

I. はじめに

脊髄損傷患者を看護していくうえで、もっとも重要でかつ難しいのが精神面の援助である。脊髄損傷は、中途障害であり、患者は残された人生を障害者として生きていかなければならない。「障害をもって生きる」ことは、その障害を受容することからはじまるといえる。

患者が障害を受容するまでの過程は、いくつかの過程に分けて説明されているが、誰もが階段を昇るように障害を受容できるわけではない。むしろ、長い時間経過のなかで、患者の心は、挫折と希望を行きつ戻りつしながら、やがて障害をもった自分という存在を認めることができるようになる。

看護者は、つねに患者を見守る姿勢で、障害を受け入れていく過程を支えていかなければならない。

今回、術後合併症で脊髄損傷となった患者の看護を体験した。この患者の看護を脊髄損傷患者の障害の受容過程をもとに報告する。

II. 患者紹介

患者：N氏、73歳、女性

頸椎症性脊髄症

入院期間：平成17年4/8～平成18年4/13

既往歴：糖尿病（インシュリン療法）、心臓弁膜症術後

入院前N氏は、夫に先立たれ、息子2人と娘3人の家族がいるが、入院前は老人ホームに入所し暮らしていた。長男以外は、福岡に在住しており、家族の協力は得られていた。明るく、自分のことは人に頼らずに生活しようとしていた。音楽を聴いたり、テレビドラマをみて、過ごすことが多かったようだ。

III. 経過

平成17年4/21、椎弓形成（C3/4/5/6）を受ける。

術後1日目、両頸部に腫脹がみられ、両足底背屈運動、両上肢掌握運動が出来なくなり、C3～6に血腫による頸椎圧迫がみられた。血腫除去術が施行された。また、同年5/6には、同部位に再血腫が認められ、再手術を受けている。

術後、上下肢の運動レベルは、両上肢掌握運動可能、両前腕挙上可能、両下肢に自動運動はなく、不随運動がみられ、心窩部下より感覚はみられない状態となった。術後2ヶ月で全介助での車椅子移動、術後5ヶ月で2時間程度の車椅子での座位保持、セッティングを行えば自力での食事摂取、術後7ヶ月で名前や短い文章の筆記が可能となった。このレベル以上の回復は難しいと判断され、継続リハビリ療養のため転院となった。

IV. 看護の実際

障害受容までの看護の実際を、各期別にまとめる。

1. ショック期（術後～約2ヶ月）

この時期は、急性期治療を受けている時期で、N氏もICUでの管理と病棟においてもバイタルサインの観察、呼吸管理、体温調整、麻痺の進行状況の観察など、全身状態の安定を図り、安楽に対するケアを中心に看護を行っていた。脊髄損傷状態であるという説明や予後の告知は、本人には、全身状態が安定するまではまだ行われず、患者の心理としては、「治療を受ければ、もとどおりになるだろう」と漠然と考えており、障害を負ったという現実感を言葉にすることはなかった。看護師は時間をかけ

アを通して、氏の思いを聞いていくことに努めた。

結果、N氏は治療を受けることに専念でき、精神的な負担は少なかったと思われる。

2. 否認期（術後約2ヶ月～3ヶ月）

身体的状態が、安定してきた時期に主治医より麻痺の状況を告知され、障害を否認し、健常者である医療者や他の患者に嫉妬や、羨望を抱いている様子だった。

氏は流涙しながら、「私はなんでこんなになったんだろう。手足も動かずに家に帰ることが出来るのかしら。」「もうどうせ治らないでしょ。手術をしたら治る人はいいね。（自分は）いつここを出られるかもわからない。」などとよく訴えていた。

リハビリも開始となったが、訓練に対して強い拒否を示すことが多かった。そこで、無理に説得したり強制したりせず、氏の気持ちを受け入れ、氏の訴えを否定しないよう努めた。また、障害から動けなくなってしまったことで、自分で何も出来ないことに恐怖感があり、ナースコールも頻回となりそのつど対応していった。移動に対しても強く恐怖感を訴えられ、理学療法士よりベッドからの車椅子へのトランスファーの方法の指導を氏の前で病棟スタッフで受けた。その上で人員の確保を必ず行い、氏が安心して移動できるよう努めていった。

結果、氏が自分の障害を認めたくない気持ちを受け入れ、支えていくことで氏の思いをより表出させていくことが出来た。

3. 混乱期（術後約3ヶ月～5ヶ月）

情緒不安定な時期で、何故このような状態になったのか、リハビリで出来ない自分を責めたり、看護師に対しても不満や憤りをぶつけてきていた。

氏は、「肩が痛いからリハビリに行きたくない。」「横向きにしたから、右肩が痛い。もう、腕を切って頂だい。」など訴え、鎮痛剤の使用・湿布の貼用・体位調整・ストレッチなどを行っていった。

また、ゆっくりと話を聞く時間を増やし、

家族へ面会を促したり、車椅子での散歩や好きな歌手の曲をかけたり、タレントのポスターを部屋に貼るなど受傷前の生活や趣味を取り入れ気持ちをほぐすように努めていった。

結果、現状を見つめ、自己を再調整していくことを促すことが出来た。

4. 解決への努力期（術後約5ヶ月～10ヶ月）

障害に対し、自分自身で努力しようと思い始めた時期で、リハビリにも毎日行けるようになり、出来ることが増えてきた。作業療法室でスプーンでの自力食事摂取訓練を行っている情報を取り、作業療法士と調整し、食事のセッティング方法を病棟スタッフにも伝達してもらう時間を設け、セッティング方法を絵に書いてベッドサイドに掲示した。また、リハビリで出来るようになったことを認め、誉めていくよう努めた。氏もわずかな進歩が励みとなっており、笑顔も頻繁にみられるようになった。

5. 受容期（術後約10ヶ月～）

障害を自分の一部として受け入れることが出来るようになった時期で、氏は、自分の出来ないことは人に依頼し、また、自分で出来ることを維持または、増やした行こうという気持ちになっていた。転院に対し主治医より話があり、当初は不安がっていたが、転院の場所を決め、主治医にリハビリで手紙を書き、心の準備を行い、最終的には転院を決めることが出来た。

V. 考察

術後合併症による脊髄損傷という氏の病態に病棟スタッフも初めて経験することで、戸惑うことも多く、ショック期には、呼吸器管理や、急変時の対応など、患者に不安を与えず障害を受容できるように取り組む必要があった。はじめは、病態を中心に看護を行っていたが、病態が安定してくると、氏の精神的な状況にこちらが戸惑ってしまっていた。氏は、その時期、否認期にあったと考えた。そこで、氏の精神的状態に対し、参考文献を利用し、脊髄損傷患者の障

害受容についてカンファレンスを行った。氏の精神状況を分析し、その時々で、精神面の援助を医師・看護師・リハビリとの連携の中で行っていくことが出来た。

脊髄損傷患者が受容するまでには、一年から一年半以上かかるといわれており、氏も否認期から混乱期、混乱期から努力期を何度も繰り返しながら障害を自分の一部として受け入れ今後の生活のあり方を見出していくことが出来るようになって来たと考えた。そして、障害受容が出来てきた時期に転院を迎えることが出来た。

ケアを行いながら氏の精神状態を把握し、障害の受容の過程を支援して行けた事は、結果効果的にリハビリにも繋がり、受傷後急性期に予測されたレベルよりも機能回復が望めたとも考えられる。

また、PT・OTとの情報交換・連携のあり方も重要なポイントとなった。

VI. まとめ

今回の症例を通して障害受容への援助のあり方を学ぶことが出来た。

ショック期には、精神的負担を出来るだけ軽減し、治療を受けることに専念できる環境を整えることが重要であった。

否認期には、氏の思いを受け入れできるだけ表出させることが重要であった。

混乱期には、現状を見つめ、自己を再調整していくことを促すことが重要であった。

解決への努力期には、患者の努力を誉め、認めていくことで、患者とともに確実な目標を決め実行していくことが重要であった。

受容期には、患者の残された機能を生かしその人らしい生活が送れるよう情報の提供、支援を行っていくことが重要であった。

VII. 終わりに

この症例を通して、文献を活用し、患者の精神状態を把握・分析することで、効果的に精神的、支援、援助を行うことが出来ることを実感した。また、整形外科患者にとって、リハビリによる社会復帰は、不可欠であり、看護師、理学療法士、作業療法士との連携も重要であると再認識した。

今回のような事例は、珍しい症例ではある

が、手術を受ける患者は、常に危機状況に陥る危険をはらんでおり、身体的回復のみならず精神的回復への援助は重要である。今後もこの研究で学んだことを生かしていきたい。

引用・参考文献

- 1) 箭野 育子：骨・関節・脊椎に疾患をもつ人への看護 中央法規 p. 154 - 169 2004
- 2) 土方 弘美：整形外科看護アップデート 照林社 p. 240-247 2002