
研究報告

軽症から中等症の慢性閉塞性肺疾患を患う
高齢者の息苦しきの経験

田 中 孝 美

Experiences of breathlessness in the elderly
with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease

Takami TANAKA, RN, PHN, MSN

Abstract

Research Purpose: To reveal experiences of breathlessness in elderly patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease.

Research Method: A qualitative descriptive research method was used. Participants comprised 3 patients more than 65-years-old with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Data were collected in a semi-structured interview regarding experiences of breathlessness. When an agreement was obtained, interviews were tape recorded, and a verbatim record was created. In data analysis, the verbatim record was perused and interpreted based on meanings constructed by the participants. Regarding validity of the interpretation, probability was secured under supervision from a research supervisor. Subject anonymity was maintained in all research stages. Data collection was performed upon confirming that no participants were physically stressed.

Result: From talks with 3 participants, the following 3 themes were extracted: "an encounter with 'breathlessness' as part of a series of experiences due to a disease"; "'breathlessness' as an experience ignored during daily life"; and "a presence of recollections forming the core of 'breathlessness'". Experiences of breathlessness were found to be extremely uncertain and ignored during daily life for elderly patients with mild to moderate COPD, and that a life-threatening crisis due to severe respiratory distress was being faced when the individual became aware of breathlessness. We also observed that participants recalled previous painful experiences while experiencing breathlessness. They were certain about such interpretations, and talked about these issues in a convincing way. Conversely, patients were confused when talking about recent changes in physical symptoms and events that were difficult to be interpret.

キーワード：高齢者，慢性閉塞性肺疾患，息切れ，経験，看護

I. 研究の背景と意義

日本の慢性閉塞性肺疾患 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 以下, COPD) の推定患者数は530万人に及び、その多くが未診断の軽症から中等症の高齢者であることが明らかとなっている(相澤, 2006). COPD患者が医療機関に繋がるときにはすでに重症化していることも多い現状から、著者は軽症及び中等症のCOPD患者への援助を検討するために、これらの人々のヘルスケアニーズに関する研究(田中, 2005)を行った. その取り組みの過程において、息切れの経験は単なる症状として語られるのではなく、自己の身体への気遣いや他者との交流、これまでの生き方や行く末といったその人の存在全体と深く絡み合った様相を呈していることに気づかされた. このことから著者は、彼らの息切れの経験をさらに探究していく必要性を感じた.

軽症から中等症段階で発見されたCOPD患者への医療は、禁煙の勧めと症状の程度によって薬物療法を中心とした1~3ヶ月ごとの定期受診が一般的であり、医療者にとって患者の「息切れ」は身体機能を評価する指標となっている. 一方、当事者である患者は主観的な体験である「息切れ」について診療あるいは日常生活の場でも語ることに消極的で、「息切れ」は第三者には理解不能な経験だと意味づけ、自己の内を抱えているように捉えられた(田中, 2005).

COPD患者の経験に関する先行研究では、COPD患者は情緒的混乱から自らを守るために抑圧、否認、孤立の対処をとること(Dudley, Verthey, & Masuda, 1969)が報告されている. 患者の心理状態では抑鬱的であることが報告されている(MacSweeney, Grant, Heaton, Adams, & Timms, 1982). 急性呼吸困難の経験は恐怖、無力感、活気の低下、混乱を導くことが報告されている(DeVito, 1990). また、自信を喪失することも明らかとなっている(Wigal, Creer, & Kotses, 1991). しかし、これらの研究ではCOPD重症度に関する情報がなく、また多くの患者が老年期であるにも関わらずその特徴を踏まえた検討もなされていなかった.

そこで本研究では、軽症から中等症の高齢COPD患者は、「息切れ」をどのように経験しているのか、老年期という特徴を踏まえて、その経験を探求することとした. 本研究から得られる知見は、軽症から中等症COPDを抱えて生きる高齢患者に適した看護のあり方を検討する基礎的知見となるものと考えた.

II. 研究目的

軽症から中等症の慢性閉塞性肺疾患を患う高齢者の息苦しさの経験を明らかにすること.

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究である.

2. 調査期間

2005年6月から2006年6月である.

3. 研究フィールドと研究参加者

本研究のフィールドは東京都内X病院である. 研究参加者は、65歳以上の入院または通院する軽症から中等症COPD患者で、看護師長と主治医によって研究への参加が可能と紹介をうけ、本人の同意が得られた3名であった(呼吸器疾患以外の基礎疾患を有する者を除く). 研究参加者3名の年齢は平均73歳、男性2名女性1名で、COPD重症度分類では軽症1名中等症2名であった. 重症度は著者が直近の肺機能検査値に基づいてGOLDの基準(National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization, 2003)で分類した.

4. データ収集方法

半構成的面接で、研究参加者が息切れをいつどのように経験し始めたのか、息切れを自覚するということはどのような経験なのか、息切れの経験と関連する過去の経験について聞き取りをした. 面接は研究参加者の負担の軽減とプライバシーを確保できる場所で行い、面接回数は1回2名、2回1名、面接時間は30~50分/回

であった。内容は同意を得て録音し逐語録としたが、研究参加者から部分的に録音の中断や逐語録化への躊躇が表明された場合には速やかに録音を中断し該当内容を逐語録から削除した。

5. 分析方法

逐語録を熟読し、研究参加者が語った息苦しさの経験をその人自身の意味付けをもとに解釈した。解釈に際しては研究参加者それぞれの語りを熟読しテーマを抽出した。分析のプロセスは3名の研究参加者によって語られたそれぞれの息苦しさの経験に関する重要な事実を小テーマとし、3名に共通したテーマを統合して大テーマを導き、軽症から中等症COPD高齢患者の息苦しさの経験の特徴を抽出した。大テーマと小テーマの関連性および解釈の妥当性に関しては、研究指導者によるスーパービジョンを受けて蓋然性を確保した。

6. 倫理的配慮

研究参加者へは研究の意図と協力依頼内容、研究協力の如何により不利益は生じないこと、途中辞退も可能であることを明記した依頼文書を用いて口頭で説明した。研究協力への同意が得られる場合は同意書に署名を得た。データの匿名性保持の遵守は全ての研究段階で行った。また、面接時の呼吸苦出現や身体的負荷の可能性が考えられる場合には面接の中止、身体症状の改善を最優先に対応することを説明し、面接中はそれらの兆候がないか注意深く観察と確認を適宜行いながら実施した。

IV. 結 果

3名の研究参加者の語りから3つの大テーマ、【病いの経験としての「息苦しさ」との出会い】、【生活の中に埋没した体験としての「息苦しさ」】、【「息苦しさ」の核をなす記憶の存在】が導き出された。

結果の記述に際して、小テーマは〈〉でくくり、研究参加者3名とインタビュアーはそれぞれA, B, CとIでアルファベット表記した。また、逐語録からの引用は、研究参加者アルファ

ベット表記/I/ インタビュー回数/逐語録頁を付記した。

1. 病いの経験としての「息苦しさ」との出会い

研究参加者たちは、突然の呼吸困難に襲われて息苦しさ直面し、息苦しさを自覚していた。その息苦しさとの出会いは〈呼吸できないことへの衝撃〉を受けることであり、〈息することに一所懸命〉となりながら、〈自分の死に顔を想像する〉経験であった。また、家族との関係性においては〈人生の終末を迎える準備を意識する〉ことを意味していた。

(1) 呼吸できないことへの衝撃

研究参加者たちが呼吸困難という形で息苦しさに出会うということは、自己が生命の危機的状態に立たされるというだけでなく、周囲の人々にも研究参加者の死を感じさせる契機となっていた。このような息苦しさとの出会いは次のように語られた。

B氏は、肺炎で入院する前に通勤の途中で経験した、強烈な息苦しさとの出会いを次のように語った。

B：息苦しいっていうのは、この前、肺炎のときにね、あの一番ひどいときね、階段上がったときにね、息が詰まるくらい、苦しかったんですよ。階段をね、10段くらい上がったんですよ。20、30段くらい上がったかな。そしたらね、呼吸がね、もう、ほとんど、できるか、できないかっていう苦しさだったんですよ。（中略）息も、呼吸も、できないんじゃないかって。階段上がって。今まではそんな事無かったんですよけれど。呼吸ができないんじゃないかっていう位、辛い日があったんですよ（B/I/1/4）

B氏のこの呼吸ができない経験は、しばらくじっとしていなければとても動けないほどの苦しさであった。この息苦しさの渦中で、どのようなことを考えていたのか尋ねると「やっぱり、そのときはショックでしたよ。前はこんな事なかったのにつて」（B/I/1/7）と語った。B氏は、これまでに経験したことのないしばらく動けないほどの息苦しさに直面して狼狽し、〈呼吸で

きないことへの衝撃)を受けていた。このような普段の活動の中で、非常に強い息苦しさと出会うということは、当事者にとって身体的な苦痛を意味するだけでなく、これまで何の障害もなく行えていた活動の際に、呼吸できないと思うほど息苦しさを感ずるという点で心理的にも衝撃を受ける経験となっていた。

(2) 息することに一所懸命

高熱で数日間自宅で寝込んでいたA氏は、様子を見に来た息子の判断で救急車で病院に運ばれて肺炎で入院した。その息苦しさがどのような経験であったかを次のように語った。

A：何ていうの、苦しいっていうあれはしゃべりたくないのね。頭は割れそうだし。熱が下がってきて、あのやっとだよ、自分を取り戻したっていうの。そうすると、徐々にここら辺り(胸部)の苦しみが楽になってきちゃって。でも、苦しいって嫌よね。私すぐ思ったもの、何にも悪いことしないのに何でだろうって。(中略)もう自分が息するので一所懸命だから。(中略)これで楽になって喋れるようになると、ただ自分よりきつい人がいるのって思うようになる(A/I/1/2)

このように、A氏の息苦しさは、回復してから振り返ると、自分を取り戻したと感ずるほど、自己を失うような経験をしていたという点で、自己が脅かされる経験であったと捉えられる。その息苦しさは、A氏が「息することに一所懸命」取り組まなければ生命を維持するのが難しい状況であり、自分に関心が集中する経験であった。また、呼吸苦が楽になるとその呼吸することで精一杯であった事実は過去のこととして捉え、自分が経験した呼吸苦について関心が向かうというより、入院しているほかの人々の重症さに関心が向かい、自分は軽症だと捉えることで自身が経験した息苦しきという事実そのものへと関心が向かいにくい現実があると捉えられた。

(3) 自分の死に顔を想像する

A氏は息苦しきの最中に自分が経験していたことについて、さらに詳しく語った。

A：息すると苦しいとき?ただねえ、あのね苦し、苦しくて死んじゃうと、顔がひん曲がったまま、自分は死ぬの嫌だと思って、それで、病院に行ったら楽な注射してもらって、ひん曲がった顔が、多少は良くなって死ぬのかな、とか、そういうことが頭に残っちゃう。変な顔で死にたくないっていう。それでこういうふうになんか元気になって良くなると何であんな事考えたんだろうとかさ、まあおかしい位だよ、今考えると。皆考えは一緒じゃないかしら苦しい人は。人には分かんないよ(A/I/1/3)

息苦しさに襲われたA氏は、懸命に呼吸すると同時に、内面では自分の死に顔を想像する」という経験をしており、苦しんでいる表情のまま死にたくないという恐れを抱いていた。息苦しさに直面することは、当事者が自分の関心と行為を呼吸することに集中しているだけでなく、同時に自分の死を間近に感じて恐れを経験することであった。また、息苦しきの渦中の状態を、呼吸が楽にできるようになってから振り返ってみると「自分を取り戻した」と感じ、「自分よりもっとひどい人がいるのに」と重い病いを患う周囲の人と比較して自分の状態を軽症だと捉え、息苦しきの渦中で経験した「変な顔で死にたくない」と思ったことを滑稽に捉えていた。息苦しきの渦中で生命の危機的な経験をしている一方、息苦しきが消失してしまうと息苦しきの渦中の経験を過小して捉え直していた。

(4) 人生の終末を迎える準備を意識する

C氏は普段の咳き込みや息苦しきで「やっぱり、もう、これで、私もおしまいかんないという。やっぱりね、そういう年齢的なものでね。(中略)やっぱり人それぞれですけども、ある程度はね、覚悟しますね」(C/I/2/3)という思いを抱いていた。また、今回の入院を契機に、家族との関係性において「人生の終末を迎える準備を意識する」ことを語った。

C：私自身は、咳き込んだり何かするとね、ああもう駄目かな、息子や娘達に親戚関係の事だとかね、或いは私個人の、私が死んだらどこへ知らせてもらうかっていう、そういう事もみんな

書き出しておかなくちゃいけないし。息子にいわせますと、家の家系を書き留めておいてくれとも言われますしね。家内は「そんなこと言わないで」なんて言われる。娘は「パパ、遺産相続の方も考えておいてよ」なんて、まあ冗談めかしてでもそういう事言うんですよ。孫は私が入院したら「おじいちゃん、もう入院しちゃった。入院しないでほしかった」なんて如何にもここで駄目になるような。孫の言うことですから別にどうってということないんですけど。やっぱりね、私位になるとある程度は覚悟しますね(C/I/2/8-9)

C氏は自分の年齢からある程度死を覚悟していると語り、息苦しさや咳が起こることによって、自分の死後、周囲の人が対処に困らないよう備えておくことを意識していた。

2. 生活の中に埋没した体験としての「息苦しさ」

前述のように、研究参加者は突然の呼吸困難に襲われて息苦しさに直面しそれを自覚していた。それ以前に彼らが息苦しさを感じていなかったのかいうと、決してそうではなかった。むしろ、日常的な息切れを感じていたが、それは「**疲れ**」や「**運動不足**」或は「**老い**」や「**環境の変化**」だと自己の内外に理由を見出し解釈することによって、その感覚を息切れや息苦しさと自覚することなく過ごしていた。この意味において、「**息苦しさ**」は「**意識がないと分からない**」ことであり、生活の中に埋没した体験であった。研究参加者にとって日常的に息切れがあるということは「**当たり前の日常**」であり、自分自身にとっても、身近な家族にとっても、病気の症状として気づきにくい経験であった。研究参加者は、生活の中に埋没した体験としての「**息苦しさ**」を次のように語った。

(1) **疲れ・老い・運動不足だと解釈される「息苦しさ」**

A氏は、肺炎で入院する前の体調を語る中で、習慣としていた墓参りの後の「**疲れ**」を次のように語った。

A：お墓は年中行ってたのよ。帰ってきて夜寝る

と足パンパンでね、這ってトイレ行ってたの。で「なんか駄目ねえ、ちょっと歩くとすぐ疲れちゃって」って(息子に)言う。「もう、婆ばあなんだよ」って。そういう疲れちゃって夜にも出てたのかなと思って(A/I/1/4)

A氏の体験していた、そういう「**疲れ**」とは「**トイレに這って行く**」ほどの非常に強い疲労感であった。このような疲れやすさをA氏が普段どのように感じていたのか尋ねると次のように語った。

A：歩いている間に分かるの。普段は坂を上って下ったりしても頑張らなくっちゃ頑張らなくっちゃって自分で声掛けながら上ったりするけど、その前触れがあるとね息切れが切れちゃうの。(中略)だから、じーっと考えてみるとそういう前兆があったのね

I：前触れっていうようなことが。少し、息苦しいなっていう

A：息は苦しくないの、息切れ。休むとまた戻っちゃうし。まさか、喘息起こると思わないから、運動不足で息切れするのかなと思ってたのよ(A/I/1/4-5)

このようにA氏の「**疲れ**」は、日常的な「**息切れ**」を含む経験であり、息切れは「**老い**」や「**運動不足**」から生じるものだとして解釈していた。A氏は「**頑張らなくっちゃ**」と繰り返し自分に呼びかけながら活動することを当たり前の日常としており、息切れはそうした日常の行動に伴って生じる感覚であった。A氏の「**息切れ**」は、動きに伴って日常的に生じることであったが、少し休むと消失してしまうため、A氏は息苦しさを自覚することなく再び頑張って活動することへと関心を向けていた。そのため、A氏が息切れに注目し、自分の身体に起きている異変の兆候を捉えることは困難であり、自分の息切れを含む体験を「**疲れ**」として意味づけていたのだった。また、A氏は息切れを自分自身にしか分からないことであり、さらに、自分自身でさえも意識が他に向いているときや健康なときは忘れてしまっていることだと、次のように語った。

A：うん、あのね、自分にしか分かんないね。人に言ったって、人は経験しないから分からないでしょ。聞いただけじゃ、元気なときは分からないの。健康なときは、うん、忘れちゃって、ちょっと、山の上、お弁当持って行こうよって、で行くでしょ。そういうときは分かんないの。皆で一所懸命、ほら、きれいな空気でお昼食べようねっていう気持ちで、そっちに頭走っちゃっているから、そのときはまだ、出ないんだよね(A/I/1/6)

A氏は肺炎で入院する前の10年間、健康に気をつけて風邪も引かずに過ごしてきたことへの自負心があった。しかし、今回の入院で「私、風邪引かないよって威張っていたからさ、罰があたったのかなって。人には言わないよ。自分を褒めてたから、罰が当たっちゃったんだって」(A/I/1/3-4)と、自分自身が健康に気を配って努力してきた自負心が驕りとなり、その驕りに対する罰ではないかと振り返っていた。長年、風邪も引かず暮らしてきたA氏にとって、日常の息切れが喘息発作の前兆だったとは到底気づかないことであった。

A：だから、そういうのが前触れだったんじゃない？多分そうだろうと思った。遠出したときはトイレ行こうと思うと足腰がだるくて立たないの。それで這ってトイレまで行っても気がつかないね。喘息の起きる前触れっていうのが、もう頭の中できれいに治ってると思っているから。20年も出てなかったでしょ。だからさらさらしないのよ。ああ体力弱っているから、風邪でも引く前かなとか自分で想像するだけで。(中略)だから、考えてみたらあったのよね。気がつかなかっただけ(A/I/1/9-10)

A氏は自分の息切れの経験を、息切れしているときは気づかず「なってみて、落ち着いて考えるとあったんだ」とインタビューのなかで、自分の息切れの経験を再発見し、新たな語りを生み出していた。

(2) 意識がないと分からない

B氏は、肺炎で入院したときに医師から息苦

しさがあるかどうかを尋ねられたときの経験を次のように語った。

B：H先生から「息苦しさはありますか？」って言われてもね、いちいち意識がないと分からないですよ。そういうふうに意識がないと、自分が分からないじゃないですか。測定する物が無いから。だから疲れれば、年齢かなと思うし、暑さのせいかなと思う(B/I/1/8)

B氏は、息苦しさを「いちいち意識がないと分からない」ことだと解釈していた。B氏の生活において、その捉えがたさはB氏が指摘したように、測定という手段を用いなければ当事者が気づくことさえ困難な感覚であると捉えられた。また、B氏にとって「疲れ」やすさは日常的なことであり、「疲れ」を感じたときには「老い」や「暑さのせい」かなと日常的な要因に照らして解釈し、「疲れ」として理解している特徴があった。このような解釈から、息切れを改めて意識したり、病気と関連付けることに困難さがあった。

C氏は肺炎で入院していたが、C氏にとって、咳や息切れは長年にわたって経験していたことであり、普段あまり意識していなかったと語った。

C：自分ではあんまり、意識はなかった。分かりませんのでね、素人なもんですから、どの程度だったら、どの程度の病気で、どういう治療をしなきゃいけないかっていうこと全然知らないで今までずーっとそうやって、咳をして来ておりましたから。もう、それが当たり前のようなつもりで、もう、自宅から会社へ通ってたんです(C/I/1/6)

C氏にとって、咳や息苦しさは長年にわたって経験してきた「当たり前の日常」となっていたために、かえって現在の状態が治療を要することなのか、それが病気と繋がる症状なのかを意識することが困難となっていた。このような慢性的な息苦しさに気づいていたとしても、それがその当事者にとって当たり前の日常となっ

ていると、改めて重症度やその意味を意識して考えることを困難にさせている現実があった。

3. 「息苦しさ」の核をなす記憶の存在

研究参加者がそれぞれの息苦しさの体験を語るとき、ひとりひとりの人生と深く関わる息苦しさの原体験ともいえる出来事とともに語るという特徴があった。息苦しさの核をなす経験の記憶は、決して過ぎ去った過去のことでなく、息苦しさを知覚するときには常にその記憶と結びつけて意味づけられていた。その語りは次のとおりであった。

C氏は息苦しさの経験を、自分の生い立ちや、学生時代の社会状況が戦渦であったことを話した上で、軍事教練を受けたことが息切れの始まりであると次のように語った。

C：私たちは、軍事教練でキャンパスから銃をしょって練兵場にしょっちゅう行っておりまして。(中略)こんな話しがなぜ息切れに繋がるかといえますと、その練習場で軍事教練をやって、あそこは当時、今みたいな舗装されている訳じゃございませんで、赤土で、乾燥しますと赤土が舞い上がってですね、呼吸しながら匍匐前進で演習場を這いずり回ったりしてたんで、その頃から始まりだと思うんですね(C/I/1/2-3)

C氏の赤土が舞う中で軍事教練をした苦しきの体験は、C氏が息苦しさを知覚するときには常にその情景を呼び起こしているだけでなく、息苦しさへの対処に大きな影響を及ぼしていた。

C：私なんか、若いときにそういう演習場なんかを這いずり廻ったりなんかしたあれがありましてね、つい堪え性になっちゃうんですね。つい多少ぐらいのことは何だっていうような気持ちで(C/I/1/7)

このようにC氏は、息切れや咳とともに赤土が舞う中で這いずり回った軍事訓練の苦しさを想起し、戦時中の苦しきの体験を克服したときと同様に、苦しくても乗り越えるべき障壁と捉え、耐えて打ち勝つことへとC氏を向かわせて

いた。

B氏は「息苦しさ」の経験を、10年前にさかのぼって職場で経験した胸部強度圧迫事故と関連付けて次のように語った。

B：呼吸器でいろんなことが起き始めたのは、事故を起こしたんですよ。会社で、機械の間に自分が入って、狭いところをさっと駆けて、駆けちゃいけないのに、危ないから駄目なのに、駆けて、機械の間に挟まって、胸をね、圧迫したんですよ。(中略)そのときね骨は折れてなかったんですよ。そのときの状況を話すとね、胸をこう動かすだけでも、ボキボキボキボキいったんですよ。どこがどうなってるか分からないんです。それからね、いろんな、肺が弱ってきた。圧迫されちゃったですから。それはね機械が止まるくらい挟まっちゃったですから。だけど潰れなかったんですよ。(中略)一番大きな原因はその辺からおかしくなったんですね(B/I/1/1-2)

B氏はこのように胸部を圧迫した事故を起こしてから肺が弱ったと意味づけていた。九死に一生を得るようなこの事故の記憶が、B氏にとっての息苦しさの原体験であり、B氏の病いの経験は、この事故の経験に引き寄せて解釈されていた。

このように、C氏とB氏の語りから、軽症から中等症COPD高齢患者の息苦しさの経験は、これまでの人生で体験してきた苦しさと同なり合った経験であり、息苦しさの経験はその人の苦しきの記憶と共に存在している独自の経験であるという特徴が認められた。

V. 考 察

1. 軽症から中等症COPD高齢患者が息苦しさを症状として捉えることの困難さ

本研究結果から、軽症から中等症COPD高齢患者は、重篤な呼吸困難で生命の危機的状況に直面することで息苦しさを自覚し、衝撃を受け、懸命に呼吸をし、死の恐れを経験していることが明らかとなった。その一方で、息切れ

を自覚するほどの呼吸困難を経験した後で息苦しさが緩和されると、自分より重症な患者と比較し自分はまだ軽いと捉えたり、息苦しさの渦中で経験した恐怖を「今になってみるとおかしい位」と過小して捉える傾向が認められた。この息苦しさの渦中の経験と、息苦しさが過ぎ去った後の捉え方には、大きな相違があった。また、息苦しさを、疲れや老いといった日常的な経験として解釈していたり、息切れや咳が慢性的であることによって、息切れや息苦しさとして意識することが難しいということが明らかになった。このことは、DeVito (1990) は、急性呼吸困難の経験は、恐怖、無力感、活気の低下、混乱を導くという研究結果を示したが、今回の参加者の語りも【病いの経験としての「息苦しさ」との出会い】において〈呼吸できないことの衝撃〉を経験し〈息することに一所懸命〉になりながら〈自分の死に顔を想像する〉という結果では同様の結果を示していた。しかし、今回の参加者の語りから、軽症から中等症COPD患者が急性増悪を来した場合には、恐怖や混乱といった体験をするのは一時的であり、息苦しさが消失するとその経験は過小に捉え直され、元の生活に戻るような体験であることが分かった。また、人生経験が豊かな高齢者は、息苦しさの経験をそれまでの人生における苦しさの経験と結びつけ、そのとき感じた息切れを身体の異変として知覚するというよりも、今まで乗り越えてきた困難や過去の経験と同じように乗り越えるべき課題として捉える特徴があった。そのため、息苦しさそのものを意識にのぼらせて省みることはほとんど無いことが明らかとなった。Dudley, Verthey, & Masuda (1969)によれば、COPD患者は情緒的混乱から自らを守るために抑圧、否認、孤立の対処をとることを報告しているが、本研究で明らかとなった軽症から中等症の高齢患者の息苦しさの特徴では、当事者の息切れは、抑圧や否認というよりも、息苦しさの自覚のもっと手前にあるような次元の感覚であることが示唆された。この背景には、第1に人間にとって呼吸は無意識的で反射的に調節される活動であり、基本的に呼吸の変調を知覚すること自体に困難さがあること、第2に息苦し

さというのは、目に見えて分かる傷や障害と異なる内部知覚の経験であり、病気の症状として自覚しやすい痛みとも異なる、非常に対象化しにくい主観的な経験であることが影響していると考えられた。

2. 軽症から中等症COPD患者の息苦しさの経験の特徴から捉えた看護の必要性

軽症から中等症COPD高齢患者は、息苦しさと直面するとき生命の危機的状況に立たされ、呼吸できないことへの衝撃と混乱を経験していた。このような無意識的な生命活動である呼吸の正常からの逸脱は、Wigal, Creer, & Kotses (1991) が指摘した自信の喪失を一時的に経験していたものと捉えられた。軽症から中等症COPD高齢患者が息切れを知覚することは、まず自己との関係において自分を失うような体験をするという意味において自尊心を脅かし、他者との関係においては自分が死に向かっていることを家族の言動から感じ取りこれまで培ってきた社会的役割存続の困難を潜在的に意味しているものと考えられた。従って、医学的に捉える症状とは異なる意味で、軽症から中等症COPD高齢患者は心理社会的に潜在的な自己アイデンティティの混乱を経験している可能性があり、そのことへの看護の必要性があると捉えられた。

軽症から中等症COPD高齢患者は、突然の呼吸困難に襲われて、はじめて息切れを自覚していた。その息苦しさは死の恐怖を感じる程の体験であったが、それまでは息切れを、身体の異変として知覚し解釈することはなく、息切れの存在自体にも明瞭には気づかないまま、老いや運動不足と解釈して生活をおくっていた。医療者が、息切れや息苦しさという表現を用いるときには、呼吸器の病変とその程度を解釈する言葉として用いている。しかし、今回の結果から、研究参加者はそれを自覚すること自体に困難さがあり、また解釈も異なっていたため、息切れや息苦しさという言葉、医療者と患者との間の共通言語として共有しようとしたり理解しようとする、そこにずれが生じる可能性が示唆された。これまで医療者は、患者の息

切れを、身体機能評価の有用な指標として様々な尺度を用い活用してきたが、軽症から中等症 COPD 高齢患者に適用する際には、息切れや息苦しさという用語自体が彼らの経験と調和していない可能性を考慮する必要があると考えられた。

Kleinman (1988/1996) は「慢性の病いは、病いの経過にしたがって起こる多くの個々のできごとを単に加えあわせただけのものではない。それは、個々のできごとと慢性の経過とのあいだの相互関係なのである。慢性の病いのたどる軌跡は、人生の行路の一部となり、ある特定の人生を進展させるのにきわめて本質的な働きをするので、病いを生活史から切り離すことはできなくなる」(pp. 9-10) と述べている。本研究で明らかとなった軽症から中等症 COPD 高齢患者の息苦しさの経験は、本研究で明らかとなった過去の大きな事故や戦争体験といったその人の人生そのものと深く関わっており、息苦しさを自覚する以前からすでに長い慢性の経過にあると捉えられた。医療者が早期の COPD 患者のケアに携わる際には、その人の息苦しさの経験へ向ける関心を、身体機能評価のためだけでなく、その人独自の病いの経験を理解する糸口として、その語りに耳を傾けその意味を理解していくことがその人の病いの経験を理解するために重要だと示唆された。

研究参加者たちは他者に語るという行為を通して、それまで混沌とした息切れや息苦しさの出来事が自分にとってまとまりのある意味ある経験として再構成していくことがしばしば認められた。やまだ (2000) は、「人生の物語」とはその人が生きている経験を有機的に組織し意味づける行為であり、物語の語り手と聞き手によって共同生成されるダイナミックなプロセスであり、特に物語を語り直す行為は人生に新しい意味を生成する上で重要である (pp. 1-2) と述べている。本研究の研究参加者は、インタビューのプロセスで自分の息切れに関する物語を声にし、さらに語り直して新たな意味を見いだしていた。A 氏の場合、加齢による疲れを運動不足のためだと解釈していたがインタビューで語ることによって疲れと捉えていたことは息切れの

前兆でありを普段の生活で感じていたが気づかなかったただだったと捉え直すことへ繋がった。B 氏の場合、意識がないから息苦しさが分からないとその自覚しにくさを語ることで、疲れや老い、あるいは暑さのせいだと解釈していた知覚が、実は息切れだったのだと結びつけていた。また C 氏の場合は、咳や息切れは長年にわたって経験してきたことであり、普段あまり意識しておらず、その背景に自分が軍事体験でつい堪え症になってしまっていることを発見していた。これらのことから、軽症から中等症 COPD 患者への、より早期の予防的な看護を発展させるためには、個人の経験に寄り添って語りを聴くことが重要だと示唆された。

本研究で得られた知見は、看護実践においては軽症から中等症の COPD 高齢患者の経験を理解する一助となり、患者個別の語りに耳を傾けることによって患者が自ら体調への関心の向け方や症状の捉え方を変容していく可能性を示唆した。看護教育においては、患者の経験を理解することの重要性を指摘すると共に、患者の知覚に接近することを促進できるような教育が求められると考ええる。

3. 本研究の限界と課題

本研究に参加した研究参加者 3 名の語りは、2 名が 1 回、1 名が 2 回の面接をもとにしたものである。限られた面接であったが、研究参加者は自分の息苦しさとの出会いや、それ以前の日常生活の中の息切れ、息苦しさで深く関連する経験を語りながら、その経験を振り返り、語りながら自らの語りを変容させていくことが認められた。しかしながら、長期的な検討は行っていないため、軽症から中等症 COPD を有する彼らにとって語ることの意味をさらに検討することが重要である。そのことがその後の経過にどのように影響を及ぼすのかに関して分析することが重要であり、今後の研究課題となると考えた。また、高齢者は複数の疾患を有することが多いため、複合疾患を有する場合の早期 COPD 高齢患者の経験に関しても、今後の研究課題になるものと考えられた。

謝 辞

本研究を実施するにあたりご協力いただきましたすべての方々に深く感謝申し上げます。本研究は、平成17年度日本赤十字看護大学課題研究費の助成を受けて実施しました。

文 献

相澤久道 (2006). COPDの疫学, *Mebio*, **23** (5), 32-41.

DeVito, A.J. (1990). Dyspnea during hospitalizations for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Heart & Lung*, **19**, 186-191.

Dudley, D.L., Verthey, V.W., & Masuda, M. (1969). Long term adjustment, prognosis and death in irreversible diffuse obstructive pulmonary syndrome. *Psychosomatic Medicine*, **31**, 310-325.

Kleinman, A. (1988)／江口重幸・五木田紳・上野豪志 (1996). 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房.

MacSweeney, A.J., Grant, I., Heaton, R.K., Adams, K.M. & Timms, R.M. (1982). Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Archives of Internal Medicine*, **142**, 473-478.

National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization. (2003). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary diseases, updated 2003, NIH publication No. 2701, Bethesda.

田中孝美 (2005). 軽症及び中等度の慢性閉塞性肺疾患患者のヘルスケアニーズ. 日本赤十字看護大学紀要, **19**, 1-10.

Wigal, J., Creer, T., & Kotses, H. (1991). The COPD Self-Efficacy Scale, *Chest*, **99**, 1193-1196.

やまだようこ (2000). 人生を物語る—生成のライフストーリー—. ミネルヴァ書房.