

糖尿病患者における「病気との折り合い」の検討

目白大学大学院心理学研究科博士後期課程 土田 恭史
目白大学大学院心理学研究科 福島 脩美

【要約】

本研究の目的は慢性疾患患者の「病気との折り合い」の構造とその影響について検討することである。糖尿病（以下DM）患者を対象に、患者にとっての病気との折り合いがどのような構造をもち、それが病気に対してどのような影響をもつのかを検討した。総合病院内科を受診したⅡ型DM患者99名（男性59名、女性40名）に対し、TEG、CMI、筆者と臨床心理士によって作成した「糖尿病に関する意識調査」による質問紙調査を実施した。身体的変数（血糖状態）、精神症状的問題、性格、病気に対する態度、生活習慣・生活状態を説明変数とし、「病気との折り合い」を従属変数とするステップワイズの重回帰分析を行った結果、「DM安定感」、「自己管理傾向」、「治療満足度」、「罹患期間」が有意な正の説明変数として得られた。血糖状態は有意な説明変数とならなかった。慢性疾患患者にとっては、主観レベルで病気を苦痛と感じないですむことは、QOL向上につながる可能性がある。また、患者が主体的に自分自身の治療に関与することは、客観的な体調の良さに劣らず、患者に病気との折り合いを導き出すと考えられた。

キーワード：糖尿病、折り合い、自己管理傾向、病態安定感、QOL

はじめに

糖尿病（Diabetes mellitus: 以下DM）の治療は終わりがなく果てがないといわれている。先が見えないことはそれだけに患者に大きな心理的な負担を強いるものであるといえるだろう。しかしDMの治療の大半は患者の生活管理にかかっており、これを自分で行わなくてはならない。これは患者にとって非常な負担を強いるだけでなく、病気になることの罪悪感や、心理社会的な不利益などを伴う（大熊,2000）。石井は血糖状態が良好な患者の中にも自己管理の苦痛や困難さを感じている患者の存在を指摘し、血糖状態が良好なことは必ずしも患者の日々の生活における総合的な健康状態としてのQuality of life（以下QOL）の改善には結びつかないと述べている（石井,1998）。石井らのほかにも、DM患者のQOLと血糖状態について両者に関係がみられなかったという報告は多くみられており（DCCT Research Group,1993,石

井,1998,石井,1999a）、それらの研究の多くで、血糖管理に伴う負担感が患者のQOLを低下させることがあるためだとしている。つまり慢性疾患患者にとって、病気の管理は病気を抱えながら生きていく上で重要な位置を占めるものでありながら、しかし受け入れがたい苦痛を伴うものとして体験されることがあるものだといえる。医療人類学者のKleinmanは、こうした慢性疾患に伴う病気の問題について、「病い illness」（病気に患者が体験する病気の内的意味）と「疾患 disease」（医学的な見地からみた病気の意味）の二つの側面があることを指摘している（Kleinman,1988）。慢性疾患患者にとっての病気とは、医学的な意味での病気だけではない。むしろ患者は、病気に伴って生じる諸問題（生活の中でどうやって病気を管理していくか、周囲との関係調整をどうするか、病気となってしまったことをどのように捉えるか等）、疾患を管理する以外にも多くの問題と取り組まなくて

はならない。したがって慢性疾患患者は、医学的な意味での疾患だけではなく、心理社会的な意味での病いの問題ともつきあっていく必要がある。たとえば、食事の管理をしなければならぬが、立場上つきあいで食べに行くことを断ることができないということがあるように、疾患管理が社会的立場を脅かすなど、しばしば疾患と病いの問題は相対することがあり、特に日常の些細な場面で多くの葛藤が生じることは想像に難くない。それだけに病気とつきあうことは精神的負担も大きいと考えられる。精神疫学的にDM患者のうつ病有病率は通常の成人に比べて平均して3倍に上るともいわれていることも、DMをわずらう心理的負担が大きいことを裏付けるものといえよう (Jacobson, et al., 1993)。

これまでDM患者の心理状態と病気との関係については、看護や医療分野を中心に盛んに行われてきた。特に医療場面でもっとも問題になる、血糖管理、とりわけ血糖自己管理の良否と心理的要因を中心に多くの研究が行われている。たとえばDM患者の性格傾向としてTEGのNPが高いことが知られている (新里他,1985, 玉井他,1991)。ロールシャッハテストを用いた検討によっても、自分の感情よりも周りの雰囲気優先し、時には自分の気持ちをはっきりと伝えることができない性格傾向は血糖管理を悪化させることが知られており (清水他,2001)、対人関係において周囲に同調しやすい傾向は血糖管理を悪化させるようである。また、高血糖患者には病気に対する楽観的傾向がみられ (瀧井他,1995)、病気の否認傾向が強いことを指摘する研究者もいる。また、治療に難渋する症例では、医師や家族との関係の悪さ、自分のための治療という意識が低い傾向があることや、医療者側の何気ないことばを被害的に受け取り、治療者との間に感情的なすれ違いをもつ傾向もみられる (玉井他,1995)。これらは否認の防衛機制が血糖管理や健康状態に対して否定的な影響を及ぼすことを示唆しているが、言い換えればDM患者が血糖管理を受け入れたいものとして捉えやすいことも示唆しているのではないだろうか。

一方、心理学の分野における、慢性疾患患者

を対象にした研究はまだまだ少ないのが現状である。その中で得られている知見として、病気に対する受けとめ方や認知の問題について、慢性疾患患者は独特のものをもっている可能性があることが示唆されている。Blumhagen (1980)は高血圧患者の病気に対する認知について検討したが、その結果、膏血ある患者の高血圧についてのモデルは医療者のものと異なることを指摘している。Blumhagenによると、患者は「強い緊張 (hypertension)」を感じる時自分が高血圧であると確信して服薬するが、彼らが緊張を感じない時自分が高血圧であることを否認し服薬しない傾向にあったという。つまり病気に対する認知モデルは、患者の疾患への対処行動にも影響することを意味している。DM患者においても、高血糖状態の患者ほど自分の血糖状態に対して抱いているイメージは必ずしも実際の血糖値の状態を反映しているとは限らないともいわれており (Jacobson et al,1990)、前述のKleinmanが指摘したとおり、医学的な血糖状態が患者にとっての病気のすべてではないことがうかがわれる。さらに、土田・角山 (2004)は、DM患者にとって、医学的な血糖状態改善が不安感や病態不安定感と結びつく可能性があることを報告した。不安の存在は病気の管理を促進する役割があることが指摘されているが (新里他,1985)、こうした不安がDM患者のQOLを損なう可能性があることについてはすでに述べた (DCCT Research Group,1993, 石井,1998, 石井,1999a)。「疾患」の問題と「病い」の問題は単純に「疾患」が改善すれば「病い」の問題が改善されるという関係にあるわけではないとするならば、慢性疾患患者にとってのQOLは、患者が自分の病気をいかに感じ、日常生活の中でどのように対処するかといった「病い」の問題に注目することは、今後の慢性疾患患者の心理的な問題を考える上では避けて通ることのできない問題であるといえよう。

それではDM患者にとってのQOL決定要因としての「病気との折り合い」とはどのようなものなのだろうか。臨床家は病気との折り合いの重要性に言及するものの、実際の病気との折り合いについてはほとんど検討されていないのが現状である。また多くは質的に検討されたも

のがほとんどであり、病気との折り合いが血糖管理状態（血糖管理アドヒアランス：自発的に患者が病気に対処しようとする度合い）や、健康状態、QOLとの関連性について検討したものは少ない。そこで本研究では、患者のDMにおける「病気との折り合い」を「現在患者が感じている病気に対する総合的な肯定的イメージ」とし、診療記録と比較を通じて、DMと折り合うことが治療の上でどのような効果をもつのか検討した。さらに、生理状態、身体状態、心理状態、性格傾向、生活習慣・生活状態といった病気に関する変数から、病気との折り合いに関わる変数を抽出し、そこから「病気との折り合い」の構造を探索的に検討することを目的とした。

方 法

1. 対象

総合病院の内科にDMを主訴として外来受診した経験のある「型DM患者102名（男性60名、女性42名）。

2. 手続き

対象者の生理的側面、性格、心理状態、DMに対する病気意識に関して情報を収集するため、質問紙調査を行った。質問紙は対象者が内科外来を受診した際に配布した。質問紙は家に持ち帰ってもらい、次回外来受診時に提出、もしくは郵送によって回収した。これらのデータに加えて、患者の年齢、罹患期間、治療法、肥満度（Body Mass Index：BMI）、一年前、現在、最悪時それぞれの血糖値をカルテから収集した。なお、血糖状態の指標にはHbA_{1c}の血中濃度（%）を用いた。

3. 調査期間

2001年12月～2002年8月。

4. 使用した心理検査

(1) 新版東大式エゴグラム（TEG）

交流分析の理論に基づいた質問紙。55項目3件法。その人の自我や対人関係のあり様を、批判的な親（CP）、養育的な親（NP）、大人（A）、自由な子ども（FC）、従順な子供（AC）という

5分類の得点の高低から得られるプロフィールパターンによって査定する。堀江らによってDMの血糖コントロールに対して、強い予測力をもつと報告されている（堀江他,1993）。本研究では患者の性格傾向を測定するために使用した。

(2) Cornell Medical Index（CMI）

215項目からなる2件法の神経症スクリーニング尺度。深町による改訂版を用いた。CMIは12の下位項目からなる身体的自覚症と6つの下位項目からなる精神的自覚症によって構成されているが、本研究では心理状態の測定のため、精神的自覚症（「不適応」、「抑うつ」、「不安」、「過敏」、「怒り」、「緊張」の6つの下位項目からなる）を使用した。

さらに、患者の生活習慣・生活状態と病気との折り合いの関連を検討するため、CMIの身体的自覚症の下位項目である「習慣」の項目（7項目）にそのほかの項目を加えた「生活習慣・生活状態」尺度を作成した。これは「休息困難」、「食生活」、「疲労」、「疾病頻度」の4つの下位項目からなる。「休息困難」は「日々の時間的ゆとりがないために十分な休息がとれず、生活における負担感につながりやすい生活状態」として作成した。CMIの「習慣」の中から「くつろぐゆとりがない」、「運動するゆとりがない」、「寝付きが悪い、途中で目が覚める」の3項目からなる。この得点が高いほど、生活上のゆとりに欠け、十分に休息がとれない傾向を示す。「食生活」は「その行動の維持が肥満につながる食事上の問題」として、CMIの中から「甘いものその他の間食をよくしますか」「食事はいつも飲み込むように速く食べますか」「偏食」「コーヒーその他の嗜好品をよく摂りますか」「お酒を毎日よく飲みますか」の5項目からなり、この得点が高いほど肥満につながりやすい食事習慣が多い傾向を示す。「疲労」と「疾病頻度」は、血糖管理に関わる生活状態に関しての変数の測定をするために用い、CMIの「疲労」と「疾病頻度」の下位尺度を使用した。

(3) DMに関する意識調査票

6項目5件法。対象者が生活の中でDMをどのように捉えているか検討するために新たに作成した（以下、意識調査）。項目については、臨床現場で糖尿病患者にかかわる臨床心理士と

検討して作成した。質問項目は「自分が糖尿病であることを実感することがある」「現在の治療に満足している」「以前よりも糖尿病の状態は安定していると感じる」「糖尿病をコントロールする自分流のやり方を大事にしている」「調子がよい時でも、自分は糖尿病について神経質だと感じる」「現在、自分は糖尿病と折り合いがついていると思う」の6つである。

5. 分析方法

(1) 病気との折り合いと心身の健康との関連

対象者をDMに関する意識調査票の「病気との折り合い」得点によって分類した。なお、度数のばらつきから、「病気との折り合い」得点が4点以上のものを折り合い高群、3点以下のものを折り合い低群とし（高群59名、低群40名）、折り合い高群および低群の生理的側面、心理的側面、性格的側面、生活習慣・生活状態のそれぞれについて独立サンプルのt検定を用いて比較した。

(2) 病気との折り合いの構造の検討

1と同様の対象者のデータを元に、DM患者の生理的側面、心理的側面、性格的側面、生活習慣・生活状態が患者の病気との折り合いに及ぼす影響を検討するため、病気との折り合いの得点を目的変数とし、TEG、CMIの精神的自覚症状の下位項目、意識調査の各項目、不健康な生活習慣・生活状態に加えて、年齢、性別、罹患期間、BMI、現在HbA_{1c}値、一年前HbA_{1c}値、最悪時のHbA_{1c}値、現在と一年前のHbA_{1c}値の差を説明変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。

結 果

1. 病気との折り合いが患者に及ぼす影響

欠損値のみられた3名を除き、99名の患者に対して分析を行った（男性59名、女性40名）。対象者の平均年齢（歳）は64.45（SD=10.62）、平均罹患期間（年）は11.63（SD=8.4）であった。また、血糖状態（HbA_{1c}値：単位%）の平均値（%）は7.61（SD=1.65）であった。なお、血糖状態の評価については、日本糖尿病学会のガイドラインでは、6.5%未満のものを「良好」、

6.5%以上8.0%未満のものを「可」、8.0%以上のものを「不良」とされている（日本糖尿病学会,2002）

Table1は折り合い高群と低群の生理的側面に関する平均値と標準偏差をまとめ、比較したものである。t検定の結果、折り合い高群、低群の間には「年齢」について有意な差がみられた（ $t(97)=2.7, p<.01$ ）。折り合い高群の平均年齢は折り合い低群よりも高く、高齢DM患者の方がDMに対する病気との折り合いは高かった。血糖状態については有意差はなかった。

TEGについてはt検定の結果、折り合い高群、低群の間には「NP」の平均値の差が有意である傾向がみられた（ $t(97)=-1.948, p<.10$ ）。Table1にあるように、「NP」は折り合い高群の患者の方が高くなる傾向があり、病気との折り合いが高い患者は世話好きで、他者にかかわろうとする傾向が比較的強いようであった。CMIの精神症状項目（M～R）については、折り合い高群と低群との間に有意な差のみられた項目はみられなかった。

意識調査の項目については、「DMとの折り合い」意識によって、「DMの実感傾向」（ $t(97)=1.99, p<.05$ ）、「治療満足度」（ $t(97)=3.40, p<.01$ ）、「糖尿病の安定感」（ $t(97)=5.17, p<.01$ ）、「自己管理傾向」（ $t(97)=6.22, p<.01$ ）に有意な差がみられた。いずれの項目でも病気との折り合い高群は低群の平均を上回った。

CMIを元に作成した生活習慣・生活状態上の問題に関する尺度について、病気との折り合いの高い群と低い群との間に有意な差のみられた項目はなかった。

2. 病気との折り合いを規定する要因の検討

次に、「生理的側面」（年齢、罹患期間、BMI、性別、一年前HbA_{1c}値、現在HbA_{1c}値、最悪時HbA_{1c}値）、「性格」（CP, NP, A, FC, AC）、「心理状態」（不適応、抑うつ、不安、過敏、怒り、緊張）、「DMに対する病気意識」（DMの実感傾向、治療満足度、DMの安定感、自己管理傾向、DMのとらわれ意識）、「生活習慣・生活状態」（休息困難、食生活、疲労、疾病頻度）から「病気との折り合い」を予測するため、それぞれ項目の下位変数を説明変数とするステップ

Table 1 各群の平均値と t 検定の結果

| | 高群 59 | | 低群 40 | | t 値 | |
|----------------------------|----------|-------|----------|-------|------|----|
| | Mean | SD | Mean | SD | | |
| 年齢 | 66.66 | 10.29 | 61.03 | 10.32 | 2.70 | ** |
| BMI | 23.62 | 3.99 | 24.12 | 3.72 | 0.62 | |
| 罹患期間 | 12.84 | 8.98 | 9.72 | 7.08 | 1.84 | |
| 一年前 HbA _{1c} 値 | 7.19 | 1.17 | 7.55 | 1.51 | 1.31 | |
| 現在 HbA _{1c} 値 | 7.56 | 1.62 | 7.69 | 1.72 | 0.39 | |
| 最悪時 HbA _{1c} 値 | 8.90 | 1.91 | 9.21 | 1.57 | 0.81 | |
| 一年間の HbA _{1c} 減少値 | -0.39 | 1.41 | 0.08 | 1.15 | 1.69 | |
| CP | 9.88 | 4.04 | 9.18 | 4.82 | 0.76 | |
| NP | 15.20 | 2.99 | 13.83 | 4.04 | 1.95 | † |
| A | 10.95 | 3.92 | 10.23 | 4.96 | 0.81 | |
| FC | 13.07 | 3.97 | 12.68 | 4.45 | 0.45 | |
| AC | 6.91 | 4.43 | 6.83 | 4.33 | 0.10 | |
| 不適応 | 1.31 | 2.04 | 1.38 | 2.02 | 0.18 | |
| 抑うつ | 0.22 | 0.65 | 0.41 | 1.16 | 1.01 | |
| 不安 | 0.62 | 0.91 | 1.05 | 1.81 | 1.55 | |
| 過敏 | 0.57 | 1.01 | 0.82 | 1.30 | 1.07 | |
| 怒り | 1.45 | 1.84 | 1.18 | 2.11 | 0.66 | |
| 緊張 | 0.53 | 0.98 | 0.82 | 1.39 | 1.19 | |
| DM 実感傾向 | 3.74 | 1.46 | 3.15 | 1.53 | 1.99 | * |
| 治療満足度 | 4.47 | 1.04 | 3.76 | 1.04 | 3.40 | * |
| DM 安定感 | 4.24 | 0.94 | 3.24 | 0.99 | 5.17 | ** |
| 自己管理傾向 | 4.31 | 0.82 | 3.07 | 1.19 | 6.22 | ** |
| DM へのとらわれ意識 | 2.35 | 1.39 | 2.27 | 1.23 | 0.32 | |
| 休息困難 | 0.52 | 0.82 | 0.83 | 0.80 | 1.91 | |
| 食生活 | 1.00 | 0.96 | 0.88 | 0.81 | 0.67 | |
| 疲労 | 0.34 | 0.76 | 0.44 | 0.88 | 0.54 | |
| 疾病頻度 | 0.45 | 0.80 | 0.77 | 1.53 | 1.35 | |

†:p<.10 *:p<.05 **:p<.01

ワイズ法による重回帰分析を行った (Table 2, 投入基準:p<.05, 除去基準:p<.10)。

その結果、「病気との折り合い」に対して、「罹患期間」($\beta = .182$, $p < .05$)、「DM 安定感」($\beta = .255$, $p < .05$)、「自己管理傾向」($\beta = .238$, $p < .05$)、「治療満足度」($\beta = .199$, $p < .05$)がそれ

ぞれ正の影響を示した。得られた重回帰式の説明率は $R = .631$ 、 $R^2 = .398$ で、ある程度の説明効果のあるモデルが得られたといえよう。

Table 2 重回帰分析の結果

| 従属変数：DMに対する折り合い意識 | | |
|--------------------|---------|-----------|
| 説明変数 | β | t |
| 罹患期間 | .182 | 2.042 * |
| 緊張 | -.155 | -1.729 |
| 糖尿病安定感 | .255 | 2.526 * |
| 自己管理傾向 | .238 | 2.402 * |
| 治療満足度 | .199 | 2.056 * |
| R | | .631 ** |
| R ² | | .398 ** |
| Adj.R ² | | .352 ** |
| | *:p<.05 | ** :p<.01 |

考 察

1. 病気との折り合いと血糖値

病気との折り合いの程度による身体的変化についてt検定を用いて比較検討した結果、病気との折り合いの違いによってDM患者の血糖状態が左右されることはないようであった。これは血糖状態とDM患者のQOLとの間に関連性がないとする過去の研究結果を、改めて支持するものであった(DCCT Research Group,1993, 石井,1998, 石井,1999a)。やはり血糖状態の可否のみによって、患者は病気に対する肯定的なイメージを構築することはないことが明らかになったといえよう。

病気との折り合いによって血糖状態には差がみられなかったが、一方で病気意識の面では違いがみられた。DMに対して折り合っていると答えた患者の多くは、現在自分のDMの状態を安定した、自己管理可能なものと捉える傾向が高いことが明らかになった。つまり自分にとってDMに関する問題は対処可能なものであると体験されていた。

さらに性格傾向では病気との折り合いの高い患者は他者との親密なかかわりを志向する傾向がみられた。患者が周囲の援助を受け入れ認めていることは、治療に対する意欲を高めるのに効果があるとされており(宗像,1997)、支えを得られるような対人関係の存在が、病気との折

り合いを高めると考えられた。

2. 病気との折り合いの構造

病気との折り合いを従属変数とした重回帰分析の結果、「DM安定感」の標準偏回帰係数が他の説明変数のそれに比べてやや高いという結果が得られた。これは患者にとって、主観的に病態が安定していると感じることが、病気との折り合いにとって重要な意味をもつことを示唆している。症状を伴わない状態が続くことは、患者の生活を維持し社会生活において周囲との関係を調整していく(passing:常態化)上では重要な要因であり(Anselem et al.,1984)、それゆえに慢性疾患患者にとって、主観レベルで病気を苦痛と感じないですむことは、病気との折り合いを促進する要因となったと考えられる。

また、「自己管理傾向」も「DM安定感」と同程度の標準回帰係数を示した。自分の手で、自分のペースにあった血糖管理をする、つまり、患者が主体的に自分自身の治療に関与することは、客観的な体調の良さに劣らず、患者に病気との折り合いを導き出すようである。玉井他(1995)は、血糖管理が難しい患者は血糖管理を自分のためにするのだという意識が低いことを指摘している。DM患者が病気と折り合う上では、患者自身が病態の安定感を実感するだけでなく、自主的な管理の元で治療に取り組んでいるという一種の達成感を味わえるかどうか重要な鍵となっているように思われる。DMに限らず慢性疾患の治療において、患者の生理的機能の低下を防ぐだけでなく、心理的、社会的機能の低下を防ぐことも非常に重要な問題である。たとえ血糖状態では違いがない患者であっても、患者が自分の病気の治療に取り組む課程の中で動機付けを維持することは、自尊感情の低下や燃え尽きなどを防ぐ上で重要な役割を担う(石井,1999b)。逆に、血糖管理に対する有能感や自発的に治療に取り組もうとする態度は治療に対する動機付けを強化し維持すると考えられる(Greenhalgh et.al.,1998)。すなわちDMと折り合うということは、こうした治療に対する動機付けを心理的に支える基盤となるといえるのではないだろうか。

さらに、DM治療によって患者は生涯にわた

り特殊な生活パターンを強いられるため、自分が欠陥を抱えた特別な人間であるかのような罪悪感に苛まれやすい(大熊,2000)。分析結果からも分かるように、「治療満足度」の標準回帰係数が有意に高いことは、医療者のサポートや、意思と患者の身体関係がこういった罪悪感を緩和させる方向に機能し、それが患者にとっての病気との折り合いを促進することを示唆している。病気との折り合いは、患者一人が背負うべき問題ではないということかも知れない。

また分析結果からは、DM患者にとって、時間的要因もまた病気との折り合いに一定の意味をもつことが示唆された。Table 2にあるように、「罹患期間」の長さは「治療満足度」と同程度に病気との折り合いに関与していたことを考えると、長くDMとともに過ごし、悪化や安定の時期を繰り返し乗り越えることが、DMとの上手なつきあい方を患者に学ばせるということであろうか。慢性疾患患者が病気と折り合うためには、時間がかかるとということかも知れない。DMは罹患とともに患者に長い闘病生活を強いる。慢性疾患におけるこういった時間要因の分析は、患者にとっての病気との折り合い、ひいてはQOLの向上を考える上で、今後の大きな検討課題であるといえよう。

3. 患者にとっての血糖管理

「DM安定感」や「自己管理意識」のような患者の病気の認識に関する認知が、病気との折り合いに深く関与するのは対照的に、性別や血糖状態、性格傾向、生活習慣・生活状態などの患者自身の特性に属する項目は、病気との折り合いに対して有意な規定要因とはなっていなかった。とりわけ血糖値は病態を表す客観的な指標であり、常識的に考えるなら、患者にとっての病気との折り合いを左右する有意な説明変数となってしかるべきなのだが、過去の先行研究と同様に、これらの間に関連性はみられなかった。ここから考えられることとしては、DM患者にとって血糖状態そのものよりも、患者自身の現在の病気の状態を「安定している」と感じるの方が、患者にとっては病気との折り合う上で大きな意味をもつということであろうか。三谷・野島(2001)においても、DM患者

は治療上生じる諸問題をいかに情緒的に処理できるかどうかという観点で治療を捉える傾向があり、知識や問題意識の問題として治療を捉える医師とは異なった考え方をもっていることが報告されている。そうだとするならば、患者にとっての病気との折り合いもまた、医療者の考える治療ゴールのイメージとは残念ながら現実では必ずしも合致していないことになる可能性がある。これは、DM患者を含めた慢性疾患患者にとってのQOL向上を考える上で軽視できない問題を提起しているとも考えられる。また、今回の調査ではDM患者を対象者に調査を実施した結果、血糖値等のDM疾患の改善は一義的に患者にとっての病気との折り合いに結びつくとはいえないことがうかがわれた。これはDMに特有の現象なのであろうか。

以上の点についてさらに検討するために、病気との折り合いに関する適切な測定尺度の開発が必要である。当日(2004)は治療に対する患者満足度を測定するために、病気によるライフスタイルの変容を患者が自分なりに受け入れ適応する過程を重視した。そしてそれを折り合い感とし、折り合い感を測定するための尺度として、折り合い感尺度の開発を試みている。この尺度は人工股関節導入に伴う生活の変化の見通しに適応的でいられるか、あるいは受け入れることができるかを測定する尺度であり、病気との折り合いを測定するものとして初めての尺度といえる。しかしこの尺度は、内容が人工股関節患者に特化したものである上、折り合い意識に影響すると思われる疾患の状態や患者の心理状態については検討されておらず、外科的手術による生活変化を伴わない、糖尿病のような慢性疾患患者の折り合い意識を検討するには不十分と考えられる。しかし、病気との折り合いを測定する試みとして評価できるものといえるだろう。今後、このような先行研究を踏まえ、本研究の結果を元に慢性疾患患者の病気との折り合い尺度をより構造的に検討していくことが課題である。さらに、他の慢性疾患を含めた病気との折り合いの構造とその特性が身体状態や疾病管理に与える影響について、さらなる検討を加える必要があるといえよう。

文 献

- Anselem, L.S., Corbin, S.W. and Maines, S.W., 1984 *Chronic Illness and The Quality of Life*. The C.V. Mosby Company, Saint Louis (南 裕子 (監訳) 1987 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)
- Blumhagen, D. 1980 *Hyper-tension: A fork illness with a medical name Culture, Medicine and Psychiatry*, 4, 197-221.
- DCCT Research Group 1993 The effect of intensive treatment diabetes on development and progression of long term complications in insulin-dependent-diabetes mellitus. *National English Journal of Medicine*, 329, 977-986.
- Greenhalgh, T., Hurwitz, B. 1998 *Narrative based Medicine; Dialog and discourse in clinical practice*, BMJ Books, London
- 堀江はるみ・熊野宏昭・野村忍・久保木富房・末松弘行・羽倉稜子 1993 心理社会的要因が糖尿病の血糖コントロールに及ぼす影響 *心身医学*, 33, 667-674.
- 石井均 1998 糖尿病患者への心理・行動医学的アプローチ *Diabetes Journal*, 26, 7-12.
- 石井均 1999a 糖尿病患者の心理・患者教育に関する最近の知見 *医学の歩み*, 188, 543-547.
- 石井均 1999b 糖尿病合併症が進行している患者の心理的ケア *日本醫事新報*, 3947, 24-29.
- Jacobson, M.A., Andrew, G.A., Joseph, I.W., Barbara, A., Laura, D. 1990 *Psychological Characteristics of Adults with IDDM*. *Diabetes Care*, 13, 375-381.
- Jacobson, M.A. 1993 *Depression and Diabetes*. *Diabetes Care*, 16, 1621-1623.
- Kleinman, A. 1988 *The Illness Narratives*. Basic Books Inc.
- 三谷佳子・野島一彦 2001 慢性疾患患者の自己管理の捉え方に関する研究 *九州大学心理学研究*, 2, 91-98.
- 宗像恒次 1997 *行動科学から見た健康と病気 152* メヂカルフレンド社
- 日本糖尿病学会編 2002 *糖尿病治療ガイド* 文光堂
- 大熊保彦 2000 糖尿病患者の心理面の負荷 岡堂哲雄, 小玉正博 (編) *現代のエスプリ別冊* 生活習慣の心理と病気, 231-242.
- 清水一紀・藤井靖久 2001 糖尿病教育入院における老年者糖尿病の心理的評価についての検討 *日本老年医学誌*, 38, 393-398.
- 新里里春・玉井一・吹野治 1985 各種の心理テストから見た糖尿病患者の血糖コントロール状態 *心身医学*, 25, 307-314.
- 瀧井正人・玉井一・小牧元・森田哲也・松井直・久保千春・小野喜志雄・松本雅裕・石津汪 1995 NIDDM 患者における精神的ストレスと対処様式と血糖コントロールの関係-P-F スタディによる検討- *糖尿病*, 38, 173-180.
- 玉井一・森川正道・原健 1991 糖尿病における心療内科的治療 *心身医学*, 31, 239-244.
- 玉井一・野崎剛弘・窪田純久 1995 治療に難渋する糖尿病患者への新たな心身医学的アプローチ *心身医学*, 35, 33-39.
- 当目雅代 2004 人工股関節全置換術における入院前患者教育の実施と評価 *日本看護科学会誌*, 24, 24-32.
- 土田恭史・角山富雄 2004 糖尿病患者の「病いと折り合い」の関与要因に関する研究 *日本カウンセリング学会 第37回大会論文集*, 426-427.

The structure of the living together with illness for Diabetes mellious Patients.

Takashi Tsuchida Graduate school of psycholgy, Mejiro University

Osami Fukushima Mejiro University

Mejiro Journal of Psychology, 2006 vol.2

Abstract

The purpose of this study was to consider the structure of the living together with illness for diabetes mellitus (DM) patients. For this purpose, a questionnaire investigation was conducted to 102 type II DM patients and 99 samples were analyzed (59 men, 40 women). Results of multiple regression analysis showed that the live together with illness for DM patients was consisted of "sense of stability of illness", "self-efficacy of diabetic control", "degree of satisfaction for medical treatment", and "disease period". Moreover, the blood sugar control level was not a significant explanation variable. From these results, it was supposed the sense of stability of sick condition and the self-efficacy of diabetic control would be more important than good physical diabetic condition in order to live together with illness, for DM patients.

Key words : Diabetes mellitus, living together with illness, self-efficacy of diabetic control, sense of stability of illness, QOL