

長時間ビデオ脳波モニタリングを受けた患者のストレス調査

～質問紙・面接を通して～

キーワード：長時間ビデオ脳波モニタリング (videoEEG)、ストレス、てんかん

B病棟 5階 ○ 辻本 美智子

西山 美沙子

I. はじめに

てんかんの治療は、これまで内服の服用などの内科的治療しかできないとされていたが、近年では手術によって治療できるようになってきた。

当病棟では、長時間ビデオ脳波モニタリング (以下 videoEEG) を個室 (以下モニタリング室) で行っている。videoEEG は、てんかんの確定診断をするため、もしくはてんかんと診断された患者の発作の状態を把握するための検査である。videoEEG は、抗てんかん薬を減量もしくは中止をして発作を出現させ、頭蓋内に電極のコードを留置して脳波測定を行う。同時に、24 時間体制でビデオカメラで録画し、発作時の患者の症状を観察する。その結果から、焦点切除術を行い、発作の出現を消失できるように治療をする。当院での 2008 年の videoEEG を受けた患者の年間件数は、29 人であり、そのうち小児は 12 人と、症例数も少ない現状である。今回 videoEEG を受けた患者が監視や行動制限をされたとき、様々なストレスがあると考えられ、患者のストレスの程度・要因について示唆されたので、ここに報告する。

II. 研究目的

- ① videoEEG を受けた患者のストレスの程度・要因について調査する。
- ② videoEEG を受ける患者のストレス軽減への課題を検討する。

III. 研究方法

1. 調査期間

質問紙 (以下 SRS-18、こころネット株式会社) による回答及び、面接実施期間は 2009 年 9 月 1 日～2009 年 9 月 8 日

2. 調査対象

当科にて 2009 年 4 月 1 日から同年 7 月 30 日までの期間に videoEEG を受けた患者 3 名。義務教育課程を修了しており、本研究の参加・協力の同意を得られた 20 歳代男性 A 氏 (モニタリング期間 2009 年 4 月 17 日～同年 5 月 1 日)、40 歳代男性 B 氏 (モニタリング期間 2009 年 7 月 8 日～同年 7 月 24 日)、30 歳代女性 C 氏 (モニタリング期間 2009 年 6 月 17 日～同年 7 月 1 日) の患者 3 名

3. 調査方法

SRS-18 を使用し回答を得た。また、その直後に研究者と面接を行い、videoEEG を実施した際のストレス要因を質問し回答を得た。後日、得られた結果を検討した。

面接の内容は、他の個室とは違ったモニタリング室での部屋の環境や、videoEEG を行っている最中の想定されるストレス要因を挙げ、「行動制限」「発作への不安」「ビデオカメラによる監視」「モニタリング室の環境」「看護師の対応」に対してストレスの質問を行った。

4. 倫理的配慮

得られたデータは本研究の目的以外には使用せず、研究終了後に破棄し、個人を特定するような名前や特徴が含まれないことを説明

した。また、いつでも取りやめることができ、何ら不利益を被ることはないという旨を伝え同意を得た。本研究にあたっては倫理委員会の承諾を得た。

IV. SRS-18 の定義

SRS-18 は日常生活の中で経験するストレス場面における「心理的ストレス反応」を多面的に測定する 18 の質問項目で構成されている。平均得点が 50 点で標準偏差が 10 点となっている。「無気力」「抑うつ・不安」「不機嫌・怒り」の 3 項目のストレスの程度が明らかになる。

V. 結果

SRS-18 の結果では、「抑うつ・不安」は A 氏 54 点、B 氏 47 点、C 氏 53 点、平均 51 点。「無気力」は A 氏 73 点、B 氏 50 点、C 氏 67 点、平均 63 点。「不機嫌・怒り」は A 氏 60 点、B 氏 38 点、C 氏 42 点、平均 47 点であった (図 1)。

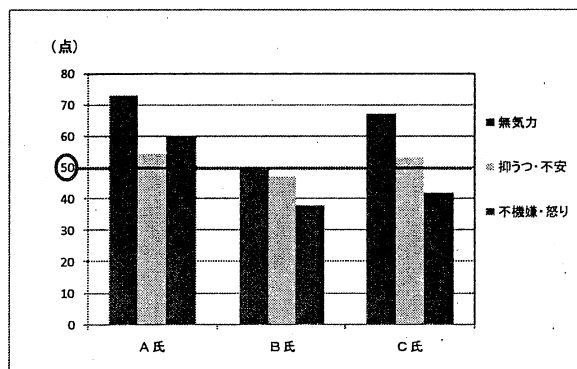


図 1 SRS-18 の結果

面接の結果では、「行動制限」「発作」「監視」「環境」「看護師の対応」について、3 名の患者から回答を得た。

A 氏は「行動制限のストレスは特にない」「ベッド上にいたので、発作が起きて倒れても大丈夫と思っていた」「監視は、そんなにストレスではなかった」「発作が起こっていないのに、なんで看護師さんが来るのかなと思っていた。」「部屋が暗い感じ」

という意見が得られた。

B 氏は「行動制限のストレスはそんなに感じなかった」「監視に関しては、特に何も思わなかった」「部屋が狭い」「看護師さんがよく見回りに来てくれたから、安心感があった」という意見が得られた。

C 氏は「個室から出られないことやモニタリングコードが繋がれていることが不便であった」「電極留置術後の痛みがなくなったあとは、体は元気なので動きたいと思った」

「発作の不安はなかった」「お手洗い中に看護師さんが入ってきたから、びっくりした」という意見が得られた。

VI. 考察

videoEEG を受けた患者のストレス調査を行った結果、SRS-18 ではモニタリング中の精神状態は「無気力」の数値の平均値が偏差値を上回った。池田¹⁾ は「入院は家庭、職場などの慣れ親しんだ生活空間を離れて病院という新奇な空間で生活することである。そこで見るもの出会うものは馴染みのないものばかりであり、そのような空間に身を置くだけでストレスとなる。」と述べている。videoEEG は、特殊な検査であり、患者はより一層非日常的な状態におかれたことで、ストレスなどのネガティブな心理状態を引き起こされ、無気力という精神状態になったと考えられる。しかし、videoEEG 中に無気力状態であったという意見は面接の結果からは得られず、SRS-18 は裏付けられるデータとならなかった。

面接の結果による、行動制限に関する意見からは、モニタリングコードに繋がれている事への不便さや、術後疼痛緩和後の自室から出られない事への不満などがあることがわかった。池田²⁾ は「入院生活における画一性やほとんど 24 時間のベッドでの生活、ストレス代償行為の制限、さらにプライバシーの守りにくさなども大きなストレスである。」と

述べている。患者はモニタリングコードに繋がれていることにより、ベッド上で過ごす時間が長く、また行動が限られたなかでの入院生活となってしまったため、体を動かすといった自分にあったストレス発散方法なども十分に用いることが出来ず、ストレスを感じていたと考えられる。術直後は疼痛があるため行動する意欲がなく、行動制限に対するストレスはあまり感じていなかったが、疼痛軽減後は行動意欲が増し、ストレスを感じやすかったと思われる。

発作に関しての意見からは、発作がいつ起きるのかという不安は特に感じていなかったことがうかがえた。岡堂ら³⁾は、「安静を妨げない程度に、頻回に訪室することも、自分が忘れられているのではないかと心配を減少させるのに役立つのではないのでしょうか。」と述べている。患者の意見から、看護師が頻回に訪室していたことにより、発作が起きても看護師がすぐに対処してくれるという安心感があつたからではないかと考えられる。

監視に関しては、モニタリング期間中は24時間の監視体制となり、患者のプライバシーが守りにくく、また羞恥心も与えやすい状態となる為、監視下での入院生活は患者にとってストレスを感じていると仮定していた。しかし、患者の意見からは監視に対し、ストレスを感じていない様子がうかがえた。それは、発作時の症状を観察することが本検査の主目的であると理解されており、受け入れたからではないかと考えられる。また、羞恥心に対する意見が出なかったのは、羞恥心を与えないように床上での更衣の際などは、ビデオカメラの角度を変えるとといった配慮を行い、出来る限りプライバシーの配慮に努めたからではないかと考えられる。

環境に関しての意見からは、部屋が狭い・暗いといった印象をもっていることがわかった。モニタリング室は、他の個室とは違い特殊性がある為と考えられる。モニタリング室

は、静かな環境でモニタリングを行う為に内扉が設置されており、窓ガラスも2重であり、他の個室の窓より小さめに設計されている。それにより、部屋が狭く暗いと感じたのではないかと考えられる。しかし、電磁波の遮断を行い、静かな環境で検査することがモニタリング室には必須であり、モニタリング室を使用する前に部屋の構造や環境を十分に説明し、理解を得る必要があると考えられる。

看護師の対応についての意見からは、患者は、自覚的な発作が起こっていないのになぜ看護師が訪室するのかという疑問を抱いていた。それは、脳波の乱れや、異常脳波のアラームが鳴れば状態確認のため訪室するという説明が不十分であったためと考えられる。池田⁴⁾は、「医療者は個々の患者に応じて入院の目的や必要性を分かりやすく説明することで無用な不安を防止する必要がある。入院時におけるこのような丁寧な説明がストレスを和らげるのに大いに役立つと考えられるのである。」と述べている。このことから、看護師による頻回な訪室に疑問を抱いていた患者は、看護師に対し、ストレスを感じていた可能性がうかがえる。今後はvideoEEGを行う前に、脳波の乱れや異常脳波を感知した際は状態確認のため訪室するという事を十分に説明し、理解を得ておくことが大切であると考えられる。

また、トイレ中の患者に対する羞恥心への配慮が不十分であったことがわかった。脳波の乱れや異常脳波が見られた際でも、状況に応じて患者のプライバシーへの配慮を見直す必要があると考えられる。

VII. 結論

1. videoEEG中のストレスは、行動制限に対して強くあり、術後疼痛緩和後に行動意欲が増すため感じやすかった。
2. 発作が起こることへの不安はあまりなく、看護師による頻回な訪室により安心感を得ていた。

- 3.ビデオカメラによる監視へのストレスはあまり感じていなかった。
4. videoEEG を行う前に、看護師が発作アラーム対応のため頻回に訪室するという説明が不十分であった。
- 5.今後の課題は、モニタリング室使用前に看護師の訪室の必要性を説明し、オリエンテーション内容を統一する必要がある。

VIII. 研究の限界

本研究においては、実施できた症例数が少なく、また videoEEG 実施期間から数カ月経過してからのストレス調査となったため、この結果を一般化して評価するには限界があると考えられる。

引用文献

- 1) 池田光幸：入院患者のストレスと援助指針、岡堂哲雄編、ナースのための心理学2、患者の心理とケアの指針、金子書房、p 81、2004
- 2) 池田光幸：入院患者のストレスと援助指針、岡堂哲雄編、ナースのための心理学2、患者の心理とケアの指針、金子書房、p 81、2004
- 3) 岡堂哲雄、坂田三允：[シリーズ]患者・家族の心理と看護ケア③、入院患者の心理と看護、中央法規出版、p 131、1995
- 4) 池田光幸：入院患者のストレスと援助指針、岡堂哲雄編、ナースのための心理学2、患者の心理とケアの指針、金子書房、p 78、2004