研 究 報 告

急性期の頸髄損傷患者の体験と 生きようとする力に影響を及ぼす看護ケア

Experiences of Patients with Acute Cervical Spinal Cord Injury
and Nursing Care to Empower Their Will to Live

日坂ゆかり

Yukari Hisaka

本研究の目的は、急性期の頸髄損傷患者の体験と、どのようなことで生きようとする力が引き出されあるいはその反対に失われていくのか、生きようとする力に看護ケアがいかに影響しているのかを明らかにすることである。

研究参加者は、不慮の事故により受傷し救急部に搬送されて頸髄損傷と診断された5名である。研究者が研究参加者の看護ケアに携わりながら言動と提供した看護ケアを記憶し、記述してデータを得るプロスペクティブな質的記述的研究とした。また、看護ケアの効果を含み、患者の生きようとする力が引き出されることに影響を与える要因を明らかにする因子探索型研究でもある。

研究参加者の体験では、医療者から不治の告知がされなくても受傷後数日で患者は自分の身体は治らないかもしれないと思い始め、またその時期に5名中4名が死をも考えていたことを口にしていった。生きようとする力を失わせていることには、治らないかもしれないと考えることと、痛み、不眠、安静、および吸引などの苦痛があった。生きようとする力を強めていることは、「普段の生活に近づく」こと、「視界が広がる」こと、「自分でできることが拡大する」こと、「苦痛が軽減する」こと、「家族や看護師の生きようとしてほしいとの思いを感じる」ことが見出された。

頸髄損傷患者は、受傷後早い段階で動けなくなる不安と身体的苦痛から絶望し、死にたいと考えるが、その絶望感から立ち直る強さを持っていた。看護ケアは、患者の苦痛を強くし生きようとする力を奪っている場合もあるが、それ以上に患者の生きようとする力を支えることに深く関わっていた。

キーワード：急性期、頸髄損傷、生きようとする、看護ケア

The purpose of this study was to explore experiences and feelings of patients who suddenly injured the cervical spinal cord to find what gives them empower their will to live, or what makes them to lose it on the contrary, and how the nursing care influences empower their will to live.

The participants were 5 patients who were hurriedly transported to emergency hospital due to an unexpected accident and diagnosed as the cervical spinal cord injury. This study was intended to be the prospective, quantitative, and descriptive, in which the researcher obtained data by memorizing or recording speeches and behaviors of the participants while taking care of them. Moreover, this is a factor-search research that aims to find what factors may influence patients to regain living zest and how nursing care works to draw their vigor.

Learning participants' experiences within a few days after the injury, we have found it was even before physicians explained them about the body injury to be incurable when they began to think the injury was intractable and four out of 5 patients mentioned they thought they'd rather be dead at that time. The factors that deprived the patients of empower their will to live were thought that the injury would be incurable, and aches from insomnia, restriction in bed, and suctioning, etc. On the other hand, the factors that strengthened empower their will to live were thoughts such as, "I will be able to go back to my usual life," "I can see things with a extensive view," "my abilities of doing things have been improved," "the pains are reduced,"

and “I have learned my family and nurses want me to survive,” etc.

Those who damaged cervical spinal cord tend to despair and wish to die from uneasiness of being immovable and severe body pains at an early stage after receiving the injuries, but we have found they have inherent strength of overcoming the despair. The nursing care sometimes may increase aches and/or deprive them of living strength, but we have found that it has been very influential to them for empower their will to live.

Key words : acute, cervical spinal cord injury, empower their will to live, nursing care

はじめに

頸髄損傷は、突然の事故などにより身体に不可逆的な障害を受ける疾患であり、多くの患者は一生続く障害とともに生きることを余儀なくされる。受傷直後は、一瞬にして多くの身体機能を失う衝撃や不安の中、身体的苦痛も襲ってくる。急性期では、生命の危機もあり呼吸・循環の管理や、治療や頸部の安静による症状の悪化の予防など、看護の焦点は身体的な安定を維持することにおかれる。そのような中、患者は受傷直後から自分自身の身体の変化に気づき、動けなくなることを予感している¹⁾。そして、今後のことを考え絶望し、苦痛によって生きる気力をなくし、死を考えていることがある²⁾。しかし、多くの患者には、その絶望感に捉われた状況にとどまることなく、生きようとする力が生まれてくる。そこにはさまざまなきっかけや要因が関連していると考えられる³⁾。頸髄損傷患者が急性期の苦痛の強い時期を乗り越え、安定した状態で今後の日常生活を送っていくことができるためにも、急性期の患者の体験を知り、生きようとする力を支える看護ケアは重要であると考えられる。Fink⁴⁾の危機モデルは脊髄損傷患者の体験から導かれているが、多くの急性期の頸髄損傷患者の体験を明らかにした研究は、振り返り語ってもらう後ろ向き調査しかされていない。ましてや、患者の生きようとする力と看護との関連を明らかにした研究は見られない。

そこで本研究では、急性期の頸髄損傷患者の体験と、生きようとする力に焦点をあてて記述すること、また、患者の生きようとする力に看護ケアがいかに影響しているのかを明らかにすることを目的とした。これらを明らかにすることによって、急性期の頸髄損傷患者の苦悩を医療者が少しでも理解でき、人間が本来持っている生きようとする力がいかに引き出され、看護師は患者の生きようとする力を強めるために何ができるのか示唆が得られるのではないかと考えられる。

I. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、プロスペクティブな質的記述的研究であり、因子探索型研究でもある。患者が救急外来に搬送されてきた受傷直後から、患者の体験を前向きに探求した。研究者が看護ケアを行いながら患者の言葉や表情を観察し、それを手がかりとして見出された体験や、看護師のケアや家族の存在による患者の反応についても記述した。また、看護ケアの効果を含み、患者の生きようとする力が引き出されることに影響を与える要因を明らかにした。

2. 研究参加者

2005年5月から2006年10月の期間中に、不慮の事故により受傷し、救急外来に搬送されて頸髄損傷と診断された50歳代から70歳代の5名。

3. データ収集方法

研究者が勤務している救急外来および救急病棟で、研究者が担当看護師として研究参加者である患者の看護ケアに携わりながら、参加者の言動と提供した看護ケアを記憶し、その日のうちにフィールドノートに記述した。また、他の看護師が看護ケアを行っている場面では、研究者は観察者となりその場面を記憶し、さらに、カルテに記載されている患者の言動をデータとして採用した。整形外科病棟に転棟後は、研究者が面会に行き、研究参加者の言動とカルテからデータを得た。

4. 分析方法

参加観察や看護記録から得られたデータを整理し、繰り返し読み、患者の「生きようとする力」はどのような言葉や表情で表現されているのか念頭におきながら、それぞれの事例を時間軸に沿って整理をし、体験

の意味を解釈した。ストーリーを再構成する中で、患者の「生きようとする力」の変動を曲線で表し、患者の感情が変化した場面を抽出し、その場面には、どのような出来事や家族を中心とする周囲の関わりが影響しているのか看護ケアを含めて着目し解釈した。また、分析の過程において、質的研究に精通する指導者2名のスーパービジョンを受けた。

5. 倫理的配慮

研究への参加同意は、受傷後1カ月以上経過し、候補者の心身状態が安定していることを確認し、転院もしくは転院が決まってから得た。その際、研究の趣旨、データを記述していたことを説明し、承諾が得られなかった場合は、すべてのデータを破棄し研究には使用しないことを説明した。また、日本看護協会が提示する看護研究における倫理指針(2005)の「看護者がケアの受け手を対象に行う際の倫理的配慮」に基づき、看護研究の遂行を優先することにより職務の質が低下することがないように保障した。

Ⅱ. 結果

1. 参加者の概要(表1)

研究参加者の5名は全員男性であった。受傷部位はD氏が頸髄の3から4の損傷で一番高位であり、障害の程度も重く搬送時より気管内挿管・人工呼吸器を装着し、四肢は運動や知覚はなく完全麻痺の状態であった。その他の4名は、頸髄の4から7の損傷で、搬送直後の障害は、下肢は完全麻痺で知覚もなく、上肢の運動は、自分で腕を動かして顔や頭まで手の平を動か

すことはできるが、指の運動はわずかに曲げることができる程度であった。A氏とC氏は麻痺の回復はほとんどなかったが、B氏とE氏は不全損傷であり、わずかではあるが四肢の知覚と運動の回復がみられた。

2. 急性期の頸髄損傷患者の体験と、生きようとする力に関連する事柄

まず、得られたデータを事例ごとに時間軸に沿って整理をし、ストーリーを再構成した5名の参加者の体験を述べていく。また、患者の体験の中で「生きようとする力」が変化した場面を抽出し、影響した共通する事柄を表2に示した。

【A氏の体験】

A氏は、救急外来に搬送された直後は、目を閉じ医療者のすることを受け入れていた。看護師が気になることについて尋ねると、鼻炎薬がないことを言われた。3時間後に救急病棟に移動し、妹が面会に来たときに「何がどうなっとるんやら」と初めて不安を口にしていた。受傷翌日は看護師に「手術したら治るのか、動けるようになるか」と聞き始めるが、曖昧な返答しかしてくれず、受傷後3日目頃より聞かなくなり、妻に「舌かんで死んだほうがましや」ともらしている。その一方で研究者に、「夜このまま息ができんようになって逝ってまうのかと思うとたまらん」と死への恐怖も語っていた。

この時期に一番の苦痛となっていたのは、看護師が行う体位変換によって右上肢が圧迫されしびれが増強することであった。さらに受傷後7日目頃より自分で痰が出せず、吸引の苦痛が加わってきた。苦痛の強さから混乱し、動きにくい手を自分で動かし、手首を頸

表1 研究参加者概要

	性別	年齢	受傷部位	受傷時の障害の程度	受傷原因	座位をとれた日	食事開始日	家族
A	男	60代前半	頸髄4～6	上肢不全麻痺・ 下肢完全麻痺	バイクで転倒	受傷後 22日目	受傷後 10日目	妻
B	男	60代前半	頸髄4～6 (不全)	上肢不全麻痺・ 下肢完全麻痺	階段から転倒	受傷後 1日目	受傷後 1日目	妻・息子2人
C	男	50代後半	頸髄5～7	上肢不全麻痺・ 下肢完全麻痺	バイクで車に激突	受傷後 3日目	受傷後 1日目	妻・娘
D	男	70代前半	頸髄3～4	上下肢完全麻痺・ 呼吸筋麻痺	バイクで衝突	受傷後 6日目	許可なし	妻・娘2人
E	男	50代後半	頸髄5～7 (不全)	上肢不全麻痺・ 下肢完全麻痺	車を運転中に衝突	受傷後 3日目	受傷後 3日目	なし

椎カラーにこすりつけて「こんなんいらん」と叫ぶこともあった。受傷後9日目にいったん楽になっていた呼吸が再び苦しくなり、吸引や体位ドレナージが必要となった。また、主治医からA氏に頸椎固定の手術が3週間後になること、妻には気管内挿管の可能性もあることが説明された。

受傷後10日目の未明に、A氏の手首内側の傷を妻が発見した。研究者がすぐにA氏のところに行くと、肉片が取れるほど傷は噛みちぎられているが、動脈性の出血はなかった。研究者は無表情に目を閉じているA氏と、泣きながら呆然と立っている妻の様子を見て、妻をいったんA氏の側から離れさせた。研究者はA氏のベッドサイドに座りながら「どうしたん」とわざとたいしたことはないような口調で声をかけた。A氏は「何かイライラしてパニックになって思わずしてもた、私を楽にしてください」と天井を見たまま淡々とした口調で話した。研究者が「私もそうになったら生きていたくないと思うと思う。でも、自分の大事な人がそうになったらどんな体でも生きていてほしい。奥さんのためにも生きないとは思われへん？」と話すと、A氏は口調を強くして「ずっと思ってるよ。妻のためにも頑張っていかなと思うけど、それ以上にしんどい。動かれへんし、息はできんようになるし。そうなる、いらいらしてパニックになる。このままやったらあいつのほうが先に死ぬ。だから、情けない」と目を閉じた。

研究者は、受傷直後は死にたいと言っていたが今は前向きに生きている今までに出会った頸髄損傷患者のことなどを話した。A氏は、時々返事はするもののほとんど自ら話すことはなく上を向いたまま目を閉じていた。30分ほど話をしたところで、A氏のほうから妻を呼んでほしいと言った。妻をA氏のところ連れて行くとA氏は「ごめん」と言い、妻はA氏の上にうずくまり泣き崩れた。夜が明けるとA氏は研究者に、「昨日はがんばって痰を出そうと思って、吸入とかがんばった。いっぱい痰が出て、でもしんどかって、やっと落ち着いたと思ったら、また、看護婦さんが吸入と吸引を持ってやって来て、がんばりましようと言われた時、今までいやとは言ったことがなかったけど、はじめていやだと言った。こんなことがずっと続くのかと思ったらつらくなった」と暗い表情で話していた。

研究者は、A氏に生きようと思えるように気持ちが変化してほしいと考え、その日の午前中に病院の外に

出ることを提案した。ベッドで外の駐車場に出たA氏は空を見ながら「天井以外を見るのはどれくらいぶりやろう。今日がいつかもわからへん。すごく長く感じた」と話し、表情を和らげていった。昼から流動食が開始となり、横向きの姿勢で看護師の介助で食べていた。研究者がA氏のところに行くと「散歩に行ってから痰が10個、いや、15個は出たで。がたがたしたのがよかったんかな。昼ごはんも頑張って全部食べたで。お椀に入ってるの久しぶりや。重湯やけどね」と笑顔をうかべながら話した。さらにA氏は「吸入はしんどかったら途中でやめてもいいの？ やめたら意味ない？」と聞き、研究者が途中でやめてもいいことを説明すると、自分から吸入すると申し出た。

その日の夜から熟睡できるようになり、死にたい等の発言もなくなり精神的に安定してきていることが伺われ、受傷後12日目に整形外科病棟に移動した。

【B氏の体験】

B氏の搬送直後の様子は、医師に足を触られながらわかりますかと聞かれて、「わからない、わからないんです」と繰り返して返答していた。この繰り返しは、イライラした言い方ではなく、わからないことが不思議だと感じているようにみえた。階段から落ちただけで大きな怪我もないのになぜ感覚がないのか戸惑っている様子であったが、そのことを自分から聞くことはなかった。一通りの検査が終わり、救急病棟に入室する時に何か聞きたいことはないかと研究者が声をかけると「治るんかな」と初めて不安を口にしていた。

受傷後1日目は、笑顔も見られ食欲もあったが、「動けないことがつらいな」と語り、食事の介助をしていると「指が動いたら自分で食べれるのにな」とため息をつく場面も見られた。妻は本人の前でも「こんななって仕事できんで困る」等のことを言っていたが、B氏はそのことを不快に思っている様子ではなく、妻がいる時のほうが笑顔を多く見せていた。

受傷後3日目では、麻痺の改善がなく「変わりまへんな、指があかん」と表情暗く話している。さらに、夜眠れないことや、排便がなくお腹がはって苦しくて食事が食べられないことのつらさを話していた。受傷後4日目に、あまり自分の希望を言わなかったB氏が「外の空気が吸いたいな」と看護師に言い、ベッドのまま駐車場へ行った。外に行くとB氏は「やっぱり全然違うわ、気持ちええな、空がほんまに青いな」と笑顔を見せていた。その後、少しずつだが麻痺の改善が

見られ、看護師がパンをB氏の手に持たせると自分で口まで運ぶことはできるようになるなど、自分でできることが増えてきた。そのことによりさらに積極的にリハビリに取り組んでいた。

受傷後1カ月頃に、研究者が面会に行った時には、受傷直後の一番苦しかった時を振り返り話すこともできていた。B氏は、救急病棟ではネガティブな発言はなく、落ち込みはあるものの精神的には安定しているように看護師からは見えた。それでも「はじめはこのまま逝かしてくれと思った」と振り返り語っていた。

【C氏の体験】

C氏は、救急外来に搬送された直後は、まず、今日の仕事に行けないことを心配し、次に後頭部の痛みなど今感じている苦痛となることを気にし、さらに、入れ歯の不具合によって食事が食べられないのではないかと心配していた。半日が過ぎた頃から、「動かんようになるのかな」と不安を言い始めている。

C氏は受傷翌日に朝食を食べた時には「これが一番の楽しみ」と笑顔で話していた。午後になると「動けないのがつらい。死にたいわー」と看護師に言い、受傷後2日目では「このまま足が動かんかったら、周りに迷惑かける。情けないな」と言っていた。後日、この時期に娘に「生きとったらいいことある」と言われて、そのことが気持ちの支えとなっていたと語っていた。

受傷後3日目に主治医から座位の許可が出る。C氏は、「起きたら世界が違ふと感じる」と興奮気味に話し、座位で食事を介助すると、「やっぱしこのほうがおいしいな、食べるのだけが楽しみやから」と笑顔を見せた。研究者が自分で食べるようになるために必要なリハビリの方法を説明すると、一人で指や腕の運動をしている様子も見られた。「少し前までしんどかったけど、今は前向きな気持ちになってきたよ。体も大分動くようになってきたからね」と話し、その夜は睡眠剤を使用し受傷後初めてよく眠れたと言っている。この日に行われた精神科の問診表に「外傷後希望が持てず死にたいと思った」と過去形で答えていることから、昨日までとは気持ちが変化したことが伺われた。

【D氏の体験】

D氏は受傷後すぐに気管内挿管し、鎮静剤によって眠らされていた。受傷後2日目に、鎮静剤を中止し目が覚めると、なぜ声が出ないのか、声はいつ出るのか、ご飯はいつ食べられるのか、治るのか、動けるようになるのかなどの質問を次々と口を動かし聞いてきた。

研究者がしばらく経過を見ないとわからないなど一通りの質問に返答すると、とりあえずは納得したように目を閉じていた。

受傷後1週間頃までは、医療者や家族に対してよく笑顔を見せていた。受傷後8日目頃より、徐々に言いたいことが伝わらなくてイライラしたような表情が見られるようになり、「立ちたい」や「食べたい」などの欲求を何度も訴え始めていた。ベッドで外に行くことは「気持ちがいい」と目にした木の名前を言うなどして笑顔を見せていたが、受傷後10日目頃からは笑顔がなくなり、何度も「立ちたい」と訴え、座っていても「座りたい」と訴え、「体がばらばらのような感じがする。カルテを持ってきてほしい。今後どうなっていくのか知りたい」と話した。受傷後20日目頃は、「管を抜いて歩いて帰りたい、(呼吸器を見て)これきって」と訴えていた。

【E氏の体験】

E氏の搬送時の状態は、落ち着いており冷静に受け止めている印象であった。家族はなく一人暮らしで、2年前に亡くなった内縁の妻の子どもと孫が一番身近な人だった。

E氏は受傷後1日目から2日目は落ち込んでいる様子は見られず、口数は少なかったものの、医療者の質問には淡々と答えていた。受傷後3日目から食事が開始となり、はじめは看護師がすべてを介助して食べさせていたが、おにぎりにしてE氏の手に握らせると、二口のみ自分で食べることができた。次の日も看護師が少しでも自分で食べてみるように言うと、はじめはあまり意欲的ではなかった。柄を太くしたスプーンを使用し、食器の位置を取りやすい位置にすると、「もうちょっと食べる練習してみる」と言い、自分でスプーンを動かして食べ物をすくって食べることができた。その頃より、看護師に野球の話など雑談もできるようになっていた。

受傷後1週間目には、食事は半分程度自分で食べられるようになった。決められたリハビリの時間以外にも自分で反対の手を持って上下の運動を行い、リハビリに意欲的に取り組んでいた。しかし、首や肩の痛みなどの苦痛が強い時は看護師に頼ることも多く、夜間の空腹感で眠れない時は気持ちを落ち込ませていた。

Ⅲ. 考察

1. 動けなくなることの告知と認知

本研究の参加者は、救急外来に搬送された直後は行動を制御しているように見えた。意識の中心は受傷前の生活の延長線上にあり受傷しなければならなかったことや、今苦痛となっている症状にあった。緊急の検査が終わり入院場所に移動する頃より動けなくなるかもしれない不安を訴え始めていた。次々と行われていた検査が終わり救急病棟に移動したが足が動く気配がないため、このまま動かないのではという不安がふくらみ、看護師に動くようになるのか聞き始めたと考えられる。このまま動けないということは、生活基盤が大きく揺るがされることを意味する。誰かにこの動けないかもしれないという不安を否定してほしい。そのような思いから動けるようになるのか聞いていたと考えられるが、誰も動けるようになるとは言ってくれない。そして、変化のない自分の身体から、告知という形をとらなくても動けるようになるのか聞くことはなくなっていった。聞かなくなるということは、自分の身体で理解し、動けなくなることを認知していったことを意味していると考えられる。しかし、痙性が強くなることや、指先の感覚がわかるようになるなど自分の身体に少しでも変化の兆しがある場合は、いずれはよくなるのではないかと希望を持ち続けていた。

2. 死にたいと考えること

本研究参加者5名のうち4名が死にたいという考えを口にしていた。中には、動きにくい上肢を引き上げ、手首を噛み切ろうとする人もいた。身体の麻痺は自己のあり様そのものへの根源的な脅威となる。人間は皆、身体を持ってこの世に生き、日々の営みが可能となるのは、言うまでもなく身体があつてこそである。その身体、例えば胸から下のすべての感覚と運動を一瞬のうちに失ってしまうことが、頸髄損傷患者の体験であると言える。マーフィー⁵⁾は、切断手術の患者が失ったものは単に腕や足などではなく、その人と世界とをつないでいた関係の環が一つ失われてしまったのであると述べているが、頸髄損傷患者にとっては、一つではなくすべてが失われてしまったと感じるであろうことは想像に難くない。

また、人は何らかの役割を担って生きているが、頸髄損傷患者は四肢の麻痺によりそれらすべての役割を果たせないと感じるだろう。それどころか自分が生きていることがかえって家族などの大切にしてきた人に迷惑をかけることになると思う。どう生きていけるか見えず、生きている価値を見出せない。自分の存在それ自体を否定したくなっても不思議ではない。救急という急性期の中では生きていく希望をつなぎとめるものを見出すことが難しく、死なないでおこうと思えるのが精一杯である。しかし、時間がたつにつれて死にたいと口にしていた4名のうち3名の人が生きていこうと気持ちに変化し、その絶望感から立ち直る強さを持っていた。

C氏が娘に「生きていたらいいことある」と言われたことを嬉しく思っているのは、生きているだけでいいと言ってもらえたように感じたのではないだろうか。そのため、たとえ麻痺があつても、家族に迷惑をかけることがあつても、生きて話ができるだけでも価値がある、何らかの役割を果たしていると感じられることができたのではないか。また、A氏が手首を噛んだ後に研究者が、「自分の大切な人ならどんな状態でも生きていてほしいと思う」と話したのは、A氏がどんな体になつても妻は生きていてほしいと思っており、生きているだけで妻にとっては価値があることを感じてほしかったからであった。

3. 普段の生活に近づくことが生きようとする力を強める

本研究参加者は、食事を食べるのが一番の楽しみと語り、同じ重湯でもお椀に入っていることに喜びを感じていた。熟睡感が得られた時も笑顔が見られていた。受傷後初めて体を起こされて座位の姿勢になった時は世界が広がったと感じ喜んでいて、つまり、今までの当たり前前の生活に少しでも近づくことが、いつもの身体を感じ取り戻す喜びにつながり、生きようとする力を強くしていると考えられる。食べ物を味わうということは、大部分の体の感覚を失い苦痛な経験が圧倒的に多い頸髄損傷患者にとって、限られた楽しみの一つである。また、眠れるということは、唯一苦悩の真只中の現実から逃れられる時間でもある。

さらに、本研究の参加者の言動を見ると、ただ食べられるだけではなく自分で食べられることに喜びを感じていた。一口でも自分の力で口に食べ物を入れるこ

とができる、お茶を人に頼まず自分で飲めるなど第三者から見るとほんの些細なことでも自分でできることによって気持ちを上向きにしていた。障害を持ちながらどう生きていったらいいのか見えない状況の中で、些細なことでも自分でできるようになることは、頸髄損傷患者にとっては自立につながる一筋の希望となるのではないだろうか。何もできないのではなくやりようによってはできることがある、そう思えることが希望となる、その希望が死をも考える状況の中で生きようとする力を支えていると考えられる。

元の生活に近づけようとする看護行為の中にベッドのまま病室の外に出ることがある。急性期の頸髄損傷患者にとって外に出ることは生きようとする力を支えるために強く影響していた。ナイチンゲール⁶⁾は、ベッドの中から空と陽光が見えることは、回復への鍵をにぎる第一条件に匹敵するとまで述べている。急性期の頸髄損傷患者は自分で外に出ることはできない。それどころか、上を向いたままの姿勢で顔以外の一切の動きを封じられることもある。ずっと天井を見ることしかできない閉ざされた病室という状況から、空や木や風の自然を感じ、日の光を浴びたときに、自分の中にある生命力が湧いてくると考えられる。

4. 患者を守るための看護ケアが生きようとする力を奪う

褥瘡を予防するために行う体位変換や背部の清拭、呼吸器合併症を予防するために行う肺理学療法は、急性期の頸髄損傷患者にとって必要な看護ケアである。しかし、患者を守るために行っている看護師のケアが患者に苦痛を与え、生きようとする力を奪っている場合もある。急性期の頸髄損傷患者の場合は、死にたいと考えている時に合併症予防のために苦痛の伴う看護を行うことが必要となる。本研究のA氏の結果からも、死にたいと考えている時に自分で痰を出すことが困難となり看護師による排痰のための援助が必要となった。患者自身も苦しいけれどがんばろうとしていたが、苦痛のあまり、糸が切れたように自分の手首を噛んでしまったのではないかと考える。

看護師は、まずはテクニカルスキルを向上させ、医師と相談して薬物などを用いて可能な限り苦痛の緩和を図ることが重要である。そして、患者の苦悩を理解し、生きたくないと考え苦しんでいる人に生きるためのケアを行っていることを自覚して援助を行っていく

必要がある。

5. 看護への示唆

生きようとする力を強めるためには、普段の生活に近づけること、中でも自分自身で少しでもできるように援助することが重要である。また、看護師が患者の苦悩を理解し、生きようと思えるようになってほしいと考え看護ケアすることで、患者の生きる力を支えることもできることが示唆された。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、研究者がすべての場面に居合わせることはできず、データは研究参加者の体験の一部である。また、研究者が日常の業務を行いながら、研究参加者の言動を記憶し、数時間経過してから記述していることにより、データの信頼性にも限界がある。本研究の参加者は5名とも1施設に搬送された50歳以上の男性であり、壮年期の男性患者から得られた結果である。今後、対象者を女性や青年期に広めた研究を行うことによって、急性期の頸髄損傷患者の体験はさらに明確となり、看護師は患者の苦悩をより理解して看護することができる。また、経験や個性などがさまざまなタイプの看護師がケアを行いながらデータを得ることで、実践知が蓄積され、急性期の頸髄損傷患者にとってよりよい看護が明確となってくると考えられる。

IV. 結論

1. 頸髄損傷患者は不治の告知がされなくても、受傷後数日で自分の身体は治らないかもしれないと思い始める。麻痺の改善がないと自分の体で不治を自覚していった。少しでも自分の身体に変化があると、よくなるかもしれないと希望を持ち続けていた。
2. 頸髄損傷患者は受傷後間もない時から動けなくなるという不安と身体的苦痛によって死をも考える。障害が重いほど苦悩は強く立ち直りにくい。
4. 急性期の頸髄損傷患者は、「普段の生活に近づくこと」「視界が広がること」「自分でできることが拡大すること」「苦痛を軽減すること」「家族や看護師の生きようとしてほしいとの思いが伝わること」などによりに生きようとする力が強められた。
5. 急性期の頸髄損傷患者の命を守るために行っている看護師のケアが、生きようとする力を奪っている

場合がある。看護師は、患者の苦悩を理解するように努め、苦しみをわかった上で看護ケアを行うことが重要である。

謝辞：つらい体験であるにもかかわらず本研究にご協力くださいました研究参加者の皆様に心から感謝申し上げます。

本研究は神戸市看護大学大学院看護学研究科博士前期課程の論文に一部修正を加えたものである。

文献

- 1) 坂本雅代, 神戸美輪子, 前田智子. 脊髄損傷患者の障害の自覚—受傷直後の運動機能の変化を中心に—. 第30回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ). 1999. p.116-8
- 2) 南雲直二. 外傷性脊髄損傷におけるせん妄後うつ状態. 精神医学. 1999; 41(4): 367-71
- 3) 坂本雅代. 脊髄損傷者の受傷による苦悩から立ち直りに向け意識が変化する要因. 看護研究. 2002; 35(5):
- 4) Fink SL. Crisis and motivation: A theoretical model. Archives of Physical Medicine&Rehabilitation. 1967; 48(11): 592-7
- 5) マーフィーR. F/辻信一訳. ボディー・サイレント—病と障害の人類学(第2版). 東京: 新宿書房; 1987. p.132
- 6) ナイチンゲール, F/薄井坦子訳: 看護覚え書(第6版). 東京: 現代社; 1860. p.146

1) 坂本雅代, 神戸美輪子, 前田智子. 脊髄損傷患者の障害の自