

報 告

人工股関節全置換術を受けた患者の 退院に対する認識の構造化

当 目 雅 代*

Structuralization of Patients' Perceptions Concerning Discharge Following Total Hip Replacement

Masayo TOME*

Abstract

The purpose of this study was to clarify patients' perceptions concerning discharge and their life experience of post-discharge after receiving total hip replacement (THR) in order to improve quality of their postoperative outcome. An inductive qualitative study was conducted with using grounded theory approach.

Qualitative data were collected in semi-structured interviews with 10 THR patients immediately before discharge and one month post-discharge. Data were analyzed by using the constant comparative method. The finding of this study was that the patients' perceptions with THR concerning discharge was conceptualized as "come to terms", which means patients' effort for adjusting their condition to their life by the way that they think as good through the process to accept their situations. The core category of "come to terms" is composed by six categories: "making to keep long" hip implant, "accepting the change" according to THR, "feeling anxiety", "obtaining the information" on THR, "using social resources", and "looking back to the experience" with THR.

It can be suggested that the core category of "come to terms" may be the similar concept as described by Woog for individual's process of an adjustment of identity needed when living with chronic diseases.

キーワード：人工股関節全置換術 (total hip replacement), 退院 (discharge), 質的研究 (qualitative research)
(key words)

問 題

人工股関節全置換術 (Total Hip Replacement、以下THRと略す) は、変形性股関節症、慢性関節リウマチなどのために股関節の疼痛が激しく、著しい運動制限のある患者に適用される。対象者の多くは60歳以上の高齢者である。患者は、THRを受けることで除痛効果を得るとともに、関節可動域も改善されるためクオリティオブライフ(QOL)は改善される(泉:1994)。しかし、人工股関節の

耐用年数は10~15年であり、人工股関節の弛みや摩耗を最小限にすることや、股関節90度以上の屈曲あるいは体幹の捻れなどの禁忌肢位をとることで、脱臼の危険性があるために、脱臼予防が必須となる。そのため、退院後、患者が自宅で人工股関節の禁忌肢位をとらないようなライフスタイルの変更、日常生活動作への注意、弛みや摩耗を最小限にするための退院指導が行われている。

しかし、制限された生活を余儀なくする退院指導を、患者はどのように認識しているか、退院指

* 大阪府立看護大学大学院博士後期課程 (Doctoral Program, Graduate School, Osaka Prefecture College of Nursing)

導は患者にとって有効であるのか、人工股関節の禁忌肢位に関連して発生する問題を患者はどのように対処しているのか、患者を取り巻く環境が退院後どのように変化するのかはほとんど知られていない。このような現象を明らかにするために、慣れ親しんだ状況で新しい展望を得ることができ、特にほとんど先行研究がされていない領域で有用であるグラウンディッド・セオリー・アプローチがある。

グラウンディッド・セオリー・アプローチとは、ある現象に関して、データに根ざして帰納的に引き出された理論を構築するための、体系化した一連の手順を用いる質的研究の一方法論である（後藤：1996）。この方法を使用して退院後の生活体験を調査した研究は、Bull (1992, 1997)、Kahalifa (1993)、Lough (1996) などがある。Bull (1992, 1997) は、鬱血性心不全、慢性閉塞性肺疾患、多発性硬化症と診断された高齢者とその家族を対象に、退院後2週間および2ヶ月後に、彼らの心配や関心について調査した。また、Kahalifa (1993) は、若年者の脊髄損傷患者を対象に、在宅ケアの質に影響する要因を検討した。そしてLough (1996) は、鬱血性心不全の高齢患者が経験した病院から自宅への移行過程を記述した。しかし、THRを受けた患者の退院に対する認識や、退院後の生活体験を明らかにした質的研究は行われていない。本研究の目的は、THRを受けた患者の退院に対する認識と退院後の生活体験を質的帰納的研究により明らかにし、効果的な退院指導に繋げることである。

方 法

1. 研究対象者

対象者は、THRを受けた患者である（表1）。リウマチ疾患患者の適用者は除いた。性別構成は、男性2名、女性8名の合計10名であった。年齢は、40歳代1名、50歳代3名、60歳代3名、70歳代1名、80歳代2名であり、手術の経験回数は、初回

表1 対象者の属性

| | 性別 | 年齢 | 世帯構成 | 手術部位 | THRの経験の有無 | 退院後仕事の有無 | 入院期間 (当該病院のみ) |
|---|----|-----|------|------|-----------|----------|------------------|
| A | 女性 | 59才 | 独居 | 左THR | なし | 退職 | 82(46) |
| B | 女性 | 66才 | 三世帯 | 左THR | なし | 死亡 | 74(60) |
| C | 女性 | 80才 | 独居 | 右THR | なし | なし | 88(45) |
| D | 男性 | 46才 | 三世帯 | 左THR | なし | 継続 | 52(37) |
| E | 女性 | 68才 | 独居 | 左THR | あり:両側 | なし | 67 |
| F | 女性 | 81才 | 二世帯 | 右THR | なし | なし | 40 |
| G | 女性 | 64才 | 三世帯 | 左THR | あり:右 | 中断 | 42 |
| H | 女性 | 58才 | 夫婦世帯 | 右THR | なし | 退職 | 60 |
| I | 女性 | 55才 | 二世帯 | 左THR | なし | 継続 | 75 |
| J | 男性 | 72才 | 夫婦世帯 | 左THR | あり:右 | 中断 | 33 |

置換術者が7名、両側置換術者が3名であった。世帯構成は、同居者が7名、独居者が3名であった。対象者のうち、リハビリテーション目的で転院したのは4名であった。当該病院での平均在院日数は50.5日で、当該病院と転院先病院を合わせた平均在院日数は61.3日であった。なお、1名は転院先病院において硬膜下出血により死亡したため、退院後の対象者は9名となった。

2. データ収集期間

1999年5月22日～1999年12月10日であった。

3. データ収集方法

退院前のインタビューに先立ち、対象者との信頼関係を構築するために、入院期間中に平均4回（最低2回、最高6回）の面会を行った。インタビューは、退院前では、退院（転院）3日前から前日に実施した。また、退院後では、当該病院あるいは転院先病院を退院後1～2ヶ月の間に実施した。インタビューは、半構成的質問紙により、自由回答方式で行い、対象者の許可を得てテープレコーダーで録音した。所要時間は、1回の面接で60～90分であった。患者の属性は、病棟診療録および看護記録から得た。

4. 分析方法

グラウンディッド・セオリー・アプローチに従い、患者の退院に対する認識と退院後の生活体験

に関連して生じる現象を帰納的に捉え、継続比較分析し、コアカテゴリーを抽出した。継続比較分析とは、コード化と分析を同時に行うことで体系的に理論を産出する方法である（後藤：1996）。まず、録音したテープを逐語録で起こし、そのデータを一行毎に分析し、オープンコード化を行った。オープンコード化とは、データの分解、検証、比較、概念化、カテゴリー化を行うプロセスである（南：1999）。分析に際しては、スーパーバイザーの指導を受けた。

5. 倫理的配慮

担当医から対象者の紹介を得た後、研究の目的を説明した上で、協力を依頼した。また、匿名性の保持と研究への協力をいつでも中止できることを明記した同意書を渡し、患者および家族から署名と捺印を得た。

結 果

分析の結果、THRを受けた患者の退院に対する認識のコアカテゴリーとして、人工股関節に「折り合いをつける」が抽出された。「折り合いをつける」とは、患者が、自分自身のおかれている状況を受け入れていく過程で、患者がよいと思う方法で生活に適応していこうとすることを意味する。退院前と退院後にみられた共通カテゴリーは6つであった。

患者は、耐用年数や摩耗、弛み、脱臼などの合併症がある人工股関節を少しでも「長くもたせる」ことを目的に、人工股関節に適応していくために「情報を得る」、「資源を活用する」、「経験を振り返る」などの手段を用い、THRにともなう生活環境の「変更を受容する」。また、THRを受けたことで「不安を抱える」という状況で退院していく。

つまり、「長くもたせる」とは患者の身体と、「変更を受容する」とは患者を取り巻く生活環境

と、「不安を抱える」は患者の心理と人工股関節にどのように折り合いをつけるかを表している。また、「情報を得る」、「資源を活用する」、「経験を振り返る」は、患者が身体、環境、心理との折り合いをつけるための手段を表している。

図1は、カテゴリー間の関連性を構造図で示したものである。

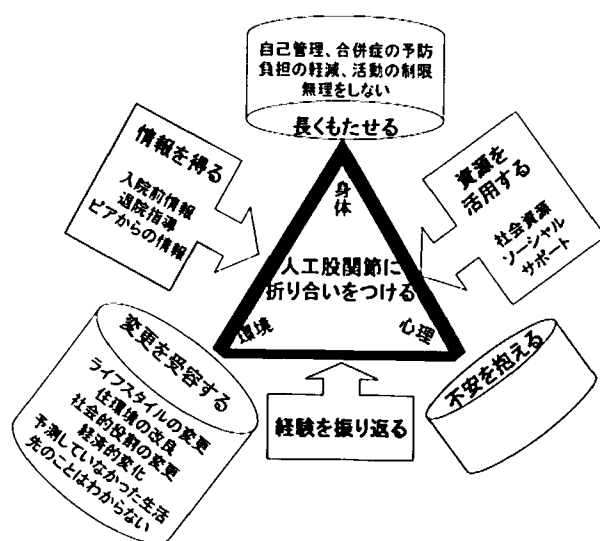


図1 THRを受けた患者の退院に対する認識の構造図

1. 身体との折り合い

カテゴリー1：「長くもたせる」

人工股関節の場合は、それ自体が人工物であるため、材質の弛みや摩耗が原因で10～15年、長くて20年という耐用年数がある。また、人工股関節は、患肢のとり位置によっては脱臼が起こる可能性がある。弛み、摩耗、脱臼が起これば、再置換術が必要となるため、患者はできる限り手術を避けたい、あるいは先に延ばしたいという思いが強く、人工股関節を少しでも長くもたせようとする。「長くもたせる」には、〈自己管理〉、〈合併症の予防〉、〈負担の軽減〉、〈活動の制限〉、〈無理をしない〉のサブカテゴリーがある。

1) 〈自己管理〉：患者が、患肢の状態をアセスメントし対処すること、リハビリテーションを継続す

ること、定期的な診察を受けることである。人工股関節を長くもたせるために、患者自らが病気を理解しながら生活を行っていくことは重要である。

(退院後のコメント：E氏)

病院でリハビリする時に、ここに（足首）砂を置きますでしょ。そんな砂あれへんし、あの座布団をここへ（足首）置いて、こうやるんですよ。早く自分が元気になるなって。杖をいらんようにならないかんって。まあ杖は一生つかないかんけど。ちょっとは杖をつかなくても歩けるようにならないかんと思って。リハビリは毎日毎日朝昼晩、3回欠かさずやっています。リハビリだけやっていたら足が違うって。

2) 〈合併症の予防〉：脱臼は、患肢の内旋位、内転位、90度以上の屈曲によって起こりやすい。筋肉の回復状況により、術後2週間以内で最も発生しやすく、筋力がほぼ回復する術後6ヶ月までは脱臼の危険性があるといわれている（長谷川：1993）。そのため、患者も医療スタッフも脱臼についてかなり注意を払っていた。

(退院前のコメント：A氏)

じーっとこうして考えて椅子の低いの怖いわ。私今考えて恐かったもん。低いねと思って。やっぱり高いのを選ぶな。どっちか言うたら高いのな。

3) 〈負担の軽減〉：杖・歩行器を使用する、補助具を使用する、体重をコントロールする、重たい物を持たない、階段を回避することを意味する。THRの合併症として、長期間の人工股関節使用による弛みや摩耗があるため、股関節への〈負担の軽減〉という方略をとる。

(退院後のコメント：A氏)

杖は一生持って下さいって言わはったわ。

やっぱし歩行するときに。私、家の中では杖はつかへんね。外に出るときは必ずつくんです。散歩ですけどね。家の中では杖つかへんからビッコひくんです。…普通のように歩けへんのよ。杖ついたらちょっとしっかり坂でも上がれるけど。離せへんやろな。どこ行くにもなあ。そしてこれ（股関節）に負担がかかるから、私もかかれへんように持つのは思てんねんけどね。

4) 〈活動の制限〉：なるべく股関節に負担をかけない、転倒しない、脱臼肢位をとらないようにするために、活動を制限することである。

(退院前のコメント：C氏)

考えられへんね。外へでるということは、今度こそまた手術いうたらたいそうなことやし、また厄介かけんならんし。自分ではまあ外へ出えへんつもりや。

(退院後のコメント：F氏)

外はちっとも出てへん。買い物は息子が行っているでしょ。なんかね歩く気がせえへんです。ちょっとは運動せんとあかんのですけど。ちょっと出たことあるけど、ほとんど出ないですわ。ちょっと歩かなあかんのですけど、外へ出ることは考えられへんね。

5) 〈無理をしない〉：自分の体と相談しながら無理をしないで生活や仕事をしていこうとすることである。

(退院前のコメント：D氏)

無理はできないでしょ。絶対無理はできないと思うんですよ。こういうことができなきゃ仕事はくびになるとか考えると、やらなきゃいけないしということはわかるけど、実際やって脱臼したらこれはもう自分自身が損して大変なことになる。この兼ね合いですよ難しいのは。

2. 環境との折り合い

カテゴリー2：「変更を受容する」

THRを受けた患者は、脱臼や転倒を予防し、摩耗や弛みを最小限にするために、制限された生活を送らなければならない。そのために、入院前の生活環境を変更する必要がある。「変更を受容する」とは、〈ライフスタイルの変更〉、〈住環境の改良〉、〈社会的役割の変更〉、〈経済的变化〉、〈予測していなかった生活〉、〈先のことはわからない〉のサブカテゴリーからなる。

1) 〈ライフスタイルの変更〉：患者が日常生活活動を行いやすいように物品を工夫あるいは購入したり、他者依存したり、交通手段を変更することをいう。

(退院前のコメント：A氏)

そうやね帰ってみるとね。炊事場もこうテーブルもこんな短いテーブルやしね。こうゆう(高い)テーブルにして椅子生活にしようと思って、買い換えよう思っているしね。これはしないと仕方がない。帰ったら。

(退院後のコメント：I氏)

自転車に乗れないってことですね。私の場合は最近どこへ行くにも自転車で行ってましたしね。だからそう言う意味で歩いて行くか、地下鉄乗るかです。バスは恐いですしね。今のとこ段(バスのステップ)が高いしね。あそこへちょっと行きたいなと思って、もうええわ止めとこうかっていうことになりますね。

2) 〈住環境の改良〉：安全で住み易くするために、退院前に家屋の状況をアセスメントし、退院後必要ならば家屋を改造したり、階段や浴室に手すりを設置したりすることをいう。

(退院前のコメント：H氏)

屋根も漏るし、古いんです。ちょこちょこ触っても逆に損やからということで、お母さ

ん(患者)もこんなやし、あの畳やし、今段差もあるし、もちろんお風呂は普通の高さのお風呂です。もちろんトイレも和式やし、だからもう急に家を建て替えようかっていうことになったんです。

3) 〈社会的役割の変更〉：入院前の仕事が股関節に過度の負担をかけたり、人工股関節を入れた体では仕事を遂行できないと判断し、仕事を辞めること、あるいは仕事内容を制限することをいう。

(退院後のコメント：A氏)

辞めました。もうとつても、こんなんで人に迷惑かけるしな。そう、座ることも多いけどね。冬になったら暇になったら座ることも多いし、とにかく中腰にならんなんの、仕事は。だからそれが一番恐かったから退院してきたときは。

4) 〈経済的变化〉：仕事を辞めた場合、二次的にもたらされるのが経済的な変化であり、仕事を辞めることで経済的基盤が揺らぐことをいう。

(退院後のコメント：H氏)

結構外来行っても他の病気とやし高くつくし。仕事してへんかったら医者ってかかれへんね。これが負担やね。今まで働いていた分、自分が医者代くらい稼いでたけど、これから行けなくなるわ。保険は、それでも効いて3割。仕事って今まで離れたことないし。薬切れる前になったら無意識に行ってたけど。これ働くまで結構(経済的に)しんどいな。

5) 〈予測していなかった生活〉：患者は、ベッドで寝る、正座はできない、下は向けない、仕事はできないなど、生活の変更が求められることを、入院前には予測していなかったと認識していた。

(退院前のコメント：I氏)

正座はできないの中に色々なことが含まれていますよね。座ってできない事が含まれてますよね。そこまでは考えていない。ただ単に正座はできないことしか、考えてなかったから。畳に座ってすることがもう少しできるかなって思っていたけど、まあ言えば、畳の上での生活もまあ、あきらめるっていうか…無理ですよって言うことですよね。

6)〈先のことはわからない〉：患者は、退院後の生活環境を変更する必要があるかどうかは、実際生活してみないとわからないと考えている。

(退院前のコメント：D氏)

そうですね、今の所はなかなか頭の中ではわからないんですよ。やっぱり、実際退院して自分が生活していく中でやっぱりそういう疑問、こういう時にはどうしたらいいのかというのはその時になってみないとなかなかわからないと思うんですよ。いっぱい出てくると思うんです、実際生活を始めた時。ただ頭の中で考えた時になかなか思いつかないんですよ。

3. 心理的な折り合い

カテゴリー3：「不安を抱える」

THRを受けたことで脱臼、再置換、健肢および前回置換側の悪化、両側置換に対する不安が生じることをいう。脱臼に対する不安とは、どういう場合に脱臼するのかパターンを知らない、無意識の行為で脱臼をしてしまうのではないかなどである。また、70才以下でTHRをした場合、人工股関節の耐用年数が10～15年ならば、その後の人生において再置換術が必要となる不安があった。さらに、初回手術者は、患肢を庇うために、悪くならない健肢に負担をかけてしまい、患肢と同じ状態になるのではないかと、また、両側置換術者は、十数年もった前回置換側が、患肢を庇うこ

とにより急速に悪化し、再置換術の時期を早めてしまうのではないかと不安があった。

(退院後のコメント：A氏)

そうやな、脱臼はどんな時にするかわからんし。…でも常に脱臼というのは頭にあるね。脱臼が怖いというのだけ頭にあるし…そう聞いてるんや。よっぽどでない限りでは…。頭には残してるけど、意識してる。怖いからね。でもどんな時に起こるかもわからんしね。ひょっとしたときにね。転んだとか、椅子に登っていて、上の物取って転んだとかした時に脱臼するかもわからんけど……。

(退院後のコメント：G氏)

またこっち(前回置換側)が痛くなったらかなんして思っただけ。それが心配ですね。そらどうしても負担かかりますね。…どうしても新しくした方を庇うわね。庇うからなんぼこっち(前回置換側)に力入れても、どうもないって言うてくれますけどね、先生は。だけど自分としたら心配です。こっちも(今回置換側)したとこやし気を使うしね。こっち(前回置換側)も12、3年経ってるから痛くなったらかなんし。それが一番心配です。

4. 折り合いをつけるための手段

患者が制限のある生活を送りながら、人工股関節と上手く付き合っていくためには、THRに関連する情報を得たり、資源を活用したりする必要がある。また、THR経験者では、過去の経験を振り返ることで、今後の生活の仕方を考えていた。

カテゴリー4：「情報を得る」

患者は、自分の疾患の成り行きについて、入院前から退院後の各時点で、THRに関する情報を、医療スタッフ、同疾患患者(以下ピアとする)などから得ることをいう。〈入院前情報〉、〈退院指導〉、〈ピアからの情報〉のサブカテゴリーからなる。

1) 〈入院前情報〉：医療スタッフから手術の選択肢、入院生活、退院後の生活について説明を受けることをさす。患者は、股関節痛の治療方法として、外来において医師からTHRについて説明される。多くの場合、除痛効果に焦点が当たり、痛みが解消されるならば手術を受けようと決心する。しかし、人工股関節により制限された生活を伴うことをあまり知らなかったようであった。入院して初めて脱臼や耐用年数という言葉聞き、制限を伴った生活を強いられることを知ったと認識していた。

(退院前のコメント：H氏)

私にしたらもうお日さんが反対上がったようなもんですわ。地球がひっくりかえったみたいなもんで。こんなん初めから、入ったときに、前もって聞いてたら、ある程度覚悟もしてきていたのに…私ほんまに恐かったけども、社会復帰できるって入って来たんです。

2) 〈退院指導〉：医療スタッフから、THRに関連する生活上での注意すべき事柄について指導されたことをさす。患者は、退院指導の内容として脱臼肢位の意識づけ、脱臼肢位をとらないで生活する方法、必要であれば畳の上で生活する方法を想起した。医療スタッフからの退院指導は、パンフレットやビデオを用いて行われていた。しかし、患者は、退院指導については「何も言われていない」、「脱臼しないようにだけ言われる」という認識をもっていた。

(退院前のコメント：C氏)

こんなもの（パンフレット）読んだかて仕方ないわと思って。だけどな同じこと何回もくどくど同じ様なことを。足をこうして寝たらええとか。足を捻じったらあかんとか、そんな話ばかりやんか。

(退院後のコメント：D氏)

先生は、これは基本的な、人工股関節をする人は年寄りの人が多いんで、それを基本にし

たマニュアルですから、絶対ダメっていうことはありませんよっていう返事だったんですね。それだったら、あらかじめ看護婦さんも先生と一緒に、患者さん一人一人の違いついてのを把握されて、そして個人個人違う指導をしていったらいいんじゃないかなって感じるんですけど。やっぱりあの、そういう風に一人一人違う指導を受ければその通りに、そのやっ行ってけばですね、安心だと思えます。患者としては。

3) 〈ピアからの情報〉：病氣、手術、退院後の生活体験などについて、患者がピアから積極的に情報を得ようとするものである。ここでのピアとは、同じ経験を有するTHRを受けた患者を示す。ピアからの情報は、医療スタッフからの情報と異なる場合があった。

(退院前のコメント：D氏)

その人（THR経験者）の話ではそんなふうでしてね。あぐらも掛けるし正座もできる。まあ、ほんとできないのは飛んだり跳ねたりすることだけで、他は何でもできるっていう話で。

(退院後のコメント：J氏)

(外来診察で) このあいだ、後に診察する人に聞いてみたら、運転したらあかんって言われているけど、明る目から乗りましたでって言うてはる。1年前に入れはったみたい。退院して直に車に乗ってますって。気をつけたら大丈夫ですって言うてました。

患者は、このような医療スタッフとピアとの認識の相違は、医療スタッフが、退院後の患者の実生活を知らないために生じてくるのではないかと考えていた。

(退院前のコメント：D氏)

そこらへんの認識の差というのが看護婦さん達は、手術後1、2ヶ月の回復された部分しか見てないんで、その後どれくらい、どのよう

に回復していくのかというのがやっぱり現実としてわからないというのが現実ですよ。

カテゴリー5：「資源を活用する」

制限のある生活を送る場合、周囲の人々の協力と理解が必要となるとともに、社会の協力も必要となる。そのため、公的あるいは私的な資源を活用していくことが必要になる。公的資源は〈社会資源〉を、私的資源は〈ソーシャルサポート〉をさす。

1) 〈社会資源〉：THRを受けた患者は、身体障害者手帳の申請ができ、片側置換では4級、両側置換では3級が適用され、公費負担制度として更生医療給付を受けることができる。しかし、初回手術者は、社会資源についての情報に乏しく、また、これらの情報をピアから得ている場合が多かった。

(退院前のコメント：I氏)

更生医療を使わせていただきました。知らんかって、たまたま外来に来たときに手術した奥さんがいて、色々話ししてくれて、更生医療ってというのがあって、あのそれやったらタダでできるし、へーそんなんがあるんですかっていうてたら、手帳の後ろにちゃんと載っているんですよ、そんなん見てへんから…、ほんで福祉事務所へ行って、書類もらってきて、先生に書いてもらって。

2) 〈ソーシャルサポート〉：患者を支える重要他者として専門職以外の家族、親戚、近隣者、友人、職場の仲間をさす。

(退院後のコメント：D氏)

そこらへんはあまり無理しないで一緒に仕事する人達に自分のできる範囲でして、できるところは手助けしてもらうようにするしか仕方ないかなって思っているんですよ。まあそういうことも、ある程度職場の方で、自分の

できないこととか、言っておりますんで、職場の周りの人の理解が必要なんですけどね。それは大丈夫と思うんですけど。

カテゴリー6：「経験を振り返る」

両側置換術者は、以前のTHRの経過を振り返ることで、退院後の生活の仕方の参考にしようと考えていた。

(退院後のコメント：G氏)

前に経験してるから、慣れるのは1ヶ月もかかれへん。こんな風にしたらあかん、あれ持ったらあかんとか、屈んだらあかんとか前にしてたさかい。

考 察

1. 「折り合いをつける」の意味づけ

今回明らかとなったコアカテゴリー「折り合いをつける」は、患者が、自分自身のおかれている状況を受け入れていく過程で、患者がよいと思う方法で生活に適応していこうとすることを意味する。Woog (黒江:1992)によれば、「折り合いをつける」とは、慢性疾患を抱えながら生きていくときに必要になるアイデンティティの適応プロセスである。このアイデンティティの適応は、「病みの行路」の変化に伴って何度も何度も行われなければならないため、最終的な状態というよりは一つのプロセスであるといわれている。本研究では、THRを受けた患者の退院前と退院後1ヶ月時点でのアイデンティティ適応の一つのプロセスが明らかになったといえる。このアイデンティティ適応は、患者のその時々状況に合わせて、患者自身の判断で行われる。また、プロセスとは、患者が痛みのある生活から痛みのない生活へ、自由な生活から制限のある生活へ大きく変化することを示す。この変化に上手く適応できれば、患者のQOLは向上する。そのため、看護者が、この間の患者の退院に対する認識や、生活体

験を知ることで、病院から自宅へ円滑に移行するための適切な看護援助を提供できると考える。

2. 身体と生活環境の人工股関節への「折り合い」

THRを受けた患者に特徴的カテゴリーは、「長くもたせる」と「変更を受容する」である。「長くもたせる」は、人工股関節には耐用年数があり、摩耗や弛みが生じたり、脱臼すれば再置換術を行わなければならないため、患者は、少しでも長く人工股関節をもたせたいと切実に思う。退院後の人工股関節の管理は、患者自身あるいは家族に委ねられる。そこで、患者にとって人工股関節を長くもたせるためには、〈自己管理〉、〈合併症の予防〉、〈負担の軽減〉、〈活動の制限〉、〈無理をしない〉ことが、人工股関節とともに生活を送るには必要となる。

「変更を受容する」も、人工股関節の弛み、摩耗、脱臼などの合併症を予防し、少しでも長くもたせるためには重要である。特に、日本の高齢患者にとっては、股関節を90度以上曲げることができないなどの禁忌肢位を遵守する生活は、和式生活から洋式生活へのライフスタイルの変更を意味する。つまり、畳の生活から、椅子式生活へ生活習慣を変更することである。多くの場合、物品を工夫したり、購入したり、他者に依存することで、禁忌肢位の遵守に対処しようとしている。しかし、入院前に退院後の生活の変更に対する情報がなかった場合は、禁忌肢位の遵守への対処に困惑するケースもある。

3. 患者教育への示唆

患者が人工股関節を「長くもたせる」、生活環境の「変更を受容する」ための効果的な退院指導として、「情報を得る」を検討する必要がある。「情報を得る」では、医療スタッフの情報提供のあり方、患者の退院指導に対する認識、患者の教育

ニーズが明確になった。

入院患者の共通の不満は、情報不足であるといわれている(Wallance: 1986, Webber: 1990)。本研究でも、情報提供に対する患者と医療スタッフの認識の相違が明らかとなった。医療スタッフ側は退院指導を実施していても、患者は「何も言われていない」、「脱臼しないようにだけ言われる」と認識していた。おそらく、患者は、退院後に直面する問題を予測することができていないことと、医療スタッフは、実際の患者の退院後の生活体験を知らずに指導しているために、このような相違が生じると考える。Simkow (1995) は、成人患者の教育ニーズに対する患者と看護者の認識を比較し、患者は自分の疾患についてや自己管理方法の教育ニーズが高いが、看護者は、検査や処置の説明に関する患者教育に重点を置いていると報告している。本研究でも、医療スタッフからの退院指導は、脱臼予防に重点がおかれ、患者自身が、人工股関節を理解し、自己管理しながら、病気の成り行きに予測をつけるような指導が不足していたためと考える。

患者が人工股関節を理解し、病気の成り行きに予測をつけるための退院指導は、入院前からの情報提供を考慮していく必要がある。今後は、本研究で得られた患者の教育ニーズに基づいた情報を提供し、患者自らが手術や退院後の生活に予測をつけることができるような、入院前患者教育のあり方を検討していきたいと考える。

本研究は、対象者が1施設に入院している患者であるため、地域性および病院の特性、医師の治療方針、看護者のケア方針、理学療法士のリハビリ方針がデータに影響すると考えられる。また、対象者が10名と少なかったことは、THRの適応となる対象の属性を十分反映しているとはいえない。そのため、結果の一般化には不十分であるといえる。

謝 辞

研究の対象となって頂きました、患者および家族の皆様
様に深く感謝いたします。また、協力していただいた病
院スタッフの方々に深謝いたします。研究指導していただ
きました大阪府立看護大学土居洋子先生、山田富美雄
先生にお礼申しあげます。

(注) 本論文は1999年度大阪府立看護大学大学院看護学
研究科修士課程に提出した学位論文の一部に加筆・修
正を加えたものである。

文 献

Bull, M. J. 1992 Managing the Transition from Hospital to Home, *Qualitative Health Research*, 2 (1), 27-41.
Bull, M. J. & Jervis M. L. 1997 Strategies used by chronically ill older women and their caregiving daughters in managing posthospital care. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 541-547.
後藤 隆・大江春江・水野節夫訳 1996 データ対話型理論の発見.新曜社 (Glaser, B. & Strauss, A. 1967 *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, New York)
長谷川幸治・岩田 久 1993 よくわかる股関節の病気一

手術をすすめられたひとのために一.名古屋大学出版会
泉キヨ子・平松知子・松本忠美・久内清美・葛城千世子・鈴木泰子・金川克子 1994 人工股関節全置換術における日常生活の回復過程に関する研究—術前の日常生活関連動作とQOLの経時的な分析を通して—, *金大医短紀要*, 18, 55-62.
Kahalifa, M. 1993 Inducing the quality of home health care theory through the use grounded theory methodology, *Int. J. Nurse Student*, 30 (3), 269-286.
黒江ゆり子訳 1995 慢性疾患の病みの軌跡, コービンとストラウスによるモデル. 医学書院 (Woog, P. (ed) 1992 *The Chronic Illness Trajectory Framework The Corbin and Strauss Nursing model*. Springer Publishing Company, New York)
Lough, M. A. 1996 Ongoing work of older adults at home after hospitalization, *Journal of Advanced Nursing*, 23, 804-809.
南裕子訳 1999 質的研究の基礎, グランディッドセオリーの技法と手順. 医学書院 (Strauss, A. & Corbin, J. 1990 *Basics of Qualitative Research, Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage Publications)
Simkow, A. 1995 A Comparison of Adult Patient and Registered Nurse Perceptions of The Educational Needs of The Patient, UMI.
Wallance, L. M. 1986 Informed consent to elective surgery: the therapeutic value? *Soc. Sci. Med.*, 22, 29-33.
Webber, G. C. 1990 Patients education, a review of the issues, *Med. Care*, 28, 1089-1103.

「ヒューマン・ケア研究」第3号発刊に向け
会員の皆様に投稿等のお願い

- 1) 原著、報告、資料及び展望(総説)にあたるご労作を事務局宛にどんどんご投稿下さい(ご投稿の際は、本誌94頁の「投稿用紙」をご使用下さい)。
- 2) その際、表紙裏(表紙の2)に記載の「執筆要項」にそった原稿仕上げにして下さい。
- 3) 次号は2002年秋(10月)に発刊を予定しており、当面メ切期日を設けておりません。投稿受付順に査読作業そして採否決定作業を運ぶ手順をしております。お早めの投稿お願い致します。
- 4) 書評欄では、取り上げたい著書及び書評いただきたい方のご指定が可能なら、ご指名のうえ事務局宛にご一報下さい。
- 5) 本号より、本学会発表認定の意味で、本学会第3回大会(都立保健科学大学大会)での研究発表論文抄録を掲載しておりますが、そのなかで論文にする研究の推薦がございましたら、同じく事務局宛にご一報下さい。

日本ヒューマン・ケア心理学会
編集委員会