

Thinking Processes for Patients with Hemiplegia Experiencing the Possibilities of Events Leading to Fall

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/24781

転倒に至る障害たしかめ体験を行った 片麻痺患者の思考プロセス

牧野 真弓 泉 キヨ子* 平松 知子*

要 旨

本研究の目的は、転倒に至る障害たしかめ体験を行った片麻痺患者の思考プロセスを探ることである。参加者は入院中の回復期片麻痺患者13名であり、3ヶ月以内に転倒の経験者である。方法は、半構成的面接を行い、修正版グラウンデッドセオリーアプローチで分析した。その結果、4つのカテゴリーが抽出された。そのプロセスは【動機】【繰り返す】【成功】カテゴリーの循環と、【停滞】カテゴリーに分かれた。まず【動機】カテゴリーでは、《発症前の移動状況を思い描くことからくる思い》から、ある動作でのたしかめ体験実行につながり、結果として転倒に至った。転倒後、2つのカテゴリーに分かれた。【繰り返す】カテゴリーでは、たしかめ体験が成功するまで挑戦する思考を繰り返した。一方【停滞】カテゴリーでは、たしかめ体験を行おうとする思考が停滞した。【成功】カテゴリーでは、たしかめ体験の成功を《通過点としての思い》と受け止め、一動作の習得は、《片麻痺者としての移動動作を再構築していく過程》となり、一つの成功に満足せず、別のたしかめ体験実行のため、再び【動機】カテゴリーに戻る循環が見出された。

以上より、患者が思考プロセスのどこにいるかアセスメントし、成功体験を支援することの重要性が示唆された。

Key words

stroke recovery, hemiplegia, fall, experiencing the possibilities, rehabilitation

はじめに

片麻痺患者の転倒は、一般に健常者の2.2倍と報告されている¹⁾。脳卒中の後遺症である片麻痺患者は、片麻痺以外に認知障害や半側空間無視などの高次脳機能障害を合併することが多く、運動やバランスの障害に加え、感覚器や協調運動の障害・認知力の障害を合併することが関係している。片麻痺患者の転倒の実態について、回復期に25-37%と最も多く転倒し、半数が2回以上と繰り返し転倒している²⁻⁴⁾。

このような片麻痺患者の転倒予防対策には、入院時にアセスメントツールをつけて対策を立てること⁵⁾や、歩行や移動時に必ず付き添うこと、センサーマットの使用など⁶⁻⁷⁾の様々な工夫が取られている。これらは全て医療者の側から片麻痺患者を捉えた予防対策である。

一方、片麻痺患者側からの視点として、患者がまだ出来ない動作を試験的に行おうとする行動に『障

害たしかめ体験（以下たしかめ体験）』がある⁸⁻¹⁰⁾。これは片麻痺患者が、「許可なしで車椅子に乗ろうとした」「自力歩行が出来ないのに歩こうとした」などの移動・移乗などの動作で、繰り返し行っている¹⁰⁾。たしかめ体験の多くが回復期（発症後2ヶ月以内）におこり、7-9割が転倒につながる危険行動である¹⁰⁾が、障害の認識を進める上で極めて重要な行動と考える。このような片麻痺患者のたしかめ体験について、転倒への危険を示唆しているが、実際の転倒との関係についての報告は少ない。また転倒に至るまでにどのように考え行動したか、のプロセスに焦点を当てた研究はない。それゆえ、片麻痺患者の視点に立った転倒予防への看護にはこの思考を明らかにすることが重要であると考えた。

そこで、本研究の目的は、回復期にある片麻痺患者が転倒に至る障害たしかめ体験を行う思考プロセスを患者の視点から明らかにすることとした。

前金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻看護科学領域博士前期課程修了
現富山大学付属病院

* 金沢大学医薬保健研究域保健学系

表1 参加者の概要

参加者	性別	年齢	疾患名	障害の種類	面接時の状態	発症から面接までの期間	発症から転倒またはヒヤリハットまでの期間	入院中の転倒や危険行動の有無	転倒またはヒヤリハットにつながった確かめ体験の種類
A	女	70代	脳梗塞	頸部～末梢の中等度の麻痺 筋力低下	監視下で移動 車椅子による移動介助	5ヶ月	3ヶ月	転倒あり 危険行動あり	移乗(多数)
B	男	60代	脳梗塞	左上下肢不全麻痺	T杖歩行見守り	4ヶ月	2.5ヶ月	ヒヤリハット*	歩行
C	女	60代	脳梗塞	左上下肢不全麻痺	車椅子駆動見守り	4ヶ月	2ヶ月	ヒヤリハット*	移乗
D	女	40代	脳内出血	左上下肢不全麻痺	車椅子による移動自立	5ヶ月	2ヶ月	転倒あり	車椅子駆動
E	男	50代	脳内出血	左上下肢完全麻痺 左空間無視 軽度構音障害	車椅子による移動自立	6ヶ月	2ヶ月 4ヶ月	転倒あり(2)	移乗(数回)
F	女	80代	脳梗塞	左上下肢不全麻痺 左下肢硬縮	T杖歩行見守り	1ヶ月	1ヶ月	転倒あり	移乗(数回)
G	男	70代	脳梗塞	左上下肢不全麻痺 注意障害 構成失行 左半側空間無視 感覚障害	車椅子駆動介助	1ヶ月	1ヶ月	転倒あり 危険行動あり	歩行(2)
H	男	70代	脳梗塞	左上下肢不全麻痺 呂律困難	歩行器歩行 4点杖歩行見守り	1週間	6日目	ヒヤリハット* 危険行動あり	歩行(2)
I	男	50代	脳内出血	右上下肢完全麻痺 嚥下障害 右側空間無視 失語(コミュニケーションは可)	車椅子駆動見守り	2ヶ月	1.5ヶ月	転倒あり(2) 危険行動あり	立ち上がり 移乗
J	女	60代	脳腫瘍	右上下肢不全麻痺 右上肢痺れ	T杖歩行自立	3ヶ月	2ヶ月	転倒あり ヒヤリハット*	立ち上がり(2) 歩行
K	女	80代	脳梗塞	左半身麻痺 左下肢筋力低下	シルバーカー歩行見守り	1ヶ月	翌日	ヒヤリハット*	歩行(2)
L	男	60代	脳内出血	左半身麻痺 構音障害軽度	自立	1ヶ月	2.3日後	転倒あり ヒヤリハット*	立ち上がり 歩行 座る
L	男	70代	脳内出血	左完全麻痺	車椅子による移動介助	6ヶ月	6ヶ月	転倒あり	物をとる

*ヒヤリハットとは、転倒しそうになったが防ぎえた場合をさす

【用語の定義】

1. 転倒：実際に転倒・転落したが無傷・軽微な障害ですんだ場合、未然に防ぐが転倒・転落に極めて近い状態も含む。
2. 障害たしかめ体験：患者が単独で不確実な動作を試験的に行うことを通じ、障害を認識していく行為。以下“たしかめ体験”と略して用いる。
3. 回復期：生命の危機を脱し、障害された機能や残存機能の回復訓練が積極的に開始された時期¹¹⁾とした。

方 法

1. 研究デザイン

本研究は転倒に至る障害たしかめ体験を行った片麻痺患者に面接を実施し、面接内容から思考プロセスを抽出する質的帰納的研究である。

2. 研究参加者(表1)

参加者は、入院中の回復期にある片麻痺患者で、たしかめ体験を行い、3ヶ月以内に転倒した者で、失語・認知症等なく、よく覚えており語れる者とした。2県3施設5病棟をフィールドとし、参加者の選定にはそれぞれの病棟看護師長の協力を得、同意が得られた13名である。

3. データ収集方法

病棟の個室で半構成的面接を行なった。面接は「転倒につながった行動」を聞くことから開始し、試験的に行った行動(たしかめ体験)であったかを確認し、①行動のきっかけ、②転倒したことの受け止め、③その後どうしたかを中心に自由に語ってもらった。面接時間は平均44.6分(30-90分)であった。内容確認が必要な場合や再転倒した場合は2回目の面接を行った。面接内容は、参加者の同意を得てテープに録音し、参加者の様子についてメモを取った。データ収集期間は2003年4月-6月末までの3ヶ月間であった。

4. 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(M-GTA)¹²⁾を用いた。M-GTAはプロセスの特性を持った現象の解明に適し、結果を実践現場に戻すことでさらに洗練された理論構築を目指す方法論である。

分析の手順は、まず、分析焦点者を「たしかめ体験をしたことのある片麻痺患者」とし、分析テーマを「動機から次のたしかめ体験を実行するまでの思考のプロセス」と設定した。分析の流れは、逐語録より①分析焦点者と分析テーマに関連するデータの関連箇所に着目、それを一つの具体例とし、かつ他

の類似具体例も説明できる概念を生成した。②分析ワークシートを作成（表2）し、概念・定義・最初の具体例を記入した。③データ分析を進める中で、新たな概念を生成した。④同時に他の具体例をデータから探し追加、具体例が豊富でない概念は無効とした。⑤生成した概念の完成度は、類似例の確認だけでなく、対極例との比較の観点からデータを見て解釈が恣意的に陥る危険を防いだ。⑥概念と概念の関係を、検討し関係図にした。⑦複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成、カテゴリーの相互の関係から分析結果をまとめ、その概要を簡潔に文章化し結果図を作成した。

5. 真実性の確保

計画立案時から概念生成、カテゴリー生成、結果図作成において、分析結果が実際のデータから遊離や飛躍しないよう、質的研究の指導者によるスーパーバイズを継続的に受けた。

6. 倫理的配慮

各施設の病院長、看護部長、診療科長に趣意書を提出して承諾を得、対象者に主旨と面接内容・所要時間、承諾・拒否・中断の自由、治療への影響がないこと、研究目的に限定したデータの使用、プライバシーの保護について、学会および学術雑誌へ公表することなどについて文書を用いて説明し、署名に

て承諾を得た。

結 果

M-GTAによる分析で21の概念を生成し、8つのサブカテゴリー、4つのカテゴリーへと統合した。関係を文章化した概要と、結果図を作成した。（以下、〈 〉は概念、《 》はサブカテゴリー、【 】はカテゴリーを示す）。

1. 「たしかめ体験の動機から成功するまでの思考プロセス」の概要（図1）

まず【動機】について、対象者は、常に《発症前の移動状況を描くことからくる思い》を抱えており、それが、たしかめ体験実行』につながり、転倒していた。その後図左下部分の【停滞】と右下部分の【繰り返す】に分かれた。

【繰り返す】は、転倒後も再挑戦する思考プロセスであり、5つのサブカテゴリーで構成されていた。対象者は転倒直後に《転倒体験からくる思い》を体験し、《発症前との移動動作のギャップに気づく思い》を持ち、そこから《失敗の原因を考える》《片麻痺での移動動作を考える》と方法を練り、《実行に移す機会を選ぶ》で、再度たしかめ体験実行へとつながっていた。再転倒すると、《転倒体験からくる思い》へ戻り、成功するまで一連の思考を繰り返し

表2 分析ワークシートの例

概念名	悪いことしたように叱られる
定義名	たしかめ体験の実行を医療者や家族から責められること
具体例	隣の部屋の人あっ、どうしたんですかって看護師呼んで大騒ぎになって。ごろーんと倒れたのかベタンと座ったのか見てないから分からんもんね。「どうしたの？どっか打った痛くない？」って大騒動。そりゃー看護師たち心配するねえ。自分が見てるのに勝手に転んだって。‘大丈夫痛くない。今起きようかな’って思ってたところ。」と言ったら「動いたらあかん、起きたらあかん。」って言われ、引っ張り上げられて、重病人になっちゃった。「しばらく動いたらあかんよって。」
具体例	看護師さんがちょっと来るの遅いときに、洗面所から私のベットまで一人で戻ったことがある。夜間当直している別の看護師さん見てたんだね。近いし距離的に・・・でもそんなんでも駄目らしいね。「ふらふらとして倒れたらいかんよ」って言われる。
具体例	お叱りをうけた。やったらしかられる。注意されるのよ。「一人でトイレ行って こんなことしてまだできないのね だめねえ」ってしかられる。「遠慮なく押してください。もし万一のことあったら、今まで何にもならんって。又はじめっからやりなおしや。倍かかって痛い目にあわなならんから、トイレでも絶対一人で行ってくれるなや。」って言われる。
具体例	分からんで、最初の日は分からんで。なんでこんな私は悪いことないのに注意されるの。何にもわし悪いことしてないのに何でこんなに注意されるのと思ってきました。
具体例	「自分ではいけそうと思っても、なんかあったらまずいからちゃんといわんなだめやよ」と前置きされている。自分でいけるかなと思っても、「今までの分が台無しになるぞ」って「勝手に、勝手に何でもやったらあかんよ」って前置きされてる、転ぶかもしれない、危ないと思うことは自分からはしなかった。
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・こころは一人でたしかめ体験をしたいと思っているが、“しかられる”という周囲（主に看護師）からのネガティブな反応が繰り返されることと、看護師または家族へ世話になっている立場から、行動に抑制がかかり、たしかめ体験をあきらめている状況。 ・まるで過保護の親から、いつも‘やっちゃんいけません’としかられて、自分から動けなくなっている子供に似ているような印象を受けた。 ・たしかめ体験をしたいという欲望は、人間の生きる基本的な欲求。それを押さえつけてはいけないのでは・・・（これと反対の状況はないか）

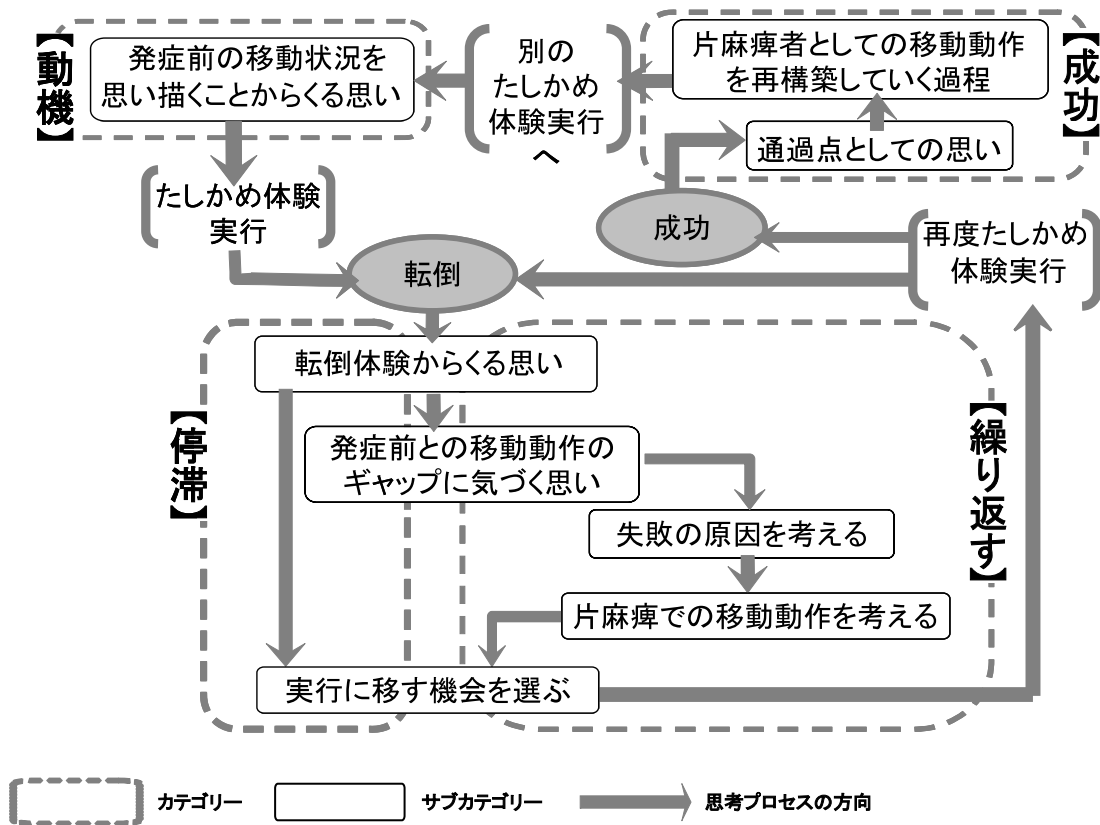


図1. 障害たしかめ体験の動機から成功するまでの思考プロセス

表3 転倒に至る障害たしかめ体験を行った片麻痺患者の思考プロセスとして抽出された概念・サブカテゴリー・カテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
動機	発症前の移動状況を思い描くことからくる思い	自分で動きたい
		普通にできると思う
		試したい
繰り返す	転倒体験からくる思い*	痛い・怖い 慰めを受ける
	発症前との移動状況のギャップに気づく思い*	情けない・悔しい・腹立たしい 次は絶対転びたくない
	失敗の原因を考える	片麻痺の体に気づく 車椅子操作にまごつく ナースと共なたしかめ体験を行う
	片麻痺での移動動作を考える	他人の失敗談から学ぶ 専門家の意見を参考に見直す リハビリでの学びを生かす
	実行に移す機会を選ぶ*	距離が近いからやれそう 見つからないようこっそりする
	停滞	転倒体験からくる思い* 発症前との移動状況のギャップに気づく思い* 実行に移す機会を選ぶ*
成功	通過点としての思い	分かった・クリアーした
	片麻痺者としての移動動作を再構築していく過程	自分で動けたことへの自信 片麻痺での移動方法の構築

*3つのサブカテゴリーは、繰り返すと停滞カテゴリーで共通だが、概念は対極的

行う。

【停滞】には、《転倒体験からくる思い》《発症前との移動動作のギャップに気づく思い》《実行に移す機会を選ぶ》が含まれ、ここでたしかめ体験を行おうとする思考は停滞した。

最後に、【成功】について、再度たしかめ体験実行し成功した場合は、《通過点としての思い》として受け止め、一動作の習得は《片麻痺者としての移動動作を再構築していく過程》となり、次は別の動作でたしかめ体験実行するために、再び【動機】に戻るという循環したプロセスになっていた。

2. 思考プロセスのカテゴリー・サブカテゴリー・概念 (表3)

1) 【動機】

(1) 《発症前の移動状況を思い描くことからくる思い》

〈自分で動きたい〉：体の小さな回復反応を感じ取り、自分の意志で主体的に行動したいと感じる欲求。「ある日、自分の意志でなく、足が上がったぞって。それで必死にリハビリしなければと思った。」

〈普通に出来ると思う〉：以前のように出来ると信じ、転倒予測を持たない事。始めて行う時点では、医療者から麻痺の程度を説明されていても、みな転倒予測を持っていなかった。「転ぶかもとか、転ぶことは怖いとは一つも思わない。自分で立てないかな。今まで歩けたのにどうして歩けんかなと思うだけ。」

〈試したい〉：健康時やリハビリ時のイメージで挑戦しようとする心の動き。テストの機会を望んでいたことが語られていた。「何としても歩き、試してみたかった。立ってみなければ分からない。」「(車椅子で部屋に入るには) 斜めに進入したら、ぶつからずに入れるのではいつも思っていた」

2) 【繰り返す】

(1) 《転倒体験からくる思い》

〈痛い・怖い〉：直後に転倒による強烈な痛みを感じ、病気になって初めて、自分で起き上がれず他者の助けを待つという状況を体験し、危険を感じても自分で回避出来ない状況を味わう事で、恐怖感が出てくることが語られていた。「見ていた人が看護師さんを選んでくれた。足が痛い、誰もすぐ駆けつけてくれない、自分が情けない。最初の頃、あれはトラウマになった。痛かったし、情けなかった。とにかくその体験はすごくショックで怖かった。」

〈慰めを受ける〉：失敗について、肯定的な受け止

めをされる事。ショックを受けた心に寄り添い、慰めや励ましを受けたのは以外にも少数であった。「看護師さんが1回は皆転ぶから気にしない、これは通る道と言ってくれた。」

(2) 《発症前との移動動作のギャップに気づく思い》

〈情けない・悔しい・腹立たしい〉：健康時の体と現実の食い違いで感じた思い。「やっぱり、前に出来たし、出来ていたのにとと思うと悔しいし、腹が立つ」

〈次は絶対転びたくない〉：《転倒体験からくる思い》を繰り返したくないと感じる強い思い。「いや、怖いは怖いよ。怖かったから、次転ばないように思った。」「とにかく絶対転んじゃ嫌だって思ったから、それはそれは慎重になった。」

(3) 《失敗の原因を考える》

〈片麻痺の体に気づく〉：行動して初めて片麻痺の体を実感する事。「弱って関節もガクガク。段を上がるうとすると、足がガクッとおかしくなる。」「麻痺になってから、今まで気にならなかった廊下の絨毯でも、引っかかってヒヤッとする。」

〈車椅子操作にまごつく〉：移動手段となる車椅子の操作がスムーズに出来ず、まごつく事。発症後はじめて移動手段に車椅子を使うこととなり、健側のみでの操作を強いられ、失敗を重ねながら運転方法を模索していた。「要はブレーキがかかっていないことに、車椅子が動くことで気がついた。それが分かるまでは何回か転んだ。」

〈ナースと共にたしかめ体験を行う〉：看護師の見守りやアドバイスを得ながら、共にたしかめ体験をする事。看護師の見守りは対象者の安心感につながり、また共に行うことで、安全に行う具体的な方法が分かり、自信を得て、一人で行くことにつながっていた。【停滞】の〈落ち込み〉に移行した人の場合でも、看護師のタイミング良い誘いで、【繰り返す】に入る場合もみられた。「歩けないって自分の心が固まってしまっていた。そしたら、担当の看護師さんが歩行器で見えてあげてから、頑張ってみたらと言われて、歩けた。励ましかな。おだてかね。看護師さんの強い意志がなかったら、今も歩けないままかも。」

(4) 《片麻痺での移動動作を考える》

〈他人の失敗談から学ぶ〉：転んだ他人の話を共有して、自分の具体策を考える際に役立てる事。「患者さん同士の話で、失敗談を笑い話にして話してくれる。それをやっちゃ駄目なんだとお互いに情報交換する。食事の時とか。何気なく廊下で立ち話的な

のを聞くことも。それが大きい。」

〈専門家の意見を参考に直す〉：看護師にコツを指導されたり、危険を知らされたりしたことを取り入れていこうとする事。「はじめは看護師さんが‘下ばかり見ない、前を見て’と歩行器で歩くの見てくれた。そのうち分かってきて一人でも出来るようになった。」

〈リハビリテーション（以下リハビリと略す）での学びを生かす〉：訓練中に習得したことを、次の具体策に生かそうとする事。「今まで練習した範囲で、だいたい自分がどういうこと、これ以上したら転ぶとか、分かってくるから、これは出来ない、これは出来ると自分で見極めつけてやっている。一人でやってみようと思うのは、自分なりに要領が分かったとき。考えなしにやったらあかん。」

(5) 《実行に移す機会を選ぶ》

〈距離が近いからやれそう〉：有利な条件を選んで行おうとする思いとした。実行に移す時、ハードルの低い‘距離が近い’という条件を意図的に選んでいることが語られていた。「今までなら、看護師さんそれ取ってと頼むのだけど、手を伸ばせば届く距離だった。」「洗面所から私のベットまで近いし、一人で戻った」

〈見つからないようこっそりする〉：遠慮して、又は意図的に呼ばずにたしかめ体験を行おうとする動き。頻回である事、介助内容が排泄など人に見られたくない事、時間帯への配慮から、一人で実行に移したことが語られた。「点滴で、トイレがしょっちゅうだから、ナースコール押ししたり押さなかったり。」「朝だし、いちいち忙しいのに呼んで来てもらうのもと思ってやった。」

3) 【停 滞】

停滞の3つのサブカテゴリーは、2)の【繰り返す】と共通だが、概念は対極的となった。

(1) 《転倒体験からくる思い》

〈悪いことしたように叱られる〉(表2)：たしかめ体験の実行を、医療者や家族から責められる事。転倒を防げた場合では、成功体験より医療者に強烈に叱られたというショックの方が大きかったことが語られていた。この概念は、【繰り返す】の《転倒体験からくる思い》の概念〈慰めを受ける〉と対極にある。「隣の人が看護師呼んだら、どっか打った？痛くないって大騒動になって、動いたらあかんって引っぱり上げられて重病人になっちゃった。」

(2) 《発症前との移動動作のギャップに気づく思い》

〈落ち込み〉：情けない・悔しい・腹立たしい思い

から、抑うつ的になり、思考が停滞する事。「歩けないのだと、自分の心固まってしまった。」

(3) 《実行に移す機会を選ぶ》

〈したいけど今はしない〉：入院は一時のことと考えて、心配かけないように、したくても我慢する気持ち。根底に余計な迷惑をかけたくない思いがあった。「病院内ではやっぱり出来ない。看護師があんまり大事大事で、失敗したら叱られるし、過剰に反応するから。本当はもっとやってみたい。」「一人で行けたらなあと思う。気の毒。それでも気持ちよくして下さい。よくしてもらってるし、迷惑かけたくない。」

4) 【成 功】

(1) 《通過点としての思い》

〈分かった・クリアーした〉：再度たしかめ体験実行が成功し、発症前とは違う方法で、ある動作を習得したときの思い。転倒体験に比べ、成功は一つの通過点のようにとらえられていた。「確認して入るようにしたら、その問題はクリアーした。」「ブレーキを確認するようになって転ばなくなった。」

(2) 《片麻痺者としての移動動作を再構築していく過程》

〈自分で動けたことへの自信〉：たしかめ体験の試行を通じ、成功体験を得たことで獲得した気持ち。「少し歩けるようになれば、努力したからかな、頑張ったからかな。こけたとしてもやっぱり自分で挑戦していくと思う。」

〈片麻痺での移動方法の構築〉：転倒体験を通じて、片麻痺の身体状況に気づき、方法を模索し成功させることで、片麻痺での移動方法を習得する事。この体験を繰り返す行うことで、対象者は、発症前に近づこうとする思いから、現在の片麻痺の身体にあわせた方法を考えることへ思いを変化させていく様子が語られていた。「今でもヒヤッとする。でも、もう分かったから、通るときはゆっくり慎重に、しっかり手すりを持つようにしている。朝とか力がいりにくいから。」「歩くときは床が濡れていることがあるので、気をつけるようにしている。痛い目にあわんように、怪我したら大変だと思って、いいところで歩く。」

考 察

本研究の独自性は、片麻痺患者が転倒に至る障害たしかめ体験を行う思考プロセスを明らかにしたことである。すなわち、転倒はプロセスの途中での出来事であり、一部分であると捉えることが出来た。

さらに、たしかめ体験を行なって転倒せず成功した場合や、たしかめ体験を行なって失敗し転倒して停滞をした場合などにおいて、片麻痺患者はどのようなプロセスを辿っていくかについて明らかにした。そこには繰り返したたしかめ体験を行なっていく、または意図している患者の様相があった。

これらの知見は片麻痺患者の転倒に対して新たな予防ケアにつながられると考え、以下の視点から考察した。

1. たしかめ体験を転倒後も繰り返した理由

本研究では、転倒後も成功するまで自分なりに予防策を考えて、繰り返したたしかめ体験を行っていた。Bandura¹³⁾の社会的認知理論によると、行動は、直接又は観察経験に基づき学習され、新たな行動に別の要素を組み込む又は、既に身につけている行動に取り入れることで獲得される。望ましい行動をとるための方法を知っていても、適切な行動がとれるとは限らず、実際の技術は知識を行動に変換して初めて得られるものである。片麻痺患者は、たしかめ体験を行うことで、山内¹⁴⁾の麻痺を伴った身体を自分として深く了解し、引き受け、本来的なあり方を自覚し、その可能性めがけ生きていく状態を体感していた。このことは、新しい動作の習得には、実際に試す機会を持つことが重要であり、また体感することこそが片麻痺の身体を深く理解してゆく過程に欠かせないと考えられた。よって看護師の役割は、たしかめ体験を行う安全な試行の機会をつくることであると考えた。

2. 成功がもたらす効果

本研究では、たしかめ体験が成功した段階で、対象者の受け止めは《通過点としての思い》であった。また〈自分で動けたことへの自信〉が、別の障害たしかめ体験の実行への原動力となり、その循環が《片麻痺者としての移動動作を構築していく過程》に結びついていた。

小さな成功体験が積み重ねられることで、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行えるかという“自己効力感 (Bandura)¹⁵⁾”が高められるという。自己効力感の高まりは、鬱など脳疾患に多い精神疾患から抜け出すきっかけや、障害の認識や受容の促進につながる。そのためには、はじめの成功体験が重要であるといわれている。このことは、自己効力感を高められるように成功へ導く体験を積めるよう関わることの重要性を示唆していると考えた。

3. 停滞を成功へ導く支援

本研究では、たしかめ体験を停滞させる場合もあった。彼らは《転倒体験からくる思い》で転倒体験を〈痛い・怖い〉と受け止め、精神的にショックを受け〈次は絶対転びたくない〉ととらえていた。しかし、さらに医療者や家族の〈悪いことしたように叱られる〉反応から、たしかめ体験を、悪い事や迷惑な事と受け止め、〈見つからないようこっそりする〉方向や、〈したいけど今はしない〉と停滞させていた。停滞という概念を導き出したことは新たな知見であるといえる。

脳血管障害の後遺症である片麻痺は、突然の発症がきっかけで起こる。本研究でたしかめ体験へ至る患者の動機は、〈自分で動きたい〉〈普通に出来ると思う〉〈試したい〉で構成される《発症前の移動状況を思い描くことからくる思い》であった。中山¹⁶⁾は、急性期の死の危険を脱した患者が次に問題にするのは、もとの身体への完全な回復であると述べており、たしかめ体験をしたいという欲求は極めて自然なものである。看護師の対策は、患者側から見れば、たしかめ体験をしたいという基本的な欲求を抑えられる対策であったとも考えられた。また、医療者の否定的な反応によって生まれる隠れたたしかめ体験は、ひいては骨折などの重篤な合併症につながりかねず逆効果と考える。

一方、〈ナースと共に障害たしかめ体験を行う〉を体験した対象者は、失敗体験をしても、早く成功体験へ導かれていた。このことから、患者一人では、《片麻痺での移動動作を考える》《実行に移す機会を選ぶ》へ移行出来ない場合は、【停滞】から【繰り返す】へ移行を促進するためにも、〈ナースと共に障害たしかめ体験を行う〉は有効な援助であると考えられる。

これらのことより、回復期における片麻痺患者の転倒予防の関わりは、患者がたしかめ体験をしたい欲求を持つ時期であることを充分考慮し、患者の望むたしかめ体験と、成功出来そうな目標設定のすり合わせを行い安全性を確保すること、患者の自己効力感を高め、障害の認識や受容の促進につながるよう、患者と共にはじめの成功体験を積むことと考える。

本研究の限界と今後の課題

研究の限界として、3ヶ月以内に転倒を体験し覚えており語れる脳卒中患者が研究期間内で限られており、プロセス全体の分析の緻密さを統一出来な

かったこと、転倒したことがある片麻痺患者全般を代表するには限界があることが考えられる。今後の課題として、回復期のみに見られる現象なのか、対象が片麻痺以外の運動障害を持つ患者の場合では異なるのかといった検討が考えられる。

謝 辞

面接に快く応じて下さった参加者の皆様方、フィールドを提供して頂いた方々、ご協力・ご指導いただいた方々に心より感謝申し上げます。

本稿は、金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻の修士論文の一部に加筆・修正したものであり、第26回日本看護科学学会学術集会（神戸）において発表した。

文 献

- 1) Jorgensen L, Engstad T, Jacobsen BK: Higher incidence of falls in long-term stroke survivors than in population controls. *Stroke* 33: 542-47, 2002
- 2) Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, et al: Medical complication after stroke - A multicenter study. *Stroke* 31: 1223-29, 2000
- 3) Teasell R, McRae M, Foley N, et al: The incidence and consequences of falls in stroke patients during inpatient rehabilitation - Factors associated with high risk -. *Arch Phys Med Rehabil* 83: 329-33, 2002
- 4) 古賀良平, 林泰史: リハビリテーション病棟における転倒事故の実態について, *総合リハビリテーション* 21: 607-10, 1993
- 5) 泉キヨ子, 平松知子, 加藤真由美, 他: 入院高齢者の転

- 倒予測に関する改訂版アセスメントツールの評価, 金沢大学つるま保健学会 27: 95-103, 2003
- 6) 稲垣一美: 排泄行動に注目した転倒・転落の防止対策, *看護* 11: 43-48, 2004
 - 7) 寺井美峰子, 岩崎寿賀子, 泉キヨ子編: *EB Nursing Vol. 2 No1 - 転倒・転落におけるインシデント・アクシデントレポートの分析とケアへの適用*, 中山書店, pp 60-69, 2002
 - 8) Doolittle, ND: The Experience of Recovery Following Lacunar Stroke. *Rehabilitation Nursing* 17(3): 123-25, 1992
 - 9) 高山成子: 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究 - グラウンデッド・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
 - 10) 恒川育代: 脳血管障害患者の障害たしかめ体験と転倒防止策, *日本看護科学学会学術集会講演集* 21: 251, 2001
 - 11) 泉キヨ子, 氏家幸子監修: 成人看護学Dリハビリテーション患者の看護 第2版 - 経過別に見たりハビリテーション, 廣川書店, pp 21, 2003
 - 12) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践【質的研究への誘い】, 弘文堂, 2005
 - 13) Rシュワルツァー, Rフッカス, Bandura A編: 激動社会の中の自己効力 - 健康に関する考え方と行動を促進する楽観的な自己信念, 金子書房, pp 232-33, 1997
 - 14) 山内典子: 看護をとお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
 - 15) Bandura A: Self-efficacy - Toward a Unifying Theory of Behavior Change -. *Psychological Review* 84(2): 191-215, 1977
 - 16) 中山喜久雄編: 看護心理学 - 心身の機能喪失に対する不安, ナカニシヤ出版, pp 80-81, 1991

Thinking Processes for Patients with Hemiplegia Experiencing the Possibilities of Events Leading to Fall

Mayumi Makino, Kiyoko Izumi*, Tomoko Hiramatsu*

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to analyze the thought processes of patients with hemiplegia while reviewing the circumstances of events leading to their fall.

Methods: The study involved 13 patients during recovery phase of hemiplegia who had fallen within the previous 3 months. Their responses were analyzed using M Modified Grounded Theory Approach (M-GTA).

Results: The four categories identified were **[motif]** **[repetition]** **[stagnation]** and **[success]**. These four categories divided into a circular structure of **[motif]** **[repetition]** **[success]** and **[stagnation]**. **[Motif]** included entertaining “the thought arising from imagining the motility (how one moved) before disease onset” and this led to the experience of checking for the possibility and this result in fall. The processes after falling could be roughly divided into two categories **[repetition]** and **[stagnation]**. **[Retition]** included to attempt until success, but the other **[stagnation]** included to stagnate idea of trying. If they successfully avoided falling, that success was accepted as “thought at an interim step (a good idea about how to move)”, followed by “a process of re-designing one’s mode of moving to that of an individual with hemiplegia” and later returning to the **[motif]** category for implementation of another experience that would not lead to injury.

Discussion: The findings from this study suggest the importance of: assessing the current thinking process of the given patient, arranging for an environment within which the patient’s desire to be active is acknowledged and respected, and supporting the patient to achieve success experiences.