

慢性心不全患者が再入院に至った生活行動における 問題点：高齢者世帯の患者の自己管理に関する語 りを通して

著者	古市 麻由子, 子安 藍, 八木 美穂, 池澤 緒利恵, 飯田 智恵
雑誌名	看護研究交流センター活動報告書
巻	28
ページ	59-62
発行年	2017-04
URL	http://hdl.handle.net/10631/00001395

慢性心不全患者が再入院に至った生活行動における問題点 —高齢者世帯の患者の自己管理に関する語りを通して—

古市麻由子¹⁾, 子安藍¹⁾, 八木美穂¹⁾, 池澤緒利恵²⁾, 飯田智恵³⁾

1)長岡赤十字病院 6B 棟 2)元長岡赤十字病院 3)新潟県立看護大学

Keyword : 慢性心不全, 再入院, 高齢者世帯, 自己管理

目的

研究者が所属する A 病院の循環器内科病棟において, H25 年 2 月~H26 年 1 月の 1 年間で 2 回以上の入院を繰り返した慢性心不全患者 16 名のうち, 高齢者世帯の患者は 7 名であった. このことから, 高齢者世帯の患者は自己管理や必要な生活支援が不足することで再入院に至るのではないかと推測された.

そこで高齢者世帯に暮らし, 1 年以内に再入院に至った慢性心不全患者(以下, 慢性心不全患者)は, 体調管理や合併症・二次的障害の予防のためにどのように自己管理しているかを明らかにすることを目的に, 彼らが再入院に至るまでの生活行動についてインタビューを行った. そこから, 看護師が行うべき適切な指導・支援を検討した.

本研究における用語の定義

高齢者世帯: 65 歳以上の者のみで構成される世帯

再入院: 慢性心不全の病状悪化によって 1 年以内に 2 回以上の入院を繰り返すこと

自己管理: 専門家の知識・技術を活用することで, 疾病の増悪予防・安寧に向けた, 生活していくうえでのでたえまない取り組み・努力

研究方法

I. 研究デザイン: 質的記述的研究

II. 研究対象

急性期病院である A 病院の循環器内科病棟に慢性心不全で再入院した 65 歳以上の高齢者世帯の患者のうち同意を得た 3 名の患者

III. 調査期間: H28 年 8 月~10 月

IV. データ収集方法

1. 基礎情報調査およびインタビュー方法

診断名・家族構成等の基礎情報調査をカルテより行った. また, 信岡ら(2006)が使用した質問用紙 4 項目(受診・食事管理・水分制限・内服管理)に, 活動と体調管理の項目を追加したインタビューガイドを作成し, 半構成的質問形式で面接を行った. インタビュー時間は約 30 分とし, プライバシーを確保できる個室で実施した. なお, 面接内容については研究参加者の了解を得た上でボイスレコーダーに録音し, 逐語録を作成した.

2. インタビュー実施時期の目安

病状が NYHA 分類 I 度(心疾患はあるが, 日常の活動で疲れ, 動機, 呼吸困難, または狭心発作を起こさない)となり, 日常会話で息切れや動脈血酸素飽和度低下がみられなくなった時期に実施した.

V. 分析方法

作成した逐語録から自己管理の実際や心不全を抱えて生活することに対する思いを表出した内容を抽出し, 意味内容を損なわないように簡潔な一文としコードとした. その後, コード化したものを共通性や類似性に従って分類し, サブカテゴリーとした. サブカテゴリー化したものをさらに抽象化しカテゴリー化した. 分析の過程で, 妥当性確保のために研究者間で繰り返し検討した.

VI. 倫理的配慮

A 病院看護部研究倫理審査委員会の審査を受けた上で実施した。対象者の状態が NYHA 分類 I 度となり、日常会話で息切れや動脈血酸素飽和度低下がみられなくなった時点で、本人に口頭で研究協力について依頼した。インタビュー実施前に、研究参加は自由意思であり同意した後も自由に参加を辞退できること、個人情報の保護のための対策を口頭および書面にて対象者の理解を確認しながら説明し、同意書を交わした。インタビューする際には、環境を整えると共に、対象者の表情や様子の変化に気付けるよう観察したり声をかける等注意を払った。

結果

I. 研究参加者の概要

対象者は 3 名(年齢 68~79 歳)で、平均インタビュー時間は 22.1 分であった。(表 1)

表 1. 対象者の概要

ケース	年代・性別	診断名	同居者の有無(続柄)	1 年間の入院回数
A	60 歳代・女	心不全,大動脈弁狭窄症	有(夫)	2 回
B	70 歳代・男	心不全,大動脈弁狭窄症	有(妻)	2 回
C	70 歳代・男	心不全,高血圧症	有(姉)	2 回

II. 慢性心不全患者が病状悪化を予防するために実践していた自己管理

病状悪化を予防するために実践していた自己管理については 66 のコードが抽出され、20 のサブカテゴリー、6 のカテゴリーが生成された。(表 2)以下、本文中のカテゴリーは【】、サブカテゴリーは『』、コードは「」、対象者の語りは“ ”で示す。

“水分量を測りながらメモして 1 日 1000ml 以上は飲まないようにしていた” “前ほど塩は使わないで味を薄くしたり冷やして食べるなどの工夫をしていた” という語りが示すように【医療者からの情報提供や体験に基づいた病気の理解】が、慢性心不全患者の【治療の継続】【血圧測定・体重測定の継続】【水分量や食事量に注意して行う体重管理】といった自己管理の基盤となっていた。さらに、その病気の理解に基づき、『労作が心負荷になると分かり活動を控えた』『外出先や移動手段を選んで無理のない範囲で活動していた』『家族に外での移動を手伝ってもらおう』など【身体に見合った活動の工夫】を行っていた。そして、「外出好きの夫のストレスが溜まらないよう積極的に外出してもらおう」「お互い別々に過ごす時間を持ち、言いたいことを言い合う」など『療養生活を支えてくれる夫への心くばり』『家族関係におけるストレスをためない』ことで、円滑な【家族からのサポート】を得ていた。

表 2. 慢性心不全患者が病状悪化を予防するために実践していた自己管理

カテゴリー	サブカテゴリー
医療者からの情報提供や体験に基づいた病気の理解	医師より体調管理や心不全症状を聞き理解していた
	体験に基づく心不全徴候の理解
	入院中に塩分制限の必要性を指導された
	心不全徴候の理解に基づき症状の観察を自分で行う
	自分の病状と向き合っている
治療の継続	薬は自己管理し飲み忘れない
	意欲を持って心臓リハビリを継続する
血圧測定・体重測定の継続	毎日体重測定をしていた
	毎日血圧測定をしていた

水分量や食事量に注意して行う体重管理	塩分制限を守るための工夫をした
	制限内での間食を心がけていた
	体重を適切に保つために食事量に注意した
	排尿回数を把握し飲水制限を守っていた
身体に見合った活動の工夫	労作が心負担になると分かり活動を控えた
	外出先や移動手段を選んで、無理のない範囲で活動していた
	家族に外での移動を手伝ってもらう
	受診の仕方を変えた事で身体への負担が軽減した
	状況に応じた酸素量・活動方法の調整
家族からのサポート	療養生活を支えてくれる夫への心くばり
	家族関係におけるストレスをためない

III. 慢性心不全患者の問題となりうる自己管理

問題となりうる自己管理については 31 のコードが抽出され、10 のサブカテゴリー、4 のカテゴリーが生成された。(表 3)

慢性心不全患者には“毎日 3 時間歩いていた”という語りが示すように『心負担になりうる生活習慣への気づきの不足』や『病状・食事管理についての情報不足』といった【病状の悪化を予防する知識の不足】があった。一方で、【具合が悪いと認識していたが自己判断で受診しなかった】という行動や、『塩分・糖分制限の必要性はわかっていたが守れずにいた』『心負担になると分かっているにもかかわらず変えられない習慣』といった【必要性を理解しているが変えられない習慣】があった。また、『夫に負担をかけていることへの申し訳なさ』や『感じた事のない大きなストレスがかかった』といった【活動制限によるストレス】があることが語られた。

表 3. 慢性心不全患者の問題となりうる自己管理

必要性を理解しているが 変えられない習慣	塩分・糖分制限の必要性はわかっていたが守れずにいた
	心負担になると分かっているにもかかわらず変えられない習慣
病状の悪化を予防する知識の不足	心負担になりうる生活習慣への気づきの不足
	労作時に苦しくなった体験を通して病状の悪さに気づいた
	病状・食事管理について情報不足
	自己解釈に基づく行動
活動制限によるストレス	活動制限によりストレスを感じていた
	感じた事のない大きなストレスがかかった
	夫に負担をかけていることへの申し訳なさ
具合が悪いと認識していたが自己判断で受診しなかった	

考察

高齢者世帯の慢性心不全患者は自己管理や必要な生活支援が不足することで再入院に至るのではないかと推測されたが、実際には【医療者からの情報提供や体験に基づいた病気の理解】によって【水分量や食事量に注意して行う体重管理】【血圧測定・体重測定の継続】【治

療の継続】【身体に見合った活動の工夫】を【家族からのサポート】を得ながら行えていた。これは入院中の生活指導や情報提供を理解した上で、自分の生活に取り入れ行動化できていたためと考えられる。また今回の対象者の特徴としてADLが自立していたこと、家族からの協力が十分に得られていたこと、認知機能が保たれていたことも自己管理を可能とした要因として挙げられる。しかし実際には【病状の悪化を予防する知識の不足】があったために「退院後も以前と同じ生活をしていた」「減塩以外の指導は覚えていない」といった問題となりうる行動に繋がっていた。

一方で【必要性を理解しているが変えられない習慣】【具合が悪いと認識していたが自己判断で受診しなかった】という結果も挙げられている。正木(2016)は、高齢者の長い人生、過去の時間的蓄積が現在のありように深く反映されており、またそれらが現在の健康問題と相互に関連しあっていると述べている。柔軟に適應できない場面や容易に変えられない習慣の背景にはこのような高齢者の特性が影響していると考えられる。

また、【活動制限によるストレス】においては家族のサポートを得られている一方でそのことが「家事を夫に任せ動かないことがストレス」「夫に負担をかけていることへの申し訳なさ」に繋がっていた。加えて、高齢になるほど増えてくる死別体験により『感じた事のない大きなストレスがかかった』と精神的負担に繋がっており、回避できないライフイベントがストレスの要因となっているのが実情である。

本研究において、再入院に至った高齢者世帯の慢性心不全患者の自己管理行動として抽出されたコードの多くは〈病状悪化を予防するために実践していた自己管理〉であり、健康維持のための努力や工夫をしていることが明らかになった。しかし、実際には再入院に至っており、表3に示したような改善すべき課題もあったことから、その部分に着目することが再入院予防に繋がると考える。

結論

1. 再入院に至った慢性心不全患者が病状悪化を予防するために実践していた自己管理として、【医療者からの情報提供や体験に基づいた病気の理解】【治療の継続】【血圧測定・体重測定】【水分量や食事量に注意して行う体重管理】【身体に見合った活動の工夫】【家族からのサポート】の6のカテゴリーが抽出された。
2. 再入院に至った慢性心不全患者の問題となりうる自己管理として、【必要性を理解しているが変えられない習慣】【病状の悪化を予防する知識の不足】【活動制限によるストレス】【具合が悪いと認識していたが自己判断で受診しなかった】の4のカテゴリーが抽出された。
3. 自己管理行動における課題として、高齢者の特性である長い人生経験に反映された生活習慣や価値観に着目した支援の必要性が示唆された。

文献

- 信岡由夏, 鷹林広実, 徳満久美子(2006): 高齢の心不全患者の生活上の問題, 第37回日本看護学会論文集(老年看護), 100-102.
- 眞茅みゆき(2008): 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, 54(12), 88-92.
- 正木治恵(2016): 対象特性, 正木治恵・真田弘美, 老年看護学概論(改訂第2版), 66-72, 南江堂, 東京.