

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

卒業研究抄録集(看護学科) (2016.12) 平成28年度:43-44.

緩和ケア病棟患者の睡眠状況の実態調査

赤坂 莉子, 井上 亜美

緩和ケア病棟患者の睡眠状況の実態調査

赤坂莉子 井上亜美
(指導教員：及川賢輔)

緒言

睡眠とは、覚醒水準の低下を特徴とする生理学的現象であり、身体的精神的状態の回復、記憶の強化、脳の成長、内分泌的な日常変動の維持、免疫機構の維持など様々な意義があり、人間にとって欠かすことのできないものである。しかし入院患者の61%に何らかの不眠があり¹⁾、呼吸器疾患で入院している患者の68%が睡眠障害を訴えていたという報告²⁾もあり、入院環境においては睡眠が障害されやすい。

中でもターミナル期ではトータルペインにより睡眠障害を抱える患者が、一般集団に比して多く、先行研究では、緩和ケア病棟入院患者の45~95%が不眠症を有していると推測されている³⁾。しかしながら、疼痛や倦怠感などの徴候に比べ、緩和ケア病棟患者を対象にした睡眠の質に関する研究は少ない。

本研究では緩和ケア病棟患者に焦点をあて、その睡眠障害の発生率や要因を明らかにし、さらに不眠を緩和しうる看護介入・非薬物療法などについて調査・検討した。

方法

1. 研究対象

A病院緩和ケア病棟に入院している患者のうち、高度の認知障害や意識障害、あるいはパフォーマンス・ステータスの低下により、コミュニケーションの困難な患者を除外した全ての患者を対象とした。

2. データ収集方法

A病院緩和ケア病棟のスタッフに対し、調査の趣旨、対象の選定基準、倫理的配慮等を説明し、患者の選定および対象者への無記名自記式調査票の配布を依頼した。調査期間は平成28年8月10日~10月14日で、調査票は記入後、回収箱に投函してもらい、調査期間終了後、研究者がまとめて回収した。

3. 調査内容

調査票は以下の質問項目から構成される。

質問Ⅰ:①性別、②年齢、③入院期間、④家族同伴の有無、⑤入院前の居住、⑥不眠の自覚の程度、⑦睡眠薬内服の有無、⑧現在の病気・健康状態について(自由記述)

質問Ⅱ:他覚的睡眠状態の評価

質問Ⅲ:①睡眠による体力の回復、②日中の眠気の有無、③睡眠を妨げる心理状態の有無、④睡眠を妨げる身体症状の有無、⑤睡眠を妨げる環境因子の有無、⑥家族あるいは看護師の行為で不眠に効果があったもの(自由記述)

質問Ⅳは、緩和ケア病棟入院患者のために開発されたSleep Disturbance Scale(SDS)⁴⁾および村崎の開発した睡眠調査票⁴⁾を改変して作成した。

4. データ分析方法

アンケートの各項目について単純集計を行い、質問Ⅱの他覚的睡眠状態の評価に関しては、スコア総計、各因子別スコアについて、入院前後で有意差があるかどうか、Wilcoxonの符号付順位検定を施行して検討した。統計処理には、SPSSVer.22を使用し、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

調査票の記入・提出をもって本研究への同意を得たと解釈した。研究への参加は自由意志であり、不参加でも不利益はないこと、回収した調査票は研究終了後、シュレッターにて裁断し破棄することを文書にて説明した。旭川医科大学倫理委員会(承認番号16033)、A病院倫理委員会の承認を得たうえで行った。

結果

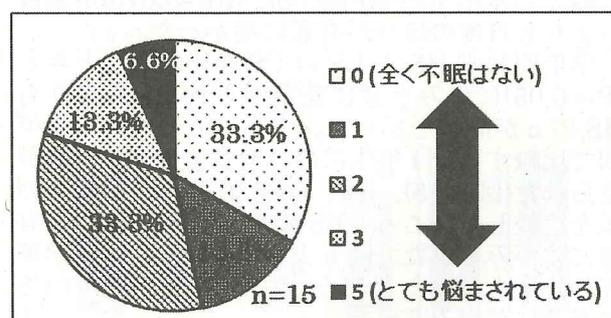
1. 対象者の基本属性

15名の回答が得られた。男性10名女性5名、年齢49~80歳(平均67.8歳)、入院期間:5~300日間(平均64.4日)であった。

2. 自覚的不眠度

0(全く不眠はない)から5(とても悩まされている)の6段階のリッカートスケールで調査したところ、強い自覚的不眠を訴える患者の割合は少なく、80%の患者が2以下であった(図1)。

図1



3. 睡眠調査票による不眠度

病棟入院前後の不眠度について、表1の①から⑦の7項目について、それぞれ4段階の選択肢を用意し、点数化して評価した。各項目の素点を総計したトータルスコアにより、きわめてよい(0~2点)、普通(3~6点)、不眠の傾向(7~9点)、軽い不眠(10~13点)、中等度の不眠(14~17点)、高度の不眠(18~21点)の6グループに分類した。その結果、入院前後ともにスコア14以上の中等度・高度の不眠と判定される患者はみられず、入院前後のトータルスコアには有意差を認めなかった(表1)。また入院前後で、上記6グループの内訳の変動をみてみると、入

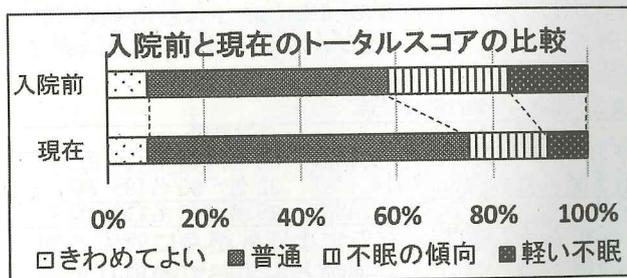
院前に比して、普通が 50.0%から 66.7%に増え、不眠の傾向は 25.0%から 16.7%、軽い不眠は 16.7%から 8.3%に減少していた (図 2)。また項目ごとのスコアでは、熟眠深度において、有意に入院後のスコアが低く、つまり入院後の方がより深い睡眠が得られているという結果であった (表 1)。

表 1. 緩和ケア病棟入院前後の睡眠状態の比較

質問項目	スコア平均		P 値
	入院前	入院後	
① 入眠潜時	0.9	0.9	1.00
② 全睡眠時間	1.5	1.1	0.06
③ 熟眠深度	1.0	0.5	0.04 *
④ 中途覚醒回数	1.2	1.7	0.08
⑤ 中途覚醒後の眠り	0.6	0.3	0.16
⑥ 夢	0.8	0.9	0.41
⑦ 起床時間	0.3	0.2	0.66
トータルスコア	5.9	5.6	0.68

* P<0.05

図 2



4. 日中の眠気

15 名中 14 名 (93%) が日中の眠気を感じていた。眠気を感じないと回答した患者は、自覚的不眠度、睡眠調査票による評価では、いずれも睡眠状態が極めて良い状態であった。

5. 睡眠を妨げる精神状態・症状・環境要因

精神状態では、「夜間の反芻思考」を挙げる患者が多く (7 名)、先行研究³⁾と同様の結果であった。その他、「孤独感」、「気分が落ち込む」などがみられた。

最も多かった症状は、「痛み」(5 名、33%) であり、その他、「息が苦しい」、「嘔気または嘔吐」、「夜間頻尿」、「足のむずむず感」、「口渇」などであった。

また環境要因では 26.7% の患者は「物音」を挙げ、70% 以上の患者は、睡眠を妨げる環境要因は「ない」と回答していた。

6. 入眠に効果があった家族や看護師の行為

「内服」(3 名)、「体位交換」(1 名)、「背中をさする」(1 名) などが挙げられていた。

考察

今回の調査から、緩和ケア病棟において不眠を自覚する患者は少ないことが明らかになった。他覚的

睡眠状態の評価においても同様の結果が得られ、良質な睡眠が保たれていると解釈できる。これは以前の報告³⁾とは乖離する結果であった。その要因の一つとして、就寝前に服薬している患者が多かったことが考えられる。青山らの報告⁵⁾では、不眠の解消には睡眠薬の与薬が最も効果があるとされており、本研究においても、入眠に効果があった行為の中では内服が多く、睡眠コントロールに対し、積極的な睡眠薬の投与が行われている可能性が示唆された。

また、調査では 7 割の患者が、睡眠を妨げる環境要因は「ない」と回答していた。病棟内の廊下はカーペットで、足音がたたないようにしており、全室個室で落ち着いた空間で過ごせるよう配慮されていた。これも良質な睡眠が保たれていた一つの要因と考えられ、療養環境を整えることが大切であると言える。

研究の限界と課題

今回、アンケート回答の際にスタッフの補助が必要な患者も多く、終末期患者を対象とする調査研究の困難性を認識した。その点を考慮し、終末期の患者においては、医療従事者の代理評価により緩和ケアのニーズを評価するツールも開発されている⁶⁾。

また本研究は、データ数が少ないことから、一般化することに限界があり、今後対象者の拡大・長期的な調査による検証が必要であると考えられる。

謝辞

本研究を進めるにあたりご協力頂いた A 病院スタッフの皆様、患者様、ご指導頂きました及川教授に心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 端詰勝敬ほか: 環境と睡眠障害, 心身医学, 47(9), 777-783, 2007 年.
- 2) 岩永美世子ほか: 入院患者における不眠要因の実態調査-睡眠へのより良い看護介入を目指して, 名古屋市立大学病院看護研究集録 2005 号, 85-90, 2006 年.
- 3) Renom-Guiteras A et al.: Insomnia among patients with advanced disease during admission in a Palliative Care Unit: a prospective observational study on its frequency and association with psychological, physical and environmental factors. BMC Palliative Care 13:40, 2014.
- 4) 村崎光邦: 不眠症の診断と治療. 北里医学 24, 1-14, 1994 年.
- 5) 青山ヒフミ, 石田宜子, 井上智子: 入院患者の睡眠薬使用や看護ケアに対する認識, 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌 8 (1), 79-87, 2008 年.
- 6) Miyashita M et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). Palliat Support Care 2:379-385, 2004.