

2型糖尿病患者をもつ家族の食事療法における 協力体制形成過程

稲垣美智子 早川 千絵* 井村 香積** 村元 友紀***
滝内 聡美*** 平松 知子 村角 直子

要 旨

本研究は、糖尿病患者をもつ家族の食事療法における現在の協力体制と、その協力体制がどのようにして形成されたのかを明らかにした。データは半構成的面接で収集し、質的研究手法で分析した。分析結果は以下のとおりである。

1. 家族の協力体制には、「直接的協力」と「間接的協力」があり、その内容は「推察」と「自己承認」により維持されていた。
2. 協力体制の形成過程は、「協力者となるための取り組みを行う」段階、「慣れようとする取り組みを行う」段階、「体制の安定を図るために自己と周囲の評価・調整をする取り組みを行う」段階へと発展していた。

以上のことから、食事療法の中心である家族は、自分を含めた家族や患者の生活力量や価値判断を加え、方法の選択あるいは自分の行為に意味をもたせながら協力体制を決定しているという構造が明らかになった。本研究で得られた結果は、糖尿病患者の食事療法についての家族教育のアセスメント指標および方法の示唆となるといった。

KEY WORDS

Type 2 diabetes, Diabetic education, Diet Family, Support system

はじめに

糖尿病患者の食事療法についての教育は、患者の血糖コントロールの良否やQOLに大きく影響すること、他の糖尿病療養行動である運動や薬物療法に比べると基本的欲求であること、習慣や家族の文化の反映であることなどから、個人の努力だけでは達成しにくい特徴がある。そのため、患者やその家族への教育方法に高い関心が寄せられている。その報告は、患者および家族への食事療法の知識や技術習得を目的とした方法、患者の心理面や自己効力に着目した方法に大別される。家族への食事指導では、知識を十分にもち患者の協力者となること¹⁻²⁾に視点が置かれ、知識の伝授が主な教育方法となっている。

しかし、家族もまた集団の中の一員であり、協力者となるための患者とは異なった協力者としての技術をもつことが推察される。つまり、糖尿病や食事療法の知識や技術だけで食事療法を実行できるわけではないと考えられる。しかし、これまでの患者および家族への食事療法の教育方法において、このような視点への関心はほとんど寄せられてこなかった。そこで本研究では、糖尿病患者の食事療法における家族への教育方法を検討するために、糖尿病患者をもつ家族の食事療法における協力体制が形成される過程を明らかにすることを目的とした。この結果は、これまでに着眼されてこなかった食事療法における協力体制を形成していく過程の家族の意思決定に関わる要因の仮説が見出され、食事療法について

金沢大学医学部保健学科

* 金沢大学医学系研究科

** 大阪大学医学部

*** 金沢大学医学部附属病院

表1 対象の背景

ID	対象の特性		家族形態 (同居のみ)	患者の特性						
	患者との続柄	職業		性別	年齢 (歳)	職業	DM歴 (年)	HbA1c (%)	合併症・併発症の 有無および種類	主治医の判断する糖尿病 のコントロール状況
1	子	なし	患者	女	80	なし	11	8.4	神経症、脳動脈硬化	不良
2	妻	なし	患者、妻	男	76	なし	1	6.1	神経症	良好
3	妻	なし	患者、妻、子	男	45	会社員	1	7.0	なし	やや不良
4	妻	あり	患者、妻、子、孫	男	62	会社員	10	6.8	なし	良好
5	妻	なし	患者、妻、子	男	51	公務員	1	6.4	神経症	良好
6	妻	なし	患者、妻	男	72	なし	18	6.9	神経症	年齢からみれば良好
7	妻	なし	患者、妻	男	69	会社員	2	5.2	なし	良好
8	妻	なし	患者、妻	男	67	会社員	10	6.5	なし	良好
9	妻	なし	患者、妻	男	63	公務員	16	7.0	なし	やや不良
10	妻	あり	患者、妻	男	52	公務員	8	4.6	なし	やや不良
11	妻	なし	患者、妻	男	56	会社員	8	6.4	なし	良好
12	母(姉)	なし(あり)	患者、母	男	53	会社員	1	5.6	神経症	良好
13	妻		患者、妻	男	72	自営業	1	5.4	神経症	良好
14	妻	あり	患者、母、妻、子、子	男	46	公務員	7	7.8	なし	不良
15	妻	なし	患者、母、妻	男	54	公務員	14	6.7	神経症	まずまず良好

の教育方法の段階であるアセスメントの視点が明らかになることに貢献することが可能となると考えられる。

方 法

1. 対象(表1)

金沢市にある公共の病院において、2年以内に教育入院の経験のある2型糖尿病患者の家族で、食事療法の中心である人(食事療法において主に食事を調理する人)を条件として、28名に研究の主旨を説明し、同意が得られた15名を対象とした(12名が時間的理由で断り、1名は胃癌の術後の食事管理を行っていたため研究者が対象から除外した)。15名の背景は表1のとおりである。

2. データの収集方法

1) 面接の承諾と対象の背景の情報収集

病院の外来担当医師から紹介を受けた対象に、葉書で研究の主旨・方法・所要時間を説明し同意を得て、面接日時・場所を決定した。対象の背景の情報はカルテから収集した。

2) 面接の方法と内容

面接は対象の自宅あるいは大学内の一室で研究者2名が行った。研究者はデータの精度を高めるために、面接前にロールプレイによって面接の訓練を行った。研究者は自己紹介し、研究および面接の主旨を伝えた。テープレコーダーに録音すること、対象の語った内容についてメモをとることを説明し同意を

得た。面接方法は現在の食事療法における協力体制が形成される過程を詳細に話してもらうために、半構成的面接方法を用いた。質問内容は(1)現在どのような食事療法をしていますか(2)理想的な協力とはどのようなものでしょうか(3)現在に至るまでの経過についてお話しくださいであった。面接調査と分析は同時に進め、分析過程で確認すべき事項があった場合は、質問内容を加え面接調査した。

3. データの分析方法

食事療法の中心である人が、協力体制を形成するための因子とその構造を明らかにするために、StraussとCorbinら³⁾によるグラウンデッドセオリー法を用いて分析した。

1) 録音した面接内容を逐語録にしコード化した。

また逐語録を読み返しなが、同じ内容について語られている部分(文章・文節)で区切った。これにラベル(その部分を要約したり、代表したりするような叙述的な語句)をつけた。

2) 食事療法の中心である人が協力体制を形成するための因子を探索する問いを発しながらラベルを比較し、カテゴリー化(分類)した。さらにそのカテゴリーに名前(概念とその特性や分類を要約する語句)をつけた。

3) カテゴリーを比較しながら関連(共通・相違)することを考慮し、構造化した。

表2 現在の食事療法の協力体制

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
直接的協力	助言	食べ過ぎなどに注意し、具体的な案を示す
	相談	決め事の相談
	黙認	良くない行為にも「…だから」と注意しない
	食事の原則づくり	計量、摂取量、時間、内容決定に参加
	情報収集	食事療法に役立つ知識を獲得する
間接的協力	健康管理	ストレス発散などの健康管理
	薬物管理の代行	インスリン、内服薬などの管理代行
	家族への糖尿病管理の代理依頼	インスリン注射管理や血糖測定などの協力を本人に代わって家族に依頼

表3 食事療法の協力体制への関与因子

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
推察	患者の協力姿勢の推察	患者の素質評価、患者の努力評価、食事摂取時の言動評価から患者像を描き推し量る
	家族の協力姿勢の推察	自分以外の家族の人に対して推し量る
	周囲の協力姿勢の推察	家族以外の人に対して推し量る
	患者との関係	信頼関係など、これまでの自分と患者との関係
	患者と家族の関係	患者への気遣いなど、これまでの家族と患者との関係
自己是認	現状維持の是認	今まで通り無理をしないでしていくなど、現状を認める
	現状改善・強化の是認	外食しなければいい、仕事を辞めればいいなど、現状を少し改めたい、あるいは強めたいが、精一杯だからこれでよしとする

結 果

1. 現在の食事療法の協力体制（表2）

家族の協力体制には、『直接的協力』と『間接的協力』があった。『直接的協力』とは、食事療法に直接関係するもので、「助言」「相談」「黙認」「食事の原則づくり」「情報収集」であった。また『間接的協力』とは、食事療法には直接関係しないが、家族がそのことを食事療法がうまくいくために行っていると答えたものであり、「健康管理」「薬物管理の代理」「家族への糖尿病管理の代理依頼」であった。それぞれの内容は表2のとおりであった。

2. 食事療法の協力体制への関与因子（図1, 表3）

食事療法の協力体制の現状維持には2つのことが影響していた。それは『推察』『自己是認』であった。『推察』とは、言葉や態度など明確に知覚でき

るものから、心理や価値観などの知覚出来にくいものを推し量ることとした。また、『自己是認』とは、自己について客観的評価ではなく肯定的にそうであると認めることとした。『推察』は「患者の協力姿勢の推察」「家族の協力姿勢の推察」「周囲の協力姿勢の推察」の3つに分類された。さらに、「患者の協力姿勢の推察」には患者の素質評価、努力評価、食事摂取時の言動評価からなる「患者像」「患者と自分の関係評価」が関係し、「家族の協力姿勢の推察」には「患者と家族の関係評価」が関係していた。『自己是認』は、理想とする協力体制との照らし合わせによって「現状維持」「現状改善・強化」をもっているがそれによって現実の自分を否定していなかった（図1）。それぞれの内容は表3のとおりであった。

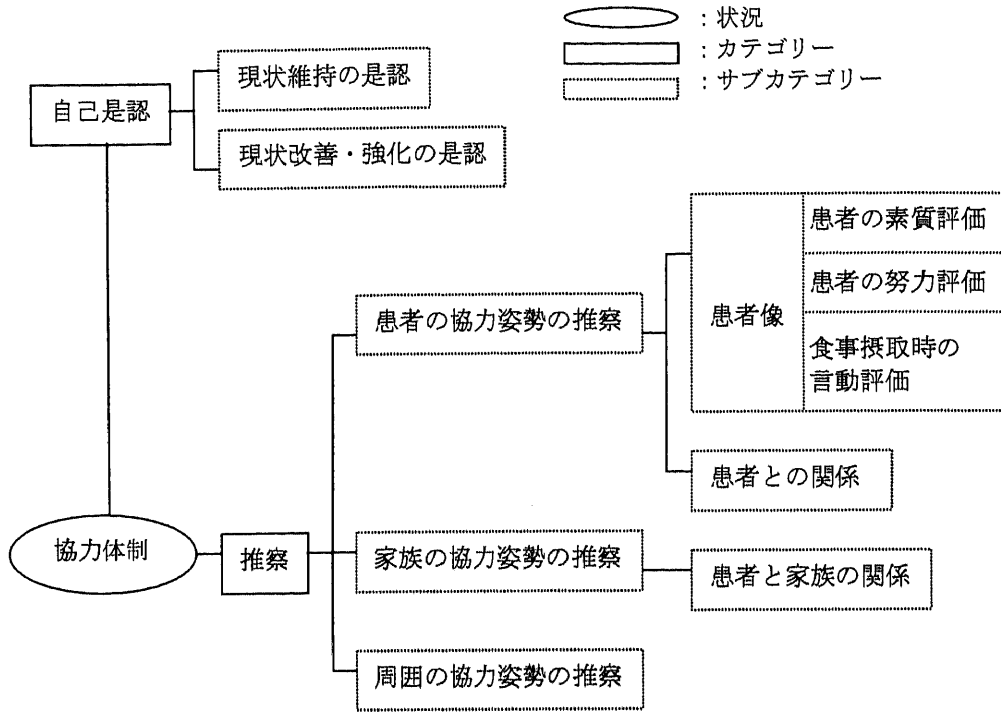


図1 食事療法の協力体制への関与因子の関連仮説図

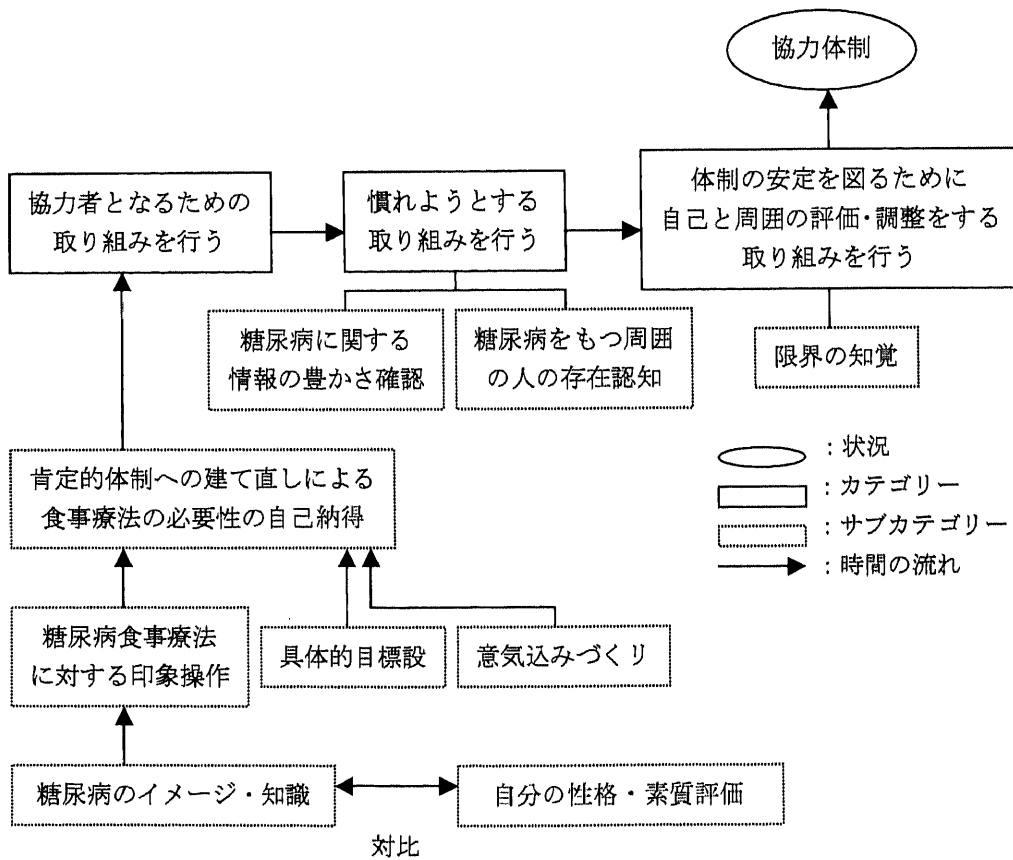


図2 食事療法の協力体制形成過程の概念仮説図

表4 食事療法の協力体制形成過程とその関与因子

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
協力者となるための取り組みを行う	肯定的体制への建て直しによる食事療法の必要性の自己納得	食事療法が1番いい、最初にちゃんとしとけば大丈夫などのように自分に言い聞かせる
	糖尿病食事療法に対する印象操作	大変、面倒、難しいという印象を、考え方で変えようとする試み
	具体的目標設定	30品目摂るようにするなど、行動レベルの目標を挙げる
	意気込みづくり	ちゃんとした食事にする、自分は主婦だからといった、やる気を起こさせる意識のもち方
	糖尿病のイメージ・知識	食事が原因でなる病気、低血糖や合併症が怖い病気、養生すれば大丈夫、食事療法が何よりも大切など、糖尿病について漠然ともつ感情も合体した知識
慣れようとする取り組みを行う	自分の性格・素質評価	神経質、おおざっぱなど、自分の性格の傾向から食事療法をする人としてどうなのかを評価する姿勢
	糖尿病に関する情報の豊かさ確認	世の中は糖尿病人口が多く情報も豊かだと考える
体制の安定を図るために自己と周囲の評価・調整をする取り組みを行う	糖尿病をもつ周囲の人の存在認知	隣人や知人などの身近な人に、糖尿病患者を捜したり思い出したりする
	限界の知覚	こんなことしとれん、自分も糖尿病になったみたいで気が滅入るなどのように、実施してみた後の精一杯したという気持ちを感じる

3. 食事療法の協力体制形成過程（図2，表4）

家族が食事療法の協力体制を形成する過程には、3つの大きな段階があることが見出された。第1段階は『協力者となるための取り組みを行う』段階、第2段階は『慣れようとする取り組みを行う』段階、第3段階は『体制の安定を図るために自己と周囲の評価・調整をする取り組みを行う』段階であった。『協力者となるための取り組みを行う』段階は、糖尿病患者の家族となった現状の吟味を「糖尿病のイメージ・知識」と「自分の性格・素質評価」を対比させながら行い、「糖尿病食事療法に対する印象操

作」をしていた。さらに、「具体的目標設定」「意気込みづくり」を行い、「肯定的体制への建て直しによる食事療法の必要性の自己納得」をするというような協力姿勢の方針を決定する段階を踏んでいた。そのなかの「糖尿病のイメージ・知識」は、低血糖や合併症、食事療法のたいへんさなど現在のことより将来のことを思い描き、マイナス感情に近かった。また、第2段階の『慣れようとする取り組みを行う』段階では、「糖尿病に関する情報の豊かさ確認」「糖尿病をもつ周囲の人の存在認知」が関係していた。そして、第3段階の『体制の安定を図るために自己

と周囲の評価・調整をする取り組みを行う』段階では、「限界の知覚」をして現在の食事療法の協力体制が形成されていた(図2)。それぞれのカテゴリーの内容は表4のとおりであった。

考 察

本研究の結果である、糖尿病患者の家族が協力者となり協力体制を形成するための因子とその構造を、看護への活用という視点から考察した。

1. 協力体制形成における時間について

家族は、常に変化し成長している動的な実体であり、健康な家族は順応性があり、自発的に自由に変化成長し、新しい刺激に対して敏感で、現状維持を志向していない⁴⁾といわれている。本研究は、家族全体ではなく食事療法の中心である人を対象に面接調査した結果であるが、糖尿病患者をもつ家族の食事療法の協力体制においては、自発的に自由に変化成長するというより、糖尿病患者の家族として求められることをなるべく常態化する(慣れる)ように努力しながら取り組み、さらに、そのことは段階を踏んで順応していることがわかった。このことは、危機理論⁵⁾に類似していた。危機理論では、人はこれまで経験のない事態に合った時のストレス状態に対して、一時的な混乱や動揺が起こり、日常生活への機能不全をおこし情緒的に不安定となるが、その程度や回復の仕方は、段階を踏みさらに環境によって異なり、一般的には4-6週間で再び均衡を取り戻すと説明している。つまり、糖尿病患者の家族もまた、本結果のように段階を踏み、周囲の状況を自分にとって取り入れやすいように理解しながら適応していることと類似していると考察された。したがって、食事療法を実施する家族には、糖尿病患者の家族となることを受け入れ、準備する時間が必要なことを示しているといえた。具体的には、「糖尿病のイメージ・知識」と「自分の性格・素質評価」を対比させる時間、食事療法の良くないイメージを変えようとする「糖尿病食事療法に対する印象操作」や「具体的な目標設定」、「意気込みづくり」をして「肯定的体制への建て直しによる食事療法の必要性の自己納得」をさせる時間である。このことから、特に糖尿病と診断された初期教育の段階は、糖尿病患者だけではなく、その家族が協力者となるための準備時期と捉えられ、家族にはこれまでの知識の伝授や患者へのサポートを期待する教育方法に加え、家族の状態を受けとめるのに必要な時間の確保と、その間における相談者の存在や心理的ケアが重要で

あるといえた。

2. 家族と患者の関係性について

私達はこれまで、糖尿病患者の行動変容への教育方法として、患者が療養行動を行う上で、どのような信条をもち家族資源をどのように推察しているのか、また、家族資源に対してどのような感情を抱いているのかをアセスメントすることの重要性と、患者と家族が共にその感情や推察した内容について話し合えるように働きかけることが有効である⁶⁾と報告した。本研究では、このことに加え『推察』する内容に至るまでに「患者像」や「患者との関係」、「患者と家族の関係」といった家族全体の関係を吟味している過程が明らかになった。このことは、食事療法の中心である家族は、患者を中心にしながらも、自分を含めた家族全体のこれまでの生活や関係を評価しながら、全体的なバランスを保とうとしている取り組みと考えられた。家族看護において、家族の各成員を適確に理解するためには、個人をその家族の背景の中で解釈する必要がある⁴⁾といわれていることに共通する部分である。しかしこのことは、患者からみた家族員への見方、家族からみた患者の見方に重きがおかれている。本研究の結果は、家族の食事療法の協力体制を捉えようとするときには、食事療法の中心である人が、家族の各成員や全体の関係をどのように捉えているかが、食事療法の協力体制の形成を左右するというを示している。つまり、食事療法の中心である家族の家族全体の見方が重要であることを示しており、教育方法への適応として重要であると推察された。

3. 協力体制の決定に関与する『自己是認』について

食事療法の中心である人は、<協力体制>を「現状維持の是認」と「現状改善・強化の是認」の2つのパターンで『自己是認』していた。このことは、問題視は過去の経験や現在のものの見方が強く影響することから、同じ状況に置かれたとしてもそのことを問題と捉え、現状を維持したいと考えるか、あるいは改善・強化したいと考えるかは、インパクトの程度によりひとりひとり異なる⁷⁾ことによって説明された。これまでの食事指導では、患者の自己管理の一要因として家族のあるべき姿を示し^{1) 2)}、それに向けて看護者主導で実施されてきた傾向が強い。しかし、本研究の結果からは、食事療法の中心である家族は生活の中の多くのことに影響を受けながら、協力体制を形成するための因子に生活力量や価値判断を加えたり、選択あるいは意味をもたせたりしながら、現状を『自己是認』しながら受け入れてきた

ことが予測された。したがって、これからの食事指導では、食事療法の中心である人と看護婦は、現在の協力体制に至った経過および現状を『自己承認』しているということとを共有していくことが必要であると考えられる。近年、成人の学習において必要とされるケアリングでは、互いの主張や価値観を対等に認め合う関係性が相手の成長を育む関係性である⁸⁾としており、家族への食事療法の教育方法においても現状に至った過程を重要視し、看護者である教育者と家族が、互いの主張や価値観を認めあう関係が有効であると考えられた。

研究の限界

研究の限界には、研究対象の偏りが挙げられる。家族の協力をテーマとする場合、家族と患者の関係の良否が、研究承諾の可否に影響することが予測できる。本研究でも28名中13名からの承諾が得られなかった。理由に時間のなさが挙げられたが、真意は明らかでない。さらに対象のうち2名を除き、血糖コントロールが良い患者の家族が本研究の対象である。また、15名中13名は患者との続柄が妻であった。それは、一般的に家庭で調理しているのは女性が多いことから、食事療法の中心である人を研究対象としたため、生じたものと考えられる。しかし、関係の悪い家族や血糖コントロール不良の患者をもつ家族および男性の食事療法の中心である人の結果が入っておらず、全ての食事療法の中心である家族に用いることができるアセスメントの視点として、一般化するには限界がある。

まとめ

本研究の目的は、糖尿病患者をもつ家族の食事療法における現在の協力体制と、その協力体制がどのようにして形成されたのかを明らかにすることである。データは半構成的面接で収集し、質的研究手法で分析した。分析結果は以下のとおりである。

1. 家族の協力体制には、「直接的協力」と「間接的協力」があり、その内容は「推察」と「自己承認」により維持されていた。
2. 協力体制の形成過程は、「協力者となるための取り組みを行う」段階、「慣れようとする取り組みを行う」段階、「体制の安定を図るために自己と周囲の評価・調整をする取り組みを行う」段階へと発展していた。

以上のことから、食事療法の中心である家族は、自分を含めた家族や患者の生活力量や価値判断を加え、方法の選択あるいは自分の行為に意味をもたせながら協力体制を決定しているという構造が明らかになった。本研究で得られた結果は、糖尿病患者の食事療法についての家族教育のアセスメント指標および方法の示唆となるといえた。

引用文献

- 1) 佐々木かほる, 後閑容子, 斎藤基他: 糖尿病患者の家族が患者の自己管理に与える影響. 群馬県立医療短期大学紀要, 2巻: 121-125, 1995
- 2) 土方ふじこ, 菊池徹子, 佐藤和子他: 患者と家族の自己管理の担い方と血糖コントロールの関係. 糖尿病, 43(1): 234, 2000.
- 3) 南裕子監訳: 質的研究の基礎—グラウンデッドセオリーの技法と手順—. 第一版, 医学書院, 1999.
- 4) 野嶋佐由美監訳: 家族看護学理論とアセスメント, 第一版第4刷, へるす出版, 1998.
- 5) Donna C. Aguilera, Janice M. Messick: Crisis Intervention, 2nd ed. The C.V. Mosby Company, Japan, 1974. (小松源助, 荒川義子訳: 危機療法の理論と実際. 川島書店, 1984)
- 6) 稲垣美智子, 浜井則子, 南理恵他: 糖尿病患者における療養行動の構造. 金沢大学医学部保健学科紀要: 24(2). 111-118, 2000.
- 7) 長戸和子: 家族の意思決定. 臨床看護, 25(12): 1778-1793, 1999.
- 8) E. Olivia, B. & Jean, W.: Toward a Caring Curriculum, 1st ed. National League for Nursing, New York, 1989. (安酸史子監訳: ケアリングカリキュラム. 医学書院. 1999)

The formation process of the support system in families of Type 2 diabetic patients

Michiko Inagaki, Chie Hayakawa, Kasumi Imura, Yuki Muramoto
Satomi Takinai, Tomoko Hiramatsu, Naoko Murakado

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to examine the process of support system in families of diabetic patients. Subjects were 15 diabetic's patients and their families who agreed to participate with this study. The data was collected through educational interviews was recorded on papers. The data was analyzed based on Grounded Theory Approach. The following results were obtained.

- 1) Family support can be divided into two types : direct support and indirect support. Both types were maintained through desires of family members to maintain their own self-esteem or self-respect.
- 2) The manner in which the support was given progressed from: the stage when people initiated actions to become a supporter → the stage when people became experienced → the stage when they stabilized their means of providing support by evaluating circumstances and making adjustments of their own and helping others involved to make adjustments.

The study thus revealed the nature of support provided by a family member who plays a central role in diet therapy. The support provider determines the structure of the support provided by evaluating the capacities of his/her family and the patient, making value judgments, and selecting methods or attaching meaning to his/her action. The results obtained in this study may provide hints to the appropriate indicators for evaluating and the best methods for assessing family education to promote diet therapy for diabetic patients.