

資料

高齢者が骨折から再適応に至るまでの心理過程モデル

岩田直也*¹ 永田 博*² 進藤貴子*²

1. 問題

骨折は本来、高齢者であっても治癒可能な疾患であり、医療技術の進歩によりその治療成績も著しく改善されている¹⁾。それにもかかわらず高齢者の骨折は寝たきりの大きな要因とされ、治療中に認知症が進行したり、脳血管疾患や循環器疾患の併発頻度が高まるなど、生命予後にも大きく影響を及ぼすと言われている^{2,3)}。

さらに、骨折の後遺症は身体的な症状にとどまらない。転倒による骨折の経験は移動や起立歩行に対する自信を喪失させ、外出に対して不安や恐怖心を生じさせる。その結果、活動範囲が狭くなり、自宅内に閉じこもりがちになるといった生活面の影響もある⁴⁾。また、骨折の入院治療は長期化することが多く、その間にショックや不安、抑うつをはじめとするさまざまな心理状態が生じる。これが、リハビリ治療への意欲、ひいてはその効果に大きく影響する⁵⁾。そのため、高齢者の心理的变化に対応した心理的援助が求められている⁶⁻⁸⁾。

骨折治療の各時期に生じる心理的特徴については、さまざまな研究が行われてきた。治療初期の高齢者の心理状態、とくに骨折治療の初期に自身の回復状況をどう受け止めたかがその後の治療効果に影響を及ぼしていること⁶⁾や、術前には手術に対する不安が高まり、術後の安静期には焦燥感が高まるなど高齢者の心理的特徴の質が時期により異なること⁹⁾、心理状態は退院前から退院1年後にかけて段階的に変化していくこと¹⁰⁻¹³⁾などが明らかにされている。しかし、これらの研究は受傷時やリハビリテーション、退院後の生活など、ある特定の時期の心理状態に焦点を当てており、骨折の治療過程全体を扱っていない。骨折治療では安静期間の後に歩行訓練に移行するなど、身体的な回復に伴って治療形態が変化する。この治療形態の変化への適応もまた、高齢者の心理に大きく影響を与えることが推測される。そのため、高齢者の心理を捉えるためには、受傷時から退院後の生活までの全体にわたる心理的特

徴を記述する必要がある。

この課題を達成するには危機理論¹⁴⁾がひとつの手がかりになる。危機理論とは、急性の疾患¹⁵⁾、脊椎損傷¹⁶⁾、身体部位の切断¹⁷⁾など、突発的な危機状態に陥った患者がいくつかの段階を経て適応に至るまでの心理状態を理解し、各時期で適切な対応を考えるための理論である。危機理論では危機を適応への出発点として、その過程を心理的平衡状態を保とうとする対処過程¹⁵⁾として捉えることによってさまざまな段階の危機モデルが提案されている¹⁵⁻¹⁹⁾。骨折を一種の危機状態として考えると、高齢者が骨折という危機状態から再適応に至る過程にも、ある一定の段階が存在すると考えられる。特に、多くの危機モデルが言及しているような心理的混乱と心理的安定が交互に生じ、期待と悲嘆を行き来しながら適応に至るという心理過程は、手術、安静、歩行訓練と、身体的な回復に伴って治療形態が変化する骨折高齢者の不安定な心理過程を理解するうえでも有効であると考えられる。

その一方で、危機モデルには骨折に適用し難いところもある。とくに危機モデルの多くは重篤で不可逆的な疾患を対象としているため、モデルの最終段階である適応の状態として障害受容の側面に焦点が当てられている。障害受容とは、障害を抱えてもそれを新たな自己の状態として受け入れる積極的な価値の転換である^{20,21)}。これに対し、骨折治療を経験した高齢者の中には、新たな自己を積極的に見出すというよりも痛みや不安を抱えたまま退院に至り、閉じこもりや寝たきりに移行するといった、高齢者があきらめることで骨折後の生活に適応する例も多い²²⁾。そのため、骨折高齢者の適応段階を考える場合には、障害受容に偏らない、老化による身体機能の低下とともに人生の終焉を受け入れるという肯定的ではない側面にも注目することが必要である。

高齢者が骨折から再適応に至るまでの心理過程を明らかにすることは、骨折を契機とした介護や寝たきりを防止する対処を考えるうえでも重要な情報に

*1 社会福祉法人 旭川荘 旭川児童院 *2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 臨床心理学科
(連絡先) 岩田直也 〒703-8555 岡山市北区祇園866 旭川荘
E-Mail: viridian708@yahoo.co.jp

なると考える。本研究では、骨折後入院を経験した高齢者を対象に半構造化面接による聞き取りを行う。そして、それぞれの治療過程で起こる高齢者の心理的特徴とその変化を捉える。得られたデータをグラウンデッド・セオリー・アプローチの手法で分析し、これをもとに高齢者が骨折から再適応に至るまでの心理過程のモデル化を試みる。

2. 方法

2.1. 対象者

本研究の対象者は、下肢骨折による入院治療のために病院内で一定期間の安静臥床とリハビリテーションを経験し、退院後に自立歩行を維持し認知症症状は認められない65歳以上の高齢者10名(男性2名,女性8名)であった。調査時の平均年齢は80.7歳(SD=7.1;69歳~92歳),骨折受傷時の平均年齢は78.6歳(SD=7.2;67歳~90歳),退院後経過期間の平均は26.1カ月(SD=17.1;9カ月~72カ月)であった。骨折の種類は大腿骨頸部骨折が8名,脊椎圧迫骨折が1名,足関節果部骨折が1名であった。研究対象者の概要を表1に示す。

2.2. データ収集の方法

骨折治療の先行研究で扱われている各治療段階が骨折高齢者の主観的経験に適合しているかを検討し調査手順を整理するため,2008年6月に予備調査として1例の聞き取り調査を行った。その結果,骨折治療時期を受傷・受診時,術前安静時,術後安静時,リハビリテーション期,退院前,退院後の6時期に分けた。そのうえで,半構造化面接を2008年7月~9月に行った。対象が高齢者であり,面接には精神的にも身体的にも十分な配慮が必要であると考え,1回の面接につき40分~60分を目安として全13回の面接を実施した。その際の面接内容は,筆記による記録と対象者の同意を得たうえでICレコーダーに録

音した。

面接の内容については,受傷・受診時,術前安静時,術後安静時,リハビリテーション期,退院前,退院後の時期ごとに,「その頃はどのように過ごしていたか」,「どんなことを感じたり考えたりしていたのか」,「心理的安定を促進したと考えられる要因は何か」,「心理的安定を阻害したと考えられる要因は何か」などについて質問し,自由に語ってもらった。加えて,骨折を負ったにもかかわらず再歩行を獲得できるまでに回復した要因について聞き取りを行った。「骨折の入院経験を通して自分の中で大きく変わったと思うこと」,「入院治療中の精神的な支え」,「回復できた要因」などについて質問し,自由に語ってもらった。

2.3. 倫理的配慮

本研究では,骨折という身体的にも精神的にもショックな体験について高齢者に語ってもらうため十分な配慮が必要であった。高齢者の体調に配慮し,面接の途中で対象者の気分が悪くなったり,疲労が高いと筆者が判断した場合には,直ちに面接を中断したり,辞退できることを伝えた。その上で,面接対象者には,骨折の治療過程において,どのような心理過程を経て再適応に至るかを明らかにするという研究目的を説明した。加えて,面接で得た内容は厳重にプライバシーを守って保存すること,個人が特定できない形で速やかにデータ化すること,具体的な発言を他者に伝えることはないこと,同意した後も辞退が可能であることを説明した。そして,上記のことを書面にて提出し対象者本人に同意を得た。施設で生活されている高齢者に対しては,施設の責任者に対して,同様の研究趣旨やプライバシー,データ管理に関する倫理的配慮と,筆者の連絡先を書いたものを書面にて提出し,同意を得た。

表1 研究対象者の概要

| No. | 性別 | 年齢 | 骨折の種類 | 骨折時の年齢 | 退院後経過期間 | 居住場所 | | 歩行レベル | |
|-----|----|----|---------|--------|---------|--------|--------|-------|------------------|
| | | | | | | 骨折前 | 骨折後 | 骨折前 | 骨折後 |
| 1 | 女性 | 89 | 大腿骨頸部骨折 | 87 | 24ヶ月 | 施設 | 施設 | 自立歩行 | 自立歩行(屋内)、杖歩行(屋外) |
| 2 | 女性 | 85 | 大腿骨頸部骨折 | 83 | 24ヶ月 | 自宅(独居) | 施設 | 自立歩行 | 自立歩行(屋内)、杖歩行(屋外) |
| 3 | 男性 | 73 | 脊椎圧迫骨折 | 71 | 24ヶ月 | 自宅(同居) | 自宅(同居) | 自立歩行 | 自立歩行 |
| 4 | 女性 | 82 | 大腿骨頸部骨折 | 80 | 24ヶ月 | 自宅(同居) | 施設 | 自立歩行 | 杖歩行 |
| 5 | 女性 | 72 | 大腿骨頸部骨折 | 70 | 24ヶ月 | 自宅(同居) | 自宅(同居) | 自立歩行 | 自立歩行 |
| 6 | 女性 | 69 | 大腿骨頸部骨折 | 67 | 24ヶ月 | 自宅(同居) | 自宅(同居) | 自立歩行 | 自立歩行 |
| 7 | 女性 | 92 | 大腿骨頸部骨折 | 90 | 24ヶ月 | 自宅(独居) | 自宅(同居) | 自立歩行 | 自立歩行(屋内)、杖歩行(屋外) |
| 8 | 女性 | 79 | 大腿骨頸部骨折 | 79 | 9ヶ月 | 自宅(同居) | 自宅(同居) | 自立歩行 | 自立歩行(屋内)、杖歩行(屋外) |
| 9 | 男性 | 82 | 足関節果部骨折 | 76 | 72ヶ月 | 自宅(同居) | 自宅(同居) | 自立歩行 | 自立歩行 |
| 10 | 女性 | 84 | 大腿骨頸部骨折 | 83 | 12ヶ月 | 自宅(独居) | 施設 | 自立歩行 | 自立歩行(屋内)、杖歩行(屋外) |

2.4. 分析方法

グラウンデッド・セオリー・アプローチ²³⁾の手法を参考に以下の分析を行った。①切片化：文字化した発言データを丹念に読み込み、それぞれが単一の意味内容を持つような文脈ごとに発言データを切片化した。②プロパティ(特性)とディメンション(次元)の抽出：切片化した部分の発言データを丹念に読み込み、概念の抽象度を高めるためにプロパティとディメンションをいくつか抽出した。③コーディング：抽出したプロパティとディメンションを参考にして、発言データに即したラベル名をつけた(コーディング)。その際に、ラベル名と基になった発言データの切片とを読み合わせて、名前が適切であるかどうかを確認した。④カテゴリー生成：コーディングしたデータを比較し、似た内容のものをまとめて、そのまとまりに名前をつけてカテゴリーを生成した。⑤理論的飽和：カテゴリー名が、それを構成するラベルやプロパティ、ディメンション、発言データの内容と一致するかどうかを、カテゴリー内容や他のカテゴリー同士を比較しながら、再編成を繰り返し、これ以上新しいカテゴリーが出てこなくなる理論的飽和の状態になるまで精緻化した。この方法で抽出された各カテゴリーの妥当性について、筆頭著者と大学院生3名、教員2名によって検討した。

3. 結果

骨折高齢者が受傷から適応に至るまでには『冷静な自己把握』、『心理的混乱』、『不安と開き直り』、『完治への願望 対 完治への疑い』、『回復への努力 対 リハビリへの消極性』、『振り返りと決意』、『再適応』の7段階あることが明らかになった。その全体を図1に示す。本文及び図中の『...』は段階名,【...】はカテゴリー名,「...」は発言データ(...)は各カテゴリーの心理的反応を示した人数を表す。図の矢印内の記述子は各段階で抽出された心理的反応を示す。

(1) 受傷時・受診時の心理的特徴

受傷・受診時の心理的特徴は、全38個の発言データから【違和感の認識】、【冷静な判断】、【自責と後悔】、【パニック】の4カテゴリーが抽出された。受傷・受診時は、転倒しただけにもかかわらず、立ち上がれないといった異常な事態により自己に起こった【違和感の認識】(5名)から始まる。続いて、その異常な状況から脱するために、他者に援助を求めるなどの対処行動をとるという【冷静な判断】(3名)がなされていた。その後、受診して骨折したという事実と直面することで「どうしようばかりだった」、「未だにその時の気持ちが分からない」など【自責と

後悔】(6名)、【パニック】(4名)といった心理的反応が出現した。これらのことから、受傷時を『冷静な自己把握』の段階、受診時を『心理的混乱』の段階とした。

(2) 術前安静時の心理的特徴

術前安静時の心理的特徴は、全42個の発言データから【開き直り】、【将来の不安】、【手術への不安】、【自責と後悔】、【行動制限による不快感】の5カテゴリーが抽出された。術前安静時は、【手術への不安】(4名)、【将来の不安】(5名)など手術を怖いと思ったり、歩けなくなる、死ぬかもしれないといった不安を抱く。それに加えて、治療のために安静を強いられることで【行動制限による不快感】(4名)が生じる。この欲求不満の状態が、【自責と後悔】(4名)となって骨折した自己に再び目を向けさせた。一方では、自己の現状を逃れられないものとして「深くは考えてなかった」、「死ぬなら死んでもいい」といった【開き直り】(7名)の心理状態になることで、安静期間をやり過ごそうとする心理的反応も見られた。これらのことから、術前安静時を『不安と開き直り』の段階とした。

(3) 術後安静時の心理的特徴

術後安静時の心理的特徴は、全41個の発言データから【回復への不安と疑い】、【治癒への願望】、【開き直り】、【骨折の後悔】、【行動制限による不快感】、【手術を終えた安心感】の6カテゴリーが抽出された。術後安静時は、「歩けるのか不安」、「一生続くのか」などの【回復への不安と疑い】(6名)や【行動制限による不快感】(3名)、【骨折への後悔】(3名)のいずれかがあったことを全員が述べており、骨折による不安や悩みが継続していることが明らかとなった。一方で、「歩きたい気持ちはあった」、「治さないとっていう気持ちはありましたね」などの【治癒への願望】(4名)や【手術を終えた安心感】(2名)といった前向きな気持ちもあった。術前と同様に、【開き直り】(4名)の心理的反応も見られた。【開き直り】の心境は、【治癒への願望】や【手術を終えた安心感】と結びついているのみならず、【回復への不安と疑い】、【行動制限による不快感】があっても持ち得ていた。これらのことから、術後安静時を『完治への願望 対 完治への疑い』の段階とした。

(4) リハビリテーション期の心理的特徴

リハビリテーション期の心理的特徴は、全81個の発言データから【回復の自覚と精神的余裕】、【再歩行獲得の願望】、【つながりの再確認】、【将来の不安】、【リハビリへの参加しぶり】、【孤独感】、【開き直り】、【帰宅願望】、【罪悪感】の9カテゴリーが抽出された。リハビリテーション期には、「普通に歩けるよ

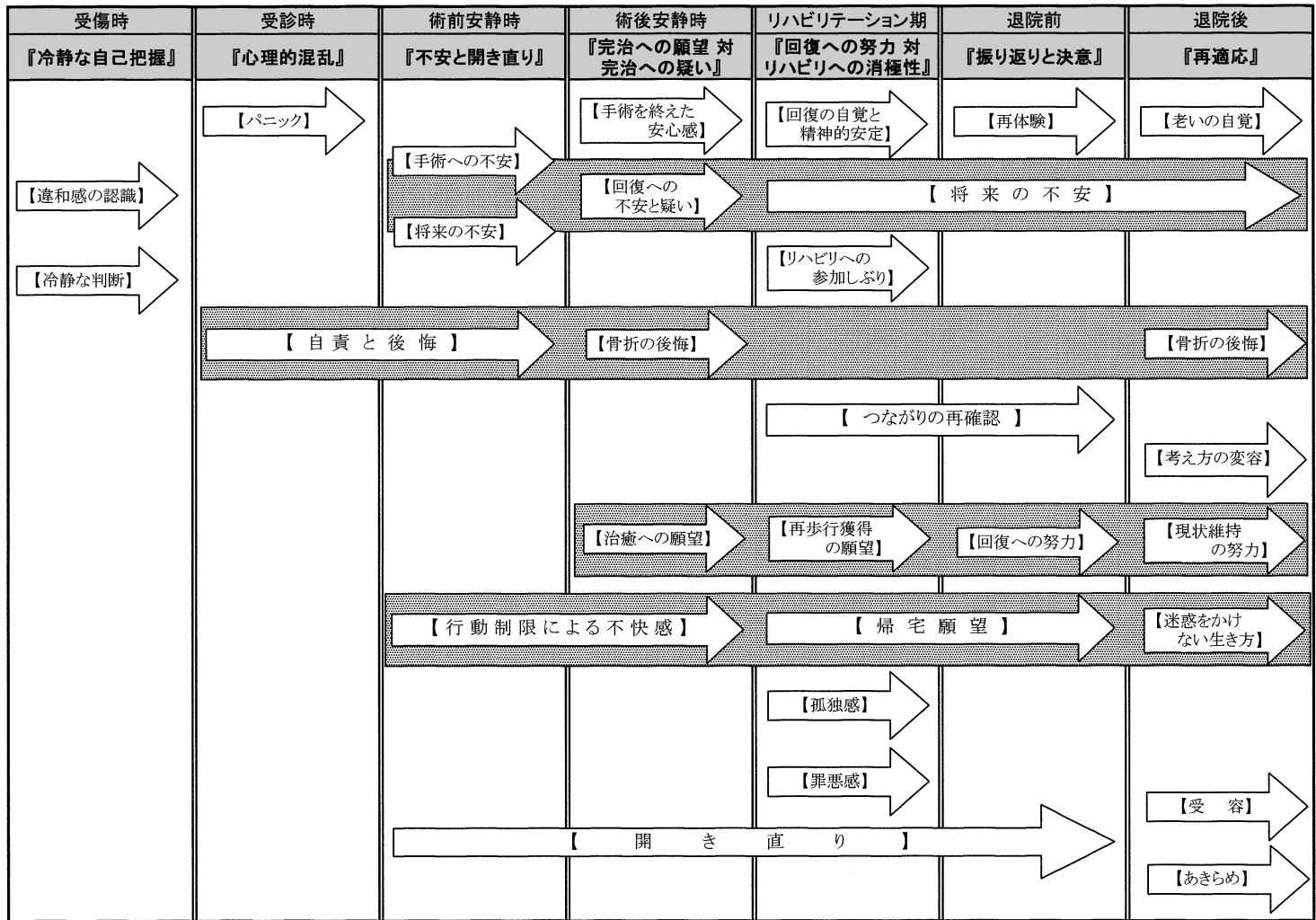


図1 骨折受傷時から再適応に至るまでの心理モデル
 (『...』: 段階名 .【...】: カテゴリー名 . 図の矢印内の記述子は各段階で抽出された心理的反応を示す . 網掛け上の矢印内の各記述子は性質の似た心理的反応の変化を示す .)

うになったら楽しくなって」、「自分でもちょっとずつ出来るようになったんです」といった【回復の自覚と精神的余裕】(8名)が多くの高齢者に見られるようになった。同時に、受傷前のように歩きたいという【再歩行獲得の願望】(8名)が見られるようになった。一方、回復の自覚について述べた者の中にも、「リハビリをしてどうなるという心配はありました」、「リハビリに精を出せなかった」など【リハビリへの参加しづり】(4名)や、「寝たきりになったら困る」など【将来の不安】(4名)が見られた。この時期には人とのつながりもより意識され、「〇〇が毎日来てくれた」など【つながりの再確認】(4名)だけでなく、治療者がずっと付き添ってこないことの不安や「夜一人」と語る【孤独感】(3名)、「誰かに面倒を見てもらうようになって」という【罪悪感】(1名)、自分が面倒を見なくてはならない人がいるので「早う退院せよ」と焦る【帰宅願望】(2名)も見られた。そして、この期間中にも【開き直り】(3名)の心理的反応が見られた。これらのことから、リハビリテーション期を『回復への努力対リハビリへの消極性』の段階とした。

(5) 退院前の心理的特徴

退院前には「早く退院したい一心」、「帰ったらすることがあった」など、退院後の生活へと思いを馳せる【帰宅願望】(6名)が高まると同時に、「長い入院でやれやれって感じ」、「今までの生活を見直した」、「しまった事をしたと思う」など、入院生活や転倒体験を振り返る【再体験】(7名)が見られた。そして、退院後にあてにできる家族は誰かと見積り、「また転んだら最後」など、現実的な【将来の不安】(7名)もあった。退院という大きな転機を前に、よりいっそう【回復への努力】(3名)を試みた者、入院生活を支えてくれた家族、知人との【つながりの再確認】(3名)をした者、「考えたところでしょうがない」、「年取ったら(身体が弱ることも)当たり前」と【開き直り】(3名)の心境にあった者など、さまざまな危機の乗り越え方が見られた。これらのことから、退院前を『振り返りと決意』の段階とした。

(6) 退院後の心理的特徴

退院後の心理的特徴は、全89個の発言データから【老いの自覚】、【考え方の変容】、【現状維持の努力】、【将来の不安】、【受容】、【あきらめ】、【迷惑をかけない生き方】、【骨折の後悔】の8カテゴリーが抽出された。退院後は、「年を感じるようになった」、「力がなくなった」など【老いの自覚】(7名)が見られた。また、【老いの自覚】を語った高齢者からは、「歩くことに気をつけるようになった」、「慎重になるというか、今までの考え方が変わってきた」など【考え

方の変容】(6名)があったと述べていた。【現状維持の努力】(6名)や【迷惑をかけない生き方】(3名)などの自立への努力も語られた。しかし、一方では【将来の不安】(5名)や【骨折の後悔】(3名)といった悩みも存在している。このような退院後の生活について、「みんな苦労してここまできている」、「なんとかやっけていけと」といった【受容】(3名)と「1人じゃ何も出来ない」、「家から出ることが少なくなった」といった【あきらめ】(4名)の両側面を持って生活に適應しているためである。これらのことから、退院後を『再適応』とした。

4. 考察

4.1. 本心理モデルと危機モデルの比較

本研究の骨折高齢者には、入院当初から『心理的混乱』という情動的反応が現れた後で、『不安と開き直り』や『完治への願望 対 完治への疑い』や『回復への努力 対 リハビリへの消極性』といった相反する心理的反応を繰り返し経験しながら、『振り返りと決意』を経て『再適応』に至るという心理プロセスが見出された。この心理プロセスは多くの危機モデル¹⁵⁻¹⁹⁾と共通している。危機モデルでも、最初の段階では自己防衛的で情緒的な反応が多く見られ、その後は心理的混乱と心理的安定が交互に生じ、回復していくにつれて問題指向的な反応が優位になり、最終的に適應へ至るという過程が指摘されている。

しかし、本研究の心理モデルと既存の危機モデルには2つの相違点がある。まず、第1段階で起こる心理的反応に違いがある。本心理モデルでは第1段階が『冷静な自己把握』から始まる。しかし、従来の危機モデルにおける第1段階はすべて、疾患による心理的ショックで引き起こされた「衝撃(ショック)」の段階から始まっている。この違いは、既存の危機モデルが機能の喪失を伴う疾患であるのに対し、骨折の場合は可動部位が多く残存していることや、骨折部位が動かないとはいえ見た目には変化がないことが、冷静な認識を可能にしていると考えられる。次に、心理的反応の始発時点が両モデルで異なっている。既存の危機モデルでは、発症「後」からの心理的反応に注目しているのに対し、本心理モデルでは発症「時」の心理的反応にも焦点を当てている。従来の危機モデルは、脊椎損傷患者や四肢の切断といった、既に発症している不可逆的な疾患を対象としているため、術後からの受容過程に焦点を当てたモデルになっている。これに対し、骨折では転倒によって違和感を認識した時点から危機状態が始まっている。

4.2. 再適応に関わる要因

高齢者が骨折から再適応に至った要因として、治療過程全体では【開き直り】の心理的反応、退院後の生活においては【老いの自覚】の心理的反応、そして治療過程全体については「他者からの積極的な働きかけ」と「自己への肯定的な評価」を指摘することができる。以下に、心理過程におけるそれぞれの役割について述べる。

(1)【開き直り】の役割

【開き直り】という心理的反応は、不安定な心理状態が持続した手術前後の安静期とリハビリテーション期、退院前の時期において共通して抽出された。この心理的反応については、従来、重大な事柄を容認しなければならない時に出現しやすく、緊張状態を軽減するうえで有効であるという指摘がある^{24,25)}。また、高齢者が転倒体験を「仕方ない」と受け止めた場合に、「出来事を断念し回復へ進む」ようになる⁶⁾。このことからすれば、不安定な心理状態において出現した【開き直り】が防衛機制の抑圧や隔離として機能することで精神的余裕が作り出され、骨折による心理的ショックや現実の不安に立ち向かう力がついていったのではないと思われる。また、高齢者自身が今回の骨折体験を過去のこととして開き直ることで区切りをつけ、それによって不安定な心理状態を軽減し、次々に変化する治療形態に対して気持ちの切り替えを行うことが、高齢者の治療意欲を支えたのではないかと考えられる。

(2)【老いの自覚】の役割

退院後には、【老いの自覚】という心理的反応が多くの対象者から共通して抽出された。【老いの自覚】には「不自由な身体になった自分は何の役にも立たない」、「将来に希望が持てない」といった心理的反応が連想されやすい。しかし、ここで言う【老いの自覚】という自己認識にはもっと積極的な意味がある。【老いの自覚】という心理的反応がきっかけとなり、高齢者に【現状維持の努力】や【迷惑をかけない生き方】などの意識が芽生え、これが退院後の生活における【考え方の変容】を促したと考えられる。このことが、変化した自己に新たな価値を見出す【受容】や、不自由さを仕方がないものと断念する【あきらめ】などの心理的反応を引き起こしたと思われる。『再適応』はこれらによって促進されたと考えられる。

(3)「他者からの積極的な働きかけ」と「自己への肯定的な評価」の役割

高齢者は、再適応を促進したと考える要因を【性格】や【長年の経験】といった自己の特性に起因させていた。この起因の基底には、心理モデルの第1

段階である『冷静な自己把握』にも見られた、高齢者が長い年月をかけて積み重ねてきた経験があると思われる。しかし、この経験も危機状態においては真に発揮されず、心理的に不安定な状態に置かれていた。この状態を緩和したのが、【専門職の支援】や【家族・知人の存在】であった。安静時やリハビリなどの期間においては、医師や看護師といった【専門職の支援】が心理的安定を促進する重要な要因となっていた。これらの要因によって、高齢者は自身の回復を自覚し、これが【回復への強い意志】や【自立心】へと繋がっていたのではないだろうか。退院前などの『振り返りと決意』の段階になると、とくに【家族・知人の存在】が心理的安定を促進する役割を果たしていたと考えられる。

5. 本心理モデルの特長と限界

本論では、身体的治療過程とそれに対応した心理的特徴とを関連づけながら、高齢者が骨折から再適応に至る心理過程を記述した。したがって、本心理モデルは、治療段階で生じる特徴的な心理的問題に対して、有効な介入方法を考える手立てを提供できるのではないかと考える。一例として、リハビリ導入時の高齢者には、安静から歩行訓練への移行といった急激な治療環境の変化に加えて、転倒体験や痛みによる歩行への不安や恐怖が喚起される。そのため、この時期にはただ歩行を促すだけでなく、高齢者の心理状態を踏まえたカウンセリングを行って安心感を持ってもらい、肯定的なフィードバックを与えることで回復の自覚を持ってもらうことでリハビリへの動機づけを維持する介入が必要であると考えられる。また、高齢者自身が【開き直り】や【老いの自覚】といった心理的安定を促進する資源を備えていることも明らかになった。従来の危機モデルが障害受容というポジティブな観点だけで最終段階を説明していたのに対し、本心理モデルには、高齢者が骨折で不自由になった身体を仕方がないと【あきらめ】や【開き直り】の心理的反応によって退院後の生活に適応していくというプロセスも組み込んだ。この意味で、骨折高齢者の心理過程の最終段階にはポジティブとネガティブの両面があるということを示した。

しかし、本研究の心理モデルには二つの点で限界がある。ひとつは、本心理モデルが適応に至っている対象者を基に構築しているため、寝たきりや死亡するに至った高齢者の心理的特徴を反映していないことである。第2に、本心理モデルは高齢者の想起による語りを基に構築していることである。しかも、再適応に至っている高齢者の発言データを基にして

いる。高齢者の顕在記憶に気分一致効果が認められている²⁶⁾ことから、今回の心理モデルに肯定的な想起が取り込まれている可能性がある。

したがって、骨折高齢者の心理モデルをより精巧に構築するためには、より多くの対象者で検討すると同時に、臨床現場で闘病中の高齢者に可能な限りの聞き取り調査や、日誌法といった想起法によらないデータ収集を行う必要がある。

6. まとめ

骨折を経験した高齢者が、受傷から再適応に至るまでの心理的過程をモデル化した結果、以下のことが明らかになった。

- (1) 高齢者が骨折受傷から再適応に至るまでには、『冷静な自己把握』、『心理的混乱』、『不安と開き直り』、『完治への願望 対 完治への疑い』、『回復への努力 対 リハビリへの消極性』、『振り返りと決意』、『再適応』の7つの心理的段階を経験する。
- (2) 高齢者の心理的安定を促進し再適応に関わった

要因には、治療過程全体では【開き直り】の心理的反応、退院後の生活においては【老いの自覚】の心理的反応、治療過程全体については「他者からの積極的な働きかけ」と「自己への肯定的な評価」を指摘することができる。

骨折高齢者を対象とした本研究では、高齢者が危機状態に対して一時的な心理的混乱を呈しても、次第に適応的な認知的対処を行えるようになるという高齢者の強さを発見できたと思われる。対象者の多くは、長期に及ぶ入院生活の中で何度も自己卑下的な考えや将来生活への悲観を感じながらも、骨折体験そのものを意味あることとして捉えたり、入院生活を支えてくれた人達の存在にあらためて感謝の念を持つようになったと語った。このような自己の客観視や明確化が再適応につながったと考えられる。そのため、長期に及ぶ骨折治療においては、高齢者自身が骨折体験を再構成し、意味づけできるよう介入していくことも心理的援助として重要であると思われる。

文 献

- 1) 山崎薫, 串田一博, 長野昭, 井上哲郎: 骨折から寝たきりに至る要因の検討. 日整会誌, 73(3), 998, 1999.
- 2) 山崎薫, 串田一博, 井上哲郎, 奥井和枝, 鈴木勝子, 鈴木香賀, 田村朋子, 斉藤一路女: 骨折から寝たきりになる要因調査. *Osteoporosis Japan*, 6, 97-100, 1998.
- 3) 安川揚子, 巻田ふき, 穂積恵子, 和田野安良: 大腿骨頸部骨折後の日常生活自立度の変化とその関連要因についての一考察. 茨城県立医療大学紀要, 5, 131-138, 2000.
- 4) 前野里恵, 井上早苗, 足立徹也: 転倒による高齢大腿骨頸部骨折者の退院後の日常生活と QOL. 理学療法学, 31(1), 45-50, 2004.
- 5) 上月正博, 椿原彰夫, 前田真治, 山口昌夫, 高岡徹, 永田雅章, 渡邊修, 田中尚文, 渡部一郎: リハビリテーション診療に求められる臨床心理業務担当者に関するアンケート調査結果. 日本リハビリテーション医学, 43(12), 808-813, 2006.
- 6) 栗生田友子: 老人の転倒後の回復過程における転倒体験の受けとめ方. 日本看護科学会誌, 15(3), 186, 1995.
- 7) 長谷川和夫: 老人のリハビリテーションにおける精神的問題について. リハビリテーション医学, 16(2), 115-121, 1979.
- 8) 新福尚武: 老人問題. リハビリテーション医学, 16, 1-2, 1979.
- 9) 青山みどり, 二渡玉江: 股関節手術後の臥床安静が下肢筋力と心理面に及ぼす影響. 成人看護 I, 30, 58-60, 1999.
- 10) 千葉京子, 中村美鈴, 長江弘子: 大腿骨頸部骨折術後高齢者が「生活の折り合い」に向かう心理的過程 — 退院1週間前から退院1カ月後までの過程 —. 日本看護研究学会雑誌, 26(5), 73-86, 2003a.
- 11) 千葉京子, 中村美鈴, 長江弘子: 大腿骨頸部骨折術後高齢者が退院3カ月後までに「生活の折り合い」に向かう心理的過程. 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 15, 83-88, 2002.
- 12) 中村美鈴, 千葉京子, 長江弘子: 大腿骨頸部骨折術後高齢者の「生活の折り合い」に関する研究 — 退院後約6カ月の心的プロセス —. 日本看護科学学会学術集会講演集, 22, 230, 2002.
- 13) 千葉京子, 中村美鈴, 長江弘子: 大腿骨頸部骨折術後高齢者の「生活の折り合い」に関する研究 — 退院1年後までの心的プロセス —. 日本看護科学学会学術集会講演集, 23, 271, 2003b.
- 14) Caplan G: *An Approach to Community Mental Health*. New York, 1961. (Gerald Caplan(著) 加藤正明(監修) 山本和郎(訳): 地域精神衛生の理論と実際. 医学書院, 1968.)

- 15) 山勢博彰: 危機的患者の心理的対処プロセス — 危機対処モデルの作成 — . 看護研究, **28**(6), 443-453, 1995 .
- 16) Fink S: Crisis and Motivation: A Theoretical Model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, **48**(11), 592-597, 1967 .
- 17) 岩坪奇子: 切断者の障害受容過程に関する研究 . 日本特殊教育学会大会発表論文集, **10**, 238-239, 1972 .
- 18) Cohn N: Understanding the process of adjustment to disability. *Journal of Rehabilitation*, **27**, 16-18, 1961.
- 19) Dlin B, Fischer K and Huddell B: Psychologic Adaptation to Pacemaker and Open Heart Surgery. *Archives of General Psychiatry*, **19**, 599-610, 1968.
- 20) 栗原輝雄: 障害の受容をめぐる . 特殊教育学研究, **25**(2), 69-73, 1987 .
- 21) 上田敏: 障害の受容 — その本質と諸段階について — . 総合リハ, **8**(7), 515-521, 1980 .
- 22) 山本恵子: 高齢者の骨折が生活に及ぼす影響 . 茨城県立医療大学紀要, **1**, 55-63, 1996 .
- 23) Glaser B and Strauss A: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company Chicago, 1967. (B グレイザー・A ストラウス(著) 後藤隆, 大出春江, 水野節夫(訳): データ対話型理論の発見 — 調査からいかに理論をうみだすか — . 新曜社, 1996 .)
- 24) 樋口匡貴, 南谷のどか, 藏永瞳, 深田博己: スピーチ状況における“あがり”の対処法とその効果 . 広島大学研究, **7**, 93-101, 2007 .
- 25) 鈴木喜美, 橋本幸子, 楠三枝: 初発の精神分裂病患者の家族がたどる心理過程と介護援助 . 日本看護研究学会雑誌, **21**(3), 396, 1998 .
- 26) 上野大介, 増本康平, 黒川育代, 権藤恭之, 藤田綾子: 感情を伴う記憶に個人の気分特性が及ぼす影響 . 日本認知心理学会発表論文集, 2008, 23, 2008 .

(平成21年6月15日受理)

A Psychological Model of the Readjustment Process Undertaken by Elderly Individuals Recovering from Bone Fractures

Naoya IWATA, Hiroshi NAGATA and Takako SHINDO

(Accepted Jun. 15, 2009)

Key words : bone fracture, the elderly, readjustment process

Correspondence to : Naoya IWATA

Asahigawaso Asahigawajidoin

Okayama, 703-8555, Japan

E-Mail: viridian708@yahoo.co.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.19, No.1, 2009 169-176)