

糖尿病のエンパワーメント・カウンセリング

久保克彦

I はじめに

糖尿病患者は、すでに習慣化した日常生活行動を大きく変容させながら、自分から積極的にセルフケア(自己管理)に取り組んでいかなければならないという、たいへん困難な課題に直面している。このような課題を前にして、その困難さに圧倒され立ちすくんでしまっている患者に対して、我々は一体どのような援助ができるのだろうか? 「頑張れ、頑張れ」と励ますのは簡単なことである。しかし、これでは「セルフケアは、あなたが自分で頑張るしかないんですよ」「所詮は他人事で、私には関係ない」という感じしか伝わらず、患者からやる気や主体性を引き出すことはできない。こうした場面では、つらくて苦しい胸のうちをじっくり語ってもらって、感情的な問題を解決する必要がある。そのためには、そうした話をしっかり傾聴してくれて、パートナーとして一緒に治療に取り組んでくれるヘルスケアプロバイダー(糖尿病患者の治療に関わるすべてのスタッフ)の存在が不可欠なのである。従って、これからのヘルスケアプロバイダーには、患者の心理についての知識とともに、患者との間に援助的な人間関係を育てていくためのカウンセリングマインド(来談者との間にあたたかくて信頼感に満ちた人間関係を作っていく姿勢や態度や心構え)を身につけることが求められる。同時に、これからの患者教育は、ただ単に知識を伝達したり技術を教えたりするだけではなく、療養指導を行う中で顕在化してきた患者の心理的問題にも対応し、患者が主体的にセルフケアに取り組んでいけるように援助するものになっていく必要がある。

Ⅱ 糖尿病患者教育における「成長モデル」

事例1 インスリン自己注射を拒否する患者

〈患者紹介〉

52歳の男性。2型糖尿病。今回の入院は2回目であり、血糖コントロール改善のためにインスリン治療への切り換えを目標としている。入院中に低血糖症状を来したことはない。職業は建築業(大工)。物静かで口数が少なく、寡黙な職人気質の人という印象である。看護師とのやりとりも、ほとんど聞かれたことのみ返事をする程度であった。

〈場面〉

入院期間を通してインスリン自己注射の指導を行ってきたが、患者は退院間近となっても自己注射に対して拒否的である。説得したりなだめたりしながら自己注射を促すが、「看護師さんが打ってくれ」と言うだけで、自分でやろうとはしない。そのために看護師が再三説明を試みるが、インスリンの話になると不機嫌になり、そっぽを向いてしまうようになっていた。

Nr (Nurse—看護師)1：明日からインスリンの量が20単位から18単位に減るので、覚えておいてくださいね。

Pt (Patient—患者)1：なんで、来る看護師来る看護師、インスリンの話ばかりするんや。俺は入院しとるんや。看護師に注射してもらうのは当然の権利や。忙しい時に手間かけるのは悪いと思とるけど、これは看護師の仕事や。 (不機嫌な表情で、声も段々大きくなり、怒鳴る寸前の状態)

Nr2：確かに、インスリンの注射を打つことも看護師の仕事ですけど、患者さんに自分で打ってもらうようにしていくのも看護師の仕事なんですよ。

Pt2：そんなことばかり言うて、看護師が楽したいからそんなこと言うんや。ちょっとインスリン打ってもらうことが、そんなに悪いんか！ (大声で怒鳴る)

Nr3：決して看護師が楽したいから、自分で打ってもらおうと思っているわけではないんですよ。退院したら自分で打たなくてはならないから、練習してもらおうとしているだけなんですよ。

Pt3：今朝来たTという看護師は、入院しとるから打たなあかんと言うてた！ それやったら、退院したらもう打たんでええやろ！退院したらお前らには関係ないんや。俺が死のうがどうしようが、お前らには関係ないやろ！

Nr4：朝の看護師の言った「入院してるから打たなあかん」という言葉が一番腹立たんかなあ。

Pt4：……(少し表情が和らぎ、看護師の話の聞こえようとしている)

Nr5：きっとT看護師さんは、退院してからのSさんのことを考えて、入院している間に練習してもらおうと思って、そう言ったと思うんやけどねぇ。言葉が足りなかったかもしれないね。Sさんはどうなったら一番いいのかなあ？一番して欲しいことを言ってみてくださいよ。

Pt5：退院までは、インスリンの話は一切せんといてくれ。退院が近づいたら練習するから。

Nr6：わかりました。じゃあ退院の何日前から練習しますか？

Pt6：2日前からする。

Nr7：そしたら、その時までにはインスリンのことは言わないように、他の看護師さんにも言っときますからね。

Pt7：わかった。

この事例は、インスリン自己注射を指導しようとする看護師と、それに対して拒否的であろうと怒り出してしまった患者とのやりとりである。ここでは、激怒した患者に対して、看護師がそれまでの説得的で防衛的な態度から共感的で理解的な態度に接し方を変えたことによって、患者の怒りがおさまり、問題解決のためのやりとりに発展したというプロセスになっている。ところで、それまで寡黙であった患者が、なぜ突然激怒するようなことになってしまったのだろうか？おそらくこの患者は、看護師1の発言の「覚えておいてくださいね」という言葉に反応したと考えられる。この「覚えておいてくださいね」という言葉には、「これはあなたの仕事ですよ」「あなたがやるしかないですよ」「やらなかったら、どうなっても知りませんよ」といったニュアンスが含まれており、これが患者には癪にさわわり怒りをぶつけることになったと思われる。ここには、セルフケアという課題の遂行を、患者にだけ押しつけてしまっている従来の糖尿病患者教育のあり方の問題があらわれている。

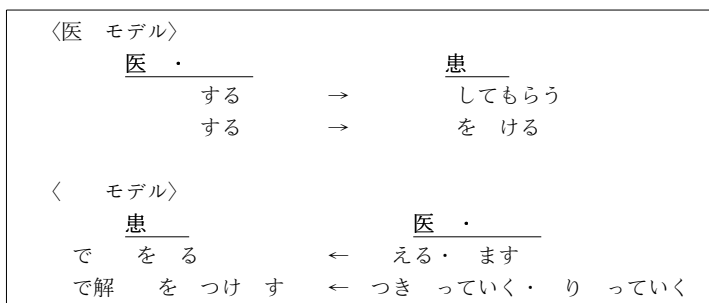
糖尿病患者に対する従来の患者教育というものは、「医療モデル」に従った形で、医師や看護師がセルフケアについて一方的に指示を与え、これを患者がいかに忠実に守るかというコンプライアンス(医師や看護師の指示に対する遵守)が重視されてきた。従って、医師・看護師と患者との関係は、

「す—してもらおう」「する—してもらおう」という になりやすく、患 はいつも け の にとどまってしまうことになる。そのために、 のやり では、セルフケアに に り んでいくという患 の や は育ちにくいのである。

こうした患 育においては、患 が の や 活にとっての意 や の に づくこと、さらには、セルフケアの を 与えるようになることが であり、医 や はその過 を援 し、 づけていくことが められる。このような は、患 の を していくという「 モデル」に う であり、援 である医 や には、患 とともに えて— に を めていくという が なのである(1)。

これは、まさにカウンセリングにおいて、患 (クライアント)が で を り、それを り下げ、 の で解 を つけ していく に、カウンセラーが「つき っていく」「り っていく」という と なるものである。このようなカウンセリング な が、これからの患 育には められているのであり、コンプライアンスよりもアドヒアランス(の から までの過 に患 が に 加すること)の 化に をあてていくことが なのである。

、 において 開されているエンパワメント・アプローチも、



1 医 モデルと モデル

このような姿勢を基本的理念にしており、一緒に治療を進めていくパートナーシップ関係を形成することや、患者が成長する力や自己決定する力を尊重することが欠かせない条件となっている(Anderson, Funnell : 2000)。

ところで、従来の糖尿病患者教育においては、医師や看護師の指導や指示を守れない患者は、「わがままな患者」、「自己中心的な患者」、「コンプライアンスの悪い患者」、時には「糖尿病性格の患者」とされてきた。しかし、「セルフケアにやる気をもせない」患者や「セルフケアを実行できない」患者には、やる気が起きない理由や実行できない理由があるのではないかと考えてみる必要がある。その上で、やる気が起きない理由や実行できない理由を明らかにしていくのであるが、それにはまず、患者の胸のうちにあるものをすべて「聴く」ことが大切である。患者の心の中の思いを共有しない限り、問題解決の糸口は見えてこないのである。患者の心の声を傾聴して初めて明らかになってくるのが、表1や表2のような内容である。

これらは、比較的好く見受けられる「やる気が起きない」「実行できない」理由である。患者ひとりひとりには、それぞれ固有のセルフケアをうまく進めていけない理由があるのであり、その患者に固有の問題をしっかりと聞き出すことによって、問題解決の糸口もつかめるのである。また、そうした理由には、セルフケアに対する「怒り」「悲しみ」「恨み」「不安」

表1 インスリン自己注射を拒否する理由

<ul style="list-style-type: none"> • いよいよ治らない病気になってしまったという現状への絶望 • 一度打ち始めたら一生打ち続けなければならないという将来に対する不安や束縛感 • こんなものに頼らなければ生きていけないのかという自己卑小感による自尊感情の低下 • しっかりとした説明もなしにインスリン治療への切り換えを言い渡されたことによる医師や看護師への不信感 • QOL (生活の質)の低下に対する不安 • 針恐怖
--

表2 食事療法にやる気が起きない理由

- 本当はやる気がないわけではなく、食事療法を守らなければならないことは百も承知だが、これが一生続くのかと考えると憂うつになってしまう
- 好きなものを食べる自由を奪われてしまったという喪失感
- みんなと同じものが食べられないという孤独感
- 長い間食事療法を続けてきて、もう疲れ果ててしまったという燃えつき感
- 合併症が恐くて、病気そのものを否認(不安を引き起こすような現実的な状況を無意識的に認めようとしないこと)している

といった感情的な反応を背景にもつ場合が多い。こうした感情的反応を調整し病気状況に適応できるように援助することなしには、いくらセルフケアに関する知識を与えたとしても、それらは一向に身につかないのである。

Ⅲ エンパワーメント・カウンセリング

1 エンパワーメントとは

エンパワーメントという言葉は、権限委譲を意味する法律用語として、17世紀に使用されるようになったと言われている。その後、1960年代の米国における公民権運動やフェミニズム運動といった様々な社会変革活動を支援する考え方として、より広範に使用されるようになった。その結果、このエンパワーメントという言葉には、本来の「権限を与える、能力を与える」という意味だけでなく、「人間が奪われた力を取り戻して、自立していくプロセス」という意味も付け加えられたのである。そのために、現在では医療や看護、社会福祉、教育などの様々な領域において、「個人が自らの生活をコントロールし、自己決定していく能力を開発するプロセス」を表す概念として用いられるようになった。

近年、米国において、慢性疾患を管理していく方法として、このエンパワーメントという考え方が注目されている。糖尿病は代表的な慢性疾患であり、病気をコントロールしていく必要がある。血糖コントロール不良のまま年月が経過すると、網膜症や腎症、および動脈硬化性疾患などの慢性

合併症を発症する危険性が高くなる。そこで、糖尿病治療では、患者自身が積極的にセルフケア(自己管理)に取り組む姿勢が不可欠となる。しかし、このセルフケアは、食事療法や運動療法、服薬、血糖測定、インスリン注射など、複雑多岐にわたっており、患者は困難な課題に直面させられることとなる。そのために、セルフケアにまったくやる気をもせないといった問題を抱え込む患者も多い。このような無気力(パワースレス)状態に陥った患者に対しては、医師や看護師が患者と一緒に治療を進めていくようなパートナーシップ関係を形成することや、患者が成長する力や自己決定する力を尊重するなどのエンパワーメントによって、意欲を回復させることが必要となる。

2 Funnellのエンパワーメント・カウンセリング・モデル

Funnell (2001)は、医師や看護師が患者を一方向的に指導しようとするのではなく、適切な質問をすることによって、患者が自らの糖尿病に対する責任に気づき、達成可能な目標を設定して、行動を変えていけるよう援助することが大切であるとしている。その上で、エンパワーメント・カウンセリングの過程に、ステップ1からステップ4までの4つの段階を設定している。表3は、それぞれの段階において使用される適切な質問の例である。

この4つのステップは、すべての患者がステップ1から始めなければならないわけではない。患者がまだ前熟考期にある場合は、その考え方や感情を理解するためにステップ1から始めなければならないが、患者が目標を明確にしたり計画を立てる必要がある準備期にある場合は、ステップ3から始めればよいのである。

Funnellは、エンパワーメントとは「患者が自分の力で糖尿病をコントロールできることに気づくよう援助すること」であるとし、医療スタッフの役割は「患者が十分な情報を持ち、自発的に決定をして、問題解決するように教育すること」であるとしている。

表3 Funnellのエンパワーメント・カウンセリングの質問例

ステップ1：問題点を探る(過去)
何が起こりましたか？
何をしましたか／言いましたか？
周囲の人は何をしてくれましたか／言ってくれましたか？
何を感じていましたか？
何を考えていましたか？
周囲の人は何を考えたり感じたりしていましたか？
何が必要でしたか？
周囲の人は何が必要でしたか？
ステップ2：感情と意味を明確にする(現在)
あなたは _____を感じていますか？
あなたが(感情を記入： _____)を感じているのは、(意味を記入： _____)という理由のためですか？
ステップ3：計画を立てる(未来)
何が必要ですか？
この状況を考える時、(ある特定の時間、たとえば1ヵ月後、3ヵ月後、1年後)には、どのような状態になりたいと思っていますか？
他の選択肢はありますか？
何が障害となっていますか？
誰が援助してくれますか？
選択したことに対する損失と利益は、どんなことですか？
一緒に計画を立てましょう。
ステップ4：行動への決意(未来)
この問題を解決するために必要なことをする気持ちはありますか？
何から始めますか？
何時からそれを始めますか？
どうなればそれがうまくいったことになりますか？

次に、このエンパワーメントの考え方を取り入れたカウンセリング技術を紹介する。

3 望ましくない対応と望ましい対応

事例2 望ましくない対応

Pt (Patient - 患者)1 : ええ、問題は食事療法だと思います。
Nr (Nurse - 看護師)1 : どのようなことが問題だと思いますか？
Pt2 : はい。先生には「1,400キロカロリーに下さい」と言われているんです。
「成人女性の1日の標準カロリーが1,800くらいだから、それほど難しくないだろう」って言われるんですけど…。
Nr2 : そうね。400キロカロリーを減らすだけですものね。
Pt3 : でも、あれでは少なすぎて、食べた気がしないんです。
Nr3 : 足りませんか？
Pt4 : 全然足りませんよ。昨夜なんかお腹がすいて、眠れなかったくらいです。
Nr4 : でもね、〇〇さんの糖尿病の治療のためには、食事療法が必要なんですよ。これは、〇〇さんの身体のためなんですよ。
Pt5 : いくら身体のためって言われても、こんな食事じゃ、病気がよくなる前に餓死しちゃいますよ。
Nr5 : 何、言ってるの、大げさな。
Pt6 : 昔から食事はいつも、お腹一杯食べないと気がすまないんです。あんな食事を続けるのは、絶対、無理だと思います。
Nr6 : 無理でも頑張らないと。自分のためなんだから。
Pt7 : 頑張られて言われてもねえ。そんな気持ちにはなれないわ。
Nr7 : そんな弱音を吐いちゃ、駄目よ。もっと頑張らないと。
Pt8 : ………

事例3 望ましい対応

Pt1 : ええ、問題は食事療法だと思います。
Nr1 : 食事療法が一番問題だと思うんですね。
Pt2 : はい。先生には「1,400キロカロリーに下さい」って言われてるんです。
「成人女性の1日の標準カロリーが1,800くらいだから、それほど難しくはないだろう」って言われるんですけど…。
Nr2 : うん、うん。
Pt3 : でも、それでは、ご飯が少ししか食べられなくてね。何だかすごく惨めな感じがするんです。何で私だけがこんなつらい思いをしないといけないのかなあって思って…。それほど欲しいと思ってるわけでもないのに、食べたくなるのよね。食べられないとなると、食い意地が張っていうのかなあ。「あれも食べたい」「これも食べたい」「今、食べておかないと、今度はいつ食べられる

かわからない」って、そんな切羽詰まったような気持ちになってくるのよ。

Nr3：自分だけがと思うと、確かに惨めでつらいですよ。それに、食べたらいけないと思うから、余計に欲しくなるということですね。

Pt4：そうそう、そうなのよ。せっかく私の体のことを心配して、先生も言ってくれてるのよね。私がこんな調子じゃあ、駄目よね。

Nr4：自分はきちんとやりたいと思いつながら、なかなかうまくいかないのは、つらいですね。

Pt5：本当にそう。先生や看護師さんに「駄目な患者」って思われてるんだろうとか、悪く悪く考えるようになってちゃってね。どうして食事療法って、こんなにたいへんなんでしょうね。

Nr5：食事療法に圧倒されてしまってるって感じですよ。

Pt6：ええ、そうなんです。でもまあ、自分のことだから、何とかしないとねえ。先月は何もできてなかったから、今月はとにかく何とかやってみます。

Nr6：どんなことをやってみようと考えておられますか？

Pt7：うーん。まず、10キロぐらい減量しようかな。

Nr7：えっ、10キロの減量ですか？その10キロというのは、どこから出た数字ですか？

Pt8：以前からそれくらい減るといいなと思ってたんです。

Nr8：その減量って、来月の診察までにできると思われます？

Pt9：それは無理かな…多分、難しいと思います。でも、目標は大きい方がいいでしょ。

Nr9：うーん、長い目で見たときには、そういう目標もいいでしょうね。でも、来月の診察までに、何ができますか？もう少し小さな目標にできませんか？

Pt10：そうですね。じゃあ、1ヵ月間、おやつを食べないようにします。

Nr10：うーん。その気持ちはわかりますが、それも頑張りすぎじゃないですか？1週間のうちの1日だけ、たとえば水曜日だけおやつを食べないことから始めるのはどうですか？

Pt11：でも、それだけじゃ頑張った気持ちになれないし、火曜日と木曜日の2日おやつを食べないようにしてみます。その日は仕事が忙しいんです。これまでだって、おやつどころでなかったことが多かったから。

Nr11：そうすると、これまでも火曜日と木曜日は間食なしでやれてたんですね。それはすごい！それだと、この目標は達成できそうですかね？来週の診察のときに、その結果を聞かせてくださいね。

Pt12：はい、わかりました。それくらいなら、きっと楽勝だと思います(笑)。

4 エンパワーメント・カウンセリングのポイント

① 傾聴して、問題を探る

一般にカウンセリングとは、心の悩みや問題を打ち明けるとカウンセラーから何か有効な助言がもらえて悩みや問題が解決すると思われる。しかし、他者から与えられた助言や忠告といったものは、本当の問題解決にはならないのである。たとえば、糖尿病患者教育において、医師や看護師が糖尿病をそのまま放置しておくことと怖い合併症が待っているといくら忠告しても、それがそのままセルフケアへの動機づけにはならないことはよく経験することである。このような際には、患者がセルフケアへと進めない自らの問題を探り、それを掘り下げ、自分自身の力で解決方法を見つけ出すことが必要であり、その過程を励ましながら一緒に歩いていくのが医療スタッフの役割である。もちろん、助言を与えることが必要になる場合もあるが、それよりも、患者の心の中にあるものを上手に「聴く」ことが大切であり、話し上手よりも聴き上手になることが求められる(事例3のNr2がそれに該当し、事例2のようにすぐに何か応答しようとはしていない)。

こうしたことから、エンパワーメント・カウンセリングの基本は、まず聴くことであるといえる。相手の話を真剣に、そして批判せずに中立的な立場で傾聴し、相手があるがままに受け容れ、その中でその患者に固有の問題を探っていくのである。しかし、この中立的にかつ真剣に聴くというのは、簡単そうに思えるが、実際にやってみると意外に難しいものである。相手の話を聴いているうちに、それを適・不適(適切であるか、不適切であるか)や善・悪(よいか、悪いか)などで判断して評価したくなったり、批判したくなったり、自分の意見を言いたくなったりする。しかし、それをそのまま言葉に出して言うてしまうと、患者は話したいことも話せなくなってしまし、安心して話ができる場面ではなくなってしまう。さらには、医師や看護師に対して依存的になってしまったり、逆に信頼関係を築けなくしてしまったりするのである。

事例2では、看護師は「そんな弱音を吐いちゃ、駄目よ。もっと頑張ら

ないと」と一生懸命励ましているのであるが、これに対して患者は何も話せなくなって、沈黙してしまう結果になっている。看護師のこの発言は、弱音を吐くことは悪いことであると評価しているのであり、その背景には「人間はどんなときも、強くあるべきである」という看護師がもつ価値観の押しつけになっている。このような態度で面接されると、患者は食事療法がつかなくて弱音を吐きたいときでも、「この人には弱音を吐けない」「これ以上話しても無駄だ」という気持ちになってしまう。

それから、患者が安心して話せる医療スタッフの姿や態度というのは、相手の方に身体を前傾させて、視線を合わせ、少し微笑み、話の内容に応じて相づちを打ったりうなずいたりするといったものである。

② 共感的理解を示し、感情的問題を整理する

人は自分の悩みをじっくり時間をかけて聴いてもらえるだけで、心がやすらぎ落ち着くことができる。このような接し方を基本にして、相手が心の中で感じていることを自由に表現できるように働きかけ、怒りや不安といった感情的な問題を解放し、問題解決へと結びつけていくのが、カタルシス(精神的浄化)の機会を作ると表現されるカウンセリング技術である。

前述のように糖尿病患者に心理的援助を進めていくには、患者の感情的な問題も積極的に取り上げ、そうした問題を調整したり整理することが大切である。そのためには、患者の話すことを単に「聞く」のではなく、真に「聴く」ために、患者の感情に焦点をあてて聴くことが必要である。会話には必ず内容と、その背後に存在する感情があるのだが、その感情の方に言葉を返していくのである(事例3のNr3とNr4が該当する)。患者の「糖尿病がつかなくて苦しい」という健康を喪失した悲しみに対しては、「つらいですよね」「苦しいですよね」と共感的理解を示し、泣きたいだけ泣かせてあげる必要がある。また、「どうして私だけが、こんなにつらい思いをしなければならないのですか？」という自己の運命に対する怒りに対しては、怒りたいただけ怒らせてあげることが大切である。このような態度で

接することによって感情的な問題の整理がついてから、患者が現在直面している問題にどのように取り組んでいくかを、患者と一緒に考えればよいのである。

③ 相手の表現を助け、適切な質問をする

人は誰しも、自分の思いをそのまま表現できたらいいと考えながらも、実際にはなかなか思い通りには表現できないでいる。そこで、患者が話し終えた時に、相手の言いたいことや感じていることをこちらが要約して、「あなたがおっしゃりたいことは、～ということですか?」「このように感じているのですね」と返すことが大切である。それは同時に、こちらの言葉で表現して相手に返し、その反応を見てこちらが正しく理解できているかを確認する作業でもある。

このように相手の表現を助けることによって、患者が抱えた問題を明らかにしていくのである。したがって、医療スタッフは患者が自己の感情や心配事を表現しやすくなるように心がけることが大切であり、場合によっては、そうした表現が可能となるように、「どんなことが心配ですか?」「何が一番難しいですか?」といった適切な質問(事例3のNr6が該当する)や、「その後、いかがですか?」「どうされました?」といった漠然とした全般的な情報を求めるような開かれた質問をする必要がある。

④ 実行可能な目標を、一緒に考えて設定する

認知心理学における健康行動に対するセルフエフィカシー(自己効力感)という概念は、患者教育において、患者に自分の問題を自分で解決していくというセルフコントロール能力を形成させる際には、非常に重要である。

このセルフエフィカシーというのは、ある課題に対して自分ならこままでできるという遂行可能感であり、目標に到達するのに必要な手順を組み立て、それを実行できる能力を自分がもっていると思えることである。健康行動の形成や維持を効果的に行うためには、このセルフエフィカシーを

高めることが重要である。患者教育においても、患者にやる気を起こさせたりセルフケアができるようになってもらうためには、患者のセルフエフィカシーを高め、患者がその課題を実行できるという確信をもてるようにする援助が必要である。それには、患者指導において、1) できるだけ小さく、より具体的な目標設定をすること(事例3のNr9とNr10が該当する)、2) 適切なモデル(課題を完璧に遂行するモデルは遠くて大きな目標になってしまうので、何とかこなせているモデル)を提供すること、3) 賞賛する(できていないことを見つけて叱るのではなく、できていることを見つけ出してほめる)こと(事例3のNr11が該当する)、などが求められる。

事例3のPt6「(食事療法を)今月はとにかく何とかやってみます」のような発言を患者から聞くと、医療スタッフは「とうとうやる気になってくれたか」とそれだけで安心してしまう。しかし、患者のセルフエフィカシーを高めるためには、このような大きくて漠然とした目標設定で終わらずに、患者が実行可能な目標にするために、「できるだけ小さく、より具体的な目標」を一緒に考えて設定することが大切である。

IV おわりに

糖尿病患者に求められるセルフケアは、食事療法や運動療法、服薬、血糖自己測定、インスリン自己注射など、複雑多岐にわたっている。その上、すでに習慣化した日常生活行動を大きく変化させながら、新たにこれらのセルフケアを進めていかなければならず、相当な困難さを伴うことになる。実際、「そんなはずはない」「たいしたことではない」と病気を否認してセルフケアに取り組もうとしない患者、「なぜ自分だけがこんな食事をしなければならないのか」という怒りのために食事療法に取り組めない患者、十分な説明もなしにインスリン治療への切り換えを言い渡され医療スタッフへの不信感からインスリン自己注射を拒否する患者、何度もセルフケアの取り組みに失敗して燃えつきってしまった患者など、病気や治療に対する

様々な感情的問題を抱えて、セルフケアをうまく実行できない患者は多い。従って、患者が積極的にセルフケアに取り組めるようにするためには、こうした感情的問題を調整し病状に適切できるように援助する必要があると考える。

引用・参考文献

- (1) Anderson, B. J., Rubin, R. R.: Practical Psychology for Diabetes Clinicians. American Diabetes Association, 1996. (中尾一和, 石井均 監訳, 久保克彦, 他, 訳: 糖尿病診療のための臨床心理ガイド, メジカルビュー社, 1997.)
- (2) Anderson, B., Funnell, M.: The Art of Empowerment. American Diabetes Association, 2000. (石井均 監訳, 久保克彦, 他, 訳: 糖尿病エンパワーメント, 医歯薬出版, 2001)
- (3) Friedman, N. eds.: Caring for the Diabetes Soul. American Diabetes Association, 1997. (石井均 監訳, 久保克彦, 他, 訳: 糖尿病こころのケア, 医歯薬出版, 1999.)
- (4) Funnell, M.: 新しい患者教育—エンパワーメント法とは, 第1回糖尿病—心理と行動研究会, 2001.
- (5) 石井均, 久保克彦: 糖尿病ナースング, ナースビーンズ, 3(5); 9-31メディカ出版, 2001.
- (6) 石井均, 久保克彦: 糖尿病教育における心理的アプローチの重要性. Pharma Medica, 20, 25-31, 2002.
- (7) 石井均, 辻井悟 編, 久保克彦, 他, 著: 糖尿病看護のポイント150 改訂3版, メディカ出版, 2004.
- (8) 石井均, 辻井悟 編, 久保克彦, 他, 著: ホップ・ステップ! 糖尿病教室, 南江堂, 2004.
- (9) 久保克彦: 栄養カウンセリングのための基本的技術, 石井均 編: 栄養士のためのカウンセリング論, 建帛社, 2002.
- (10) 久保克彦: セルフケアができない糖尿病患者に対する心理的援助, 菅佐和子 編: 医療現場に生かす臨床心理学, 朱鷺書房, 2004.
- (11) 久保克彦: 糖尿病患者のグループセラピー, 繁田幸男, 景山茂, 石井均 編: 糖尿病診療事典, 医学書院, 2004.
- (12) 久保克彦: 糖尿病教育入院へのグループ療法導入の試み. 心理臨床学研究, 22, 337-346, 2004.
- (13) Polonsky, W. H.: Diabetes BURNOUT. American Diabetes Association, 1999. (石井均 監訳, 久保克彦, 他, 訳: 糖尿病バーンアウト, 医歯薬出版, 2003)