

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

簾持知恵子*

要旨

本研究は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を明らかにすることを目的とするものであり、シンボリック相互作用論の考え方を前提とした帰納法的アプローチを用いた。

研究の承諾が得られた10名の成人期にある対象者に対して随時のインタビューと参加観察を行った。その結果、心筋梗塞を初めて発症した入院時心臓リハビリテーション中の病の受け入れのプロセスには①これまでの自己からの離脱体験 ②自己に生じた変化による脅威への対処 ③変化した自己の承認 ④自己の未来への暫定的展望という4つの位相があることが明らかになった。そしてそれぞれの位相にはいくつかのサブカテゴリーが見出された。これらの位相は病の発症により変化した身体を持つ自己と社会と自己の価値や期待と折り合いをつけて生きようとするプロセスであった。そしてそのプロセスには病を克服して自己コントロール感を取り戻していくというよりも調和を指向し、病と共生するという病への態度が深く関わっていると考えられた。看護として、これらの位相に応じた援助の必要性和病者が退院後の日常生活の中で体験する苦悩を乗り越え、病との折り合いをつけ、共生していけるような支持的な関わりの必要性が示唆された。

キーワード：心筋梗塞の病者、入院時心臓リハビリテーション、病の受け入れ

I. 研究の背景

心筋梗塞は生命の危険を伴う疾患であり、常に再発作の可能性がある慢性的な経過をとることや心臓という主要臓器の疾患であることにより、病者に健康な肉体の喪失感や将来への自信の喪失をもたらすと言われている^{1) - 3)}。近年の発症早期の経皮的冠動脈形成術など治療法の進歩により入院期間は短縮化され⁴⁾、看護者は短い入院期間の中で心筋梗塞を発症した病者が発症による危機的状態や様々な葛藤を克服し、病を抱えながら生きていくことを効果的に支えていくことが重要になる。病者は心筋梗塞を発症してから退院までの心臓リハビリテーション期間中に自己や他者と相互作用しながら病むことを自分のこととして体験し、病を持つ自己を受け入れていく。そして病者が発症による危機的状態や葛藤を克服し、病を持

つ自己を受け入れられたとき、次の回復期、慢性期リハビリテーションへのスムーズな移行が図られると考える。海外においては心筋梗塞の発症後の適応の過程を記述した研究はなされているが⁵⁾、病むことの体験は時代や文化、医療の状況においても異なってくる。我が国の心筋梗塞後の入院時心臓リハビリテーションは一般的に2週間から3週間のプログラムが組まれているが、その回復の経過の中で病者が病をどのように体験し、病を持つ自己を受け入れていくのか十分に明らかにされていない。したがって我が国における心筋梗塞を発症した病者の入院時リハビリテーション期間中の病の受け入れのプロセスを明らかにすることにより病者を理解し、効果的に病と共に生きていくことを支える看護の示唆を得ることができると考える。

所属：*本学短期大学部 成人看護学

Ⅱ. 研究目的

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を明らかにし、看護の示唆を得る。

Ⅲ. 用語の定義

入院時心臓リハビリテーション：

心筋梗塞を初めて発症し、経皮的冠動脈形成術または冠動脈バイパス術を受けた病者が入院中に行う心臓リハビリテーションで、運動療法、冠危険因子是正のための教育、医学的評価などを含む包括的プログラム。

病の受け入れ：

心筋梗塞を発症した病者が初回入院期間中に、病を持ってしまったことに困難・心配・葛藤を持ち、苦悩しながらも生きようとする事。

Ⅳ. 研究方法

1. 前提と研究デザイン

本研究は自己と相互作用する人間が、他者と相互作用することで物事を意味づけるというシンボリック相互作用論の考え方を前提としている。心筋梗塞を発症した病者は生命の危機を救われるという人生の意味を根本的に問われるような体験をする。しかもその体験は医療者や他患者と交流しながら心臓リハビリテーションを行う病院という特殊な環境下で生じる。そして病者はそのような環境下で自己を問い直し、病を持ちながら生きていくことを受け入れ、そのことが回復期、慢性期の病者のさらなる適応へと関わってくると考えられる。したがって本研究では病の発症から入院時心臓リハビリテーション期間中の病の経験を動的なプロセスと捉え、病を受け入れていくプロセスを記述するために帰納法的アプローチを用いることとした。

2. 対象者

都内の循環器専門病院とY県の総合病院循環器病棟に入院している患者で、初めて心筋梗塞を発症した病者11名。

3. データ収集

データ収集期間は1998年7月～1999年8月であった。随時行われる面談によるインタビューと参加観察を行った。面談場所は病室、談話室、運動療法室など面談日に1～2度行われた。10名のうち、9名はCCUを脱してから退院間際までの間に、1名は発症3ヶ月後の確認の冠動脈造影検査の入院時に初回入院時の事を想起してもらい、インタビューを行った。インタビューの際には発症時からCCU入室時、一般病棟に移ってからの入院中の体験や感じていることなどを自由に話してもらった。

4. 分析方法

- ①面談後、すぐに話された内容や観察された内容を逐語的に記述した。
- ②得られたデータのうち、病の体験、病を持つ自己に関するデータを抽出し、コード化した。それを10名の類似性、相違性によってカテゴリー化し、カテゴリー同士の関係を分析し、時間的経過の中で比較分析を行い、病の受け入れのプロセスを検討した。

5. 信頼性・妥当性を高める努力

データに対する先入観や偏見を回避するために対象者と補充面接し、解釈の違いの有無や不確実なデータを確認した。方法論や解釈分析に関しては成人看護学領域の研究者からスーパービジョンを受けた。また見出された結果に関して対象者に確認し、必要時修正した。

6. 倫理的配慮

対象者は紙面と口頭で研究の趣旨を説明し、研究への承諾が得られた患者とした。対象者は疾患発症後、身体状況が不安定な時期から面接を始めるため、心身に負担が生じることが予測される患者は避け、病棟管理者と医師の許可を得た患者とし、心身の負担のない時を選び、面談した。また研究協力の中断の保証、匿名性の確保に留意した。

V. 結果

1. 対象者の背景

対象者は男性10名。平均年齢は56.4才。対象者の背景は表1の通りである。治療はPTCAの病者が8名、冠動脈バイパス術の病者が2名であった。冠動脈バイパス術の患者は発症後、退院せずに手術療法を受けている。

初回入院時に運動療法を取り入れている施設も含んでいることや手術療法を発症後、退院せずに行っていることなどから、対象者の入院期間は内科的治療を受けた者は28日、外科的治療を受けた者は50日と長くなっている。全員が既婚者で仕事を持っていた。

2. 初めて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

のプロセスの概観

病の受け入れのプロセスは過去と現在、未来という生きる軌道上で心筋梗塞を持つ身体と社会と自己の価値や期待と折り合いをつけ生きる決意を得ていくプロセスであった。そしてそのプロセスには【これまでの自己からの離脱体験】【自己に生じた変化による脅威への対処】【変化した自己の承認】【自己の未来への暫定的展望】の4つの位相カテゴリーとそれぞれのサブカテゴリーがあることが見いだされた。(表2) ここでいう位相とは入院中の病者の病の受け入れの段階的変化の局面を示しており、これら4つの位相は対象者により必ずしも経時的に一方向に進むものではなく、行きつ戻りつしながら、また同時に生じたりしながら経過していくプロセスであった。以下は11名の対象者に共通した病の受け入れの位相カテ

表1 対象者の背景

対象	年齢	治療	既往歴	運動療法	入院期間(日)
A	56	PTCA／ステント挿入	胆石	無	25
B	58	PTCA／ステント挿入	特になし	有	30
C	57	PTCA／ステント挿入	特になし	有	30
D	50	PTCA	特になし	無	23
E	61	PTCA／ステント挿入	特になし	有	28
F	65	PTCA	高血圧・高脂血症	有	43
G	52	PTCA	腎臓腫瘍	有	20
H	61	PTCA	胆石・高血圧・高脂血症	有	27
I	49	CABG	膀胱ポリープ・鼠経ヘルニア	有	52
J	55	CABG	特になし	有	48

表2 心筋梗塞の病者の病の受け入れの位相カテゴリー

位相のカテゴリー	サブカテゴリー
これまでの自己からの離脱体験	自立的な自己からの離脱 確かな命ある存在からの離脱
自己に生じた変化による脅威への対処	自己の医療者への積極的な委ね 病の重さの否定
変化した自己の承認	救われたことへの感謝 自己の再査定—自分を試す 発症の原因を説明と病の意味づけ
自己の未来への暫定的展望	今後の身体能力の目安の獲得 とりあえず努力することの決心

ゴリーとサブカテゴリーについて代表的な事例を提示しながら述べる。

1) これまでの自己からの離脱体験

この位相において病者は心筋梗塞の発症によりこれまでの自己とは変化してしまったことを発症時の身体感覚や病院スタッフや救急隊員などの医療者の対応、治療の内容から意識し始める。この位相は〈自律的な自己からの離脱〉〈確かな命ある存在からの離脱〉という2つのサブカテゴリーを有していた。

〈自律的な自己からの離脱〉

病者たちは症状の出現や診断名により、これまでのように自分で判断し、生活をコントロールしていた自己ではなくなったことを感じていた。そして苦痛や治療の内容も自己の経験を越える範囲外のものとなり、病者は自分では対応の術を失ってしまう状況を体験する。そして今後の自己がどのようなになってしまうのか予測できず、苦悩する病者もいた。

ケースA

「体がこうはっきりしないから念のためって病院に行ったら、即入院で。それまでは自転車で飛び歩いてたから車いすなんていいですよって言ったんだけど、全部車いすなんです。トイレだけいいって言われて。足置きまでやってもらって。症状はチクチクした感じがあっただけだったから。だけど救急車で運ばれてそれなりにあれなのかなって思いました。」

ケースB

「胸の圧迫感がひどくなってきて、まさか心臓がやられるとは思ってなかったんで、その時は肺や肋膜が痙攣でもしてて薬でももらって飲めばおしまいなんじゃないかと思ってました。先生が心筋梗塞って判断されたようですけど、うわの空でどうでもいいから楽にしてって感じで、連絡を入れてもらって救急車でこの病院に転送されました。」

ケースI

「受診したら即入院でした。ノーマークでしたし、ショックでした。何で入院なのか、何で心臓なのか。先生の説明では血管が詰まっていて自分の力ではもとに戻らない、その事実だけでとまっていた自分ではどうすることも出来なくて・・・。梗塞、壊死した部分は戻りませんっていても、どういう生活を送ればいいのか、残っている機能は？100%患者として生きていくのかショックでした。」

〈確かな命ある存在からの離脱〉

病者たちは発症時の苦痛や意識の薄れから生命の危機感を覚え、死を身近に、現実的に感じる体験をしている。そしてそのことを混乱した体験としてではなく、冷静に意識していた病者もあった。発症により、病者たちは自己が確かな生の領域にあるのではなく、生と死の間にあることを感じていたのである。

ケースC

「今回の苦しさはすごくて、意識が薄れていく感じだし、このまま放っておいたら死ぬなって思いました。人間って死って言うのが見えるときって結構冷静になりますよね。ここに祭壇を置くのにこれがじゃまになるな、なんて考えていました。」

ケースF

「意識がもうろうとして救急車に乗った瞬間に死ぬのかなって思いました。こういうのが寿命なのか。人間見切りが肝心でね、ここであわてちゃいけないなあという感じ・・・。(中略)・・・心臓は神様がくれた永久電池。今まで心臓が痛いとか経験がないからね、危険かなって。」

ケースI

「先生や看護婦さんが最悪の場合のことを話しても、それは100%起こることに聞こえて黙ってしまいました。つらくて、暗くなって。」

2) 自己に生じた変化による脅威への対処

病者達は前述したように自己の身体に生じた変化や医療者の対応から命の危うさや自律感の揺らぎを経験し、大きな脅威を感じていた。そしてこれらの自己に生じた変化への脅威から自己を守るために様々な防衛的な努力をするようになる。この位相は〈自己の医療者への積極的な委ね〉、〈病の重さの否定〉というサブカテゴリーを有していた。

〈自己の医療者への積極的な委ね〉

病者達は発症時のこれまでに体験したことがない苦痛や死を考える中で、自分が運ばれる病院を確認したり、搬送する病院を自分で指定したりしていた。彼らは自己に生じた身体的変化に対応してもらうための病院の選択に気遣い、その後は医療者を信頼し、身体の変化を伴う自己を全面的に、積極的に医療者に委ね、生命の脅威へ対処していたのである。

ケースF

「救急隊員が〇〇病院とかって電話で話しているのを聞いて、救急医療じゃここ（入院中の病院）がいいんじゃないかなって思ったのね。救急車に乗った後は自分の意志じゃなくて誰かがやってくれるだろうっていう安心感、もう任せてるっていうのはそこから始まってますからね。病院に着いて先生から耳元で大丈夫、心配ないからねと言われたときは本当に安心して、任せたね。」

ケースG

「ここには世界的権威の先生がいるって言われて、救急車にここに運んでって言って。心臓に管を入れて、賭だね。やらなきゃ死んじゃうっていうし、まな板の上の鯉だね。なるようになれって。だって任せるしかないじゃない。自分じゃどうすることもできないから。」

〈病の重さの否定〉

病者は病院に運ばれ、初期の治療が終了すると、

症状がおさまリ、CCUの中で自分に生じた状況を少しずつ考え始める。苦痛から解放された快の感覚があり、その中で自分に生じた病は大したことではないと考え、治療上の苦痛が強いことを強調したり、今回の入院を休息と判断したりする傾向にあった。また他の病と比較して、心筋梗塞の発症で良かったなどと病の重さを否定しようとしていた。

ケースC

「この病院に入って、小さな錠剤を飲んだらスーッと気持ちよくなって、ICUに入ったらちょうどいい温度だったし、すっごく気持ちよくなってこれで2〜3日後には帰れる、本当にそう思ったんですよ。」

ケースJ

「集中治療室にいたときは爆弾をかかえたようなもんだからって先生や看護婦さんは言うけど自分では全然症状がないから人ごとみたいで実感がわかなかったね。症状がないから、のど元過ぎればなんとやらで、そんなに大したことがない、重要だって思わなくなる。」

ケースG

「今回の場合はコレステロールが血管の中にたまって、それがつかえて。脳だったら半身不随だけど、たまたま心臓だからぱっと逝って終わりでしょ。こっち（脳）をやられると困るでしょ。胸の方はまだいいのよ、正直な話し。やっぱり麻痺になったら周りに迷惑かけるでしょ。それだったらその瞬間は大変だけどさ（心筋梗塞でよかった。）」

3) 変化した自己の承認

これはCCUを脱して日常生活が拡大し、運動療法が始まる時期の位相である。病者たちは自分の命が救われたことに感謝し、医療者との対話や自己の身体状況の回復経過の中で、自己の変化を徐々に理解し、認めていく。そしてそのような中で今回の発症がなぜ起こったか、自分にとってど

のような意味があるのか意味づけていくのである。

この位相には〈命が救われたことへの感謝〉〈自己の再査定－自分を試す〉〈発症の原因の説明と病の意味づけ〉というサブカテゴリーが見いだされた。

〈救われたことへの感謝〉

病者たちは発症当初の生命の危機的状況を脱すると、命が救われたことに関して自分の運命や医療者などへの感謝の念を表現し、安堵していた。そして病者はこのとき他者や運命にゆだねていた自分の命が確かに自分のもとに引き戻されたことを実感しているようであった。

ケースE

「こんな大病するとは思わなかったんです。消防隊の人の判断でこの病院に来て、処置が早かったんで助かったと言われました。（偶然この病院の近くで仕事をしていて）運が良かったと思うんです。検査を受けて先生や看護婦さんに大丈夫って言われたとき、うれしくて興奮して眠れなかったです。命って大事だと思いましたよ。」

ケースG

「まあわかんないけど。幸運なんでしょうね。下手すれば、もっと遅れてたら死んだかもしれないし、そう考えれば。救急車の人がよくここに運んでくれたと思って。まあたいしたもんですよ。おかげさまでいい先生方に恵まれて、いい結果になって。たまたま大きな血栓が通過しなかったってということで。ありがたいですよ。」

ケースJ

「今は車で言えば車検で点検して部品を交換したって感じ。エンジンの部分を改造したからどの程度までもっていか。馬力を強くしてくれたらいいと思うけど・・・。前と同じくらいの性能にしてくれたら良いと思うよ。僕は運がいいと思っている。」

〈自己の再査定－自分を試す〉

この段階で、病者は自分の身体状況について他者から情報収集したり、実際に自分で身体に負荷をかけたりして、身体や今後の生活について査定していた。この時期は身体状況に一喜一憂し、病者の感情や気分の変化も大きい時期であった。

ケースB

「あれが出来ると次はこれっていう具合に次々しなくなってるね。でも今はまだ体力が戻ってなくて立ち上がるとふらっときたりするね。自分でも症状と体の調子が関係がわからないんですよ。どきどきしても血圧が低いときもあるし、何もしなくても高いときがあるしね。この間の運動負荷試験の後には疲れて・・・。」

ケースC

「結局、俺は生まれかわったってことなのかな。その過程を今、頑張っているってことなのかな。俺としては元に戻れるつもりでいるんだけどどうなのかな？先生は白とも黒ともはっきり言わないよ。灰色って言うか、先のことはわからないって感じで。全くいろいろわからなくて落ち込んでいるのが半分。」

ケースG

「どんな風に心臓が悪くなってるのかわからないしね。先生方は把握してるだろうけど我々にはわかんない。自分の体の状態を知りたいよ。朝も階段あがってきたんだよ。いけないとは思ってたけど。でもね。怖がってちゃ前に進めないからね。社会に出ればどこにだって（階段は）あるからさ。・・・（中略）・・・本を読んだり歩くときにも何となく、前みたいに迫力がないっていうかね。」

〈病気の原因の説明と病の意味づけ〉

この時期、病者は医療者や同じ病で入院している患者などから少しずつ情報を収集し始め、自分の過去を振り返り、病気の原因を考え始める。そして病者は自分なりに発症に至った理由を説明し、整理できたとき、心筋梗塞の発症を意味づけ

ることができる。しかしそれが十分に行えないままに退院に至ってしまう場合もある。

ケースC

「仕事を変えたんですよ。徹夜になることも多くて、結局負けたってことだよ。定年まで無事に勤め上げられれば勝ったってことだろうけど、そうじゃないからね。男は大黒柱で一家を支えて仕事が出来るとことが大事で、仕事が出来ない男なんて最低ですよ。」

ケースB

「すべて運命みたいなもの。これまでの蓄積でこうなった。今まで走るだけ走ってきたから。いったん人生が終わったと思って。これからは余力の人生。今まで以上の体には戻らないので、私のピークは終わったのでしょう・・・。」

ケースE

「何でこうなったのか。私は酒もたばこもやなくて、身内にも心臓病はいないし、何もなくて・・・。食べるものだとか、食べる時間だとか、睡眠時間が不規則だからでしょうか？隣の方の話（病に至った経緯など）も今、聞いているところです・・・。あとは仕事のことでですね。囑託だからうち切られるか、会社の方でどう判断するかそれが不安で。人も余ってる時代に。今は仕事のことで頭がいっぱいで心臓病なんかの勉強はできない。家内に任せてあるから。」

4) 自己の未来の暫定的展望

病者は心筋梗塞の発症がなぜ生じたのかを考え、体力の回復を少しずつ実感するようになると、病を持った自己の状況を過去や現在という時間の中で位置づけることができるようになる。そして次の段階として、退院の目途をつけ、退院後の生活のとりあえずの心構えを持つようになる。

この位相には〈今後の身体能力の目安の獲得〉〈とりあえず努力することの決心〉というサブカテゴリーが含まれていた。

〈今後の身体能力の目安の獲得〉

日常生活が拡大し、入院時の運動療法も後半にさしかかると病者は退院までの今後の検査のスケジュールと運動負荷試験後や活動後の身体の感覚、医療者の保証や判断などを統合して何とかやっていけるという気持ちを持つようになる。これは自己の身体能力の回復や自己のコントロール感に対する目安を持つことであり、そのことにより病者は日常に戻ることを現実的に志向できるようになってくる。

ケースH

「私は左の方が詰まっていたから心配だったし、運動療法も先週は中止になったから自信がなくて。これからどうなるんだろう、よくなるかなって心配だったけど、もうPTCAやって気分がすーっとして、胸のもやもやがとれて深く息ができる感じで。あとはもう少し運動やって退院だから見通しがついたし、何とかかなりそうだってわかったから良かった。」

ケースI

「運動負荷試験やって、もっと出来るんじゃないかって、検査の人や先生に言われて。その時は足がついていなくて呼吸のタイミングがつかめなくてやめたんですけど、そのこともあって自分はもう少しやれるんだって、自分の体の能力がわかりました。それで目安がつけました。」

〈とりあえず努力することの決心〉

病者たちは初めての発症であり、退院後の生活は経験していないので、不安は持っていたが、自己の身体と価値や期待、社会生活との折り合いをつけ、とにかく生活を調整してやっていこうと言うことを決心していた。

ケースH

「生活をどういう風に変えていくか、何せ初めてだから予想がつかなくてね。しばらく生活してみなきゃわからないかもしれないね。一番心配なのは発作を起こすことが怖くて動かなくなること

だね。食事については出来そうだけど、家は坂の上にあるし、何十段も階段を昇らなきゃならないし。でも無理をしないでやるよ。」

ケースB

「今までは走るだけ、走ってきたけどこれからは全力ではなく、6分か7分の力で余力を残しながら走るよ。家に行ったらわがままと自制心の勝負でしょうね。必要なことはやろうと思うけど・・・(中略)・・・私なんか会社人間だったし、今でもそうだから。もしそれが出来ないんじゃ会社にいる意味ないしね。それならそれで考えなきゃいけないし。自分の中ではまだ会社以外の生活は考えられないけど・・・。」

ケースG

「いかに自分が我慢しなくちゃいけないか。今までみたいに食べるもん食べてって勝手にっていうわけにはいかなくなるでしょ。慣れてくればある程度わかるんだらうけど。恐る恐るって感じじゃないの。何に関しても努力したからってみんな100%実を結んでるわけじゃないから。まあ、極力近づけて努力しようとは思ってますけど。発作もどういう状態が出るのかわからないでしょ。未知の世界だからさ。徐々に自分で試していくしかないんじゃないかと思いますけど。」

VI. 考察

1. 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の中心となる体験

本研究から得られた入院時心臓リハビリテーション期間中の心筋梗塞を発症した病者の病の受け入れのプロセスには【これまでの自己からの離脱体験】【自己に生じた変化による脅威への対処】【変化した自己の承認】【自己の未来への暫定的展望】の4つの位相のカテゴリーが見いだされた。病者たちは経験のない苦痛や行われる医療などから生命の危機感を持っていた。そして病者はこれまでの自己が変化し、脅かされていることを察知し、その脅威へ様々に対処しようとしていた。そ

して生命の危機を脱し、医療者や運命に委ねていた自分の命が確かに自分のもとに引き戻されたことを実感できると、病者は身体感覚や医療者からの説明や保証などにより変化した自己を確認し、認め、とりあえずの未来を展望するようになっていたのである。Blumer⁶⁾によれば、人間は出来事や現在の自分を過去や未来の出来事に結びつけて理解するとともに、自分自身を他の人間との関わりにおいて形作り、自己と相互作用しながら将来の行為等をイメージするという。心筋梗塞の病の受け入れのプロセスにおいて、病者は発症した現在の状況を過去と結びつけ、身体状況を含めた自己や医療者や同病者などとの相互作用を通して漠然とではあるが、自己の将来の行為をイメージしていったのである。またFord⁷⁾や朝倉⁸⁾は心筋梗塞の病者は身体に注意を向ける事を学ぶと述べているが、本研究においても病者の身体感覚は病の受け入れの各プロセスに大きく関わっていた。

そしてこのような4つの位相のプロセスの中心となる体験は病者たちが病を持ちながら自己の身体と価値・期待と社会生活との折り合いをつけ、生きる決心を獲得することであった。それは同時に自己の再統合への決心でもあり、しばらくの間、混沌とした中を生き抜く決心でもあった。Kleinman⁹⁾は慢性病を持つ病者は分離—過度—再統合という儀礼を通していきつ戻りつするという。心筋梗塞という病の発症から退院までのプロセスは病を持つことで以前とは異なってしまった自己がどのように生きることが出来るのか、自己の再統合を期待しながら不確実な世界に足を踏み入れることを決心するプロセスでもあると考える。

2. 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の特徴

Johnson¹⁰⁾は心筋梗塞の発症1ヶ月から45ヶ月までの病者を対象とし、入院中から退院後も含めた病への適応のプロセスを明らかにしている。以下は本研究において見いだされた入院中の病の受け入れのプロセスをJohnsonの適応のプロセスと

比較しながらその特徴を考察する。Johnsonによれば心筋梗塞の病者の適応のプロセスはコントロール感の再獲得のプロセスであり、それには“defending oneself” “coming to terms” “learning to live” “living again” という4つのステージがあり、さらに“coming to terms”というステージには、“making sense” “looking to future”という局面があるとしている。今回見いだされた入院中の病の受け入れのプロセスはJohnsonの提示した結果の“defending oneself (自己を守る)” “coming to terms (譲歩する)”という段階に相当するものと考ええる。今回明らかになった【これまでの自己からの離脱体験】【自己に生じた変化による脅威への対処】【変化した自己の承認】【自己の未来への暫定的な展望】という位相やその位相のサブカテゴリーは自律感の喪失、病を一時的に否定したりしながら生じた脅威から自己を守ること、病気を意味づけて未来を展望するなどの観点からJohnsonの適応の初期の段階と類似している。しかしJohnsonはその適応のプロセスの体験の中心は病者のコントロール感の再獲得であると述べているのに対し、本研究における病の受け入れのプロセスの中心的体験は自己の身体と期待や価値、社会生活との折り合いをつけようとするものであった。この中心的体験の違いには欧米と我が国における病気観や心筋梗塞の病者に対するスティグマが深く関わっていると考えられる。欧米では病気には病因があり、それを除去することが重要で、病気は克服、予防出来るものであり、心筋梗塞はセルフコントロールが出来ない結果の病であるという考え方がある¹¹⁾ - ¹²⁾。これに対し東洋的な病気観は、病を不調和から生じるものとし、心筋梗塞はそれが発症するに至ったやむを得ない状況があり、病を排除するよりは不調和を調整し、共生するというものである¹³⁾。この不調和を調整し、病と共生するという考え方が本研究の病者たちの病の受け入れのプロセスの中心的な体験に関わっていると考えられた。

またこの東洋的な病気観は病者の病の意味づけや未来のとらえ方にも影響している。Johnsonは病の意味の根底には罪ということが大きく関わっ

ており、未来に対してnegativeな態度かpositiveな態度かによって未来の描き方やその後の自己の限界を受け入れることなどが異なっていると述べている。しかし本研究の対象者たちは病を自己の罪と言うよりは、そうせざるを得なかった運命、成り行きといった感覚を持ち、未来もpositiveかnegativeかという両極の態度ではなく、positive、negativeな点をどちらも含みながら、折り合いをつけようとする態度をとっていた点で異なっていた。

また、【自己に生じた変化による脅威への対処】という位相の〈自己の医療者への積極的な委ね〉というサブカテゴリーにおいては本研究の病者たちは安心感を持って「任せる」と言う積極的に委ねる姿勢をとっているのに対してJohnsonは病者たちが仕方なく消極的に医療者に委ねていると述べている。坂田は¹⁴⁾日本人の受療行動の特徴としてその病院を選んだと言うことの中に、病院や医師に対する信頼がすでに含まれていると考えてよいと述べている。自己の生命の危機という脅威に対して、日本人の病者は積極的に信頼する医療者に治療やケアを任せるという対処をとるのに対し、欧米においては病者自身のセルフケアを重要と考え、病気の治療にも積極的に自分が参画していくことを望むため、このような差異が生じると考えられた。

3. 初めて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中の看護への示唆

初めて心筋梗塞を発症した病者の入院時リハビリテーション中の病の受け入れのプロセスは4つの位相からなり、それは病を発症してから病を持つ自己との折り合いをつけ、混沌とした中を生きることと決意するプロセスであった。看護としてはその位相に応じた援助の必要性が示唆された。

1) これまでの自己からの離脱を体験する時期 (病院受診時) ～自己に生じた変化による脅威へ対処する時期 (CCU入室時)

病者はこの時期に自律的で確かな生命ある自己

とは変化してしまったことを感じ、その脅威から自己を守るため様々な試みをする。混乱のうちにありながらも医療者に自己を委ねたり、病の重篤性を否定したりする。看護者は委ねられた身体状況や今後の経過、治療などについて、病者が十分に理解できるように、希望を失わないように説明を行う必要がある。この時期の病者は身体的にも精神的にも危機的状態にあり、心身の安静が守られるように配慮しながら病者の脅威への対処を支えるような看護者の働きかけが必要である。

2) 変化した自己を承認する時期 (CCUを脱して、日常生活が拡大し、運動療法がはじまる時期)

この時期の病者は医療者や運命に感謝し、他者に委ねていた自己の生命を自分のもとに引き寄せる。そして自分を試し、自己の身体からの声を聞いたり、医療者から身体や治療、日常生活上の摂生に関する情報を集めながら自分の身体の査定を始める。看護者は心筋梗塞の病態や治療、生活の摂生などについて機会を捉えて情報提供することが必要である。加えて病者が自分自身の発症の理由を説明し、意味づけることを促進するような対話の機会を積極的に設定していくことも必要である。

3) 自己の未来への暫定的展望を持つ時期 (運動療法がすすむ時期から退院まで)

病者自身の身体感覚や医療者の病状に関する説明などは身体の回復感や退院後の生活の中で何とかやれるという身体の自信、未来への展望にも関わってくる。そのため看護者は病者がどのように身体を感じているか十分理解するとともに、退院後の生活の摂生に関する具体的な疑問を整理する機会が持てるように支援する必要がある。

しかしこの時期の病者は退院後に病んだ身体を持ちながら社会や自分の価値や期待との折り合いをつけるように努力するという決心をするにとどまる。病者が実際に病との折り合いをつけ、共生していくためには、退院後の日常生活の中で、身体と自己の価値や期待、社会からの要請などを試

行錯誤しながら調整していくことが必要であり、その中で様々な苦悩が生じると考えられる。したがって退院後の外来や回復期、慢性期における心臓リハビリテーション時に病者が社会復帰後の生活の中で生じる苦悩を乗り越えることができるように支える看護ケアの重要性が示唆される。

VII. 本研究の限界と課題

本研究では内科的治療を受けた病者と外科的治療を受けた病者、エルゴメーターなどによる運動療法を受けている病者と受けていない病者を含めて対象とした。そのため今後はそれら治療法の差異や運動療法の有無による病のプロセスの差異を明らかにすることが必要である。

VIII. 結論

心筋梗塞を初めて発症した入院時心臓リハビリテーション中の病の受け入れのプロセスには①これまでの自己からの離脱体験 ②自己に生じた変化による脅威への対処 ③変化した自己の承認 ④自己の未来への暫定的展望 という4つの位相があることが明らかになった。①の位相には〈自律的な自己からの離脱〉〈確かな命ある存在からの離脱〉という局面、②の位相には〈自己の医療者への積極的な委ね〉〈病の重さの否定〉、③の位相には〈救われたことへの感謝〉〈自己の再査定—自分を試す〉〈発症の原因の説明と病気の意味づけ〉、④の位相には〈今後の身体能力の目安の獲得〉〈とりあえず努力することの決心〉というサブカテゴリーが見いだされた。この位相は病の発症により変化した身体を持つ自己と社会と自己の価値や期待と折り合いをつけて生きていこうとするプロセスであった。そしてこのプロセスには病を克服して自己コントロール感を取り戻していくというよりも病との調和を指向し、病と共生するという東洋的な病への態度が深く関わっていると考えられた。またこれらの位相に応じた看護援助の必要性が示唆された。

引用・参考文献

- 1) Webster K. Kay: Perceived uncertainty and stress

- coping post myocardial infarction, Western Journal of Nursing Research, 10(4), 384-385, 1988.
- 2) Scheleifer Steven J. et al : The nature and course of depression following myocardial infarction, Arch Intern Med, 149, 1785-1789, 1989.
 - 3) Blocker P. William: Coronary heart disease and sexuality, Physical Medicine and Rehabilitation, 9(2), 387-399, 1995.
 - 4) 仲田郁子,大村延博: 再灌流療法時代の心筋梗塞急性期リハビリテーション, ハートナーシング, 7(9), 15-21, 1994.
 - 5) Johnson L. Joy and Morse M. Janice: Regaining control- The process of adjustment after myocardial infarction, Heart and Lung, 19(2), 126-135, 1990.
 - 6) Herbert Blumer, 後藤将之訳: シンボリック相互作用論, 勁草書房, 1-77, 1997.
 - 7) Ford S. John: Living with a history of heart attack - a human science investigation, Journal of Advanced Nursing, 14, 173-179, 1989.
 - 8) 朝倉京子: 心筋梗塞を発症した病者の生きられた身体体験, 日本看護科学学会誌, 18(3), 10-20, 1998.
 - 9) Auther Kleinman著, 江口重幸他訳: 病の語りー慢性の病をめぐる臨床人類学, 誠信書房, 237-238, 1998.
 - 10) 前掲書 5), 126-135
 - 11) Mary H. Hawthorn, 黒江ゆり子他訳: 慢性疾患の病みの軌跡ー軌跡の枠組みによる循環器疾患の再構成, 医学書院, 49-61, 1995.
 - 12) Patricia Benner他: 現象学的人間論と看護, 医学書院, 243-276, 1999.
 - 13) 坂田三允: 日本人の生活と看護, 中央法規, 37, 1998.
 - 14) 前掲書13), 29

The Process to Accept Their Illness for Patients with Myocardial Infarction during Their Hospitalized Cardiac Rehabilitation

HATAMOCHI Chieko

ABSTRACT

The purpose on this study is to clarify the process to accept the illness for the patients with myocardial infarction during their hospitalized cardiac rehabilitation with the inductive approach on the assumption of the Symbolic Interactionism.

Ten adult subjects were collected with the consent to this study to be taken interviews and made participant observations.

Consequently, as the process to accept their illness for patients who first had the myocardial infarction during their hospitalized cardiac rehabilitation, it was cleared four phases in the follows;

- 1 experience of the changed self
- 2 coping with the threat for the change that caused within self
- 3 recognition on the changed self
- 4 temporal perspectives on self

Additionally, some sub-categories were found in each phase. These phases are the process to live by coordinating with self with the changed body by the onset of the disease, the society, the own value and the expectation. This process was thought to fully involve their attitudes toward their illness to aim at harmony and live together with their illness instead of recovering their sense of self-control by overcoming their illness.

It is suggested that the nursing needed the aid according to their phases and the supportive aid when these patients overcome their distress, cope with and live together with their illness in their daily lives after being discharged from hospital.

Keywords: patients with myocardial infarction, acceptance of the illness, hospitalized cardiac rehabilitation