

〔総説〕

心不全患者の病いの経験の現状と看護援助への課題

五十嵐涼子*

THE PRESENT SITUATION OF PATIENTS WITH
HEART FAILURE AND NURSING ISSUES

Ryoko IGARASHI *

キーワード：心不全，患者，病い，経験

Key words : heart failure, patient, illness, experience

Ⅰ．はじめに

近年、生活習慣や食生活の変化などから心疾患の罹患率が増加している。特に1995年以降、心不全は上昇傾向にある（国民衛生の動向，2010）。心不全は、虚血性心疾患、心筋症、弁膜症、高血圧症などの基礎心疾患から発症する臨床症候群である。心不全は心疾患の終末像であり、予後は不良である。心不全の経過は、慢性的または急性増悪をたどる。生命予後の改善、生活の質の改善と維持、心不全増悪による再入院率の低減が心不全患者の治療や看護の重要な目的となっている。そのため、心不全患者は、症状や状態に応じた自己管理を遂行し、確実な生活管理を強いられ、病いとともに生きることになる。また、心不全患者の予後や生活の質には、抑うつ、不安が密接に関連しているといわれている（Tsuchihashiら，2009）。

そこで、本稿では、海外と本邦における心不全患者に関する研究から患者の病いの経験について概観し、心不全患者の病いの経験とその看護について検討し、今後の課題について述べる。

Ⅱ．海外における心不全研究

1. 心不全とともに生きることの現状

Welstandら（2009）は、心不全患者が病いとともに生きる経験を明らかにすることを目的に文献検討を行い、心不全患者が病いとともに生きる経験には共通の概念があるとしている。つまり、「自己の概念」「心不全の診断と徴候」「日々の生命の認識」「他の役割」「対

処行動」の5つである。これらの概念は、患者が新しいアイデンティティや自己を見出そうとするためまた、病気から生じるさまざまな経験に順応するために必要であるとされている。心不全の順応には、自己管理能力が深く関連しており、看護者は、患者が新しいアイデンティティを得る過程を理解し、支援する必要があると報告している。

Thornhillら（2008）は、心不全と診断されてから慢性心不全とともに生きる患者の経験について研究した。診断を受け入れる過程には、「症状の出現の自覚」「医療者への援助を求める」「診断の受け入れ」という3段階があった。患者の経験は、「活動」「生活スタイル」「仕事」「自己/アイデンティティの変化」「他者への役割」「否定的や積極的な感情の反応への適応」の6つに分類された。患者は、身体症状から大きな影響を受け、日常生活で多くの制限を強いられている。そのため、患者の社会的な関係や活動は、心不全とともに生きることに適応するうえで特に重要な助けとなる。看護介入、患者教育、自己管理は心不全とともに生きるうえで密接な関係性があることが示唆された。

Mahoney（2001）は、心不全患者の病いの経験の過程として、①崩壊、②支離滅裂、③適応/順応の3段階があると報告している。①崩壊の段階は、疾患の影響により患者は耐え難い状態にあり、疾患の影響には、身体的、情緒的、社会的、経済的、霊的な側面があった。患者は、症状に伴う苦痛、身体機能の連続的な悪化により、病気の経験を理解することができない。病気への反応として不安、苦悶、不確実性、コントロール喪失という感情を抱く。患者が心不全とともに生きる経

*東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程（Tokyo Women's Medical University, Graduate School of Nursing）

験に意味を見出すことは、病いととも生きることへの順応・適応につながると述べられている。

Falk ら (2007) は、患者が心不全とともに生きるためどのように日常生活を維持しているのかを明らかにした。その結果、日常生活を維持しているカテゴリーとして、「人生の現実性へのふるまい」「人生の無限性に関する考えへの対処」「責任を取る」「取巻く周囲」「人生の価値を維持する」の5つが抽出された。身体的症状は明らかに日常生活の営みに影響していた。患者は病気への恐怖を減少させ、できるだけ普通の生活を送ることへの強い願望を有していた。また、患者は死への不安、恐怖感を抱いているが、日常生活の中で対処方法を見出していた。つまり、楽しいことをする機会や安らぎをもつことである。安らぎは、患者の人生の伴侶、子ども、親友、隣人との信頼やその関係性と強く関連していた。ライフスタイルの変容を強いられるなかで、スポーツ、買い物、文化的活動などに興味をもち、ライフスタイルを維持することが患者にとって重要であるとしている。また、興味とライフスタイルの両方が、生活の質の維持と日常生活の構築に必須であると述べている。患者の疾患への知識習得は、健康状態の悪化と日常生活を管理する能力と深く関連しており、看護者は、患者が自己管理能力を高められるよう教育を行うことが重要であるとしている。また、患者の自己管理遂行状態を確認するツールを作成すべきであると報告している。

Bosworth ら (2004) は、心不全とともに生きる患者を理解するために、生活の質について身体と精神の側面から検討した。その結果、「身体症状」、「役割の損失」、「情緒的反応」、「対処」、「社会的支援」の5つの要因が抽出された。患者にとって身体的な症状の認識は重要であり、予測できない予後の不確実性は多大な不安、抑うつ状態、恐怖感を導くことになる。また、身体的側面と予後の患者の不確実性は、心不全患者において重要な生活の質の構成要素であり、看護者は、心不全患者のQOLに影響する要因を理解しなければならないと述べている。

Falk ら (2009) は、精神・情緒面と身体的症状の苦悩との関連性について研究した。その結果、不安が精神的疲弊に関連していたのに対し、うつ状態は活動の低下に関連しており、モチベーションの低下は身体機能の低下に関連していた。疲労感は身体的苦痛に影響しており、女性は男性よりも多くの苦悩を感じていた。心不全患者の苦悩や疲労感は、患者のコーピング能力、自己管理能力、治療にたいして破壊的な影響を及ぼす

可能性が示唆された。

Brannstrom (2006) は、難治性心不全患者の病いの経験について研究した。難治性心不全患者は、病いととも生きることを「ジェットコースターの寿命」、「死のドアをノックする」という表現をしていたことが報告されている。「ジェットコースターの寿命」は、人生の状況に対する象徴的な表現として浮き沈みのある継続する心の動揺によって特徴づけられていた。「死のドアをノックする」は、予測不能な状態と不確実な未来に対しての脅威の反応であり、また、患者の状況において見込みのなさに対する気持ちのあらわれであった。

以上のように、心不全患者の病いの経験には、「心不全の徴候の認識」、「対処行動」、「心不全への順応/適応」、「生活の質の低下」、「精神的安寧の低下（不安、恐怖、不確実さ）」、「抑うつ状態」、「自己概念」という共通性があることがわかった。しかし、患者の経験には、共通性もみられたがそれぞれ独自の経験もみられることがわかった。患者の経験には、経験の過程やその関連性、病期の時間的プロセスが示されていないことがわかった。また、患者が病いととも生きる苦悩、困難さを緩和するために適切で、かつ具体的な看護援助が必要であることがわかった。

2. 心不全患者における生活の質への影響

Heo ら (2008) は、心不全患者がどのように生活の質 (Quality of life: 以下 QOL と示す) を維持しているのかを明らかにする研究を行った。その結果、心不全患者のQOL維持は、「患者とその家族のニーズを満たすために、望ましい身体的・社会的な活動を実行すること」「幸せを維持すること」「他者との充実感のある関係性の保証」の3つが明らかになった。また、患者の肯定的または否定的な様々な要因がQOLに影響していた。その要因は、「身体状態（症状と身体的な状態の良し悪し）」、「精神状態（気分の肯定的または否定的な見通し）」、「経済（財政状態）」、「社会的な状態（社会活動のための社会的支援と能力）」、「精神的な行動（セルフケア）」などであった。患者のQOLは、心不全への日常生活への影響ばかりではなく、患者の幸福への活動の追求にも反映されていた。

Johansson ら (2006) は、心不全患者の健康関連の生活の質 (Health-related quality of life: 以下 Hr-QOL と示す) と Hr-QOL に関する影響因子を明らかにする目的で文献検討をした。その結果、「心不全患者の Hr-QOL」について、良好群と低下群を比較すると、低下群は、今後、入院と死に対する高いリスクをもっていた。心

不全症状の発生が、Hr-QOLの低下と関連していた。心不全患者は、息苦しさ、下肢の浮腫などの症状から身体的、社会的、日常生活の活動の能力が制限されている。そのため、低い活動状態がHr-QOL低下と関連していた。多くの心不全患者は精神的苦痛に苦悩し、自分自身の人生のコントロールの損失を認識し、不安と抑うつ状態となる。うつ状態は心不全患者にもっとも共通するものであった。うつ状態で苦悩する心不全患者は、状況に適応する能力に乏しく、また、身体的な制限は、心理的・精神的問題とうつ状態のリスク因子があった。心不全患者は心不全に罹患していない患者よりも強い身体的な苦痛を有するために、社会的、役割機能における制限、うつ状態がみられ、重いうつ状態を発症する性質がみられたと報告されている。「心不全患者のHr-QOLと関連する要因」としては、「性別」「個人の特徴、性格」「年齢」「睡眠状態」「介入がHr-QOLに与える影響」「訓練（運動）」「運動と患者教育」の7つが明らかになった。身体的、社会的な側面でのHr-QOLの低下は患者の自立性の損失と生活をコントロールしようとする気持ちを減退させ、心不全患者の不安と抑うつ状態を引き起こす要因と1つであると述べられている。Johanssonら（2006）は、この研究結果から心不全患者のHr-QOLを改善するために、看護師は、継続的な看護介入と患者教育を行うことが重要であり、そのような看護援助をすることが患者の精神的なものへの強化につながると考察している。

以上のように、患者は心不全と診断され、その後、身体的症状による苦痛が生じるとともに、身体的活動や日常生活の制限を余儀なくされる。心不全症状の程度、進行によって身体的症状の苦痛が増強し、さらなる身体的・社会的活動や日常生活の制限を強いられることとなる。身体機能の低下、社会的役割の低下と損失、生活スタイルの変容、生活や活動の制限、身体症状と治療への苦痛、予後への葛藤などのストレスフルな経験をすることになる。そのため、患者は、身体的および精神的苦痛から身体的・精神的な安寧を得ることができなくなる。精神状態としては、精神的安寧の低下となり抑うつ状態に陥ってしまいうつ病に至ってしまう。心不全に罹患したゆえに患者自身に引き起こされるさまざまな要因が全て関連しながら悪影響を及ぼし、生活の質の低下を導くことが明らかにされている。しかし、生活の質に影響を与える要因どうしがどのようにそれぞれに影響を与えるのか、また、それらの要因が出現する過程やその関連性については述べられていない。つまり、心不全患者の生活の質を低下させる要

因は明らかにされているが、それらの要因がどのように関連し、影響しているのかが明らかにされていない。

3. 心不全患者における精神面への影響

Selmanら（2007）は、心不全患者の心理社会的、精神的なニーズを理解することを目的に研究をおこなった。慢性心不全患者におけるうつ病の有病率は77%と高く、社会的・精神的な苦痛や生活の質などに影響を及ぼしていることが示された。慢性心不全患者のスピリチュアルな苦悩についてはあまり研究がされておらず、苦悩が患者にどのような影響を及ぼすかについては明らかになっていない。研究結果から、Selmanら（2007）は慢性心不全とうつ病の臨床的評価を融合させ、心不全とうつ病に対しよりよい治療をする必要があり、また、ソーシャル・サポートと精神面における支援が重要であると考察している。

Friedman（2001）は、心不全患者の入院期間と早期退院時期における身体的症状と身体的機能がうつ状態と関連があるかを検討した。その結果、対象者の30%が、臨床的うつ状態を示し、身体的症状と身体的機能は、うつ状態と相関関係を示した。さらに、患者の身体的症状は、身体的機能よりも密接にうつ状態と関連していた。また、心不全患者の感情に身体的機能において身体的症状と制限の両方が影響を及ぼしていることも明らかになった。また、うつ状態は、身体的な制限がある患者よりもなんらかの身体的な症状がある患者の方が強く関連していた。

以上のように、患者は心不全に罹患すると精神的な苦痛を抱き、精神的安寧が低下し、抑うつ状態に陥り、うつ病に至ってしまう。心不全患者がうつ病に至る要因としては、疾患から生じる身体的症状、身体的機能低下、身体的活動の制限があることが明らかにされた。心不全とうつ病の臨床的評価を融合させ、心不全とうつ病への治療をすることが必要である。また、ソーシャル・サポートと精神面における支援が重要であることが示唆されていた。しかし、心不全患者への精神的サポートおよび支援についての具体的にどの職種がどのような方法でどんな時期に行うのかについては述べた研究は少なく、今後の検討課題である。

Ⅲ. 本邦における心不全に関する看護研究

1. 心不全とともに生きること

関根（2010）は、人工呼吸器離脱過程における心不全患者の取り組みの構造化を検討し、人工呼吸器離脱過

程おけるさまざまな場面において、「死の脅威にさらされ緊迫した状態に身を置く」、「生きるために現状を受け入れる」、「苦難を乗り越える」という体験を述べている。また、服部（2010）は、入退院を繰り返す慢性心不全患者の病状増悪の体験とその意味について検討し、「入退院を繰り返す心不全の増悪の経験は、自分から切り離すことのできないしんどさという身体感覚に折り合いをつけ、心不全増悪への対応策と新たな自己価値を自分の生活に編み込んでいくプロセスであった」と述べている。

2. 難治性心不全とともに生きること

多くの心臓病の中でも拡張型心筋症は難治性心不全を伴う代表的な心疾患であり、生命予後が不良である。拡張型心筋症における難治性心不全患者の病いとともに生きることの現状として次のように報告されている。

小倉（2003）は、患者が治療に対して希望を見出すための援助について研究をおこない、「看護師との信頼関係により対象が治療に意味を見出し、希望をもつことにつながった」と報告している。また、森下（2006）は、患者のパワーlessnessの研究をおこなった。パワーlessnessは、「先行き不明の困惑」「十字架を背負う自覚」「災難にみまわれる感覚」「見込みのない願い」「命が消えてゆく感覚」であった。森下は、死という運命が避けられない状態は、パワーlessnessと同義であるとし、患者が絶望感に押しつぶされることなく有意義な余生を送れるようにするためには、日常的困難感やパワーlessnessのサインを見逃してはならないとしている。

森下（2007）は、患者が日常生活の中で遭遇する困難に対するコーピングに関する研究をおこなった。コーピングは、「おのれをしのぐ努力をする」「人に頼り、頼られる」「一縷の望みに賭ける」「気持ちに折り合いをつける」であった。森下は、直面する困難や問題に対して孤軍奮闘し、人的・物質的な期待を通して問題解決を図る努力をし、解決に至らない困難や問題に対しては、考えることを避けたり諦めたりすることで気持ちを処理しており、これらは、どうにかして病いとともに生きていくための方略であると報告している。森下は、この研究から看護師が個々の患者のコーピングに注目することで、患者が病いとともに生きるための援助の手がかりを見出せると考察している。

以上のように、心不全患者や難治性心不全患者は、自分自身の疾患、症状の悪化や急性増悪に対し、受け入れまでに身体的・精神的に苦悩し混沌する時期を経験している。患者は直面する困難や絶望感で苦悩しな

がらも現実を受け入れ、どうにかして病いとともに生きていこうとする姿勢が明らかになった。患者の前向きな姿勢を支えるには看護師の援助が必要であることがわかった。

Ⅳ．心不全患者が病いとともに生きることの現状と課題

心不全患者が病いとともに生きる経験は、心不全に罹患したゆえに引きこされる身体的苦痛、生活の質や精神的安寧の低下がそれぞれ密接に関連づけられていた。心不全患者が生活の質や精神的安寧の低下を引きこさないようにするためには、各病期に応じた適切な看護援助が必要である。また、看護者は、心不全の増悪を予防するために患者教育を促進する必要があると示唆されていた。心不全患者が病いとともに生きる過程には、現実を受け入れることができない時期や苦悩を経験していた。しかし、やがて、患者は病気に適応しながら徐々に現実を受け入れ、病いとともに生きていく術を見出し、やがては前向きに生きていこうとする過程を経験していた。そのため、看護者は、患者が病いの経験をたどれるように看護援助をする必要があるとされていた。

以上から、心不全患者がQOLと心身の安寧を維持向上しながら、少しでもそのひとらしく病いとともに生きていけるように、患者にとって看護師の存在と看護援助が重要であることがわかった。

Ⅴ．心不全患者の看護の現状と今後の課題

心不全患者の病いとともに生きることについて概観し、心不全患者の病いの経験とその看護の現状を検討してきた。

先行研究より心不全患者には、各病期に応じた適切な看護援助、患者教育が必要であり、看護師の存在は重要であることがわかった。しかし、心不全患者への看護援助に関しては、看護の示唆だけにとどまり、具体的な提案がされてはいない。心不全は心臓機能において終末像であり、予後不良である。患者は、身体的症状の出現、身体的機能低下、身体的活動の制限、精神的安寧の低下などから容易にQOLが損なわれてしまう。また、心機能の余力が少ないため心不全急性増悪を繰り返すという病態の特徴がある。このような特徴をふまえ、看護者は、急性増悪とQOL低下を引きこさないことを最大の目的に、急性期から終末期までの

各病期に応じた心不全の病態や症状、管理プロセスを理解することが求められる。そこで、看護者は、「身体的な症状緩和」、「精神的安寧の維持向上」、「患者教育」を大きな3つの柱とし、具体的な看護援助をおこなう必要があると考える。具体的な看護援助として、次の4つが考えられる。①病態に応じた身体機能、精神状態のアセスメントとモニタリングを的確に行う。②患者が心不全という病気を理解し、病態に応じた生活調整、自己管理ができるように教育、援助をする。③QOL維持・向上と安全で安楽な活動を促進するために、症状緩和の管理をし、療養生活行動を援助する。④患者が経験する病いのプロセス、苦悩を理解し、状況に応じた適切な精神的な援助を行う。

以上のような看護援助を提供することが、病いとともに生きる患者を支え、患者に寄り添うことにつながっていくのである。また、そのような看護が患者自身の内面的な潜在能力を引き出し、促進することができ、患者は、病いとともに生きる術を得られるようになると考える。さらには、患者が身体的および精神的な安寧を得られその患者なりの最善な生活の質が維持できるようになると考える。

Ⅵ. おわりに

心不全患者は、症状から生じる身体的機能低下、精神的な安寧の低下、生活や社会活動の制限、疾患の予後や不確かさ、病いとともに生きることへの苦悩を抱きながら、それぞれの対処方法で、自己を取り戻そうとし、前向きに生きよとする経験をしていた。心不全は、終末像であり、本質的な生活の質が損なわれてしまい、それに伴い精神的安寧も低下してしまう。そのため、心不全患者が生活の質を低下する過程やそれぞれの要因がどのように関連し、影響しているのか、また、患者がどんな時期にどのような精神的な苦痛を抱き、精神的な安寧を低下させてしまうのかを明らかにすることが必要である。看護者は、心不全患者の病いのプロセスを十分に理解し、患者が病いとともに生きる意味を見出せるように、患者に寄り添いながら援助することが必要である。また、患者が心身ともに安寧が得られ、患者に応じた最善な生活の質の維持・向上、精神的な安寧が維持できるような看護援助を行うことが重要であり急務とされていると考える。

引用文献

- Bosworth, H.B., Steinhauer, K.E., Orr, A. (2004): Congestive heart failure patients perceptions of quality of life;the integration of physical and psychosocial factors, *Aging and Mental Health*, 8(1), 83-91.
- Brannstrom,M., Ekman, I., Norberg,A.,Boman,K. & Strandberg,G. (2006): Living with severe chronic heart failure in palliative advanced home care, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 295-302.
- Friedman,M.M. (2003): Gender differences in health related quality of older adults with heart failure, *Heart Lung* (32), 320-327.
- Falk, S., Patei, H., Swedberg, K., Ekman, I. (2008): Fatigue in patients with chronic heart failure a burden associated with emotional and symptom distree, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 91-96.
- Falk, S., Wahn, A.K., Lidell,E. (2007): Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure A qualitative study, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(3), 192-199.
- Friedman,M.M., Griffin, J.A. (2001): Relationship of physical symptoms and physicalfunctioning to depression in patients with heart failure, *Heart Lung*, 30(2), 98-104.
- Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C., Moser, D.K. (2008): Quality of life in patients with heart failure : ask the patients,*Hart Lung*, 38(2), 100-108.
- 服部容子, 前田幸子 (2010): 入退院を繰り返す慢性心不全患者の病状増悪の体験とその意味 心不全増悪への対応策と新たな自己価値を A 氏自らの生活へと編み込むプロセス, *甲南女子大学研究紀要*, 4, 79-85.
- Johansson, P., Dahistrom, U., Brostrom,A. (2006): Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature, *Europea Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 5-15.
- 森下晶代 (2007) : 心筋症患者の日常生活上の困難に対するコーピング, *日本看護研究雑誌* 30(1), 49-57.
- 森下晶子, 津田紀子, 石川雄一, 矢田真美子 (2006) : 心筋症患者のパワーlessnessに関する検討, *日本看護科学会誌*, 26(1), 23-33.

- Mahoney J. S. (2001): An ethnographic approach to understanding the illness experience of patients with congestive heart failure and their family members, *Heart and Lung*, 30 (6), 429-436.
- 小倉晃子, 濱千恵子, 川浪美紀 (2003): 難治性心不全患者が治療に対し希望を見出すための援助 トラベルビーの人間関係論を用いて, *日本循環学会論文集 看護総合*, 34, 40-42.
- 厚生統計協会 (2003): 国民衛生の動向 2010/2011, 厚生
の指標, 57 (9) .
- 関根由紀 (2010): 人工呼吸器離脱過程における心不全患者の取り組みの構造化, *日本クリティカルケア看護学学会誌*, 6 (1), 16-25.
- Selman, L., Beynon, T., Higginson, I. J., Harding, R. (2007)
: Psychological social and spiritual distress at the end of life in heart failure patients, *Curr Opin Support Palliat Care*, 1 (4), 260-266.
- Thornhill, K., Lyons, A.C., Nouwen, A., Lip, G.Y., (2008)
: Experiences of living with congestive heart failure a qualitative study, *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 155-175.
- Tsuchihashi-Makaya, M., Kato, M., Chishaki, A.
(2009): Anxiety and Poor Social Support are Independently Associated With Adverse Outcomes in Patients With Mild Heart Failure, *Circulation Journal*, 73, 280-287.
- Welstand, J., Carson, A., Rutherford, P. (2009):
Living with heart failure: An integrative review, *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1374-1385.