

# 「高齢心不全患者の症状マネジメント能力の向上を目指した 看護支援プログラムの構築（要旨）」

(Development of a nursing intervention to improve the ability of symptom  
management in elderly patients with heart failure)

看護学研究科：地域・看護システム学

学籍番号： DN-17451

氏名： 岡田 明子

指導教員： 眞茅 みゆき （教授）

## 1. 序論

心不全は疾患の増悪による再入院率が高く、再入院を回避するための看護が求められている。再入院の回避には患者によるセルフケアが不可欠であり、患者のセルフケア能力を向上するための支援は看護師の重要な役割である。心不全患者に必要なセルフケアには、塩分・水分制限や服薬など治療法を遵守することに加え、心不全が急性増悪した際の症状に早期に気づき、正確に評価し、適切に対処する症状マネジメントが求められる。先行研究では、心不全患者が症状マネジメントに難渋している実態、特に高齢心不全患者の症状マネジメントが課題であることが明らかにされており、高齢心不全患者の症状マネジメント向上のための支援方法の構築が不可欠である。

## 2. 研究目的

高齢心不全患者の症状マネジメントの実態に関する横断研究、症状の気づきに関する記述的研究により高齢心不全患者の症状マネジメントの課題を明らかにし、症状に対するセルフマネジメントに関する介入研究のナラティブレビューの結果を踏まえた上で、高齢心不全患者の症状マネジメントを支援するための看護介入プログラムを構築する。

## 3. 研究方法

看護介入プログラムは以下の手順で構築する。

- 研究 1. 急性心不全患者における症状の知覚、評価、症状への対処行動と受診の遅延に関する横断研究の結果から、症状マネジメントにおける課題を抽出する。
- 研究 2. 心不全患者の急性増悪時における身体の変化の気づきの表現に関する記述的研究の結果から、症状の認知を促進するために必要な支援について示唆を得る。
- 研究 3. 心不全患者の症状に対するセルフマネジメント向上を目的とした介入研究に関するナラティブレビューを実施し、セルフマネジメント向上のために求められる新たな看護介入について検討する。
- 研究 4. 横断研究、記述的研究、ナラティブレビューの結果を踏まえ、症状マネジメント支援プログラムを構築する。

## 4. 研究結果

### 【研究 1】

研究目的は、急性心不全患者における症状の知覚、評価、対処行動および潜在的要因と受診の遅延との関連を明らかにすることである。研究デザインは横断研究で、研究協力施設に心不全の治療目的で入院した全ての患者のうち、認知機能障害や精神疾患を有する患者を除外した 109 名に対して調査を実施した。研究の結果、知覚していた症状の中に倦怠感がある患者は無い患者と比較して、若年者は高齢者と比較して受診が遅延していることが明らかとなった。症状の評価と症状への対処行動は、受診の遅延と関連していなかった。本研究で示されなかった、量で評価することができない様々な社会人口統計学的要因、臨床的要因、心理的要因、および症状の経験が受診行動に影響している可能性がある。特に、患者が急性増悪時の症状にどのように気づいているかがその後の評価、対処行動に影響している可能性があり、患者が経験している症状をより詳細に理解するための質的な研究が求められる。

#### 【研究 2】

研究目的は、心不全患者が急性増悪時に気づいていた身体の変化を患者自身がどのように知覚し、どのように表現するのかを明らかにすることである。研究デザインは、質的データを用いたテキストマイニングによる内容分析であり、心不全の治療目的で入院した 21 名の患者を対象に半構造化面接を実施した。分析の結果、心不全患者が急性増悪時に気づいていた身体の変化についての表現の多様性、種類の全体像が明らかとなった。医療者が用いる「息切れ」「浮腫」などの症状名に分類された症状は、患者によって性質や気づき方が異なり多様に表現される。患者が表現する言葉を用いて患者が知覚している症状を捉えることは、急性増悪時の症状の認知の促進へとつながると考える。

#### 【研究 3】

研究目的は、心不全患者の症状に対するセルフマネジメント向上を目的とした介入研究に関するナラティブレビューを行い、セルフマネジメント向上のために求められる看護介入について示唆を得ることである。過去 10 年間に発表された文献を対象に医学中央雑誌 Web、MEDLINE、CINAHL を用いて検索を行った。抽出された 660 編のうち、重複論文を除外し採択基準を満たした 41 編の論文を分析対象とした。分析の結果、効果的な介入としてリフレクションを用いた教育、教育を実施した後の教育の繰り返しによる理解の強化の重要性が示された。課題として高齢心不全患者を対象とした論文が少ないことが明らかとなった。

#### 【研究 4】

研究 1～3 の結果を踏まえ、多くの患者が用いる症状の表現および Gibbs のリフレクティブ・サイクルを活用した、自宅で生活する高齢心不全患者の症状マネジメント向上のための看護介入プログラムを構築し、パイロット研究により実施可能性を検証した。本研究は、概念枠組みの作成、看護介入プログラムの構築、実施可能性の検証の 3 つの Phase で構成した。

##### Phase 1. 概念枠組みの作成

研究 1～3 および症状マネジメントに関する先行研究の結果を踏まえ、「症状マネジメント理論」「心不全セルフケア理論」を基盤として概念枠組みを作成した。患者の視点で症状を捉えるために「症状マネジメント理論」を参考に、症状マネジメントを『症

状の認知』『症状の評価』『症状への対処行動』で構成した。『症状の認知』『症状の評価』『症状への対処行動』をより深く理解するために「心不全セルフケア理論」を参考に、『症状の認知』を「body listening」「症状モニタリング」「症状の知覚」、『症状の評価』を「症状の解釈」「ラベリング」、『症状への対処行動』を「自主的なセルフケア行動」「相談によるセルフケア行動」で構成した。「症状マネジメント」に影響する要因、「症状マネジメント」のアウトカムについても示した。

## Phase 2. 看護介入プログラムの構築

看護介入プログラムの構成はリフレクティブ・サイクルを活用した入院前の症状マネジメントの振り返り、教育用パンフレットを用いた教育、症状記録日誌の提供と使用方法の指導、教育内容の強化を目的とした電話連絡とした。

ナラティブレビューの結果、症状マネジメント向上に対するリフレクションの有効性が示唆されたことから、患者の言葉を活用したリフレクションによる看護介入プログラムを構築した。効果的なリフレクションならびに再現性の確保のために、リフレクションの方法は Gibbs のリフレクティブ・サイクルを基盤とし、心不全の症状マネジメントに即した内容となるよう作成した。リフレクションは①経験の記述・描写、②経験における感情や思いの表出、③経験の評価および分析、④経験からの学び、⑤アクションプラン立案の順で実施する構成とした。

教育用パンフレットは、概念枠組み、記述的研究の結果、リフレクティブ・サイクルを基盤として作成した。パンフレットは教育に用いると共に、退院後に患者自身でリフレクションを行う際のガイドとすることを目的として作成した。

症状記録日誌は、症状の変化を捉えるために 0～4 点までの 5 段階で評価するよう作成した。症状の評価、対処行動を記載する欄についても設けた。退院後、症状記録日誌とパンフレットを用いて毎日リフレクションをしながら症状を観察するよう指導した。

退院 2 週間後の電話連絡は、教育内容の強化、症状の確認、症状記録日誌の記載状況の確認を行った。

プログラム実施手順は、入院中に症状マネジメントに関するリフレクション、パンフレットを用いた教育、症状記録日誌の提供と使用方法の指導を実施し、退院 2 週間後に電話連絡を行った。

## Phase 3. 実施可能性の検証

Phase2 で開発した看護介入プログラムを用いて研究への参加率、脱落率、介入群における介入の完遂率、症状記録日誌記載の遵守率を検証した。

- 1) 研究対象者：心不全の治療目的で入院した 65 歳以上、再入院の患者のうち認知機能障害、身体機能障害を有する患者、自宅以外へ退院する患者など除外基準に該当する患者を除外した 10 名を研究対象者とした。
- 2) 調査項目：研究対象者の特徴として年齢、性別、心不全の基礎疾患、心不全の罹患期間、心不全による入院回数、症状の認知・評価・対処行動を調査した。
- 3) 調査手順：ベースラインの調査終了後、研究対象者を介入群と対照群に 1 対 1 の割合になるよう割付けた。退院前に介入群に対しては通常の教育とプログラムに基づく介入、対照群は通常の教育のみを実施した。介入群は退院 2 週間後に自宅へ電話連絡

し教育内容の強化を行った。退院 1 ヶ月後、研究への参加率、脱落率、介入群における介入の完遂率、症状記録日誌記載の遵守率の調査を実施した。

4) 研究結果：研究対象者の平均年齢は  $79.9 \pm 6.8$  歳、男性 50%であった。心不全による入院回数は  $2.7 \pm 2.9$  回、心不全の罹患期間は  $8.5 \pm 4.0$  年であった。65 歳以上で再入院の患者 53 名のうち、研究に参加した患者は 10 名 (18.9%) であった。除外となった理由は認知機能障害がある 35.8%、自宅以外へ退院 17.0%、身体機能障害がある 2.7% であった。ベースライン調査時に 2 名が質問紙への回答が困難との理由で研究への参加を撤回した。研究参加に同意した患者のうち退院 1 ヶ月後の調査まで完了できなかった患者は 3 名であり、脱落率は 50%であった。介入群に割付けられた 4 名の患者はすべて退院 2 週間後の電話連絡まで完了した。

## 5. 考察

本研究の結果、高齢心不全患者は症状マネジメントが不十分であり介入の必要性が示されたが、加齢によって生じる障害や障壁により研究への参加率が低いことが課題であった。リフレクションは過去の経験の想起によって行われるため、認知機能障害を有する可能性が高い高齢心不全患者を対象とする場合は、認知機能の客観的な評価、入院後早期の介入、他者を含めた介入などの検討が必要である。本研究の参加率は低値であったが完遂率は 100%であった。この結果から看護介入プログラム自体の受容性は高いことが推察され、今回の研究結果を踏まえた研究プロトコルの再構築と、無作為化比較試験による効果の検証が求められる。