



R. M. AndersonとM. M.
Funnellによるエンパワーメントに視点をあてた糖尿
病患者教育

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2009-08-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 池田, 由紀, 土居, 洋子, 山本, 裕子, 田原, 美奈子, 石田, 京子, 糸長, 由希子, 里深, 瞳, 中納, 美智保 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00010784

資 料

R.M.AndersonとM.M.Funnellによるエンパワーメントに
視点をあてた糖尿病患者教育

池田 由紀・土居 洋子・山本 裕子・田原美奈子・

石田 京子*・糸長由希子*・里深 瞳*・中納美智保*

Diabetes Patient Education from Empowerment perspective

Yuki IKEDA, Yoko DOI, Yuko YAMAMOTO, Minako TAHARA,
Kyoko ISHIDA, Yukiko ITONAGA, Hitomoi SATOFUKA, Michiho NAKANO

Key words: empowerment, diabetes, patient education

はじめに

糖尿病患者教育において、近年、従来型の患者教育からエンパワーメントに視点をあてた患者教育への変換の必要性が認識され始めている。エンパワーメントは、欧米を中心に発展し、1980年代に入ってからとくに地域・精神保健や福祉、看護、ヘルスプロモーションなどの領域で注目されている¹⁾。エンパワーメントにおけるパワーとは、元来、自らの生活を決定する要因を制御する能力のことで、このパワーが減少・欠如した状態をパワーレスと呼び、この状態が健康に対する危険因子であるとの考え方が大体の一致した見解とされる¹⁾。しかし、エンパワーメントの概念は広く、その対象も個人からコミュニティに至るまで含まれているのが広義の概念である。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」という意味も含まれる。そのために、現在では医療や看護、社会福祉、教育などのさまざまな領域において用いられるようになった¹⁾。そこで、慢性疾患を管理していく方法として、エンパワーメ

ントが注目され、なかでも糖尿病は、代表的な慢性疾患で、病気をコントロールしていく必要が認識されつつある。

今回、代表的な慢性疾患である糖尿病患者の教育にエンパワーメントが中心概念に用いられているR.M.AndersonとM.M.Funnellらが著わした文献をレビューし、糖尿病患者教育におけるエンパワーメントについて検討した。本稿では、エンパワーメントの歴史的流れとその概念、糖尿病患者教育におけるエンパワーメント、患者の力を強めるエンパワーメントの3つ観点から考察した。

1. エンパワーメントの歴史的流れとその概念

17世紀、エンパワーメントという言葉は法律用語「権利や権限を与えること」として最初に用いられた²⁾。その後、1960年代のアメリカ公民権運動や1970年代のベトナム反戦運動といった社会運動や政治的意味合いで用いられるようになった¹⁻⁴⁾。さらに、住民・患者・障害者などを対象として、アメリカの公衆衛生や精神保健、福祉、看護、ヘルスプロモーションなどの領域

で1980年代に入り注目をあびてきた⁵⁾。エンパワ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」という意味も含まれる^{1,3)}。そのため、現在では日本においても医療や看護、社会福祉、教育などのさまざまな領域において用いられるようになった。

人間のもつ潜在的な力を重視したエンパワメントはさまざまに定義づけられているが、「人々や組織やコミュニティが、自分たち自身の生活全体をコントロールできるように力を得るプロセス」といった概念として大体の一致した理解がされている³⁾。また、エンパワメントは、エンパワーされる側とする側の相互作用であることも含まれる³⁾。

基盤となる価値観や考え方の一つには、全ての人間の潜在能力を信じ、その潜在能力の発揮を可能にするというカウンセリング心理学・コミュニティ心理学にその起源がある³⁾。またエンパワメントは、対象者と専門家との関係性において、従来の看護者が主導権をとり患者の問題解決に向けて関わるという関係性から、協働関係、パートナーシップ関係へと移行することが必要とされる^{1,3)}。

エンパワメントの概念とその特徴は、プロセスを含んだ概念であるので、人々が徐々に影響力やコントロール権を獲得し、参加してくるプロセスが強調され、そのプロセスはいくつかの段階がある。そのプロセスを斬新するものとして、集団の力があげられる。さらに、個人、組織、コミュニティや社会など、複数のレベルが含まれている^{1,6)}。このような複数のレベルのそれぞれには相互作用を有していることも特徴的である^{1,6)}。

2. 糖尿病患者教育におけるエンパワメント

糖尿病患者教育にエンパワメントの重要性を主張しているのはRobert M. Anderson とMartha M. Funnellであり、彼らの研究から糖尿病患者教育におけるエンパワメントの軌跡をたどってみることにする。

Robert M. Andersonらは、エンパワメン

トとは、「敬意と共感に基づいた患者中心の取り組みである」と述べている⁷⁾。エンパワメントの考え方をとると、患者と医療従事者の両者が新しい役割を担うことになる。Andersonらは、成人教育理論や人間心理学の理論をベースにエンパワメントの概念を用いている⁷⁾。つまり、教えることと学ぶことのアプローチは、学習者自身の経験と熟練を使用することを含んでおり、問題をベースとして、患者が患者自身の生活に直面していることにチャレンジすることが重要であり、人間の能力を信じて、自分自身で自分の問題を自分の資源で解決すること、それができるように、医療者は、患者に対して肯定的好意を基礎にもち、援助者と患者の関係が平等であるように仕向けることである⁷⁾。

Andersonらの考える糖尿病患者教育におけるエンパワメントを1) 伝統的な糖尿病患者教育の不備、2) 糖尿病患者をどのように捉えるか、3) 糖尿病患者教育を実践する専門家はどうか、4) 糖尿病患者教育を実践する専門家は糖尿病患者にどのように関わるべきか、から捉えていくことにする。

1) 伝統的な糖尿病患者教育の不備

初期の糖尿病患者教育は、糖尿病の臨床的な側面を強調していた。最も利用されていた糖尿病の自己管理教育は、教育する者自身が受けてきた同じ教育方法の提供であり、効果的だと思われていた⁸⁾。しかし、その結果、何年かけても有効な変化はわずかししか認められず効果はあがっていなかった⁸⁾。自己管理行動を起こし、維持するためには、臨床的知識だけでは患者にとって十分でないことがわかり、心理社会的関心や行動変化に対する戦略が追加されるようになった。しかし、糖尿病の臨床的な側面が強調され、教育プログラムの中で心理社会的・行動科学的内容がさほど重視されてこなかった⁸⁾。なぜ、伝統的な糖尿病患者教育がこれまでなされてきたか、Andersonらは次のように理由を述べている。

一つは、糖尿病患者に臨床的内容を教育することは、教える側にとって簡単なアプローチであること。二つ目に、心理社会的あるいは行動科学的な教育方法を教える側が教育されていなかったこと。三つ目に、糖尿病患者ではなく、

医療従事者が必要だと思っている情報や科学的アプローチの重要性や価値を反映しているからだとしている⁸⁾。

以上の理由から、糖尿病患者教育に臨床的内容だけでなく心理社会的・行動科学的内容が必要だとしながらも、伝統的糖尿病患者教育のプログラムが続行されてきたのである。このような振り返りから、Andersonらは、糖尿病患者教育にエンパワーメントを取り入れる必要性を強調し、さまざまな抵抗にあいながらも今日のエンパワーメントアプローチの実践につながってきた。

2) 糖尿病患者をどのように捉えるか

(1) 患者の生活はその人の文化の中に織り込まれている

Andersonらは、1996年に糖尿病をもつ都市部の黒人の心理社会的問題を明らかにするためのフォーカスグループによる研究を実施した⁹⁾。その結果、糖尿病をもつ都市部の黒人の主要な心理社会的問題は、黒人の文化の中での食物と食事が重要であり、糖尿病や合併症について詳しく学習する必要性、ヘルスケア提供者との効果的な相互学習、そして管理への支援の必要性などが見出された⁹⁾。なかでも最も大きい問題は、文化的に特有な問題として食事であった。ここで明らかになった問題は糖尿病をもつ全ての人に当てはまるものであった⁹⁾。

また、1998年の研究でラテン系アメリカ人の糖尿病患者のフォーカスグループ研究がある¹⁰⁾。この研究の目的は、糖尿病を持つラテン系のアメリカ人の糖尿病ケアや教育上の問題を明らかにすることにあった。ここでの結果として、最も優先順位の高い問題は、ラテン系アメリカ人女性が抱えている家族に対する責任からくるセルフケアの難しさであった¹⁰⁾。それは、糖尿病をもつラテン系アメリカ人の女性は、家族のために料理を作るが、家族は伝統的料理を好んで食べるために、糖尿病の食事療法に従うことが難しいというものであった。またそれは、糖尿病をもつラテン系アメリカ人の女性の多くが、家族の支えになり、家族が好む伝統料理を作る役割を担っているからでもある¹⁰⁾。

2つの研究とも、背景には文化的な問題がクローズアップされている。糖尿病患者にとって、

生活は文化であり、治療は生活と切り離されたものではない。糖尿病は、糖尿病患者の生活の中に織り込まれている。糖尿病患者は、糖尿病とともに毎日生活する体験の中から糖尿病を知り、臨床的内容と心理社会的内容を分けて考えることはできない¹⁰⁾。Andersonらは、患者の生活はその人の文化の中に織り込まれているという視点こそ専門家が認識すべきことだとしている。

(2) 個々にゴールがある

Andersonらは、高齢者に対する糖尿病教育やケアプログラムの研究によっていくつかの示唆を得ている。1997年、糖尿病をもつ65歳以上の高齢者に対して、介入群とコントロール群を無作為に抽出し、介入群の53名に対して12セッションを含む18ヶ月の教育とサポートプログラムを実施している。3年間に渡る研究結果からは、介入群とコントロール群ではHbA_{1c}に有意差があり、参加者は、知識と実践が融合したものには積極的に参加する可能性が明らかになった¹¹⁾。高齢であっても彼らの経験や特徴にあったケアを行うことで自己管理を行うことができ、患者自身も知識や情報を得ることを望んでいるということが示唆された。高齢者の糖尿病患者も若い人と同様に、個々のゴールに合わせた治療と教育プログラムが必要である^{11,12)} という結論であった。

(3) 社会的な視点が患者に影響を与える

今日の肥満の問題は、大きな心理社会的問題になっており、肥満に対する偏見や型にはまった見方が、社会全体そして医療従事者においても広がっている¹³⁾。肥満は、生理学的なメカニズムからくるものであるという科学的根拠が明確にされている。それにも関わらず、肥満は、その人の意思の弱さ、怠惰、秩序がない、暴飲暴食をしているなどの個人の欠点として捉えられている¹³⁾。患者が、体重過多であることそれ自体で社会からの批判を多く受けており、自尊心や自己効力感を害されている¹³⁾。このように社会的な視点が患者に影響を与えていることも患者を理解する上で必要である。

3) 糖尿病患者教育を実践する専門家はどうかあるべきか

(1) 患者教育へのビジョンをもつ

ビジョンとは、私たちの認識と価値と態度の組み合わせで、これは信念と同じように自然な人間の行動における基本枠組みである。Andersonらは、専門家やナースのビジョンは患者ケアに影響を及ぼし、専門家やナースの特質や教育ビジョンが糖尿病患者教育の結果に影響を与える重要なものであるからこそ、糖尿病患者教育においてビジョンをもっていないといけないとした¹⁴⁾。Andersonらのビジョンは、患者自身が意思決定者であるということ、患者は糖尿病患者教育にすぐれた視点を備えた経験の中で生活しているというものである¹⁴⁾。糖尿病患者教育にビジョンをもった上で、理論を道具として使い実践することが専門家、ナースにとって重要なことである。

(2) 患者教育に対する限界の認識

糖尿病患者は自分のすべてに責任を持っている。最も重要な選択は患者自身がすること、患者は糖尿病セルフケアマネジメントのコントロールの中にあること、患者は結果に責任を負うこと、の3つの責任があることを糖尿病患者教育を実践する専門家が認識していないといけない¹⁴⁾。その上で、糖尿病患者教育を実践する専門家は自分たちの限界を知っていないといけない。限界を知っていないと患者と専門家の両者において、不満や不全感がおこり、糖尿病ケアの効果が出せない状況を作り出す¹⁴⁾。

(3) 正しい認識と自分の認識に対する内省

ケアの専門家である私たちは、糖尿病患者から患者独自の糖尿病生活について傾聴し、その社会の中でどのように生きているかを理解する必要がある。何が患者の自己管理の選択や、健康信念、優先事項、ケアのゴールに影響を与えているのかを理解することが、糖尿病ケアに生かされてくる¹⁵⁾。

ケアの専門家である私たち自身が、自分たちの文化の固定観念や先入観にとらわれがちであることを認識する必要がある。メディアから受け取ったイメージが蓄積されていること（例えば、新聞やテレビで報道されるのは問題を持った黒人についてであり、黒人の功績や豊かな文化については知らされていない）を知ること、自分の先入観について気づくことによって、糖尿病患者についての視点と見方が獲得できる¹⁵⁾。

Andersonらは、研究を通して、自分たちの

認識が客観的でない価値観にとらわれており、自分が社会の中で蓄積してきたもので構成された態度や認知がいかに深いものであるかということに気づいた。自分の偏見と態度を認識し、専門職としての成長と努力が重要であることを述べている¹⁶⁾。自分自身を知ることが、他者を洞察する力につながる。効果的な糖尿病ケアには、その人々の文化、目標、資源、価値観の重要性を認めることが要求され、そのことは患者と医療者の両者において重大な利益になる¹⁶⁾。

4) 糖尿病患者教育を実践する専門家の糖尿病患者への関り

AndersonとFunnellらは、彼らの早期の研究では、糖尿病患者の認識を理解するための研究方法として当初は量的研究方法に頼っていた¹⁷⁾。しかし、量的研究方法では、糖尿病患者自身の声は反映せず、患者の理解に失敗したことに気づいた。そこで、巧妙な現象を明らかにする方法の一つとして、フォーカスグループを用いた研究を提唱し、質的研究を行いながら、患者の心理社会的状況を正しく知ることが重要であると指摘している¹⁷⁾。

(1) 積極的な傾聴

患者の話を書くという基本的な姿勢は、大変重要である。ケアの専門家である私たちが、患者の話を書き傾聴することで、糖尿病患者独自の糖尿病生活について理解し、その社会の中でどのように生きているかを理解することにつながる。そして、何が患者の自己管理の選択や、健康信念、優先事項、ケアのゴールに影響を与えているのかを理解することができれば、糖尿病ケアに生かすことができるのである。

(2) 患者・ケアの専門家間における患者がもつ考え方の共通理解

糖尿病をもつ都市部のアフリカ系アメリカ人のための教育プログラムの文化的妥当性に対する評価のためのフォーカスグループと質問紙を使用した研究¹⁸⁾を実施した。ビデオとフォーカスグループによるディスカッションは、ケアの専門家および患者の両方にとって実際に役立つもので、非常に有効と認められた¹⁸⁾。患者の生活の根底にある考え方や習慣がどのようなものであるか、それによって自分の生活がどのように影響を受けているのかを、患者とその患者

に関わるケアの専門家が共通理解することは、その後の糖尿病ケアに大変有効である^{18,19,20)}。

(3) 人間関係と協力関係の構築

エンパワーメントは、エンパワーされる側とする側の相互作用であることも含まれる。

そのことから、糖尿病患者の教育において患者自身が意思決定していけるように、教育を実践する専門家である私たちが、人間関係技術を身につけておかなければならない。信頼できる人間関係を築きあげることが基本となり、その安全な環境の中でその人自身が情報を選択し、意思決定できるよう支援していくことが重要である²¹⁾。それはまた協力関係でもある^{22,23)}。

3. 患者の力を強めるエンパワーメント

患者の力を強めるエンパワーメントの基本的な考え方の前提には、医療従事者が価値の転換をはからなければならないという大きな問題が立ちだかる。患者のエンパワーメントを引き出すことができるかどうかは、医療従事者自らがどのようにエンパワーしているかにも関係する。野嶋²⁾が指摘するように、看護者が価値を転換し、看護者自身のエンパワーができるかが患者の力を強めるエンパワーメントの今後を左右することになるだろう。

おわりに

患者の力を強めるエンパワーメントは、患者自身が意思決定者であり、糖尿病という病気があるという現実を認識することから始まる。エンパワーメントのプロセスは、人が自分自身の生活に責任を負うことのできる潜在能力を発見し、発展させることができる。そのプロセスに関与していくケアの専門家の役割は大きい。

引用文献

- 1) 清水準一：ヘルスプロモーションにおけるエンパワーメントの概念と実践，看護研究，30(6)，453-458，1997.
- 2) 久木田純：エンパワーメントとは何か，現代のエスプリ376，エンパワーメントー

人間尊厳社会の新しいパラダイム，10-34，1998.

- 3) 野島佐由美：エンパワーメントに関する研究の動向と課題，看護研究，29(6)，453-464，1996.
- 4) Margo Okazawa-Ray：貧困にあるコミュニティ・オブ・カラー(COC)のエンパワーメントーセルフヘルプ・モデルー，Empowerment in Social Work Practice(Gutierrez, Parsons, & Cox), Brooks/Cole Publishing Company, 1998. (小松源助監訳：ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメントーその理論と実際の論考集，相川書房，65-82,2000.)
- 5) 小田兼三：エンパワーメントとは何か，エンパワーメント実践の理論と技法，中央法規出版，2-17，1995.
- 6) 下山田鮎美他：エンパワーメント理論を用いた実践活動および研究の動向と課題，宮城大学看護学部紀要，第5巻，第1号，11-19，2002.
- 7) Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT: The diabetes empowerment scale: A measure of psychosocial self-efficacy. Diabetes Care, 23(6), 739-743, 2000.
- 8) Funnell MM, Anderson RM: Putting Humpty Dumpty back together again: Reintegrating the clinical and behavioral components in diabetes care and education. Diabetes Spectrum, 12, 19-23, 1999.
- 9) Anderson RM, Barr PA, Edwards GJ, Funnell MM, Fitzgerald JT, Wisdom K: Using focus groups to identify psychosocial issues of urban black individuals with diabetes. The Diabetes Educator, 22, 28-33, 1996.
- 10) Anderson RM, Goddard CE, Garcia R, Guzman JR, Vazquez F: Using focus groups to identify diabetes care and education issues for Latinos with diabetes. The Diabetes Educator, 24, 618-625, 1998.

- 11) Funnell MM, Arnold MS, Fogler J, Merritt JH, Anderson LA: Participation in a diabetes education and care program: Experience from the diabetes care for older adults project. *The Diabetes Educator*, 24, 163-167, 1998.
- 12) Funnell MM, Merritt JH: The older adult with diabetes. *Nurse Practitioner forum*, 9(2), 98-107, 1998.
- 13) Anderson RM, Brackenridge BP: Polar bears in the jungle: Reflections on obesity and overeating. *The Diabetes Educator*, 25, 521-526, 1999.
- 14) Anderson RM, Funnell MM: Theory is the cart; vision is the horse: Reflections on research in diabetes patient education, AADF Research Summit, Supplement to *The Diabetes Educator*, 25, 43-51, 1999.
- 15) Anderson RM: Looking out-looking in: What do we see?. *Diabetes Spectrum*, 11(3), 132-133, 1998.
- 16) Anderson RM: Into the heart of darkness: Reflection on racism and diabetes care. *The Diabetes Educator*, 24, 689-692, 1998.
- 17) Anderson RM, Robins L: How do we know? Reflections on racism and diabetes care. *Diabetes care*, 21, 1387-1388, 1998.
- 18) Anderson RM, Funnell MM, Arnold MS, Barr PA, Edward GJ, Fitzgerald JT: Assessing the cultural relevance of an education program for urban African Americans with diabetes. *The Diabetes Educator*, 26, 280-289, 2000.
- 19) Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell MM, Gruppen LD: The third version of the diabetes attitude scale. *Diabetes Care*, 21, 1403-1407, 1998.
- 20) Funnell MM: Patient empowerment: *Critical Care Nursing quarterly*, 27(2), 201-204, 2004.
- 21) Funnell MM, Anderson RM: Patient empowerment: a look back, a look ahead. *The Diabetes Educator*, 29(3), 454-458, 2003.
- 22) Glasgow R, Anderson RM: In diabetes care, Moving from compliance to adherence is not enough: Something entirely new is needed. *Diabetes Care*, 22, 2090-2092, 1999.
- 23) Anderson RM, Funnell MM: Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *The Diabetes Educator*, 26(4), 597-604, 2000.