

その人らしさを生かした看護を目指して

—— セルフケア不足の援助に焦点をあてて ——

1 病棟 10 階

○小山田佳乃子 品田真由美 口羽咲枝 矢野恵子 松永須美恵

I. はじめに

当病棟では6年前より看護診断を導入し、看護を展開している。初期診断として、乏しい情報の中からプラン立案しなければならないという事は、私達の業務の中で珍しい事ではない。個別性を重視した診断が求められるなか、治療や諸検査の中には安静を強いるものも多く、入院患者に対する初期の看護計画では『セルフケアの不足シンドローム』という診断ラベルを用いることが多かった。NANDAの看護診断では『セルフケアの不足シンドローム』とは「患者が運動機能や認知機能の障害のために、4つのセルフケア行動のそれぞれを実行する能力に低下を来している状態」と定義されている¹⁾。しかし、これ以外にも私達はADLに大きく影響を及ぼすと思われる、移動に関する看護介入も含めて援助を行っている。セルフケア不足の要因は様々であるが、ADLの実践能力が自立しているか否かに焦点を当てながら、看護介入が計画される。つまり、患者が自分で出来ない部分を代行する看護介入となっている。

このたび『セルフケアの不足シンドローム』という診断ラベルを挙げ、看護計画に添って援助を行っていたところ、頻回にナースコールを押し、不安・不満を訴える患者がみられた。この患者に、セルフケアへ参加する意欲が見られず、むしろ依存心が増してゆくように感じられたことをきっかけに、診断およびその関わり方に問題があるのではないかと考えた。

事例を通してセルフケア不足に対する看護介入について振り返り、再検討した。その中で、闘病や生きる上でのエネルギーの源となるものが必要であると思われた。これをその人の強み又はその人らしさと考え、それらを引き出すような看護介入の重要性を学んだので報告する。

II. 方法

期間；1996年4月～1997年7月

対象；入院中に『セルフケアの不足シンドローム』の診断の挙げられている患者より、無作為に選択した5症例

1. 初期診断に『セルフケアの不足シンドローム』の診断ラベルを挙げた患者に対して、日本看護協会の「アンケート調査のお願い・昭和62年」²⁾を参考に、個人面接調査を行った。
2. 『セルフケアの不足シンドローム』に対する看護援助に関する患者の満足度について聴取した。
3. 面接後、患者の強み・その人らしさを見つけ、看護計画を見直し実践した。
4. その後、再度面接調査を実施し、患者の満足度を再評価した。

Ⅲ. 看護の実際

S. R氏

70歳、男性、キリスト教牧師

スペイン人で在日40年、独身、自分の希望を表出できる穏やかな性格で、一日一回は牧師仲間や友人の面会もあった。

病名は悪性リンパ腫で、順調に化学療法とライナック治療を受けて完全寛解となっていたが、再発。胸・腰椎への浸潤により下半身の麻痺を来した。手術による効果もあまり期待できず、病名・病状の告知を受けていたこともあり、患者は積極的治療を拒否した。

私達は当初『セルフケアの不足シンドローム』と診断し援助を行っていたが、患者に個人面接で援助に対する満足度を調査したところ、援助自体への不満は聞かれなかったが、特に宗教活動に関する希望が表出された。そこで宗教信仰することを患者の強みと捕らえ、『魂の苦悩』という診断を取り入れると共に、セルフケア援助も含めて、患者の希望に応じた生活パターンを計画した。早朝5時にお祈りを希望され、準備をしたり、聖書などを読むと気持ち落ち着くということで、読書の時間をとり、処置・セルフケア援助時間は患者の希望に合わせた。

その結果、自己導尿も早期に確立し、再度面接調査を行った結果、援助への満足度も増した。その後、イエズス会の施設でターミナル期を過ごすことを希望され、そこで最期を迎えることができた。

Y. H氏

38歳、女性、夫・男児2名の4人家族、会社員（事務職）

病名は再生不良性貧血で、H. 7年に初回入院。この時点より病識があり、積極的に治療に参加する患者で、自分のことは自分で行うというタイプの人であった。H. 8年に汎血球減少に伴う臀部蜂窩織炎で再入院となり、臀部蜂窩織炎による疼痛と、それに伴うADLの低下もあり、『セルフケアの不足シンドローム』と診断し援助を行った。

そこで患者に個人面接調査を行い、援助に対する調査を行ったところ、「色々、こまごまと気を使ってもらっているから大丈夫、満足しています。」という言葉が聞かれた。私達はその評価に物足りなさを感じ、患者をまじえて看護診断・及び計画を見直してみた。セルフケアに関しては、患者の「自分のことはできるだけ自分で行いたい。」という言葉聞き、患者の自立心を尊重することで、その人らしさを尊重することにもなるのではないかと気付かされ、セルフケアの援助は可能な限り、自分で行ってもらうこととした。

また「趣味の手芸や読書をするにも限界があるのよね。」という言葉も聞かれた。長期の入院生活と、易感染による安静制限に関する『気分転換活動の不足』という診断もあがってはいたが、セルフケア不足の面から考えてみると、必要物品を十分に調達するという配慮に欠けていたことにも気付き、その点を追加プランしたり、患者の自立心を踏まえたプランニングに変更した。再度面接調査を行ったところ、患者から「いろんなことに気を使ってもらえて嬉しい。」との言葉が聞かれ、満足度もより増した。

M. T氏

28歳、女性、夫と2歳児、2ヶ月児の4人家族、主婦。

病名は急性リンパ性白血病。次女出産後に発病し、他院で化学療法2クール終了後完全寛解し、骨髄移植目的で第3内科へ転科となる。転院時に看護婦の受けた印象は、おとなしく、引っ込み思案で、他力本願な性格という感じであった。

転院直後より個室に入室し、IVH挿入や化学療法開始による副作用のため、ADLの低下とセルフケア不足が生じ、患者は「背中を拭いて。」「動けない。」と言って、ほとんどベッド上から動かない状態となった。そこで私達は初期診断として、『セルフケアの不足シンドローム』を挙げ、全面的なセルフケアの援助を計画し行った。その後、嘔気・倦怠感等の症状が改善しても依存的状態は続いた。

そこで私達は、患者に個人面接で援助に対する満足度を調査したところ、現在の援助には満足しているが、前医でも厳しい安静制限のため全面的に看護婦に介助してもらっており、今でも自分でしてはいけないと思いついでいる事が分かった。その反面、夫の前では自立出来ているように振る舞っていた。

そこで私達は、『適応障害』という診断を挙げ、まず現状態は感染の恐れもなく、セルフケア行動を充分出来る状態である事を説明した。そして、夫の前では元気に振る舞う事を強みとし、夫の前で出来るのだから頑張ろうと働きかけた。また患者が他患者との交流により適応能力を回復させる事が出来ると判断し、個室から4人部屋へ転室した。そしてセルフケアに関しては徐々に自立出来るプランを繰り返し、患者と共に計画・実践した。その結果、「これは出来る。ここを手伝って。」と言いながら、次第にセルフケア不足は解消され、セルフケアの自立へと繋がった。

再度面接調査を行った結果、「自分で自分の事が出来るようになって良かった。」との言葉が聞かれ、援助に対する満足度も増した。

T. K氏

65歳、女性、夫・長男・嫁・孫3人・次女の8人家族、入院前は家業の酒屋でトラック配達等行っていた。

病名は悪性リンパ腫で、急激な脊椎浸潤による下半身麻痺を合併しての入院。最初は肺炎併発のためCCMCにて呼吸管理されていたが、その後10階へ転棟となる。下半身完全麻痺のため、セルフケアの全面介助が必要となった。

初期診断として、下半身麻痺による『セルフケアの不足シンドローム』を挙げ、計画・実践していたところ、患者はイライラしてティッシュを投げたり、再三ナースコールを鳴らし、他者への依存も増加してきた。

患者に個人面接で援助に関する満足度を調査した結果、患者は麻痺によるショックが大きく、援助に対し不満ばかりで満足は得られていない事や、セルフケアに参加する意欲が無い事が分かった。

そこで私達は患者の看護診断に、急な発病・身体機能の喪失による『自己尊重の状況的低下』を追加した。そして主治医と共に患者に、今後は立って歩く事が出来ない事、車椅子での生活が必要になる事を説明した。すると患者から「私にとっては孫が生きがいで、車椅子

に乗ってでも、孫の入学式に参加したい。」との言葉が聞かれた。そこで、孫と一緒に暮らし、入学式にも参加したいという気持ちを強みと考え、孫からの手紙をベッドサイドに貼ったり、明るい環境作りをし、患者に目標に向けて励ましの言葉をかけた。そしてセルフケアに関しては、残された機能を使って出来る事を共に考え、目標を設定して計画・指導・援助を行った。その結果、体位変換時「自分の手で体を横に向けるから、動かない足の方だけ看護婦さんが動かして。」という言葉が出るようになり、食事や歯磨の援助も、蓋開けや配水の準備だけで、後は自分で行えるようになった。そして積極的にリハビリにも参加して、時間外も出来る限りの自動運動まで行うようになり、徐々にセルフケアの自立へと繋がった。

再度面接調査を行った結果、可能な部分の自立による自信から、患者の満足度も増し、「快適な入院生活が送れるようになった。」との言葉も聞かれた。

F. N氏

62歳、女性、夫と二人暮らし、主婦、以前は当院給食部に勤務していた。

病名は噴門部MKで、入院時より食物通過障害がありIVHによる高カロリー輸液が施行されていた。また倦怠感も強かったため、初期診断として『セルフケアの不足シンドローム』があげられていた。しかし、私達の計画した援助に際し、患者は「いいです。自分で出来ます。」と頑固なまでに拒否をした。

そこで患者に個人面接で援助に対する満足度を調査し、患者と共に看護計画を見直した。すると、患者から「夜になると死についても色々考えて眠れない。本当は動くのもきついけれど、自分の事は自分でできると思っているし、動かないとよけいに弱って動けなくなる気がするので、思い通りにさせて欲しい。」との言葉が聞かれた。

そこで私達は、『死への恐怖』という診断を挙げ、患者とゆっくり話す時間をとり、我慢せずに感情を表出するように働きかけた。またセルフケアを自分で行う事が、生きる証しとして患者の強みになると考えた。そこで、セルフケアに関しては、患者の意思を尊重しつつ、できる限り患者自身でセルフケアを行ってもらう事と計画を変更し、必要と思われる時には声かけをして、患者がいつでも私達に援助を求められるような関係を作っていた。

その後、治療が進み、必要になると患者から援助を求めようになり、私達も患者の気持ちを尊重しつつ援助ができるようになった。再度面接調査を行った結果、「看護婦さんの前で泣けるようになって、楽になった。」との言葉が聞かれ、援助に対する満足度も増した。

IV. 考察

私達は入院当初の患者に、身体不動性・活動不耐・意識レベルの低下・意欲の低下等の因子があれば、短絡的に安易に『セルフケアの不足シンドローム』という診断を用いてきた。初期診断では、患者の最低限のニードが充足されるためのプランが立案・実践されている。

しかし、現在の様に生活が多様化していると、「療養生活の快適さ」や「その人らしさ」も個人差が大きく、患者個々の意向が十二分に取り入れられた、個別性のある看護診断・援助を展開する事は難しく、そのため患者の十分な満足度を得る事は出来なかった。

今回、『セルフケア不足』と診断した5例について、看護の振り返りを行った。T. K氏

の症例では、面接後『自己尊重の状況的低下』の看護診断を追加すると共に、孫への愛情を強みと考え、孫の入学式に参加する事を患者と一緒に目標設定する事で、闘病への意欲がわき、セルフケアの自立へと繋がった。またF. N氏の症例では、面接後『死への恐怖』の診断・介入を追加すると共に、セルフケアを自分で行う事が生きる証しとして患者の強みになると考え、出来る限り患者にセルフケアを行ってもらおう事で、「その人らしさ」を生かした援助が行え、満足度も増した。

オレム³⁾は普遍的セルフケア要件の一因として、「人間の潜在能力や既に知られている人間の限界、そして正常でありたいという願望（正常希求）と調和した、社会集団内での人間としての機能を増進させ、発達を促すこと」を挙げている。

今回の症例検討でも、患者の意志や自己概念を尊重した上で、その人の強みを引き出し、プランの修正をしたり適応因子プラスその人らしさを加味した診断を取り入れることで、相互的にセルフケアの自立へと繋がったり、患者の満足度も充実し、看護過程もスムーズに展開出来ると考える。そして患者の潜在能力や強みを生かしてこそ、「その人らしさ」や「快適さ」が得られるものと思われる。

また太田⁴⁾は「患者に個の背景があるように、看護婦にも個としての判断・選択・行動特性がある」と述べている。患者の特性を引き出すためには、患者を多面的に捕らえる事が必要であり、それには看護婦一人一人が患者から得た情報を提供し、共有しあう事、そして患者を多面的に洞察し、看護に反映できる柔軟性が大切であると考えられる。

V. おわりに

今回、『セルフケアの不足シンドローム』の診断・援助による患者の「満足度」を通して、診断について振り返り、再検討したことは重要であった。

これからも、患者のその人らしさ・強みを生かせるような看護援助を目指すとともに、自らの看護を批判的な視点で振り返る事の出来る、クリティカルな思考が重要であると思われる。

*引用・参考文献

1. 看護診断ハンドブック 新訂第2版 医学書院
著：リンダ・J・カルペニート 監訳：日野原重明
2. 日本看護協会調査研究報告 NO. 29 1989
3. 看護モデルを使う ①オレムのセルフケアモデル 医学書院
著：スティーブン・J・カバナ 訳：数間恵子・雄西智恵美
4. インターナショナル・ナーシングレビュー VOL. 19 NO. 3 1996
特集 看護診断論争
5. 看護診断 VOL. 2 NO. 2 JULY 1997
第3回日本看護診断学会学術大会 プログラム抄録集
6. 臨床看護 VOL. 22 NO. 14 1996 12月
特集 看護におけるピットフォール ③療養環境領域