

がん薬物療法を受ける患者の症状の苦痛と
健康関連 QOL の関係におけるストレス対処力の緩衝効果

名古屋大学大学院医学系研究科

看護学専攻

浅場 香

令和3年度学位申請論文

がん薬物療法を受ける患者の症状の苦痛と
健康関連 QOL の関係におけるストレス対処力の緩衝効果

名古屋大学大学院医学系研究科

看護学専攻

(指導：池松 裕子 教授)

浅場 香

目次

要旨	1
Abstract	3
I. 緒言	4
II. 研究の背景	6
1. がん薬物療法におけるQOLの位置づけ	
2. がん薬物療法の副作用の症状体験	
3. がん患者のストレス対処力 (SOC)	
III. 研究目的	9
1. 研究目的	
2. 研究の意義	
IV. 研究方法	10
1. 概念枠組み	
2. 用語の定義	
3. 調査方法	
4. 分析方法	
V. 倫理的配慮	15
VI. 結果	15
1. 対象者背景	
2. 健康関連 QOL (HRQOL) (SF-8™)、がん薬物療法中の症状の苦痛 (SDS)、ストレス対処力 (SOC) の実態	
3. 対象者背景と健康関連 QOL (HRQOL) (SF-8™) との関連	
4. 健康関連 QOL (HRQOL) (SF-8™) とがん薬物療法中の症状の苦痛 (SDS)、ストレス対処力 (SOC) との関連	
5. 健康関連 QOL (HRQOL) (SF-8™) に対するがん薬物療法中の症状の苦痛 (SDS) と、ストレス対処力 (SOC) の影響	
VII. 考察	25
1. 術後補助薬物療法を受けている患者が体験している症状と健康関連 QOL (HRQOL)	
2. 術後補助薬物療法を受けている患者の健康関連 QOL (HRQOL)	
3. 症状の苦痛 (SDS) が健康関連 QOL (HRQOL) (SF-8™) に及ぼす影響に対するストレス対処力 (SOC) の緩衝効果	
4. がん薬物療法中の症状マネジメントに対する支持療法のあり方	
5. 研究の限界と看護実践への示唆	
VIII. 結論	29
謝辞	
文献	
資料	

がん薬物療法を受ける患者の症状の苦痛と健康関連 QOL の関係における

ストレス対処力の緩衝効果

Moderating effect of sense of coherence on the relationship between symptom distress and health-related quality of life in patients receiving cancer chemotherapy

要旨

目的

がん薬物療法はどの薬剤においても主作用と副作用があり、患者は副作用による苦痛症状を強いられる。薬剤投与後の反応には個体差があり、副作用として出現する苦痛に対してさらに個別の対応が必要となるが、患者が症状を認識する際に影響する個人特性については明らかになっていない。そこで、同じストレスに遭遇しても心身への影響が異なる緩衝作用を示す Sense of Coherence(SOC、ストレス対処力)に着目した。本研究の目的は、がん薬物療法中の症状の苦痛が Quality of Life(QOL)、中でも健康関連 QOL に及ぼす影響に対する SOC の緩衝作用を明らかにし、支持療法促進への示唆を得ることとした。

方法

非小細胞肺がんの術後補助療法を受けている外来通院中の患者 66 名を対象に、対象者背景、健康関連 QOL (SF-8™) 8 項目、がん薬物療法中の症状の苦痛 (SDS: Symptom Distress Scale) (苦痛尺度日本語版) 13 項目、SOC (SOC-13) 13 項目について、自記式質問紙にて 2016 年 7 月～2017 年 3 月に調査した。記述統計、各変数の相関を求め、SF-8™ を従属変数とした階層的重回帰分析、さらに SDS と SOC-13 の交互作用項に対して調整変数±1SD の値を代入する単純傾斜の検定を行った。

結果

SDS は SF-8™ の全ての項目において強い負の相関を認めた。階層的重回帰分析では、「体の痛み」は SOC 「把握可能感」 ($\beta = -.658, p < .01, \beta = -.319, p < .05$)、「処理可能感」 ($\beta = -.658, p < .01, \beta = .398, p < .01$)、「有意味感」 ($\beta = -.658, p < .01, \beta = -.257, p < .05$)

で「全体的健康感」は SOC「処理可能感」($\beta = -.406, p < .01, \beta = .329, p < .05$)において緩衝作用が認められた。単純傾斜検定の結果、SOC は SDS が高い状況下で効果を発揮することが示されたが、「体の痛み」に関しては SOC「処理可能感」の効果が逆転すること、SOC「有意味感」が低い方が QOL により影響を及ぼすことが示された。

考 察

本研究対象者の「体の痛み」は手術創部の慢性疼痛と推察される。「体の痛み」のために生活が妨げられることに対して、何とか自分で対処しよう、対処しがいがあると認識するほど患者の QOL が低くなることが示された。SOC が高い場合の特徴としてはストレスサーに対して硬くもろいことがあると報告されており、対処可能と思えないことに耐える患者も QOL が低くなることが考えられた。術後慢性疼痛は薬物療法中の副作用症状評価の対象となっていないため医療者の関りの対象となっていない可能性がある。SOC は周囲の資源を動員して上手に対処する力とされているにも関わらず医療者の関わりがなく対処できないため、苦痛が改善せず QOL が低くなっていることが考えられる。今後は薬物療法中の副作用症状評価に加え、患者の QOL 評価と SOC の特性を加えることで、苦痛スクリーニングの精度が上がる可能性が示唆された。

キーワード：症状の苦痛、ストレス対処力、がん薬物療法、がん患者、QOL

**Moderating effect of sense of coherence on the relationship between symptom distress
and health-related quality of life in patients receiving cancer chemotherapy**

がん薬物療法を受ける患者の症状の苦痛と健康関連 QOL の関係における
ストレス対処力の緩衝効果

Abstract

Purpose

This study aimed to examine the buffering effect of sense of coherence (SOC) on symptom distress during cancer drug therapy, which thereby affects health-related quality of life (QoL), and obtain suggestions for promoting supportive care.

Methods

We investigated health-related QoL (SF-8™), symptom distress (using the Symptom Distress Scale [SDS]), and SOC (the SOC 13-item Scale) in 66 patients receiving adjuvant chemotherapy for non-small cell lung cancer. We employed descriptive statistics to seek the correlation of each variable; then, a hierarchical multiple regression analysis was conducted with SF-8™ score as the dependent variable.

Results

Results showed that significant changes in bodily pain showed a buffering effect on the SDS and sense of comprehensibility ($\beta=-.658$, $p<.01$, $\beta=-.319$, $p<.05$), sense of manageability ($\beta=-.658$, $p<.01$, $\beta=.398$, $p<.01$), and meaningfulness ($\beta=-.658$, $p<.01$, $\beta=-.257$, $p<.05$). Significant changes in general health perception showed a buffering effect on the SDS and sense of manageability ($\beta=-.406$, $p<.01$, $\beta=.329$, $p<.05$). As a result of the simple inclination test, SOC proved to be effective under high levels of symptom distress; the buffering effect of sense of manageability was reversed regarding bodily pain; and when meaningfulness was lower, it had a positive effect on QoL.

Conclusion

This study revealed that SOC exerts a buffering effect in situations where symptoms are highly painful. It also revealed that the effect of SOC was reversed for bodily pain and that a high SOC had a negative effect on QoL.

Keywords

Symptom distress, Sense of coherence, Cancer chemotherapy, Cancer patient, Quality of life

I 緒 言

がん薬物療法の進歩とともにがん患者の生存期間が延長しており、薬物療法を受けながら生活する患者は増えていることから、がん薬物療法に対する支持療法の開発は重要な課題となっている。2006 年から 2008 年までに診断された全がん患者の 5 年相対生存率は 62.1%と上昇し、年齢調整死亡率も 1990 年代後半から低下傾向を示している (Matsuda, Ajiki and Marugame et al., 2015)。一方でがん治療にともなう副作用・合併症・後遺症に関する悩みのうち、がん薬物療法に関連した悩みは 2003 年から 2013 年の 10 年間で 19.2%から 44.3%へと顕著に増加している (石川・山口, 2016)。がん薬物療法に伴う副作用に対する苦痛を軽減するために、患者視点の QOL (Quality of Life: 以下 QOL と略)、中でも健康関連 QOL 評価を重視した支持療法が必要とされている。

先行研究により、多くのがん患者がストレスの高い状況にあることやうつ病を経験し (向井・大石・大西, 2012; 成沢・佐藤・柏倉 et al., 2014)、ストレスの高い状況やうつ病は健康関連 QOL を低下させ、身体疾患の治療に悪影響をおよぼすことが示されている (Block, 2000)。がん患者のうつ病や適応障害は罹患率が高く (9~42%)、低い QOL との関連を示している (Şimşir, Taflan and Akkaya et al., 2011; Ander, Grönqvist and Cernvall et al., 2016; Lewandowska, Rudzki and Lewandowski et al., 2020)。早期緩和ケアの介入は QOL や抑うつの改善につながる可能性があることが示されているが (Temel, Greer and Muzikansky et al., 2010)、このプロセスのメカニズムの解明は十分ではない。がん患者の苦痛スクリーニングと苦痛に対する専門的看護は診療報酬に示されるように強化が推進されており、がん薬物療法による副作用症状のマネジメントは重要な課題である。

がん薬物療法の副作用症状において、患者の認識と医療者の認識は異なることが示されているが (Uchino, Hirano and Tashiro et al., 2012; Tamura, Aiba and Saeki et al., 2015; Williams, Bohac and Hunter et al., 2016)、この認識に影響を与える個人特性は明らかになっていない。症状マネジメントの方略として、症状マネジメントモデル (The Model of Symptom Management: 以下 MSM と略) (The University of California San Francisco, School of Nursing

Symptom Management Faculty Group, 1994) を臨床適用するために開発された看護活動モデル (The Integrated Approach to Symptom Management: 以下 IASM と略) (Larson, Uchinuno and Izumi et al.,1999) がある。IASM に基づいて患者の症状の体験を理解し、患者のセルフケア能力のレベルにあった知識、技術、看護サポートを提供し、患者を中心とした症状マネジメントを行うことの有効性は多く示されている (荒尾,2002; 菊田・方尾・安達 et al.,2017; 西谷・湯浅・細見 et al.,2017)。症状は主観的なものであり、患者の症状体験を理解して患者の症状の認識を確認することは重要である。

ストレス対処力 (Sense of Coherence: 以下 SOC と略) は患者の健康関連 QOL に関連する個人特性であり (Antonovsky, 1987)、本研究は患者の症状の認識に影響する個人特性としてこのストレス対処力に着目した。SOC は Antonovsky の健康生成論の主要概念であり、ストレスの多い出来事や状況に晒されると、内外の資源を効果的に動員して心身の健康を守る力と捉えられ、直接効果と緩衝効果があることが示されている (Takayama, Asano and Yamazaki et al., 1999)。SOC の直接効果とはストレスの有無に関わらず SOC の高低によって健康状態やウェルビーイングが変わってくることをいう。緩衝効果とは同じようなストレスに遭遇した時に SOC の高低によって心身への影響が異なる効果をいう。がん薬物療法中というストレスに対して、SOC の高低によって心身への影響が異なることが予測されるが、SOC の緩衝効果を示す実証研究は少ない。

SOC が高い患者は SOC の直接効果として抑うつや不安等が低く、緩衝効果としてストレスが健康関連 QOL へ与える影響が和らぐことで治療の継続が困難になる要因が回避されると考えられる。また、SOC の低い患者は、抑うつや不安等が高く、さらに SOC の緩衝作用が弱いことにより健康関連 QOL の低下や治療の中断等の悪循環を招くと考えられる。がん薬物療法中の患者の SOC の特徴が明らかになることにより、患者が症状の苦痛スクリーニングにおいて報告する状態に加えて、医療者が介入すべき患者群が明確になると考えた。

そこで、本研究の目的はがん薬物療法中の患者の症状の苦痛が健康関連 QOL に及ぼす影響に対するストレス対処力の緩衝効果を明らかにすることとした。

なお、本研究の対象者は、薬物療法の休薬期間に伴う症状の程度の差など、対象の背景に伴う交絡因子を極力調整するため、がん診断後の治療内容が標準化されている、非小細胞肺がんの術後病理病期IA 期の T₁bN₀M₀ およびIB 期と診断されテガフル・ウラシル配合剤を用いた術後補助薬物療法（UFT250 mg/m²/day, 1-2 年内服）（Kato, Ichinose and Ohta et al., 2004; 沖本・福島・寺松, 1996）を行っている外来患者を対象とした。現在治療を継続している患者の状況を知ることにより、治療中断にいたる患者の状況への支援方法について示唆が得られると考えた。

II 研究の背景

1. がん薬物療法における QOL の位置づけ

がん患者にとって薬物治療における重要な目標は、QOL の維持・回復であり、薬物療法と生活のバランスをとりながら QOL を維持・回復するための看護支援が必要とされている。World Health Organization（以下 WHO と略）は QOL を「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」（WHO, 1995）と定義しており、QOL とは多要素、多次元性を示す概念であり、一個人の主観的な認識と示されている。医療のアウトカムは罹患率や重症度、死亡率が客観的指標として使われる一方で、がんなどの慢性疾患は完治や生存期間の延長だけを指すのではなく、がんと共に生活する期間をどのように過ごすのか、そのためにどのような介入や支援が求められるのかが重要な問題である。患者の視点から評価する患者立脚アウトカム（Patient-reported outcome: PRO）の重要性が認識されており、症状アセスメントの迅速化、患者と医療者のコミュニケーションの促進、適切な治療と連携の効果を通して、患者の QOL が向上することが示されている（Etkind, Daveson and Kwok et al., 2015）。

QOL の中でも特に医療などの介入によって健康の改善が見込まれる部分の概念として健康関連 QOL (以下 HRQOL と略) が提唱されている。健康状態を詳しく測定する「プロフィール型尺度」により測定され、代表的な尺度としては米国で開発された Medical Outcome 36-Items Short Form (以下 SF-36™ と略) や疾患特異的尺度が多く開発されている。がん領域の疾患特異的尺度には、欧州で開発された European Organization for Research and Treatment of Cancer QOL、米国で開発された Functional Assessment of Cancer Therapy-Genera、日本で開発された Quality of Life Questionnaire for Cancer Patients Treated with Anticancer Drugs (栗原, 1993) があり、基本的な一般尺度に加えてがん種、治療法、副作用などに関する下位尺度が備わっている。

2. がん薬物療法の副作用の症状体験

がん治療は、手術療法、放射線療法、薬物療法を組み合わせた集学的治療が行われる。薬物療法においては治療の特徴により主作用と副作用があり、患者は副作用による苦痛症状を強いられる。

成沢ら (2014) は外来で分子標的治療薬を受けるがん患者の症状体験と QOL の関連について、「症状の強さ」は活動性、身体状況、精神・心理状態、社会性とかなり強い負の相関があり、「症状による生活への支障」はさらに全体的 QOL とかなり強い負の相関があることを明らかにした。また、北村 (2014) は外来薬物療法を受ける消化器がん術後患者の具体的な症状体験について 70.5% に症状体験があること、セルフマネジメント力においては行動の成果を評価する力を修得している患者の割合の低さを明らかにし、患者のセルフマネジメント力を向上させる介入の必要性と介入指標の必要性を示している。浅海ら (2017) は外来薬物療法中の転移・再発乳がん患者に生じる複数の症状の主観的体験を調査し、【幾重にも重なった症状で日常生活が滞る感覚に苛まれる】【自分で症状をコントロールできずにもどかしい】【この先も薬物療法を継続できるのか危ぶまれる】ことを明らかにし、さらに複数の症状への対処の実際について、【複数の症状とうまく付き合う術を探る】【各症状の出現パターンから今後の見通しを立てる】【傷んだ身体への更なるダメージを避ける】の概念

があることを明らかにした。これらのことから、薬物療法中の副作用症状の苦痛は身体的苦痛だけではなく、生活への影響を経て精神的苦痛を招くと考えられる。

一方、Lazarus ら（1984）は症状の認知において、負荷、努力、コントロール、報酬は認知的に査定される現象であり、査定とは、環境との相互作用が持つ重要性の程度を個人の幸福に照らして認知的に評価すると示している。これは、負荷、努力、コントロール、報酬の間の不均衡の知覚は苦痛の情動反応の引き金になることを示す。つまり、人は環境と関わっている中で、何がどの程度ストレスなのかを決めている。こうした決定を行いながら、周りからの色々な要求や湧き上がってくる感情を処理していく過程がコーピングであり、ストレスの認知的評価において、自己効力感が示す自分の内面の感覚だけでなく、周りの環境も一体化した感覚であることを特徴としたストレス対処力が高いとうまく対処できることが示されている（Antonovsky, 1979）。

以上のことから、患者が感じている苦痛は症状の程度と同等ではなく本人の認知的評価が関係することから、患者報告型アウトカムを使用する際には、認知的評価に影響する患者の特性を考慮することは重要であるといえる。

3. がん患者のストレス対処力（SOC）

Antonovsky(1987)は SOC とは、その人に浸みわたる、動的ではあるが持続的な3つの確信からなり、その人の生活世界全般に対する志向性であると定義している。第一の確信である把握可能感（sense of comprehensibility）は、自分の日常生活や人生において直面する問題が何に由来するのかということや、何が起ころうとしているのかということについて納得のいく説明がつけられる、理解できるという感覚を示す。第二の確信である処理可能感（sense of manageability）は、問題に対し、自分には有効な対処資源がある程度十分にあって、いつでも動員できるため、その問題はなんとか処理できるという感覚を示す。第三の確信である有意味感（sense of meaningfulness）は、自分が直面する問題には、解決に向けた努力のしがいがある、苦勞のしがいすら感じられるという感覚を示す。つまり、人生や日常生活における何事に対しても「把握できる確信」「処理できるという確信」「有意義だという確信」をも

って向き合い関わっている人ほどストレスのある状況に対してうまく対処できると言われている（山崎・戸ヶ里・坂野, 2008）。以上のことから、ストレス対処力はがん患者の QOL を維持・向上するために重要な個人特性であるといえる。

がん患者の SOC に関連する要因として、健康状態や精神状態、コーピング、QOL と関連することが報告されている。SOC が高いとがん関連の苦痛（Siglen, Bjorvatn and Engebretsen et al., 2007）、不安や抑うつ（Gustavsson, Julkunen and Keskivaara et al., 2007; Drageset, Eide and Hauge, 2016）が軽減されることや、SOC が高いと QOL も高く、抑うつが媒介する要因（Floyd, Dedert and Ghate et al., 2011）であることが示されている。また、SOC が高いと気晴らしや状況の再評価、リラクゼーションの使用を有意に使用していることから、コーピング方略の予測因子となることが報告されている（Sarenmalm, Browall and Persson et al., 2013）。一方で SOC は診断後間もないことや身体症状や日常生活の制限（Sarenmalm, Browall and Persson et al., 2013）、睡眠障害（Hyphantis, Hyphantis and Goulia et al., 2016）が影響していることが示されていることから、診断や治療経過の時期による差が見られることが考えられた。

III 研究目的

1. 研究目的

本研究の目的は、がん薬物療法中の患者の症状の苦痛が HRQOL に及ぼす影響に対するストレス対処力の緩衝効果を明らかにすることである。

2. 研究の意義

1) がん薬物療法中の患者の症状の苦痛が HRQOL に及ぼす影響に対する SOC の緩衝効果を明らかにした研究はなく、本研究で得られた結果を基に、がん薬物療法中の症状マネジメントに対する支持療法のあり方を検討する礎になる。

2) 患者の症状の認識に影響する個人特性について明らかにする研究は少なく、患者の症状体験を理解する視点を検討する礎になる。

3) 本研究により、がん薬物療法中の症状の苦痛に対する支持療法の具体的な方略やアウトカムを見出すことに貢献できる。それにより、HRQOL に支障をきたす副作用症状を体験するがん薬物療法中の患者に、治療の真の恩恵を提供することができる。

IV 研究方法

1. 概念枠組み (図 1)

本研究は同じようなストレスに遭遇しても SOC の高低によって心身への影響が異なる効果を示す、SOC の緩衝効果を示す概念モデル (Vahtera, Pentti and Uutela, 1996) を参考にした。がん薬物療法による患者の症状の苦痛の程度と HRQOL、SOC の関係を図 1 のように捉えた。

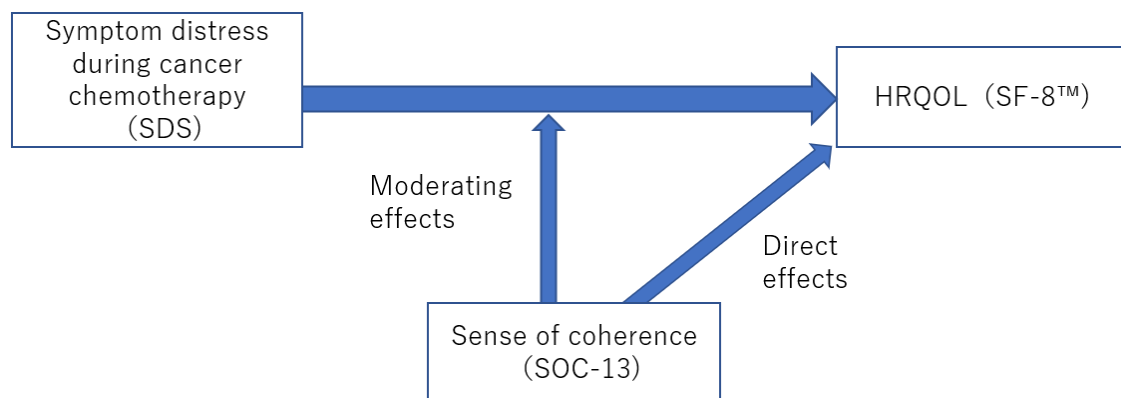


図 1 本研究の概念枠組み

2. 用語の定義

症状：他者による客観的な指標ではなく、症状の体験者個人に立ち現れる現象。

苦痛：理想の状態と現実との差により生じる不快な緊張状態の体験。

症状マネジメント：がん薬物療法中の苦痛症状に対して、患者自身が主体となって症状に対処できるように、援助者や周囲の人々が対処すること。

HRQOL：身体の活動だけでなく精神的な活動を含めて対象者が主観的に判断した生活の質のこと。本研究では健康生成理論に基づき、対象者の症状体験が生活に影響している要因もHRQOLの一部に含める。

緩衝効果：同じようなストレスに遭遇しても、ストレス対処力の高低によって心身への影響が異なる効果。がん薬物療法中の症状の苦痛が健康状態に与える負の影響をストレス対処力が緩和すること。

3. 調査方法

1) 研究デザイン

本研究は参照できる先行研究がないため、信頼性と妥当性が検証されている尺度を使用しパイロットスタディとして実施した。信頼区間95%、検出力0.8、効果量を0.5（Cohen's d）と設定し、関係探索研究として行った。

2) 調査対象

日本国内の厚生労働省指定または都道府県指定のがん診療病院において、以下の条件を満たす者とした。

- (1) 非小細胞肺がんで完全切除術を受けた患者のうち、術後病理病期IA 期 T_{1b}N₀M₀ および IB 期と診断され、テガフル・ウラシル配合剤を用いた術後補助療法（UFT250 mg/m²/day, 1-2 年内服）を行っている外来通院中の者
- (2) 20 歳以上で日本語の文章を理解し、15–20 分程度の調査票の記入ができる者
- (3) がん薬物療法開始後3 ヶ月以上経過している者
- (4) 担当医から調査に協力可能な状態であると判断された者

除外基準は、重篤な精神状態、精神障害を有している者、重篤な慢性疾患の治療を受けている者とした。

3) 調査内容と方法

(1) 対象者の背景

対象者の年齢、性別、家族の状況、治療後の職業・収入の状況、治療中の悩みや負担、病
気や治療の情報の集め方について質問した。HRQOL、症状に対する苦痛の程度、ストレス
対処力、は以下に示す指標を用いた。

(2) 健康関連 QOL (HRQOL) の測定

HRQOL の測定は、国際的に標準化された包括的健康関連尺度である Medical outcome study
short form-8 Japanese version(SF-8™) (福原・鈴嶋, 2004) を用いた。SF-8™ は日本人の標準
値に基づいたスコアリング(norm-based scoring: NBS)によって包括的で多目的に使用できる
疾患非特異的な短縮調査票で、国民標準値と比較して点数を解釈することができる。

SF-8™ は「身体機能」「日常役割機能 (身体)」「体の痛み」「全体的健康感」「活力」「社会
生活機能」「日常役割機能 (精神)」「心の健康」の 8 下位尺度 8 項目で構成される。各項目
についての回答は表現が異なり、5 または 6 件法である。点数が高いほど HRQOL のよい状
態を示す。8 つの下位尺度を元に標準化されたスコアリングアルゴリズムを用いて計算し、
2 つのサマリースコア「身体的健康」「精神的健康」を算出する。本研究の対象について、
Cronbach の α 信頼係数を算出したところ 0.919 となり十分安定した尺度と考えられた。さ
らに 2010 年の日本人の国民標準値と比較し、本研究対象者のサンプルとしての代表性を確
認した。

(3) がん薬物療法中の症状の苦痛の測定

対象者が捉える症状に対する苦痛の認識は、Symptom Distress Scale(SDS) (McCorkle and
Young, 1978) を基に作成された症状の苦痛尺度日本語版 (大川・村木・石川 et al., 2004) を
用いた。SDS はがんに伴う症状を患者が報告して、症状の苦痛を構成しているものを測定
する。「吐き気」「食欲」「痛み」「倦怠感」「排便パターン」「集中力」「外観」「呼吸」「今後
の見通し」「咳」の 11 因子 13 項目で構成され、5 件法 (範囲 13-65 点) で評価する。得点が
高いほど症状の苦痛が高いことを示す。信頼性係数 (Cronbach の α) は 0.76 である。基準

関連妥当性が検証されている。本研究の対象について、Cronbach の α 信頼性係数を算出したところ 0.678 となり、安定した尺度と考えられた。

(4) ストレス対処力の測定

対象者のストレス対処力の測定には、SOC (Antonovsky, 1993) の日本版 13 項目短縮版 SOC スケール (SOC-13) (山崎・戸ヶ里・坂野, 2008) を用いた。SOC は Antonovsky が提唱した健康生成論の概念で、得点が高いほど、健康保持能力が高いことを示す。SOC スケールは 3 下位尺度 13 項目について「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」を質問し、7 件法 (範囲 13-91 点) で評価する。Cronbach の α 信頼性係数は 0.72-.89 である。基準関連妥当性、予測妥当性が検証されている。

上記 3 つの下位尺度のうち「把握可能感」は、自分の生活世界や人生において直面する問題が何に由来するのかということや、何が起ころうとしているかということに納得のいく説明がつけられる、理解できるという感覚のことである。「処理可能感」は、問題に対し、自分には有効な対処資源がある程度十分にあって、いつでも動員できる、したがって、その問題はなんとか処理できるという感覚を示す。「有意味感」とは、自分が直面する問題には解決に向けた努力のしがい、苦勞のしがいすら感じられるという感覚を示す。本研究の対象について α 信頼性係数を算出したところ 0.671 となった。下位尺度は把握可能感 0.747、処理可能感 0.094、有意味感 0.007 となったが、問 12 と問 13 の回答に偏りがありそれらを除すと処理可能感 0.618、有意味感 0.620 となった。SOC-13 は既存の尺度でこれまでの研究では信頼性が担保されていることから、原因は不明だが研究対象者の特性である可能性がある。SOC は下位概念間の関連が高く、測定項目として判別することの限界があることを踏まえ、対象者のがん疾患に関連する要因に影響を受けている可能性を考慮して分析をおこなった。

4 分析方法

対象者背景、HRQOL (SF-8™ 短縮調査票)、がん薬物療法中の SDS (SDS 苦痛尺度日本語版)、SOC (短縮版 SOC-13 スケール) は記述統計量を算出し全体の傾向を把握した。対象者背景と SF-8™ については Mann-Whitney U 検定と Spearman の順位相関係数を求めた。

また、SF-8™、SDS、SOC の関係について、それぞれの尺度項目得点を変数として、Spearman の順位相関係数で変数間の関係を検討した。その上で、階層的重回帰分析を行ない SOC の直接効果、緩衝効果について検討し、下位検定として単純傾斜分析を行った (Cohen, 2015, 山崎・戸ヶ里, 2017)。階層的重回帰分析を行うにあたり、独立変数間の多重共線性を回避するためにすべての変数のデータは、各変数の平均値を引いた値 (中心化) に変換して用いた。

SDS と SOC それぞれの HRQOL への直接効果、および SDS が HRQOL に及ぼす影響への SOC の緩衝効果の検証は、SF-8™ の下位尺度それぞれを従属変数とした階層的重回帰分析を 8 回行った。投入はいずれも下記に述べる順番で行った。まず Step1 として、年齢、手術から薬物療法開始までの期間、薬物療法歴、治療中の困りごとの数を統制変数として投入した。Step2 は SDS、Step3 で SOC の 3 つの下位尺度「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」を投入した。Step4 として SDS と SOC の下位尺度を掛け合わせて作成した交互作用項 (SDS×「把握可能感」、SDS×「処理可能感」、SDS×「有意味感」) を投入した。SDS と SOC の直接効果についてはそれぞれ Step1 と Step2、Step2 と Step3 の R² の変化量 (ΔR^2) を検定した。SOC の緩衝効果は Step4 における R² の変化量 (ΔR^2) を検定した。

さらに、SOC の緩衝作用が見られた SF-8™ の下位尺度「体の痛み」と「全体的健康感」において、SOC が低い場合と高い場合とでは SDS が SF-8™ に与える影響が異なるのではないかと考え、単純傾斜の検定を行った。単純傾斜の検定とは独立変数と従属変数の関係を変化させる調整変数の効果を検定するものである。本研究においては調整変数を SOC とし、その平均よりも 1 標準偏差低い場合と 1 標準偏差高い場合を比較した。単純傾斜の計算においては、従属変数 SF-8™ の下位尺度「体の痛み」と「全体的健康感」のそれぞれに対して、3 つの独立変数 SDS、SOC、SDS×SOC の非標準化係数 B を用いた重回帰式において、

SOC に+1 標準偏差を代入した場合の予測値と-1 標準偏差を代入した場合の、SDS が±1 標準偏差のときの予測値をグラフに示し、両者の違いを比較した。SOC は3つの下位尺度「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」ごとに行い、以下の6つの回帰式により計算した。

【SF-8™「体の痛み」の予測値】

$$\begin{aligned} &= -0.940 \times \text{SDS} + 0.195 \times \text{SOC「把握可能感」} - 0.89 \times (\text{SDS} \times \text{SOC「把握可能感」}) \\ &= -0.940 \times \text{SDS} - 0.363 \times \text{SOC「処理可能感」} + 0.160 \times (\text{SDS} \times \text{SOC「処理可能感」}) \\ &= -0.940 \times \text{SDS} - 0.363 \times \text{SOC「有意味感」} - 0.179 \times (\text{SDS} \times \text{SOC「有意味感」}) \end{aligned}$$

【SF-8™「全体的健康感」の予測値】

$$\begin{aligned} &= -0.523 \times \text{SDS} + 0.402 \times \text{SOC「把握可能感」} - 0.005 \times (\text{SDS} \times \text{SOC「把握可能感」}) \\ &= -0.523 \times \text{SDS} - 0.008 \times \text{SOC「処理可能感」} + 0.199 \times (\text{SDS} \times \text{SOC「処理可能感」}) \\ &= -0.523 \times \text{SDS} - 0.248 \times \text{SOC「有意味感」} + 0.012 \times (\text{SDS} \times \text{SOC「有意味感」}) \end{aligned}$$

すべての解析には統計パッケージ SPSS ver.26 for Windows を使用した。有意水準は $p < 0.05$ とした。

V 倫理的配慮

本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科及び医学部附属病院生命倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究者が調査対象施設の病院長、診療部長に研究の動機、目的、方法について文書にて説明し、研究への協力が得られた施設で調査を行った。対象施設の倫理委員会の承認が必要な場合は、調査施設の研究倫理委員会の承認を得てから実施した。

対象者のリクルートは、担当医より調査可能な対象候補者の選定を受け、対象施設の調査協力者より、書面および口頭で研究の目的と方法、個人情報の保護について説明した。また、調査は無記名で行い、質問紙の提出をもって同意とみなす旨を明記した。研究への参加・不参加は本人以外に知ることができないこと、診療や看護を受ける上で不利益を生じないことを明記した。質問紙の回収にあたっては、各対象者が個人の意思で質問紙を返送できるよ

う郵送法を用いた。結果の開示については個人を特定できてしまう内容の発表はしないよう注意を払うことを明記した。

VI 結果

調査は 2016 年 7 月から 2017 年 3 月の間に調査を実施した。日本国内の厚生労働省指定または都道府県指定のがん診療病院 623 施設のうち各施設の病院長宛に研究の趣旨を文書にて説明し、調査対象者の概数と同意書の返送をもって 20 施設から同意を得た。調査対象者 87 名に対し、66 名が回答し(回収率 75.9%)、66 名を分析対象とした(有効回答率 100%)。

本研究の標本数は 66 件と少ないものの、対象者としてがん薬物療法中のがん患者の代表値を示すものと考えられる。我が国の非小細胞肺がんの術後補助薬物療法の実施状況調査(東山・高濱・松村 et al.,2015)において、病期IA 期 10.1%、IB 期 36.4%であった。2012 年の手術件数はIA 期 604 件、IB 期 245 件であることから、本研究と同じ術後補助薬物療法を受けている患者はおよそ 300 名/年程度と推定される。また、実施状況調査における男女比は男性 62.8%、女性 37.2%、平均年齢は 70 歳であり本研究対象者の分布とほぼ同等と推定される。本研究の対象者の治療経過として、診断から手術、手術からがん薬物療法と平均 2 か月未満で移行していることより、治療経過として標準を逸脱している者はいないことが推察された。また、回収率は 75.9%であり、質問内容は回答可能で対象者の関心の高い内容であったといえる。

1. 対象者背景 (表 1)

平均年齢は 69.45 ± 8.42 歳、男性 39 名 (59.1%)、女性 27 名 (40.9%) であった。対象者の診断から手術までの期間は 1.97 ± 2.29 ヶ月、手術から薬物療法までの期間は 1.48 ± 1.77 ヶ月、がん薬物療法歴は 18.9 ± 8.9 ヶ月であった。

対象者の 57 名(86.4%)に同居家族がおり、罹患後の経済状況の変化があった者は 4 名(6.1%)であった。治療中の悩みや負担は「配偶者への負担」17 名(25.8%)が最も多く、「治療に伴う症状のつらさ」16 名(24.2%)、「治療費・医療費」(22.7%)であった。困りごとの数は

1.70±1.61 個であった。がんと診断されてから現在までの、自分の病気や治療に対する情報の集め方は、「医師・看護師・薬剤師」55名(83.3%)と最も多く、「家族・友人・周囲の人」25名(37.9%)、「書籍・雑誌」23名(34.8%)であった。

表1. 対象者の背景

変数	人数		全体(n=66)		男性(n=39)		女性(n=27)		
	人数	%	平均	± SD	平均	± SD	平均	± SD	
年齢			69.45	± 8.42	(50~85)	69.36	± 7.64	69.58	± 9.64
治療経過									
診断から手術までの期間(月)			1.97	± 2.29	(0~16)	1.66	± 1.40	2.42	± 3.19
手術から薬物療法までの期間(月)			1.48	± 1.77	(0~12)	1.40	± 1.27	1.60	± 2.35
がん薬物療法歴(月)			18.89	± 8.9	(3~38)	19.91	± 9.54	17.52	± 8.08
同居家族									
あり	57	86.4							
なし	8	12.1							
罹患後の経済状況の低下									
あり	4	6.1							
なし	58	67.9							
治療中の困ること(複数回答)									
	困りごとの数		1.70	± 1.61	(0~6)	1.41	± 1.48	2.15	± 1.76
治療に伴う症状のつらさ	16	24.2							
治療に伴う症状への対処の仕方	12	18.2							
自宅にいるとき、病院に連絡するかの判断	5	7.60							
担当医への症状の伝え方	9	13.6							
配偶者への影響や負担	17	25.8							
子供への影響や負担	10	15.2							
外見の変化	7	10.6							
治療費・医療費	15	22.7							
仕事のこと	13	19.7							
困ったときの連絡先	6	9.1							
その他	2.0	3.0							
情報の集め方(複数回答)									
	情報源の数		2.33	± 1.42		2.26	± 1.33	2.50	± 1.56
医師・看護師・薬剤師	55	83.3							
がん相談支援センター	1	1.5							
がん患者サロン	1	1.5							
患者・患者団体・患者支援団体	0	0							
家族・友人・周囲の人	25	37.9							
テレビ・ラジオ・新聞・広告	16	24.2							
書籍・雑誌	23	34.8							
インターネット	18	27.3							
病院・製薬会社作成の冊子やパンフレット	15	22.7							
その他	0	0							

2. 健康関連 QOL (HRQOL) (SF-8™)、がん薬物療法中の症状の苦痛 (SDS)、ストレス対処力 (SOC) の実態 (表 2)

対象者の HRQOL を測定した SF-8™ の平均得点は、身体的サマリースコア 48.61±5.22、精神的サマリースコア 49.46±6.58 であった。「体の痛み」「活力」「心の健康」が国民平均値(福原・鈴鴨, 2004)を上回っていた。

がん薬物療法中の症状の苦痛 SDS の平均得点は 18.29±5.03 (範囲 11~33) で、「痛み」2.48±1.86 (範囲 1~9)、「今後の見通し」2.02±0.85 (範囲 1~4)、「食欲」1.88±0.90 (範囲 1~4) に対する苦痛が高かった。

ストレス対処力 SOC の平均得点は 63.28±8.98（範囲 46~79）で「把握可能感」26.90±5.56（範囲 12~35）、「処理可能感」18.32±3.35（範囲 10~26）、「有意味感」17.83±2.84（範囲 12~24）であった。

表2. HRQOL(SF-8™)、がん薬物療法中の症状の苦痛(SDS)、ストレス対処力(SOC-13)の実態

変数	人数	%	全体(n=66)		男性(n=39)		女性(n=27)		t	
			平均	± SD	平均	± SD	平均	± SD		
健康関連QOL(SF-8)			信頼性係数(クロンバックα) .919							
サマリースコア			(国民平均値)							
身体的サマリースコア	50.85		48.61	± 5.22	49.08	± 5.01	47.73	± 5.52	1.02	n.s.
精神的サマリースコア	50.09		49.46	± 6.58	49.93	± 7.14	48.63	± 5.81	.76	n.s.
下位尺度										
身体機能	50.65		47.71	± 6.07	47.97	± 6.54	47.32	± 5.54	.42	n.s.
日常役割機能(身体)	51.42		48.23	± 6.11	48.96	± 5.79	46.90	± 6.48	1.34	n.s.
体の痛み	50.99		53.78	± 7.17	54.23	± 6.20	52.86	± 8.50	.75	n.s.
全体的健康感	51.76		49.80	± 6.39	50.10	± 6.42	49.01	± 6.30	.67	n.s.
活力	50.89		52.07	± 5.26	52.64	± 4.69	51.16	± 6.07	1.06	n.s.
社会的生活機能	50.96		49.94	± 7.59	51.17	± 6.70	47.88	± 8.58	1.73	n.s.
日常役割機能(精神)	49.84		48.06	± 7.07	47.96	± 7.75	48.22	± 6.20	-1.4	n.s.
心の健康	50.09		50.84	± 6.43	51.43	± 6.71	49.73	± 5.98	1.05	n.s.
がん薬物療法中の症状の苦痛(SDS)			信頼性係数(クロンバックα) .678							
合計			18.29	± 5.03	17.76	± 4.37	19.08	± 5.87	-1.02	n.s.
吐き気			1.51	± 1.15	1.76	± 1.38	1.15	± .54	2.45	p<0.05
食欲			1.88	± 0.90	1.85	± .94	1.92	± .94	-.33	n.s.
不眠(睡眠障害)			1.64	± 0.97	1.51	± .82	1.85	± 1.16	-1.34	n.s.
痛み			2.48	± 1.86	2.26	± 1.41	2.85	± 2.38	-1.12	n.s.
倦怠感			1.78	± 0.83	1.67	± .74	1.96	± .94	-1.40	n.s.
排便パターン			1.44	± 0.75	1.41	± .71	1.46	± .81	-.27	n.s.
集中力			1.30	± 0.53	1.33	± .53	1.27	± .53	.48	n.s.
外観			1.26	± 0.66	1.15	± .49	1.38	± .85	1.25	n.s.
呼吸			1.33	± 0.56	1.46	± .64	1.15	± .37	2.45	p<0.05
今後の見通し			2.02	± 0.85	1.87	± .73	2.27	± .96	-1.89	n.s.
咳			1.76	± 0.58	1.77	± .63	1.77	± .51	.00	n.s.
ストレス対処力(SOC)			信頼性係数(クロンバックα) .671							
合計			63.28	± 8.98	62.72	± 9.25	63.90	± 8.76	-4.74	n.s.
把握可能感			26.90	± 5.56	26.11	± 5.83	27.91	± 5.00	-1.20	n.s.
処理可能感			18.32	± 3.35	18.66	± 3.31	17.63	± 3.39	1.19	n.s.
有意味感			17.83	± 2.84	17.92	± 2.92	17.81	± 2.77	.16	n.s.

3. 対象者背景と健康関連 QOL (HRQOL) (SF-8™) との関連 (表 3-1, 3-2)

年齢と「身体機能」($\rho=-.269, P<0.05$)は有意な負の相関がみられた。手術から薬物療法を受けるまでの期間は「身体的サマリースコア」($\rho=-.295, P<0.05$)で有意な負の相関がみられた。がん薬物療法歴は「体の痛み」($\rho=.352, P<0.01$)と「全体的健康感」($\rho=.320, P<0.05$)、「身体的サマリースコア」($\rho=.287, P<0.05$)は有意な正の相関がみられた。治療中の困りごとの数は「全体的健康感」($\rho=-.303, P<0.05$)、「活力」($\rho=-.317, P<0.01$)「心の健康」($\rho=-.457, P<0.01$)、「精神的サマリースコア」($\rho=-.368, P<0.01$)と有意な負の相関がみられた。情報源の数はどの項目とも有意な相関はみられなかった。同居家族の有無、罹患後の経済状況の低下の有無において、SF-8™のどの項目とも有意な差は見られなかった。

表3-1. 対象者の背景と HRQOL (SF-8™) の関連

	年齢	治療経過			治療中の 困りごとの数	情報源の数
		診断から手術 までの期間	手術から薬物療法 までの期間	がん薬物療 法歴		
サマリースコア						
身体的サマリースコア	.218	.162	.295 *	.287 *	-.191	-.187
精神的サマリースコア	.045	-.077	.013	.003	-.368 **	-.024
下位尺度						
身体機能	-.269 *	-.047	-.246	.088	-.147	-.164
日常役割機能(身体)	-.159	-.149	-.252	.140	-.225	-.119
体の痛み	.065	-.077	-.074	.352 **	-.212	-.075
全体的健康感	-.060	-.087	-.209	.320 *	-.303 *	-.081
活力	-.150	-.153	-.146	.123	-.317 **	-.031
社会生活機能	-.134	-.096	-.124	.076	-.239	-.030
日常役割機能(精神)	-.129	-.174	-.078	.018	.191	.118
心の健康	.158	.000	.057	.108	-.457 **	-.183

Spearman の順位相関係数 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

表3-2. 対象者の基本属性とHRQOL (SF-8™) 得点の比較

	同居家族			罹患後の経済状況の低下		
	あり 平均 ± SD	なし 平均 ± SD	p 値	あり 平均 ± SD	なし 平均 ± SD	p 値
サマリースコア						
身体的サマリースコア	48.70 ± 5.30	47.37 ± 4.80	0.36	47.84 ± 11.94	48.70 ± 4.62	0.47
精神的サマリースコア	49.26 ± 6.84	50.49 ± 5.00	0.73	50.01 ± 7.28	49.41 ± 6.82	0.81
下位尺度						
身体機能	47.82 ± 6.29	46.84 ± 5.06	0.47	50.52 ± 6.05	47.43 ± 6.08	0.30
日常役割機能(身体)	48.12 ± 6.35	48.24 ± 4.30	0.80	47.55 ± 13.09	48.23 ± 5.64	0.47
体の痛み	54.05 ± 7.12	51.06 ± 7.49	0.22	51.19 ± 13.58	54.05 ± 6.58	0.94
全体的健康感	49.38 ± 6.29	51.71 ± 6.77	0.37	47.70 ± 15.19	50.08 ± 5.75	0.99
活力	52.19 ± 5.25	51.05 ± 5.84	0.55	51.50 ± 9.15	52.29 ± 5.03	0.94
社会生活機能	49.92 ± 7.79	49.38 ± 6.69	0.63	48.64 ± 13.00	50.04 ± 7.30	0.88
日常役割機能(精神)	47.95 ± 7.40	48.90 ± 5.00	0.99	51.20 ± 5.98	47.73 ± 7.30	0.33
心の健康	50.63 ± 6.64	51.60 ± 5.02	0.92	50.90 ± 9.73	50.22 ± 6.65	0.90

Mann-whitney U 検定

4. 健康関連 QOL (HRQOL) (SF-8™) とがん薬物療法中の症状の苦痛 (SDS)、ストレス 対処力 (SOC) との関連 (表 4)

がん薬物療法中の SDS は、SF-8™ の全ての項目において強い負の相関を認めた。

SOC は、SOC の結果から「精神的サマリースコア」($\rho = .420, P < 0.01$)、「全体的健康感」($\rho = .467, P < 0.01$)、「活力」($\rho = .324, P < 0.05$)、「社会生活機能」($\rho = .346, P < 0.01$)、「心の健康」

($\rho=.470, P<0.01$) の各項目において正の相関を認めた。SOC の下位尺度のうち「把握可能感」は「精神的サマリースコア」($\rho=.413, P<0.01$)、「全体的健康感」($\rho=.451, P<0.01$)、「活力」($\rho=.330, P<0.05$)、「心の健康」($\rho=.441, P<0.01$) の各項目で正の相関を認めた。「処理可能感」は「精神的サマリースコア」($\rho=.298, P<0.05$)、「全体的健康感」($\rho=.345, P<0.01$)、「社会生活機能」($\rho=.310, P<0.05$)、「心の健康」($\rho=.360, P<0.01$) とやや弱い正の相関を認めた。「有意味感」は「精神的サマリースコア」($\rho=.330, P<0.01$)、「身体機能」($\rho=.308, P<0.05$)、「日常役割機能(身体)」($\rho=.248, P<0.05$)、「活力」($\rho=.273, P<0.05$)、「社会生活機能」($\rho=.369, P<0.01$)、「心の健康」($\rho=.279, P<0.05$) の各項目でやや弱い正の相関を認めた。

表4 HRQOL(SF-8™)と症状の苦痛(SDS)、ストレス対処力(SOC-13)の関連

	SDS	SOC			
		合計	把握可能感	処理可能感	有意味感
サマリースコア					
身体的サマリースコア	-.609 **	.218	.150	.224	.168
精神的サマリースコア	-.440 **	.420 **	.413 **	.298 *	.330 **
下位尺度					
身体機能	-.461 **	.167	.065	.178	.308 *
日常役割機能(身体)	-.574 **	.251	.178	.241	.248 *
体の痛み	-.627 **	.162	.212	.141	-.069
全体的健康感	-.443 **	.467 **	.451 **	.345 **	.192
活力	-.556 **	.324 *	.330 *	.196	.273 *
社会生活機能	-.442 **	.346 **	.255	.310 *	.369 **
日常役割機能(精神)	-.434 **	.198	.212	.089	.228
心の健康	-.614 **	.470 **	.441 **	.360 **	.279 *

Spearman の順位相関係数 * $p<0.05$, ** $p<0.01$

5. 健康関連 QOL (HRQOL) (SF-8™) に対するがん薬物療法中の症状の苦痛 (SDS) と ストレス対処力 (SOC) の影響 (表 5、表 6)

SF-8™ を従属変数とした 4Step からなる階層的重回帰分析を行い、Step での決定係数の増加の有意差を確認した。

SOC の主効果 (直接効果) が認められた SF-8™ の項目は「全体的健康感」「活力」「社会的機能」であった。「全体的健康感」は Step1 ($\Delta R^2 = .109$, *n.s.*)、Step2 ($\Delta R^2 = .194$, $p < .01$)、Step3 ($\Delta R^2 = .099$, $p < .01$) で有意な変化がみられ、SDS と SOC とで「把握可能感」($\beta = -.406$, $p < .01$, $\beta = .322$, $p < .01$) で主効果が認められた。「活力」は Step1 ($\Delta R^2 = .115$, *n.s.*)、Step2 ($\Delta R^2 = .225$, $p < .01$)、Step3 ($\Delta R^2 = .065$, $p < .01$) で有意な変化がみられ、SDS と SOC とで「有意味感」($\beta = -.355$, $p < .05$, $\beta = .279$, $p < .05$) で主効果が認められた。「社会的機能」は Step1 ($\Delta R^2 = .079$, *n.s.*)、Step2 ($\Delta R^2 = .159$, $p < .01$)、Step3 ($\Delta R^2 = .078$, $p < .01$) で有意な変化がみられ、SDS と SOC とで「有意味感」($\beta = -.355$, $p < .01$, $\beta = .279$, $p < .01$) で主効果が認められた。

がん薬物療法中の SDS の HRQOL (SF-8™) に対する SOC の緩衝効果が認められた項目は「体の痛み」と「全体的健康感」であった。

「体の痛み」は Step1 ($\Delta R^2 = .211$, $p < .01$)、Step2 ($\Delta R^2 = .231$, $p < .01$)、Step3 ($\Delta R^2 = .035$, $p < .01$)、Step4 ($\Delta R^2 = .108$, $p < .01$) で有意な変化がみられ、SDS と SOC とで「把握可能感」($\beta = -.658$, $p < .01$, $\beta = -.319$, $p < .05$)、SOC の「処理可能感」($\beta = -.658$, $p < .01$, $\beta = .398$, $p < .01$)、SOC の「有意味感」($\beta = -.658$, $p < .01$, $\beta = -.257$, $p < .05$) で緩衝効果が認められた。SDS と SOC との交互作用に関して、SOC の平均 ± 1 SD の値を用いて単純傾斜の検定を行った結果、SDS は低くても SOC 「把握可能感」の効果はあるが SDS が高い時は SOC 「把握可能感」が高くないと、より一層 HRQOL に悪影響を及ぼすことが示された。SOC 「処理可能感」においては SDS の状態で SOC の効果が逆転することが示され、SOC 「処理可能感」は SDS が高い状況下で効果を発揮することと、SDS が低い時は SOC 「処理可能感」が低い方が、HRQOL が高いことが示された。SDS が低くても SOC 「有意味感」の効果はあることが

示され、SDS が高い状況においてはむしろ SOC 「有意味感」が低い方がよいことが示された。

「全体的健康感」は Step1 ($\Delta R^2 = .109, p < .01$)、Step2 ($\Delta R^2 = .194, p < .01$)、Step3 ($\Delta R^2 = .099, p < .01$)、Step4 ($\Delta R^2 = .095, p < .01$) で有意な変化がみられ、SDS と SOC との「処理可能感」 ($\beta = -.406, p < .01, \beta = .329, p < .05$) で緩衝効果が認められた。SDS と SOC との交互作用に関して、SOC の平均 $\pm 1SD$ の値を用いて単純傾斜の検定を行った結果、SOC の「把握可能感」においては SDS が低くても SOC の効果はあるが、SDS が高い時は SOC が高くないと、より一層 HRQOL に悪影響を及ぼすことが示された。SOC 「処理可能感」においては SDS の状態で SOC の効果が逆転することが示され、SOC は SDS が高い状況下で効果を発揮することと、SDS が低い時は SOC 「処理可能感」が低い方がよいことが示された。SOC 「有意味感」においては SDS が低くても SOC の効果はあることが示され、SDS が高い時は SOC が高くないと、より一層 HRQOL に悪影響を及ぼすことが示された (図 2-1,2-2)。

表5. HRQOL(SF-8™)の身体的サマリースコアに対する階層的重回帰分析

モデル	変数	身体機能			日常生活機能(身体)			体の痛み			全体的健康感		
		B	β	R ² ΔR ²	B	β	R ² ΔR ²	B	β	R ² ΔR ²	B	β	R ² ΔR ²
1	属性(統制変数)			.113 .113			.135 .135			.211 .211 **			.109 .109 **
	年齢	-166	-.249		-053	-.107		-005	-.006		-105	-.140	
	手術から薬物療法までの期間(月)	-341	-.109		.286	.109		.572	.146		.364	.103	
	薬物療法歴(月)	-005	-.008		.027	.050		.229	.294		.098	.139	
	治療中の困りごとの数	.343	.086		.518	.159		.325	.073		.091	.023	
2	薬物療法中の症状の苦痛			.233 .120 *			.441 .390 **			.442 .231 **			.303 .194 **
	SDS	-435	-.380 *		-.772	-.575 **		-.940	-.658 **		-.523	-.406 **	
	ストレス対処力			.297 .064 *			.464 .380 **			.477 .035 **			.402 .099 **
3	把握可能感	-168	-.151		-166	-.166		.195	.140		.402	.322 *	
	処理可能感	.091	.054		.142	.090		-.363	-.173		-.008	-.004	
	有意味感	.465	.236		.295	.190		-.363	-.147		.248	.112	
	交互作用項			.305 .008			.508 .396 **			.586 .108 **			.496 .095 **
4	薬物療法中の症状の苦痛 × ストレス対処力「把握可能感」	.009	.040		-.006	-.027		-.089	-.319 *		-.005	-.020	
	薬物療法中の症状の苦痛 × ストレス対処力「処理可能感」	-.007	-.022		.068	.201		.160	.398 **		.199	.329 *	
	薬物療法中の症状の苦痛 × ストレス対処力「有意味感」	-.056	-.100		.032	.065		-.179	-.257 *		.012	.019	
	B(非標準化係数)、β(標準偏帰係数)値は、最終Step(第4モデル)での値を示す												

表6. HRQOL(SF-8™)の精神的サマリースコアに対する階層的重回帰分析

モデル	変数	活力			社会生活機能			日常役割機能(精神)			心の健康		
		B	β	R ² ΔR ²	B	β	R ² ΔR ²	B	β	R ² ΔR ²	B	β	R ² ΔR ²
1	属性(統制変数)			.115 .115			.079 .079			.060 .060			.200 .200 **
	年齢	-133	-.246		-.211	-.246		-.175	-.210		.044	.060	
	手術から薬物療法までの期間(月)	.180	.028		.115	.028		.343	.087		.337	.099	
	薬物療法歴(月)	.046	-.069		-.055	-.069		-.055	-.071		.074	-.109	
	治療中の困りごとの数	-.155	-.011		-.049	-.011		-.350	-.079		-.935	-.241	
2	薬物療法中の症状の苦痛			.340 .225 **			.238 .159 **			.180 .120 *			.360 .160 **
	SDS	-.541	-.355 *		-.523	-.355 *		-.565	-.393 *		-.501	-.401 **	
	ストレス対処力			.405 .065 **			.316 .078 **			.205 .026			.408 .048 **
3	把握可能感	.229	.024		.034	.024		.110	.079		.221	.182	
	処理可能感	-.267	-.082		.178	.082		-.280	-.133		-.232	-.127	
	有意味感	.384	.279 *		.709	.279 *		.329	.133		.421	.196	
	交互作用項			.423 .018 **			.365 .049 **			.029 .004			.434 .026 **
4	薬物療法中の症状の苦痛 × ストレス対処力「把握可能感」	-.032	.188		.054	.188		.023	.081		-.019	-.076	
	薬物療法中の症状の苦痛 × ストレス対処力「処理可能感」	.058	.067		.028	.067		-.028	-.070		.078	.222	
	薬物療法中の症状の苦痛 × ストレス対処力「有意味感」	-.019	-.138		-.099	-.138		-.024	-.034		-.057	-.094	
	B(非標準化係数)、β(標準偏帰係数)値は、最終Step(第4モデル)での値を示す												

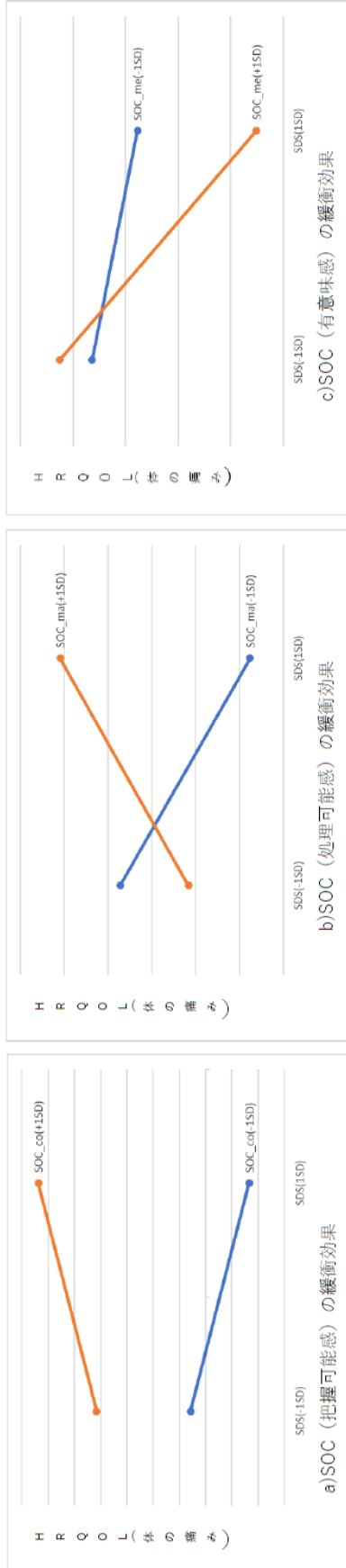


図2-1. SDSのHRQOL (体の痛み) に対するSOCの緩衝効果

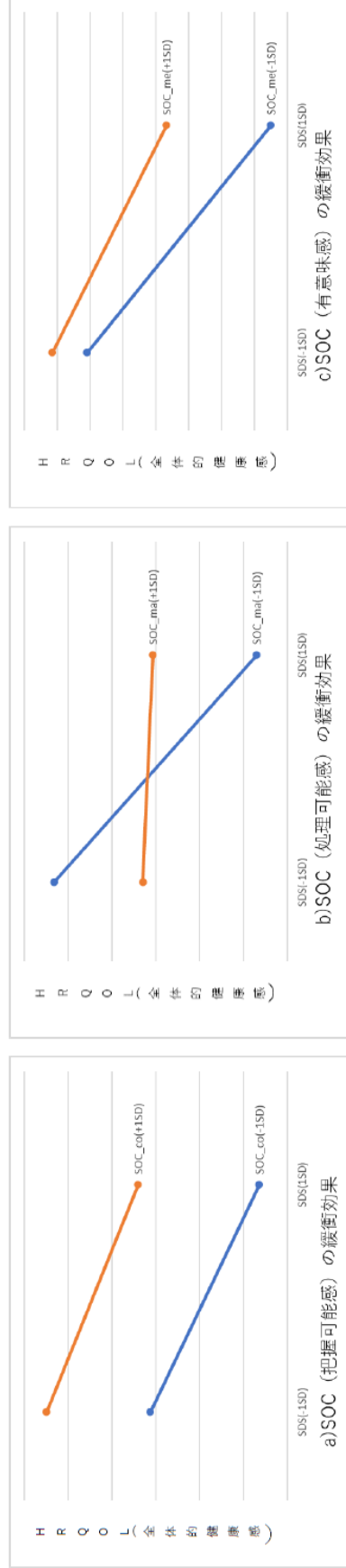


図2-2. SDSのHRQOL (全体的健康感) に対するSOC-13の緩衝効果

VII 考 察

本研究によって明らかになったことは、SDS は SF-8™ の全ての項目において強い負の相関を認めたこと、SOC は症状の苦痛が高い状況下で緩衝作用を発揮することであり、本研究の仮説が示された。さらに、本研究によって新たに示されたことは、「体の痛み」のために生活が妨げられることに関しては SOC（有意味感）が高いと HRQOL が低下するということであった。これらの結果から、がん薬物療法中の患者の症状の苦痛が HRQOL に及ぼす影響に対する SOC の緩衝効果と、がん薬物療法中の症状マネジメントに対する支持療法のあり方について分析した。

1. 術後補助薬物療法を受けている患者が体験している症状と健康関連 QOL（HRQOL）

本研究の参加者は薬物療法特有の症状に加えて治療履歴を反映した症状体験を認識していると考えられた。がん薬物療法中の症状の苦痛（SDS）の程度においては、合計平均得点 18.29 ± 5.03 点であり、先行研究（Stapleton, Holden and Epstein et al., 2016）で示される肺癌患者の SDS の合計平均得点 21.56 ± 5.60 より低かった。先行研究では SDS スケールの下位尺度のうち「倦怠感」に対する苦痛が最も高かったが、本研究対象者が使用しているテガフル・ウラシル配合剤は好中球の減少が少なく倦怠感の有害事象の出現頻度が低いことが影響していると考えられた。また、「痛み」に関しては、本研究対象者が内服しているテガフル・ウラシル配合剤に痛みと表現されるような好発有害事象の発生頻度や程度が低いことや、術後肺癌患者の身体的不快症状の実態を調査した先行研究（坂東・雄西・今井, 2015）において手術に関係した体の痛みが明らかになっていることや手術歴があるものほど症状が強いと認識している（成沢・佐藤・柏倉 et al., 2014）ことから、患者は薬物療法特有の症状に加え、治療歴を反映した複合的な症状を認識していると考えられる。

症状はそれを体験している患者の主観的な感覚であることから、患者がどのように症状を体験し捉えているかに焦点をあてたアセスメントが重要である。国際疼痛学会は、慢性術後痛（chronic postsurgical pain: 以下 CPSP と略）を「手術後少なくとも 3 か月以上続く痛み」と定義している（Nicholas, Vlaeyen and Rief et al., 2019）。CPSP は外科患者の 10～50% で発

症し、2～10%の日常生活活動に影響すること、CPSPの原因は外科的浸潤の種類および程度による手術関連因子と、精神的および心理的要因、個人差による患者関連因子が関連している可能性が示されている（Kehlet, Jensen and Woolf, 2006）。積極的な治療を受ける多くのがん患者は複数の症状を経験しており、複数の症状の発生は機能的状態と低い HRQOL に関連している（Esther, Jung and Dodd et al., 2009）ことが明らかになっている。また、外来薬物療法を受けている患者を対象に症状体験と HRQOL との関係を調査した研究において、患者が受ける手術が多ければ多いほど症状が強いことが示されており（成沢・佐藤・柏倉 et al., 2014）、痛み、倦怠感、およびうつ病の症状が互いに関連して症状クラスターとして捉えることの重要性が示されている（Laird, Scott and Colvin et al., 2011）。以上のことから、患者は薬物療法の副作用のみならず、治療歴や心理的要因などの患者関連因子を反映した症状を認識していると考えられる。症状は患者にとって必ず何かの意味を帯びており、症状を患者個人に起きている現象として理解することは症状マネジメントに不可欠である。

2. 術後補助薬物療法を受けている患者の健康関連 QOL (HRQOL)

本研究対象者は、現在がん薬物療法中の症状の苦痛が生じているにも関わらず国民平均値とほぼ同等の HRQOL を保っている。本研究対象者が行なっている治療は副作用症状の出現頻度や程度は比較的低いと示されているが、それでも治療中の悩みや負担において「治療に伴う症状のつらさ」が上位に入っていることから、患者はがん薬物療法に伴う苦痛に対して何かしらの対処を行うことで HRQOL を維持していると推定される。自覚症状と HRQOL との関連において、痛みや倦怠感などの症状体験が、身体的な苦痛のみならず、精神的な苦痛にも強く関連すること（Esther, Jung and Dodd et al., 2009）や、薬物療法の副作用が患者の心理・日常生活に及ぼす問題として、「取り除くことができない症状のつらさ」や「今より症状が悪化することへの懸念」「自分らしく生きることの揺らぎ」（中野・竹田・松岡, 2020）が明らかになっている。患者の HRQOL は副作用症状が心理・日常生活に及ぼす影響に対処した結果でもあり、その状況を維持するための患者自身の生活体験が影響していると考えられた。また、外来治療中の患者において、他者との交流や役割の遂行が行えて

いるものほど HRQOL が高い (光井・山内・陶山, 2009) ことが示されている。以上のことから、症状を有する患者に対してその症状体験そのものを理解することだけでなくその症状の結果として生活にどのような影響が及んでいるのかを含めた HRQOL を理解することが必要であり、症状マネジメントのゴールとして症状の程度の軽減だけでなく症状が患者の生活全般にもたらす結果を改善することが求められる。

3. 症状の苦痛 (SDS) が健康関連 QOL (HRQOL) (SF-8™) に及ぼす影響に対するストレス対処力 (SOC) の緩衝効果

多変量解析の結果、SDS は SF-8™ の全ての項目について強い負の相関を認めたこと、SOC は症状の苦痛が高い状況下で緩衝作用を示すことが明らかになり、本研究の仮説が証明された。ストレス対処力にはがん薬物療法中の症状の苦痛に関連する HRQOL の関係を緩衝する効果があると示されたことは、副作用症状マネジメントに対する看護を通してストレス対処力へ働きかけをすることにより、患者の HRQOL をさらに維持・向上することが可能になると考えられた。

SDS と SOC の間で、体の痛みと全体的健康感に対する有意な交互作用が認められ、SOC は SDS が高い状況下で緩衝作用を発揮することが示された。「体の痛み」に関しては SOC の処理可能感の効果が逆転すること、SOC の有意味感が低い方が HRQOL により影響を及ぼすことが示された。有意味感とは内的な志向性があり、外的環境要因の影響を受けにくい (Takahashi, Kato and Igari et al., 2015) ことが示されていることから、体の痛みに対して周囲の資源を活用することに影響を与える可能性がある。先行研究 (大野, 2005) においては、外来薬物療法を行うことで困難が生じるのは療養者本人だけではなく、その家族も療養者同様、今後の生活に対する不安や生活パターンの変調など、様々な困難を抱えながら生活していることが明らかになっている。SOC はストレスに遭遇した際にその人の内外にある資源を上手に動員し対処することによって心身の健康を守る力であると言われていたが、本研究における対象の多くが家族と同居していること、治療中の悩みや負担として「配偶者への負担」「治療に伴う症状のつらさ」を挙げていることから有意味感が高いことにより症

状の改善をするために必要な周囲の資源を活用することが妨げられている可能性がある。日本においては、がん患者の家族は第 2 の患者といわれ医療者のケアの対象となっている（大野, 2005; 永田・水野, 2013）ことから、この傾向は日本人の患者独自のものである可能性がある。これらのことから、SOC の「有意味感」が高い患者に対しては、意図的に医療者が患者の社会資源となってサポートすることが求められていると考える。

4. がん薬物療法中の症状マネジメントに対する支持療法のあり方

CPSP は化学療法中の副作用症状評価の対象となっていないため、医療者の関りの対象となっていない可能性がある。SOC は周囲の資源を動員して上手に対処する力とされているにも関わらず、医療者の関りがなく対処できないため苦痛が改善せず HRQOL が低くなっている可能性が考えられる。化学療法誘発性末梢神経障害（Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: CIPN）を体験する患者の症状体験と方略を明らかにした研究において、症状に対する効果的な解決策がないという症状の特徴から、患者は精神的なストレスを抱えやすい状況にもかかわらず患者自身では対応しきれていない状況があることが報告されており（中野・竹田・松岡, 2020）、医療者による適切なストレスマネジメントの必要性が指摘されている。

転移性肺がん患者を対象とした早期緩和ケア介入試験において、コーピングやコミュニケーションへの支援が早期緩和ケア介入の鍵となる可能性が示されている（Temel, Greer and El-Jawahri et al., 2017）ことや、早期緩和ケアをうけた進行期がん患者は接近型コーピングが高まり、HRQOL や抑うつ減少がみられたことが示された（Greer, Jacobs and El-Jawahri et al., 2018）ことから、症状に対する効果的な解決策がないような Grade 1~2 の副作用症状に対してもケアの対象として医療者が認識することが求められており、支持療法として、ストレスマネジメントの必要性やコーピングやコミュニケーション支援が有用と考えられた。今後は、薬物療法中の副作用症状評価に加え、患者の HRQOL 評価とともに患者の SOC の特性を加えることで、苦痛スクリーニングの精度があがる可能性が示唆された。

5. 研究の限界と今後の課題

- ・ 本研究は横断研究であり、SOC と SF-8™ の因果関係については明らかにされていない。SOC は一般的に 30 歳ぐらいまでに安定する (Antonovsky, 1987) と報告されているが、人生の良い経験により成長するという可能性についても考えられており、がん治療を開始してからの体験によって SOC が高められている可能性も考えられる。
- ・ 本研究は治療が継続できている患者を対象としたため、治療中断にいたる患者の SOC については検討していない。したがって、今後がん患者の HRQOL と SOC の関係を縦断的に調査し、治療中断にいたる患者の SOC の特徴をとらえる必要があると考えられる。
- ・ 本研究はパイロットスタディとして行ったため、今後はサンプル数を増やすことと、がん薬物療法を受ける患者の症状マネジメントにおけるストレスマネジメントやコピーング、コミュニケーション等の看護介入の効果を検証することが必要である。

VIII 結 論

本研究はがん薬物療法中の患者の症状の苦痛 (SDS) と健康関連 QOL (HRQOL) との関係に対するストレス対処力 (SOC) の緩衝効果を明らかにした。本研究結果から、SOC が低い患者の症状マネジメントにおいて SOC の成熟を促進するような医療者の関りが求められること、さらに、有意味感が高い患者に対しては医療者が社会資源となるような関わりが求められることが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただいた対象者の皆様、調査施設の皆様方に心より感謝申し上げます。
本研究の計画実施から論文作成にあたり、ご指導賜りました三重県立看護大学 大川明子教授、名古屋大学大学院医学系研究科 池松裕子教授に深謝申し上げます。審査の過程において多くのご示唆を下さいました名古屋大学大学院医学系研究科 浅野みどり教授、名古屋大学大学院医学系研究科 佐藤一樹准教授に心より感謝申し上げます。

本研究は公益財団法人安田記念医学財団（The Yasuda Medical Foundation）の平成 28 年度癌看護研究助成（2016Y-27）を受けて実施した。

文 献

- Ander, M., Grönqvist, H., Cernvall, M., Engvall, G., Hedström, M., Ljungman, G., Lyhagen, J., Mattsson, E. & von Essen, L. 2016, "Development of health-related quality of life and symptoms of anxiety and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: a 10-year follow-up study", *Psycho-oncology (Chichester, England)*, vol. 25, no. 5, pp. 582-589.
- Antonovsky, A. 1979, *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, United States.
- Antonovsky, A. 1987, *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*, United States.
- Antonovsky, A. 1993, "The structure and properties of the sense of coherence scale", *Social Science & Medicine*, vol. 36, no. 6, pp. 725-733.
- 浅海くるみ & 村上好恵 2017, "外来化学療法を受ける転移・再発乳がん患者に生じる複数の症状の主観的体験と対処に関する質的研究", *Nihon Kango Kagakki shi*, vol. 37, pp. 417-425.
- 荒尾晴恵 2002, "症状マネジメントにおける IASM の有効性の検討—がん性疼痛の症状マネジメントにおける比較から", *看護研究*, vol. 35, no. 3, pp. 213-227.
- 坂東孝枝, 雄西智恵美 & 今井芳枝 2015, "術後肺がん患者の退院時からの術後6ヶ月までの身体的不快症状の実態", *日本がん看護学会誌*, vol. 29, no. 3, pp. 18-28.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. & Aiken, L.S. 2015, *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*, Third edition. Rev. ed. of [the] 2nd ed. 1983 edn, Routledge, New York ;London.
- Drageset, J., Eide, G.E. & Hauge, S. 2016, "Symptoms of depression, sadness and sense of coherence (coping) among cognitively intact older people with cancer living in nursing homes—a mixed-methods study", *PeerJ (San Francisco, CA)*, vol. 4, pp. e2096.
- Esther Kim, J., Dodd, M.J., Aouizerat, B.E., Jahan, T. & Miaskowski, C. 2009, "A Review of the Prevalence and Impact of Multiple Symptoms in Oncology Patients", *Journal of pain and symptom management*, vol. 37, no. 4, pp. 715-736.
- Etkind, S.N., Daveson, B.A., Kwok, W., Witt, J., Bausewein, C., Higginson, I.J. & Murtagh, F. 2015, "Capture, Transfer, and Feedback of Patient-Centered Outcomes Data in Palliative Care Populations: Does It Make a Difference? A Systematic Review", *Journal of pain and symptom management*, vol. 49, no. 3, pp. 611-624.
- Floyd, A., Dedert, E., Ghate, S., Salmon, P., Weissbecker, I., Studts, J.L., Stetson, B. & Sephton, S.E. 2011, "Depression May Mediate the Relationship between Sense of Coherence and Quality of Life in Lung Cancer Patients", *Journal of health psychology*, vol. 16, no. 2, pp. 249-257.
- 福原俊一、鈴鴨よしみ 2004, *SF-8 日本語版マニュアル第2版*, NPO 健康医療評価研究機構, 日本.
- Greer, J.A., Jacobs, J.M., El-Jawahri, A., Nipp, R.D., Gallagher, E.R., Pirl, W.F., Park, E.R., Muzikansky, A., Jacobsen, J.C., Jackson, V.A. & Temel, J.S. 2018, "Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood", *Journal of clinical oncology*, vol. 36, no. 1, pp. 53-60.

- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P. & Hietanen, P. 2007, "Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners", *Psycho-oncology (Chichester, England)*, vol. 16, no. 12, pp. 1100-1110.
- Hyphantis, T., Hyphantis, T., Goulia, P., Goulia, P., Zerdes, I., Zerdes, I., Solomou, S., Solomou, S., Andreoulakis, E., Andreoulakis, E., Carvalho, A., Carvalho, A., Pavlidis, N. & Pavlidis, N. 2016, "Sense of Coherence and Defense Style Predict Sleep Difficulties in Early Non-metastatic Colorectal Cancer", *Digestive diseases and sciences*, vol. 61, no. 1, pp. 273-282.
- 東山聖彦, 高濱誠, 松村晃秀, 前田元, 太田三徳, 奥村明之進, 良河光一, 黄政龍, 多田弘人 & 児玉憲 2015, "エビデンス変遷に基づく非小細胞肺癌術後補助化学療法の実態調査 - 大阪肺がん研究グループ (Osaka Lung Cancer Study Group, OLCSG) による多施設アンケート調査報告", *肺癌*, vol. 55, no. 7, pp. 1055-1064.
- 石川睦弓 & 山口健 2016, *2013 がん向き合った4,054人の声 (がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査 報告書)*, (検索日: 2021年4月11日: <https://www.scchr.jp/book/houkokusho/2013taikenkoe.html>.)
- Kato, H., Ichinose, Y., Ohta, M., Hata, E., Tsubota, N., Tada, H., Watanabe, Y., Wada, H., Tsuboi, M., Hamajima, N., Ohta, M. & Japan Lung Cancer Research Group on Postsurgical Adjuvant Chemotherapy 2004, "A Randomized Trial of Adjuvant Chemotherapy with Uracil-Tegafur for Adenocarcinoma of the Lung", *The New England Journal of Medicine*, vol. 350, no. 17, pp. 1713-1721.
- Kehlet, H., Jensen, T.S. & Woolf, C.J. 2006, "Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention", *The Lancet (British edition)*, vol. 367, no. 9522, pp. 1618-1625.
- 菊田美穂, 方尾志津, 安達美樹, 大内紗也子, 脇口優希, 中野宏恵 & 内布敦子 2017, "薬物療法を受ける造血器腫瘍患者の口腔トラブルの実態とそのマネジメント", *日本がん看護学会誌*, vol. 31, no. 1, pp. 155-164.
- 北村佳子 2014, "外来化学療法を受ける消化器がん術後患者の症状体験, セルフマネジメント力, 自己効力感, QOLの実態および関連", *Nihon Gan Kango Gakkai shi*, vol. 28, no. 3, pp. 13-23.
- Laird, B.J.A., Scott, A.C., Colvin, L.A., McKeon, A., Murray, G.D. & Fearon, K.C.H. 2011, "Pain, Depression, and Fatigue as a Symptom Cluster in Advanced Cancer", *Journal of pain and symptom management*, vol. 42, no. 1, pp. 1-11.
- Larson, P.J., Uchinuno, A., Izumi, S., Kawano, A., Takemoto, A., Shigeno, M., Yamamoto, M. & Shibata, S. 1999, "An integrated approach to symptom management", *Nursing & health sciences*, vol. 1, no. 4, pp. 203-210.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984, *Stress, appraisal, and coping*, Springer Publishing Company, New York.
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Prochnicki, M., Rudzki, S., Laskowska, B. & Brudniak, J. 2020, "Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy", *International journal of environmental research and public health*, vol. 17, no. 19, pp. 1.
- Matsuda, T., Ajiki, W., Marugame, T., Ioka, A., Tsukuma, H. & Sobue, T. 2015, *Monitoring of Cancer Incidence in Japan - Survival 2006-2008 Report (Center for Cancer Control and*

Information Services, National Cancer Center, 2016), Research Group of Population-Based Cancer Registries of Japan.

- Mccorkle, R. & Young, K. 1978, "Development of a symptom distress scale", *Cancer Nursing*, vol. 1, no. 5, pp. 373-378.
- 光井綾子, 山内栄子 & 陶山啓子 2009, "外来化学療法を受けている患者の QOL に影響を及ぼす要因", *Nihon Gan Kango Gakkai shi*, vol. 23, no. 2, pp. 13-22.
- 向井未年子, 大石ふみ子 & 大西和子 2012, "外来通院中の進行肺がん患者のストレスコーピングとソーシャル・サポートの検討", *三重看護学誌*, vol. 14, no. 1, pp. 29-39.
- Nicholas, M., Vlaeyen, J.W.S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M.A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S. & Treede, R. 2019, "The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain", *Pain (Amsterdam)*, vol. 160, no. 1, pp. 28-37.
- 中野宏恵, 竹田元美 & 松岡和美 2020, "化学療法誘発性末梢神経障害を体験する患者の症状マネジメントの方略", *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, vol. 27, pp. 25-38.
- 永田倫人 & 水野恵理子 2013, "胃がん術後患者の症状と家族の QOL および不安との関連", *日本看護研究学会雑誌*, vol. 36, no. 1, pp. 1_39-1_48.
- 成沢香織, 佐藤富美子, 柏倉栄子 & 佐藤菜保子 2014, "外来で分子標的治療を受けるがん患者の症状体験と QOL の関連", *日本がん看護学会誌*, vol. 28, no. 3, pp. 5-12.
- 西谷葉子, 湯浅幸代子, 細見裕久子, 北山奈央子, 磯元淳子, 中野宏恵 & 内布敦子 2017, "分子標的薬による皮膚障害の症状マネジメントの実態", *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, vol. 24, no. 1, pp. 93-103.
- 大川明子, 村木明美, 石川睦弓 & 大西和子 2004, "症状の苦痛尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討 - McCorkle の Symptom Distress Scale", *三重看護学誌*, vol. 6, no. 1, pp. 49-55.
- 大野美佳 2005, "外来化学療法を受けているがん患者と家族員のかかわりについての患者の認知", *高知女子大学看護学会誌 = Journal of Kochi Women's University Academy of Nursing*, vol. 30, no. 2, pp. 44-50.
- 沖本二郎, 副島林造 & 寺松孝 1996, "非小細胞肺癌に対する術後補助化学療法の検討 第2次研究: CDDP + VDS + UFT 投与群と UFT 単独投与群と手術単独群の比較試験 病期別・組織型別 5年成績", *Haigan. Lung cancer*, vol. 36, no. 7, pp. 863-871.
- Sarenmalm, E.K., Browall, M., Persson, L.-., Fall-Dickson, J. & Gaston-Johansson, F. 2013, "Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer", *Psycho-oncology (Chichester, England)*, vol. 22, no. 1, pp. 20-27.
- Siglen, E., Bjorvatn, C., Engebretsen, L., Berglund, G. & Natvig, G. 2007, "The Influence of Cancer-related Distress and Sense of Coherence on Anxiety and Depression in Patients with Hereditary Cancer", *Journal of genetic counseling*, vol. 16, no. 5, pp. 607-615.
- Şimşir Atalay, N., Taflan Selçuk, S., Akkaya, N., Konukcu, S., Kaya, V. & Şahin, F. 2011, *Anxiety, depression and quality of life among breast cancer patients*.

- Stapleton, S.J., Holden, J., Epstein, J. & Wilkie, D.J. 2016, *A Systematic Review of the Symptom Distress Scale in Advanced Cancer Studies*, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland.
- Susan D. Block 2000, "Assessing and Managing Depression in the Terminally Ill Patient", *Annals of Internal Medicine*, vol. 132, no. 3, pp. 209.
- Takahashi, K., Kato, A., Igari, T., Sase, E., Shibamura, A., Kikuchi, K., Nanishi, K., Jimba, M. & Yasuoka, J. 2015, "Sense of coherence as a key to improve homebound status among older adults with urinary incontinence", *Geriatrics & Gerontology International*, vol. 15, no. 7, pp. 910-917.
- Takayama, T., Asano, Y., Yamazaki, Y., Yoshii, K., Nagasaka, Y., Fukada, J., Furusawa, Y., Takahashi, S. & Seki, Y. 1999, "Sense of coherence, stressful life events and psychological health", *Nihon kōshū eisei zasshi*, vol. 46, no. 11, pp. 965-976.
- Tamura, K., Aiba, K., Saeki, T., Nakanishi, Y., Kamura, T., Baba, H., Yoshida, K., Yamamoto, N., Kitagawa, Y., Maehara, Y., Shimokawa, M., Hirata, K. & Kitajima, M. 2015, "Testing the effectiveness of antiemetic guidelines: results of a prospective registry by the CINV Study Group of Japan", *International Journal of Clinical Oncology*, vol. 20, no. 5, pp. 855-865.
- Temel, J.S., Greer, J.A., El-Jawahri, A., Pirl, W.F., Park, E.R., Jackson, V.A., Back, A.L., Kamdar, M., Jacobsen, J., Chittenden, E.H., Rinaldi, S.P., Gallagher, E.R., Eusebio, J.R., Li, Z., Muzikansky, A. & Ryan, D.P. 2017, "Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial", *Journal of clinical oncology*, vol. 35, no. 8, pp. 834-841.
- Temel, J.S., Greer, J.A., Muzikansky, A., Gallagher, E.R., Admane, S., Jackson, V.A., Dahlin, C.M., Blinderman, C.D., Jacobsen, J., Pirl, W.F., Billings, J.A. & Lynch, T.J. 2010, "Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer", *The New England journal of medicine*, vol. 363, no. 8, pp. 733-742.
- THE WHOQOL GROUP 1995, "The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization", *Social science & medicine (1982)*, vol. 41, no. 10, pp. 1403-1409.
- Uchino, J., Hirano, R., Tashiro, N., Yoshida, Y., Ushijima, S., Matsumoto, T., Ohta, K., Nakatomi, K., Takayama, K., Fujita, M., Nakanishi, Y. & Watanabe, K. 2012, "Efficacy of aprepitant in patients with advanced or recurrent lung cancer receiving moderately emetogenic chemotherapy", *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, vol. 13, no. 8, pp. 4187.
- Vahtera, J., Pentti, J. & Uutela, A. 1996, "The effect of objective job demands on registered sickness absence spells; do personal, social and job-related resources act as moderators?", *Work & Stress*, vol. 10, no. 4, pp. 286-308.
- Williams, L., Bohac, C., Hunter, S. & Cella, D. 2016, "Patient and health care provider perceptions of cancer-related fatigue and pain", *Supportive Care in Cancer*, vol. 24, no. 10, pp. 4357-4363.
- 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典 & 坂野純子 2008, *ストレス対処能力SOC*, 有信堂, 東京.
- 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典 2017, *健康生成力SOC と人生・社会 : 全国代表サンプル調査と分析*, 有信堂, 東京.

資 料

1. 健康関連 QOL (SF-8™) の度数分布
2. がん薬物療法中の症状の苦痛 (SDS) の度数分布
3. ストレス対処力 (SOC) の度数分布

1. 健康関連 QOL (SF-8™) の度数分布

問1	全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか (全体的健康感：GH)	
	1 最高に良い	3
	2 とても良い	7
	3 良い	45
	4 あまり良くない	9
	5 良くない	1
	6 ぜんぜん良くない	1
	無回答	0
問2	過去1ヶ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。（身体機能：PF）	
	1 ぜんぜん、妨げられなかった	26
	2 わずかに妨げられた	21
	3 少し妨げられた	17
	4 かなり妨げられた	2
	5 体を使う日常活動ができなかった	0
	無回答	0
問3	過去1ヶ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。（日常役割機能（身体））	
	1 ぜんぜん、妨げられなかった	26
	2 わずかに妨げられた	26
	3 少し妨げられた	12
	4 かなり妨げられた	2
	5 いつもの仕事ができなかった	0
	無回答	0
問4	過去1ヶ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。（体の痛み：BP）	
	1 ぜんぜんなかった	29
	2 かすかな痛み	22
	3 軽い痛み	10
	4 中くらいの痛み	4
	5 強い痛み	1
	6 非常に激しい痛み	0
	無回答	0
問5	過去1ヶ月、どのくらい元気でしたか。（活力：VT）	
	1 非常に元気だった	8
	2 かなり元気だった	42
	3 少し元気だった	15
	4 わずかに元気だった	1
	5 ぜんぜん元気でなかった	0
	無回答	0
問6	過去1ヶ月間に、家族や友人との普段のつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。（社会生活機能：SF）	
	1 ぜんぜん、妨げられなかった	41
	2 わずかに妨げられた	15
	3 少し妨げられた	7
	4 かなり妨げられた	3
	5 つきあいができなかった	0
	無回答	0
問7	過去1ヶ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。（心の健康：MH）	
	1 ぜんぜん、悩まされなかった	25
	2 わずかに悩まされた	26
	3 少し悩まされた	8
	4 かなり悩まされた	7
	5 非常に悩まされた	0
	無回答	0
問8	過去1ヶ月間に、日常行う行動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。（精神：RE）	
	1 ぜんぜん、妨げられなかった	26
	2 わずかに妨げられた	24
	3 少し妨げられた	11
	4 かなり妨げられた	4
	5 日常行う行動ができなかった	1
	無回答	0

2.がん薬物療法中の症状の苦痛（SDS）の度数分布

はきけ（頻度）		排便パターン	
1 まったくなし	52	1 ふつうの排便パターンである	46
2 ときどきある	11	2 ときどき排便パターンに不快や苦痛を伴う	14
3 かなりある	1	3 現在の排便パターンはときどきかなりの不快や苦痛を伴う	4
4 頻回にある	0	4 現在の排便パターンはいつもかなりの不快と苦痛を伴う	2
5 ほとんど持続的にある	1	5 現在の排便パターンはほとんど持続的な不快や苦痛を伴う	0
無回答	1	無回答	0
* はきけのあるときは はきけ（程度）		集中力	
1 軽度である	10	1 普通に集中できる	48
2 軽度の苦痛がある	2	2 ときどき集中できない	16
3 かなり気分が悪い	0	3 ときどき集中することがかなり難しい	2
4 たいがいの場合非常に気分が悪い	0	4 たいがい集中することが難しい	0
5 我慢できないほど気分が悪い	0	5 全く集中できない気がする	0
無回答	2	無回答	0
食欲		外観	
1 食欲があり食事が楽しい	25	1 外見は基本的に変化していない	54
2 いつもではないが、大抵食欲がある	30	2 外見が悪くなることについてはときどき考える	9
3 食事は楽しくない	5	3 外見が悪くなっていることをしばしば考える	2
4 食事を無理して取る	6	4 外見が悪くなっていることをしょっちゅう考えている	0
5 食べ物のことを思うだけで耐えられない	0	5 外見が悪くなっていることをいつも気にしている	1
無回答	0	無回答	0
不眠（睡眠障害）		呼吸	
1 いつものように眠れる	39	1 いつもふつうに呼吸している	47
2 時々寝つきが悪く、不眠である	18	2 ときどき呼吸困難がある	16
3 しょっちゅう寝つきが悪い	5	3 しばしば呼吸困難がある	3
4 ほとんど毎晩寝つきが悪く、不眠である	2	4 思うように呼吸ができない	0
5 満足な睡眠を得るのは不可能である	2	5 ほとんどいつもひどい呼吸をしている	0
無回答	0	無回答	0
痛み（頻度）		今後の見通し	
1 全く痛みがない	33	1 恐怖も心配もない	18
2 ときどき痛みがある	26	2 少し心配である	36
3 1週間に数回痛みがある	0	3 心配しているが恐れてはいない	7
4 いつもある程度痛みがある	3	4 心配で少し怖い	5
5 ほとんど持続的に痛みがある	3	5 心配でおびえている	0
無回答	1	無回答	0
* 痛みがあるときは 痛み（程度）		咳	
1 非常に軽度である	18	1 全く咳はない	21
2 軽度の苦痛である	12	2 ときどき咳をする	40
3 かなり激しい	1	3 しばしば咳をする	5
4 非常に激しい	1	4 しばしば咳があり、ときどき咳込む	0
5 耐えられないほどである	0	5 しばしばしつこくひどい咳込みがある	0
無回答	0	無回答	0
倦怠感（疲労感）			
1 疲労感あるいは倦怠感はまったくない	27		
2 一定の期間、疲労感あるいは倦怠感がある	27		
3 一定の期間、疲労感と倦怠感がある	7		
4 いつも疲労感と倦怠感がある	3		
5 ほとんど疲れ切っている	0		
無回答	2		

3. ストレス対処力 (SOC) の度数分布

問1 あなたは、自分の周りでおこっていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか。

1 まったくない	23
2 .	15
3 .	11
4 .	14
5 .	3
6 .	0
7 とてもよくある	0
無回答	0

問2 あなたはこれまでに、よく知っていると思ったいた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか？

1 まったくなかった	35
2 .	9
3 .	8
4 .	6
5 .	4
6 .	3
7 いつもそうだった	0
無回答	1

問3 あなたは、あてにしていた人がっかりさせられたことがありますか？

1 まったくなかった	25
2 .	14
3 .	8
4 .	9
5 .	4
6 .	4
7 いつもそうだった	0
無回答	2

問4 今までの、あなたの人生は、

1 明確な目標や目的はまったくなかった	2
2 .	5
3 .	7
4 .	14
5 .	16
6 .	13
7 とても明確な目標や目的があった	9
無回答	0

問5 あなたは、不当な扱いをうけているという気持ちになることがありますか？

1 とてもよくある	0
2 .	2
3 .	8
4 .	3
5 .	9
6 .	10
7 まったくない	33
無回答	1

問6 あなたは、不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいかわからないと感じることがありますか？

1 とてもよくある	1
2 .	1
3 .	6
4 .	9
5 .	8
6 .	9
7 まったくない	30
無回答	2

問7 あなたが毎日していることは

1 喜びや満足を与えてくれる	13
2 .	24
3 .	13
4 .	11
5 .	3
6 .	1
7 つらく退屈である	1
無回答	0

問8 あなたは気持ちや考え方が非常に混乱することがありますか？

1 とてもよくある	2
2 .	1
3 .	7
4 .	10
5 .	10
6 .	19
7 まったくない	17
無回答	0

問9 あなたは本当なら感じたくないような感情を抱いてしまうことがありますか？

1 とてもよくある	2
2 .	2
3 .	10
4 .	12
5 .	3
6 .	19
7 まったくない	15
無回答	3

問10 どんな強い人でさえ、時には「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたはこれまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか？

1 まったくなかった	5
2 .	14
3 .	13
4 .	11
5 .	7
6 .	11
7 よくあった	5
無回答	0

問11 何かが起きたとき、ふつう、あなたは

1 そのことを過大に評価したり、過小に評価してき	0
2 .	4
3 .	5
4 .	10
5 .	18
6 .	16
7 適切な見方をしてきた	10
無回答	3

問12 あなたは、日常生活で行っていることにはほとんど意味がない、と感じることがありますか？

1 まったくない	31
2 .	17
3 .	6
4 .	7
5 .	2
6 .	2
7 とてもよくある	1
無回答	0

問13 あなたは自制心を保つ自信がなくなることがありますか？

1 まったくない	13
2 .	24
3 .	12
4 .	7
5 .	4
6 .	6
7 とてもよくある	0
無回答	0