

平成 11 年度 筑波大学大学院修士論文

糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感  
と関連要因の検討

筑波大学大学院修士課程  
教育研究科カウンセリング専攻  
リハビリテーションコース  
学籍番号 944111 下 村 裕 子  
指導教官 藤 田 和 弘 教 授

## 目 次

# 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と関連要因の検討

目 次	ページ
I 序論	
第1章 糖尿病患者の特徴	1
第2章 糖尿病患者の食事自己管理に関する研究の現状と課題	2
第3章 自己効力の概念と歴史的背景	4
第4章 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感研究の現状と課題	6
第5章 問題の所在	6
II 本論	
第1章 研究目的	8
第2章 用語の定義と説明	10
第3章 研究方法	
第1節 調査対象	11
第2節 調査方法	
1. 調査用紙の作成	11
2. カルテ調査	18
3. 調査の手続き	18
第3節 調査期間	19
第4節 分析方法	19
第4章 研究結果	
第1節 分析対象	20
第2節 調査対象者の背景	
1. 属性	20
2. 病態	22

第3節 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と 血糖値の推移の関係	
1. 調査時のHbA1cと自己効力感	• • • 2 4
2. 過去1年間のHbA1cの推移と自己効力感	• • • 2 6
3. HbA1cと影響要因の関係	• • • 2 6
第4節 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と 自己効力感刺激要因、健康統制の所在、 食事自己管理行動の実施、心理・社会的要因などの 影響要因との関係	
1. 自己効力感と影響要因との相関	• • • 3 3
2. 自己効力感と影響要因の関係	• • • 3 5
第5節 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と 関連要因の関係	• • • 4 3
第5章 考察	
第1節 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と 血糖値との関係の検討および援助の方向性	• • • 4 6
第2節 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と 関連要因の関係の検討および援助の方向性	• • • 4 9
第3節 糖尿病患者の食事自己管理行動の維持を支える 自己効力感を高める援助について	• • • 5 4
第6章 今後の課題	• • • 5 5
III 結論	• • • 5 7
謝辞	
文献	
資料	

# I 序論

## 序論

### 第1章 糖尿病患者の特徴

日本における20歳以上の糖尿病患者は、強く疑われる人が690万人、可能性がある人を含めると1,370万人（糖尿病実態調査、平成10年）におよぶ生活習慣病の代表的疾患である。

糖尿病は、多くの慢性疾患に共通する典型的特徴（罹病期間の長期化、治癒不能、ある程度の身体機能の制限、病気の自己管理における患者側の責任が相対的に大きい、などの特徴をもっている（中西、1986）。発症初期には、他の慢性疾患（腎不全患者は自覚症状が現れやすく厳しい生活規制を伴う、脳血管疾患は発症と同時に後遺症を残す場合がある、他進行性疾患など）に比べて自己管理による疾病コントロールのしやすい疾患であるが、コントロールが悪い期間が続くと多くの合併症（糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症などの細小血管症、神経障害など）を引き起こし、死亡率を引き上げる結果となる。糖尿病自体は死因の第10位（平成9年）であるが、脳卒中や心筋梗塞の危険因子であるとともに、糖尿病合併症の一つである糖尿病性腎症は、平成10年の新規人工透析導入患者の原因疾患として初めて慢性糸球体腎炎を原因とする患者を上回った（10,729人、35.7%）。さらに糖尿病合併症の一つの糖尿病性網膜症は、年間約3,000人が視力障害と認定されており視力障害の最大の原因となっている。

上記調査において、糖尿病が強く疑われる人のうち、現在治療を受けている人は45.0%で、この中には、既に何らかの合併症をもっている人が多く含まれている。したがって糖尿病は、合併症を引き起こす前に、

合併症を起こさないように、自覚症状の少ないうちから、療養法の自己管理行動を実行し、糖尿病をコントロールし続けることが重要な課題となる。

糖尿病の早期発見のためには、老人保健法における従来の尿検査でスクリーニングしてからの糖負荷試験では不十分なため、平成 8 年度から血糖測定が必須となり、糖負荷試験のかわりにヘモグロビン A1c で判定することになった。会社での健康診断にも平成 11 年度より取り入れられはじめ、啓蒙活動や自己血糖測定器の一般家庭への普及も促進されていることなどから、自覚症状のない段階での糖尿病の発見は促進される傾向にある。

## 第 2 章 糖尿病患者の食事自己管理に関する研究の現状と課題

成人糖尿病患者に関する看護研究では、①入院患者教育システムに関する研究、②外来患者教育システム、③糖尿病教室に関する研究、④糖尿病教育者の教育に関する研究、⑤境界型糖尿病のフォローに関する研究、⑥運動指導に関する研究、⑦インスリン自己注射の指導に関する研究、⑧足病変に関する研究、⑨自己コントロールが困難な患者への援助についての研究、⑩高齢者糖尿病についての研究、⑪血糖コントロールに影響する要因についての研究、⑫自己管理行動の要因についての研究、⑬性格特性についての研究、⑭知識についての研究、患者の情緒的反応・コーピング行動についての研究、⑮肥満糖尿病についての研究、⑯実験的研究法を用いた研究について、などがある（佐藤、1995）。研究と実践の成果から、医療機関における糖尿病教育は、従来の知識伝達型の一

方的な教育から、患者が興味が持てる内容・方法の工夫や、患者自身の学習を支援しようとする教育へ変化してきてた。また、患者の性格特性による指導方法の工夫（野口、1989～1991）、糖尿病の自己管理に関する知識が有効に利用されるための工夫（水野、1994、1996）など、患者理解を深める研究から効果的な教育・指導方法の研究が行われてきている。

この中で課題は、①糖尿病患者には必ず一度は専門家による系統的な糖尿病教育を受ける必要があるが、②日常生活、社会生活を営む中での実践者は患者自身であり、療養法を生活の一部に組み込めるか否かは、患者自身に依存している（患者が実際の日常生活を送りながら療養法を実践してみることを経験しない限り、患者が実践可能な方法にはなり得ず、患者一人一人が自分の方法を見つけ、形作っていく経過・プロセスがある）、③従来の教育では、自己管理行動の実行度は、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1年、2年と時間の経過とともに確実に低下し、ほぼ1年ごとの再教育が必要といわれているが（河口、1994、1996）、④そのシステムが整っていないこと、⑤患者の受診中断理由の一つに「データが良くなかった」と医療者にほめられたからというものがあり（河口、1994、鳥居、1996）、一度正しく療養法の実践に取り組み効果が上がった患者の自己管理の維持が難しい、⑥多くの患者は、糖尿病と告げられたら一度は何とかしなければと思い、努力し、効果が出ると、一生コントロールが必要と知識として分かっていても、一般の人には目に見えない、自覚症状のない病気ほど治ってはいないがコントロールされている状態と理解するのは難しく、自分は病気を「克服した」、自分の病気は「もう治った」と思いたい（本当の疾病的自覚は、一度ではできない）、⑦一度自己管理できた体験は、またデータが悪くなつたとしても、「自分は

やりさえすればできるのだから・・・」「自分にはこういう方法で良いのだから」という自分なりの理由を作り上げることになり、その後の受診行動や、医療者からのアドバイスが受けにくくなる、ことなどがあげられる。

多くの患者は、病気になった時、その病気を受け止めていくプロセスは様々であるが、1度目の困難は自他共に注目度も高く、いろいろな努力・援助がなされ、ある程度乗り越えることができる。しかしその後の慢性的な困難や2度目の困難に出会った時は、ある意味で自分自身と本当に向き合う機会になることが多いが、ここでは患者自身からアピールしていかなければ周囲からの関心は低く、また自らも、とりあえずの知識と経験があるため自分でやってみようと努力したり、自分なりの理由やいいわけがあって、適切なサポートがえられないで経過してしまう場合がある。

糖尿病は、①生活習慣をよりよく整えることから発病を最小限に押さえること、②早期に発見され、適切な治療、療養法の自己管理を実践することにより合併症の発現を押さえることが目標である。②の目標においては、初回の教育・指導はもちろん重要であるが、人が一生の生活の中で、自己管理が継続できて初めて目標が達成できる。療養法の成功や継続の挫折を経験しても、そこから再び、その人のやり方で自己管理を継続していく様子が、看護の重要な役割である。

### 第3章 自己効力の概念と歴史的背景

Bandura (1977) は、人が行動変容するためには、2つの先行要因が必要であるとし、1つめは「その行動をすれば、意味ある結果がもたら

らされる」と人が思っているという「結果予期/結果期待」で、2つめは「この行動を自分はうまくやり遂げられるか」という行動に対する自信で「効力予期/自己効力」としている。人がこの「やれそうだ」という自己効力感を高まれば、行動の遂行可能性は高まるとされ、自己効力は、①遂行行動の達成、②代理的経験、③言語的説得、④情動的喚起によって影響されているといわれている。

自己効力感に関する研究は、教育学や心理学の領域で活発に行われ、臨床場面で自己効力を高めるための方法が実践されその有効性が明らかにされてきた（渡辺、1985、笹川、藤田、1992）。自己効力感は、ある特定場面における行動遂行に影響を及ぼすと同時に、個人の行動に対しても長期的に影響を及ぼしているため、特定の行動遂行場面における自己効力感と一般的な自己効力感の両方について検討する必要があるといわれている（竹綱、鎌原、他、1988、坂野、東条、1993）。

日本では、一般的な自己効力感を測定する尺度が、板野、東条（1986）によって開発された。しかし、糖尿病の自己管理に関連した自己効力感を測定する尺度がなかったため、糖尿病教育・看護の研究の中で、患者の自己効力感が自己管理行動に影響を与えていた可能性があるということは言われてきたが（水野、1994、河口 1996）、一般的な自己効力感尺度や、ローカス・オブ・コントロールの尺度を用いた研究から予測していた。

## 第4章 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感研究 の現状と課題

日本において糖尿病患者に自己効力理論を用いた看護の研究は、木下（1995）が糖尿病自己効力感尺度を作成したと報告しており、その後これらを活かした看護介入プログラムとして1997年に報告している。しかし、本格的な研究が始まったのは、安酸（1997a）によって、糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感尺度が開発され、公表されてからである。その後、この尺度の利用を含めて、自己効力理論を用いた糖尿病の看護研究が急速に増加した（布佐、1999、服部、1999、池田、1999、葛原、1999、住吉、1999、矢田、1998）。

しかし、自己効力と関連している要因や関連概念との関係が十分に整理されてなく、看護介入や評価に活かせるレベルに達していないのが現状である。そこで、自己効力感と関連要因および関連概念の検討をすることは重要な課題となる。

## 第5章 問題の所在

糖尿病は、診断された時点で正しい知識と自己管理方法を学習することが重要であると共に、人が一生の生活の中で、自己管理行動を継続し血糖をコントロールし続けることができて初めて目標が達成できる。自己管理の成功や継続の挫折を経験しても、そこから再び、その人のやり方で自己管理を継続していくように支えることが、看護の重要な役割である。全ての糖尿病患者にとって必要な食事療法を中心に、患者の自己管理行動の維持を支える援助について、人の行動変容および行動の維

特に重要な役割を果たすと言われている自己効力理論を用いて、糖尿病患者の現在の自己効力感に影響を及ぼしている要因を検討し、今後の行動予測に基づいた援助方法の改善と自己効力感を高める援助方法に役立てたることの意義は大きい。

糖尿病の自己管理に関する研究は、糖尿病と診断された初回の教育・指導、血糖コントロールや自己管理方法を学ぶための教育入院については、数々の研究と実践がされてきたが、自己管理行動の維持や継続に関する研究は不足している。また、糖尿病のコントロールの指標である HbA1c は、自己管理行動の実行度や患者の心理的要因とは関係が見られないという報告が多く、重要なコントロール指標である HbA1c 値と患者の行動や心理的側面との関係が十分に検討されていない。

そこで、糖尿病患者の現在の自己効力感は、それまでの患者にとって意味ある経験によって築かれているものであると考えられるため、現在の自己効力感に影響している要因を、糖尿病のコントロールの指標である HbA1c を含めて検討することは、自己効力感を高めるための援助方法を改善に役立つと考えられる。

## II 本論

# 本論

## 第1章 研究目的

本研究では、全ての糖尿病患者にとって必要な食事療法を中心に、患者の自己管理行動の維持を支える援助について、人の行動変容および行動の維持に重要な役割を果たすと言われている自己効力理論 (Bandura, 1977、原野監訳、1979) を用いて、糖尿病患者の現在の自己効力感に影響を及ぼしている要因を検討し、今後の行動予測に基づいた援助方法の改善と自己効力を高める援助方法の検討に役立てるために、以下の目的で行う。

本研究の目的は、

1. 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と血糖値の現在および過去1年間の推移を比較し関係を明らかにする
2. 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と関連要因の検討を行う
3. 糖尿病患者の自己管理行動の継続、維持に役立つ、自己効力感を高める看護介入方法についての基礎的知見を明らかにすることである。検討枠組みを Fig.1 に示す。

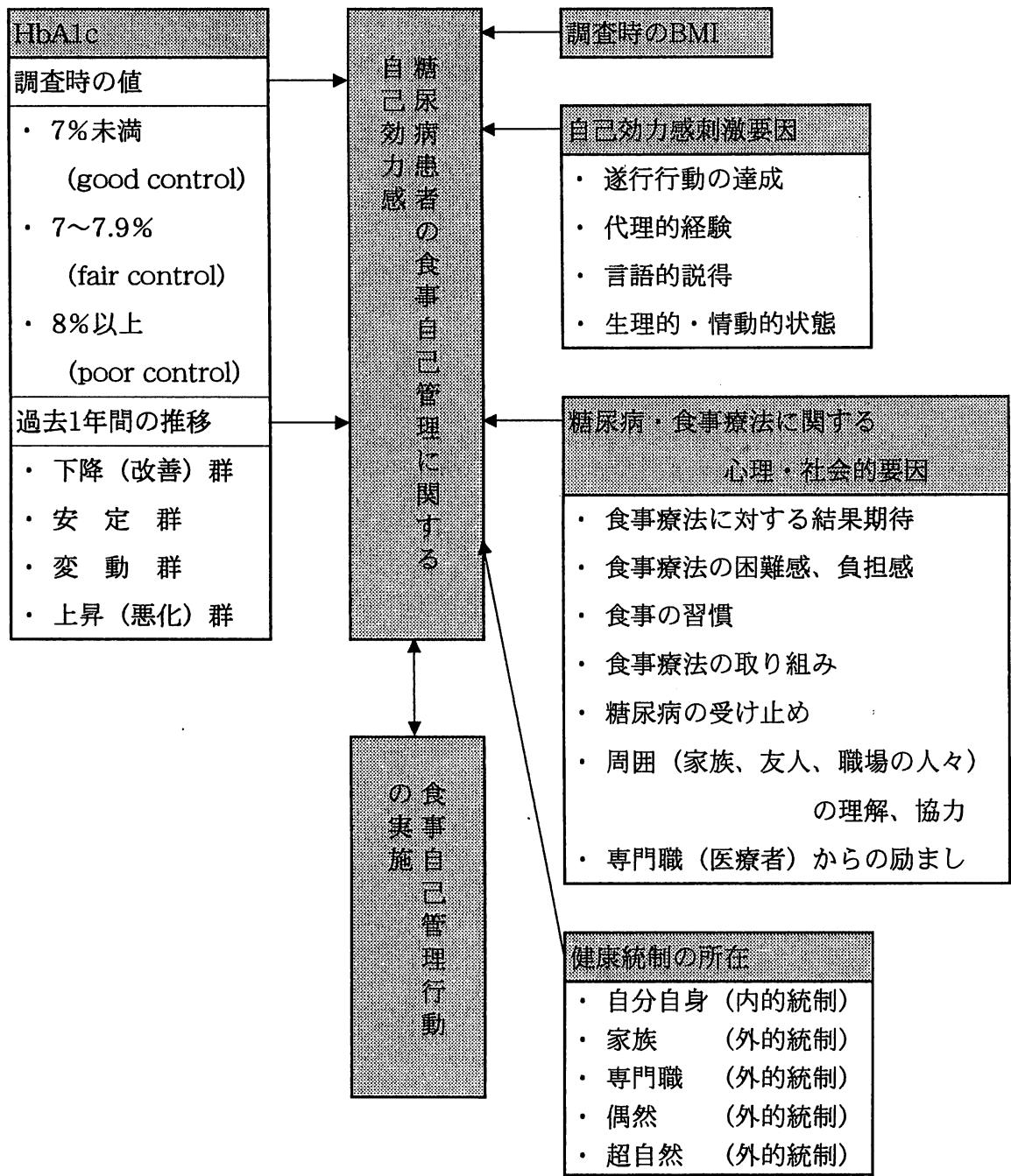


Fig. 1 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と  
関連要因の検討枠組み

## 第2章 用語の定義と説明

自己効力感：本研究で自己効力感として用いるときは、一般性自己効力感ではなく、課題固有的な自己効力感で、糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感をあらわす。

自己効力感得点：糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感尺度（安酸、1997a）によって測定された、糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感の得点。

効力期待（効力感）：Bandura（1977）による、期待概念の効力期待と結果期待のうちの効力期待をあらわす。

HbA1c（ヘモグロビン・エー・ワン・シー）：過去1～2ヶ月の血糖値の平均を反映する値。

BMI（body mass index）：肥満指数：身長に対する標準体重の指標で、体脂肪量と相関している。

## 第3章 研究方法

### 第1節 調査対象

20歳から69歳で、都内の大学病院と糖尿病の専門外来がある都内の総合病院に1年以上通院歴があるⅡ型糖尿病（インスリン非依存型）の外来患者で、調査の主旨を説明し同意が得られた257名を対象とした。

1年間定期的に通院している患者を対象とすることについては、まず実態把握ができる対象について、通院継続、自己管理を支える援助について検討し、今後、糖尿病患者で最も課題となる、糖尿病を強く疑われていながらも医療機関でフォローアップされていない人々への援助に発展させていきたいと考えたためである。

### 第2節 調査方法

#### 1. 調査用紙の作成

自己効力感尺度は、糖尿病患者用の「特定の行動遂行場面」における自己効力感として安酸（1997a）により開発され、信頼性、妥当性が検証されている15項目からなる糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感尺度（Diabetes Mellitus Dietary Self Efficacy Scale）（table1）を用いる。

健康統制の所在尺度は、堀毛（1990a）により開発され、信頼性、妥当性が検証されているI.（Internal）：自分自身、F.（Family）：家族、Pr.（Professional）：専門職、C.（Chance）：偶然、S.（Supernatural）：

超自然、報いの 5 次元、下位 5 項目、合計 25 項目からなる日本版 HLC 尺度 (JHLC : Japanese version of the Health Locus of Control scales) 日本版健康統制の所在 (健康帰属傾向) 尺度 (table 2) を用いる。これは、糖尿病患者が自己管理を続けるためには医療関係者の援助や家族の協力が不可欠であり、それが患者の健康統制の所在に関する信念に影響を及ぼしている可能性があるため、外的統制の内容のうち F. (Family) : 家族、Pr. (Professional) : 専門職、が独立している尺度を採用した。

自己効力感刺激要因は、Bandura が自己効力を高める 4 つの情報として具体的に提唱した (Bandura, 1977. 原野ら訳、1979) ものをもとに、安酸 (1997a) により内容的妥当性が検証されている遂行行動の達成 : EA (Enactive Attainment) 、代理的経験 : VE (Vicarious Experience) 、言語的説得 : VP (Verbal Persuasion) 、生理的・情動的状態 : PAS (Physiological and Affective States) の 4 次元 16 項目から構成されている食事自己管理に対する自己効力感刺激要因尺度 (table3) を用いる。

食事自己管理行動は、安酸 (1997a) により開発され、信頼性が検証されている 8 項目からなる食事自己管理行動尺度 (table4) を用い、糖尿病患者全員が行っている食事療法に焦点をあてたため、運動療法の項目は加えず、安酸の原案のまま用いることとする。

糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因は、食事療法に対する結果期待、食事療法の困難感、負担感、食事の習慣、食事療法の取り組み、糖尿病の受け止め、周囲 (家族、友人、職場の人々) の理解・励まし、専門職 (医療者) からの励まし、など看護職 5 名により内容的妥当性が確かめられた質問項目 (table5) を用意した。

Table 1 糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感尺度  
(Diabetes Mellitus Dietary Self Efficacy Scale) (安酸、1997a)

- 
- 1) もっと食べたいと思うときでも、やめる
  - 2) 糖尿病を上手にコントロールしながら生きていく
  - 3) カロリーが多そうなときには、量を減らして食べる等の工夫をする
  - 4) 旅行の時、飲み過ぎや食べ過ぎを抑える
  - 5) 体重をコントロールする
  - 6) 食事療法をする事によって、血糖をコントロールしていく
  - 7) あまり我慢しなくても、糖尿病の食事療法をやっていける
  - 8) 私には糖尿病を自己管理していく能力がある
  - 9) 人に料理を勧められた時でも、食べ過ぎない
  - 10) パーティー等のイベント時にも、食べ過ぎない
  - 11) 人を接待している時でも、自分の食事療法を守る
  - 12) 好きなものでも、食べ過ぎないでいられる
  - 13) 空腹感のある時でも、食べ過ぎない
  - 14) 人に勧められてもきちんと断る
  - 15) 自分が糖尿病であることを知らない人と食事をする時でも、カロリーを考えた食事をする
- 

\* 「とても自信がある」から「全く自信がない」の6件法（5点から0点の配点）  
15問の合計点で、点数が高い方が効力感が高い

Table 2 日本版HLC尺度

(JHLC : Japanese version of the Health Locus of Control scales)  
日本版健康統制の所在（健康帰属傾向）尺度（堀毛、1990a）

I. (Internal) : 自分自身

- 1) 病気が良くなるかどうかは、自分の心がけしだいである
- 2) 健康でいられるのは、自分しだいである
- 3) 健康でいるためには、自分で自分に気配りすることだ
- 4) 私の健康は、私自身で気をつける
- 5) 病気が良くなるかどうかは、自分の努力しだいである

F. (Family) : 家族

- 1) 病気が良くなるかどうかは、周囲の温かい援助による
- 2) 病気が良くなるかどうかは、家族の協力による
- 3) 病気が良くなるかどうかは、元気づけてくれる人がいるかどうかにかかっている
- 4) 病気になったときは、家族などの思いやりが回復につながる
- 5) 健康でいられるのは、家族の思いやりのおかげである

Pr. (Professional) : 専門職

- 1) 健康でいられるのは、医学の進歩のおかげである
- 2) 病気がどのくらいで良くなるかは、医者の判断による
- 3) 病気がどのくらいで良くなるかは、医者の腕しだいである
- 4) 具合が悪くなってしまっても、医者さえいれば大丈夫だ
- 5) 病気がどのくらい良くなるかは、医師の力による

C. (Chance) : 偶然

- 1) 病気が良くなるかどうかは、運命にかかっている
- 2) 病気になるのは、偶然のことである
- 3) 病気がどのくらいで良くなるかは、時の運だ
- 4) 健康でいられるのは、運がよいからだ
- 5) 健康を左右するようなものごとは、たいてい偶然に起こる

S. (Supernatural) : 超自然、報い

- 1) 神仏にそなえ物をして身の安全を頼むと、病気から守ってくれる
- 2) 健康でいられるのは、神様のおかげである
- 3) 先祖の因縁などによって病気になる
- 4) 病気になったのは、うかばれない靈に頼られているからである
- 5) 健康でいるためには、よく拝んでご先祖様を大切にするのが良い

\* 「非常にそう思う」から「全くそう思わない」の6件法（6点から1点の配点）  
5つの項目それぞれ5問の合計点であらわす

Table 3 食事自己管理に対する自己効力感刺激要因尺度

(安酸、1997a,b)

---

遂行行動の達成：EA (Enactive Attainment)

- 1日の食事内容を、食品交換表の表1～表6、付録に分けて計算した  
宴会の席や正月のような特別な日でも、自分の指示カロリーを考えて食事をとった  
外食のメニューを、指示カロリーの範囲内で、バランスを考えて選んだ  
指示カロリーの食事を自分で計量して、実際に作った
- 

代理的経験：VE (Vicarious Experience)

- 食事療法を続ける工夫を、同病者から聞く  
私と似た生活環境で、食事療法が守れている人の話を聞く  
食事療法に成功している人の、ビデオやテレビを見る  
食事療法に成功している同病者の、体験談を聞く
- 

言語的説得：VP (Verbal Persuasion)

- 友人から食事療法を続けていて、感心だとほめられる  
医師から、食事療法についてほめられた  
家族から、食事療法を守るようにと励まされる  
看護婦から、食事療法についてほめられた  
栄養士から、食事療法について指導をうける
- 

生理的・情動的状態：PAS (Physiological and Affective State)

- 食事療法を守っていると、自覚症状がよくなる  
食事療法を守っていると、健康的な気分になる  
食事療法をしていると、体の調子がいい
- 

\* 「よく体験する」から「体験したことがない」の3件法（2点から0点の配点）

4つの項目それぞれ3～5問の合計点であらわす

過去6ヶ月間に体験したことを問う

Table 4 食事自己管理行動尺度 (安酸、1997a)

---

最近1週間の食事療法は・・・

- 1) 食事療法として、指示されているカロリー内で食事をする
  - 2) 食事は、3食とも規則正しい時間に摂取する
  - 3) 同じ食品に偏らず、バランスのとれた食事をする
  - 4) 外食は控えて、手製の弁当を食べるか自宅で食べる
  - 5) てんぷら、フライなどの油を多く使った食事はとらない
  - 6) 甘いお菓子などの間食はしない
  - 7) まとめ食いをしないで、3食を平均的に食べる
  - 8) ジュースやアルコールなどの嗜好品は飲まない
- 

\* 「非常によく実施した」から「ほとんど実施しなかった」の4件法  
(3点から0点の配点) 合計点であらわす

Table 5 糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因の質問項目

---

食事療法に対する結果期待

- 食事療法を指示通りに行えば、血糖値がよくなる
- 食事療法を指示通りに行えば、合併症の出現あるいは悪化を予防できる
- 自分には、食事療法が必要である

食事療法に対する困難感、負担感

- 食事療法は、難しい
- 食事療法は、負担である
- 食事療法よりも、薬で治療できる方がよい

食事の習慣

- 食事療法で、空腹感を感じる
- 食べることに关心がある
- 食事を残すこととは、もったいない
- たくさん食べないと、食べた気がしない

食事療法の取り組み

- 食事療法は、自分で行えるところがよい
- 食事療法のために、とても努力をしている
- 血糖値は、自分の食事に対する努力を反映している

糖尿病の受け止め

- 糖尿病の原因は様々あるのに（遺伝、体质、ストレス、肥満、他）、自分の不摂生のように思われるのが辛い
- 糖尿病であることをあまり知られたくない
- 一生食事を制限して長生きするよりも、短命でも好きな物を食べるほうがよい

周囲（家族、友人、職場の人々）の理解、励まし

専門職（医師、看護婦、栄養士）からの励まし

---

他に対象の背景として、年齢、性別、身長、体重、糖尿病歴、自覚症状、糖尿病の家族歴、治療中断経験、栄養指導経験、認識指示カロリー、食事を作る人、外食の頻度、飲酒の頻度、家族構成、生活活動量、仕事と仕事中の時間の自由度、食事療法に対する頑張りの自己評価の項目を用意した。

最後に、医療者と同病者への意見を自由記載してもらう欄を設けた。

全て自己記入式で、プレテストを糖尿病患者、患者の家族、医療関係者に3回行い内容、表現などを改訂した。

## 2. カルテ調査

外来カルテから、過去1年間分のHbA1c値と体重、身長、糖尿病歴、家族の糖尿病歴、合併症、治療法（食事療法、内服薬、インスリン注射）および医療者の関わりの内容などを調べる。

都内大学病院は、外来の前日、調査対象者候補全てに行い、このながら承諾の得られた対象に質問紙調査を行った。都内総合病院は、先に質問紙の調査を行い、この対象についてカルテ調査を行った。

## 3. 調査の手続き

倫理的対応：都内の大学病院では、診療科のスタッフ会議で検討され、都内総合病院では、病院の倫理委員会で検討され、許可された。

対象者への説明と同意：都内大学病院では、カルテ調査にて選ばれた患者に、研究協力者から調査の説明を行い、同意を得られた患者を対象とし、調査用紙を封筒に入れて配布する。外来受診後の会計、薬などの待ち時間に記入してもらい、病院出口近くの回収箱にて回収する。外来で協力に同意しても、その後、回答するか否かは患者の自由であり、回収された調査用紙からは、個人の特定ができないため、対象の自由意思が守られる。都内総合病院では倫理委員会の指示に従い実施した。

### 第3節 調査期間

質問紙による調査は、1999年9月27日から11月18日まで、カルテ調査は、1999年9月25日から12月22日まで実施した。

### 第4節 分析方法

属性の違いによる自己効力感得点・HbA1c の差には、t 検定および一元配置の分散分析を、HbA1c の群別自己効力感得点の差には一元配置の分散分析を、変数間の検定にはピアソンの積率相関係数およびスピアマンの順位相関係数を、自己効力感得点と関連要因の検討には重回帰分析を行った。有意水準は 5% を採用した。統計分析は、SPSS 6.xj を用いて行った。

## 第4章 研究結果

### 第1節 分析対象

質問紙調査とカルテ調査の両方の結果が得られた 257 名中、糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感尺度の欠損がなかった 237 名を分析対象とする。

調査施設の内訳は、都内大学病院 176 名、都内総合病院 61 名であり、年齢、性別、自己効力感得点、HbA1c 値、BMI 値に差はなかった。糖尿病歴に関してのみ大学病院平均 12.5 年 (SD7.5)、総合病院平均 10.4 年 (SD6.4)、 $p < 0.05$  の差がみられたが、総合病院の方が平均年齢が若干若かったことや、糖尿病歴が主に本人の申告に基づいているものであることを加味し、両施設の対象には差がないものと判断した。

性別の内訳は、男性 168 名 (70.9%)、女性 69 名 (29.9%) であり、両者には、自己効力感得点、HbA1c 値に差はなかったが、年齢に男性平均 57.1 歳 (SD8.03)、女性 60.5 歳 (SD6.50)、 $p < 0.01$  の差がみられた。男性、女性、合計それぞれに、60 歳以上と 60 歳未満のグループに分け自己効力感得点、HbA1c 値、糖尿病歴、治療方法などを比較したが差はなく、男女の年齢差は、分析に影響ないものと判断し、分析は男女合わせた合計 237 名で行うこととした。

### 第2節 調査対象者の背景 (table6)

#### 1. 属性

年齢は平均 58.1 歳 (SD7.8) で、20 歳から 69 歳のⅡ型糖尿病の人

Table 6 対象の背景

						n=237
性別		男	168人	70.9%	栄養指導経験	あり 201人
		女	69人	29.1%		なし 30人
年齢	30~39歳	4人	1.7%		不明 6人	
	40~49歳	32人	13.5%	指示カロリー	Mean 1522.1kcal	
	50~59歳	78人	32.9%		SD 167.8	
	60~69歳	123人	51.9%		Max 1840kcal	
	Mean	58.1歳			Min 1200kcal	
	SD	7.8		対象者の認識	Mean 1567.4kcal	
	Max	30歳			SD 229.2	
	Min	69歳		カロリー	Max 2700kcal	
身長	男性	Mean	167.1cm		Min 1000kcal	
		SD	6.1	食事を作る人	自分 作る 91人	
	女性	Mean	153.4cm		自分 作らない 141人	
		SD	7.6		不明 5人	
体重	男性	Mean	64.4kg	一日の外食の回数	外食しない 114人	
		SD	9.9		1回 86人	
	女性	Mean	53.7kg		2回 22人	
		SD	3.5		毎食 7人	
BMI	全体	Mean	23.0		不明 8人	
		SD	3.1	飲酒習慣	全く飲まない 94人	
	男性	Mean	23.0		月に2~3日 28人	
		SD	3.0		週に1~2日 38人	
	女性	Mean	22.9		週に4~5日 39人	
		SD	3.5		ほとんど毎日 33人	
糖尿病歴	1~4年	30人	12.7%		不明 5人	
	5~9年	72人	30.4%	家族構成	一人暮らし 18人	
	10~14年	62人	26.2%		夫婦世帯 112人	
	15~19年	38人	16.0%		2世代世帯 82人	
	20年以上	35人	14.8%		3世代世帯 9人	
	Mean	12.0年			その他 11人	
	SD	7.3			不明 5人	
	Max	40年		生活活動量	軽い 107人	
	Min	1年			中等度 84人	
調査時HbA1c	7%未満	93人	39.2%		やや重い 15人	
	7~7.9%	83人	35.0%		重い 9人	
	8%以上	61人	25.7%		不明 22人	
	Mean	7.3%		仕事	常勤の仕事 130人	
	SD	1.2			パートの仕事 21人	
	Max	12.4%			専業主婦 27人	
	Min	4.8%			持っていない 55人	
治療	食事療法のみ	58人	24.5%		不明 4人	
	経口血糖下降剤	135人	57.0%	仕事中の時間配分	自由 54人	
	インスリン	44人	18.6%	(家事を含む)	やや自由 67人	
合併症	※あり	78人			あまり自由でない 56人	
	なし	158人			全く自由でない 19人	
	不明	1人			不明 41人	
自覚症状	※※あり	120人		食事療法の頑張り	ずっと頑張っている 62人	
	なし	108人			以前は頑張らなかったが、今は頑張っている 61人	
	不明	9人			以前は頑張っていたが、今は頑張っていない 36人	
糖尿病の家族	いる	100人			以前も、今も頑張っていない 8人	
	いない	133人			頑張ったり、頑張らなかったり、定まらない 66人	
	不明	4人			不明 4人	
治療中断経験	あり	22人				
	なし	200人				
	不明	15人				

※糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、心筋梗塞などのどれか1つでもあるものを「あり」とする

※※口渴、多尿、しづれなどのどれか1つでもあるものを「あり」とする

を対象としたため、最少が 30 歳で、30 歳代は 4 人であった。50 歳代が約 33%、60 歳以上が約 52% であった。年齢と HbA1c 値の間に差はなかった。

仕事については、「常勤の仕事」130 人 (54.9%)、「パートの仕事」21 人 (8.9%)、「専業主婦」27 人 (11.4%)、「仕事をもっていない」55 人 (23.2%) であった。「仕事をもっている」人の中で時間配分の自由度は、「自由」54 人 (22.8%)、「やや自由」67 人 (28.3%)、「あまり自由でない」56 人 (23.6%)、「全く自由でない」19 人 (8.0%) であった。

生活活動量は、「軽い」107 人 (45.1%)、「中等度」84 人 (35.4%)、「やや重い」15 人 (6.3%)、「重い」9 人 (3.8%)、「不明」22 人 (9.3%) であった。

家族構成は、「一人暮らし」18 人 (7.6%)、「夫婦世帯」112 人 (47.3%)、「2 世代世帯」82 人 (34.6%)、「3 世代世帯」9 人 (3.8%)、「その他」11 人 (4.6%) であった。

## 2. 病態

糖尿病歴は、平均 12.0 年 (SD7.3)、最長 40 年、最短 1 年であった。内訳は 1~4 年 30 人 (12.7%)、5~9 年 72 人 (30.4%)、10~14 年 62 人 (26.2%)、15~19 年 38 人 (16.0%)、20 年以上 35 人 (14.8%) であり、病歴別 HbA1c 値は、1~4 年が 6.5% (SD1.1) と一番低く、年数が多くなるほど HbA1c は高くなり、20 年以上は平均 7.7% (SD1.1) であった。1~4 年の平均 HbA1c 値と 15 年以上の各階級の HbA1c 値との間には有意差があった。

治療は、「食事療法のみの」58 人 (24.5%)、「経口血糖降下剤」135 人 (57.0%)、「インスリン療法」44 人 (18.6%) であり、それぞれ

の平均 HbA1c 値は、6.4% (SD0.9) 、7.5% (SD1.0) 、7.9% (SD1.5) で、「食事療法のみ」と他の療法の間には有意差があった。

合併症の有無は、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、心筋梗塞などのどれか 1 つでもあるものを「あり」とし、「あり」78 人 (33.0%) 、「なし」158 人 (66.7%) で、HbA1c 値に差はなかった。

自覚症状は、口渴、多尿、しびれなどのどれか 1 つでもあるものを「あり」とし、「あり」120 人 (50.6%) 、「なし」108 人 (45.6%) で、HbA1c 値に差はなかった。

糖尿病の家族が「いる」100 人 (42.2%) 、「いない」133 人 (56.1%) で、HbA1c 値の差はなかった。

治療中断経験者 22 人 (9.3%) であったが、HbA1c 値に差はなかった。

栄養指導経験者は、201 人 (85.1%) で HbA1c 値に差はなかった。対象の指示カロリーは、カルテに明確な記載がないものも多く、1200kcal～1840 kcal の範囲であったが、対象者が認識しているカロリーは 1000 kcal ～2700kcal までとひらきがあった。

食事を自分で作る人と作らない人の割合は 91 人 (38.4%) と 141 人 (59.5%) で、男性で作ることに関与している人は 29 人、女性で作らない人は 4 人であった。HbA1c 値はほぼ同じであった。

1 日の外食の回数は、「外食しない」114 人 (48.1%) 、「1 回」86 人 (36.3%) 、「2 回」22 人 (9.3%) 、「毎食」7 人 (3.0%) で HbA1c 値に差はなかった。

飲酒の習慣は、「全く飲まない」94 人 (39.7%) 、「月に 2～3 日」28 人 (11.8%) 、「週に 1～2 日」38 人 (16.0%) 、「週に 4～5 日」39 人 (16.5%) 、「ほとんど毎日」33 人 (14.0%) で HbA1c 値に差

はなかった。

### 第3節 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と 血糖値の関係

#### 1. 調査時の HbA1c と自己効力感

調査時の HbA1c 値は、平均 7.3% (SD1.2)、最大値 12.4%、最小値 4.8%、男性平均 7.2% (SD1.3)、女性平均 7.4% (SD1.1)、過去 1 年間の最大値との差（調査時の HbA1c 値-過去 1 年間の最大 HbA1c 値）は平均-1.0% (SD1.1)、最大値 0.0%、最小値-6.0%、過去 1 年間の最小値との差（調査時の HbA1c 値-過去 1 年間の最小 HbA1c 値）は平均 0.5% (SD0.5)、最大値 3.1%、最小値 0.0% であった (table7)。

1 年前の HbA1c 値は、平均 7.6% (SD1.4) で、調査時の HbA1c 値と t 検定を行った結果、調査時が  $p < 0.001$  で有意に改善していた。また、全ケースの 1 年間全体の HbA1c 値は、平均 7.5% (SD1.3)、最大値 13.6%、最小値 4.8% であった。過去 1 年間の通院および採血回数は、ケースによって、月に 1 回の人、2 ヶ月に 1 回の人などがあり、平均回数は 8.7 回であった。

自己効力感得点は、平均 44.0 (SD10.1)、最大値 72 点、最小値 17 点、男性平均 44.3 点 (SD10.0)、女性平均 43.4% (SD10.2) で、安酸 (1997a) の平均 44.6 (SD10.1)  $n=200$ 、男性平均 45.9 点 (SD9.4)  $n=144$ 、女性平均 42.1% (SD10.8)  $n=76$  の結果と、全体の傾向はほぼ同様であったが、女性の自己効力感得点がやや高かった。

調査時の HbA1c と自己効力感得点の相関は  $\gamma = -0.17$ 、 $p < 0.01$  (table7) と非常に弱い負の相関があった。

Table 7 自己効力感とHbA1cの関係

		自己効力感得点	調査時のHbA1c	最大値との差※	最小値との差※※
全体	Mean	44.0	7.3	-1.0	0.5
	SD	10.1	1.2	1.1	0.5
	Max	72	12.4	0.0	3.1
	Min	17	4.8	-6.0	0.0
男性	Mean	44.3	7.2		
	SD	10.0	1.3		
女性	Mean	43.4	7.4		
	SD	10.2	1.1		
自己効力感得点と調査時HbA1cの相関係数					
$\gamma = -0.17 \quad p < 0.01$					

※最大値との差= (調査時のHbA1c値) - (過去1年間の最大HbA1c値)

※※最小値との差= (調査時のHbA1c値) - (過去1年間の最小HbA1c値)

調査時の HbA1c 値を糖尿病の手引き（日本糖尿病学会編、1993a）の分類に分けてみると、HbA1c7%未満 (good control) 93 人で 45.3 点 (SD9.1)、HbA1c7 から 7.9% (fair control) 83 人で 44.3 点 (SD9.2)、HbA1c8%以上 (poor control) 61 人で 41.7 点 (SD12.1) であり、調査時の HbA1c 値のコントロール状態が良好なものほど自己効力感得点が高い傾向にあった ( $p<0.05$ )。しかし多重比較においては差がなかった (table8)。

## 2. 過去 1 年間の HbA1c の推移と自己効力感

HbA1c の過去 1 年間の推移と自己効力感の関係では、HbA1c の過去 1 年間の最大値と最小値の差が平均より大きい人を変化ありとし、全ケースをグラフとカルテの記載とを合わせて検討し (Fig.2-1-1 から Fig.2-3-5)、下降 (改善) 群、変動群、上昇 (悪化) 群に、さらに最大値と最小値それぞれの差の平均より小さい人を安定群に分け、自己効力感得点を比較した。この結果、「下降 (改善) 群」57 人で 45.6 点 (SD8.1)、「上昇 (悪化) 群」50 人で 41.0 点 (SD10.7) であり、「改善傾向にある群」が「悪化傾向にある群」より有意 ( $p<0.05$ ) に自己効力感得点が高かった (table9)。また「改善群」と「悪化群」は、病歴、調査時の HbA1c、治療の種類、BMI などに差はなかった。

全ケースをカルテの記載と照合した際、HbA1c 値の改善に最も影響しているのは、経口血糖降下剤の開始、追加、增量や入院などであった。しかし、栄養士による栄養相談や、看護婦の意図的介入によって 2~3 ヶ月にかけて大きく改善するケースもあった。

## 3. HbA1c と影響要因の関係

HbA1c 値と医療者からの励ましの関係では、医者、看護婦、栄養士とも、「励ましがよくある」と答えた人の HbA1c 値が一番高く、特に

Table 8 調査時HbA1c値と自己効力感

	N数	効力感得点	SD
7%未満 (good control)	93	45.3	9.1
7~7.9% (fair control)	83	44.3	9.2
8%以上 (poor control)	61	41.7	12.1

F=2.4, df2, p<0.05

Table 9 HbA1c値過去1年間の推移と自己効力感

	N数	効力感得点	SD
下降 (改善) 群	57	45.6	8.1
上昇 (悪化) 群	50	41.0	10.7

\* p<0.05

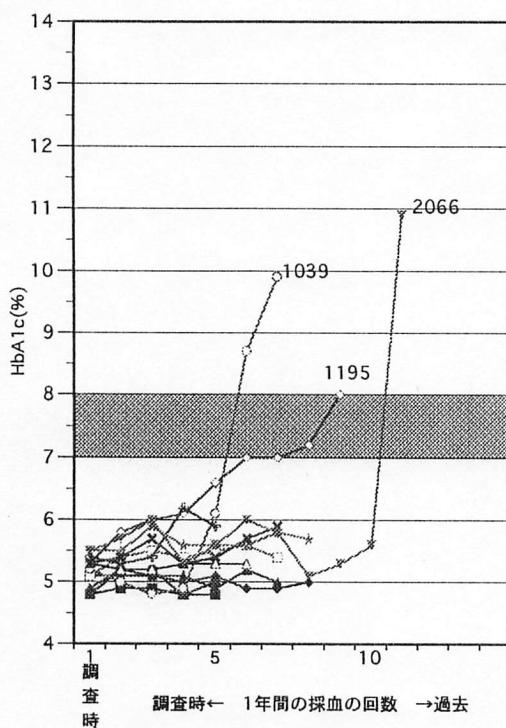


Fig.2-1-1 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時good control group)

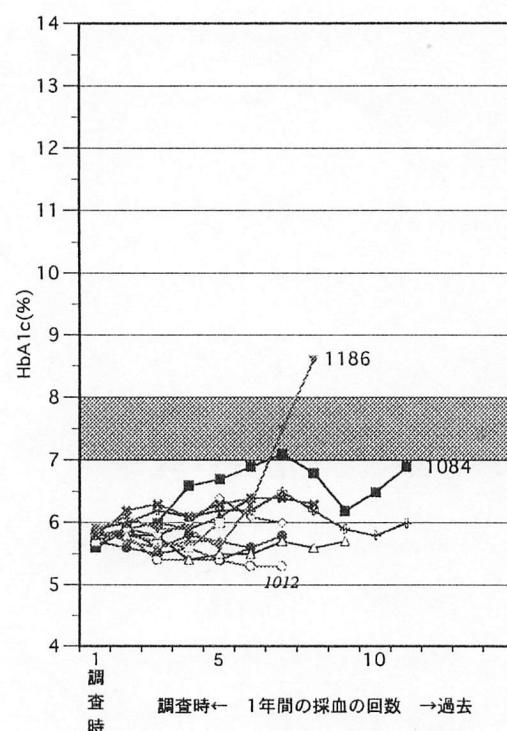


Fig.2-1-2 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時good control group)

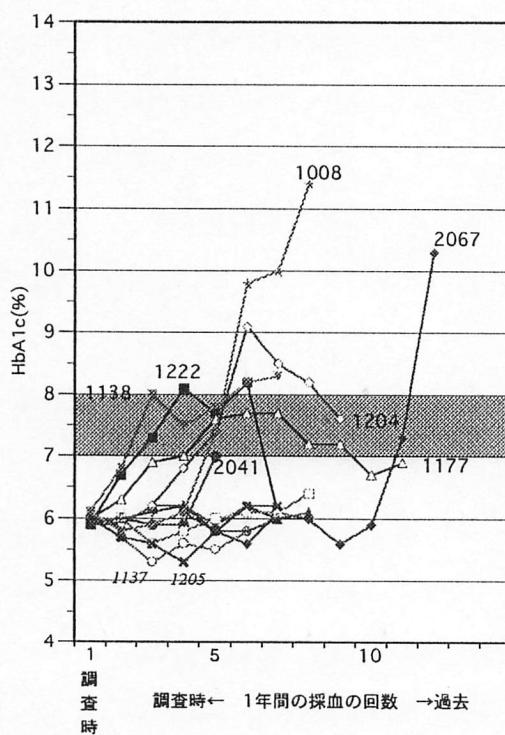


Fig.2-1-3 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時good control group)

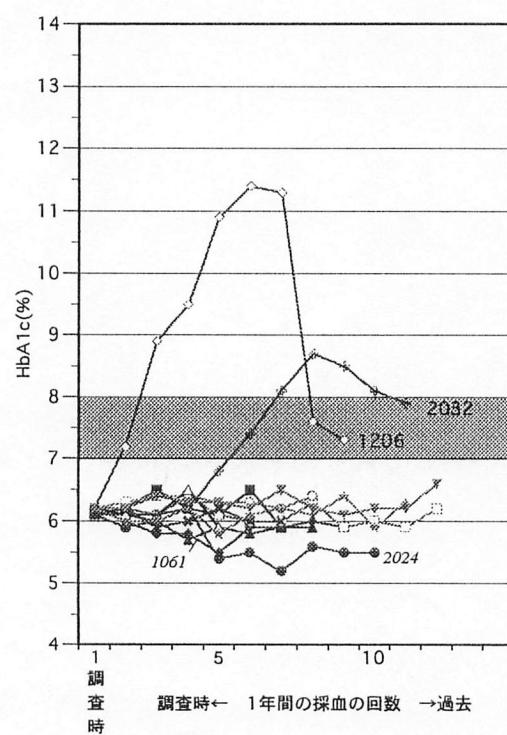


Fig.2-1-4 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時good control group)

図中の数字は患者のID。ゴシック体は改善した者、明朝イタリック体は悪化した者を表わす。

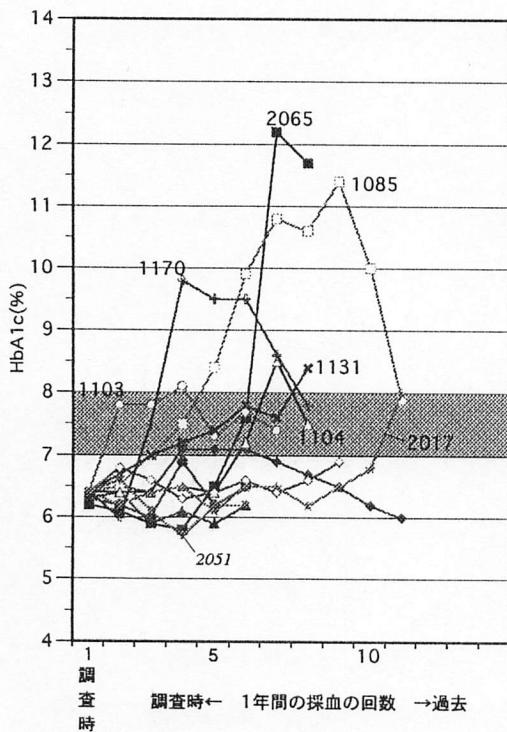


Fig.2-1-5 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時good control group)

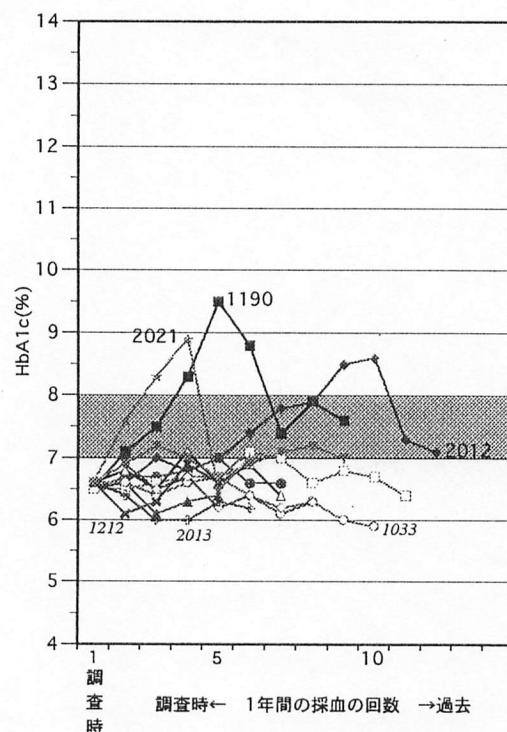


Fig.2-1-6 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時good control group)

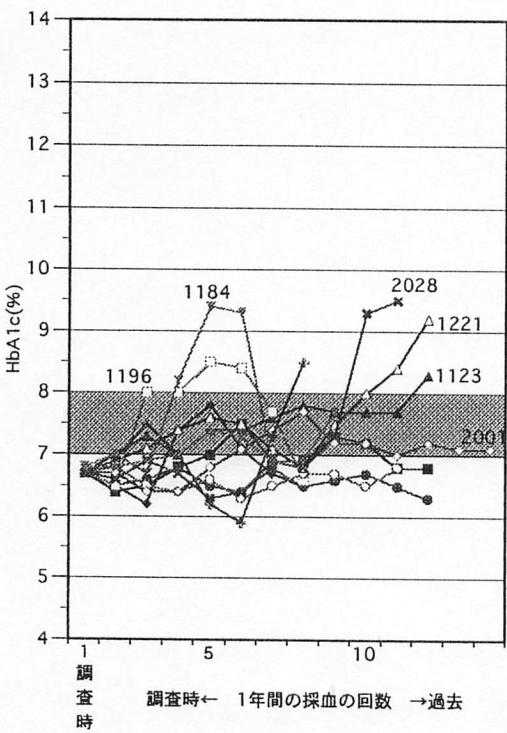


Fig.2-1-7 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時good control group)

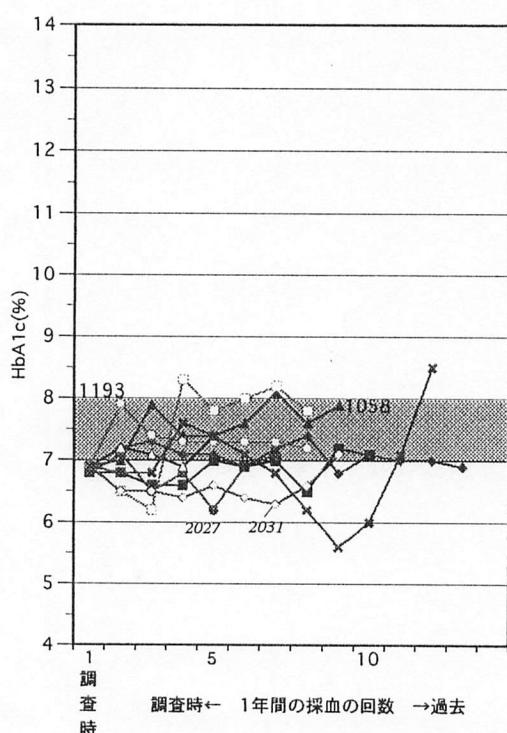


Fig.2-1-8 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時good control group)

図中の数字は患者のID。ゴシック体は改善した者、明朝イタリック体は悪化した者を表わす。

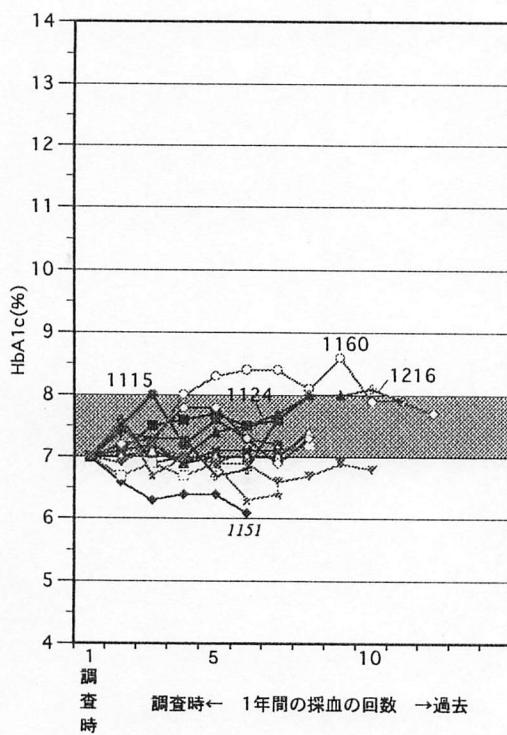


Fig.2-2-1 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時fair control group)

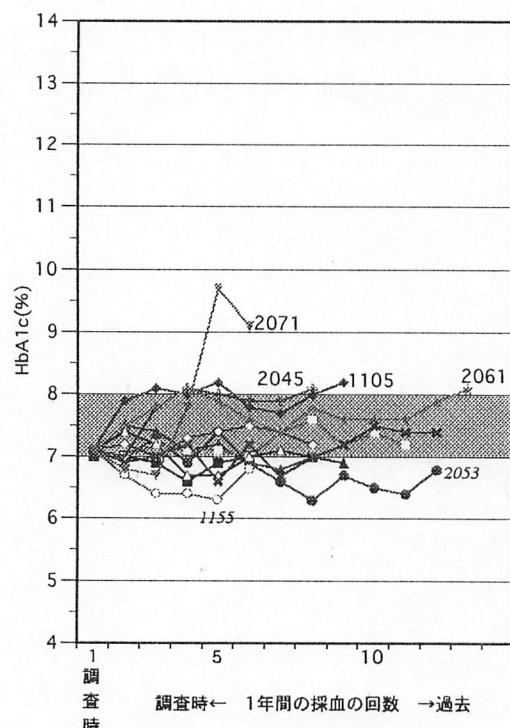


Fig.2-2-2 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時fair control group)

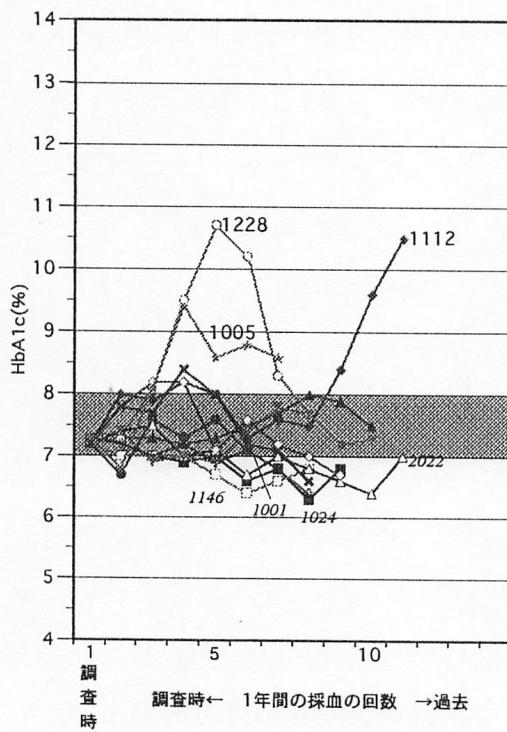


Fig.2-2-3 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時fair control group)

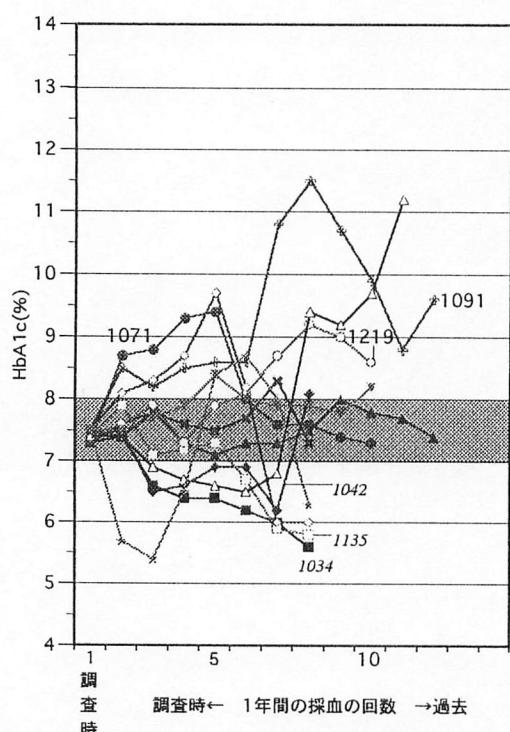


Fig.2-2-4 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時fair control group)

図中の数字は患者のID。ゴシック体は改善した者、明朝イタリック体は悪化した者を表わす。

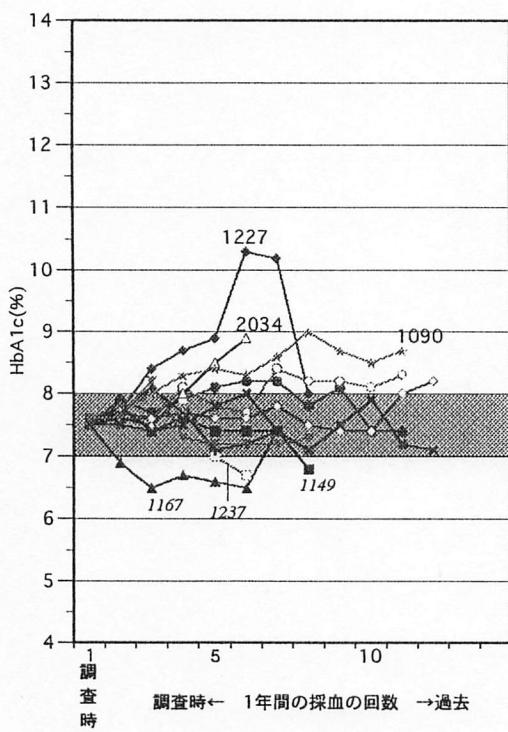


Fig.2-2-5 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時fair control group)

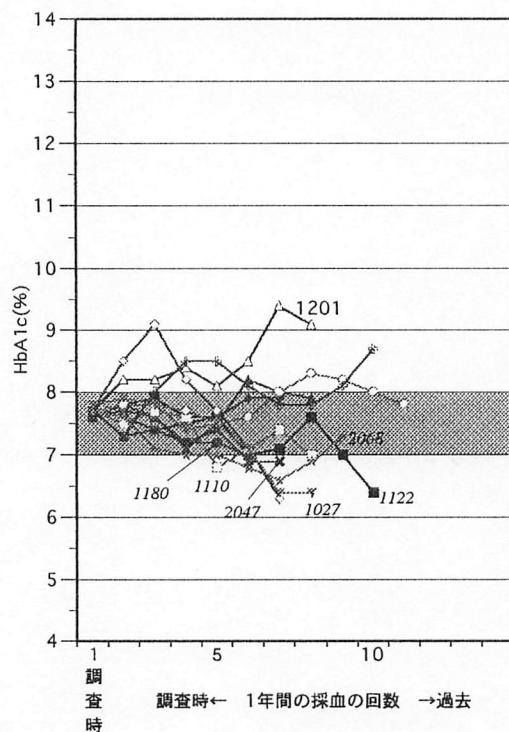


Fig.2-2-6 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時fair control group)

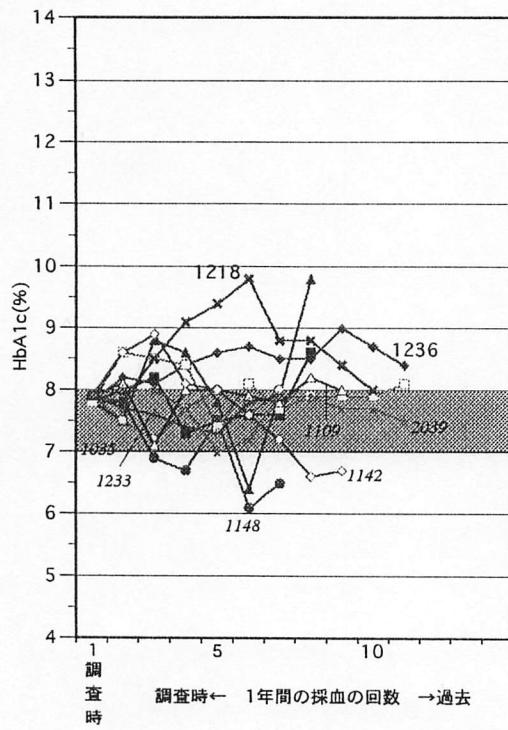


Fig.2-2-7 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時fair control group)

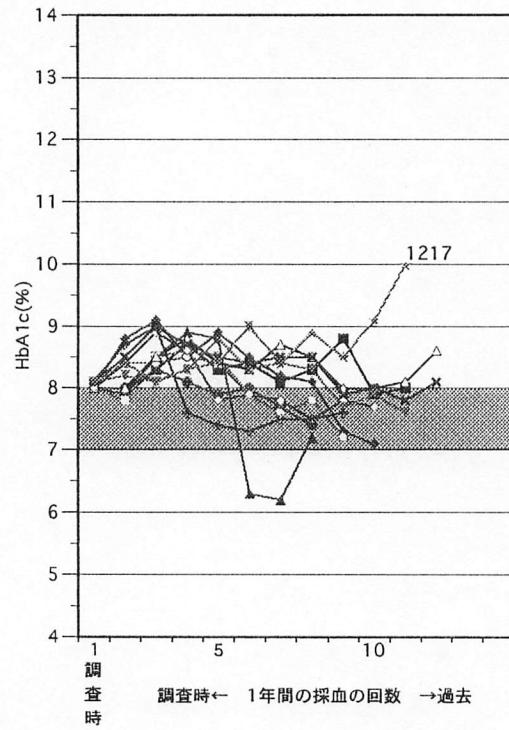


Fig.2-3-1 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時poor control group)

図中の数字は患者のID。ゴシック体は改善した者、明朝イタリック体は悪化した者を表わす。

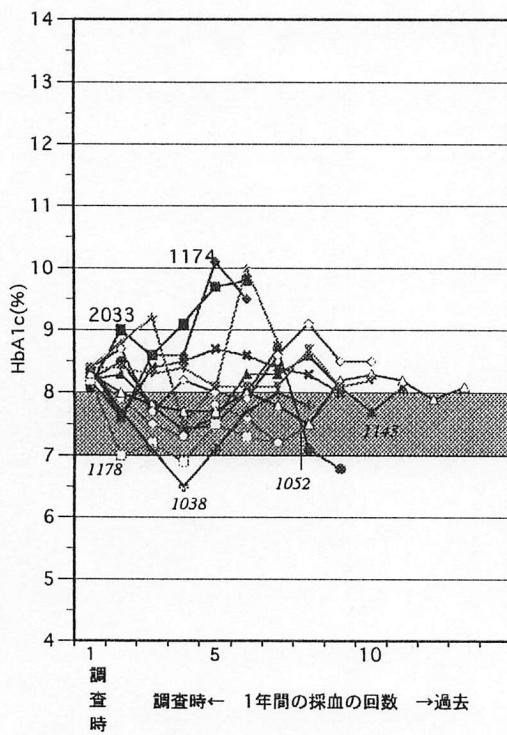


Fig.2-3-2 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時poor control group)

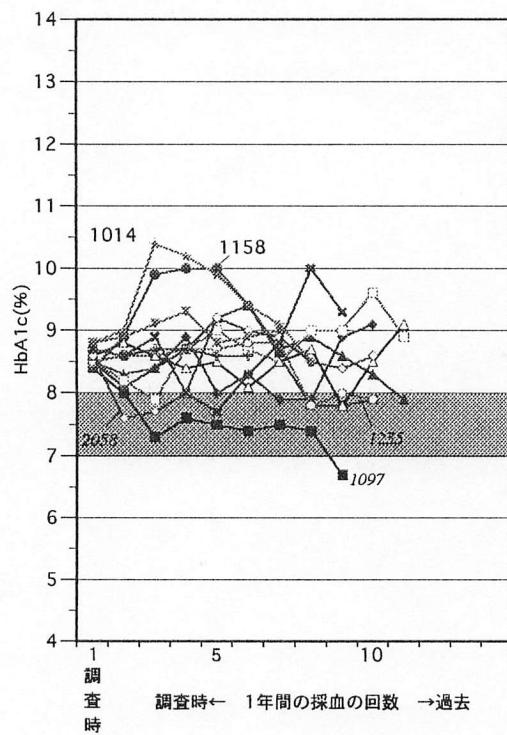


Fig.2-3-3 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時poor control group)

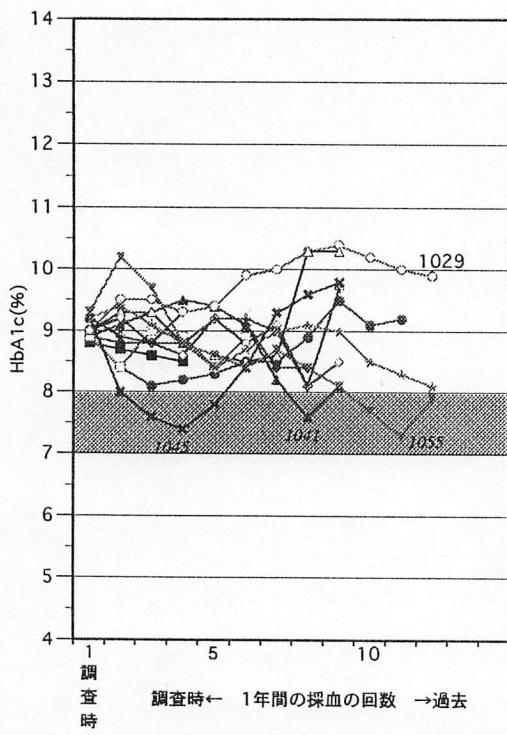


Fig.2-3-4 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時poor control group)

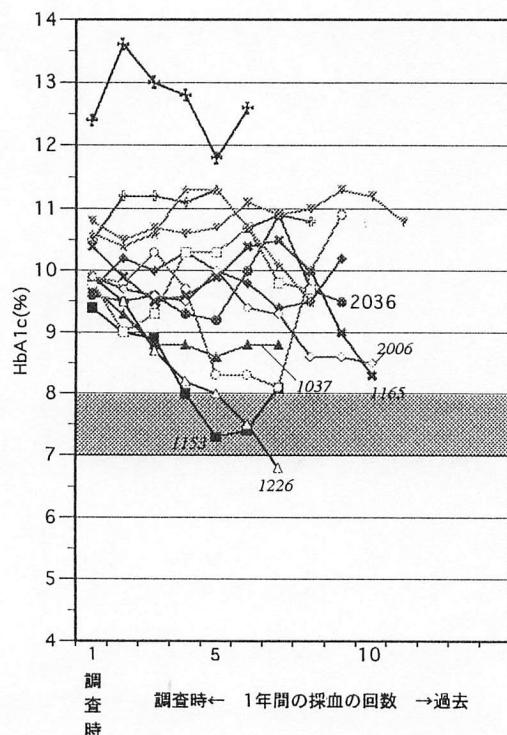


Fig.2-3-5 HbA1c過去1年間の推移  
(調査時poor control group)

図中の数字は患者のID。ゴシック体は改善した者、明朝イタリック体は悪化した者を表わす。

栄養士では、「励ましがよくある」20人平均 7.9(SD1.1)、「ほとんどない」65人平均 7.0(SD1.0)の間に有意な差があり、これは、医師がHbA1c 値の悪化やコントロール不良の時に、栄養相談を依頼することが影響していると考えられる。また、医師、看護婦は HbA1c 値のコントロールが不良の人に意図的に関わるため、関わりの多い人は HbA1c 値の高い人になる可能性があると考えられる。

「糖尿病の原因は様々あるのに、自分の不摂生のように思われるのが辛い」と思う糖尿病の受け止めとの関係では、「辛いと強く思う」39人平均 8.0(SD1.1)で、他に比べ HbA1c 値が有意に高かった。また、「食事療法は難しい」という困難感との関係では、「困難と強く思う」54人平均 7.8(SD1.1)で、他に比べ HbA1c 値が有意に高かった。

#### 第 4 節 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と自己効力感 刺激要因、健康統制の所在、食事自己管理行動、糖尿病・食 事療法に関する心理・社会的要因などの影響要因との関係

##### 1. 自己効力感と影響要因との相関

年齢、糖尿病歴、BMI、自己効力感刺激要因、健康統制の所在、食事自己管理行動について相関をみると、年齢  $\gamma = 0.14$ 、 $p < 0.05$ 、 $BMI \gamma = -0.24$ 、 $p < 0.001$ 、自己効力感刺激要因の遂行行動の達成  $\gamma = 0.44$ 、 $p < 0.001$ 、言語的説得  $\gamma = 0.18$ 、 $p < 0.01$ 、生理的・情動的状態  $\gamma = 0.37$ 、 $p < 0.001$ 、健康統制の所在の自分自身  $\gamma = 0.19$ 、 $p < 0.01$ 、家族  $\gamma = 0.23$ 、 $p < 0.01$ 、専門職  $\gamma = 0.25$ 、 $p < 0.001$ 、食事自己管理行動  $\gamma = 0.41$ 、 $p < 0.001$ 、とそれぞれ非常に弱いから中程度の相関があった (table10)。

Table10 自己効力感と影響要因との相関

	相関係数	有意水準
年齢	0.14	*
糖尿病歴	-0.06	
BMI	-0.24	***
遂行行動の達成：EA	0.44	***
代理的経験：VE	-0.01	
言語的説得：VP	0.18	**
生理的・情動的状態：PAS	0.37	***
I.：自分自身	0.19	**
F.：家族	0.23	**
Pr.：専門職	0.25	***
C.：偶然	0.01	
S.：超自然、報い	0.10	
食事自己管理行動	0.41	***

\* p<0.05

\*\* p<0.01

\*\*\* p<0.001

## 2. 自己効力感と影響要因の関係

糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因について関係を見ると、周囲（家族、友人、職場の人々）の理解・協力は、それぞれに「協力がある」と答えている人の自己効力感が高く、「あまり協力的でない」と答えた人の自己効力感が、「家族」25人平均38.1(SD9.6)、「友人」80人平均40.1(SD10.0)、「職場の人々」61人平均41.2(SD9.3)と他に比べて有意に低かった（table11-2、Fig.3-1-2）。

医療者からの励ましについては、医師にくらべ看護婦、栄養士は外来で患者と関わりる機会が少ないためか、励ましがあると答えた人が大変少なかった（table11-2、Fig.3-1-3）。その中で、栄養士との関わりでは、「関わりがある」人の方が、「全く励ましがない」と答えた人（関わる機会がない人）と比較すると20人平均39.7(SD11.2)と自己効力感が低く、コントロールが悪かったり、HbA1cが悪化した時に、医師から栄養相談が依頼されることと関係していると考えられる。これは、HbA1cとの関係でも同様の結果であった。

食事療法に対する結果期待、食事療法の困難感、負担感、食事の習慣、食事療法の取り組み、糖尿病の受け止めに関しては、下位項目10変数に関して非常に弱いから中程度の相関があった。回答の内訳はFig.3-2-1から3-2-5に示すとおりである。

心理・社会的要因の中の食事療法に対する結果期待は、9割以上の人々が食事療法を指示通りに行えば血糖値がよくなる、合併症の出現あるいは悪化を予防できると思っており、自分には食事療法が必要だと認識していた（Fig.3-2-1）。

健康統制の所在、自己効力感刺激要因と食事自己管理行動のそれぞれの結果はtable12からtable14とFig.4に示す。この中で、健康統制の

Table11-1 自己効力感と影響要因の関係

		N数	自己効力感	SD	有意水準
男		168	44.3	10.0	
女		69	43.4	10.2	
糖尿病歴	1~4年	30	46.6	7.6	
	5~9年	72	44.2	9.6	
	10~14年	62	43.0	11.2	
	15~19年	38	41.6	10.2	
	20年以上	35	45.8	10.1	
BMI	低体重	33	47.7	11.5	
	標準体重	132	44.9	9.9	
	肥満傾向	40	42.1	8.4	*
	肥満	32	39.1	9.3	*
治療	食事療法のみ	58	45.9	8.7	
	経口血糖下降剤	135	42.4	9.9	
	インスリン	44	46.5	11.5	
合併症	あり	78	44.7	10.6	
	なし	158	43.7	9.8	
自覚症状	あり	120	44.0	10.2	
	なし	108	43.9	9.7	
糖尿病の家族	いる	100	43.2	9.8	
	いない	133	44.8	10.0	
治療中断経験	あり	22	41.3	12.5	
	なし	200	44.5	9.8	
栄養指導経験	あり	201	44.1	10.1	
	なし	30	43.4	10.8	
家族構成	一人暮らし	18	42.0	13.7	5群間*
	夫婦世帯	112	43.9	9.7	
	2世代世帯	82	43.6	9.3	
	3世代世帯	9	46.9	7.6	
	その他	11	49.6	13.6	
仕事	常勤の仕事	130	43.4	9.7	
	パートの仕事	21	43.5	11.1	
	専業主婦	27	41.1	9.1	
	持っていない	55	47.1	10.7	
仕事中の時間配分	自由	121	45.2	10.6	
	自由でない	75	40.2	8.5	
食事療法の頑張り					
	ずっと頑張っている	62	49.9	8.5	
	以前は頑張らなかったが、今は頑張っている	61	46.2	10.4	
	以前は頑張っていたが、今は頑張っていない	36	37.6	8.7	
	以前も、今も頑張っていない	8	37.8	12.6	*
	頑張ったり、頑張らなかったり、定まらない	66	40.8	7.8	

Table11-2 自己効力感と影響要因の関係

\*p&lt;0.05

		N数	自己効力感	SD	有意水準
<b>周囲の理解</b>					
同居の家族	ひとりも知らない	4	48.0	12.2	
	一部が知っている	20	43.7	9.4	
	全員が知っている	205	44.1	10.1	
友人	ひとりも知らない	18	49.4	6.3	*
	特別なな人が知っている	53	42.8	10.0	
	複数の人が知っている	161	44.0	10.3	
職場の人々	ひとりも知らない	18	46.9	9.7	
	特別なな人が知っている	31	44.6	10.3	
	複数の人が知っている	129	43.8	10.3	
<b>食事療法への協力</b>					
同居の家族	とても協力的	89	46.7	9.9	
	協力的	108	44.1	9.3	*
	あまり協力的でない	25	38.1	9.6	
友人	とても協力的	13	52.4	9.7	
	協力的	110	45.8	9.5	*
	あまり協力的でない	80	40.1	10.0	
職場の人々	とても協力的	11	53.7	7.2	*
	協力的	78	46.0	10.6	*
	あまり協力的でない	61	41.2	9.3	
<b>医療者からの食事・生活の指導、励まし</b>					
医師	よくある	127	43.9	10.7	
	時々ある	79	44.5	9.0	
	あまりない	10	42.1	9.2	
看護婦	よくある	25	43.1	11.5	
	時々ある	41	44.0	9.4	
	あまりない	61	43.3	9.7	
栄養士	よくある	20	39.7	11.2	
	時々ある	50	43.5	10.6	
	あまりない	57	43.7	9.1	
	ほとんどない	65	45.7	9.7	

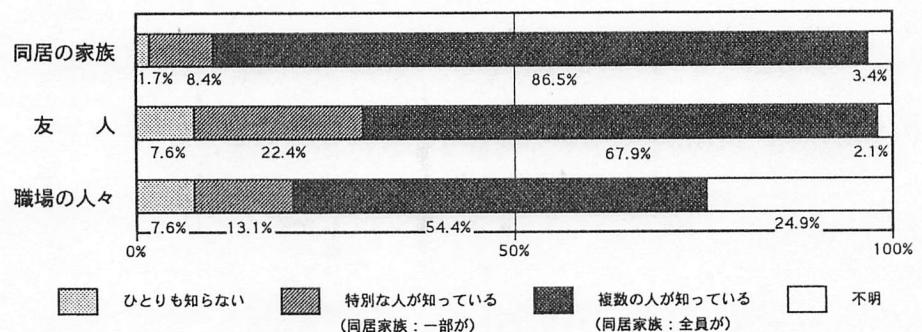


Fig.3-1-1 糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因－周囲の理解

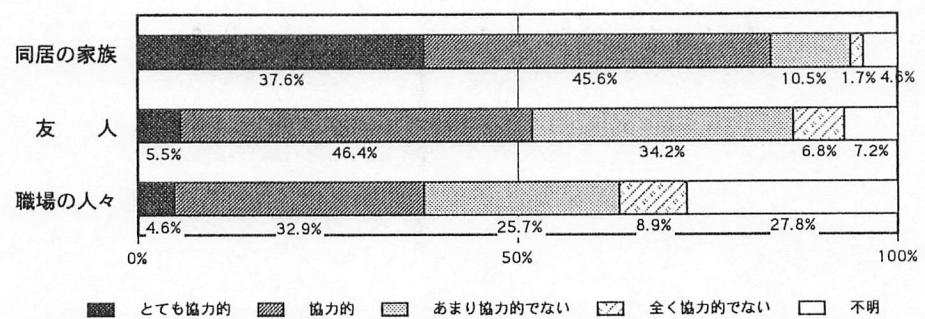


Fig.3-1-2 糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因－食事療法への協力

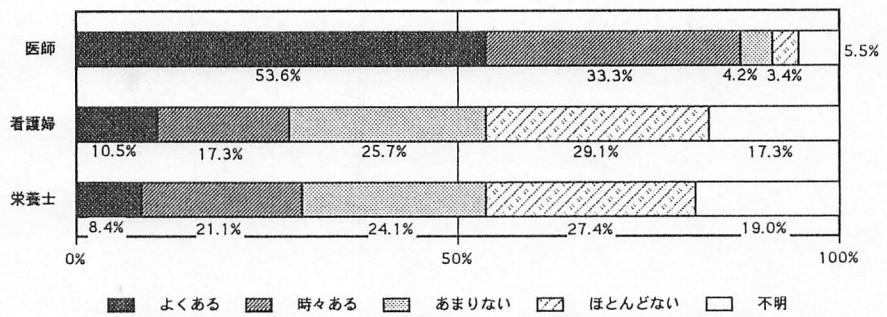


Fig.3-1-3 糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因－医療者からの食事・生活の指導、励まし

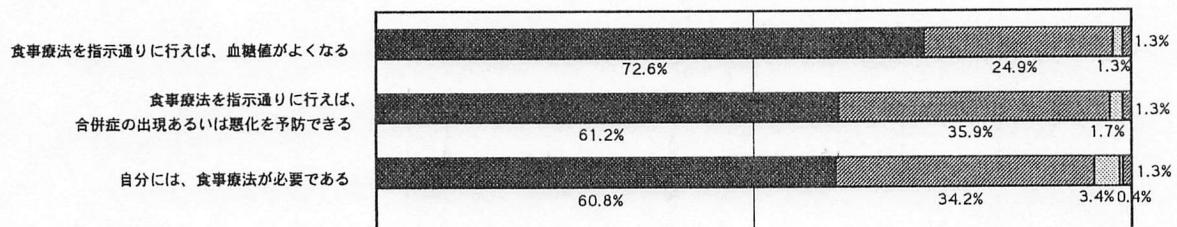


Fig.3-2-1 糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因－食事療法に対する結果期待

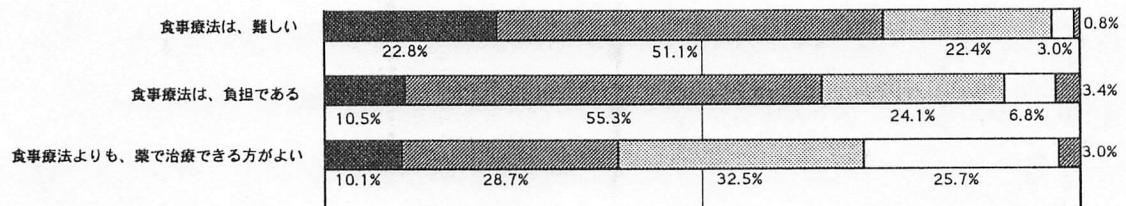


Fig.3-2-2 糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因－食事療法に対する困難感、負担感

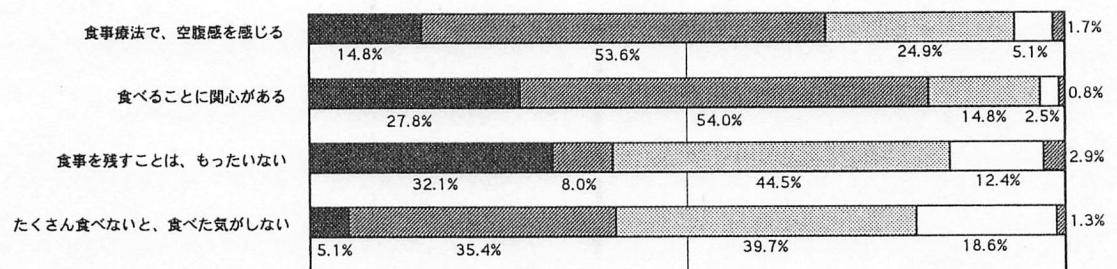


Fig.3-2-3 糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因－食事の習慣

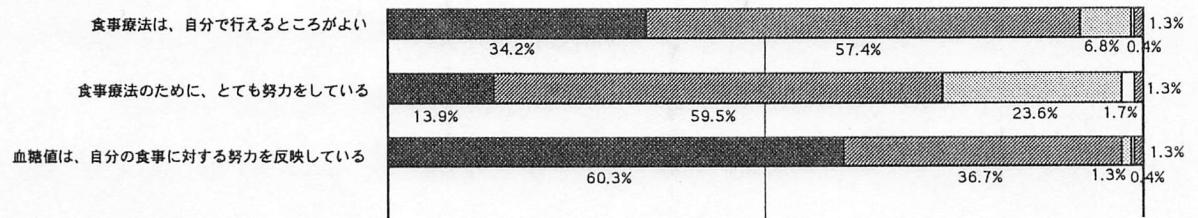


Fig.3-2-4 糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因－食事療法の取り組み

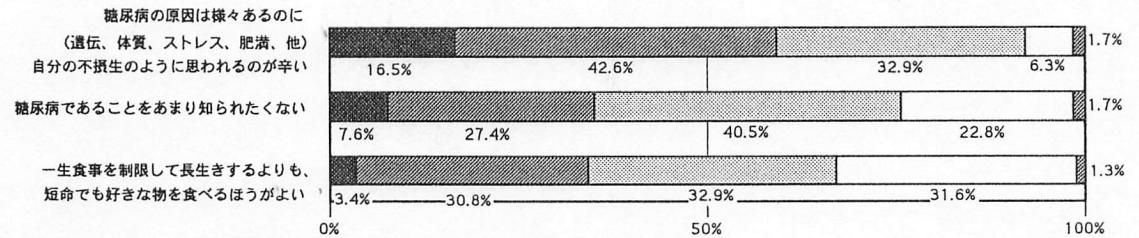


Fig.3-2-5 糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因－糖尿病の受け止め

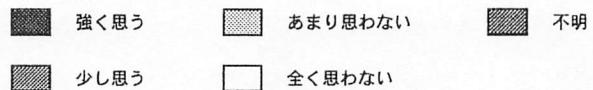


Table12 日本版HLC尺度の得点

\* p&lt;0.05

I. (Internal) : 自分自身						有意水準
全体	Mean	24.1	男性	Mean	23.8	*
	SD	2.6		SD	2.4	
	Max	30		女性	Mean	
	Min	18		SD	3.0	
F. (Family) : 家族						
全体	Mean	20.3	女性	Mean	20.3	
	SD	3.6		SD	3.5	
	Max	28		Mean	20.2	
	Min	8		SD	3.7	
Pr. (Professional) : 専門職						
全体	Mean	21.1	女性	Mean	21.3	
	SD	3.6		SD	3.6	
	Max	30		Mean	20.8	
	Min	8		SD	3.6	
C. (Chance) : 偶然						
全体	Mean	12.9	女性	Mean	12.7	
	SD	3.9		SD	3.7	
	Max	26		Mean	13.5	
	Min	5		SD	4.4	
S. (Supernatural) : 超自然、報い						
全体	Mean	10.9	女性	Mean	10.9	
	SD	4.1		SD	4.0	
	Max	25		Mean	11.0	
	Min	5		SD	4.3	

Table13 食事自己管理に対する自己効力感刺激要因尺度の得点

\*p&lt;0.05

遂行行動の達成 : EA (Enactive Attainment)					有意水準
全体	Mean	3.8	男性	Mean	3.4
	SD	1.8		SD	1.6
	Max	8	女性	Mean	4.7
	Min	0		SD	1.9

代理的経験 : VE (Vicarious Experience)					有意水準
全体	全体	2.5	男性	Mean	2.3
	SD	1.9		SD	1.9
	Max	8.0	女性	Mean	3.1
	Min	0.0		SD	2.0

言語的説得 : VP (Verbal Persuasion)					有意水準
全体	Mean	3.43	男性	Mean	3.5
	SD	1.87		SD	1.9
	Max	10	女性	Mean	3.2
	Min	0		SD	1.9

生理的・情動的状態 : PAS (Physiological and Affective Stats)					有意水準
全体	Mean	3.6	男性	Mean	3.4
	SD	1.7		SD	1.7
	Max	6	女性	Mean	4.2
	Min	0		SD	1.6

Table14 食事自己管理行動尺度の得点

\*p&lt;0.05

					有意水準
全体	Mean	14.3	男性	Mean	13.7
	SD	3.6		SD	3.5
	Max	23	女性	Mean	16.1
	Min	2		SD	3.2

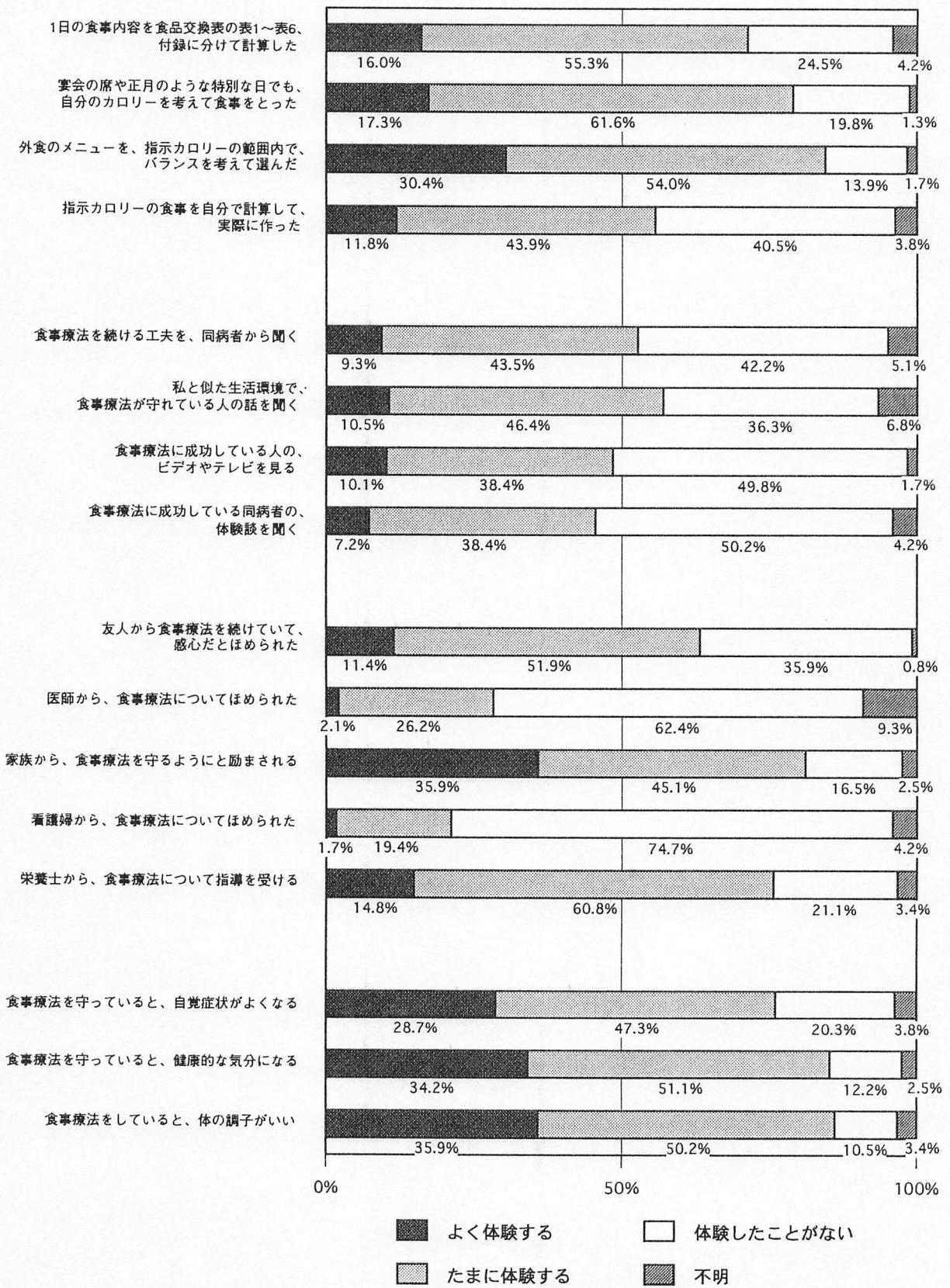


Fig.4 自己効力感刺激要因の過去6ヶ月間体験度

所在の自分自身、自己効力感刺激要因の遂行行動の達成、代理的経験、生理的・情動的状態、食事自己管理行動のそれぞれに、男女の平均の差がみられた。

その他の対象の背景と自己効力感の関係では、家族構成において「一人暮らし」の人より、「家族と同居している」の方が効力感が高い傾向にあった。また、食事療法を「今までずっと頑張ってきた」「以前頑張らなかったが今は頑張っている」と現在頑張っている思っている人の自己効力感が、頑張っていないと答えた人より有意に高かった（table11-1）。

## 第5節 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と 関連要因の関係

自己効力感に影響のあった要因を、関係性をみるために、自己効力感を基準変数、関連のあった影響要因を説明変数として、重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。その結果、9変数に有意な関係を認めた。

重相関係数  $R=0.681$ 、決定係数  $R^2=0.464$  で分散分析の有意確率は<0.001であった。9変数と標準偏回帰係数  $\beta$  は、遂行行動の達成  $\beta=0.229$ 、生理的・情動的状態  $\beta=0.142$ 、代理的体験  $\beta=-0.195$ 、健康統制の所在の専門職：医療者  $\beta=0.180$ 、糖尿病の受け止め  $\beta=-0.167$ 、食事療法の取り組み  $\beta=0.200$ 、食事の習慣  $\beta=-0.198$ 、食事療法の困難感  $\beta=-0.168$ 、BMI  $\beta=-0.138$  である（table15）。

重回帰分析の結果、糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感（効力期待）を高めることには、①食事療法を実践できたという体験（遂行行動の達成）、②食事療法のために努力しているといい気持ち（食事療法

Table15 自己効力感と関連要因の重回帰分析の結果

自己効力感	重相関 係数R	決定係数R <sup>2</sup>	自由度調整 済決定係数	推定値の 標準誤差			
	0.681	0.464	0.440	7.530			
<hr/>							
分散分析		平方和	自由度	平均平方			
	回帰	9629.57546	9	1069.953			
	残差	11113.5129	196	56.702			
<hr/>							
変数	非標準化係数		標準偏回帰 係数β	t	有意確率	γ	寄与
	B	標準誤差					
遂行行動の達成	1.287	0.361	0.229	3.564	0.001	0.444	①
食事療法-努力している	3.062	0.924	0.200	3.313	0.001	0.378	②
生理的・情動的状態	0.823	0.379	0.142	2.175	0.031	0.357	④
外的統制：医療者	0.500	0.153	0.180	3.259	0.001	0.250	⑥
たくさん食べると満足	-2.416	0.667	-0.198	-3.622	0.000	-0.311	③
短命でも食べたい	-1.910	0.621	-0.167	-3.078	0.002	-0.302	⑤
食事療法は難しい	-2.233	0.724	-0.168	-3.083	0.002	-0.262	⑦
BMI	-0.443	0.172	-0.138	-2.570	0.011	-0.238	⑧
代理的経験	-1.010	0.296	-0.195	-3.410	0.001	-0.013	⑨

の取り組み）、③食事療法によって体調がよくなつたという実感（生理的・情動的状態）、④健康統制の所在で外的統制：医療者が高いことが関係しており、自己効力感を低めることには、①たくさん食べないと食べた気がしないという食習慣、②短命でも好きな物を食べたいという糖尿病の受け止め、③食事療法は難しいという困難感、④BMI、⑤同病者から学ぶことが少ない（代理的体験）ことが関係していた。

## 第5章 考察

### 第1節 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と血糖値との関係の検討および援助の方向性

本研究では、調査時の HbA1c 値および過去 1 年間の HbA1c 値の推移を調査時の自己効力感得点と比較した。

その結果、調査時の HbA1c と自己効力感の相関は  $\gamma = -0.17$ 、 $p < 0.01$  と非常に弱い負の相関があり、血糖コントロール別自己効力感得点は、HbA1c7%未満 (good control) 45.3 点 (SD9.1)、HbA1c7 から 7.9% (fair control) 44.3 点 (SD9.2)、HbA1c8%以上 (poor control) 41.7 点 (SD12.1) で、調査時の HbA1c 値のコントロール状態が良好なものほど自己効力感得点が高い傾向にあった ( $p < 0.05$ )。しかし多重比較においては差がなかった。

HbA1c と自己効力感の関係では、安酸 (1997a) が、 $\gamma = -0.21$ 、 $p < 0.001$  と負の相関がみられたとしており、また布佐 (1999) が  $\gamma = -0.18$  で弱い負の相関があったと報告している。しかし、矢田 (1998) の報告では、対象人数が少ないとあるが差はみられていない。また血糖コントロール別自己効力感得点においては、調査によって群の値に幅があるが、良好、普通、不良の 3 群間を比較したものでは、布佐 (1999) は差があり、池田 (1999) は有意な差がなかったと報告している。

HbA1c の過去 1 年間の推移と自己効力感の関係では、HbA1c の過去 1 年間の最大値と最小値の差が平均より大きい人を、HbA1c の過去 1 年間の推移のグラフと、カルテからの治療の変更や医療者の関わりの情報などと関係を検討し、下降 (改善) 群、変動群、上昇 (悪化) 群、さ

らに最大値と最小値それぞれの差の平均より小さい人を安定群とし、自己効力感得点を比較した。この結果、下降（改善）群が 45.6 点 (SD8.1)、上昇（悪化）群が 41.0 点 (SD10.7) で、改善傾向にある群が、悪化傾向にある群より有意 ( $p<0.05$ ) に自己効力感が高かった。

過去の血糖値の推移について、矢田、他 (1998) は 2 年を 6 ヶ月ごとに平均して比較しているが、効力感（一般性）と有効な関係がみられず、安酸 (1997a) は調査から 2~3 ヶ月後の HbA1c の低下量との比較しているが、自己効力感との差はみられなかった。また葛原、他 (1999) は、1 ヶ月後の HbA1c と自己効力感両方の値から、それぞれの変化値を比較した結果、 $\gamma=-0.57$  で有意な相関が見られた。

このように、医学的指標の HbA1c と心理的指標である自己効力感の関係は明確には表れず、鹿渡登、他 (1984)、河口 (1994) は、自己管理行動の実行度と糖尿病のコントロール状態にも関係がみられないと報告している。これは、血糖値の変化に最も影響するのは、糖尿病自体の重症度や薬物療法だといわれており、本研究のカルテによる医学的データおよび医療者の関わりの調査でも、HbA1c の変動に最も速効するのは、経口血糖降下剤の開始、追加、增量、あるいは入院などであった。

血糖値の変動は、患者が行動したことの成果よりも、医学的状況が影響している可能性が高いが、いずれにせよ患者の糖尿病コントロールの目標は血糖値のコントロールにある。したがって、血糖値の改善に貢献したものが何であったとしても、患者にとって血糖値は重要な糖尿病のコントロールの指標となっている（佐藤、1991）のである。

本研究では、生理的、医学的指標である HbA1c と自己効力感の関係を、現在の値だけなく、過去 1 年間にさかのぼりその推移との関係を検討した。血糖値の変化は数値だけでは分かりにくく、現在の値と過去

1年間の最大値と最小値の差の平均値より変動の大きいものを変化ありとし、全ケースをグラフとカルテの記載とを合わせて検討した。その結果、改善、安定、変動、悪化の4群に分かれ、改善群と悪化群に自己効力感得点の差が見られた。改善群と悪化群は病歴、調査時のHbA1c、治療の種類、BMIなどに差はなく、調査時の値はコントロール良好群に属しても、悪化傾向にある人は自己効力感得点が低くなる傾向があり、また調査時の値がコントロール不良群に属していても、改善傾向にある人の自己効力感は高い傾向があった。

河口（1994）、鳥居（1996）は、患者の通院中断理由に、食事療法を守っていなかったが、受診時の検査値が良好群だったため、医師からコントロールがよいとほめられ、この程度でよいのかと思い通院をやめてしまったという人が複数いたことを指摘している。また逆に、今回の調査の中で、血糖値がコントロール不良群に属しているため、精一杯努力し少しづつ血糖値が改善しているのに、もっと努力をと言われ、行き詰まっていた患者が、看護婦から努力を認められはじめて自分やり方でよいのだと思え、またやっていけると答えているものがあった。

今回の結果は、血糖値が患者にとって自覚症状や行動の成果と直接結びつかなくても、重要な意味を持つ自分自身の指標であること、また医療者は、外来受診時の一一番新しい検査結果のみで判断するのではなく、患者の今までの経過や今後の長い経過を考え、過去の推移をよく検討し、自己効力感を低下させない、あるいは高めるための適切な関わりが、患者の受診継続や自己管理行動の維持、継続に大切であるといえる。また、今回のカルテ調査で全症例についてHbA1c変動の背景を確認したところ、血糖値が大きく改善した中に、薬物治療、入院以外に、栄養士による栄養指導をきっかけに改善する人、看護婦の意図的介入によって改善

する人、しかし自信がもてたと判断し意図的介入を終了すると、その後半年間ぐらいで悪化する人などがいた。このように、HbA1c の変動には様々な要因が関係しているため、今後はさらにケースの検討を重ね、有効な関わりを HbA1c と自己効力感得点を指標に検討していきたい。

## 第 2 節 糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と関連要因の検討および援助の方向性

HbA1c 以外の影響要因について自己効力感との関係を検討していく。まず、年齢、糖尿病歴、BMI、自己効力感刺激要因、健康統制の所在、食事自己管理行動について相関をみると、年齢  $\gamma = 0.14$ 、 $p < 0.05$ 、 $BMI \gamma = -0.24$ 、 $p < 0.001$ 、自己効力感刺激要因の遂行行動の達成  $\gamma = 0.44$ 、 $p < 0.001$ 、言語的説得  $\gamma = 0.18$ 、 $p < 0.01$ 、生理的・情動的状態  $\gamma = 0.37$ 、 $p < 0.001$ 、健康統制の所在の自分自身  $\gamma = 0.19$ 、 $p < 0.01$ 、家族  $\gamma = 0.23$ 、 $p < 0.01$ 、専門職：医療者  $\gamma = 0.25$ 、 $p < 0.001$ 、食事自己管理行動  $\gamma = 0.41$ 、 $p < 0.001$ 、とそれぞれ非常に弱いから中程度の相関があった。年齢、BMI、自己効力感刺激要因、食事自己管理行動は、安酸（1997a）の結果とほぼ同様であった。健康統制の所在に関しては、糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感との比較はないが、健康統制の所在の結果は、堀毛（1990a）、矢田（1998）と似た傾向を示した。自己効力感刺激要因と食事自己管理行動のそれぞれの結果も、安酸（1997a）とほぼ同様であったが、遂行行動の達成、代理的経験、生理的・情動的状態と食事自己管理行動の男女に有意な差があった。本研究では、自己効力感得点、HbA1c、糖尿病歴、治療の種類などに男女差がないことを確認し、分析を行っているが、これらの項目が食事療法の実践と関係のある項目の

ため、今後の検討課題としたい。

次に、糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因について関係を見ると、周囲（家族、友人、職場の人々）の理解・協力は、それぞれに協力があると答えている人の自己効力感が高かった。しかし、医療者からの励ましについては、医師にくらべ看護婦、栄養士は外来で患者と関わりる機会が少ないと答えた人が非常に少なかった。そのうち、栄養士との関わりでは、関わりがある人の方が、全く励ましがないと答えた人（関わる機会がない人）と比較すると自己効力感が低く、コントロールが悪かったり、HbA1c が悪化した時に、医師から栄養相談が依頼されることと関係していると考えられる。さらに、食事療法に対する結果期待、食事療法の困難感、負担感、食事の習慣、食事療法の取り組み、糖尿病の受け止めに関しては、下位項目 10 変数について非常に弱いから中程度の相関があった。

食事療法に対する結果期待は、人がある行動を起こすときの先行要因の効力期待（効力感）と結果期待（その行動をすれば意味ある結果がもたらされる）の結果期待にあたるが、これには食事療法について 9 割以上の人人が、食事療法を指示通りに行えば血糖値がよくなる、合併症の出現あるいは悪化を予防できると思っており、自分には食事療法が必要だと認識していた。糖尿病の食事療法についての結果期待を高くもっているということは、効力期待（効力感）の大きさが、対象が食事自己管理について行動したり、行動を維持・継続するために影響力をもっているということになる。

その他の対象の背景と自己効力感の関係では、家族構成において一人暮らしの人より、家族と同居している人の方が効力感が高い傾向にあった。また、食事療法を「今までずっと頑張ってきた」「以前頑張らなか

ったが今は頑張っている」と、現在頑張っていると思っている人の自己効力感が、頑張っていないと答えた人より有意に高かった。

以上の結果から、自己効力感に影響のあった要因を、自己効力感との関係性をみるために、自己効力感を基準変数、関連のあった影響要因を説明変数として、重回帰分析（ステップワイズ法）を行った結果、9変数に有意な関係を認めた。

重相関係数  $R=0.681$ 、決定係数  $R^2=0.464$  で分散分析の有意確率は  $p <0.001$  であった。9変数と標準偏回帰係数  $\beta$  は、遂行行動の達成（食事自己管理に関する行動を実際にやってみた経験、成功体験） $\beta=0.229$ 、食事療法のためにとても努力している  $\beta=0.200$ 、生理的・情動的状態（食事療法で体調が好転したという自覚など） $\beta=0.142$ 、健康統制の所在（外的統制：医療者） $\beta=0.180$ 、食事の習慣（たくさん食べないと食べた気がしない） $\beta=-0.198$ 、糖尿病に対する考え方（食事を制限した長生きより短命でも好きなものを食べたほうがよい） $\beta=-0.167$ 、食事療法の困難感（食事療法は難しい） $\beta=-0.168$ 、BMI  $\beta=-0.138$ 、代理的体験（観察学習、モデリング：同病者から成功体験、問題解決方法などを聞く、見る） $\beta=-0.195$ 、であった。

重回帰分析の結果、糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感（効力期待）を高めることには、①食事療法を実践できたという体験、②食事療法のために努力しているとい気持ち、③食事療法によって体調がよくなったという実感、④健康統制の所在で外的統制：医療者が高いことが関係しており、自己効力感を低めることには、①たくさん食べないと食べた気がしないという食習慣、②短命でも好きな物を食べたいという糖尿病の受け止め、③食事療法は難しいという困難感、④BMI、⑤同病者から学ぶことが少ないことが関係していた。

Bandura によると、自己効力は自然に発生するのではなく、自己効力感刺激要因の 4 つの情報を通して自ら作り出してゆくもの (Bandura, 1977. 原野ら訳、1979) であり、4 つの中でも、遂行行動の達成 (食事療法を実践できたという体験) が最も強い情報だと考えられており、今回の調査とも一致している。次に、代理的経験 (モデリング) を強い情報としているが、今回の調査および安酸 (1997a,b) の報告でも、経験している人が少なく、9 つの変数の中で、一番弱い影響であり、しかも代理的経験の少ないことが自己効力感を低めることに影響していた。これは、日本の現在の医療環境を反映しているとも考えられるが、近年、患者教育の方法として、グループによる話し合い形式で取り組んでいる施設も増えはじめ、また地域では健康教育を集団で行っているため、今後、代理的経験が自己効力感にあたえる影響を考慮しながら、援助方法を検討していきたい。言語的説得は、日本語の訳は説得となっているが、患者自身の努力を本人および周囲が認め、言葉や態度で支援とともに、心から患者を信じ支えるという意味である。しかし、医師や看護婦から「ほめられた」「みとめられた」と感じている人は、医師 2.1%、看護婦 1.7% と少なく、この傾向は安酸 (1997a) の報告でも同様であった。この結果は、第 1 節でも述べたように、目の前の結果や値だけではなく、プロセスを通して患者を心から信頼して支えることの必要性を示唆していると考える。4 つめの情報が、生理的・情動的状態で、Bandura が 1997 年の著書で *Physiological and Affective States* と記載している。これは苦痛な体験が自己効力感を低めると同時に、食事療法によって体調がよくなつたという実感が自己効力感を高めるというものである。今回の自己効力感刺激要因の 4 つの情報のうち、遂行行動の達成と生理的・情緒的状態が効力感に関連していたことは、まず実践し、効果を

実感することが自己効力感を高め、行動を継続・維持していく力になることを示して。しかし、Bandura は 4 つの情報を統合する大切さを強調しており (Bandura, 1997)、「実践する体験」「よくなつた実感」がもてるような現実的な関わりを、モデリングの考え方と患者の考え方・体験を心から認め支援する医療者の関わりによって支えていくことが重要と考える。

関連していた要因で、自己効力感を低めることに関係していたものは、短命でも好きな物を食べたい、お腹いっぱい食べたいという、人間の食事に対する本質的な欲求であった。そして、食事療法を負担と感じるより、困難と感じることの方が、自己効力感を低めることに影響している。さらに、BMI が影響していたことは、カルテ調査の中で、一番多い医師の記録が「もっと体重を減らすように」「体重コントロール」というものだったことからも裏づけられ、体重は急には変化しないため、外来の度にネガティブフィードバックになっている可能性が伺えた。これらのことから、慢性疾患の自己管理の中でも食事療法は、人間の食の欲求や習慣と深く関係するため、これらに対する患者の思いを理解した上で、結果期待からもわかるように、ほとんどの患者が食事療法の必要性を知識として理解しているため、理屈だけではなく、体験と実感を通して、患者自身が何度も、自分自身の行動への努力を認めていけるような、現実的かつ実践的な関わりが必要であると考える。

### 第3節 糖尿病患者の食事自己管理行動の維持を支える自己効力感を高める援助について

HbA1c の変動は、すぐには自覚症状をともなわない。したがって、検査結果が患者自身の行動の実践や体調の変化の実感とかみ合わないと、良好という結果も、悪化という結果もどちらも自己効力感を低める危険性をもっている。そこで、糖尿病患者には、現在の状況（目の前のデータ）ばかりでなく「プロセスの中で変化を捉え、受け止める」ことが大切で、患者自身が、自分の検査値の変動と自分の生活を客観的に振り返られるように、そして患者自身が自分のライフスタイル上の課題と、糖尿病のコントロールに折り合いがつけられるように、援助していくことが必要である。「失敗や逆戻りはよくある」のであり、「時々患者が目標に到達できないのは、ごく普通のことである」（American Diabetes Association、1996. 中尾一和、石井均監訳、1997）。そこで、糖尿病患者が、自己管理の成功の継続や挫折を経験しても、そこから再び、その人のやり方で自己管理を継続していくように支える看護とは、何度も実践するチャンスを提供し、自ら行動することで自らの変化を実感できるように、そして、患者自身の変化を意味づけ強化するように、さらに困難が生じたときには、医療者に援助を求められるように、具体的かつ実践的で、現実的な関わりと、常に患者の体験に注目すること、そして医療者は、患者が困ったときにのためにいる存在であることの自覚が必要であると考える。

## 第6章 今後の課題

本研究では、糖尿病患者の自己管理行動の維持を支える看護介入を検討するため、行動変容だけでなく、行動の維持に重要な役割を果たすと言われている自己効力感について、糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感尺度を用いて検討した。

その結果、まず糖尿病患者の疾病のコントロール状態を示す一番の指標である HbA1c との関係では、現在のコントロール状況だけでなく、過去の経過の中で変動を捉えていく必要が示された。しかし、血糖値の変動には多くの要因が関連しており、このことと自己効力感がどのように関連しているのかについて、今後、さらに治療や医療者の介入などの関係からも検討していきたい。

次に、自己効力感との関連要因を検討した結果、9つの変数の関連が認められたが、この中で比較的関係の大きかった、遂行行動の達成と生理的・情動的状態の得点にはそれぞれ有意な男女差があった。今回は、総合的に検討した結果、男女による差の影響はないと判断して分析したが、これらの項目は、実践や実感と関連した要因のため、男女差なのか、食事を作る担当者による違いなのか、他に影響要因があるのかなどについて今後検討していく必要がある。

また、今回は自己効力感と健康統制の所在の関係、HbA1c と健康統制の所在の関係については十分検討していないため、今後の課題としている。

さらに、今回は1年以上通院を継続している人を対象としたため、対象は受診行動という自己管理行動を維持している人々であった。今回の知見をもとに、今後は、通院を中断している人、仕事や生活の事情か

ら通院を継続できない人、通院に結びついていない人などについても検討していきたい。

最後に、調査票の自由記載の中に、50歳代の男性が同病者へのメッセージとして「50歳を過ぎ、会社での自分の立場も見えてきました。今まででは、会社の人には言えませんでしたが、50歳を過ぎるとまわりも皆何らかの故障をかかえています。僕も一人前に文明病にかかったと言っても恥ずかしくない歳になりました。これからは、隠して突っ張るより、まわりに理解してもらって、今後の人生を少しでも健康に過ごすことの方が大切と思えるようになりました。勇気をもって話してみたら以外と平氣でした。もし参考になれば・・・」というものがあった。これが、社会生活を送る人々の多くの思いなのではないだろうか。したがって、現実の社会で生活している人々の現状と健康維持のための行動がかけ離れたものにならないよう、医療者として努力していく必要がある。また、糖尿病歴について調査票とカルテを照合しているときに、糖尿病を指摘された年齢が、35歳、40歳という区切りのよい年齢の人が多かった。これは、老人保健法による健診や、会社の健康保険組合によって補助される検診がこの年齢であるためと推測される。これらのことから、今後は、糖尿病という診断を受けた患者が、早期から自己責任度、自己負担度の少ない適切な方法により、よりより生活を送ることと、糖尿病のコントロールが両立するような、医療体制、看護を目指していきたい。

### III 結論

群に分類し、さらに最大値と最小値それぞれの差の平均より小さい人を安定群とし、自己効力感得点を比較した。この結果、下降（改善）群が45.6点（SD8.1）、上昇（悪化）群が41.0点（SD10.7）で、改善傾向にある群が、悪化傾向にある群より有意（ $p < 0.05$ ）に自己効力感得点が高かった。したがって、医療者は、外来受診時の一一番新しい検査結果のみで判断するのではなく、過去の推移をよく検討し、自己効力感を低下させない、あるいは高めるための適切な関わりが必要であるといえる。

4) 人がある行動を起こすときの先行要因の一つである結果期待（その行動をすれば意味ある結果がもたらされる）については、食事療法について9割以上の人気が食事療法を指示通りに行えば血糖値がよくなる、合併症の出現あるいは悪化を予防できると思っており、自分には食事療法が必要だと認識していた。

5) 自己効力感との影響要因の検討を行った結果、自己効力感刺激要因、健康統制の所在、糖尿病・食事療法に関する心理・社会的要因、BMIに関連があり、これらを自己効力感を基準変数、関連のあった影響要因を説明変数として、重回帰分析をステップワイズ法によって行い9変数に有意な関係を認めた。重相関係数  $R=0.681$ 、決定係数  $R^2=0.464$ で分散分析の有意確率は  $p < 0.001$  であった。

9変数と標準偏回帰係数  $\beta$  は、遂行行動の達成（食事自己管理に関する行動を実際にやってみた経験、成功体験） $\beta=0.229$ 、食事療法のためにとても努力している $\beta=0.200$ 、生理的・情動的状態（食事療法で体調が好転したという自覚など） $\beta=0.142$ 、健康統制の所在（外的統

## 結論

本研究では、糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感と HbA1c の現在および過去 1 年間の推移を比較し関係を明らかにする。さらに関連要因の検討を行い、看護介入について検討することを目的とした。

本研究から、以下の結論を得た。

- 1) 本研究の調査対象は、自己効力感得点の平均が 44.0 点 (SD10.1) で、安酸 (1997a) の結果と全体の平均得点に差がなく、また、HbA1c においても全対象の 1 年間の平均が 7.52% (SD1.26) と、「糖尿病治療の手引き」 (日本糖尿病学会編、1993b) の HbA1c7 から 7.9% (fair control) の中間に位置しており、都内の糖尿病専門外来に通院している対象の特徴を反映していた。
- 2) 調査時の HbA1c と自己効力感得点の相関は  $\gamma = -0.17$ 、 $p < 0.01$ 、血糖コントロール別自己効力感得点は、HbA1c7% 未満 (good control) 45.3 点 (SD9.1)、HbA1c7 から 7.9% (fair control) 44.3 点 (SD9.2)、HbA1c8% 以上 (poor control) 41.7 点 (SD12.1) で、調査時の HbA1c 値のコントロール状態が良好なものほど自己効力感得点が高い傾向にあった ( $p < 0.05$ )。しかし多重比較においては差がなかった。
- 3) HbA1c の過去 1 年間の推移と自己効力感得点の関係では、HbA1c の過去 1 年間の最大値と最小値の差が平均より大きい人を、HbA1c の過去 1 年間の推移のグラフと、カルテからの治療の変更や医療者の関わりの情報などと関係を検討し、下降 (改善) 群、変動群、上昇 (悪化)

制：医療者）  $\beta = 0.180$ 、食事の習慣（たくさん食べないと食べた気がしない）  $\beta = -0.198$ 、糖尿病に対する考え方（食事を制限した長生きより短命でも好きなものをたべたほうがよい）  $\beta = -0.167$ 、食事療法の困難感（食事療法は難しい）  $\beta = -0.168$ 、BMI  $\beta = -0.138$ 、代理的体験（観察学習、モデリング：同病者から成功体験、問題解決方法などを聞く、見る）  $\beta = -0.195$ 、であった。

6) 5) の結果から、糖尿病患者の食事自己管理に関する自己効力感（効力期待）を高めることには、食事療法を実践できたという体験、食事療法のために努力しているとい気持ち、食事療法によって体調がよくなつたという実感、健康統制の所在で外的統制：医療者が高いことが関係しており、自己効力感を低めることには、たくさん食べないと食べた気がしないという食習慣、短命でも好きな物を食べたいという糖尿病の受け止め、食事療法は難しいという困難感、BMI、同病者から学ぶことが少ないことが関係していた。

以上のことから糖尿病患者には、現在の状況（目の前のデータ）ばかりでなく、「プロセスの中で変化を捉え、受け止め」、糖尿病や食事に対する「思いを理解」しつつ、「実践する体験」「よくなつた実感」がもてるような現実的な関わりが、繰り返し必要であるといえる。

鹽 蘭

## 謝辞

本研究を進めるにあたり、多くの方々からご指導、ご助言、ご協力、ご支援をいただきました。心より感謝申し上げます。

お忙しい生活の中、大変混雑している外来に通院しながら、アンケート調査に快くご協力して下さった外来患者の皆様、医療者および同病の方々への貴重なご意見をお寄せ下さいました皆様に、心より御礼申し上げます。

外来での調査をご許可下さり、内容・実施などに関して多大なご配慮ならびにご助言下さいました、慶應義塾大学医学部内科学講師島田朗先生、東京通信病院内科主任医長宮崎滋先生、同内科糖尿病専門医石井昌俊先生に、深謝致します。また、忙しい業務の中、調査実施にご協力下さいました慶應義塾大学病院内分泌代謝外来の看護スタッフの皆様に心より感謝申し上げます。

長い間、研究の内容とともに継続することを支え続けて下さいました本学教授福屋靖子先生、研究の分析方法に関する方向性をご指導下さいました鈴木由美子先生、同期入学生として励まし続けて下さいました6期生の皆様に、心より感謝申し上げます。

最後になりましたが、長い間どんな時にも、学業および研究の継続を支え励まし続けて下さり、最後まで研究の本旨を見失わないように適切なご指導を下さいました指導教官の本学教授藤田和弘先生に、心より感謝申し上げます。本当にどうもありがとうございました。

平成12年1月25日

下村裕子

## 文 献

## 文献

- Albert Bandura (1977a) Self - Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2) , 191-215.
- Albert Bandura (1977b) *Social learning theory*. Prentice Hall.
- 原野広太郎監訳 (1979) *社会的学習理論*. 金子書房.
- Albert Bandura (1995) *Self - Efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press. 本明寛, 野口京子監訳 (1997) *激動社会の中の自己効力*. 金子書房.
- Albert Bandura (1997) *Self - Efficacy: The Exercise of Control*. W.H.Freeman and Company New York .
- American Diabetes Association (1996) *Practical Psychology for Diabetes Clinicians*. 中尾一和, 石井均監訳 (1997) *糖尿病診療のための臨床心理ガイド*. メジカルビュー社.
- American Diabetes Association (1997) *Caring for the Diabetic Soul*. 石井均監訳 (1997) *糖尿病こころのケア*. 医歯薬出版.
- 雨宮悦子 (1983) 糖尿病患者の病気のとらえ方に関する考察－あるケースの面接を通して－. *看護研究*, 16 (1) .
- 穴沢園子, 松岡健平 (1992) 患者教育とメディカルスタッフの養成-糖尿病におけるナース・栄養士の役割. *からだの科学増刊糖尿病*, 139-145.
- 穴沢園子, 松岡健平 (1997) 教育入院退院後の追跡調査. *日本臨床*, 55, 413-417.
- 秋山房雄 (1993) 文化としての食. *健康管理*, 12, 3-12.
- Barbara Klug Redman (1968) The process of patient teaching in

nursing. The C. V. Mosby Company. 武山満智子訳 (1971) 患者教育のプロセス. 医学書院.

馬場茂明編著 (1999) 糖尿病の食事指導マニュアル. 医歯薬出版.

布佐真理子, 野崎智恵子, 他 (1999) 糖尿病で外来通院中の患者の健康行動に対する自己効力感. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 3 (特別号), 103.

藤井千枝子, 青島多津子, 佐藤親次, 他 (1997) パーキンソン病患者のセルフ・エフィカシーとその関連要因. 日本公衆衛生雑誌, 44 (11), 817-826.

藤田君支, 松岡緑, 他 (1999) 糖尿病患者の食事自己管理行動に影響を及ぼす要因に関する研究. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 3 (特別号), 102.

深尾篤嗣, 北岡治子, 田中耕治, 他 (1995) 糖尿病患者の血糖コントロールに影響する行動医学的・心理学的因子の検討. 糖尿病, 38 (1), 352.

福西勇夫, 秋本倫子 (1999) 糖尿病患者への心理学的アプローチ. 学習研究社

後藤由夫監修 (1998) 糖尿病治療とQOL. インターメディカ.

服部真理子, 吉田亨, 他 (1999) 糖尿病患者の自己管理行動に関連する要因について-自己効力感、家族サポートに焦点をあてて. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 3 (2), 101-109.

平田幸正, 繁田幸男, 松平健平編 (1994) 糖尿病のマネージメント-チームアプローチと患者指導の実際, 第2版, 医学書院.

堀毛裕子 (1988) Health Locus of Control Scales の検討-日本語版作成の試み-. 東北学院大学論集 (一般教育), 91, 31-53.

- 堀毛裕子 (1990a) Health Locus of Control Scales の検討<Ⅲ>. 日本心理学会第 54 回大会発表論文集, 294.
- 堀毛裕子 (1990b) Health Locus of Control Scales の検討<Ⅳ>. 東北心理学研究, 40, 89-90.
- 堀毛裕子 (1991) 日本版 Health Locus of Control 尺度の作成. 健康心理学研究, 4 (1), 1-7.
- 橋本恵美子 (1988) 糖尿病患者の自己概念と患者行動との関係について. 昭和 62 年度千葉大学大学院看護学研究科修士論文.
- 長谷川浩, 鹿渡登史子, 登坂美佐子 (1985) 長期間外来治療を継続している糖尿病患者の実態報告-第Ⅲ報-. 東京女子医科大学看護短期大学研究紀要, 7, 27-34.
- 平山朝子, 他 (1976) 糖尿病患者の食事自己管理に及ぼす要因. 公衆衛生院研究報告, 25 (2), 55-66.
- 平尾節子 (1992) 糖尿病教育におけるチームアプローチ-成功の鍵と実例. からだの科学増刊糖尿病, 146-150.
- 平野かよ子 (1992) セルフケア意識の構成要素. 日本赤十字看護大学紀要, 6, 52-61.
- 保坂ゆり子, 他 (1978) 慢性疾患の自己管理行動 (食事療法) に関する要因についての一考察-食事療法を必要とする慢性疾患患者で再入院した症例の看護を通して. 聖路加看護大学紀要, 5, 38-57.
- 堀内光, 他 (1985) 糖尿病患者教育の理論と実際. 第一出版, 156, 247-252.
- 堀洋道, 他編 (1994) 心理尺度ファイル. 堀内出版.
- 林潔, 瀧本孝雄 (1992) 問題解決行動と self-efficacy および時間的展望との関連について. 白梅学園短期大学紀要, 28, 51-57.
- 池田京子, 桜井浩治, 他 (1999) 血糖コントロールに影響を及ぼす心

理的要因-病気認識と自己効力. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 3 (特別号), 104.

石井均 (1995) 糖尿病におけるメンタルヘルスケアの必然性, その目標とするもの. プラクティス, 12, 27-34.

石井均 (1996a) 糖尿病患者への心理的アプローチ. 糖尿病の療養指導, 83-89,

石井均 (1996b) 糖尿病治療におけるQOL評価. 分子糖尿病学の進歩, 188-196.

石井均 (1999) 糖尿病患者の変化ステージに応じた心理学的アプローチの実際. Expert Nurse, 15 (1), 35-39.

泉寛治 (1997) 食事療法の効果的な指導方法. 日本臨床, 55, 63-67.

池田秀男, 三浦清一郎, 山本恒夫, 他 (1987) 成人教育の理解. 実務教育出版, 21-33.

菊地悦子, 谷亀光則, 他 (1999) 糖尿病患者の糖尿病負担感因子の重要度の分析. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 3 (特別号), 112.

葛原敏子, 西原和美, 他 (1999) 糖尿病教室に参加する糖尿病患者の自己効力感と HbA1c の関係. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 3 (特別号), 98.

厚生統計協会 (1998) 国民衛生の動向・厚生の指標 臨時増刊. 45 (9), 102-103.

河口てる子 (1989) 糖尿病患者における食事療法実行度の推移とその維持・低下要因. 日本看護科学会誌, 9 (3), 74-75.

河口てる子 (1994) 糖尿病患者における食事療法実行度の推移とその要因. 日本赤十字看護大学紀要, 8, 59-74.

河口てる子 (1996a) 糖尿病患者における食事療法実行度の推移パターン

- ンとその心理的相違. 日本赤十字看護大学紀要, 10, 31-42.
- 河口てる子 (1996b) 患者教育の重要性とその基本. *Expert Nurse*, 12 (5), 48-51.
- 河口てる子 (1997) 健康教育におけるモデリング理論の将来. *看護研究*, 30 (6), 467-472.
- 河口てる子 (1999) “自己効力”理論をマスターする. *Expert Nurse*, 15 (1), 44-48.
- 河津捷二 (1997) 糖尿病スクリーニング後のフォローアップシステム. *日本臨床*, 55, 503-513.
- 開田ひとみ (1998) 外来通院を中断しなくなった働き盛りの糖尿病患者. *看護技術*, 44 (6), 676-681.
- 掛橋千賀子, 安酸史子, 他 (1995) 糖尿病者のコンプライアンスに影響する因子の分析. *日本看護科学会誌*, 15 (3), 176.
- 鎌原雅彦, 横口一辰, 他 (1982) Locus of control 尺度の作成と信頼性, 妥当性の検討. *教育心理学研究*, 30 (4), 302-307.
- 金外淑 (1997) 慢性疾患患者を対象とした健康行動学習プログラムの開発とその臨床的応用. 早稲田大学大学院平成9年度博士論文.
- 金外淑 (1999) 行動変容に役立つ心理学の基礎知識. *看護学雑誌*, 63 (4), 342-347.
- 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二 (1996) 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフエフィカシーとストレス反応との関連. *心身医*, 36 (6), 500-505.
- 黒田久美子, 正木治恵, 他 (1993) 糖尿病患者の自己管理における HbA1c カードの有用性の検討. *千葉大学看護学部紀要*, 15, 17-24.
- 黒田裕子 (1990) 糖尿病患者の食事に対するストレスと対処. *看護技*

- 術, 36 (1), 28-31.
- 鹿渡登史子, 登坂美佐子, 尾岸恵三子 (1984) 長期間外来治療を継続している糖尿病患者の実態報告-第Ⅱ報-. 東京女子医科大学看護短期大学研究紀要, 6, 17-28.
- 川田智恵子 (1982) 糖尿病治療のための患者行動に関する保健社会学的研究. 東京大学大学院医学系研究科保健学博士論文.
- 木下幸代 (1985) 糖尿病患者の自己管理を困難にさせた要因. 日本看護科学会誌, 5 (1), 20-27.
- 木下幸代 (1990) 糖尿病患者の食事自己管理の破綻要因. 看護技術, 36 (1), 11-14.
- 木下幸代 (1996) 糖尿病患者の自己管理に関連した測定用具の作成と信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌, 15 (3), 39.
- 木下幸代 (1997) 糖尿病の自己管理を促進するための教育プログラムの作成. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 2 (2), 110-117.
- 増居志津子, 中村正和, 他 (1998) 日本における禁煙指導の実際. 看護研究, 31 (1), 39-48.
- 宮本千津子, 他 (1989) 糖尿病患者の自己管理の学習と自我状態. 看護技術, 35 (17), 105-108.
- 宗像恒次 (1987) 行動科学からみた健康と病気. メヂカルフレンド社.
- 森田チエ子, 他 (1974) 慢性病患者の自己管理に関する研究-糖尿病外来患者の場合. 看護研究, 7 (4), 401-408.
- 水口礼治 (1985) 人格構造の認知心理学的研究-Locus of control (統制の所在性) に関する疎-密性仮説の提唱と検証. 風間書房.
- 水野智子 (1996) 教育入院終了後の糖尿病患者の自己管理における知識の活用と看護援助に関する研究. 埼玉県立衛生短期大学紀要, 21,

- 水野智子, 正木治恵, 他 (1994) 糖尿病患者の自己管理における知識の活用と看護援助について. 日本看護科学会誌, 14 (3), 254-255.
- 水野智子, 野口美和子, 正木治恵, 横田碧 (1995) 外来通院している糖尿病患者への生活指導について-教育入院終了後の事例分析から-生活指導研究, 12, 131-155, 大空社.
- 正木治恵, 他 (1991a) 糖尿病外来通院中断者の中断理由と食事療法実施状況について. 日本看護学会誌, 1 (1), 21-27.
- 正木治恵, 他 (1991b) 糖尿病患者の自我状態と援助に対する反応について. 千葉大学看護学部紀要, 13, 37-45.
- 正木治恵, 他 (1992a) 慢性病患者の療養のあり様に関する研究. 日本看護科学会誌, 12 (2), 1-9.
- 正木治恵, 他 (1992b) 糖尿病患者の食事療法の実践方法と自我状態の機能について. 千葉大学看護学部紀要, 14, 7-16.
- 正木治恵 (1993) 慢性病患者の看護援助の構造化の試み-糖尿病専門外来看護の臨床経験を通して (その1). 看護研究, 26 (7), 49-76.
- 正木治恵 (1994a) 慢性病患者の看護援助の構造化の試み-糖尿病専門外来看護の臨床経験を通して (その2). 看護研究, 27 (1), 49-74.
- 正木治恵 (1994d) 慢性病患者の看護援助の構造化の試み-糖尿病専門外来看護の臨床経験を通して (その3). 看護研究, 27 (4), 81-94.
- 正木治恵 (1994b) 慢性疾患患者のセルフケア確立へ向けてのアセスメントと看護上の問題点. 臨床看護, 20 (4), 508-511.
- 正木治恵 (1994c) 慢性疾患患者のセルフケア確立へ向けての看護計画の立案と評価のポイント. 臨床看護, 20 (4), 512-515
- 武藤孝司, 斎藤和子, 他 (1992) 一般成人用の健康統制観 (HLC) 尺

度の作成ととの信頼性および妥当性の検討. 保健の科学, 34 (6), 458-463.

日本糖尿病学会編 (1993a) 糖尿病食事療法のための食品交換表 (第5版). 文光堂.

日本糖尿病学会編 (1993b) 糖尿病治療の手引き (改訂版). 南江堂.

日本糖尿病学会編 (1998) 「食品交換表」を用いる糖尿病食事療法指導の手引き. 文光堂.

日本糖尿病学会編 (1999) 糖尿病療養指導の手引き. 南江堂.

中西純子 (1998) 慢性疾患患者の看護の特性. 臨床看護, 24 (7), 1001-1009.

中西睦子 (1986) 糖尿病患者の病者役割からみた自己概念と Compliance に関する研究. 看護研究, 19 (2), 47-65.

中西睦子, 正木治恵, 他 (1990) 慢性病患者のセルフケアの構造と看護の役割に関する研究. 昭和 63 年～平成元年度文部省科学研究費補助金 (総合研究 A) 研究成果報告書.

中野雅, 他 (1996) 教育入院後 7 年以上継続通院した患者と中断した患者の比較検討糖尿病. 39 (Suppl. 1), 353.

布井清秀 (1997) 動機付け不良糖尿病患者の心理特性. 日本臨床, 55, 639-645.

野口美和子 (1983) セルフケアの推進と看護婦の役割. 看護技術, 29 (6), 46-53.

野口美和子, 他 (1984) 糖尿病患者の自己評価に注目した援助の効果について. 第 15 回日本看護学会集録, 12-15.

野口美和子, 他 (1987) 看護基礎教育における糖尿病患者看護教育の現状. 千葉大学看護学部紀要, 9, 13-17.

- 野口美和子 (1989a) 糖尿病の自己管理に関する看護学的研究の目的と方法. 看護技術, 35 (1), 113-117.
- 野口美和子 (1989b) 糖尿病のコントロール状態と自我状態. 看護技術, 35 (3), 113-117.
- 野口美和子 (1989c) 糖尿病に関する知識と自我状態. 看護技術, 35 (4), 113-117.
- 野口美和子 (1989d) 糖尿病の自己管理行動と自我状態. 看護技術, 35 (5), 113-117.
- 野口美和子 (1989e) 糖尿病患者の食事療法に関する知識と自我状態. 看護技術, 35 (7), 113-117.
- 野口美和子 (1989f) 糖尿病患者の食事療法の実践方法と自我状態. 看護技術, 35 (9), 113-117.
- 野口美和子 (1989g) 糖尿病の食事療法の自己評価ならびに反応と自我状態. 看護技術, 35 (10), 113-117.
- 野口美和子 (1989h) 糖尿病患者の生活の調整と自我状態. 看護技術, 35 (12), 113-117.
- 野口美和子 (1989i) 糖尿病患者の社会的支援と自我状態. 看護技術, 35 (13), 113-117.
- 野口美和子 (1989j) 糖尿病の自己管理における各自我状態のかかわりについて. 看護技術, 35 (14), 113-117.
- 野口美和子 (1989k) NIDDM 診療の問題点および本研究の限界と今後の課題. 看護技術, 35 (16), 113-117.
- 野口美和子, 他 (1991) 糖尿病教育入院患者の退院後の自己管理と自我状態について—退院後の追跡調査より—. 千葉大学看護学部紀要, 13, 101-104.

O'Learl, A. (1992) Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation . Special Issue: Cognitive perspectives in health psychology . Cognitive Therapy and Research, 16, 229-245.

岡美智代, 宗像恒次 (1998) 一人暮らしの女子学生のダイエット行動への動機づけ介入と知識提供介入の比較-自己効力感を中心として-. 看護研究, 31 (1) , 67-75.

岡美智代, 戸村成男, 他 (1996) 透析患者の食事管理の自己効力感尺度の開発. 日本看護学会誌, 5 (1) , 40-48.

小代聖香, 他 (1990) 成人のセルフケア行動とその関係要因. 聖路加看護大学紀要, 16, 35-47.

折笠秀樹 (1997) 糖尿病臨床研究におけるQOL評価. 日本臨床, 55, 706-710.

尾嶋成美他 (1990) 糖尿病患者が自己管理を維持している要因. 第 21 回日本看護学会収録 (成人看護Ⅱ) , 45-50.

Prochaska, J. O. et al (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47:1102-1114.

リチャード R.ルビン (1999) 糖尿病治療における心理的アプローチ. 看護学雑誌, 63 (4) , 329-334.

Shirlery A. Murphy (1987) Self-Efficacy and Social Support. Western Journal of Nursing Research, 9 (1) , 58-68. 神戸恵子 (1987) セルフ・エフィカシーとソーシャル・サポート. 看護研究, 20 (4) , 360-369.

齋藤やよい, 藤野文代, 他(1991) 心疾患患者の保健行動と Health Locus

- of Control について. 東京女子医科大学短期大学紀要, 13, 37-41.
- 住吉和子, 安酸史子, 他 (1999) 糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力・治療満足度と食事の実行度の縦断的研究. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 3 (特別号), 99.
- 佐藤栄子 (1991) 糖尿病患者の食事療法における患者の自己評価について. 第 22 回日本看護学会集録 成人看護 II, 220-224.
- 佐藤栄子 (1992) 糖尿病患者における食事療法の自己評価とコーピング行動. 日本看護科学会誌, 12 (4), 19-35.
- 佐藤栄子 (1995) 成人糖尿病患者に関する看護研究の現状. 臨床看護研究の進歩, 7, 10-21.
- 佐藤祐造, 押田芳治, 梶田美和子 (1997) 運動処方プログラム. 日本臨床, 55, 84-88.
- 坂野雄二, 東条光彦 (1986) 一般性セルフエフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究, 12 (1), 73-82.
- 坂野雄二 (1989) 一般性セルフエフィカシー尺度の妥当性の検討. 早稲田大学人間科学研究, 2 (1), 91-98.
- 坂野雄二, 東条光彦 (1993) セルフ・エフィカシー尺度. 上里一郎監修, 心理アセスメントハンドブック, 西村書店.
- 笹川宏樹, 藤田正 (1992) 親の養育態度と自己効力感および自己統制感の関係. 奈良教育大学教育研究所紀要, 28, 81-89.
- 杉山喜代子 (1996) 臨床看護婦による患者教育の実態と方法論の管見 糖尿病患者に対する教育的意図をもった対応場面の分析より. 三重県立看護短期大学紀要, 17, 89-98.
- 杉山尚子, 佐藤方哉 (1995) 行動分析学からみた糖尿病の自己管理. Diabetes Frontier, 6 (1), 33-39.

祐宗省三, 原野広太郎, 柏木恵子, 春木豊編集 (1985) 社会的学習理論の新展開. 金子書房.

高山清美, 堀口優, 他 (1994) 検診後の保健指導の効果と Locus of Control 尺度、自己効力尺度との関係について. 社会保険医学雑誌, 34, 27-30.

田辺恵子 (1995) Health Locus of Control 尺度の開発と研究の動向. 川崎医療福祉学会誌, 5 (2), 33-41.

近本洋介 (1998) 健康学習者の自己効力感/健康教育者の自己効力感. 看護研究, 31 (1), 3-12.

高村寿子 (1997) self-efficacy を高めて行動変容を促す新しい患者教育のアプローチ. 看護教育, 38 (8), 648-649.

竹綱誠一郎, 鎌原雅彦, 沢崎俊之 (1988) 自己効力に関する研究の動向と問題. 教育心理学研究, 36 (2), 172-184.

鳥居美帆 (1996) 糖尿病患者の認知における食事療法実践分類とタイプ別患者教育の検討. 糖尿病, 39 ( Suppl. 1), 351.

塚本尚子 (1998) がん患者用自己効力感尺度作成の試み. 看護研究, 31 (3), 198-206.

豊田隆謙 (1997) 糖尿病コントロールの指標の評価と使いわけ. 日本臨床, 55, 28-33.

渡辺正樹 (1985) Health Locus of Control による保健行動予測の試み. 東京大学教育学部紀要, 25, 299-307.

矢田真美子, 傳秋光, 谷口洋 (1998) 糖尿病患者の自己効力感と健康コントロール所在. 神戸大学医学部保健学科紀要, 14, 101-108.

安酸史子, 掛橋千賀子, 他 (1995) 糖尿病者の病みの軌跡に関する研究-軌跡発症期・教育入院時・退院時の認識の変化-. 日本看護科学

会誌, 15 (3), 177.

安酸史子 (1997a) 糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感尺度の開発に関する研究. 平成 9 年度提出博士論文, 東京大学大学院医学系研究科.

安酸史子 (1997b) 糖尿病患者教育と自己効力. 看護研究, 30 (6), 473-480.

安酸史子, 川田智恵子 (1998a) 食事自己管理の自己効力に関する糖尿病患者の認知と専門家の判断の比較. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 1 (2), 96-103.

安酸史子, 住吉和子, 他 (1998b) 自己効力を高める糖尿病教育入院プログラム開発への挑戦と課題. 看護研究, 31 (1), 31-38.

横山美樹, 他 (1992) セルフケア行動と Quality of Life との関連性からみた老年糖尿病患者の看護目標. 日本看護科学会誌, 12 (1), 23-32.

吉田由美 (1994) Health Locus of Control 尺度開発の歴史. 千葉県立衛生短期大学紀要, 13 (1), 85-97.

吉田亨 (1985) 糖尿病患者における食事・運動療法の受容度に関する研究. 糖尿病, 28 (9), 1065-1071.

吉田亨, 他 (1991) 「指導モデル」と「学習モデル」－患者教育の新しい展開に向けて－, 糖尿病記録号 1991 (日本糖尿病学会監修). 医学図書出版, 85-88.

山下香枝子, 他 (1989) 禁煙行動の予測因子に焦点を当てた禁煙指導プログラムの開発. 日本看護科学会誌, 9 (3), 78-79.

# 資料

## 資料

# アンケートにご協力お願ひいたします

糖尿病において、食事管理を継続していくことは、大変な努力を要することです。糖尿病の医療を担当する者にとって、患者さんの食事療法や糖尿病に関する率直なお気持ちを知ることは非常に大切です。

そこで、今回、主に食事療法に関することについて、皆様のお気持ちをお聞きしたいと希望しております。お忙しいところ、また外来受診でお疲れのところ誠に恐縮ですが、以上の趣旨をおくみ取りいただき、アンケートにご協力いただけたら幸いです。

なお、この結果は、私共の糖尿病医療の改善のために使わせていただきますので、コード番号がついておりますが、個人名が公表されることはありません。

ご協力いただける方は、お渡ししましたアンケートに、ありのままのあなたの気持ちをお答え下さい。ご記入されましたら、アンケートを封筒に入れ、回収ボックスに入れて下さい。

どうぞよろしくお願ひいたします。

筑波大学大学院教育研究科 下村裕子

1. あなたの糖尿病の食事自己管理に対する自信についておうかがいします。

各文章を読んで、右の応答欄の『とても自信がある』から『全く自信がない』のうち、今のあなたの気持ちにもっとも当てはまるところに○をつけて下さい。

とても自信がある	少しは自信がある	どちらか自信がない	自信がない	全く自信がない
----------	----------	-----------	-------	---------

[記入例] 少しは自信がある場合は ( 6 5 4 3 2 1 )

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 1) もっと食べたいと思うときでも、やめる。                        | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 2) 糖尿病を上手にコントロールしながら生きていく。                    | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 3) カロリーが多そうなときには、量を減らして食べる等の工夫をする。            | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 4) 旅行の時、飲み過ぎや食べ過ぎを抑える。                        | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 5) 体重をコントロールする。                               | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 6) 食事療法をする事によって、血糖をコントロールしていく。                | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 7) あまり我慢しなくても、糖尿病の食事療法をやっていける。                | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 8) 私には糖尿病を自己管理していく能力がある。                      | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 9) 人に料理を勧められた時でも、食べ過ぎない。                      | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 10) パーティー等のイベント時にも、食べ過ぎない。                    | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 11) 人を接待している時でも、自分の食事療法を守る。                   | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 12) 好きなものでも、食べ過ぎないでいられる。                      | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 13) 空腹感のある時でも、食べ過ぎない。                         | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 14) 人に勧められてもきちんと断る。                           | ( 6 5 4 3 2 1 ) |
| 15) 自分が糖尿病であることを知らない人と食事をする時でも、カロリーを考えた食事をする。 | ( 6 5 4 3 2 1 ) |

2. 病気や健康の原因についてのお考えをお尋ねします。

以下の各文（25個）を読み、あなたの気持ちや考えにあてはまるかどうかについて、右側の回答欄の6-1までのどこか1つを、例にならって○で囲んでください。

非常 に そ う 思 う	ど ち そ う 思 う	ば ら う と 思 う	ど そ う 思 う	ば ら う と 思 う	ど そ う 思 う	ま つ 思 わ な い

[記入例] 人の人格は変わるものだ。 ( 6 5 4 3 2 1 ) (2) 1 )

- 1) 病気が良くなるかどうかは、周囲の温かい援助による。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 2) 健康でいられるのは、医学の進歩のおかげである。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 3) 病気が良くなるかどうかは、自分の心がけしだいである。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 4) 病気が良くなるかどうかは、運命にかかっている。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 5) 神仏にそなえ物をして身の安全を頼むと、病気から守ってくれる。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 6) 病気が良くなるかどうかは、家族の協力による。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 7) 病気が良くなるかどうかは、元気づけてくれる人がいるかどうかにかかっている。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 8) 病気がどのくらいで良くなるかは、医者の判断による。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 9) 病気になったときは、家族などの思いやりが回復につながる。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 10) 健康でいられるのは、神様のおかげである。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 11) 先祖の因縁などによって病気になる。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 12) 病気がどのくらいで良くなるかは、医者の腕しだいである。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 13) 健康でいられるのは、自分しだいである。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 14) 病気になるのは、偶然のことである。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 15) 病気がどのくらいで良くなるかは、時の運だ。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 16) 病気になったのは、うかばれない縁に頼られているからである。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 17) 健康でいるためには、自分で自分に気配りすることだ。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 18) 具合が悪くなっても、医者さえいれば大丈夫だ。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 19) 健康でいられるのは、家族の思いやりのおかげである。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 20) 病気がどのくらい良くなるかは、医師の力による。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 21) 健康でいるためには、よく揉んでご先祖様を大切にするのが良い。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 22) 私の健康は、私自身で気をつける。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 23) 健康でいられるのは、運がよいからだ。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 24) 健康を左右するようなものごとは、たいてい偶然に起こる。 ( 6 5 4 3 2 1 )
- 25) 病気が良くなるかどうかは、自分の努力しだいである。 ( 6 5 4 3 2 1 )

3. 次にあげる文章を読んで、過去6ヶ月間に体験したこと思い起こして、『よく体験する』から『経験したことがない』のいずれかに○をつけて下さい。

体よ  
験く  
する  
体た  
験ま  
すす  
と  
がし  
なた  
い

- 1) 友人から食事療法を続けていて、感心だとほめられる。 ( 1 2 3 )
- 2) 看護婦から、食事療法についてほめられた。 ( 1 2 3 )
- 3) 医師から、食事療法についてほめられた。 ( 1 2 3 )
- 4) 1日の食事内容を、食品交換表の表1～表6、付録に分けて計算した。 ( 1 2 3 )
- 5) 家族から、食事療法を守るようにと励まされる。 ( 1 2 3 )
- 6) 私と似た生活環境で、食事療法が守れている人の話を聞く。 ( 1 2 3 )
- 7) 食事療法を守っていると、自覚症状がよくなる。 ( 1 2 3 )
- 8) 食事療法を続ける工夫を、同病者から聞く。 ( 1 2 3 )
- 9) 宴会の席や正月のような特別な日でも、自分の指示カロリーを考えて食事をとった。 ( 1 2 3 )
- 10) 外食のメニューを、指示カロリーの範囲内で、バランスを考えて選んだ。 ( 1 2 3 )
- 11) 食事療法に成功している人の、ビデオやテレビを見る。 ( 1 2 3 )
- 12) 食事療法を守っていると、健康的な気分になる。 ( 1 2 3 )
- 13) 栄養士から、食事療法について指導をうける。 ( 1 2 3 )
- 14) 食事療法に成功している同病者の、体験談を聞く。 ( 1 2 3 )
- 15) 指示カロリーの食事を自分で計量して、実際に作った。 ( 1 2 3 )
- 16) 食事療法をしていると、体の調子がいい。 ( 1 2 3 )

4. 最近1週間の食事自己管理状況について教えて下さい。

自分で判断して、『非常によく実施した』から『ほとんど実施しなかった』までの4段階のうちで、最もあてはまるところに○をつけて下さい。

あ  
ま  
し  
と  
ん  
な  
ど  
実  
施  
に  
し  
よ  
く  
た  
い  
た  
し  
た  
施

最近1週間の食事療法は・・・

- 1) 食事療法として、指示されているカロリー内で食事をする。 ( 1 2 3 4 )
- 2) 食事は、3食とも規則正しい時間に摂取する。 ( 1 2 3 4 )
- 3) 同じ食品に偏らず、バランスのとれた食事をする。 ( 1 2 3 4 )
- 4) 外食は控えて、手製の弁当を食べるか自宅で食べる。 ( 1 2 3 4 )
- 5) てんぷら、フライなどの油を多く使った食事はとらない。 ( 1 2 3 4 )
- 6) 甘いお菓子などの間食はしない。 ( 1 2 3 4 )
- 7) まとめ食いをしないで、3食を平均的に食べる。 ( 1 2 3 4 )
- 8) ジュースやアルコールなどの嗜好品は飲まない。 ( 1 2 3 4 )

5. あなたの糖尿病や食事自己管理、食事の習慣などについておうかがいします。各文章を読んで、右の応答欄の『強く思う』から『全く思わない』のうち、今のあなたの考え方や気持ちにもっとも当てはまるところに○をつけて下さい。

強く思ふ	少し思ふ	思ふ	思ふ
う	う	なり	わく
		い	い

- |   |             |
|---|-------------|
| 1) 食事療法を指示通りに行えば、血糖値がよくなる。              | ( 1 2 3 4 ) |
| 2) 一生食事を制限して長生きするよりも、短命でも好きな物を食べるほうがよい。 | ( 1 2 3 4 ) |
| 3) 食事療法で、空腹感を感じる。                       | ( 1 2 3 4 ) |
| 4) 同居している家族は、食事療法に協力的である。               | ( 1 2 3 4 ) |
| 5) 食事療法よりも、薬で治療できる方がよい。                 | ( 1 2 3 4 ) |
| 6) 食事療法を指示通りに行えば、合併症の出現あるいは悪化を予防できる。    | ( 1 2 3 4 ) |
| 7) 友人は、食事療法に協力的である。                     | ( 1 2 3 4 ) |
| 8) 糖尿病であることをあまり知られたくない。                 | ( 1 2 3 4 ) |
| 9) 自分には、食事療法が必要である。                     | ( 1 2 3 4 ) |
| 10) たくさん食べないと、食べた気がしない。                 | ( 1 2 3 4 ) |
| 11) 食事を残すこととは、もったいない。                   | ( 1 2 3 4 ) |
| 12) 食べることに关心がある。                        | ( 1 2 3 4 ) |
| 13) 食事療法は、うまくいっている。                     | ( 1 2 3 4 ) |
| 14) 職場の人々は、食事療法に協力的である。                 | ( 1 2 3 4 ) |
| 15) 血糖値は、自分の努力を反映している。                  | ( 1 2 3 4 ) |
| 16) 食事療法は、負担である。                        | ( 1 2 3 4 ) |
| 17) 糖尿病は、病気なのに自分の責任のように思われるのが辛い。        | ( 1 2 3 4 ) |
| 18) 食事療法は、自分で行えるところがよい。                 | ( 1 2 3 4 ) |
| 19) 食事療法は、難しい。                          | ( 1 2 3 4 ) |
| 20) 食事療法のために、とても努力をしている。                | ( 1 2 3 4 ) |

6. 医療者から、食事の指導、生活の指導、励ましなどはありますか？  
次の（ ）の中から、あてはまるところに○をつけて下さい。

- |                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| 1) 医師からの<br>指導や励まし  | (①よくある ②時々ある ③あまりない ④ほとんどない ) |
| 2) 看護婦からの<br>指導や励まし | (①よくある ②時々ある ③あまりない ④ほとんどない ) |
| 3) 栄養士からの<br>指導や励まし | (①よくある ②時々ある ③あまりない ④ほとんどない ) |

7. 糖尿病と最初に診断されたのは、何歳の時でしたか？（　　歳）

8. あなたのご家族に糖尿病の方はいますか。（①はい ②いいえ）

9. あなたの現在の自覚症状についてお聞きします。

次の症状のうち、あなたに当てはまるもの全てに○をつけて下さい。

- 1) 自覚症状はない 2) 口渴 3) 多尿 4) 下肢の痛み 5) 手足のしびれ
- 6) 全身倦怠感 7) 視力障害 8) インポテンツ 9) その他（　　）

10. 糖尿病と診断されてから今まで、食事療法をどの程度頑張りましたか？

次の5つのうち、最も当てはまる番号に○をつけて下さい。

- 1) ずっと頑張っている
- 2) 以前は頑張らなかったが、今は頑張っている
- 3) 以前は頑張っていたが、今は頑張っていない
- 4) 以前も、今も頑張っていない
- 5) 頑張ったり、頑張らなかったり、定まらない

11. あなたは現在仕事をお持ちですか？当てはまるものに○をつけて下さい。

- 1) 常勤の仕事 2) パートの仕事 3) 専業主婦 4) 持っていない

1) または 2) と答えた方におたずねします。

- (1) あなたの仕事は時間的に不規則ですか？（①はい ②いいえ）

12. あなたは勤務中（家事を含む）自分で時間配分ができますか？

当てはまるものに○をつけて下さい。

- 1) 自由にできる 2) かなり自由にできる 3) あまりできない 4) 全くできない

13. あなたの生活の活動量を教えて下さい。

- 1) 軽い（大部分坐位） 2) 中等度（接客、家事など立位時間が長い）
- 3) やや重い（1時間程度の力仕事に従事）
- 4) 重い（2時間以上の激しいトレーニング、重労働、農耕作業などに従事）

14. 同居家族の構成について、当てはまるものに○をつけて下さい。

- 1) 一人暮らし 2) 夫婦 3) 2世代同居 4) 3世代同居 5) その他（　　）

15. あなたの食事を作る人は誰ですか？当てはまるもの全てに○をつけて下さい。

- 1) 自分 2) 配偶者（妻あるいは夫） 3) 娘 4) 嫁 5) 親 6) その他（　　）

16. あなたの1日の外食の回数について、当てはまるものに○をつけて下さい。

- 1) 外食しない 2) 1回 3) 2回 4) 毎食

17. あなたの飲酒習慣について、当てはまるものに○をつけて下さい。

- 1) 全く飲まない 2) 週に1~2日 3) 週に4~5日 4) ほとんど毎日

18. あなたの糖尿病のことを周囲の人は知っていますか？

次の（ ）の中から、あてはまるところに○をつけて下さい。

- 1) 同居の家族 (①ひとりも知らない ②一部が知っている ③全員が知っている)  
2) 友人 (①ひとりも知らない ②特別な人が知っている ③複数の人が知っている)  
3) 職場の人々 (①ひとりも知らない ②特別な人が知っている ③複数の人が知っている)

19. 今までに、糖尿病の教育入院、外来での糖尿病教室、栄養士による栄養指導を受けたことがありますか？ 1) 有り（ 回） 2) 無し

20. 今までに糖尿病の治療を中断したことがありますか。

当てはまるものに○をつけて下さい。 1) ある（ 回） 2) ない

21. あなたの現在の指示カロリーを教えて下さい。 ( Kcal)

22. あなたの指示カロリー通りに食事療法を実施することを100%としたら、  
今のあなた自身の食事療法実行度は何%位だと思います？ ( %)

23. あなたの年齢、性別、身長、体重の記入をお願いします。

年齢： 歳 性別： 男 ・ 女  
身長： cm 体重： kg

24. 最後に、医療者（医者、看護婦、栄養士、理学療法士、など）に、  
ご意見、ご要望などがありましたら、どうぞよろしくお願ひいたします。

また、今までの糖尿病のご経験から、  
同病の方にお伝えしたいことがありましたら、ご記入下さい。

記入もれがないかもう一度ご確認をお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。