

潰瘍性大腸炎で外科的治療を検討された患者の危機回避に向けた看護介入 ～アギュララ・メズイックの危機理論を用いての考察～ 冷牟田 恵里子・中里さかえ（西入院棟 8階）

I. はじめに

潰瘍性大腸炎（以下UC）は大腸の粘膜にびらんや潰瘍ができる大腸の炎症性疾患であり、症状の改善や消失が認められるが、再発も多く、寛解を維持するために継続的な内科治療が必要となる。寛解に至らない時は手術が必要となるケースも多い。今回、UCの急性増悪で入院した患者が、内科的治療で効果が得られず外科的治療を検討された、精神的危機に直面しながらも、回避することができた。そのときの看護を振り返った時に、特に自分は何か特別な看護を行ったわけではなく、氏が治療を頑張った成果だと感じ、むしろプライマリーとし、自分は看護できていないと感じていた。しかし、管理者から「自分が行った看護を振り返った方が良いのではないかと」アドバイスがあった。

今回自分が行った看護の意味を考えるためにこの研究に取り組むことにした。

II. 研究目的

UC増悪にて外科的治療が検討された患者の危機回避のための看護介入について、アギュララ&メズイックの危機理論を用いて分析・考察し、この研究を病棟に還元することで、危機に直面した患者の看護を深めていく機会としたい。

III. 用語の定義

危機：決定的な何か、あるいは重大な時期、段階、出来事の経過の岐路

IV. 研究方法

1. 対象：UCで入院した患者1名
2. 期間：令和2年10月～令和3年3月
3. データ収集方法：看護記録から得た情報を抽出した。
4. データ枠組み：アギュララ&メズイックの危機理論を用い考察する。危機理論とは、危機に陥る（または回避する）までの過程を述べたものである。人が直面する問題と問題を解決する

能力（バランス保持要因）が1つ以上欠如することで不均衡となり危機に陥ると言われ①出来事の知覚②社会的指示③対処規制で構成される。

5. 倫理的配慮：対象者には、研究の趣旨と内容、本研究への参加は自由意思であり拒否や中断をしても不利益にならないこと、個人情報やプライバシーを厳守することを文書と口頭で説明し同意を得た。

III. 患者紹介

A氏、30代、男性。UCの診断にて入院。数年前から診断は受けていたが、治療をドロップアウトした経緯あり。

家族背景：独身 両親・兄弟とは疎遠

仕事：会社経営者（個人事業）仕事は順調な時期であった。

V. 実践・結果

1. 入院～手術 IC まで

①潰瘍性大腸炎

入院後、タクロリムス・リアルダ・プレドニン・レクタブル注腸を開始した。急性膵炎を発症しリアルダ・レクタブル注腸を被疑薬として中止した。血中濃度を確認し内服調整を行い排便回数・腹部症状・炎症反応は改善したが、食事開始後に症状が悪化し、タクロリムスを中止しレミケードを導入。再度絶食となった。一時的に炎症反応・腹部症状は改善したが、再度悪化しGCAPを導入とともに、外科的治療が検討となった。

②腹部疼痛

腹部疼痛に関しては、アセリオとソセゴンを使用した。ソセゴン使用回数が増加傾向で、ソセゴン中毒の危険性がありソセゴン+アタラックSPに変更した。しかし、A氏の安楽につながるまでの疼痛の軽減には繋がらず、緩和ケアチームへ相談し、フェントステープに切り替えた。頓用で鎮痛剤を使用しながら、コントロール出来るよ

うになっていった。鎮痛剤の使用に関しても、自分で時間管理をしながら使用できる薬剤を選択して、看護師に「この薬剤は時間的に使えますか？強い痛み止めは夜に残しておきたいです。」と、自分で考えながら選択していた。本人の訴えを傾聴し、希望に添えるように主治医と密に情報共有しながら対応していった。

A氏は治療方針の変更や薬剤の使用、病状に関して主治医からICがある度に、「治療の良いところと悪いところも全部聞いてから自分で決定する。親にはわざわざ話さなくていい。親父も同じ病気だったから分かってると思うし、自分の治療は自分で判断して決めろと言われてる。だから、治療の後のことまで全部教えて欲しい。仕事と生活があるからさ。それを考えないといけないでしょ。今だけのことを考えたってダメでしょ。先も考えなきゃ。」と、自分が納得して治療を受けたいという、はっきりと明確な意思を示していた。我慢強い性格で、他者に対して弱音を言わない人柄だったが、長期入院によるストレスと治療が進まないことで、イライラする日も多くなっていった。

2. 手術 IC 中

タクロリムス・レミケードでの治療効果は乏しく、手術が必要となる可能性が高いこと、一時的に小腸ストマの可能性もあること、手術の判断はあと1週間で考えているというICを両親とA氏に行われた。父親が同様の手術を経験しており「再入院と聞いていた頃から予想はしていた。」と、母親も同様にA氏の状況を理解していた。A氏は発熱と倦怠感もあり、IC中に気分不良になり退室した。

3. IC後～感情表出まで

翌日の検温時に、「先生から何か聞いてますか？」とA氏から思いの表出をされた。今後の治療の日程（レミケード、GCAP）、効果が無ければ手術になること、手術の内容、手術自体や今後の生活への不安を流涙しながら表出された。昨晩は考え込んで睡眠できなかつたと。ご自身が小学生の時に、父親が同じようにUCで大腸全摘術を受

けており、その際に経過が長く、きつそうにしている様子を間近で見えてきているため、治療後のマイナスイメージが強かった。今後も治療を無事に受けられるようにスタッフみんなでサポートしていくこと、気にあることがあったり、話したくなったらいつでも話して欲しいこと、必要であればDrとも話せる場をセッティングすることをお伝えした。

4. 感情表出～OP回避まで

「手術後の食事とか生活のこととかの話しを聞かないと手術をするかどうか決められない。できれば手術したくない。親父も同じだったけど、親父からそのときの話は聞いてないし、きついことは分かってる。親とも1年ぶりに会ったし、特に話すことはないよ。あんまり喋らないしね。手術しても2回に分けるんでしょ。人工肛門して半年したらまた閉じる手術して、また腸をつないで。そこまでのことを詳しくきかないとね、仕事も生活もあるからさ、出来れば、内科的に治療をして続けたいけど・・・。」「今までは先生から言われたことを“はい、はい”と聞いていたけど、最近では自分の考えとかも先生に伝えようと思って。手術を待っている時間をもったいないし、その間に何かしら治療できないのかなと思っている。痛くなった時は“腸にそんなに強がるなよー”と話しをしている。」手術に対する思いを尋ねると素直に話してくれた。A氏としては手術はしたくない意向であるが、病状的に手術をしないと治らないのであれば、手術は仕方ないと思っていた。しかし、手術を受けるに当たり、手術後の生活の見通しや食事、治療について情報を得てから手術を考えたいとの意思表示があった。主治医へその旨を情報共有し、栄養士から手術後の食事管理について話しをしてもらうように調整し、人工肛門のイメージできるようにストマサンプルとパンフレットを活用し説明、またWOC看護師に介入依頼をした。GCAPとレミケードの回数を重ねるにつれ、A氏の症状も改善傾向となり、手術中止が決定した。

VI. 考察

A氏にとって手術を受けることは、恐怖、社会的役割の喪失、成人期としての危機的状況を招いており均衡回復への切実なニーズを示していた。3つのバランス保持要因にわけ考察していく。

1. 出来事の知覚

出来事を現実的に知覚し、自力でコントロールできると受け取ることができればストレスフルな状態から乗り越えることができると言われている。

ICにて手術が現実的になったとき、もともと誰もが持っている手術に対する恐怖心が、幼少期に見た手術後の父親の姿が術後の自分の姿と重なり、さらに恐怖心を高めたことで出来事の知覚にゆがみが生じたのではないかと考える。その場を気分不良で退室したことは、突きつけられた現実を受け入れることができなかつたことによる行動だったと考えられる。

2. 社会的支持

社会的支持とは問題を解決していくために頼ることができ、身近にいてすぐ利用できるような人々を意味し、社会的指示が多いほど危機を乗り越えることが出来ると言われている。

コロナで面会制限があり、家族や友人と交流を持つ機会はなく、精神的なサポートの役割は果たせなかつた。しかし、IC翌日に自分から看護師に流涙しながら思いを話してくれたことは、長い入院期間で看護師とA氏の間には確実な信頼関係が構築され、看護師がA氏にとって社会的支持として機能していたと考える。看護師が、日々A氏のベッドサイドで思いを傾聴し患者の社会背景や信念・何を大事にして治療を決定しているのかを理解し関わったこと、疼痛の訴えを主治医や他職種と連携し、その都度対処することで常に本人に寄り添ってきたからだと考える。また、同じ病気を経験している父親からは「自分の病気のことでは自分で説明を聞いて、自分で治療方法を決定しなさい」と言われており、自分で意思決定を行ってきた。家族とは疎遠であったが、父親の教えを精神的な支えにしていた部分もあった。

3. 対処規制

対処規制とはコーピングのことで、対処規制が多いほど緊張を緩和させることに役立つ。長期入院によるストレスや緩和しない腹痛、改善が乏しい腹部症状といった問題に対しては、IC後に看護師に気持ちをぶつけるまでは、一度も泣き叫んだり、怒ったりすることなく淡々と日々を過ごしている印象であった。IC後翌日に流涙しながら自分の思いを他者に話した事は初めてであり、この行動は情動中心のコーピングになったと考える。そして、気持ちを吐き出したあとに「手術後の食事とか生活のこととかの話しを聞かないと手術をするかどうか決められない。今までは先生から言われたことを“はい、はい”と聞いていたけど、最近では自分の考えとかも先生に伝えようと思って。手術を待っている時間がもったいないし、その間に何かしら治療できないのかなと思っている。」と発言のように、疾患や治療に関する情報の探索、今後の生活を具体的に考えようとする問題志向的コーピング行動をとることはできていた。

A氏はIC中、恐怖心から出来事をゆがんで知覚したことで危機的状況に陥ったが、看護師を社会的支持と捉え情動中心のコーピングを取ったことで危機を回避したと考える。

危機には2つの側面があり、うまく回避すれば成長へと登る好機にもなると言われている。

危機回避後は手術後の生活や入院期間について知らないで手術を受けるかどうかの判断もできないと発言あり、必要な情報を獲得しようとする問題志向的コーピングを取る姿勢があった。医師や外科担当医、WOC看護師に介入してもらい必要な情報を提供した。また、手術を受けるかどうか判断する前までに自分に出来ることは何かないのかと主体的になり、看護師や医師に自分の考えを伝える機会が増えていった。A氏の情報のニーズに応じ主治医・他職種を巻き込んだ情報提供を行ったことで問題志向的コーピングを促進でき、主体的に疾患と向き合うことに繋がった。

VII. 結論

1. 看護師が患者にとって社会的支持として機能したことで危機的状況を回避できた。

社会的支持として支えるためには患者の訴えに耳を傾け、患者の社会背景や信念・何を大事にして治療を決定しているのかを知り、日々信頼関係を構築していく必要がある。

2. 患者の情報のニーズに応じ主治医・他職種を巻き込んだ情報提供を行ったことで問題志向的コーピングを促進し、主体的に治療と向き合う成長に繋がった。

VIII. 終わりに

慢性疾患は長く付き合っていく必要があるが、青年期は社会的役割を担っている人が多く、自分のことよりも社会的役割を優先することもあり、危機的状況に陥りやすい。そのため、3つのバランス保持要因をアセスメントし危機を回避できるように介入していく必要がある。

引用文献

1) 山口県立大学看護部紀要：救急外来における家族への危機介入 - Aguilera & Messick の危機理論 -、2002年6号

2) 山勢博彰：ICU・CCUにおけるメンタルケア - 看護にいかす危機理論 - 危機モデルによるメンタルケアの実際、Heart Nursing、2002、vol.15 no.4