

原 著

リハビリテーション過程における自尊感情の変容
— 日常生活動作、心理・社会的要因との関連 —

石川まり子*・堀毛 裕子**

The change of self-esteem during the rehabilitation process
in the hospital
related with psychosocial factor and ADL

Mariko ISHIKAWA* and Hiroko HORIKE**

Abstract

The purpose of rehabilitation is to improve the quality of life (QOL) by reducing disability. But patients show various psychological responses against their disability, such as the decrease of their self-esteem.

This study aims to observe the change of patient's self-esteem during the rehabilitation in the hospital and to examine related factors such as activities of daily living (ADL) and psychosocial problems.

The subjects were 63 patients in the rehabilitation ward. They consisted of 37 men and 26 women. The main cause of their hospitalization was the cerebral vascular accident. Progress of the rehabilitation was divided into three stages; on admission, the middle period of hospitalization and at discharge. The investigation was carried out over these 3 periods, as long as it is possible.

The results showed that;

1. Although ADL improved significantly, the self-esteem did not change.
2. On admission, the level of ADL was related to self-esteem. In contrast, psychosocial factors were related to self-esteem in the second and last examinations.

キーワード：リハビリテーション (Rehabilitation), 自尊感情 (Self-esteem), 日常生活動作 (ADL)
(key words)

問 題

リハビリテーション (以下リハビリとする) は患者の生活の再構築をめざしてQOLの向上をはかるもので、従来から客観的QOLだけでなく、自尊感情など主観的QOLが満たされることの重要性が指摘されている(大川:1994)。Kottke (1982)は、

リハビリには個人の尊厳など主観的QOLを高める効果があると述べている。しかし障害を持つことは自己像を歪め、自己評価を低下させるもので、主観的QOLを高めることは容易ではない。

リハビリ過程で患者が会う第一の精神的課題は障害の受容であり、従来から心理・社会的側面を含む包括的な対応の必要性が指摘され、障害の

* 山形大学医学部看護学科 (Department of Nursing, Yamagata University School of Medicine)

** 東北学院大学教養学部 (Department of Psychology, Tohoku-Gakuin University)

受容理論には段階理論が諸説ある。リハビリの進行に伴い能力障害が軽減することは、肯定的な自己像を持つことにつながると考えられるが、実際にその改善のプロセスについて能力障害の程度と障害の受容、主観的QOLとの関連を検討した研究は多くない。

そこで本研究ではリハビリの進行に伴う経過を3期に分け、能力障害の程度をADL (activities of daily living: 日常生活動作) の自立性の変化でとらえ、主観的QOLのひとつとして重要と思われる自尊感情との関連を検討することを目的とした。また障害の受容は、単に能力障害の程度だけではなく、様々な障害受容促進要因や阻止要因が影響することが指摘されている(古牧: 1977, 梶原: 1994)。そこで障害受容については、これに影響する心理・社会的要因と自尊感情との関連を検討した。

目 的

リハビリ過程の進行に伴って、能力障害が軽減され客観的QOLが高まることと関連して、主観的QOLがどのように変化するかを把握するために、リハビリ各期におけるADLの自立性と自尊感情の関連、および障害受容にかかわる心理・社

会的要因と自尊感情の関連について検討する。

方 法

1) 調査対象者

調査の趣旨を説明し、同意の得られたA大学附属病院リハビリ病棟に入院中の患者63名。

2) 使用尺度

ADLを測定する尺度としてはパーセル・インデックス (Barthel Index) を使用した (Table 1)。パーセル・インデックスは1956年にMahoneyとBarthelによって発表されたADL評価法であり、1950年から1970年代にかけて開発された各種の新しい評価法の中で最も普及した評価法である。日本では変法も含めリハビリ指定施設の約4分の1施設で使用している (西村: 1995)。「食事」「入浴」などの10項目からなり、「自立」「部分介助」「全介助」の基準で判定する。援助の量と時間を考慮して、項目により得点の比重が異なり、5点で自立とする項目と15点で自立とする項目がある。評定されるのは患者の能力(ability)で、最高得点は100点、最低は0点である。パーセル・インデックスは基本的な日常生活動作 (basic ADL) の評価であり、手段的日常生活動作 (instrumental

Table 1 Barthel Index

	Mahoney & Barthel (1965)の原法	
	With help	Independent
1 Feeding (if food need to be cut up = help)	5	10
2 Moving form wheelchair to bed and return (includes sitting up in bed)	5 - 10	15
3 Personal toilet (wash face, comb hair, shave, clean teeth)	0	5
4 Getting on and off toilet (hadling clothes, wipe, flush)	5	10
5 Bathing self	0	5
6 Walking in level surface (or if unable to walk, propel wheelchair) *score only if unable to walk	10 0*	15 5*
7 Ascend and descend stairs	5	10
8 Dressing (includes tying shoes, fastening fasteners)	5	10
9 Controlling bowels	5	10
10 Controlling bladder	5	10

ADL)を含まないため、得点が100点でも1人で社会生活を営めることを意味するものではない。バーセル・インデックスが60点以上あれば介助量が少なく、40点以下ではかなりの介助量を要し20点以下では全介助となる。鈴木(1995)の調査によれば、A大学附属病院リハビリ科入院患者の退院先を最も規定するのは退院時のバーセル・インデックスであり、30点以下では施設入所の者が多く、80点以上では自宅退院者が有意に多い結果であった。A大学附属病院では80点を自立レベル、40点を介護レベルとして環境調整を行う際の基準としている。

自尊感情を測定する尺度としてはRosenberg(1965)が作成し、山本ほか(1982)が邦訳した自尊感情尺度(Self-esteem Scale)を使用した。全10項目で「あてはまらない」から「あてはまる」までの5段階評定を求め、1～5点を与えた。10点から50点までの範囲に分布し、得点が高いほど自尊感情が高いことを示す。

また面接やスタッフの記録などから、患者のリハビリに対する取り組み状況や障害に対する言動などの情報を収集し、障害受容に関する要因を抽出した。

3) 手続き

入院より1週間以内に患者に調査の趣旨を文書と口頭で説明し、同意を得られた患者に対し、質問紙を用いた半構造的面接で調査を行った。リハビリの進行に伴う経過を3期に分け、入院より1週間前後を開始期、入院より1ヶ月を経過し、外泊訓練が行われる前後を中間期、退院前を終了期とし、可能な限り3期にわたって調査を継続した。

なお失語症を伴う患者については、言語療法士による標準失語症検査で、聴理解、読理解が70%を超え、理解可能な言語は単文レベル以上と判断された段階で調査を行った。また高次機能障害の患者で、痴呆症など記憶障害の精査を主な入院目的としている場合、MMS (Mini-Mental State Ex-

amination)や、HDS-R (Hasegawa's Dementia Scale-Revised: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール)などのテストで低値を示し、痴呆症状を持つ事例がみられた。本研究の目的が主観的QOLの測定であることから、言語理解が良好でコミュニケーション可能であれば、このような事例についても今の自分についてどう感じているか主観的な心情を尋ねることは意味があると判断し、半構造的面接を行い自尊感情を測定した。

結 果

1) 調査対象者の属性

調査対象者は男性37名、女性26名の63名で、リハビリ中間期のみ調査した者が1名、リハビリ終了期のみ調査したものが2名おり、リハビリ開始期の総数は60名で、中間期21名、終了期32名であった(Table 2)。3期を通して調査できた者は20名、開始期と終了期に調査した者は10名であった。

Table 2 対象者の内訳

調査回数	開始期	中間期	終了期	計
1回	30	1	2	33
2回	10		(10)	10
3回	20	(20)	(20)	20
計	60	21	32	63

- ・開始期・中間期・終了期の3回継続的に調査した対象者数20名
- ・開始期・終了期の2回継続的に調査した対象者10名
- ・開始期のみ30名、中間期のみ1名、終了期のみ調査した対象者2名

A大学附属病院リハビリ科は医師の専門分野が4講座に渡ることから、調査対象者の疾患やリハビリの目的が多様である。そのため対象者の障害別分類については、疾患別分類で患者数の多い脳血管障害をひとつの群とし、その他の疾患で運動機能障害を主とする群を肢体不自由群とした。また呼吸リハビリ、心臓リハビリおよび検査目的の入院群を内部障害群とし合計3群に分類した。脳

Table 3 対象者の属性

	脳血管障害群			肢体不自由群			内部障害群		
	N	平均年齢	SD	N	平均年齢	SD	N	平均年齢	SD
総数	32	60.12	15.27	14	49.71	17.04	17	66.00	13.35
男性	18	63.94	11.49	7	48.71	17.54	12	67.33	6.32
女性	14	55.21	18.36	7	50.71	17.86	5	62.80	24.17

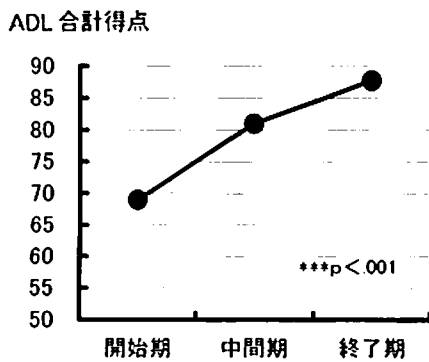


Fig. 1 ADLの継続的变化

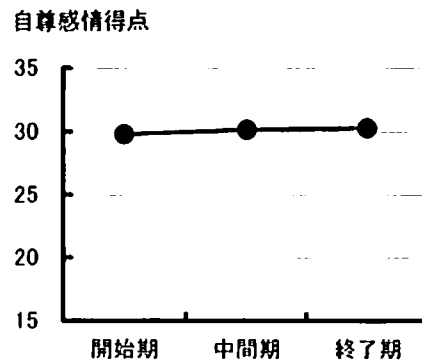


Fig. 2 自尊感情の継続的变化

梗塞、脳出血などの脳血管障害患者が最も多く32名で約半数を占め、脊椎変性症などを中心とする脳血管障害以外の肢体不自由群は14名、内部障害群は17名だった。平均年齢は59.4 (±16.02)歳で、障害別にみると内部障害群が66.0歳と最も高く、肢体不自由群が49.7歳だった(Table3)。

2) ADLと自尊感情の継続的变化

3期にわたって調査を実施することのできた20名について各期のADLをみると、ADLは有意に向上したが($F(2)=24.55$ $p<0.01$) (Fig. 1)、自尊感情の有意な向上は認められなかった ($F(2)=0.09$ $p>0.1$) (Fig. 2)。

3) 各期のADLと自尊感情の関係

リハビリ各期ごとにADL合計点と下位尺度10項目、計11項目のADL得点をそれぞれ平均値から高低2群に分け、自尊感情得点の差についてt検定を行った。その結果、リハビリ開始期は「更衣」($t=2.70$ $df=58$ $p<0.01$)、「入浴」($t=2.43$ $df=58$ $p<0.05$)、「移乗」($t=2.37$ $df=58$ $p<0.05$)に有意差を、「トイレ動作」($t=1.88$ $df=58$ $p<0.1$)で有

意傾向を認め、ADL高群の自尊感情が高い値を示した(Fig. 3)。中間期のADL合計点と下位尺度10項目とも、高低2群間の自尊感情に有意差を認めなかった($t=0.48\sim 1.22$, $df=19$ いずれも $p>0.1$)。終了期は「階段」($t=1.81$ $df=30$ $p<0.1$)で有意傾向が見られ、ADL高群の自尊感情が高い値を示した。「整容」($t=2.58$ $df=30$ $p<0.05$)でADL低群が高群より有意に自尊感情が高かったが、これは2名のみであり特異な例と思われた(Fig. 4)。この2名のうち1名は視力障害があり介助を要していたが、手術による回復が期待されており、後の1名は在宅酸素療法を施行していた患者で、もともとの介助量が多い状態にあったため、「整容」ができなくても自尊感情は保たれていたと思われる。

4) 各期の心理・社会的要因と自尊感情の関係

面接調査の結果得られた一般に障害受容に影響するとされる要因のうち、環境要因については①経済的安定、②職業の有無、③家庭内での役割の有無、④家族関係を、個人内要因については⑤楽しみ、生き甲斐の有無を、個人の障害認知要因と

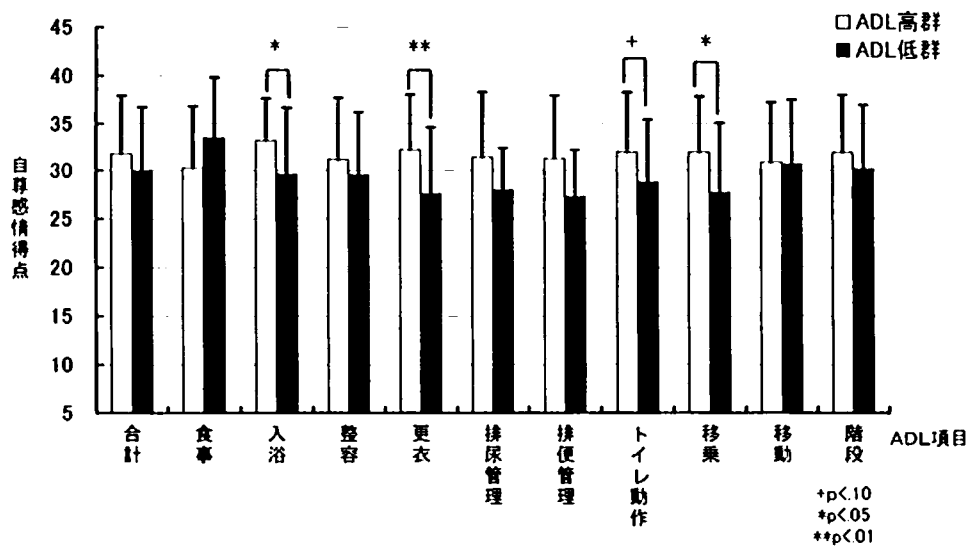


Fig. 3 ADL 高低群による自尊感情の比較：開始期

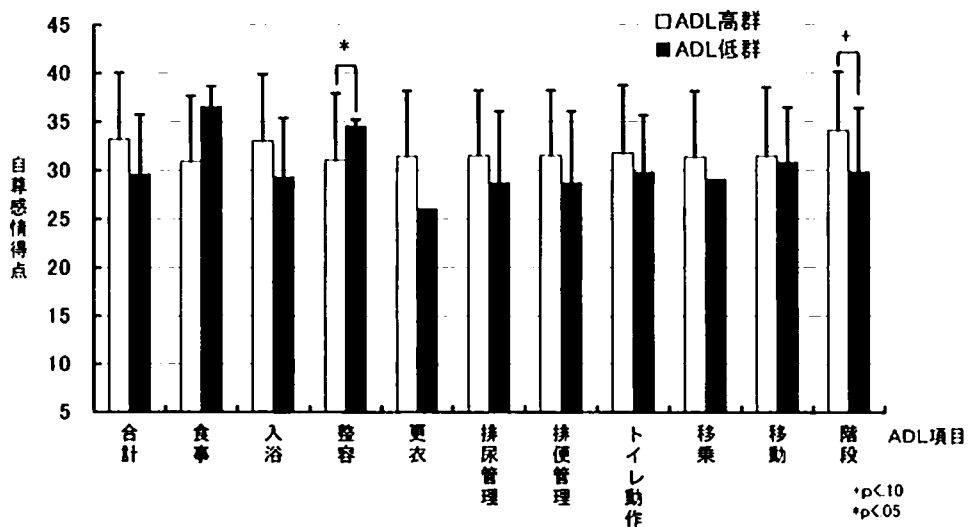


Fig. 4 ADL 高低群による自尊感情の比較：終了期

して⑥障害の理解、⑦障害に対する情緒的な安定度の計7項目を心理・社会的要因と名付けた。看護婦やソーシャル・ワーカー、他のセラピストの情報をもとに、障害受容を阻止する程度の高いものから順に3段階の段階的カテゴリーを設定し分類した。例えば経済的な要因ではカテゴリー1は「不安あり、入院費の支払いに何らかの制度を利用」。カテゴリー2は「現在は不安ないが、将来については不安あり」。カテゴリー3は「現在、将来とも不安なし」とした。なお障害認知要因については、リハビリ終了期の状態である。

継続して調査した30名のうち、開始期にバーセル・インデックス100点の6名を除いた24名について、各要因ごとにその3カテゴリー間の自尊感情得点を一元配置分散分析で比較検討した(Table 4)。リハビリ開始期は「経済」「家族」「仕事」「役割」「楽しみ」の各要因共3カテゴリー間の自尊感情に有意な差が認められなかったが、中間期ではこの5群のうち「仕事」で仕事の有無が曖昧な群の自尊感情が低下しており、「楽しみ」がない群より、ある群の自尊感情が高くなっていた。終了期は個人内要因の「家庭での役割」「楽しみ」、

Table 4 心理・社会的要因による自尊感情得点

	カテゴリー1			カテゴリー2			カテゴリー3			F 値	
	N	平均	SD	N	平均	SD	N	平均	SD		
開始期 (N=24)	①経済			6	30.00	5.10	18	31.39	7.98	.16	
	②家族			5	30.40	6.11	19	31.21	7.71	.05	
	③仕事	17	31.94	8.03	5	27.40	4.83	2	32.50	3.54	.78
	④役割	4	26.75	4.65	6	29.33	4.13	14	33.00	8.44	1.41
	⑤楽しみ	4	24.25	4.99	6	31.67	10.88	14	32.71	5.03	2.39
中間期 (N=17)	①経済			3	30.67	12.70	14	30.57	6.56	.00	
	②家族			3	36.33	2.89	14	29.36	7.57	2.37	
	③仕事	12	32.50	5.93	3	19.67	4.04	2	35.50	3.54	7.29 **
	④役割	4	26.75	8.46	4	35.75	2.63	9	30.00	7.73	1.65
	⑤楽しみ	4	23.25	7.89	2	28.00	2.83	11	33.73	5.92	4.33 *
終了期 (N=24)	①経済			6	32.17	7.00	18	31.00	6.49	.14	
	②家族			5	32.00	6.04	19	31.11	6.74	.07	
	③仕事	17	32.82	6.61	5	26.40	3.44	2	30.50	7.78	2.09
	④役割	4	24.25	1.50	6	31.17	5.12	14	33.36	6.63	3.82 *
	⑤楽しみ	4	25.00	2.45	6	29.50	6.53	14	33.86	5.99	4.06 *
	⑥理解	6	27.00	2.76	8	29.50	7.65	10	35.30	4.97	4.65 *
	⑦情動	4	24.50	1.91	16	31.00	5.79	4	39.25	2.22	8.74 **

*p<.05 **p<.01

障害認知要因の「障害の理解」「障害に対する情緒的な安定度」の4項目で障害受容促進のカテゴリーに入る者ほど自尊感情が高くなっていた。

考 察

まずリハビリ各期の自尊感情について検討する。

リハビリ開始期のADL得点の高・低2群間の比較においては、「更衣」および「入浴」「移乗」に有意差がみられ、終了期の「階段」に有意傾向が認められ、自立していない患者の自尊感情がいずれも低くなっていた。予測では「トイレ動作」など羞恥心を伴う項目、「移動」など障害を認知しやすい項目が自尊感情に影響していると考えたが、それとは異なる結果だった。本田(1992)は、リハビリ訓練の時期は患者にとって「看護される立場」から可及的自立を期待される立場となり、急性期の治療が終了すると患者をとりまく状況は、障害者役割を受容するための過渡期の性格をおびてくると述べている。ADL下位項目の中でリハビリ開始期は「更衣」が、終了期は「階段」がその時点での能力障害克服の課題となることが多い。次々に新たな課題が生じるリハビリそのものが、患者にとって新たなストレスとなり、スタッ

フの対応によっては、患者はどこにも居場所のない状況に陥ってしまう危険性があることを示唆していると思われる。リハビリスタッフは、その時点でADL訓練課題が患者に与える心理的影響に十分配慮する必要があると考える。

ADL項目中の「入浴」は入院中に気持ち良さを味わえる楽しみのひとつであるが、自立度の低い群の自尊感情が有意に低い結果となった。「入浴」は介助されることに羞恥心を伴いやすい動作であるが、特にリハビリ開始期の入浴は、リフターなどの装置を用いた全介助の状態であることが自尊感情に影響したと考える。リハビリの進行に伴って介助量が軽減することなど、見通しについて十分に説明しながら援助するなどの配慮が必要と思われる。

また「移乗」はベッドから車椅子への移動をさし、ベッド上での起き上がり動作も含まれる。移乗が自立していない状態は、車椅子の駆動が可能な場合でも、車椅子に移る際には介助か見守りが必要な状態である。この場合、トイレに行く、洗面するなど、離床のたびにナースコールを押して援助を求めなければならない不自由さを感じていると考えられる。立位が安定しない時期は転倒しやすいが、看護婦を呼ばずに1人で移乗し、転倒する場合もある。転倒は骨折を伴わなくとも精神

面で落ち込みを招き、出来れば避けたい事故である。患者の感じている不自由さ、遠慮を察知しながら、ナースコールを押さなくても看護婦に直接声をかけられるよう、頻回に訪室するなどの対応が必要と思われる。

障害受容に関する心理・社会的要因による自尊感情の比較を次に検討する。

リハビリ中間期に「仕事」で休職中で復職については未定、今後退職の可能性がある、農業の主な担い手としての復職が未定な「カテゴリー2」の群の自尊感情が有意に低下していた。これは中間期に至って復職へ関心が向くようになり、その復職の曖昧さが自尊感情を低下させるという点で注目すべき結果と思われる。リハビリスタッフが、この時期に患者にとって重要となってくる心理・社会的要因を理解して、適切な対応を行うことは、今後のリハビリに対する動機づけにもつながり、また逆にスタッフの対応が不適切な場合には、患者の直面する心理・社会的要因がリハビリ意欲を低下させることにもつながる可能性を含んでいる。ソーシャル・ワーカーや家族の協力を得ながら、復職に関連する不安を少しでも軽減する支援が必要と考える。

個人内要因の「楽しみ」の有無がリハビリ中間期と終了期に、「役割」の有無が終了期に自尊感情に影響を与えていた。リハビリ医療の対象となる患者は身体像の喪失、身体機能の喪失、社会的立場の喪失など、さまざまな意味での「対象喪失」を体験している(青木:1994)。患者は仕事や家庭内での役割、趣味などの楽しみといったことがらについての喪失感をたびたび表出するが、新たな役割や楽しみを「ある」と答えた患者の自尊感情は有意に高い値を示した。日常の看護援助の経験から、家族の面会や外泊訓練を通して、患者は新たな役割を見つけていると感じる。梶原(1994)は脳血管障害者の障害受容は本人の積極的な障害受容というより、周囲の暖かな人間関係のなかで障害に対するこだわりが消え、日常生活のなかで自己

自身を受容している状態と述べている。外泊体験は単にADL訓練として行うのではなく、家庭・社会との結びつきを保ち、役割喪失を防ぐ意味も大きいと考える。

ADLと障害受容にかかわる心理・社会的要因が自尊感情に及ぼす影響を検討すると、リハビリ開始期はADL自立度の違いが自尊感情に影響し、リハビリ中間期、終了期はADLと自尊感情にはあまり顕著な関連はなく、障害受容の心理・社会的要因の違いが自尊感情に影響していた。パーセル・インデックスは基本的ADLを評価するもので、Maslowの基本的欲求の5階層によれば低位の層である。リハビリ開始期はADL自立度の低いレベルの時期であり、中間期、終了期はADL自立度の高い時期で、リハビリ終了期には殆どの対象者のADLが自立していた。ADLなど低位の欲求が充足されない時期は低位の欲求が自尊感情に影響し、ADLが自立すると心理・社会的要因など次の階層の欲求が自尊感情に影響すると言える。これはADLが自立して初めて社会的自覚が芽生えるという本田(1992)の脊髄損傷者の調査と同様の結果であり、リハビリの最終目標である生活の再構築を図るためには、まずある程度のADLの自立が前提であることを示していると考えられる。上田(1980)は障害の受容について、患者の気持ちを受け止めながら、訓練そのものは、現実には患者の自立能力を少しでも高め障害を少なくする方向に進めることが、患者を心理的安定に導くと述べている。退院後まで含めた広義のリハビリ過程のなかでは初期の段階にあたる病院でのリハビリの役割は、まず能力障害の軽減にあると言える。さらに、ADLがある程度自立した段階では障害受容に関する心理・社会的要因が患者の自尊感情に影響することから、計画的な外泊訓練、面会による家族の支援などを入院時から考えていくことが、患者の自尊感情を高めるために、すなわち主観的QOLを増すためには必要だと考える。

リハビリ過程の進行に伴いADLは有意に上昇

していたが、自尊感情は事例毎に経過が異なり、全体としてはADLと自尊感情の一義的に対応する変化が認められなかった。リハビリを行うことで杖歩行を獲得しても麻痺は残存するなど、能力障害が軽減しても機能障害が残存するケースが多い。そのため障害の受け止め方には個人差があり、自尊感情は事例毎に異なる経過を示したと考えられる。また一つの能力を獲得すると要求水準が上昇する(佐藤:1981)こと、リハビリ過程で停滞期(plateaus)を体験していること(Doolittle:1992)、また今回の調査で確認されたように自尊感情への影響要因がADLから心理・社会的要因に拡大することなどから、自尊感情は事例毎に異なる経過を示したと考えられる。リハビリを受ける患者は常に新たな課題に出会い、病前は当たり前のようにできていたことが今はできないという経験を、ADL以外でも繰り返していると思われるが、そのひとつひとつの体験が不自由な体になじんでいくための過程と言えよう。その過程を患者がどのように感じ、体験しているかは、患者1人1人異なっていると思われる。リハビリにあたっては、単に客観的ADLへの援助だけではなく、障害受容の点にも配慮しつつ、患者の主観的QOLを支えてゆく工夫が必要であると考える。

まとめ

1. リハビリの進行に伴いADLの自立性は有意に向上していたが、自尊感情は事例毎に変化が異なり、全体としては変化がみられなかった。
2. 各期の自尊感情に及ぼす影響を分析すると、リハビリ開始期はADLが自尊感情に作用し、中間期・終了期には心理社会的要因が自尊感情に作用していた。

リハビリ看護ではある程度のADLの自立を図ること、心理・社会的要因について入院時より配

慮し自尊感情など客観的QOLを高めるよう支援することが、再びその人らしく生きる生活の再構築を目指した支援につながると考えられる。

謝 辞

本研究において調査にご協力いただきましたA大学附属病院の患者の皆様、リハビリテーションスタッフの皆様様に深謝申し上げます。

(注) 本稿は日本ヒューマン・ケア心理学会第2回大会で口頭発表した内容に加筆、修正したものです。

参考・引用文献

- 青木孝之・渡辺俊之・保坂隆・石田暉 1994 リハビリテーション科患者の精神的評価. 総合リハビリテーション, 22, 9, 763-765.
- Doolittle N. D. 1992 The experience of recovery following lacunar stroke. *Rehabilitation Nursin*, 17, 3, 122-125.
- 古牧節子 1977 障害受容の過程と援助法. 理学療法と作業療法, 11, 10, 721-726.
- 本田哲三・他 1992 障害の「受容過程」について. 総合リハビリテーション, 20, 3, 195-200.
- 本田哲三 1995 障害の受容と適応. 才藤栄一他(編)リハビリテーション医療心理学キーワード. エヌ&エヌパブリッシング, 42-44.
- Kottke, K. J. 1982 Philosophic consideration of quality of life for the disabled. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 60-62.
- 梶原敏夫・高橋玖美子 1994 脳卒中患者の障害受容. 総合リハビリテーション, 22, 10, 825-831.
- 西村尚志 1995 学会評価基準委員会でのADL評価法の検討. リハビリテーション医学, 32, 6, 347-350.
- 大川弥生・上田 敏 1994 リハビリテーションと保健活動—障害の受容をめぐる5) QOLとリハビリテーションの関係から. 公衆衛生, 58, 4, 505-509.
- 佐藤能史 1981 脳卒中リハビリテーション過程における認知, 自我機能の変化について(第1報)—要求水準テストによる解析—. 総合リハビリテーション, 9, 7, 555-561.
- 鈴木賢二 1995 RES (recovery evaluating system) を利用した脳卒中患者のADL評価. リハビリテーション医学, 32, 6, 351-354.
- 上田 敏 1980 障害の受容—その本質と諸段階について—. 総合リハビリテーション, 8, 7, 515-521.