

# 周手術期患者の不安と抑うつに関連する因子の検討

## A Factors Concerned of Depression and Anxiety Degree in Perioperative Patients

齊藤 慶子<sup>1)</sup>, 大芝まゆみ<sup>1)</sup>, 内田 純子<sup>1)</sup>, 永田 倫人<sup>1)</sup>, 小林 薫<sup>2)</sup>

SAITO Keiko, OSHIBA Mayumi, UCHIDA Jyunko, NAGATA Tomohito, KOBAYASHI Kaoru

### 要 旨

周手術期に抑うつ状態に陥りやすい患者の傾向とその抑うつと不安の程度を明らかにすることを目的に、手術患者32名に、入院時・手術前・手術後1週間(以降術後とする)・退院時にHospital Anxiety Depression Scale(以後HADSとする)を用いて抑うつと不安の評価を行った。結果、不安は入院時が高く退院にかけて低下していた、悪性疾患患者は入院時不安が強い人が多かった、男性は退院時抑うつが強い人が多かった、手術時間と術後の抑うつ得点には正の相関があった、などが明らかとなった。よって、男性や手術時間が長い患者へは、術前から精神的ケアやコンサルテーションリエゾンサービスの利用、退院時のフォローアップの充実を図ること、不安は入院時が最も高いことから、外来での告知後からのフォローアップや病状経過や治療計画・看護計画を患者に示し、患者自ら活動できる支援も有効であると考えられる。

キーワード 周手術期, 抑うつ, 不安

Key Words Perioperative, Depression, Anxiety

### 1. はじめに

外科病棟における看護では、患者が術後回復過程に効果的に適応出来るよう術前から関わっている。しかし、術後に不安・焦燥感・緊張・恐怖・不眠・自律神経症状などを示し抑うつ状態を呈するケースが散見され、このために回復が遅延する症例を多く体験した。また、一般外科病棟において、せん妄などの術後精神状態は5～15%に発症する<sup>1)</sup>といわれている。志水<sup>2)</sup>は術後精神症状の主なものはせん妄とうつ状態であり、これらは手術に対する不安やICUの治療環境などの精神的ストレスによる心因性のものと、身体的原因によって起こる外因性のものに分類されると報告している。その中でも、抑うつ状態に対し、術前から看護介入出来る方法がないか検討する必要性を感じた。一般外科手術後の精神状態は術直後から長くても一週間以内に発症するといわれている<sup>3)</sup>。術後肺がん患者の抑うつの有無に関して、術前のソーシャルサポートの満足感が術後の抑うつの有無に関係する<sup>4)</sup>ことから、術後抑うつ状態から早期に脱せられるよう、

術前のかかわりが重要である。しかし日常の業務のなかで患者に十分な精神的ケアを提供するには限界があり、術後抑うつになりやすい患者を早期にスクリーニングを行いピックアップし、援助していくことが重要になると考えた。そのためには、抑うつ状態に陥りやすい患者の傾向を理解しなければならない。本研究は、周手術期に抑うつ状態に陥りやすい患者の傾向とその抑うつと不安の程度を明らかにし、効果的介入につなげる資料とすることを目的とした。

### II. 方法

#### 1. 調査対象

消化器疾患、内分泌疾患、皮膚科疾患により全身麻酔下で手術を施行した患者32名。

#### 2. 調査期間

2004年6月～8月。

#### 3. 調査内容・方法

- 1) 年齢、性別、診療科、良性疾患患者か、悪性疾患患者か、告知の有無、手術時間(麻酔時間を含む)、家庭内役割(親役割あり、親役割なし)、有職、無職についての調査をカルテより行った。
- 2) 入院時・手術前(以降術前とする)・手術後1週間(以降術後とする)・退院時の4時点でHospital Anxiety

受理日：2007年5月31日

1) 山梨大学医学部附属病院看護部：University of Yamanashi Hospital

2) 山梨大学医学部精神神経医学・臨床倫理学講座：School of Medicine Department of Neuropsychiatry and Clinical Ethics, University of Yamanashi

Depression Scale(以後HADSとする)を用いた抑うつと不安の評価を自己にて記入してもらった。それぞれの時点で日中の担当看護師が患者にHADSの用紙を渡し、その場で記入してもらい回収した。HADSとは、入院患者の病的な抑うつと不安のスクリーニングをするために1983年にA.S.Zigmondらによって作成されたスケール<sup>5)</sup>で、不安と抑うつそれぞれ7つの質問項目に対し、その場で当てはまる項目を4段階(0点~3点)で自己評価し、不安と抑うつを得点化するスケールである。日本語版のHADSは、東ら<sup>6)</sup>や八田ら<sup>7)</sup>により信頼性と妥当性が検討されている。得点が高いほど不安、抑うつが強いと判断する。また、抑うつ、不安ともそれぞれ得点が8点以上は疑診群とした。

#### 4. 分析方法

HADSにより不安と抑うつを得点化した。分析は、マンホイットニーのU検定、フリードマン検定、 $\chi^2$ 検定、スピアマンの順位相関係数を用いて、関連因子との関係を見た。統計ソフトはJMPIN5Jを使用した。

#### 5. 倫理的配慮

調査にあたっては、山梨大学医学部附属病院看護部看護研究プロジェクト委員会の承認を得て、対象者に、調査の趣旨と調査方法、個人情報保護、調査への協力の有無が今後の治療に影響しないこと、中断の権利について文書と面接で明示し、署名にて同意を得た。

### III. 結果

#### 1. 対象者の属性

対象者の平均年齢±標準偏差は、54.9±12.4歳、うち、55歳未満が19人、55歳以上が13人であった。性別は、男性12名、女性20名。また、良性疾患患者13名、悪性疾患患者19名であり、全員病名告知されていた。手術時間は平均3時間で、2時間以内が15名、3時間以上は17名であった。家庭内役割として、親役割を担っているものは21名、親以外は11名、また、有職者は21名、無職者は11名であった。

#### 2. 不安得点の変化

##### 1) 全体での比較(図1)

不安得点は、入院時が一番高く7.2±3.9点、ついで術前6.5±3.7点、術後4.8±3.7点、退院時4.3±3.6点であり、入院時から退院時にかけて不安得点は有意に低下していた(F=12.679, p<0.0001)。

##### 2) 属性による比較(表1)

年齢(55歳未満p<0.01, 55歳以上p<0.001)、良性疾患患者(p<0.01)、悪性疾患患者(p<0.001)、手術時間(2時間以内p<0.001, 3時間以上p<0.001)、家庭内役割(親役割ありp<0.05, 親役割なしp<0.05)、有職(p<0.001)、無職(p<0.001)は、入院時から退院時にかけて不安得点は有意に低下していた。また、性別では女性が(p<0.001)、診療科では消化器外科が(p<0.001)、入院時から退院時にかけて不安得点は有意に低下していた。

属性によって不安得点に差があるか調べたところ、どの属性においても、またどの時期においても有意な差はなかった。

表1 不安得点の変化(属性毎)

			入院時 Mean±SD	術前 Mean±SD	術後 Mean±SD	退院時 Mean±SD	有意差 <sup>1)</sup>
年齢	55歳未満	19人	6.6±3.7	6.1±3.6	4.5±3.1	4.0±2.7	**
	55歳以上	13人	8.1±4.3	7.2±3.8	5.2±4.6	4.8±4.7	***
性別	男性	12人	7.7±3.9	6.2±3.7	6.1±3.1	5.2±3.6	
	女性	20人	6.9±4.1	6.7±3.8	4.0±3.9	3.8±3.6	***
診療科	消化器外科	26人	7.2±4.0	6.3±3.7	4.6±3.5	4.3±3.4	***
	皮膚科	6人	7.3±4.0	7.2±4.1	5.5±4.9	4.5±4.7	
良性悪性	良性	13人	6.5±2.8	6.5±2.7	4.2±4.1	3.8±4.0	**
	悪性	19人	7.6±4.6	6.5±4.3	5.2±3.6	4.7±3.4	***
手術時間	2時間以内	15人	5.9±3.1	5.8±3.3	4.0±3.7	3.6±3.5	***
	3時間以上	17人	8.4±4.3	7.1±4.0	5.5±3.7	4.9±3.7	***
家庭内役割	親	21人	6.3±3.6	6.0±3.6	4.1±3.0	3.8±2.9	*
	親以外	11人	8.8±4.2	7.5±3.9	6.1±4.7	5.4±4.7	*
職業	有職	21人	6.9±3.9	6.0±3.6	4.3±3.1	3.7±2.9	***
	無職	11人	7.8±4.2	7.4±3.9	5.6±4.8	5.5±4.6	***

注: 1) フリードマン検定 \*p<0.05 \*\*<0.01 \*\*\*<0.001

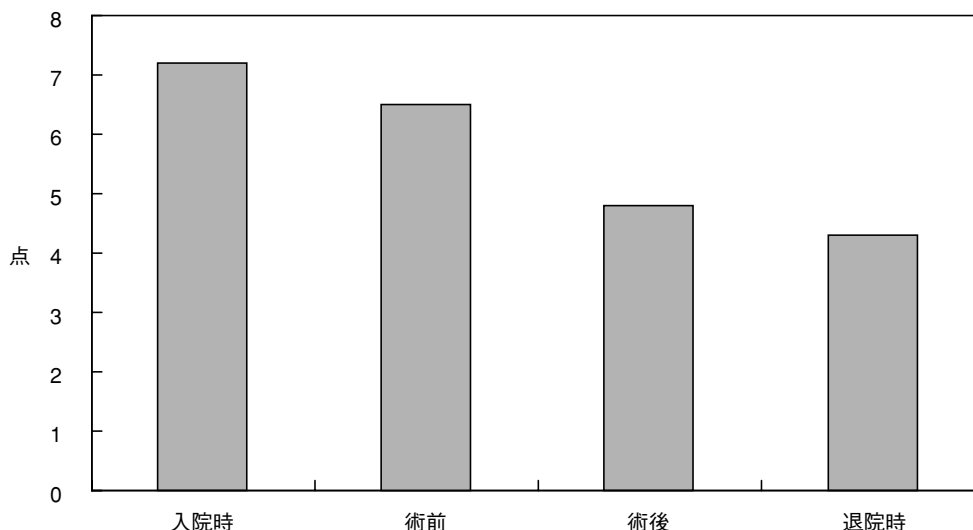


図1 不安得点の変化(全体) n = 32

### 3. 抑うつ得点の変化

#### 1) 全体での比較

抑うつ得点は、入院時  $4.8 \pm 3.5$  点、術前  $4.2 \pm 3.5$  点、術後  $4.3 \pm 3.5$  点、退院時  $3.8 \pm 3.2$  点であり、低下はしているものの、有意差はなかった。

#### 2) 属性による比較(表2)

時期による抑うつ得点の変化はどの属性でもなかった。属性の群間の抑うつ得点の差を調べたところ、手術時間において、手術時間が3時間以上の群は手術時間が2時間以内の群に比べ術後有意に抑うつ得点が高かった ( $p < 0.05$ )。

### 4. 不安・抑うつ疑診群の割合

属性により、正常群と疑診群の割合を比較した所、入院時、悪性疾患患者は良性疾患患者に比べ不安の疑診群の割合が多かった ( $p < 0.05$ ) (図2)。また、退院時男性は女性に比べ抑うつ疑診群の割合が多かった ( $p < 0.05$ ) (図3)。

### 5. 手術時間、年齢と不安・抑うつ得点の相関

手術時間と術後の抑うつ得点との間に正の相関があった ( $r = 0.4993$ ,  $p < 0.01$ )。手術時間と不安得点においては関連性はみられなかった。また、年齢と不安得点、抑うつ得点においても関連性はみられなかった。

表2 抑うつ得点の変化(属性毎)

			入院時	術前	術後	退院時
			Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
年齢	55歳未満	19人	4.8±3.4	4.1±3.2	3.8±3.3	3.5±2.8
	55歳以上	13人	4.6±3.9	4.3±3.9	4.9±3.8	4.2±3.8
性別	男性	12人	5.1±3.8	4.8±3.5	4.9±3.6	4.4±3.8
	女性	20人	4.5±3.4	3.8±3.5	3.9±3.5	3.4±2.8
診療科	消化器外科	26人	4.7±3.3	4.0±3.1	4.5±3.4	3.9±3.2
	皮膚科	6人	5.0±4.8	4.8±5.0	3.3±4.1	3.3±3.7
良性悪性	良性	13人	4.3±2.7	4.5±3.6	3.2±3.1	3.2±3.1
	悪性	19人	5.1±4.0	4.0±3.5	4.9±3.6	4.2±3.3
手術時間	2時間以内	15人	4.1±3.4	3.6±3.6	2.9±2.8	2.9±2.5
	3時間以上	17人	5.3±3.6	4.7±3.3	5.4±3.7	4.5±3.6
家庭内役割	親	21人	4.2±3.5	3.5±3.4	3.7±3.3	3.4±3.0
	親以外	11人	5.7±3.4	5.5±3.4	5.4±3.7	4.5±3.5
職業	あり	21人	4.5±3.5	3.7±3.3	3.9±0.8	3.2±3.0
	なし	11人	5.3±3.7	5.2±3.7	5.0±1.1	4.9±3.3

注：1)マンホイットニーのU検定 \* $p < 0.05$

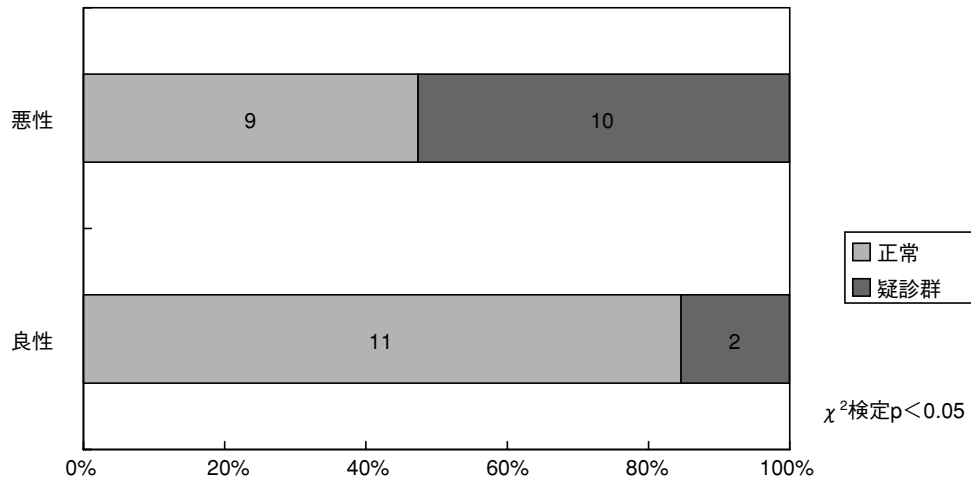


図2 良性・悪性による入院時の不安重症度の比較

#### IV. 考察

一般外科手術後に精神症状を呈しやすい要因として、男性であること<sup>8)</sup>、手術時間が長いこと<sup>9)</sup>、が先行研究で示されている。本研究では、抑うつ状態に関して退院時男性は女性に比べ抑うつの疑診群の割合が多かったこと、手術時間と術後の抑うつ得点との間には正の相関があったことから同様の結果が得られたため、術後抑うつ状態に陥りやすい患者の要因として、男性であること、手術時間が長いこと、をあげることができると言える。

退院時、男性については抑うつが強い患者の割合が多かった。わが国では男性は主として生計を担う傾向があり、そのため女性よりも社会復帰の必要性が高い場合が多く、退院することで、社会的役割の中に戻る事に対し抑うつの的となると考えたが、有職、無職の違いや、家庭内役割の違いでは有意な差は認められなかった。入院することで、今までの生活で担っていた役割から、社会的に「日常行なっている社会的役割と義務が免除され治療する為の権利と機会が付与される」<sup>10)</sup>という患者役割に変化していた患者が、退院する、という事で、役割から変化することから抑うつが強まることも考えられる。患者が多かった、と考える。そのような患者に対しては、回復が実感でき、現状を受け入れ役割が変化することを受け入れられるよう関わる必要がある。また家族やキーパーソンへの関わりが重要と考えられる。したがって、退院指導は食事指導などの生活指導や身体的な指導が中心になりやすいが、精神的に支えていくための指導も必要と思われ、患者の役割変化を受け入れ、見守るように伝えていく必要がある。家族やキーパーソンがいない場合は、患者の了承のもと、地域の保健師等に連絡し連携を取る、外来等でフォローアップしていく必要があると思われる。

また、手術時間の長い者は術後の抑うつが強かった。また、退院時も抑うつが強い傾向であった。手術時間は前もって予測できることが多く、手術時間が3時間を越える患者は、計画的な精神的ケアやコンサルテーションリエゾンサービスを利用し、抑うつの予防や早期発見する必要がある。

悪性疾患患者は良性疾患患者より入院時の不安が高かった。入院期間の短縮化が言われ久しいが、外来で告知され入院してくる患者は、告知されたショックを自宅に持ち帰り、入院に至るまで不安な気持ちですごさねばならない。外来で痛告知を受けた患者は、告知後3日目が最も不安が強い<sup>11)</sup>ことから、早期のフォローアップは重要であろう。また、外来でのフォローアップの必要性<sup>12)</sup>が述べられていることや、外来に専門の窓口を設けているところもあり、入院までに相談できる窓口等を設けることで、不安を軽減することは可能と考えられる。また、クリニカルパスに準ずるような病状経過や治療計画・看護計画を示し、患者が自らの問題として能動的に活動できるような支援も必要と思われる。入院時も、疾患に対する思いや不安を十分聴取し、関わる必要がある。

不安は入院時が一番強く、時間の経過とともに軽減していた。手術直前は不安が高まると考えていたが、医療者が不安を聴取し関わったり、呼吸訓練や手術オリエンテーション、術後の離床等、退院に向け自ら行動していくこと、他の患者から体験を聞いたり見たりすること、実際に手術が終了すること、などから不安が軽減していくことが考えられる。昨今の入院期間の短縮化より、不安が軽減せずに、手術、退院を迎える患者もいるであろう。このような患者への支援として、先に述べたように外来に相談窓口を設置し入院前から不安軽減への対応を行ったり、入院に向けてのレディネスを整える、手術オリエンテーションを入院前から行なうなど、入院直後

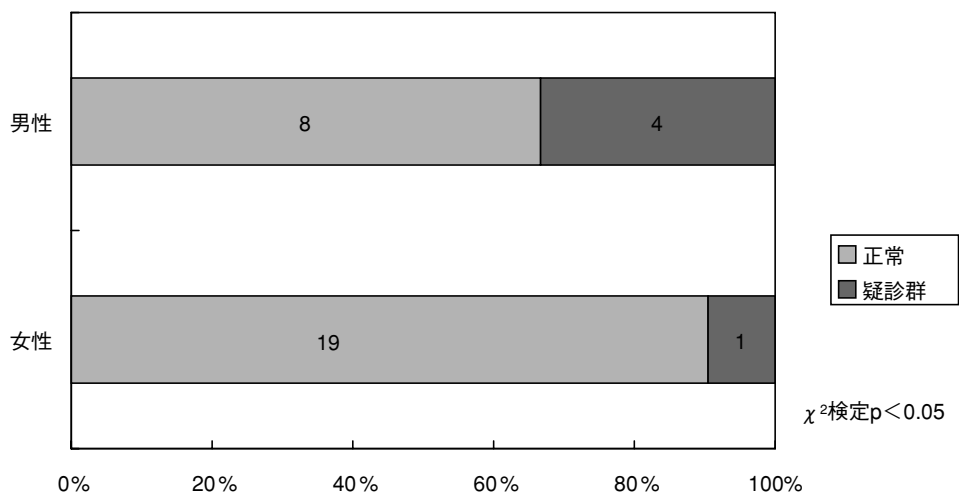


図3 性別による退院時の抑うつ重症度の比較

からの手術への不安軽減の為のかかわりが重要となってくると思われる。

### V. 結論

今回の研究では、男性であることは退院時の抑うつに、手術時間が長いことは術後の抑うつに関係性があったことから、術前から計画的な精神的ケアやコンサルテーションリエゾンサービスの利用、退院時のフォローアップの充実を図り、抑うつ状態の予防や早期発見をする必要がある。

また、不安は入院時が最も高く、時間の経過とともに軽減することが明らかになったことから、外来での告知後からのフォローアップやクリニカルパスに準ずるような病状経過や治療計画・看護計画を患者に示し、患者が能動的に活動できるような支援も有効であると考えられる。

### 謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。また、本研究を進めるにあたりご指導いただきました、山梨大学水野恵理子先生、津田紫緒先生に深く感謝いたします。

### 引用文献

- 1) 平沢秀人(1992)老人の術後せん妄の臨床的研究. 精神神経学雑誌, 92(7) : 391-410.
- 2) 志水彰(1990)術後精神症状はどうして起こるのか.臨床看護, 16(9) : 305-308.
- 3) Tsutui S, Kitamura M(1996)Development of postoperative delirium in relation to a room change in the general surgical unit. Sueg Today, 26 : 292-294.
- 4) 内富庸介(2000)術後肺がん患者の抑うつの有病率とその関連因

子に関する検討. 精神経誌, 102(11) : 1110.

- 5) Zigmund AS, Snaith RP, 北村俊則(訳)(1993)The Hospital anxiety and Depression Scale(HADS尺度).精神科診断, 4:371-372.
- 6) 東あかね, 八城博子, 他(1996)消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度)日本語版の信頼性と妥当性の検討. 日本消化器病学会誌, 93(12) : 18-26.
- 7) 八田宏之, 東あかね, 他(1998)Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討 - 女性を対象とした成績 -. 心身医学, 38(5) : 310-315.
- 8) 高橋久恵, 安良岡幸子, 他(1993)術後せん妄を起こしやすい要因. 第24回成人看護, 190-192.
- 9) 松田好美(2002)術後せん妄患者への看護.臨床看護, 28(5) : 604-608.
- 10) 小泉義之(2006)病いの哲学. 筑摩書房, 東京.
- 11) 藤田美和子, 丸山美香, 他(2001)がん告知後の患者の不安及び抑うつ度調査 - HAD 尺度を用いて -. 新潟がんセンター病医誌, 40(2) : 91-96.
- 12) 佐藤正美, 松宮利子, 他(2003)外来でのがん告知から手術目的入院当日までの思いとコーピング. 看護技術, 49(7) : 47-51.