

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 5 月 30 日現在

機関番号：32203

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2012～2013

課題番号：24792461

研究課題名(和文) 心筋梗塞患者のうつ併発を判断するアセスメントツールの開発

研究課題名(英文) Development of assessment tools to calculate depression in myocardial infarction patients

研究代表者

平良 由香利 (TAIRA, YUKARI)

獨協医科大学・看護学部・講師

研究者番号：50525186

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,800,000円、(間接経費) 840,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、心筋梗塞発症後の患者のうつ併発を看護師が判断できるアセスメントツールを開発することを目的とした。36歳から80歳までの59名の患者および患者に関わる40名の看護師を対象とした。うつの評価は、患者の入院期間中に看護師によるアセスメントツールの実施、研究者らがうつ評価尺度と面接を実施した。調査は、発症から7日目と14日目に行った。心筋梗塞患者は7日目のうつ症状が強く、14日目には改善していた。患者のうつ症状と看護師が実施したアセスメントツールの分析をした結果、8項目の重要なアセスメント内容が抽出された。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to develop tools to calculate depression in patients with myocardial infarction. 59 patients aged 36 to 80 were included as candidates for this research. 40 nurses conducted implementation of the assessment tools. Depression evaluation was gathered using interviews in addition to using self-depression rating scales for their length of stay. We measured depressive symptoms on day 7 and on day 14. On day 7 patients suffered significantly with depressive symptoms, which then improved by day 14. An independent reviewer analyzed data and extracted eight important items of assessment content.

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・臨床看護

キーワード：心筋梗塞 うつ アセスメントツール

1. 研究開始当初の背景

近年、心筋梗塞 (Myocardial Infarction ; 以下 MI と略す) 発症後に「うつ」を併発することによって生存率を低下させることが明らかになった (Bareffot et al. , 1996 ; Whooley et al. , 1998 ; Aiyo et al. , 2000)。「うつ」は、精神科領域で扱う大うつ病と、日常生活上、誰もが罹患する可能性のある抑うつ気分を含む疾患であり、その両者がともに冠動脈疾患の発生・進展に密接に影響することが報告されている (佐藤, 2001)。心筋梗塞後のうつは、死因と優位に関連し、新たな心疾患を招く危険因子である。

うつが MI に及ぼすメカニズムは、関連する病態生理学的背景について不明なことが多く、一定の見解は得られていない。MI 患者は、MI 発症によって胸痛や呼吸困難などを体験し、死を意識すると言われている。一般的なうつ発症率に比べ、MI 後の患者にうつが多いのは、死ぬかもしれないと感じさせるような胸痛と、それに続く急性期治療や入院・集中治療は、どんな人も不安に追いこみ、疲れさせ、不眠とし、結果としてうつ状態に追い込みやすいと指摘されている。したがって、MI 後のうつは、患者の入院中から何らかの徴候が出現していると考えられる。さらに、Pilling ら (2009) によれば、日常に頻回に遭遇する軽度のうつは、看護師の傾聴等による支援によって 80% は回復すると指摘している。

筆者が行った先行研究では、MI の治療を実施する医療施設に従事する看護師の 54% が MI 後の患者から何らかの形でうつを感じ取っていた。したがって、MI 患者は、入院期間中から何らかの徴候が出現していると考えられた。看護師が MI 患者のうつ併発の兆候を早期に気づき、支援することにより、うつが悪化を防ぎ、MI 患者の QOL および心血管疾患の予後を改善させる可能性がある。

しかしながら、実態調査から、うつが MI を発症した患者に併発することで死亡率を

上昇させることを認識している MI 患者に関わる看護師は 15.6% にすぎず、大多数が認識していないという現状が明らかになった。さらに、うつを併発した患者を認識した看護師の 54% のうち、「言われてみると感じる」という認知が過半数以上を占めていた。これらのことから、MI 患者の看護においては、身体の回復への支援が中心となり、うつの併発を感知しにくい状況があると考えられた。MI を発症した患者がうつ併発のリスクを十分認識し、心身の変化を察知し、うつの予防およびうつを改善できるよう支援をしていくことは看護師の責務である。

さらに、うつを評価する尺度は自己記入式および患者からの発言が必要という特徴がある。また、MI 発症によって入院生活を送っている状況下では回答しにくい設問があり、患者に適していないことが多い。そこで、看護師が日々行っている観察や心身への支援を通して捉えたうつ徴候を客観的に表現できるツールが必要だと考えた。患者のうつを客観的に表現できることで他職種との連携が図りやすくなり、患者のうつを早期発見、適切な治療へ繋げることが可能となる。

2. 研究の目的

MI 患者および MI 患者に関わる看護師を対象として、MI 発症後の患者のうつ併発を看護師が客観的に表現でき、判断することを可能とするアセスメントツールを開発することである。アセスメントツールは、急性期から入院期間に使用できるものとする。

3. 研究の方法

(1) 対象者

看護師

経皮的冠動脈形成術を受けた MI 患者に看護を実践している看護師。

MI 患者

対象患者は、研究協力施設において、1) 心筋梗塞発症後に経皮的冠動脈形成術を受けた者、2) 調査日までに心臓リハビリテーションが開始されている者、3) うつ病の既往がない者、4) 意思疎通が図れ、会話によるコミュニケーションが可能である者、5) 研究に関する説明を受け、研究参加の同意が得られた者とした。発症日が明らかでない患者は、調査日が特定できないため除外した。

データ収集方法

対象看護師は、研究協力施設において経皮的冠動脈形成術後の患者が主に入院加療する2病棟に所属する看護師であり、研究協力の説明会を行い、同意が得られた看護師とした。

対象患者の選定は、研究者が主治医と相談のうえ選出し、研究協力依頼を行った。研究参加の同意が得られた者を対象患者とした。

(2) 調査内容

アセスメントツール開発のため、1)アセスメントツール原案を用いた看護師によるうつの判断、2)心筋梗塞患者による既存のうつ尺度(PHQ-9)への回答、3)うつを判断するための面接としてハミルトンうつ病評価尺度(以下、HAM-Dと示す)17項目を用いて、精神科医による半構造化面接を実施した、4)客観的に分析するための対象者の属性、臨床背景の収集を行った。調査時期は、筆者が行った先行研究において看護師は発症から早期の時点においてMI患者のうつを察知していたこと、在院日数、精神障害の診断と統計の手引き(DSM-)を参考に、発症後7日目と14日目に設定した(PHQ-9は14日目のみ行った)。

アセスメントツールは、先行研究から、うつ併発状態の症状、および看護師がMI患者のうつを判断した際の判断要因について抽

出し、28項目を質問項目として構成した。内容妥当性を検討するため、精神科医にアセスメントツールがうつ症状をキャッチできるか否かについて意見を求めた。さらに、循環器領域における看護経験が5年以上ある看護師11名を対象としてプレテストを実施し、質問項目の表現上の曖昧さや難解さ、内容の重複あるいは不足、実施にかかる時間について意見を求め、修正した。質問紙は、5件法を用いて、点数化し、MI患者に表れているうつ症状を把握した。

(3) うつの評価

軽度の抑うつであっても長期的に見ると患者の生命予後に影響を与えているという先行研究から、本研究で用いる『うつ』をうつ病と医学的診断がなされているか否かに限らず、「気がめいる」「うっとうしい気分」「憂うつ」と表現されるものを含み、うつ病、うつ状態、抑うつ気分で表現される症状がある状態とした。

さらに、本研究におけるうつは、うつ尺度(PHQ-9)の実施、HAM-Dを用いた精神科医の面接において、重症度を評価した。うつとして適切な治療を行うか必要があるか否かは精神科医による面接において判定した。

(4) 分析方法

上記の調査内容について、記述統計量および平均値の差の検定(Mann-WhitneyのU検定、Wilcoxonの順位和検定)、相関を算出し、検討を行った。なお、有意水準は $p < 0.05$ とした。アセスメントツールの得点化は、1~5点を配点し、点数が高いほどうつ傾向があるとした。

(5) 倫理的配慮

獨協医科大学生命倫理委員会の承認を得た上で実施した。特に、対象看護師においては、アセスメントシートが対象看護師の看護

行為や能力を判断するものではないこと、所属施設における評価に関係のないことを説明した。対象患者に対しては、うつ評価において、重症度が高いと判断された場合には、主治医に報告し、適切な治療が受けられるよう体制を整えた。

4. 研究成果

(1) 対象者の属性

看護師

同意が得られた看護師は、40名であり、そのうち男性は2名であった。平均年齢は30.0±6.5歳、看護師経験年数の平均は8.6±6.8年、循環器領域における経験年数の平均は6.0±5.0年であった。対象看護師が保持していた資格は、BLS 25名、ACLS 8名、呼吸療法認定士4名、集中ケア認定看護師1名、慢性疾患看護専門看護師1名であった。心筋梗塞とうつの関連に関する勉強会や研修会に参加した経験がある看護師は、6名であった。

MI患者

同意が得られ、協力が得られた心筋梗塞患者は59名であった。発症から14日後の調査までに退院および研究を辞退した対象者は9名であった。その概要は、男性49名(83.1%)、女性10名(16.9%)であり、平均年齢は62.0±10.8歳であった。

社会的な背景として、就労している者が49名(83.1%)、無職が10名(17.0%)であった。教育歴は高校卒が30名(50.8%)と最も多く、中学卒15名(25.4%)、大学卒7名(11.9%)、専門学校卒6名(10.2%)であった。独居は7名(11.9%)であり、52名(88.1%)の者が家族と同居していた。さらに、50名(84.7%)が何らかの社会的サポートがあると語り、9名(15.3%)は無いと述べた。キーパーソンについては、配偶者31名(52.5%)、子ども13名(22.0%)が主な

回答であったが、頼らない・いないと回答した者が2名(3.4%)見られた。48名(81.4%)が既婚者であった。

身体的な背景としては、梗塞部位は#6、#7がそれぞれ10名以上で多かった。MI発症前に既往歴を有している者は51名(86.4%)であり、冠危険因子である高血圧は22名(37.3%)、糖尿病は11名(18.6%)、喫煙している者は31名(52.5%)であり、禁煙した者は14名(23.7%)、喫煙経験のない者は13名(22.0%)であった。MIの再発は7名(11.9%)であった。家族歴に心疾患を有している者が28名(48.3%)と多く、ついで高血圧22名(38.0%)、脳血管疾患20名(34.5%)、家族に精神疾患の既往がある者は2名(3.4%)であった。

運動習慣のある者は30名(50.8%)であり、ウォーキングやゴルフ等に取り組んでいた。発症前にストレスを感じていた者は、29名(50.0%)であった。退院後の不安を退院前に感じているかどうかについては、47名(81.0%)の者が何らかの不安を抱えていた。また、退院後は何かしら生活習慣を改めようと考えている者が54名(96.4%)いるのに対し、改善する必要が無い・意欲がないと語った者が2名(3.6%)いた。

(2) アセスメントツールとうつ評価の結果 アセスメントツールの結果

得られたアセスメントツールから欠損値を除き、分析をした。7日目のアセスメントツールの結果は、34.98±9.41点(n=54)であり、14日目は31.8±6.57点(n=52)であった。発症から7日目に比べ、14日目にはアセスメントツールの得点は有意に低下($p=0.01$)していた。

14日目には、全体得点が低下するとともに、項目によっては、最小値のみしか見られない質問項目もあった。それらは、「21：行われる看護や治療に抵抗がある」、「22：死につい

ての言動がある」, 「23: 他者に依存的な発言がある」, 「28: 離床拡大やりハビリが通常より進行が遅いと感じる」の4項目であった。

うつ評価の結果

HAM-D の評点は、7 日目が 6.8 ± 4.33 点 ($n=59$)、最小値は 0 点であり、最大値は 17 点であった。HAM-D の重症度評価の基準から、7 点以下の正常範囲内にあった対象者は 37 名 (62.7%) であり、8~13 点の軽症は 19 名 (32.2%)、14 点~18 点の中等症は 3 名 (5.0%) であった。14 日目は 3.85 ± 2.84 点 ($n=47$)、最小値が 0 点、最大値が 10 点であった。41 名 (87.2%) が 7 点以下であり、正常範囲内であった。軽症は 6 名 (7.8%) であった。アセスメントツールと同様に、HAM-D においても 7 日目より 14 日目は有意に低下 ($p=0.00$) していた。

PHQ-9 の評点は、最小値 0 点、最大値 14 点であり、 4.06 ± 3.84 点 ($n=50$) であった。睡眠に関する障害を感じる者が多く、39 名 (78.0%) であった。自殺念慮や焦燥感・停滞に関する項目に回答している者は、それぞれ 1 名 (2.0%)、4 名 (8.0%) と少ない傾向にあった。0 点と症状を有していない者が 6 名 (10.2%)、4 点以下の軽微な症状を有する者は 28 名 (56.0%)、軽度は 10 名 (20.0%)、中等度は 6 名 (12.0%) であった。15 点以上の中等度から重症の者はいなかった。さらに、PHQ-9 では、大うつ病性障害が存在する可能性のある閾値が 10 点とされており、該当する者は 6 名 (12.0%) であった。

2 つのうつ尺度による評価では重症うつの可能性がある者は 6 名であったが、精神科医による HAM-D を用いた面接を通してうつ病と診断された者はいなかった。

うつとアセスメントツールの検討

7 日目のアセスメントツールを用いて、うつ評価との関連から内容の検討を行った。7

日目のアセスメントツールと HAM-D の相関係数は、 $r=0.27$ 、 $p=0.04$ で弱い相関関係にあった。

HAM-D の評価結果から、うつ症状有り群 ($n=22$) となし群 ($n=37$) のアセスメントツールの平均値を比較した。その結果、有意差が認められた。また、アセスメントツール 28 項目毎に分析した結果、8 項目に有意に認められた。それらの概要は、「7: 他者との接触を避けようとしている」($p=0.04$)、「8: 自分や周囲に関する興味関心が感じられない」($p=0.01$)、「15: 今後の生活に対する不安を訴える」($p=0.00$)、「17: 今後の見通しや症状の出現に関する不安がある」($p=0.02$)、「18: 取り残された思いを頻繁に繰り返す」($p=0.03$)、「21: 行われる治療や看護に対する抵抗がある」($p=0.03$)、「23: 他者に依存的な言動がある」($p=0.01$)、「26: 患者のことがなんとなく気にかかる」($p=0.04$) であった。

総括

本研究の結果から、MI 患者は、MI 発症後の入院期間中に軽症から中等度のうつ症状を呈することが明らかとなった。また、発症から 1 週間頃に症状が強く出現し、身体の回復とともにうつ症状も改善していると考えられた。さらに、看護師の感覚がもたらすアセスメントも患者のうつ症状と関連があると示唆された。看護師のアセスメントにおいて、重要な内容が 8 項目抽出された。このことは、アセスメントツールを活用して看護師のアセスメントをうつの早期発見・治療やうつ予防を可能とさせると考える。今後は、対象者数を増やし、アセスメントツールの信頼性・妥当性を追求する必要がある。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計0件)

〔学会発表〕(計0件)

〔図書〕(計0件)

〔産業財産権〕

出願状況(計0件)

取得状況(計0件)

〔その他〕

なし

6. 研究組織

(1) 研究代表者

平良由香利 (TAIRA YUKARI)

獨協医科大学・看護学部・講師

研究者番号：24792461

(2) 研究分担者

なし

(3) 連携研究者

なし