

血液透析患者の心理的段階とその変容過程

竹本与志人* 杉山京** *** 桐野匡史* 村社卓*

目的：血液透析患者の心理的段階とその変容過程を明らかにすることである。

方法：血液透析患者6名を対象にグループインタビューを行い、得られたデータの分析には定性的（質的）コーディングを用いた。

結果：血液透析患者の心理的段階は、【混乱】、【変化】、【共存】の3つのコア・カテゴリーに分類することができると考えられた。この3つの変容特性は、【混乱】から【変化】、【変化】から【共存】へと展開するものと推測された。

結論：血液透析患者が抱える問題の解決には、出来事に対する現実的な知覚や適切な社会的支持、適切な対処機制が必要である。

キーワード：血液透析、心理的段階、変容過程

I. 緒言

血液透析療法は、慢性腎不全患者に対して行われる腎代替療法のひとつである。わが国では1965年前後より実施され（高橋ら2002）、現在約30万人がこの治療を受けている（日本透析医学会統計調査委員会2014）。血液透析療法を受ける患者（以下、透析患者と略する）は腎移植をしなければ透析からの脱却は望めないが、その機会は極めて少ない（日本移植学会・日本臨床腎移植学会2014）。そのため、食事や水分の制限、透析による時間拘束、合併症の苦痛などから反応性精神症状を呈する事例が多く報告されてきている（春木2010b；春木2010c；板井ら2002；大橋1997；渡辺1997）。

透析患者の精神症状のなかでも最も頻度の高い症状のひとつに抑うつがある（堀川ら2006）。抑うつは従来透析導入期に起こり、透析維持期（治療上の安定期）では安定すると考えられてきた（浅井ら1973；浅井1974；加藤ら1984；佐藤ら1972）。しかしながら、医療技術の進歩や透析器の機能改善により、透析を受けながら長期生存が可能になると、透析維持期においても安定しているとはいえ

ないといった報告がされるようになってきた。たとえば福西ら（1990）は、透析導入期に比して安定期に抑うつ等の精神症状を示した透析患者の割合が高く、田中ら（1996）は透析年数ごとで比較したものの大差はなく、抑うつの割合が高かったと報告している。透析患者の抑うつは、透析歴の長短に関係なく起こりうる精神症状といえる。

透析患者の抑うつは、Lopesら（2004）の研究によると透析患者の43.0%、Wilsonら（2006）の研究によると38.7%に確認されている。Chilcotら（2008）は透析患者の抑うつに関する先行研究を精査した結果、研究者によって抑うつの測定尺度の種類や研究対象患者数、抑うつの患者割合には差があるものの、一般人口に比して透析患者に抑うつが多くみられたと報告している。抑うつのアウトカムには、高死亡率（Drayerら2006；Kimmelら2000）や健康関連QOL（Quality of Life）の低下（Drayerら2006；Kalenderら2007）、自殺観念（Keskinら2011）などが想定されることから、透析患者の支援における最優先課題は、抑うつからいかに早期に回復させるかにあるといえる。

* 岡山県立大学保健福祉学部

** 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科

*** 日本学術振興会特別研究員（DC1）

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

透析患者が抑うつから脱却する過程を理解するために役立つ理論のひとつに、段階理論がある。段階理論は中途障がい者（身体障がい者）の心理の経時的な変化に着目した考え方であり、障がいを喪失として捉え、悲嘆の回復過程に着目した Cohn (1961) の理論、対処 (coping) に重点を置いた Fink (1967) の理論等が挙げられる。透析導入後の患者の心理的変容に特化した研究には、Abram (1968, 1969) や春木 (1999)、成田 (2002) の研究がある。彼らは透析歴に着目し、透析歴で区分した段階理論を提唱しており、各段階に特有な精神症状や心理状態があると述べている。また、春木 (2010a) は大部分の透析患者が体験する心理的プロセスとして、悲嘆のプロセス（対象喪失と喪の仕事）を示している。これらの研究は、透析患者の精神症状や心理状態を理解するには有用であるものの、精神医学的な観点からの提言であり、かつ臨床的な提案にとどまっている。透析患者を抑うつから脱却させるためには、患者の視点から心理状態を理解するとともにその変容過程を明らかにする必要がある。

そこで本研究では、透析患者の心理的支援に有用な資料を得ることを目的に、透析患者の心理的段階とその変容過程を明らかにすることとした。

II. 研究方法

研究方法は定性的（質的）研究方法である。調査と分析の方法は、以下のとおりである。

1. 調査方法

調査方法はインタビュー法である。①調査協力者は A 県腎臓病協議会に所属する会員（透析患者）の 6 名（女性 3 名、男性 3 名）であり、調査協力者の属性は表 1 のとおりである。②調査協力者の選定は性別、年齢、既婚・未婚、就労・未就労、透析導入の原疾患などの条件を設定し、対象者の属性が偏らないよう、また、透析を行う生活に適応していると考えられる会員の紹介を A 県腎臓病協議会へ依頼した。③調査協力者の透析導入の原疾患は糖尿病性腎症など様々であり、移植経験者も含まれている。④調査期間は 2012 年 8～9 月である。⑤インタビューの回数は 2 回である。⑥インタビューの総時間は 4 時間である。⑦インタビューの内容は、調査協力者の了解を得たうえで IC レコーダーを用いて録音し逐語記録を作成した。⑧主要な質問項目は、第 1 回

の調査では「人工透析に対する気持ち」、「現在の気持ちにたどり着くまでの心境の変化」、「現在の気持ちにたどり着くまでにきっかけとなるような出来事」、「以上のことから人工透析療法を前向きに捉えるための条件」、「以上のことから人工透析療法を否定する（あるいは拒否する）原因」について自由に話すよう促した。第 2 回の調査では第 1 回の調査結果を提示し、「第 1 回の調査結果の感想」、「自分が生かされている、その意味」、「一生透析と共に生きていく、その心境」、「透析の苦痛は 2 種類の苦痛（疾病・事故そのものからくる辛さ、透析に拘束されることの辛さ）の連続性にあるという解釈」について自由に話すよう促した。⑨インタビュー方法は調査協力者 6 名全員に対するグループインタビューである。

表 1 調査協力者（透析患者）の属性

氏名	性別	年齢	透析歴
A	女性	40歳代	12年
B	女性	50歳代	8年
C	女性	50歳代	8年
D	男性	20歳代	8年
E	男性	60歳代	2.5年
F	男性	60歳代	9年

2. 分析方法

分析方法は定性的（質的）コーディングである。分析においては特に、「データ、コード、カテゴリーの一覧表」(村社 2011: 2012) を使用することで、「理論生成の根拠の提示」、「分析プロセスの明示」の要求にも応えている。

本研究における定性的コーディングの手続きは、3 段階に分けられる。①グループインタビューによって得られたデータ（インタビューの逐語記録）から、意味内容ごとに「コード」を割り出した。②一般化を図るため、先行研究との比較検討を行いつつ、「コード」から「カテゴリー」、さらに「コア・カテゴリー」を生成した。そして、③「カテゴリー」と「コア・カテゴリー」を「説明図式（理論）」へと統合した。①～③の作業は繰り返し行った。

また分析では、着目したデータの部分からコードを生成し、解釈の可能性をデータで確認する作業を繰り返すなど、データ解釈の厳密性とその妥当性の

要請に応えた。さらに、コード同士、コードとカテゴリー、カテゴリー同士、カテゴリーとコア・カテゴリー、コア・カテゴリー同士についても比較分析の作業を継続した。さらに、データ分析の結果は、調査協力者に説明・確認することで分析結果の妥当性を確保した。

3. 倫理的配慮

調査への協力の可否は、回答者による自由意思（任意）とした。また、調査協力の辞退（拒否）によって何ら不利益も生じないこと、いつでも回答を中断（辞退）できること等を書面ならびに口頭にて説明したうえで調査参加への同意書を交わし、承諾を得た。さらに、本稿では、氏名や性別、年齢、居住地域、透析施設名、透析導入となった原疾患、透析歴、個人が限定されるような発言内容や方言等を伏せることで、調査協力者が限定できないようにした。

なお、本調査研究は岡山県立大学倫理委員会に申請し、2012年7月18日に審査・承認を受けて実施した（受付番号：258）。

Ⅲ. 研究結果・考察

分析の結果、透析患者の心理的段階は、【混乱】

1)、【変化】、【共存】の3つのコア・カテゴリーに分類することができると考えられた。なお、表2は理論生成の根拠となったデータを基に、コード、カテゴリー、コア・カテゴリー別に整理したものである。この3つの変容特性は、【混乱】から【変化】、【変化】から【共存】へと展開するものと推測された（図1）。

1. 混乱

【混乱】とは、透析患者が透析を直視することができず受け入れられない段階である。【混乱】は、《戸惑いと絶望》²⁾と《透析の拒否と抵抗》の2つのカテゴリーから構成される。

1) 戸惑いと絶望

《戸惑いと絶望》とは、透析導入の告知といった状況的危機（accidental crisis）から起こる初期反応であり、[現状の直視困難]³⁾、[透析に対する絶望感]、[透析への不信]、[障がいへの偏見]の4つのコードから構成される。春木（2010a）は透析患者が体験する心理的プロセス（悲嘆のプロセス：12段階）において、まず「精神的打撃・衝撃・ショックと麻痺状態」が起こり、次いで「否認」の状態に至ると述べている。《戸惑いと絶望》はこの2つの状

表2 透析患者の心理的段階の「コア・カテゴリー、カテゴリー、コード、データの一覧表」

コア・カテゴリー	カテゴリー	コード	データの一部
混乱	戸惑いと絶望	現状の直視困難	・何で生かしてくれたのか ・死んだ方がまし ・真っ黒なトンネルに入ったような気持ち。
		透析に対する絶望感	・人生片足棺桶に突っ込んだ気分 ・もうこれで終わりがな
		透析への不信	・10年生きられるとは思っていなかった ・10年もたないのでは
	拒否と抵抗	障がいへの偏見	・仕事復帰できないだろう ・仲がいい友達だからこそ言えない ・周りに理解してもらうためにどう話したらよいかわからない
		透析の拒絶	・障がいを負ったことを受け入れられない
		透析の回避	・透析なんかしたくない ・透析に入ってはいけない
変化	肯定的な受け止め	対処方法の乱用	・透析導入をいかに遅らせるか ・薬や健康食品の使用
		透析効果の自覚	・良い治療を実感する ・透析の時間は休養の時間
	調整的な受け止め	透析への感謝	・束縛が少ない ・合併症もない ・元気が出る ・行動力も出る ・生かされていることに感謝しよう
		拒否感情の低下	・長年にわたる努力への労い ・医師の勧め ・導入時の励まし
		強引な納得	・自分の中で納得させなければならぬ ・無理やりでも受け入れなければならない ・家族を安心させたい
		後悔との決別	・深く生きよう ・一生透析と付き合わなければならない ・透析と共に生きていこう
共存	生きるための建設的な対処	開き直り	・元気になるという自覚を持つしかない ・しょうがない ・病人である。頭を切り替える ・「明日のことは考えない方がよい」と助言される ・楽になる。
		治療環境の選択	・良い治療を提供してくれる病院に通う
		医療レベルの妥協	・医療水準が低くとも妥協する ・徐々に受け入れる
	適応への努力と揺らぎ	仲間の選択	・寄り添ってくれる仲間がいる ・同じ患者から勇気をもらえる ・励ましをもらえる
		役割の獲得	・患者会の役員になる ・みんなを元気づけたい
		目標の設定	・ハンディを克服する ・健常者に負けない ・家族のために長生きをしなければならない
共存	プラス思考への転換	苦悩の粉らわし	・自分を追い込んでいく ・忙しすぎる ・悩む暇を与えない
		日常的な揺れ	・良い方向への変化の努力 ・波がある ・何とか頑張っている
		新しい世界の享受	・今までになかった世界 ・楽しんでいる ・好きな音楽を聴きながら透析を受ける
	透析との共生	希望の芽生え	・一生懸命透析を受ければ健康でいられる
		生きる意欲の高揚	・もっと長生きしなくては ・生きたい ・生かされていることへの感謝
		目標の再設定	・恩返しを目標に頑張る ・感謝しながら生きていく
透析との共生	比較による幸福感の獲得	・生きる手段がある ・それを幸せに思う ・糖尿病の足切断や心臓バイパス手術と比べれば幸せ ・自分は動けるからよい	
	生かされている境地	・生かされているという気持ちで頑張っている ・透析に感謝している	
	半分は受け入れ	・半分は受け入れている ・頑張らず普通にしていこう ・深く考えない ・透析が自分の分身みたいな感じ ・生活の一部	
	生きる意志の維持	・生きていこうと思う ・生きる強い意志が必要 ・生きるために常に健康維持を行う	

※データはインタビューの逐語記録の一部あるいはその要約である。

※データは、氏名や性別、年齢、居住地域、透析施設名、透析導入となった原疾患、透析歴、個人が限定されるような発言内容や方言等を伏せることで調査協力者が限定できないようにしている。

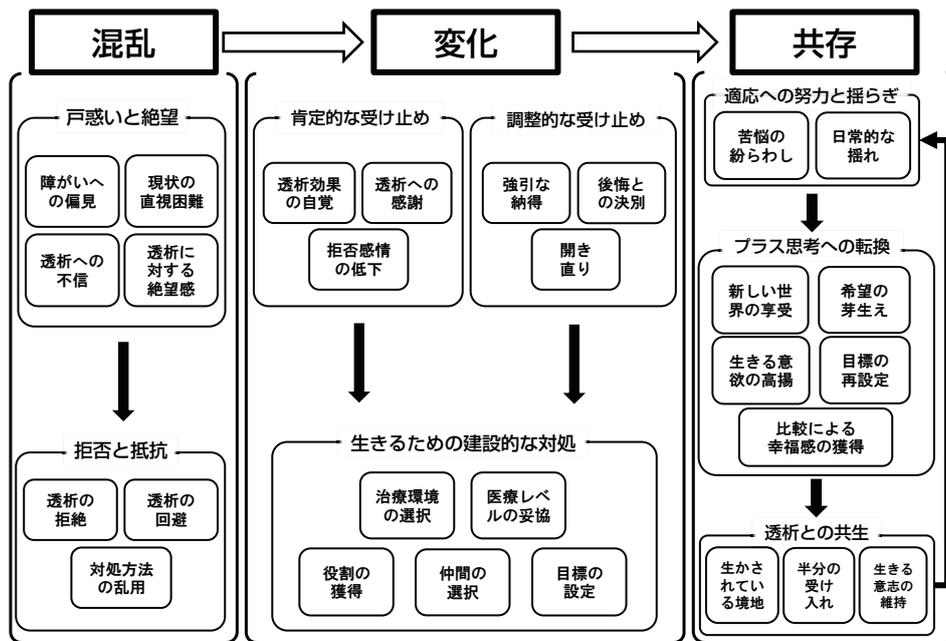


図1 調査結果から推測された透析患者の心理的変容過程

態に近いと考えられた。

〔現状の直視困難〕とは、生を得るために、あるいは継続するために必要であるにもかかわらず透析を直視できない状態である。透析を受けなければならない事実を出口のない真っ暗なトンネルに入ったように捉え、透析を行っても死から逃れられない、死が近いと思い落ち込む〔透析に対する絶望感〕へとつながっていく。そして透析を行っても延命は不可能であると思い込む〔透析への不信〕へと至るのである。

〔障がいへの偏見〕は、透析に対する知識不足による誤った判断、そこから生じる透析導入を他者へ伝えることへの抵抗感や困惑などといったセルフ・スティグマと考えられ、先の〔現状の直視困難〕、〔透析に対する絶望感〕、〔透析への不信〕により強化される。この心理状態は、透析導入により就労ができないなど、透析導入が社会的役割の全喪失であるとの判断や、他者が透析を否定的に捉えるのではないかという念慮を持つことから起こる心の閉鎖とも考えられる。Fordyce (1971) は、障がい体験を「負の強化子の出現」と「正の強化子の消失」と捉えており (本田ら 1992)、「障がいへの偏見の出現」と「就労などの社会的役割などの消失」が透析患者の心に混乱を生じさせているものと推察する。

2) 拒否と抵抗

《拒否と抵抗》とは、透析に対する否定的感情で

あり、〔透析の拒絶〕、〔透析の回避〕、〔対処方法の乱用〕の3つのコードから構成される。透析に対する否定的感情は、透析導入期 (1～4週) のみならず、回復期～安定期 (1～3ヶ月)、中間期 (4～12ヶ月) でもみられる (春木 2010a)。

《拒否と抵抗》は《戸惑いと絶望》によるところが大きい。〔透析の拒絶〕は透析をしながら就労が可能となるイメージが持てないなどにより、透析を受け入れられず拒絶することであり、先の〔障がいへの偏見〕によるものである。〔透析の回避〕は透析をしたくない、してはならないといった心理的抵抗を表現するものであり、〔対処方法の乱用〕は健康食品を使用するなど、先の〔透析の回避〕を具体的に行動として起こすものである。Fink (1967) は、受傷からの第二段階で現実逃避や否認が起こり、希望的観測が支配的になるといった防衛的退行の段階 (defensive retreat) に至ると述べている。そして現実から逃避できないことを認識 (acknowledgement) した後に、抑うつに至る (renewed stress) としている (本田ら 1992)。しかしながら本調査協力者は、医師の助言や他の患者との対話、家族の励まし、透析患者自身の首尾一貫感覚などによって一時は抑うつに陥るものの早期に回復に向かい、次段階の【変化】へと移行していくのである。

2. 変化

【変化】とは、透析患者が透析を納得の有無にかかわらず受け入れ、生きるために建設的な対処を試みる段階である。【変化】は、《肯定的な受け止め》、《調整的な受け止め》、《生きるための建設的な対処》の3つのカテゴリーから構成される。

1) 肯定的な受け止め

《肯定的な受け止め》とは、透析を納得して受け入れることであり、[透析効果の自覚]、[透析への感謝]、[拒否感情の低下]の3つのコードで構成される。

《肯定的な受け止め》では、[透析効果の自覚]、[透析への感謝]により[拒否感情の低下]が生じる場所が大きい。[透析効果の自覚]は、透析の良い面（効果）に目を向け、治療に時間拘束を休養と捉えるなど療養生活を肯定的に捉えることである。[透析への感謝]は、透析によって生かされていることに感謝することにより、心身ともに活性化されることである。[拒否感情の低下]は[透析効果の自覚]と[透析への感謝]に周りの支援が加わって得られた結果である。Moosら（1984）は、疾病に関連する危機はその受け止め方（認知的評価）により左右され、その受け止め方には個人要因や社会的環境要因等が影響していると述べている（小島 2013）。《肯定的な受け止め》をする透析患者は、おおむね病前より物事を悲観的に捉えない性格を持ち、医師をはじめとする医療スタッフにより精神的支援を受けることにより《肯定的な受け止め》が強化され、拒否感情が低下しているのである。

2) 調整的な受け止め

《調整的な受け止め》とは、納得できないなかで受け入れることであり、[強引な納得]、[後悔との決別]、[開き直り]の3つのコードで構成される。

《調整的な受け止め》では、透析以外の選択肢がない状況に置かれ、また家族への配慮等により、[強引な納得]、[後悔との決別]、[開き直り]が生じる場所が大きい。[強引な納得]とは、支える家族のために納得できないなかで無理矢理に受け入れようと努力する様である。[後悔との決別]は、変えられない現実を振り返らず前を向いて前進しようと努力する様である。[開き直り]は悪くなるなどといったマイナス面の思考を封印し、心を軽くしようと

努力する様である。このように《調整的な受け止め》は、先の《肯定的な受け止め》という認知的評価とは異なり、肯定的に捉えられない状況下で生き続けるための策としての対処機制（coping skill）であるといえる。Moosら（1984）は対処戦略のひとつに感情志向型コーピングを示しており（小島 2013）、《調整的な受け止め》はそのなかの「断念した受け入れ」（状況の妥協、あるがままに受け入れる）に近い。《調整的な受け止め》は透析患者自身のためだけでなく、支える家族のための対処機制でもある。一方、春木（2010a）は先述の悲嘆のプロセスの10段階目の「あきらめ（受容）」について、「あきらめ」は「明らか」であり、透析を受けなければならない状況を透析患者自身の力をもって明らかにしていく「喪の仕事」と述べている。

3) 生きるための建設的な対処

《生きるための建設的な対処》とは、透析を行いながら生きていくために現状の受け入れ、現状の改善に向けた積極的な対処を行うことであり、[治療環境の選択]、[医療レベルの妥協]、[仲間の選択]、[役割の獲得]、[目標の設定]の5つのコードで構成される。

[治療環境の選択]とは、透析の質を求めて医療機関を選択あるいは変更することであり、[医療レベルの妥協]は、医療機関の質には地域差と機関差が存在することを理解し、現状に順応しようと努力することである。この2つのコードは、透析患者の通院圏内の医療資源の状況により、いずれか一方を選ぶことになる。[仲間の選択]は、透析を行いながら生きていくために支えあう仲間（透析患者）を選択することであり、[役割の獲得]は、同胞を支える立場・役割の獲得により自らも生きがいの糧を得ることである。[目標の設定]は、[治療環境の選択]、[医療レベルの妥協]、[仲間の選択]、[役割の獲得]より強化された意志または新たな価値意識の獲得である。

Fink（1967）の段階理論では、適応と変容（adaptation and change）を最終段階としている。適応と変容は現状に建設的かつ積極的に対処する時期であり（小島 2013）、《生きるための建設的な対処》に近い。Cohn（1961）の段階理論においては最終的適応（Final adjustment）が最終段階であり、新たに獲得した価値観により行動が可能とされている。

ることから、《生きるための建設的な対処》に近いといえる。

3. 共存

【共存】とは、透析患者が透析に対して精神的に揺れ動きながらも継続することである。【共存】は、《適応への努力と揺らぎ》、《プラス思考への転換》、《透析との共生》の3つのカテゴリーから構成される。

1) 適応への努力と揺らぎ

《適応への努力と揺らぎ》とは、透析を行う生活に適応し続けるための努力を行いながらも、時に心が揺らぐことである。透析を継続することは容易ではなく、[苦悩の紛らわし]、[日常的な揺れ]といった《適応への努力と揺らぎ》のなかでの継続となる。[苦悩の紛らわし]とは、透析に対する負の感情を生起させる可能性のある時間を作らない努力である。[日常的な揺れ]は、このように努力しつつも、時折気持ちに波が起こることである。Cohn (1961) の段階理論では、適応の前段階（第四段階）として防衛（defense）を示しており、その内容は適応への努力を繰り返す痛々しい時期であると述べている（小島 2013）。透析患者の懸命な生への意味づけと自己への挑戦である。

2) プラス思考への転換

《プラス思考への転換》とは、透析により得られた恩恵に感謝し、受け入れる状態へと変化することであり、《適応への努力と揺らぎ》の過程で生じる。《プラス思考への転換》は [新しい世界の享受]、[希望の芽生え]、[生きる意欲の高揚]、[目標の再設定]、[比較による幸福感の獲得] の5つのコードで構成される。

[新しい世界の享受]とは、透析を否定的に捉えず今までになかった新しい世界として受け入れることであり、[希望の芽生え]は、透析により生きることができるといふ実感である。[生きる意欲の高揚]は、生かされていることの感謝のみならず生きたいという患者の願いの高まりである。[目標の再設定]は、単に生きることのみならず感謝しながら恩返しとしての生を歩む、決意に似た感覚である。[比較による幸福感の獲得]は、他の疾患患者の状況との比較による幸福感の獲得であり、異種患者間

にしばしばみられる。

《プラス思考への転換》はいわゆる透析に対する価値の転換を示しているが、Wright (1960) が示した価値の転換の4つの側面のひとつである「比較価値から資産価値への転換 (transforming comparative value into asset value)」とは内容を異としているところに特徴が見られる。

3) 透析との共生

《透析との共生》とは、透析を受けている自分自身を心理的に排除することなく、ともに人生を歩むことに納得し、生きる意欲が一層維持されていることである。《透析との共生》は、《プラス思考への転換》の次段階であり、[生かされている境地]、[半分の受け入れ]、[生きる意志の維持]の3つのコードで構成されている。

[生かされている境地]とは、生かされていることに感謝しながらその実感を持つことである。[半分の受け入れ]は、透析を自らの一部であると受け入れ、ともに生きていく前向きな受け入れである。[生きる意志の維持]は、生に対する強い意志を持ちながら、健康維持のために努力することである。このように、透析との共生に至りながらも体調の変化などにより再び《適応への努力と揺らぎ》へと逆戻りすることも少なくない。堀川 (2008) は慢性疾患患者の疾病受容は適応に至った後も生活パターンの変更や社会的役割・家庭内の立場の変化、原疾患の悪化、合併症の出現などにより、再度新たな状況を受け入れなければならないことからプロセスが反復されると述べている。本調査協力者は、これらの状況がほぼ安定しており、【混乱】へと逆戻りせず、【共存】のなかでの反復にとどまっていたと推測する。

IV. 結論

本結果より透析患者の心理は【混乱】、【変化】、【共存】に分類することができると考えられ、この3つの変容特性は、【混乱】から【変化】、【変化】から【共存】へと展開するものと推測された。本調査協力者6名全員が肯定的な考えを持ち、透析を受ける医療環境にも比較的恵まれ、支援者が存在していた。Aguilera (1997) は問題解決のための決定要因の状況により危機回避の可否が決まることを指摘している。問題解決のための決定要因には、

出来事に対する現実的な知覚 (perception of event realistic) や適切な社会的支持 (situational support adequate)、適切な対処機制 (coping mechanism adequate) が必要であり、本調査協力者はこれらを概して備えていたため、危機回避に至っていると考えられた。

V. おわりに

今後は様々な特性ならびに医療環境に置かれている患者からデータを収集し、さらなる分析を行うことが課題である。具体的には、今回の調査では【変化】と【共存】には肯定的なものと否定的なものが存在することが推測されたため、この点についてデータ収集により詳細に確認していくことが求められる。また、【混乱】から【変化】、【変化】から【共存】へと展開する際に影響を及ぼした出来事、関与した人やその支援内容についても明らかにし、抑うつから脱却できずにいる透析患者への介入方法を探ることが必要である。

以上のような課題が残っているものの、中途障がい者 (身体障がい者) の心理的段階や変容過程 (障がい受容過程) と同等の知見がいくつか確認できた。内部 (腎機能) 障がい者である透析患者にもおおむね共通した心理的段階と変容過程が存在する可能性が示唆されたことは大きな成果であった。

付記

調査にご協力いただきました A 県腎臓病協議会の会員の皆様、事務局の皆様にご心からお礼を申し上げます。

※本調査研究は、JSPS 科研費 23530736 (研究代表者：竹本与志人) の助成を受けて実施した研究の一部である。

注

- 1) コア・カテゴリーは【 】で示している。
- 2) カテゴリーは《 》で示している。
- 3) コードは [] で示している。

参考文献

* Abram HS. (1968) The Psychiatrist, the Treatment of Chronic Renal Failure, and the

Prolongation of Life. I : American Journal of Psychiatry, 124, 1351-1358.

- * Abram HS. (1969) The Psychiatrist, the Treatment of Chronic Renal Failure, and the Prolongation of Life. II : American Journal of Psychiatry, 126, 157-167.
- * Aguilera DC. (1997) Crisis Intervention, 7th Ed., Mosby Co. (=1997, 小松源助・荒川義子訳『危機介入の理論と実際』川島書店)
- * 浅井昌弘 (1974)「人工透析に関連した精神障害」『臨床精神医学』3, 499-506.
- * 浅井昌弘・保崎秀夫・武正建一・ほか (1973)「人工透析の精神医学的諸問題」『精神医学』15, 4-17.
- * Chilcot J., Wellsted D., Silva-Gane MD., et al. (2008) Depression on Dialysis. Nephron Clinical Practice, 108, 256-264.
- * Cohn N. (1961) Understanding the process of adjustment to disability. Journal of Rehabilitation, 27, 16-18.
- * Drayer RA., Piraino B., Reynolds CF 3rd., et al. (2006) Characteristics of Depression in Hemodialysis Patients: Symptoms, Quality of Life and Mortality Risk. General Hospital Psychiatry, 28(4), 306-312.
- * Fink SL. (1967) Crisis and Motivation: A theoretical Model. Archives Physical Medicine Rehabilitation, 48, 592-597.
- * Fordyce WE. (1982) Psychological Assessment and Management, Kottke FJ., Krusen FH., Ellwood PM. eds. Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation, 3rd ed. WB Saunders Co, 124-150.
- * 福西勇夫・久郷敏明・大林公一・ほか (1990) 「人工透析患者の心理学的側面 (第2報) —— MMPI Alexithymia Scale と General Health Questionnaire (GHQ) による比較研究」『心身医学』30 (2), 131-135.
- * 春木繁一 (1999)『透析患者の心とケア—サイコネフロロジーの経験から (正編)』メディカ出版.
- * 春木繁一 (2010a)『透析を引き受けることの難しさ』
- * 春木繁一『透析患者のこころを受けとめる・支えるサイコネフロロジーの臨床』メディカ出版, 64-82.

- * 春木繁一 (2010b)「透析に対する拒否的感情」春木繁一『透析患者のこころを受けとめる・支えるサイコネフロロジーの臨床』メディカ出版, 83-105.
- * 春木繁一 (2010c)「透析患者の不安と抑うつ」春木繁一『透析患者のこころを受けとめる・支えるサイコネフロロジーの臨床』メディカ出版, 112-119.
- * 本田哲三・南雲直二 (1992)「障害の「受容過程」について」『総合リハビリテーション』20 (3), 195-200.
- * 堀川直史 (2008)「透析を受ける患者の心理とその特徴」『臨床透析』24 (10), 1363-1368.
- * 堀川直史・小林清香・松木麻妃・ほか (2006)「総論 透析患者の抑うつ」『透析ケア』12 (9), 878-883.
- * 板井貴宏・天保英明 (2002)「透析患者のメンタルケア」『治療』84 (5), 91-95.
- * Kalender B., Ozdemir AC., Dervisoglu E., et al. (2007) Quality of Life in Chronic Kidney Disease: Effects of Treatment Modality, Depression, Malnutrition and Inflammation. International Journal of Clinical Practice, 61(4), 569-576.
- * 加藤久子・入佐宗一・寺師宗和・ほか (1984)「長期透析患者の心理学的分析」『透析会誌』17, 129-133.
- * Keskin G., Engin E. (2011) The Evaluation of Depression, Suicidal Ideation and coping strategies in Haemodialysis Patients with Renal Failure. Journal of Clinical Nursing, 20, 2721-2732.
- * Kimmel PL., Peterson RA., Weihs KL., et al. (2000) Multiple Measurements of Depression Predict Mortality in a Longitudinal Study of Chronic Hemodialysis Outpatients. Kidney International, 57, 2093-2098.
- * 小島操子 (2013)「IV章 危機モデルと危機看護介入」小島操子『看護における危機理論・危機介入改訂3版』金芳堂, 43-91.
- * Lopes AA., Albert JM., Young EW., et al. (2004) Screening for Depression in Hemodialysis Patients: Associations with Diagnosis, Treatment, and Outcomes in the DOPPS. Kidney International, 66 (5), 2047-2053.
- * Moos RH., Schaefer JA. (1984) The Crisis of Physical Illness, Moos RH. eds. Coping with Physical Illness -2: New Perspectives. Springer Pub, 3-25.
- * 村社 卓 (2011)「介護保険制度下でのケアマネジメント実践モデルに関する研究—『調整・仲介機能を特化させた給付管理業務』に焦点を当てた質的データ分析」『社会福祉学』52 (1), 55-69.
- * 村社 卓 (2012)「チームマネジメントの未活用要因および活用条件—ケアマネジメント実践におけるチームマネジメント概念の検討」『社会福祉学』53 (2), 17-31.
- * 成田義弘 (2002)「患者の心理はどう動いていくのか」『腎と透析』53 (6), 703-706.
- * 日本移植学会・日本臨床腎移植学会 (2014)「腎移植臨床登録集計報告 (2014) 2013 年実施症例の集計報告と追跡調査結果」『移植』49 (2) (3), 240-260.
- * 日本透析医学会統計調査委員会 (2014)『図説 わが国の慢性透析療法の現況 (2013年12月31日現在)』2-8.
- * 大橋信子 (1997)「透析中の不安」『透析ケア』夏季増刊, 72-75.
- * 佐藤 威・野入敏彦 (1972)「透析患者の精神障害の成因と対策」『薬物療法』5, 36-41.
- * 高橋直生・下条文武 (2002)「透析療法の歴史」『治療』84 (5), 19-27.
- * 田中和宏・森本修充・大橋雪英・ほか (1996)「透析患者の精神的側面についての考察 I ——CMI・SDS・STAIを用いた横断的研究」『透析会誌』29, 1057-1066.
- * 渡辺俊之 (1997)「成人～老年透析患者の精神的サポート」『透析ケア』冬季増刊, 263-273.
- * Wilson B., Spittal J., Heidenheim P., et al. (2006) Screening for Depression in Chronic Hemodialysis Patients: Comparison of the Beck Depression Inventory, Primary Nurse, and Nephrology Team. Hemodialysis International, 10(1), 35-41.
- * Wright BA. (1960) Physical Disability -A Psychological Approach. Harper & Row, 106-137.

Psychological Stages and Psychological Transformation Process among Hemodialysis Patients

YOSHIHITO TAKEMOTO*, KEI SUGIYAMA** ***, MASAFUMI KIRINO*,
TAKASHI MURAKOSO*

**Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja, Okayama, Japan*

***Graduate of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja, Okayama, Japan*

****Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science (DC1) , 111 Kuboki, Soja, Okayama, Japan*

【OBJECTIVE】 This study aimed to clarify the psychological stages and the psychological transformation process among hemodialysis patients.

【METHODS】 The data from six hemodialysis patients were used for this analysis. The analysis employs qualitative methods of research such as group interviews and qualitative coding.

【RESULTS】 The results indicated that three core categories were extracted; 'Confusion', 'Change', 'Coexistence'. We inferred from qualitative analysis that psychological states of hemodialysis patients were transformed; 'Confusion' develops into 'Change' and 'Change' develops into 'Coexistence'.

【CONCLUSION】 'Perception of event realistic' and 'Situational support adequate', 'Coping mechanism adequate' are necessary for the problem solving among hemodialysis patients.

Keywords : hemodialysis, psychological stage, transformation process