

手術により長期のベッド上安静を強いられた患者の ストレスについて考える

3階東病棟

○谷脇 有里・坂上祐美子・猪川 美紀

田中 美佐・田淵真由美・釣井 京子

I はじめに

当病棟で行われる手術のなかで、膵頭十二指腸切除術など、侵襲の大きい手術を受ける患者は、術後合併症をおこす頻度が高く、長期に及んで安静を余儀なくされる。長期安静臥床が続くと、人によってさまざまな反応を示し、そのような反応に対して、私達看護者も、戸惑いや焦り、マンネリ化などをきたしやすい。

そこで私達は、患者がストレス状態に陥っていると思われる反応をもとに、その時何がストレスャーとなっていたのか、また、コーピングはどのようにとられていたのかを考え、ストレス状態に陥った患者に対して、効果的な援助は何かを明らかにしようと、本研究に取り組んだ。

II 研究方法

1) 対象

膵頭十二指腸切除術を受けた患者で比較的、順調な経過をたどった患者1名。手術後合併症をおこしたため、経過が長期におよび、ストレス反応が強いと思われた患者2名（前者をU氏、後者をY氏、N氏とした。患者プロフィールは表1参照）

表1 患者プロフィール

U氏	56歳女性。夫と息子の3人暮らしで娘は独立している。H 3. 1. 27までホテルで皿洗いをしていたが現在休職中。性格は楽天的な反面くよくよするところもある。既往歴はない。十二指腸乳頭部癌のため膵頭十二指腸切除術施行。歩行開始25日目 食事開始術後22日目 〔術前ムンテラ〕乳頭にはれがあり炎症を起こしています。はれがひどくなると膵炎をおこす可能性があるので手術して採ります。また看護婦からは、術後しばらくの間安静が必要で、普通の胃の手術の人よりも、歩けたり、食事がでるまで
----	---

	長くかかります。
Y氏	54歳男性，大学卒で，英語と独語が堪能である。妻と2人暮らしで子供はいない。公務員で稲の研究員をしており現在休職中。趣味は園芸，クラシック鑑賞，読書性格はのんき，楽天的であると本人はいつている。既往歴として13，4歳頃脊椎骨折をおこしたが歩行障害はない。胃噴門部癌のため，胃全摘，食道部分切除，脾臓摘出術施行。歩行開始術後60日目，食事開始術後83日目。 〔術前ムンテラ〕 高位潰瘍があり，切除します。
N氏	64歳女性。夫と娘1人の3人暮らしである。娘1人は独立しているが，同居している娘は精神遅延があり，十分な家事ができない。以前は郵便局で事務仕事をしてきたが現在無職。性格は依存心が強く自己中心的であるが，気をつかう面もある。既往歴はない。総胆管癌のため膵頭十二指腸切除術施行。歩行開始術後72日目 食事開始術後85日目。 〔術前ムンテラ〕 胆管にはれたところがあり，狭窄するおそれがあるため手術して採ります。

2) 研究期間

平成3年5月31日～10月31日

3) 方法

河野氏が，セリエの汎適応症候群の概念を用いて作成した，ストレス時の心身反応の表で警告期にあてはまると思われる状態を看護記録から抜き出し，ロイ適応モデルに基づく看護アセスメント因子を用いて分析した。また，患者自身に，安静期間中の自分を振り返ってどのように感じていたかの聞き取りを行った。

Ⅲ 結果

ケース別の分析結果は表2の通りであるが，私達は，ロイ適応モデルに基づく第2段階アセスメントに挙げた項目を，ストレッサーとして抽出した。

1) U氏の場合

過剰のストレスはかかっていない。

2) Y氏の場合

- ①病状の改善が見られないことへの不安、②ドレーンからの持続洗浄、持続吸引、点滴などに繋がれて動けない拘束感、③1日の生活のマネリズム、④社会復帰への焦り
- ⑤医療者への不信感

3) N氏の場合

- ①吐気、嘔吐、発熱等の身体的苦痛の持続、②病状が改善しないことへの不安、③身体的苦痛時の処置、④家族への負い目

IV 考 察

U氏の場合は、術前の説明により、術後の長期安静の必要性を理解し、納得できていた。そのため、今は苦しいが何日か我慢すれば必ずよくなるという希望がもてていた。また、術後合併症もおこさず順調に経過したことで、全くストレスがなかったわけではないが、自分の中でうまくコントロールが図れていたと思われる。そのため、過剰のストレスが、見かけ上持続することはなかった。

一方、Y氏やN氏の場合は術後合併症を起こし、普通なら解決していくはずの身体的苦痛が持続するなど、予想していなかった状況に陥ってしまった。それが、過剰のストレスを起こした原因と考える。また、長引けば長引くほど、他のストレスも加わってきている。

Y氏の場合は、仕事上重要なポストにいることやインテリジェンスが高いこととも関係し、社会復帰への焦りや、医療者に対しての不信感なども大きなストレスになってきている。

N氏の場合は、夫に世話をしてもらうことにより、妻としての役割喪失や家族への負い目もストレスになっている。

人間は、ストレスを避けて通ることはできない。しかし、ストレス状態に陥っても、ある程度はストレスに抵抗しようとする力ももち合わせている。Lazarus¹⁾は「その人のもつ資源に重い負担をかけるものとして評価された特定の内的、外的要求を処理しようとする絶え間なく変化する認知的、行動的努力がコーピングである。対処行動には、二つの主な機能があり、一つは問題に焦点をあてたコーピングで、困難に対し、他の打開策を検討したり、環境と自己との関係を実際に変化させてストレスに対処するやり方である。もう一つは、感情に焦点をあてたコーピングで、回避、知性化、否認といった防御的再評価により、感じ方を変化させ、快適な情動を作り出すやり方である」といっている。

Y氏の場合、絶食であるにもかかわらずガムを食べたり、ベッド上安静であるにもかかわらず立位をとるなどの行動をとり、その後時を経ず医師に許可されている。運動、食への欲

求を満たすことは、基本的生理的ニードの充足であり、それを患者は安全に行っている。自分と環境との関係を変え、問題解決しようとするコーピングであると考え。また、本を読んだり、音楽を聴いたりして気分を変え、気持ちを楽にしようとするコーピングをとっていたと考えられる。

N氏の場合は、「熱が出たから喋りたくない。安楽死させてほしい。返事する気もしない。看護婦さんどうしたらえい？」などの逃避的、依存的態度が見られたが、これも一つの対処行動である。医療者に『おまかせ』しており、直面しているストレスの多い出来事を、自分ではコントロールすることができないという認識にたって、医療スタッフの力を借りることにより、問題解決を図ろうとするやり方で、日本的なコーピング方法であると言える。同時に医療者に任せてしまうことで気持ちを楽にさせるという意味では、感情調整的コーピングであるとも考えられる。

このようなコーピングをとるに至った過程での私達の行った看護援助について考えてみた。私達はY氏に対し、ベッド上安静、絶食の中での患者の欲求を満たすべく看護援助を行っていた。しかし、本人はもう少し高い欲求があって、このくらいのことは行っても大丈夫だろうと考え、ガムを食べる。立位をとるなどの行動をとったと考える。そのような行動から、医師に報告し、低カロリーのガム、飴を勧める、安静度をあげるなどを行っている。その後は、できるだけ患者の要求する基本的ニードが満たせるように、バイオクループを貼用してシャワー浴を行ったり、車イスで散歩するなどの援助を行った。私達は患者が行動に出る前にそのような欲求があることに気づき、看護援助すべきであったのではないか。病状の変化がないことや、同じ処置をくり返していることなどより、看護婦自身がその場にとどまってしまう、マンネリズムに陥ってしまっている。患者の置かれている限られた状況の中で、まず、基本的な欲求に目を向けて、今、何ができるのかを常に考え、注意深い観察を行いながら看護援助をすすめていく必要がある。

N氏の場合は身体的苦痛が強く、苦痛の緩和への看護援助が中心であった。しかし、苦痛が長く続き、将来に対し悲観的になって「もう限界のところ。安楽死させてほしい」という言葉が聞かれるようになった。それに対し私達は、本人の感情を発散させるためによく話を聞く、皆で励ます、医師には訪室時に、必ずよくなるからと元気づけてもらうように働きかけた。その結果、「〇〇看護婦は毎日来てくれる。よく怒られるが私のためを思って言ってくれる」など、相手の気持ちを思いやるゆとりが生じ、徐々に悲観的な言動は少なくなっていく。私達の実施した看護援助は、患者の感情調整の手助けとなっていたのではないかと

考える。

ストレスがいつまでも持続し、自分自身のコーピング方法を見つけられず、医療スタッフもそれに気づくこともできなかったとしたら、心身症の域にまで達するといっても過言ではないだろう。そこまでストレスが持続しないように、予防、ケアを図るとともに、適応するためのエネルギーを上手にコントロールする必要が重要となってくる。A. Jann Davis 氏²⁾は「ストレスは人にふりかかるものではなく、その人の作り出す反応である」と言っている。私達は、ストレスを取り除くために何かをするのではなく、その人にあったコーピングがうまくとれるように手助けすることが大切であると考えた。したがって、目に見えて改善しない身体状態、同じような治療、単調な日常生活のなかで、できる限りその人らしさを考え、まず環境面を整え、基本的ニードを満たすことが先決であると考え。また、ストレッサーを知るためには、個人のプライバシーにかかわることに踏み込んでいかなければならず、そのためには、より深い信頼関係が必要である。

V おわりに

長期安静、入院は避けがたい事態である。やむを得ずしてそうなった場合、過剰のストレスが持続しないように、ストレス耐性を高め上手くコントロールすることが大切である。また、何が問題かよく話し合うことが必要であるということがわかった。今後は、患者個々のストレスコーピングを考慮し、患者の内的変化にまで目を向け、援助していきたいと思っている。

引用・参考文献

- 1) 中西陸子他：看護研究， Coping ， Vol. 21, No. 3, p.2～6, p.17～22, 医学書院 1988.
- 2) A. Jann Davis：患者の訴え—その聴き方と応え方, p. 214, 医学書院, 1988.
- 3) 松本光子他：看護研究， ロイ看護適応モデルの基本的概念と特徴， Vol. 24, No. 2, 医学書院, 1991.
- 4) 筒井末春：ストレス状態と心身医学的アプローチ医療の現場から，診断と治療社, 1990.
- 5) Sister Callista Roy：ロイ看護論，適応モデル序説，メディカルフレンド社, 1991.
- 6) 大段智亮：面接の技法，メディカルフレンド社, 1990.
- 7) 河野友信他：ストレス診療ハンドブック，メディカルサイエンス・インターナショナル

ル, 1990.

- 8) 宇治正美：こころの看護, 小学館, 1988.
- 9) 篠田知璋：ふれあいの看護, 医学書院, 1988.
- 10) 武市昌士：入院患者への心理的アプローチ, 医学書院, 6月, 1990.
- 11) 小澤和恵：新しい消化器外科看護の知識と実際, メディカ出版, 1989.
- 12) 平野 馨：看護活動における人間関係その基礎理論と方法, 日本看護協会出版, 1981.
- 13) D. W. Scott 他：看護研究, ストレス—対処モデル, Vol. 21, No. 3, 医学書院, 1988.
- 14) S. Folkman：看護研究, パーソナル・コントロール・ストレス・コーピングプロセス理論的分析, Vol. 21, No. 3, 医学書院, 1988.

（平成4年3月14日, 高知にて開催の平成3年度看護研究学会）
（日本看護協会高知県支部）で発表

表2 ケース別分析結果

〔Y氏〕

手術後 日数	身体状態	行動・情動	看護援助	焦点	関連	残存	各二一の 不適応
20日目	ドレージ計3本 でそれぞれより 持続洗浄施行 一日一回は38度 前後の発熱あり。 ポルタレン坐薬 使用	いろいろ食べてみたくな った、何か喉に通したい ガムを噛んでいる	医者の許可を得て低カロリ 一のガムや飴を勧める	絶食による不満	縫合不全をおこし たため絶食中で IVHによる栄養 管理	入院前は 食通	自己概念
32日目	ドレージ計2本 で持続洗浄施行 中 持続洗浄の排液 にアイテル混入 あり	何も考えるのが嫌になつた 毎日同じこととの繰り返しで 飽きた	頻回に訪室しよく話を聞き 感情発散に努める リクライニンングや車いすで 散歩を勧める	病状の変化もな く苦痛が持続し ているのに変化 のない治療への 不満、マンネリ ズム	白い空間に囲まれ た日々 排泄、清潔さえ思 い通りにならない もどかしさ持続洗 浄による苦痛	職場では 重要なポ スト	同上
46日目	安静度フリー	訪室時ベッド欄につかまり 立ちをしており 「見つかつた」と苦笑いを する。「人間の足は使わな いとすぐ弱くなるね」	調子の良い時は一日一回は ベッドサイドにて足踏み運 動をし、徐々にADLの拡 大を図る 腹部にバイオクルーシブを 貼用し介助にてシャワー浴 を行う 車いすで散歩をする	動きたい、歩き たいという欲求 ベッド上安静に より筋力低下が あり掛けないか という不安	近々会社で大切な 会合があり、自分 は出席するつもり でいたのにできな い	同上	運動と休息 自己概念
49日目	排液のアイテル 混入軽減してい る 一日一回は38度 前後の発熱あり	坐薬は全然効かん、どれだ け熱がでるか先生に思い知 らせてやる、だから坐薬は 使わん	治療や処置に対して不満に 思っていることを医師に伝 え処置の時間や方法を患者 と相談のうえ行うようにす る 患者の話を聞き不満を少し でも発散できるようにする	連日の発熱によ る病状への不安 医師への不信感 変わらない治療 への不満	同じような処置が 続いており、持続 洗浄もいつになっ たら終わるのかわ からず医師も「も う少し」と言うば かりである	同上	自己概念

[N氏]

手術後日数	身体状態	行動・情動	看護援助	焦点	関連	残存	各二ードの不適応
18日目	ドレージ計6本 一日二回は38度 前後の発熱あり	熱があるから喋りたくない 不機嫌イライラした感じ	ボルタレン坐薬25mg適宜使用 時間毎に氷枕交換、発汗時清拭、寝衣交換	感染、縫合不全、腫瘍による発熱が持続していることと不安イライラ感	毎日の同じ処置、苦痛な検査	落ち込みやさまざまな性格	体温調節
24日目	ドレージより持続洗浄が開始される 嘔気嘔吐持続 夜間不眠	限界のところ、安楽死させてほしい(顔は笑っている) 夜になると吐きそりになる から眠れん、私は家族皆に迷惑をかけゆ(泣きながら話す)	本人の感情を引き出し発散させせる 吐気、嘔吐時はなるべく早く薬等を使用し、冷水やレモン水で含嗽させる 付添いの負担を少なくする	発熱に伴う嘔気嘔吐による身体的苦痛の増強 洗濯開始による不安 長くないかという不安	付添っている夫への罪悪感 家族への負い目	一家の主婦という立場	自己概念
32日目	一日一回は38度 前後の発熱あり 血糖値コントロール不良	もういい熱がでてたまらん 我慢するのにも疲れた、熱も高くてしんどい時に血糖も高い採血するとか、身体拭いてくるとか、いろいろ重なる 返事する気もないのに 夜も眠れんし...	患者の希望を最優先してケアを行う 医師に訪室時必ず良くならうからと元気づけてもらうように働きかける 患者の訴えを聞き建設的に不安と対処させる 日中刺激を与え浅眠状態を避ける	自分の身体でありながらどういう状態なのかわからないことになり不安 正常睡眠が阻害される疲労感	持続している発熱と嘔気嘔吐 血糖コントロール不良 長い闘病生活に対する疲れ 白い壁に囲まれた生活 マンネリズム	同上	同上
42日目	ドレージ計6本 持続洗浄同様に続行中	先生はだんだん良くなりゆうって言うたけんど、どうも良くなりゆう感じはせん(活気なし)	スタッフ全員で励ますように、車いすで散歩をしたため、テレビを見ることを勧めたりする 調子が良ければ医師の許可を得てポータブルトイレを使用してみる	状態改善を感じられない不安 病状に対する諦め	同じ処置の繰り返し し	同上	同上

[U氏]

10日目	ドレージ計4本 水分可 倦怠感著明	身体がだらしない 一日中ウトウトしている	体位の工夫、フローテーションパット等により一部分の圧迫を避ける、離床に備えて自他動運動を行う、日中なるべく刺激を与え、正しい睡眠スタイルをとれるようにする	床上安静のため 運動不足 マンネリズム	入院前は夜間はパ ートタイム、昼間 は家事と一日中身 体を動かしていた 個室で白い壁に囲 まれていた	妻であり 一家の母 親であり 稼ぎ手 もある	運動と休息
------	-------------------------	-------------------------	---	---------------------------	---	------------------------------------	-------