

頰椎術後患者の食事摂取を考える

— 仰臥位で食事摂取を試みて —

5階東病棟

○中川 佐和 西森 まち 徳弘 美和

久保 妙子 竹内 真弓 楠瀬 伴子

I はじめに

頰椎手術後の患者は、約2週間にわたり頰部の安静を保たなければならない。そのため、頰部の両側に砂のうを置き、横を向くことはいうまでもなく、前屈位をとること、ベッドアップすることさえも禁じられている。こうした状況下での食事摂取については、患者は実際に練習をしないまま手術を迎えていることが多い。その結果、術後は、直接手でつかんで食事を摂取したり、いらつき・疲労感等で満腹感が得られないまま食事を断念してしまうことが、しばしばみられる。

そこで、今回私たちは、患者の術前指導に活かすことを目的として、仰臥位のままペーシェントミラーを使って食事摂取を試み、一考を得たので報告する。

II 仮説

- 1) ミラーの高さは、自分で角度が調節でき、お膳と自分の口が写せる高さがよいのではないか。
- 2) お膳の位置は口の近くがよいのではないか。
- 3) お膳の高さは、オーバーテーブルが体を圧迫しない程度の低い位置がよいのではないか。
- 4) 食物の種類によって、用具（箸・スプーン・フォーク等）を持ち変えて摂取する方がよいのではないか。
- 5) 汁物は、汁と具に分け、汁は寝のみに移し、具は器から摂取する方がよいのではないか。

III 実験方法

頰部固定用砂のうを、頰部の両側に各2ヶ置き、枕元のベット柵の中央に15cm×18cm大のペーシェントミラーを取りつけ、オーバーテーブルを使用しテーブルの上にお膳を置き看護婦4名が各々5～6回食事を摂取する。ミラーの高さは、マットレス上より50cm、テーブルの

高さはマトレス上より約20cm、位置を被検者の乳房上に設定し、高さ・位置を適宜調節した。食事摂取用具は箸・スプーン・フォーク・寝のみ・ストローをテーブルに置き自由に選択できるようにした。

IV 結 果

仮説1) について

ミラーの高さは、体格に関係なく好みにより非常に個人差がみられ、51～62cmと差があった。最初はミラーでお膳と口を一緒に写せると思っていたが、両方は写らないことがわかった。そこで、どちらか一方を写すことを試みた。口を写すと、食物の内容がわからず食事をするのに不自由であった。お膳を写すと食事内容を知ることができ、口を写さなくても食物を感覚的に口まで運ぶことができた。ミラーを使用して食事をとることは、初めは困難であったが、2～3回の練習によってスムーズにとれるようになった。ミラーはお膳が広範囲に写せ、自分でミラーの角度が調節できる位置がよかった。

仮説2) について

お膳の位置は、運ぶ距離が短く、なるべく口の近くがよいと考えたが、口に近すぎることは上肢の動きが妨げられ、肩関節が常に外転位をとることになり疲労感が強かった。逆に遠すぎると運ぶ距離が長くなり、途中で食事をこぼしたり、上肢の運動量が多くなり疲労感を感じた。はっきりとした位置を決めることはできなかったが、ほぼ心窩部の上にお膳の中心がくる位置が疲労感も少なく食べやすかった。

仮説3) について

お膳が高くなる程、上肢の疲労感は強くなり、食物も取りにくく安定感が得られなかった。以上のことより、仮説で述べている通り、お膳の高さはオーバーテーブルで体を圧迫しない程度の低い位置がよかった。

仮説4) について

食物によって用具を使い分けるよりは、かえて1つの用具を使用する方が楽であった。しかし、千切りの野菜やおひたし等は、スプーンでは不便で汁気の多いものはフォークでは食べにくかった。全体を通すと、フォークを使う機会が多かった。

仮説5) について

汁は寝のみに移し、具は器から取るという方法は摂取するうえではよかったが、汁物を摂取しているという満足感が得られなかった。汁物を器のまま顔の横まで運ぶという動作

は大変困難であり、看護婦2名は試みようとしたが、こぼすのではないかという思いが強くてできなかった。一方、他の2名は器のまま顔の横まで運び、曲がりストローで摂取でき、この者は満足感が得られている。

V 考 察

5つの仮説を立て、実際に自己摂取を行ってみて、仮説3)以外は立証されなかった。立証されなかった原因として、①仰臥位で摂取するのと坐位で摂取する場合での状況の違い、②物を直接みた場合と鏡像をみた場合との差、③個人差等が考えられた。

我々の体験では、4～5回の練習によってミラーを見ながら食物を口に運ぶことができるようになり、食事をしたという満足感が得られるようになった。しかし、仰臥位での食事摂取は患者の能力や障害の程度が大きく関与しており、術後の仰臥位での摂取を無理にすすめると、食欲の減退や回復意欲の低下につながる場合がある。その反面、自力で食事摂取することは、術後の回復意欲を増進させる、好きな物が自分のペースで食べられる、上肢の機能回復訓練につながる等の利点が考えられる。これらを考慮し、術前より患者の機能障害を見極め、その患者個人にあったミラーの位置、用具、摂取方法の工夫を考え、術前に繰り返し指導・援助を行っていく事により、術後スムーズに食事摂取ができるようになると思われる。我々は、患者が術後の食事摂取を苦痛なものとしてとらえるのではなく、健康回復に向けて、おいしく食事摂取ができるように援助を行っていく必要がある。

IV おわりに

今回私達は、患者と同じ状況下で食事摂取を体験し、それがいかに難しいかという事を痛感したと同時に、術前練習の必要性を再認識させられた。今後は食事の型(形態)・用具の工夫なども考慮し、患者の立場に立った食事指導ができるように検討していきたい。

参考文献

- (1) 有田幸子：ナーシングトゥデイ 2月号レポートⅠ「動けないってどんな気分？」ナース達の一日患者体験、p14～p15、日本看護協会出版会、1988
- (2) 福島普徳：月刊ナーシング 7月号第4巻第8号クリニカル・レポートⅠ“制限”のなかでも満足できるような食事指導を目指して、p12～p17、学習研究社、1984
- (3) 薄井坦子：改訂版科学的看護論、改訂版第10刷発行、日本看護協会出版会、1984
- (4) 津山和雄：標準リハビリテーション医学第1版第1刷、医学書院、1986
- (5) 津山和雄・井上駿一・広畑和志：標準整形外科学第3版第1刷、医学書院、1986