

慢性疾患患者のセルフケア行動の 実行要因をめぐって

相磯 富士雄*

はじめに

現在、わが国の主要死因は、動脈硬化性の疾患を中心に、悪性新生物などいわゆる成人病になってきている。これら疾患は若年時からの食生活等、生活習慣の歪みによることが多い。しかし、これらの疾患の多く不可逆性であり、その進行をとどめる、あるいは遅らせるための、日々の生活習慣のセルフコントロールはきわめて重要になってくる。しかし、習慣となっている生活行動を保健上の望ましい行動に変えることは大変困難なことであり、保健行動に関する研究は重要になってきている。

これまでの保健行動の理論は、I. M. Rosenstock らにより開発された保健態度の認知的側面をモデル化した保健信念モデルが中心であった¹⁾²⁾。予防的保健行動 (preventive health behavior) のために開発されたものであるが、M. H. Becker らによる受療行動を含めた health-related behavior として修正拡大されるにいたった³⁾。

一方、わが国での成人に対する健康教育、患者教育の研究は、主に Rosenstock による保健信念モデルによって行われてきた⁴⁾⁵⁾。ところで Rosenstock

* 東京学芸大学教育学部教授 連絡先：東京都小金井市貫井北町4-1-1 東京学芸大学教育学部保健学研究室

によるモデルは、主として行動への手がかり、あるいはきっかけ要因についての説明はできるが、慢性疾患患者等のセルフケア行動実行の動機づけ形成の説明としては不十分である。筆者らは透析患者のセルフコントロールの研究をすることによって、その他の条件に影響されることを明らかにする手掛りを得た⁶⁾。また Rosenstock も1974年にこのモデルでは習慣を把握できないことを述べている⁷⁾。一方、感情的要素を重視した感知感覚と行動感覚よりなる保健感覚モデルを宗像が提唱している⁸⁾。またセルフケア行動は、同行動を志向する保健行動動機と、自己管理を妨げるような動機すなわち負担という二つの動機の間での力関係の中で、一定の条件に支えられて、行動の実行への動機の形成となるはずである⁹⁾¹⁰⁾。また、われわれは、行動修正の負担を上まわる動機づけをする場合、「自己管理態度」「生きがい」「社会的支援」「行動特性」が大きく作用していることを明らかにしてきた¹¹⁾¹²⁾¹³⁾。本論では、これまで試行してきた仮説モデルおよびそのモデルを構成している条件に、さらに新しい因子を加えて、慢性疾患患者のセルフケア行動のモデル化の試行を行うことにした。

I 慢性疾患の特徴と自己管理のあり方

1. 慢性疾患の特徴とその諸相

多くの慢性疾患は、疾病の準備状態から疾病の終末像まで、その経過は長期にわたっている（次頁図1）。疾病の終末像は脳血管障害、虚血性心疾患、腎不全等であり、初期の段階（狭義の疾病準備段階）では、肥満、高血糖、高脂血症、高尿酸症、境界域血圧上昇等である。さらにその前段階には、食生活をはじめとして生活、労働のあり方の歪みが存在している。それは疾病準備段階から終末像まで連続しており、異常と正常、治療と予防とを画然と分けがたい関係になってきている。

ところで慢性疾患の特徴には、非可逆的な病理的变化に起因し、経過は長期にわたること、しかも、患者に対しての長期の管理、観察、あるいはケアが必

慢性疾患患者のセルフケア行動の実行要因をめぐって

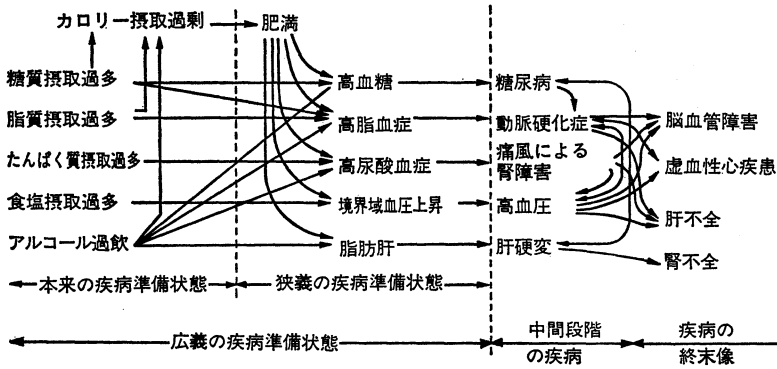


図1 栄養が関与する主な疾病と疾病準備状態 (戸田より, 1982)

要であることが予想されるし、かつそれらのすべては通常患者自身によって管理されるべきこと等があげられる。また、かなり疾病像が進んでいても、自覚症状がほとんどないことがしばしばあること、そのため検査によったり、過去の病歴によって現状が確認される。

慢性疾患患者の保健行動を考える場合には、これらの特徴が患者の心理的・社会的側面にどのようにかかわってくるかということに留意すべきである。

2. セルフケア行動 (Self-Care Behavior) とコンプライアンス行動 (Compliance Behavior) について

慢性疾患の治療、悪化防止には、日頃の健康状態に対する自己管理が重要になってくるが、自身の疾患の自己管理態度について二つの側面から見ることができる。セルフケア行動とコンプライアンス行動である。セルフケア行動は「健康問題に対する自己認識力や自己解決力を育てることを目的として概念化されたもの」であるのに対し、コンプライアンス行動は「医療従事者の指示する治療法をいかに正しく守れるかという目的に照らして概念化されたもの」である。その目的とするところによって、対象への保健行動のアプローチが異なる。

セルフケア行動については、治療的に効果がある行動を守るか否かというこ

とよりも、まず対象が自分のまわりにある保健医療資源を利用して自らの健康問題を解決しようとする主体的行動が重視される。その解決しようとする過程で、結果として、健康問題に対する自己認識力や自己解決力を育てることにつながることを目的としているのである。しかし、主体的に健康問題に取り組んだとしても、客観的に見て間違いであっては困るのであり、客観的にも効果のある方向を目指していくことが、同時に必要なのである。

II 慢性疾患患者のセルフケア行動をめぐって

1. セルフケア行動のモデル化への試行

保健行動も他の行動と同様に、多くの相矛盾する動機間の力関係の中で、特定の行動が実行されるか否かが決定される。

動機をかたちづくっている態度は、認知的要素と感情的要素の二つに分けられるが、両者は区別しがたく結びついている。しかし、認知作用に主として影響するものを信念と呼び、感情作用に主として影響するものを感覚と規範としてとらえる。

保健行動における保健信念モデルに関する論についてはすでに触れた。一方、慢性疾患患者のセルフケア行動における感情的側面からのアプローチがある。すなわち、保健信念は主として行動の主観的な見込みを高め、保健感覚は強化価値を高め、両者は独立しながらも、保健欲求を一定の行動へと動機づけ、行動実行への可能性を高めることである¹⁴⁾。

慢性疾患は、不可逆的に進行するために、患者は自分の将来に不安を抱くことが多い。不安とは自己の破局を予測した場合に生まれる感情であり、自律神経症状を伴うことも多いといわれている。しかし、その時点、時点での不安定な症状により、日々に不安である場合と、病理組織学的には危険な状況にありながら何らの自覚症状を感じさせないような状態にあり、かつ行動特性が躁的である場合とでは対応の仕方が異なってくる。日々あるいはしばしば身体の異

慢性疾患患者のセルフケア行動の実行要因をめぐって
和感、不快感、不充足感が生じている透析患者、労作性狭心症患者、肝硬変患者では、将来への不安が強く、そのために、生きがいをもっていない場合や家庭や仲間からの社会的支援のない場合には、セルフケア行動をしようとし
ない傾向にあるという調査結果がでている¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾。

一方、日常的な異常感覚、不快感がおさまっている陳旧性心筋梗塞患者のセルフケア行動の実行は、タイプAという行動特性や入院という体験の中で得た認知的側面に基づいてなされており、生きがい、社会的支援によっていない。なお、心筋梗塞患者についての傾向は、行動傾向タイプAに基づくものではあるが、発作が起きて間もない時期でも、同様な傾向があるかどうかはまだ検討を要する。

保健感覚モデルであげた行動感覚は、慢性疾患患者の保健行動には特に重要になってくる。生体の安全と健康の維持のために、生体の感覚（視、聴、味、臭、痛、触、冷等）は機能している。これらは生体の安全と健康状態を感知する感覚であり、発育の過程における生物学、社会的伝達の中での学習により育つ。同時に“塩辛いものを食べないと落ち着かない”といったその行動自体に対する好き嫌いといった選択的感覚もできてきて、それが習慣化してくる。そのために保健上、減塩、禁煙といった保健行動をしても、異和感、不快感、不充足感などの感情をもちやすい。しいて行動をしようとしても、心理的な負担が強くなり実行困難になる。

セルフケア行動の実践の困難さの理由の一つに、嗜癖、嗜好など行動感覚の歪みの軽減、修正の難しさにある。たとえば、麻薬類、アルコール類、タバコ、水分、熱量、塩分、糖分（甘味）、脂肪、食物繊維といった順に、その依存性や好みの是正の困難さがある。麻薬類、アルコール類、タバコの禁止は中断症状を起こすし、水分、熱量の強い制限は生理的要求と矛盾するし、塩分、糖分（甘味）、脂肪への好みの強さは定着してきている。食物繊維の少ない口あたりのよい食品を好むのは現代人の傾向になっている。それにもかかわらず、これらの好みは、それぞれの慢性疾患の発症、あるいは悪化の要因になっている。

このような行動感覚を含めた感覚モデルの開発は重要である。

次に社会規範がある。われわれは、社会生活の中で多くの社会規範に規制されて生活しており、規範は感情的要素を主としている。

保健に関する生活行動においても、保健規範ともいうべき保健行動に関する規範意識が多くある¹⁰⁾¹⁵⁾。たとえば、“家族の健康は一家の主婦が気をつけなければならない”“仕事上、責任ある立場の人は病気になれない”といった保健に関する規範は、セルフケア行動、家庭看護行動の動機形成に影響している。一般生活者におけるセルフケアに関する調査でも、食生活、運動、休養、生活環境の清潔整備といったセルフケア行動の実行についても、また各種の民間療法をしばしば利用しているものにおいても、これらの保健行動の実行に保健規範が直接寄与していることが調査結果に出ている。

このように、保健行動の動機形成は、保健信念、保健感覚、保健信念のモデル化によって理解が深まる。しかし、保健行動への志向の動機と、それを負担に感じる動機との力関係を左右する条件が加わって、動機形成から実行へと促される。その条件は、自己の健康に対する自己管理態度が強いことであり、さらに生きる希望・生きがいをもっていることである。また情緒的、手段的な社会的支えの有無は、保健行動の実行にはきわめて重要な条件になっている。それは、具体的現実的には、家族、近隣、職場等における支援の多少による。国や地方公共団体等の保健医療福祉政策もそうだが、情緒的支援が重要なことではある。

また、それぞれの個々人の行動特性、パーソナリティ特性はいわゆる性格として根柢にあるものであり、常に留意すべきものである。これら全体を視野に入れ、その枠組を考え、セルフケア行動の動機形成とその実行について分析すべきであろう(図2)。

2. 保健行動の実行を支える諸条件

これら保健行動の実行を支える諸条件について検討しよう(表1, 図3)。

1) 健康に関する自己管理態度の強さ

慢性疾患患者のセルフケア行動の実行要因をめぐって

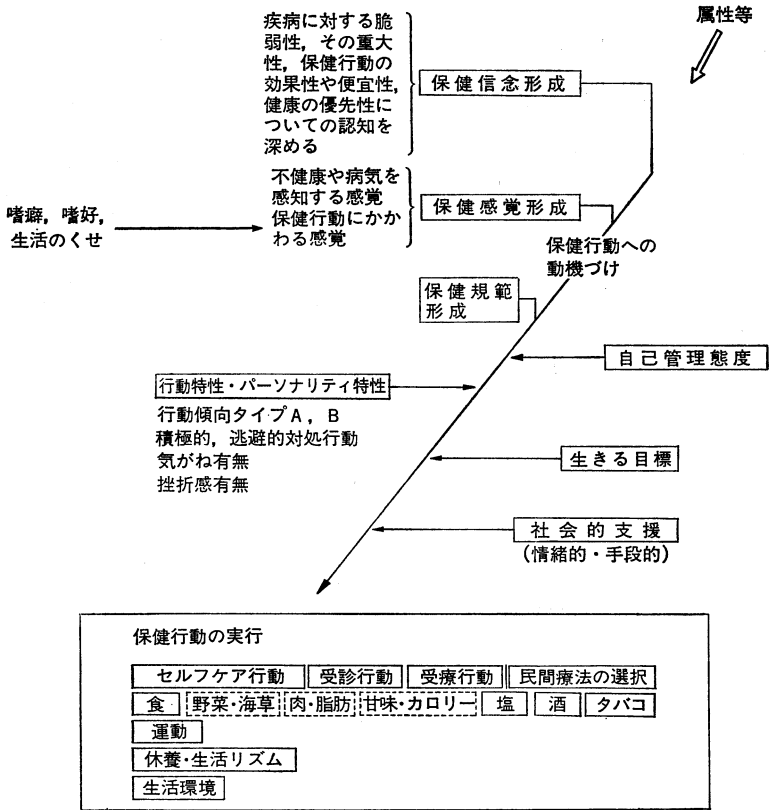


図2 慢性疾患患者のセルフケア行動形成

自己の健康管理に対する態度 (health locus of control) については、いわゆる主体的、依存的の二つのあり方に分けて考えられてきている¹⁹⁾²⁰⁾。

自己自身の努力、工夫によって効果的な保健行動を行うことができると信じている人、すなわち自己内在的な主体を認めやすい人 (internals)、および医師等医療従事者や効果的な薬や手術、さらに幸運に恵まれないと効果は期待できないと信じる人、すなわち自己外在的な主体を認めやすい人 (externals) である。前者は積極的、自主的な保健行動がみられ、後者は医療担当者、効果的な治療法、家族等への依存が強いものになっている。

たとえば、人工透析患者では“ヘマトクリット、塩分、水分などの自己管理

表1 セルフケア行動に関する回帰モデルおよび分散分析表

変数 疾患名		食物摂取の自己管理の工夫				心の安寧方法の工夫			
		心筋梗塞		狭心症		心筋梗塞		狭心症	
相関係数	標準回帰係数	r	Beta	r	Beta	r	Beta	r	Beta
入院体験あり		0.263 ^{**}	0.203 ^{**}			0.172 [*]	0.124		
指導を具体的に理解		0.167 [*]	0.151 [*]						
行動傾向はタイプA		0.247 ^{**}	0.223 ^{**}	0.304 ^{**}	0.212 ^{**}	0.305 ^{**}	0.285 ^{**}	0.221 [*]	0.154 [*]
日常的に保健関心が高い								0.229 ^{**}	0.213 ^{**}
自己管理態度が強い								0.202 ^{**}	0.197 ^{**}
生きがいが無い				-0.255 ^{**}	-0.196 ^{**}			-0.254 ^{**}	-0.222 ^{**}
情緒的, 手段的社会的支援				0.319 ^{**}	0.251 ^{**}			0.272 ^{**}	0.214 ^{**}
R ² (寄与率)			0.134		0.233		0.108		0.240
d f			3/175		4/89		2/176		5/88
F 比			9.034 ^{**}		6.766 ^{**}		10.736 ^{**}		5.582 ^{**}

(**P<0.01 *P<0.05)

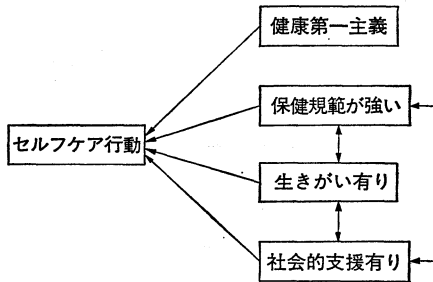


図3 都市近郊住民のセルフケア行動と
その主要因との関連(20歳以上男女)

は難しいので、ダイアライザーの改善，腎移植を待つしかない”と答えている自己外在的な人には保健行動をとらない傾向がみられる。また労作性狭心症患者の喫煙者にも同様な傾向がみられる。一方，一般生活者のセルフケア行動にも，“いくら仕事があたまっていても健康のために無理をしないほう”等という「健康を第一に考える態度」や「主婦は病気になれない」等の「保健規範」や，仕事や家族が「生きがい」等が寄与しているが，それらには自己内在的な態度が関連している。

このような自己管理態度は，どのような生活歴の中で形成されてきているかなどの背景についての研究を深める必要があるが，プラクティカルには，自己

慢性疾患患者のセルフケア行動の実行要因をめぐって
内在的な傾向にある人と自己外在的な傾向のある人には、それぞれ異なった働きかけをする必要がある。

2) 行動特性, パーソナリティ特性

自己管理の態度は、行動的であるか否かという特性でも分けることができる。行動傾向タイプA、タイプB (type A, type B behavior) である。行動傾向タイプAの人は、血清コレステロール値の平均値が高いことや虚血性心疾患や糖尿病の発症率、死亡率が高いという関係についてはすでに多く明らかにされている²¹⁾²²⁾。行動傾向タイプAの人は、積極的、活動的、競争的、几帳面という傾向にある。タイプBはその逆である。この行動特性は、特定の疾患の発病要因になるだけでなく、保健行動に対しても行動を実行に移す力になる。陳旧性心筋梗塞、労作性狭心症などの虚血性心疾患患者では、行動傾向タイプAの人たちがセルフケア行動にも行動的であるということが明らかにすることができたことは既に述べた。

次に、日頃、心の緊張や葛藤があるとき気分の変換をはかる等の「積極的な対処をする態度」(positive coping)²³⁾のあるものはセルフケア行動に積極的であることが一般健康生活者の調査の中で明らかになってきている。また、特に各種の民間療法をしばしば行っている者は、多くの不定愁訴をもち、かつ医師、医療機関と心理的・社会的に疎遠であるとともに、“じっと我慢して耐え、時のたつのを待つ”等といった対処をする態度 (negative coping)²⁴⁾や「生活上のストレス性の強い出来事」(life event) を過去にもっている傾向があるようである²⁵⁾²⁶⁾。このような状態にあるものは、栄養、休養、運動、生活のリズムの調整、環境の整備といったセルフケア行動をとるよりは、むしろ、“自然食品を食べ”、“漢方薬を購入”するような対処の仕方をするように思われる。

このように、日常生活での心の葛藤時における対処のあり方への態度や life event の多少は、保健行動の実行度合にも反映している。

3) 生きがい

人のあらゆる生活行動にとって「生きる希望、生きがい」をもっていることが、その行動を動機づけるうえでの基本的なものである。

高齢者、慢性疾患患者、特に難治性疾患患者では生きる希望を失う人が多い。年齢の壁や老化に伴って現われてくる活動力の減少や障害、慢性疾患によって将来の人生計画が否定されることにより、不安は深まる。不安の解消のために生きがいをつくり出し、日々の展望を明るくする必要がでてくる²⁷⁾。

このように慢性疾患患者がセルフケア行動を実行する必要がある場合、生きる希望や生きがいの有無によって、その行動が影響されることが大きい。

人工透析患者、労作性狭心症患者、活動性慢性肝炎の患者などでは、日々の、またはしばしば起こる不快感、不充足感の中で不安にさいなまれ、抑うつ的になっている。そのような状況下で、自分の活動の多くを制限する必要があるセルフケア行動を実行しなければならなくなる。

それは、仕事の上では仕事の軽減、配置転換、降格、休職、退職等を伴うようになる。また活動制限により、従来の交際関係を狭め、交際回数や人数を減らす結果になる。それは社会的なネットワークを減少させる結果をも伴う。

これらのことは、すべて抑うつ的な状況を持続させることになり、生きる希望、生きる意欲を失わせることになる。

この結果、人工透析患者ではセルフケア行動としての水分制限や減塩等の食事の改善の工夫への意欲、労作性狭心症患者の禁煙行動への意欲を失わしている。逆に、生きがいのあるものは、既婚者であり、仕事を持っているものである。また、相談する人がいる、そばにいてくれるだけで安らぎに感じる人がいるといった傾向にある。このように、慢性、難治性の疾患の患者の保健行動の実行は、生きる希望の有無に影響されていることが大きい²⁸⁾²⁹⁾。結婚、就職等の将来展望を失った透析中の若者が自殺の道を選ぶ場合もある。また、癌患者でも、生きる希望をもっている患者のほうが他の癌患者より生存率が高いという報告もある。

また、一般健康生活者の予防的なセルフケア行動においても、生きる希望、生きがいとその行動の促進に寄与しているようだ。

このように生きる希望や生きがいを失うのを防いだり軽減するためには、家族や友人からの支援、特に情緒的支援による社会的支援の役割は大きい。

4) 社会的支援

心理社会的支援を支える社会的ネットワークの少なさと死亡率の高さとの関係、家族や友人や親戚からの支援を受けていないと感じている人に、症状が多かったり抑うつ的であったりしているという報告がなされている³⁰⁾。このような社会的支援があることにより、社会的葛藤や心理的葛藤によって起こる精神的・身体的健康への悪い影響は緩和されることが明らかにされている。

ところで社会的支援の多少は、保健行動の実行へも様々な形で影響を及ぼしている。すなわち、社会的支援は保健行動の動機を高めたり、負担を減少する作用をもっている。また生きる希望を高めたり、自己管理態度を支えている。われわれの調査でも、人工透析患者、活動性慢性肝炎患者、労作性狭心症患者、一般健康生活者のセルフケア行動において、社会的支援、特に情緒者支援が影響していることが明らかになった。だが、収入とか手伝いといった手段的支援の影響は、われわれの調査結果からはその効果が表われてきていない。調査方法を深めることによって明らかにできるかも知れない。

情緒的支援は、支援者とその対象の相互関係の中にある。したがって、情緒的支援にしたいくなるような対象、したくないような対象があるであろう。社会的支援をもつ人は、多く自主的で内在的な自己管理態度をもち、生きる希望をもっている傾向にある。一方、依存的であり、生きる希望をもたないようなひとでは逆であり、社会的支援が少ない傾向にある。それだけに医療担当者の意識的な支援と支援の仕方の工夫が必要になってくる。

おわりに

以上の他に、各種のセルフケア行動の実行およびその工夫は、それぞれの間での相互関連がある(図2)。このことについては紙面の都合で割愛する。従来、保健指導、患者教育、保健教育では、ややもすると保健信念モデル等認知的側面からのアプローチが多かったが、セルフケア行動、コンプライアンス行動が具体的に実行されることを期待するならば、保健信念、保健感覚、保健規範、自己管理態度、行動特性・パーソナリティ特性、生きる希望、生きがい、

社会的支援等を総合して把握する必要性があることをあらためて強調したい。

次に、そのために、総合的な把握分析方法の研究を推進する必要がある。その一助として、われわれの現在までの研究結果を引用しながら、その一端に触れた次第である。

文 献

- 1) Rosenstock, I. M. : Why People Use Health Services, *Milbanko Memorial Fund Quarterly*, 44 : 94~127, 1966.
- 2) Rosenstock, I. M. : Historical Origins of the Health Belief Model, In Becker, M. H. (ed.) *The Health Belief Model and Personal Health Behavior, Health Education Monographs*, 2 : 328~335, 1974.
- 3) Becker, M. H, Haefner, D. P., Kasl, S. V., Kilsct, D. P., Maiman, L. A. and Rosenstock, I. M. : Selected Psycho-Social Models and Correlates of Individual Health-Related Behavior, *Medical Care*, 15 (Supplement) : 27~46, 1977a.
- 4) 川田智恵子, 宮坂忠夫 : 糖尿病患者教育の現状, *日本公衛誌*, 27(6) : 295~305, 1980.
- 5) 川田智恵子, 宮坂忠夫 : 糖尿病患者の知識・態度・行動に関する研究, *民族衛生*, 第49巻付録 : 118~119, 1983.
- 6) 宗像恒次, 相磯富士雄 : 透析患者の自己管理に関する心理社会的側面, *日本臨牀* 38 (6) : 158~167, 1980.
- 7) Rosenstock, I. M. : The Health Belief Model and Preventive Health Behavior, in Becker, M. H. (ed.), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior, Health Education Monographs*, 2 : 353-385, 1974.
- 8) Munakata, T. : Psycho-Social Influence on Self-Care of the Hemodialysis Patient, *Social Science and Medicine*, 16(13) : 1253~1264, 1982.
- 9) 前掲6).
- 10) 宗像恒次 : 保健行動のモデル, *看護技術*, 29(4) : 21~29, 1983.
- 11) 前掲6).
- 12) 相磯富士雄, 宗像恒次 : 虚血性心疾患患者, *看護技術*, 29(14) : 68~76, 1983.
- 13) 相磯富士雄, 他 : 慢性疾患患者のセルフケア行動の心理社会的要因—陳旧性心筋梗塞と労働性狭心症の比較—*日本公衆衛生雑誌*, 32(10) : 特別号附録, 1984.
- 14) 宗像恒次 : 保健行動の実行を支える条件, *看護技術*, 29(14) : 30~38, 1983.
- 15) 前掲6).
- 16) 前掲12) 13).

慢性疾患患者のセルフケア行動の実行要因をめぐって

- 17) 相磯富士雄, 宗像恒次: 慢性肝炎と肝硬変の場合, 看護技術, 29(14): 77~82, 1983.
 - 18) 以下, 調査結果についての記述は, 主として6), 12), 13), 17)および1985年7月に行った都市近郊の一般健康住民のセルフケア行動についての調査(相磯, 宗像ら; 未発表)による.
 - 19) Rotter, J. B.: Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement, *Psychological Monographs*, 80: 1~28, 1966.
 - 20) Wallston, B. S. and Wallston, K. A.: Locus of Control and Health: A Review of the Literature, *Health Education Monographs*, 1978.
 - 21) Friedman, M. and Rosenman, R. H.: Type A Behavior and Your Heart, Fawcett Crest, 1974.
 - 22) Rosenman, R. H., et al.: Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study-Final Follow-up Experience of 8 1/2 Years, *Journal of American Medical Association*, Aug. 25 233(8): 872~877, 1975.
 - 23) Pearlin, Schooler C.: The structure of Coping, *Journal of Health Social Behavior* 19: 2~21, 1978.
 - 24) 前掲23).
 - 25) Ross C. E. Mirowsky J.: A Comparison of life event weighting schemes; Change, undesirability and effect proportional indexes, *Journal of Health Social Behavior* 20: 166~177, 1979.
 - 26) Gottlieb N. H., Green L. W.: Life Events, Social Network, Life-Style, and Health; An Analysis of the 1979 National Survey of Personal Health Practices and Consequences, *Health Education Quarterly*, 11(1): 91~105, Spring 1984.
 - 27) 相磯富士雄: 身体障害者の精神的な支え; 人工透析時の自己管理の例, 公衆衛生, 44(9): 35~38, 1980.
 - 28) 前掲6).
 - 29) 前掲3).
 - 30) Gore, S: The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment, *Journal of Health and Social Behavior*, 19: 157~165, 1978.
-