

研究報告

2型糖尿病患者の生活実態と血糖コントロールとの関連性

田中正子¹⁾・河野保子¹⁾¹⁾宇部フロンティア大学人間健康学部看護学科

キーワード；2型糖尿病 生活実態 血糖コントロール 糖尿病治療

I. はじめに

糖尿病は世界的に急増している。国際糖尿病連合の発表によると世界の2007年現在の糖尿病人口は2億4600万人（世界人口66億人）であり、2025年には3億8000万人（世界人口79億人）に増加すると予測されている。2007年現在、最も糖尿病有病者が多い国の1位はインドであり、2位が中国、日本は6位となっており、大半がアジアに集中している。2型糖尿病の急増は、遺伝的な要因にも起因しており、アジア人は欧米人と比較し、遺伝的に2型糖尿病を発症しやすいことが従来から指摘されている（2006年12月、第19回国際糖尿病会議）。日本では厚生労働省が5年に1回の割合で糖尿病実態調査を実施しており、2007年度にも実施されたがまだ公表されていない。それゆえ2002年度の糖尿病実態調査を概観すると、日本の糖尿病患者は740万人と報告されており、1997年の調査より50万人増加している。また糖尿病の疑いのある人は200万人も増加しており、糖尿病と糖尿病の疑いのある人を合計すると1620万人となっている¹⁾。国民の10人に1.2人が糖尿病及び糖尿病の疑いがあることになる。

糖尿病患者は糖尿病と診断されると、生涯を通じて病気と折り合いをつけながら共に生活していかなければならない。医師による治療指示のもと、チーム医療で他職種が連携し患者に関わっていくが、最も重要なことは患者自身が自分の健康状態を知り自己管理をするというセルフケア能力を向上させることにある。しかし糖尿病治療の3大原則である食事・運動・薬物療法等の遂行は、患者自身の糖尿病に対する知識、環境、職業等によりさまざまな影響を受け、コンプライアンス行動につながらない場合がある。過去の研究において患者が療養行動を行うかどうかは、患者の認識、感情、ストレス等の心理的要因と治療環境、家族等の環境要因から大きな影響を受けることが明らかにされて

いる²⁾。その他食事療法に関する研究³⁻⁵⁾や、自尊感情や人生満足感等心理面における糖尿病の研究⁶⁻⁸⁾、糖尿病の受診中断に関する研究は数多い⁹⁻¹⁰⁾。また家族からのサポートが自己管理行動を良くしているという報告もある¹¹⁾。さらに糖尿病患者のコントロール指標であるHbA1c値が基準より高い状態が持続すると合併症発症リスクが高くなることが解明されており、第43回欧州糖尿病学会（EASD）でも、HbA1c値が7.0を超える糖尿病患者では心筋梗塞や脳卒中のような大血管障害の発症率が高くなったという研究結果が報告されている¹²⁾。糖尿病には1型と2型がある。1型は免疫異常やウイルス感染等が原因で発症し、予防的効果は期待できないが、2型は生活習慣が大きく関与し日本人の糖尿病患者の95%を占めている。それゆえ2型糖尿病の予防や合併症予防のための生活指導は、糖尿病管理として最も重要な位置づけにあり、看護者として真剣に取り組むべき大きな課題となっている。

本研究は糖尿病患者の生活実態を明確にし、生活実態と治療状況、血糖コントロールとの関連性を検討することにより、糖尿病療養指導への示唆を得ることを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象・期間

1) 調査対象；E県M市M病院に通院している2型糖尿病患者112名（調査対象者は122名であったが、1型糖尿病患者及びインスリン注射と血糖降下剤を併用している患者は分析対象から除外した）

2) 調査期間；平成17年9月～10月

2. 調査方法及び内容

1) 方法

研究者が独自に作成した質問紙によるアンケート調査（研究者の1名が継続して、調査項目に基

づき直接聞き取りを行った)

2) 内容

(1)属性:性別, 年齢, 就業の有無, 同居の有無, 糖尿病歴, 教育入院の有無

(2)生活習慣:①食事(回数・時間・量について)

②喫煙(喫煙の有無)

③酒(飲酒の有無)

④間食(間食の有無)

⑤運動(運動の有無)

(3)疾病状況:HbA1c 値, 合併症(網膜症・腎症・神経障害)の有無

(4)治療状況:治療種別(食事療法, 運動療法, 薬物療法-内服薬, インスリン注射-), 治療中断の有無

3. データの収集方法

患者の診察待ち時間にプライバシーの保てる部屋で, 聞き取り調査を実施した。所要時間は1人につき10分~20分であった。なお, HbA1c 値は対象者と糖尿病担当医の許可を得て研究者がカルテよりデータ収集した。

4. データの分析方法

統計ソフト SPSS 16.0J for Windows を使用し, 有意水準を5%未満とした。生活実態は記述統計量を算出し, 各項目間の関係は χ^2 検定及び一要因分散分析を行った。HbA1c 値と生活習慣についてはt検定を実施した。生活習慣の項目は4件法で測定し4点を満点とした。食事は, 食事回数が3回と回答している場合を1点, 食事時間が決まっている, 若しくはほぼ決まっていると回答した場合を1点, 食事は適正, 若しくは少ないと回答した場合を1点, 間食を殆んどしないと回答した場合を1点として得点化し, 総合評価として計4点を満点とした。また治療方法を下記のように3群に区分し分析に用いた。

(1)食事・運動療法: 血糖降下剤及びインスリン注射をしないで食事と運動のみの治療をしている患者

(2)内服療法: インスリン注射はしていないが血糖降下剤を服用している患者(食事・運動療法も併用)

(3)インスリン療法: インスリン注射をしている患者(食事・運動療法を併用しているが血糖降下剤は服用していない)

III. 倫理的配慮

対象としたM病院の病院長, 副院長(糖尿病担当)及び看護部長に対し, 研究計画について説明し了解を得た後, 対象者には研究以外で使用しな

いこと, 情報は口外しないこと, 個人名は特定できないように統計処理をすること, 強制ではなく途中で中止することが出来ること, 途中で拒否しても何ら診療には影響しないこと等を説明し口答で同意を得た。また HbA1c 値は, 対象者及び病院側に, 研究以外で使用しないこと, 情報は口外しないこと, 個人名は特定できないように統計処理をすることを説明し, カルテを見せてもらう旨口答で同意を得た。

IV. 結果

1. 対象者の背景および生活習慣との関係について

1) 背景

表1 対象者の背景 N = 112

属性	項目	人数	パーセント
性別	男性	62	55.4
	女性	50	44.6
年齢	30歳代	2	1.8
	40歳代	4	3.6
	50歳代	32	28.6
	60歳代	30	26.7
	70歳代	32	28.6
	80歳代	10	8.9
	90歳代	2	1.8
平均年齢	65.31±11.29 (33歳~91歳)		
就業	有	35	31.3
	無	77	68.7
同居	同居	86	76.8
	別居	26	23.2
糖尿病歴	5年以内	26	23.2
	5~10年	29	25.9
	10年以上	57	50.9
治療種別	食事・運動療法	20	17.9
	食事・運動療法と内服療法	59	52.7
	食事・運動療法とインスリン療法	33	29.4
教育入院	有	50	44.6
	無	62	55.4
合併症の有無	有	56	50.0
	無	42	37.5
	知らない	14	12.5
合計		112	100

表1は対象者の背景を示したものである。男性62名(55.4%)、女性50名(44.6%)で、平均年齢は65.31±11.29歳(最高91歳-最低33歳)であった。就業している者は35名(31.3%)で、家族との同居者は86名(76.8%)であった。糖尿病歴は、10年以上が57名(50.9%)であった。治療種別でみると、食事・運動療法者が20名(17.9%)、食事・運動療法と血糖降下剤服用者(以後内服療法群とい

う)が59名(52.7%)で、食事・運動療法者とインスリン注射実施者(以後インスリン療法群という)が33名(29.4%)であった。教育入院経験者は50名(44.6%)で、62名(55.4%)が教育入院の経験を有していなかった。3大合併症といわれている糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害のうちいずれか一つ以上有している者は56名(50%)であった。

表 2 属性と生活習慣との関係 N=112 人数(%)

属性	生活習慣 項目	食事		タバコ		酒		間食		運動		合計
		良い	悪い	喫煙	禁煙	飲む	飲まない	する	しない	する	しない	
性別	男性	41 36.6%	21 18.8%	24 21.4%	38 33.9%	36 * * 32.1%	26 23.2%	36 32.1%	26 23.2%	39 34.8%	23 20.5%	62 55.4%
	女性	38 33.9%	12 10.7%	8 7.1%	42 * * 37.5%	16 14.3%	34 30.4%	29 2.6%	21 18.8%	26 23.2%	24 21.4%	50 44.6%
年齢	65歳以下	32 28.6%	22 19.6%	25 22.3%	29 25.9%	28 25.0%	26 23.2%	27 24.1%	27 24.1%	27 24.1%	27 24.1%	54 48.2%
	65歳以上	47 * 42.0%	11 9.8%	7 6.3%	51 * * * 4.6%	24 21.4%	34 30.4%	38 33.9%	20 17.9%	38 33.9%	20 17.9%	58 51.8%
就業	有	26 23.2%	9 8.0%	17 15.2%	18 16.1%	21 18.8%	14 12.5%	19 17.0%	16 14.3%	18 16.1%	17 15.2%	35 31.3%
	無	53 47.3%	24 21.4%	15 13.4%	62 * 55.4%	31 27.7%	46 41.1%	46 41.1%	31 27.7%	47 42.0%	30 26.8%	77 68.7%
居住	同居	61 54.5%	25 22.3%	25 22.3%	61 54.5%	43 38.4%	43 38.4%	52 46.4%	34 30.4%	50 44.6%	36 32.1%	86 76.8%
	別居	18 16.1%	8 7.1%	7 6.3%	19 17.0%	9 8.0%	17 15.2%	13 11.6%	13 11.6%	15 13.4%	11 9.8%	26 23.2%
糖尿病歴	5年以下	18 16.1%	9 8.0%	9 8.0%	18 16.1%	14 12.5%	13 11.6%	11 9.8%	16 14.3%	18 16.1%	9 8.0%	27 24.1%
	5年以上10年以下	19 17.0%	9 8.0%	5 4.5%	23 20.5%	12 10.7%	16 14.3%	19 17.0%	9 8.0%	15 13.4%	13 11.6%	28 25.0%
	10年以上	42 37.5%	15 13.4%	18 16.1%	39 34.8%	26 23.2%	31 27.7%	35 31.3%	22 19.6%	32 28.6%	25 22.3%	57 50.9%
教育入院	有	39 34.8%	11 9.8%	15 13.4%	35 31.3%	21 18.8%	29 25.9%	31 27.7%	19 17.0%	29 25.9%	21 18.8%	50 44.6%
	無	40 35.7%	22 19.6%	17 15.2%	45 40.2%	31 27.7%	31 27.7%	34 30.4%	28 25.0%	36 32.1%	26 23.2%	62 55.4%
合計		79 70.5%	33 29.5%	32 28.6%	80 71.4%	52 46.4%	60 53.6%	65 58.0%	47 42.0%	65 58.0%	47 42.0%	112 100.0%

2) 属性と生活習慣との関係

表2は属性と生活習慣の関係である。女性は男性と比較し有意に禁煙しており〔 $\chi^2(1) = 7.56, p < 0.01$ 〕, また男性は女性に比べ飲酒している者が有意に多かった〔 $\chi^2(1) = 7.0, p < 0.01$ 〕。年齢では65歳以下と65歳以上で比較すると、65歳以上が有意に禁煙しており〔 $\chi^2(1) = 18.73, p < 0.001$ 〕, また食事習慣も良い者が有意に多かった〔 $\chi^2(1) = 9.54, p <$

0.01〕。就業の有無による比較では、就業していない者が就業者と比べ有意に禁煙していた〔 $\chi^2(1) = 9.98, p < 0.01$ 〕。家族との同居の有無、糖尿病歴、教育入院の有無と生活習慣との間では、いずれも有意差はなかった。

2. 治療種別と生活習慣との関連性

表3は治療種別と生活習慣との関連性を示したものである。食事・運動療法群で食事習慣の良い者

16名(80%)、運動している者15名(75%)、喫煙していない者17名(85%)であった。内服療法群は、生活習慣項目の有無別割合が、7割以上を示したものは酒を飲んでいない(74.6%)項目のみであった。

った。インスリン療法群は、生活習慣項目の有無別割合が、7割以上を示したのが酒を飲んでいない(84.8%)、禁煙していない(72.7%)という項目であった。

表3 治療種別と生活習慣との関連性 N=112

生活習慣	治療種別		食事・運動療法 n=20	内服療法 n=59	インスリン療法 n=33	合計 n=112
	状況					
食 事	良 い		16 (80.0%)	40 (67.8%)	23 (69.7%)	79 (70.5%)
	悪 い		4 (20.0%)	19 (32.2%)	10 (30.3%)	33 (29.5%)
運 動	有		15 (75.0%)	35 (59.3%)	15 (45.5%)	65 (58.0%)
	無		5 (25.0%)	24 (40.7%)	18 (54.5%)	47 (42.0%)
酒	飲んでいる		10 (50.0%)	15 (25.4%)	5 (15.2%)	30 (26.8%)
	飲んでいない		10 (50.0%)	44 (74.6%)	28 (84.8%)	82 (73.2%)
タバコ	喫煙している		3 (15.0%)	20 (33.9%)	9 (27.3%)	32 (28.6%)
	喫煙していない		17 (85.0%)	39 (66.1%)	24 (72.7%)	80 (71.4%)
間 食	有		11 (55.0%)	36 (61.0%)	15 (45.5%)	62 (55.4%)
	無		9 (45.0%)	23 (39.0%)	18 (54.5%)	50 (44.6%)
合 計			20 (100.0%)	59 (100.0%)	33 (100.0%)	112 (100.0%)

3. 治療種別と属性からみたHbA1c値

HbA1c値はヘモグロビンと血中のブドウ糖が結合して出来たもので、血糖コントロールの良否を判断する指標血糖コントロール状況を示すものである。血糖コントロール良好者をHbA1c値が6.9以下の者とし、7.0以上の者を血糖コントロール不良者とした。

表4はHbA1c値について、属性と3群別(食事・運動療法群、内服療法群、インスリン療法群)に平均値をみたものである。食事・運動療法群及び内服療法群はすべての属性項目において有意差はなかったが、インスリン療法群は、就業の有無について、就業している者は就業していない者と比較しHbA1c値が有意に高かった[t(31) = 0.76, p < 0.05]。教育入院の有無も、教育入院の経験がある者は経験がない者と比較しHbA1c値が有意に高かった[t(24.9) = 3.5, p < 0.05]。

法群)に平均値をみたものである。食事・運動療法群及び内服療法群はすべての属性項目において有意差はなかったが、インスリン療法群は、就業の有無について、就業している者は就業していない者と比較しHbA1c値が有意に高かった[t(31) = 0.76, p < 0.05]。教育入院の有無も、教育入院の経験がある者は経験がない者と比較しHbA1c値が有意に高かった[t(24.9) = 3.5, p < 0.05]。

表4 治療種別からみた属性のHbA1c値 N = 112

属性	項目	治療種別					
		食事・運動療法群 n=20		内服療法群 n=59		インスリン療法群 n=33	
		N	平均値 ± 標準偏差	N	平均値 ± 標準偏差	N	平均値 ± 標準偏差
性 別	男性	16	6.28 ± 0.84	30	7.24 ± 0.95	16	7.33 ± 1.25
	女性	4	5.95 ± 0.37	29	7.56 ± 1.43	17	7.45 ± 1.37
年 齢	65歳以下	2	6.15 ± 0.35	23	7.51 ± 1.15	19	7.49 ± 1.45
	65歳以上	18	6.22 ± 0.81	36	7.33 ± 1.27	14	7.26 ± 1.08
就業の有無	有	6	6.28 ± 0.71	21	7.29 ± 1.03	8	7.70 ± 1.35
	無	14	6.18 ± 0.82	38	7.46 ± 1.31	25	7.30 ± 1.29
居 住	同居	18	6.26 ± 0.79	47	7.53 ± 1.23	21	7.34 ± 1.29
	別居	2	5.75 ± 0.49	12	6.86 ± 1.04	12	7.48 ± 1.35
糖尿病歴	5年以下	6	6.17 ± 0.49	16	7.39 ± 1.68	5	7.60 ± 1.50
	5~10年	8	5.89 ± 0.37	15	7.42 ± 0.98	5	8.26 ± 1.57
	10年以上	6	6.68 ± 1.18	28	7.39 ± 1.05	23	7.16 ± 1.16
教育入院の有無	有	4	6.32 ± 0.22	25	7.48 ± 1.12	21	7.82 ± 1.44
	無	16	6.18 ± 0.86	34	7.33 ± 1.29	12	6.65 ± 0.40

* p < 0.05 ** p < 0.01

表 5 治療種別からみた血糖コントロール状況 N=112

治療種別	コントロール状況	コントロール良好群			コントロール不良群		
		n	平均値	± 標準偏差	n	平均値	± 標準偏差
食事・運動療法群		17	5.95	± 0.48	3	7.67	± 0.31
内服療法群		22	6.31	± 0.54	37	8.04	± 1.03
インスリン療法群		15	6.41	± 0.42	18	8.22	± 1.19
合計		54	6.22	± 0.52	58	8.08	± 1.05

* p < 0.05 ** p < 0.01

表 6 治療種別からみた血糖コントロールと合併症との関係性

合併症	治療別 コントロール	食事・運動療法群 n=20			内服療法群 n=59			インスリン療法群 n=33			N=112 総合計
		良好	不良	合計	良好	不良	合計	良好	不良	合計	
網膜症	有り	5 25.0%	0 0.0%	5 25.0%	2 3.4%	9 15.3%	11 18.7%	8 24.2%	12 *** 36.4%	20 60.6%	36 32.1%
	無し	8 40.0%	3 15.0%	11 55.0%	19 32.2%	21 35.6%	40 67.8%	5 15.2%	5 15.2%	10 30.3%	61 54.5%
	不明	4 20.0%	0 0.0%	4 20.0%	1 1.7%	7 11.9%	8 13.6%	2 6.1%	1 3.0%	3 9.1%	15 13.4%
腎症	有り	2 10.0%	0 0.0%	2 10.0%	3 5.1%	4 6.8%	7 11.9%	7 21.2%	4 12.1%	11 33.3%	20 17.9%
	無し	10 50.0%	3 15.0%	13 65.0%	17 28.8%	21 35.6%	38 64.4%	6 18.2%	6 18.2%	12 36.4%	63 56.3%
	不明	5 25.0%	0 0.0%	5 25.0%	2 3.4%	12 20.3%	14 23.7%	2 6.1%	8 24.2%	10 30.3%	29 25.9%
神経障害	有り	3 15.0%	0 0.0%	3 15.0%	2 3.4%	9 15.3%	11 18.7%	5 15.2%	12 *** 36.4%	17 51.5%	31 27.7%
	無し	11 55.0%	3 15.0%	14 70.0%	17 28.8%	25 42.3%	42 71.1%	7 21.2%	3 9.1%	10 30.3%	66 58.9%
	不明	3 15.0%	0 0.0%	3 15.0%	3 5.1%	3 5.1%	6 10.2%	3 9.1%	3 9.1%	6 18.2%	15 13.4%

*** p < 0.001

表 5 は治療種別からみた血糖コントロール状況である。血糖コントロール良好群は、食事・運動療法群が内服療法群及びインスリン療法群と比較して、HbA1c 値が有意に低い結果であった [t (37) = -2.15, p < 0.05], [t (30) = -2.84, p < 0.01]。

表 6 は治療種別からみた血糖コントロールと合併症との関係である。食事・運動療法群、内服療法群との間で有意差はなかったが、インスリン療法群では網膜症を有する者は、無いものに比較して血糖コントロール不良者が有意に多かった [χ²

(5) = 20.76, p < 0.001]。また神経障害を有する者は、無いものに比較して血糖コントロール不良者が有意に多かった [χ² (5) = 23.05, p < 0.001]。

V. 考察

2型糖尿病患者の生活実態及び治療状況・合併症発症リスクの2つの観点から考察する。

1. 対象者の生活実態

対象者は10年以上の糖尿病歴があり、合併症を保有する者が半数を占めていた。長期罹病により徐々に病状が進展し、合併症を保有する者が多く

なっているのは当然のことといえる。しかしながらセルフコントロールが良好に維持出来ていたならば、病状の悪化や合併症の出現はもう少し低くなっていたのではないかと推察できる。セルフコントロールは日常生活の中で培っていくものであり、その中心概念が適度な食事、適度な運動、禁煙などであり、特に糖尿病患者には血糖値がうまくコントロールできているかどうか重要な指標になる。

食事習慣をみると、65歳以上が65歳以下よりも良い習慣を身につけており、高齢者は社会的存在から離れ、時間的にも余裕が出来、疾病をうまく生活習慣の中に取り入れていけるようになったと推察される。原ら¹⁰⁾西片ら¹²⁾中村ら¹³⁾は、高齢糖尿病患者は家族サポートがあることにより食事療法の実行度が高かったと報告しており、今回の対象者も家族の同居が86名(76.8%)おり、家族から何らかの支えがあると思われる。

また本調査では79名(70.5%)の者が良い食事習慣であり、食事に気を使っていることが伺えるが、男性は飲酒が多く、喫煙も多いことから仕事上の付き合い等で不摂生をしていることが考えられる。喫煙は心疾患や脳血管障害、肺疾患など多くの病気を発症し悪化させる要因となり、また肺がんをはじめ、全ての部位の癌の発症を増加させ動脈硬化の進行が早まることは周知の事実であり、世界保健機構(WHO)の報告によると、日本は喫煙人口が6位で、また男性の喫煙率は43.3%となっている¹⁴⁾。喫煙は糖尿病患者にとってリスクファクターである。糖尿病があるというだけで合併症発症リスクが高いのに喫煙や酒が加わるとなおさらリスクが高くなる。しかしながら個人では強固な意志を持たないと禁煙できない。それゆえ糖尿病指導における禁煙指導は対象に応じたものでなければ成果が上らない。患者に糖尿病の知識はあってもなかなか実行に結びつかないことは療養指導に携わる誰もが経験することであるが、禁煙や禁酒の必要性を勧め、間食の弊害を説明するだけではなく、患者の行動変化ステージや性格特性及び考え方のパターンをアセスメントし、個々の患者に応じた対人関係を構築し、接していく必要があると思われる。

2. 2型糖尿病患者の治療状況・合併症発症リスク

食事・運動療法群は、血糖コントロールが良好に保持できていたが、内服療法群やインスリン療法群は糖尿病のコントロール指標であるHbA1cの平均値が、合併症を起こす確率の高くなる7.0を超えていた。男性よりも女性の平均値がやや高

いが、女性は家族皆の食事を作るため、味見をし、また残り物があると“もったいない”という感覚が強いと考えられ、つい食べ過ぎてしまうと思われる。インスリン療法群は、教育入院経験者の方がHbA1cの平均値が高くなっており、糖尿病歴が長くセルフコントロールがうまく出来ずコントロールを乱してはその都度入院して調整している者が多かったためと推察される。また最近の治療の動向として早期にインスリン導入をする傾向にあり、教育入院ではなくインスリン導入目的の入院が増えていることも影響している可能性がある。また就業者が未就業者と比べ有意にHbA1cの平均値が高かったことは、就業していると、仕事の内容によってはきちんと定時に食事やインスリン注射が出来ない可能性もあり、コントロールが乱れる原因になっていることが推測される。

内服療法群は、血糖コントロール不良者のHbA1cの平均値が高く、かつ治療中断者は全員がコントロール不良者であった。内服療法群は自覚症状も少なく、治療にあまり真剣に取り組んでいないのかもしれない。治療中断の原因にも自覚症状がないということが挙げられており、医療者側は注意しなければならない。

インスリン療法群は8割近くが低血糖経験者であり、合併症や自覚症状もありこれ以上病状を悪化させたくないという意識のもとで生活態度を改めている姿が想像できる。インスリン療法群は、合併症発症率が最も高いが、インスリン注射歴が長くなると糖毒性のためインスリン効果が低下している可能性も推察される。インスリン療法に関する2型糖尿病患者を対象にした熊本Study¹⁵⁾により、インスリン強化療法は網膜症、腎症、神経障害の発症と進行を減少させる効果があると報告されている。しかしながら、従来のインスリンでは低血糖、食後高血糖等多くの問題点があり、2001年に日本で初めて超速効型インスリンが実用化されたことによって、低血糖発現頻度の減少、食後高血糖の是正、食直前の皮下注射が可能となってきた。最近では多くの病院においても早期インスリン導入の方向で治療が展開されつつあり、今後外来においてもインスリン導入者が増加すると予測される。HbA1c値が患者の心理構造を変化させ、自己管理行動に影響することが示唆されている報告もあり¹⁶⁾、患者にもっと自分のHbA1c値を認識してもらいよい方向へ自己管理してもらえようという関わりが求められる。

VI. 結語

1. 男性は女性に比較して、喫煙者や酒を飲む者が有意に多かった。
2. 65歳以上は65歳以下に比べて有意に禁煙していた。また、食事習慣においても良い者が有意に多かった。
3. インスリン療法群は、就業者が未就業者に比べ有意にHbA1cの平均値が高かった。
また教育入院のある者は、無い者に比較してHbA1cの平均値が有意に高い結果であった。
4. インスリン療法群は、網膜症及び神経障害において有意に合併症を有しており、血糖コントロール不良者が多かった。

謝辞

本研究にあたり、調査にご協力いただきました対象者の皆様、快く研究を受け入れてくださった病院や糖尿病チームの皆様には深謝いたします。

引用文献

- 1) 厚生労働省健康局, 平成14年度糖尿病実態調査報告, 厚生労働省, 2004
- 2) Bandura, A., Self-efficacy: The Exercise of Control. W.H. Freeman, New York, 1997
- 3) 西片久美子, 河口てる子, 高齢糖尿病患者の食事療法実行度と生活意識の関係, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 6(1), 5-14, 2002
- 4) 西片久美子, 後期高齢糖尿病患者における食事療法の特徴と関連要因, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 7(2), 115-122, 2003
- 5) 中村美幸, 勝野とわ子, 恵美須文枝, 高齢糖尿病患者が食事療法を継続する要因の検討, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 10(2), 106-114, 2006
- 6) 森下桂子, 糖尿病患者の自尊感情・人生満足感・セルフケア能力に関する実態調査-糖尿病患者会参加の影響の検討を含めて, 第31回成人看護Ⅱ, 149-151, 2000
- 7) 室尾恭子, 中西美子, 戸上好子, 血糖コントロール不良の患者に心理的アプローチを導入したセルフケアへの動機づけ, 第31回成人看護Ⅱ, 143-145, 2000
- 8) 島田美津江, 落合由美, 山形実枝他, 糖尿病患者の行動変化を促進するための心理的アプローチの検討, 第32回成人看護Ⅱ, 297-299, 2001
- 9) 樋川祥子, 牧田真由子, 杉山小百合他, 糖尿病教育入院後の外来通院中断状況から通院継続への援助を検討する, 第31回成人看護Ⅱ, 27-29, 2000
- 10) 古賀明美, 松岡緑, 山地洋子, 受診中断中ある糖尿病患

- 者の療養生活および治療の認識-継続者との比較-, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 7(1), 15-23, 2003
- 11) 古賀明美, 松岡緑, 藤田君支他, 糖尿病患者の受診中断に関連した療養生活体験の分析, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 9(2), 114-123, 2005
 - 12) 原頼子, 松岡緑, 藤田君江, 糖尿病患者の治療満足と自尊感情に影響する要因-家族サポートに焦点を当てた分析-, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 10(1), 4-15, 2006
 - 13) 糖尿病ネットワーク, <http://www.dm-net.co.jp/calendar/2008/02/006223.php>
 - 14) 糖尿病ネットワーク, <http://www.dm-net.co.jp/calendar/2008/02/006691.php>
 - 15) 荒木栄一, 関上泰二, 糖尿病大規模臨床試験に学ぶ, 別冊プラクティス, 日本糖尿病協会/医歯薬出版, 15-16, 2004
 - 16) 林啓子, 菅原薫, 川井紘一, HbA1c値が2型糖尿病患者の心理および行動に与える影響, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 4(2), 94-100, 2000

