

## がん性疼痛を有する患者の麻薬性鎮痛剤に対する認識 —効果的なペインコントロールにおける看護の役割—

key word 麻薬性鎮痛剤 癌患者 疼痛 認識 副作用  
17 階西 ○山江芙喜子 深作麻衣子

### はじめに

末期癌（進行癌）患者の多くは、病状の進行と共に疼痛が出現あるいは増強する。疼痛に対しては、NSAIDs 等非麻薬性鎮痛剤から麻薬性鎮痛剤へ移行し、疼痛コントロールを図っている。

A 病院の消化器内科病棟では、麻薬性鎮痛剤を初期導入する際、医師からの説明はされるが、薬剤師や看護師の介入方法は統一されていないことや連携が確立されていない。そして、麻薬性鎮痛剤内服中患者の多くが、疼痛の表出を十分に行えず、欲求が満たされないことや、副作用に対する対処やそれに伴った行動がとられていない場合がある。そこで、麻薬性鎮痛剤に対する患者の知識や考えを知り、患者のニーズに応じた説明を行い、患者主体の積極的な疼痛コントロールを行うために、調査し、看護師の役割を考えることとした。

### I 研究目的

麻薬性鎮痛剤を内服している患者のイメージを知り、看護師の役割を考え、患者主体の積極的な疼痛コントロールを行えるようになる。

### II 研究方法

#### 1. 調査対象

がん性疼痛を有し、麻薬性鎮痛剤内服中の入院患者 6 名。（病名を告知している。麻薬性鎮痛剤を内服していることを認識している。JCS 0。日常生活動作自立している。）

- A 氏：54 歳 男性 肝細胞がん
- B 氏：55 歳 女性 胃がん 多発性骨転移
- C 氏：63 歳 男性 膵臓がん 転移性肝がん
- D 氏：77 歳 女性 悪性リンパ腫
- E 氏：77 歳 女性 胆管細胞がん
- F 氏：58 歳 女性 胃がん

#### 2. 調査期間

平成 20 年 7 月～10 月

#### 3. 調査方法・内容

##### 1) 方法

- ・無記名式選択質問紙調査
- ・過去の記録（看護記録）より情報の抽出

##### 2) 内容

- ・麻薬性鎮痛剤に対するマイナスイメージ、プラスイメージ
- ・副作用の知識

- ・内服導入時と現在の麻薬性鎮痛剤に対する不安と抵抗について

### III 倫理的配慮

対象者には研究の趣旨と結果の公表について説明し、また、調査は無記名であること、結果は研究以外には使用しないこと、参加は自由意志であること、また、研究終了後に調査用紙は破棄することを説明し、承諾を得た。

### IV 結果

マイナスイメージにおいて、「麻薬中毒になる」「長期使用により効果がなくなる」「病気が悪くなったら使う薬である」が特に多かった（表 1）。プラスイメージは、「楽になる」が最も多かった（表 2）。副作用の知識については、「便秘になる」はほぼ全員が認識していたが、3 大副作用について全て知識があったのは、A 氏のみであった（表 3）。内服導入時は不安や抵抗をほぼ全員が感じていたが、現在は不安や抵抗を感じている対象者はいなかった（表 4、5）。

### V 考察

#### 1. 麻薬性鎮痛剤のイメージについて

先行研究より麻薬性鎮痛剤のイメージは、「麻薬中毒になる」「麻薬を始めたらずまらない」「麻薬を使うのは末期がんになってから」「命を縮める」「人格がおかしくなる」のように麻薬に対して否定的であり、悪いイメージや間違った認識を持っていることが多いといわれている。本研究の結果では、表 1 より、マイナスイメージの項目として特に突出して多かったものは、「麻薬中毒になる」「長期使用により効果がなくなる」「病気が悪くなったら使う薬である」であった。「麻薬中毒になる」と回答している C 氏と F 氏は、その理由として、「麻薬に対して悪いイメージがあった」「麻薬と聞いて耳を疑った」と記載があった。「長期使用により効果がなくなる」と回答している D 氏は「先生にあまり使うとクセになるって言われたからずっと我慢してたの」F 氏は「痛み止めてたくさん飲むといけないと思って、結構我慢しちゃうのよ」という記録があった。しかし、先行研究で言われていた「寿命が縮む」「廃人になってしまう」は、対象者はいなかった。また、表 2 より、プラスイメージの項目で、「楽

になる」が最も多く回答している。B氏は記録上も「昨日お薬が変わってから、気持ち的なことかもしれませんが、痛みも大分楽になったような気がします」とあった。F氏は「麻薬を使用し楽になるなら」と記載があった。E氏は「楽になる」は「いいえ」と回答したが、「昨日は車椅子だったけど今日は歩いてみます」と記録上にあった。これらにより、麻薬に対する認識について具体的な項目が明らかとなった。麻薬に対しては、マイナスイメージだけでなく、プラスイメージも持っていることが分かり、疼痛コントロールが図られることにより、マイナスイメージは消失し、プラスイメージの認識が高まっていることが分かった。また、表4・5より、内服前は不安や抵抗を対象者全員が少なからず感じていた。理由として、E氏とF氏はそれぞれ、「社会的イメージが良くない」、「自分が麻薬を使うことに対して、家族がどう思うのか」と記載していた。内服後は全員が不安や抵抗について「あまりない」「全くない」と回答している。理由として、C氏、D氏、F氏はそれぞれ、「モルヒネ飲んで痛みがよくなった」、「一回飲んだだけで、良くなった」、「夜眠れるようになった」、「飲んで楽になって、麻薬に対して意識が変わった」、「痛みが取れたから」と記載していた。苦痛が軽快したことでQOLが高まり、また、マイナスイメージが実際に起こらず、疼痛コントロールが図られることにより、不安や抵抗が無くなると思われる。例え麻薬に対してマイナスイメージを抱いたり、不安や抵抗を感じていても、疼痛による苦痛の軽快や消失を第一に望んでいるため、拒薬せずに受け入れることができると考えられる。

そして疼痛は、身体的な苦痛をもたらすことはもちろんのこと、精神的・社会的にも大きな影響を及ぼし、がん患者のQOLを著しく低下させるものである。このため、麻薬に対する不安の訴えよりも、「痛みが取ればいい」など疼痛コントロールに対する訴えが先行するのは当然である。しかし疾患の進行や治療、予後に対することなど様々な不安を抱えている。それと同様に、麻薬に対しても不安や抵抗を潜在的に持っていることを看護師は把握し、介入していく必要がある。

また、看護師は医師から対象に説明された内容や反応を把握して、対象のニーズに合わせて、安心して導入できるように援助していくことが必要であると考え。そして、対象の思いや考えを看護師をはじめ、医師、薬剤師等を中心に患者の家族も含めて、情報を共有していくことが大切である。

## 2. 副作用について

表3より、3大副作用について全て知識があったのは、A氏のみであった。他はすべて回答はできていなかった。

麻薬内服中、排便コントロールは必須となるが、ほぼ全員が「便秘になる」と認識している。

B氏は「今日から下剤を毎日飲むようにするんですね」「今日もそんなに出てないから、下剤をもらいます」と記録されていた。D氏は「便秘だからこの薬飲むわ」「お通じの出が良くないの。寝る前に飲むわ」と記録されていた。このように、緩下剤内服を自ら調節しながら、コントロールを図ることができている。C氏・F氏は緩下剤を内服し、排便コントロール良好であった。しかし、A氏は「便秘になる」と認識はしていても、「便が出なくて、今日様子見てだめなら使います」「下痢が怖いから嫌なんです。下痢になったら・・・」と発言が記録上あり、夜間トイレへ2時間程度入っていることがあったと記録されていた。これらの言動は、下剤のコントロールがつかないことへの不安があり、便秘となっても積極的に緩下剤を内服しない行動につながってしまっていた。

吐き気は起こらないとほぼ全員が回答している。制吐剤は内服しているが、吐き気に対する記録はなかったか、あるいは、化学療法後の副作用として以前より吐き気があった記録はあった。

眠気に対しては、D氏E氏共に眠くなると回答し、また麻薬性鎮痛剤内服後3日目にD氏は「少し眠いくらいで、大丈夫です」、E氏は「ボーっ」としている」記録されている。これに伴う転倒等の危険性を認識しておらず、対処行動もみられなかった。

このようなことから、導入時から、副作用に対して、症状の説明だけでなく、対処方法や副作用出現の期間を具体的に対象に合わせて、説明し、反応をみて、知識を持っていても行動が伴わない場合もあるため、随時説明していく必要がある。また、副作用への対処は薬剤を用いるため、薬剤師との連携が重要となってくる。このため、対象への情報を薬剤師に伝え、対象が積極的に対処できるような関わりをしていく必要がある。

## VI 結論

1. 対象の麻薬に対する認識は異なるため、対象のニーズに合わせた説明方法が必要である。
2. 対象者が主体となるために、医師、薬剤師等の他職種と連携をとる必要がある。

## おわりに

今回の研究は6事例と少ないことや病態の進行も異なり、データの信頼性については今後も検討の必要がある。引き続き、本研究の結果を踏まえて、麻薬性鎮痛剤使用における対象者への関わり方について看護師の役割を考えていきたい。

## 引用・参考文献

- 1) 甲斐やよい. 癌性疼痛を有する患者が麻薬導入前にもつイメージ・認識と内服後の反応 6事例の面接調査を通して. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 36,60-61,2005.
- 2) 野上龍太郎. 麻薬性鎮痛薬使用に関する看

護者の認識 WHO方式がん疼痛治療法を基に. 九州看護福祉大学紀要 .8(1),59-68,2006.

- 3) 武田文和, 高橋美賀子, 石田有紀. がんの痛みよ、さようなら!—こうすればとれる「がんの痛み」—. 東京, 金原出版, 86 p,2008.
- 4) 梅田恵, 樋口比登実, 松林幸子. よくわかるがん疼痛の治療とケア Q&A. 東京, 照林社, 216p,2007.
- 5) 高橋美賀子, 梅田恵, 熊谷靖代. ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント 新版. 東京, 日本看護協会出版会, 143p,2007.

表1 マイナスイメージ

	はい (人数)	いいえ (人数)	無回答 (人数)
1.麻薬中毒になる	4	2	0
2.幻覚が起きる	2	4	0
3.長期使用により効果がなくなる	4	1	1
4.寿命が縮む	0	4	2
5.廃人になってしまう	0	4	2
6.使い始めたらクセになる	3	3	0
7.体に悪い	3	3	0
8.病気が悪くなったら使う薬である	4	1	1
延べ人数	20	22	6

表2 プラスイメージ

	はい (人数)	いいえ (人数)	無回答 (人数)
1.活動的になれる	3	2	1
2.楽になる	5	1	0
3.食欲が出る	0	4	2
4.体が軽くなる	2	3	1
延べ人数	10	10	4

表3 副作用

	はい (人数)	いいえ (人数)	無回答 (人数)
1.便秘になる	4	1	1
2.下痢になる	0	5	1
3.眠くなる	3	2	1
4.吐き気が起きる	1	3	2
延べ人数	8	11	5

表4 麻薬を内服することに対する不安

程 度	当時 (人数)	現在 (人数)
大いにある	2	0
少しある	3	0
どちらとも言えない	1	2
あまりない	0	0
全くない	0	4

表5 麻薬を内服することに対する抵抗

程 度	当時 (人数)	現在 (人数)
大いにある	2	0
少しある	2	0
どちらとも言えない	0	2
あまりない	1	0
全くない	1	4