AMCoR
Asahikawa Medical College Repository http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/

看護研究集録 () 平成18年度:31-34.

視力障害者に対するADL介入の検討：術後眼帯を貼用し片眼となる患者へのアンケート調査から

加藤, まどか ; 森本, 麻美 ; 河地, 範子 ; 北川, 佳奈子

視力障害者に対するＡＤＬ介入の検討
～術後眼帯を貼用し片眼となる患者へのアンケート調査から～

８階東ナースステーション　　○加藤まどか、森本　麻美、河地　範子、北川　佳奈子

Ⅰ　はじめに

当眼科病棟は、入院翌日に手術を行う患者が多く、術後は眼帯を貼用し片眼となる。自宅とは異なる病院での環境に適応する間もなく、さらに片眼での生活になることはＡＤＬが自立している患者でも不自由と感じ、安全に配慮した生活に困難が生じる。私たちは、早期に環境に適応できる病棟の工夫を考え、安全に生活できることを目指している。しかし、実際に私たちの介入に不足面はないか検証していなかった。

先行研究では、視力障害者に対するＡＤＬの介入について多くの研究がなされているが、術後眼帯を貼用し片眼になる患者のＡＤＬに注目した研究は少ない。今回、看護師が行ってきた看護介入の不足部分を明らかにすることで、今までの介入の振り返りと、新たな介入を見つけ出す事に繋がると考え、本研究に取り組んだ。その結果、今後の介入への示唆が得られたので報告する。

Ⅱ　用語の定義

・片眼：術後左右どちらかの眼に眼帯を貼用している状態。
・眼帯貼用期間：手術日当日から、眼帯が除去となるまでの期間。
・プロン：網膜硝子体手術において、眼内ガスタンポナーデを行った際に必要となる体位制限のひとつで、腹臥位を保持すること。
・無光覚弁：暗室で眼前に光を当てた時に、光を感じない全盲の状態。
・光覚弁：光を感じる、感じないの判別ができる視力。

Ⅲ　研究方法

１．研究期間：平成 17 年７月～９月
２．対象：角膜・緑内障・網膜疾患の術後、眼帯を貼用し片眼となった患者で、本研究に同意の得られた患者 41 名。
３．データ収集方法と手順
　１）食事・排泄・清潔・更衣・移動・内服の項目を当院看護部作成の標準看護計画マスタ集のケア項目ガイドを参考に、視力障害者の視点から考え作成したアンケートを使用する。
　２）承諾の得られた患者に対し、研究者と患者１対１で面接による聞き取り調査を行う。面接を行う時期は１回目の片眼術後、眼帯が除去された際に行う。
　３）各質問項目において、患者が感じている看護師の介入の不足点について分析し、看護師の援助内容について検討する。
４．分析方法：調査結果を単純集計する。
５．倫理的配慮：研究対象患者に対し、研究目的・方法を説明し、研究者以外は個人の特定ができないこと、情報の守秘義務を守ること、研究以外に情報を使用しないこと、途中で中止のできることを約束した。アンケートに同意が得られた場合、署名を頂くこととするが、視力が低く同意の署名が出来ない場合は書面を忠実に読み上げ、研究者が代筆することの承諾を得た。

Ⅳ　結果

１．対象の背景

対象者 41 名の内訳は、男性 19 名、女性 22 名、平均年齢 60.9 歳であった。主な疾患は角膜疾患が２名、緑内障が４名、網膜硝子体疾患が 35 名であった。術後に体位制限があった患者は 24 名であった。眼帯貼用期間は、平均 9.6 日であった。視力は表１の日野原の視力障害の程度を示した分類法にて分けた。

表 1）視力障害の程度

視力	自立度	人数
0～0.02 程度	屋内での日常生活および屋外でも不慣れなところでは、ある程度の介助が必要。	6 名
0.03 ～ 0.04 程度	屋内での日常生活に支障はなく、戸外でも慣れたところなら自由に歩行できる。とくに介助の必要はない。	4 名
0.05 ～ 0.3 程度	不自由ではあるが、日常生活は可能、文字の判断は難しい。	9 名
0.4 ～ 0.7 程度	詳細な図形や文字を判断するのに多少の支障はあるが、日常生活に支障はない。	11 名
0.8 以上	日常生活にほとんど支障はない。	11 名

２．アンケート集計結果

アンケートの結果、ＡＤＬ面において困らなかったという患者のうち、反対眼の視力が良かったため、全項目困らなかったと答えた患者が５名であった。また看護師の介入を受けていたが、現在の看護師の介入で全項目不足なかったと答えた患者は３名で、他３３名は何らかの項目で不足と感じた点、改善を求める解答があった。

３．アンケートに対する回答の内容

アンケートに対し、不足と感じた点、改善を求める意見は以下の通りである。

１）食事面

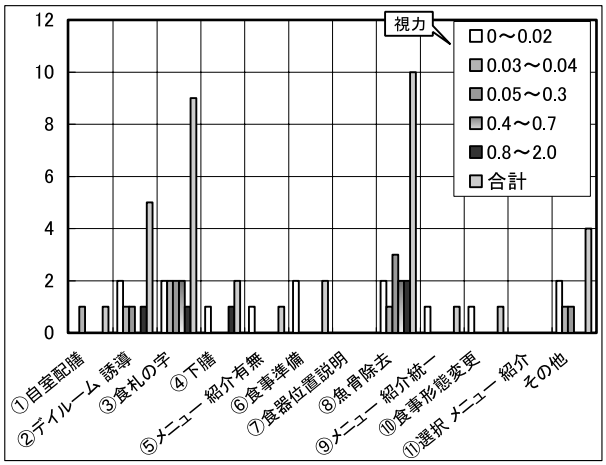

図1)食事面に対し、不足を感じた患者数(n＝33)

魚の骨を取ってほしいなどの質問に対する意見が10件と最も多く、視力0.05以上の食事全般において自立している患者から介入を求める意見が多かった。また、プロン体位により細かい作業に困難を要したという意見もあった。食札の字に関しては、視力に関係なく食札の字の大きさに関して、改善を求める意見が多く聞かれた。食事メニュー、選択食の紹介に関しては、メニュー紹介の方法を統一して欲しいという意見はなかったが、「味噌汁の具を教えて欲しい」などの意見があった。

２）清潔面

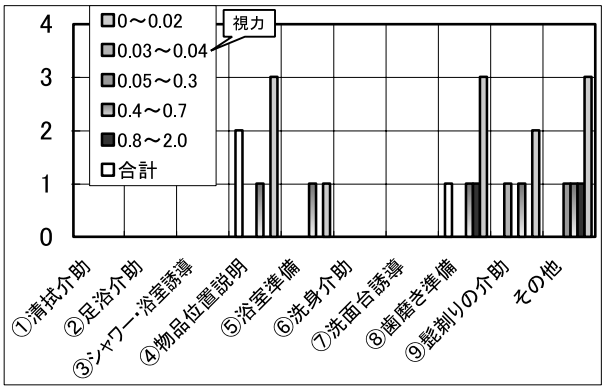

図2)清潔面に対し、不足を感じた患者数(n＝33)

物品の配置の説明と、歯磨きの準備に対する意見が多く、視力には関係ないという結果だった。無光覚弁の患者に関しては、洗面所への誘導、コップ、歯ブラシのセッティング、手渡しなど全介助で行っていたため、更なる要望はなかった。入浴に関しては、元々洗身のみ自立できていた患者に対して、浴室までの道順、浴室内の構造、物品の配置の説明を繰り返していた。その結果、すべて自立できるようになったという意見があった。しかし、シャワー室のすのこについては、「段差があるからつまづくかもしれない」「滑るかもしれない、不安定で怖かった」といった意見があり、また電気、ナースコールなどについては、「スイッチがわかりにくい。大きい字で表示して欲しい」などの環境についての意見が多かった。

３）排泄面

排泄面では、トイレ内の物品や構造の説明に関し、洗浄ボタンの表示がわかりにくく、工夫を求める意見が多かった。一部、大きい文字で表示したり、赤色テープでわかりやすいように工夫している部屋があり、その部屋の患者からは「流しボタンに赤いテープが貼ってあったからわかった。あれは良かった」と話されていた。誘導、トイレの使用方法の説明に関しては改善を求める意見はなかった。

４）更衣面

更衣面で多かったのは着脱の介助に対してで、無光覚弁と光覚弁の患者から看護師には依頼せず自己で解決していたという内容であった。寝衣の紐については、視力の程度に関係なく自己で行えていた。

５）移動面

自立して歩行していた患者からは、「遠近感がつかみにくく段差が怖い」「眼帯を貼用している方から物や人が来るとぶつかるのではという恐怖感がある」など、歩行時の恐怖感を訴える意見が多かった。

Ⅴ　考察

視力障害者は、住み慣れた住居などの生活空間では、慣れにより危険の回避は可能であり、環境の整備も比較的容易である[1)]と言われている。しかし病院という違った環境となると、環境への適応は難しくなり、困難をきたすことが多くなると考えられる。林[2)]は、われわれ人間が健全な社会生活を営むために必要な情報の70～80％は視覚から取り入れており、視力が障害されることは、歩行能力をはじめ日常生活行動において、他人に依存した生活を送らざるを得なくなると述べている。こ

れらのことからも看護師は、日常生活上、不便や狭小化をきたした部分に対し、援助していく必要がある。

今回の研究の結果、特に多かったのは食事に関する意見であった。一番意見が多かった魚の骨を取ってほしいなどの項目は、視力 0.7 以上の患者から実は困っていたという意見が挙げられている。食札の字や下膳のことに関しても、視力の程度に関係なく、不自由を感じているという意見であった。表１にあるように、私たちもこれまで視力 0.3 以上の患者に対しては、術後片眼になってもＡＤＬには支障ないとアセスメントしてきた。しかし、それらの患者の方がＡＤＬの介入を必要としているという結果は、無光覚弁や光覚弁の患者が視覚以外の感覚器から情報を得て環境を把握できることに対し、これまでほとんどの情報を視覚から得ていたからである。そのため、片眼が遮蔽されると情報の把握が困難になり、また他の感覚器から情報を得るということに慣れていないことから、視力が低い患者よりも適応が難しいのだと考えられる。そして、片眼になると遠近感が変化し、それに加え、眼帯の貼用により眼鏡を使用できない状況、腹臥位の長時間保持で生じる眼瞼の浮腫で視界が狭窄される、といった問題が重なれば、一般的に良いと思われている視力でも、細かい作業には困難を要する。したがって、一見自立できていても、不自由に感じている点はないだろうかという視点で、積極的な声かけや配慮を行っていく必要があると考える。食事は味だけでなく、香りや彩り、器の形といったように嗅覚や視覚で味わう要素も多いため、私たちはそれを踏まえメニュー紹介を行っていたが、今回「味噌汁の具を教えて欲しい」という意見があり、振り返ると、「右手の手前側に味噌汁があって…」というように、場所と器の位置と大まかな中身の説明だけになっていたことがわかった。視覚機能障害者は、触覚・聴覚・運動感覚から得た情報と過去の体験により得た情報とを照合・推理し、統合し、構成する中で環境を理解する[3]と言われている。このことからも、食事のイメージ化と、食に対する楽しみに繋げられるよう、残された知覚を十分活用できるように、食器の色や形・大きさ、食材の色・量といった細かい点まで説明していく必要があると考えられる。

患者は眼が見えなくても必要なポイントだけ援助してもらえば、どんな所へも１人で行ける[4]と言われている。無光覚弁や光覚弁の患者は、手での確認動作や歩く歩数などから身の回りの生活環境を把握しており、私たちも普段、少しでも患者が自立できるよう、その患者に合わせた方法で繰り返し誘導をしている。統一した方法を繰り返すことで認知能力は高まり、患者は浴室やトイレに一人で行くことができるようになったという結果も得られた。誘導方法に対し特に意見がなかったことから、これまでの関わりは効果的であったと考え、今後も継続して行っていくべき介入であると考える。

今回、環境に関する意見が多く、特に清潔・排泄・移動面においてその内容が多かった。視力障害者は視覚からの情報の把握が困難であり、すばやく危険を察知し回避することが難しい[5]と言われている。アンケートから、遠近感がつかみにくく段差が怖い、眼帯貼用側の物の認識が遅れるなどの、片眼での生活に恐怖感を訴える意見が多かった。このことからも、反対眼の視力が良くても、眼帯で遮蔽されることでの視界の狭窄により危険を察知する能力が低下し、環境の適応に大きな問題が生じると考えられる。そのことを踏まえ、眼科病棟では通常以上に環境に目を向け、安全に生活できるように整えていく必要があると考える。設備自体を造りかえるというのは難しく、すぐにできるものではない。そのため、私たちにできることは、今回のアンケート結果から得られた意見を参考にして、環境に適応できるよう介入を工夫し、またＡＤＬに介入が必要な患者は勿論のこと、自立している患者に対しても更に安全への配慮と、安心して自立した生活を送れる環境づくりを目指していくことである。

視力障害者にとって最大の問題はセルフケアの不足であり、看護師は当然、このような患者に介助の手を差し伸べるが、その関わりが患者の依存心を助長することになってはならない[6]と言われている。ＡＤＬの不足面にのみ着目し、それを全て補おうとするような介入ではなく、患者の自立を尊重した関わりが必要である。また、その人の適応能力を適切に評価し、適宜、適切な人的・物的資源を提供しながら、本人の創意工夫で安定した生活を送れるよう援助していかなくてはならない[7]と言われていることからも、私たちは、患者自身が持っている能力を把握し、自立へ向けた目線で関わっていくこと、そして介入の工夫で自立へつなげられることを日々の関わりの中から積極的に考え、発見し、できることから取り組んでいくことが必要である。

Ⅵ　結論

１．入院生活におけるＡＤＬで、患者が一番困難をきたしているのは食事面である。

２．ＡＤＬが自立できるとアセスメントした患者の方が片眼への生活の適応が難しく、不自由に感じることが

ある、という視点で細かい配慮を行っていくことが必要である。

3．看護師は、ＡＤＬの不足面のみに着目し、補おうとするのではなく、患者の自立を第一に考えた介入をしていく必要がある。

4．アンケートにより、患者が不足と感じている部分を明らかにしたことで、今後の看護介入の方向性を見いだすことができた。

引用文献

1）黒田裕子：感覚・認知機能障害をもつ人の看護、臨床看護学セミナー，第1版第1刷， P.56，1997.

2）林公子:基礎看護学3，P.57，60，金原出版， 2000.

3）1）同掲書、P.131

4）増田寛次郎：成人看護学 12，メヂカルフレンド社，P.124， 2000.

5）1）同掲書、P.175

6）1）同掲書，P.177.

7）井上智子、鈴木晴彦：感覚機能の障害と看護，P.22，廣川書店，1999.

参考文献

1）高橋広：ロービジョンケアの実際―視覚障害者のQOL向上のために，第1版1刷，医学書院，2002.

2）簗島謙次、石田みさ子：ロービジョンケアマニュアル，南江堂，第1版1刷， 2000.

3）増田寛次郎:新版看護学全書，成人看護学⑫，第２７巻，第2版5刷， 2000.

4）山田貴子、池田裕子：術前の片眼遮蔽体験が術後に及ぼす効果の検討，第３４回　成人看護学Ⅰ，P.129～131，2003.

5）野村美紀、山上和美：術後片眼で生活する患者への看護ケア評価，第34回　成人看護学Ⅰ，P.149～151，2003.