

心臓手術後の急性期における患者行動の分析

内川 洋子・吉岡 美紀*

Analysis of Behaviors of Patients in Acute Stages after Heart Surgery

Yoko UCHIKAWA and Miki YOSHIOKA

(Received September 2, 1996)

The behaviors of patients receiving intensive care after heart surgery were observed and analyzed. The subjects of this study were 4 patients who underwent heart surgery which involved the use of artificial heart-lung systems. The categories of patients' activities while in the intensive care units, proposed by Kamiizumi, were employed. They include the "life maintenance system", "internal ego defense system", "protective layer system", "functions of daily living system" and "social interaction system".

The patients' behaviors most often fell into the category of "protective layer system", second most frequently into the category of "self ego defense", and then "life maintenance". Of the "protective layer" type behaviors, collection of information concerning the speech and conduct of medical staff members and concerning their environment was most frequent. Patients seemed to use this information to understand the reality of their situation and expand their knowledge. Frequent "internal ego defense" type behaviors were: ① avoidance of stimuli by closing one's eyes or shifting one's gaze while receiving treatment, and ② touching or visually examining the apparatus attached to the patient's body (exploratory behaviors). In the intensive care unit, the extent to which the patient can behave voluntarily is quite narrow. Patients in this situation often exhibit self-defensive behaviors.

The total behavior frequency of each individual patient decreased day by day. The decrease was particularly marked in behaviors characterized as information collection, avoidance of stimuli, exploratory and self-defensive reactions.

Key words : intensive care, heart surgery, patients' behaviors, adult nursing

I. 緒 論

近代心臓手術は1896年ドイツの外科医 L. Rehn が心臓外傷の縫合に成功したのが始まりと言われ、人工心肺の確立を契機に発展を遂げた¹⁾。さらに、心臓手術など集中管理を必要とする患者を収容する施設として Intensive Care Unit (集中治療室, 以下 ICU とする) が重要な役割を担った。同時に心臓手術後や ICU に収容される重症患者の心理的合併症が問題となりはじめ、Kornfeld は (1965), 心臓手術後の患者への集中治療を行う環境において、睡眠の遮断やコンスタントに聴覚や視覚に刺激を受けるなどの生理的ストレスが要因となって、様々な異常行動や異常精神症状を引き起こすことを指摘している²⁾。

重症疾患や手術によって ICU へ収容される患者の精神症状の問題は、現代においても同様であり、高度医療の発展による患者の重症化・高齢化に伴い、より深刻化している。井上 (1992)³⁾ に

* 熊本大学医学部付属病院

よると、1980年以降のICU症候群、精神症状に関わる研究内容と文献のレビューでは、ICU内の医療者の話し声、器械の音等の騒音の問題や、人工呼吸器装着等による意志疎通困難、面会制限に伴う家族との分離、器械に囲まれた非日常的な病室の構造上の問題、患者自身がコントロールできるストレスの範囲の狭さ、ICUへの入室・退室に伴う不安等、患者へ及ぼす影響の研究が数多く行われている。また、必ずしもICUに収容されなくても異常精神症状を起こすことが度々あり、手術後という時間枠で術後精神症状と言われ⁶⁾、手術を受けるという様々な重圧、身体感覚の変化等も患者の精神状態に影響を及ぼすことが考えられる。

心疾患では、心臓という生死にかかわる臓器の疾患であること、激しい胸痛の体験などから死への恐怖を抱きやすく、体力減退の認識に結びつきやすいことなどから、その精神的動揺は大きい⁵⁾⁶⁾。更に心臓手術中の人工心肺操作による心拍動の機械的停止は、死をイメージさせ、患者の自我を揺るがす。心臓手術後の患者のストレスは、身体的苦痛、身体損傷に対する不安・嫌悪感・羞恥心、回復・社会復帰への不安、医療者やその他の人間関係上の不満・要求であり、それに対し患者は、安楽を求める・自立に向けて努力する、身近な人に感情を訴えて気持ちを聞いてもらう・焦らず時間がたつのを待つ、現実から逃避する・他の人に怒りや不満を表す・意気消沈する等のコーピング行動をとる⁷⁾。このように心臓手術後の患者の心理反応については様々な検討が行われているが、患者がどのような行動パターンを示しているかは詳細にされていない。

上泉⁸⁾は集中治療室で治療を受けている患者、及び患者と相互作用を持った看護婦すべてを対象として、患者と看護婦の相互作用を観察し、Grounded Theoryアプローチにより「集中治療室における患者の反応のカテゴリー」及び「集中治療室における看護ケアのカテゴリー」を作成し、さらに看護ケアの機能、構造を明らかにしている。集中治療室の患者の行動は表1のように、生命システム、内的自己システム、保護膜のシステム、日常生活機能のシステム、社会的つきあいのシステムに分類され、看護ケアはそれに対して緩衝機能・保護膜の機能・修復機能・補助機能・情緒的支持機能・橋渡しの機能を持つ。

本研究では、上泉の「集中治療室における患者の反応のカテゴリー」を研究の枠組みとして用い、心臓手術後の急性期、心身共に侵襲の大きい時期の患者の行動を観察し、患者の行動内容や経時的变化を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 分析

本研究のデータの分析は、上泉の「集中治療室における患者の反応のカテゴリー」に基づき、行動の内容を5つのシステムに分類した(表1)。サブカテゴリーとして、それぞれ《生命システム》4項目、《内的自己システム》3項目、《保護膜のシステム》には防御反応を加え7項目、《日常生活機能のシステム》には睡眠を加えて7項目、《社会的つきあいのシステム》4項目の計25項目に分類した。さらにサブカテゴリーから患者の実際の行動に分類した。それらの項目はそれぞれ《生命システム》33項目、《内的自己システム》21項目、《保護膜のシステム》21項目、《日常生活機能のシステム》23項目、《社会的つきあいのシステム》11項目の計109項目に分類した。

2. 対象

熊本市内S病院の心臓血管外科病棟で、期間中人工心肺を使用した心臓手術を行う患者を対象

表1 集中治療室における患者の行動のカテゴリー (上泉, 1994)

-
1. 生命システム
疾患そのもの、および治療・処置・検査に関連する患者の行動システム。病態生理学的変化を示すこと、痰を出すなど疾患の回復のために行うセルフケア行動、苦痛や痛みをもたらす状況に耐え治療に積極的に参加すること、周囲で行われる治療処置等、様々な出来事を監視すること等のサブカテゴリーを含む。
 2. 内的自己システム
重症患者が環境からの相互作用によって情報を知覚し、解釈し、判断する機能を持つ主観的環境であり、これらの機能を回復・維持するために行う行動のシステムである。情報収集、自分の置かれた状況の評価、自分なりの解決案や代替案の提案を含む。
 3. 保護膜のシステム
人間が環境との相互作用の中で自己を護るために持つ、身体環境の外にある空間である保護膜への侵入に対して自らを護るためにとる行動のシステムである。監視、侵入する刺激の遮断(自己隔離)、取り込み、包含、攻撃、許可を含む。
 4. 日常生活機能のシステム
日常生活の機能を維持するためのシステム。心地よさ、清潔、食事、排泄、身繕い、安全のサブカテゴリーを含む。
 5. 社会的つきあいのシステム
患者個人と他の人々との付き合いのための行動システム。気兼ね、気遣い、ジョーク、社会的話題のサブカテゴリーを含む。
-

上泉の「集中治療室における患者の反応のカテゴリー」より引用、修正したものである。

とした。緊急手術の患者は除外し、研究の承諾の得られた症例に対して行った。

3. 期間

平成6年10月17日～12月26日

4. 研究方法

術後の患者の行動を参加観察法によって観察した。参加観察の方法としては、フェガーハフ⁹⁾の分類による関与の最も少ないタイプである「観察者としての参加者 (participant as observer) の立場」をとった。患者ケアへの参与は、研究者に対して患者が何らかの問い合わせや依頼があった場合や清拭、多忙時の対処等は適宜行った。観察の対象とした患者のベッドサイドで患者の行動を観察し、その場でメモを取った。時間経過の記録も共に行った。

参加観察の期間は、身体的にも精神的にも大きなストレスがかかり、ICUという独特の環境のもと、食事や排泄などの日常生活行動にも支障をきたしている術後急性期の術後1日目～3日目の3日間とし、症例の経過によっては延長する。参加観察の時間帯は、日勤帯(9:00～17:00)とし、必要に応じて延長した。

補足的な情報収集のために、看護記録、アナムネ用紙、ICUと病棟の申し送り書、医師診療録を参考にした。また、手術説明時、研究者も参加し、患者の様子を観察した。さらに症例に対し、関学版STAI(状態不安、特性不安)¹⁰⁾を術前(手術説明の翌日)・術後安定期(術後1週間前後)に行った。

III. 結果及び考察

1. 対象者の背景 (表2)

対象者は4名で、男性3名、女性1名であった。平均年齢は57.8歳である。患者の手術前の在院日数は5日～7日で、平均術前在院日数は6.5日であった。手術説明は4名とも手術2日前に行なわれた。平成5年の同施設の調査では¹¹⁾、平均年齢は63±12歳、平均ICU滞在日数は2.8±2.0日、平均手術時間は346±88分であり、今回の症例と比較してもおよそ平均的であることが分かる。参加観察を行った患者の観察期間は、順調に経過しICUを退室したため3日間で終了した。関学版STAIの結果を、心臓手術患者の手術説明後の不安得点を同施設で調査した松永ら¹²⁾の結果と比較してみると、説明後30分～90分の状態不安は42.8±9.6で(特性不安は35.0±9.2)、説明の翌日に調査を行った本研究の結果の方が、やや高い結果を示した。本研究では、説明後一日考える時間があるため、不安の表出度に違いが見られたと考えられる。

表2 事例紹介

患者	年齢	性別	職業	家族数	既往歴	診断名	術式	手術時間	ICU滞在日数	食事開始	STAI (術前)	STAI (術後)
A	44	F	漁業	4人	ペースメーカー 植え込み術 (平成5年)	僧帽弁狭窄症	僧帽弁 形成術	281分	4日 (8日 ^{注3)})	術後2日目 夕食	I : 56 II : 65	I : 45 II : 45
B	54	M	農業	2人	PTCA ^{注1)} (平成6年, 4回)	不安定狭心症	CABG ^{注2)} (1枝)	236分	3日 (4日)	術後2日目 昼食	I : 46 II : 34	I : 23 II : 22
C	65	M	無職 元会社員	2人	前立腺肥大症 尿道拡張術 (平成6年)	心房中隔欠損症 異型狭心症	心房中隔欠損閉鎖 術, CABG (1枝)	272分	2日 (5日)	術後1日目 夕食	I : 45 II : 44	I : 29 II : 28
D	70	M	無職 元公務員	5人	胃痛手術 (昭和62年) イレウス 胃・十二指腸潰瘍	不安定狭心症 僧帽弁閉鎖不全症	CABG (3枝)	430分	5日 (8日)	術後2日目 昼食	I : 44 II : 30	I : 33 II : 30

注1) PTCA; Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (経皮的経管冠動脈再建法)の略。

注2) CABG; Coronary Artery Bypass Grafting (冠動脈バイパス術)の略。

注3) ICU滞在日数; 括弧内はICU在室を含めたPost ICU滞在日数である。

2. 患者の行動

(1) 全体の行動

① 3日間を通しての行動

患者の行動を5つのシステムに分類し、比較した(図1)。《保護膜のシステム》が1752と一番多く、次いで《内的自己システム》1094、《生命システム》838、《日常生活機能のシステム》416、《社会的つきあいのシステム》249の順であった。術後急性期に複数の輸液ライン・心電図モニター等の医療機器が装着され、頻回の検査・処置といった種々の未経験の刺激を受ける中で、患者は様々な侵入から自分を護る行動や、情報を知覚・収集し、判断する行動が顕著に見られた。上泉によると、整形外科病棟との比較分析の結果、ICUでは患者の内的自己および保護膜のシステムの行動と、それをターゲットにした看護ケアに特徴があり⁸⁾、今回の調査でも、内的自己と保護膜のシステムに行動の特徴がみられた。

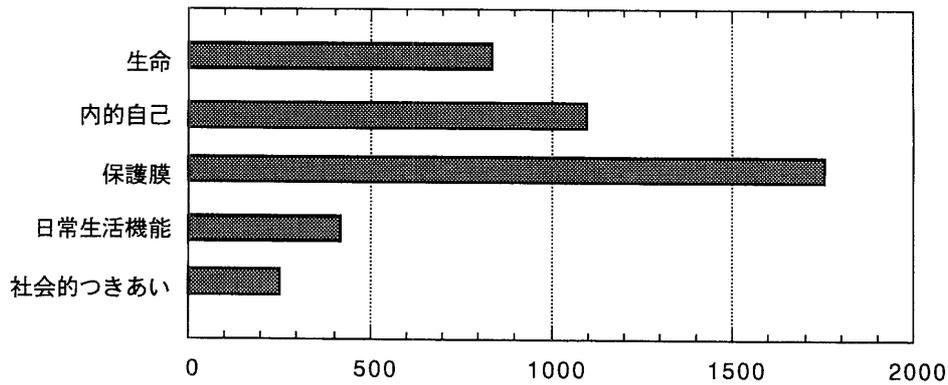


図1 システム別行動数

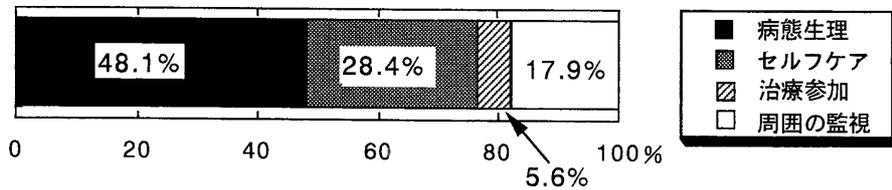


図2 生命システム

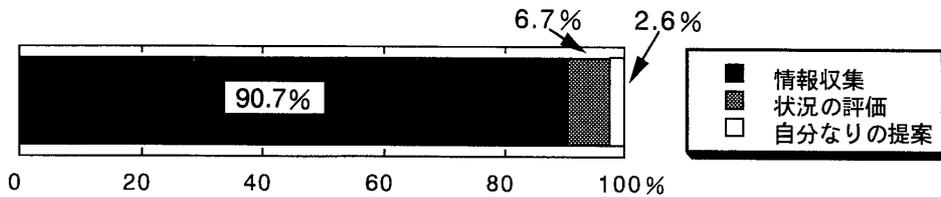


図3 内的自己システム

各システムについて具体的に検討していく。《生命システム》については図2に示す様に、〈病態生理学的変化(以下病態生理とする)〉が48.1%を占めた。次いで、〈疾患の回復のために行うセルフケア活動(以下セルフケア)〉28.4%、〈周囲で行われる様々な出来事を監視する(以下周囲の監視)〉17.9%、〈苦痛や痛みをもたらす状況に耐え治療に積極的に参加すること(以下治療参加)〉5.6%であった。

サブカテゴリーで見ていくと、〈病態生理〉では、スタッフに対して処置・治療に対する緊張感・苦痛を表出する行動が27%を占め、特に夜間も行われる頻回の処置に対して不快感を訴えることが多かった。次いで、スタッフに対して回復過程についての緊張感・心配を表出する、創部の疼痛・不快感・心配を表出する行動がそれぞれ10%であった。回復過程の緊張感・心配は発作が起こったり、強い疼痛があるときなどに多く見られた。〈セルフケア〉では、苦痛軽減のため体を動かす行動が大部分を占め、安静に伴う疼痛が出現しはじめると増加した。次いで、喀痰する、咳をする行動が含まれた。〈周囲の監視〉では、スタッフの処置を見る行動が殆どであった。

《内的自己システム》については図3に示す様に、〈現実を認知するための情報収集(以下情報収集とする)〉が90.7%を占め、〈自分の置かれた状況の評価(以下状況の評価)〉が6.7%、〈自分なりの解決策や代替案の提案(以下自分なりの提案)〉が2.6%であった。

サブカテゴリーの〈情報収集〉では、スタッフの行動を見るが33%、周囲の様子や機器類を見るが24%を占め、次いでスタッフの会話で開眼する、自分自身に関する情報を聞く、他患に対する声掛け・処置などを見ているなどの行動が見られた。〈状況の評価〉では、自分の回復過程を評価する、どちらが自分にとって良いか判断するなどの行動であった。〈自分なりの提案〉では、スタッフに依頼する行動が見られた。このように《内的自己システム》においては〈情報収集〉がほとんどを占めており、なかでもスタッフの言動や周りの環境に対しての情報収集が殆どであった。集中治療室という特殊な環境の中で、自分が現在どのような場所で、どのようなことをされているのかという、現実の認知を行うための行動が多く見られた。患者が見知らぬ装着物に触れたり質問を発生して情報を収集することは、知覚を促し経験や知識と照らし合わせ、解釈の過程を促進するといった自ら補い修復するための行為であり⁸⁾、その結果、患者は収容されている集中治療室の中で、自分が認知できる範囲を広げ、安心できる領域を広げていく。症例 A, D については術前の説明時、自発的な質問や発言は少なく、術後の情報収集は積極的に行っていない。症例 B, C については術前の説明時からいろいろな質問を行うなど積極的な行動が見られ、術後の情報収集の行動も多く見られた。全症例において隣のベッドに救急入院で緊急手術となった患者が入ったが、その患者に不穏行動が出はじめると隣の患者に対して注意力が増すなどの傾向が見られた。自分の情報だけでなく隣の患者の情報収集も行い、自分なりに隣の患者の状態について判断しているところが見られた。隣の患者に処置が行われるのをじっと見て、他の患者に行われる処置を自分に置き換え、統合していく行動をとっていた。同じように心臓手術を受けた患者が精神的苦痛から大声をあげたり、生命維持に必要な器械を身体から外そうとする行為が患者の脅威にもなりうるということが伺われる。

《保護膜のシステム》については図4に示す様に、〈侵入する刺激の遮断 [自己隔離] (以下刺激の遮断とする)〉が35%、〈取り込み〉27.3%、〈包含〉17.8%、〈防衛反応〉16.6%であった。

サブカテゴリーの〈刺激の遮断〉では、周りに自分に関する刺激がないと閉眼することが半数を占め、次いで、周りで音がしても閉眼のままでは、周りの様子や処置などから視線を外す、窓の外や天井を見つめる行動が見られた。〈取り込み〉では、自分の身体に触れる・見る行動が60%を占め、自分の身体に付属しているものを見たり、触ったりする行動が34%であった。他に、自分の持ち物の位置を確認する行動も見られた。〈包含〉では、スタッフの声掛けに開眼したり、返事をするが61%、スタッフの処置に閉眼し応じるが32%を占めた。〈防衛反応〉では、指や手をトントンする43%、柵を握っているが31%、足を小刻みに動かすが20%であった。〈監視〉では、他患やその家族の様子を見ている、自分の家族の様子を見ているという行動であった。保護膜のシステムは、ICUという特殊な環境、手術を行ったことによって起こるボディイメージの損傷、スパゲッティとも形容される体に付属した多くのライン類、昼夜を問わず行われる頻回の処置などのさまざまな刺激から自分の身を守ろうとする行動である。具体的には頻回の処置に対して視線を

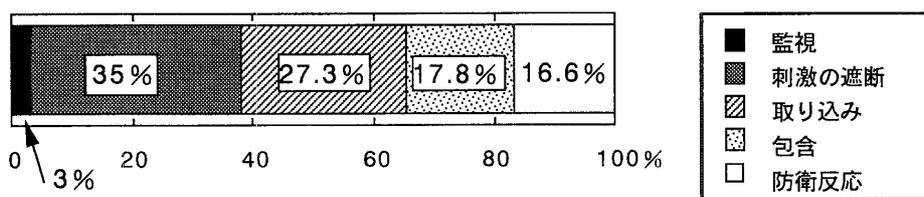


図4 保護膜のシステム

外す、窓や天井を見つめる、自分に関する刺激がないときは閉眼するといった刺激から自己隔離する行動が多くみられる。また自分の身体や身体に付属しているものを見たり、触れたりすることで再統合を行っていることが伺える。川名¹³⁾は疼痛・苦痛、不眠、身体感覚の剝奪による自我の脅かし、拘禁環境としての入院生活が患者の精神の安定に大きな影響を及ぼす要素であるとしている。周囲の環境や自分の状況を見たり触れたりすることで情報収集を行い、自己の理解の範囲を広げたり、処置等の刺激の侵入に対して視線をそらし遮断する行動は、患者が自我(ego)を守り補強している姿である。

《日常生活機能のシステム》については図5に示す様に、〈食事〉が43.5%、〈心地よさ〉が32%と大半を占めた。次いで、〈清潔〉8.6%、〈安全〉5.8%、〈睡眠〉4.6%、〈排泄〉、〈身繕い〉であった。

サブカテゴリでは、〈食事〉については、スタッフに口渴を訴える行動がほとんどを占め、他に、食事・飲水に対する苦痛などの表出が見られた。〈心地よさ〉では、環境に関する不快感・緊張感・苦痛・心配を表出するが53%、スタッフに対して笑顔・和やかな表情・喜びを表出するが30%、次いで家族に笑顔、和やかな表情・喜びを表出する行動が見られた。夜間は照明を落とすが処置や記録が行える程度の明るさはある、さらにスタッフの動きが常に近くに感じられ、頻回に処置が行われる。緊急手術の患者などが入室すると、その患者の言動やそれらに対処するスタッフの話し声、ざわめきなどで落ち着いて過ごすことができず眠れないこと等に対して不快感を表出することが多かった。また、昼間も頻回な処置を受け、休息をとる環境にはなく、症例Bは電気が眩しいとティッシュや団扇を顔の上に乗せることで環境に対する不快を表現し、刺激を遮断する行為が見られた。この患者の場合、ICUを退室する術後3日目には直接的に「ICUは重苦しい」「ここ(ICU)を出たらゆっくり寝られる」という言葉がみられた。これまでの患者の精神症状に影響を及ぼす因子についての研究¹⁴⁾でも、環境は大きな一因であるとされるが、今回の調査においても同様に環境に対する不快感の表出がされている。また環境の不快と不眠の訴えは同時に表出されることも多く、これらの環境が睡眠に大きく影響し、不眠の一因となっていることが考えられる。ジャニスは、すべての外傷体験に続いて特徴的にあらわれる不眠と関連した睡眠障害は、長期間に及ぶと、精神力の低下と判断力の低下を示し、時には一時的に精神病様状態になって現実との区別がつかなくなることもある¹⁵⁾と述べており、これらの環境、不眠については今後も検討すべき課題である。口渴に対する苦痛は、全身麻酔や人工呼吸器の影響により飲水・食事制限を受けており、さらに術後の水分バランス管理上にも水分制限が行われるため訴えとして多くなっている。

《社会的つきあいのシステム》について図6を見てみると、〈社会的話題〉が80.7%を占め、〈気遣い〉11.3%、〈気兼ね〉が6.3%であった。具体的行動では、〈社会的話題〉はTVを見る行動が73%

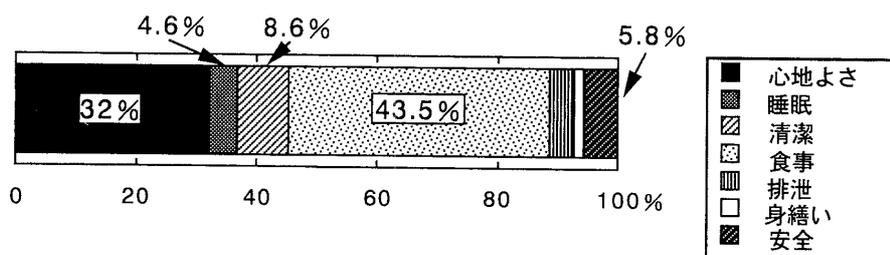


図5 日常生活機能のシステム

と殆どを占め、他にスタッフに話し掛ける、家族と会話する行動が見られた。〈気遣い〉はスタッフにねぎらいの言葉をかける、処置しやすいように体を動かす行動であった。TV を見ることが他の行動と比べて圧倒的に多かったが、TV を見ているも周りに対する注意力は高く、処置や隣の患者の様子から視線を外すために見る行動もみられた。

②術後日数別の行動

患者の行動を術後日数別に見ていく。総行動数はそれぞれ 1560, 1574, 1168 と 3 日目に減少が見られた。システム別では図 7 に示す様に、《生命システム》は徐々に増加傾向を示した。《内的自己システム》、《保護膜のシステム》、《社会的つきあいのシステム》は 3 日目に減少を示し、特に《保護膜のシステム》は 3 日目に激減が見られた。次に、行動数の多い《生命システム》、《内的自己システム》、《保護膜のシステム》についてサブカテゴリーを見ていく。

《生命システム》は図 8 に示すとおり、〈病態生理〉は 2 日目にやや減少したが、3 日目に増加した。具体的には、スタッフに対して処置・検査・治療に対する不快感・緊張感・苦痛・心配の表出が頻数が多いが、これは 3 日目に減少している。3 日目に行動数が増加したものは、安静による苦痛・疼痛をスタッフに表出する行動であった。次に、スタッフに回復過程についての緊張感・心配の表出や症状の不快感・緊張感・苦痛・心配の表出をするなど、身体的回復や体動時等の身体的苦痛についての訴えが増加している。安静による苦痛の表出行動については症例 A の行動が殆どを占め、スタッフの促しにも関わらず同一体位で過ごすことが多く 3 日目には安静による身体的苦痛が出現し、その結果表情は硬く、また苦痛様表情が持続した。〈セルフケア〉は徐々に増加し、特に安静による苦痛軽減のため体を動かす行動が増加した。

《内的自己システム》はその殆どを占める〈情報収集〉が 3 日目に約半数と減少しており、ス

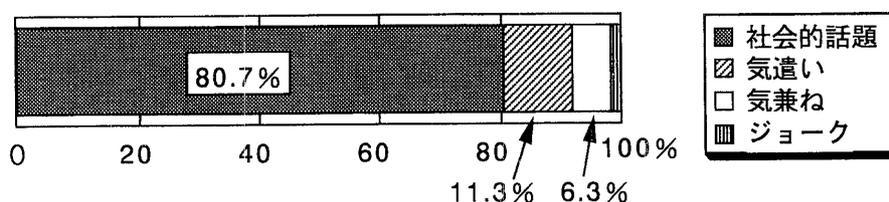


図 6 社会的つきあいのシステム

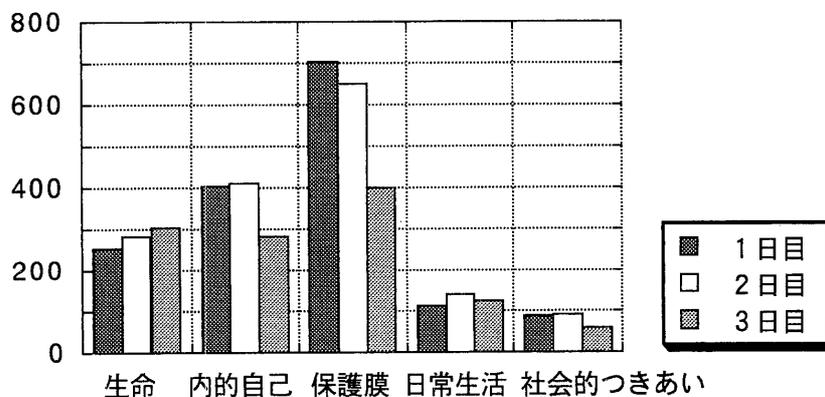


図 7 術後日数別行動数 (システム分類)

タッフの行動を見る，周囲の様子や機器類を見る，周囲の音・スタッフの会話で開眼する等すべての行動において減少がみられた。術後は全般的に傾眠傾向であり，入眠状態は浅く，断続的で，外刺激に対してすぐに開眼した。特に，スタッフの申し送りや会話には敏感に反応して開眼し，スタッフの方を見る行動が頻回に見られた。周囲の音のなかでもモニターのアラーム音に関しては，モニターが自分の頭の上の方にあるため見ることは少なかったが，対応するスタッフの行動を見ていることがあった。隣の患者のアラームに関しては徐々に反応が減少していった。スタッフの行動をみる行動や周囲や機器類を見る行動は情報収集の少ない症例 A, D については増加し，情報収集を積極的に行った症例 B, C については減少している傾向があった。スタッフが時間を知らせる事も多く，時計を見る行動は少なかったが，時間を聞いて「時間が長く感じる」と落胆する場合もあった。〈状況の評価〉は徐々に増加し，特に自分の回復過程の評価が3日目に増加した。

《保護膜のシステム》については図9に示すようにすべての項目で減少が見られ，特に〈刺激の遮断〉は2日目に増加したが，3日目には激減した。具体的行動では，周りに自分に関する刺激がないと閉眼する，周りで音がしても閉眼のままている，周りの様子や処置などから視線を外す，窓の外や天井を見つめる行動が同様の傾向を示した。〈取り込み〉は1日目が高いのみで2日目から減少している。自分の身体に付属しているものを見たり触ったりする行動は2日間から激減し，逆に自分の身体に触れる，見る行動は継続的に高かった。

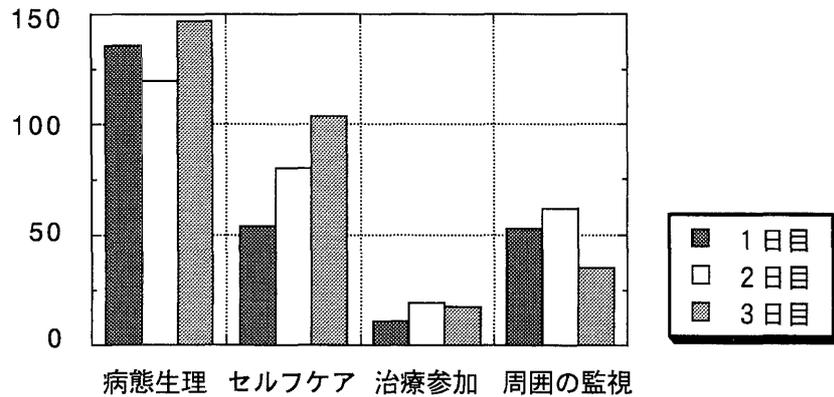


図8 術後日数別行動数 (生命システム)

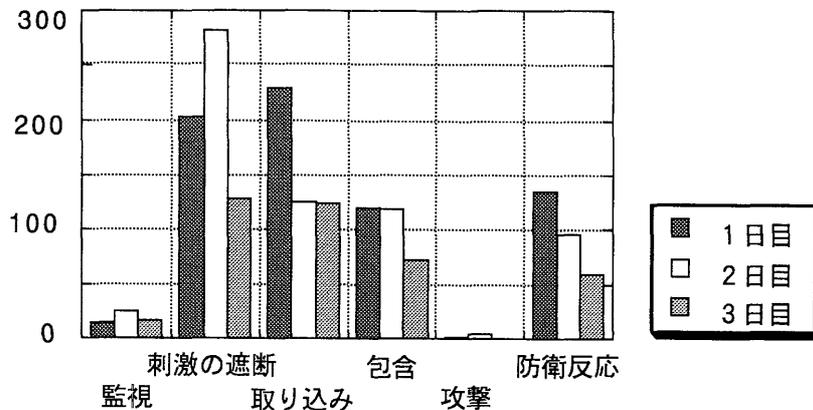


図9 術後日数別行動数 (保護膜)

(2) 症例別の行動

症例別にシステム別の行動数を比較したのが図 10 である。明らかに内的自己システムと保護膜のシステムにおいて行動数に違いが見られる。症例 A は不安得点も高く、「手術は逃げ出したい位不安」であり、術前の説明時も自発的な質問や訴えはなかった。術後も他の症例に比べて行動数は少なく、閉眼していることが多かった。症例中唯一の女性であるが、一概に性別と行動数だけでは比較出来ず、今後症例を重ねていくことが課題となる。

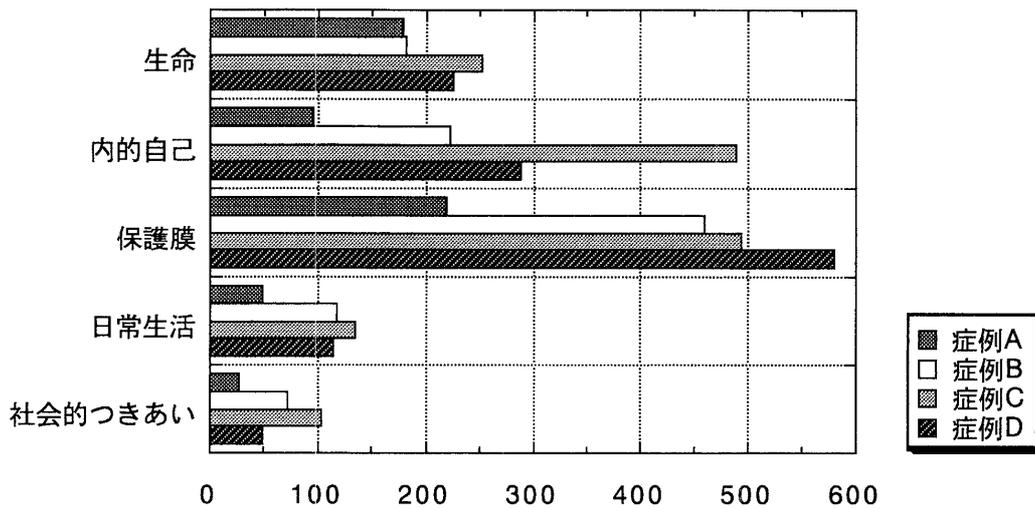


図 10 個人別システム行動数

IV. 結 論

今回心臓手術後の患者の行動を分類していくなかで、以下のような結果が得られた。

1. 3日間の患者の行動を上泉氏の「集中治療室における患者行動のカテゴリー」の5つのシステムに分類してみると、《保護膜のシステム》についての行動が一番多く、次いで、《内的自己システム》、《生命システム》、《日常生活機能のシステム》、《社会的つきあいのシステム》の順に患者の行動が見られた。
2. 《生命システム》においては〈病態生理〉が多く、その中でも創痛、処置に対する不快感の表出、回復過程についての緊張感・心配の表出が多かった。
3. 《内的自己システム》では〈情報収集〉がほとんどを占め、自分自身に関する情報収集や周囲の様子や機器類を見たり、スタッフの言動に対する情報収集の行動が多かった。
4. 《保護膜のシステム》においては〈刺激の遮断〉〈取り込み〉が多かった。周りに自分に対する刺激がないと閉眼することが多く、スタッフの処置に閉眼したまま応じたり、処置などから視線を外したり窓の外や天井を見つめることが多かった。また自分の身体や、身体に付属しているものを見たり触ったりすることが多かった。
5. 《日常生活機能のシステム》においては、〈心地よさ〉〈食事〉が多く、環境に関する不快感・緊張感・苦痛の表出や、口渇の訴えが多かった。
6. 術後経日別に患者の行動を見てみると《生命システム》は徐々に増加傾向を示した。《内的自

- 己システム》,《保護膜のシステム》は3日目に減少傾向を示した。《日常生活機能のシステム》,《社会的つきあいのシステム》は3日間を通してほぼ同じであった。
7. 《生命システム》においては、〈セルフケア〉は安静度が拡大するにつれ増加した。〈周囲の監視〉は3日目に減少した。
 8. 《保護膜のシステム》は全体的に3日目に減少しているが、自分の身体や身体に付属しているものを見たり、触ったりする行動は増加した。

稿を終えるにあたり、調査にご協力いただき患者およびスタッフの皆様、および研究のプロセスについてご指導いただきました熊本大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程の成田榮子教授に心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 龍野勝彦：心臓外科エキスパートナーシング，南江堂，1-7，1990.
- 2) Kornfeld, D. S., Zimberg, S., Malm, J. R.: Psychiatric complication of open heart surgery, *The New England Journal of Medicine*, 273 (6), 287-292, 1965.
- 3) 井上智子ほか：ICUにおける患者アセスメント，集中治療における看護と管理，中外医学社，86-98，1992.
- 4) 黒沢尚：ICU シンドローム，臨床精神医学 増刊号，323-327，1994.
- 5) 長谷川浩他：危機場面における精神的ケア——ICU・救急を中心に——，医学書院，1991.
- 6) 今川詢子他：手術患者のもつ不安の経時的変化について（第2報）——退院後の不安調査より——，第21回日本看護学会集録（成人看護I），1990.
- 7) 根本良子：心臓手術を受ける患者の術前，術後のストレス・コーピング，看護研究，Vol. 28, No. 1，pp. 61-81，1995
- 8) 上泉和子：集中治療室における看護ケアの分析とその構造化，看護研究，Vol. 27, 2-19，1994.
- 9) フェーガハフ，S. Y：参加観察法2 看護婦である研究者が直面する問題，看護研究，15(3)，55-63，1982
- 10) 中里克治他：新しい不安尺度 STAI 日本版の作成—女性を対象とした成績，心身医，第22巻第2号，1982. 4
- 11) 内川洋子他：ICU シンドロームの発生予防について，ICU と CCU Vol. 17. 臨時増刊春号，139，1993.
- 12) 相田由紀子他：手術説明前後の患者の不安の変化について，熊本大学教育学部特別教科（看護）教員養成過程卒業論文，1994
- 13) 川名典子：こころの看護専門看護者の役割，心を癒す，230-238，1996
- 14) 藤枝知子，木村しづ江他編：ICU・CCU 看護（看護篇），日本看護協会出版会
- 15) Janis, I. L. (秋山俊夫他訳)：ストレスと欲求不満—こころの健康のために—北大路書房，1984

参考文献

- 1) 小島操子：手術患者への心理と支援，看護 MOOK10 手術患者の看護，金原出版，1984
- 2) 長谷川浩他：危機場面における精神的ケア—ICU・救急を中心に—，医学書院，1991
- 3) 稲岡文昭監訳：ICU 看護のヒューマン・アプローチ，日本看護協会出版会，1987