

報告・資料

苦悩する拡張型心筋症患者の病いの経験の変容プロセス
— Margaret Newman 理論に基づく実践的看護研究 —

五十嵐 涼子*

Transformation process of the experience of illness of dilated
cardiomyopathy patients in distress
—Practical nursing research based on the Margaret Newman's theory—

Ryoko Igarashi

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to clarify the experience of illness of patients with dilated cardiomyopathy who were in distress, and their transformation process through partnership with a nurse, based on the Margaret Newman theory.

Methods: The researcher and participants formed a partnership through discussions. Each participant was interviewed by the researcher at least three times. Data included the participant's narratives and discussions. The contents of the dialogs were transcribed from the interview, and hermeneutical analysis was performed.

Results: A total of 2 participants, who were registered as candidates for heart transplantation were included in the study. The experience of illness of the participants that emerged from the partnership consisted of the 6 phases.

Conclusion: Participants accepted their own destiny in having a disease with a poor prognosis, and they decided to stay connected with their life and live with hope. Participants were able to find a new self and expand their consciousness. For dilated cardiomyopathy patients to expand their consciousness, the presence of a nurse as a partner is very important.

Keywords: dilated cardiomyopathy patient, experience of illness, Margaret Newman's theory, partnership

I. はじめに

拡張型心筋症 (Dilated cardiomyopathy : 以下 DCM と記す) は, 心不全を主徴とする難治性で予後不良な心筋疾患である。死亡原因の約40%が突然死であり (笠貫, 松崎, 2005), 薬物療法や対症療法でも改善が得られない場合には, 心臓移植という治療が必要となる。DCM の経過は, 心臓機能によって異なることから, 病いの経過や予後

を予期することは容易ではない。DCM 患者は, 常に不確かな状況の中で病気と闘って生きており, 症状, 治療, 日常生活の制限による苦痛, 今後の見通しへの不安や葛藤など精神的な苦痛を感じている。特に, 心不全急性増悪を繰り返し, 難治性心不全にある患者は, 予後への不安も強く精神的な負担が大きいことから無力感, うつなどを抱えるものが少なくない (Bosworth, et al.2004; Blinderman, et al.2007; Costello & Boblin,2004;

* 東京医科大学 (Tokyo Medical University)
受領2020.12.30 受理2021.4.2

Falk, et al.2007; Johansson, et al.2006; Friedman & Griffin.2001)。難治性心不全患者を対象とした先行研究では、患者は、病気を受け入れるまで混沌とし苦悩を抱きながらも様々な苦難をなんとか乗り越えようとする姿が報告されている。そこには適切な看護支援が必要であるとされている (Bosworth, et al. 2004; Falk, et al. 2007; Johansson, et al. 2006; 森下ら, 2006; 森下, 2007)。しかし、予後が不確かで精神的な苦悩を経験している DCM 患者の病いの経験のプロセスや看護援助について、十分に明らかにされていない。そのため、DCM 患者がどのような病いの経験をしているのか、どのような看護援助が必要なかを明らかにすることが必要である。病いの経験に応じた看護援助を検討するために病いの経験の変容プロセスを明らかにすることが重要となる。

Newman (1994/1995) は『拡張する意識としての健康』の理論において、人には、どのような困難なときでもその環境の中で“自己を組織する潜在力”が備わっていると述べている。また、人の生涯は、病気であることも病気でないこともその人の生命過程の一部であり、どんなに苦しい病気体験の中でもケアをする人と、される人とのパートナーシップという相互の交流を通して、その苦しい体験から両者が新しい意味を見出し、それぞれが今までの自己を越えて拡張し続けていくことができると述べている。すなわち、この過程は患者がこれまでの病いや自己のありようを表出し、それに意味づけをしていく事で患者自身が思考を変容させ、拡張させていく事ができるプロセスそのものなのであると考える。Newman 理論に基づいた先行研究の対象者は、がん患者がほとんどである。遠藤 (2001) は、看護支援として卵巣がんの女性患者がパターンを認識する過程をともに辿り、その過程の変化を探求している。参加者の大半は、自分の価値観を見出し、心のやすらぎを感じるようになったと述べている。高木 (2005) は、

参加者は、新しい生き方の模索を始め、がんの体験も含めて自己の人生を受け入れ、喜びを表現し、人間として成長・成熟をしたと述べている。このように、がんに罹患し窮地に陥った患者は、がんを得た現実の中で新しい生き方を見出していった。先行研究の知見から窮地に陥っている DCM 患者においても Newman 理論を適用することができるのではないかと考えた。研究者は、DCM 患者が窮地に陥って混乱し、苦悩している時にこそ、Newman 理論に基づく、パートナーシップを組み、対話を重ねていくことで、DCM 患者の混乱や苦悩を自身の力で乗り越える手助けをすることができ、DCM 患者の自己のありようを認識するプロセスこそが患者の病いの経験となって表出される。また、DCM 患者の病いの経験を知ることができると考えた。そこで、本研究では Margaret Newman 理論を理論的枠組みとし、苦悩する DCM 患者とのパートナーシップにより、患者の病いの経験とその変容プロセスを明らかにすることを目的に研究を行った。

Ⅱ. 理論的枠組み

本研究の理論的枠組みは、Margaret Newman の「拡張する意識としての健康の理論」である。この理論は、人間は部分に分割できない全体的存在であり、環境も切り離すことができないという全体性のパラダイムに準拠している。この全体性の特質をパターンという。パターンとは、その人と環境との全ての関係性の意味を即座に表す情報である。それ故に、この情報は、人間と環境との相互作用の過程を通して、その人の全体のありようを描き出すものである。

Newman は、人は窮地に陥りこれまでの信念や生き方のルールが通用しなくなったとき、自分と環境との相互作用のありよう、すなわち自分のパ

ターンを認識することができれば、そこから洞察を得て、自らの力でこれからの新しい生き方のルールを見出し、これまでの自分を越えた成長を遂げていくと述べている。Newman 理論に基づく看護師の役割は、患者が窮地に陥っているとき、患者のパートナーとなって患者が自分のありようを認識できるように、対話を通して、患者が自身のありように気づき、意味を見出し、その意味することから洞察を得て、今までの自分を越えて成長を遂げていけるプロセスに十分に寄り添うことであると述べている。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究のデザインは、Newman (1994/1995)の『拡張する意識としての健康』の理論を理論的枠組みとし、理論と看護実践と研究を結びつけた実践的看護研究である。研究者と研究協力者はパートナーであり、対話を通して両者の視点からの解釈や理解をし、対話を重ねていき、変容する過程が重要であることからこのデザインを用いた。

2. 用語の定義

1) 病い

Newman 理論に基づき、「病い」を「心身が不調な状態であること。そのことから人が苦痛や不快を感じ混沌とした状態に陥ってしまうこと」と定義する。

2) 経験

DCM 患者が研究者とのパートナーシップを通して患者自身が思考を変容させ、拡張させていくことができるプロセスと定義する。

3) パターンを認識する

Newman 理論の「パターン認識」と同じものと捉え、「これまでの人生、生活、自分自身を振り返ることで、これまで生きてきた人生、生活、自分

自身のありようを理解すること」と定義する。

4) パートナーシップ

Newman の研究ガイドラインに基づき研究者と研究協力者がパートナーを組み、研究協力者は自己を語り、研究者は、研究協力者の語りを誠実に傾聴し、受止める。そのような関係性の中で、研究者が研究協力者とともに研究協力者の自己の軌跡をなぞり、自己のありようを知り、新たな洞察を得られるように寄り添うことと定義する。

3. 研究協力者

DCM と診断された、20歳以上の成人患者。ニューヨーク心臓協会 (New York Heart Association: NYHA 以下 NYHA と記す) の心機能分類Ⅲ以上で、循環器内科病棟に入院しており、病いに対して不安や葛藤を抱いているものとした。

4. 研究協力者の選定

研究者は、研究主旨を了承した病棟主任看護師、主治医から以下の条件に合う患者の紹介を依頼した。

- 1) 循環器病棟に入院中で病状、治療、予後について不安や苦悩を抱えている患者。
- 2) 主治医から30分程度の面接や対話により身体的な影響を及ぼさないと判断された患者。
- 3) 研究の趣旨について理解し、研究協力の同意を書面で得られた患者。

5. データ収集期間

データ収集期間は平成23年5月から平成24年10月である。

6. データ収集方法

データ収集は先進的医療を行なっている一大学病院で行なった。Newman 理論 (1994/1995) に基づいた研究ガイドラインをもとに、対話を重視した面接を行った。過程は次の通りであった。

第1段階：最初に、研究協力者と研究者がパートナーを組み研究過程をたどることについて納得し合った。研究者は、研究協力者が話しやすくなるために診断時期や、診断時の気持ちについて尋ね、対話を重視した面接を行なった。その後、研究者は傾聴者となり、研究協力者に話したいことを自由に話してもらった。第2段階：研究者は傾聴者となり、研究協力者に自身の人生の中で最も意味のある人々や出来事について自由に話してもらった。第3段階：研究者が対話したデータをもとに意味ある人々と出来事を経時的な図に書き換えたものを両方で分かち合いながら、確認や修正をし、研究協力者が自分のありように気づきを得られるよう対話をした。第4段階：対話データをもとに、研究協力者がパターン認識をし、それに伴って、生じる洞察を得られるように、研究者は心がけて対話を行なった。

面接回数は3回以上とし研究者と研究協力者がパートナーシップを組み対話を重ねていった。1回の面接時間は30分間とした。

データ収集は、研究協力者に対して研究者として行った。

7. データ分析方法

データは、患者の病いの経験に焦点をあて以下のように分析をした。

1) 面接内容を逐語録に起こし、研究協力者の人生の時間軸に沿って、これまでの人生における重要で意味がある人々や出来事について意味がある文脈を抽出し、意味を壊さないように短い文で表現した。2) 次に1)の中から、研究協力者が自己のありようやこれまで生きてきたことの意味を認識した経験を抽出し、経時的に構成し、個人の文脈に沿って経験の意味を解釈した。また、苦難や不安などに関する語りの内容を経験全体との関連で意味を解釈し、それを表すネーミングをした。3) 研究協力者の語りに現れた経験などのエピソード

を面接ごとに表にした。4) 語りの内容は時系列ごとにまとめた図として示した。5) 図は研究協力者にフィードバックし、解釈の内容確認を行ない必要時、修正した。6) 病いの経験の認識過程を局面として捉え、そのありようを図にした。7) 研究協力者の病いの経験を見比べ、類似性や相違性を捉え、共通した局面を抽出した。

8. 妥当性と信頼性の確保

収集されたデータの妥当性を保つために、研究協力者に対して、まとめた図など分析結果を提示し、研究者が研究協力者の語った意味をそこなく理解しているか確認をした。分析結果の信頼性は、分析プロセスの中で研究者が抽出した意味内容を、質的研究・解釈学的分析に精通する専門家にスーパーバイズを受け、分析の一貫性や分析内容の意味の矛盾がないかどうか査定をうけながら、研究をすすめた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、筆者在学していた大学の倫理審査委員会の承認を得た(承認番号2185)。当該倫理審査委員会は研究協力施設である大学病院での研究倫理審査を兼ねていた。研究協力者の選定は、病状的に負荷にならないと医師によって判断された者とした。研究協力者に対して、文書と口頭で研究目的・方法を説明した。研究協力は、自由意思に基づくものであり、研究同意後でも撤回ができ不利益性がないこと、個人情報保護について説明をし、文書による同意を得た。面接で、話したくないことは話さなくとも良いこと、面接の途中での中断、面接中に気分や体調が悪くなった場合の面接中止、それらによって不利益が生じないことを保証した。1回の面接時間は30分とし、面接中は研究協力者の負担の有無について常に配慮し、体調や表情を観察しながら行った。場所は研

研究協力者の体調と希望を考慮し、研究協力者の病室、病棟面談室または個室で行った。面接は、研究協力者の身体状態に応じてベッド臥床、車椅子など身体的苦痛を生じないように安楽な体位保持に配慮しながら行った。また、研究協力者の体調変化が生じた場合には直ちに医師、看護師に連絡をし、迅速に対処できる体制を整えた。

V. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者は2名、NYHA分類はNYHA IV、心臓移植登録をしていた。

2. 研究者と研究協力者とのパートナーシップのプロセスの中で開示した研究協力者の病いの経験の局面

研究協力者が、自分のありようを開示しながら自分自身を認識し、自己の再構築をおこなっていった過程から病いの経験の変容の6つの局面が現れた。研究協力者に共通した病いの局面は、「局面1：病気の衝撃、療養生活の振り返り」、「局面2：これまでの人生における自己の振り返り」、「局面3：先が見えない困難な状況への混乱」、「局面4：自己洞察」、「局面5：生きたいという自分の本心への気づき」、「局面6：生きる覚悟と悟り」であった。

1) 局面1：病気の衝撃、療養生活の振り返り

研究協力者は、病気の受容、症状出現、治療についての不安と苦痛、治療選択の迷いと不安、生命の危機的状態に陥るほどの病態の重症化などから生じる精神的苦痛や苦悩を開示していった。

2) 局面2：これまでの人生における自己の振り返り

研究協力者のこれまでの自分の人生と病気である自分自身を重ね合わせて自分のありようを開示していった。また、いろいろな経験や思いをしながら人生を辿ってきた研究者協力者のありようが

浮かび上がった。

3) 局面3：先が見えない困難な状況への混乱

研究協力者が自分の人生や病気の見通し、治療、予後などの先が見えないことへの葛藤と不安を開示し、混乱した思いや精神的な苦悩を表出していった。

4) 局面4：自己洞察

研究協力者がこれまでの人生と療養生活における自分のありようを開示しパターン認識し、整理がつかない自分の気持ちを表出していったことで、自分自身の内なる思いへと自己洞察を深めていった。

5) 局面5：“生きたい”という自分の本心への気づき

研究協力者が命をつなげながら生きることに對して、苦悩する思いを抱えながら、自分が生きるためには、どうしたら良いのかという思いに駆られていき、今までの自分を解き放ち、新しい生き方の方向性を模索し始めていった。

6) 局面6：生きる覚悟と悟り

研究協力者が、何度も同じことを語りながら、これまでの自分のありようから解き放たれていった。そして、現実の中で自分に適した新しい生き方を見出し、意識の拡張に至っていった。

3. 研究協力者の成長過程と意識の拡張における病いの経験の局面

研究協力者が自己のありようを認識する過程やこれまでの病いの経験に意味を見出し、意識の拡張や人間として成長を遂げるまでの変化を述べる。

1) A氏(40代、男性、療養期間6年、NYHA分類Ⅳ)

A氏は、心不全が悪化し専門的な治療をうける目的でH病院からドクターヘリでB大学病院に転院し心臓疾患集中治療室(Coronary Care Unit：以下CCUと示す)に入室となった。B大学病院に転院してきてから徐々に心不全症状が改善

し、症状に伴う身体的苦痛も徐々に緩和傾向にあったが、これからの治療の先行きが見えないことに不安を募らせていた。そのため、A氏にパートナーシップを申し出てパートナーシップを組んだ。面接回数は4回であった。

研究者は、1回目の面接で病気を診断された時の気持ちやこれまでの療養についてお聞かせ下さいと問いかけ、傾聴した。A氏は、「**拡張型心筋症**と言われてもピンとこなかったんですよ。大変な病気なのかなあと調べてみました。いきなり、目に飛び込んできたのは、5年後の生存率50パーセントと書いてあって、あれ、嘘だろうと思いました。」と堰を切ったように診断を受けた時の衝撃を語り始めた。また、心不全症状が出現し、何度も入退院を繰り返してきたこと、入院中に心肺停止となりCCUに入室し、6ヶ月間にわたり鎮静剤投与下で人工呼吸器を装着していた時期のことを、「**しっかり寝ていると溺れたように息ができなくなって、病気をしてから4回目の入院で、心肺停止になったんですよ。その時は電気ショック3回で蘇生して、2回目、また心肺停止になって、その時、もう早くしないとまずいからということで、呼吸器をいれて、ずっと集中治療室で、6ヶ月間、ずっと寝ているというか。誰もがこのまま、衰弱して行って駄目じゃないかって、骨と皮だけで。6ヶ月もの間の記憶って全くないんですよ。**」と切々と語った。それは、衰弱し生死を彷徨っていた経験そのものであった。「**目が覚めて、何もできない状態、最初は、しゃべることもできなかった。体が固まっちゃっていて、手を顔につけることもできなかった。その時からリハビリが始まって、辛かった。**」と重症化した身体の苦痛と辛さを振り返り吐露した(局面1)。

研究者は、これまでの人生において意味ある出来事や人々についてお聞かせ下さいと対話できるよう問いかけた。A氏は、これまでの人生を振り返るなかで、「**おやじがね、仕事柄ね、お盆、正月**

しか帰ってこなかった。小さい頃、寂しい思いっていうかね。」と幼少期の父親への思いを語った。そして、「**すごいやんちゃだったんですよ。すごく困らして、高校卒業するまで、やんちゃしてて、俺がわがまま言ったり、警察の厄介になったり、学校へ親が呼ばれたり、その度に、お袋に悲しい思いをさせてきて。」**と高校までのことを振り返り、成長してからの母親への思いを語った。また、「**子供の前でも平気で喧嘩するんですよ。それを見て、子供は育ちますから、おやじとしての立場もなくなってくるじゃないですか。夫婦の会話がなくても子供がいるから、いやいや家庭を守っていく感じで、そんな時、今の女房と会って。」**と前妻との夫婦関係が破綻していたことや現在の妻との出会いを語り、これまでの人生における自己を振り返った(局面2)。2回目の面接のはじめに、A氏の療養での経験や意味深い出来事、人についてまとめた図を見せながらフィードバックし、対話をしていった。A氏は、「**もう苦しくて、苦しくて、ロープでもあればひっかけて、首吊るような勢いで、もう生きていたくないという感じです。やっぱ、先が見えないのがね。先生方に任せるしかないし、どうあがいてもしょうがないと思っている。完治される方法は、もう移植以外はないって。」**と現在の身体的な苦痛と生きていくことの辛さ、これからの治療についてなど先の見えない状況への不安と苦悩を表出した(局面3)。A氏は、局面2、局面3からパターン認識に至っていき、自己の内面に深く入り込み、「**若い時のつけ、やんちゃしてた頃のつけが、今、きてるって。神様は見てんのかなあって、物凄く、考えました。」**と自分のありようを開示し、「**結局は自分1人で生きている訳ではないしね、人に支えられているっていうのが、凄く、今、自分なりに反省しているっていうか、今まで生きてきた中でね。この病気になって、それをヒシヒシと感じている。」**と自身の内なる思いへと自己洞察を深めていった(局面

4)。研究者は、A氏が自己洞察を深め自分の心の内を表出できるよう心がけ対話を行い、傾聴した。A氏は、自己洞察を得て、「もう、何しても苦しかった。辛かった。最初はこのまま諦めてくたばっちゃえばいいと思っていた。先生が人工心臓の説明と移植の説明をしてくれた時には、これで、楽になれんのかなあ、もしかしたら助かるのかなあって、涙が出てきて。もうちょい頑張ろうかなあと思って。」と身体的苦痛は著明ではあるが、それでも生きたいという本心に気づいていった(局面5)。そして、研究者は、A氏が自分の本心と向き合い、今の自分にあった生き方を見つけられるように対話をしていった。A氏は、「病気に負けてないで、自分がそういう気持ちを望むならば、できるようになる可能性はかなり高いと思うんだよね。諦めたらそれで終わりだし。焦ってもしようがないことだから、もう、頑張るしかないから。」と心臓移植を待ちながら生きる覚悟と悟りの境地を熱く語り、「この病気にかかっていなかったら前みたくダラダラして一生、終わっていたのかなあって考えるんです。病気をしたから、がらりと変わった部分がある。色々と人の気持ちも分かるし、なんか、人間的に大人になったっていうかね、少し前進したかなあって、自分なりですがね。」と人間としての成長や生き方への意識の拡張を遂げていった(局面6)。

研究者は、A氏が今までの自分を越え、新しい生き方のルールを見出していく意識の拡張がみられたことからパートナーシップを終了した。

2) B氏(40代, 女性, 療養期間10年, NYAH分類Ⅳ)

B氏は、家族性のDCMによる心不全急性増悪のため3回目の入院生活を送っていた。入院7日目の朝食後、歯磨きをしている最中に心室細動が出現し、心肺停止となった。蘇生処置後、CCU入室し気管内挿管が施され人工呼吸器装着など

生命を維持する処置、治療を受けた。治療をしていく過程で、生命の危機的状況を脱し、病状が安定したため循環器病棟へ転出した。しかし、転出後も心機能低下や心室性期外収縮が多発し、息苦しさや胸部不快感を自覚していた。医師診療記録に、「死につながる重篤な病気をもつ覚悟ができていない」「死、症状への不安がある」とB氏の言動が記載されていた。研究者は、診療記録からB氏は混乱した状態に陥っているためB氏の現状に寄り添いながらケアをする者が必要であると思いい、パートナーシップを申し出た。B氏は、「私は、これからどうなるのか解りませんが、宜しく願います。」と快くパートナーシップに同意をしてくれたB氏は病状への不安と死に対する恐怖に苛まれ混沌とし、苦悩していたことから自己のありようを認識していく過程がゆっくりであったため面接回数が8回と多くなった。

初回面接では、研究者はB氏と関係性が構築されていないこともあり、病気を診断された時の気持ちやこれまでの療養についてお聞かせ下さいと問いかけ、傾聴した。B氏は、初めて入院したときの動揺、それも結婚したばかりだったため、不安が大きかったことを語った。3回目の入院で、突然、心肺停止になったときの状況を「目の前が完全に暗黒になって、真っ白に、それが暗黒になる感じで」と、凄まじい衝撃的な経験を振り返った。その後、「CCUで目覚めた直後は凄く、絶望的というか、そういう感じだったんです。」と病気の衝撃を語った。また、「凄く、苦しいし、呼吸も苦しいけど、自分がこうなったという、“どういう状況にいるのかという段々わかっていく作業も苦しかったです”。」とこれまでの療養生活を振り返った(局面1)。研究者は、これまでの人生において意味ある出来事や人々についてお聞かせ下さいとB氏が自由に話せ対話できるよう問いかけた。B氏は、「今まで、全く不自由なく、凄く順調にこれていたように思います。何不自由ない生活

を送ってきました。何でも、人にお願ひしちゃって、ちょっと依存心が強い、幼い頃から強かったように思います。」と、これまでの人生における自己を振り返った(局面2)。2回目の面接開始前に、B氏の療養での経験や意味深い出来事、人についてまとめた図を見せフィードバックし、対話をしていた。B氏は、「一回、心臓が止まって、凄く弱かったのに、また動き出してきて、だけど、自分が苦しいから、じゃー取り替えましょうというのがいいのかどうか、すごく悩んでいるんです。最終的には移植を希望しますっていうそういう“生きるとは”みたいな葛藤が。自分の意思として、“この心臓が、止まったら、もう死にますという気持ちになれないんです”。まだ。」「生きるということに、まだ、未練というか、執着というか、凄く、欲が湧いて。自分で、生きるということに執着していると思うんです。自分に、自己嫌悪じゃないんですけども、なんだろう。」と混乱に陥っていた(局面3)。B氏は、局面2、局面3とパターン認識に至っていった。その後、研究者は、B氏が自分を語ることを通して自分のパターンに気づき、そのパターンに意味を見出し、また苦しい思いを表出できるように対話をしていた。B氏は、「苦しいときは、本当に、本当に、本当に、苦しかった“死んじゃう”と、ずっと思っていたので、自分がそんなに生命力があるとは思わなかった。今も、今後、どうなるか解らないのですが、心臓がまたいつものように動いてくれた、ちょっとだけでも動いているのは、もっと苦労しろというか、そういうことかなあとも思うんです。」「生き急いでいたわけではないんですけども、どうしても答えを見つけたかったんです。けど、今、そういうことより、まず目の前にあることを受け入れて、やれることをという思いが強くなりました。」という自己洞察の局面をむかえていった(局面4)。そのような自己洞察を受けて、生への気づきの局面をむかえた。研究者は、B氏

が自己洞察を深め今の自分を受容し、自分の思い、気持ちを全て表出できるように対話を進めていった。B氏は、「治りはしない病気なんですけれども、もしかしたら『元気になれる方法が一個だけありますよ』って言われたら、やっぱりどんなに希望が薄くってもそれを、その選択肢を取りたいなあと思います。臓器移植を。」と、生きたいという自分の本心の気づきを熱い思いを込めて語り(局面5)、生きる覚悟と悟りの境地に至っていった。研究者はB氏の思いを受け止め、B氏が肉体的にどのような状況であっても新しい生き方のルールを見出し、一歩踏み出して意識が拡張していけるように対話をしていた。B氏は「こうなったからには今後は、新しい今後は考えなくちゃいけないあつて思いますね。心臓が止まって倒れて、でも助けて頂いて。その後も、凄く苦しうって、今後ももっと苦しいかもしれない。けれども、それは多分、考えながら乗り越えるための、与えられた1つのチャンス。ギフトかなあと思いますね。いっぱい悩んで、いっぱい苦労して、それでも今を乗り越えたいなあと思いますね。」という生きる覚悟が語られ、「自分の生き方みたいなものは、もう少し、周りの人にとっても意味のある生き方でなくてはいけないあつていう、ちょっと人とは違った経験をしたことによって、無意味に生きちゃいけないって思います。」「ハンディはハンディとしてそれは受け入れて、病気と一緒に生きていきたい。」という生きることへの悟りを得て、意識の拡張を遂げていった(局面6)。

研究者は、B氏の変化を目の当たりにした。B氏が新しい考えのもと自身に適した新しい生き方を覚悟していったことからパートナーシップを終了した。(表1)、(図1)

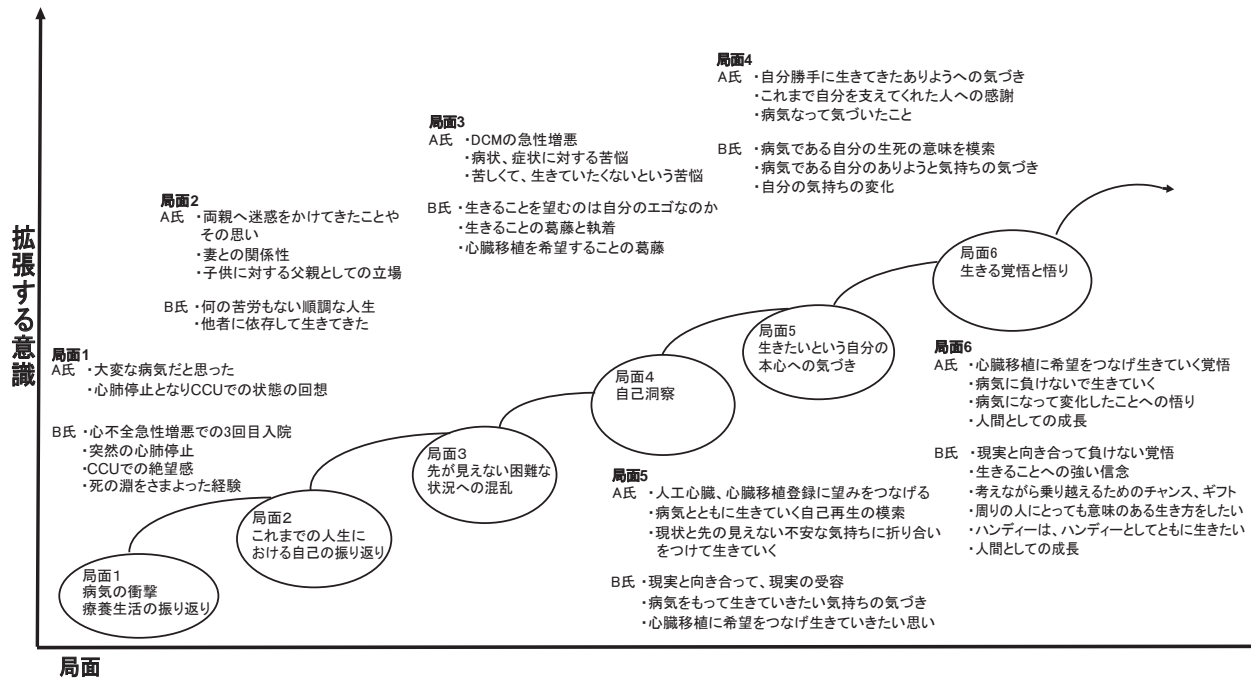


図1. 病いの経験の局面図

表1. 局面に応じた研究者のかかわり

研究者のかかわり	局面1	局面2	局面3	局面4	局面5	局面6
・患者の思い、感情が言語化できるように促す	→	→	→	→	→	→
・患者の苦悩、不安を押し量り問いかける	→	→	→	→	→	→
・看護師が患者のありのままを受け入れ、語りを傾聴、共有、共感する	→	→	→	→	→	→
・患者の思いが表出されるまで待つ	→	→	→	→	→	→
・語ったことに対し看護師が感じたこと、思ったことを伝える	→	→	→	→	→	→
・看護師は患者に寄り添っている存在であることを示す	→	→	→	→	→	→
・自分のありようを開示し、パターン認識できるように促す		→	→	→	→	→
・患者が必要としている情報、知識を提供し、その理解を助ける		→	→	→	→	→
・図を作成し、フィードバックしていく			→			
・患者の肯定的な変化を伝え、自己への気づきと自己再生を促す				→	→	
・患者の自己成長を支え、見守る					→	→
・新しい意識の拡張ができるよう促し、それを支える						→

Ⅵ. 考察

本研究は、Newman が提唱する研究ガイドラインを活用した実践的研究である。研究協力者がパターン認識、洞察、意識の変化をしていくプロセスと病いの経験の観点から Newman 理論を踏まえて考察をする。

1. Margaret Newman 理論の視点でのパターン認識と DCM 患者の変化

研究協力者は、DCM に罹患したこと、病態や症状の重症化に伴う身体的苦痛や治療、病気の見通し、予後などの不安、恐怖感から精神的苦悩が生じ、窮地に陥って混乱していた。A 氏の「もう生きたくない」、「どうあがいてもしょうがない」、B 氏の「もう、死にますという気持ちになれない」という語りは、心肺停止を経験し、生命の危機的状态に陥ったことで、死と常に隣合わせにあることに絶望を感じ混沌とし、それでも死ぬことを受け入れられない、どうすることもできない苦悩が浮き彫りになっていると考える。

研究協力者は、自身の苦悩に寄り添って向き合ってくれるパートナーとしての研究者を得て、対話を繰り返していくことで、これまでの人生や療養生活を振り返り、再確認をしていった。そして、これまでの人生や療養生活の経験に意味づけをしていき、自分の内面に深く入り込んで、自己洞察をしていった。自己洞察をすることで苦悩、不安、恐怖感を直視し、どうすることもできない自分の思いを言葉にすることができた。A 氏の「何しても苦しかった。辛かった。最初はこのまま諦めてくたばっちゃえばいいと思っていた。」、B 氏の「本当に、苦しかった“死んじゃう”と、ずっと思っていた。」という語りは、予後や人生をあきらめて生きるしかないことへの不安や恐怖感を研究者との対話において素直な言葉で表出し、自己洞察に至っていくきっかけとなったといえる。

Newman は、苦しい体験の中で「自分を語ることで、これまでの人生や自分のありように気づき、これまでの古いルールから自らを解き放ち、新しいルールを見出していくことができる」。また、パターン認識は、「人間の進化における転換点」であり、洞察は「飛躍的な変容を遂げるために必要な要素」と述べている。すなわち、研究協力者は、身体的・精神的な苦痛の過酷な状況下で、療養生活を語ることでこれまでの人生や自分のありように気づき、それらに意味を見出し、パターン認識の過程を辿り、病いの経験の局面が浮き彫りとなって現れ、病いの経験に意味づけをしていったと考える。そして、これからの人生のあり方や病いとともに生きることへの意識の変化を遂げていったといえる。

A 氏の「もしかしたら助かるのかなあ」、「もうちょい頑張ろうかなあ」、B 氏の「どんなに希望が薄くってもそれを、その選択肢を取りたい」という語りは、病いの経験に意味づけをし、生きることへの意識の変化を遂げていった過程が凝縮していると解釈できる。つまり、現実の自分に適した新しい生き方で、病気とともにどう生きていくのかを選択することが、今までの自分を超越し、変容を遂げる転換点となり意識の拡張につながっていったと考える。A 氏、B 氏は死ぬかも知れないという生命の危機的状态に陥り、それを乗り越えた経験がある。Newman は、「生命を脅かすような疾病や破壊的な出来事の経験は、超越につながり、意識の進化の転換点となりうる」と述べている。ことから、その経験は、A 氏、B 氏にとって人生の大きな転換点となり、意識の拡張に至っていく局面を迎えていったといえる。この知見は、先行きが不確かな状況の中で苦悩する癌患者を対象者とした先行研究(遠藤, 2001, 高木, 2005)と同様に、Newman 理論に導かれた実践であることを意味しているといえる。しかし、DCM 患者の特徴は、病状の急性増悪、心肺停止と繰り返さ

れる生命の危機を経験し、常に死を意識せざるをえない1分先も見えない状況に苦悩し、身を置いて生きていることである。その特徴は、がん患者の先が見ない状況とは異なると考える。

研究協力者は、意識が拡張していくことによって、身体は病いにより以前のような身体ではなく変わってしまったが、自分という人間の本质は何も変わっておらず、自分そのものであることに気づいていった。その気づきから“生きたい”という本心が素直に沸きあがり、不確実で先のみえない過酷な状況であっても心臓移植に希望をつながながら強い気持ちをもって生きる覚悟をしていったと考える。そして、どんな状況であっても自身で生き方を決断し選びとっていくしかないという悟りの境地に至っていったといえる。A氏の「病気に負けてないで」、「諦めたらそれで終わりだ」、B氏の「乗り越えるための、与えられた1つのチャンス。ギフト」、「ハンディとしてそれは受け入れて、病気と一緒に生きていきたい」という語りは、生きる覚悟と悟りへの意識の拡張そのものである。つまり、DCM患者にとって意識が拡張することは、難治性で予後不良な病気である自分の運命を受け入れながら、命をつなげることに希望をもって、自分の価値観で自分らしく生きることの術を見出し病いととも生き抜く新しい人生の一步を踏み出すための指針であると考えられる。

2. DCM患者の変容プロセスと意識の拡張を支える看護援助

1) 看護者と患者がパートナーシップを組む時期の見極め

心不全急性増悪によるさまざまな身体的な症状や苦痛、身体的機能低下は患者に精神的な不安定さを生じさせ、精神的な混乱を招くとしている(Blinderman et al, 2007, Steptoe 2000)。そのため患者は病状が不安定な時期や心不全症状などの身体的苦痛があるときは、自分の思いや不安、苦

悩を語り、自分のありようを開示し、それを認識していくことは困難であるといえる。看護者はパートナーシップを申し出る時期を慎重に見極めながら、混乱と不確実な中にある患者に意図的に寄り添い、パートナーシップを築いていくことが重要となる。DCM患者と看護者がパートナーシップを組む時期は、心不全急性増悪から脱し、心不全状態が改善の兆しがみえ、身体的苦痛が緩和された頃が適切であると考えられる。

2) 常に死を覚悟せざる負えない DCM 患者の苦悩と自己洞察に寄り添う対話

DCM患者は、1分先の命もどうなるのか全く予測がつかない不確かな状況に身を置き、死を意識し、苦悩している。看護者は、患者が直面している死を意識せざるをえない思い、不安、苦悩などを表出し、十分に吐露できるように、対話を進めていくことが重要である。看護者は、常に死を意識して生きている DCM 患者の特徴を踏まえて、患者に寄り添っていくこと、また、患者が陥っている苦悩、不安など混乱をもたらしている現実を押し量り、患者をありのままを受け入れ、患者の感情や思考を理解していこうとする関わりをもっていくことが重要である。それによって、患者は自分の思い、感情、苦悩などを自分の言葉で自由に語ることができ、自分でもどうすることもできない混乱や鬱々していたものを吐き出し、徐々に気持ちを整理していけると考える。看護者は、患者が語ったことを自分の解釈を入れずに、看護者自身が感じたこと、思ったことを患者に伝えていくことが重要である。看護者が患者にフィードバックしていくことは、看護者は、患者の感情や思考を理解し、共有しながら患者とともにあり寄り添っている存在であることが患者に伝わり、相互作用を深めていくことができる。そのような関わりは、患者にとって不安、苦悩、自分のありようを語りやすい状況を生み出し、自己を客観的に見つめることができ、自己洞察を得ていけると考

える。そして、看護者は、患者が自己洞察を深め、これまでの自分を解き放ち、現状に適した生き方を得ていけるように心がけて対話をすすめていくことが重要である。

3) DCM 患者が死を意識しながらも自分らしく生きることを表明できるように意識の拡張を支える対話

DCM 患者は、DCM という予後不良な難治性の病いであること、心肺停止に陥った経験から死と向き合うことになったことで窮地の状態にあった。しかし、患者は看護者と対話を重ねていくことでパターン認識する過程で、病いの経験や病いととも生きることに自己洞察や意味を見出し、自分らしく生きる生き方を見つけていった。

Newman (1994/1995) は「人間には自己再組織をする潜在的な能力がある」と述べている。看護者は、患者の自己を再生させようとする自分の力への気づきと自己を立て直していこうとする思いが前進できるように問いかけ、患者の自己再生能力、前向きな姿を支えることが必要である。そして、患者自身が自分の変化に気づけるよう、さらに患者の肯定的な変化を引き出せるよう、看護者は患者に変化を肯定的に伝え、変化を賞賛し、支えながら対話をすすめていくことが重要である。対話を通して、患者は、自分の変化に気づき、その変化を言葉にして表出することで、自分が生きていくうえで最も大切なことに気づき、自分に適した自分なりの新しい生き方を見出していくことができると考える。看護者は、患者が見出した新しい生き方を支えながら対話を進めていくことで患者は、現在や未来に向けて自分に適した生き方を具体的に言葉で表出することができ、人として成長し、意識の拡張に至っていくと考える。看護者は、患者が自の力で窮地を乗り越え、DCM となったことを不幸ととらえるのではない自己の建て直しを信じて意識の拡張を支えていくことが重要であるといえる。

VII. 看護への示唆と今後の課題

Newman 理論に基づくパートナーシップは、病状の悪化、治療選択や予後への不安、葛藤など窮地に陥って混乱している DCM 患者に対して、有効であることが示された。看護者が対話を通して寄り添うことで、患者が自分の人生や病いの経験に意味を見出すことができ、患者が自らの力で自己を再生していこうとすることにつながる。本研究の知見は、看護援助として活用性が期待でき、DCM 患者への具体的なケアとして看護に苦慮する臨床看護師への一助となるであろう。Newman 理論に基づくパートナーシップは、臨床看護師が患者の病いの経験を理解することが重要であり、その経験を意識しながら、患者に寄り添い対話をしていくことで、窮地に陥っている患者の苦悩を緩和する意味を持つことが示唆された。今後は、看護者と患者がパートナーシップを組んで対話をしていくという実践を積み重ね、質的に分析することで、本研究のさらなる発展を図りたいと考えている。また、看護実践への実現化ができるように研究に取り組んでいくことが重要な今後の課題であると考えている。

VIII. 引用文献

- Blinderman, C.D., Homel, P., Andrew, J. (2007) Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Congestive Heart Failure, *Journal of Pain Symptom Manage*, 35(6), 594-603.
- Bosworth, H.B., Steinhauser, K.E., Orr, A. (2004) Congestive heart failure patients perceptions of quality of life; the integration of physical and psychosocial factors, *Aging and Mental Health*, 8(1), 83-91.
- Costello, J. A., Boblin, S. (2004) What is the experience of men and woman with congestive

- heart failure, Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, 14(3), 9-20.
- 遠藤美恵子(2001) 希望としてのがん看護マーガレット・ニューマン“健康の理論”がひらめくもの(第1版), 医学書院, 東京.
- Falk, S., Wahn, A. K., Lidell, E. (2007) Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure A qualitative study, European Journal of Cardiovascular Nursing, 6(3), 192-199.
- Friedman, M. M., Griffin, J. A. (2001) Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure, Heart Lung, 30(2), 98-104.
- 笠貫宏, 松崎益徳 (2005) 心不全と不整脈:慢性心不全の生命予後改善のために, 8-102, 南江堂, 東京.
- Johansson, P., Dahistrom,U., Brostrom, A. (2006) Factors and interventions influencing health related quality of life in patients with heart failure : A review of the literature, European Journal of Cardiovascular Nursing5, 5-15.
- 森下晶子, 津田紀子, 石川雄一, 他 (2006) 心筋症患者のパワーレスネスに関する検討, 日本看護科学会誌, 26(1), 23-33.
- 森下晶子 (2007) 心筋症患者の日常生活上の困難に対するコーピング, 日本看護研究会誌, 30(1), 49-57.
- Newman, M. (1994) / 手島恵訳 (1995) マーガレット・ニューマン看護論 拡張する意識としての健康(第2版), 医学書院, 東京.
- Steptoe, A., Mohabir, A., Mahon, N. G., Mckenna, W. J. (2000) : Health related quality of life and psychological wellbeing in patients with dilated cardiomyopathy, Heart 83(6), 645-650.
- 高木真理, 遠藤美恵子 (2005) 老年期がん患者と看護師とのケアリングパートナーシップの過程—Margaret Newman の理論に基づいた実践的看護研究, 日本がん看護学会誌, I (2), 59-67.

