



中外製薬

Roche ロシュ グループ

腎不全看護

Seminar Report

日本腎不全看護学会 第23回教育セミナー

透析患者の精神・心理
透析患者の心理と家族支援
患者教育についての理解
ストレスコーピングの理解

連載 看護研究のためのHow To文献検索



腎不全看護 Seminar Report

日本腎不全看護学会
第23回教育セミナー

2005年9月24日(土)・25日(日)

北九州市立商工貿易会館2階多目的ホール
北九州市小倉北区古船場町1-35

講座Ⅶ(1)(2) 透析開始から終了までの看護

透析患者の精神・心理 1

日本赤十字九州国際看護大学 坂本洋子

透析患者の心理と家族支援 4

福岡県立大学 三村洋美

講座Ⅴ(1) 患者教育についての理解

患者教育についての理解 7

日本赤十字九州国際看護大学 下山節子

講座Ⅳ(7) ストレスコーピングの理解

ストレスコーピングの理解 10

聖ルカレジデンス 伊野恵子

連載

看護研究のための How To 文献検索 13

京都大学医学部保健学科 江川隆子

実践から理論へ，理論から実践へ

日本腎不全看護学会副理事長 水附裕子

日本腎不全看護学会では、前身である日本透析看護研究会として発足して以来、日本腎不全看護研究会の時代を経て22年間、腎不全看護の専門性について考えてきました。この間、末期腎不全患者さんの継続的な増加や医療を取り巻く社会的・経済的状況の変化、あるいは技術の進歩などに伴い、腎不全看護のあり方も変化してきています。このような変化のなかであって、つねに臨床における実践能力の向上を重要視し、臨床看護の質の向上に主体的に取り組める看護師の育成や看護の充実をめざして、セミナーや資格制度を実施しております。セルフケアの援助や生活調整の支援、透析療法に伴う固有の知識や技術などは腎不全看護の特性としてあげられます。そこでは実践のなかで見出される論理の構築も、また重要なものとなってきています。本セミナーでは、日ごろの実践に必要な、看護とその周辺の理論をテーマとしております。

看護には変わるものと変わらないものがあると思いますが、変化を積極的にとらえ、理論を実践に生かし、普段の仕事を新しい仕事に変えられるように自らが変化していくことも重要ではないかと思います。本セミナーをその一助としていただけることを願ひまして、ご挨拶とさせていただきます。

(日本腎不全看護学会ホームページ <http://www11.ocn.ne.jp/~jann1/>)



透析開始から終了までの看護 透析患者の精神・心理

日本赤十字九州国際看護大学 坂本洋子



はじめに

治療の継続と生活上の制限などにより、透析患者には身体的問題のほかにさまざまな精神・心理的な諸問題も発生する。ここでは、透析患者の精神・心理と、必要な援助についてみていきたい。

透析患者の問題の所在

透析患者に現れやすい問題の所在として、透析療法では長期にわたって身体的な負荷がかかるため、合併症の問題がある。近年、糖尿病性腎症患者が増加しており、透析中の血圧低下、視力障害、神経障害、脳血管障害、虚血性心疾患などが問題となっている。また、高齢化による動脈硬化の進展や認知症などの問題もある。心理・社会的な側面としては、治療が長年にわたることから治療意欲の低下、自己管理不良、運動機能低下、治療と職業の両立困難といったことが起こる。また、家族の高齢化や死亡に伴って療養支援が得られないという問題も起こりうる。

患者のストレスも透析に伴う問題の所在としてあげられる。透析患者のストレスとしては、①透析をつづけるあいだ食事・水分制限が必要、②決められた日時に透析療法を受けなければならないという日常生活・社会生活の制限、③くり返される透析による拘束感、④身体的体力の低下、腎不全由来の合併症が出現しやすい、⑤生命予後に対する不安、死への不安、⑥配偶者や家族の高齢化、死による孤独感などがあり、これらの要素は心理的な問題の原因となる。

一方、透析患者の家族のストレスとしては、①患者の透析が生活の中心となることによる暮らしの組替え・制限、②医療機関への送迎（時間的・労力的・経済的負担）、③食事管理の負担感、責任感、④医療スタッフからの叱咤激励、⑤患者が子供の場合、今後の成長への不安、⑥家族自身の高齢化や疲労に伴うストレスなどがあげられる。

透析患者に現れる精神医学的問題

透析患者にはさまざまな精神医学的な問題が現れる。春木は、水分管理が悪い、透析拒否がある、あるいは食欲がない、嘔吐がある、眠れないなどの理由でコンサルテーションに訪れた透析患者の裏にひそむ精神医学的

問題を分析した。その結果、透析患者の精神医学的問題として、まず抑うつ（24%）があげられている。つぎに不安（13%）があり、家族（11%）によるものがつづく。また、器質障害に起因するものが20%あり、合併症に起因するものが14%であった。ほか、性格によるものが9%、その他9%であった（図1）。

透析導入期患者の心理

透析導入期（導入から約1年）の患者の心理問題は、大きく喪失体験と受容の2つに分けることができる。まず患者は、導入したことによって役割、立場、仕事、人間関係、日常の生活感覚など、これまでの自分を失っていくような喪失体験の心理にある。受容の段階では、喪失を受け止め、受容していく作業であるが、受容の心理として、透析を受けられるようになって「よかった」という思いがある反面、ずっとつづくことへの不安、後悔、抑うつといった心理にもある。

長期透析患者の心理

春木によると、長期透析患者の心理は、一般化すると、①「ほどよさ」を心得ており、ある程度の節度でコントロールできるという心理、②透析のおかげで長期に生きてこられたことに感謝する心理を有している。一方では、③芯の強さ、頑固・強情な心理があり、長年の経験から、感嘆には自説や主張を曲げないという面もある。また、人には話せなくとも、つねにどのくらいまで生きられるか？いつ死ぬか？といった、死についての根源的な④隠された不安、を有している。そして、⑤希望がほしい、希望をもちたいという心理も強く有している。

糖尿病性腎症の透析患者の問題

糖尿病性腎症を原疾患とする患者の問題としては、①自己管理能力が著しく劣る人が多い、という点があげられており、透析療法に伴う食事や水分制限を守れない場合が多いとされている。またそのほか、②身体合併症がある、③生命予後が悪い、④不安・恐怖がさまざまな形で表出するといった点がある。

糖尿病性腎症患者の心理的反応の特徴としては、①回避・否認、②怒り、③抑うつといった点がある。糖尿病性腎症患者は、糖尿病の状態に長いあいだ目をつづり、その重大性を否認してきたという面がある。その背

後には強い無力感があり、表面上は強がっていても内心は孤独であることも多い。怒りの心理は、受け入れがたい運命に対して無力感をもち、またそれをコントロールできないことによるものと考えられる。そして怒りの感情が自分に向かうと抑うつ状態となってくる。とくに、合併症を有していたり、身体の一部に麻痺のある患者で抑うつが強い。患者のこのような心理を踏まえて、私たち看護師は患者の声によく耳を傾け、中にこもっている思いを吐露してもらうための援助が必要となろう。

■ 援助のあり方

患者への援助のあり方としては、まずなにより、確実に高度な専門医療を提供することが、患者の信頼や安心感につながる。つまりは、医療そのものの質の高さであるといえよう。この病院のこの医療ならば大丈夫、このスタッフのもとで受ける医療ならば大丈夫といったところでは不安は生じないであろう。

また、患者が必要とする情報を的確に伝えることも信頼感の獲得につながる。その際、情報は最新のもので具体的であること、プラスの情報のみならずマイナスの情報も公平に提供すること、個人に関する情報だけでなく全体の傾向が理解できる統計的な情報も提供するという点に配慮したい。

また、情報を伝えるときの医療者の態度にも気を配る。正確に、確実に、可能な限り細やかに伝える点、医療者には常識的なことも患者には理解できていない点に配慮したい。専門的で難しい情報は、かみくだいて患者が理解できるように説明することが必要であろう。

また、具体的な心理的援助のあり方を表1に示す。これらの援助をおこなうことで、患者の心理的負担を取り除くことが看護師には求められる。

■ 透析患者のQOLを高める条件

一般にQOLを高める条件としては、自由度があること、幸福感があること、経済的保証があること、願望の現実（実現?）、仕事や遊びにおける活動性といった点がある。透析患者の場合、これらの点はどれも多くの制限を余儀なくされるため、次第に自己不全に陥りやすい。しかし透析患者にはQOLを高く保っている方も多い。QOLとは個人の人生観や価値観によるものであるため、医療者側が安易に決めつけるものではなく、本人がどのように感じ、どのような幸せを味わっているか、よく聞きだし、ともに喜び合っていく姿勢が大切である。

■ コミュニケーション・スキル

日々の看護において患者とのコミュニケーションは必須である。患者とのよい人間関係を構築するためにも、私たちは効果的なコミュニケーション・スキルを身につけておきたい。川野は効果的なコミュニケーションの技術として25のポイントを、非効果的な技術として15のポイントをあげている。ここではそのポイントを中心に、コミュニケーションの方法をみていきたい。

表1 心理的援助のあり方

1. 患者が心を開いて自由に話し合える人間関係づくり
2. 患者の訴え、語りをよく聴くことから始まる（内面のことまで話せるようなコミュニケーション）
3. 患者の心の不安や葛藤の言語化を促す
4. 心理的抵抗には充分配慮し決して強要しない
5. 気づき、リフレーミングの援助
6. 続けてきた療養人生の中で頑張ってきたことなど肯定的な面に焦点を当てて評価する
7. 家族の間での心理的問題の調整と援助
8. 小さいことでも、生活の中で楽しみや喜びを見つける工夫の援助
9. リラクゼーション法をすすめてみる

効果的なコミュニケーション技術

（※紫字は、「川野雅資：コミュニケーション学を理解する コミュニケーション技術。実践に生かす看護コミュニケーション、学研、2003」からの引用）

- ①**話題の導入**：天気の話など、患者に接するとき自然体で話しかけることができるというのは重要な点である。
- ②**観察したことを表現する**：看護師が観察したことを表現するのは、あなたに関心を持っていますよ、私は気づいていますよ、といった意思表示として役に立つ。
- ③**問いかけ**：「昨日はよく眠れましたか」などの問いかけは有用である。
- ④**受けとめる**：話をききながら「そうですね」「わかります」などのあいづちをうつ。
- ⑤**明確化**：患者の発した言葉を聞き流すのではなく、一つひとつ明確化していく。「いま、家族と言われましたが、それはどなたのことですか」などの確認。
- ⑥**焦点化**：「そのところをもうちょっと詳しく話していただけますか」など、話の焦点が明確になるように促す。
- ⑦**会話を促進する**：「続けてください」「それからどうなったのでしょうか」など、患者の会話を促進することで、患者が勇気づけられて会話が進んでいく。
- ⑧**励ます**：「大丈夫ですよ」「安心してまかせてください」
- ⑨**効果的な沈黙**：一緒に共感しながら考えるしばしの間の沈黙も、コミュニケーションには必要である。
- ⑩**タッチング**：相手にそっと触れることで温かみが伝わる。
- ⑪**患者の感情表現を促す**：「〇〇さんは、いまどのようなお気持ちですか」などと尋ねることで、患者の自己開示を促していく。
- ⑫**患者が考えていることを表現できるように促す**：「そのことについて、〇〇さんはどのように考えていらっしゃいますか」など、感情表現と同様に、患者の自己開示を促す。
- ⑬**看護師が感情表現をする**：スタッフ側が感情を自己開示する。喜びの感情など。
- ⑭**看護師が自分の考えを表現する**：スタッフの考えを自己開示する。
- ⑮**看護師の自己提供**：「私はいま時間がありますので…」「私でよければお手伝いいたします」
- ⑯**よい点を伝える**：患者に自信をもってもらうために、励ましの意味もこめて、よいところを褒め、できているところを評価する。よくなったと思っていても、実際に伝えなければ何も思っていないのとかかわらないため、伝えるということが重要である。
- ⑰**変化していることを表現する**：これも同様に、変化し

表2 効果的でないコミュニケーション技術

1. いきなりおびやかす話題から始める
2. 非難
3. 効果のないくぐさめ
4. 看護師が話しすぎる
5. しつこい質問
6. 看護師が話さなすぎる
7. 意味のない沈黙
8. 意味のない笑い
9. 相手を尊重しない言葉遣い
10. 相手に不快を与えるような立ち振る舞い、オーバーなジェスチャー
11. 突然、結論に飛ぶ
12. 意味なく話題を変える
13. 言葉の重なり（相手が話し終わらないうちに言葉を出す）
14. 患者の表現を抑制する
15. 否定的なニュアンスで語尾が終わる

（川野雅資：コミュニケーション学を理解する コミュニケーション技術。実践に生かす看護コミュニケーション，学研，2003 より抜粋引用）

たと思っているだけではなく、実際に表現して伝える。

⑮ユーモアを表す：ユーモアは感情の開放の役割を果たす。

⑯意図的に現実的な話題に変える：抽象的なことを話し合っていたときに現実と直面するために現実的な話題に戻すということも、実際のコミュニケーションで多々ある。

⑰話をもとに戻す：「ところで、先ほど話されていた薬のことですが……」 私たちのコミュニケーションは治療的なコミュニケーションであり、一つひとつが治療につながるものであるため、話をもとに戻したり、話題に焦点をあてたりすることが重要である。

⑱時間の経過を追う：「昨日の何時ごろですか」「次にどうなったのですか」などの質問は、情報の明確化と、時間に対する観念の確認につながる。

⑲現実提示：「ここは〇〇病院の△△病棟です」

⑳情報提示・提案：「〇〇については、△△という方法や××という方法があります」など、正確な情報提示は重要である。

㉑自己決定を促す：「〇〇さんはどうされますか」など、相手を尊重して、自己決定を促す。こちらから決めつけることのないようにしたい。

㉒要約：「〇〇さんが今日いちばん話したかったことは、お母さんにもっとわかってほしいということだったのですね」といったように、話の内容を要約して代弁してあげることも、コミュニケーションのサポートとなる。

また、川野による非効果的なコミュニケーション技術を表2に示す。このようなコミュニケーションはおこなわないようにしたい。

■ カウンセリング技法の活用

先にみたように透析医療を受けている患者は、頑固で柔軟性がないという一面をもっているため、援助プロセスにおいてカウンセリングの理論や技法がその一助となることもある。ここでは、カウンセリングの理論をいくつか紹介する。

論理療法

論理療法、または RET (rational emotive therapy),

REBT (rational emotive behavioral therapy) ともよばれる技法は、アルバート・エリスにより提唱された。カウンセリングでは、感情面を対象とすることが多いが、論理療法では、思考を変えれば感情が変わり、行動も変わると考え、理性にアプローチする。人の悩みは起こった出来事そのものに左右されるのではなく、その出来事の受け止め方によって左右される。イラショナル・ビリーフ（事実に基づかない非論理的な思い込み、“ねばならない”といった信念）を除くことで、悩みや苦痛を軽減できるとするのが、論理療法である。イラショナル・ビリーフを見つけるには、断定的な言い方や、全肯定・全否定・推測の副詞に注目するとよい。

現実療法

現実療法は、ウィリアム・グラッサーが提唱したもので、彼の唱える選択理論を基盤としている。選択理論とは、人の行動はすべて、人のもつ5つの基本的欲求を満たすために自らが選択しておこなっているものであるとする理論である。5つの基本的欲求とは、①生存（生理的欲求）、②所属（心理的欲求〔協調、愛、人間関係〕）、③力（心理的欲求〔競合、達成〕）、④自由（心理的欲求〔選択、移動〕）、⑤楽しみ（心理的欲求〔学び、遊び〕）であり、このなかで最も強い欲求は所属の欲求であり、所属、つまり人間関係が最も重要であるとしている。そのため、現実療法では人間関係の回復に焦点をあてる。

行動療法

行動療法は、科学を重視し、表面に現れた観察可能な反応や、測定可能な症状を変えることで行動変容を図る技法である。行動は、後天的な条件づけの結果であることを重視する。行動の考え方には（条件づけには）、レスポナント条件づけとオペラント条件づけがある。

レスポナント条件づけは、無条件刺激から無条件反応が起こるということに条件刺激を加え、条件刺激から条件反応を獲得することである。

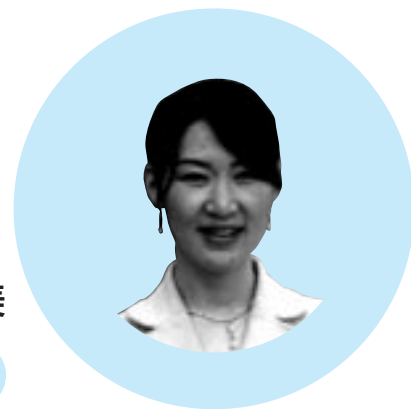
オペラント条件づけは、行動はその結果によって決定されるという考えによるもので、自発的反応は、その行動に伴って報酬（アメ）や罰（ムチ）が加えられるときに、結果としての行動の回数が減ったり、増えたりすることをさす。行動療法、あるいは行動カウンセリング技法には、系統的脱感作法、集団脱感作法、主張訓練、イメージ法、強化法、思考停止法、嫌悪療法、消去法、ロールプレイ強化法、行動契約法、モデル提示法などがある。

■ おわりに

透析患者の心理と、援助のあり方をみてきた。心理的援助には適切なコミュニケーションが必須であり、カウンセリングの技法もその一助となるものと思われる。これらの方法を駆使して、患者の心理的負担を軽減していくことが必要であろう。

透析開始から終了までの看護 透析患者の心理と家族支援

福岡県立大学 三村洋美



はじめに

透析患者は増加の一途をたどり、長期の維持透析療法を継続する患者も増大している。そのため長期療養生活においては家族の役割が重要になる。また、近年では個に対する支援に加え、家族を一つの単位として捉えた家族看護の視点での支援がおこなわれてきている。ここでは、まずはじめに患者個々の心理について考え、つぎに家族看護の視点から家族支援についてみていきたい。

また、透析患者は、病気を有してはいるが、患っているのではなく長期に療養している方ともとらえられる。ここでは、患者とはよばずに、療養者とよぶことにしたい。

療養者の心理

療養者の心理と影響する要素

病気をもって生きることにより、まず、生活の仕方自体が変化する。また、長年の生活面の役割を失う、これまで保持してきた自尊心や自己概念が歪む、未来を予測できず不安になる、病気になったことに腹が立つ、病気になったことを考えると無気力になる、といった変化が起こるとされている。そしてこれらによって、療養者には人生上、生活上、生命上の危機＝ライフ・クライシスが誘発され、同時に過度のストレスを受けることにもなる。

ライフ・クライシス（危機）の誘発に影響する因子として、その人自身の生活史・経歴・パーソナリティ特性、病気の特性、環境条件をあげることができる。一方、過度のストレスには、その人のもつフラストレーション耐性、心理的葛藤の解決のプロセスといった因子が影響する。

慢性疾患をもった人に共通する心理状態として、岡堂は、①日常生活の変化と不安、②饒舌と沈黙、③退行現象、④孤独と疎外感をあげている。日常生活の変化と不安は、慢性疾患の早期と長期経過後では種類が異なるが、長期になると消失するものではない。饒舌と沈黙は、不安が強くなると、饒舌になったり沈黙したりすると指摘している。退行現象は、生活の支援を受けることは幼少期の記憶を思い起こさせ、当時の習慣をくりかえさせる。かつての母親への依存心や甘え

を看護師に転移することがあるとしている。孤独と疎外感、自分の体のことにとらわれて、心理社会的な意味での自閉化の傾向を示しやすいとする。

療養者が取り組まなければならないタスク

療養者が取り組まなければならないタスクは大きく、(1) 病気に結びついたものと、(2) ライフ・クライシスに関係するものに分けることができる。(1) 病気に結びついたものとしては、①病気の症状とそれによって生じる不快感や無力感への取り組み、②病気の治療に伴うストレスへの取り組み、③医療従事者との適切な関係性の構築と維持への取り組みがある。(2) ライフ・クライシスに関係するものは、①感情面の安定への取り組み、②自己観の修正と自尊心の維持への取り組み、③家族や友人との関係性安定への取り組み、④将来の不確かなものに対する心の準備がある。

療養者が取りやすいコーピング・スキル

コーピング・スキルとは、問題への肯定的・積極的な行動技能であり、学習可能性を持ち、学習すれば身につくものだといわれている。なかでも、療養者が取りやすいコーピング・スキルがある。ただし、コーピング・スキルがあり、コーピングできるからといってそれですべてよいというわけではないといわれている。

療養者が取りやすいコーピング・スキルとしては、①否認・最小化、②感情の切り離し、③支援を求める、④必須の手順の学習、⑤具体的目標設定、⑥メンタル・リハーサル、⑦現実の受容といったものがある。否認・最小化ではよく、怒りをため込んでしまい、自分よりも弱い人に向かって吐き出すといったことがある。感情の切り離しは、感情を切り離して行動してしまうことであるが、これによって自分の状況を客観的に眺められる場合もあり、よく働く場合と悪く働く場合がある。必須の手順の学習は、自分がおこなわなければならない生活の管理などを身に付ける学習の能力である。

療養者を支えるもの

セルフケアの意味づけの構造

腹膜透析療養者にセルフケアをどのように意味づけているかについてインタビューした結果では、大きな

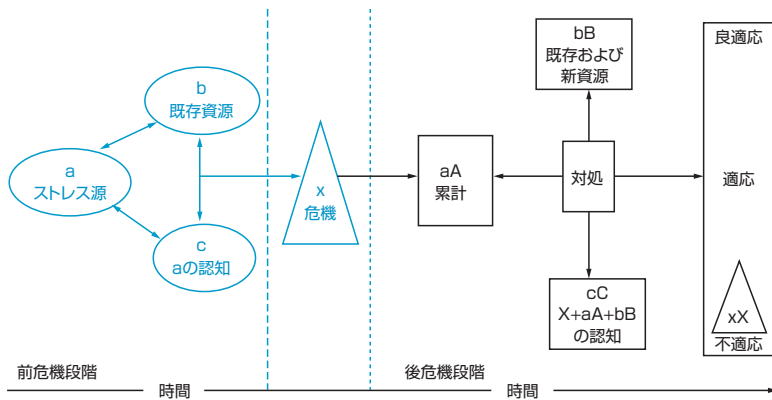


図1 ABC-Xモデルと二重ABC-Xモデル

紫字は Hill が提唱した ABC-X モデル。後に McCubbin が黒字部分を追加した二重 ABC-X モデルを提唱した。

(Hill R : Social stresses on the family. In : *Social Casework*, February-March, 1958およびMcCubbin : Family stress theory: The ABCX and double ABCX models. In : *Systematic Assessment of Family Stress, Resources, and Coping*, 1981, p9 より改変引用)

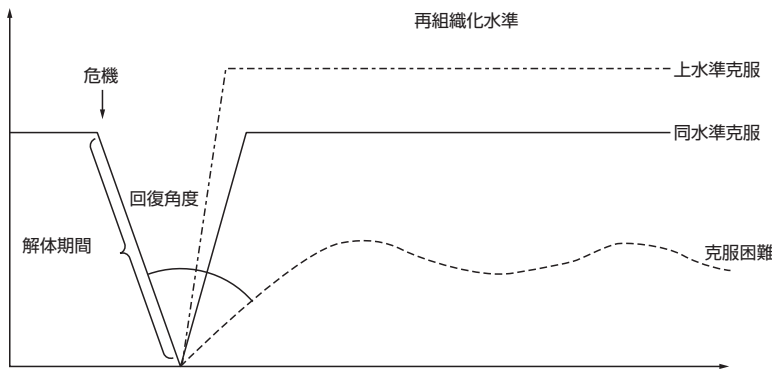


図2 ジェットコースターモデル

(家族ケア研究会：家族生活力量モデル，医学書院，東京，2002 より引用)

柱として、自分自身でコントロールできるという獲得した取り組み、状況の理解のほか、力の源になる支えがあるといった点があげられていた。力の源となる支えには家族の支えがあげられており、家族の存在が療養者には大きな意味を占めていることが理解できる。また家族のほか、医師や看護師などの医療スタッフも支えとなる存在である。とくに、家族のいない療養者には、私たち看護師が家族に最も近い立場として支えていかなければならないであろう。

ソーシャル・サポートとストレス反応

ソーシャル・サポートとストレス反応という研究によると、家族によるサポートが高い人は健康行動に対する有能感があり、疾患に対する対処行動を積極的にとることができるかとされている。健康に対する統制感、自分で病気をコントロールできるという感覚が高いと心理的なストレスは低くなる。

一方、家族のサポートにより療養者の心理的ストレスが軽減される。しかし家族がストレスを和らげているということは、家族も療養者とともにストレスを感じているともいえる。家族のストレスになることとしては、①療養者の病状に対する不安、②経済的な不安、③療養者の送迎に関すること、④食事の問題、⑤家族での役割に関すること、⑥腎臓病に対する不安

と罪悪感、⑦医療者側とのコミュニケーション、⑧予後に対する不安、などがある。

療養者と家族

家族という概念

家族という概念にはさまざまな定義があるが、一般に家族看護論の領域では家族を、夫婦・親子・兄弟など少数の近隣者を主要な成員とし、成員は相互作用しながら同一世帯で暮らしている (Burgess)、あるいは、家族は相互に巻き込まれ、地理的に知覚で生活をしている人々 (Friedman) としている。

家族のもつ力

家族のもつ力はさまざまで、それぞれの家族で、その家族なりの対応があるとされている。何気ない日常のなかで、何気ないその家族なりの対応仕方が隠されている。たとえば、電話には誰が対応するか、家族で食事をするとき誰がどこに座るか、押し売りには誰が対応するのかといった、生活の各場面で、それぞれの家族ごとの対応がある。その対応や方法が、その家族がもつ問題解決のための方程式というものであり、もしも家族のなかの誰かに精神的・身体的・情緒的な問題が生じた場合、その家族はこの方程式にのっとって解決しようとしていくものである。

二重ABC-Xモデル (図1)

家族内に発生した精神的・身体的・情緒的なさまざまな問題、ストレス源により家族が家族危機に陥る要素をモデル化したものに、二重ABC-Xモデルがある。まず、あるストレス源がもたらす家族危機は、ストレス源のみが影響するのではなく、家族のもつ既存の資源、ストレス源に対する認知の3つの要素のバランスによって決まるとする、ABC-XモデルがHillにより提唱された。すなわち、3要素のバランスによっては、同じストレス源であっても、家族危機が起こる場合もあれば、起こらないかあるいは軽度ですむ場合もあるとしている。その後、McCubbinが、時間経過の概念を取り入れ、また後危機段階のモデルを加えることにより、二重ABC-Xモデルを提唱した。このモデルでは、後危機段階では、危機が累積した新たなストレス源には、既存および新資源や危機に対する新たな認知による対処がなされ、その対処如何によって、家族が危機に対して、良適応を得ることができるか、不適応になるかが規定されるとされている。この、良適応、不適応といった適応ははっきり区分できるものではなく、幅をもった連続体としてとらえられる。

危機に対し、良適応になったときには、家族の統合性の維持または強化、成員の成長と家族単位としての発達の双方の維持的推進、家族の自立性と環境の影響を制御できるという感覚がもたらされ、現状以上のよい状態になる。一方、不適応の場合には、家族の統合

健康に関する力(セルフヘルスケア力)

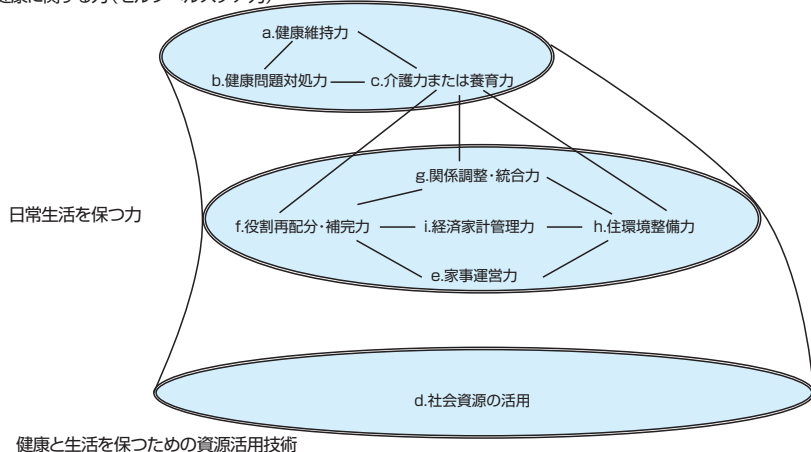


図3 家族生活力量モデルの構成要素の3層構造

(家族ケア研究会：家族生活力量モデル，医学書院，東京，2002より引用)

性の低下，成員の成長はなく家族単位の発達ができないか低下，家族の独立性と自立性の低下，または喪失に陥る。

ジェットコースターモデル (図2)

Hill の提唱するジェットコースターモデルによると，家族に危機が訪れると，家族機能が失われる解体期間に入る。その後，家族機能は回復期間へと入るが，回復期間が短く，危機以前よりも高いレベルの再組織化水準を獲得する場合と，回復期間が長く，以前よりも低いレベルでの再組織化水準までしか回復しない場合がある。

家族生活力量モデル (図3)

家族が健康生活を営むための知識，技術，態度，行動，情動が統合されるものを家族生活力量という。家族はそのような家族生活力量を有しているが，その構成要素の土台にあるのが，健康と生活を保つための資源活用技術である。具体的には，社会資源の活用をさす。日常生活を保つ力は，役割再配分・補完力，関係調整・統合力，家族家計管理能力，家事運営力，住環境整備力から成り立っている。健康に関する力(セルフヘルスケア力)は，健康維持力，健康問題対処力，介護力または養育力から成り立つ。

家族生活力量に関する調査

この家族生活力量に関して，腹膜透析療養者の家族について，ADL 自立群（一人で自由に外出できることのできる人）の家族と ADL 非自立群（家庭内自立または寝たきり）の家族で違いがあるかを，家族生活力量の介護力または養育力および，関係調整・統合力の項目を中心に比較した。その結果，“介護者らは介護などの具体的な手順をだいたい知っている”，“介護などの時間配分はうまくいっている”，“介護などを手伝ってくれる家族員がいる”といった項目で，ADL 非自立群の家族で得点が高かった。一方では，関係統制・統合力に関する，“家族員の自立性や自由を尊重できる”という項目では，ADL 自立群の家族で得点が高かった。

療養者と家族への支援

これまでみてきたように，療養者の家族は，療養者を含んで家族なりに対処していこうとしている。また，療養者は療養者なりの，家族は家族なりのストレスを感じている。このようななか，私たち看護師は，課せられた役割を果たしながら，療養者や家族への支援をおこなっていかねばならない。

看護師の役割

療養者や家族構成員個々に対して私たち看護師は，(1) セルフケア機能を向上させる支援として，①自分の健康状態やその状態への対処方法の判断の基準がもてるような働きかけ，②生活技術が獲得できるような働きかけ，③健康問題への具体的な対応方法が取れるような働きかけをおこなうことが求められる。また，(2) パートナーシップをもたせる支援や，(3) 直接的なケア提供も看護師の役割としてあげられよう。一方で，家族システム，すなわち家族そのものに対して看護師は，(1) 家族のコミュニケーションを円滑にするような支援をおこなっている。具体的には，①構成員それぞれのニーズが表現できるような働きかけ，②構成員間で言語的表現での伝達ができない場合には代弁者となるといった支援である。さらには，(2) 情緒的な交流ができるような支援や (3) 家族ニーズと社会的資源のコーディネートといった点も私たち看護師がおこなっている，あるいはおこなわねばならない役割であろう。

おわりに

透析療養者・家族の心理やさまざまな問題やストレスに対する家族理論，および看護師の役割について概説した。これらの点を理解しながら，私たち看護師は本来の家族のもつ力を最大限に引き出していくことが必要である。

文献

- 1) 家族ケア研究会：家族生活力量モデル，医学書院，東京，2002
- 2) Marilyn M. Friedman：家族看護学 理論とアセスメント，野島佐由美監訳，へるす出版，東京，1993
- 3) Hanson SMH ほか：家族看護学 理論・実践・研究，村田恵子ほか監訳，医学書院，東京，2001
- 4) 鈴木和子ほか：家族看護学 理論と実践第2版，日本看護協会出版会，東京，1999
- 5) 日本腎不全看護学会編：透析看護，医学書院，東京，2003
- 6) 三村洋美：高齢 CAPD 患者のセルフケアの意味 構成要素の探索，日本看護研究学会雑誌 **26**：67-78，2003
- 7) 人見裕江ほか：CAPD 療養者の ADL と家族の介護力および家族関係調整・統合力との関係，厚生指標 **50**：23-29，2003
- 8) 三村洋美ほか：壮年期腹膜透析療養者のセルフケアの認識 セルフケアの意味の構成要素，看護研究 **37**：53-63，2004
- 9) 吉川悟：家族の日常をつくるための方程式，こころの科学 **122**：27-32，2005
- 10) 森岡清美ほか：新しい家族社会学，培風館，東京，1997

患者教育についての理解

患者教育についての理解

日本赤十字九州国際看護大学 下山節子



はじめに

長期にわたる治療継続が必要な透析医療では、患者教育も重要な役割を果たす。ここでは患者教育について理解するため、看護における教育の対象をどう理解するか、教育とは何か、そのプロセスはどのようなものかをみていきたい。

対象を理解する

疾病およびウェルネス状態と健康教育の関連

図1に、疾病およびウェルネス状態と健康教育の関連を示す。透析看護の領域では、図の右上を占める、病気・疾患をもちながら満足に生活している状態の患者が対象となり、自己管理・再常態化を促す教育が必要となる。つまり、疾病のない状態をめざすのではなく、疾病がありながらウェルネスである状態をめざすこととなる。

そこで、私たち看護師は医学的なデータにもとづいた客観的な病気のほか、患者自身のその病気の捉え方である“主観的な病気”を診断しケアすることにより専門性を発揮しなければならない。

病みの軌跡

慢性の病気管理のための看護モデルでは、慢性疾患は「日常の生活にさまざまな問題をもたらすため、患者と家族は生活の質を維持し、その問題を管理しなければならない」とする。また「起こりえる結果を予測し随伴する障害に対応する」。そして「病者が病気とどのように付き合ってきたかに焦点を当てて「病みの軌跡」をたどることにより、慢性の病気をもつ人の理解をする」とする「病みの軌跡 (illness trajectory) ¹⁾」の概念が提唱されている。病みの軌跡は、病気の慢性的状態は長い時間をかけて多様に変化していく一つの行路 (course) を示すという考えにもとづいている。

患者の生活史上のニーズと日常の生活活動の実行状況について聞くと、そのことが病気の管理にかかわる選択や病みの行路に影響していることがわかってきている。ゆえに、病みの軌跡をたどることで、対象者の立場に立ちやすくなり、対象者の気持ちに沿ったア

プローチがしやすくなる。たとえば、一面だけを捉えれば医師の指示を守らない困った人と見えていた患者も、病みの軌跡を聞くことによって、なぜ守らなかったのか、守れなかったのか、その患者の抱えている問題を理解することができる。

病みの軌跡のさまざまな局面としては、前軌跡期、軌跡発症期、クライシス期、急性期、安定期、不安定期、下降期、臨死期などがある。

受容過程

対象を理解するためには受容過程を知っていく必要もある。社会心理的变化は、身体的変化のあとにつづいて少しずれて起こる。この不一致が起こったときに葛藤が生ずる。しかし、葛藤は人にとって成長するよい機会であり、必ずしもマイナスなものではない。

コンプライアンス

コンプライアンスとは、医療者が指示した療養法を守ることであり、受動的な行動をさす。患者理解のためには、コンプライアンスに対するその人の反応をアセスメントする必要があるが、単に医療者の指示に従っているかどうかという視点ではなく、セルフケアや自己決定ができているかという視点から判断しなければならない。

近年、コンプライアンスに代わり、病気のコントロールに必要なセルフケア行動が適切におこなえること、という能動的な意味をもつ“アドヒアランス”という言葉も用いられてきている。

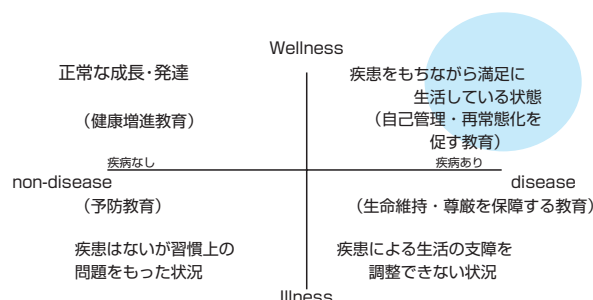


図1 疾病およびウェルネス状態と健康教育の関連

(安酸史子：慢性の病気と健康の捉え方。TACS シリーズ3 成人看護学—慢性期、中西睦子監、建帛社、1999、p4より改変引用)

QOL

慢性疾患は、長期にわたり治療・看護を必要とする疾患である。つまり、慢性疾患は治癒がゴールではなくコントロールする病気といえる。よって、治療・看護のゴールは慢性の病気をもつ人のQOLの維持・向上であり、対象者が病気をコントロールし、QOLの維持・向上をめざし、いきいきと充実して生きることが重要である。

対象を理解するために

現実を正しく知覚し、受け止めていくには、精神力と勇気が必要であるが、慢性の病気をもつ人は、病気との長い付き合いの経験を通して、人間として成長することは多い。そのような視点をもって慢性の病気を有している人を理解することが大切であろう。

■ 教育とは・・・患者教育に必要な種々の概念

共同目標

共同目標は、看護ケアが必要な状態に対して、看護の対象と看護者との両者が話し合い、共同(合意)して設定する目標である。したがって、その目標は、看護を提供する看護者の目標でもある。共同目標を設定する意義としては、①対象の(保健)行動を動機づける、②提供される看護ケアの必要性の理解を容易にし、対象の看護ケアへの協力、参加を促す、③看護ケアの結果に対して、対象と看護者による評価を可能にする、④目標達成を容易にする、といったことがある²⁾。

ケアリング

ミルトン(Milton)はケアリングを「相手を人間として尊重すること、そばにいてこと」と定義している。これは比較的長い過程を経て発展していくような他者とのかかわり方であり、ケアする人、される人に生じる変化とともに成長発展する関係をさしている。専門家としてのケアリングは、論理的な思考過程を踏むこと、問題解決を活用した意思決定とヒューマンズムの立場に立った人間理解の両方をバランスよく実践できること、が必要である。

エンパワメント教育モデル

エンパワメントとは、自己管理における対象者の自信をつけるためのもので、病気をもつ人に自分自身のケアに関する決定権を与えるものである。従来の医学モデルの教育では、専門的知識・技術の提供に重点がおかれ、評価は知識の習得と疾患のコントロールの良否で決定されてきた。よって、医学データの改善が目標とされてきた。一方、エンパワメント教育モデルでは、病気をもつ人に自身のケアに関する決定権を譲ることで、その人が自分の潜在的な力に気づき、自分で納得したうえで行動を変えていくことが目標とされる。

成人教育学

子どもを対象とした教育学(ペタゴジー)では、学

習者(子ども)は依存的なものであるが、成人教育学(アンドラゴジー)では学習者(成人)は、依存状態から自己決定性が増大する。そして、自己決定的でありたいという心理的ニーズをもっている。また、学習の準備状態は、「知への探求」を発見するための条件づくりを求める状態にあり、課題達成中心的な学習の方向づけが有効である。

成人教育の学習理論とは、経験の結果として行動に永続的な変化が伴うことであり、学習理論の基礎は行動変容にある。学習の結果として起こる行動変容には3種類の理論がある。①行動主義の学習理論(行動主義理論によるアプローチ)、②認知主義の学習理論(認知論によるアプローチ)、③ヒューマニスティックな学習理論(ヒューマニズムのアプローチ)、の3つである³⁾。

自己効力理論

自己効力(セルフ・エフィカシー)とは、何らかの課題を達成するためには、ある行動が必要という信念をもち、実際に自分がその行動を実施できる確信のことをさす。バンデューラ(Bandura)は、その期待概念を効力期待と結果期待に区分した。効力期待は、自分がその行動をうまくとれるかどうかに関する期待であり、結果期待は、ある行動が結果をもたらすかどうかに関する期待である。この両者を有していると自己効力感が高くなる。

一般にこれまでの患者教育は、患者から情報を聞き、患者に合わせたプランを医療者が立案し患者に勧める方法であった。しかし、慢性の病気をもつ人自身の自己効力を高めることを目的とすれば、その人自身にプランを立ててもらい、達成感をもってもらえるように援助することが必要である。看護師の役割は、自己効力を高めるようなプランを立てるための学習援助であるといえる。

■ 教育のプロセス

成人教育は、①雰囲気(learning climate)づくり、②参加的学習計画のための組織構造の確立、③学習のためのニーズ診断、④学習目標の明確化、⑤学習活動計画の開発、⑥実施、⑦学習ニーズの再診断、といったプロセスをとる⁴⁾。

指導前段階

指導前段階としては、学習の雰囲気づくり、学習のための組織構造の確立が必要となる。そして、患者が自分の健康問題に関してどの程度学習ニーズをもっているかを慎重にアセスメントする。①健康状態、②健康に対する価値観、③発達上の特徴の3つに、④これまでの学習経験を加えた、4つのカテゴリー⁵⁾を用いるなどして、患者が学習を始めようとするスタートラインにあるかどうかを総合的にアセスメントしなければならない。

指導計画⁶⁾

・ステップ①：患者の学習ニーズの優先順位を決定する

学習計画の第一歩として、まず学習ニーズの優先順位を決定する。対象のニーズ、学習レディネス、時間などを考慮し、急を要するニーズを発見し優先度を決定する。人が集中力を維持できる時間を考慮し、教育に30分以上かかるような計画は立てないようにする。また、優先度の高いニーズと患者自身の学習ニーズが一致していることも重要である。

・ステップ②：目標を設定する

看護者が設定するのではなく、「共同計画」でみたように看護者と患者・家族の共同で設定する、あるいは患者自身が自己決定するのが望ましい。

・ステップ③：対象の具体的な行動目標を決める

学習目標には認知領域、精神運動領域、情意領域の3つの領域があり、学習者のニーズに応じて各領域の行動目標を設定するのがよい。認知領域の目標は、知的能力を反映する課題で、精神運動領域の目標は、身体的手段・技術・運動を通して達成される課題である。情意領域の目標は感情や態度、価値観の表現である。

これらの領域の目標を設定する際には、たとえば、薬の自己管理について知っている（認知領域の目標）、血圧が管理できる（精神運動領域の目標）、といった曖昧な表現ではなく、それぞれの薬を何時に飲むのかがいえる、正確に血圧を測定することができるといったように、実際に評価できる目標とするのが望ましい。

・ステップ④：指導方法を決定する

学習ニーズのアセスメントを受け、誰が、いつ、何を、どのように、どこでおこなうのかといった具体的指導内容と指導法や教材を決定する。さまざまな指導方法を表1に示す。

・ステップ⑤：実施

教育計画の実施がうまくいくかどうかは、教育に必要な看護者の知識・技術・態度と学習者のレディネスに左右される。指導の効果を高めるためには、①チャンスをつかむ、②目標設定に対象者が関与する、③対象者の知っていることから始める、④簡単なことから複雑なことへ、⑤対象者の好む学習形態にあわせる、⑥学習領域によって目標をわけ、といった点がポイントである。

・ステップ⑥：評価

教育を実施した後には、看護者のおこなった教育は適切であったか、対象は学習したかを評価する。評価は、教育のプロセスの重要な要素である。

教育の段階を踏みながら、集めたデータ、アセスメントの妥当性、指導方法や内容など、計画の適切さ、指導の効果、目標の達成度などについて評価しつつつける。この教育評価をすることで、看護者の教育技術も評価でき、看護者の能力開発に役立つ。評価を適切におこなうためにも、目標設定の際に測定できる明確な目標を設定しておくことが重要である。

表1 指導方法

セルフ・モニタリング

目標に向かっていく途中の自分の変化を観察記述する方法
自分の変化を客観的に理解し、行動変容による効果を自覚できる

ステップ・バイ・ステップ法

目標を立て段階を追って実施していく方法
有効性の根拠は、①実現可能感を高める、②無力感の増強防止

行動強化法

目標行動の遂行により強化因子を与える方法
行動の直後に自分にとって好ましいことがおきると、同じ行動を繰り返すよう条件付けられるという考えに基づいている

リフレーミング

ある事実の意味を変えるためその人がもっている枠組みを変えること
認知過程の偏りを修正することで心理的苦痛や非適応的な行動が改善

ピア・ラーニング

同輩同士で問題解決や目標達成のために取り組む方法
効果は、①方法論を学ぶ、②自分の可能性へ予測が高まる

(岡美智代：援助のための方法、TACSシリーズ3 成人看護学一慢性期、中西睦子監、建帛社、1999、p56より改変引用)

慢性の病気の人に対する援助の特徴

急性の病気の治療では、ヘルスケアの専門家（医者や医療スタッフ）が第一の決定者であり、治療内容をコントロールする。病気をもつ人はその専門家の指示に従うという医学モデルで治療が展開される。一方、慢性の病気はセルフケアを要する病気であるため、急性の病気への援助とは異なり、慢性の病気をもつ人はその病気をもって生きている患者のプロであるという態度で、専門家が病気をもつその人と相談しながら、問題を一緒に解決していくプロセスを経る当事者参加型の援助方法をとる。そこでは、医療者には、患者の体験世界を理解することが求められる。慢性の病気は一生の病気であるため、病気をもつ人自身の判断を受け入れ、自己決定を尊重する姿勢が必要となる。

「その本人にとって、その病気がどういう意味をもっているのかということに近づかないかぎり、よい看護は展開できない」という言葉が、慢性の病気をもつ人への援助のあり方を示している。

おわりに…教育とは

教育とは、一方的な知識の伝達ではなく、患者およびその家族に内在する健康や療養生活そのものに対する問題解決能力を引き出し、対象自身の力で解決できるように側面から支援することである。人間を対象とし、対象の自立性を高めることを目的とした教育におけるこの援助は、看護と教育が共通する理念をもっていることを示しているといえる。

文献

- 1) Pierre Woog：慢性疾患の病みの軌跡 コービンとストラウスによる看護モデル、黒江ゆり子ほか訳、医学書院、東京、1995
- 2) 小野幸子：看護援助のためのキー概念、共同目標、TACSシリーズ3 成人看護学一慢性期、中西睦子監、安酸史子編、建帛社、東京、1999、p29
- 3) Nancy I. Whitman ほか：ナースのための患者教育と健康教育、安酸史子監訳、医学書院、東京、1996、p68
- 4) Malcom S. Knowles：成人教育の現代的実践―ペタゴジーからアンドラゴジーへ、堀薫夫ほか監訳、鳳書房、東京、2002、p65
- 5) Nancy I. Whitman ほか：ナースのための患者教育と健康教育、安酸史子監訳、医学書院、東京、1996、p175
- 6) Nancy I. Whitman ほか：ナースのための患者教育と健康教育、安酸史子監訳、医学書院、東京、1996、pp. 204 - 222

ストレスコーピングの理解

ストレスコーピングの理解

聖ルカレジデンス 伊野恵子



はじめに

透析患者は透析による日常生活上の制約、穿刺の痛み、食事・水分制限、さらには病状への不安などストレスフルな状況にある。患者はこれらのさまざまなストレスに対処する必要があり、私たち看護師にはその援助が求められる。ここでは、患者の援助に役立てられるよう、ストレスとは何か、ストレスへの対処法であるコーピングをみていきたい。

ストレスとは

人間は環境との相互作用を通して、さまざまな刺激を受け、それらに対処することにより、効果的かつ能率的に自己のエネルギーを再配分し、安定した状態を維持している。つまり、ストレスというのは人間に恒常的にみられる状態である。また、ストレスというと避けるべきもの、避けたいものであるが、生命の存続と成長にとって不可欠なものであるともいえる。

なお、ストレスはもともと物理学の用語で「外からの力により生じる応力（緊張状態）」をさしている。外からの刺激のことをストレッサーというが、現在では一般的に、ストレッサーとストレッサーによって緊張状態が発生している状況（ストレス状況）を含めてストレスとよばれることが多い（図1）。

ストレスの定義

ストレス学説で有名なセリエ（Selye）は、ストレスを「生体内に生じた生命現象のゆがみであり、対外から加えられた各種の刺激作用因子（ストレス因子）に応じて、体内に生じた損害と防衛の反応の総和」であるとしている。

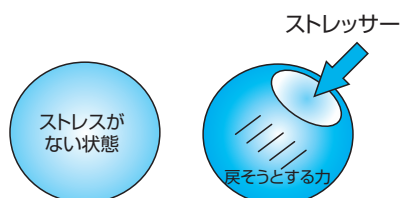


図1 ストレッサーとストレス反応

また、ラザルス（Lazarus）は、ストレスについて、「人間と環境との間の特定の関係であり、その関係とは、その人の原動力に負担をかけたり、資源を超えたり、幸福を脅かししたりすると評価されたりするものである」としている。加えて、脅威となるものの価値を規定するのは人間の側の主観的な事実であるともいっている。つまりラザルスは、不安やフラストレーション、人間の情動的なネガティブな側面のことをさしてストレスとしている。

ストレッサーの種類

ストレッサーにはさまざまなものがある。よいものも悪いものも含め、人間が外から受ける刺激はすべてストレッサーであると考えることができる。そのストレッサーを区分すると、大きく4つに分類することができる。その分類は、①物理的ストレッサー、②化学的ストレッサー、③生物的ストレッサー、④心理社会的ストレッサーである。物理的ストレッサーとしては、寒冷、高温、放射線、騒音などをあげられる。化学的ストレッサーは、酸素、薬物、排気ガス、飢餓などであり、生物的ストレッサーは、細菌、ウイルス、花粉などである。また、それらによって起こる風邪、インフルエンザ、アレルギーなども生物的ストレッサーである。心理社会的ストレッサーは、配偶者の死、離婚、試験、退職などである。人間関係もこれに含まれよう。

米国の精神科医であるホームズ（Holmes）とレイエ（Rahe）は、生活に大きな変化をもたらす、心理社会的ストレッサーとなり得るライフイベント43項目を評価し、再適応に要する負担を数量化した社会再適応評価尺度（SRRS）（表1）を作成した。LCUはLife Change Unit（生活変化単位）とよぶものであり、各項目の点数は、「配偶者の死」の100点を基準として算出されている。

ホームズらは、これらライフイベントの点数が1年間に200～300点あると半数以上の人が心身に何らかの異常をきたし、300点以上あった場合には80%の人が病気になるとしている。この点からも、強いストレスは心身に大きな負担となっていることが理解できる。

表 1 社会再適応評価尺度

ライフイベント	LCU 得点	ライフイベント	LCU 得点
1 配偶者の死	100	23 子が家を離れる	29
2 離婚	73	24 親戚とのトラブル	29
3 夫婦の別居	65	25 個人的な輝かしい成功	28
4 拘留	63	26 妻の就職や転職	26
5 家族の一員の死亡	63	27 就学・卒業	26
6 自分の怪我や病気	53	28 生活条件の変化	25
7 結婚	50	29 個人的習慣の修正	24
8 解雇・失業	47	30 上司とのトラブル	23
9 夫婦の和解・調停	45	31 労働条件の変化	20
10 退職	45	32 住居の変更	20
11 家族の健康上の大きな変化	44	33 学校を変わる	20
12 妊娠	40	34 レクリエーションの変化	19
13 性的困難	39	35 教会活動の変化	19
14 新たな家族員の増加	39	36 社会活動の変化	18
15 仕事の再適応	39	37 1 万ドル以下の抵当・借金	17
16 経済状態の大きな変化	38	38 睡眠習慣の変化	16
17 親友の死	37	39 家族が団楽する回数の変化	15
18 異なった仕事への配置換え	36	40 食習慣の変化	15
19 配偶者との口論の大きな変化	35	41 休暇	13
20 1 万ドル以上の抵当・借金	31	42 クリスマス	12
21 担保、貸付金の損失	30	43 些細な違反行為	11
22 仕事上の責任の変化	29		

(Holmes TH *et al* : The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 11:213-218, 1967 より引用)

■ ストレスによる心身の変化

ストレス学説

セリエは、ストレスの刺激によって生じる生体の非特異的な反応を、警告反応期、抵抗期、疲弊期としてたどるストレス学説として表わした（図 2）。ストレス学説によると、身体がストレスにさらされると、まずショック相として、体温・血圧・血糖・神経系の活動が低下し、筋弛緩、胃のただれが起こる。すると、反ショック相として副腎皮質からホルモンが分泌され、体温・血圧・血糖の上昇、筋の緊張、胸腺の萎縮が生じる。このショック相と反ショック相の時期を警告反応期としている。その後ストレスを受けつづけると、副腎皮質からはホルモンが分泌されつづけ、副腎皮質が肥大する抵抗期へと移っていく。ストレスの刺激がさらにつづく、疲弊期となり身体は疲弊し、場合によっては死に至ることもある。

ストレスの程度によっては、短期間で回復し抵抗期でストレスがなくなり回復する場合もあれば、すぐさまこの経過をたどって死に至る場合もある。個々の条件やストレスの大きさ、期間などにより、生体の反応もさまざまである。

ストレスによる心の変化

ストレスにより、体のみならず心にもゆがみが生ずる。ストレスによりもたらされる心のゆがみとしては、①わけもなくいららする、焦る、②何となく落ち着かない、③時間が気になる、④酒やタバコの量が増える、⑤ちょっとした事で腹をたてる、⑥食欲が異常に増す、あるいは減退するといった兆候がある。また心のゆがみに起因して、⑦何となく元気がでない、⑧疲れ易いと感じる、

⑨わけもなく不安や寂しさを感じるといった変化も現れてくる。

ストレス病

強いストレス、長期のストレスによりストレス病がもたらされる。ストレス病には、精神症状、機能的障害、器質的障害がある。精神症状は、うつ病や不安定神経症などで、精神の緊張状態がつづくことにより、精神に障害をきたすものである。機能的障害は、ストレスにさらされることで、器質的な異常はないにもかかわらず身体機能の面で障害が発生するもので、過敏性腸症候群、過換気症候群、自律神経失調症などがあげられる。器質的障害には、緊張性頭痛、胃十二指腸潰瘍、高血圧・冠動脈疾患、気管支喘息、糖尿病、感染症、アトピー性皮膚炎などがある。

■ ストレスへの反応

図 3 は、個人にストレスによる刺激が加わったときに起こる変化を図示したものである。あるストレスに対する個人の反応には、その個人の年齢・性格・行動様式などの個人的要因、社会的支援などのストレス緩衝要因が大きく影響する。これらの要因により、さまざまな結果を示す。ストレスが大きくても、ストレスをどう感じるかというストレス感受性がよく、ストレス処理を円滑におこなえば問題は起こらない。反対に、ストレスの認知が不十分で、処理が円滑でないと情緒的に破綻をきたすこととなる。この、ストレスの処理、適切な対処行動がつぎに述べるコーピングとよばれるストレスへの対処法である。

■ コーピング

ストレスが加わったとき、人はストレス反応を起こし、そのストレスが強かった場合にはストレス病になったりする。しかし、そのストレスに対処できれば、ストレスをはねのけることができ、個人の成長につながっていく。個人がストレスを受け止め、それに対処していくプロセスがコーピングである。

コーピングの特徴として、①コーピングは特性というより、むしろプロセスである、②コーピングは反応という結果ではなく、反応にいたる内的な精神的活動である、③コーピングは人間に加えられた大きな負担と、評価された外的、内的な圧力（要求）を処理する持続的な認知的、行動的努力である、という点があげられる。

■ コーピングの機能

コーピングの機能としては、大きく、情動中心的コーピングと、問題解決的コーピングの 2 つがある。情動中心的コーピングは、気分転換を図るということをして

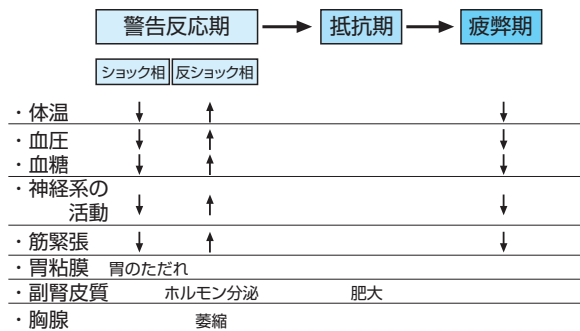


図2 ストレスによるからだの変化

中心とする方法であり、問題解決的コーピングは、問題を正しく捉えて解決していこうとする方法である。これらを、人はどちらかのみでストレスに対処しているわけではなく、ある時期は情動中心的コーピングをおこない、ある時期からは問題解決的コーピングをおこなうといったように用いられることも多い。また、両者がコーピングプロセスにおいて互いに促進したり抑制したりすることもある。

情動中心的コーピング

情動中心的コーピングは、情動的苦痛の軽減に方向づけられた認知的取り組みであり、回避、最小化、退却、選択的注意、肯定的比較、価値づけなどの方法がとられる。考えずに避けてしまうのが回避である。最小化は、“もっと悪いことがある、これはたいしたことではない”と考えることで、退却は、考えないようにする。選択的注意は、考えられることのみ考えようとするものである。肯定的比較は、“いちばん望んだものではないが、代わりのものでもよい”とする心理である。価値づけは、受けたストレスの価値を変えていこうとする。

飲酒、怒りをぶちまけるなどの、心の中にある問題を取り除くための行動的ストラテジーも情動中心的コーピングのうちであり、人は、このような行動をとることによってもストレスの解消を図る。

問題解決的コーピング

問題解決的コーピングは、問題を生じた原因は何か、それを解明するにはどうしたらよいかを情報収集し、問題を客観的に、合理的に分析して、解決策を探していくものである。その方法は、一般の問題解決の際と同様に、①問題の所在を明らかにすること、②解決の選択肢をもたらすこと、③解決法による損失と利益をはかりにかけること、④それらのなかから選択し計画的に行動する、といったプロセスになる。どこに問題があるのかを考えて冷静に対処していくのが問題解決的なコーピングである。

■ ストレスへの対処法

ストレスの解消法としては、スポーツ、会話、適正

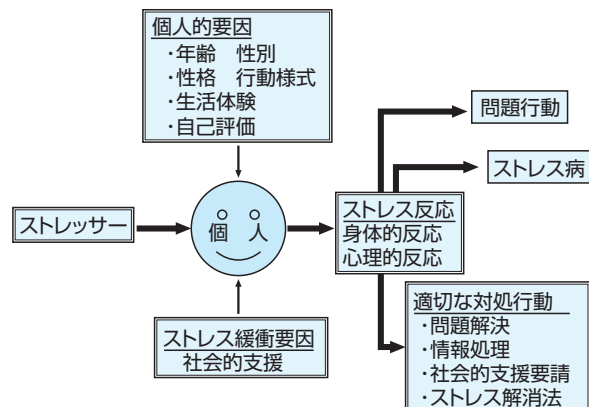


図3 ストレッサーに対する個人の反応

な飲酒、趣味などがあげられる。

他にストレスを解消させる手段として、リラクゼーションもある。リラクゼーションには、自律訓練法、バイオフィードバック、呼吸法などがあり、自立訓練法は、筋肉が緊張すると血流が悪くなるため、1日数回、1回2～3分のイメージトレーニングなどにより筋肉を弛緩させ血流をよくするものである。バイオフィードバック法は、光学的に筋電図を測り筋肉が緊張していることを自覚していくことによって、マッサージなどで緊張をほぐしリラックスする方法を習得していく。呼吸法は、深呼吸など意識的な呼吸によりリラックスする。

音楽療法士が精神科領域の心身症の人や認知症の人などにおこなっている、音楽を聴くことでストレスを和らげる音楽療法もストレスを解消する手段である。

また、カウンセリング的なアプローチもストレス軽減に役立てられよう。カウンセリングでは、話すことで自分自身が問題に気づき、解決法まで考えていける方向に導く療法である。

■ おわりに

透析患者は、慢性疾患を有していることから、とりわけ生活上の制限や死への不安・葛藤など、長期にわたるさまざまなストレスの負荷にさらされている。そのなかには適切な対処ができていない人もいれば、上手に処理できず、さまざまな兆候を呈している人もいるであろう。透析患者のもつストレスがどのようなものか理解し、そのストレスに対し適切な処置ができるよう援助すること、すなわちコーピングを援助していくことが私たち看護師に課せられている重要な役割であろう。

文 献

- 1) 本多寛：Lazarusのコーピング（対処）理論。看護研究 21：225～229, 1988
- 2) 中西睦子ほか：対処（coping）に関する研究：文献概観。看護研究 21：210～222, 1988
- 3) 上原徹：ストレスとなる出来事と心因。こころの科学 95：23～29, 2001
- 4) 筒井未春：ストレスへの対処法概観。地域保健 30：46～56, 1999

看護研究のための How To 文献検索

第 3 回

監修：京都大学医学部保健学科 江川隆子

文献検索の対象・範囲

看護研究では、自らの研究の指針とするために研究の各所で過去の文献を参照する機会が出てきます。文献を探索する範囲は、自らが取り組んでいる分野で探索する場合もあれば、同様の研究が違った分野でおこなわれていないかなど、他の分野にまで範囲を広げておこなう場合も出てくるでしょう。また、探索する場合に

は、日本の文献に限らず海外の文献も調べることが理想的です。海外で同様の研究がなされていたり、研究に示唆を与えてくれる論文が発表されている場合もあるからです。今回は、海外の文献検索データベースである PubMed を利用した文献の検索法をみていきましょう。

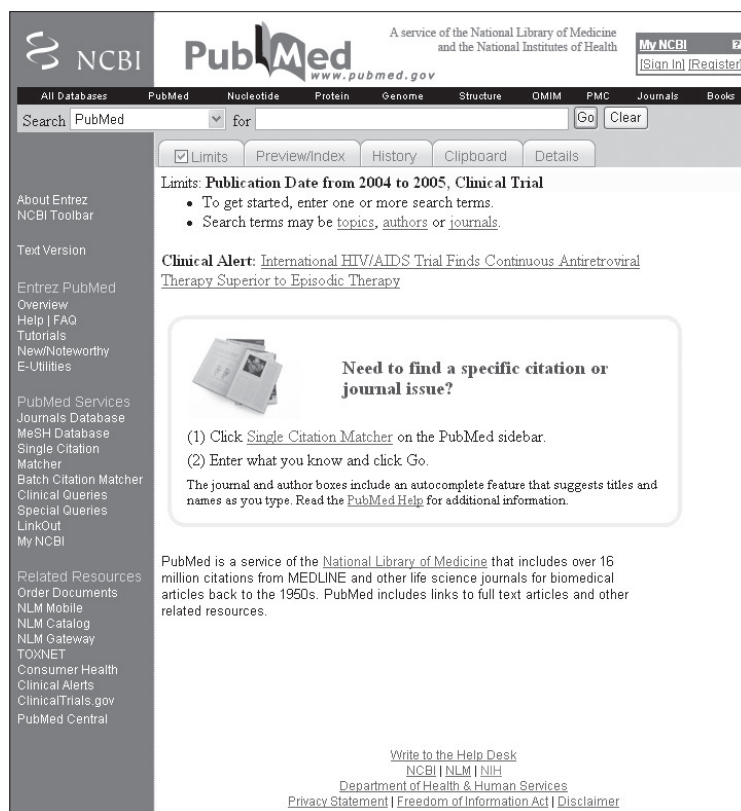
《PubMed の文献検索方法》

PubMed は、米国国立衛生研究所 (NIH) の下部団体である米国国立学図書館 (NLM) が作成している MEDLINE に機能とデータを加え、無料で利用できるようにした英語の文献データベースで、インターネットで検索できるデータベースの代表ともいえるでしょう。現在、世界中の医学・看護・歯学・その他の関連分野の雑誌 4,500 誌から、1,400 万件以上の文献データを収録しており、日本の雑誌は約 170 誌、30 万件の文献が収録されています。PubMed では、文献の著者名、タイトル、雑誌名、発行年、巻・号、ページ、抄録をみることができ、リンクからフルテキストを参照できるページへ移動できるようになっているものもあります。

PubMed では 1950 年代前半頃の文献から収録されています（ただし、1965 年以前の文献は、それ以降の文献とデータの構造が異なっているので検索の際は注意が必要です）。

- ① ブラウザソフト（インターネットエクスプローラー、ネットスケープナビゲーターなど）を起動させ、ページを開きます。

PubMed トップページ
<http://pubmed.gov/>



（画面はすべて PubMed のサイトから引用）

PubMed 検索画面



PubMed 検索画面

A: クエリーボックス (Query box) に検索語を入力する。 検索語を入力するこのボックスをクエリーボックスとよびます。

今回は「hemodialysis」と「nephropathy」の2語を入力し、この2つの語にともにヒットする文献を検索してみましょう (and 検索)。
※ 2語以上の語で検索する場合には語と語のあいだにスペースを入れます。
また、入力語は、大文字、小文字のどちらでも構いません。

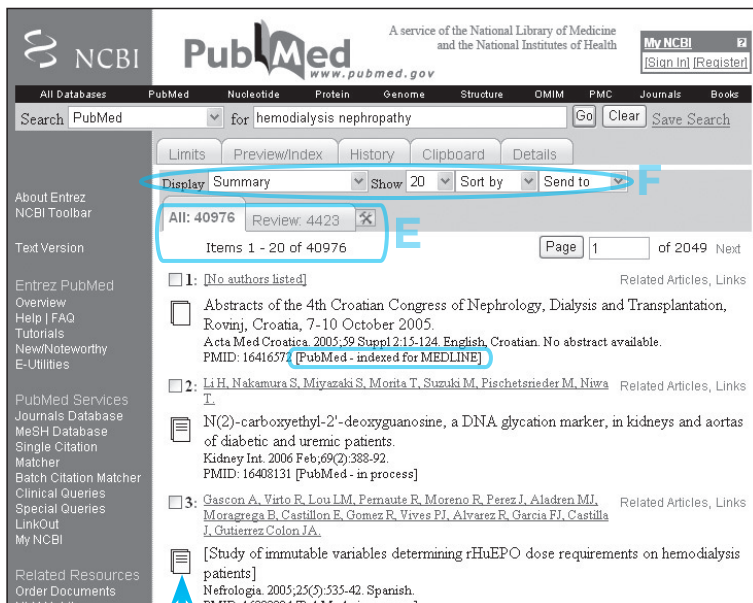
B: "Go" ボタンをクリックする。

Enter キーもしくは Return キーを押しても実行します。

C: フィーチャーズバー (Features bar)
検索に役立つさまざまな機能が選べます。

D: サイドバー (Side bar)
検索のための機能やサービスにリンクします。

検索結果画面



検索結果画面

検索結果が一覧として表示されます。著者名、論題、誌名、発行年月、巻号、ページ、PubMed での ID が表示されます (Summary 形式)

E: 検索に該当した文献数

「hemodialysis」 and 「nephropathy」で検索した結果、40,976 件の論文がヒットしました。
※ PubMed は日々更新されていますので、検索結果も検索する時期により変動します。

F: 検索結果の表示法を設定する。

Display: 検索結果の表示方式が選べます。
Show: 1 ページあたりの表示件数が選べます。
Sort: 著者名順、誌名順、発行順に並び替えます。

※各データについている [PubMed...] () は各書誌データの状態を表しています。

[PubMed-as supplied by publisher]: 出版社から最近提供された記事

[PubMed-in process]: 索引作業中

[PubMed-indexed for MEDLINE]: MEDLINE データとして登録したもの

各論文の著者名や [] をクリックすると詳細表示画面へ移ります。

各文献の横のアイコンは、抄録やフリーのフルテキストの有無を示しています。下の 4 つの種類にわかれています。

- PubMed Central の全文 (フリー) へのリンクあり
- フリーの全文へのリンクあり
- 抄録あり
- 抄録なし

抄録表示画面



詳細表示画面 (Abstract 形式)

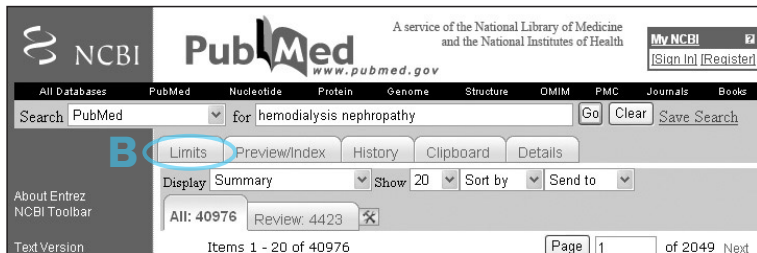
画面は、先ほど検索されたうちのひとつの文献の詳細です。

詳細画面では、先ほどの検索結果画面での書誌データなどのほか、論文の Abstract (要旨) をみることができます (※一部 Abstract が収載されていない文献もあります。また、Abstract があるのは 1975 年以降に発行された文献です)。

A: 電子ジャーナルへ飛ぶ。

電子ジャーナルへのリンクがある場合にはアイコンが表示され、クリックすると電子ジャーナルを開きます。フルテキストを無料で公開しているものもあります。

検索結果画面上部

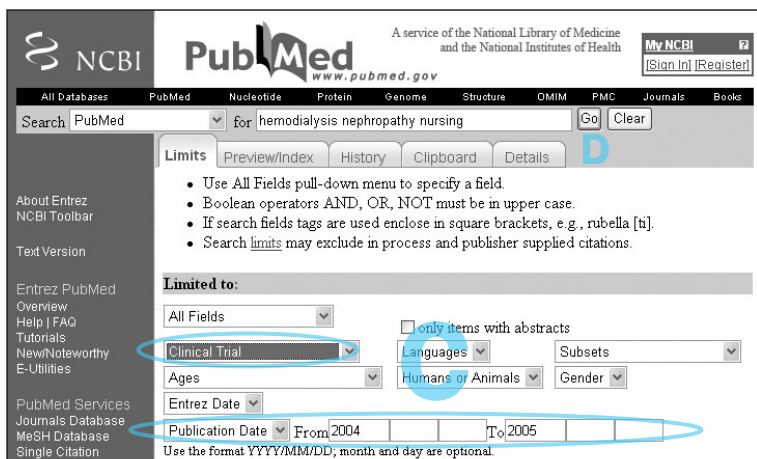


さて、「hemodialysis」「nephropathy」の 2 語で検索した結果、40,976 件もの文献がヒットしました。ここでさらに、検索する文献に条件をつけ、検索結果を絞り込んでみます。

B: 検索結果画面に戻り、フィードバックバーの "Limits" をクリックする。

絞り込み検索画面へジャンプします。

絞り込み検索結果



絞り込み検索結果

C: 絞り込む条件を入力・選択する。

さまざまな検索条件のうち、限定したいものを選択・チェック・入力します。

ここでは、検索語として「hemodialysis」「nephropathy」に「nursing」の一語を追加しさらに、論文の種類 (Publication Types) が "Clinical Trial" (臨床試験) のもので、かつ 2004~2005 年に出版されたものに限定してみましょう。

D: "Go" ボタンをクリックする。

複合検索

実例のように、複数の語を掛け合わせておこなう検索を複合検索といいます。複合検索には、大きく AND, OR, NOT の 3 つがあります。

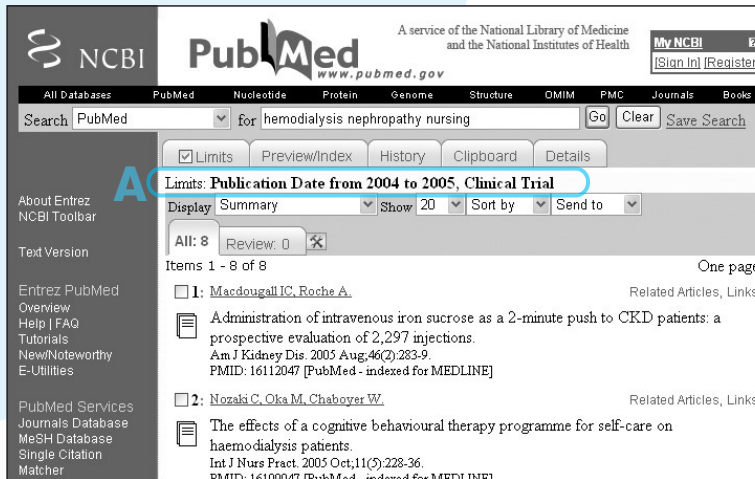
AND 検索: A AND B (A であり、かつ B である)

OR 検索: A OR B (A であるかまたは B である)

NOT 検索: A NOT B (A であるが、B ではない) (B NOT A とは結果が異なることに注意が必要です)

これら複合検索をおこなうときは、語と語の間に大文字で、" AND", " OR", " NOT" と入れます (AND 検索はスペースでも可)。

絞り込み検索結果



絞り込み検索結果

条件を追加して検索した結果, 8 件の文献がヒットしました。

A: 絞り込んだ条件を表示

どのような条件で検索したかが表示されます。

検索語について

MeSH

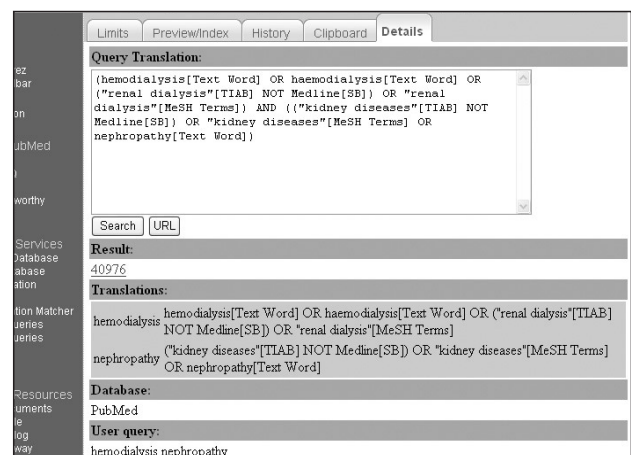
MeSH とは, MEDLINE で使用されている統制語 (シソーラス) です。統制語とは, さまざまな言葉で表現される同義語を代表する言葉です。たとえば「癌」に関する文献を検索しようとする。しかし「癌」には、「cancer」「tumor」「neoplasm」「carcinoma」などさまざまな表現があり, 論文によって使われている表現は異なります。そこで, MEDLINE では, 「癌」に関する論文には統一した用語「neoplasms」が与えられています。これが MeSH です。これにより, 「neoplasms」という検索語を用いれば, さまざまな表現で表されている「癌」に関する論文を網羅して検索することができます。

Automatic Term Mapping (自動マッピング)

Automatic Term Mapping は, 入力した検索語を自動的に MeSH に変換して検索してくれる機能です。さきの例でみると, 「癌」について検索しようとし, 「cancer」と入力して検索しても, MeSH である「neoplasms」に変換して検索され, あわせて「cancer」での Text word 検索がおこなわれます。Text word 検索は, 入力されたままの形の言葉 (=cancer) を, 論題や抄録などに含む文献を検索するものです。

この Automatic Term Mapping により, 入力した語に関連する文献を網羅的に検索することができます。実際にどのような検索式で検索がおこなわれたかは, フィーチャーズバーの "Detail" でみることができます。

また, 検索語をダブルクォーテーション (" ") で囲むと, 自動マッピングせずに入力語そのまま検索することができます。



実際にどのような検索式で検索がおこなわれたかは, フィーチャーズバーの "Detail" でみることができます。(画面は, 最初におこなった「hemodialysis」と「nephropathy」での検索の "Detail" 画面です)

前方一致検索 (Truncation)

入力後の最後にアスタリスク (*) を付けて検索すると, 入力した文字ではじまるすべての語を検索します (ただし, 600 種類までしか検索できません)。例) epidemi* で検索すると, epidemic epidemiology epidemiologic など, epidemi ではじまる語を検索します。

ストップワード (Stopword)

a, an, the, by, for, of, on, to などの語はストップワードといい, 検索後として入力しても無視されます。ただし, quality of life など, フレーズのなかに出てくるものは認識されます。

文献の選択にはまず要旨を読んでください

日本語で論文を読むのも大変ですが、英文ならなおさらです。しかし、研究は日本のものだけではないので、最低でも英文で出されているものをレビューし、とくに外国でおこなわれた研究のコピーのような研究をしないように努力してください。そこで、最初から全部を読むということは難しいので、「要旨」から読むことをお勧めします。

最近の論文の要旨は、研究目的、研究方法、分析、結果と項目立てで簡潔に書かれています。したがって、もしコンピューターの画面で要旨が読めれば、取り寄せる必要のある論文か否かがそこでわかります。必要な論文だけを図書館から取り寄せるようにすると時間の短縮になります。そして、集められた論文は、やはり英語ですので、余計な重複（何度も同じ

論文を探索するといった）を避けるうえでも論文名や著者、対象者、方法論、結果などを著者のアルファベット順に、論文のテーマごとにしっかりと書きとめておく必要があります。個人的な経験ですが、論文を書き上げるまでに幾度同じ論文をみつめてきたことかわかりません。ですから、ぜひ、大切な論文は、この連載の第1回でお示したように「表」にして、わかりやすくまとめておくことをお勧めします。

そして、全文は、その論文を自分の論文ではどこで活用することができるか考える。つまり、考察に使えると思えば、自分の論文の考察のときにさらにしっかりその論文を読むということです。そうすると、英文の論文も目的にあわせて部分的に読むので少し気が楽になって、文献探索にも熱が入ると思います。

文献の整理法の例（連載第1回より）

年代	雑誌名 (著者も)	テーマ	方法論：対象者・ 研究ツール	結果
1996	Perit Dial Int〔カナダ〕 (Bruiner G ほか)	The use of community Nurse for home PD	PD 患者 18 名（在宅患者） 面接調査	

memo



CHUGAI

中外製薬株式会社



ロシュグループ

2006年2月作成
EP006冊子11801