

慢性疾患患者の自己管理能力に関する研究

－第2報 糖尿病患者を通して－

池 田 京 子*

A Study on the Self-Management Ability of Chronic Patients :
Report Two－The Diabetic－

Ikeda Keiko

(1996年10月28日受付)

ABSTRACT

Self-management ability in diabetes, which is a chronic disease, is strongly related to the stability of the disease. There were three essential factors of self-management. These were "acceptance of the disease", "enforcement of diet and exercise", and "supports in the work place". That is, if a person gained high acceptance of the disease, she or he would have a high self-management ability. The study showed that patient education promoted self-management ability. The following conclusions were obtained from these results: ①patients with high self-management ability were able to maintain a better condition, ②in young male patients, those with good self-management ability had a short diabetic history, ③patients with low self-management ability were in poor condition, ④in aged female patients, those with low self-management ability had a long clinical history, ⑤patient education enhanced self-management ability, ⑥Comparison of a group receiving education on admission, with those who did not, revealed the former to have better acceptance of the disease and enforcement of diet and exercise, however support in the work place was worse.

Keywords : self-management ability, (自己管理能力)
three factors of self-management (自己管理の3要件)
patient education (患者教育)

*本学 成人看護学

論旨

慢性疾患である糖尿病患者の自己管理能力は、病状の安定と密接に関連している。自己管理要件には「病気の受容」「食事・運動療法の実行」「職場の支援」の3要件があり、この3要件の中で自己管理能力に最も影響する要件は「病気の受容」であった。つまり、「病気の受容」のよい人は、自己管理能力が高いといえる。また、患者教育は自己管理能力を高めることが明らかになった。

本研究での結論は次の6点である。

- ①自己管理能力の高い人は、病状が良い。
- ②自己管理能力の高い人は、若年齢の男性で病歴が短い。
- ③自己管理能力の低い人は、病状が悪い。
- ④自己管理能力の低い人は、高年齢の女性で病歴が長い。
- ⑤患者教育は自己管理能力を高める。
- ⑥教育入院あり群は、教育入院なし群に比較して、自己管理3要件のうち「病気の受容」「食事・運動療法の実行」はよいが「職場の支援」については悪い。

はじめに

慢性疾患の多くは、日常生活を初めとしたライフスタイル (Life Style) と深い関係をもっている。軽度の高血圧、糖尿病は、生活習慣など Life Style を変更・修正することにより病態の改善や安定が可能なる。人は、長年続けてきた Life Style を変更・修正するには、強い意志と実行力、そして適切な知識と技術を必要とする。「自分の健康を自分で維持するための意志と実行力」、つまり、自己管理能力である。この自己管理能力を支え、高めるために必要な適切な知識と技術を学習するために、医療の場において患者教育が行われている。現在日本では、500～600万人の糖尿病患者がいると言われている。糖尿病患者数の増加は、世界的規模で考えなければならない。WHO は2000年には1億人を突破するであろうと警告している。この増加は開発途上国であるが、しかし、日本においては、成人から小児の世代に広がりつつあることが危惧されている。

近年、糖尿病のメカニズムが解明され新治療薬の開発もされつつある。しかし、どんなに良い治療薬が開発されても、糖尿病治療の基本は食事・運動療法にある。Joslin E.P¹⁾は、糖尿病

治療を①教育、②運動療法、③食事療法、④内服薬、⑤インスリン注射の5点を挙げ、特に「教育は治療の一部でなく、治療そのものである」と述べている。食事・運動療法は、日常生活において特別なことではなく、その人に適切な知識と技術、そして意志があれば実行することである。しかし、筆者の長年の臨床経験から「簡単のようで簡単ではない」という実感を持っている。その原因はなにかの疑問からこの研究に取り組んだ。筆者は、この原因の1つに自己管理能力があるのではないかと考えている。

I 研究目的

- ①糖尿病患者の自己管理能力と病状の関連性を明らかにする。
- ②①の結果をもって患者教育の有効性を提言する。

II 用語の定義

「自己管理要件」

Oerm D.E の Self Care の健康逸脱に関する Self Care 要件のうち①診断・治療・Rehabilitation の諸方策を効果的に実施すること、②自分自身が特殊な健康状態にあり、特別な Health

Careを必要としていることを受け入れることで自己概念を修正すること、③病理学的諸状態の影響と共に生活するために、どのような生活様式が必要かを学習すること、の3要件に④ソーシャルサポートである職場の支援、を加え筆者が独自に項目を設定した。つまり、①糖尿病の治療に必要な食事・運動療法の実施、②糖尿病であることをどのように受け止めているか、③職場の支援の3領域について自己管理要件の項目を作成した。また、糖尿病をもちながら生活するために必要な知識・技術の学習を「教育入院」の有無とした。この3要件と「教育入院」の有無により、自己管理能力を判断した。

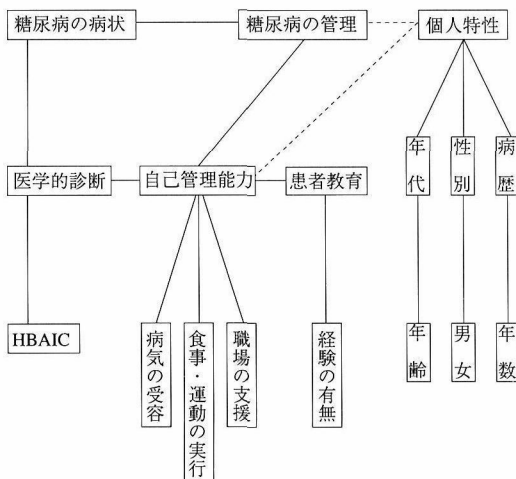
「病状」

糖尿病の状態を、比較的簡便に知ることができるHbA1Cの検査値を活用した。HbA1Cとは、過去4～6週間前の血糖状態を示すもので、この値により糖尿病のコントロールの状態が推測できる。

「患者教育」

Levin L.S²⁾の定義である「患者教育は専門家が健康を維持し、疾病を予防するために、患者に必要な概念及び知識を教えることである」を活用し、本研究での「患者教育」の実際は、医療施設で行われている糖尿病教育入院とした。

{概念図}



Ⅲ 研究の枠組み

自己管理能力は、アンケート調査による患者の自己認識（主観的評価）から、病状はHbA1Cの検査値（客観的評価）を使用した。

アンケートによる患者の自己認識は、①病気をどのように受け止めているか（プラスの認識・どちらともいえない・マイナスの認識）の設問を5項目、②食事・運動療法の実行の設問を6項目、③職場の支援に関する設問を6項目計17項目を設定した。

Ⅳ 研究方法

1. 研究対象及び研究機関

社会福祉法人新潟市社会事業協会S病院に通院中の糖尿病患者で、研究者が研究の主旨を説明し、アンケートに協力を得られた311人（男性176人、女性135人）。

2. 調査方法

- 1) アンケート調査は面接法により個別に聴取した。
- 2) HbA1Cの値はアンケート調査日の検査結果とした。

Ⅴ 集計方法

- 1) アンケートの回答方法は、選択肢と自由（複数）回答があり、いずれも回答数を単純集計した。
- 2) アンケート回答には、プラスの認識（程度が軽い）、どちらともいえない（中間）、マイナスの認識（程度が重い）の3段階とし点数化した。つまりプラスの認識を3点、中間を2点、マイナスの認識は1点として集計した、その点数をもって「自己管理能力」の傾向をみた。
- 3) 教育は調査機関であるS病院で行われている教育入院（2週間）を想定した。

- 4) 病状はHbA1C (%) の数値をそのまま使用した。

VI 集計の枠組み

1. 対象の概要

- 1) 性別構成
 - 2) 年齢別構成
 - 3) 教育入院別構成
2. 「自己管理要件」からみた自己管理能力の概要
- 1) 「自己管理要件」全体からみた構成
 - 2) 性別からみた構成
 - 3) 年齢別からみた構成
 - 4) 教育入院別からみた構成
 - 5) 病状別からみた構成

VII 結果

1. 対象者の概要

1) 性別構成

対象人数は311人であり、そのうち男性は176人 (56.6%)、女性は135人 (43.4%)

であり、男性は女性より41人 (13.1%) 多い。

2) 年齢別構成

年齢別構成は図1に示すように、39歳以下12人 (3.9%)、40～49歳34人 (10.9%)、50～59歳65人 (20.9%)、60～69歳122人 (39.2%)、70～79歳70人 (22.5%)、80歳以上8人 (2.6%) で60～69歳の群が最も多かった (図1)。

3) 教育入院別からみた構成

教育入院別では、教育入院あり群187人 (60.1%)、教育入院なし群63人 (20.3%)、無回答61人 (19.6%) であり、教育入院あり群は約6割であり、教育入院なし群と無回答を合わせると4割の人が糖尿病に関する系統的な教育は受けていないことになる。

2. 「自己管理要件」別にみた自己管理能力の結果

1) 自己管理要件全体からみた構成

図2は「自己管理要件」3要件である「病気の受容」、「食事・運動療法の実行」、「職場の支援」の各々を1点から3点に数量化したものである。

図1 年齢別構成

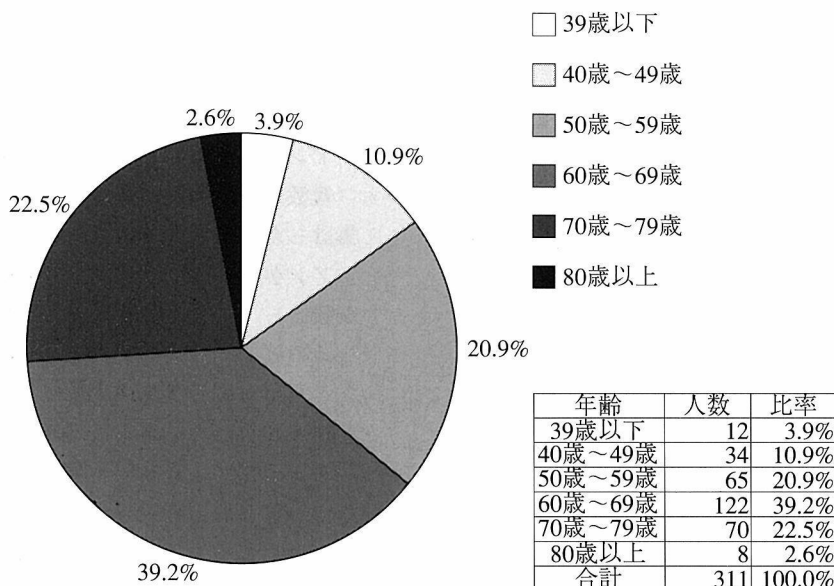
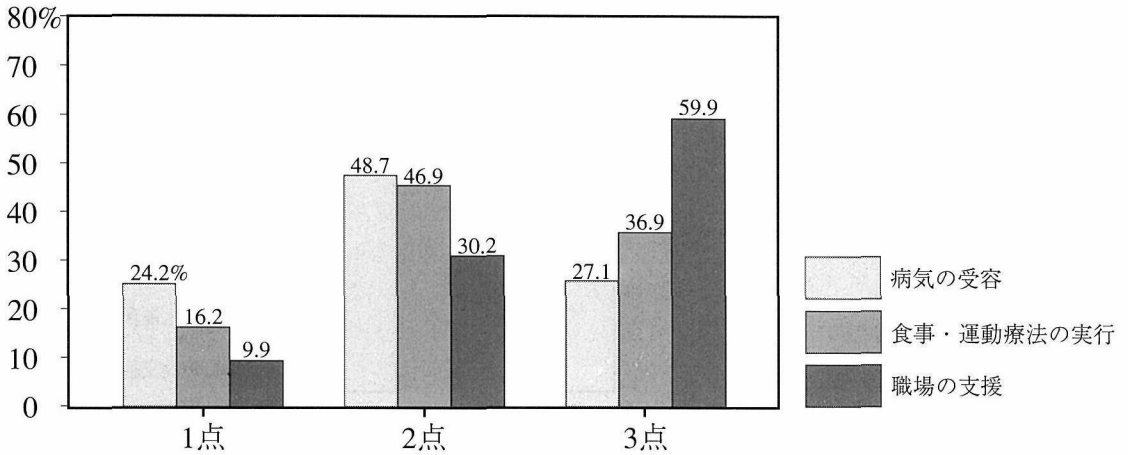


図2 3要件 全体の構成



「病気の受容」の1点（以下T1とする）は24.2%，2点（以下T2とする）48.7%，3点（以下T3とする）27.1%。「食事・運動療法の実行」はT1-16.2%，T2-46.9%，T3-36.9%。「職場の支援」はT1-9.9%，T2-30.2%，T3-59.9%である。

「病気の受容」は、1点が24.2%と3要件のうち最も低く、糖尿病に対する思いや、今後の人生に対してマイナスの意識を持っている人が多いといえる。「食事・運動療法の実行」では、約5割の人が2点（中間）に集中しているが3点も36.9%と多く

良い結果である。「職場の支援」では、約6割の人が3点であり、職場を始め周囲の人々の理解や支援があると感じている（図2）。

2) 性別からみた構成

図3，4にみるように「病気の受容」の男性のT1は19.2%，T2-48.4%，T3-32.4%。女性のT1-31.5%，T2-49.0%，T3-19.5%である。「食事・運動療法の実行」の男性ではT1-16.3%，T2-49.2%，T3-34.5%。女性のT1-23.5%，T2-48.0%，T3-28.5%である。「職場の支援」の男性ではT1-

図3 3要件 男女別構成（男性）

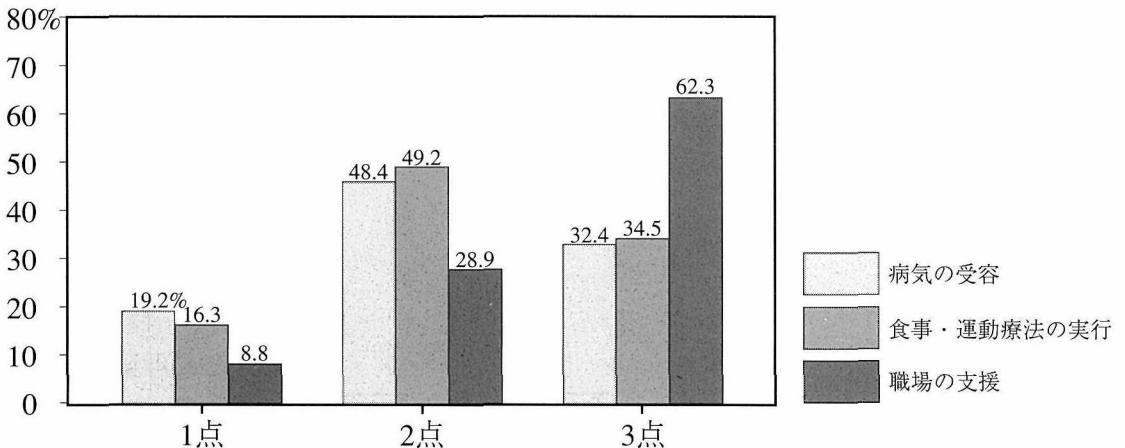
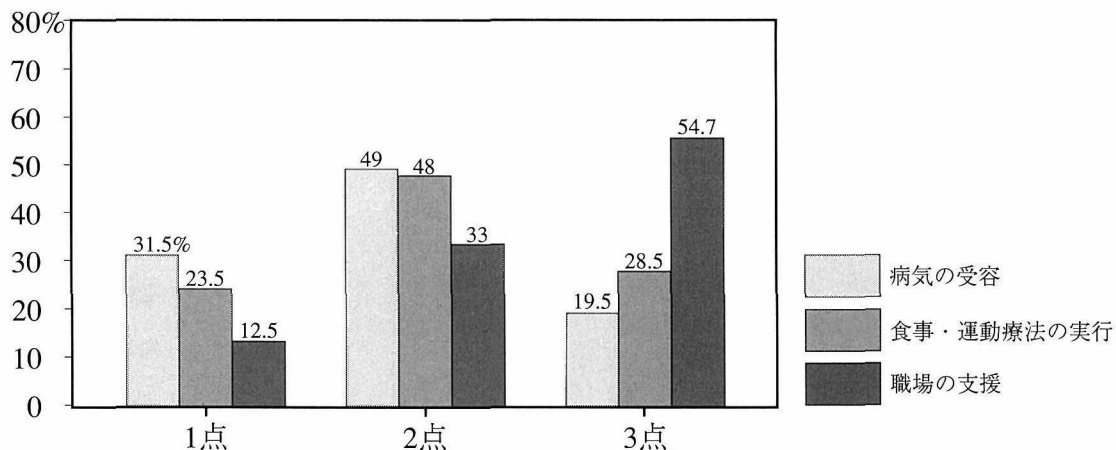


図4 3要件 男女別構成（女性）



8.8%, T2-28.5%, T3-62.3%. 女性ではT1-12.3%, T2-33.0%, T3-54.7%である. 男性の方が3要件とも女性に比べて良い意識を持っている. 特に「病気の受容」では, 女性の31.5%が1点であるのに対して, 男性は19.2%と少なく, 反対に3点では, 男性が32.4%であり, 女性は19.5%である. 「食事・運動療法の実行」, 「職場の支援」においても「病気の受容」とほぼ同様に, 女性より男性のほうが良い意識を持っているといえる (図3, 図4).

3) 年齢別からみた構成

年齢別構成は図5, 6, 7, 8に示す通

りである.

年齢49歳以下群は図5に示すように「病気の受容」はT1-21.2%, T2-51.1%, T3-27.7%. 「食事・運動療法の実行」はT1-14.7%, T2-55.2%, T3-30.1%. 「職場の支援」はT1-8.6%, T2-33.5%, T3-57.9%である (図5).

年齢50~59歳群は図6に示すように「病気の受容」はT1-21.1%, T2-52.4%, T3-26.5%. 「食事・運動療法の実行」はT1-15.7%, T2-51.9%, T3-32.4%. 「職場の支援」はT1-11.7%, T2-31.4%, T3-56.9%である (図6).

図5 3要件 年齢別構成 (49歳以下)

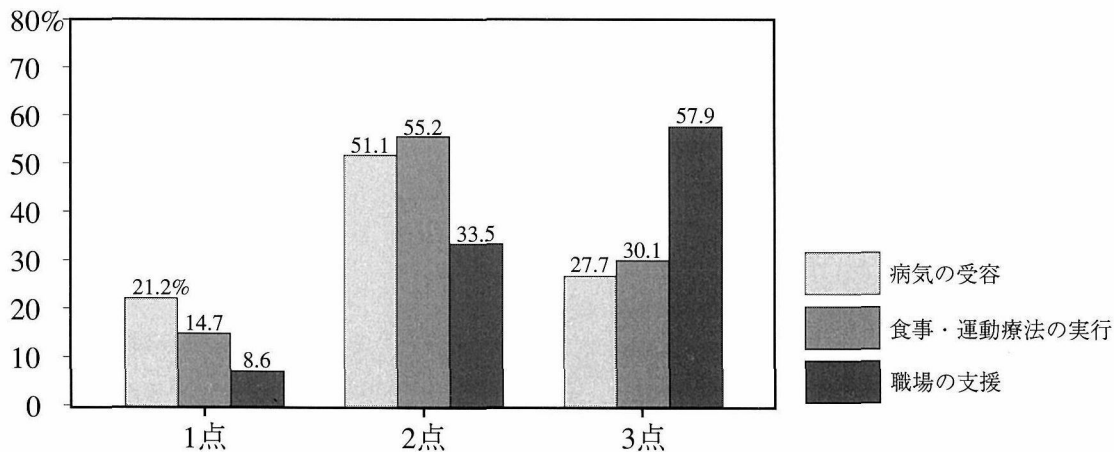


図6 3要件 年齢別構成（50—59歳）

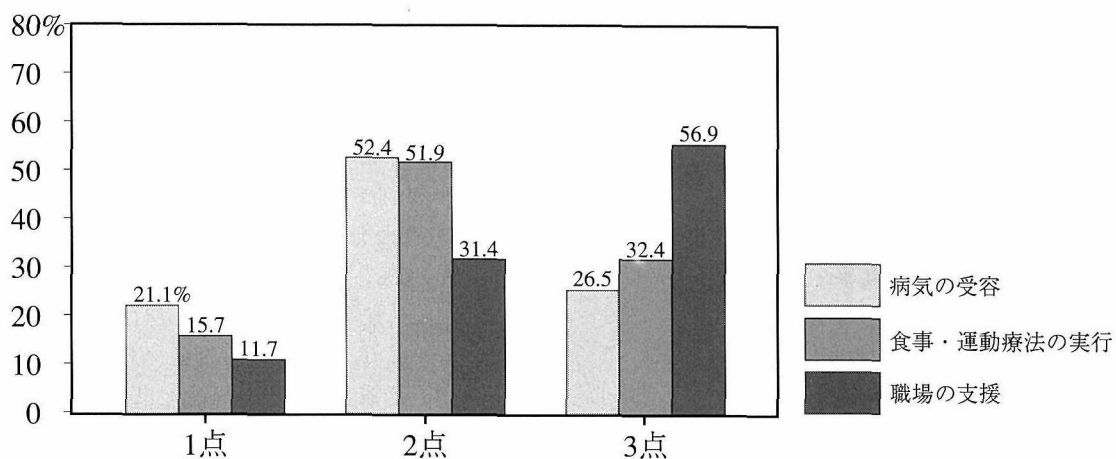


図7 3要件 年齢別構成（60—69歳）

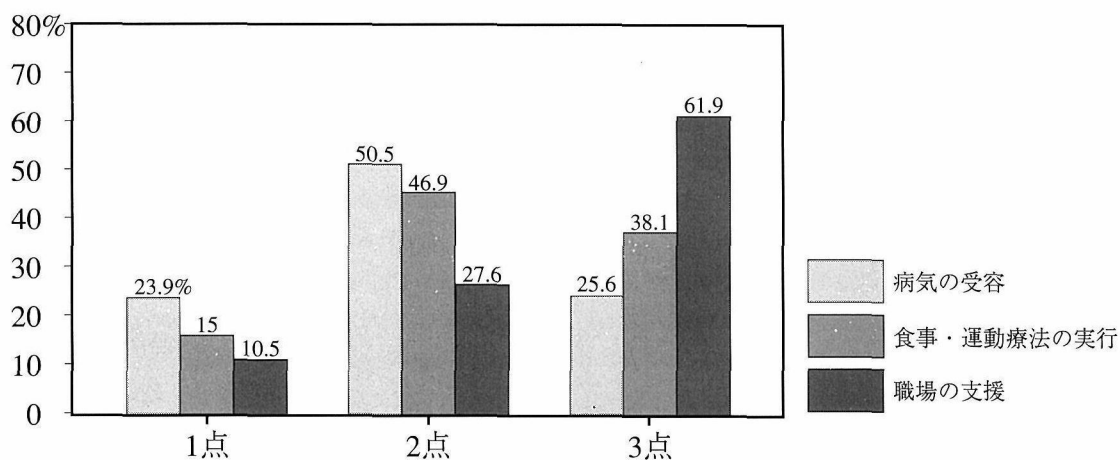
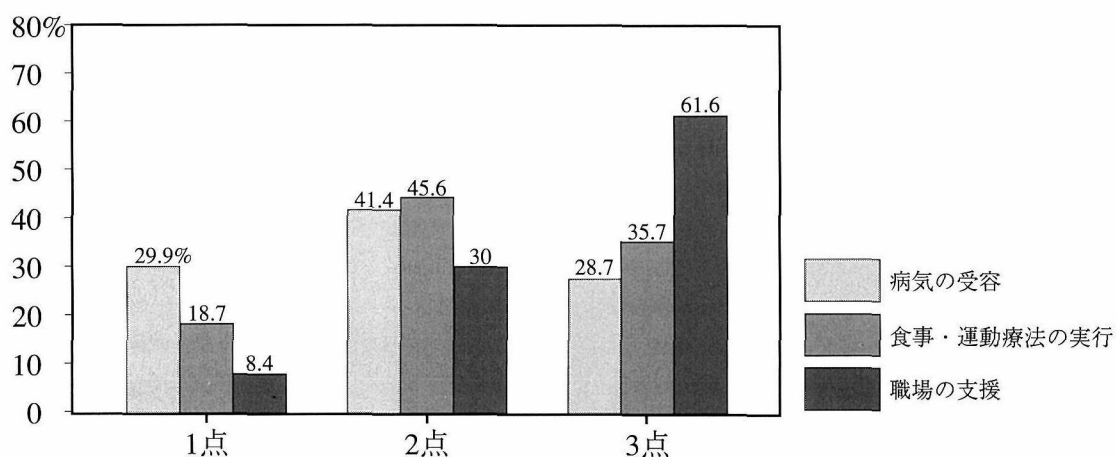


図8 3要件 年齢別構成（70歳以上）



年齢60～69歳群は図7に示すように「病気の受容」はT1－23.9%，T2－50.5%，T3－25.6%。「食事・運動療法の実行」はT1－15.0%，T2－46.9%，T3－38.1%。「職場の支援」はT1－10.5%，T2－27.6%，T3－61.9%である（図7）。

年齢70歳以上群は図8に示すように「病気の受容」はT1－29.9%，T2－41.4%，T3－28.7%。「食事・運動療法の実行」はT1－18.7%，T2－45.6%，T3－35.7%。「職場の支援」はT1－8.4%，T2－30.0%，T3－61.6%である（図8）。

4）教育入院別からみた構成

教育入院別構成は図9，図10に示すように，教育入院有り群の「病気の受容」はT1－25.0%，T2－47.4%，T3－27.6%である。「食事・運動療法の実行」はT1－16.0%，T2－45.8%，T3－38.2%である。「職場の支援」はT1－11.6%，T2－30.4%，T3－58.0%である。

教育入院なし群の「病気の受容」はT1－22.5%，T2－50.0%，T3－27.5%であり，「食事・運動療法の実行」はT1－17.6%，T2－52.1%，T3－30.3%。「職場の支援」はT1－5.9%，T2－31.4%，T3－62.7%である（図9，図10）。

図9 3要件 教育の有無別構成（教育あり）

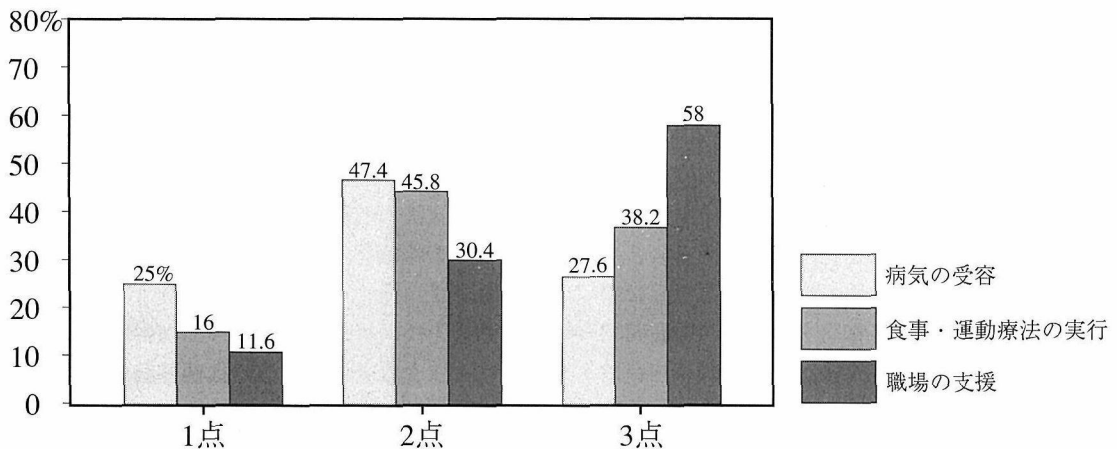
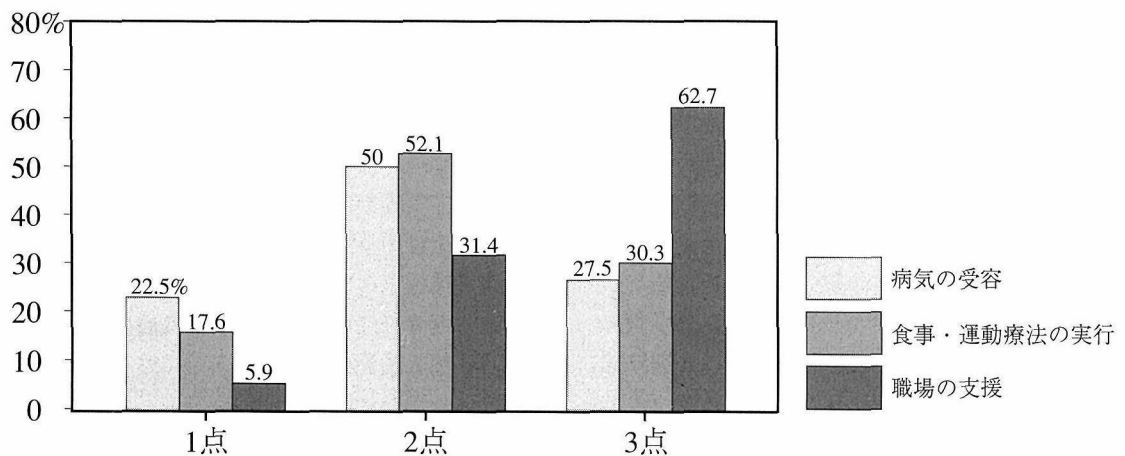


図10 3要件 教育の有無別構成（教育なし）



5) 病状別からみた構成

病状別 (HbA1C) 自己管理3要件の構成は図11, 図12, 図13, 図14に示すように
図11は, HbA1C-5.9%以下群であり
「病気の受容」はT1-18.4%, T2-

51.1%, T3-30.5%. 「食事・運動療法の
の実行」はT1-14.4%, T2-48.5%,
T3-37.1%. 「職場の支援」はT1-
3.7%, T2-23.0%, T3-73.3%である
(図11).

図11 3要件 病状別構成 (HbA1C 5.9%以下)

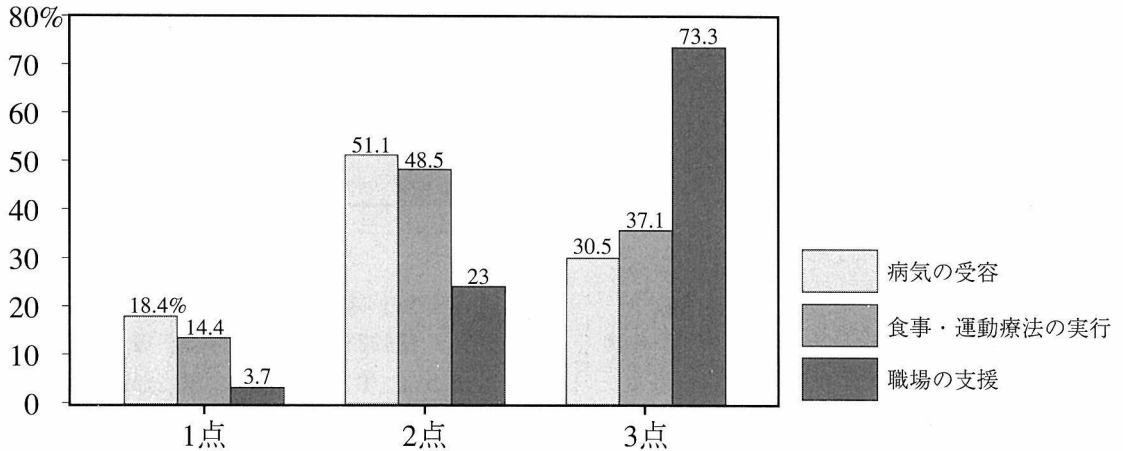


図12は, HbA1C 6.0-6.9%群であり
「病気の受容」はT1-25.3%, T2-
50.1%, T3-24.6%. 「食事・運動療法
の実行」はT1-16.6%, T2-46.9%,

T3-36.5%. 「職場の支援」はT1-
10.1%, T2-34.4%, T3-55.5%であ
る (図12).

図12 3要件 病状別構成 (HbA1C 6.0-6.9%)

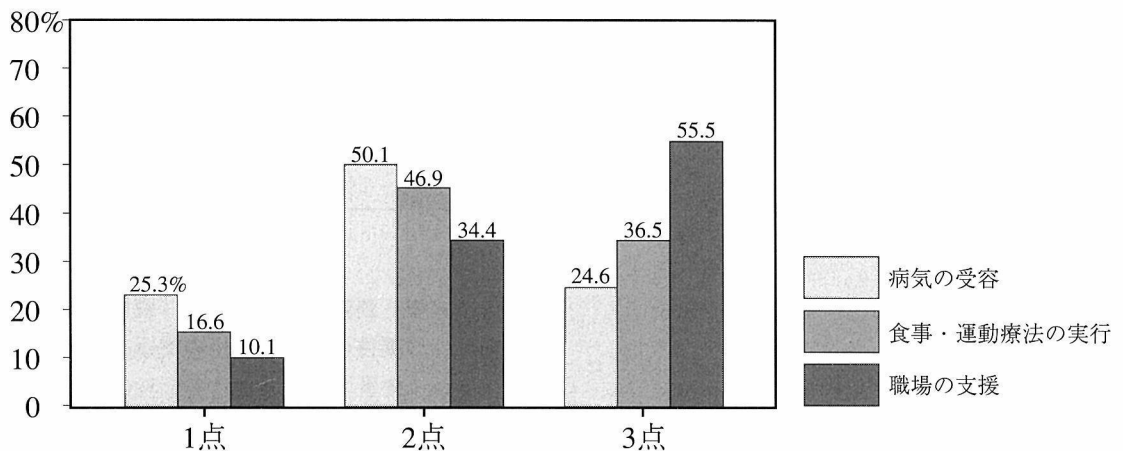
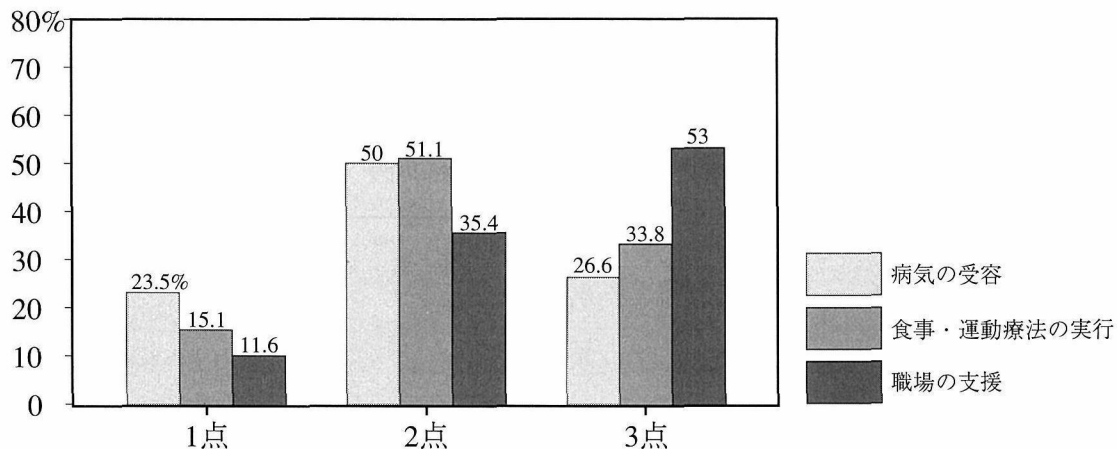


図13は, HbA1C 7.0-7.9%群であり
「病気の受容」はT1-23.5%, T2-
50.3%, T3-26.2%. 「食事・運動療法

の実行」はT1-15.1%, T2-51.1%,
T3-33.8%. 「職場の支援」はT1-
11.6%, T2-35.4%, T3-53.0%であ

図13 3要件 病状別構成 (HbA1C7.0-7.9%)

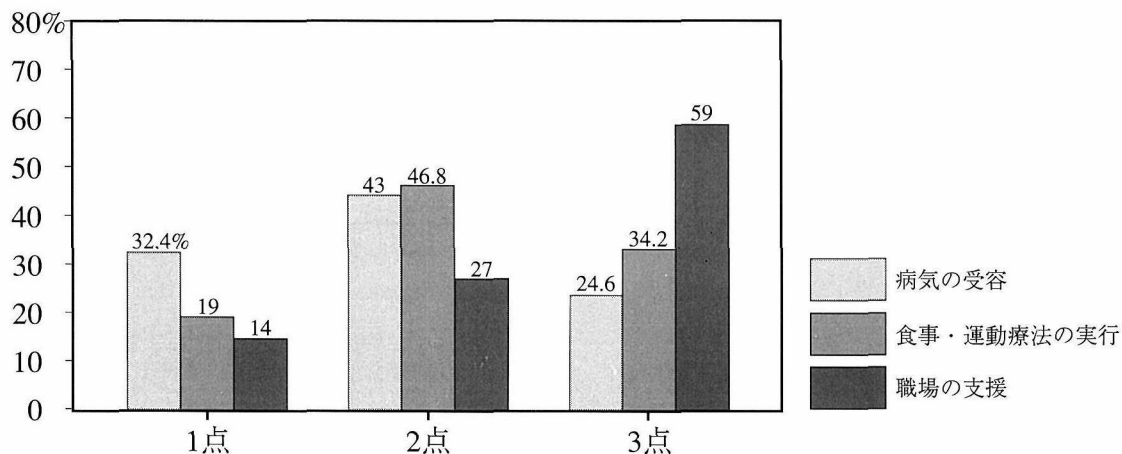


る (図13).

図14は、HbA1C8.0%以上群であり「病気の受容」はT1-32.4%、T2-43.0%、T3-24.6%。「食事・運動療法

の実行」はT1-19.0%、T2-46.8%、T3-34.2%。「職場の支援」はT1-14.0%、T2-27.0%、T3-59.0%である (図14)。

図14 3要件 病状別構成 (HbA1C8.0%以上)



VIII 考察

主として①「自己管理要件 (3要件)」の結果からみた自己管理能力の分析、②自己管理能力と患者教育の2側面より考察する。

1. 自己管理要件 (3要件) からの考察

「自己管理要件」の3要件とは、「病気の受

容」、「食事・運動療法の実行」、「職場の支援」である。3要件のうち「職場の支援」が最もよく、次は「食事・運動療法の実行」である。「病気の受容」については、マイナスの意識を持っている人が多く、年齢・性差・病状に関係なく全般にわたり悪い結果であった。つまり、自己管理能力を左右する要件は「病気の受容」であり、病気受容の悪い人は、自己管理能力が低い

といえる。

人は、病気を受容して初めて対処行動をとることができる。Orem D.E は、「自分自身が特殊な健康状態にあり、特別な Health Care を必要としていることを受け入れ、自己概念（自己像）を修正すること」と述べているように、あるがままの自分を受け入れる（病気である自己を受け入れること）ことが「病気受容」であるといえる。Kubler Ross.E は、人間は喪失等の危機に直面すると、いくつかの段階を経て受容することを癌患者の対話から明らかにしている。この過程を糖尿病患者に当てはめてみると、第1段階—否認と隔絶は、「糖尿病」と診断されたことに対する拒否。第2段階—怒りは、糖尿病に罹患したことに対する怒りや苛立ち。第3段階—とりひきは、糖尿病を認めながらさまざまな駆け引きをする。第4段階—抑鬱は不安や恐れに対する対処行動としての抑鬱状態。第5段階—受容は、糖尿病を理解し（あきらめも含む）受け入れる。これらの過程は平坦でなく個人により異なり家族や医療チーム、職場の人々の支援を受け行きつ戻りつしながら病気を受容していくものである。しかし、自己管理能力が低く支援体制が十分でない場合は、受容が達成できず悲惨な結果を招くことがある。この過程の進行はさまざまな要因により影響を受けやすいと言われる。その要因とは笠原³⁾は、患者の人格、成熟度、感情反応、両親、配偶者、家族などの感情や行動反応、家族構成、医療チームによって提供される支援体制の適切さであると述べている。

看護は、一人一人に働きかけ自己概念を修正し、あるがままの自分を自分自身の力（自己管理能力）で受け入れられるよう、働きかけることである。次の事例はこのことを我々に示唆している。

68歳の女性、元教員で定年退職まで、仕事を精一杯し職場においても信頼されていた。仕事を続けながら糖尿病のコントロールは良好であった。療養仲間もできお互いに相談相手に

なったり、励ましあったり相互依存関係が保たれていた。子供は2人とも独立して孫もいるが遠方のためほとんど逢うことがない。夫は数年前長い療養生活の末他界し、その後、療養仲間であった友人も乳癌が発症し数ヶ月で死亡してしまった。その前後から糖尿病のコントロールが乱れ、HbA1C 8.0%代と上昇し悪化傾向にある。本人は「食べたいものも食べないで、あんなに努力していたのに死んでしまうなんて、私はどうせ死ぬなら食べたいものを食べて死にたい」、「この努力が何になるの」、「おいしいものが食べたくてしかたがない」、「好きなものを食べている時が最高に幸せ」という。いったいこの人になにが起きているのだろうか。向老期の発達課題は、人生の統合期でもあり、「生き甲斐」の学習時期でもある。反面、喪失の時代ともいわれ、子供は家庭から巣立ち、身近な人との別れを体験し、社会的役割（妻・母親・祖母）の喪失や経済的収入源を失うのもこの時期である。そのうえ、この女性は夫の死、友の死に出会い情緒的サポートとしての「愛情をもらう人」、「愛情をそそぐ人」の存在がなくなり、社会的相互依存関係に問題が生じている。Roy S.C⁴⁾は、相互依存や役割機能は、自己概念に大きく影響し「生きているのがつまらない」と低い自尊感情を持つようになる、と述べている。つまり、この女性は自己尊重、生き甲斐のなさ、生きる意義を見いだせず「死んでもいい」、「食事療法を守ってもどうせ死ぬんだから」、「自分の食べたいものを食べればいい」、「好きなものを食べている時が最高に幸せ」と価値の変換をしてしまっている。この時期は、青年期と異なる Identity の再構築が必要となるが、自己概念を再構築できずにいるこの人に、食事療法・運動療法の必要性を説いてもどんな効果があると言えるだろうか。心理社会的側面への看護介入が必要となる。

「職場の支援」は、年齢とともによく病状の良い人ほど職場の支援が良いと感じている。50～59歳代が悪いと感じている人が多い。この年

代は、社会的役割が重く仕事と病気のコントロールを両立させることに困難を感じているものと考えられる。女性より男性が困難を感じており、本調査の「糖尿病が仕事に影響しているか」の質問に対して「あった」が11.1%であり、その具体的内容は①信頼度の低下、②通院や治療のために遅刻や欠勤が多い、③肩身が狭い、④つきあいが制限されるである、であった。わずかではあるが、昇進に支障をきたし仕事が他の同僚に移ったなど雇用の問題がある。糖尿病と雇用の問題は、企業秘密であり実体を明らかにすることはできないが、特に青年期にあるIDDM患者は就職に困難を生じていることも事実である。WHOの糖尿病専門委員会は、1965年に糖尿病患者の雇用を妨げる条件を多数の国において調査した。その結果「糖尿病」であるというだけで差別待遇しており、その人の才能や能力に関心がいかないことが明らかになった。また、仕事の内容に及ぶ疾患の影響について正しい認識を持たず、先入観で判断されていることが分かった。つまり、委員会は個人の才能、経験、教育、学識、身体状態が強調されるべきであり、糖尿病であることは強調されるべきでないとして述べている。Mazze R.S⁵⁾によると1987年、米国糖尿病学会の「糖尿病患者の勤務状況」調査では、①糖尿病職業従事者の仕事や活動が制限される日数は、年間平均10.4日、②糖尿病職業従事者が病床につく日数は、65歳以下は年間3.3日、65歳以上は年間5.3日である、と述べている。この結果からみて、病状にもよるが糖尿病以外の人との差はほとんどないといえる。今日、糖尿病と職業の関係を組織的に取り組もうとする動きは、米国においてもまだ少ない。それは、一般の人々が糖尿病に対する理解が低く、偏見が原因していると考えられる。このような状況は日本においても同様であり、本調査においても職場において他の人と比較して差を感じているか、の質問に対して「全く差を感じていない」68.0%、「そうとは思えない」が32.0%であった。数としては多

いとはいえないが、今後、仕事と糖尿病の関係に対して積極的に関心を高めていかなければならないであろう。

「食事・運動療法の実行」は、教育を受けている人のほうが良い結果であった。教育を受けることにより、変化したものと思われる。本調査では、教育を受けた人は糖尿病と診断された時「非常に落ち込んだ」、「少々落ち込んだ」を合わせると4割の人が、何等かのショックを受けている。しかし、教育を受けることにより「やり方次第でかえって有意義な人生が送れる」、「人生を真剣に考えるようになった」と変化している。教育は、Orem D.CのSelf-Care要件である「病理学的状態の影響と共に生活するための方策を学習すること」を充足することができると言える。しかし、「自分自身が特殊な健康状態にあり、特別なHealth Careを必要としていることを受け入れ、自己概念を修正すること」を充足する点について教育の有効性があったか否かは不明である。

2. 自己管理能力と患者教育からの考察

自己管理能力の高い人は、①年齢が50歳以下②病歴が短い（5年以下）③男性④教育を受けている人であった。

自己管理能力の低い人は、①年齢が60-69歳代②病歴が長い（10年以上）③女性④教育を受けていない人であった。

この結果から、教育は自己管理能力を高めることが明らかとなった。しかし、糖尿病教育は内容・期間・実施機関・教育に携わる人々により差が出てくるものと考えられる。教育効果は、糖尿病と診断されて間もない人（検診やドック入院で指摘された人）は、教育効果がよく後のコントロールも良いとの報告がある。平尾⁶⁾らは、初診者教育の受講者と未受講者の6ヵ月後のHbA1Cの改善は、受講者群で2%以上改善した人は47.6%に対して、後者は23.5%である。また、HbA1C1.0%以上の悪化者は、前者は16.7%に対して、後者は23.5%であったと述べている。本調査でも、年齢が若く病歴の短

い人ほど自己管理能力が高く病状も良い結果が出ている。しかし、この結果は教育効果と直接関連しているか否やかは不明である。

このようにいくつかの付帯条件をはぶいても、患者教育は病状の改善を促し、悪化を防ぐことに有効性があるといえる。特に、高齢者の糖尿病患者は、自覚症状が少なく病気に対する理解・受容が乏しいと言われており、高齢者の多い医療機関では、患者教育を繰り返し行う必要性がある。

患者教育において最も大切なことは、学習者としての患者と教育に携わる保健医療従事者の人間関係が、教育効果に影響を及ぼすと考える。両者間、つまり良い人間関係が成立すれば効果的な学習・教育が可能となる。Peplau H. E. は、人間関係の成立には幾つかの過程があり、その過程を経て人は学習し、かつ、過程そのものが看護であると述べている。過程には、方向づけ—同一化—開拓利用—問題解決の4段階があり、これらは行きつ戻りつしながら問題解決していくものである。方向づけとは、患者も看護婦も未知の者同士の出会いから、お互いを信頼し、良い人間関係をつくる糸口となる時期である。この方向づけが失敗すると、次の同一化に進むことができない。つまり、方向づけは人間関係の成立に最も大切な部分である。しばしば、患者と医療従事者と良い人間関係が成立できないために、患者を苦しめてしまうことがある。このことは、Peplau H. E. のいう方向づけが失敗したために次の段階へ進むことができず、患者は学習することも自分自身で問題解決することもできなくなってしまう。方向づけがうまくいくと、次は同一化へと進むことができる。同一化とは、「共感」や「受容」的態度であるがままの患者を、受け入れることから始めなければならない。

同一化ができ信頼関係ができると、患者は医療従事者の持つ専門的な知識や技術、そしてもっとも大切な援助を、自分自身のために活用しようとする。この段階は開拓利用であり、医

療従事者のもつ専門的資源が患者により活用されることである。このように段階を踏みながら患者は専門家によるさまざまな知識・技術、そして知的資源を活用し自分自身で問題解決することができる。つまり、患者教育とは、糖尿病患者が専門家である保健医療従事者のもてる知識や技術、そして知的資源を開拓利用するための手段であると筆者は考えている。

IX 結論

糖尿病患者の自己管理能力を、患者の認識と病状・患者教育から調査し次の点が明らかになった。

- ①自己管理能力の高い人は、病状が良い。
- ②自己管理能力の高い人は、若年齢の男性で病歴が短い。
- ③自己管理能力の低い人は、病状が悪い。
- ④自己管理能力の低い人は、高年齢の女性で病歴が長い。
- ⑤患者教育は、自己管理能力を高める。
- ⑥教育入院あり群は、教育入院なし群に比較して、自己管理3要件のうち「病気の受容」、「食事・運動療法の実行」はよいが、「職場の支援」については悪い。

おわりに

本研究においていくつかの課題と問題のあることに気づき、今後の研究に生かしていきたいと考えている。

- ①「自己管理要件」の3因子間の関連及び妥当性に関しては、検証を行っていない。
- ②アンケート結果については、統計学的な処理を行っていないので傾向として判断することはできるが、一般化することはできない。
- ③「自己管理要件」は、Orem D.C. の健康逸脱の要件を参考にしているが、筆者の独自の考えにより作成したものであるため、妥当性等に關して今後検討する必要がある。

引用文献

- 1) 田中昭二監訳：ジョスリン糖尿病マニュアル，
広川書店，1992
- 2) Levin L.S :Patient Education And Self-Care :
How Do They Differ 黒江ゆり子訳 看護研究
20：58～66、1987
- 3) 笠原 督：糖尿病患者の心理的問題，
Medicina, 21：1042～1043, 1984
- 4) Roy S. C：松木光子監訳：ロイ看護論，メヂカ
ルフренд社. 1981
- 5) Mazz R.S：糖尿病患者の勤務状況と問題点，
DITN, 1988
- 6) 平尾紘一，平尾節子他：効果的な患者教育，
月刊ナーシング，9：40～44, 1989