

危機状態に陥った患者と家族への看護介入の一事例 ～フィングの危機モデルを用いて～

キーワード：フィングの危機モデル 透析患者

○久保幸子 中原由紀 池田綾 宮崎久仁子 西2階病棟 腎センター

はじめに

透析患者は、心血管合併症のハイリスク患者であり、透析に加えて、合併症の発症に対する不安も常に抱えている。¹⁾

今回私は突然、大動脈瘤が悪化し手術が必要と告知を受け、混乱状態に陥った患者・家族を受け持った。フィングの危機モデルを用いて安全を守るための看護介入と、新しい価値観や自己像を築くために成長を促していく看護介入を行ったので報告する。

I 研究目的

フィングの危機モデル（表1）を用いて患者の危機管理状態の把握と看護介入について考察し、今後の課題を明確にする。

II 研究方法

- 1) 研究デザイン：事例研究
- 2) 研究対象：動脈瘤手術の告知を受けた透析患者
- 3) 研究期間：平成19年6月7日～7月3日
- 4) 倫理的配慮：患者本人へ看護師としての自己の学習・成長と今後の看護ケアに生かしていくためにまとめること。情報は本研究のみに使用することを伝え承諾を得た。

III 患者紹介

患者：A氏 58歳 男性
病名：末期腎不全 胸部大動脈解離破裂人工血管置換術後 腹部、腸骨部動脈瘤
透析歴：12年
原疾患：高血圧性腎硬化症
家族：妻・子供3人
現在は妻と2人暮らし 近所に長男が住んでいる。（キーパーソンは妻）
長男、妻は一緒の職場
長女、次女は結婚し、関東に住んでいる。

IV 経過（表2）

平成5年解離性の大動脈瘤（スタンフォードb型）が破裂し、人工血管置換術で一命を取り留めた。手術1年後より透析導入となり体重コントロール不良で血圧変動が激しかった。再々医療者からの指導を受けていたが体重管理ができず、改善は見られない。

平成17年、定期受診で当院の心臓血管外科を受診した際に2cm大の動脈瘤の診断を受けた。解離後の動脈瘤で手術に伴うリスクが高く、近年増強もみられていないため手術は懸念され、1年に一回の定期フォロー中であった。しかし、A氏の病識が薄く、自覚症状がないため受診していなかった。今回、医療者の強い勧めで2年ぶりに受診し、検査にて右腸骨に15cmの動脈瘤を認めた。

結果説明のため、A氏は透析前に心臓血管外科を受診したが、手術が必要かもしれないという説明のみで詳細は透析後に説明を受けることとなった。A氏には、漠然とした不安があったが深刻には受け止めていなかった。透析中、医療者より「動脈瘤15cmだったの？」という不注意な言動がありA氏はパニック状態になった。その状況を見た担当看護師はA氏の状況を心配し、透析後の結果説明に付き添い、事実確認を行った。結果説明時、A氏は「15cmもあるはずがない。CTの縮尺が違うのではないか。」と強い動揺を見せた。今回はA氏のみでの説明であったため、日を改めて家族とともにインフォームドコンセントを受けることを薦め、設定した。結果説明後よりA氏は不眠、食欲不振などの身体症状を訴え、体重増加率も減少していた。（1日空き3.4%→2.7% 2日空き5.4%→4.6%）

家族とのインフォームドコンセントの際、家族・本人よりセカンドオピニオンの希望を受ける。しかし、A氏はセカンドオピニオンを受けることで医師が気分を害すのではないかと、とても気にしていた。看護師はA氏に対し、セカンドオピニオンは患者にとって当然の権利であり希望してかまわないこと

を伝えた。また、腎の主治医からも同様の説明を行ってもらった。家族はA氏を助けたい一心で様々な病院の情報収集を行っていた。県外の病院の情報や、新聞・雑誌の切り抜きなど情報が多い為、家族間での方針の一致が計れず混乱していた。セカンドオピニオンの希望があつてから具体的な進展が見られず、時間だけが経過していった。セカンドオピニオンの進行状況をA氏に再々確認し、「早く病院を決めないと悪くなるよ。」と伝えた。すると「命にかかわることだから家族は関係ない。腕のいい有名な先生に診てもらう。」と強い怒りを表出した。病院決定までの時間を要し、家族間での治療の方向性を統一できない状況を打開するため、A氏に透析・受診計画表を渡した。

透析中、右の腹部に痛みを訴える。「早く手術をせんといかん。早く手術ができる病院を探さんと…」身体症状の出現によりA氏は焦りを見せた。看護師も緊急性を感じ、医師・看護師合同カンファレンスを開催し、今後の方向性についての検討を行った。A氏のみでの意思決定は難しいため、A氏・家族の意見を尊重し、医師に患者の希望している病院からいくつかの病院を選択してもらい、A氏へ伝えてもらった。その中からA氏はセカンドオピニオンの病院を決定することができた。

病院が決定したことでA氏に焦りが見られなくなり「病院決まった。手術は嫌やけど検査せんといかんもんね。」と、前向きな発言が見られるようになった。A氏とともに病院決定ができたことを喜び、スタッフみんながA氏を応援していることを伝えた。

IV 考察 (表3)

A氏が現状を受け入れきれず、パニックになったことはフィンの言う衝撃の段階と考え、混乱を除去する看護介入が必要であると考えた。説明を受ける前に医療従事者の不注意な言動から病状が伝わったことが不必要にパニックを与えることとなった。患者の知り得ぬ情報を医療従事者が独断で漏らしてしまったことは連携不足から生じたことであり、氏の不安感を助長させることになった。

そこで、患者と共に病状説明を受け、情報を共有する事で患者の不安を理解しようと考えた。岡堂らは「衝撃の段階はあらゆる資源を活用して患者を危険から守り、安全を保障しなければならない」と述べている。し

かし、患者には不安を与えるようなかかわりになってしまい、安全を保障するどころか脅かしてしまった事は反省すべき点だと思う。病状説明は、はじめ氏のみで受けていたが、家族と共に病状を共有し家族が心理的支えになることが必要と考えた。そこで、心臓血管外科医師と患者・家族での病状説明の場を設け、看護師も同席し、説明での不明点や疑問点が解決するよう関わった。

一方でフィンは、衝撃の段階で「患者に受容と関心を伝え、患者のおかれた状況を理解する努力が必要」と述べている。混乱する気持ちは理解できることを伝え、A氏の気持ちを傾聴し、関わっていった。

この関わりでA氏は自分を理解してもらえるとという安心を得られ、自分の現状と向き合うことができた。また、『治療』にむけて行動しようとする姿勢につながったと考える。

A氏はセカンドオピニオンを自分で探し、受診したいと思っていた。しかし、医師達の気持ちを害するのではないかという不安で行動できなかった。そこで患者の当然の権利である事を伝え、不安を解消するように関わった。医療者の後押しによりA氏はスムーズにセカンドオピニオン決定に向けて行動できると思ったが、なかなか進展が無かった。「早くしないと悪くなる」という看護師の言動は、自分でどう治療するか決めたいという患者の焦りを増強させ、恐怖と怒りを増悪させる関わりとなってしまった。防衛的適応の段階では「無理やり、現実志向の援助を行うと看護師の存在が脅威になる」と述べている。まさしく看護師の言動はA氏に不安を与えるものとなり、自分でどう治療するか決めたいという患者の気持ちを阻害する形となった。このことは、患者・看護師の関係に悪影響を与え、危機段階が効果的に進まない要因にもなりかねず、慎重な関わりが必要であった。フィンは「患者の求めるニーズの充足のケアが患者との信頼関係を築く上で重要であり、この段階では患者の考えに耳を傾け支持的な態度で接する」と述べている。行動をおこさない、疾患に対する言動がないことは、現実を受け入れられず、前に進めない患者の無言の訴えだっただと思われる。私たち医療者は患者の求めるニーズがなんなのかを読み取るような関わりが必要であり、次の段階に進むための看護介入になると考える。

身体的症状の出現により、患者と共に医療

者もあせりを感じた。早急に受診する病院を決定することが A 氏にとって最良の方法であると考えた。承認の段階は「不安を増大させないよう患者のニーズにはできる限り早く応える援助が必要である」²⁾と述べている。医療従事者でカンファレンスを持ち、患者情報を共有することで A 氏に対する関わりの統一化を図った。また、患者の意見を尊重することを前提とし、ある程度の選択肢をもって誘導的に関わった。承認の段階は「患者が現状を受け入れられるように援助する。治療的支持、希望の伝達が最も重要な時期」²⁾と述べている。医療従事者が選択肢を見出したことで A 氏自身も将来の展望がみえ、落ち着きを取り戻し、現実を見つめることができた。また、次のステップに移行するきっかけになったのではないかと考える。

フィンクは「現実を認め、新しい自己像や価値観を築く時期」²⁾と述べている。このことから治療が必要であることを受け入れ、決意、行動できたことを適応の段階と考えた。A 氏の場合、手術を嫌がっていたが手術を受ける・病院を決定する事ができたことをこの時期に達したと考えた。

適応の段階は「新しい価値観を築きやすくするためには患者が満足を感じる援助をしないとイケない」²⁾と述べている。医療者が治療の選択肢を提供し、『自分がどう治療するかを決めたい』という A 氏の意味どおり A 氏自身が決定した。満足を得られたことから病院、治療を決定し行動を起こせたのではないかと考える。

V 結論

フィンクの危機モデルに沿って看護介入する事は患者の心理状態の把握と精神的なサポートに有用で、治療を円滑にする。

おわりに

A 氏は危機状態を体験したことで自己管理の必要性に気付く事が出来た。現在は食事管理や、体重コントロールも良好である。(体重増加率：1 日空き 2.7%→1.0% 2 日空き 4.6%→1.0%) 定期受診の必要性も再認識でき、コンプライアンス行動がとれるようになった。

今後、他の患者へもこのモデルを活用し、有用である事を検証すると共に患者の精神的なサポートを強化して行きたい。

<引用・参考文献>

- 1) 斎藤明：心血管合併症の進行と危険因子、透析ケア、2005、P16
- 2) 岡堂哲雄・鈴木志津枝：危機的患者の心理と看護、中央法規出版、1997
- 3) 山勢博彰：急性期患者に対応した危機理論の理解と臨床看護への応用、日総研

表1:フィンクの危機モデル

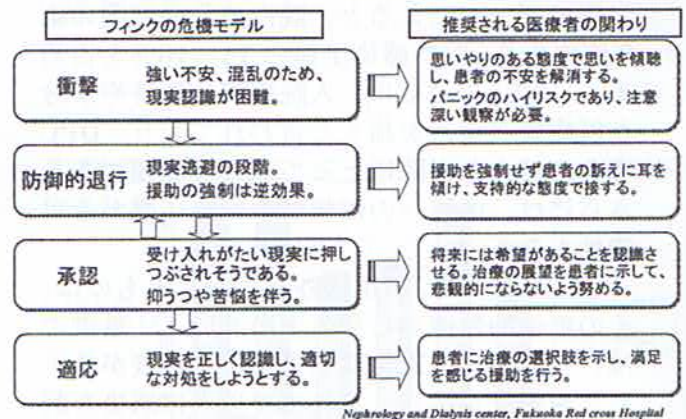


表2:経過

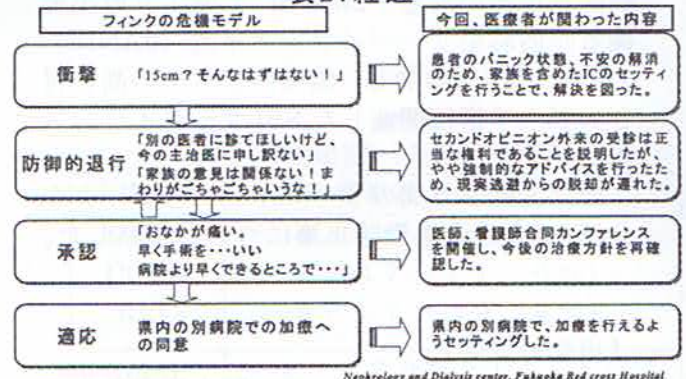


表3:考察

