

看護師が認識する高齢末期心不全患者の心理的苦痛と看護実践

都菜々美* 木原優花** 浅木美帆*** 井上かおり**** 名越恵美**** 實金栄****

要旨 本研究は、看護師が認識している高齢末期心不全患者の心理的苦痛およびそれに対する看護実践、看護実践の中で感じる困難さの背景を明らかにすることを目的とした。循環器科を診療科とする医療機関に勤務する看護師を対象に無記名自記式質問紙調査を実施し、199人を分析対象とした。調査内容は、心理的苦痛についての認識、心理的苦痛に対する看護実践、心理的苦痛に対する看護実践の中で感じる困難さの背景とした。結果、看護師は、高齢末期心不全患者が【苦痛から逃れられない辛さ】【自立の喪失】【予後への不安】【選択権や決定権の喪失】等の心理的苦痛をもつと認識していることが明らかとなった。また、心理的苦痛に対する看護実践として、【身体的苦痛を緩和する】【患者の全人的理解を深めるために多職種で情報共有する】【今後の療養や治療に関する自己決定を支援する】等の実践が明らかとなった。心理的苦痛に対する看護実践を行う中で感じる困難さの背景として、【治療と緩和ケアのアンバランス】等が明らかになった。緩和ケアの提供にあたって課題があるが、早期から苦痛緩和に焦点を当てたケアを提供できるよう、多職種チームで対応を検討することや、患者が今後の療養について考えることができるよう意思決定支援が重要であることが示唆された。

キーワード：末期心不全、心理的苦痛、看護実践、高齢者

I. 緒言

令和元年の死因別死亡総数のうち心疾患は悪性新生物に次いで第2位であり、心不全は心疾患の中で最も多い死亡数である¹⁾。心不全とは「なんらかの心臓機能障害、すなわち、心臓に器質的および/あるいは機能的異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻した結果、呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し、それに伴い運動耐容能が低下する臨床症候群」²⁾である。

心不全患者は増悪と緩解を繰り返し徐々に心機能が低下し終末期へ向かう軌跡をたどる中で、低心拍出量徴候や肺うっ血徴候、運動耐容能低下などの身体的症状だけではなく抑うつや不安などの心理的苦痛を抱えていることが多い。特に末期心不全患者の55%に不安がみられると報告されている³⁾。心理的苦痛として、再発・症状悪化・死への恐怖や、家族および周囲に対する申し訳なさ等があり^{4) 5)}、心理的苦痛は、心不全患者のセルフケアへの意欲低下を

招き、QOLに影響を及ぼすのみならず、死亡率および再入院のリスクを高めると報告されている⁶⁾。抑うつが合併すると、特に65歳以上で死亡リスクが高まるとされる⁷⁾が、高齢末期心不全患者がどのような心理的苦痛をもつか、十分に明らかにされていない。

心不全患者の看護実践をみると、抑うつ症状のアセスメントについて、53.8%が「非常に・やや重要である」と回答しているが、52.4%が「全く・あまり実施していない」と回答しており⁸⁾、看護師は心理的苦痛への介入が重要であると理解していても、実践できていないと考えられる。また、循環器病棟に勤務する看護師を対象とした調査において、看護師の9割以上が末期心不全の緩和ケア実践で悩んだことがあると回答しており⁹⁾、看護実践において困難さがあると考えられる。

そこで本研究では、高齢末期心不全患者の心理的苦痛に対する看護実践を促進する方略への示唆を得

* 倉敷中央病院

** 岡山大学病院

*** 神戸大学医学部附属病院

**** 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

ることをねらいに、看護師が認識している高齢末期心不全患者の心理的苦痛およびそれに対する看護実践を明らかにすることを目的とした。さらに看護実践において困難さがあることが指摘されているため、心理的苦痛に対する看護実践を行う中で感じる困難さの背景についても明らかにすることとした。

II. 研究方法

1. 調査対象

調査対象施設は、厚生労働省地方厚生局が公開するコード内容別医療機関一覧より循環器科を診療科とする医療機関を各県3施設ずつ、合計141施設を無作為抽出した。調査対象者は心不全患者の受け入れ経験のある病棟に勤務する看護師とした。

調査票は各施設10人ずつ計1410人に配布し、255人から回答を得た(回収率18.1%)。このうち同意項目にチェックがない55人および心不全看護の経験がない1人を除く、199人を分析対象とした(有効回答率78.0%)。

2. 調査方法

調査は、無記名自記式質問紙調査(紙媒体による質問紙調査およびオンライン調査)を実施した。調査票は、調査対象施設の看護管理者を介して配布し、紙媒体での調査のみ個別郵送法にて回収した。

データ収集期間は、2021年6月～7月であった。

3. 調査内容

調査内容は基本属性、看護師が認識している高齢末期心不全患者の心理的苦痛(以下、心理的苦痛についての認識)、心理的苦痛に対する看護実践、心理的苦痛に対する看護実践を行う中で感じる困難さの背景とした。

1) 基本的属性

基本属性として、年齢、性別、看護師経験年数について調査した。

2) 心理的苦痛についての認識

高齢末期心不全患者との関わりの中で、患者から訴えがあったもしくは感じ取った心理的苦痛について、自由記述での回答を求めた。

3) 心理的苦痛に対する看護実践

2)に回答した心理的苦痛に対して実施したあるいは実施できれば良かったと感じる看護実践について、自由記述での回答を求めた。

4) 心理的苦痛に対する看護実践を行う中で感じる困難さの背景

心理的苦痛に対する看護実践を行う中で感じる困難さの背景について自由記述での回答を求めた。

4. 分析方法

基本属性については記述統計量を算出した。「心理的苦痛についての認識」、「心理的苦痛に対する看護実践」、「心理的苦痛に対する看護実践を行う中で感じる困難さの背景」については、まず、それぞれ意味内容を表す部分を自由記述より抽出し、コードを作成した。次に、類似するコードを集めてサブカテゴリーとして統合した。さらに、サブカテゴリーを意味内容の類似性に着目して、カテゴリーとして統合した。

データの信用性を確保するために、分析過程において研究者間で繰り返し検討を行った。

5. 倫理的配慮

研究対象者に研究目的、方法、個人情報保護、研究参加・不参加は任意であることについて文書で説明し、文書にて同意を得た。

なお、本研究は岡山県立大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(受付番号21-12)。

III. 結果

1. 基本的属性

対象者の属性を表1に示した。対象者の平均年齢は36.1歳、平均看護師経験年数は13.3年であった。性別は、男性13人(9.8%)、女性120人(90.2%)であった。

2. 心理的苦痛についての認識

心理的苦痛についての認識を表2に示した。看護師が認識する高齢末期心不全患者の心理的苦痛として、220のコードが抽出され、意味内容の類似性が

表1 基本的属性

	平均	±SD (範囲)
1) 年齢 (n=193)	36.1	9.1 (22-57)
2) 看護師経験年数 (n=167)	13.3	8.7 (1-36)
	人	%
3) 性別 (n=133)		
男性	13	(9.8)
女性	120	(90.2)

ら25のサブカテゴリー、8のカテゴリーに統合された。

以下、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは[]として記述した。

1)【苦痛から逃れられない辛さ】

このカテゴリーは持続する呼吸困難感などの身体的苦痛が辛く、苦痛から逃れたいが、現実には苦痛から逃れることはできない辛さを示すものであり、[死ぬことで苦痛から逃れたい][苦痛から逃れたいが逃れられない][苦痛が続くことへの不安][持続する呼吸困難による辛さ]の4のサブカテゴリーより構成された。

2)【苦痛を伴う治療による辛さ】

このカテゴリーは治療を受けることで生じる身体的苦痛や治療上の制限が辛く、治療を受けたくないという思いを示すものであり、[侵襲的な治療を受けたくない][これ以上治療を続けたくない][受けている治療による辛さ][制限が苦痛]の4のサブカテゴリーより構成された。

3)【孤独】

このカテゴリーは他者とのつながりを感じることができず孤独を感じていることを示すものであり、[自分は一人きりだと感じる][家族と会えない辛さ]の2のサブカテゴリーより構成された。

4)【自立の喪失】

このカテゴリーは身体症状の悪化や身体機能の低下により自立が損なわれていくことによって、これまで出来ていたことが出来なくなる辛さや他者に頼らなければならない申し訳なさを示すものであり、[出来ていたことが出来なくなる辛さ][自分の思いを伝えることができない苦痛][生活援助に依存することへの遠慮]の3のサブカテゴリーより構成された。

5)【予後への不安】

このカテゴリーは呼吸困難等の身体症状や繰り返す急性増悪に伴い死が近づいていることを察知し、死への恐怖やこの先どうになってしまうのかという不安を示すものであり、[先を予測できない不安][予後への不安][経済面への不安][死への恐怖]の4のサブカテゴリーより構成された。

6)【希望の喪失】

このカテゴリーは、身体症状や身体機能の低下によって、人生における楽しみや希望を失う辛さを示すものであり、[楽しみみの喪失][諦めを感じる][希

望する在宅療養ができない辛さ][なぜ自分なのかという苦痛]の4のサブカテゴリーより構成された。

7)【選択権や決定権の喪失】

このカテゴリーは医療者による治療方針の説明が不十分であることや家族との意見の相違から、選択権や決定権の喪失を感じていることを示すものであり、[医療者への不信感・不満][家族との意見の相違による辛さ]の2のサブカテゴリーより構成された。

8)【家族への気がかり・負担】

このカテゴリーは、残される家族を心配する気持ちや、家族に負担をかける申し訳なさを示すものであり、[残される家族への気がかり][家族に迷惑をかけたくない]の2のサブカテゴリーより構成された。

3. 心理的苦痛に対する看護実践

心理的苦痛に対する看護実践を表3に示した。高齢末期心不全患者の心理的苦痛に対する看護実践として、490のコードが抽出され、意味内容の類似性から31のサブカテゴリー、9のカテゴリーに統合された。

以下、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは[]として記述した。

1)【身体的苦痛を緩和する】

このカテゴリーは、心理的苦痛につながる身体的苦痛の緩和を図るケアを示すものであり、[身体的苦痛を緩和する][早期に緩和ケアを行う][多職種で苦痛緩和を検討し実施する][医師や薬剤師に薬剤の調整を依頼する]の4のサブカテゴリーより構成された。

2)【安らぎをもたらすケアを行う】

このカテゴリーは、心身に安らぎをもたらすために、快適さや心地よさを感じるケアを提供することを示すものであり、[気分転換を図る][リラクセスできる関わりをする]の2のサブカテゴリーより構成された。

3)【日常生活を維持する】

このカテゴリーは、環境調整や姿勢保持などにより日常生活を安楽に過ごすことを図るケアを示すものであり、[過ごしやすい環境を整える][安楽な姿勢を保持する][食事内容を変更する][口渴を軽減するケアを行う][生活指導を行う]の5のサブカテゴリーより構成された。

表2 心理的苦痛についての認識

カテゴリー	サブカテゴリー
苦痛から逃れられない辛さ	死ぬことで苦痛から逃れたい 苦痛から逃れたいが逃れられない 苦痛が続くことへの不安 持続する呼吸困難による辛さ
苦痛を伴う治療による辛さ	侵襲的な治療を受けたくない これ以上治療を続けたくない 受けている治療による辛さ 制限が苦痛
孤独	自分は一人きりだと感じる 家族と会えない辛さ
自立の喪失	出来ていたことが出来なくなる辛さ 自分の思いを伝えることができない苦痛 生活援助に依存することへの遠慮
予後への不安	先を予測できない不安 予後への不安 経済面への不安 死への恐怖
希望の喪失	楽しみの喪失 諦めを感じる 希望する在宅療養ができない辛さ なぜ自分なのかという苦痛
選択権や決定権の喪失	医療者への不信感・不満 家族との意見の相違による辛さ
家族への気がかり・負担	残される家族への気がかり 家族に迷惑をかけたくない

4)【希望の実現に向けたケアを行う】

このカテゴリーは、外出・外泊や在宅療養の調整など患者の希望を実現するためのケアを示すものであり、[希望が持てるように関わる][希望を取り入れた関わりを行う][患者の思いを尊重する][外出や外泊ができるように調整する][早い段階から退院支援を行う]の5のサブカテゴリーより構成された。

5)【今後の療養や治療に関する自己決定を支援する】

このカテゴリーは、患者の病状への理解を促し、今後の療養生活に関して意向を確認しながら話し合うケアを示すものであり、[今後の療養に関する患者の意向を確認する][患者の病状理解を促す][今後の療養や治療に関して話し合う]の3のサブカテゴリーより構成された。

6)【患者の苦痛に寄り添い受け止める】

このカテゴリーは、患者との関わりの中でタッチングや傾聴により思いの表出を促すケアを示すものであり、[患者との関わりの機会を増やす][タッチングを用いる][傾聴する]の3のサブカテゴリーより構成された。

7)【患者が支えを感じられるように関わる】

このカテゴリーは、患者が周りの人々によって支えられていると感じられるようなケアを示すものであり、[看護師として支える姿勢を患者に伝える][患者が大切にされていると感じられるようなケアを行う]の2のサブカテゴリーより構成された。

8)【患者の全人的理解を深めるために多職種で情報共有する】

このカテゴリーは、身体的・心理的・社会的・スピリチュアル的側面から患者をより深いレベルで理解し、支援するために、多職種で情報を共有することを示すものであり、[多職種で患者の状態を共有する][看護師間で患者の状態を共有する][統一したケアができるようにケア方法を検討する]の3のサブカテゴリーより構成された。

9)【家族の力を活かしてケアをともに行う】

このカテゴリーは、家族と協力して苦痛緩和の方法を検討し支援することを示すものであり、[家族に患者の状態・心情を伝える][患者にできることを話し合う][患者の不安を取り除く言葉がけを促す][家族と過ごせる時間を設ける]の4のサブカテゴリー

表3 心理的苦痛に対する看護実践

カテゴリー	サブカテゴリー
身体的苦痛を緩和する	身体的苦痛を緩和する 早期に緩和ケアを行う 多職種で苦痛緩和を検討し実施する 医師や薬剤師に薬剤の調整を依頼する
安らぎをもたらすケアを行う	気分転換を図る リラックスできる関わりをする
日常生活を維持する	過ごしやすい環境を整える 安楽な姿勢を保持する 食事内容を変更する 口渇を軽減するケアを行う 生活指導を行う
希望の実現に向けたケアを行う	希望が持てるように関わる 希望を取り入れた関わりを行う 患者の思いを尊重する 外出や外泊ができるように調整する 早い段階から退院支援を行う
今後の療養や治療に関する自己決定を支援する	今後の療養に関する患者の意向を確認する 患者の病状理解を促す 今後の療養や治療に関して話し合う
患者の苦痛に寄り添い受け止める	患者との関わりの機会を増やす タッチングを用いる 傾聴する
患者が支えを感じられるように関わる	看護師として支える姿勢を患者に伝える 患者が大切にされていると感じられるようなケアを行う
患者の全人的理解を深めるために多職種で情報共有する	多職種で患者の状態を共有する 看護師間で患者の状態を共有する 統一したケアができるようにケア方法を検討する
家族の力を活かしてケアをともに行う	家族に患者の状態・心情を伝える 患者にできることを話し合う 患者の不安を取り除く言葉がけを促す 家族と過ごせる時間を設ける

りより構成された。

4. 心理的苦痛に対する看護実践を行う中で感じる困難さの背景

心理的苦痛に対する看護実践を行う中で感じる困難さの背景を表4に示した。看護実践を行う中で感じる困難さの背景として、172のコードが抽出され、意味内容の類似性から21のサブカテゴリー、7のカテゴリーに統合された。

以下、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは[]として記述した。

1)【心理的苦痛の評価の難しさ】

このカテゴリーは心理的苦痛を客観視し、苦痛の内容や辛さの程度などを捉えることが難しいことを示すものであり、[心理的苦痛を客観的に捉えることが難しい][心理的苦痛の明確化が難しい][認知機能の低下により意思疎通が難しい]の3のサブカテ

ゴリーより構成された。

2)【心理的苦痛に関わることへの苦手意識】

このカテゴリーは看護師が患者と接する際に、心理的苦痛に対して難しい・わからないなどの苦手意識を感じていることを示すものであり、[死と関連が強い心理的苦痛に対して苦手意識がある][対応に個別性が求められる][心理的苦痛に対する看護の知識や経験の不足][自分の看護に自信を持つことができない][患者と家族への介入に苦手意識がある]の5のサブカテゴリーより構成された。

3)【治療と緩和ケアのアンバランス】

このカテゴリーは、積極的治療と緩和ケアのバランスを考慮することが難しいことを示すものであり、[病状や予後の見通しが持ちづらい][治療と患者の希望のどちらを優先するのか判断が難しい][緩和ケアへの切り替えのタイミングが難しい]の3のサブカテゴリーより構成された。

表4 看護実践を行う中で感じる困難さの背景

カテゴリー	サブカテゴリー
心理的苦痛の評価の難しさ	心理的苦痛を客観的に捉えることが難しい 心理的苦痛の明確化が難しい 認知機能の低下により、意思疎通が難しい
心理的苦痛に関わることへの苦手意識	死と関連が強い心理的苦痛に対して苦手意識がある 対応に個別性が求められる 心理的苦痛に対する看護の知識や経験の不足 自分の看護に自信を持つことができない 患者と家族への介入に苦手意識がある
治療と緩和ケアのアンバランス	病状や予後の見通しが持ちづらい 治療と患者の希望のどちらを優先するのか判断が難しい 緩和ケアへの切り替えのタイミングが難しい
取り切れない身体的苦痛	心理的苦痛が身体的苦痛に左右される 身体症状の緩和が難しい 心理的苦痛を軽減するケアに限界がある
専門性の共有不足	医師との連携不足 他職種との連携不足 医療従事者の考え方が異なる
病院組織やシステムによる制約	心不全の緩和ケア体制が整っていない 患者と関わる時間がない
活かしきれない家族の力	COVID-19の流行により家族との時間が少ない 家族の協力を得られない

4)【取り切れない身体的苦痛】

このカテゴリーは、末期心不全は難治性の身体的苦痛があることで、心理的苦痛のケアをする際に困難を要することを示すものであり、[心理的苦痛が身体的苦痛に左右される][身体症状の緩和が難しい][心理的苦痛を軽減するケアに限界がある]の3のサブカテゴリーより構成された。

5)【専門性の共有不足】

このカテゴリーは、他職種間の情報共有や連携が難しいことを示すものであり、[医師との連携不足][他職種との連携不足][医療従事者の考え方が異なる]の3のサブカテゴリーより構成された。

6)【病院組織やシステムによる制約】

このカテゴリーは病院の組織やシステムに制約があり、ケアを実施する中で、できることが限られてしまうことを示すものであり、[心不全の緩和ケア体制が整っていない][患者と関わる時間がない]の2のサブカテゴリーより構成された。

7)【活かしきれない家族の力】

このカテゴリーは家族関係や環境により、家族の協力を得ることが難しいことを示すものであり、[COVID-19の流行により家族との時間が少ない][家族の協力を得られない]の2のサブカテゴリーより構成された。

IV. 考察

1. 高齢末期心不全患者の心理的苦痛

看護師は、高齢末期心不全患者が【苦痛から逃れられない辛さ】【苦痛を伴う治療による辛さ】【孤独】【自立の喪失】【予後への不安】【希望の喪失】【選択権や決定権の喪失】【家族への気配り・負担】といった多様な心理的苦痛をもつと認識していることが明らかとなった。【苦痛から逃れられない辛さ】とは、耐え難い身体的苦痛があるために、死ぬことで苦痛から逃れたいと思うが、現実には逃れられない辛さをもつことを示すものであり、高齢末期心不全患者は、死にたいと願うほどに追い詰められた心理状況にあることが推察できる。

苦しみからの解放として死を望む背景に、身体的苦痛のみならず精神的苦痛やスピリチュアルペインがあることから¹⁰⁾、本研究で明らかになった【苦痛を伴う治療による辛さ】【孤独】【自立の喪失】【予後への不安】等の苦痛が、【苦痛から逃れられない辛さ】につながっているものと考えられる。

小島ら⁵⁾の対象の年代を限定しない調査において、心不全患者は、生きたい執念と死の自覚において、生死に向き合う心のゆらぎを感じていることが明らかとなっていることから、心不全患者は、死を常に意識しながら生きる存在であるといえる。本研

究で焦点を当てた高齢末期心不全患者は、高齢であることから、加齢による身体機能の低下に起因した身体的不調に加え、心不全に伴う様々な身体的症状が生じることで、より強い苦痛の中で生きる存在であると考えられる。

2. 高齢末期心不全患者の心理的苦痛に対する看護実践

高齢末期心不全患者の心理的苦痛に対する看護実践として、【身体的苦痛を緩和する】【日常生活を維持する】等が明らかとなった。患者の心理的苦痛に対する看護実践として、気持ちを支えるのみならず、身体的苦痛の緩和や日常生活の支援が含まれたことは、身体症状および日常生活上の制限が、患者の心理に影響していることを看護師自身が認識できているからであるといえる。

身体的苦痛は他の苦痛の認知を遮断すると推測され、身体的苦痛を緩和するとその他の苦痛が表出されることから、優先すべきは身体的苦痛の緩和であるとされる¹¹⁾。しかしながら、看護実践を行う中で感じる困難さの背景として、【治療と緩和ケアのアンバランス】が明らかとなったことから、看護師は、緩和ケアの提供に課題を感じていると考えられる。心理的苦痛に対する看護実践として【患者の全人的理解を深めるために多職種で情報共有する】が明らかになったように、苦痛を緩和するために、多職種が協働することで、質の高い緩和ケアの提供が可能になる¹²⁾。したがって早期から多職種チームによって身体的、心理的なニーズを積極的にアセスメントしながら、患者に合った緩和ケアについて話し合いを深めることの重要性が示唆された。

また、心理的苦痛に対する看護実践として明らかになった【今後の療養や治療に関する自己決定を支援する】は、患者の病状理解を促し、今後の療養や治療について話し合うことを示すものである。終末期において本人の意思を尊重することは本人の生き方を支えることに繋がる¹³⁾ため、自らの意思で行動してきた高齢者が最期の時まで、自らの意思が尊重されるように、死の準備を早めに行うことは重要である¹⁴⁾。慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けた意思決定には、医療者主導で治療が進むことや、家族の思いが優先されるなど、患者の思いが置き去りにされるといった問題状況がある¹⁵⁾。本研究においても、医療者による説明が不十分である

ことや家族との意見の相違から、看護師は、患者が【選択権や決定権の喪失】をもつと認識していた。心不全は重篤な状態で入院した場合でも退院時には無症状であることも多く、患者は徐々に身体機能が低下していることを自覚しにくいため、患者は今よりさらに悪化した際の医療やケアについて考えることが難しい¹⁶⁾。そのため、患者が終末期や病態の認識が持てるよう心不全の病態に関する知識や今後予測される病状及び経過を共有し、今後の療養について患者自身が考える機会をもつことができ、意向を表出できるよう支援することの重要性が示唆された。

V. 結論

本研究は、高齢末期心不全患者の心理的苦痛に対する看護実践を促進する方略への示唆を得ることをねらいに、看護師が認識している高齢末期心不全患者の心理的苦痛およびそれに対する看護実践、看護実践の中で感じる困難さの背景を明らかにすることを目的とした。結果、看護師は、高齢末期心不全患者が【苦痛から逃れられない辛さ】【苦痛を伴う治療による辛さ】【孤独】【自立の喪失】【予後への不安】【選択権や決定権の喪失】などの多様な心理的苦痛をもつと認識していることが明らかとなった。また、心理的苦痛に対する看護実践として、【身体的苦痛を緩和する】【患者の全人的理解を深めるために多職種で情報共有する】【今後の療養や治療に関する自己決定を支援する】などの9つの実践が明らかとなった。さらに、心理的苦痛に対する看護実践を行う中で感じる困難さの背景として、【治療と緩和ケアのアンバランス】等が明らかになった。

早期から患者の苦痛の緩和に焦点を当てたケアを提供できるよう、多職種チームで積極的にアセスメントし対応を検討することや、患者と心不全の病態や今後予測される病状を共有し、今後の療養について患者自身が考えることができるような意思決定支援が重要であると示唆された。

付記

本調査にご協力いただきました皆様に深謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省 (2019). 人口動態統計月報年計 (概数) の概況.

- <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai19/dl/gaikyouR1.pdf>
(参照 2022 年 8 月 11 日)
- 2) 日本循環器学会 / 日本心不全学会 (2019). II . 総論 (急性・慢性心不全診療ガイドライ 2017 年改訂版、10).
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_d.pdf (参 照 2022 年 8 月 11 日)
 - 3) Nordgren, L., Sorensen, S. (2003). Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 213-217.
 - 4) 谷口晶子、大矢根砂英子、真鍋裕子、三好安優美、田渕真名美、上田裕子、藤木悦子、奥山真由美 (2010). 心不全により活動制限のある患者のストレスとその対処. *中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌* 6、222-225.
 - 5) 小島郎、寺町優子 (2010). 心不全を繰り返す拡張型心筋症患者の心理・社会・経済的状況の探索. *日本循環器看護学会誌*、6 (1)、59-9.
 - 6) R.Faris, H.Purcell, M.Y.Henein, A.J.S. Coats (2002). Clinical depression is common and significantly associated with reduced survival in patients with non-ischaemic heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, (4), 541-551.
 - 7) Gathright,E.C., Goldstein,C.M., Josephson,R.A., Hughes,J.W., (2017). Depression increases the risk of mortality in patients with heart failure: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, (94), 82-89.
 - 8) 佐藤晶子、百瀬由美子 (2019) . 後期高齢心不全患者のセルフケアに対する看護師の支援と困難感の実態. *愛知県立大学看護学部紀要*、125、65-75.
 - 9) 猪口沙織、甲あかね、北川利香 (2013) . 循環器病棟看護師の心不全患者への緩和ケアの現状. *日本看護学会論文集*、2 (43)、103-106.
 - 10) 飯田晴美 (2006). 在宅酸素療法中の慢性呼吸不全患者が体験するスピリチュアルペイン. *群馬県立県民健康科学大学紀要* (1)、15-34.
 - 11) 片山はるみ (2000). がん緩和医療の QOL 評価方法 予後不良のがん患者への支援にさいしての全人的苦痛についての考察. *川崎医療福祉学会誌*、10 (1)、105-113.
 - 12) 安齊俊久 (2020). 心不全の緩和ケア療法. *現代医学*、67 (1)、28-33.
 - 13) 加藤真紀、竹田恵子 (2016). 高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー. *日本看護研究学会雑誌*、692.
 - 14) 深澤圭子、高岡哲子、根本和加子、千葉安代 (2010). A 地域の高齢者が考える自らの終末期. *名古屋市立大学紀要*、4、66.
 - 15) 浅井克仁、旗持知恵子、上村里沙、中村正美、南村二美代 (2020). 熟練看護師が捉える慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けた意思決定支援における問題状況. *大阪府立大学看護学雑誌*、26 (1)、29-38.
 - 16) 高田弥寿子 (2018). 早期から始める心不全のトータルケア 長期の療養を支え、最期まで QOL を維持するための看護 心不全患者の意思決定支援 心不全患者のアドバンス・ケア・プランニング. *看護技術*、64 (12)、1164-1171.

Psychological distress and nursing practice of elderly patients with end-stage heart failure recognized by nurses

NANAMI MIYAKO*, YUKA KIHARA**, MIHO ASAGHI***, KAORI INOUE****
MEGUMI NAGOSHI****, SAKAE MIKANE****

**Kurashiki Central Hospital*

***Okayama University Hospital*

****Kobe University Hospital*

*****Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

Abstract : This study aimed to understand the psychological distress in elderly patients with end-stage heart failure and clarify the roles of nurses involved in their care and the difficulties experienced by nurses during the care. An anonymous self-administered questionnaire was administered to nurses working in cardiovascular departments in medical institutions. A total of 199 nurses' responses were included in the analysis. The contents of the questionnaire included awareness of the psychological distress of their patients, roles of nurses involved in their care, and difficulties experienced by nurses during the care. The analysis revealed eight categories of nurses' awareness of psychological distress of their patients ("distress of inescapable suffering," "anxiety about prognosis and death," etc.), nine categories of the roles of nurses involved in their care ("alleviation of physical distress," "supporting self-determination in treatment decisions," etc.), and seven categories of difficulties experienced by nurses during care ("balancing between curative and palliative care," "awareness of not being good at caring for psychological distress," etc.). The transition from curative to palliative care is difficult for heart failure patients. They tend to express their psychological distress when physical distress has been alleviated; therefore, alleviation of physical distress is important not only for its physical need but also for the understanding and alleviation of psychological distress.

Keywords : end-stage heart failure, psychological distress, nursing practice, elderly