

# 終末期心不全患者に対するエンドオブライフディスカッションの 実践と困難感を測定する尺度の妥当性と信頼性の検討

實金栄\* 井上かおり\* 名越恵美\*

**要旨** 本研究の目的は、終末期心不全状態にある患者への End of Life Discussion (EOLD) の実践とその困難感を測定する尺度の妥当性と信頼性を検討することである。分析対象は全国の医療施設から無作為に抽出された141施設の看護師188人であった。調査期間は2021年7月の1か月間。独自に開発したEOLD項目について、その実践頻度と困難感を調査した。分析は、まずEOLDの実践頻度のデータを用い探索的因子分析を行い、次に抽出された因子構造を用いて確認的因子分析を行った。外的側面からみた妥当性の検討は、スピリチュアルケア実践との関連で検討した。探索的因子分析の結果、「医療者チーム」「患者・家族」の2因子が抽出された。確認的因子分析では、「EOLD」の実践と困難感ともにモデルのデータへの適合性は、統計学的許容水準を満たした。 $\omega$ 信頼性係数も良好な値であった。今後は本尺度の一般化妥当性の検討、ならびに「EOLD」の関連要因の検討が必要である。

**キーワード：**人生の最終段階、アドバンスケアプランニング、話し合い、心不全

## 1. はじめに

医学、医療技術が発展し、高度医療が提供され、人々はその恩恵を大きく受けている。一方で、人は生物学的「生命（いのち）」と生活をする者としての物語られる「いのち」の両側面をもっており<sup>1)</sup>、救命や延命だけが「いのち」を支えることではない。エンドオブライフにはLiving（生きている）とDying（死に向かっている）が両立している状態であり、エンドオブライフ・ケアは、人が死に至るまでを、できる限りよく生きられるように、また尊厳をもって死に至るように支援することとされている<sup>2,3)</sup>。そのようなエンドオブライフ・ケアにおいては、患者の医療・ケアにおける意思決定支援が重要となり、いわゆるアドバンスケアプランニング（Advanced Care Planning: ACP）の必要性が指摘されている。さらにACPの中でも「差し迫った場面での意思決定支援」における話し合いは、End of Life Discussion (EOL discussion: EOLD)<sup>4)</sup>とされている。しかしながら意思決定支援においては、予後予測する難しさ、患者や家族の非現実的な期待、死にゆく人へのケアの経験の少なさ、話し合い

のための十分な時間のなさ<sup>5)</sup>があるといわれている。さらには人生の最終段階にある患者が自身を表出する状況に直面した時、看護師自身の心が揺れ動き「混沌とした不安」を抱き、患者の意向に沿えていないと感じ「重圧感」を感じたり<sup>6)</sup>、困難感あるいはストレスを認知したり<sup>7,8)</sup>と、ACPについての自信のなさ<sup>9)</sup>があることが指摘されており、いかにEOLDを実践するかが課題となっている。加えて心疾患における緩和ケアについてはそのアウトカム指標が十分でないことが指摘されている<sup>10)</sup>。存在するケアのプロセスに関する指標は、身体的苦痛に対する鎮痛剤の投与や、これらのプロセスについて文書化がなされているか、ACPが行われているかといった項目で構成されている。つまり必要とされる要素は示されているが、内容や評価指標は示されていない。そこで本研究は、終末期心不全状態にある患者へのEOLD実践とその困難感を測定する尺度を開発し、その妥当性と信頼性を検討することを目的とした。

\* 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

〒719-1197 総社市窪木111

## II. 方法

### 1. 対象者

調査対象施設は、地方厚生局が公表する都道府県別コード内容別医療機関一覧表から、循環器科を標榜する病床数200床以上の病院から、各都道府県3施設ずつ合計141施設を無作為に抽出した。各施設、心不全患者の受け入れ経験のある病棟に勤務する10人ずつ、1410人の看護師を調査対象とした。

### 2. 調査方法

調査対象施設の看護管理者宛に調査依頼と調査票を送付した。看護管理者から調査対象者に調査票を配布してもらった。回収は郵送およびSurvey Monkeyによるオンラインにより行った。調査期間は2021年7月の1か月間であった。

### 3. 調査内容

調査項目は、基本的属性（性別、年齢、看護経験年数）、EOLDの実践頻度とその困難感、スピリチュアルケア実践で構成した。

#### 1) EOLDの実践頻度と困難感

EOLDの実践頻度と困難感を測定する項目は先行研究<sup>11-13)</sup>を参考に、臨床での実践家、この領域の研究者らでブレインストーミングを行い11項目を準備した。回答と得点化は、実践頻度については「実践していない：0点」「どちらかという実践している：1点」「実践している：2点」、困難感については困難に「思わない：0点」「思う：1点」「とても思う：2点」とした。

#### 2) スピリチュアルケア実践

日本人のスピリチュアリティは「身体的、精神的、心理社会的側面とともに健康を構成する一側面であり、スピリチュアリティの本質は人間存在の根底に関わる人間自身の内面性」である<sup>14)</sup>。また、スピリチュアリティは「人生の危機に直面した時に意識化するという性質をもつ」と言われ<sup>15)</sup>、スピリチュアルケアは「最後まで自分らしく生きたいと願っている患者に対する支援」であると考えられる。したがって終末期心不全患者に対するエンドオブライフディスカッションの実践は、スピリチュアルケアの一部と考えられるため、外的側面からみた妥当性を検討するために調査した。

スピリチュアルケア実践は實金ら<sup>16)</sup>が開発した尺度（Nurses' Spiritual Care Practices、以降NSCPとする）を用いた。回答と得点化は「行っていない：0点」「時々行っている：1点」「行っている：2

点」「十分行っている：3点」である。得点が高いほど、スピリチュアルケアを実践できていることを示す。

### 4. 分析方法

まず、EOLD実践頻度の回答をもとに、探索的因子分析（Promax回転）を行い、因子構造を確認した。次に、複数の因子に0.4以上の負荷を示すものを削除し、確認的因子分析により構成概念妥当性を確認した。さらに外的側面からみた妥当性<sup>17)</sup>を検討するために、EOLD実践がNSCPに関連すると仮定した因果関係モデルの確認的因子分析を行った。信頼性は $\omega$ 信頼性係数を算出した。最後にEOLD実践の因子構造を困難感の回答に応用し困難感の構成概念妥当性と $\omega$ 信頼性係数を算出した。なおデータへ多重代入法（Rのmiceパッケージ）により欠損値代入した。モデルのデータへの適合性はRoot Mean Square Error of Approximation：RMSEAとComparative Fit Index：CFIにより評価した。RMSEAは0.1以下、CFIは0.9以上であればモデルはデータに適合していることを意味する<sup>18)</sup>。推定法はWeight Least Square Means and Variance Adjust：WLSMVにより行った。分析にはMplus7.4、R version4.1.0を使用した。

### 5. 倫理的配慮

調査対象施設の看護管理者に、文書により研究の主旨、内容、権利保障、守秘義務について説明を行った。研究に協力を得られる場合は、所属している看護師に調査票を配布してもらった。調査対象となる看護師にも文書により研究の主旨、内容、権利保障、守秘義務について説明を行った。調査への同意は、調査票への意思表示をもって確認した。本研究は岡山県立大学倫理委員会の承認を受け行った（受付番号21-12）。

## III. 結果

調査票は1410人に配布した。回答は255人（18.1%）から回収でき、そのうち同意がない者56人、ほとんどの項目に欠損の見られた者11人を除く、188人（94.5%）を分析対象とした。

### 1. 分析対象者の基本的属性

分析対象者の基本的属性を表1に示した。対象の年齢の中央値は35歳であり、25-75%値は28-43歳であった。平成30年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況（厚生労働省）においても、看護師の

年齢の構成比は 30・40 歳代が大きく、本研究の対象者はおおむね標本に近い年齢であったと考えられる。

## 2. EOLD の構造的妥当性の検討

EOLD の実践頻度の回答分布を表 2 に示した。実践の項目のうち「実践していない」が最も多かったのは、「3. 患者の病状・状況に即したケアチームを柔軟に作っている」94 人 (50.0%) であり、次いで「2. 医療・ケア方針に関する話し合い (カンファレンス) において、カンファレンスをファシリテーションしている」82 人 (43.6%)、「6. Good Death (最善の死) を見据えた今後の医療・ケアについて会話をするために、患者・家族らと話をする時間をつくっている」74 人 (39.4%) となっていた。他方、困難感の項目のうち「とてもそう思う」が最も多かったのは、「6. Good Death (最善の死) を見据えた今後の医療・ケアについて会話をするために、患者・家族らと話をする時間をつくっている」59 人 (31.4%)、次いで「7. 患者が、家族や専門職に自身の思いや希望を伝えられない、貫けないと感じている時には、アドボケーターとして、家族や専門職に本人の思いや希望についての話し合いをしている」

53 人 (28.2%)、「11. いわゆる悪い知らせについて、他の専門職が患者や家族らと話をすることをサポートしている」48 人 (25.5%) となっていた。

実践頻度のデータを用いた探索的因子分析の結果を表 3 に示した。因子は 2 因子抽出された。F1 はチームでの EOLD、F2 は患者・家族との EOLD と考えられるため F1 を「医療者チーム」での EOLD、F2 を「患者・家族」との EOLD と命名した。

次に複数の因子に 0.4 以上の負荷量を示した x5 を除く 10 項目で、実践と困難感について EOLD を一次因子、「医療者チーム」での EOLD (5 項目)、「患者・家族」との EOLD (5 項目) を二次因子とする

表 1 対象者の基本的属性

人 (％)		
性別 n=188		
男性	13	(6.9)
女性	117	(62.2)
無回答	58	(30.9)
中央値 (25-75％タイル値)		
年齢 n=187		
	35	(28-43) 歳
看護経験年数 n=163		
	11.3	(6.3-18.3) 歳

表 2 EOLD 実践頻度の回答分布

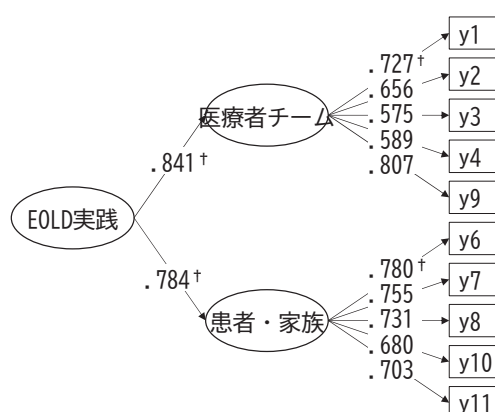
	欠損値	実践していない	どちらかという実践している	実践している
1. 「どこまで治療をするか」や「治療の差し控え」を含む今後の治療方針を検討するカンファレンスの開催を、医療・ケアチームに提案している。	0 (00.0)	71 (37.8)	89 (47.3)	28 (14.9)
2. 医療・ケア方針に関する話し合い (カンファレンス) において、カンファレンスをファシリテーションしている。	0 (00.0)	82 (43.6)	90 (47.9)	16 (08.5)
3. 患者の病状・状況に即したケアチームを柔軟に作っている。	0 (00.0)	94 (50.0)	81 (43.1)	13 (06.9)
4. 他職種あるいは患者・家族らの考えや希望に対して、看護職としてモヤモヤした思い (倫理的あいまいさ) を感じた時には、話し合い (カンファレンス) の開催を提案している。	0 (00.0)	31 (16.5)	119 (63.3)	38 (20.2)
5. 医療・ケア方針に関する話し合い (カンファレンス) において、合意形成に向けた意見・価値観の調整をしている。	0 (00.0)	53 (28.2)	114 (60.6)	21 (11.2)
6. Good Death (最善の死) を見据えた今後の医療・ケアについて会話をするために、患者・家族らと話をする時間をつくっている。	0 (00.0)	74 (39.4)	87 (46.3)	27 (14.4)
7. 患者が、家族や専門職に自身の思いや希望を伝えられない、貫けないと感じている時には、アドボケーターとして、家族や専門職に本人の思いや希望についての話し合いをしている。	0 (00.0)	61 (32.4)	103 (54.8)	24 (12.8)
8. 家族らが代理意思決定に苦悩している時、必要な専門職と家族らが会話する時間をもてるよう調整している。	0 (00.0)	42 (22.3)	109 (58.0)	37 (19.7)
9. 苦痛緩和のために必要な医学的管理を検討するための話し合い (カンファレンス) の開催を、医療・ケアチームに提案している。	0 (00.0)	59 (31.4)	97 (51.6)	32 (17.0)
10. 患者や家族らが死を意識し、これからについて不安・苦痛を抱いているように感じられた時に、患者や家族らの話を傾聴する時間をつくっている。	0 (00.0)	12 (06.4)	109 (58.0)	67 (35.6)
11. いわゆる悪い知らせについて、他の専門職が患者や家族らと話をすることをサポートしている。	0 (00.0)	62 (33.0)	96 (51.1)	30 (16.0)

n=188, 単位: 人 (%)

二因子二次因子モデルのデータへの適合性を確認した(図1、図2)。適合度指標は「EOLD」実践では、RMSEA=0.085、CFI=0.946であった。「EOLD」実践と同じ構造を仮定し、困難感のデータに当てはめたところ、RMSEA=0.048、CFI=0.996であり、「EOLD」困難感においても統計学的許容水準を満たしていた。また $\omega$ 信頼性係数は「EOLD」実践が0.858、「EOLD」困難感が0.935であった。

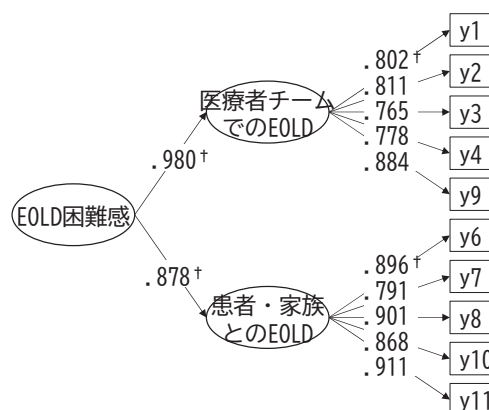
表3 探索的因子分析の結果

	F1	F2	共通性
x1	0.851	-0.110	0.736
x2	0.673	0.032	0.454
x3	0.716	-0.114	0.526
x4	0.435	0.190	0.225
x5	0.414	0.519	0.441
x6	0.018	0.770	0.593
x7	0.100	0.725	0.536
x8	0.128	0.606	0.384
x9	0.574	0.260	0.397
x10	-0.228	0.886	0.837
x11	0.134	0.591	0.367
因子寄与	5.155	1.521	6.676
寄与率	46.9	13.8	



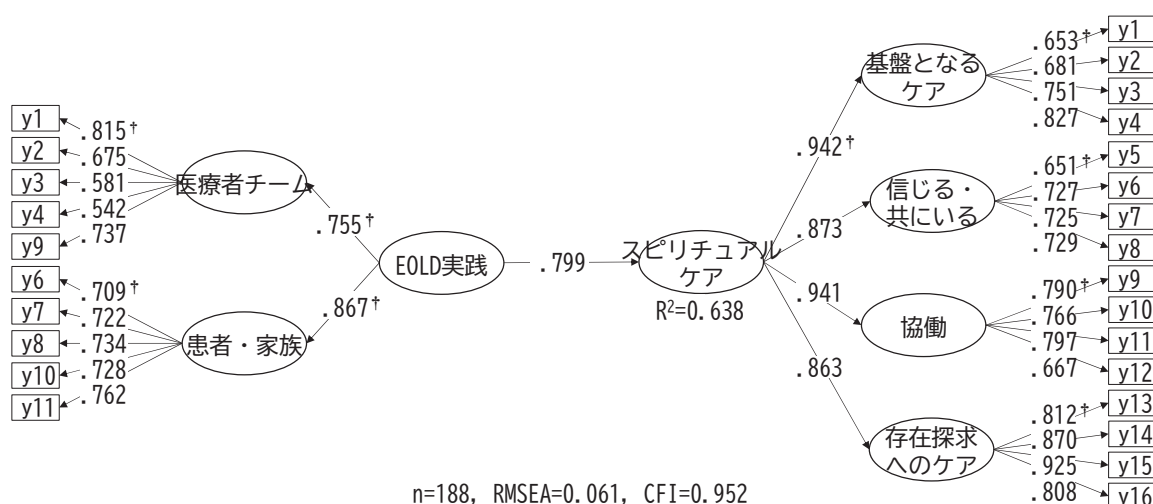
n=188, RMSEA=0.085, CFI=0.946  
モデル識別のため、制約を加えたパスに†を付した  
観測変数の誤差変数は図の煩雑化を避けるため省略した

図1 EOLD実践の確認的因子分析



n=188, RMSEA=0.048, CFI=0.996  
モデル識別のため、制約を加えたパスに†を付した  
観測変数の誤差変数は図の煩雑化を避けるため省略した

図2 EOLD困難感の確認的因子分析



n=188, RMSEA=0.061, CFI=0.952  
モデル識別のため、制約を加えたパスに†を付した  
観測変数の誤差変数は図の煩雑化を避けるため省略した

図3 EOLD実践のスピリチュアルケアへの関連



### 3. EOLD 実践の外的側面からみた妥当性の検討

EOLD の外的側面からみた妥当性を検討するために、「EOLD」実践が NSCP に関連すると仮定した因果関係モデルのデータへの適合性を確認した（図 3）。適合度指標は RMSEA=0.061、CFI=0.952、であり統計学的許容水準を満たしていた。関係性に着目すると、「EOLD」実践は NSCP に 0.799 の強い正の関連がみられ、寄与率は 63.8%であった。

## IV. 考察

意思決定には、意思形成、意思表明、意思実現があると言われている<sup>19, 20)</sup>。エンドオブライフにおいてどのような医療・ケアを受けるかは患者の意思実現に相当する。しかし現時点では事前に患者の意思が表明されていることは少なく、意思形成のみならず、家族による患者の意思の推定と推定意思に基づく意思決定支援を、ここ一か月間にこの患者が亡くなったとしても驚かない（サプライズクエストによる緩和ケアへの移行の基準）時期になってから経験する事例がよく見られる。慢性心不全においては、症状が悪化しても治療により緩解する例もあり、積極的治療を第一選択と考える医師も少なくなく<sup>21)</sup>、患者や家族にとってもこれまでの緩解の経験からどのような医療・ケアを選択するかの判断は難しいと考えられる。だからこそ、本研究で開発した「患者・家族」との EOLD にみられる、患者の意思形成と意思表明を支援し、また家族の患者の意思の推定、患者が表明したことを尊重するための支援が重要であり、「医療者チーム」での EOLD にみられる患者の意思の情報共有と合意をもたす話し合いをファシリテートすることが看護師には期待される。2018 年に改定された人生の最終段階における医療・ケアの決定のプロセスに関するガイドライン（厚生労働省）においても、意思決定は揺らぐものとして患者本人や家族等を含め話し合いがなされることや、医療・ケアチームによって意思決定が支援され、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断されるべきであると示されている<sup>22)</sup>。したがって、本研究で抽出された二因子（「医療者チーム」、「患者・家族」）は内容的に妥当であると考えられ、探索的因子分析においても統計学的に因子構造は支持された。

次に実践と困難感について、一次因子を「医療者チーム」と「患者・家族」、二次因子をそれぞれ

「EOLD」実践・「EOLD」困難感とする 2 因子二次因子モデルは、確認的因子分析においてデータに適合し構成概念妥当性が支持された。さらに、「EOLD」実践が「NSCP」に影響すると仮定した因果関係モデルを検討した結果、適合度指標は良好であり、外的側面からみた妥当性が支持された。EOLD 実践と困難感の  $\omega$  信頼性係数は 0.8 以上であり良好な値であった。今後は今回開発した EOLD 尺度をもとに、心不全ケアの質評価がなされるとともに、EOLD 実践や困難感への関連要因が検討され、看護の質の向上や困難感の解消が期待される。

## V. 研究の限界

本研究は 1410 人の看護師を対象としたが、回収率は 18.1%と低かった。COVID19 感染が収束していない時期に調査を実施したことも回収率の低さにつながったものと思われる。構造方程式モデリング（Structural Equation Modeling）を利用する上でのサンプルサイズについて、伊藤<sup>23)</sup>は複数の文献を示したうえで、最低でも 150、できれば 200 以上、観察項目の多い複雑なモデルでは観察項目の 10 倍以上のデータを集めることが基本的な目安としている。本研究において準備した項目は 11 項目であったため、この基準をおおむね満たすサンプルサイズではあった。しかし今後、一般化可能性の側面からみた妥当性の検討が必要である。

## VI. 結論

本研究では、看護師 188 人のデータを用いて、「医療者チーム」での話し合い、「患者・家族」との話し合いの 2 因子（各 5 項目）で構成される終末期心不全患者に対するエンドオブライフディスカッションの実践およびその困難感を測定する尺度の妥当性と信頼性を検証した。妥当性は、構成概念妥当性と外的側面からみた妥当性を検討し、信頼性は  $\omega$  信頼性係数を算出した。いずれも得られた数値は、統計学的許容水準を満たしていた。またスピリチュアルケア実践との関連においては強い正の関連が見られ、外的側面からみた妥当性が検証された。

## 利益相反

本研究は、令和 3 年度岡山県立大学独創的研究助成を得て実施した。

## 引用文献

- 1) 清水哲郎 (2015)「物語られるいのちと生物学的生命 再考 (「いのち」再考)」『哲学雑誌』130 (802), 1-24
- 2) 清水哲郎 (2020)「「自分らしく生きる」を支えるケア 臨床死生学の視点から「自分らしく生きる」を支えるエンドオブライフ・ケアと意思決定支援」『日本在宅ケア学会誌』23 (2), 9-14
- 3) Service National Health (What end of life care involves」 <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/>, アクセス日 2021.10.19
- 4) 西川満則 (2019)「【人工栄養療法をめぐるエンドオブライフディスカッション】 人生の最終段階を支える ACP と EOL discussion」『エンド・オブ・ライフケア』3 (1), 2-6
- 5) Crump Sandra K., Schaffer Marjorie A., Schulte Evie (2010)「Critical Care Nurses' Perceptions of Obstacles, Supports, and Knowledge Needed in Providing Quality End-of-Life Care」『Dimensions of Critical Care Nursing』29 (6), 297-306
- 6) 坂下恵美子 (2008)「終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師の心の壁の検討」『愛媛県立医療技術大学紀要』5 (1), 25-31
- 7) 宇宿文子, 前田ひとみ (2010)「終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討」『熊本大学医学部保健学科紀要』6, 99-108
- 8) 山本智恵子, 西村夏代, 出井涼介, 山口三重子, 中嶋和夫 (2018)「看護職者の共感ストレスサーと共感ストレス認知が精神的健康に与える影響」『社会医学研究』35 (1), 109-118
- 9) Lazenby Sophia, Edwards Adrian, Samuriwo Raymond, Riley Stephen, Murray Mary Ann, Carson-Stevens Andrew (2017)「End-of-life care decisions for haemodialysis patients - 'We only tend to have that discussion with them when they start deteriorating'」『Health Expectations』20 (2), 260-273
- 10) Mizuno Atsushi, Miyashita Mitsunori, Hayashi Akitoshi, Kawai Fujimi, Niwa Koichiro, Utsunomiya Akemi, Kohsaka Shun, Kohno Takashi, Yamamoto Takeshi, Takayama Morimasa, Anzai Toshihisa (2017)「Potential palliative care quality indicators in heart disease patients: A review of the literature」『Journal of Cardiology』70 (4), 335-341
- 11) 下地智之, 豊里竹彦, 眞榮城千夏子, 平安名由美子, 垣花シゲ (2017)「救急・集中治療領域の終末期治療における代理意思決定支援実践尺度の開発」『日本看護科学会誌』37, 437-445
- 12) 梶山倫子, 吉岡さおり (2018)「終末期がん患者の在宅療養移行に向けた一般病棟看護師の意思決定支援の実態とその関連要因」『Palliative Care Research』13 (1), 99-108
- 13) 松尾尚美 (2018)「「看護師の患者アドボカシー概念に基づく意思決定支援力測定尺度」の開発」『聖路加国際大学』, 聖路加国際大学 2017 年度博士論文, DOI: doi/10.34414/00013730
- 14) 竹田恵子, 太湯好子, 桐野匡史, 雲かおり, 金貞淑, 中嶋和夫 (2007)「高齢者のスピリチュアリティ健康尺度の開発 妥当性と信頼性の検証」『日本保健科学学会誌』10 (2), 63-72
- 15) 窪寺俊之 (2004)「スピリチュアルケア学序説」『三輪書店』, 12-13
- 16) 實金栄, 橋本優, 井上かおり, 梅本愛実, 笠松奈央, 小藪智子, 白岩千恵子, 岡本宣雄, 竹田恵子 (2018)「看護師によるスピリチュアルケアの実践を測定する尺度の妥当性と信頼性の検討」『臨床倫理』(6), 18-31
- 17) 平井洋子 (2006)「第 I 部 量的研究法についての問い直し 測定法に関して 第 2 章 測定の妥当性からみた尺度構成 得点の解釈を保証できますか」『誠信書房』3, 21-49
- 18) 山本嘉一郎, 小野寺孝義 (2002)「Amos による共分散構造分析と解析事例」『ナカニシヤ出版』, 36-42
- 19) 厚生労働省 (2018)「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>, アクセス日 2021.12/24
- 20) 平井啓, 山村麻予, 鈴木那納実, 小川朝生 (2021)「高齢患者のがん治療方針における意思決定困難に関する要因に関する探索的研究 医師に対するインタビューから」『Palliative Care Research』16 (1), 27-34

- 21) 竹内真緒, 山本理衣子, 吉村美樹 (2021)「医師の考える心不全終末期患者の治療のあり方」『日本看護学会論文集：ヘルスプロモーション・精神看護・在宅看護』51 回, 152-155
- 22) 厚生労働省, 医政局地域医療計画課在宅医療推進室 (2018)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」  
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>, アクセス日 2021.10.19
- 23) 伊藤大幸, 谷伊織, 平島太郎, 村上隆, 行廣隆次 (2018)「心理学・社会科学研究のための構造方程式モデリング：Mplus による実践」『ナカニシヤ出版』, 21-22

## Validity and Reliability of a Scale to Measure Practice and Difficulty of End-of-Life Discussion for Patients with End-Stage Heart Failure

SAKAE MIKANE\*, KAORI INOUE\*, MEGUMI NAGOSHI\*

*\*Department of Nursig Science, Faculty of Heath and Wealfare, Okayama Prefectural University*

**Abstract :** The objective of this study was to examine the validity and reliability of a scale for evaluating the implementation of and difficulty in end-of-life discussion (EOLD) with patients with end-stage heart failure. The analysis included 188 nurses from 141 randomly selected medical institutions nationwide. The investigation was conducted over the course of July in 2021. For our independently developed EOLD items, the frequency of implementation and difficulty were examined. We first performed exploratory factor analysis using the data on the frequency of EOLD implementation and then confirmatory factor analysis using the extracted factor structure. External validity was examined in relation to the implementation of spiritual care. The exploratory factor analysis gave two factors: “team” and “patient/family.” In the confirmatory factor analysis, the fit of the model to the data met the level of statistical tolerance for both EOLD implementation and difficulty. The omega (  $\omega$  ) reliability coefficient was also favorable. Further studies are needed to examine the generalizability of this scale and factors related to EOLD.

**Keyword :** End of Life, Advanced Care Planning, Discussion, Heart Failure