

研究報告

急性心筋梗塞発症から集中治療期を終えるに至る病者の 主体的体験の探究

—〈助かること〉を目指す位相の発見—

杉田 久子*

Exploration of Subjective Experiences in Patients with Acute Myocardial Infarction during the Intensive Care Period

—Discovery of the “Recovering” Phases—

SUGITA Hisako

キーワード：集中治療、急性心筋梗塞、主体的体験

Key Words：Intensive Care, Patients with Acute Myocardial Infarction,
Subjective Experiences

Abstract

The purpose of this study was to explore subjective experiences in patients with acute myocardial infarction(AMI) during the intensive care period. The participants were 12 AMI patients from 43 to 70 years old who had been admitted into intensive care units following emergency cardiac catheterization. The Grounded Theory Approach was chosen for this study design and analysis. For data collection, participant observation and semi-structured interviews were used. The results indicated that there were four phases; “wishing to recover”, “might recover”, “recovered” and “wanting to recover”. The four phases were a process seeking “recovering” progressing sequentially over time. These experiences represented positive efforts that advanced in phases, for patients who were going through the change of “mastering” to “controlling”. These findings are useful for understanding patients who achieve a dynamic change in a short time under life-threatening circumstances. Nursing interventions which stimulate and support the will to live are necessary to influence the early recovery stage in AMI.

*日本赤十字看護大学

受付日：2003年 9月3日
採用日：2003年12月4日

要旨

急性心筋梗塞発症から集中治療期を終えるまでの病者の主体的体験を探求することを目的に、Grounded Theory Approachを用いた質的帰納的研究を行った。急性心筋梗塞を発症し緊急カテーテル治療後、集中治療室に滞在した43歳から70歳までの病者12名を研究参加者とし、参加観察法と半構成的面接法によりデータを収集した。分析の結果、急性心筋梗塞発症早期の病者の主体的体験は、〈助けてほしい〉〈助かるかもしれない〉〈助かった〉〈助かっていたい〉の4つの位相が《助かること》を目指して時間的な順次性を伴いながら移行するプロセスであることが見出された。これらの体験の位相は、【支配】から【コントロール】へと変化する前向きな取り組みのある体験として示された。本研究結果から、脅かされた環境におかれた短期間の劇的な変化を遂げる病者への理解が促され、発症早期からの積極的な看護介入の必要性が示唆された。

I. はじめに

近年わが国は、救急医療体制の整備、充実に伴って、急性心筋梗塞（Acute Myocardial Infarction, 以下AMI）発症早期からの医学的介入が可能となり、病者の生命予後は著しく改善した。冠動脈再灌流療法の中でも特に経皮的冠動脈形成術の進歩は、合併症の減少、心臓リハビリテーションの早期化および入院期間の短縮化に貢献している（山口, 1997. p.220）。AMI発症後、早期に緊急治療が施された病者は、身体状況の回復に向けて集中治療室（Intensive Care Unit, 以下ICU）で厳重な治療管理を受ける。これまで、集中治療を受ける病者は、非日常的で無機質な医療環境におかれた、自由の利かない拘禁状態にさらされた存在であると捉えられていた。そのため、病者が体験している不安、抑鬱、せん妄などの心身医学的研究が注目されていた（岸・黒沢, 1996）。

一方、Scherck (1997) は、AMIを発症した病者は、未知なる痛みと遭遇し、それが病気であると認識され、医療を求める意志決定プロセスにおいて、様々な対処行動をおこなっていることを示した。また、突発的な発症から回復に向かう病者は、心理的危機状態から何らかの対処行動をとりながら、適応へと向かうことが示されている（山勢, 1995）。これらのことから、AMIを発症した病者は、突然不意に襲ってきた未知の体験に対して、生命の危機を含めて強い

緊張と不安を抱きながらも、不均衡な状態から逃れようと、何らかの主体的な取り組みを行っていると思える。また、心身共に危機を体験している病者は、医学的介入が優先される集中治療下において、状況的には医療に身を委ねなくてはならないが、そればかりではなく、身をおく状況に自らが主体となって積極的な関わりを持ち、回復に向けて他者からの援助を欲している存在として捉えることが可能であろう。

しかしながら、心臓疾患をもつ病者の主体的な体験を、発症早期からの緻密な視点で明らかにしようとした研究はまだ少ない。心身共に劇的な変化を遂げる病者のその時、その場の言動や行為から、その状況をどのように受けとめ、向き合っているのかについて明らかにすることは、発症早期の看護援助の方向性を導く一助となると考えられる。

そこで本研究では、病者の内面に生じた思いや感情が、病者のおかれた状況からの影響を受けて、どのように認知され、表現され、移り変わっていくのかについてを明らかにすることを目的として、AMIを発症し集中治療期を終えるまでの病者の主体的体験を探究することとした。

II. 研究方法

A. 理論的前提と研究デザイン

本研究では、認知的ストレスコーピング理論（Lazarus & Folkman, 1984/1991）と象徴的

相互作用論 (Blumer, 1969/1991) を前提とした。人間は自分の状況を挑戦、喪失、脅威あるいは危害を伝えるものと意味づけたあとにストレスを経験する。そしてその刺激に対して認知的評価を行い、対処法を探す努力であるコーピングを行う。未知なる痛みの体験や集中治療下にある病者は、この不均衡な状況から離脱したいという切実なニーズが生じている。そして、医療者や家族、治療環境の中に依存しながらも何らかの行為や行動のパターンを示す努力をすることを考える。一方、象徴的相互作用論は、相互作用をする人間の行為から、人間の内的側面を解明し、そこから人間の主体性を明らかにするものである。病者を取り巻く医療従事者や家族、高度医療機器に囲まれた環境との社会的な相互作用によって、病者は特殊な環境下で刻々と変化を遂げる状況を受けとめ、意味づけし、主体的に自らの行為を形成していくと考えられる。したがって本研究では、これらの前提に基づき、AMI病者の内的側面を理解し主体的な体験を解釈し、記述していくために、Grounded Theory Approachを用いた質的帰納的研究を行った。

B. 研究参加者

本研究の参加者は、AMIを発症し関東地区の1大病院に救急搬送され、緊急治療後に集中治療を受ける病者とした。より重篤で厳重な管理を必要とする時期を体験する病者に限定したため、搬送後に循環器病棟に直接入院した病者は含まなかった。その結果、参加者は男性1名、女性1名の計12名で、緊急心臓カテーテル治療後、ICUで集中治療を受けた者であった。参加者の平均年齢は59.3歳(43~70歳)であった。

C. データ収集期間

1998年4月1日~11月13日

D. データ収集方法

本研究では、複雑特殊化した医療環境下にある病者が起こす行為のパターンとその意味を探るため、データ収集には、参加観察法と面接法を併用した。病者の話す実際の思いと表現された行為との照らし合わせをすることで、病者の

内面に起こった短時間の細かな変化のプロセスが明らかになると考えた。参加観察(ICU滞在中の平均12時間15分)は、白衣を着用し、医療者と交わされる会話、振る舞い、表情、身体状況、周囲の状況についてを可能な限り緻密に行った。その際は療養の妨げにならない場所に立ち観察に専念したが、状況的に必要であると判断した場合のケアの補助や自然な会話の流れには参加した。観察と並行した随時の面接(1回5分程度)は、病者のその時、その場面での思いや感情についてを病状を考慮しながら観察内容の裏付けとして聴取した。その際は、無理な質問や返答の強制はせず、会話として成立しなくとも、その時の病者の状態を示すデータとして記述した。半構成的面接(平均43.8分)は、循環器病棟に転棟後、ICUでの体験を中心に振り返りながら、発症時の様子や退室後の思いも含めて語ってもらった。その際、観察データをもとに、場面の回想を助け、状況を確認する質問を加えた。面接内容は承諾を得て、テープ録音し逐語録とした。

E. データ分析方法

Grounded Theory Approachに基づく継続的比較分析を行った。まず、参加者別にデータを意味あるまとまりごとに抽出しコード化した。病者の体験が辿れるよう時系列に整理する経過図を作成した。抽象化を試みる過程においては、病者ごとに比較分析を行い、最も中心となる現象の存在を確認し、中核カテゴリーを抽出した。再びデータを見直し、病者の体験が時間経過と共に一貫する次元の存在を確認し、それにより現れる位相カテゴリーを確認した。それぞれの位相カテゴリーとそれに含まれる意味の検討を行い、カテゴリー生成の収束化を行った。最終的にこれらの構造化を試み、カテゴリー間の関係性を見出していった。分析の全過程にわたって指導教員からスーパービジョンを受けた。

F. 倫理的配慮

参加者からの研究承諾は、病状が安定したと考えられた時点で研究者の身分、研究趣旨を口頭で説明した。参加者の身体状況が不安定で、

本人からの承諾を得ることが困難な時期の観察は、家族の承諾を得てから開始した。病棟での面接時には、再び研究趣旨を説明し、研究参加同意の確認を行った。その際、研究参加は自由意志に基づくことや匿名性の保護について説明した。また、同意が得られない場合には、研究参加の取りやめと収集した観察データの削除を保証した。データ収集時は、常に参加者の病状や療養状況に配慮し、病棟管理者やスタッフと連携をとり、緊急時には看護師として対応することとした。

Ⅲ. 結果

A. AMIを発症した病者が集中治療期を終えるまでの主体的体験の概観

12名の参加者からAMI発症早期の主体的体験の全貌を分析した結果、〈助けてほしい〉〈助かるかもしれない〉〈助かった〉〈助かっていた〉の4つの位相が、《助かること》を目指して時間的な順次性を伴いながら移行するプロセスであることが見出された。それぞれの位相は複数のサブカテゴリーを含んでいた(表1)。以下

ではカテゴリーのレベルの高い順に、〈 〉、〈 >、「 」、「 【 】」で示す。

これらの位相の移行で表される病者の主体的体験は、激しい胸痛の発症と共に〈助けてほしい〉の位相が出現することに始まる。そして各位相レベルを位置づける3つの次元軸によって描かれた(図1)。時間軸は、AMI発症からICU退室までの客観的な時間の流れを示している。病者によって長くも短くもある体験であった。循環動態軸は、身体回復の指標を示しており、不安定から安定の方向へ向かい、《助かること》を獲得した時に最も安定となる。認知軸は、病者の主観的な病状の受けとめを示している。痛みや苦痛の知覚の度合いの影響を受けながら、死への恐怖が高まった状況から生きていること、そして元通りの自分の姿に戻るまでを行きつ戻りつする。そのため、《助かること》を目指す次の位相の獲得と、位相レベルに大きく影響していた。例えば〈助かるかもしれない〉から〈助かった〉への移行をみると、循環動態は十分な安定に至らないのであるが、病者の主観的な受けとめは痛みからの解放とも相まって、元通りの自分の姿に急接近し、次の〈助かった〉の位

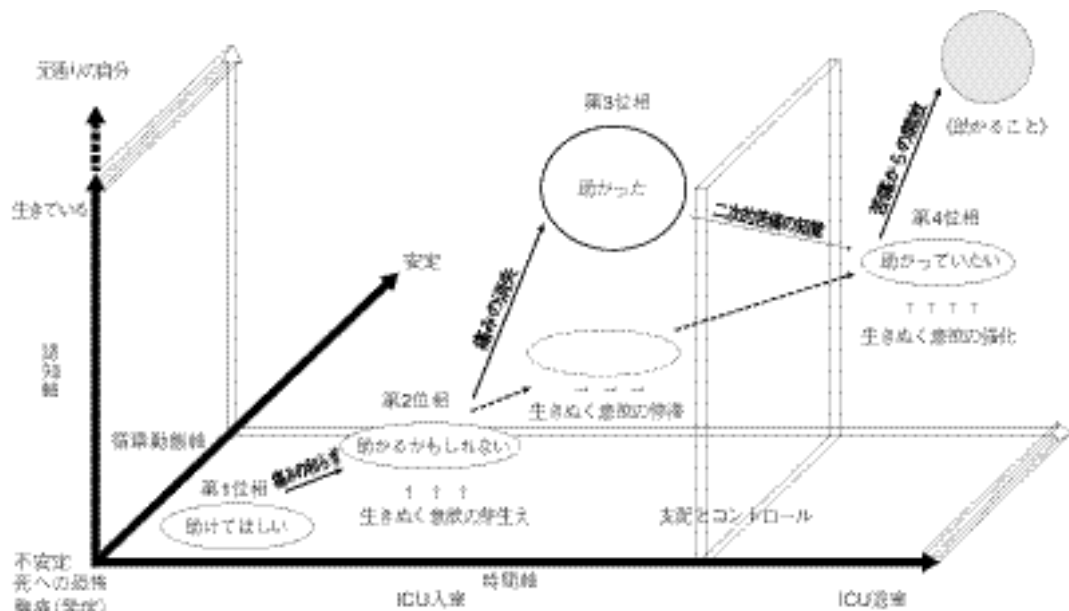


図1. 《助かること》を目指す体験

相レベルを導き出していた。

B. 《助かること》を目指す4つの位相

以下に、《助かること》を目指す4つの位相と、各位相の特徴となるサブカテゴリーについて説明する。

1. <助けてほしい>

<助けてほしい>とは、突発的な激しい痛みの自覚が病氣と認識する間もなく死を予感させ、立ちほだかる痛みを抗しようと努力するが、どうにもできずに他へ助けを求める体験であった。この位相では、痛みの強弱に支配され、生死の狭間で、死への恐怖が最も高まり痛みからの解放を望んでいた。以下にサブカテゴリーを示す。例は発症直後の場面である。

a. 「死境との遭遇」

激しい痛みに出会い、死と背中合わせでいる体験であった。

例1. 「ああ、失神しちゃった。って感じ。(略) なぜか廊下にあった。汗かいていたなとかって、わかるんだけど、頭の後ろが冷たくて、ギロチンかけられているみたいで (病者K; 面接)」

思いがけない痛みとの出会いによって、死が差し迫っていることを自覚し、生きている感覚さえ失うかという瀬戸際であった。

b. 「七転八倒」

痛みに侵略され奮闘するが操れきれず助けを求める体験であった。

例2. 「そりゃあもうどんどんどん苦しくなってくるんです。息苦しいのと痛さですね。この辺(胸部)全体が痛くなっちゃうんですね。(略) 七転八倒の様な感じで、ええ、苦しいものですからね。ええー自分の身体が自分じゃないみたいなんですね。あんなっちゃうと。(病者F; 面接)」

迫りくる痛みに対して何とかしようと奮闘するが、自分ではなすすべを失っていた。

これら2つのサブカテゴリーは、AMIの発症に伴って見出された。「七転八倒」では、激しい痛みが得体の知れない異質なものと感じられ、その痛みと闘うが、どうにも操れなくなり、他者への援助を求める<助けてほしい>の願望が強く現れていた。

2. <助かるかもしれない>

<助かるかもしれない>とは、痛みの和らぎと共に、医療者が治療に専念する姿にすべてを委ね、わずかに生への見通しをたてる体験であった。この位相では、自分ではどうすることもできなかった状況から一転し、医療者に対して望みをかけて、生への希望を主体的に見出していた。以下にサブカテゴリーを示す。例は医療施設到着後、一斉に緊急治療が施される場面である。

a. 「医療者に一任」

助けてくれるはずだと信頼し全とおまかせする体験であった。

例3. 「ワーって一斉に。ずいぶんとあたしを助けていただいたって感じで。あれ、見ても全く映画じゃないな。と思ったよ。いや、周り、スタッフが7~8人いたでしょ。その人達が一斉にさ、部署部署においてさ、やってたじゃない。ありゃすごいなと思ってたよ。(病者L; 面接)」

痛みを止めたいが、他人まかせでいるしかなすすべがなく、医療者に身をあずけているだけであるが、痛みからの解放を望みつつ医療者の様子を伺いながら<助かるかもしれない>希望を見出していた。

b. 「案じる」

助かるかもしれない期待を胸にじっとそれだけを思っている体験であった。

例4. 「相当真剣にお仕事しているしね、私も頭の中に入れて質問しないとまずいわけ。だけどみん

表1. 《助かること》を目指す体験の4位相とサブカテゴリー

位相	サブカテゴリー
助けてほしい	死境との遭遇 七転八倒
助かるかもしれない	医療者に一任 案じる
助かった	束縛へ無抵抗 なすがまま 仕方のない我慢
助かっていたい	現実逃れ 直訴 待ちわび 本当の我慢 見込む

なね、分かるようにお話ししてくれたよね。(略)もう。とにかく頼ればいいんだ。という気持ち。頼りもう絶対に。信頼してここまで来たんだから。(病者B；面接)」

医療者の真剣な姿に自分の身をあずけ、安心と信頼を基盤とし、じつとく助かるかもしれない>望みを抱いていた。

これら2つのサブカテゴリーは、医療者の関与を受け、痛みの和らぎを自覚することに伴って見出された。「医療者に一任」では、それまで「七転八倒」していた自分を助けてくれるだろうと、生への希望を見出していた。また「案じる」では、医療の施しを受けることで生への望みを見出し、困難な状況にも主体的に関わろうとしており、《助かること》を強く望んでいた。

3. <助かった>

<助かった>とは、自覚する痛みの消失によって不安や恐怖も消失し、安定したと楽観し、努力や抵抗をせずになりゆきをみている体験であった。この位相では、激しい痛みが全く消えてしまったことで、痛みからの支配が解かれ、治療効果によって《助かること》ができたと楽観し、元通りの自分の姿に急激に近づこうとしていた。しかし循環動態は不安定ながらの安定を示し、医療の支配下になければならない偽りの充足状態であった。以下にサブカテゴリーを示す。例はICU入室後間もない場面である。

a. 「束縛へ無抵抗」

医療者の介入に安堵し疲労回復のため無抵抗でいる体験であった。

例5. 「神経がズタズタに疲れていたのかもね。治療していたりして。別に、病気のことを苦にして寝ていないよ。そこまで、頭まわらないもの。全然気にもしていない。ただ眠い。なんて眠いんだろうって。(病者B；面接)」

安心感や安堵感が身体回復を優先させ、医療からの支配を見えないものにし、全く安心して身を委ねることで<助かった>と楽観していた。

b. 「なすがまま」

助かったという余韻にひたりながら、なりゆきにまかせる体験であった。

例6. 「安心していうのか……なんかこれでなるだろう。みたいな。あの一、ね、自分で考えた療法

やっているよりはちゃんと専門医に診てもらって、ちゃんとやっていればいろいろ見つけてくれるだろう。(病者D；面接)」

痛みが止まり、死を否定して生への保証を得て、<助かった>と安心していた。元通りの自分の姿にすぐに戻れるかのように思い、医療の支配下にある自覚のないままに身をあずけていた。

c. 「仕方のない我慢」

助かったが治療を受けなくてはならないと思いきる体験であった。

例7. 「あーモルモットになったのかなあ。というのがわかるわけですよ。(略)まだまだいろいろ痛いですがとか、その都度ある。まあ、こういう病院だからそうなのかなあ。(病者A；面接)」

<助かった>と自覚する一方で、真の<助かった>ではないことにも気づいており、医療の支配に抵抗感をもちながらも、あきらめて身を委ねていた。

これら3つのサブカテゴリーは、痛みからの解放によって安心、満足という感情が芽生え、楽観に伴って見出された。「仕方のない我慢」では、痛みだけでなく、医療に支配を受けていることにも気づき始めていた。なりゆきまかせでいることから主体的なあきらめをすることで、次の<助かっていたい>により接近していた。

4. <助かっていたい>

<助かっていたい>とは、これまで楽観的に現状を捉えていたが、周囲へ関心を広げることによって偽りの<助かった>だったことに気づき、束縛された現状からの解放を手に入れようと、自分を操り始める体験であった。この位相では、<助かった>で垣間見た元通りの自分の姿や生への保証が、様々な欲求や願望を生み出すため、現実との落差に直面していた。しかし元通りの自分の姿への募る思いが高まっており、死への恐怖はほとんど感じられていない。安心感と束縛感のうらはらな感情を抱きながらも、真に《助かること》を獲得するまで闘っていた。以下にサブカテゴリーを示す。例は元通りの自分の姿との落差を痛感している場面である。

a. 「現実逃れ」

押し寄せる不安や束縛の現実から逃避しよう

とする体験であった。

例8. 「やっぱり夜って自分見つめちゃうじゃない。(略) 今(昼)はそれなりにいろいろ動いていてさ、光があったり、色が見えたり、人の動きも感じられるでしょ。夜ってそうじゃないじゃない。これだけ揃えば完璧です。時計も、写真立ても、テレビもビデオもみれる。もうテレビ様~ですから。(病者K; 観察)」

自由に身動きがとれない現実と直面しながらも、自らの視線を日常に向けることで《助かること》を目指していた。

b. 「直訴」

あれこれしたい思いをできない現状と知りつつも表現する体験であった。

例9. 「(看護師がまだ病棟に転棟できないと告げる) 嫌だよー。そうか……また、一晩ここで過ごすのか……嫌だな。集中治療室ってね、緊急の何だ、とかでしょ。隣で昨日もいろいろあって……嫌だよ。早く移りたい。集中治療室だもの……仕方がない。大変な人が集まってるんだから……(笑いながら) 今日、ここからでれるかな。もう、ここは地獄だよ。(病者C; 観察)」

生への自覚を確かなものとしているが、満たされない欲求とわかっていながら表現することで《助かること》を目指していた。

c. 「待ちわび」

元通りの自分の姿に思いを馳せ助かることを願う体験であった。

例10. 「仕事の方が気になるなあ……という。ずっと何かやっているときも考えていましたから仕事のこと。(略) これもやんなくちゃ、あれもやんなくちゃってのがあるのにここにいなけりゃいけない。それを上の空で考えていた。(病者A; 面接)」

現状との落差を感じ取りながら、全く現実離れして社会復帰や家庭生活などの未来に思いを馳せることで《助かること》を目指していた。

d. 「本当の我慢」

あれこれしたい欲望を助かるために抑える体験であった。

例11. 「(研究者: 処置は痛かった) いえいえ、もうそういうのはもう我慢の子でね。もう、当然のことだ。(研究者: 安静にしていると辛くなって

しまいますね) ええ。もう、それはじっと我慢の子でね。エッヘッヘッ(笑い) じっとね。へへへ。(病者F; 観察)」 「じっと天井を見ているというのはね、それが1時間、2時間だったらどうということないけれど、45時間からすぎると、たいがい参りますよ。(病者F; 面接)」

《助かること》に向かうためには必要な試練であると現実を受け止め、苦痛と闘っていた。

e. 「見込む」

助かっているという証を求めて周囲を気にする体験であった。

例12. 「(看護師から清拭を促される) いいです。病棟へ行ったらやってもらうので。(看護師: じゃ、テレビでも見ませんか) あ、でもどうせ……(病棟の方向を指さす) いいです。ここでは。(病者C; 観察)」

身辺に起きるあれこれの欲求充足の矛先を、近い未来に訪れるであろうと見込みながら現状を維持し、《助かること》に先送りしていた。

これら5つのサブカテゴリーのうち、「現実逃れ」「直訴」「待ちわび」は、元通りの自分の姿に強く関心を寄せることで出現し、将来に向けた復活や復帰の願望を中心として、《助かること》を目指していた。「本当の我慢」「見込む」は、より現状に近い病状の認知をしながら出現、辛く苦しい現状に耐えぬくことで《助かること》を目指していた。また自由が束縛された現状に挑む「本当の我慢」は、この位相の中心となって《助かること》を目指していた。

C. 《助かること》を目指す位相の獲得に影響を与える要因

《助かること》を目指す次の位相への移行の原動力になっているのは、【痛みや苦痛の解放】であった(図の実践矢印)。痛みの和らぎによって<助かるかもしれない>を、痛みの消失は<助かった>を獲得した。しかし<助かった>で一旦高まった位相レベルは、安静や自由の束縛からくる二次的苦痛の知覚によって、<助かっていたい>の位相では、病状の認知レベルが引き下がることが見出された。そのため<助かった>までの移行プロセスと<助かっていたい>の間では、【支配】と【コントロール】の特徴の

異なる体験として分割された(図の分割面)。【支配】とは、自分で自分を操りたいが、操りきれない体験であった。〈助けてほしい〉は、その全てが痛みによる支配を受けた体験であった。〈助かるかもしれない〉は、痛みの支配を受けつつ医療の支配へと誘われている体験であった。〈助かった〉は、医療の恩恵によって一気に導かれる位相だが、同時に、病者の自由を束縛した医療の支配下に引き込まれる体験であった。

一方、【コントロール】とは、意志に基づいて自分を操っていく体験であった。〈助かっていたい〉では、痛みや苦痛の解放を望みながら、医療の支配下にある現状に真っ向から対峙し、《助かること》を目指していく体験であった。

また、位相の安定を支えサブカテゴリーを活性化させる要因として、【生きぬく意欲】が見出された。【生きぬく意欲】とは、病者のおかれた困難な状況に対して主体的な関わりを持つとす力や感情であり、内発的な動機づけだけでなく、医療者や家族からも影響も受けていた。〈助けてほしい〉では、生死の狭間で命のやりとりをしており、「七転八倒」しながら生きようとしていた。〈助かるかもしれない〉では、「医療者に一任」し、命をあずけることで困難な状況の回避の手だてとして生きぬく意欲が芽生えた。以下に生きぬく意欲が芽生えた例を示す。例13. 「死んじゃ何にもならない。せっかくこの病院に今入ったばかりなんだから、どんなに苦しくてもね、生きぬく。どんなに苦しくても頑張ってみよう。(病者F; 面接)」

この例では、生きることさえ見失いかけていたが、医療者の関与によって、一筋の希望を見出し主体的に生きようとはじめていた。〈助かった〉では、偽りの充足感の下にあれこれしたい欲求が隠されてしまい、「束縛へ無抵抗」であるため、見かけ上は生きぬく意欲が停滞していた。〈助かっていたい〉では、自分で命をつかみとろうとしており、「本当の我慢」をしながら苦痛と闘っていた。そこに医療者や家族の励まし加わることで、生きぬく意欲が強化された。以下に生きぬく意欲が強化されている例を示す。

例14. 「(息子が患者の枕元に行き) 息子：がんばってくれよー。(患者は息子の言葉で目に涙が浮いてくるのを右手で拭きながら) 患者：がんばってるよー。がんばってるさあ。(息子は患者の肩にポンポンと、2度たたいた後) 息子：また来るから。(と、いい残し退室する)(病者C; 観察)」

この例では、慣れない環境と直面しているため、一刻も早く逃れたいと望んでいたが、家族の励ましによって、頑張りぬいていこうという意欲が高まっていた。

以上の影響要因から、《助かること》を目指す病者の体験が見出された。

IV. 考察

A. AMIを発症した病者の主体的体験の特徴

AMIを発症した病者がICU退室までの短期間に示す劇的な変化について、緻密に捉えた結果、病者の体験は、主体的に医療に身を委ねながら、《助かること》を目指していくプロセスであることが見出された。《助かること》を目指す体験で最も特徴的であったのは、痛みの支配が一気に解かれたことで、やや楽観した〈助かった〉の位相が導かれたことにある。この位相は「もう、これで大丈夫」というある種の多幸感や慰安に近い体験であり、元通りの自分に戻ったという錯覚をする程認知のレベルが引き上げられていた。心理危機対処プロセスモデル(山勢1995)によれば、〈助かった〉は時間的要素だけでは、防衛機制をはたらかせ、否認などの消極的で否定的な反応や心の動きが示される時期に相当する。しかしながら本研究では、むしろ充足感を伴う肯定的な位相として示された。激しい痛み支配されながらも何とかしたいという切実なニードを伴う先行する位相が影響し、痛みから一気に解き放たれた体験に安心しきってしまう。身体状況は不安定であっても、〈助かった〉という安堵によって、医療に主体的に身を委ねることで現実を目を向けずにいたと言える。北村(2001)は、この時期を「自分の力を感じる体験」とし、自分が重症であることを否定したり、無力で全てを投げ出すなど、危機から自分を保護する行為であると示した。本研究

の「なすがまま」では、助かったという余韻で無条件に医療の支配に身をまかせ《助かること》が完結したと認知していた。そのため病者は現実に目を向けることを放棄していたと考えられる。しかし、「仕方のない我慢」では、助かったはずなのに医療の支配にあることに抵抗を感じながらも、医療に身をあずけていた。これらのことから、病者は全く無力で現実を直視しないのではなく、むしろ自分が優位な立場をとり、自ら医療にまかせていたと言える。

一方、〈助かっていたい〉は、目を向けずにいた現実と直面する体験であった。安静を強いられることによって引き起こされる二次的苦痛は、〈助かった〉とのギャップを強く感じさせていた。しかし、病者にとっては先行する〈助かった〉が伏線となり、むしろ真に《助かること》をはっきりとした目標として捉えやすくなったと考えられる。そのため〈助かっていたい〉では、自分で自分の生を獲得しようとする前向きな取り組みをしている体験であると言える。以上のことからAMIを発症した病者は、非常に短時間で急激な認知のアップダウンを伴う体験をしていることが確認できた。したがって、状況的に医療に身をあずけている病者の認知のギャップを少なくし、現実と向き合い始めた時に生じる二次的苦痛をできるだけ軽減する援助の必要性が示唆された。

B. 支配とコントロールの体験

突然発症した死を予感させる痛みとの出会いは、病者の認知において、新奇性や脅威の評価を高め、ストレスを引き起こすと考えられる。〈助けてほしい〉では、「死境との遭遇」が最も死が差し迫っているという認知の体験を示していた。また一方の「七転八倒」は出会った痛みに対して自分で何とかしようと挑戦する対処努力をしていた。Dempsey, Dracup & Moser (1995) は、女性AMI患者の受療行動における意志決定において、「コントロールの獲得」と「コントロールの放棄」のプロセスを明らかにした。「コントロールの獲得」は、様々な自己対処行動をしたり、過去の経験と照らし合わせたりをおこなうプロセスであった。「コントロー

ルの放棄」は、症状の継続と死への不安が要因となって、尋常ではないと判断し受療行動に結びつくプロセスであり、本研究の〈助けてほしい〉を支持している。本研究の参加者は、痛みの自覚から医療機関へ受診する決定を下すまでには、直後から30時間後までの幅があった。抗しきれない痛みの支配に「七転八倒」し、痛みの強弱の程度や持続時間が対処努力を継続するか放棄するか決定に影響していた。このことから、痛みの強さは病者の認知に影響し、対処の方略を決定することに結びついていると言える。

〈助かるかもしれない〉〈助かった〉は、医療の介入があることで、この強い痛みが減っていくため、《助かること》を目指すのは、病者本人から助けてくれる医療者に一旦あずけられた。それはすなわち、痛みの支配からは解放されるが、医療の支配にあることを示していた。しかし「医療者に一任」「なすがまま」「仕方のない我慢」は、日本文化に独特な相手に依存するおまかせの意味だけでなく、自発的な自発的な相手に依頼する意味も含んでいた。そのため、どうにもならない痛みを何とかしようと医療を求めるとは、自己対処を放棄するというよりも、安心と信頼を基盤として助かることを期待し、「医療者に一任」する主体的な対処であると捉えられる。簾持 (2001) は、AMI病者の病の受け入れプロセスの研究で、自己に生じた変化による脅威への対処で「自己の医療者への積極的な委ね」を見出している。安心感を持って「任せる」という姿勢は、本研究を支持する結果であった。またこれは、医療者が最善を尽くして治療に専念する姿に影響され、自分も頑張らなくてはと信頼して「案じる」が認められたことから裏づけられる。

一方、Johnson & Moors (1990) は、AMI病者が病の適応、調整をしていくプロセスを「コントロール感の再獲得」として、様々な対処方策と共に明らかにした。これに対して簾持 (2001) は、病者の体験は、コントロール感を自らつかみ取るというよりも、病との調和、共生を目指していると結論づけた。これらは回復期にある病者の不確かさの体験が反映された結果

であろうと推察される。一方で本研究では、〈助かっていたい〉から《助かること》に向かって【コントロール】の体験が見出された。医療の支配が強くとも、それに消極的に対応するのではなく、意図的に状況と関わろうとする体験であり、前向きな対処をしながら《助かること》を目指している。Lowery, Jacobson, Ceraら (1992) は、AMIの適応プロセスにおいて注意を向け原因探しをする方策よりも、回避の方が効果的な方策であるが、回避と原因探しの方策、その両方が用いられて互いに相容れないものではないと報告した。本研究の〈助かっていたい〉でも、「現実逃れ」「待ちわび」のように現実を直視せず、遠い将来に思いを馳せる対処と同時に、「直訴」「見込む」「本当の我慢」のように、病者自身の身辺を含めた周囲に目を向ける2通りの対処方略が見出された。つまり、現実から逃避する消極的な対処であっても、それは病者が回復し、適応へ向かうためには必要な前向きな取り組みであると捉えて良いと考えられる。また、《助かること》に向かって自ら命をつかみとろうと、【生きぬく意欲】が強化されることで、病者は状況に主体的に取り組むことができるため、【コントロール】の体験を獲得していたと考えられる。したがって、AMI発症早期の回復へと向かう時期の病者の体験は、《助かること》という確かな目標が前向きな取り組みへと導いていった。

【生きぬく意欲】は、生命の危機を回避したいという切実なニードによって誘発され、医療者や家族のような社会的支持を受けることで、それぞれの位相がより活性化され、《助かること》を目指す原動力となっていた。したがって、病者がどんな対処方略を用いていたとしても、それを支える【生きぬく意欲】を活性化するような積極的な援助のはたらきかけが重要となるだろう。

集中治療下にある発症早期の病者は、身体的な回復が優先されるため、病者のセルフケアにはたらきかける介入は、多くの場合回復期に入ってから行われる。朝倉 (1998) は、病者に対して言語的、視覚的情報を与えることは、病者の〈身体に注意を向けること〉につながり、そ

の後の回復期、慢性期を辿る病者への援助にはとても重要であることを示唆した。効果的な医学介入は集中治療期間を短縮させることに貢献したが、同時に援助者が関われる物理的な時間を減じてしまうことにつながりかねない。そのため、真摯な態度での確かな援助をしていくことが、病者の信頼感や安心感を助長し、《助かること》を獲得することにつながると思われる。したがって、病者の生きぬく意欲を活性化させ、苦痛を取り除き、病者のコントロールの獲得につながるような援助が重要となるだろう。

以上のことから本研究では、脅かされた環境にありながらも、前向きな取り組みを体験している病者に対する新たな理解を促し、発症早期からの積極的な看護介入の必要性が示唆された。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、高度先進医療を提供する一施設で治療を受けた病者を参加者とした。最近の再灌流療法はより安全で簡便になってきているが、施設間格差も認められる現状である。参加者の特性や対象施設の特質を加味したサンプリングを検討し、継続的な比較分析を重ね、理論的飽和を高める更なる研究の積み重ねが必要である。また、本研究の説明範囲は、AMI発症早期の身体状況的に最も不安定な急性期を脱するまでの短時間に限定した病者の体験である。最終的な《助かること》を獲得している位相部分については本研究では及ばなかった。したがって、回復期の位相の更なる検討が今後の課題として残された。

謝辞

本研究にご協力いただき貴重な体験を語って下さった参加者の皆様、施設をご提供下さった皆様、また一貫してご指導下さいました北里大学看護学部黒田裕子教授に深く感謝申し上げます。

なお本研究は、日本赤十字看護大学大学院に提出した修士論文の一部を修正、加筆したものである。

文献

- 朝倉京子 (1998). 心筋梗塞を発症した病者の生きられた身体体験. 看護研究, 18(3), 10-20.
- Blumer, H. (1969)/後藤将之訳 (1991). シンボリック相互作用論—パースペクティブと方法—. 勁草書房.
- Dempsey, S.J., Dracup, K., & Moser, D. K. (1995). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 24(6), 444-456.
- 箕持知恵子 (2001). 心筋梗塞を発症した病者の入院時心臓リハビリテーション期間における病の受け入れのプロセス. 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 7(1), 1-12.
- 岸泰宏・黒沢尚 (1996). 集中治療における心身医学的アプローチ—ICUにおける精神心理学的問題—. *ICUとCCU*, 20(1), 3-10.
- 北村直子・佐藤禮子 (2001). 心筋梗塞患者の急性期の主観的体験と看護援助に関する研究. 千葉看護学会誌, 7(1), 74-81.
- Johnson, J.L., & Morse, J.M. (1990). Regain-
ing control: The process of adjustment after myocardial infarction. *Heart & Lung*, 19(2), 126-135.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984)./本明寛・春木豊・織田正美訳 (1991). ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究—. 実務教育出版.
- Lowery, B.J., Jacobsen, B.S., Cera, M.A., McIndoe, B.D., Kleman, M., & Menapace, F. (1992). Attention versus avoidance: Attributional search and denial after myocardial infarction. *Heart & Lung*, 21(6), 523-528.
- Scherck, K.A. (1997). Recognizing a heart attack: The process of determining illness. *American Journal of Critical Care*, 6(4), 267-273.
- 山口徹 (1997). 冠動脈インターベンション治療の進歩. 日本内科学会誌, 86(9), 220-228.
- 山勢博彰 (1995). 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), 13-23.