

外来における頭頸部がん患者，家族の看護に関する研究

中嶋由紀子¹⁾・森本真智子¹⁾・原川 明美¹⁾・下田 澄江¹⁾・石原 和子²⁾

要 旨 頭頸部がん患者に於いては，がんそのものによる疼痛・不安などの苦痛の他に手術療法・放射線療法などのがん治療による機能障害や苦痛も長期間にわたり存在する．そしてその苦痛は退院後も引き続き存在し，外来通院となった患者・家族のQOLを著しく低下させている．本研究は外来通院中の頭頸部がん患者及びその家族の身体的，心理・社会的問題について帰納的に分析し，外来における看護介入について検証する事を目的とした．面接による方法で外来通院中の頭頸部がん患者及びその家族のかかえている身体的，心理・社会的問題をV・ヘンダーソンの「14の基本的看護の構成因子」に基づいて分析した．患者の病期的分類では特にターミナル期に於いて，患者・家族ともに心理面を中心に問題が内在しており，症状コントロールが重要課題である．また，がん疾病の特性からくる問題として，がんの治療による喉頭全摘出術後や放射線照射後に生じる飲食・活動・呼吸・心理面に関するものが多かった．また，家族も患者の問題に影響を受けていた．よって，患者と家族を一単位とした入院中から外来通院そして在宅療養支援へと有機的な継続看護支援システムの構築が示唆された．

長崎大学医学部保健学科紀要 16(1): 63-70, 2003

Key Words : 頭頸部がん患者, QOL, 機能障害, 症状コントロール,
V・ヘンダーソンの「14の基本的看護の構成因子」

はじめに

頭頸部がんの発生頻度はがん全体の約5%といわれているが，頭頸部領域の機能は音声言語，呼吸，咀嚼，嚥下，嗅覚，味覚，聴覚など種々の機能を受け持っており，それらは人が生きていくために最低限必要な機能，あるいは社会生活上重要な機能であるといわれている¹⁾．そのため，それらの機能が障害されると患者，家族に様々な苦痛をもたらすことになる²⁾．さらに頭頸部がん患者に於いては，出血など緊急対応が必要とされる³⁾がんそのものによる症状や，呼吸機能・嚥下機能など重要な機能の障害⁴⁾がもたらす症状の他に，手術療法による障害⁵⁾⁷⁾や放射線療法などのがん治療による苦痛⁶⁾も長期間にわたりその過程でさまざまに存在する．そしてその苦痛は退院後も引き続き残り，外来通院となった患者や家族のQOLを低下させることになる⁸⁾．現在の医療の方向は早期退院による外来でのケアへと移行してきており⁹⁾，患者はさまざまな問題を残したまま退院となる．病院の管理下から家族によるケアへ移行後，家族だけの介護ではこれらのQOL低下因子を解決することが困難である．しかし，現在の大学病院での現状では外来通院時に受ける医療は主に医師の診察だけであり，多人数を診察しなければならない医師によるケアは短時間で終了してしまい，患者の細かな問題に対応することは不可能である．

そこで本研究は，長崎大学医学部附属病院の耳鼻咽喉科外来に通院中の頭頸部がん患者及びその家族に対し在

宅療養中の情報収集と支援を目的に実施し，外来面接時における問題点を分析，検討した．

I 研究目的

- 1 頭頸部がん専門外来に通院中の患者・家族の抱える問題を明らかにする．
- 2 頭頸部がん患者・家族への看護介入の必要性を検証する．

II 研究対象及び研究方法

1. 研究対象：長崎大学医学部附属病院耳鼻咽喉科に通院中の患者35名とその家族19名
2. 研究期間：2001年6月1日～8月31日
3. 研究方法：面接法

医師の診察が終了した時点で，頭頸部がん患者や家族の表情・しぐさなどから当研究者が問題ありと判断した対象に対して“大丈夫ですか，よろしければお話し伺いましょうか。”等の非限定的な言葉かけを行い，面接の承諾が得られた患者やその家族と面接を行った．面接は耳鼻咽喉科外来で，医師の診察室とは別の部屋で行った．面接の方法は，当研究者が患者の病状や訴えから判断した内容をさらに細かく質問した．その上で内容に応じて患者，家族自身への介入を行った．医師の判断や許可が必要な患者，家族の問題は面接途中で医師へ情報を報告し直接又は間接的に介入を行った．面接時の患者，家族の言葉や面接終了後の反応から面接の効果を評価した．

1 長崎大学医学部附属病院

2 長崎大学医学部保健学科看護学専攻

Ⅲ 分析方法

- ① 面接した記録内容を問題と介入別に抽出，逐語化し，帰納的に分析した。
- ② 帰納的分析から時期別に，喉頭全摘出術後，ターミナル期，放射線照射後，腫瘍摘出術後，告知直後，外来照射中，術前に分類された。
- ③ それぞれの時期における身体的・心理的・社会的問題点に関して，患者とその家族の行動や相談された内容をV・ヘンダーソンの「14の基本的看護の構成因子」を用いて整理，分析した¹⁰⁾。また患者のADLは帰納レベル分類¹¹⁾で判断した。
- ④ 看護師の介入については，患者・家族への直接的看護介入と医師へ情報提供後直接的及び間接的に行った看護介入について整理分析した。
- ⑤ 面接の効果は初回及び2回目以降の面接時に得た患者，家族の言葉や数回の面接終了後の反応から総合的に評価した。ターミナル期の家族の反応は入院時に得られたものもあわせて評価した。

Ⅳ 研究結果

1. 対象者の概要と面接時間

面接対象者は，男性26名，女性9名であった。対象者の年齢は39歳から86歳で平均年齢は64.89歳であった。疾患別では喉頭がん11名，下咽頭がん8名，中咽頭がん3名，舌がん3名，上顎がん3名，その他のがん疾患10名であった（表1）。

また時期別分類では喉頭摘出後10名，ターミナル期7名，放射線照射後7名，腫瘍摘出術後5名，告知直後3名，外来放射線治療中2名，術前1名であった（表2）。

患者のADLはターミナル期の2名がADLスコア6と8であり，他の33名のADLは自立していた。

19名の家族面接者の内訳は，喉頭全摘出術後8名，ターミナル期7名，放射線照射後3名，腫瘍摘出術後1名で，妻が10名，子どもが8名，妹が1名であった（表3）。

表1 患者の内訳

疾患別分類 (名)	n = 35
喉 頭 が ん	11
下 咽 頭 が ん	8
中 咽 頭 が ん	3
舌 が ん	3
上 顎 が ん	3
口 腔 が ん	2
側 頭 骨 が ん	1
中 耳 が ん	1
口 腔 底 が ん	1
甲 状 腺 が ん	1
耳 下 腺 が ん	1
計	35

表2 時期別分類

時期別分類 (名)	n = 35
喉 頭 全 摘 出 術 後	10
ターミナル期	7
放射線照射後	7
腫瘍摘出術後	5
告知直後	3
外来照射中	2
術 前	1
計	35

表3 時期別分類 (家族)

家族の時期別分類 (名)	n = 19
喉頭全摘出術後の家族	8
ターミナル期の家族	7
放射線照射後の家族	3
腫瘍摘出術後の家族	1
告知直後の家族	0
外来照射中の家族	0
術 前 の 家 族	0
計	19

2. 結果の概要

一回の面接に要した時間は15分から70分であった。面接の内容から抽出された問題点は214件であった。

時期別に分類すると，患者の問題点ではターミナル期45件，喉頭全摘出後29件，放射線照射後22件，腫瘍摘出術後14件，告知後8件，術前7件，外来照射中3件であった。

V・ヘンダーソンの「14の基本的看護の構成因子」で分類した結果，患者の問題点ではターミナル期45件の中では飲食と排泄に関するものがそれぞれ10件（22.2%）で，ついで心理に関するものが9件（20.0%），活動に関するものが8件（17.8%）であった。喉頭全摘出術後29件の中からは呼吸に関するもの9件（31.0%）で飲食に関するもの7件（24.1%）であった。放射線照射後22件の中からは飲食に関するものが12件（54.5%）であった。腫瘍摘出術後14件の中からは活動に関するもの6件（42.9%）であった。患者の問題の一人平均件数は術前7件，ターミナル期6.43件，放射線照射後3.14件，喉頭全摘出術後2.9件，腫瘍摘出術後2.8件，告知後2.67件，外来照射中1.5件であった（表4）。

一方家族の問題点で最も多かったのはターミナル期73件で，心理に関するものが32件（43.8%），飲食に関するものが16件（21.9%），排泄・活動・清潔に関するものがそれぞれ7件（9%）ずつであった。喉頭全摘出術後の家族の問題8件のなかでは心理に関するもの4件（50%），飲食に関するもの3件（37.5%）で，放射線照射後の家族の問題4件のなかでは飲食に関するもの3件（75%），心理に関するもの1件（25%）であった。家族がかかえる問題の一人平均件数はターミナル期10.04件，放射線照射後1.33件，喉頭全摘出術後と腫瘍摘出術後がそれぞれ1件であった。（表5）

表4 患者の問題点 V・ヘンダーソンの「14の基本的看護の構成因子」による分類 (件)

	呼吸	飲食	排泄	活動	睡眠	更衣	体温	清潔	安全	心理	信仰	仕事	趣味	コーピング	計	一人平均
喉頭全摘出後	9	7	2	5	0	0	1	0	0	4	0	1	0	0	29	2.9
ターミナル期	1	10	10	8	1	0	0	3	2	9	0	1	0	0	45	6.43
放射線照射後	2	12	1	4	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	22	3.14
腫瘍摘出術後	0	4	1	6	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	14	2.8
外来照射中	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	1.5
告知後	0	3	0	2	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	8	2.67
術前	0	2	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	7	7
計	12	38	15	28	2	0	1	4	5	20	0	3	0	0	128	3.66

表5 家族の問題点 V・ヘンダーソンの「14の基本的看護の構成因子」による分類

	呼吸	飲食	排泄	活動	睡眠	更衣	体温	清潔	安全	心理	信仰	仕事	趣味	コーピング	計	件数/人
喉頭全摘出後	1	3	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	8	1.00
ターミナル期	2	16	7	7	0	0	0	7	2	32	0	0	0	0	73	10.04
放射線照射後	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	1.33
腫瘍摘出術後	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.00
外来照射中	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
告知後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
術前	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	4	22	7	7	0	0	0	7	2	37	0	0	0	0	86	4.53

表6 問題の内容 (心理)

項目	件数(本人)	件数(家族)	計
告知されショック	4	2	6
在宅を継続したい	5	0	5
きつそうなので入院させたい	0	4	4
妻のいうこと聞かない	0	4	4
相談相手がいらない	0	4	4
告知しないでほしい	0	4	4
進行が怖い	0	3	3
入院時期が判断できない	0	3	3
食物の詰まりが怖い	1	1	2
出血が怖い	0	2	2
手術の前で不安	2	0	2
他科受診の相談	2	0	2
転移の不安	0	2	2
家族介護者への申し訳なさ	0	2	2
治りが悪い	1	0	1
痛いのが妻に話せない	1	0	1
独居なので不安	1	0	1
家族を介護している	1	0	1
詰まるのが怖い	1	0	1
他科の診察が怖い	1	0	1
患者と話が出来ない	0	1	1
医師に話せない	0	1	1
他院での入院拒否	0	1	1
通院時に他の乗客への遠慮	0	1	1
夫へのマイナス感情	0	1	1
他の家族の病気	0	1	1
計	20	37	57

3. V・ヘンダーソンの「14の基本的看護の構成因子」による分類別内容

1) 心理に関する問題について

外来通院中の頭頸部がん患者と家族の心理的問題は患者20件で家族37件であった。最も多かったのががん発症の告知やがんの再発の告知によるショックで患者4件と家族2件であった。また患者には、出来るだけ在宅療養を継続したいという気持ちと症状に対する不安や家族への申し訳なさで入院しないといけないという相反する気持ちが存在していた。一方家族は様々な症状をみてきつそうだから入院してほしいという思いと、患者の希望をくんで自宅で過ごさせたいという気持ちで悩んでいた。さらに家族は患者の状態を医師により説明されていた為、がんの進行や出血・転移に対する恐怖やそれに伴う入院の時期決定に対する悩みが存在していた。また、家族には、両親や子供には心配かけるから話せないし友人知人には知られたくないという気持ちがあり、がん患者の症状や悩みを相談できる人がいないと訴えたものが4件あった。患者は痛みや栄養摂取困難など身体症状のために不安や恐怖感を持っていた(表6)。

2) 飲食に関する問題について

飲食に関する問題は患者に38件、家族22件存在していた。患者は咽喉・食道の狭窄や食欲不振、開口制限のために食事が減少したものが12件あり、同様に家族も患者の食事が減少していると訴えていた。食事摂取方法の問題で食物が詰まると訴えたものが患者6件と家族1件あり、通過が悪いと訴えたものが患者5件と家族1件にみられた。嚥下時に食物が鼻へ逆流するものが患者3件あり家族も3件が逆流すると訴えていた。放射線照射後の患者では唾液がでないため会話や摂食に障害があるものが

2件あった。術前の患者にはがんによる栄養摂取困難があった。吐き気、口喝、むせ、開口制限、味覚低下、口内がねばねばするなど多様な症状があった。家族はこれらの問題の為に何を食べさせていいかわからずに困っていた(表7)。

表7 問題の内容(飲食)

項目	件数(本人)	件数(家族)	計
食事量減少	12	11	23
食物が詰まる	6	1	7
鼻への食物の逆流	3	3	6
通過不良	5	1	6
食べられるものがわからない	1	2	3
唾液がでない	2	0	2
経管栄養チューブ固定不良	1	0	1
経管栄養チューブ自己抜去	1	0	1
吐き気	1	0	1
口喝	1	0	1
むせ	1	0	1
開口制限	1	0	1
味覚低下	1	0	1
口内がねばねばする	1	0	1
体重増加不良	1	0	1
貧血	0	1	1
飲酒	0	1	1
尿糖	0	1	1
舌突出で飲めない	0	1	1
計	38	22	60

3) 活動に関する問題について

活動に関する問題は患者に29件家族に6件存在していた。患者の問題ではがんそのものによる疼痛と放射線照射や手術等の治療による疼痛11件であった。同様の原因で音声がなると訴えたもの5件、倦怠感や肩凝りがあるものがそれぞれ4件あり、手術により上肢が挙上困難になったものが2件あった。栄養摂取不良のために倦怠感やふらつき、体動困難を訴えるものもあった。家族自身では介護できなくなるため自分が具合が悪くても薬を飲まなかったり、めまいや疲れを訴えるものがあった(表8)。

表8 問題の内容(活動)

項目	件数(本人)	件数(家族)	計
疼痛	11	0	11
声がでない	5	0	5
倦怠感	4	0	4
肩凝り	4	0	4
上肢挙上困難	2	0	2
ふらつき	2	0	2
体動困難	0	2	2
異常言動	0	1	1
自分が薬飲めない	0	1	1
通院できない	0	1	1
めまい	0	1	1
疲れ	0	1	1
計	28	7	35

4) 排泄に関する問題について

排泄に関する問題は患者に15件、家族に7件存在していた。排便に関するもので便秘と下痢の両方の問題があった。また、がんからの浸出液や出血があると訴えたものがターミナル期の患者6件、家族5件あった。栄養摂取困難からくる尿量減少も1件あった(表9)。

表9 問題の内容(排泄)

項目	件数(本人)	件数(家族)	計
便秘	6	2	8
浸出液がある	4	3	7
がんから出血する	2	2	4
下痢	2	0	2
尿量が少ない	1	0	1
計	15	7	22

5) 呼吸に関する問題について

呼吸に関する問題は患者に12件、家族に4件存在していた。気管孔が狭い、息苦しいと訴えたものが2件ずつあった。痰に関しては粘稠・喀出困難・多い・たまる・多い等の訴えがあり、咳がでると訴えた家族もあった。喉頭がんのターミナル期では気管孔の上部のがんから浸出液があり、気管へ流入すると訴えた家族があった(表10)。

表10 問題の内容(呼吸)

項目	件数(本人)	件数(家族)	計
気管孔が狭い	2	1	3
痰が粘稠	2	1	3
息苦しい	2	0	2
痰喀出困難	2	0	2
咳の後動悸	1	0	1
痰がたまる	1	0	1
痰が多い	1	0	1
鼻汁が多い	1	0	1
浸出液が気管孔にはいる	0	1	1
咳	0	1	1
計	12	4	16

4. 看護介入

心理的問題に関してじっくりと耳を傾け、患者と家族が聞いてもらったと感じられるよう心がけた。患者や家族の言葉や動作から感じ取った事を問題として返し、一つ一つの問題を面接の時間帯に解決するようにした。様々な症状があることで不安を持っていた患者や家族に対しては症状コントロールのための方法を指導した。ターミナル期の家族は終末期の対処方法や入院の時期などについての不安や出血や進行に対して恐怖を持っており、終末期の細かい症状について指導し対処の方法を伝えた。

飲食に対してはミキサー食や刻み食及び半流動食など摂取し易い食物形態について説明したり、簡便にとれる

カロリーメイトやポカリスエットなどの市販品の紹介をした。喉頭全摘出術後やターミナル期の腫瘍や治療による摂取障害に対して嚥下時の頸部の角度や鼻をつまんで嚥下するなどの嚥下方法の説明や経管栄養の方法について説明した。喉頭全摘出術後や放射線治療後の患者とターミナル期の患者では、必要栄養量が違うためそれぞれの時期に応じて介入を行った。放射線照射後の患者は口内痛や唾液分泌不良のために食欲が低下しており、食事の温度や水分摂取について説明した。

活動に関する問題としては疼痛や、術後の上肢挙上困難による就業困難などの問題があり、疼痛に対して医師に働きかけて鎮痛剤の処方やそれに伴う鎮痛剤の作用副作用の説明及び使用方法等の説明を行った。上肢挙上困難に対してはリハビリの方法を説明した。喉頭全摘出術後の患者で代用音声を獲得出来ず困っていた患者に対して電気喉頭の使用法や食道発声の指導を行った。

排泄に関する問題への介入として便秘と下痢に対しての対処方法を指導した。浸出液や出血のある患者と家族に対しては対処の仕方を説明し、必要な材料を手配した。呼吸に関しては喉頭全摘出術後の狭くなった永久気管孔の取り扱い方法や喀痰の効果的な喀出方法について説明した(表11)。

5. 面接の効果

本研究者による面接終了後、「安心しました」「良くわかりました」「話を聞いてもらって楽になりました」等の反応があった。様々な症状に対して介入を行ったことで2回目以降の面接時に痛みが緩和したり、食事がとれるようになったりリハビリにより就業が可能になったりしていた。ターミナル期の家族は入院後、面接時の指導により安心が得られ、患者のケアが積極的にいけるようになり、終末期のぎりぎりまで自宅でケアを行うことが出来たと涙を流して喜んだ。さらに面接を行った患者、家族が全員次回の面接を希望し、面接終了後に表情が明るくなったり笑顔になったりとの反応が観察された。

V 考 察

面接の結果明らかになったことは、外来通院中の頭頸部がん患者及びその家族のかかえている問題は、ターミナル期、喉頭全摘出術後、放射線照射後、腫瘍摘出術後、告知後、術前、外来照射中の各時期に於いて身体的・心理・社会的に問題が多様に存在していたことである。頭頸部がんはがんそのものによる問題と喉頭全摘出術後の多彩な症状や放射線照射による障害など手術療法や放射線療法後に生じる問題がありそれぞれの問題が患者と

表11 看護問題と介入

問題項目	看護問題	具体的介入
心 理	患者本人の不安と恐怖	傾聴、妻に代わって話す、不安軽減のための症状コントロール説明、医師へ働きかけ
	家族の不安と恐怖	傾聴、患者への働きかけ、不安軽減のための症状コントロール説明、リラクゼーション方法説明、他家族への協力依頼、緊急時の対処方法説明、受診のタイミングと方法説明、出血時の対処方法説明
飲 食	詰まる・通過不良	ミキサー食、刻み食、半流動食、経鼻食、カロリーメイトなどの市販品紹介
	逆流	嚥下時の頸部の角度・鼻詰め摂取方法説明、口渇時の水分摂取説明、適正食品温度の説明、経管栄養方法説明、経管チューブの管理方法説明、詰まった時の対処方法説明
	飲酒・吐き気	飲酒に付いて説明、吐き気時の対処方法説明
活 動	疼痛コントロール不良	鎮痛剤の種類説明、麻薬の作用副作用説明、情報提供後医師による鎮痛剤の処方・増減、鎮痛剤の使用法説明、マッサージ方法説明、ホットパック使用方法説明、氷水による含嗽説明
	運動制限	リハビリ説明
	失声	電気喉頭使用法説明、食道発声説明
排 泄	便秘	食事指導、理由と機序説明、情報提供後医師による下剤処方、下剤の使用法説明
	下痢	食事指導、脱水対処方法説明
	浸出液・出血	処置の仕方説明・必要材料の手配
呼 吸	気管孔ケア不良	吸入・痰の除去方法説明、含嗽方法説明、気管カニューレの管理説明、吸入器の受給方法説明、医師へ情報提供
	ターミナル期の呼吸管理不良	呼吸状態の観察方法説明、呼吸状態の変化の過程・受診のタイミング説明

家族に苦痛をもたらすといわれている⁶⁾¹²⁾。今回の調査でも面接を行った各時期に於いてがんそのものからくる栄養摂取困難や痛み、呼吸困難などが存在していた。また喉頭全摘出術後には食物の詰まりや通過不良、鼻への逆流がみられ失声、便秘、呼吸困難などの問題があり放射線照射中や照射後の患者には痛みによる栄養摂取困難や唾液分泌不良などの症状があり治療による問題も存在していることが確認できた。

世界保健機構は1990年に「緩和ケアの目標は、患者とその家族にとって出来る限り良好なクオリティ・オブ・ライフを実現することである。痛み以外の諸症状のコントロールと同時に、痛み以外の諸症状のコントロールである」¹³⁾と述べている。今回もターミナル期の患者と家族に身体的・心理社会的問題が内在しており最も緩和ケアが必要な時期であると考えられた。しかしターミナル期の家族に於いてはがんの進行や転移出血などに対する恐怖や終末期の入院時期についての不安がありながら他の家族には心配かけるので話せないし友人知人には話したくないという思いから相談相手が不在となり問題が内在化していた。他の時期の患者と家族に於いてもさまざまな症状がありながら不安を抱え我慢して在宅生活をおくっていた。身体的症状の存在は心理的問題へと発展するため看護師が問題解決のための相談相手として存在する必要がある相談窓口設置など検討すべき課題と考えられる。

頭頸部がん患者は、V・ヘンダーソンの「14の基本的看護の構成因子」では心理、飲食、活動、排泄、呼吸において問題が焦点化していた。飲食、活動、排泄、呼吸の各身体症状は生命維持にかかわる問題でありこの4項目に対する症状コントロールが重要である。

面接による調査では特に飲食に関する問題が多かった。頭頸部は栄養摂取時の食物の通過地点であり、がんの浸潤などによるがんそのものを原因とする栄養摂取困難と、喉頭全摘出術後の咽頭や食道の狭窄によるがん治療を主体とした原因が考えられる。その為、頭頸部がん患者には栄養摂取困難を来している原因に応じて適切な手段を講じて対応するよう説明をしていくことが大切である。がんの増大による通過障害に対しては流動食やミキサー食等食物形態についての説明を行い、術後の通過障害に対しては鼻をつまんだり頸部の角度を変えるなど嚥下方法を説明した。嚥下方法は実際に患者に体験させるため他の患者の目につく場所での指導は自尊心を低下させることになり、指導場所は個別の場所が必要である。今回、他の患者の目につかない場所でこれらの説明をしたことで患者の受け入れが良好であった。そのため2回目以降の面接時に患者や家族は嚥下ができるようになり摂取量が増大したと喜んでいて、栄養摂取困難により活動が低下していた患者は摂取方法と簡便な市販品の紹介で毎日の食事がとれるようになり活動も楽になり安心したと面接した家族が話し栄養摂取についての指導の重要性が示唆された。

活動のなかでは疼痛が11件存在していた。がん性疼痛

は様々な因子つまり身体的・心理・社会的霊的因子を含むトータルペインといわれており¹⁴⁾がん患者の疼痛を除去することは、症状コントロールの中でも私達に課せられた最重要課題である。頭頸部がんでは痛みにもがんそのものと治療によるものが存在し、がんによる痛みには麻薬が使用される。外来通院中の患者には痛みを我慢しているものもいたため患者と家族には鎮痛剤の有効性について説明し医師に痛みの程度や持続時間を報告したことで麻薬が処方された。麻薬服用に際しては正確な服用が効果をもたらすため作用と副作用を説明し服用方法と副作用の対処方法についても説明した。放射線治療を受けると粘膜への照射となるため口腔咽頭痛が強く冷却や鎮痛剤による含嗽が有効であることを説明した。痛みが軽減した患者は栄養摂取量が増え活動も拡大しており家族も安心していた。また手術後の上肢挙上困難に対してリハビリ指導により就業が可能になったと報告した患者があり理学療法必要性も示唆された。

麻薬を使用していると便秘となる¹⁵⁾が今回緩下剤の使用を誤り、下痢になっているものもあった。その為麻薬使用時の排便コントロールについて説明する時は下剤の過剰使用による副作用についても説明を加える必要がある。喉頭全摘出術を受け、永久気管孔を形成している患者は努責が困難なため便秘傾向となる。患者と家族は術後に排便コントロールについても指導を受けて退院しているが在宅では食生活や活動が変化するため排便コントロールは不良となっていた。その為、喉頭全摘出術後の患者に対しては外来での患者個々に応じた食生活や日常生活をとおしての排便コントロールについて説明する必要があると思われた。

喉頭全摘出術を受けた患者は、永久気管孔の扱いを十分に習熟しないと呼吸困難を来すことがある。今回も気管孔が狭かったり、痰が粘稠でさらに呼吸面積が狭まり呼吸困難を訴えるものがあつた。痰が粘稠な患者に対してはネブライザーの使用法や身体障害者としてのネブライザーの購入方法を説明し痰をきちんと除去するよう説明した。痰の喀出方法が下手な患者にはハフピング法を説明した。気管孔が狭小化している患者に対しては一時的に気管カニューレを挿入したりされるが今回はカニューレの挿入により血圧が上昇していたため挿入せず活動すると呼吸困難があると訴えた。医師に報告しテーピングによる拡張がされたが高齢のため自己管理が不十分であり家族へ協力を依頼したが共働きであるため昼間は一人で過ごし不安による呼吸困難感があつた。その為他の患者よりも頻回に面接を実施し痰の除去と方法の説明を行い患者は呼吸困難感を訴えなくなった。

身体的諸症状に関する問題点は心理的に抑鬱傾向を来すもので、看護ケアの優先性は身体諸症状の効果的コントロールにあると確認できた。また、このように種々雑多な患者の訴えに正確に対応していくために頭頸部がん看護に携わるものはそれぞれの問題に対するプロフェッ

シヨナルとしての細かな看護技術を持つことが必要である。さらに症状緩和により患者や家族の安心感が得られたことは一人一人に応じた方法で確実に症状コントロールを行っていくことで心理的問題も同時に解決する事が可能でありこのような介入は外来通院中の患者のQOL維持と向上に有効に働くと考えられる。

今回の面接調査を通して外来通院中の患者と家族の問題を浮き彫りにし、問題に対する介入を行ったことで良好な結果を得ることが出来た。問題解決のためには患者の訴える“自覚症状”をコントロールする必要があるということ認識出来る感性が必要である。このことは基本的に、看護師自身が患者の苦痛を感じ取る責任をどれだけ強く意識して患者に関わっているか否かに大きく左右される¹⁰⁾といわれている。在宅療養中の患者、家族にとっては看護師が患者の症状を素直に受け止め情報収集する事が問題解決につながるため、情報収集手段としてのコミュニケーション技術の向上も外来看護師としての課題である。患者や家族に関心を示し表情や目の動き、声の抑揚などに注意を払い問題をキャッチしていくことが問題解決の一步であると考えられる。

頭頸部がん患者においては、外来照射中を除く全ての時期に飲食と活動に関する問題が存在していた。看護師は自分たちの限界があることも認識し栄養摂取方法の改善について栄養士と連携し、肩凝りなどの症状緩和のために理学療法士と連携する等チームアプローチのためにコメディカルとのコーディネーターとしての役割も必要と考えられる。

これらの諸問題は入院中から発生するものが多く、患者と家族を一単位とした入院中から外来通院そして在宅療養支援へと有機的な継続看護支援システムの構築が必要であり、看護部全体での取り組みが望まれる。

VI. 結 論

外来通院中の頭頸部がん患者35名とその家族19名との意図的関わりを実施した。承諾を得て行った面接による外来通院中の頭頸部がん患者及びその家族のかかえている問題は、身体的、心理・社会的に多様であった。

特にターミナル期に於いては、患者・家族とも心理面を中心に問題が多数内在しており、症状コントロールが最重要課題である。また、がん疾患の特性からくる問題として、がんの治療による喉頭全摘出術後や放射線照射後に生じる飲食、活動、呼吸、排泄に関するものが多かった。その為に頭頸部がん看護に携わる看護師は、細かな看護技術を高め、コミュニケーション技術の修得と患者の苦痛を感じ取る責任を意識して患者に関わることが重要である。またチームアプローチのためにコメディカルとのコーディネーターとしての役割も必要である。

そして、患者と家族を一単位とした入院中から外来通院そして在宅療養支援へと有機的な継続看護支援システムの構築が望まれる。

<引用文献>

- 1) 石川紀彦, 岸本誠司: 頭頸部がんとはどういう病気か. ターミナルケア, Vol.10 No.1 JAN: 5-10, 2000.
- 2) 下山直人, 下山恵美: 頭頸部がん患者の痛みの特徴と治療. ターミナルケア, Vol.10 No.1 JAN: 11-16, 2000.
- 3) 林隆一: 緊急対策が必要とされる症状. ターミナルケア, Vol.10 No.1 JAN: 25-28, 2000.
- 4) 藤本保志: 頭頸部がん治療後の摂食障害. ターミナルケア, Vol.10 No.1 JAN: 17-24, 2000.
- 5) 林隆一: 喉頭摘出に関連する機能障害とリハビリテーションの可能性. がん看護, Vol.4 No.6: 472-478 1999.
- 6) 原泉: 喉頭摘出患者の継続看護. がん看護, Vol.4 No.6: 478-480, 1999.
- 7) 百瀬章子: 頭頸部がん患者の看護. ターミナルケア, Vol.10 No.1 JAN: 35-39, 2000.
- 8) 宮岡等: がんの経過中にみられる精神的問題. 癌治療と宿主, Vol.6 No.2: 39-43, 1994.
- 9) 畠中智代: 変わる外来. 第1版, 東京, 日本看護協会出版会, 1997. 140-154
- 10) 渡辺トシ子: ヘンダーソン・ゴードンの考えに基づく看護アセスメント. 広川書店, 1999.
- 11) 池上直巳: 在宅ケアアセスメントマニュアル. 厚生科学研究所 東京 1997. : 53-59
- 12) 荻野尚: 頭頸部がんに対する放射線治療とインフォームド・コンセント. がん看護, Vol.2 No.1: 16-20 1, 1997.
- 13) 世界保健機構編 (武田文和訳): がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア. 東京, 金原出版, 1993.
- 14) 武田文和: がんの痛みを救おう!. 第1版 東京, 医学書院, 2002.
- 15) 的場元弘他: 痛みのマネジメントの基礎. ターミナルケア, わかるできるがんの症状マネジメント, Vol.7 6月号別冊, 20-40, 1997.
- 16) 季羽委文子: 症状マネジメントにおける看護婦の役割. ターミナルケア, わかるできるがんの症状マネジメント, Vol.7 6月号別冊, 10-17, 1997.

Nursing care for head and neck cancer outpatients and their families in a university hospital

Yukiko Nakashima, RN, Machiko Morimoto, RN, Akemi Harakawa, RN,
Sumie Shimoda, RN¹⁾, Kazuko Ishihara, RN, DMSc²⁾

1 Department of Nursing, Nagasaki University School of Medicine and Clinitics

2 School of Health Sciences, Nagasaki University

Abstract The purpose of this study is inductively analyze the physical and psychological/social problems of outpatients with head and neck cancer and their families. The subjects consisted of 35 patients with head and neck cancer who visited the otolaryngological department of a university hospital and their 19 family members (total, 54 subjects). After medical consultations with physicians, we asked to the patients and their family members, "Are you all right?" While observing their facial expression and actions. Thereafter, the patients and their family members from whom consent was obtained were interviewed. An inductive analysis was performed, after recording the contents of the interviews and verbal expressions. During each period, physical and psychological/social problems, observed in the behavior of the patients and their family members and the contents of their consultation, were analyze using the "14 constituent Factors of basic nursing" proposed by V. Henderson. Interviews revealed various physical and psychological/social problems of outpatients with head and neck cancer and their family members. In particular, in the terminal stage, many psychological problems were observed in both the patients and family members, and the control of symptoms was also an important problem. Through this interview study, it was confirmed that it is indispensable to establish an organic continuous nursing support system for the patient and his family as a unit from the hospitalization period to treatment on an outpatient basis, and finally for in-home care support.

Bull. Nagasaki Univ. Sch. Health Sci. 16(1): 63-70, 2003

Key Words : Head and Neck Cancer outpatients, Quality of Life (QOL), Functional impairment, Symptoms'control, "14 constituent Factors of basic nursing" proposed by V. Henderson