

脳卒中患者の回復過程における主観的体験

急性期から回復期にかけて

百田 武司¹⁾, 西亀 正之²⁾

キーワード (Key words) : 1. 脳卒中 (stroke) 2. 主観的体験 (subjective experience)
3. 看護 (nursing)

本研究の目的は、脳卒中患者の回復過程における主観的体験を明らかにすることである。

Grounded Theory法を参考にした質的帰納的研究を行った。74歳以下の脳卒中発作（初発）で緊急入院した患者のうち、入院直後におけるFIM79点以下、言語コミュニケーション可能で痴呆のない12名を分析対象とした。発症1週間以内から約6ヶ月後まで関わり、継続してインタビューを行った。

分析の結果、回復過程に沿って《了解不能》《実感》《喜び》《アンビバレンス》《新たな価値》という意味の変化の局面と、それぞれの局面に一時的に落ち込む《落胆体験》があり、その発生時期と頻度の相違により合計5つの回復のパターンが認められた。

従来、《落胆体験》は、リハビリテーションを妨げるマイナス要因とされてきたが、本研究においては《落胆体験》から立ち直った後に元の局面に戻るのではなく新たな局面に移行することが認められた。よって《落胆体験》は、回復を促進する契機と捉え、それを支える看護援助の重要性が示唆された。

緒 言

脳卒中は突然の発症であることが多く、心身諸機能に様々な障害をもたらす。特に脳卒中に起因する片麻痺を中心とする運動機能障害は、それまで不自由のなかった日常生活動作を突然阻害するため、患者の生活に大きな変化をもたらす、その人の人生を根底から揺るがすこととなる。そのため、患者は、発症からの回復過程において人生の再構築が必要となり、これを支援していくことは看護の重要な役割である。

従来、脳卒中患者の回復過程における看護の方向性として「障害を持ちながらその人らしく生活していくこと」が原則とされ、障害された身体機能の再獲得と障害の受容を目指した看護援助が展開されてきた¹⁾。特に障害受容に関しては、これまでChon²⁾やFink³⁾などの理論、あるいはKubler-ross⁴⁾の死の過程に関する理論などが紹介され、それを演繹的に使用してきた。これらの特徴は、いずれもショックから始まり落ち込みを経て適応に至るプロセスとされる。しかし、これらの理論に対して、本田⁵⁾は、その結論がどのようにして抽出されたのか不明なこと、各時期の期間やリハビリテーションとの関係が明確でないこと、また死の過程と回復過程を同様に捉えるのは妥当でないこと、更に脳卒中などの中枢神経障

害を対象とした研究から導き出されたものでないことを指摘している。

また、Doolittle⁶⁾は、脳卒中患者の回復過程に関する従来の研究の多くは医療者の視点からみた客観的なものであり、患者の主観的な体験についてはほとんど知られていないことを指摘している。脳損傷という疾患の特徴上、認知能力や表現能力も障害を受けやすく、研究として患者の主観的体験に焦点が当てられることは少なかった。一方、1995年 American Nurses Association は、1980年に発表した社会政策声明⁷⁾に続いて新たな社会政策声明⁸⁾を出した。その変化の一つは、看護師が関心を持つ現象として、新たに患者の主観的体験に着目することの重要性を指摘したことである。従って、脳卒中患者の回復過程における看護研究としても、患者の主観的体験に焦点を当てた研究が考えられる。患者の主観的体験を理解することで、患者が障害をどのように捉えているのかを把握することができ、患者を尊重し、患者とのやりとりの中で患者と共に新たな方向を見つけ出す看護援助に繋がると考える。

近年、研究手法として質的な記述データの分析方法が進展し、脳卒中患者の主観的体験に焦点を当てた研究も行われつつある⁹⁻¹⁵⁾。これによって、従来明らかにされてこなかった脳卒中患者の主観的体験の構造が明らかになってきた。しかし、これらの多くは発症初期や回復期

・ The subjective experience of the recovery process for stroke patients : From acute to recovery period

・ 所属 : 1) 広島大学大学院医学系研究科保健学専攻 2) 広島大学医学部保健学科看護学専攻

・ 広島大学保健学ジャーナル Vol. 2(1) : 41 ~ 50, 2002

における、ある一時点の横断研究¹¹⁻¹⁴⁾であり、発症から回復過程における患者の主観的体験の変化については述べられていない。また、縦断的な研究^{9, 10, 15)}も行われているが、発症からの経時的な変化に影響を及ぼす要因については十分明らかにされたとは言えない。更に、明らかにされた主観的体験の内容は、身体の障害に起因するにもかかわらず、医学的見地に基づく客観的な障害の程度や回復状態に関するデータが欠如しており、研究成果を看護実践に取り入れるには臨床看護の現状と遊離しており困難である。

そこで本研究においては、脳卒中患者に、急性期から発症後約6ヶ月まで経時的にインタビューを実施し、主観的体験を分析する。更に同時に、客観的に日常生活動作を測定する。そして回復過程における主観的体験の変化と、それに影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的とした。

なお、本研究において、「回復」とは、身体面や心理面のみから述べるのではなく、それらを包括した全体的な概念とした。すなわち、「回復」とは、患者自身が障害に与える意味が豊かになることと定義した。

方 法

本研究では、既存の理論にとらわれずに新たな知見を得ることと対象者の主観的体験を明らかにするため、対象者の条件を限定して豊富なデータを収集し、また回復のプロセスを見出すために、Grounded Theory法を参考にした質的分析による手法を選択した。

1. 調査実施施設

調査は、政令指定都市にある1民間病院で行った。ここは脳神経外科、神経内科を中心とする救急指定病院(一般病床85床、療養型病床48床)で、リハビリテーションサービスとしては理学療法と言語聴覚療法があった。

2. 調査対象者

対象者は、脳卒中(初発)で緊急入院した患者のうち、急性期からインタビュー調査可能な者とし、発症5日以内に、手術の適応はなく、意識清明、言語コミュニケーションが可能、痴呆がない者(Mini-Mental State Examination(MMS)において、24点以上¹⁶⁾)とした。更に、身体障害がごく軽症の者でなく、比較的長期間にわたって入院の必要が予想される患者を対象とするため、予後予測に関する研究^{17,18)}を参考に、発症5日以内に、Brunnstrom Stage(BRS)において下肢Stage 以下、Functional Independence Measure(FIM)において79点以下の者とした。なお、調査期間中に脳卒中の再発や重篤な合併症を起こした者は除外した。また、高齢者は脳

卒中以外の多くの要因が作用することが予想されるため、75歳以上の後期高齢者も除外した。更に、うつ病などの精神疾患の診断を受け薬物投与を受けた者は、薬物による影響が出ることが予想されるため除外した。なお本研究では、片麻痺という身体障害を受けたことにより引き起こされた患者の主観的体験の変化を明らかにするため、調査期間中に病態失認や知的能力低下などの明らかな高次脳機能障害が認められた者は除外した。

3. 調査期間

調査期間は、2000年12月20日~2001年11月7日であった。

4. 対象者抽出の手順

1週間に3~5回、筆者が調査実施施設を訪れ、発症5日以内の患者をチェックし、条件に適合する患者の存在を確認した後、主治医並びに病棟婦長に紹介を依頼した。次に研究依頼書に沿って対象者本人に研究の趣旨を説明し同意が得られ次第、調査を開始した。

5. データ収集方法

データ収集は、脳卒中発症初期の主観的体験を記述した筆者の質的帰納研究¹⁹⁾の結果より作成した半構成質問紙を用いた継続的フォーマルインタビューと、上記の施設で、筆者が対象者と出会った際に交わす日常会話などのインフォーマルインタビューによるものである。半構成質問紙の主な内容は、発症時からの経過、活動、知覚、自己像、状況、関係などに関するものであるが、できるだけ自由に語ってもらうように配慮した。フォーマルインタビューは許可を得て全てICレコーダー(SONY ICD-R200)にて録音し、筆者自身で逐語録を作成した。インフォーマルインタビューは、分析時の結果の解釈のみに利用した。フォーマルインタビューは発症後1週間以内より開始し、1週間以内に1回から2回、3週間までに1週間に2回、その後は1週間に1回、調査実施施設を退院後は、退院後から1ヶ月まで2週間に1回、その後1ヶ月毎に行い、発症後約6ヶ月目まで継続して行った。更に、フォーマルインタビューの際に、日常生活動作の客観的評価のため、同時にFIM測定を実施した。また、対象者の属性、治療内容などの把握のため、診療録から情報を得た。

なお、本調査に先立ち、調査対象基準に該当する脳卒中患者、男女各1名ずつに予備調査を行い、調査方法と内容の修正を行った。

6. 分析方法

データ収集と分析は、Strauss & Corbin²⁰⁾のGrounded Theory法を参考に同時に行った。具体的な分析の

手順は、以下に示す通りである。

- ・インタビュー逐語録を内容が把握できるまで繰り返し読み、文脈を捉えた上で、意味のある文節または文章に分割し、要点を表すコード名を付けた。その際には可能な限り筆者の解釈を含めず、対象者が表現していることをコード名にした。更に、それぞれのコード名にノート（筆者の解釈、コード名の根拠など）を添付した。
- ・コード名の中から、対象者の主観的体験と、それに影響を及ぼす要因を表しているものを抽出し、筆者の解釈を加えてコード名の修正を行った。
- ・修正したコード名毎に、類似点と相違点を継続的に比較しながら分類整理し、より抽象的なレベルで名称を付け、カテゴリー化を行った。
- ・事例毎に、カテゴリー同士の関係を対象者の経時的な流れに沿って位置づけした。その際にFIMの経時変化と比較した。
- ・全事例から得られたカテゴリー同士の関係を比較検討し、更に抽象化したカテゴリーを抽出した。
- ・抽出したカテゴリーを構造化し、回復過程における主観的体験を明らかにした。

表1 対象者概要

ID	性別	年齢	麻痺側	病名	MMS	下肢BRS	初回FIM	最終FIM	転院(発症から)の日数	自宅退院(発症から)の日数	フォーマルインタビュー回数
1	男	55	左	脳梗塞	28		69	116	53	144	16
2	男	74	左	脳出血	27		64	117		143	24
3	男	51	左	脳梗塞	30		79	117	67	81	17
4	男	54	右	脳出血	24		66	124		84	18
5	女	72	右	脳梗塞	24		79	119		111	21
6	男	66	左	脳梗塞	30		76	121	89	129	19
7	男	64	左	脳梗塞	26		73	112	36	157	14
8	男	63	左	脳出血	27		58	124		48	14
9	男	74	左	脳出血	24		55	100	81	入院中	18
10	女	63	左	脳梗塞	30		75	125		34	13
11	女	57	左	脳出血	28		76	116	50	122	15
12	女	58	左	脳出血	27		77	120	70	111	17

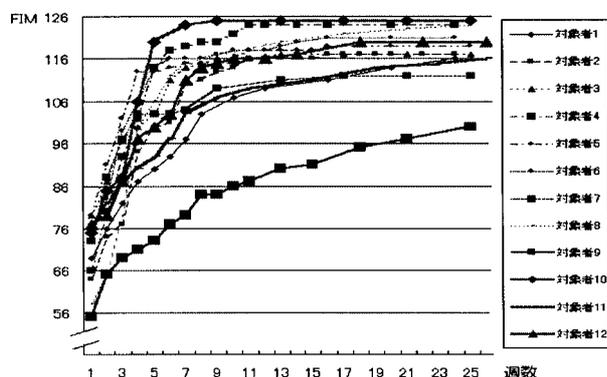


図1 FIMの経過

なお、インタビュー逐語録からコード名を抽出する際に、フィールドノート用ソフト（野帳Ver.4.0）を使用し、分割したインタビュー逐語録、コード名、ノートをデータベース化した。更に、データベース化したコード名を分類、整理し抽象化を進める際には、アウトライン・プロセッサ（Kacis Publisher Ver.1.0）を使用した。

7. 厳密性の確保

質的研究経験者の指導を受け、データの分析や結果の評価を受けた。また、調査施設で脳卒中看護経験10年以上の看護師に、分析内容が現実に適合しているか、理解できるかという点について聞き、議論し修正した。更に、筆者の解釈の正確性や妥当性を高めるため、調査対象者全員の調査が終了した時点で、改めて対象者とのインタビューの機会を設け、対象者の話した内容と結果が適合しているかを確認、修正した。

8. 倫理的配慮

対象者に対して、調査依頼時及び調査時に、研究概要、目的、方法、安全性、プライバシーの保護、研究対象者の利益及び看護学上の貢献、同意撤回の自由などを書面と口頭で説明し同意を得た。

結 果

1. 対象者概要（表1）

調査対象者の条件に該当し、研究に参加を依頼したのは30名であった。そのうち、研究を承諾したのは24名であった。その中で、本人の希望による途中辞退者が7名、研究途中で病態失認や知的能力低下などの明らかな高次脳機能障害が判明した者3名、脳卒中が再発した者2名の計12名を除外し、最終的に12名を分析対象者とした。対象者は、男性8名、女性4名、年齢 62.6 ± 7.9 (mean \pm SD) 歳、病名は脳梗塞6名、脳出血6名、麻痺側は左10名、右2名、全員が右利きであった。調査期間中、7名が長期療養可能な病院に転院したが、調査終了時点においては、1名を除いて全員が自宅に退院していた。

フォーマルインタビュー回数は合計206回、対象者1名平均 17.1 ± 3.2 回、1回のインタビュー時間は5分から45分であった。

2. FIMの経過

発症直後のFIM（初回FIM）は 70.6 ± 8.2 点、調査終了時のFIM（最終FIM）は 117.6 ± 6.8 点であった。調査期間中における各対象者のFIMの経過については（図1）に示す。

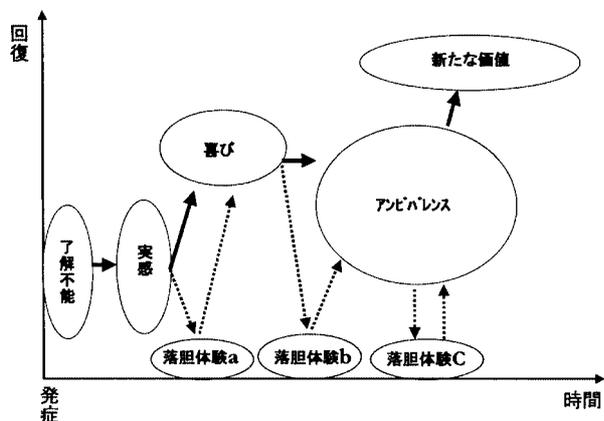


図2 脳卒中患者の回復過程における主観的体験の概念図

3. インタビュー分析結果

対象者のインタビューから、【了解不能】【実感】【喜び】【アンビバレンス】【新たな価値】という変化の局面が見出された。また、複数の局面の中で、一時的に落ち込む【落胆体験】が認められた。この【落胆体験】が発生する局面は3種類あり、それぞれ内容が異なり【実感】にあるものをa、【喜び】にあるものをb、【アンビバレンス】にあるものをcと名称を付けた。これを、時間（横軸）と回復（縦軸）の関係において構造化し、回復過程における主観的体験を捉えると、各局面に時間的順次性が見出された。（図2）

また各局面から次の局面への移行は、それぞれきっかけとなる要因（影響要因）により起こることが明らかになった。

なお、本論において用いる局面概念は、上位から順に【 】、各局面の移行の影響要因は[]で示す。また、発言は「 」で、その後（ ）で発言者と発言日（発症からの日数）を示した。

1)【了解不能】

突然の発症により混乱し、自身の身体に何が起こったのかを理解できない状態で、発症から緊急入院に至るまでのことである。突然の出来事に困惑し、自身の身に起きたことを事実として受け止められない戸惑いについて語られた。対象者たちは、「夢を見るような感じでした」（対象者2：6日目 発症時の振り返り）や「何が何だか分からなくて」（対象者12：6日目 発症時の振り返り）のように、現実感が伴わないことを語った。また、どうしてよいか分からずまごつき困惑した様子を、「周囲が騒ぎ出し、大げさにされて、格好悪いというのばかりで、恥ずかしくて恥ずかしくてね」（対象者6：6日目 発症時の振り返り）と語った。つまり戸惑いは、事態の重大性に対する認識がなく、周囲の反応に当惑していた。また、突然、身体のコントロールが利かなくなるという、今

まで体験したことのない身体の変化に対し、場合によっては生死の選択を予感するほど大きな恐怖を訴えた。「これはおかしいと思いながら（中略）これはひょっとしたら頭の病気かもしれないと思ってもう助からん、駄目だと思ったんです」（対象者8：7日目 発症時の振り返り）。この対象者は友人が脳卒中で死亡しており、脳卒中に恐怖心を抱いていた。

2)【実感】

自己の身体に何が起こったのか分からなかった状態から、現在の自分の置かれている身体の障害を抱えた状況を把握した体験を語ったものである。これは、対象者によって異なるが、救急来院し、診断を受けた時（1日目）からリハビリテーション開始直後（約5日目）の語りであった。対象者は発症後に緊急入院となり、検査の結果を説明されたことにより、発症時の戸惑いに対してどうして自分がそのような状態になったのかを納得していた。「ここ（病院）に来て、すぐに輪切りの検査（頭部CT）をしたんです。それでレントゲンを見て先生（医師）が黒いのをさしてこれですと説明してくれたんです。（中略）それで分かりました。ああ、それでこんなになっちゃったのかなと合点いきましたよ」（対象者1：5日目 入院直後の振り返り）。このように医療者からの医学的な【病状説明】によって発症時の戸惑いから納得に至っていた。また納得することは恐怖を和らげることもなっていた。そして、当初の戸惑いという分からない状況から自己の身体に障害を抱えたという重大性の認識に至っていた。「入院して一晩寝て起きたら、駄目だったんです。手も足も。全然利かなくなって。ああ、これは大変なことになってしまったとその時初めて思ったんです」（対象者5：10日目 入院後、翌朝の振り返り）。これは、突発的出来事の中で緊急入院し、一連の処置や検査が一段落した後に自身の身体状況に意識が向けられ、症状が改善しないどころかむしろ当初考えていたより【症状が悪化】することにより、身体に起こった重大な変化を体感することであった。これはこの事例のように、多くは発症翌朝の睡眠から目覚めた時のこととして語られた。また、「昨日から訓練にいきましたが、手が全然駄目なことが分かりました」（対象者12：5日目）と（リハビリテーション開始）によって身体を動かし、障害を体感することがあった。更に、できると思っていた【日常生活行動に失敗】し重大性の認識に繋がるがあった。リハビリテーション開始直後に転倒した対象者は次のように語った。「あそこ（部屋のドア）まで行ってみようと思ったんです。でも駄目駄目。歩かれやしない。へばり込んでしまったよ（中略）まだまだリハビリをだいぶしないと駄目だと思っ

て」(対象者1:10日目)。この 重大性の認識 が重く受け止められた場合、対象者に落胆体験をもたらしていた。

3)【落胆体験a】

落胆体験とは、回復過程において一時的に落ち込む現象である。この落胆体験は発生する局面によりa～cの3種類あった。ここでは【実感】局面にある【落胆体験a】について述べる。これは約5～15日目に語られた。転倒など、できると思っていた〔日常生活行動に失敗〕した際などに、対象者が障害の程度があまりにも重大であることを認識し、障害の重さに直面することがあった。また「トイレも自分でできないんです。(介助を)お願いするのが気兼ねで。情けないです」(対象者5:15日目)というように、介助される立場になった 自己の哀れみ について、特に女性の対象者を中心に語られた。更に、急性期の治療を終え、リハビリテーションが始まることで、他の患者と接する機会ができ、[他の患者と比較]し、自分の障害の方が重症だと感じた者は、劣等感を語った。このように、自分の置かれた状況が厳しいという認識が生じ、「高血圧の薬を飲んでいなかったのが悪かった」(対象者2:10日目)というように病気以前の不振生だった生活を 後悔 する者がいた。そして、「これからどうなるのですか。めどが立ちません」(対象者11:11日目)と、将来展望の途絶えも語られた。この【落胆体験a】は、障害の重さに直面する度合いが大きい時に【実感】とほぼ同時に出現し、劣等感 はリハビリテーション開始直後に見受けられた。一方、この局面で落胆体験のない者は[他の患者と比較]した際に「僕は話もできるし軽かったんじゃないかと思います」(対象者6:10日目)と、障害の重さに直面することなく状況を肯定的に捉え 劣等感 を表すことがなかった。そして、この【落胆体験a】から立ち直った局面が【喜び】である。

4)【喜び】

障害を【実感】し、リハビリテーションに取り組む中で、機能や動作の改善に満足し、回復への期待を抱くことである。約10～30日目に語られた。「全然動かなかった指が今朝から少し動くようになったんです。この調子でいけばいいんじゃないかと思いますよ」(対象者1:20日目)や、「今日の訓練、すごくよかった。歩けたよ。手すりを持ってただけだね。よかった。安心したよ」(対象者3:13日目)というように、[身体機能の改善感]によって 回復の実感 が語られ、また、「歩けるようになったのでトイレにも行けてうれしいです」(対象者10:15日目)と、[日常生活動作の再獲得]により喜びを表現する語りがあった。これらには「訓練を頑張ったのでよくなりました。やれば

やるだけよくなるので訓練の時間が待ち遠しいです」(対象者5:25日目)という語りに代表されるように、[努力の報い]が目に見える結果として現われることが影響していた。更に、回復の実感 が得られることにより、「歩けるようになります。頑張ります」(対象者11:27日目)と、【落胆体験a】で 将来展望の途絶え を語った者が逆に 将来展望の開き について語った。この局面では「毎日自主トレをしているんですよ。廊下で歩く訓練をね。歩くのがうれしくて頑張っています」(対象者4:20日目)というように、意欲的にリハビリテーションに取り組む姿勢が語られた。なお、【落胆体験a】で落ち込みの度合いが大きい対象者ほど、逆に【喜び】が強く語られていた。

5)【落胆体験b】

【喜び】の局面において、順調に経過していた機能や動作の改善が以前のように順調でなくなり、落ち込む現象である。これはFIMの上昇が緩やかになる時期に対応しており、出現時期に個人差があるが、約20～40日目に語られた。「歩く訓練をしているのに、(入院してから)もう1ヶ月になるのにいっこうに歩けない。このところ変わらないんです。1ヶ月でこれぐらいかこの先考えちゃいますよ」(対象者1:30日目)という[身体機能改善の停滞感]や「先生(PT)にまだ歩けるまで時間がかかると言われた。連休明けに帰ろうと思ったがこれでは駄目だよ」(対象者3:20日目)という、[医療者の予後予測]によって当初立てた予定に狂いが生じ、将来展望の修正 を迫られることが語られた。また、「自分はまだ51歳なのにこんな病気になってしまった。まだ年金ももらえないんだよ」(対象者3:27日目)や、「年ですから。若い人のようにはいかないんですかね。若いもんはどんどんよくなっていくのに駄目だね」(対象者9:40日目)というように[他の患者と比較]することによる 劣等感 を語った。この 劣等感 は、【落胆体験a】にもあったが、【落胆体験a】では単に障害が重症だという外見から[他の患者と比較]したものであるのに対し、【落胆体験b】では外見上の比較に加えて、社会的状況などの比較を行った上で捉えられるものであった。これは時間が経過することによって徐々に状況について理解が深まるためでないかと推測された。【落胆体験a】と同じく 後悔 についても語られたが、ここでは、病気以前の生活に関することに加えて、「すぐに救急車を呼んでいたらよかったんです。少し様子を見ていたからこんなに重症になってしまったんです」(対象者7:37日目)と、発症直後の対応について悔やむ語りが見受けられた。そして、【落胆体験b】から立ち直った際には、【アンビバレンス】という局

面に移行することが認められた。

6)【アンビバレンス】

【喜び】から【落胆体験b】という局面を経て、肯定的要素と否定的要素が相反した錯綜する現象である。【落胆体験b】のない対象者であっても、【喜び】の後に落胆体験とまでは言えない軽い落ち込み傾向があり、このような現象が確認できた場合、この局面に移行したものと判断した。この局面は、FIMの上昇が緩やかになる時期にほぼ対応しており、出現時期に個人差があるが、約35～50日目から語られはじめた。「足はだいぶよくなりました。でも手が全然変わらなくて」(対象者6：42日目)というように、機能改善の実感が掴める部分と掴めない部分の認識があり回復の期待と不安を語った。また、「先生(PT)も見舞いに来てくれた人もよくなったと言って褒めてくれるんですが、自分としてはまだまだです」(対象者2：36日目)と、他者と自己の評価のギャップについて語った。更に、「今のリハビリで本当によくはなるんですかね。先生(PT)を信頼して頑張っているんですが、毎日同じことをやっていると、時間もたった1時間でしょ。でも、今やめたら駄目でしょうし、これでいいんですかね」(対象者4：37日目)と、医療サービスへの期待と不満について語った。これらは[身体機能改善の停滞感]によってもたらされ、肯定と否定が複雑に入り混じった葛藤の体験をする中で、否定的な側面が強く出現した時に【落胆体験】となっていた。

7)【落胆体験c】

入院後初めて外泊した際に「全然駄目でした。病院の中のようにうまくできませんでした。買い物にも行きましたが人混みが恐ろしかったです。何もできませんでした。まだまだです」(対象者5：73日目)と[外に出る]ことで障害の重さの再認識をしていた。また、痛みやしびれなどの[新たな症状の出現]によって「進歩してません。逆に悪くなっているような気がします。前の方がよかったような気がします」(対象者2：62日目)と、後退感を語る者もいた。また、特に生産年齢で有職の対象者を中心に、職場復帰への[焦り]から「もう駄目だ。いくら頑張っても止まってしまった。このまま治らないのかもしれない。まいったね」(対象者4：46日目)や、「やってもやっても指が全然進まない。こんなじゃ受話器が取れないから仕事ができないよ」(対象者3：43日目)といった、努力が報われない苛立ちが語られた。この【落胆体験c】の影響要因は、外泊や退院の時期や対象者の置かれた状況と関係しており、各対象者の入院中の経過によって異なるため、出現時期の個人差は大きかった。また、【落胆体験a】と【落胆体験b】が

ら立ち直った際には次の局面に移行することが認められたが、【落胆体験c】は次の局面に移行するのではなく、【アンビバレンス】の局面の中で肯定と否定の体験を繰り返す葛藤状態であった。

8)【新たな価値】

最終局面で【アンビバレンス】な状態から、障害をより肯定的に捉え、障害に【新たな価値】を獲得するに至る。この局面へ移行する時点では、FIMの変化はほぼプラトーの状態にある。そのため、この移行には、他の局面への移行の際よりも、機能や動作の変化とは別の要因が強く影響していた。「ものが言えんようになった人も、足が立たんようになった人もいっぱいいるので、それを思うとわしの場合、右手も利くし軽くて助かったと思います」(対象者2：111日目)や、「この年でこの病気になってよかったです。年金生活ですからお金もそんなに困りませんし。さんなんかかわいそうですよ。働き盛りでね。その点自分は恵まれていたと思います」(対象者6：79日目)など、同じ病気の[他の患者と比較]することによって自身の障害の肯定的側面への気づきが語られた。また、夫が脳卒中後遺症患者である対象者は「今回、主人の気持ちがよく分かりました。主人もつらかったんだなと言うのが分かりました」(対象者5：77日目)と語り、また「病気になって夫婦で健康に注意するようになりました。毎日一緒に歩いて、血圧も毎日測って塩分も控えています。おかげで女房の血圧も下がったんですよ」(対象者4：140日目)など、障害によって得られた利益を発見し障害に感謝することが語られた。これは[家族や医療者のサポート]が影響していた。更に、対象者3は、73日目には「完全に治して家に帰る」と、目標を語っていたが、最終調査の193日目には「もう大丈夫。あれだけ頑張ったんだから。これだけでできればいいよ。100%元に戻るわけないんだから」と語り、今までの[努力に対する満足感]が得られたことにより当初の目標の下方修正に至っていた。

なお、本研究においては対象者全員が【アンビバレンス】までで到達していたが、【新たな価値】への移行に至ったのは、12名中10名であり、対象者1と対象者9は調査終了時点において【新たな価値】への移行は認められなかった。対象者1は、「わしの人生、つまらんようになりました」(174日目)と、【新たな価値】を見出せないでいたが、これは、発症前後に失業、離婚など、人生においてダメージを与えられる大きな出来事が重なり、また家族のサポートも得られず、更に経済的不安なども重なり、【新たな価値】へ移行の影響要因がないためと判断した。一方、対象者9は、他の対象者に比べFIMが低得点で推移しており、機能や動作の障害が他の

対象者よりも重症であることが影響していると判断した。

4. 落胆体験発生頻度の違いにみたパターン分類

対象者によってa～cの3つの【落胆体験】の発生頻度に違いがあり、次のように～の5つのパターンに分類できた。

パターン	aとcが存在	対象者 1, 2, 5, 11, 12
パターン	aのみ存在	対象者 7, 8, 9, 10
パターン	cのみ存在	対象者 4
パターン	a, b, c全て存在	対象者 3
パターン	落胆体験なし	対象者 6

考 察

本研究の結果、脳卒中患者の回復過程には、【了解不能】【実感】【喜び】【アンビバレンス】【新たな価値】という局面を移行していくプロセスの中に、発生時期の異なる3種類の【落胆体験】があり、その発生頻度の違いから回復過程には5種類のパターンが認められた。従来からの障害受容に関する理論は、いずれもショックから始まり落ち込みを経て適応に至るプロセスとされ、本研究結果の各局面と比較的類似している。本研究結果では、各局面の影響要因や関係性について明らかにしたこと、【落胆体験】の発生時期の違いから回復過程には5つのパターンがあることを明らかにしたことが新たな知見である。

この【落胆体験】は、従来からうつ状態に関する研究として多く取り上げられ、ここでは、主にリハビリテーションを妨げる大きな要因になるため、避けるべきものであると述べられてきた²¹⁾。しかし本研究においては【落胆体験a】と【落胆体験b】から立ち直った際には、元の局面に戻るのではなく次の局面に移行することが明らかになった。つまり、回復を妨げるのではなく、逆に促進する契機となっているものと考えられた。例えば【落胆体験a】では、その要因の一つとして、転倒などの日常生活行動の失敗があった。従来、転倒は骨折などの損傷を与えることが多く、それにより寝たきりの原因となることもあり、骨折予防のために転倒防止は重大な課題である。また、骨折などの損傷がなくとも、転倒経験が自信を失わせ、その後の不安感や恐怖心をもたらす^{22,23)}と否定的見解が主に述べられてきた。しかし、高山²⁴⁾は、このような転倒のおそれのある危険行動は、障害を認識するための機会になると述べている。また、筆者²⁵⁾も、脳卒中片麻痺患者の危険行動の実態について分析し、転倒後は落ち込む感情があったが一時的なものであり、転倒などの危険行動によって自己の現状の障害程度が把握され、リハビリテーションのモチベーションが高められ

る可能性について報告した。つまり、日常生活行動の失敗によって落胆した場合、自らを見つめ直し、新たな道を模索する機会になるのではないかと考えられた。更に、【落胆体験a】においては、落ち込みの度合いが大きい対象者ほど障害を重く受け止めており、反動として起こる身体機能の改善感が得られた際の【喜び】が強く語られることがあった。ゆえに、【落胆体験】のマイナス面のみを強調する従来の捉え方だけでなく、これを回復過程が促進する可能性のある局面と捉え、それを支える看護援助の必要性が示唆された。

次に、FIMと回復の関係について述べる。FIMは、ほとんどの事例において、初期には急激に上昇したが徐々に緩やかになり、最終的には発症前の状態に完全には戻らず、プラトーに至っていた。一方、各局面との関係では、FIMが順調に上昇する時は【喜び】であり、改善が緩やかになる時には【アンビバレンス】、プラトーになってから【新たな価値】が出現していた。Doolittle^{9,10)}は身体の機能や動作の改善のペースが落ち、プラトーの状況に至ることで脳卒中患者は落ち込みと苛立ちを体験すると報告している。本研究でも【喜び】と【アンビバレンス】の間に【落胆体験b】があり、同様の現象があった。従って、回復の局面の移行は、身体の機能や動作の変化と密接な関連があり、FIMなどの客観的な指標の変化を捉えることは、脳卒中患者の回復を理解する上で不可欠であると考えられた。しかし、【アンビバレンス】から【新たな価値】への移行の際は、FIMの得点の変化はほとんどないにもかかわらず、局面の移行があった。このことより、客観的な身体の機能や動作の変化のみの観察では十分患者を捉えることはできず、主観、客観の両側面から患者を捉える看護援助の必要性が示唆された。

最後に、回復に影響を及ぼす要因について述べる。影響要因は、回復過程に沿って様々なものが複雑に絡み合っていた。中でも特に、同じ病気の他の患者の存在はいくつかの局面で関係していた。自身より早期に発症した同じ病気の患者は、彼らにとって病気の先輩であり、自分の将来のモデルという意味を持っていたと考えられる。発症初期の段階では、対象者の不確かさの度合いは大きく¹³⁾、リハビリテーション室で同じ病気の患者を見た際には、同じような状況にいる者ということで強く関心を示す。それから、自分の将来を想像し、可能性を見つけ、新たな展望を見出そうとしていたと考えられた。また、彼らにとって同じ病気の患者は同士という意識があるが、一方では常に比較の対象であり、自身の回復の指標ともなっており、最終局面では同じ病気の患者と比較し、自身の状況に優越感を表すことで、新たな価値を獲得していた。このように、同じ病気の患者の存在は、対象者にとって様々な意味合いを持つ大きな存在であ

り患者同士の交流を支えるケアの重要性が示唆された。また、最終局面は、【新たな価値】を獲得することであったが、これは、従来の障害受容の概念として述べられてきた「価値の転換」⁵⁾と類似した結果となった。しかし、本研究では、同じ病気の【他の患者と比較】することや【家族や医療者のサポート】、それに【努力に対する満足感】という要因によってもたらされることを明らかにすることができた。ただ、この局面への移行時期は個人差が大きく、この局面に至らない対象者もあった。同じ病気の【他の患者と比較】することは、前述したように発症早期から行われているが、その内容は時間的経過により変化するものであった。また、【努力に対する満足感】は、回復過程で落胆を体験しながらリハビリテーションに勤しむ中で得られるものである。更に、【家族や医療者のサポート】は、回復過程を通して継続的に行われるものである。つまり、これらの要因は長い時間をかけて修正が加えられて得られる性質のものであると考えられ、この変化の局面の時期には、ばらつきが出るものと考えられた。しかし、時間をかければ全ての患者が最終局面に至るわけではなく、臨床においては【アンバランス】の状態を経過していく対象者も多く見受けられるのが事実である。以上のことから、脳卒中患者の回復過程においては、発症からの経過を十分理解し、最終局面が得られない患者にはどのような問題点があるのかを吟味し、影響要因を促す関わりによって回復を促進する看護が展開できるものとする。

研究の意義と限界

本研究では、従来ほとんど明らかにされてこなかった脳卒中患者の経時的な回復過程における主観的体験を、日常生活動作の客観的評価であるFIMの変化と共に分析したため、臨床において脳卒中患者の回復過程を理解するための一助になると考える。更に回復に影響を及ぼす要因の検討も行ったため、これを用いた看護援助方法の開発が見込まれる。

そして今後の課題としては、更に検討を重ね洗練することと、今回導かれた結果の検証がある。その上で、多くの対象者の様々な属性別の比較が必要である。

一方、限界としては、1施設で行った調査のため、結果が偏っていることが考えられる。また本研究では発症直後からインタビューが可能な患者を対象にしたため、脳卒中全体では比較的軽症者を対象としたと言わざるを得ない。本研究において、他の事例よりFIMが低得点で推移した事例が最終局面まで至らなかったことから、重症度の違いによって異なる結果が出る可能性がある。従って、今後は、発症直後にはインタビューが不可能であるが、時間の経過と共にインタビューが可能となるよう

な、より重症の患者を対象とした、回復期から維持期にかけての調査を予定している

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、調査実施施設の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は、財団法人日本科学協会の笹川科学研究助成を受けた。

本研究の一部は、第21回日本看護科学学会学術集会で発表した。

文 献

1. 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領域. 臨床看護研究の進歩, 10: 10-21, 1998
2. Cohn, N.: Understanding the process of adjustment to disability. Journal of Rehabilitation, 27: 16-18, 1961
3. Fink, S.: Crisis and motivation; A theoretical model. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 48 (11): 592-597, 1967
4. Kubler-ross, E.: On Death and Dying. Macmillan, New York, 1969(川口正吉訳: 死ぬ瞬間 読売新聞社, 東京, 1971)
5. 本田哲三: 障害受容. 渡辺俊之, 本田哲三(編): リハビリテーション患者の心理とケア. p.14-25, 医学書院, 東京, 2000
6. Doolittle, ND.: Stroke Recovery: Review of the Literature and Suggestions for Future Research. Journal of Neuroscience Nursing, 20 (3): 169-173, 1988
7. American Nurses Association: Nursing's Social Policy Statement. 1980 (小玉香津子, 高崎絹子訳: 今改めて看護とは. 日本看護協会出版会, 東京, 1984)
8. American Nurses Association: Nursing's Social Policy Statement. 1995. (小玉香津子訳: 看護はいま: ANAの社会政策声明. 日本看護協会出版会, 東京, 1998)
9. Doolittle, ND.: Clinical Ethnography of Lacunar Stroke; Implications for Acute Care. Journal of Neuroscience Nursing, 23 (4): 235-240, 1991
10. Doolittle, ND.: The Experience of Following Lacunar Stroke. Rehabilitation Nursing, 17 (1): 122-125, 1992
11. 大川貴子: “看護者の行為”に対する患者の認知. 看護研究, 28 (2): 21-38, 1995
12. 藤田佐和, 森口美奈, 小笠原充子: 身体に不自由な障害を持ち生活再編に向かう人の経験世界. 高知女子大学紀要 (自然科学編), 45: 137-152, 1997
13. Marita, B., Kerstin, L. and Bengt, F.: Patients' conceptions of

- their life situation within the first week after a stroke event ; a qualitative analysis . *Intensive and Critical Nursing*, 12 : 285-294 , 1996.
- 14 . Dowsell, G., Lawler, J. and Dowsell, T. et al., : Investigating recovery from stroke ; a qualitative study. *Journal Clinical Nursing*, 9 (4) : 507-15 , 2000
- 15 . Burton, CR. : Living with stroke : a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2) : 301-309 , 2000
- 16 . 森 悦郎 : 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性 . *神経心理学* , 1 : 82-90 , 1985
- 17 . 二木 立 : 脳卒中患者の障害の構造の研究 (第 1 報) 片麻痺と起居移動動作能力の回復過程の研究 . *総合リハビリテーション* , 11 : 465-476 , 1983
- 18 . Alexander, MP. : Stroke Rehabilitation Outcome-A Potential Use of Predictive Variables to Establish Levels of Care. *Stroke*, 25 : 128-134 , 1994
- 19 . 百田武司 : 脳卒中片麻痺患者の身体感の記述的研究 . 広島大学大学院修士論文 , 1998
- 20 . Strauss, A. and Corbin, J. : *Basics of Qualitative Research*, Sage Publications, Newbury Park., 1990 (南裕子監訳 : 質的研究の基礎 . 医学書院 , 東京 , 1999)
- 21 . 伊藤栄一 , 奥田 聡 : 各種精神疾患に伴う精神症状の特徴と対策. *脳血管障害 . 老年精神医学* , 9 : 605-613 , 1998
- 22 . Murphy, J. and Isaacs, B. : The post-fall syndrome ; A study of 36 elderly patients. *Gerontology*, 28 (4) : 265-270 , 1982
- 23 . Vellas, BJ., Wayne, SJ. and Romero, LJ. et al. : Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age and ageing*, 26 (3) : 189-193 , 1997
- 24 . 高山成子 : 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究 . *日本看護科学会誌* ,(17) : 1-7 , 1997
- 25 . 百田武司 , 片岡初代 , 鈴木博士 他 : 脳卒中片麻痺患者の危険行動の実態と評価 . 第 4 回日本病院脳神経外科学会抄録集 : 128 , 2001

The subjective experience of the recovery process for stroke patients : From acute to recovery period

Takeshi Hyakuta¹⁾ and Masayuki Nishiki²⁾

1) Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Hiroshima University

2) Division of Nursing, Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine, Hiroshima University

Key words : 1 . stroke 2 . subjective experience 3 . nursing

The purpose of this research is to clarify recovery subjective experiences of stroke patients. Qualitative inductive research was performed using Grounded Theory as a reference. The subjects of the study were twelve patients who were urgently admitted to the hospital for seizures associated with stroke (first incidence) at 74 years of age or younger, who had a score less than FIM79 immediately after being admitted to the hospital, and who were able to verbally communicate without dementia. Interviews were consistently performed from within 1 week of the occurrence of the stroke for approximately 6 months. The results of the study showed that there were a total of 5 patterns of recovery based on changes in the aspects of "lack of comprehension", "actually feeling", "happiness", "ambivalence", and "new values", as well as the timing and frequency of periods of temporary despondency during each of these aspects. Conventionally, bouts of despondency have been considered a negative factor that hinders rehabilitation, but in this study, it was seen that after overcoming a bout of despondency, the patient not only recovered to the original level, but was able to proceed to a new level. Therefore, bouts of despondency can be perceived as an opportunity to promote recovery and suggest the need to support that opportunity with nursing care.