

〈研究ノート〉

慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践（その3）*
—効果的な対処とそれに関連する要因

藤 田 譲**

は、慢性の身体的疾患を指すものとする。

I はじめに

ソーシャルワーカーが慢性疾患患者や家族を適切に援助するためには、慢性疾患によりどのような心理社会的問題が生じるのか、その問題にはどのように対処すれば良いかを理解する必要がある(Dinerman, 1997; Sidell, 1997; 藤田, 2000a; 藤田, 2000b)。特に、対処(coping)は、ストレス理論や危機理論において、ストレスを緩和できるかどうか、危機に陥るかどうかの重要な変数として理解されている。つまり、慢性疾患のようなストレスや危機的状况に、不適切な対処をすれば、病状を悪化させるなどさらに好ましくない状況を招くことになる。反対に、効果的に対処すれば、病気にうまく適応できるようになり、ストレスや危機を克服できたり、緩和できたりするのである(Pearlin, et. al., 1981; McCubbin & Patterson, 1982; Germain, 1984; Aguilera, 1994; Germain & Gitterman, 1996)。したがって、ソーシャルワーカーとしては、慢性疾患に対してどのような対処が効果的であるかを把握すれば、慢性疾患患者が効果的な対処を習得するための援助プログラムを検討できるようになり、その援助プログラムを通して患者の生活の質を維持もしくは改善することができるだろう。

本稿では、慢性疾患患者の対処を促進するような援助を検討するために、先行研究のレビューを通して、慢性疾患患者にとっての効果的な対処とそれに関連する要因について明らかにする。そして、援助プログラムを開発するうえでの課題についても検討したい。

なお、本稿においては、慢性疾患という用語

II 慢性疾患への対処

1 対処の定義

対処は、その前段階で見られるストレスの存在と対にして、すなわち「ストレスへの対処」として捉えられることが多い。その中でもLazarusと彼の共同研究者達による「ストレス—対処理論(stress-coping theory)」は広く受け入れられている理論である。Lazarusは、ストレスを刺激に対する単純な反応として捉えてきた、これまでのストレス概念を批判する立場を取っている。そして、ある刺激がストレスとなるかどうかは、人間と環境の関係を個人がどのように認知的評価(appraisal)をするかにかかっていると考えた。つまり、同じ出来事でも個人の認知的評価によって、ストレスとなったり、ストレスとならなかったりするということである。したがって、ストレスの後に続く認知的評価と対処をも含めた、力動的な過程で理解することが重要であると指摘した(Lazarus & Folkman, 1984)。言い換えると、対処はあるストレス状況における特定の行動を指すのではなく、絶えず変化している環境において、認知的評価を継続的に繰り返していく過程の中に見られる一連の認知的評価や行動を指している。しかも、対処を個人の行動レベルにとどまらず、個人と環境との相互作用も含めた幅広い文脈で理解しようとしている(Folkman & Lazarus, 1991)。

このような考え方に基づき、対処について、「個人の持つ資源に重い負担となったり、それを超過しているとみなされる外的や内的な特定の要

*キーワード：ソーシャルワーク実践、慢性疾患、対処

**関西学院大学大学院社会学研究科博士課程後期課程

求をやり繰りするための、認知面と行動面の努力からなる (Folkman & Lazarus, 1991; p. 210) と定義している。また対処は、(1) ストレスから注意をそらしたり、反対に注意を向けたりする認知面の活動、(2) ストレスや個人と環境との関係について、主観的な意味付けを変化させる認知面の活動、(3) 個人と環境との関係を実際に変化させるための行動、の3つに分類できると述べている。彼らは、これら3つの対処が果たしている機能から、(1) と (2) を情動中心の対処 (emotion-focused coping)、(3) を問題中心の対処 (problem-focused coping) とも呼んでいる (Folkman & Lazarus, 1991)。Lazarus & Folkman によれば、情動中心の対処とは、「気を紛らわせる」「気分転換を図る」「意味を見い出す」というように、環境へ働きかけることなく、ストレスに対する個人の捉え方を変えることで情動面での苦痛を減少させるものである。一方、問題中心の対処とは、「解決策を考える」というような個人の内面での活動や、「ストレスに関する情報を集める」「事態の解決にあたる」といった環境への働きかけを含む、広い範囲での問題解決のためのやり方を指している。また、情動中心の対処と問題中心の対処について、彼らはこの2つの対処が時には効果的な対処を促進する関係となったり、時には片方がもう一方の対処を抑制してしまうような関係となったりする場合があるとも指摘している (Lazarus & Folkman, 1984)。

このような時間的・空間的広がりを持つ Lazarus のストレス—対処理論は、本稿のテーマである慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践との関連において、2つの点で意義があると考えられる。ひとつは、個人と環境との相互作用を重要な視点とするソーシャルワークとの親和性である。例えば、現在のソーシャルワークにおける代表的な実践理論である Germain & Gitterman によるエコロジカル・アプローチでは、重要な構成概念としてストレスや対処という概念が用いられている。彼らによれば、Lazarus のストレス—対処理論により、個人や環境の特徴だけでなく、個人と環境の相互の関係についてよりよく説明できるという (Germain & Gitterman, 1996)。ストレス—対処理論では、個人の内部に生じるストレスを、

環境からの圧力で生じる過程や、ストレスを軽減するための対処を、個人の内面的な努力だけでなく環境との関係の中で捉えようとしている。これらの点が、ソーシャルワークの文脈にも合致しているので、ストレス—対処理論は非常に有用だと評価できる。

もうひとつは、慢性疾患患者の心理社会的問題を理解するための枠組としての、ストレス—対処理論の有効性である。慢性疾患患者の心理社会的問題は、慢性疾患というストレス—対処理論によって引き起こされる一種のストレスとして捉えると、「ストレス—対処」という文脈で説明することが可能になる。この場合、慢性疾患は、単に個人の身体的機能の変化をもたらすだけでなく、社会生活へも影響を与えていく慢性のストレス—対処理論として理解できるので (藤田, 2000b)、個人と環境との相互作用、さらにはその時系列的な変化も考慮することにより、慢性疾患患者と彼らの心理社会的問題をより良く理解することができるだろう。ストレス—対処理論は、まさにこの点に着目していることから、慢性疾患患者の心理社会的問題を理解するために、非常に有効な理論だと考える。

このようなソーシャルワーク実践との関連を踏まえて、以下本稿ではストレス—対処理論と関連する先行研究を基に、慢性疾患への対処について明らかにしていきたい。

2 慢性疾患への対処戦略

次に、慢性疾患にはどのような対処戦略が有効か、すなわち、慢性疾患への効果的な対処とはどのような対処なのかについて検討してみる。

Moos & Tsu は、身体的疾患にかかった患者の例として、疾患に関する適応課題をまとめている。例えば、疾患にともなう生じる痛みや無能感、入院生活や治療といった特殊な環境を扱えるようになること、医療スタッフとうまく関係を築くこと、家族や友人との関係を保つこと、不確実な将来に向けて準備することなどを挙げている (Moos & Tsu, 1977; pp. 8-12)。さらに Moos & Tsu は、このような課題にうまく対処するために必要なことを、以下の7項目にまとめている (Moos & Tsu, 1977; pp. 12-15)。

- 1) 慢性疾患による危機の深刻さを否定したり小さくする
- 2) 病気に関連する情報を集める
- 3) 再保証や情緒的支持を求める
- 4) 病気に関係する特定の手続きを学習する
- 5) 具体的で限定した目標を持つ
- 6) 予測されるいくつかの結果に対して準備を整える
- 7) 病気に関係した出来事の意味や目的を見出す

これらの対処は、慢性疾患に対する効果的な対処を具体化する手がかりとして理解できるだろう。つまり、患者の行っている対処がこのような対処に該当するかどうか、効果を見分けるポイントになると考えられる。

Aldwin & Brustrom は、Moos & Tsu が示したような、慢性疾患患者がどのような対処を取るかを規定する要因を挙げている。彼女らによれば、慢性疾患により生じた慢性ストレスのタイプ、ストレスに対する認知的評価、患者の発達段階、対処のレベル、慢性疾患の進行度や段階、文化的要因の6つが互いに絡み合いながら、どのように対処するかという対処戦略や対処パターンに関連すると述べている(Aldwin & Brustrom, 1997; pp85-87)。また、Aldwin & Brustrom (1997) は、疾患が悪化したり、心理社会的問題を引きこしたような場合には、問題中心の対処や、疾患や疾患により生じた問題に固有の対処戦略が必要になることも指摘している。

しかし、さらに具体的な対処戦略とはどのような行動か、対処はどのように学習し、獲得していくのか、慢性疾患によるストレスやそれへの対処を人と環境の相互作用という文脈の中で、どのように明らかにしていくか、といった点はまだ十分に検証されていない(Thoits, 1995; Aldwin & Brustrom, 1997)。これらの問題は、慢性疾患への対処を考えるうえで、非常に重要なテーマでもあるので、今後の研究成果が待たれるところである。

Ⅲ 対処に関連する要因

Aldwin & Brustrom が指摘した以外にも、慢性

疾患への対処には実に様々な要因が影響している。本節では、主要要因と対処との関連について、もう少し詳しく検討していく。

1 認知的評価

認知的評価は対処に大きな影響を与えている(Krantz, 1983; Folkman, et al., 1986)。Lazarus のストレス—対処理論によれば、認知的評価は大きく2つに分けられるという。ひとつは一次的評価である。これは、ストレスに対する受け止め方や情緒的反応に関連するものである。もうひとつは二次的評価で、ストレスにどのように反応すれば良いか、どのような対策が取れるかといった対処戦略に関連するものである。このような認知的評価は時間の経過とともに変化すると考えられ、変化については再評価という概念で説明されている(Folkman & Lazarus, 1991)。

認知的評価は効果的な対処という観点からも、非常に重要な意味がある(Lazarus & Folkman, 1984; Aguilera 1994)。慢性疾患の医療現場では、よく「患者の自覚がない」とか「病状の理解が悪い」と患者を評価して語られるが、その多くは認知的評価に由来するものだと思う。例えば、筆者がよく経験する例では、食事制限を守らないと医療スタッフから繰り返し注意されている患者が、「制限を守って食べなかった時は元気がなかったが、食べるようにしたら元気が出た。」という理由を挙げていることがある。この場合、「食事制限」というストレスに対して、「制限を守る」という対処の結果、「元気が出なかった」ことを「好ましくない事態」と認知的評価することにより、「制限を守らない」という対処戦略が選択されたためと理解することができるだろう。つまり、食事制限を守らないという行動は、患者の自覚や理解不足というよりも、「食事制限をしたのでは元気が出ない」という認知的評価に基づくものなのである。

この認知的評価は、Folkman & Lazarus によると、価値観や目標、信念、活用できる自分の能力や資源といった個人の属性と、ストレスの性質や切迫度、曖昧さや持続期間、ソーシャルサポートの有無といった環境の、両方に影響されると述べている(Folkman & Lazarus, 1991)。したがって

て、慢性疾患患者の対処を考えるうえで、彼らが指摘したような、認知的評価に影響する要因を考慮しつつ、どのように患者が認知的評価をしているのかに関心を払う必要があるだろう。

2 ソーシャルサポート

ソーシャルサポートはストレッサーを扱ううえで、身近な人から提供される様々な援助として捉えることができる (Thoits, 1995)。ソーシャルサポートはストレスへの対処に関連して、2つの機能を持っていると考えられる。ひとつは、ストレスを和らげる機能であり、もうひとつは対処資源としての機能である。

ストレスを和らげる機能は、ストレッサーから生じる影響を小さくするものである (Lin, et al., 1979; Wethington&Kessler, 1986; Thoits, 1995)。例えば、慢性疾患にかかったことを告知された時に、家族や友人の励ましや慰めといった情緒的サポートにより、精神的な安定を保つというような場合が考えられる。また、入院や体調の悪化により、一時的に役割が果たせない時に、家族などがその役割を代行することにより、影響を小さくできるという場合もある。一方、対処資源としての機能は、ストレスに効果的に対処するために必要なものを提供してくれるサポートである (Hirsch, 1980; Thoits, 1995)。例えば、慢性疾患患者が利用できる医療費助成制度や介護保険、障害年金などの公的サービスは、患者の生活費や介護の問題に対処するうえで不可欠な道具的サポートといえる。

もちろん、これらのサポートはひとつひとつバラバラに提供されるのではなく、一人の人から複数のサポートが提供されたり、ひとつのサポートが複数の人から提供されたりするなど、サポートの機能や量は複雑に絡み合っているのが実態だろう。その意味では、ソーシャルサポートを厳密に測定することは困難であり、十分に明らかにされていない部分もある (Thoits, 1995)。しかし、ソーシャルサポートが、慢性疾患のような、ストレッサーによる心理社会的問題の解決に良い影響をもたらしているという報告も見られる (Cobb, 1976; Lin, et al., 1979; Hirsch, 1980; Wethington & Kessler, 1986; Quinn, Fontana, &

Reznikoff, 1986)。

ソーシャルサポートは環境との相互作用を通して得られるものである。ソーシャルサポートを提供できるサポート源が環境の中に存在しても、サポート源と関係を持たなければサポートは得られない。また、サポート源が自分にとって役に立つものだという認知がなければ、サポート源との関係を持つことはしないだろう。したがって、単にソーシャルサポートを持っているかどうかだけではなく、サポート源を対処資源として認知しているかどうか、さらには提供されているソーシャルサポートをサポートとして認知しているかどうかも考慮する必要がある (Wethington & Kessler, 1986)。

3 locus of control

locus of control は、社会的学習理論に基づき、Rotterにより提唱された概念である (Rotter, 1966)。これはパーソナリティの特性として考えられており、内的統制 (internal locus of control) と外的統制 (external locus of control) の対からなる。内的統制とは、ある出来事は自らの行動による結果として起こったものであるから、自分で出来事や状況をコントロールしていると認識している状態のことである。反対に、外的統制とは、ある出来事は自分の行動とは関係なく起こるものであり、よって自分でコントロールできるものではないと認識している状態のことである (Rotter, 1966; p.1)。

慢性疾患への対処を考えるうえで、この locus of control という概念は示唆に富んでいる。なぜなら、慢性疾患を自らの行動によってコントロールできると認識することは、服薬や食事制限など患者自らが病状の管理のために取り組む対処課題に取り組みやすくすると考えられるからである (Anderson, 1977)。つまり、服薬や食事制限によって自らの病状をコントロールできると認識する内的統制の傾向のある患者は、積極的に服薬や食事制限に取り組むだろう。反対に、病状は自分ではコントロールできないと認識している外的統制傾向の患者は、本来は病状をコントロールするための服薬や食事制限について、その意義をあまり理解していないかもしれない。その結果、積極

的に病状をコントロールしようとすることで、内的統制傾向の患者は病状の安定を得られるだろうが、そうでない外的統制傾向の患者は病状の悪化を招くことになり、ますます状況を悪くしてしまうことになるだろう。

こうした違いはソーシャルサポートの活用にも現れる。例えば、Sandler & Lakey の調査によれば、外的統制傾向の人は、内的統制傾向の人よりも、多くの量のソーシャルサポートを受け取っていたにもかかわらず、ソーシャルサポートによるストレス緩和の効果は、外的統制傾向の人よりも内的統制傾向の人のほうに、有意に高く現れている。この結果について Sandler & Lakey は、ソーシャルサポートの受け取り方、受け取るソーシャルサポートの種類、ソーシャルサポートに対する意味づけ、さらにソーシャルサポートを受け取った後の行動について、両者の間に違いがあるために、ソーシャルサポートの効果や対処にも影響しているのではないかと指摘している (Sandler & Lakey, 1982)。

このように、locus of control は慢性疾患への効果的な対処に影響を与えていると予測される。先行研究によれば、内的統制のほうが、外的統制よりもストレスに対して好ましい適応を示し、効果的な対処を取ることが明らかにされている (Anderson, 1977; Parkes, 1984)。そして、慢性疾患患者を理解する視点として、また、慢性疾患への対処を援助する時のアプローチを考えるうえで、locus of control を活用しようとされている。そのための道具として、Wallston & Wallston (1978) により健康関連 locus of control 尺度が開発されている。彼らはこの尺度を患者の行動を理解したり、予測したりすることに活用できると述べている。健康関連 locus of control 尺度は、堀毛 (1991) により日本語版も開発され、活用が試みられている。

このほかにも、状況のコントロール感 (Folkman, 1984)、個人の態度や信念 (Kobasa, 1982; Scheier, et al., 1989; Taylor, et al., 1992)、パーソナリティ (McCrae & Costa, 1986) なども対処に影響していることが明らかになっている。

ストレス—対処理論で明らかにされているよう

に、多くの要因が絡み合い、時間とともに変化する過程として対処をとらえるためには、認知的評価や locus of control などの個人に関する要因と、ソーシャルサポートや慢性疾患にともなう状況の変化といった環境に関する要因とがどのように相互作用し、個人の対処や生活に影響しているかという、エコロジカルな視点 (Germain & Gitterman, 1996) が有効となる。さらに、疾患の特徴など特定の状況に応じて検討していくことも必要である (Folkman, 1984)。

IV 対処の結果

効果的な対処を検討するうえで大切なこととして、対処の結果、つまりどのような対処が好ましい結果をもたらしているのかという問題は無視できない。ある対処は、個人もしくは環境に何らかの結果をもたらすものである。その結果を認知的評価することにより、次の対処戦略が行われていく。慢性疾患のような慢性ストレスでは、ストレスが永続するために、この過程が次々と繰り返されていくと考えられる。そして、時間の経過の中で、個人や環境にも何らかの変化がもたらされるかもしれない。このようにしてもたらされた結果を評価することにより、対処の効果を検証できるのではないだろうか。

Lazarus & Folkman は、基本となる対処の結果として、仕事や社会生活に関する社会的機能、自信や意欲といったモラル、身体的健康の3つを挙げている。しかし、ほとんどのストレスが何の後遺症も残さずに理想的な結末を迎えることはありえないために、Lazarus & Folkman は、このような分類を用いても結果を評価することは複雑な作業になると指摘している (Lazarus & Folkman, 1984)。あるいは、Aldwin & Brustrom (1997) は、対処と結果の間の関係は、慢性疾患の進行段階といった環境的要因によって影響されるもので、時間を追って調査すれば、個人差があることが分かるかと述べている。彼らの指摘を基に考えれば、対処の結果から絶対的な対処の効果を見極めることは困難であることが分かる。つまり、対処の結果からは、健康状態を示す指標が変化したとか、特定の問題が解決したというよう

な、ある一面の効果しか捉えることしかできないのかもしれない。したがって、対処の効果は限定的な状況でのみ意味を持つことを、あらかじめ了解しておくことが必要だろう。

慢性疾患の場合、対処の結果については、病気に適応するための努力により、病状をうまくコントロールできているかどうかという医学的な側面と、患者の生活の質や満足度といった患者自身の主観的側面の両方を挙げるができる。医学的側面については、例えば体重の増減や血液検査の数値の推移というように、医学的検査によって客観的な状況を明らかにできる。しかし、医学的検査には大きなコストが必要になる(Lazarus & Folkman, 1984)という問題点もある。一方、主観的側面は患者の自己報告に頼るために客観性に欠けるのは否定できない。患者自身は自らの対処に満足していても、客観的な状況、つまり病状のうえでは思わしくない結果をもたらしている、という場合も考えられる。果たして、このような対処は効果があるのかどうか、判断は分かれるかもしれない。しかし、自己決定を尊重しつつ個別的生活状況に関わるソーシャルワークの立場からは、無視できない変数だと考える。したがって、対処の結果については、これら2つの側面から検討することが必要だろう。

一方では、このような結果を評価することの困難さにもかかわらず、特定の結果をもたらす対処についての研究も見られる。例えば、Aldwin & Brustrom (1997) は、先行研究をまとめたうえで、慢性疾患に対する情動中心の対処はうつ状態のような良くない結果をもたらし、情報を求めるといった問題中心の対処は良い結果をもたらすと述べている。Lazarus & Folkman (1984) も、同様に、情動中心の対処により病気への関心をそらし、事態の意味を否定しようとしてしまい、結果的に、治療に行くことを遅らせたり、医師の指示をやり損ねたりすることが考えられると説明している。Felton & Revenson は、中高年の慢性疾患患者を対象にした調査結果に基づき、情報探索や病気へ相対するやり方といった対処は否定的な感情を減少させる効果があったが、かなわない望みを持ったり、現実から注意をそらすような逃避的な対処は良くない適応を示していることを明らか

にしている (Felton & Revenson, 1984)。

このような研究は、ある状況下で具体的にどのような対処が効果的かを明らかにしてくれるので、ソーシャルワーク実践への大きな示唆を与えてくれるものである。調査研究の場合、先に述べたように、対処の結果を測定するのに、どのような変数を用いるかという問題はあがるが、対処と結果との関連を調べることは非常に有意義だと言える。

V おわりに—ソーシャルワーク実践への適用

最後に、これまで述べてきた理論的枠組を、慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践に適用していくために、取り組むべき課題について触れておきたい。

第1には、実証的なデータの収集である。慢性疾患による心理社会的問題にどのように対処すれば良いかを、ソーシャルワーカー自身が把握するために、効果的な対処とは、いったいどのような行動なのかを明らかにする必要がある。そのためには、実証的な調査によるデータ収集が必要である。慢性疾患患者の心理社会的問題や対処のメカニズム、効果的な対処にどのような要因が関連しているかなどを解明していけば、慢性疾患患者のどのような対処を促進していけば良いか、どのような方法で援助するのが効果的であるかを検討することができるだろう。もちろん、これらの調査は疾患ごとに実施することが必要である (Folkman, 1984)。

第2に、患者や家族が日常生活において、どのようなニーズを持っているかも把握する必要がある (Volland, 1996)。効果的な対処がどれほど客観的・科学的に明らかにできたとしても、効果的な対処により患者や家族のニーズが十分に満たされるとは限らないだろう。ソーシャルワーカーとしては、個別対応も求められるので、個々のニーズにも目を向ける努力が必要である。

第3に、調査から得られたデータを基にして、慢性疾患患者や家族の対処を促進し、彼らのニーズを満たすための、具体的な援助プログラムを開発することが必要となる。これまで、日本では慢

性疾患患者を対象にした教育プログラムを、ソーシャルワーカーが開発した例はほとんど報告されていない。しかし、慢性疾患が患者の生活の様々な側面に及ぼす影響を考えると、単に疾患を管理するためだけの医学モデルに準拠したプログラムでは不十分だと思われる。患者の生活に焦点を当てた、生活の質に貢献するプログラムが求められるのではないだろうか。もちろん、開発したプログラムは実践後に効果を測定し、改良を加えていくことも必要となる。

これらの課題に取り組んでいくことは、ソーシャルワークにおける「客観的証拠に基づく実践 (evidence based practice)」につながると考えられる。今後、財政上の制約に起因して、ますます援助の質が問われる状況が来ることが予想される (Volland, 1996 ; Dinerman, 1997 ; Rosenberg & Holden, 1999)。したがって、サービスの質を保証し、専門職としてのアカウンタビリティを果たすためにも、客観的な証拠に基づくソーシャルワーク実践が必要とされるだろう。それは、新しい世紀における保健医療分野のソーシャルワーカーの課題でもある。

本稿では、ストレス—対処理論の枠組から、慢性疾患への対処について、先行研究のレビューを通して検討してきた。そして、慢性疾患への効果的な対処を促進するために、ソーシャルワーク実践においてどのような課題があるかについて述べた。今後は、実践現場に具体的に反映させていながら、慢性疾患患者や家族の生活の質をどのように向上させていくかという取り組みが求められる。その一環として、筆者は現在、本稿で検討してきた理論的枠組に基づき、末期腎不全により血液透析療法を行っている患者を対象に、効果的な対処とそれに関連する要因についての調査を予定している。その結果については、別の機会に紹介したい。

参考文献

- Aguilera, D. C.(1994) *Crisis Intervention : Theory and Methodology* 7th edition, St. Louis : Mosby (小松源助・荒川義子訳『危機介入の理論と実際—医療・看護・福祉のために』、川島書店、1997)。
- Aldwin, C. M. & Brustrom, J.(1997) Theories of coping with chronic stress : Illustrations from the health psychology and aging literatures, In Gottlieb, B. J. ed. *Coping with Chronic Stress* (pp. 75–103), New York : Plenum Press.
- Anderson, C. R.(1977) Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting : A longitudinal study, *Journal of Applied Psychology* 62 (4), 446–451.
- Cobb, S.(1976) Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine* 38(5), 300–314.
- Dinerman, M.(1997) Social work roles in America's changing health care, *Social Work in Health Care* 25 (1/2), 23–33.
- Felton, B. J. & Revenson, T. A.(1984) Coping with chronic illness : A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment, *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 52(3), 343–353.
- Folkman, S.(1984) Personal control and stress and coping processes : A theoretical analysis, *Journal of Personality and Social Psychology* 46 (4), 839–852.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J.(1986) Dynamics of a stressful encounter : Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes, *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (5), 992–1003.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S.(1991) Coping and emotion, In Monat, A. & Lazarus, R. S. ed. *Stress and Coping : An Anthology* 3rd edition, New York : Columbia University Press.
- 藤田譲 (2000a) 「慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践 (その1) ~医療制度改革下の動向」『関西学院大学社会学部紀要』85号、217–222.
- 藤田譲 (2000b) 「慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践 (その2) ~ストレスサーとしての慢性疾患」『関西学院大学社会学部紀要』88号、73–79.
- Germain, C. G.(1984) *Social Work in Health Care*, New York : Free Press.
- Germain, C. G. & Gitterman, A.(1996) *The Life Model of Social Work Practice* 2nd edition, New York : Columbia University Press.
- Hirsch, B. J.(1980) Natural support systems and coping with major life changes, *American Journal of Community Psychology* 8 (2), 159–172
- 堀毛裕子 (1991) 「日本版 Health Locus of Control 尺度の開発」『健康心理学研究』4 (1)、1–7.

- Kobasa, S. C.(1982) Commitment and coping in stress resistance among lawyers, *Journal of Personality and Social Psychology* 42 (4),707-717.
- Krantz, S. E.(1983) Cognitive appraisals and problem-directed coping : A prospective study of stress, *Journal of Personality and Social Psychology* 44 (3), 638-643.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S.(1984) *Stress, Appraisal, and Coping*, New York : Springer Publisher Co (本明寛・春木豊・織田正美監訳『ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究』、実務教育出版、1991)。
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo,W.(1979) Social support, stressful life events, and illness : A model and an empirical test, *Journal of Health and Social Behavior* 20,108-119.
- McCubbin, I. M. & Patterson, J. M.(1982) Family adaptation to crisis, In McCubbin, H. I., Cauble, A. E., & Patterson, J. M. ed., *Family Stress, Coping, and Social Support* (pp. 26-47), Illinois : Charles C. Thomas Pub.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T.(1986) Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample, *Journal of Personality* 54 (2), 385-405.
- Moos, R. H. & Tsu, V. D.(1977) The crisis of physical illness : An overview, In Moos,H.M.ed., *Coping with Physical Illness* (pp. 3-21), New York: Plenum Publishing Co.
- Parkes, K. R.(1984) Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes, *Journal of Personality and Social Psychology* 46 (3), 655-668.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A. ,& Mul-lan, J. T.(1981) The stress process, *Journal of Health and Social Behavior* 22,337-356.
- Quinn, M. E., Fontana, A. F., & Reznikoff, M.(1986) Psychological distress in reaction to lung cancer as a function of spousal support and coping strategy, *Journal of Psychosocial Oncology* 4 (4), 79-90.
- Rosenberg, G. & Holden, G.(1999) Prevention : A few thoughts, *Social Work in Health Care* 28 (1), 1-11.
- Rotter, J. B.(1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs* 80 (1), 1-28.
- Sandler, I. N. & Lakey, B.(1982) Locus of control as a stress moderator : The role of control perceptions and social support, *American Journal of Community Psychology* 10 (1),65-80.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, Sr., G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R.A., & Carver, C. S.(1989) Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery : The beneficial effects on physical and psychological well-being, *Journal of Personality and Social Psychology* 57 (6),1024-1040.
- Sidell, N. L.(1997) Adult adjustment to chronic illness : A review of the literature, *Health and Social Work* 22 (1) 5-11.
- Taylor, S. E., Kemeny, L. G., Schneider, S. G., Rodrigez, R. & Herbert, M.(1992) Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), *Journal of Personality and Social Psychology* 63 (3), 460-473.
- Thoits, P. A.(1995) Stress, coping, and social support processes : Where are we? What next?, *Journal of Health and Social Behavior* 36, 53-79.
- Volland, P. J.(1996) Social work practice in health care : Looking to the future with a different lens, *Social Work in Health Care* 24 (1/2), 35-51
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S.(1978) Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales, *Health Education Monographs* 6 (2), 160-170.
- Wethington, E. & Kessler, R. C.(1986) Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events, *Journal of Health and Social Behavior* 27, 78-89.
- Wheaton, B.(1997) The nature of chronic stress, In Gottlieb, B. J. ed. *Coping with Chronic Stress* (pp. 43-73), New York : Plenum Press.

Social Work Practice with Chronic Illness : Effective Coping with Chronic Illness and Factors Related to Coping

ABSTRACT

Coping is considered as a key element in the solution of a patient's psychosocial problems related to chronic illness as stressor. Social workers in health care settings must fully understand what coping is more effective for chronic illness patients and their families in an ecological context, to help chronic illness patients and their families more effectively. In this article, the author explores effective coping with chronic illness and factors related to it through a literature review.

Chronic illness influences patients, their family members, and all aspects of their life for a long time, and causes some psychosocial problems. They need to cope with such problems continuously and effectively, and must acquire some coping skills, for example, seeking information related to their illness, or seeking social support. Whether chronic illness patients can cope with illness or not depends on the following factors ; appraisal of stress caused by chronic illness, patient's personality attributes, such as locus of control or self-efficacy, social support for patients in their environment, and so on.

Finally, the importance of future research and the development of helping programs is also discussed.

Key Words: social work practice, chronic illness, coping