

大腸がん術後，1年で再発した患者の心理的变化へのかかわりを振り返る — ミシエルの不確かさ理論を用いて —

看護部 出野 彩

がんと診断された患者は、「悪い知らせ」を幾度も場面を経験し、病状からの不安や死への恐怖を抱え、精神的に不安定になることが多いと言われている。今回、大腸がん術後1年で再発を宣告され、焦り・後悔・怒りを抱えた患者とのかかわりを、Mishelの病気の不確かさ理論を通して振り返った。その結果、患者が情報をどのように解釈し、認識したかを把握する必要があることがわかった。また患者の抱える気がかりや、心理的段階に応じて、情報を提供していくことで、患者が持つ不確かさの軽減につながることを示唆された。

keywords：悪い知らせ、不確かさ、情報提供

1. はじめに

がん患者は、高齢化に伴い増加の一途をたどり、生涯でがんに罹患する確率は2人に1人とされ、男性4人に1人、女性は6人に1人はがんで亡くなる時代であると言われている。浅沼らは「いまだに『がん』という病は、患者・家族にとって、『生命を脅かす病気』あるいは『苦しむ病気』というイメージが強いのも事実である」¹⁾と述べている。

がん治療に伴う「悪い知らせ」には、病名告知や再発、積極的治療の中止などがあり、「患者の将来の見通しを根底から否定的に変えてしまうもの」²⁾と言われている。

当院では、年間2,300件ほどのがん薬物療法が実施されている。がん薬物療法を専門に行う通院治療室の看護師は、「悪い知らせ」を受けたばかりの患者と初対面でかかわることが多い。その中で私は、大腸がん術後1年で再発を宣告され、焦り・後悔・怒りを抱え、医療者へ自分の思いをぶつけた患者とのかかわり、戸惑いを感じた。そのため本研究では、この患者の訴えから、患者の思いを理解しどのような看護介入が必要であったのかを明らかにするために、Mishelの病気の不確かさ理論を用いて振り返った。

2. 方 法

デザインは回顧的事例研究を用いた。

S状結腸がんと診断された、A氏60歳台前半の男性を対象に行った。

データ収集と分析は、診療録から基本情報、入院歴、収集治療の経過および言動を抽出しMishelの病気の不確かさ理論を用いて検討した。

(1)事例紹介

職業：レストランのシェフ(従業員数名を抱える経営者)。

家族構成：妻と2人暮らし。長女は独立。長男はこの年の春から大学生となり大阪で一人暮らしをしている。

キーパーソン：妻。

性格：悩みは人に相談せず、インターネットや本から情報収集し自分で決断されてきた。好きなことにはこだわる。

(2)既往歴

201X年10月：右頸部リンパ節腫大に対し生検し、病理の結果、扁平上皮がんを指摘。原発不明がん、右頸部リンパ節転移で、K病院にて検索進め中咽頭がんと確定。

201X+1年1月：中咽頭がんに対し手術および化学療法を実施。

(3) 現病歴

201X年8月：右頸部腫瘍が出現し、前医でS状結腸がんおよび右頸部リンパ節腫大と診断され、当院紹介。

201X年10月5日：大腸内視鏡検査前処置後、排便が少なく腹部膨満感出現。がんによる結腸閉塞と診断され緊急入院、ステント留置し一旦退院。

201X年10月24日：S状結腸切除術施行。病期分類はpStageⅢa。

頸部リンパ節腫瘍に対する検索治療もあり、補助療法は実施されず。

201X+2年12月：PET-CTにて仙骨浸潤、播種を認め再発と判断。

3. 看護の実際

(1) 再発告知当日・オリエンテーションの場面

私がA氏と初めてかかわったのは、医師から再発を伝えられ、今後の治療方針を決定した後に、薬剤師からのがん薬物療法について説明を受けた直後だった。A氏は、外科主治医より「殿部痛はS状結腸がんの再発が原因であり、仙骨浸潤があるため、切除は困難である」「再発したがんはいずれ生命にかかわる可能性が高い」と説明され、その後がん薬物療法専門の腫瘍内科へ紹介された。外科医師の記録には、その時のA氏の反応について「『困った…』とやや呆然としていた」と記載されていた。腫瘍内科医からは「治療内容や、治療目的は症状緩和と延命であること、そのため今のうちに事業についてどうするか考えておいた方がよい」とも説明されていた。

私は、A氏に自己紹介をしたあと、治療日の通院方法や、副作用対策・緊急時の連絡方法について説明した。その後A氏からは「2週間前のCTでは何ともなかったのに、急にこんな結果になって、正直動揺しています」「味覚障害が出るのも困るんです。治りますか?」「いずれ店はたたまないといけないと思っています」「息子が大学に行ったばかりで、お金の面を考えると働かなくてはいけないんです」「とにか

く早く治療を始めたいです」「まだ死ぬわけにはいかない」という言葉が聞かれた。一方で「困ったな…」という発言を幾度も繰り返していた。A氏の発言に対し、私は「今後の体調やお仕事のこと、心配ですね。私たちスタッフは、治療の副作用やしんどい症状をできるだけ抑えて、治療が続けられるようにサポートしていきたいと思っています。何でも相談してください」と伝えた。A氏は「わかりました。ありがとうございます」と答え、帰宅された。

(2) 初回治療前の看護問診の場面

初回治療に来院したA氏は、表情が硬く、暗い印象であった。そこで私は、A氏に対し「体調はいかがですか?」と問いかけた。A氏は、ゆっくりとした口調で「仙骨の痛みがあり、夜は病気のことを考えて眠れない」「大腸の手術のあと、補助療法をしておけば結果が違ったのではと悔やまれて仕方がない」と話された。また「大学に行ったばかりの息子への金銭的援助が必要で、自分たちの生活もあるため、まだ店を閉めるわけにはいかない」「セカンドオピニオンはここを裏切るようで行きにくい」と吐露された。私は、A氏の言動から、現状の受け入れができていないと感じたため、傾聴した。また、術後補助療法をしなかったことに関する懸念については、治療内容にかかわることであるため「医師から再度説明をしてもらいましょう」と提案した。さらに、セカンドオピニオンについても、希望があればいつでも可能であることを強調してA氏に伝えた。私は、問診時のA氏の反応について、疼痛や混乱から正しく情報の整理ができずにいると考え、患者の気がかりや心配事を、主治医に伝えた。その結果、主治医は診察時に改めて話をする機会を作った。また痛みに対しては、オピオイドが処方された。診察後のA氏は、医師からの説明に対して「丁寧に診察してもらえました」と話された。さらに、セカンドオピニオンについては「K病院にいい先生を知っているから、いつでも紹介しますと言ってもらえて、安心しました。ここで安心して治療が受けられそうです」との発言があった。

4. 考 察

本事例の検討結果を図1に示す。

私が初めてA氏とかかわった時の反応は、短期間に病状の進行と診断結果が変化したことへの驚きを「正直、動揺しています」と言葉にしている。また、仕事のことや、家族のこと、今後起こりうる副作用について「味覚障害が出るのも困るんです。治りますか?」と言葉にされていた。しかし「困ったな」という言葉を繰り返しており、混乱していることが理解できる。ミシェルは「人は意思決定を求められた時、選択肢に関する情報を得るための行動をとる。しかし、選択肢に関する適切な情報が得られない場合や、情報量が多すぎてその人の認知能力を超えた時には情報はその人の負担となり、不確かさが生じる」³⁾と述べている。また、川田らは「特にがんの再発宣告後は、医師の説明内容を理解するには時間的、心理的に十分準備ができていない場合がある。さらに、治療に関する複雑で専門的な多くの情報を一度に理解するには困難な場合が多い」⁴⁾と述べている。A氏においても、短期間でさまざまな状況の変化があ

り、再発宣告をされた同日には、治療内容の説明、通院治療室のオリエンテーションなど、一度に多くの情報が提供されており、その複雑でかつ多岐にわたる多くの情報が、A氏の負担となり、不確かさが生じていたと考える。

不確かさの認知には「刺激因子」「認知能力」「構造提供因子」の3つの先行要因がある。

第1の先行要因であるの刺激因子は「症状のパターン」「出来事の熟知度」「出来事の一致度」の3因子から構成され「症状のパターン」には症状の種類、強さ、持続時間、頻度などがあり、これが一定していると不確かさは減るとされている。A氏の場合、仙骨の痛みがあり、その痛みが次第に1日中持続するようになり、夜間の睡眠へも影響していた。そして、痛みが強くなることで不安が生じ、外科医や腫瘍内科医から「いずれ生命の危険にかかわる可能性が高い」「今のうちに事業をどうするか考えておいた方がよい」と言われたことで、再発=死と捉えていた。そして「まだ死ぬわけにはいかない」と発言していることから、「死」を近くに感じており、予後への漠然とした不安を感じていたと推測される。

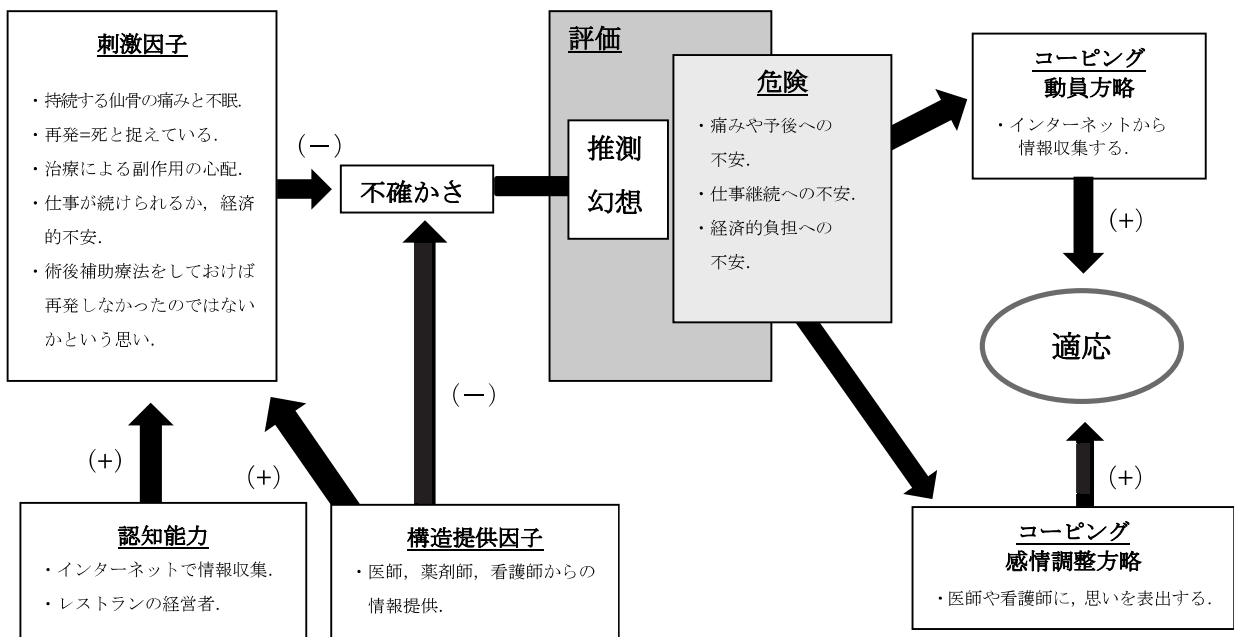


図1. 不確かさ認知モデル（オリジナルモデル）を活用したA氏の不確かさ評価

(野川道子. 看護実践に活かす中範囲理論. 2版. 東京:メヂカルフレンド社;2018. p. 280. をもとに一部改定し引用作成.)

さらに、出来事の熟知度や出来事の一致度については、2週間前のCTでは異常がなく、A氏の「困ったな」との発言からも、A氏は再発しているとは予測していなかったと考えられる。また、A氏は以前、中咽頭がんに対しがん薬物療法を受けた経験がある。しかし、今回の薬剤は以前とは異なり、副作用から予測される体調の変化により、仕事を続けられるか、生活していけるのかといった先の見えない不確かさを生じていたと考える。そして「術後補助療法を受けていれば、再発しなかったのではないかと後悔の念が強く、出来事の認識の不一致により不確かさを生じていたと類推できる。さらに、セカンドオピニオンについて口にされているが、他院受診に向けての積極的な行動をとられていないことから、心の中の葛藤・つらい気持ちとして表現された言葉であったと推測される。

第2の先行要因である認知能力は、その人の情報処理能力を指す。身体疾患自体に加えて、病気に伴う痛み、薬剤、栄養不良なども注意力を低下させ、適切な情報の処理を妨げ、不確かさを誘発すると言われている。A氏において、本来、必要な情報を入手し、処理判断できる方や、経営者として従業員を雇い、経営を継続されていることから、情報処理能力は有していると考えられる。しかし、持続する痛みや急激な病態の変化などの混乱した状況から、適切な情報の処理を妨げ、不確かさを誘発していたと考えられる。

第3の先行要因である構造提供因子とは「信頼できる専門科」「ソーシャルサポート」「教育」から成る。これは、患者の不確かさに直接的、または刺激因子を介して間接的に働きかけ、不確かさを減らすとされる。A氏は、今まで悩んだ時に、家族や友人に相談することをほとんどせず、自分で情報を得て決断してきた人であった。そのためA氏は、ソーシャルサポートを活用することが難しいことから、医師や看護師、薬剤師からの情報提供が不確かさを減らす主な因子であったと考える。しかし、外科医師から

の再発宣告、同日の腫瘍内科受診、薬剤師や看護師のオリエンテーションは、A氏が混乱している状況に対して、さらに混乱を招いていた可能性が考えられた。そのため、本人の認識する情報を整理し、情報提供することで、構造提供因子を強化する必要があった。

不確かさの評価は、病前のように日常生活が送れる程度に心身の状態が安定性を取り戻しているか、不確かさに対するコントロール感が得られているかどうかを尺度となる。A氏の心身の状態については、痛みや予後への不安、仕事継続への不安、経済的負担への心配、病院への不信感があり、不安定であると考えられる。そのためA氏は、これら全ての不確かさ因子を「危険」だと評価していると考えられる。

その「危険」を回避するために用いているコピーンク方略とその有効性に対してA氏は、インターネットや本から情報収集する・医療者に質問をするといった動員方略をとり、また医療者に感情を表出することで、ネガティブな不安をコントロールする感情調整方略をとっていた。しかし混乱した心身状況から、適応には至っていないと考えられる。

一般的に、がんに伴う「悪い知らせ」を聞いた後の心理的反応は、「衝撃の時期」「不安・抑うつ」の3つの時期があると考えられる。「不安・抑うつ」では、病気や今後の生活に対する不安や落ち込みを経験するとされ、A氏の場合、初回治療日の言動や暗く硬い表情から「不安・抑うつ」であったと推測される。さらに、A氏は状況の受け入れが追い付かないまま治療開始となっていたと考える。

川田らは「看護者は、がん告知後の状況、患者が受け取る情報の種類・時期・理解状況、患者が現在求めている情報は何かを常に意識し、治療方法について患者の理解を深めていくことが必要である」と述べている⁴⁾。つまり看護師は、患者が情報をどのように解釈し、認識したかを把握する必要があり、それに応じて情報提供していくことが重要となる。今回私が、治療

初日の看護師の問診で訴えたA氏の気がかりや、心身の状況を診察前に医師へ報告し、説明が必要ではないかと相談したことは、A氏が今後治療を進めていく上で、理解しておくべき重要な情報を提供することとなり、A氏がもつ不確かさへ介入する構造提供因子として働きかけることができたと考える。またA氏は、情報量の多さや、混乱した心理状況下で、情報処理能力を低下させていたが、思いを表出し、医療者に質問することができていた。そのため、A氏の訴えを傾聴し、その訴えに応じて、必要な情報提供を行ったことは、構造提供因子を強化することとなり、不確かさを軽減することに繋がったと考える。そしてそれは、A氏のコーピングをより有効にし、適応へ向かうための助けになったと考える。

5. まとめ

抗がん剤治療についてオリエンテーションを実施する際は、患者の身体的・精神的状況を把握し、その状況に応じて最低限必要な情報を、要点を絞って説明することが重要である。そのために看護師は、患者が告知を受けるまでの背景や経緯、告知の内容、その時の患者の反応について情報を得て、オリエンテーション時の患者の表情を注意深く観察することが必要となる。そしてそれらの情報を基に、患者が必要としている情報が何であるのかを抽出し、情報提供していくことが重要である。

文 献

- 1) 浅沼智恵. 序. 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院看護部編. 患者の感情表出を促すNURSEを用いたコミュニケーションスキル. 東京：医学書院；2015. p. vii-viii.
- 2) 今井洋介：コミュニケーション技術. 県立がんセンター新潟病院医誌 48(1): 1-8, 2009.
- 3) Mishel MH: Uncertainty in Illness. J Nurs Scholarsh 20(4): 225-232, 1988.
- 4) 川田智美, 藤本桂子, 小和田美由紀 他：患者および家族の不確かさに関する研究内容の分析. Kitakanto Med J. 62(2): 175-184, 2012.
- 5) 塚本容子. 健康関連スティグマ理論. 野川道子編. 看護実践に活かす中範囲理論. 2版. 東京：メヂカルフレンド社；2018. p. 343-358.
- 6) 市川智里. コミュニケーションに影響を与える者. 国立がん研究センター東病院看護部編. 患者の感情表出を促すNURSEを用いたコミュニケーションスキル. 東京：医学書院；2015. p. 12-17.
- 7) 国立がん研究センターがん対策情報センター. 最新がん統計. [引用 2021-05-24]. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html