

# 文献から見た特殊な状況に直面した患者の効果的看護

## －喉頭摘出術に直面する患者を通して

6階西病棟

○ 新田 潤子 東郷 和香 山岡 愛 向田 好美

竹添 美幸

### I. はじめに

喉頭摘出術に臨んだ患者の多くが、喉頭癌からの救命もしくは延命という効果を得るが、その過程で患者は多くのものを喪う。その中には外見的な変化、発声などの機能の喪失そして患者の尊厳や社会性などの精神的な喪失が含まれる。今回私たちは、喉頭摘出術を受けた患者が手術で喪ったものを取り戻していく過程に、看護者がどのようにして効果的に関わっていけるかについて文献的に検討した。

### II. 研究目標

本研究を行うにあたって以下のような目標をあげた。

目標： 喉頭摘出術を受けるという特殊な状況に直面した患者を支える効果的看護について文献から明らかにする。

### III. 結果及び考察

#### 1. 患者の意志決定に対する参画

患者が治療に同意することによって手術を含む医療と看護が始まる。しかし、喉頭摘出術は喉頭癌からの救命や延命を目的とするために、手術に対して患者は十分に意志決定できないままで手術に臨まなければならない場合がある。一方井上が、「適切な時期に適切な説明と患者の意志決定がなされることは、術前には手術を受け入れる心理的な準備として、術後は変化や喪失を受け入れるための現状認識として重要な役割を果たす」<sup>1)</sup>と述べているように、最近の研究では患者が自分で意志決定をすることによって、手術による変化や喪失を受け入れやすくする可能性が示唆されている。田下は雑貨店を自分以外に経営できる者がおらず、喉頭摘出に対して最初拒否をしていた患者が、喉頭摘出術を受けた患者のセルフヘルプグループと術前に関わることにより、術後の自分をイメージでき、具体的な目標を持ち手術を受け社会復帰した事例をあげ、「手術を宣告された患者は失声後の生活をイメージできずに危機的状態に陥ることが多い。患者自身が自己決定できれば、その目標は患者自身のものであり、社会復帰に向けての努力も行動も、主体的となっていく」<sup>2)</sup>と述べている。この例のように、術前の患者に術後の自分をイメージできるように、言葉や資料による説明だけでなく、現実に喉頭摘出術を受けた患者と面談することも有効である。しかし患者によっては、かえって拒否を強くする可能性も考えられるので、看護者は早期から患者個々の情報を収集し、患者が将来何を望み、どうして生きたいか、そのことについて喉頭摘出術を受けるということはどのような利益・不利益があるのかということを確認しなければならぬ。そして個々の性格や生活背景、時期を考慮しつつ、不利益に対してはそれを補う方法を情報提供し、また利益と理解していても自己決定できない場合は、井上が述べているように「意志決定での患者の自発性の確認のため、強制的、操作的要因の存在」<sup>3)</sup>にも注意しつつ自己決定を支える援助が必要である。

#### 2. 容貌の変化と家族の受け入れ

喉頭摘出術は喉頭を摘出するだけでなく、気管口を頸部下部に造設する。気管口を通して呼吸するためにガーゼ等で覆ってはいるものの、その部は常に外部に露出しておかなくてはならず、そのために外見上の大きな変化を伴う。森田は、「自分の存在価値のある部分を形態においている人（通常は誰でも形態に価値の一部をおいていると思われる）は形態が変化することで（通常は自分として好ましくない変化）、自分自身の価値が低められると認識する。そして、過去に培ってきた自分自身のレベルよりも価値の低い自分に変わらざるを得ないと認識する結果となる。」<sup>4)</sup>と述べており、容貌の変化はそれ自体が持つ変貌、異質感などを通り越して患者の社会生活にまで影響を与える重要な問題となりうる。容貌自体は看護によって変化し得ないが、武田らが、

「患者が容貌の変化を現実のこととして受け入れ、さらに変化し自己の価値を認め、その後の人生を前向きに考えるようになるまでにはかなり長い時間を必要とする。その間、患者は精神的動揺をいくたびか繰り返す。そのことを家族や周囲の人にも理解してもらい、見守ることが大切である」<sup>5)</sup>と述べているように、患者が現実を受容する過程を家族と共に見守って行くことが必要と思われる。またその際、このような変化による精神的なダメージの受け方には個人差があることから、「看護者は患者の身体機能や外見がどの程度障害され、それによって患者の生活がどのような影響を受けるのかをアセスメントし、患者に合った方法を見つけ出して適応を促進していく必要がある」<sup>6)</sup>と森田らが述べるように、家族と共に患者を見守るだけでなく、個々に合った援助をしていかなければならない。

### 3. 機能の喪失とリハビリテーション

#### 1) 発声機能の喪失とそれに対する訓練

喉頭摘出術を受けた患者は喉頭での発声を突然に失う。医学界新聞に、「音声言語こそはヒトを人間足らしめる独自の機能であり、喉頭摘出術後に突然音声を失うことは、人間としての実在の危機として感じられ、精神的ショックを経験し、QOLは著しく低下する」との記事があったが、この喉頭発声に代わる食道発声を習得することは、術後のリハビリのうちでもっとも重要な課題となる。武田らが「代替手段によるコミュニケーションは時間がかかるうえに一度では正確に意味が伝わりにくく繰り返し表現しなければならないことが多い。このとき受け手側が勝手に推測して言葉にしてしまうと、それを訂正することにエネルギーが費やされ伝えたい内容を十分に表現できないままあきらめてしまう危険性がある」<sup>7)</sup>と述べているように、音声による交流は術後の社会性の回復にも重要な位置を占める。それに際し、代替発声訓練について、「目標設定や評価を患者とともに行っていくこと、常に患者に主体をおき、患者自身が目指すゴールを設定することが重要である」<sup>8)</sup>と患者自身が目的意識を持つことが重要とし、またその援助として、「評価は目に見える指標を用いてグラフなどに記録していくと、変化を実感することが出来る。しかし、訓練の成果は緩徐にしかあらわれず、患者にはそれを実感できないため、焦りや失望感から訓練への意欲を失いやすい。短期と長期の目標を定めて客観的な評価を定期的に行い、訓練に継続性を持たせることが大切である」<sup>7)</sup>と示唆している。患者自身が目標を持ち、具体的に可能な目標から達成することにより、少しずつ自信をつけることができる。そしてそのことが訓練を継続させる力となり代替機能の習得につながると考える。患者が代替発声習得をする過程において、看護者はチームの一員として、より関わっていかなければならない。

#### 2) 気管口による症状とそれに対する対処

喉頭摘出術を受けた患者では、代替発声のリハビリと同時に、新たに設けられた気管口のケアを習得しなくてはならない。喉頭摘出後患者は会話時や外出時に咳、痰等の気管口による症状で悩まされており、これら身体症状に対するケアを患者が習得し他者と関わる時に支障がない程度にコントロールできれば患者の活動範囲はさらに拡大されると思われる。できるだけ早期に患者がセルフケアを習得できるようにをサポートすることは術後の看護の大きな目標である。

#### 3) QOL向上に関して

山口が行った喉頭摘出後の患者の実態調査によると、「喉頭癌発病は60～69歳40%、70～79歳29%、喉頭摘出後の発声法は食道発声によるものが57%で、その習得率は69歳以下79%、70歳以上21%、会話満足度は73%が満足、うち58%が食道発声法、手術を受けて満足83%、5年以上では95%」<sup>8)</sup>ということが明らかにされている。家族との関わりについては「支障なし58%」と意外にも多く、会話で困ったことは「電話48%買い物28%」、自立については「家の中でのひとり行動は3ヵ月以内に可能77%、外出は3ヵ月以内に可能64%」と、家庭内での喉頭摘出後のコミュニケーションやセルフケアはできても、他者と関わる場合での困難が患者のQOLに大きく関与していると思われる。これは家族間では可能なコミュニケーションも、他者間では容易ではないことを表しており、食道発声の習得は他者に判別可能な程度の発声がその目標であることが示唆される。

また岩城らは、「喉頭摘出後患者のQOLは5年以上で向上し、QOL向上には身体的・社会的・精神的要素が関与する」<sup>9)</sup>ことを報告している。言い換えれば術後QOLは5年以内が低く、この間のQOLを向上させるために、看護者は精神的援助はもとより、患者に具体的かつ効果的な身体的ケアの方法、代替コミュニケーションの方法についての情報提供をし、援助していかなければならない。喉頭摘出を受けた患者は高齢者が多

く、術後の身体的変化に対する適応、新たな技術や手段の習得、社会参加等に時間を要することが容易に想像される。今後、特に高齢者のこの期間のQOLをいかに向上させるかが課題と思われる。

#### 4. 家族に対する関わり

岩城らは、「喉頭摘出時に最も支えになった人は『妻または夫』81%、『子供』19.9%、『兄弟』4.5%である」<sup>10)</sup>と報告しており、喉頭摘出術を受けた患者の「回復」には、家族の支えが重要である事は明らかである。喉頭摘出後の看護において家族との密な連携は必須であるが、その際に、患者の家族に対するアセスメントを実施しなくてはならないが、井上は、「家族の発達段階、家族の状況の受け止め、過去の重大状況への家族対処、活用できる物的、人的資源」<sup>11)</sup>などを家族アセスメントの実施のポイントとして述べている。病棟でのチーム医療の場でも、これらの情報が整理され活用されるように看護計画の作成・実施がされなくてはならない。

また喉頭癌自体は悪性腫瘍であるため、たとえ手術を行っても期待した結果が100%得られない場合や、不幸な転帰をとる可能性もある。そのためにも坂田が述べているように、「出来る限り患者と話し合う機会を持ち、患者の気持ちを支えるようにするとともに、家族が患者に疑問や不満をぶつけられた時にどう対処するのかをある程度の予測性をもって決めていくことも必要である。また、家族の辛い気持ちや大変さを表現できる機会を多くつくり受け止める事も大切である。看護者にできることは家族の気持ちを大切に、家族が「自分でできることは十分やった」と思えるように配慮する事」<sup>12)</sup>は常に念頭に置かなくてはならない。

#### IV. おわりに

今回喉頭摘出術に直面した患者の理解と効果的な看護援助について文献検討を行い、当病棟で行われている看護援助を改善する方向性を見つけた。今後この結果を活かし、科学的知識に裏付けられたより効果的な看護援助を実現できるよう努力したい。

#### 引用・参考文献

- 1). 3). 11) 井上朝子他：[成人看護学] B. 急性期にある患者の看護Ⅱ—周手術期看護，廣川書店，262 - 267，1997.
- 2) 田下哲子：患者グループを通しての患者の行動変容の試み—喉頭全摘出術患者 食道発声グループを通して，月刊ナースデータ，15(12)，46 - 51，1996.
- 4). 6) 森田夏実他：[シリーズ]生活をささえる看護，がん患者の看護，中央法規出版，36 - 51，1995.
- 5). 7) 武田裕子他：[シリーズ]生活をささえる看護，がん患者の看護，中央法規出版，94 - 113，1995.
- 8) 山口淳子他：喉頭摘出術後の患者の実態調査，—呼吸，会話，食事，生活行動，希望，手術の満足度の面からQOLを検討する，日本がん看護学会誌，10(1)，29 - 36，1996.
- 9). 10) 岩城智栄子他：社会復帰している喉頭摘出者のQOLの評価，第27回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ），103 - 105，1996.
- 12) 坂田三充：[シリーズ]生活をささえる看護，がん患者の看護，中央法規出版，8 - 19，1995.
- 13) 稲吉光子：看護実践での共同意思決定に対する患者と看護婦の態度 国際比較，病院管理，30(1)，102，1993.
- 14) 南摩保有美：喉頭摘出術を受けた患者の心理過程に関する研究(2)，失声に対する患者の気持ちの経時的変化，日本看護研究学会雑誌，17(3)，46 - 47，1994.
- 15) 角田保雄他：頭頸部腫瘍の一次治療後のQOL，福島医学雑誌，44(1-2)，63 - 70，1994.
- 16) 永田勝太郎他：患者の行動変容における精神的な受容の役割—全人的医療の視点から—，月刊ナースデータ，15(12)，35 - 50，1994.
- 17) 波多江伸子他：特集患者が求めるインフォームドコンセント，看護，46(11)，32 - 64，1994.
- 18) 江口恵子：看護診断へ取り組みたいナースへ，喉頭癌による失声のために社会復帰できないでいる患者の看護診断と看護計画，ナースデータ，16(1)，27 - 35，1995.
- 19) 宮下陽子他：喉頭摘出による失声患者とのコミュニケーションの成り立ち，術直後に焦点をあてて，第26回日本看護学会集録（成人看護Ⅰ），78 - 81，1995.
- 20) 小林政子：患者の意志決定を支える看護とは，地域で生活することを支えるケアの支点から，日本精神

- 保健看護学会誌, 4(1), 97 - 99, 1995.
- 21) 松山洋子他：看護ケアに患者の自己決定権の尊重を, 看護教育, 36(11), 936 - 941, 1995.
  - 22) 山本悦子：患者経験を通して看護教育を考える, 患者の自己決定をどう見るか介護領域から看護領域への投げかけ, 看護教育, 954 - 959, 1995.
  - 23) 新見成二：言語障害の治療、喉頭摘出者の発声治療, Clinical Neuroscience, 13(2), 214 - 216, 1995.
  - 24) 百瀬領子：喉頭摘出患者のQOLの検討, 代用音声獲得レベルとの関連性から, 第27回日本看護学会集録(看護総合), 34 - 36, 1996.
  - 25) 阿部淳子他：患者の意志決定を支える看護の方略, 日本看護科学学会誌, 16(2), 400 - 401, 1996.
  - 26) 藤田佐和他：看護者が捉えた患者の意志決定の構え, 日本看護科学学会誌, 16(2), 402 - 403, 1996.
  - 27) 青木聡子他：患者参画による看護の可能性に関する研究, インフォームドコンセントの方法の開発を目指して, がん看護, 1(1), 70 - 75, 1996.
  - 28) 横山浩子他：気管切開患者の入浴時における防水用具の工夫, 自発呼吸のない患者にも使用できるものを考える, 第27回日本看護学会集録(看護総合), 173 - 175, 1996.
  - 29) 隈本邦彦：インフォームドコンセントの大いなる誤解, ナーシングトゥデイ, 11(2), 10 - 27, 1996.
  - 30) 相澤かおり：看護アセスメントの実際, 心理・社会面のアセスメント、中途失声患者の心理・社会面のアセスメント, 臨床看護, 23(8), 1202 - 1207, 1997.
  - 31) 中本昌子：退院指導のポイント、気管切開患者, エキスパートナース, 13(6), 174 - 180, 1997.
  - 32) 遠藤智子他：失声に対する思いとその受容過程, 喉頭摘出術を受け退院後6ヶ月頃の2事例の患者の想起, 川崎市立川崎病院内看護研究集録, 51, 11 - 15, 1997.
  - 33) 天神林景子他：コミュニケーションの障害を持つ患者の看護, コミュニケーションの障害を持つ患者への援助の実際, 喉頭摘出術を受けた患者の看護, 失声の受容に向けた援助指針とその実際, 看護技術, 43(13), 1389 - 1394, 1997.
  - 34) 河口真奈美：看護と社会, 意思決定の落とし穴, ナーシングトゥデイ, 13(4), 42 - 50, 1998.
  - 35) 季羽倭文子：[看護の価値が問われる時代] 看護の価値をめぐる考察, 文化的側面から既存の枠にとられない意思決定への主体的な関わり, 看護, 50(9), 80 - 84, 1998.
  - 36) 金子好子：[リハビリテーション看護の技術]「生活の再構築」を必要とする人へのケアの要点, 喉頭摘出を受けた患者のリハビリテーション看護, 看護技術, 44(10), 1089 - 1093, 1998.
  - 37) 大石ふみ子：[ケア技術アトラス]呼吸・循環に関するケア、気管切開・カニューレの管理, 臨床看護, 24(13), 2037 - 2040, 1998.
  - 38) 澤口裕二他：特集 自己決定患者への情報開示と看護, ナーシングトゥデイ, 13(13), 15 - 29, 1998.
  - 39) 本田清美他：[即実践できる！看護理論 看護モデルの学び方・使い方]治療をめぐる意思決定に対しての看護者の役割、フィンクの危機モデルを用いた家族への援助, ナースデータ, 20(1), 10 - 15, 1999.