

原 著

入退院を繰り返す慢性心不全患者の 病状増悪の体験とその意味

——心不全増悪への対応策と新たな自己価値を A 氏自らの生活へと編み込むプロセス——

服 部 容 子・前 川 幸 子

The Experience of a Patient Repeatedly Hospitalized for Aggravating Condition of Chronic Heart Failure and its Meaning ——Patient A's Process of Working out Measures to Deal with Chronic Heart Failure and Bring New Self-Worth into His Life——

HATTORI Yoko and MAEKAWA Yukiko

Abstract : To improve the health management of patients who are repeatedly hospitalized for aggravating condition of chronic heart failure, nurses must understand patients' individual methods for maintaining their own health and the tendency for the condition to become aggravated. The purpose of this research was to focus on Patient A, who had been repeatedly hospitalized for chronic heart failure, and on Patient A's experience and response to his aggravating condition, to structure the mechanisms of that experience.

A semi-structured interview was used to collect data for qualitative research based on methods developed by Giorgi. From the results, 18 central meanings and the three following common meanings were extracted : being constantly beset by fatigue ; inescapably aggravating heart failure ; and coping measures worked out from experience. Patient A experienced many kinds of fatigue, and experienced various emotions while working out methods for "excreting fluids from the body" and "for adjusting his activity". Also, Patient A came to terms with the physical sensation of being unable to escape from the feelings of fatigue in the experience of being repeatedly hospitalized for aggravating chronic heart failure — a process of working out measures to deal with aggravating heart failure and to bring new self-worth into his life.

Key Words : chronic heart failure, experience of aggravating condition, rebuilding one's life

抄録 : 看護師は、病状増悪により入退院を繰り返す慢性心不全患者の健康管理能力を高めるために、患者個々の健康管理方法や病状増悪の傾向を把握する必要がある。そこで本研究は、入退院を繰り返す慢性心不全患者 A 氏の、病状増悪という体験とその受けとめに着目し、その経験の成り立ちを構造化することを目的とした。

半構成的面接法によりデータ収集を行い、Giorgi の手法を参考にした質的記述的研究を行った。その結果、18 の中心的意味、および【常につきまとうしんどさ】、【さからいような心不全の増悪】、【経験から編み出した対応策】という 3 つの共通の意味が抽出された。A 氏は、様々なしんどさを感じる中で、『身体の水分排泄法』や『活動の調整法』を編み出しながら様々な感情を抱いていた。そして、A 氏の入退院を繰り返す心不全の増悪の経験は、自分から切り離すことのできないしんどさという身体感覚に折り合いをつけ、心不全増悪への対応策と新たな自己価値を自分の生活に編み込んでいくプロセスであった。

キーワード：慢性心不全，病状増悪の体験，生活の再構築

I. はじめに

在宅療養生活を送る慢性心不全患者の治療、管理において重要な要素の一つは、患者が心不全の症状や身体所見を自ら管理し、病状増悪のリスクを軽減できるようにすることである。それに対し看護師は、慢性心不全患者が自身による健康管理が行えるよう知識提供を行い、患者が自らの運動耐容能に応じた日常生活を送ることができるよう支援している。患者の多くは、それを受けて心不全症状の出現に注意を払ったり、体重や血圧などの身体所見の変化を把握するなど、自らの体調管理を日々の生活で実践している。しかしながら、不適切な健康管理や病状増悪の兆候に対する気づきの遅れなどにより、再入院に至る患者は少なくない¹⁾。そのため、患者自身による健康管理能力を向上し、心事故を防止できるようにすることが課題とされている²⁾。また、欧米では看護師主導の心不全クリニックにおいて、治療の効果が最大限になるよう退院後の訪問看護を導入したり、セルフケアを促す教育と心理的援助を行う取り組みが行われているが³⁾、日本においては慢性心不全に対する疾病管理は確立されておらず⁴⁾、身近な存在である臨床看護師が病状増悪を予防できるよう慢性心不全患者の療養生活を支援することが非常に重要であるといえる。

現在、入退院を繰り返す患者の急性増悪の原因は、塩分、水分制限の不徹底が一番多く、次いで過労や治療薬服用の不徹底などによるものが多いとされている⁵⁾。入退院を繰り返す患者の健康管理能力を高めるためには、一般的な留意事項に関する知識提供に加え、看護師が患者個々の自己管理方法や病状増悪の傾向を把握し個別的な療養生活支援を実践することが必要であると考えられる。そのような個別的な支援には、患者の病状増悪の体験や、その体験に対する患者の受けとめという患者の主観的な視点に着目することが重要である。しかし、現在のところ患者の心不全増悪の成り立ちを構造化する取り組みは行われていない。

以上から、未だ明らかではない経験の成り立ちを構造化するにあたり、一般化を試みるよりも個人の体験を深く知り、丁寧に解釈し、積み上げることが肝要といえる。そこで本研究は、入退院を繰り返した慢性心不全患者 A 氏の、病状増悪という体験とそれに対する受けとめに着目し、その体験がもたらす意味を明らかにするとともに、その経験の成り立ちを構造的にま

とめることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

入退院を繰り返す慢性心不全患者の病状増悪の体験に関する語りを通して、その体験の意味と構造を探索する質的記述的研究である。

2. 研究協力者

兵庫県下にある総合病院の循環器内科に通院中で、心不全増悪による入退院を繰り返し、過去1年以内にも再入院を経験した慢性心不全患者 A 氏を研究協力者とする事とした。

A 氏は45歳の男性で、11年前に労作時の息切れと動悸を自覚し、拡張型心筋症と診断され、通院治療中である。高血圧、糖尿病などの副疾患は何もない。11年前の診断から心不全の増悪により、5年前、2年前、半年前に3回の入退院を繰り返している。現在の心不全の程度はNYHA (New York Heart Association) の分類でⅡ度 (安静時の心拍出量は正常に保たれるが、通常の身体活動によって代償機序の破綻を来し、疲労、動悸、息切れなどの心不全症状が生ずるため、身体活動が軽度から中等度に制限される状態)、左室駆出率が16%、BNPが212であった。そのため、平地の歩行や身の回りの生活動作は自覚症状なく行えるが、階段を上がる動作で労作性の呼吸困難を生じやすい状態である。社会的には工業系会社の事務作業を担っている会社員で、妻と2人の子どもと暮らしていた。

3. データ収集方法

半構成的面接法によりデータを収集した。A氏が通院中の外来担当医師、看護師長に調査の依頼を行い、医師からA氏の紹介を得た。面接はプライバシーが守られる個室の診察室で行い、内容はA氏の同意を得てICレコーダーに録音した。面接では「病状増悪をどのように受けとめているのか」「日常生活でどのような健康管理を行っているのか」について質問し、その他は自由な語りを尊重した。面接時間は約40分であった。

4. 分析方法

本研究の目的は、多様な看護現象に存在する経験が何を意味していたかをその対象者の知覚を通して記述

することである。入退院を繰り返す慢性心不全患者の病状増悪の体験の意味を解釈する本研究の具体的なデータ分析は、Giorgi の手法⁶⁾を参考にした。手順は、1) 経験全体の意味をとらえるため逐語録全体を丹念に再読し、A 氏の体験世界に浸る、2) 全体的な様相がつかめたら、語りの内容ごとにデータを区切り、意味単位を明らかにする、3) 意味単位が明らかになったら、それらを特徴づける語りを要約し、中心的意味を明らかにする、4) 明らかになった中心的意味を経時的な関連と意味の関連に沿って並べ、共通する意味内容のまとまりを作り共通の意味を見出し、体験世界を1つのストーリーとして構造的にまとめる、という段階を踏むものである。

5. 分析の厳密性

質的記述的研究に関する研究の経験者と心不全患者の看護に関する研究の経験者で、体験の構造化と結果の解釈を行い、分析結果の妥当性と真実性を高める努力をした。

6. 倫理的配慮

研究者は、研究協力者に対して調査協力の依頼書を用いて説明を行い、研究への協力は自由意思であること、協力の諾否は今後の医療者との関係や治療に無関係であること、得た個人情報厳密に管理し、調査結果をまとめるにあたり個人が特定されることがないよう配慮することを伝え、協力の同意を得た。

Ⅲ. 結 果

分析の結果、18の中心的意味が明らかになった。それを分類した結果、【常につきまとうしんどさ】、【さからいようのない心不全の増悪】、【経験から編み出した対応策】という3つの共通の意味が抽出された。そのうち【経験から編み出した対応策】は、『身体の水分排泄法』と『活動の調整法』の2要素に整理された。

対象者が語った言葉は「 」, 分析で明らかになった中心的意味は“ ”で示し、上記3つの共通の意味の内容を以下に提示する。

1. 常につきまとうしんどさ

A 氏は、日常の体調について「元気な時に比べるとちょっとしんどい」という自覚を持っていた。それは、心不全増悪時の「死にそうな息苦しさ」や「階段

をあがると息苦しくなる」という時の「息苦しさととは違った元気がないという感覚」であり、年のせいなのか、病気のせいなのか自分では特定できない、「自覚症状とは無関係な気力のなさ」であった。そのため、「普通の人なら旅行に行きたいかと思うでしょ。それが、しんどさが常に一定に存在するから思わない」、「旅行行こうかといわれても邪魔くさいな、億劫だなと思うことが多い」という。そう感じるようになった背景について、「薬の影響でトイレばかりいくから、みんなによつてトイレ行くと笑われる」、「薬のせいか寝不足なのかよくわからんけど、午前中にすごい眠気が襲ってくる」ということがあり、「病気がなかったら全く気にすることではないんだろうけど、そういうことも気になる」と、「薬物の影響で億劫になる生活の営み」があることを語った。

また、日常生活において、平地の歩行は健康な人と変わらなくても、階段では高齢者に追い抜かれることがあり、「トラウマというか、恥ずかしい」と、病気のために「身体がついていけないという自覚と自己否定」を感じていた。さらに、健康な人が暑いと言っている程度でも、「自分は太っているせいか、ふらふらしてくる感じがある」と「気候に左右される身体の自覚」を感じていたり、「体重が増えると寝る時に上を向いて寝れなくなることがある」と「体重の増加に伴う圧迫感と限定される体位」を感じているなど、しんどさにつきまといられる日常を送っていた。

2. さからいようのない心不全の増悪

これまで経験した心不全の増悪について、A 氏は「心不全が悪化する時、自分の身体に水分がたまってくるのがわかる」と語った。その始まりは「突然現れる身体のむくみ」で、むくみが生じた後、肺炎か風邪のようになり、「風邪かなと思ってルル飲んでました。でもなおれへんで、コンコン咳が出て、痰が出て止まらない」という状態になるということであった。「咳とかで、これ風邪とはちゃうな」と、「心不全悪化の予感」を感じ始め、1週間で「腕だけは動かせるけど、動けない、歩けない、寝ることもできない」という“部分として感じる身体感覚”の状態に陥り、“自分では手の打ちようがない水分の貯留”に至っていた。A 氏は、医師の指示に従い、適切に内服しても生じる心不全増悪について、「ちょっと症状が出れば、節制して復旧しようと思うけど、全然復旧しないし、悪化を止めようがない」と感じていた。増悪後の状態については、「入院すれば2,3日で苦しいのはお

さまり、体調は戻ってくる」という一方で、「普通の生活に戻るまでは2,3カ月かかる」と語り、“時間のかかる生活への復帰”が心不全の増悪には伴うことを感じていた。しかしながら、その増悪に対して「逆らいうがな」と感じつつ、「怖くはない」とも感じていた。その背景には、“自分ではわからない病気の悪化と一緒に立ち向かってくれる医師への信頼”があった。

3. 経験から編み出した対応策

1) 身体の水分排泄法

A氏は、心不全増悪の経験から「おしっこをいっぱい出すと軽くなって楽だ」と感じていた。そして「疲れてきたりすると(尿が)出なくなって余計しんどくなる」、「体重が重くなるとしんどくて、軽くなると楽になる」と、“尿量の減少と身体の重みが知らせる水分の貯留状況”を把握しながら日常を送っていた。また、尿量を確保し、体を軽くして楽になるための方策を編み出していた。それは「おしっこが思うようにならない時は、動かないようにして疲れを取る」というもので、“余分な水分で大変になる身体の自覚と水分を排泄するための自衛策”であった。その背景には、「おしっこがよく出ない日が1,2週間に1回くらいあって、そういう時にちょっと無理して頑張ったら、そんなに食べていないのに体重が急に増えてしまうことがある」という日々の体調の変化に対する知覚、および「(尿が)出ないとしんどくなる。それで休憩して体力を蓄えると出るようになって、出たら元気になる」という水分が身体に及ぼす影響への認知が存在していた。

一方、水分摂取については「水分を飲みすぎと先生にいわれる」と語り、飲水制限の必要性を理解していた。しかし、「分かっているけど飲まなかったら尿が濃くなってしまふし、飲まないでいられない。周りも飲んでるし」と飲水量を抑えようと思いつつも「頑張っているけどおさまらない」という現実を抱えていた。そのような中で、“体重を指標にした自分なりの健康管理”を編み出し、心不全増悪を回避しようとしていた。

2) 活動の調整法

A氏は、日常生活におけるしんどさの感覚や心不全増悪の経験を踏まえた日常生活を送るうちに、いくつかの行動と感情を抱くようになった。ひとつは“適切な受診や日常生活で無理をしないという対処行動と自己肯定”であった。A氏は、悪化の予兆を感じた

ら病院を適切に受診したり、「人に何かをいわれても無理をしないでゆっくりやる」という、無理がきかない自分の身体に必要な行動を実践していた。また、それができる自分を「病気の悪化を自分でわかって病院に來れているからいい」と肯定的に受けとめていた。

ふたつは、階段を上る時の“予期的に身体が固まる自己防衛と心的負担”であった。A氏は、階段でこれ以上は無理だということを感じとり、「防衛本能でしんどくなる前に動かなくなる」という自己防衛を身につけ、活動の調整法の頃合いを心得ていた。それと同時に、「大丈夫かなと思いつつ階段を少しずつ上ることで、余計しんどさが増す」という心的負担も感じていた。

もうひとつは、“入院周期の早まりに伴う体の動き加減と不安”であった。A氏は、自分の再入院に至る周期が5年前、2年前、半年前と早まっていることを捉え、「何か怖いと思う」と語った。一方で、その対応策を「しんどいことは仕事でも何でも途中でやめる。命が大事。しょうもないことで死んだらたまらん」とも述べた。「無理はしない」という活動の調整法で日常生活の負荷を調整できるようになっても、再入院の不安を拭き去ることはできないでいた。

IV. 考 察

A氏は様々なしんどさを感じながら、心不全増悪の経験から『身体の水分排泄法』や『活動の調整法』という対応策を編み出し、それと同時に様々な感情を抱いていた。また、A氏の体験の構造から、しんどさという身体感覚、および自分の価値という自己感覚において、それぞれ相異なるふたつの意味を見出していることが推察された。そこで、A氏のしんどさの構造、心不全増悪の経験から編み出された対応策の構造、および病気と共に生活する中で生じる感情の構造に焦点をあてるとともに、A氏が見出している身体感覚と自己感覚の両義性に焦点をあて、考察する。

1. 心不全の増悪により入退院を繰り返すA氏の体験の構造

1) A氏を取り巻く様々なしんどさ

A氏が感じているしんどさは、もともと拡張型心筋症による心不全という病態から始まっている。“気候に左右される身体の自覚”や“体重の増加に伴う圧迫感と限定される体位”を感じるのは、身体各器官の血流や酸素の需要に心臓が応えられなくなった時に生

じる心不全の自覚症状であり、〈体調の不良を伴うしんどさ〉であるといえる。A氏は、それを日常生活で生じる心負荷に伴って自覚していたと伺える。

その一方で、A氏は“自覚症状とは無関係な気力のなさ”や、“息苦しさとは違った元気がないという感覚”を常に一定な状態で自覚し、〈心的なしんどさ〉も感じていた。これは病気を発症する前の「元気な時」や、病気がない健康な「普通の人」と自分を比べ、他者の目を気にしながら出来ることと出来ないことがある特異な自分を浮き彫りにし、“身体がついていけないという自覚と自己否定”を感じるようになった結果と推察される。また、“薬物の影響で億劫になる生活の営み”も、〈心的なしんどさ〉を助長していた。小島⁷⁾は、心不全を繰り返す患者は日常生活の様々な制限や、病状悪化および身近に迫る死への恐怖から気持ちが不安定になりやすいこと指摘する。A氏も自分のおかれた状況への様々な思いから心の不安定さを生じ、〈心的なしんどさ〉を自覚していたと伺える。

さらにA氏は、〈究極のしんどさ〉も自覚していた。このしんどさは心不全増悪により生じるものであった。それに至る過程では、自分の身体の異変を克明に感じ取りその復旧に努めるが、破綻した心臓の代償機能を自ら復旧することはできず、逆らいようがない状況で生じていた。従って、〈究極のしんどさ〉に陥ると入院を余儀なくされ、同時に“時間のかかる生活への復帰”にも至ってしまう特徴があった。

以上のように、A氏が感じるしんどさは、〈体調の不良を伴うしんどさ〉、〈心的なしんどさ〉、〈究極のしんどさ〉、の3つで構成されていた。この3つのしんどさの構造は、〈心的なしんどさ〉が常に持続し、心不全症状の出現に伴って〈体調の不良を伴うしんどさ〉が、その増悪に伴って〈究極のしんどさ〉が現れるというもので、それらの違いは度合いであった。そしてその度合いは、A氏の中で心不全の増悪および再入院のリスクと平行に存在し、しんどさの度合いを増さないようにすることが病状増悪を食い止める手立てになるという関係性にあった。

2) 心不全増悪の経験から編み出された対応策

A氏の経験した心不全の増悪は、“突然現れる身体のむくみ”に始まり、風邪のように咳と痰が止まらない状態へと移行する中で“心不全悪化の予感”を感じ、1週間くらいで「腕だけは動かせるけど、動けない、歩けない、寝ることもできない」という“部分として感じる身体感覚”に陥り、“自分では手の打ちよ

うがない水分の貯留”を生ずる経過を辿っていた。この経過は、心不全増悪のメカニズム、すなわち心負荷に対して必要な心拍出量を維持する代償機能の破綻により浮腫などのうっ血症状が現れる過程に合致するものであり、その水分貯留はまさに自分では手の打ちようがないものといえる。その対応策として、A氏が経験から編み出したのは、『身体の水分排泄法』と『活動の調整法』であった。

(1) 身体の水分排泄法

慢性心不全患者にとって自己管理が難しいもの一つに水分管理があり、水分制限の不徹底は心不全増悪による再入院の誘因に挙げられている⁸⁾。A氏も水分制限について、「頑張ってはいるけどおさまらない」と、その難しさを語った。そして、「分かっているけど飲まなかったら尿が濃くなってしまおうし、飲まないでいられない」と、身体の欲求から生じる飲水と、「周りも飲んでいる」と、他者との比較から生じる飲水があることを示唆した。一般的に活動量や代謝の多い人は飲水の欲求が強く、飲水制限の重要性を認識し、それを守る工夫を行っていても、利尿剤の使用や夏の暑さのために飲水の欲求が強くなり、それに打ち勝つことはとても困難な傾向にある⁹⁾。A氏も飲水の欲求の抑制に苦慮していることが伺える。それに加え、周囲の人々と異なる行動の取りにくさも飲水制限を難しくしている様子であった。

しかし、A氏はそのような困難状況の中で、“尿量の減少と身体の重みが知らせる水分の貯留状況”を感じ取ることを身につけ、“余分な水分で大変になる身体の自覚と水分を排泄するための自衛策”を修得し、“体重を指標にした自分なりの健康管理”を自ら編み出した。それは医学的に診ると、水分の貯留と尿量の減少との関係、および疲労と尿量との関係を自らの身体で知覚し、安静により心負荷を軽減し、心拍出量と腎血流量の回復を促して乏尿と浮腫を軽快させるものといえる。一方で、A氏は「おしっこが思うように出ない時は、動かないようにして、疲れを取ると出てくる」との経験を裏づけに、尿量という客観的指標と体の重みやしんどさという主観的指標から水分の貯留状況を把握する術を導き出し、尿量を確保して身体を軽くし、水分貯留を解消する自衛策を実践していた。

(2) 活動の調整法

心機能が低下した状態にある場合、残された心機能に見合う身体活動を維持した生活を送ることが求められる。A氏は、日常生活におけるしんどさの感覚や心不全増悪の経験から、自分に見合った身体活動とし

て「人に何かをいわれても無理をしないでゆっくりやる」という対処行動を編み出していた。それらを医学的に捉えると、身体活動などの心負荷により心拍出量が減少し、息切れや倦怠感、動悸などの心不全症状が生じてしまうのを回避する対処行動といえる。しかし、A氏は単に心負荷を避けているばかりでなく、「防衛本能でしんどくなる前に動かなくなる」という自らの身体感覚で、これ以上は無理だと自分の限界を感じとり、意識とは異なる反射的な自己防衛を導き出していた。患者の多くが身体症状に合わせて活動量を調整する必要性を承知していても、身体の事ばかりを気にしてられない日常生活では、その注意を持続させることは困難であるのに対し、A氏はそれを意識するだけでなく、身体で反射のように身につけていることが伺えた。

3) 病気と共に生活する中で生じる感情

A氏は語りの端々で、自分を元気な頃や病気のない健康な人と比較していた。そして、自分の出来ることには限界があることを踏まえ、〈自己否定〉の感情を抱いていた。その一方で、『身体の水分排泄法』や『活動の調整法』を獲得し、受診のタイミングを見誤らずに行動できていることで〈自己肯定〉の感情にも包まれていた。〈自己否定〉と〈自己肯定〉は、A氏の中で別々に存在するのではなく、一つの事象の中に裏表の関係で存在していた。例えば、階段を上る途中でしんどさを感じてやめる時、高齢者に追い抜かれて恥ずかしいと〈自己否定〉を抱くと同時に、これ以上は無理と感じて防衛本能でしんどくなる前に動きを止めることができている自分に〈自己肯定〉を感じている状態である。生じた事柄を、病気を患っている自分目線でみるか、健康な他者と比較した目線でみるかで抱く感情は変化し、A氏はその両面を揺れ動きながら自己を捉えていた。

また、A氏は対処法を編み出したゆえに生じる〈心的負担〉も抱いていた。階段を上ろうとする時、大丈夫かな、と思うことで余計にしんどさを感じるのは、〈究極のしんどさ〉を知っているからこそ感じる予期が、〈心的負担〉を生み出しているからと考えられる。加えて、“入院周期の早まりに伴う体の動き加減と不安”から、病状管理に必要な課題を克服したのちに患者の抱く感情が、単なる安心感や自信などばかりではなく、予期できるからこそ感じる再入院への不安であり、それがさらに〈心的負担〉を増大させる循環を描いていることが推察された。

2. 身体感覚と自己感覚の両義性

1) しんどさの中にある身体感覚の両義性

A氏のしんどさは日常に様々な影響を及ぼし、A氏に重くのしかかるものであった。しかし、そのしんどさは、時に病状増悪の予兆となり、特に『身体の水分排泄法』や『活動の調整法』を実践する指標になり、A氏が心不全増悪へと傾くのを防ぐ手立てにもなっていた。A氏は、日常生活における心不全症状とは異なる〈心的なしんどさ〉から、心不全増悪時の〈究極のしんどさ〉までの全てを知ったことで、しんどさという受け入れがたい苦痛を自分の体調の指標として逆に利用する術を修得し、活用していたといえる。何年間も心疾患をもって生活する中で、もう嫌だと思っても病気はなくなるし、以前としてそれはそこにあり続け、それに折り合いをつけていかなければならない¹⁰⁾。A氏も、苦痛をもたらす、常につきまとうしんどさを受け入れることで、そのもつ意味を見出し、しんどさとの折り合いを見つけたと解釈できる。

2) 抱く感情に現れる自己感覚の両義性

A氏は、病気をもった自分に対してふたつの感情を抱いていた。ひとつは、健康だった時の自己や健康な他者との比較から生じる〈自己否定〉の感情である。もうひとつは、心不全増悪を回避する行動を取っている自分に対する〈自己肯定〉の感情である。人は、病気によってそれまで行っていた日常生活が取れなくなる時、その時こそ自分の価値観と向き合い、生活を編み直して生きていくようになる¹¹⁾。しかし、その編み直しの過程には様々な葛藤の存在が予測される。自己に対して否定と肯定というふたつの感情を抱くことは、新たな自分自身の価値を見出す過程そのものであり、自己価値の破壊と新たな形成の繰り返しを感情で表したものと捉えられる。A氏も、自分の生活に病気の存在とその影響を編み込んでいく作業を行いながら、自己の価値を常に修正していたと解釈できる。

3. 入退院を繰り返す経過で形成された体験の構造と両義性への関心

A氏は、日常的につきまとうしんどさから、心不全増悪に伴う究極のしんどさまでを体験したことで、しんどさの度合いの微妙な変化を感じ取ることが可能になった。そして、それは自分の身体で生じていることを把握し、自分を究極のしんどさに至らしめないための対応策を実践する目安になっていた。また、その

しんどさの自覚と同時に自己否定と自己肯定の感情が現れ、その挟間で揺れ動きながら自己価値を新たに、心のバランスを保っていた。従って、A氏の心不全の増悪により入退院を繰り返す体験は、自分から切り離すことのできないしんどさという身体感覚に折り合いをつけ、心不全増悪への対応策と新たな自己価値を自分の生活に編み込んでいくプロセスという構造をもっていたといえる。

A氏がしんどさの度合いにより体調の変化を語ったように、心不全の病像は日々流動的であり、非常に捉えにくい。その上、A氏のように自分の身体の現象を把握し、理解し、対処できるようになることは容易なことではなく、長い時間を要するものである。加えて、A氏が自らの対応策を編み出すに至るまでに3回の再入院があった。そのようなA氏に対し看護師は、病態生理や心不全の管理に関する知識を活用し、A氏の身体的、心理的、社会的、経済的側面に着目しながら、残存する心機能に応じた生活を再構築できるよう、生活指導を行おうとするであろう。当然ながら、心不全に関する一般的な知識提供や疾病コントロールに関する生活指導は、必要不可欠である。しかしながら、A氏のように、自らの病状と生活スタイルに合致した対応策が長い経過を辿る中で身についていく側面を持ち合わせるものだとしたら、看護師は生活指導を行い、傾きそうになる心不全の増悪を阻止すると同時に、その長い修得過程を見守り、支え、助言する姿勢で関わり続けることも大切にすべき看護の視点といえるだろう。また、心不全はあらゆる心臓疾患の終末像であるため、心機能と日常生活のバランスを維持することにもいつか限界が訪れる。従って、心不全患者が入退院を繰り返す経過の中で身体感覚と自己感覚の両義性を抱きながら、自分の生活にしっかりとあてはまる対応策を模索したり、自らの自己価値に折り合いをつけたりすることへの関心と理解を深めることが必要といえるだろう。

V. 結 論

A氏の入退院を繰り返す心不全の増悪の体験は、

自分から切り離すことのできないしんどさという身体感覚に折り合いをつけ、心不全増悪への対応策と新たな自己価値を自分の生活に編み込んでいくプロセスという構造であった。そのプロセスは、つきまとう様々な度合いのしんどさに対応する健康管理方法を試行錯誤し、自己否定と自己肯定により自己価値の破壊と新たな形成を繰り返す葛藤の連続であった。このA氏の体験は、慢性心不全という病気を日常生活で自ら管理し、病状増悪を予防することの難しさと、それに対する看護師の関心と理解の必要性を示唆するものであった。

引用文献

- 1) 仲村直子：急性期から始めるセルフモニタリングの教育。看護技術 2008；54(12)，p 70-73
- 2) 和泉徹，筒井裕之監修：心不全を予防する－発症させない再発させないための診療ストラテジー－。中山書店，東京，2006，p 2-11
- 3) 大津美香：慢性疾患ケアモデル／ディジーズマネジメント「慢性心不全」の高齢患者管理。臨床看護 2006；32(4)，p 544-550
- 4) 池亀俊美：看護師は慢性心不全患者の再入院を予防できるか？ Nursing Today 2007；22(2)，p 46
- 5) 眞茅みゆき：心不全のディジーズマネジメントの実践を探る－慢性心不全患者の重症化と合併症予防に向けた疾病管理プログラムの構築－。看護技術 2008；54(12)，p 88-92
- 6) Holloway, I, Wheeler, S：ナースのための質的研究入門－研究方法から論文作成まで－。第2版，医学書院，東京，2006，p 176-184
- 7) 小島朗：心不全のディジーズマネジメントの実践を探る／回復・慢性期セルフモニタリングと症状管理の支援－不眠－。看護技術 2008；54(12)，p 109-111
- 8) Tsuchihashi, M, Tsutsui, H, Kodama, K, et al：Medical and socioenvironmental predictors of hospital readmission in patients with congestive heart failure. Am Heart J, 2001；142；e 7
- 9) 児玉理恵，土斐崎聡子，村松智子：入退院を繰り返す心不全患者の日常生活の実態調査。浜松労災病院学術年報 2004；2003 巻，p 139-141
- 10) 高田幸恵：日常生活体験と感情を知ること－慢性心不全患者とのかかわりから－。日本循環器看護学会誌 2006；2(1)，15-18
- 11) 再掲書 10)