

【原著】

禁煙を考える健康教育での精神障がい者の 禁煙意識の変化と禁煙阻害因子

志野泰子¹⁾ 高橋裕子²⁾

要 旨

目的：精神患者が禁煙を希望する率は、一般健常者とほとんど変わらないものの積極的な禁煙支援は行われていないのが現状である。本研究は禁煙を考える健康教育に参加した精神障がい者の禁煙意識の変化と禁煙阻害因子を理解し健康教育を行う過程から、禁煙支援方策を検討することとした。

方法：社会復帰施設に通所する精神障がい者のうち禁煙を考えたいとする者で、研究者が実施する5回の健康教育に参加できる6名を対象とした。参加者のグループワークと講話等での発言内容の逐語録を起こし、KJ法により解明する質的記述的研究を行った。

結果：禁煙を考える健康教育でのグループワーク等では、精神障がい者の禁煙意識の変化と禁煙阻害因子を説明する11のグループ因子が導き出された。禁煙意識には【禁煙をしたいが、精神疾患を持っていると無理かもしれないと思う】から【精神の病気だから禁煙をする価値がある】など5つのグループ因子が抽出された。禁煙阻害因子としては【タバコは薬の役割があり、副作用の改善に役立つと思う】など6つのグループが抽出された。

結論：精神障がい者の禁煙を支援する今回の健康教育の方法は、患者が禁煙への取り組みに自信をもち実施できるという効果があった。この行動を維持するために社会復帰施設の関係者に、禁煙への理解を高めてもらうための働きかけが、重要であると考えられた。

キーワード： 禁煙意識、健康教育、禁煙阻害因子、関係者の禁煙理解

I. 緒 言

精神障がい者の喫煙率は、一般健常者の2～3倍(田中ら、1999)とする報告がある。しかし、精神障がい者の喫煙に関する実態調査は少なく、禁煙対策は著しく遅れている。精神科病院の喫煙の背景として、患者にとってタバコは、制限の多い入院生活の中で唯一の潤いや楽しみ(新田ら、2011)としていることがあげられる。また、

精神科における医療従事者の喫煙率が高いこともあり、喫煙をニコチンの依存形成と捉えずに、精神科の医療施設全体が喫煙を容認していることや、禁煙が精神状態を悪化させるといった誤解により、喫煙を正当化していることなどが挙げられる(中野ら、2009)。

このような中、2004年に「精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み」として、精神障がい者は「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念と10年間の取り組みの方向が打ち出された。これにより早期に退院した患者

1) 天理医療大学医療学部
2) 奈良女子大学大学院

責任者連絡先：志野 泰子
天理医療大学医療学部
〒632-0018 奈良県天理市別所町80-1

が、このまま喫煙を容認し続けた場合、生活習慣病を抱えながら地域で生活をする精神障がい者の増加が懸念される。また思考障害や認知の歪みといった精神症状により、治療中断も予測できる。そのため禁煙による身体合併症の予防が何よりも重要になると考えられる。

現在、単科精神科病院等において積極的な禁煙支援の取り組みが行われてはいるものの、その数は十分ではない。川合は精神症状の安定した慢性期こそが禁煙に適していると述べている(2008)。しかし、慢性期の精神障がい者が通所する社会復帰施設では、医療職がほとんど採用されておらず、禁煙を含む健康に関する支援が進んでいない。

現在、特定健康診査による禁煙支援等の生活習慣病予防対策が行われているが、精神障がい者への禁煙支援はほとんど行われていない。また、精神障がい者の禁煙意識に焦点を当てた研究も少なく、先行研究では喫煙中の精神障がい者に対して、喫煙や禁煙への思いについて、グランデッドセオリーを用いて調査したものが報告されている、ここでは、喫煙を継続する6つのテーマが導き出されたとしている(Lawn, S J. 2002)。喫煙を継続する要因としては、「コントロールシンボルとしてのタバコ」「精神疾患に罹患したという絶望と見込みのなさ」「セルフメディケーションとしてのタバコ」「アイデンティティとしてのタバコ」「周囲の承認」「信念」であるとしている。

わが国においては、統合失調症患者の禁煙に関する認識や禁煙阻害因子についての質的研究の報告がある。しかし、気分障害等の他の精神疾患患者が喫煙や禁煙に対してどのように捉え、禁煙への行動に結びつける禁煙支援方を明らかにした研究は、見当たらない。

そこで本研究では、その第一段階として、社会復帰施設に通所し禁煙を考えたいとする精神障がい者を対象に健康教育を行うこととした。グループワークでは、どのような禁煙認識をもち、喫煙を継続する要因を語ってもらうこととした。禁煙への阻害となっている課題を参加者と共有しながら講話をすすめる健康教育を実施することとした。このことが禁煙支援方策への一助となり得るのではないかと考える。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

禁煙を考えたいとする精神障がい者に対して、健康教育の介入方法により、禁煙意識の変化と禁煙阻害因子を明らかにし、禁煙支援方策を考えるために質的記述的研究を行った。

2. 対象者

禁煙を考えたいとする社会復帰施設に通所する精神障がい者で、本研究の健康教育(5回)に参加できる6名を対象とした。

3. 調査期間

調査期間は、平成25年9月11日～平成26年1月8日の毎月第2水曜日に実施した。

4. 調査方法

(1) データの収集

A県の精神障がい者社会福祉法人生活支援センター施設(3か所)の施設長に、本研究の趣旨を説明し承諾を得た。研究参加者は主治医からの情報収集により、病状が安定し、禁煙を考えたいとする精神障がい者を各センターから紹介を受けた者とした。対象者候補の選出にあたっては、研究者が実施する健康教育に参加できること

表1 健康教育内容の一覧

開催年月日	健康教育内容	参加者
平成25年9月11日	グループワーク内容 ・タバコを吸いたいと思うときは ・タバコを吸う場所が多いのは ・タバコを吸うとどんな気分になるか ・禁煙の開始時期は 講話 精神障がい者の喫煙と課題(その1)	参加者 6名 スタッフ3名
平成25年10月9日	グループワーク内容 ・タバコはどんな存在か ・喫煙についてどう思っているか 講話 精神障がい者の喫煙と課題(その2)	参加者 6名 スタッフ3名
平成25年11月13日	グループワーク内容 ・禁煙についてどう思っているか ・禁煙するためにはどんなことが必要か 講話 精神障がい者の禁煙(その1)	参加者 6名 スタッフ3名
平成25年12月11日	グループワーク内容 ・禁煙の障がいと考えるものは ・どうしたら障がいが無くなるか ・周囲の人たちは禁煙についてどんな反応 講話 精神障がい者の禁煙(その2)	参加者 6名 スタッフ3名
平成26年1月8日	グループワーク内容 ・今までの講話を聞いて禁煙についてどう思う ・禁煙の具体的な計画は 講話 精神障がい者の禁煙支援方法と禁煙治療の内容と効果	参加者 5名 スタッフ2名

普段の就業訓練時の参加状況を聴取した。また、健康教育時の発言内容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照らし出した。さらに、「専門家による審議(Robson, 1993)」を実現するために、KJ法の川喜多研究所の講習(京都開催)を受け、分析に関する専門家による検討を行った。

7. 倫理的配慮

本研究は天理医療大学倫理審査委員会の承認を得て行った。本研究の対象者は、主治医からの情報収集で疎通性があり、同意能力がある者とした。参加者には研究参加の目的と内容、研究方法、個人情報保護、研究参加

表2 精神障がい者の喫煙・禁煙に対する認識(健康教育第1回から4回までの発言内容から) KJ法による分析 【】は第4段階, 《》は第3段階, 「」は第2段階の分析	
禁煙に関する意識	
【1.禁煙化の方向であり、健康のためにも金銭的にも禁煙が必要】	
《タバコ代の値上がりで金銭的に苦しい》	
《喫煙場所を探すのが大変である》	
「喫煙場所が限られている。探すのが面倒」	
「アルバイト先で喫煙を注意される」	
《タバコを吸い続けるのは体に悪いと思う》	
「中性脂肪や血圧が高いのは、タバコのせいだと思う」	
「このままタバコを吸い続けるとからだに悪いとわかっている」	
《お金もかかるし、本当はやめたい》	
「タバコ代を年金生活の親からもらうのがつらく禁煙したい」	
【2.精神の病気のせいで喫煙してしまうがこれでいいのかわからない】	
《精神の病気があるとタバコは必要と思うが自信はない》	
《一時的でもタバコを吸うとすっきりするような気がする》	
「精神疾患の者しか、この感じは分らないと思う」	
「喫煙してほっとするのは、一時だけかも知れない」	
【3.禁煙する気持ちは強いが精神疾患だから無理かも知れないと思う】	
《禁煙したいと医師に相談するとあまり無理しない方がいいと言われた》	
《病気が悪くなるなら禁煙をあきらめなければいけないのかと思う》	
《禁煙外来は敷居が高い、必ず精神科の主治医に相談してから来てと言われる》	
「精神であることをだまっ、治療して禁煙した仲間もいる」	
「禁煙するなら、何も使わないで自分の力でやめるほうがいい」	
【4.禁煙も目標があると禁煙の意欲が出てくると思う】	
《自分のために禁煙を勧められたら期待に添いたいと思う》	
《大切な人のために禁煙を頑張りたい》	
《就職したいので禁煙したい》	
「家族から禁煙を勧められると迷惑をかけたくないで禁煙したい」	
「大切な人はタバコが嫌いである、そのため禁煙したい」	
禁煙を阻害する因子	
【5.病気のことを考えると、将来に不安が強くとタバコに頼りたくなる】	
《病気は治らないと思うと不安になりタバコを吸いたくなる》	
【6.人付き合いや楽しみとしてタバコを吸う】	
《決まった場所に行くと吸いたくなくてもタバコを吸う》	
「いつも行く喫茶店でマスターと話す時、吸うのが習慣になった」	
「仲間の集まるデイ教室では皆なタバコを吸うので、そこに行くと喫ってしまう」	
「誰かと話すにはタバコがきっかけになる」	
【7.タバコは気を静め落ち着かせてくれ、副作用の改善に役立つと思う】	
《タバコには自己治療力の働きがある》	
「タバコは安定剤と同じ働きがあるイライラすると本数が増えるのはそのせいだ」	
「タバコは心を落ち着かせてくれる」	
「タバコがあると安心するが不安になると不安になる」	
《たばこは副作用を改善させてくれるものだと思う》	
「薬の副作用でいつも眠たいがタバコを吸うとすっきりする」	
《タバコはイライラを落ち着かせ、リラックスできる気がする》	
「タバコを吸うと気分転換できリラックスできる」	
【8.身近な人が喫煙していると、誘惑に負けてしまう】	
《家族も精神疾患がありタバコを吸っており、禁煙する気は全くない》	
《家族が喫煙者だとタバコが家のどこかにあるのでつい吸ってしまう》	
「禁煙したいが、家族が吸っていると禁煙の気持ちが薄れる」	
【9.周囲の医療従事者も喫煙者だとタバコも体に悪いものでもないように思う】	
《専門家が吸うくらいだからいいのではと思う》	
《何十年も吸っているがどこも悪くないという専門家の話は説得力があるように感じる》	
「肺がんで死ぬか、他の病気で死ぬかの違いでタバコをやめる気がないと聞かれるとそうかと思ってしまう」	
「タバコを吸いながらの方が、自分の話を聞いてもらっている気がする」	
【10.禁煙を積極的に勧める人もおらず、タバコ代もあれば禁煙への気持ちは阻害される】	
《親は腫物を触るようにタバコ代がないという聞いてくれている》	
《病気のせいと思われており禁煙することも期待されていないと、どうでもいいようになる》	
「精神以外の病気だと禁煙を勧められるが、精神疾患を治したいのでどちらでもいい気持になる」	

協力の自由、参加協力後、途中で辞退しても不利益を生じないことを記載した文書と研究参加依頼文を用い、書面並びに口頭で研究者が説明した。常に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置き行動した。倫理的配慮としては、プライバシーおよび個人情報の保護、データの管理方法や研究終了後の扱いと結果の公表方法について明記した。参加同意後、いつでも研究者に質問や意見を言うことが出来ることを説明し、書面での同意が得られた対象者に実施した。

Ⅲ. 研究結果

対象者である6名の性別は、すべて男性であり、疾患名は統合失調症4名、双極性障害1名、うつ病1名であった。平均年齢は42歳(±7.0)であった。平均喫煙本数は28.5本/日(±8.3)であり、平均喫煙年数は29年(±8.4)であった。また、施設の禁煙実施状況は、3か所とも施設内分煙であった。このうち2施設は施設内に2~3か所に喫煙場を設置していた。

1. ProchaskaのTTMの行動変容のステージの禁煙段階について

第1回目に禁煙開始時期について参加者より聴取した。前塾考期(禁煙を考えたが6か月以内に禁煙するつもりはない)が1名、塾考期(6か月以内に禁煙する)が3名、準備期(1か月以内に禁煙する)が2名であった。第5回目の最終日での結果は、禁煙行動ステージに変化がみられた。当日、体調不良のため欠席した1名を除く5名の結果は、1か月以内に禁煙をしたいとしていた1名は主治医に相談した結果「病気が悪くなるかもしれないからそんなに急ぐ必要はない」と言われ、いつか禁煙を考える前塾考期に後退した。他の4名は1ステージずつステージの改善がみられた。

2. 参加者の禁煙意識と禁煙阻害因子

(1) 健康教育時のグループ・ワークで語られた11のグループ

5回の健康教育での発言内容について逐語録から作成したラベルをKJ法で集約した。最終的に導き出されたのは、11の因子で、それらを整序し図解化した(図1)。また、1回目~4回目での発言内容をまとめた(表2)。逐語

録から意味の取れる1文を1ラベルとして整理すると174ラベルが得られた。これらのラベルについてグループ編成を4回行うことによって禁煙意識4グループ因子と禁煙阻害因子6グループ因子に分析された。表2の文中では2~4段階で得られたラベルや具体的発言を見分けるため、括弧の表記により区別した。第4段階でのラベルは【】、第3段階のラベル《》、第2段階のラベル「」として記した。また、以下の文中での発言内容は、「”」として記した。

(2) 禁煙意識に関する4つのグループ因子

【1. 禁煙化の方向であり、健康のためにも金銭的にも禁煙が必要】は、ラベル数16枚であった。第3段階での因子には《タバコ代が値上がりし金銭的に苦しい》《タバコを吸い続けるのは体に悪いと思う》等があった。発言内容には“禁煙しないと肩身が狭い”や“喫煙場所での喫煙はオリの中に閉じ込められたような気がする”などがあつた。

【2. 精神の病気のせいで喫煙してしまうがこれでいいのかどうかはわからない】は、ラベルは6枚であった。第3段階での因子には《精神の病気があるとタバコは必要と思うが、自信はない》等があった。発言内容には“イライラするとタバコの本数が増えるが、病気のせいでイライラして吸いたくなっているのかどうかはわからない”などがあつた。

【3. 禁煙する気持ちは強いが精神疾患だから無理かも知れないと思う】は、ラベルは5枚であった。第3段階での因子には《禁煙したいと医師に相談するとあまり無理しない方がいいかもしれないと言われた》等があり、発言内容には“精神科では、病気があるから禁煙はすすめられないといわれる”などがあつた。

【4. 禁煙も目標があると禁煙の意欲が出てくると思う】は、ラベルは10枚であった。第3段階での因子には、《就職したいので禁煙したい》等があつた。発言内容には“食べ物関係のアルバイト先では、タバコを吸っていると採用はできないと言われたから禁煙をしたい”などがあつた。

(3) 禁煙阻害因子による6つのグループ因子

【5. 病気のことを考えると、将来に不安が強くタバコに頼りたくなる】は、ラベルは6枚であった。第3段階での因子には、《病気は治らないうと不安になりタバコを吸いたくなる》等があり、発言内容には“こんな病気に

なって、もう前途がないと思うとタバコに逃げてしまう”などがあつた。

【6.人付き合いや楽しみとして、タバコを吸う】は、ラベルは36枚であつた。このラベルが最も多く、参加者たちは、決まった場所や時間のワープとして、習慣的にタバコを吸ってしまうとしていた。第3段階での因子には《決まった場所に行くタバコを吸う》等があり、発言内容には、“集まっている中に自然に入るためにはタバコが必要。だから禁煙はできない”などがあつた。

【7.タバコは気を静め、落ち着かせてくれる。副作用の改善にも役立つと思う】のラベルは29枚であつた。第3段階での因子には《タバコは自己治癒力の働きがある》等があり。発言内容には“薬のせいでいつも眠い、目を覚ますためにタバコを吸うとシャキッとする”などがあつた。

【8.身近な人が喫煙していると、誘惑に負けてしまう】のラベルは14枚であつた。第3段階での因子には《家族が喫煙者だとタバコが家のどこかにあるので、つい吸ってしまう》等があり、発言内容には“禁煙したいのに誘惑にまける。意思が弱いと思う”などがあつた。

【9.周囲の医療従事者も喫煙者だとタバコも体に悪いものでもないように思う】のラベルは24枚であつた。第3段階での因子には、《専門家が吸うくらいだからいいのではと思う》等があつた。発言内容には“タバコを吸いながら話すとき聞きたいことが聞けるような気がする”というものが含まれた。

【10.禁煙を積極的に勧める人もおらず、タバコ代があれば、禁煙への気持ちは阻害される】のラベルは14枚であつた。第3段階での因子には、《病気のせいと思われており禁煙することも期待されていないと、どうでもいいようになる》等があつた。発言内容には、“禁煙するといつてもどうせまた失敗するだろうと思われている”などがあつた。

(4) 禁煙意識と禁煙阻害因子との関連性

禁煙意識と禁煙阻害因子の関連性を検討した(図1)。11のグループのうち、禁煙を阻害する要因として、【5.病気のことを考えると将来に不安が強くなる】【6.人付き合いや楽しみとしてタバコを吸う】

【7.タバコは気を静め落ち着かせてくれ、副作用の改善にも役立つと思う】の3つの因子は、タバコのメリットを感じている因子であつた。

タバコにメリットを感じる理由として【10.禁煙を勧められないし、禁煙する目的もなくタバコ代があれば禁煙をしようという気持ちは阻害される】とし自己流の弁明をしていた。

また、【8.身近な人が喫煙していると、誘惑に負けてしまう】、【9.医療者も喫煙者だとタバコも体に悪いばかりでもないように思う】の因子は、喫煙を容認する環境であるために、禁煙は出来ない理由としていた。一方、それに相反する禁煙意識としては、【1.禁煙化の方向であり、健康のためにも金銭的にも禁煙が必要】や【2.精神の病気のせいで喫煙してしまうがこれでいいのかどうかはわからない】とし喫煙することに対して後ろめたさも感じていた。また、【禁煙をする気持ちは強いが精神疾患だから無理かもしれない】と思う反面、【4.禁煙も目標があると禁煙の意欲が出てくると思う】とし、いつか禁煙をしたいとしていた。そして、5回目の最終回ではまとめとしての講話を行い、その後話し合ってもらった結果では、【5.精神の病気だから禁煙をする価値がある】と禁煙を決意する因子が抽出された。禁煙意識は変化し、健康教育の間に禁煙を実行した者もいた。発言内容では“知らされなかったために禁煙を決意出来なかった”などがあつた。

(5) 健康教育により変化した禁煙意識

【11.精神の病気だから禁煙をする価値がある】のラベルは14枚であつた。第3段階での因子には、《喫煙を続けていると精神薬が増えるなら禁煙をしたい》《ニコチンには依存性があることは知っていたが、病気だというなら治療が必要だ》《禁煙をこんなにすすめられるのなら禁煙したい》等の因子から統合されたものである。発言内容としては、“こんな話を始めて聞いた。“もっと早く知っていれば禁煙していたのに”“自分の身体のために早く禁煙したい”“タバコを吸うことが薬を増やすことになるとは知らなかった”“タバコをやめる決心ができた”などがあり、禁煙意識に変化がみられた。

IV. 考 察

1. 喫煙についての捉え方と言動

喫煙は精神障がい者ときわめて重大な関連性があることを米国疾病対策予防センター(CDCP)は指摘をしている。多くの喫煙者は、ニコチンによる離脱症状が出現す

るために、それを緩和させようと定期的にタバコを吸うようになるとしている(2013)。今回の結果でも同様の結果が得られた。それは、【病気のことを考えると将来に不安が強くタバコに頼りたくなる】や【人付き合いや楽しみとしてタバコを吸う】とした項目である。これらの項目は喫煙をしたくなるのは、ニコチン依存症であるという捉え方ではなく、精神的な不安があり、病気のせいで喫煙することをしかたがないものとしていた。このように、禁煙できないことを合理化して捉えていた。

しかし、【禁煙化の方向であり健康のためにも金銭的にも禁煙が必要】や【精神の病気のせいで喫煙してしまうのがこれでもいいのかどうか分からない】など、喫煙することに対して、全面的に正当化できない認識もあり、葛藤している状況がみられた。

2. 禁煙の重要性を伝える情報提供

精神障がい者と禁煙との関連について、Prochaskaは2011年に行った調査結果で精神科に入院中の喫煙者のうち、82%が禁煙を試みたことがあり、42%が1年以内に禁煙を試みた事があるとしている。本研究の対象者も【禁煙化の方向である。金銭的にも健康のためにも禁煙が必要】とし禁煙への気持ちがあった。病気と喫煙との関係では、【精神の病気のせいで喫煙してしまうのがこれでもいいのかどうかは分からない】と捉え、病気のせいと捉えていることに疑問視する気付きもあった。このことから禁煙への行動に結びつけるためには禁煙の重要性や正しい情報の提供が必要であると考え。このことは、今回の健康教育実施後の参加者の意識の変化がみられたことから明らかに became と考える。

Prochaska (2005)は、前塾考期にある人が行動変容するためには、自己の防衛に気付き、情報を収集するなど「意識の高揚」が必要であるとしている。禁煙を支援する医療従事者は精神障がい者の禁煙への挑戦を見守り、諦めないことが大切であるとしている。精神障がい者には、禁煙支援が、いつでもできる準備が出来ていることを伝え、禁煙することのメリットを伝えていくことが必要であると考え。禁煙を阻害していた要因の一つとして、今回の健康教育の実践から禁煙に関する正しい情報提供が行われていなかったことが示唆された。

3. 社会復帰施設の禁煙実施状況、

精神科の医療従事者の中には、禁煙は治療上の悪影響やストレス対処への不安などが心配であると考えられていることも否定できない。今回の調査協力機関でも同様の状況がみられた。3か所の社会復帰施設では、施設内に喫煙場所を設置しており、施設の職員は、対象者の相談をする時は、リラックスして話してほしいと考えており喫煙場所をなくすことは難しいと考えていた。環境に左右されやすい精神疾患患者にとって、禁煙環境にすることは非常に重要である。施設の中が喫煙の温床にならないよう、職員が禁煙の重要性を患者に率先して伝えることが出来るよう、社会復帰施設の職員に対しての情報提供が重要な課題であると考え。

4. 健康教育を介した禁煙支援について

今回の健康教育では、精神障がい者が喫煙や禁煙に対する思いを自分の言葉で語ることで喫煙による健康の影響を自ら気づくことが出来た。また、気づきが正しい情報を受け入れやすくすることも示唆された。一方的な情報提供ではなく、納得しながら情報を取り入れていく今回の介入方法は、禁煙への行動変容に効果があることが確認できた。医療従事者は、精神障がい者が抱えるタバコへの思いに、先ずは寄り添い、禁煙に関する正しい情報を伝える禁煙支援方法が重要であることが示唆された。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、精神障がい者に正しい情報を提供することで禁煙行動の変容が可能であることが確認できたが、今回は3施設の6名の調査としたため、対象者の偏りがあることは、

本研究の限界である。今後の研究で幅広いデータの収集を行い、一般化していくことが課題である。

V. 結 論

禁煙を考えたいとする前塾考期から実行期にある精神障がい者の禁煙意識と禁煙阻害因子は、精神障がい者の特異性を表す因子も多く、特に医療従事者の禁煙に対する言動が患者の禁煙や喫煙への捉え方に影響することが明らかになった。また、今回の健康教育での介入方法

は、患者自らが語り、患者どうしで話し合うことで自分の問題に気づき、禁煙行動につながる効果があることが確認された。また、禁煙支援者も患者が抱える問題に耳を傾け、その上で正しい情報の提供を行うことが重要であることが示唆された。禁煙情報を伝え支援することは、禁煙に対する意識を前向きに変化することが確認できた。このことは、精神障がい者の禁煙は難しいとされてきた精神科の関係者の従来の考え方を見直す結果であることが明らかになった。精神障がい者を支える多くの関係者に禁煙の必要性を伝え、患者が利用する施設等において禁煙環境を整えていくことで禁煙継続が維持されていく可能性が示唆された。

謝 辞

今回の調査にご協力いただきました社会復帰施設に通所する患者の皆様、職員の方々に深謝いたします。

本研究は科学研究費補助金挑戦的萌芽研究課題番号24660068による助成を受けて行いました。

引用文献

- 1) 田中いずみ、神郡博：精神疾患患者の喫煙の実態。富山医科薬科大学看護学会誌 1999；2：161-167.
- 2) 新田真由美、板山稔、天谷真由美：統合失調症患者の認識と禁煙阻害因子—禁煙支援のための課題を考える—。日本看護研究学会雑誌 2011；34：31-41
- 3) 中野和歌子、林 健司、吉井千春他：精神疾患を併存しているニコチン依存症患者の禁煙治療成績、日本禁煙学会雑誌 2011；6-6
- 4) 川合厚子：精神障害者の禁煙治療。日本精神科病院協会雑誌 2008；27；35-41. 3
- 5) 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.
- 7) 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.
- 8) Robson C: *Real world research, A resource for social scientists and practitioner researchers*. 370-408, Blackwell Science, Oxford, 1993
- 9) Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) (2013). *Smoking Prevalence is Much Higher Among People with a Mental Illness*
- 10) Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U. -25 -*J Nurs Studies NCNJ* Vol.13 No. 1 2014 McCormick, D., & Bor, D.H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, 284 (20), 2606-2610.
- 11) Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*, New York, William Morrow (中村正和監訳 2006 *チェンジング・フォー グッド 法研*)
- 12) Nakamura M, Masui S, Oshima A, et al.: Effects of stage-matched repeated individual counseling on smoking cessation: a randomized controlled trial for the high-risk strategy by lifestyle modification (HISLIM) study. *Environ Health Prev Med* 2004; 9: 152-160.
- 13) Dijkstra, A., Bakker, M., & De Vries, H. (1997). Subtypes within a sample of precontemplating smokers: A preliminary extension of the stages of change. *Addictive Behaviors*, 22, 327-337.
- 14) Dijkstra A, Roijackers J, Vries HD. Smokers in four stages of readiness to change. *Addict. Behav.* 1998; 20: 339-350.
- 15) 曾根智史、湯浅資之、渡部基、鳩野洋子. *健康行動と健康教育 理論、研究、実践*. 医学書院. 2006. (Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd Edition) の翻訳)
- 16) 松本千明. *健康行動理論の基礎*. 医歯薬出版株式会社. 2002.

Changes in smoking awareness among patients diagnosed with mental illness and factors inhibiting smoking cessation identified in anti-smoking health education

Yasuko Shino*1, Faculty of Health Care, Tenri Health Care University

Yuko Takahashi*2, Graduate School, Nara Women's University

Abstract

Purpose: Desire to quit smoking is much the same among patients diagnosed with mental illness as in the general population; however, no active support measures are currently in place to encourage smoking cessation in such patients. This study aims to clarify changes in smoking awareness among patients with mental illness taking part in anti-smoking health education, as well as factors inhibiting smoking cessation and it is to consider how leading to anti-smoking.

Method: Six subjects were chosen from among a group of people who were registered as outpatients at a social rehabilitation facility, and who had been diagnosed with mental illness, were habitual smokers with a desire to quit, and were able to take part in a health education program conducted by the researchers over five sessions. A qualitative descriptive study was carried out using the KJ method to interpret the transcribed content of statements made by the participating subjects in group sessions.

Results: Eleven groups to explain changes in smoking awareness among patients diagnosed with mental illness and factors inhibiting smoking cessation were extracted. Five groups were extracted for smoking awareness, such as “I think that it might be impossible to quit smoking if you have a mental illness” to “having a mental illness makes it quitting smoking worthwhile.” Six groups were extracted for factors inhibiting smoking cessation, such as “I think that that cigarettes have a medicinal role, and help to alleviate side effects.”

Conclusion: The results suggest that to support smoking cessation efforts by patients with mental illness, encouragement should be provided not just to the individual patients to enable them to take confident steps toward quitting smoking, but also to the medical personnel providing patient support to allow them to develop a better understanding of smoking cessation behavior.

Key words: smoking awareness, health education, factors inhibiting smoking cessation, authorized people understanding of smoking cessation