の SOC 平均得点は 119.2±13.5 点であり (表 2)、他の一般健康人を対象とした SOC の調査結果と比較して若干低い傾向にあった (例えば、高山ら<sup>19)</sup> の 20 歳以上 69 歳未満の東京都民を対象にした調査では、平均 SOC 値が 131.1±23.9 点、小川ら<sup>13)</sup> の企業事務職従事者を対象とした調査では、125.1±24.1 点)。なお SOC 得点は、疾患群別で有意な相違を認めず、他の臨床要因との間においてもいずれも有意な関連を認めなかった。

### 3. 癌患者の HADS 得点を予測する因子

統計的には「手術前」の不安が高かったことから、「手術前」の不安、抑うつが高値になる確率を有意に予測する因子を同定するため、「手術前」の両得点をそれぞれの平均値を基準に 2 群にしたカテゴリ変数を従属変数に、他の関連要因 (年齢、性別、疾患名、化学療法の有無、放射線療法の有無、入院日数、SOC 得点、従属変数でない方の HADS 得点) を独立変数としてロジスティック回帰分析を実施したところ、「手術前」の抑うつが「手術前」の不安得点と SOC 得点によって有意に予測され、不安の低い者の抑うつが不安

の高い者のそれよりも高く、SOC が高いほど抑うつは高かった (表 3)。一方、「手術前」の不安については、「手術前」の抑うつ得点のみによって有意に予測され、抑うつが低い者の不安が抑うつの高い者のそれよりも高かった (R<sup>2</sup>=0.286, ロジスティック回帰係数=-0.415, 優比=0.66, p=0.049)。

## 考 察

### 1. 癌患者の手術前後の不安と抑うつ

婦人科癌患者と口腔癌患者の両群を合わせると、抑うつが手術前後 (手術前と退院前) で変化しないのに対し、不安は有意に「手術後」低下した。このような経時的変化は両群に共通しており、婦人科癌と口腔癌患者の不安は「手術前」から「手術後」にかけて低下することが示唆された。われわれは消化器癌患者を対象に、「手術前」「退院前」「退院後 6 カ月」時点における心理特性を HADS と SDS にて調査したが、そこでは、不安が「手術前」から「退院後 6 カ月」までの 3 時点にわたり変化しなかったことが把握されている<sup>7)</sup>。

一方抑うつであるが、不安とは対照的に経時的な変化は認められなかった。これに関して同じくわれわれの調査では、抑うつは「手術前」から「退院前」において有意に高くなり、その後「退院後 6 カ月」にかけてはその水準に変化を認めなかった<sup>7)</sup>。したがって、われわれの両調査結果は、少なくとも癌患者の場合、不安と抑うつでは手術前後の変化の仕方に相違があることを示唆したといえる。さらに、不安が年齢の高いほど、また入院期間が長いほど強かったのに対し、抑うつではそれらの要因と関連しなかったこと、ロジスティック回帰分析の結果、手術前の不安と抑うつに負の関連があったこと (不安の低い者の抑うつが高く、抑うつが低い者の不安が高かったこと) から、両心理特性の本質的な相違をも示唆したといえよう。

次に、同じ癌でも婦人科癌患者と口腔癌患者では不安の水準が異なっていたこと、口腔癌患者のほうが婦人科癌患者よりも不安が高かったことについては、口腔癌患者の平均入院日数が婦人科癌患者のそれよりも有意に長かったことからわかるように、手術自体の侵襲度や、口腔癌患者に特有な「容貌の変化」に対する不安などが関連していたのではないかと推測される。特に後者の、「容貌の変化」に対する不安は、疼痛や癌に対する不安とは異なった、アイデンティティにかかわる一種特有な精神的葛藤を術前の患者に負荷すると考えられる。今回、精神科受診にいたった女性患者はいずれも、手術により容貌が変わってしまうことへの強い不安を感じていた。

最後に、本対象者の示した心理特性の結果として、不安と抑うつはいずれもが、いずれの時点においても平均値で見ると、標準値を越すレベルに至らなかったことは、手術を受ける癌患者の精神状態を推察する上で参考になる所見といえる。結果的に一部の患者が適応障害ないし大うつ病エピソードを発症し、彼らの精神状態が病理的な水準に発展したことを示したものの、大半の患者は、癌告知や手術を受けるという危機に対して、不安や抑うつの感情を抱えながらも、それなりに対峙していたことがうかがわれる。つまり、経過の中で一時的に不安を抱えたり、継続的に抑うつが高まることはあっても、もともと本人に備わっていたストレスに対する適応力にて、精神的なバランスを維持し得たと考えられる。

## 2. 癌患者の SOC

癌患者の SOC 得点は、先行研究による一般人口のそれと比較して低い傾向にあった。SOC の調査時点（退院前後）では、本対象患者の多くがすでに手術を終え、身体的にはそれなりに安定した状態にあった。また、全対象の HADS 平均得点が示すように、患者らの不安は「手術前」と比較して、「退院前」の時点では明らかに低下していたはずである。にもかかわらず「退院前後」に測定した SOC 得点が、一般人口のそれより低かったということは、癌や手術自体の身体的・精神

的侵襲が、その個人にとって非常にストレスフルで危機的な刺激であり、「退院前後」までストレスが慢性的に続いたために SOC が低下したという可能性が考えられなくない。また SOC が、不安、抑うつといった心理特性に現れないストレス状況を反映している可能性も否定できない。

## 3. 手術前の心理特性を予測する因子

癌患者の精神的問題として抑うつの存在が指摘される中<sup>5,16)</sup>、「手術前」の抑うつを予測する患者側の条件として、SOC と「手術前」の不安があげられた。そこでまず、癌患者において、SOC が抑うつを予測し得る特性であったことについて考察したい。Antonovsky<sup>1)</sup>は、自己を脅かすものとして評価されたストレッサーは、SOC の強い人には悲しみ、恐れ、怒り、罪の意識、悲痛、心配といった感情を引き起こすが、SOC の弱い人には、不安、激怒、恥辱、絶望、自暴自棄、当惑といった感情を引き起こすだろうと述べている。両者の感情を比較すると、前者の感情はより抑うつに近い感情といえるかもしれない。つまり、SOC の高い人はストレスに対してまずは抑うつを抱えやすいということであり、これは本所見と一致するものである。ただし、そうした感情を抱えた後のプロセスについて Antonovsky は、前者の場合、感情は行動を動機付け、基礎づけるのに対し、後者では無力になる点を、また、前者では感情が焦点づけられるのに対し、後者では拡散することを指摘している。感情が焦点づけられるということは、問題が理解可能であるという感覚に一致し、有意味的要素に強く関連づけられ、対処メカニズムにつながりやすいという。本研究においても、癌告知と手術を受けるという非日常的な危機状況に対し、SOC の高い患者は抑うつのようになりやすいが、それはあくまでも正常範囲内のものであり、経過の中で適応的に対処していくことを示しており、Antonovsky の理論を裏付けるものといえよう。

一方、「手術前」の抑うつは「手術前」の不安と互いに予測し合い、しかもそれが負の関係であった。一般に、不安と抑うつはそれぞれ独立して

いるというよりもむしろ、互いに連動していると想定されていることを考えるとこの結果は関心深い。しかし、これも先の Antonovsky の理論によれば、SOC の弱い人は不安をはじめとする感情を抱えやすく、SOC の強い人が抑うつになるのは対照的であると述べられていることだから、決して彼らの理論と矛盾しない所見といえよう。Spijker ら<sup>14)</sup> は、癌患者を対象に心理・精神的な問題を調査した多くの研究のメタアナリシスを行い、癌患者の不安と心理的な葛藤が、一般人口のそれと有意な相違を示さなかったのに対し、癌患者の抑うつは、一般人口よりも有意に高かったこと、また経過の中で不安が有意に低下するのに対し、抑うつは依然として残りやすいことを報告し、癌患者における不安と抑うつのあり方の相違を指摘している。本所見は、不安と抑うつの特徴の違いを示唆している点で、彼らの所見とも共通している。

最後に、SOC が不安を予測しなかったことについて簡単に考察したい。不安は「手術前」から「退院前」にかけて有意に低下した。このように、不安は非常に非特性的なもの、つまり状態依存的であり、状況によって影響を受けやすく、また変動しやすいといえる。したがって、安定的で変動しづらい、つまり特性的な SOC とは根本的に次元の違う側面をもっており、直接的には連動しづらいことが推察される。もちろん、Antonovsky が上述しているとおり、SOC の高い人が恐怖を、低い人が不安を感じやすいということから、両者が全く関係ないというわけではない。ただ抑うつなどの心理特性と比較すると、不安は SOC に依拠していないということではないだろうか。

## 文 献

- 1) Antonovsky, A.: Unraveling the Mystery of Health; How People Manage Stress and Stay Well (山崎喜比古監訳: 健康の謎を解く; ストレス対処と健康保持のメカニズム). 有信堂, 東京, 2001
- 2) Antonovsky, A.: Health, Stress, and Coping; New Perspective on Mental and Physical Well-Being. Jossey-Bass, San Francisco, 1979
- 3) Antonovsky, A.: The structure and properties of

- the sense of coherence Scale. Soc Sci Med 36: 725-733, 1993
- 4) Antonovsky, A.: The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int 11: 11-18, 1996
  - 5) Massie, M.J., Holland, J.C.: Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: (ed.), Holland, J.C., and Rowland, J. C.: Handbook of psycho-oncology. Oxford University Press, New York, 273-282, 1990
  - 6) 松下年子, 松島英介, 平野佳奈, ほか: 精神科急性期病棟入院患者の SOC (sence of coherence) 調査. 精神医学 47: 47-55, 2005
  - 7) 松下年子, 松島英介: 手術を受ける消化器癌患者の不安, 抑うつおよび QOL (Quality of Life) と対処行動の関連. 日本保健科学学会誌 8: 5-14, 2005
  - 8) Nakamura, H., Ogawa, Y., Nagase, H., et al.: Natural Killer Cell Activity and its Related Psychological Factor, Sense of Coherence in Male Smokers. J Occup Health 43: 191-198, 2001
  - 9) 成毛韶夫監修: (日本版) TNM Atlas (4th Edition). 金原出版, 東京, 1998
  - 10) 日本産科婦人科学会 編: 卵巣腫瘍取扱い規約. 金原出版, 東京, 1997
  - 11) 日本産科婦人科学会, 日本病理学会, 日本医学放射線学会 編: 子宮体癌取扱い規約. 金原出版, 東京, 1996
  - 12) 日本産科婦人科学会, 日本病理学会, 日本医学放射線学会 編: 子宮頸癌取扱い規約. 金原出版, 東京, 1997
  - 13) 小川幸恵, 中村裕之, 長瀬博文, ほか: 生活習慣病危険因子に関わる Health locus of control (HLC), Sense of coherence (SOC) を中心とした心理社会的因子についての構造的分析. 日本衛生学雑誌 55: 597-606, 2001
  - 14) van't Spijker, A., Trijsburg, R.W., Duivenvoorden HJ: Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. Psychosom Med 59: 280-293, 1997
  - 15) 高山智子, 浅野祐子, 山崎喜比古, ほか: ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚 (Sense of Coherence: SOC) と精神健康に及ぼす影響. 日本公衆衛生雑誌 46: 965-976, 1999
  - 16) 山田和夫: 日常診療に役立つストレスマネジメント がん患者に対する精神的ケア. 総合臨床 48: 2442-2449, 1999
  - 17) 山崎喜比古: 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC. Quality Nursing 5: 825-832, 1999
  - 18) Zigmond, A.S., Snaith, R.P.: The Hospital Anxi-



ety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand  
67:361-370, 1983

- 19) Zigmond, A.S., Snaith, R.P., 北村俊則訳: Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度).  
精神科診断学 4: 371-372, 1993

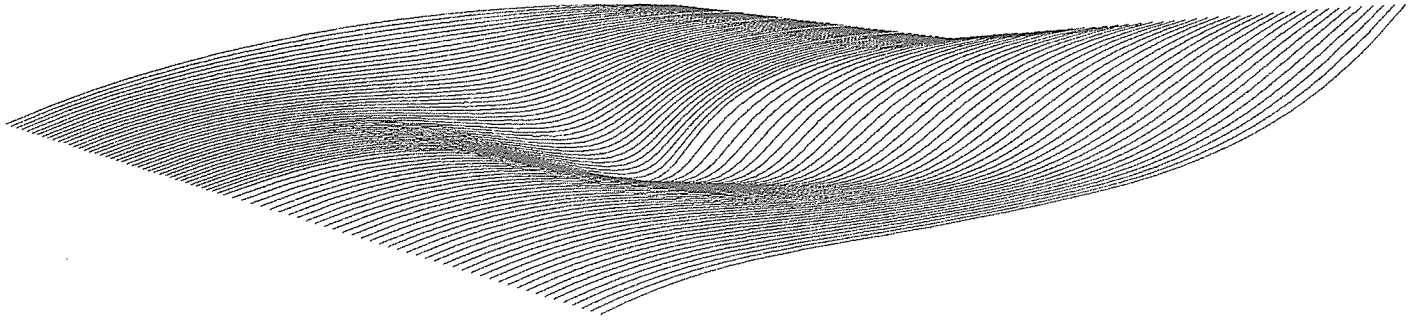
# 死の臨床 45

Shi no rinshō

2005年9月

Vol.28 No.1

【別刷】



## ホスピスにおける倫理的課題への取り組み スタッフの意識調査の結果から

ピースハウスホスピス  
岩本貴子 長澤裕子 二見典子 西立野研二

ピースハウスホスピス教育研究所  
松島たつ子

### Ethical Issues regarding Hospice Care Survey Report

Iwamoto Takako<sup>\*1</sup>, Nagasawa Yuko<sup>\*1</sup>, Futami Noriko<sup>\*1</sup>, Matsushima Tatsuko<sup>\*2</sup>, Nishitateno Kenji<sup>\*1</sup>

\* 1 Peace House Hospice

\* 2 Peace House Hospice Institute of Hospice Studies

#### Abstract

As the first step to cope with ethical issues concerning hospice care, we made a questionnaire survey of 123 staff members and volunteers of the Peace House Hospice. Staff members were requested to express questions and mental conflicts they conceive in daily practice, either as an individual medical care worker or as a group or team. We obtained 142 replies. 109 replies out of 142 (78%) were from nursing staff. Many were related to ethical issues, describing conflicts between the desire to support patients' independence and autonomy, even though it may bring risks. Pain alleviation sometimes impairs the independence and autonomy of the patients. On the other hand, about one fourth of the total replies are not directly related to ethical issues. However it is assumed that these issues also have great significance for improving the process of making decisions on how to provide better care for patients and their families. It is important to notice that most of the questions and conflicts we conceive in our daily practices have ethical aspects.

*Key word* : Hospice care, Ethical Issue, Survey

#### はじめに

ホスピス緩和ケアの現場では、治療継続の是非、鎮静の時期や程度、意思決定が困難な状況にある患者へのケアの選択等々、日々、さまざまな問題に直面し、倫理的な視点を持ってケアに臨むことが求められている。一方、倫理という言葉には、「難しい」「堅苦しい」というイメージを描きがちで、必要性を認めつつも、日常臨床の中で具体的にどのように取り組んでいけばよいのか分からないという現場の声も聞こえてくる。

ところで、藤沼<sup>1)</sup>は、「臨床倫理」を「臨床の場面では、医学的・科学的判断だけでなく、倫理的問題を同定し解決することを求められている。ある特定の患

キーワード：ホスピスケア・倫理的課題・意識調査

者の具体的な臨床場面で、より良い倫理的意思決定を模索することと定義づけている。赤林ら<sup>2)</sup>は「臨床現場で生じた倫理的問題を同定・分析し、解決を試みることにより、患者に対するケアの質を向上させること」がその目標であると述べている。以上より臨床倫理では、日常的で身近な課題を対象とし、患者・家族にとっての最善の選択、そして、その決定に至る過程を大切にすることが求められている。

当院では、倫理的課題への取り組みの第一歩として、スタッフ（ボランティアを含む）が、患者・家族へより良いケアを提供したいと日々活動している中で、疑問や葛藤を抱くことはあるのか、スタッフが抱える日常的な身近な問題について実態を調査した。調査結果を倫理的視点から検討して発足した当院の倫理的課題への取り組みについて、その方法と意義について検討

## 倫理委員会からのお願い

2004年2月17日

去る2月10日昼のカンファレンス（チームの日）では、「ホスピスケアにおける倫理的課題について考える」をテーマに話し合いの時間を持ちました。そこでいろいろな意見が出ましたが、さらに各職場で皆様がどのような体験をしておられるのかご意見をいただきたいと思います。

「これが倫理的問題なのかな？……。いや違うかな？」と悩まれるかもしれませんが、日頃、戸惑ったり、疑問に思ったり、道徳的ではないのではと悩んだりすること、どんなことでも結構です。ご自由に書き出してみてください。

倫理委員会では、皆様がどのようなことに疑問を持ち、ジレンマを感じ、問題意識を持っておられるのかを伺い、今後、ホスピスケアにおける倫理の問題に取り組むための第一歩としたいと考えています。2月29日までに用紙に直接記入、あるいはパソコン内の回答コーナーに記入、また回答は個人でも部署別にまとめた提出でも結構です。皆様の具体的で、率直なご意見をお待ちしています。

《例…こんなこと悩むことはありませんか？》

- ・効果が望めないと思われる民間療法を続けたいという患者に「効果はないでしょう」とストレートに伝える。逆に不利益が多いと思われるのに黙っている。
- ・患者が希望しない時はそれをしない（例：掃除・処置・夜のラウンド）。逆に専門家として必要と思うとき、患者が希望しなくても行う。
- ・「つらいから傍にいて欲しい。マッサージをして欲しい。」と言う患者に「他にも患者がいるので、あなたの傍にだけいるのは難しい。」と伝える。

..... きりとり .....

所属に○をつけてください。

医師	看護師	薬剤師	栄養士	MSW	チャプレン
看護助手	ハウスキーパー	事務	ボランティア		

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

図1 調査票