原 著

骨粗鬆症患者における主観的幸福感と 心理的側面からみたQOLの検討

東 ますみ^{*1}, 白 田 久美子^{*2}
安 森 由 美^{*2}, 川 端 京 子^{*2}

Subjective Well-being and Psychological Aspects of Quality of Life in Patients with Osteoporosis

Masumi Azuma ^{*1}, Kumiko Shirata ^{*2}
Yumi Yasumori ^{*2}, Kyouko Kawabata ^{*2}

^{*1} College of Nursing Art & Science, Hyogo

^{*2} Osaka City University College of Nursing

キーワード：骨粗鬆症，QOL，主観的幸福感，心理的側面

Key words : osteoporosis, quality of life, subjective well-being, psychological aspects

Abstract

The aim of the present study was to examine the necessity for nursing care with psychological consideration, through the investigation of the quality of life in patients with osteoporosis by assessing their subjective well-being, including their anxiety, depression and self-esteem, which may influence their happiness and mental health. The study had subjects themselves fill in questionnaires utilizing four psychological scales; Life Satisfaction Index A (LSIA) to assess the subjective well-being, Self-Esteem Scale (SES) to assess psychological aspects, The State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and Self-Rating Depression Scale (SDS). Subjects were 230 females aged 64.9 on average, and who were osteoporosis outpatients visiting clinics in Osaka prefecture.

The level of quality of life of osteoporosis patients was found to be relatively low in terms of subjective well-being, and those patients were in the state of anxiety or mild depression. However, approximately 90% of the subjects showed high scores of the Self-Esteem Scale (SES). Patients with vertebral fractures and those faced impaired activities in daily life appeared to be depressive. An inclination of anxiety was found in most subjects having an acquaintance and/or family members who had osteoporosis disease as well. It turned out from the results obtained by multiple regression analysis that self-esteem, anxiety, disease duration, health satisfaction and depression are major factors that affect the subjective well-being of osteoporosis patients. The study has indicated that it is important for nursing care to raise the self-esteem of osteoporosis patients.

^{*1}兵庫県立看護大学, ^{*2}大阪市立大学看護短期大学部

要 旨

骨粗鬆症患者のQOLを、主観的幸福感と幸福感や精神的健康の基盤をなす不安、抑鬱、自尊感情から明らかにし、心理面に対する看護援助の必要性について検討することを目的として、心理学的スケールを用いた自己記入方式の質問紙を作成し、調査を行った。調査対象者は、大阪府内の骨粗鬆症専門外来に通院中の女性患者230名である。心理学的スケールは、生活満足度評価、状態不安尺度、鬱状態尺度、自尊感情尺度を用いた。

骨粗鬆症患者のQOLは、主観的幸福感からみるとやや低い傾向がみられ、不安や抑鬱傾向にあった。しかし、自尊感情については約90%の患者が高い値を示した。また、脊椎骨折のある患者と日常生活動作に障害のある患者は、抑鬱性がみられ、骨粗鬆症の人が身近にいる患者は、不安傾向がみられた。重回帰分析の結果、自尊感情、不安、罹病期間、健康満足感、鬱状態が、主観的幸福感に影響する要因であることが明らかとなった。心理面に対する援助としては、自尊感情を高める看護援助が重要であることが示唆された。

I. はじめに

世界一の長寿国となったわが国では、骨粗鬆症は避けては通れない問題の一つである。骨粗鬆症の診断基準(折茂他, 1997)に基づく全国調査では、現在、自覚症状のない人も含めて約1000万人の患者がいると推計されている。そして、最も重要な合併症であり寝たきりに直結する大腿骨頸部骨折の年間新規患者は1992年の推計では約8万人とされ、5年前に比べ1.5倍も増加している。また、世界保健機関(WHO)の総長であるGro Harlem Brundtland博士は、最近のインタビューで「骨粗鬆症は、地球規模の問題でWHOとしては骨粗鬆症を予防し、コントロールするために全世界的対策の必要性を感じる。」と述べている(森井訳, 1999)。

骨粗鬆症は骨量減少、骨組織の微細構造の崩壊を特徴とし、その結果、骨脆弱性が増大し、骨折が発生する疾患と定義され(Consensus Development Conference, 1996)、主として閉経後の女性にみられるが、男性にも生じうる全身の骨疾患である。骨粗鬆症とその合併症としての骨折は、日常生活動作や心理面および社会面をはじめとしたQuality of life(QOL)に多大な影響を与える。

QOLは、“生活の質”あるいは“生命の質”と訳され、その思想は医療の分野にも導入され、慢性循環器疾患患者、癌患者、リウマチ疾患患

者、透析患者などを対象にしたQOLの測定が種々の構成要因や評価尺度で行われ多数報告されている。「医療におけるQOL評価に関するWHO会議」の中間報告(WHO QOL Group, 1993)では、QOLを「個人が生活している文化や価値制度の中で、目標・期待・基準・関心について自分が人生のどのような位置にいると認知するか」と定義し、個人の認知によって認定されるものと捉えている。さらにQOLは身体的健康・心理状態・自立レベル・他者との関係・環境の5つの領域によって複雑に影響を受ける概念であると述べている。また、中里(1992)は心理学の立場からQOLについて述べ、QOL指標として、QOLに直接かわる主観的幸福感とQOLに関連する心理的側面を測定するスケールを挙げている。そして、主観的幸福感の下位概念には、幸福感(Happiness)、生活満足度(Life Satisfaction)、士気(Morale)があり、心理的側面を測定するスケールには自己評価(自尊感情)や抑鬱症状があると述べている。

骨粗鬆症患者に対するわが国でのQOLに関する研究の動向を知るために、『日本医学中央雑誌』のインターネット上で検索する『医中誌WEB』で文献の検索を行った。1994年から1998年までの文献から「骨粗鬆症」、「QOL」および「Quality of Life」のキーワードで検索した結果、ヒット件数は17件であった。内容はQOL評価としての質問票の検討(中他, 1998)、治療

法の効果の判定(小谷他, 1997; 安野他, 1996), 骨折やそれに伴う随伴症状との関連(原他, 1998), 身体活動能力との関連(山崎他, 1998), ライフスタイルとの関連(辻他, 1998)についての研究であり, 看護の分野では, 稲田ら(1997)が骨粗鬆症に起因する骨折患者に対する看護の役割について検討した1件であった。また, 1994年から1998年までの文献から「骨粗鬆症」, 「看護」のキーワードで検索した結果はヒット件数9件であったが, そのうちの8件は事例紹介や看護ケアの解説であり, 研究としては稲田ら(1997)の1件であった。看護系の学会誌や雑誌に記載された文献で検索すると, 末永ら(1997)の生活指導の検討や吉井ら(1997)の生活実態と骨密度の相関性についての研究報告があった。しかし, 骨粗鬆症患者の心理状態に関する研究や心理的・社会的側面からQOLを検討した研究は報告されていない。一方, 国外ではGold(1991/1996)が骨粗鬆症と診断された時から心理的苦悩ははじまり, 骨折や身体的変形が不安, 抑鬱, 自尊感情に影響すると述べ, 骨粗鬆症患者の心理的・社会的問題についての援助の必要性を指摘している。

そこで本研究では, 骨粗鬆症患者のQOLを直接的な指標である主観的幸福感と, 幸福感や精神的健康の基盤をなすとされる不安, 抑鬱, 自尊感情を心理学的スケールを用いて明らかにすることで, 骨粗鬆症患者の心理面に対する看護援助の必要性について検討することを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象

大阪府内の骨粗鬆症専門外来に通院中の女性のうち, 研究の説明に対して同意の得られた287名を対象とした。質問紙の回収者数は254名, 回収率88.5%であり, そのうち有効回答者数は230名, 有効回答率は90.6%であった。

2. 調査期間及び方法

調査期間は, 1998年9月から1999年2月である。質問紙は, 外来通院時に患者に直接配付し,

回収は郵送法で行った。なお, 質問紙の内容および記入方法などの調査に関する不明な点については, 電話で質問を受け付けた。

3. 調査内容

QOLの直接的な指標である主観的幸福感を測定するため, Neugartenら(和田, 1981)が開発したLife Satisfaction Index A(生活満足度評価A, 以下LSIA)を使用した。また, QOLに関連する心理的側面としてSpielbergerら(中里他, 1982)のThe State-Trait Anxiety Inventory(状態不安尺度, 以下STAI), Zung(福田他, 1983)のSelf-rating Depression Scale(鬱状態尺度, 以下SDS), Rosenberg(山本他, 1982)のSelf-Esteem Scale(自尊感情尺度, 以下SES)を用いた。

LSIAは, 生活に対する主観的満足感を測定するために開発された尺度で, 20項目を「はい・いいえ・どちらでもない」の3段階評定で回答する構成となっている。最高得点は20点で得点が高いほど生活に対する満足度は高いと評価される。STAIは, 状態不安尺度と特定不安尺度に分かれており, 状態不安とは今現在の不安状態を示し, 特定不安とは個人内特性として不安になりやすいかを示すものである。今回の研究では, 骨粗鬆症と診断され通院治療中である今現在の不安状態を知るために, 状態不安尺度を使用した。20項目からなり4段階評定で回答する構成で, 46.8点以上は不安が高いと評価される。SDSは, 20項目からなり4段階評定で回答する構成であり, 40点以上は抑鬱性があると評価される。SESは, 自己価値や自己受容に関する基本的感情を測定する10項目からなり, 5段階評定で回答する構成となっている。20点以下は自尊感情が低い, 30点以上は自尊感情が高いと評価される。

日常生活動作に関する評価は, Barthel Index(渋谷, 1995)やFIM(道免他, 1990)を参考に独自に作成した移動, 家事・買い物, 入浴, 食事, 身づくろい, 着替え, トイレに関する7項目を「自分でできる」から「できない」の5段階評定で調査した。最高35点, 最低7点の値を取り, 得点が高いほど自立度が高いことを示す。患者が自分自身の骨粗鬆症をどの程度と認識してい

るかという骨粗鬆症の主観的程度については、「かなり軽い」から「かなり重い」の5段階評定で調査した。また、現在の健康状態についての満足感を「非常に満足している」から「全く不満足」の5段階評定で調査した。薬物療法の有無や、家族や身近な人に骨粗鬆症の人がいるかどうかについても尋ねた。骨の評価は、脊椎骨折の有無を胸腰椎のX線写真で判定し、腰椎骨密度をDXA法で測定した。

4. 統計解析

統計解析は、統計パッケージSPSS 10.0J for Windowsを使用し、記述統計量、t-test、一元配置分散分析、重回帰分析を行った。重回帰分析に際しては、脊椎骨折の有無、薬物療法の有無、骨粗鬆症の人が身近にいるかどうかについての値を、ありを「1」、なしを「0」のダミー変数を用いて分析を行った。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の属性 (表1)

対象者の年齢層は、60歳代が最も多く52.6%、平均年齢は 64.9 ± 7.5 歳 (範囲38～85歳)であった。骨粗鬆症と診断されてからの罹病期間は1ヶ月から17年とばらつきがあり、平均 3.3 ± 2.8 年、腰椎骨密度は平均 $67.0 \pm 7.5\%$ YAMであった。日常生活動作の平均得点は 34.5 ± 1.9 点であり、日常生活動作が35点満点の生活動作正常群は87.8%、少しでも障害を認める34点以下の生活動作障害群は11.7%であった。また、脊椎骨折のある患者は27%、薬物療法を行っている患者は83%、骨粗鬆症の人が身近にいる患者は27%であった。

2. QOL (LSIA・STAI・SDS・SES)の平均得点

LSIAの平均得点は 12.2 ± 3.5 、STAIの平均得点は 40.1 ± 9.0 で46.8点以上の不安が高いとされる患者は24.3%であった。SDSの平均得点は 38.8 ± 8.5 であり、40点以上の抑鬱性がある患者は37.0%であった。SESは 36.0 ± 6.2 であり、20点以下の自尊感情が低い患者は1.3%、30点以上の自尊感情が高い患者は88.3%であった。

表1 対象者の属性 (n=230)

年齢層	
30歳代	1名 (0.4%)
40歳代	3名 (1.3%)
50歳代	46名 (20.0%)
60歳代	121名 (52.6%)
70歳代	53名 (23.1%)
80歳代	6名 (2.6%)
罹病期間	
1年未満	28名 (12.2%)
1年～2年9ヶ月	68名 (29.6%)
3年～4年9ヶ月	83名 (36.1%)
5年～9年9ヶ月	32名 (13.9%)
10年以上	9名 (3.9%)
不 明	10名 (4.3%)
腰椎骨密度	
40%YAM代	5名 (2.3%)
50%YAM代	33名 (14.3%)
60%YAM代	90名 (39.1%)
70%YAM代	92名 (40.0%)
80%YAM代	1名 (0.4%)
不 明	9名 (3.9%)
日常生活動作	
35点 (動作正常)	202名 (87.8%)
34点以下 (動作障害)	27名 (11.7%)
不 明	1名 (0.4%)
脊椎骨折の有無	
骨折あり	62名 (27.0%)
骨折なし	165名 (71.7%)
不 明	3名 (1.3%)
薬物療法の有無	
薬物あり	191名 (83.0%)
薬物なし	39名 (17.0%)
骨粗鬆症の人が身近にいるかどうか	
い る	62名 (27.0%)
いない	165名 (71.7%)
不 明	3名 (1.3%)

3. 脊椎骨折の有無とQOL

脊椎骨折の有無とQOLの関連について検討した結果を表2に示した。SDSの骨折群の平均得点は 41.2 ± 7.9 、非骨折群 37.8 ± 8.5 であり、骨折群の平均得点の方が非骨折群に比較し有意に高値 ($p < 0.05$) を示した。すなわち、脊椎骨折のある患者に抑鬱性がみられた。

4. 日常生活動作の障害の有無とQOL

日常生活動作の障害の有無、すなわち、生活動作正常群と生活動作障害群の2群とQOLの関連について検討した (表2)。SDSの生活動作障害群の平均得点は 43.3 ± 6.3 であり、生活動作正常群 38.4 ± 8.6 に比較して、有意に高値 ($p <$

表2 脊椎骨折の有無、日常生活動作障害の有無、薬物療法の有無、身近にいるかどうかとQOL

	脊椎骨折の有無		有意差*
	骨折群	非骨折群	
	M±SD (n)	M±SD (n)	
LSIA	11.7±4.0 (60)	12.4±3.3 (164)	NS
STAI	39.3±8.3 (58)	40.1±9.2 (157)	NS
SDS	41.2±7.9 (54)	37.8±8.5 (131)	<0.05
SES	35.6±5.6 (62)	36.2±6.4 (162)	NS
	日常生活動作の障害の有無		有意差*
	障害群	正常群	
	M±SD (n)	M±SD (n)	
LSIA	11.1±3.7 (26)	12.3±3.5 (200)	NS
STAI	39.5±8.3 (24)	40.2±9.0 (193)	NS
SDS	43.3±6.3 (19)	38.4±8.6 (168)	<0.05
SES	34.2±6.8 (27)	36.2±6.0 (199)	NS
	薬物療法の有無		有意差*
	薬物療法群	非薬物療法群	
	M±SD (n)	M±SD (n)	
LSIA	12.3±3.5 (188)	12.0±3.9 (39)	NS
STAI	39.7±8.9 (180)	41.7±9.3 (38)	NS
SDS	38.5±8.6 (153)	39.9±8.3 (35)	NS
SES	36.0±6.3 (188)	36.1±5.8 (39)	NS
	骨粗鬆症の人が身近にいるかどうか		有意差*
	身近にいる群	身近にいない群	
	M±SD (n)	M±SD (n)	
LSIA	11.6±3.9 (61)	12.4±3.4 (163)	NS
STAI	42.2±9.7 (58)	39.3±8.7 (157)	<0.05
SDS	39.5±9.1 (54)	38.5±8.3 (132)	NS
SES	35.1±6.7 (61)	36.3±5.9 (163)	NS

*t-test NS : not statistically significant

0.05)を示し、生活動作障害群に抑鬱性がみられた。

5. 薬物療法の有無とQOL

骨粗鬆症の治療法は、理学療法(運動療法・物理療法)、食事療法、薬物療法の3つに大別される。このうちの薬物療法に関して、薬剤の種類に関係なく薬物療法の有無によってQOLにどのような影響があるのかを検討した結果を表2に示したが、両群間に有意差は認められなかった。

6. 骨粗鬆症の人が身近にいるかどうかとQOL

骨粗鬆症の人が身近にいる、あるいはいないかで、QOLにどのような影響があるのかを検討した結果を表2に示した。STAIの骨粗鬆症の人が身近にいる患者の平均得点は42.2±9.7であ

り、身近にいない患者の平均得点39.3±8.7に比較して、有意に高値($p<0.05$)を示した。すなわち、骨粗鬆症の人が身近にいる患者ほど不安傾向がみられた。

7. 骨粗鬆症の主観的程度とQOL

患者が自分自身の骨粗鬆症をどの程度と認識しているかという主観的程度について、「軽度」と認識している患者は41.7%、「中程度」37.0%、「重度」19.7%であった。この主観的程度とQOLの関連についての結果を表3に示した。LSIAの各平均得点は軽度群13.0±3.1、中程度群11.7±3.7、重度群11.5±3.9であり有意差($p<0.05$)が認められた。そこで、どの群との間に差があるかをみるために多重比較を行った結果、軽度群と中程度群との間に有意差($p =$

0.047)が認められた。また、SDSの各平均得点は軽度群 36.6 ± 7.2 、中程度群 39.9 ± 9.1 、重度群 41.3 ± 8.9 であり有意差($p < 0.05$)が認められた。そこで、多重比較を行った結果、軽度群と重度群との間に有意差($p = 0.020$)が認められた。SESの各平均得点は、軽度群 37.3 ± 5.8 、中程度群 35.1 ± 5.8 、重度群 34.7 ± 7.0 であり、有意差($p < 0.05$)が認められたため、多重比較を行った結果、軽度群と中程度群との間に有意差($p = 0.041$)が認められた。

8. 健康満足感とQOL

現在の健康状態について「満足」と感じている患者は53.5%、「どちらでもない」21.3%、「不満足」24.3%であった。この健康満足感とQOLの関連について検討した結果を表3に示した。LSIAの各平均得点は満足群 13.2 ± 3.4 、どちらでもない群 11.8 ± 3.1 、不満足群 10.3 ± 3.3 であり有意差($p = 0.000$)が認められた。そこで、どの群との間に差があるかをみるために多重比較を行った結果、満足群とどちらでもない群との間に有意差($p = 0.032$)、満足群と不満足群との間に有意差($p = 0.000$)が認められた。また、STAIの各平均得点は満足群 37.7 ± 8.5 、どちらでもない群 41.3 ± 9.2 、不満足群 44.0 ± 8.6 であり有意差($p = 0.000$)が認められた。そこで多重

比較を行った結果、満足群と不満足群との間に有意差($p = 0.000$)が認められた。SDSでは満足群 36.5 ± 8.2 、どちらでもない群 39.9 ± 7.3 、不満足群 42.5 ± 8.6 であり、有意差($p = 0.000$)が認められた。そこで多重比較を行った結果、満足群と不満足群との間に有意差($p = 0.020$)が認められた。SESの各平均得点は、満足群 37.3 ± 5.5 、どちらでもない群 34.9 ± 6.1 、不満足群 34.2 ± 7.0 であり、有意差($p < 0.01$)が認められたため多重比較を行った結果、満足群と不満足群との間に有意差($p = 0.005$)が認められた。

9. 主観的幸福感の影響要因

主観的幸福感に影響する要因を明らかにするために、LSIAを従属変数、年齢、腰椎骨密度、罹病期間、日常生活動作得点、STAI、SDS、SES、脊椎骨折の有無、薬物療法の有無、骨粗鬆症の人が身近にいるかどうか、主観的程度、健康満足感の12項目を独立変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った。表4に最終ステップの結果を示した。重相関係数0.673、自由度調整済み決定係数0.435と低い5つの変数SES、STAI、罹病期間、健康満足感、SDSが影響していた。

表3 主観的程度および健康満足度とQOL

	主 観 的 程 度			有意差*
	軽度群	中程度群	重度群	
	M±SD (n)	M±SD (n)	M±SD (n)	
LSIA	13.0±3.1 (95)	11.7±3.7 (84)	11.5±3.9 (42)	<0.05
STAI	38.8±8.3 (89)	41.2±9.5 (84)	41.1±9.3 (40)	NS
SDS	36.6±7.2 (74)	39.9±9.1 (74)	41.3±8.9 (35)	<0.05
SES	37.3±5.8 (94)	35.1±5.8 (84)	34.7±7.0 (43)	<0.05
	健 康 満 足 感			有意差*
	満 足 群	どちらでもない群	不 満 足 群	
	M±SD (n)	M±SD (n)	M±SD (n)	
LSIA	13.2±3.4 (122)	11.8±3.1 (49)	10.3±3.3 (54)	=0.000
STAI	37.7±8.5 (117)	41.3±9.2 (44)	44.0±8.6 (55)	=0.000
SDS	36.5±8.2 (101)	39.9±7.3 (35)	42.5±8.6 (50)	=0.000
SES	37.3±5.5 (120)	34.9±6.1 (49)	34.2±7.0 (56)	<0.01

*一元配置分散分析 NS: not statistically significant

表4 主観的幸福感を基準変数とした重回帰分析の結果 (n=230)

変 数 名	標準偏回帰係	F 値(確率)	偏相関係数
SES	0.289	3.98 (0.00)	0.303
STAI	-0.244	-3.35 (0.001)	-0.259
罹病期間	-0.157	-2.65 (0.009)	-0.207
健康満足感	-0.149	-2.37 (0.019)	-0.186
SDS	-0.167	-2.19 (0.03)	-0.173
重相関係数R		0.673	
自由度調整済決定係数R ²		0.453	

Ⅳ. 考 察

近年、骨粗鬆症は中高年女性を中心に患者が急増しており、社会的な関心の高まりとともに、各地で骨粗鬆症検診が実施され、予防に向けた取り組みが行政レベルで熱心に行われるようになってきた。また、骨粗鬆症に対する保険適応薬剤が増加し、患者の病態に応じた薬剤を選択する時代になってきた。このような時代背景をもとに私達は、骨粗鬆症患者の心理面に対する看護援助について検討するために、主観的幸福感と不安、抑鬱、自尊感情からQOLを明らかにすることを試みた。また、主観的幸福感にはどのような要因が影響をもたらしているのかを検討した。

本研究の対象者は、骨粗鬆症と診断されてから平均3.3年が経過した、成人期から老年期の女性で、約9割の人は日常生活動作には全く問題がないという特徴を持っていた。このような特徴を持つ対象者の、QOLの直接的指標である主観的幸福感の平均得点は、20点満点中12.2点であった。これは、石原ら(1989)が健康な老人女性に調査した結果(平均年齢：65.1歳、LSIA：14.5±2.9)と比較するとやや低い値を示し、QOLに影響を及ぼしていることが示唆された。また、QOLに関連する不安の平均得点は40.1点、抑鬱状態の平均得点は38.8点であり、中里ら(1989)や上野ら(1997)が一般在宅住民に調査した結果(STAI：35.0±9.3, SDS：35.9±9.7)と比較するとやや高い値を示し、心理的側面にも影響を及ぼしていることが明らかとなった。しかし、自尊感情に関しては、約9割の人が自尊感情が高いと評価される値を示していた。

Rosenbergは自尊感情をパーソナリティの安定した構成要素であり、個人の自己に対する評価や自己能力に対する態度に反映すると述べ、すなわち自尊感情は、自己受容、自己の真価に対する基本的な感情を意味すると述べている(大和他, 1990)。骨粗鬆症患者は、不安や抑鬱的な気分を抱え、主観的幸福感が低下しても、自分自身の存在価値については、自分を価値ある者として認め自己受容していることを示していると考えられる。また、現在は日常生活動作に問題のない人がほとんどであったことも、自尊感情を高めた結果に関係していると考えられる。

QOLおよび心理的側面に影響を及ぼすものとして、脊椎骨折のある患者や日常生活動作に少しでも障害のある患者に抑鬱性がみられた。脊椎骨折を引き起こすと痛みを伴い、日常生活動作に影響を及ぼしたり、身長が短縮することで、ボディ・イメージが障害されるなどの、様々な障害を生じることから抑鬱傾向が高まると考えられる。また、骨粗鬆症の人が身近にいる患者は不安傾向にあったが、その身近にいる骨粗鬆症の人がどのような状態であるかを今回は調査していないため、はっきりしたことはわからない。しかし、身近にいる骨粗鬆症の人の存在が、骨折するのではないか、将来寝たきりになるのではないかなどのマイナスイメージを抱かせる何らかの症状や障害を持っていたのではないかと推測される。

自分自身の骨粗鬆症をどの程度と認識しているかという主観的程度と、現在の健康状態に対する満足感は、いずれもQOLおよび心理的側面に影響を及ぼしていることが明らかとなった。健康感が、主観的幸福感や自尊感情と高い相関

を示すという、Taft(1985)や芳賀ら(1984)の報告と同様の結果であった。また、Berkman(1971)は精神的健康度は身体的健康度と密接に関わりを持ち身体的健康度の高い人は精神的健康度も高まると報告している。しかし、Palmoreら(1973)は健康感は臨床的な健康状態とは必ずしも一致せず、相関は低いと報告している。そこで、患者の骨粗鬆症に対する主観的程度や健康満足感を把握すること、すなわち必要以上に重症と感じ心理的に影響を及ぼしていないか、また、反対に軽症と感じ自己管理や治療に影響を及ぼしていないかなどを知ること、患者に適切な看護介入ができ、QOLの向上に繋がると考えられる。

主観的幸福感に影響する要因を明らかにするために年齢、腰椎骨密度、罹病期間、日常生活動作得点、STAI、SDS、SES、脊椎骨折の有無、薬物療法の有無、骨粗鬆症の人が身近にいるかどうか、主観的程度、健康満足感の12項目を独立変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った。その結果、主観的幸福感の影響要因は、自尊感情、不安、罹病期間、健康満足感、鬱状態の5項目であった。自尊感情、不安、抑鬱状態の心理的側面が関係していたことは、元来、この心理的側面が幸福感や精神的健康の基盤をなすとされていることから、同様の結果を示したといえる。その中で特に、自尊感情が骨粗鬆症患者の主観的幸福感に強い影響力を持つことが明らかとなった。自尊感情を高めると、主観的幸福感つまりQOLが向上することを示している。しかし、今回の結果では自尊感情が高かったにもかかわらず、主観的幸福感は低い傾向がみられた。これは、主観的幸福感の影響要因である5項目が独立して存在しているのではなく、互いに影響を及ぼしていることを示していると考えられる。罹病期間も主観的幸福感の影響要因の一つであったが、慢性疾患では病像の変化や罹病期間の長期化に伴い患者の内的な位置づけが変化することが報告されている。骨粗鬆症患者も罹病期間が長くなると、骨折するのではないかと、寝たきりになるのではないかと、痛みが出るのではないかと不安や心配が増大するからではないだろうか。健康満足

感もまた、主観的幸福感に影響力を持っていたが、これは、個々の変数との影響を考察したところで述べたように、健康感が主観的幸福感と高い相関を示すという調査結果と同様の結果を示したものである。

これらのことから、骨粗鬆症患者のQOL向上のためには、自尊感情を高める看護援助が重要であり、同時に脊椎骨折の有無や日常生活動作の障害の有無による抑鬱状態や、骨粗鬆症の人が身近にいるかどうかによる不安について把握し、心理面への援助を行っていく必要があると思われる。また、健康満足感や罹病期間についても把握し、適切な看護介入を行っていく必要があると思われる。

骨粗鬆症患者のQOLを、直接的指標である主観的幸福感とQOLに関連する不安、抑鬱、自尊感情から明らかにすることにより、骨粗鬆症患者に対する心理面への看護援助の必要性が明確となった。骨粗鬆症に罹患すると、心理面にも影響を及ぼすということを看護職者は認識し、保健指導・生活指導以外にも、心理面への看護援助を行っていくことが重要であると考えられる。

V. 結 論

骨粗鬆症患者のQOLを主観的幸福感、不安、抑鬱、自尊感情を測定する心理学的スケールを用いて調査を行い、その実態と関連要因を明らかにし、心理面に対する看護援助について検討した。その結果、以下のことが明らかとなった。

1. 骨粗鬆症患者のQOLは、主観的幸福感からみるとやや低い傾向がみられ、心理的側面では、不安、抑鬱傾向にあることが示唆された。しかし、自尊感情については高い傾向がみられた。
2. 脊椎骨折のある患者と日常生活動作に少しでも障害のある患者は、抑鬱性がみられ、骨粗鬆症の人が身近にいる患者は、不安傾向がみられた。
3. 自分自身の骨粗鬆症をどの程度と認識しているかという主観的程度と、現在の健康状態に対する満足感は、QOLに影響を及ぼしてい

た。

4. 主観的幸福感の影響要因は自尊感情、不安、罹病期間、健康満足感、鬱状態であった。
5. 骨粗鬆症患者の心理面に対する援助としては、自尊感情を高める看護援助が重要であり、同時に鬱状態や不安の程度、罹病期間などを把握し、適切な援助を行うことの必要性が示唆された。

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力およびご指導いただいた大阪市立大学医学部老年科三木隆己先生、大阪市立大学医学部第二内科中塚喜義先生をはじめ、骨研究グループの諸先生方に深謝いたします。

文 献

- 安野富美子, 吉田章, 坂井友美他(1996): 東洋医学的治療法によるQOL向上が認められた退行期骨粗鬆症の1症例, 老化と疾患, **9** (2), 238-242.
- Berkman. PL (1971): Measurement of mental health in a general population survey, *Am.J. Epidemiol*, **94**, 105-111.
- Consensus Development Conference (1996): Diagnosis prophylaxis and treatment of osteoporosis, *Am J Med*, **11**, 707-730.
- 道免和久, 千野直一, 才藤栄一他(1990): 機能的自立度評価法(FIM), 総合リハビリテーション, **18** (8), 628.
- 福田一彦, 小林重雄(1983): 日本版SDS (自己評価式うつ性尺度) 使用手引き, 三京房.
- Gold. DT, Smith. SD et al (1991): Osteoporosis in Late Life. Does Health Locus of Control Affect Psychosocial Adaptation, *JAGS*, **39**, 670-675.
- Gold. DT (1996): The Clinical Impact of Vertebral Fractures. Quality of Life in Women With Osteoporosis, *Bone*, **18**, 185-189.
- 原美津子, 鳥羽研二, 細井孝之他(1998): 骨粗鬆症に伴う圧迫骨折の随伴症状と患者のQOL, 日本老年医学会雑誌, **35**(臨増), 101.

- 芳賀博, 七田恵子, 永井晴美他(1984): 健康度自己評価と社会・心理・身体的要因, 社会老年学, **20**, 15-23.
- 稲田美智子, 矢崎タミコ, 齊藤美穂他(1997): 骨粗鬆症に起因する骨折患者の看護退院後のQOLを向上させるための看護の役割の検討, *Osteoporosis Japan*, **5** (3), 574-578.
- 石原治, 内藤佳津雄, 長島紀一他(1989): 健康度とモラル・満足度との関係, 社会老年学, **30**, 75-79.
- 小谷明弘, 石井良章, 中原博之他(1997): エルカトニン投与が骨粗鬆症患者のQOLに及ぼす影響について, 東日本整形災害外科学会雑誌, **9** (3), 383.
- 森井浩世訳(1999): WHO世界規模骨粗鬆症対策委員会中間報告と勧告, *Osteoporosis Japan*, **7** (4), 7-16.
- 中弘志, 中塚喜義, 北谷香代子他(1998): 骨粗鬆症検診における問診票によるQuality of Lifeの評価, *Osteoporosis Japan*, **6** (2), 382-385.
- 中里克治(1992): 心理学からのQOLへのアプローチ, 看護研究, **25** (3), 13-22.
- 中里克治, 水口公信(1982): 新しい不安尺度STAI日本版の作成, 心身医学, **22**, 107-112.
- 中里克治, 下仲順子(1989): 成人前期から老年期にいたる不安の年齢的变化, 教育心理学研究, **37** (2), 172-178.
- 折茂肇, 杉岡洋一他(1997): 原発性骨粗鬆症の診断基準 (1996年改訂版), 日本骨代謝学会雑誌, **14**, 219-233.
- Palmore. E, Luikart. C (1973): Health and social factors related to life satisfaction, *J. Health Soc. Behav*, **13**, 68-80.
- 渋谷健一郎(1995): 日常生活動作・活動(ADL)評価法, 貝塚みどり, 大森武子, 江藤文夫編, QOLを高めるリハビリテーション看護(1), 78-81, 医歯薬出版, 東京.
- 末永美奈子, 歌川俊江, 早坂一子他(1997): 骨粗鬆症予防の生活指導の検討—外来受診者の実態調査より, 日本看護学会第28回集録老人看護, 185-187.
- Taft. L (1985): Self-esteem in Later Life. *A Nurs-*

- ing Perspective, *Advances in Nursing Science*, **8** (1), 77-84.
- 辻秀一, 中井澄子, 阿部均他(1998): 骨粗鬆症予防クリニックにおける女性のQOL向上を目的とした運動によるライフスタイルの修正システム, *Osteoporosis Japan*, **6** (2), 428-430.
- 上野範子, 藤田峯子, 中村弥生他(1997): 自己評価式抑うつ尺度(SDS)を用いた高齢者の精神的健康状態の調査 入院高齢者在宅高齢者の比較, *日本公衛誌*, **44** (11), 865-873.
- 和田修一(1981): 人生満足度尺度の分析, *社会老年学*, **14**, 21-35.
- WHO QOL Group (1993): Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHO QOL), *Quality of Life Research*, **2**, 153-159.
- 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子(1982): 認知された自己の諸側面の構造, *教育心理学研究*, **30**, 64-68.
- 山崎薫, 串田一博, 渥美公勢他(1998): 骨粗鬆症QOL評価法における身体活動能力の意義, *日本骨代謝学会雑誌*, **16** (2), 226.
- 大和三重, 前田大作, 野口裕二他(1990): 日本の高齢者の自尊感情とその要因分析, *老年社会科学*, **12**, 47-167.
- 吉井勢津子, 田中文夫(1997): 骨粗鬆症患者の生活実態と骨密度の相関性について整形外科外来患者を対象として, *日本看護科学学会誌*, **17**(3), 406-407.