

図3 MFIとCES-Dの経時的変化(文献²⁰⁾より引用改変)

がもっとも不安のスコアが高かった。低不安群の患者は、最初の治療と2回目の治療ともにICR除去後も不安スコアは治療2日前より高かった。以上より、患者は2回目のほうが最初より治療に適應するわけではなく、最初の治療と同様に不安を示し、困難であることがわかった。また、1985年のAndersonら¹²⁾の研究では、外部照射を受けた患者を対象に治療前後の不安状態と特性をそれぞれ比較した。治療前に高い不安度を示した群と中程度の不安度を示した群はどちらも治療後において治療前より不安度は減少したが、高不安群と中程度不安群のままだった。一方、治療前に低い不安度を示した群は治療後にかけて不安度が増加した。また、不安の特性は治療前後で3群とも変化はみられなかった(図2)。このことより、放射線治療前に不安が少ない患者ほど、治療後に大きな精神的混乱を経験することがわかる。

精神的苦痛と疲労

癌患者における疲労についての研究¹³⁾¹⁴⁾が多くなされているなか、とくに、放射線治療を受ける患者において疲労はよく報告される症状である¹⁵⁾¹⁶⁾。癌患者にとって疲労は苦痛を伴う症状の一つにあげられるであろう。放射線治療を受けた患者は化学療法を受けた患者よりも疲労に耐えるスタミナの低下が報告されている¹⁷⁾。また、

精神的苦痛の抑うつや不安は乳癌患者においてよく起こり¹⁸⁾、慢性の疲労はこうした抑うつや不安と関連があることが示されている¹⁹⁾。

Visserら²⁰⁾は放射線治療を受ける患者において、疲労と抑うつとQOLがどのような関連があるかをmultidimensional fatigue inventory (MFI-20)とthe center for epidemiologic studies depression scale (CES-D)を用いて調べた。抑うつと疲労の相互関係(表3)では、ほとんどが中程度であり、とくに治療前における抑うつと活動性の低下との関連はほとんどないことが示された。経時的変化では疲労と抑うつは同様の経過をたどらなかった。疲労は放射線治療後から治療9カ月後にかけて減少するが、抑うつは変化を示さなかった(図3)。QOLとの関係では、抑うつのほうが疲労より関連が強く、とくにこのことは放射線治療前によくあてはまった。しかし、身体的疲労は抑うつと同様に患者のQOLとの関連を示した。

以上より、放射線治療による早期有害反応や遅発性有害反応に対応する身体面の介入と、それとは別に、抑うつに対し早期から対応する精神面の介入とがいずれも必要であることが明らかになった。

おわりに

放射線治療を受ける患者には、治療前から精

神的苦痛が現れる。また、精神的苦痛は治療後何カ月もなかなか取り去ることはできない。とくに、放射線治療において抑うつや不安は無視することはできない。不安の予測因子とともに、注意深い配慮が患者に払われるべきである。放射線治療そのものが、患者にとってなじまずストレスとなるため、副作用や予後などについて患者に有効となる情報提供が求められる。恐怖や苦痛に対処するための手助けとなる心理社会的介入²¹⁾や精神療法など、放射線治療を受ける患者の状態に合った支援を行うことにより、患者のquality of life (QOL) が一層向上するものと考ええる。

文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成17年人口動態統計月報年計(概数)の概況. 東京: 厚生労働省; 2006.
- 2) 辻井博彦. がん放射線治療とケア・マニュアル. 東京: 医学芸術社; 2005. p. 1-2, 90-102.
- 3) Karasawa K, Horikawa N, Kawase E, et al. Assessment of psychological responses in patients about to receive radiotherapy. *Radiat Med* 2005; 23 : 478-84.
- 4) Massie MJ, Holland JC. 正常反応と精神障害. In: Holland JC, Rowland JH, editors. 河野 博臣, 濃沼 信夫, 神代 尚芳・訳. サイコオンコロジー(2)—がん患者のための総合医療. 東京: メディサイエンス社; 1993. p. 255-63.
- 5) 松下年子, 村田比奈子, 松島英介, ほか. 手術を受ける婦人科腫瘍患者のQOL. *臨婦産* 2005; 59 : 919-25.
- 6) Holland JC. 放射線治療における精神的ケア. In: Holland JC, Rowland JH, editors. 河野 博臣, 濃沼 信夫, 神代 尚芳・訳. サイコオンコロジー(1)—がん患者のための総合医療. 東京: メディサイエンス社; 1993. p. 124-33.
- 7) Peck A, Boland J. Emotional reactions to radiation treatment. *Cancer* 1977; 40 : 180-4.
- 8) Andersen BL, Karlsson JA, Anderson B, et al. Anxiety and cancer treatment: response to stressful radiotherapy. *Health Psychol* 1984; 3 : 535-51.
- 9) 松下年子, 松島英介, 丸山道生. 消化器癌患者の心理特性. *総合病院精神医学* 2005; 17 : 37-47.
- 10) Greimel ER, Freidl W. Functioning in daily living and psychological well-being of female cancer patients. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21 : 25-30.
- 11) Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, et al. Quality of life and mood in women with gynecologic cancer: a one year prospective study. *Cancer* 2002; 94 : 131-40.
- 12) Anderson BL, Tewfik HH. Psychological reactions to radiation therapy: reconsideration of the adaptive aspects of anxiety. *J Pers Soc Psychol* 1985; 48 : 1024-32.
- 13) Visovsky C, Schneider SM. Cancer-related fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing* 2003; 8 : 8.
- 14) Simon AM, Zittoun R. Fatigue in cancer patients. *Curr Opin Oncol* 1999; 11 : 244-9.
- 15) Smets EMA, Visser MRM, Willems-Groot AFMN, et al. Fatigue and radiotherapy (A) experience in patients undergoing treatment. *Br J Cancer* 1998; 78 : 899-906.
- 16) Smets EMA, Visser MRM, Willems-Groot AFMN, et al. Fatigue and radiotherapy (B) experience in patients 9 months following treatment. *Br J Cancer* 1998; 78 : 907-12.
- 17) Berglund G, Bolund C, Fornander T, et al. Late effects of adjuvant chemotherapy and postoperative radiotherapy on quality of life among breast cancer patients. *Eur J Cancer* 1991; 27 : 1075-81.
- 18) Bennett B, Goldstein D, Lloyd A, et al. Fatigue and psychological distress-exploring the relationship in women treated for breast cancer. *Eur J Cancer* 2004; 40 : 1689-95.
- 19) Ray C. Editorial. Chronic fatigue syndrome and depression—conceptual and methodological ambiguities. *Psychol Med* 1991; 21 : 1-9.
- 20) Visser MRM, Smets EMA. Fatigue, depression and quality of life in cancer patients—how are they related? *Support Care Cancer* 1998; 6 : 101-8.
- 21) Spiegel D, Davis JG. Depression and cancer—mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54 : 269-82.

原著

ホスピスに従事する看護師の悲嘆とその関連要因 —バーンアウトとソーシャル・サポートに着目して—

藤枝政継^{*} 松島英介[#] 上木雅人[†] 石丸昌彦[§]

ホスピスで働く看護師の悲嘆に関連する要因を明らかにする目的で、バーンアウト、ソーシャル・サポート、加齢や経験の蓄積について調査をおこなった。対象は全国のホスピスに勤務する看護師712名で、質問紙を用い回答を得た。重回帰分析の結果、EEが高いほど悲嘆は強く、PA、DPが高いほど悲嘆は弱くなることが示唆された。また、職場外サポートが高いほど悲嘆は強かったが、医師からのサポートが高く、年齢や経験を重ねているほど悲嘆は低くなることが示唆された。看護師が抑圧や麻痺に陥ることなく適度に悲嘆を体験するためには、バーンアウトを予防し、職場外のソーシャル・サポートを活用し、経験を重ねていくことが望まれる。

目的

ホスピス（ないし緩和ケア病棟）という医療の場では死の看取りという作業が不可欠であるが、それは同時に家族や介護者だけでなく、医療従事者が「死」に直面し、「死別」を体験する場面でもあり、看護師も同様である。ホスピスでは安らかで平和な死は成功と考えられているとはいえず¹⁾、患者との死別の際にさまざまな生理的・心理的反応が引き起こされる^{2)~5)}。これら死別によって引

き起こされるさまざまな反応やプロセスは一般に悲嘆（grief）と概念化され⁶⁾⁷⁾、看護師も患者の喪失に伴い、現実的な悲嘆反応を体験するといわれている⁸⁾。それはホスピスに携わる看護師（ホスピス看護師）も同様であり、わが国の終末期医療の研究においても患者の死が喪失感やストレスナーとなっていることが報告されていて^{9)~11)}、ホスピス看護師は、死別に伴う心理的な問題を内に抱えつつ困難な職務を遂行しているものと考えられる。わが国の終末期医療に関しては、看護師の役割や行動、ストレスといったさまざまな角度からの研究が存在するが^{12)~18)}、悲嘆に関する研究はまだ少ないのが現状である^{10)19)~21)}。悲嘆に影響する因子はさまざまなものが考えられるが、とくにバーンアウト（BO）やソーシャル・サポート（SS）、死別にまつわる他の諸要因を視野に入れた総合的な研究が望まれており²¹⁾、看護師・その

KEY WORDS

ホスピス
看護師
悲嘆
バーンアウト
ソーシャル・サポート

* FUJIEDA Masatsugu/水海道厚生病院, # MATSUSHIMA Eisuke, Ueki Masato/東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科心療・緩和医療学分野, § ISHIMARU Masahiko/桜美林大学大学院国際学研究科人間科学専攻臨床心理学専修

他のスタッフが高度なケアを提供するためにも、これらが悲嘆にどのように影響を及ぼしているのかを明らかにする意義は大きいと考えられる。

BOは、これまでに定義づけられているように¹⁾²²⁾²³⁾、ストレスの結果生じる感情の枯渇と心身の疲労を主とした症候群である。ホスピス看護師は患者に深く関与し、喪失体験や死の問題に常にさらされている¹⁾。しかしながら実証的な研究においては、ホスピス看護師のBOの水準は決して高くないことが報告されている⁵⁾²⁴⁾²⁵⁾。一方わが国においては同様の報告もあるが²⁶⁾、米国と違い、病床型が多いという現状もあり、BO得点がかかなり高いことも報告されていて²⁷⁾、わが国のホスピス看護師がBOに陥る危険性が高いことを示唆するものとも考えられる。患者のQOL (quality of life) を高める良質の看取りを提供していかなければならないホスピス看護師にとって、BOは見過ごすことのできない重要な問題であり、看護師の悲嘆体験にも何らかの形で影響を及ぼしていると考えられる。

一方、SSは対象者を支える援助であり、先行研究²⁸⁾²⁹⁾をふまえると「ネットワークメンバー間の相互作用によって生じた知覚された援助」と定義することができよう。終末期医療におけるSSは、患者や家族を支える外的資源として重要である。そして、看護師は彼らのSSの一翼を担うこともある。しかしながら、看護師が度重なる患者の死のなかで働きつづけるためには、悲しみを押し殺すのではなく、その体験を聞いてもらうことも必要であろう。ホスピス看護師のSSに関する研究はこれまでに見当たらない。看護師のストレス・抑うつとSSには相関がないことが報告されているが³⁰⁾、SSは看護師の悲しみを支えるものであり、悲嘆体験にも何らかの形で影響を及ぼしていると考えられる。

ホスピスに従事する看護師には死別に伴うさまざまな心理的な問題がある。それを悲嘆という角度からとらえ、悲嘆に影響を及ぼすと考えられる

2つの要因について論じてきた。本研究の目的は、これらの要因が患者との死別体験に伴う悲嘆にどのような影響を及ぼすのかを検証することにある。これらを検証することにより、看護師の悲嘆を促進する要因と抑制する要因とを明らかにし、看護師の死別体験を支える新たな知見を提供することが可能になると考えられる。

方法

1) 調査対象

対象は、ホスピス（ないし緩和ケア病棟）に勤務する看護師712名（男性10名；女性676名；性別不明26名）で、年齢は20～63歳（mean = 34.6, SD = 8.2）、看護師としての勤続年数は1～40年（mean = 11.8, SD = 7.2）、ホスピス勤続年数は1～14年（mean = 3.7, SD = 2.1）であった。

2) 調査時期

本調査は2003年9～11月の3ヵ月間におこなわれた。

3) 調査方法

郵送による質問紙法でおこなった。各施設の病床数の約3分の2にあたる数の調査用紙を121施設に合計1,677部郵送した。看護師への配布ならびに回収は各施設に委ねたが、匿名性を保証するため、すべて無記名式でおこない、回答後は各自が封筒に入れて封をしたものを病棟で回収のうえ、郵送返信してもらった。66施設712名から回答があり、施設回収率は54.5%、ケース回収率は42.5%であった。

4) 質問項目

a. 悲嘆尺度

ホスピス看護師を対象としてつくられた悲嘆尺度²¹⁾を用いた。教示内容に一部若干の改変を加え、「ホスピス勤務経験のなかで、印象に残った

患者さんとの死別体験について、看取った後、どのようなことを感じたり体験したか」を、「まったくあてはまらない」～「非常にあてはまる」まで5段階評定法で回答を求めた。因子分析の結果、先行研究と同様の因子構造となったが、共通性の著しく低かった1項目が削除され、18項目で構成された。下位尺度は先行研究に従い抑うつ ($\alpha = .89$)、とらわれと脱力感 ($\alpha = .84$)、自責の念 ($\alpha = .80$)、の3因子とした。

b. BO尺度

Maslach's Burnout Inventory²³⁾を翻訳・改訂したBO尺度³¹⁾を用いた。この尺度は情緒的消耗感 (EE; $\alpha = .83$)、脱人格化 (DP; $\alpha = .75$)、個人的達成感 (PA; $\alpha = .79$) の3つの下位尺度から構成される。「最近6ヵ月間に各項目のような事柄がどの程度の頻度で起こったか」を5段階評定法で回答を求めた。EE, DPは高いほど、PAは低いほどより強くBOに陥っていることになる。

c. SS尺度

看護師の患者との死別後に活用するSSについて簡易的な質問紙を用いて測定した。この尺度は、SS受領尺度³²⁾をもとに筆者が加筆・修正したものである。上司、同僚、医師、職場外の友人、家族の5対象に対して、患者との死別後どのくらいサポートをもらっているかをそれぞれ5段階評定で回答を求めた。因子分析の結果、①職場外サポート ($\alpha = .87$)、②医師からのサポート ($\alpha = .81$)、③看護師からのサポート ($\alpha = .84$) の3側面から構成された。

d. その他

年齢、看護師としての勤続年数、ホスピスでの勤続年数を尋ねた。

結果

結果はSPSS11.5を用いて統計学的に分析した。分析に用いた各変数の記述統計量と相関係数を以下に示す (表①, ②)。各因子がどれだけ悲嘆を

表① 各変数の記述統計量

	n	平均値	標準偏差
抑うつ	650	2.11	0.68
脱力感	648	2.90	0.84
自責の念	645	3.21	0.78
情緒的消耗感	693	3.23	0.92
個人的達成感	689	2.43	0.69
脱人格化	692	1.98	0.72
職場外サポート	683	2.44	0.92
医師からのサポート	685	2.77	0.87
看護師からのサポート	683	3.52	0.73
年齢	680	34.59	8.23
看護師勤続年数	679	11.84	7.22
ホスピス勤続年数	681	3.07	2.13

予測しうるかをみるために、悲嘆の3因子それぞれを従属変数、EE, DP, PA, 職場外サポート、医師からのサポート、看護師からのサポート、年齢、勤続年数、ホスピス勤続年数を独立変数として、ステップワイズ法による重回帰分析をおこなった (表③)。抑うつの説明変数として選択されたのは、EE [$\beta = .35$ ($t(625) = 9.10$, $p < .001$)], 職場外サポート [$\beta = .19$ ($t(625) = 4.95$, $p < .001$)], 年齢 [$\beta = -.11$ ($t(625) = -2.75$, $p < .01$)], PA [$\beta = .10$ ($t(625) = 2.46$, $p < .05$)], ホスピス勤続年数 [$\beta = -.09$ ($t(625) = -2.35$, $p < .05$)] であった。なお、重回帰モデルの説明率は $R^2 = .18$ であった [$F(5, 625) = 28.89$, $p < .001$]。とらわれと脱力感の説明変数として選択されたのは、EE [$\beta = .46$ ($t(621) = 9.83$, $p < .001$)], PA [$\beta = .33$ ($t(621) = 8.57$, $p < .001$)], 年齢 [$\beta = -.12$ ($t(621) = -3.30$, $p < .01$)], DP [$\beta = -.15$ ($t(621) = -3.37$, $p < .01$)], 職場外サポート [$\beta = .11$ ($t(621) = 2.67$, $p < .01$)], 医師からのサポート [$\beta = -.10$ ($t(621) = -2.67$, $p < .01$)], ホスピス勤続年数 [$\beta = -.08$ ($t(621) = -2.05$, $p < .05$)] であった。なお、重回帰モデルの説明率は $R^2 = .25$ であった [$F(7, 621) = 30.36$, $p < .001$]。自責の念の説明変数として選択されたのは、年齢 [$\beta = -.18$ (t

表② 各変数間のピアソンの積率相関係数

	抑うつ	とらわれと脱力感	自責の念	情緒的消耗感	個人的達成感	脱人格化	職場外サポート	医師からのサポート	看護師からのサポート	年齢	看護師勤続年数	ホスピス勤続年数
抑うつ	1	.76**	.55**	.33**	.00	.18**	.19**	-.08*	-.05	-.19**	-.17**	-.15**
とらわれと脱力感	.76**	1	.50**	.29**	.21**	.05	.16**	-.09*	.00	-.20**	-.20**	-.14**
自責の念	.55**	.50**	1	.25**	-.11**	.11**	.10**	-.15**	-.07	-.27**	-.23**	-.24**
情緒的消耗感	.34**	.29**	.25**	1	-.34**	.64**	-.07	-.25**	-.19**	-.17**	-.13	-.11**
個人的達成感	.00	.21**	-.11**	-.34**	1	-.33**	.25**	.26**	.28**	.09*	.05	.09*
脱人格化	.18**	.05	.11**	.64**	-.33*	1	-.08*	-.26**	-.28**	-.06	-.04	-.03
職場外サポート	.19**	.16**	.10**	-.07	.25**	-.08*	1	.21**	.14**	-.05	-.05	-.01
医師からのサポート	-.08*	-.09*	-.15**	-.25**	.26**	-.26**	.21**	1	.52**	.10**	.09*	.12**
看護師からのサポート	-.05	-.00	-.07	-.19**	.28**	-.28**	.14**	.52**	1	-.06	-.04	.08*
年齢	-.19**	-.20**	-.27**	-.17**	.09*	-.06	-.05	.10**	-.06	1	.86	.30**
看護師勤続年数	-.17**	-.20**	-.23**	-.13**	.05	-.04	-.05	.09**	-.04	.86**	1	.31**
ホスピス勤続年数	-.15**	-.14**	-.24**	-.11**	.09*	-.03	-.01	.12**	.08*	.30**	.31**	1

**p<.01, *p<.05

表③ 悲嘆のステップワイズ法による重回帰分析

従属変数	調整済みR ²	F値	独立変数	β
抑うつ	.18	28.89***	情緒的消耗感	.35***
			職場外サポート	.19***
			年齢	-.11**
			個人的達成感	.10*
			ホスピス勤続年数	-.09*
			医師からのサポート	-.09*
とらわれと脱力感	.25	30.36***	情緒的消耗感	.46***
			個人的達成感	.33***
			年齢	-.12**
			脱人格化	-.15**
			職場外サポート	.11**
			医師からのサポート	-.10**
			ホスピス勤続年数	-.08*
自責の念	.16	24.04***	年齢	-.18***
			情緒的消耗感	.19***
			ホスピス勤続年数	-.16***
			職場外サポート	.12**
			医師からのサポート	-.09*

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

(621) = -4.57, p<.001)], EE [β = .19 (t (621) = 4.95, p<.001)], ホスピス勤続年数 [β = -.16 (t (621) = -4.06, p<.001)], 職場外サポート [β = .12 (t (621) = 3.30, p<.01)], 医師からのサポート [β = -.09 (t (621) = -2.40, p<.05)], であった。なお、重回帰モデルの説明

率は $R^2 = .16$ であった [F (5, 621) = 24.04, $p < .001$].

考察

1) ホスピス看護師の悲嘆の関連要因

悲嘆得点が高いほど被検者は顕著に悲嘆を経験しており、下位尺度にあらわされるような抑うつやとらわれと脱力感、自責の念を強く感じていることになる。逆に悲嘆得点が低いほど悲嘆は体験されておらず、悲嘆は緩和されているか、抑圧されている状態、また感情の麻痺により感じる事ができない状態であることを意味する。低すぎる悲嘆に関しては、本尺度からはその分別はできないが、各変数との関連によりある程度推測することは可能と考えられる。

a. BOと悲嘆

まず、BOの主症状であるEEはどの悲嘆の下位因子にも強く影響を及ぼしていた。つまり、仕事に対する意欲をなくし心身ともに疲れ果てていると感じることが多いと、患者との死別後に悲嘆反応を顕著に示すということである。ホスピス看護師のストレスは仕事環境、職業的役割、患者と家族、病気から引き起こされ³³⁾、とくに、患者の死への直面はもっともストレスであるという⁴⁵⁾。高EEの看護師は、これらのストレスが高いことが予想される。心身ともに疲れ果てて仕事に対する意欲を喪失しているところに断続的に訪れる患者の死は、より強いストレスを看護師に与え、強い悲嘆反応を喚起するのだと考えられる。つまり、この現象はEEと悲嘆の相互作用によって説明できよう。死別を含むさまざまなストレスによる情緒的な疲労によって、死別後の悲嘆反応は促進され、その死別のストレス反応がより一層情緒的な消耗を与えるという循環モデルが想定される。

DPは、とらわれと脱力感においてのみ有意な説明変数として選択された。これは人間性を欠いた行動は強くなればなるほど、患者の死後に湧き

上がる感情すら喚起させないようになるということであろう。この場合の悲嘆の低さは肯定的なものではなく、野末¹⁷⁾ や和田と小林³⁴⁾ の指摘する感情の麻痺や冷淡性である可能性が高い。このことは、DPと悲嘆が負の回帰を示すこととも一致する。山田と野島²¹⁾ が示唆する悲嘆の低さとDPとの関連は、とらわれと脱力感という悲嘆の側面に関して裏づけられたということになる。患者の死に対しても極端に言えば、DP傾向が進行すれば悲嘆の欠如という看護職にとって致命的な状態を引き起こす可能性もあろう。死別と常に向き合っていかなければならないホスピス看護師にとって、この状態は深刻である。

PAは抑うつととらわれと脱力感において有意な説明変数として選択された。つまり、仕事に達成感を得られなくなるほど抑うつや脱力感を示さなくなる傾向にあるということである。患者の最期のときまで懸命に看護することにより、看護師は満足感や達成感を得ることができる。そして、患者や家族のために親身になって懸命に看護に取り組んだからこそ、死別したときに悲嘆することができるのではないか。PAの低下に伴い、他者に密着した意識・関心が減少するという報告もあり³⁴⁾、満足を得られないような看護では、患者に対して特別な思いを抱くような関係性を築くことがなく、悲嘆も少ないことが考えられる。そしてこのことは先に述べたDPと関連してくる。

さて、BOの諸症状は悲嘆に対して一定の方向に影響するのではなく、一見矛盾するかのような影響の仕方をするのが見出された。すなわち情緒的な疲労が進むにつれて悲嘆反応は促進されるが、一方で人間性の喪失と満足感の低下が進むと悲嘆反応が生じなくなることも同時に観察されている。つまり、BOという症候群が、切り口によって悲しみを強めるようにも弱めるようにもみえるのである。この矛盾をどう理解したらよいだろうか。DPの亢進とPAの低下により悲しみを感ぜなくなる現象は、悲しみの緩和というよりは麻痺

と考えたほうが適切と考えられる。一方で高EEの状態とは悲しみが強すぎる状態であると考えられる。すなわち、ストレスからBOの諸症状が進み、その結果悲嘆に影響を及ぼすにあたって、BOのどの症状にどれほど強く陥っているかによって、悲嘆の表出にも違いがあるということになる。このように、BOの進行状態や症状の偏りによる悲嘆の表出の違いについては、今後検討を要するところである。

b. ソーシャル・サポートと悲嘆

本稿で扱うSSとは、患者との死別後のサポートである。したがって、その人に対する全人格的なサポートではなく、患者との死別—悲嘆に関するサポートであり、限定された概念であることをあらかじめ述べておく。

職場外サポートは、とらわれと脱力感と自責の念に対して正の回帰を示す説明変数として選択された。この結果より提示できる1つの仮説として、看取りとは無縁なプライベートな関係のなかで、自らの思いを語り、支持してもらうことで、職場では抑圧されていた悲嘆を表出することができているということがあげられる。看護師は患者との死別があっても、多忙な臨床現場では、癒されることなく積み重なっていき¹⁹⁾³⁵⁾、感情は抑圧されるかもしれない。抑圧が存在するのだとすれば、看取りの現場から離れた人間関係という環境が看護師の職業役割を払拭し、一人の人間としてその思いを語りつつ相手からさまざまなサポートを得ることを可能にしていることは考えられる。一方、医師からのサポートは同様の変数に対して負の回帰を示す説明変数として選択され、医師からのサポートの役割は、悲しみの促進よりも、チームリーダーとして現実的な業務遂行のための意識を保たせる役割を果たしているのかもしれない。つまり看護師の悲嘆は職場では緊張感によって抑えられ、職場外の人間関係のなかで発散され、バランスを保っているということが考えられる。

さらに、一番身近である看護師からのサポート

は、悲嘆に対しては影響を与えていなかった。看護師は職場内のサポートを有効に用いていることが考えられたが¹⁰⁾³⁶⁾、一方で、ストレスを感じていることも報告されている³⁷⁾。上司や同僚のサポートはもちろん不可欠であるが、個人の悲嘆へのサポートはむしろ職場外に委ねられるものと考えられる。

実際にどのようなサポート内容が悲嘆を緩和するのかについては、本研究からは得られないため今後の課題となる。しかし、一般に死別体験者にとって援助的なサポートとは、同様な立場の人と接することや感情を表出する機会をもつことであり³⁸⁾、悲しみを無条件に聞き、受け入れる姿勢は不可欠であることが推察される。

c. その他の要因と悲嘆

年齢、ホスピス勤務年数は、悲嘆の各下位因子に負の回帰を示す説明変数として選択された。加齢とともに看護師としての勤務年数も多くなる傾向にあるので ($r = .86$)、これらは看護経験の蓄積という点から考察すると興味深い示唆を得ることができる。

経験の蓄積により悲嘆が低くなる傾向については、いくつかの研究で報告されている²⁰⁾²¹⁾。看護師は経験によりホスピスという特殊な環境にも馴染み、患者のニーズに応える看護ができるようになり、少なくとも自責の念を感じる機会は減少することが推察される。また、経験年数が少ないほど感情面の問題を抱えていることも示唆されている³⁹⁾、経験を積むことは悲嘆の軽減につながるだろう。一方で、経験とともに専門家としての自覚をもつようになり、悲嘆を抑圧するようになることも考えられる。したがって、看護師自身のケアの質が高まるとともに悲嘆の表出はみられなくなるといったことが起こりうる。

さらに、別の可能性として考えておかねばならないことがある。看護経験や年齢の蓄積により、死に慣れていき、患者の死を目の当たりにしても感情が動かなくなってしまうという、いわば感情

麻痺の状態も考えておかねばならない。これは野末¹⁷⁾も指摘していることで、適応のための自己防衛であるかもしれない。この視点に立つと、悲嘆を感じないことそのものが日常業務を継続するための一種の対処行動として機能している可能性も指摘できるのである²¹⁾。ただし、この点に関しては本研究の結果は否定的である。すなわち、山田と野島²¹⁾は低すぎる悲嘆についてBOの症状であるDPに陥っていることを指摘したのであるが、本研究においては脱人格化の影響がとらわれと脱力感においてのみにしかみられなかったからである。また、ホスピス看護師の特徴として、死別とケアを通して人間的な成長をしていることが示唆されている²⁰⁾ことから考えても、このデータは、年齢や経験の蓄積による看護観、対応力の成長の結果と解釈するのが妥当で、例外的に感情麻痺のケースもあるとみるべきだろう。

2) ホスピス看護師の悲嘆

本研究の結果から、あるものは悲嘆を促進し、あるものは緩和するばかりか、場合によっては悲嘆の抑圧や欠如をもたらすなど、悲嘆に対する影響のあり方は決して単純一様ではないことが推察された。こうした複雑な結果をどのように解釈したら全体を整合的に理解できるだろうか。そもそも悲嘆はどのような状態にあるのがいいのだろうか。この問題に答えるには、悲嘆の多元性という考え方を導入することが必要であると思われる。悲嘆は体験することがいい場合もあるし、体験しないほうがいい場合もあるのではないか。このことは看護師の悲嘆が1つの軸では測りきれない複雑なものであることを推測させる。

終末期医療を提供するホスピスでは、連続的に患者の死が訪れる。そのため、看護師の悲嘆のプロセスにおわりはなく、看護師は複数の対象者への慢性的な悲嘆にさらされていることになる。1つの喪失が解決しないうちに次の喪失が起こるので、悲嘆を表現してもそれはまったく完了しない

のである⁸⁾。

そのような連続的な喪失のある環境のなかで、看護師の悲嘆は果たして十分に体験されるべきなのであるか。看護師が悲嘆を体験することは必要であるが、悲嘆が強すぎるために看護という仕事に支障が出るようではよいとはいえない。反対に悲嘆を体験できないほど患者に対して何も感じないようでは、患者のQOLを高めるといふ本質をなくした形骸化したケアとなり、それこそ看護の質は低下するであろう。BOと関連づけるならば、前者はEEのために強すぎる悲嘆が引き起こされている可能性があり、後者はDPのために悲嘆の欠如が引き起こされている可能性があるということである。このように考えると、看護師の悲嘆は1つの次元で直線的に測りきれないものではないのではないか。年齢や経験の蓄積で悲嘆は少なくなる一方で、SSにより悲嘆は顕著に体験される面もあるということから考えても、このことはいえそうである。考察の冒頭で述べた本研究で用いた悲嘆尺度の悲嘆得点の低さについての複数の解釈は、悲嘆の多元性の反映であったと考えられる。

3) 悲嘆を円滑に処理するために

それぞれが適切に悲嘆を体験し、表出できるようにはどうしたらよいか。本研究を通じていくつかのことが明らかになった。

まず第一に、看護師自身がBOに陥るのを防がなければならない。BOに陥らなければ、職場で温かい看取りを提供しつつ看護師自身も生き生きと働くことができ、自己の感情が歪曲されことなく、悲嘆のプロセスを体験していけるだろう。そのためには、ストレスとの付き合い方が重要になってくる。個人のストレス・コーピングにとどまらず、職場をあげてストレス・マネジメントに力を入れるべきであろう。

第二に、職場外のSSを有効に用いることである。職場内だけでなく、職場外の友人や家族に悲しみを語り、サポートを十分に得ることが悲嘆を

より円滑にするためには必要である。

第三には経験を積むことである。経験とともに看護観や人格的な成長は促進され、葛藤や辛さよりも喜びややりがいを感じられるようになると考えられる³⁹⁾。とくに早期からの死生教育とサポートの必要性があるだろう。

最後に、看護師は死から逃げない態度¹⁹⁾をもち、自身の悲嘆から目を背けずに悲嘆を受け止めていくことが重要であると考え。自らの悲嘆を意識化し自覚することで、自分自身が死をどのように見つめ、湧き上がってくる感情をどのように処理しているのが多少なりともわかり、それぞれがホスピスという場で働きつづけるためのほどよい悲嘆を導くことにもつながるだろう。

結論

本研究により、ホスピス看護師の悲嘆に関連する要因の一部が明らかとなった。看護師は適度に悲しみを体験していくために、BOに陥らないよう自らのメンタルヘルスに気を遣い、職場外でのSSを有効活用して、経験を重ねていくことが望まれる。

謝辞

本研究の実施にあたり、各施設の関係者の皆様には多大なご協力をいただきました。心より謝意を表します。

文献

- 1) Keidel GC : Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *Am J Palliat Care* 19 : 200-205, 2002
- 2) Bene B, Foxall MJ : Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. *Hosp J* 7 : 25-41, 1991
- 3) Feldstein MA, Gemma PB : Oncology nurses and chronic compounded grief. *Cancer Nurs* 18 : 228-236, 1995
- 4) Foxall MJ, Zimmerman L, Standley R *et al* : A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *J Adv Nurs* 15 : 577-584, 1990
- 5) Payne N : Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurs* 33 : 396-405, 2001
- 6) 長谷川浩, 川野雅資 (監訳) : 第7章 死別における保健医療専門家の役割. 死別の悲しみの臨床, 医学書院, 東京, 1994, pp.108-123 (Burnell GM, Burnell AL : *Clinical Management of Bereavement : A Handbook for Healthcare Professionals*, Human Sciences Press, New York, 1989)
- 7) 平山正美 : 死別体験者の悲嘆について. 悲嘆の心理, 松井豊編著, サイエンス社, 東京, 1997, pp.85-112
- 8) 黒田裕子, 小島操子 : 喪失感覚と悲嘆. 看護Mook 17 : 83-88, 1986
- 9) 田中京子, 小島操子, 小松浩子ほか : 終末期医療に携わる医師・看護婦のストレス自己管理について. 聖路加看護大学紀要 17 : 71-77, 1991
- 10) 立花エミ子, 小林光代, 山田フミ : ターミナルケアにおける看取りの現状—看護者自身の喪失体験について—. 看護技術 44 : 71-74, 1998
- 11) 和田恵子 : ホスピスケアにおける看護婦のストレス. ターミナルケア 5 : 303-307, 1992
- 12) 二渡玉江, 入沢友子, 碓井真弓ほか : 終末期患者に対する看護師の意識および行動に関連する要因の検討. *がん看護* 8 : 241-247, 2003
- 13) 井守小百合, 吉野絹子, 東栄美子ほか : ターミナルケアにおけるナースの満足感の構造. 日本看護学会論文集 第33回 看護総合, 日本看護協会出版会, 東京, 2002, pp.195-197
- 14) 小島操子 : ターミナルケアのケアギバーのストレス. ターミナルケア 2 : 287-292, 1992
- 15) 小迫富美恵 : 終末期患者の自己決定と看護婦の役割. ターミナルケア 12 : 17-21, 2002
- 16) 野戸結花, 三上れつ, 小松万喜子 : 終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究. *日本がん看護学会誌* 16 : 28-37, 2002
- 17) 野末聖香 : ターミナルケアに従事する医療スタッフのストレスとその対策. ターミナルケア 5 : 440-444, 1995

- 18) 上村晶子, 皆川邦直, 依田由美ほか: ターミナルケアにおける看護婦のストレス—意識調査から. *心身医学* 34: 292-298, 1994
- 19) 大西奈保子: ターミナルケアに携わる看護婦の態度と悲嘆・癒しとの関連. *東洋英和大学院紀要* 2: 89-100, 2006
- 20) 土橋功昌, 辻丸秀策, 大西良ほか: 看護職者に生じる悲嘆反応と対処行動. *久留米大学心理学研究* 3: 99-112, 2004
- 21) 山田淳子, 野島一彦: ターミナルケアにおける死別後の悲嘆と対処行動に関する心理学的研究—緩和ケア病棟の看護婦を対象に—. *九州大学心理学研究* 3: 217-227, 2002
- 22) Freudenberger HJ: Staff Burn-Out. *J Soc Issues* 30: 159-165, 1974
- 23) Maslach C, Jackson SE: The Measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 2: 99-113, 1981
- 24) Mallett K, Price JH, Jurs SG *et al*: Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychol Rep* 68: 1347-1359, 1991
- 25) Mor V, Laliberte L: Burnout among hospice staff. *Health Soc Work* 9: 274-283, 1984
- 26) 黒瀬佳代子, 宮路亜希子, 檜垣由佳子ほか: 緩和ケア病棟に勤務する看護婦(師)が陥る“燃え尽き”の構造. *日本看護学会誌* 8: 18-26, 1999
- 27) 福島裕人, 名嘉幸一, 石津宏ほか: ターミナルケアに従事する看護者のバーンアウトとその関連要因. *こころの健康* 12: 33-44, 1997
- 28) Cobb S: Social Support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 38: 300-314, 1976
- 29) 浦光博: 4人間関係はどう人を救うのか—ソーシャル・サポート過程についての詳細な検討. 支えあう人と人—ソーシャル・サポートの社会心理学 (セレクション社会心理学8), サイエンス社, 東京, 1992, pp.46-95
- 30) 平林進, 山本さつき, 崔洪國: 知覚されたソーシャルサポートの効果—看護婦の場合. *名古屋女子大学紀要 (人文・社会編)* 46: 177-189, 2000
- 31) 久保真人, 田尾雅夫: 看護婦におけるバーンアウト—ストレスとバーンアウトとの関係—. *社会心理学研究* 34: 33-43, 1994
- 32) 相馬敏彦, 浦光博, 西村太志ほか: 看護婦の脱人格化傾向に及ぼす対人関係の多様性の影響. *日本グループ・ダイナミックス学会第50回大会発表論文集*, 2003, pp.176-177
- 33) Vachon MLS: Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliat Med* 9: 91-122, 1995
- 34) 和田由紀子, 小林祐子: バーンアウト (燃え尽き症候群) と対人関係—緩和ケア病棟に勤務する看護婦の情動的共感性と他者意識—. *新潟青陵大学紀要* 5: 67-75, 2005
- 35) Marino PA: The effects of cumulative grief in the nurse. *J Intraven Nurs* 21: 101-104, 1998
- 36) Bram PJ, Katz LF: A study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncol Nurs Forum* 16: 555-560, 1989
- 37) 手島恵: ターミナルケアに携わる看護婦のストレス. *ターミナルケア* 2: 298-302, 1992
- 38) Lehman DR, Ellard JH, Wortman CB: Social support for the bereaved: recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *J Consult Clin Psychol* 54: 438-446, 1986
- 39) 大西奈保子: ターミナルケアに携わる看護婦のバーンアウトの様相. *臨床死生学* 8: 36-43, 2003



子宮頸がん経験者のQOLについて*

小林 未果** 松島 英介**

Key Words: cervical cancer, quality of life, survivors, sexuality

はじめに

わが国の最新がん統計によると¹⁾, 女性のがん罹患数は多い順に, 乳がん, 胃がん, 結腸がん, 子宮がん, 肺がんとなっており, 子宮がんは女性のがんの中で4番目に多くみられる。子宮がんは, 子宮の入り口に発生する「子宮頸がん」と子宮の内膜に発生する「子宮体がん」の2つに分けられるが, わが国では, 子宮頸がんが圧倒的に多く, 子宮がん全体の約70~80%を占めている。一般的に子宮頸がんは40~50歳代に多く発生するが, 近年では20歳代の患者も増加している。わが国において, 子宮頸がんは, かつて女性のがん死亡のうち胃がんに次いで多かったが, 現在では, 胃がん, 肝がん, 大腸がん, 肺がん, 乳がんに次いでいる。これは, 罹患数が減少したのではなく, 早期発見・早期治療により, 治癒率が向上したためである²⁾。これに伴い, 子宮頸がん経験者数は年々増加の一途を辿っている³⁾。これらの子宮頸がんを含む, 婦人科系がん患者の場合, 一般のがん治療に伴うストレスに加え, 女性性や自己イメージ, 性機能の変化や妊孕性温存の問題などで葛藤を抱えやすく⁴⁾, 治療終了以降の生活においてもQuality of Life (QOL)が著しく阻害されることが多いとされている。ゆえに, 治癒を目指すのみならず, 患者

のQOLを可能なかぎり維持・向上するための心理社会的援助の必要性が想定されている。本稿では子宮頸がん経験者のQOLにおける心理社会的側面について内外の知見を概括する。

子宮頸がん経験者におけるQOL

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。がん治療の第1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⁵⁾。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および婦人科系がんに関連する特異的追加尺度を表1に示す^{6)~8)}。

子宮頸がん経験者のQOLの主要な構成要因は次の3つ, すなわち, 身体的, 心理社会的, およびセクシュアリティに分けられる³⁾。これはすべてのがん経験者に共通して起こる5つの心理的影響, すなわち, ①治療後に遅れて出現する医学的原因によるもの, ②治療により生じる性機能障害, ③晩発性の中樞神経系合併症, ④人生に脅威を与える病気にかかったという心理的反応, ⑤社会復帰により生じる社会的困難⁹⁾とも関連しているといえるであろう。

心理社会的側面とQOL

子宮頸がん経験者のQOLに関して, これまで

* Liaison and Palliative Medicine[®]—Quality of life in survivors of cervical cancer.

** 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1 がん患者の包括的Quality of Life尺度

質問紙	項目数	下位尺度	婦人科系がんに関連する 特異的追加尺度
EORTC-QLQ-C30 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core30	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	QLQ-OV28(卵巣がん): 28項目
FACT-G Functional Assessment of Cancer Therapy-General	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-Cx(子宮がん): 42項目 FACT-O(卵巣がん): 38項目

(文献^{6)~8)}より引用改変)

にもさまざまな研究がなされてきたが、結果にばらつきがある。Hawighorst-Knapstein¹⁰⁾は、子宮頸がん患者の治療前と治療終了1年後の心理社会的状況に有意な差はみられなかったと報告した。ただし、術後に補助療法(化学療法や放射線治療)を受けた子宮頸がん経験者は、補助療法を受けていない患者と比較して、自尊心の低下や魅力の減少性的側面において不確かを感じていたことを明らかにした。また、Wenzel¹¹⁾も、一般的なQOLに関して、子宮頸がん経験者と健常コントロール群に有意差はみられなかったと報告した。一方、これらの研究とは対照的に、Klee¹²⁾は、放射線治療を受けた子宮頸がん経験者と健常コントロール群について、治療終了後1カ月から2年までの6時点におけるQOLを縦断的に比較検討した結果、6時点すべてにおいて、子宮頸がん経験者のQOLは健常群よりも低値を示し、さらに彼女らは、2年間を通じて病気や治療について考えることは継続しながらも、それらの心配について他者に打ち明けることは難しいことを明らかにした。また、Wenzel¹¹⁾の研究によれば、子宮頸がん経験者に特異的な苦痛は、若年であること、妊孕性の問題を多く抱えていること、心の安寧の低下と有意に相関があることも明らかになっている。

セクシュアリティとQOL

心理社会的側面について検討した先行研究に比べ、セクシュアリティに関する先行研究の結果はかなり一定している³⁾。子宮頸がん経験者にお

ける膣粘滑液の減少の訴えは、一般の女性よりも明らかに多いことが示されている¹¹⁾¹³⁾、またとくに、放射線治療を受けた患者は、手術治療を受けた患者よりも、性交疼痛、性交後出血が報告されている¹⁴⁾。とくに進行した子宮頸がんでは、子宮、卵管、卵巣、膀胱、直腸、膣の広範囲の摘出をすることが多く、前述の性的機能の障害・喪失に加え、抑うつ状態が起るとの報告¹⁵⁾や骨盤内臓器摘出術を受ける患者は、健常群に比べて、QOLの中でも身体面、役割面、社会機能面の項目で有意に低値を示すこと、なかでも60歳以前の患者において、手術後の日常生活への適応(とくに役割面や社会機能において)により困難を感じるようになっていく¹⁶⁾。表2¹⁷⁾は、子宮頸がんで行われる治療が性生活や妊娠能力などに及ぼす影響をまとめたものである。このように性的機能に関連することは、病気の現実的な危機が去り、治療が終了したあとになってはじめて大きな問題となってくる¹⁷⁾ため、子宮頸がん経験者の心理社会的な機能やリハビリテーションに対する心理療法的介入の重要性が論じられてきた。Bos-Branolte¹⁸⁾は、婦人科系がんの治療を受けた女性を対象に心理療法を行った結果、9カ月後に不安や抑うつが減少し、よりよいボディイメージと自尊心をもつようになったと報告した。

おわりに

子宮頸がん経験者のQOLにおける心理的側面およびセクシュアリティについて、内外の知見

表2 婦人科系がん治療によって起こる女性の性的問題

治療	性欲低下	膣の潤いの低下	膣サイズの減少	性交痛	オルガズム障害	不妊
化学療法	時々	頻繁	時々	頻繁	まれ	頻繁
骨盤領域放射線療法	まれ	頻繁	頻繁	頻繁	まれ	頻繁
広汎子宮全摘手術	まれ	頻繁	頻繁	まれ	まれ	常に
膀胱全摘手術	まれ	頻繁	常に	時々	まれ	常に
腹会陰式直腸結腸切除術	まれ	頻繁	時々	時々	まれ	時々
全骨盤内容除去術+膣再建術	時々	常に	時々	時々	時々	常に
根治的外陰切除術	まれ	なし	時々	頻繁	時々	なし
子宮膣部円錐切除術	まれ	なし	なし	まれ	なし	まれ
卵巣・卵管切除術(片側)	まれ	なし	なし	まれ	なし	まれ
卵巣・卵管切除術(両側)	まれ	頻繁	時々	時々	まれ	常に

(文献¹⁷⁾より一部引用)

を概括することによりその重要性を明示した。がん治療の発展により、がん経験者は年々増加の一途をたどっている。がん経験者に関する研究は、治療後の身体的影響に関するものだけでなく、心理社会的な問題、セクシュアリティの問題に及ぶようになった。

治療開始前に患者に対して、起こりうる長期治療の影響について心理的介入を行うことで、治療後の苦しみを軽減・予防するであろうし、患者が仕事や社会、あるいは性生活などを含む日常生活に復帰する治療終了後の心理的葛藤に対しても適切な心理社会的介入が有効になるであろう。

文 献

- 厚生労働省. がん罹患・死亡動向の実態把握の研究」班. 厚生労働省科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業. 2000年～.
- 武谷雄二. 新女性医学大系34巻. 子宮頸部の悪性腫瘍. 東京: 中山書店; 2000. p. 4.
- Vistad I, Fossa SD, Dahl AA. A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2006; 102: 563.
- 松下年子, 村田比奈子, 松島英介. 手術を受ける婦人科腫瘍患者の心理特性とコーピング. *総合病院精神医学* 2005; 117: 171.
- 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.
- 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.
- 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.
- Boling W, Fouladi RT, Basen-Engquist K. Health-related quality of life in gynecological oncology: Instruments and psychometric properties. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13: 5.
- Tross S, Holland JC. がん生存者における精神的影響. In: Holland JC, Rowland JH. 編. サイコオンコロジー第1巻. 東京: メディカルサイエンス社; 1993. p. 94.
- Hawighorst-Knapstein S, Fussshoeller C, Franz C, et al. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecol Oncol* 2004; 94: 398.
- Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2005; 97: 310.
- Klee M, Thranov I, Machin D. Life after radiotherapy: the psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 76: 5.
- Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, et al. Early-stage

- cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. A longitudinal study. *Cancer* 2004 ; 100 : 97.
- 14) Schover LR, Fife M, Gershenson DM. Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer* 1989 ; 63 : 204.
- 15) Vera MI. Quality of life following pelvic exenteration. *Gynecol Oncol* 1981 ; 12 : 355.
- 16) Ross EJ, de Graeff A, van Eijkeren MA, et al. Quality of life after pelvic exenteration. *Gynecol Oncol* 2004 ; 93 : 610.
- 17) アメリカがん協会. がん患者の<幸せな性>. 高橋 都, 針間克己・訳. 東京 : 春秋社 ; 2002. p. 46.
- 18) Bos-Branolte G. Psychological Problems in Survivors of Gynaecologic Cancers : A Psychotherapeutic Approach. Leiden : De Kempenaer Oegstgeest ; 1987.

* * *



がん患者に対する問題解決療法



平井 啓* 塩崎麻里子#



がん患者はさまざまな心理社会的問題を抱えており、それらに対応できる介入方法の1つとして、認知行動療法の1つの技法である問題解決療法 (problem-solving therapy) があげられる。海外ではがん患者に対して応用されその有効性が検討されている。そこで本稿では、問題解決療法の理論的背景について解説し、海外でおこなわれたがん患者に対する問題解決療法を用いた3つの臨床研究を紹介した。その結果、がん患者に対する問題解決療法の適用は、その有効性と実施可能性の高さ、構造化されたプログラムであるためトレーニングにより専門家以外の医療従事者によっても実施できる可能性から、わが国のがん患者のQOL向上のためにも有用なプログラムとなることが期待される。

はじめに

がん患者の精神症状については、無作為に抽出されたがん患者のうち32%が適応障害、6%がうつ病であったと報告されている¹⁾。一方で、「がんの社会学」に関する合同研究班の研究²⁾によると、がん患者の悩みや負担のうち最も多かった大分類項目は、「不安などの心の問題 (48.6%)」であった。また、中分類の「不安」の小分類として「再発・転移の不安」、つづいて「将来に対する漠然とした不安」があげられている。このようにがん

患者の不安や抑うつは対応すべき重要な課題であるといえる。さらに、「不安などの心の問題」以外では、「症状・副作用・後遺症の問題 (15.1%)」「家族・周囲の人との関係 (11.3%)」「就労・経済的負担 (7.9%)」「診断・治療 (6.7%)」といった具体的な問題があげられていた。よって、がん患者にとって精神症状などの気持ちの問題と同時に現実的な問題が重なり合っているといえる。つまり現実の問題に対する認知と心理的反応が複雑に絡み合った心理的過程を経験するのではないかと考えられる。たとえば、「病気が再発するのではないかと心配である」「病気のことが心配なので好きだった旅行に行けない」「話のできる友達が少なくなった」「家から出たくなかった」「毎日が憂うつな気分である」のような思考と行動の連鎖が存在しているかもしれない。一方で、このような心理的問題を抱えたがん患

KEY WORDS

問題解決療法
認知行動療法
不安
抑うつ

* HIRAI Kei/大阪大学コミュニケーションデザイン・センター, # SHIOZAKI Mariko/日本学術振興会

者に対して、さまざまな種類の心理療法・心理学的介入方法が用いられ、またその効果について検討され、QOL (quality of life) の向上については一定した結果が得られるようになってきた。しかし、現在のわが国のサイコオンコロジーの現状では、時間的・人的制約、前述した患者のもつ現実的問題を取り扱う必要性、薬物療法に対する抵抗などがある。よって、短時間で実施可能、患者の現実的問題を取り扱え、比較的簡単なトレーニングで介入の実施者を養成でき、有効である、構造化された介入方法の開発が期待されている。そのような条件を満たす可能性のある介入法として、認知行動療法の1つの技法であるとされる問題解決療法 (problem-solving therapy) があげられる。海外ではがん患者に対して応用されその有効性が検討されている。

そこで本稿では、問題解決療法について解説し、海外でおこなわれた問題解決療法を用いた臨床研究を紹介し、わが国でのサイコオンコロジーの臨床における問題解決療法応用の可能性について検討する。

1. 問題解決療法とは

問題解決療法とは、数多くある心理療法のなかでも認知行動療法の1つに分類される介入方法・技法である。問題解決過程とよばれる心理プロセスにもとづいて、さまざまな治療的技法をパッケージしたものである。広くは問題解決技法 (problem-solving technique) ともよばれる。より問題解決プロセスや問題解決スキルに焦点を当てたものを問題解決療法とよぶようである。

問題解決療法は、「お腹のすいた人に魚を与えるのではなく、魚の釣り方を教えるようなもの」と例えられる。つまり魚を与えるだけではその日しかしのげないが、釣り方を教えることにより、継続して魚を手に入れることができるようになるということである。同様に問題解決療法では、患者に問題に対する解決方法そのものを与えるので

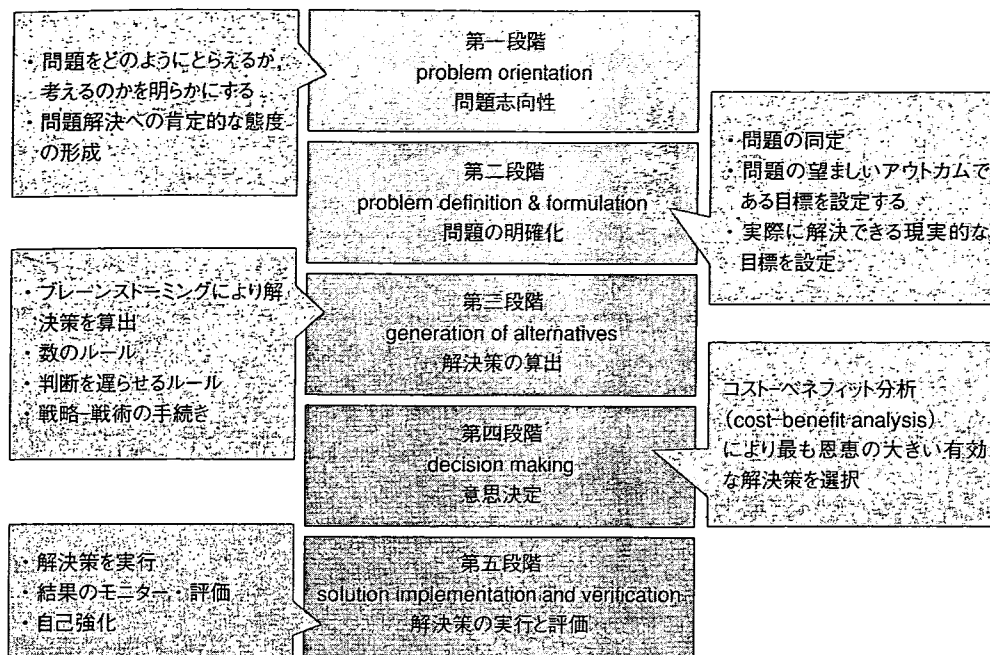
はなく、解決方法を見つける方法を教えるものである。

現実の問題を解いていくプロセスをとくに社会的問題解決とよぶ。社会的問題解決とは、日常生活のなかでストレスを感じるさまざまな問題に対して、その問題を取り扱うのに有効な解決策の選択肢を抽出し、それらのなかから最も有効な手段を見つけ出そうとするプロセスと定義されている³⁾。さらに、この社会的問題解決における問題とは、何らかの障害により、そうありたいと思う状態 (what I want) と現在の状態 (what is) が不一致であり、効果的な解決策 (コーピング) がとれない状態のことである。そして、効果的な解決策とは、ポジティブな結果 (ベネフィット) を最大にし、ネガティブな結果 (コスト) を最小にするように、問題に対処する (目標を達成する) ための取り組み (コーピング) のことである。

D'ZurillaとGoldfried³⁾は社会的問題解決のプロセスを、①問題をどのようにとらえるか、考えるのかについての問題志向性の段階 (problem orientation)、②問題を明らかにし、目標をどう設定するのかについての問題の明確化の段階 (problem definition and formulation)、③解決策をどのように考え出すのかという解決策の産出の段階 (generation of alternatives)、④どのように有効な解決策を選択するかについての意思決定の段階 (decision making)、⑤実行した解決策が成功したか否かをどのようにして評価するかについての解決策の実行と評価の段階 (solution implementation and verification) の5つの段階からなるモデルとして提示した (図1)³⁾⁴⁾。

さらにNezuら⁴⁾は、問題解決プロセスには、これら5つの段階のうち、第一段階の問題解決志向性 (problem orientation) と第二段階以降を合理的問題解決スキル (rationale problem-solving skill) と分けて、問題解決に対する態度とスキルの役割の違いについてとくに強調している。

まず、第一段階の問題志向性では、人がどのよ



図① 問題解決療法の5つの段階

(文献3, 4より改変引用)

うに問題を理解し、考え、反応しているかが注目される。がん患者の場合、「がんは死の原因となる」という認知的な構えをもっているために、がんに罹患したことに対して、恐怖や不安、圧倒された感情をもつ。このような構えのことを問題志向性とよぶ。ここではポジティブな態度をもつことが問題解決にとって重要であるとされる。

一方で問題解決スキルに関する第二段階では、その人にとっての問題を同定し、その問題の望ましいアウトカムである目標を設定することになる。その際には実際に解決できる現実的な目標を設定することが重要となる。

第三段階である解決策の算出では、3つのルールに従って、できるだけ多くの目標を達成するための解決策を考えることになる。3つのルールとは、解決策の善し悪しを考えずにとにかく複数の解決策を考える「数のルール (quantity principle)」, 解決策の実際の効果に関する判断を後回しにする「判断を遅らせるルール

(deferment-of-judgment principle)」, 一般的な戦略を立てるのと同時に具体的な戦術についても考える「戦略-戦術の手続き (strategies and tactics procedure)」である。

第四段階の意思決定の段階では第三段階で考えられた解決策について、コスト-ベネフィット分析 (cost-benefit analysis) により最も恩恵の大きい有効な解決策を選択する。

最後の第五段階では計画された解決策を実行し、結果をモニターし、それが満足いくものであったかどうかを評価する。もしうまく解決されたならば自己強化 (self-reinforcement) をおこない、問題解決全体に対するコントロール感やセルフ・エフィカシーを高める。もし満足する結果が得られなかったら、問題解決プロセスのどこに不一致があったかを探さなければいけない。

一方で、英国のプライマリケアの領域で開発されたMynors-Wallis⁵⁾の問題解決療法プログラムでは、問題志向性の部分が強調されず問題解決ス

キルを中心にトレーニングするプログラムとなっている。とくにこのプログラムでは、現実的な目標設定をおこなうためのSMARTとよばれる方法が用意されている。このSMARTは、設定する目標がspecific：明確である，measurable：測定できる，achievable：達成可能である，relevant：関連している，timed：時間軸が考慮されているというそれぞれの頭文字をとったものである。このそれぞれに従って目標設定がなされるようになっていく。

2. がん患者に対する問題解決療法

前述した社会的問題解決のプロセスは、ストレスコーピングモデル⁶⁾中に位置づけられる。また、がん患者の適応のゴールは健康なコーピングである⁷⁾。これらのことから、Nezuら⁴⁾は、がんの罹患をネガティブなライフイベントとして、その後の適応の過程を問題解決によるコーピングの過程とし、最終的なアウトカムとしてQOLを設定したモデルを提示し(図2)、このモデルから問題解決療法をがん患者に対して応用することは妥当であるとしている。また、問題解決療法をがん患者に適用する際の長所としては、この技法が有効性と実施可能性(effective and feasible)をもった介入技法⁵⁾であることがあげられる。介入の有効性は、後述するようないくつかの無作為化比較試験による治療効果の評価によって示されている。また、実施可能性については、介入によって恩恵を受ける患者にとってすぐに利用可能な心理療法が必要であり、問題解決療法は、比較的簡便で、患者に受け入れられやすく、トレーニングされたメンタルヘルスの専門家以外の医療従事者によっても提供されうるものであるとされている⁵⁾。

3. がん患者に対する問題解決療法・問題解決技法による介入研究

これまでみてきたとおり、問題解決療法は、理論的にはがん患者の抱えるストレスを効果的に対

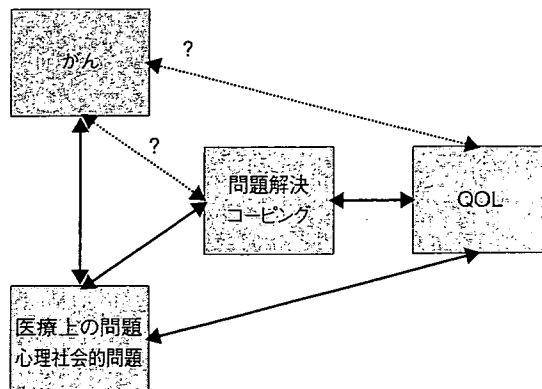


図2 ストレスコーピングの問題解決モデル：ネガティブなライフイベント、日常の問題、否定的感情状態、問題解決コーピングの相互関係 (Nezu AM et al, 1999⁴⁾より改変引用)

処するためのスキルを獲得させ、QOLを高めるための心理療法として有効であると考えられる。がん以外では、大うつ病、気分障害、糖尿病、肥満、自傷などの心身の問題を抱える患者を対象に、介入研究がおこなわれ、その有効性が検討されてきた。うつに対する問題解決療法の有効性に関する13の無作為化比較試験の1,133名のデータを用いたメタアナリシスでは、問題解決療法がうつ症状の改善に有効な心理療法であり、その効果は抗うつ薬の投薬療法と同等であることが示されている⁸⁾。また、さまざまな疾患を含めた広範な心身の問題に対する問題解決療法の有効性を検討した31の介入研究の2,895名のデータを用いたメタアナリシスにおいても、問題解決療法をおこなった群は、治療をしない群、通常の治療をおこなった群、注意コントロールをおこなったプラセボ群のいずれの群にくらべても有効であることが示されている⁹⁾。またあわせて、問題志向性の訓練が介入内容に含まれていることや、宿題でスキルを定着させていること、Nezuらが研究者に含まれていることが、効果を高める介入形式であることも示されている。これらのメタアナリシスから、問題解決療法が心身の疾患を抱えた患者の抑うつや

症状を和らげ、QOLを向上させることに有効であることが実証的に確認されている。

がん患者においても、実際の医療場面での心理療法として問題解決療法が有効であるかどうかを検討するために、介入研究がおこなわれている。多くの研究では、抑うつ症状や、化学療法の副作用による症状の緩和や、QOLの向上に効果があったことが報告されているが、いまだその数は多くはなく、メタアナリシスによる有効性の検討は報告されていない。以下に、がん患者に対する問題解決療法の有効性を検討するための無作為化比較試験を3つ紹介する。

1) Nezuら¹⁰⁾の研究

この研究は、問題解決療法を開発・発展させた研究者であるNezuらによる無作為化比較試験であり、132名の成人がん患者を対象としている。対象者のうち、44名は待機統制群に割り付けられ、残りの介入群はさらに45名が患者のみ介入群、43名は患者と親しい他者の両者への介入群に割り付けられた。介入は、1.5時間の個人セッションを計10回おこなわれることになっており、介入内容は、抑うつ患者用に開発されていた問題解決療法の介入マニュアルを、成人がん患者用に改良したものを使用している。介入の目的は、患者の問題解決能力とQOLの向上、心理的 distressの緩和であった。これらの指標は、介入前、介入終了直後、6ヵ月後、12ヵ月後の4時点で測定されており、患者の主観的評価と親しい他者と医療者からの客観的評価の両側面から評価しているところが特徴である。介入直後には、統制群にくらべて介入群は、有意に問題解決能力が高く、QOLが高いという介入効果が認められた。しかしその6ヵ月後時点での長期的効果は、がん患者のみに介入をおこなった群よりも、親しい他者と一緒に介入をおこなった群において有意に存在し、効果は12ヵ月後においても持続していた。この研究では、親しい他者にも介入をおこなうこ

とによって、患者が適切な問題解決ができるようモニタリングする効果と、ポジティブなフィードバックをおこなう効果、モチベーションを維持する効果があることを強調している。

2) Doorenbosら¹¹⁾の研究

この研究は、化学療法加療中のがん患者237名を対象に、化学療法の副作用である症状の緩和を目的とした問題解決療法の有効性を検討している。118名の介入群は、個人セッション5回と電話でのフォロー5回の計10回の介入を18週間にわたって受けるのに対して、119名の対照群はその間、通常のケアを受ける。介入は、疼痛や倦怠感といった代表的な15種類の症状のうち、患者によってとくに症状の強いものに絞り、効果的な対処方略（セルフケアマネジメント・サポート情報・医療者とのコミュニケーションなど）を示し、その対処方略を実施して、症状コントロールをおこなっていくというものである。介入効果の評価は、介入前・10週後・20週後・32週後に看護師によるインタビューによりおこなわれた。介入の結果、統制群にくらべて介入群は、効果的な症状コントロールができるようになり、症状による制限が緩和していた。また、とくに若い患者への介入効果が強いことが示された。この研究により、問題解決療法はがん患者の症状コントロールにも有効であり、心理の専門家ではない看護師が介入をおこなうことが可能であることが示された。

3) Sahlerら¹²⁾の研究

この研究は、がん患者本人に対する問題解決療法ではなく、小児がん患児の母親を対象に問題解決療法の有効性を検討した無作為化比較試験である。対象は、小児がんを患う子どもをもつ母親430名であり、そのうち217名が介入群、213名が統制群に割り付けられた。介入は、1時間の個人セッションを週に1回、計8回おこなわれることになっており、その介入内容はmaternal