名寄市病誌　21：31～36, 2013

原著

気管支喘息キャリーオーバー患者の病気や治療に対するとらえ

Understanding of their illness and treatment among adult asthma patients who have carried the disease over from childhood

細野　恵子[1)]，渡辺　愛苗[2)]
Keiko Hosono[1)], Manae Watanabe[1)]

Key Words：**気管支喘息，キャリーオーバー患者，思春期**

はじめに

近年，わが国の小児気管支喘息児は増加しており，寛解率の低下や遷延化の結果から思春期喘息は増加傾向にある[1)]．しかし，小児期に発症した気管支喘息は思春期までに70%が治癒・寛解すると言われており[2)]，重症例以外は寛解する可能性が高い疾患である．小児気管支喘息キャリーオーバー患者(以下，キャリーオーバー患者)は，成人初発の患者に比べ同様の治療を行っても十分な改善が得られにくく，思春期は喘息死のリスクが高い[3)]．思春期のコンプライアンスやアドヒアランスの低下について問題視されている報告は多く[4-7)]，思春期の喘息治療では患者教育が今後の課題となっている．

日常生活指導に対してのプログラムは数多く報告[7-12)]されているが，これらは医療者側からの視点で述べられているものがほとんどである．喘息患者に対する指導の実態調査では，個々に応じた教育の必要性が明らかにされ[13)]，患者が治療に主体的に取り組めるような関わりを行うためには，患者の意思や背景を尊重することが必要と考える．ところが，健康教育を受ける患者の思いに関する報告はほとんどみられない．このことから，患者が疾患や治療をどのようにとらえているかを知ることは，喘息患者の教育的介入を検討する上で重要と考える．

本研究の目的は，気管支喘息のキャリーオーバー患者が疾患や治療をどのようにとらえているのかを明らかにし，患者が主体的に治療に取り組むための看護支援における示唆を得ることである．

1)旭川大学保健福祉学部保健看護学科
Faculty of Health and Welfare Science Department of Health and Nursing, Asahikawa Univercity
2)名寄市立大学保健福祉学部看護学科
Faculty of Health and Welfare Science Department of Nursing, Nayoro City University

対象・方法

1. 対象者

小児期に気管支喘息を発症し，寛解しないまま通院・治療を継続している成人患者とした．

2. 調査方法

研究協力者の選定は，総合病院1施設と内科系診療所4施設に文書と口頭で依頼した．承諾の得られた施設に対し研究協力依頼文を配布してもらい，同意が得られた患者（対象者）の連絡先を教えていただいた．その後，同意の得られた患者には研究者から本研究に関する具体的な説明を行い，承諾の得られた患者を研究協力者とした．研究協力の同意が得られた後，インタビューガイドを用いて60分程度の半構成的面接調査を実施した．その後，2回目の面接が必要な研究協力者に対しては，15分程度の面接を追加した．面接の日時や場所は研究協力者の希望に沿うよう調整し，プライバシーが守られる静かな環境で面接を行った．面接内容は，あらかじめ研究協力者の許可を得てICレコーダーに録音した．

3. 調査内容

調査の概要は，受診歴，喘息の管理状況（中学・高校時代），疾患に対する思い，対象者の背景についてである．

4. 調査期間

2012年8月から9月の約2ヶ月間とした．

5. 分析方法

面接内容は，Berelson,B.[14)]の内容分析の手法を参考に質的分析を行った．分析の手順は，ICレコーダーに録音した会話を逐語録に起こし，意味内容を損なわないようにコード化した．次いで，

コードの類似性および相違性によって分類し，＜サブカテゴリー＞を抽出後，【カテゴリー】を生成した．本研究の分析対象は，気管支喘息キャリーオーバー患者の疾患，受診，薬物療法に対するとらえとした．データ分析は小児看護学領域の研究者による意見交換を重ね，抽出したカテゴリー・サブカテゴリーの適切性や抽象度を繰り返し吟味し，結果の妥当性を高めることに努めた．

6. 倫理的配慮

本研究は名寄市立大学倫理委員会の承認を得て実施した．研究協力者には研究の趣旨・内容，協力の任意性，プライバシーの保護，途中中断による不利益のないこと，研究成果の公表を文書と口頭で説明し，承諾書への署名を得た．

結果

1. 対象者の概要

対象者は，総合病院の呼吸器内科あるいは内科系診療所に定期通院する気管支喘息患者5名で，女性4名，男性1名であった．対象者の年齢は18～33歳で，平均年齢22.8±5.4歳であった（表1）．平均面接時間は1回目47.2±14.9分（30分～1時間12分），2回目15±6.1分（10～25分）であった．

2. キャリーオーバー患者の病気や治療に対するとらえ

分析の結果，369コードから32カテゴリーが抽出され，99サブカテゴリーが含まれていた．記録単位割合は，“薬物療法に対するとらえ”が217コード58.8%で最も多く，次いで“受診に対するとらえ”97コード26.3%，“疾患に対するとらえ”55コード14.9%という結果であった．以下，本文中のカテゴリーは【　】，サブカテゴリーは＜　＞，コードは「　」，補足説明は（　）で示す．

1）疾患に対するとらえ

疾患に対するとらえは，55コードから30サブカテゴリー，9カテゴリーが抽出された（表2）．

【治らない病気】は「ずっと一緒なんだろうって思ってた」のように＜日常生活そのもの＞，「完治しねーじゃん，残ってるじゃん」のように＜完治しない＞ことへの怒りを表し，軽減はしても＜根本的には治らない＞という疾患に対する＜あきらめ＞を感じていた．【改善する病気】は「有酸素運動とかしてる人は結構治るって聞いた」のように＜運動すれば治る＞，＜小児喘息は子どもしかかからない＞，＜何かをしたら改善できる＞，＜症状安定の実感＞をもっていた．【なんとなく理解している病気】は「長いこと喘息にかかってたんで自分自身では何となくわかっていた」と，経験して＜何となくわかっている＞だけでなく＜自分なりに調べてわかっている＞，＜医師の話に満足＞していた．【呼吸が苦しくなる病気】は＜苦しくなる＞，「気管のところがうまくいかなくて呼吸がしづらくなってしまう」のように＜気管が狭くなる＞，＜吸えるけどうまく吐けない＞，＜咳が出る＞などの症状をとらえていた．【悪化要因のある病気】は「激しい運動したらヒューヒューして，これが喘息なんだ」のように＜運動後に悪化＞，「10月あぶないから」のように＜季節による影響＞の他に，＜カビやダニによる影響＞，＜ほこりによる影響＞，＜動物の毛による影響＞，＜アレルギー症状による悪化＞があるととらえていた．【生活管理が必要な病気】は「（掃除を）やらないよりはやっといた方がいいかな」という＜悪化予防の管理＞の必要性を理解し，具体的には

表1　対象者の概要

ID	年齢	性別	発症年齢	入院歴	中学・高校時代の治療薬	家族歴の有無 既往者
1	18歳5ヶ月	女性	8歳頃	なし	内服薬2種類 発作用吸入	あり 母親
2	19歳8ヶ月	女性	3-4歳頃	あり 多数	内服薬4種類 発作用吸入	あり 父・母・弟2人
3	21歳7ヶ月	女性	9-10歳頃	あり 1-2回	内服薬1種類 ステロイド吸入 貼付薬 発作用吸入	なし
4	23歳2ヶ月	男性	6-7歳	なし	内服薬1種類 発作用吸入	あり 母親
5	33歳10ヶ月	女性	3歳	あり 1回	内服薬2種類 発作用吸入	あり 祖母・母親

表2　疾患に対するとらえ（55コード：14.9%）

カテゴリー	サブカテゴリー
治らない病気（13）23.6%	あきらめ（5） 日常生活そのもの（4） 根本的に治らない（3） 完治しない（1）
改善する病気（8）14.5%	運動すれば治る（3） 小児喘息は子どもしかかからない（2） 完治する（2） 何かをしたら改善できる（1） 症状安定の実感（1）
何となく理解している病気（7）12.7%	自分で何となくわかっている（4） 自分なりに調べてわかっている（2） 医師の話に満足（1）
呼吸が苦しくなる病気（7）12.7%	苦しくなる（3） 気管が狭くなる（2） 吸えるけど上手く吐けない（1） 咳が出る（1）
悪化要因のある病気（7）12.7%	運動後に悪化（2） 季節による影響（1） カビやダニによる影響（1） ほこりによる影響（1） 動物の毛による影響（1） アレルギー症状による悪化（1）
生活管理が必要な病気（4）7.3%	悪化予防の管理（2） 壁をこまめに拭く（1） 布団干し（1）
わからない（4）7.3%	治し方がわからない（2） よくわからない（2）
無関心（4）7.3%	調べなくてもいい（3） 興味がない（1）
予後に対する不安（1）1.8%	働くうえで支障がでるかもしれない（1）

（　）：コード数，%：コードの割合

＜壁をこまめに拭く＞，＜布団干し＞が必要ととらえていた．【わからない】は＜治し方がわからない＞の他に，漠然と＜よくわからない＞ととらえていた．【無関心】は疾患に対し＜調べなくてもいい＞と思っている他に，＜興味がない＞ととらえていた．【予後に対する不安】は＜働くうえで支障がでるかもしれない＞という不安を感じていた．

2）受診に対するとらえ

受診に対するとらえは，97コードから30サブカテゴリー，10カテゴリーが抽出された（表3）．

【診察の軽視】は「ついでに見てもらうかなって感じ」のように＜重要な話はない＞，＜薬をもらうだけ＞ととらえていた．【受診の必要性の自覚】は「発作でた時になかったら辛いんで，なくなる前には行く」のように＜薬がなくなったら困る＞という必要性を感じている他に，「定期的に来て」と＜医師に言われた＞，＜受診日は守る必要がある＞と感じていた．【病気の管理のため】は「毎回呼吸機能のスパイロメーターをやってる」のように＜検査をするため＞，「受診の目的はやっぱり発作を抑えたい」「急になったら他の人にも迷惑かけちゃう」のように＜発作予防のため＞，＜薬を減らす相談＞を行うためにも＜診察が必要＞ととらえていた．【受診に対する負担感】は「待ち時間が長い」「やっぱり学校が忙しくて（中略）受診日には行ってない」のように＜時間的な負担＞，「（診察時間は）10秒15秒とか，20秒くらいなのに…（治療費は）高い」のように＜経済的な負担＞を感じていた．【医師への信頼感】は＜慣れている医師への信頼感＞，「診断の内容とか薬の内容とか経過とかも全部わかっている人なので話しやすい」のように＜慣れている医師との話しやすさ＞だけでなく，そもそも＜医師への信用＞を感じていた．【医療者との関わりに対するためらい】は「新しく来た看護師さんは“誰だお前…”（中略）」みたいな＜見慣れない看護師への不信感＞，＜医師交代による話しづらさ＞，「今飲んでる薬が何なのかわかんない，経過がどうなってるのかわからない」のように＜医師間の情報共有に対する不安感＞を感じており，＜看護師の冷たい印象＞，「（受診日や服薬を守れないことへの）後ろめたい感じ」による＜医療者への後ろめたさ＞などから，関わりにくさを感じていた．【受診の必要性を感じていない】は「薬を飲んでも飲まなくてもあんまり変わらないような気がするので遅れても…（中略）」という＜遅れても体調に問題ない＞，「薬を昔からサボってたんで足りなくなることはない」という＜薬があるから問題ない＞，＜忘れてしまう＞，＜受診日が守れない＞，＜面倒くさい＞と必要性を感じていなかった．【小児科受診に対する抵抗感】は＜高校生になってまで通院することの疑問視＞があり，＜周りの目が気になる＞と抵抗を感じていた．【受診目的の誤った認識】は＜学校を休むことができる＞，「病院に行くっていうよりはおじちゃんとお話に行くよ，みたいな…」という＜おじさん（医師）と話に行く日＞と目的を誤ってとらえていた．【苦痛の緩和のため】は「たまに苦しくなったら行ってた」という＜発作出現時の苦しさを緩和＞，＜鼻汁吸引のため＞ととらえていた．

表3　受診に対するとらえ（97コード：26.3%）

カテゴリー	サブカテゴリー
診察の軽視（19）19.6%	重要な話はない（10） 薬をもらうだけ（9）
受診の必要性の自覚（18）18.6%	薬がなくなったら困る（12） 受診日は守る必要がある（4） 医師に言われた（2）
病気の管理のため（12）12.4%	検査をするため（5） 発作予防のため（5） 薬を減らす相談（1） 診察が必要（1）
受診に対する負担感（11）11.3%	時間的な負担（8） 経済的な負担（3）
医師への信頼感（10）10.3%	慣れている医師への信頼感（5） 慣れている医師との話しやすさ（3） 医師への信用（2）
医療者との関わりに対するためらい（9）9.3%	見慣れない看護師への不信感（3） 医師交代による話しづらさ（2） 看護師の冷たい印象（2） 医師間の情報共有に対する不安感（1） 医療者への後ろめたさ（1）
受診の必要性を感じていない（9）9.3%	遅れても体調に問題ない（3） 薬があるから問題ない（2） 忘れてしまう（2） 受診日が守れない（1） 面倒くさい（1）
小児科受診に対する抵抗感（4）4.1%	高校生になってまで通院することの疑問視（2） 周りの目が気になる（2）
受診目的の誤った認識（3）3.1%	学校を休むことができる（2） おじさん（医師）と話しに行く日（1）
苦痛の緩和のため（2）2.1%	発作出現時の苦しさを緩和（1） 鼻汁吸引のため（1）

（　）：コード数，%：コードの割合

3）薬物療法に対するとらえ

薬物療法に対するとらえは，217コードから40サブカテゴリー，13カテゴリーが抽出された（表4）．

【症状安定による薬の必要性の認識低下】は＜うっかり忘れる＞，＜発作が起きないと忘れやすい＞，「吸入の方は親とか（中略）誰かしらが気づいて言ってくれた」のように＜家族の声掛けがないと忘れやすい＞ことがわかった．【薬の作用の理解】は「発作が出たら飲めばいいんだなって感じ」という＜出現した発作を抑える＞，「吸うやつは毎日やって身体の調子を整える」「ずっと服用することで喘息を抑える」のように＜発作の予防＞，「ヒューヒューならないように道をつくる薬」のように＜気管支の拡張＞，＜アレルギー

表4　薬物療法に対するとらえ（217コード：58.8%）

カテゴリー	サブカテゴリー
症状安定による薬の必要性の認識低下（27）12.4%	うっかり忘れる（20） 発作が起きないと忘れやすい（4） 家族の声掛けがないと忘れやすい（3）
薬の作用の理解（25）11.5%	出現した発作を抑える（12） 発作の予防（6） 気管支の拡張（4） アレルギーの抑制（3）
薬の必要性の認識（24）11.1%	服薬の継続が必要（16） 治療薬使用に対する抵抗感のなさ（8）
人前で使うことへの抵抗感（20）9.2%	人に見られることへの恥かしさ（10） 薬について聞かれたくない（6） 特殊と思われたくない（2） 吸入の音が気になる（1） 普段なんともない（1）
薬物療法に対する負担感（19）8.8%	副作用による心身の負担（9） 経済的な負担（8） 多剤併用による管理の負担（2）
吸入の効果の実感（18）8.3%	使わないと苦しくなる（7） 発作時に使うと楽（6） 発作に備え持ち歩くことが必要（5）
薬物療法の意義の認識不足（18）8.3%	服薬しなくても問題ない（7） 効果が実感できないことによる飲み忘れ（6） 面倒くさい（3） 適当な自己管理（2）
習慣化による自己管理力の向上（17）7.8%	慣れることで管理が身につく（7） 不安はない（6） 体調把握による管理のしやすさ（3） 管理は負担でない（1）
吸入の留意点の理解不足（14）6.5%	うがいをしなくても問題ない（9） うがいをする理由がわからない（5）
副作用に対する理解（11）5.1%	うがいの必要性（10） 副作用出現時の対処（1）
自己管理の必要性の認識（10）4.6%	自己管理の重要性（6） きっかけによる自己管理への移行（4）
管理が他人ごと（9）4.1%	親が管理してくれる（5） とりあえず飲んでおけばいい（3） 詳しい説明はいらない（1）
薬に対する苦手意識（5）2.3%	粉薬がうまく飲めない（2） 薬そのものが嫌い（2） 味が苦手（1）

（　）：コード数，%：コードの割合

の抑制＞と作用をとらえていた．【薬の必要性の認識】は「飲み忘れて気付いた時に飲むようにしてる，時間あけて…」「毎日欠かさず飲んで下さいって…」のように＜服薬の継続が必要＞と認識しており，＜治療薬使用に対する抵抗感のなさ＞を感じていた．【人前で使うことへの抵抗感】は＜人に見られることの恥かしさ＞，「説明するのがめんどくさい」のように＜薬について聞かれたくない＞と思っており，＜吸入の音が気になる＞，「何か最初それをもってるのが特殊みたいに思われたくなくて…」のように＜特殊と思われたくない＞，＜普段何ともない＞ことから抵抗を感じていた．【薬物療法に対する負担感】は「使った後身体がこわくなったり手が震えたりとかするんで，それが嫌だった」のように＜副作用による心身の負担＞，「普通2プッシュするんだけど，1プッシュにして我慢してみたり，もったいないと思って…」のように＜経済的な負担＞，「（飲み薬は）時期的にアレルギーの薬が増えたり，薬の量が変ったりして，忘れたりごっちゃになってた」のように＜多剤併用による管理の負担＞を感じていた．【吸入効果の実感】は＜使わないと苦しくなる＞，＜発作時に使うと楽＞，＜発作に備え持ち歩くことが必要＞と感じていた．【薬物療法の意義の認識不足】は「喘息でても飲まない」のように＜服薬しなくても問題ない＞，＜面倒くさい＞ととらえ，＜適当な自己管理＞，＜効果が実感できないことによる飲み忘れ＞が起きていた．【習慣化による自己管理力の向上】は＜慣れることで管理が身につく＞，＜不安はない＞の他に，「知識っていうか感覚が，自分のことが分かってきたから管理出来た」のように＜体調把握による管理のしやすさ＞，＜管理は負担でない＞ととらえていた．【吸入の留意点の理解不足】は＜うがいをしなくても問題ない＞，＜うがいをする理由がわからない＞とうがいの必要性が認識出来ていなかった．【副作用に対する理解】は「手が震えたり，いつもと違うことが起こったらすぐ電話して，使用をやめてくださいって…」のように＜副作用出現時の対処＞，「デキモンできたりするから必ずうがいはする」という＜うがいの必要性＞を理解していた．【自己管理の必要性の認識】は，「親元離れたのでそれから自分でやってます」のように＜きっかけによる自己管理への移行＞などから＜自己管理の重要性＞を認識していた．【管理が他人ごと】は＜親が管理してくれる＞，＜とりあえず飲んでおけばいい＞，＜詳しい説明はいらない＞ととらえていた．【薬に対する苦手意識】は，＜粉薬がうまく飲めない＞，＜薬そのものが嫌い＞，＜味が苦手＞と感じていた．

考察

1. 疾患に対するとらえ

キャリーオーバー患者は予後に対する知識不足や治療効果を実感できないことから“治らない”という諦めの気持ちを抱き，治療に対する関心の低下が推測された．また，“わからない・無関心”は知識不足に加え，疾患に対する興味関心の低さがうかがわれる．この要因には小児期に行われる説明が親主体であること，普段は健常者と変わりなく過ごし“病気”と実感しづらいこと[15]が考えられる．一方，喘息は思春期までにほとんどが治癒するという一般的概念の浸透に加え，症状の軽減による楽観的誤解[16]から，“大人になったら治る”という漠然とした認識が残ったまま病状改善を期待している．また，疾患について“なんとなく知っている”という，誤った知識のまま治療を継続している可能性がある．疾患コントロール

のために必要な知識は症状や悪化要因，生活管理の必要性が示されたものの，生活管理の具体的な方法は壁を拭いたり布団干し程度であることから，より具体的な管理方法に関する情報提供が必要である．喘息患児とその家族は病態や治療についての知識不足を指摘する報告もある[13]．一方的な知識提供では行動変容に繋がらないため，疾患と向き合い興味関心をもてる関わりの工夫が重要と考える．

2. 受診に対するとらえ

キャリーオーバー患者の受診目的は薬をもらうことで，診察で重要な話はない，学校を休める，おじさんと話をするためなど，受診に対する誤った認識をもち，定期受診の意味を理解しないまま単に薬を処方してもらう場になっていることが推測される．また，発作の苦しさを緩和する場というとらえからは急性期の対応のみを重要視し，非発作時の予防的治療を軽視する可能性がある．受診日に遅れても体調に問題なく，怠薬により薬が足りていることから必要性を実感出来ず，受診行動への意欲低下に繋がっていることが考えられる．このことから，受診の意味を理解出来る丁寧な説明と患者の認識を定期的に確認する必要がある．また，幼い頃から慣れ親しんだ医師に対する信頼感がある一方で，病院の変更や医師交代による関わりづらさを感じていた．患者への指導を行うには，医療者と患者間の信頼性の高い情報交換があって初めて質の高い医療が可能となる[16]．そのためにも患者との信頼関係を構築し，医師・看護師・薬剤師がチームとなって情報共有を行い，統一された情報提供や不安を与えない関わりなど，質の高い医療を提供することが重要となる．

3. 薬物療法に対するとらえ

キャリーオーバー患者は薬の作用や留意点を正しく理解し，吸入薬においては即効性と効果が実感できることから必要性を認識していた．これは指示された治療を守るためには“成果の実感”，“治療に納得がいく”ことが大切である[17]ように，知識や効果の実感を得て行動化に繋がっていると考えられる．一方，予防薬は飲み忘れても体調に影響がなく，普段と変わりない日常生活を送れることから服用しなくても問題ないととらえており，必要性の認識の低さが推測される．また，処方時の説明不足や親から子への正しい知識提供が行われないことで患者の理解に繋がらないことも考えられる．成果を実感しにくい長期管理薬はノンコンプライアンスに陥りやすい[17]ことから，薬物療法への正しい認識と行動に繋がる支援が必要であり，患者への関わりだけでなく保護者に対する教育的介入の必要性も示唆された．また，長期的治療は管理に疲れ，治らないことに納得出来ないことから治療に従わなくなる傾向があり[18]，ポジティブな成果はセルフケア行動獲得への動機づけになる[17]ことから，患者が家庭で努力していることを認め励ますことは治療行動を継続するために必要と考える．

自己管理の必要性は宿泊研修などがきっかけとなり，長期的管理の継続が自己管理力の向上につながっていた．疾患コントロールのためには管理力の向上が重要だが，未熟な知識による管理は誤った方法や治療意欲の低下に繋がる可能性がある．自己管理に移行する時期には患者本人への説明が必須であり，誤った知識のもとで行われていないかを確認する必要がある．

武井らは，キャリーオーバー患者が抱える問題として経済的負担の大きいことを報告しており[19]，本研究においても治療に対する経済的負担感が示された．また人前で服薬・吸入を行うことへの抵抗感があり，発作を我慢したり，誤った使用や勝手な判断による中断も予測される．コメディカルを含めた医療者が患者の負担感に気づき，相談しやすい環境を提供することが重要と考える．

結論

1. 疾患に対するとらえは疾患への知識不足や興味関心の低さが明らかとなり，知識提供をはじめ，患者が疾患と向き合い興味関心が向上されるような関わりの重要性が示唆された．
2. 受診に対するとらえは喘息治療における受診目的の理解不足が明らかとなり，受診の意味を説明し患者の認識を定期的に確認し，患者との関係性を構築する必要性が示唆された．
3. 薬物療法に対するとらえは長期管理薬の効果が実感できていないこと，薬物療法に対する知識不足，心理・社会的負担が明らかとなり，正しい認識と行動に繋がる支援や負担軽減にむけた介入の重要性が示唆された．

謝辞

本研究を進めるにあたり，快く協力して下さいました気管支喘息の患者様，施設関係者の皆様に心より感謝申し上げます．

文　献

1)勝呂宏：小児科から内科へのキャリーオーバー診療「気管支喘息」. Medicina32 (2)：306-308, 1995

2)鈴木直仁：小児から成人へのキャリーオーバー④気管支喘息. 小児科47 (10)：1455-1461, 2006

3)荒井康男：思春期気管支喘息. 小児内科22 (8)：1163-1166, 1990

4)小田嶋博：思春期喘息についての現在の考え方-小児科から-. アレルギー49 (6)：459-462, 2000

5)佐野靖之：思春期喘息についての現在の考え方-内科から-. アレルギー49 (8)：615-619, 2000

6)松井猛彦：思春期の喘息治療における注意点. 小児内科41 (10)：1447-1451, 2009

7)赤坂徹：思春期喘息. 思春期学29 (1)：129-133, 2011

8)大石光雄：喘息患者教育のポイント. 日本醫事新報3859：25-32, 1998

9)大川原弘美, 湯地博美, 岩元美幸, 他：コンプライアンスの低い患者への日常生活指導. 看護技術46 (5)：516-520, 2000

10)桜井陽子, 原島愛子, 田村雅子：気管支喘息の悪化因子からみた日常生活指導. 看護技術49 (11)：971-975, 2003

11)石井祐子, 岩岡輝江, 佐藤登志恵, 他：思春期患者への援助. 小児看護28 (2)：165-172, 2005

12)土口千恵子, 西上優子：喘息・アレルギー疾患の子どもの教育支援プログラム. 小児看護30 (11)：1555-1561, 2007

13)上田眞智子, 前田純子, 緒方敬之：小児喘息患児に効果的な指導を行うための実態調査. 小児看護22 (3)：379-383, 1999

14)舟島なをみ：第2章 看護学研究に使用されてきた質的研究方法論：質的研究への挑戦第2版, p.3-79, 医学書院, 2007

15)松尾ひとみ, 中野彩美, 来生奈巳子, 他：小児期特有の疾患をもちながら生活してきた患者が小児期から成人期へ移行する過程の体験. CNAS Hyogo Bulletin (11)：85-98, 2004

16)井上壽茂：外来における喘息診療. 小児科診療8 (37)：1261-1266, 2007

17)山田和子, 浅野みどり, 杉浦太一, 他：医療従事者との協働に関する思春期喘息患児の認識. 日本小児看護学会誌15 (2)：68-75, 2006

18)前田和子, 長崎多恵子, 小林八生：気管支喘息患児のケアのポイント. 小児看護21 (10), 1374-1378, 1998

19)武井修治, 白水美保, 佐藤ゆき, 他：小児慢性疾患におけるキャリーオーバー患者の現状と対策. 小児保健研究66 (5)：623-631, 2007