

脳血管障害後のリハビリテーション意欲に関連する要因

—便通の状態との関連についての検討—

河瀬比佐子・神田貴絵*・安藤和子**・原田昌子**・河上さとみ**
上田順子**・境優子**・古田美奈子**

Factors Affecting the Willingness of Patients to Work at Their Rehabilitation after Cerebrovascular Disease: Analysis in relationship to level of evacuation comfort

Hisako KAWASE, Kie KANDA, Kazuko ANDO, Masako HARADA,

Satomi KAWAKAMI, Junko UEDA, Yuko SAKAI and Minako HURUTA

(Received September 1, 2001)

An interview-type questionnaire survey was made of 95 patients who had developed stroke, to examine the effects of their level of evacuation comfort on their willingness to work at rehabilitation, and to identify factors affecting constipation in these patients.

Constipation was found in 53.7% of the patients. Their cooperation with rehabilitation was found to correlate significantly with level of evacuation comfort. Constipation reduced their ability to work at rehabilitation.

Constipation was also found to have a significant correlation with degree of independence in ADL(activities of daily living), degree of independence in toilet-related behaviors, and presence or absence of depression and diabetes mellitus.

The depression score was lower for patients who did not report constipation(thanks to control by purgatives,etc.) than for patients who reported constipation. The QOL score and the volition score were also higher for former group. These results suggest the importance of nursing intervention to control patients' constipation after cerebrovascular disease.

Key words : constipation, willingness for rehabilitation, stroke patients

1. はじめに

脳卒中後には後遺症として一次的な麻痺その他の機能障害に加え, 食事や排泄などの日常生活行動が思うようにならない能力低下(障害), 社会的な不利などの重大な障害を起し, 抑うつ状態が高頻度に発現¹⁾し, その期間は急性期から2年程度の時期が多い²⁾といわれる. うつ状態は意欲の低下, やる気と関連し³⁾⁴⁾リハビリテーション中の患者にとってリハビリテーションを進めていく上での重大な阻害因子となり, 患者の生活の質(Quality of life: QOL)への影響も大きいことはよく知られている. 看護者にとって抑うつ状態への対応ならびにリハビリテーション

* 前聖路加国際病院

** 熊本機能病院

への意欲を如何に高めるかは重要かつ大きな課題である。一方、便秘の原因および影響する要因の一つとして脳卒中などの神経系の疾患等⁵⁾が挙げられているが、神経系疾患患者の便秘については脊髓損傷の研究報告がみられものの、脳卒中の便秘に関する研究報告はあまりみられない。また便秘と抑うつとの関連が強い⁶⁾ことはよく知られているが、リハビリテーションへの意欲との関連についてみたものはない。

そこで、療養生活面の調整的役割を担う看護者にとって便秘と抑うつ、リハビリテーション意欲との関連についての検討を行うことは大きな意義があると考え、脳血管障害患者の便秘に関する調査を行い、便秘とリハビリテーション意欲との関連について検討し、若干の知見が得られたので報告する。

2. 対象および研究方法

1) 調査対象

調査対象は、脳血管障害のため熊本のK専門病院入院患者28名、外来通院患者57名、関連の老人保健施設入所者10名の調査に同意の得られた合計95名(男性56名、女性39名)である。

2) 調査期間 平成9年10月1日～同年11月5日

3) 調査方法

調査方法は質問紙による面接聞き取り法および疾患に関する内容はカルテを利用した。

調査内容は、1. 排便状態：排便頻度、自覚的便秘の有無、下剤、浣腸等の使用の有無 2. Bathel Index (以下BIと略) 3. Zungの自己評価式うつスケール (Self-Rating-Depression Scale 以下SDSと略) 4. リハビリテーション意欲：積極性について“積極的”から“全く積極的でない”までの5段階評価尺度 5. QOLに関する12項目(身体の調子, ADL, 運動, 食事・栄養, 家事・仕事, 社会参加(友人関係), 家族関係, 生きがい, 趣味・楽しみ, 知的活動, 情緒・感情, 経済) その他情緒的サポートなど。

データ解析にはStatView-4.11を用い、統計学的有意差検定は、t検定、 χ^2 検定(必要時イエーツの補正)、相関分析等により5%以下を有意水準とした。

4) 対象の概要

(1)年齢は36～85歳で、平均年齢は、65.2±10.0(SD以下略)歳、性別では男性63.9±10.6歳、女性67.1±9.1歳であった。

(2)原因疾患および身体的状態

原因疾患の病型は、脳梗塞51.6%、頭蓋内出血48.4%であった。また合併疾患で頻度の高いものは、高血圧症45.3%、糖尿病21.1%、心疾患11.6%であった。

(3)発作回数及び発症後期間

発作回数は、初回が88.4%、2回目以上が11.6%であった。発症後からの期間は、3ヶ月未満9.5%、3～6ヶ月が15.8%、6ヶ月～1年未満9.5%、1年以上が59.0%であった。

(4)機能障害

片麻痺「あり」83.2%で、右麻痺33.7%、左麻痺49.5%であった。高次脳機能障害は27.4%にみられ、その種類は失語59.3%、失認33.3%、失行7.4%であり、失語は全体の16.8%であった。

(5)ADLの自立度

Barthel index 総得点（以下 BIS と略）で見ると、全体の平均点は 80.8 ± 23.6 、男性 84.8 ± 19.8 、女性 75.1 ± 27.4 であった。自立度を高い順に項目別にみると、「便のコントロール」95.8%、「食事動作」90.5%、「尿のコントロール」87.4%、「整容動作」80.0%、「トランスファー」76.8%、「トイレ動作」75.8%、「平地歩行」及び「着衣」57.9%、「階段昇降」55.8%、「入浴」50.5% であった。才藤ら⁷⁾ の報告を参考に BIS から ADL の自立度を 4 群に分類すると、「重度介助群」（BIS : 0 ~ 40）8.4%、「介助群」（45 ~ 60）17.9%、「一部介助群」（65 ~ 80）12.6%、「良好群」（85 ~ 100）61.1% であった。

(6) 抑うつ

SDS の総得点の平均を性別で見ると、男性 38.9 ± 8.5 、女性 35.7 ± 8.5 で、正常者は 68.4%、40 ~ 49 点の軽度抑うつ傾向者 23.2%、50 点以上の中程度以上抑うつ傾向者が 8.4% であった。抑うつ傾向がみられたのは全体では 31.6%、男性 39.3%、女性 20.5% であったが、性別との連関はなく、得点にも有意差はみられなかった。

3. 研究結果

1) 排便状態の実態

(1) 便秘自覚の有無と便秘の頻度

便秘の自覚の有無及び下剤、浣腸等の使用の有無について尋ねると、Table 1 に示すように、「便秘自覚なし」は 74.7%、「便秘自覚あり」は 25.3% であった。しかし、便秘無自覚者の中には、下剤等を使用してコントロールされている者も含まれており、下剤等の使用者を含めて『便秘』者と捉えると、全体では 53.7% (51 / 95)、男性 51.8%、女性 56.4% であった。年代別にみると、50 歳未満 63.2%、60 歳代 44.4%、70 歳代 56.0%、80 歳代 83.3% であった。『便秘』は性別、年齢共に有意な連関はみられなかった。

(2) 排便頻度

Table 2 は、排便頻度を性別、自覚的便秘の有無、『便秘』の有無別に示したもので、“大体毎日”は男性 69.6%、女性 79.4%、“3 ~ 4 日に 1 回”は男性 19.7%、女性 10.3% で、女性の方が“大体毎日”が多く、男性は“3 ~ 4 日に 1 回”が女性に比べてやや多くみられた。

(3) 下剤の使用

下剤等の薬物使用は全体の 50.5% にみられ、使用頻度は“よく使う”72.9%、“ときどき”27.1% であった。薬物の種類は、経口下剤薬が多かった。下剤等の使用者の便通状態は、コ

Table 1. Reports of constipation and the use of purgatives, enema etc.

Presence/absence of purgative or enema use	Presence/absence of reporting constipation		n=95 (%)
	Constipation reported	No reported constipation	
Purgative/enema users	21(22.1)	27(28.4)	48(50.5)
Purgative/enema non-users	3(3.2)	44(46.3)	47(49.5)
	24(25.3)	71(74.7)	95(100.0)

Table2. Bowel Frequency

Bowel frequency	Men (n=56)%	Women (n=39)%	Constipation reported (n=24)%	No reported constipation (n=71)%	Constipation present (n=51)%	Constipation absent (n=44)%
1 per day	69.6	79.4	29.2	88.7	54.9	95.5
1 per 2 days	10.7	10.3	12.5	9.9	15.7	4.5
1 per 3-4 days	19.7	10.3	58.3	1.4	29.4	0

ントロールされ便秘自覚なしが 56.2% に対し 43.8% がまだ解消されず便秘自覚者であった (Table 1).

(4)便秘との関連項目

『便秘』の有無と有意の関連がみられた項目は、ADL 自立度 ($Cr = 0.368, p < 0.0029$), トイレ動作自立度 ($Cr = 0.335, p < 0.0049$), 抑うつ の程度 ($Cr = 0.284, p < 0.0159$), 糖尿病の有無 ($\phi = 0.221, p < 0.0279$) であった. 性別, 年齢 (年代別), 麻痺の有無とは関連がみられなかった.

2) 便通と抑うつ, リハビリテーション意欲, QOL との関連

(1)抑うつ

Fig. 1 は抑うつの状態像因子 (項目) 得点を, 便通の状態別に比較したものである. 全体的に身体的因子では「便秘」と「性欲」が, 精神的因子では「自己過小評価」「不満足」得点が高い傾向がみられた. 便通の状況別による比較では, 「精神運動性減退」と「不満足」因子では, 「便秘自覚」群は「便秘なし」群及び「下剤使用便秘無自覚」群に比べて高く有意差がみられ, 「自殺念慮」因子は「便秘なし」群に比べ有意差がみられた.

Fig. 2 は, BI・QOL・SDS 総得点を, 便通の状況別に比較したもので, 「便秘なし」群は, 「便秘自覚」群及び「下剤使用便秘無自覚」群に比べて, BI 及び QOL 得点は高く, SDS 得点は

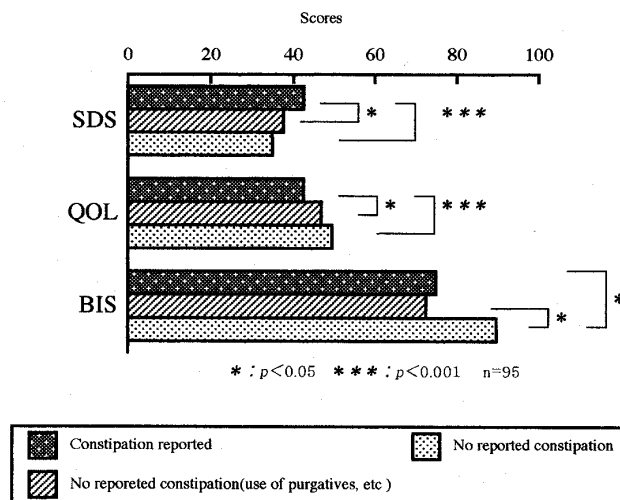


Fig.2 Comfort-level of evacuation and BI, QOL and depression scores(SDS)

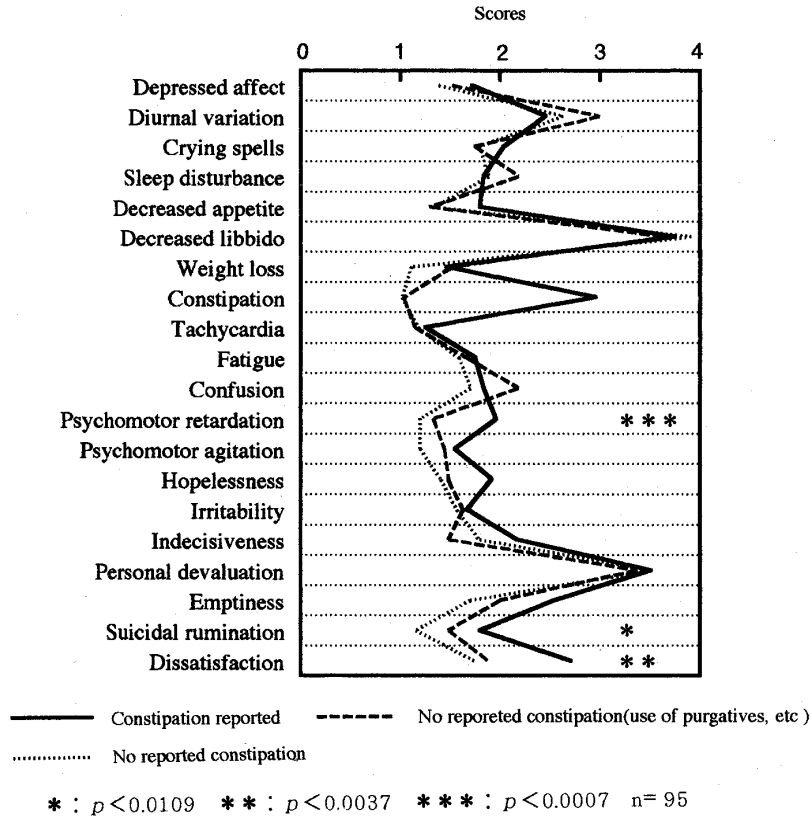


Fig.1 Comparison of the comfort-level of evacuation and SDS scores

低くいずれも有意であった。「下剤使用便秘無自覚」群も「便秘自覚」群に比べてQOL得点は高く、SDS得点は有意に低かった。

抑うつ程度別には、リハビリテーション意欲 ($Cr = 0.251, p < 0.0177$), ADL自立度 ($Cr = 0.287, p < 0.0157$), QOL ($r = -0.655, p < 0.001$) と有意の連関及び相関がみられた。情緒的サポートの有無との関連はみられなかった。便秘との関連では『便秘』 ($Cr = 0.248, p < 0.0159$), 「自覚的便秘」の有無 ($Cr = 0.320, p < 0.0119$), 便秘の状態 ($Cr = 0.246, p < 0.0213$) と有意の連関がみられた。

(2)リハビリテーション意欲

リハビリテーション意欲を「リハビリテーションを積極的にやろうとする気持」と定義し、現在のリハビリテーションに対する意欲を積極性から尋ねると、「積極的」70.5%, 「まあ積極的」11.6%, 「どちらともいえない」13.7%, 「あまり積極的でない」4.2%, 「全く積極的でない」は0%であった。

「積極的」と「まあ積極的」を高意欲群, 「どちらともいえない」と「あまり積極的でない」を低意欲群として、抑うつとの関連をみると、得点間に相関 ($r = -0.306$) があり、うつ程度と意欲の高・低群間には連関がみられた ($Cr = 0.258, p < 0.0420$)。QOL得点とも相関 ($r = 0.335, p < 0.01$) がみられた。年齢, 性別, 自覚症状の有無, ADL自立度, 平地歩行, 情緒的サポートとの関連はみられなかった。

便秘との関連は『便秘』とは連関がみられなかったが、「自覚的便秘」の有無 ($\phi = 0.297, p < 0.0095$), 便秘の状態 (便秘なし, 下剤使用便秘無自覚, 便秘自覚) ($Cr = 0.326, p < 0.0055$), 排便頻度 ($Cr = 0.326, p < 0.0156$) と有意の連関がみられた。

意欲を得点化して便通の状態別及び排便頻度別に比較すると Fig. 3, Fig. 4 のように有意差がみられ、得点は、便通の状態別には「下剤使用便秘無自覚」(4.8 ± 0.5) > 「便秘なし」(4.6 ± 0.8) > 「便秘自覚」(4.0 ± 1.1) の順に、排便頻度別には「毎日」(4.6 ± 0.7) > 「2日に1回」(4.4 ± 1.0) > 「3～4日に1回」(3.9 ± 1.2) の順に高くなっていた。便秘の有無では、下剤によりコントロールされた「下剤使用便秘無自覚」群は、「便秘自覚」群及び「便秘なし」群に比べ有意に高得点で、また排便頻度別では、「毎日」群は「3～4日に1回」群より有意に高得点であった。

(3) QOL

便秘の状態別に QOL 総得点を比較すると、「便秘自覚」群 (42.5 ± 7.7) は、「下剤使用便秘無自覚」群 (46.6 ± 7.7, $p < 0.033$) 「便秘なし」群 (49.3 ± 6.4, $p < 0.0003$) に比べ有意に得点が低くなっていた。また、排便頻度別でも「毎日」群 (48.2 ± 7.1) と「3～4日に1回」(41.9 ± 7.1) 間に有意差がみられた ($p < 0.0069$)。

QOL12項目得点を便通の状態別に示したレーダーチャート (Fig. 5) でみると一目瞭然で、

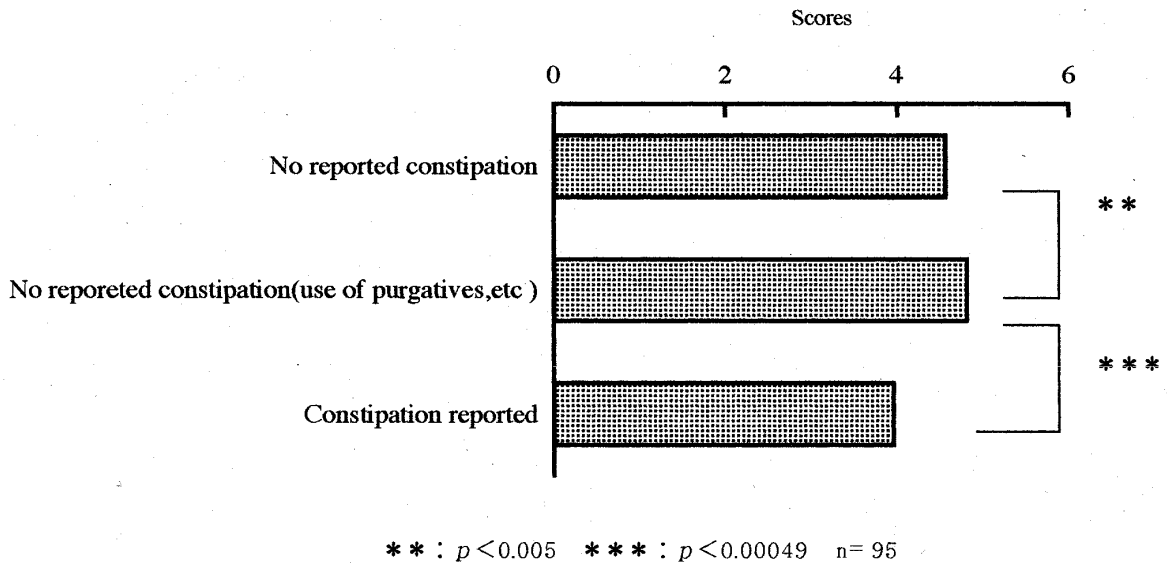


Fig.3 Comparison of the comfort-level of evacuation and volition scores

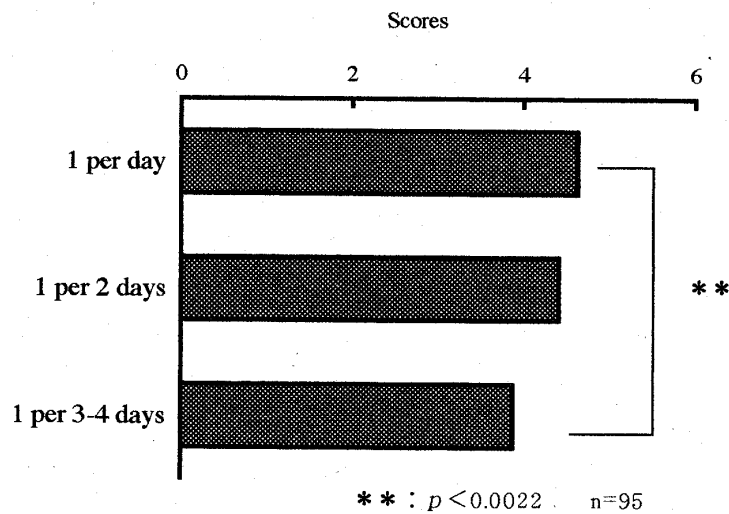


Fig.4 Comparison of bowel frequency and volition scores

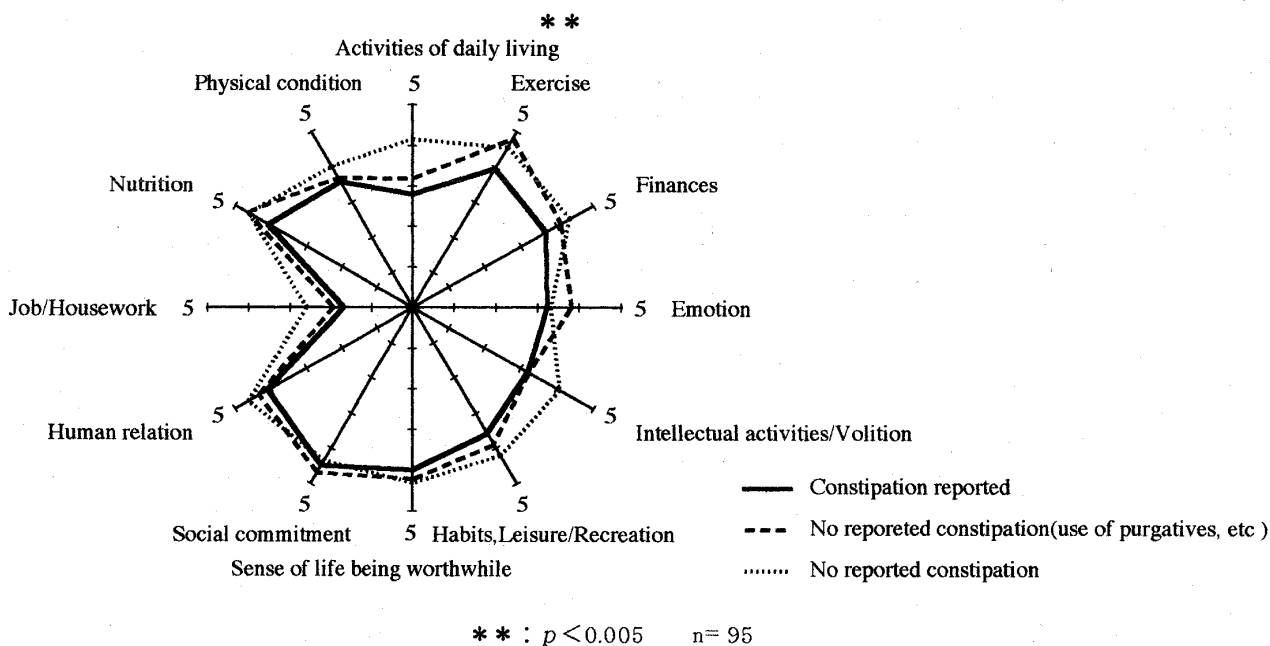


Fig.5 Comfort-level of evacuation and QOL scores

便秘自覚者は全ての項目で得点が低く、プロフィールは最も内側になっている。ADLの項目で、「便秘なし」(4.2 ± 1.2)が「便秘自覚」(2.8 ± 1.5, $p < 0.0001$)及び「下剤使用便秘無自覚」(3.2 ± 1.4, $p < 0.0038$)より高得点で有意差がみられた。

4. 考 察

便秘の定義についてはさまざまな定義がなされているが、一致した見解は得られていない。

看護や医学関連の文献の定義をまとめると、3つの特徴すなわち、①便通頻度が減少する、②便が極度に硬く排泄が困難である、③便の残存感がある、を含むものが多い。全体的には以前は3, 4日出ないなど排便頻度の減少で定義されていたが、排便の回数は個人差が大きく排便回数が少ないだけで便秘と決めつけられない。最近では、「3日以上通じがなかったり、毎日通じがあってもなんとなくすっきりしない、出きらない感じ、つまり残便感があるもの」⁸⁾のように便が出にくく、患者が苦しみ状態を指しているものが多く、古川も⁹⁾「排便回数の減少(3~4日間以上排便がない)または、排便量の減少に排便困難、便停滞感、腹痛、腹満感などの愁訴を伴った状態」とし、たとえ2~3日に1回の排便でも、不快感を伴っていなければ便秘とは言わないとして主観的な要素を重要視している。

そこで、今回の調査では自覚的便秘者と便秘を自覚していないが下剤・浣腸等を常用している者を『便秘』と捉えることにした。すると『便秘』は全体では53.7%、男性51.8%、女性56.4%、下剤等の使用が50.5%であった。便秘は年齢、性別と関連があるといわれるが、今回は性別、年齢共に有意な関連はみられなかった。

便秘発現頻度について、健康高齢者では男性9~20%、女性21~34%¹⁰⁾と女性に多く、加齢と共に増加し、下剤についても高齢者の20~30%¹¹⁾¹²⁾が常用し、性別、年代でも同様の傾向が

みられることが多く報告されている。これらの報告の便秘評価は排便回数や腹満感、下剤使用などの指標をいれたものもあるが、多くは自覚的便秘である。さらに健康が障害された高齢者になると、便秘、下剤使用共に59%¹³⁾ 入院の高齢患者60%¹⁴⁾、在宅障害老人¹⁵⁾ 便秘79.2%、下剤使用63.8%と便秘、下剤の使用は著しく増加する。

脳血管障害患者の便秘の頻度についての報告が少なく、英国において脊髄損傷患者221人を対象に排便管理を追跡調査した報告では便秘42%である。

著者らの定義した『便秘』及び下剤使用の頻度は先行研究と比べると健康者より多く、疾病を有する人々にとって50%を越える数値は珍しくないありふれた数値のようでもある。

一般に、便秘の原因及びに影響する要因として知覚の低下、食事、抑うつ、混乱、排泄環境、虚弱、不活動、薬物療法、二次的な因子として脳卒中などの神経系の疾患等¹⁶⁾が挙げられているが、今回便秘と有意の関連がみられたのは、ADL自立度、トイレ動作自立度、抑うつ、リハビリテーション意欲、糖尿病の有無であった。

1) 便秘に影響する要因

(1)抑うつ

抑うつと便秘の関連についてみると、うつ病のときには多彩な身体症状が現われ、便秘もその一つでその原因は自律神経機能障害による¹⁷⁾とされている。Towers ALら¹⁸⁾は、60歳以上の便秘の通院患者について、一週間の食事、排便状態、心理的徴候、結腸輸送時間、身体活動の面から調査し、結腸の通過遅延は対照群と比べて低いカロリー摂取、食事中的高い蛋白質量、少ない水分摂取が関連しており、心理的な徴候とは特に強い関連がみられ、不安の身体化、抑うつや憂鬱、心配・不安、異常なほどの強迫観念は便秘との因果関係的要因としてさらに追及されるべきと述べている。抑うつと腸管の運動機能との関連について、内科領域のうつ状態患者の消化器症状をバリウム造影で詳しく調査した長門¹⁹⁾は、排便回数は減少し、便の大きさは細くかつ硬くなり、兎糞状を呈し、便意は強いため残便感が強く、排便時の腹痛は少ないが痙攣性便秘に近く、バリウムの4時間目までの下行結腸への到達は速いが、逆に24時間後のバリウム排泄が遅延し、X線像では小大腸の緊張や運動亢進を示したと述べている。高齢者の抑うつ状態と便通異常を検討した島田²⁰⁾は、便秘は82.4%と高頻度にみられたが、必ずしも弛緩性便秘ではなく、便意頻回にもかかわらず排便が不十分というような痙攣性便秘に近い様相を呈したという。そして高齢者に多いうつ状態が便秘に与える具体的な影響やメカニズムなどに関する研究はまだ少なく、不明な点も多く腸管の自律神経機能の障害が惹起されることが推測されるとしている。

(2)身体活動

身体活動との関連では、「ADL自立度」及び「トイレ動作自立度」が高いほど便秘が少ない傾向がみられた。BISでみた便・尿のコントロール、平地歩行、車椅子移動の自立度との関連はみられなかった。

身体活動と便秘の関係については、運動はどんなものであれ、身体全体の働きと体調を良く保つのに欠かせないもので、排便が正常であるためには、腹筋と骨盤筋の筋力が適度になければならないともいわれている。

脳卒中患者の排便障害(殆ど便秘)は、脳卒中による一次的な機能障害に直接起因するのではなく、歩行能力の低下などによる二次的障害による²¹⁾と考えられている。

しかし、身体活動と便秘との関連について、Klauser AGら²²⁾は一般的な便秘の予防・管理法と言われる身体活動の増加や水分摂取、排便刺激のためのマッサージなどの非薬物的療法の効果について文献検討を行い、食物繊維以外は排便機能に影響を及ぼすものは見出し得なかったと

いう。その中で身体活動については健康ボランティアを対象とした2研究を紹介し、身体活動と大腸機能に有意の関連を示しているが便量と大腸輸送時間の結果に報告間に矛盾があり、身体活動の効果の意味づけるには十分とは言えないとしている。また患者を対象とした身体活動と便秘の関連をみたいかなる研究も見いだし得なかったと述べている。

(3)糖尿病

糖尿病の神経障害は最も高頻度にみられる合併症で多彩な障害がみられるようになるが、そのうちの一つに便通や排尿障害がある。著者らの透析患者を対象とした便秘の報告においても糖尿病性の腎不全患者は非糖尿病性の腎不全患者に比べ便秘が有意に多くみられた²³⁾が、糖尿病性腎不全患者に便秘が高頻度にみられる原因²⁴⁾として、糖尿病の合併による神経障害に加え、水分制限、透析による除水、水酸化アルミゲル投与などの多くの要因が重なったためと考えられている。

今回糖尿病合併の有無と便秘と有意の関連がみられたのは、同様に糖尿病性の神経障害が排便機構に何らかの影響を与えていると推察される。

(4)リハビリテーション意欲

脳血管障害患者のリハビリテーション意欲に影響する要因²⁵⁾として、年齢、性別、身体障害、自覚症状、合併症、心理的要因、精神症候、治療スケジュール上の要因、家庭・社会的要因など多くの要因が列挙されているが、その関連の根拠を示す研究はまだ十分とはいえない。

意欲がリハビリテーションの阻害因子となることから研究も進められるようになり、岡田²⁶⁾は意欲低下の指標として開発された Starkstein らの apathy scale を邦訳し日本版『やる気』スコアとして、その基礎的検討ならびに臨床的有用性の検討を行っている。apathy は日本語では無感動と訳されるが、ギリシャ語の“pathos”に由来し、感情、情動、興味、関心の欠如と行動に対する動機づけの欠如と定義され、うつ状態と合併することもあるが独立した症候で、これまでの研究でうつ状態の程度とは正の相関があり、その他には年齢、発症後期間、認知機能、ADL 及び ADL 悪化と関連がみられると述べている。

本調査でも尺度は違うがリハビリテーション意欲と抑うつとの関連がみられた。

抑うつ状態は ADL 自立との関連も強いことは前述の通りであるが、近年、脳卒中後のうつ状態ばかりではなく無症候性脳梗塞も含まれる脳血管性うつ病(Vascular depression)の概念が提唱²⁷⁾されており、それは内因性うつ病に比較して軽症だがその内容は行動や思考の抑制といった意欲に関連する項目が高頻度に見られるといわれる。

Fig. 1 にみられるように、抑うつ状態因子の「自己過小評価」が高く、意欲に関わると考えられる「精神運動性減退」因子では「便秘自覚」群は「便秘なし」群に比べ有意に高く、すなわち減退が強かった。ADL に関わる能力障害の回復遅延が「自己過小評価」を強め、意欲への影響を示したものと考えられる。

意欲と便秘との関連では、「自覚的便秘」群と排便頻度が「3～4日に1回」群の意欲得点が最も低く、下剤などでコントロールされた「下剤使用便秘無自覚」群と「毎日」群の得点は最も高かった。便秘の原因となる要因には抑うつを始めとして多様で、複雑に関連して影響しており、今回の結果からリハビリテーション意欲と便秘の有無と直接的な因果関係があるとは断定できないが、便秘解消により不快さが取り除かれてすっきりとした心身の状態即ち人間の基本的欲求に関わる部分の安寧が意欲に結びついていると考えられる。

2) 便秘への看護介入

主観的な評価による自覚的便秘の中には、本当の臨床的便秘でないものを含み、不適切な下剤

等の使用がなされている、もっと使用を減らせるのではないかという²⁸⁾多くの報告がなされているにもかかわらず、非薬物的な生活指導・管理等を中心とした体系的な援助を行っている看護婦は国内外をみても少ない状況である。自己評価による便秘は、当人が正常と考える状態から逸脱したときを便秘と考えるなど、適切な定義づけができるようなものではなく、一日でも便通がなければ便秘と考える人もいれば、排便が困難であることを便秘と考えるなど便秘の意味は人それぞれに異なっていることによると思われる。しかし、客観的評価法として開発された便秘尺度もあるが自覚的症状が十分に評価されにくい側面があるなど有用性には問題がある。便秘は機能的なものばかりではなく、潜在している器質的疾患の一症状のこともあるので、看護問題として適切に対処するための便秘の診断には、便秘の主訴のみならず、詳細な病歴聴取と、直接肛門、直腸の視・指診を含む身体診査の情報などから総合的に評価する必要がある。

しかし、今回リハビリテーション意欲を低める要因として関連がみられたのは、自己評価による「自覚的便秘」と排便頻度減少で、下剤等によりコントロールされ便秘を自覚していない「下剤使用便秘無自覚」群の意欲得点は有意に高くなっていた。昔から健康な状態を快食、快眠、快便ともいわれるように、排泄が人間の生理的基本的ニードであり、正常な排泄の変調が精神的にも影響を与え生活の質にも大きく関わるということが明らかになった。便秘の主観的、客観的評価如何に関わらず便秘への看護介入の重要性を再確認させるものである。

「便秘自覚」者は、下剤等の薬物使用にも拘わらず便秘が改善されず、リハビリテーション意欲は低く、QOLも低かった。

一般に便秘の予防・管理法として医学書や看護のテキスト、家庭医学書に推奨されている食物繊維を多くとる、水分を多くとるなどの非薬物的な療法について、特に米国では多くの報告があり、その効果について文献検討も多くみられる。

食事に関してみると、高繊維食品と流動物の摂取を増やすプロトコールによる看護介入により、入院の血管外科患者の便秘の発生率を59%から9%に減少させ、下剤と浣腸の要求が59%から8%に減少した²⁹⁾。同じく、繊維食と流動物の看護介入によりケア施設居住の高齢者の下剤と便軟化剤の使用数を減少させた³⁰⁾などと線維性食品の顕著な効果を示すものもある。小麦ふすま(20g/日)負荷は、プラセボよりも輸送時間(口から肛門まで)の短縮、便量の増加、排便回数を増やす改善効果がみられた³¹⁾。小麦ふすまは排便機能に影響を及ぼし、安価で生理的だが患者の多くは繊維のみでは不十分³²⁾との報告もある。

水分摂取については、Klauser AGら³³⁾は繊維と水分摂取は神話化されており、流動物を増やすことが唱道されるが、空腹時の冷たい水やコーヒー200mlは少なくとも健康者や排便回数と便量の減少した重篤な脱水患者には遠位の腸活動を亢進させ良いかもしれないが、その効果についての良い研究を見いだし得ず疑わしいと述べている。

身体活動と便秘の関係については、先に述べた。

一見単純に見える便秘の予防法にも、生理学的な理論的裏付けなどがなされているが、便秘はただ一つの原因だけで生じることはめったになく、様々な要因が複雑に絡み合っておこるものであり、そのため単一の方法との因果関係を立証するのは困難であると思われる、データは不足しているのが現状のようである。

機能障害やADLなどの能力障害が思うように回復しない厳しい状況におかれ抑うつ状態も高頻度にみられる脳血管障害後の患者への便秘への看護介入は簡単ではないし難しいように思われる。しかし、Badiali Dら³⁴⁾は脊髄損傷患者の慢性便秘に対して高残渣食、水分摂取、排便刺激のための一連のスケジュールの活用に基づく治療プロトコールの使用で、4週間後には排便回数が

増え、全体的な結腸輸送時間減少と下剤及び座薬使用の減少などの変化がみられたという。

脳血管障害後の患者の便秘への対応はまず抑うつ状態に対する治療と看護が基本になればならないが、Badiali Dらのこの取り組みは、非薬物的な方法による積極的な看護介入の必要性和重要性を示しており、看護婦の患者の心身の安寧を目指して取り組む積極的対応、姿勢はうつ状態の看護に通じるものであると考える。また現時点ではその有用性について立証されていない非薬物的な方法についても看護に携わる者として地道に検証していく責務もあると考える。

6. ま と め

脳卒中後の患者 95 名を対象に便秘に関する調査を行い、便秘に影響する要因とリハビリテーション意欲について検討し以下の結論を得た。

1) 便秘自覚者は 25.3% であったが、下剤等の使用が 50.5% みられ、下剤使用の便秘無自覚者を含め『便秘』と捉えると、全体では 53.7%、男性 51.8%、女性 56.4% であった。

便秘は、抑うつ、ADL 自立度、トイレ動作自立度、糖尿病の有無と関連がみられた。

2) 便通の状態別にみた抑うつの下位項目では、「自己過小評価」因子得点が全体的に高く、「精神運動性減退」では有意差があり、便秘自覚者の得点が有意に高かった。

3) リハビリテーション意欲は QOL と正の相関、SDS とは負の相関があり、自覚的便秘の有無、排便頻度と有意の関連がみられた。下剤等でコントロールされた便秘無自覚者はリハビリテーションへの意欲が高く、便秘は意欲を低める要因となっていた。

以上の結果は便秘への看護介入の重要性を示唆し積極的な取り組みの必要性を再確認させるものであった。

調査にあたり、ご協力、ご助言を頂きました熊本機能病院理事長米満弘之先生、中西亮二先生、調査に応じて頂きました対象者の皆様方に厚く御礼申し上げます。

文 献

- 1) 伊藤栄一、長江雄二：脳卒中による運動障害の機能回復に対する阻害因子としての精神症候に関する研究—脳卒中後のうつ状態と不眠について—、厚生省「精神・神経疾患研究依託費」元指—5 中枢神経病変による運動障害の回復促進に関する臨床的研究 平成 3 年度研究報告集、85-96、1992。
- 2) 小林祥泰編著：脳血管性うつ状態の病態と診療、p37、メディカルレビュー社、2001。
- 3) 岡田和悟、小林祥泰、青木耕他：やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価、脳卒中、20、318-323、1998。
- 4) 青山晃治、小林祥泰、岡田和悟他：脳血管障害における Apathy とうつ状態が認知機能に与える影響、脳卒中、20、239-243、1998。
- 5) Wald A.: Constipation in elderly patients. Pathogenesis and management. [Review]. *Drugs & Aging*, 3(3), 220-31, 1993.
- 6) Towers AL., Burgio KL., Locher JL., Merkel IS., Safaeian M., Wald A.: Constipation in the elderly : Influence of dietary, psychological, and physiological factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42 (7), 701-6, 1994.
- 7) 才藤栄一、千野直一：脳血管障害患者の身体機能評価、総合リハビリテーション、17、481-489、1989。
- 8) 坂元一久：たかが便秘 されど便秘、p13、1986、農山漁村文化協会。

- 9) 古川清憲：便秘，治療，76(8)，81-86，1994.
- 10) van der Horst ML., Sykula JA., Lingley K. :The constipation quandary. *Canadian Nurse*, 90(1), 25-30, 1994.
- 11) Campbell AJ., Busby WJ., Horwath CC. : Factors associated with constipation in a community based sample of people aged 70 years and over. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 47(1), 23-6, 1993.
- 12) Rodrigues-Fisher L., Bourguignon C., Good BV. : Dietary fiber nursing intervention: prevention of constipation in older adults. *Clinical Nursing Research*, 2(4), 464-77, 1993.
- 13) Hall GR., Karstens M., Rakel B., Swanson E., Davidson A. : Managing constipation using a research-based
- 14) 小林初子，松武滋子，喜多泰子：機能性便秘がある老人患者，看護技術，38(14)，28-31，1992.
- 15) 深井喜代子，塚原貴子，人見裕江：日本語版便秘評価尺度を用いた高齢者の便秘評価，看護研究，28(3)，209-216，1995.
- 16) Wald A. : Constipation in elderly patients. Pathogenesis and management. [Review]. *Drugs & Aging*, 3(3), 220-31, 1993.
- 17) 河野友信，筒井末春編：うつ病の科学と健康，朝倉書店，p74，1987.
- 18) Towers AL., Burgio KL., Locher JL., Merkel IS., Safaeian M., Wald A. : Constipation in the elderly : Influence of dietary, psychological, and physiological factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(7), 701-6, 1994.
- 19) 長門宏，中川哲也：内科領域におけるうつ状態について— 消化器系を中心として，心身医学，18，29-39，1978.
- 20) 嶋田章，高野正博，松尾勇三，廣松矩子：老年期うつ状態における便通異常について，心身医学，31(6)，449-456，1991.
- 21) 浅山滉，石神重信，住田幹男，里宇明元編集：Journal of Clinical Rehabilitation 別冊 脳卒中リハビリテーション外来診療，p143，医歯薬出版株式会社，1997.
- 22) Klauser AG., Muller-Lissner SA. : How effective is nonlaxative treatment of constipation?. [Review]. *Pharmacology*, 47(suppl 1), 256-60,1993.
- 23) 和田加奈子，吉田美保，河瀬比佐子：透析患者の便秘の実態と予防・管理行動に関する検討，日本看護研究学会雑誌，22(3)，p136，1999.
- 24) 大野丞二，前田卓亮，柴田昌雄：糖尿病の透析，p124，日本メディカルセンター，1988.
- 25) 伊藤栄一：リハビリテーションの意欲を左右する因子—脳卒中患者を中心に—，臨床科学，32，575-581，1996.
- 26) 小林祥泰編：脳血管性うつ状態の病態と診療，メディカルレビュー社，p77，2001.
- 27) 前掲書 26)，p71.
- 28) Harari D., Gurwitz JH., Minaker KL. : Constipation in the elderly[see comments]. [Review]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(10), 1130-40, 1993.
- 29) Hall GR., Karstens M., Rakel B., Swanson E., Davidson A. : Managing constipation using a research-based protocol. *MEDSURG Nursing*, 4(1), 11-20, 1995.
- 30) Rodrigues-Fisher L., Bourguignon C., Good BV. : Dietary fiber nursing intervention : prevention of constipation in older adults. *Clinical Nursing Research*, 2(4), 464-77, 1993.
- 31) Badiali D., Corazziari E., Habib FI., Tomei E., et al. : Effect of wheat bran in treatment of chronic nonorganic constipation. A double-blind controlled trail. *Digestive Disease & Sciences*, 40(2), 349-56, 1995.
- 32) 前掲書 22).
- 33) 前掲書 22).
- 34) Badiali D., Bracci F., Castellano V., et al : Sequential treatment of chronic constipation in paraplegic subjects, *Spinal Cord*, 35(2), 116-20, 1997 Feb.