

障害受容ができず ADL の後退を示した患者への関わり ー広範囲熱傷の患者の事例を通してー

Nursing of a patient with loss of independence in Activities of Daily Living
because of difficulty in accepting his disability
- A case of extensive burn patient -

東 2 階病棟 田中智美・中山文乃・島田真理子・猪股こず枝
小松優里・田宮満寿夫・青柳美恵子

<要旨>

広範囲の熱傷後のリハビリ期で、転院決定をきっかけにリハビリへの強い拒否や ADL の後退がみられた患者の看護を経験した。

看護師内で役割分担を行い、様々な角度から患者を支えることで、再度障害受容に向けての援助につなげることができた。また、患者の思いを傾聴し意向を考慮した支援を続けることで、主体性を見いだすことができ再び ADL の拡大が図れた。

<キーワード>

広範囲熱傷、障害受容、役割分担

I. はじめに

広範囲の熱傷を受傷した患者は、痛みと皮膚の拘縮のため多くの可動域制限を生じ、日常生活の支援を必要とすることが多い。木所¹⁾は、「熱傷患者への看護は、全身状態の観察と評価・創傷面の治癒の促進と感染防止や疼痛除去・早期からのリハビリテーションにより社会復帰をめざして援助することである。」と述べている。

今回、熱傷受傷後のリハビリ期で ADL を拡大してきていたが、転院決定をきっかけにリハビリへの強い拒否や ADL の後退がみられた患者に対し、本人の意向を考慮した支援を続けることで再び ADL の拡大が図れた事例を経験した。経過を振り返り看護介入について検討したので報告する。

II. 研究方法

1. 期間：2010 年 4 月～12 月

2. 対象：A氏 60代 男性 独居 キーパーソン：長女

性格は自己の主張が強く意志を曲げないが、悲観的なところもある

両下肢・臀部熱傷のため植皮術施行後、リハビリを開始。退院後は、入院前と同様に独居での生活を強く希望していた。下肢の運動障害のため他者の支援が必要であり、自宅療養の準備段階として転院することとなった。

3. 方法：看護記録より抜粋した患者の言動から、コーンの危機・障害受容モデルを用いて心理的变化を分析した。それぞれの時期での看護支援を抽出し、看護師の関わりについて考察した。

※コーンの危機・障害受容モデルは、障害を伴った患者が危機を乗り越え、長い時間をかけて障害を受け入れていくプロセスをショック・回復への期待・悲嘆・防衛/回復への努力・適応の5段階に分け、モデル化したもの。

4. 倫理的配慮：信州大学医学部附属病院看護研究倫理委員会の承認を得て実施。患者が特定できない表現を使い、データはこの研究以外には用いず厳重に管理する。研究終了後、記録物はシュレッダーにかけて廃棄する。

Ⅲ. 結果

リハビリ開始時より、退院を見据えて準備を進めた。長女・医師・看護師・PT・OT・MSW・地域の職員で、退院に向けての話し合いをした。下肢の運動障害もあり周囲の介入が必要であった。これまでの家では車いすのまま生活することができないため、新しく住宅を探したが見つからなかった。年齢もあり、介護保険等のサービスも利用できず、独居での生活は難しいという結論に至った。今後の生活を支えるために身体障害者手帳の取得、自宅療養への準備としてリハビリ目的での転院を勧めた。A氏は入院前と同様に独居での生活を強く希望していたため、転院が決定したことにより意欲が低下し看護支援やリハビリを拒否するようになった。

A氏の言動をコーンの危機・障害受容モデルに当てはめ、どの時期にあったのか分類した。それぞれの時期での看護支援についてまとめた（表1）。

A氏の性格を考慮して、全ての時期で思いを傾聴し、リハビリへの努力を認めて労をねぎらった。適宜、看護チームでカンファレンスを行い、対応の統一を図った。患者目標については、それぞれの時期でA氏・家族と共に話し合い決定した。

(表 1) 障害受容のプロセスと看護支援

時期	言動	看護介入	危機モデル
ADL 拡大に 向けた リハビリ期	「シャワー室まで歩いて行けたらいいね。」 「やっぱり身体を動かした方がいいよね。」 「病院を出たら、一人暮らしがしたい。娘と 一緒に住むのは嫌。自分の家で今まで通りの 生活がしたい。」	ADL 拡大にあわせ、 積極的なリハビリ を実施。	回復への期待 適応
ADL が後退 した時期 (転院決定)	「僕はもう身障者だからさ。」 「絶対車椅子になんか乗らないから。」 「他の病院に行くって。他の病院なんて行か ないで退院します。」 「動けない。死んじやいたい。」	思いを受け入れ傾 聴。A 氏の意向を考 慮したリハビリを 実施。看護師間で役 割を分担。	防衛：否認 行動化 退行
転院への 準備期	「足動かないから手伝って。」 「やらない。」と言いつつ、歩行器で歩く。 「動けた。よかった。」 「今日、歩く練習をする。」	積極的なリハビリ を再開。	防衛：反動形成

1. ADL 拡大に向けてのリハビリ期

リハビリ開始時は、『ベッドから自力で起き上がれる』ことを目標に設定した。食事の際、車いすに移動して摂取するように声かけや介助を行った。A 氏に合った体位交換や移乗の方法を、医師・PT・OT とともに検討し、統一した方法で実施した。ベッド柵につかまり側臥位をとった後に、ベッドに手をついて上肢の力で起き上がる練習をした。体位交換は声をかければ自力でできるようになった。車いすへの移乗は、身体を支える程度の一部介助から見守りのもと一人で行えるようになった。車いすへ移乗後の食事摂取動作は自立した。

目標が達成したため、次の段階として『歩行器を使用して病室内を歩行できる』ことを目標とした。PT・OT と連携し、歩行器を使用した歩行訓練を開始した。体調のいい日は、病室内から廊下まで歩行器を使用し歩行できるようになった。

徐々にできることも増え、A 氏から「やっぱり身体を動かしたほうがいいよね。」等、リハビリに対する積極的な言動が聞かれ、適応に向かいつつあった。

2. 転院が決定しADLが後退した時期

転院決定をきっかけに「僕はもう身障者だからさ。」等、悲観的な言動が多く聞かれるようになり、防衛/回復への努力の段階に後退し看護支援やリハビリに対する拒否が強くなった。そのため、目標を『車いすに移乗して食事摂取できる』ことに戻すこととした。歩行訓練は無理して行わず、食事の際は車いすに移乗することを約束し、このことをリハビリとして実施した。しかし実際は車いすの移乗も拒否することが多く、その都度説明しながら一部介助からほぼ全介助で行った。過度な励ましは行わず、できたことを認め共に喜んだ。A氏の思いを傾聴し、他職種を含めたチームで心理的变化について情報を共有し、対応を検討した。主治医と現在のリハビリの実施状況や今後の方針についてカンファレンスを行った。リハビリ室に行くことを拒否していたためPT・OTは毎日訪室して会話を継続し、A氏の意欲が向上した際にスムーズにリハビリが行えるよう関係性を保った。それまでの入院期間を通してのA氏との関係性を考慮して、看護師内の役割を分担した。受け持ち看護師を2人にし、ひとり食事の際の移乗の他にA氏が拒否しても歩行訓練等をやや積極的に勧めた。もうひとりリハビリをあまり強く勧めず、常にA氏の思いを傾聴し受容的な態度で関わった。他の看護師は、1日のうち1度は歩行訓練の声かけを行った。1度拒否されたらそれ以上は歩行訓練を勧めない看護師と、2～3度は声をかける看護師とに分担した。「歩いてみる。」「今日はできない。」等1日の中でも意欲の変化はあったが、歩行器を使用して病室からシャワー室までの約30mを歩行できるようになった。

3. 転院への準備期

少しずつ前向きな言動が聞かれるようになったため、『毎日、シャワー室まで歩行器を使用して歩行できる』ことを目標に掲げた。日常のリハビリとして、車いすへの移乗は引き続き行い、一部介助から見守りにて行えるようになった。意欲がみられたときには、歩行訓練の声かけ・実施を行い積極的なリハビリを再開した。

IV. 考察

熱傷による下肢の運動制限に対する障害受容過程の中で、一度はA氏なりに適応に向かったものの、転院の決定や身体障害者手帳の取得申請をきっかけに防衛/回復への努力の時期へ後退した。渡辺ら²⁾によると、「患者は自分の身体の変化や障害に気づいたときから過去と現実との対比のなかで心理的葛藤が起こり、さまざまな不適応反応がみられることがある。」と述べている。身体障害者手帳の取得申請により元の身体には戻れず、障害者になってしまうことに気づき、A氏の中で心理的葛藤が生じ障害受容に時間を要したと考える。コーンの危機・障害受容モデルの中の防衛/回復へ

の努力は、悲嘆にくれる中で抑うつ・退行などを示しながらも障害と共に生きていく準備を始める時期である。小島³⁾は、「障害とともに生きていく努力を始めるこの時期は、ときにあたたかくそっとみまもり、ときに現実認識を確実にし、励ましたり、支えたり、保証したり、また、情報提供や指導などすることによって、積極的に障害の受容に向かえるよう援助する。」と述べている。また渡辺⁴⁾は、「患者に対する役割についても、医学モデルとしての『治療や看護、歩行練習、日常生活指導』などを分担していると理解するだけでなく、心理的モデルを導入して『支える人（配偶者的）、傾聴する人（友人的）、現実検討を迫る人（父親的）、優しく包んでくれる人（母親的）』などの無意識的な部分を含む役割の精神力動的な捉え方もある。」と述べている。役割分担をすることで、受容的な態度や叱咤激励のどちらかに偏らずにバランスのとれた支援ができた。意欲的に取り組める日には強い励ましを得て、逃避したい日は気持ちを受け入れてもらえることをA氏自身が理解することができるようになっていった。担当する看護師を調整することで、「この看護師が来たから今日はリハビリを頑張る日」「今日は休憩しても許してもらえる日」等A氏の中でメリハリがついたと思われ、防衛/回復への努力期にいたA氏への支援として有効であったと考える。すべての感情を表出でき、常に自分に関心が寄せられ見守られている安心感があつたと考えられ、A氏と看護師との間にさらに強い信頼関係を築くことができた。また、A氏の心理的变化について医師・PT・OTと情報を共有し、それぞれの立場からA氏を支えることができた。様々な角度から支援することにより、A氏は再度適応に向けてリハビリへの意欲を向上することができたと考える。

それぞれの時期でA氏や家族と共に話し合い、患者目標を立案した。石鍋⁵⁾は、「患者自身が社会行為としてあげた長期目標に向かって具体的目標を設定し、一つひとつ達成していくのが望ましい。患者との共有も有効である。」と述べている。A氏や家族と共に話し合い、共に評価することでその都度できるようになったことを確認することができた。ADLが後退した時期では、PT・OTを拒否したため、食事の際の車いす移乗をリハビリに置き換えて実施することをA氏と共に決めた。A氏は意志を曲げないような性格だが、自分で約束した目標だったため全介助ではあつたが継続して行うことができた。患者や家族と共に目標を決めることで、受け身ではなく主体的な行動への第一歩となったのではないかと考える。また、些細な変化でも看護師がA氏に伝えることで、少しずつできるようになった自分に気づくことができ、自信につながったと思われる。

V. まとめ

障害受容の段階において、一度はその人なりに適応していても何らかのきっかけで再び前段階に

戻ってしまう可能性があることがわかった。

防衛の段階にある患者に対して、看護師間で役割分担をして様々な角度から支えることで再度適応に向けての援助につなげることができた。

患者と共に話し合いながら支援をすることで、主体性を見いだすきっかけとなった。

<引用文献>

- 1) 木所昭夫編著：熱傷治療マニュアル、p382、中外医学社、2007
- 2) 渡辺俊之・本田哲三編集：リハビリテーション患者の心理とケア、p163、医学書院、2000
- 3) 小島操子著：看護における危機理論・危機介入、p70～71、金芳堂、2008
- 4) 渡辺俊之・本田哲三編集：リハビリテーション患者の心理とケア、p178、医学書院、2000
- 5) 石鍋圭子編集：疾患・障害別リハビリテーションナーシング、p131、学研、2005