

# 心筋梗塞に心不全を合併した1患者の退院指導時の看護者の関わり

## —オレムの看護論を用いて—

キーワード：退院指導、自己管理、セルフケア

西4階病棟 田中麻衣

### I. 序論

心不全の患者が、在宅での生活を送っていく上で日常生活管理を行っていくことは、心不全の再発防止に欠かせない。文献によると近藤らは「看護師は、慢性疾患を抱えて生活をする中で自己管理が継続していけるよう支える役割を担っている」<sup>1)</sup>と述べており患者の自己管理行動と看護師による退院指導の重要性について述べている。また、患者が身に付けた知識や技術を患者自身が自己の生活に取り込み、患者がどのように病気を捉え、自己管理行動を行えるか、また新たなセルフケア行動を確立していけるように介入を行っていくことは重要な課題であるといえる。

今回、心筋梗塞により当院CCUへ緊急入院。PCI (SEG13) を施行、以後心不全により呼吸状態安定せず、抜管、再挿管を繰り返し、その他にも心不全、尿閉等様々な合併症を発症した患者を受け持った。氏は家に帰りたいという希望が強かったが、在宅で生活していくためには内服、食事管理等の心不全の管理、自己導尿など、入院前の生活とは異なった状況となり、新たなセルフケアの獲得が必要であった。

今回退院指導の関わりの中で新たなセルフケアを確立した過程について、その関わりをオレムのセルフケア理論を用いて、退院指導時の看護を中心に氏のセルフケアに対するアセスメントを行い、介入結果について振り返りをしたのでここに報告する。

### II. 研究の概念枠組み

1. 普遍的セルフケア要件：ライフサイクルのあらゆる段階のすべての人間に共通にみられるもので、年齢、発達段階、環境およびその他の要因によって変化する。この要件は、生命過程、人間の構造、機能の統合性の維持、ならびに一般的な安寧に関連しておこる。

2. 発達のセルフケア要件：人間の発達過程、ライフサイクルの様々な段階で生じる状態や出来事、および発達を阻害する出来事に関連して起こること。

3. 健康逸脱に対するセルフケア要件：遺伝的、体質的欠損や構造的、機能的逸脱、ならびにそれらの影響、医学的な診断と治療に関連しておこる。

### III. 倫理的配慮

患者はイニシャル等で明記し、個人が特定され

ないよう配慮を行う。

### IV. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究

2. 研究期間：平成19年2月～平成19年6月

3. 研究対象：T氏一名。

4. データ収集の方法：入院時カルテの看護記録より情報収集を行う。

### V. 実施、結果

#### 1. 患者紹介

患者：60歳、男性

疾患名：急性心筋梗塞、急性心不全

職業：飲食店経営

家族構成：妻と二人暮らし。

今までのセルフケアレベル：妻に依存的。料理などは妻が作っていた。何でも自分のしたいように生活してきた。食に対するニーズが非常に強い。

#### 2. 入院中の経過

2月11日急性心筋梗塞により当院CCUへ緊急入院。2月11日PCI (SEG13) を施行、肺炎により呼吸状態安定せず、抜管、再挿管繰り返し2月23日に気管切開術施行。その後、呼吸器からの離脱と嚥下訓練行い病棟へ。3月2日、残存病変へ対しPCI施行。その後、原因不明の尿閉あり、自己導尿導入された。リハビリ、心不全治療、心不全指導行い、6月11日退院することとなった。

#### 3. アセスメント

1). 普遍的セルフケア要件

①十分な空気摂取の維持

心筋梗塞後の心不全により心肺機能の低下みられている。気管切開されており、効果的な酸素運搬がされない可能性がある。

②十分な水分摂取の維持

心不全の管理の為に水分制限、体重管理が必要。

③十分な食物摂取の維持

塩分制限の必要性があるが、今までの生活様式や職業上食に対する欲求が強く、制限することが難しい。食事に対する指導の必要性がある。

④排泄過程と排泄物に関するケアの提供

原因不明の神経因性膀胱により、自己導尿が必要な状態となっている。自己導尿に対するセルフケア獲得の為に介入が必要である。

⑤活動と休息のバランスの維持

心不全のため心肺機能の低下みられ活動耐性低下の状態。また長期臥床により筋力低下、リハビリ



リが必要な状態。心臓リハビリテーション、PTによるリハビリ等を行い、心肺機能、筋力向上のための介入が必要。

⑥孤独と社会的相互作用のバランスの維持  
現役で飲食店のオーナーをしており、病気によりそれらの役割を果たすことが難しくなり社会的役割を果たすことが困難になる可能性がある。家族間の関係は良好であり、サポート体制も充実している。

⑦人間の生命、機能、安寧に対する危険の予防  
心不全再発、悪化しないような生活指導を行う必要性がある。

⑧人間の潜在能力、既知の能力制限、および正常でありたいという欲求に応じた、社会集団の中で人間の機能と発達の促進。

元気になりたい、今までどおりの生活を送りたいという欲求がある。

## 2). 発達のセルフケアアセスメント

壮年期から老年期へ移行する時期である。家族関係は良好。二人の子供を育て、現在は飲食店のオーナーである。社会的責任を果たし、経済的にも安定している。病気により今後、社会的役割を果たせなくなる可能性がある。

## 3). 健康逸脱に対するセルフケア要件

心不全状態にあるという事実を受け入れることが出来ていないため、部屋に漬物や醤油などがあり、医師に指示された塩分制限、水分制限を守れていない。心不全の再発予防のため今までの生活パターンの修正、新たなセルフケア獲得の必要性を受容できるよう精神的、教育的な関わりが必要である。また、原因不明の神経因性膀胱のため導尿の技術獲得の必要がある。

4. 看護問題：非効果的治療計画管理R/T知識不足

## 5・看護目標

①. 退院後の生活の注意点を述べる事が出来る。

②. 妻と協力して自己導尿を行なう事が出来る。

③. 入院中間食をしない。

④・飲水800ml/日が守れる。

## 6. 看護介入

①. 退院後の生活の注意点を述べる事が出来る。

退院指導において、毎日少しずつ氏のペースに合った指導計画を考え、受け持ちが30分の指導を行い、毎日のカンファレンスで、指導内容、氏の反応を共有し、指導の評価、方法の検討を行い、翌日内容が理解出来たかの確認を行うような方法をとった。水分制限は一日800mlを超えない、ジュース類は飲まないこと、間食はしないことなど具体的な表現で、氏が理解しやすいように工夫

した。氏は妻に依存的な所があったので、妻にも病態、管理方法を十分に指導した。本人へは最優先守って欲しい体重管理について、塩分制限について、運動の必要性について、異常時の対処法など内容を抽出し、簡潔に指導を行い、妻へは具体的な内容の指導を付け加えた。患者と相談しながら患者のセルフケアレベルに合わせ目標を設定した。二度の外泊により自分のセルフケア不足に気づいた時点から学習意欲も向上し、行動変容がおきた。前日指導分の確認を行った結果、妻は把握しており、本人は時間がかかるが思い出せるというレベルであり、妻の援助の下、退院後の生活を送っていけるであろうと判断できた。

②. 妻と協力して自己導尿を行なう事が出来る  
導尿に関して、初めは導尿介助、IN-OUT表の記載等、看護師サイドで支援を行っていたが、氏の状況を見ながら、キーパーソンである妻へ援助を依頼し、徐々に自分で導尿を行ってもらい、IN-OUT表も自分で記載してもらうようにしていった。自分で出来ないところは妻に依頼しながら、導尿技術の獲得をすることができた。

## ③. 入院中間食をしない。

入院中も部屋に醤油、お菓子などがあり、医師から指示された食事を守れていなかったため、妻に持って帰ってもらうなどして指導をした。家での留意点を充分説明して外泊に臨んだが、一回目の外泊にて体重3キロ増。内服管理は妻が行っていたが、家庭で塩分、水分制限を守ることが出来ていなかった。家での生活について氏は「食べ過ぎた。病院とは違って家では食べたいものを食べたいだけ食べれるから誘惑に負けてしまった。あと、少しの動作でも息切れしてしまってしんどかった。」という言葉が聞かれた。2度目の外泊の前には前回の外泊状況の問題点を抽出し、指導を行い、体重増加無く経過。2度目の外泊後「ごはんは妻の作ってくれるものを食べた。いつもは魚に塩を振って、しょうゆをかけて食べよったけど今回は塩を振らずに減塩しょうゆを少し付けてたべるようにした。」など、指導内容を反映した言葉が聴かれた。

④. 飲水800ml/日が守れる。

当初体重管理に対する考え方は、「ご飯食べ過ぎたから体重が増えた。」等、水分量との関連性で考えられていなかった。自己管理能力を高める為自分で体重、尿量、水分摂取量を記入してもらった。最初はただ記入するという行為であったが看護者が、それらの関係性について意味付けを行っていくことで、尿量体重、飲水量との関連性と自分の病態を少しずつ理解していくことが出来



## Ⅲ. 考察

### 1. アセスメントの結果

普遍的アセスメント、発達的アセスメント、健康逸脱のアセスメントにより氏はオレムのいう「健康状態の変化を経験しており、普遍的セルフケア要件と健康逸脱によるセルフケア要件を満たすことができず、看護の働きかけが必要な状態である」ことが明らかとなり、更にセルフケア能力を構成する要素の中で氏には、以下の1)～3)の条件が不足していることが明確となった。

1). 動機づけ、自分は病気であるという認識：今まで大きな病気をしたいことがないゆえ、病気の重大さが理解できない。また、家庭でも継続した自己管理が必要であるという認識が乏しい。

2). 追求目標に影響を及ぼす性質(自己価値観、自己受容)：今までのように好きなものを食べた、飲んだりしたい。病気になった自分を受け入れるのが難しい。

3). セルフケアスキルのレパートリーを持つこと(自己導尿技術、家庭における食生活に対する指導)

以上のことから、導尿の技術の獲得と家で心不全を管理していく上で、食生活、運動、体重管理についての知識が必要であり、それらに対する介入の必要性があることが明らかになった。またアセスメントの中で氏は、看護システムの部分代償システムの中でいわれている「知識と技能のどちらか一方あるいは両方が欠けており、ニーズのすべてを満たすことが出来ない患者」と位置づけられ、他者のサポートが必要な状況にあるとアセスメントされたため、キーパーソンである妻に援助してもらうことで、氏に必要なセルフケアを代行してもらい、セルフケア獲得へ結び付けられたと考えられる。患者の不足しているセルフケアに対し、適切にアセスメントすることが重要である。

### 2. 介入結果に対して

氏の疾患に対する知識不足、自己管理能力が不十分であるという問題を捉え氏のセルフケア獲得へ向けての指導を行っていったが、指導内容を理解し氏の行動変容へ結びつけることは難しかった。外泊にて、氏が自身で家での問題点を認識した時点から、氏の自己管理に対する取り組みも積極的なものに変化していったことから一方的な看護者からの指導だけでは患者の行動変容につなげることは難しく、患者が必要性を理解し、行動変容の必要性について認識した時に初めて行動変化が生まれることを実感した。患者の認知能力、実践能力を見ながら、妻も含め、患者の退

院したいという思いに共感姿勢を見せながら指導を行ったことで、患者の実践への意欲も増進させたと考えられる。

## Ⅶ. 結論

1. 患者の病気に対する捉え方、セルフケア不足となっている要因、また患者自身で自己管理行動を行えるか、オレムの看護論にて適切にアセスメントし介入していくことで新たなセルフケア行動を確立することができる。

2. 患者自身が自己管理の必要性に気づくことで行動変容が生まれることが明らかになった。

## Ⅷ. 終わりに

本研究の限界は症例が一名であり妥当性に欠けることである。今回の研究で、患者がセルフケアを獲得していく上でのアセスメントの重要性や実際の看護介入について学んだ。今後の看護にも本研究の視点をを用いながら今後もより良い看護を提供していきたい。

## 〈引用文献〉

1). 近藤淑子他：慢性疾患患者の病気受容に関する対処行動の分析 成人看護学Ⅱ pp59 2004

## 〈参考文献〉

1). ドロセア E. オレム：オレム論看護—看護実践における基本概念(第3版) 医学書院 155-171 1995

2). 松本光子他：看護理論 理論と実践のリンダージ—看護研究の成果に基づく理論を実践しよう— ニューヴェルヒロカワ pp51-59 2006