

AMCoR

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

看護研究集録(2018.7) 平成29年度:26-28.

骨延長を受けた学童期の患者がリハビリテーションを継続することを困難にする要因-リハビリテーションの遅延により退院が延期となったB氏との関わりからの考察-

片川 俊太郎, 浅木 香奈恵, 岩村 のぞみ

骨延長を受けた学童期の患者がリハビリテーションを継続することを困難にする要因

リハビリテーションの遅延により退院が延期となった B 氏との関わりからの考察

キーワード：骨延長、リハビリテーション、学童期

旭川医科大学病院 4階西ナーステーション、○片川俊太朗、浅木香奈恵、岩村のぞみ

はじめに

軟骨無形成症は四肢短縮型低身長を呈する骨系統疾患の代表で、およそ 2 万出生に 1 人の割合で発生する。四肢の短縮に対して、上腕骨、下腿骨、大腿骨の仮骨延長による骨延長が広く行われているが、治療期間が長期に及び、感染や関節拘縮などの様々な合併症が生じる。

A 大学病院では年間 1 例から 2 例程度の小児が 3 ヶ月間の入院予定で骨延長を行っているが、予定通りの入院期間で退院となる小児は少ない。

今回、軟骨無形成症で、両下腿の骨延長目的でイリザロフ創外固定術(以下手術とする)を施行した学童後期の患者 B 氏に関わった。B 氏は当初、入院期間 3 ヶ月で自力での歩行が可能な状態で退院する予定であったが、リハビリテーションが当初の予定通りに進まず退院延期となった。

久保らが行った下肢創外固定術患者のリハビリテーションに関する研究では、「ROM 練習や筋力トレーニングにはピン刺入部痛が障害の原因」¹⁾であることが明らかとなっている。B 氏も疼痛を理由にリハビリテーションを拒否することがあったが、疼痛以外の訴えも多くあった。骨延長を受けた学童期の患者がリハビリテーションを継続することを困難にする要因を明らかにすることを目的とし、本研究を実施することとした。

I. 研究方法

1. 研究期間：平成 27 年 7 月～12 月
2. 研究デザイン：事例研究
3. 研究対象：軟骨無形成症による四肢短縮症に対し、両下腿の骨延長を施行した学童後期患者 1 名
4. データ収集方法：看護記録から治療経過や看護介入内容と B 氏の言動や行動に関する記述をデータとして抽出した。

5. データ分析方法：抽出したデータをリハビリテーションを中心に独自の方法で 3 期に分類し、時系列に沿って振り返った。期は B 氏の言動や行動に変化があった時点で分け、きっかけとなった出来事やそのときの看護師の介入などを振り返りやすいようにした。

6. 倫理的配慮：保護者と B 氏に書面で研究目的と方法を説明し、同意書に署名を得た。研究への参加は自由に意思決定できること、また、いつでも中断することができ、それらによる不利益がないことを説明した。尚、本研究は A 大学倫理委員会の承認を得て行った。

II. 結果

1. リハビリテーションに意欲的な時期（入院から手術後 6 週）

手術後 3 日目頃から手術に伴う疼痛は軽減し、看護師や母親が B 氏を抱きかかえて車椅子への移乗を実施していた。リハビリテーションを積極的に進めるためにも早期から退院後の生活を見据えた関わりができるよう、B 氏的意思を確認する機会を設けた。B 氏からは「早くリハビリして歩けるようになりたい」などリハビリテーションに対し意欲的な発言が聞かれた。

骨延長は手術後 1 週間からリハビリテーションと同時期に開始され、朝 6 時より 1 日 4 回実施していた。母親や B 氏が看護師と共に作成した日課表に沿って、B 氏が主体となって取り組むことができていた。手術後 2 週目頃から下肢の荷重練習の許可が下り、立位訓練、歩行訓練が開始となった。リハビリテーションに伴う疼痛は鎮痛剤の使用や温罨法の実施でコントロールできており、平行棒内で数メートルの歩行が可能となった。そのため入院時から付き添っていた母親は安心して帰宅した。

2. リハビリテーションに消極的な時期（手術後 7 週から 11 週）

骨延長が進むにつれてピン刺入部の疼痛が出現した。医師より鎮痛剤は頓用で使用するよう指示があり定期内服は行っていなかったが、看護師は疼痛によって立位訓練、歩行訓練が妨げられないよう予防的な使用も含め積極的に鎮痛剤を使用したため、この時期は鎮痛剤の使用頻度は高かった。B 氏からは「ずっと痛いけど、薬を飲めば少し良くなる」との発言があった。B 氏はリハビリテーションの必要性について「歩けなくなったら困るから頑張る」と言語化できていたが、疼痛を理由に消極的な姿勢が見えはじめ、「こんなにリハビリが辛いなら歩けなくてもよい」と拒否を示すようになった。また、実施可能な車椅子への移乗や車椅子での移動に対しても「前やったときに痛くなった。それやったら痛くなるからやりたくない」と拒否を示すようになった。その結果歩行が困難となり、看護師や母親が B 氏を抱きかかえて車椅子への移乗や排泄時の移動を実施していた。

母親の付き添いが終了すると、次第に「寂しい。ママに会いたい」と涙を流すことが増え、毎日母親と電話をするようになった。また、夜驚症による夜間のパニック様の症状の増加がみられた。看護師は精神的安寧を目的として B 氏のベッドサイドで過ごす時間を設け、話し相手となった。その結果、寂しさの表出やパニック様の症状が出現する頻度は減少した。

そして、母親が帰宅したことで寂しさを感じていた B 氏が、家族と楽しめる時間を作り、消極的になっていたリハビリテーションに対して再び意欲的になれるよう、「外出で動物園に行く」という目標を B 氏、母親、看護師で話し合って決めた。しかし、後日リハビリテーション中に B 氏より「動物園なんか行けなくてもいいからもうリハビリはしたくない」という発言があり、外出は実施できなかった。

また、B 氏は朝 6 時の骨延長を起床できないことを理由に看護師に依頼するようになり生活リズムが乱れ始めた。立位訓練や車椅子移乗は拒否を示しながらも行っていたが、歩行は全くしようとしなかったため、看護師は B 氏と母と協働し日課表の修正と骨延長の時間変更を行った。その際 B 氏からは「自分で決めたことだからしっかりやりたい。頑張る」

との発言があった。B 氏は看護師に自力で実施可能なことも介助を求めたため、「できることは自分で行うように関わる」という統一した姿勢で関わるようにした。その結果、B 氏からは「私ができるってこと皆知っているんだ」という発言が聞かれるようになり、リハビリテーションに対する拒否的な発言は徐々に減少し、意欲的にリハビリテーションに取り組むことができるようになっていった。手術後 10 週頃に骨延長は終了となった。

3. 再びリハビリテーションに積極的になった時期（手術後 12 週から 17 週(退院)）

看護師は自宅や学校での退院後の生活を想定し、移動時の移乗動作の自立が不可欠であることを B 氏と母親と確認した。「自力で車椅子や便座への移乗ができるようになること」を目標として、看護師は必要時のみ介助を行った。

看護師が試験外泊終了後に自宅で数日を過ごした様子を確認すると、移動や移乗は全て父親の介助で行っていたにも関わらず B 氏は「問題なかった」と表出しており、自分自身の ADL が目標に達していないことを認識していなかった。看護師は B 氏が自身の ADL を正確に把握することができるよう母親を交えた面談を定期的に行い、B 氏からは「これじゃ駄目だね。もっとできるようにしないと」という発言が聞かれるようになった。

母親は面会に来たときにはリハビリテーションに付き添い、歩行時の姿勢や実施状況を動画で撮影した。その結果、B 氏も自己の課題を明確にして取り組めた。課題が明確になったことで B 氏は歩行訓練時に下腿に荷重をかけるといった目標を自ら設定し、積極的にリハビリテーションに取り組むようになった。立位訓練、歩行訓練を行う際には、母親と共に複数の看護師が積極的に励ましやねぎらいの声かけを行い、ADL が改善してきていることを意図的に伝えるという肯定的なフィードバックをすることで、B 氏はリハビリテーションを最後まで実施できるようになった。その結果、B 氏は歩行器を使用し自立歩行が可能となり、予定から 1 か月ほど遅れて退院が決定した。

Ⅲ. 考察

リハビリテーションに意欲的な時期には、看護師はB氏が退院後の生活を考えることによってリハビリテーションに積極的に取り組めると考え、本人へ退院後の生活に向けての考えや思いを引き出すよう関わった。また、この時期は母親が入院に付き添っていたため、B氏は常に母親から頑張りに対する労いや励ましの声掛けを受けることができていたと考えられる。その結果、B氏は疼痛を訴えながらもリハビリテーションに積極的に取り組むことができていた。このことから、B氏は看護師の介入や母親の存在によって疼痛を上回る意欲を持つことができ、介入は効果的であったと考えられる。

リハビリテーションに消極的な時期には、疼痛を伴う骨延長に対しては拒否を示さないが、リハビリテーションに対しては予防的に鎮痛剤を使用しても強い拒否を示した。ピアジェは「具体的操作は、知覚可能で手で操作できるような具体物、あるいは、直接イメージできるものに対してはたらく」²⁾と述べている。B氏の発達段階は具体的操作期であり、骨延長とリハビリテーションはどちらも疼痛を伴うものであるが、身体計測やレントゲン写真などで視覚的に効果が確認できる骨延長に対し地道で効果を実感しづらいリハビリテーションは、B氏にとっては実施する理由を見出すことが困難なものであったため、リハビリテーションの拒否に繋がっていたと考えられる。そして、リハビリテーションの実施前という疼痛が生じていない状況で強く拒否を示すという反応は、以前感じた疼痛によってB氏が「リハビリテーションとは痛くて辛いものである」と認識し、リハビリテーション即ち疼痛に対して恐怖や不安を抱いていたことによるものであると考えられる。

また、看護師はB氏が寂しさを感じることはないようB氏に寄り添う看護を実施したが、友人の退院や家族と離れて生活することによってB氏が感じる寂しさは日に日に大きくなっていったと考えられる。田中らの実施した7～16歳の慢性疾患をもつ入院中の学童期、思春期の子どもを対象とした研究では、「子どもの意欲を支えるものとして『周囲の助け』『楽しみ』『居心地のよい環境』」³⁾があげられている。長期入院が必要なB氏にとって田中らの言う意欲を支えるものの不足があり、

入院が長期にわたり寂しさの蓄積がパニック様の症状やリハビリテーションの意欲の低下につながったものと考えられる。

岡田らは「患者がリハビリ意欲につながると感じた『できることへの喜び』『できることが増えること』は、自己効力感を生み出す基となる成功体験を積み重ねていることになる。それに看護師が言語的説得を加えれば自己効力感はより高まる。」⁴⁾と述べている。再びリハビリテーションに積極的になった時期には、看護師は達成が可能と思われる小目標を複数設定しB氏が成功体験を積み重ねることを目的に介入した。更に、B氏が実施できた内容に対する肯定的なフィードバックを積極的に行った。これらからB氏は日々成功体験が得られ、他者が認めてくれることで自己効力感を得ることができ、リハビリテーションに積極的に取り組めるようになったと考えられる。

Ⅳ. 結論

本事例において、骨延長を受けた学童期の患者がリハビリテーションを継続することを困難にする要因として、「疼痛に対する恐怖や不安」、「寂しさの蓄積」、「自己効力感の不足」が明らかになった。

おわりに

本研究は1事例の振り返りであり、B氏の個別性も考慮すると一般化するには限界があるが、今回得られた結果を今後の看護実践に活かしていきたい。

引用文献

- 1) 久保秀一他：下肢創外固定術患者の急性期リハビリテーションの問題点と工夫，日本創外固定・骨延長術学会雑誌 21, 77-81, 2010.
- 2) J.ピアジェ（中垣啓訳）：ピアジェに学ぶ認知発達の科学（初版），135，北大路書房，2007
- 3) 田中奈保子他：慢性疾患をもつ入院中の子どもの意欲を支えるもの，日本小児看護学会第12回学術集会講演集，162-163，2002.
- 4) 岡田みのり他：リハビリテーションの意欲向上に影響する患者の意識と看護師の実践との関連，NPO法人日本リハビリテーション看護学会，第26回学術大会，60，2014.