

原著：秋田大学保健学専攻紀要20(2)：11 - 19, 2012

## 脳血管障害による身体機能障害のある高齢者のライフスタイル再編成の過程

新 山 真奈美\* 鈴 木 圭 子\*\*

### 要 旨

脳血管障害による身体機能障害をもつ高齢者のライフスタイル再編成の過程を明らかにすることを目的に、60才以上の脳血管障害患者16名を対象に半構成的面接法によるインタビューを行った。インタビュー結果は、GlaserのGrounded Theory Approachにおける継続的比較分析法を参考にし、質的帰納的分析を行った。脳血管障害による身体機能障害をもつ高齢者のライフスタイル再編成の過程には、[生きた心地がしない] [身動きがとれない] [運命に任せるしかない] [支えられて生きていく] [人のお世話になる] [障害と共に生きていく] [希望を探求する] [自分らしさを取り戻す] [自分の生きる道を自分で決める] のコンセプトがあり、これらは {疾患や障害をもったことを確認する過程} {他者との関係性を構成する過程} {新たな価値観を得て再編成していく過程} {意志決定していく過程} に分類された。この過程におけるコアカテゴリーとして【自己決定】があり、患者は葛藤や不安を抱きながらも、様々な局面で自己決定を繰り返し、ライフスタイルを再編成していた。

### 緒 言

脳血管障害は、高齢者において発症率が高く、特に脳血管障害に起因する運動麻痺を代表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、高齢者の生活様式（ライフスタイル）に大きな変化をもたらすことになる（百田ら、2002）<sup>1)</sup>。高齢者自身がこの状況をどのように受け止めるかは個人により異なるが、特に運動麻痺による身体的変化に高齢者は戸惑い、混乱や不安を来しやすい（横山ら、2008）<sup>2)</sup>。これまでできたことができなくなり、高齢者にとって他者からの援助を受けることは自尊心の低下につながり、感情の不安定、将来に対する不安を増加させる。発症前の自己の生活習慣の歪みに対する後悔、身体機能の改善が思うように進まないことへの葛藤や落胆は、高齢者の療養生活の継続や意欲にも影響し、認知機能の障害、ADL回復の遅延、生活の質の低下にもつながる（細田、2006）<sup>3)</sup>。このような状態からの回復過程においては、高齢者には身体機能障害により

引き起こされる様々な心理的葛藤を乗り越え、障害をもちながらも生活上の変化に対応していくためのライフスタイルの再編成が必要とされる。

従来脳血管障害患者の回復過程における看護の方向性としては、「障害をも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受容を目指した看護援助が展開されてきた（酒井ら、1998）<sup>4)</sup>。特に障害受容に関しては、これまでCohnの障害受容のプロセス<sup>5)6)</sup>やFinkの危機モデル<sup>7)</sup>などの理論を演繹的に用いたものや、自尊感情<sup>7)8)</sup>の視点から行われたものが多い。これらの障害受容は、いずれも衝撃から始まり、落胆を経て適応に至る段階的な過程であるのが特徴である。しかしこれらの理論に対して本田（2000）<sup>9)</sup>は、その結論がどのように抽出されたのか不明確なこと、各時期の期間やリハビリテーションとの関係が不明確なこと、これらのモデルが元来、脳血管障害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理論ではないことを指摘している。またDoolittle（1998）<sup>10)</sup>は、脳血管障害患者

\* 秋田県立衛生看護学院

\*\* 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 地域・老年看護学講座

Key Words: 脳血管障害

高齢者

ライフスタイル再編成

自己決定

の回復過程に関する従来の研究の多くは、医療従事者の視点から見たものであり、高齢者の体験についてはほとんど知られていないこと、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、研究として高齢者の主観的体験に焦点が当てられた研究は少なかったと述べている。この脳血管障害患者の主観的体験に焦点を当てた研究の一部は、発症初期や回復期における、ある一時点の横断研究<sup>11)12)</sup>であり、発症初期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<sup>13)</sup>もあるが、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明確にはされていない。更に抽出された体験の内容は、身体機能障害に起因するにも関わらず、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不足している。American Nurses Association<sup>14)</sup>が1995年に発表した『看護の社会政策声明』においても、健康と病いに対する人間の経験と反応や高齢者またはその集団の主観的体験の理解から得た知識と、客観的データを統合する必要性が強調されている。このように、高齢者の主観的体験に着目しその体験を体系化することで、高齢者固有のライフスタイル再編成につながる看護援助の新たな方向性を見出せると考える。

障害をもった高齢者がどのように生活を再編成するのかには周囲のサポートや環境も影響しており、障害の受容に留まらない生活全体に目を向けた看護支援とそのための理論的基盤が必要とされている。そこで本研究では、高齢者の主体的な治療・療養生活への取り組みをサポートするという視点から、脳血管障害発症後にある高齢者の強い心理的葛藤とその後の生活において、ライフスタイル再編成に至る、その過程を明らかにすることを目的とした。

なお、本研究において、「ライフスタイル再編成」(辻ら, 2008)<sup>15)</sup>とは、身体機能障害により引き起こされる心理的葛藤を乗り越え、障害をもちながらも生活上の変化に対応し生活様式を立て直していくことと定義した。

## 方 法

### 1. 研究デザイン

半構成的面接法によるインタビュー内容から、脳血管障害による身体機能障害をもつ高齢者のライフスタイル再編成の過程を明らかにする質的帰納的研究である。

### 2. 研究対象

インタビューの対象者は、A県B病院に入院した脳血管障害による身体機能障害を有する60才以上の患者16名である。身体機能障害は、麻痺があり、リハビリテーションを行っている者とした。麻痺の程度に関しては基準を設定していない。失語症、認知障害等を有する者は対象としなかった。インタビュー開始後、退院し外来通院もしくはA県C病院へ転院となった場合も、患者の同意を得た上でインタビューを継続して行った。

### 3. 調査期間と方法

インタビューは2009年4月～9月に実施した。事前にB病院及びC病院の病院管理者及び看護管理者に対し、文書及び口頭で研究の主旨と倫理的配慮について説明し、調査への協力及び対象患者の選定について依頼した。この手続きにより面会可能になった回復期(病日10日目以降で、機能訓練を行っている時期)の患者に、病棟管理者より筆者を紹介してもらった。筆者が直接、患者及びその家族に対し、研究の主旨と方法、倫理的配慮について文書と口頭で説明し、同意が得られた対象に半構造的面接法によるインタビューを行った。個別にインタビューを2～13回実施した。インタビュー時間は1回30分程度の予定で行った。インタビュー実施前に対象者の状況を主治医及び師長に確認すると共に、実施前・中は本人の意志・状況を確認及び観察しながら行った。インタビューガイドに基づいた内容について聞き、回答内容は本人の承諾を得てICレコーダーに録音し、逐語的に記録してデータとした。また録音内容は、録音当日中に逐語録を作成しその後速やかに消去した。

### 4. 調査内容

インタビューは、脳血管障害発症後の思いや生活についてできるだけ自由に語ってもらった。インタビュー内容は、1)基本属性と治療経過の概要、現在の身体状況、2)疾患・身体機能障害に対する受け止め、3)生活上の変化の現象と認知・対処、4)患者を支えているもの・人とその意味づけ、5)その他のサポート、を用意したが基本的には話の分脈を重視して行った。

### 5. 分析方法

本研究の脳血管障害発症による身体機能障害をもつ高齢者へのインタビューであり、データの分析には質的研究方法のGlaser<sup>16)-18)</sup>のGrounded Theory Approach(以下、GTA)における継続的比較分析法を参考にし、実施した。

### 1) Glaser 派の GTA に準拠する理由

GTA は、社会学者 Glaser と Strauss によって生み出された研究方法である。Glaser は、「データにおいて何が実際に起っているのか」を探求する重要性<sup>17)</sup>を述べ、データをコーディングする際には、コーディング・ファミリーを用いたコーディングを用い、理論的コードとしている。本研究では、身体機能障害をもつ高齢者のライフスタイル再編成の過程の理論生成を目的に、患者の言葉の意味の解釈を重視し、患者のライフスタイル再編成に向かう行動の意図を分析対象としている。その判断の拠り所は、患者の再編成に向かう行動の意図の有無である。また Glaser 派の GTA では、特に患者にとっての意味を把握することに力点を置くため、面接型調査により患者が自由に自分の思いを話せる場となりうることから、患者の言動の背景にある内的な意志を捉えようとする本研究に適切であると判断し進めた。

### 2) 分析プロセス

本研究では Glaser 派の方法論を用い以下の手順で行った。(1)インタビュー内容から逐語録を作成し、データとする。(2)データ全体に目を通した後、数行ずつ関連のある部分を抽出し、そのデータの意味を考えコーディングデータとする。(3)コーディングデータを concept-indicators work sheet に関連性を確認しながら記載する。意味内容に基づき in vivo code を抽出し、in vivo code の関係からなるコンセプトの生成を行う。(4)継続的比較分析を行い、類似例及び対極例での比較の観点からデータをみて解釈が偏ることを防ぐ。(5)分析過程で、概念図で関係性の確認を行う。(6)コーディングデータの分析がほぼ終了し、コアカテゴリーが一層明確になった時点でこの文献調査を行う。(7)類似するコンセプトを比較分類し、ライフスタイル再編成における過程を抽出し、それぞれの過程を命名した。

### 6. 分析の信頼性と妥当性

インタビューは、対象者が話った内容を確認しながら実施し、訂正や補足を受けることでデータの信頼性を確保した。また、分析結果の妥当性・信頼性の確保のために、生データをくり返し読み、期間をおいて再度分析した。データの分析過程では、Glaser 派の GTA の専門家であるスーパーバイザーにより、初期の分析段階から指導を受け、概念の生成方法から分析結果の取りまとめに至るまで、スーパービジョンを受

けた。また指導教官及びスーパーバイザーと分析テーマや患者についての理解を共有し、データのコード化及びコアカテゴリーやカテゴリーの生成、概念図の作成に至るまでサポートを受け、分析内容の信頼性と妥当性の保持に努めた。

### 7. 倫理的配慮

対象者には、研究の主旨と方法、研究への参加は自由意志であり、回答の部分的な拒否や同意書への署名後であっても研究の参加を辞退でき、そのことによる不利益は被らないこと、プライバシーの保護、録音内容は録音24時間以内に逐語録を作成しその後速やかに消去すること、また承諾が得られた場合のみ録音すること、データの厳重な保管、研究結果の公表とその際に個人が特定されない形で行うことについて文書と口頭で説明し、同意が得られた対象者のみを研究参加者とした。また研究の実施に際し、事前に主治医および診療科の医長、看護部長、看護師長に、文書と口頭で研究の目的と方法についての説明、協力依頼を行い、承諾を得た上で行った。看護師長より対象者の紹介を受け、本人に研究への協力を書面・口頭で説明し、同意書に署名を得た上でインタビューを行った。インタビューはプライバシーの守られる個室で行い、インタビュー中に対象者の表情や言動、身体症状の変化に十分配慮し実施した。インタビューの逐語録やメモでは、全て個人を特定できないように ID で記載した。スーパーバイザーに対してのデータの一部開示についても、個人が特定されないように守秘義務を履行した。

なお、本研究計画は、秋田大学医学部倫理委員会、及び B 病院と C 病院倫理審査委員会の審査を受け、承認された。

## 結 果

### 1. 対象者の背景

対象者は16名であり、平均年齢は75.5 (SD10.5) 歳であった。発症時の麻痺の程度は、完全麻痺から軽度の麻痺まで様々であった。1回のインタビューの平均時間は41.4 (SD14.9) 分、インタビュー回数は1名平均5.4回であった。16名全員から録音許可が得られた。初期のインタビューからコーディングを開始し、コンセプトの積み上げ、コンセプト同士の関係を分析するために、インタビューを入退院の状況とすり合わせながら継続した。最終的に理論的飽和を確認したのは、16名のインタビューからである (表1)。

表1 対象者の概要

ID	性別	年齢	病名	麻痺側	発症時 MMT	退院時最終 MMT	インタビュー開始 (発症からの日数)	インタビュー回数
1	女	60	脳出血	右	上下肢2/5	上肢3/5下肢4/5	52	9
2	男	68	脳出血, 脳梗塞	両側	上下肢4/5	上下肢5/5	45	5
3	男	70	脳出血	右	上肢3/5下肢4/5	上肢3/5下肢4/5	65	8
4	女	98	脳出血	左	上肢1-2/5下肢2/5	上肢1-2/5下肢4/5	57	4
5	女	88	脳出血	右	上下肢2/5	上肢2/5下肢4/5	74	4
6	女	69	脳出血	左	上下肢0-1/5	上肢2-3/5下肢4/5	16	14
7	男	70	脳出血	左	上下肢4/5	突然退院で不明	26	2
8	女	68	脳梗塞	右	上下肢0-1/5	上肢2-3/5下肢4/5	16	13
9	男	72	脳出血	左	上下肢2/5	上肢3-4/5下肢4/5	133	4
10	女	81	脳出血	右	上下肢2-3/5	上下肢3/5	142	4
11	男	61	脳梗塞	左	上肢1/5下肢4/5	上肢3-4/5下肢4/5	25	5
12	女	87	脳梗塞	右	上下肢4/5	上下肢4/5	17	3
13	女	83	脳出血	右	上下肢0-1/5	上下肢1-2/5	30	3
14	女	78	脳梗塞	右	上下肢2/5	上下肢3-4/5	10	4
15	女	84	脳出血	左	上肢1-2/5下肢3/5	上肢1-2/5下肢3/5	21	3
16	男	71	脳梗塞	左	上下肢2/5	上下肢2-3/5	13	3

\* MMT：徒手筋力テスト

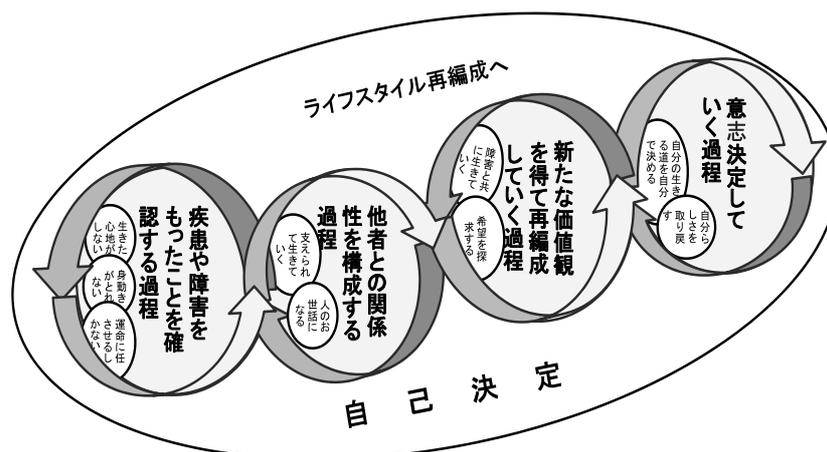


図1 概念図

## 2. 分析結果

16名のインタビュー内容から逐語録を作成し、分析過程において、概念図の作成(図1)とコーディングデータの仮説の理論的メモ書きを行い、意味内容を確認した。「自己決定」をコアカテゴリーとし、最終的には9のコンセプトが浮上した。更に浮上したコンセプトを整理、類似するコンセプトを比較分類し、ライフスタイル再編成における4過程を抽出した。これらは順番に経過するのではなく、それぞれが行き来するという経過を辿っていた。

以下、コアカテゴリーは【 】, 経過 { }, コンセプトは [ ], in vivo codeは , コーディングデータは《 》として記載した。

なお、本研究において「自己決定」とは、自分の生

き方や生活について、自らが関わることを自分自身で決めることと定義した。

### 1) 疾患や障害をもったことを確認する過程

{疾患や障害をもったことを確認する過程}では、[生きて心地がない] [身動きがとれない] [運命に任せるしかない] という感情を患者は抱いており、患者は疾患や障害をもったことによる葛藤を強く抱く過程であった。[生きて心地がない]は どうにもならない運命 傷つきやすい心 動かない手足 監視されている生活 静かで寂しい夜 針のむしろの気分 大変な病気をしてしまった 地に足がついていない 心が砕かれる 家族の一員になれない 生き

た感じがしない の11コードがあった。《この手は腐っている》《動かない手足は役立たず》《死にたいけど、自分で死ぬこともできない》《麻痺は治らない》のような過去に経験したことの無い強い苦痛を感じていた。[身動きがとれない]は、医師、理学療法士、作業療法士の間に挟まっている 家族を巻き込む大変な病気 家族が期待する身体 夫の思いを受け止められない板挟み 家族の思いに追いつめられている 家族と関わりたい 家族の思いに応えたい 医師の言動に戸惑っている 言われるがまま逆らえない の9コードがあった。《このまま帰ると足手まといになるから帰れない》《医療者の治療方針が異なり悩む》《医者言葉を引きずる》から、「患者」と「家族」、「患者」と「医療者」といった他者との関係性に苦しんでいる側面であった。[運命に任せるしかない]は、大人しく医師の指示に従う まな板の上の鯉 抑制された生活 自分にとって転院の意味 退院後、寝たきりになる の5コードがあり、患者は疾患や障害をもったことによる葛藤を強く抱いていた。《生きていくのが難しい》《今は耐えるしかない》《受け止めるしかない》のように、他者に従う以外に方法がないという側面であった。

## 2) 他者との関係性を構成する過程

{他者との関係性を構成する過程}では、[支えられて生きていく] [人のお世話になる]の、生きていく上での他者の支援が関係する語りがあった。[支えられて生きていく]は、病院は安全な居場所 リハビリスタッフは一番の理解者 患者の思いをつなぐナースコール 看護師の存在による安堵 看護師に気持ちを伝えられないストレス 使えないナースコール 心の支えは夫 医師に命を任せる 仲間がここにいる 看護学生の支えで頑張れる 家族に支えられる自分 人との関係性で生きていく の12コードがあった。《自分の障害や思いを分かってくれる存在》《医者は神様》《すべて医者に任せる》《尿でナースコールを押すのが申し訳ない》《一番の苦痛は排泄だった》《ナースコールを鳴らしてもすぐに来てくれないなら自分でやってみよう》《自分には家族しかいない》《頑張るための見本》のように他者の支援を受けながら生きていこうとする側面であった。[人のお世話になる]は、大切な嫁の存在 障害を遺した自分と嫁の関係 家族に甘える 退院後お世話になる 外

泊での喜び の5コードがあった。《動いて転ぶと家族に迷惑かける》《黙って寝ている》《嫁にお任せ》の語りがあり、他者から世話を受けることで、安全感を得られると捉えている側面であった。患者が療養生活で深い関係を築いている相手は、医師、理学療法士・作業療法士(以下、リハビリスタッフ)、看護師や家族、同病者であった。

## 3) 新たな価値観を得て再編成していく過程

{新たな価値観を得て再編成していく過程}は、症状の改善を実感したり退院の方向性が見えてくると患者は、[障害と共に生きていく] [希望を探求する] 意思がみられた。[障害と共に生きていく]は、反省だらけの人生 野菜を作るところか麻痺を作る 自分の情報が知りたい 障害と生きていくための闘い 説明なしの退院への戸惑い 未知なる世界の退院への不安 の6コードがあり、《情報を手に入れたい》《この先の自分の姿に絶望、将来への不安がある》《先行き不安》《退院はよくなったからだと信じるしかない》のように、現在置かれている苦しみ、不安、迷いの状態から抜け出したい思いを抱く側面であった。[希望を探求する]は、一人で歩いている自分 一番の願いごと 希望に向けて一歩前進 夢が叶うための要素 家族の負担を軽減したい 他者への関心 リハビリテーションを継続するための源 鳥籠から旅立つ の8コードがあった。《一人でやることは自分でやる》《こんな身体でも一人でトイレに行きたい》《排泄が一人でできるようになって、やっと笑顔が出た》の語りがあった。予測できない未来に向けて、望みを持ち始める側面であった。

## 4) 意志決定していく過程

{意志決定していく過程}では、[自分らしさを取り戻す] [自分の生きる道を自分で決める]のように、障害を持ちながらも自分らしく生きていくための意志や今後の方向性を見出そうという意志が患者に存在した。[自分らしさを取り戻す]は、白紙に戻してスタートする リハビリテーションで生まれ変わる 生活の全てがリハビリテーション 人は成長する 健康な自分を取り戻したい 目標が定まったことでの気持ちの変化 の6コードがあった。《利き手が麻痺でも、その手での食事は旨い》《元気に暮らしていた頃の自分に戻りたい》《ようやくここにきて、笑えるようになった》の語りがあり、患者は自身に起

きた出来事は自分の歩むべき人生と認識し、再び危機に戻ることに葛藤や不安を絶えず繰り返す、行き来するといった変容をしながら、新しい自分を見出していた。少しずつ患者自身でできることが増え、その中から患者が新たな自分らしさを発見できる側面であった。[自分の生きる道を自分で決める]は、自分で決めた道が正しいのか分からない。これが自分の運命。つまり前に進む。諦めない決心。自分の意志を貫く。決心の外泊。自分の将来は自分で決めたい。病院から解散する。覚悟を決める。の9コードがあった。《現実を真摯に受けとめる》《自分の意志を貫く》《ようやく解散できる》《目指す自分を信じる》の語りがあり、病気であることから逃れられないと察知し、病気を自らのものとして引き受け、障害を持ちながらも自分らしく自己実現を目指す生き方を始め、今後の方向性を見出そうと取り組む側面であった。

## 考 察

### 1. 障害をもつということ

川口<sup>19)</sup>は、身体機能障害のある患者にとっての治療や看護は、手も足も動かせない、寝返りも打てないという、自分の裁量ではどうにもならない受動的な身体を患者自身に見せつけると述べている。脳血管障害を持った患者は、自由に身動きできず、まな板の上の鯉のように障害をもった身体を他者の援助から再確認していた。自分はもとの自分ではないと捉え、《今は耐えるしかない》のように自分を抑え、[運命に任せるしかない]といった決定をせざるを得なかったと考える。麻痺の手を《役立つ》《腐っている》《死にたいけど自分で死ぬこともできない》と述べ、身体機能を失い、自らの身体に対し、無いものに等しい感覚をもつに至っていた。様々な体験をしていく中で、これまでできていたことが「できない」という思いが強くなり、自分自身に失望していたとも考える。更に《麻痺は治らない》のように、リハビリテーションの効果が目に見えて現れにくいことから、闘病意欲を失う状況にあると思われる。反面、《受け止めるしかない》のような心理は、落胆体験やうつ状態に陥っても、次の局面に移行(百田ら、2002)<sup>1)</sup>するための必要な経過であるともいえる。この状況においては、患者が今の自分を見つめ直すことで、自分がどうありたいのかといった自己決定ができる支援的環境が必要であると考える。患者自身が必要とする生活全般の情報、医学的な情報、ケアや支援体制の情報(細田、2006)<sup>4)</sup>を、

より理解しやすく伝えることによって、患者が自分自身で判断し、自己決定できる環境に近づくと考える。

### 2. 他者との関係性

リハビリテーションは、患者の残存能力、潜在能力を最大限に引き出し、患者が自分らしく生活する方法を身に付ける機会となる。患者はこのリハビリテーションにおけるスタッフの支持的な関わりにより、リハビリスタッフを「一番の理解者」と捉え、[支えられて生きていく]感覚を持つに至っていたと考える。医師については、《医者様は神様》のように絶対的な存在とし、《すべて医者に任せる》とした者もいた。看護者に対しては、患者のニーズに合ったケアを受けることで、患者は安心感や信頼感を得ていた。細田(2006)<sup>4)</sup>は、看護者が関わるほど患者が変わるとしている。患者の能力を最大限生かせるようなケアにより、看護者に守られる感覚や看護者の存在による安心感の確保、孤独感からの回避など、[支えられて生きていく]感覚を獲得できると考える。正木(1994)<sup>20)</sup>は患者の援助過程において、患者自身が真に望む方向を見定め、患者が自己決定していくことの重要性を示唆している。患者がどう生きたいのか、どう生活したいのかを決定する主体は患者自身にあり、看護者は患者の自己決定できる能力をアセスメントし、支援することが重要であるといえる。また患者は家族に対して、家族を巻き込む大変な病気。夫の思いを受け止められない板挟みの感覚を持ち、《家族に迷惑かける》《黙って寝ている》のように家族への負担から患者自身の希望を表現することを控え、家族の思いに応えたいといった葛藤を抱いていたと考える。更に患者は、《医者の言葉を引きずる》《医療従事者の治療方針が異なり悩む》のように、「患者」と「家族」、「患者」と「医療従事者」といった二者間に立ち、[身動きがとれない]感覚に苦しんでいたと考える。患者周囲の人々が患者にとって最善の選択と判断しても、患者本人の真意と異なることもあり得る。看護者は、その時々患者の真意を正確につかむことは非常に難しいことに一層注意する必要がある。看護においては、患者の生活全体のバランスや患者のペースを守り、今後の生活の方向性を患者と共に見出すことが必要である。

一方、患者は、同病者を身近な存在として受け入れやすく、回復への影響に同病者の存在が関係(百田ら、2002)<sup>1)</sup>していた。患者は訓練室での同病者に関心を示し、自分の生活拡大の可能性を見つけ、新たな展望を見出そうとしていた。更に患者同士には、横断的、縦断的な交流があり、ピア・サポートが入院生活の中で自然に行われていた。新たなライフスタイルを作る上

で、このような同病者の情報交換は有益なものといえる。ピア・サポーターは、他者では決してわからない患者の複雑な心理状況を理解でき、患者の心の支えとなる存在（小野ら，2007）<sup>21)</sup>となる。患者同士の関わりによって、患者自身が現実の生活を主体的に捉えられることから、患者同士の関わりがもてる機会を医療者側がつくっていくことも重要であると考えられる。

### 3. 新たな価値観と意志決定

患者は体調の変化と共に、発病により自己の生活や人生を振り返り、病気や障害をもつ自分自身と現実を認知し、自己の限界と障害を受け入れようとしていた。これは「自分らしさを取り戻し」、「障害と共に生きていく」意志を固める過程であるといえる。人は、基本的には自分で生活の方向性を決め、他者との関係性を図りながら成長・自立に向かって努力し、さらに自分の可能性や責任を果たしたいという希望をもっていると考える。患者は「諦めない決心 自分の意志を貫く 自分の将来は自分で決めたい」という希望や目標を抱いていた。希望や目標達成のためには、患者の「障害と共に生き」る意志を固め、希望を目指し自分らしい生活を組み立てるためにも、患者一人ひとりの尊厳、価値観、独自性を尊重した援助を行うことが重要だといえる。

Travelbee, J (2003)<sup>22)</sup>は、希望の特徴として「選択に関連をもっている」「願望（何らかの事物）に関連している」と述べている。希望や目標達成の期待が大きいほど患者は、その対象に関心を払い、考え、自己決定し、行動を起こすようになる。また、自己実現の体験が得られれば、患者はさらに様々な自己決定を自ら意志できるようになるとも考えられる。患者が患者自身の価値観や希望を反映した目標を持ち、「希望を探求する」日常生活が送れるよう看護者が患者の心理を捉えることは、自己決定を尊重した看護の礎となると考える。

希望は、患者の療養生活やセルフケア行動の向上のためにも危機的状況を乗り越える動因としても欠かせないものであり、より高い健康レベルを獲得する行動を生み出す力や療養生活のエネルギー、さらには生きる力ともなりうる。そして、患者自らの生活を現在から将来を見通して時間軸の中で見つめ、再編成することを可能にするといえる。療養生活を送る上で、少しずつ患者自身でできることが増え、その中から患者が新たな自分らしさを発見できるようになることが患者の最終的な目標となり、「自分らしさを取り戻す」ためには自己決定が重要な核となっていたと考える。患者は今後の生活に対して決心や覚悟を高め、新たな可

能性を見出し、自己決定しながら生きる道を選択していたといえる。患者自身が、自分のライフスタイルや信条に合った満足のいく生活を決定できることは、「自分の生きる道を自分で決める」ことを基盤とするライフスタイル再編成につながると考える。

### 本研究の限界と課題

本研究の限界として、本研究は2施設の調査であり、発症後10日目以降からインタビューが可能な高齢者を対象としたため、結果を一般化するには限界がある。今回の結果から新たな理論的サンプリングによってその精度を上げていき、モデルとしてより成熟させていくことが必要である。

### 結 論

脳血管障害による身体機能障害をもつ高齢者のライフスタイル再編成の過程は、【自己決定】をコアカテゴリーに「疾患や障害をもったことを確認する過程」「他者との関係性を構成する過程」「新たな価値観を得て再編成していく過程」「意志決定していく過程」に分類された。また、「生きた心地がしない」「身動きがとれない」「運命に任せるしかない」「支えられて生きていく」「人のお世話になる」「障害と共に生きていく」「希望を探求する」「自分らしさを取り戻す」「自分の生きる道を自分で決める」の9のコンセプトが認められた。

### 謝 辞

本研究を進めるにあたり、研究へのご協力を快く承諾してくださいました患者の皆様、各病院の管理者、病棟ならびに外来職員の皆様、ご助言くださいました諸先生に心より御礼申し上げます。データのGT法の内容分析において、スーパーバイザーとして指導して頂きました聖隷クリストファー大学社会福祉学部教授志村健一先生に厚く感謝いたします。

本研究は平成21年度秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻修士論文の一部を加筆修正したものである。

### 引用文献

- 1) 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: 2(1), 41-49, 2002
- 2) 横山純子, 宮腰由起子: 脳梗塞患者における発症後の

- 自尊感情の経時的変化と関連要因, 日本看護研究学会雑誌: 31(1), 55-65, 2008
- 3) 細田満和子: 脳卒中を生きる意味 病いと障害の社会学, 青海社, 東京, 2006, pp99-291
- 4) 酒井郁子, 佐藤弘美・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 研究動向と実践上の課題, 臨床看護研究の進歩: 10, 10-21, 1998
- 5) 小島操子: 看護における危機理論・危機介入 フィンク/コーン/アギレラ/ムース/家族の危機モデルから学ぶ, 金芳堂, 京都, 2008, pp65-72
- 6) 城戸由美: 脳血管障害により右片麻痺を発症した患者との関わり Cohnの危機・障害受容モデルを用いて, 奈良県立三室病院看護学雑誌: 23, 101-104, 2007
- 7) 篠原純子, 児玉和紀・他: 脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因, 日本看護研究学会雑誌: 26(1), 111-122, 2003
- 8) 山内典子: 看護を通してみえる片麻痺を伴う脳血管障害患者の身体経験 発症から6週間の期間に焦点を当てて, 日本看護科学会誌: 27(1), 14-22, 2007
- 9) 本田哲三: リハビリテーション患者の心理とケア, 医学書院, 東京, 2000, pp14-25
- 10) Doolittle ND: Stroke Recovery, Review of the Literature and Suggestions for Future Research. Journal of Neuroscience nursing: 20(3), 169-173, 1988
- 11) 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), 1-7, 1997
- 12) Burton CR: Living with stroke, a phenomenological study. Journal of Advanced Nursing: 32(2), 301-309, 2000
- 13) 三毛美予子: 生活再生にむけての支援と支援インフラ開発, グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく退院援助モデル化の試み, 相川書房, 東京, 2003, pp66-171
- 14) American Nurses Association, Nursing's Social Policy Statement. 1995
- 15) 辻慶子, 間瀬由記・他: 喉頭摘出者におけるライフスタイル再編成の過程 食道発声教室参加まもない参加者を対象に, 日本看護研究学会雑誌: 31(2), 83-95, 2008
- 16) Glaser BG, Strauss AL / 後藤隆, 大出春江・他訳: データ対話型理論の発見, 新曜社 東京, 2008, pp64-106
- 17) Glaser BG: Basics of Grounded Theory Analysis. California, Sociology Press, 1992, pp22-38
- 18) Simmons OE / 志村健一訳: アクションとしてのグラウンデッド・セオリー, 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要: 6, 151-165, 2007
- 19) 川口孝泰, 阪口禎男・他: 入院患者のストレス要因に関する検討, 日本看護研究学会雑誌: 17(2), 21-29, 1994
- 20) 正木治恵: 慢性病患者の看護援助の構造化の試み, 看護研究: 27(1), 49-74, 1994
- 21) 小野美穂, 高山智子・他: 病者のピア・サポートの実態と精神的健康との関連 オストメイトを対象に, 日本看護科学会誌: 27(4), 23-32, 2007
- 22) Travelbee J / 長谷川浩, 藤枝知子訳: トラベルビー 人間対人間の看護, 医学書院, 東京, 2003, pp25-180

## Lifestyle Restructuring Processes of Elderly Persons with Physical Disabilities Due to Cerebrovascular Disorder

Manami NIIYAMA\* Keiko SUZUKI\*\*

\* Akita Prefectural Hygiene and Nursing Academy

\*\* Department of Community and Geriatric Nursing, Akita University Graduate School of Health Sciences

With the aim of elucidating the lifestyle restructuring processes of elderly persons with physical disabilities due to cerebrovascular disorder we interviewed 16 cerebrovascular disorder patients 60 years of age or over by the semi-structured interview method. We performed a qualitative inductive analysis of the results of the interviews based on the constant comparative analysis method of Glaser's grounded theory approach. The concepts "I don't feel I'm alive," "I am immobile," "All I can do is leave things to fate," "I will be living with support," "I am indebted to others" "I will be living with my disability," "I will look for hope," "I will get back my own identity," and "I will decide how I am going to live myself" were present in the lifestyle restructuring processes of the elderly persons with physical function disabilities due to cerebrovascular disorder, and these were classified into "processes that confirm having a disease and disability," "processes that form relationships with others," "processes that acquire new values and restructure lifestyle," and "decision-making processes." "Self determination" is the core category in these processes and despite experiencing conflicts and anxiety, the patients repeatedly made self-determinations in a variety of situations and reconstructed their lifestyles.