

〔研究報告〕

急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処

米田 愛¹⁾ 中山美由紀²⁾

要 旨

本研究の目的は、急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処を明らかにすることである。機能障害が残存し、回復期リハビリテーション病棟において在宅復帰に向けたリハビリテーションに取り組んでいる患者の配偶者に対し、半構成的面接を行った。

急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処は、【妻ができるだけ患者を最優先にして行動する】、【親子が互いに思いやり、それぞれで行動する】、【患者の機能障害を目の当たりにし、戸惑いながらも納得しようと試みる】、【家族外資源を活用する】、【患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む】、【家族の役割変更・調整に取り組む】、【家族で今後の生活について検討する】、【これまでの生活で培った家族の力を活用する】、【今回の家族の病気体験を通して家族の新たな力を認識する】の9カテゴリとなった。

一般病棟に転棟する頃の家族の対処は、家族員それぞれが行動するという対処にとどまっていた。しかし家族は患者の機能障害を目の当たりにし戸惑いながらも、家族外資源を活用し【患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む】ことで、家族適応に向かっていると考えられた。急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処の特徴として、患者が一般病棟へ転棟する頃から今後の生活について検討する必要性を認識し、復職や仕事が継続できるよう取り組んでいることが明らかとなった。また、家族は危機的な状況に直面しながらも、家族の病気体験を通して家族の力を発展させるということが明らかとなった。以上のことから、急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族への家族支援の必要性が示唆された。

キーワード：家族の対処, 壮年期男性, 脳血管疾患

1. 緒 言

脳血管疾患は突然の発症であり、病気が長期化し、機能障害を残すことが多い(池添, 野嶋, 2009)。日本の脳血管疾患患者数の約40%は生産年齢が占め、年齢別にみると45歳を過ぎてその数は急速に増加している(矢坂, 2008)と報告されている。特に、壮年期男性は家族の内外において多くの中心的な役割を担っているため、本人はもちろん家族および社会が担う負担は大きく、かつ長期におよ

ぶ(上原, 峰松, 2014a)と述べられている。このことから、壮年期男性が脳血管疾患を発症することにより家族の経済状況や役割は変化し、家族全体の負担は大きくなると考えられる。

近年、在院日数の短縮化が進められ、患者と家族は入院早期からその後の療養形態や療養の場の決定を求められる(梶谷, 森山, 2007)。家族は突然の脳血管疾患発症に直面し、不安や混乱などを抱えている急性期病院入院後間もない時期に、転院の必要性について伝えられることで、非常に戸惑う(工藤, 渡部, 菅原, 2006)と述べられている。一方で発症後1週間頃から4週間頃に将来の予想図を揺る

1) 兵庫県立尼崎総合医療センター

2) 大阪府立大学大学院看護学研究科

がされる事態に直面しながらも、在宅介護の準備を始めようとする（林，黒田，2009）ことや、家族は緊急入院・手術後から、病気に翻弄されながらも生活の立て直しを図ろうとし（古賀，井上，2007），さまざまな機能障害に向き合い葛藤しながらも生活を取り戻す取り組みをしている（梶谷，森山，2010）と報告されている。これらのことから、家族は、比較的発症早期である一般病棟へ転棟する頃から回復期リハビリテーション病院へ転院する頃に、患者の脳血管疾患発症という危機的状況に直面し葛藤しながらも家族で生活を立て直すための対処をしていることが考えられる。このように何らかの困難な状況におかれているときに、それを乗り越えていくために家族が取る行動が家族対処である（宮田，2012a）と述べられている。

マッカバンは、家族対処の概念を危機的状況に直面した家族による家族機能のバランスを達成しようとしてなされる資源、認知、そして行動的対処の相互作用であると規定している（鈴木，2012）。また、ストレス源を除去し、状況の困難性を処理し、家族内部の紛争や緊張の解決、あるいはまた、家族適応を促進すべく必要とされる社会的・心理的・物的な資源を獲得したり、開発するような、家族メンバー個人の、または家族単位としての行動反応を示す（鈴木，2012）と述べ、家族が適応に向かうための行動であることを示している。

以上より、家族内外で中心的な役割を担っている壮年期男性が脳血管疾患を発症した場合、家族の戸惑いや負担は大きいと考えられるが、壮年期脳血管疾患男性患者の家族は、危機的状況に直面しながらも、生活を立て直すための対処を行っていることが考えられる。

発症1週間頃の、患者が一般病棟へ転棟する頃から回復期リハビリテーション病棟において在宅復帰に向けたリハビリテーションに取り組む壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処を明らかにすることは、家族全体に焦点をあてた看護援助を検討することにつながると考える。

II. 用語の操作的定義

1. 壮年期

厚生労働省による健康日本21（第二次）で述べられている壮年期の特徴「社会的には、働く、子どもを育てるなど、極めて活動的な時期である。」を参考に、本研究では家庭内外で中心的な役割を担っている30～50歳代とした。

2. 家族

森岡（2009a）の「家族とは、夫婦・親子・きょうだいなど少数の近親者を主要な成員とし、成員相互の深い感情的かかわりあい結ばれた、幸福追求の集団である。」の定義とした。

3. 家族の対処

McCubbin, Patterson（1982）の「ストレス源や困難に対処し、家族の統合性を維持し、状況に適切な資源を手に入れたり発展させ、家族システムの構造変化を実行すること」、「危機的状況に直面した家族による家族機能のバランスを達成しようとしてなされる資源、認知、そして行動的対処の相互作用である。」（鈴木，2012）の定義を参考に、「危機的状況に直面した家族が生活を立て直すために、家族の統合性を維持し、状況に適切な資源、認知、行動により家族システムの構造変化を実行すること」とした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究デザインである。

質的記述的研究は、研究領域が比較的新しい、あるいは研究しようとしている現象についてほとんどわかっていないとき、研究対象となっている現象を記述することによって、その現象を理解することが第一の目的である（グレッグ，2007）。今回、発症後1週間頃の、一般病棟へ転棟する頃から回復期リハビリテーション病棟において在宅復帰に向けたリハビリテーションに取り組む壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処という、限定的な時期に焦点を当

てた現象を理解することにあたり、適した手法であると考えたためこの手法を用いた。

2. 調査方法

1) 研究参加者

研究参加者は、便宜的に抽出した近畿圏の回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関に入院中であり、①運動障害などの機能障害が残存し、ADLに介助を要する状態である、②壮年期で有職であり、家族内においても夫役割、親役割を担っている、③脳血管疾患を初発し、回復期リハビリテーション病棟において在宅復帰に向けたリハビリテーションに取り組んでいる患者の配偶者で、精神的に安定し、研究参加への同意が得られている配偶者とした。

2) データ収集方法

①調査期間

調査期間は、2015年8～11月。

②データ収集方法

研究参加者に対し、30～40分程度の半構成的面接を原則1人1回行った。面接場所は、患者が入院する施設内のプライバシーが保持できる個室で行い、研究参加者の承諾を得てICレコーダーに録音した。録音の同意が得られない場合は、面接中にメモを取ることについての同意を得て会話を記録した。

③調査内容

研究参加者の家族構成や患者の機能障害などの個人特性と、壮年期脳血管疾患男性患者の家族が想起しやすいように、発症1週間頃から回復期リハビリテーション病院に転院するまでと、回復期リハビリテーション病院入院から現在に至るまでのそれぞれの時期ごとの家族の対処をたずねた。具体的には、そのときの家族の生活の状況、その状況に対する家族の受け止めや考え、実際に家族でどのように取り組んだのか質問した。研究参加者の他の家族員にも焦点を当てながら面接を行った。

3. 分析方法

面接内容について、研究参加者ごとに逐語録を作成し、家族の対処について語られている部分を抽出してコード化した。コード化にあたっては、研究参

加者の語りの文脈を尊重しながら、家族がどのように病気やそれに付随して生じる状況に対して取り組んでいるかを示す内容を抽出するよう努めた。それらの類似するコードを集めてサブカテゴリを形成し、抽象度を上げてカテゴリとし、これらのカテゴリを時期に沿って整理をした。分析にあたっては、家族看護学を専門とする複数の研究者と各段階での確認を繰り返し、真実性と妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

研究協力施設の病院長および看護部長に本研究の趣旨と倫理的配慮の内容を口頭と文書で説明し同意を得た。退院調整看護師は研究施設内の患者、家族の情報を横断的に把握し、配偶者と面談を行っていることが考えられ、患者や配偶者の精神状態の把握のため、看護部長に退院調整部署の看護師および病棟看護師長の紹介を依頼した。退院調整部署の看護師および病棟看護師長より紹介を受けた研究参加者に対して、本研究の趣旨と倫理的配慮の内容を口頭と文書で説明し同意を得た。倫理的配慮の内容は、自由意思による研究参加、拒否する権利、不利益の回避、研究で知り得た内容を研究以外の目的で使用しないこと、個人が特定されるような記述は行わないこと、データの修正・削除、研究結果の公表についてである。なお、本研究における倫理的配慮に関しては、大阪府立大学研究倫理委員会の審査を受け、平成27年5月21日に承認を得た（申請番号：27-16）。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者の概要を表1に示した。研究参加者は、近畿圏内にある回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関3施設に入院中の壮年期の脳血管疾患男性患者の配偶者4名であった。研究参加者は40-50歳代、子どもの年齢は10-20歳代であった。患者の入院期間は25日から169日であった。面接は全員1回で、面接所要時間は平均44分17秒（SD17分37秒、範囲30分52秒～72分34秒）であった。

表1. 研究参加者の概要

研究参加者	年齢	職業の有無	子どもの人数	子どもの年齢	子どもの職業の有無	患者の機能障害
A	50歳代	無 (発症後退職)	2人	20歳代	有	運動機能障害 高次脳機能障害
B	50歳代	有	2人	20歳代	有	意識障害, 運動機能障害 高次脳機能障害
C	40歳代	有	2人	10歳代 20歳代	無 (学生)	感覚障害 高次脳機能障害
D	40歳代	有	1人	10歳代	無 (高校生)	運動機能障害 高次脳機能障害

2. 急性期における壮年期男性脳血管疾患患者の家族の対処

逐語録から家族の対処について語られている部分を抽出した結果、218コードを抽出し、44サブカテゴリに抽象化され、9カテゴリとなった(表2)。

なお、カテゴリを【 】, サブカテゴリをで [] 表記した。また、研究参加者の語りを「 」で挿入したが、わかりにくいところは()で言葉を補った。カテゴリ・サブカテゴリについて、特定の家族員が取り組んだ内容には、その家族員の続柄を含めた。研究参加者の語りの末尾にはケース番号を示した。

時期に沿って分類したカテゴリより、急性期における壮年期男性脳血管疾患患者の家族の対処は、家族は、患者が脳血管疾患発症1週間頃の、一般病棟へ転棟する頃から【妻ができるだけ患者を最優先にして行動する】、【親子が互いに思いやり、それぞれで行動する】という、患者の脳血管疾患発症により大きく変化した家族の生活に対して、家族員それぞれで行動していた。患者が一般病棟へ転棟後、回復期リハビリテーション病棟へ転院する頃からは、【患者の機能障害を目の当たりにし、戸惑いながらも納得しようと試みる】という行動をし、【家族外資源を活用する】ことで、【患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む】という対処をしていた。家族は患者が脳血管疾患発症後1週間頃、一般病棟へ転棟する頃と、患者が一般病棟に転棟後、回復期リハビリテーション病棟へ転院する頃を通して、【家族の役割変更・調整に取り組む】、【家族で今後の生活について検討する】という対処をしていた。家族は急性期における病気体験を通して【これまで

の生活で培った家族の力を活用する】、【今回の家族の病気体験を通して家族の新たな力を認識する】ことが示された。

次にそれぞれのカテゴリについてデータを示しながら結果を述べる。

1) 【妻ができるだけ患者を最優先にして行動する】

【妻ができるだけ患者を最優先にして行動する】は、7コードで構成され、[妻が患者のことを考える]、[妻が患者のもとへできるだけ行く]という2サブカテゴリに分類された。このカテゴリは、患者の発症による状況の変化に対して、妻ができるだけ患者を最優先にして行動していることを示している。このカテゴリに象徴的な語りを以下に示す。

「でも今、主人の世話をしたいって、やっぱり後悔もしたくないし…」(ケースA)

2) 【親子が互いに思いやり、それぞれで行動する】

【親子が互いに思いやり、それぞれで行動する】というカテゴリは、26コードで構成され [妻が子どもに感情を表出する]、[子どもたちが患者夫婦を支援する]、[子どもたちが転居や仕事を調整する]など5サブカテゴリに分類された。このカテゴリは、親子が互いへの思いから、それぞれで行動したことを示している。このカテゴリに象徴的な語りを以下に示す。

「一番こう何やるな…(息子は)反抗も出てたので、反抗期の部分も大学に入るくらい、高校の時から出てたので、パパが倒れたことがあんまり受け入れられなくて。パパの今の姿もあんまり受け入れられなくてっていう時期が1か月くらいあって。だから病院には下の子ほとんど行かなかったんです。見ても理解できてるのかできてないの

表2. 急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処

カテゴリ	サブカテゴリ
妻ができるだけ患者を最優先にして行動する	妻が患者のことを考える 妻が患者のもとへできるだけ行く
親子が互いに思いやり、それぞれで行動する	妻が子どもに感情を表出する 子どもたちが患者夫婦を支援する 子どもたちが転居や仕事を調整する 親が子どもへの影響を心配する 親が子どもの様子を考慮して関わる
患者の機能障害を目の当たりにし、戸惑いながらも納得しようと試みる	患者の機能障害を認識し戸惑う 機能障害や今後の回復について納得しようと試みる
家族外資源を活用する	友人や医療者から社会保障の知識を得る 社会保障を活用する 周囲の知人から他患者の病気体験を聞く 妻は友人を精神的な支えにする 妻は仕事を精神的な支えにする
患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む	患者の機能障害や毎日の様子について家族で共有する 家族が病気、機能障害やリハビリテーションに関する知識や方法を得る 家族でリハビリテーションに取り組むことで、患者の機能障害の回復に希望を持つ 家族が患者のリハビリテーションに熱心に関わる 患者との関わりを増やし意欲を引き出す 家族で患者との言語的コミュニケーションに焦点を当てて関わる 患者の機能障害の回復のために家族で試行錯誤する
家族の役割変更・調整に取り組む	それぞれの家族員が新たな役割について認識する 患者の復職について期待する 患者のこれまでの家族内役割遂行について期待する 今後の患者の役割について懸念する 発症早期から患者夫婦で患者の仕事を継続できるよう調整する それぞれの家族員の役割期待について家族で共有する 新たな役割を家族員それぞれが遂行する 家族員それぞれの役割を互いに認識する
家族で今後の生活について検討する	経済状況について懸念する 今後の生活について検討する必要性を認識する 患者の機能障害の回復について見通しを立てる 家族で今後の生活について話し合う 家族で在宅療養について検討する 在宅療養について懸念する 在宅療養について具体的に患者夫婦で話し合う 妻は機能障害が残存した場合の患者の精神状態を心配する 再発予防のためにこれまでの患者の日常生活を患者夫婦で見直す
これまでの生活で培った家族の力を活用する	過去の病気体験から得た知識を活用する 家族だからこそわかる感覚を活かして思いを汲み取る
今回の家族の病気体験を通して家族の新たな力を認識する	発症からの家族の病気体験を振り返り、肯定的に状況を捉える 家族の病気体験を機に改めて家族の絆を自覚する 家族の病気体験を振り返り、新たな絆を認識する それぞれの家族員の強みを再認識する

か、受け入れてるのかよくわからない感じで、だけれど徐々に理解できるかなあ、あえていろいろなこと言わないでおこうと思って」(ケースC)

3) 【患者の機能障害を目の当たりにし、戸惑いながらも納得しようと試みる】

【患者の機能障害を目の当たりにし、戸惑いながらも納得しようと試みる】というカテゴリは、18

コードで構成され、[患者の機能障害を認識し戸惑う]、[機能障害や今後の回復について納得しようと試みる]という2サブカテゴリに分類された。このカテゴリは、家族が患者の機能障害を目の当たりにし戸惑うが、納得しようと試みていることを示している。このカテゴリに象徴的な語りを以下に示す。

「今もまだ辛いですけどね、(患者の)性格の面で

はですね。まあ病気やからしょうがないって割り切ってるところもあるんだけど」(ケースA)

4) 【家族外資源を活用する】

【家族外資源を活用する】というカテゴリは、11コードで構成され、[友人や医療者から社会保障の知識を得る]、[社会保障を活用する]など5サブカテゴリに分類された。このカテゴリは、友人や医療者から回復や社会保障についての知識を得たり、精神的な支えを得ることに家族外資源を活用していることを示している。このカテゴリに象徴的な語りを以下に示す。

「だから子どもたちがバイトで二人ともいないときは職場の人とご飯食べに行って、そこでわーっとしゃべって聞いてくれて、一緒に泣いてくれて…長いんですよ、職場のみんなが付き合いがね、もう20年以上付き合ってる友達がいたりとか、10年以上付き合ってる子がいたりとか、職場はとにかく仲良くみんなよくしてるのでそういう面では理解もしてくれるし、泣いてくれるし、そこはほんとに助かった部分ですよ」(ケースC)

5) 【患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む】

【患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む】というカテゴリは、33コードで構成され、[患者の機能障害や毎日の様子について家族で共有する]、[家族が病気、機能障害やリハビリテーションに関する知識や方法を得る]など7サブカテゴリに分類された。このカテゴリは、患者の機能障害の回復に向けて家族が試行錯誤しながら取り組んでいることを示している。このカテゴリに象徴的な語りを以下に示す。

「娘とあーだこーだ言いながら日々行った時の情報を娘と共有しながら、『これやったら入りやすかったよ』とか『これやったら分かりやすかったよ』とか、とにかく病院のリハとは違う視点で家族やからできるコミュニケーションから引っ張り出してくる情報を一生懸命パパに思い出させるといいうろんなやり方をしていたらやっぱりそういう映像(写真や絵)が分かりやすかったんで」

(ケースC)

6) 【家族の役割変更・調整に取り組む】

【家族の役割変更・調整に取り組む】というカテゴリは、41コードで構成され、[それぞれの家族員が新たな役割について認識する]、[患者の復職について期待する]など8サブカテゴリに分類された。このカテゴリは、患者の発症により生じた様々な役割変更・調整を家族で遂行していることを示している。このカテゴリに象徴的な語りを以下に示す。

「その代り娘が一生懸命、私が病院から帰ったらあったかいご飯を作って、準備して、支えてくれました」(ケースA)

「みんなが、それぞれができることをなんかやれてるのかなっていう気がしますね」(ケースC)

7) 【家族で今後の生活について検討する】

【家族で今後の生活について検討する】というカテゴリは、43コードで構成され、[経済状況について懸念する]、[今後の生活について検討する必要性を認識する]など9サブカテゴリに分類された。このカテゴリは、家族で話し合いながら今後の生活について検討するという行動を示している。このカテゴリに象徴的な語りを以下に示す。

「ちょうど転院する前に病院の相談員さんとね、本人を交えてお話ししてた時も、本人はあんまりそこまでまだ考えは回らない状態なわけですけど、こちらはちょっと先回りして考えとかなきゃいけないかなと思って」(ケースD)

8) 【これまでの生活で培った家族の力を活用する】

【これまでの生活で培った家族の力を活用する】というカテゴリは、12コードで構成され、[過去の病気体験から得た知識を活用する]、[家族だからこそわかる感覚を活かして思いを汲み取る]という2サブカテゴリに分類された。このカテゴリは、過去の病気体験や、これまでの家族の関係性のなかで培った家族の力を活用していることを示している。このカテゴリに象徴的な語りを以下に示す。

「たぶんこれが言いたいんやろうなって思っても違う言葉になって出てきてることも多々あるの

で、他人だったらまだまだ理解もできないし、だけど家族だからなんとなくわかることが少しずつ出てきて」(ケースC)

9) 【今回の家族の病気体験を通して家族の新たな力を認識する】

【今回の家族の病気体験を通して家族の新たな力を認識する】というカテゴリは、27コードから構成され、[家族の病気体験を機に改めて家族の絆を自覚する]など4サブカテゴリに分類された。このカテゴリは、家族が今回の病気体験を通して、家族の新たな力を認識していることを示している。このカテゴリに象徴的な語りを以下に示す。

「いい時期やったんかもしれないですね、家族がそれぞれの生活になってきて、大きくなってきてね、それぞれの生活やったんが病気をしたことがいいわけではないんだけど、病気をしたことでまとまるっていうふうにはなったのかなって思いますね」(ケースC)

V. 考 察

本研究の結果より、壮年期脳血管疾患男性患者の家族は、発症後1週間頃の一般病棟へ転棟する頃から回復期リハビリテーション病棟において在宅復帰に向けたリハビリテーションを行う頃に、危機的な状況に直面しながらも、家族で対処していると考えられた。壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処について、患者が脳血管疾患発症後1週間頃、一般病棟へ転棟する頃と、患者が一般病棟に転棟後、回復期リハビリテーション病棟へ転院する頃という時期ごとに考察し、家族への看護援助への示唆を得る。

1. 脳血管疾患発症後1週間頃、一般病棟へ患者が転棟する頃

本研究において、脳血管疾患発症後1週間頃、一般病棟へ患者が転棟する頃の家族は、[妻が患者のもとへできるだけ行く]というように、【妻ができるだけ患者を最優先にして行動する】ことをしていた。脳血管疾患の急性期は、意識障害を伴い全身状

態が不安定であり、生命維持のための治療、安静が必要となる(服部, 原島, 直成, 2014)。また脳血管疾患の急性期治療を担う脳卒中ケアユニットの平均在室日数は4-5日程度である(上原, 峰松, 2014b)ことから、この時期の患者は集中的な治療を受け、不安定な病状であることが考えられる。重症病者を抱えた家族は、自分の身を投げ出しても患者の苦境を救いたい、患者を守りたいという強い思いに駆られ(渡辺, 2012)、病者のことを最優先し、自分のことを二の次にしながら状況に立ち向かっている(宮田, 2012a)と述べられている。このように【妻ができるだけ患者を最優先にして行動する】というカテゴリから、妻が退職したり生活時間を調整し、何よりもまず患者のことを優先していたと考えられる。

また家族は[妻が子どもに感情を表出する]、[子どもたちが患者夫婦を支援する]というように【親子が互いに思いやり、それぞれで行動する】という妻個人の対処から親子の行動に変化していた。しかし、発症1週間頃、患者が一般病棟へ転棟する頃の家族の対処は、親子が一体となって対処をするのではなく、親子間で妻、子どもたちそれぞれ個人の対処にとどまっておき、この時期には家族全体の対処行動には至っていなかった。壮年期の家族は、成長した子どもとの関係を再定義しながら子どもから独立することに取り組む、夫婦関係を強固なものにする(中野, 1995)という家族発達課題の達成に取り組んでおり、子どもはそれぞれに家族を築いたり、社会とのつながりが増えている状態である。このような壮年期の家族発達課題の特徴から、“父母の世代”と“子どもの世代”の間には明確な境界が形成されている(野嶋, 2009)。本研究において、発症1週間頃、患者が一般病棟へ転棟する頃の家族が、【親子が互いに思いやり、それぞれで行動する】という個人の対処にとどまっていたことは、壮年期の家族発達課題として述べられているように、患者夫婦と子どもとの間に明確な境界が形成されているからであると考えられる。このように発症1週間頃、患者が一般病棟へ転棟する頃の家族は、患者の病気やそれに付

随する状況に対して、家族員それぞれの対処にとどまっていることが、急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処の特徴であると考えられる。

2. 患者が一般病棟に転棟後、回復期リハビリテーション病棟へ転院する頃

患者が生命の危機を脱し一般病棟に転棟後、回復期リハビリテーション病棟へ転院する頃から家族は「患者の機能障害を目の当たりにして戸惑う」という反応を示したり、「機能障害や今後の回復について納得しようと試みる」という行動をしていた。この時期の家族について、脳血管疾患患者の家族を対象とした複数の研究（松壽，奥村，河内，2003；福本，中川，2004）では、家族は患者の状態が安定する入院1～2週間ごろまでには、患者の身体症状や意識レベルを目の当たりにし、無力感、あきらめや否認を感じていたと述べられている。この時期にある脳血管疾患患者の家族の多くが、このような反応をしていると考えられる。しかし本研究において家族の【患者の機能障害を目の当たりにし、戸惑いながらも納得しようと試みる】という行動は、状況に適切な資源である【家族外資源を活用する】ことで、「患者の機能障害を認識し戸惑う」という反応から、「機能障害や今後の回復について納得しようと試みる」という行動へ強化させていたと考えられる。さらに家族は患者の機能障害という危機的状況に対して【患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む】という家族としての主体的・積極的な行動に強化させていたと考えられる。

McCubbin, Patterson (1982) は家族対処を、ストレス源や困難に対処し、家族の統合性を維持し、状況に適切な資源を手に入れたり発展させ、家族システムの構造変化を実行することと定義している。また、Hillの家族ストレス対処理論（Friedman, 1993）から、状況に適切な家族の資源を得ることで、患者の機能障害に対する戸惑いや納得しようと試みるという認知的対処が、【患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む】という行動的対処に変化していると考えられる。【患者の機能障害の回復に向けて家族

で取り組む】という行動は、家族が患者の機能障害に対する対処に向けて統合性を高め、一体となり主体的に対処していることを示していると考えられる。そして、家族が患者のリハビリテーションに熱心に関わるなど、患者の機能障害の回復のために家族で試行錯誤するという家族対処の過程になっていることが推察された。McCubbin, Patterson (1982) は、家族適応は、家族危機に続く適応への一連の結果であると定義していることから、本研究における【患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む】という行動は、家族が適応に向かうための対処過程であると考えられる。

3. 急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の入院期間全体を通じた家族の対処

本研究において、家族は比較的発症早期から【家族で今後の生活について検討する】という行動をしていたことが明らかとなった。しかしこれまでの先行研究において、脳血管疾患発症早期の急性期治療を患者が受けている間の家族は、回復後の長期的な課題について理解できていない（Lutz, Young, Cox, et al., 2011）と述べられており、発症早期の家族が長期的な課題について検討することは困難であると考えられていた。勤労者の脳血管疾患は生計に与える影響が大きい（徳永，桑本，渡邊，2014）と述べられているように、本研究において壮年期脳血管疾患男性患者の家族は、特に「経済状況について懸念する」、【今後の生活について検討する必要性を認識する】ということと比較的発症早期に行っていたと考えられる。そして「経済状況について懸念する」、【今後の生活について検討する必要性を認識する】という行動は、【患者の復職について期待する】、【発症早期から、患者夫婦で患者の仕事を継続できるよう調整する】という復職や仕事を継続できるような対処につながっていたと考えられる。

このように発症1週間頃、一般病棟へ転棟する頃の壮年期脳血管疾患男性患者の家族が、「経済状況について懸念する」、【今後の生活について検討する必要があると認識する】ことから、復職や仕事を継

続できるような行動につなげていたことは、急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処の特徴であると考えられる。

本研究において家族は入院期間を通して「過去の病気体験から得た知識を活用する」ことや、「言葉で伝えられなくても家族だからこそ互いを理解する」という【これまでの生活で培った家族の力を活用する】ことをしていた。池添(2002)は、在宅療養を行う脳血管疾患患者の配偶者を対象とした家族の生活の再構築に関する研究において、病者を抱えた生活の中で培ってきた経験や知識に根ざした家族独自に備わり、発展し、修練された技を家族の知恵と定義し、家族が直面した状況や取り組む再構築の行動について自身で考え、見定め、取り組んでいく際に、家族独自の知恵が常に活用されていたと述べている。このことから本研究において家族が入院期間を通して、【これまでの生活で培った家族の力を活用する】対処をしていたことは、過去の病気体験から得た知識やこれまでの家族の関係性などの家族の力を家族内資源とし、それらを常に活用していたと推察された。また家族は【これまでの生活で培った家族の力を活用する】だけでなく、入院期間を通して【今回の家族の病気体験を通して家族の新たな力を認識する】ことをしていた。森下(2007)は、在宅療養者をもつ家族の強みの定義として、家族が内包している家族のつながり、力や能力を基盤にして、家族の病気体験を通して培ってきた力を発展させ、家族としての誇りを育み、それらを内的なエネルギーとして、さらに家族として統合しようとする力であると述べている。本研究における【今回の家族の病気体験を通して家族の新たな力を認識する】という対処は、家族が今回の病気体験を振り返ることによって家族の新たな力を認識し、家族としてさらに統合しようとする家族の強みとして、家族の力を発展させていくと推察された。

以上のことから、急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族は【これまでの生活で培った家族の力を活用する】、【今回の家族の病気体験を通して

家族の新たな力を認識する】というように、危機的な状況に直面しながらも、家族が病気体験を通して家族の力を発展させていくということが明らかとなったと考える。

4. 急性期における壮年期脳血管疾患患者の家族への看護援助の示唆

発症1週間頃の患者が一般病棟へ転棟する頃の家族に対して看護者は、家族がそれぞれの感情や認識を共有し状況に適した家族内外の資源を得ることで、家族が対処行動を変化発展させ家族の統合性を高めることで主体的に対処できるよう看護援助することが必要である。また家族は患者が一般病棟へ転棟する頃から、今後の生活について検討する必要性を認識することで、復職や仕事が継続できるよう取り組んでおり、家族の経済状況や今後の生活について家族の認識や意向をアセスメントし、家族の生活が維持できるよう社会保障に関する情報提供するだけでなく、家族が今後の生活について具体的に検討できるよう看護援助が必要である。

家族が病気体験を家族の強みとして発展させることができるよう、家族とともに病気体験を振り返り、家族のこれまでの生活で培ってきた力や新たな力を認識できるような看護援助が必要である。

VI. 研究の限界と課題

急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処は、家族構成や家族の関係性、家族内外資源の有無や程度により違いがみられることが推察される。本研究の研究参加者は、特定の地方の一部の施設に入院中の患者の配偶者4名であり研究参加者数が少数であること、家族の関係性が良好であるという偏りがあることが考えられることから、今後データの蓄積をしていく必要がある。

VII. 結論

急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族

の対処は、【妻ができるだけ患者を最優先にして行動する】、【親子が互いに思いやり、それぞれで行動する】、【患者の機能障害を目の当たりにし、戸惑いながらも納得しようと試みる】、【家族外資源を活用する】、【患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む】、【家族の役割変更・調整に取り組む】、【家族で今後の生活について検討する】、【これまでの生活で培った家族の力を活用する】、【今回の家族の病気体験を通して家族の新たな力を認識する】という9カテゴリに分類された。

一般病棟に転棟する頃の家族の対処は、家族員それぞれが行動するという対処にとどまっていた。しかし家族は患者の機能障害を目の当たりにし戸惑いながらも、家族外資源を活用し、【患者の機能障害の回復に向けて家族で取り組む】ことで、家族適応に向かっていると考えられた。壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処の特徴として、患者が一般病棟へ転棟する頃から、【家族の役割変更・調整に取り組む】、【家族で今後の生活について検討する】というように、今後の生活について検討する必要性を認識することで、復職や仕事が継続できるよう取り組んでいることが明らかとなった。また、【これまでの生活で培った家族の力を活用する】、【今回の家族の病気体験を通して家族の新たな力を認識する】というように、危機的な状況に直面しながらも、家族が病気体験を通して家族の力を発展させていくことが明らかとなった。以上のことから、急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族への家族支援の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に快くご協力いただきましたすべての研究参加者の皆様ならびに研究協力施設の皆様方に心より御礼申し上げます。本研究は2015年大阪府立大学大学院看護学研究科に提出した課題研究の一部を加筆修正したものである。また、本研究の一部は第23回日本家族看護学会で発表した。

〔受付 '16.05.09〕
〔採用 '18.12.12〕

文 献

Freidman M. Marilyn/野嶋佐由美監訳, 家族看護学 理論とアセスメント: 332, へるす出版, 東京, 1993

福本見子, 中川雅子: 脳血管障害患者の障害に対する家族の受容過程—脳梗塞患者の1事例を通して—, 三重看護学雑誌, 6: 187-199, 2004

服部とみ子, 原島利恵, 直成洋子他: 脳卒中急性期患者に対する廃用照応群予防ケアの実施度と実施に関連する要因—脳神経外科病棟に勤務する看護師の調査から—, 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 6(1): 13-24, 2014

林 みよ子, 黒田裕子: 早期にリハビリテーション施設への転院を選択した初発脳卒中患者の家族の在宅介護に対する認識, 日本クリティカルケア看護学会誌, 5(2): 51-59, 2009

池添志乃: 脳血管障害をもつ病者の家族の生活の再構築における家族の知恵, 日本看護科学学会誌, 22(4): 44-54, 2002

池添志乃, 野嶋佐由美: 生活の再構築に取り組む家族の介護キャリアの生成困難における悪循環, 家族看護学研究, 14(3): 20-29, 2009

梶谷みゆき, 森山美知子: 脳血管障害発症後3か月における壮年期の患者と配偶者のケアニーズ, 家族看護, 5(2): 37, 2007

梶谷みゆき, 森山美知子: 脳血管障害発症後3か月における患者と家族の心理的ケアニーズ, 家族看護学研究, 16(2): 71, 79, 2010

グレッグ美鈴: [1] 質的記述的研究, IV 主な質的研究と研究方法, グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江編, よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして: 56-57, 医歯薬出版, 東京, 2007

古賀雄二, 井上智子: 意識障害患者のICU退室により生じる家族の困難と看護支援に関する研究, 日本クリティカルケア看護学会誌, 3(2): 37, 2007

厚生労働省: 第6章 人生の各段階の課題. 健康日本21 総論, http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/s0.html #A1. 2015年4月16日

工藤恵子, 渡部裕之, 菅原美栄子他: 脳卒中発症から在宅生活までの課題: 患者・家族へのインタビュー調査から, リハビリテーション連携科学, 7(2): 59-68, 2006

Lutz, B. J., Young, M. E., Cox, et al.: The crisis of stroke: Experiences of patients and their family caregivers. Topics in Stroke Rehabilitation, 18(6): 787-797, 2011. <http://dx.doi.org/10.1310/tsr1806-786>. 2016年8月20日

松壽芳江, 奥村由美子, 河内百合子他: 脳血管障害患者の家族に対する心理的アプローチ, BRAIN NURSING, 19(8): 97-102, 2003

McCubbin I. H., Patterson M. J.: Family adaptation to crisis. Family stress, coping, and social support, 26-68, Charles C. Thomas Publisher, Illinois, 1982

宮田留理: V 家族ストレスと家族対処に関する考え方, 6章 家族を理解するための理論や考え方, (中野綾美), 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, 110-117, へ

- るす出版, 東京, 2012a
- 宮田留理: 9章 クリティカルケアを受けている病者とともに生きる家族への看護, (中野綾美), 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, 228, へるす出版, 東京, 2012b
- 森岡清美: I. 家族とは, (森岡清美, 望月 嵩), 新しい家族社会学 (四訂版), 4, 培風館, 東京, 2009a
- 森岡清美: I. 家族とは, (森岡清美, 望月 嵩), 新しい家族社会学 (四訂版), 94-95, 培風館, 東京, 2009b
- 森下幸子: 家族の強み (Family Strengths) を支援する看護, 家族看護, 5(1): 37-44, 2007
- 中野綾美: 家族へのケアを考える. 第4回家族周期論の看護への導入, 月刊ナースデータ, 16(1): 45-52, 1995
- 野嶋佐由美: 家族関係に関する理論, 6章 家族を理解するための理論や考え方, (中野綾美), 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, 122-127, へるす出版, 東京, 2009
- 鈴木和子: 5 家族を理解するための諸理論, 第2章 看護学における家族の理解, 第一部 家族看護学の理論, (鈴木和子, 渡辺裕子), 家族看護学 理論と実践, 54-59, 日本看護協会出版会, 東京, 2012
- 徳永 誠, 桑本佳織, 渡邊 進, 他: 若年・壮年期の脳卒中回復期リハビリテーション 特集/若年・壮年期の脳卒中とリハビリテーション, Monthly Book Medical Rehabilitation, 172: 31-35, 2014
- 上原敏志, 峰松一夫: 若年・壮年期の脳卒中overview 特集/若年・壮年期の脳卒中とリハビリテーション, Monthly Book Medical Rehabilitation, 172: 1-5, 2014a
- 上原敏志, 峰松一夫: わが国における stroke unitの有用性. 特集 脳卒中病棟と回復期リハビリテーション病棟, 総合リハビリテーション, 42(3): 205-210, 2014b
- 渡辺裕子: 第8章救急医療・集中治療場における家族への看護, (鈴木和子, 渡辺裕子), 家族看護学理論と実践, 227, 日本看護協会出版会, 東京, 2012
- 矢坂正弘: 若年者脳卒中のオーバerview, 分子脳血管病, 7: 139-144, 2008

Family Coping in Family with Male Patients of Maturity-Onset Cerebrovascular Disease in Acute Phase

Ai Yoneda¹⁾ Miyuki Nakayama²⁾

1) Hyogo Prefectural Amagasaki General Medical Center

2) School of Nursing Osaka Prefecture University

Key words: Family coping, Male patients of maturity-onset, Cerebrovascular disease

The purpose of this study was to clarify the family coping with male patients of maturity-onset cerebrovascular disease in the acute phase. We conducted semi-structured interviews with the wives of patients, who were undergoing rehabilitation to return to family life in a convalescent rehabilitation ward, and carried out a qualitative descriptive analysis.

In this study, the family coping with male patients of maturity-onset cerebrovascular disease in the acute phase revealed 9 categories. They were: "the wife trying to do for the patient as the first priority," "wife and children who care for each other, but do not work together," "family members facing the dysfunction of the patients, trying to be convincing during confusion," "trying to adopt resources from outside the family," "the family dealing with the impaired recovery of the patient through trial and error," "the family considering future life," "the family adapting to changes in family roles," "cultivating the power of the family through family history," and "recognizing the new power of the family through the illness experience."

When the patients were transferred to a general ward, although the families coped with the situation, each family member had not reached the level of working together. While family members were faced with the dysfunction of the patient, they coped as a whole family by utilizing the resources outside the family. In this way it was though the family to the adaptation. A main feature of the coping of families with male patients of maturity-onset cerebrovascular disease in the acute phase, was that since the transfer of the patients to the general ward, the families dealt with the patient's reinstatement into the family by envisioning their family life after discharge from the hospital. Although these families were faced with a crisis, they developed through the situation.

These results suggest that family support is important during the hospitalization of a male patient with maturity-onset cerebrovascular disease in the acute phase.