

15 脊髄損傷患者の便の排出に関する臨床判断の様相

病院 看護部 3階西病棟 渡伸栄 清水絵美 小泉節子

【Ⅰ. 目的】脊髄損傷患者の便の排出援助の際に、看護師はどのようなことを手がかりに、どのように判断して援助を行っているかとの臨床判断を一連の流れにし明らかにする。

【Ⅱ. 方法】1. 研究デザイン：質的記述的研究。2. 調査対象：脊髄損傷者の看護に3年以上携わりプライマリーナースの経験がある看護師。3. データ収集方法：半構造化面接。4. データ分析方法：インタビューの録音及び記録から逐語録を作成し、「観察」「判断」「行動」に関する文脈のかたまりを抽出し解釈を加え図式化した。

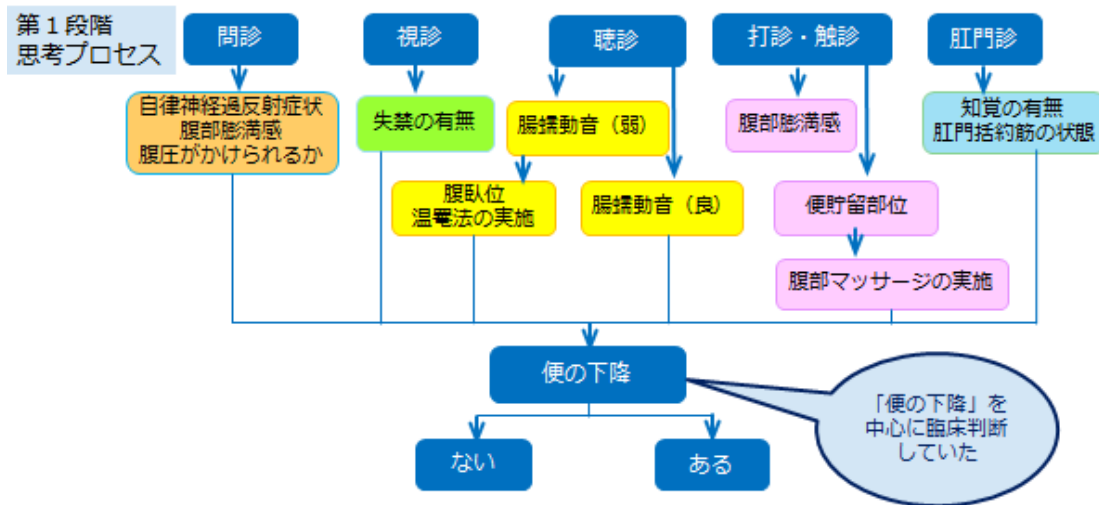
【Ⅲ. 倫理的配慮】当センターの倫理審査委員会に申請し承認を得たのち研究を開始した。

【Ⅳ. 結果】1. 研究協力者の属性：研究協力者は11名。2. 便の排出援助時の臨床判断の様相（3段階の思考プロセス）第1段階：「便の下降」にたどり着く前の臨床判断（図1）：問診、視診、聴診、打診・触診、肛門診にて「便の下降」を中心に臨床判断を行っていた。第2段階：「便の下降」～「失禁の可能性」の見極めまでの臨床判断（図2）：「便の下降」がない場合、腹部膨満感、腸蠕動音、内肛門括約筋、便汁の色の観察項目に沿って「失禁の可能性」を見極めていた。「便の下降」がある場合、排便を行う場合と肛門周囲の刺激で自然排便を待つ場合に分かれる。どちらの場合も「便の下降」がない場合の観察項目に加え、便性状、排便量、残便、所要時間、自律神経過反射症状に沿って失禁の可能性を見極めていた。排便中に自律神経過反射症状が出現した場合は一時中断し、症状が消失した場合は「排便する」以降の観察項目に戻り便の排出援助を続ける。第3段階：「失禁の可能性」～「終了」までの臨床判断（図3）：座薬は通常1回に1個の使用だが、反応が鈍い場合や脊髄損傷歴が長く巨大結腸化している場合には1回に2個使用することもあった。失禁の可能性が少ない臨床判断として、腹部膨満感がない、腸蠕動音が弱い、内肛門括約筋が収縮、便汁の色が座薬の溶けた白色～透明、便が軟らかい、排便量が多い、残便がない、所要時間が長いことが挙げられ「終了」の流れになっていた。

【Ⅴ. 考察】1. 臨床判断の様相：看護師個々の判断のもとで行っている便の排出援助の臨床判断は3段階の思考プロセスに分かれていた。第1段階では、「便の下降」の有無を予測しながらアセスメントし臨床判断していた。第2段階では、便の排出援助を行うか観察項目毎にアセスメントし臨床判断していた。第3段階では、失禁の可能性について臨床判断していた。看護師個人が判断し行っている便の排出援助は複雑なプロセスの中で戸惑いながら行っているものと思われたが、観察項目、座薬使用時の判断、失禁の可能性の見極めなどの便の排出援助時の臨床判断の思考プロセスの根底にあるものは共通していた。2. 臨床判断能力の向上に向けて：便の排出援助の臨床判断を図式化したことで、誰もが確認して便の排出援助に取り組むことができる。また、患者指導の基盤になるとも考える。

【Ⅵ. 結論】1. 便の排出援助に関する臨床判断は3段階の思考プロセスに分かれていた。2. 観察項目、座薬使用時の判断、失禁の可能性の見極めなど、便の排出援助時の臨床判断の思考プロセスの根底にあるものは共通していた。患者に苦痛を与えない、失禁を予防する、そのことにより脊髄損傷者が日常生活を安心して送り、自立を促すことが看護師の考えの中心にあった。

「便の下降」にたどり着く前の臨床判断 図1



「便下降」から終了の見極めまでの臨床判断 図2

