

〔研究報告〕

脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家族の心的外傷後ストレス障害 (PTSD) 関連症状の実態と要因

鈴木 雅智¹⁾ 井上 玲子²⁾ 吉川 隆博²⁾

要 旨

目的：脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家族について、心的外傷後ストレス障害（以下、PTSD）関連症状と患者・家族の属性、家族のセルフケア力・ニーズ、患者の病状との関係を明らかにする。

方法：3次救急を実施している大学病院に脳血管疾患で救急搬送され、集中治療室に滞在後病棟に転出した患者の家族を対象に、自作の質問項目および改訂出来事インパクト尺度日本語版（以下、IES-R）を用いた無記名の質問紙調査を実施した。分析にはSPSS Ver.25を用いた。研究実施にあたり所属機関の倫理審査委員会の承認を受け、対象者にはプライバシーの遵守等を文書に記載し、回答をもって同意とした。

結果：該当者55名に配布し50名の回収を得た。対象の家族にIES-Rを用いてPTSD関連症状の測定を行った結果、PTSD発症のリスクが高いとされる高得点群（IES-R 25点以上）は10名（20%）であった。PTSD関連症状得点は、配偶者や同居家族（ $p<0.05$ ）、介護体験（ $p<0.01$ ）、患者のケアへの参加ニーズ（ $p<0.001$ ）、患者の人工呼吸器装着（ $p<0.01$ ）が有意に高かった。

考察：脳血管疾患を発症した患者が救急搬送され集中治療室で治療を受けるという出来事は、家族の心的外傷体験となって一定割合の家族にPTSD関連症状を認めることが明らかとなった。集中治療室の看護師は、家族のPTSD関連症状の発症の可能性を予知し、急性期における家族のニーズを的確に捉え、PTSDを誘発する家族の恐怖・衝撃体験を最小限にするようなケアを行っていくことが重要であると考えられた。

キーワード：脳血管疾患、集中治療室、家族、PTSD関連症状

1. 緒 言

近年の集中治療医学の発展と救急医療システムの確立により、重症疾患から回復し生存退院する患者は増加している。一方で、急性期は救命できても集中治療室退出後あるいは退院後にも長期に渡って運動機能、認知機能、精神の障害を来している患者が存在することが明らかとなってきた（Needham, Davidson, Cohen, et al., 2012）。特に救急・集中治

療領域では、長期的に意識障害や身体機能の障害を残す代表的な疾患として脳血管疾患があげられる。平成29年度の全死亡者に占める脳血管疾患の割合は、全体の8.2%を占め、全死因の第3位であった（厚生労働省, 2018）。脳血管疾患は死亡割合が減少する一方で、リハビリテーションや介護が必要となり、患者・家族にとって退院後も長期に渡って医療を必要とする疾患であるといえる。

健康な家族にはもともとセルフケア力が存在し、家族内の問題や危機を役割変化や家族自身がつ既存の資源の活用によってのりこえようとする力が備

1) 日本医科大学付属病院

2) 東海大学医学部看護学科

わっている(井上, 2018)。しかし, 脳血管疾患患者の家族の場合, 突然の出来事に対する予測や準備, 情報がないことに加え, 患者の病態が重篤であり意識障害等の後遺症を残すことが多いことから(平原, 鈴木, 2008; 飯塚, 2017; 樽松, 黒田, 2011), 自らがもつセルフケア力では乗り越えることができないような事象に多く遭遇し, 深刻な危機に陥る可能性があると考えられる。先行研究では, 脳血管疾患患者の自宅退院に向けて, 患者・家族のセルフケアを支援していく必要性や再発予防等に関する報告がされているが(帆苺, 金子, 泉田, 2017; 金子, 倉井, 佐藤, 2013), 家族のセルフケア力に焦点を当てた研究は少ない。集中治療室入室した患者家族の精神症状に関する報告では, 脳卒中患者を抱える家族のストレスや負担感(玉城, 砂川, 照屋, 2004; 峠, 2008), 救急・集中治療領域における患者家族のストレス, 不安, 抑うつ等の症状等(Bailey, Sabbagh, Loiselle, et al., 2010; Garrouste-Orgeas, Willems, Timsit, et al., 2010; 久米, 叶谷, 佐藤, 2004; Rabie, Pourmemari, Khaleghdoost, et al., 2010; 高芝, 藤河, 元木他, 2013)がある。一方で, 集中治療室において死亡リスクが高いと判断された患者家族の体験は, 心的外傷後ストレス障害(Post-Traumatic Stress Disorder, 以下, PTSD)のリスクと関連があるといわれており(Gries, Engelberg, Kross, et al., 2010; McAdam, Dracup, White, et al., 2010), 患者の集中治療室入室によって家族が長期間強いストレスに悩まされた場合には, のちにPTSDを招くとの報告もされている(Girard, Shintani, Jackson, et al., 2007; Kapfhammer, Rothenhäusler, Krauseneck, et al., 2004)。このように, 患者家族のストレスに関する研究は散見されるが, 患者が脳血管疾患を発症し集中治療室に滞在したことで, その家族がPTSDと関連した症状を来しているのかどうかに関する報告はされていない。また, これらの先行研究においては, 救急・集中治療を受ける患者の家族は患者と同じように危機的な状況に置かれているため, 身体・心理・

社会的なニーズに応じた看護が必要であるとされているが(梶谷, 森山, 2010; 辰巳, 羽尻, 中村他, 2005; 山勢, 2006), 集中治療室に滞在した脳血管疾患患者の家族のニーズが充足されないことによるストレスへの影響やPTSDに関連した症状との関係については明らかにされていない。そのため, 本研究においては, 脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家族の支援を検討していくために, PTSD関連症状に焦点を当て, その実態と要因を明らかにする必要があると考えた。

II. 研究目的

脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家族について, PTSD関連症状と患者・家族の属性, 家族のセルフケア力・ニーズ, 患者の病状との関係を明らかにする。

III. 用語の定義

1. 家族: 互いに家族であると認識しており, 情緒的な繋がりがある20歳以上の成人。患者の身の回りのお世話やサポートに深く関わっている重要他者。
2. 脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患者: 3次救急を実施している大学病院に脳血管疾患で救急搬送され, 集中治療室に滞在後, 病棟に転出した患者。
3. PTSD関連症状: PTSDの中核症状とされている, 侵入症状, 回避症状, 過覚醒症状等, 心的外傷体験と関連して起こる症状。
4. 家族のセルフケア力: 家族成員一人一人が健康を維持・増進させ, 何らかの健康問題が生じた際にもそれに対処しようとするために家族がもつ力。本研究においては, 家族の健康状態(通院や治療中の病気の有無), 介護経験, 他の家族成員の集中治療室入院の経験, 周囲のサポート体制の有無とした。

5. 家族のニーズ：援助に対する家族の欲求，欲望。
本研究においては，「接近」，「情報」，「保証」，「安楽・安寧」，「支持」の5つを家族のニーズとした。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

関連因子探索的研究

2. 研究期間

2018年5月～2019年3月

3. 本研究の枠組み（図1）

改訂出来事インパクト尺度日本語版（Impact of Event Scale-Revised, 以下，IES-R）（飛鳥井，2007；Asukai, Kato, Kim, et al., 2002；Weiss, 2004）と集中治療室における家族に関する先行研究（江口，2010；緒方，佐藤，2004；高芝，藤河，元木他，2013）を参考に，脳血管疾患を発症し救急搬送され，集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家

族のPTSD関連症状に関する本研究の枠組みを作成した。患者が脳血管疾患を発症し救急搬送され，集中治療室に滞在したという出来事は，患者家族にとって予期せぬ事象であり，個人の対処能力を超えるような大きな衝撃と長期間のストレスの蓄積によって，患者だけでなく家族もPTSD関連症状を来す可能性があるのではないかと考えた。ここでは，脳血管疾患で救急搬送され集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家族を対象とし，家族が本来もつセルフケア力・ニーズが家族のPTSD関連症状の有無と関連する要因であると仮定した。脳血管疾患を発症し救急搬送された患者は，すでに意識障害を来し生命の危機が切迫している状況にあることも多く，たとえ命が助かり急性期を脱したとしても，運動機能障害や言語障害，高次脳機能障害等の多様な後遺症を残すことが多いとされている（飯塚，2017；樽松，黒田，2011）。そのため，患者家族の属性とは別に，家族が主観的に捉える患者の病状も家族のPTSD関連症状の有無と関連する一つの要因

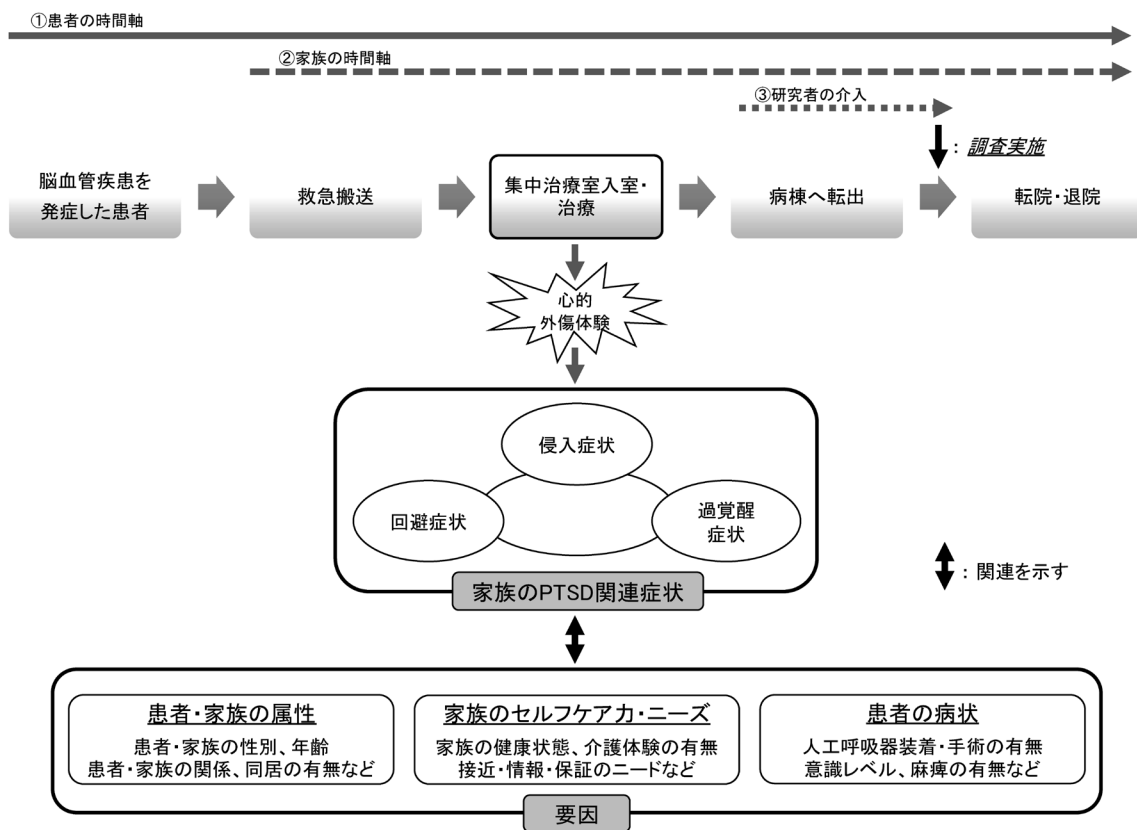


図1. 脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家族のPTSD関連症状に関する枠組み

であると仮定し、本研究における枠組みとした。

4. 研究対象施設

対象施設は、教育・研究機能を有する大学病院であり、特定機能病院として専門的な治療を担う高度医療施設である。病院全体の病床数は約800床、集中治療室は55床であり、3次救急病院として、脳血管障害、虚血性心疾患、呼吸不全、多発外傷等の患者の受け入れに対応している。対象病棟は、脳血管疾患の患者が集中治療室で急性期治療を終えた後、専門的な治療と看護を継続する後方病棟として受け入れを行っている病棟である。

5. 研究対象者

脳血管疾患で救急搬送され集中治療室に滞在後、病状の回復に伴って対象病棟に転出した患者の家族。

1) 選択基準

- ①自身で参加の意思が表明できる20歳以上の家族（患者にとっての重要他者）。
- ②退院や転院の方針が決まった段階にある脳血管疾患患者の家族。
- ③認知症や精神疾患がなく、本研究への参加にあたって意思の疎通を十分に行うことができる家族。

2) 除外基準

- ①認知症や精神疾患があり、病棟看護責任者、研究責任者が研究参加困難と判断した者。
- ②対象者の参加意思が明確であっても、病棟看護責任者、研究責任者が研究参加困難と判断した者。

6. 調査方法

1) 無記名自記式質問紙調査

2) 家族の要因に関する調査項目

患者・家族の属性、家族のセルフケア力・ニーズ、患者の病状については、先行研究と、鈴木、渡辺（2012）の『家族像を形成するための情報収集の内容』を参考にして質問項目を作成した。以下の質問紙作成にあたり、家族看護学・精神看護学の研究者、統計手法の専門家と項目の妥当性を検討し内容を洗練させた。

- ①患者・家族の属性：先行研究（平原，鈴木，2008；飯塚，2017；峠，2008）を参考に、患者・家族の性別、年齢、続柄、患者と同居の有無（同居・別居の形態、居住地）、家族の就労の有無、経済状況（生計者の有無）とした。
- ②家族のセルフケア力：先行研究（帆苅他，2017；岩井，野嶋，星川他，2017；金子他，2013；永田，東，2005）を参考に、家族の健康状態（通院や治療中の病気の有無）、介護経験、他の家族成員の集中治療室入院の経験、周囲のサポート体制の有無とした。
- ③家族のニーズ：Molter（1979）が開発したCCFNI（Critical Care Family Needs Inventory）は、ICUに入室する患者の家族のニーズを45項目で示しており、その後Leske（1991）は重症患者の家族に共通したニーズを、「保証」、「患者の側にいること」、「情報」、「快適さ」、「支持」の5つに要約している。我が国では、救急・クリティカル領域における重症患者家族の心理面を客観的に捉える測定ツールとして、山勢（2006）のCNS-FACE家族アセスメントツール（Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency care settings）が広く知られており、測定ツールとしての信頼性と妥当性が確認されているものである。CNS-FACEの測定尺度は、46項目の行動評定項目について4段階のリッカートスケールを用いて評定している。本研究においても、先行研究（Leske，1991；Molter，1979；山勢，2006；山勢，山勢，立野，2013）を参考にし、鈴木，渡辺（2012）の『救急医療・集中治療の場における家族への看護の視点』を加え、20項目の質問紙を作成した。内容はCCFNIの5つの分類を採用し、「接近」、「情報」、「保証」、「安楽・安寧」、「支持」に要約し、回答には4段階リッカート尺度を用いて評定した。家族のニーズに関する質問紙のクロンバック α 係数は0.86であった。
- ④患者の病状：疾患名、人工呼吸器装着の有無、脳

の手術の有無，意識レベル，麻痺の有無等の記述式とした。

3) 家族のPTSD関連症状に関する調査項目

救急搬送され集中治療室に滞在したという出来事に注目し，家族のPTSD関連症状を客観的に評価する指標として，PTSD関連症状評価尺度として用いられている改訂出来事インパクト尺度日本語版 (Impact of Event Scale-Revised, 以下, IES-R) (飛鳥井, 2007; Asukai, et al., 2002; Weiss, 2004) を使用し測定した (高橋, 大野, 2014)。先行研究においてIES-Rは，災害支援活動を行った看護職者 (小林, 三澤, 駒形他, 2011), 統合失調症患者を抱える家族 (宮城, 豊里, 與古田, 2013), 集中治療室に入室した癌患者の家族 (Komachi, Kamibeppu, 2016) 等の心的外傷体験を評価するために使用されている。IES-Rは，心的外傷性ストレス症状を測定するための自記式質問紙であり (Weiss, 2004), 幅広い種類の心的外傷体験者のPTSD関連症状の測定が簡便にでき，我が国でも広く活用され，信頼性，妥当性の十分な検討を経たものである (Asukai, et al., 2002)。IES-RにはPTSDの特徴的な症状である侵入症状，回避症状，過覚醒症状に対する質問が含まれており，侵入症状8項目，回避症状8項目，過覚醒症状6項目の計22項目により構成されている。これら3つの症状に対する回答は「0点. 全くなし」～「4点. 非常に」の5段階リッカート尺度を用いて評定した。本研究における合計得点のクロンバック α 係数は0.91であり，侵入症状，回避症状，過覚醒症状のクロンバック α 係数は，順に0.89, 0.82, 0.60であった。

7. データ収集方法

転出先の一般病棟の病棟看護責任者と看護師が，転棟後に退院や転院の方針が決まった時点で条件にあてはまる患者家族の全数を対象にして選出を行った。研究者は，選出された対象者に対し，研究協力に関する説明文書に基づいて文書と口頭で十分に研究内容の説明を行った。その後，本人の自由意思により調査に協力が得られた対象者に対して質問紙を

手渡し，質問紙は無記入回答が可能であることも伝え，研究者が病棟を介して後に回収した。

8. データ収集期間

2018年7月～2018年10月に実施した。

9. 分析方法

解析にはSPSS Version25 (Product ID: 3243281) を用い，以下の統計解析を実施した。

- 1) 属性，家族のセルフケア力・ニーズ，患者の病状，家族のPTSD関連症状に関する質問項目の全てにおいて記述統計を行った。
- 2) IES-RはPTSD診断の補助的なツールとしてPTSD症状のリスクを評価するものであり，スクリーニングのカットオフ値は25点を目安としている (Asukai, et al., 2002)。そのため本研究においては，IES-R得点が25点以上を高得点群，IES-R得点が24点以下を低得点群とした。
- 3) 属性，家族のセルフケア力・ニーズ，患者の病状と家族のPTSD関連症状得点との差異を検討するために，PTSD関連症状得点を従属変数とし，属性，家族のセルフケア力・ニーズ，患者の病状に関する質問項目を独立変数として2群間の母平均の差の検定を実施した。平均値の差の検定を行う際は，正規性の検定を行った後，正規分布している場合にはStudent t検定を，正規分布していない場合にはMann-Whitney U検定を行った。
- 4) 家族の年齢，患者の年齢，疾患名，集中治療室滞在期間，総入院期間，意識レベルと家族のPTSD関連症状得点との差異を検討するために，PTSD関連症状得点を従属変数とし，家族の年齢，患者の年齢，疾患名，集中治療室滞在期間，総入院期間，意識レベルに関する質問項目を独立変数として2群間の母平均の差の検定を実施した。平均値の差の検定を行う際は，正規性の検定を行った後，正規分布している場合には一元配置分散分析を，正規分布していない場合にはKruskal-Wallis検定を行った。群間に統計的有意差がある場合にはTukey型の多重比較を

行った。意識レベルの違いによる比較では、すべての意識レベルの組み合わせよりも重症度による意識レベルの変化を明らかにしたいため、その後の検定では意識清明を対照カテゴリとしてDunnett型の多重比較を行った。

- 5) 集中治療室滞在日数、および総入院日数の長期化と家族のPTSD関連症状得点との関係を知るため、Pearsonの積率相関係数を用いて解析を行った。

10. 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属する東海大学医学部臨床研究審査委員会の承認を受け実施した（申請受付番号：第17R-388号）。対象者には研究の趣旨、および倫理的配慮に関して文書と口頭で十分に説明を行った。調査により心身に負担が生じないように留意した上で、本研究に協力いただける方には質問紙への回答を依頼した。対象者が質問紙の回答を途中で辞めた場合でも、無記入回答だった場合でも、いかなる不利益を生じないことを伝え、対象者の自由意思を尊重した。

V. 結果

データ収集期間中に転出先の一般病棟の病棟看護責任者と看護師が、選択条件にあてはまる患者の家族55名を選出した。研究者は、選出された対象者に対し、研究協力に関する説明文書に基づいて研究内容の説明を行った。研究協力への意思を示さなかった5名を除外し、調査への協力が得られた計50名を分析対象とした（回収率91%、有効回答率100%）。

1. 患者・家族の基本属性（表1）

対象となる家族は、女性が34名で68%を占め、年齢は70歳代が30%、50歳代が22%であった。患者との関係は、配偶者が最も多く64%、同居家族が78%を占めていた。患者の性別は、男性が62%であり、年齢は70歳代が36%、80歳代で28%を占め、他の年代より多かった。本研究においては、家

族の精神状態を脆弱にし、PTSD関連症状を増悪させる「家族の精神疾患の既往歴」や「集中治療室での死別経験の有無」等を対象者に聴取したが、該当する者はいなかった。

2. 家族のPTSD関連症状得点（表2）

PTSD関連症状全体の合計得点は、 17.0 ± 12.0 点（平均値 \pm 標準偏差）であり、10名（20%）の家族が高得点群（IES-R 25点以上）であった。

3. 患者・家族の属性と家族のPTSD関連症状得点との関係（表3）

患者・家族の属性と家族のPTSD関連症状得点との関係では、患者との関係で、配偶者（平均値19.8点）が親・子・同胞（平均値11.9点）に比べ有意に高値を示した（ $p < 0.05$ ）。また、患者と同居の有無では、同居あり群（平均値18.4点）が、同居なし群（平均値12.0点）に比べ有意に高値（ $p < 0.05$ ）を示した。

4. 家族のセルフケア力と家族のPTSD関連症状得点との関係（表4）

家族のセルフケア力と家族のPTSD関連症状得点との関係では、現在介護をしていない群（平均値18.2点）が介護をしている群（平均値5.6点）に比べ有意に高値を示した（ $p < 0.01$ ）。

5. 家族のニーズと家族のPTSD関連症状得点との関係（表5）

家族のニーズと家族のPTSD関連症状得点との関係では、主に、患者の側にいたいと感じた（平均値19.2点）（ $p < 0.01$ ）、気苦労が絶えなかった（平均値19.9点）（ $p < 0.01$ ）、患者のケアに参加したい（平均値21.4点）（ $p < 0.001$ ）、不安やつらい思いを医療者に聞いてもらいたい（平均値23.1点）（ $p < 0.01$ ）、等のニーズをもつ群の得点が有意に高値を示した。

6. 患者の病状と家族のPTSD関連症状得点との関係（表6）

患者の疾患名は3つに分類され、脳内出血が最も多く58%、次いで脳梗塞が30%、くも膜下出血が12%であった。患者の病状と家族のPTSD関連症状得点との関係では、人工呼吸器装着の有無で、装着

表1. 患者・家族の基本属性

n = 50

項目	n	(%)	mean	SD
〈患者〉				
性別	男性	31	(62)	
	女性	19	(38)	
年齢 年代	10代	1	(2)	71.2
	40代	3	(6)	13.9
	50代	5	(10)	
	60代	7	(14)	
	70代	18	(36)	
	80代	14	(28)	
	90代	2	(4)	
疾患名	脳内出血	29	(58)	
	脳梗塞	15	(30)	
	くも膜下出血	6	(12)	
集中治療室滞在日数			13.4	12.7
集中治療室滞在期間	1-10日	28	(56)	
	11-20日	12	(24)	
	21-30日	6	(12)	
	31日以上	4	(8)	
総入院日数			25.3	19.0
総入院期間	10日以内	10	(20)	
	11-20日	12	(24)	
	21-30日	16	(32)	
	31-40日	7	(14)	
	41-50日	1	(2)	
	50日以上	4	(8)	
人工呼吸器装着	あり	20	(40)	
	なし	30	(60)	
脳の手術	あり	21	(42)	
	なし	29	(58)	
意識レベル	清明	12	(24)	
	JCS I	22	(44)	
	JCS II	11	(22)	
	JCS III	5	(10)	
名前・生年月日が言える	はい	22	(44)	
	いいえ	28	(56)	
手足の麻痺	あり	31	(62)	
	なし	19	(38)	
入院前と同じように会話ができる	はい	12	(24)	
	いいえ	38	(76)	
〈家族〉				
性別	男性	16	(32)	
	女性	34	(68)	
年齢 年代	40代	10	(20)	62.8
	50代	11	(22)	12.8
	60代	9	(18)	
	70代	15	(30)	
	80代	5	(10)	
続柄	配偶者	32	(64)	
	親	1	(2)	
	子	14	(28)	
	同胞	3	(6)	
患者と同居の有無	同居	39	(78)	
	(形態) 夫婦のみ	16	(32)	
	核家族	19	(38)	
	三世代	4	(8)	
	別居	11	(22)	
	(形態) 独居	8	(16)	
	夫婦のみ	1	(2)	
	他	2	(4)	
就労の有無	あり	24	(48)	
	なし	26	(52)	
通院や治療中の病気の有無	あり	26	(52)	
	なし	24	(48)	
現在介護をしている (入院中の家族以外)	はい	5	(10)	
	いいえ	45	(90)	
過去の介護経験の有無	あり	24	(48)	
	なし	26	(52)	
過去に他の家族が集中治療室に入院したことがある	はい	24	(48)	
	いいえ	26	(52)	
あなたを支えてくれる家族が周りにいる	いる	47	(94)	
	いない	3	(6)	
患者の生計を支えている家族がいる	いる	5	(10)	
	いない	45	(90)	
家族の精神疾患の既往歴	あり	0	(0)	
	なし	50	(100)	
集中治療室での死別経験の有無	あり	0	(0)	
	なし	50	(100)	
最近遭遇したストレスフルな出来事の有無	あり	0	(0)	
	なし	50	(100)	

表2. 家族のPTSD関連症状得点

n = 50

項目番号	侵入症状に関する質問 (IES-R)	mean	SD
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気もちがぶりかえしてくる。	1.9	1.3
2	睡眠の途中で目がさめてしまう。	1.1	1.1
3	別のことをしていても、そのことが頭から離れない。	1.4	1.1
6	考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある。	1.5	1.1
9	そのときの場面が、いきなり頭にうかんでくる。	1.0	1.0
14	気がつくと、まるでそのときにもどってしまったかのように、ふるまったり感じたりすることがある。	0.4	0.8
16	そのことについて、感情が強くこみあげてくることがある。	1.1	1.0
20	そのことについての夢を見る。	0.6	0.8
(計8項目)	侵入症状得点の合計	9.1	6.2
回避症状に関する質問 (IES-R)			
5	そのことについて考えたり思い出すときは、なんとか気を落ち着かせるようにしている。	0.9	1.0
7	そのことは、実際には起きなかったとか、現実のことではなかったような気がする。	0.7	1.0
8	そのことを思い出させるものには近よらない。	0.4	0.8
11	そのことは考えないようにしている。	0.4	0.9
12	そのことについては、まだいろいろな気もちがあるが、それには触れないようにしている。	0.2	0.6
13	そのことについての感情は、マヒしたようである。	0.3	0.8
17	そのことを何とか忘れようとしている。	0.2	0.6
22	そのことについては話さないようにしている。	0.2	0.5
(計8項目)	回避症状得点の合計	3.3	4.2
過覚醒症状に関する質問 (IES-R)			
4	イライラして、怒りっぽくなっている。	0.3	0.7
10	神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきどきしてしまう。	0.9	0.9
15	寝つきが悪い。	0.9	1.1
18	ものごと集中できない。	0.8	0.9
19	そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、どきどきすることがある。	0.5	0.7
21	警戒して用心深くなっている気がする。	1.1	1.0
(計6項目)	過覚醒症状得点の合計	4.6	3.1
(計22項目)	PTSD関連症状得点の合計	17.0	12.0

表3. 患者・家族の属性と家族のPTSD関連症状得点との関係

n = 50

項目	n	(%)	PTSD関連症状得点			項目	n	(%)	PTSD関連症状得点			
			mean	SD	p value				mean	SD	p value	
患者の性別	男性	31	(62)	18.5	12.3	続柄	配偶者	32	(64)	19.8	13.0	*
	女性	19	(38)	14.5	11.2		親・子・同胞	18	(36)	11.9 ^b	7.8	
患者の年齢	10代	1	(2)	—	—	患者と同居の有無	あり	39	(78)	18.4	12.8	*
	40代	3	(6)	20.0	3.6		なし	11	(22)	12.0 ^b	6.2	
	50代	5	(10)	24.8	20.6	同居の形態	夫婦のみ	16	(32)	19.8	9.9	n.s.
	60代	7	(14)	13.4	11.1		核家族・三世代	23	(46)	17.4	14.7	
	70代	18	(36)	16.8	9.3	別居の形態	独居	8	(16)	11.4	6.1	n.s.
	80代	14	(28)	16.4	13.0		夫婦のみ、他	3	(6)	13.7	7.5	
	90代	2	(4)	4.5	2.1							
家族の性別	男性	16	(32)	16.4	11.8	家族成員の居住地 (別居の場合)	市内	8	(16)	10.8	6.4	n.s.
	女性	34	(68)	17.2	12.2		市外1時間以内	3	(6)	15.3	5.1	
家族の年齢	40代	10	(20)	22.3	13.8	就労の有無	あり	24	(48)	14.4	12.1	n.s.
	50代	11	(22)	13.2	9.8		なし	26	(52)	19.3	11.6	
	60代	9	(18)	9.7	8.9	患者の生計を支えている家族がいる	いる	17	(34)	16.9	13.6	n.s.
	70代	15	(30)	18.9	11.1		いない	33	(66)	17.0	11.2	
	80代	5	(10)	21.8	14.7							

n.s.: Not Significant, *: p<0.05, b = Student t検定

表4. 家族のセルフケア力と家族のPTSD関連症状得点との関係

n = 50

項目	n	(%)	PTSD関連症状得点			
			mean	SD	p value	
通院や治療中の病気の有無	あり	26	(52)	14.4	10.9	n.s.
	なし	24	(48)	19.8	12.6	
現在介護をしている (入院中の家族以外)	はい	5	(10)	5.6 ^a	5.3	**
	いいえ	45	(90)	18.2 ^a	11.8	
過去の介護経験	あり	24	(48)	17.7	12.3	n.s.
	なし	26	(52)	16.3	11.8	
過去に他の家族が集中治療室に入院したことがある	はい	24	(48)	15.1	10.6	n.s.
	いいえ	26	(52)	18.7	13.0	
あなたを支えてくれる家族が周りにいる	いる	47	(94)	17.1	12.2	n.s.
	いない	3	(6)	15.0	7.2	

n.s.: Not Significant, **: p<0.01, a = Mann-Whitney U検定

あり群 (平均値22.9点) が, 装着なし群 (平均値13.0点) に比べ有意に高値を示した (p<0.01). 脳の手術の有無では, 手術あり群 (平均値22.3点) が, 手術なし群 (平均値13.1点) に比べ有意に高値を示した (p<0.01). また, 意識レベルでは, JCS II (平均値23.4点) と清明 (平均値11.1点) の間において有意な差を認め (p<0.05), さらに, 入院前と同じように会話ができるか否かでは, できない群 (平均値19.1点) ができる群 (平均値10.3点) に比べ有意に高値を示した (p<0.01).

VI. 考 察

1. 脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家族のPTSD関連症状

今回対象となった脳血管疾患患者の家族50名のうち, 10名 (20%) がPTSD関連症状の高得点群 (IES-R 25点以上) であった. 脳血管疾患患者の家族は, 突然の出来事に対する予測や準備がないこと, 患者の意識低下は死を想起させること, 十分な情報がないこと等の理由から, 多くの不安や苦痛を抱え深刻な危機に陥りやすいとされている (平原, 鈴木, 2008). 本研究において対象となった脳血管疾患患者の家族においても, 心的外傷体験と関連した出来事や心的外傷体験の想起につながるような事象を無意識に回避しようとして行動したり, 心的外傷体験に関連しない些細な刺激に対しても過剰な驚愕反

応を示し, 精神的緊張状態にあった可能性が考えられた. さらには, それらの体験を記憶として思い返すときには不快や苦痛を感じたり, その程度が極まるとフラッシュバックをも体験していた可能性があった. 今回の結果から, 脳血管疾患を発症した患者が救急搬送され集中治療室において治療を受けるという出来事は, のちに家族の心的外傷体験となって一定割合の家族にPTSD関連症状を認めることが明らかとなった.

2. 家族のPTSD関連症状と患者・家族の属性との関係

対象となった脳血管疾患患者の家族は, 女性が68%を占め, 年齢は50歳代から70歳代の壮年期, 前期高齢者が多かった. 患者との関係では, 配偶者が最も多く64%, 同居家族が78%を占めていた. 一般的に, 配偶者や同居家族は患者と身近で密接な関係性にあり, 生活の中で患者と共に過ごす時間が多いことが考えられる (鈴木, 渡辺, 2012). 患者が突如脳血管疾患を発症し, 救急搬送され集中治療室に入院となった際には, 患者と近い関係にある配偶者や同居家族は医療者から患者の治療や予後に関する重要な決定事項を迫られたり (鈴木, 渡辺, 2012), 情報資源として扱われることも予想される (Harvey, 1998). 集中治療室に入室した重症患者の家族は, 精神的負担が強くストレスフルな状況に置かれているとされ (樽松, 黒田, 2011), 家族が女性で患者が配偶者であることや, 病状の変化が急な

表5. 家族のニーズと家族のPTSD関連症状との関係

n = 50

項目	n	(%)	PTSD関連症状得点		
			mean	SD	p value
最善の治療やケアをしてほしいと望んだ	49	(98)	17.0	12.1	n.s.
	1	(2)	—	—	
患者の回復を願った	50	(100)	17.0	12.0	n.s.
	0	(0)	—	—	
面会時間や回数を増やしてもらえるように求めた	2	(4)	16.5	7.8	n.s.
	48	(96)	17.0	12.1	
患者の側にいたいと感じた	40	(80)	19.2	11.9	**
	10	(20)	8.1 ^a	7.1	
患者の病状や治療に関する説明を希望した	24	(48)	19.7	13.7	n.s.
	26	(52)	14.5	9.6	
患者の状態や治療経過がわかりであった	43	(86)	17.4	12.1	n.s.
	7	(14)	14.1	11.2	
気苦労が絶えなかった	35	(70)	19.9	12.5	**
	15	(30)	10.1 ^b	6.7	
家族だけになれる時間と場所を求めた	20	(40)	19.6	8.4	n.s.
	30	(60)	15.2	13.7	
医療者に援助を求めた	20	(40)	21.8	11.6	*
	30	(60)	13.7 ^a	11.2	
他の家族や友人に援助を求めた	29	(58)	18.7	9.6	n.s.
	21	(42)	14.6	14.5	
現在の治療やケアに安心している	48	(96)	17.5	11.9	n.s.
	2	(4)	4.5	2.1	
転院もしくは退院後も相談できる医療者がいてほしい	44	(88)	17.8	12.3	n.s.
	6	(12)	10.7	6.4	
患者のケアに参加したい	33	(66)	21.4	11.8	***
	17	(34)	8.4 ^b	6.3	
患者の身の回りの世話を積極的に行っている	39	(78)	17.6	10.9	n.s.
	11	(22)	14.8	15.6	
患者に行われている治療やケアについて知りたい	43	(86)	18.1	12.3	n.s.
	7	(14)	9.7	6.6	
患者の予後や今後の生活に関する情報がほしい	46	(92)	17.8	11.9	n.s.
	4	(8)	7.8	9.2	
患者との時間を大切にしたい	46	(92)	16.9	10.4	n.s.
	4	(8)	17.5	26.4	
不安やつらい思いを医療者に聞いてもらいたい	21	(42)	23.1	13.3	**
	29	(58)	12.5 ^b	8.7	
相談したり支えとなる人が身近にいてほしい	42	(84)	18.3	11.7	*
	8	(16)	10.0 ^a	11.2	
転院もしくは退院後の生活が心配である	44	(88)	18.3	11.7	*
	6	(12)	6.8 ^a	8.9	

n.s.: Not Significant, *: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001

a = Mann-Whitney U検定, b = Student t検定

場合には、家族のPTSD関連症状が見られやすいという報告もある (Davidson, Jones, Bienvenu, 2012)。今回の結果においては、家族の性別に有意な差は認められなかったが、対象家族の中でも配偶者や同居家族はPTSD関連症状を生じる可能性が高いことが示唆された。

3. 家族のPTSD関連症状と家族のセルフケア力・ニーズとの関係

対象となった脳血管疾患患者の家族のセルフケア

力に関して、介護体験の有無では、現在介護をしていない人が90%、また、過去においても介護の経験がない人が52%を占めていた。現在介護をしていない家族は、介護をしている群と比較してPTSD関連症状得点が有意に高値を示した (p<0.01)。脳血管疾患の発症により救急搬送され集中治療室で治療を受けた患者は、生命の危機を脱し積極的な治療を終えていたとしても意識障害や運動機能障害等が残存している場合があり、何らかの後遺症を抱えた

表6. 患者の病状と家族のPTSD関連症状得点との関係

n = 50

項目	n	(%)	PTSD関連症状得点			項目	n	(%)	PTSD関連症状得点			
			mean	SD	p value				mean	SD	p value	
疾患名	脳内出血	29	(58)	19.2	13.2	脳の手術	あり	21	(42)	22.3 ^a	12.2	**
	脳梗塞	15	(30)	12.2	9.2		なし	29	(58)	13.1 ^a	10.4	
	くも膜下出血	6	(12)	17.8	9.2		n.s.					
集中治療室滞在期間	1-10日	28	(56)	13.0	8.4	手足の麻痺	あり	31	(62)	16.9	10.2	n.s.
	11-20日	12	(24)	21.3	13.3		なし	19	(38)	17.1	14.7	
	21-30日	6	(12)	19.7	10.4		n.s.					
総入院期間	31日以上	4	(8)	27.8	21.5	意識レベル	清明	12	(24)	11.1	9.3	*
	10日以内	10	(20)	10.2	7.6		JCS I	22	(44)	15.5 ^α	11.4	
	11-20日	12	(24)	17.3	8.9		JCS II	11	(22)	23.4 ^α	14.5	
	21-30日	16	(32)	18.1	12.6		JCS III	5	(10)	23.4	5.2	
	31-40日	7	(14)	18.4	11.2		n.s.					
人工呼吸器装着	41-50日	1	(2)	—	—	名前・生年月日が言える	はい	22	(44)	13.2 ^b	10.6	*
	50日以上	4	(8)	28.8	20.9		いいえ	28	(56)	19.9 ^b	12.3	
気管切開術施行	あり	20	(40)	22.9 ^a	11.9	入院前と同じように会話ができる	はい	12	(24)	10.3 ^a	9.1	**
	なし	30	(60)	13.0 ^a	10.4		いいえ	38	(76)	19.1 ^a	12.0	
	あり	4	(8)	35.5	15.9	n.s.						
	なし	46	(92)	15.4	10.3							

n.s.: Not Significant, *: p<0.05, **: p<0.01

a = Mann-Whitney U検定, b = Student t検定, α = 一元配置分散分析 “JCS II—清明”

ままその後の生活を送っていかなければならないことも多い(平原, 鈴木, 2008; 飯塚, 2017; 樽松, 黒田, 2011)。患者が後遺症を残したまま退院する場合には、患者の障がいとともに歩む家族の生活を再構築することが求められ、そのためには患者と家族が主体的に健康問題に取り組むことができるよう家族がもつセルフケア力を高めていけるような支援が必要である(鈴木, 渡辺, 2012)。井上(2018)は、家族のセルフケア力をはかるとき、家族の過去の経験を知ることは有効な手段の1つである。過去に家族としてどのような危機に出会い、対処してきたのかを知ることが、家族の対処能力を分析することにつながると述べている。今回の結果から、家族の病気体験や集中治療室入院経験、周囲のサポート体制等とPTSD関連症状との関係は明らかにならなかったが、家族の過去の経験や対処行動等を家族情報として早期から把握しておくことは、集中治療室における家族看護実践の一助になると考えられた。

対象となった脳血管疾患患者の家族のニーズに関しては、接近、安楽・安寧、支持、の援助に対するニーズが高いことがわかり、そのような家族はPTSD関連症状得点が有意に高い結果を示すことが

明らかとなった。山勢, 山勢, 立野(2013)は、救急医療やクリティカルケアを受ける患者の家族は、予期せぬ出来事によって心身・社会的に翻弄され、家族システムの揺らぎが生じ、このバランスの揺らぎを回復しようと家族には様々なニーズが生じると述べている。また、Molter(1979)により開発されたCCFNIでは、重症患者の家族には共通したニーズがあることが明らかにされ、重症患者の全人的なケアに家族は不可欠な存在であり、家族のニーズを認め、どのように満たされているかを評価する必要があるとされている。一方で集中治療室に滞在した脳血管疾患患者の家族は、多くの医療機器に囲まれた患者の状況を目の当たりにし、患者に対して何かしてあげたくても手を差し伸べることができなかつたり、身の置き所がない等の理由から(緒方, 佐藤, 2004; 柴田, 2018)無力感や不全感を抱いていた可能性も考えられた。柴田(2018)は、集中治療において家族のもつ役割・効果は大きい。家族はケアに参加することで、患者の状態や反応を確認することができ、接近のニーズや情報のニーズを充足させることができる。また、家族のために何かができることは、満足感や自己効力感、成功体験へとつな

がると述べている。これらのことから、集中治療室の看護師は、急性期における家族のニーズを的確に捉え、評価し、ニーズを充足できるような支援を検討していくことが重要であり、また、家族のニーズが満たされないことによる心理面への影響や家族のPTSD関連症状の発症の可能性についても十分に理解し、複雑に揺れ動く家族の感情に寄り添うケアが必要であると考えられた。

4. 家族のPTSD関連症状と患者の病状との関係

脳血管疾患により救急搬送され集中治療室に滞在した患者のうち、40%が人工呼吸器を装着し、脳の手術を行う等の侵襲的な治療が施されていた。脳血管疾患を発症し救急搬送された患者は、時間的猶予がない中で救命を優先に緊急手術を行うこともあり、その後も病状が重篤であるために集中治療室での管理を必要とする（江口，2010；鈴木・渡辺，2012）。家族にとっては、患者の病状に関する情報が少ないために現状の理解が得られないまま面会室等で待機となることも多く（江口，2010；鈴木，渡辺，2012）、強い不安や恐怖に晒され、情緒的危機を強める可能性が高いと言える。今回の結果から、集中治療室に滞在した脳血管疾患患者の病状が重篤であり深刻な状態であればあるほど、その患者を抱える家族はPTSD関連症状を生じる可能性が高いことが考えられた。集中治療室に滞在し、病状の回復に伴って病棟に転出した後も、何らかの意識障害を抱えていた患者は約8割存在した。脳血管疾患を発症した患者は、認知機能や運動機能の低下を招き、さらに、高次脳機能障害が重なることにより（平原，鈴木，2008；飯塚，2017；樽松，黒田，2011）、その家族は長期間に渡って患者の介護をしていかなければならないことが予想される。飯塚（2017）は、意識障害を残した患者は、他者との意思疎通が図れなくなることから、その家族は心理社会的側面を含む日常生活に大きな影響を受けることになることを述べている。救急搬送され集中治療室に滞在し、重篤な患者を目にした家族は、自分の家族を喪失するかもしれないという予期せぬ体験をしていた可能性

があり（鈴木，渡辺，2012）、病状の回復に伴って集中治療室を退出した後も、家族は長期間に渡り心理社会的に大きな不安を抱えながらの生活を余儀なくされていた可能性が考えられた。

VII. 看護実践への示唆

脳血管疾患を発症し救急搬送され集中治療室で治療を必要とする患者は、生命を脅かす健康問題のリスクが潜在的に高い状態にある。そのため、緊急入院となる脳血管疾患患者とその家族に対しては、家族情報を幅広く収集した上で危機状況に陥りやすい要因を十分にアセスメントし、家族の過去の経験や対処行動等を理解した上で、家族のPTSD関連症状の発症の可能性に予測をもって介入していくことが重要である。一方、脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家族のPTSD関連症状を緩和するためには、入院の経過に応じて変化する家族のニーズを的確に捉え、患者の病状や治療に関する情報を患者・家族に適切に提供し、安心や希望を保障していくことが必要である。集中治療室の看護師は、これらを医療・看護チームの共通認識として継続的に実践していくことができるよう、患者・家族が集中治療室に滞在する期間だけでなく、早い段階から長期的な予後を視野に入れた支援の体制を構築していくことが必要であり、急性期においてPTSDを誘発する家族の恐怖・衝撃体験を最小限にするようなケアを行っていくことが重要である。

VIII. 結論

本研究は、脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家族50名を対象とし、PTSD関連症状と患者・家族の属性、家族のセルフケア力・ニーズ、患者の病状との関係を明らかにすることを目的として質問紙調査を実施した結果、以下の知見を得た。

脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患

者家族のうち、10名の家族がPTSD関連症状の高得点群であった。家族のPTSD関連症状には、配偶者や同居家族、介護体験、患者のケアへの参加ニーズ、患者の人工呼吸器装着等の要因が関係していることが分かったが、今回の結果からは、家族の病気体験や集中治療室入院経験、周囲のサポート体制等とPTSD関連症状との関係は明らかにならなかった。

IX. 本研究の限界と今後の課題

本研究は対象者数が50名であり、また対象施設も一施設であったことから、本研究の結果を一般化し共通性を見出すことは難しいと考えられた。今後は対象者数や対象疾患、対象施設を増やしていくことが必要である。また、家族のPTSD関連症状に対し経過を追って段階的に調査していくことにより、集中治療室退出後や退院後にも長期に渡って家族へ及ぼす影響を知ることが期待でき、そこから家族看護実践に関する新たな知見が得られるのではないかと考える。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快くご協力いただきました患者家族の皆様、看護師の皆様、施設責任者の皆様に心より御礼申し上げます。尚、本研究は、平成30年度東海大学大学院健康科学研究科修士論文に加筆修正したものである。

各著者の貢献

MSは、研究の着想、計画、実施、データ分析、解釈、論文執筆の全プロセスを担当した。RIは、研究の着想、実施、データ分析、解釈の全プロセスに助言を行った。TKは、データ分析、解釈のプロセスに助言を行った。

受付 '20.03.04
採用 '21.01.29

文 献

飛鳥井望：PTSDとトラウマのすべてがわかる本、9-66、講談社、東京、2007
Asukai, N., Kato, H., Kim, Y., et al.: Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event

Scale-Revised (IES-R-J): Four studies on different traumatic events, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3): 175-182, 2002
Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., et al.: Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care, *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2): 114-122, 2010
Davidson, J. E., Jones, C., Bienvenu, O. J.: Family response to critical illness: Post intensive care syndrome-family, *Critical Care Medicine*, 40(2): 618-624, 2012
江口秀子：救急搬送され、緊急手術となった患者の家族の体験：家族の「待つ時間」に注目した看護介入の検討、*甲南女子大学研究紀要*, 4: 15-26, 2010
Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J. F., et al.: Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units, *Journal of Critical Care*, 25(4): 634-640, 2010
Girard, T. D., Shintani, A. K., Jackson, J. C., et al.: Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study, *Critical Care*, 11(1): R28, 2007
Gries, C. J., Engelberg, R. A., Kross, E. K., et al.: Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU, *CHEST*, 137(2): 280-287, 2010
Harvey, M. A.: Evolving toward-but not to-meeting family needs, *Critical Care Medicine*, 26(2): 206-207, 1998
平原直子、鈴木和子：生命の危機を乗り越えたくも膜下出血患者を抱える家族の体験、*家族看護学研究*, 13(3): 103-113, 2008
帆苅真由美、金子史代、泉田貴美子：壮年期を生きる軽症脳卒中患者の再発予防に向けたセルフケア能力に関する考察、*日本看護学会論文集：ヘルスプロモーション*, 47: 135-138, 2017
飯塚麻紀：くも膜下出血により意識障害を残した患者とともに生きる家族の体験、*家族看護学研究*, 22(2): 134-145, 2017
井上玲子：系統看護学講座 別巻 家族看護学 第1版、118-141、医学書院、東京、2018
岩井弓香理、野嶋佐由美、星川理恵他：専門看護師による家族セルフケアを強化する看護支援、*高知女子大学看護学会誌*, 42(2): 31-40, 2017
梶谷みゆき、森山美知子：脳血管障害発症後3か月における患者と家族の心理的ケアニーズ、*家族看護学研究*, 16(2): 71-80, 2010
金子史代、倉井佳子、佐藤益美：高齢患者のセルフケアを支援する家族への退院支援としての援助技術、*新潟青陵学会誌*, 5(3): 41-49, 2013
Kaphammer, H. P., Rothenhäusler, H. B., Krauseneck, T., et al.: Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in long-term survivors of acute respiratory distress syndrome, *The American Journal of Psychiatry*,

- 161(1): 45-52, 2004
- 久米 翠, 叶谷由佳, 佐藤千史: 救命救急センターICUに入室した患者の不安とストレスに関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 27(5): 93-99, 2004
- 樽松久美子, 黒田裕子: 救急・集中治療を要する重症意識障害患者に対する家族成員の認識プロセスと看護支援の探求, 日本看護科学会誌, 31(1): 36-45, 2011
- 小林恵子, 三澤寿美, 駒形ユキ子他: 災害支援活動を行った看護職者のストレス反応と関連要因, 日本災害看護学会誌, 12(3): 47-57, 2011
- Komachi, M. H., Kamibeppu, K.: Posttraumatic stress symptoms in families of cancer patients admitted to the intensive care unit: A longitudinal study, *Journal of Intensive Care*, 4: 47, 2016
- 厚生労働省: 平成29年国民生活基礎調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp>. 2018.12.14
- Leske, J. S.: Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory, *Heart & Lung, the journal of Critical Care*, 20(3): 236-244, 1991
- McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., et al.: Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying, *Critical Care Medicine*, 38(4): 1078-1085, 2010
- 宮城哲哉, 豊里竹彦, 與古田孝夫: 統合失調症患者を抱える家族の心的外傷後ストレス障害 (PTSD) と主観的困難・負担感および精神健康との関連, 琉球医学会誌, 32(1, 2): 45-52, 2013
- Molter, N. C.: Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study, *Heart & Lung, the journal of Critical Care*, 8(2): 332-339, 1979
- 永田千鶴, 東 清巳: 在宅療養が困難な状況下で高齢者とその家族を支えた訪問看護・看護介入—セルフケア能力の向上に焦点を当てて—, 日本地域看護学会誌, 8(1): 31-40, 2005
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., et al.: Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit, report from a stakeholders' conference, *Critical Care Medicine*, 40(2): 502-509, 2012
- 緒方久美子, 佐藤禮子: ICU緊急入室患者の家族員の情緒的反応に関する研究, 日本看護科学会誌, 24(3): 21-29, 2004
- Rabie, S. S., Pourmemari, M. H., Khaleghdoost, T. M., et al.: Study on effective factors on patient's family members anxiety in intensive care units, *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*, 18(70): 99-101, 2010
- 柴田一郎: ICU入室時から始めるPICS対策Part3実践PICS対策4面会, 河原良美編, 看護技術, 44-52, メヂカルフレンド社, 東京, 2018
- 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学理論と実践第4版, 75-157, 225-248, 日本看護協会出版会, 東京, 2012
- 高橋三郎, 大野 裕: DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル第2版, 263-288, 医学書院, 東京, 2014
- 高芝朋子, 藤河周作, 元木靖代他: 救命救急センターにおけるこころのケア—第1報患者や家族への介入—, 日赤医学, 64(2): 433-436, 2013
- 玉城智実, 砂川洋子, 照屋典子: 初発脳卒中患者を抱える主介護者の負担感と関連要因の検討—急性期・亜急性期における比較—, 琉球医学会誌, 23(3): 97-103, 2004
- 辰巳有紀子, 羽尻充子, 中村尚美他: ICU患者家族のニーズの抽出とニーズ測定尺度の開発, 日本集中治療医学会雑誌, 12(2): 111-118, 2005
- 峠美恵子: 急性期にある高齢脳卒中患者をもつ家族のストレスに関する研究—ストレスの構造とストレス反応との関連—, 日本保健科学学会誌, 10(4): 224-232, 2008
- Weiss, D. S.: The Impact of Event Scale-Revised, Wilson, J. P., Keane T. M. eds., *Assessing psychological trauma and PTSD (Second Edition)*, 168-189, The Guilford Press, New York, 2004
- 山勢博彰: 重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発—ニードとコーピングの推移の特徴から—, 日本看護研究学会雑誌, 29(2): 95-102, 2006
- 山勢善江, 山勢博彰, 立野淳子: 救急・クリティカル領域における家族看護の構造モデル, 山口医学, 62(2): 91-98, 2013

The actual condition and factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) related to the patient's family who have stayed in the intensive care unit with cerebrovascular diseases

Masatomo Suzuki¹⁾ Reiko Inoue²⁾ Takahiro Kikkawa²⁾

1) Nippon Medical School Hospital

2) Tokai University School of Medicine Faculty of Nursing

Key words: Cerebrovascular Disease, Intensive care unit, Family, PTSD related symptoms

Objective: To clarify the relationship between post-traumatic stress disorder (PTSD)-related symptoms and patient-families' attributes, family's self-care ability, needs, and patients' condition, for families of patients who have stayed in the intensive care unit (ICU) with cerebrovascular diseases.

Methods: A self-made questionnaire and a revised event impact scale for a family of patients who have been transported to the ward after being transported to the intensive care unit after being first aided due to cerebrovascular disease at a university hospital that conducts tertiary emergency in A prefecture. An anonymous questionnaire survey was conducted using the Japanese version (hereafter IES-R). SPSS Ver.25 was used for the analysis. In conducting the research, we received approval from the ethics review committee of the institution that we belonged to, and stated the subject's compliance with privacy etc. in a document and agreed with the response.

Results: Of 55 potential family members whom we asked to participate in the survey, 50 family members agreed to participate. As a result of measuring the PTSD-related symptom using IES-R in the subject family, the high score group (IES-R 25 points or more) with the high risk of the PTSD crisis was 10 persons (20%). PTSD-related symptoms score were significantly higher in spouses and cohabiting families ($p<0.05$), caregiving experience ($p<0.01$), patient care needs ($p<0.001$), and patient ventilator ($p<0.01$).

Discussion: The event that a patient with cerebrovascular disease was urgently transported and treated in an intensive care unit was a traumatic experience for the family, revealing that a certain percentage of families had PTSD-related symptoms. It was considered important for nurses in the intensive care unit to anticipate the possibility of developing PTSD-related symptoms in the family, accurately identify the needs of the family in the acute phase, and provide care that minimizes the fear and impact experience of the family that induces PTSD.