

AMCoR

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

看護研究集録(2018.7) 平成29年度:113-116.

予防的外科治療後に意識障害を呈した患者の家族の心理的变化

大泉 麻衣, 古田 淳也, 村川 卓磨, 山本 友佳子

予防的外科治療後に意識障害を呈した患者の家族の心理的変化

キーワード：家族の心理的変化、予防的外科治療、家族看護

10 階東ナースステーション ○大泉 麻衣 古田 淳也 村川 卓磨 山本 友佳子

I. はじめに

家族の一員が予期せぬ合併症によって意識障害を呈した時、家族は出来事の急激な変化に心の準備もできない上、患者の死を連想せざるを得ない状況に置かれるために、危機状態に陥りやすいと言われている。さらに患者の生命にかかわるような治療や処置などの意思決定を求められることも多く、より一層ストレスフルな状況に置かれる¹⁾。当病棟でも予防的外科治療後に予期せぬ意識障害を呈した患者に直面した家族は現状を受け止められず、接し方がわからなくなることがあり、看護師も家族へのケアに苦慮することがある。しかし、積極的にケアやリハビリへ参加するようになるなど徐々に患者の現状を受け入れていく事例があった。

先行研究では救急・重度意識障害の家族の心理的変化について明らかにされているが^{2, 3)}、予防的外科治療後に意識障害となった家族の心理的変化を分析したものはない。そのため、事例を分析し患者を支える家族への効果的な介入を検討したいと考えた。

II. 研究目的

予防的外科治療後の合併症により意識障害を呈した患者家族を対象とし、その患者家族の心理的変化を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究対象者

平成 26 年 7 月～平成 27 年 6 月の期間で D 病院に入院し、術前 JCS0～1 で ADL が自立していたが、術後に JCS3 桁まで低下し、術前の JCS に回復しなかった患者の家族 (3 名)。

2. 調査方法

看護記録・医師記録からデータ収集し、それぞ

れの事例の心理的変化を読み取り共通点を明らかにする。

3. 調査期間

2016 年 7 月～11 月

4. 倫理的配慮

研究は D 病院倫理委員会の許可を得た上で進めた。審査委員会で承認の得られた文書を D 病院倫理委員会ホームページに掲載し情報公開を行うことで拒否機会を保障した。

IV. 用語の定義

予防的外科治療：より大きな合併症を予防する為に事前に外科的治療を行う事

V. 結果

事例を分析した結果、3 名の共通していた経過を<突然の発症を受け止められない>、<患者の状態に戸惑いや不安を抱える>、<回復への現実的な期待>の 3 段階に分けることができたため以下に示す。

<事例紹介>

対象者は意識障害を呈した患者の家族 3 名 (以下 A 氏、B 氏、C 氏) とする。A 氏と B 氏は術前に説明されていた合併症を発症したが、C 氏は事前に説明がされていない予期せぬ合併症を発症した。対象者は概要を表 1 として示す。

1. 突然の発症を受け止められない

A 氏 (発症当日～)

突然の発症を受け止められていない様子。「声かけても答えないし、聞こえてないんでしょうね」と尋ねる場面もあり、看護師から聴覚からの刺激は届いている可能性があることを伝えた。

B 氏 (発症当日～)

インフォームドコンセント (以下 IC とする)

表1 対象者概要

患者						対象者 (家族)
性別	年齢	診断 (手術)	意識障害の原因	術前のJCS・MMT (右上肢、左上肢、 右下肢、左下肢)	転院時のJCS・MMT (右上肢、左上肢、 右下肢、左下肢)	
女	70歳代	未破瘍期脳瘤 (開頭クリッピング術)	水頭症、脳内出血 脳梗塞	JCS : 1 MMT : 4, 4, 4, 4	JCS : 3~10 MMT : 2, 1, 1, 1	A氏 (夫)
女	60歳代	内頸動脈狭窄 (ステント留置術)	脳内出血	JCS : 0 MMT : 4, 4, 4, 4	JCS : 3 MMT : 1, 1, 1, 1	B氏 (夫)
男	80歳代	内頸動脈狭窄 (頸動脈内膜剥離術)	腎不全による肺水腫 肺うっ血心停止、低酸素血症	JCS : 0 MMT : 4, 4, 4, 4	JCS : 20 MMT : 0, 0, 0, 0	C氏 (妻)

を受け「わかりました…」と発語は少なく動揺していたため、看護師からは説明後に質問や不明点はないか確認した。また、「先生から話とか聞けますか。あ、昨日聞いたんでした。すみません」と昨日説明されたことを忘れており混乱している様子であった。

C氏 (発症当日～)

術前に術操作による合併症についてはICされていたが、腎機能が低下しており腎不全を発症するという可能性についてはICされておらず、「こんなふうになるとは思ってなかった。血栓が飛んだりとかは聞いてたんですけど」と流涙して医師からの説明を聞いていた。また、予測していない事態でどの程度回復するか不透明であることから動揺も大きい様子であった。術前と状況が一変してしまったことに気持ちがついていかずに受容できないと話され、医療者を責めるような発言もあった。しかし、このような状況下においても、自ら積極的に患者へタッチングや声掛けを行うことが出来ていた。

2. 患者の状態に戸惑いや不安を抱える

A氏 (発症1週間～)

「これから状態が良くなればいいんですけど。やっぱり痺れとか残るでしょ。意識戻るかとか今後どうなるのかとか不安だよ」と、状態が回復しない事への戸惑いや後遺症に対する不安がきかれ、訴えを傾聴した。また、患者のバイタルサインなどの状態変化に過敏となり、看護師の返

答に目を合わせない様子もあった。そのため、面会時には患者の状態を伝え、患者に対して積極的に声かけを行うと、A氏も看護師と同様に患者の傍に寄り添い名前を呼んでいた。A氏の面会に合わせて車椅子乗車するが、A氏は患者に声をかける様子がなかった。そのため、他にできることとして手足の運動を勧めたが、「怖くてできない」と表出があった。

B氏 (発症2週間～)

「あいつの方が大変な思いしてるので、私は大丈夫です。自宅が遠いので、今帰るよりもう少しこちらにいた方が安心なんです」と、近隣のホテルでの宿泊をもう少し継続していきたいと話されており、表出はないが疲労感が残っている状態であった。患者の介護を行う上でも、共倒れにならないよう家族の休息も必要であることを伝えた。また、患者への接し方に困惑している様子もあり、面会時にはタッチングや声かけ、ラジオを聴かせることも刺激になることを伝えた。

C氏 (発症3週間～)

C氏は毎日面会に来られているが、「せめて、『うん』とか『いや』とか反応してくれたらいいのに」と反応が変わらない患者の状態に戸惑い落胆している様子があり、表情の変化がみられた際は看護師から情報提供した。また、「なんでもっと早く泌尿器と腎臓の方の対応をしてくれなかったんだらうって、そればかり思ってしまった」と不満を繰り返し訴えていた。

3. 回復への現実的な期待

A 氏（発症 5 週間～）

手指の関節運動に対して恐怖心があったため、セラピストに A 氏へ指導してもらうよう依頼し、指導後には看護師から促すことで関節運動を行っていた。その後、自発的に手を揉むことや、手指の関節運動を行うことができていた。また、以前は名前だけの声かけであったが、名前以外にも日常会話などの声かけを積極的に行っていた。

患者から発語が見られるなど小さな反応に笑顔を見せ喜びを感じている様子があり、「頭に手を持っていくんだわ。頭痛いんだろうか。痒いだけかな。眉間にしわは寄ってないから大丈夫だと思う」と患者の行動から気持ちや症状を予測することもできていた。

B 氏（発症 5 週間～）

「こうなったことは仕方がないことだと思っています。ちょっとずつ良くなって欲しいですね。誰か認識できるくらいになって転院をしたい」と現状を受け入れようとしている発言や、治療やリハビリの継続により意識状態の改善を期待する発言があった。

患者の開眼する時間が長くなったことを写真を撮って喜んでおり、看護師は日々のケアの中でみられる小さな反応を家族の面会時に伝えるようにしていた。また、家族の面会時に車椅子乗車する機会を設けるようにすることで、次第に B 氏自ら車椅子での散歩を希望されるようになった。さらに、清潔ケアなどを通して患者と触れ合うことを促し、緊張した面持ちではあったが看護師と爪切りを行うことができていた。

C 氏（発症 6 週間～）

看護師のケアについて頻回に不満が聞かれており、できることはしたいと希望され体位変換やマッサージ、爪切り、清拭を看護師とともに実施した。C 氏は患者の反応が乏しいと落胆していることも多く、反応を期待している様子であったため、覚醒を促すため毎日のストレッチャー浴によ

る温浴刺激や患者好みの味のアイス棒を作成しアイスマッサージを実施した。また、セラピストによるリハビリ以外でも背面開放座位や車椅子乗車を 1 日 1 回実施した。

転院時には「こんな形での退院とは思っていなかったけど、いろいろ考えて、よかったのかなって思えるようになりました」と感謝の気持ちを述べて転院された。

VII. 考察

櫻井らは「患者の突然の受傷や発症という出来事は、特に患者の状態が重篤であればあるほど、家族にとって患者を失うかもしれない、どう対処したらよいか分からないといった強いストレスを引き起こす脅威となり、通常の方法では対処しきれない危機として体験される」⁴⁾と述べている。本事例では、脳梗塞や脳出血などの生命の危機を回避する目的の手術とは異なり、発症を未然に防ぐための手術であり、術後の思いがけない意識レベルの急激な低下は、全ての対象者に共通して＜突然の発症を受け止められない＞時期となったと考えられる。この時期を経て、これまでの患者とは異なる姿や、なかなか回復しない姿を目の当たりにして、＜患者の状態に戸惑いや不安を抱える＞時期を迎えた。この時期の A 氏と C 氏は、戸惑いや不安を言葉にして表出していたが、B 氏の表出は少なかった。また、A 氏と B 氏は患者との接し方に困惑し、初めは患者と距離を取る様子があった。これは実際に意識障害を呈した患者を目の当たりにしたとき、どのように対処して良いかわからなくなったことで戸惑っていたことが考えられた。家族は生命の危機を乗り越え患者を喪失するかもしれないという不安から脱し、病状が安定してきたことで＜回復への現実的な期待＞の時期へと移行した。この段階では看護師側から車椅子での散歩やリハビリへの参加を促す介入をした。その結果、家族から自発的に車椅子での散歩の希望が聞かれたり、リハビリを行うなど早期に積極的にケアへ参加するようになったと考えられる。この背景には、これらの介入に

より刺激を与えることで患者からの反応もみられるようになり、それが家族の心の支えとなっていたと考えられる。また、意識障害により言語的コミュニケーションが図れないため、タッチングや清潔ケアなどが家族にとって患者とのコミュニケーションツールとなっていることも要因として考えられた。長戸は「危機介入はゆっくりとした歩調で進められるアプローチではなく、看護師は、より積極的な、時には支持的な役割を進んでとるようにしなければならない」⁵⁾と述べている。このように意識障害の発症によって危機状態にある家族に対して、支持的な関わりを行うことで、家族の早期のケアへの参加に影響したのではないかと考えられる。

C氏の場合は<突然の発症を受け止められない>時期から、自ら患者へ声かけやタッチングを行っており、自らどのようなケアを行いたいかを考え、積極的にケアへ参加していた。一見、患者の現状を受け入れているようにも捉えられるが、その背景には事前に説明されていない予期せぬ合併症の発症により医療者側へ不信感を抱いていた可能性が考えられる。その不信感が発症当初から転院時まで存在しており、医療者へ任せられないという不信感と、自分がなんとかしなければならないという責任感からこのような行動に繋がったことが考えられる。A・B氏は徐々に現状を受け入れ、適応に向かおうとしていたが、C氏は医療者への不満の訴えや悲嘆する様子があり、現状の受け入れが困難な状態が続いていた。この点がA・B氏とC氏の決定的な異なる点として挙げられる。このことから、予防的外科治療では手術前のICにより合併症について説明をされているか、説明された内容について患者、家族共にどのように理解しているのかを事前に確認することが重要であり、その理解度によって手術後の家族の受け入れに違いが生じることが考えられる。

VIII. 結論

- ・ 予防的治療後に意識障害を呈した患者の家族は <突然の発症を受け止められない> <患者の

状態に戸惑いや不安を抱える><回復への現実的な期待>という3つの時期をたどる。

- ・ 術前のICの理解度は、術後に合併症を発症した際に家族の受け入れに違いが生じる。

IX. 研究の限界

本研究での対象者は3名のみであり、いずれも患者の配偶者のみに限定されていたため、異なる属性の対象を選定することで、多くの家族に共通した心理過程を検討することができると考えられる。

X. 参考文献、引用文献

- 1) 関根光枝. 2012. ポストクリティカル期における家族へのケア. 家族看護 19. 日本看護協会出版会. 10 (1). 56
- 2) 巽のどか、馬場彰一、小川いずみ他. 2015. 脳梗塞により意識障害を呈してSCUに入院した患者家族の思い. 日本看護学会論文集 急性期看護. 178-181
- 3) 樽松久美子、黒田裕子. 2006. 意識障害患者の家族が辿る心理社会的な体験の記述と看護支援-突然に発症したくも膜下出血患者の配偶者の一事例に基づく探求-. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2 (2). 89-97
- 4) 川野雅資、櫻井しのぶ. 2010. 家族看護学 Family Health Care Nursing. 株式会社 PILAR PRESS ピラールプレス. 237
- 5) 野崎佐由美、中野綾美、長戸和子他. 2005. 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. 株式会社へるす出版. 174