原 著

慢性病患者の療養のあり様に関する研究

正 木 治 恵*¹・兼 松 百合子*¹・小 野 ツル子*²・
雨 宮 悦 子*³・井 部 俊 子*⁴・平 野 かよ子*⁵・
石 原 逸 子*⁵・志自岐 康 子*⁵・中 西 睦 子*⁵

The Qualitative Analysis of Self Care Attitude toward Chronic Illness

Harue Masaki*¹・Yuriko Kanematsu*¹・Tsuruko Ono*²・
Etsuko Amemiya*³・Toshiko Ibe*⁴・Kayoko Hirano*⁵・
Itsuko Ishihara*⁵・Yasuko Shijiki*⁵・Mutsuko Nakanishi*⁵

*¹ School of Nursing, Chiba University

*² College of Medical Technology, Okayama University

*³ Kanagawa Prefectural Junior College of Nursing and Medical Technology

*⁴ St. Lukes College of Nursing,

*⁵ The Japanese Red Cross College of Nursing

Abstract

This paper presents the qualitative data of a series of our study "A Study of Structure of Patient Self Care with Chronic Illness and Role of Nursing".

This study is aimed to explore the various kinds of self care attitude toward chronic illness. Interviews with 152 adult outpatients with one of the selected four chronic illness provide the major source of data.

The findings indicate seven styles of self care attitude toward chronic illness. These are; perfectionist, actual life, natural life, low selfesteem, dependent on others, shouldering burden, defiant. These findings suggest that patients need different focus of nursing care according to the styles found in this study.

要 旨

「慢性病患者のセルフケアの構造と看護の役割に関する研究」と題して行った一連の研究の中で、本研究は質的分析を中心とする面接調査の結果を検討したものである。本研究は、患者の療養生活に関する自由な表現から、慢性病患者の様々な療養のあり様を捉えることを目的とした。

慢性病を有する外来通院患者 152名を対象とし、患者の療養のやり方の特徴を検討した

*¹千葉大学看護学部 *²岡山大学医療技術短期大学部 *³神奈川県立衛生短期大学 *⁴聖路加看護大学

*⁵日本赤十字看護大学 受理：平成4年6月10日 Accepted: June 10, 1992

結果、7つのタイプの療養のやり方が見いだされた。すなわち、完全主義型、現実型、自然態型、自己価値低下型、依存型、重荷型、反抗型である。この患者の療養のあり様の特徵に応じて、看護の課題が異なることが示唆された。

〔はじめに〕

我々は「慢性病患者のセルフケアの構造と看護の役割に関する研究」と題して一連の研究^{1~7)}を行った。その中で本研究は、質的分析を中心とする面接調査の結果を検討したものである。面接調査では、慢性病患者が療養生活を送る上で日々、行い、感じ、考えていることなど患者の自由な表現から、慢性病患者の様々な療養のあり様を捉えることを目的とした、その結果を踏まえ、慢性病患者看護について考察したい。

I. 方 法

1) 面接調査の内容と方法

面接調査の内容は、慢性病患者のセルフケアの中でも特に病状のコントロールに必要な行動を療養と捉え、療養の実際のやり方とそれに影響すると考えられる家族や周囲の協力や本人の信条などについて項目を設定した。設定項目としては、実際の療養のやり方(食事、服薬、運動、労働、規則正しい生活、その他について)、療養行動(食事や活動)の目安、家族の協力、周囲の人に病気であることを知らせているか、慢性病に罹患した生活の以前の生活と比べてのプラス面、および、療養を続けていく上でのモットーである。

面接は半構形式面接法とし、設定項目にかかわらず患者の自由な発言を聞き取った。予備調査ではテープ録音による逐語記録を資料としたが、本調査では面接者の面接記録を資料として用いることとしたため、面接者のコメント欄を新たに設け、資料となる記録の充実を図った。コメントの内容は、患者の行っているセルフケアの適切さ・主体性・困難や苦痛の程度、目安の適切さ、セルフケアに影響する環境、療養行動と他の生活との優先性、目立った観察事項、患者がこの面接中に語らなかったことの要約、についての面接者の判断や感想である。

面接は、患者の外来受診時に筆者らが一対一で約1~2時間行った。面接記録は、面接をしながら面接者がその場で患者の言動をなるべくそのまま記録し、面接終了後に面接者のコメントを記入した。

2) 対象は、年齢18歳以上で、慢性疾患の診断成立後六カ月以上経過している男女。疾患としては、糖尿病(I型を除く)、心疾患・高血圧、慢性腎炎・慢性腎不全(透析患者・CAPD患者を含む)、慢性肝炎。本調査の質問紙調査(別報⁷⁾)を実施し、面接調査に応諾した患者である。面接調査を実施した156名のうち面接資料内容不足のもの4名を除く152名を対象とした。

3) 分析方法

面接者の面接記録を分析資料として用い、予備調査⁴⁾の結果得られた療養の各タイプに対象を分類し、それぞれの療養のあり方の特徴について検討する。

予備調査における療養のタイプ分けにおいては、実際の療養のやり方に関する患者の表現から、療養行動の主体性、療養生活への専心度を評価し、分類した。その結果、患者本人から療養生活の実際について具体的な方法が表現され、患者は主体的に療養に専念していると評価できた『自分で取り組む療養生活』、療養の中心課題である食事療法を全面的に食事作りにあたる妻にまかせ、患者自身は主体的に取り組んでいないと評価できた『妻まかせの療養生活』、および、療養の実際について質問しているにもかかわらず、不安な気持ちや心配事を表現し、それらのために自分の療養にはほとんど専念できていないと評価できた『専念できない療養生活』に大別できた。また、『自分で取り組む療養生活』は、療養行動に伴う苦労感の表現形態の違いでさらに4つに分けられた。すなわち、厳しく細かく自分に療養を課しているタイプI(完全主義型)、苦労を表現するが自分なりに工夫して療養しているタイプII(現実型)、苦労をあ

まり表現せず無理のない療養を送っているタイプⅢ(自然態型)、守れない部分ばかり多く語るタイプⅣ(自己価値低下型)である。『妻まかせの療養生活』をタイプⅤ(依存型)、『専念できない療養生活』をタイプⅥ(重荷型)とした。

II. 結 果

1. 療養のタイプの分類と対象の背景

対象を予備調査で得られた療養の各タイプで分類したところ、タイプⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵは、それぞれ、5名、82名、51名、6名、2名、3名であり、タイプⅡとⅢが87.5%と大半で、タイプⅠ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵは極少数であった。タイプⅠ～Ⅵに分類できなかった3名は、自分の不適切な療養行動、あるいは医師の指示に従っていないことを平気で述べていることが特徴的であり、タイプⅦと新たに分類でき、反抗型と命名した。

各タイプの対象の背景を表1に示した。年齢は、タイプⅢ、Ⅴ、Ⅵで高く、特に多いタイプⅡとⅢで平均年齢を比較すると、有意に(t検定)タイプⅢがⅡより高かった。性別で比較すると、タイプⅢは男性に、タイプⅣとⅥは女性に多かった。疾患別では、糖尿病と腎臓病はタイプⅡに、肝臓病はタイプⅢに多かった。コントロール度では、タイプⅡに不良の者が多い。就業形態は患者が自分で時間を調整しやすいかどうかを中心に分類したが、それでは、タイプ

Ⅱに常勤者、主婦、タイプⅢに自営業、無職の割合が高かった。罹患期間は、平均の比較ではタイプⅡとⅢで特に差はみられなかった。

2. 療養の各タイプの特徴

タイプⅠは、療養生活の実際についてかなり詳しく述べており、述べられている内容も具体的で細かく、その療養行動を徹底して行っている様子を表現している。モットーの表現として「がまんに耐えること」(気力がもてるように自分で(生活を)つくりあげる、自分が負けたらそれで終わりだから)「必ず何かやることをそばにおいておく」などがみられるように、厳しい自己コントロールを自分に課していた。このタイプに属する5名のうち1名は、最近血糖コントロールが不良になってきたことから「こんなに工夫して一生懸命やっているのに、これ以上何を気をつけたらいいんでしょう、これだけ神経を使っていてどうして下らないんでしょう」と述べており、自分を厳しく制して療養を行っているにもかかわらず、病状のコントロールがうまくいかないもどかしさや苛立ちを表現していた。

タイプⅡは、実際の療養のやり方の面で困難感を述べているもので、困難の内容としては、「制限しなくてはならないことをよく分かっているが、つい食べたり飲んだりしてしまう」が多く、また、家庭や社会生活と療養生活を両立

表1 療養の各タイプ別対象の背景

	性別(人)		年齢(歳)	病 名(人)					コントロール度(人)				就業形態(人)						罹病期間(年)	
タイプ	男	女	平均±SD	糖	心	肝	腎	NA	Good	Fair	Poor	NA	常	バ	自	無	主	他	NA	平均±SD
I	3	2	60.6±11.3	2	1	2	0	0	2	2	0	1	3	0	0	1	1	0	0	11.8± 9.0
II	52	30	58.8±10.9	31	32	10	8	1	35	27	17	3	24	1	7	16	20	8	6	8.7± 8.1
III	38	13	63.6±11.5	12	19	19	1	0	26	21	4	0	16	2	6	12	8	1	6	9.4± 8.9
IV	1	5	56.2± 8.4	3	0	1	2	0	2	3	1	0	0	1	0	2	3	0	0	6.8± 7.8
V	1	1	72.0± 0.0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	5.0± 1.0
VI	0	3	64.7± 7.9	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	15.0±12.2
VII	2	1	59.0± 7.5	1	1	1	0	0	1	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	10.3± 8.5

病 名

糖：糖尿病 心：心疾患・高血圧 肝：肝臓病 腎：腎臓病

就業形態

常：常勤 バ：パート 自：自営 無：無職 主：主婦 他：その他

できないことがあげられている。療養をしていかなければという気持ちはあるため、種々の工夫が行われているが、その中には積極的に解決していこうとしているものから、妥協してあきらめている場合もある。また、解決することが困難で負担感の大きい人もいる。慢性病をもった生活の以前の生活と比べてのプラス面については、「健康を気づかうようになった」「人生や自分を見つめ直せた」「家族や周囲のありがたさに気付いた」「病者への理解が深まった」があげられており、一方「プラス面はない」や「マイナスが多い」と述べる者もいた。モットーについては、「仕事や趣味の達成や実行」「自分の身体は自分で守る」「自分に合った生活を作る」「充実した人生」「世の中に役立つように」があげられていた。

タイプⅢは、困難感なく無理のない療養生活を行っている者で、その中には、療養上の制限

があまりなく自由にやっている者、無理をしないように生活はある程度縮小している者、療養がすでに習慣化している者などがいた。プラス面は、「自分の身体に関心を払うことの意義がわかった」「趣味・関心の対象が変わった」などがあり、一方「プラス面はない」や「そんなこと考えたこともない」と述べる者もいた。モットーについては、「自然態で生活」「自分のことは自分で」「自分の体を基調にした生活」「中庸な生活」「神仏の加護」などが述べられていた。

タイプⅣは、療養行動について守れない部分を多く述べる者で、発病後の自分に対して自己価値の低下の感情や意欲の減退、社会的孤立感、不安が述べられていた。プラス面の表現は6名中5名が「ない」と答えており、モットーについての表現も慢性病が大きな気持ちの負担になっていることをしめしていた。

タイプⅤは、家族に自分の療養上必要なこと

表2 困難感なしの理由

分 類	患 者 の 表 現 例
(a) 医師より指示されている療養上の生活制限が少ない	<ul style="list-style-type: none"> ・薬を飲んでいれば何をしてもよいと言われた。別に食事療法はやっていない ・外来に来ていればよいと、特に医師から生活上の注意点は言われていない
(b) 遵守しなければという意識が少ない	<ul style="list-style-type: none"> ・あまり長い病気は厳しく(療養を)やっても長続きしない。性格があまりきちんとしていないから、適当でよいと思うし、おおよその目安でよいと思う ・細かくやると神経がまいってしまうので大まかにやろうとしている。食事ではむしろあまり苦労しないようにしている ・指導されたようには極度に(食事摂取量を)少なくしていない。無理してまで減らしていない
(c) 生活を縮小して、療養に専念している	<ul style="list-style-type: none"> ・つきあいをしなくなった ・仕事を辞めた、役をおりた ・入院中に出てきた食事(2カ月分)を記録し、それを年がら年中食べている ・守りの体制に生き方を変えた
(d) 療養生活と競合する生活内容の割合や度合いが小さい	<ul style="list-style-type: none"> ・現役を引退し、のんびりやれている
(e) 周囲の理解や協力あり	<ul style="list-style-type: none"> ・減塩しょうゆ使用。家族皆私に(味付けを)合わせた ・女房が看護婦みたいなもので、うるさいくらい。妻も一緒に食事をしている ・上司、同僚皆私が病気であることを知っているのだから、配慮してくれる
(f) 療養行動が習慣化している	<ul style="list-style-type: none"> ・結核、赤痢、肝膿瘍、慢性肝炎と、20年来の療養ですから、もう慣れている ・療養のために始めた生活は、今では全部当たり前になっている ・開始三ヶ月間は空腹感が強く辛かったが、現在は慣れたのか、空腹感もない ・薄味は慣れたので苦痛は感じない。むしろ市販のものは辛くて食べられない
(g) 達観	<ul style="list-style-type: none"> ・自分を知ってセーブしない人の世話になることが多くなる。内臓の働きが低下している事や、年齢や体力に沿ったものの考え方を持った方がいい ・人間は習慣性のある動物だから、自分がこうすると決めて行っていれば、それが自分の〇〇になって、その範囲で無理なく暮らせる

を全面的に依存している者で、一人は妻に、一人は娘に任せており、面接中も同席した妻がほとんど代弁して、患者自身は自分の意見をほとんど語らなかった。

タイプⅥは、自分の療養に専念できない状況にある者で、一人は心臓病の夫の世話で自分の療養がままならぬ状態であり、残りの2人は面接中の話題がほとんど他の関心事(自分の膝の痛み、夫の死のショック)であった。

タイプⅦは、不適切な療養行動を平気で述べている者で、自分の不適切な療養行動を正当化しており、また、療養の必要性の理解が乏しい者だった。

3. 療養上の困難感有無の理由

「自分で取り組む療養生活」に分類されるタ

イブⅠ～Ⅳは、困難感の表現形態で分類したタイプである。タイプⅠ、Ⅱ、Ⅳの患者の言動から困難感ありの理由を、タイプⅢの患者の言動から困難感なしの理由を抽出した。困難感なしの理由を表2に、困難感ありの理由を表3に示した。

Ⅲ. 考 察

1. 療養の各タイプにみられた特徴

慢性病と共に生きる患者の課題はストラウス⁸⁾が述べているように療養行動の実行のみではない。症状の管理をはじめとして、病気の過程に生じる変化への適応、生活の常態化、社会的疎外の予防・我慢、財源や家族的な問題など患者の課題は多く、それらの課題との関連の中で療養生活が成り立っている。本結果で得られた療

表3 困難感ありの理由

分 類	患 者 の 表 現 例
(h)療養上必要とされる治療処方の内容が、身体側の欲求や楽しみである (苦痛)	<ul style="list-style-type: none"> ・スポーツ好きなので、運動を制限しなければならない事が一番苦痛 ・食べたい物が食べられない事が一番つらい、歳をとると食べる事のみが楽しみ ・昔から塩辛い物が好きなので、塩分制限はなかなかつらい ・塩味がついていないとまずくて食べられない ・飲酒にセーブがきかない。これまで止めると生きている楽しみがない
(i)療養行動と競合する生活内容の割合や度合が大きい (苦労・負担)	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事が三交替制なので、一律にはいかず、難しい ・仕事上、体調不良で早く帰りたい時も帰れない時がある ・地方公演が多く、それに伴い食事が乱れる
(j)自分の療養のこと以外に優先させなければならぬことがある (苦労・負担)	<ul style="list-style-type: none"> ・食事をバランス良くとることが難しい、子供がいるし、経済的なこともあって野菜を多くとっても、そういつものというわけにはいかない ・主人の食事は栄養を取るようにしないといけないので、主人の栄養のことを考えるとこっちがカロリーオーバーしてしまう。家族がいるとはっきり言ってやりにくい
(k)自分が慢性病であることを隠し通す (苦労・負担)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族以外には自分が病気のことを誰にも知らせていないので、無理をする時もあり、精神的にきつい ・仕事仲間との会合で無理につきあったりする
(l)周囲の理解や協力が得られない (苦労・負担)	<ul style="list-style-type: none"> ・女房が食事療法を理解してくれない。単位計算表を壁に貼ると、女房はそんなの貼る必要ないと言う ・相談できる人がいない ・家族に「トイレが薬臭い」と言われ、申し訳ないと思っている
(m)面倒 (負担)	<ul style="list-style-type: none"> ・食事療法は面倒 ・歩くのが億劫 ・外食のメニュー選びが大変
(n)遵守しなければという意識が強いが、コントロールがうまくいかない (負担)	<ul style="list-style-type: none"> ・一日主人と二人で食事だけのことにかけている毎日。これだけやってもコントロールが良くならない ・つい食べてしまう

養のタイプは、それぞれの患者が慢性病の療養を自分の生活の中にある程度持続可能な方法として組み入れた、自分なりの療養の仕方の多様性を示していると考えられる。各タイプの割合をみると、タイプII(現実型)とIII(自然態型)が八割以上であったことから、療養のタイプはIIとIIIのような療養のやり方が標準的な型で、タイプI(完全主義型)、タイプIV(自己価値低下型)、タイプV(依存型)、タイプVI(重荷型)、タイプVII(反抗型)はまれにしか存在しない型であると思われる。

タイプIIが最も多く、一般的なタイプだった。慢性病の療養生活は日常生活や社会生活の上で成り立ち、それらの生活と両立させていかなければならないという点で、何らかの困難が生じるのは当然のことと考えられる。その中で患者それぞれが自分なりに適応しようとして種々工夫がなされていく。それに対してタイプIIIは、苦勞をあまり感じておらず無理のない療養ができていたタイプだった。このタイプIIIの人も多かったが、では何故、日常生活・社会生活に療養生活を組み込んでいく上で、この人達には葛藤や困難感など摩擦を生じないで済んでいるのだろうか。

タイプIIとIIIの相違点をみてみると、タイプIIIはIIより年齢が高かった。年齢が高いということは、退職や子育ての終了などにより環境から生活を規定されてしまう面が少ないことや、ある種の達観の心境を得やすい状態にあることが、無理のない療養ができることに影響していると考えられる。

また、タイプIIは糖尿病、タイプIIIは肝臓病の割合が高かった。糖尿病は、病気のコントロールという面で患者の自己管理が影響する度合いが高く、それも毎日毎食の食事の管理が必要で、またそれは血糖という指標にすぐに反映され、評価される。一方、肝臓病は自己管理の病気のコントロールへの影響が明確ではなく、ダイレクトに自己管理の良い悪しを表す指標もない。このことが困難感の相違となってタイプIIとIIIの違いに現れたと考えられる。

プラス面やモットーについての表現から相違をみてみると、タイプIIでは自分の人生を自分

で満足するように切り開いていこう・いけるといふ、Locus of Controlという内的統制がみられる一方、タイプIIIでは、生かされているという感覚や神仏の加護などに表現されているように外的統制がみられる。また、タイプIIは仕事や趣味の達成など、外に関心が向いている一方、タイプIIIは自分の心身の状態を基調にして考えるなど、自分という内面に関心が向いていることが多いようである。

その他のタイプに属する患者は少数であったが、それぞれに特徴のあるものだった。

タイプIは完全主義型と命名したように、患者の完全主義的な性格が療養のやり方に大きく影響しているように思われる。自分で厳しく自己管理していることを自ら表現し、タイプIIにある「つい〇〇してしまう」というような気持ちの甘さやゆとりを表す表現はない。それだけに常に神経を張り詰めて療養生活を送っている様子が伺えるタイプである。病気のコントロールは不良の者がいなかったように、厳しく行っている分、コントロール状態は良好に保たれる割合が高いであろうが、常に気を抜かないで毎日の療養生活を送り続けることはストレスフルなものと思われる。精神的な休息を入れていかなければ、当然疲勞も考えられ、また、コントロールが不良に傾いた場合の「これ以上やるすべがない」という苦しさや挫折感は大きいと考えられる。

タイプIVは療養上の自己管理面で守れない部分を多く表現しているが、決して守っていないわけではなく、守らなければいけないという意識が強く、実際に守っている部分もあるのだが、守れない部分の方が強く意識されているように思われる。そこには自信の喪失による自己価値低下の感情や不安の増大が影響していると考えられ、セルフケア達成感も低いと考えられる。

タイプVは家族に全面的に自分の療養を依存しているものであるが、年齢が高く、人の世話をうける割合が高く、強力に世話をしてくれる家族がいる場合に生じると考えられる。

タイプVIは慢性病に対する療養に専念できない状況をもたらす重荷が存在しており、自分の療養について落ち着いて取り組めず、そのため

に不安や不満足感を味わっていると考えられる。

タイプⅦは療養の必要性は分っているが実行しないタイプで、これには病識の欠如や開き直りの感覚が存在していると考えられる。

このように、タイプⅠ、Ⅳ～Ⅶは少数ではあるが確かに臨床で経験できるタイプであり、これらの人は大多数であるタイプⅡやⅢの人達への援助の方法とは別の方法を考える必要があることが示唆される患者群である。

2. 療養上の困難感をもたらす要因

困難感を強く感じるタイプとしては、タイプⅠ、Ⅱ、Ⅳ、Ⅵが、あまり感じないタイプとしては、タイプⅢ、Ⅳがあげられる。療養上の困難感は療養を継続していく上で障害となるため、この障害の性質を明らかにし、それを患者と共に解決していくプロセスが慢性病患者看護にとって重要となると考えられる。

困難感有無の理由から考えると、困難感に影響する要因として、慣れ((f))、遵守感((b)、(m))、他の価値との競合((d)、(i)、(j))、必要とされる自己管理の内容と程度(疾患による違い、病状の軽重による違い)((a)、(h))、周囲の理解・協力((e)、(j))、達観の心境((g))が考えられた。また、困難感に伴う感情について、その理由の内容からみると、(h)では苦痛を、(i)～(l)では苦労や負担感を、(n)では負担感や苦痛を感じていると考えられる。このような苦痛・苦労・負担感は、患者が慢性病の療養を継続していく過程である程度必然的に味わう感情である。しかしこのような感情が増強した場合、患者の療養の継続が困難となるのは当然と考えられ、そればかりか、患者の自己概念をも脅かす結果になりかねない。このことを考慮すると、慢性病患者の療養に伴う苦痛・苦労・負担感を軽減する援助が、慢性病患者の看護にとって重要な課題となるのは明らかである。

療養上の困難感の無い理由の中で、(a)制限が少ないために自由に生活できているや(b)遵守しなければという意識が少ないという理由と、(f)療養行動が習慣化しているや(g)達観しているという理由では、療養に対しての姿勢は大

きく異なると考えられる。すなわち、前者は療養に主体的に取り組んでいるとは言えないが、後者は主体的に取り組んだ結果現在の困難のない状況が作り出されているといえる。このようにタイプⅢの中でも療養の取り組み姿勢が異なっていると考えられる。

3. 療養のタイプを考慮した看護のあり方

本結果を考慮した慢性病患者の療養を支える看護のあり方について考えてみたい。援助に当たっては、まず療養のタイプを判断する必要があるが、本調査でも示されたようにタイプⅡとⅢが大多数であり、一般的なものと考えられる。その他のタイプの患者はそれぞれ特徴的な表現があり、それらの表現に気をつけていればすぐに判別できるものとする。すなわち、タイプⅠは完全主義的な表現が多いこと、Ⅳはできない部分を自責的に表現することが多いこと、Ⅴは患者の言動の決定権を持っているような家族の存在があること、Ⅵは療養以外の不安や心配について多く語ること、Ⅶは医療者の注意に素直に耳を傾けようとせず、開き直ったような言動がみられるものである。よって、タイプⅡとⅢに対する援助を基本におき、その他のタイプが判断される場合にそのタイプの特徴に合わせた援助を行う必要がある。

療養の各タイプの特徴から示唆される看護の課題を表4に示した。タイプⅡとⅢに関する援助方法は、既存の文献で種々述べられているように、我々が一般的に行っている患者の自己管理を推進させ、療養上の安寧を高めるための援助である。その際、ⅡとⅢの違いを考慮して援助にあたることが望まれる。すなわち、タイプⅡは、療養上少なからず困難感を抱いている人なので、その困難感から生じている苦痛や苦労、および負担感を軽減するべく援助を行う必要があろう。その際、自分なりの生き方、モットーを大事にしている人のため、その生き方を尊重し、療養生活とその人の日常生活、社会生活との競合をできるだけ少なくさせるような療養のやり方を工夫できるような援助が必要であらう。

一方タイプⅢは、無理なく自然に療養を行っている人である。しかし困難感のない理由でみ

表4 療養のタイプ別看護の課題

療養のタイプの特徴		タイプの命名		看護の課題
自分で取り組む療養生活	厳しく細かく行う療養	I	完全主義型	療養上のストレスの緩和 疾病コントロール不良時の挫折感の予防
	苦労はあるが、自分なりに工夫した療養	II	現実型	苦痛・苦労・負担の理解 療養のやり方の工夫への助言
	苦労はあまり感じず無理のない療養	III	自然態型	療養姿勢の確認と尊重
	守れない部分の多い療養	IV	自己価値低下型	自己価値低下の感情を助長させない配慮 自信を取り戻すプロセスを踏める援助
妻任せの療養生活		V	依存型	妻(重要他者)との役割関係の把握
専念できない療養生活		VI	重荷型	不安の軽減による情緒的安定の確保
療養を軽視した生活		VII	反抗型	医療者との安定し信頼しあえる関係作り

たように、その中でも療養姿勢が主体的な人と消極的な人がおり、それを見極めたくて援助を考える必要がある。無理のない自然態を望んでいる人にストレスとなるような療養のやり方を強要すると、それを回避してしまう恐れがある。よって、消極的な姿勢の人には、ストレスの少ない療養のやり方を共に考え、生活に溶け込むように導入できるよう援助していく必要がある。

タイプI、IV～VIIは特別な配慮を要する。タイプIは自分に厳しく療養を課している人であるが、厳しく行っている分それによるストレスも多く感じているであろうから、その療養の努力を支持し、ストレスを緩和できるアドバイスを与える必要がある。また、病気のコントロールが不良に傾いた際の挫折感が強いことを考慮しておく必要がある。タイプIVは、必要な療養が行えない、守れないという意識が強いため、その自己価値低下の感情を助長させないように注意し、自信を取り戻すプロセスを踏めるよう、できる部分を見つけ、できた事を評価していく必要がある。野口⁹⁾はこのタイプに属する患者の看護プロセスについて詳細に述べている。タイプVは、妻任せであるため、妻がかかわれない部分におけるその人の療養のやり方に目を向け、その部分での自主性を育てる必要がある。タイプVIは、心理的に不安定な状態であるため、まずその不安の内容に耳を傾けるなどして心理的安定をはかることが必要である。その安定が得られた後、その人の環境の中で可能な

療養のやり方を少しずつ組み入れていけるようなアドバイスが必要であろう。タイプVIIは少なくとも開き直りの感情を助長させないために、患者の療養のやり方の非難は避けるべきであろう。まずは我々医療者との安定し信頼し合える関係作りに焦点をおき、その後に療養のやり方を共に考えていく姿勢を示し続けることであろう。

4. 研究の限界と今後の課題

予備調査で得られた療養のタイプを基に本調査の分析に当たった結果、本調査の対象数は予備調査の約7倍であるにもかかわらず、本調査で新たに分類できたタイプは一つのみであった。その理由として以下の2点が考えられた。

一点目は対象群の相似で、都内・都下に在住で、面接調査に応諾した患者という点である。二点目は分析資料の相違で、予備調査では面接の録音テープの逐語記録を資料としたが、本調査では面接者の面接記録を資料とした点である。面接記録は面接者のコメント欄を設けて記録の充実を図ったが、その記録内容は面接者の取捨選択を通して得られたものである。その点が予備調査で得られたタイプ以外のタイプを見出せなかったことに影響しているのかもしれない。

また本結果はタイプを横断的に捉えて分類したが、これらの療養のタイプは決して固定的なものではないと考えられる。時間的な経過や環境の変化に伴うタイプの変化を今後の課題として、明らかにしていきたい。

〔おわりに〕

本研究は、患者の療養生活に関する自由な表現から、慢性病患者の様々な療養のあり様を、看護者側の評価という観点を踏まえて捉えた。その結果、患者の療養のやり方の特徴に応じた看護の課題が明らかになった。今後この結果を看護実践に活用し、慢性病患者の療養指導を行う上で、患者の療養のやり方の特徴を把握して援助していくことの意義を明らかにしていきたい。

〔参考文献〕

- 1) 中西陸子, 他: 慢性病患者のセルフケアの構造と看護の役割に関する予備調査報告, 第5回保健医療行動科学大会抄録: 22, 1990
- 2) 平野かよ子, 他: セルフケア意識のスケールの開発と測定結果について, 第5回保健医療行動科学大会抄録: 23, 1990
- 3) 雨宮悦子, 他: 患者-医療者関係スケールの開発と測定結果について, 第5回保健医療行動科学大会抄録: 26, 1990
- 4) 正木治恵, 他: 慢性病患者のセルフケア構造に関する面接調査, 日看科会誌, 10(3): 72-73, 1990
- 5) 井部俊子, 他: セルフケア達成感スケールの開発および信頼性, 妥当性の検討, 日看科会誌, 10(3): 74-75, 1990
- 6) 小野ツル子, 他: 慢性病患者の民間療法資源の利用状況, 第6回保健医療行動科学大会抄録: 27, 1991
- 7) 石原逸子, 他: 慢性病患者のセルフケアの構造と看護の役割に関する研究, 第2回保健医療行動科学国際会議: 45-46, 1991
- 8) アンセルムL. ストラウス, 他: 南裕子監訳: 慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点, 医学書院, 第1版, 1987
- 9) 野口美和子: セルフケアの推進と看護婦の役割, 看護技術, 29(6): 754-761, 1983