

原著

回復期リハビリテーション病棟入院初期の 脳血管障害患者が経験する疲労と対処

Experience of fatigue and coping in patients with cerebrovascular disease in the early phase
of their admission to the convalescent rehabilitation ward.

安田 香¹⁾ Kaori Yasuda, 稲垣美紀¹⁾ Miki Inagaki, 田中結華¹⁾ Yuka Tanaka

要 旨 回復期リハビリテーション病棟入院初期の脳血管障害患者が経験する疲労と対処について、脳血管障害患者9名を対象に半構成的面接を実施し明らかにした。

疲労の内容は、【リハビリテーションによる身体のつらさや頭を使うことによる疲れ】などの7カテゴリーに分類された。疲労の対処は、【リハビリテーションをしないと良くなれないと思う】などの10カテゴリーに分類された。患者は療養環境の変化やリハビリで心身のエネルギーが消耗し、療養生活で嫌悪感や苦痛を感じ、排泄に伴う不快感や無力感も感じていた。また、患者はこれらの疲労に主体的に対処し、問題解決型だけではなく情動中心型も含めた多様な対処を行っていたことが明らかになった。看護師は、入院初期の患者の疲労と対処を把握し多様な対処を支援する看護の重要性が示唆された。

キーワード 回復期リハビリテーション病棟、脳血管障害患者、疲労、対処

I. 緒言

我が国における脳卒中の発症者は年間推計29万人に達し、その7割はリハビリテーション（以下、リハビリ）や介護が必要な後遺症が残ると報告がある（Takashima, et al., 2017）。脳血管疾患の後遺症は、日常生活に支障をきたし生活様式にも大きな変化をもたらす。そのため、患者は在宅復帰を目指し身体機能を改善するリハビリに取り組みなければならない。患者は急性期を脱した後、回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハビリ病棟）で毎日機能訓練を集中的に行い、入院生活の日常生活動作すべてを訓練とすることにより機能回復の効果が上がる（大高他, 2012；大石, 2010）。しかし、回復期リハビリ病棟入院時の脳卒中患者の5割は、身体的な疲労を感じリハビリに影響すると報告がある（Schepers et al, 2006）。

疲労とは、過度の肉体的および精神的活動または疾病によって生じた独特の不快感と休養の願望を伴う身体の活動能力の減退状態であると定義されている（日本疲労学会, 2010）。また、心理学者のBartley（1965）は、疲労を行為に対する嫌悪感、身体の不快感、行為の無力感を含む感覚および認知であると述べている。よって、脳血管障害患者の疲労を捉えるためには、身体的側面だけではなく主観的に感じる心理的側面も考慮することが必要である。慢性疾患を有する患者の疲労の先行研究は、心不全患者や呼吸不全患者における生活動作での疲労（浅井他, 2021；與座他, 2002）、がん患者における疾患進行に伴う消耗性疲労が報告されている（平井他, 2008）。しかし、回復期リハビリ病棟入院中の脳血管障害患者が感じている主観的な疲労についての調査はみられない。脳血管障害患者の中でも、ADL能力が高く疲労が少ない患者は早期に職場復帰する

1) 摂南大学 看護学部 Setsunan University, Faculty of Nursing

(徳本他, 2010) と報告され、疲労を軽減することは社会復帰を助けると考える。

小野他 (2013) は、急性期病棟から回復期リハビリ病棟に転棟する患者は、生活環境や医療従事者が変わることへの不安があることを報告しており、急性期病院から退院し回復期リハビリ病院に転院する患者においては、より療養環境の変化が著しいため、心理的な疲労が大きいことが予測される。さらに、リハビリ期の患者は障害受容に向かう過程にあり、機能障害の認知、回復の断念、適応的な行動といった段階にむかう (本田, 2000)。回復過程にある脳卒中患者は、身体の変化に直面し混乱や絶望を感じており (百田他, 2002; 山内, 2007)、障害に直面することで疲労感や無力感を感じやすいと考える。在宅療養中の脳卒中患者においては、日常生活動作に疲労を感じており (千葉他, 2009)、入院中から患者は自己の疲労を自覚し適切に対処する必要がある。

よって、本研究は回復期リハビリ病棟入院初期の脳血管障害患者が経験する疲労および疲労に対する患者自身の対処を明らかにすることを目的とする。疲労の内容や患者の対処が明確になることで、個々の患者の心身の状態に沿ったりリハビリの実施と疲労への対処を促進する看護を検討できる。

II. 研究方法

1. 用語の操作的定義

疲労は、脳血管障害患者が回復期リハビリ病棟で理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 (以下、セラピスト) による機能訓練や療養生活によって生じる身体的疲労、また身体の不快感や行為の嫌悪感や無力感といった心理的疲労も含むものとする。

対処とは、脳血管障害患者が経験した疲労に対して適切に処理し統制していこうとしてなされる、絶えず変化していく認知的努力と行動による努力とする。

2. 研究デザイン

脳血管障害患者が経験する疲労の内容と対処を、

患者の視点からの経験をありのままに記述するための質的記述的研究法とした。

3. 研究方法

研究参加者は、大阪府内の約100床の回復期リハビリ専門の病院の1施設において施設基準入院料1を取得している病棟に入院後、約1週間が経過した脳血管障害患者で会話が可能な者とした。調査期間は2017年9月～2018年5月であった。調査方法は、機能訓練や生活の活動で経験する疲労と対処について、半構成的面接を実施した。参加者1名につき30分程度、療養生活に支障がない時間にプライバシーを確保した個室で行った。面接内容は、参加者の許可を得て録音した。基本属性は、年齢、性別、主病名、面接日 (入院から面接日までの日数)、入院時の機能的自立度評価 (Functional Independence Measure、以下FIM) 得点、車いすの使用の有無、同居家族の有無とし、診療録・看護記録等から情報収集を行った。分析方法は、面接データから逐語録を作成し疲労に関する内容と対処に関する記述を抜き出した。文脈の中で意味が分かるようにコード化した。疲労に関する内容と対処をそれぞれ類似したコードをまとめ、名称をつけサブカテゴリーとして分類した。サブカテゴリーをまとめカテゴリーとして名称をつけ分類した。分析した結果の真实性を高めるため、データのコード化やカテゴリー化、カテゴリー名の命名などの分析過程において、研究者間で繰り返し検討し、再分析や修正を行った。質的研究に精通した研究者2名からスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

研究者が所属している研究機関の研究倫理審査委員会の承認 (承認番号2017-054) を得た。主治医より会話によるコミュニケーションによって負担が生じないと許可を得た者とした。参加者には研究目的、研究参加や研究中止の自由、個人情報保護やデータ管理について口頭と書面で説明し文書で同意を得た。

表1 研究参加者の基本属性

ID	年齢	性別	主病名	面接日 入院から面接 までの日数	入院時FIM得点	
					運動項目	認知項目
1	60歳代	男性	脳梗塞	6	65	30
2	70歳代	女性	脳梗塞	7	48	27
3	70歳代	女性	脳梗塞	7	47	25
4	80歳代	女性	脳梗塞	8	19	16
5	60歳代	女性	脳梗塞	7	50	23
6	70歳代	男性	脳梗塞	7	68	29
7	70歳代	女性	脳出血	8	22	25
8	80歳代	男性	脳梗塞	7	61	21
9	80歳代	男性	脳梗塞	8	34	24

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者の基本属性 (表1)

参加者は男性4名、女性5名の合計9名、平均年齢71.1 (SD7.7) 歳であった。発症から回復期リハビリ専門の病院に入院するまでの平均日数は30.7 (SD12.1) 日で、入院時FIM平均点70.4 (SD20.7) 点、運動項目平均点46.0 (SD17.8) 点、認知項目平均点24.4 (SD4.2) 点であった。家族と同居中の患者は5名、独居の患者は4名であった。9名全員が日常生活動作で車いす使用が必要であった。

2. 脳血管障害患者が経験する疲労の内容

疲労の内容として99コードが抽出され、20のサブカテゴリが分類された。さらにサブカテゴリをまとめた結果、7カテゴリに分類された。分類されたカテゴリとサブカテゴリは表2に示す。以下、本文中の【】はカテゴリ、斜字は参加者の語りを示し、()内は筆者が言葉を補った。

【リハビリによる身体のつらさや頭を使うことによる疲れ】は、リハビリによる身体のつらさや言語聴覚療法の課題を実施する難しさから、疲れを感じることが述べられた。

休憩しながら(リハビリの)先生もしてくれるけど、(リハビリの時間が)1時間ぐらいかな、長い、何回も立ったりね、どうしてもつらい。(ID:7)

計算や数字で頭を使うし、頭のリハビリは、だんだんと難しくなってくるので疲れる。(ID:2)

【慣れないセラピストとのリハビリの嫌悪感】は、新しく担当となったセラピストがするリハビリの内

容がわからず、自分の考えとの違いについて違和感を感じたことが述べられた。

(リハビリの先生が)替わり、次の日にまた違う人が来る。(中略)自分自身も初めての先生でどんなこと教えてくれるのか、どういうことをするのか、やっぱり僕もわからない。(ID:1)

そこ(先生がするリハビリの内容)に自分が思っていることと、やってもらうこととの、ちょっとした思い違いがあると思う。(ID:8)

【日常生活の動作ができないことによる無力感】は、脳血管障害による麻痺により日常生活の動作に疲れる思いが述べられた。

なぜ、言うことを足も手も動いてくれないのか。昨日までできたことが、できないので、ちょっと悩んだ。(ID:1)

疲れますよ、食べる時(麻痺があるため、利き手ではない手で食べるので)、こぼさないようにご飯を食べるのが疲れます、苦になる。(ID:7)

【車いす生活のつらさや長時間座ることの不快感や疲れ】は、車いすに座ることから身体の痛みや、車いすに座る生活に変化したつらさが述べられた。

まあ、これ(車いす)が無いと動きが取れない、皆さん(医療スタッフ達)に(車いすを)押してもらって動くしかない。(ID:9)

朝(ごはん)が済んで(車いすで)じっと座って、ここ(腰のあたりが)がうずいてくる。テレビの音がジャンジャン上から降ってきて、しんどい。(ID:4)

【思い通りにならない生活を送ることの嫌悪感や苦痛】は、安全対策による制限やベッドから離れ、

表2 疲労の内容

カテゴリー (計7カテゴリー)	サブカテゴリー (計20サブカテゴリー)
リハビリテーションによる身体のつらさや頭を使うことによる疲れ	リハビリテーションによって身体のつらさやしんどさを感じる 読み書きができず言葉の意味もわからないので疲れる 言語療法が難しいことでうまくできず疲れを感じる 言語聴覚療法で頭を使って集中することで疲れを感じる
慣れないセラピストとのリハビリテーションの嫌悪感	慣れないセラピストとのリハビリテーションの内容がわからず困る 自分でできると思うこととセラピストとの考えが違うことへの違和感がある
日常生活の動作ができないことによる無力感	麻痺によってできなくなってしまったことがつらい 日常の生活動作に疲れやすさを感じる
車いす生活のつらさや長時間座ることの不快感や疲れ	車椅子に座る生活に変わることにつらさを感じる 長時間車いすに座ることで痛みや疲れを感じる
思い通りにならない生活を送ることの嫌悪感や苦痛	行動制限されていることへの嫌悪感を感じる 自分のタイミングで眠れず生活のリズムが変わり疲れを感じる デイルームで長時間過ごすことに苦痛を感じる 自分のタイミングでお風呂に入れないことがつらい トイレに行くのに介助が必要で間に合うか心配になる
便秘でお腹が張るつらさや便意が分からないことによる不快感	便が出なくてお腹がはる感じがしんどい 便通がわからなくなったことが困る きばっても便が出ないことがつらい
看護師の手を借りなければ排泄できないことによる無力感	トイレに看護師の手を借りないといけないことが窮屈で申し訳ないと思う 失禁やトイレでの転倒を看護師に知られたことに嫌悪感がある

表3 疲労の対処

カテゴリー (計10カテゴリー)	サブカテゴリー (計21サブカテゴリー)
リハビリテーションをしないと良くならないと思う	リハビリテーションは疲れるがしないと治らなと思って頑張る リハビリテーションは疲れるが慣れてくるとどうにかなると思う
セラピストの助けでリハビリテーションをする	セラピストに教えてもらうとうまくいくのでリハビリテーションをする セラピストがいい方に引っ張ってくれると思う
リハビリテーションについて質問する	新しい担当のセラピストのリハビリテーションの様子を見る セラピストのすることがわかってきたら質問をする セラピストの説明に納得してリハビリテーションをする
リハビリテーションの効果を実感し頑張る	リハビリテーションの効果を実感しもっとよくなりたいと思う リハビリテーションをすることで感動やうれしさがあるから続けることができる
退院後の生活に向けてリハビリテーションを頑張る	今の体のままでは退院ができないからリハビリテーションを頑張る 介助されるのは仕方ないが一人でトイレに行けるようにリハビリテーションを頑張る
家族や他患者の励ましでリハビリテーションを頑張る	家族からの言葉が励みになり頑張る 他の人もリハビリテーションをしているので自分も頑張る
疲れないように生活のリズムを崩さない	リハビリテーションの後は休息を取り生活のリズムを崩さないようにする 睡眠を調整して生活のリズムを崩さないようにする
自分の体に問題はないと思う	行動制限はわかっているが自分の体が動きにくくはない 転倒したのは自分の体のせいではないと思う
対処できない時は看護師に助けをもらう	便が出なくて困った時は看護師に相談する 生活の中でできない時は助けをもらうしかないと思う
人間関係の疲労を避ける	他患者との会話で深入りしない 入院を自分からは他者に伝えない

長時間車いすに座りデイルームで過ごすことにつらい思いや疲労を感じていたことが述べられた。

確かに(行動の)制限がよくわからないけどある。行動するけどその(自室がある病棟以外の階の)下

へ行ったり上へ行ったりするのに(制限がある)。(ID:8)

朝(朝食)の後に車いすに座りテレビがあるところで(デイルーム)長時間過ごすので体がつらい

(ID:4)

【便秘でお腹が張るつらさや便意がわからないことの不快感】は、脳血管障害からくる排便障害や便意がわからないことへの不快感が述べられた。

出るものも出ず詰まっているみたい、しんどい。ほんとにお腹張ってすぐ(便が)出たらいいけど出ないから。(ID:7)

便秘になって、おしっこしたいのに、(中略)自分はおしっこだと思って(トイレに)行った時に便が出でます、なぜ便通わからないのか困る。(ID:5)

【看護師の手を借りなければ排泄できないことの無力感】は、排泄介助を受けることによる窮屈さや申し訳ない思いが述べられた。

おトイレも一人で行けない、(体の麻痺のために)不自由さもあり、人の手を借りないといけない窮屈さがある。(ID:3)

自分が(転倒したとき)、皆(看護師が)ぱっと来た時、ひっくり返ってちょっと足(がトイレ前の床に)ついて、(中略)こう片足ついてというかな(自分が)無様なかつこうをしているから。(ID:8)

3. 脳血管障害患者が経験する疲労への対処

疲労への対処として105コードが抽出され21のサブカテゴリーが分類された。さらにサブカテゴリーをまとめた結果、10カテゴリーに分類された。分類されたカテゴリーとサブカテゴリーは表3に示す。以下、本文中の【】はカテゴリー、斜字は参加者の語りを示す。()内は筆者が言葉を補った。

【リハビリをしないと良くならないと思う】は、長時間のリハビリで疲れを感じるが、リハビリをしなければ良くならないという思いが述べられた。

リハビリで立つ練習をしないと治らないと思い、頑張ろうと思いいリハビリをしている。(ID:8)

(言語療法をしているときに)ここでやめて欲しいなって思う時もあるけど、まあ、どうにかなるだろう。(ID:6)

【セラピストの助けでリハビリをする】は、セラピストの指示通りに実施することで成果を感じ、セラピストを信頼し訓練の効用に期待する思いが述べられた。

(言語療法で)漢字(が)書けなくても、(リハビリの先生が)ちょっと横に言偏を書いてもらったら、いいほうに(リハビリの先生が)引っ張ってもらえるなら、たぶん(漢字が)書けるようになるだろうと思う。(ID:1)

(リハビリの先生が)言うとおりに習うほど、うまく歩けます。やっぱり(リハビリの先生に)言われた通り、しようと思う。(ID:9)

【リハビリについて質問をする】は、新しく担当となったセラピストのリハビリの内容が少しずつ把握できるようになり、自分で質問して納得するようになりリハビリに取り組む思いが述べられた。

治療ね、3人(のリハビリの先生)からリハビリして、もう少し(様子を)見て、見た結果が出てきて言うことです。(ID:9)

そのうち、目の前で(リハビリの先生のすることが)わかり、具体的にわかってきたら(リハビリの先生に)質問を、しようと思う。(ID:8)

【リハビリの効果を実感し頑張る】は、リハビリを実施する中で効果を実感し、回復への意欲を持ちリハビリに取り組む思いが述べられた。

歩けるようになったから嬉しい、まだほんとにまだ(左手の)痺れが治っていないけど。(ID:2)

(リハビリの先生が決めた計画で)4周(歩いたことが)、その感動みたいなものが、ちょっとしたことだけど大事ですよ。(ID:3)

【退院後の生活に向けてリハビリを頑張る】は、退院後の生活をイメージし目標を持ちリハビリを頑張る思いが述べられた。

車いすを押してもらっているけど杖について歩きたいと思う。(ID:3)

トイレ介助されることは仕方のないことであり、一人でトイレに行くためのリハビリだと思う。(ID:4)

【家族や他患者の励ましでリハビリを頑張る】は、家族の励ましの言葉や他患者の姿を見てリハビリへの意欲を強くしたことが述べられた。

僕(息子)が、(昼間は仕事で)いなくても(息子が)心配せずに仕事ができるような体になり帰っ

てきてほしいから頑張ろうと言われました。(ID:3)

みんな、昼は起きるように頑張ってるし、こっちも頑張らないと。ちょっと(起きていることが)きついなと言えないから頑張る。(ID:5)

【疲れないように生活のリズムを崩さない】は、制限のある生活の中でリズムを崩さないよう自己で主体的に対処していることが述べられた。

リハビリした後、疲れたなと思ったら、ひと眠りして、(中略)1時間ぐらい経って目が覚めたら元気になる。(ID:6)

なるべく昼起きておかないと夜寝られなくなったらどうしようというのがあったから、9時以降に寝るように考えてる。(ID:5)

【自分の体に問題はないと思う】は、障害を受容できない思いが述べられた。

ひっくり返って、これは自分がこういうこと(歩くときに靴をきちんと履いていなかったこと)が原因で、自分の体のあれ(体に麻痺があること)で(体が不自由なこと)じゃないからという思いがあります。(ID:8)

【対処できない時は看護師に助けてもらう】は、自分で解決できない状況では、周囲の援助を受けて対処していることが述べられた。

きばっても便が出ないのでどうしたらいいかと思ひ看護師に相談した。(ID:5)

(トイレ介助を受けることは)やっぱり毎日のことだから気を使うけど、病気として割り切って生活しないと仕方ない。(ID:3)

【人間関係の疲労を避ける】は、他者との距離を調整し、意図的に疲労を避ける対処をしていたことが述べられた。

(他の患者との会話で)言うことをあまり聞いてないと言うか、うんうんだけで話はわかるけど、あまり深入りしたくはないと思う。(ID:5)

(知人が家族に)どうしていると聞いてみたいで、僕のことをね。まだ(入院していることを)言わないし、みんなに。(ID:9)

IV. 考察

1. 脳血管障害患者が経験する疲労の特徴

1) 回復期リハビリ病棟入院初期のリハビリで感じる心身のエネルギーの消耗

本研究結果において、参加者は集中的に複数の訓練を実施することにより身体的な疲労を感じていた。また、脳血管障害患者は言語機能や計算能力の障害があることが多く参加者は、【リハビリによる身体のつらさや頭を使うことによる疲れ】を感じていた。回復期リハビリ病棟に入院したことにより、急性期で信頼関係を築いたセラピストから新しいセラピストに交代することになる。脳血管障害患者においては認知機能が低下した状態であるため、訓練ごとに複数の新しいセラピストと接することは意思疎通が難しく、【セラピストが交代し自分の考えとの違いによるリハビリの嫌悪感】を感じていたと考える。河野他(2015)は、回復期リハビリ病棟に入院中の患者と作業療法士との間でリハビリの考えに違いがあることを報告している。本研究の参加者も同様な思いを抱いており、認知機能が低下した状態で【リハビリによる身体のつらさや頭を使うことによる疲れ】と【セラピストが交代し自分の考えとの違いによるリハビリの嫌悪感】といった複数の疲労を経験していると考える。患者は、リハビリのつらさやセラピストの交代などにより多くの人と出会うことで、心身のエネルギーが消耗し疲労を感じる。この点で他疾患患者と違いがあり、回復期リハビリ病棟入院初期の脳血管障害患者に特徴的な疲労といえる。看護師は、入院初期の患者の心身のエネルギーの消耗を理解しセラピストとの連携や調整を行うことが必要である。

2) 療養生活で感じる無力感や苦痛

新山他(2012)は、脳血管障害の高齢者のライフスタイルの再編成において疾患や障害を持ち生きた心地がせず身動きがとれない感情をもつことを報告している。本研究においても、FIM運動項目点数が低く、車いすで移動する状態であり、【日常生活の活動ができなくなったことによる無力感】につな

るといえる。さらに【車いす生活のつらさや長時間座ることの不快感や疲れ】に耐えていると考える。特に、脳血管障害患者の回復期リハビリ病棟入院初期の患者は、様々な日常生活の中で機能を評価されることから障害に直面することにより無力感を感じやすい状況であると考え。また、参加者は後遺症によりすべての生活に介助が必要であり、病棟のスケジュールに合わせた生活や行動制限から【思い通りにならない生活を送ることの嫌悪感や苦痛】を感じていると考える。さらに、転倒リスクを予防するための対策は監視され自由に行動できないという拘束感を持つことにつながると考える。入院初期はリハビリのゴール設定が難しく、患者も自身の目標や希望を見いだせず、日常生活において無力感や苦痛を感じていることが考えられるため、患者の心理面を把握しながら生活調整をすることが重要である。

3) 排泄に伴う不快感や無力感

脳血管障害の排泄障害は便秘が多く、運動麻痺による排泄動作の障害、言語障害による意思疎通の障害、認知障害など複雑な要因がある(岩月他, 1995)。参加者においても、【便秘でお腹が張るつらさや便意が分からないことの不快感】があり、便通の調整ができず疲労するといえる。特に、入院初期の患者は排泄時の介助の必要性を理解しているが介助を受けることへの気兼ねや窮屈さから、【看護師の手を借りなければ排泄できないこと無力感】があるといえる。排泄障害や介助を受けることでの不快感や無力感を持ち、リハビリの意欲の低下が危惧される。さらに、排泄動作自体がリハビリとなっていることを考慮すると、排泄における心身のニーズを把握し、段階的な援助を実施することが必要であるといえる。

2. 脳血管障害患者が経験する疲労の対処の特徴

1) 回復期リハビリ病棟入院初期のリハビリで感じる心身の疲労の主体的な対処

参加者は入院初期で、効果を実感できないままりハビリをしているが、自身にとって必要なものであると理解し【リハビリをしないと良くならないと思う】と考えて前向きに対処していると考え。鈴木他(2017)は、リハビリを受ける患者の認識の変化

において心理的な混乱があり、よくなるために専門家にお任せするしかないという認識があると報告している。参加者においても入院初期のFIM認知項目得点が低下しており、リハビリを実施する中で障害に直面し心理的な混乱や不安、無力感などにつながり、【セラピストの助けでリハビリをする】という対処をしていたと考える。さらに、身体の回復に伴いリハビリの内容を理解するため主体的に【リハビリについて質問する】する対処をしていたと考える。心臓手術後の患者においては、日々の症状の改善を患者自身が比較し実感することで主体的な回復行動への欲求を持つことが明らかにされている(土居他, 2014)。参加者においても、麻痺していた手がわずかでも動き歩行練習が開始されるなどの回復を患者自身が実感することで、【リハビリの効果を実感し頑張る】意欲につながると考える。さらに、患者自身で機能回復に伴い退院後の希望や目標を見出し【退院後の生活に向けリハビリを頑張る】対処をしていたといえる。さらに、家族からの励ましの言葉や他患者のリハビリの姿を意識することにより、【家族や他患者の励ましでリハビリを頑張る】対処につながると考える。このように、障害に直面しながらも前向きに捉え、主体的に対処していることがわかった。よって、看護師は患者の主体的な対処を把握し、入院初期の環境の変化に適切に対処できるよう支援することが重要である。

2) 療養生活で感じる無力感や苦痛への対処

宗正他(2012)は、大腿骨骨折後の後期高齢者は自身の生活を取り戻すために生活動作を調整し主体的にコントロールしていることを明らかにしている。参加者においてもリハビリや生活での疲労を予測し、【疲れないように生活のリズムを崩さない】対処をしていた。参加者は、急性期病棟での生活から回復期リハビリ病棟での生活のリズムを主体的に整えていると考え。また、認知機能の低下があることで人との交流で疲労が増しやすいため、【人間関係の疲労を避ける】ことにより人間関係から感じる疲労を調整していたと考える。このような問題解決型対処(Lazarus et al, 2014)をする一方で、転倒の原

因が自分の体の障害を認めたくなく【自分の体には問題がないと思う】といった防衛機制を用いた情動中心型対処も行い、心理的危機に陥らないよう対処していると考え。そして、高山（1997）は、脳血管障害患者の危険行動は、患者にとっては障害を確かめる意味がある可能性を指摘しており、参加者の行動も類似していると考え。益他（2015）は、脳血管障害患者が自分のままならない身体と折り合いをつけていることを明らかにしている。参加者は、【看護師の手を借りなければ排泄できない嫌悪感】を感じながらも折り合いをつけ、自己で【対処できない時は看護師に助けてもらう】とった支援を求めていると考える。このように、リハビリや療養生活で感じる疲労に対して、問題解決型だけではなく情動中心型も含めた多様な対処を行っており、入院初期の患者の心理的な特徴を理解して支援することが重要である。

3. 看護への示唆

1) 患者と多職種との信頼関係を築くための援助

本研究結果から、入院初期の脳血管障害患者はセラピストによるリハビリと生活場面のすべてがリハビリといった療養生活での疲労を感じており、特に多くの医療従事者と出会うことで疲労を感じていた。大泉他（2013）は、リハビリ開始時の患者は、医療従事者の関わりで不安が軽減していると報告している。よって、医療従事者は患者との信頼関係を築きながら不安を傾聴することで、主観的な疲労のサインを捉え支援につなげる意味で非常に重要である。また、看護師はセラピストと協働して、リハビリでの患者の反応やリハビリの進行状況の情報を得て、生活場面においてもリハビリへの意欲を高める支援が必要である。

2) 患者の多様な対処を支援する援助

患者の意欲を引き出すには、訓練などで成功体験が経験できる関わりを持つことが重要である（魚尾他, 2011）、しかし、入院初期は成功体験がないままリハビリを実施しているため、繰り返し丁寧にリハビリ内容を説明し、患者が納得して目標に向かえるようセラピストと連携して関わるのが重要である。

また、患者は1日の生活のなかで疲労を予測し、軽減しようと主体的に対処していたため生活援助の上では患者の意向を聞きスケジュール調整をすることが重要である。一方で、患者は防衛機制を用いた対処や危険にもつながる自己の障害を確かめる行動をするため、看護師は患者の行動の意図を理解し、見守りながら生活を支援することが重要である。

3) 疲労につながる苦痛を軽減する生活調整

患者は、車いすに長時間座る不快感や病棟のスケジュールに合わせて生活を送ることにより嫌悪感や苦痛を感じ疲労していた。看護師は、車いすに長時間座ることで患者の疲労を引き起こすことを踏まえて離床の援助を検討する必要がある。さらに、便秘による不快感が疲労につながるようになった。看護師が入院初期から患者の排泄に関するニーズを把握し、便秘の改善や便失禁予防を積極的に実施することが重要である。このように、看護師が患者の疲労につながる苦痛症状を介護職や栄養士などの多職種と共有しリハビリや生活を調整することで、強い苦痛を感じずに効果的にリハビリを実施することができる。と考える。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1施設のみによる会話が可能な患者を対象としており、今後は複数の施設で会話が不可能な患者を対象とした調査を実施する必要がある。

V. 結論

回復期リハビリ病棟入院初期の患者が経験する疲労は、【リハビリによる身体をつらさや頭を使うことによる疲れ】などの7カテゴリーに分類された。疲労の対処は、【リハビリをしないと良くならないと思う】などの10カテゴリーが分類された。患者は療養環境の変化やリハビリで心身のエネルギーが消耗し、療養生活で嫌悪感や苦痛を感じ、排泄に伴う不快感や無力感も感じていた。また、患者はこれらの疲労に主体的に対処し、問題解決型だけではなく情動中心型も含めた多様な対処を行っていたことが明らかになった。看護師は、入院初期から患者の疲

労と対処を把握し、患者の多様な対処をサポートし回復への意欲を促進できるよう関わる必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただいた参加者の皆様、研究施設の看護部長およびスタッフの皆様に厚く御礼申し上げます。本論文は2018年度摂南大学看護学研究科修士論文の一部を加筆修正したものであり、一部を第39回看護科学学会学術集会、第7回日本ニューロサイエンス看護学会学術集会で発表した。本研究に関して開示すべき利益相反はありません。

文献

浅井克仁, 旗持知恵子, 南村二美代 (2021): 慢性心不全患者における病気認知の関連因子. 日本看護研究学会誌, 44 (1) 41-50.

Bartley, S. H. (1965): FATIGUE Mechanism and Management. Charls C thomaspublisher, Springfield.

千葉真弓, 安田貴恵子, 御子柴裕子 (2009): 脳卒中の在宅移行期における看護ニーズの検討 - 4事例の検討から -. 長野県看護大学紀要, 11, 39-49.

土居千夏, 清水美和, 端近真子, 福島嘉子, 大川宜容 (2014): 心臓血管手術を受けた患者の回復行動へ踏み出すきっかけ. 高知女子大学看護学会誌, 39 (2), 80-87.

百田武司, 西亀正之 (2002): 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 -. 広島大学保健ジャーナル, 2 (1), 41-50.

平井和恵, 狩野太郎, 高階淳子, 細川舞, 石田和子, 神田清子 (2008): 量的評価にみるがん患者の倦怠感の特徴 - 臨床における倦怠感アセスメントへの示唆 -. 横浜看護学雑誌, 1 (1), 18-25.

本田哲三 (2000): 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,

14-25, 医学書院, 東京.

岩月宏泰, 岩田敦子, 岩月順子, 喜多弘美 (1995): 脳血管障害発症後の便秘増悪についての調査, 名古屋大学医療技術短期大学紀要, 7, 57-61.

河野崇, 京極真 (2015): 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者が作業療法士に対して抱く信念対立と対処法の構造, 作業療法, 34 (5), 530-540.

益宏美, 藤田佐和 (2015): 再発を体験した脳血管障害をもつ人の構え. 高知女子大学看護学会誌, 41 (1), 107-119.

宗正みゆき, 小野ミツ (2012): 退院後老人福祉施設を利用している大腿骨近位部骨折後の後期高齢者の背景因子が生活機能に及ぼす影響. 広島大学保健学ジャーナル, 10 (2), 47-54.

新山真奈美, 鈴木圭子 (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. 秋田大学保健学専攻紀要, 20 (2), 11-19.

日本疲労学会 (2010): 抗疲労臨床評価ガイドライン. 2020年4月1日, hirougakkai.com/guidline.pdf

大石善樹 (2010): 多職種協働で実践した生活リハビリテーションの効果. Geriatric Medicine, 48 (1), 129-131.

大泉綾亮, 月田佳寿美. (2013): 整形外科疾患患者のリハビリテーション開始時のモチベーションとそれに影響を与える要因. 日本看護学会論文集. 成人看護Ⅱ, 43, 35-38.

大高知世, 野口涼太 (2012): 脳血管障害患者に対する365日リハビリテーションの効果. 理学療法新潟, 15, 3-7.

小野かおり, 中沖糸乃, 濱口道子, 伊賀原由香 (2013): 急性期病棟から回復期リハビリテーション病棟へ転棟する患者の抵抗感. 日本看護学会論文集, 成人看護Ⅱ, 43, 27-30.

Lazarus, R.S., Folkman, S (2014): Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company, Inc., New York/本明寛, 春木豊, 織田

- 正美 (1991) : ストレスの心理学 (11). 154-159, 実務教育出版, 東京.
- Schepers, V.P., Visser-Meily, A.M., Ketelaar, M., Lindeman, E. (2006) : Poststroke fatigue : course and its relation to personal and stroke-related factors, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87 (2), 184-188.
- 鈴木理恵, 佐藤憲明 (2017) : 心臓外科手術後に心臓リハビリテーションを受ける患者の認識. *日本看護学会論文集, 急性期看護*, 47, 51-54.
- Takashima, N., Arima, H., Kita, Y., Fujii, T., Miyamatsu, N., Komori, M., Sugimoto, Y., Nagata, S., Miura, K., Nozaki, K. (2017) : Incidence, Management and Short-Term Outcome of Stroke in a General Population of 1.4 Million Japanese-Shiga stroke Registry-. *Circulation Journal*, 81 (11), 1636-1646.
- 高山成子 (1997) : 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究—グランデッドセオリーアプローチを用いて—. *日本看護科学学会誌*, 17 (1), 1-7.
- 徳本雅子, 甲斐雅子, 豊田章宏, 豊永敏宏 (2010) : 脳血管障害リハビリテーション患者における早期職場復帰要因の検討-労災疾病等13分野研究・開発・普及事業における「職場復帰のためのリハビリテーション」より-. *日本職業・災害医学会会誌*, 58 (5), 240-246.
- 魚尾淳子, 河野保子 (2011) : 脳血管障害患者の日常生活活動拡大に関する研究—意欲、自己効力感、自己効力感形成の情報源との関係に焦点を当てて—. *日本看護研究学会雑誌*, 34 (1), 47-59.
- 山内典子 (2007) : 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—. *日本看護科学学会誌*, 27 (1), 14 -22.
- 與座嘉康, 北川知佳, 田中貴子, 中ノ瀬八重, 田所杏平, 石野友子, 門司和彦, 千住秀明 (2002) : 慢性呼吸不全患者の日常生活における上肢動作について. *長崎理学療法*, 2, 7-14.

Abstract

Semi-structured interviews were conducted with nine patients with cerebrovascular disorders to clarify their fatigue experience and coping strategies in the early phase of their stay in the convalescent rehabilitation ward.

The contents of 'fatigue' were classified into seven categories, such as 'physical pain from rehabilitation' and 'fatigue from mental exertion'. Additionally, the contents of 'coping with fatigue' were classified into ten categories, such as 'It will not get better without rehabilitation'. The patients felt physically and mentally drained by the change of environment and rehabilitation, disgust and pain during recuperation, and discomfort and helplessness during excretion. We also found that they proactively coped with the fatigue using various coping strategies, including not only problem-solving strategies, but also emotion-centred ones. It was suggested that it is important for nurses to understand the fatigue and coping of patients in the early stages of hospitalisation and to support them in coping in a variety of ways.

Key words convalescent rehabilitation ward, patients with cerebrovascular disease, fatigue, coping