

再入院した心不全患者の家庭におけるセルフケア不足の実態

6階西病棟

○ 松岡 真由 小野 あゆみ 津村 早保 植田 累美子
武田 さとみ 山本 定子 文野 和美

キーワード：心不全 再入院 セルフケア不足

はじめに

心不全患者は症状が改善して退院しても、様々な原因で入退院を繰り返す。A病棟では本年1月から9月の9ヶ月間に心不全の診断で入院した患者のうち、約7割が緊急入院で、さらにその内の約2割がこの期間中に再入院している。その要因として原疾患が挙げられるが、日常生活での、情報不足・自己コントロールの欠如・変化に対応する能力の欠如等が原因で心不全の症状が悪化すること¹⁾が既存の研究でわかっている。そのため、退院後の日常生活管理について実際に即した効果的な指導を行う事が重要である。オレム²⁾は、「健康逸脱の状態にある人々は、健康逸脱に対するセルフケア要件に対処する能力を持たなければならないが、同時に彼らは関連する医学的知識を自分自身のケアに適応することが出来なければならない」と述べている。しかし、家庭における生活背景の把握が十分に行われていないままの、水分制限や体重管理などの一般的な指導に留まっている現状があり、既存の研究では家庭生活における問題を取り上げたものは少ない。そこで、セルフケア不足の実態を明らかにすることで、より具体的な個別指導に活かせるのではないかと考え、今回の研究に取り組んだ。

I. 研究目的

再入院をした心不全患者の家庭での療養生活上でのセルフケア不足の実態を明らかにする。そのことにより、心不全患者の退院後の日常生活での問題点を予測した個別の退院指導ができるようになると思う。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納法研究 因子探索型

2. 対象

心不全の診断で再入院した患者5名

3. 期間

平成19年8月から平成19年10月

4. データ収集方法

半構成的面接法 研究者2名でインタビューガイドに沿って個室でインタビューを行い、同意を得て内容を録音する

5. データ分析方法

逐語録を作成し、KJ法でカテゴリー化を行う

III. 倫理的配慮

対象者に文書で研究の主旨、参加・協力の自由意志、等について十分説明した上で同意書への署名を得る。インタビューはプライバシーの保たれる個室で行い、対象者の体調やスケジュール等に配慮して行う。データは厳重に保管に、研究終了時に破棄する。

VI. 結果

1. 対象者の概要

対象患者は男性4名と女性1名であり、年齢は63～78歳、平均年齢は71.8歳であった。全員既婚で子供がいる。4名は無職で、1名は職業があった。独居が2名で、3名は家族と同居していた。

2. 抽出された項目及びカテゴリーの概要

私たちは逐語録からセルフケアに関する言葉を抽出し、項目別にカテゴリーに分類した。

【食事管理不足】には『薄味がいいことは理解できているが、実際はできていない』『患者主体の食事でない』『心臓病の食事療法は受けていない』『自分の嗜好に合わせて食べている』のカテゴリーが含まれる。

【水分制限の理解不足】には『指導に対する理解不足』『我慢せず水分摂取をしている』のカテゴリーが含まれる。

【排尿に対する無関心】には『尿の回数や量は気にしていない』のカテゴリーが含まれる。

【内服薬に対する関心が薄い】には『飲み忘れ』『知識の不足』のカテゴリーが含まれる。

【退院指導の受け止め方】には『不明瞭な指導と理解不足』『退院後の生活を患者自身は楽観視している』のカテゴリーが含まれる。

<セルフケア不足>

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
食事管理不足	薄味がいいことは理解できているが実際はできていない	(病院は)塩分がやっぱり薄いですね。病院がえいと思います 大体もう味付け薄いのには慣れたら計らなくても十分に目分量でやってます 薄めのときもある、濃いめのときもあるし
	患者主体の食事でない	大体娘主体で炊事こしらえる、山ほどつくっちゃう 薄味がいいが家内が作るの辛かったり、甘かったり (塩分制限は?)家内でも作ったものを辛いが甘いが言うても、家内のほうがこれで丁度くらいとか、そんな分量量ったりしやせん
	心臓病の食事療法は受けていない	糖尿病の指導ですかね、それを一緒にうけたことがある
	自分の嗜好に合わせて食べている	大食です、自覚はしちゃうけどつい手が届いて食べてしまう トマトがあれば醤油とか塩をかけて食べる 特に食べたかったら、近くの店に自分で買いに行く ラーメン作ったりそんなのは自分でやるんです
水分制限の理解不足	指導に対する理解不足	計って飲むというのはなかなか難しいこと お茶が好きで、ちょこちょこ飲む 塩分も一緒に摂らんといかん
	制限なしに水分摂取をしている	無理をせんように仕事をし、飲みたいときに飲む 汗をいっぱいかいた屋間は水をがぶがぶ飲んだ 欲しいときには欲しいんで、自由に飲んでた 汗をかいたら水が欲しくなって飲んでた
排尿に対する無関心	尿の回数や量は気にしていない	量的には計らんけどね おしこは普通にできるき、気にしたことはない 一回に出る量はわからん
内服薬に対する関心が薄い	飲み忘れ	多少飲み忘れもある 忘れた時もあらあ パチンコに没頭し昼ご飯を食べずにやったりする時は屋の薬は飲めていない
	知識の不足	薬の説明書はあんまり見てのうて知らん 奥さんは関心ない 説明書は読まん いろんな病気があるから、その薬が出ちゃうはずや 飲めと言われたらあ飲みゆうだけ
退院指導の受け止め方	不明瞭な指導と理解不足	めっせ無理しなよ。という事は聞いちります 具体的な事は何も聞いていません 特筆するようなことはない お酒は飲まれんと言うだけは言われた 水はあんまり飲んだらいかんが補給はせないかん
	退院後の生活を患者自身は楽観視している	(退院してから不安に感じる)それはないです 退院できたらお利口で遊ぶ 動けるうちは病人と思うちよりませんき 初め来た時にゃ酒をとるか、命をとるかじゃゆうて・・飲んだ

VII. 考察

心不全を繰り返す患者は、水分の過剰摂取や活動の拡大、不確実な服薬など家庭での自己管理不足が症状を悪化させる。そのため、患者自身が家庭で正確な服薬、適切な体重維持、適量の塩分や水分摂取をコントロールできなければならない。西永³⁾も、「医学的な視点にばかりとらわれることなく、体重管理、服薬状況、塩分や水分摂取量などの確認および指導のケアシステムをさらに見直す重要性について再認識している」と述べている。そこで私たちは、オレムのセルフケア理論の、普遍的セルフケアの要件に沿ってインタビューを行い分析した。

【食事管理不足】に関しては、入院中は塩分控えめの治療食を提供されるため、家庭でも塩分を控えることの必要性は理解できているが、必ずしも塩分控えめとは限らない。その理由としては、調理者や患者が『心臓病の食事療法は受けていない』ため、なぜ塩分控えめでなければならないか、疾患と塩分の関連付けができていないのではないかとと思われる。また、加齢による味覚機能の低下により塩分の過剰摂取が考えられ、患者自身も『自分の嗜好に合わせて食べている』というように、長年慣れた味付けに傾きやすい。さらに[薄味がいいが家内が作るのは辛かったり、甘かったり]と調理者も食事をそれほど重要視していない事が分かった。今後指導していく上では、塩分制限食の調理自体が簡単で実行しやすい内容でないと、一方的な指導に終わり、有効な食事療法につながらないと思われる。「食事は楽しみの一つであり、制限などが先行すると食への期待が遠のき、生きている感覚までも奪いかねない」と鎌田⁴⁾も述べているように、患者の嗜好やニーズを考慮した入院中の個別的な栄養指導に加えて、給食センター等の地域の社会資源を活用できるように積極的な情報提供が必要である。

【水分制限の理解不足】に関しては、水分の過剰摂取が及ぼす心臓への負担が理解できていないために、入院中に飲水量のチェックを行っていても、習慣化されず重要視されていないことが分かった。水分の過剰摂取は再入院の原因に挙げられているが、実際には[計って飲むというのはなかなか難しいこと]と、退院後に飲水量のチェックをしている患者はいなかった。[汗をいっぱいかいた昼間は水をがぶがぶ飲んだ]など、水分の必要量は季節や運動量による不感蒸泄の変化に影響されるため、生活状況をふまえて医療者と患者間で話し合いを持つ必要がある。実際の飲水量の目安として、ペットボトル等の普段使い慣れているものを活用することで、より具体的な指導につながると考える。

【排尿に対する無関心】に関しては、尿は自然排泄されているため、『尿の回数や量は気にしていない』と、関心が薄い。その理由としてチェックが面倒であることや、心臓への負担と体重、水分摂取量、排尿量の関連付けが理解できていないために、関心を持っていないと思われる。簡単にできる体重測定は、『定期的に体重測定ができています』ことから、心不全の状態を知るための有効な指標となると考えられる。そのため、理想体重の増減の範囲を明確に提示し、その範囲を保つために、入院中から体重チェックシートを活用できるように指導していくことが必要と考える。

【内服薬に対する関心が薄い】に関しては、[飲むと言われたらあ飲みゆうだけ]と、医師の指示通りに飲まなければいけないという意識であった。薬の種類が多く詳しい理解が難しいためか、[薬の説明書はあんまり見てのうて知らん]というように一つ一つの内容についての関心が薄い。疾患と薬の重要性が理解できていないことが『飲み忘れ』につながると考えられる。不確実な服薬も再入院の原因に挙げられており、入院中に患者の自己管理能力を評価し、医師や薬剤師と情報交換しながら、個々の管理能力に応じた服薬指導を行ない、確実な内服のための対策を講じる事が必要である。

【退院指導の受け止め方】に関しては、[めっそ無理しなよ。という事は聞いちゃります]という、無理をしてはいけないという印象のみ全ての患者の記憶に強く残っているようであるが、無理しないという言葉は、曖昧であり受け取り方によっては個人差がある。そのため家庭環境や理解力に応じた具体的な内容で指導することが重要と考える。さらに高齢の患者だけでは十分なセルフケアが難しいため、退院指導を一緒に受けたキーパーソンが生活に関わり、セルフケア不足を補う必要がある。心不全が悪化する原因は様々であるが、生活に即した個別的な指導ができていなかったことも要因であることを再認識した。「早期の段階において情報収集を十分に行い、どんな点にセルフケア不足が生じているのかを明確にするとともにスタッフ全員で共通の認識を

持って指導に当たることが重要である」と田瀬¹⁾が述べているように、入院早期よりセルフケア不足の要因をアセスメントし、退院後のセルフケアの充足に向けて、疾患の理解・確実な服薬・塩分制限・適正体重の維持・に重点をおいて指導を行っていくことが必要である。

VIII. 結論

心不全患者の再入院を予防するためには、入院中から患者個人の背景に目を向け、個別的でより具体的な方法で指導を行なうことが必要である。退院指導には日常生活と疾患の関連付けた情報を提供し、家族にも参加してもらうことで、セルフケア要件に対処する能力が高まり、症状の悪化を防ぎ充実した生活を送ることが可能となる。

引用・参考文献

- 1) 田瀬裕子：入退院を繰り返す心不全患者のセルフケア不足の要因, 日本看護学会論文集（成人看護 II）, vol. 34th, 141-143, 2003
- 2) ドロセア E. オレム：オレム看護論看護実践における基本概念第4版, 医学書院, 2005
- 3) 西永正典：心不全増悪再入院を繰り返す高齢患者の在宅維持に総合的機能・ケア評価が有用であった1例, Geriatric Medicine, 43(4), 609-613, 2005
- 4) 鎌田ケイ子：老人看護必携, へるす出版, 1995
- 5) 信岡由夏：高齢の心不全患者の生活上の問題, 日本看護学会論文集（老年看護）, vol. 37th, 100-102, 2006
- 6) 寺本理子：急性心筋梗塞患者の退院後の生活習慣の実態, 日本看護学会論文集（成人看護 II）, vol. 36th, 425-427, 2005
- 7) 樋渡春香：高齢循環器疾患患者の心機能と再入院に影響を及ぼす要因, 日本看護協会九州地区看護研究学会集録, 165-168, 2003

〔平成20年3月8日 平成19年度高知県看護研究学会にて発表〕