

[資料]

病いの慢性性 (Chronicity) における「軌跡」について 人は軌跡をどのように予想し、編みなおすのか

黒 江 ゆり子 藤 澤 まこと 普 照 早 苗

Trajectory of Illness with Chronicity : - Focusing on Trajectory Projection and Reknitting -

Yuriko Kuroe, Makoto Fujisawa, and Sanae Fusho

はじめに - 慢性の病いと人間 -

生・老・病・死は人間を取り囲む環境がどのように変化したとしても、避けることのできない永遠のテーマであろう。人は誰でも病気になる可能性をもっており、病気はどのようなものでも慢性に移行する可能性がある。すなわち、現代社会の中で生活する人々は誰もが慢性の病気をもつ可能性があると言えよう。

私たちは慢性の病気に対してどのような思いを抱いているのであろうか。「慢性」という用語は、長い間続くとか、なかなか変化しないとか、あるいはやっかいなどのイメージを与えることがある。しかし定義をするのは難しいとされている¹⁾。ストラウスらは慢性の病気をもつ人々を対象に調査を続け、生活の中の慢性の病気はどのようなものであるのかを明らかにしようとしてきた。そうして発展をみたのが、「病みの軌跡」(trajectory of illness)であり、病みの軌跡という考え方は、慢性病領域における実践と教育および研究の方向づけとなると提言されている。この中で彼らは慢性の特性を慢性性(chronicity)と名づけて説明している。人は若者から高齢者まで誰もが病気の慢性状況に苦しめられる可能性があり、人はこのような状況の予防を望み、それが不可能であれば慢性状況を管理しようとする。この予防と管理のためには生涯にわたる毎日の活動が必要であり、その多くが家庭で行われる。

すなわち、慢性状況におけるケアの焦点は治癒にあるのではなく、病気とともに生きることにある。それゆえ、慢性性における援助は「病気をもつ人が病みの行路を方

向づけることができ、同時に生活の質を維持できるようにすること」(支援的援助)にあり、援助者は対象者がどこから来てどこに行こうとしているのかを常に心にとめておかななくてはならないとされている²⁾。このような考え方に立つとき、慢性の病気をもつ人々の捉え方がよりしなやかになると期待できよう。そこで本論では、このような病みの軌跡について、慢性疾患の一つである糖尿病における状況を交えながら解説したいと思う。

「病みの軌跡」という考え方

病みの軌跡では、慢性の病気は長い時間をかけて多様に変化していく一つの行路(course)を持つと考えられる。病みの行路は、方向づけたり、かたち作ることができ、病気に随伴する症状を適切にコントロールすることによって安定を保つことが可能である。慢性の病気は病気に伴う症状や状態のみならず、その治療方法もまた個人の身体的安寧に影響を与え、かつ生活史上の満足や毎日の生活活動にも影響を与える。たとえば、血糖のコントロールを続けている若者がインスリン注射と食事療法が友人との付き合いを困難にすると感じ、その療法の自分にとっての意味が見出せずにインスリン注射の中断や、仲間との暴飲暴食に至ることがある。そのような状態が続くと病状が悪化し、合併症が発症する可能性も高くなる。このように病みの行路は、病気である個人が人生において何を大切にしているかによって異なるものとなる。

1. 病みの軌跡の歴史的経緯

「軌跡」という用語が慢性状況に適用されたのは、1960

年代初期である。ストラウスらはターミナル状況にある患者のケアを研究し、死に臨むプロセスは一定の時間を必要とし、患者と家族、そして保健医療職者は病みの行路を方向づけるために数多くの方略を用いているという洞察に至り「軌跡」という用語が導かれた³⁾。

ストラウスらはその後も慢性の病気を描き出す方法を探求し、1960年代後半から1970年代にかけて病院および家庭における慢性の病気の管理についての調査に携わり、痛みや配偶者による家庭でのケアに関する研究などによって、慢性状況の多様な局面、管理することの意味、管理のプロセスを促進・妨害する条件などが示されるようになった。1980年代になると軌跡の考え方が実践において有用であることを「Chronic Illness and the Quality of Life」の中で共同研究者であるコービンらと紹介し、慢性の病気は一つの行路を持つこと、その行路は適切な管理によって方向づけができること、さらに慢性の病気は毎日の生活にさまざまな問題（必要な養生法、時間の調整、生活上の孤立など）を確実にもたらし、個人と家族が生活の質を維持するためにはそれらを調整しなければならないことを指摘した⁴⁾。

たとえば痛みを持つ人は、数年にもわたる疼痛コントロールの経験があり、患者のこのような経験は病院に入院している間の疼痛コントロールに影響を与えることがわかった。専門職者は患者の既往歴を知っていても、病気や痛みに対する患者の経験はほとんど知らず、本人がそれまで生活の中で行ってきた対処方法にしたがって現在の痛みに対応していることに気づかない。そのため、このような患者の中には「やっかいな」患者というレッテルをつけられることがあるという指摘がなされた^{5,6)}。

家庭におけるケアに焦点を当てることにより、慢性状況を管理する時の興味深い特性が新たに導き出され、患者とその配偶者あるいは家族が語った歴史的な話によって、軌跡の局面（急性期、安定期、不安定期、下降期、臨死期など）が導き出され、1992年に報告された⁷⁾（表1）。慢性の病気はこれらの局面を移行し、またどの局面に位置しているかによって、対処しなければならない問題も、必要な調整も異なるとされている。

さらに、長い年数にわたる病気のコントロールは、実際には病院や保健医療施設ではほとんど行われておらず、毎日の管理の大部分は家庭において、かつ、患者とその

表1：軌跡の局面（1992, JM.Corbin & A.Strauss）

局面	phase	特徴
前軌跡期	pretrajectory	病みの行路が始まる前、予防的段階、徴候や症状がみられない状況。
軌跡発現期	trajectory onset	徴候や症状が見られる。診断の期間が含まれる。
クライシス期	crisis	生命が脅かされる状況。
急性期	acute	病気や合併症の活動期。その管理のために入院が必要となる状況。
安定期	stable	病みの行路と症状が養生法によってコントロールされている状況。
不安定期	unstable	病みの行路や症状が養生法によってコントロールされていない状況。
下降期	downward	身体的状態や心理的状态は進行性に悪化し、障害や症状の増大によって特徴づけられる状況。
臨死期	dying	数週間、数日、数時間で死に至る状況。

* 転載許可を得て「慢性疾患の病みの軌跡」（医学書院）より掲載。

家族によって行われていること、家庭では病気によるその人の生活史上の変化とか養生法を遂行するときに直面する困難などへの対応に迫られ、これらの対応とその人の仕事や役割との間で葛藤が生じるときは、かなり深刻な事態となること、および生活に必要な調整や症状に適した食事を維持する方法を学ぶなどはかなりの努力が必要であることなどが指摘された。このように、生活の場における患者に目を向けることによって、病気に伴う身体的・心理的制約のために人々が毎日の中で遭遇している問題や苦しみを捉えることができるようになった。

その後、欧米においては1993年と1997年にロビンソンらによる外科治療や高齢者における報告^{8,9)}、2000年にパートンらによる脳血管障害患者の回復過程における報告¹⁰⁾、および2002年に多発性骨髄腫患者における報告¹¹⁾などがされている。また、コービンはストラウス没後、立ち直り期を促進する看護の役割を重視し、それまで下位局面であった立ち直り期を新たに局面として加えている^{12,13)}（表2）。わが国においては1995年に局面を含めた軌跡の考え方が紹介され、1998年に食行動異常における報告¹⁴⁾、2000年に回復過程における軌跡の方向性を見極めることの重要性の指摘¹⁵⁾、2002年に病いの慢性性との関連の紹介¹⁶⁾、および2003年には軌跡の考え方によって対象把握に変化が生じた看護事例の報告¹⁷⁾などがされるに至っている。

表2：軌跡の局面 (2001, JM.Corbin)

局面	phase	特徴	管理の目標
前軌跡期	pretrajectory	個人あるいは地域における慢性状況に至る危険性のある遺伝的要因あるいはライフスタイル。	慢性の病気の発症の予防。
軌跡発現期 / 軌跡の始まり	trajectory onset	徴候や症状が見られる。診断の期間が含まれる。	適切な軌跡の予想にもとづき、全体計画を作り出す。
安定期	stable	病みの行路と症状が養生法によってコントロールされている状況。	安定した病状・生活史への影響・毎日の生活活動を維持する。
不安定期	unstable	病みの行路や症状が養生法によってコントロールされていない状況。	安定した状態に戻る。
急性期	acute	病気や合併症の活動期。その管理のために入院が必要となる状況。	病気をコントロールのもとにおくことで、いままでの生活史と毎日の生活活動を再び開始する。
クライシス期	crisis	生命が脅かされる状況。	生命への脅威を取り去る。
立ち直り期	comeback	障害や病気の制限の範囲内での受けとめられる生活のあり様に徐々に戻る状況。身体面の回復、リハビリテーションによる機能障害の軽減、心理的側面での折り合い、毎日の生活活動を調整をしながら生活史を再び築くことなどが含まれる。	行動を開始し、軌跡の予想および全体計画をすすめる。
下降期	downward	身体的状態や心理的状态は進行性に悪化し、障害や症状の増大によって特徴づけられる状況。	機能障害の増加に対応する。
臨死期	dying	数週間、数日、数時間で死に至る状況。	平和な終結、解き放ち、および死。

* 転載許可を得て「Chronic Illness」(Springer Publishing Company)より掲載¹³⁾。This is a chart shown under a permission. Refer in detail to JM. Corbin : Chronic Illness and Nursing, In RB. Hyman, JM. Corbin, ed.: Chronic Illness, Springer Publishing Company, 1-15, 2001.

2. 病みの軌跡における概念

1) 軌跡と局面移行

病みの軌跡における主要な概念の一つは軌跡 (trajectory) であり、これは病みの行路と同様の意味をもつが、過去を振り返ったときにはじめてわかるものである。不確かではっきりとわからない場合があるが、連続的曲線を成す。その他に軌跡の局面移行と下位局面移行、軌跡の予想、管理に影響を与える条件、生活史および日常生活に与える影響などがある。

病みの行路を方向づけるためには、患者と家族と保健医療職者が共に努力することが必要であるとされている。これには、起こりうる結果を予測し、あらゆる症状を管理し、随伴する障害に対応することが含まれる。

軌跡の局面移行 (trajectory phasing) は、慢性の病気がその行路を経るときのさまざまな変化を表す。下位局面移行は、病気の行路の中では毎日の絶えざる変化があること、それは続いて起こる可能性があることを示している。局面全体は、上に向かう時 (立ち直り期) と下に向かう時 (下降期あるいは臨死期)、そして同じ状態を保つ時 (安定期) がある。たとえば、次のようにである。

30歳代で2型糖尿病を指摘された60歳代男性は、大腸炎で入院治療中に糖尿病を指摘され(軌跡発現期)、食事

療法を中心に糖尿病教育を受ける(急性期)。退院した後の一年間は食事や運動に気をつけ、状態が安定していた(安定期)。その後仕事が忙しくなり、しだいに通院を中断するようになった。しかし本人は治療を中断したという意識はなく、食事療法は守っていると考え、そのままの生活を続けていた(不安定期)。54歳のとき鼻出血が止まらずに緊急入院となる(不安定期～下降期)。薬物療法が開始され、糖尿病について再教育を受け(立ち直り期)、その後食事に気をつけるようになり、定期的に通院も続けていた(安定期)。一昨年、母親が高齢のため、離島にある実家へ戻る。その後治療を中断するようになり、今回足の手入れの不注意(本人の言葉)から足潰瘍をつくり、治癒遅延のため外科病棟に入院となった(不安定期～下降期)¹⁸⁾。

10歳の時に1型糖尿病を指摘された18歳の女性は、腹痛と嘔吐で病院を受診し、病気を指摘された。そのとき、「子供を生むことをあきらめるように」と医師が母親に話しているのを聞いて、自分はみんなと同じように、結婚し母親になることはできないのだと思ったと言う。それ以来「自分だけがなぜこんな病気にならなくてはいけないのか」「いつもほかの人たちをうらやましく思い一生結婚できないんだ」と思って生活していた(軌跡発現

期～急性期)。親は本人に対して食事や日常生活について気を遣ってくれて、母親がいれば大丈夫と思ってすごしていた。医師に言われたとおりに食事に気をつけ、インスリン療法を行い、コントロールはしばらくよかった(安定期)。思春期とともに体重が増え、気にしていた15歳の頃、医師に「どうしてこんなに太るんだ。ちゃんと治療を守っているのか、親もちゃんとわかっているのか」と言われ、食べては吐くの繰り返しをしてケトアシドーシスで3回入院した。医療者に対する不信感と自分に対するコンプレックスが強くなり、HbA1cは10台であったが特に怖いとも思わなかった(不安定期)。合併症のことは聞いていたが実感として感じてなかった。18歳になり異性友達ができるが病気についてははっきり伝えなかった。遅い時間のアルバイトを始め、生活が不規則になるとともにインスリン注射を中断するようになり(不安定期～下降期)、ケトアシドーシスで入院となる(急性期)¹⁹⁾。

2) 軌跡の予想

軌跡の予想 (trajectory projection) は、病気の行路

に関する見通しを意味し、これには病気の意味、症状、生活史、および時間が含まれる。人々は、これから何が起こるのか、どのくらいそれが続くのか、自分はどうなるのか、どのくらいの費用が必要なのか、自分と自分の家族にとっての意味は何か?と疑問を抱くことがある。たとえば、糖尿病の診断を受けた人の中には、その病気が血液透析と失明を意味することがある。この場合、束縛された人生として予想され、この見通しは絶望的な想いや自暴自棄の行為をもたらすことがある。病気とそのコントロールに関わる患者・家族・医師・看護師などは、それぞれ独自に軌跡の予想を行い、どのように方向づけるべきかという考えを持つ。しかし、それらはその人の知識や経験、伝聞そして信念によって異なるものとなる。重要なことは、医療職者が描いている予想と、患者や家族が描いている予想は必ずしも同一ではないということであり、医療職者の中でもそれぞれが異なる予想をしているということである。先に提示した二つ目の事例では「自分は、みんなと同じように結婚し母親になることはできない」という軌跡の予想が示されている。その他の例を表3および以下に示す。

表3：糖尿病とともに生きる人々における軌跡の予想と生活史への影響の例

年代, 性別 (診断時期)	軌跡の予想	生活史への影響
70歳代男性 (40年前)	このままでは透析をしなくてはならない。近い将来透析になってしまうだろう。透析をするとすぐに死んでしまう。	透析を始めると、週2～3回は病院に来なくてはならないため、自分の好きなことが全くできない。今の生活以上に拘束される。
60歳代女性 (10年前)	透析をしなくてはならなくなる。何もできなくなってしまう。重病人になってしまう。	食えることが楽しみだったのにそれができなくなってしまった。友達のところへ行ってもみんなと一緒に食べられない。周りの人から「なぜ食べないの。糖尿病か、たいへんだね。」と言われた。家族の食事と別になってしまう。家族に迷惑がかかるのではないかな。
50歳代女性 (15年前)	退院したら元の生活に戻るからこのままだと透析になってしまう。自分ではどうしたらいいのかわからない。どうにかしろと言われても困る。	入院中だけ施設が息子をみてくれることになったけど退院したらまた引き取らなきゃいけない。死んだ方がいいわよ。(障害をもつ息子の介護を1人で背負っている。)
30歳代女性 (6年前: 1型)	透析になったらどうしようかと思う。本でうつ病のチェックがあったけど、全部当てはまった。死にたいっていつも思っていた。	自分でさえ糖尿病のこと受け入れられていないのに人に糖尿病のことなんて言えない。家族も私に気をつかうようになった。私がいたら食事に気をつけないといけないプレッシャーがある。復職したかったけど低血糖の対処ができなからやめてくれて言われた。インスリンをうつたびにいやになる。
30歳代女性 (14年前)	目が見えなくなることが怖い。ポンプをつけて血糖は少し良くなったけどインスリンをやめることはないと思う。でも、これから何をするのか、何をしたいのかあまり考えたことはない。結婚もしてみたいけどこの体では無理でしょう。でも悲観はしていないの。	仕事・友人との遊び・恋愛という若い女性らしい生き方が奪われた。
60歳代男性 (15年前)	もういいんだよ。どうにもならないんだよ。自分が悪いんだけどね。人生がすべて終わってしまった。(下肢切断時)	母ちゃんに家に帰ってくるなって言われた。母ちゃんに食わせてもらうんだよ。
20歳代女性 (8年前)	糖尿病であっても介護の仕事をしたい。必ず仕事ができると思う。コントロールすれば、赤ちゃん生めるよね。	「私のせいで・・・」と、母親に泣かれる。

*註：ここに示す軌跡の予想および生活史への影響は、糖尿病における病みの軌跡・看護職者による17の報告から - 24) に示されたものからその一部を紹介する。

ある女性は糖尿病を発症したときに母親から「どうしてこんな病気に」と言われ、母親が持っていた「一生治らない病気」という予想、および「重い合併症の出る病気」という予想に影響され、心に重荷を負ったように感じ、30歳になるときまでコントロールがうまくいったという思いを抱いたことがなかった。いつしか「自分は健康ではない」という思いが大きくなり、糖尿病の養生法が負担になっていった。この女性に接した外来の看護職者は面接の機会をもち、本人の今の思いを聴くとともに、健康とはなんだろうなどを話し合うことから始めた。6ヶ月後に患者は自分の思いを自由に表現するようになり、それまで記録していなかった食事の記録用紙をもって外来を訪れるようになった^{20,21)}。

3) 管理に影響する条件

軌跡の管理がどのようにどの程度遂行されるかということは、数多くの条件によって異なる。影響する条件は種類もさまざまで、管理を促進したり、妨害したり、またそれによって管理が複雑になることさえある。影響を与える状況の一つは「資源」であり、これには人的資源、社会的支援、知識や情報、時間、経済力が含まれる。それ以外の条件には、医学的状态とその管理に伴う過去の経験、必要なことを実施する動機づけ、ケア環境とその適切性（家庭あるいは医療施設が特定の局面にある患者や家族のニーズを充足できるかなど）、ライフスタイルと信念、軌跡の管理に携わっている人々の相互作用や相互関係（協力的か衝突的かなど）、および保健医療に関わる法的・経済的環境などがある。

軌跡を管理するために目標を立てるときは、これらの条件を考慮に入れながら、行うべき課題の性質を調べ、必要となる資源を準備し、その状況の中で誰がどのような課題を遂行するかを調整し、どのような帰結が期待できるかを明確にしなければならない。たとえば立ち直り期の目標は、病気を持った人が自分の制限の範囲内で、以前のような生産的で満足できる生活が送れるようになることであり、生理学的な安定や回復のみならず、「編みなおし」と呼ばれる個人の生活史上の課題が含まれる。

・ 病みの軌跡にもとづく看護

1. ケアについての基本的な考え方

慢性状況におけるケアの焦点は、第一に慢性状況の予防にあり、第二に病気を管理しその病気とともに生きる方策を発見することにある。そのため、看護においては、対象者が病みの行路を方向づけることができ、同時に生活の質を維持できるように援助することを通して、慢性の病気とともに生きること、すなわちその人が自分なりの生活を続けることができるようにすることが最大の目標となる。この二つの目標は支持的援助というケアを提供することで達成される。それは直接的ケア、健康教育やカウンセリングの提供、調整などの方法で行われる。

2. 看護のプロセス

看護のプロセスにおける最初の段階は、その個人と家族の位置づけである。「位置づけ」には、過去から現在までの軌跡の局面、現在の局面の中で経験されているすべての症状や障害、管理のプロセスに参加している人々の軌跡の予想、養生法と選択可能なすべてのケアを含む軌跡の管理計画、この計画の遂行状況、家族がそれぞれどこでかかわっているか、日常生活活動を遂行するための調整などが含まれる。位置づけができれば目標を設定するが、その場合、患者と家族は軌跡管理の積極的な参加者であることから目標設定は共同の課題であり、患者は選択の前に十分な情報を提供されなければならない。目標はそれぞれの局面に適したものでなければならない。コーピンは2001年に局面における目標を表2のように提示し、たとえば、軌跡発現期では「適切な軌跡の予想にもとづき、全体計画を作り出すこと」、また安定期では「安定した病状・生活史への影響・毎日の生活活動を維持すること」としている。

次の段階は、管理に影響を与える条件のアセスメントである。その事例における管理を促進する条件や目標に到達する能力の妨げとなる条件を明らかにし、介入の焦点を定める。それは患者が望ましい目標に到達するためにはどのような条件を操作しなければならないかを明らかにすることでもあり、たとえば患者の軌跡の予想が不正確である場合は、その点を修正することが可能である。そして最後の段階は介入の効果を見極めることである。新たな調整やコーピングが必要なときに、その人がどのように対処できているのか、新たな状況の中でどのように懸命に努力しているのか、感情的にも身体的にも動き出そうとするような変わり目にあるのかなどを見極める

ことが重要である。

3. 病気とともに生きることと「編みなおし」

慢性状況を抱えながら生きていくとき、人は病気に伴うさまざまな状況と折り合いをつけて生活する。この折り合いをつけるために、人は病みの行路の変化に伴って自分の日常の活動を行うためのさまざまな工夫を求められ、何度も細かい調整を行わなければならないため、これは最終的な状態というより一つの過程と考えられている。たとえば、ある慢性関節リウマチの人は毎朝更衣の前にストレッチ運動をするとか、関節を温めるとか、薬が効いてくるのを待つなどで調整を行う。さらに、寝たきりで人工呼吸器をつけながらも自ら望んで在宅での独居生活をしている筋ジストロフィーの人の場合は、生活を援助してくれるボランティアを募集し、彼らが吸引や清潔操作などが出来るように研修を行い、研修後に正式なボランティアとして雇用し、生活の介助を依頼している。この人は、毎日のスケジュールや栄養を考えた食事内容、掃除の仕方、水を使う量に至るまで自ら考え、パソコンでボランティアに指示するのであるが、これらも生活を続けるための調整である。このような日常の調整を行いながら人は病気との折り合いをつけようとする。そして、このような一連の過程のなかで行われる内面の作業が「編みなおし」である。その人がそれまで編んできた人生や生活という糸を少しほどいてもう一度編みなおすのである。先の事例のなかで、編みなおしは次のように紹介されている。

食事の説明を行いながら、看護職者は今後は治療中断に至らないようにと願っていた。そこで、これまでの経緯を本人に話してもらいながら、中断しないためにはどうすればよいかを話し合った。「初めて糖尿病といわれたとき、びっくりしたが病気とっていなかった。食事量を半分にして体重を落とせば、糖尿病は治ると思っていた。前の病院の医師に合併症がおこったら大変と言われてたが、まだ網膜症も何もなかったので大丈夫と思っていた。仕事が忙しいので、一段落してから病院に行こうと思っていた。今は糖尿病になったのは仕方がないが、放っておくと怖い病気と認識している。前の病院の医師はかなり強く僕のことを心配していろいろ話してくれた。あのとき彼の言うことを聞いていれば眼は悪くならなかつ

たかもしれない。彼を裏切ったようで申し訳ない気持ちでいっぱいだ。食事は何をどれ位摂取すれば良いかわかれば自分でできる。いままでちゃんとやっているとっっていたんだ。問題は量だったんだ。これからは計って食べようと思う。だから量を教えて下さい。今回足の手入れの不注意から入院となったが、自分の体、糖尿病を見直すきっかけとなり良かったと思っている。人生はまだまだこれからだからね。酒は好きだが一番の生きがいは畑仕事だ。眼が見えなくなって働けなくなったらもうおしまい。眼科の先生は糖尿病をコントロールすれば、眼は大丈夫と言っていた。眼のことを考えたら酒をやめることは簡単だ。宴会ではウーロン茶で誤魔化せばいいし、最後の手段には病気だと周りの人間に話してもいい。」とこれまでを振り返り、糖尿病を持ちながらも今後の人生へ前向きに編みなおしている²²⁾。

おわりに

クライマンは病気と人間について「病いは経験である。痛みやその他の特定の症状や患うことの経験である。病いの経験は、われわれの時代や生活を構成しているあらゆる特徴と分かちがたく結びついている。われわれの持っている観念、感情、家庭や職場での対人関係をかたち作る密接な結びつき、さらには広く共有されているイメージ、経済的な力、ケアや福祉の社会的機構と結びついている」と指摘する²³⁾。私たち看護職者は保健医療の対象である人々の身近にいることのできる存在であり、かつ、その人々の24時間をみようと思えばみることのできる存在である。慢性の病いがその人と家族の生きることによどのような影響を与えるのか、そしてどのように繋がっているのかについてさらに考えていきたいと思う。

引用文献

- 1) Lubkin IM, Larsen PD : What is Chronicity, in Lubkin IM, Larsen PD ed. Chronic Illness : Impact and Intervention, Jones and Bartlet Publishers ; 3-23, 2002.
- 2) Woog P., ed., The Chronic Illness Trajectory Framework : The Corbin and Strauss Nursing Model, Spring Publishing Company ; 9-28, 1992, 黒江ゆり子ほか, 慢性疾患の病みの軌跡, 医学書院 ; 1-31, 1995.
- 3) Glaser BG, Strauss AL : Awareness of Dying, Adline Publishing, 木下康仁訳, 死のアウエアネス理論と看護 - 死の

認識と終末期ケア, 医学書院; v ~ vii, 1988.

- 4) Strauss AL, Corbin. M et al. : Chronic Illness and The Quality of Life, Mosby Company, 南裕子, 慢性疾患を生きる - ケアとクオリティ・ライフの接点 -, 医学書院; 83-96, 1987.
- 5) 前掲 4) 214-226.
- 6) Corbin JM, Strauss AL : 軌跡理論にもとづく慢性疾患管理の看護モデル, 黒江ゆり子ほか, 慢性疾患の病みの軌跡, 医学書院; 4-7, 1995.
- 7) 前掲 6) 12-14.
- 8) Robinson LA, Bevil.C, Arcangelo.V, et al : Operational the Corbin & Strauss trajectory Model for elderly clients with chronic illness. Scholarly Inquiry for Nursing Practice, An International Journal, 7(4) ; 253-268, 1993.
- 9) Robinson LA, Nuamah IF, Cooley ME, et al : A test of the fit between the Corbin and Strauss Trajectory Model and care provided to older patients after cancer surgery, Holistic Nursing practice, 12 ; 36-47. 1997.
- 10) Burton CR : Re-thinking stroke rehabilitation : The Corbin and Strauss chronic illness trajectory framework, Journal of Advanced Nursing, 32(3) ; 765-602, 2000.
- 11) Somerset M, Shrp D, Campbell R : Multiple sclerosis and quality of life, Journal of Health Services Research & Policy, 7(3) ; 151-159, 2002.
- 12) Corbin JM : The Corbin and Strauss Chronic Illness Trajectory model, Nursing Practice, 12(1) ; 33-41, 1998.
- 13) Corbin JM : Chronic Illness in Nursing, In Hyman RB, Corbin JM ed. : Chronic Illness : Research and Theory for Nursing Practice, Springer Publishing Company ; 1-15, 2001.
- 14) 黒江ゆり子 : 過食と嘔吐を呈する患者の「病みの軌跡」 - コービンとストラウスのモデルでみえる “ 頑張り ” の功罪, 日本精神保健看護学会, 7(1) ; 22-30, 1998.
- 15) 酒井郁子 : 回復過程を援助するということ - 最善の看護の追求として -, 看護学雑誌, 64(9) ; 794-799, 2000.
- 16) 黒江ゆり子 : 病いの慢性性 Chronicity と生活者という視点, 看護研究, 35(4) ; 3-16, 2002.
- 17) 大西ひかり, 吉田沢子, 高原典子 : “ 病みの軌跡モデル ” を使用して患者理解に取組んだ 1 事例, 糖尿病, 46, suppl.1, s-302, 2003.
- 18) 金城ゆかり : 糖尿病事例の病みの軌跡について - T 氏の糖尿病の軌跡から食事療法に対する思いを理解する -, 糖尿病における病みの軌跡 - 看護職者による17の報告から -, 平成14年度認定看護師教育専門課程糖尿病学科「行動変容・疾病受容に関する理論」報告書, 13-16 ; 2003.
- 19) 関根智子 : 糖尿病事例-病みの軌跡について妊娠を希望す

る思春期の症例について考える, 平成14年度認定看護師教育専門課程糖尿病学科「行動変容・疾病受容に関する理論」報告書 ; 34-37 ; 2003.

- 20) 黒江ゆり子 : 糖尿病患者への心理的アプローチ - 食逸脱行動 (過食と嘔吐) を呈した IDDM の患者の一例, 大阪市立大学看護学紀要, 3(1) ; 1-18, 1995.
- 21) 黒江ゆり子ほか, 食行動に異常を呈した IDDM の一例, 糖尿病, 40(3) ; 197, 1997.
- 22) 前掲 19) ; 34-37.
- 23) Kleiman A : The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition, Basic Books, 江口重幸 : 病いの語り, 誠信書房 ; iii, 1998.
- 24) 黒江ゆり子監 : 糖尿病における病みの軌跡 - 看護職者による17の報告から -, 平成14年度認定看護師教育専門課程糖尿病看護学科「行動変容・疾病受容に関する理論」報告書 ; 70-71, 2002.

(受稿日 平成16年2月23日)