

研究報告

急性期における脳血管障害患者の病気体験に関する認識

加根 千賀子¹⁾, 古川 文子²⁾

¹⁾徳島大学病院, ²⁾静岡県立大学看護学部

要旨 本研究は、急性期における脳血管障害患者が病気体験をどのように認識しているか、を明らかにすることを目的として、看護概念創出法を適用してデータ収集し帰納的に分析を行った。データ収集には、半構成的面接法を用い、研究に同意が得られた成人の脳血管障害患者を対象にインタビューを実施した。その結果、急性期の脳血管障害患者の病気体験に関する認識として、【身体機能と認知の一致プロセス】【思考拡大の限界の気づき】【自分にとっての精神的援助と身体的援助の必要性を実感】【これからの人生に障害を視野に入れて生きることを模索】の4つの概念が創出された。

キーワード：急性期，脳血管障害患者，病気体験，認識

はじめに

近年、わが国において、脳血管障害は、医療水準の向上により、死に至る患者は減少したものの、重度の後遺症を残したり、寝たきり患者の4割を占める¹⁾など、きわめて重要な救急疾患である。脳卒中急性期医療の取り組みのため、地域医療に大きく貢献すべく Stroke Care Unit (以下 SCU とする) が各地に設置されている。脳血管障害患者は、障害の部位や程度によって、身体機能障害だけでなく、自分が受けた障害の理解に欠けるなど、認知機能の低下をきたすことがあり、生活の再構築が困難になりやすい。

これまでの脳血管障害患者の認識における研究では、障害受容に関するもの²⁻⁵⁾が多くみられる。しかし、言語的コミュニケーションの障害がない患者が対象であり、精神機能の障害の程度が不明である場合が多い²⁾、という限界が述べられている。慢性期では、機能回復意欲⁶⁾や障害認識変容過程^{7,8)}を記述した質的研究がみられる。機能回復意欲⁶⁾では、健康観、心の支え、障害の受け止め方など8つの影響要因が明らかにされている。障害認

識変容過程^{7,8)}では、障害に対し、患者の主観的な認識変化の時期を検討していた。また、大川⁹⁾は、認識を看護者の行為に対するものに限定し、患者個々の関心事に関わるケアの必要性を示唆した。そのほか、量的研究では、主観的満足感と活動¹⁰⁾、QOL とうつ^{11,12)}などの関連が明らかにされている。

ところが、急性期の脳血管障害患者は、中枢神経の障害であり、コミュニケーションがとりにくいことが多く、研究対象から除外され、認識の実態を明らかにした研究はみられない。今後も食生活や生活習慣の変化により脳血管障害患者の増加は予測される。それに伴い、患者自身が機能障害を持って生きることの身体的負担および精神的負担は計り知れない。急性期における脳血管障害患者の病気体験に関する認識を把握することは、脳血管障害患者の早期回復を促進するケアに生かせると考える。

用語の定義

1. 急性期：通常は発症後2週間まで¹³⁾をいう。しかし、今回は、認識という本人でしかわからない心的活動を明らかにすることを目的とするため、臨床でインタビューによりデータを得る方法しかないという制約があった。そのため、本研究では便宜上、意識清明で病状が安定し、主治医より再発作がないと確認され、会話をすることが可能になった直前までを急性期と定義した。

2007年3月1日受付

2007年5月1日受理

別刷請求先：加根千賀子，〒770-8503 徳島県徳島市蔵本町2丁目50-1
徳島大学病院脳神経外科

2. 認識：自分の今ある状況を分析したり、判断したりしながら理解しようとする心的活動。

研究目的

急性期の脳血管障害患者が、自分自身の病気体験をどのように認識しているのかを明らかにする。

研究方法

1. デザイン

本研究は、帰納的・質的因子探索研究として、看護概念創出法¹⁴⁾に基づいて行った。

看護概念創出法¹⁴⁾とは、多様な看護に関わる現象から質的データを抽出し、それらを構成した人々の行動や経験を説明するために、絶えず持続比較の問いかけを行い、その全体構造の解明を看護学独自の視点から成し遂げることを目的としている。

本研究では、急性期の脳血管障害患者の認識を把握するために、この時期における病気や障害に対する捉え方など認識内容を可能な限り詳細に記述することが必要である。また、急性期の看護の視点から早急に解明する必要があるが、現時点では未着手の研究課題であることから、看護概念創出法¹⁴⁾を適用することにした。

2. 研究対象者

年齢に関係なく、脳血管障害と診断され、A大学病院のSCUに搬送された患者を対象とした。手術または保存的治療を受けた後、CTまたはMRIで再出血もしくは再梗塞がないことが確認され、急性期病棟で治療を開始してから、転院または退院するまでの期間に、何らかの機能障害を有し、機能回復のためのリハビリテーションを受けている人である。また、構音障害があっても言語的コミュニケーションが可能であり、本人及び主たる家族の了承を得られる人とした。

3. 研究期間

2003年6月から同年11月まで。

4. データ収集方法

1) 倫理的配慮

対象病院の看護部に計画書を提示し、研究に対する了承を得た。対象者に対しては、口頭と書面で研究の趣旨

を説明し、承諾は、本人及び主たる家族に同意を得た後、文書で得た。また、参加の有無がケア、治療に影響しないこと、自由意思で決められること、途中中止が可能であること、プライバシーが守られることを説明した。再発がないことを画像上と主治医に確認を行った後、面接前には、一般状態及び意識レベルの観察を行い、了承が得られた場合には面接の録音をした。体調を確認しながら中止又は続行を決定し、疲労があれば中止とした。面接終了後、面接による思い出しや心理的負担を予測して患者に問題が発生していないか確認し、情緒的サポートを行った。主治医に診療録からの情報を得ることを了解を得、かつ、直接主治医からも情報を得た。得られたデータに関しては、プライバシーを配慮し、個人が特定されないよう管理した。

2) データ収集方法

(1) 精神機能

精神機能については、長谷川式簡易知能評価スケール¹⁵⁾（以下、長谷川式とする）を用いた。これは、認知症の程度を簡単に測定できる方法として、わが国で最も広く用いられているスケールである。このスケールは、標準化がなされ、各項目で重みづけされていること、多くの症例に応用され妥当性が確かめられていることなど簡便性と定量性、信頼性における利点がある。上限が30点で20点以下を認知症と判定する。

(2) インタビュー

まず、半構成的面接技法で聞き取りができるかどうか、また、表現の可能性を確認する目的で6人のプレテストを行った。長谷川式が21以上の対象者は、質問に対し、自分が体験した病気や障害に対する考えやそれに伴う気持ちを言語で表現して語る傾向が見られた。しかし、20以下の対象者は、具体的な質問に対して簡潔な回答のみで、自分では言語表現を用いて十分に急性期の体験を語れないことが確認された。長谷川式得点が21以上あれば、質問の抽象度を上げて本人にとって苦痛ではない、ということの示唆を得、その結果を基に、インタビューガイド（表1）を作成した。半構成的インタビューは、本研究領域で4年の経験を有する研究者が1人で行った。対象者が希望する場合は、家族の同伴を認め個室で行った。対象者の承諾が得られた場合には録音した。本研究では、対象者全員から承諾が得られた。面接の内容は、逐語録に起こした。インタビューの前日、または直前に、精神機能を知るため、長谷川式を用いて評価した。面接

前後のバイタルサインに変化はなかった。面接回数は1人1回で、時間は、1人30分程度とした。

表1 インタビューガイド

- 今回、病気になって、今この時期までを振り返って以下のことを話して下さい。
1. 入院されてから後、あなたが経験されたお話を聞かせて下さい。
 2. 入院されて辛いと思ったのはどのようなことですか。
 3. 入院されて気持ちの変化は何かありましたか。
 4. 元気になったと思ったのはいつ頃ですか。
 5. 元気になったと思ったきっかけは何だと思えますか。
 6. 病気になったのは初めてですか。

(3) その他

病態と病気の経過、治療内容に関しては診療録より収集した。

3) データの分析方法

得られたデータの分析は、看護概念創出法¹⁴⁾に基づいて行った。

- (1) 半構成的面接方法によって収集した内容のデータを、分析フォームに逐語記録として転記した。それらを用い、各経験を一単位とし、第1に人間一般の経験として抽象化した。第2に、「急性期の脳血管障害患者の経験に対する認識という視点から見ると、その経験に関してどう認識しているか」という問いを持続的に問いかけ抽象化した。つまり、二重に抽象化し、命名した。常に持続比較のための問いを使用しながら、コード化、カテゴリー化を行った。
- (2) 本研究対象者は、脳疾患患者であることから「沈黙」もコード化した。コーディング作業中に浮かんだ疑問や考えはメモに書き留め、コードを比較検討しながら、帰納的演繹的に類似のものを集めていく作業を何度も繰り返し行った。持続比較のための問いかけを常に行いながら、最終的に類似している

コードを集め、サブカテゴリーとし、同様の問いを行いながら、さらにカテゴリーとコアカテゴリーを創出した。

- (3) コードの分析の確実性については、患者の一般状態の安定を確認してから聴取し、テープに基づいてもれていないか確認してすべてを記述した。コードの信頼性については、分析の各段階において、専門家にスーパーバイズを受けながら、データやメモに返り、帰納的演繹的作業を繰り返し行い助言を得た。確証性については、すべてを提示して評価できるようにした。

結 果

1. 対象者の概要 (表2)

本研究の対象者は、男性3人、年齢は、43, 50, 66歳である。対象者の疾患は、くも膜下出血、脳梗塞であった。

2. 急性期の脳血管障害患者の認識

急性期における脳血管障害患者の病気体験に関する認識について分析した結果、データは204にコード化された。その結果、58サブカテゴリー、14カテゴリー、4コアカテゴリーが創出された(表3)。以下、コアカテゴリーを【 】, カテゴリーを《 》, サブカテゴリーを〈 〉, で表記する。

急性期の脳血管障害患者の認識は、意識回復直後から時間的経過の中で、身体を感覚として捉えることから始まり、訓練や行動、その他様々な体験をすることによって自分の身体機能の能力を把握する。すなわち、障害のある自分に初めて向き合うことによって身体機能を正確に理解していく。そして、周囲の中での自分を位置づけ、これからの自分の生を見つめるという【身体機能と認知の一致プロセス】【思考拡大の限界の気づき】【自分にとっ

表2 研究対象者の概要

対象者	性別	年齢	疾患と治療	発症から 面接までの日数	長谷川式 得点	障 害	キーパー ソン	同伴の有無 同伴者	転帰
A	男性	43歳	くも膜下出血 血管内手術	35日目	27点	右外転神経麻痺 構音障害軽度	妻	有:妻	在宅
B	男性	66歳	脳梗塞 保存的治療	10日目	28点	右上下肢片麻痺 構音障害中等度	妻	無	在宅
C	男性	50歳	脳梗塞 保存的治療	18日目	21点	右上下肢片麻痺 構音障害軽度	父	無	転院

表3 急性期における脳血管障害患者の病気体験に関する認識

コアカテゴリー(4)	カテゴリー (14)	サブカテゴリー (58)
I 身体機能と認知の一致プロセス	1 時間経過や体験により身体機能能力の回復度を自分なりに捉える (5)	1) 訓練欲求や活動範囲の広がりによる段階的な回復感 2) 基本的欲求としての身体コントロール欲求出現を回復要因と捉える 3) 実際の身体機能と乖離した活動可能性の見積もり 4) 行動の失敗や訓練経過による身体機能の把握 5) 活動可能性の見積もりを誤った事による失敗体験の反省
	2 障害を持った自分と以前の自分のギャップの自覚 (3)	1) 意識回復直後の自分の身体と精神の分離感 2) 訓練経過から判断した身体機能の限界を自覚 3) 以前の身体機能が病気により喪失するという自覚
	3 身体機能と向き合うことにより生じるネガティブな感情 (2)	1) 援助が必要な自分の身体機能の自覚に伴う落ち込み 2) 意識回復後に身体機能の障害に直面した苦悩
II 思考拡大の限界の気づき	1 言語的表現を用いた思考拡大における限界の理解 (2)	1) 回復の時期の記憶の曖昧さ 2) 思考の拡大に関して限界があることの表出
	2 沈黙 (1)	1) 思考が広がらないことによる沈黙
III 自分にとっての精神的援助と身体的援助の必要性を実感	1 身近なサポート体制の実感に伴い湧き出る感謝の気持ち (4)	1) 病んだ自分の辛さを共有できる相手の存在を実感 2) 病気以前から保有する自分の心の支え 3) 病気の自分に対する周囲の援助への感謝の気持ち 4) 変わらない愛情を示す家族への感謝の気持ち
	2 医療環境に対する感謝の気持ち (2)	1) 看護師への感謝の表出 2) 闘病中の自分にとって回復促進となるケアを実感
	3 医療環境に対する評価 (6)	1) 医療者に対する病んだ自分の辛い気持ちの受けとめ欲求 2) 自分の職業的立場から医療者(看護師)の立場の理解を示す 3) 看護師への排泄に対する遠慮と気遣い 4) 看護師の仕事に対する評価的な見方 5) 入院中の処置の不快感 6) 入院環境に対する満足感
IV これからの人生に障害を視野に入れて生きることを模索	1 命の存在と重要性を実感 (4)	1) 病気により自分の命の大切さを実感 2) 病気回復後における生命を重視した生活方法の検討 3) 助かった自分の生命に対する意味づけを考える 4) 集中治療を要しなくなった事による生命の危機脱却感
	2 病気により影響を受けた役割中断に伴う精神的葛藤 (5)	1) 病気の自分が与えた周囲の影響を詫げる気持ち 2) 病気による役割中断に対する気がかり 3) 本音として回復を焦る気持ちを肯定 4) 病気により優先順位が変更された出世に対するこだわり 5) 病気により自分の家族の中での位置づけの変化の自覚
	3 障害のある自分を見据えた今後の精神的構えの検討 (6)	1) 病気に対するネガティブな感情の表出を抑制 2) 闘病により価値観を変更 3) 回復を焦らない気持ちへの切り替え 4) 病気回復の戦略として精神的自立を考える 5) 障害のある身体に対するネガティブな感情からの受け入れ変化 6) 病気を期に今後の悪化予防を意識
	4 障害とつきあう複雑な感情 (6)	1) 病気の取り組みに対し複雑に揺れ動く気持ち 2) 現在の症状から推測する回復レベルへの期待 3) 過去の病気経験からくる自分なりの受容 4) 病気と向き合うポジティブな感情 5) 病気になっても変わらない運命に任せる生き方を続行 6) 病気を期に生きていくことの困難さを考える
	5 病気による人生観の揺れ動き (9)	1) 病気を人生の障害と捉える 2) 自分にとっての病気体験の意味づけ 3) 類似疾患を持つ人の人生観に対して共感 4) 病気で生きることの無価値感 5) 病気も人生の一つと捉える 6) 生と死を自然の流れと運命づける 7) 人間の生と死の多様性を考える 8) 障害が重度の患者との比較による自分の症状の受け入れ 9) 病気の自分が理想とする幕引きを考える
	6 病気をきっかけとした人生の振り返り (3)	1) 病気以前の自分の人生観の振り返り 2) 過去の病気に関連した人生の振り返り 3) 現在の病気に関連した人生の振り返り

ての精神的援助と身体的援助の必要性を実感】【これからの人生に障害を視野に入れて生きることを模索】の4つの概念が創出された。

1) 【身体機能と認知の一致プロセス】

この概念は、《時間経過や体験により身体機能能力の回復度を自分なりに捉える》《障害を持った自分と以前の自分のギャップの自覚》《身体機能と向き合うことにより生じるネガティブな感情》の3つのカテゴリーで構成されていた。

これは、意識回復後に、機能回復のための訓練を受けたり、自分が発病以前と同じ感覚で行動を起こしてうまくいかなかったりする事で、自分自身の身体機能の能力に気付く。そして、障害のある自分の現実に直面し苦悩することを意味する。

《時間経過や体験により身体機能能力の回復度を自分なりに捉える》については、サブカテゴリー〈訓練欲求や活動範囲の広がりによる段階的な回復感〉〈基本的欲求としての身体コントロール欲求出現を回復要因と捉える〉〈実際の身体機能と乖離した活動可能性の見積もり〉〈行動の失敗や訓練経過による身体機能の把握〉〈活動可能性の見積もりを誤った事による失敗体験の反省〉で構成されていた。

意識を回復してから約2～3週間で、身体機能の調節欲求が沸き上がる感覚を味わっていた。そして、訓練やできた活動の一つ一つに回復感を感じることで、自分の意思で動くことができるという可能性を判断したり、自分なりに判断して排泄行動を試みた結果の失敗経験や、訓練の中で初めて身体状況を自覚するという認識のズレを示していた。

《障害を持った自分と以前の自分のギャップの自覚》については、サブカテゴリー〈意識回復直後の自分の身体と精神の分離感〉〈訓練経過から判断した身体機能の限界を自覚〉〈以前の身体機能が病気により喪失するという自覚〉で構成されていた。

意識回復直後に、自分の意思と身体機能の非同調律な異常な感覚を感じ、訓練の経過に伴い、元気があった頃とは違う思い通りにならない身体機能の能力を実感していることを語った。

《身体機能と向き合うことにより生じるネガティブな感情》については、サブカテゴリー〈援助が必要な自分の身体機能の自覚に伴う落ち込み〉〈意識回復後に身体機能の障害に直面した苦悩〉で構成されていた。

意識回復後、闘病時間の経過により、障害の程度をひしひしと感じ、現実を受け入れざるを得ない自分の心情を表現していた。

2) 【思考拡大の限界の気づき】

この概念は、《言語的表現を用いた思考拡大における限界の理解》《沈黙》の2つのカテゴリーで構成されている。

これは、これ以上急性期の体験を詳細に語れない、浮かばないという認識であり、「沈黙」と言語的表現を用いた限界の表明であり、自分が思考し、伝達することは困難であるという理解を示していた。

3) 【自分にとっての精神的援助と身体的援助の必要性を実感】

この概念は、《身近なサポート体制の実感に伴い湧き出る感謝の気持ち》《医療環境に対する感謝の気持ち》《医療環境に対する評価》の3つのカテゴリーで構成されていた。

急性期の患者にとっては、身体機能の回復のための他動的な訓練だけでなく、日常生活そのものが訓練の場となっている。脳血管障害患者は、周囲の人から日常生活をサポートしてもらうことに感謝している。さらに、医療者や家族などからの精神的な援助と実際の援助の双方が不可欠であり、自分にとっての有用性を評価していることを示している。

《身近なサポート体制の実感に伴い湧き出る感謝の気持ち》については、サブカテゴリー〈病んだ自分の辛さを共有できる相手の存在を実感〉〈病気以前から保有する自分の心の支え〉〈病気の自分に対する周囲の援助への感謝の気持ち〉〈変わらない愛情を示す家族への感謝の気持ち〉で構成されていた。

病気になった自分のネガティブな心情を受けとめてくれる身近な家族等の存在の大切さを改めて感じたり、発病後も常に宗教を信じる気持ちがあることや両親から受けた援助に対する感謝を自覚していた。

《医療環境に対する感謝の気持ち》については、サブカテゴリー〈看護師への感謝の表出〉〈闘病中の自分にとって回復促進となるケアを実感〉で構成されていた。

看護師の応対や眼差しに愛情を感じ、回復の影響要因の一つと考えたり、訓練時に受けた印象深いケアや声かけに感謝をしていた。

《医療環境に対する評価》については、サブカテゴリー

〈医療者に対する病んだ自分の辛い気持ちの受け止めの欲求〉〈自分の職業的立場から医療者（看護師）の立場の理解を示す〉〈看護師への排泄に対する遠慮と気遣い〉〈看護師の仕事に対する評価的な見方〉〈入院中の処置の不快感〉〈入院環境に対する満足感〉で構成されていた。

急性期には、障害を持つ自分の社会復帰に対する不安を共感し、専門的な視点からの言葉がけが欲しいという欲求が高まり、その欲求がかなえられたとき満足感を感じていた。そして、その気持ちを受けとめる精神的な援助こそが、今の自分に必要なケアであることを実感していた。また、入院環境に対する満足感を出す一方で、看護の仕事の有意義性だけでなく、排泄に対する遠慮や気遣いを感じたり、看護師との日々の関わりの中で自分に対する対応を客観的に観察し、評価的な視点で分析することもあった。自分の職業と医療者の類似性を見いだしたり、ADLに関しては、援助を受けることができるが、精神的な援助は難しいと感じていた。

4) 【これからの人生に障害を視野に入れて生きることを模索】

この概念は、《命の存在と重要性を実感》《病気により影響を受けた役割中断に伴う精神的葛藤》《障害のある自分を見据えた今後の精神的構えの検討》《障害とつきあう複雑な感情》《病気による人生観の揺れ動き》《病気をきっかけとした人生の振り返り》の6つのカテゴリーで構成されていた。

これは、危機を脱し助かった命の大切さを切に感じると同時に、脳血管障害で何らかの機能障害を受けたことで、発病以前の自分の人生を振り返り、障害を持った自分が与えた周囲への影響を詫びたり、社会や家族の中での位置づけを考えるという精神的葛藤を持っている。しかし、これから障害とうまくつきあう自分なりの精神的な構えを検討するなどこれまでの人生観を修正しはじめていることを意味する。

《命の存在と重要性を実感》について、サブカテゴリー〈病気により自分の命の大切さを実感〉〈病気回復後における生命を重視した生活方法の検討〉〈助かった自分の生命に対する意味づけを考える〉〈集中治療を要しなくなった事による生命の危機脱却感〉で構成されていた。

回復後は、命を優先的に考える生活や仕事のやり方を検討したり、死と隣り合わせだった自分の命が、今存在する驚きや生きる意味のある自分を捉えていた。また、SCU

より退出時に生命の危機からの脱却感を感じていた。

《病気により影響を受けた役割中断に伴う精神的葛藤》については、サブカテゴリー〈病気の自分が与えた周囲の影響を詫びる気持ち〉〈病気による役割中断に対する気がかり〉〈本音として回復を焦る気持ちを肯定〉〈病気により優先順位が変更された出世に対するこだわり〉〈病気により自分の家族の中での位置づけの変化の自覚〉で構成されていた。

突然の発病で機能障害を持ったことによって中断された自分の役割遂行への気がかりを具体的に挙げたり、身体機能の回復に時間を要するというを理解してはいるが、すぐ回復して社会復帰したいという本音の存在も語った。また、病気を持つことで家族内での自分の位置づけが変化したことを感じていた。

《障害のある自分を見据えた今後の精神的構えの検討》については、サブカテゴリー〈病気に対するネガティブな感情の表出を抑制〉〈闘病により価値観を変更〉〈回復を焦らない気持ちへの切り替え〉〈病気回復の戦略として精神的自立を考える〉〈障害のある身体に対するネガティブな感情からの受け入れ変化〉〈病気を期に今後の悪化予防を意識〉で構成されていた。

身体能力を把握したことで、回復への取り組みに対する気持ちの切り替えをしたり、回復の期限を設定しないことや、自分の気持ちを他者に表出しない努力を語った。また、障害のある身体に対して入院後には受け入れる気持ちへ変化しただけでなく、健康管理の必要性を意識し始めていることも語った。

《障害とつきあう複雑な感情》については、サブカテゴリー〈病気の取り組みに対し複雑に揺れ動く気持ち〉〈現在の症状から推測する回復レベルへの期待〉〈過去の病気経験からくる自分なりの受容〉〈病気と向き合うポジティブな感情〉〈病気になっても変わらない運命に任せる生き方を続行〉〈病気を期に生きていくことの困難さを考える〉で構成されていた。

闘病経験から自分の障害の取り組みに対する微妙な気持ちや身体機能の回復への期待があったり、運命に任せてきた生き方は変わらないが、障害を持って生きることの困難さを予感していたものもあった。

《病気による人生観の揺れ動き》については、サブカテゴリー〈病気を人生の障害と捉える〉〈自分にとっての病気体験の意味づけ〉〈類似疾患を持つ人の人生観に対して共感〉〈病気で生きることの無価値感〉〈病気も人生の一つと捉える〉〈生と死を自然の流れと運命づけ

る) <人間の生と死の多様性を考える> <障害が重度の患者との比較による自分の症状の受け入れ> <病気の自分が理想とする幕引きを考える> で構成されていた。

病気を人生の障害としながら、時間の経過によって病気は自分を原点に戻す学びと捉えたり、病気以前は、身近に存在する類似疾患を持つ者の人生観の相違を感じていたが、現在の自分を重ね合わせて理解できたことも語った。また、病気や障害を持って生きて意味がないとしながら、人生の中の流れの一つと捉えていた。

《病気をきっかけとした人生の振り返り》については、サブカテゴリー <病気以前の自分の人生観の振り返り> <過去の病気に関連した人生の振り返り> <現在の病気に関連した人生の振り返り> で構成されていた。

障害を持つ以前の自分の人生を振り返り、過去の病気と今回の病気の経験を比較していた。さらに、今回の病気の発病に対し、自分の生活習慣の乱れや身体に対する影響を自覚しながら修正できていなかったことを語った。

考 察

1. 【身体機能と認知の一致プロセス】について

脳血管障害患者は、急性期の段階では、まだ、身体機能と認知は一致していない。一致までのプロセスを辿っている途中であることが今回の研究で明らかになった。脳疾患領域では、特に、歩行段階に比べ車椅子移乗の訓練時期や排泄欲求時に転倒・転落の危険性が高い¹⁶⁾と報告されている。急性期の脳血管障害患者は、まだ、病気以前の自分と同じような感覚で身体機能の能力を自分なりに捉えている。自分が実際に動いてみるという経験を通して、自分の身体の機能障害に気付く。すなわち、急性期は、日常生活や訓練を行う中で自分の正確な身体機能の能力を徐々に把握するために試行錯誤している時期であることが示唆された。

2. 【思考拡大の限界の気づき】について

急性期において、脳血管障害患者は、すでに、自分は、思考の拡大に限界があることを「気づいていた」ということが明らかになった。インタビューの途中での問い返しや最後に経験を詳細に語りきれないところを聞く場面では、10秒程度の沈黙が見られたり、「難しい」「わからない」などの発言がみられた。これは、もうこれ以上浮かばないという認識であり、無いことが分かるという非言語的または言語的表現を用いた表明であると考え

られる。これは、再発の可能性がないと確認された、発病から10~18日後という時期の段階では、この患者からはそれ以上のデータは得られないことを示していると考えられる。

3. 【自分にとっての精神的援助と身体的援助の必要性を実感】について

急性期の段階ではあるが、脳血管障害患者は、看護師の職業的な有意義性を評価しながら立場を理解していた。家族や身内から“受ける精神的援助”と医療者から“受ける身体的援助”の双方の援助の必要性を感じていた。さらに、双方の役割の違いまでも感じている。ということが明らかになった。大川⁹⁾は、脳血管障害で発症から3ヵ月以上経過している対象者が語った経験世界は、「看護者との関わり」、「家族・身内との関わり」、「他の患者との関わり」「病院に対する思い」などであると述べている。このことから、急性期においても、関係性や援助に対する認知は存在することが示唆された。

4. 【これからの人生に障害を視野に入れて生きることが模索】について

脳血管障害患者は、急性期であっても、すでに、障害を視野に入れた人生を模索し始めていることが明らかになった。しかし、これは、自分自身の生き方を見つめようとする出発点であり、あくまでも模索段階である。

同じように病気体験に関する認識という点で、がん看護に目を向けると、がん体験者の適応における認識の構造に関する研究¹⁷⁾では、死を意識する自分を前提としている。脳血管障害患者は、突然の発症が特徴であり、再発の恐れはあるものの常に死と向き合うというより、今後、残された身体の機能障害とどう向き合っていくかが課題となってくる。よって、この模索段階は、急性期にある脳血管障害患者の特徴と言えよう。

実践への示唆

急性期の認識が明確にされることによって、患者との認識の不一致をできるだけ少なくし、訓練効果を上げることができる。今回の研究において、脳疾患患者の精神的・身体的苦痛を緩和し、安全安楽を確保できるだけでなく、機能障害の回復を促進するという急性期の看護の指標が得られたと考える。

研究の限界と今後の課題

本研究を進めるにあたり、急性期の脳血管障害患者の認識を調査する上で、面接者が1人であり、面接技術が経験的に卓越していない限界があった。また、データとなりうる対象者が3人と少なく、かつ、すべて男性であることから、認識としてすべてを創出できたとは言い切れない。しかし、急性期における脳血管障害患者の認識の実態を知り、今後のケアの指針となるという点では意義があると思われる。今後は、対象者を増やし、性別の偏りを少なくし、年齢の影響、脳の損傷部位と精神機能の評価を厳密に行うなど、さらに検討を加えていく必要がある。

結 論

急性期における脳血管障害患者の病気体験に関する認識を明らかにするために、3人の患者を対象に看護概念創出法¹⁴⁾を用いて分析を行った。その結果、【身体機能と認知の一致プロセス】【思考拡大の限界の気づき】【自分にとっての精神的援助と身体的援助の必要性を実感】【これからの人生に障害を視野に入れて生きることを模索】の4つの概念が創出された。

謝 辞

本研究に関し、研究の趣旨をご理解いただき、研究実施についてご協力下さいました病院の看護部長、副看護部長、看護師長の皆様、そして研究協力に貴重な時間をさいていただきました対象者の皆様方に心より御礼申し上げます。

付 記

本研究は、平成15年度香川医科大学医学系研究科の修士論文の一部に加筆修正を加えたものであり、その一部は第33回日本看護学会、成人看護において報告した。

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向，2003.
- 2) 酒井郁子，佐藤弘美，遠藤淑美 他：脳血管障害を持つ患者の障害受容およびその周辺概念－研究動向と実践上の課題，臨床看護研究の進歩，10，10-21，1998.
- 3) 梶谷佳子：脳卒中患者の障害受容プロセスと関連要因，神戸市看護大学短期大学部紀要，16，113-123，1997.
- 4) 河原加代子，飯田澄美子：在宅脳血管障害者の障害に対する受け止め方とその取り組みのプロセス，保健の科学，39(4)，220-225，1997.
- 5) 三好陽子，白尾久美子，野澤明子：脳血管障害患者の障害受容におけるプロセスの分析－発症後3ヶ月目の障害に対する知覚－，日本看護研究学会雑誌，26(3)，338，2003.
- 6) 千田みゆき，飯田澄美子：脳卒中後遺症をもつ在宅患者の機能回復意欲に関する要因，日本看護科学会誌，17(2)，43-53，1997.
- 7) 高山成子：脳疾患患者の障害認識変容過程の研究－グランデッドセオリーアプローチを用いて－，日本看護科学会誌，17(1)，1-7，1997.
- 8) Doolittle, N.D.: The Experience of Recovery Following Lacunar Stroke, Rehabilitation Nursing, 17(3), 123-125, 1992.
- 9) 大川貴子：“看護行為”に対する患者の認知－リハビリテーション病棟に入院している脳血管障害患者に焦点を当てて，看護研究，28(2)，1995.
- 10) 河原加代子，飯田澄美子：在宅療養に移行した脳卒中後遺症を持つ患者の主観的満足感と活動の関連，日本看護科学会誌，16(3)，40-47，1996.
- 11) 江藤文夫，坂田卓志：脳血管障害後遺症患者の健康関連 Quality of Life に影響を及ぼす要因の研究，日本老年医学会雑誌，37(7)，2000.
- 12) Clarke, P.J., Lawrence, J.M., Black, S.E.: Change in Quality of Life Over the First Year After Stroke: Findings the Sunnybrook Stroke Study, Journal of Stroke Cerebrovascular Diseases, 9(3), 121-127, 2000.
- 13) 橋本洋一郎，寺崎修司，米原敏郎：脳卒中看護マニュアル，17，メディカ出版，1999.
- 14) 舟島なをみ：質的研究の挑戦，医学書院，2002.
- 15) 加藤伸司，下垣光，長谷川和夫 他：改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成，老人精神医学雑誌，2(11)，1339-1347，日本老年精神医学会，1991.
- 16) 渡辺明子，太田尚，青木春実 他：脳外科患者に対

する転倒転落アセスメントスコアシートと危険防止 17) 水野道代：がん患者の適応を特徴づける認識の構造、
対策の有用性, 日本看護技術学会誌, 3(1), 42, 2004. 日がん看会誌, 12(1), 1998.

How patients with cerebrovascular disorder recognize their illness during the acute period

Chikako Kane¹⁾, and Fumiko Furukawa²⁾

¹⁾Tokushima University Hospital, Tokushima, Japan

²⁾University of Shizuoka School of Nursing, Shizuoka, Japan

Abstract This study investigated how patients with Cerebrovascular disorder become aware of their disability and recognize the illness experience in the acute period. Semi-structured interviews were conducted with three patients with cerebrovascular disorder. Informed consent was obtained from each patient before interviewing. Data were collected using “Kango gainen soshutsuhou (The Method for Creating the Concept of Nursing)” and was analyzed inductively. As a result of this research, four categories were identified as: “Agreement process of body function and recognition”, “Understanding of the limit of their thinking”, “Feeling the necessity for mental and physical care”, “Fumbling through their life history in order to live with their disability”.

Key words : acute period, patients with cerebrovascular disorder, illness experience, recognition