

Title	糖尿病患者コミュニティと患者心理の関連性に関する調査研究
Author(s)	王, 曉玲
Citation	
Issue Date	2011-03
Type	Thesis or Dissertation
Text version	author
URL	http://hdl.handle.net/10119/9761
Rights	
Description	Supervisor:池田満, 知識科学研究科, 修士

修 士 論 文

糖尿病患者コミュニティと患者心理の関連性に関する調査研究
—患者コミュニティの機能のモデル化に向けて—

北陸先端科学技術大学院大学
知識科学研究科知識科学専攻

王 曉玲

2011年3月

修 士 論 文

糖尿病患者コミュニティと患者心理の関連性に関する調査研究
—患者コミュニティの機能のモデル化に向けて—

指導教員 池田 満 教授

北陸先端科学技術大学院大学
知識科学研究科知識科学専攻

0950012 王 曉玲

2011年2月

審査委員：池田 満 教授（主査）
橋本 敬 教授
川井 康夫 教授
永井 由佳里 准教授

Study on the influence of activity in the patients association on mind of diabetes patients

Xiaoling Wang

School of Knowledge Science,
Japan Advanced Institute of Science and Technology
March 2011

Keywords: a diabetes, patient association, stage-based model of patient mind, web-based study

Since diabetes is a chronic disease, diabetic patients should continuously change their own behavior for their health (e.g., diet regimen, exercise regimen, and medication). It has been well known that the diabetic patients change their life-style as well as their mind. For example, some diabetic patients suffer from depression while others keep good QOL. The present study aimed to address the question why the effect of change of life-style produces such big difference among the diabetic patients. One possible answer comes from solitude of the diabetic patients. Several diabetic patients cannot be supported by close people such as family and friends because of their misunderstanding of the diabetes. Thus, it is important for the diabetic patients to share their negative emotion among people who suffer from the diabetes. Specifically, the present study was motivated by the question; how do the diabetic patients change their mind in patients association?

Although any study has not examined the process that the diabetic patients change their mind, there were studies suggesting that the change of one's behavior has an effect on one's mind. In this line of the studies, Prochaska and colleague proposed the stage-based model depicting how a person changes both mind and behavior progressively in the patient association. This model suggested that the process that the patients changed their behavior can be divided into five stages; Precontemplation, Contemplation, Preparation, Action and Maintenance. Precontemplation is the stage at which there is no intention to change behavior in the near future. The people in this stage are usually unaware of their problem.

Contemplation is the stage in which patients are aware of their own problem and they are seriously reflecting on that problem while they do not begin any action. Individuals who stay in this stage think about pros and cons of the problem and solution of the problem. Preparation is the stage in which the patients are going to take action in near future. Action is the stage in which persons modify their behavior, experiences, or environment for overcome their problems. Maintenance is the stage at which the patients continue to prevent relapse.

Although the five-stage model was demonstrated by several studies, some researches did not support its hypothesis because this model is too simple to predict change of patients' mind. Taking into account that the five-stage model has a limit to application to some type of disease, the present study modified the model for diabetic patients based on review on literature examining change of mind of diabetic patients. And then I examined whether this modified model was applicable to the diabetic patients. In specific, the present study conducted web-based research using questionnaire in which 125 diabetic patients were asked on their emotional state and on behavior when they participated to the patient association. For example, "what did you expect the members in the patient association of?", "what kind of difficulties did you deal with in the patient association?", "how did you cope with the difficulties in the patient association?"

The present study found three main results: 1. Seeking for medical information motivated to participate to the patients association more strongly as compared with seeking for the help of other diabetic patients (i.e., there were more diabetic patients who seek for medical information than the diabetic patients who seek for other diabetic patients' help); 2. Collaborating with other patients in the patients association made the diabetic patients more positive than solving problem in solitude; 3. The diabetic patients' acceptance of the diabetes somewhat related to their emotional state (i.e., the diabetic patients who accepted their own disease showed positive emotion while the diabetic patients who did not accept their own disease showed negative emotion). In relation to the modified model of diabetic patients in patients association, the present results suggested three implications. Firstly, the diabetic patients were more strongly motivated by seeking for medical information in patients association, suggesting that some kind of emotion drove seeking for information. Secondly, the present study suggested that communication with other diabetic patients facilitated attitude to the diabetes. Lastly, it was suggested that the diabetic patients' acceptance of diabetes was mediated by their positive emotion.

In conclusion, the present study proposed the five-stage model and I believe this model can somewhat explain the change of mind of diabetic patients in the patients association. For example, the present data supported the present hypothesis that communication with other

patients facilitates attitude to diabetic patients. However, the present study cannot conclude cause and effect because my data was collected from questionnaire. I realize some future research will be needed.

目次

第1章 はじめに	1
第2章 糖尿病患者の心理変容モデル	4
2.1 糖尿病とは	4
2.2 糖尿病患者の心理的問題	5
2.3 患者の心理変容モデルへのアプローチ	6
2.4 行動・心理変容モデルへの批判	9
2.5 糖尿病患者への行動・心理変容モデルの適用	11
第3章 アンケート調査	15
3.1 調査の目的	15
3.2 本調査の仮説	16
3.3 本調査のデザイン	17
3.4 予備調査	18
3.5 本調査の方法	19
3.6 本調査の結果	21
第4章 考察	36
4.1 本研究の仮説と検討	36
4.2 本研究の結論と課題	39
謝辞	41
参考文献	42
付録	45
付録 A	45
付録 B	50

目 次

图 1-1	.....	1
图 2-1	.....	8
图 2-2	.....	14
图 3-1	.....	19
图 3-2	.....	21
图 3-3	.....	22
图 3-4	.....	22
图 3-5	.....	24
图 3-6	.....	25
图 3-7	.....	25
图 3-8	.....	26
图 3-9	.....	27
图 3-10	.....	28
图 3-11	.....	34
图 3-12	.....	35

表 目 次

表 2-14
表 2-29
表 2-311
表 3-118
表 3-219
表 3-329
表 3-431
表 3-532

第1章 はじめに

現在、国民の生活水準が高まるとともに、現代人の肥満と運動不足が深刻な問題となつてきている。このような背景のもと、生活習慣病と呼ばれる糖尿病が増加しており、糖尿病患者数は、大体この50年間で約40倍近くにも増加している。(図1-1)

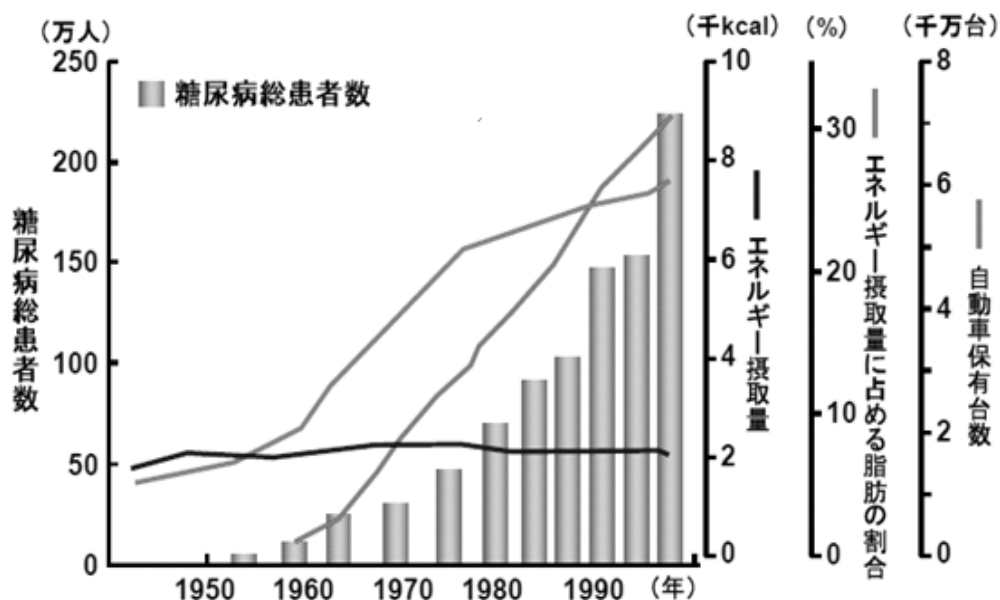


図1-1 糖尿病患者数と食事中の脂質の割合、自動車保有台数の推移

[出典:矢作・大西 2009]

短期にこれほど増加した一つ目の理由として、現代人の肥満と運動不足があげられている[中石 2010 年]。糖尿病患者の増加とともに、肥満傾向が、男女と共に年々強まっていり、肥満増加の背景には、“食生活の欧米化”に伴う食事の中の脂質の割合の増加があるといわれている。また、自動車の保有台数も増加しており、自動車使用による運動不足の増加が考えられる。(図1-1)。[矢作・大西 2009]

二つ目の理由として考えられることは高齢化である [中石、2010]。インスリンを作る能力は年齢とともに低下すると考えられている。そのため、高齢者の割合が増えることで、糖

糖尿病患者も増えることを魅している。以上のように、自動車などの交通機関の発達による人々の身体活動量・運動量の減少や、高齢化が、糖尿病患者数増加の原因であると考えられている。

運動不足となりやすい生活スタイルや高齢化といった社会情勢が原因となっていること、また、患者数が膨大であることを考慮すると、糖尿病の治療の改善が重要な研究課題である。例えば、糖尿病の治療においては、患者同士が集う患者コミュニティが治療を促すものとして有効であることが知られている。しかし、必ずしも糖尿病コミュニティに参加する患者は多くなく、また、糖尿病で治療を開始してもそれを中断することが多い。治療の中断を防ぐために求められることや、治療を支援する糖尿病コミュニティの役割などが本研究の関心である。

本研究では、糖尿病患者コミュニティと患者心理の関連性の検証を目的とし、患者コミュニティへの参加意識、患者コミュニティにおける問題解決機能、そして患者自身の糖尿病の認識という3つの観点から調査を行う。従来の方法では、病院側の医療行為が主な治療方法となっていたが、これからは、患者側の心理的側面に着目し、患者が自分の病気を管理できるようにする必要があると考えられる。本研究では、特に患者コミュニティに着目し、患者コミュニティの機能のモデル化に向けた、糖尿病患者コミュニティと患者心理の関連性に関する調査研究を行うことを目的とした。

本研究の目的である、糖尿病患者コミュニティと患者心理の関連性に関する調査研究を行うために、文献レビューとアンケート調査を行った。文献レビューでは、糖尿病患者の心理的問題や、患者の心理変容モデルへのアプローチ、行動・心理変容モデルの批評についてもとめ、糖尿病患者の行動・心理変容モデルの適用について考察した。

また、アンケート調査では、問題点と問題現状の明確化を行うために仮説を構築した。その後、アンケート設計と結果のサーベイをした後に、考察と結論を述べ、アンケートの結果と本研究で提案した理論モデルとの統合を試みた。

論文の構成は次の通りである。本章で研究の背景、目的を述べた。第二章は先行文献レビューの調査を行い、従来の患者の心理・行動変容モデルについて紹介した上で、問題点を整理し、批判した。さらにこの批判を踏まえた上で、本研究の理論モデルの提案を行い、心理・行動の変容過程について詳細に説明した。第三章では、仮説を踏まえ、本研究でおこなった調査についての仮説の構築と実施方法、および結果と分析について報告

した。最後に第四章で、第三章において述べた調査結果と分析についての見解を本研究で提案した心理・行動変容モデルに統合し、最終的な考察、結論を述べた後に、今後の課題について述べた。

第2章 糖尿病患者の心理変容モデル

2.1 糖尿病とは

現在我が国には 740 万人の糖尿病患者がいると言われている。糖尿病はその原因によって、1 型糖尿病、2 型糖尿病、その他の糖尿病、妊娠糖尿病の 4 種類に分類される。ここでは特に患者数が多い 1 型糖尿病と 2 型糖尿病の違いを図示した(表 2-1)[矢作 2009]。

表2-1 1 型糖尿病と 2 型糖尿病の特徴[矢作 2009 より]

分類	1 型	2 型
病態	インスリン分泌低下 (自己免疫などによる膵 β 細胞の破壊)	インスリン分泌低下 + インスリン抵抗性
遺伝因子	関与あり(HLA など)	関与大
環境因子	ウイルス	肥満が重要
発症年齢	25 歳以下に多い	40 歳以上に多い
自己抗体	陽性(発症初期)	陰性

1 型糖尿病の患者は、インスリンが足りない状態にある。その原因は、膵臓のインスリン分泌細胞(β 細胞)が、自己免疫的な機序によって破壊されることが考えられている。

2 型糖尿病の患者は、インスリンそのものが足りない状態に加え、インスリンの効き目が弱くなることも大きく関わっている。インスリンそのものが足りないことを「インスリン分泌低下」、インスリンの効き目が弱くなることを「インスリン抵抗性」という。なお、2 型糖尿病では肥満や過食などが発症要因に絡んでくるが、1 型糖尿病ではあまり関係していない。また、発症年齢も、2 型は中年以降に多いのに比べて、1 型は若い人に多いという特徴がある。[矢作 2009]

糖尿病というのは「血糖が上がりやすい状態」を治すことはできないものの、食事療法・運動療法・薬物療法をうまく組み合わせることによって、病気の苦しみを味わうことなく、健康な人と変わらない生活を過ごすことが可能である。

糖尿病の治療では、合併症の発生防止・進展阻止により健常人と変わらないQOLを維持し、寿命を確保することを目的としている。糖尿病治療においては食事療法が重要であり、生活習慣のコントロールが非常に重要である。それだけに、患者は糖尿病について適切な知識を持つことが求められる。糖尿病を管理するために、患者や家族は適切な知識に基づく、医学的な判断を毎日行う必要がある。したがって、糖尿病に関する教育の質を高める必要がある。また、患者は病気や治療の知識に加えて、患者コミュニティなどの治療をサポートするシステムについて知っておくことが重要である。

2.2 糖尿病患者の心理的問題

糖尿病(2型糖尿病)の治療方法としては、食事療法、運動療法、及び薬物療法がある。このうちでも、食事療法は治療の基礎となるものであり、食事療法を適切に行うことによって、その他の運動療法や薬物療法などが最大限の効果を得ることができる。すなわち、糖尿病の治療で重要なのは、患者自身による生活習慣のコントロールであるといえる。このような生活習慣を維持することには終わりがなく、また医師から指示された生活習慣を維持していても期待したような血糖値が得られず達成感を得にくい。治療の過程で、長期間悲嘆や絶望といった感情にとらわれ、うつ病を発症したり [ポランスキー 2010]、自分の生活習慣を変化させることを拒否し治療にとりかかれない [石井 2010]、といった問題を生じさせることがある。糖尿病患者の治療やケアを考える上では、患者の心理面を検討することは不可欠である。

糖尿病患者が感じる病気のつらさのひとつに、家族やときには医師からさえも治療の困難さに理解が得られないことが挙げられる [斎藤 2001]。斎藤 (2001)は、糖尿病患者との会話を通して、彼らの多くが治療の過程で孤独感を感じていることを示している。「入院中は同じ病気の人がいて、病気について、日々の生活について、将来についてなど、いろいろなことを話合うことができ、自分は一人ぼっちではないと思うと勇気が出て、頑張っってよい血糖コントロールをしようと思うのだけれども退院すると、誰も話せる人がいないし、不安でどうしてよいかわからない」[斎藤 2001]。また、糖尿病治療が生活習慣の自己管理や働きかけであるために、医療者であっても糖尿病患者の治療の困難さや心理的な負担に共感を示すことは難しい。斎藤はこのような患者の悩みを挙げ、彼らにとって重要なのは、治療の困難さを

知る同じような糖尿病患者であることを示唆している。こうした事実は経験的に多くの医療者に知られており、実際に多くの病院で患者会(患者コミュニティ)が開催されている。

しかしながら、患者コミュニティは必ずしも糖尿病患者の心理面でサポートすることに成功しているとは言えない。例えば、浮ヶ谷 (2004)によれば、糖尿病の患者の参加率が非常に低いことを挙げている。したがって、いかにして患者コミュニティを通して糖尿病患者の心理をポジティブに変容させることができるのかを、経験的な観点のみならず、客観的データに基づいた観点から検討することが必要である。

2.3 患者の心理変容モデルへのアプローチ

本研究では、糖尿患者の心理・行動状態の変化と介入方法に関する知見を蓄積する手法の確立を目的とする。患者の治療への取り組み方は多様であり変化していく。患者の治療への取り組み方と心理状態はリンクしているため、患者の心理状態も変化していく。糖尿病患者に適切に介入するためには、外側から観察可能な患者の行動でなく、その心理状態の変化に応じた柔軟な対処が必要であると言われている。本研究では、糖尿病患者の心理状態の変化に応じた介入方法を検討する[石井 2010]。

患者心理の変容過程について記述した理論モデルには、心理過程の段階モデルがある。このようなモデルでは、行動面・心理面を機能的に区切り、段階として表現することで行動面心理的变化が表現されている。このような段階モデルのなかでも代表的なものに Prochaska の 5 段階モデルがある [Prochaska、DiClemente、& Norcross 1992]。ここでは、このモデルについて説明する。

Prochaska の心理・行動変容モデルの新奇性は個人的な心理的変容を、コミュニティに所属する患者の心理変容として説明しようとした点にある。Prochaska は、彼以前のコミュニティの変化の理論モデルが成功してこなかったことは、理論家達がコミュニティ全体に注目し、個人の心理・行動に目を向けてこなかったことにあると指摘し、心理療法、発達理論、社会学等の理論を大胆に取り入れた段階モデルを提唱した。彼の理論構築におけるこうしたアプローチは、必ずしも実証的な見解に基づいていないことから、Transtheoretical approach と呼ばれる [Procheska et al. 2001]。

この心理行動変容モデルでは、人が禁煙などの健康行動を起こすまでの準備状態に至るまでの心理的・行動的変容が 5 段階で記述されている。5 段階は、すなわち、前熟考期 (Precontemplation)、熟考期 (Contemplation)、準備期 (Preparation)、行動期 (Action)、

維持期 (Maintenance)である。これらの段階ごとに適した介入をするが健康行動の達成に重要であるとされる [石井 2004; Prochaska *et al.* 1992]。前熟考期は、患者が将来の治療行為を実施する意図がなく、遂行を考えていない時期であるとされる。この時期の患者の多くは、問題を認識していない。この時期の患者であっても、病気への対処を行うことがあるが、それは他者からの行動の強制があるためである。他者からの行動の強制がなければ、患者はすぐにその対処を止めてしまう。一般に患者は変えたいと願ってはいるが、実際に行動を行う意思があるかどうかとは区別される。例えば、前熟考期の患者は、「良く考えた限りは、変化しなければならないような問題はないと思う」といった質問としては項目に肯定的に反応する。変化や病気の認識に拒否反応を示すのが前熟考期の患者の心理の特徴である。

熟考期は、行動変化の意義は理解しているものの、行動変化をするほどの心構えができていないため実行に移せない時期である。この時期の患者は、常に問題の大きさと解決するための犠牲を秤にかけている。熟考期の患者は、「私自身何か変えなければいけないとずっと考え続けている」といった質問に肯定的に反応する。病気とそれについての解決策について真剣に考えているのがこの時期の患者の特徴である。

準備期は、患者なりの行動変化があるか、すぐに開始する意思がある時期である。この時期では患者は、変化させる意思とその行動を結びつける段階にある。患者によっては、例えば、喫煙する煙草の量を5本減らすといった、効果的ではないわずかな行動を起こし始めている。研究者によっては、準備期を独立した時期とはみなさず、次の行動期の初期と考えている。この時期では、次に述べるような行動期の患者の特徴への質問と、熟考期の患者の特徴への質問の両方に対して肯定的に反応する。

行動期は、望ましい行動が始まって6ヶ月以内の時期である。行動の変容が外側から観察可能になる時期であり、それ故に変化が起きたと考えられやすい時期でもある。しかしながら、変化に必要な努力や労力を維持するための準備はこの時期にはまだできていない。行動期の患者は、「多くの人に私は変わったと声をかけられる:実際にそうした行動をしている」といった質問に肯定的に反応する。実際に病気の治療のために行動してみて、行動を起こす基準が変わったり、変化のための努力をしていることがこの時期の患者の特徴である。

維持期は、実行に起こしている行動を止めないように努力を続ける時期である。この時期は行動面ではなく心理万での連続的な変化が生じている。この時期は病気によっては、一生続くこともある。維持期の患者は、「問題がまた起きないように行動を維持し続けている」という質問に肯定的に反応する。行動変化を維持しようと努力をし続けるのと同時に、問題の

行動を再び起こらないようにしていることが、維持期の患者の特徴である。

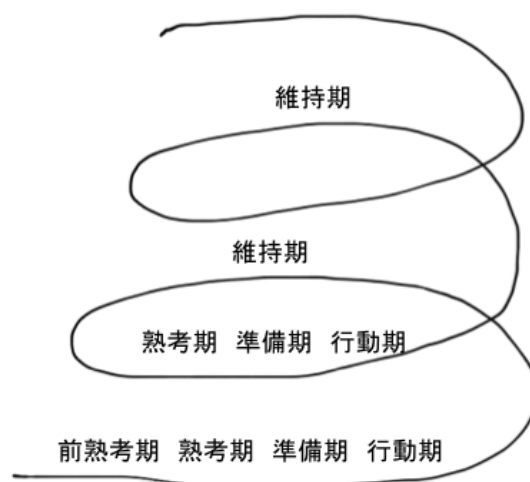


図 2-1 5 段階モデルのスパイラル構造 [Prochaska et al. 1992 より作成]

行動変容の過程では、多くの患者が行動を維持することに失敗することが知られている [Schacter 1982]。5 段階モデルでは、維持期において適切な行動を持続させることに失敗する可能性を考慮し、一旦維持期に至った患者であっても、行動の持続の失敗した患者は、自らの失敗を恥じ、罪悪感を持つとし、その患者は前の段階に戻ると説明した (図 2-1)。Prochaska は、このような前の段階に戻ることを示すために、5 段階モデルがスパイラル構造をなすと説明した。

Prochaska の行動変容モデルでは、以上に挙げた段階を質問項目への回答で区別し、段階ごとに患者に適切な対処を行うことができると考えられている。これらは、考えに関するものと行動に関するものとに分けられる。表 2-1 にこれらの対処を示す。

小檜山ら (2009)によると、これらの対処のうち、a から e までが考えに関する対処であり、f から i までが行動に関する対処である。以下にそれぞれの対処についての説明を記す。

- a. 意識を高める: 健康問題に関する情報を集めて、それを理解させること
- b. 感情的経験: 行動変容しないことでの健康への脅威に関して、感情的な面から経験させること
- c. 環境の再評価: 不健康な行動を続けることや、健康のための行動変容をすることが、周囲の環境に与える影響を再評価させること
- d. 自己の再評価: 不健康な行動を続けることや、健康行動をとることが自分にとってど

ういう影響を及ぼすかを再評価させること

表 2-2 各段階の患者に対する適切な対処

前熟考期	熟考期	準備期	行動期	維持期
a. 意識を高める	b. 感情的経験	c. 環境の再評価	d. 自己の再評価	e. 社会的解放
			f. 強化マネジメント	g. 援助関係の利用
			h. 行動置き換え	i. 刺激の統制

- e. 社会的解放:健康的な生活を送ることに影響する、社会や環境の変化を知らせること
- f. 強化マネジメント: 行動変容に対して自分自身に報酬を与えさせたり、他人から報酬を与えてもらうようにさせること
- g. 援助関係の利用: 健康行動へのソーシャルサポート (社会的支援)を求めて使用させること
- h. 行動置き換え: 問題行動の代わりに健康的な考え方や、行動を取り入れさせること
- i. 刺激の統制: 問題行動のきっかけとなる刺激を避けることや、健康行動をとるきっかけになる刺激を増加させること

2.4 行動・心理変容モデルへの批判

Prochaska の 5 段階モデルは、心理・変容過程が明確に記述され、また、対応する対処も明示されていることから、多くの研究でその妥当性が検討されてきた。しかしながら、幾つかの研究では、理論の妥当性に疑問が投げかけられている。例えば、Riemsma et al. (2002) は、この 5 段階モデルに基づいて介入を行った 7 つの研究についてレビューを行った結果、

3つの研究で、介入による促進効果が認められたことを報告した。しかし、この効果は長続きせず、12週間で効果を見いだせなくなってしまうことを示した。このレビューと同様に、Adams and White (2003)は、16の研究について介入の効果を検証し、6ヶ月以上に渉って効果を検証した7つの研究のうち、効果が認められた研究は、2つの研究に過ぎなかった。Adams and White (2005)は、このように、介入の効果が限定的なこととして以下の理由をあげている。1. 介入の対象になるべき行動は、複数の行動の連鎖である。5段階モデルでは、標的とする行動を過度に単純化している。2. それぞれの段階の妥当性が検証されていない。3. 標的となる行動には様々な因子が影響している。こうした因子の影響を考慮していない。4. 5段階の変化は、必ずしも行動の変容につながらない。5. ひとつの段階内に異なる種類の行動が含まれる可能性があり、これらの行動をひとつの段階に含むことに無理がある。

Adams と White が指摘したように、行動段階モデルは、明確ではあるものの、行動に及ぼす心理面での影響を過小評価している可能性がある。例えば、Prochaska 自身が提唱しているように、5段階モデルはスパイラル構造を持つとしているが、一旦行動の維持に失敗して熟考期になった患者と前熟考期を終えたばかりの患者の心理が同一であるとは言えない。前者は、自分の失敗を恥じていて心理的な不安は強いと考えられるが、後者は病気を問題として捉え、考えを整理しようと肯定的な心境にあると考えられる。5段階モデルは、前進してきた患者と、行動の維持に失敗することによって戻ってきた患者の心理面での違いが行動面に与える影響を十分に考慮しているとは言えない。

メタレビューおよび理論面からの批判だけでなく、客観的データによる検証においても、5段階モデルに批判が可能である。これまでに、糖尿病の患者コミュニティに5段階モデルを適用し、客観的に検証した研究においても批判的なデータが得られている。小檜山ら(2009)は、糖尿病患者を対象に患者コミュニティに参加している群と参加していない群について、5段階モデルにおける患者の段階と生化学検査値(HbA1c、総コレステロール、LDLコレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪)、食生活習慣、および自己効力感を比較した。その結果、行動変容段階と自己効力感については差がなかったものの、生化学検査値(HbA1c)と食生活習慣は、患者コミュニティに参加している患者の方が参加していない患者に比べて良好であった。この結果は、患者コミュニティに参加していることで、健康な習慣への意識が高まった結果として血糖コントロールが良好に保たれていることを示唆している。ここで重要なのは、患者コミュニティ参加群と非参加群とで、行動変容段階に違いがなかった点である(表2-2)。このことは、患者コミュニティ内での良好な行動によってもたらされた

と考えられるポジティブな効果を、行動変容の段階と対応しなかったことを示している。

表 2-3 患者コミュニティの参加患者と非参加患者の生活習慣の健康指数と行動変容段階
[小檜山ら (2009)より作成]

人数 (人)	患者コミュニティ参加患者 (N = 21)			非参加患者 (N = 15)		
	生活習慣の健康指数			生活習慣の健康指数		
	不良	中庸	良好	不良	中庸	良好
前熟考期	0	3	2	0	2	0
熟考期	1	3	3	3	4	1
準備期	0	2	1	1	0	0
行動期	0	0	3	1	0	0
維持期	0	0	3	0	2	1

2.5 糖尿病患者への行動・心理変容モデルの適用

先述したように、理論、メタレビュー、実証的データの観点から、従来の5段階モデルでは、心理的・行動的変容過程を記述するには不十分であると考えられる。理由を筆者なりにまとめると、1. 行動を過度に単純化している。2. 標的となる行動について影響しうる様々な因子を考慮していないという2点に集約できる。本研究では、5段階モデルを糖尿病患者の患者コミュニティにおける行動に適用することを目的としているが、特に行動に影響しうる因子を考慮していない問題は重要であると考えられる。糖尿病においては、標的となる行動は生活習慣であり、それ故に個人のライフスタイルや年齢の影響や、加えてそれらからの心理面の影響が非常に大きいからである。例えば、糖尿病を診断されたときに抱く心理状態は、20歳の人と80歳の人では異なる。20歳の方は、就職や結婚などの将来に対する不安や、同世代で同じ病気の友人が少ないことに対するさみしさ強くであると想定できる。その一方で80歳の方は、運動療法を迫られたとき負担感が強く表れると想定できる。また、食事療法を迫られたときに抱く心理状態は、仕事で外食せざるを得ない人と家族の毎日の食事をつくらなくてはならない人では異なると考えられる。また、その心理状態は、個人内でも就職や結婚、出産などのライフサイクルの変化の影響を受け変化し続けると考えられる。このように心理状態

は複雑なため、心理状態に対応した細やかな支援をするための心理モデルが必要である。しかしながら、年齢やライフサイクルといった因子に影響を受ける多様な心理変化を単純化された、因果関係として表現できるものではない。そこでここでは、本研究の仮定において最も典型的だと考える心理状態の変化を想定し、説明するために図示した。この図では、典型的な変化を捉えるために、糖尿病の行動変容段階を時間軸として横にとった。図の上部にある、「前熟考期」「熟考期」「準備期」「行動期」「維持期」が5段階であり、右に進むにつれて、時間が経過していくことを示している。各段階で変化する心理的要因と、それを促すために期待されることを縦軸にとった。左側に示した四角は心理的要因を示している。右側にある細長い四角は心理変容の促進要因である。心理的要因と促進要因が影響を及ぼし合い、本研究で目的とする状態へ変化していく様子を示している。要因同士の因果関係を表現しているのが矢印である。要因が影響を受け変化したことを折れ線で表現している。

前熟考期の患者は、孤独感を抱くと考えられる。例えば、糖尿病患者は糖尿病に関する本当の気持ちを話せる人がいないために孤独を感じ[石井 2003]、糖尿病のせいでひとりぼっちであると感じていると言われている[石井 2010]。これらより、糖尿病患者の持つ孤独感は、病気について話す人がいないことや周囲に同じ糖尿病患者がいないことから生じていると推測できる。この孤独感は、否定的側面の自己開示によって情動を発散することで低減される。自己開示とは、感情や思いなどの自分自身に関する本当の情報を言葉で伝えることである。この自己開示の動機は複数あり、そのひとつが、情動の発散である[榎本 1997]。この自己開示による情動の発散により孤独感が低減し、この孤独感の低減が病気の適応にとって重要であると考えている。例えば、石井(2010)は、糖尿病患者は、それまで誰にも語るができずに心のなかに溜めていた感情が他者に受け止められることで、感情的な負担が軽減し治療に対する目標を語るようになると述べている。また、Bob(2008)は、感情を話すことにより糖尿病のもつ生活のどの部分が最も困難か、満足できないのか、問題なのかを明らかにすることができ、その問題を認識することができなければ、長期にわたる持続する行動変化を起こすことができないと述べている。このように情動発散のために自己開示が行われるのだが、自己開示は、相手の反応に対する不安などに、抑制されやすい[榎本 1997]。糖尿病患者の場合、相手の反応に対する不安は、他者の経験を傾聴する中で解消され、自己開示欲求を高めていくのではないかと考えている。これまで孤独感を中心に述べてきたが、前熟考期には、孤独感の他に劣等感を抱くと推測している。この劣等感の低減は、自己受容の増幅によって促される。自己受容とは、例えば、糖尿病患者は、糖尿病である事実を否認することがよくある[石井 2003]が、このような自分で認めたくない事実を含め、ありのまま

の自分を受け入れることを心理学では、自己受容と呼ばれている[心理学辞典]。自己受容は、孤独感や劣等感と関連している。具体的には、自己受容と劣等感の間には負の相関があり[今林 1993]、自己受容している人ほど、劣等感がみられないと言われている[村上 2004]。そのため、孤独感の低減により、自己受容の低減が促され、その自己受容の低減により劣等感の低減も促されると考えている。

熟考期は、行動変化の意義は理解しているが行動変化がみられない時期である。この時期は、前熟考期での自己受容の増幅が親密性の増幅を促し、親密性の増幅により促がされた否定的側面の自己開示により理解・共感の獲得を達成することが、重要ではないかと考える。理解・共感を獲得することの重要性に関して、Williams(1998)は、姿勢・感情の理解を示し、行動の選択肢や関連情報を与えサポートしてくれる他者を認識している患者は、自律的に動機づけられ、治療行動に対する自信を高めていくことが示唆されている。理解・共感の獲得は、自己開示のひとつの動機として捉えてられている[榎本 1997]。この理解・共感の獲得のため自己開示は、親しい友人に対して行われる傾向がある[榎本 1997]。自己受容は、良好な人間関係を築くのに重要である。そのため、自己受容の増幅により親密性の増幅が促され、親密性の増幅により、自己開示による理解・共感の獲得が達成されると考えられる。

準備期は、患者なりの行動変化があるか、すぐに開始するつもりがある時期である。この時期は、自尊感情、他者からの受容感を高め、治療行動をはじめめる時期である。自尊感情とは、心理学では自己に対する評価感情で、自分自身を基本的に価値あるものとする感覚とされている[心理学辞典]。自尊感情が他者からの共感や理解の獲得により高められると考えられるが、自尊感情が低い人は、他者から受容された経験や確信が乏しいため、他者による受容に対して懐疑的になる[Mark et al. 2000]といわれている。そのため、自尊感情は、熟考期から行われている共感や理解を得る経験により少しずつ増幅が促され、この自尊感情の増幅が他者からの受容感の増幅を促し、その他者からの受容感の向上がさらに自尊感情を促すと考えている。その自尊感情の増幅は血糖コントロールの発現を促す。自尊感情と血糖コントロールに関して、中村(1999)は、自尊感情の高い人の方は血糖コントロールが良好であるといわれている。

行動期は、望ましい行動が始まって6ヶ月以内である。行動期は、成功体験を積むことで自己効力感を増幅させていくと考えている。自己効力感とは、自分の行為について自分がきちんと統制しているという信念である。自己効力感が高まる要因としては、成功経験があげられている。そのため、血糖コントロールの成功体験が、自己効力感を高めると考えている。

自己効力感の増幅は、他者に対する支援の出現を促すと考えている。その他者支援の中で、自分の乗り越えてきた経験や行為を活かし、それが他者の役に立つことによって、自己効力感を維持し、健康行動を維持できると考えている。なぜなら、自己効力感をもった行為について、それが認められ励ましを受ければ、より努力をするようになり、それが成功の機会を高めると言われているからである[心理学辞典]。

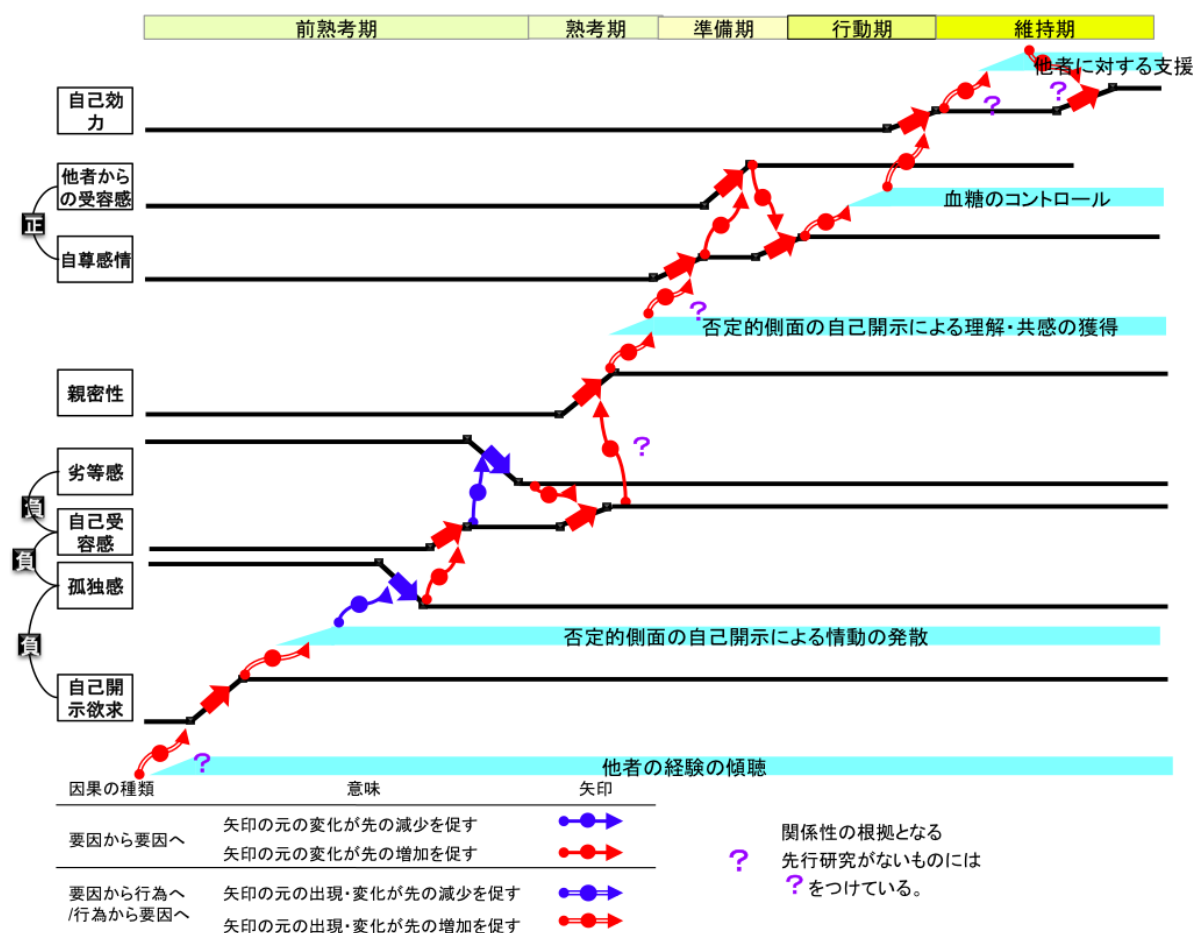


図2-2 糖尿病患者の患者コミュニティにおける心理変容モデル

第3章 アンケート調査

3.1 調査の目的

糖尿病の治療では、他者との関わりが重要であることが知られている。例えば、自分に共感や理解を示す他者の存在は、糖尿病患者の病気への対処をポジティブにすることが知られている。しかし、たとえ他者が共感や理解を示したとしても、糖尿病患者は、ときにそれを受け止めることが難しいことがある[ポランスキー 1999]。患者の悩みは、疾病に起因するものであり、患者と異なる境遇の他者とはその悩みを共有しえないためである。したがって、糖尿病の治療過程においては、他者を受け容れ、自律的にポジティブな対処をとることができるように患者自身が成長しなければならない。

こうした患者の心理的変容を記述したモデルには心理変容の5段階モデルがある。5段階モデルは、中毒患者が治療において問題行動を抑制し自律的に適切な行動をとるよう変容する過程が示される。ここでは、自分の問題を否定する段階から、現実を受け容れ適切な対処を採る段階に至り、最終的には類似する問題を抱えた他者を援助するようになる過程が想定される [AA. 2010]。

これまでの研究において、5段階モデルを糖尿病治療に取り入れようという試みはなされているものの [万行・竹中 2008; Kim et al. 2004]、コミュニティ内での他者との関わりに基づく検討はなされていない。本研究では、患者コミュニティ内での仲間との活動がもたらす影響を、この5段階モデルに組み入れることによって、糖尿病患者の患者コミュニティにおける心理変容過程を検討した。従来、一般に仲間とのポジティブな関わりによって、心理的な促進効果がもたらされることが知られている。例えば、患者は仲間との関わりを通して、自分の病気を受け容れることができるようになり、適切な対処をとるように動機づけられる。

本研究では、糖尿病患者が孤独感や劣等感を抱くとし、コミュニティでの他者との関わりを通して病気を受け容れるようになると想定し、その心理変容過程を検討した。

3.2 本調査の仮説

本調査では、患者コミュニティへの参加意識、患者コミュニティにおける問題解決機能、そして患者自身の糖尿病の認識、という3つの観点から調査を行い、患者コミュニティにおける患者心理変容モデルを検討した。まず、患者コミュニティへの参加意識の観点の調査からは、患者が抱える問題を明らかにすることを目的とした。糖尿病においては、治療の過程で家族や友人、会社の同僚などの糖尿病ではない人々からの理解を得ることは難しい。また、合併症が生じるために、複数の医師からも理解を得られないことがある [齋藤 2008; 浮ヶ谷 2004]。こうした経験をすることによって、糖尿病患者はしばしば治療の過程で、誰からも理解してもらえないといった孤独感 [石井 2010] や、誰からも認めてもらえないと認識することによる劣等感を抱くことになる [ポランスキー 1999]。そこで本研究では、患者コミュニティに参加しようとする糖尿病患者は、このような孤独感や劣等感を克服することを期待するために、同じ糖尿病を患っている患者コミュニティに参加しようすると予測した (仮説 1)。

また、患者コミュニティにおける問題解決機能の観点の調査からは、患者コミュニティで解決される問題、及び患者の問題がコミュニティ内でどのようにして解決されるのかを明らかにすることを目的とした。糖尿病患者に限らず、一般にコミュニティ内で仲間と関わることによって何らかの心理的な作用が生じた場合には、その関わりによって生じた結果や解決した問題というよりも、どのように仲間と関わったのかという経緯がより重要になる [久保・石川 1998]。本研究では、仲間と関わることによって、治療に対する心理面でのポジティブな影響が認められるであろうと予測した(仮説 2)。

最後に、患者自身の糖尿病の認識の観点からの調査では、患者の病気の受容や病気の認識と、その感情や信念についての関連性を明らかにすることを目的とした。糖尿病は根治させることが原則として不可能であり、したがって一旦糖尿病と診断された患者は一生治療を続けなければならない [石井 2010]。こうした糖尿病の特性のため、患者は診断された際にしばしば悲嘆に暮れたり、あるいは長期に渉って治療を続けるために疲れ切ってしまったりとといった感情を喚起させる [ポランスキー 2003]。本研究では、こうした否定的な感情が、患者自身が糖尿病であるという事実を否認したり、あるいは逃避したりといった糖尿病の認識を引き起こすと想定する。すなわち、糖尿病を受容できていない患者は、その理由として否定的な感情や疲労を訴えると予測する(仮説 3)。

本研究では、さらに患者が解決した問題、および解決した経緯と糖尿病の認識の関連性を検討する。糖尿病の治療へのポジティブな取り組みを阻害するのは、自分の悲嘆感情、

あるいは治療を継続する上での疲労感である。孤独や劣等感はこれらの否定的な感情を助長すると考えられており [石井 2010]、コミュニティにおいて重要なのは、共有できる仲間との関わりを通して孤独や劣等感を和らげることである。本研究では、治療に起因する孤独感や劣等感を解消する、あるいは患者コミュニティにおいて仲間との関わりによって問題を解決することによって、患者の糖尿病の受容が促進され、治療への態度がポジティブになると予測する（仮説 4）。

3.3 本調査のデザイン

本調査は、3.1 で先述した 3 つの観点からの調査目的（患者コミュニティへの参加意識、患者コミュニティにおける問題解決機能、そして患者自身の糖尿病の認識）を達成し、かつ患者が解決した問題、および解決した経緯と糖尿病の認識の関連性を検討することが可能であるように設計された。本調査は 3 段階から構成された。第 1 段階は、患者コミュニティへの参加意識を検討するための段階であり、ここでは患者自身が抱える問題と、コミュニティに期待したことについて回答を求めた（質問 1、2、3、4）。第 2 段階は、患者コミュニティにおける問題解決機能を検討するための段階であり、患者コミュニティで解決した問題や、その問題が解決に至った経緯について回答を求めた（質問 5、6）。第 3 段階は、患者自身の糖尿病の認識を検討するための段階であった（質問 8、9）。また、調査での各段階の前には、調査の意図を説明する文章を回答者に呈示し、方向づけを行った。以下に第 1 段階の前に呈示した方向づけ文を示す（すべての方向づけ文と質問は付録を参照のこと）。

糖尿病コミュニティ参加経験を、次の順序で質問しますので、あなたの経験がどうであったか、この順序で教えてください。「【A】問題※があった」→「【B】コミュニティに参加した」→「【C】問題※が軽減した」※問題＝嫌なこと、困ること、不便、不快、不安、寂しさ、等■まず、「【A】問題※があった」→「【B】コミュニティに参加した」の状況について、教えてください。
※問題＝嫌なこと、困ること、不便、不快、不安、寂しさ

3.4 予備調査

本研究では、本調査の実施に先立って、本調査の対象者がどの程度調査に回答しうるかを把握するために予備調査を実施した。予備調査は、ウェブを通じて回答を得る形式で調査を実施した。全対象者数は、1002名(平均年齢51.8、男性819名、女性183名)であった。予備調査では、以下の質問に関し回答を求めた。すなわち、糖尿病経験(質問1. あなたの糖尿病経験を教えてください。次のうちどれにあてはまりますか)、患者コミュニティへの参加の経験(質問2. あなたは、「糖尿病の患者会」や「糖尿病患者が集まるサイト」に会員登録したことがありますか。質問3. 「糖尿病の患者会」や「糖尿病患者が集まるサイト」に、どの程度参加していましたか。最も近いものを選んでください。)。その結果、回答者のうち、自身が糖尿病であると回答したのは、948名であった。(表3-1)

表3-1 予備調査の対象者における糖尿病経験

全体	人数	割合
自身が糖尿病患者で、現在も入院、または定期的通院をして、治療中である	806	80.4
自身が糖尿病患者であった経験があるが、今は医療機関での治療はしていない	142	14.2
自身に糖尿病患者経験はないが、家族が糖尿病を患っていた経験がある	25	2.5
自身にも家族にも、糖尿病の経験はない	29	2.9

この糖尿病患者のうち、患者コミュニティのウェブサイトに参加したことのある患者は36名であり、糖尿病患者であると回答した回答者の3.8%であった。また、回答者の年代を調べた結果、40代50代の年代の回答者が多く、60代がそれに続いた。30代と20代と70代の回答者は僅かであった(図3-1)。

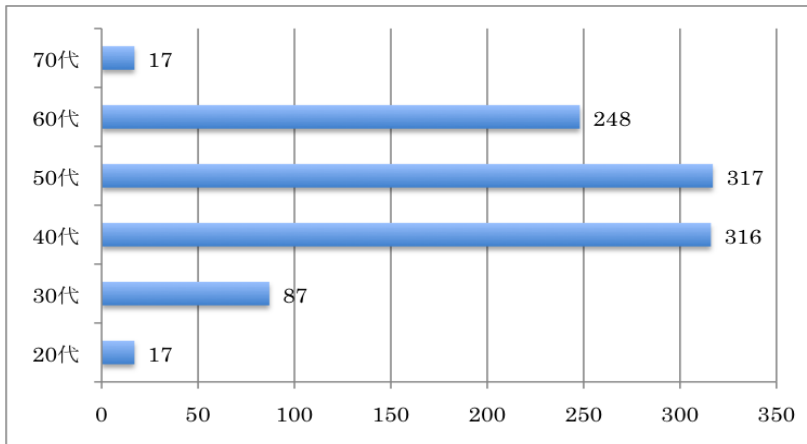


図3-1 予備調査の回答者の年代別の人数（人）

3.5 本調査の方法

調査対象者：糖尿病患者 125 名（平均年齢 45.7、男性 71 名、女性 54 名）であり、すべての対象者が糖尿病のコミュニティのサイトに自分を登録した経験があった（表 3-2）。調査の実施期間は平成 23 年 1 月 7 日～平成 23 年 1 月 21 日であった。

表3-2 本調査の対象者における糖尿病経験

全体	人数	割合
自身が糖尿病患者で、現在も入院、または定期的通院をして、治療中である	113	90.4
自身が糖尿病患者であった経験があるが、今は医療機関での治療はしていない	12	9.6
自身に糖尿病患者経験はないが、家族が糖尿病を患っていた経験がある	0	0.0
自身にも家族にも、糖尿病の経験はない	0	0.0

患者コミュニティへの期待

本研究では、患者コミュニティへの期待を、質問 1 から質問 4 までで調査した。質問 1 では、患者がコミュニティで解決したいと考えていた問題を「病気や医療機関・治療法、将来の生活に関する情報不足（例：治療法のセカンドオピニオンや、転職や保険加入の不利があるか

を聞きたい、等)」「生活上の不便・不都合を解決する知恵不足(例:食事制限や外出時の工夫などを知りたい、等)」「病気になったみじめさ・不満(例:他にも同様の人が大勢いることを実感したい、等)」「対話相手不足(例:類似の境遇の人と慰め合ったり、勇気をもらいたい、等)」「漠然とした不安(例:落ち着いて心を整理したい、等)」「医療者が言わない本音情報や裏情報の不足(例:他の患者が本音でどう思っているのか知りたい、等)」「その他の問題(具体的に教えてください⇒__)」から1つを選択させることで回答させた。質問2では、質問1への回答の理由を記述回答させた。また、質問3では、質問1で回答した、患者コミュニティに参加することで解決しようとした問題の重要さの程度を調べた。ここでは、「非常に重要」「かなり重要」「比較的重要」「さほど重要ではない」から1つを選択させた。質問4では、患者コミュニティに参加して問題が解決する期待の程度を、「完全に解決する」「部分的に解決する」「ほとんど解決しない」から1つを選択させることで回答させた。

患者コミュニティの機能

患者コミュニティで解決した問題について質問5及び質問6で回答させた。質問5では、患者コミュニティに参加したことで解決した問題を、「病気や医療機関・治療法、将来の生活に関する情報不足(例:治療法のセカンドオピニオンや、転職や保険加入の不利があるかを聞きたい、等)」「生活上の不便・不都合を解決する知恵不足(例:食事制限や外出時の工夫などを知りたい、等)」「病気になったみじめさ・不満(例:他にも同様の人が大勢いることを実感したい、等)」「対話相手不足(例:類似の境遇の人と慰め合ったり、勇気をもらいたい、等)」「漠然とした不安(例:落ち着いて心を整理したい、等)」「医療者が言わない本音情報や裏情報の不足(例:他の患者が本音でどう思っているのか知りたい、等)」「その他の問題(具体的に教えてください⇒__)」から1つを選択させることで回答させた。ここでの回答は、質問1と同じでも良いことが伝えられた(コミュニティ参加によって、実際に最も解決した問題は何でしたか。あなたが4問前に答えた「質問1で回答した選択肢」という問題でも、それ以外でも結構です。解決度合いが一番大きかったものを教えてください)。また、質問6では、質問5で回答した、解決した問題をどのようにして解決したかを回答させた(「質問5で回答した選択肢」という問題が、実際にコミュニティ内で解決した状況を、教えてください。解決に、一番大きく寄与した要素は、何だったと思いますか。)。この質問では、「医療関係者から、情報を得ることによって」「医療関係者以外から、情報を得ることによって」「他人に、自分の悩みや想いを打ち明けることによって」「他人の相談に乗るなどして、他人を助けることによって」「なんとなく、他人とやりとりを繰り返すことによって」「他人同士のやりとりを見ることによって」「その他(具体的に教えてください⇒__)」、これらの選択肢から最もあてはまるも

のを1つ選択することで回答させた。

患者自身の病気の認識

質問8において、回答者の自分の糖尿病についての認識を回答させた（現在、ご自分の病気についてどのようにお考えですか。以下の選択肢から最も近いものをひとつ選んでください。）回答は、「治してなくすべきもの」「うまくつきあうべきもの」「現在の自分に欠かせないもの」これらの選択肢から最も自分の認識に近いものを選択した。加えて、質問9において、質問8の回答の理由を記述回答させた。

3.6 本調査の結果

患者コミュニティへの期待

患者コミュニティに解決を期待する問題について調査した質問1への回答について、各選択肢を回答した割合を算出した。その結果、生活上の不便・不都合を解決する知恵不足（38.4パーセント）、病気や医療機関・治療法、将来の生活に関する情報不足（29.1パーセント）、漠然とした不安（10.0パーセント）、対話相手不足（7.2パーセント）、医療者が言わない本音情報や裏情報の不足（7.0パーセント）、病気になったみじめさ、不満（6.6パーセント）、その他（4.0パーセント）の順番で回答者数が多かった(図3-2)。

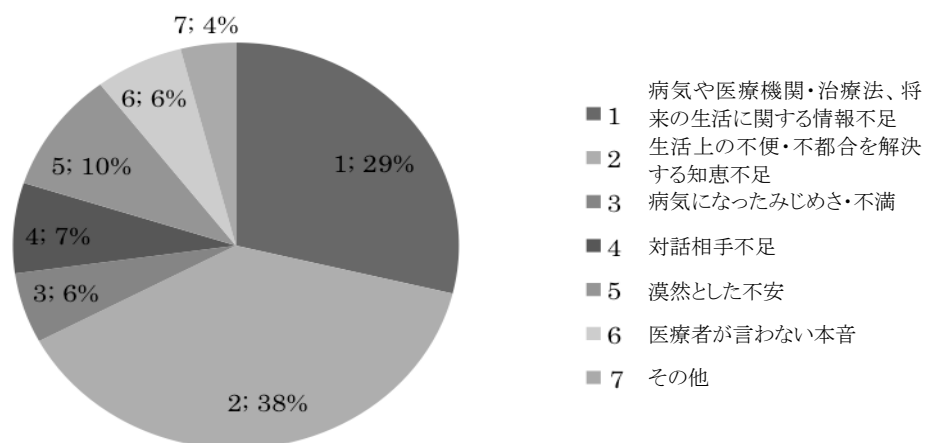


図3-2 患者コミュニティに参加することで解決すると期待される問題(質問1)で選択された回答の割合

質問 1 で回答した患者コミュニティに解決を期待する問題の重要性を問う質問で最も多かったのは、かなり重要 (35パーセント)、比較的重要 (29パーセント)、非常に重要 (28パーセント)、さほど重要ではない (8パーセント)の順番であった(図3-3)。

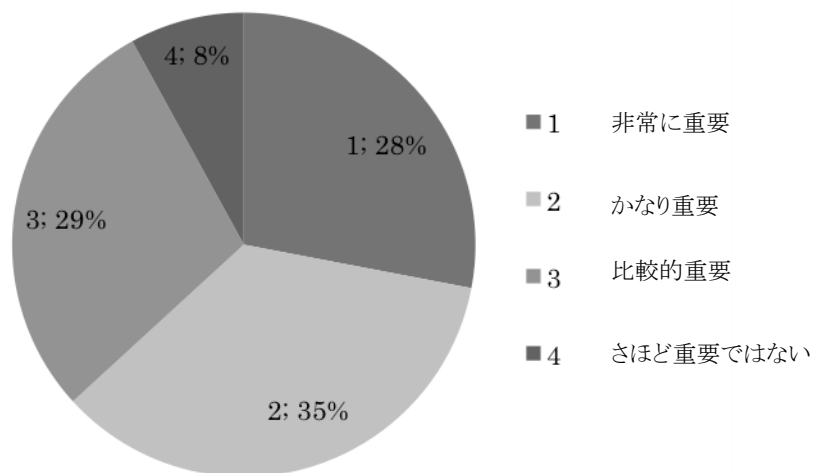


図3-3 患者コミュニティで解決を期待する問題の重要性(質問 3)で選択された回答の割合

質問 1 で回答した問題がどの程度解決されると期待していたか(「質問 1 で回答した選択肢」)という問題が、コミュニティ参加によってどの程度解決されると、当時のあなたは期待していましたか)について、回答された選択肢の割合を算出した。その結果、部分的に解決する (79.2パーセント)、ほとんど解決しない (15.2パーセント)、完全に解決する (5.6パーセント)の順番であった(図3-4)。

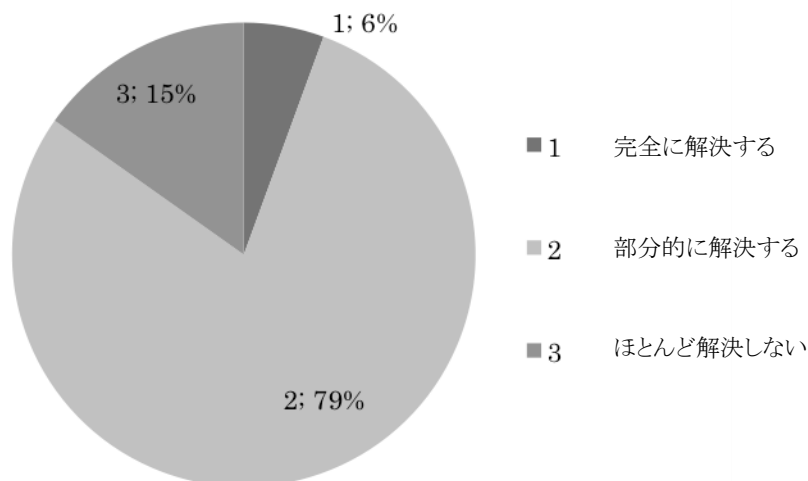


図3-4 質問 1 で回答した問題がどの程度解決されると期待していたか(質問 4)で選択された回答の割合

本研究では、糖尿病患者の心理的問題に焦点を当てることを主眼としている。そこで、ここでは、患者コミュニティで解決を期待した問題を、心理的問題と情報的問題に分けて結果をまとめる。質問1の選択肢は選択肢7(その他)を除くと、問題の性質の観点から大きく心理的問題と情報的問題とに分類することができる。すなわち、情報の不足の問題に関する選択肢[選択肢1(病気や医療機関・治療法、将来の生活に関する情報不足)、選択肢2(生活上の不便・不都合を解決する知恵不足)、選択肢6(医療者が言わない本音)]と、心理的な問題に関する選択肢 [選択肢3(病気になったみじめさ・不満)、選択肢4(対話相手不足)、選択肢5(漠然とした不安)]である。

そこで質問1において、心理的問題の解決のサポートを患者コミュニティに期待していたと考えられる選択肢を選択した回答者群(心理サポート期待)と、情報的問題の解決のサポートを患者コミュニティに期待していたと考えられる選択肢を選択した回答者群(情報的サポート期待)ごとに、患者コミュニティで解決を期待する問題の重要性(質問3)についての回答を算出した。その結果、心理的なサポートをコミュニティに期待していた群では、自分の問題について、比較的重要とした回答が最も多く(43パーセント)、かなり重要(36パーセント)、非常に重要(18パーセント)、さほど重要ではない(4パーセント)と続いた。情報的なサポートをコミュニティに期待していた群では、自分の問題について、かなり重要とした回答が最も多く(36パーセント)、非常に重要(30パーセント)、比較的重要(26パーセント)、さほど重要ではない(8パーセント)と続いた(図3-5)。ここからは、情報的サポートを期待した群は、心理的サポートを期待した群に比べて、自分の問題について、相対的に高い重要性を示す選択肢を選ぶ傾向が高かったことが示唆される。しかし統計的には有意差は見られなかった($p > .2$)。

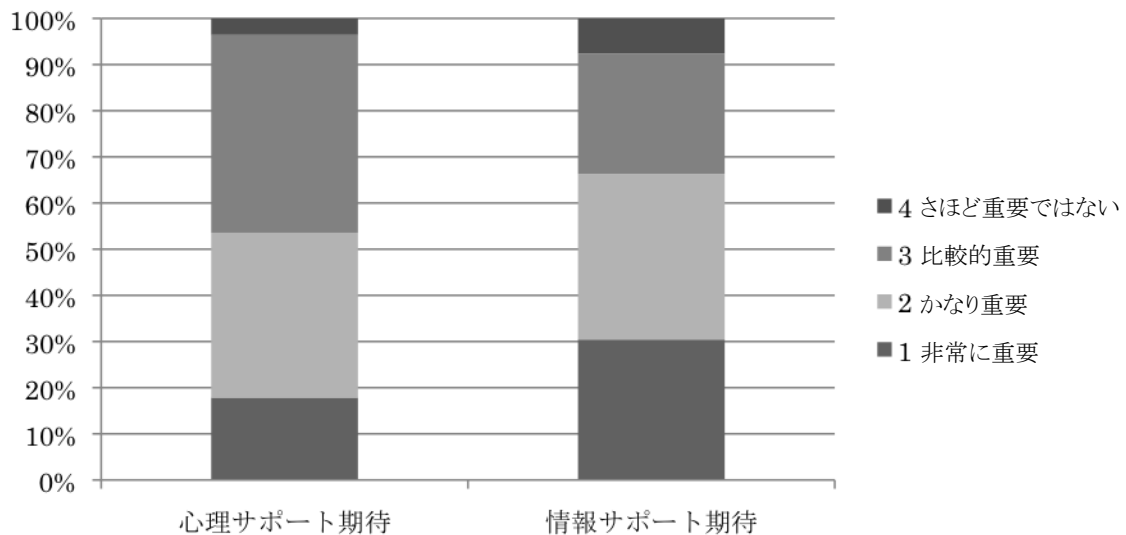


図3-5 質問 1 で心理的問題のサポートを期待した群と、情報的問題のサポートを期待した群の質問 3 の回答の傾向

また、同様に質問 1 において、心理的問題の解決のサポートを患者コミュニティに期待していたと考えられる選択肢を選択した回答者群（心理サポート期待）と、情報的問題の解決のサポートを患者コミュニティに期待していたと考えられる選択肢を選択した回答者群（情報的支持サポート期待）ごとに、質問 1 で回答した問題がどの程度解決されると期待していたか（質問 4）について各選択肢の回答割合を算出した。その結果、心理的なサポートをコミュニティに期待していた群では、部分的に解決するとして回答が最も多く（89 パーセント）、完全に解決する（7 パーセント）、ほとんど解決しない（4 パーセント）と続いた。情報的なサポートをコミュニティに期待していた群では、部分的に解決するとして回答が最も多く（79 パーセント）、ほとんど解決しない（15 パーセント）、完全に解決する（5 パーセント）と続いた（図 3-6）。ここからは、心理的支持サポートを期待した群に比べて、情報的支持サポートを期待した群の方が、コミュニティでの解決に否定的な選択肢を選ぶ傾向が高かったことが示唆される。しかし、統計的には有意差は見られなかった ($p > . 2$)。

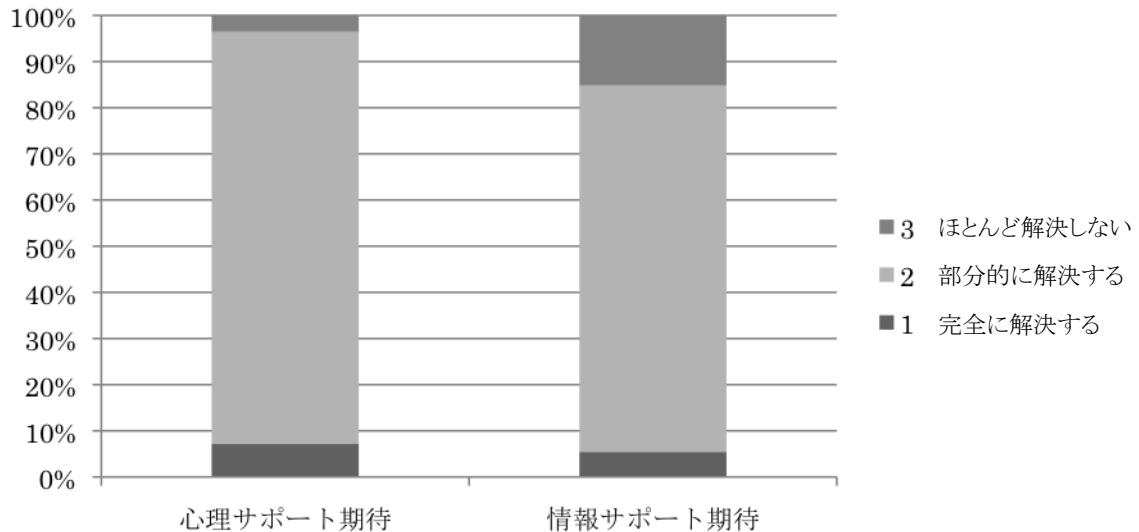


図3-6 質問 1 で心理的問題のサポートを期待した群と、情報的問題のサポートを期待した群の質問 4 の回答の傾向

患者コミュニティの機能

患者コミュニティで実際に解決した問題について調査した質問 5 (コミュニティ参加によって、実際に最も解決した問題は何でしたか。あなたが 4 問前に答えた「質問 1 で回答した選択肢」という問題でも、それ以外でも結構です。解決度合いが一番大きかったものを教えてください。)への回答について、各選択肢が回答された割合を算出した。その結果、生活上の不便・不都合を解決する知恵不足が最も多く(36 パーセント)、病気や医療機関・治療法、将来の生活に関する情報不足 (19 パーセント)、漠然とした不安 (13 パーセント)、医療者が言わない本音 (12 パーセント)と続き、対話相手不足とその他(ともに 7 パーセント)、病気になったみじめさ・不満 (6 パーセント)となった (図 3-7)。

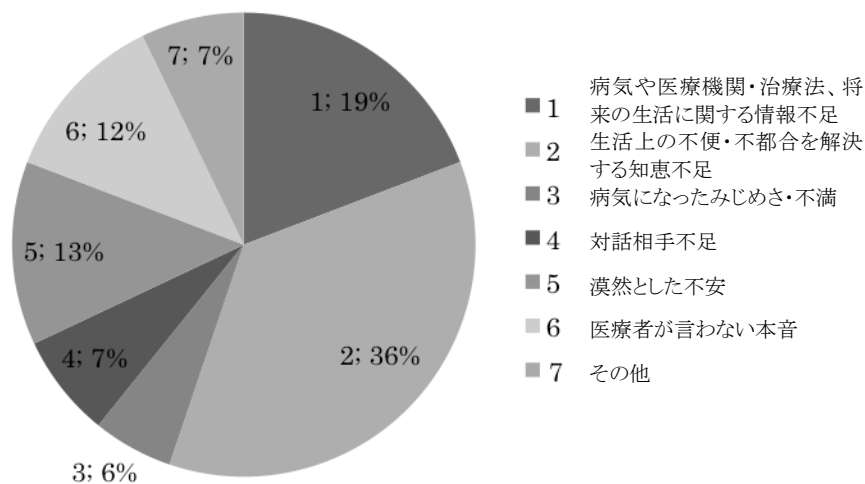


図 3-7 患者コミュニティに参加することで実際に解決した問題(質問 5)で選択された回答の割合

患者コミュニティで実際に解決した問題について調査した質問 5 への回答に関して、問題の解決がどのように行われたのかを調査した質問 (質問 6;「質問 5 で回答した選択肢」という問題が、実際にコミュニティ内で解決した状況を、教えてください。解決に、一番大きく寄与した要素は、何だったと思いますか) についての回答について、各選択肢が回答された割合を算出した。その結果、医療関係者以外から、情報を得ることによって、が最も多く (38パーセント)、続けて医療関係者から、情報を得ることによって (21パーセント)、他人同士のやりとりを見ることによって (17パーセント)、なんとなく他人とやりとりを繰り返すことによって (9パーセント)、他人に、自分の悩みや想いを打ち明けることによって (8パーセント)、その他 (4パーセント)、他人の相談に乗るなどして、他人を助けることによって (3パーセント)であった (図 3-8)。

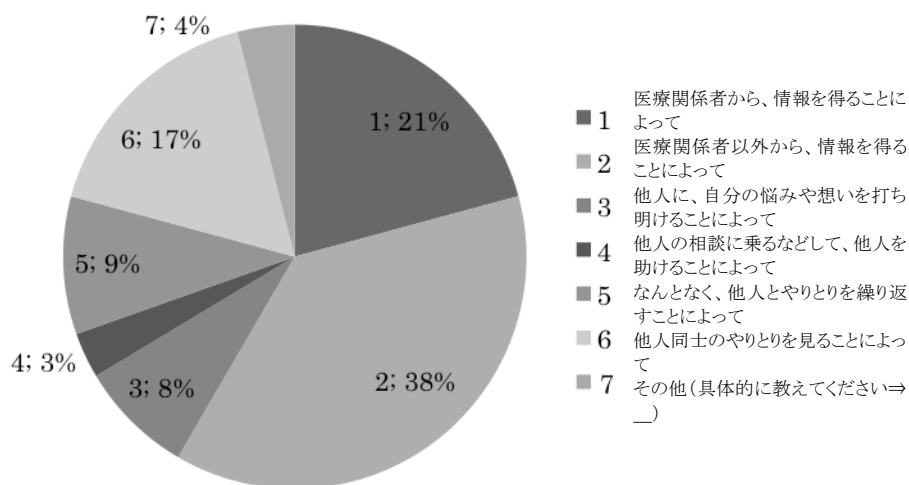


図3-8 患者コミュニティでどのように解決したかについての(質問 6)で選択された回答の割合

ここでは、患者コミュニティで解決した問題を、心理的問題と情報的問題に分けて結果をまとめた。患者コミュニティで解決した問題を問う質問 5 は、質問 1 と同様に、選択肢 7 (その他)を除いた 6 つの選択肢について、問題の性質の観点から大きく心理的問題と情報的問題とに分類した [情報の不足の問題に関する選択肢: 選択肢 1(病気や医療機関・治療

法、将来の生活に関する情報不足)、選択肢 2(生活上の不便・不都合を解決する知恵不足)、
 選択肢 6(医療者が言わない本音); 心理的な問題に関する選択肢: 選択肢 3(病気になった
 みじめさ・不満)、選択肢 4(対話相手不足)、選択肢 5 (漠然とした不安)」。質問 5 において、
 心理的問題が解決したと考えられる選択肢を選択した回答者群 (心理問題解決)と、情報
 的問題が解決したと考えられる選択肢を選択した回答者群 (情報問題解決)ごとに、患者コ
 ミュニティでどのような状況で問題が解決したのか (質問 6)について、各選択肢の回答率を
 算出した。その結果、心理的問題を解決した群では、医療関係者以外から情報を得ること
 によってとした回答が最も多く (23 パーセント)、他人に、自分の悩みや想いを打ち明けること
 によって、他人同士のやりとりを見ることによって (ともに 18 パーセント)、なんとなく、他人と
 やりとりを繰り返すことによって (15 パーセント)、他人の相談に乗るなどして他人を助けるこ
 とによって (8 パーセント)、と続いた。医療関係者から情報を得ることによってという選択肢
 は選ばれなかった。情報的問題を解決した群では、医療関係者以外から情報を得ることによ
 ってとした回答が最も多く (52 パーセント)、医療関係者から情報を得ることによって (38
 パーセント)、他人同士のやりとりを見ることによって (16 パーセント)、なんとなく、他人とやり
 とりを繰り返すことによって (9 パーセント)、他人に、自分の悩みや想いを打ち明けることに

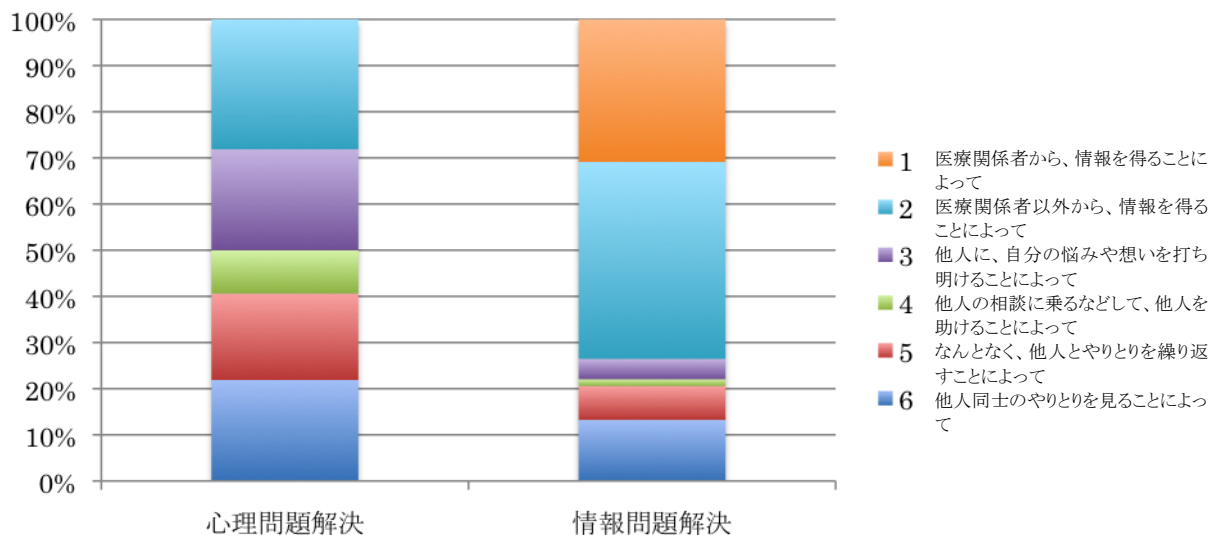


図3-9 質問 5 で心理的問題を解決した群と、情報的問題を解決した群の質問 6 の回答の傾向

よって (5 パーセント)、他人の相談に乗るなどして、他人を助けることによって (2 パーセン
 ト)と続いた (図 3-9)。ここからは、心理的問題を解決した群は、情報的問題を解決した群

に比べて、他者との関わりを通じて問題を解決したとする選択肢を選ぶ傾向が高かったことが示される ($p < .01$)。

患者自身の病気の認識

患者自身の病気の認識について調査した質問 8 (現在、ご自分の病気についてどのようにお考えですか)への回答にについて、各選択肢が回答された割合を算出した。その結果、うまくつきあうべきものと回答された割合が最も高く(81 パーセント)、治してなくすべきもの(16 パーセント)、現在の自分に欠かせないもの (3 パーセント)と続いた。

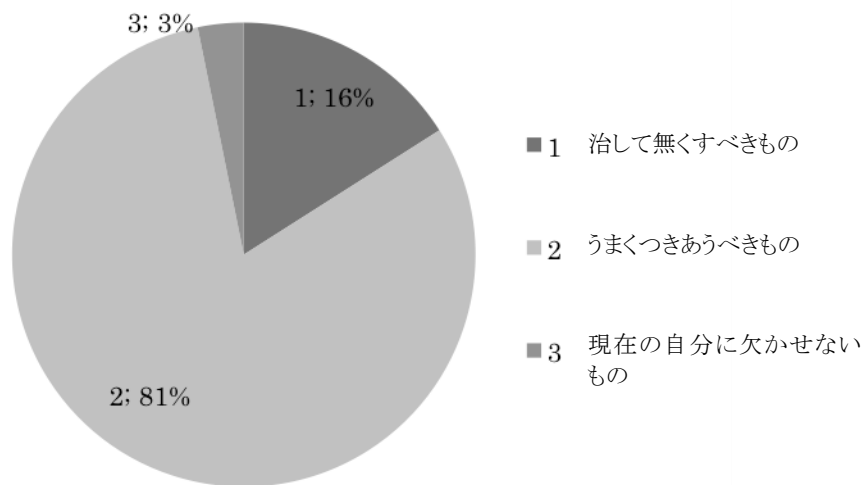


図3-10 患者自身の病気の認識についての質問 8 で選択された回答の割合

質問 9 における質問 8 の回答への理由の内容を検討した。表 4-3 に質問 8 において、自分の病気を治してなくすべき、と回答した理由の代表例を示す。理由の記述を内容ごとに幾つかのカテゴリに区別した。

これらのカテゴリは、不都合・障がい、願望、不安・不条理であった。不都合・障がいの記述では、自らの糖尿病を治すべきものだと考える理由として、糖尿病になったことに伴う、心身の健康上の障がい (例:命に関わるものだから、憂鬱だから)、治療による不都合 (例:一日に何度も注射をしなければならない)、治療費による経済的な負担 (例:とにかくお金がかかって困る)といった記述を含めた。願望の記述には、理由として糖尿病についてそうあって欲しいという願いが記述されているもの (例:治るから、健康でありたいから)を含めた。不安・不条理には、長く続く治療に対する不安や、糖尿病になってしまったことに納得できないことが書かれている記述 (例:治療をつづけることに不安を感じるから、長くつきあうことを考えることが無理、まだ納得できていないから)を含めた。治してなくすべきものだとする記述で

は、不都合・障がい、糖尿病によってもたらされる不利益に注目した記述が多かった。不都合や障害があるから糖尿病をなくすべきといった主張は、一般的な観点からなされたものであり、糖尿病を自分の病気として受け止め切れていないことを推測させる。また、先述の願望に含まれる記述のように、なんとか糖尿病が治って欲しいというような記述も多く見受けられた。患者自身は診断された時点で医師から糖尿病の簡単な説明は受けていると考えられ、したがって、完治が難しいという点を知らないということは考えにくい。これらの記述から考えると、願望は、糖尿病になってしまった事実から逃避したいという回答者の心境が推測できる。また、不安・不条理の記述では、糖尿病治療の不利益に注目されている点では、先述の不都合・障がいと類似しており、回答者自身の問題として受け止め切れていないことを推測させる点では同質であると考えられる。その一方で、回答者が今後長く続く治療や、糖尿病を患いながら生活することを挙げている点では、不都合・障がいのみを記述している点よりは糖尿病を自分の病気として受け容れようとする点に進展が認められる。

表3-3 患者自身の病気の認識についての理由づけ

質問 8 での回答	質問 9 における理由の代表的な記述
治してなくすべきもの	<p>不都合・障がい</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 様々な制約があるから ● 命に関わるものだから。 ● いろいろな合併症になり苦勞するから ● 憂鬱だから ● 今のところヘモグロビン A1c の値が低いから治せるものなら治してなくしたい ● 合併症があるため ● 当然、病気だから ● 非常に不自由な生活を強いられている上、とにかくお金がかかって困っているため。 ● 1日に何回も自己注射しなければならないのが一生続くと思うと精神的、経済的、すべての生活において苦痛だから。幼い子供も発症する病気なので根治させるべき。 <p>願望</p> <ul style="list-style-type: none"> ● なおるから

	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康でありたいから ● 向上心を持ちたいから ● どの様な病気も解決するには時間もかかった経緯が有るが、必ず治癒にたどり着いている病気がほとんど。 <p>不安・不条理</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 長く付き合うという事を考える自体、私には無理だと思うから ● 生活習慣と全く関わりのない 1 型糖尿病になってしまったため、いまだになぜこの病気が治らないのか納得できない部分があるから。 ● インスリン注射等の治療を続けることに対して、不安を感じている
--	---

質問 8 で、うまくつきあうべきものと回答した理由の記述を、治癒・治療の難しさ、対処法、安堵・安心、姿勢・態度、運命に区別した。治癒・治療の難しさでは、糖尿病が完治させることが難しい点を指摘した記述を含めた。このカテゴリの記述は、糖尿病が完治しない点が言及されており、完治させることができないための消極策としてうまくつきあうことを理由として挙げていることが推察できる。病気を現実として受け入れ切れていない点では、治してなくすべきものとした理由のうちの、不安・不条理と類似している。対処法では、選択肢内のうまくつきあうという表現を糖尿病への対処の仕方と捉え、回答者なりの具体策の重要性を理由として挙げた記述を含めた。安心・安堵では、糖尿病とうまくつきあうべきと考える理由として、糖尿病をコントロールしてこれからやっていけるという自信に起因する記述があるものを含めた。安心・安堵に含まれる記述は、ここまでに挙げてきたどのカテゴリの記述とも異なっており、ここからは、もはや糖尿病への拒否や迷いはなく、病気を統制することができるという前向きな患者の考えがあることが読み取れる。姿勢・態度の理由には、うまくつきあうべきという病気の認識を、自らの病気への信念として挙げている記述を含めた。姿勢・態度の記述には、糖尿病という完治しない病気とつきあう不安と対峙するために、前向きに考える必要があるためという心情が表現されている。運命には、糖尿病を自分の運命として受け容れているという記述を含めた。後述するが、運命の記述をした回答者は糖尿病を自分の一部として受け容れていることが示唆されるが、彼らは「自分に欠かせないもの」とは回答しなかった。自分に欠かせないものと考えている回答者と異なり、運命として受け容れている回答者は自ら

の糖尿病を否定的なものとして捉えており、この点が、自分に欠かせないものと回答した回答者と異なっている。

表3-4 患者自身の病気の認識についての理由づけ

質問 8 での回答	質問 9 における理由の代表的な記述
うまくつきあうべきもの	<p>治癒・治療の難しさ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 治らないし・・・ ● 現在のところ治癒不能だから ● 一型で治らないため ● 移植以外治らないから。あきらめ。 <p>対処法</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 生活習慣によるところが大きいと思うから ● 食事制限。適度な運動。 ● 糖尿病は病気というより体質に近いもので、今の医療では完全に治療することができず自分の意思でのコントロールが重要だから ● 二次性糖尿病のため、今後も治療(インスリン注射)は必須になってくると思うので。 ● 今現在の医学で治せる病気ではないので上手くコントロールしながら付き合うしかない。 <p>安堵・安心</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 食事である程度コントロール出来ると聞いて少しあんしんした。 ● コントロールできれば常人と同じ ● この病気になった事で、改めて自分の生活を見直せし、また生活習慣も変わった、これを持続していきながら、自分の健康を維持する事も出来る ● 自己管理でどうにでもなるから <p>姿勢・態度</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 治るものとして考えると、行き詰ってしまうので ● 治らないとされているこの病気なので暗いことは考えずに

	<p>…前向きに上手く付き合っていくものだと考えることで明るい未来が見える。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病気は必ずしもネガティブなことばかりではないと実感しているから。例えどんな結果が待っていようとも。 ● むしろ意志の弱い自分への警鐘として前向きに捕らえるように考えている。 <p>運命</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 先天的な1型糖尿病であるため、自らに課せられた宿命であると理解している。 ● 虐待を毎日受け続けていた母方の祖母からの隔世遺伝だから。血がつながっていることの証明だと思う。そのことを認めさせるために病気にさせられたのだと思う。
--	--

質問8で、現在の自分に欠かせないものと回答した理由の記述を表4-5に示す。質問8において、この回答を選ぶ回答者がごく僅かであったため、分類することができなかった。回答者は自己管理を促すきっかけになりうるから、といった記述から考察すると、自分に欠かせないものと認識している患者は、病気を肯定的なものとして捉えていることが分かる。

表3-5 患者自身の病気の認識についての理由づけ

質問8での回答	質問9における理由の代表的な記述
現在の自分に欠かせないもの	<ul style="list-style-type: none"> ● この病気があつての私なので ● 一生治らないから ● 自己管理する気にさせるから ● 病気になった失ったものはあつたが、病気にならなければ得ることが出来なかったものが間違いなくあるから

質問9における記述データをまとめると以下のように整理できる。すなわち、質問8において、「治してなくすべき」という回答の理由の記述はすべて、自分自身の糖尿病を否定的に捉えていた。また、自分の将来の対処行動に触れた記述は少なかった。こうした点から、否

定的な病気になってしまったことを受け容れられないことを示している。「うまくつきあうべき」という回答の理由の記述は、治してなくすべきと考えている理由と同じように糖尿病を否定的に捉えたものが多かった。その一方で、具体的な将来の行動を見据えた記述が多かった。特筆すべきは、安心・安堵のように病気を受け容れることが出来ている記述もかなり存在していたことである。これらを総合すると、病気を否定的に捉えながらも、少なくとも自分が解決すべき問題として受け容れていることを示している。「自分に欠かせない」という回答に関しては、他の回答に比べると数が少なく、下位カテゴリに分けることができなかった。数少ない理由の記述を見ると、自分自身の病気を肯定的に捉えていることが示されていた。すなわち、糖尿病を受け容れているかどうかの観点からは、「治してなくすべき」、「うまくつきあうべき」、「自分にかかせない」という順番で受容されていると考えられる。また、病気をどの程度肯定的に捉えているかという観点からは、「治してなくすべき」という回答からは否定的な捉え方のみが認められるが、「うまくつきあうべき」という回答には、否定的な捉え方ばかりではなく、肯定的に捉えていることを示唆する理由が認められ、両者が混在していた。「自分に欠かせない」という回答からは、肯定的な捉え方のみが認められた。

ここでは図 4-9 の質問 5 での結果のまとめと同様に、患者コミュニティで解決した問題を、心理的問題と情報的問題に分けて結果をまとめた。質問 5 において、心理的問題が解決したと考えられる選択肢を選択した回答者群（心理問題解決）と、情報的問題が解決したと考えられる選択肢を選択した回答者群（情報問題解決）ごとに、自分の病気をどのように認識しているのか（質問 8）について、各選択肢の回答率を算出した。その結果、心理的問題を解決した群では、うまくつきあうべきものとした回答が最も多く（88 パーセント）、現在の自分に欠かせないもの（9 パーセント）、治してなくすべきもの（3）と続いた。情報的問題を解決した群では、うまくつきあうべきもの（78 パーセント）、治してなくすべきもの（22 パーセント）と続いた。現在の自分に欠かせないものとする回答はなかった（図3-11）。これらの結果からは、心理的な問題を患者コミュニティで解決した回答者に比べて、情報的な問題を解決した回答者は治してなくすべきものという回答をしやすかったことが示唆された（ $p < .01$ ）。

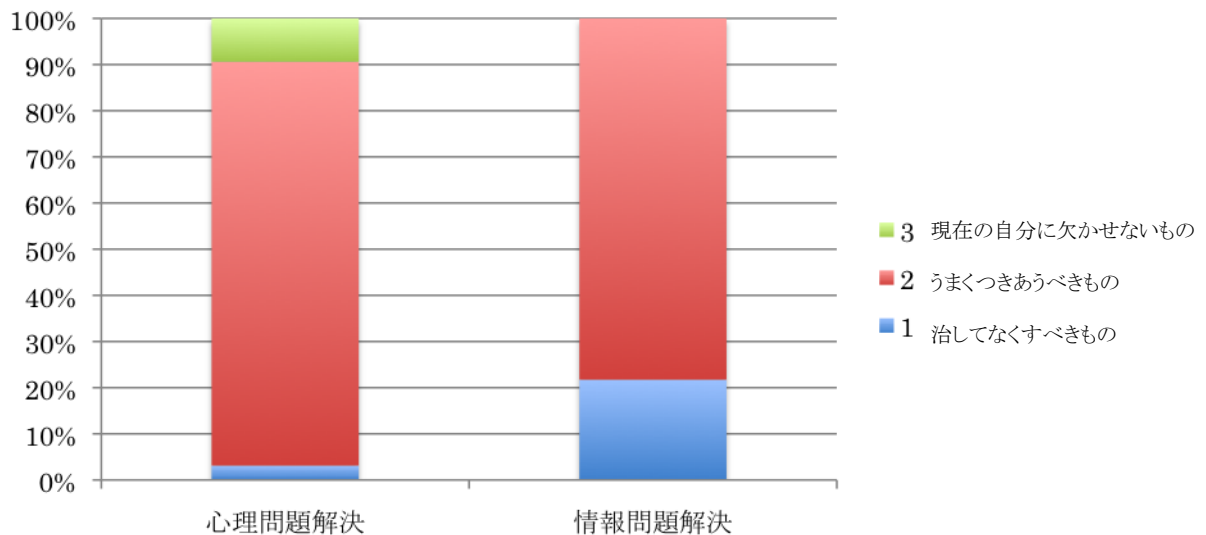


図3-11 質問5において心理的問題が解決したと回答した(心理問題解決)群と、情報的問題が解決したと回答した(情報問題解決)群ごとの、自分の病気の認識

ここでは、患者コミュニティで問題を解決した状況を、他者との関わりと情報を得ることとに分けて結果をまとめた。他者との関わりによって問題を解決したという選択肢は、質問6における、選択肢3: 他人に、自分の悩みや想いを打ち明けることによって、選択肢4: なんとなく、他人とやりとりを繰り返すことによって、選択肢5: 他人の相談に乗るなどして、他人を助けることによってであり、これら3つの選択肢の合計を算出した。情報を得ることによって問題を解決したという選択肢は、質問6における、選択肢1: 医療関係者から、情報を得ることによって、選択肢2: 医療関係者以外から、情報を得ることによってであり、これら2つの選択肢の合計を算出した。そして、質問6において、他者との関わりによって問題を解決したと考えられる選択肢を選択した回答者(他者との関わり)群と、情報を得ることによって問題が解決したと考えられる選択肢を選択した回答者(情報を得ること)群ごとに、自分の病気をどのように認識しているのか(質問8)について、各選択肢の回答率を算出した。その結果、他者との関わり群では、うまくつきあうべきものとした回答が最も多く(87パーセント)、現在の自分に欠かせないものと、治してなくすべきものは同じであった(6パーセント)。情報を得ることによって解決した群では、うまくつきあうべきもの(76パーセント)、治してなくすべきもの(20パーセント)、現在の自分に欠かせないもの(4パーセント)と続いた。(図3-12)。これらの結果からは、心理的な問題を患者コミュニティで解決した回答者に比べて、情報的な問題を解決した回答者は治してなくすべきものという回答をしやすかったことが示唆された($p < .11$)。

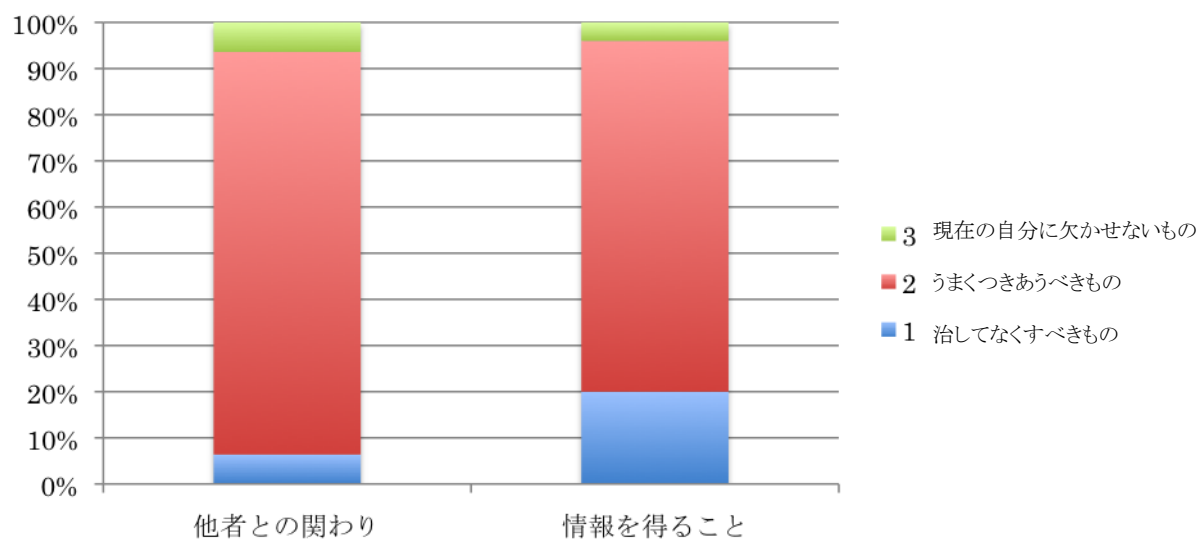


図3-12 質問6において他者との関わりを通して解決したと回答した（他者との関わり）群と、情報を得ることを通して解決したと回答した（情報を得ること）群ごとの、自分の病気の認識。

第4章 考察

4.1 本研究の仮説と検討

本研究では4つの仮説について検討する。

- 患者コミュニティに参加しようとする糖尿病患者は、このような孤独感や劣等感を克服することを期待するために、同じ糖尿病を患っている患者コミュニティに参加しようとする(仮説1)。

本研究では、この仮説を質問1(「コミュニティに参加すると、解決(軽減)するだろう」とあなたが期待していた問題は何ですか。)、及び質問3(「質問1で回答した選択肢」)という問題は、当時のあなたにとって、どれくらい重要な問題でしたか。)、質問4(「質問1で回答した選択肢」)という問題が、コミュニティ参加によってどの程度解決されると、当時のあなたは期待していましたか。)によって検討した。

その結果、質問1の回答からは、患者は孤独感や劣等感の解決ではなく、医療者やそれ以外の人達からの情報を求めて患者コミュニティに参加することが示された。加えて、質問1の回答で、心理的問題の解決を期待した群と情報的問題の解決を期待した群の比較においては、質問3の回答に関しては、情報的問題解決を期待した群の方が、心理的問題解決を期待した群に比べて、問題解決が重要であると捉えていた。また、質問4の回答に関しては、情報的問題解決を期待した群の方が、心理的問題解決を期待した群に比べて、患者コミュニティで問題を解決するのが難しいと捉えていた。

本研究は、孤独感や劣等感に強く苛まれている患者は、心理的な助けを求めて患者コミュニティに参加すると想定し、結果として情報的な助けを求める患者に比べて、問題をより重要だと考え、解決も困難だと考えていると予測した。本研究の結果を見る限り、この仮説は単純化しすぎであったと考えられる。少なくとも、情報的サポートを求める患者は、自分自身の問題を軽視しているのではなく、重要な問題を解決しようとして患者コミュニティに参加していることは明らかであろう。浮ヶ谷(2004)が指摘しているように、患者コミュニティの機能の

ひとつは情報提供である。患者は日々の生活で、孤独感や劣等感に苛まれており、患者本人にとっては自分の内面に目を向けてわざわざ孤独感や劣等感といった否定的感情について考えるようなことをしないのかもしれない。あるいは、孤独感や劣等感を解決するためには、自立して健康的な習慣を身につける必要がある。こうした前向きな取り組みの一貫として患者は、患者コミュニティにおいて情報を得ようとしていることも考えられる。

本研究では、心理モデルにおける前熟考期の自己開示行動や他者の話の傾聴を促す心理的要素として、孤独感や劣等感の解消を求める心理が機能すると考えた。しかしながら、心理的問題の解決を期待する群は、相対的に問題の重要性の認識が低く、また解決の期待に関して楽観的であったことから、本研究の考えとは一致しなかった。しかし、本研究の結果は、自分の病気の事を深く知ることで不安を和らげたいという心理が情報を得ることの動機として働いている可能性を示唆しており、情報の獲得を患者コミュニティで行おうとする動機となる心理的な問題がある可能性が高い。患者コミュニティにおいて情報を獲得したいと考える患者の心理的問題が、本研究のモデルにおける前熟考期に設定されている自己開示などを駆動させる心理的な要素として加えることが出来る可能性がある。

- 仲間と関わることによって、治療に対する心理面でのポジティブな影響が認められる(仮説 2)。

本研究では、仮説 2 について、前提となるポジティブな心理的な影響の結果として、糖尿病の自己受容を挙げた。すなわち、自己受容ができていられるほど質問 8 (「現在、ご自分の病気についてどのようにお考えですか」)に対する回答に変化があると想定し、質問 5 (「コミュニティ参加によって、実際に最も解決した問題は何でしたか。あなたが 4 問前に答えた「質問 1 で回答した選択肢」という問題でも、それ以外でも結構です。解決度合いが一番大きかったものを教えてください」)および、質問 6 (「質問 5 で回答した選択肢」という問題が、実際にコミュニティ内で解決した状況を、教えてください。解決に、一番大きく寄与した要素は、何だったと思いますか」)の回答の観点から質問 8 の結果を分析することで検討した。

その結果、心理的問題を解決した群は、情報的問題を解決した群に比べて、自分の病気について治してなくすべきとは思わない傾向があった。また、他者との関わりによって問題を解決した群は、情報を得ることで問題を解決した群に比べて、自分の病気を治してなくすべきだと考えていなかった。これらの結果から、患者コミュニティにおいて、仲間と関わることで問題を解決することによって、糖尿病の自己受容が高まる可能性が示唆された。ただし、図

3-9 に示したように、解決した問題と、問題解決に寄与した状況は相関があると想定される。すなわち、心理的な問題が解決したために、病気の自己受容が進んだ可能性が十分に考えられる。問題解決の状況が病気の自己受容を促したかどうかについては今後も検討する必要があるのかもしれない。

- 否定的な感情が、患者自身が糖尿病であるという事実を否認したり、あるいは逃避したりといった糖尿病の認識を引き起こすと想定する。すなわち、糖尿病を受容できていない患者は、その理由として否定的な感情や疲労を訴える（仮説3）。

本研究では仮説3について、質問8（「現在、ご自分の病気についてどのようにお考えですか」）および、質問9（ご自分の病気について「質問8で回答した選択肢」と考える理由を、教えてください。）の自由記述の回答で検討した。その結果、質問8において、自分の病気について「治してなくすべきもの」と回答し、自己受容できていない回答の理由としては、不都合・障がい、願望、不安・不条理といった下位カテゴリに属する記述が見られた。これらのいずれのカテゴリに属する記述も病気の否定的に捉えており、なかには「憂鬱である」、「苦労がある」、「不安がある」、「納得できない」といった否定的な感情の記述が見受けられた。また、質問8において「うまくつきあうべきもの」と回答した際の理由としては、病気を自己受容できていない記述と、自己受容している記述の両方が混在していた。前者としては、治癒・治療の難しさ、対処法、姿勢・態度の下位カテゴリに属する記述が該当し、後者には安堵・安心、運命の下位カテゴリに属する記述が該当した。すなわち、治癒・治療の難しさ、対処法、姿勢・態度の記述には、「あきらめ」「不安」「行き詰まり」といった否定的な感情の記述が見られた。一方で、安堵・安心の記述には、「うまくやっていける」「安心した」「どうにでもやっていける」といった、肯定的な姿勢を示す記述が多く見受けられた。また、質問8において、「現在の自分にかかせないもの」と回答した際の理由には、「この病気があつての自分」「得たものがあつた」といった、病気を肯定的に捉えた記述が見られた。

こうした結果から、病気を自己受容できている患者は、病気を否定的に捉えながらも、それに対してなんとかうまくやっっていこうとする肯定的な姿勢を示せるのに対して、自己受容ができていない患者の場合には、否定的な感情にとらわれていることが推察された。この結果は、病気の否定的な感情が、病気の自己受容を妨げ、積極的な取り組みを阻害する要因になりうることを示唆している。

4.2 本研究の結論と課題

本研究で提案した行動・心理変容モデルに適用すると、次のような結論を導ける。まず、本研究では、心理モデルにおける前熟考期の自己開示行動や他者の話の傾聴を促す心理的要素として、孤独感や劣等感の解消を求める心理が機能すると考えた。しかしながら、調査においては、本研究が孤独感や劣等感といった問題を解決しようとする想定した心理的問題の解決を期待する群は、相対的に問題の重要性の認識が低く、情報的問題の解決を期待する群の方が問題の重要性をより強く認識していた。このことは、情報を求めて患者コミュニティに参加する心理が前熟考期に発生し、孤独感や劣等感を解消させるための自己開示などを駆動させている可能性を示唆している。

また、本研究の心理モデルにおいては、患者コミュニティにおける他者との関わり（自己開示行動、他者援助行動）が糖尿病に対する自己受容を促し、積極的に行動の変容をするようになると考えた。本調査において、他者と関わることによって問題が解決した場合に、単に情報を得ることによって問題が解決した場合よりも自分の病気の認識において、病気の受容が進んでいることが示された。この結果は、本研究の心理モデルの説明と一致する。

また、調査においては、病気を自己受容できている患者は、病気を否定的に捉えながらも、それに対してなんとかうまくやっっていこうとする肯定的な姿勢を示すのに対して、自己受容ができていない患者の場合には、否定的な感情にとらわれていることが示された。この結果は、病気の否定的な感情が、病気の自己受容を妨げ、積極的な取り組みを阻害する要因になりうるのと同時に、否定的な感情の解消が病気の自己受容を促していることを示唆している。先述した、他者との関わりによる問題解決が、病気の自己受容を促すといった連鎖の背景となっているのは、否定的な感情の解消であることを示唆している。

本研究では、心理行動変容モデルを支持する結果が得られたものの、幾つか課題が残されている。例えば、本調査においては、情報を得るために患者コミュニティに参加する心理が、前熟考期に発生し、孤独感や劣等感を解消させる自己開示行動を駆動させると考察したが、具体的にどういった感情がこうした働きをするのかは不明である。今後の調査においては、この点をより詳細に明らかにするべく、調査を設計する必要があると考える。また、本研究では、治療過程あるいは生活において生じる感情と糖尿病の自己受容の関係性を示すことはできたものの、感情と自己受容の間の因果関係を特定することは出来ない点には留意が必要である。すなわち、否定的な感情がなくなった結果、糖尿病を自己受容できたのか、糖尿病を自己受容できた結果として否定的な感情が消えて積極的な姿勢が生じたの

かを本データのみで特定することはできない、今後はより条件を増加した調査研究をおこなっていく必要がある。

謝辞

本研究の全過程を通して、懇切なる御指導、御鞭撻を賜った北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科 指導教官である池田満教授から長くの間ご指導を賜りましたことに、衷心より感謝の意を表します。

本研究に関してそれぞれのお立場から貴重なご教示を頂きました北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科 井川康夫教授, 梅本勝博教授, 東京工業大学大学院イノベーションマネジメント研究科 日高一義教授に衷心より感謝の意を表します。

副テーマの遂行に当たり、ご指導・ご討論いただいた北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科 藤波努准教授に特別に感謝を申し上げたいと思います。論文の書き方など、いろいろな方面で副テーマ論文をご指導いただきましたことに、心から感謝の気持ちを表します。

アンケートの調査にあたり、ご意見・ご協力をいただきました北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科 池田研究室の鍋田智広助教に衷心より感謝の意を表します。

本研究の一部分内容として、研究に助言・協力をいただきました北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科 大澤郁恵氏に心から感謝の気持ちを表します。

また、日頃多大なご支援を頂いた北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科 小川泰右助教, 朱霊宝氏, 王文涌氏, 崔亮氏, 古川幹洋氏, 清谷朋宏氏, 小島陽文氏, 森田康義氏をはじめとする池田研究室の諸氏に深く感謝の意を表します。

最後に、終始あたたかく見守り叱咤激励してくれた家族, ならびに友人達に感謝申し上げます。

参考文献

- [Adams. 03] Adams, J. and White, M.: Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review, *British Journal of Sports Medicine*, 37, 106–114, 2003.
- [Adams. 05] Adams, J. & White, M. : Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, 20, 237-243, 2005.
- [Bob. 08] Bob Anderson, Martha Funnell,: 糖尿病エンパワーメント—愛すること,おそれること,成長すること 第2版, 石井 均(翻訳), 医歯薬出版, 2008.
- [Carmen. 04] Carmen D, Samuel-Hodge, Thomas C Keyserling, Renaé France, Allyson F Ingram, Larry F Johnston, Lisa Pullen Davis, Gwen Davis, and Anne S Cole,: A Church-based Diabetes Self-management Education Program for African Americans With Type 2 Diabetes, *International Journal of Nursing Studies* 41, pp833-841, 2004.
- [Eiennet. 02] Etienne Wenger, Richard McDermott, William M. Snyder, 野村恭彦, 野中郁次郎, 桜井裕子: コミュニティ・オブ・プラクティス —ナレッジ社会の新たな知識形態の実践, pp12-18, pp33-46, 2002. 12.
- [Kim 04] Kim CJ, Hwang AR, Yoo JS. : The impact of a stage-matched intervention to promote exercise behavior in participants with type 2 diabetes. *Int J Nurs Stud*. Nov;41(8), pp833-841, 2004.
- [Mark. 00] Mark R. Leary and Roy F. Baumeister, The nature and function of self-esteem : Sociometer theory, *Advances in Experimental Social Psychology*, Volume 32, Pages 1-62, 2000.
- [Polonsky 99] Polonsky WH. Diabetes Burnout : What to do when you can't take it anymore. AlexandriaVA: American Diabetes Association, 1999.

(石井均 監訳 糖尿病バーンアウト 燃えつきないためのセルフケアとサポート 医歯薬出版 2003)

- [Prochaska 92] Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC: In search of how people change. Applications to addictive behaviors, *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114, 1992.
- [Schacter 82] Schacter, S: Recidivism and self-cure of smoking and obesity, *American Psychologist*, 37, 436-444, 1982.
- [Riemsma 02] Riemsma, R., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A., Mather, L.: Watt, I. and Walker, A. A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 6(24)., 2002.
- [Williams 98] Williams GC, Freedman ZR, Deci EL: Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*. Oct; 21(10), pp1644-51, 1998.
- [AA 10] AA 日本出版局 2010 アルコホーリクス・アノニマス AA ゼネラルサービス (USO) 万行 里佳, 竹中 晃二糖尿病患者を対象とした行動変容理論併用の運動療法指導 目白大学 目白大学健康科学研究 1, pp27-35, 2008.
- [今林 93] 今林俊一: 青年期における孤独感と自己受容に関する研究, 鹿児島大学教育学部研究紀要. 教育科学編 *Studies in education* 44, pp 257-272, 1993.
- [榎本 97] 榎本 博明: 自己開示の心理学的研究, 北大路書房, 1997.
- [小檜 09] 小檜山佳正, 高橋一郎, 北村文恵, 西口明佳, 氏家志乃, 荒井幸江, 鈴木純子: 糖尿病患者会参加者における食生活調査、行動変容段階および自己効力感調査, 2009. 1. 北海道文教大学研究紀要, No.33, pp90-93, 2009.
- [石井 03] 石井均 : 糖尿病バーンアウト 燃えつきないためのセルフケアとサポート 医歯薬出版, 2003.
- [石井 10] 石井均: 石井先生に聞いてみよう患者の気持ち糖尿病よろづ相談, メジカルビュー社, 2010.
- [石井 04] 石井均: 糖尿病ケアの知恵袋—よき「治療同盟」をめざして, 医学書院,

2004.

- [葛西 07] 葛西賢太:断酒が作り出す共同性 ―アルコール依存からの回復を信じる人々―, 世界思想社, pp10-15, 2007, 5.
株式会社有斐閣 心理学辞典, Logo Vista 電子辞典 Ver.1.2 ログヴィスタ株式会社, 2004-2005.
- [久保 98] 久保紘章, 石川到覚: セルフヘルプ・グループの理論と展開―わが国の実践をふまえて, 中央法規出版, 1998.
- [斎藤 01] 斎藤武:糖尿病患者への心のケア 否定的な感情への援助 月刊ナーシング、Vol.21 No.9, pp82-86, 2001.
- [正木 07] 正木治恵, 黒田久美子, 瀬戸奈津子, 清水安子:糖尿病看護の実践知―事例からの学びを共有するために― , 医学書院, pp2-3, pp76-86, pp118-137, 2009.
- [中石 08] 中石滋雄:我が国における糖尿病の現状と対策, 日本糖尿病学会専門医・同研修指導医, pp.20-23, 2008.
中村伸枝他, 小児期発症のインスリン非依存型糖尿病患者の病気および療養行動に対する認識と,自尊心,ソーシャルサポートとの関連,千葉大学看護学部紀要 21, pp.17-24, 1999.
- [矢作 08] 矢作直也, 大西由希子:糖尿病自己学習ノート, 2009. 11.
- [万行 08] 万行 里佳:竹中 晃二糖尿病患者を対象とした行動変容理論併用の運動療法指導 目白大学 目白大学健康科学研究 1, pp27-35, 2008.
- [村上 04] 村上博志:自己受容と関連する日常場面の要因についての研究:大学生のQOL(QOSL)の視点から, 九州大学心理学研究 5, pp257-262, 2004.
- [桑原 07] 桑原ゆみ:糖尿病患者会入会の有無とセルフケア能力および糖尿病コントロールとの関連, 日本看護科学会誌, Vol.23, No.2, pp.12-21, 2003.

付 録

■付録 A 質問項目

スクリーニング項目 1.あなたの、糖尿病経験を教えてください。次のうちどれにあてはまりますか。

- 1 自身が糖尿病患者で、現在も入院、または定期的通院をして、治療中である
- 2 自身が糖尿病患者であった経験があるが、今は医療機関での治療はしていない
- 3 自身に糖尿病患者経験はないが、家族が糖尿病を患っていた経験がある
- 4 自身にも家族にも、糖尿病の経験はない

スクリーニング項目 2.あなたは、「糖尿病の患者会」や「糖尿病患者会が集まるサイト」に会員登録したことがありますか。

- 1 はい
- 2 いいえ

スクリーニング項目 3.「糖尿病の患者会」や「糖尿病患者会が集まるサイト」に、どの程度参加していましたか。最も近いものを選んでください。

- 1 他の会員と直接会って話をした経験が3回以上ある
- 2 他の会員と直接顔を合わせたことはほとんどないが、3回以上、サイト上などでやりとりをしたことがある
- 3 他の会員と直接顔をあわせたり、自分から発言をしたことはないが、サイトやメーリングリストや会報誌などを5回以上、閲覧したことがある
- 4 他の会員と直接顔をあわせたり、自分から発言をしたことはないが、サイトやメーリングリストや会報誌などを5回未満、閲覧したことがある
- 5 誰とも会ったことはなく、サイトやメーリングリストや会報誌も、ほとんど見たことがない

この調査では、「あなたにとって、糖尿病コミュニティに参加することが、どんな問題解決（軽減）に役立ったのか？」を、お聞きします。糖尿病コミュニティ参加経験を、次の順序で質問しますので、あなたの経験がどうであったか、この順序で教えてください。「【A】問題※があった」→「【B】コミュニティに参加した」→「【C】問題※が軽減した」※問題＝嫌なこと、困ること、不便、不快、不安、寂しさ、等

■まず、「【A】問題※があった」→「【B】コミュニティに参加した」の状況について、教えてください。

質問 1.「コミュニティに参加すると、解決（軽減）するだろう」とあなたが期待していた問題は何ですか。最もあてはまるものを一つお答えください。

- 1 病気や医療機関・治療法、将来の生活に関する情報不足（例：治療法のセカンドオピニオンや、転職や保険加入の不利があるかを聞きたい、等）
- 2 生活上の不便・不都合を解決する知恵不足（例：食事制限や外出時の工夫などを知りたい、等）
- 3 病気になったみじめさ・不満（例：他にも同様の人が大勢いることを実感したい、等）
- 4 対話相手不足（例：類似の境遇の人と慰め合ったり、勇気をもらいたい、等）
- 5 漠然とした不安（例：落ち着いて心を整理したい、等）
- 6 医療者が言わない本音情報や裏情報の不足（例：他の患者が本音でどう思っているのか知りたい、等）
- 7 その他の問題（具体的に教えてください⇒__）

質問 2.あなたが前問で答えた、「質問 1 で回答した選択肢」という問題が、解決/軽減するだろうと、糖尿病コミュニティに期待をした理由やきっかけは、何でしたか。可能な範囲で教えてください。

質問 3.「質問 1 で回答した選択肢」という問題は、当時のあなたにとって、どれくらい重要な問題でしたか。

- 1 非常に重要

- 2 かなり重要
- 3 比較的重要
- 4 さほど重要ではない

質問 4. 「質問 1 で回答した選択肢」という問題が、コミュニティ参加によってどの程度解決されると、当時のあなたは期待していましたか。

- 1 完全に解決する
- 2 部分的に解決する
- 3 ほとんど解決しない

■次に、「【B】コミュニティに参加した→【C】問題が軽減した」の状況について、教えてください。

質問 5. コミュニティ参加によって、実際に最も解決した問題は何でしたか。あなたが 4 問前に答えた 「質問 1 で回答した選択肢」という問題でも、それ以外でも結構です。解決度合いが一番大きかったものを教えてください。

- 1 病気や医療機関・治療法、将来の生活に関する情報不足（例：治療法のセカンドオピニオンや、転職や保険加入の不利があるかを聞きたい、等）
- 2 生活上の不便・不都合を解決する知恵不足（例：食事制限や外出時の工夫などを知りたい、等）
- 3 病気になったみじめさ・不満（例：他にも同様の人が大勢いることを実感したい、等）
- 4 対話相手不足（例：類似の境遇の人と慰め合ったり、勇気をもらいたい、等）
- 5 漠然とした不安（例：落ち着いて心を整理したい、等）
- 6 医療者が言わない本音情報や裏情報の不足（例：他の患者が本音でどう思っているのか知りたい、等）
- 7 その他の問題（具体的に教えてください⇒__）

質問 6. 「質問 5 で回答した選択肢」という問題が、実際にコミュニティ内で解決した状況を、教えてください。解決に、一番大きく寄与した要素は、何だったと思

ますか。

- 1 医療関係者から、情報を得ることによって
- 2 医療関係者以外から、情報を得ることによって
- 3 他人に、自分の悩みや想いを打ち明けることによって
- 4 他人の相談に乗るなどして、他人を助けることによって
- 5 なんとなく、他人とやりとりを繰り返すことによって
- 6 他人同士のやりとりを見ることによって
- 7 その他（具体的に教えてください⇒__）

質問 7.あなたが、コミュニティ内で話す（話した）ことの多いトピックを教えてください。あてはまるものを全て選んでください。

- 1 ファッション
- 2 育児
- 3 買い物
- 4 結婚
- 5 恋愛
- 6 愚痴
- 7 将来
- 8 政治
- 9 宗教
- 10 社会問題
- 11 友人関係

■ここからは、病気に対するあなた自身の考え方を教えてください。

質問 8.現在、ご自分の病気についてどのようにお考えですか。以下の選択肢から最も近いものをひとつ選んでください。

- 1 治してなくすべきもの
- 2 うまくつきあうべきもの
- 3 現在の自分に欠かせないもの

質問 9.ご自分の病気について「質問 8 で回答した選択肢」と考える理由を、教えてください。

■付録 B 自由記述回答例

「質問 1. 「コミュニティに参加すると、解決（軽減）するだろう」とあなたが期待していた問題は何ですか。最もあてはまるものを一つお答えください。／7.その他の問題（具体的に教えてください⇒_）」のその他の回答

- 最新治療法
- 妊娠の可能性などの情報
- 完治する研究が進んでいるようだが恩恵を自身が受けれるのか
- 私の場合、網膜症になってしまったため症状の進み方、他の人たちの実例。
- 治療はうけているが年 2～3 回のウォーキング参加するだけ

「質問 2.あなたが前問で答えた、「質問 1 で回答した選択肢」という問題が、解決/軽減するだろうと、糖尿病コミュニティに期待をした理由やきっかけは、何でしたか。可能な範囲で教えてください。」の回答

- 同じ想いを持った人が参加していると思ったから。
- 新薬の情報
- 情報交換
- 担当医が頼りなかったので
- どうして自分がという印象をぬぐいきれなかったから。1 型糖尿病という病気自体も良く理解していなかったから。
- インスリン注射器の携行と管理・自己採血検査の的確な実行の知恵を知りたかった
- 病院の医師や看護師ではわからないような、患者としての工夫を知りたかった。
- 医師の説明だけでは何となく不安だったので。
- 処方されている薬の他にサプリメントや、健康食品を利用した時の効果、このままこの治療法でHb-A1が下がってくれるのか。
- 共通の病気を持った知人が欲しいと思ったので。
- 医療保険に加入したかったので
- 他の人の知恵を聞こうと思った。
- 仲間が居る事の実感

- 食事療法
- インスリンポンプなどの最新治療情報を得たいが為。
- 血糖値をさげる食事やお薬について
- 不安
- 様々な情報や患者の治療経験など
- サイトの中で話題や特集とされていたので
- 自分より不幸な境遇の人がいることを知れると思ったから。
- 夫への理解などに関して相談
- 糖尿病機関誌にあった案内
- 食事時間の変更のときの対処の仕方
- 糖尿病の合併症についての知識不足
- とくにないが、通院していた病院にそういう会があったので。
- 同じ悩みの人と共感しあうことで不便さの解決が見つかると思った。
- 自分の経験した症状がどの程度のものかほかの人の意見を聞きたかった
- 特になし
- 食事療法がよくわからないから
- 糖尿病について何もわからなかった
- ネットでの情報提供をある程度信じているから
- 他の人の経験等
- 糖尿の合併症の注意を医者から良く聞きますが実践出来ない。
- 1人で考えるのに疲れたため
- 他の人の声が聞きたかった。
- 特になし
- 血糖値をインシュリンを使いながらうまくコントロールする方法の工夫を知りたかった
- 情報収集
- 情報がほしかった

- 専門家や同じ立場の患者の意見やアドバイスなど、糖尿病の情報を知りたかったから
- 自分の知らない情報を知りたい、カロリースイーツや食品についての情報、測定器の情報、新しい新薬や治療法、臓器移植に関する情報
- 経験者の体験談を知ることができるから
- 献立
- 理由はそれだけではない。この頃は病院によってもセンサーの制限枚数が違ったり、アルコール綿の配布があったりなかったり。他の病院のことも知りたかった。あと、生活上の不便さなどは、仕事をするときの流れ。面接で言うか言わないか。捕食はどうか……等。
- 太りすぎ
- 医師からの医学的情報以外の乏しさ
- 治療費が高額で相談がしたいです。
- 医者から進められた。
- どうやったら仕事につけるか
- 情報量がありそうだったから。
- 病院からのすすめ
- 医療機関以外の情報源がほかにないため。担当医や医療機関に何ら不満はないが、ひとりの医師、一軒の医療機関が持つ情報には限界があるはずなので。
- 同じ条件の人がどのように外食等をしているか知りたかった。
- 医者に勧められただけ
- 妊娠希望者だから
- 勧められたので
- 知人の糖尿病患者がメーリングリストに入っていると聞いたので、似たのを探してみた
- 情報収集
- 出席する先生の話。
- 食事制限について

- 高血糖の時の対処法などをネットを通じて聞いてみたかったため。
- 飲食にかかわって
- 通院先でより良い知恵を知りたいと思ったから。
- どの程度悪いのか、数値だけでは不安があった。
- 情報収集の為
- 糖尿病になって初期の頃に参加して講演を聞きました。私はI型なので、外で注射を打ったりするのも不安だったし、外食も不安だったので、他の人はどうやっているのか知りたかった。
- 今の治療が正しいのか
- 簡単に情報入手できるメディアだから
- 実体験をお聞きし情報交換することにより、この病気に対しより前向きに取り組めると思うとともに、同じ病気の方々と交流することで気持ち的にも楽になれるかと思ったから。
- コミュニティやインターネットなら同じ境遇の人がたくさん見つかると思ったから。
- 最新の治療法の情報や実践している人の感想が知りたかった
- 自分の病について正しい知識を持ち、結婚、妊娠、出産、子育てなど、健康な人と変わらない生活を送るための情報が欲しかった。
- 不治の病であり、自分で自分をコントロールしなければならないが、続ける自信がない。
- 情報収集の為。
- 医師の助言より現実的
- 一般的な糖尿病に関する知識
- 加入が可能な保険の選択為
- 親に勧められたから。
- 利害関係のない人たちの意見や体験談が聞きたかった。
- 同じ悩みを持っている人同士での意見交換
- 同病者でないとわからないことなどが経験者から聞くことができると聞いたから
- 同じ境遇の人から生きる勇気をもらいたいと思ったので

- 経験者の意見を聞くことによって参考になる
- いろいろな意見を聞けるから
- 食生活、新治療の情報。
- 現在の治療の中心はあくまでも数値を標準値に安定させるための一時凌ぎでしかなく完治とは程遠いと言う事は入院する前から知っていました。最新医療の実態を知るのに通院していた病院のパンフレットにコミュニティがある事を知り是非参加したかったからです。
- 服薬で、副作用が出る方がいるとのことで、同じ立場だったので、その旨をドクターに伝えてみた。食事の対処、低血糖などの工夫
- 自身は、10万人に1人？と言われる1型DM者の為に、2型DM者とは異質の問題が多く有る為その解決の1つの方策として
- 友人の勧め
- 普段の生活習慣などはどうしているのか知りたい。
- 外出時の工夫等
- 主治医の強い勧め
- 根本的に治療する方法がないかどうか知りたかったため
- 病気の知識やほかの人がどう生活や仕事をし日常を過ごしてるか知りたくて。
- 本を何冊も読んで情報は得ておりますが実体験をお聞きし現状のより一層の認識を深めたい
- 他の人の意見が知りたい。
- 1型なのですが周りに全くこの型がないので同じ悩みを話し合ったり勇気希望をもらいたいとおもった。
- 検索エンジンで検索していたら、偶然見つけた。
- 患者や医師以外の言葉などで少しは違った意見を聞けるかと思ったから
- 病院からの情報だけでは自分が求める情報に不足していると感じたから
- 同じ病気の人の方の考えていることがわかる。

- 複数の医療機関と関わる
- 何もかもわからないことだらけだったので、金銭面の不安解消が先決と思い、情報集めのために登録した。
- 就職時期が迫っていた
- 特殊な糖尿病のため、入院した際に担当医に聞き、同様な方がいるかも知れないと思った。
- 自分自身で病気の事を理解していなかったため
- 治療費の相談をしたかった
- 同じ病気を持つ者同士なら自己管理やQOLについて医者が言えない範囲の事も言い合える。同時に医者からも専門知識を聞ける。
- 興味本位
- とりあえずインシュリンを打っている人がいること。同じ経験をしている人がいること。
- 歩くことはからだにいいことはわかっているが毎日はずかぬので
- 他の人の思いを聞いてみたいから。
- 不安が解決する。
- 血糖値と食事や運動の関係などを知りたかった
- 率直な意見や本当はどうなのかを知りたい
- 同病者の経験を知りたかった
- 特になし
- ドクターが同世代の女性で話しやすかったので、参加しました。患者会に入ると定期的に専門誌が手に入るというメリットもありました。
- 看護師の紹介
- 子供のころに病気になったので、保険に入れない。
- 必要
- 糖尿病の怖さ、など
- サマーキャンプという集まりがあり、同年代(小学生～中学生)で同じ糖尿病のひとが集

まる会が必ずあったから

- 肥満との関係
- 自分が糖尿病であることを忘れないように。

「質問 5. 「コミュニティ参加によって、実際に最も解決した問題は何でしたか。あなたが 4 問前に答えた 「質問 1 で回答した選択肢」という問題 でも、それ以外でも結構です。解決度合いが一番大きかったものを教えてください。／7.その他の問題（具体的に教えてください⇒__）」のその他の回答

- ネットでは解決しないことに気付いた
- 書籍、アクセサリ等専門用具の情報が得られる
- 皆無
- 特になし
- なし
- 別になし。
- 海外旅行について
- 別に解決は期待してない病気とつきあうほかはないと思っている。
- 何も解決しませんでした。

「質問 6. 「質問 5 で回答した選択肢」という問題が、実際にコミュニティ内で解決した状況を、教えてください。解決に、一番大きく寄与した要素は、何だったと思いますか。／7.その他（具体的に教えてください⇒__）」のその他の回答

- 解決してません
- 特になし
- 無かった
- ネットで調べて
- 何も解決しませんでした。

「質問 9.ご自分の病気について 「質問 8 で回答した選択肢」と考える理由を、教えてください。」の回答

- 治らないし・・・
- 現在のところ治癒不能だから
- 向上心
- まだしばらく完治の方法は無いと思われる
- 完治しない病気だから。
- 運動・食事療法とインスリン療法を合わせれば日常生活にはさほど支障なく生活できる
- 1型糖尿病なので、すい臓を移植するしか治る方法はないと言われた。現在では、移植はリスクがあり、もっと重度(腎症発症など)の場合でないとできない。A1cを正常に保つ事ができれば、移植をしなくても寿命を全うできるという事なので。だからといって、日常生活を制限されないよう、普通の人と同じようになんでもチャレンジするようにしている。
- 完全に治ることはないと言っているのに、合併症にならないよう上手く付き合っていくしかないと思うので。
- この病気になった事で、改めて自分の生活を見直せし、また生活習慣も変わった、これを持続していきながら、自分の健康を維持する事も出来る
- 完治はしないので、前向きに付き合っていくしかないと思うから。
- 様々な制約があるから
- いまのところ、完治はないというので、なんとかコントロールするしかない。
- この病気があつての私なので
- 生活習慣によるところが大きいと思うから
- 根治療法が無い以上、上手に付き合っていくしか無いので。ぎりぎりコントロールできる限界が理解できれば、そんなに辛い事でもない。
- 糖尿病は治らないがコントロールできれば常人と同じ
- 治らない
- 完治すればいいが、これ以上悪化しないようにしたい。
- 糖尿病は治る病気ではないし、合併症の怖い病気である。しかし血糖値へモグロビンなど数値を安定させることで食事運動など健康的な生活を余儀なくされる。これ名糖尿病

に限ったことではない。むしろ意志の弱い自分への警鐘として前向きに捕らえるように考えている。

- 命に関わるものだから。
- 完治できないので
- 現在の医療では完治しない病気なので
- 完治がない病気はうまく付き合っていかなければならない
- いろいろな合併症になり苦労するから
- 自分の生活とは別のものではない。たぶん、一生付き合っていくべき病気だから。
- 完治することのない病気だと思うので上手く付き合うのが良いと思ったので。
- 治るものとして考えると、行き詰ってしまうので
- 完治は実質的に現状では不可能であるため
- 完治しなから、悪化しないように治療を続けていかなければならない
- 一型で治らないため
- 生活習慣病全体に言えることだから
- 急な改善は見込めないから
- 食事制限。適度な運動。
- 生きれる時間が限られているから
- 糖尿病の完治はできないから。
- 治らない
- 糖尿病は病気というより体質に近いもので、今の医療では完全に治療することができず自分の意思でのコントロールが重要だから
- 完治する病気ではないので、これ以上悪化しないように付き合っていきたい。
- 一生治らないし、常についてくるものだから
- 現在の医学では完治は難しいと思う。この病気は自己管理がうまくいったの治療効果の向上だと考えているから。
- 完治しないし一生付き合う対象だから、インスリンからの解放がないから、食事制限がな

いと言ってもカロリーや量が制限されるから。

- 糖尿病は完治するものではないから
- 都会で生活する以上、不摂生は抑制しづらいものである。また、一人暮らしを続ける限り難しいと考える
- 移植以外完治しないから@1型 DM
- 憂鬱だから
- 完治が難しい。
- インスリン
- 食事である程度コントロール出来ると聞いて少しあんしんした。以外と多くの人に取り組んでいてホッとした。
- 一生治らないから
- 治らない病だから。
- 現在の医療では完治しないから
- 少なくとも当面は、完治する治療方法がないという現実から。
- 今の医療では治らないのだから精神的な悩みを極力持たずに生活したい。
- 治らないから
- 今のところヘモグロビン A1c の値が低いから治せるものなら治してなくしたい！
- 完治するものではないし、徹底的にやっつけるものでもないの
- 治らないからうまく付き合うしかない。また、悪化すると他の持病も悪くなるから、うまく付き合うしかない。
- 前向きに考える
- 糖尿病は治らないから、死ぬまで付き合う。
- 合併症があるため
- 治らない病気であるため、どうやってうまく付き合い、合併症を発生させないかを考えるから。
- 当然、病気として、あるからである

- 完治できないものなので、血糖値を一日に5～6回測りながら、食事と運動を管理して生活していく。
- "うまくコントロールする生活に、家族も自分も慣れ、
- 良い方向にむかっている。"
- 糖尿病だから
- 吹っ切れたから。もう病気になって 10 年以上経ち、病気の生活にも慣れ落ち着いてきたし、不便を感じる事もたまにあるけど、合併症さえ気をつければ普通の生活がおくれるから。
- 定期検診も受けられるし、正常時より気を遣う。
- なおるから
- 糖尿病は完全に治すことがなかなか難しいと認識しているので、この病気は死ぬまで付きまとうものであるならば、逆にこの病気とうまく付き合うしかないと感じているから。
- 生活習慣と全く関わりのない 1 型糖尿病になってしまったため、いまだになぜこの病気が治らないのか納得できない部分があるから。また、1 日に何回も自己注射しなければならないのが一生続くと思うと精神的、経済的、すべての生活において苦痛だから。幼い子供も発症する病気なので根治させるべき。
- 長く付き合うという事を考える自体、私には無理だと思うから
- 出来ない事は極限られた事のみだし、糖尿病治療に必要な食事療法は健康的な生活を送る上で非常に重要なことだということを理解し、決められたルールを守って生活していけば、健康な人と変わらない人生が送れるから。
- うまくコントロールできれば、怖くはないと思う。
- 完治しない病気だから。
- 生活の基本は変えたくない
- 絶対治るという保証でもあれば別だが、現状ではよくなる事が期待できる、という程度と思うから。
- 現実にできること

- 移植以外治らないから。あきらめ。
- 糖尿はある意味、不治の病だから今以上に悪くならないように、少しでも元気で過ごせるように居直るしかない。
- うまく付き合って行きたいので
- 治るか判らないことに期待するより、注射・食事・運動でうまくコントロールすることによって、他人よりも糖尿病以外の疾病発生率が低くなるから(健康診断では優良)
- 完治しない病気相手に、どうこうしても仕方ないので
- 1型糖尿病で治らないので、これからずっと続くことなのでうまく付き合っていくしかない
- 健康でありたいから
- 病気も個性。なら、上手く付き合って、『活かして』貰う方が、楽しい。
- 糖尿病とは根治はできない病気として認知されていますが、ここ数年医療の目覚ましい進歩で、ランゲルハンス島移植を始めアメリカでは最近根治可能な培養酵素が研究されていると聞きます。大半の日本人が欧米食に近い食生活の中で体質はモンゴロイドのままで追いついていない状況。体質改善だけで根治できるのであれば手術も必要ないし、保険加入などの問題や、長年 2 型糖尿病でインシュリン摂取で苦しんでいる人達が将来への対応が大幅に良変できるものと思うからです。私自身も苦しい思いをし毎日 10km のウォーキングと 1800Kcal のカロリー摂取で耐え続け約 3 年頑張ってます。
- 一度糖尿病になったということは、これから生活習慣を見直していくことだと思う
- どの様な病気も解決するには時間もかかった経緯が有るが、必ず治癒にたどり着いている病気がほとんど。自身の生きている間に 1 型 DM 治療が解決出来るかどうかは未定で有るが、1 歩 1 歩解決方向に向かって行くと予想するし、そうで有って欲しい。
- しかたないから
- 1型糖尿病なのでうまく付き合っていくしかない。
- 具体的な治療薬が無い現状ではこの病気をセーブしながら生活していく必要がある
- 先天的な 1 型糖尿病であるため、自らに課せられた宿命であると理解している。
- インスリン注射等の治療を続けることに対して、不安を感じている

- 治らないしインシュリンも一生続くから諦めて、考えを変えて、その中で出来る最大限の事をやろうと思って日々生活してます。
- 完治しない病気である以上は現実をしっかりとらえ、悪化することなく一病息災を念頭に置いておく
- 自己管理するきにさせる。
- 治らないとされているこの病気なので暗いことは考えずに…前向きに上手く付き合っていくものだと考えることで明るい未来が見える。
- 直らないものと思っているし、病気があることによって色々なもの見方や考え方ができるのも事実。病気は必ずしもネガティブなことばかりではないと実感しているから。例えどんな結果が待っていようとも。
- 治らないもの(1型糖尿病)なので、いかにうまくつきあってネガティブにならず楽しく生きていけるかが大事だから。
- 病気になった失ったものはあったが、病気にならなければ得ることが出来なかったものが間違いなくあるから
- 完治はしない病気だから。
- 完治しない
- 一生かかる長期的な問題なので病気ではなく体質だと思うようにしている。
- うまくつきあうと死ぬような病気ではないので
- 二次性糖尿病のため、今後も治療(インスリン注射)は必須になってくると思うので。
- 完治はしないので合併症の発症を遅らせうまく生きていくしかない
- 合併症
- 糖尿病は完治する病気ではないし、腎不全も併発してるので、上手く付き合いながら元気で長生きをする。
- 健康な体が一番。
- 血がつながっていることの証明だと思う。そのことを認めさせるために病気にさせられたのだと思う。

- 治ると思ってないから
- 一生続くことだから。
- 自分の責任で対処すべき。
- 体質の問題やDNAは変えようが無いのだから、生活習慣を変えるしかないのだろうと観念し、日々務めていくしかないと考えるようになったから。
- 自分の体調や状況を正しく理解し、コントロールしていくことと思います。
- 自己管理でどうにでもなるから
- 今現在の医学で治せる病気ではないので上手くコントロールしながら付き合うしかない。
- 非常に不自由な生活を強いられている上、とにかくお金がかかって困っているため。
- どうせなおらないのだから上手に生きていかないと
- なおる事はないので。
- 治らないから
- お酒など、運動など意思が伴うもの、体力がいるものはうまく付き合わないといけない
- 元々自分は1型糖尿病なので完治はしないし、病気を持っていたほうがふつうの健康なひとより体調や食事に気をつけやすいから。うまくつきあっていけば悪化はしないので。
- 健康でいたいから
- 糖尿病は完治するものではないと教わりましたので。