

## PAS セルフケアセラピーの実践・研究・教育と課題

宇佐美 しおり

(元熊本大学大学院生命科学研究部, 教授)

(現 四天王寺大学看護学部教授 / 看護実践開発研究センター長)

セルフケア看護から PAS セルフケアセラピーの話をしていきます。オレムのセルフケア理論で大事なことは意図的過程です。セルフケア行動よりも意図的過程に焦点化した実践が大事で、「意図的過程をどのように辿るか」です。オレムの理論は非常にわかりやすいのですが、「セルフケア要件」に「要求」というところと「ニーズ」が混在しています。

そこをアンダーウッド先生が修正して、患者さんの精神状態とニーズをとらえて展開するために精神力動理論を導入されました。オレム・アンダーウッドモデルではセルフケア要件、特に普遍的セルフケア要件、成長発達に関するセルフケア要件、健康逸脱に関するセルフケア要件というのがありますが、これをアンダーウッドモデルでは一つにまとめて、普遍的セルフケア要件としています。

これを成長発達のまま、残していた方がよかったのではないかなと私は思っているのですが、逆に実はまとめてわかりにくく、難しくしてしまいました。精神力動論を導入しても成長発達の理解は重要なので、成長発達に関するセルフケア要件はそのまま置いておけばもっとセルフケアへの看護を展開しやすくしたかもしれません。

オレム・アンダーウッドモデルを丁寧にやると効果があるのだと先ほどからお伝えしているのですが、まず、患者の主訴を明確にして、「何に困っていて、どうしたいのか」、そしてアセスメントします。しかし、アセスメントのところ、特に精神状態のアセスメント、自我機能、人格機能というようにおっしゃっているのですが、精神力動理論を用いています、どうにでも取りようがあり、実はその後の実践展開で難しくしたところがあります。

アセスメントをして、目標設定して、ケアプ

ランを展開して、相互作用を行いセルフケアプログラムを展開すれば効果があります。精神状態の程度に応じた関わり、セルフケア能力のアセスメント、意図的過程の組み立て、セルフケア行動を起こすため、「どんなセルフケアなら行えるのか」を意思決定してもらったときに人に相談すること、症状管理、アンガーマネジメントや認知行動療法的アプローチ、サポートの強化をして、そして新しいセルフケア行動を強化して、セルフケアプログラムを終了するということがオレム・アンダーウッドモデルの具体的な展開です。

オレム・アンダーウッドモデルを実際に行うことで、丁寧にやれば看護ケアは展開するのですが、精神力動理論が簡単なようで難しい。自我機能、人格機能の査定は特に難しいので実は、それができないのにセルフケア理論を使ったのに効果がないというようになってしまいました。しかしオレム・アンダーウッドモデルは看護の焦点化ができるのでグループ・パフォーマンスが改善するというところまではわかってきました。

しかし、介入理論や技法が明確ではありませんでした。慢性疾患患者さんへのセルフケア看護、さらに重複疾患、自傷行為などケア困難患者さんに対する PAS セルフケアセラピーを展開し、患者さんへのケアと組織のケアを行っていきますがその介入理論と技法を明確にしていくのはこれからです。

患者さんのケアで精神力動理論の中でも PAS 理論を用いた理由としては、PAS 理論は人間誰もが持っている攻撃衝動や性衝動を刺激して、無意識と前意識の衝動—欲求をつないで、セルフケアの意図的過程へと展開することを助けます。しかし、ケア困難患者さんは、衝動から欲求へとつなぐのが難しい。口では「やる」と言っ

でも実際の行動は難しい方がたくさんいます。そこを刺激して介入していくのがPAS理論です。

PAS理論とは精神分析理論とシステムズ理論が統合された理論で、個人と環境そのものを対象とする看護には非常に用いられやすい理論です。私は、セルフケア理論と統合して活用することを考えました。ケア困難患者さんには、患者さん自身と患者さんとシステムとの関係を力動的にとらえ組織へも介入しないとうまくいかないため、セルフケア理論と統合して、個人と組織へ介入することを考えました。

セルフケア看護は、精神状態、自我機能、人格機能、さらには力動的発達課題、セルフケア能力の総合アセスメントをしながら、意図的行動のプロセスを辿ることを支援していきます。それに加えPASセルフケアセラピーはケア困難患者に対し、セルフケアしない原因を明らかにし患者の衝動から欲求、欲求からセルフケアの意図的プロセスへと展開することを特にDER技法（体験のDescribe、情動の表現Express/Explain、自己への反応Response、DER）を用いながら助けていきます。さらに個人への介入のみではなく家族・患者をとりまく治療チーム・地域における支援チームに対してコンサルテーション、危機介入も行っています。

さらにセルフケアへの看護やPASセルフケアセラピーを発展させる中で、実践能力と同様研究において事例報告や事例研究を発展させる必要があると考えています。そうすることでセルフケアへの看護、PAS-SCTの介入技法を、患者の特徴に応じてより明確にしていくことができると考えています。そしてさらに事例報告を積み重ね事例報告をもとに、仮説を立てて看護介入を行い、その評価を行うことが重要です。そうすることでケアのアルゴリズム、どのような患者の特徴に対してどういう介入技法があるのか、その検証も行う事例研究を発展させることができます。

一つ例をあげてみます。これは行動化を繰り返す患者さんの事例ですが、夫と二人暮らしで、小さいころに虐待を受けていて、患者さんのお父さんが亡くなったことをきっかけにフラッシュバック、落ち込みなどの症状が出て、行動化や入院退院を繰り返していました。総合アセスメントでは、怒りを表現できず抑圧して誰にどう怒ってい

るのかわからないし、苦しいし、それを発散して行動化したら終わりということになりセルフケアしないという結果になっていました。

セルフケアでも活動、人とのつきあい、過食の問題があったのですが、トラウマを受けて怒りがあり、症状管理に関するセルフケアが非常に低下していました。また、そこに強迫的で人を信頼できず患者さんのセルフケア行動の低下や、行動化し過食や自傷につながっていました。怒りの発散を促し、安全の欲求を置き、そこから、環境や自分のこと、夫とのつきあいをどうしていくか、その中でご自分の体験を意識して、感情を表現し、対処行動をとってみることを実施していきました。結果として、誰にどう怒っているのか、そして、怒りの裏に愛情に関する欲求があり、さらに、セルフケアでは自分のニーズをはっきりさせてセルフケア行動が展開できるようになり、同時に治療チームへのコンサルテーションも行うことで治療チームのパフォーマンスが上がり、チームが患者に適切に介入できるようになり、自宅で過ごせるようになりました。

考察としては、衝動の中に患者さんの愛情の求めを認識し安全の欲求をもとに夫との生活をどう立て直せるのかを検討し、衝動—欲求を患者さんの生きるエネルギーに変えてセルフケアの改善に関与していくことで行動化、生活の仕方、活動に関するセルフケアが改善してきました。すなわちPASセルフケアセラピーを行っていくことで衝動から欲求、欲求からセルフケア上のニーズ、目標、行動の選択肢と決定、セルフケア行動へと展開することができるということが明らかになりました。

さらに、オレム・アンダーウッドのセルフケアプログラムは災害後の被災者兼支援者の抑うつ/PTSD改善にも効果があり、さらにPAS-SCTはセルフケアを改善し仕事を続けることを可能にしていました。

このような事例を介入型事例報告としてまとめ、さらに事例研究として発展させていければと考えています。そうすることで患者の特徴と特徴に応じた看護介入技法が明確になると考えています。そしてこれらの介入ができるように学会としてもエビデンスをもったトレーニングを発展させていくことが必要と考えています。