

慢性疼痛患者のセルフケアへ向けての看護介入の検討 ——入院中および退院後の心理の分析から——

寺澤美奈¹⁾・江守里美¹⁾・若林岳至¹⁾・山口洋子¹⁾

key word：慢性疼痛，セルフケア，看護介入

I. はじめに

痛みを完全に取り去ることができない慢性疼痛患者（以下、患者）の多くは、不安を抱えたまま退院することが多い。患者は医師より退院を告げられると、「自信がない」「こんなに痛くては退院しても困る」など不安を訴え、入院が長期となっている。私たちは痛みの評価を痛みスケール（Visual Analogue Scale；VASやFace Scales）を用いて行っているが、痛みスケールの数値は同じであっても患者によって表情や日常生活動作に違いがみられる。これは、患者の感じる痛みには心理・社会的要因が大きく関与しているためと考えられる。私たちは入院中から患者の心理・ADL状況に眼を向け、セルフケアを見出していくことが重要であり、そのことが入院期間の短縮にもつながる。

今回、退院後の面接調査によって慢性疼痛患者の心理を知ることができ、セルフケアに向けての看護介入について考察したので報告する。

II. 用語の定義

(1) 慢性疼痛

器質的原因があり、痛みが長期化している状態。また、このことによって日常生活動作が制限され、社会的・心理的にダメージを引き起こしている状態。

(2) セルフケア

痛みを抱えながら生活していく中で、自分自身のために考え、判断し、実行していくこと。

III. 研究方法

1. 研究期間

平成16年1～4月

2. 調査対象者

慢性疼痛があり、退院後も麻酔科外来に通院している患者8名（帯状疱疹後痛2名・椎間板ヘルニア5名・脊柱管狭窄症1名）（表1）。

3. 研究方法

面接調査法。あらかじめ患者に電話で研究の要旨を話し、

了承が得られた患者には外来再診日に30分早く来院してもらうよう依頼した。面接は来院時の空き時間に外来や病棟から離れた面接室で看護師と患者1対1で行った。内容は、「入院中の気持ち」「退院後の気持ち」「退院後の生活」などを自由に語ってもらい、テープに録音し逐語録におこした。それらを対象者の気持ちに沿うように類型化し、カテゴリとしてネーミングを行った。

4. 倫理的配慮

書面を用い、研究の要旨・プライバシーは保護すること・テープに録音することを説明した。また、録音内容は本研究にのみ使用し研究終了後破棄することを約束し、了承が得られた患者には署名をしてもらった。

IV. 結果

インタビューの内容は96の患者心理に整理でき、『入院中の心理』『入院中及び退院後に共通した心理』『退院後の心理』に分けられた（表2）。さらにカテゴリ別にみると（カテゴリを〔 〕、内容を<>で示す）、『入院中の心理』では、〔入院生活への依存〕の逐語録が5つあり、内容は<痛みの対処に対する医療者への依存><安楽な生活ができる><話し相手がいる>であった。

『入院中と退院後に共通した心理』で最も多かったのは〔社会・日常生活復帰への自信のなさ〕が21で、内容は<仕事・日常生活が制限される><治療に時間がかかる><痛みが理解されない>であった。次に多かったのは〔残っている痛みへの不安〕が13で、内容は<痛みへの恐怖・不安><先の見えない不安>だった。〔関係性への危惧〕は6だった。

『退院後の心理』では、〔新たな生活を作る〕が18と最も多く、内容は<痛みを受け止める><コントロール感覚がある><症状が改善する>だった。次に多かったのは〔支えがある〕が16で、内容は<相談できる場所><患者間で共感しあえる><職場の理解がある><治療を継続できる制度がある>だった。〔自分なりの管理を見つける〕は11で、内容は<自分なりの方法がある><効果が認識できる>であり、〔治療法に限界がある〕が6だった。

V. 考察

『入院中の心理』でみられた〔入院生活への依存〕は、入

1) 長野赤十字病院麻酔科混合病棟

目標や生きがいを見出すことでバランスを維持していく。そして、治療に対する自己コントロール感を確立することが、医療者との関係に優位性をもたらせ、健康管理に対する意欲を高めていく。そこで、看護師は患者の自己コントロール感を高めるための支援が不可欠となる。

2. HIV 感染者に対する看護援助

1) 正しい知識を修得できるよう患者教育を行う

HIV 感染症に対する否定的なイメージを変化させ、疾患を受け入れ生活調整していくためには、患者が正しい知識を修得する必要がある。そのためには精神的な安定が必要であり、タイミングを適切に判断することが重要である。そして、看護師は患者が安心して話せる存在であり続け、話せる場を設定することが求められる。また、患者はバランスを維持するために、あらたな情報を積極的に求めない傾向もある。そのため医療者は、定期的に提供することで、患者が現状を理解できるよう援助していく必要がある。

2) 他者への感染通知について自己決定し、関係調整できるよう援助する

HIV 感染の他者への通知に関しては、性的パートナーの場合、相手への感染に対する責務と感染不安、伝えたことで生じる関係の不調和や孤独感と支援への思いで苦悩する。家族に関しては、自分に対する理解や支援を求める思いと迷惑をかけたくない思いや罪悪感などで葛藤する。相手が性的パ

ートナーの場合、パートナーの感染不安や患者に対する複雑な思いが生じることもある。そのため、パートナーの精神的支援も看護の重要な役割である。そして、性生活のための具体的な情報を提供する必要であり、患者がパートナーとの相互作用のなかで性生活を確立できるよう支援していく。

3) 健康管理に対する自己コントロール感を確立し、自分らしく生活できるよう支援する

看護は、治療の主体は患者であることを意識づけ、患者が自己コントロール感を高められるようかかわるなかで、生きがいや価値観を見出し、いかれるよう支援していく。

Ⅶ. 結 語

HIV 感染者が、疾患を長期的にコントロールし自分らしい生活を送るためには、8つの問題を解決していることが明確になった。そして、看護の役割は、患者が HIV 感染を受け止め、正しい知識を修得できるよう患者教育を行い、他者への感染通知を自己決定し、関係調整できるよう援助する、そして、健康管理に対する自己コントロール感を確立できるよう支援することであった。

引用・参考文献

- 1) 有馬美奈：1999 年に受診した HIV 感染者の初診時の状況と看護の経過，第 14 回日本エイズ学会，2000。

表 1 調査対象者

	同居 家族	職業	疾患名	入院 日数	入院中の治療	退院後の治療
A	あり	なし	腰・背部帯状疱疹後痛	85日	硬膜外注入	硬膜外ブロック 1 回/週→内服の鎮痛剤
B	あり	あり	腰椎椎間板ヘルニア	73日	硬膜外注入 椎間板加圧注入	硬膜外ブロック 2 回/週→内服、座薬の鎮痛剤
C	あり	あり	腰椎椎間板ヘルニア・腰椎椎間関節症	14日	硬膜外ブロック 椎間関節ブロック	硬膜外ブロック 2 回/週→内服、座薬の鎮痛剤
D	あり	なし	胸・背部帯状疱疹後痛	57日	硬膜外注入 ケタミン療法 硬膜外ブロック	硬膜外ブロック 2 回/週・内服、座薬の鎮痛剤併用
E	なし	なし	腰部脊柱管狭窄症・頰椎症性神経根症・右肩関節周囲炎	147日	硬膜外ブロック 硬膜外注入 神経根ブロック S G B	硬膜外ブロック 3 回/週。S G B・神経根ブロック 2 回/週。毎日通院
F	あり	あり	腰椎椎間板ヘルニア	121日	硬膜外注入 椎間板加圧注入	硬膜外ブロック 1 回/週
G	あり	なし	腰椎椎間板ヘルニア	114日	硬膜外カテーテル注入 椎間板加圧注入	硬膜外ブロック 1 回/週
H	なし	あり	腰椎椎間板ヘルニア	95日	硬膜外注入 3 回/日 大腰筋溝ブロック 椎間板加圧注入 仙骨ブロック クモ膜下ブロック 腰部交感神経節ブロック	硬膜外ブロック 2 回/週

表 2 患者の心理

	カテゴリー	数	内 容	数
入院中の心理	入院生活への依存	5	痛みの対処に対する医療者への依存	1
			安楽な生活ができる	2
			話し相手がいる	2
入院中及び退院後に共通した心理	残っている痛みの不安・自信のなさ	13	痛みへの恐怖・不安がある	5
			先の見えない不安がある	8
	社会・日常生活復帰への自信のなさ	21	仕事・日常生活が制限される	10
			治療に時間がかかる	7
			痛みが理解されない	4
		関係性への危惧	6	医療者との痛みに関する認識の違い
退院後の心理	自分なりの管理を見つける	11	自分なりの方法がある	7
			効果が認識できる	4
	新たな生活を作る	18	痛みを受けとめる	10
			コントロール感覚がある	5
			症状が改善する	3
	治療法に限界がある	6	治療法に限界がある	6
	支えがある	16	相談できる場所がある	6
			患者間で共感しあえる	4
		職場の理解がある	4	
		治療を継続できる制度がある	2	

院前より続いている「痛みから開放されたい」との思いによるものではないかと考える。患者は痛みを自由に話すことができる相手がいる事や、痛みに対する処置が速やかに行われる環境の中で安心感を得ていた。痛みは客観的にはわかりやすく、痛みを抱えている本人の主観的なものである。そのため、周囲の人の共感・理解を得ることは難しい。しかし

痛みの訴えが全面的に受け入れられ、早期より対応してもらうことで、患者は症状の緩和・睡眠が得られ、同時に不安・恐怖・悲しみからも開放されていく。

『入院中と退院後に共通した心理』として、[残っている痛みへの不安][社会・日常生活復帰への自信のなさ]が見られた。患者は、治療により痛みがゼロとなることを期待して

おり「今の状態がゴールではなくて、これから生活の中で痛みが出てくるのではないか」「痛みがあるうちは家に帰る自信がもてない」など残された痛みへの不安が聞かれた。試験的な外出・外泊をすすめても拒否的であり、患者自身からの積極的な行動をみることは少ない。

また「この痛みで仕事ができるのだろうか」「痛みは目にみえない。わかってもらえるのか」など痛みが理解されないことが、社会生活への復帰・治療継続の障害となると感じ「退院」を躊躇していた。患者は長期化する入院生活の中で、医療者が痛みを理解していないのではないかと、痛みを訴え続ける自分と医療者との間に溝ができるのではないかとという「関係性への危惧」がみられた。医療者は痛みの評価を、鎮痛剤の使用回数や痛みスケールの数値だけではなく、日常生活動作の状況や痛みを促進している因子の有無について患者と一緒に振り返りながら行い、課題をもつことが大切である。また、社会的サービスや薬の知識がもてるようチームを組んで働きかけることが患者の安心感となり、次へのステップに繋がると考える。

『退院後の心理』では、[自分なりの管理を見つける][新たな生活を作る]がみられた。「出かける30分前に薬を飲むと5時間は効いている」「すごく痛かったけど、やっぱり薬だね」など患者は鎮痛剤使用の時間・効果について経験の中で学んでいた。そして、<自分なりの方法><効果の認識>を見つけることで自己管理をしていた。新たな生活作りとしては<痛みを受け止める><コントロール感覚を持つ>ことが行われており、その中から<症状の改善>が図れていったと考える。「家でじっとしているよりも外に出た方が気が紛れる。話すのもいいかもしれない」「ちょっと痛くてもお茶飲んで、ひと休みすれば動けるよ」など気晴らしの行為や行動の調整・休息等を取り入れながら生活し、セルフケアを高めていることがうかがえた。これらの行為はTwycrossの示した痛みの閾値を上昇させる因子¹⁾と一致するものであった。痛みの閾値を上昇させることによって、痛みスケールの数値は同じであっても感じ方が変化し、日常生活を容易にしている。

人は、不安や恐れ、孤独感、喪失感などの感情がある場合、痛みを感じやすくなる。痛みの閾値を低下させている因子を見つけ、対処していくことが痛みの閾値を上昇させる。また、痛みはあるが「一日に何回も注射はできない」「合併症があるから、腰のブロックはできない」等、[治療法には限界がある]ということも患者自身が感じ受け止めたことで、治療

に頼らず、自身で生活を支えていこうという前向きな気持ちになっていた。そして、痛みに対しても「痛み慣れた。スケール5の痛みなら我慢できる」「カウンセリングを受けたり、痛みに関する本をとにかく読んだ」と理解を深め受け止めていた。痛みを抱えながらの生活を支えていくためには、<相談できる場所がある><患者間で共感しあえる><職場の理解がある><治療を継続できる制度がある>ことが必要である。

社会的・心理的に[支えがある]ことで、患者は生活の中に安心感を得、それもまた痛みの閾値を上昇させる重要な因子であると考えられる。

岡田は『患者自身が痛みに関する理解を深め、セルフケアを実践することで、痛みの軽減がより可能になる』²⁾と述べている。痛みの治療を目的とし入院した患者にとって、医療の提供と心身の安静は必須である。しかしそればかりでなく看護師は、セルフケアを確立するための知識や、痛みの閾値を上昇させることのできる因子を見出すことができるよう、入院中より支援を図っていくことが必要である。

Ⅶ. ま と め

私たちは本研究を通して、慢性疼痛患者のセルフケアに向けての看護介入を、以下のように見出すことができた。

- (1) 痛みが全面的に受け入れられ、安心感を得られるようにする。
- (2) 患者自身が行える日常生活動作を拡大していく。
- (3) 痛み止めを使用限度内で上手に使っていくことができるよう指導、相談にのる。
- (4) 社会的サービス・カウンセリング等の情報提供をおこなう。

今回の研究では、具体的なセルフケアの実施には至らなかった。今後、入院中より患者自身によるセルフケアが行えるよう支援していきたい。

本研究を行うにあたり協力していただいた患者様に感謝致します。

引用文献

- 1) Robert G Twycross and Sylvia A Lack: Therapeutics in Terminal Cancer, 1984, 武田文和訳, 末期癌患者の診療マニュアル, 医学書院, p. 11, 1991.
- 2) 岡田美賀子: 慢性痛のペインマネジメント, ナース専科, 23(12), p. 22-25, 2003.