

末期患者の複雑な心理状態へのはたらきかけ

北2階病棟 発表者 曾根原 純子
土屋 久美子・山崎 なかえ・赤羽 ヨシエ
山崎 菊美・金井 洋子・太田 守子
横林 藤子・松本 あつ子・上條 美津子
二木 孝子・召田 久美子・窪谷 いく子
一條 友子・滝沢 信子

I はじめに

卵巣癌は、早期発見、早期治療が最も大切であるにもかかわらず、婦人科領域における他の癌よりも発見しにくい。又急速に進行するため診断が確定した時点では、最早手遅れの場合が多く予後不良とされている。この症例も、下腹部腫瘍にて開腹の結果、すでに大網まで転移し摘出不能な卵巣癌だった。病状の苦痛もさることながら、あせり、不安というような精神的苦痛も強く感じられるこの患者を通して、もう一度「看護」について考えてみたいと思いこの症例にとりくんだ。

II 症 例

(1) 患者紹介

氏 名：〇木〇子 49歳 文中ではSさんとす。

職 業：なし

性 格：神経質で気が強い。自分の思っていることを卒直に表現しない。

家 族 歴：夫55歳 公務員 息子2人の4人家族

既 往 歴：27歳の時右肺結核にて内服治療。

現病経過：昭和52年8月右側腹部に鈍痛出現、時々激痛になる。9月1日某医受診し、右卵巣周囲に小児頭大の腫瘤を指摘され、当科紹介される。9月2日当科外来受診、子宮筋腫の疑いで10月6日入院となる。入院まで腹痛強く鎮痛剤を常用していた。

(2) 経 過

10月6日子宮筋腫の手術目的にて入院。入院時より右下腹部痛、発熱、食欲不振があり、対症療法及び諸検査施行。その結果クルーケンベルク氏腫瘍が疑われ胃透視のため手術延期となる。胃の異常は認められなかったが、卵巣癌の疑いで10月19日手術が行なわれた。

<手術所見>

開腹と同時に卵巣癌と判明。腹膜、大網に多数の転移巣を認め、卵巣と大腸の癒着が強く一塊となり摘除不能。一部試験切除し、腹腔内にマイトマシン10^{mg}散布のみに終わる。以上より医師から、このまま放置すれば余命1ヶ月と家族に説明がなされた。Sさんに対しては、できものが大きく癒着がひどかったため取りきれず悪性変化をおこすといけないので、薬で治療

する必要があると話された。術後3日目頃より腹痛、腹部膨満感、嘔気、嘔吐などのイレウス症状が出現し、その苦痛に対して「もう死にたい」と口にした事もあった。しかし保存的治療で苦痛が軽減するにしたがい、「早く体力を回復させなくては」と闘病意欲を見せはじめた。術後約4週間でピシバニール、マイトマイシンの静注が開始され、いったんは家族のもとへ帰れるのではないかと思われる程症状は軽減してきた。しかし2ヶ月半後より白血球減少、貧血、発熱が出現し治療が一時中止となってしまった。諸症状の改善もないまま、食欲不振も手強い体力低下をきたしたSさんには、洗面、トイレ歩行などの日常動作にも苦しそうな様子がうかがわれた。そこで私達は、少しでも苦痛を柔らげようと働きかけたが「自分でします」とか「結構です」と答えることが多かった。そんなSさんの態度が闘病意欲のあらわれなのか、看護婦に対する遠慮なのかがつかめない。私達の姿勢を反省してみると、そこにはSさんの気持ちを把握するための積極的な働きかけがなく、ただおしつけの行為と対症看護のみであったことに気づき、再度カンファレンスを行ないSさんに対する接し方を考え直すことにした。

■ 看護の実際と評価

まず第一に、この看護のいきづまりを解決するために卒直にSさんと話し合うことを試みた。心悸亢進を訴えるSさんにとって、病室の外へ出て座位で話すことは苦痛であるとも考えられ、同室患者になるべく少ない時間をみてベットサイドで話し合うことにした。Sさんに対し「今安静が必要な状態であり、そのため私達は少しでも日常動作の援助をしたいと思うが、なぜ受け入れてもらえないのか知りたい」と話してみた。その結果として、

- ① 自分ばかり看護婦に対して手がかかり、忙がしいのに申し訳ない。
- ② 自分でできることは、多少つらくとも頑張らねえと、このまま徐々に動けなくなってしまふような気がする。
- ③ 症状がはかばかしくないことと、他の患者さんが次から次へと元気になり、退院していくのを見ているためあせりの気持ちがある。
- ④ 家族に経済的に負担をかけて申し分けない。

などであった。以上のことから、私達はSさんの看護婦に対する遠慮と症状に対するあせりのあることを感じた。そこで今のSさんにとって体力を回復させることが重要であり、1日も早く元気になってくれることが家族の方はもちろん看護婦にとっても一番うれしいことなので、遠慮はしないでほしいと話した。今までの看護側の行為は、言語により要求されたものへの対応が主であり、忙しさが表面に出た頼みにくい態度であることを反省し、言葉使いや行動の一つ一つに注意を払うように努めた。当科では疾患により病室を分けており、それを患者同志の会話でSさんも知っていたため、病名を悟られないようにそのまま良性的病室におくことにした。しかしそれが、Sさんにとって次から次へと退院する患者を見送る結果となり、いつまでも退院できず取り残されていく自分に不安とあせりを感じさせてしまったようだ。そこで話し合いにより、その気持ちを少しでも軽減できたらと思い転室を働きかけてみた。Sさんは「一人退院するたびに、夜布団をかぶって泣い

ている」と話し「気長な治療のため、気分転換を兼ねて転室してみても良い」と自分の気持ちを語ってくれた。そこで私達は、転室により長期入院患者に接しSさんのあせりも軽減するのではと期待したが、その期待とは裏はらに病状は次第に悪化しつつあった。一つ一つの動作にも時間がかかり呼吸困難をきたす状態にまで致したが、それでもSさんは、ベットサイドでの排尿さえ嫌がり無理してもトイレへ行こうとした。Sさんにとってみれば、体力が落ちたことを自覚しなくなかったのか、近く再開すると言われた治療に対する気力のあらわれだったのか、又同室患者への遠慮だったのだろうか? こんなSさんに対し、私達はどのように対応すべきかわからず意見が分かれた。患者の意志を尊重し、どうしても自分でしたいと思うことはさせてあげた方が良いという意見と、もう一方は患者の意志よりも症状を重視し、安静を守ってもらうべきだという意見であった。この両者のどちらが本当のSさんに即したものであったか疑問である。その後一層呼吸困難、動悸がひどくなり便器挿入時の動作にも大変な体力が必要と判断した私達は、留置挿入を決めた。Sさんはベットの上に起きられないのではないかと不安を訴えたが、体力消耗を防ぐ一手段であることを説明し協力を得た。その後Sさんは、考え込んでいる様子が目立ち会話も少なくなってしまった。Sさんに対し管でつながれるということが、どうしようもない重症感をいだかせる結果となってしまったのではないだろうか。私達は、看護の慣れから留置挿入ということを安易に考えてしまうきらいがあるようだ。たしかに、何回も体を動かすことなしに安静を守ることができると思うが、それによる患者の精神的苦痛を考えたことがあっただろうか。もう一度考え直さなければいけないと反省する。又私達は、転室によりSさんの苦痛の軽減を図ったが、それが及ぼした他の患者への配慮はどうであったか。今まで患者同志で和気あいあいとした明るい部屋が暗くなってしまったことは明らかである。一週間ほどでSさんを個室へ移さざるを得なかったが、その間の両者の遠慮の気持ちが痛いほど伝わってくる毎に、少しでも症状が回復してくれないかと望まずにはいられなかった。

Ⅳ おわりに

私達は卒直に話すことを良しとしたが、Sさんにとってそれがかえって心の負担となったのではないかと今にして思う。患者の気持ちをどのようにとらえ、どう援助するか、深底が何なのかを見分けることはとてもむずかしい。私達のわくに患者をはめこみその中で看護するのではなく、患者一人一人に対しどれだけ柔軟になれるかがこれからの大きな問題なのだろう。付き添いに見えた妹さんに見せる涙、そこには私達には現わされなかった真実の心があると思う。このケースを通し考えさせられたことを、これからの看護に役立てていきたい。