PBSCT 施行患者の危機的状況に陥ったプロセスの分析

— Aguilea & Messick の問題解決モデルに基づいて —

An Analysis of the Process in a Critical Condition of PBSCT Impremented Patient

— On the basis of Aguilea & Messick's solution model —

東5階病棟：篠原　京子・祖山　文枝・今村布美子
牧野　浩子・降旗いずみ・加藤祐美子

《要　旨》

脳腫瘍の治療として末梢血幹細胞移植を受け，危機的状況に陥ったプロセスを Aguilea & Messick の問題解決モデルを基に分析し，危機介入への個別的アプローチについて検討した。患者は，副作用や行動制限などストレスの多い出来事に遭遇し，無気力，無表情となり，見当識障害，幻覚が現れた。これを危機モデルに当てはめたところ，バランス保持要因が欠如し，危機的状態に陥っていたことがわかった。

クリーンルーム（以後 CR）内での生活が危機的状態に陥らないためには，バランス保持要因を意識したケアが大切である。CR の体験や，CR を入室前の環境に近づける工夫・身体的障害への援助・変化する状態に即座に対応できる準備・外界とのつながりを持てる援助・患者の性格・行動パターンに即した対処方法などを検討しておくことが必要である。

《キーワード》

距離　バランス保持要因　個別的アプローチ

Ⅰ．はじめに

平成4年より当科では，脳腫瘍の治療として末梢血幹細胞移植（以後 PBSCT と略す）が行われている。今回，大量化学療法の強い副作用と，隔離によるストレスのため，意味不明な言動，幻覚など心因反応を呈した事例を経験した。今後増えると思われる PBSCT 看護の確立のため，この事例が危機的状況に陥ったプロセスを探り，危機介入への個別的アプローチについて検討した。

Ⅱ．方　法

平成10年2月12日～3月2日クリーンルーム（以後 CR と略す）に入室した一事例を対象とした。患者の治療の経過と身体的，精神的変化についての情報を看護記録から抽出し，Aguilea & Messick の問題解決モデルに基づき分析した。この結果をふまえ，私達の看護を評価した。

事例はFさん，21歳，男性。病名，胚芽腫（資料－1参照）（PBSCT の経過については資料－4参照）

Ⅲ．分析結果

1．ストレスの多い事件

個室への隔離，大量化学療法による下痢，尿崩症に関連した頻尿，母や他患者との関わりの制限，

内服で誘発される嘔気，電解質バランスの崩れなどが挙げられる。これらのうち，ストレスの強かったと思われる内容についてバランス保持要因別に述べ考察する。

2．バランス保持要因

(1) 事件の知覚

1）隔離についての知覚

下痢や倦怠感，吐き気が出現し始めた頃，隔離という出来事に対し，『ストレスたまります』『一番辛い事は人と話せないこと，廊下に出て他の人と話がしたい』と話した。隔離や行動制限される事で，だれもがストレスを感じ，Fさんと同じような気持ちになるだろう。しかし，他者とのコミュニケーションが対処機制の一つであったFさんにとっては，隔離は心のバランスを崩すマイナス要因となってしまったのではないか。CRの生活を現実的に受け入れられる様なオリエンテーションの検討が必要であった。

2）内服で誘発される嘔気についての知覚

day-3頃よりファンギゾンシロップ内服時に嘔気が出現するようになる。注射薬より内服の方が効果があるため，嘔気を繰り返しながらも内服を続けていた。Fさんは『飲んでまた吐いたらどうしよう』と訴え，内服しなければならない気持ちと，内服することで誘発される嘔吐による苦痛の間で葛藤していた。入室前の試験内服では，口にできなかったフロリードゲルを，day 0に与薬したところ内服することができた。day 4頃からは他の薬剤も内服できなくなり，注射薬に変更していった。その後Fさんから嘔気に対する不安の訴えは聞かれなくなった。

嘔吐が始まったと同時に，注射薬への切り替え，他の内服薬への変更などの対処が必要であった。私達は，入室前の試験内服の結果にとらわれ，薬の変更が遅れてしまった。一つの形にとらわれず，内容の検討，内服方法の工夫が必要である。

3）排泄についての知覚

day 0頃より，下痢の増悪，嘔吐，倦怠感の増強，発熱などの症状が出現してくると，副作用による身体的苦痛への訴えが聞かれるようになった。

Fさんは尿崩症による頻尿であったことに加え，大量化学療法による輸液で更に頻尿となった。また，Fさんは『こんなに下痢すると思わなかった』『自分のイメージとは違っていました・・・ここまで副作用が強いとは』と話した。たび重なる失禁による更衣，シーツの交換が，体力消耗，疲労感を増強させた。day 4頃には『CRは思ったより辛い』『早くここから出たい』と話し，徐々に口数が減り，失禁しても知らせないなど，無気力な状態となっていった。今回の副作用は，Fさんが今までの経験から想像していた以上に辛い出来事であった。危機的状態にある患者にとって，ひとつの行為が闘病意欲に影響することも考慮し，変化する患者の状況にあわせて早めに環境を整えていかなければならない。

(2) 社会的支持

社会的支持は主に母，看護婦，医師であった。母の付き添いはFさんに安心感を与えたが，いつも外界とのつながりを求めていたFさんにとって限られた人間関係，環境は大きなストレス増強の要因であったと考えられる。(資料－2参照)

(3) 対処機制

今まで骨髄移植時のクリーン度を基に実施していたが，PBSCT の長所を考慮し，隔離による疎外感，圧迫感を無くすため，クリーン度を再検討した（F さんに実施した隔離・行動制限の状態については資料－3参照)。清潔保持と気分転換の目的で，川西[2] らの研究結果を基にシャワー浴を計画したが，強い倦怠感からそれも出来なくなった。外界とのつながりを断たれた状態で，F さんに残されたことは好きな音楽を聞くことであった。失禁をしても看護婦を呼ばない，無表情，無気力な行動は，F さんの対処機制がうまく働かず，SOS を出していたのだと考えられる。このように対処機制が弱まった時，新たな方法を見出だすことで対処機制の拡大を図っていく必要があった。

(4) 危機

F さんは，day 8 から『ここは何処ですか』「××が見える」など見当識障害や幻覚が現れ，意味不明な言葉が聞かれるようになった。F さんは今までに経験したことがないストレスの多い事件が重なり，バランス保持要因が欠如し，不均衡状態に陥ったと考えられる。(資料－5参照)

Ⅳ. 考 察

危機への援助は先ず危機を回避することである。危機回避へのポイントをバランス保持要因別に考察した。

事件の知覚とは，患者が病気や自分のおかれた状況に対し，どのように感じているかを意味する。患者が自分で起きている出来事をマイナスにとらえることは，危機の進展に影響を及ぼしてくる。

入室前に CR を体験することは，隔離への現実的な知覚を持つ為の援助になる。また，体験を通じて今までの対処機制が有効に機能するかについての評価になる。制限がある中でも，患者が生活しやすい環境づくりへの工夫が大切である。

脳外科では尿崩症や視力障害，麻痺などの障害を抱えている患者がいる。これらの障害に加え，治療が進むことで身体的な状態も変化し，患者がよりストレスに感じる事柄も変化していく。患者が今の状態をどのように感じているか，その変化を早く読取り，対応していく必要がある。今回のような，大量化学療法の強い副作用に対しては，身体的な安楽を考慮したケアを早いうちに行っていくことが大切である。また，ADL が全介助となった場合でも，すぐに対応できる準備が行われているとよい。

社会的支持とは，問題解決していく為に，頼ることのできる人の存在を意味する。苦痛が続く中で精神的な支えとなってくれるキーパーソンの存在は重要である。隔離されることによって患者をとりまく関係が閉ざされない様に，窓越しの面会や，インターホンの活用を取り入れていく。また，家族や，キーパーソンとなる人への治療前からのアプローチは，患者の支えとなり，協力を得ていく為にも大切である。

対処機制とは，今までに患者がストレスをどう対処してきたかを意味する。

現在脳外科で行われている PBSCT の対象は思春期前後の患者が多い。患者はまだ適切な対処機制を獲得しておらず，環境が変化することで不均衡状態に陥りやすいことが予測される。田近[3] らは，患者の心理傾向が無菌室での心理変化と類似する傾向があると述べている。入室前から性格や

行動パターンについて客観的な情報を得て，患者の性格傾向に即した対処方法を検討しておくことが大切である。

V．結　語

1．PBSCT による身体的，精神的ストレスは大きく，ストレスが蓄積されると危機に陥りやすい。
2．危機に陥らないためには，３つのバランス保持要因を意識したケアが必要である。
3．患者の変化に応じて，受け持ち看護婦を中心に早期にバランス保持要因の再アセスメントを行っていく。

【引用・参考文献】

1）岡堂哲雄：危機的患者の心理と看護，中央法規出版，43-59，1987
2）川西美穂：一般個室で allo−PBSCT を受ける患者の感染防止に対する援助について（第20回日本造血細胞移植学会総会より）
3）田近涼子：無菌室における隔離環境が及ぼす患者の心理変化 東京都衛生局学会誌，90,110-111,1993,4
4）小島操子：ストレス・危機理論と危機介入，看護理論とその実践への展開，金原出版株式会社，176-183
5）国立がんセンター中央病院看護部／編：看護の前提となる理論，骨髄移植とその看護，がん専門看護，日本看護協会出版会，23-25,82-83
6）伊藤正子：骨髄移植の看護の実際，医療ジャーナル社，113-120
7）倉崎眞智：免疫機能低下患者の闘病意欲低下を防ぐために，看護技術，メジカルフレンド社 33(12),1987
8）黒田政子：危機的状態に陥った患者の看護，Aguilera & Messick の問題解決モデルを用いての検討，ハートナーシング，7(6),471-477,1994
9）高塚桂子：骨髄移植法のため無菌室隔離された思春期患児の心因反応の分析　フィンクの危機モデルを用いて，小児看護，13(6),754-758,1990

資料－1

〈事例紹介〉

F，M　殿　21歳　男性

病名；胚芽腫

経過；平成7年8月発症，9月腫瘍摘出術，放射線療法を受ける

平成9年　9月再発　ガンマナイフ施行

10月導入化学療法

症状；尿崩症

家族構成；父，母，姉（4人家族）

性格；明朗，外向的な性格

身体的特徴；身長164cm　体重90kg（BMI＝33）

資料－2

〈社会的支持〉

家　族　胃癌にて手術をした母に気を使いつつ，依存している。母の存在は絶対的であり絆も深い。父，姉は週末に面会に訪れるが母ほどの関わりはない。母をキーパーソンと考え，付き添ってもらう。『母さんがいてくれて励みになる』と話していた。

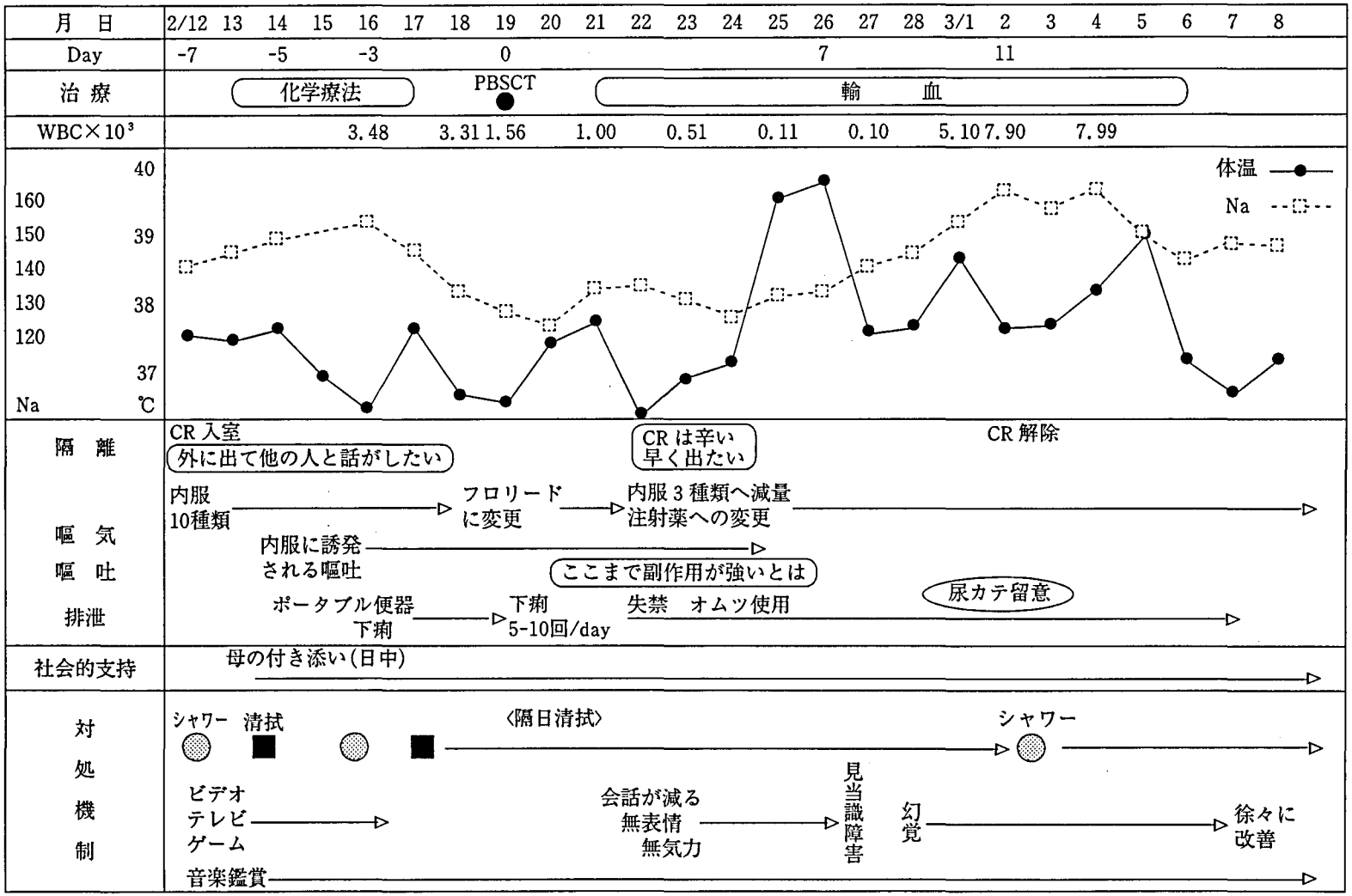
友　人　同年代の友人の見舞いや手紙，電話のやり取りが見受けられない。入院中は自分から他患者とのコミュニケーションを求め，部屋を訪問するなどの積極的な行動がみられていた。CR入室中は他患者から1回だけ電話があり嬉しそうな表情が見られた。

看護婦　昼間は一人の看護婦がFさん専属で看護した。セルフケアの援助をしながらFさんと話をする時間をできるだけ多く持つように心がけた。勤務体制から夜間帯はゆっくり関わる時間が持てなかった。

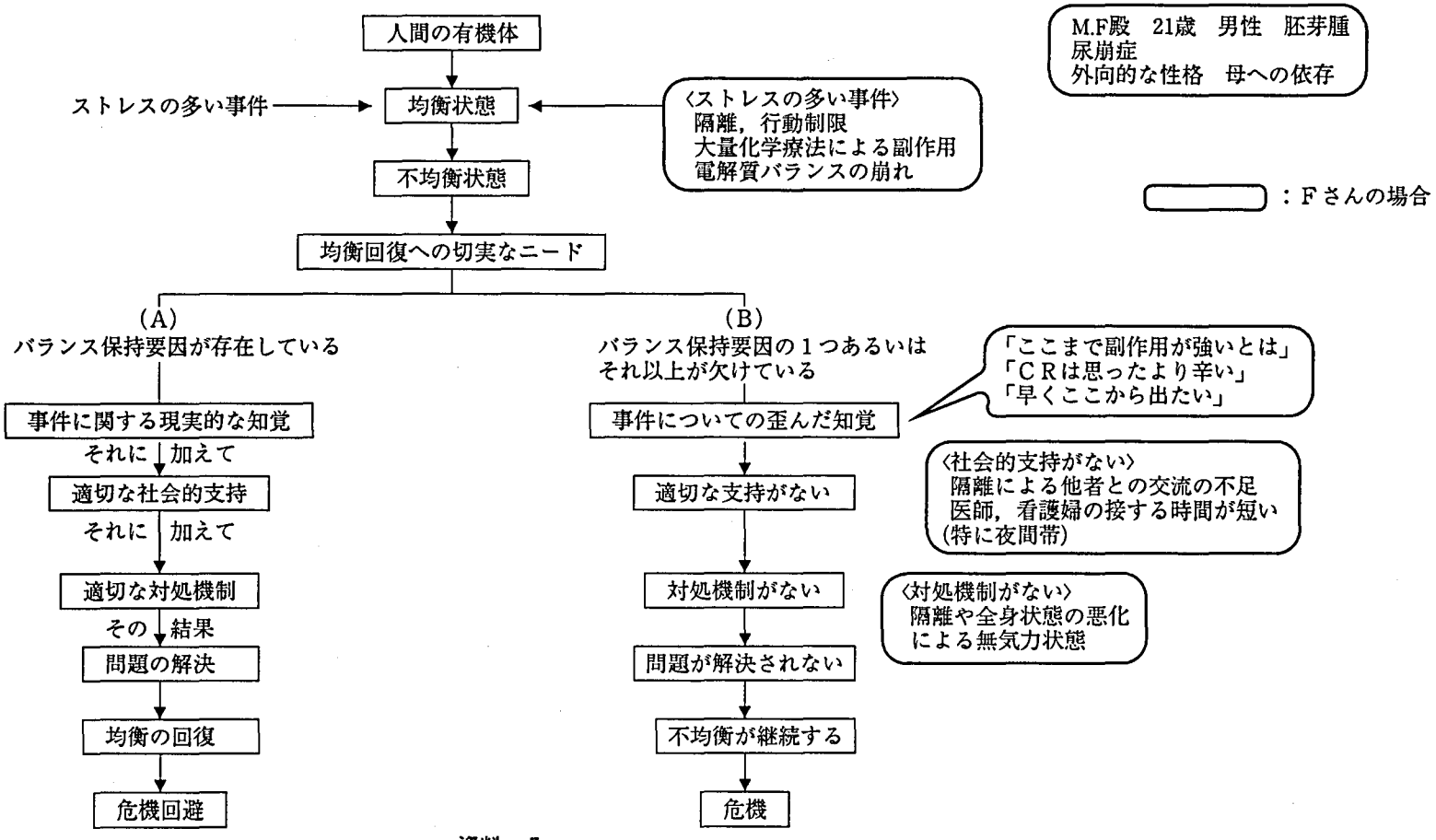
医　師　信頼を寄せており，医師に指示された事は守ろうとしていた。主治医は診察時の他もFさんを訪室し，話し相手になっていた。Fさんも病状のことなど不安なことは主治医に相談していた。

資料ー3　Fさんに実施したPBSCTの隔離・行動制限の状態

環　境	・清潔度，クラス100（米国連邦格209bの規定より） ・患者に近づく時，処置時，掃除の時はファンを高速にする ・入室者は原則として3人までとする ・CR内に入れる物品はアルコール噴霧 （患者の体内に入る物，粘膜に触れる物は滅菌する） ・準CR入室時は室内用のスリッパに履き替え，手洗い，マスク，帽子を着用する。 ・清潔域，患者に触れる場合はガウン，手袋着用 ・毎日0.1%ヒビテンオスバン液にて床を清掃 ・テーブルはアルコールガーゼ拭き
リネン類	・洗濯済みの物を使用（無滅菌で良い）
清　潔	・患者の状態が良ければシャワー浴，または清拭（隔日） ・含嗽ーアロプリノール，イソジン含嗽液　4回／day ・吸入ーファンギゾン　3回／day
食　事	・オートクレーブ食 ・果物は0.1%ヒビテンアルコールに3分以上浸水させる ・食器類はミルトンにて消毒 ・レトルト食品は電子レンジで1分以上加熱 ・醗酵食品，なまものは禁止
排　泄	・排便ー室内トイレ（下痢時はポータブルトイレを設置し，量を測定） 排尿ー尿カップにて採取し，尿量，比重測定 ・患者がベットから降りる時は長靴を履く ・排尿後はジアミトール綿で陰部を清拭
内　服	・薬剤部に依頼し無菌的に包装 ・デスモプレシン点鼻はストローを滅菌して使用
その他	・テレビ，ゲーム，ビデオ持ち込み可 ・本，雑誌は汚れていない物のみ可　アルコール噴霧する



資料－4　Fさんの PBCST の経過



資料－5
Aguilera & Messick 問題解決モデル
（ドナC.アグレア，ジャニスM.メズイック
「危機療法の理論と実際」1978年より）と
Ｆさんが危機に陥ったプロセス