

# 禁煙に対して前熟考期にある 統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子

新田真由美 天谷真奈美

国立看護大学校；〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1  
nittam@adm.ncn.ac.jp

## Awareness of Smoking Cessation and Smoking Cessation Inhibitory Factors in Schizophrenia Patients within the Precontemplation Stage to Quit Smoking

Mayumi Nitta Manami Amagai

National College of Nursing, Japan ; 1-2-1 Umezono, Kiyose-shi, Tokyo, 〒204-8575, Japan

**【Abstract】** The rate of smokers in patients with psychiatric diseases is higher than that in healthy individuals. However, currently, there is no active guidance available for them on smoking cessation. The objective of this study is to discuss what will be the most effective method to support smoking cessation in schizophrenia patients with the focus on their awareness of smoking cessation and smoking-cessation inhibitory factors. A semi-structured interview was performed, and the KJ method was used for analysis. The study was conducted during the period from May 7 to May 31, 2008. The subjects included 14 schizophrenia patients within the precontemplation stage to quit smoking. The study revealed that there are 12 groups that account for awareness of smoking cessation and smoking-cessation inhibitory factors in schizophrenic patients within the precontemplation stage to quit smoking. The awareness of smoking cessation included the following: "The patient thinks that to quit smoking is difficult, therefore, he/she could not quit smoking". The smoking-cessation inhibitory factors included the following: "Cigarette smoking is like a medicine which eases irritation and settles down uneasy feelings, and is also useful for an improvement of side effects". It seems important to make interventions to improve patients' confidence, the hospital environment, and attitudes among healthcare professionals to smoking cessation.

**【Keywords】** 統合失調症 schizophrenia, 前熟考期 precontemplation stages, 喫煙 smoking, 禁煙 quit smoking, トランスセオレティカルモデル transtheoretical model

### I. 緒言

喫煙は、呼吸器疾患や循環器疾患、歯周病などさまざまな疾患の危険因子である（喫煙と健康問題に関する検討会、2002）。世界保健機構は、タバコに対する国際的な枠組みとして、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」を発効した（WHO, 2003）。日本においても、健康増進法（2003）や、がん対策基本法（2007）の施行に伴い、禁煙化が進められるようになった。厚生労働省は今後の禁煙への取り組みとして、「健康日本 21（第2次）」の中で、平成34年度までの数値目標として成人喫煙率12%を設定した（厚生労働省、2012）。このように、禁煙に対する取り組みが世界中で行われている。

しかし、精神疾患をもつ患者の喫煙率は健常者の2～3倍であり（Lasser et al., 2000）、積極的な禁煙指導は少ない（山下ら、2005）。それは、統合失調症者の精神症状や向精神薬の副作用を軽減しているという先行研究（Lawn et al.,

2002）の影響を受けていると考えられる。また、タバコを楽しむにしている患者からタバコを取り上げることに医療者が躊躇するためだと考えられる。しかし、喫煙は本人の心身を蝕むだけでなく、受動喫煙により周囲の人にも健康被害を及ぼす。

世界や日本の禁煙化が進む中、これまでは当然のように施設内喫煙が行われてきた精神科病院でも禁煙化の取り組みが始まってきている（佐藤ら、2012）。精神科病院の禁煙化が進められていく中で、そこで働く医療者は入院患者の禁煙を支援する必要があると考えられる。

プロチャスカら（2005）は、禁煙などの行動変容を一つのプロセスとして捉え、一連のステージを経て進んでいくという行動変容のステージモデルを提唱している。プロチャスカら（2005）の変容ステージは、前熟考期（今後6ヵ月以内に禁煙しようと思わない段階）、熟考期（今後6ヵ月以内に行動変容する意図があるが、現在は行動していない段階）、準備期（今後1ヵ月以内にでも行動変容しよう

## Ⅳ. 研究方法

と計画し、行動を変え始める前の最後の調整を行なっている段階)、実行期(健康への恩恵を得る望ましい水準での行動を実行して6ヵ月以内の段階)、維持期(健康への恩恵を得る望ましい水準での行動を継続して6ヵ月以上の段階)、完了期(行動変容が達成されて健康的な行動の実施が習慣化した状態)である。行動変容のステージモデルを禁煙支援に取り入れることにより、対象者のステージに合わせた介入が可能となる。

そこで、本研究は、禁煙に対して前熟考期にある統合失調症者がどんな思いを抱いて喫煙して、禁煙に対してどのような思いをもっているのかを理解することを目的とした。

本研究は、統合失調症者の禁煙認識や禁煙阻害因子に着目し、適切な禁煙支援方法を考察するための研究である。

### Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子の構造を質的研究法(KJ法)を用いて解明することである。

### Ⅲ. 用語の定義

本研究では、用語を以下のように定義した。

「精神障がい者」…精神疾患を有する個人。“害”のもつイメージの悪さを考慮し、本研究では、ひらがな“がい”と表記する。

「統合失調症者」…統合失調症者とは、米国精神医学会(APA)のDSM-IV-TR分類に基づいて、統合失調症と診断された者。

「前熟考期」…トランスセオレティカルモデル(Transtheoretical Model)の変容ステージの前熟考期(Precontemplation)を指す。前熟考期とは、6ヵ月以内に行動を起こそうという気がない状態である(プロチャスカら、2005)。

「禁煙」…全く喫煙しないこと。

「認識」…“知識”とほぼ同じ意味。知識が主として知り得た成果を指すのに対し、認識は知る作用および成果の両者を指すことが多い。物事を見定めその意味を理解すること。

「禁煙認識」…禁煙に対する全般的な捉え方。禁煙に対する各個人の、自分なりの捉え方。

「禁煙阻害因子」…禁煙を困難にさせている要因。

#### 1. 研究デザイン

前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子を明らかにするため、質的記述的研究を行なった。

#### 2. 対象者

精神科外来およびデイケア通院中の統合失調症者を対象とした。現在喫煙しており、禁煙に対して前熟考期にある14名を対象とした。

#### 3. 面接調査期間

面接調査期間は、平成20年5月7日から平成20年5月31日である。

#### 4. 調査方法

##### 1) データ収集手順

筆者は、面接調査開始前に、研修期間として1週間を目安に実施施設でデイケアプログラムへの参加や環境整備を行いながら、面接調査実施施設利用者とコンタクトを図った。対象者候補の選出にあたっては、統合失調症者が通院する病院の外来診療を行う医師またはデイケア担当医師に研究の主旨を説明し、統合失調症で喫煙している患者の紹介を受けた。面接調査について、研究参加依頼の文書を示しながら口頭で説明依頼した。面接調査の承諾の得られた人に、面接日時・場所に関して都合のよい日時をたずね、その時間にインタビューを行なった。インタビュー中、必要であれば質問を分かりやすく別の言葉で言い換えた。インタビュー中でもインタビュー後でも、随時質問や疑問に答えることを伝えた。様子や疲労度を考慮し、対象者の了解を得て、回数を分けて面接を行なった。

##### 2) 調査内容

(1) 属性(疾患、性別、病歴)

カルテより収集した。

(2) 行動変容ステージ

トランスセオレティカルモデルの行動変容のステージに準じて査定した。査定の対象となった質問は、インタビューガイドにある「タバコをやめようと思ったことはありますか」という問いである。たとえば、対象者が「肺がんになったらタバコをやめます」と解答した場合は“前熟考期”と査定した。

(3) 禁煙認識・禁煙阻害因子

オリジナルに作成したインタビューガイド(表1)に基づいた半構造化面接により聴取した。面接は1回30分とし、対象者の様子や疲労度により回数を分けて行なった。

(4) 対象者の言動

筆者は、研究対象者らが通うデイケアに3週間参加し、

表1 インタビューガイド

<p>【喫煙歴・喫煙本数を問う質問】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あなたが喫煙を始めたのは何歳ですか。喫煙を始めて何年になりますか。</li> <li>・喫煙を始めたきっかけは何ですか。</li> <li>・1日の喫煙本数を教えてください。</li> </ul>
<p>【喫煙する意味を問う質問】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・タバコを吸いたいと感じるときはどのようなときですか。</li> <li>・タバコを吸いたいと感じる場面はどのような場面ですか。</li> <li>・タバコを吸いたいと感じるときはどのような気分のときですか。</li> <li>・あなたにとってタバコとはどのような存在ですか。</li> </ul>
<p>【禁煙の認識を問う質問】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・禁煙に対してどのようなイメージをもちますか。</li> <li>・タバコをやめようと思ったことはありますか。</li> <li>・禁煙を試みたことはありますか。※</li> <li>・どのようなことをして禁煙したのですか。(※の問いで“はい”の場合)</li> <li>・禁煙を試みない理由をお教えてください。(※の問いで“いいえ”の場合)</li> <li>・禁煙中、何かサポート(禁煙外来や援助、禁煙補助剤)を受けましたか。</li> <li>・禁煙をサポートする治療や方法、グッズについてどの程度知っていますか。</li> <li>・タバコを再び吸ったきっかけ、原因は何ですか。</li> <li>・このままタバコを吸い続けた場合、身体にはどのような影響があると思いますか。</li> </ul>

参加観察した内容をフィールドノートとした。参加観察した場面は、スポーツ(ソフトバレーボールやバドミントンなど)や映画鑑賞、調理などのデイケアプログラムの様子や昼食時の様子であった。研究対象者の禁煙や喫煙に関する発言内容や、喫煙の様子を交流しながら観察した。参加観察で得られた内容は、インタビューで語られた内容をよりの確にするための補助的なデータとして用いた。

### 5. 分析方法

分析はKJ法を用いた。KJ法とは、文化人類学者川喜多二郎によって考案された、データを分析・統合し、問題解決策を導き出す発想法である(川喜多, 1986)。

### 6. 信用性の確保

本研究では信頼性の確保のため、面接調査開始前に研修期間として1週間を目安に実施施設でデイケアプログラムへの参加を行いながら、研究対象候補者との時間を費やし、対象者を理解する基盤を整えた。また「トライアングュレーション(Robson, 1993)」として、面接調査によるデータと参加観察によるフィールドノートとの複数の視点からデータを照らし出した。また「専門家間審議(Robson, 1993)」を実現するために、KJ法の宿泊研修と、KJ法本部・川喜多研究所でKJ法の講習を受け、分析に関する専門家間審議を行なった。また精神看護学の教育者からスーパービジョンを受けた。

### 7. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言、臨床研究に関する倫理指針(厚生労働省, 2003)、看護研究における倫理指標(日本看

護協会, 2004)、日本精神科看護技術協会倫理綱領(日本精神科看護技術協会, 2004)に沿って調査を実施した。また、国立国際医療研究センター倫理委員会の承認を得、かつ研究対象機関の倫理委員会の承認を得た。

#### 1) 対象者に対する人権擁護

本研究の対象者は、統合失調症者であり、主治医の判断により、疎通性、同意能力があるとされた者とした。研究の目的、内容、個人の人権擁護について、筆者が書面ならびに口頭で説明した。面接はプライバシーを確保できる個室にて筆者が行なった。常に対象者の安全・安楽を守り、対象者への不利益や不自由、リスクが最小になることを念頭におき行動した。対象者には、一旦同意した場合でも不利益を受けることなく同意を撤回できることを説明した。また参加同意後、調査中、いつでも研究について筆者に質問、意見をを行うことができることを説明し、書面での同意が得られた対象に調査を実施した。

#### 2) 研究参加への自由意志の尊重と、同意を得る方法

本研究の対象候補者の選出にあたっては、統合失調症者が通院する病院の外来診療を行う医師またはデイケア担当医師に研究の趣旨を説明し、統合失調症で喫煙している患者の紹介を受けた。この時点では対象候補者の個人情報には閲覧しなかった。対象候補者には始めに研究の目的、内容、手順、研究参加により期待される利益および研究参加に伴う不自由、不利益、リスクについて文書を用いて説明した。研究への参加に同意するか同意しないか、本人の意志を確認した。自由意志に基づく判断を保障するため、十分な時間をあけてから署名による同意を求めた。説明文書は対象者に渡した。

## V. 結果

対象者 14 名中、男性は 12 名 (85.7%)、女性は 2 名 (14.3%) であった。対象者の年齢は 28 歳から 63 歳までで、平均は 47.3 歳 (標準偏差 7.0) であった。喫煙本数は 20 本/日から 60 本/日であり、平均は 28.6 本/日 (標準偏差 8.4) であった。喫煙年数は 11 年から 48 年であり、平均は 28 年 (標準偏差 7.3) であった。

### 1. 前熟考期の統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子

#### 1) インタビューで語られた 12 のグループについて

インタビューの逐語録から作成したラベルを、KJ 法で集約し図解化を行なった (図 1 参照)。逐語録から意味の取れる 1 文を 1 ラベルとして、禁煙・喫煙に関する 311 ラベルは、4 回のグループ編成を行うことによって 12 のグループに分かれた (表 2 参照)。そして、最終的に導き出された 12 のグループで図解化を行なった (図 1 参照)。以下の文中では、それぞれの段階で得られたラベルや具体的な発言内容を見分けるため、括弧の表記を【第 4 段階で得られた 12 のグループ】、【第 3 段階のラベル】、【第 2 段階のラベル】、「第 1 段階のラベル」、【発言内容】と記した。

#### 2) 禁煙認識に関する 5 つのグループ

【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】(元ラベル 37 枚) は、【タバコを

吸い続けるとお金がかかる】、【社会の禁煙化の流れを感じていて肩身が狭い】、【喫煙を続けたら体に悪いし、禁煙に成功したら体に良い影響があると思う。タバコの煙は他の人の害にもなるけどタバコはやめられない】、【タバコはお金もかかるし体にも悪いので、本当はやめたいと思っている】から統合された。発言内容には“禁煙って聞くと肩身が狭いです”や“タバコはないほうがいいです。なければ吸わないんですがこんなもの”などが含まれた。

【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】(元ラベル 2 枚) は“タバコを吸っても具合が良くなるかわからないんだけど吸っちゃう”、“精神状態が悪くなると本数が増えるけど、その症状が治るカンジはなかった”という発言内容が含まれた。

【3. 禁煙は難しく自分には無理だからタバコはやめられないと思う】(元ラベル 9 枚) は『若い人や気構えがある人は禁煙できるが自分には禁煙は無理だと思う』と『禁煙に対して難しい・辛そうというイメージがある』から統合された。発言内容には“禁煙に大事なものは気構えだね。知性がある人はやめられるらしいけど、俺は知性がないから”などが含まれた。

【4. 医者や家族に禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい】(元ラベル 16 枚) は【身体に病気があり医者や家族に禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい】と【家族から禁煙を勧めら

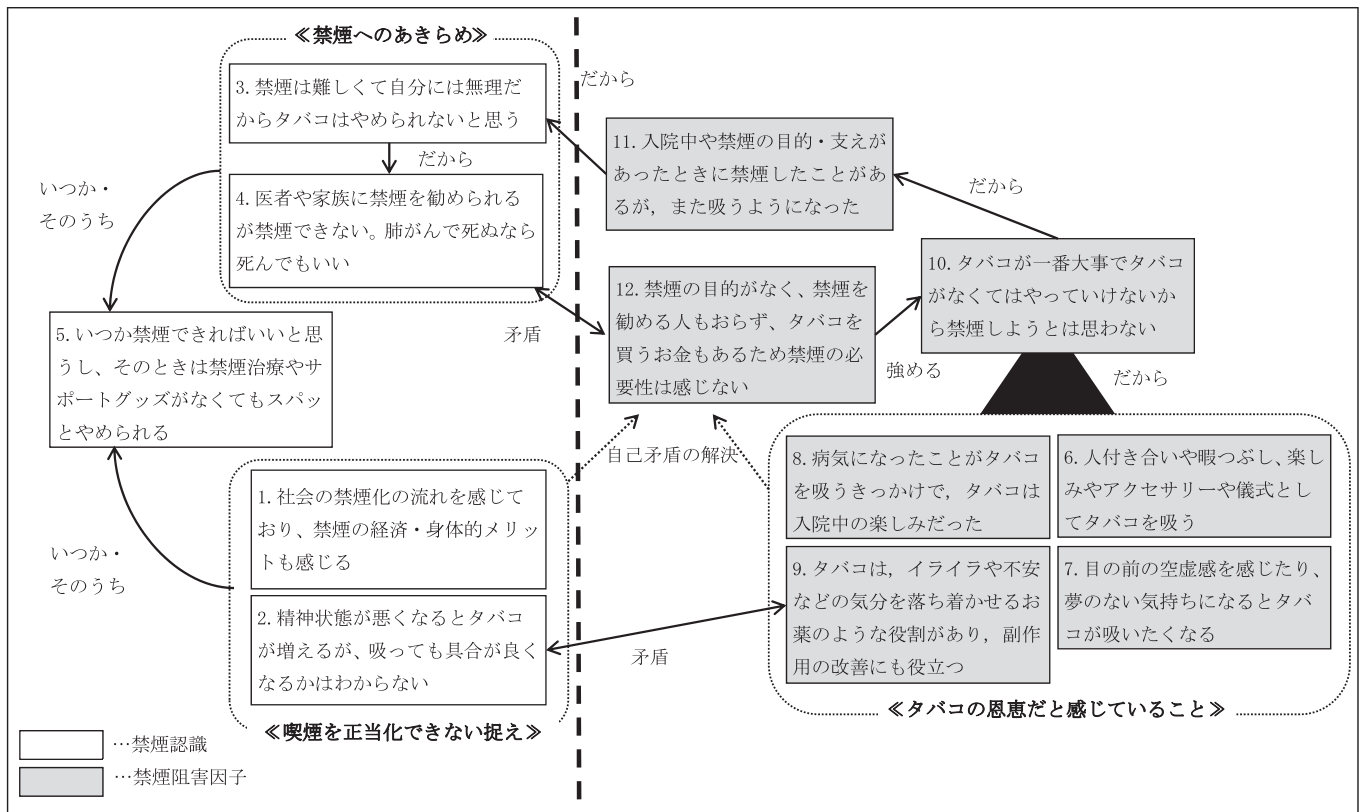


図 1 前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子の KJ 図解

表2 禁煙認識と禁煙阻害因子の12グループの内容

【】は第4段階, 『』は第3段階, 『』は第2段階。禁煙認識は【1】から【5】である。

【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】  
 『タバコを吸い続けるとお金がかかる』  
 『社会の禁煙化の流れを感じていて肩身が狭い』  
 『タバコを吸っているから働き出した後のことで困っている』  
 『社会の禁煙化の流れを感じている肩身が狭い』  
 『喫煙を続けたら体に悪いし、禁煙に成功したら体に良い影響があると思う。タバコの煙は他の人の害にもなるけどタバコはやめられない』  
 『このまま喫煙を続けたらがんになるなど体に悪いと考えている』  
 『禁煙に成功すると体にいい影響があると考えているがやめられない』など  
 『タバコはお金もかかるし体に悪いので、本当はやめたいと思っている』

【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】  
 『精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない』

【3. 禁煙は難しく自分には無理だからタバコはやめられないと思う】  
 『若い人や気構えがある人は禁煙できるが自分には禁煙は無理だと思う』  
 『若い人や気構えがある人は禁煙できるが自分には禁煙は無理だと思う』  
 『禁煙に対して難しい・辛そうというイメージがある』

【4. 医者や家族に禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい】  
 『身体に病気があり医者や禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい』  
 『肺がんで死ぬなら死んでもいい。いつ死んでもいい』  
 『身体に病気があり医者や禁煙を勧められるがやめられない』  
 『家族から禁煙を勧められるがタバコはやめられない』

【5. いつか禁煙できればいいと思うし、そのときは禁煙治療やサポートグッズがなくてもスパッとやめられる】  
 『禁煙の前にダイエットをしようと考えており、今はがん予防のためビタミンEを飲んでいる』  
 『がん予防・老化防止のためのビタミンEを飲んでいる』  
 『禁煙はダイエットをしてから始めようと考えている』  
 『禁煙治療やサポートグッズには興味はないし、タバコはやめようと思えばスパッとやめられる』

【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】  
 『口下手のため人と話をするときや間がもたないときにタバコを吸う』  
 『タバコを吸い出したきっかけは、人に勧められたり、興味・好奇心からであり、たまたま吸うようになった』  
 『空腹時に、満腹にするためにタバコを吸う』  
 『時間のワープ、暇つぶしとしてタバコを吸う』  
 『決まった場所や時間で儀式や節目としてタバコを吸う』  
 『楽しみ、息抜き、アクセサリ要素としてタバコを吸う』

【7. 目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる】  
 『目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる』

【8. 病気になったことがタバコを吸うきっかけで、タバコは入院中の楽しみだった】  
 『病気になったことがタバコを吸うきっかけで、タバコは入院中の楽しみだった』  
 『入院や病気の苦しみに耐えられずタバコを吸う』  
 『入院したら周りがタバコを吸っていたから自分も吸うようになった。入院中の楽しみだった』

【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】  
 『タバコはお薬的な意味があるので、禁煙するとイライラして病状が悪くなるかもしれない』  
 『タバコは安定剤のようなものでお薬的な意味があるので、具合が悪くなると本数が増える』など  
 『タバコを吸うと薬の副作用を改善させることができる』  
 『便秘薬を使っているが便が出ず、タバコを吸わないと便が出ない』  
 『タバコを吸うと集中力がでて頭の回転が改善される』  
 『タバコはイライラを落ち着かせてリラックスさせてくれるもの』  
 『タバコは心を落ち着かせてくれるもの』  
 『タバコはリラックスさせてくれるもの』など  
 『不安なときや気分転換をしたいときにタバコを吸う』

【10. タバコが一番大事でタバコがなくてはやっていけないから禁煙しようとは思わない】  
 『タバコが一番大事でタバコがなくてはやっていけないから禁煙しようとは思わない』  
 『タバコが一番大事なもので、なくてはならない存在。タバコがないとやっていけない』  
 『タバコが一番大事で禁煙しようと思ったことはない』  
 『家族から禁煙を勧められるがタバコはやめられない』

【11. 入院中や禁煙の目的・支えがあったときに禁煙したことがあるが、また吸うようになった】  
 『入院中や禁煙の目的・支えがあったときに禁煙したことがあるが、また吸うようになった』  
 『過去に禁煙を試みたことがあるが失敗した』  
 『息子や好きな人の支えがきっかけとなり禁煙を考えた。禁煙したことがある』  
 『ニコチンガムや他の方法を使って禁煙したことがあるが役に立たなかった』  
 『入院中は強制的にタバコが吸えなかった。しかし退院してからまた吸うようになった』

【12. 禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない】  
 『禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない』  
 『禁煙を勧める人や目的もないので禁煙の必要がない』  
 『禁煙に成功してもいい影響はないし太りやすくなる』  
 『タバコを買うお金があるから禁煙しない』

れるがタバコはやめられない』から統合された。発言内容には「腫瘍マーカーってのが高いんですよ。だから、がんになる可能性とか高いんだろうけど、やめられない”などが含まれた。

【5. いつか禁煙できればいいと思うし、そのときは禁煙治療やサポートグッズがなくてもスパッとやめられる】(元ラベル 23 枚)は『禁煙の前にダイエットをしようと考えており、今はがん予防のためビタミン E を飲んでいる』と『禁煙治療やサポートグッズには興味はないし、タバコはやめようと思えばスパッとやめられる』から統合された。発言内容には“私はビタミン E を飲んでるの。がん予防・老化防止になるっていうから”などが含まれた。

### 3) 禁煙阻害因子に関する 7 つのグループ

【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】(元ラベル 77 枚)は『口下手のため人と話をするときや間がもたないときにタバコを吸う』、『タバコを吸い出したきっかけは、人に勧められたり、興味・好奇心からであり、たまたま吸うようになった』、『空腹時に、満腹にするためにタバコを吸う』、『時間のワープ、暇つぶしとしてタバコを吸う』、『決まった場所や時間で儀式や節目としてタバコを吸う』、『楽しみ、息抜き、アクセサリ要素としてタバコを吸う』から統合された。発言内容は“口下手なほうですから、タバコが役立つですよ”などが含まれた。

【7. 目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる】(元ラベル 5 枚)は“もう、前途がないの。夢がないの。そういう気分になるとタバコが吸いたくなるの”などの発言内容が含まれた。

【8. 病気になったことがタバコを吸うきっかけで、タバコは入院中の楽しみだった】(元ラベル 12 枚)は、『入院や病気の苦しみに耐えられずタバコを吸う』と『入院したら周りがタバコを吸っていたから自分も吸うようになった。入院中の楽しみだった』から統合された。発言内容には“前の病院なんて、自由に売店も行けなかったから、支給されるタバコを吸うことしか楽しみっていうかやる事がなかった”などが含まれた。

【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】(元ラベル 57 枚)は、『タバコはお薬的な意味があるので、禁煙するとイライラして病状が悪くなるかもしれない』、『タバコを吸うと薬の副作用を改善させることができる』、『タバコはイライラを落ち着かせてリラックスさせてくれるもの』、『不安なときや気分転換をしたいときにタバコを吸う』から統合された。発言内容には“薬の影響で頭の回転が悪くなるんですよ。それを改善するために吸います”などが含まれた。

【10. タバコが一番大事でタバコがなくてはやっていけな

いから禁煙しようとは思わない】(元ラベル 27 枚)は『タバコが一番大事なもので、なくてはならない存在。タバコがないとやっていけない』、『タバコが一番大事で禁煙しようと思ったことはない』、『家族から禁煙を勧められるがタバコはやめられない』から統合された。発言内容には“一番大きい存在です。だんなよりも好き”、“母から禁煙のガムとかもらいます”などが含まれた。

【11. 入院中や禁煙の目的・支えがあったときに禁煙したことがあるが、また吸うようになった】(元ラベル 30 枚)は『過去に禁煙を試みたことがあるが失敗した』、『息子や好きな人の支えがきっかけとなり禁煙を考えたり禁煙したことがある』、『ニコチンガムや他の方法をつかって禁煙したことがあるが役に立たなかった』、『入院中は強制的にタバコが吸えなかった。しかし退院してからまた吸うようになった』から統合された。発言内容には“テニスをやっているんですけど、その試合前に 1 週間だけやめました。息切れ防止にね”などが含まれた。

【12. 禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない】(元ラベル 16 枚)は、『禁煙を勧める人や目的もないので禁煙の必要がない』、『禁煙に成功してもいい影響はないし太りやすくなる』、『タバコを買うお金があるから禁煙しない』から統合された。発言内容には“自分の場合は肺まで入れないんです。ふかすだけなんです。だから、肺には影響ないと思います”“がんになるっていうけど、死ぬ人は死ぬし、死なない人は死なないと思うんですよ”などが含まれた。

## 2. 前熟考期の統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子の関連性

上記で明らかとなった統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子の関連性を検討した(図 1 参照)。まず、【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】、【7. 目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる】、【8. 病気になったことがタバコを吸うきっかけで、タバコは入院中の楽しみだった】、【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】は、対象者がタバコの恩恵だと感じていることであった。そして、それらの認識は、喫煙を続ける姿勢の礎を築いていた。そして、その礎に【12. 禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない】という認識が加わることにより、【10. タバコが一番大事でタバコがなくてはやっていけないから禁煙しようとは思わない】という認識をもっていた。対象者は、【11. 入院中や禁煙の目的・支えがあったときに禁煙したことがあるが、また吸うようになった】という禁煙の挫折を経験しているため、【3. 禁煙は難しく自分には無理

だからタバコはやめられないと思う】というあきらめの思いをもっていた。この禁煙の挫折や諦めの思いは【4. 医者や家族に禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい】という認識を強める働きをしていた。

一方、【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】に矛盾する認識として、【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】という認識をもっていた。また、【12. 禁煙する目的も勧める人もいないし、買うお金もあるから禁煙の必要性は感じない】に矛盾する認識として、【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】という認識をもっていた。そして、喫煙を正当化できない捉えや禁煙に対するあきらめが混在する自分に折り合いをつけ【5. いつか禁煙できればいいと思うし、そのときは禁煙治療やサポートグッズがなくてもスッとやめられる】と禁煙を先延ばしする認識をもっていた。

## VI. 考 察

### 1. ニコチン依存と喫煙

#### 1) 身体的依存による喫煙

タバコをやめられない「ニコチン依存症」には、身体的依存と心理的依存という側面がある（日本禁煙学会、2007）。タバコを吸うと、ニコチンが肺から吸収され脳内に達する。脳内に達したニコチンはドパミン系の報酬回路を刺激し快感を起こさせる作用がある（日本禁煙学会、2007）。これを繰り返すうちに、ニコチンがないとイライラし落ち着かなくなるなどの不快な症状（離脱症状）が現れる。これを身体的依存といい、喫煙者は離脱症状を緩和させるために定期的にタバコを吸うようになる。【7. 目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる】は、タバコを吸うことによってニコチンを摂取し、離脱症状を緩和させていることを表していると考えられる。

#### 2) 心理的依存による喫煙

喫煙によるニコチンの血中濃度は40分から1時間で半減するといわれており、喫煙者はさまざまな場面で喫煙を生活に取り入れている（日本禁煙学会、2007）。習慣化された喫煙はニコチンの心理的依存である。本研究の禁煙阻害因子である【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】は習慣化された喫煙であり、ニコチンによる心理的依存を表していると考えられる。

喫煙による離脱症状緩和の記憶は、喫煙による負の側面（健康被害や禁煙化によるプレッシャー）と矛盾するものであり、喫煙者は特有の認識をもつことにより両者を調整

する。たとえば、タバコの害を少なく評価し、禁煙はストレスになり余計体に悪いと合理化して捉える（日本禁煙学会、2007）。本研究の対象者は、【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】、【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】など、喫煙を正当化できない捉えをもっていた。一方で、【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】、【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】など、タバコに対して恩恵を感じていた。この両者は矛盾しており、この自己矛盾を解決するために【12. 禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない】というグループによって調整を行なっていると考えられた。【12. 禁煙の目的がなく、禁煙を勧める人もおらず、タバコを買うお金もあるため禁煙の必要性は感じない】の発言内容である“がんになるっていうけど、死ぬ人は死ぬし、死なない人は死なないと思うんですよ”や“自分の場合は肺まで入れないんです。ふかすだけなんです。だから、肺には影響ないと思います”はタバコの害の否認であり、対象者は禁煙のメリットや喫煙の健康被害に対して自分なりの解釈を加えていると考えられた。

### 2. 前熟考期の統合失調症者の看護介入

#### 1) 禁煙の重要性と情報の提供

川合ら（2007）が精神障がい者296名に行なった調査では、喫煙者の75.7%は禁煙に興味をもち、49.0%は禁煙を希望していた。精神障がい者においても禁煙支援の需要は大きいと考えられる。本研究対象者も、【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】や【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】のように、禁煙のメリットを感じ、喫煙と自分の病気は関係ないのではないかと考えていた。これらを強化することによって行動変容を促すことができるのではないかと考える。そのためには禁煙の重要性や正しい情報の提供が重要である。プロチャスカら（2005）は、前熟考期にある人が行動変容するためには、自己の防衛に気づき、情報を収集するなど、「意識の高揚」が第一歩であると述べている。そして援助者は、無理やり行動させたり、口うるさくいわない、あきらめないことなどが大事であるとしている。

前熟考期にある統合失調症者の禁煙支援は、相手の意思を尊重しつつ禁煙による経済・身体的なメリットを理解してもらい、禁煙をサポートする家族や医療者がいつも傍にいたり、医療者は禁煙支援を提供する準備ができていることを伝えることが重要であると考えられる。

また、本研究の対象者は、【11. 入院中や禁煙の目的・支えがあったときに禁煙したことがあるが、また吸うようになった】という禁煙の挫折から、【3. 禁煙は難しくて自分には無理だからタバコはやめられないと思う】、【4. 医者や家族に禁煙を勧められるが禁煙できない。肺がんで死ぬなら死んでもいい】という禁煙へのあきらめを感じていた。しかし、再喫煙は禁煙に至るまでの通常のプロセスであり、禁煙に成功した人の多くは、成功までに複数回の禁煙挑戦を経験している（日本循環器学会ほか、2012）。再喫煙によって禁煙を諦めるのではなく、“よし、もう一回”と禁煙に挑戦できるように関わっていくことが重要である。そのためには、相手のことを非難せず、自信を強化するための助言が重要であると考えられる。

### 2) 医療者の禁煙への態度と入院環境の検討

【8. 病気になったことがタバコを吸うきっかけで、タバコは入院中の楽しみだった】の発言内容の中に、“前の病院なんて、自由に売店も行けなかったから、支給されるタバコを吸うことしか楽しみっていうかやる事がなかった”があった。社会の禁煙化が進み、精神科病院も敷地内禁煙を実施している病院が増えてきている（佐藤ら、2012）が、精神科病院の敷地内禁煙には賛否の意見がある。「禁煙規則無視」、「ストレス対処への不安」、「治療上の悪影響」など否定的な捉えをしている精神科看護スタッフもいる（松永ら、2010）一方、川合（2008）は、環境に左右されやすい精神障がい者にとって禁煙環境は非常に重要であり、敷地内禁煙は画期的な禁煙治療であると述べている。入院が喫煙の契機にならないよう、医療者が禁煙の重要性を唱っていくべきだと考える。

### 3) 前熟考期の統合失調症者の特徴と介入について

本研究で明らかとなった、【9. タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】は、統合失調症者に特徴的なグループであると考えられる。精神障がい者がタバコをセルフメディケーションとして役立てていることは、Lawnら（2002）の先行研究でも明らかとなっており、本研究の結果と一致している。本研究の対象者は、精神症状や副作用からの開放手段としてタバコを利用していた。しかし、それは健康的な手段であるとはいえない。前熟考期の統合失調症者の禁煙支援を行う際は、タバコ以外の方法で精神状態や副作用をコントロールできる対処方法を検討していく必要があると考えられる。

## VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者数は14名と少なく、ある一施設で調査したため、一般化することは限界があると考えられる。また、対象者の年齢が幅広く、性別も統一していない。年齢

や性別で結果を見られないところは本研究の限界である。今後の研究で、年齢や性別の特徴を理解することにより、個別性に沿った認識や要因の把握になると考えられる。

## VIII. 結論

1. 禁煙に対して前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子を説明する12のグループを導き出した。
2. 禁煙認識に関するグループは、【1. 社会の禁煙化の流れを感じており、禁煙の経済・身体的メリットも感じる】、【2. 精神状態が悪くなるとタバコが増えるが、吸っても具合が良くなるかはわからない】などの5グループであった。
3. 禁煙阻害因子に関するグループは、【6. 人付き合いや暇つぶし、楽しみやアクセサリや儀式としてタバコを吸う】、【7. 目の前の空虚感を感じたり、夢のない気持ちになるとタバコが吸いたくなる】などの7グループであった。
4. 前熟考期にある統合失調症者への看護介入として、本人が抱えるタバコへの思いに寄り添うことの重要性や、禁煙を支援する環境や情報の提供、再喫煙しても禁煙に再挑戦できるように自信を高める働きかけが重要であることが示唆された。

## ■文献

- ジェイムス・プロチャスカ、ジョン・ノークロス、カルロ・ディクレメンテ 編、中村正和 監訳（2005）. チェンジング・フォー・グッド-ステージ変容理論で上手に行動を変える. 法研, 東京.
- 川合厚子, 阿部ひろみ（2007）. 単科精神科病院における患者と職員の喫煙状況. 日本公衆衛生雑誌, 54（9）, 626-632.
- 川合厚子（2008）. 精神障害者の禁煙治療. 日本精神科病院協会雑誌, 27（10）, 885-891.
- 川喜多二郎（1986）. KJ法—渾沌をして語らしめる. 中央公論社, 東京.
- 喫煙と健康問題に関する検討会（2002）. 新版 喫煙と健康. 保健同人社, 東京.
- 厚生労働省（2003）. 臨床研究に関する倫理指針の改正等について, 2004年12月28日公表, <http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/rinri/0504tuuchi.html>
- 厚生労働省（2012）. 健康日本21（第2次）国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針, 2012年7月10日公表, [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkouinpon21\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkouinpon21_01.pdf)
- Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U.,



- McCormick, D., & Bor, D.H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, 284(20), 2606-2610.
- Lawn, S. J., Pols, R. G., & Barber, J. G. (2002). Smoking and quitting: A qualitative study with community-living psychiatric clients. *Social Science & Medicine*, 54, 93-104.
- 松永智香, 戸田裕可里, 磯野洋一, 筒井恵美 (2010). 精神科看護スタッフが抱く敷地内全面禁煙化移行後の否定的なとらえ. *日本精神科看護学会誌*, 53 (2), 42-46.
- 日本看護協会 (2004). 看護研究における倫理指標. 日本看護協会, 東京.
- 日本精神科看護技術協会 (2004). 日本精神科看護技術協会倫理綱領, 2004年5月26日公表, [http://www.jpna.or.jp/info/j\\_rinri.html](http://www.jpna.or.jp/info/j_rinri.html)
- 日本禁煙学会 (2007). 禁煙学. 南山堂, 東京.
- 日本循環器学会, 日本肺癌学会, 日本癌学会, 日本呼吸器学会 (2012). 禁煙治療のための標準手順書 第5版, 2013年8月22日検索, [http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti\\_smoke\\_std/pdf/anti\\_smoke\\_std\\_rev5.pdf](http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/pdf/anti_smoke_std_rev5.pdf)
- Robson, C. (1993). *Real world research: A research for social scientists and practitioner researchers*. Oxford: Blackwell Science.
- 佐藤松子, 鈴木量江, 笠原麻紀, 佐藤大輔 (2012). 精神科病院の敷地内禁煙化に伴う閉鎖病棟での患者心理の把握 患者へのインタビューを通して効果的な禁煙支援を考える. *日本精神科看護学術集会誌*, 5 (1), 350-351.
- World Health Organization (2003). *Framework Convention on Tobacco Control*. WHO, Geneva.
- 山下美根子, 出口聡美 (2005). 精神疾患をもつ患者の喫煙について: 日本と主要国の比較. *埼玉県立大学紀要*, 7, 81-87.

---

**【要旨】** 精神疾患をもつ人の喫煙率は健常者より多いにもかかわらず、積極的な禁煙支援は少ないのが現状である。本研究は、禁煙に対して前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子を明らかにすることを目的とし、KJ法による質的研究を行った。研究調査期間は平成20年5月7日から平成20年5月30日であり、対象者は前熟考期にある統合失調症者14名であった。結果、前熟考期にある統合失調症者の禁煙認識と禁煙阻害因子を説明する12のグループが導き出された。禁煙認識として、【禁煙は難しく自分には無理だからタバコはやめられないと思う】など5グループが抽出された。禁煙阻害因子としては、【タバコは、イライラや不安などの気分を落ち着かせるお薬のような役割があり、副作用の改善にも役立つ】など7グループが抽出された。統合失調症者の禁煙を勧めるうえで、自信を高める働きかけや入院環境の見直し、医療者の禁煙への態度などが重要と考えられた。

---

受付日 2013年9月3日 採用決定日 2013年11月28日