

St. Luke's International University Repository

慢性疾患患者の自己管理行動(食事療法)に関する要因
についての一考察:食事療法を必要とする慢性疾患患
者で再入院した症例の看護を通して

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 保坂, ゆり子, 喜多, 裕子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/102

This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0
International License.



慢性疾患患者の自己管理行動(食事療法)に 関与する要因についての一考察

—食事療法を必要とする慢性疾患患者で
再入院した症例の看護を通して—

保坂 ゆり子 喜多 裕子

1 はじめに

今日、慢性疾患患者は増加し、慢性疾患は退院後も長期に渡った生活の管理が重要であること等から、緒々の面で問題が大きくなっている。

退院後の生活管理について、病院では退院指導あるいは患者指導等として行なわれているが、それらが実際に効果的に実施される症例はまだ充分といえず、その結果として、病状の悪化を来し、入退院をくりかえす例も少なくない。

何故生活の管理が充分に行なわれないのか、その原因を考えてみると、患者自身の健康問題に対する意識をはじめとして、治療及び、生活管理をしていく上で人間関係、その他多くの事柄が関係しているといわれるが、なかなか明確になりにくいと思われる。

文献においては、慢性疾患、特に糖尿病、高血圧症、心不全、腎疾患等の退院指導についての報告等は多く発表されているが、ほとんどはその指導内容、方法についての報告であり、又、私達のテーマに類似した事例報告もあるが、再入院に到った原因を追究する点において、もっと幅を広くできると思われる。

このようなことより、慢性疾患患者の、生活管理に関与している要因は、まだ充分に明らかにされておらず、患者が入退院をくりかえすその原因や、あるいは治療環境に適應できない原因を追究し、考察することは必要と思われ、それにより、より適切な患者指導が展開できるのではないかと思う。

この論文は、理想的な自己管理行動には、どのような要因が大きく関与しており、自己管理行動ができるように援助するには、看護婦はどこに働きかければよいかを、今後追究するための、基礎を形づくるのが目的である。

2 方法

聖路加国際病院の成人内科病棟に入院した慢性疾患患者の中で、日常生活において、食事療法を必要とする患者を対象に、10症例を選び、看護の実践(患者教

育も含める)を通して、情報収集項目に基づき、幅広く情報を収集した。その上で10症例の中から6症例につき、各々の患者の自己管理行動にマイナスに働いていると思われる要因とプラスに働いていると思われる要因の明確化を試み、その結果をまとめた。

又全症例につき、情報収集紙の回答項目に従い全体的な考察を加えた。

3 用語の定義

この論文をまとめるにあたって用いた用語について説明しておきたい。

1)「自己管理行動」: 病気とともに社会生活を営んでいかなければならない慢性疾患患者が自分の病気の回復、あるいは悪化予防、合併症の予防と早期発見の為に、どのような行動が望ましいかを正しく理解した上で、悪影響を及ぼすと思われる行動を改善し、かつ個々にとって充実した創造的な生活がおくれるように主体的に行う行動。

2)「慢性疾患」: 完全になおることが、望めない病気か、または治るにしても、きわめて長期を要する病気。

したがって、この病気にかかった患者は長期の療養または、生活の制限を余議なくされるものである。日野原重明、慢性疾患の新しい理解とリハビリテーション看護、1970、一版、医学書院、P3より引用した。

3)「自己管理行動に関与する要因」: 自己管理行動がうまく行なわれる、あるいはうまく行なわれない原因となるもの。ここで用いる要因とは「物事の成立に必要な原因」という意味で用いる。

4 経過

1974年(4月~12月)、患者について幅広い情報を収集するために、情報収集項目を検討し、情報収集紙を作成。同年12月~翌1975年2月にこの「情報収集紙」を7例の患者の看護に適用した。

情報収集項目については、系統的でかつ、総合的な情報を収集するために、図1を基本的な概念として、

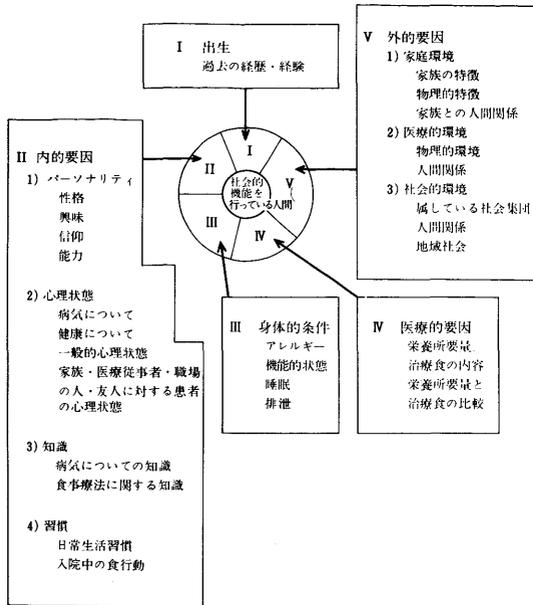


図1：基本的な概念(患者のとらえ方)

詳細な項目を、そこから導いた。

7例に実践した結果、情報項目が多過ぎる点、項目はあっても、ほとんど収集不可能な項目がある点等を反省し、基本的な概念は変えず、食事療法についての項目に焦点をあて、情報項目を整理した。(1976年)

第2回目の「情報収集紙」(表2)を作成し、1977年6月～1978年2月に、看護の実践を通して、情報収集を行い、ここにその結果をまとめるに到った。

図1の作成にあたり、私達は「人間はいくつかの次元に分割できるものではなく、いくつかの側面を持っている。具体的な存在そのものとしての人間は一つの全体であり、統一体である。」という概念に基づき、医療的環境の中で、一人の人間を「社会的機能を行って人間」として、把えるには、その人のI：出生、過去の経歴や経験、II：内的要因(パーソナリティ、心理状態、知識、習慣)、III：身体的条件、IV：医療的要因、V：外的要因(家庭環境、医療的環境、社会的環境)等を把握する必要があると考えた。

5 限界

症例数が少ないことにより、ここに出て来た結果は、私達の研究の一段階としてのまとめであり、一般化するには及んでいない。

また、自己管理行動に関与している要因を食事療法に焦点をあててのみ、みていくので、それらが、慢性疾患患者の自己管理行動に関与するすべての要因を網羅している訳ではない。

6 症例の紹介

検討を試みた6症例について、疾病の経過、患者のプロフィール、食事療法に関する情報を、ここで簡単に述べておきたい。なお、各々の症例の年齢、性別、病名、疾病を指摘された年度、その疾患による入院回数、初回入院の年度については、表1を参照していただきたい。

症例1

69歳 男性 診断名：肺気腫、肺性心

昭和36年頃から呼吸困難が出現し、外来治療を受けていた。昭和39年の第一回目の入院以来、昭和46年までに4回入院をくりかえしている。第4回目の入院の時に、肺性心を合併し、塩分制限(10g/日)が指示された。また、気管切開も施行され、I.P.P.B*で、呼吸管理がなされた。第56病日に、気管カニューシ装着のまま塩分制限(10g/日)のもとに退院し、外来治療となった。昭和49年には、肺炎に罹患し肺性心も助長し、呼吸困難が著明となり、さらに、食欲低下、浮腫の増強を伴って第5回目の入院となった。以来、塩分制限(5g/日)を指示された。約1年後には、線維化した肺気腫の器質の変性が、ほぼ全域に広がり、呼吸不全および肺性心の悪化のために死亡した。

この患者は、呼吸器感染症の予防と塩分制限(5g/日)の食事療法をポイントに、治療と、生活管理の指導がなされた。患者や家族には、協力的に取り組む姿勢がみられたが、とすると塩分制限食に対しては、規制が、ゆるみがちであった。

患者は、名古屋で農業を営む両親のもとに出生し、ほぼ青年期前半まで、そこで育った。そして、高等小学校卒業後、水間屋、炭間屋へ奉行に出て、激しい肉体労働に駆使した。

既往歴は、特になく、健康であり、自覚症状と体調によって、自分の健康状態の良否を判断していた。性格は頑固、一途で、義理人情を大切にす性格であった。

症例2

37歳 男性 診断名：痛風性腎症

29歳の時に初回の痛風発作があり、以来入院と通院治療をくりかえし、現在に到るまで5回の入院経験がある。子供2人と妻との4人暮らし、媒高等学校体育科教師であり、「激しく動いていることが生きていることだ」との考え方が強く、決心すると、やり通す意志の強い面もある。初回の痛風発作後に30歳の時と33歳の時、腎炎の診断のもとで入院。退院後「腎臓が駄目なら心臓を強くしよう」と考え、ゴルフを始め、序々に過度となった。食事制限についてもアルコールや塩分を摂っても自覚症状が変わらないとの理由で守らなかった。36歳で再度痛風発作あり入院し、痛風性腎症の診断により、医師から、腎機能の低下について詳しく説明され、運動が非常に好きで、臓もつ類等を好んで食べていた美食家のこの患者にとって、医師より指示された生活は過去の生活習慣と大きく異なるものであった。生活指導を受けた後退院となり以後通院を続けていたが、今回再度腎機能低下のため入院となった。前回退院から今回入院までの

表1 症例の紹介

症例番号	年齢	性別	病名	指摘された年度	その疾病による入院回数	初回入院年度	情報収集項目総得点数
①	69	男	肺気腫, 肺性心	S36 (肺気腫)	5回	S39	223.6
②	36	男	痛風性腎症	S42 (痛風) S44 (痛風性腎症)	4回	S44	244.1
③	61	男	糖尿病高血圧 動脈硬化性心臓病	S39 (動脈硬化性) 心臓病	6回	S39	246.5
④	71	女	動脈硬化性心臓病 高血圧	S39	2回	S49	239.7
⑤	65	女	糖尿病, 慢性肝炎	S51	2回	S51	225.4
⑥	57	女	慢性腎不全	S28	3回	S28	222.3
⑦	65	女	糖尿病, 高血圧	約10年前(糖尿病) 約5~6年前(高血圧)	2回		216.5
⑧	56	女	糖尿病	16年前(糖尿病) 7年前(糖尿病性) 合併症	12回	S36	159.2
⑨	23	男	若年性糖尿病	10年前(糖尿病)	13回	S52	270.8
⑩	19	男	ネフローゼ症候群	S52(ネフローゼ) 症候群	2回	S52	251.8

(1978年2月現在)

患者の食生活について述べると次のようである。妻とともに患者は食事について、多くの本を読み、塩からいもの、臓もつ、肉類に気をつけ、減塩正油、無塩バターを使用し、食事時間も規則的で、食事の雰囲気も、家族全員でのなごやかなものであった。食生活については全面的に妻にまかせ信頼し、妻の料理は残さずに摂る。自宅療養中に一度評価を受けた栄養士によると「三日間の献立から計算すると、適切に管理されていた。逆に蛋白制限が厳しすぎる程であったため、もっと余裕を持つようにと指導した」ということであった。

外来受診日に安静を考え患者は、交通機関の混雑をさけて受診するようにしていた。しかしそれがちょうど昼食の時間帯にかかってしまい、そのたびに、外食をしていた。内容はラーメン、寿司、中華物等で、量は2人前以上を摂取し、その事について患者は「外来に来る時は、毎日の食事制限からの解放感と妻の管理から離れた喜びで、つい食べ過ぎてしまう。日常生活においては食べたいものが食べられない程制限されているとは感じないが、外食をする時にはつくづく制限されていると感じてしまう。外食はいけないとわかっているけれど、つい食べてしまう。」と話していた。

症例3

61歳 男性 診断名：動脈硬化性心臓病

15年前の46歳の時に、糖尿病、肥満、動脈硬化性心臓病、高血圧を指摘され、以後毎年一回人間ドックにて、妻とともに定期的に検査を受けていた。昭和52年7月急性心筋梗塞症で緊急入院となった。

患者は多くの事業を営営し、経済的には問題ないが、非常に

多忙であり、仕事の都合で全国を旅行することも多い。子供はなく、妻(57歳)との2人暮らしであるが、妻の親戚、会社の従業員、従業員の家族とともに共同生活に近い暮らしをしている。

病気を指摘されて以後、食事を含める生活指導が医師よりなされ、患者は妻とともに、病気について多くの書物で勉強し、専門的な用語も使える程であった。

しかし患者は、工作上、客の接待や、会議の席上での食事等、外食が週4回(昼と夜)以上と多く、その内容もそば、うどんのように塩分の多いものや、フルコースの食事あるいはうなぎのようにカロリーの高いものが多く、又旅行先の各地方での名産を食べるのが趣味である等、医師の指示は守られることが少なかった。

家庭での食事は妻にまかせている。妻は夫の仕事を手伝うとともに、会社の従業員の食事を作る。糖尿病用甘味料、減塩正油、減塩みそを使用し、塩からいものは避けていたが、塩分計算やカロリー計算はしていなかった。患者が外食をした場合にその内容を正確に妻に知らせてくれないこと(質問してもごまかされてしまうので周囲の人から聞くこともあったようである。)や、従業員の食事と患者の食事の両方を作るのが難しく、より具体的な指導を受けたいと希望していた。

症例4

71歳 女性 診断名：動脈硬化性心臓病、高血圧

約14年前に、動脈硬化性心臓病と高血圧を指摘され、4年前心不全の治療の目的で入院し、塩分制限5gの食事指導を受けて退院。その後2週間に一回の割合で定期的に受診し、今回は2回目の入院である。

夫との二人暮らしで、子供4人は独立し、各々家庭を持っている。夫は毎日面会に来ており、又息子たちともよく行き来している等、家族関係は円満なようである。

夫は一年前まで問屋で働いていた。貯蓄、年金等によって現在の経済状態に不安はないようである。

老人の二人暮らしであることから、決まった生活のパターンはなく、朝起きる時間もまちまちであり、一日中家でブラブラしていたり、天気の良い日は出かけたりする生活である。

唯一の楽しみは、夫婦で出かけ、外食することであり、寿司、かつ、フライ、中華料理、うどん、そば等をよく食べていたようである。

家事は、患者が行うが、食事は出きあいの副食を利用したり、店屋物で済ますことが多い。食事療法に関しては、味つけを薄味にしていたというだけで、実際にどれ程の塩分を使用していたかという事は、全く本人はわからない。減塩正油も前回退院後しばらくの間使用していたが、そのうち使用するのをやめてしまい、又間食も多かった。

塩分制限の重要性についての知識はほとんどなく、動悸、息苦しさがあっても外出し、買物する等、運動制限も服薬も守られず、生活管理はほとんどできていなかった。

症例 5

65歳 女性 診断名：糖尿病、慢性肝炎

1976年 肝機能障害を指摘され、3ヶ月間他院に入院していた。その間約10kg体重が減少し、糖尿病と胆石をさらに指摘された。患者の希望で無理に退院したが、症状の改善はみられず、その後当院へ入院となった。第2回目の入院中に胆石の手術を受け、糖尿病はNPH インシンリン18単位と食事療法（カロリー-1600、糖質180g）で治療されていた。約第50病日で、退院し、外来治療となったが、1977年8月に右肩の疼痛と食欲不振が出現し、肝機能障害の増強及び糖尿病のコントロールが乱れたため、10月に再入院となった。

製本業を営み、夫と次男夫婦、孫娘の5人家族である。患者は家業には直接関与せず、嫁と一緒に、家事に携わっており、特に仕事場の掃除、お茶出し、朝と昼の食事の準備を行っていた。

食事療法については、前回退院後1～2ヶ月は指示されたことに気をつけていたが、それ以後はめんどくさくなってやめ、食事療法を守らず、嫁の作った夕食を家族全員で食べ、団案をとっていた。

家人は、患者が動いていると、「今日は床をはなれて元気がいいと思いき安心する。」と考え、又患者も家の仕事をたのまれると、すぐそれをしてしまう等、安静も守られていなかった。

症例 6

57歳 女性 診断名：慢性腎不全

昭和28年次男出産後、蛋白尿が出現し、以後近所の開業医で血圧と尿検査を受けていた。

本院受診以前にコントロール及び教育の目的で他院に二度入院した経験がある。本年三月腎臓の精密検査のために本院を

受診後、定期的に検査と食事の指導を受け、塩分と蛋白制限が指示されていた。

5人家族のうち会社勤務をしている次男を除く4人が家業（日本そば屋）に従事し、他に従業員を雇用している。近所にやはり日本そば屋を経営している義弟一家が住んでおり、毎日食事を共にする等交流が深い。家業を手伝っており、店が一段落するのは午後1～5時頃、夕方から店のパートの人が全員帰るので夜の店番や帳簿の整理を行う等、日常生活労作が多くなる傾向にある。その上毎日銭湯を利用して入浴する習慣がある。

食物の好き嫌いが多く、梅干し、つけ物等の塩からいものが好きで、甘いもの、肉類、魚類は嫌いである。

栄養学校を卒業した嫁に、食事はまかせ、患者は具体的な献立に関心を示さない。

家族全員が患者の食事に合わせ、塩分はつけ物や塩辛として別にとるようにしている等家族は協力的であるが、患者は嫌いなものが多いのでいけないとわかっていても、患者一人に食べるなどとはいわず、その上家人の知らない間に自分で好きなものを作って食べるという事をくりかえしていた。

自分の病気を慢性の腎臓病であると理解し、「健康な家族の中で病気になるのは自分一人である。忙しさを肌で感じる生活ができなければ健康だとは考えられない。かけあして働きたい、生きていきたいのに、思うように働けないなんて……」と表現する。

7 結果と考察

実際に使用した情報収集項目とともに、6症例の各々の結果を示したのが表2である。

私達は各症例について、まず、その症例の自己管理行動（食事療法）にプラスとして働いた事柄、マイナスとして働いた事柄の概要をまとめ、それを基礎として、情報収集項目を一項一項目検討し、その症例にプラスに働いた項目にプラス（+）の記号、マイナスに働いた項目にマイナス（-）の記号をつけ整理を試みた。

その上で、自己管理行動に関与している、項目は何であるか、この6症例を通して考えてみた。

情報項目、161項目中で、自己管理行動に関与していると考えられた項目は、70項目ありその中でも、多くの症例に関与した項目としては以下のようなものである。

③⑥Ⓐ：適した食品、不適当な食品を知っているか（5症例でマイナス）

③⑥Ⓑ：どうしてそれらの食品が、適・不適当であるかを知っているか（4症例でマイナス）

③③Ⓒ：最も注意しなければならない事は、何であるかを知っているか（4症例でマイナス、1症例でプラス）

③③Ⓐ：制限食を正しく知っているか否か（3症例でマイナス、1症例でプラス）

③④：食事療法（制限食）の必要性和効果についての

知識があるか(4症例でマイナス, 1症例でプラス)

⑦⑩: 家族成員の栄養に関する一般的知識があるか(4症例でプラス, 1症例でマイナス)であった。

さらに, 印象深かったものは, 家族との人間関係では, 「配偶者の援助」が, 比較的大きく関与する傾向を示していると考えられることである。(3症例がプラスに働いている) また「外食の多いこと」もマイナスの要因として関与する傾向があり, 3症例にその結果がみられる。この点も注目すべきことではないかと思う。さて, これら6症例から食事の自己管理行動にプラスとマイナスに働いた項目を整理すると, 表3の通りとなる。これは, 各項目の回答欄数(症例数: 6×回答項目数(Aのパーソナリティであれば13項目))に対するプラスあるいはマイナスのついた数の割合(%)で示したものである。つまり, 割合(%)が高い程, 自己管理行動に対して, プラスあるいはマイナスの要因として関与している割合が大きいと考えられる。

このグラフ全体をみると, まずF「病気についての知識」よりも, G「食事療法に関する知識」の不足が, マイナス要因として強く作用する傾向がみられること, B「病気に対する心理状態」, D「家族・医療従事者・職場の人に対する心理」, J「家族の特徴」等がプラス要因として作用し又A「パーソナリティ」, H「習慣」, 等がマイナス要因として作用していること, 及び, I「身体的条件」, L「医療的環境」, O「地域社会」の項目は, この6症例では, 関与している結果は, 出ていないことがわかる。これらのことから, 患者の疾病によって, 患者の生活状況の変化を余儀なくさせられる現実的な末端の問題一(食事療法)一を解決していくためには, やはり知識がある程度以上必要であり, また実際に生活管理を実践していくためには, 人間関係の円満な家庭環境が, 必要だといえるのではないだろうか。このようなことが, 患者を動機づけ, 勇気づけるように働くと思われる。

慢性疾患患者の場合, 医療機関の中においては(入院中), 専門的な治療によって, 患者が疾病を持ったまま生活できるレベルまでコントロールし, その状態で退院となる。しかし, 患者が, 自己管理をしていかなければならない「場」は, 家庭や職場であり, その健康障害にもかかわらず, 患者を取り巻く生活環境に適応しながら, 社会生活を営まなければならない。従って, 医療機関において, 指導されて得た知識(ここでは, 食事療法に関する知識)を, 自己管理行動として, 実践していく為には, 家族の(理想的には職場の人々も)正しい知識のもとでの患者への配慮が必要となるであろう。医療機関は, 医療者が主体となって, 患者のためによりよい治療環境を提供するところである。しかし, 慢性疾患患者にとっては, 患者の家庭, 職場,

などの社会生活の場が, 自己管理行動を正しく行なっていくことによって型づけられる治療環境と言える。

自己管理行動が, 意味のあるものとしてなされるように, そこに関与する種々の要因を考慮し, 医療者による適切な個別のアプローチが必要であると考えられる。

以上の考察に加えて, 情報収集項目から, 119項目を選択し, 自己管理行動にとって「望ましい」と思われる回答に2点「望ましくない」と思われる回答に0点, 「どちらとも言えない」ものを1点とし, 各症例について得点をまとめた。どの回答を望ましいものとするかを定めるにあたって, 私達は, 「食事療法の必要な患者が, 理想的な自己管理行動を行なうためには, 自分の病気を悪化させず, また維持させるために食事療法を行なっていくことが必要であるということ」を認識し, その内容, 方法について, 正しい知識を得て, 今までの食生活を改善し積極的かつ主体的に行動し, 充実した社会生活を行なっていく姿勢が大切であると思われる。」という概念を基準として, 理想的あるいは理想的でないとしたものである。(各情報項目については, 回答欄に2, 1, 0で評点してあるので表2を参照にいただきたい。なお*印のついているものは, 今回この集計からは除外した項目である。)

図IIに示したグラフは, 情報項目の, II内的要因, III身体的条件, IV医療的要因, V外的要因の大きな分類に基づき回答が全て望ましい回答であった場合を100%とし, 各症例の得点を%で示したものである。すなわち, %の高い程「私達が望ましいと考えた要因」がそろっている事を意味している。ここに挙げた10例は前述した6例に4例を加えたものである。(表1⑦~⑩参照) 図の中央の数値は, 各症例の総得点数を示す。(総得点数の高い程「望ましい」回答が多かった症例である。)

これより, 検討を加えてみる。一番得点の低い⑧は, 過去16年間に12回の入院経験があり(表1), 糖尿病による合併症も著明, 本人の知識も少ない上に, 家族の協力も得られず今後の管理も難しいと思われる症例であるが, それも加え総得点数の低い①⑤⑦⑧の特徴としてこの4症例中3例は左よりのグラフであり, V外的要因が満たされず, いずれも50%以下(10例中50%以下はこの3例のみ)であること, またII内的要因も①⑧の2例で低く50%以下(50%以下は10例中2例のみ)であり, 総得点の低い症例は, 中でもII内的要因とV外的要因の得点が低いと言える。そこで, II内的要因の得点の低い①⑧についてその内訳をみると(表4)①では, 1)~4)の中で特に3)知識が11.1%と偏って低く, (10例中最低値)患者の知識の不足が大きく関与していると思われる。⑧では, 1)パーソナ

表3：食事の自己管理行動において
プラスとマイナスに働いた要因

□ プラスの要因となったもの
■ マイナスの要因となったもの

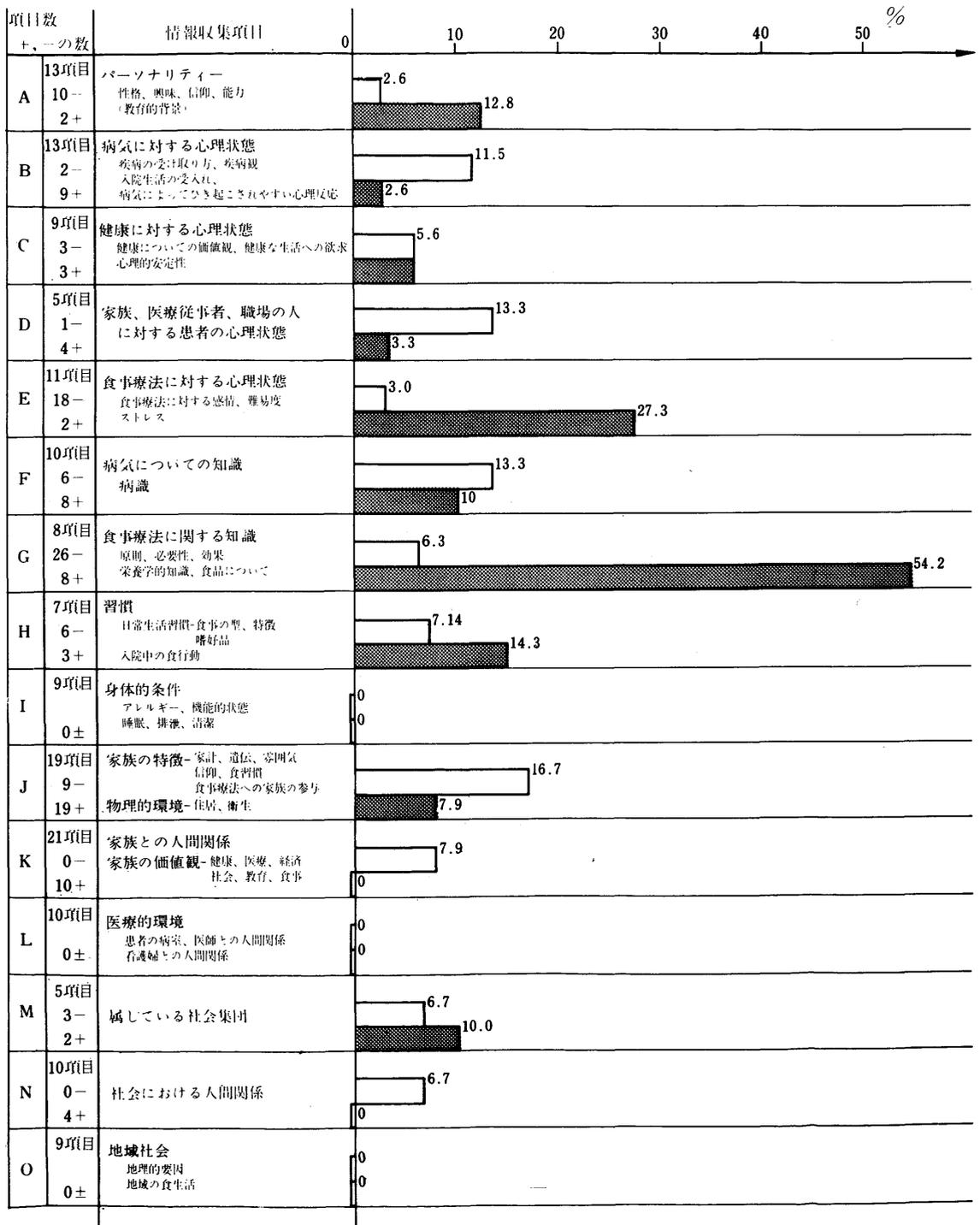


表-4 各症例の内的要因についての内訳

症例番号	II. 内的要因				V. 外的要因		
	1)パーソナリティ	2)心理状態	3)知識	4)習慣	1)家庭環境	2)医療的環境	3)社会的環境
①	50.0	65.5	<u>11.1</u>	80.0	73.8	61.1	62.5
②	72.7	55.2	69.4	60.0	76.2	66.7	75.0
③	63.6	75.9	61.0	70.0	61.9	100	87.5
④	50.0	81.0	<u>52.8</u>	70.0	47.6	88.9	43.8
⑤	63.6	63.8	<u>55.6</u>	80.0	40.5	66.7	<u>21.9</u>
⑥	54.6	55.2	55.6	50.0	80.9	66.7	31.3
⑦	81.8	58.6	<u>55.6</u>	100	33.3	83.3	<u>43.7</u>
⑧	<u>31.8</u>	<u>51.7</u>	<u>47.2</u>	<u>50.0</u>	<u>23.8</u>	<u>22.2</u>	<u>18.8</u>
⑨	72.7	72.4	94.4	90.0	66.7	100	65.6
⑩	68.2	65.5	69.4	80.0	61.9	44.4	84.4

(単位%)

リティー、2)心理状態、3)知識、4)習慣のいずれもが他の症例より低く(表4)特に1)パーソナリティは、31.8%と非常に低値を示し、情報項目1)一(4)能力の「食事療法について理解する能力の程度」についての項目で、本の内容を理解する能力、栄養学的理解、解剖生理学的意味の理解、計算能力が低いことに原因していると思われた。しかし、この①の症例が総得点として、それ程低くないのは、V外的要因の得点が比較的高いことによるものと考えられ、事実、家族の協力が得られている症例であった。

同様に、V外的要因で得点の低い⑤⑦⑧(いずれも50%以下)について内訳をみると、次のようである。

(表4)⑧はVの1)家族環境(23.8%)2)医療的環境(22.2%)、3)社会的環境のいずれも10例中、最低値を示している。この⑤⑦⑧について興味深いことは、家族環境と社会環境の値が、最下位をしめていることである。この3例は、主婦としての立場を持つ女性であり、患者自身が、食事を作る立場にありながら、食事の管理が難しい。それは自分が作って食べる立場にあるからこそ、反面、家族の協力が得がたく自分以外に大きく援助してくれる人がいないことが関与していると思われる。なお、社会環境の得点が低いのは、主婦であるため、社会的(職業的)立場にないことによるものと考えられる。

第二に、グラフ全体の偏りをみるとA:極端に偏っているのは、⑤⑧-左偏り(V外的要因の得点が低い)①-下偏り(II内的要因の得点が低い)、B:軽度の偏りを示すのが②④-左偏り、C:正方形に近いもの③⑨⑩となる。極端に偏った例①⑤⑧は、いずれも総得点が低く、また、偏りのみられない③⑨⑩は、いずれも総得点が高い。

ここで、興味深いことは、年齢の若い⑨⑩の例は、いずれも得点が高く、かつ偏りのないグラフの特徴を示し、逆に年齢の高い①④⑤⑦(いずれも65歳以上)が、得点の低い偏りのあるグラフの特徴を示していることである。

そこで、内訳をみると(表4)①④⑤⑦は、いずれもII内的要因の中で、3)知識、の得点が、11.1%、52.8%、55.6%、55.6%、と低く、⑨⑩の例では逆に、94.4%、69.4%、と高い得点を示している。

老人は、新しい知識を得るのは困難であるとは、一般的に言われることであり、また、知識の不足が、自己管理行動にも影響するとすれば、慢性疾患患者の中でも高齢者への指導、あるいはその生活管理への援助は、やはり、大きな問題を有していると言える。そして①の症例のように、II-3)知識が11.1%と極端に低いにもかかわらず、家族の協力が得られるために、それを補っている例があることは、大きな意味を持つと考える。

総得点を性別でみると(全症例は10例で男性5例、女性5例)、最低得点から4つは、いずれも女性が占めており、これは前述したように、患者自身が食事を作る立場にある為に、他の協力が得がたいことによるものと思われる。

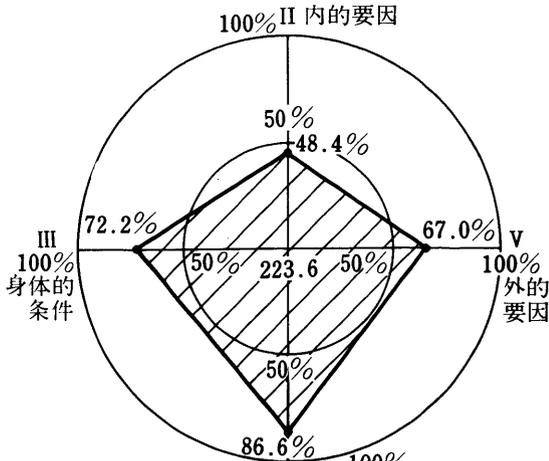
最後に、総得点の最も低い症例⑧は、今後も管理が難しいと思われる症例であること、および、比較的管理のうまくされている症例②は、総得点数がやや高いこと(10例中4番目)により、この情報項目の中には自己管理行動と関与する要因のいくつかが含まれていると思われる。しかし、総得点の最も高い症例⑨が、若年性糖尿病であり、コントロールが難しいとはいえ、暴飲暴食をする等、必ずしも自己管理がうまく行なわれているとは言えないことより、情報項目およびその尺度づけにも、今後の検討と修正が必須であると思われる。しかしこの検討からも、食事療法に関する知識と家族の協力は食事療法の自己管理行動にとって大きな意味を持つと考えられ、「慢性疾患患者は、その人自身が、偉大な治療者であり、そしてその治療環境を整えるのは、家族である。」という言葉でまとめられるような気がする。

看護の具体的な面では、食事を作るのが患者自身ではなく、妻の場合はもちろん妻にも、又作るのは患者本人であったとしてもその夫にも、というように、患者にも家族(特に配偶者)にも同じ比重をかけて、あるいは患者以上に食事に関する指導が必要であると思われた。

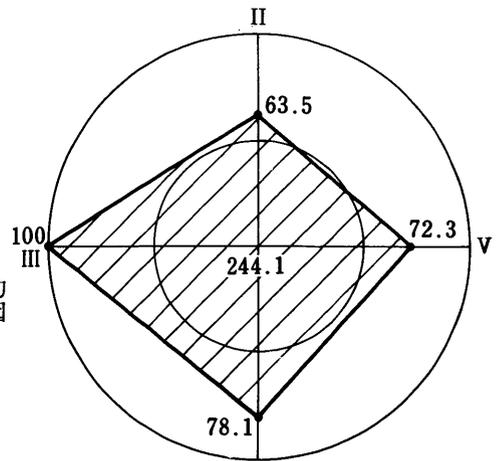
おわりに

成人の慢性疾患患者の中で、入退院をくり返してい

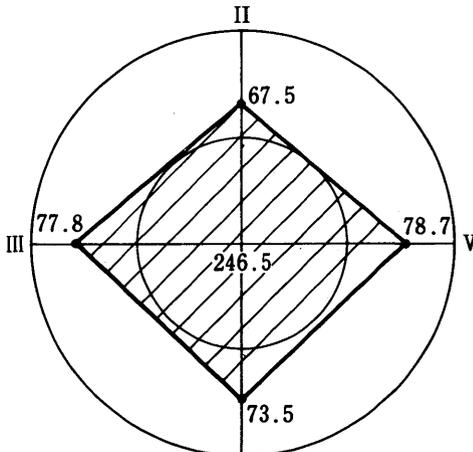
图2：各症例の総点数とII内的要因
 III身体的条件 IV医療的要因 V外的要因
 の得点分布



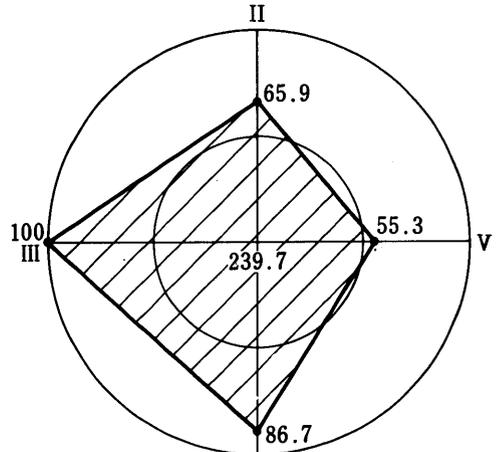
①69才♂肺気腫、肺性心 IV 医療的要因



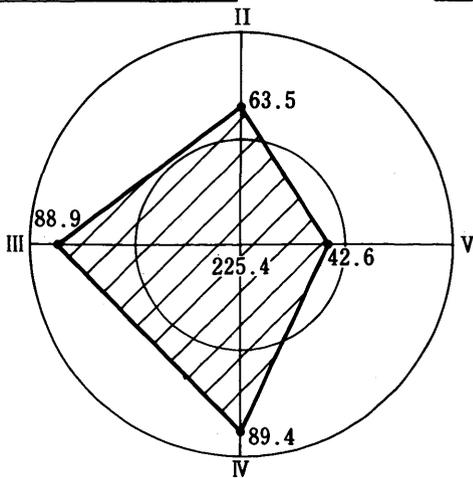
②36才♂痛風性腎症



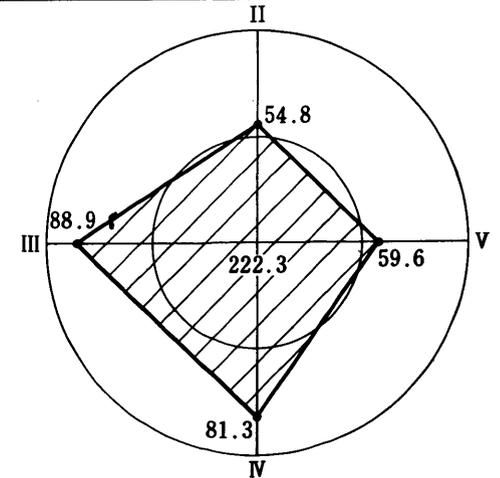
③61才♂動脈硬化性心臓病 IV



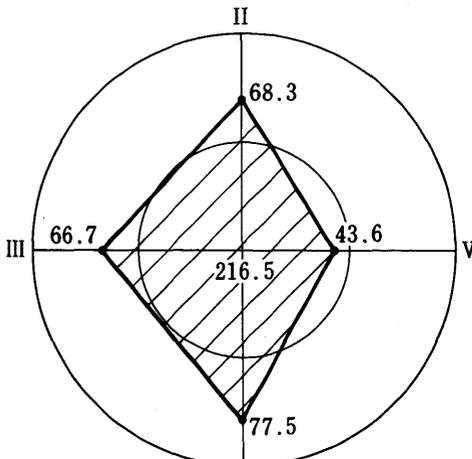
④71才♀動脈硬化性心臓病 IV



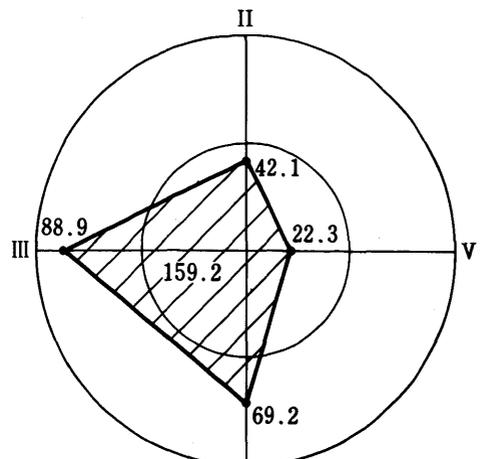
⑤65才♀糖尿病、慢性肝炎



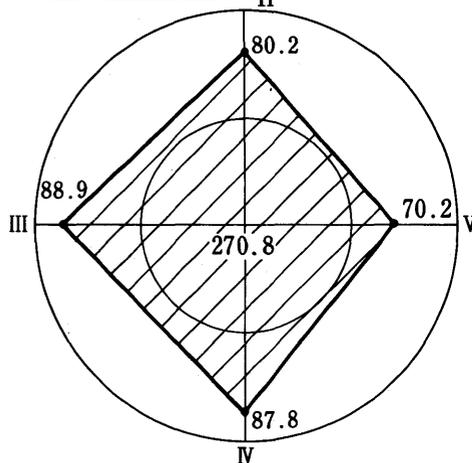
⑥57才♀慢性腎不全



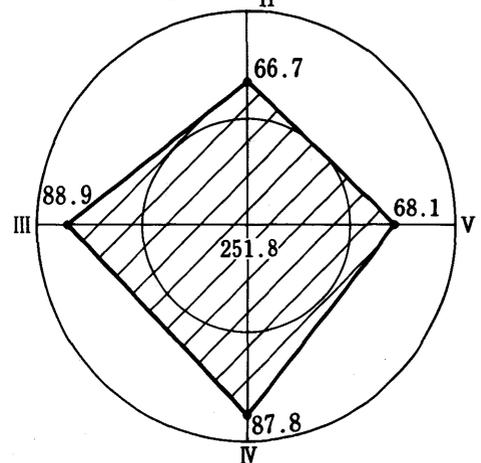
⑦65才♀糖尿病、高血圧



⑧56才♀糖尿病



⑨23才♂若年性糖尿病



⑩19才♂ネフローゼ症候群

る症例、10症例を選び、私達の作成した情報項目(161項目)にそって、情報を幅広く収集し、食事の自己管理行動に関する要因について考察を行った。

関与していると考えられた情報項目は、161項目中、70項目挙げられ、食事療法についての患者・家族の知識や関心の程度、食事療法が患者の日常生活に加える制限の程度やストレスの程度、外食の頻度、趣味、過去の生活習慣等であった。

私達の作成した情報項目の内容やその結果の処理の方法、情報を客観的にするにはどうしたらよいか、等検討すべき点が多く、又扱った症例が少ないことから、一般化するには今後多くの課題が残されている。

しかし、ここに述べた症例は、私達が実際に看護を実践した症例である事から、時間は要したが、各々詳細な情報が得られた事、及び、結果の検討により、知識、人間関係、治療食の与えるストレス等、ある程度の傾向が出されたことにより、私達の研究課題の一つの方向づけとなったと考える。

慢性疾患患者の治療の場は、生活の場であること、及び最も良き治療者は、患者及び家族であり、私達看護者は、より効果的な治療環境を提供できるように援助する立場にあることを、再認識して、今後の看護を展開するとともに、この論文を基礎として、自己管理行動に大きく関与する要因は何であるか、又その要因を考慮した上での効果的な、患者の援助とは何かを考えていきたいと思う。

なおこの論文は、聖路加看護大学1975年度卒業看護研究に引き続き、まとめたものであり、

第一回目情報収集紙の作成及びその実践にあたったメンバーは以下の通りである。

石渡悦子、岩崎美和子、関野一恵
清水恵子、箱崎良子、福永洋子
矢野敏子

最後に、御援助いただきました方々に深謝申し上げますとともに、今後の御批評、御指導よろしく願ひ

いたします。

参考文献

雑誌

- 1) 秋山房雄, 慢性疾患の保健指導, 保健の科学, 13 : 2, (1971年, 2月), 107-111,
- 2) Crate M.A., Nursing Function in Adapatation in Chronic Illness, A.J.N., 65 : 10, 72-75
- 3) 藤沢敏雄, 慢性疾患患者の精神医学と対策, 日臨, 29 : 11, (1971, 11), 6-9,
- 4) 早坂泰次郎, 上野轟訳, 慢性疾患患者の世界の理解, 看研, 3 : 1, (1971, 1), 52-61
- 5) 平山昌子, 外食に関する研究, その1, 栄養学雑誌, 29 : 4, 172-176
- 6) 2報, 同上, 30 : 5, 116-120
- 7) 3報, 同上, 31 : 3, 228-230
- 8) 堀口達子訳, 患者の不安, 看研, 2 : 4, 350-355
- 9) Kariel P.E., The Dynamics of Behavior in Relation to Health, Nurs. Outlook, 10 : 6 (1962 June), 402-405
- 10) 川合善春, 長期療養における信仰のサイコスマトイクスについて, 精身医, 10 : 2, (1970, 4)18-21,
- 11) 黒田知篤, 杉山善郎, 入院患者精神衛生調査表について, 精医, 4 : 10, (1962, 10), 29-36,
- 12) Litwack J., Litwack L., 4 Stages of Nursing care. A.J.N., 69 : 1, (1962 Jan.), 95-96
- 13) 松永一子, 長期入院患者のオリエンテーションと生活指導, 看技, 18 : 13, (1972, 10), 60-67
- 14) 水口公信他, 癌患者における病気適応度と不安傾向に関する調査研究, 精神医, 11 : 1, (1971, 2), 57-63
- 15) 望月昂, 加藤正明, 入院患者の態度・性格を内科医がいかにかに評価したか, 精神医, 4 : 4, (1964, 8), 226-230
- 16) 門馬かよ子, 病気受容過程の一考察, 総看, 1974年, 1号, 20-31
- 17) 森田チエ子, 慢性病患者の自己健康管理に関する研究, 看研, 7 : 4, (1974, 10) 61-68
- 18) 森山玲子, 慢性進行性患者にみられる心理社会的問題, からだの科学, 1972年, No44, 58-61
- 19) 中尾弘次, 欲望の生理学, 教育と医学, 21 : 6, (S48, 6) 518-526,
- 20) 大塚寛子, 患者の観察について, 看研, 1 : 3, (1968, 7), 90-95,
- 21) Rick R., Dent J.K., Patient Rating Scale, Nurs. Reserch, 11 : 3, (1962), 163-171
- 22) 鮫島和子, The Modified Taylor Manifest Anxiety Scaleによる不安評価の試み, 精神医, 13 : 4, (1973, 8)
- 23) Scharab J.J., Harmeling J. D., 身体イメージと内科的疾患, 精神医, 8 : 6, (1968, 12) 23-29
- 24) Sorenson K. M., Amis D. B., Understanding the world of the chronically ill, A. J. N., (1967), 811-817
- 25) 武山 中他, 内科臨床における患者の総合的把握の方法について精神医, 7 : 2, (S42), 96-100
- 26) 戸川行男, 欲望について, 教育と医学, 21 : 6, (S48, 6), 512-518,
- 27) 上野轟, 適応理論からみた患者の心理(1), 看雑, 31 : 5, 82-101,
- 28) 上野轟, 大串靖子, 患者の心理学的研究における基本的概念としての“病気像” Disease Imageの研究, 精神医, 12 : 3, (1972, 6), 33-37,
- 29) 上野轟, 大串靖子, 病気像転換による慢性疾患患者への人間的配慮, 看研, 5 : 3, (1972, 7), 54-65
- 30) Williams M. E., The Patient Profile, Nurs. Reserch, 9 : 3, (1960), 122-124

単行本

- 1) Broadriff V., Foundation of Pediatric Nursing, 2nd ed. J. B. Lippincott Co., 1972
 - 2) 服部武他訳, リハビリテーション看護, 医歯薬出版, S48,
 - 3) 池見西次郎, 精神身体医学の理論と実際 医学書院, 1971,
 - 4) 稲田八重子訳, 人間関係の看護論, 医学書院, 1973,
 - 5) 増永馬彦, 性格の発見-タイプをみる目, 誠信書房, S36,
 - 6) 大塚寛子, 武山満智子訳, ナースと患者-人間関係の影響, 医学書院, 1973,
 - 7) 松尾友重, 患者の環境と心理, 医学書院, 1954,
 - 8) 管邦夫, 慢性病の管理, 医学書院, 1967,
 - 9) 杉本照子, 医療におけるケースワークの実際, 医学書院, 1973,
 - 10) 武山満智子訳, 患者教育のプロセス, 医学書院
 - 11) 友田不二男編, 人間の行動(下)サイコセラピーシリーズ(5), 行動への知覚的なアプローチ, 岩崎学術出版社, 1970,
 - 12) 高木貞二, 心理学的研究法, 岩波書店, 1960,
 - 13) 田中恒男, 岡田晃, 健康管理論, 南江堂, S47,
 - 14) 上田吉一, 精神的に健康な人間, 川島書店, 1973,
-
- 片山喜美子他, 食行動の因子についての考察(第1報), 栄養学雑誌, 34 : 1, (1976), 33-38
- Nola J. Pender, A Conceptual Model for Preventive Health Behavior, Nurs. Outlook, 23 : 6 (1976, 11), 385-390

表2 情報収集項目と各症例の結果

- 1 患者氏名
- 2 性別 男 or 女
- 3 年齢
- 6 入院目的
- 7 治療方針
- 8 治療食内容
- 9 家族構成

I 出生及び過去の経歴や経験

	主な経験, 特記すべき事柄	発育・発達の状況	生活環境	母親・父親との関係	食生活
乳児期					
幼児期					
学童					
青年期					
成人					

情報項目	回答とその得点			症例の結果						
	2点	1点	0点	① ^{注①}	②	③	④	⑤	⑥	
II 内的要因										
1) パーソナリティー — 性格・興味(趣味)・信仰・能力										
(1) 性格										
① 性格の型	① 情緒派	② 行動派	③ 知性派	*	2点	1点	1点	1点	1点	
	④ 開放型	⑤ 内閉型			2 ^{注③}	+				
					—	+				
(2) 興味・趣味										
② 政治・宗教・その他(芸術・スポーツ等)に興味を持っている	Y ^{注②}		N		2	2	2	0	0	2
③ 趣味がある	Y		N		2	2	2	2	2	2
(3) 信仰										
④ 信仰がある	Y		N	*	2	2	0	0	0	2
⑤ 信仰から食生活に規制を受ける	N		Y		2	0	0	2	2	2
<small>注①～⑥は症例番号を示す。表1を参照。 注② Y:はい, N:いいえ 注③ 症例の自己管理行動に—あるいは+として関与したと考えられる項目。</small>										
(4) 能力										
⑥ 教育的背景	高卒以上	中卒以上			1	2	2	2	1	1
⑦ 理解する能力の程度										
① 食事療法に関する本に述べられている内容全般について理解できる	高い	中	低い		0	2	2	1	1	0
② 食事療法の栄養学的意味が理解できる	高	中	低		0	1	2	1	1	1
③ 食事療法の解剖生理学的・医学的意味が理解できる	高	中	低		0	1	1	0	0	1
⑧ 数学的能力の程度(計算能力)										
	高	中	低		1	1	1	0	1	0
⑨ 手の器用さ, 等食事療法に必要な器具等の使用能力の程度										
	高	中	低		1	1	1	1	2	1
⑩ 総合的に判断して, 食事療法を行っていく上で, 能力面での問題がある										
	N		Y		0	2	0	0	2	0
2) 心理状態										
(1) 病気に対する心理状態										
① 病気に対する基本的心理状態										
① 疾病の受け取り方: 自分の疾病を自分のせいにするか, 他人・社会等自分以外のもののせいにするか	自罰的		他罰的		2	2	2	2	2	2
② 自己の疾病観: 重症度	*	軽い	重い		1	0	0	2	0	0
③ 自己の疾病観: 予後	*	良い	悪い		1	2	1	2	2	0
④ 入院生活(療養生活)を喜んで受け入れているか	受容		拒否		2	0	2	2	2	0
⑤ 職員(Dr. Nr)観; Dr. Nrが良くめんどうをみてくれていると考えているか	指導的		放置的		2	2	2	2	2	2
⑥ 経済的・家庭的危惧; 入院, 療養生活に付随して起きるもの	安心		不安		1	1	2	2	2	2
						+	+			
⑦ 病気に対する不安にどんな適応反応をとっているか?	① ①	②	③		2	1	2	2	2	2

情報項目	回答とその得点			症例の結果						
	2点	1点	0点	①	②	③	④	⑤	⑥	
①病気を正しく理解し、情緒混乱を来たしていない ②病気を正しく理解していると思われないが、情緒混乱を来たしていない ③神経症の症状を示している ④心身症として身体症状をさらに示している ⑬病気によってひきおこされやすい心理反応をどれ程示しているか（以下の項目中であてはまる内容の数で示す） ①心気傾向、②自己中心性、③依存性、④小児様依頼心、⑤過度の愛情欲求⑥被暗示性、⑦疑惑性、⑧攻撃性、⑨劣等感、⑩過度の気分変化 ⑭病気の受け入れ状況・程度 ①病気に対する過度の不安はない ②病気に対する否定の試みはない ③病気に関するあらゆるものに対する不信感はない ④回復意欲は強い ⑤社会的事項への関心は大きい (2)健康に対する心理状態 ⑮健康についての価値観—①健康は最も大切(重要)であると患者は思っている ②健康より大切なものがあると患者は思っている ⑯健康な生活への欲求—①健康な生活をしたいと思う ②健康な生活をしたいとは思わない ⑰生への執着—長生きしたいと思っている (3)一般的心理状態 ⑱心理的安定性—①不安の程度 ②緊張の程度 ③憂うつ程度 ④フラストレーションの程度 ⑲Maslowの基本的ニードの中で、現在どのニードが最も強いのか ①生理的、②安全、③所属と愛、④評価、⑤自己実現、⑥認識、⑦美 ⑳総合的に判断して、患者が今悩んでいる事、心配している事があるか () (4)家族・医療従事者・職場の人・友人(知人)に対する患者の心理状態 ㉑最も結びつきの強い人は誰であるか () * ㉒各人に対する感情(表略) *	0~3	4~6	7~10	2	2	2	2	1	2	
	Y		N	2	0	2	2	2	0	
	Y		N	2	0	2	2	2	0	
	Y		N	2	2	2	2	2	0	
	Y		N	2	2	2	2	2	0	
	Y		N	2	2	2	2	0	0	
	①		②	2	0	2	2	2	2	
	①		②	2	2	2	2	2	2	
	Y		N	2	2	2	2	2	2	
	*	低い	中等度	高い	1	1	2	2	1	1
	*	適度	低い	高い	2	0	1	1	2	2
	*	適度	低い	高い	2	1	1	1	1	1
	*	適度	低い	高い	2	0	2	1	2	2
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
	N		Y		0	1	2	0	2	
					妻	妻	妻	夫	嫁	
					+	+	+			

情報項目	回答とその得点			症例の結果					
	2点	1点	0点	①	②	③	④	⑤	⑥
○協力の程度：どの程度治療方針を受け入れて協力しているか									
○熱心さの程度：治療に対してどの程度関心を持っているか									
○努力の程度：自己の回復を求めて不断の努力をしているか									
⑩病気からくる症状について知っているか（特に初期症状）	充分	中等度	低い	1 +	1	2	2	1	1
⑪合併症とその予防について知っているか	充分	中等度	低い	0	1	2	1	0	1
⑫症状の好転あるいは落ちつきを感知しているか （自分の症状が現在どんな状況にあるのかを理解しているか）	Y		N	0	2	1	2	2	2
(2)食事療法に関する知識									
⑬食事療法の原則についての知識									
⑭制限食を正しく知っているか否か	充分	中等度	低い	0	2 +	1	1	2	1
⑮最も注意しなければならない事（原則）は、何であるのかを知っているか	充分	中等度	低い	0	1 +	1	2	1	0
⑯食事療法（制限食）の必要性と効果についての知識 「何故、食事療法を行わなければならないのか」を病気又は症状と関連させて、理解しているか	高い	中等度	低い	0	2 +	1	1	1	1
⑰食事療法に必要な栄養学的知識 （各栄養素たとえば“蛋白質”等の自分の病気への影響を知っているか?）	高い	中等度	低い	0	1	1	0	1	1
⑱食品についての知識—①適した食品、不適当な食品を知っているか	充分	中等度	低い	0	1	1	1	1	1
②どうしてそれらの食品が適、不適であるのかを知っているか	充分	中等度	低い	0	2	1	1	1	1
⑲食事療法とその他の療法（運動 or 薬物）との関連について知っているか	充分	中等度	低い	0	2	1	1	1	1
⑳実際の自分の食生活についての認識 食生活が順調にいくのはどうしてか、反対に制限食が守れないのはどうしてか、自分の食生活のどこに問題があって、病状が悪化したのか等についての認識がされているか	高い	中等度	低い	0	1	1	1	2	1
4) 習慣									
(1)日常生活習慣									
㉑食事の型と特徴—①外食、会食の頻度が多い	N		Y	2	1	0	0	2	2
②食事摂取時のスピード *	普通		速い 遅い	2	2	2	2	2	2
③食事内容はバランスがとれている	Y		N	0	1	2	2	0	0
④好き嫌いが多い	N		Y	2	1	2	2	2	0
㉒飲酒、コーヒー、茶の嗜好品について *				+					
(2)入院中の食行動									

情報項目	回答とその得点			症例の結果					
	2点	1点	0点	①	②	③	④	⑤	⑥
①治療食の摂取状況(量)	2/3以上	1/2以上	1/2以下	2+	1	1	2	2	2
②病院で出されている治療食の内容に関心を示しているか	Y		N	2+	1	1	2	2	2
III 身体的条件									
(1) 一般的身体状態									
③③ 体質的アレルギーの有無	無		有	2	2	2	2	2	2
④ 食品に対するアレルギーの有無 ()	無		有	2	2	2	2	2	2
④ 機能的状態—a 感覚器管の障害の有無(臭覚, 視覚, 味覚の異常)	無		有	1	2	2	2	0	2
⑤ 咀嚼機能が十分である	Y		N	2	2	1	2	2	2
⑥ 動作の可動域は, 十分である(食事摂取に努力を要しない)	Y		N	0	2	1	2	2	2
④ 睡眠は十分にとれている	Y		N	0	2	2	2	2	2
④ ④ 排泄障害がある(夜間頻尿, 便秘, 下痢等)	N		Y	2	2	1	2	2	0
⑤ 便秘, 下痢のために, 食事に工夫をこらす必要がある	N		Y	2	2	2	2	2	2
④ 皮膚の清潔は守られているか	Y		N	2	2	1	2	2	2
IV 医療的要因									
④ 患者の性別, 年齢より必要な栄養所要量(熱量, 蛋白質, 糖質, 脂質, 塩化ナトリウム)	栄養所要量			1500	2500	2000	1500	1700	1900
④ 患者の治療食内容	治療食				2000	1500		1600	
			蛋白質 g						60
			脂質 g						40
			糖質 g			339		339	
			塩分 g	15	15	15	15	15	15
				5	8	5	5		6
	比較	% 注④	熱量 cal		100	80.0	75.0	100	94.1
			蛋白質 g	100	57.14	100	100	100	66.7
			脂質 g	100	100	100	100	100	100
			糖質 g	100	100	59	100	53.1	100
			塩分 g	33.3	35.3	33.3	33.3	31.0	40.0
			平均%	86.6	78.1	73.5	86.7	78.9	48.1
注④	比較% = (治療食内容 / 栄養所要量) × 100								
V 外的要因									
1) 家族環境									
(1) 家族の特徴									
⑤ 家計: 病気治療のために, 家計がどの程度圧迫されているか	無	中等度	高い	1	1	2	2	1	2
⑤ 家族成員の個人史(表略)									
⑤ 遺伝的素因がある ()	N		Y	2	2	1	0	1	2
⑤ 家族の雰囲気—① 民主的・対立的・独裁的	民主的		対立的 独裁的	2	2	2	2	2	2

情報項目	回答とその得点			症例の結果					
	2点	1点	0点	①	②	③	④	⑤	⑥
①食事の雰囲気			楽しい	2	1	1	2	2	2
②家族的な信仰がある	Y		N	2	1	0	0	0	0
③食習慣—①a) 家族に特有の食生活が認められる	Y		N	0	1	0	0	0	0
④栄養状態に片寄りの傾向がある (例・肥満)	N		Y	2	2	0	2	2	2
⑤患者の疾病が原因となって家族環境に変化が生じた	N		Y	0	2	0	2	1	2
⑥食事療法への家族の参与									
⑦a) 家族成員の栄養に関する "関心" がある	Y		N	2	2	2	0	0	2
⑦b) 家族成員の栄養に関する "一般的知識" がある	Y		N	1	2	2	0	0	2
⑦c) 家族成員の治療食に関する "関心" がある	Y		N	2	2	2	2	0	2
⑦d) 家族成員の治療食に関する "一般的知識" がある	Y		N	1	2	2	0	0	
⑦e) 家族は今までに患者に協力を示してくれたか Yes: 理解があり, 病人傾向食でも不平を言わず食べてくれる Mix: 調理者以外の家族からは協力が得られにくい。(不平が多い) No: 協力が得られない	Y	M	N	2	2	2	0	0	2
⑦f) 家族の中で治療について話し合う機会はあるか	Y		N	2	2	0	0	1	0
(2)物理的環境									
⑧住居は (①自宅, ②社宅, ③借間, ④借家, ⑤アパート, ⑥寮, ⑦マンション) である	()			①	②	①	①	①	②
⑨患者の休養室は確保できるか	Y		N	2	2	2	2	2	2
⑩衛生状態 (台所, 部屋) は良いか	Y		N	2	2	2	2	2	2
(3)家族との人間関係									
⑪各メンバーとの関係は, 依存的・相互協力的・独裁的であるか									
⑪a) 配偶者	相		独・依	0	2	2	2	2	2
⑪b) 両親	相		独・依	+	+	+			
⑪c) 同胞	相		独・依						
⑪d) 子供	相		独・依						
⑫家族の中で本人の位置—①心理的指導者の立場, ②孤立的立場, ③依存的立場	①	②	③	2	2	2	2	0	2
⑬現在の家族間の交流パターンは円満か	Y		N	2	2	2	2	2	2
⑭a) 患者は誰と一番結びつきが強いか () *				妻	妻	妻	夫	娘	

情報項目	回答とその得点			症例の結果					
	2点	1点	0点	①	②	③	④	⑤	⑥
⑦9職業(学校) — ①上役, 同僚, 下役との間は, うまくいっているか	良い		悪い	2	2	2			
②職場の雰囲気はよいか	良い		悪い	2	2	2			
③病気に対する関心を持ち, 治療食を支援してくれる人はいるか	いる		いない	1	2	2			
⑧0友人 — ①親しい友人はいるか	いる		いない	1	2	2	0	0	0
⑧1知人 — ①隣人との関係はよいか	良い		悪い	2	1	2	2	1	2
②交際範囲は広い方か	広い		N	2	1	2	2	2	0
⑧2価値基準 — ①職場の病人に対する価値規範 ()									
②友人の ()									
③知人の ()									
(3)地域社会									
⑧3地理的要因 — 類型: ①都市, ②農村, ③工業地帯, ④漁村, ⑤繁華街, ⑥商業地帯, ⑦住宅地 *	()			①	②	③	④	⑤	⑥
⑧4 ①今住んでいる地域あるいは, 以前住んでいた地域に特有の食習慣があるか *	N		Y	2	0	2	2	2	2
②それが患者の食事療法をする上での妨げになっているか	N		Y	2	2	2	2	2	2
⑧5 ①今住んでいる地域に特産物があるか () *	Y		N	1	0	2	2	0	0
②それが, 食事療法をする上での妨げになっているか	N		Y	2	2	2	2	2	2
⑧6今住んでいる地域の衛生状態はよいか	Y		N	0	2	2	2	1	2
⑧7今住んでいる家の近くに, 食事療法をしていくうえで, 利用できるような食堂があるか	Y		N	0	0	0	0	0	0
⑧8今住んでいる近くに, 食事療法をしていく上で使用する食品を買い求める場所があるか	Y		N	2	1	2	0	0	0
⑧9今住んでいる家の近くに食事にに関して相談する場所があるか又は人がいるか	Y		N	0	2	2	0	0	0

計 161 項目

(昭和53年 3月22日受付)

Factors Which Have an Effect on
The Self-control Behavior of Chronic Disease Patients.
A Study of Nursing on Chronic Disease
Patients Who Need Diet Therapy and
Who Are Admitted into Hospital Repeatedly—

Yuriko Hosaka, Yūko Kita.

This is a report about factors which have an effect on chronic disease patients who are under treatment at home. The diet therapy was mainly discussed.

The study was done upon the 10 chronic disease patients who had experienced repeated admission into hospital. The following five lists were used to obtain the information of individual patients

1. Birth and past history
2. Internal factors
3. Physical factors
4. Medical factors
5. External factors

The above lists were divided into 161 items, and the analysis, based on the information obtained through actual nursing practice, was made.

The result shows that the factors of the 70 items among the 161 were considered to have an effect on the patient's behavior. The following four factors were especially important among the others.

- 1) The degree of knowledge and concern about the diet therapy of the family members
- 2) The degree of the patient's frustration due to the diet therapy
- 3) The degree of the patient's knowledge about his (or her) disease and the diet therapy
- 4) The pattern and characteristics of diet in the patient's daily life. (ex. eating-out)

Besides the necessity of giving education to the patient, we are convinced that education is also necessary to his (or her) family members ; especially education to a person who is closer to the patient is extremely important.

Factors, which prevent successful home treatment from being carried out, are certainly very complicated and difficult to determine. Therefore, further study is intended as to the appropriate items of data, the method of analysis, and some others.