

関節リウマチ患者の痛みの性質と日常生活行動からみえてくる 受容プロセス

田村真由美^{*1)}, 西山ゆかり¹⁾, 横山 友子¹⁾, 岡田 朱民¹⁾, 小山 敦代¹⁾, 糸井 恵²⁾

¹⁾ 明治国際医療大学看護学部基礎看護学教室, ²⁾ 明治国際医療大学整形外科教室

要 旨 関節リウマチ患者を対象に痛みの性質と日常生活との関連から受容プロセスを明らかにすることを目的に, 10名にインタビューを行った。「日常生活上で最もつらかった痛みについて」質問し得られたデータを質的帰納的に分析した。

対象者の平均年齢59歳, 罹患年数は1年未満2名, 1年以上5年未満2名, 5年以上10年未満2名, 10年以上4名。面接内容から484の意味内容が得られ113下位カテゴリー, 42中位カテゴリー, 14上位カテゴリーに分類された。

これらカテゴリーの内容は, 痛みについての性質と①初期の葛藤, ②試行錯誤の時期, ③痛みの受容, ④痛みからの解放の4段階の受容プロセスに大別された。患者は常に痛みの理解が得られないと感じており, 疾患受容のきっかけとして, 症状の軽減と他者からの支援があった。

関節リウマチ患者はこれら受容プロセスを経て痛みを自己のものとしていく。医療者は患者の状態にあった介入が必要である。

Key words 関節リウマチ Rheumatoid Arthritis, 痛みの性質 Property of the Pain, 日常生活 Daily Life, 対処行動 Treatment Approaches, 受容プロセス Process of Acceptance

Received June 23, 2011; Accepted January 5, 2012

I. はじめに

関節リウマチ(以下RAとする「rheumatoid arthritis: RA」)は患者数が最も多い膠原病であり, 厚生労働省調査の総患者数は33.6万人であり(2008年), 潜在的な患者も含めると60~70万人存在するといわれている¹⁾。近年は抗リウマチ薬や生物学的製剤などにより, 関節破壊の抑制や寛解導入を目指した治療も行われている^{2,3)}。しかし, 治療効果には個人差があり, 患者は関節症状などのために日常生活が制限され, なかでも痛みは, 長期にわたって付き合い続けていかなければならないものである。

痛みは主観的症状であり, 他者の痛みは表現された時に初めて確認できる。そして痛みは物理的環境や社会的背景, 心理状態などにも影響される⁴⁾。

RA患者にとっての痛みは, ストレスを左右する要因として上位にあげられ⁵⁾, 疼痛や活動制限により自分の健康に自信が持てず, 社会的・文化活動に支障をきたしているとの報告がある⁶⁾。RA患者の初期の心理過程と療養行動についての研究はあるが⁷⁾, 初期段階から長期にわたる疾患の受容プロセスについての研究はみあたらなかった。RAは発症すると治らないとされ, 患者は長期にわたって疾患と付き合い合っていかなければならず, 長期的に見ることはRA患者にとって重要であると考えられる。

そこで, 本研究の目的は, 発症後に増悪・寛解を繰り返すRA患者を対象に, 痛みの性質と日常生活との関連から受容プロセスを明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン: 質的帰納的研究デザイン

痛みは, 痛みを感じている人の“体験”であり, それを体験している人が痛いと訴えるときは, 他者

*連絡先: 〒629-0392 京都府南丹市日吉町
明治国際医療大学看護学部
Tel: 0771-72-1181, Fax: 0771-72-0326
E-mail: nakaji_mayu@meiji-u.ac.jp

は痛みの存在を否定できないものである。そのため、患者が体験していることを明らかにしていくために、質的帰納的分析方法を選択した。

2. 対象

A病院のリウマチ専門外来に通院しているRA患者10名(病期分類Class II～IV, 病態分類Stage I～IV)。痛みと日常生活との関連をみるため、対象者の選定はRAによる痛みが強い進行期、もしくはRAによる強い痛みを経験した外来通院中の患者とし、主治医と担当看護師に患者の選定を依頼した。

3. データ収集方法

面接調査と診療録からデータ収集を行った。面接調査は、研究者が半構成的面接を用いて行った。日時は、患者の希望に従い外来受診時に行い、場所はプライバシーが確保された、静かな環境を設定した。面接回数は1回とし、面接時間は1人あたり30分程度とした。

面接調査は、まず年齢、性別、診断後の年月、家族構成について確認し、質問内容は、まず「リウマチと診断されてからいまままで、日常生活上で最もつらかった痛みについて」聞き、下位の質問項目として、「一年を通してどの時期に痛みは強くなるか」「どのようなときに痛むか」「痛みの強さはどのくらいか」「日常生活へ影響はあるか」「痛みが強い時はどのように対処しているか」を設定したインデビューガイドを作成して実施した。また、1回の面接が終わるごとに面接内容を逐語録に起こし、面接で内容を共同研究者間で振り返り、次の対象者の面接に生かすようにした。

面接内容は、対象者に同意を得たうえで録音し、面接後速やかに逐語録を作成した。録音に同意の得られなかった患者には、承諾を得て面接内容をメモに取った。

カルテからは、年齢、手術歴や治療薬などの治療内容、日常生活動作についてデータを収集した。また、主治医より、患者のSteinbrockerの病期分類(Class)、Steinbrockerの病態分類(Stage)、日常生活動作に関する身体機能の指標mHAQ(Modified health assessment questionnaire)について確認した。

4. 分析方法

面接内容の分析を、KJ法⁸⁾に準じた方法で行った。

面接の録音内容から逐語録を作成し、対象者ごとに逐語録から痛みの性質や対象者の心理、痛みへの対処行動、日常生活への影響についての意味内容を忠実に残すようエピソードごとに整理し、コード化

した。個々の対象者でエピソードが意味している内容を「痛みの性質」「対象者の心理」「痛みへの対処行動」「日常生活への影響」でまとめていき、発症から現在までの時期で類似したものをグループ編成した。発症からの時期で、全対象者の類似していると判断したコードを集め、下位カテゴリーを作成し、中位カテゴリー、上位カテゴリーを抽出した。抽出したカテゴリーは、4人の研究者で合意が得られるまで検討し、真実性を保ち、治療的な部分に関しては整形外科医にスーパーバイズを得た。得られたカテゴリーを時系列で整理し、図式化して、カテゴリー間の関係性をみた。

5. 倫理的配慮

調査の目的と面接方法、途中での中断が可能であること、中途脱退・拒否による不利益はないことを文書と口頭で説明し文書で同意を得た。データは目的以外には使用せず、内容は記号化し、個人を特定しないよう扱うこととし、明治国際医療大学倫理委員会の承認を得て実施した。承認番号21-60番。

6. 用語の定義：

1) 『受容プロセス』

広辞苑では受容とは「受け入れて、取り込むこと」⁹⁾とされている。看護学術用語検討委員会は「受容とは、人間が現実に行き起きている変化をありのままに受け止め、心理的に安定した状態である」¹⁰⁾と述べている。これらを参考に、本研究における「受容プロセス」を、「RAをありのまま理解し、痛みをもちながら自分なりの生活様式を獲得するまでの過程」とした。

2) 『痛み』

1986年に国際疼痛学会は、「痛みとは組織の実質的あるいは潜在的な障害に結びつくか、このような障害を表す言葉を使って述べられる不快な感覚体験・情動体験である。」¹¹⁾と定義している。痛みは、痛みを感じている人の“体験”であり、それを体験している人が痛いと訴えるときは、他者は痛みの存在を否定できないということが重要であると考え、国際疼痛学会の定義を採用する。

III. 結果

1. 対象者の概要は、男性1名、女性9名の計10名、平均年齢59歳(SD±9)であった。罹患年数は1年未満2名、1年以上5年未満2名、5年以上10年未満2名、10年以上4名であった。対象者の機能

表1 対象者の背景

患者	年齢	性別	罹病期間	Stage [※]	Class [※]	mHAQ [※]
A	36歳	女性	1年目	I	II	6
B	59歳	女性	2年目	II	II	2
C	55歳	男性	2年目	I	III	9
D	60歳	女性	3年目	III	III	1
E	60歳	女性	7年目	III	IV	11
F	63歳	女性	7年目	IV	III	10
G	63歳	女性	13年目	III	III	4
H	69歳	女性	19年目	III	III	4
I	60歳	女性	20年目	III	II	10
J	67歳	女性	21年目	III	III	0

※Stage：Steinbrockerの病態分類

Class：Steinbrockerの病期分類

mHAQ：日常生活動作に関する身体機能の指標 mHAQ (Modified health assessment questionnaire)

分類 Stage・病期分類 Class は、表1のとおりである。2. 面接時間は平均34分であった。面接内容から484の意味内容が得られ113下位カテゴリー、42中位カテゴリー、14上位カテゴリー（以下『』で示す）に分類された(表2)。得られた上位カテゴリーは『天候や時間経過によって変化する痛み』『比喩で表現され説明できない痛み』『初期の拒否・あきらめ』『痛みのために制限される生活』『他者との関係からの自己概念の変容』『痛みによりコントロールされる心』『恐怖や絶望』『症状の軽減と他者からの支援により前向きになる』『痛みへの対処方法を模索』『治療法を選択』『痛みをコントロールする心』『痛みに向き合っていく意志』『痛みと付き合う生活』『他者へ向く意識』である。痛みの性質と受容プロセスは、初期の葛藤の時期である第1段階、試行錯誤する第2段階、痛みを受容する第3段階、痛みから解放される第4段階に分類できた。またその受容プロセスは、各段階における痛みの性質や他者からの支援が関連していた(図1)。

IV. 考察

結果から、得られた上位カテゴリーは受容プロセスの4段階と痛みの性質、各受容プロセスに影響する要因として図1のように関連づけられた。以下、それぞれの関係について図をもとに痛みの性質と受容プロセスの各段階について述べていく。

1. 痛みの性質について

関節リウマチは、多関節の腫脹、破壊、変形を生じ、全身性の炎症を伴う難治性疾患である。RA患者の痛みは炎症に伴う痛みと運動に伴う痛の面をも

つ、炎症症状の改善が疼痛の軽減に即結びつくものではなく、発症初期の局所の痛みから、罹病期間が長引くにつれて痛みは全身的かつ慢性的なものとなる。

痛みを持つ患者は、痛みに対して過敏になると同時に痛みの修飾機構も変化し、痛み症状が微妙なバランスの上にある。そのため、患者により影響を受ける因子や程度が変わるといわれている¹²⁾。『天候や時間経過によって変化する痛み』では影響を受ける要因は様々であり、人によって左右される要因や程度が違った。悪化と寛解を繰り返し一日の中でも症状が変化し、疼痛部位、障害の程度も時とともに変化していた。今回の結果からも、同じRA患者でも痛みの性質に違いがあり、同一患者の中でも痛みの性質は変化するということがわかる。それらの痛みは『比喩で表現され説明できない痛み』であり、人に説明できないような想像以上の痛みである。痛みを訴えたくても思うように伝えられず、患者は常に痛みの理解が得られないと感じていると思われる。

しかし、痛みは個人的なものでありなかなか他人には理解されないが、理解しようとする他者との関わりによって支えを見出している対象者もいた。他者からの理解を得られない孤独を抱える患者に対し、医療者には患者の痛みと置かれている状況を理解しようとする姿勢が必要であると考えられる。

2. 受容プロセス：第1段階；初期の葛藤の時期

診断された初期の段階では、まさか何故自分かと思ひ、治療の限界を知りRAと一生付き合いがけないといけないう『初期の拒否・あきらめ』を表出していた。患者はRAについて、一生付き合いが

表2 RA患者における痛みの性質と受容過程

上位カテゴリー	中位カテゴリー
1. 天候や時間経過によって変化し倦怠感を伴う痛み	部位や強さが変化しながら発症後常にあるつらい痛み 一日の中で強さが変化する痛み 季節や天候による影響を受ける痛み 倦怠感を伴う痛み
2. 比喩で表現され説明できない痛み	人に説明できない想像以上の痛み たとえや経験知で表現される痛み
3. 初期の拒否・あきらめ	初期はまさか何故自分かと思ったが、説明を受けてあきらめた。 初期はリウマチについての知識や関心があまりなかった
4. 痛みのために制限される生活	動き始めやひとつの動作に時間がかかる 痛みのために移動動作ができない リウマチのために仕事ができない 痛みのために生活動作ができない リウマチは、生活する上で他者の協力が必要
5. 他者との関係からの自己概念の変容	他のリウマチ患者と自分を比較し、安心したり不安になったりする 手術や薬で病に侵されているように感じるが、病気を認めたくない 家族の協力があっても、病気を理解してもらえていないとは思えない
6. 恐怖・絶望	症状悪化や、関節の変形に対する恐怖がある 死への恐怖を感じたり未来に絶望する 医療者との関係が成り立たないことによる絶望
7. 痛みにコントロールされる心	痛みが増強しないように外出を控え、動かない 痛みは薬を飲んで我慢するほかない 不安のために薬に頼ったり、治療に積極的に望めなかったりする
8. 症状の軽減と他者からの支援により前向きになる	自分にあった治療が見つかり症状がらくになる 分かり合える同士や家族の存在により落ち着きが増える 医療者との関係で希望や安心感を得る
9. 痛みへの対処方法を模索	痛みの増強を防ぐために温め、動く 湿布や補完代替療法で痛みが軽減するような気がする 原因・誘引について思い巡らす 薬などの治療効果には限界がある
10. 治療法の選択	治療の選択で悩んでいる もっと早く今の治療を受けられていれればと思う
11. 痛みに向き合っていく意志	気持ちを切り替えて、できることをしてリウマチと付き合いようと思える 今後の医療の発達や、病気が進行しないようにと希望を持っている

かなければならない病気であると説明されているが、治癒への希望は簡単に捨てられるものではないだろう。そのため、RAという診断を認められない気持ちや、治らないということへの諦めが表出されたと考える。

そして『痛みのために制限される生活』の中で、病気を持った自分へと自己イメージを変えざるを得ない状況下では、『他者との関係からの自己概念の変容』を余儀なくされていた。「死の問題を別にしても、特定の病気や症状があるという烙印を押されれば患者のアイデンティティは大きな影響を受け

る」¹³⁾と言われる。患者は、他のRA患者の姿から将来の自分を予測し、周囲から理解を得られにくい痛みなどの症状や、症状によって制限される生活、薬物治療などから、病者としての自己を認識せざるを得なくなっていくと考えられる。

「これらの病者は否定的な自己意識を持つか、さもなければ、そうならないための心理的対処方法を身につけなくてはならない」¹³⁾といわれている。診断後初期の症状に対する対処方法を確立できていない時期では、痛みを我慢し、痛みの強いときは動かないなど、痛みに対する恐れから生活が制限されて

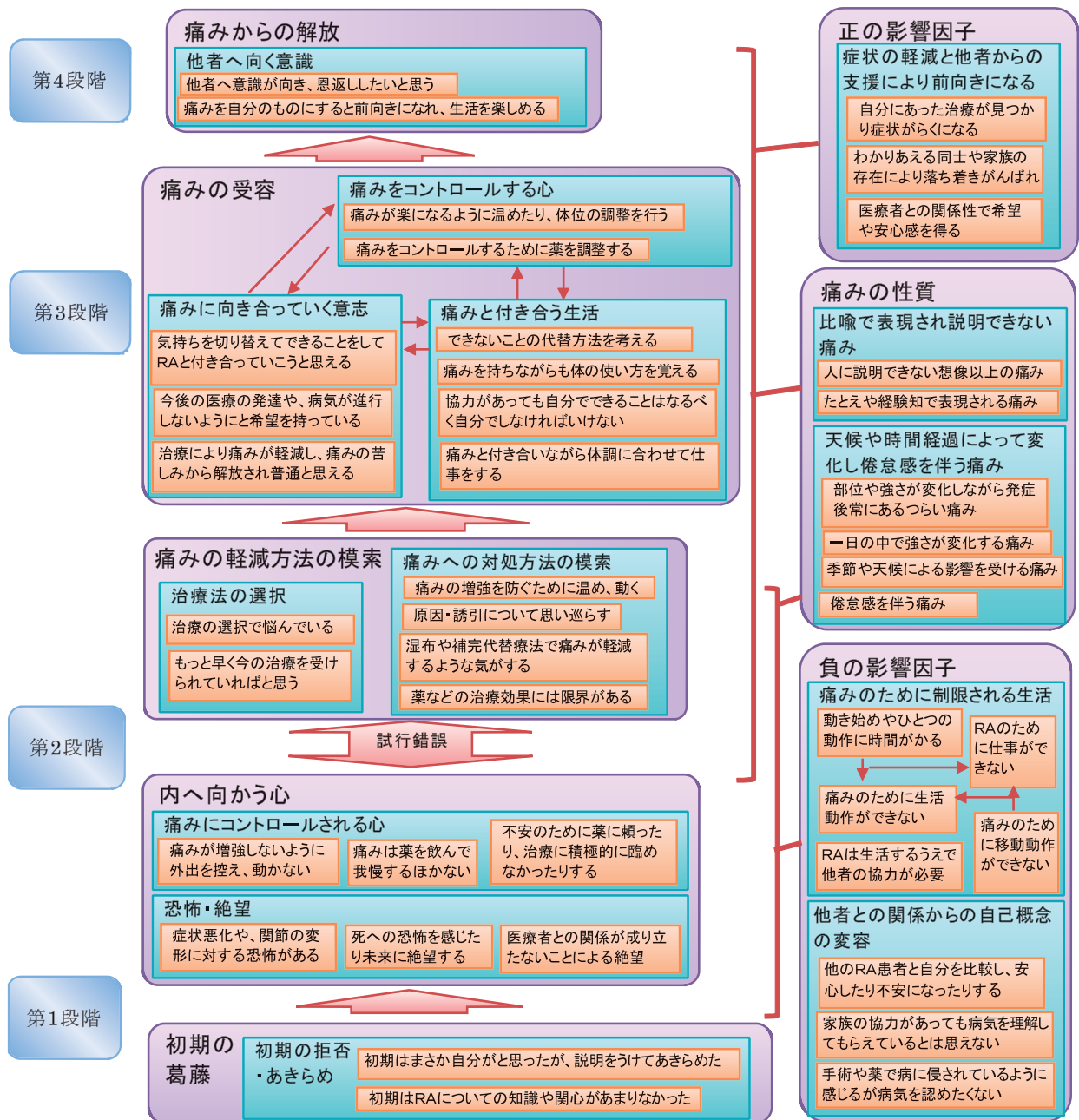


図1 RA患者における痛みの性質と受容プロセス

いた。『痛みによりコントロールされる心』から生活行動が抑制されていると言える。さらに、強い痛みや、身体の自由の制限は患者が症状悪化や死に対する『恐怖や絶望』を感じるきっかけとなると考えられる。

3. 受容プロセス：第2段階；試行錯誤する時期

次の段階では『症状の軽減と他者からの支援により前向きになる』ことができ、『痛みへの対処方法を模索』し、より良い『治療法の選択』をしている。しかし、良い対処方法を得られないことや、症状の

悪化などにより、抑制される生活や対処行動へと戻ることもある。患者は内に向かう心と、何とか痛みが軽減する方法を探す外に向かう心の間で試行錯誤している。草場⁷⁾は、早期RA患者は「様々な心理過程を経て先行きに対する不安と将来への希望が行き来する複雑な心理状態へと変化していく」と述べており、試行錯誤する患者の姿と重なる。医療者には、患者の心理状態の変化を理解した関わりが必要であろう。

また、伊藤らは「痛み対処行動は、1) 我慢する、2) 試行錯誤する、3) 痛みを予測し軽減策をとる、

と大きく3つに分けられ、順に発展している」¹⁴⁾と述べており、今回の結果でも、痛みへの対処については同様の対処行動の発展が見られている。

患者が疾患と前向きに向き合えるようになっていくきっかけとして、症状の軽減が挙げられる。2003年、生物学的製剤のインフリキシマブが、2005年にエタネルセプトが承認発売されたことを機に、治療は大きく進歩・改変した^{2,15)}。関節破壊の抑制、さらには寛解導入を目指した治療が行われるようになった。疼痛の軽減、関節変形の進行の停止などの治療効果により、患者の生活の質が確保されるようになり、いずれ関節変形が進み、寝たきりになってしまうという以前のRAに対するイメージが変化してきているようにみえる。そのため、生物学的製剤による治療効果は、RA患者の予後に対する不安の軽減に大きく関与していると考えられる。

人は自分の状況を客観的に見られると、不安や恐怖に対して理性的に対処できるようになる。この段階で医療者は、患者が漠然とした疾患に対する不安や恐怖に対処できるように、状況を理解できるような関わりが重要だろう。そして、患者の理解度、疾患の進行度などの状態にあわせ、症状が軽減する方法の選択肢を示すなど痛みを予測して対応策を取れるよう関わることで、患者会を紹介するなど患者が疾患と前向きに向き合えるようになるきっかけを作ることなどの介入を行う必要があると考える。

4. 受容プロセス：第3・第4段階；痛みの受容と痛みからの解放

『痛みをコントロールする心』を持てると、『痛みに向き合っていく意志』を持ち『痛みと付き合う生活』が送れるようになり、疾患や痛みを受容する段階にはいる。

生活習慣にあった痛みへの対処方法を知り、痛みをコントロールしながら生活していくようになる。患者は自己の症状の特徴や、どの程度の生活ができるのかを見極めて日常生活を修正し、疾患と共存する新しい生活習慣を作り上げているといえる。痛みをコントロールするために行われていた生活行動—痛みをコントロールされていた生活が、生活していくなかで痛みをコントロールするための工夫をするようになり、主体が患者自身に変化する。医療者は患者が新しい生活習慣を作っていくことを支持し、家族などの協力が得られるような橋渡しをすることも必要である。

さらに、痛みから解放されると生活を楽しめるようになり、恩返ししたいと思うなど『他者へ向く意識』を持てるようになる。これは、痛みがあること、

RA患者であることを気にせずに生活できるようになり、他者に対する感謝や思いやりの気持ちを持つようになっている。痛みなどの症状を持ちながら生活することに必死であった状態から、他者へ意識を向ける余裕を持てるようになっている。

患者は、これらのプロセスを経て、痛みを自己のものとしていくと考えられる。

5. 本研究の限界と今後の課題

今回の対象者は女性が多く仕事を持つ患者が少なく、患者の社会面に対する内容が少なかった。関節リウマチは女性に多い疾患であるが、近年は働く女性が多く、関節リウマチを発症しやすい30代から40代は働き盛りであるといえる。発症後社会生活から離れざるを得なくなる患者の心理面への介入は重要であると考えられる。また、対象者数が少なく罹病期間にばらつきがあり、1施設のRA患者を対象としたため、結果に偏りがある可能性がある。

今後は、調査施設や対象数を検討、拡大していきたい。

V. 結語

1. 痛みについて理解されないと感じている患者が多く、患者の痛みと置かれている状況を理解しようとする姿勢が患者との関わりにおいて大切である。
2. 今回の10名の対象者において、患者は発症の初期から痛みから解放され疾患を持ちながらも生活を楽しめるようになるまで、疾患や痛みの特徴、周囲の人々の影響を受けながら、4段階のプロセスを経て痛みを自己のものとして受容していた。
3. その受容プロセスにおいて生物学的製剤が関節リウマチにおける新しい薬として承認され、患者の症状の進行が緩やかになり痛みが改善されたことは大きく影響していた。
4. 患者が痛みを受容し、その人らしい生活を送れるよう、医療者はこれらの受容プロセスの段階に合わせた援助が必要である。

本研究は明治国際医療大学の平成21年度学内公募研究費の助成を受けて実施した。

謝辞：本研究に際し、研究の趣旨をご理解いただき、協力くださった対象者の皆様、そして病院関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

引用・参考文献

1. 勝呂 徹：関節リウマチの治療とケア，メディカ出版，p8, 2009.
2. 糸井 恵：関節リウマチの治療法の進歩—生物学的製剤を中心に—，明治国際医療大学誌 2号，1-9, 2009.
3. 駒野有希子，針谷正祥：関節リウマチに対する生物学的製剤—その効果と安全性—，看護技術 vol.54 (13): 19-24, 2008.
4. 岡崎寿美子：痛み表現がもつ痛み強度値に関する研究—大学生・成人・高齢者の集団を対象に—，日本看護科学会誌 vol.11 (2): 35-43, 1991.
5. 江口さおり，西山雅子他：慢性関節リウマチ患者のストレスと生活背景—看護の役割について考える—，日本看護学会誌—第29回成人看護II: 114-116, 1998.
6. 糸島陽子，田口豊恵他：関節リウマチ患者の疼痛リズムとAIMS—2によるQOL評価，慢性疼痛 Vol. 26(1), 157-162, 2007.
7. 草場知子：早期関節リウマチ患者の発症以降の心理過程と療養行動，日本看護研究学会雑誌 vol. 33(1): 69-79, 2010.
8. 川喜田二郎：続・発想法 KJ法の展開と応用，中央新書，2010.
9. 新村 出編：広辞苑 第4版，p1241，岩波書店，1997.
10. 日本看護科学学会：看護学術用語検討委員会報告，日本看護科学会誌 vol.14(4), 67-72, 1994.
11. 国際疼痛学会 (1986) International Association for the Study of Pain (IASP).
12. 比嘉和夫：ペインハンドブック ペインクリニック・疼痛緩和 Q & A199，南江堂，p8, 2008.
13. 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，p95, 1987.
14. 伊藤まさ子，矢ノ倉典子，阿蘇久範：自立と依存の間を揺れ動きながら得ていくもの 慢性関節リウマチ患者の対処行動の発展を見守る，看護学雑誌 Vol.64 (9), 805-808, 2000.
15. 勝呂 徹：関節リウマチの治療とケア，メディカ出版，p71, 2009.

Process of rheumatoid arthritis patients' acceptance of pain and quality of daily life

Mayumi Tamura¹⁾, Yukari Nishiyama¹⁾, Tomoko Yokoyama¹⁾,
Akemi Okada¹⁾, Atuyo Koyama¹⁾, Megumi Itoi²⁾

¹⁾ Department of Fundamental Nursing, Meiji University of Integrative Medicine

²⁾ Former Department of Fundamental Nursing, Meiji University of Integrative Medicine

³⁾ Department of Orthopedic Surgery, Meiji University of Integrative Medicine

ABSTRACT

Purpose: This study examined the process of rheumatoid arthritis (RA) patients' acceptance of pain and quality of daily activities.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with RA patients to explore their "worst pain in daily activities". The obtained data were analyzed employing content analysis techniques.

Results: The subjects were 1 male and 9 females (mean age: 59 years, ± 9 SD). Illness duration was >1 year in 2 patients, $1 \leq 5$ years in 2 patients, $5 \leq 10$ years in 2 patients, and ≥ 10 years in 4 patients. The mean length of the interview was 34 minutes. The 484 data collected were classified into 113 lower, 42 middle, and 14 upper categories.

Conclusion: The patients considered that their pain cannot be understood. Soon after RA diagnosis, refusal and abandonment of treatment were observed among the patients, and they were constrained to change their self-concepts under restricted daily living due to pain. To cope with pain, the only choice they had was to tolerate it or remain still, and this led to a sense of hopelessness and fear of disease aggravation and death. However, the patients started to develop a positive attitude to cope with pain and select treatment approaches through the alleviation of symptoms and receiving help from others. Nevertheless, some patients returned to restricted daily living or pain-coping behaviors due to a lack of optimal treatment approaches or aggravation of symptoms. The patients, therefore, struggled to cope with positive and negative emotions. After the patients became able to control their pain, they started to accept their disease and pain. The patients began to enjoy their lives after being relieved of pain, and became able to pay attention to others.

The RA patients are considered to accept chronic pain through the above process. Thus, effective clinical intervention based on each patient's stage of acceptance is needed.