

消化器系・循環器系内科病棟における 悪性疾患患者と非悪性疾患患者の倦怠感の比較

Fatigue of Inpatients in the Internal Medicine Ward:
The Difference between Malignant Disease Patients and Non-Malignant Disease Patients

山本美智子¹⁾, 伊藤 あい¹⁾, 佐々木洋子¹⁾, 村松 和起¹⁾
牧野 基美¹⁾, 秋山 栄¹⁾, 伊達久美子²⁾

YAMAMOTO Michiko, ITO Ai, SASAKI Yoko, MURAMATSU Kazuki
MAKINO Motomi, AKIYAMA Sakae, DATE Kumiko

要 旨

当病棟は消化器系・循環器系疾患患者が中心の内科病棟で、その中で悪性疾患患者が約8割を占め、その患者の多くが倦怠感を訴える。本研究は患者の倦怠感の内容や程度を把握するために、患者への負担をかけず、かつ身体的・精神的・認知的の視点から評価が行える Cancer Fatigue Scale を使用し調査を行い、悪性疾患患者と非悪性疾患患者の比較を行った。全対象者65名の平均年齢は63.0 ± 13.8歳で消化器疾患患者が最も多く約65%を占めていた。CFS得点は、身体的倦怠感と精神的倦怠感で、悪性疾患患者群は非悪性疾患患者群より得点が高く倦怠感が強いという傾向を示していたが、両群間に有意差はなかった。しかし肝疾患患者のCFS得点を肝障害度別(Child-Pugh分類)によって比較した結果、最も肝障害度の高いClass CのCFS得点が高く Class AとClass Bとの間に有意差を認めた。さらにCFS得点を両群間で比較したところ、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値、赤血球数、血清アルブミン値に有意差があった。CFS得点と血液データ等の関係では悪性疾患患者群は非悪性疾患患者群に比べ、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値、血清アルブミン値に強い正相関を認め、言語的に現れにくい倦怠感のアセスメントの指標として重要であることが示唆された。

キーワード 倦怠感, 悪性疾患患者, 非悪性疾患患者, 癌患者の倦怠感スケール,
Key Words Fatigue, Cancer Fatigue Scale(CFS), Malignant Disease Patients,
Non-Malignant Disease Patients, Assessment of Fatigue,

はじめに

悪性疾患患者は倦怠感を有することが多い。倦怠感は肉体的・精神的に感じる複合的な自覚症状でありメカニズムはまだ明らかになっていない。その原因としては、肝機能障害・腎機能障害・糖尿病・心不全等の疾患やそれらに併発する貧血、低栄養・脱水・低酸素等の症状に由来するもの、感染・褥創・電解質異常等の合併症、抗

癌剤副作用や放射線障害など治療に伴うもの、さらに精神的なもの等、様々であるが、倦怠感の多くはいくつもの原因が複合していると言われ、原因への対処療法が行われている¹⁾。

悪性疾患患者の倦怠感の研究は1980年代に始まり、1990年から1995年までは年間一桁台(7~9件)であったが、1995年を境として徐々に多くなってきた。これは米国の癌看護学会が1995年にFIRE(Fatigue Initiative through Research and Education)プロジェクトを創設し、悪性疾患患者の倦怠感に関する研究・教育を推進するのに力を注いできた結果が現れていると考えられる²⁾。倦怠感悪性疾患患者に限らず、あらゆる疾患の患者に多くみられる症状であり、倦怠感という自覚症状を表す表現が多様であることからアセスメントの困難性を増している。倦怠感のアセスメントについては近年多くの研

受理日: 2004年8月11日

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

2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部(臨床看護学): Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering(Clinical Nursing) University of Yamanashi

究者により検討されている³⁾⁴⁾⁵⁾。しかし倦怠感を有する患者を対象としたものは少なく、労働者を対象とした尺度、たとえば「自覚症状調べ(Subjective Symptoms Index : SSI)」、「蓄積的疲労兆候調査(Chronic Fatigue Symptoms Index : CFSI)」、多面的疲労尺度「MFI (Multidimensional Fatigue Index)」が多用されている。一方、患者を対象としたものとしては、CFS(Chalder Fatigue Scale)やPFS(Piper Fatigue Scale)は癌患者の倦怠感を測定するために開発され、妥当性と信頼性も検討されているがいずれも米国で作成されたものである。日本においては、奥山ら⁷⁾⁸⁾が、癌患者の倦怠感を評価する尺度として Cancer Fatigue Scale を開発している。

当病棟は消化器系・循環器系疾患患者が中心の内科病棟であるが、その中で悪性疾患患者が約8割を占め、その患者の多くが「だるい」、「けったるい」といった倦怠感を訴える。症状や検査・治療によって倦怠感の程度や部位も異なっているが、倦怠感があることにより患者は活動性や気力の低下をきたし、QOLが阻害されていると日々の看護の中で感じていた。倦怠感とは患者の治療の状態や表現に左右されることや、看護スタッフ間においても患者の倦怠感の捉え方には個人差があり、看護アセスメントやマネジメントに困難さを感じていた。また対症方法が発見しにくく、どう対処して良いのか分からないことから、倦怠感の程度を的確に評価することで、より有効なケアの提供や関わりを持つことができれば倦怠感が緩和し、患者のQOLの維持・拡大につながるのではないかと考えた。そこで本研究では、まず当病棟に入院中の患者の倦怠感の内容や程度を把握する目的で調査を行い、悪性疾患患者と非悪性疾患患者の比較を行った。対象となるのは高齢者や消耗している患者が多くなるため、理解しやすく簡便なものであることが必要で、さらに倦怠感とは身体的側面だけでなく精神的側面もあることから、身体的・精神的・認知的の3つの視点から評価の行える奥山らの Cancer Fatigue Scale を使用し評価した結果を報告する。

用語の定義

ここで使う倦怠感とは、身体的・精神的・認知的側面から捉えたもので、上肢・下肢・腰・背・肩の部分的な症状と全身症状を含めたものとする。身体的倦怠感とは「疲れやすい」、「体がだるい」などの倦怠感の身体的知覚、精神的倦怠感とは「物事への興味」、「活気」など精神的活動の低下、認知的倦怠感とは「不注意」、「忘れやすい」など注意・集中力の低下を示す。

方法

1. 対象

2003年4月28日から8月4日までのY大学医学部付属

病院消化器系・循環器系内科病棟の入院患者で同意を得られた69名を対象とした。調査実施日は平均入院日数11.6 ± 12.9日目で、入院時スクリーニングが終了し、患者の状態が比較的安定した時期に行った。調査項目に記入漏れのなかった65名の回答を有効回答(有効回答率は95.6%)とした。これはこの期間の当病棟入院患者の約30%にあたった。

2. 調査方法と内容

構成的面接法により調査を実施した。質問用紙は倦怠感に関する質問のほか、入院中の活動や睡眠時間などの休息の状態、浮腫や冷感などの自覚症状により構成した。治療、合併症、血液データはカルテから情報収集した。また、肝疾患患者に関しては、肝障害度を内科医師の協力のよりChild-Pugh分類により分類した。Child-Pugh分類は、肝性脳症、腹水、血清ビリルビン濃度、血清アルブミン濃度、プロトロンビン%の各項目を点数化して、Class A から Class C の3段階に分類する。Class C が肝障害度が最も高い状態である。

本研究の主テーマである倦怠感の把握については、筆者らが過去のカルテや看護記録から患者の倦怠感に関連する言葉を抽出し作成した28項目の症状の有無と、奥山ら⁷⁾⁸⁾¹⁰⁾が癌患者の倦怠感を把握するために開発した倦怠感スケール(Cancer Fatigue Scale : 以下CFSと略す)を用いた。

倦怠感に関連する28項目

日常、患者に接する中で倦怠感や苦痛の訴えの中には方言も多くあり、倦怠感の把握のためのひとつの指標として用いるため、過去のカルテや看護記録から頻回に使用される言葉を研究グループメンバーで抽出し整理した。その結果、使用頻度の多かった「全身倦怠感」、「下肢倦怠感」、「けったるい」、「はばったい」、「ありぐるしい」等の28項目の症状を取り上げ、その症状の有無を調査した。

CFS

CFSは身体的倦怠感・精神的倦怠感・認知的倦怠感の3つの次元から患者の倦怠感を評価する。「疲れやすいですか」、「横になりたいと感じますか」、「身体がだるいと感じますか」、「ぐったりと感じますか」、「うんざりと感じますか」、「身の置き所のないようなだるさを感じますか」、「おっくうに感じますか」の身体的倦怠感7項目、「がんばろうと思うことができますか」、「活気はありますか」、「物事に興味をもてますか」、「物事に集中することはできますか」、の精神的倦怠感4項目、「不注意になったと感じますか」、「言い間違いが増えたように感じますか」、「忘れやすくなったと感じますか」、「考える早さが落ちたと感じますか」の認知的倦怠感4項目のからなり、全15項目である。回答は「いいえ」、「すこし」、「まあまあ」、「かなり」、「とても」の5段階で評定する。こ

表1 調査対象の特徴

		n=65			
		悪性疾患患者(n=29)		非悪性疾患患者(n=36)	
		人数	(%)	人数	(%)
平均年齢	(±SD)	60.3	(16.6)	65.8	(9.6)
性別	男性	14 名	(48.3)	23 名	(63.9)
	女性	15 名	(51.7)	13 名	(36.1)
疾患	消化器疾患	25 名	(86.2)	17 名	(47.2)
	循環器疾患	0 名	(0.0)	19 名	(52.8)
	呼吸器疾患	2 名	(6.9)	0 名	(0.0)
	血液疾患	2 名	(6.9)	0 名	(0.0)
肝疾患患者 Child-Pugh分類	Class A	15 名	(51.7)	10 名	(27.8)
	Class B	4 名	(13.8)	2 名	(5.6)
	Class C	8 名	(27.6)	7 名	(19.4)
	Class C	3 名	(10.3)	1 名	(2.8)

れら15項目を全て足し合わせて総合的倦怠感とし、高得点ほど強い倦怠感を示す(得点範囲0～60点)。なお、奥山らの報告では、各下位尺度のCronbachの α 係数は身体的倦怠感0.88～0.90、精神的倦怠感0.78～0.83、認知的倦怠感0.78～0.79であり、尺度全体としては0.88であった。

3. 分析方法

自覚症状は回答者の割合を百分率で求め、悪性疾患患者群と非悪性疾患患者群による比較は²検定またはFisherの直接法により検討した。CFS得点は平均値と標準偏差を算出し、悪性疾患患者(以下、悪性群)と非悪性疾患患者(以下、非悪性群)による比較はt検定を行った。Child-Pugh分類による比較は一元配置分散分析、CFSの下位尺度間の関係はPearsonの積率相関係数を求めた。統計ソフトSPSS for Windows Ver10.0.5Jを用いた。

表2 悪性疾患患者の疾患特性等

		n=29	
		人数	(%)
悪性疾患別	肝癌	15 名	(51.7)
	胃癌	3 名	(10.3)
	大腸癌	2 名	(6.9)
	食道癌	2 名	(6.9)
	膵臓癌	2 名	(6.9)
	肺癌	2 名	(6.9)
	悪性リンパ腫	2 名	(6.9)
	前縦隔癌	1 名	(3.4)
治療状況	未治療	18 名	(62.1)
	化学療法	8 名	(27.6)
	放射線治療	1 名	(3.4)
	PEIT・RFA	2 名	(6.9)
告知の状況	告知	8 名	(27.6)
	未告知	21 名	(72.4)

結果

1. 調査対象の属性

調査対象の属性については表1, 2にまとめた。全対象者65名の平均年齢は63.0 ± 13.8歳であった。悪性群は消化器疾患最も多く、中でも肝癌が過半数を占めていた。非悪性群は循環器疾患が最も多かった。

2. 倦怠感に関連する28項目

各症状の有無については表3にまとめた。悪性群では20%以上の患者が症状を有していた項目は19項目あり、非悪性群の3項目より多かった。また悪性群は「眠い」、「腰が痛い」、「ふらつく」、「足が重い」、「足がだるい」、「足が冷たい」、「体が切ない」が30%以上を超え、腰・肩・下肢といった部分的な症状と「眠い」、「ふらつく」といった全身症状とが多いことがわかった。「ボーっとする」は非悪性群の18.2%にみられ、悪性群との間に有意差を認めた。

3. CFS得点

CFS得点と下位項目あたりの比較を表4に示したが、両群間に有意差は認めなかった。しかし身体的倦怠感と精神的倦怠感、悪性群は非悪性群より得点が高く倦怠感が強いという傾向を示していた。悪性疾患患者の治療状況は、スクリーニングが終了しこれから治療を受ける未治療患者が18名(62.1%)、化学療法、放射線療法、PEIT、RFAの治療を受ける患者が11名(37.9%)となっていた。またCFSの15項目ごとに比較したところ、悪性群はすべての項目で非悪性群より平均得点が高かったが両群間に有意差はみなかった。なお、この研究におけるCFSのCronbach係数は身体的倦怠感0.93、精神的倦怠感0.80、認知的倦怠感0.84、尺度全体で0.88であった。

悪性群と非悪性群間で有意差は認めなかったが、全対象者中25名いた肝疾患患者においてChild-Pugh分類(肝

表3 倦怠感に関連する28項目(複数回答)

	悪性疾患患者(n=29)		非悪性疾患患者(n=36)		有意差
	人数	(%)	人数	(%)	
眠い	12名	(41.4)	14名	(21.2)	
腰が痛い	11名	(37.9)	20名	(30.3)	
ふらつく	11名	(37.9)	13名	(19.7)	
足が重い	11名	(37.9)	12名	(18.2)	
足がだるい	11名	(37.9)	7名	(10.6)	
肩がこる	10名	(34.5)	15名	(22.7)	
足が冷たい	10名	(34.5)	7名	(10.6)	
体が切ない	9名	(31.0)	9名	(13.6)	
息苦しい	8名	(27.6)	9名	(13.6)	
しびれる	8名	(27.6)	8名	(12.1)	
下肢のつれ	8名	(27.6)	5名	(7.6)	
歩きにくい	7名	(24.1)	11名	(16.7)	
けったるい	7名	(24.1)	10名	(15.2)	
全身がだるい	7名	(24.1)	9名	(13.6)	
あきるしい	7名	(24.1)	7名	(10.6)	
寒い	7名	(24.1)	7名	(10.6)	
足がはる	7名	(24.1)	3名	(4.5)	
痛い	6名	(20.7)	8名	(12.1)	
腹がはる	6名	(20.7)	6名	(9.1)	
腹が重い	5名	(17.2)	10名	(15.2)	
はばたたい	5名	(17.2)	5名	(7.6)	
吐きっぽい	4名	(13.8)	5名	(7.6)	
足がむくむ	4名	(13.8)	4名	(6.1)	
頭痛がある	3名	(10.3)	11名	(16.7)	
顔がほてる	3名	(10.3)	4名	(6.1)	
ボーとする	2名	(6.9)	12名	(18.2)	*
上肢のつれ	2名	(6.9)	4名	(6.1)	
顔がむくむ	1名	(3.4)	3名	(4.5)	

*検定またはFisherの直接法 ;P<0.05

表4 CFS得点の比較

	得点 範囲	悪性疾患患者	非悪性疾患患者	有意差
		(n=29)	(n=36)	
		Mean ± SD	Mean ± SD	
総合的倦怠感	0~60	21.8 ± 12.3	18.0 ± 9.6	n.s
身体的倦怠感	0~28	8.1 ± 9.1	5.9 ± 5.0	n.s
精神的倦怠感	0~16	10.2 ± 3.6	8.6 ± 4.0	n.s
認知的倦怠感	0~16	3.4 ± 3.7	3.5 ± 3.7	n.s

t検定。n.s:no significant

障害度別)による比較したところ, 統合的・身体的・精神的・認知的倦怠感は, すべてClass Cの平均点が最も高かった。また統合的倦怠感と身体的倦怠感Class AとClass Bとの間に有意差を認めた(表5)。

4. CFS得点の下位尺度間の関係

悪性群と非悪性群別に下位尺度間の関係(Pearsonの積率相関係数)を表6-1, 6-2に示した。悪性群では身体的倦怠感と精神的倦怠感に正相関を認めたが, 非悪性群では身体的倦怠感と認知的倦怠感に正相関を認めた。

5. CFS得点と血液データ等の関係

血液データを表7に示した。ヘモグロビン値, ヘマトクリット値, 赤血球数, アルブミン値は非悪性群の方が高く, 悪性群との間に有意差があった。悪性群と非悪性群別にCFS得点と血液データとの比較した結果, 非悪性群のCFS得点と血液データとの関係は, 身体的倦怠感とアルブミン値においてのみ唯一相関関係がみられ, 身体的倦怠感が強い者ほどアルブミン値が低いという結果であった(表8-1, 8-2)。しかし悪性群ではCFS得点とヘモグロビン値, ヘマトクリット値, 赤血球数, 総蛋白値, アルブミン値には正相関, 尿素窒素には負相関を認めた。

これらの傾向は特に身体的倦怠感と認知的倦怠感との関係が強かった。

表5 Child-Pugh 分類による CFS 得点の比較

	得点 範囲	Class A	Class B	Class C	有意差
		(n=6)	(n=15)	(n=4)	
		Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
総合的倦怠感	0~60	18.8 ± 7.6	19.0 ± 10.1	42.0 ± 11.2	2) 3) ***
身体的倦怠感	0~28	6.8 ± 4.5	6.0 ± 6.6	23.8 ± 5.9	2) 3) ***
精神的倦怠感	0~16	8.3 ± 4.3	9.8 ± 3.5	12.3 ± 2.9	
認知的倦怠感	0~16	3.7 ± 2.7	3.2 ± 3.1	6.0 ± 6.2	

一元配置分散分析、その後の検定はTukeyの検定で行った。

1) ClassA×ClassB 2) ClassA×ClassC 3) ClassB×ClassC それぞれの比較を示す。*p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001

表6-1 CFS の下位尺度間の関係：悪性群

	n=29			
	総合的	身体的	精神的	認知的
総合的倦怠感				
身体的倦怠感	0.946 ***			
精神的倦怠感	0.603 ***	0.464 *		
認知的倦怠感	0.420 *	0.208	-0.121	

Pearsonの積率相関係数 *p < 0.05 **p < 0.001

表6-2 CFS の下位尺度間の関係：非悪性群

	n=36			
	総合的	身体的	精神的	認知的
総合的倦怠感				
身体的倦怠感	0.863 ***			
精神的倦怠感	0.609 ***	0.258		
認知的倦怠感	0.752 ***	0.595 ***	0.131	

Pearsonの積率相関係数 ***p < 0.001

表7 血液データ～悪性疾患患者と非悪性疾患患者の比較～

検査項目	(単位)	悪性疾患患者	非悪性疾患患者	有意差
		(n=29)	(n=36)	
		Mean ± SD	Mean ± SD	
血液一般	ヘモグロビン値 (g/dL)	10.7 ± 2.1	12.9 ± 2.4	***
	ヘマトクリット値 (%)	32.5 ± 5.9	39.3 ± 6.6	***
	赤血球数 (万/mm ³)	3.5 ± 0.6	4.2 ± 0.9	***
生化学・血清検査	総蛋白値 (g/dL)	6.7 ± 1.1	6.9 ± 0.5	
	アルブミン値 (g/dL)	3.0 ± 0.6	3.9 ± 0.6	***
	尿素窒素 (mg/dL)	20.1 ± 18.5	17.5 ± 9.3	
	クレアチニン (mg/dL)	1.0 ± 0.6	1.2 ± 1.4	
	GOT(AST) (IU/l)	55.8 ± 53.5	41.1 ± 55.2	
電解質検査	GPT(ALT) (IU/l)	44.5 ± 44.5	56.5 ± 94.7	
	Na (mEq/l)	137.9 ± 4.2	135.3 ± 22.5	
	K (mEq/l)	4.0 ± 0.6	4.0 ± 0.5	
	Cl (mEq/l)	103.1 ± 2.8	105.1 ± 6.8	

t検定。***p < 0.001

表8-1 CFS 得点と血液データとの相関：悪性群

	n=29			
	総合的	身体的	精神的	認知的
Hb	-0.518 **	-0.389 *	-0.071	-0.347
Ht	-0.571 **	-0.431 *	-0.071	-0.383 *
RBC	-0.466 *	-0.280	-0.166	-0.382 *
TP	-0.480 **	-0.460 *	0.175	-0.315
Alb	-0.596 ***	-0.516 **	0.143	-0.453 *
BUN	0.556 **	0.553 **	-0.373	0.481 **
CRE	-0.039	0.142	-0.390 *	-0.067
GOT(AST)	0.329	0.365	-0.250	0.222
GPT(ALT)	0.090	0.049	0.045	0.074
Na	-0.533 **	-0.434 *	-0.044	-0.303
K	0.422 *	0.366	-0.054	0.272
Cl	-0.169	-0.138	-0.120	0.009

Pearsonの積率相関係数 *p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001

表8-2 CFS 得点と血液データとの相関：非悪性群

	n=36			
	総合的	身体的	精神的	認知的
Hb	-0.240	-0.403	0.145	-0.122
Ht	-0.214	-0.376	0.180	-0.140
RBC	-0.207	-0.325	0.208	-0.226
TP	0.107	0.175	-0.056	0.063
Alb	-0.293	-0.404 *	0.143	-0.267
BUN	-0.153	-0.312	0.253	-0.186
CRE	-0.008	-0.241	0.463	-0.184
GOT(AST)	0.033	-0.032	0.184	-0.067
GPT(ALT)	-0.041	-0.128	0.185	-0.105
Na	0.116	0.016	0.081	0.165
K	-0.175	-0.109	-0.021	-0.235
Cl	0.094	0.104	0.069	0.003

Pearsonの積率相関係数 *p < 0.05

考察

本研究は対象を悪性疾患患者に限らず、入院中の全患者を対象にアンケートを実施した。CFS得点においては悪性群と非悪性群の間に明らかな有意差は認められなかったが、悪性群の倦怠感の方が強い傾向が示されたことは、悪性群は非悪性群に比べ、疾患による身体面への因子、悪性疾患であるという精神面への因子がより多く存在していることが関係していると推察できる。対象者数が十分得られなかったため、悪性疾患患者の治療内容やステージ別の比較検討はできなかったが、病状による倦怠感の差があると予想されたため、肝疾患患者においては肝障害度別に比較を行った。その結果、Class Cが有意に倦怠感が強くは、栄養代謝機能に大きな影響のある肝臓が障害されることで倦怠感にも大きく影響を及ぼすものであることが示唆された。

倦怠感とは、身体的、精神的、認知的にエネルギーが減少したと感じる主観的な感覚であるといわれ¹⁰⁾、多角的な視点で倦怠感をアセスメントし、介入していくことが必要とであることを再認識した。筆者等が作成した28項目の倦怠感に関連する症状の有無において、全身症状のみならず部分的な症状が多く得られ、また悪性群では20%以上の患者が症状を有していた項目は28項目中、19項目あり、非悪性群の3項目に比べ、明らかに多かった。これらことから倦怠感は身体の部分的あるいは全身的な症状として現れてはいることから、患者が表現する様々な言葉から倦怠感を推察することが大切であると感じた。また、疾患だけでなく入院以前からの生活様式による影響もアセスメントの際、考慮しなければならないと考える。さらに精神面も大きく影響していると考えられるため、倦怠感の緩和には精神面へのアプローチも必要であると考える。

患者の倦怠感の明確な原因の同定は、病状の進行の程度など個人差が大きく、困難なことが多い。本研究では患者の状態を把握するための一つの指標を探るために、倦怠感とヘモグロビン値、総蛋白値、アルブミン値などの血液データとの関連の分析を試みた。その結果、悪性群では栄養状態、腎機能、電解質の値で強い関係が認められ、言語的に現れにくい倦怠感のアセスメントに活用できると考えた。今後の看護活動の中で医師とも連携をとり、これらのデータ改善への介入も倦怠感の緩和には必要であると考える。

本研究で用いたCFSは癌患者の倦怠感の把握を目的として作成されている。しかし、今回の結果を見るとCFSを用いることで悪性疾患の有無に限らず、倦怠感のある程度の把握は可能であると考えられる。またパイパー²⁾はVASのような1次元のスケールを用いることで、患者のその時々々の倦怠感の把握、また、倦怠感に対するケア提供後に患者の受け止めの評価がしやすいと思われる。こ

のような1次元のスケールを始め、患者に負担がかからないより簡便な評価方法を検討する必要であり、今後の課題としたい。

おわりに

入院患者は精神的倦怠感を最も強く感じており、それと身体症状との関連が強いことが示唆された。患者の倦怠感の程度を把握し、ケアとつなげていくためには、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルの面から患者を捉えることが必要であり、アプローチ方法については今後の課題としたい。

最後に、当研究にご協力を頂いた患者の皆様、肝障害度の判定において協力を頂いたY大学医学部第一内科北村医師に感謝申し上げます。

文献

- 1) 村上國男, 畠山共子(1999)倦怠感の原因とメカニズム. がん看護, 4(4): 289-291.
- 2) バーバラ・バイパー, 神里みどり(1999)がん患者の倦怠感 どう見よう取る. Expert Nurse, 15(10)September: 44-65.
- 3) 横山和仁, 荒記俊一, 他(1990)POMS日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. 日本公衛誌, 37(11): 913-917.
- 4) 出村真一, 小林秀紹, 他(2001)青年用疲労自覚症状尺度の妥当性の検討. 日本公衛誌, 48(2): 76-83.
- 5) 神里みどり(2000)放射線治療中の癌患者の倦怠感に関する研究. 日癌学会誌, 13(2): 48-58.
- 6) 星野充昭(1997)倦怠感「だるさ」への対応. JIM, 7(7):542-545.
- 7) 奥山徹, 明智龍男, 他(1999)わが国で開発されたがん患者の倦怠感アセスメントスケール Cancer Fatigue Scale. Expert Nurse, 15(10): 54-59.
- 8) 奥山徹(2000)終末期がん患者の倦怠感に関する研究. Jpn J Gen Hosp Psychiatry, 12(1): 40-50.
- 9) Okuyama T, Akechi T, et al(2000)Development and validation of the Cancer Fatigue Scale: a brief, three dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. Pain Symptom Manage, 19: 5-14.
- 10) 奥山徹(2001)終末期の倦怠感. ターミナルケア, 11: 269-272.