

初めて急性心筋梗塞を発症した壮年期の男性患者への GROW モデルを用いた生活指導

キーワード：心臓疾患/心疾患 生活指導 GROW モデル 壮年期

坂本 聖佳（北入院棟3階）

I. はじめに

厚生労働省が実施した平成 26 年度患者調査によると、心疾患の総患者数は 172 万 9000 人で前回調査（平成 23 年度調査）より約 10 万人増加している。うち男性患者数は 94 万 9000 人で 6 万 5000 人の増加となっていた¹⁾。日本の虚血性心疾患罹患は、女性より男性が多く、年代としては壮年期であることが多い²⁾。壮年期の男性の社会的役割としては、職業的役割が拡大し責任感が増すとされており、退院後すぐに職場復帰を目指す患者が多い。患者は仕事をしながら、残存している心機能を維持し、再発予防に向け食事や運動などの健康管理を行う必要がある。そのため、患者が退院後も自己健康管理を継続できるよう、効果的な生活指導を行うことが重要であると考え。今回は問題解決の思考方法である GROW モデルを用い看護介入を行いたいと考えた。GROW モデルを用いた自己健康管理指導に関する研究は行われているが、患者が退院後継続して健康管理を実施できているか明らかにしている研究はまだない。本研究では入院中の壮年期の患者に対して GROW モデルを用いた生活指導を行い、その後継続して退院後患者と面談を行い指導後の効果について明らかにしたいと考えた。

II. 研究目的

初めて虚血性心疾患を発症した壮年期の男性患者に対し GROW モデルを用いた生活指導を行い、指導後の効果について明らかにする。

III. 用語の定義

・壮年期：30～60 歳までの期間。一般的には心身ともに最も充実した時期であるが、身体機能の衰えを意識し始めるため、安定とともに危機を体験する時期。

・GROW モデル：問題解決の思考方法。Goal（目標を明確にする）Reality（現状を把握する）Options（選択肢や方法を考える）Will（実行への具体的行動、意志を確認する）の順に思考を重ね実行する。

IV. 研究方法

事例研究。初めて虚血性心疾患を発症した壮年期の男性患者に、GROW モデルを用いた生活指導を行った。更に、退院後の初回外来受診時に半構造的面接を 30 分程度行った。

V. 倫理的配慮

対象の研究への協力は自由意志であること、研究への協力の有無で不利益を被ることがないこと、調査結果は研究の目的以外には使用しないこと、データは数値化し個人が特定されないようにすること、研究結果を論文で公表する際は匿名性を守ること、研究終了後にはデータは破棄し情報の流出がないよう努めることについて資料を用いて説明した。

VI. 結果

1. 患者紹介

対象：A 氏 50 歳男性

入院期間：平成 29 年 9 月下旬から 11 日間

現病歴：入院 1 週間前より自宅や職場で動悸や起座呼吸を自覚していた。近医を受診し心電図上 ST 上昇があり、初発の心筋梗塞と診断され緊急入院。入院当日に seg7 に対し PCI を施行された。今年 1 月に心不全発症し近医のクリニックに通院していたが、多忙な仕事と 1 週間おきの通院が負担となり 6 月以降受診と内服をストップアウトしていた。喫煙は 20 本/日

既往歴：高血圧症 脂質異常症 II 型糖尿病
職業：配達業 週 6 日勤務 勤務時間は 7 時～

家族：妻と2人暮らし、共働き

2. 入院中の GROW モデルを用いた看護介入

1) 目標を明確にする

発症2日目一般病棟へ転棟。転棟当日にベッドサイドでA氏と今までの生活状況について話した。会話の中で、「今後の自分の夢とか目標とか考えたことなかった。生活のために働かないと、ということしか考えていなかった。」という発言があった。仕事中心の生活を送っていたため、自身の健康状態を十分に考える時間がなかったが、退院後は仕事を継続していきたいという意志があったため、A氏と共に「仕事を継続しながら健康な生活を送る」を大目標として立案した。

2) 現状を把握する

疾患の再発を予防するために必要な要因について理解できているか確認を行った。「今の生活が続けたらいつ死ぬかわからない。タバコがだめなのはわかるけど、今までやめられなかった。食事も。」という発言があり、生活を改善する必要性について理解できていたが、一方「生活を変えと言われても難しい。」とも言っており、自身の病状に危機感を持っていない印象もあった。漠然と「今の生活を変える」ということではA氏もイメージできないと考え、食事・運動・喫煙・内服と細かく生活状況について質問した。具体的な項目で生活を振り返ることで、A氏は自身の問題点について明確にすることができた。(資料参照)

3) 選択肢や方法を考える

心臓病教室の受講を促し受講後受け止めに確認した。喫煙については看護師や医師からリスクについて何度も説明した。運動についてはリハビリ中や心臓病教室で有酸素運動の必要性について説明された。週1日しか休みがないため、体を休めること、仕事中は台車を使うことについても説明した。A氏は自主的に病棟内を歩行するようになった。食事については妻の協力も必要と考え、心臓病教室での説明に加え妻と共に管理栄養士から個別指導を受けてもらった。II型糖尿病もあるが、バランスの良い食事を取ることができなかつたこと等について妻と共に振り返りを行うことができ、食品の選択や献立の組み方について知識を得ることができた。妻も積極的に質問をしていた。

4) 実行への具体的行動、意志を確認する

目標達成が可能か意志確認をするため、退院

前日に面談を行った。「仕事を継続しながら健康な生活を送る」という大目標を達成するために行動目標を再度設定した。A氏は初め「面倒くさい」と言っていたが何度も必要性を説明することで心不全手帳を活用し、体重・血圧を記入することができていた。多くの目標設定は負担があると考え、「①毎朝血圧・体重測定し心不全手帳に記入する」「②夕食は自宅でバランス良く食べる」「③次回外来まで禁煙を継続する」の3つの行動目標をA氏と相談しながら設定した。面談中、「どうなるかわからない」と言った発言もあったが、指導内容も含め自身の生活について振り返り言語化することができていた。

3. 退院後の看護介入

退院約2週間後の初回外来時に面談し、再度入院中に立案した目標が達成できたか GROW モデルに沿って評価した。目標①については毎日欠かさず血圧・体重測定を行い心不全手帳に記入することができた。負担なく2週間継続することができていたため、次の目標を「半年後の確認造影まで継続する」こととした。目標②については、妻の協力もあり指導を生かし、朝は菓子パンをやめおにぎりに変更し、夕食は主食・副食とバランスの良い食事を毎日摂取できていた。しかし昼食は購入することが多く塩分が多い食品を選択していた。食品の選択の仕方や野菜の追加等の提案を行い、A氏と話し合った上で、目標に「昼食時に御菜を買う時はサラダを追加する」を加え修正した。目標③についてはタバコ代を貯金し禁煙を行うという動機を自ら見つけ継続することができていた。目標①と同様に半年後までを次の目標とした。また、「思っていたより会社が体調を配慮してくれたが、いつまで続くかわからない。」という発言があり、新たに「胸部症状等が出現した場合は受診する。工作中体調がすぐれない場合は職場の人に相談する」という目標設定を行い面談終了とした。

VII. 考察

患者はドロップアウト歴があり、まず治療継続できなかった理由を明確にする必要があると考えた。患者は今まで仕事中心の生活を送っており、自身の健康について考える余裕がなかったことや、具体的な生活指導を受けたことがなかったため、健康行動を取ることができな

ったと考えられた。Goal の段階では A 氏は「仕事を継続していきたい」という強い思いがあり、「仕事を継続しながら健康な生活を送る」という大目標を設定することで、生活改善のための動機付けが出来たと考えられる。次に Reality の段階では、項目別に自身の生活を振り返ることで、目標達成のために変化が必要な内容を具体的に考えることができたと考える。また同時に理想の生活と現実のギャップも再認識することができた。Options の段階では、目標達成のために必要な資源の選択をする中で、看護師や他のコメディカルより様々な方法の説明を受け、実際に自分に何ができるのか考え選択することができた。また妻も協力し A 氏の健康管理を考えることでサポート体制を強化することができたと考える。Will の段階では大目標を達成するために、A 氏と共に達成できる目標を考え設定することで、主体的な行動がとりやすくなり、継続して健康行動とることができたと考えられる。また、目標達成することによってより意欲を高めることにもつながった。

壮年期の患者は仕事と自身の健康管理を両立していく必要があり、そのためには患者が多忙な生活の中自主的に健康行動を継続して取り組むことが重要である。古賀ら³⁾の研究によると、再発予防に向けた生活習慣の改善には、患者が主体的に取り組むアドヒアランスの向上が鍵であり、患者自身が適切な目標を設定し改善策を実施できるような支援が必要としている。今回 GROW モデルを用いて生活指導を行うことにより、患者は現実を受け止め目標とのギャップを明らかにし、自分自身が取り組むことができる健康行動を選択し、目標設定をすることができた。看護師が GROW モデルに沿って指導を進めていくことで、患者の問題解決のための思考の流れをサポートすることができたと考える。山口ら⁴⁾は、看護師は患者の社会生活の環境の変化とそれに伴う精神的変化を把握し、介入で獲得された習慣を維持できるように、その変化に左右されない方法を再度共に考え行動意志の強化に努める必要があるとしている。今回、退院後まで GROW モデルを用いて看護介入を行うことで、退院後の生活に合わせた新たな目標設定を行い、患者の健康行動を維持する動機付けを行うことができたと考える。今回の研究で GROW モデルを用いた生活指導は退院後の健康行動の継続に効果的であること、また退院後の生活に合わせ、繰り返し目標の評価修正を行うことの重要性について明らかにすることができた。

VIII. 結論

- ・GROW モデルを用い、患者が自己管理の目標を明確化することで、退院後も健康管理を継続して実施することができる。
- ・GROW モデルを繰り返し用いることで、患者の現状を考え生活に合った目標の評価修正を行うことができる。

IX. おわりに

仕事をしながら自己健康管理を行う必要がある壮年期の患者に対し、GROW モデルを用いた生活指導を行うことは有効であったと考える。今後チームで GROW モデルを用いた健康管理の指導方法について共有し、引き続き自己健康管理の継続に繋げるための支援を検討していく必要がある。

X. 参考・引用文献

- 1) 厚生労働省平成 26 年度患者調査の概況、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/index.html>
- 2) 金城都博他：日本の冠動脈疾患 日本の冠動脈疾患は増えているのか、臨床と研究、1531-1536、2001
- 3) 古賀あゆみ他：心筋梗塞を発症した患者のアドヒアランス向上を目指した看護、日本看護学会論文集、成人看護 I、155-158、2013
- 4) 山口曜子他：行動意志を重視した教育プログラムの効果の追跡と継続介入の時期、ブラクティス、215-217、2012

仕事中心の生活を送っており、趣味や夢などはない。現在の仕事を続けていきたいという思いが強い、転入日より職場復帰について話される。→「仕事を継続しながら健康な生活を送る」大目標の設定

食事：朝は菓子パン、昼は職場に売りに来る弁当コンビニで購入、種類の外食、夜は妻が作るおかずとサラダを食べていた。夕食時は糖尿病があるため米は食べないほうがいいと考え、おかずのみを食べていた。運動：配達業しており、重い荷物を運ぶこともあるが、6時から21時頃まで仕事が終わらないこともあり休息をとれていない。喫煙：喫煙は20本/日 職場の同僚もほぼ喫煙者であり、一緒に喫煙していた。好きで喫煙していたわけではないが、イライラした時タバコに手が伸びていた。以前入院した時は2、3日で禁煙をやめてしまった。内服：通院が負担で薬は飲まなくてもいいと思った。夏はお歳暮など繁忙期であり、休みの日に病院に毎週行っていると思えないと思っていた。

本人・妻に対し管理栄養士から個別指導を行った。「玄米などは糖質と関係がありますか」「ナトリウムの表記は塩分と関係がありますか」「ドレッシングはどのようなものを選択したらいいですか」など妻も積極的に質問をしていた。

運動についてはリハビリ中や教室で有酸素運動の必要性や、仕事中的新負荷軽減のため台車を使うことについても説明した。

医師、看護師から禁煙の必要性について繰り返し説明した。

達成するために3つの行動目標の立案

- ①毎朝血圧・体重測定し心不全手帳に記入する
- ②夕食は自宅で作るバランス良く食べる
- ③次回外来まで禁煙を継続する

退院前日に面談。「どうなるかわからない、夕食は奥さんにかかっているね」といった発言もあったが、指導内容も含め自身の生活について振り返り言語化することができていた。心不全手帳に毎日血圧・体重を記入できていた。

Goal (目標を明確にする)



Reality (現状を把握する)



Options (選択肢や方法を考える)



Will (実行への具体的行動、意志を確認する)



- ①毎朝血圧・体重測定し心不全手帳に記入する
- ②夕食は自宅で作るバランス良く食べる
- ③次回外来まで禁煙を継続する

目標①：毎日欠かさず血圧・体重測定を行い心不全手帳に記入していた。
目標②：毎朝妻がおにぎりを作ってくれている。梅干しなど塩分が多い具材は使用していない。夕食は主食・副食とバランスの良い食事を毎日摂取できていた。しかし朝食はおにぎりを持参し追加しておかずを買うことが多かった。その際に塩分が多い食品を選択することが多かった。
目標③：タバコ代を貯金しており禁煙を継続していた。妻がタバコを捨てており、買ってまで吸おうという気分にならなかった。

負担なく毎日継続することができた。手帳を使用することで忘れない。
昼の弁当まで持参する余裕はないし、妻にも負担をかけることができないという思いあり、できるだけナトリウム塩分表記を見て購入することやサラダを一品追加することを提案した。

目標①、③は実践できており、半年後の次回入院(確認造影)まで継続する、を次の目標にした
目標②は、昼食時に御菜を買う時はサラダを追加する、と目標の追加・修正を行った。
目標④胸部症状等が出現した場合は受診する。仕事で体調がすぐれない場合は職場の人に相談する

職場でも体調を考慮し同僚や上司が死後の量の分担当を行ってくれたがいつまで続くかわからない。