

原 著

血液透析患者の病気認知が病気適応に及ぼす影響

片山 富美代*・小玉 正博**・長田 久雄***

Influence of illness cognition of hemodialysis patients on illness adjustment

Fumiyo Katayama*, Masahiro Kodama**, Hisao Osada***

Abstract

Aim: The aim of this study was to clarify the effect of the illness cognition of hemodialysis patients on their illness adjustment.

Method: The 212 patients participating in this research completed the Japanese version of the Illness Perception Questionnaire, EQ-5D (an index of QOL), and the Illness Adjustment Scale (IAS). Structural equation modeling was applied to depict the relationship among the variables. The model assumed that the influence of illness cognition on the illness adjustment was mediated by the emotional representation.

Result: Analysis showed that the dimension of "consequences" influences "negative emotional representation" positively and the dimension of "illness coherence" has negative influence on it. The dimensions of "acute timeline", "personal control" and "treatment control" had a positive influence on positive emotional representation. In addition, negative emotional representation showed a positive influence on the EQ score, the VAS score and the IAS, and positive emotional representation showed positive impact on the perceived illness adjustment and the adjusted action. An immediate relation was not found between the effect of the sickness role and the dweller role on the illness adjustment (QOL).

Conclusion: Both were mediated by the emotional representation and were indirectly related.

Key words: illness cognition, illness perception, illness adjustment, hemodialysis patients, QOL.

背景および問題

慢性腎臓病（chronic kidney disease; CKD）は、生活習慣に関連した高血圧や高脂血症、糖尿病などの疾患によって引き起こされる臓器合併症のひとつである。CKDの状態になった場合、原因疾患や生活習慣の改善をしなければ、末期腎不全と

なり人工透析が必要な病態となる。2008年12月現在、人工透析患者は約28万人超であり、毎年の透析導入患者数は3万5千人を越えている（日本透析医学会, 2009）。このような患者数増加は、生活習慣病の増加と透析技術の進歩が関係している。つまり、現代社会では、医療の高度化や患者の高齢化によって、慢性疾患をもちらん生活す

* 桐蔭横浜大学工学部 (Faculty of Engineering, Toin University of Yokohama)

** 筑波大学人間総合科学研究所 (Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba)

*** 桜美林大学大学院老年学研究科 (Graduate School of Gerontology, J.F.Oberlin University)

ることが当たり前になってきており、末期腎不全状態でも透析治療によって多くの患者が家庭で日常生活を送れるようになっている。

日本では透析治療の約 96 % が血液透析である。この治療は、通常 1 日おきに 3 ~ 4 時間の時間をかけて行われるため時間的拘束や身体的拘束がある。加えて除水に伴う疲労感や血管穿刺による苦痛を伴う。また、透析治療は病気治療というよりも生命維持のための補償行為に留まっている状態であり、患者は常に「死」を意識し、全面的に機械に依存しながら生き続けなければならない。自分では病気をコントロールすることが非常に難しく、病気の回復を期待することができないといった、八方塞がりの状況にある。それに加え、食事管理と水分制限それに付随した体重の管理といった、日常生活の自己管理能力が問われ、この管理をいかに適切に継続するかが闘病上のひとつの課題にもなっている。これらの作業は基本的欲求のひとつである食事や飲水を制限されることを意味している。食事行動は単なる生命維持機能に留まらず、人との出会いや関係作りにおいても大きな役割を担っている。そのために、食事・飲水が大幅に制約される透析患者の中には、社交場面はできるだけ控えるという者も多い。このような社会的行動の抑制は透析患者の QOL を低下させる可能がある。実際、透析患者の QOL 研究では、男女共に家に引きこもるようになるという結果が報告されている（木村・石川・吾郷晋・江村・鈴木, 1993）。

ところで、患者はこのような自分の状況をどのように捉えているのであろうか。医療者は医学的視点から疾病（disease）として捉えるのに対し、患者は「私が体験した、私の病気（illness）」として固有のイメージを形成する。これがその患者の自分の病気に対する病気認知（illness cognition, illness perception）であり病気表象（illness representation）である。患者は、この病気のイメージ

によって病気やそれに伴って生じる問題を判断し、それらに対して対処行動をとることになる。その結果、同じ疾患で同じ治療を受けていても、病気に対する感情的反応や生活のあり方などに差異が生じ、病気の適応状態や QOL に影響が現れると考えられる（片山, 2009）。

医療場面において、特に慢性疾患患者がセルフケア行動を維持・形成することは重要なことであるが、非常に困難を極めることもある。医療者は患者の立場に立ってケアを提供するが、このセルフケアの維持・形成のための援助は単に患者の生活の個別性を理解するだけでなく、患者の病気認知を理解し、患者が自分の判断でセルフケアが維持できるような認知を支える必要があると思われる。しかしながら、具体的援助方法を提示するための基礎研究としての病気認知の研究が乏しく、病気適応や QOL との関係を量的に調査したものはない。

そこで、本研究は、血液透析患者が有する病気認知と病気適応および QOL の関係を明らかにする。また、透析患者の病気認知においては本研究で理論的枠組みとしている Leventhal の自己調節モデル（Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980; Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, 2001）が適合するかについても検討する。

方 法

調査は、2007 年 4 月～2008 年 5 月に都内、神奈川県内、茨城県内の病院の透析センターまたは透析クリニック 5 カ所で外来血液透析を行っている患者に協力を求め、無記名の自記式質問紙法で行われた。調査用紙は、透析センターのスタッフから調査の簡単な説明の後、協力者に配布された。調査用紙の回収は、自宅で記入してもらい、記入後封筒に入れ封をしたものを、3 施設では各センター入り口の回収箱にて回収、2 施設では封書に

て調査代表者あてに返送してもらった。

倫理的配慮として、調査票の表に、調査の協力は自由であること、調査の協力の有無が病院での治療やケアに影響がないこと、調査は途中で中断できること、および、調査用紙への記入によって調査の同意をしたことになるなどの説明を記入した上、別紙にて、研究目的や調査に関する連絡先などを書いた「調査への協力のお願い」の文章を添付した。

調査用紙は450部を配布し、そのうちの352部が回収された（回収率78.2%）。このうち病気認知と病気適応の質問項目に対して未回答項目のある140件を除いた212件（47.1%）を分析対象とした。分析には、SPSS17.0 for windows、Amos7.0を用いた。

調査尺度と項目

1. 日本語版病気認知質問紙

この質問紙は、Leventhalの自己調節モデルの病気認知の考え方を元に作られたThe Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, 2002)を原著者の承認を得て、日本語版として筆者らが作成したものである（片山・小玉・長田, 2009）。なお、IPQ-R原尺度は9つの下位次元、①病気の同定、②急性／慢性時間軸、③周期性時間軸、④病気の結果、⑤病気自己統制、⑥治療統制、⑦病気一貫性、⑧感情表象、⑨病気の原因で構成されているが、日本語版では、急性／慢性時間軸は、急性時間軸と慢性時間軸に分かれた。さらに、感情表象は病気に対する陰性感情表象のみを測定しているため、これらの質問の表現に対応させた形で病気陽性感情表象4項目、治療陰性感情表象6項目、治療陽性感情表象4項目、計14項目を作成し追加した。これらを踏まえて既存の感情表象を病気陰性感情表象とした。

質問紙の構造は、「病気の同定」と「病気の原因」に関する質問、それ以外の次元に関する質問の3セクションによって形成されている。

最初に示された病気の同定は、14の共通に体験される症状から構成される。「はい」、「いいえ」の2件法による回答形式を用いて、それぞれの症状を体験したかどうかを尋ね、次にその症状が彼らの病気と特に関連していると信じているかどうかが尋ねられる。この病気関連症状に対して「はい」と答えた項目数が病気同定の下位尺度の得点となる。

次のセクションは、急性時間軸、慢性時間軸、周期性時間軸、病気の結果、病気一貫性、病気自己統制、治療統制、治療陰性感情表象、病気陽性感情表象、治療陰性感情表象、治療陽性感情表象の11次元、52項目である。各質問項目は、「まったくそう思わない」から「非常にそう思う」の5段階で評価される。この各次元における高得点は、急性時間軸では病気がすぐに回復する、慢性時間軸では病気が慢性的経過をたどる、周期性時間軸では病状が安定していない、病気の結果では病気が彼らの生活に重大な影響をもたらしているとそれぞれ考えていることを示している。さらに病気自己統制では、自分の病気をコントロール可能であり、治療的統制次元では自分の病気の統制に血液透析が有効であり、病気一貫性の次元では患者が病気を理解していると考えていることをそれぞれ示している。感情表象の次元は病気または治療に対するポジティブまたはネガティブな情緒的反応を示している。

最後のセクションは、病気の原因の次元である。質問項目数は18であり、上記と同じ5段階の評価を用いて、それぞれ一般的に病気の原因となると考えられる項目が自分の病気の原因になっていると思う程度を尋ねる。なお、病気の原因の次元は、先行研究 (Moss-Morris et al., 2002; 片山ら, 2009) の結果から他の病気の次元と同列にして分

析することが困難であるため、今回は分析の対象外とする。

2. 病気適応尺度

病気適応に関しては、これまで基準となる統一された概念的枠組みがない（片山, 2009）。そのため、本研究では、病気適応の概念枠組みを、「病気適応とは、病気、病気である自分、治療やそれに伴う自己管理の必要性を受け入れること」と設定し、患者としての適応の評価を病気適応として測定することとした。

病気適応に関する評価は、患者病気である個人が現在の病気と治療に対する個人の見方と具体的なその行動から捉えることとした。この 2 つは、内的病気適応（病気適応感）と外的病気適応（病気適応行動）の 2 側面からの評価である。病気適応感は、「私は自分の腎不全と上手に付き合っている」、「私の透析治療はうまくいっている」の 2 項目を、病気適応行動として、透析患者に特化したものではあるが、「私は透析と透析の間の飲水量を一定に保つことができている」、「私は控えなければならない栄養素など（例えば、リン、塩分、カリウム）を控えることができている」の 2 項目とした。評価は、「まったくそう思わない」から「非常にそう思う」の 5 段階で行う。

3. EQ-5D (EuroQoL)

EuroQoL は、ヨーロッパ 5 カ国（英国、フィンランド、オランダ、ノルウェー、スエーデン）の研究者により作成され、1990 年に公表された（池上・下妻・福原・池田, 2001）。この尺度は、国際的に利用可能な健康関連 QOL (Health-Related Quality of Life: HRQOL) の尺度として、臨床研究、医療政策、薬剤臨床試験において幅広く用いられている。日本語版 EQ-5D は 1997 年に EuroQoL Group の認定を受け、1998 年に発表された（日本語版 EuroQoL 開発委員会, 1998）。

EQ-5D は、自己記入回答式の 5 項目からなる選択式解答法と VAS (Visual Analogue Scale) による患者の健康状態の自己評価により構成される。選択式回答法の測定項目は、①移動の程度（歩きまわれるかどうか）、②身の回りの管理（洗面や着替え）、③普段の活動（仕事、勉強、家事、余暇など）、④痛み／不快感、⑤不安／ふさぎ込みの 5 項目であり、回答はそれぞれ、「問題がない（レベル 1）」から「問題がある（レベル 3）」までの 3 段階の回答のうち、最もよくあてはまるものを選択する。この回答の組み合わせによる 243 通りの健康状態と「死」と「意識不明」の 2 つを加えた全部で 245 通りの健康状態のそれぞれについて、効用値換算表により最上の健康状態を 1.0、死を 0、最低の健康状態を -0.111 とした間隔尺度上に、効用値が表される。つまり対象の QOL 値が一次元の数値で示される（以下、EQ 得点）。VAS は、垂直に引かれた 20cm の線分上で行われる。線分は 100 等分され、下から 10 ポイントごとに 0 から 100 までの数字が打たれ、一番上には「想像できる最もよい健康状態」、下端には「想像できる最も悪い健康状態」と記されている（以下、VAS 得点）。

4. 個人属性、病気特性

個人属性として、年齢、性別、同居家族の状況、仕事の有無と程度、家事の有無と程度、主観的経済状況を、病気特性としては、透析（腎不全）の原因疾患名、透析歴（カ月）、透析実施の時間帯についてたずねた。

結 果

分析対象となった協力者 212 人は、男性 140 人、女性 68 人、未記入 4 人であり、平均年齢は 62.5 ± 9.8 歳（未記入 8 人）であった。平均透析期間は、 105.5 ± 88.7 カ月（範囲 1 ~ 382 カ月）であっ

た。協力者の主な個人属性と病気特性は表1、表2に示した。調査協力病院の1施設は夜間透析を行っているために仕事を持しながら透析されている人数が平均的な透析患者の属性に対して若干多いのが本調査協力者の特徴的な部分である。

1. 血液透析患者の病気認知構造

病気同定と病気の原因以外の病気認知構造を確認した。尺度作成(片山ら, 2009)では、原尺度(IPQ-R)との比較のため、追加した感情表象3

次元は別に分析し、さらに全項目を残すようにして因子構造を確認した。今回は、血液透析の病気認知構造と病気適応の関係を明らかにすることを目的としているため、追加感情表象項目を加えた全52項目を用い、探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行った。その結果、陰性感情表象は病気と治療の項目が同じ因子に含まれ、陽性感情表象は治療に関する項目のみが残り、感情表象は2因子となった。陰性感情表象に関しては、「私は腎不全が怖い」と「私は透析治療が怖い」

表1 協力者の個人属性 n=212

	人数	%
同居家族		
一人暮らし	22	10.4
配偶者との二人暮らし	74	34.9
配偶者と他の親族	78	36.8
配偶者以外の親族	30	14.2
配偶者以外	2	0.9
未記入	6	2.8
仕事の有無		
現在仕事あり	78	36.8
現在仕事なし	123	58.0
未記入	11	5.2
家事の有無		
家事をしている	112	52.8
家事をしていない	91	42.9
未記入	9	4.2
主観的経済状態		
余裕がある	10	4.9
十分である	103	48.6
苦しい	90	42.3
未記入	9	4.2

表2 協力者の病気特性 n=212

	人数	%
原因疾患		
慢性糸球体腎炎	46	21.7
慢性腎盂炎	22	10.4
慢性腎炎などの腎疾患	17	8.0
糖尿病性腎症	56	26.4
不明	17	8.0
知らない	19	9.0
その他	24	11.3
未記入	11	5.2
透析時間帯		
日中	153	72.2
夜間	52	24.5
未記入	7	3.3

といったように同じ表現のものが病気と治療でそれぞれ残されたため、因子帰属項目数を他の因子と揃えるため、病気の表現の項目を採用した。それにより、全 29 項目による 9 因子構造が示された。抽出された因子は、急性時間軸（3 項目）、慢性時間軸（3 項目）、周期性時間軸（3 項目）、病気の結果（5 項目）、病気自己統制（3 項目）、治療統制（2 項目）、病気一貫性（3 項目）、陰性感情表象（4 項目）、陽性感情表象（3 項目）である。各次元の内的信頼性は、病気一貫性次元 ($\alpha=.57$) を除き、 $\alpha=.69$ 以上となり以後の分析に耐え得る内的信頼性を確認した（表 3）。

2. 血液透析患者の病気認知と病気適応 および QOL の関係

結果 1 で確認された病気認知の 9 次元に病気同定を加えた病気認知 10 次元、病気適応（病気適応感、病気適応行動）2 次元、QOL（EQ 得点、VAS 得点）の関係をみるために共分散構造分析をおこなった。

1) 共分散構造分析モデルの検討

モデル全体の構造は、本研究の目的から「病気認知が病気適応と QOL に影響を及ぼしている」であるが、それに加え、病気認知の各次元間の関係、および病気適応と QOL の関係について検討した。

まず、病気認知の各次元の関係である。IPQ-R 原尺度では、病気認知の構造については言及していないが、尺度構成から見ると全次元は同水準であることを示している。しかしながら、これらの病気認知の次元は、病気に対して慢性か急性か、病状の変化はあるか、病気によって周囲との関係や経済にどのような影響があると思っているのかという病気そのものに対する認知と、それに伴い形成される病気に対する恐れや、治療に対する希望といったような感情として分けることができる

（片山・小玉・長田, 2008）。また、Leventhal の自己調節モデルは本来、平行モデル（Parallel Model）によって（Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984, p.221）、病気認知を示す病気表象（illness representation）と感情表象（emotional representation）は独立したものとして示されている。そこで、病気認知の次元を、病気同定、急性時間軸、慢性時間軸、周期性時間軸、病気の結果、病気一貫性、病気自己統制、治療統制を下層とし、それに影響を受ける形で陰性感情表象、陽性感情表象を上層とした 2 層構造にした。

次に、病気適応と QOL の関係であるが、対象者の適応を評価する場合には患者と生活者の 2 つの側面から捉える必要がある（片山, 2009）。そのため、患者の立場からの適応を測定する病気適応と生活者の立場からの適応を測定する QOL を並列においた。また、EQ 得点と VAS 得点、病気適応項目の適応感と適応行動のそれぞれの関係においては、双方向的な関係が考えられるが、本研究では外的に規定されるもの（EQ 得点と病気適応行動）が、自己の主観的健康感（VAS 得点と病気適応感）に影響を及ぼすと考えた。

以上のように検討した結果、下層の病気認知次元が上層の病気認知次元である感情表象に影響を及ぼし、さらに QOL と病気適応にそれぞれ影響を及ぼすというモデルを作成した。

2) 病気認知と病気適応および QOL の関係 (図 1)

共分散構造分析の結果、モデルの適合度は χ^2 値 = 125.887, p 値 = .000, CFI = .906, RAMSEA = .071 であった。なお、QOL の項目に欠損値 1 ~ 2 個があるものも分析に加えたため、GFI および AGFI は算出できなかった。

まず、下層に位置する病気認知次元の関係を見る。急性時間軸は、周期性時間軸と正の相関が、慢性時間軸とは負の相関があった。病気一貫性は、

表3 病気認知の因子分析 n=212

因子抽出法：最尤法，プロマックス回転

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
陰性感情表象 $\alpha = .868$									
IP38—私は自分の腎不全が怖い	.909	.035	-.080	.116	.054	-.015	-.045	-.061	-.011
IP37—私は腎不全を患っていることで不安になる	.799	-.028	.043	-.041	.023	-.036	-.036	-.057	.070
IP35—私は自分の腎不全に怒りを感じる	.745	.045	.030	-.001	-.050	.087	.126	.064	-.016
IP33—私は自分の腎不全のことを考えると気分が落ち込む	.636	-.022	.149	-.104	-.091	.016	-.055	.132	.027
慢性時間軸 $\alpha = .895$									
IP2—私の腎不全は一過性というより永続的なものだろう	.028	.993	-.114	.014	-.022	-.017	.031	-.021	.008
IP3—私の腎不全は長期に及ぶだろう	.017	.922	-.042	-.001	-.022	.046	.016	-.045	-.044
IP5—私はこの腎不全と一生付き合うと思う	-.038	.620	.296	-.045	.035	-.012	-.052	.065	.032
病気の結果 $\alpha = .710$									
IP7—私の腎不全は自分の生活に重大な結果をもたらす	-.137	-.025	.780	.023	-.121	.039	-.115	.084	.046
IP11—私の腎不全は親しい人たちに困難をもたらしている	.094	-.035	.544	.075	.043	.043	.136	-.023	-.056
IP6—私の腎不全は重症である	.002	.088	.536	.089	.073	-.146	-.066	-.101	.014
IP9—私の腎不全は他人の私に対する見方に強い影響がある	.194	-.002	.502	-.135	.102	-.106	.102	-.096	.010
IP10—私の腎不全は深刻な経済的結果をもたらしている	.139	-.053	.416	-.005	-.062	.100	.032	.045	-.065
周期性時間軸 $\alpha = .752$									
IP32—私の腎不全は周期的に良くなったり悪くなったりする	-.042	-.007	.044	.830	-.017	-.039	.056	-.105	.042
IP30—私の症状は周期的に現われたり消えたりする	-.010	-.006	.018	.810	.024	.018	.024	.026	-.005
IP31—私の腎不全はあまり予測できない	.122	.004	-.034	.465	-.015	.017	-.115	.292	-.044
陽性感情表象 $\alpha = .710$									
IP52—私は自分の透析治療に希望を感じる	.025	-.035	.044	.015	1.044	-.041	-.011	.018	-.058
IP51—私は透析治療することで安心感がある	-.036	.009	-.035	-.020	.558	.182	-.015	-.061	.016
IP49—私は自分の透析治療のことを考えると気持ちが落ち着く	-.087	.031	-.090	-.014	.340	-.022	.008	.203	.194
病気自己統制 $\alpha = .698$									
IP13—私のすることが腎不全を改善するか悪化させるかを決めることができる	-.003	.059	.089	.040	.061	.790	-.051	-.014	.010
IP14—私の腎不全の経過は自分次第である	.030	-.065	-.016	-.015	.010	.648	.007	-.117	.082
IP16—私は自分の腎不全に影響を及ぼすパワー(力)がある	.020	.022	-.100	-.036	-.010	.526	.017	.105	-.043
急性時間軸 $\alpha = .691$									
IP4—この腎不全はすぐに治るだろう	-.033	-.031	.039	.086	-.072	.028	.698	-.031	-.017
IP18—私の腎不全はそのうちによくなるだろう	-.051	.015	.013	-.014	.036	-.021	.698	.078	.055
IP1—私の腎不全は短期的なものである	.073	.038	-.004	-.033	.012	-.029	.575	.041	-.008
病気一貫性 $\alpha = .569$									
IP26—私は私の腎不全を理解していない	-.119	.046	.053	.010	.039	.010	.063	.811	.029
IP25—私の腎不全は自分には謎である	.232	-.036	-.013	.015	.019	-.039	-.016	.491	-.027
IP28—私は自分の病状がよくわかっている	-.025	.104	.118	.034	.003	-.009	-.048	.380	.040
治療統制 $\alpha = .725$									
IP22—私が受けている治療は自分の腎不全をコントロールできる	.075	-.004	-.055	.043	-.019	-.035	-.025	-.027	1.018
IP21—私の腎不全のマイナスの効果は私が受けている治療によって回避できる	-.036	-.020	.065	-.044	.027	.140	.071	.013	.506
寄与率									54.42%

因子相関行列

因子	1	2	3	4	5	6	7	8
2	.029							
3	.425	.455						
4	.077	-.077	.102					
5	-.194	-.063	-.156	.043				
6	-.008	-.011	.045	.031	.363			
7	-.062	-.349	-.257	.252	.270	.130		
8	.188	-.155	-.049	.327	-.048	-.087	.375	
9	-.089	-.048	-.133	-.040	.387	.458	.092	-.157

慢性時間軸とは正の相関、周期性時間軸・急性時間軸とは負の相関があった。さらに、病気の結果は、慢性時間軸とは正の相関、急性時間軸とは負の相関であった。つまり、病気が治らないと思っている人は病気を理解し、病気によってマイナス

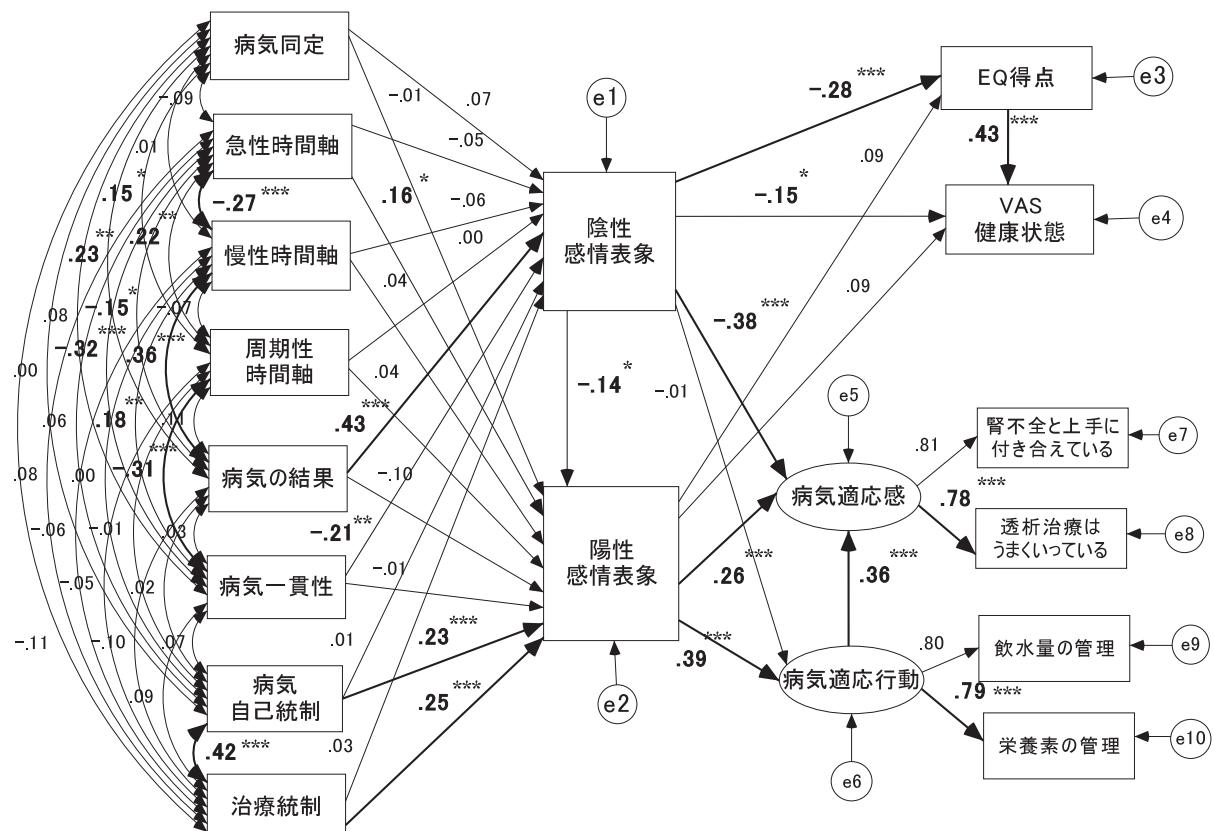
の影響があると感じている。症状の変化があり、病気が回復するかもしれないと考えている人は、病気のことをよく知らないと感じている。

病気同定は病気の原因と周期性時間軸と正の相関が、治療統制と病気自己統制は正の相関があっ

た。症状の多いほど病気によるマイナスの影響と病状の変化があると考え、治療効果の可能性のあると思う人は、自己のコントロール可能性もあると考えている。

次に、病気認知の下層次元、上層次元の関係であるが、陰性感情表象に対して病気の結果は正の影響、病気一貫性は負の影響を及ぼしている。つまり、病気によってマイナスの影響があると考えたり、病気を理解していないと考えている人はネガティブな感情を持つ傾向にある。一方で、陽性感情表象に対しては、急性時間軸、病気自己統制、治療統制の次元が正の影響を及ぼしている。病気が回復すると考え、自分の行動や治療が病状に影響を及ぼすことができると考える人はポジティブな感情を持っているということを示している。

最後に、病気認知の上層次元、つまり感情表象と QOL および病気適応の関係をみる。陰性感情表象は EQ 得点、VAS 得点および病気適応感と負の関係にあり、これは陰性感情が少ないほど自分の生活の質や健康感が高く、病気にも適応していると感じていることを示している。また、陽性感情表象は病気適応感と病気適応行動に正の影響を示し、治療のポジティブな感情が病気適応にプラスの効果を与えていることがわかる。なお、QOL と病気適応の関係であるが、QOL と病気適応の間には直接的な関連はなく、両者は感情表象が介在した間接的な関係であった。



* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

χ^2 値 = 125.887 p 値 = .000

CFI = .906 RMSEA = .071

図 1 病気認知と病気適応、QOL の関係

考 察

1. 血液透析患者の病気認知構造

本研究の分析対象者の病気認知は、感情表象を除き先行研究（片山ら, 2009）と同じ構造を確認することができた。今回の結果では、感情表象4次元のうち、病気と治療の陰性感情表象の項目はひとつの陰性感情表象次元に含まれ、陽性感情表象次元は治療に関する項目のみが残った。先行研究（片山ら, 2009）では、対応する陰性感情表象項目の半数に得点差があることを確認したが、本研究の分析では同次元の中に収束された。これは、得点差はあるにせよ陰性感情に関しては、両者の反応の方向性は同じであるということであろう。反対に、陽性感情表象では、病気と治療に対する反応は異なっていることが明らかになった。病気に対するプラスの感情を尋ねる質問は、「自分の腎不全に喜びを感じる」や「腎不全を患っていることで安心感がある」といった問い合わせであったため、患者にとっては質問の意図が不明確で、不適切と感じることが回答のバラツキをまねき、項目が削除される結果となったと思われる。一方で、治療は一般的に患者にとっては苦痛を伴っていても病状を改善するための手段であるためプラスの感情をもつ要素がある。つまり、病気に対して質問の意図が明確である。それに加え、透析の場合「透析によって生かされている」という現実があり、多くの患者が助けられているという感覚をもつていてプラスの反応を示すことが考えられる。

今回の結果では、感情表象が陰性と陽性の2つの次元となったが、透析導入時からの時間経過を考えると病気と治療の側面に分けて考えることが必要であろう。これまでの筆者らの知見（片山ら, 2008）から、透析導入期は病気や透析に対する恐怖や苦痛があるが、それが過ぎると病状は安定し透析に対する不安は軽減する。しかしながら、長期になれば、病気に対しては生活環境などの変化

も含め不安や恐怖が再燃する。また、ポジティブ心理学でも指摘されているように、病気に対する有意義感により病気に対してポジティブな感情を持つ可能性もある。患者の感情表象を病気の経過による変化として捉えるためには、やはり感情を陰性／陽性の側面だけでなく病気／治療の側面からも捉える必要がある。そのためには、質問の表現や方法に対する吟味が必要である。

感情表象以外の各次元の項目は、結果的に逆転項目のうち病気一貫性の2項目以外の7項目と表現が曖昧な3項目が削除された。今後、臨床的に使用者に負荷の少ない使用可能な簡易版とするためには、項目数とIPQ-R原尺度にとらわれない日本語的な表現を吟味しながら質問項目を検討する余地が残された。

2. 血液透析患者の病気認知と病気適応

およびQOLの関係

共分散構造分析の結果、モデルの適合度はあまりよい適合度を示してはいない。しかしながら、これまで明確にされていなかった病気認知、病気適応とQOLの全体の関係の概要を捉えることができた。

IPQ-R尺度を用いた先行研究でこれまで明らかにされたことは、病気認知の次元とQOL (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004; Scharloo, Baatenburg de Jong, Langeveld, Velzen-Verkaik, Doorn-op den Akker, & Kaptein, 2005)、またはウエルビーイング (Figueiras & Weinman, 2003)、対処方略 (Fortune, Smith, & Garvey, 2005) と、どれも2者の関係を確認することにとどまっている。病気認知の階層的構造や病気適応とQOLの関係には言及していない。

本研究で示されたモデルによって、病気認知は感情表象とそれ以外の病気認知が2層構造を示しており、この患者の解釈による感情評価によってQOLや病気適応に影響を及ぼしている可能性が

示された。また、QOL や病気適応は、対象者を患者と生活者の 2 側面からみているが、この結果は同一のものを評価する指標でないことも明らかとなった。これまで、医療や援助の成果を評価する際に QOL を指標とする研究が多い。これは、患者の患者役割としての病気適応は、生活者としての生活の質に内包されているという考えがあることを裏付けしている。しかしながら、結果では病気適応と QOL は直接の関係性を示していない。透析患者は、生活者と患者の 2 つの生活枠の中でその時々によってその立場での生活を送り、それぞれの立場の枠の中での評価をしているのではないだろうか。

QOL に対しては陰性感情表象が、病気適応には陰性感情表象と陽性感情表象が影響を及ぼしていた。先行研究でも、抑うつや不安などの情緒的反応が低いことが良好な QOL と関係し (Covic et al., 2004)、再発を心配し、自責的で強い情緒反応を示している患者では QOL が低い (Scharloo et al., 2005) ことが示されている。つまり、病気を脅威と思うことが出発点であることが本研究でも示され、治療に対する感情ではなく病気への脅威を減らすことによって良好な QOL を維持することができ、病気に対する理解や病気に対する影響が少ないと認識することで前向きな生活が送れるようになる。一方で、患者が病気に適応するためには自分の治療に対する陽性の感情をもつことが重要であり、援助者にとってはこのことが治療の継続や適切な自己管理の維持へのサポートに対する視点となることも示された。

本研究の結果は、透析患者を対象としているため、すべての疾患に対してこのモデルが適応できるかどうかはわからない。しかしながら、病気認知の各次元が患者の病気適応や QOL に影響を及ぼしていることが明らかになった。また、患者の病気適応には治療に対するポジティブな感情が重要であり、医療者は単に将来的な予測も含めた病

気の脅威を語ることで患者の治療への姿勢やセルフケアの自律的姿勢を形成しようとするだけではなく、患者の持つポジティブな感情への働きかけが必要であることが明らかにされた。

文 献

- Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O., & Goldsmith, D. J. A (2004). Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19, 2078-2083.
- Figueiras & Weinman (2003). Do congruent patient and spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery ?, *Psychology & Health*, 18, 201-216.
- Fortune, Donal G., Smith, Jo V., & Garvey, Kay (2005). Perceptions of psychosis, coping, appraisals, and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: An exploration using self-regulation theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 319-331.
- 池上直己・下妻晃二郎・福原俊一・池田俊也（編集）（2001）. 臨床のため QOL 評価ハンドブック 医学書院, pp.14-20.
- 片山富美代・小玉正博・長田久雄（2008）. 語り分析による血液透析患者の病気認知の検討－自己調節モデルの視点から－ ヒューマン・ケア研究, 9, 4 - 17.
- 片山富美代（2009）. 病気適応と病気適認知に関する研究動向とその課題 ヒューマン・ケア研究, 10, 40-52.
- 片山富美代・小玉正博・長田久雄（2009）. 日本語版 病気認知質問紙の作成と信頼性・妥当性の検討－血液透析患者による検証－ 健康心理学研究, 22, (印刷中)
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.): *Contributions to medical psychology*, Vol. 2 , New York: Pergamon Press, pp.17-30.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representation and coping with health threats. In Baum,

- A., Taylor, S. E., & Singer, J. E. (Eds.), *Handbook of psychology and health (Vol. 4)*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp.219-252.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E. (Eds.), *Handbook of Health Psychology*, Lawrence Erlbaum, pp.19-47.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.

日本語版 EuroQol 開発委員会 (1998). 日本語版 EuroQol の開発 医療と社会, 8, 109-123.

日本透析医学会 (2009). 図説 わが国の慢性透析療法の現状 2008年12月31日現在. Retrieved September 7, 2009, from http://www.jsdt.or.jp/overview_confirm.html.

Scharloo M., Baatenburg de Jong R. J., Langeveld APM, Velzen-Verkaik E van, Doorn-op den Akker M. M., & Kaptein A. A. (2005). Quality of life and illness perceptions in recently diagnosed head and neck cancer patients. *Head and Neck*, 27, 857-863.