

原 著

壮年期から中年期の就労者における初回急性心筋梗塞の
体験に関する現象学的研究

河村敦子, 稲垣順子

山口大学大学院医学系研究科基礎看護学分野(基礎看護学) 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 現象学, 体験, 急性心筋梗塞

和文抄録

本研究の目的は, 壮年期から中年期の就労している初回急性心筋梗塞患者が発症から退院後3ヵ月の期間において, 精神的にどのように感じ, 患者の意識がどのようなプロセスをたどっていくのか, そのありのままの体験世界を明らかにすることである。研究方法は, 現象学的アプローチを用いて入院後1週間, 退院時, 確認カテーテル検査のための再入院時の3回, 非構成的面接を実施した。研究参加者は男性10名, 女性1名の計11名で, 平均年齢は 58.3 ± 7.4 歳であった。研究参加者の入院後1週間から退院3ヵ月後までの体験におけるテキストを分析した結果, 局面1: 生の不確かさを感じ動揺する, 局面2: 生を前向きに受け入れ, 自己コントロールを考える, 局面3: 今後の人生と自分の死生観とを統合し, 終局を迎えた時に後悔がないように生きるという局面へと意識が変遷していく過程が明らかになった。

本研究の結果, 急性心筋梗塞を初回発症し死に直面した患者に対して, 自己エンパワメントを促進するようなスピリチュアル・ケアが必要である可能性が示唆された。

研究の背景

近年わが国では, 虚血性心疾患の総患者数は約75

万6千人で, 総患者数は年々減少してきているものの, 人口の高齢化や食生活の欧米化, 運動不足などの生活様式の変化などにより, 急性心筋梗塞による死亡率は34.3%と高率である¹⁾。近年, 自動体外式除細動器(AED)の普及や救急搬入体制の確立, 再灌流療法技術の進歩によって, 虚血性心疾患発症直後の救命率は徐々に上昇してきているものの, 致命率は依然33%と高率である²⁾。

急性心筋梗塞後の患者は, 残存している心機能を維持し, 再梗塞を予防するため負担の少ない生活行動へと日常習慣を修正していく必要がある。また退院後, 内服管理や食事管理ならびに日常生活管理を行っていくため, 自己管理能力を高めていかなければならない。さらに, 心理的には胸痛発作の体験による不安や再梗塞による死の恐怖心がある。社会的にも心機能の低下や再梗塞予防のために, 今までの仕事が継続できなくなり, 配置転換を求められることや家庭生活における役割が十分に果たせなくなることもある。このように急性心筋梗塞の発症は, 患者の人生を変える大きな転機となることがしばしばある。これまでの国内の急性心筋梗塞患者の体験に関する研究では, 冠疾患集中治療室(CCU)から循環器病棟へ転棟後に発症から退院までの経過について面接を行った研究が多く³⁻⁵⁾, 本研究のように, 前向きに発症から3ヵ月までの長期間の体験について経過を追って面接し, 患者の意識の変遷を調査した研究はない。

研究目的

本研究の目的は、壮年期から中年期の就労している初回急性心筋梗塞患者が発症から退院後3ヵ月までの期間において、心理的にどのように感じ、どのようなプロセスをたどっていくのか、患者のありのままの体験世界を明らかにすることである。

用語の定義

本研究では、スピリチュアル・ケア^{6, 7)}を以下のように定義する。

スピリチュアル・ケア：人間が病気になって自分の弱さ、無力を自覚し、そこから「内的自己の探求と超越」「価値観の転換」「自己、他者、超越者(神)、自然との精神的・霊的な関係の再構築(死をも超えた将来、他者、自立の回復)」「新しい自己の全体性と統合(新しい存在と意味の回復)」と経過していき、病気の意味と目的を見出し、自己エンパワメントを促進する過程での精神的・霊的ケアとする。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究のデザインは、現象学を採用した。現象学は、患者を真に理解するために、周囲を含めた患者を丸ごとあるがままにとらえ、患者の存在そのものに迫る方法論と方法であるという点と、患者が生きる世界との関係の意味を理解するためのパースペクティブを見出すという点⁸⁾に着目し現象学を用いた。本研究では、現象学的アプローチを用いて面接を実施した。現象学的アプローチを臨床において看護カウンセリングに広く活用している広瀬⁹⁾は、『現象学的アプローチとは、自分たちの体験から出発することを大事にして、人間の経験をそのままの形で捉えて記述しようとするものであり、因果関係を明らかにしようとするものではなく「生きられた体験(lived experience)」としての現象の本質を明らかにしていくことを探求する記述的研究である』と述べている。そして、対象者の生きられた体験の意味を明らかにするために、研究者自身の先入観を括弧に入れ、その記述をひたむきに何度も精読して現象学的還元(自分の中にある枠組みや知識、

先入観を括弧に入れておく作業)を行う過程の中で、直観と分析と記述という3つのプロセスを含んでいる。臨床において、看護師は患者に向かう自分自身のありようを問うが、現象学的アプローチの場合も研究者が自らの意識のありようを問う姿勢が重要となり、研究者がデータに参与する態度が要請され、そのプロセスの中で、研究者の前提や意識のありようを可能な限り明白に認める作業を大事にしていることは看護に通じると述べている。

他の質的研究をみると、記述民族学(エスノグラフィ)は文化人類学を起源にしており、文化の生活様式を観察し研究を行うことを目的としている。研究において、集団やその習慣的行動を分析し、比較・検証し文化を強調するという特徴がある。また、グラウンデッド・セオリーは、データから理論を生成することを目的とし、他の質的研究よりも、よりデータに基づき発展させていく方法だといわれている¹⁰⁾。これらに対して、現象学的アプローチは、傍観者的に相手を眺めて分析したり説明するのではなく、相手と共にいて、了解や共感によって相手あるいは自己、事態を理解するような手法である。このことから、患者の意識により接近でき、その生きられた体験を明らかにするために最も適した手法として、本研究では現象学的アプローチを採用した。

2. データの収集

1) 研究参加者

本研究では、いずれの参加者も本研究の説明に対して文書で同意が得られた、壮年期から中年期の就労者で初回急性心筋梗塞を体験した患者を対象とした。

選択基準は、再灌流療法後、順調に回復し不整脈の出現がなく、SPO₂95%以上の患者で、本研究への参加について担当医の許可が得られている患者とした。

除外基準は、補助循環装置を装着している患者、致死性不整脈の出現或いは、SPO₂95%未満の患者、合併症の前駆症状を呈する患者、担当医の許可が得られない患者とした。

2) データ収集方法・面接

本研究の同意が得られたY県内3ヵ所の緊急心臓カテーテル治療が行われている医療施設において、研究対象患者に研究説明書を用いて口頭で説明し、

文書にて参加の同意を得た。研究参加者に、入院後1週間、退院時、確認カテテル検査で再入院時(或いは退院3ヵ月後)の3回面接を実施した。面接は非構成的面接で、現象学的アプローチで実施した。面接時間は1回60分から90分としたが、初回面接は患者の状態も考慮に入れ30分から40分程度とした。面接では、研究参加者に「このたび急性心筋梗塞と診断されましたが、予兆があつてからのあなたの体験を聴かせてください」という質問を行い、現象学的アプローチで自己を投入し聴くというスタンスをとった。その後の面接では、「その後どのような体験をされましたか」という質問を行い、現象学的アプローチで実施した。

3) データ収集と手続きでの厳密さ

面接の実践においては、広瀬⁹⁾の現象学的アプローチを用いるときに必要な姿勢を参考にして実施した。その基本的姿勢は、①わかるということ、②共感的理解、③無条件の肯定的態度、④自己一致の4項目であり、①わかるということとは、1番目の解るは相手についての知識を得ることで、全体を分解して分かること。2番目の判るは判断するわかり方で、評価やタイプ分けをすること。3番目の分かるというのは分かち合うという意味で、その人があるがままに受け入れ(受容)、その人の心の在りように添う(共感)ということ、②共感的理解とは、相手の内的世界をあたかも自分自身のものであるかのように感じ取りながらも、相手と一緒に悲しくなったり巻き込まれるのではなく、相手の世界に入り込みながらも決して自分を失わないでちゃんと距離を置いて見ていられる自分もいるということ、③無条件の肯定的態度とは、受容のことで、現象学的還元に通じるものでどんなにこちらが「<どうしてこんな自分の体に悪いことをやっているんだろう>」と思う事でも、そこにはそれが正しいとか間違っているとかが判断の前に、その人なりの意味があるはずで、評価したり指導する前に、まずはそこをところを理解しようとする姿勢であること、④自己一致とは、共感や受容が大事であるが、私達も人間であるから、相手に添えないことや、相手を受け入れられないことはあり、そういう時に、「いや、どういう場合でも、私は看護師なのだから患者さんのことは共感しなければいけない、受容しなければいけない」という気持ちにしばられるよりも、素直に自分

の気持ちを認めたり表現することのほうが大事だという姿勢であることを述べている。以上のことを面接時に配慮しながら実施した。

3. データ分析と解釈

本研究では、ジオルジの流れをくむColaizzi¹¹⁾の分析方法を採用した。Colaizziの分析方法は、他の分析方法と比較して、非常に洗練された文章表現でわかりやすい点と、最終の確認段階で再度対象者に面接を行い、導き出したテーマの妥当性を確認するため、研究者の思い込みを解消し対象者の主観により近づくことができるという利点がある。

4. 信頼性と妥当性

研究の信頼性を高めるため、研究実施に際し、研究期間中は現象学的手法の熟練者からスーパーバイズを得た。また、分析結果は最終的に研究参加者に返し、妥当かどうかについて判断してもらい、適宜修正を行った。

5. 研究に伴う倫理的配慮や安全への配慮

1) 倫理的配慮

本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会及び倫理審査委員会のある研究実施病院においても倫理委員会の承認を得て実施した。

2) 安全への配慮

研究参加者の安全性を考慮し、面接前後で携帯心電計での心電図測定、パルスオキシメーターでの血液中酸素飽和度の測定をそれぞれ実施し、研究参加者に身体的・心理的負担がかかっているかを確認した。

3) 人間主観の擁護

本研究は、ヘルシンキ宣言の人間を対象とする医学研究の倫理的原則にのっとり実施した。また、現象学的アプローチを行う上で配慮すべき内容として、Orb, Eisenhauer, & Wynaden,¹²⁾らの質的研究の倫理を基に、インフォームド・コンセントおよび個人の匿名性、守秘性、プライバシーの遵守に特に気をつけ、対象者のアイデンティティの尊重を図り、人間主観の擁護に配慮して実施した。

結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者の背景を表1に示す。対象者は、男性10名、女性1名の計11名である。年齢は、39歳から64歳にわたり、平均は 58.3 ± 7.4 歳で、研究参加者の中で信仰をもつ者は1名であった。

対象者のうち、途中で脳出血を発症した方が1名、退院後の3回目の面接を多忙の理由で断った方が4名で、3回面接をすべて実施した参加者は6名であった。

2. 分析結果

研究参加者との面接内容を逐語録におこし、テキストにした内容を分析した結果、3つの局面と15のテーマを抽出した。

以下にそれぞれの局面を説明し、その局面を導き出したテーマについて、研究参加者の言葉をあげ説明する。

局面1：生の不確かさを感じ動揺する

死ぬかもしれないと思うような胸痛発作体験後に、心臓カテーテル治療で疼痛から解放され、モニ

ターやポンプに囲まれて過ごしなが、いつ死が来るかわからないという自分の生の不確かさに動揺する体験である。

〈テーマ1〉あまりにも痛い胸痛発作出現時や治療時に、パニックになったり、もう自分は死ぬのかと思う

E：「一番きつかったのは、痛みがずーっとあった時が一番苦しかったね。とにかく凄く痛いよね。もう、意識がなくなってしまえばいいとそれだけじゃった。意識がなくなるってことは死ぬってことよね。あんまり痛いから死んでしまった方がええと思った。そんなときは、意識がなくなることに不安も何にもないね」。

〈テーマ2〉胸痛発作時、救急車を呼ぶのを躊躇する

近所や会社に迷惑をかけたくない或いは大袈裟にしたくないと思い、胸痛発作出現時に救急車を呼ぶことをしばらく迷う。30分ぐらい様子を見て死を予感した場合に呼ぶ。

C：「かなり強い痛みだったけど、ちょっと意地っ張りだった、なるべくなら救急車に乗りたくなかった。もうダメって思ったから呼んだの。もしかしたら、もう自分は死んでしまうかもしれないと思ったから」。

表1 研究参加者の背景

参加者	性別	年齢	既往歴	役割	キーマン	協力	職業【仕事内容】	職場復帰	心機能
A	男性	60代前半	声帯ポリープ、 高血圧	夫・父親 経営者	妻	あり	自営業(指示のみ)	予定なしが ありに変更	左室駆出率 40%
B	男性	50代後半	狭心症、高血圧	夫・父親	妻	あり	会社員(管理職)	予定あり	2ヶ所狭窄
C	男性	60代前半	右足首骨折、鼻炎 高血圧、胃潰瘍	夫・父親 経営者	妻	あり	自営業 重労働あり	予定あり	ステント挿入で狭窄改善、他1ヶ所75%狭窄
D	男性	60代前半	虫垂炎	夫・父親 1人息子	次男 親友	あり	農業、作業の手伝い	予定なし	ステント挿入で狭窄改善
E	男性	60代前半	高血圧、高脂血症 ラクナ梗塞	夫・父親 息子	妻	あり	整備・点検 重労働あり	予定なしが ありに変更	ステント挿入で狭窄改善、左室駆出率45%
F	女性	50代前半	遺伝性高血圧	妻・母親	夫	あり	会社員	予定あり	ステント挿入で狭窄改善、左室駆出率53~56%
G	男性	50代後半	特になし	夫・父親 経営者	妻	あり	自営業	予定あり	ステント挿入で狭窄改善、治療中DC3回 ベーシングカテ挿入
H	男性	60代前半	糖尿病傾向、ヘルニア、 気管支喘息	夫・父親	妻	あり	集金業	予定あり	ステント挿入で狭窄改善、他1ヶ所99%狭窄、左室駆出率50%
I	男性	60代前半	狭心症、糖尿病	夫・父親	妻	あり	会社員	予定なしで陶芸家に転職	3ヶ所狭窄 左室駆出率42%
J	男性	30代後半	虫垂炎、脾炎、 高血圧	夫・父親	妻 親友	あり	会社員	予定あり	ステント挿入で狭窄改善、他2ヶ所100%狭窄
K	男性	50代後半	高血圧、不整脈 ヘルニア	夫・父親 息子(認知症 母あり)	妻	あり	会社員	予定あり	下後壁にかけて壁運動低下、下壁梗塞

〈テーマ3〉胸痛から解放されて、生への希望が芽生えてくる

死を予感するような胸痛発作後、心臓カテーテル検査の途中から疼痛が緩和されてくると、意識も死への不安から徐々に生きる希望へと移り変わってくる。

B：「カテーテルが終わった後、俺生きちよるわと思った時に、ちゃんとせんにゃあいけんと思いましたね」。

〈テーマ4〉夜中の覚醒時に今までの人生を回想し内省する

身体の痛みがなくなり自由が利くようになると、夜中に覚醒したときや一人の時間があるときに、今までの人生や家族のこと、仕事のこと、周囲の人との人間関係などいろいろなことを考え、自分の生き方を見つめなおす。

A：「寝つきが悪いなというようなときに、僕は自分の人生を振り返ってみたりですね、弟の死を振り返ってみたりする。僕は、今毎日睡眠薬を飲みよるですよ、そういうことを考えたくないから。死は怖くないと言うけど、やっぱり1年でも生きたいと思うのが、人間の心理と思う」。

局面2：生を前向きに受け入れ、自己コントロールを考える

入院後5日位してから、徐々に病態が安定してくると、これから生きていくことを前向きに受け入れ、自分の病気を自分で管理していかなければならないと感じ、自分で行えることを実行している。

〈テーマ5〉今までの生活習慣から病気の原因を探る

自分の生活を振り返り、何が原因でこの病気にかかったのかを考え、今後自分はどのようにしていけば一番良いのか、その方法を考える。

B：「新しいシステムが始まったころぐらいから、胸の痛みが出だした。それは間違いなく、自分で覚えちよる。だから、ものすごい心の中で動揺というか、ストレスがあったのは間違いないね」。

〈テーマ6〉生きている限り病気と闘わなければいけない

『生きる方向へ向かっている』と実感するようになると、一生心筋梗塞と闘わなければならないことに対して難しく大変だと思う。また、上手に長く付

き合っていくには、固くならずには食事療法を守り暴飲暴食をせず、病気と仲良く歩いていきたいという思いがある。

I：「心筋梗塞とは、それなりにこれから人生付き合っていかにゃあいけんけど、深刻に向き合いたくない。深刻に向き合ったってプラスにならん。あんまりにも深く考えると疲れるじゃん。疲れるよりは、楽に真剣に付き合っていったらいい人生が来るんじゃないかと思う」。

〈テーマ7〉自分の身体の限界を知り、生きるために自己コントロールを考える

助けられた命を大切に生きてするために、自己管理できることは自分が意識し気をつけていこうとする。食事療法では、病院食に慣れてくると自分の今までの食生活の特徴を捉え、自宅に帰ってどのように食事療法を行っていいのかを考える。また、退院後は家族の協力を受け、自分ができることは節制し、自分の食生活にうまく食事療法を調和させ、自分の欲と闘いながらコントロールを行っている。入院中の禁煙を維持させる方法を模索する。退院時は、あの痛みだけは2度と味わいたくないからきちんと自己管理をしていくという思いが強い。退院後3ヵ月経つと胸痛の痛みは忘れてしまうが、新たな課題を見つけ、生活改善を持続させている。

B：「病院食は、酢の物とか多い。ああゆうのに食べ慣れたから、ああゆうものを欲するいね、体がね。目の前に出てこんから食べんだけ。わざわざそれだけを総菜屋さんに行っこうて来ることはないから」。

H：「家では、外食や出来合いのものを食べる人が多い。うちのは働いてますからね」。

〈テーマ8〉健康が一番の幸せであることを再認識する

無理のできない自分の体を実感して、健康の大切さを痛感する。

K：「金があろうが何があろうがだめ、もう動けんにゃあどねえもならん。健康ほど一番ええ幸せちゅうのはないじゃろう」。

〈テーマ9〉みんなによって助けられた

家族の通報、救急隊員の的確な判断と移送、医療スタッフの迅速な治療、みんなの連携により、急性心筋梗塞の死からの危機を乗り越え生きられたことを痛感している。また、今までの人生においても、

いろいろな人々に自分や家族が助けられてきたことを振り返り、入院中の今も温かなスタッフに囲まれて挨拶や言葉かけに救われ、有意義に心が和んで過ごしていることに深く感謝している。助かったという体験に対して、自然や神様、守護霊が見ていて助けてくれたと感じたり、五体満足に生き返らせてもらった尊い命を大切に生きていきたいという思いがある。

G：「ここに病氣してきて、身体が治っていく度に、みんなの言葉や笑顔にだいぶ救われた。早く治って帰りたいという気力が違う」。

G：「下半身が麻痺したりするような病氣だったら考え方が自分本位になって、努力しようと思わなかったし、周りのことも考えられなかったと思う」。

〈テーマ10〉無理のできない身体で仕事と向き合う

会社への気遣いや退院後の体力回復への不安から、職場復帰の時期を心配したり、退院後は仕事を辞めようと考えている。また、今後の人生において仕事ができるのかを心配する。ストレスの多い職場環境に戻る場合、職場復帰後いろいろなことがのしかかってくることを予想し、どのように対処したらよいかを模索する。復職直後からストレスが強い場合、禁煙していたが再び喫煙し始める。

K：「よく上の者に言うんです。「プレッシャー与えちゃあいけんはずなんじゃけど、あんたら逆なことやりよるけど、ええんか？」って。産業医のところに行ってストレスがないようにとか言われよるけど、えらいストレスかけてくれるじゃあないの」。

局面3：今後の人生と自分の死生観とを統合し、終局を迎えた時に後悔がないように生きる

今までの人生に、今回の胸痛体験後に感じた死生観を織り込んでいき、より自分の人生の終末で後悔しないように生きていけるよう、調整を行っていく。
〈テーマ11〉死に瀕した時、心がもがなくていいように悟って生きる

いつ死が来てもいいように、周囲の環境を整え、自分の意識の中で心の準備をしておく。

E：「病氣して思うたね、今でなければあやれんことは絶対しとかんにゃあいけん。なんぼ財産持っていようが、地位があろうが名誉があろうがなんでもない。ほとんど去っていくときには一人よ、全部置いていかにゃあいけん、それが一生いね。そう

いう気持ちになるかならんかよ、ほたら、苦しいことが何にもないね」。

また、自分本位ではなくて周りを大切にしていきたい。社会をよくしていきたいという自分の信念を大切に生きていく。

E：「ただ茫然と生きとつてもだめと思った。何かできることはないか、挑戦することはないかと思う。自分が生きてる社会をちょっとでも良くしたい」。

〈テーマ12〉病氣の体験によって自分が進歩したり、パワーが得られるだけでなく、家族も成長する

I：「寿命は誰もがわからん、死ってというのはわからん、それは神様しか知らんわあね。それをくよくよせんと明るく生きていった方が人生得だと思ふ。かえって心筋梗塞になった方が僕の人生変わったんかもしれん。僕は今病氣なのに病氣と思つてないんよ。でもこの病氣には勝ちたい」。

G：「人間が強気な態度だったからね、病氣したばっかりに弱気になったというか、周りのことが案外見え出した。周りにおる人達の協力がなけんといけんの、チームワークがね。一つ病氣をもうろつたばかりに、人の温かさっていうかいろんなことを考えるような人間にさせてもらった。病氣をしてベッドの上に長く居ると考え方がこんなに変わるんかのうと自分自身でもほんと情けないちゅうか、そんな気持ちもあったしね。これが本当の人生に対して勉強さしてもろたんじゃろうと思つて、よう涙が出よつた。やっぱり病氣をしたばかりに僕の人生観にしたらほんとにえかつたと思う、これからも役に立つしね、これがまた65になる5年も6年も先になったら、またええ方向に僕の考えがいつてくれたらそれが一番ええと思う」。

G：「子供もこの際だからがんばろうという気力も出てきたと思うよ。丁度この病氣が、家族の絆を強めたかも知れんと思ふちよる。この病氣があつたばかりに、子供達が一步も二歩も成長したかなと思ふ。みんな、やっぱり病氣が転機でいい方向に行つたつていうこと」。

〈テーマ13〉自分の次の目標に向かって心筋梗塞と共に生きる

心筋梗塞と付き合いながら、自分の役割を達成するための目標を見つけ頑張ろうとする。

H：「この年になって早いんじゃないかなあ、何歳まで生きられるんじゃろうかなあと思ふます。いつ

も思うんです。薬を飲むときに、やっぱり病気のことだったり。もうちょっと長生きしたい、娘が大変な生活をしよるからせめて孫がちゃんとするまではというのは気になるです。欲が深いからせいぜい年金が全額出るぐらいまでは生きんにゃあいけないあと考えるですよ」。

〈テーマ14〉 これぐらいできると思ってもできない

退院後3ヵ月が経過し、これぐらいはできると考えていることができなかつたり無理ができない状況だが、痛いと思う気持ちに打ち勝ちながら、自分をしならせて生きることには挑戦していく。

A：「やっぱり人間みな、後は持って生まれた生命力です。痛いと思ったら寝込んだらだめですね。痛いと言ったらなにくそ負けるかっていう根性がなければだめです。だから自分もちょっとでも歩こうと思って歩きよるんです。いいね」。

〈テーマ15〉 死は恐ろしくない

夜間など、兄弟が亡くなったことを思い出すことはあっても、自分について振り返ることはなくなり、それに対する不快な気持ちも生じなくなった。

A：「死は一つも恐ろしいと思わん。上手に楽に、人に迷惑かけずに死ねたらええなってそれだけ。2時間も3時間も寝られん時に弟が出てくるんですけど、全然怖くない。あんまりはよう呼ぶなあやって自分の心の中で言いよるいね、もうちょっと待てえや、あねえな気持ちです」。

考 察

本研究の結果、抽出された3つの局面は、死の危機と直面した後、生の不確かさを感じ動揺しながら、長い時間の中で患者自身がいろいろなことを考えたり感じたりし、患者の主観が自己を振り返り、病気という体験を通して、不安定な精神状態を乗り越え、新しい自己を再生する過程を表している。また、抽出された15のテーマは、その時々での患者の体験の経過を現しており、初回急性心筋梗塞患者の入院1週間から退院3ヵ月後までの体験は、患者の意識が死の危機を乗り越え、今までとは違った意識の段階へ移行する体験といえる。

Rollo May¹³⁾は、病気になった患者は自分が病気だという事実と直面し、以前の自分の生活はどこかが間違っていたのだということを理解しようとし、

病気であるという残酷なまでに決定的な事実を、新しい自己認識への道として生かしてゆき、肉体的な健康を築きあげるだけでなく、病気であったという経験を通して、人間的に根本から拡大される。患者は、病気を体験したことによって責任を持って健康であることを選び取り、人間として一層完成されてゆくことになる」と述べている。本研究においても、胸痛発作後入院し、急性心筋梗塞で生命の危機的状態に陥っている事実と直面した参加者は、治療上の安静度による長期臥床の間、病気の原因を探し、今回の発作で生命が助かった体験や今までの人生を振り返り、いろんな人々に助けられ今の自分があることを痛感していた。そして参加者は、心筋梗塞であるという事実と向き合い、今後どんなふう生きていけばよいか、生きるために必要な自己管理方法や、今までの悪い生活習慣から抜け出すためにどのようにしていけばよいかを心筋梗塞発症後の経過の中で、時間をかけて真剣に考えていった。その意識が変遷していく過程で、参加者は今まで元気な時には勢いや力があった自分が、心筋梗塞による心機能低下により以前のように行動できなくなった事実に向き合い、自分本位ではなくみんなにとって良い方法を考えるように意識が変わり、涙もろくなった自分のことを情けないと思ひ悲嘆を感じながら、行きつ戻りつしながら新しい自分の生き方を見つけ出そうとしていく過程が確認できた。すなわち、このように病気を体験することによって得られた精神的進歩、人生観の変化、大きなパワーの獲得は、Rollo Mayによると健康を回復するための、新たな自我意識の実現と捉えることができる。

〈テーマ7〉では、参加者は自宅でも食事療法を続けたいと考えていても、仕事から帰宅し疲れている妻に負担をかけたくないため夕食では惣菜や外食を摂取し、一方で病院食に出ている酢の物やおからが食べたいと感じても調理されないため摂取できない体験をしている。また、就労後の昼食はコンビニ弁当を摂取している場合も多い。このように食事療法の継続を困難にしているのは、戦後から日本の食卓で洋食化が進んだことや、共働きで料理に手間暇がかけられない家庭が多くなってきたことが原因と考えられる。今後、心臓病食の配食サービスが普及し、安価で注文可能になったり、コンビニなどでも減塩食やコレステロールの低いお弁当が手軽に購入

できるようになると、心筋梗塞の再発予防が行いやすくなると考えられる。

さらに、〈テーマ11〉では、参加者は自分にいつ死が訪れるかわからないことに対して、逃げたりあがいたりする段階を経て、いつ死が来てもいいように覚悟を決めて、限りある人生と向き合う段階に移行している。切実に死が近づいたことを感じた参加者は、いつ死んでもいいように、家の周囲を整理し、家族に言いたいことを伝え、自己の人生の終盤で自分の信念を大切に生きようとしている。参加者の意識は、家族や周りの人々との関わりを大切に、自分の職場や社会をよくしていこうという思いで過ごすことで、各自の発達課題を達成しようとする方向に対して向かっていることが確認できた。

そして、〈テーマ12〉では、参加者や家族は、病気によって精神的進歩や大きなパワーを獲得している。これらのことは、死に直面するという大きな衝撃を受けた意識は、危機への遭遇後は急激にその力が低下するが、長い内省の時を経過すると、その反動で必ず以前より大きな精神的力を放出したり、精神的に進歩が得られたり、その反動のエネルギーが希望を生み出し、新たな目標を見出すのではないかと考えられた。Frankl¹⁴⁾は、精神の抵抗力とは人間の根本能力であり、それによって人間は限界があるとはいえ極めて厳しい条件や状況に抵抗することができることや悔いのない人生を送ろうとするなら、人間存在の無常という事実を絶えず念頭に置かなければならないし、死は生の意味付けにとってなくてはならないものであると述べている。

さらに、〈テーマ13〉では、退院後3ヵ月した頃には、参加者は新たな目標を立て、それに向かって健康を維持していこうとしている。このことは、疾病の体験によって自我意識が広がり、生きる意味を新たに発見し、その思いを強調できたことを示していると考えられる。Franklは、将来の具体的な課題に向かって方向づけられている人たちこそ、生き延びる最大の可能性を持っている。人間存在の本質には自分自身を超越するということが含まれており、自分の人生にとって大切なのは自分自身ではなく、何かの仕事や他の個人であること、変えようのない事実と直面する時こそ、その状況に耐えることによって、自分が人間であることを示すことができ、人間にどんなことができるのかを証明することがで

きると述べている。このことから、初回急性心筋梗塞で死に直面した参加者が、人生が限られていることを初めて確認し、過去や現在、そして周りを一望した後に、自分の存在する意味・生きる意味を見つけ、再び精神力を持って生きることが考えられた。このように生きる意味を見出した参加者の顔は、最後の面接時も非常に晴れやかであった。すなわち、本研究において、初回急性心筋梗塞の発症から退院後3ヵ月の過程における患者の体験は、患者の今までの価値観や人生観を変えるほど衝撃の強い、自我意識までも変化するような精神的に不安定な過程を経過する体験であることが明らかになった。

海外においてWalton⁷⁾は、臨床看護師には、①唯一無二である、②患者の体験をつなぐ、③感知する、④科学的データを超えていく、⑤何を・いつすればいいかを理解している、⑥患者と共にある、という6つの特質があることを挙げており、治療的な聴く行為や触れることそして気遣いの存在は、患者にとって急性心筋梗塞から回復する中で、意味や目的を悟るのに重要な介入となること、看護師は、患者の意味や目的に関する独自の信念を共有することができ、看護師や患者の両方にとって、それが癒しの介入になることを報告している。このような精神性への援助はスピリチュアル・ケアと呼ばれ、ナイチンゲールもスピリチュアルな側面は人間存在の重要な部分であり、癒しの働きに必要な不可欠なものであると主張している。海外において、様々な臨床現場でスピリチュアル・ケアが実践されている。

一方国内において、スピリチュアル・ケアは、終末期がん患者や高齢者、それを支える家族、亡くなった患者の遺族に対して緩和ケアやグリーフケアが行われている。しかし、スピリチュアル・ケアは、急性期や慢性期の医療現場におけるターミナルの状態でない患者に対してはほとんど実施されていないのが現状である。

本研究の結果、初発の急性心筋梗塞で死に直面した患者に対しても、その自己エンパワメントの過程を促進するようなスピリチュアル・ケアが必要であると思われる。参加者の中には、入院中、急性心筋梗塞であることに強い不安を訴える同室者を何人も励ました経験を話す人もあり、塩谷¹⁵⁾が報告しているように、死に直面したことで、人間の本質である存在の意味を見失いかけて抑うつ状態にある患者は

かなり多く存在する。看護師は患者と共に疾病の軌跡を歩み、個々の状態に応じて悲嘆にくれている患者が生きる意味を再確認し、新たな目標を見つけ出し前向きに疾患と向き合っていくように、スピリチュアル・ケアを提供することが期待される。海外と異なり特別に信仰を持たない人が多い日本文化に即した独自の介入方法を今後探求していく必要がある。

研究の限界

研究参加者の人数が11名と少人数で女性も1名と少なかった。3回目の面接には、危機的状态を脱していることと就労しているため5名の脱落例があった。倫理的な問題によって、本当に不安が強い抑うつ症状のある患者や就業により困難のある患者のデータがとれていないという研究の限界がある。今後は、そのような人たちの体験を聴いていく必要がある。

結 語

本研究により、壮年期から中年期の就労している初回急性心筋梗塞患者の入院1週間から退院3ヵ月後までの体験から、局面1：生の不確かさを感じ動揺する、局面2：生を前向きに受け入れ、自己コントロールを考える、局面3：今後の人生と自分の死生観とを統合し、終局を迎えた時に後悔がないように生きるという3つの局面へと意識が変遷していくことが明らかになった。患者は、疾患体験後、意識が自己から他者へ向けられるように拡大していくことや、死に直面した衝撃の後、疾患を持ちながら生きることの意味を見出し、精神的な進歩やパワーが得られ、成長したと感じる。また、自分の役割に対して意識が向かい、それを達成するための新たな目標に向かって生きる体験である。

謝 辞

本研究を行うにあたり、面接にご協力していただきました参加者の皆様ならびに研究の実施にご協力いただきました病院関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は平成20年度日本学術振興会科学研究費補

助金20890147〔若手研究（スタートアップ）〕の助成によって行った。

引用文献

- 1) 国民衛生の動向 2013/2014. 財団法人厚生統計協会. 東京, 2013; 396-411.
- 2) 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2012年度改訂版). 2-5.
- 3) 旗持知恵子. 心筋梗塞を発症した成人病者の見通しの語りとその意味. 聖路加看護学会誌 2003; 7: 9-16.
- 4) 北村直子, 佐藤禮子. 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. 千葉看護学会会誌 2001; 7: 74-81.
- 5) 杉田久子. 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. 日本赤十字看護学会誌 2004; 4: 59-69.
- 6) 谷山洋三. 仏教とスピリチュアルケア. 東方出版. 大阪, 2008; 10-31.
- 7) J Walton. Discovering meaning and purpose during recovery from an acute myocardial infarction. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2002; 21: 36-43.
- 8) 高崎絹子. 看護援助の現象学. 医学書院. 東京, 2006; 97-111.
- 9) 広瀬寛子. 現象学的アプローチと臨床との接点. 看護研究 2007; 40: 9-26.
- 10) 野口美和子. ナースのための質的研究入門第2版. 医学書院. 東京, 2008; 132-166.
- 11) Paul F. Colaizzi. *F Psychological Research as the Phenomenologist Views it. Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology* Oxford University Press, Oxford, 1978; 48-71.
- 12) Angelica Orb, Laurel Eisenhauer, Dianne Wynaden. Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship* 2000; 33: 93-96.
- 13) Rollo May (小野泰博訳). 失われし自我をもとめて. 誠信書房. 東京, 1970; 108-115.
- 14) V E Frankl (山田邦男/松田美佳訳). 宿命を

超えて, 自己を超えて. 春秋社 東京, 1998 : 144-155.

- 15) Shiotani I, et al. Depressive symptoms predict 12-month prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovasc Risk* 2002 ; 9 : 153-160.

Experiences of Middle-aged Individuals with a First Acute Myocardial Infarction : a Phenomenological Study

Atsuko KAWAMURA and Junko INAGAKI

Fundamental Nursing (Fundamental Nursing), Yamaguchi University School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

The precise emotional process of middle-aged individuals after the onset of a first acute myocardial infarction (AMI) is not known. We sought to clarify the contents of middle-aged

individuals' experience of having a first AMI. I interviewed with 11 individuals (10 men, 1 woman, aged 39 to 64 yrs) who had a first AMI about their AMI experience in the way of unstructured face-to-face interview. A qualitative phenomenological approach was used to clarify their experiences. Each individual described their psychological process from the point of experiencing the AMI through their recovery. They described facing their own potential death calmly. Their experiences could be classified as progressing through the following three phases over the course of their AMI onset, treatment and recovery. Phase 1 : feeling of uncertain about their life and being upset, Phase 2 : accepting life prospectively and thinking about self-control, and Phase 3 : integrating their outlook for the future and their newly expanded view of life and death.

The process of middle-aged individuals from onset to 3 months after a first AMI was very emotionally unstable. The results indicated a necessity for spiritual care promoting self-empowerment for patients with AMI.