

Title	成人生体部分肝移植術を受けた患者の心理変化に合わせた移植看護：フインクの危機理論を用いた分析をもとに
Author(s)	岡本, 麻衣
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2007, 13(1), p. 25-31
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56831
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

成人生体部分肝移植術を受けた患者の心理的変化 ～フィンクの危機モデルを用いて～

岡本 麻衣

The change of psychological condition in patients with adult living-donor liver transplantation -Analysis with the crisis model of Fink-

Okamoto M.

要 旨

本研究は、成人生体部分肝移植術のレシピエントが入院から退院までの間の心理的変化について明らかにすることを目的とした。分析には、フィンクの危機モデルを用いた。成人生体部分肝移植術を受けた患者6名を分析した結果、以下の4点が示唆された。

1. 入院当初は、「移植しかない」という現実を受け止めざる終えない状態であり、承認の段階にいる。
2. 移植できないかもしれない、移植しても再発するかもしれないという事実は、どの段階にあっても、衝撃の段階へ逆戻りする。
3. 移植経験者との面談は、精神的支えとなり、承認、適応の段階へ移行する要因となる。
4. 今後の生活への身体的な不安が残っていると、退院までに適応の段階へ移行できない。

I. はじめに

1964年よりわが国で成人生体肝移植術が行われ始めてから、成人生体肝移植術施行数は年々増加の一途をたどり、2004年に保険適応疾患が拡大してからはその数をさらに延ばし続けている。当科においても、1999年より成人生体肝移植術が施行され、50名以上のレシピエントの看護に携わってきた。

成人生体部分肝移植術の主な特徴は、健康な家族の体にメスを入れること、治療が複雑であり、術後の生活が大きく変化することであり、レシピエントの心理的变化に大きく影響を及ぼす。しかし、レシピエントの心理的变化について分析された先行研究は少ない。

そこで今回、成人生体部分肝移植術のレシピエントが入院から退院までの間の心理的变化について明らかにすることを目的に、当院での過去の事例を振り返り、フィンクの危機モデルを用いて分析した。

II. 研究方法

1. 研究期間：2004年9月～12月
2. 対象：2002年～2004年に消化器外科において成人生体部分肝移植術を受け、退院された患者6名
3. 方法
 - 1) データ収集法：診療録、看護記録の経過記載より、処置、検査、看護介入前後のレシピエントの言動を抽出した。得られたデータをフィンクの危機モデルを参考に

心理的变化について分析した。なお、データの信頼性を高めるために、分析過程では当病棟5年目以上の経験を有する他看護師にスーパーバイズを受けた。

- 2) データの分析方法：分析に使用したフィンクの危機モデルについて以下のように定義し4段階に分けた。
 - ① 衝撃の段階：圧倒されそうな現実を前にし、強い不安に襲われる段階。パニック状態。不眠や動悸、めまいなど生理的随伴症状が出現することもある。
 - ② 防御的退行：自分に起こった現実から目をそむけるために、現実逃避、否認などの防御規制を用いて対応する段階。防御規制を用いることで、不安の軽減や衝撃の段階でみられた身体症状は回復する。
 - ③ 承認の段階：少しずつ現実をみつめていく中で、再び苦悩し、強い葛藤を経験する段階。防御的退行で経験した一時的な不安の軽減では、解決できない現実を前に、自己像の喪失を経験する。
 - ④ 適応の段階：現実を認め、新しい自己像や価値観を築く努力がなされる段階。危機の望ましい段階。
5. 倫理的配慮：個人が特定されるようなデータを削除し、収集したデータは研究者が管理した。

III. 結果

- 1) 対象の属性（表1）

年齢は、平均55.7歳（48歳～61歳）で、性別は男5名女1名であった。病名は、肝細胞癌（HCC）5名 原発性胆汁鬱滞性肝硬変（PBC）1名で、術式（グラフト）

表 1 患者属性

事例	年齢 (歳)	性別	現疾患	レシピエントとの 関係・年齢 (歳)
A	60代	男	肝細胞癌	息子・20代
B	50代	男	肝細胞癌	息子・30代
C	40代	男	肝細胞癌	息子・20代
D	60代	男	肝細胞癌	息子・30代
E	50代	男	肝硬変	娘・20代
F	50代	女	原発性胆汁性肝硬変	娘・20代

は、右葉3名 左葉2名 後区域1名であった。ドナーは、息子5名 娘1名 平均27.8歳(20歳～35歳)であった。

2) 分析結果

①術前・術後を通しフィシクスの危機モデルを段階通りに進んだ事例(A氏)

術前：入院時の問診より、移植への経緯を、「これ以上肝動脈塞栓術をやっても悪くなっていくから、移植しかないっていわれた。」と話されていたこと、及び数回にわたる肝動脈塞栓術でも治療が困難になった肝臓癌に対し、生体肝移植術が最後の治療法であると受け止めていた(承認の段階)。術前オリエンテーション時、「インターネットで調べてA病院に決めました。手術後はどのくらいで退院できますか？手術中は眠っているのですか？手術が近づいてくると色々心配になるね。」「費用のことも気になるし。」と移植を受けなければならない現実を受け止め、手術に関する不安の表出が示された。手術日が近づくと「何か怖くなってきたわ。」「なんかあったら寿命やと思うわ。刺身もあかんか？温泉も？」とパンフレットの内容に触れた具体的な不安、質問の一方で、「手術後落ち着いたら中国へ旅行に行きたい。それを励みに頑張る。」と前向きな発言が聞かれた。これは、現実をみつめる苦悩と、強い葛藤の経験(承認の段階)と、現実をみつめ今後に意欲を認めた状態(適応の段階)が繰り返されていた。この時期、看護師は、移植パンフレットに沿って、A氏の質問を中心に術前指導を進めていった。

術後：術後1日目の経過記録には、「息できなくて苦しかったけど、楽になりました。横に向いたりできますか？手足弱ったなあ。力入りません。」「こんなに起き上がったもよいのですか？すごいですねえ。」と抜管直後の驚きの表現が記されていた。A氏にとっては術後の状態が術前抱いたイメージよりも良いものであり、「できること」への満足感が得られていた。術後7日目に肝生検の可能性の説明に対し不安を述べていたが、検査不要と説明され、安心感が認められた(適応の段階)。その後、A氏は経過順調で退院された。

②術後、承認の段階で葛藤を続け適応の段階に進まず退院した事例(B氏)

術前：B氏は入院時より、家族特にドナーである息子のすすめで生体移植を選択していた(承認の段階)。入院後、術後のイメージをつけるため、ICU見学を計画したが、見学前に拒否、移植パンフレットの内容に対し「手術後は薬とか難しいことだらけやなあ。」と話され、移植へのマイナスイメージを抱く発言がみられた。つま

り、移植しなければならない現実から目をそむけたいと思う状態にあった(防御的退行)。そこで、移植経験者との面談を計画したところ、面談後は「手術して一ヶ月しかたっていないのに元気そうやった。」「移植後のイメージがついて安心した。」「移植の先輩がいて、またいつでも話したり聞いたりすることができるようになって、不安が少なくなった。」と笑顔で話され、移植経験者との面談により、移植を前向きにとらえることができていた(適応の段階)。しかし、手術直前(「ドナーである」)息子のことも考えるし。」「できない人もおるから自分は幸せなんやろうけど、人間、欲があるからなあ。」と胸中を語られ、手術に対する動揺や苦悩が認められた(承認の段階)。

術後：手術後は一時、「イライラする!」「食欲ないわ!」「はみがきめんどくさい!」という現状に対する否定的発言がみられた(防御的退行)。術後8日目には、「眠剤飲んでも寝られない!」と不眠に対し苛立ちを訴えたことがあったが、一方で「寝られないけど、気にしても仕方ない、開き直る。」「焦らないようにする。」と、穏やかに語ることができた。現状を受け止めようとして葛藤している状況がみられた(承認の段階)。この時期、看護師は昼夜問わず、B氏の訴えを傾聴し、医師に眠剤変更依頼を何度も試み対応した。退院前も同様、「これからどうなるのか、次の治療とか再発したらどうするか、仕事のことなど考えてしまう。」と将来の不安を話しながらも、現実を受け止めようとする姿勢がみられた。

③術前、手術中止の可能性が出現し衝撃の段階を経験した事例(C氏)

術前：入院時「できれば移植したくない。移植しかないのなら仕方ない。」と話され、現実を受け止めざる終えない状態に対し葛藤が認められた(承認の段階)。入院後、術前の必須検査である精神科受診時には「このままの状態が悪なってもええ。」「別に移植するとは、聞いてない。」、また妻に「手術しなければあかんのかな?」、(「ドナーである」)息子の今後が気になる、看護師には自営業を切り盛りしている妻のことや、経済上の不安を表出された。このように移植に対して消極的な発言がみられた(防御的退行)。この時期、看護師は妻にC氏の思いを説明し、妻とともにC氏に対応するように努めた。また、医師には移植しなければならない現状について再度説明するよう依頼し、機会を設けた。手術予定3日前、甲状腺癌がみつきり手術が出来なくなるかもしれない状況となった際、「木曜に手術してや!甲状腺なんて治るって!薬も飲むから。もう検査受けてばっかり

や。点滴もいらん。」と検査の拒否をされた。移植しかない状態で手術が出来ない現実遭遇し強い不安に襲われた(衝撃の段階)。これに対し、検査・処置の必要性について医師からの説明が行われ、本人の思いへは看護師が傾聴することで対応した。その後、手術は予定通り終了した。

術後：歩行・食事摂取が日ごとにスムーズに行えるようになり、「息子にも会いにいける？日に日によくなるわ。右足にも力入りだした。」「火の通ったもの食べる。」と自らの状況・変化を話すことができ、表情も柔らかくなっていた。この頃の経験に対し回復の実感が認められ、一方で、必要な処置・検査に対し、拒否的反応がうかがえたが、その都度医師から説明を行うことで、容易に受け入れられた。術後19日目で初の外泊となり、帰院後、食事に関する質問の頻度が増加した。現実を見つめ前向きに対処しようとする状況にあった(適応の段階)。しかし、術後30日目、肝機能データが上昇し肝生検となった際は「肝臓のデータが上がっているのもよくないらしい。知らなかった。」と落胆の様子が伺われた(衝撃の段階)。その後の治療により、肝機能データも落ち着き退院が近づくと、内服管理をはじめ、退院後の生活準備に積極的に取り組んでいた(適応の段階)。

④ 衝撃の段階への逆戻りを何度も経験した事例 (D氏)

術前：入院当初、血糖測定や薬の自己管理に対し、「邪魔くさいなあ」「薬？飲んだような気はする。寝る前の血糖測定はして！」など医療者への依存的な発言が聞かれた(防御的退行)。この時期看護師は、自己管理への意識付けを行うように努めた。入院14日目、医師より術後透析が必要になる可能性を説明され「移植したら95%の確率で透析らしい、大変なのは知っている。もう一つ、悪いことがみつかったらここから飛び降りなあかんなあ。」と落胆の表情で話された。腎機能が悪化するという新たな喪失感を表明した(衝撃の段階)。看護師はD氏の思いを傾聴した。手術が近づくと「気力で頑張るわ。透析も受けなあかんしな。」と前向き発言に変わり、透析に関する情報収集を始めた。少しずつ現実をみつめていく様子が伺えた(承認の段階)。しかし、持続する発熱の原因検索の結果、尿からMRSAが検出され手術延期が決定した。現状説明直後、涙ぐみながら「熱もつと上がるのかな？明日の朝起きて、またふらふらしたら怖いからうちのもんにとまってもらわ。」と落胆と大きな不安を表出された(衝撃の段階)。その後、手術延期による転移への不安や持続する発熱に対し、苛立ちを表出されることが多くなった。そこで看護師は妻の付き添いや外出を調整し、D氏の気分転換を図った。

一時苛立ちは落ち着き、MRSAに関する知識や除菌に関する技術を説明し指導した。しかし、誤薬のエピソードが生じ、内服薬が看護師管理となると「薬飲んでるのに飲んでないって言って、薬もって行くし。もう薬なんて飲まない。イライラする！」と再び苛立ちを表出された。これらは、早く手術を受けたいが熱発が続き手術を受けられない現実に対し苦悩や混乱が伺えた(承認の段階)。症状が落ち着きMRSAの解除となり手術が決定すると、手術や移植パンフレットに関する質問が多く聞かれた(適応の段階)。

術後：術後2日目のICUで、「ここどこや！わし、なんでこんなところに…。妻を呼べ！殺してやる！息子はまだか！情けない…。」と、ルート・ドレーンを引っ張る行動がみられICUシンドローム疑いと診断された。翌日ICUからの退室が決定したが、回復室でも混乱が続いた(衝撃の段階)。そこで妻の付き添いを試みた。個室への転室時「安心した。」と言われ、その後、ADLの拡大とともに離床に積極的に取り組み、内服管理へも「自己管理したい。」と意欲的発言があった。環境に満足し、回復の実感を得ることができ、退院まで同じ状況で経過した(適応の段階)。

⑤ ドナーである息子や周りの人への思いがフィンの段階の進行を左右した事例 (E氏)

術前：入院時の問診では、「今回のことでは周りの人たちも巻き込んでしまっただけで、とにかく手術はおまかせして元気になって返すしかないと思っています。」と、周囲を心配する発言があった。自分自身の思いが抑圧されていた(防御的退行)。移植パンフレットなど手術に関する情報収集には消極的で、「パンフレットは読んでない。必要最低限の知識は必要だが、いろいろ考えるからそれ以上の知識は入れたくない。移植する決意で来た。人それぞれ術後は違うだろうし、別に話も聞きたくない。」と話され、現実を直視できない様子が伺えた(防御的退行)。しかし、徐々に術前日までにパンフレット内容についての具体的な質問や相談をされるようになり、移植経験者との面談にも応じられた。「気が小さいからなあ。しんどい時にどれだけ頑張れるかだなあ。でも、サイコロ振ってしまったし、やるしかない。」と話された。このように少しずつ現実を受け止めていくことができた(承認の段階)。また、手術前最終のインフォームド・コンセント後「ドナーの息子のことが大きな問題や。自分のこと、例えば痛みや麻酔のこととか小さな不安は気にならなくなる。」と最後まで自らの手術よりドナーの思いを優先されていた。

術後：術後2日目、ICUで離床をすすめていく中、強い

倦怠感を訴え「頑張っている。息子に肝臓をもらっているし、頑張らなあかん。」と強く言われている。翌日、当科に転棟し、ドナーである息子と面会されると、「頑張るのは、頑張れる。息子のことを思ったら。」と、流涙しながら話され、術後も自己の抑圧が続いた（防御的退行）。一方、看護師には術後不眠が続くことに対し苛立ちを表出され、術後7日目、息子の話になると「ほんまは、手術したくなかった。」と、流涙される場面もあった。このように、移植をした現実を前に自己を表出し現実を受け止めようと苦悩が認められた（承認の段階）。しかし、日常生活の中で、出来ることが一つ一つ増えていき「出来るが増えてきた！」と回復の実感を得ることで、心理的安定がみられ始めた（承認の段階）。その後、経過が良好に進み、一時退院の話も出始めた時、退院後の具体的な生活について語り、今後自らで管理したいという欲求がみられた（適応の段階）。しかし、ドナーである息子が退院する一方で術後急性拒絶疑いにて肝生検を受けることになった。「検査ばかりやと本当にしんどい。これでも一生懸命頑張っている。でも、いわれたことはちゃんとやる。ナースコールは面倒かけたくないから極力押さない。人に世話されるのは嫌。でも、仕方ないから・・・。」と、消極的な発言がみられた（衝撃の段階）。しかし、その夜看護師に対し、「愚痴言ってしまうって。」と謝罪し、息子の退院で今までの気張りが、なくなってしまったことを話された（承認の段階）。これを機に、看護師はE氏とともに当面の目標を具体的に設定し書面化した。同時に、E氏の思いを尊重しながら自立して行うことと看護師が介助することを具体的に決めた。以後、拒絶所見は改善され、E氏は遠慮なくナースコールを使用するようになり、退院後の生活に関する質問をするようになった。このように退院に向け積極的な姿勢を認めた（適応の段階）。

⑥フィンクの危機モデルの逆戻りを術前・術後で経験した事例（F氏）

術前：入院時の問診より、「いざ移植するってなったらまた怖くなってきた。早く手術してもらって、早くよくなりたい。」「わからないことばかりです。」と避けられない手術を前に葛藤している発言が聞かれた。手術日が延期になった後には「眠れない時間はある。」「手術が決まるまで不安。決まっても不安。」「不安だけどやるしかない。」と不安な思いから現実を受け止めきれない状況にあり、揺れ動いていた（承認の段階）。入院9日目「手術をして頑張らないと、と思っているけれども、何も自覚症状がなくて本当に手術しないといけないのかな・・・とも思う。」と、現実からの逃避がうかがえる発言

があった（防御的退行）。手術直前のインフォームド・コンセントにより再発の可能性を説明され、「ショックだけど仕方ない。他の患者さんも元気になっている。」「怖いけど頑張るしかない。」と、インフォームド・コンセント中のショックから、現実を受け止める気持ちが語られた（承認の段階）。

術後：術後ICUでは「もう自然のまま死にたい。何もなくていい。殺される。医者も看護婦も信用できない。もう、何もしないで！」と訴えられ、ICUシンδροームが疑われたため、翌日ICUを退室した。その夜も「部屋暗くなると怖い・・・。」と強い不安が認められた（衝撃の段階）。数日後、状態が落ち着きADLの拡大が見られ始めた術後15日目、急性拒絶が疑われ肝生検を施行した。検査日は、病室で娘とともに流涙され、翌日、夜中おむつ内に便をするなど退行行動がみられた（防御的退行）。拒絶反応が示唆された24日目、「他の臓器がダメになってもあきらめます。だけど、せつかくもらったものだから肝臓だけはうまくいってほしい。娘たちが成長する姿をせめてあと10年は見たいの。」と流涙された。拒絶反応という現実を前に苦悩する気持ちが語られた（承認の段階）。その後の処置、投薬によりデータも落ち着き、退院準備が始まると、試験外泊を繰り返した後、退院後の生活について具体的な質問があった。拒絶反応が改善したことで、新たな自己像を構築するための努力が認められた（適応の段階）。

IV. 考察

今回取り上げた6例は、全て、異なった経過をたどっていた。フィンクの危機過程を概ね段階通り進んでいたものはA氏1例であり、その他5例においては、術前・術後の両期、もしくはいずれかで4つの段階を行きつ戻りつしていた。

1. 術前（図1）

D氏以外の5名において、入院当日、移植に至った経緯や移植への思いが記録されていた。ここでは、移植をするための入院であると理解し、入院を迎えた反面、A、C氏が述べた「移植しかない」患者という現実の中、B、C、E氏のようにドナーである子供らを案じる親としての役割の間で苦悩する姿があった。生体肝移植は、他の治療法と大きく異なり、脳死移植以外の治療法がない緊迫した状況下、健康であるドナーの体にメスを入れなければならないため、レシピエントは手術を受ける直前まで葛藤を繰り返すことが考えられる。特に、C、D氏のように、手術が出来ない可能性が出たときや、F氏のように移植前の説明内容によっては容易に衝撃の段階へ戻ることとなる。

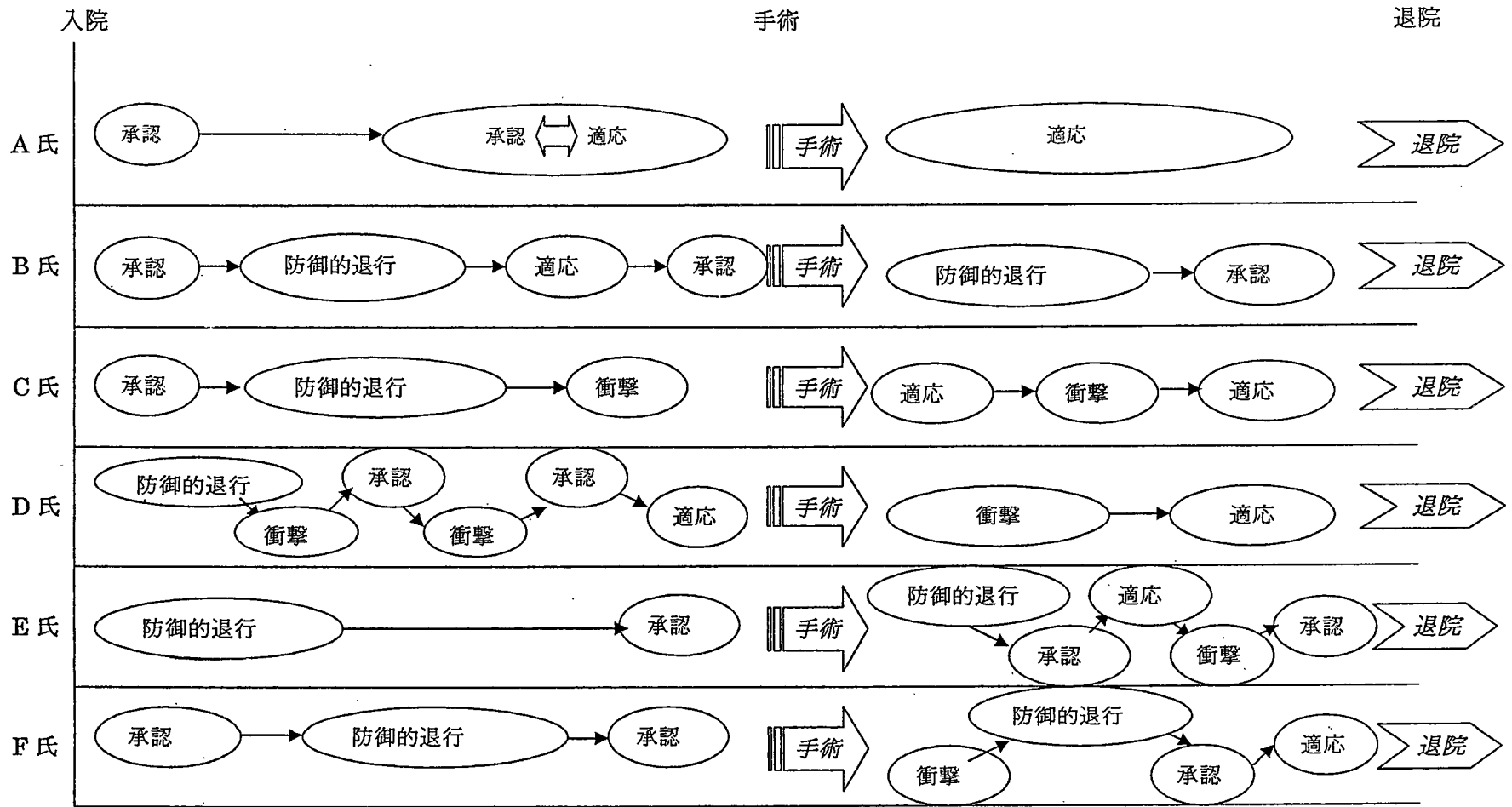


図1 入院から退院までのフィンクの危機モデルを用いた心理的变化

このようにレシピエントの思いは複雑で、常に揺れ動いているため、次の段階へ進むためには、看護師が移植に至った経緯や家族関係、キーパーソンなどを早い段階で十分に理解し、適切な援助を行う必要があると思われる。

また、E、F氏では知識習得の必要性や手術の必要性は理解しているが、防御的退行の段階で抑圧や現実逃避といった方法を用いて不安を軽減している様子がうかがえた。移植後の生活には、正しい知識と管理能力が必要であるため、手術が治療の終わりでないことがレシピエントの更なる負担となり、その現実の全てを受け入れることは容易ではないことが改めて理解できた。その心理的变化の中、手術後の生活に目を向け、関心を持ち始めるのは、承認の段階であるが、具体的な質問が開かれるためには、その段階で心理的に安定していることが必要であった。そのため、知識の提供のタイミングやレシピエントの管理能力を正しく判断することが看護師に求められる。

移植経験者との面談を行ったB、F氏は、具体的なイメージを良いものとして抱くことができ、医療者とは違った精神的支えを得たことで、承認、適応の段階へ移行することができたものと推察される。

2. 術後

D、F氏は、手術をきっかけに衝撃の段階へ移り、パニック状態に陥った。精神科医からはICUシンドロームの疑いと診断されていた。両氏とも、当科へ転棟後しばらくしてから衝撃の段階を脱していた。両氏に共通する術前のエピソードとしては、入院後術前までに一度衝撃の段階を経験したことが挙げられるが、C氏にも同じ経験があることより、必須条件ではないと考えられる。

A、E氏のように術後早期に、回復の実感を得ることができると、容易に適応の段階へ移行し、セルフケア向上、ADL拡大へ意欲的に取り組むことができる。一方で、E氏のように、ドナーである息子、支えてくれる妻へ早く元気になって返したいという気持ちが強いと、その思いがプラスに働く反面、肝生検を機に表出された罪悪感として働くことがわかった。看護師は、患者が背負っている社会的役割や家族的役割を把握しておく必要がある。またドナーやキーパーソンへの思いを、逆に、フィンの危機モデルにおける適応の段階へ移行する力として活用する必要がある。

術後肝生検を行ったC、E、F氏は肝生検を機に衝撃の段階へ逆戻りし、今まで表出されずにいた移植への思いを語っていた。術後肝生検は、その多くが急性拒絶を疑われた時に施行されるものであり、レシピエントにとって

急性拒絶は強い恐怖となる。肝生検をうけるレシピエントの気持ちを考慮し、その後の治療へ前向きに参加できるよう、ケアしていくことも看護師として必要となる。

B氏を除く5名は、退院までに適応の段階へ移行し、退院後の生活に前向きな姿勢でのぞんでいた。B氏においては、術後不眠症状の改善が認められないことで、今後の生活への不安が解消されず、承認の段階での葛藤がうかがえた。移植後の身体的な回復が心理的な安定に影響することが示唆された。

V. まとめ

1. 入院当初は、「移植しかない」という現実を受け止める終えない状態であり、承認の段階にいる。
2. 移植できないかもしれない、移植しても再発するかもしれないという事実は、どの段階にあっても、衝撃の段階へ逆戻りする。
3. 移植経験者との面談は、精神的支えとなり、承認、適応の段階へ移行する要因となる。
4. 今後の生活への身体的な不安が残っていると、退院までに適応の段階へ移行できない。

VI. 参考文献

- 1) 野間俊一 肝移植に伴う精神科的問題. 臨床精神医学講座 S7 巻, 総合診療における精神医学, p. 308-315, 中山書店, 2000
- 2) 佐藤喜一郎: 臓器移植. 臨床精神医学講座, 松下正明ほか(編), 第17巻, リエゾン精神医学・精神科救急医療, p. 166-174, 中山書店, 1998
- 3) 岡堂哲雄・鈴木志津枝: 「シリーズ」患者・家族の心理と看護ケア⑤, 危機的患者の心理と看護, p. 60-67, 中央法規出版, 2000