

原 著

脳血管疾患で片麻痺となった後期高齢者の回復期における心理プロセス

尾島 喜代美¹⁾ 伊藤 まゆみ²⁾ 矢島 正榮²⁾

¹⁾足利大学 看護学部 ²⁾群馬パース大学

要旨

【目的】 脳血管疾患により片麻痺となった後期高齢者の回復期における心理プロセスを明らかにすることである。

【方法】 脳血管疾患で片麻痺となり、回復期リハビリテーション病棟に入院中の後期高齢者を対象に、半構成的面接を行った。入院から現在までの経過を振り返ってもらい、その時々で何を思い療養生活を送っているのかという心理的内容を抽出し、修正版グラウンデッド・セオリーアプローチを用いて分析した。

【結果】 研究対象者4名のインタビューデータを分析した結果、22概念、7カテゴリーから《壊れた自己像》《自己像を作り直す作業》《未来に向かっていく自己像》の3コアカテゴリーが生成された。

【結論】 脳血管疾患で片麻痺となった後期高齢者は<捨てられない過去の自分>と《壊れた自己像》の間で葛藤し、医療者ならびに身内や親しい知人に支えられ《自己像の作り直し作業》をしながら<希望を描く>、そして《未来に向かっていく自己像》を見出すという心理プロセスを歩んでいた。喪失を繰り返し縮小する生活の中で、障害や老いに対し静かに折り合いをつけるという、後期高齢者の特徴的な心理が確認された。

キーワード：脳血管疾患、片麻痺、後期高齢者、回復期、心理プロセス

I. はじめに

我が国は世界有数の長寿国である。平均寿命は緩やかに延長を続け、平成28年には男性が80.98歳、女性が87.14歳となった。近年、健康で長生きしたいという高齢者の質の高い生への追及が社会的課題となっている。五島は“高齢者自身が老いを感じる決定的なものは何といっても、病気であり障害である”と述べている¹⁾。老年期をいかに充実して生きるかという問題と切り離せないのが、健康状態であるといえる。厚生労働省の「患者調査」によると平成26年の受療率のうち、性・年齢階級別では男女ともに75歳から急激に増加し、90歳以上が最も高くなっていた²⁾。また「介護給付費実態調査結果」によると、介護給付費の受給者（累積）の約8割が75歳以上の後期高齢者であった³⁾。老年期の前半は比較的健康状態も良好に保たれることが多く社会活動も活発であるが、老年期の後半は健康状態にも支障をきたしやすく、次第に日常生活に困難を感じるものが多くなり、医療や介護を必要とする頻度が増える。

高齢者の寝たきりの原因となっている脳血管疾患は、発症が突然であることと、一命を取り留めた場合でも重い後遺症（運動麻痺、言語障害、感覚障害、認知障害など）が残ることもある。また発症前と比べADLが低下することから生活の再構築を余儀なくされる。渡辺は“リハビリ患者の退院後の生活は、家族によって身体的にも精神的にも支えられ営まれていく。患者と家族との間の心理的相互作用はその後の患者の生活に大きな影響を与える”と述べている⁴⁾。高齢者の生活環境においては一人暮らし、高齢者夫婦世帯、子世帯の共働きなど、近年の家族構造の変化により受診支援や介護など家族の支援を受けにくいことから、障害を抱えたまま生活の場に戻ることが困難となる。エリクソンは、“80歳や90歳代になるとそれまでとは異なる新たなニーズが現れ、見直しが迫られ、新たな生活上の困難が訪れる”とし、これらの問題への的確な検討と取り組みとして、新たに第9段階を提起した⁵⁾。

国立社会保障・人口問題研究所の推計では、

団塊世代が後期高齢者となる2025年に後期高齢者数が前期高齢者数を抜くとみられており、疾病や障害を持ちながら老年期の後半を生きる人が増加することが予測される。そこで、老年期の後半で脳血管疾患により片麻痺となった人が、回復過程においてどのような心理的経験をしているのかを、丁寧に検証することが必要であると考える。

本研究の目的は、脳血管疾患により片麻痺となった後期高齢者の回復期における心理プロセスを明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 用語の定義

【心理プロセス】

本研究では、入院生活をとおして高齢者がその時々何を考えているか、その思いがどのように変化したかという心の動きを心理プロセスと定義した。

【回復期】

疾病あるいは障害を持っているが、主体的かつ社会的存在であるひとりの人間として再出発するための準備期である⁶⁾。本研究では回復期リハビリテーション病棟に入院してから退院するまでを回復期と定義した。

2. 研究対象者

回復期リハビリテーション病棟に入院しリハビリテーションを行っている後期高齢者のうち、近く退院が予定されている方を研究対象とした。対象者の選定条件として以下の4点を設定した。

- 1) 回復期リハビリテーション病棟に入院中で退院が決定しているか、退院を検討している後期高齢患者
- 2) 血管障害の初発で後遺症として片麻痺がある
- 3) インタビュー調査が可能である
- 4) 機能的自立度評価表(Functional Independence Measure : FIM評価)
 - ・運動項目（セルフケア、排泄、移乗、移動）が91点中79点以下（日常生活に介助が必要な状態）

- ・認知項目（コミュニケーション，社会的認知）のうち理解・表出・記憶が21点中18点以上（インタビュー調査が可能なコミュニケーション能力）

3. 調査方法

1) データ収集方法

(1) 診療録の調査

調査項目は，年齢，性別，病名，後遺症，インタビュー時点での入院日数，既往歴，入院前のADL，現在のADL（FIM評価），リハビリテーションの内容と目標，家族構成，退院後の生活の場とした。

(2) 面接

インタビューガイドをもとに，研究協力病院が準備した個室で半構成的面接を行った。許可を得てインタビューの内容を録音し許可が得られないものに対しては，会話の内容をできるだけ正確に記録した。インタビュー内容は，入院から現在までの経過を振り返ってもらい，その時々で何を思い療養生活を送っていたか傾聴した。研究対象者から思考が語られない場合は「その時どのように思いましたか」「なぜそのように思いましたか」「その時どのように対応しましたか」等，認知，思考，行動のレベルで問かけ，思考の言語化を促した。また，発言で不明な点は，できるだけ思っていることを明確にした。

4. 調査期間

平成24年7月～8月

5. 分析方法

分析は，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下，M-GTAとする）を用いた。M-GTAに適している研究は，社会的相互作用に関わる研究，ヒューマンケアサービスに関わる研究，研究対象とする現象がプロセス性をもっていることとされており⁷⁾，本研究はこれらの条件を満たしていると考えた。

1) データ分析の手順

(1) 概念生性

事例1のデータに目を通し，分析テーマの視点から研究対象がその時々を思いを表現している箇所に着目し，一つのバリエーション（具体例）とした。その具体例の意味内容を解釈し，定義および概念を生成した。抽出した具体例と定義および概念を1枚の分析ワークシートに記入し，理論的メモ欄を設けて疑問やアイデアなどを記入した。事例2以降は，事例1で概念化した具体例の類似例を確認し，分析ワークシートの具体例に追加記入した。さらに定義および概念がより適した表現となるよう検討を繰り返す，統合と修正を行った。

(2) カテゴリー化

生成した概念と概念の関係を検討し，カテゴリー，さらにコアカテゴリーに分類した。

(3) 結果図およびストーリーラインの作成

コアカテゴリー，カテゴリーの関係を結果図に表し，結果図を説明するストーリーラインを作成した。

2) 信頼性と妥当性を確保するための方策

(1) すべてのインタビューはトレーニングを積んだ研究者が行った。

(2) 結論の妥当性を他の研究者が確かめられるように，ICレコーダーを使用し会話の内容を記録し保存した。

(3) データ収集とデータ分析の手法を明確化し記述することで，他者の判断を受けやすくした。

(4) 質的研究の経験者である6名の看護職により，ディスカッションを繰り返した。さらに指導教員とスーパーバイザーの指導を受けながら進めた。

6. 倫理的配慮

1) A県内にあるケアミックス型病院の看護部長と，該当する病棟看護師長に対し，本研究の概要を書面および口頭で説明し研究協力の同意を得た。

2) 病院から紹介された患者に対し，以下を書面および口頭で説明し同意を得た。

- (1) 本研究の概要
 - (2) 研究への参加は自由意志であり，研究に同意後も研究への参加を断れる。そのことにより療養上の不利益は受けない。
 - (3) インタビューの録音は，承諾を得て行う。
- 3) 本研究は，研究対象者に対して「病気」や「今後の生活」に関するインタビューをすることから，研究対象者のプライバシーの保護と研究の倫理的問題について，群馬パース大学の倫理審査委員会の承認（承認番号04）ならびに研究協力病院の倫理委員会の承認（承認番号22）を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象の概要

研究対象者の概要を，表1に示した。

5名の高齢者に協力を依頼し，そのうち承諾が得られた4名にインタビューを行い，分析対象とした。対象者は，男性1名，女性3名の計4名，年齢は75歳～88歳であった。病名は脳梗塞2名，脳出血2名，後遺症として左片麻痺2名，右片麻痺1名，右不全麻痺1名であり，全員が右利き，FIMの運動領域は78～26点（部分介助～全介助），認知領域のうち理解・表出・記憶は18点～21点（部分介助～自立）であった。退院後の生活の場は，自宅を予定しているものが3名，施設を予定しているものが1名であった。

表1 研究対象者の概要

対象者	性別	年齢	病名	後遺症	入院日数	既往歴	入院前のADL	現在のADL FIM評価	リハビリの目標	家族構成	退院後の生活の場
A	女	88	右被殻出血	左片麻痺 軽度構音障害	65日	高血圧	見守り	運動：77点 認知：18点	ADLの向上 本人：先生におまかせ 介助量軽減	独居	ケアハウス
B	女	77	脳梗塞	左片麻痺 構音障害	63日	狭心症	自立	運動：28点 認知：19点	本人：歩けるようになりたい 家族：一人でトイレに行けるように	夫，長男	自宅
C	男	75	脳梗塞	右不全麻痺 軽度構音障害	60日	高血圧 糖尿病 脂質異常症	自立	運動：78点 認知：21点	歩行安定性 右上肢操作性向上	独居	自宅
D	女	82	左被殻出血	右片麻痺 構音障害	58日	なし	自立	運動：26点 認知：18点	介助量の軽減 本人：先生におまかせ 家族：日中一人で過ごせるように	夫 娘家族	自宅

2. 概念・カテゴリー

得られた質的データを分析し22概念を生成した。概念と概念の関係を検討した結果，7カテゴリーを見出した。さらにカテゴリー間の関係を検討した結果，3コアカテゴリーを見出した。以後，コアカテゴリーは《 》，カテゴリーは【 》，概念は〈 〉，概念の定義は下線，概念を代表する具体例は「 」に斜体文字で示し説明した。なお，内容の補足は（ ）で示した。

1) 《壊れた自己像》

《壊れた自己像》は，脳血管疾患で片麻痺となった後期高齢者が，突然の発病による身体機能の喪失や，今まで積み重ねてきた生活が続けられないという状況に直面し，自己像が壊れてしまうことを表す。このコアカテゴリーは【突きつけられる現実】【心理的危機】という二つのカテゴリーで構成された。

(1) 【突きつけられる現実】は，身体機能の低下や回復の限界に直面せざるを得ない状況を表す。このカテゴリーは〈日常生活動作の困難〉〈二重の苦痛〉〈見えてきた限界〉という3つの概念で構成された。

〈日常生活動作の困難〉とは，簡単な動作ができないことから生活の様々な場面でおこる困難である。

「おトイレ行ってもやっぱり人の世話にならな

いと、つかまるのにね。・・・」というように、体が思うように動かず当たり前の動作ができないことから生じる日常生活の困難な状況が語られていた。

この概念は、研究対象者全員から多くの具体例が抽出された。しかし、対象の語りからは、強い悲嘆感情を読み取ることはできなかった。

＜二重の苦痛＞とは、患側をかばうことで患側に生じる痛みなどに悩まされることである。「今右手もね、具合悪いでしょ。無理してこれ(右手)専門に使ったから、右手も痛いんですね。」というように、日常生活動作の困難と同様、高齢者にとって苦痛であることが語られていた。

＜見えてきた限界＞とは、これ以上よくならないと気づき始めることである。

「でも頑張っても限界があるから。」という、ある程度まで回復するが、その後は状態が変化しないことで、この先回復は見込めないというあきらめを含んで表現されていた。

(2)【心理的危機】は、脳血管疾患で片麻痺となる体験により、今まで安定していた状況が脅かされることを表す。このカテゴリーは＜予期せぬ発病への困惑＞＜心の痛み＞＜悲観的方向への傾斜＞という三つの概念で構成された。

＜予期せぬ発病への困惑＞とは、身体機能の低下は多少あるものの、元気に生活していたなか、予期せぬ病気で倒れたことへの驚きと戸惑いである。

「月に1回病院に通ってたんです。・・・だからそんなに急にくるようなあれ(急に病気になる様子は)はなかったんだと思うんですけど。まあ、どういうわけだかそうなって(原因はわからないが病気になってしまった)。」というように、脳血管疾患により片麻痺となった高齢者が“元気だった私がなぜ病気に”という感情を表している。予定外の出来事で人生設計が壊れたことへの困惑があると考えられる。この感情は時間が経過した回復期もなかなか消えない想いとして語られていた。

＜心の痛み＞とは、こんな病気になってしまい、過去の自分でなくなったことへの悲しみである。

「皆さんが動く姿を見ると幸せそうで、だって動けることが一番幸せでしょう。病気になって悪かったと思います。家族に迷惑をかけるから。」というように、自己像が壊されたことによる、精神的な苦痛、悩み、悲しみが表現されていた。

＜悲観的方向への傾斜＞とは、これからの生活を前向きに考えられず、悪い方向に考えてしまうことである。

「これまでの人生でやれることはやってきたから、早く死にたいとか、いろいろなことが浮かんでくるんです。」というように、これからの人生に希望が持てない状況であり、悲観的感情が語られていた。

2) 《自己像の作り直し作業》

《自己像の作り直し作業》は、日々のリハビリテーションに取り組むことや自分を療養生活に適応させながら、壊れた自己像を修正していくことを表す。このコアカテゴリーは【頑張る】【適応しようとする】という二つのカテゴリーと＜回復を実感する＞という概念で構成された。

(1)【頑張る】は、目標を持ちリハビリテーションに励むことを表す。このカテゴリーは＜歩けることが目標＞＜リハビリに取り組む＞という二つの概念で構成された。

＜歩けることが目標＞とは、どんな形でもよいから歩けるようになりたいという強い願いである。

「やってみたいことはないです。足がよくなってほしいです。それだけです」「両足が立って歩けるようになることが目標です。それしかないがね。」などのように、自分がしたいことや希望する生活という目標ではなく、歩けるようになりたいという強い思いが語られていた。

＜リハビリに取り組む＞とは、毎日のリハビリテーションはつらいが、このつらさを乗り越えればよい方向に向かうと考え取り組むことである。

B氏「毎日毎日をね、自分ではああ、これができるようになったと思うんですね。でもちょっと何か体の調子が悪いとだめなときもあ

りますけどね。それでもまた練習して、また一から出直せばいいやと思って、頑張れば報いられると思う。」というように、高齢者はリハビリテーションを続ける努力をしていることが表現された。

(2)【適応しようとする】は、高齢者が療養生活をする上での対処方法を表す。このカテゴリーは<満足する><良い患者となる>という二つの概念で構成された。

<満足する>とは、治療や療養環境、人的環境に満足していることである。

「看護婦さんがよくまあしてくれて、やってくれるんでありがたいんですよ。」というように、今の状況に満足していると感じている状況を表現している。

<良い患者となる>とは、迷惑をかけないよう医療者の言うことを聞くことである。

「(昼間はトイレに行けるようになったが)「夜だけちょっと(おむつ)しておきましょう」って看護師さんがね、(おむつを)してくれるからね。そうすると間違っても世話ないから。」というように、他人に迷惑をかけたくないという気兼ねがあることや、医療者の言うことを聞くことで療養生活を円滑に送ろうという行動が表現されていた。

<回復を実感する>とは、カテゴリーに属さない単独の概念で身体が少しずつ動くようになることを実感することである。

「(リハビリは)大変でもないです。いろいろ進歩してます。前なんて立てなかったのが立てるようになったし。」というように、身体が思うように動かない時と比較したり、小さなことでできることが増え、回復を実感していることを表現していた。

3) 《未来に向かっていく自己像》

《未来に向かっていく自己像》は、自己像を作り直すことで今の自分で生きていけると希望を持つことができ、退院後の生活について見通しを付けられるようになることを表す。このコアカテゴリーは【折り合いを付ける】【これからの生活見通し】という二つのカテゴリーから構成された。

(1)【折り合いを付ける】は、過去の自己像をつくり直しながら、今ある自分で良いと思えることを表す。このカテゴリーは<少しでも良くなれば上等><今までの生活を手放す>という二つの概念から構成された。

<少しでも良くなれば上等>とは、元の身体に戻る(元のように完全に治る)ことを望むのではなく、少しでも回復し自分でできることが増えたことを喜んでいることである。

「私にしたら左はもともと利き手ではないからね、こっちが利き手なんだから左だって利けばね上等だと思ってね。」というように、今までのような生活ができないことを受け入れ、多くを望まず、今よりも体が少し動けば良いと思えることを表現していた。対象者の語りからは、葛藤や苦しみは読み取れなかった。

<今までの生活を手放す>とは、身体状況により今までのような生活ができないことを考え、自分が大切にしてきた物や生活習慣を手放していくことである。

「入院するまでバイクに乗って、〇〇でもどこでも行ってたんですよ。でももう免許も返さなくてはね。」というように、今までの生活を手放すことへの寂しさを含んで表現されていたが、手放すことへの抵抗は読み取れなかった。

(2)【これからの生活見通し】とは、退院後の生活の見通しを付け、自分の能力に合わせた生活をイメージしていくことを表す。このカテゴリーは<新たな生活への決意><生活構造の見直し><自分なりの退院準備>という三つのカテゴリーで構成された。

<新たな生活への決意>は、身体状況に合わせ、できる範囲で自立した生活を送ろうと決意することである。

「まーここもいいですよ。こんないいところもないもんね。こんないいところないけど、浦島太郎になっちゃうから(退院して元の生活の場に戻らないといけないと考えている)」というように、退院して新たな生活を送ることへ、自分の気持ちを向けようとしていることを表している。

<生活構造の見直し>とは、自分の身体状況に合わせた生活を考えることである。

「何かこの宅急便のお弁当(給食サービス)が、妹があるなんて言ってね。それとあとなんだっけ、よく掃除してくれるそういうの(ホームヘルプサービスを)頼んで生活したいと考えています。」というように、高齢者は社会資源を使いながら生活再構築する方法を考えていた。

＜自分なりの退院準備＞とは、退院後の生活を想定して必要なリハビリテーションをすることである。

「自分が帰るためのね、準備ですからね。何かうちへ行ってもできないよりも、ここで教わって、それでマッサージしてもらったりして体を柔らかくしてもらって。」というように、障害との戦いではなく帰るための準備として、今できるリハビリテーションを積極的に行い、退院後の生活に備えることを表現していた。

4) 【医療チームのサポート】

【医療チームのサポート】は、多職種が専門的な立場で高齢者を支えることを表す。このカテゴリーは＜日常生活動作を補ってくれる＞＜機能回復を支援してくれる＞＜退院に向けて調整を受ける＞という三つの概念から構成された。

＜日常生活動作を補ってくれる＞とは、日常生活動作の困難を医療者が補って援助してくれる医療者のことである。

「(トイレで排泄をするとき) そうすると看護師さんがね、下ろしてくれる。下ろしてくれて、それで用事済ませて・・・立たせてもらって、それで立ってて、看護師さんがパンツをぱっと上げて。」というように、具体的にどの動作が困難で、どのように援助を受けているかを表現していた。また、“看護師さん”というように人が前面に出て表現されていた。対象者の語りからは、援助を受けることに対する否定的な発言はなかった。

＜機能回復を支援してくれる＞とは、機能回復を促進するための支援を行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のことである。

「私にしたら左はもともと利き手ではないからね、こっち(右)が利き手なんだから、左だつて利けばね上等だと思っただけ、そしたら先生

方はね左も利くようになって、一生懸命ね、左側してくれたからよかったはよかったんですよ。」というように、医療者が自分のために親身になってくれることを全面に出して表現していた。

＜退院に向けて調整を受ける＞は、医師、MSW、看護師長などの医療者の間で、自分の退院に向けての話し合いをしてくれることである。

「1階のそういった(相談室)何か進行を進める(退院調整など)〇〇さん(MSW)つうのがいるんですよ。その人が〇〇先生(主治医)に話しておくつうんで。あとは師長つうんですか。その人とも話して(退院について)相談して。」というように、医師、理学療法士、MSWなどが、退院に向けて自分のためにサポートしてくれていることを表した。

5) 単独で説明力のある概念

カテゴリー・コアカテゴリーを構成しないが、単独で説明力のある概念として、＜捨てられない過去の自分＞＜希望を描く＞＜一緒に喜ぶ＞という三つの概念が生成された。

＜捨てられない過去の自分＞とは、発症前の元気な自分を描き続けてしまうことである。

「こんなになっちゃたけど、入院前は全部してました。家業のことと家事すべてです。」という、発病により分断された生活、過去の元気な頃を捨てられない感情を表現していた。

＜希望を描く＞とは、残された人生をこんな風に生きていきたいという希望である。

「まあ人に迷惑をかけないように元気でね、病気になんないようにね、そういう風に暮らして大往生して、それなんですよ。」というように、目の前にある小さな希望や置かれた状況の中で目標を持っていることが表現されていた。また、それを心の支えにしていることが含まれた語りであった。

＜一緒に喜ぶ＞とは、身内や親しい知人に回復を喜んでもらうことで、さらに回復を実感し喜ぶことである。

「嬉しかったですよ。一番先妹が来てね「あれえ歩ける」なんて、もうねびっくりしてね。あん

なに喜んでくれるから自分だってうれしいんさね。」というように、自分のことのように喜んでくれる人がいることが、高齢者にとって喜びでもあることが表現されていた。

3. 結果図・ストーリーライン

1) コアカテゴリー、カテゴリー、概念の関係を結果図として図1に示した。

2) 結果図を説明するストーリーラインは以下のとおりである。

高齢者は、それまで積み重ねてきた生活や、様々な経験により作られた自己像をもって居る。脳血管疾患で片麻痺となるという体験は、身体的な機能の障害により、長年続けてきた生活の連続性を分断されることを意味し、入院前の元気だった自分は、<捨てられない過去の自分>となる。

断ち切られた過去の自分を振り返るとき、“なぜ、自分はこんな病気になったのか”と考える。高齢者にとって、突然の発病により体の自由を奪われたことは大きな戸惑いであり、発病から

時間が経過した回復期にも<予期せぬ発病への困惑>を抱いている。発病により過去、現在、未来の自分が分断されることは、<心の痛み>となる。さらに病気の自分を責め、将来への希望を持ってないという<悲観的方向への傾斜>となり、高齢者は【心理的危機】を経験する。日々の療養生活では、身体が思うように動かないことから、食事をとること、トイレに行き排泄すること、車いすに乗ること、体を洗うことなど今まで当たり前に行っていたことができないうという<日常生活動作の困難>を感じる。さらに患側をかばうことで生じる健側の痛みにより<二重の苦痛>を受けたり、リハビリテーションを続けるうちに<見えてきた限界>を感じることで【突き付けられる現実】に直面する。これらは《壊れた自己像》となり高齢者は<捨てられない過去の自分>との間で葛藤する。

身体的にも精神的にも苦しい状況に置かれた高齢者は<日常生活動作を補ってくれる><機能回復を支援してくれる><退院に向けて調整を受ける>という自分のために動いてくれる

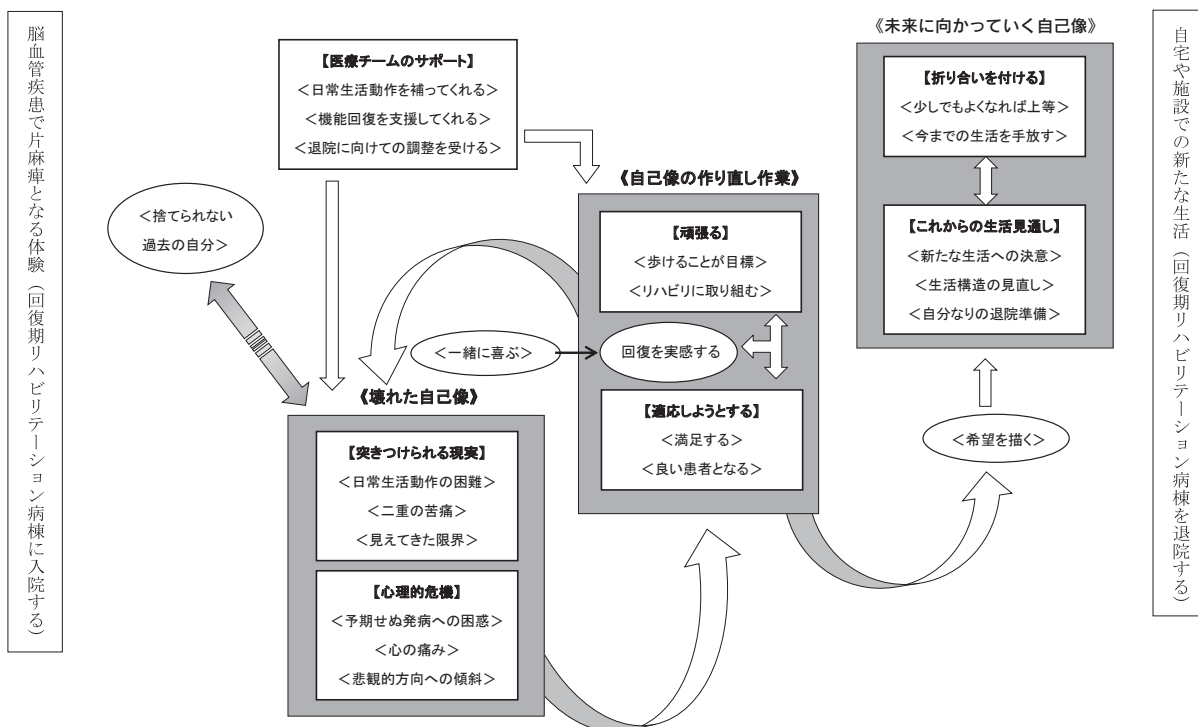


図1 結果図：脳血管疾患で片麻痺となった後期高齢者の回復期における心理プロセス

【医療チームのサポート】に支えられながら少しずつ《自己像の作り直し作業》へ向かっていく。まだ自分の未来に希望を見いだせない高齢者は、〈歩けることが目標〉という目の前のことに焦点を当てくりハビリに取り組むことを【頑張る】。また、ささいなことでもありがたいと思ひ、自分の置かれている状況に〈満足する〉。その反面、療養生活を円滑に送るために医療者の言うことを聞き、〈良い患者となる〉ことで療養生活に【適応しようとする】。〈回復を実感する〉ことはくりハビリに取り組むことや〈満足する〉ことを促進し、これらは相互に影響しながら徐々に高齢者の自己像を修正していく。さらに身内や親しい知人の〈一緒に喜ぶ〉という反応が、高齢者自身の喜びにつながり〈回復を実感する〉ことを後押ししている。

《自己像の作り直し作業》は《壊れた自己像》との間を行きつ戻りつしながら、過去の自己像から現在の自己像へと作り直され、今ある自分を徐々に受け入れる。高齢者は分断された生活を未来へとつなげる作業を続け、徐々にその人なりの〈希望を描く〉ことができるようになる。そしてどんなささいなことでも〈少しでもよくなれば上等〉と思ひ、〈今までの生活を手放す〉というさみしさと仕方ないという思いを持ちながら、自分の置かれた状況に【折り合いを付ける】。そして、過去を振り返るのではなく前を見ながら進もうとする。これは〈新たな生活への決意〉につながり、具体的に〈生活構造の見直し〉や〈自分なりの退院準備〉をするという【これからの生活見直し】をつけている。後期高齢者はこれらの心理プロセスをとおして、脳血管疾患で片麻痺となり一度断ち切られた過去、現在、未来の生活をつなげながら、今ある自分を受けとめ《未来に向かっていく自己像》を見いだしている。

IV. 考察

本研究で明らかとなった後期高齢者の心理プロセスは、障害を受容するプロセスと類似していると考え、コーンの危機モデルと比較して考察する。

1. 《壊れた自己像》

突然脳血管疾患で片麻痺となる体験は、危機的状況として、不確かな未来に生き続けるであろう自己を揺るがすものであった。岡本は、病気を突発的に起こる予測不可能な危機とし“このようなできごとは、予期せぬものであっただけに、心に与えるインパクトは強く、その影響が長く残ることも少なくない”と述べている⁸⁾。〈予期せぬ発病への困惑〉で表現されたとおり、高齢者にとっても大きな衝撃であり、その影響が急性期を経て回復期に入っても続いていたと考える。

《壊れた自己像》は、コーンの危機モデルにおける悲嘆の段階と類似していた。小島によれば“悲嘆の段階では、障害が否定しようのない事実として患者の前に立ちはだかり、その重大さを認めざるを得なくなる。そのため人生設計・希望がことごとく阻害されることに衝撃を受け、混乱をきたし、深い悲しみや無気力、自棄的傾向が強くなる”とされている⁹⁾。岡本は、大病に罹ることを“これまでいわばあたりまえのように持っていた将来に対する見通しが崩壊し、自分自身のあり方の基盤が揺らいでしまう体験である”と述べている⁸⁾。本研究における高齢者の語りは淡々としたもので、悲嘆の感情を強く表現することはなかった。これは、高齢者の生活が縮小していく段階にあり、もともと発展的な自己を描いていないことが影響しているのではないかと考える。

2. 《自己像の作り直し作業》

《自己像の作り直し作業》は、コーンの危機モデルにおける防衛/回復への努力の段階と類似していた。小島は“回復への努力の段階は、抑うつ、逃避、退行などの心理的防衛反応を起こすが、回復・適応への努力が行われ出す時期である”としている⁹⁾。本研究においては、逃避、退行を示す語りはなく、むしろ適応への努力に近いと考えられる。

〈歩けることが目標〉というように目の前の達成可能な目標に向かってリハビリテーションを行っていた。長い人生の中で幾度となく苦難

を乗り越えてきたこと、苦難に直面するたびに自己像を見直してきた経験が、影響しているのではないかと考える。

百田は“脳血管疾患の回復に影響を及ぼす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おり、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回復に影響している”と述べている¹⁰⁾。また梶谷は、同疾患患者との交流を障害受容プロセスの関連要因としている¹¹⁾。しかし、本研究における後期高齢者の語りからは、同じ疾患の患者を意識する表現や、自ら他者と交流し病気に関する情報を集めるという行動はみられなかった。高齢者は他者と自分を比較し自分の状況を判断するのではなく、過去の自分と比較し自分の状況を判断する傾向があるのではないかと考える。また、医療チームのサポートは、患者の回復やリハビリテーションの意欲を支えるために重要なものとなっていた。このように、支援をしてくれる医療者を全面に出して語っていたことから、高齢者にとっての人間関係は、身内や親しい知人ならびに主治医やリハビリ担当者というように、自分と一対一で関わる関係に限定されているからではないかと考える。医療者は、高齢者に寄り添い、温かな関わりの中かで支援をしていくことが必要である。さらに、＜一緒に喜ぶ＞という概念で表されるように、医療者だけでなく身近で心配してくれる身内や親しい知人の存在が回復に影響を及ぼし、リハビリテーションへの意欲や療養環境に適応することを促進していた。梶谷は、夫婦関係、兄妹関係における重要他者との支持的・保護的・共感的関係が患者の精神的葛藤をやわらげる要因と述べており¹¹⁾、看護者は高齢者と家族のつながりを維持できるよう支援することが必要である。

回復期リハビリテーション病棟に入院中の患者を対象とした研究では、治療やリハビリテーションの不十分さがライフの再生の困難さの要因とされる¹²⁾。本研究においては、リハビリテーションや治療の不十分さに対する語りは抽出されず、医療やリハビリテーションに＜満足する＞語りが多く見られた。これは、他の年代が機能

回復を促進するための医療やリハビリテーションを求めるのに対して、高齢者は治療・リハビリテーションの内容や技術面だけでなく、自分のために親身になってくれる人の存在が重要であることを示している。さらに、研究協力病棟における看護とリハビリテーション体制の充実が影響していると考えられる。その反面、＜良い患者となる＞という概念で示されるように、医療者の言うことを聞き、自分の要求をなかなか表現しない高齢者の姿が見いだされた。五島は“心身の疾患のために入院すると、患者としての「役割行動」をとらねばならず、これは、患者が自分が病気であることを自覚し、それを容認すると同時に、よくなろうと望む”としている¹⁾。高齢者が本当に求めていることは何かを認識し関わっていくことが重要であり、高齢者に気持ちを向けていることが伝わるような、きめ細かなケアが必要である。高齢者の自立と依存のバランスを取りながら丁寧に関わることが、自己像の作り直し作業を促進していくと考える。

3. 《未来に向かっていく自己像》

《未来に向かっていく自己像》は、コーンの危機モデルにおける適応の段階へ向かっていると考える。この段階では、＜今までの生活を手放す＞で表されるように仕方のないこととして未来の自分が語られていた。高齢者の語りからは、今までの生活を手放すことへの強い悲しみや抵抗を読み取ることはできなかった。老年期は喪失を繰り返し、手放さなければならないものが多くなる。長い人生の中で手放すことを何度も経験していることが、折り合いをつけることを容易にしているのではないかと考える。

エリクソンは“老年期の人たちは自分たちのこれからの生きる時間を、特に何かやり遂げる機会として見ていない、むしろ、生き続けること自体が本質的に一つの成就を意味する”と述べている¹³⁾。生き続けることに意味を見いだし、危機的状況の中で葛藤しながら人生を統合し、英知を獲得する方向に向かっていると考える。

IV. 結論

脳血管疾患で片麻痺となった後期高齢者は、〈捨てられない過去の自分〉と《壊れた自己像》の間で葛藤し、医療者ならびに身内や親しい知人に支えられ、《自己像の作り直し作業》をしながら〈希望を描く〉、そして《未来に向かっていく自己像》を見いだすという心理プロセスを歩んでいた。このプロセスは、障害受容理論の各段階と類似した経過をたどっていたが、障害に対する受け止めが他の年代と異なっていた。喪失を繰り返しながら縮小していく生活の中で、障害や老いに対して静かに折り合いをつけていくという、高齢者の特徴的な心理プロセスが確認された。

V. 研究の限界

本研究はM-GTAの理論特性上、回復期にある脳血管疾患で片麻痺となった後期高齢者について説明力を持つという、方法論的限定を持つものである。研究対象者が4名と少数であったため、十分な理論的飽和化に至っているとはいえない。さらに後期高齢者を対象としているため、研究対象者の語りを解釈する際、インタビュー時に確認できた範囲で研究者が内容を補足した。補足した内容については、インタビュー時に確認できた事項にとどめているが、対象者の認識を完全に解釈できたとは言い切れない。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に感謝いたします。

引用文献

- 1) 五島シズ, 三宅貴夫編. 老いて病む人への看護第2版. 医学書院; 1994.44-47.
- 2) 国民衛生の動向2017/2018. 厚生労働統計協会; 2018.88.
- 3) 図説 国民衛生の動向2017/2018. 厚生労働統計協会; 2018.97.
- 4) 渡辺俊之, 本田哲三. リハビリ患者の心理とケア. 医学書院; 2000.9.
- 5) E.H. エリクソン, J.M. エリクソン. 村瀬孝雄,

近藤邦夫訳. ライフサイクルその完結. みすず書房; 2001.151.

- 6) 石鍋圭子. 回復期 (移行期) にある患者の特徴. 森田夏実, 大西和子編. 経過別看護第2版. メヂカルフレンド社; 2011.111.
- 7) 木下康仁. グラウンデッド・セオリーアプローチの実践. 弘文堂; 2009. 89-90.
- 8) 岡本祐子. アイデンティティ生涯発達論の展開. ミネルヴァ書房; 2007.16, 100-101.
- 9) 小島操子. 看護における危機理論・危機介入. 金芳堂; 2004.66-68.
- 10) 百田武司, 西亀正之. 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—. 広島大学保健学ジャーナル, 2002; 2(1): 41-50.
- 11) 梶谷佳子. 脳卒中患者の障害受容プロセスと関連因子. 神戸市看護大学短期大学部紀要. 1997; 16: 113-121.
- 12) 渡邊敏恵. 脳血管疾患患者のライフの再構成の過程とそれに影響する要因に関する縦断的研究. 科学研究費補助金研究成果報告書. 2011.
- 13) E.H. エリクソン, J.M. エリクソン, H.Q. キヴニック. 朝長正徳, 朝長梨枝子訳. 老年期 生き生きしたかかわりあい. みすず書房; 1990.68.

Psychological processes during convalescence of the old-old with hemiplegia due to cerebrovascular disease

Kiyomi Ojima¹⁾ Mayumi Ito²⁾ Masae Yajima²⁾
¹⁾ Department of Nursing, Ashikaga University ²⁾ Gunma Paz University

Abstract

【Purpose】 The purpose of this study was to investigate psychological processes during convalescence of the old-old with hemiplegia due to cerebrovascular disease.

【Methods】 In this qualitative and inductive study, interviews were conducted with the old-old who were hospitalized with hemiplegia due to cerebrovascular disease and were recovering on rehabilitation wards. The patients responded to questions about their lives during recuperation since becoming hospitalized. Transcribed interview data were analyzed for their psychological content using a Modified Grounded Theory Approach.

【Results】 Analyses of the interviews with 4 patients generated 22 concepts and 7 categories, from which 3 core categories emerged: "destroyed self image," "reconstruction of self image," and "self moving forward."

【Conclusion】 We found that the old-old with hemiplegia due to cerebrovascular disease typically followed this psychological process: they experienced a conflict between an "unforgettable past self" and a "destroyed self image," received support from health care providers, relatives and close friends, "developed hope" while "reconstructing a self image," and then found a new "self moving forward." Characteristic psychological feature observed from the old-old was that they calmly reconciled their disorder and old age in the context of repeated loss and resolution.

Key words : cerebrovascular disease, hemiplegia, old-old, convalescence, psychological processes