

血液透析患者の食事療法の認知状況と自己管理行動

著者	中村 雅美, 簗持 知恵子
引用	大阪府立大学看護学雑誌. 2020, 26 (1), P.71-77
URL	http://doi.org/10.24729/00016806

資 料

血液透析患者の食事療法の認知状況と自己管理行動

Cognition of Dietary Therapy and Self-management in Patients with Hemodialysis

中村雅美¹⁾・簗持知恵子¹⁾

Masami Nakamura, Chieko Hatamochi

キーワード：血液透析，食事療法，自己管理行動，ストレス，認知

Keywords: hemodialysis, dietary therapy, self-management, stressor, cognition

I. 研究背景

本邦における血液透析（以下、透析と略す）患者は2017年末の時点で約33万人であり、年々増加傾向にある（日本透析医学会統計調査委員会，2018）。透析患者は透析療法を受けるだけでなく、食事や服薬の管理、社会生活の調整などさまざまな自己管理が求められ、身体的、心理的、社会的なストレスに直面する（Miller, 2000）。慢性病患者では、ストレスに対して効果的に対応できないと自己管理できなくなると指摘され（Lubkin, et al., 2002）、2型糖尿病患者では、ストレスの認知状況と血糖管理には関連があると報告されている（Peyrot, et al., 1992；安田ら，2002）。透析患者では、透析療法に関するストレスを強く認知するほど健康状態を悪いと捉え、透析治療を受け入れにくく、透析間体重増加率が高かった（正木ら，1990；シェリフ多田野ら，2003）。したがってストレスの認知状況は、慢性病患者の自己管理行動を支援するうえで重要な観点であると考えられる。

透析療法に関するストレスのなかでも透析に伴う食事療法の認知状況は、他の治療法と比べて困難が大きく、ストレスとして強く認知されている（正木ら，1990；原ら，2004；シェリフ多田野ら，2006）。また透析に伴う食事療法は生命予後を左

右する最大要因であり（椿原，2007）、ストレスとして強く認知するほど透析間体重増加率が高いと報告されていることから、透析に伴う食事療法の認知状況への支援は、自己管理行動への支援のなかでも重要である。近年、透析患者の高齢化に伴い、フレイルやサルコペニアを合併した患者が増え（日本透析医学会学術委員会栄養問題検討ワーキンググループ，2019）、タンパク質の摂取不足による低栄養が課題となっている（菅野，2018）。また高齢化を背景に、健康な成人と透析患者の食事摂取基準は大きく変わらなくなるなど（菅野，2018）、透析患者の食事療法のあり方は変化している。さらに、世帯構造の変化、単独世帯の増加など、透析患者をとりまく社会情勢も変化しており（厚生労働省国民生活基礎調査，2019）、透析患者の身体的状況、社会的状況の変化に応じた食事の自己管理行動への支援が必要である。このように、食事療法や自己管理行動への支援のあり方が変化している状況においては、ストレスとしての食事療法の認知状況も変化していると考えられ、食事の自己管理行動を支える支援を検討する必要がある。

そこで本研究では、透析患者のストレスとしての食事療法の認知状況と自己管理行動の実態を明らかにし、透析患者の食事の自己管理行動を支援するための基礎的資料とする。

II. 研究目的

本研究の目的は、血液透析患者のストレスャーとしての食事療法の認知状況と自己管理行動の実態を明らかにし、食事の自己管理行動への支援を検討することである。

III. 用語の定義

1. ストレスャーとしての食事療法の認知状況
血液透析患者が、透析に伴う食事療法がストレスャー（自分にとって負担で安寧を危険にさらす状況）であるかを評価すること。
2. 自己管理行動
透析患者の食事療法に関する行動のことであり、食塩、水分、タンパク質、リン、カリウムの調整に関する行動と、必要な知識、態度も含む。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、血液透析患者のストレスャーとしての食事療法の認知状況と自己管理行動の実態を明らかにする、実態調査研究である。

2. 研究対象者および調査方法

研究協力の得られた外来透析クリニック4施設において外来透析を受ける、20歳以上で血液透析導入した者のうち、質問票に回答できる認知機能や身体状況であると医師が判断し、研究協力への同意が得られた患者127名を対象とした。自記式質問票調査および診療録からデータ収集を行った。

3. 調査内容と測定用具

1) 対象者の背景

性別、年齢、同居者の有無、就労の有無、透析歴、原疾患、調理担当者、外食回数を調査した。

2) ストレスャーとしての食事療法の認知状況

透析に伴う食事療法について、ストレスャーとしての認知の程度を、1因子からなる自作の尺度を用いて測定した。透析に伴う食事療法について、「まったくストレスでない」「ほとんどストレスでない」「少しストレス」「とてもストレス」の4段階リッカートスケールで回答を求めた。

「まったくストレスでない」と回答した者に対し、ストレスに感じない理由を、「ほとんど

ストレスでない」「少しストレス」「とてもストレス」と回答した者に対しては、「現在もっとも強くストレスに感じていること」を、自由記述で回答を求めた。

3) 食事の自己管理行動

①自己管理行動尺度

野澤ら（2007）が開発した「血液透析患者自己管理行動尺度」を使用した。この尺度は、3下位尺度、計33項目から構成されており、信頼性（Cronbach's α =0.919）、妥当性ともに検証されている（野澤ら、2007）。本研究は食事の自己管理行動に焦点をあてているため、下位尺度「食事療法と水分制限の遵守」22項目（Cronbach's α =0.922）を用い、「まったく実施していない」～「いつも実施している」の4段階リッカートスケールで回答を求めた。得点が高いほど食事の自己管理行動がとれることを示す。尺度使用に際し、開発者の許可を得た。

②食事の自己管理行動を示す生理的指標に関する情報収集用紙

透析前血液データ（血中尿素窒素、アルブミン、リン、カリウム）、ドライウエイトに対しての透析間体重増加率（本研究では中2日の体重増加率を用いる。以下、体重増加率とする）、1日推定塩分摂取量（以下、塩分摂取量とする）を調査した。なお塩分摂取量は、〔透析前血清ナトリウム濃度（mEq/L） \times 58.5 \times 中2日透析間体重増加量（kg）〕 \div 〔3日間 \times 1000〕で算出した（赤塚、2006）。

4. 分析方法

1) 統計解析には統計ソフトSPSS ver.25を使用し、統計学的検定における有意水準は5%とした。各変数について正規性の検定を行い、パラメトリック、ノンパラメトリック検定を行った。

2) ストレスャーとしての食事療法の認知状況について、「まったくストレスでない」と回答した者を「ストレスャー認知なし群」（以下、認知なし群とする）、「ほとんどストレスでない」「少しストレス」「とてもストレス」と回答した者を「ストレスャー認知あり群」（以下、認知あり群とする）とした2群に分け、背景および自己管理行動との関連の分析を行った（ χ^2 乗検定、Mann-WhitneyのU検定）。

3) ストレッサーとしての食事療法の認知状況において、自由記述により得た回答は、意味や内容をそこねないように区切り、類似した内容ごとにまとめてカテゴリー化した。

5. 倫理的配慮

所属施設倫理委員会の承認を得て研究を行った(承認番号:24-21)。研究対象者に対して、研究目的、方法、自由意思による研究参加、途中中断の保障、不参加や中断においても治療や看護に不利益はないこと、プライバシーの保護、研究以外にデータを使用しないことについて、書面と口頭で説明し、研究協力同意書への署名をもって、研究協力への同意を得た。

V. 結果

質問票配布者数は127名で、そのうち5名から途中中断の申し出があり、122名から回収した(回収率96.1%)。回答に欠損のあった12名を除外した110名を分析対象とした(有効回答率90.2%)。

1. 対象者の背景

対象者の背景を表1に示す。対象者は男性65名、女性45名、平均年齢 58.8 ± 10.9 (平均 \pm 標準偏差、以下省略)歳であった。同居者については同居者あり93名(84.5%)、なし17名(15.5%)、就労については有職者51名(46.4%)、無職者59名(53.6%)であった。

平均透析歴は 124.1 ± 97.7 ヵ月で、原疾患は糖尿病23名(20.9%)、糖尿病以外87名(79.1%)であり、糖尿病以外のほうが多かった。

表1 対象者の背景

		n=110	
項目		n (%)	平均値 \pm SD (中央値)
性別	男	65 (59.1)	58.8 \pm 10.9 (61)
	女	45 (40.9)	
年齢 (歳)			
同居者	あり	93 (84.5)	124.1 \pm 97.7 (106.5)
	なし	17 (15.5)	
仕事	あり	51 (46.4)	59.6 \pm 12.9
	なし	59 (53.6)	
透析歴 (月)			
原疾患	糖尿病	23 (20.9)	3.8 \pm 0.3
	糖尿病以外	87 (79.1)	
BUN (mg/dL)			5.4 \pm 1.3
ALB (g/dL)			4.9 \pm 0.6
P (mg/dL)			7.8 \pm 3.2
K (mEq/L)			5.0 \pm 1.9
塩分摂取量 (g/日)			
体重増加率 (%)			
調理担当	主に自分	60 (54.5)	8.5 \pm 14.4 (4.0)
	主に他人	50 (45.5)	
外食回数 (回/月)			

血液データはBUN 59.6 ± 12.9 mg/dL, ALB 3.8 ± 0.3 g/dL, P 5.4 ± 1.3 mg/dL, K 4.9 ± 0.6 mEq/Lで、塩分摂取量 7.8 ± 3.2 g/日、体重増加率は 5.0 ± 1.9 %であった。

調理担当は主に自分が60名(54.5%)、主に他人が50名(45.5%)であった。

2. ストレッサーとしての食事療法の認知状況

ストレッサーとしての食事療法の認知状況について、「まったくストレスでない」20名(18.2%)、「ほとんどストレスでない」32名(29.1%)、「少しストレス」49名(44.5%)、「とてもストレス」9名(8.2%)で、90名(81.8%)はストレッサーであると回答していた。

3. ストレッサーとしての食事療法の認知状況別の背景

対象者の背景を、認知なし群、認知あり群で比較した(表2)。

平均年齢について、認知なし群は 63.5 ± 7.3 歳であるのに対し、認知あり群は 57.8 ± 11.3 歳で、認知なし群のほうが有意に平均年齢が高かった($p < 0.05$)。原疾患の糖尿病/糖尿病以外について、認知なし群では8名(40.0%) / 12名(60.0%)、認知あり群では15名(16.7%) / 75名(83.3%)であり、認知あり群は有意に糖尿病以外の者の割合が高かった($p < 0.05$)。性別や同居者の有無、就労の有無による差は認めなかった。

表2 ストレッサーとしての食事療法の認知状況別でみた対象者の背景

		ストレッサー		p値†
		認知なし (n=20)	認知あり (n=90)	
性別	男	13 (65.0)	52 (57.8)	0.552
	女	7 (35.0)	38 (42.2)	
年齢 (歳)		63.5 \pm 7.3 (64.0)	57.8 \pm 11.3 (59.0)	0.041*
同居者	あり	17 (85.0)	76 (84.4)	1.000
	なし	3 (15.0)	14 (15.6)	
仕事	あり	10 (50.0)	41 (45.6)	0.718
	なし	10 (50.0)	49 (54.4)	
透析歴 (月)		127.7 \pm 84.7 (142.5)	123.3 \pm 100.8 (105.5)	0.545
原疾患	糖尿病	8 (40.0)	15 (16.7)	0.032*
	糖尿病以外	12 (60.0)	75 (83.3)	
調理担当	自分主体	12 (60.0)	48 (53.3)	0.588
	他人主体	8 (40.0)	42 (46.7)	
外食回数 (回/月)		6.0 \pm 7.2	9.1 \pm 15.6	0.691

平均値 \pm SD(中央値)、またはn(%)

*平均値の比較はMann-WhitneyのU検定、割合の比較は χ^2 乗検定

* $p < 0.05$

4. ストレッサーとしての食事療法の認知に至る理由

ストレッサーとしての食事療法の認知に至る理由についての自由記述を分析した結果を、ストレッサーの認知状況に示す。カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >で表した。

1) ストレッサーでないと認知する理由

「まったくストレスでない」と回答した理由についての自由記述を分析した結果、8サブカテゴリー、4カテゴリーを抽出した(表3)。「食事療法が食生活に影響しない」は、<もともと食事摂取量が少ない><任せている>という2つのサブカテゴリーからなっていた。

【食事療法を特別と捉えていない】は、<普通に生活している感覚がある><厳格にしすぎない>という2つのサブカテゴリーからなっていた。

【生活を大事にする】は、1つのカテゴリー<生活上の価値を優先する>からなっていた。

【コントロールできている感覚がある】は、<うまくいっている自信がある><目安を持つ><注意をしながら普通に食べられる感覚がある>という3つのサブカテゴリーからなっていた。

2) ストレッサーであると認知する具体的内容

「ほとんどストレスでない」「少しストレス」「とてもストレス」と回答した者において、食事療法のなかで最もストレスに感じる内容についての自由記述を分析した結果、10サブカテゴリー、5カテゴリーを抽出した(表4)。

表3 食事療法をストレッサーでないと認知する理由

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
食事療法が食生活に影響しない	もともと食事摂取量が少ない	日頃たくさん食べる訳ではないので、リンの数値が上がることはない (以前から)食が細い 食にあまり興味がない
	任せている	家内が作ってくれる食事を信頼し、満足している うなぎ、豆など食べなくてもストレスと思わない 食事は好き嫌いなく、何でもおいしいと思い食べている 導入後はまったく食事療法をせず、何でも自由に好きな量を食べている 水分量も気にせず飲んでいるが、体重がすごく増えることはない 保存期から減塩食に取り組んでいるので、違和感はない 今の食事が普通だから 料理は苦にならない
食事療法を特別と捉えていない	普通に生活している感覚がある	もともと薄味がよく、塩分を使わなくても普通に食べられる 水分を600mlに控えても、普通に生活できる
	厳格にしすぎない	以前はまじめにリンなど気にしていたが、守る程DWがやせていくので、近頃はあまり気にしない あまり厳格に行っていない
生活を大事にする	生活上の価値を優先する	残り少ない人生だから データの値を、決められた数値に保つことに重きをおいていない 人として、いきいきと生活することが最優先
コントロールできている感覚がある	うまくいっている自信がある	ほとんど身についている 家内は栄養士、自分は調理師なので、食品の栄養についてある程度の知識はある リン、カリウムなどデータとうまく付き合っているように思う 決められた薬は必ず飲む
	目安を持つ	一生続けなければならないから、全体の量をおさえている 導入前後の計量や記録によって感覚を完全につかみ、食べても大丈夫な量が分かっている 食べても大丈夫な量が分かっているから、好きなものを食べることをあきらめることはない
	注意をしながら普通に食べられる感覚がある	食事療法をせずに普通の生活をしているが、食べすぎ、水分には注意している ほとんど考えていないが、生野菜などは控えている 健康な人より量は少ないが、何でも食べている

表4 食事療法をストレッサーであると認知する具体的内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
食べたいものを食べられないストレスがある	食事内容を制限する	カリウム・果物・生野菜を制限する リン・乳製品・肉類・大豆製品を制限する 好きな食べ物を制限する 量を制限する カルシウムを制限する
	飲水量を制限する	水分を制限する アルコールを制限する
	味付けを制限する	塩分を制限する
	食事の準備が苦痛である	毎日の献立を考える 食べて良いもの、だめなものを仕分ける 家族と食べるものが異なる 下ごしらえする
食事の自己管理行動に伴うストレスがある	不適切な自己管理行動を自覚させられる	体重が増加する かなり努力していると思っているのに、時々カリウム値が高くなり、その原因が分からない リンが上がった時に、上がったと思う
	いつも食事療法のことを考えなくてはならない	これを食べると〇〇が悪くなってしまうといちいち考えてしまう 常に塩分量やたんぱく量などを気にしてしまう 旅行に行っても、食材のカリウムやリンのことを常に考えて食べる必要がある ほとんどストレスと感ぜないが、スポーツや外での作業の時に水分制限しなければならないと思う
食事を楽しめないストレスがある	他人と同じものを食べられないつらさがある	友達との食事で、食べられないものが何個か出てくる 会合で食事の提供がある
	味覚障害がある	味覚が低下している
食事療法による身体への悪影響の不安がある	低栄養への不安がある	栄養面で不安がある
食事療法が他者との関係に与えるストレスがある	他人から干渉される	他人からいろいろ言われる

【食べたいものを食べられないストレスがある】は、＜食事内容を制限する＞＜飲水量を制限する＞＜味付けを制限する＞という3つのサブカテゴリーからなっていた。

【食事の自己管理行動に伴うストレスがある】は、＜食事の準備が苦痛である＞＜不適切な自己管理行動を自覚させられる＞＜いつも食事療法のことを考えなくてはならない＞という3つのサブカテゴリーからなっていた。

【食事を楽しめないストレスがある】は、＜他人と同じものを食べられないつらさがある＞＜味覚障害がある＞という2つのサブカテゴリーからなっていた。

【食事療法による身体への悪影響の不安がある】は、＜低栄養への不安がある＞からなり、【食事療法が他者との関係に与えるストレスがある】は、＜他人から干渉される＞からなっていた。

5. ストレッサーとしての食事療法の認知と自己管理行動

食事の自己管理行動得点は、認知なし群 61.8 ± 13.7 、認知あり群 58.0 ± 11.2 で、有意差を認めなかった。一方で、食事の自己管理行動を反映する生理的指標については、塩分摂取量、体重増加率に有意差がみられ ($p < 0.05$)、両者とも認知なし群のほうが認知あり群よりも有意に値が低かった。血液データの結果には、有意差を認めなかった (表5)。

表5 ストレッサーとしての食事療法の認知状況別でみた食事の自己管理行動

	ストレッサー		n=110	p値 ⁺
	認知なし (n=20)	認知あり (n=90)		
自己管理行動得点	61.8 ± 13.7	58.0 ± 11.2		0.100
塩分摂取量 (g/日)	6.5 ± 2.8 (6.1)	8.1 ± 3.3 (7.8)		0.030*
体重増加率 (%)	4.2 ± 2.0 (3.7)	5.1 ± 1.9 (5.0)		0.011*
BUN (mg/dL)	55.7 ± 12.0	60.4 ± 13.0		0.151
ALB (g/dL)	3.7 ± 0.3	3.8 ± 0.3		0.279
P (mg/dL)	5.4 ± 1.4	5.4 ± 1.2		0.745
K (mEq/L)	5.0 ± 0.7	4.9 ± 0.6		0.681

平均値 \pm SD (中央値)
⁺Mann-WhitneyのU検定
^{*} $p < 0.05$

VI. 考察

1. 対象者の特徴

本研究の対象者は平均年齢 58.8 ± 10.9 歳であり、原疾患が糖尿病である者は20.9%であった。本邦における患者調査 (日本透析医学会統計調査委員会, 2018) では、平均年齢68.43歳、原疾患が糖尿病である者は39.0%であることから、本研究の対象者は年齢層が若く、糖尿病の少ない集団で

あったと考える。一方で野澤らの報告 (2007) では、平均年齢 59.0 ± 10.6 歳、原疾患が糖尿病である者は14.0%、自己管理行動得点 59.1 ± 12.8 であり、平均年齢、原疾患における糖尿病割合、自己管理行動得点とも、本研究と同程度であった。

血液データのBUN, P, Kは透析患者の基準値内におさまっており、ALBは 3.8 g/dLとやや低値ではあるが、低栄養のリスクの目安となる 3.5 g/dLを上回っていることから、比較的良好な自己管理行動がとれている集団であると考えられる。

2. 透析患者のストレッサーとしての食事療法の認知と自己管理行動の特徴

ストレッサーとしての食事療法の認知について、本研究の対象者110名のうち90名 (81.8%) は「ストレスである」と回答しており、食事療法を取りまく状況は変化しているが、透析患者の大部分が依然としてストレッサーとして認知していた。残りの20名 (18.2%) は、透析に伴う食事療法を「ストレスでない」と回答していた。先行研究では、透析に伴う食事療法をストレッサーとして認知しない人については調査されておらず、ストレッサーでない認知する実態が明らかとなった。

同居者の有無別で、ストレッサーとしての食事療法の認知に有意差は認められなかった。本研究では同居者の有無のみが調査対象であり、同居者の介護力やソーシャルサポートの利用状況などは把握できていない。また対象者が比較的若い年齢層であり、同居者のサポートが必要でない身体状況であることが影響している可能性も考えられるが、同居者の有無がストレッサー認知に関連しないことが示唆された。

塩分摂取量、体重増加率は認知あり群のほうが有意に多かった。「慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版」 (日本腎臓学会, 2014) によると、血液透析患者における1日食塩摂取量の基準は3g以上6g未満である。この基準値に照らし合わせると両群ともに塩分摂取量は過剰であるが、認知あり群のほうが超過量は多く、身体への負担が大きくなっていると推測される。一方で自己管理行動得点においては有意差を認めなかった。認知あり群は、認知なし群と得点の観点では変わらない自己管理行動を実施しているが、【食べたいものを食べられないストレス】【食事を楽しめないストレス】を感じながら塩分制限はより適切に行えていない実態を示している。血液検査によって把握できるBUN, ALB, P, Kと異なり、塩分摂取量は体重増加量に反映され、体重測定によっ

て把握することができる。透析のたびに体重測定によって<不適切な自己管理行動を自覚させられる>ことが、食事療法をストレスとして認知する背景に存在するのではないかと考えられる。

認知あり群は【食べたいものを食べられないストレスがある】【食事の自己管理行動に伴うストレスがある】【食事を楽しめないストレスがある】ことから、食事療法が生活の中心に据えられ、生活のさまざまな場面で支障をきたすと認知していると考えられる。一方で認知なし群は【食事療法を特別と捉えていない】ことから、食事療法を生活の中心に据えるのではなく、日常生活のなかに食事療法を組み込んでいると思われる。また認知なし群の【生活を大事にする】からは、生活上の価値を食事療法の実践によって犠牲にしない過ごし方をしていることが明らかとなった。慢性病患者は長期にわたる経過の中で、さまざまな療養法を実施する必要がある、それらを生活のなかに組みこみ、病気や生活を自分で管理するというセルフマネジメントが求められる(宮脇, 2015)。認知なし群は、食事療法を日常生活のなかに効果的に組み込み、患者独自の生活を大事にしていることから、食事療法を負担で安寧を危険にさらす状況、つまりストレスではないと認知していると考えられる。さらに認知なし群の【コントロールできている感覚がある】からは、自己効力感が高いと推測される。自己効力感は、透析患者の自己管理行動に影響を及ぼす(川端ら, 1998; 長尾, 2002; 高岸, 2008)。高い自己効力感が食事療法をストレスとして認知しない要因であることも考えられる。

3. ストレッサーとしての食事の認知状況の観点から、透析患者の食事の自己管理行動を促進する看護支援

認知あり群は食事療法を負担で安寧を危険にさらすと認知しながらも、得点の観点では認知なし群と変わらない自己管理行動を実施していることから、ストレスの認知状況に働きかける支援が必要であると考えられる。認知に働きかける支援は、セルフマネジメントを高めるアクションプランの1つである(安酸, 2013)。透析患者の自己管理行動を支える支援として、透析に伴う食事療法をストレスと認知する患者に対しては、リフレーミングを活用して問題焦点型コーピングを高めるとともに、生活上の価値を大切にす情動焦点型コーピングも高める必要性が示唆された。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、比較的年齢層が若く、原疾患が糖尿病である割合が少なかった。これらの特性が、結果に影響を与えていると考える。また今後は、透析に伴う食事療法の認知に働きかける介入研究が必要である。

ストレスを「挑戦」として認知し、ストレスへのコーピング過程における成長に着目するProactive copingが提唱されている(川島, 2007)。ストレス認知を低減させる関わりとともに、成長を促進させる観点でのコーピング支援について、明らかにする必要がある。

Ⅶ. 結論

1. 透析に伴う食事療法をストレスでないと認知する者が約20%存在した。
2. 認知なし群は認知あり群よりも平均年齢が高く、原疾患が糖尿病の者の割合が高かった。
3. 透析に伴う食事療法をストレスでないと認知する理由は、【食事療法が食生活に影響しない】【食事療法を特別と捉えていない】【生活を大事にする】【コントロールできている感覚がある】であった。
4. 透析に伴う食事療法をストレスであると認知する具体的内容は、【食べたいものを食べられないストレスがある】【食事の自己管理行動に伴うストレスがある】【食事を楽しめないストレスがある】【食事療法による身体への悪影響の不安がある】【食事療法が他者との関係に与えるストレスがある】であった。
5. 認知なし群のほうが認知あり群よりも、塩分管理、体重管理を行えている。
6. ストレッサーとしての食事療法の認知の観点から、透析患者の食事の自己管理行動を促進する看護支援として、リフレーミングを活用した問題焦点型コーピングを高めるとともに、生活上の価値を大切にす情動焦点型コーピングも高める支援の必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究協力者の皆様、また、データ収集の場を提供していただきました医療機関の先生方、スタッフの皆様に感謝申し上げます。

引用文献

- 赤塚東司雄 (2006) : 透析ナースのための病態生理30分教室 第2回. 透析ケア, 12(9), 77-82.
- 原明子, 林優子 (2004) : 血液透析患者のストレスと対処. 岡山大学医学部保健学科紀要, 15, 15-21.
- 菅野義彦 (2018) : 栄養・運動の管理—栄養管理の実態と推奨. 腎と透析, 84(6), 823-826.
- 川端京子, 石田宜子, 岡美智代 (1998) : 血液透析患者の自己管理行動および自己効力感に影響を及ぼす因子. 日本生理人類学会誌, 3(3), 1-8.
- 川島一晃 (2007) : 成長へ結びつけるコーピング研究の理論的検討—新しいコーピング理論としてのProactive Coping Theory—. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 心理発達科学, 54, 93-101.
- 厚生労働省 (2019) : 平成30年国民生活基礎調査の概況. (2019/9/20閲覧) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa18/index.html>
- Lubkin, I. M., Larsen, P. D. (2002) : Chronic Illness: Impact and Interventions (5th). Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA. / 黒江ゆり子監訳 (2007) : クロニックイルネス 人と病いの新たなかかわり. 医学書院, 東京.
- 正木治恵, 野口美和子, 滝本美佐子他 (1990) : 慢性血液透析患者の透析ストレスとコーピング行動について. 千葉大学看護学部紀要, 12, 21-30.
- Miller, J. F. (2000) : Coping with chronic illness: overcoming powerlessness (3rd). FA Davis, Philadelphia.
- 宮脇郁子 (2015) : 慢性看護の特徴:慢性看護とは—慢性看護の目標. 宮脇郁子・簗持知恵子編著, 看護実践のための根拠がわかる 成人看護技術慢性看護 (第2版), 2-6, メヂカルフレンド社, 東京.
- 長尾佳代 (2002) : 血液透析患者の食事に関する自己効力感と管理行動の関係. 日本腎不全看護学会誌, 4(2), 75-79.
- 日本透析医学会学術委員会栄養問題検討ワーキンググループ (2019) : サルコペニア・フレイルを併じた透析期CKDの食事療法. 日本透析医学会誌, 52(7), 397-399.
- 日本透析医学会統計調査委員会 (2018) : 図説わが国の慢性透析療法の現況 (2017年12月31日現在). (2019/8/27閲覧) <https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2017/pdf/2.pdf>
- 日本腎臓学会 (2014) : 慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014年版. (2019/9/19閲覧) <https://cdn.jsn.or.jp/guideline/pdf/CKD-Dietaryrecommendations2014.pdf>
- 野澤明子, 岩田真智子, 白尾久美子他 (2007) : 血液透析患者自己管理行動尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌, 30(1), 59-66.
- Peyrot, M. F., McMurry, J. F. (1992) : stress buffering and glycemic control : the role of coping styles. Diabetes Care, 15(7), 842-846.
- シェリフ多田野亮子, 大田明英 (2003) : 血液透析患者の心理的適応 (透析受容) に影響を与える要因について. 日本看護科学会誌, 23(1), 1-13.
- シェリフ多田野亮子, 大田明英 (2006) : 血液透析患者におけるストレスの認知に関する研究. 日本看護科学会誌, 26(2), 48-57.
- 高岸弘美 (2008) : 血液透析患者の自己管理に影響を及ぼす要因とそれらの関連性に関する研究—セルフ・エフィカシー, ソーシャル・サポート, 食行動に焦点をあてて—. 山梨県立大学看護学部紀要, 10, 13-26.
- 椿原美治 (2007) : 統計調査から見たわが国の適正透析. 臨床透析, 23(10), 89-96.
- 安田加代子, 松岡緑, 藤田君支 (2002) : 糖尿病患者のQOLに影響を及ぼす要因に関する研究—食事療法に対するストレス認知と対処能力との関連—. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 6(2), 95-103.
- 安酸史子 (2013) : セルフマネジメントを推進する看護方法—セルフマネジメントの過程 5援助方法. 安酸史子・鈴木純恵・吉田澄恵編集, ナーシング・グラフィカ成人看護学④セルフマネジメント (第2版), 83-89, メディカ出版, 大阪.