

# 外来化学療法を受けるがん患者のセルフケア能力に関連する要因の検討

著者名(日)	藤塚 未奈子, 伊藤 まゆみ, 粟津 朱美, 阿保 恵美子, 野戸 結花
雑誌名	共立女子大学看護学雑誌
巻	3
ページ	29-37
発行年	2016-03
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1087/00003092/">http://id.nii.ac.jp/1087/00003092/</a>

研究報告

# 外来化学療法を受けるがん患者のセルフケア能力に 関連する要因の検討

## Factors related to self-care agency in outpatients receiving cancer chemotherapy

藤塚未奈子<sup>1)</sup>  
Minako Fujizuka

伊藤まゆみ<sup>1)</sup>  
Mayumi Ito

栗津 朱美<sup>2)</sup>  
Akemi Awatsu

阿保恵美子<sup>2)</sup>  
Emiko Abo

野戸 結花<sup>3)</sup>  
Yuka Noto

キーワード：外来化学療法、がん患者、セルフケア能力、主観的健康統制感

key words : outpatient chemotherapy, cancer patients, self-care agency, health locus of control

### 要 旨

近年、医療費の削減や患者のQOL向上の観点から、がん治療の場は入院治療から外来治療へ移行している。化学療法は有害事象の出現が多いため、外来治療を受ける患者にはセルフケア能力が求められる。そのため、外来化学療法中のがん患者のセルフケア能力を高めることは医療者の責務である。本研究目的は、外来化学療法中のがん患者のセルフケア能力に関連する要因を検討することであった。外来化学療法中のがん患者103名に、セルフケア能力とセルフケアとの関連が示唆されている患者属性及び主観的健康統制感（健康や病気の原因に関する信念体系）に関する質問紙調査を実施し、93名を分析対象とした。結果、65歳以上の者、配偶者がいる者、患者仲間がいる者、健康や病気の原因を自分自身や家族に求める者の方がセルフケア能力は高かった。このことから、セルフケア支援では健康管理の主体は自分自身にあるという認識を患者に促すことが必要であると示唆された。

### Abstract

Recently, in order to reduce medical expenses and improve patients' QOL, cancer treatment has shifted from the hospital to outpatient care. Adverse events often develop during chemotherapy. Therefore, self-care is required of outpatients receiving chemotherapy, and medical staff has to improve self-care agency of outpatients receiving cancer chemotherapy. This study investigated factors related to self-care agency of outpatients receiving cancer chemotherapy. A questionnaire survey was conducted with outpatients ( $N=103$ ) receiving cancer chemotherapy. The questionnaire inquired about self-care agency, attributes of patients, and health locus of control, defined as the belief system about the cause of health and disease (HLC). Previous studies have indicated that attributes of patients' and HLC are related to self-care. In this study, we analyzed the 93 people. Results indicated that self-care agency was higher in patients aged 65 and older, patients with a spouse, those having other patients as friends, and patients that tended to attribute the causes of the disease, or health to themselves, or to their families. In supporting self-care, the importance of facilitating patients' awareness that health management should be conducted independently by the patients themselves is suggested.

受付日：2015年10月28日 受理日：2016年2月4日

1) 共立女子大学 看護学部 2) 弘前大学医学部附属病院 3) 弘前大学 医学部保健学科

## I 緒言

近年、国民医療費の高騰により在院日数は短縮し、化学療法を受けるがん患者においても、外来化学療法加算により長期的な治療の場は入院から外来に移行している。このような治療の場の移行は、制約の多い病院とは異なり、患者の Quality of Life (QOL) の向上に貢献すると考えられる。しかし、その一方で、がん化学療法は有害事象が出現しやすく、その対応が遅ければ治療中断の危険性を孕んでいる。そのため、外来化学療法を受けるがん患者には自らの QOL を維持し、がんと共に生きていくための継続的なセルフケア行動が求められるとともに、その獲得が課題となる。

本庄<sup>1)</sup> は、セルフケアを「慢性病者が自らの安寧を得るために自分自身及び環境を調整する意図的行動」と捉え、その基盤となる能力を「セルフケアに従事するための複合的・後天的能力」とした。すなわち、セルフケア行動が日々の生活の中で実行されるには、その基盤となるセルフケア能力の形成が必要となる。療養期間の長期化という観点から、この考え方は外来化学療法を受けるがん患者にも当てはまる。そのセルフケア能力を測定するために本庄<sup>1) 2)</sup> は、「健康管理法の獲得と継続」、「体調の調整」、「健康管理への関心」並びに「有効な支援の獲得」の因子からなる尺度を開発したが、セルフケア能力とセルフケア行動を明確に規定した上で、がん患者のセルフケア能力に着目した分析はあまり行われていない。

人が健康や病気の原因を統制する所在を自分自身という内部 (internal) に求めるか、偶然や運命あるいは他者といった外部 (external) に求めるかという個人の信念体系である主観的健康統制感も、セルフケア行動との関連で議論されている。例えば、Weerdt<sup>3)</sup> は、主観的健康統制感を外的統制から内的統制に修正することで、糖尿病患者のセルフケア行動が促進されたと述べている。また、奥野<sup>4)</sup> は、成人アトピー性皮膚炎患者においても、Weerdt<sup>3)</sup> と同様の結果を得たと述べている。慢性病において、患者自身が健康管理の主体は自分自身であると認識することによって、セルフケア行動は促進されることが考えられるが、セルフケア能力に関する検討は不足している。

布川<sup>5)</sup> は、がん患者の治療継続過程に、医師や家族、友人といった支援者の存在があったことを示唆し、山中<sup>6)</sup> は、病因や自身の体への理解、生きがいの存在などがセルフケア行動の関連要因であると述べている。また、飯野<sup>7)</sup> は、有効な情報の獲得、効力感、支援者との関係性などがセルフケア行動の促進要因であるとしている。セルフケア行動の関連要因について量的に調査した斎藤<sup>8)</sup> の研究では、性別や化学療法間隔、医師に相談できる環境がセルフケア行動の関連要因であると示唆している。これらのことから、患者の性別、年齢、原疾患、支援者の存在や情報の獲得などの変数も、セルフケア行動と関連している可能性があるが、セルフケア能力との関連は明らかではない。

そこで本研究では、慢性病者やがん患者のセルフケア行動に関連するとされた、患者の性別や支援者の有無といった患者属性と主観的健康統制感に着目し、改めてセルフケア能力との関連を検討する。セルフケア能力に関連する要因が明らかになることにより、セルフケア行動の基盤となるセルフケア能力の強化に向けた、より確実な教育的支援の開発も可能となる。

## II 用語の定義

本庄<sup>1)</sup> の定義を参考にすれば、外来化学療法を受けるがん患者のセルフケア行動とは、自身の安寧のために、がんや化学療法に伴い引き起こされる症状に対して、周囲の支援を受けながら自分自身や環境を意図的に調整する行動のことであり、セルフケア能力とは、そのようなセルフケア行動を継続的に遂行するための能力と定義した。

## III 方法

### 1. 対象者

本研究の対象者は、地域の中核病院となっている A 病院で、外来化学療法を受けているがん患者 103 名であった。対象者の選定要件は、①身体的にセルフケア行動の実施が可能と考えられるパフォーマンスステータス (Performance Status: 以下、PS) が 0~2 の者、②医療者からセルフケア指導を受けたことのある化学療法が 2 回目以降の者、③外来化学療法室の看護師が心身的に調査協力可能と判断した者とした。

## 2. 調査内容

患者属性及び主観的健康統制感とセルフケア能力との関連を明らかにするために、図1の分析枠組みに従って調査票を構成した。

### 1) 対象者の特徴

対象者の属性として、性別、年齢、原疾患、療養期間、PS、配偶者及び患者仲間の有無、就労状況を調査した。このうち、先行研究を参考に、性別、年齢、原疾患、療養期間、PSを「基本属性」、配偶者及び患者仲間の有無、就労状況を「人や社会とのつながり」として、図1のセルフケア能力との関連を分析する項目とした。

### 2) 日本版 HLC (主観的健康統制感) 尺度

(Japanese Version of the Health Locus of Control Scales : JHLC)<sup>9)</sup>

JHLCは、健康や病気に関する原因帰属を個人の信念体系から測定する尺度である。この尺度は、Wallston KAら<sup>10)</sup>のMultidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scalesを参考に、堀毛<sup>9)</sup>によって日本人向けに改訂されたものである。JHLCは、「自分自身」(5項目、5～30点)、「家族」(5項目、5～30点)、「専門職」(5項目、5～30点)、「偶然」(5項目、5～30点)、「超自然・報い」(5項目、5～30点)の5つの下位尺度から構成される、25項目6段階評価の尺度である。得点が高いほどその下位尺度への統制が強いことを示している。JHLCの「家族」には家族

だけでなく、周囲の人も含まれており、また、「専門職」とは医師のことを指している。

本研究では、外来化学療法を受けているがん患者が、健康や病気の原因をどこに求めているのか、その統制主体の所在を測定するために使用した。

### 3) セルフケア能力を査定する質問紙

(Self-Care Agency Questionnaire : SCAQ-29)<sup>1) 2)</sup>

SCAQ-29は、本庄<sup>1) 2)</sup>によって開発された、慢性病者のセルフケア能力を査定するための尺度である。この尺度は、Oremらが唱えたパワー構成要素の概念を基盤として、壮年期の特性、慢性病者の特性、日本人の文化社会的特性を統合し、セルフケア能力の構成概念を明確化したものである。SCAQ-29は、「健康管理法の獲得と継続」(10項目、10～50点)、「体調の調整」(7項目、7～35点)、「健康管理への関心」(7項目、7～35点)、「有効な支援の獲得」(5項目、5～25点)の4つの下位尺度から構成される、29項目5段階評価の尺度である。尺度の総得点がより高い者の方がセルフケア能力は高いと評価する。

現段階でがん患者のセルフケア能力を評価する尺度はない。外来化学療法を受けているがん患者を「慢性病者」と捉えることで、SCAQ-29は、がん患者のセルフケア能力の評価が可能な尺度であると判断した。本研究では、外来化学療法を受けているがん患者のセルフケア能力を測定するた

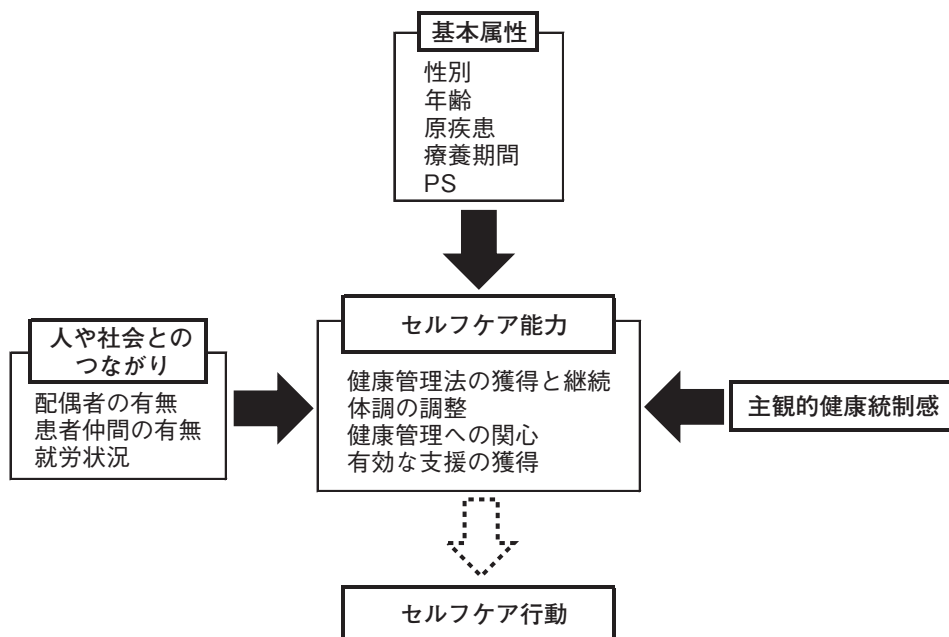


図1 「セルフケア能力に関連する要因」の分析枠組み



めに用いた。

### 3. 調査期間

平成24年3月から5月までの3ヶ月間である。

### 4. 調査方法

調査は、外来化学療法室で化学療法施行中に対面形式で自記式質問紙を配付した。記入後の調査用紙は、対面または郵送で回収した。

### 5. 分析方法

記述統計量の算出により対象者の特徴を把握した後、図1の分析枠組みに従い、各項目とセルフケア能力との関連を検討した。その際、2群間の比較は対応のない*t*検定、3群間の比較は一元配置分散分析及びTukey法による多重比較を行った。また、療養期間及び主観的健康統制感とセルフケア能力との関連の検討にはピアソンの相関係数を用いた。分析には、統計ソフトIBM SPSS Statistics 19.0を用いた。

### 6. 倫理的配慮

対象者には、研究目的及び方法について文書で説明した。調査は無記名で行い、結果公表に際しての匿名性を保証した。また、研究への参加及び辞退は自由であり、参加拒否による診療上の不利益は被らないことを説明し、同意書への署名により研究参加への同意を得た。

なお、本研究は、対象者が通院している病院の研究倫理委員会の承認を得て調査を実施した(承認番号:2012-002)。

## IV 結果

### 1. 対象者の特徴

調査対象者103名のうち、日本版主観的健康統制感尺度並びにセルフケア能力を査定する質問紙の両尺度の全項目に回答した93名を最終的な分析対象とした。

対象者の性別は男性46名(49.5%)、女性47名(50.5%)であり、男女比率はほぼ同等であった。平均年齢は57.9歳(*SD* 12.2)で、男女別では男性61.8歳(*SD* 12.5)、女性54.0歳(*SD* 10.5)であり、女性に比べて男性の平均年齢の方が高かった。また、がんの原発である原疾患は消化器

系が47名(50.5%)と対象者の半数を占め、次いで、婦人科系22名(23.7%)、呼吸器系8名(8.6%)、血液系7名(7.5%)の順で多かった。対象者の療養期間の平均月数は18.6ヶ月(*SD* 21.7)であり、対象者の療養期間に偏りがあった。PSは、1が67名(72.0%)と最も多く、対象者の大半が軽度の症状は出現しているものの、軽労働可能な身体状況の者であった。

対象者の環境として、配偶者がいる者は67名(72.0%)、いない者26名(28.0%)で、配偶者のいる者の方が多かった。また、患者仲間がいる者は33名(35.5%)、いない者60名(64.5%)で、患者仲間がいない者の方が多かった。就労状況は、就労中の者は22名(23.7%)、未就労の者66名(71.0%)、無回答5名(5.4%)であり、対象者の多くは、就労せずに自宅療養している者であった。

### 2. 主観的健康統制感とセルフケア能力の基礎統計

対象者の特徴を把握するために、主観的健康統制感とセルフケア能力の下位尺度毎に基礎統計を算出した。表2のように、主観的健康統制感の「自分自身」、「家族」、「専門職」の平均得点は21点以上だが、「偶然」及び「超自然・報い」は10点台で、やや低い得点であった。また、セルフケア能力においては、各下位尺度の得点範囲に偏りがあったため、各下位尺度における一項目あたりの平均得点を算出した。その結果、「健康管理への関心」のセルフケア能力が4.5点と最も高く、次いで、「体調の調整」4.4点、「有効な支援の獲得」4.2点、「健康管理法の獲得と継続」4.0点の順で高かった。

### 3. 基本属性とセルフケア能力

性別では、セルフケア能力の4つの下位尺度とも5%水準で有意差はなかった。次に、年齢を30~49歳、50~64歳、65歳以上の3群に分類し、一元配置分散分析で3群間のセルフケア能力を比較した。その結果、セルフケア能力の「健康管理法の獲得と継続」( $F(2, 90) = 3.45, p < .05$ )と「体調の調整」( $F(2, 90) = 3.67, p < .05$ )にそれぞれ有意な群間差があった。Tukey法による多重比較の結果、30~49歳のがん患者に比べて65

表 1 対象者の特徴

		N=93	
項目		n	(%)
性別	男性	46	(49.5)
	女性	47	(50.5)
年齢 (歳)	30 – 49 歳	21	(22.6)
	50 – 64 歳	44	(47.3)
	65 歳以上	28	(30.1)
原疾患	消化器系	47	(50.5)
	婦人科系	22	(23.7)
	呼吸器系	8	( 8.6)
	血液系	7	( 7.5)
	その他	9	( 9.7)
パフォーマンスステータス (PS)	0	16	(17.2)
	1	67	(72.0)
	2	10	(10.8)
配偶者	有	67	(72.0)
	無	26	(28.0)
治療の辛さや病気に対する情報を共有できる患者仲間	有	33	(35.5)
	無	60	(64.5)
就労状況	就労中	22	(23.7)
	未就労	66	(71.0)
	無回答	5	( 5.4)

注.

パフォーマンスステータス (PS)

0：無症状で社会活動ができ、制限をうけることなく発症前と同等にふるまえる

1：軽度の症状があり、肉体労働は制限をうけるが、歩行、軽労働や座業はできる

2：歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある

軽作業はできないが、日中の 50%以上は起居している

3：身の回りのことはある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、

日中の 50%以上は臥床している

4：身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている

表 2 主観的健康統制感 (JHLC) とセルフケア能力 (SCAQ-29) の基礎統計

		n	R	min	max	M (SD)
JHLC	自分自身	93	25	12	30	21.5 (3.66)
	家族	93	25	9	30	21.4 (4.30)
	専門職	93	25	5	30	21.3 (4.60)
	偶然	93	25	6	29	16.8 (4.49)
	超自然・報い	93	25	8	23	14.6 (3.20)
SCAQ-29	健康管理法の獲得と継続	93	40	21	50	39.8 (6.51)
	体調の調整	93	28	17	35	30.8 (3.96)
	健康管理への関心	93	28	22	35	31.8 (3.49)
	有効な支援の獲得	93	20	12	25	20.9 (3.25)

歳以上のがん患者の方が「健康管理法の獲得と継続」と「体調の調整」のセルフケア能力が有意に高かった。さらに、疾患については患者数に偏りがあったため、原疾患が消化器系の 47 名と婦人

科系の 22 名についてのみ比較した。その結果、疾患によるセルフケア能力に差異はなかった。また、療養期間においてもセルフケア能力に差異はなかった。

表3 基本属性とセルフケア能力

N=93

	性別		t 値	年齢			F 値	多重比較
	男性	女性		30-49 歳	50-64 歳	65 歳以上		
	n = 46	n = 47		n = 21	n = 44	n = 28		
	M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)	M (SD)		
健康管理法の獲得と継続	39.6 (6.72)	39.9 (6.37)	-0.21	37.0 (6.17)	39.8 (6.79)	41.9 (5.71)	3.45*	1 群< 3 群
体調の調整	30.7 (4.28)	30.8 (3.65)	-0.03	29.3 (4.83)	30.5 (3.65)	32.3 (3.28)	3.67*	1 群< 3 群
健康管理への関心	31.5 (3.73)	32.2 (3.25)	-1.01	32.0 (3.15)	31.3 (3.91)	32.5 (3.01)	0.96	
有効な支援の獲得	20.7 (3.37)	21.1 (3.14)	-0.67	21.2 (2.70)	20.6 (3.36)	21.0 (3.52)	0.27	

\*p < .05

表4 「人や社会とのつながり」とセルフケア能力

N=93

	配偶者		t 値	患者仲間		t 値
	有群	無群		有群	無群	
	n=67	n=26		n=33	n=60	
	M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)	
健康管理法の獲得と継続	40.6 (6.16)	37.7 (7.03)	1.99	40.8 (7.20)	39.2 (6.09)	1.15
体調の調整	31.4 (3.30)	29.0 (4.92)	2.38*	31.5 (4.03)	30.4 (3.89)	1.33
健康管理への関心	32.3 (3.02)	30.5 (4.30)	1.94	32.6 (3.22)	31.4 (3.59)	1.61
有効な支援の獲得	21.6 (2.85)	19.1 (3.57)	3.54**	22.2 (2.65)	20.2 (3.33)	3.06**

\*p < .05, \*\*p < .01

表5 主観的健康統制感 (JHLC) とセルフケア能力 (SCAQ-29) との関連

	JHLC				
	自分自身	家族	専門職	偶然	超自然・報い
SCAQ-29					
健康管理法の獲得を継続	.50**	.44**	.45**	.13	.07
体調の調整	.40**	.45**	.35**	.01	.09
健康管理への関心	.51**	.50**	.24*	.05	.08
有効な支援の獲得	.25*	.42**	.14	.19	.11

\*p < .05, \*\*p < .01

#### 4. 「人や社会とのつながり」とセルフケア能力

配偶者の有無では、表4のように、セルフケア能力の「体調の調整」が5%水準で、また、「有効な支援の獲得」が1%水準でそれぞれ有意差があり、配偶者無群に比べて有群の方が高かった。患者仲間の有無では、セルフケア能力の「有効な支援の獲得」が1%水準で有意差があり、患者仲間無群に比べて有群の方が高かった。一方、就労状況では、無回答を除き、就労中か否かによりセルフケア能力を比較したところ、就労状況によるセルフケア能力に差異はなかった。

#### 5. 主観的健康統制感とセルフケア能力

主観的健康統制感とセルフケア能力との関連を検討した結果、主観的健康統制感の「自分自身」とセルフケア能力の「健康管理法の獲得と継続」( $r=.50, p < .01$ )、「体調の調整」( $r=.40, p < .01$ )、「健康管理への関心」( $r=.51, p < .01$ )との間にそれぞれ中等度の相関が確認された。主観的健康統制感の「家族」とセルフケア能力の「健康管理法の獲得と継続」( $r=.44, p < .01$ )、「体調の調整」( $r=.45, p < .01$ )、「健康管理への関心」( $r=.50, p < .01$ )、「有効な支援の獲得」( $r=.42, p < .01$ )

との間にそれぞれ中等度の相関が確認された。主観的健康統制感の「専門職」とセルフケア能力の「健康管理法の獲得と継続」( $r=.45, p < .01$ )との間に中等度の相関が確認された。一方で、セルフケア能力の「有効な支援の獲得」との間に相関はなかった。

また、主観的健康統制感の「偶然」及び「超自然・報い」とセルフケア能力との間に相関はなかった。

## V 考 察

### 1. 今回の分析対象者の特徴

今回、分析対象となった外来化学療法を受けているがん患者 93 名の多くは、PS が 1 であり、がんや化学療法に伴う症状が出現しているものの、軽労働可能な身体状況の者であった。また、配偶者がいない者に比べている者の方が多く、また、就労中の者より未就労の者の方が多かったことから、外来化学療法を受けているがん患者の多くは、配偶者からの支援を受けながら、自宅で療養している者であったと考えられた。

### 2. 基本属性及び「人や社会とのつながり」とセルフケア能力との関連

セルフケア能力に性差はなかったことから、がん患者には自らの安寧のために自身の体調や環境を調整する能力、すなわち、セルフケア能力が備わっていると考えられる。また、疾患や療養期間によるセルフケア能力に差異はなかったことから、セルフケア能力は治療経験により獲得されるものではないことが考えられた。

一方、年齢を 3 群に分類し、3 群間のセルフケア能力を比較したところ、30～49 歳のがん患者に比べて 65 歳以上のがん患者の方が「健康管理法の獲得と継続」及び「体調の調整」のセルフケア能力が有意に高かった。板垣ら<sup>11)</sup>は、50 歳以上の人々の保健行動の実態と保健行動への影響要因を検討した研究において、老年期の者は加齢に伴う身体機能の低下と社会的役割の減少から自己の健康に対する関心が高まることにより、保健行動を優先させるようになることを述べている。このことから、65 歳以上のがん患者は、加齢に伴い身体機能の低下を自覚しはじめ、また、周囲から病気に関する話を聞くようになることで健康管理へ

の意識が高まり、健康管理法の獲得や体調を調整するといったセルフケア能力が高められると考えられる。また、社会的役割の減少により時間的余裕が確保されることから、健康管理を継続的に行うことができるようになると考えられた。

さらに、人とのつながりという観点から、配偶者の有無別にセルフケア能力を比較したところ、配偶者がいない者に比べている者の方が「体調の調整」及び「有効な支援の獲得」のセルフケア能力が高かった。山中ら<sup>6)</sup>は、がん患者は「支えられる存在」だけでなく、「思いやる存在」として自分の存在意義を実感することにより、自分の生きる意味を見出し、セルフケア行動をとっていたと述べている。このことから、配偶者の存在は、患者にとっての生きがいであり、配偶者に負担をかけまいと生きようとする思いが、体調を調整するというセルフケア能力を高めていると考えられる。また、配偶者を療養中の支援者として認識し、支援を求めることにより有効な支援が受けられることから、がん患者のセルフケア能力は向上すると考えられた。

また、患者仲間がいない者に比べている者の方が「有効な支援の獲得」のセルフケア能力が高かった。北添ら<sup>12)</sup>は、がんや治療による辛さは同病者にしかわからないとして、患者は患者仲間の交流により辛さを癒し、化学療法に対する気力を蓄えていたと述べている。患者仲間との交流が、治療継続のための方略の獲得や精神的安寧につながることから、がん患者のセルフケア能力は向上すると考えられた。以上のことから、がん患者のセルフケア能力の向上には、がんサロンなどのような患者同士が交流できる機会を医療者が提供していくことが有効であると示唆された。

今回、患者属性とセルフケア能力との関連を検討した結果、① 65 歳以上の者、② 配偶者がいる者、③ 患者仲間がいる者は、セルフケア能力が高いことが明らかとなったことにより、がん患者のセルフケア能力を高める要因の把握につながったと考える。同時に、どのような患者に対してセルフケア支援を行うべきかという指標を得ることができたと考える。

### 3. 主観的健康統制感とセルフケア能力との関連 健康や病気の原因を自分自身に求める者、つま



り、内的統制感が高い者は、「健康管理法の獲得と継続」、「体調の調整」、「健康管理への関心」のセルフケア能力が高かった。また、「偶然」及び「超自然・報い」といった外的統制感とセルフケア能力には関連がなかった。この結果は、Weerdtら<sup>3)</sup>の外的統制感を弱めたことにより糖尿病患者のセルフケア行動が促進されたという結果と一致するものであった。沓脱ら<sup>13)</sup>は、内的統制感の高い者は、自分自身が主体となって健康を回復させようという傾向が強いとし、また、北添ら<sup>12)</sup>は、がんは自分の病気であると認識し、自分自身もできる限り頑張ることが大切であるという気づきを得て、がんに向き合い、治療を継続していたと述べている。このことから、外的統制感の高い者に比べて内的統制感の高いの方が健康管理への意識が高く、主体的に病気と向き合うことができることからセルフケア能力が高いと考えられた。

つまり、外来化学療法を受けるがん患者のセルフケア能力の向上には、健康管理の主体は自分自身にあるという内的統制感を高める支援が必要であると示唆された。

健康や病気の原因を家族に求める者は、「健康管理法の獲得と継続」、「体調の調整」、「健康管理への関心」、「有効な支援の獲得」のセルフケア能力が高かった。主観的健康統制感の「家族」は、病気が回復するためには家族の支援が必要であることや健康を維持できているのは家族のおかげだというように、家族を重要な支援者として捉える傾向にあった。配偶者がいる者の方がセルフケア能力は高かったとする結果の考察と同様、健康や病気の原因を家族に求める者は、家族のことを治療継続上、欠かすことの出来ない支援者として捉えており、家族からの支援を受け、自分も家族のために生きようとする思いが、患者のセルフケア能力を高めると考えられた。

健康や病気の原因を「専門職」である医師に求める者は、「健康管理法の獲得と継続」のセルフケア能力が高かった。一方で、「有効な支援の獲得」のセルフケア能力とは関連がなかった。小林ら<sup>14)</sup>は、健康や病気の原因を「専門職」に求める者は、医学的知識や技術を重視する傾向にあると述べている。健康や病気の原因を医師に求める者は、医師から手段的サポートを受けやすいこと

から、セルフケア能力の向上につながると考えられる。また、「有効な支援の獲得」との関連がなかったのは、がん患者が医師以外の医療者から支援を受けていたことも考えられた。以上のことから、より一層、がん患者が医療者から手段的サポートを受けやすいように、外来化学療法室における支援体制の整備並びに強化が必要であると考ええる。

## VI 本研究の限界と今後の課題

本研究は、セルフケア能力に関連する要因について多変量解析を行っていないことから、関連性の検討が不十分であると考ええる。また、1施設の外来化学療法室におけるがん患者を対象としていることから、一般化には限界がある。そのため、セルフケア能力に関連する要因については、さらなる検討が必要である。

本研究に使用したセルフケア能力を査定する質問紙は、がん患者に特化した尺度ではなかったことから、今後は化学療法を受けるがん患者に特化したセルフケア行動の評価尺度を作成し、セルフケア能力がセルフケア行動の獲得にどのように関連しているのかについて検討していくことが課題である。

## VII 結語

外来化学療法を受けているがん患者のセルフケア能力に関連する要因を検討した結果、①65歳以上の者、②配偶者がいる者、③患者仲間がいる者の方がセルフケア能力は高かった。また、主観的健康統制感においては、健康や病気の原因を自分自身または家族に求める者の方がセルフケア能力は高かった。

### 謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、研究にご理解いただきフィールドを提供してくださいました対象病院の皆様並びにご指導賜りました諸先生方に心より感謝申し上げます。

### 引用文献

- 1) 本庄恵子：壮年期の慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の開発——開発の初期の段階——，日本看護科学学会誌，17(4)，46-55，1997.
- 2) 本庄恵子：慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂，日本看護科学学会誌，21(1)，29-39.

- 2001.
- 3) Weerdt de I, Visser AP, Kok G, et al : Determinants of active self-care behavior of insulin treated patients with diabetes -Implications for diabetes education -, *Social Science & Medicine*, 30(5), 605-615, 1990.
  - 4) 奥野英美, 勝岡憲生, サンティス智恵, 他 : 成人アトピー性皮膚炎患者の心理・社会的要因の研究 (第2報) —セルフケア行動の遂行に関連する要因の検討—, *日本皮膚科学会誌*, 110(5), 845-851, 2000.
  - 5) 布川真記, 古瀬みどり : 外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動, *日本看護学会雑誌*, 32(2), 93-100, 2009.
  - 6) 山中道代, 黒田寿美恵, 網島ひづる : 肝がん患者のセルフケア行動とセルフケア行動に影響する要因, *広島県立保健福祉大学誌 人間と科学*, 5(1), 119-127, 2005.
  - 7) 飯野京子, 小松浩子 : 化学療法を受けるがん患者の効果的なセルフケア行動を促進する要素の分析, *日本がん看護学会誌*, 16(2), 68-7, 2002.
  - 8) 齋藤智子, 佐藤富美子 : 外来で化学療法を受けるがん患者のセルフケア行動と自己効力感の関連, *日本がん看護学会誌*, 24(1), 23-33, 2010.
  - 9) 堀毛裕子 : 日本版 Health Locus of Control 尺度の作成, *健康心理学研究*, 4(1), 1-7, 1991.
  - 10) Wallston KA, Wallston BA, Develis R: Development of Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales, *Health Education Monographs*, 6, 160-170, 1978.
  - 11) 板垣恵子, 萩原晴美, 小林淳子, 他 : 50歳以上の人々の保健行動, *東北大学医療技術短期大学部紀要*, 6(1), 35-40, 1997.
  - 12) 北添可奈子, 藤田佐和 : 外来化学療法を受けるがん患者の“前に向かう力”, *日本がん看護学会誌*, 22(2), 4-13, 2008.
  - 13) 杏脱正計, 黒岩誠 : 外来患者の主観的健康統制感・主観的病状が医療者へ求める説明に与える影響について, *こころの健康*, 22(1), 56-64, 2007.
  - 14) 小林淳子, 堀毛裕子 : 看護者の保健指導への態度と主観的健康統制感との関連, *健康心理学研究*, 11(2), 76-85, 1998.