第６群　６～２

「術後、不安を強く訴える患者の看護を通しての一考察」

１１階西　太田　西澤　石田　根岸　牧野

Ⅰ　はじめに

看護婦は、多くの医療者の中で、最も患者の身近にいる者である。その為、患者は看護婦に一番多く不安や、不満を訴えてくることが多い。そのような一つ一つの訴えに対し、私たちは、ゆとりを持って聞き、患者に接していかなければならない。しかし、実際の場面では診療の介助や、身体的ケアに忙殺され、患者の心理面にまで目を向ける時間は、ごく限られたものとなりやすい。私たちは、そのような限られた時間の中で、どれだけ患者の内面にまで目を向けられるのだろうか。今回、不安の強い■氏に接して、訴えの内面を探ることが、いかに大切かを痛感した。そこで、私たちは、■氏の症例をあげ、看護をふり返り、患者との接し方について考えたので、ここに報告する。

Ⅱ　事例紹介

1.　患者紹介

患者：■　60才　男性

診断名：肺癌

既往歴：なし

■

嗜好：たばこ20本／日　ビール２本／日

■

入院期間：Ｈ１年８月■～Ｈ１年11月■

2.　入院までの経過

Ｈ１.　５月、会社の検診でＴ.Ｂ指摘され、近医での精査結果、右肺のポリープ指摘される。患者が当院Ｄｒ.と知り合いであった為、本院に手術目的にて入院となる。

3.　入院後の経過

入院後、ＴＢＬＢ、ＤＳＡ、ＣＴ等施行し、右肺下葉の扁平上皮癌を認める。

８月■、右中下葉切除及びリンパ節郭清術、胸壁合併切除、レジン板にて胸壁形成術施行。術後、経過良好であり、化学療法にてフォローアップしていくも、その後、膿胸を合併し、発熱が続くようになる。

この為、胸腔ドレーン再挿入となり、２４時間胸腔内洗浄等施行する。数回にわたり、胸腔穿刺施行するが効果みられず、反回神経麻痺による食事摂取時の誤飲もみられ、肺炎の併発も認める。

この頃より、全身状態の衰弱を認め、また、精神的ダメージが強くなり、チューブ類の自己抜管、頻回のナースコール（１５～３０分に１回）、不眠等の症状が出現した。その為、精神科受診のはこびとなり、心因反応との診断を受ける。元来さみしがりやの性格に加えて、疾病に対する不安等が、不安発作、不眠（眠るのが恐い等）を出現させているものと思われた。以後、精神病薬の治療を試みるが効果みられず、上記の症状は増強傾向にあった。

Ⅲ　看護の展開

1.　問題点

病状悪化に伴う、精神症状出現

2.　看護目標

精神症状の軽減をすることができる。

①精神症状の原因を明確にすることができる。

②精神症状の原因をとりのぞくことができる。

3.　看護の実際

①　患者や妻と接触する機会を増やし、情報収集を行う。

②　主治医からのムンテラ（症状等）に時間をかけて患者が納得するまで行う。

③　日中　適度な刺激を加え、眠らせないようにする。

④　家族の面会を頻回にする。

⑤　午前１回、午後１回の歩行訓練を行い、ＡＤＬの拡大をはかる。

Ⅳ　考察

人はだれでも、大小の差こそあれ不安を持っている。それは、勉強のこと、恋愛のこと、そして、自分の健康のことなど様々である。つまり人生の中でおこる様々な摩擦、緊張が不安を喚びおこすのである。それは、口では言いあらわせない漠然とした、未分化な恐れの感情である。たいていの場合、不安は心悸亢進や筋緊張の亢進、発汗、めまい、頻尿などの自律神経症状と呼ばれる生理的症状を伴う。病気になった時の不安は

「死ぬんじゃないか？」ということに直結していく、大きなものである。

■氏の場合、手術したにもかかわらず、悪化していく状態が、死を連想させ、不安を増強させていったと考えられる。その■氏に対して、看護者として私たちは、充分にケアを、行えなかった。

■氏は自分がどれだけ不安な状況にいるかということを、以下のように表現していた。

①ナースコールが頻回になる。

②1つの訴えを繰り返し、物事に固執する。

③異常行動が出現（ポータブルトイレを廊下で使用するなど）

④不眠

これらは■氏の不安に対する「危機信号」である。私たちは、事柄の表面にばかり目をむけ、対応していた。大な苦痛の中にいた■氏と、深くかかわれずにいた。この事に対し、問題点をあげいかに対応していけばよかったのか、又、以後どのように「不安をもつ患者」とかかわっていけばよいのか考察してみる。

1. 看護婦の思いこみ
2. 術後の患者などの対応におわれ、精神面への対応が不十分だった。
3. 医師、看護婦間のコンタクトが不十分であり、治療、ケアの方向性が統一されていなかった。

1に対して－ナースコールが多くなった事に対して、一過性の不穏状態、患者の性格からくるものとかたづけ眠剤の投与などに頼っていた。

私たちが（外科の看護婦として）多く接するのは術後せん妄と呼ばれるものである。これは妄想や異常言動を呈するが、身体の回復と共に軽快し、後遺症をのこさない。■氏の場合は、術後歩行できるまでに回復したにもかかわらず、再び悪化していった。このような状態の中でせん妄様の症状が現われていた。これらの症状に対し、私たちは、術後せん妄と同様に薬剤に頼り、対策をたてていた。

又、■氏の性格が起因しているのだろう、というところでケアしていた。一淋しがりや、小心者という性格がさせる行動であろうと思っていたのである。

しかし、眠剤の投与でも眠れず、ナースコールの回数は減少していかない……。■氏がおこす行動は、前にも述べたように、悪化していくことに対する「不安」であった。この不安は、根底にある理由がはっきりとしている「現実的不安」である。その理由を明確にし、解決していくことによって、不安は軽減していくだろう。

つまり、私たち看護者にとって重要なことは、行動の裏側にひそむ原因をつかむということである。何故、このような行動をとるかということを、追求、推理する目をもつことである。

2に対して－私たちは普段、優先度を考えながら、「時間」にふりまわされて業務をしている。その中で、■氏がとりとめのない（と思われた）訴えをしてくる。これを全て聞いていると、他の患者のケアをこなすことができない。特に忙しい時には、自分が－看護婦が－しなくてはならないことに関心が向き、■氏のような患者の訴えを後まわしにしてしまうことが多い。

では、実際にそんなに時間がないのだろうか。私たちが「しなければ」と思いこんでいるばかりに、余裕をなくしてしまっているのだろう。話しを聞くという行為はとても重要である。5分でも足をとめて患者の話を聞くことは大変重要である。どんなことを考えているのかを、知るために大切なことである。

例えば5分足を止める時間がなければ、清拭時に話しを聞く。黙々と行なうのではなく、行動の1つとしてではなく、患者へのいたわりの気持ちを持って行なうのである。又、患者の方に余裕があれば、手紙やメモを書いてもらう。思っていることを具体的にしてもらうのである。この書くという行為はかなり患者に余裕がないと行なえないが、具体的になる点では、よいのではないかと思う。

しかし、全ては、私たちの患者への意識のもち方次第である。1つ1つのケアを「言葉」をもって行なうことが大切なのである。

3に対して－医者、看護婦間で、患者に対しての情報交換が密接に行なわれていなかった。その為、各々が■氏に接する時の態度にズレが生じていた。

例えば、■氏は誤飲する事を恐れていたが、食事がだされ続け、医師から■氏には「食事はちゃんと摂らなくては……」と、言われていた。看護婦側は、誤飲がひどく肺炎に対しての心配もあり■氏に食事を強要しなかった。

医師側に何度も、食事中止を申しでていたが「大丈夫だから－」という……。この状況がしばらく続いていた。医師側としては、誤飲の多少は、反回神経麻痺のため仕方ないこと、食事中断による■氏の意欲の減退への恐れなどを考慮してのことだった。

又、主治医の治療方針がはっきりとこちらに伝わっ

てこなかった。これは看護婦間の■氏に対する態度をあやふやにさせ、■氏をまどわせることとなってしまったのである。

病院の中で「治療は医者、看護は看護婦」ということがあたりまえになってはいないだろうか？確かにそうなのだが、両者が歩みより、共通の、交わりの部分を多くもつことは大切である。患者に対し、同じ目標をもち、お互い情報交換しながら、ケアを行えることがのぞましいのだ。

さて、3つの問題点について考えてきたが、共通していえることは、患者が「不安」と闘っていくための援助は、私たちが歩みよっていかなければできない。健康時なら、どんな不安も、自らの行動によって軽減にむかうことができる。しかし「病気」という重荷を背負っている人々には、それに立ちむかえるだけの力が不十分といえるだろう。その援助を私たち医療者が行なっていくべきだろう。もちろん家族がそのうちの大きな力となりうるだろうが……。

ウィーデンバックが述べているように、私たち看護婦にとって、最も基本的な責務は、患者が自分の状態と自分がおかれている状況とをどのように受けとめているかについて理解することである。具体的に、キューブラ・ロスや、柏木氏が行なっている疾患の受容段階の中に、あてはめていくことも大切だろう。

V　まとめ

術後、不安を強く訴える■氏を通し、看護の一考察を行ってきた。

治療を受けながら、日々病状が悪化し、苦痛が増強すれば、不安はぬぐわれることなく、患者は生命の危機感から、死をも考えるようになり、援助はさらに困難をきわめる。私達は、不眠やナースコールが頻回であるという、目先の問題を解決する事ばかりを考えるのではなく、その問題が生じている背景を考えなければならなかったのである。私たちが、■氏の様な患者に接する時は、異常言動の内容自体が重要なのではない。なぜ、そのような言動が現われたのか、どのような気持ちが含まれているのか、という事を考えながら接していくことが大切である。私たち医療者は、患者の不安を少しでも解消するためには、患者の言動だけでなく、患者の表情、態度、行動などからその不安の状態を敏感に感じとり、総合的に判断することが重要である。また看護婦自身がこのような患者の不安を回避したり、見過ごしたりすることなく、積極的に患者の不安に応ずる姿勢が重要である。看護婦は、患者の苦痛を受け入れ共感するという態度で接すると同時に、身体的安楽への援助、特に十分な休息が得られるよう援助することが大切であると考える。

VI　おわりに

人間は、生まれてから死に至るまで、さまざまなことを経験し、よりよい適応のしかたを開拓しながら、その人なりの生き方をつくっていくものである。だが、健康上に問題が生じた場合、おのずと不安や苦痛が増強され自らの力で、それを軽減させることが、困難な状態となる。今回、私たちは、術後、不安を強く訴える患者の看護について考察してきた。このことにより、患者の不安の深さ、不安の表出の仕方とその対応について、学ぶことができた。これをもとに、今後、患者の不安の軽減に努め、患者が意欲をもって闘病生活を送れるような、援助を行っていこうと思う。

最後に、今回この研究を行うにあたり、御指導、御協力頂いた、精神科の池田先生、主治医の先生方、婦長ならびに11西のスタッフの皆様に深く感謝すると共に、二度目の手術のあと、心肺機能不全となり、死亡退院となった■氏に深く御冥福をお祈り申し上げます。

引用参考文献

アーネステン・ウィーデンバック他：コミュニケーション　日本看護協会出版会
篠置昭男：看護のための心理学　福村出版
金子仁郎改：患者の心理　金原出版