

放射線治療・抗がん剤内服を行う患者の味覚障害によるストレス緩和

キーワード：放射線 抗がん剤 ストレス コーピング 味覚障害 不確かさ

○荒石真奈美（西6階病棟）

I. はじめに

現在、咽頭腫瘍に対し、手術や放射線、化学療法が行われている。放射線治療では抗がん剤内服の併用にて治療が行われることが多く、様々な副作用が生じる。私が受け持った患者も治療により、味覚障害や口内炎、咽頭痛等が出現し、特に味覚障害によるストレスが強いように感じられた。このような状態にある患者を目の前にし、どう介入すれば患者が感じているストレスを緩和できるのか、という疑問が生じた。

放射線治療・化学療法においては様々な研究がされており、「副作用による身体症状の強さや入院生活等がストレスに影響している」¹⁾とされている。また、Mishel はストレスコーピング理論を土台に「病気の不確かさ理論」を構築しており、「あらゆる病人にとって、不確かさは、今後どのようなことが起こり、それがどのような結果を招き、どのような意味を持つのかという点で重大であり、病気や治療に関する不確かさの管理が心理的適応上の課題である」²⁾と述べている。そこで今回、Mishel の「病気の不確かさ理論」を用いて、化学療法（抗がん剤内服）を併用して放射線治療を行っている患者の、味覚障害によるストレス状況に合わせ、その人のコーピングパターンを踏まえた看護介入について考察する。

II. 研究方法

1. 調査期間：平成21年6月24日～8月28日
2. データ収集方法：看護・診療記録から情報を収集する。
3. 倫理的配慮：研究の主旨を説明し、プライバシー保護のため、本研究の目的以外では個人情報扱わないことを伝え、承諾を得る。
4. 対象：S氏 70歳代男性。職業は料理人、店を開いたり料理雑誌の監修を行っている。人と話すのが好きな性格である。胃癌・食道癌（OP）の既往あり。糖尿病もありインスリン注射自己管理中。今回咽頭腫瘍にてOP（腫瘍摘出）、放射線治療・抗がん剤内服目的で

入院となる。

5. 分析方法：入院～治療開始前、治療開始～一旦中止、治療再開～退院までの段階に分け、S氏の状況や言動、看護師の関わりと氏の反応を整理する。そして Mishel の病気の不確かさ（再概念化）理論に沿って、患者の全プロセスを考察する。

III. 結果

1. 入院～治療開始前

6/24 入院、6/250P。主治医より事前に治療の効果や副作用について説明されており、治療に関しての説明書や自分で調べた資料を持参していた。看護師に「放射線受けると、のどは痛んできますか？」と副作用について尋ね、また、仕事に関しても気にかけていた。

2. 治療開始～一旦中止

6/29 より放射線、TS-1 内服開始。S氏は料理人ということもあり、味覚障害の出現を心配していた。

7/3 頃より徐々に咽頭痛増強し、口内炎や味覚障害（塩味）も出現。特に咽頭痛と口内炎による苦痛強く、7/21 に治療は一旦中止となる。疼痛により食欲低下したため、看護師は S 氏と相談し食事内容を変更した。また、自分でもカロリーや栄養を計算し食べられる物を工夫していき、アロプリノール含嗽・デキサルチン軟膏塗布も毎日行った。しかし症状は思うように改善することなく、週末の外泊後、妻が「病院では問題ないが、自宅では（S 氏の）気分の浮き沈みがあり、どうすればいいかわからず困っている。」という相談を看護師にするほどであった。そこで看護師が S 氏を訪室したところ、「気分が滅入るしきつい。熱も出て舌もダメになってきた。料理人としては失格。こんな思いしてまで何になるのか。」と話した。この頃より看護師は毎日 S 氏と話す時間を設け、氏の思い傾聴していった。副作用についても発生機序の説明や予防・緩和方法の情報提供を行うようにした。

3. 治療再開～終了

8/3 より治療再開となる。治療の一旦中止

により咽頭痛や口内炎はやや改善したものの、味覚障害の悪化と食欲低下は続き、「味がどれも一緒なんだよ。何を食べてもしょうばい。」「俺にとっては致命的。」「首吊って死んだほうがマシ。」等、苛立った様子で看護師に訴えることが多くなった。また、「味覚障害についてはもっと詳しく説明してほしかった。最初は痛みやったけど、今は味が一番心配。」と話すこともあった。そこで看護師は薬剤師に相談し、プロマックの処方を医師に依頼した。また、栄養士にも相談し、食事内容の変更について介入してもらった。その後も味覚障害に対する訴えは続いたが、食事量は徐々に増えていき、「看護師と話すのも（長い入院生活での）一つの楽しみ。」と笑顔で話す様子も見られるようになった。

8/27 治療終了。今までは味覚障害を否定する言葉だけであったが、「先生から、味覚障害は月・年単位で見たほうが良いと言われた。まあ仕方ないな。ただどれだけ回復するか。7割は戻って欲しいけど、せめて何を食べているかぐらいはわかりたい。」という言葉が聞かれた。

IV. 考察

1. キーとなる概念の情報収集と整理

1) 時間軸で見た不確かさの種類（症状、医療、日常生活の不確かさ）

S氏の発言や行動から、氏の認知する不確かさは治療方法、副作用が挙げられる。特に副作用においては、咽頭痛や口内炎といった身体的苦痛だけでなく、味覚障害という多大な精神的苦痛も生じた。何を食べても塩味しかないという状況は、料理人としての誇りを持って生きてきたS氏にとって絶望的であった。

2) 新しい見方形成の影響要因（これまでの人生経験、身体的状態、社会資源、医療提供者）

S氏はこれまで食道癌、胃癌、糖尿病の既往あり、OPの自己決定やインスリン注射の自己管理等、全て自分で決めて行ってきた。今回の治療に関しても、資料を集めて自分なりに治療への心構えをしてきたが、味覚障害の悪化により料理人としての絶望感を抱き、また、食欲不振にも陥っている。社会資源としては妻、治療に関する資料が挙げられ、医療提供者では医師、看護師、薬剤師、栄養士が挙げられる。

3) 外部環境（医療提供者、社会資源）との

相互作用

看護師に、生じてくる副作用への不安・苛立ち・今後への絶望感を表出しており、看護師はその都度氏の思いを傾聴していった。そして副作用が生じる機序の説明や、予防・緩和方法を薬剤師と連携して提供していった。また、氏は妻にも思い表出しており、妻はほぼ毎日面会に来ている。

4) 自己の変換（確率論的見方、条件付きの見方、複数の選択肢）

S氏は味覚障害という不確かさにより絶望状態に陥っていたが、毎日思いを表出し、看護師も氏の思いを受け止めていった。最初は「致命的だ。死んだほうがマシ。」という発言が多かったが、長い入院生活の中で、自分なりに食事を工夫したり、「まあ仕方ないな。7割は戻って欲しいけど、せめて何を食べているかだけでもわかりたい。」という言葉も聞かれるようになった。このことから、氏は複数の選択肢を自分なりに見つけ、症状に対し条件付きの見方ができるようになっており、排除できない不確かさを受け入れようとしていると考えられる。

2. 自己変換へのプロセスという視点から、プロセスを妨げている問題を整理し、援助の方向性を見出す

「人が不確かさの混乱のピークにあって、人生に対する新しい見方ができるようになるためには、外部環境との交換を伴う相互作用が不可欠」と言われている。³⁾ S氏は味覚障害に対する不安や怒りを表出し、看護師はそれを受け止め、薬剤師や栄養士とも連携をとり、あらゆる対応を行った。治療の後半には、医師も味覚障害について「月・年単位で見た方がよい」と確率論的な見方を提供している。このことから、S氏と医療提供者（外部環境）との交換が行われていたと言える。しかし、「味覚障害についてはもっと説明してほしかった。」という氏の言葉からわかるように、早期から味覚障害の発生頻度や今後の経過といった確率論的見方を提供することはできていない。味覚障害による混乱が生じる前からの、医療提供者の関わりが自己変換に影響してくると思われる。

3. 自己変換を促進する援助を計画、実施、評価する

S氏は胃癌や食道癌のOPなど、全て自己決定しながら生きてきた。また、料理人としての社会的地位も築いてきた。味覚障害はすぐに回復しないため、S氏は以前受けたOPのよ

うに完全に断ち切るような自己決定ができず、さらに今後も予測不能であり、料理人としての社会的役割を脅かすものとなっていた。今後の人生に対する不安、苛立ち、絶望感を表出していることから、味覚障害という不確かさはS氏にとってストレスになっていたと考えられる。しかし、このような中でも、自分の思いを看護師や薬剤師に吐き出し、疑問点は医師を始めとする医療者に訊いて解決し、提供された予防・緩和方法を毎日実践していった。S氏は様々な方法でストレスに対処していたと考えられる。そして、医療提供者は氏の性格を踏まえ、傾聴の姿勢で関わっていった。「患者の生活スタイルやコーピングスタイルを捉え、ストレス解消法を取り入れながら過ごせるよう支援することが大事だ」⁴⁾とされているが、医療提供者の関わりは、氏のストレス対処の一つになっていたと考えられ、条件付き見方ができるための手助けになったと言えるだろう。

しかし、味覚障害によるS氏の問題は、症状の悪化や様々な訴えが多くなってから明確化したものであり、早期に関わっていれば不確かさによる混乱は最小限に留められ、結果的にストレスも少なくできたと予測される。その具体的内容としては、まず入院した時点で、社会的立場や治療に対する思い・理解度といった情報を整理しておくことが挙げられる。そして、「医療提供者が確率論的な見方で支援することにより、その人が複数の代替案や選択肢が持てるようになり、不確かさを再評価し、『危険』から『好機』へと変化させることが可能になる」³⁾とされているが、S氏の場合、味覚障害が出現した段階で、医療提供者が確率論の見方を持って関わる必要があったと考えられる。早期から外部環境と交換をすることで、S氏の自己変換が促進され、不確かさによるストレスは緩和できたのではないだろうか。

V. 結論

1. 患者のストレス反応の予測をするには、その人の人生経験や社会的立場、コーピングスタイル、治療に対する思い・理解度を整理し、全体像を把握することが重要。

2. 確率論的な見方を持ち、患者の症状や状況に合わせて支援することが自己変換に影響する。

VI. おわりに

咽頭腫瘍に対し、放射線・抗がん剤内服治

療を行う患者は少なくない。そして口内炎や咽頭痛といった副作用はほとんどの人に出現している。しかし、S氏のように味覚障害を訴える症例は初めてであった。そのため、今回研究を行うことで、患者が何を大切に生きてきたかによってストレスと感ずることは違うということがわかった。

本研究では、指標を用いて患者のストレスを評価していないため、味覚障害がどの程度ストレスになっていたのか明らかにできていない。よって、今後はこの課題も踏まえ、今回明らかになったことを生かして日々の看護に取り組んでいきたい。

引用文献

- 1) 山下順子(山口大学医学部附属病院)他：癌患者の入院生活におけるストレスに関する研究，日本看護学会論文集，成人看護Ⅱ(1347-8206)32, p. 215-217, 2001
- 2) 佐藤栄子編著，野川道子：事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門，日総研，p. 225-238, 2005
- 3) 前掲2)，p. 231
- 4) 赤石三佐代(群馬大学 大学院医学系研究科)他：初めて放射線治療を受けるがん患者の気持ちとストレス対処行動に関する質的研究，群馬保健学紀要(1343-4179)25巻, p. 77-84, 2005