

糖尿病患者における療養行動の構造

稲垣美智子 浜井 則子* 南 理絵* 吉沢 克英*
河村 一海 平松 知子 中村 直子

要 旨

糖尿病患者の療養行動がどのように形成されているのかを、患者の主観的体験から明らかにすることを目的に、19名の入院患者を対象に、帰納的研究を行った。データを分析、検討した結果以下の結論に達した。

① 患者の療養行動は、「自分の領域」「担ってもら領域」「信条」「家族資源に対する感情」「推察する家族資源」「話し合いの実感」「社会規範」「コントロールできない生理的・身体的条件」という8つの構成要素により形成されていた。

② 患者の療養行動には2つの型があった。一つは、意識的に行っている療養行動であり、「信条」「家族資源に対する感情」「推察する家族資源」から、「自分の療養行動領域」と「担ってもら療養行動領域」の大きさを規定しており、それによって療養行動を行い、その結果はそれぞれの要因に影響を与えていた。もう一つは、意識的に行っている療養行動プロセスに「話し合いの実感」「社会規範」が加わった患者役割行動としての療養行動形成プロセスであり、「コントロールできない生理的・身体的条件」は、独立したカテゴリーとして、両方のパターンに存在した。

KEY WORDS

patient education, behavior with recuperate, diabetes mellitus, qualitative study, chronic disease

はじめに

糖尿推定患者数は690万人、予備軍まで含めると1,370万人と推定(1997年、厚生省調査¹⁾)され国民病とも言われ、合併症治療をはじめとして医療経済を脅かしている。しかし糖尿病は生活習慣病ともいわれ、患者の生活のしかたそのものが発症の原因であり治療方法となるため、医療者の直接的関与できる分野が少なく、患者教育に期待されることが大きい。

患者教育方法の検討では、患者自身が治療に取り組む必要性を感じ、必要な知識や技術を体得し、さらに根気よく持続する意思や態度をもつことが必要²⁾であることを視点に研究されている³⁻⁸⁾。これらは、性別や職業、治療方法などの患者がもつ背景的特性から検討したもの、疾病の重大性認識、疾病罹患の弱い認識、治療行為の有益性認識にみる健康信条などの動機付けから検討したもの、ソーシャ

ルサポートなど、患者の環境から検討したものに別される。これらの研究は、いずれも血糖コントロールの良否を要因という視点でとらえ、それらの要に医療者が働きかけようとするものである。

しかし、近年「人間は本来、自分で物事を決定したいという欲求を有し、自分にとって最も良いものを選択して決定するものである」⁹⁾に関心がもたれ慢性疾患患者自らが、望ましい保健行動に向かい自己決定することが重要であるということが認識れ注目されるようになった¹⁰⁻¹²⁾。日本においては慢性疾患患者が、多くの制約を受けながら、自己療養行動を選択・決定していることが注目されているものの、糖尿病患者での研究はされていない。

そこで本研究は、慢性疾患であり多くの自己策が必要とされている糖尿病患者が、自己の療養行動をどのように形成しているのかを明らかにすることを目的とした。このことが明らかになることは、

金沢大学医学部保健学科

* 金沢大学医学部附属病院

表1 対象の背景

ID	性別	年齢	職業	家族形態	DM歴(年)	キーパーソン	HbA1C(%)	知識度	合併症・併発症
1	男	33	大学講師	妻	23	妻	—	Pt>Fa	DM性網膜症
2	男	49	会社員	父・妻・子	13	妻	5.9	Pt>Fa	薬物性肝機能障害・高血圧
3	女	49	主婦	姑・夫・息子夫婦・娘	14	夫	8.7	Pt>Fa	DM性網膜症
4	男	51	自営業	母・妻・子	6	妻	9.2	Pt<Fa	DM性網膜症・しびれ
5	男	54	会社員	母・妻・子	24	妻	6.5	Pt=Fa	悪性高血圧・トリオパチー
6	女	59	パート	娘夫婦・孫	9	娘	8.6	Pt=Fa	トリオパチー・脳梗塞・高血圧
7	男	60	無職	妻・子	20	妻	11.0	Pt>Fa	DM性網膜症
8	女	62	会社役員	姑・夫・息子夫婦・孫	14	夫・嫁	8.3	Pt>Fa	DM性網膜症
9	男	64	会社役員	妻	5	妻	10.4	Pt=Fa	DM性網膜症・高血圧
10	女	64	主婦	夫・息子夫婦・孫	3	夫・嫁	9.7	Pt=Fa	高血圧・不整脈
11	男	66	自営業	妻・娘	30	妻	6.9	Pt<Fa	DM性網膜症・脳梗塞
12	男	68	農業	妻・息子夫婦・孫	20	妻	11.8	Pt=Fa	腰椎すべり症
13	男	68	無職	妻	21	妻	8.1	Pt>Fa	高血圧
14	男	69	家業手伝い	妻・息子夫婦・孫	36	妻・嫁	8.9	Pt>Fa	高血圧
15	男	69	無職	妻	20	妻	8.4	Pt<Fa	狭心症
16	男	70	無職	妻	15	妻	9.0	Pt<Fa	DM性網膜症・DM性腎症
17	男	71	無職	妻	19	妻	6.5	Pt>Fa	心房細動・高血圧
18	女	72	主婦	夫	20	夫	7.1	Pt>Fa	しびれ
19	女	73	内職	夫・息子夫婦・孫	5	嫁	7.9	Pt=Fa	心不全

注1 HbA1c値は入院時のものである。

注2 知識度は対象者と家族の糖尿病に関する知識の程度の差を研究者が逐語録より推察したものである。Ptは対象者、Faは家族を示す。

者がおかれた生活環境の制約をどのようにして自己に取り込むかの構造が明らかになるので、糖尿病患者教育に新たな視点でのアセスメント、教育方法への検討に貢献できる。

方 法

1 対象(表1)

罹病期間が3年以上で、患者を含め家族が2名以上である成人糖尿病患者で、平成11年7月から10月までに金沢大学医学部附属病院の内科・眼科病棟に入院中の糖尿病を持つ患者19名であった。対象は男性13名、女性6名であり、対象の年齢は33歳から73歳まで(平均61.6歳)、病歴年数は3年から36年まで(平均16.5年)の幅があった。

2 データ収集方法

1) 面接の承諾と面接者

病棟婦長に紹介を受けた対象に研究者が研究の主旨・目的・方法・所要時間を説明し同意を得て、面接日・時間・場所を決定した。面接は病院の1室で研究者2名・対象で行った。対象の情報はあらかじめ、カルテ・看護記録から収集した。

2) 面接の方法と内容

研究の主旨と目的および方法を再度説明し、テ

プレコーダーに録音することの許可を得、それらのことを研究承諾書により同意を得た。質問内容は対象にとって療養行動をどのように形成してきたかを明らかにするものとし、対象が自分の主観的経験¹⁵⁾について自由に語れるようにすすめた。

1例ずつ面接後の分析をしたが、7例までは共通や差異が明確になることに着目したので、研究当初のスタンスを維持したが、分析が進むにつれ確認すべき事項や、新しいカテゴリーが生まれる可能性がでてきた。そこで8例目からは質問に変更を加え残りの12例の面接調査を行った。

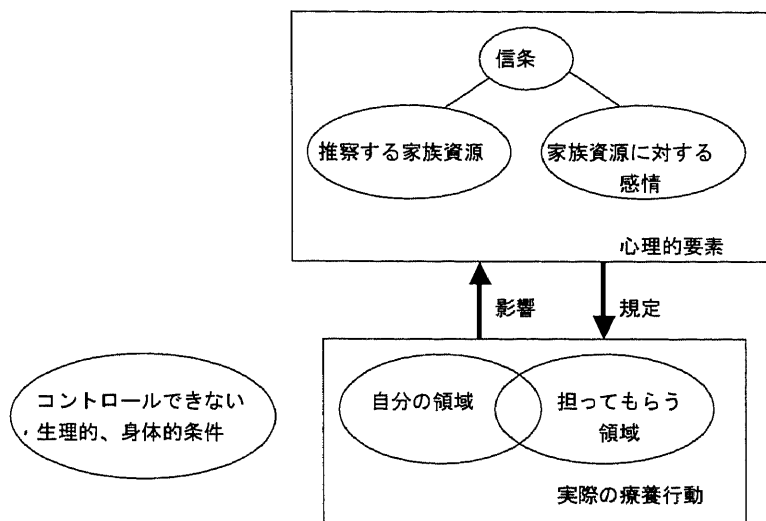
3) データ分析方法

StraussとCorbinらによるグラウンデッドセオリー法¹⁴⁾を用いて分析した。手順を以下に示す。

(1)面接テープを一字一句、すべて逐語録にした。5例の逐語録を読み、問いに対する答えと思われる記述を、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。これにコード(その部分を要約的に表していたり、代表したりするような、叙事的な語句)をつけた。

(2)コード同士の比較をし、関連性(共通と相違)に基づき、カテゴリー化(分類)した。そのカテゴリーにさらにコードをつけた。ここでのコードは、

療養行動構造パターン1



療養行動構造パターン2

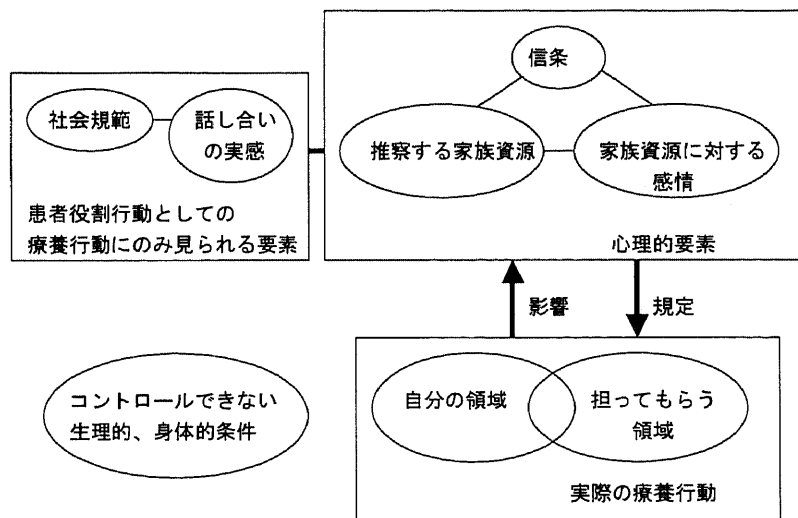


図1 糖尿病患者の療養行動の構造

概念とその特性の程度や分類を要約的に表す語句であり、かつ、その内容をすぐに思い起こせるような、描写的な語句である。

(3) 2例の逐語録についても(2)の作業でのカテゴリと比較し、関連性の検討をした。この過程で新しいカテゴリが生まれたり抽象度が高まったりした。

(4) その結果、役割過程モデルの概念に類似するカテゴリが一部に見出されたので関連性や違いを検討した。その上で、2度目の面接対象者の選択と面接の方向性を決定した。

(5) 2度目以降、12例の面接テープも逐語録に起こし、(4)で考えられたカテゴリの確認をし、新たな

カテゴリが生まれなないかを検討した。そしてそのカテゴリを関連づけて構造化した。

4) 適合性の確認

分析した結果を主に糖尿病指導にあっている；棟看護婦にみてもらい、理解が得られるかによって適合性を確認した。

結果

1. 概観 (図1)

糖尿病患者の療養行動は、「自分の領域」「担ってもらう領域」「信念」「家族資源に対する感情」「推察する家族資源」「話し合いの実感」「社会規範

表2 糖尿病療養行動の構成要素

カテゴリー名	事例
自分の領域	「学習内容により知識を得る」「妻の作る食事を食べる」「自分で食事の調整をする」「運動をする」「内服をする」
担ってもらふ領域	「妻に食事を任せると作ってもらう」「家族も食事を糖尿病にする」「薬の管理は妻がする」
信条	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立心 「自分のことは自分でしてきた」「自分のからだは自分で守る」 ・ 自制心 「自分の我慢しかない」「自分との戦いだ」 ・ 家族や仕事への義務感 「家族を守っていききたい」「仕事優先」
家族資源に対する感情	<ul style="list-style-type: none"> ・ いたわられている感覚 「家族の心配がうれしい」「自分のがんばりを認めてくれる」 ・ 孤独感 「家族はもうあきれてしまっている」「結局家族は最後まで協力してくれない」
推察する家族資源	<ul style="list-style-type: none"> ・ 力量 「妻は食事療法を理解している」「家族は糖尿病に関する知識がない」 ・ 負担 「家族の気遣いを感じる」「妻に迷惑をかけていると感じる」「妻が食事を作るものだ」 ・ 協力 「家族は頼めば協力してくれる」「面倒と言って食事を作ってくれないだろう」 ・ 期待 「自分で管理して欲しいのではないか」「食事量を減らして欲しいのではないか」 ・ 親密性 「家族とは献身的なものだ」「言葉に出さなくてもわかってくれるだろう」 ・ 評定 「嫁は間食したら怒るだろう」「歩いたらほめてくれるだろう」
話し合いの実感	<ul style="list-style-type: none"> 「食事を多く食べたときには具体的に『～単位だ』と言う』『『かわいそうにね』と言う」 「血糖値を家族に報告すると、良いときは『今日は多めに食べられるね』と言う」 「歩いたときは『よかったね』と言われる」
社会規範	<ul style="list-style-type: none"> 「歩く会に入っており、周囲に糖尿病の人もいるため、色々教えてもらったり見習ったりしている。糖尿病と知っている人なら、しなければならないことをしていないと、『だめや』と思うだろう」 「世間の人は合併症出現に対して『何も療養しなかったからあんなになったんや』と言う」 「会社では『糖尿病だからと言って休んだり、甘えたりするのは論外だ』という雰囲気があるし、自分でもそう思う」
コントロールできない生理的・身体的条件	<ul style="list-style-type: none"> 「人からだめと言われると余計に食べたくなる」「もったいないから食べる」「食べてしまう」 「人につられる」「今後我慢していかなくてはならない」「糖尿病より、心臓のほうが優先」

「コントロールできない生理的・身体的条件」という8つのカテゴリーで構成されていた。さらにこのカテゴリーは、構造化すると「実際の療養行動」と「心理的要素」, 「コントロールできない生理的, 身体的条件」, 「患者役割行動としての療養行動にのみ見られる要素」により説明された。実際の療養行動では、さまざまな療養方法が語られた。そこには「妻に食事は作ってもらうが、それをしっかり食べるのが自分の領域である」に見られるように食事療法の中に「自分の領域」「担ってもらふ領域」が分けられていた。また「心理的要素」は、実際の療養行動の背景にある患者自身のこれまで、またこれからの生き方の姿勢といえる「信条」, また家族が患者にむけているであろう感情を患者なりに察知している「家族資源に対する感情」, そして家族が自分に提供してくれる支援から家族の力量, 負担, 協力, 期待, 親密性, 評定を推察するいわゆる「推察する家族資源」が語られ、それらは実際の療養行動を規定していた。この構造はすべての対象に共通してみられた。

一方、「話し合いの実感」「社会規範」のカテゴリーは、コントロール良好の対象によって語られたカテゴリーであった。この「話し合いの実感」は対象が

運動療法をしたことを報告すると家族が「良かったね」と返すに例示されるように、いわゆる対象の行為が話題の中心課題となって会話がされることであった。そのカテゴリーを話す対象に共通してみられたのは「会社では糖尿病だからといって休んだり、甘えたりするのは論外だ」という雰囲気もあるし、自分でもそう思う」に例示されるように、世間一般のルールととれる「社会規範」であった。

このことは療養行動の構造は、全員の療養行動を説明できるパターンと特定の人にみられるパターンの2つがあることで説明された。

また「コントロールできない生理的・身体的条件」は、「糖尿病より心臓が優先」「食べてしまう」に例示されるように他のカテゴリーとは性質が異なるが、対象者全員が糖尿病の療養行動とは直接関係しないと言いつつも語ったものであった。

2. カテゴリーの内容 (表2)

(1) 「自分の領域」と「担ってもらふ領域」

患者が療養行動であるとして語ったものは食事療法, 運動療法, 薬物療法, 禁煙であった。それぞれの療養行動には「自分の領域」と「担ってもらふ領域」の2つのカテゴリーで構成されていた。「自分の領域」には、「学習により知識を得る」「妻の作る

食事を食べる」「自分で食事を調整する」「運動する」「内服する」などがあげられた。「担ってもらう領域」では、実質的なものが提供、励ましや忠告のみであった。実質的なものには、「妻に食事療法をまかせる・作ってもらう」「家族も食事を糖尿病食にする」「薬の管理は妻がする」などがあった。

(2)信条

“自立心”“自制心”“家族や仕事への義務感”があった。“自立心”とは、他者からの助けや支配を受けず、自分の力でやっつけようとする気持ちであり、「自分のことは自分でしてきた」「自分の体は自分で守る」などが語られた。“自制心”は自分で自分の感情や欲望を抑えることであり、「自分の我慢しかない」「自分との戦いだ」などがあった。“家族や仕事への義務感”とは、家庭や職場において果たさなければならないことをやり遂げようとする気持ちであり、「家族を守っていきたい」「仕事優先」という思いがあった。

(3)家族資源に対する感情

“いたわられている感覚”“孤独感”があった。“いたわられている感覚”とは、労をねぎらわれている、大切に扱われているという感覚のことで「家族の心配はうれしい」「自分のがんばりを認めてくれる」などがあった。“孤独感”とは、他者の助けを受けたくても受けられないと感じている状態であり、「家族はもうあきれてしまっている」「結局家族は最後まで協力してくれない」と語られた。

(4)推察する家族資源

“力量”“負担”“協力”“期待”“親密性”“評定”があり、これら6項目は対象が推察している内容であった。推察する家族資源には支援的なものと否定的なもの両面があった。

(5)話し合いの実感

糖尿病の療養生活を送るときに家族で話し合いをするかとの質問に「する」と答えた人は3名で、話し合いをしていると実感していた。その内容は、「食事を多く食べたときは具体的に『～単位だ』と言う」「『かわいそうにね』と言う」「歩いたときは『良かったね』と言われる」「血糖値を家族に報告すると、良いときは『今日は多めに食べられるね』と言う」であった。このように本人から家族に血糖値や運動の報告、自分のがんばり、食事の希望などを伝え、且つ家族から言葉が返ってきていた。それに対して、本人も「家族の協力はありがたい」「『がんばってくれ』という期待に『がんばっているよ』と応えている」と答え、家族の言葉を肯定的に受けと

めていた。

(6)社会規範

社会規範は一般的に、「社会的に望ましいと認められている行動の態度や規準であり、慣習、法、道徳などがある。これに従わないときは社会的制裁が加えられる」と言われている。話し合いをしていると答えた3名には、「歩く会に入っており、周りに糖尿病の人もいるため、色々教えてもらったり、真習ったりしている。糖尿病と知っている人なら、しなければならないことをしていないと『だめや』と思うだろう。」「世間の人とは合併症出現に対して『何も療養しなかったから、あんなことになった』と言う」「会社では『糖尿病だからといって、休んだり、甘えたりするのは論外だ』という雰囲気があるし、自分でもそう思う」など、糖尿病を悪化させないための療養生活を送らないと世間の人から非難されるという発言がみられた。

(7)コントロールできない生理的・身体的条件

生理的条件には“抑えきれない食欲”があり、身体的条件には“糖尿病より治療が優先される併発症”があった。“抑えきれない食欲”については、以下のような内容が語られた。「人からだめだと言われると余計に食べたくなる」「もったいないから食べる」「食べてしまう」「人につられる」「今後我慢していかなければならない」などがあった。“糖尿病より治療が優先される併発症”について「糖尿病よりむしろ心臓のほうが優先」と述べた人が1名いた。

考 察

本研究から、糖尿病患者は家族と日常生活を共にする中で、様々な環境やできごとの捉え方をして療養行動を形成していることが明らかになった。このことを、これまでの患者理解と今後の患者教育の視点から考察した。

1. 意識的に行っている療養行動について

患者は「信条」「家族資源に対する感情」「推察する家族資源」から、「自分の領域」と「担ってもらう領域」の大きさを規定していた。それによって療養行動を行い、その結果はそれぞれの要因に影響を与えていると考えられた。

このパターンのみで療養行動を行っている人は、「信条」が強い口調で語られた。さらに、「推察する家族資源」が肯定的であっても孤独を語る人や、「いたわられている感覚を持っていても申し訳ない」と語る人がいた。そのような人は話し合いを持たず、「推察する家族資源」を確認しないために、いつ

推察のレベルで留まり、「家族資源に対する感情」の“孤独感”を強めてしまう。このまま療養行動を継続すると、自分でやるしかないと孤立し、自分次第という思いが強くなりやすい。患者は療養行動を行う際に、家族に対して「～して欲しい」「～したい」という欲求を持っているが、このような場合、その欲求は満たされず、「自分の療養行動領域」が大きくなりすぎるという悪循環に陥り、療養行動の破綻や心理的問題を招くことも考えられた。近年、糖尿病患者のうつ傾向などは、このような背景も一つの要因と推察された。

任ら¹⁵⁾が食事療法に関して、自己管理において負担となる要因を分析したように、食事療法・運動療法・薬物療法を別々に捉えた研究は多くなされてきた。また、掛橋ら¹⁶⁾の「糖尿病患者のコンプライアンスに影響する因子の分析」のように、自己管理にかかわる1つ1つの要因に着目した研究も多くなされてきた。本研究では食事療法・運動療法・薬物療法などの療養行動を包括して分析した。その結果、患者が周囲の人や環境を自分の感情で判断し、具体的な行動として「自分の療養行動領域」「担ってもらふ療養行動領域」を規定していることが見出された。このことから、1つ1つの療養行動を区別せず、統合的に捉えられる可能性が示唆された。また、療養行動にかかわる個々の要因だけではなく、患者が周囲をどのように捉えているか、いわゆる「信条」「家族資源に対する感情」「推察する家族資源」に着目するという新たな視点も見出すことができた。意識的に行っている療養行動プロセスは、役割行動というより自分で決めている行動だと推察された。この行動は野嶋の血液透析患者の自己決定の構造¹⁷⁾に類似していた。

2. 患者役割行動としての療養行動形成について

意識的に行っている療養行動形成プロセスに「話し合いの実感」と「社会規範」が加わったものを、患者役割行動としての療養行動形成プロセスとした。これは森岡の役割取得過程の理論¹⁸⁾から、「社会規範」を意識し、他者の評定を受けて自分なりの行動を結晶化していくというプロセスを用いて判断したものである。本研究では、結果から見出された「話し合いの実感」をもつことによって、「自分の療養行動領域」を家族と確認しあっているという意識や、家族と共に療養生活を送っているという意識が生まれることを明らかにした。話し合いによってこれまで推察していた家族の持つ資源が確かなものになり、「家族資源に対する感情」にも変化が起これることで、

「信条」が大きくなりすぎることを抑えていた。このことは、患者の行動に対して家族が肯定的な反応を示し、さらにそれに患者が反応するといった投げかけ反応が形成されていることから推察した。その結果「自分の療養行動領域」と「担ってもらふ療養行動領域」がその家族において最も適したものとして配分されると考えられた。すなわち、話し合いは患者と家族両者の欲求充足を目指す場であると示唆された。森岡の理論における「評定」が本研究の「話し合いの実感」に類似するが、「評定」には相互の感情交流が含まれておらず、新しい概念として捉えることができた。

これらの結果を看護に應用すると、アセスメントの際、患者が療養行動を行う上でどのような信条を持ち、家族資源をどう推察しているのか、また家族資源に対してどのような感情を抱いているかを今後、研究の積み重ねにより、有効な援助について検討していく必要がある。

また「話し合いの実感」を持つ3名は世間からの非難を感じており、「社会規範」といえる意識がみられた。森岡は役割取得過程において、学習し得られた社会規範をもとに自分の行うべき役割を認知する¹⁸⁾と述べており、糖尿病患者においても、このような社会規範を持つことが患者役割の取得に影響を与えていると思われる。また一定の規範に従うことは人には大きな安定感を与えるため、社会規範¹⁹⁾を持つことは患者役割行動²⁰⁾の維持につながるといえる。しかし「社会規範」と「話し合いの実感」の関係は、明確に説明がつかなかった。今後、別々のものかどうかの検討が必要であると考えられる。

本研究は社会規範を“制裁を受けるもの”としたため、3名のみを社会規範を持つ人と捉えたが、社会規範がないとした人にも、「糖尿病は自分で管理するものである」という考えがみられた。これは糖尿病が生活習慣病と呼ばれるようになり、自己責任の考え方が一般化されつつある背景によるものと考えられる。一見、社会規範ともとれるが、それを守らない場合にどうなるかの、いわゆる規範としての性質を持たないものであり、社会規範とはいえないと判断された。

現在の糖尿病患者教育の場合、疾病や食事療法に関する知識などは教育されるが、家族との関わりの具体的なイメージを持つような内容は含まれていない。患者は他の糖尿病患者の、家族との関わり方など手本となるものを学ぶ機会が少ないため、どのようにして患者役割を取得していくかがわかりにくい

と考えられる。そのため、患者教育の際に実際のイメージがもてるような手本を示していく必要があると示唆された。

以上より、患者役割行動をとる上で「話し合いの実感」と「社会規範」をもつことは重要であり、この2つの要因が療養行動を安定させ、長期に渡る療養行動の継続を助けると示唆された。

3. コントロールできない生理的・身体的条件について

“抑えられない食欲”と“糖尿病より治療が優先される併発症”は、対象自信がコントロールできないものであり、患者が意識的に行っている療養行動も患者役割行動としての療養行動も脅かす条件と考えられる。しかし、これらにどのように作用しているかは本研究では具体的に明らかにすることができなかった。

研究の限界と今後の展望

本研究では、療養行動と患者役割行動が家族との関係の中でどのように形成されていくのかを明らかにしたが、1人暮らしの人、糖尿病歴の短い人、コントロールが良い人にも同様な構造が見出されるかを検討していく必要がある。また今後本研究で抽出されたカテゴリーの命名について精錬すること、具体的な看護実践レベルでの信頼性と妥当性を検討することが課題である。

結 論

糖尿病患者の療養行動がどのように形成されているのかを、患者の主観的体験から明らかにすることを目的に、19名の入院患者を対象に、帰納的研究を行った。データを分析、検討した結果以下の結論に達した。

1. 患者の療養行動は、「自分の領域」「担ってもら領域」「信条」「家族資源に対する感情」「推察する家族資源」「話し合いの実感」「社会規範」「コントロールできない生理的・身体的条件」という8つの構成要素により形成されていた。

2. 患者の療養行動には2つの型があった。一つは、意識的に行っている療養行動であり、「信条」「家族資源に対する感情」「推察する家族資源」から、「自分の療養行動領域」と「担ってもら療養行動領域」の大きさを規定しており、それによって療養行動を行い、その結果はそれぞれの要因に影響を与えていた。もう一つは、意識的に行っている療養行動プロセスに「話し合いの実感」「社会規範」が加わった

患者役割行動としての療養行動形成プロセスであり「コントロールできない生理的・身体的条件」は、独立したカテゴリーとして、両方のパターンに存在した。

以上より、糖尿病患者教育において、患者の「信条」「家族資源に対する感情」「推察する家族資源」から、「自分の療養行動領域」を把握しアセスメントすること、「話し合いの実感」をもってもらうためのケア開発、そしていつも「コントロールできない生理的・身体的条件」の存在を意識しながら教育することの必要性が示唆された。

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標、臨時増刊50, 98, 東京, 1999.
- 2) 稲垣美智子：慢性疾患患者のセルフケア確立への援助, 臨床看護, 24(8): 1149-1153, 1998.
- 3) 佐々木かほ他：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, 121-125, 1995.
- 4) 服部真理子他：糖尿病患者の自己管理行動に関連する要因について, 日本糖尿教育・看護学会誌, 3(2), 101-109 1999.
- 5) 楠葉洋子他：糖尿病患者の肯定的および否定的な情緒に影響を及ぼす要因について, 日本糖尿教育・看護学会誌, 4(1), 32-44, 2000.
- 6) 野口美和子：糖尿病の自己管理に関する看護学研究, 看護技術, 35(6), 113-117, 1989.
- 7) 石井均：糖尿病患者への心理・行動医学的アプローチ, Diabetes journal 26(2), 7-12, 1998.
- 8) 木下幸代：糖尿病の自己管理を促進するための教育プログラムの作成, 日本糖尿教育・看護学会誌, 2(2), 110-117, 1998.
- 9) Deci E. L., 石田梅男訳：自己決定の心理学, 誠信書房, 東京, 1980.
- 10) 宗像恒次：コンプライアンス, メディカルヒューマニティ 3, 57-63, 1986.
- 11) 宗像恒次：患者の行動科学4「自己決定」医療の進め方 MRM, 42, 36-39, 1991.
- 12) 宗像恒次：セルフケア・カウンセリング法, 月刊ナーシング, 13(2), 49-57, 1993.
- 13) 早坂泰次朗：人間学序説—現象学的社会心理学の展開 第2版-, 119-155, 川島書店, 東京, 1993.
- 14) Strauss A., Corbin J.・南裕子監訳：質的研究の基礎第1版, 医学書院, 東京, 1999.
- 15) 任和子他：糖尿病の自己管理に影響を及ぼす要因について, 日本看護学会誌・成人II 24, 8-9, 1993.
- 16) 掛橋千賀子他：糖尿病患者のコンプライアンスに影響する因子の分析, 日本看護科学学会収録: 15(3), 176, 1995.
- 17) 野嶋佐由美他：血液透析患者の自己決定の構造, 日本看護科学学会誌, 17(1), 22-31, 1997.
- 18) 森岡清美：現代家族の社会学, 改題改訂版第1版, 90-

100, 放送大学教育振興会, 東京, 1991.
19) 福武直他: 社会学辞典初版, 140-141, 有斐閣, 東京,
1972.

20) Ruth Wu・岡堂哲雄監訳: 病気と患者の行動第1版,
187-240, 医歯薬出版, 東京, 1993.

Components of the behaviors of diabetic patients receiving medical care

Michiko Inagaki, Noriko Hamai, Rie Minami, Kathuei Yoshizawa
Kazumi Kawamura, Tomoko Hiramatsu, Naoko Nakamura

ABSTRACT

The present study was undertaken to investigate, using the inductive method, the behaviors of diabetic patients receiving medical care, on the basis of an analysis of subjective experiences of 19 hospitalized patients. Analysis of the data yielded the following conclusions.

- (1) It was found that the behaviors of patients receiving medical care were composed of 8 elements: the patient's own scope of behavior, the behaviors the staff desired the patients to exhibit, the patient's creed, feelings about familial resources, inferred familial resources, feelings experienced during conversation, social rules, and uncontrollable physiological and physical conditions.
- (2) The behaviors of patients related to receiving medical care could be divided into two types: One type is conscious behavior. Under this type of behavior, the extent of one's own scope of behavior and the behaviors of the patients desired by the staff are determined by the patient's creed, feelings about familial resources and inferred familial resources. The behaviors taken in this way affected each element involved. The other type is behavior based on the awareness of the patient's role. The process for formation of this type of behavior involves combining the feelings experienced during conversation and the social rules with the consciously performed care-receiving-behavior process. Uncontrollable physiological and physical conditions were an independent category common to both types.