

手術前訪問における精神面のアセスメント

ICU：花村ひとみ

1, はじめに

集中治療部の手術前訪問は、患者にとっては、未知である事によって生じる不安を軽減し、間違っている情報を修正する場である。また看護者にとっては、患者の状態を把握し、適確な看護活動を判断する情報収集の場であり、その患者への看護活動の場である。

入室中の患者が不安を解消する事ができず、危機状態に陥り、不穏状態になる事は、時には治療の中止をやむなくする。そのような状態に至る原因のひとつとして、“短時間の訪問では精神面のアセスメントが十分にできず、適確な患者像をつくる事がきでない。そのために十分な看護活動が行えなかった。”と考えた。そしてその原因を、患者データの関連づけの不備と仮定した。

今回患者データの関連づけを統計的に考察した結果、年齢、性別、疾患などの客観的データ、患者の不安状態などの主観的データも、集中治療を必要とする患者の特殊性を生かしたアセスメントの尺度を用いる事により、不穏に陥りやすいタイプの患者像を短時間で適確にとらえ、必要な看護活動の判断を行えると評価できたので、報告する。

2, 調査方法

患者データを今回の研究目的に沿って以下に抽出した。

主観的データ：不安状態・不安項目・不安対処機制様式

客観的データ：入室条件（緊急入室、救急入室、予定入室の別）・性別・年齢・疾患・不穏症状・

ICUスコア

使用した尺度は以下のとおりである。

- ・不安対処機制様式：岡谷の分類（表1）
- ・不安状態：STAIの状態不安尺度
- ・不安項目：不安原因と考えられる項目を挙げたものが表2である。やや不安を1点、大変不安を2点とし、スコア化した。（不安項目数）
- ・不穏症状分類：当科で昭和59年に作成した精神症状重症度分類（以下不穏度）を用いた。（表3）
- ・ICUスコア：ICU入室中の評価は治療基準点数システム（TISS）をもとに作成した。（表4）

3, 対象

平成4年1月—12月の期間にICU入室した366名について調査した。主観的データについては、平成4年4月—11月に入室した脳神経外科及び、0才—19才までの患者を除く、手術後入室予定の成人者50名を対象に質問紙調査した。

4, 分析方法

不穏症状の出現の有無を基準尺度として、それぞれのデータをカイ2乗検定し分析した。

5, 研究結果

主観的データ、客観的データの特性を表5、表6に示した。

不穏になった患者の傾向については、まず院内で急変しICU管理が必要となった緊急入室と、院外から搬送されて来る救急入室、手術などで予定入室した患者とに差は無かった。

性別は男性が多く、年齢は60才代が多く、疾患別では心臓外科疾患、腹部疾患が多かった。

また不安状態はSTAIでの高得点の患者は中度の不穏、低得点の患者は重度の不穏となり、不安項目得点が高い程、不穏症状を呈する傾向であった。

不安対処機制様式は、“回避”するタイプが重度の不穏症状を呈し、“問題に取り組む”タイプのように積極的な患者は、中度や重度の不穏症状には至らなかった。

在室時間、ICUスコアはともに長く、高い患者が不穏となった。

以上の結果をカイ2乗検定を用いて仮設検定すると、年齢、性別、疾患とに関連があり、不安項目数、ICUスコアにおいては関連に近い結果を得た。また不安項目数とSTAIは相関関係にあった。

6, 考察

不安項目数は私たちが作成した独自の尺度であるが、既成のSTAIと相関関係にあるということで、不安項目内容は不安を測定する尺度として妥当性があると判断した。更に、不安を測る尺度が患者の表現する言葉ではあいまいであり、生活状況から得られる睡眠状態や言動などの因子をもとに、尺度を考えたいと思い、今年ICU入室申し込み書の改訂に取り組んだ。以前使用していたものに比べ、私たちが同じ条件のもとで最低限欲しい情報を得やすいように改めたので、今後新しいものを使い始めたあとの調査も必要と考えている。

ICUスコアは不穏との強い関連を証明できなかったが、スコアの増加にともない不穏度の上昇もみられた。このスコアは手術後のデータであるが、いろいろな疾患や病態の中から、ICUスコアが高くなりそうであると判断し、不穏症状の出現を予期することができると考える。またICUスコアは、治療基準点数システムをもとに作成したものである為、大血管の手術後不安定な状態が持続する患者が高値となりやすい。そのことから、麻酔時間が長くなればなるほど浸襲が大きくなると考え、麻酔時間の調査や、不穏との検定などもできれば良かったと評価する。

7, まとめ

“高齢・男性・心臓疾患などの手術後の身体症状が不安定な状態が持続する患者で、手術前の高い不安状態におかれている患者が不穏症状に陥りやすいタイプである。”という看護診断の尺度ができた。

以上のことから、短時間の訪問でも不穏症状に陥り易い患者像を適確にとらえ、必要な看護活動の判断が行えると評価した。これは、今後初期計画を立案する際も役立てられると考える。

8, 参考文献

- 1) 黒澤 尚：ICUシンドローム，ICUとCCU，9（5），613—619.
- 2) 岡谷 恵子：手術を受ける患者の術前術後のコーピングの分析，看護研究，21（3），53—60，1988.
- 3) 筒井 末春：心身症を診る，初版，ライフサイエンス.
- 4) 矢野いづみ他：ICUにおける精神症状について，看護技術，33（8），69—72，1987.
- 5) 中里 克治・水口 公信：新しい不安尺度STAI日本版の作成，心身医，22（2），108—112，1992.
- 6) 日野原重明：POSの基礎と実践 初版，医学書院.
- 7) 植山 直美他：脳外科手術を受ける患者の不安内容，BRAIN NURSING，8（12），30—38.
- 8) 桑野タイ子：看護の場で役立つ情報収集のあり方，看護の場に生かす看護課程 初版，学習研究社，153—162.
- 9) 桜井 美鈴：よりよい看護を生み出す看護アセスメント，看護の場に生かす看護課程 初版，学習研究社，174—180.
- 10) 和泉田浩子：ICUにおける精神症状出現の要因分析，臨床看護研究の進歩，医学書院，4，32—39.

[表1] 不安対処機制様式 <岡谷の分類>

問題状況の再認知	自分と比較しもっと悪い人やもったきつときのことを考え、このストレス乗り越えられると思う。	
おまかせ	ストレスを解決するために、自分で何かしようとするのではなく周囲の人や成行きにまかせる。	
情報の探求 問題と取り組む	ストレスを解決するために本を読んだり他の経験者に聴く 自分でできることを見つけて取り組む。	
回避	音楽や本で紛らせて楽観的に考えたりする。	

[表2] 不安項目

手術について	どんな手術をするか 手術後の痛みについて 手術後の安静 創が治るか 手術後の障害 手術がうまくいくか
麻酔について	全身麻酔は危険でないか 麻酔から醒めるか 醒めるときに苦痛はないか
ICUについて	どんなところか どの位いるのか 家族が側にいない 眠れないのではないか
その他	床上排泄・バルンカテーテル 挿管は辛い 意志の疎通が出来ないのではないか 経済面

[表3] 精神症状重症度分類・不穏度

Ⅲ度	重 度	鎮静剤を多量に使わないと眠れない。自傷行為 説明しても同じ事を何度も繰り返す。暴力・非協力的など
Ⅱ度	中 度	鎮静剤を使わないと眠れない。目が血走っている。頻回に看護婦を呼ぶ。など
Ⅰ度	前駆症状	覚醒リズムの逆転。目をきよろきよろさせる。無表情・無感情。多弁。落ち着かない
0度	症状なし	

[表4] ICUスコア

4点

- | | |
|----------------------|---|
| 1 気管内チューブ挿管中 | 12 肺水及び血肺 |
| 2 激痛を訴える (鎮痛剤使用の場合) | 13 呼吸不全 (酸素濃度80%以上) |
| 3 頻回の痰喀出 | ☆ 14 人工心肺施行 (回転時間3時間以上) |
| 4 人工呼吸器からWeaning中 | 15 心肺蘇生施行 (48時間以内) |
| 5 ゼングスターケン・チューブ挿入中 | ☆ 16 緊急入室 |
| 6 内視鏡検査 (胃カメラ, 気管視鏡) | ☆ 17 手術時間8時間以上 |
| 7 鎮静剤を使用しても不眠状態 | 18 吐・下血 (血行動態に影響を及ぼす場合) |
| 8 鎮静剤連続使用からの離脱中 | 19 出血 (1,000ml以上/day) |
| 9 キシロカイン持続点滴 | 20 血行動態の不良及び不安定 (IABPを含む
BP30以上の変動, HR30以上の変動) |
| 10 心筋梗塞 | |
| 11 肺水腫 | |

3点

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1 人工呼吸器装着中 | 11 緊急外科的処置 (内腔穿刺, 気切, 止血術) |
| 2 疼痛を訴える | 12 在室日数5日以内 |
| 3 腹部膨満 (他覚的に腹水, ガスを含む) | 13 鎮静剤使用 (連続使用) |
| 4 熱発Rect38.5℃ (背部38.0℃) | 14 75歳以上 |
| 5 四肢の抑制 | 15 その他の抗不整脈剤 |
| 6 動脈—Line 挿入中 | ☆ 16 食道癌術後 |
| 7 3つ以上の輸液路確保 (ボトル数にて) | 17 呼吸不全 (酸素濃度60%以上) |
| 8 頻回の排泄 (3回/day) | 18 腎不全 (BUH50, Cre3.0, 乏尿500ml) |
| 9 人工心肺施行 (回転時間2時間以上) | ☆ 19 手術時間6時間以上 |
| 10 血液透析及び腹膜灌流, 血液交換 | 20 ペーシング中 |

2点

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 IVH挿入操作 | 6 65歳以上 |
| 2 スワングantz・カテ挿入および留置中 | 7 2つ以上の輸液路確保 (ボトル数にて) |
| 3 肺理学療法 (体位交換も含む) | 8 気管切開維持 |
| 4 頻回の包交 (3回/day以上) | |
| 5 鎮静剤使用 (不眠時使用) | |

1点

- | | |
|------------------|---------------|
| 1 酸素療法 (カヌラ・マスク) | 5 その他のドレーン留置中 |
| 2 胃チューブ留置中 | 6 直腸カテーテル留置中 |
| 3 尿道カテーテル留置中 | 7 ECGモニター |
| 4 内腔ドレーン留置中 | |

*注 ICUスコアは24時間単位で点数をつける。(前日の16:00～翌日16:00まで)
諸々の処置は24時間以内は点数をつける。

[表5] 客観データの特性

	n = 399	総 数	不穏症状出現	不穏症状なし	有意差
	救急入室	85	25(29.8)	60(70.6)	
	緊急入室	49	14(28.5)	35(71.5)	
	予約入室	265	59(22.3)	206(77.7)	
年 齢	0—9	53	0(0.0)	53(100.0)	
	10—19	13	0(0.0)	13(100.0)	
	20—29	16	2(12.5)	14(87.5)	
	30—39	22	4(18.2)	18(81.8)	
	40—49	48	11(22.9)	37(77.1)	
	50—59	56	12(21.4)	44(78.6)	
	60—69	103	32(31.1)	71(68.9)	
	70—79	67	29(43.3)	38(56.7)	
	80—89	21	8(38.1)	13(61.9)	P < 0.05
性 別	男 性	241	68(28.2)	173(71.8)	
	女 性	158	30(19.0)	128(81.0)	P < 0.05
疾 患	頭 部	110	12(10.8)	99(89.2)	
	心臓 術後	90	32(35.6)	58(64.4)	
	心臓AMI	48	12(25.0)	36(75.0)	
	胸 部	20	6(30.0)	14(70.0)	
	外 傷	7	1(14.3)	6 (85.7)	
	M O F	4	3(75.0)	1(25.0)	
	熱 傷	6	2(33.3)	4(66.7)	
	中 毒	4	0(0.0)	4(100.0)	
	ショック	13	2(15.4)	11(84.6)	
	腹 部	97	28(29.8)	66(70.2)	P < 0.05

[表6] 主観的データの特性

	n = 399	総 数	不穏症状出現	不穏症状なし	有意差
不 安 状 態	0—29	8	3(33.3)	6(66.7)	
	30—39	12	6(54.5)	5(44.5)	
	40—49	19	5(26.3)	4(73.7)	
	50—59	8	1(12.5)	7(87.5)	
	60—69	3	2(66.7)	1(33.3)	
項 目 数	低不安群	26	7(26.9)	19(73.1)	P = 0.1
	中不安群	20	8(40.0)	12(60.0)	
	高不安群	4	2(50.0)	2(50.0)	# P = 0.04

項目数=不安項目数 #高低の2群で検定