

7～1 透析導入期及び移行期患者の自己管理について

(指導用パンフレットの作成とその実施報告)

人工臓器部透析室 ○山口 美保・菅野 芳雄・人見 直実・宿利 洋子
安井万里子・岡川久美子

はじめに

現在、当院透析室では、約20名の慢性腎不全患者が、1日おきに、透析を行なっている。透析は、御承知の通り、腎機能の低下した人々の腎臓の代わりの一部として、生涯を通じて続けられるものであり、患者自身の“生きたい”という意志と、透析に対する理解がなくては成り立たないといっても過言ではない。

しかし、スタッフの再三の指導にもかかわらず、透析間の体重の増加が著名であったり、機械に頼って、ただ水分を除去すればよいという誤った理解や管理を続けている患者が、導入期又は外来通院となって、しばらく経過した患者の中にも存在しているというのが悲しいながら現状である。

このような患者が存在するという事は、やはり、透析に導入する時点での、将来を長い目でみた患者指導が、充分になされていないことが、一番の原因であろう。つまり、最も根本の知識の有意義な指導が、患者の透析のすべてを方向付けるのではないかと、いうことである。

今回の看護研究にあたり、透析室スタッフ一同は、現状を見つめた上で、導入期、更には移行期患者の有効な指導について考え、パンフレットを作成してみた。まだ、実施ははじめの段階ではあるが、途中経過として、ここに報告したいと思う。

II パンフレット使用による指導報告

1) 対象者

(現在入院中の透析導入期患者3名)

(氏名・年齢・性別・透析開始日
合併症及び現在の身体精神的状態等……)

a. 症例A (67才 ♂) S 57. 11. 4 ~

糖尿病からの腎不全で、指導開始時期は、まだ尿毒症症状あり、自らの体動困難、情緒不安定気味で依存性が強い状態であった。

b. 症例B (66才 ♀) S 57. 10. 14 ~

現在も尚、歩行不可の状態で、透析に対する受け取

め方が、まだまだ充分ではなく、自立への意欲が乏しい。

c. 症例C (40才 ♀) S 57. 9. 1 ~

SLEよりのネフローゼ→ループス腎炎→腎不全に至る。

日常生活は自ら管理し、透析に関する本にも興味を持ち、理解力、意欲はあるが、一方、現在(透析)の受容にとまどいがみられる。

2) パンフレット内容について

題名：“これから透析をうけるあなたへ”

項目：1 腎臓の働きについて

2 血液透析について

3 検査値について

4 合併症について

5 日常生活について

6 食事について

(詳しい内容はパンフレット参照)

3) 指導方法

パンフレットの項目に従い、あらかじめ指導分担を決め、患者自身が身体的には勿論のこと、精神的にも安定していると思われる非透析日に、30分～1時間の予定として訪問指導を行なった。

尚、指導終了時には、患者の反応、理解度の評価記載を行ない、次回指導時への参考とした。

III 結果

1) パンフレット項目の1と2、腎臓の働きや、血液透析についての説明に対する疑問及び反応は、予想以上に乏しく、今迄のことよりも、今後自分はどうしていったら良いのが、つまり項目でいう5と6、日常生活について、食事についての説明を一刻も早く受けたいという声が聞かれた(対象者全員)

2) 項目4の合併症の説明後に、患者の不安が増強し、指導拒否の様子がみられた(1名)

3) パンフレットの内容が難しすぎるのではないかと(1名)

4) 指導時家族の参加 (1名)

Ⅳ 考 察

以上の結果により、患者は現実に迫まられていることのみにとらわれて、項目の1や2についての基礎的知識を十分に理解しようとしないう傾向を示している。結局、何故、水分、塩分の制限が必要なのか、という根本が理解されていない為、十分な自己管理が確立されない現状に至っていると考えられる。私達は、患者に指導する際、この点を十分に考慮し、患者自信に納得のいく説明をしていかなければならない。

又、項目4の合併症の説明をした後で、“もう説明は聞きたくない”と訴えた患者がいたが、これは、今後の不安に対する患者の一時的なショックの為と思われる。現に、数時間後に再び患者を訪問してみると、笑顔で、“そんなことはない”といているのである。

しかし、ここで振り返ってみると、私達は導入期の対象にある患者達の、精神状態や性格なども考慮せずに、ただ一方的に指導の順序や時期を決めて、それに患者をあてはめていった様に思える。患者個々の状態、つまり心身共に安定の兆しを感じさせ、現状の受容に目を向けてきた頃を見計らって飽く迄も、患者の状態に合わせ、時間的にも余裕をもった指導をしていくべきであったと思う。又、自己管理を確立していく上で、患者自身の透

析への理解もさることながら、患者を取り巻く家族の理解と協力は重要な役割を示すといえよう。患者と最も接する時間の長い家族が、私達の代わりとなって、少しずつでも、患者を前向きに指導していってくれることにより患者の意欲の向上、更に延命へとつながるものと思われる。

訪問指導に対しては、患者と看護婦が安定した環境の中で、余裕をもって言葉をかわせたことにより、患者の日頃知りたいと思っていた疑問など数多く聞くことができ、今後も再度検討した上で取り入れていこうと思う。

おわりに

今回、透析導入期～移行期の患者に対して訪問指導を行なってみて、指導する時期というものは、患者が自己管理を確立していく上で、かなりの影響を与えるものであるということが理解できた様に思われる。

尚、今後の課題になるが、自己管理教育がより効果的に行なえる為には、現在、内科腎臓外来に通院中で将来透析導入予定の患者に対し、導入前より、透析室での治療の見学、必要があれば、他患とのコミュニケーションを経て、不安の減少を図り、段階を追って、基礎的知識より説明指導していく機会を持ち透析に対する理解を深めていける様援助していきたいと考えている。

第7群発表

7～2 透析患者を通して院内継続看護を考える

透析患者の院内継続看護を考える会

透析室 菅野 芳雄・5 病 菊地 光子

W-3 栗谷川恵子・W-2 木村富士子

○3 病 鳥沢 加代

はじめに

医療の進歩に伴い、人工透析患者は夜間透析も行われており社会復帰可能となっている。平均余命13年(日本)、米国では16年、当院でも10年であり、自己管理教育により治療を円滑に効果的に実施するためのシステム化が必要になってきている。年間800-1000万円を国から補助されている現在、システム化することにより平均在院日数を少なく、早期に社会復帰することが可能ではないかと思われる。どの様なシステムが最も理想的であるかと

いうと、実際のところそれぞれの施設の特异性や、位置づけ、規模、指導的立場にある医師の考え方等によって千差万別の形態がとられている。当院においては、現在定数ベット数10床、緊急透析用の個人用透析コンソール2台を常備し、入院及び外来透析用患者20名の患者の治療にあたっており、透析導入期の患者は、各病棟に分散した形で入院しており、患者の状態、情報が得にくい。我々の施設においても、最初から現在のようなプランがあって形づくられてきたのではなく、そこにかかわる人の動態の変化に応じて作りあげられたといってもよいで