

The Nursing Process Using The Roy Adaptation Model : The study about adaptation for patient of rectal cancer in post-enterectomy

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-09-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 葛西, 朱美, Kasai, Akemi メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.50818/00000085

資料

ロイ適応看護理論を活用した看護過程の展開
— 直腸癌直腸切除術後の患者の適応を考える —

The Nursing Process Using The Roy Adaptation Model

— The study about adaptation for patient of rectal cancer in post-enterectomy —

葛西 朱美¹⁾

Akemi Kasai

要 旨

今回、学生と共に実習中に関わった直腸癌直腸切除術後の事例を、Sr. カリスタ・ロイの適応看護モデルの生理的適応様式、心理・社会的適応様式（自己概念、役割機能、相互依存）の4様式を使って第一段階アセスメントまでの展開を試みた。その結果、各4様式が有機的、立体的に統合されて事例全体を見ることが可能であること、病気ではなく病気や障害を持った人間に焦点を当てている看護モデルであること等の有用性が確認できたのでここに報告する。

[キーワード]

ロイ適応看護理論 看護過程の展開 適応行動様式 生理的・心理社会的統合 直腸癌直腸切除術

I. はじめに

看護理論の有用性については、古今東西多くの先達たちによって語られてきた。長吉は、「看護理論は看護実践の真髄であり、看護師が何を根拠に判断し、人間関係を結び、看護実践を決断し、看護活動を行うかの看護のプロセス、すなわち「看護過程」を進めていく根拠を明らかにしていくものである。」¹⁾と述べている。

本学における基礎看護学実習Ⅱにおいては、マージョリー・ゴードンが開発した「機能的健康パターン」に基づく11の枠組みに沿って看護過程の展開すなわち情報収集が開始されていく。臨床における看護学実習において、学生が行う看護については病棟側に最終責任はあるものの、看護教員は臨床指導者と看護方針の一致をみた（確認した）のちに、良くも悪くも学生と共に患者への看護に間接的に加担しているといえる。

今回学生が受け持った患者の事例を、Sr. カリスタ・ロイの適応看護理論の枠組みを用いた再検討を通して、示唆、知見が得られたのでここに報告する。

尚、本研究の倫理的配慮に関しては、患者Aさ

ん、学生Bさんに文書と口頭で説明し同意を得ると共に、記述する内容に影響のない範囲でAさんが特定できないように個人情報を省略した。

II. 研究目的

1. 患者の行動における生理的様式・自己概念・役割機能・相互依存の適応行動様式の分析を行う。
2. 適応行動様式と非効果的応答の概念図に照合させ全体像の再検討を行う。

III. 患者の適応行動様式分析の理論枠組

1. ロイ適応看護モデル理論枠組
2. 金子道子構成 4 適応行動様式と非効果的応答の概念図

IV. 患者適応行動様式分析結果と考察

1. 患者の背景

A氏。60代の男性である。

○年4月に左視床出血をおこし、後遺症としてある右半身麻痺のリハビリの為C病院に入院中、6月に下血がみられ精査に結果直腸癌と診

1) 東都医療大学

断されD病院に転院となった。
8月低位前方直腸切除術が施行された。術後、手術創の癒合不良による離開と術後合併症である二次感染をおこした。

2. 受け持ち期間中のA氏の適応行動様式による行動解釈

主要なものを以下表1に示す。

表1 Aさんの受け持ち期間（8月30日～9月8日）における適応様式に関する第一段階アセスメント

適応様式		行動（情報）	情報解釈	適応状態
様式	具体的行動			
生理的様式	1) 酸素化	<ul style="list-style-type: none"> 9月20日血液データHb値 12,0g/dl 	<ul style="list-style-type: none"> ヘモグロビンは、血中での酸素運搬能力の指標であり、正常値（13,0～16,6g/dl）からは逸脱し低いことから貧血性低酸素症をおこしていると考えられる。 	I
	2) 栄養	<ul style="list-style-type: none"> 9月2日血液データアルブミン値3,4g/dl、総蛋白値6,3g/dl（手術前8月18日血液データアルブミン値3,9g/dl、総蛋白6,5g/dl） 9月6日朝～8日昼までの食事摂取量：全量摂取（温度板と患者本人からの情報） 身長163cm、体重57,4kg BMI値=21,3 	<ul style="list-style-type: none"> アルブミン値、総蛋白値は、体内の栄養状態の指標である。両数値共に正常値（4,0～5,1g/dl、6,5～8,0g/dl）を下回ること低栄養状態を示している。 摂取食の内容（総カロリー、各栄養素他）の情報はないが、経口からの食事摂取量は、このデータ期間では全量摂取されている。 肥満の指標であるBMI値=21,3は、「普通」の判定ができる。 以上を総合すると、毎日のリハビリで消費されるエネルギー、手術後の創部及び全身の回復に必要なエネルギーを考えた時に手術前から低栄養状態があったことから、慢性的な低栄養状態の改善に追いつかない状態であったと解釈できる。 	I
	3) 排泄	<p>(排便)</p> <ul style="list-style-type: none"> 直腸癌の診断により8月19日低位前方直腸切除術施行。 受け持ち時は、緩下剤マグミットの処方が出され内服していた。 <p>(排尿)</p> <ul style="list-style-type: none"> 手術後の尿道留置バルーンカテーテルは8月30日抜去されるが、自尿がなく尿閉となり再挿入された。9月8日バルーンカテーテル抜去、自尿（+） 	<p>(排便)</p> <p>全身麻酔の影響及び直腸切除という術式により、正常な排便のメカニズムに障害がおき排便障害を引き起こしていたと推察される。</p> <p>(排尿)</p> <p>右半身麻痺による運動障害・術後の安静の必要性から長期間の尿道留置バルーンカテーテルの挿入という結果を引き起こし、年齢(60代)からも排尿メカニズムが正常に戻るまで時間を要したと考えられる。</p>	I

<p>4) 運動と休息</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2月におこした脳出血（左視床出血）による後遺症で右半身麻痺がある。術後も院内リハビリプログラムによって杖、装具を使用した歩行訓練を行っている。ゆっくりで軽い行もみられるが、病棟内の廊下を理学療法士と共に数往復歩行可能。 ・ (ベットサイドにおけるリハビリについて)理学療法士が来る40分以上も前からリハビリの支度をして準備をし、到着を待っている。 ・ (気分のいい時も、怒りを看護師や医療従事者にぶつけた時期も)一貫してリハビリに対しては積極的に取り組む。リハビリ時一番元気があるようにみえる。 ・ 「睡眠時間は2～3時間」「あまりよく眠れない」 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳出血による右半身麻痺による運動障害と直腸癌直腸切除術後治療過程における日常生活上の不便さはあるが、Aさんのできる限りの努力で乗り越えようとしている。リハビリに対する熱心でまじめな取り組み姿勢は、廃用障害を最小限に留めることにつながると考えられる。Aさんにとっての毎日のリハビリは、唯一の生きる希望であり、糧となっていたのではないかと。 ・ 元々の睡眠時間の詳細の情報は不明であるが、「あまり良く眠れない」という主観的データより、不眠傾向であったことが窺える。不眠の原因については推測の域を出ないが、心身の疲労回復、治療促進に必要なエネルギー源としての睡眠が充分ではなかったのではないかとはいえる。 	<p>A</p> <p>I</p>
<p>5) 皮膚の統合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 術後の創部の癒合状態が不良で離開、二次感染を起こしている。ドレーン挿入後の傷が未だ塞がっていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 元々あった栄養不良と貧血等により、創部の治療が遅れている。 	<p>I</p>
<p>6) 感覚</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 4月22日左視床出血。 ・ 8月31日リハビリの休憩中「目が見えにくい」「片方の目を隠せば見える」等の視力障害に関する発言があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 視床は、大脳と脳幹の間に位置し、視床下部と合わせて間脳と呼ばれる。嗅覚以外のインパルスは大脳皮質に中継する役割を担う。視覚障害は視床出血の後遺症のひとつと考えられる。 	<p>I</p>
<p>7) 神経機能</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 4月脳出血（左視床出血）の後遺症による右半身麻痺および言語障害。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 右半身麻痺および軽度の言語障害は、脳出血の後遺症とみられる。 	<p>I</p>

心理・社会的統合（自己概念）	1) 身体的自己 (1) ボディイメ ージ	<ul style="list-style-type: none"> 4月22日に起こした脳出血(左視床出血)の後遺症による右半身麻痺及び8月に直腸癌の診断を受け8月19日に直腸切除術施行後手術創の癒合状態が悪く離開、創部感染等の二次的合併症を起こしている。 	4ヶ月間の間に、2つの大きな疾患を抱え、しかも2つとも治療過程であり完治していない状態にある。尿道留置バルーンカテーテル挿入のまま、腹部には手術創とドレナージの穴が未だ塞がらないまま在中、杖をつき装具を着けて歩行練習をするAさんの中で、ボディイメージの再構築というまでの余裕はなく、再構築には未だ至っていないものの、再構築途上と言える。	A
	2) 人格的自己 (1) 自己一貫性	<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士が来る4分以上も前からリハビリの支度をして準備をし、到着を待っている。 一貫してリハビリに対しては積極的に取り組む。リハビリ時一番元気があるようにみえる。 	<ul style="list-style-type: none"> 2つの大きな病に見舞われても、リハビリに積極的に臨むAさんの行動は、どんな状況にあっても何とか自分自身を保ち一貫した自己機構を維持しようと努力する自己一貫性と捉えることができる。 	A
(2) 自己理想 /自己期待	<ul style="list-style-type: none"> 教員葛西が、受け持ちの内諾を得に事前に訪問した（初対面の）際、東北訛りと脳出血の後遺症による言語障害で言葉は聞き取りづらいが、顔を紅潮させながら緊張気味にそれでもニコニコしながら挨拶をしてくれた。 (実習初日)学生がAさんとコミュニケーションをとろうと訪室すると、不自由な体でわざわざ起き上がって話をしようとしてくれた。 学生がリハビリ室でのリハビリ終了に合わせてAさんを迎えに行ったところ突然「必要ねえ！いらねえ！」と怒り出した。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護学生を受け入れることを承諾したAさんの行動は、「看護学生の役に立ちたい」という自分自身に対しての自己理想/自己期待に従った行動と捉えることができる。 一方で、麻痺の残る身体、治りきらない手術創といった喪失感、加えてこの時期視力障害に対する不安も表出している。病気や将来への不安重要他者不在のAさんにとって「やり切れない思い」を誰かにぶつきたい心境だったか？ 	A I	

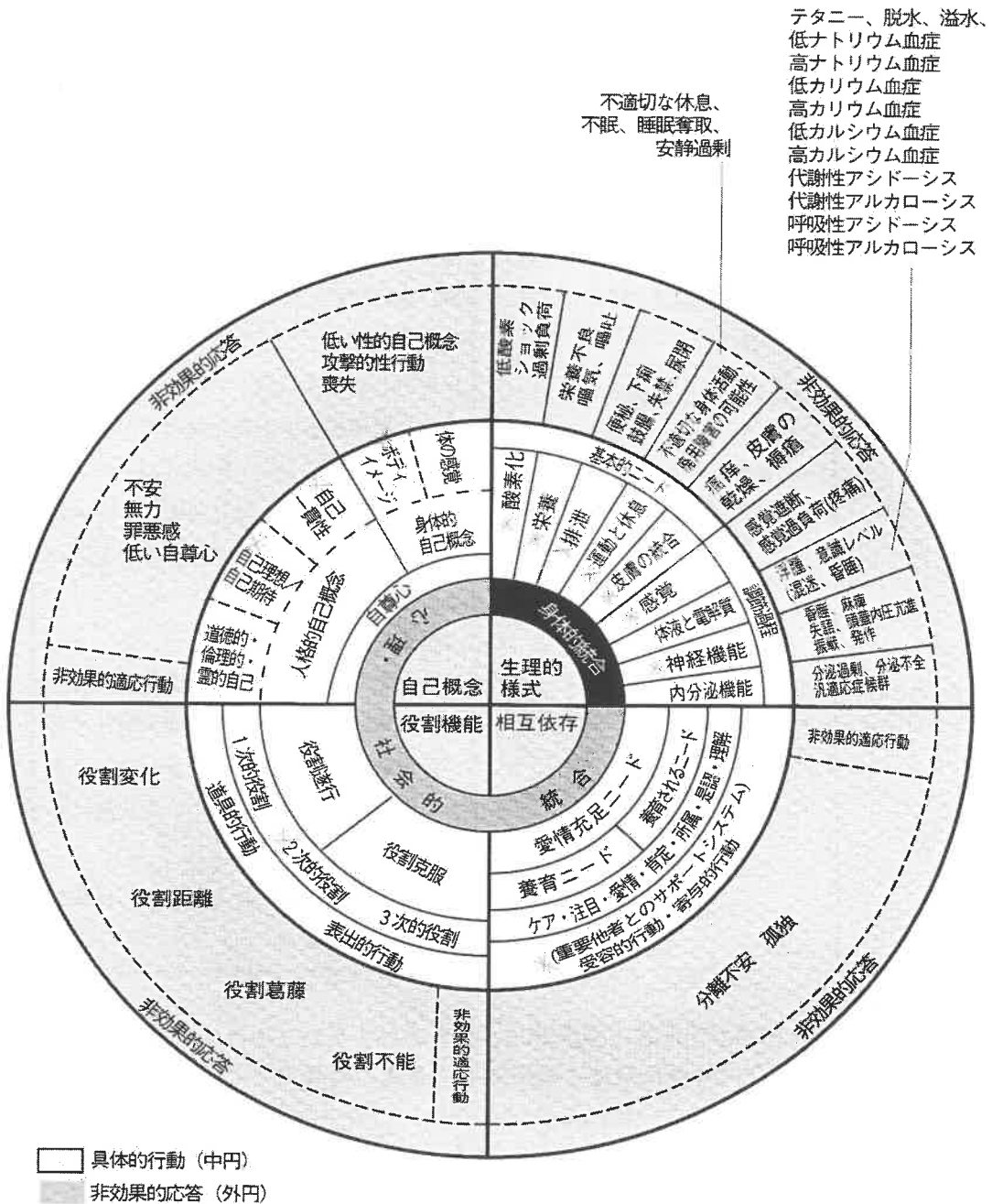
<p>心理・社会的統合（役割機能）</p>	<p>1) 役割遂行・役割克服 (1) 2次的役割 (3 次的役割)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 4月に起こした脳出血と8月の直腸癌手術の為の入院加療によって、土木関係の職を失職している。 ・ (ベットサイドにおけるリハビリについて)理学療法士が来る40分以上も前からリハビリの支度をして準備をし、到着を待っている。 ・ 一貫してリハビリに対しては積極的に取り組む。リハビリ時一番元気があるようにみえる。 ・ 教員葛西が、受け持ちの内諾を得に事前に訪問した（初対面の）際、東北訛りと脳出血の後遺症による言語障害で言葉は聞き取りづらいが、顔面を紅潮させながら緊張気味にそれでもニコニコしながら挨拶をしてくれた。 ・ (実習初日)学生がAさんとコミュニケーションをとろうと訪室すると、不自由な体でわざわざ起き上がって話をしようとしてくれた。 ・ 学生がリハビリ室でのリハビリ終了に合わせてAさんを迎えに行ったところ突然「必要ねえ！いらねえ！」と怒り出した。 	<p>2つの大きな病による失職は、これまでの二次的役割の急激な変容をAさんに強いるものであった。失職という役割喪失は、Aさんにとって大きな危機でもあった。その中でAさんは新たな病人役割さらに看護学生の「受け持ち患者」という役割に対しても挑戦している。現在できる最大の病人役割（障害者役割）の遂行は、リハビリに積極的に参加することである。</p> <p>リハビリに対して必死に取り組む姿勢は、病人役割（障害者役割）の道具的行動ととれる。又、さらに実習生を受け入れる「受け持ち患者」役割に対しても寛容で積極的な姿勢を示す点は、道具的行動の適応と見て取れる。</p> <p>一方で、突然怒りを学生にぶつける等の表出的行動は、非効果的応答ともとれる。</p>	<p>A</p> <p>I</p>
-----------------------	--	--	---	-------------------

<p>心理・社会的統合 (相互依存)</p>	<p>1) (重要他者とのサポートシステム) 受容的行動・寄与的行動</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ Aさんには家族の存在がない。 ・ スタッフの話によるとD病院に転院直後は、職場の元同僚が面会に訪れていたが、それも最近なくなったということである。 ・ 看護学生に対して当初は非常に協力的な姿勢を示していたが、突然怒りを表出する等援助関係が成立しづらい状況にあった。 	<p>脳出血に関しては、左視床出血という以外に出血の程度（大きさ）等の詳細な情報がここでは不明である。視床下部には情動を司る働きがあり、万が一そこへも出血の影響があるとすると、器質的な原因による怒りの表出という見方もできる。</p> <p>いづれにしてもAさんは、麻痺の残る身体、治りきらない手術創といった喪失感、視力障害に対する不安、病気や将来への不安等の「やり切れない思い」を受け止める他者を必要としていた。 家族という重要他者であるサポートシステム不在のAさんにとって医療者は、たとえ看護学生といえども重要他者となり得る位Aさんにとってかけがえのない重要な人間関係と位置付けられたであろうことは推察できる。</p> <p>片や学生自身も初めての実習で不安と緊張の中にあって、言葉が聞き取りづらい患者を前にどうコミュニケーションをとってよいのか図りかねている状況にあった。</p> <p>両者の受容的行動および寄与的行動がかみ合っていない。</p>	<p>I</p>
----------------------------	--	--	--	----------

さらに、適応行動様式と非効果的応答の概念図にA氏の事例を重ねてみたものが、図1である。尚、中円内 具体的行動の頭に付けた手書きの※印は、A氏の事例でアセスメントを行なった項目であり、筆者が加筆したものである。

図1 適応行動様式と非効果的応答の概念図

(ヘンダーソン、ロイ、オレム、ペプロウの看護論と看護過程の展開²⁾より引用)



1. 結果および考察

いま改めて適応行動様式の全体像に照らしてAさんの事例をみると、驚くべきことに生理的様式のほとんどが、Iすなわち非効果的応答を呈している。一方心理・社会的統合では、ほとんどがAすなわち適応状態を示していた。金子は、その著「ヘンダーソン、ロイ、オレム、ペプロウの看護

論と看護過程の展開」の中で、ロイモデルの特徴を3つに集約して述べている。そのうちの2つを以下に抜粋する。

- ① 人間の統合性を具体的に示した生理的・心理社会的統合システムを、明確にした看護モデルであること
- ② 価値の多様性を肯定的に認め、その上に

立った個人尊重の看護モデルであること」³⁾

Aさんの社会的背景や2つの疾患を平面的にとらえ、一般論で述べることは容易い。しかし、この看護理論を使った展開を通して、あたかも今流行りの3D映像のように、Aさんの事例がイキイキと立体的に動き始めたかのように感じた。Sr. カリスタ・ロイの適応看護理論を実践に活用することの有用性は正にこの立体観ではないかと改めて感じた。

そして当理論が医学モデルではなく看護モデルである最大の特徴が、病気に焦点を当てるのではなく、病気や障害を得てもその個人がいかに適応しているか否かを視ていく点であろう。そう視ていった時にAさんの恐ろしい迄の我慢強さと粘り強さが浮かび上がって来た。どんな逆境にあっても不屈の精神で這い上がろうとするAさんの姿には崇高ささえ覚えたし、畏敬の念をも抱かせるものがあつた。人間の可能性を賛歌するロイの人間観が反映された理論であることを再確認することができた。

V. 結 語

本来であれば、第一段階のアセスメントを経てそれぞれの適応状態に影響する刺激（焦点刺激・関連刺激・残存刺激）のアセスメントすなわち第二段階のアセスメントに進み看護診断、看護介入と展開していくわけである。今回はその展開でいうと初段階の展開にとどまる。今後、さらに他の理論も併用した詳細な分析を進め学びを深めていきたいと考える。

又、今回当研究の件でAさんをC病院にお訪ねした際、古巣に戻られてリハビリも順調に進み以前よりしっかりした足取りで温かく迎えて下さった。スタッフに囲まれAさんらしく闘病されている姿にやや安堵した。

謝 辞

この研究に当たり、協力を快諾頂いたAさん、Bさんに対して感謝申し上げますと共に、両名のさらなる幸福を祈念します。

文 献

- 1) 長吉孝子、葛西朱美、西沢三代子. 看護の中心概念とその理論背景—看護理論を活用した看護過程展開のための初段階として—. 松本短期大学紀要、第16号；p88、2007年
- 2) 金子道子. 第2部Sr. カリスタ・ロイ『ロイ適応看護モデル』看護対象論／各論I. 適応行動様式の全体像1. 「適応システムとしての人間」と適応行動様式. ヘンダーソン、ロイ、オレム、ペプロウの看護論と看護過程の展開. 照林社. P97. 2006年
- 3) 金子道子. 第2部Sr. カリスタ・ロイ『ロイ適応看護モデル』ロイ適応看護モデル概説5. ロイモデルの特徴. ヘンダーソン、ロイ、オレム、ペプロウの看護論と看護過程の展開. 照林社. p67. 2006年