

喉頭全摘出患者の心理的变化とその看護支援

Psychological alteration and nursing support of total laryngectomy patient

東2階病棟：中山文乃・臼井通絵・坂元さおり・上嶋照子・丸山貴美子

《要旨》

長年単身生活をしてきた患者が、喉頭癌の告知を受け、手術・放射線治療・失声を乗り越えて退院に至るまでの心理的变化と、その折々の看護師の介入を振り返った。入院から退院までの心理的变化は、11項目のカテゴリーに分類された。入院時より患者の思いを傾聴し、不安の軽減に努めることが大切である。また、それぞれの時期の心理的变化に寄り添い、本人の意向に沿った支援をしていくことが重要である。

《キーワード》

喉頭全摘出・心理的变化・不安

I. はじめに

現在、日本では年間約3000人の患者が喉頭癌と診断を受けている。当院では、年間10人程度の患者が喉頭癌・咽頭癌などで永久失声となる。退院後は、発声教室などリハビリを続けながら社会復帰をしたり、また、筆談という手段で家庭生活を送っている患者もいる。

私たちは今年、長年事情があり一人暮らしをしてきた患者と出会った。喉頭癌の告知を受け、「生きる気力がなくなった。」「死にたいと思った。」と、絶望とも言える心理状態に陥った患者が、手術を受ける決意をし、術後永久失声となり経管栄養の時期を過ごした。放射線治療になり宿醉症状出現、経口摂取困難な時期を乗り越えた。治療が終了した後から発声教室への参加も意欲的となり、退院後は毎週発声教室のリハビリに通い、笑顔で病棟に顔を見せている。入院、告知から退院までの心理的变化と、その折々の看護師の介入を振り返り、今後の看護につなげたいと考えた。

II. 研究方法

1. 研究期間 平成18年11月～平成19年1月

2. 研究対象

Aさん 70代 女性

職業：旅館従業員

家族構成：一人暮らし 関西に住む弟とは長年連絡をとっていない

キーパーソン：旅館女将、旅館従業員仲間

既往歴：クモ膜下出血（未破裂）クリッピング術、高血圧

現病経過：平成17年4月より嘔声を自覚

平成18年6月 入院 生検にて喉頭癌と診断を受ける

平成18年7月 喉頭全摘出術施行

平成18年8月 放射線治療開始

平成18年10月 退院

3. 研究方法 看護記録より患者との関わり・介入の情報収集、スタッフから患者の様子・関わりを聴取、面接時のAさんの言動から、患者の言葉・行動を読み取る。入院から退院までを5つの段階に分けて、カテゴリー化し分析する。

4. 倫理的配慮

研究への参加は自由意志に基づくものとし、対象へのインフォームド・コンセントは文書および口頭で研究依頼時・面接時に行い、以下の内容を含むものとした。

- 1) 面接途中での参加の中断、発言の拒否について自由であること
- 2) 得られた情報は、信州頭頸部腫瘍研究会・院内看護研究発表会以外には使わないこと
- 3) 患者が特定されないように配慮すること
- 4) 研究参加の有無に関わらず、それによる不利益がないことが保証されること
- 5) 研究者の所属、連絡先の掲示

をし、承諾を得た。無償での参加を依頼した。

また、看護研究倫理委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結果

入院してから退院するまでの心理的变化を分析すると、〔不安〕〔怒り〕〔否認〕〔恐怖〕〔ショック〕〔自己否定〕〔抑うつ〕〔回復への期待〕〔副作用への苛立ち〕〔回復への努力期〕〔適応〕の11項目にカテゴリー化された。

1. 入院時

【不安】【怒り】【否認】の3項目に分けられた。

医師からの治療方針の説明後、「すべてが分からない。」「不安になってきた。」との訴えがあった。

不安なことは、医師・看護師に伝えるよう説明した。

看護師は、入院時から患者の病状・不安・理解度の確認を各勤務帯で行なった。繰り返しの質問に対し、「何度も同じ質問をされる。」「ほっといて。」との訴えがあり、憤慨した。面接にて「一度は確認してもいいが、そっとしておいてほしかった。」「余計不安になった。」との言葉が聞かれた。

2. 診断から手術前

【恐怖】【ショック】【否認】の3項目に分けられた。

医師からのインフォームド・コンセントの後、「考えただけでも涙が出てくる。」「手術は決めただけ、怖い。」との言葉が聞かれた。Aさんの気持ちを傾聴し、いつでも不安・思い・疑問点を話していいことを伝えた。

術後の状態把握のため、発声教室への参加・食道発声のビデオを勧めたが、初めて発声教室に参加した際、「気分が悪くなった。」「あんな状態になりたくない。」「ビデオは見たくない。」との訴えがあった。否定的な言葉が聞かれていたため、発声教室への参加やビデオ鑑賞は強制しなかった。面接でも「一番の不安は声が出なくなることだった。」「声が出ない現実を見て切なく、泣いて帰ってきた。」との発言があった。

3. 手術後

【自己否定】【抑うつ】【回復への期待】の3項目に分けられた。

不穏となりルート類を自己抜去し、血だらけになっていた。抑制と眠剤の投与が行なわれた。面接にて「声が出なくてつらくて暴れた。」「ナースコールを押して、来なかったから抜いた。」と言っていた。

術後1週間頃より、「手術しなければよかった。」「死にたい。」との訴えがあったため、十分にAさんの訴えを傾聴する時間を持ち、不安を表出できるように努めた。

術後2週間頃より、「仕事に戻れるかな。」「食道透視がうまくいけばいいね。」との言葉が聞かれ、他患者と穏やかにコミュニケーションをとる姿を見るようになった。思いを傾聴し、適宜助言をした。

4. 放射線治療中

【副作用への苛立ち】【回復への期待】の2項目に分けられた。

放射線治療開始3回目から食欲が低下し、食事摂取量が減少した。Aさんの食べられるものを聞

き、その都度食事変更を行なった。栄養士にも相談し、直接面談を依頼した。その結果、放射線治療後半には徐々に食欲増進した。食事変更について、面接で「おいしく食べられる日もあったが、反対のこともあった。」と話していた。栄養士との面談に関しては、「思いを伝えることができなかった。」との返答であった。

放射線治療後半には、「治療は休みたくない。」「最後まで頑張りたい。」との言葉が聞かれた。

5. 副作用症状軽減から退院

〔不安〕〔適応〕の2項目に分けられた。

A さんにとって、食欲不振・食事摂取量低下が大きな問題の一つだった。食事摂取量が増加したことで、大きな問題が解決されたため、現状を受け入れられたと考え、退院後のQOLを考えて発声教室への参加を勧めた。その結果、笑顔で毎週参加できるようになった。参加のきっかけとして、「発声教室で声をかけてもらった。」「話すことを覚えようと思った。」と話していた。

もともと旅館の従業員として住み込みで働いていたため、「住むところをどうしようと思った。」と住宅への不安を抱えていた。自ら進んで発声教室に参加できるようになった頃、ソーシャルワーカーを交え、退院後の日常生活を含めた準備・指導を行なった。退院準備に関しては、「十分だった。」との回答であった。

IV. 考察

1. 入院時

A さんは、医師からの説明に対して理解ができず、何が何だかわからないという不安を抱いた。また、看護師が繰り返し質問したことでAさんを苛立たせ、病気に対してや今後についての不安を増強させたと考えられる。尾上²⁾は、「入院の日を境に家族からも、社会からも切り離された感じになり、加えて自分の病気に対する不安、家族の事、仕事の事、経済的な事が一度の心配事として身に降りかかってくるのである。」と述べている。そのため、声をかけるだけで不安を増強してしまうこともある。まず、十分に患者の性格を理解したうえで、不安が強い場合には不安を傾聴し、患者の状態を把握してから接することが重要であると考えられる。Aさんの表情・言動を見守り、Aさんが援助を求めたときにさっと手を差し伸べる看護が必要であった。また、Aさんは一人暮らしで家族とも疎遠であったため、不安や怒りを訴えられる相手がいないため、それらの気持ちが医療者に向けられたと考えられる。患者と十分にコミュニケーションをとり、思いや感情を素直に出せるような関係作りをしていくことも必要であった。

2. 診断から手術前

和久本²⁾は、「聞きたいこと、言いたいことが山ほどあってもなかなか表に出てこないものである。」と述べており、大木²⁾は「人間にとって、自分の話を聞き、受けとめてくれる相手がいるということは極めて重要なことである。」と述べている。いつでも質問できる環境をつくり、不明な点は何度でも質問していいことを説明したことで、不安の軽減が図れ、安心感を与えることができた。

発声教室・食道発声のビデオに関して、強制しなかったことでAさんの意向に沿ったオリエンテーションができた。

3. 手術後

術後の不穏の誘因として、十分に理解し納得した上での手術でなかった可能性がある。また、面接で「声をかけても知らんぷりしていると思った。」と話しており、声が出ない現実直面したことも一因と考えられる。「呼んだらすぐ来てほしかった。」との言葉も聞かれ、ナースコールが鳴って、看護師がすぐに行ったとしても、患者にとっては長く感じられ、不安が増強することがわかった。そのため、声が出なくてもナースコールを押せば看護師はすぐに来ることを説明し、不安の軽減を図る必要がある。喉頭全摘などの術後急性期は思いを十分に伝えることが困難であり、身体的にも大きな苦痛を伴うため、状態が落ち着くまでの1週間程度、家族に付き添いを依頼している。Aさんには術後側に付き添える家族がいなく、痰の貯留による呼吸困難感や安静による苦痛、失声により思いを十分に伝えることができず、不安や孤独感が増強したと考える。ナースコールがあった時だけではなく、訪室を頻回にすることで看護師が側にいるという安心感を与え、不安の軽減につなげることが大切である。

大木²⁾は、「患者や家族の為にゆっくりと時間をとり心から相手の話に耳を傾ける。患者や家族の辛さに心から共感し、ある時は励まし、ある時は共に喜び、ある時は共に悲しむ。このような些細に思えることが、医療行為において信頼関係を形成する大きな要因である。」と述べている。抑うつ期に十分に訴えを傾聴する時間を持ち、不安の軽減に努めたことは重要な関わりであった。

4. 放射線治療中

連日の食事変更について、「おいしく食べられる日もあったが、反対のこともあった。」とのことであり、無意味ではなかった。失声・筆談のため思いを十分に伝えることができなかった可能性があり、栄養士との面談の際には看護師の同席が必要であったと考える。

また、面接で「思いを伝えられる環境は100%だった。」との回答であり、患者の思いを聞くための環境づくりは良好であったと考える。

5. 副作用症状軽減から退院

同じ病氣を持つ患者との関わりが、A さんにとって疾患・失声という現実を受け入れるきっかけになった。現状を受け入れられたと思われた段階で退院指導を行なったため、それから先の生活についても考えることができ、退院指導に対しても十分に理解が得られたと考える。

V. 結論

不安が強く、受け入れが不十分な患者への看護は、受け入れを急がせたり強制したりせず、心理的变化に寄り添いながら関わっていくことが必要である。

VI. おわりに

永久失声という現実を受け入れることは困難であり、迷いや不安を抱えて入院生活を送る患者は少なくない。今回の分析結果をスタッフに伝達し、今後の看護に活かしていきたい。

<参考文献>

- 1) 田中厚子・外山ゆかり・畑中友紀他：喉頭全摘出患者の心理的变化とその援助―社会復帰後の喉摘患者とそのインタビューから―，第 36 回 日本看護学会論文集（成人看護学Ⅱ），p39―41，2005 年
- 2) 浅野茂隆・谷憲三郎・大木桃代編，他：ガン患者ケアのための心理学―実践的サイコオンコロジー―，真興交易医書出版部，p133，p86，p99，1997 年
- 3) 西沢美佐子：喉頭全摘出患者に対する在宅支援を目指して，第 36 回 日本看護学会論文集（成人看護学Ⅱ），p128―130，2005 年
- 4) 加藤浩子・佐藤勝美・松井美香他：喉頭摘出・永久気管孔造設術を受けた患者の退院後の生活調査 退院指導を考える，第 36 回 日本看護学会論文集（成人看護学Ⅱ），p351―353，2005 年
- 5) 小笠真由美：身体的自己の変化に適応する過程の看護―喉頭全摘出術をうけた患者とのかかわりを振り返って―，第 36 回 日本看護学会論文集（成人看護学Ⅱ），p53―55，2005 年
- 6) 清水順三郎：新版看護学全集 第 36 巻 精神看護学 2，メジカルフレンド社，p174―180，1998 年
- 7) 吉松和哉・小泉典章・川野雅資：第 2 版 精神看護学 1 精神保健学，廣川書店，p14―19，2002 年