

〔研究論文〕

心臓手術を受けた患者の回復過程における ICU 体験と ICU 退室後の記憶の様相

山内英樹*

ASPECTS OF MEMORY IN PATIENTS DURING RECOVERY PROCESS AFTER CARDIAC SURGERY: EXPERIENCES IN ICU RECALLED AFTER BEING DISCHARGED

Hideki YAMAUCHI *

本研究の目的は、心臓手術を受けて ICU 体験をした患者の記憶の様相を明らかにし、PTSD を予防する看護支援の示唆を得ることである。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにより、心臓手術を受け、ICU に 3 日以上入室した患者へ ICU 退室後に半構成的面接を実施し、そのデータを分析した。結果として、17 サブカテゴリー、9 カテゴリーが生成された。心臓手術を受けた患者の ICU 体験の記憶は、【身体感覚の目覚め】【途切れ途切れの世界】【迫ってくる自分を脅かす状況】から【内的世界と外的世界の調和の試み】という主体的な対処行動をしていることが導かれた。その対処行動が功を奏すると、【回復の実感と安堵感】【新たな回復意欲の芽生え】【ICU は精神的に耐えうる場所】というプロセスが生じ、対処行動によっても問題が解決出来ない場合は、ICU 体験を【逃れられない苦痛に満ちた世界】として、強い苦痛体験や妄想的な記憶を記録し、【ICU は精神的に過酷な場所】と捉える相反するプロセスに帰結していた。

特に【ICU は精神的に過酷な場所】と捉えた患者は、ICU における出来事について、誤解や妄想的な体験を記憶していた。このような患者は今後 PTSD を発症する可能性があることが示唆され、記憶の修正に関する方策や ICU 退室後のフォローアップについての看護の必要性が考えられた。

キーワード：ICU 体験、記憶、PTSD

Key words : ICU experience, memory, PTSD

This study aimed to investigate the various aspects associated with the memories of experiences in ICU among patients who underwent cardiac surgery and to obtain suggestions for nursing support to prevent PTSD in such patients. Semi-structured interviews were conducted with patients who were in ICU following the cardiac surgery for ≥ 3 days after being discharged from ICU. The data were analyzed using the modified grounded theory approach. Therefore, 9 categories and 17 subcategories of the patients' memories of ICU experiences were identified. The fundamental memories of ICU experiences of patients after the cardiac surgery were "awakening to body sensation," "fragmentary awareness of surroundings," and "approaching threatening circumstances." In response to these, the patients adopted an autonomous coping behavior of "an attempt to reconcile their inner world with the outer world." When this coping behavior was successfully achieved, the patients had a sense of "recovery and relief," "development of motivation to recover," and "confidence that being in ICU is endurable." When the patients could not cope with the circumstances by the coping behavior, ICU experiences were described as "a world full of unavoidable agony." In such cases, the coping process resulted in a conflicting outcome with successful cases, capturing "ICU as a psychologically harsh place," with memorizing considerably distressing experiences or delusional memories.

Particularly, the patients who captured "ICU as a psychologically harsh place" had a possibility of developing post-traumatic stress disorder. Nursing supports such as development of measures to help the patients cope with negative memories and follow-up support after discharge from ICU are required.

*東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

Ⅰ. はじめに

ICUにおける精神的問題には、幻覚妄想、不穏などのICU症候群や、せん妄・抑うつなどが集中治療を困難にする要因として報告されている(井上, 2007)。しかし近年、生命を脅かす疾患やICU体験に起因する心的外傷後ストレス障害(Posttraumatic Stress Disorder; 以下PTSD)が新たな精神的問題として注目されてきた(朴, 2004; Guler, Schmid & Wiedemar, 2009)。PTSDとは、健康であった個人が極めて威圧的もしくは破壊的な性質を持つストレスに曝された時、その状況に対する遷延した反応として現れ、再体験、回避、過覚醒などの症状が1カ月以上持続した場合に診断される(American Psychiatric Association, 2000)。

心臓手術を受けた患者のPTSD発症率は21～35%であり、その発症要因は鎮静や人工呼吸器装着期間、ICU在室期間に加え、ICU入室中の記憶に問題があることが報告されている(Davydow, 2008)。一般に心臓手術を受けた患者は、手術侵襲を受けた身体の呼吸・循環・代謝などの安定を図るためにICUへ入室し、集中的に治療・看護を受ける。その間患者は、疼痛や複数の留置ライン、心電図コードによる拘束感、心理的ストレスなど身体的・精神的苦痛を感じながら、日常生活と切り離された環境での治療を余儀なくされる。このようなストレスフルな状況は、疾患の発症や手術に対する意思決定の段階から始まり(眞嶋, 1994; 浅沼, 2000; 山田, 2002)、術後も回復過程を辿る上で、ICU体験は患者にとって過酷な出来事になっていると考える。そのようなICU体験において、記憶が曖昧になっている場合や不鮮明な場合は、ストレスを軽減することができずに不安や恐怖などを再認し、ICU退室後長期間にわたりQOLが低下した日常生活を送っており(久米, 2004; 西口, 2004; 木下, 2006; Jackson, Hart & Gordon et al, 2007)、PTSDへ進展する可能性がある。

以上のことより、心臓手術を受けた患者のPTSDの発症を予防するためには、治療的な側面のみならずICU入室中にどのような出来事を体験し、記憶しているのかを明らかにする必要がある。しかしながら、ICU入室中の記憶の詳細を明らかにした研究は少ない。さらに、先行研究の多くは、PTSDの診断基準に着目した医学的な観点からの量的研究であり、調査期間がICU退室後1年以上であるため、ICU体験の記憶が他の影響を受けて修正されたり、忘却されている可能性がある(Schelling, Richter & Roozendaal, 2003; Cuthbertson,

Hull & Strachan, 2004; 木下, 2006; James, 2007)。よって、ICU退室後から退院前の間に半構成的面接を行うことで、ICU入室中の心的外傷となり得る体験の詳細な語りを得ることが可能になると考えた。そこで本研究では、心臓手術を受けてICU体験をした患者の記憶の様相を明らかにし、PTSDを予防する看護支援の示唆を得ることを目的とした。

1. 用語の定義

記憶：過去の経験を貯蔵あるいは保持し、なんらかの形で再びそれを取り出して再現する機能である。本研究では、「ICU入室中の出来事を認知し、インタビューにより想起し語られた内容」と定義する。

Ⅱ. 研究方法

1. 対象選定

①人工心肺を用いた心臓手術を受け、ICUに3日以上入室していること。この条件は、先行研究とA病院の心臓手術後の一般的なICU入室期間が3日間であることによる。②面接時にせん妄の症状がないこと。③認知症や脳血管障害がないこと。④主治医の許可を受け、本研究の目的、研究方法等を説明し承諾が得られた者とした。

2. 協力施設

関東近県にある循環器病を専門とするA病院。
調査期間：2010年6月～12月

3. 調査方法

ICU体験をどのように記憶しているのかに焦点を当てた半構成的面接を行った。主な質問内容は「術後最初に目が覚めた時の様子」「ICUで見たり聞いたりしたこと」「看護ケアで覚えていること」「ICUで苦しかったことや辛かったこと」「ICUでの出来事について感じたこと」「ICUはどのような空間だったか」など大きなテーマを設定し、対象者に自由に語っていただきながら適宜質問を加える形で実施した。先行研究で記憶の欠落や妄想的な記憶が明らかにされていることから、事実と患者の記憶が一致しているか否かを確認する目的で必要時診療録の閲覧を行った。

4. データ分析方法とその妥当性

データ分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(木下, 2008)を用いた。この手法は、

シンボリック相互作用論を基盤とし、社会的相互作用に関わる人間行動の説明をデータに密着しながら帰納的に生成する研究方法である。ICU という限定された場において、ICU 入室者と他者との相互作用で変化していく ICU 体験の様相を明らかにするのに適していると判断した。録音内容を逐後録化し、分析テーマを「ICU 入室中の記憶」、分析焦点者を「心臓手術を受けて ICU に 3 日以上入室していた患者」とした。意味が理解できる最小の文脈をひとつのデータとし、サブカテゴリーとカテゴリーを生成した。以降はデータの追加ごとにサブカテゴリーとカテゴリーの検討を繰り返した。カテゴリー相互の関係を検討し、結果図として図式化し、ストーリーラインを作成した。本研究では、計画立案時から結果を得るまでの全過程において、継続して質的研究の専門家のスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

本研究は、順天堂大学倫理委員会（承認番号 22-4）および研究協力対象施設の倫理委員会（承認番号 363）の承認を得て実施した。研究内容を説明し、協力の意思決定の権利、協力を拒否した場合も治療上不利を被らないこと、同意を撤回できること、自由な意思選択ができること、録音を文章化する際に個人を特定する可能性がある情報は全て記号化すること、データは鍵のかかる場所に保管することを紙面と口頭で説明し同意を得た。

面接は、対象者の負担が最小限になるように退院予

定が立っている時期とし、医師の許可を得て実施した。また、他者に気兼ねなく語れるよう、プライバシーの保てる個室で行い、対象者の体調を考慮し、原則として面接時間は 1 回 30 分程度とした。さらに、ICU 体験を想起することで心理的負担が増すと判断した場合は、対象者の意思を確認し、面接を中断するようにし、かつ、事前に主治医や病棟看護師の協力を得て、面接後の状況に合わせた対応ができるように配慮した。

III. 結果

1. 対象者の概要

本研究の対象者は、13 名（以下、A～M の記号で示す）、男性 9 名、女性 4 名だった。平均年齢 56.2 歳（21～79 歳）、ICU 在室期間平均 3.9 日（3～7 日）、ICU 退室から面接までの期間は平均 11.5 日（4～38 日）、面接時間は、平均 32 分（13～44 分）であった。疾患の内訳は、弁膜症 7 名、虚血性心疾患 2 名、感染性心内膜炎 3 名、大動脈疾患 1 名であった。対象者の概要を表 1 に示す。

2. 結果の概要とストーリーライン

データ分析の結果、17 サブカテゴリーと 9 カテゴリーが生成され、その関連からストーリーラインと結果図（図 1）を描いた。各項では、カテゴリーとサブカテゴリーを用いたストーリーラインを示した後、カテゴリーおよび各サブカテゴリーについて、ヴァ

表1 対象者の概要

対象	性別	年齢	疾患名	術式	ICU退室から 面接まで日数
A	男	55	MR	MVP	9
B	男	71	MR	MVR	8
C	男	22	IE, MR	MVR	10
D	女	72	MS	MVR	10
E	男	39	MS	MVR	4
F	女	21	ASR, TAA	AVR 上行弓部置換術	8
G	女	67	MR, ASR, 左房内血栓	AVR, MVR 左房内血栓除去術	6
H	男	79	IE	MVR	30
I	女	71	AS	AVR	5
J	男	63	MR	MVP	6
K	男	34	IE	Bentall	38
L	男	74	IHD	CABG 4枝	6
M	男	62	IHD	CABG 2枝	10
平均値		56.2歳			11.5日

僧帽弁閉鎖不全症:MR, 感染性心内膜炎:IE, 僧帽弁狭窄症:MS, 大動脈弁狭窄症:AS, 虚血性心疾患:IHD, 大動脈弁閉鎖不全症:AR, 胸部大動脈瘤:TAA
僧帽弁形成術:MVP, 僧帽弁置換術:MVR, 大動脈弁置換術:AVR, 冠動脈バイパス:CABG, 大動脈基部置換術:Bentall

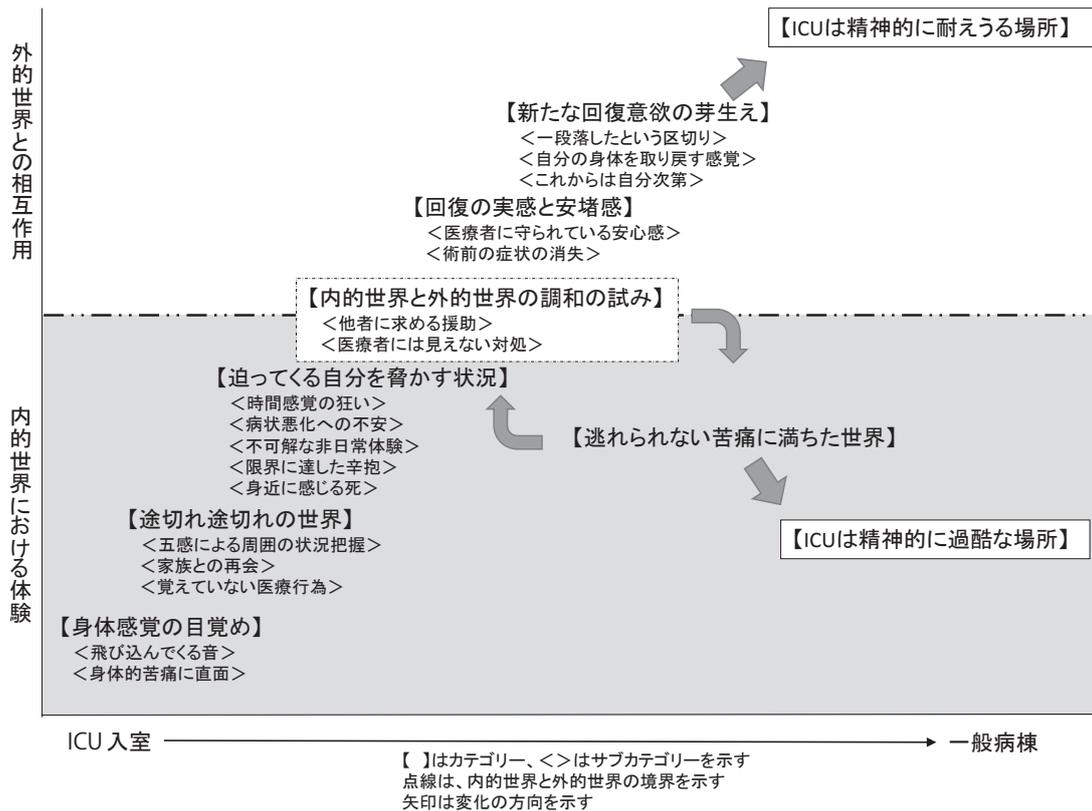


図1 心臓手術を受けた患者のICU体験の記憶の様相

リエーションを引用しつつ、分析した結果を示す。なお、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは< >で示し、ヴァリエーションは「 」, アルファベットは表1の対象番号、()内は研究者による内容の補足とする。

1) ストーリーライン

心臓手術を受けた患者は、ICU入室後、全身麻酔から徐々に回復し、【身体感覚の目覚め】となった。意識が朦朧とした状態の中<飛び込んでくる音>に気づき、聴覚から機能が回復していた。徐々に意識が清明になるにつれ、<身体的苦痛に直面>する状況となった。この時期は【途切れ途切れの世界】であり、<五感による周囲の状況把握>をし、<家族との再会>をすることで手術終了を認識していた。しかし、医師や看護師から手術終了について、ICUへ入室したことの説明や処置は、<覚えていない医療行為>であった。

さらに、麻酔からの覚醒に伴い【迫ってくる自分を脅かす状況】になった。<時間感覚の狂い>による現実的な感覚の消失、<病状悪化への不安>を抱いたり、<不可解な非日常体験>をし、これらの状況に我慢したり、ひたすら耐えることを強いられ<限界に達した辛抱>や、隣のベッドの患者の死を察

知し<身近に感じる死>という精神的に切迫する体験を内的世界においてしていた。

このような精神的に追い詰められた状況により対象者は、【内的世界と外的世界の調和の試み】という主体的な行動をとっていた。内的世界は、他者には気づくことができない患者特有の世界であり、その中で<他者に求める援助>や<医療者には見えない対処>などをし、外的世界とのバランスを図ろうと努力していた。この外的世界との相互作用に向けた主体的な行動により、【迫ってくる自分を脅かす状況】が解決されれば、【回復の実感と安堵感】に進み、<医療者に守られている安心感>、<術前の症状の消失>を実感し、心身ともに安定した状態となっていた。時間経過とともに【新たな回復意欲の芽生え】を感じ、【ICUは精神的に耐えうる場所】へとICU体験を肯定的な意味づけとして記憶していた。一方、【内的世界と外的世界の調和の試み】をしても、【迫ってくる自分を脅かす状況】が解決できなかった場合は、【逃れられない苦痛に満ちた世界】に陥り、状況が好転しない堂々巡りの考えや自己解決できない問題に直面し、その結果【ICUは精神的に過酷な場所】という内的世界における強い苦痛体験と記憶していた。

3. カテゴリー・サブカテゴリーとヴァリエーション

各カテゴリーの定義とサブカテゴリーを表2に示す。

1) 【身体感覚の目覚め】

このカテゴリーは、全身麻酔の影響から徐々に意識や感覚器が回復してくることを表しており、ICU入室後から約3時間までの時期であった。以下のサブカテゴリーから構成される。

①<飛び込んでくる音>

ICU入室直後、全身麻酔から朦朧とした意識の中で<飛び込んでくる音>として聴覚が機能し始めていたものの、それが何を意味するのかわからない状況であった。

「あの～手術終わって一日いますよね。その時は、まあ、麻酔とかまだ効いているので、よく分かりませんが、鳴るんですよ、いきなり。ピンポンピンポンとか何かいろんな機械の音が……。」(A氏)

②<身体的苦痛に直面>

感覚器が回復するにつれ、身体的な苦痛として知覚する状況であった。

「(麻酔から)さめて覚えていることは、……縛られていたかな。腕と足だったような気がします。」(C氏)

「管はしょうがないと思うんですけど身動きできないし、大変ですよ。」(A氏)

2) 【途切れ途切れの世界】

このカテゴリーは、全身麻酔からの覚醒段階で、出来事を断片的にしか想起できない曖昧な状況を表しており、ICU入室後から麻酔覚醒までの時期であった。以下のサブカテゴリーから構成される。このうち、<覚えていない医療行為>は、診療録とヴァリエーションを対比させて、事実と一致しているか確認を行った。

①<五感による周囲の状況把握>

聴覚や嗅覚の情報からそれが何を意味するのか自身で思考を働かせ、周囲の状況を感じ始めている時期であった。

「隣のベッドの方が、なんかガーガーとあげる(嘔吐)ような、トイレを流すような、そんな感じの音はしていたんだけど……。」(B氏)

②<家族との再会>

ICU入室直後の全身麻酔から覚醒する段階において、朦朧とした状況でも家族の顔や手を握った感触など<家族との再会を>記憶していた。

「(手術が)終わったって言われたのは覚えてないけど、せがれの顔があったから終わったのかと思った。ただ手を握ったのは覚えている。」(K氏)

③<覚えていない医療行為>

このサブカテゴリーは、治療・看護ケアについて

表2 カテゴリーの定義とサブカテゴリー

カテゴリー	定義	サブカテゴリー
身体感覚の目覚め	全身麻酔の影響から徐々に意識や感覚器が回復してくることである。	飛び込んでくる音 身体的苦痛に直面
途切れ途切れの世界	全身麻酔からの覚醒段階で、出来事が断片的に想起される曖昧な状況である。	五感による周囲の状況把握 家族との再会 覚えていない医療行為
迫ってくる自分を脅かす状況	内的世界の安定を損なう状況を認識し、情緒的变化が起こっている状況である。	時間感覚の狂い 病状悪化への不安 不可解な非日常体験 限界に達した辛抱 身近に感じる死
内的世界と外的世界の調和の試み	内的世界の安定を図り、自分なりに主体的な行動をとることである。	他者に求める援助 医療者には見えない対処
回復の実感と安堵感	医療機器による管理や医師や看護師の介入により回復過程を辿っていると実感することである。	医療者に守られている安心感 術前の症状の消失
新たな回復意欲の芽生え	セルフケア能力を再獲得し自立度が上がったり、ICU退室予定が決まることで、新たな回復意欲を持つこと。	一段落したという区切り 自分の身体を取り戻す感覚 これからは自分の気持ち次第
ICUは精神的に耐えうる場所	ICUで体験したことは、回復過程を辿る上で必要なことだったと肯定的な意味づけをしていることである。	
逃れられない苦痛に満ちた世界	主体的に対処行動をとっても、自分で解決できない問題に直面し、その状況に耐えられない事態に陥っている。	
ICUは精神的に過酷な場所	身体的回復はできても、ICU体験の強い苦痛記憶がICU退室後も影響している状態。	

での記憶が欠落していることである。「(人工呼吸器装着中の記憶は)もうまったくないですね。」(E氏)との語りでは、気管チューブの挿入や人工呼吸器を装着していた記憶はなかったが、診療録ではICU入室後、2時間15分後に気管チューブを抜管していた。「管(吸引チューブ)入れて痰は取ってなかった。」(H氏)という語りでは、気管吸引の処置の記憶はなかったが、診療録では、抜管までに気管吸引を2回施行している記録があった。

以上のことから、ヴァリエーションと診療録の記録が一致していないことから記憶の欠落が明らかとなった。

3)【迫ってくる自分を脅かす状況】

このカテゴリーは、麻酔覚醒後より内的世界の安定を損なう状況を認識し、情緒の変化が起こっている時期にみられ、以下のサブカテゴリーから構成される。

①<時間感覚の狂い>

ICUで目覚めた時に時間感覚の狂いが生じていた。

「朝9時に手術室に入って、(手術は)6時間くらいでしょうから、夕方かと思って、『今何時ですか?』って聞いたら『夜の8時です。』って(看護師)。時間感覚がちょっとずれちゃってね。」(B氏)

②<病状悪化への不安>

いつまでもICUに入室していることは、病状が回復に向かっているからではないかと漠然とした不安を抱いている状況であった。

「あそこ(ICU)にいたらなんか余裕ない。本当に余裕ないですよ。自分が今どんな感じなのか分かんない。良いのか悪いのかも分かんないし。」(A氏)

「私の身体の容態が悪いからいつまでもここ(ICU)にいないといけないのかなって思っちゃったんです。」(G氏)

③<不可解な非日常体験>

対象者のうち、非日常的な体験をした対象者は、2名であった。

「なんか一人髪の毛の長い人が入ってきて、その人がもう私の感じでは、犯人だったんだろうと……。それを見てたものですから、その時は『あ～これはあれだな、脅されてるんだな……。』って感じでした。」(L氏)

「翌日の9時くらいかな?〇〇先生うちの女房が話している声が聞こえました。それは後で分かったんですけど、そういう幻聴だったです。」

(M氏)

<不可解な非日常体験>をしていた対象者は、不可解な出来事の詳細な内容を語り、自身に起こったことに驚きを感じていた。このうちM氏は幻聴だと考え、ICU入室中に不可解な出来事が真実か否かを確認する作業を自ら行い、現実の出来事へと記憶の修正を行っていた。一方、L氏は、「ICUに犯人が侵入し病院を恐喝している。その事を言うと問題が大きくなり病院に迷惑がかかるかも知れない。」(L氏)と、その出来事をあえて口外しないようにしていた。

④<限界に達した辛抱>

ICU環境における多彩な音(医療機器が発するアラーム音、他の患者の声、医療行為の音など)による刺激で身体的・精神的に辛い状況が続き、その我慢も限界に達する状況であった。

「音がすごくうるさいんですよ。・・・器械の音が。もう眠れないんですよ。15分寝たと思ったら、すぐ目が覚めて、・・・」(A氏)

⑤<身近に感じる死>

隣のベッドの患者が死亡した様子を察知したり、自分自身の急変を想像し、死を身近に感じる不安を抱くことである。

「亡くなられた人のことも記憶に残っています。私の隣じゃないかな?・・・それで少し不安に感じました。」(J氏)

「やっぱり心臓が止まったりとか、また他の所がやられたりするんじゃないかなってというのが本当にもう毎秒毎秒あったんで・・・怯えてました。」(C氏)

4)【内的世界と外的世界の調和の試み】

このカテゴリーでは、内的世界において【迫ってくる自分を脅かす状況】を認知し、外的世界に向けて主体的な行動をとり、内的世界の安定を図ろうと努力している対象者の姿が示された。以下のサブカテゴリーから構成される。

①<他者に求める援助>

内的世界で気がかりな事柄や身体的苦痛として知覚したことを、<他者に求める援助として>外的世界へ向けて表出し、自ら状況を好転させる行動をしていた。

「最初は声が出なかったじゃないですか。だか

らちょっとお願いして、『ここ』（腰）と指したら（看護師は）わかったみたいで、それがありがたかったですね。やっぱり経験してるみたいで、『痛くて痛くてしょうがないんですよ』ってこうやって腰に手を当てたら、すぐに揉んでくて、それは本当に助かりましたよ。」（A氏）

②<医療者には見えない対処>

対象者の内的世界において、ストレスとならないような解釈をしたり、環境や他者と調和を図ることである。このような対象者の内的世界における対処は、外的世界の医療者が知ることはできない世界であった。

「『私は私で頑張ろう。私は私で動かない。じっとして動かない、変なことしない。』そういう感じでやっていた。」（I氏）

「管もいっぱい入っていたし、うっとうしかったですね。脇見たらね、男の人が寝てるんですよ、こっち見たら女の人が寝ててね。やっぱりみんな同じだなと思いましたね。」（D氏）

5)【回復の実感と安堵感】

このカテゴリーは、医療機器による管理や医師、看護師など外的世界からの介入により回復過程を辿っていると実感することであり、以下のサブカテゴリーで構成される。

①<医療者に守られている安心感>

ベッドサイドモニターなどの各種機器や多くの医療者に「守られている」という安心感を得ていることである。

「手術の後は、機械に見られて一人ぼっちのなかなって。実際は看護師さんが適宜にきてくれたり、すごい気にかけてくれました。そういう優しさが自分にとってすごく安心しました。」（C氏）

「自分では詳しいことわかんないから、さっさと淡々と仕事をしてくれたのが非常にありがたかった。私のためにみんなこんなに動いてくれると思って、ありがたかった。」（G氏）

②<術前の症状の消失>

術前の症状がなくなり、術後の身体の変化に気づき、回復を実感できていたことである。

「やっぱり（手術）やって良かったなと思いますね。今は動悸もないし。そう、すべて変身しちゃったわね。」（I氏）

6)【新たな回復意欲の芽生え】

このカテゴリーは、内的世界と外的世界との相互作用を通して、セルフケア能力を再獲得し自立度が

上がったたり、ICU退室予定が決まることで、新たな回復意欲を持つことを表している。以下のサブカテゴリーから構成される。

①<一段落したという区切り>

ラインが抜けたり、ICU退室の予定が立ち、次の段階に進んだことを実感しく一段落したという区切り>をつけられていた。

「一番難しいところが終わったのかな、重症なところをね。」（B氏）

②<自分の身体を取り戻す感覚>

術後、薬剤や他者に依存して経過してきた状況を脱し、<自分の身体を取り戻す感覚>を感じていた。

「点滴が取れたり、どんどん回復しているのがわかる。食事も徐々に残さず食べるから、元の身体に戻っているんじゃないかというのはあります。」（A氏）

③<これからは自分の気持ち次第>

ICUでは、治療やケアなど多くのサポートを受けていたが、自立した気持ちが芽生えることで回復への主導権が自分に戻ってきたことを感じていた。

「手術後は自分の努力次第なんだな、よしやってみようってことで、まず歩かなきゃ、歩かなきゃって歩くんです。」（I氏）と術後の回復には、自分の努力も必要ということに気づき主体的に取り組む努力をしていた。

7)【ICUは精神的に耐えうる場所】

このカテゴリーは、ICUで体験したことは、回復過程を辿る上で必要なことと肯定的な意味づけをした対象者が一様に【身体感覚の目覚め】から【新たな回復意欲の芽生え】の方向へ進み帰結していた。このカテゴリーの時期には、ICU体験を積極的に外的世界に向けて表出していた。

「ICUというところは、一番苦しい状態の人が入る所で回復するのを先生方が見守ってくれる場所、安心しなさいという場所。ICUは最高に一番苦しい時間の人たちを救ってくれる場所。」（I氏）

「私の友達も心臓の手術が必要な人がいるけど、嫌で逃げ回っているの。だから今の手術はこうなのって私の体験を話してあげようと思って電話したの。」（G氏）

8)【逃れられない苦痛に満ちた世界】

このカテゴリーは、【内的世界と外的世界の調和の試み】を行なっても状況が好転せずに自身で解決

できない問題に直面し、内的世界で苦痛体験をし続けるという別の過程へ分岐するカテゴリーであった。

「もう駄目です。ここにはいられませんって言いました。部屋（ベッドの位置）を移してもらって、あ～やっここで眠れると思ったら、隣におばあちゃんがいて夜中ずっとしゃべってましたからね。」（A氏）と自身の我慢の限界を告げ、何らかの対処をしてもらうが状況は変わらず、【迫ってくる自分を脅かす状況】を脱することはできなかった。その結果、身体的には回復していくものの、内的世界ではストレスfulな問題は解決されずに苦痛な時間だけが経過していた。そして、この時期の記憶がICU退室後も鮮明に残っており、【ICUは精神的に過酷な場所】へと続いた。

9) 【ICUは精神的に過酷な場所】

このカテゴリーは、内的世界において【逃れられない苦痛に満ちた世界】から脱却できなかった場合に帰結し、【ICUは精神的に耐える場所】と対局するカテゴリーであった。ICU退室後も「思い出すのも嫌だ」というように回避的に考えていたり、妄想的な記憶に捉われているという精神的問題を抱えた状態を表していた。このカテゴリーは、対象者の内的世界に留まっていた。「そういうの（ICUでの苦痛な体験）をね、思い出すと二度とこういふところ（ICU）には来れないなって思いましたね。あそこ（ICU）には行かないように、入り口にも近づかないようにしています。」（A氏）とICUについて回避的に考えていた。

ICUに犯人が侵入し病院を脅しているという幻覚妄想体験をしたL氏は、「その幻覚が原因で、何か自分が事件を起しちゃうんじゃないかって・・・心配になります。テレビのニュースを見るたびに不安になります。」と幻覚と自覚しているにも関わらずICU退室後もテレビのニュースを見るたびに、不可解な非日常体験を想起し、今度は自身が事件を起こすのではないかと不安を常に抱えながら生活していた。

IV. 考 察

本研究では、心臓手術を受けた患者の回復過程のプロセス、およびICU退室後の生活においてICU体験を再認し、不安や苦痛を感じながら生活している患者の存在が示された。また、患者が体験する出来事が事実と

は異なっていることも明らかとなり、ICU看護師は患者の体験している世界により一層の関心を寄せて関わっていくことが重要であると考えられた。

以下に、1.ICU入室早期の記憶について、2.内的世界と外的世界の相互作用について、3.看護への示唆について考察する。

1. ICU入室早期の記憶について

ICUのようなストレスfulな状況では、気管チューブに対する不確かさや、最初に目覚めた時の恐怖心を体験する（Cecilia, Carolyn & Lucy, 1997）。特に心臓手術後のICUにおける気管チューブ挿入中の体験は、術後うつ状態の原因となる周術期最悪の経験として記憶に残ると報告されている（Silbert, Santamaria & Kelly, 2001）。しかし、本研究では、気管チューブや人工呼吸器装着を記憶していた患者は少数であり、その中でも苦痛体験として捉えている患者はいなかったため、先行研究とは異なる結果であった。また、全身麻酔から覚醒する段階では、医療機器のアラーム音やICU内の音についての記憶、タッチングなどの皮膚感覚は記憶していた。一方、医療者との関わりや医療行為などの記憶は欠落していた。これらは、情動を伴う認知機能の回復よりも、聴覚や触覚などの感覚器系の回復が優位であることが記憶に記録しない要因ではないかと推察された。加えて、ICU入室まもない時期に家族のことは記憶し、医療者との関わりなどの記憶は欠落していたという事実は、今後他の要因についても検討していく必要がある。

2. 内的世界と外的世界の相互作用について

1) 苦痛体験を回避する主体的行動について

精神医学では、内的世界とは自他の境界の内側を意味し、より主観的で個別的世界とされている。これに対して、外的世界は客観的で物的な現実の上に成り立つ共同体が中心となり、他者と共有せねばならない世界である（小此木, 2002）。上泉（1994）は、人間の内的世界のシステムを環境からの相互作用による主観的環境の「内的自己システム」と表している。本研究結果での【内的世界と外的世界の調和の試み】は、全身麻酔から意識が徐々に覚醒し、感覚器系から入力された情報を認知し、内的世界で思考を巡らせ状況把握を始める時期であった。これは、時間感覚の狂いや疼痛、不安、非日常体験など様々な苦痛から自己を脅かす過酷な状況を知覚し、これに対し状況を好転させようと<他者に求める

援助>を起す動機づけとなっていた。また、北村ら(2001)は、この時期について受動的に他者からの世話を受け入れ、自身のエネルギーの消費を少なくすることで、心理的な回復を待っていると述べている。<医療者には見えない対処>は、内的世界の中で「私は私で頑張ろう」という自己努力以外にも、医療者に身を任せることで、自身のエネルギー消費を抑えるための主体的な行動であると考えられた。すなわち、ICUにおいては、心臓手術という生命を脅かす体験を乗り越えたばかりの時期であり、身体に余計な負担をかけたくないという思いから、あえて外的世界に関心を向けないことで体力の温存を図っていたのではないかと推察された。したがって、【内的世界と外的世界の調和の試み】により状況が好転すると【回復の実感と安堵感】【新たな回復意欲の芽生え】に進み、回復過程のプロセスをポジティブな方向へ進めていた。これらのことから、主体的な行動への支援は苦痛体験の記憶形成を抑制する一助となることが示唆された。

2) PTSD へ進展する可能性のある ICU 体験について

対象者が ICU 入室中に苦痛体験として知覚し始めたのは、【迫ってくる自分を脅かす状況】であった。このカテゴリーに対する対処の成否によって回復過程の方向が分かれていた。【内的世界と外的世界の調和の試み】において、主体的な対処行動をとっても問題解決が出来ない場合は、【逃れられない苦痛に満ちた世界】の状態が ICU 退室まで続き、その結果【ICU は精神的に過酷な場所】へと帰結した。Fareed (1996) は、患者は自分の回復の見通しを立てるために、医療者との様々なコミュニケーションを通じて、自分なりの解釈をしたり、安全を求めたりしていると述べている。外的世界との相互作用を通じて状況を好転させようと主体的に行動しても、【迫ってくる自分を脅かす状況】が解決できない場合、苦痛体験として強く記憶されたのではないかと推察する。その結果、身体的には回復過程を辿っても、不快な苦痛記憶が蘇り ICU 退室後も「(ICU のことは) 思い出すのも嫌だ」と回避的に考えていたり、非日常体験をした患者は、ICU 退室後も妄想的な記憶に捉われ続けるという精神的問題を抱えて日常生活を過ごしていた。さらに、<不可解な非日常体験>は、医療者は対象者の内的世界を把握することは困難であり、対象者自らが確認する作業をしない限り、その誤解を訂正する機会がないまま ICU を退室することとなる。このような場

合は、自己認識と現実との不一致に悩みながら生活していくことが考えられた。これらのことから、ICU 体験によって精神的影響を受けた患者は、【ICU は精神的に過酷な場所】と捉え、それが心的外傷となる可能性が推察された。よって、ICU 看護師が ICU 退室後訪問などで患者と継続した関わりを持つことは、見逃された、もしくは気づかれなかった精神的問題を発見する手段となり、かつ、事実に基づいた記憶修正の機会にもなり、PTSD を防ぐ方策となるのではないかと考えられた。

3. 看護への示唆

心臓手術を受けた患者にとって、回復過程を支える看護師の関わりは ICU 退室後の QOL を左右する大きな要因となり得る。本研究結果では、ICU における苦痛体験を強く記憶していた対象者は、ICU 体験を回避的に捉えていたり、ICU 退室後も妄想的な記憶を持ち日常生活の中で不安を感じていた。これらのことから、苦痛体験を軽減する看護支援は医原性の PTSD を回避する上でも重要である。欧米では、ICU での出来事を医療者が日記として記録し、ICU 退室後の患者の記憶の修正を行う取り組みがなされていたり (Backman & Walther, 2001)、本邦においても ICU 退室後の看護支援プログラム (木下, 2011) などが開発されており、その有効性が示されている。本研究においても、ICU 入室中の患者個々の内的世界における主体的な行動を理解し支援することは、ICU 体験の適切な記憶形成につながり、PTSD を予防する可能性があることが示唆された。

4. 本研究限の限界と今後の課題

ICU における心臓手術後の治療・看護は施設により異なることが予測されるが、本研究では 1 施設による調査であった。また、記憶に影響する因子として、年齢や薬剤、ICU 入室期間、ICU 退室から時間経過とともに変容する記憶などが本調査では明らかとならなかった点は、本研究の限界と考える。今後は更に対象の属性を詳細に分析するとともに、調査施設を拡大し研究を重ねていく必要がある。

V. 結 論

ICU 体験の記憶は、身体的に回復過程を辿っていても、内的世界では精神的に追い詰められた状況となり、外的世界へ向けた主体的な対処行動である【内的世界

と外的世界の調和の試み】をとり、状況を好転させようとするプロセスであった。特に、【逃れられない苦痛に満ちた世界】では、強い苦痛体験や妄想的記憶に捉われている場合があり、ICU 体験が事実と異なる記憶として形成されており、誤解を訂正する機会がないまま ICU を退室していた。したがって、このような患者は、今後 PTSD を発症する可能性があることが示唆され、記憶の修正に関する方策や ICU 退室後のフォローアップについての看護の必要性が考えられた。

謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、本研究の遂行にあたり多大なるご理解とご尽力を賜りました皆様に謹んで御礼申し上げます。また研究の全過程の御指導をいただきました順天堂大学大学院医療看護学研究科の上野恭子教授に心より感謝申し上げます。なお、本論文は、順天堂大学大学院医療看護学研究科修士課程に提出した修士論文の一部を加筆修正したものであり、第 31 回日本看護科学学会学術集会において発表したものです。

引用文献

American Psychiatric Association.(2000)/ 高橋 三郎, 大野裕, 染矢俊幸 (訳).(2003).Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DMS-IV-TR.(American Psychiatric Association. 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 (訳).DSM- IV -TR 精神疾患の分類と診断の手引き (新訂版) , 178-181, 医学書院, 東京.

浅沼良子 (2000). 心臓術患者の術前、術後の消極的感情調節的コーピングー術後回復への影響について状態不安と媒介因子による分析一. 東北大学医療短期大学部紀要 , 9(2), 187-198.

Backman,G.C., Walther,M.S.(2001). Use of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensiv Care Med*, 27(2), 426-429.

朴順禮 (2004). 乳がん生存者の PTSD 症状に関する研究. *トラウマ・ストレス* , 2(1): 60-66.

Cecilia,H., Carolyn,L.C., Lucy,R.P.(1997). Patients' recollections of criticalcare. *Dimension of Critical care nursing*, 16(3), 132-141.

Cuthbertson,H.B., Hull,A., Strachan,M., et al.(2004). Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med*, 30(3), 450-455.

Davydow,D.S., Desai,V.S., Needham,M.D., et al.(2008).

Psychiatric Morbidity in Survivors of the Acute Respiratory Distress Syndrome:a systematic review. *Psychosom Med*,70(4),512-519.

Fareed, A.(1996). The experience of reassurance;patients' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, (23), 272-279.

Guler,E., Schmid,J., Wiedemar,L., et al.(2009). Clinical Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder After Myocardial Infarction. *Clinical Cardiology*, 32(3), 125-129.

井上卓也, 小松崎大助 (2007). ICU 内での急変の病態とその対応 - 不穏・興奮 . ICU と CCU , 31(2), 137-143.

Jackson,C.J.,Hart,P.R.,Gordon,M.S.,et al.(2007). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem.*Crit Care Med*,11(1),1-11.

Jones,C., Griffiths,D.R., Humphris,G., et al.(2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumaticstress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med*, 29(3), 573-580.

上泉和子 (1994). 集中治療室における看護ケアの分析とその構造化 . *看護研究* , 27(1), 2-19.

木下康仁 (2008). *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 (初版)* , 東京, 弘文堂.

木下佳子, 井上智子 (2006). 集中治療室入室体験者が退院後の生活にもたらす影響と看護支援に関する研究 -ICU サバイバーの体験とその影響. *日本クリティカル看護学会誌* , 2(2), 33-44.

木下桂子 (2011). 記憶のゆがみをもつ ICU 退室後患者への看護支援プログラム開発とその有効性に関する研究 . *日本クリティカル看護学会誌* , 7(1), 20-35.

北村直子, 佐藤 禮子 (2001). 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 . *千葉看護学会誌* , 7(1), 74-80.

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 . *日本看護研究学会雑誌* , 27(5), 93-99.

眞嶋朋子, 佐藤禮子 (1994). 心臓手術を受ける患者の不安要因と看護介入 . *日本看護科学学会誌* , 14(1), 11-18.

西口直希, 前田潔 (2004). 術後合併症の原因・治療・予

防 - 精神障害 . 外科治療, 90(4), 771-776.

小此木啓吾 (編). (2002) . 精神分析事典, 376, 岩崎学術出版社, 東京 .

Schelling,G., Richter,M., Roozendaal,B., et al.(2003).
Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. Crit Care Med, 31(7), 1971-1980.

Silbert,S.B., Santamaria,D.J., Kelly,J.W., et al.(2001).
Early extubation after cardiac surgery:emotional status in the early postoperative period. J Cardiothorac Vasc Anesth, 15(4), 439-444.

山田巧 (2002). 心臓手術を受ける患者の手術決断の理由に関する研究 . 国立看護大学校紀要, 1(1), 27-34.