

対象理解から看護のあり方を考える －依存心・意欲低下を示す患者の看護を通して－

18西病棟

真邊夕子、本堂、盛武、湯川、
阿部（加）、田山、阿部（満）

I はじめに

高齢化社会が進行している現在、循環器内科である我が病棟においても、高齢で合併症を有する慢性疾患の患者は増加してきており、入院中からの退院後に向けての援助を通して看護のあり方を振り返る機会も増えている。

今回、症例としてとり上げた対象は、狭心症（以後APと略す）、糖尿病（以後DMと略す）、DM性腎症を合併した方である。対象は繰り返す症状増悪（嘔吐、不眠、そしてAP発作、うっ血性心不全）により、生活意欲の低下と共に、自己管理への意欲も徐々に失われ、依存的行動がみうけられた。

この患者の意欲低下、及び依存的行動という消極的反応に看護婦側では、焦り、疑問、矛盾、失望等のジレンマに悩み、対応に戸惑うことが多くなってきた。しかし、同時にこの対象を通し、看護婦側の問題をふり返ることができ、対象理解を通して看護のあり方の一側面を考察したので、ここに報告する。

II 患者紹介

患者：T氏 68歳 女性

入院期間：平成3年9月10日～平成4年9月1日

病名：DM

AP

高血圧症（以後HTと略す）

DM性腎症からくる慢性腎不全（以後CRFと略す）

うっ血性心不全（以後CHFと略す）

家族構成：夫と2人暮らし

性格：あきっぱい、気が小さい（本人より）

昔から無理はしない（夫より）

III 看護計画立案までの入院経過

入院後、DMに対して経口血糖降下剤投与と食事療法施行するが改善みられない。AP・DM性腎症に対しても内服投与、飲水・食事制限にて経過する。10月に入り腎機能は依然として改善せずに、CRF・CHFをひき起こしCAVH（連続動静脈血液濾過法）施行し、一時的に症状改善する。その後は利尿剤等の内服薬で落ち付いていたが、飲水・食事制限があっても

守られず、AP発作もあり再びCHFを繰り返すこととなった。頻回のAP発作に対しては、ニトログリセリン（以後NTGと略す）舌下、ニトロールスプレー使用、内服薬変更で対処していた。

11月腎性貧血からくると考えられる冠動脈虚血により生じたAP発作が重なり、CHFも依然として改善されていない為、状態はさらに悪化する。治療としては、IVH（中心静脈栄養法）挿入し薬物投与・O₂療法・輸血療法を行い、さらに12月より透析（以後HDと略す）導入となる。

入院より半年は上記の様に変化するとともに、症状緩和・増悪を5回程繰り返すに致った。入院後T氏の訴えとしては、「眠れない」「水を下さい」等、マズローの言う五段階の中でも低次の生理的欲求が一番多かった。看護婦としては、生活指導もあったが、対症療法を主とした症状緩和を目標とした計画を実施する。

その間一時的に状態改善もあり、退院に向けて身体面の管理計画も立案した。T氏も退院に向けて、外出・外泊の負荷を試みたが、AP発作・不眠等の症状が続き退院は延期となる。

この頃より、T氏の意欲低下・依存的な行動が増強傾向にみられた。

平成4年6月に入り週4回のHDが心臓負荷となる為、連続的携帯式腹膜透析（以後CAPDと略す）導入を選択することになった。これによりCRF・CHF改善、AP発作も減少する。その為7月に入り心臓血管造影をすることが可能となり実施。結果としては右冠状動脈3ヶ所、左回旋枝2ヶ所と多枝病変がみられた。AP発作の原因は冠動脈攣縮によるものが強いと診断。今後の治療方針は、内服コントロール・CAPDでの状態改善後、退院方向と決定する。

看護婦側としては、それに伴い発作時異常時の対処及びCAPD・内服・飲水・食事等の自己管理指導を中心とする看護計画を立案し実施を試みた。しかし、以前からの意欲低下・依存的行動が障害となり、またCAPDに伴う脱水・吐気・倦怠感・不眠等の症状が障害し、CAPD等の自己管理指導は進まずに経過する。またT氏の訴えとして多いものは依然として生理的欲求の飲水と不眠であった。

看護婦側は自己管理指導を中心とする看護計画が進まないことに対して焦りと疑問を感じ、飲水・食事制限等T氏がわかっているはずなのに出来ないことに対する矛盾と失望のジレンマに悩むこととなる。

そこで、何故このような結果となってしまったのかを振り返ることにより、T氏と看護婦の間には何か大きな違いが生じているのではないかと感じた。そしてその違いが何であるかを明確にする為に、看護婦側がT氏をどの様にとらえていたかという視点から入っていくこととした。その一手段として、まずスタッフ間で一定場面のT氏と看護婦のやり取りという形で情報をとり、T氏をどの様にとらえていたのかを知ることとした。

次の場面は情報の中でも一番多かった不眠と飲水についてのT氏のナースコールと看護婦の対応の一場面である。

① 飲水制限 500ml内服量と回数が多い指示の中で消灯頃には 500mlの水は飲みきってしまう状態が連日続いている。この日も既に制限の 500mlは飲みきっていてT氏にもそのことは伝えてあるが、消灯後からも飲水希望のナースコールが何回も続いている。

T氏の言動	看護婦の考え	看護婦の言動
ナースコール	あぁまたコールだ。水のことかしら。	「はいどうしました」と訪室。
看護婦の顔を見るなり「水を下さい」と訴える。	やっぱり…。でも、既に制限は越えている事を一応伝えてみよう。(そうしたら思いなおしてくれるかもしれないと希望をもって)	「今日は既に制限を越えているみたいなんですもう少し我慢出来ますか。」
しばらく沈黙	反応がないなぁ。きっとわかっているけど我慢できないのだろう。でももう一回制限について説明したら思いなおしてくれるかもしれないな。	(口調を少し強めて) 今日はずもう 500mlを越えているんですよ。だから我慢してみましょう
しばらく沈黙 「水でもいいから下さい」	会話が発展しないなぁ、どうしてこんな事でTさんと戦わなければならないのだろう。疲れるなぁ。	「じゃあ(もうしょうがないから) 氷一個だけです」と言って氷を取りに行

	どうして対話ができずこちらから一方的になってしまうのかもう、きりがなければ氷一個だけあげればおさまるかしら。	く。
--	--	----

② 現在21時に定時内服眠剤(レキソタン)、屯用のレンドルミン、抗ヒスタミン剤(ポララミン)の眠前服用をして消灯するが23時前後より、深夜2時頃)まで、不眠を訴えることが連日つづき、眠剤の影響で明け方より日中ずっと傾眠傾向である。今日は明日の試験外泊を控えている。

T氏の言動	看護婦の考え	看護婦の言動
ナースコール 「眠れないんです。眠剤下さい」	明日、外泊だから、また何か心配しているのかなぁ。検温の時は外泊する事に対して意欲あるようだったのに。何でこうになってしまうのだろう。日中だって前日の眠剤が残っていてドロドロだったのに。	「Tさん、今から薬飲んだら明日ドロドロですよ。それに今日はいつもよりいっぱい飲んでいるんですから。もう少し様子をみましょう。」と説明して病室を出る。
ナースコール 「薬がなければ眠れない」	もう、しょうがないなぁ。	「Tさん今日はちゃんと飲んでるんだし、眠くなるまで様子みましょう。明日、ドロドロだったら大変ですよ」と言って眠剤は追加しない
数分してナースコール「気持ち悪い」	もう、どうしてこうなっちゃうのか。同じ事のくり返しじゃない。	「大丈夫」と背中をさする。
ナースコール 「顎が痛くなってきた」	ついにきたわ。きつい事言わず眠剤あげれば良かった。T氏の言う事をするのは簡単だけど何か違う気がする。	胸痛発作の対応をした。

この中で私達は看護婦がとらえるT氏像だけでなく、T氏に対する看護婦の姿という点においても情報を知ることが出来た。

(看護婦がとらえたT氏)

○飲水・食事制限をしていることは知っていても、病識が足りず意志が弱いために守れない。

○T氏が第一とする「眠りたい」という欲求や性格・長期入院からくる依存心とあきやすさ等に左右される意欲状態。また、「苦しいのは嫌いだ」・「死にたくない」という欲求も強い。——これらが精神的な部分での自己管理への支障となっている。

○看護婦・医師側の目標・アプローチが強ければ強い程この精神的な部分が葛藤し、AP発作を誘発する原因になっていた。

(T氏に対する看護婦の姿)

○連日の繰り返しの対応で、無気力な人に対しいくら取り組む姿勢をみせても改善しないということは、T氏の生き方・考え方によるので仕方のないことか。

○この年まで生きてきたT氏の生き方・考え方を変える様な治療は実際の生活に戻った時に、果たして適応出来るのか。治療の必要性は理解出来るものの、ここまで関わらなければならないのか。という矛盾と疑問のジレンマ。

○T氏の本当のライフスタイルを知らず、T氏への理解が不十分であるにもかかわらず、看護婦側の思い入れが強いだけの自己満足の援助に終わっていた。

以上の情報から、T氏と看護婦側とのくい違いが、①視点・目標のズレにあったこと。②「自分が守る」という行為を尊重せず「守らせていた」のではないかということにまとめられた。

しかし、それは看護婦側の問題点が時間内での対応を優先するあまりT氏の反応を気にせずT氏の「心」の部分に触れないままに関わっていたためであると感じ付いた。

これにより、一方的な看護婦側の判断でT氏をとらえ問題を解決していくのではなく、T氏の視点に立ち返り関わりなおしていく必要があると考えた。以上より、T氏からの自発的な「気持ち」「行為」が増えることを目標とし、看護計画を立案することとした。

尚、今回は問題点の3を中心に述べることにする。(別紙参照)

IV 実施・評価

解決目標①について、T氏の意欲低下や依存行動に対して、看護婦側の思考や判断のみで推し測らずに待つ姿勢で関わるが多くなった。以前は「水ください」「眠れない」など生理的欲求についての単語でしか語ろうとしなかったが、「間食したら血糖が上がるんだよ」・「水は、これ位しか飲んじゃいけないんだよ」など、治療の必要性を認めるような言葉が増えた。そ

して、AP発作・不眠など体調の悪い時であっても、自発的な行為が増え、他者へ依頼することができるようになった。

これらのことにより、①については解決へ向かったと評価できる。

解決目標②について、看護婦はT氏の様々な症状に対して、原因探求の視点を多方面(とくに精神的な部分)でとらえようとしていった。そして、T氏に制限を強いる対応をなくし、T氏の生き方・考え方を受けとめることに努めた。T氏も「眠い」「あきちゃったよ」などの言葉はあるものの、自発的にCAPDの時間管理ができるようになり、飲水管理についても、制限内に収める為、1回量を決めることもできた。

これらのことにより、②についても解決できたと言える。

解決目標③については、夫婦二人暮らしであり退院後の生活の責任は本人と夫である。その点に注目し、夫から見たT氏の情報を得て、また老夫婦では不安な点も多くあるため、社会的サポートがどのようにできるかを考え、実施していった。CAPDの手技や日常生活において、家族(夫を中心)を混じえての指導を続け、軽快退院を迎えた。そして、退院後は本院の保健指導部を通じて、継続看護を続けることとなった。

これに対する評価は、軽快退院を迎えたことで解決に向かったと言える。

V 考察

経過を振り返ると、T氏をとらえる看護婦側の問題が、クローズアップされた。

つまり、T氏を理解しているつもりで対応していたはずだったが、結果的には「必要なだから」「治療なのだから」という動機で「守らせなければ」「自分自身の体は、自分で管理しなければ」と言う義務感でT氏に強いていたことが多くあった事に気付く。

また、T氏自身にも「身体を治したい」という意欲はあっても、度重なる体調不良で自分の意とは反して悪化する状況の中で、「身体を治したい」という意欲はうすれたと言ってよい。そして、生理的欲求の「眠りたい」「水が飲みたい」を満足させることにより、自分自身の満足感を満たしていたとも言えるのではないだろうか。しかし、看護者は、その点も気付くことなく経過していた。医療者側の落ち入りやすい傾向ともいえるが、対象不在で目的、目標を高くかかげやすく、それについていけない対象があたかも問題のある人ととらえがちである。

今回対象であるT氏のありのままを理解する為に、T氏の視点まで看護婦側が近づいた時に、T氏の病院

だけの生活ではなく社会的存在としてのT氏がより明らかとなり、T氏のありのままの姿、生き方・考え方をみることが出来たといえる。「一生懸命にやればやる程、患者との距離感に気付いた」というスタッフの声は、そのT氏のありのままの存在が見えていなかったためと言える。T氏の欲求を十分にとらえないままの援助はかえって、T氏を混乱させるだけに終わってしまうのである。

次に看護婦は、当然T氏ならば獲得できるであろう生理的要求をも、自己解決できずT氏が看護婦にゆだねること、それを依存的行動ととっているのだが、看護婦はその依存的行動を甘えととらえてしまい、なかなか受け入れることが出来ない。しかし、三宅が述べる様に老人の心理として“依存は「甘え」としてとらえられがちであるが、より自立した生活への一時期の心の状態として認めるべきで、意欲は引き出すものではなく「生まれてくるもの」と認識するべきである”¹⁾ “むしろ私達は、その依存を表わさなければならない患者の心底にある不安というものに、目を向けなければならないのである”²⁾ と鎌田は述べ、依存的行動を受け入れる計画を実施した時、評価でもあった様に、T氏自身、体調の悪い時でも自分からの積極的行動があったという変化は、依存を一時期の心の状態として認めた時にT氏の中の意欲が生まれてきたあらわれと言えないだろう。

次に、鎌田が述べている、依存を表わさなければならない患者の心底にある不安については、今回はその点については深めることが出来なかったが、不安を示す対象の存在を考えた時、「共存性」ということについて触れなければならないであろう。看護婦は毎日何らかの形で数十人の患者と（過ごして）＝（空間を共にして）いる。しかし、それでは真の「一緒にいる」という意味にはならない。相手の体験を看護婦自身が本当に自分のものとして受け入れてはじめて「共存」しているということが言えるのであり、患者もその看護を受け入れることが出来るのである。つまり、対象のもつ世界を認めずマイナスな評価に傾いている為にT氏なりの小さな変化に気付くことが出来ない場合、これは物理的には時間を共にしていても「共存している」とは言えないのである。

それは、佐藤が述べる様に“対人関係において、相手の立場に立つとは限りなく相手との(ちがいは)異なること)をなくすことではないはず”³⁾ でお互いに矛盾する事実を想像や推察によってではなく、ありのままに直視してはじめて、同じ視点に立てるのではないだろうか。しかし、ここで必要とされることとして、石井の“自分自身の生き方・考え方・価値観を絶対化

せずに、それを離れてみることが出来る柔軟性”⁴⁾ ということは忘れてはならない。

相手を理解するということは、先に述べた様に相手の世界を自分のものとして体験してみようという行動から始められる。相手を認めることが出来てはじめて、相手も自分を受け入れることが出来、技術面だけでなく人間関係を深めていく中で指導・教育が効果を上げていくものだと考える。

VI 終わりに

今回の研究を通し、私達は対象理解ということに対する看護のあり方の一側面について学習することが出来た。

今回は、対象理解という課題の第一歩を踏みだしたばかりであるが、この研究を通し、対人間という医療の中で私達が主観的におち入りやすいという問題に気付くことが出来た。

看護の対象は、「人間」であるからこそ、この対象理解は永遠の課題ともいえる。今後も事例研究を繰り返す中で、より深めて質の高い看護の提供につなげていきたい。

引用文献

- 1) 三宅 貴夫：ナースのための現象学
「障害をもつ老人の心とその援助」
臨床看護 1990年2月 P24
- 2) 鎌田ケイ子：老人看護辞典
医学書院 1990年 P198
- 3) 佐藤 俊一：ナースのための現象学
「役割と対人関係」
臨床看護 1990年10月 P1675
- 4) 石井 秀夫：ナースのための現象学
「現象学と人間存在」
臨床看護 1990年10月 P1946

参考文献

- 1) ナースのための現象学
三宅貴夫他：臨床看護 1990年2月～12月
- 2) フランク・ゴープル：「マズローの心理学」
- 3) 木下 康仁：「老人の生きがいについて」
- 4) 今村 節子：「クオリティオブライフ」と「看護の専門性を考える」
- 5) 看護学雑誌：1987年2月～1991年11月

別 紙

3. 体調変化に伴う治療、生活管理への意欲減退

—— 自己コントロール不足

—— 自己コントロールへの不安

解 決 目 標	計 画 O-Plan	T-Plan	E-Plan
<p>①最低限の事（下記参照）をしなくてはならないという気持ちがある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・*CAPD*を定期的に（定時）に行う ・CAPD手帳に必要事項（除水量、性状、時間、血糖、飲水量）を書く ・一日の水分量を自分で配分して摂取できる ・体調を自分で理解し他者に表現できる、また、体調不良時は自分から他者にCAPDや生活管理を依頼できる <p>②意欲upし、積極性が出ることで、生活管理（下記参照）行為が増える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・CAPDを定期に交換する行為が増える ・内服薬を確実に服用する行為が増える ・飲水量をコントロールしようと心掛ける ・間食はいいないと自覚し、摂取を我慢する行為が増える <p>③家族・外来スタッフ地域看護による患者の精神面（意欲up）のフォローによって体調に変化を来しても対応できるという安心感（患者の本心が入る）を患者が持てる</p> <p>*何か解らないことや判断に困った時は、連絡をとり指示をもらい行動すれば、自分かあまり心配しなくても何とかできるという意識をもってもらう</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の一般状態 身体的な調子（体調） 精神的な調子（機嫌） ・体調、機嫌不良の原因 眠気、前夜の睡眠状態 眠剤の服用量、内服時刻 腹部症状、不快、嘔気、嘔吐 胸部症状、下顎痛 内服薬の確認 倦怠感の有無とその程度 ・食事、水分が適量または制限内にコントロールできているか ・間食の有無 ・積極性を示す言動、行動の有無（下記参照） 内服薬を時間までに用意しておく CAPD排液を気にして、水分摂取状態を考えるような発言や質問がある 食事のカロリーについての質問や食品交換についての発言がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な処置（内服、CAPD施行）や、適切な管理（食事、水分）により体調を維持出来ることを意識づけるように声をかけを繰り返す ・患者の不適切な言動、行動に対し、強い否定などの言動は避ける ex～したらだめ、～してはいけない ・体調不良時の対応を出来るだけ早く行い体調不良を正確に表現することが、自分の体調維持に必要であると意識づける ・体調不良時のCAPD交換 患者に出来るところまで行ってもらい、体調によって出来ない部分を看護者が補う（*あくまでも看護者は患者が出来ない部分に対しての手伝いであることを強調する。） ・『CAPDはもう飽きた』などの消極的な発言に対して 家族や同室者の励ましを促したり、患者自身に家族に交換方法を説明しながら交換してもらう ・解決目標①に対して “これをやっていれば体調が保てる” ←この観念を意識づけるよう重要性を強調し、全部患者が行わなくても、一連の流れの途中で所々を看護婦（もしくは家族）が手伝 	<ul style="list-style-type: none"> ・体調を自分で理解し他者に表現できるよう、嘔吐や胸痛が起きる前の段階で腹部不快（嘔気出現、食事量の減少）や胸痛不快（軽度の下顎痛、胸部のもやもや感）の出現にはすぐにNsCallで連絡するように指導する ・家族（主に夫）とコンタクトをとる CAPDの処置や観察ができるよう指導する（透析室スタッフが退院が近くなったら一週間ほど毎日指導する予定） ・内服管理ができるよう指導する ・退院後、体調不良時や消極的な発言に対応するのはすべて家族となる。この為対応する家族に負担がかかってくるため、この点についても十分に理解してもらるように説明し、必要時CAPD処置（バック交換）を手伝ってもらう <p><他部門との連絡></p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析室スタッフがとらえた患者像を情報提供してもらい、症状に応じて統一した指導をするために透析室スタッフとコンタクトをとる ・退院後の外来フォローの為、訪問看護婦に情報提供し自宅でのフォローをしてもらえるように依頼する

*食事、水分、間食についての制限を患者自身が守れない事を前提として、家族にも理解してもらい援助してもらう

CAPD

この看護計画におけるCAPDという表現についてはパック交換処置や清潔操作、注入液排出液の量や性状等のチェック、ライン等の管理を含む手技や管理全般を意とする

- ・胸痛時、下顎痛時
自覚症状がどういふ症状なのか患者の訴えや表現方法のチェック
十二誘導心電図や心電図モニターのチェック
頓服用NTG(ニトログリセリン)錠やニトロールスプレーの残量チェック
- ・消化器症状出現時
嘔気時、嘔吐時やその嘔吐物の性状(血性混入など)、食事摂取量、内容、間食の有無
- ・浮腫出現時、呼吸苦出現時
各部位の浮腫の有無
血液データのチェック
飲水量、尿量、CAPD排液量、体重増加の有無、連日の不眠、口唇や末梢の蒼白の有無
- *下線部分は退院後は家族に観察してもらう必要があるためE-Planとして使用する
- ・その他の症状や問題事項の有無

い、患者自身の負担を軽減させてでも患者にやる意識をもってもらう

NTGやニトロールスプレーの使用
安楽な体位の保持

- 安楽な体位(ファーラー位など)の保持
口腔内保清―常時ガーグルベースを2個程用意しておく
頓服薬の投与
ナウゼリン(内服、坐薬)やプリンペラン(内服、注射)などDr指示薬を使用する
食事制限(水分、塩分、カロリー)を守れるように工夫する
日課となるように毎日の体重測定を促す
無理強いはいしない
- ・一日の水分量を理解してもらうために、
定時に決まった量の水をポットに配り、
飲水した量を患者自身に計算してもらう
(CAPD手帳に記載してもらう)

- ・胸痛時、下顎痛時はNsCallし、ニトロールスプレーやNTGを使用するように指導する。退院後の生活指導として、それらを使用しても胸部症状が消失しない時は外来へ連絡し指示を受けるよう指導する
- ・症状出現時、院内では看護婦や医師に連絡する
頓服薬の服用を指導し、頓服薬服用後長く続く嘔気、嘔吐時や性状に異常(血性混入)などがある場合には、外来連絡で指示をもらうか直接外来受診をしてもらう
- ・退院後は、体重増減状況やCAPD状況を含めた主症状について透析室スタッフと連絡をとり指示に従うように指導する(頓服薬内服や外来受診するよう指示ある可能性あり)
- ・必要ならば、パンフレットなどの資料を用意し家族に指導する(電話をかけてから救急車が患者の自宅に行くのに要する時間などもあらかじめ調べておく)
- ・患者自身や家族で判断できないことや自信が無い事はすぐに何らかの連絡にて指示をもらってから行動し、それでも改善がみられない時は再度連絡にて指示をもらう事を意識づけるように指導する