

St. Luke's International University Repository

Analyses of stress-coping experienced by cancer patients after reconstructive surgery of upper digestive tract-focus on eating

| | |
|-------|---|
| メタデータ | 言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 大野, 和美, Ono, Kazumi メールアドレス: 所属: |
| URL | https://doi.org/10.34414/00014830 |

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



— 原著 —

上部消化管の再建術を受けたがん患者が術後回復期に 体験するストレス・コーピングの分析 —— 食べることに焦点をあてて

大野和美¹⁾

要旨

上部消化管の再建術を受けたがん患者が術後回復期に、食べることに関連してどのようなストレスを体験し、それらに対してどのように対処しているのかについて、影響する要因とともに明らかにし、援助への示唆を得ることを本研究の目的とした。Gelein & Bourbousのストレス・コーピング・適応モデルを基に概念枠組みを作成し、上部消化管の再建術を受けたがん患者15名を対象に、面接と参加観察を行った。得られたデータから、ストレス及びそれらに対するコーピングを表していると思われる内容を抽出、分類し、名称をつけた。更に影響要因の分析を行った。

その結果、食べることに関連して体験していたストレスとして、身体的側面では【食べることに伴う不快な感覚や苦痛】【消化管の機能の乱れに伴う不快感や苦痛】の2つ、心理的側面では【内臓感覚の変化による戸惑い】【再建された消化管に起きている変化の不確かさ】【食事摂取に伴う辛さ、心配、恐怖感】【新しい食べ方を身につけていくことの困難さ】【自分らしさが保てないことへの危惧】【回復状況についての気掛かり】【退院後の生活に対する自信のなさ】の7つのカテゴリが抽出された。コーピングは《身体的苦痛を緩和する取り組み》《不確かな現象を捉えようとする取り組み》《原因を探る》《受け入れ》《回避》《ルールを作る》《ルールを作らない》《確認の求め》の、8種類のコーピング様式が見出され、その具体的方法に時間の経過に伴う変化の様相が認められたものがあった。ストレス・コーピングに影響する要因としては、癌の受けとめ、役割の自認、消化器合併症の存在が見出された。

上部消化管が再建されたことによる内臓感覚の変化は、それ自体が奇異な感覚であると同時に、食べるまでの感覚的な目安が失われることでもあり、対象は自分で決まりや目安を作るなど、ルールを作るという対処を行っていた。よって、がん患者が内臓感覚と食べ方との関係性を見出し、自分の体に適した食行動へと結びつけていくよう援助していくことの重要性が示唆された。

キーワード

ストレス・コーピング 上部消化管 がん患者 術後回復期 食べること

I. はじめに

消化器癌に対する治療は、早期癌を除いて現在でも癌病巣を直接切り取ってしまう手術療法が第一選択になっているが¹⁾、手術以後、患者は再建された消化管による食物摂取、消化・吸収、排泄を余儀なくされることになる。再建された消化管は、人間にとては非生理的なものであり、術後、安定した食生活が確立するまでに、がん患者は程度の差こそあれ、食後の腹痛や嘔気・嘔吐、

腹部膨満、下痢など、何らかの消化器症状を経験する²⁾。上部消化管の再建術を受けたがん患者では、術後、消化器症状出現による苦痛を体験する中で食べる努力を強いられ、そこから引き起こされる不安や心配など、患者の精神的負担は非常に大きいと思われる。しかし、この領域で術後回復期に焦点をあてた看護研究に、食べることに関連する身体的苦痛や精神的問題を系統的に、また総合的に扱った研究は見られていない。

そこで本研究では、上部消化管の再建術を受けたがん患者が術後回復期に、食べることに関連してどのようなストレスを体験し、それらに対してどのように対処して

1) 天使女子短期大学

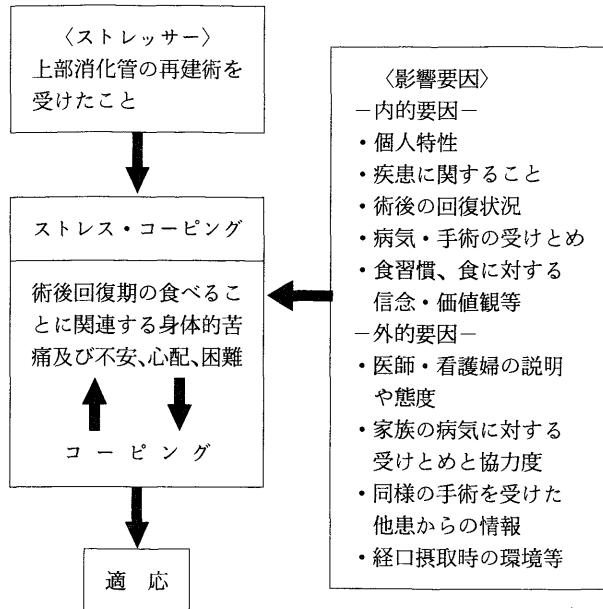


図1 上部消化管の再建術を受けたがん患者の
ストレス・コーピングモデル

いるのか、またそれらのストレス・コーピングに、どのような要因が影響しているのかを明らかにし、援助への示唆を得ることを目的とした。

II. 概念枠組み

本研究では、J. L. Gelein、S. P. Bourbousのストレス・コーピング・適応モデルを基に、上部消化管の再建術を受けたがん患者のストレス・コーピングモデルを作成し、概念枠組みとして用いた（図1）。

本研究では、上部消化管の再建術を受けたことは、個人に各種の変化や脅威をもたらすと考え、ストレッサーとした。そして、術後回復期の食べることに関連した身体的苦痛及び不安、心配、困難をストレスと考え、それらに対して処理しようとする認知的・行動的努力をコーピングと考えた。また、ストレスとコーピングは、常に知覚に基づいて連続的に起こっている過程であると考え、知覚はストレス・コーピングの過程の中に含まれるものとした。そして、ストレス・コーピングの過程を経て、術後回復期の食べることに関連する身体的苦痛や精神的問題に対して何らかの行動パターンを獲得し、個人にとっての安定性を保持できるようになる状態、つまり適応の段階に達すると考えた。また、ストレス・コーピングの過程に影響する要因として、内的要因、外的要因を考えた。

III. 研究方法

1. 対象

対象は、上部消化管の再建術を受け、術後、経口摂取が開始される年齢20歳代～70歳代の成人・老人がん患者

で、言語的コミュニケーションが可能であり、本研究への参加の同意が得られた者とした。但し、再手術の患者は対象外とした。

2. データ収集施設

データ収集施設は、都内及び近県の中規模総合病院の2施設であった。

3. データ収集方法

ストレスというがん患者の主観的な体験に迫るために、半構成的面接と参加観察を、術後経口摂取開始時から退院前日までを原則として、日々経過を追って複数回実施した。

面接は、本研究の概念枠組みを基に研究者が作成したインタビューガイドを用い、食べることに関連して体験していたストレスの内容や程度と、それらに対するコーピングの内容、影響すると考えられる要因について半構成的に行った。同意が得られた場合のみ、面接内容を録音した。また、昼食時の、食前・食事中・食後の場面を参加観察し、消化器症状の出現の状況や患者の表情、雰囲気、態度、言動や行動、経口摂取時の環境等をデータとして記録した。更に記録物から基礎情報の収集を行った。

4. 倫理的配慮

本研究は、術後の回復過程にある者を対象とし、身体的に回復が充分でなく、精神的にも余裕が余りないストレスの強い時期に、ストレスそのものに関してのインタビューや参加観察を行うことから、がん患者の安全・安楽の保持を最優先に考えた。まず、対象者に研究の目的、方法、収集された個人のデータは研究の目的のみに使用し、秘密は厳守されることなどを詳しく説明した上で研究参加の同意を得た。面接や参加観察の際には、対象の身体状況に留意しながら行い、負担が最小限になるよう配慮した。特に苦痛症状が見られている場合には面接を延期し、症状出現に関する情報を速やかに担当者に報告した。

5. 研究期間

平成8年8月5日～11月15日。

6. 分析方法

半構成的面接と参加観察より得られたデータから、身体的ストレス、心理的ストレス及びそれらに対するコーピングを表していると思われる内容を抽出し、分類した。その中で、共通した内容のものをまとめて名称をつけた。影響要因の分析は、要因として設定した項目について、その内容を抽出し、それぞれの要因とストレス・コーピングの内容や種類を対応させて比較、検討した。

IV. 結 果

1. 対象者の背景

対象者は、男性12名、女性3名の15名であり、平均年齢は55.5歳（SD=11.5）であった。

対象者の診断名は、胃癌が14名であり、食道癌は1名のみであった。術式（再建法）については、胃全摘術（幽門側）でビルロートⅠ法により再建された者が7名と最も多く、次いで、胃全摘術でルーウィ吻合法により再建された者が3名であった。残りの5名の術式は、前述以外では噴門側胃切除術、食道全摘術であり、再建法は空腸囊（パウチ）間置法、空腸間置法、胃管再建法とそれぞれ異なっていた。

術後に化学療法が施行された者は4名であったが、副作用と考えられる症状により食事に影響が見られた者は1名のみであった。

癌の告知については、「癌」という言葉で告知を受けていた者が12名、胃潰瘍と聞いている者が2名、医師よりはっきりとは言わっていないが、胃癌と思っている者が1名であった。

2. 食べることに関連して体験していたストレス

1) 身体的ストレスの侧面

身体的ストレスの侧面は、食べることに関連して体験していた身体的苦痛であり、2つのカテゴリーが抽出された（表1）。

【食べることに伴う不快な感覚や苦痛】は、再建された消化管に食物が入ることによって起きてくる消化管の反応に関連したものであり、不快な感覚や耐えがたい苦痛を伴うものであった。これらの不快感や苦痛を伴う消化管の反応には、再建された上部消化管自体に起因する【食物の停滞に伴う重圧感】【胸部のつかえ感】【不快な逆流感】と、腸の過剰な反応によって出現する【不快な腸動感】【不快な腹部の張り感】【食後すぐに起こる便意と、それに伴う排便】があった。

【消化管の機能の乱れに伴う不快感や苦痛】は、手術により失われた部位の機能喪失と、上部消化管の再建に伴い消化管全体の調和やリズムが乱れたことにより引き起こされた不快感や苦痛に関するもので、【胸やけ時の不快感】【排泄機能の乱れに伴う不快感や苦痛】があった。これは先に述べた、消化管に食物が入ったことによりその直後から起きてくる反応としての不

表1 食べることに関連して体験していたストレス

| | カ テ ゴ リ 一 | サ ブ カ テ ゴ リ 一 |
|---------------------------------|-----------------------|--|
| 身 体 的 ス ト レ ス | 食べることに伴う不快な感覚や苦痛 | 食物の停滞に伴う重圧感 胸部のつかえ感 不快な逆流感 不快な腸動感 不快な腹部の張り感 食後すぐに起こる便意と、それに伴う排便 |
| | 消化管の機能の乱れに伴う不快感や苦痛 | 胸やけ時の不快感 排泄機能の乱れに伴う不快感や苦痛 |
| 心 理 的 ス ト レ ス | 内臓感覚の変化による戸惑い | 摂食に関連した感覚が変化していることへの戸惑い 内臓の奇異な感覚に対する戸惑い |
| | 再建された消化管に起きている変化の不確かさ | 再建された消化管の構造がつかめないもどかしさ 出現した消化器症状の実体のつかみにくさ |
| | 食事摂取に伴う辛さ、心配、恐怖感 | 食べられない辛さ 食欲とは無関係に食べなくてはいけない辛さ 食べることで苦痛症状が出現することへの危惧 |
| | 新しい食べ方を身につけていくことの困難さ | 新しい食べ方の具体的な指標が得られない困難さ 食べる上での感覚的な目安がわからない頼りなさ 新しい食べ方に切り替えることの難しさ 食べる上での自分なりの工夫や調整ができないやりにくさ |
| | 自分らしさが保てないことへの危惧 | 消化管が弱くなってしまった自分に対する危惧 外観が変わってしまうことへの恐れ 体力が低下することへの危惧 |
| | 回復状況についての気掛かり | 回復状況の不確かさ 回復の見通しが立たない不確かさ |
| | 退院後の生活に対する自信のなさ | 退院後食事の目安がなくなる心細さ 自分で栄養を摂っていくことの頼りなさ 自分で症状に対処しなければならない心細さ |

快感や苦痛とは区別されるものであった。またその他に、曖昧が見られる頻度が多くなったり、吃逆の持続による苦痛も見られた。

2) 心理的ストレスの側面

心理的ストレスの側面は、食べることに関する体験していた不安、心配、困難であり、7つのカテゴリーが抽出された（表1）。

【内臓感覚の変化による戸惑い】は、上部消化管再建後の、目には見えない腹部内の感覚の変化に関するものであった。この中には「空腹感がない」「お腹が空かない、体が要求しない」「満腹感がない」など【摂食に関連した感覚が変化していることへの戸惑い】や、「中の臓器が支えを失って、お腹の中で移動している感じ」など、これまで体験したことのない【内臓の奇異な感覚に対する戸惑い】があった。

【再建された消化管に起きていた変化の不確かさ】は、上部消化管が再建された後の変化は、把握しようにも身体内部のことであるため実際に目にすることはできず、対象は常に想像するしかない、不確かな状況に置かれるということに関連したものであった。この中には【再建された消化管の構造がつかめないもどかしさ】、違和感や苦痛を感じながらも、その症状がどのようなものであるかははっきりわからず、症状出現の原因もわからないという【出現した消化器症状の実体のつかみにくさ】があった。

【食事摂取に伴う辛さ、心配、恐怖感】は、消化管の再建後、食事をすること自体に伴う情動的な体験である。対象は「ほんと、食えねえな。まいっちゃったよ。死んじゃったほうがいいよ」などの【食べられない辛さ】や、【食欲とは無関係に食べなくてはいけない辛さ】を表出していた。また、「食べ過ぎて、逆流して上にあがってくるのが心配」など、【食べることで苦痛症状が出現することへの危惧】を有していた。

【新しい食べ方を身につけていくことの困難さ】は、それまでの食習慣や食べ方のパターンを変更し、再建後の消化管に適した、新しい食べ方を習得していく過程で体験する困難な状況に関するものであった。対象は、医療者から指導された10%、30%という食べる目安はわかっていても実際に「どの位食べていいのかわからない」と訴えており、【新しい食べ方の具体的な指標が得られない困難さ】を有していた。また、「空腹感も満腹感もさっぱりわからない」「どの位食べるとどういうふうになるのか、全然掴めない」など、【食べる上での感覚的な目安がわからない頼りなさ】を感じていた。その他、【新しい食べ方に切り替えることの難しさ】や、【食べる上での自分なりの工夫や調整ができないやりにくさ】を経験していた。

【自分らしさが保てないことへの危惧】は、消化管の機能低下や十分に食べられないことで、それまで有していた自己に対する好ましい身体像が保てなかつた

り、価値を置いていた能力を発揮できない、維持できなくなってしまうことへの恐れに関連したものであった。この中には、対象が「私、海外旅行でお水飲んでも結構平気だったんですけど、もうそんなことができませんね」と述べていた【消化管が弱くなってしまった自分に対する危惧】、「このペースでいたら、やっぱり痩せますよね。そんなに痩せたくないんですよ」と述べていた【外観が変わってしまうことへの恐れ】、【体力が低下することへの危惧】があった。

【回復状況についての気掛かり】は、身体の内部にある消化管の回復状況について抱く様々な不確かさに関連したものであり、回復の程度を把握することが困難であったり、回復しているという確信が得られにくいという【回復状況の不確かさ】や、消化器症状が続いていることで回復への見通しが持てないなどの【回復の見通しが立たない不確かさ】があった。

【退院後の生活に対する自信のなさ】は、対象が退院後の生活について想像した時に、果たして本当にやっていけるのかと感じる、退院後の生活に対する不安、心細さ、頼りなさに関連したものであった。この中には【退院後食事の目安がなくなる心細さ】【自分で栄養を摂っていくことの頼りなさ】【自分で症状に対処しなければならない心細さ】が見出された。

3. コーピングの種類

1) コーピング様式と具体的方法

食べることに関するストレスへの対処は、表2にも示すように、8種類のコーピング様式に分類され、25種類の具体的方法が見出された。

《身体的苦痛を緩和する取り組み》とは、現に、体に現れている症状や苦痛、また今後出現することが予測される症状や苦痛を、少しでも減らし、和らげようとする取り組みであった。

また、自分の身に起きている不確かな変化をおぼろげながら、あるいは筋道を立てて捉えようとする対処として《不確かな現象を捉えようとする取り組み》があり、それによって対象は、不確から生じる不安や心配を軽減させようとしていた。そして更に、自分が体験している症状や様々な状況の《原因を探る》ことで、根拠のある現象として捉えようとする対処も行われていた。

苦痛症状が出現したり、持続しているような身体の状態や困難な状況に対しては、自分の身に引き受けることで、緊張や心理的負担を軽減しようとする《受け入れ》という対処や、逆に困難な状況から一時的に離れたり、より心理的に負担となる部分を故意に、あるいは無意識の内に避けることで、精神的な苦痛から逃れようとする《回避》という対処も見られた。

新しい食べ方を身につけていく際には、【食べるときに伴う不快な感覚や苦痛】を避けるべく、食べ方や

表2 食べることに関連したストレスに用いたコーピングの種類

| コーピング様式 | 具体的な方法 |
|--------------------|---|
| 身体的苦痛を緩和する取り組み | 症状が消失するのを待つ 自分にできることをまず試す 手に負えないことへの助けを医療者に求める 予防的に機能を高める努力をする |
| 不確かな現象を捉えようとする取り組み | およその見当をつける 何かにたとえて実体に迫る 自分なりに筋道を立てて理解する 医療者に確認する |
| 原因を探る | 何かに原因を見出す 自分の行動に原因を見出す 症状の意味づけを行う |
| 受け入れ | 自分に言い聞かせる 自分にとっての意味・価値を見出す そういうものだと受けとめる 辛抱する |
| 回避 | 先送りにする 深く考えない |
| ルールを作る | 規定通りにする 自分で目安・規範を設定する 自分で明確な目標を設定する 自分の感覚を目安にする |
| ルールを作らない | 何となく食べる |
| 確認の求め | 患者と自分の状況を比較する 良い兆候を自分なりに意味づけていく 医療者に保証を求める |

約束事を自分なりに決定した上で取り組もうとする《ルールを作る》という対処が見られたが、その一方で、新しい食べ方を身につけていく上でどのように取り組むか、自分の中で約束事は特に決めずに取り組む《ルールを作らない》という対処も認められた。更に、不確かな状況の中で生じてくる不安や心配を軽減させるために、確実な、説得力のある情報や保証を求めようとする《確認の求め》という対処があった。

2) 時間の経過に伴うコーピングの変化の様相

これまで述べてきたコーピング様式の中で、《不確かな現象を捉えようとする取り組み》と《ルールを作る》の具体的方法に、時間の経過に伴う変化の様相が認められた。

《不確かな現象を捉えようとする取り組み》においては、対象の多くは初め、自分の身に起きている不確かな変化や感覚に対して「つまる感じがする」など、〈およその見当をつける〉だけの漠然としたものの捉え方をしていた。しかし、不確かな変化や感覚を何度も経験する内に、漠然としたものの捉えから、自分のイメージを膨らませて「中で、蓋されちゃったみたいになってるんだ」など、〈何かにたとえて実体に迫る〉という方法がとられるようになっていた。更に、単なる自分なりのイメージだけではなく、「胃は始終動いているだろ。それで、中に溜まった空気が（食べ

たもの）隙間を通って出るんだ。それが胃がなくなっちゃったから、隙間ができねえんだ。それでつまるんだと思うよ」と、自分の考えにそれなりの根拠を持たせながら〈自分なりに筋道を立てて理解する〉ということが見られるようになった。このように、不確かな現象を捉えようとする方法が徐々に変化し、より高度な知的作業を伴う方法へと進歩していく様相が見出された。

《ルールを作る》という対処では、患者の多くが、経口摂取開始直後は医療者の指示した食べ方にそのまま従う、〈規定通りにする〉という方法をとっていた。そして、食事が進むにつれて自分の判断を取り入れるようになり、「(指導された量よりも)控えめ、控えめで食べてます」など、〈自分で目安・規範を設定する〉ということや、「月曜日は60(%)、火曜日は70(%)…今日(金曜日)はね、100%行くつもりでいたんですよ」など、〈自分で明確な目標を設定する〉ということが行われ、より主体的に食事に向う姿勢が見られるようになった。更に、単に自分が決めた目安や目標通りに食べるというのではなく、「お腹いっぱいっていう感覺はないんですけど、キューッとなる感じが、もう入れない方がいいっていうことかなあと思って、それで(食べるのを)やめたんですけど」というように、お腹の感覚や兆候に注意を払いながら食べるとい

う〈自分の感覚を目安にする〉方向へ変化していた。この頃には、食べ方にもヴァリエーションが見られるようになっており、1回1回を決めた通り食べるというのではなく、1日の内でバランスがとれるように食べるという方法が見られた。このように、食べ方のルールはより主体的に、上部消化管再建後の体により適するような方向に変化していく様相が見出された。

4. 食べることに関連したストレス・コーピングに影響する要因

食べることに関連したストレス・コーピングに影響する要因として、癌の受けとめ、役割の自認、消化器合併症の存在の3つの要因が見出された。以下、事例を用いて述べる。

1) 癌の受けとめ

対象が、自分は癌であり、食べることは今後的人生を生きていく上での大本、かつ重要なことであると自ら語っていたように、癌であることを厳粛に受けとめ、それゆえ今後の人生を有意義に過ごすために活力を得たり、生活の楽しみとして食べることの重要性を認識した場合、自分なりのルールを作るなど、食べることに主体的に、前向きに取り組むという傾向が見られた。

〈事例 I 氏：59歳、男性〉

I氏は早期の胃癌であると説明されていた。面接時にI氏にとっての食べることの意味を問うと、「生きるために栄養を摂るものと。(今は)生きるのが楽しみ」と語り、自分が癌であることを受けとめた上で、今後の人生を楽しく生きるためにも食べることは栄養を摂るものとあり、重要であると認識していた。経口摂取開始後は、口慣らし程度の流動食の段階から50%摂取するという、多少無理な行動が見られた。更にI氏は、なかなか時間をかけて食べることができず、10分程で50%摂取してしまうなど、[新しい食べ方に切り替えることの難しさ]を感じていた。そのような中で、順調に回復し、食事が摂れるようになるためにも食事指導の内容に立ち返り、〈規定通りにする〉よう努力することで、無理をせず、着実に摂取量を増やしていく。また、「次のご飯をおいしく食べよう」という食事を大切にする考えから、食後休憩をとった後に歩行するなど、〈予防的に機能を高める努力を〉されていた。退院後は、食事の支度を自らやってみようという食べることへの主体的な姿勢が見られ、自分の体を大事にした食べ方をするという取り組みが見られた。

2) 役割の自認

30～40歳代の患者で、親役割、職場での役割など、自己の果たすべき役割を強く認識している場合は、これまでの生活スタイルを見直すことなく、早期の退院や職場復帰を目指して術後積極的に食事に向い、術前と同程度食べられるようになろうとする姿勢が見られた。

〈事例M氏：44歳、男性〉

M氏は8才と6才の子供がおり、子供を育てていくためにも仕事に早期に復帰することは当然のことと考えていた。また、仕事上、関係者と食事を共にする機会がかなりあるということで、普通に食べられることがM氏の生活の中では重要なことであり、「基本的に、以前と同じ位食べられるようになることが目標です」と早い時期から表明していた。

術後、経口摂取が開始されてからは、「食後歩くようしている」と、〈予防的に機能を高める努力をする〉という対処をしていた。一方、食事については「意識的に指導された量よりも多く食べている」とのこと、〈自分で目安・規範を設定する〉ということや、「液体のものは全部を目標に摂ろうと思ってます」というように、〈自分で明確な目標を設定する〉という対処が行われた。しかしこれらは、「お腹がパンと張る位まで食べます」など、無理な方向での対処であった。そのため、食事が全粥に上がってすぐに、消化管の許容範囲の限界に達し、[食物の停滞に伴う重圧感]や[不快な逆流感]が見られ、曖昧や吃逆なども出現した。このことからM氏は「一気にいこうすると、苦しいところが出てくる。6～7割がいいとかなと思った」ということで、お腹の張り具合など、体に無理のない方向で〈自分の感覚を目安にする〉ようになり、一気に全量摂取に近づこうとする姿勢を改めた。

3) 消化器合併症の存在

術後、吻合部狭窄による通過障害や逆流性食道炎、術後癒着性イレウスなどの合併症が起こった場合には、それによって生じてくる苦痛や、苦痛が生じる状況自体を、何とか受け入れる、そういうものだと受けとめることで、心理的な安定を図るという傾向が見られた。

〈事例L氏：69歳、男性〉

L氏が受けた手術の再建法は、噴門部胃切除後、空腸パウチ再建であった。この手術の際に、胃との境界部分である食道が少し切除されていた。このため、胃から食道への逆流を防ぐ逆流防止機構の部分が切除されたことにより、術後は空腸パウチを超えての逆流が原因と考えられる[胸やけ時の不快感]をL氏は訴えた。また、[胸部のつかえ感]や[不快な逆流感]も見られ、それに伴って吃逆も発生し、L氏は身体的な苦痛を様々感じながらも食事を摂っていかなければならないという困難な状況にあった。しかしL氏は、「胃をいくらか残すと反対に胸やけがする」と聞いて、自分の身に起きている症状も〈そういうものだと受けとめる〉ことで対処していた。一方、これらの症状が「いつ治るんだろう」と、[回復の見通しが立たない不確かさ]や、食事摂取が進まないことでの[食べられない辛さ]を訴えていたが、L氏は訴えはするものの、それ以上何らかの行動を起こすということはせずに、やはり〈そういうものだと受けとめる〉ことで対処し

ていた。

V. 考 察

1. 内臓感覚の変化による戸惑いについて

空腹感や満腹感は、生命維持に不可欠な摂食行動を引き起こしたり停止させる感覚であり、その発生には視床下部の摂食中枢と満腹中枢が関与しているという中枢説が一般的となっている⁴⁾。しかしその一方で、小野⁵⁾が「主観的な経験によれば、空腹は胃の部位に限局する（あるいは投射される）一般感覚である」と述べているように、人は胃が空っぽという感覚や胃が収縮する感じをまさに空腹感と感じ、食べたものが胃に収まっているという感覚を満腹感として感じているのであり、このことから胃を中心とする内臓感覚は人間にとって重要なものであると言えるだろう。

よって、上部消化管の再建術で形態的にも機能的にも消化管に大きな変化が起り、内臓感覚に変化、特に摂食に関連した感覚に変化が生じることは、患者にとって、空腹感や満腹感という人間にとって最も基本的な感覚を感じることができなくなることであるため、戸惑いとして感じられたと考えられる。

次に、内臓の奇異な感覚に対する戸惑いについてであるが、人間はお腹が空いた、いっぱいになったと感じる時に、その感覚がお腹の中のどの辺りから発しているかということを知覚している。言い換えると、胃がどの辺にあるかという位置的な確かさを感覚として持っている。しかし、上部消化管の再建による構造的な変化は、内臓の位置感覚に変化をもたらし、更に位置感覚の変化は、自分の体に対して違和感や捉え所のない頼りなさを感じるという情動的な体験につながり、戸惑いとして感じられたと考えられる。

2. 新しい食べ方を身につけていくことの困難さについて

経口摂取開始後、がん患者が訴えたストレスに、新しい食べ方を身につけていくことの困難さがあったが、患者はそれまでの食習慣や自分の食事のパターンの変更を余儀なくされ、再建された消化管に適した新しい食べ方を模索中であった。

Byrneら⁶⁾は、「人間は、行動反応をパターン化することによって、内部および外部環境との関係において安定した状態を維持しようとする」と述べている。つまり、人間は、食べるというような毎日繰り返す行為をパターン化することにより、これらに用いるエネルギーを可能な限り減らし、余ったエネルギーを様々な出来事への対処に費やすことで自己の安定性を維持している。そして、確立されたパターンを一度取りやめ、新たに再構築するということは、パターンの変更がない場合に比べて多大なエネルギーを必要とするとも述べており、がん患者にとっては、食べることのパターンの変更は多くのエネル

ギーを必要とする困難として知覚されたと考えられる。

更に、再建された消化管に適するような食事のパターンを再構築する上で、手掛かりとなる内臓の感覚に変化が生じていたため、食べる上での感覚的な目安がわからず、新しい食べ方を身につけていくことはより困難な作業であったと考えられる。

3. ルールを作るというコーピングについて

がん患者は、食べることに伴う不快な感覚や苦痛をできるだけ避けるべく、自分なりに食べる上でのルールを作ることで、困難な状況を乗り切ろうとしていた。

このような対処が見られた背景として、既に述べてきたように、がん患者は内臓の感覚に変化をきたしていったため、どの位食べるか、どのように食べるかという食べる上での感覚的な目安を失っていた。よって、初めの段階では内臓の感覚を頼りに食事を摂取するには無理があり、また食事指導の内容も具体的な行動レベルでは示されていないことが多い、消化管再建後の体に適した、食べる上での目安を再獲得していくためには、自分で決まりや目安を作り、自分の意志で行動を調整する必要性が生じ、ルールを作るという対処がなされたと考えられる。

また、ルールを作るというコーピング様式の具体的な方法に、時間の経過に伴う変化の様相が認められた。単に医療者側から与えられた目安を採用して規定通りにする方法から、自分で食べる量を判断し、自分なりの目安・規範・目標を設定する方法、更にはお腹の感覚を目安にする方向へ変化していた。Byrneら⁷⁾は、「人は、生活体験に対処するため様々な方法を試み、自分にとって最も成功率が高く、また気持ちのいい行動の方法を見つける」と述べている。がん患者が作るルールも、試行錯誤の末より主体的になり、身体的ストレスが少なく、より自分の体に適するような方向へ徐々に変化していったと考えられる。

4. 癌の受けとめが食べることに関連したストレス・コーピングに影響する背景について

あるがん患者は、自分が癌であることを受けとめた上で、今後の人生を楽しく生きるためにも食べることは栄養を摂るものであり、重要であると認識していた。そして、食事指導の規定通りにすることから自分の目安作りへと、あくまでも無理をしないという姿勢が貫かれていた。

片平⁸⁾は、がん患者が病気の意味を見いだしていくプロセスに含まれる要素として、“身体への自己ケア” “コントロール感の獲得”という要素が抽出され、がんと取り組む生活の中での、身体とのつきあいについて語られた内容が多かったと述べている。更にその理由を「生きていくために、いかに自分の身体と向き合い、つき合っていくか」ということが患者にとって重要なテーマとなっていた」と考察していた。

のことより、癌を受けとめ、今後の人生を楽しく、有意義に過ごしたいと願うようになると、生きるために否が応でも自分の身体と向き合うことになるであろう。特に上部消化管の再建術を受けたがん患者にとっては、どう食べていくかがどう生きるかにつながり、食べるとの重要性を認識するに至ったと考えられる。そして、体に無理のない食べ方をしようとした姿勢は、自分の身体と向き合い、自分の体を大事にしながら今後もつき合っていくこうとする態度の現れだったと考えられる。

5. 役割の自認が食べることに関連したストレス・コーピングに影響する背景について

30~40歳代で、親役割や社会的な役割など、自己の果たすべき役割を強く認識している者に、元の生活に速やかに復帰すべく術後積極的に食事に向かうあまり、消化器症状が出現するという状況が見られた。

明石ら⁹⁾は、手術療法を受ける壮年期がん患者の、術後の病者役割行動の1つとして、病者役割の『強行的』な遂行を挙げている。その特徴的な行動として、助言を積極的に医療者に求める、自己判断に基づく行動をとる、回復を焦って失敗することもあるなどがあり、患者の特徴的な背景には、既婚、経済的に独立していない子供がある、職業を有し責任ある地位についているなどがあったと述べている。更にこれらのがん患者は、自分の果たすべき役割を認識しているが故に、病気を早く治したいという気持ちが生じ、病者役割行動の強行的な遂行に結びついたと考察している。

同様に、母親役割を有し、「家に帰っても、手伝ってくれる人は特にいません。今まで通り家事と子育てをしていきます」と断言していた患者がいたが、早く退院して「私がやらなければ」という思いを強くしていただけに、早く食べられるようになって退院しようと、無理な食べ方をしたと考えられる。また、子どもを育てるなど、明確な役割を有している者にとっては、それまでの生活は変えがたく、消化管が著しく変化した自己の体に生活を合わせるというよりも、自分の体を元の生活に合わせようとして、以前の食事のパターンのまま体を慣らそうとしたと考えられる。よって、がん患者がどのように自らの役割を認識しているか、またそれが、がん患者の食べるということにどのように反映されているかということを捉え、退院後、患者が自分の役割を果たそうとしていく中でも自己の体を大事に考え、食べることに十分留意していくような援助が必要であると考える。

VI. 結 語

上部消化管の再建術を受けたがん患者は、消化器症状出現による身体的苦痛のみならず、内臓感覚の変化を体験し、食べる上での感覚的な目安が失われる、あるいは変わることで、食べることに困難を感じていた。そしてそれらに対し、自分なりに食べる上で決まりや目安を

作るなど、ルールを作るという対処を行っていた。それらの対処には、癌の受けとめや役割の自認が影響を与えており、自分の体に適さない食べ方をする者も見られた。従って、がん患者が自分の内臓感覚の変化を理解し、それらの感覚と自分の食べ方との関係性を見出して、自分の体に適した食行動へと結びつけていけるよう援助していくことが重要であると考える。

本研究では対象数が十分ではなかったため、食道の再建術を受けたがん患者が1名しか得られず、化学療法の影響を受けたと思われるデータも今回は一部採用していることなどから、結果の一般化には限界があり、今後対象数を増やして検討していく必要があると考える。

謝 辞

研究にご協力頂きました対象者の皆様、フィールドを提供して下さいました施設の皆様、ご指導頂きました聖路加看護大学小松浩子教授に心より感謝申し上げます。

なお本稿は、1996年度聖路加看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に修正を加えたものであり、この一部は第18回日本看護科学学会学術集会にて発表した。

引用文献

- 1) 西満正：第I編 治療法の種類とその選択－A. 外科療法－
1. 適応症例の選択、癌治療学（上）－Cancer Therapy Manual, 日本臨床, 46巻, 7-16, 1988.
- 2) 高橋美恵子他：胃切除後に吻合部通過障害を起こした患者の看護－食事の援助をとおして、臨床看護, 13(8), 1153-1160, 1987.
- 3) Gelein, J. L., Bourbous, S. P., Stress, Coping, Adaptation, Phipps, W. J., et al.: Medical-Surgical Nursing-Concepts and Clinical Practice, 1979, 武山満智子訳、ストレス・対処・適応、高橋シム日本語版監修：新臨床看護学大系－臨床看護学I, 医学書院, 173-181, 1983.
- 4) 本郷利憲他編：標準生理学第3版, 医学書院, 1993.
- 5) 同上論文
- 6) Byrne, M. L., Thompson, L. F.: Key Concepts for the Study and Practice of Nursing (2nd), 小島操子他訳：看護の研究・実践のための基本概念, 医学書院, 30-47, 1984.
- 7) 同上書, 33
- 8) 片平好重：がん患者が病気の意味を見いだしていくプロセスに含まれる要素と関係する要因の分析, 1993年度聖路加看護大学大学院修士論文, 98-100, 1994.
- 9) 明石恵子・佐藤禮子：手術療法を受ける壮年期患者の術後の病者役割行動とその特徴, 三重大学医療技術短期大学部紀要Vol.2, 9-18, 1993.

Analyses of stress-coping experienced by cancer patients after reconstructive surgery of upper digestive tract—focus on eating

Kazumi Ohno
(Tenshi Junior College)

The purpose of this study was to identify stress-coping of eating, experienced by cancer patients in postoperative convalescence after reconstructive surgery of upper digestive tract, and to examine influential factors. Based on Gelein & Bourbous stress-coping-adaptation model, the conceptual framework for this study was constructed. Participant observation and semi-structured interviews were conducted on 15 cancer patients after reconstructive surgery of upper digestive tract. Stress-coping of eating and influential factors were extracted from the collected data.

As a result of that analysis, the stress in relation to eating was classified into two categories in physical aspect; 1) uncomfortable sense and distress caused by eating, 2) uncomfortable sense and distress caused by a functional disorder of the digestive tract, and classified into seven categories in mental aspect; 1) bewilderment caused by change of visceral sense, 2) uncertainty about change in the reconstructed upper digestive tract, 3) bitter experience, worry and fear caused by diet intake, 4) difficulty of mastering new pattern of eating, 5) misgivings about changing body-image, 6) uneasy feeling about recovery, 7) having no confidence in living after discharge. Coping mode was classified into eight categories; 1) attempt to relieve physical distress, 2) attempt to grasp uncertain phenomenon, 3) exploring causes, 4) acceptance, 5) avoidance, 6) making rules, 7) not making rules, 8) seeking positive evidence. And three Influential factors on stress-coping were found out; 1) acceptance of cancer, 2) recognition of role, 3) presence of complication in digestive organs. The result suggests that nurses need to help cancer patients understand a relationship between visceral sense and new pattern of eating, and acquire new pattern of eating, fitted to upper digestive tract after reconstruction.

Key words

stress-coping upper digestive tract cancer patients postoperative convalescence eating