

# 整形外科患者のリハビリテーションの 意欲に影響する要因の検討

Factors Related to Active Involvement in Rehabilitation with Orthopedic Diseased Patients

秋山 麻美<sup>1)</sup>, 望月 優子<sup>1)</sup>, 荻原江美子<sup>1)</sup>, 天野 宏子<sup>1)</sup>, 飯高 絵理<sup>1)</sup>, 伊達久美子<sup>2)</sup>, 比江島欣慎<sup>3)</sup>

AKIYAMA Asami, MOCHIDUKI Yuko, OGIWARA Emiko, AMANO Hiroko,  
IITAKA Eri, DATE Kumiko, HIEJIMA Yoshimitsu

## 要 旨

整形外科疾患で入院している患者は治療上、安静制限を強いられことが多いが、この時期のリハビリテーションは治癒過程に大きく影響するため重要である。本研究は床上での安静制限がある患者のリハビリテーションに対する意欲とそれに影響する要因を、床上でのリハビリテーション開始時と理学療法室におけるリハビリテーション開始時に渡って調査し、要因間の構造を比較検討することを目的に行った。対象は変形性関節症、大腿部骨頭壊死などの下半身の手術を受けた患者45名である。その結果、意欲は2時期ともに高く、時期による差は認めなかった。意欲と影響要因間の相互関係は、理学療法室におけるリハビリテーション開始時の方が意欲に関連する要因が多く、複雑に影響しあっていることを示唆していた。また影響要因のうち、2時期に共通していた要因は医療者の関わりであり、リハビリテーションの意欲が高い患者ほど、看護師、医師、理学療法士の指導・説明や励ましを肯定的に評価していたことから、医療者は患者がより前向きにリハビリテーションに励むことができるよう積極的に指導・説明を行いながら、患者の思いを受容するなど精神的な支援を行っていることの重要性を再確認した。

キーワード リハビリテーションの意欲, 整形外科疾患, 床上安静

Key Words Active Involvement in Rehabilitation, Orthopedic Disease, Bed Rest

## はじめに

整形外科疾患で入院している患者は、受傷もしくは手術を受けることにより治療上、安静制限を強いられことが多い。床上での安静制限がある患者の回復過程におけるリハビリテーションは、筋力の著しい低下や関節拘縮に代表される廃用症候群を予防する上で大変重要であり、またリハビリテーションへの取り組み次第では治癒過程に大きく影響することもある。この時期の患者は、今まで自立して行っていた日常生活動作が自力できなくなり、一時的に失った動作を補う手段を修得するためのリ

ハビリテーションが必要となる。

意欲とは、狭義では“積極的に何かをやる気とする気持ち”であるが、看護師が患者と接する際にリハビリテーションに対する意欲が低いと感じられる患者にしばしば出会うことがある。床上でのリハビリテーションを指導しても、「頑張ります」などという前向きな言葉は聞かれても、実際に運動している姿を確認することが少ない。貝塚ら<sup>1)</sup>はリハビリテーションを阻害する因子として、身体的要因、患者の認識・自立の動機に関わる要因、患者の気持ち・感情に関わる要因、サポート側の要因、治療そのものによる要因を挙げ、これらの阻害因子がどのような構造で存在するのか、またどのように要因間で影響し合っているのかを知り、患者の意欲低下をもたらす原因を明確にする必要性を指摘している。

筆者らは一昨年、床上での安静制限がある患者のリハビリテーションに対する意欲に影響する要因<sup>2)</sup>を調査し、その結果、意欲には疼痛の有無や程度、疲労感、関節の動きづらさなどの身体症状が影響しているという結果を

受理日：2003年1月31日

1) 山梨大学医学部附属病院：University of Yamanashi Hospital

2) 山梨大学医学部看護学科臨床看護学講座：Clinical Nursing, University of Yamanashi

3) 山梨大学総合分析実験センター：The Center for Life Science Research

得た。またこの結果から、患者の安静制限や回復の程度とリハビリテーションの意欲には何らかの関連があるのではないかと感じた。身体的苦痛や厳しい安静制限により自由に動くことができずに床上での生活が余儀なくされる時期と、病状の回復とともに少しずつ動けるようになり理学療法室への移動が可能になった時期とでは、リハビリテーションに対する意欲に違いがあるのではないかと予測した。そこで追跡調査を実施し、理学療法室におけるリハビリテーション開始時における意欲とその影響要因を調べ、床上でのリハビリテーション開始時と比較検討したので以下に報告する。

### ・用語の説明

本研究におけるリハビリテーションとは、機能の改善をはかるとともに生活内容を高めること、あるいはセルフケア能力を高めることを目的とした、医学的治療ならびにケアや日常生活動作・活動の技術訓練を実行する過程と捉え、主に身体運動の機能や筋力の低下と日常生活動作の回復を目標にした関節可動域・筋力増強訓練、日常生活活動訓練と規定する。

### ・研究方法

#### 1. 対象

対象者はY大学医学部附属病院の整形外科病棟に入院した患者のうち、変形性関節症、大腿部骨頭壊死など下半身の疾患により手術を受けた患者とし、数日の入院で退院可能な軽症者とターミナル期の患者、ならびに著しいADL障害を来す脊椎疾患患者を除いた45名である。対象者には事前に調査の趣旨を文書と口頭で説明し、同意を得て実施した。

#### 2. 調査時期

平成12年6月～平成13年3月の10ヶ月間である。

#### 3. 調査内容

年齢・性別などの基本的属性や疾患に関する項目のほかに、リハビリテーションの意欲、リハビリテーションに対する認識、主観的症状：a.身体症状、b.精神状態、家族の関わり、医療者の関わり：a.看護師の指導と励まし、b.医師の説明と励まし、c.理学療法士対応と励まし、について質問した(表1)。

“リハビリテーションは医療者からやらされて仕方なくやっていると思いますか？”など、リハビリテーションの取り組み方を問うリハビリテーションの意欲と、“リハビリテーションは治療上必要であると思いますか？”など、リハビリテーションの目的や方法の理解度を問うリ

表1 調査内容と得点について

	質問項目数	得点範囲
リハビリテーションの意欲	5	5～20
リハビリテーションに対する認識	4	4～16
主観的症状		
身体症状	7	7～28
精神状態	7	7～28
家族の関わり	5	5～20
医療者の関わり		
看護師の指導と励まし	4	2～8
医師の説明と励まし	4	4～16
理学療法士の対応と励まし	2	2～8

ハビリテーションに対する認識に関する質問項目は、先行研究<sup>3)～5)</sup>と筆者らが以前行なった日常生活動作自立の阻害因子を探究した研究<sup>6)</sup>を基に質問紙を作成した。主観的症状の身体症状に関する項目は、現在の運動能力や身体状況を患者自身がどのように感じているかを質問した。精神状態はベック抑うつ尺度<sup>7)</sup>の簡易版チェックシート<sup>8)</sup>を使用した。家族の関わりは家族から十分なサポートを受けているかについて、医療者の関わりは看護師・医師・理学療法士からの援助をどのように受け止めているかについて、患者自身の認識を問う内容である。

#### 4. 調査方法

無記名による自記式質問紙調査により実施した。調査は術後の安静制限や回復の程度による違いを考慮し、以下の2回の時期に行った。第1回調査は床上でのリハビリテーション開始後1～2週間(平均 $9.6 \pm 6.3$ 日、手術より平均 $13.5 \pm 8.8$ 日、以下第1回と記す)、第2回調査は理学療法室におけるリハビリテーション開始後1～2週間(平均 $10.4 \pm 5.3$ 日、手術より平均 $33.1 \pm 6.3$ 日、以下第2回と記す)とした。

#### 5. 分析方法

対象者の属性や疾患に関する特徴は回答の実数と回答者全員に対する割合(百分率)で示した。リハビリテーションの意欲と影響要因の質問は「そう思う」、「ややそう思う」、「あまりそう思わない」、「思わない」の4段階の順序尺度を用い、高得点である「そう思う」から順に4点、3点、2点、1点と配点し合計点を求めた後、中央値と平均値±標準偏差を算出した。高得点は高いもしくは良い状態を示し、低得点は低いもしくは悪い状態を示す。

各要因間の関連はPearsonの積率相関係数を算出し検討した。調査時期の相違を検討するためにt検定を用いた。統計解析にはJMP IN4.0.5JとSPSS for Windows 10.0を使用した。

結果

1. 対象者の概要

対象者の平均年齢は47.7 ± 21.6歳，男性17人( 37.8% )，女性28人( 62.2% )であった( 表2)。主な疾患は変形性関節症，骨折，腫瘍，壊死であり，疾患の部位は股関節が最も多く，次いで膝関節が多かった( 表3)。また入院経験のない者，手術経験のない者はともに40%を占めていた。

2. リハビリテーションの意欲と各影響要因

リハビリテーションの意欲と各影響要因の関連を表4に示した。意欲の平均は，第1回が19.1 ± 1.5点，第2回は18.7 ± 1.2点とともに高得点( 得点範囲は5 ~ 20点)であり，患者の多くがリハビリテーションの意欲を強く持っていることがわかった。また2つの調査結果の間に有意差は認められなかった。影響要因であるリハビリテーションの認識，身体症状，精神状態，家族の関わり，医療者の関わりにおいても同様に認められなかった。

3. 第1回調査におけるリハビリテーションの意欲と影響要因間の相互関係

リハビリテーションの意欲と看護師の指導と励まし(  $r = 0.564, p < 0.001$  )，医師の説明と励まし(  $r = 0.369, p < 0.05$  )にやや強い正相関があったことから，意欲が高い患者ほど医療者からの指導・説明や励ましを良く評価していた( 表5)。影響要因間の相互関係をみると身体症状と精神状態にやや強い正相関(  $r = 0.492, p < 0.01$  )があり，身体症状が良好な患者は精神状態も良好な状況にあった。精神状態と家族の関わりにも正相関(  $r = 0.349, p < 0.05$  )がみられ，精神状態の良い患者は家族の励ましを良く捉えていると推測できた。その他の要因間に明らかな相関は認められなかった。

表2 対象者の属性等

		n=45	
		人	( % )
性別	男性	17	( 37.8 )
	女性	28	( 62.2 )
同居家族の有無	有	6	( 13.3 )
	無	39	( 86.7 )
既往歴 ( 複数回答 )	高血圧	7	( 15.6 )
	腎疾患	3	( 7.0 )
	肝疾患	3	( 7.0 )
	心疾患	2	( 4.4 )
	その他	13	( 28.9 )

表3 疾患に関する特徴

		n=45	
		人	( % )
疾患の種類	変形性関節症	21	( 46.7 )
	骨折	9	( 20.0 )
	腫瘍	7	( 15.6 )
	壊死	3	( 7.0 )
	その他	5	( 11.1 )
疾患の部位 ( 複数回答 )	股関節	19	( 42.2 )
	膝関節	10	( 22.2 )
	骨盤	4	( 8.9 )
	下腿部	4	( 8.9 )
	大腿部	3	( 6.7 )
	脊椎	3	( 6.7 )
	足関節	1	( 2.2 )
	その他	3	( 6.7 )
罹患時期	後天的( 事故 )	11	( 24.4 )
	後天的( 事故以外 )	29	( 64.4 )
	先天的	5	( 11.1 )
入院経験	有( 同じ疾患 )	15	( 33.3 )
	有( 違う疾患 )	12	( 26.7 )
	無	18	( 40.0 )
手術経験	有( 同じ疾患 )	13	( 28.9 )
	有( 違う疾患 )	13	( 28.9 )
	無	19	( 42.2 )

表4 リハビリテーションの意欲と影響要因

n=45				
	第1回調査		p値	
	Me( Mean±SD )	Me( Mean±SD )		
リハビリテーションの意欲	19.0( 19.1±1.5 )	20.0( 18.7±1.2 )	0.083	
リハビリテーションに対する認識	13.0( 13.2±1.1 )	14.0( 12.8±1.4 )	0.094	
主観的症状	身体症状	20.0( 18.5±3.6 )	19.0( 19.4±4.5 )	0.190
	精神状態	21.0( 20.9±4.5 )	21.0( 20.5±4.7 )	0.223
家族の関わり	15.5( 16.3±2.2 )	16.0( 16.1±2.4 )	0.456	
医療者の関わり	看護師の指導と励まし	16.0( 15.3±1.3 )	16.0( 15.1±1.2 )	0.438
	医師の説明と励まし	14.0( 13.4±2.2 )	13.0( 13.6±2.5 )	0.444
	理学療法士の対応と励まし	-	7.0( 7.0±1.1 )	-

t検定

表5 第1回調査におけるリハビリテーション意欲と影響要因間の相互関係

		n=45						
		意欲	認識	主観的症狀		家族の 関わり	医療者の 関わり	
				身体症狀	精神状態		看護師	医師
リハビリテーションの認識		-0.020						
主観的症狀	身体症狀	0.279	-0.248					
	精神状態	0.045	-0.067	0.492**				
家族の関わり		0.026	-0.224	0.099	0.349*			
医療者の関わり	看護師の指導と励まし	0.564***	0.105	0.045	-0.185	-0.033		
	医師の説明と励まし	0.369*	0.147	0.127	0.256	0.297	0.200	

Pearsonの積率相関係数。\*はp < 0.05 \*\*はp < 0.01 \*\*\*はp < 0.001を示す。

表6 第2回調査におけるリハビリテーション意欲と影響要因間の相互関係

		n=45							
		意欲	認識	主観的症狀		家族の 関わり	医療者の関わり		
				身体症狀	精神状態		看護師	医師	
リハビリテーションの認識		-0.191							
主観的症狀	身体症狀	0.349*	-0.463**						
	精神状態	0.387*	-0.479**	0.581***					
家族の関わり		0.283	-0.299	0.326	0.350*				
医療者の関わり	看護師の指導と励まし	0.478**	0.128	0.070	0.187	0.324			
	医師の説明と励まし	0.533**	-0.360*	0.263	0.381*	0.316	0.270		
	理学療法士の対応と励まし	0.490**	-0.176	0.339*	0.295	0.165	0.200	0.637***	

Pearsonの積率相関係数。\*はp < 0.05 \*\*はp < 0.01 \*\*\*はp < 0.001を示す。

4. 第2回調査におけるリハビリテーションの意欲と影響要因間の相互関係

リハビリテーションの意欲と身体症状 (r = 0.349, p < 0.05), 精神状態 (r = 0.387, p < 0.05), 看護師の指導と励まし (r = 0.478, p < 0.01), 医師の説明と励まし (r = 0.533, p < 0.01), 理学療法士の対応と励まし (r = 0.490, p < 0.01) に弱い~やや強い正相関があった。身体症状・精神状態が良好な患者ほど意欲が高く, また第1回同様, 医療者の関わりが意欲を高めるために効果的であったことが伺えた。影響要因間の相互関係では身体症状と精神状態 (r = 0.581, p < 0.001), および理学療法士の対応と励まし (r = 0.339, p < 0.05) に強い正相関があった。身体症状が良好な患者ほど精神状態も安定しており, 理学療法士の対応や励ましが良いと感じていた。またリハビリテーションに対する認識は, 身体症状 (r = -0.463, p < 0.05), 精神状態 (r = -0.479, p < 0.05), 医師の説明と励まし (r = -0.360, p < 0.05) に負相関がみられ, 身体症状・精神状態が良好な患者ほどリハビリテーションに対する認識が浅いことがわかった。

考察

1. 回復時期によるリハビリテーションの意欲と影響要因の構造の相違

リハビリテーションの意欲と影響要因間の相互関係をみると, 第1回より第2回の方が意欲に関連する要因が多く, より複雑に影響しあっていることを示唆していた。また影響要因のうち, 2回の調査において共通していたのはリハビリテーションの意欲が高い患者ほど身体症状や精神症状が安定し, 医療者の関わりを肯定的に捉えていたことであった。また第2回においてリハビリテーションに対する認識と複数の要因間に負の相関が認められたことから, 回復期のこの時期の患者は移手段が確立できたことにより, 床上安静を強いられていた時期に比べると日常生活に以前ほどの不自由さを感じなくなっていると予想される。ADLの向上にともない, 以前営んでいた自立生活に近づきつつあり, そのため日常生活全般がリハビリテーションであるという認識や, リハビリテーションの継続の必要性に対する認識が薄れている状況にあると推察した。リハビリテーションに対する意欲の低さは社会復帰への意欲の低さに関連する<sup>5)</sup>と言われるが, 患者が元の社会・家庭での生活への関心が高まり

つつあるこの時期には、医療者はリハビリテーションの関わりを通して、患者が良好な状態で社会復帰できるように退院や社会復帰への準備・援助を実施していくことが大切である。

## 2. リハビリテーションの意欲と身体症状、特に疼痛との関係

術後に床上安静を強いられる患者は、創部の疼痛、同一体位による苦痛など傷自体の痛みに加えて、身体を自由に動かせないことが起因となる苦痛も体験している。また創部痛ばかりではなく、リハビリテーションの開始期には関節拘縮による疼痛も存在する。今回、リハビリテーションの意欲と身体症状に正相関を認めたことから、リハビリテーションの意欲が減退しないよう、疼痛の客観的評価と迅速な鎮痛といった適切な対処の重要性を再認識した。看護師は患者の疼痛の程度を的確に観察し、疼痛軽減のための速やかな援助を行くことが不可欠であろう。

また疼痛は個人差が大きく、疼痛の持続や繰り返しによって悪循環を招きやすく<sup>9)</sup>、身体的な侵襲や活動量の低下のみならず、精神・心理的な部分にも影響を与える。床上安静を強いられる患者は往々にして重病感に打ちひしがれ、身体的苦痛と共に精神的苦痛も体験していると予測していたが、本研究では2時期ともに身体症状・精神状態が安定していた患者が多く、2時期ともにリハビリテーションの意欲と正相関が認められたことは、整形外科の疾患は身体症状が目に見えて改善することが多いため、回復の感覚が実感でき、精神状態の安定に影響すると考えた。疾患の重症度が重いと認識している患者はリハビリテーションの意欲が低く、精神的苦痛を感じている<sup>4)</sup>と言われる。本研究では重症度に対する認識を問うていないので明言できないものの、精神状態が良好な患者はリハビリテーションの意欲が高いという結果は妥当であったと考える。

## 3. 意欲向上のための効果的な関わり

今回の調査の結果、看護師、医師、理学療法士といった医療者の励ましが、いずれの時期においてもリハビリテーションの意欲と関係していた。このことから看護師は患者がより前向きにリハビリテーションに励むことができるように積極的に指導・説明を行いながら、患者の思いを受容するなど精神的な支援をしていく必要性が示唆された。一般に患者は苦痛や動けない自己に対して自己概念が低下するとリハビリテーションの意欲が低下し、これによるサポート側の焦りが生まれ、さらなる意欲低下を来すといった悪循環を形成するといわれる<sup>10)</sup>。意欲低下を最小限にするためには、患者自身が自らの存在価値を見つげられるように暖かく励ますことが重要である。時に母のような抱擁感を持ち、患者に接する態度が

医療者には求められ、さらに患者・医療者が共通理解してリハビリテーションを取組む姿勢が大切であろう。

戸田ら<sup>3)</sup>の調査によれば床上でのリハビリテーションを積極的に行えなかった患者は全て、術後もしくは受傷後にリハビリテーションの指導を受けている患者であった。今回の研究では、床上でのリハビリテーションを術前に指導を受けた患者と術後に指導を受けた患者、または受傷直後に指導された患者と、対象者の床上でのリハビリテーション指導時期が統一されていなかった。しかし看護師によるリハビリテーションの指導を受けた時期が術後であっても、リハビリテーション意欲が低いという結果ではなかった。今後、患者の意欲向上につなげるためにも術前オリエンテーションの一貫として、リハビリテーションに関する指導を積極的に看護へ取り入れることを考慮していきたいと思う。

## IV. おわりに

リハビリテーションといえば機能訓練の代名詞のように理解されてきた歴史的経緯がある<sup>11)</sup>。リハビリテーション領域における看護の専門性は確立されているとは言いがたく、概念もまた共有されていない<sup>12)</sup>。本研究においては理学療法を中心とした関節可動域・筋力増強訓練や日常生活活動訓練を想定して患者の認識を調査した。しかしリハビリテーション看護は着実に発展されつつある現在、リハビリテーション看護の目指すところは合併症の予防や身体的・心理的・社会的な健康の最善の回復と保持であり、その実践においては単に機能訓練だけでなく、広い視野に立って援助の方向性を模索する必要性を感じた。

最後になりましたが本研究にあたり快くご協力いただいた患者の皆さま、ならびに関係者の方々に心より感謝申し上げます。

## 文献

- 1) 貝塚みどり, 大森武子, 他(1995) QOLを高めるリハビリテーション看護. 医歯薬出版, 東京, 57-62.
- 2) 渡邊江美子, 伊達久美子, 他(2000) 床上で安静制限がある患者のリハビリテーション意欲に影響する要因の構造. 山梨医科大学医学部附属病院看護研究集録, 8: 95-100.
- 3) 戸田陽子, 片山理恵, 他(1999) 術後のリハビリテーションに対する患者の認識調査. 整形外科看護, 4: 37-40.
- 4) 藤内美保, 渡辺典子(2001) 理学訓練中の患者の病気に対する認識とリハビリテーション意欲との関連. 臨床看護, 27: 287-291.
- 5) 徳水理子, 増田えみ(1996) 重症熱傷患者のリハビリテーションの意欲に影響する因子の検討. 大阪府病誌, 73-75.
- 6) 葭沢和子, 秋山ひとみ, 他(1999) 患者行動の中の依存と甘え. 山梨医科大学医学部附属病院看護研究集録, 7: 79-84.

秋山 麻美, 他

- 7) 林潔, 瀧本孝雄(1991) Beck Depression Inventory(1978年版)の検討と Depression と Self-efficacy との関連についての一考察. 白梅学園短期大学紀要, 27: 43-52.
- 8) 神庭重信(2000)「うつ病」正しく理解を. 山梨日日新聞, 平成12年3月21日.
- 9) 並木昭義, 花岡一雄, 他(1998)疼痛コントロールのABC. 日本医師会, 30-33.
- 10) 長谷川真美(1996)意欲の低下している患者への援助. 臨床看護, 22: 354-35.
- 11) 落合芙美子(1999)リハビリテーション看護婦(士). 総合リハビリテーション, 27(4): 325-328.
- 12) 奥宮暁子, 宮腰由紀子(2000)リハビリテーション看護に関する研究の動向と今後の課題. 看護研究, 33(4): 23-32.