

-研究報告-

ICUにおける患者の情緒的体験

Patient's Emotional Experiences in the ICU

和田直子¹⁾・関口公平¹⁾・新田紀枝²⁾ *

要 旨

本研究は、ICUにおける患者の情緒的体験を明らかにすることを目的とし、15名の対象者に半構成的質問によるインタビューを行い、質的帰納的に分析した。情緒的体験は57のコード、【不安】【苦痛】【安心】【心地よさ】【信頼】【闘病意欲】【喜び】を感じた体験の7カテゴリーが抽出された。さらにカテゴリーの情緒面の特徴からネガティブな体験とポジティブな体験に分けられ、患者の状態による循環・呼吸状態不安定期、呼吸状態安定前後期、回復期に整理できた。ネガティブな情緒的体験は不安・苦痛が含まれ、生理的欲求の欠除やICU特有の環境による苦痛を感じていた。一方、ポジティブな情緒的体験には安心・信頼・心地よさ・闘病意欲・喜びが含まれた。循環・呼吸状態不安定期では観察やモニタリングによる監視など看護師のケアの実践から患者が安心や心地よさ、信頼を感じるケアリング体験をしていることが明らかになった。

キーワード：ICU、患者、情緒的体験

I. はじめに

ケアの要素が強いクリティカルケア領域において、看護師は病態生理や治療、全身管理に熟知し、身体機能のメカニズムを根拠としたケアを実践する必要がある一方、患者を全人的に捉え、人間らしさのあるケアが求められている。つまり、細やかな看護師の配慮であるケアを、ケアとのバランスをよく保ちながら、タイミングよく患者に提供することがクリティカルケアにおける看護の独自性の1つといえる。

敗血症治療における Surviving Sepsis Campaign Guidelines (2016)、鎮静鎮痛における PAD (Pain, Agitation, and Delirium) Guideline (2014)、人工呼吸器関連肺炎予防のための VAP bundle (2010) らの治療指針を順守することで、重症患者の救命率の改善が報告されている。しかし、超急性期の濃厚な治療によって救命の実績が上がっている代償として、患者は、生命維持のための無数の医療モニター、人工呼吸器の装着やチューブ類の挿入等といった様々な制限のほか、吸引などの苦痛を伴う処置も多い。その上、医療者

との意思疎通も十分に取れないこともあり、患者の苦痛はより厳しいものとなる。

クリティカルケアという言葉が1990年代にわが国ではじめて用いられてから20年近く経ち、クリティカルケアにおける様々な研究がなされている。クリティカルケア看護領域における海外文献の動向は黒田(2005)によって、国内のクリティカルケア看護における研究の動向については山勢(2005)によって報告されている。これらの報告を比較してみると患者の経験や思いに視点を置いた研究は、国内外において少なかった。高橋, 中島(2007)も患者の研究を概観する中で、患者の生の体験を調査した研究が抽出されないことを報告している。その後、クリティカルケア看護領域に関する研究の動向が高橋, 中島(2007)、織田, 尾原(2010)、江尻, 片岡(2014)らによって報告されているが、それらは家族や終末期に焦点を当てた研究であった。また、記憶が欠落しているあるいは非現実体験をした患者(福田, 井上, 佐々木, 茂呂, 2013)や人工呼吸器を装着した患者(高島

受付日：2017年9月4日 受理日：2017年12月4日

所 属 1) 日本赤十字社和歌山医療センター 2) 武庫川女子大学看護学部

連絡先 *E-mail：nitta@mukogawa-u.ac.jp

ら, 2017) に焦点化された研究が報告されているが、ICU 入室患者全般の体験や思いに関する研究は見当たらなかった。

そこで、集中治療室 (intensive care unit; 以下 ICU とする) において患者が実際にどのような体験をしているのかを明らかにすることは、クリティカルケア看護において全人的な看護を実践するために意義があると考えた。

II. 目的

本研究の目的は、ICU における患者の情緒的体験を明らかにすることである。

なお、本研究における情緒的体験とは、ICU 入室後に患者が実際に体験した喜び、悲しみ、怒り、恐怖、不安というような感情の動きを指す。

III. 方法

1. 対象者

対象者は術後、あるいは病棟での救命対応後に ICU へ入室し、在室期間が 3 日以上患者である。対象者の選定基準は、インタビュー形式でのコミュニケーションが可能であり、精神的に安定しており、主治医、病棟師長から許可された患者を対象とした。ただし、救急外来からの ICU 入室患者は対象から除外した。

2. データ収集期間

2011 年 11 月～2012 年 3 月。

3. 調査内容、データ収集方法

インタビューガイドを独自に作成し、対象者が ICU 退室後 3 日から 7 日以内に半構成的面接を実施した。インタビューの主な内容は、ICU 入室中に患者が感じた辛かったことや、嬉しかったこと、看護師に対する思いなどである。インタビューの内容は対象者の許可を得て IC レコーダーに録音した。

インタビューの実施手順、インタビューの詳細な日時については、患者の身体的、精神的な状態を充分考慮した上で、対象者、主治医、病棟看護師と相談し決定した。

基本的属性として、診療録から患者の病名、年齢、性別、病状、ICU への入室理由、治療経過等のデータを収集した。

4. 分析方法

インタビューの録音記録から逐語録を作成し、研究者 2 名で文脈に沿ってデータを区切り、意味内容をそこなわないように要約しコード化し

た。意味内容の類似するコードを集めカテゴリーとし、情緒面に注目してネーミングを行った。また、それらのカテゴリーが表す情緒の特徴からポジティブな体験とネガティブな体験に分け、さらに集中治療に伴う生命危機の状況から 3 つの時期に分類した。循環・呼吸状態不安定期は、生命危機状態のため集中治療がされている時期とし、呼吸状態安定前後期は、人工呼吸器をしている患者は気管内チューブの抜管前後、あるいは人工呼吸器をしていない患者は呼吸状態の安定にむけ呼吸管理を中心に管理されている時期とした。回復期は、循環・呼吸状態をはじめ全身状態が安定し ICU 退出にむけ管理されている時期とした。データの整合性や妥当性については外部研究者のスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

研究を実施するにあたり、研究協力施設の看護研究倫理審査会 (平成 23 年 No. 10) の承認を得た。

対象者には、研究の趣旨および、研究への参加は自由であり、途中で辞退できること、参加を辞退することが患者の不利益にならないことを説明した。また、診療録を閲覧すること、得られた情報は本研究以外では使用しないこと、匿名性と秘密の保持を行うこと、結果を公表することを説明し、書面にて承諾を得た。インタビューは、心理的に負担にならないよう配慮し、プライバシー確保のために個室で行った。また、身体的な負担にならないようインタビュー時間は 30 分前後で終了するように配慮し、体調の変化をみながらインタビューを行った。本研究で得られた情報は研究者以外が絶対にアクセスできないこと、研究が終了した時点で全て破棄することとした。またデータを公表する際には、患者が特定されないように配慮した。

IV. 結果

1. 対象者の属性

対象者の属性は、男性 7 名、女性 8 名、平均年齢 (標準偏差) が 67.5 (15.7) 歳、ICU 在室期間が最短で 3 日、最長 33 日、平均在室日数が 8.3 日であった。なお、食道がんや心疾患の術後の入室者が 10 名、病棟で急変して救命対応後の患者が 5 名であった。疾患別にみると、心疾患が 12 名、消化器疾患が 2 名、感染性疾患が 1 名であった。15 名中 12 名が人工呼吸器の使用者であった。

2. ICU 入室患者の情緒的体験

ICU における患者の情緒的体験について、57 個のコードが抽出され、7 個のカテゴリーに分類された (表 1)。さらに ICU における患者の情緒的体験は、不安、苦痛を感じたネガティブな体験と安心、心地よさ、信頼、闘病意欲、喜びを感じたポジティブな体験に分類された。カテゴリーとコードの位置については、対象者の語

りの内容から推測される時期について配置を行い、時間経過の順に記載を行った。

以下、コードは《 》、カテゴリーは【 】、患者の語りは「 」で示す。なお、コードのあとの番号はコードが抽出された患者の語りに対応している。

1) ネガティブな情緒的体験

(1) 【不安を感じた体験】

表 1. ICU 入室中の患者の時期別ネガティブおよびポジティブな情緒的体験

	ネガティブな体験		ポジティブな体験	
	カテゴリー	コード	カテゴリー	コード
循環・呼吸状態不安定期	不安を感じた体験	今の自分の状況が分からない これから先にどうなるか分からない 多くの医療者に囲まれて色々される 集中治療室で一人にされる 死ぬかもしれない	安心を感じた体験	看護師が丁寧に説明してくれる 看護師に監視してもらえる (安全ベルトやモニターによる監視) 看護師が丁寧にしてくれる
			心地よさを感じた体験	看護師が喉の渴きを和らげてくれる
呼吸状態安定前後期	苦痛を感じた体験	喉が渇く 手袋をつけられる(抑制) 自由に動けない たくさんの管が繋がっている 合図が分かっても聞えない チューブ(挿管)で話が伝わらない 痛みがある 横がみえる(オープンスペースがしんどい) 室温が高くて暑い イライラする 辛抱する 世話をされるのがしんどい 眠れない 音が気になる 流動食の臭いが気持ち悪い 喉が渇く 食欲がないのに食べないといけない	信頼を感じた体験	看護師が見ただけで言わなくても伝わる 看護師と心が通じあう
			安心を感じた体験	看護師が患者の立場になって対処してくれる 看護師が近くにいる 医師が悪いことを言わない 医師が説明してくれる 医師が来てくれ声をかけてくれる 家族が面会に来てくれる
回復期	不安を感じた体験	よくなっていると言われても分からない 不安が次々に出てくる 余計なことを考えてしまう 上手くいかないことがあると他も心配になる	闘病意欲に繋がる体験	家族の存在で頑張れる できることが少しずつ増える よくなっていることを実感できる よくなれるよう取り組む 理解できる治療目標がある 元気に家に帰りたいと強く思う
	苦痛を感じた体験	時間が経たない	喜びを感じた体験	自分で座れる 自分で立って歩ける
回復期	安心を感じた体験		信頼を感じた体験	医師や看護師の説明が励みになる 看護師が声をかけてくれる 看護師が身体を心配してくれる 看護師が苦痛に対して対処してくれる 看護師が家族に親切にしてくれる 看護師がそばにいてくれる
			心地よさを感じた体験	看護師がすぐに対応してくれる 看護師が面倒みてくれて心強い 看護師が身体をきれいにしてくれる 看護師が喉の渴きを和らげてくれる 看護師が気分転換をしてくれる

補足)カテゴリーとコードの位置については、対象者の語りの内容から推測される時期について配置を行い、時間経過の順に記載を行った。なお、カテゴリー内コードは順不同である。

不安を感じた体験は《今の自分の状況が分からない①》《これから先にどうなるか分からない②》というものであった。

①「自分がこの先どんなふうになるか不安だった。命のこと。考えると不安になり眠れなかった。(中略)よくなっているのかどんな状態なのかは分からなかった」(ID1)

②「先生が毎日、今ここまできているからね、あと少しでこうなっていくから頑張ろうねと声かけして。(中略)悪いことは言わなかったな。安心やった。自分の身体のことを知れるのはよかった」(ID8)

医療者に救命処置やケアを受けるなかで《多くの医療者に囲まれて色々される》《集中治療室で一人にされる》ことに不安を感じていた。医療者から順調に経過していることを説明されても、自身の体調が優れないことから《よくなっていると言われても分からない》と不安を感じていた。さらに、医師からの説明に一度は安心するが《不安が次々に出てくる③》と話した患者は、次々に新しい不安が出現し常に不安を感じている状況であった。

③「説明聞いてほっとして、しばらくしたらまた病気の事で不安になっての繰り返しや。説明聞いてほっとする半面、また離れたら後、どうなるのかなって不安になる」(ID8)

また、入室直後に大勢の親戚に囲まれたことで自分の病状が悪いと思ひ込み、死を連想したと話した患者がいた。看護師や家族は、患者を安心させるための配慮として面会を調整していたが、この患者にとっては《死ぬかもしれない④》という不安の体験となっていた。

④「そして親戚の人がいっぱい来て、私を取り囲んでいたから、なんでやろって思った。もしかして私ってそんなに悪いんかなって思った。死ぬのかもって」(ID14)

入室直後の循環・呼吸状態不安定期では、自身の身体の状態やこれからどうなるのかについて不安な体験をしていた。意思疎通が図れる回復期になっても不安が持続しており、そこには自身の体調がよくなっていることを実感できない語りがあった。そして、ICU入室直後に再手術した患者は、ICUから退室できる時期になっても《上手くいかないことがあると他も心配になる⑤》と話し、いつまでも不安な思いが消え去ることがない体験をしていた。

⑤「やっぱり1つ上手くいかないことがあるとほかのことも大丈夫かなって心配になってくるわな」(ID7)

(2) 【苦痛を感じた体験】

苦痛を感じた体験は《喉が渇く⑥》《痛みがある》《眠れない》《食欲がないのに食べないといけない》《流動食の臭いが気持ち悪い》というものであった。さらに《手袋をつけられる(抑制)》《自由に動けない⑦》《たくさんの管が繋がっている》体験があり、止むを得ず使用している抑制帯や病状的に必須となるドレーンやライン等の留置が、患者の身体的な自由を奪っていた。

⑥「やっぱり、くちの渇きがしんどかった」(ID2)

⑦「動けないことかな。色々管しているでしょ、まあしかたのないことやけど身体がかたまるといっていかそんな感じがする。あっちが痛くてもおんなじカッコ(姿勢)でいえないといけないとか、それが辛かった」(ID5)

また、人工呼吸管理をしている患者は気管挿管により《合図が分かってもらえない》《チューブ(挿管)で話が伝わらない⑧》体験があり、意思疎通を充分にはかれず自分の思いが伝えられない苦痛の体験をしていた。また、ICU特有の環境《横が見える(オープンスペースがしんどい)》《室温が高くて暑い》《音が気になる》に苦痛を感じていた。

対象者によっては《世話をされるのがしんどい》と、看護師の親切すぎる対応そのものに苦痛を感じる体験をしていた。

入室後の循環・呼吸状態不安定期では口渇や睡眠などの生理的欲求が満たされないこと、身体の拘束による苦痛の体験をしていた。集中治療室から退室できる時期では、《時間が経たない》ことを苦痛と語った患者がいた。

⑧「チューブ入って声が出なかったことだけは覚えている。(中略)声でないって言うのは1番痛癢や。人に伝わらない。手でやったけど。やっぱり看護師さんによって、伝わる人と伝わらん人とあるからね」(ID8)

2) ポジティブな情緒的体験

(1) 【安心を感じた体験】

患者が安心を感じた体験は、医師や看護師の対応や気遣い、存在によってもたらされたもの、家族によってもたらされたものがあった。医師や看護師の対応から安心を感じた体験は《看護師が丁寧に説明してくれる》《看護師に監視して

もらえる(安全ベルトやモニターによる監視)》《看護師が丁寧に観てくれる⑨》《看護師が患者の立場になって対処してくれる》《医師が悪いことを言わない》《医師が説明してくれる》《医師や看護師の説明が励みになる》《看護師が苦痛に対して対処してくれる》というものであった。ある患者は、安全ベルトやモニターによる監視によって命を安心して預けられると感じていた。また、看護師が患者の立場になってしてくれたからここまで回復したと話した患者がいた。

⑨「相手をみてモニターやデータをみて、慎重にやってくれているなあって。そういう時に感謝、感謝やなあって安心やなあって思いましたね。(中略)看護師に監視してもらうことで安心できたよ」(ID11)

医師や看護師の気遣いから安心を感じた体験は《医師が来てくれ声をかけてくれる》《看護師が声をかけてくれる⑩》《看護師が身体を心配してくれる》《看護師が家族に親切にしてくれる》というものであった。とにかく入れ替わり立ち代わり様子を見に来てくれて嬉しかったと言うように医師や看護師の声かけや態度に励まされ、安心を感じる体験をしていた。

⑩「言葉づかいも優しくかった。入れ替わり立ち替わりにしっかりしてね、がんばりなよって励ましてくれるのは。1番よかったように感じたよ」(ID8)

看護師の存在から安心を感じた体験は《看護師が近くにいる⑪》《看護師がそばにいてくれる⑫》というものであった。看護師が患者の訴えに即座に対応し訪室してくれることや、そばにいてくれることで安心する体験をしていた患者が多かった。また、何かしてくれるわけではないが看護師がただそこにいるだけで安心できたと話した患者もいた。

⑪「けっこう長い時間、私の前に座ってくれていた記憶はありますね。(中略)何かしてくれるというのではなくても、居るだけで嬉しいっていう。前に居てくれたら気づいてくれるし安心だったかな。(中略)ベル自体(ナースコール)、持たしてもらっているということもなかったの、あの時はもの凄く不安でした。前の時はなんか手術をしてもしんどかったですね。やっぱりそういう気持ちの部分も大きいということですね」(ID15)

⑫「私の体心配してくれる時。少しでもさすっしてくれるとか、やっぱりそばでいてくれるのが一番大きかった」(ID8)

家族によってもたらされた安心の体験は《家族が面会に来てくれる》ことであった。何かを話すというよりも来てくれることが嬉しいと話し、家族との面会は安心を患者にもたらししていた。

入室直後の循環・呼吸状態不安定期では、安全ベルトやモニター監視により丁寧に看護師が看ってくれる体験が安心をもたらしていた。呼吸状態安定前後期では、医師の説明によって自分の身体の状態を知ることや励まされた体験が多かったことに加え、看護師が何かをするわけではないがただそこにいるという看護師の存在に安心を感じていた。

(2) 【心地よさを感じた体験】

心地よさを感じた体験は、ケアそのものとそのケアの提供時の看護師の対応も含めて心地よさを感じた体験になっていた。呼吸状態安定前後期には、《看護師が喉の渇きを和らげてくれる⑬》体験が一番よかったと話した患者がいた。《看護師が身体をきれいにしてくれる⑭》体験からは、涙がでるくらい嬉しかった、人間的に楽になったと話し、看護師が行うケアそのものに心地よさを感じただけでなく、ケア提供者である看護師との触れ合いにも患者は心地よさを感じていた。

⑬「綿棒、綿棒。もうあれは最高やったな。命の水。これこそは、一滴の命の水」(ID4)

⑭「そんな時は(しんどい時)自分の身体触ってくれるとか身体拭いてくれるとか、そんな時はやっぱり。だいぶん、人間的に楽になった」(ID8)

ベッドの向きを変え、景色の見える位置に変更したり、音楽をかけたたりして《看護師が気分転換をしてくれる⑮》体験からも患者は心地よさを感じていた。

⑮「途中でベッドの向きを変えて外が見えるようにしてもらってから、夜お城のライトアップを見るのが楽しみやった」(ID1)

入室直後の循環・呼吸状態不安定期では、口渇を和らげてくれることに、回復期に移行すると看護師が提供する身体の保清や気分転換を促す関わりに心地よいと感じていた。

(3) 【信頼を感じた体験】

患者が信頼を感じた体験は《看護師が見ただ

けで言わなくても伝わる⑯》《看護師と心が通じあう⑰》があり、言葉を交わさなくても看護師が顔色を見ただけで分かり対応してくれ、身体と目で会話ができて心が通じたと言われた。

⑯「私の顔色とかをみたらピンとくるんですね。その時は言わないでもパッパってして、顔色で分かるんじゃないでしょうかね。パッとみて分かる」(ID11)

⑰「看護師さんの気持ちが私に伝わり、それがあってこそね、心ゆくね。患者さんと看護師さんの心が通じなければね、できないことですね。言葉でなんかよりその、身体と眼で会話をその、できたと思いますね。看護師さんもそう思っていると思いますけどね」(ID11)

また、《看護師がすぐに対応してくれる》《看護師が面倒みてくれて心強い⑱》では、看護師の即座な対応やしんどい時間を共有するなかで、信頼を感じた体験をしていた。

⑱「しんどい時に面倒みてくれて話しかけてくれて、話聞いてくれて。ずっと信頼は感じていたよ。ものすごく心強かった」(ID13)

循環・呼吸状態不安定期では、気管挿管をしている場合、十分にコミュニケーションがとれないなか、言葉を交わさなくても患者の要求を理解して対応できる看護師に信頼の体験を感じていた。回復期に移行してくると、看護師の即座な対応やそばにいてしんどい時間を共有するなかで、信頼の体験を感じており、これらは患者の安心を感じた体験と部分的に重なっていた。
(4)【闘病意欲に繋がる体験】

闘病意欲は病気を治そうとする強い意志を持って治療や看護ケアを受けようとするものであり、自身の変化や内から意欲がでてくるものと看護師や家族から意欲が与えられるものがあつた。自分自身の変化や内から意欲がでてくるものとして《できることが少しずつ増える⑲》《よくなっていることを実感できる⑳》《よくなれるよう取り組む》《元気に家に帰りたいと強く思う㉑》があつた。

⑲「あんな手術の後、自分でできる喜びは大きかったですね。一日も早く元気にならないかん(中略)そればかりで。早く自分でできるよう、ベッドから足を下ろしてね。そういう気持ちで」(ID11)

⑳「手術がうまくいっているとと言われても(中略)

身体がよくなっているっていう感覚はあまりなかった、しんどかったからね。よくなっている感じがなくても手術は上手くいっているって言われ順調やって言ってくれる。身体の回復がついてきてない感じはあつた。でも、看護師さんや先生の声かけに励まされた。あと、管が抜けたり、リハビリが進んで動ける範囲が増えてきたら実感できるようになってきた」(ID13)

㉑「おなかのおっきい子がおったやろ、あの子が来てくれるたびに、ひ孫のことを考えていた。何よりひ孫の誕生を楽しみにしてたんよ。顔が見たい、抱きたいの一心で頑張った。つらい時もひ孫を抱くまではという思いで頑張った」(ID1)

看護師や家族から与えられるものとして《家族の存在で頑張れる》《理解できる治療目標がある㉒》があつた。

㉒「ただただ、息がしたかったですね。前にも一度抜いてダメだって、2回入れているからね。だから今回も、もう一回入れてもらわないとダメかなあっていう感じで。それの方が、しんどいからちゃんとして、体重もしっかりと落として、自分のベストの状態まで戻してもらった方がいいかなあって感じで…」(ID15)

家族の存在では、ひ孫の誕生を楽しみにその子を抱く日までは頑張ると、家族の存在そのものが不屈の精神となり闘病意欲に繋がっていた。また、数値など患者が理解できる治療目標があることで頑張れると話した患者もいた。以前にICUに入室した経験がある患者は、今後の予測がある程度できており、それが闘病意欲に繋がる体験になっていた。闘病意欲に繋がる体験は、呼吸状態安定前後期から回復期にかけて体験していた。

(5)【喜びを感じた体験】

喜びを感じる体験は、《自分で立って歩ける㉓》《自分で座れる》という自分ができるようになったことに対して喜びを感じたものであつた。この喜びを感じた体験は回復期のみで語られた。

㉓「あれはうれしかった。やっぱり一番気になっていたのが足だったから、その足で立てて歩けたって言うのは大きかった。一筋の光じゃないけど、希望の光みたいでうれしかった。支えられてでも足が前に出せない

状況だったらもっと落ち込んでたと思うんですけど支えられながらも、自分の足で歩けているっていうのはすごく嬉しかった」(ID2)

V. 考察

1. ICUにおける患者の情緒的体験の特徴

1) ネガティブな情緒的体験の特徴

ICUに入室するような生命の危機的状態にある患者にとって、気管挿管やドレーン類の挿入等は治療上やむを得ない。久米、叶谷、佐藤(2004)はチューブ・ライン類の挿入、体動制限、退屈なことが救命救急センターICUに入室した患者のストレスの得点が高かったことを報告しており、高島ら(2017)は12時間以上人工呼吸管理を受けたICU入室患者のストレス経験について、8割近くが「口渇」、7割近くが「動きの制限」「会話困難」「痛み」等を経験していたことを報告している。本研究の対象者も同様の苦痛を感じた体験を語っていた。

苦痛の体験に関しては、入室して間もない循環・呼吸状態不安定期には喉が渇く、自由に動けない、痛みがあるなど、人間の生理的欲求そのものが満たされないことから生じるものが多かった。さらに呼吸状態安定前後期から回復期の時期に移行してくると、患者が感じる苦痛の体験は、治療に伴う苦痛だけではなく、横が見える(オープンスペースがしんどい)、室温が高くて暑い、音が気になるといったICU特有の環境や看護師との関わりに対しても苦痛を感じるようになっていた。この時期になると、生命危機を脱した患者にとって、循環・呼吸状態不安定期に多く語られた生理的欲求の内容はほとんどみられなくなった。これは、マズローの5つの基本的欲求が、生理的欲求から安全の欲求に移行していると考えられ、患者は、自身にとってよりよい環境や、安全(安心)できるよう看護師の関わりを求めているといえる。

不安の体験は、入室直後の循環・呼吸状態不安定期では今の自分の状況が分からない、これから先の予測がつかないことに不安を抱え、呼吸状態安定前後期から回復期に移行した時期においても不安が次々に出てくることが語られた。自身の病状や状況について、医師から説明してくれることで安心するが、暫くするとまた不安が出現すると語ったように、患者にとってICU

入室中は常に不安を抱えながら過ごしていることが明らかになった。また、ICU入室後に再手術となった患者は、ICUを退室できる時期になっても、いつまでも不安が消えない体験をしていた。患者にとって再手術になった出来事は大きな躰き体験として記憶に残り、病状が安定した回復期になってもまだ、不安が消えることはなかったと推察された。

ネガティブな情緒的体験は、循環・呼吸状態不安定期から呼吸状態安定前後期の時期に多く語られていたことが特徴であるといえる。循環・呼吸状態不安定期において患者はドレーン・チューブ類の挿入等により身体の自由を奪われており、全てのことを医療者に委ねざるを得ない状況にあつた。多くの制限からネガティブな体験である苦痛や不安の体験が、循環・呼吸状態不安定期から呼吸状態安定前後期の時期に多かったのではないかと考えられた。また、ネガティブな体験が回復期の時期にはほとんど語られなくなったが、生命危機を脱し、ドレーン・チューブ類が抜去され身体的に自由になったこと、さらに身体面の回復を実感することにより、苦痛や不安を感じる体験が少なくなったと思われる。

福田ら(2013)は、ICU入室中に苦痛や嫌だつた印象が残った患者がその後の生活に前向きになれない患者がいることを報告している。また、高島ら(2017)は口渇を8割近くの患者が経験することから、苦痛緩和の観点からの介入の必要性を指摘している。したがって、患者のネガティブな体験を理解し、患者に生命危機の治療中においてもネガティブな体験を軽減するクリティカルケア看護を実践することが必要であると考えられた。

2) ポジティブな情緒的体験の特徴

ICUというクリティカルな環境では患者の生命危機への治療が最優先課題となり、患者は様々な制限や苦痛を受けやすい。しかし、その一方で循環・呼吸状態不安定期から呼吸状態安定前後期にかけて患者は、看護師が傍にいて気にかけることや気持ちが通じ合えたという体験、観察やモニタリングによる監視やデータを見ながらの慎重な対応、看護師が見える位置にいること等から安心や信頼、心地よさを感じたポジティブな情緒的体験をしていた。

福田ら(2013)は、ICU入室中の記憶の一部ま

たは全部が欠落した患者が ICU での看護師のケアがよかった記憶が残っていること、非現実的な体験をした患者が ICU で管理・ケアされていることに安心を感じていたことを報告している。

ICU では、患者のベッドサイドに常に看護師がおり、患者を継続して観察し、循環・呼吸状態等の変化に気づき対応するというケアが高く求められる。福島 (1999) は、ICU の看護者が専門的な知識や技術を用いることによって、患者は自己のニーズを意識しないうちに看護ケアが提供されていると感じており、患者の状態を把握し、すぐに対応してもらえらると思うことが患者に安心感をもたらしているとして述べている。先行研究と同様に患者はこのような関わりをしていた看護師に対して安心、信頼を感じていたと推察される。

また、看護師の存在そのものに安心を感じることができている状況では、患者が重篤な状態であっても、「安心していたからあまりしんどさは感じなかった。気持ちの部分の影響が大きい」という患者の語りにあるように、患者が安心を感じる体験は、身体症状の感じ方にもよい影響を与えていると思われた。

さらに、清拭や口腔ケア、体位変換等は日常的に看護師によって実施される基本的なケアであるが、患者にとっては心地のよいケアであり、看護師が自分のために何かをしてくれる喜びの体験になっていた。江川 (2014) は、患者は看護師が自分のことを少しでも気持ちよくしようと、真剣に考えてくれているのだという思いを抱いた時、看護師の患者を思う気持ちが患者に伝わり、「世界が変わる」ほどの Comfort をもたらすと述べている。寺町 (2006) は患者との関わりを通して、患者の QOL を支え、満足いく丁寧な看護実践の必要性を指摘しているが、それは特別な知識、技術が必要なものではなく、ICU の看護師が日々実践している看護ケアの中にあると考えられた。

そして、患者が体験した安心、信頼の体験は、単独で存在しているものばかりではなく、「安心できたから信頼することができた」という語りがあったように、安心がベースとなり信頼に繋がったと考えられる。さらに、安心感がもたらされ、よくなってきているという実感の後に、病に打ち勝とうという気持ちが湧きあがっていた。

船山 (2002) は、生命そのものの維持、生が

生きる方向に向かっているという確証、自己の存在の安定性、自信を得ることが高次の欲求に向かう原動力になりうると述べている。つまり、よくなってきているという実感は、生命そのものの維持や、生が生きる方向に向かっているという確証になり、安心の感覚と共に回復したいという闘病意欲に繋がったと考えられる。

ポジティブな情緒的体験は、回復期に多かったが、循環・呼吸状態不安定期の生命が危機的状态にある時期においても、安心や信頼、心地よさを感じた体験を患者がしていたことは特記すべき結果である。

明石 (2015) は救命のために治療が優先されるなかで、患者や家族の主体性をふまえたケアリングの実践が難しいことを指摘しているが、患者は、看護師の行うケアから安心や信頼、心地よさを感じていた。この患者が感じた安心や信頼、心地よさはケアリングといえ、看護師によるケアの看護実践がケアリングにつながると考えられた。それに加え、循環・呼吸状態不安定期から呼吸状態安定前後期の前半時期に、看護師の行うケアから安心や信頼、心地よさを感じた体験が多かった背景には、患者の身体的状態が不安定な時期でありケアの要素が多く求められるというクリティカルケア看護の特徴を反映していると考えられた。

全ての時期に共通しているものは、看護師や医師の声かけや説明であった。福田ら (2013) は ICU 入室中の患者とコミュニケーションを図ることは、その関わり自体に治療的意味を持ち、コミュニケーションを通しての看護実践の必要性を述べている。患者にとって安心できるメッセージを得られることが、全ての時期においてポジティブな体験に含まれていたことから、医療者からの安心できるメッセージは、患者にとって ICU での治療や療養生活を乗り越えてくために欠かせない要素のひとつであると考えられる。

2. ICUにおける看護実践上の示唆

クリティカルケアにおいて患者の優先順位は救命である。だからこそ、24 時間のモニタリングによる監視、頻回な観察や侵襲的な処置が必要である。クリティカルケアの必要な患者は、生理学的に非常に不安定なため生命の危機にさらされた状態であり治療は特に身体面が優先されがちとなる。江川 (2014) は患者が意識のあるなしにかかわらず、全人的な存在であるため、

侵襲的な治療や処置による身体的・精神的苦痛に対して、十分な対応がなされなければスピリチュアルな面でも痛み、身体面にも悪影響を及ぼすことになると述べている。

すなわち、ICU での関わりは、ケアと共に患者に寄り添ったケアも重要な要素になると考えられる。クリティカルケアにおいて患者は、侵襲的な治療や処置による身体的・精神的苦痛からは逃れられない現状がある。創部痛や気管挿管による痛みや不快感には麻薬を使用し、ドレーン・チューブ類による拘束感、コミュニケーションがうまくいかない苛立ちに対しては鎮静薬を使用することがある。本研究において看護師のケアの実践から患者はケアリング体験をしており、さらに看護師の看護ケアや声かけからもケアリングを感じていた。谷口 (2008) は著書の中で、ベナーの「ケアリングは看護の中心的なものであり、気づかい＝ケアリングは看護で最も大切に、無くてはならないものである」ことを引用している。クリティカルな環境にあるからこそ、患者を癒し、患者の思いに寄り添い、患者にとって安心した看護を提供するために、ケアリング実践は欠かせないものだと考えられる。

ICU という患者の救命が第一に優先されるクリティカルケア看護領域においても、看護師は患者の身体管理をしながら精神面への配慮を同時に求められる。本研究において ICU の看護師であれば、誰でも行っているケアの看護実践から患者がケアリングを体験していることが明らかとなったことは、今後の ICU における看護を考えるうえで重要な一資料となると思われる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1 施設 15 名からの語りを分析したものであり、その結果を一般化するのは難しい。また、本研究では、疾患や手術の有無、人工呼吸器使用の有無などの背景による体験の差異、時期の違いにおける情緒的体験の質の違い、カテゴリー間の関係性について言及できていない。以上から、今後は多施設における対象者の背景や ICU 入室後の患者の状況を考慮した ICU 入室患者の情緒的体験に関する研究が必要と考えられる。

VII. 結論

ICU における患者の体験は、57 のコード、【不安を感じた体験】【苦痛を感じた体験】【安心を

感じた体験】【心地よさを感じた体験】【信頼を感じた体験】【闘病意欲を感じた体験】【喜びを感じた体験】の 7 のカテゴリーが抽出された。ICU における患者の情緒的体験を分析すると、ネガティブな体験とポジティブな体験に分けることができ、その体験は循環・呼吸状態不安定期、呼吸状態安定前後期、回復期の 3 時期に整理することができた。

ネガティブな情緒的体験は、循環・呼吸状態不安定期から呼吸状態安定前後期に多く語られていたことが特徴であり、生理的欲求の欠除や ICU 特有の環境、看護師の関わり方による苦痛を体験していた。ポジティブな情緒的体験は、回復期に多かったが、循環・呼吸状態不安定期や呼吸状態安定前後期にも体験していることが特徴的であった。看護師の観察やモニタリングによる監視、データを見ながらの慎重な対応、看護師が見える位置にいることから安心や信頼、心地よさを体験していた。患者を観察し、モニタリングによる監視などの看護師のケアの看護実践から患者がケアリングを体験していることが明らかになった。

謝辞

療養中のお忙しい時間を割いて快くインタビューに応じていただきました対象者の皆様に深く感謝申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 明石恵子 . (2015). 「いのち」「ひと」「とき」をつなぐクリティカルケア看護—クリティカルケア看護学会の 10 年— . 日本クリティカルケア看護学会誌, 11(1), 1-5.
- 江川幸二 . (2014). クリティカルケア看護に活かす Comfort の概念と Comfort ケア . 日本クリティカルケア看護学会誌, 10(1), 1-10.
- 江尻晴美, 片岡秋子. (2014). わが国のクリティカルケア領域における終末期看護研究の動向. 日本救急看護学会雑誌, 16(1), 1 – 9.
- 福田友秀, 井上智子, 佐々木吉子, 茂呂悦子. (2013). 集中治療室を経験した患者の記憶と体験の実態と看護支援に関する研究. 日本クリティカルケア看護学会誌, 9(1), 29-38.

- 福島文江 . (1999). ICU 看護婦 (士) の心臓手術後の患者を尊重した看護. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 1(24), 494-501.
- 船山美和子 . (2002). 冠動脈バイパス術を受けた病者の術直後のサバイバルプロセス. 日本看護科学会誌, 22(2), 44-53.
- ICU 機能評価委員会. 人工呼吸関連肺炎 予防バンドル. (2010). 日本集中治療医学会.
- 久米翠, 叶谷由佳, 佐藤千史. (2004). 救命救急センター ICU に入室した患者の不安とストレスに関する研究. 日本看護研究学会誌, 27(5), 93-99.
- 黒田裕子 . (2005). クリティカルケア看護領域における海外文献の動向. 看護研究, 38(2), 103-119.
- 日本版敗血症診療ガイドライン 2016 作成委員会 . (2016). 日本版敗血症診療ガイドライン 2016. 日本集中治療医学会.
- 日本集中治療医学会 J - PAD ガイドライン作成委員会 . (2014). 日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄・管理のための臨床ガイドライン. 日本集中治療医学会.
- 織田知穂, 尾原喜美子. (2010). 医学中央雑誌からみたクリティカルケア看護領域における家族看護の研究動向と今後の課題. 高知大学看護学会誌, 4(1), 21-32.
- 高橋美奈子, 中島恵美子. (2007). クリティカルケアにおける患者の家族のニーズー海外における研究の動向と我が国との比較、周手術期患者の家族看護への示唆ー. 日本クリティカルケア看護学会誌, 3(2), 102-110.
- 高島尚美, 村田洋章, 西開地由美, 山口庸子, 坂木孝輔, 瀧浪將典. (2017). 12 時間以上人工呼吸管理を受けた ICU 入室患者のストレス経験, 日本集中治療医学会雑誌, 24, 399-405.
- 谷口好美 . (2008). ベナー . ケースを通してやさしく学ぶ看護理論 改訂 3 版 . 黒田裕子 (監修). (p.292). 日総研 .
- 寺町優子 (2015). 人々に貢献するクリティカルケア看護の専門性の探求. 日本クリティカルケア看護学会誌, 2(2), 1-9.
- 山勢博彰 . (2005). わが国のクリティカルケア看護領域に関する研究の動向. 看護研究, 38(2), 89-101.