

入院生活における患者のとらえた睡眠

2階西病棟

○ 大島美智子 西山 利香 青木 良枝 野口 真実
山崎あゆみ 谷脇 文子

I. はじめに

睡眠は消費されたエネルギーを補給し、心身の活動エネルギーを蓄積するという健康維持に欠かせないものである。したがって、疾病回復を目指す患者の睡眠欲求の充足を図ることは看護にとって重要である¹⁾とされている。しかし睡眠は個人差が大きく、睡眠への欲求度も個人によって違うため、患者の主観的要素が大きく関係し、時に看護婦による客観的評価とズレることもある。実際、看護婦が寝ていたと判断しても「眠れなかった」「寝つけなかった」「途中で目が覚めた」と訴える場合はよくみられることである。このような患者の訴えを理解し、個人にとって理想的な安らぎのある睡眠、満足感のある睡眠を提供できるような看護が必要である。そこで本研究は、独自に作成した睡眠の評価尺度を用いて、患者がとらえた睡眠の評価と看護婦が観察した患者の睡眠の評価から、入院患者の睡眠が満たされたものとなるような援助の方向性を見出すことを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査期間：2000年10月2日～10月9日
2. 調査対象：当院2階西病棟入院中患者で、手術後2日目までと重症患者は除く、本調査に同意の得られた24名で、7日間連続調査を行うことのできた13名とする（年齢22歳～76歳、産科2名、婦人科11名）。
3. 調査方法：患者、看護婦に独自に作成した睡眠の評価尺度（表1）を用いた。
 - 1) 患者には主観的評価尺度を用いた睡眠日誌に、無記名で翌朝起床後に記述をしてもらった。
 - 2) 看護婦は客観的評価尺度を用いて、23時・2時・4時・6時の巡視時間に患者の参加観察を行った。
 - 3) 倫理的配慮として、観察にあたっては経時的に行わず、患者の睡眠の確保と安楽に配慮した上で巡視時間に行った。

表1 睡眠の評価尺度とVAS

- | (患者) 主観的評価尺度 | VAS | 判定 | (看護婦) 客観的評価尺度 | VAS | 判定 |
|--------------|-----|---------|---------------|-----|---------|
| よく眠れた | 1点 | 眠れた群 | ぐっすり寝ていた | 1点 | 眠れた群 |
| 途中で目覚めたが眠れた | 2点 | | 途中で目覚めるが寝ていた | 2点 | |
| まあまあ眠れた | 3点 | | うとうと寝ていた | 3点 | |
| あまり眠れなかった | 4点 | 眠れなかった群 | ぼんやり目覚めていた | 4点 | 眠れなかった群 |
| ほとんど眠れなかった | 5点 | | はっきり覚醒していた | 5点 | |
4. 分析方法
 - 1) 患者の主観的評価を、ビジュアルアナログスコア（以下VASとする）を代用し、5段階の尺度で点数化し、それぞれを眠れた群（1～3点）、眠れなかった群（4～5点）に総合判定した。
 - 2) 看護婦の客観的評価尺度もVASを代用し、各巡視時間を5段階の尺度で点数化し、1日の平均点数を眠れた群、眠れなかった群に総合判定した。
 - 3) 1) 2) の判定結果を元にデータ分析を行った。

III. 結果

調査期間までの入院日数は平均60.8日（最短6日、最長158日）。平均睡眠時間として、入眠時間が入院前より延長していた者は5名（38.5%）、同じ者1名（7.7%）、減少していた者は7名（53.8%）であった（表2）。

眠ろうと思ってベッドに横になった時刻は、7日間で21時が延べ62名（68.1%）で最も多かった。

患者自身が眠ったと思う時刻は、7日間で21時～23時に延べ79名（87.8%）と集中していた。

目が覚めた時刻は、7日間で6時が延べ46名（50.5%）と最も多く、次に5時で26名（28.6%）であった。

ベッドから起き上がった時刻は、7日間で6時が延べ57名（62.6%）と最も多く、次は7時が延べ17名

表2 対象患者の平均睡眠時間

患者	年齢	平均睡眠時間	
		入院前（睡眠状態）	調査期間中
A	22	7時間（寝付き悪い）	3.0時間
B	34	7時間（良好）	6.7時間
C	52	7時間（寝付き悪い）	6.6時間
D	52	7時間（寝付き悪い）	7.3時間
E	52	7時間（良好）	6.2時間
F	55	8時間（寝付き悪く、熟睡感無）	6.2時間
G	56	8時間（寝付き悪い）	8.1時間
H	60	7時間（熟睡感無、睡眠の中断有）	6.9時間
I	62	7時間（良好）	7.9時間
J	63	7時間（良好）	8.4時間
K	64	7時間（良好）	7.0時間
L	67	7時間（良好）	7.1時間
M	76	9時間（良好）	8.2時間

(18.7%)、5時が延べ15名(16.5%)であった。

途中で目が覚めた理由(表3)は、7日間でトイレが延べ65件と最も多く、ついで物音が延べ9件であった。物音の内容としては、同室者のいびきや寝言が理由としてあげられていた。また、患者の身体症状が理由となっているものは延べ8件であった。

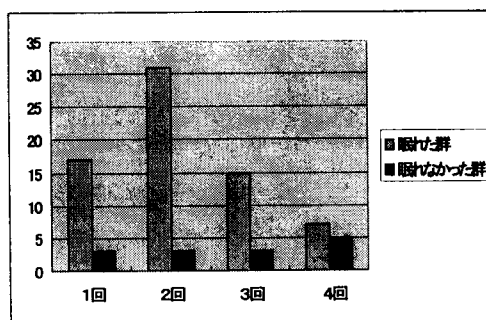


図1 途中で覚醒した回数と患者の主観的評価

途中覚醒した回数(図1)は、2回が延べ37件で最も多く、4回覚醒した件数は12件であった。4回覚醒群で眠れた群は延べ7名、眠れなかった群は延べ5名であった。

患者毎の不一致回数を見ると、同一患者で不一致回数が7日間で5回と最も多かった者が1名、次に3回が1名、2回が3名、1回が4名であった。全患者の主観的評価と看護婦の客観的評価との比較(表5)では一致回数は73回、不一致回数は18回であった。

表3 途中で目が覚めた理由(7日間)

内容	のべ件数
①トイレ	65
②物音	9
③疼痛	4
④点滴	2
⑤腹部緊満(妊婦)	2
⑥採血	2
⑦暑い	1
⑧かゆみ	1
⑨発熱	1
⑩時間が気にかかる	1

表5 主観的評価と看護婦の客観的評価との比較

		患者の主観的評価	
		眠れた群	眠れなかった群
看護婦の客観的評価	眠れた群	73回	17回
	眠れなかった群	1回	0回

一致 不一致

IV. 考察

今回の調査結果で、患者のとらえた睡眠の評価と看護婦が観察した患者の睡眠の評価において、一致(眠れた群)している回数が多かった。入院することにより就寝・起床時間が一定に定められ、患者個人の生活習慣の違いによって入院前より睡眠時間は減少していた。しかし、患者の主観的評価をみてみると、「眠れた」と評価している人がほとんどであった。また、睡眠の中途覚醒の回数が多いからといって、「眠れなかった」という患者の主観的評価は少なかった。患者のとらえた睡眠の評価と、看護婦が観察した患者の睡眠の評価が一致しなかったのは18回であった。睡眠は、大脳に関連するきわめて主観的な要素の強い体験であり、その評価には本人の主観的要素が大きく関連し、時に、第三者による客観的要素とズレることもある²⁾とされている。実際、今回の調査で患者、看護婦の評価のズレが最も大きかった症例では、患者の睡眠パターンが、21時に入眠し24時~1時に覚醒するというリズムと、看護婦の観察時間のズレがあったことが要因のひとつとして推察される。病気をかかえた患者にとって適切な睡眠を確保することは容易でなく、不一致(眠れなかった群)17回についても、患者の生活背景や睡眠-覚醒リズム、パターンと看護婦の観察・巡視時間とのズレが不一致を高めた可能性もあると言えるのではないかと考える。

このことから、患者が「眠れない」「眠れなかった」と訴えてきた時に、それがたとえ看護婦の睡眠評価と一致しなかったとしても、不一致とは判断せずに、患者との関わりの中から眠れない要因を導き出しアセスメントしていくことが、個々の患者の睡眠に対する重要な援助につながっていくと再認識することができた。

また、人の睡眠サイクルは、レム睡眠・ノンレム睡眠の1セットが90分から100分の周期で繰り返されている。一昼夜のなかでこのサイクルが数回繰り返された後、レム期において自然の覚醒が生じるとスッキリと目覚められる³⁾とされている。今回、7日間におけるレム睡眠・ノンレム睡眠周期で覚醒した回数は23回、うち眠れた群は21回(91.3%)、眠れなかった群は2回(8.7%)と眠れた群が多く、睡眠周期と睡眠の質の関連はあると考えられるが、研究の限界として追求はしていない。

ヴァージニア・ヘンダーソンは、看護の基本となるものの中で「誰でも、その日一日がいつになく愉快に過ごせたと思えば、また、健康であるという感じを特に強く確かめられるようなことがあったり、一日の終わりにあたってよき一日であったと思えるようであれば、自然の眠りに容易に入れるはずである⁴⁾と述べている。入院生活の中であって、生きていくことへの意欲、健康回復への期待など失うことなく、眠りにつけるような関わり方の大切さを強く感じた。

V. 結論

1. 当病棟における患者がとらえた睡眠の主観的評価と、看護婦の客観的評価は、眠れたことについて一致している回数が高かった。
2. 入院中の患者の睡眠の充足を図る上で、睡眠日誌が活用できる示唆を得た。

VI. おわりに

今回の調査で、患者のとらえた睡眠と看護婦の評価の差の実態から、睡眠の看護について見つめ直すことができた。今回は睡眠日誌を評価の方法としたが、患者の睡眠―覚醒の全体像を把握することができたと考える。また睡眠の看護の手がかりとして、睡眠日誌の活用がひとつの方法となるのではないかと考える。今後は睡眠日誌についてさらに検討を加えていき、引続き患者のとらえた睡眠を理解し、入院中の睡眠が患者にとってより良いものとなるよう配慮していきたい。

引用・参考文献

- 1) 矢口美奈子, 稲葉孝子, 鈴木充子: 人工呼吸器を装着している患者への援助, 看護技術, 44 (12), 53 - 56, 1998.
- 2) 小坂橋喜久代: 夜眠れない患者のアセスメント, 看護技術, 44 (12), 20 - 24, 1998.
- 3) 小坂橋喜久代: 患者の生活リズムを重視した睡眠援助, 看護技術, 44 (12), 14 - 19, 1998.
- 4) ヴァージニア・ヘンダーソン 湯植ます・小玉香津子訳: 看護の基本となるもの (改訂版), 日本看護協会, 42 - 45, 1981.
- 5) 井上昌次郎: 睡眠のメカニズム, 看護技術, 41 (4), 4 - 8, 1995.
- 6) 斎藤靖, 菱川泰生: 睡眠障害の原因と病態, 看護技術, 41 (4), 9 - 13, 1995.
- 7) 佐々木三男: 睡眠障害の診断と検査, 看護技術, 41 (4), 14 - 18, 1995.
- 8) 村崎光邦: 睡眠障害 (不眠症) の薬物療法, 看護技術, 41 (4), 19 - 24, 1995.
- 9) 鈴木啓子, 中川幸子: 不眠を訴える患者の看護診断、標準看護計画, 看護技術, 41 (4), 30 - 37, 1995.
- 10) 川口孝泰: 病室に求められる睡眠の場の条件, 看護技術, 41 (4), 38 - 42, 1995.
- 11) 佐藤登美: 人にとって“眠れない”という体験について, 看護技術, 44 (12), 9 - 13, 1995.
- 12) 斎藤恭子: 環境・アメニティへの配慮, 看護技術, 44 (12), 29 - 32, 1998.
- 13) 中川博幾, 伊崎公德: 不眠の原因と病態, 臨床看護, 19 (9), 1325 - 1330, 1993.
- 14) 田村信: 不眠の型とその特徴, 臨床看護, 19 (9), 1338 - 1342, 1993.
- 15) 中島節夫: 不眠による身体的、精神的影響, 臨床看護, 19 (9), 1343 - 1348, 1993.
- 16) 鈴木啓子, 中川幸子: 自然の入眠を促す為の援助, 臨床看護, 19 (9), 1359 - 1363, 1993.
- 17) 宮内美紀子: 不眠を訴える患者のアセスメントと看護計画, 臨床看護, 19 (9), 1352 - 1358, 1993.
- 18) 細萱幸子: ICUにおける睡眠覚醒リズムの異常の観察と対応, 看護技術, 44 (4), 51 - 55, 1995.