

バイオペックス注入術後の高齢者の長期安静臥床に関する認識

5階東病棟

○ 池口 由美 武田さとみ 近森 美和 川邑りきえ
今宮 真子 尾崎亜希子 山本 定子

I. はじめに

高齢者の入院患者は本来の疾患とは直接関係のない合併症を生じやすく、そのためにも早期離床が原則である。整形外科治療においても術後2～3日で安静の拡大が図られる中、胸腰椎圧迫骨折治療のバイオペックス注入術後は、少なくとも1週間以上の安静臥床が治療上必要である。

バイオペックス注入術後の患者の観察において、安静臥床が守られなかったり、守られていても予想外の安静状態に当惑している患者も少なくない。「認識は、人の行動を方向づける」¹⁾とロイは述べている。そこで今回、術前からの安静臥床に対する認識をインタビュー調査し、高齢患者の認識についてロイの適応理論に基づいて考察したので報告する。

II. 用語の定義

高齢者とは、65歳以上とした。

バイオペックス(CPC)とは、リン酸カルシウム骨ペーストの略語であるが、本研究においてはその注入手術とした。

安静とは、医師より指示された安静度とした。

認識とは、高齢者がバイオペックス注入術後の安静について捉えている意識とした。

III. 方法

1. 研究期間：平成14年7月～9月

2. 研究対象：バイオペックス注入術後の女性患者6名

3. データ収集方法：半構成的インタビューガイドを用いた聞き取り調査を実施した。インタビューの時間は30分程度とし、開かれた質問形式で以下の点について行った。

- ①疾患名
- ②術後安静の説明の理解度
- ③安静臥床中に感じたこと
- ④安静臥床は守られていたか

対処行動のアセスメントは、カルテより下記の1～12項目の情報収集を行った。

- ①安静が守られたか
- ②体位変換
- ③定期鎮痛剤使用の有無(ロピオン・生食)
- ④臨時鎮痛剤使用の有無(安静臥床期間中)
- ⑤安静臥床の期間
- ⑥便処置
- ⑦難聴の有無
- ⑧付き添い
- ⑨入院経験の有無
- ⑩入院中のトピックス
- ⑪家族構成
- ⑫自己概念

4. データ分析方法：インタビューとカルテからの情報を基に、安静臥床が守られていた適応グループと、

守られていなかった非効果的反応グループに分けて、ロイの適応理論により分析した。

IV. 結果 (表1)

1. 疾患名について正確に答えた対象は3名、正確に答えられなかったのは3名であった。うち1名は自分の病状を理解できていた。
2. 術後安静臥床の説明の理解度では、全員が「わかりました」と答えているが、「看護師に体位交換してもらわないといけない」と理解できていたのは4名で、あとの2名は「耳が悪いので聞こえにくかった」「娘たちが聞いているからえいろう」と、難聴のため家人任せにしていたり「聞いてない」「記憶にない」などの言葉も聞かれた。
3. 安静臥床中に感じたことについては、体動時の苦痛により動けないためじっとしていたり、便秘を訴える患者や、看護師への気兼ねがあった。安静臥床は理解し守れていたが、安静期間については詳しく理解できていない患者もいた。また、家人への感謝の言葉が聞かれ、その支えにより安静が守られていた患者もいた。安静臥床による不安に対しては、再手術・再治療という苦い体験、安静解除後に「動けるかどうか」という不安、「残してきた夫が心配」「看護師を頻回に呼びななければいけない」という気兼ねが聞かれた。特に不安がなかった患者は、家人の支えがあったり、医師・看護師を頼りにしていた。
4. 安静臥床が守られていたかについては、安静度の理解不足のために動いた患者は2名。その他は安静臥床が理解できており、家人の支えもあった。

表1 聞き取り調査及び、情報収集結果

対象者・年齢	A氏(69歳)	B氏(72歳)	C氏(71歳)	D氏(81歳)	E氏(71歳)	F氏(72歳)
疾患名の認知	正確	正確	正確	不正確	不正確	不正確 (病状は理解している)
安静の理解	あり	あり	あり	なし(聞いていない) (記憶にない)	なし (聞こえなかった)	あり
安静の遵守	守れた	守れた	守れた	守られなかった	守られなかった	守れた
体位交換	2~3時間毎	2~3時間毎	2~3時間毎	自分で勝手に動いた	2~3時間毎 自分勝手に動いた	2~3時間毎
鎮痛剤使用(定期)	なし	あり	あり	あり	なし	あり
鎮静剤使用(臨時)	1日1回坐薬 使用(計9回)	1回使用	なし	2回使用	1回使用	RAもあり、1日2回
安静臥床期間	11日間	9日間	11日間	9日間	14日間	14日間
便処置	術後6日目 緩下剤服用	術後4日目 GE施行	術後5日目 緩下剤服用	術後3日目 GE施行	術後3日目・5日目・ 8日目にGE施行	術後6日目緩下剤服用、 7日目にGE施行
難聴	なし	あり	なし	なし	あり	なし
家族付添	あり	時々あり	不明	なし	なし	あり
入院経験	あり	あり	あり	あり	あり	あり
トピックス	コルセットの つめ感あり、 適宜コル セットを修 正した。	コルセットの つめ感あり、 適宜コル セットを修 正した。	特になし	手術終了直後は体動激しく、 体幹をひねっていた。尿管抜去後より、 夜間大声でわめいたり、 トイレに行こうとして立っ ていた。せん妄・見当識障 害がみられた。	術後、体幹をねじろう としていたり看護師に たびたび注意されているが 今一つ理解出来ていない。 時々、意味不明な言 動あり。	コルセットのつめ感著 明にあり、器具修正頻 回。 コルセット一部開窓。 胃部不快あり、食欲不振 あり。
自己概念	神経質、几帳面、 完璧主義	神経質	あまりこだわらない	すぐ物忘れする、 心配ばかりしている	記載なし	記載なし
家族構成	一人暮らし	子供と同居	子供と同居	夫(痴呆あり)と同居	夫・子供1人と同居	夫と同居

V. 考察

適応できていたグループは、手術による環境の変化に対し、安静臥床・疼痛・食事・排泄面において苦痛の訴えが多くみられた。その対処方法には鎮痛剤の使用や介助下での頻回な体位変換、緩下剤の使用、付き添いによる身体的・精神的なフォローがあった。柘橋は、「環境からの刺激を適切に知覚できるかどうかは、感覚器の能力と中枢神経系の刺激に対する受容・処理、反応能力に左右される。これらの能力の低下によって、高齢者はしばしば環境に適応するために他者の援助を必要とする。」²⁾と述べている。その他者とは、医療従事者のみでなく家人や付き添いであることも多く、患者にとっては頼もしい存在であったと思われる。また看護師を呼ぶ際に、気兼ねや遠慮を抱く患者も多かったが、「セメントが固まるまで動かれん」「動く時は看護師にやっ

てもらわんといかん」等と、実際に体位交換を希望するときは必ず看護師に依頼することができていた。このことは安静臥床に対する認識もあり、適応行動が取れていたと考える。

非効果的反応のグループでは、病識に乏しく医療従事者からの説明も家人任せで、病名もはっきりと覚えていなかった。インタビューの中で「動かれんと聞いちゅう」と答えても、実際は安静臥床がどういう状態であるかの認識は出来ていなかった。その結果、「看護師を呼ぶことも知らない」「自分で動いたことは知らん」等と、術直後は譫妄が見られ安静臥床を守ることが出来ず、譫妄が落ち着いた後も安静期間中にもかかわらず、起き上がったたり歩行したりという行動が見られた。これは、入院・手術・長期安静臥床という環境の変化に対して、高齢による理解力・判断力・記憶力の低下が強く現れ、適応が不十分だったと考えられる。

人間の適応レベルは、環境の変化(刺激)の程度と、その人の対処しうる能力により変わってくる。今回の手術は長期安静臥床を行うことが治療上必須であり、その必要性を認識することにより安静臥床するという適応行動がとれると考えられる。しかし高齢者の場合は、適応までの時間、プロセスは個人差が大きいと考えられ、最近は入院期間の短縮に伴い、入院後1週間以内に手術ということがほとんどである。高齢者は入院に適応できないまま手術となるケースが多くなっていることから、理解・認識不足につながっていると考えられる。

今回の対象は、再入院を含め全員が入院経験を持っていたが、長期安静臥床を強いられた経験はなかった。非効果的反応グループのなかでは、病気に対する受け止め方が十分でなかったと言える。また、家族関係においては、残してきた家族のことが気になったり、一緒に病気を克服していこうという点において家族の支援が少なかった対象もいた。その結果安静臥床が守られず、安静への認識の減少につながったと考える。

高齢者の看護において、入院を納得しているか、病気をどのように受け止めているか、家族関係で問題はなにか、性格はどうか、コミュニケーションがとりにくくないか等の不適応症状を予測した看護が必要である。

VI. おわりに

今回の研究では、バイオペックス注入術という特有の手術方法を受けることにより、術後の安静度をどのように認識しているのかをさぐる目的で取り組んだ。

術前から安静臥床を認識し、術後安静臥床の環境の変化に適応できる者と、うまく適応できない者に分かれる傾向がある。高齢者の特性を念頭におき、個々の認識の程度に合わせた看護援助を行っていくことが重要である。

引用・参考文献

- 1) ヒーサーA. アンドリュース シスターC. ロイ:ロイ適応看護論入門, 医学書院, 49, 1992.
- 2) 奥野茂代・大西和子:老人看護学I, 廣川書店, 144, 1999.
- 3) 大友英一:ナースのための老年医学, 南山堂, 1999.
- 4) 岡堂哲雄:患者ケアの臨床心理, 医学書院, 1978.
- 5) 岡堂哲雄:老人患者の心理と看護, 中央法規出版株式会社, 1987.
- 6) 鎌田ケイ子:老人看護必携, へるす出版, 1993.
- 7) Dr.Saras Henderson: Influences on patient participation and decision-making in care, *Professional Nurse*, 17 (9), 521-525, 2002.
- 8) Patricia D.Barry: *Mental Health&Mental Illness*, Lippincott-Raven Publishers, 1998.
- 9) 湯浅美千代:施設、病院に入っている老人の生活リズムの乱れとその看護, *日本老年看護学会誌*, 1(1), 79-89, 1996.