

Title	ターミナル期にあるがん患者の苦痛の分析：看護記録によるターミナル期初期と終末期の苦痛の比較
Author(s)	高橋, 育代; 杉田, 塩; 久米, 弥寿子 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 1999, 5(1), p. 25-31
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56784
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

ターミナル期にあるがん患者の苦痛の分析
—看護記録によるターミナル期初期と終末期の苦痛の比較—

高橋育代* 杉田塩* 久米弥寿子** 小笠原知枝**

AN ANALYSIS OF TOTAL PAIN IN CANCER PATIENTS
AT THE TERMINAL STAGE
—A COMPARISON OF TOTAL PAIN AT THE FIRST
TERMINAL STAGE AND THE LAST TERMINAL STAGE
FROM NURSING RECORDS—

Ikuyo Takahashi, Shio Sugita, Yasuko Kume, Chie Ogasawara

Abstract

The purpose of this study was to clarify total pain of cancer patients at the terminal stage from the viewpoint of change from this point of view of change of total pain in terminal stage. The subjects of the investigation were 55 cancer patients under the influences of narcotics during 6 months of recuperation who had died from cancer in a university hospital.

In this study we defined the first terminal stage as the 2 weeks from the start of narcotics use and the last terminal stage as the 2 weeks prior to comatose condition. We analyzed expressions of total pain used by checking lists from nursing records and compared total pain of cancer patients between the first terminal stage and the last terminal stage.

The following results were found.

- 1) Total pain in the last terminal stage was more frequent and varied than that in the first terminal stage.
- 2) Content of 4 aspects of total pain: physical, psychological, social and spiritual were found to be significantly different in both terminal stages.
- 3) Expressions of total pain showed a tendency to appear as physical pain.

Key Words: terminal stage, cancer patient, total pain, nursing record

要 旨

本研究は、ターミナルの時期による苦痛の変化という観点から、ターミナル期にあるがん患者の苦痛を明らかにすることを目的とした。

対象は、A大学病院に入院し悪性腫瘍で死亡した患者のうち、予後6ヶ月の間に麻薬系鎮痛剤を持続投与されていた患者55名である。

本研究では、予後6ヶ月以内で癌性疼痛が出現していると判断できる麻薬系鎮痛剤投与開始後2週間を「ターミナル期初期」、昏睡前2週間を「ターミナル期終末期」とし、独自に作成したチェックリストを用いて、看護経過記録に記載されている苦痛表現を抽出し分析した。

対象患者の苦痛をターミナル期初期と終末期で比較した結果、次の3点が示唆された。

- 1) ターミナル期終末期の苦痛は、初期と比べて苦痛件数や苦痛項目が増加していた。
- 2) 両時期において、身体的・精神的・社会的・霊的4側面の苦痛構成内容には差異が見られた。
- 3) 苦痛表現は、両時期ともに身体的苦痛として表される傾向にあった。

キーワード：ターミナル期、がん患者、苦痛、看護記録

I はじめに

ターミナル期にあるがん患者は、耐え難い様々な苦痛を経験すると言われている¹⁾。患者の苦痛をアセスメントし、患者の苦痛ができる限り除去あるいは軽減するよう援助することは、看護の重要な役割である。

ホスピスの創始者である Saunders, C. (1967)²⁾ は、進行がんの患者が体験する苦痛に、total pain (全人的苦痛) という言葉を初めて用いた。この全人的苦痛は、身体的・情動的・社会的・霊的な苦痛からなり、相互に作用し相乗的に苦痛を生み出す。そのため、全人的苦痛の4つの要素各々に目が向けられなければ、全人的苦痛の除去あるいは軽減は不可能であると述べている。

Ferrell, B.R. (1991, 1995)³⁻⁴⁾ は、がん患者とその家族に関する10年間の研究をもとに、痛みによるQOLのインパクト(The impact of pain on quality of life) 概念モデルを開発した。このモデルは、痛みがQOLの身体的・精神的・社会的・霊的な4つの側面にいかに影響しているかを説明している。Ferrellはこのモデルに基づく量的研究⁵⁾・質的研究⁶⁻⁷⁾から、がん生存者の身体的・精神的・社会的・霊的側面を明らかにしている。

上記に挙げた Saunders の理念に基づき、我が国においても、患者の全人的苦痛の把握と全人的ケアの重要性が強調され、がん患者の全人的苦痛は様々な形でモデル化されている⁸⁻¹⁰⁾。さらに、がん患者の苦痛の4側面に

ついては、ホスピスやがん専門病院における身体的苦痛、精神的苦痛、霊的苦痛の実態調査¹¹⁻¹³⁾、ケース・スタディ⁸⁾¹⁴⁾、手記の分析¹³⁾等によって明らかにされてきている。また、それぞれの苦痛に対するアセスメント・スケールの開発も行われている¹⁵⁻¹⁸⁾。

しかし、全人的苦痛の4側面がどのように関連しているか、そしてターミナル期の時期によって、全人的苦痛がどのように変化するかということに関する調査研究はなされていない。死亡前1ヶ月になると、身体症状の出現頻度が増加すること¹⁹⁾等から、ターミナル期において、患者の全人的苦痛は変化すると予想され、これらの実態を明らかにすることは、ターミナル期のがん患者の苦痛を緩和する上で重要であると考えられる。

本研究の目的は、ターミナル期の時期による苦痛の変化という観点から、ターミナル期にあるがん患者の苦痛を明らかにすることである。そこで本研究では、柏木の全人的苦痛の概念⁸⁾に基づいて、ターミナル期にあるがん患者の苦痛を以下のように4つの側面からなるものとして捉える。

「身体的苦痛」：痛み、息苦しい、だるい、吐気がある等の身体的症状

「精神的苦痛」：不安、怖い、イライラする、寂しい等の感情や精神状態

「社会的苦痛」：職業や経済上の問題、家族や医療者との人間関係の問題

「靈的苦痛」：生きる意味、苦難の意味といった自己存在や価値に関する問題

II 研究方法

1. 研究対象者

A 大学病院において、1993 年 9 月から 1997 年 11 月の間に悪性腫瘍で死亡した患者のうち、入院中、一般にターミナル期とされる予後 6 ヶ月²⁰⁾の間に、昏睡前 1 ヶ月以上麻薬系鎮痛剤が持続投与されていた患者とした。

麻薬が持続投与されていた患者としたのは、それによって患者に明らかに強い癌性疼痛があると判断できるためである。ターミナル期では、およそ 7 割以上の患者に癌性疼痛が出現しており¹⁹⁾、癌性疼痛は、怒りや不安、うつ状態といった心理的因子と相互作用がある¹⁰⁾といわれている。そのため、強い癌性疼痛の存在は、ターミナル期にあるがん患者の全人的苦痛を明らかにする上で重要であると考えた。

2. データの収集方法

患者のターミナル期が特定でき、経時的に状態を把握できることから、情報収集は、患者の入院時データベース記録及び看護経過記録から行った。ターミナル期の病期分類はさまざまになされているが²¹⁻²³⁾、本研究では、強い癌性疼痛が出現し始めた 2 週間を「ターミナル期初期」、昏睡前 2 週間を「ターミナル期終末期」とした。その期間内で、看護経過記録の主に主観的データ (SOAP で記録された S データ) から、患者の苦痛表現を抽出した。また、1 期間を 2 週間としたのは、予備調査により看護経過記録からある程度の苦痛表現を抽出するのに必要と判断したためである。得られたデータは、全人的苦痛の概念に基づき、身体的苦痛・精神的苦痛・社会的苦痛・靈的苦痛の 4 つに分類した。

これらは、独自に作成したチェックリストを用いて情報を収集した。なお、このデータの収集に際しては、A 大学病院看護部及び病棟の了承を得て行った。

3. チェックリストの作成

チェックリストの項目は、患者の年齢、性別、家族構成等の属性、診断名、告知状況、治療状況、麻薬投与状況、看護診断、さらに患者の苦痛を 4 側面に分類するための項目リスト (苦痛項目リスト) などで構成した。

苦痛項目リストは、身体的苦痛 29 項目、精神的苦痛

21 項目、社会的苦痛 6 項目、靈的苦痛 12 項目の合計 68 項目で構成した。

身体的苦痛は、KSAS (Kitasato Symptom Assessment Scale)⁹⁾ から 28 項目を挙げた。ペインコントロールの状態を把握するために、身体的苦痛の痛みは癌性疼痛とそれ以外とに分け、計 29 項目とした。

精神的苦痛は、KSAS⁹⁾ から 8 項目、淀川キリスト教病院ホスピスの精神症状の調査結果¹¹⁾ から 13 項目を挙げ、計 21 項目とした。

社会的苦痛は、柏木の「末期患者の痛み」⁸⁾ から 5 項目を挙げた。また、社会的苦痛には家族が深く関わってくるため²²⁾、家族関係を加え、計 6 項目とした。

靈的苦痛は、淀川キリスト教病院ホスピスのスピリチュアルペイン調査結果¹¹⁾ から 8 項目、柏木の「末期患者の痛み」⁸⁾ から 4 項目を挙げ、計 12 項目とした。

なお、がん患者の症状コントロールでは数多くの薬剤の投与がなされ、薬に対してストレスを感じている患者が多いことから⁹⁾、それらも患者の苦痛になりうると考え、KSAS の薬に関する 4 項目を身体的、精神的苦痛に含んでいる。

4. 分類の留意点

具体的に患者の訴えを分類していく上で、以下の 4 点に注意した。

- 1) 「いつ激痛がくるか不安」というようないくつかの苦痛が混ざりあって表出されている場合は、「激痛」は身体的苦痛の『疼痛』の項目、「不安」は精神的苦痛の『不安』の項目というように苦痛部分の一つずつ分割して分類した。
- 2) 「どうしてこんな病気にならなくてはならないのか」という言葉は、「苦難に対する問い」の項目に分類するというように、類似する項目に分類した。
- 3) どの項目にも当てはまらない項目は、「その他」とした。
- 4) 分類した苦痛表現を 1 件としてカウントした。

III 研究結果

1. 分析対象者の背景

分析対象者は、平均年齢 54.3±11.1(22~72)歳であった。性別は男性 32 名、女性 23 名であった。癌の原発巣の種類は、胃癌や大腸癌といった消化器系の癌が 22 名 (40%) と最も多く、乳癌や前立腺癌等の生殖器系が 13 名 (23.6%)、肺癌等の呼吸器系が 12 名 (21.8%) であ

った。化学療法の実施状況は、ターミナル初期では 13 名 (23.6%)、終末期では 12 名 (21.8%) であった。転移のある患者は 54 名 (98.2%) で、その内 31 名(56.4%) で骨転移が見られた。使用していた主な麻薬は塩酸モルヒネ、MS コンチン、アンペック坐薬であった。麻薬使用開始時期から死亡までの期間は平均 73 日で、最短 16 日、最長 184 日であった。

また、A大学病院では、看護診断のもとにケア計画が立案され、ケアが行われている。したがって、看護経過記録は、看護診断に基づいたものになっている。分析対象者に挙げられていた主な看護診断を表 1 に示す。対象者に使用されていた看護診断は、身体的苦痛に関するもの 27 項目、精神的苦痛に関するもの 4 項目、社会的苦痛に関するもの 1 項目であり、霊的苦痛に関するものは挙げられていなかった。

2. 抽出された苦痛内容

ターミナル期初期・終末期を通して、苦痛表出があった患者は、身体的苦痛 55 名(100%)、精神的苦痛 54 名 (98.8%)、社会的苦痛 20 名(36.6%)、霊的苦痛 26 名 (47.2%)であった。

表 2 に示した苦痛の 4 側面に関して、記録から抽出された具体的な苦痛表現を挙げると、身体的苦痛の『痛み』の内容には、「はちきれそうに痛い」、『呼吸苦』には、「息苦しい、誰かに首を絞められているみたい」等があった。精神的苦痛の『恐れ』は、「夜になるのが怖い」、『本来の自分ではない』には、「自分でできないのが情けない」等が見られた。社会的苦痛の『家族関係』では、「家族が来ない」「付き添って欲しい」という患者の思いやいらだちのはけ口を家族に向けるものがあった。『人間関係』では、「先生は自分をほったらかしにしている」「私、実

表 1 対象者の看護診断上位 10 項目 n=55

順位	初期看護診断名	%	順位	終末期看護診断名	%
1	安楽の変調	78.2	1	安楽の変調	72.7
2	不安	58.2	2	不安	50.9
3	排便の変調	34.5	3	排便の変調	41.8
3	栄養状態の変調	34.5	4	栄養状態の変調	30.9
5	感染の危険性	25.5	5	活動耐性の低下	29.1
5	セルフケア不足	25.5	6	感染の危険性	27.3
5	活動耐性の低下	25.5	7	呼吸機能の変調	20.0
8	身体損傷の危険性	20.0	7	身体損傷の危険性	20.0
9	呼吸機能の変調	14.5	9	体液量の変調	18.2
10	皮膚統合性の障害	10.9	10	皮膚統合性の障害	16.4
10	体液量の変調	10.9	10	セルフケア不足	16.4
			10	思考過程の変調	16.4

表 2 ターミナル期初期と終末期の全人的苦痛内容上位 10 項目 n=55

初期	身体的苦痛	精神的苦痛	社会的苦痛	霊的苦痛
1	癌性疼痛	不安	人間関係	希望がもてない
2	倦怠感	薬のことで不安	家族関係	苦難に対する問い
3	吐き気	本来の自分でない		死の恐怖
4	癌性以外の疼痛	いらだち		
5	食欲不振	痴呆		
6	嘔吐	幻覚幻想		
7	腹満感	孤独感		
8	呼吸苦	不穩		
9	便秘	恐れ		
10	手足の浮腫	くよくよ悩む		
計	28項目	15項目	2項目	3項目
終末期	身体的苦痛	精神的苦痛	社会的苦痛	霊的苦痛
1	癌性疼痛	不安	人間関係	希望がもてない
2	倦怠感	不穩	家族関係	死の恐怖
3	呼吸苦	いらだち	経済上の問題	生きる意味への問い
4	癌性以外の疼痛	幻覚幻想		苦難に対する問い
5	吐き気	恐れ		死生観にたいする問い
6	口渇	怒り		家族に迷惑をかける別離
7	嘔吐	薬のことで不安		
8	腹満感	本来の自分でない		
9	食欲不振	孤独感		
10	眠気	寂しい		
計	27項目	18項目	3項目	7項目

「診台じゃないのよ」というように、医療者や治療に対する不信感が見られた。霊的苦痛の『生きる意味への問い』では、「生きていてもしようがない」、『苦難に対する問い』には、「どうしてこんなになってしまったのか」等があった。

苦痛表現の仕方には、「いつ激痛がくるか不安だ」、「呼吸が苦しい、このまま窒息しないか」というようにいくつかの苦痛が混ざりあっているものが多かった。

さらに、痛みが消失した場合に「自信がついて走り出したい気分」「気分的に明るくなった」等の表現が見られた。

3. ターミナル期初期と終末期におけるがん患者の苦痛項目の比較

表 2 は、ターミナル期初期と終末期の苦痛の上位 10 項目を示したものである。

ターミナル期初期では、身体的苦痛 28 項目、精神的苦痛 15 項目、社会的苦痛 2 項目、霊的苦痛 3 項目であった。ターミナル期終末期では、身体的苦痛 27 項目、精神的苦痛 18 項目、社会的苦痛 3 項目、霊的苦痛 7 項目であった。

終末期において、初期に比べ増加した項目は、精神的

苦痛では、『自殺念慮・退行・拒絶』、社会的苦痛は、『経済上の問題』、霊的苦痛では、『生きる意味への問い、死生観に対する悩み、家族に迷惑をかける、別離』であった。

また、同じ『不安』でも初期では、「これからどうなるのか」「自分の病気は何なのか」「症状や検査値が悪いのではないか」といった病状や治療、今後に関する不安であったのに対し、終末期では、「いつ激痛が襲ってくるのか」「この薬でも効かなかったらどうなるのか」というような自覚症状や生命の危機に関する不安が見られた。

図 1 では、表 2 の同項目をターミナル期初期と終末期で比較して、有意差の見られたものを挙げた。身体的苦痛では、『倦怠感・呼吸苦・下痢』、精神的苦痛では、『不安・不穏・恐れ』、社会的苦痛では、『家族関係』、霊的苦痛では、『希望がもてない』に有意差が見られた。これらは『下痢』の項目を除いて、終末期に増加していた。

4. ターミナル期初期と終末期におけるがん患者の苦痛件数の比較

表 3 は、Wilcoxon の順位検定より、ターミナル期初期と終末期における苦痛件数の比較をおこなったものである。苦痛の総和とは、苦痛の 4 側面の件数を合計したものである。

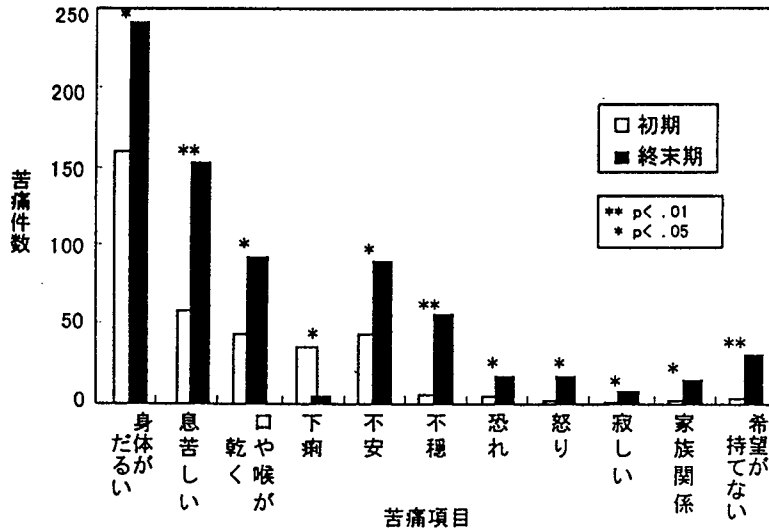


図 1 ターミナル期初期・終末期で有意差の見られた項目

表 3 ターミナル期初期と終末期における苦痛件数の比較 n=55

	初期	終末期	
身体的苦痛	1666	1947	*
精神的苦痛	192	491	**
社会的苦痛	9	34	*
霊的苦痛	7	58	**
苦痛の総和	1874	2530	**

*P < .05, ** P < .01

苦痛の4側面のなかでは、ターミナル期初期・終末期ともに身体的苦痛の件数が最も多かった。また、両時期の比較では、精神的・霊的苦痛および苦痛の総和において有意差($p < .01$)があり、身体的苦痛・社会的苦痛では、有意差($p < .05$)が見られた。これらは、いずれもターミナル期終末期に苦痛件数が増加していた。

また、両時期における身体的・精神的・社会的・霊的4側面の苦痛表出傾向を明らかにするためにカイ2乗検定をおこなった結果、有意差($p < .01$)が認められた。

IV 考 察

ターミナル期にあるがん患者の苦痛を明らかにすることを目的として、看護記録に記述されている対象患者の苦痛表現を収集し分析した結果、苦痛表現のなかではターミナル期初期・終末期ともに身体的苦痛に関するものが非常に多かった。これより、患者の苦痛は、主に身体的苦痛を中心にして言葉に表出される傾向があるといえる。そして、精神的・社会的・霊的苦痛は、身体的苦痛に比べて表出されにくいともいえるだろう。

しかしながら、A大学病院の看護記録は看護診断に基づいたものであり、看護診断の上位10項目のほとんどが身体的苦痛に関するものであったことも、身体的苦痛が多かった要因として挙げられる。身体的苦痛に関する看護診断が挙げられた場合、心理的側面の記述は除外される傾向にある。これは看護記録上の問題であると同時に、ナースが患者の苦痛の身体的側面に注目する傾向にあることを示唆している。また、癌性疼痛が対象患者にとって主要な問題であったことも要因の一つといえるだろう。

あるいは、本研究では、「呼吸が苦しい、このまま窒息しないか」に見られるように、身体的苦痛が精神的苦痛やその他の苦痛を喚起させていると思われる表現があった。その反対に「痛みがなくなって気分的に明るくなった」というように、身体的苦痛の消失に伴い他の苦痛も消失したと思われる表現が見られた。「痛い」という身体的苦痛の1つの訴えには、寂しさなどの心理的な問題が含まれている⁸⁾ことが指摘されている。したがって、「痛い」といった身体的苦痛の言葉に精神的・社会的・霊的苦痛が含まれているとも解釈できる。

さらに、この結果は、日本人の苦痛表現の特徴を示していると思われる。苦痛に対する態度は、文化的背景によって異なり¹⁷⁾、患者の性格や生育歴によっても変わってくる²⁴⁾。水口(1989)²⁵⁾は、日本人は「つらい」「苦

しい」という言葉の背景にある気持ちをあからさまに示すことを嫌い、外に向かって言語化しない傾向があることを指摘している。

本研究において、ターミナル期初期・終末期を通して苦痛表出があった患者は、身体的苦痛100%、精神的苦痛98.8%、社会的苦痛36.6%、霊的苦痛47.2%であった。社会的苦痛という人間関係の問題は、病院という施設の中で治療を受けている末期患者にとって表出しにくいことが推察できる。また、ホスピスの患者200名を対象にしたスピリチュアルペインの調査結果¹¹⁾では、霊的苦痛を表出した患者は全体の35.5%であったと報告している。このことから、社会的・霊的苦痛は、身体的・精神的苦痛に比べて表出しにくい、あるいは把握されにくいと考えられる。

以上より、表出された苦痛だけでなく、言葉にあらわれない患者の苦痛に気づき、言語的表出を助け、苦痛の訴えに全面的に応える援助が必要であるといえる。

次に、ターミナル期初期と終末期の苦痛を比較した結果、両時期における身体的・精神的・社会的・霊的4側面の苦痛表出傾向には差異が認められ、苦痛項目の順位や同じ苦痛項目でもその苦痛表現の内容に違いが見られた。また、ターミナル期終末期では、苦痛の4側面およびその総和において明らかな苦痛件数の増加を認め、『自殺念慮・経済上の問題・生きる意味への問い』など、精神的・社会的・霊的苦痛の計8項目が新たに加わった。さらに、同じ苦痛項目の比較では、身体的苦痛の『身体がだるい・息苦しい』、精神的苦痛の『不安・不穏・恐れ』、社会的苦痛の『家族関係』、霊的苦痛の『希望がもてない』の項目において明らかな増加が見られた。

これより、ターミナル期にあるがん患者が持っている苦痛は、ターミナル期初期と終末期において苦痛の構成内容に差異があり、ターミナル期終末期は初期に比べて、患者の苦痛が増加し多様化することが推察できる。がん患者の痛みが単に身体的なものではなく、精神的、社会的、霊的な要因と密接な関係をもつ total pain であるのは、死亡前1カ月、狭義の意味での終末期である²⁶⁾といわれており、ターミナル期終末期では、初期に比べて苦痛の4側面がより表出される傾向にあるといえる。また、この点に関して日本人の特性から考えると、患者の中にある苦痛が、自分の中で対処しきれないほど大きく多様になったために、苦痛として表面化されたとも考えられる。

以上より、同じターミナル期にあっても、その時期に応じてがん患者の苦痛を理解しケアすることの必要性が

示唆された。

今回は、看護記録に記載された患者の訴えから、データを収集した。しかし、患者の気持ち全てが看護記録に反映されているとは言い難く、看護記録だけで患者の苦痛を把握することには限界があった。今後は、参加観察方や面接法などを用いたデータの収集の方法についても検討していきたい。

V おわりに

ターミナル期にあるがん患者の苦痛を明らかにすることを目的として、看護記録に記述されている対象患者の苦痛表現を収集し分析した。患者の苦痛をターミナル期初期と終末期の苦痛表出件数および苦痛項目内容の比較から考察した結果、以下のことが示唆された。

- 1) 苦痛表現のなかでは、初期・終末期ともに身体的苦痛に関するものが非常に多く、ターミナル期にあるがん患者の苦痛は、主に身体的苦痛としてあらわされる傾向がある。
- 2) 両時期において、身体的・精神的・社会的・霊的4側面の苦痛表出傾向や苦痛項目の順位、および同項目の苦痛表現に違いが見られたことから、ターミナル期の時期において患者の苦痛は変化するといえる。
- 3) ターミナル期終末期では、苦痛の4側面およびその総和において明らかに苦痛件数および苦痛項目数が増加し、同じ苦痛項目の比較では7項目に明らかな増加が認められたことから、ターミナル期終末期は初期に比べて、患者の苦痛が増加し多様化することが示唆された。

謝 辞

今回の研究を進めるにあたり、御協力いただきましたA大学病院看護職員及び病院関係者の皆様に心から感謝申し上げます。

文献

- 1) 尾山力(1990). 痛みとのたたかい—現代医療の到達点—. 岩波新書, 198-240.
- 2) Saunders.C(1967). The Management of Terminal Illness. Hospital Medicine Publications.
- 3) Ferrell. BR(1991). Experience of pain and perceptions of quality of life: Validation of a conceptual model. Hospice Journal 7(3), 9-24.
- 4) Ferrell. BR(1995). The impact of pain on quality of life A decade of research. Nurs Clin North Am, 30, 609-624.
- 5) Ferrell.BR, Karen Hassey Dow, etc. (1995). Quality of live in Long-Term Cancer Survivors. Oncology Nursing Forum 22(6), 915-922.
- 6) Ferrell.BR (1997). Quality of life in breast cancer part I: Physical and social wellbeing. Cancer Nursing, 20(6), 398-408.
- 7) Ferrell.BR (1998). Quality of life in breast cancer part II: Psychological and spiritual well-being. Cancer Nursing, 21(1), 1-9.
- 8) 柏木哲夫(1997). 死にゆく患者の心に聴く—末期医療と人間理解. 中山書店.
- 9) 田村恵子(1998). 痛みをもつがん患者の特徴. がん看護, 3(2), 91-93.
- 10) 世界保健機関 編, 武田文和 訳(1987). がんの痛みからの解放. 金原出版.
- 11) 池永昌之 他 (1996). 痛みのケアとホスピスの役割—スピリチュアルペインを中心にして—. CURRENT THERAPY 14(2), 114.
- 12) 関本翌子(1998). がん専門病院の臨死患者が体験する感情の分析—看護記録からの考察. がん看護 3(4), 334-339.
- 13) 關戸啓子・内海滉(1997). がん患者の心理—手記を分析して—. 川崎医療福祉学会誌.
- 14) 柏木哲夫(1988). 臨死患者ケアの理論と実際—死にゆく患者の看護. 日総研出版, 63-76.
- 15) 近藤まゆみ(1996). 症状マネジメントのためのアセスメント用紙の開発—Memorial Symptom Assessment Scaleの検討を通して—. 看護学雑誌 60(3), 214-221.
- 16) 今井俊子(1998). 心理・社会的痛みとケア. 臨床看護, 24(4), 523-527.
- 17) Margo McCaffery, 中西睦子 訳(1983). 痛みをもつ患者の看護. 医学書院.
- 18) 窪寺俊之(1996). スピリチュアルペインを見分ける法. ターミナルケア, 6(3), 192-198.
- 19) 恒藤暁 他(1996). 末期がん患者の現状に関する研究. ターミナルケア, 6(8), 482-490.
- 20) 日野原重明(1982). 死の臨床とホスピス. ライフプランニングセンター.
- 21) 柏木哲夫(1988). 臨死患者ケアの理論と実際—死にゆく患者の看護. 日総研出版, 63-76.
- 22) 清水久和(1991). ターミナルステージにおける意識行動による病期分類の提唱. ターミナルケア, 1(8), 559-561.
- 23) 中島美知子他(1991). 疼痛コントロールの実際—がん末期患者のトータルペインの治療—. ターミナルケア, 1(4), 264-269.
- 24) 河野博臣(1986). 末期癌患者のケア. 金原出版.
- 25) 水口公信(1989). 癌患者の心理—痛みの表現から—. 現代のエスプリ 268,79
- 26) 山室誠(1996). がん患者の痛みの治療の基本. 臨床看護, 22(13), 1870-1873.