

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録(2013.12) 平成24年度:63～65.

精神疾患のある切迫早産妊婦の心理と看護介入に対する一考察

佐野麻衣、菊地奈々子、原口眞紀子、高瀬るみこ

精神疾患のある切迫早産妊婦の心理と看護介入に対する一考察

旭川医科大学病院周産母子センター 4階東ナースステーション
○佐野麻衣、菊地奈々子(市立稚内病院)、原口眞紀子、高瀬るみこ

I. はじめに

A 大学病院では精神疾患を有する妊産婦の入院管理や分娩が増加しており、平成 21 年は 0.95% だったのに対し、平成 22 年は 4.19% と増加している。精神疾患を有する妊産婦との関わりは困難に感じる事が多く、また適切な看護介入を見い出せない事が多々あった。切迫早産妊婦の心理過程と看護介入については先行研究において明らかにされているが、精神疾患を有する切迫早産妊婦を対象とした研究は少ない。そこで精神疾患を有する切迫早産妊婦の心理と看護介入について検討したいと考える。

II. 目的

精神疾患を有する切迫早産妊婦の心理を知り、それに対する看護介入について明確にする。

III. 研究方法

1. 研究期間：平成 23 年 6 月～11 月
2. 研究対象：不安障害、パニック発作の既往歴がある経産婦 1 名。
3. データ収集方法：1)アセスメントデータベースに沿って情報収集し看護計画を立案。2)看護計画に基づいたケアを実践する中で B 氏の言動、行動を記録に残す。3)B 氏が入院中より記載していた日記から B 氏の心理的变化を情報収集する。
4. データ分析方法：B 氏の心理をアギュララの危機問題解決モデルを基に分析する。

IV. 倫理的配慮

口頭と書類を用いて本研究への協力意思を確認し、書面にて以下の内容で同意を得た。1)研究協力により健康を害する事はない、2)本研究への参加は自由意志でありいつでも研究協力の中止が出来る、3)協力の拒否による不利益は生じない、4)データは匿名性を保持し個人名が特定される形で公表しない、5)調査終了後はデータを破棄する。

V. 事例紹介

B 氏、30 歳代、経産婦。妊娠 26 週で切迫早産、破水疑いのため A 大学病院に母体搬送となる。B 氏は子宮収縮を自覚出来ており、増強時には自ら医療者に報告する事が出来る。B 氏の精神的安定のため、実母が連日付き添っている。第 1 子が血液疾患に罹患したのを機に不安障害、パニック発作を発症した。入院中も定期的に精神科を受診し、精神安定剤を内服していた。内服した際には医療者に自ら報告していた。

VI. 結果

1)搬送当日から妊娠 33 週まで(表 1)

B 氏は子宮収縮を自覚出来ているが、強さや回数などより具体的な自己モニタリングをしていく必要があった。B 氏からもどのような時に報告

したらいいのか分かるようになりたいと訴えがあったため、ND1 知識獲得促進準備状態を診断し、看護計画を立案した。

2)妊娠 34 週から分娩まで(表 2)

前回の分娩経過が急激に進行し、痛みが恐怖となっている事、今回の分娩も急激に進行するのではないかという不安がある事、分娩進行について知りたいとの発言があった。切迫徴候の自覚と理解はできている事から新たに ND2 出産育児行動促進準備状態を診断し、看護計画を立案した。

VII. 考察

アギュララは、危機問題が解決に至るまでには出来事の知覚、社会的支持、対処機制の 3 つの決定要因によって左右するとしている。B 氏は、危機となり得る切迫徴候を認識し、他者(医療者)へ報告し、様々な対処行動が見られていた。そのため、アギュララの危機理論を使用し分析したいと考える。

1)出来事の知覚

B 氏は破水感と強い子宮収縮を訴え母体搬送、入院となっており、入院当日より緊急帝王切開の可能性が説明され、帝王切開や早産に対する恐怖心を抱いていた。B 氏にとってのストレスは子宮収縮等の切迫徴候であり、それらが早産につながる可能性があるとして現実的に知覚出来ていた。

2)社会的支持

B 氏の精神安定を図るため、入院時から連日母が付き添っていた。B 氏にとって実母はキーパーソンであり、実母の存在が精神衛生の保持に影響を与えていた。家族という存在が妊婦に与える影響について、唐沢ら¹⁾は「家族の入院に対する理解と受け止めは妊婦の精神面に影響を与えている。家族と妊婦が納得できるような情報提供、また、面会時はゆっくりと面会できるような環境作り、家族へのねぎらい等が必要である。」と述べている。実母の付き添いや実母が同席した上で病状や治療方針の説明をする事は B 氏の危機問題解決の一因になっていた。

3)対処機制

B 氏の対処すべき主なストレスは子宮収縮であった。それに対し、B 氏は様々な対処を取っている。まずは安静である。B 氏は搬送時から消極的な言葉を口にしながらもベッド上安静を続けていた。安静度が拡大されても B 氏はトイレ・洗面以外はずっとベッド上で過ごし、子宮収縮が増強しないよう努めていた。妊娠 34 週を過ぎ、児の成長を確認できた段階でシャワーに入るようになっていた。次に子宮収縮増強時の対応である。B 氏は子宮収縮の増強を感じた際にはすぐに医療者に報告し、胎児心拍モニターの装着や医師の診

表 1

	B氏の言動・行動	看護介入	評価
搬送時～30週	「張りが陣痛になって早産してしまうのではないかと、辛いからもう産んでしまいたい」「お腹が張ってる気がするからNSTをつけてほしい」「日記をつけてお腹が張らないように念じると落ち着く」 安静度はトイレ・洗面のみで1日中ベッド上で安静にしている 夕方になると不安が増強し、精神安定剤を内服する。内服後は落ち着かずずっと実母が付き添っている	B氏の訴えを傾聴する 一緒に子宮収縮を確認し、程度を説明する NSTを装着し、視覚で子宮収縮の程度をわかるようにする 医療者からの説明は実母と一緒にのときに行うよう調整する ベッド上での清拭・洗髪の実施 内服の確認	B氏は発言とは対称的に安静度を守り、子宮収縮増強時には報告することができている。訴えに対し、状況の説明を繰り返すこと、NSTを装着したという安心感があることでB氏の訴えは軽減していた。また、精神安定剤の内服や実母の付き添いによってもB氏の気持ちは落ち着いていた。
31週～33週	「孤独だと不安になって余計お腹が張る気がする。」「看護師さんの姿が見えるだけで安心。」 医師の許可が出た日のみシャワー浴可となるが、B氏はシャワーを希望しない 精神安定剤の内服を継続	定期的に訪室し、B氏と話をする時間を設ける B氏の希望に沿ってベッド上での清拭・洗髪を継続 内服の確認	安静度が拡大されてもB氏はベッド上安静を望み、子宮収縮の増強を不安に思い、不安がさらに子宮収縮を増強させると考えていた。意図的にB氏と話をする時間を設けたことや連日の実母の付き添いはB氏の不安を軽減する一因になっていた。

表 2

	B氏の言動・行動	看護介入	評価
	「34週まで来たから1日ずつ頑張る」「もう産みたい。精神的に限界」「前は破水させたなら急に痛くなって怖かった」「小さく頑張っている子を見ると、もう少し頑張ろうって思えた」 週に1回程度シャワー浴を実施し、それ以外はベッド上で安静にしている 精神安定剤の内服を継続 妊娠36週6日で女児分娩となる。	一般的な分娩経過を説明する 前回の分娩経過を聞き、不安な部分を具体的に確認する NICU オリエンテーションと見学の実施 シャワー浴介助 精神安定剤の内服状況の確認	妊娠週数が進んだことでB氏の分娩に対する意識が高まった。また少しずつ安静度を上げることができおり、行動拡大がみられるようになった。その反面、B氏からは消極的な発言も聞かれるようになったが、NICU オリエンテーションを通し、早産時の対応を知り、妊娠継続に意欲をもつことができたため効果的だった。

察を求めた。看護者が装着や診察の必要性がないと判断してもそれらを実施し、視覚的に変化がない事を確認する事でB氏は安心していた。それでも不安が増強した際には、日記を書く、子宮収縮が増強しないように祈るなどの対処行動を図り、自己管理で精神安定剤を内服し、B氏は気持ちが落ち着いたと感じていた。よってB氏は自分の不安をこれらの方法でコントロールし、対処していたと考える。また、医療者との会話もB氏の対処機制の一因になっていたと考える。唐澤ら²⁾は「精神的に不安定になりやすい妊婦にとって、スタッフから気にかけて貰うことは不安を解消するばかりか、大きな精神の安定を得ることが出来る。」と述べている。B氏からは会話によって精神的な安定が得られたという言動が聞かれており、看護者との何気ない会話が妊娠継続への意思へと間接的に導く事が出来た。

妊娠34週以降、B氏は分娩が気がかりとなっていた。この時点からB氏のストレスは切迫徴候と分娩への不安となった。前回の分娩に対する恐怖や持続していた子宮収縮から不安が増強し、妊娠継続の意欲が失われつつあった。竹内³⁾は「切迫早産では、相手の置かれている状況を把握し、傾聴し、受容すること、適切でわかりやすい言葉で繰り返して説明すること、といった基本的な姿勢のほか、安静に伴う身体的制約への配慮や小児科(NICU)との連絡、連携などが要求されます。ただし、ケアとは相手との関係性を基本とした

相対的なものなので、不安への対応を含めたエモーションサポートに、画一的なあり方、すなわちマニュアルはありません。」としている。B氏に対し、分娩教育やNICUのオリエンテーションと見学を行った事で早産に対する具体的なイメージが付き、一日でも長い妊娠継続への意欲となった。これらはB氏の精神衛生を保持し対処機制となっていた。

以上のことから、B氏には危機問題の解決に対する3つの決定要因が存在しており、これらがB氏の均衡状態を保ち、結果として妊娠が継続できたと考える。

VIII. 結論

1)対象の心理状態は変動的であり、不安は常に存在していた。しかし、精神疾患を有していても、危機問題を正しく知覚し、社会的支持や対処機制が効果的に作用すると、危機問題は解決される。

2)対象の社会的支持や対処機制が何かを把握し、それらが適切に働くように環境を整え、個別的な看護介入を実践する事で、対象の危機問題解決への一助となる。

IX. 引用・参考文献

- 1), 2)唐沢千秋他：切迫早産妊婦の入院中の思いと看護者への期待, 第36回日本看護学会論文集(母性看護), 143-145, 2005.
- 3)竹内正人：切迫早産妊婦の不安にどう寄り添うか, ペリネイタルケア, 24(7), 45-50, 2005.

4) ドナ C. アギュララ 小松源助, 荒川義子訳: 危機介入の理論と実際, 川島書店, 19-32, 1997.

5) 小島操子: 看護における危機理論・危機介入改訂2版, 金芳堂, 73-77, 2008