研究報告

初発心筋梗塞を発症した患者の身体に関する状況認知

The Situation Recognition about the Physical in the Patient with First Myocardial Infarction

蓬田 淳 中川温美

Jun Yomogida Atsumi Nakagawa

本研究の目的は、初発心筋梗塞を発症した患者の身体に関する状況認知を明らかにし、看護支援の検討をすることである。研究参加者5名に対して、半構成的面接を用いてデータ収集を行い、分析を行った。分析の結果、心筋梗塞患者は、身体に関する状況認知に必要な情報である症状及び、自己の経験、言語コミュニケーション、提供される医療、療養環境を、その時々で使いながら身体に関する状況認知である〈確信される異変〉〈直面する危機〉〈曖昧な実感〉〈未知への順応〉という4つのカテゴリーを辿っていたことが明らかとなった。また、心筋梗塞患者は、状況認知から予測を行っていたが、予測と実際の状況には差異があるため、差異を縮めることができることで、状況把握の程度を明確にしていた。従って、心筋梗塞を発症した患者の状況認知に合わせた看護支援の必要性が示唆された。

キーワード：心筋梗塞患者、状況認知、看護支援

Key Words : myocardial infarction patient, situation recognition, support nursing

I. 序論

急性心筋梗塞 (Acute Myocardial Infarction : 以下 AMI) は、動脈硬化で狭くなった冠状動脈に、粥腫の破綻により生じた血栓で、内腔が完全に閉塞されると、その動脈から先の血流が遮断されることで発症する¹⁾。AMI の症状は、持続する胸痛や圧迫感であり、胸部症状以外でも、心室性不整脈による失神や動悸など様々な症状を呈する²⁾。心筋梗塞患者は、狭窄や閉塞した血管の速やかな再灌流のために、経皮的冠動脈インターベンション (Percutaneous Coronary Intervention : 以下 PCI) が実施される。さらに、PCI 後も AMI に伴う左心室不全の重症度指標である Killip 分類によって、薬物治療や補助循環及び安静等の様々な治療を受ける。AMI 罹患に伴う、このような変化の中で病気体験に焦点をあてた研究では、身体に関す

る報告が多くされている³⁾⁴⁾⁵⁾。朝倉⁶⁾は、心筋梗塞患者の注意は症状発症時から自己の身体へと向けられるとし、Cowie⁷⁾は、入院期間中の心筋梗塞患者が心臓発作について、知性的な解釈を行っていると報告している。しかし、これらの先行研究からは、身体に注意が向いた結果、身体について、どのような認知に至ったのかという内容までは明らかになっていない。また、解釈や注意を含めた、心筋梗塞患者の身体に関する認知は、発症から退院まで、その時々状況によって経時的に変化すると考えられる。さらに、何らかの認知に至るには、医療従事者を含めた周囲からの情報が必要であると考えられる。この情報について朝倉⁶⁾は、知性的な解釈を媒介するのは、言語的情報と視覚的情報だと述べているが、使用される情報の種類までは明らかとなっていない。池田⁸⁾は、人が情報を受け取った時、それをどう判断するかは、その時の状況に強く依存していると述べている。以上から、疾患の知

識を備えていない初発心筋梗塞患者は、急激に環境が変化する中で、身体に関する様々な状況認知に至っていると考えられる。従って、本研究の目的は初発AMIを発症した患者の身体に関する状況認知と使用される情報の種類を明らかにし、看護支援の示唆を得ることとした。

II. 用語の定義

本研究における情報と状況認知は、認知心理学で使われている定義を基に以下のように定義する⁹⁾。

情報：自分の状況を知る手掛かりとなる刺激。

状況認知：選択した情報を利用しながら、その時々で身体の状態について何らかの解釈や判断に至ること。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究デザイン。

2. データ収集期間

2011年12月～2012年2月。

3. 研究参加者

研究参加者は、①主治医よりAMIの診断名が告知されている者。②初回入院。③面接によるデータ収集を実施するため、身体症状が安定している者。④主治医に60分程度の面接に耐え得ると判断された者。⑤性別は問わず、年齢は20～60歳代にある者とした。

4. データ収集方法

CCUでの治療が終了し、循環器内科病棟へ移動した後に、インタビューガイドを用いた半構成的面接にてデータ収集を行った。インタビューの内容は、疾患の発症時からのインタビュー実施時までの自分の状況について、考えたことや感じたこととした。また、研究参加者が、どの時期の話をしているのか整理してもらうために、研究者によって症状発症時、初療からPCI時、PCI終了から入院1日目、CCU入室中、一般病棟への移動後と区切りながら話を聞いた。また、インタビュー中に、何らかの解釈や判断に至ったと思われる発言があった場合は、その根拠を尋ねた。しかし、研究参加者の置かれた状況を幅広く捉えるため

に、基本的には、研究参加者の自由に話をしてもらった。

5. 分析方法

本研究は、AMI罹患に伴う、身体に関する状況認知を経時的に明らかにすることを目的とした。従って、分析には限局された場面での人間行動の変化と多様性が説明できるように改良された、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた¹⁰⁾。

1) 状況認知の分析

- ①面接によって得られたデータを逐語化し精読した。
- ②研究参加者のデータが、入院期間の中でどの時期を指しているのか確認を行い、経時的な表として整理した。
- ③オープンコーディングとして、設定したテーマに沿って、文脈が損なわれないように抽出し、解釈を行った。
- ④文脈上同義語と思われるデータを集約し、分析ワークシートを用いて説明概念を作成した。同時に、概念の完成度を確保するために、対比例や類似例を理論的メモ欄に記載した(表1)。
- ⑤選択的コーディングとして、概念間で比較分析検討を行った上で概念の集約化として、カテゴリーを導き出した後に、ストーリーラインを作成した。
- ⑥全体を包括する結果図を作成し、構造化した。
- ⑦研究者間で分析結果の検討を行い、信頼性の確保に努めた。

2) 情報の分析

- ①逐語化したデータの中で、インタビュー中に判断の理由を尋ねている場合と、何らかの判断に至っていると思われる文脈をたどり、判断の根拠と思われるデータを抽出した。
- ②研究参加者の経過の中で、文脈上同義語と思われるデータを集約し、分類を行った(表2)。
- ③分類したデータの解釈を行い、分類したデータを包括する分類名を作成した。

6. 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属する施設の臨床研究倫理委員会に申請し、研究実施の承認を得た。その上で、研究対象者には、研究参加は自由意思であること、協力が得られない場合であっても、医療上の不利益は一切ないこと、面接では罹患に伴う体験を想起してもらう

表1 分析ワークシート例

概念名	危機からの脱却
定義	再灌流によって得られる症状消失や医師からの説明によって、危機的な状況からは脱したと感ずるようになる。
具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・そうそう、血がさらさら流れていくような、あれ見て、「ああ、だいじだな」て、先生を信用しているけど、「もう、大丈夫だ、終わった」そういう感じだった（B） ・安心しました。胸の、胸の苦しみも無くなって、まったく無いという訳じゃないですけど、それは無くなったんで、もう苦しみもしないで済んだし、ということで、安心しました（C） ・こちらに来て、そのカテーテルで造影剤を入れて、検査をし、その詰まりを取って頂いたと、ということで、「はあ、これで生き延びたな」と（D）
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・未治療の冠状動脈が残っていても、症状の緩和及び消失が、危機的な状況からは脱したという主な基準となる。 ・症状の消失以外では、医療者からの説明が、危機脱出を実感する要因となる。

表2 使用される情報

情報の種類	提供される医療
定義	治療状況及び、安静度の拡大や各種ラインから解放されると、回復に向かっていると考える。一方で、不安の要因ともなる。
具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・うん、その、管は通される。点滴は入れられる。まるっきり植物状態みたいだね（A）。 ・血がさらさら流れていくような、あれ見て、「ああ、だいじだな」て（B） ・（入院翌日からの心リハの開始は）おっかなびっくりですから、そういう経験に基づいて、指導があるのしょうから、なんだけど、「本当に大丈夫かな」と（D）
メモ	時期や状況認知の内容によって、受け取り方に相違が見られる。

ため、心身の不調を生じる可能性があること、その際は、面接を中止することを説明して研究参加の承諾を得た。また、データ収集時も、研究参加者の同意が得られた場合のみ、記録媒体に録音し、分析の終了後は、速やかに録音内容及び分析用紙は、全て破棄することを約束した。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要（表3）

本研究の参加者は、40～60歳代までの成人期にある男性4名、女性の1名の計5名であった。全員

表3 研究参加者の概要

	年代	性別	面接時間	入院期間	職業	Killip分類
A	60代	男	64分	10日	無職	I型
B	50代	男	61分	14日	会社員	I型
C	60代	男	53分	11日	会社員	I型
D	60代	女	55分	10日	自営業	I型
E	40代	男	65分	11日	会社員	II型

がAMIの診断を受けた後に、緊急カテーテル検査でPCIが実施された。男性は3人が就業しており1人は無職、女性は自営業であった。また、参加者の重症度はKillip分類でI型4名、II型1名であった。

2. 心筋梗塞を発症した患者の身体に関する状況認知の全体像（図1）

初発心筋梗塞患者の身体に関する状況認知は、自覚症状を知覚する時点から退院までを表す時間軸と、AMIの発症によって、自分の身体が現在どのような状態にあり、今後はどのような経過をたどるのかについて、どのように把握しているのか、という状況把握の程度を表す認知軸によって表された。これらの軸の中で、心筋梗塞患者は、身体の状態認知に必要な情報である症状及び、自己の経験、言語コミュニケーション、提供される医療、療養環境をその時々で使いながら状況認知を行っていた。また、心筋梗塞患者の身体に関する状況認知は〈確信される異変〉〈直面する危機〉〈曖昧な実感〉〈未知への順応〉という4つのカテゴリーとカテゴリーに含まれる複数の概念が明らか

図1 初発心筋梗塞を発症した患者の身体に関する状況認知と使用される情報

となった。また、心筋梗塞患者は、状況認知から予測を行っていたが、予測と実際の状況には差異があるため、差異を縮めることで、状況把握の程度を明確にしていた。

3. 初発心筋梗塞患者の身体に関する状況認知の各カテゴリーと概念

以下より、各カテゴリーと含まれる概念について説明を行う。なお〈〉はカテゴリー、【】は概念、概念後の斜体は代表的なデータ、最後のアルファベットは、研究参加者を示す。

〈確信される異変〉は、違和感程度であった症状が、忍耐の許容範囲を超えることで、身体の中で重大なことが起きていると確信することを示す。しかし、異変は確信しても意識があること、症状も多少ながらも和らいでいることから、危機的な状況にあるとまでは考えが至らない。このカテゴリーは、症状発症から異変を確信するまでの過程を含んだ【違和感の知覚】【疑念の増長】【超える限界】の3つの概念から生成された。

【違和感の知覚】は、AMIの初期症状は、日常生活の中で感じられる違和感程度でしかなく、取るに足らない変化や日頃の疲れによるものとして、見過ごされる。

本当に少し、痛いのも。自転車乗ると動悸み
たいに、ちょっと痛い。それは結構前からあつ

たね。だけど、直ぐに治っちゃうから。これは「おかしいな」と思っていたけど、まさか、心筋梗塞になるとは思っていなかったから(B)。

【疑念の増長】は、AMIの症状が時間、強度ともに悪化の傾向をたどると身体の中で重大なことが発生しているのではと疑うようになる。しかし、忍耐の許容範囲内であると、異変を疑っても確信には至らない。さらに、今までの経験から次第に症状は治まるとの予測を行うため、受診行動にも至らない。

そのうちに今度は胸のあたりがね。その息が苦しくなって。痛苦しいっていうの。こうじつとしてらんない。横になろうとしても、なんかこうだめなんだよ。(略)そんで、10分か、15分そんでくらいで治ったのよ(A)。

【超える限界】は、予測に反して、症状がさらに増強し、苦痛により身体活動に多大な支障をきたし、忍耐の許容範囲を超えるようになると受診行動へと繋がる。しかし、許容範囲の程度には個人差がみられる。

血圧が低くなっているなんて想像が出来なくて、それで、月曜日の朝、血圧測ったら、上が80で下が50で、脈が40いくつだっていうで、「ああ。もう。駄目だね」で(E)。

〈直面する危機〉は、医療機関での治療が始まっても、意識があること、症状も多少ながらも和らいでいることから、生命が危機的な状況にあるという考えには至らない。しかし、医師からの病状説明、緊急のPCI、

提供される医療などから、自分の予想よりも身体が深刻な状態であると理解する。一方で、予想の超える範囲は、どのような経過をたどってきたか、患者の知識量、社会的背景によって相違が見られる。このカテゴリーは、予測が超えたことで、危機的状況を感じる過程を含めた【状況の把握】【緊急の察知】【予測の摺合わせ】の3つの概念から生成された。

【状態の把握】は、これまでの経過や受診後の周囲の状況から、現状把握に努める。さらに、今後の予測を行うが、意識があること、症状が緩和していることから、危機的な状況の見通しには至らない。

町医者じゃ診れないんだろうなど、機械も無いし、設備も無いし、おっきい病院行くしかないんだなどというのは分かりましたけどね (E)。

【緊急の察知】は、受診と共に提供される治療や慌ただしい周囲の様子から、自分の予測より身体が深刻な状態にあるのかもしれないと考えるようになる。しかし、危機的な状況を疑っていても、医師から病名や病状の説明が行われないと確信には至らないことが多い。

看護師さんやお医者さんが、「心電図直ぐ呼べ」とか、こうバタバタしている様子を見て、「ん～、ちょっと大変なのかな」とは思いました (D)。

【予測の摺合せ】は、これまでの経過から、自分なりに身体の状態について予測を行うが、医師から病名及び治療方針の病状説明がされると、予測と実際の状況には、相違があると考え、同時に、状況はより深刻で生命の危機を理解するようになり、苦痛からの解放には状況を受け入れる必要があるとも考える。

4, 5人、入れ替わり立ち替わりということで、「ああ、これは、やっぱり、一刻一秒を争うことなんだな」と、「ああ、切迫してるんだな」というような感じは受けました (C)。

〈曖昧な実感〉は、PCIによる症状軽減や病状説明によって、危機的な状況からは脱したという実感を持つようになる。一方で、PCI後に提供される医療に戸惑いを感じたり、医師から説明される合併症や未治療の冠状動脈の存在は、症状が治れば全てが解決する状況ではないと考えるようになることを示す。このカテゴリーは、相容れない感覚を同時に持つ【危機からの脱却】【強いられる受容】【懸念の浮上】の3つの概念から生成された。

【危機からの脱却】は、PCIによる再灌流で得られる

症状消失や医師からの説明で、危機的な状況からは脱したと感ずるようになる。また、PCI終了後に入室した病室でも、今までの経過を振り返りながら、危機脱却を実感する。

そうそう、血がさらさら流れていくような、あれ見て、「ああ、だいじだな」て、先生を信用しているけど、もう、大丈夫だ、終わった」そういう感じだった (B)。

【強いられる受容】は、症状が消失しても、PCI後に提供される治療に伴う制限や苦痛、翌日から開始される心臓リハビリテーションについて、疾患との関連性が曖昧であっても、身体の回復には必要な治療として受け入れる。

だから、駄目だったんで、直ぐ近くにトイレあったんですけど、行けないし、というのがね、なんか自由じゃないから、まあ、しょうがないんだけど、ほんとに言えば、自分で行きたいですよ、ね、トイレはね (C)。

【懸念の浮上】は、回復の実感を得つつも、疾患の発症に伴う合併症や未治療冠状動脈が残っている場合は、回避すべき事象として浮上する。しかし、活動範囲が拡大しても、身体に有意な症状は見られないことから、僅かな懸念程度に留まる。

詰まりを取って頂いたということで、「はあ、これで生き延びたな」と。なんですけど、その日の夜から今日まで、まだ、どっかでプツンしちゃわないかと心臓が、パチンと、という不安は、今も持ってます (D)。

〈未知への順応〉は、集中治療室での治療が終了し、一般病棟での退院が近づくと、退院後の生活を意識するようになる。しかし、完全な心機能の回復は見込めない中で、入院前とは違う身体であるという理解に基づき、退院後の準備を進める。一方で、入院中とは大きく違う環境の中で、徐々に身体を慣らしていくしかないとも考える。このカテゴリーは、身体機能の回復過程の中で、今後の生活についての折り合いを模索する【戻る感覚】【維持する身体】【復帰への準備】の3つの概念から生成された。

【戻る感覚】は、活動範囲の拡大や各種ライン類の抜去によって、身体が回復に向かっていると考える。さらに、これまでの経過から心機能の自己評価を行うが、症状は消失し、四肢の麻痺もないため、客観的な身体機能と主観的な自己評価の一致度は、病態の理解

度や疾患に対する受け止め方に依存する。

寝てるということは、どこか、まだ、疲れがあるてっことでしょ。ある程度、回復が来たって感じ。そのあとね、トイレがね、分かるようになる。ねえ、おしっこを管を通してでしょ。管抜くでしょ。そうするとトイレの感覚が分かる。そう、自分でつくづく思った。こう寝てれば感覚がないのよ (B)。

【維持する身体】は、医療者から、PCIにより心機能は改善しても、完全に回復することではなく、再発の可能性も指摘されることで、現在の状態を維持するためには、日常生活の改善または変更の必要性を感じるようになる。

もちろん、絶対に100%戻るわけないですから。ダメージ受けてますから。70%か80%が分かりませんが、その状態が、長く続くように、質素節約をしないといけないと (C)。

【復帰への準備】は、生活改善の必要性を感じつつも、実現の可能性は生活背景に大きく依存する中で、指導内容を全て遵守することは困難であるとも考える。そのため、これまで入手した情報から、自分なりの妥協点を見出すが、妥協点は、退院後の生活背景によって異なる。

結局一緒なんだよな。家に帰ったら、「カロリー計算して」とか言われてもさ、男1人で居るのに……ねえ。(略) それ以外のあれだったら、再発ないように、今回のこれ (AMI) を再発しないような、あれはしたいんだけど (A)。

4. 身体に関する状況認知に使用される情報

心筋梗塞患者が身体に関する状況認知に使用する情報は、症状、及び自己の経験、言語コミュニケーション、提供される医療、療養環境であった。以下より、各情報の説明を行う。なお、説明後の斜体は代表的なデータ、最後のアルファベットは、研究参加者を示す。

症状は、疾患の罹患に伴う身体の変化であり、性質と強度及び時間の長さから身体の状態について予測を行う。また、症状が忍耐の許容範囲内では受診行動には繋がらないことが多く、許容範囲を超える基準は、患者によって相違が見られた。一方で、症状からの解放は、提供される医療との関連性を考える上で患者を困惑させる。これは、症状が消失しても、活動範囲の

制限を強いられることや酸素投与などが含まれた。

限界 (を超えた)。良くなること無いじゃないですか。30分から1時間以上になったんですから。また、30分になるということは無いですから (C)。

自己の経験は、これまで経過から得られた感覚及び知識をさす。これにより、症状が繰り返しても、次第に治まると考える。また、救急車の来院であっても、これまで経験から、数日間の精密検査後に治療を行うだろうとの予測から、緊急でのPCIという事態に直面するまでは、生命が危機的状況にあるとの考えには至らない。

うん。なんせ、検査もなにもしないで、いきなり手術台じゃない。だからさあ。「おかしいな」と当然思うじゃない。一番はそれなのよ (A)。

言語コミュニケーションは主體的な情報となり、病状説明のような直接的なコミュニケーション以外であっても、PCIや心臓エコー中の医師同士の会話及び、医療者間の会話から身体の状態を理解しようとする。

「心臓の血管が恐らく詰まっています」と、「これから検査をして、詰まっていれば、その場所を、流れを良くしないと」という話伺いましたので、「そういうふうになっちゃってんだな」ということは認識を持ちました (D)。

提供される医療は、AMIからの回復に必要な治療を指す。これは、緊急でのPCIには危機を察知したり、PCI翌日の心臓リハビリテーションには不安を感じたりする要因となる。一方で、PCIによる症状消失及び、安静度の拡大や各種ラインからの解放は、身体が回復に向かっていると考ええる。

(緊急PCI中のモニターで) 血がさらさら流れていくような、あれ見て、「ああ、だいじだな」と (B)。

療養環境は、治療に付随した環境の変化をさす。これは安静度の拡大により視野が拡大されることや、医療スタッフの動きが見えることで、患者は時間的な感覚が徐々に回復し、日常生活に戻りつつあると考ええる。

管を通してでしょ。管抜くでしょ。そうするとトイレの感覚が分かる。うん。そう。自分でつくづく思った。こう寝てれば感覚がないのよ (B)。

5. 身体に関する状況認知のストーリーライン

以下に各カテゴリーと概念の関係性について説明を行う。

心筋梗塞患者は、初期の症状を【違和感の知覚】として捉え、症状が増強しても許容範囲内の中では【疑念の増長】に留まる。しかし、症状の時間が延長し、強度が増すと【超える限界】となる。これらは、身体の中で重大な何かが起こっていると徐々に確信していく〈確信される異変〉となる。そのため、苦痛からの解放を目的に受診行動へと移り、受診後に周囲の状況から身体について【状態の把握】に努めながら、通常とは明らかに違う状況に【緊急の察知】を行いながら、身体についての予測をしていた。徐々に、状況が明らかになると【予測の摺合せ】に至り、初期治療に続いて実施されるPCIによって〈確信される異変〉は、予測を大幅に超える状況に、より深刻な状態である〈直面する危機〉へと移行する。PCIによる再灌流によって、症状が消失すると【危機からの脱却】を実感する。しかし、PCI終了後に入室したCCUでの絶対安静による腰痛や挿入された各種ラインによる苦痛は、身体の回復には必要な治療として【強いられる受容】となる。さらに、危機的な状況は脱しても、AMIに伴う合併症及び未治療な冠状動脈の存在は【懸念の浮上】となり、〈直面する危機〉から危機脱却の実感と疾患及び治療に伴うすっきりとしない感覚が混在する〈曖昧な実感〉へと移行する。治療に伴う制限の解除は、回復へと向かう【戻る感覚】となるが、心機能の低下という医療者からの説明は【維持する身体】として、再発予防や現状維持への準備が必要であるという意識へと繋がる。そして、退院に向けて、自分なりの対策を立てる【復帰への準備】へと至り〈曖昧な実感〉から身体の回復は実感しても、これまでとは違う身体を日常生活で試しながら、慣らしていく〈未知への順応〉へと移行する。

V. 考察

1. 初発心筋梗塞を発症した患者の身体に関する状況認知

初発心筋梗塞を発症した患者の身体に関する状況認知は、その時々で必要な情報を利用し、特徴的なカテゴリーを経ながら、状況把握の程度を徐々に明確としていた。状況認知について杉田³⁾は、心筋梗塞患者の

主観的体験の探求で、突発的な激痛は死を予感させ、助けてほしいという体験を見出している。また、異変が確信される過程においても、北村¹²⁾は、危険を肌で感じて戸惑う体験の中で、身体の異常を感じ、危機感を増大させていたと報告している。本研究でも、胸痛や胸部絞扼感は【違和感の知覚】から【疑念の増長】を経て【超える限界】という症状が増強していく過程で身体の危機感を増幅させていたが、生命の危機までは感じ取れていなかった。同様に、胸部絞扼感は身体の異変を確信する〈確信された異変〉へと繋がる症状としても見出されているが、患者は生命の危機までは感じ取れていなかった。これは、医療機関の受診時には意識があったこと、症状は有っても歩行ができること、症状が多少なりとも治まっていることに依拠していると考えられた。その後、医師からの病状説明により、症状の原因が明らかになることで、初めて生命の危機を感じ取ることができる〈直面する危機〉へ移行すると考えられ、先行研究が示しているよりも遅い時期に生命の危機を認知すると考えられた。

北村¹²⁾は、急性期の主体的体験で、情報や知識を動員して自分の状況を明らかにしようと努める体験を明らかにしている。本研究でも、心筋梗塞患者は【状況の把握】に努めながら、【緊急の察知】を行い【予測の摺合せ】から、予測が大幅に違ったことで、生命の危機を理解しており、本研究の結果を支持している。また、緊急PCIによる症状の消失及び病状説明から、生命の危機から脱したと感じる【危機からの脱却】及び、心筋梗塞の罹患や治療に伴う【懸念の浮上】や【強いられる受容】も先行研究を支持している³⁾⁵⁾。しかし、これらを体験する時期は、CCU入室後の数日経過した後、またはCCU退室後としている先行研究³⁾¹³⁾が多いが、本研究ではPCI終了後の入室翌日から認知していることが多かった。これは、症状から解放されたことで、生命危機の回避と身体の回復を感じていた。一方で、治療後から開始される安静や膀胱留置カテーテル等の提供される医療や言語的コミュニケーションが十分に理解できないことがPCI終了後の早期から【曖昧な実感】へ繋がると考えられた。

制限からの解放は【戻る感覚】となり、先行研究を支持している³⁾⁵⁾。高橋⁵⁾は、心身状態が回復することで心身に関心へ向けるとしている。本研究でも、身体が状況が明らかになると、状況に戸惑いながらも【維持する身体】として、入院前の生活にできる限

り戻したいという考えから【復帰への準備】を行うと考えられた。眞嶋¹⁴⁾は、心筋梗塞患者が、入院直後から自分の身に起こったことについて、意味を見出す間いかけが多く、適応に時間を費やすと報告している。これは、本研究での、以前とは違う身体であるという理解に沿って、日常生活を模索する【未知への順応】へ繋がると考えられた。

心筋梗塞患者は、状況認知から予測を行っていた。池田⁸⁾は、予期について、判断や決定を下す時の要素を状況予期、行為予期、可能予期の3つとしている。心筋梗塞患者における予測は、身体状況が悪化するのか、改善へ向かうのかという状況予期に沿って行われていることが多いと考えられた。さらに、Miller¹¹⁾は、クリティカルケアに入院した患者の希望を促進する方法として、目標達成の予測や身体的な改善の認識などを明らかにしている。これらから、心筋梗塞患者が身体改善の認識や予測が実際の状況と大きく離れているようであれば、正確な状況認知が行えるような支援が必要と考えられた。

心筋梗塞患者は、その時々で予測を行っていたが、予測と実際の状況には差異がある。そのため、この差異を縮める中で、差異に対処する方法が見出せなかったり、対処方法があっても、他者に依存する方法であれば、相容れない認知を混在させるようになる。このことが先行研究で報告されているような様々な病気体験に繋がっていくと考えられた。

2. 状況認知に使用される情報

利用される情報の中で、言語的コミュニケーションと療養環境及び提供される医療にみられるような言語と視覚の情報は、先行研究を支持していた³⁾⁴⁾。さらに、本研究では症状や自己の経験といった知覚情報も利用しながら状況認知を行っていた。北村¹²⁾は、心筋梗塞患者は情報や知識を動員して自分の状況を明らかにしようとしており、周りの状況から自分を重症患者として認識している体験を報告している。本研究でも、当初は生命の危機まで感じていなかった心筋梗塞患者が、提供される医療や療養環境の視覚情報や言語情報から、自分の深刻な状況を徐々に理解するようになっていた。また、朝倉⁴⁾は、心筋梗塞患者は言語的情報を自分のこととして真摯に受け止めることで、身体への注意が促されたとしている。本研究でも患者は医療者より提供される言語的情報から、自分の状況に

ついて解釈を行っていた。しかし、身体への注意を促す情報は言語情報だけではなく、療養環境や提供される医療といった様々な情報の蓄積と分析から、自己の状況についての理解を行うと考えられた。

3. 看護実践への示唆

症状が消失すると、視覚的に捉えることが難しいAMIという病態や治療内容は、患者にとって複雑であるため、一方的な情報提供では十分な理解を得ることは難しく、患者が病状を誤って理解する可能性がある。従って、患者がどのように状況を理解しているのか、どの部分の理解が不十分なのかを確認しながら、情報提供の方法と内容を考慮する必要がある。また、心筋梗塞患者の予測と実際の状況には差異がある。これは、身体活動を行っても、症状は出現せず、麻痺や知覚異常も残存しないことに依拠する。従って、患者の状況認知と実際の身体状況の差異を埋める支援が必要である。

VI. 本研究の限界

1. 本研究の参加者は5名であり、一般化には限界がある。
2. 本研究は比較的軽症の心筋梗塞患者を対象にしている。そのため、重症度による治療の相違や入院期間の幅が、状況認知に影響を与える可能性があるため、重症度の相違による検討が必要である。
3. 身体が安定化し、急性期の体験が薄れる慢性期の中では、身体に関する考えや思いも変化している可能性があるため、退院後における慢性期も検討する必要がある。

VII. 結論

1. 初発心筋梗塞を発症した患者の身体に関する状況認知は、〈確信される異変〉〈直面する危機〉〈曖昧な実感〉〈未知への順応〉という4つのカテゴリーをたどっていた。
2. 心筋梗塞患者は、状況認知から予測を行っていたが、予測と実際の状況には差異があるため、差異を縮めることができることで、状況把握の程度を明確にしていた。
3. 心筋梗塞患者が身体の状況認知に使用する情報

は、症状、自己の経験、言語コミュニケーション、提供される医療、療養環境であった。

文献

- 1) 上塚芳郎, 松田直樹, 小原邦義. 第5章 疾患の理解 急性冠症候群 (ACS) 心筋梗塞 (MI). 吉田俊子編集. 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 成人看護学3 (第13版). 東京: 医学書院; 2010. p.129-140.
- 2) 大島茂. 第3章 どんな疾患があるのか. 急性心筋梗塞. 日野原重明, 井村裕夫編集. 看護のための最新医学講座 (第2版). 東京: 中山書店; 2005. p.191-199.
- 3) 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求—〈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(1): 59-69.
- 4) 旗持智恵子. 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(1): 9-16.
- 5) 高橋奈智, 青木美和, 青山恵, 他. 急性心筋梗塞の発作体験から得られた気づき. 高知女子大学看護学会誌. 2008; 33(1): 107-114.
- 6) 朝倉京子. 心筋梗塞を発症した病者の生きらえた身体体験. 日本看護科学会誌. 1998; 18(3): 10-20.
- 7) Cowie B. The cardiac patient's perception of his heart attack. *Social Science & Medicine*. 1976; 10(2): 87-96.
- 8) 池田健一. 3章 コミュニケーションと状況の再定義・緊急時の情報処理. 東京: 東京大学出版会; 1986. p.91-114.
- 9) 中島義明. 第1章「認知心理学」とは. 情報処理心理学—情報と人間の関わりの認知心理学—. 東京: サイエンス社; 2006. p.1-37.
- 10) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究の誘い. 東京: 弘文堂; 2003.
- 11) Miller JF. Hope-inspiring strategies of the critically ill. *Applied nursing research*. 1989; 2(1): 23-29.
- 12) 北村直子, 佐藤禮子. 心筋梗塞患者の急性期の主体的体験と看護援助に関する研究. 千葉看護学会誌. 2001; 7(1): 74-81.
- 13) 武田真弓, 旗持知恵子, 松下由美子. 経皮的冠動脈インターベンションを受けた心筋梗塞の回復過程における「不確かさ」—フォローアップ心臓カテーテル検査期間に焦点をあてて—. 日本慢性看護学会誌. 2010; 4(2): 33-39.
- 14) 眞嶋朋子, 佐藤禮子. 心筋梗塞患者の看護介入モデルの開発と検証. 東京女子医科大学看護学部紀要. 2000; 3: 1-9.