

## ストーマ受容が困難であったクライアントのセルフ ケア指導：危機モデルを用いた介入

村田，節子

<https://doi.org/10.15017/239>

---

出版情報：九州大学医療技術短期大学部紀要. 22, pp.11-17, 1995-03. Kyushu University School of Health Sciences Fukuoka, Japan

バージョン：

権利関係：

# ストーマ受容が困難であったクライアントのセルフケア指導

— 危機モデルを用いた介入 —

村田 節子

Crisis model to assist the patient to establish self-management in accepting stoma

Setsuko Murata

Patients with stoma are susceptible to psychological damage due to changes in both body image and bowel habituation. Therefore, it is important to help those patients to be able to manage stoma care by themselves as well as to take care of postoperative recovery process. In gynecologic oncology field, almost all stoma are made for the patients who had metastatic tumor in the pelvis, or massive bleeding from rectum or fistula after radiation therapy. For the reason, there is a great risk of maladaptation of stoma. This paper reported that support using crisis model was efficacious for establishing self-care of stoma of the patient who hardly accepted stoma because of dermatitis around stoma.

## はじめに

ストーマ造設患者はボディーイメージの変化や排泄障害のために心理的ダメージを受けやすい。そのため、術後の一般回復過程の援助と共に排泄行動の変化に伴うセルフケア確立の援助が重要である。特に婦人科領域で取り扱うストーマは、ほとんどが転移や合併症による二次的な造設であり、また手術前後の放射線治療や化学療法の併用療法が多い。そのため身体的リスクが大きい。また、元々が生殖器の疾患であるためボディーイメージが障害され易い。今回、初期の装具選択がうまく行かず皮膚障害を起こしたため、ストーマの受容ができずにセルフケア困難に陥ったクライアントに介入を行った。クライアントは状況から危機状態にあると考えられた。そのため、危機モデルを用いた介入を行って良好な結果を得られたので報告する。

## Ⅰ 症 例

M. I、64歳、女性、155cm、45kg。

診断：腫瘍Ⅱ期＋外陰癌0期。

昭和63年、上記診断にて放射線外照射44.4Gy、組織内照射40Gy施行。平成2年、腫断端部再発のため、放射線原体照射、温熱療法施行。平成3年、カルボプラチン動脈内注入療法施行。その後、治療の効果が認められないため、外来にて疼痛コントロールの状態であった。平成4年、3月22日イレウスのため緊急入院。3月30日横行結腸ループストーマ造設となった。

ストーマは正中創内上部に造設。肋骨弓に近く、大きさは4.5×3.5×1.0(cm)であった。便の性状は下痢便であった。

術後にストーマ用装具として、ポスパックK、その後プロケア2が選択されてセルフケア指導が行われていた。しかし、ストーマは正中創との接合面に凹凸があり、下痢便が漏れ、皮膚炎を起こしていた。さらに、術後14日目に保護剤のついていないバイオクローズAが選択され、皮

膚炎は急激に悪化した。クライアントは疼痛などのためにパウチ交換を拒否するようになった。術後16日の時点でケア依頼を受けた。

### 1. ケア依頼時の状況

ロイ看護モデルにより、情報の分類を行い、カルベニートの診断カテゴリーを用いて看護診断を行った。診断リストを以下に示す(診断ラベルのみ)。

- #1. 皮膚の統合性の障害。
- #2. 不安
- #3. セルフケア不足:入浴-清潔、更衣-身繕いに関する。
- #4. 安楽の変調:疼痛。
- #5. ボディーイメージの障害。
- #6. 排便の変調:下痢。

であった。ストーマ周囲局所の状況は表1に示す。

ここで今回の介入のポイントは、1)皮膚障害改善のための装具選択と、2)セルフケア確立のための危機介入であった。

表1 皮膚の状況と装具選択

#### 皮膚の状況

- 1 ストーマの大きさ4.5×3.5×1.0cm
- 2 皮膚の糜爛が10×10cmと大きい
- 3 正中創内に造設されているために周囲に凹凸があり縫合部から便が漏れる。
- 4 ツーピースパウチはうまく貼れていない。
- 5 下痢便である。

#### 選択した装具

- 第一段階: バイオコントロールコンフランス・プロケアパテ・キャッチャーユー
- 第二段階: アクティブライフST・プロケアパテ・キャッチャーユー

### 2. ケアの実際

- 1) 皮膚症状改善のための装具選択について  
クライアントのセルフケア困難の大きな原因は、皮膚糜爛による疼痛のためと考えられたので、皮膚症状改善のために装具の再選択を行った。術後日数などから考える

と既に社会復帰用の装具を選択したい時期ではあったが、糜爛部が大きいため2段階に分けて選択した。また2ピースパウチは造設部位の状況から考えて不相当と考えたのでワンピースの装具を選択した。

第一段階は、皮膚症状の改善までとし、バイオコントロールコンフランス、プロケアパテ、キャッチャーユーを用いた。第二段階は、セルフケア指導の段階とし、アクティブライフショート、プロケアパテ、キャッチャーユーを用いた。

- 2) セルフケア確立のための危機介入について

介入までの状況(看護記録及びインタビューによる情報収集)

精神的援助のための情報をロイモデルにより分類し、図1に示す。クライアントは気が小さく物事にこだわる方であったが、元教師でもあり、理解力は良好で理論的に納得できる人であった。術後のポスバックKから術後1日目には社会復帰用のプロケア2に変更されている。術後4日目にはセルフケアのための指導が開始され、クライアントは看護婦の説明に意欲的な態度を見せている。しかし、頻回の便漏れと痛みのため次第に不安も増してきたようで術後10日目には2ピースパウチの交換を教えてもらっていないと不安を示した。また11日目には主治医に早く自分で交換できるようにと言われて焦りが見られているようである。14日目には痛みのためパウチ交換を拒否し、「人工肛門の扱い方なんて分かりそうもない」と言っている。初回の面接時では術後16日目という時期でありながら、トイレ(排尿)以外ほとんど看護婦や家族のケアに頼っている状態であった。痛みの場所があちこち動いたり、身の回りのことに殆ど気が回らないといった印象で混乱しているようであった。状況から危機状態であると判断し、Finkの危機モデルを用いて危機の第一段階:衝撃の段階から第二段階:防衛退行の段階である

として介入を行った。介入の目標とするセルフケアレベルは、①パウチの交換が計画的に行えること。②皮膚のケアの方法を習得することとした。

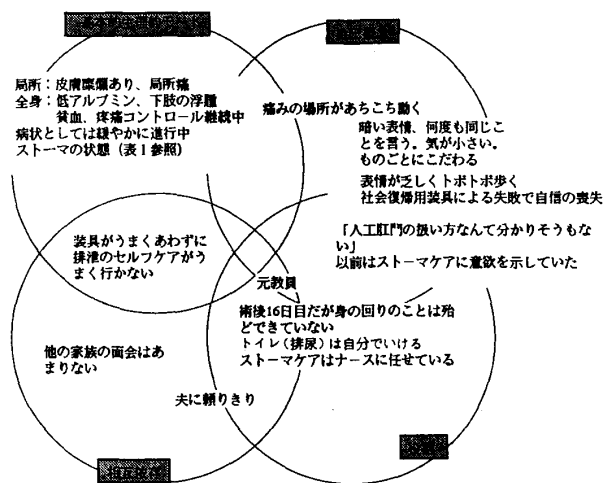


図1 ロイモデルによる情報の分類

## II 経過及び結果 (表2参照)

介入の第一回目の目的はまずクライアントの情報を得ることと、関係づくり、そして身体的痛みを軽減することであった。そのため第一回目の処置はすべて看護者が行き、クライアントの訴えを受容的に聞くことに努めた。表2に示すように、介入6日目(第三回目の介入)で皮膚症状はかなり軽減し(写真1)、装具は第二段階の社会復帰用へと変更になった。介入8日目に主治医から、「装具の取り替えができたなら退院してよい」と言われ、不安が再び高まったようである。しかし、今回はこれが介入以前とは異なり、プラ

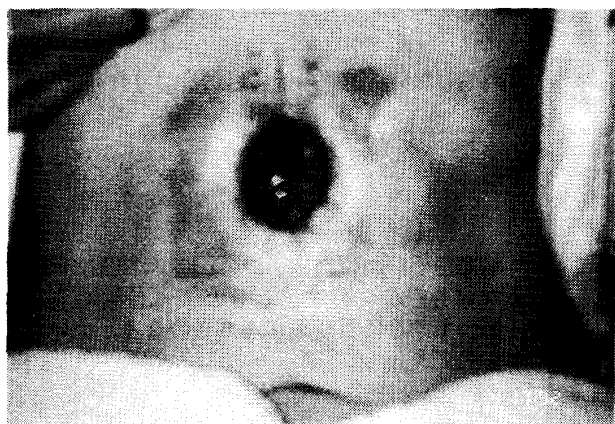


写真1

ス方向のきっかけとなったようで介入11日目(第5回目の介入)には装具交換の段階から非常に前向きな態度で取り組めた。また、クライアントの夫の協力が得られたので、同時に夫にケアの方法を指導していった。介入18日目(第7回目の介入)には「退院前に自信をつけたいから、外泊したい」という言葉が聞かれた。セルフケアレベルはまだ充分ではなかったが、夫が全面的にケアを援助できそうだと判断。症状からも「なるべく在宅で家庭とともに過ごさせたい」という医療側と家庭側の意向もあり、外泊を試みる事となった。

本人が一番心配したのは入浴がうまくできるかどうかであった。入浴に不安を抱かせないように、まずお湯のかけ方などのデモンストレーションを行い(写真2)、入浴時の注意点を指導の後、翌日より外泊となった。介入22日目、パウチ漏れの処置がうまく行かず予定より1日早く帰棟したが、不安はかなり軽減しており自信がついた様子であった。この時点で危機状態は解消したと判断した。外泊中の経験を聞き、うまく行かなかった部分を再指導した。クライアントは表情が明るくなり、質問も積極的であり、冗談を言ったり夫に感謝の言葉を述べたりした。今後の日常のセルフケアに自信がもてた様であった。貧血のため輸血などの処置を受けた後、介入後26日目で退院となった。その後、退院55日目に外来で面接を行った。皮膚の状態は良好であり、夫の介入によってセルフケアレベルも維持できていると判断した(写真3)。

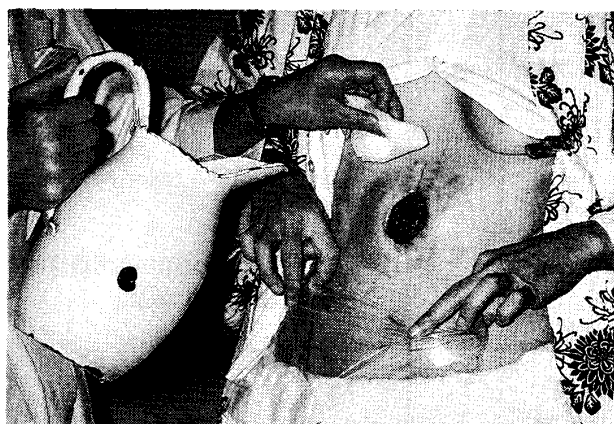


写真2

表2 介入の方法とクライアントの反応

介入後の日数	介入回数	介入方法	クライアントの反応
0	1	<b>装具 第一段階</b> 看護者が全て装具交換を行う。身体的苦痛を取ることや情報収集が第一の目的。介入の目的や内容は知らせるが、本人には“～しましょう”という誘いかけはしない。	表情は堅く、暗い。とぼとぼと歩く。かなり憔悴した印象。いろいろな部位の痛みを強く訴え、「人工肛門の扱いなんてわかりそうもない」という。
1			自分で便を出したりする行動が見られる。
2			夜中にパウチを眺めている。
4	2	皮膚症状はかなり改善。皮膚の状態や、便の状態について説明する。 ストーマや物品にさわらせる。	ストーマのことに限らず訴えが多く、痛みの部位があちことと動く。便の処理は自分でできている様子。
6	3	<b>装具 第二段階に変換</b> 皮膚症状の改善により、社会復帰用の装具に変更することを説明。デモンストレーションしながら交換する。	熱心に聞いている。 「便が固まらないのは、(腸の)上の方を使っているからでしょうね」という。
8	4	物品を一緒に確認し、パウチの切り方などを説明し、できるところは自分でさせる。 主治医より、「装具の取り扱いができれば退院してよい」と言われる。	鉄、パテの使い方が少しぎこちないが、意欲的に行える。
9			夜中に看護婦詰所まで何度か来る「(パウチの)扱い方を詳しく知りたい。装具はどこに注文したらいいのか教えてほしい。先生は退院してよいと言うけどまだ自分で(パウチ交換)していないから自身がない。考えたら眠れない」と言う。
11	5	準備段階から本人にさせる。できるところは手を出さない。	「パウチ交換はまだ自信がない。鉄を使うのが難しい大丈夫だろうか。主治医の先生に見てもらいたい」他の部位の痛みに対する訴えあり。
14	6	夫から参加の申し出があり、一緒に行く。看護者は指示のみして、手を出さない。	夫は非常に協力的。クライアント本人もかなり、頼り切っている様子。
18	7	ほとんど手を出さずに自分で行わせる。外泊時の注意点を指導。	「外泊したい。退院の前に自信をつけたい」
19		希望により外泊。	
22	8	外泊より帰棟。外泊中の経過を尋ね、必要事項をもう一度夫と共に確認。	外泊で自信がついた様子。外泊中にできた問題点などを熱心に話す。ときどき冗談を言う。 「いつもここに看護夫さん(夫のこと)がいるから大丈夫」
26		退院となる。	

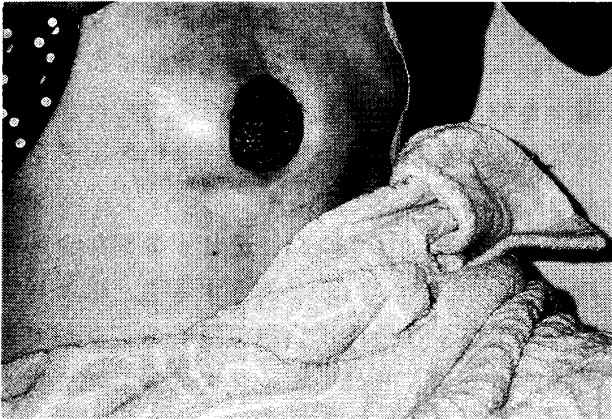


写真3

### III 考 察

危機には状況的危機と発達危機とがあると言われる<sup>1,2)</sup>。看護者が介入するのは特定の状況(疾患の影響や手術などの処置の影響)で起こった状況的危機に対してである。Rapoport等は、この状況的危機をもたらす相互に関連する要因として、脅威をもたらす危険なできごと、もろさ(き弱さ)あるいは葛藤を生じた初期の脅威に象徴的に結びついている本能的ニードに対する脅威、適切な対処規制を用いての反応不全をあげている<sup>3)</sup>。今回は不適切な装具選択による排泄の漏れ、皮膚糜爛の悪化を疼痛などが危機状態へのきっかけとなったと思われる。

Caplanは危機を「危機とは、人生の重要な目標に到達するような衝撃に直面したときに、一時的、習慣的な解決方法を用いては克服できない時に生ずる状態である。混乱の時期と動揺の時期がその結果として起こり、そのあいだ解決しようとする様々の試みがなされるがうまく行かない。しかし結果的にはある種の順応がなされる。その順応はその人やその仲間にとって、最も良い結果をもたらすかもしれないし、そうでないかもしれない形で達成される」と定義している<sup>3,4)</sup>。

危機にはストレスと違って、必ず衝撃の段階が明らかにされるべきであるといわれるが<sup>4)</sup>、一般に日本人は衝撃の段階が判断しにくく、このクライアントの場合もはっきりとしない印象であった。しかし、Caplanのいう危機の4つの発達

段階<sup>3,5,10)</sup>とAguileraとMessickのモデル<sup>9)</sup>、MillerとIscoveの危機状態の特徴<sup>6)</sup>等を参考に、変化をもたらしたできごと、時間的特徴、行動の変化等から明らかに危機状態であると判断し、パウチ交換を拒否した術後14日目前後を衝撃の段階とした。問題解決のための危機モデルは急性期に良く用いられるFinkを用い(表3)<sup>3,7)</sup>、第一段階衝撃の段階から第二段階防御退行の段階への移行期と判断した。

表3 フインクの危機モデル

段 階	内 容
1：衝撃の段階	最初の心理的衝撃の段階。自己イメージを脅かされた時に感じる心理的衝撃。不安、パニック、無力状態を示し、思考が混乱して判断・理解をする事ができなくなる。また、急性身体症状を表す。
2：防御的退行の段階	危機の意味するものに対して、自らを守る時期。現実逃避、否認、抑圧、現実逃避のような対処規制を用いて自己存在を維持しようとする。不安はやや解消し、身体症状も軽減する。
3：承認の段階	危機の現実と直面する時期。もはや変化に抵抗できないことを悟り、自己イメージの喪失を体験する。再度混乱を体験するが、次第に新しい現実を知覚し、自己を再調節して行く。この時期が圧倒的すぎると自殺を企てることもある。
4：適応の段階	建設的な方法で現実に対処して行く時期。新しい自己イメージや価値観を築いて行く過程。

危機介入の大きな特徴は、精神分析や短期精神療法の目的がパーソナリティーの構造に大きな変化をもたらすことや神経症や精神症状が深まるのを予防することであるのに対し、当面する危機の解消であることである。そのため前者がしばしば発生論的過去を取り扱うのに対し、危機介入では発生論的現在を取り扱い、身体及び精神の機能を危機が起こる以前の状態までに回復させることが重要となる。又、介入の方法も精神分析や短期精神分析が受動的観察や参加観察であるのに対し、積極的参加であり、指示的

な点である<sup>3,6)</sup>。ここで Fink のモデルは Maslow の動機づけ理論に基づいており、第三段階までは安全のニードを充足する方向へ、最後の段階は成長のニードの方向へと向けられている<sup>3)</sup>。そのため介入においては、まず身体的苦痛をとること、心理的には初めに積極的にセルフケアを行わせるよりも周囲の環境(装具選択、援助者:夫の協力)を整えて行きながら、1回ごとに次のステップへの指示を与えていった。このクライアントも、夫も元教員であり、介入前の看護記録からも学習に対するレディネスは充分であると考へた。介入9日目(第4回目介入)には「パウチの扱い方を詳しく知りたい」という言葉が聞かれ、詳しい手順や理由の説明を行った。結果として危機モデルの第三段階承認の段階から第四段階適応の段階へ移行し、セルフケアへと適応していったと思われる。つまり、まず周りの環境を整えて行くようアプローチしたことはクライアントが安全であると判断できる環境を提供することとなり、クライアントの不安を取り除き、最終的に成長のニードの方向である適応の段階へ移行することができたと思われる。

危機には時間的制約があると言われ、短い時には1週間位から通常4~6週間続き、最終的には善かれ悪しかれ何らかの適応を迎えるという<sup>4,7)</sup>。そのため介入も焦点を絞って行われる必要がある。介入回数は通常6回程度が望ましいとされる<sup>9)</sup>。今回は8回の介入で退院となった。このクライアントは夫への依存が大きく、最終的な技術習得のチェックや心理的サポートの確認が充分ではなかったが身体的条件とその後の外来での面接により、ほぼ目標を達成し、妥当な介入回数であったと判断した。

危機とよく似た概念にストレスがある。ストレスは病気を発生させる可能性があり、一方危機は、病気発生の可能性を有しているだけではなく、心理的、社会的成長を促進させる可能性をも有したいわば触媒として見なされている。又ストレスには時間的制約がないが危機には先に述べたような時間的な制約がある<sup>3,4,9,10)</sup>。さらに危機状況にある時には短期に大きな変化を経験

する訳であるから、他者からの影響を受けやすい<sup>4,10)</sup>。このことはつまり、危機状態にある時は傷つきやすい状態であると同時に他者による適切な介入が必要で且つ効果が大きい時期でもあるといえる。看護をするものは、クライアントの情報を見落とさず時期を逸せず適切な介入を行うことが大切である。そうすることによってクライアントは危機状態から脱することができるのみならず、それをチャンスにさらに成長する可能性をも促進することができる。

もう一つ大事な点は、不必要は危機状態を招かないように危機の回避、又は起こり得る危機のレベルを小さくすることである。そのためには、予期的な不安や指導を与えることが重要であると言われる<sup>2,4)</sup>。危機が避けられない場合には事前に起こり得る事態の可能性を説明し、その事態にどのように対処して行けば良いのかという知識を与えておく働きかけが重要である。Caplanはこれを予期的な指導と言っている<sup>4)</sup>。看護者は起こり得る危機を事前にアセスメントしオリエンテーションに効果的に導入することが大切である。

#### ま と め

1. ストーマ造設後、不適切な装具選択による皮膚糜爛を起こし、危機状態にあるクライアントへの危機介入を行い、セルフケアの援助を行った。
2. 危機介入には急性期に良く用いられる Fink の危機モデルを用いた。
3. 8回の介入で危機は解消したと考えられセルフケアレベルを達成できたと思われる。
4. 危機とストレスの違いを考えながら、時期を逸さずに介入することが必要且つ効果的であることがわかった。

#### 参 考 文 献

- 1) 山崎道子、ソーシャルケースワークと crisis theory、精神衛生研究 16: p47 - 57、1968。
- 2) 岡堂哲雄:クライアントーカウンセリングを求め人、水島恵一、岡堂哲雄、田畑治著、

- カウンセリングを学ぶ、東京、有斐閣選書、1978、p41 - 54。
- 3) 小島操子：危機理論の発達背景と危機モデル、看護研究、Vol.21、No.5、p2 - 9、1988。
- 4) 山本和郎：クライシス理論について - 社会臨床とコンフリクター、日本社会心理学会、葛藤と紛争 - コンフリクトの社会心理学 -、東京、勁草書房、1971、p51 - 66。
- 5) 佐藤禮子：AguileraとMessickの問題解決モデルによる分析、看護研究、Vol.21、No.5、p51 - 61、1988。
- 6) 鈴木志津枝、黒田裕子、矢田真美子他：危機理論の活用、看護研究、Vol.21、No.5、p62 - 73、1988。
- 7) 山勢博彰、山勢善江：危機理論とその応用、月刊ナーシングVol.12、No.11、p68 - 73、1992。
- 8) ドナC.アギュッララ、ジャニスM.メズイック著、小川源助他訳：危機療法の理論と実際、川島書店、1991、p15 - 31。
- 9) 山本和郎：クライシスインターベンション - 危機介入、水島恵一、岡堂哲畑治著、カウンセリングを学ぶ、東京、有斐閣選書、1978、p135 - 147。
- 10) Allen Darbnne著、佐藤朋子訳：Crisis:A Review of Theory, Practice and Research, 看護研究、Vol.21、No.5、p11 - 16、1988。