

〔原著〕

生活行動の知覚-情報処理と自尊感情との関連性 —脳卒中後遺症をもつ在宅療養高齢者の場合—

竹内 千夏

香川大学医学部看護学科

Relevance of Perceptual and Information Processing of Activities of Daily Living on the Self-Esteem: In Elderly Patients with Post-Stroke Living at Home

Chinatsu Takeuchi

School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University

要 旨

本研究の目的は、脳卒中後遺症をもつ患者のADL、コミュニケーションならびにこれらの低下による二次的問題に対する捉え方・解釈の仕方である知覚-情報処理と自尊感情との関連性を明らかにし、加えて、自尊感情に対する影響要因について検討することである。

研究方法は、脳卒中後遺症によりADLが低下した65歳以上の在宅療養者155名に構成的面接調査と参加観察を行った。分析方法は、 χ^2 検定、t検定、階層的重回帰分析を行った。

結果として、現在の自分のADL・コミュニケーション・対人関係・役割の各々について、健康時と比較している群は、最悪時と比較している群よりも自尊感情が明らかに低く、捉え方の違いが自尊感情と関連性があることが判明した ($p < 0.05$)。また、自尊感情へは、役割の知覚-情報処理、ADLの客観的状态が明らかに影響を及ぼしており、さらにコミュニケーションの客観的状态とその知覚-情報処理が影響を及ぼす傾向にあった。

脳卒中後遺症をもつ人の援助に際しては、自尊感情の低下の発生要因になるADLやコミュニケーションの客観的状态に加え、これらの障害による二次的問題である役割や対人関係の変化に対する患者個々の捉え方、解釈の仕方である内的プロセスに視点を当てることが重要であることが示唆された。

キーワード：自尊感情、脳卒中、知覚-情報処理

Summary

A quantitative study was conducted to clarify the relevance of perceptual and information processing on self-esteem, and to determine factors influencing self-esteem. 128 patients aged 65 years or over, living at home with post-stroke single paralysis participated in the survey. Data were collected through a questionnaire and participant observations which addressed patients' ADL, communication capabilities, interpersonal relations, and roles. Analysis was conducted using Student t-tests, Chi-square tests, and hierarchical multiple regression. As a result, patients who compared their current health state with that prior to the onset showed significantly lower self-esteem than

連絡先：〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部看護学科 竹内千夏

Reprint requests to: Chinatsu Takeuchi, School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University, 1750-1 Ikenobe, Miki-cho, Kita-gun, Kagawa 761-0793, Japan

those who compared theirs with their initial highest distress ($p < 0.05$). It was also found that the differences in patients' perceived roles and their objective status of ADL were related to their self-esteem, while their observed and perceived communication abilities were tended to be associated with their self-esteem. These findings suggest that to assist patients with post-stroke sequelae effectively, more attention should be paid to individual perceptions of post-stroke changes in interpersonal relations and roles.

Keywords: Self-esteem, Stroke, Perceptual information processing

はじめに

わが国の脳血管疾患による死亡率は、1970年に人口10万対175.8 (第1位) でピークに達し、その後年々減少し、2007年には100.7 (第3位) になっている¹⁾。しかし、脳卒中の総患者数は増加傾向であり、また脳卒中後遺症が寝たきりの原因の3割近くを占めていると報告されている²⁾。つまり、医療の高度化に伴って脳卒中発作が死亡の直接原因になることが減少しているものの、脳卒中後遺症をもつ長期療養患者が増加傾向にあることを示している。

臨床現場において、脳卒中後遺症をもつ療養患者に対して後遺症の残存能力の維持・向上をさせることが重要であることは論じるまでもない。しかし、筆者は、ADLが同レベルまで回復した脳卒中患者であっても、「こんな体じゃ生きていても仕方ない」というように低い自尊感情を示す患者がいる一方、「こんなによくなった」というように高い自尊感情を示す患者にしばしば遭遇した。このことから、現在の自分のADLの状態に対する捉え方の違いが患者個々の自尊感情に影響しているのではないかと考えられる。

脳卒中患者の自尊感情に関する先行文献では、生活の質の向上に注目したQOL³⁻⁶⁾、生活満足度⁷⁾に関する文献は増えているものの、疾患によるADLの低下と自尊感情との関連性についてはほとんど研究されていなかった⁸⁻¹²⁾。縄井⁹⁾によると、種々の疾患によってADLが低下した対象の自尊感情は、健常高齢者よりも低く、またADLの自立度の高い群が低い群よりも自尊感情が高かったと報告している。さらに横山¹⁰⁾は、ADLと自尊感情の間には明らかな相関を認めたと報告していることから両者には関連性があるとしている。一方、藤原¹¹⁾は、患者のADLと自尊感情との明らかな関連性は認められなかったとしていた。このように、何らかの疾患によって後遺症をもつ人の自尊感情に関する先行研究は、自尊感情とADLの客観的状态との関連性において未だ統一した見解が得られていない状況にある。さらに脳卒中後遺症として、コミュニケーション障害も表れやすいが、それと自尊感情との関連性に関する研究論文も調べ

範囲では見いだすことができなかった。

以上のことから、本研究では、脳卒中後遺症をもつ患者に表れやすいADLや言語的コミュニケーション能力の客観的状态ならびにそれらの低下による二次的問題としての対人関係の狭小化¹³⁻¹⁵⁾、役割の喪失^{15,16)}、経済状態の悪化¹⁷⁾をどのように捉えているかという「知覚-情報処理」¹⁸⁾と自尊感情との関連性を検討することとした。

概念枠組み (図1)

人間は生理的・自己概念・役割・相互依存様式の4つの適応様式で環境と相互作用を営む適応システムであると捉える「Royの適応モデル」をもとに、本研究の概念枠組みを作成した。人は、インプットされた発生要因によって直接反応するのではなく、それらの発生要因を認知器で知覚-情報処理、学習、意思決定・目標設定・問題解決を含む判断、情動などの一連の内的プロセスを媒介して反応(行動)をアウトプットする存在であるとしている。

なお、本研究では、発生要因に対する対処機制としての認知器の一部である「知覚-情報処理」のみに、また適応様式についても自己概念様式のみ限定した。

用語の定義

1. ADL (Activities of daily living) ; ADL尺度 (Barthel Index¹⁹⁾) に含まれる食事、移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段の昇降、更衣、排便・排尿コントロールを日常生活動作とする。
2. 言語的コミュニケーション能力; 笹沼²⁰⁾は、「聞いて理解する能力」、「話す能力」、「読んで理解する能力」、「書く能力」に「計算能力」を加えた5項目から構成している失語症重症度尺度を作成している。本研究では、言語的コミュニケーション能力(以下コミュニケーションとする)を前2項目である「聞いて理解する能力」と「話す能力」に限定する。
3. 知覚-情報処理; 選択的に注目した発生要因を、コード化、概念形成、記憶、言語などに基づいて、どのよ

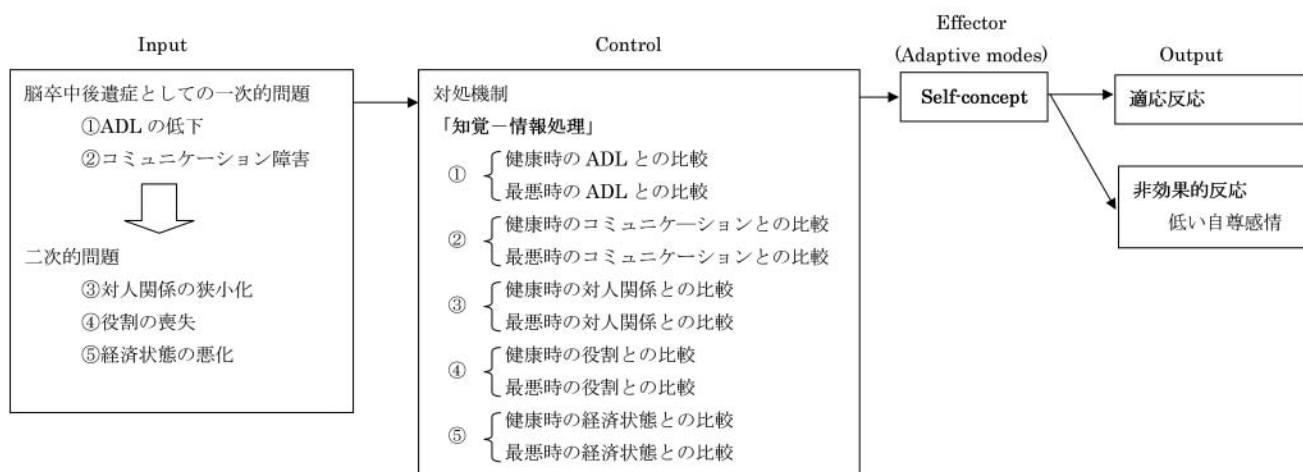


図1 研究の概念枠組み

うにとらえ、解釈するかをいう。本研究における知覚-情報処理とは、患者が現在の自分のADL、コミュニケーション、対人関係、役割のそれぞれを「健康時」あるいは「最悪時」のいずれと比較して捉え、解釈しているかをいう。

4. 知覚-情報処理としての最悪時との比較群；脳卒中のためにADL、コミュニケーション、対人関係、役割、経済状態が一番悪かった時と比較する人々をさす。

5. 知覚-情報処理としての健康時との比較群；脳卒中を発症する前の健康時のADL、コミュニケーション、対人関係、役割、経済状態と比較する人々をさす。

6. 自尊感情；自己に対する評価感情で、自分自身を基本的に価値あるものとする感覚²¹⁾をいう。

研究目的

1. ADL、コミュニケーションならびにこれらの低下による二次的問題に対する「知覚-情報処理」と自尊感情との関連性を明らかにする。

2. 自尊感情に対して、ADLとコミュニケーションの客観的状态、ならびにADL・コミュニケーション・対人関係・役割・経済状態の「知覚-情報処理」がどのような影響をどの程度及ぼしているかを明らかにする。

研究仮説

1. 次の項目について、健康時と比較している人は、最悪時と比較している人よりも、自尊感情が低い。

1) ADLの状態、2) コミュニケーションの状態、3) 対人関係、4) 役割、5) 経済状態

2. 自尊感情の予測力は、ADLとコミュニケーションの客観的状态に、ADL・コミュニケーション・対人関係・役割・経済状態の知覚-情報処理を追加した方が高まる。

研究方法

1. 調査対象

脳卒中後遺症によってADLが低下した65歳以上の在宅療養者で、通所リハビリテーション施設と通所介護施設に通っている男女155名。

なお、データの信頼性を高めるため以下の条件を満たす者とした。

1) 中等度以上の痴呆症でない（長谷川式簡易知能評価スケール20点以上）。

2) 主観的データが全く提供できないほど重症なコミュニケーション障害がなく、意思疎通を図ることができる。

3) 脳卒中に伴う機能障害としての抑うつ^{22,23)}の影響を排除するために発症後1年以上経過している。

また、対照群は、O県J保健管理センターの健康診断において「異常なし」と判定された65歳以上の男女22名（男性17名、女性5名）を用いた。

2. 調査票の項目・内容

対象の背景は、性別、年齢、疾患名とした。

ADLの客観的な測定値（以下ADL測定得点とする）には、食事などの生活行動を評価するBarthel Index¹⁹⁾（10項目、0～100点）を用いた。本尺度は、得点が高いほどADLレベルが高いことを示す。また、脳卒中領域でも信頼性および妥当性は検討されている。

客観的なコミュニケーション能力の測定値（以下コミュニケーション測定得点とする）には、笹沼²⁰⁾の「失語症重症度尺度」の「聞いて理解する能力」と「話す能力」の2項目の合計点を用いた。なお、主観的データが全く提供できない「6点」の人は調査対象から除外し、「0点」から「5点」までの6件法とした。得点は、0～10点で、得点が高いほどコミュニケーション能力が低いことを示す。

自尊感情の測定には、Rosenberg作成、山本²⁴⁾邦訳の自尊感情尺度（10項目、10～50点）を用い、回答は「1点：あてはまらない、2点：ややあてはまらない、3点：どちらともいえない、4点：ややあてはまる、5点：あてはまる（逆転項目あり）」の5件法で、得点が高いほど自尊感情が高いことを示す。

現在の自分のADL・コミュニケーション・対人関係・役割・経済状態の知覚-情報処理については、調査対象に図2を呈示し、「健康時」あるいは「最悪時」のいずれかと主観的に比較しているかを質問した。回答は、「いつも健康時と比較する」「時々健康時と比較する」「どちらでもない」「両方と比較する」「時々最悪時と比較する」「いつも最悪時と比較する」の6件法とした。

3. データ収集

平成14年5～8月の間に、O県・K県の通所リハビリテーション施設と通所介護施設計7施設への通所日に、構成的面接調査（面接時間20～40分程度）を行い、併せてADLとコミュニケーションの客観的状态を参加観察した。加えて、ADLとコミュニケーションの客観的状态については、診療・看護・介護記録と医療・介護スタッフからもデータを収集した。



図2 知覚-情報処理に関する面接調査時の資料

4. 分析方法

ADL・コミュニケーション・対人関係・役割・経済状態の各知覚-情報処理の2群と性別は χ^2 検定、年齢はStudent t検定（以下t検定とする）により分析した。

ADLとコミュニケーションの各知覚-情報処理の2群と各々の測定平均得点をt検定により比較した。

ADL・コミュニケーション・対人関係・役割・経済状態の各知覚-情報処理の2群の各々の自尊感情平均得点をt検定により比較した。

なお、知覚-情報処理2群の区分は、「いつも・時々健康時と比較する」人を「健康時との比較群（以下H比較群とする）」とし、「いつも・時々最悪時と比較する」人を「最悪時との比較群（以下W比較群とする）」とした。したがって、「どちらとも比較しない」、「両方と比較する」、「発症前後においてADL・コミュニケーション・対人関係・役割・経済状態に変化なし」の人を分析から除外した。

ADLとコミュニケーションの客観的状态ならびにADL・コミュニケーション・対人関係・役割・経済状態の知覚-情報処理を独立変数、自尊感情を従属変数として下記の第1～3ステップの階層的重回帰分析を行い、各変数を標準化して、標準偏回帰係数(β)を求めた。なお、知覚-情報処理項目は、ダミー変数とした。すなわち、健康時との比較が自尊感情に及ぼす影響に着目し、脳卒中発症前後においてADL、コミュニケーション、対人関係、役割、経済状態に変化があり、かつそれらの現在の状態を健康時と比較する人を1、それ以外の人を0としてコード化した。その後、第1ステップとして、ADLとコミュニケーションの各測定得点である2変数を投入し、下位モデルとして「重回帰モデルI」とした。第2ステップでは、重回帰モデルIに知覚-情報処理の5つの独立変数を追加投入してフルモデルとし、「重回帰モデルII」とした。第3ステップでは、重回帰モデルIIの決定係数が有意に低下しない範囲で独立変数を削減し、「重回帰モデルIII」とした。

なお、決定係数(R^2)の増減の有意性については、F検定を行った。統計解析は、SPSS16.0J for Windowsを用いた。

5. 倫理的配慮

対象には、事前に研究目的・意義を説明し、面接を拒否・中断する権利があること、収集したデータを確実に管理する方法などについて説明した後に、同意した対象に面接調査を実施し、回答を得た。加えて面接時は、他人に聞かれないようプライバシーを守り、加えて身体的・心理的負担を配慮して、必要時中断も行った。なお、

本研究は、岡山県立大学倫理委員会で承認されている。

結果

1. 対象の概要

有効回答者は、面接を行った155名のうち、面接中断者や未回答項目のあった者を除く128名(82.6%)で、うち男性64名(50.0%)、女性64名(50.0%)であり、平均年齢は男女全体では75.9±7.6歳(平均±標準偏差)で、男性(73.8±7.1歳)は女性(78.1±7.5歳)よりも危険率1%未満の水準で有意に若かった。

なお、脳卒中患者の後遺症としてのADL・コミュニケーション障害による二次の問題である「経済状態」については、発症前後で変化しなかった対象が86.7%(111名)を占めていたことから、本項目は分析項目から除外することとした。

対照群としての健常高齢者22名の平均年齢は、68.4±3.0歳(男性68.2±2.5歳、女性69.0±4.6歳)であった。

2. ADL・コミュニケーション・対人関係・役割の知覚-情報処理と自尊感情との関連性

1) ADLの知覚-情報処理2群とADL測定得点ならびに自尊感情との関連性(表1)

ADLの知覚-情報処理の分析対象は、128名のうち比較なし群6名を除く、H比較群47名とW比較群75名の計122名である。

この2群の平均年齢は、前群が77.1±8.5歳、後群が75.2±7.0歳であり、2群間に有意な差はなかった。また2群の性別では、前群が男性28名、女性19名、後群が男性32名、女性43名であり、 χ^2 検定結果では有意な差がなかった。加えて、この2群のADL測定平均得点間(H比較群;73.6±19.9点、W比較群;74.3±18.9点)にも、表1に示すように有意な差がなかった。

自尊感情平均得点は、分析対象全員128名では28.9±8.2点、また表1に示すように、健常高齢者22名では30.0±3.9点であった。またW比較群と健常高齢者の2群の自尊感情平均得点間にも、有意な差がなかった。しかし、H比較群と健常高齢者の2群の自尊感情平均得点間には、危険率5%未満の水準で有意な差があり、前群が後群よりも有意に低かった。また、H比較群がW比較群よりも危険率1%未満の水準で有意に低かった。

表1 ADLの知覚-情報処理とADL測定得点、自尊感情との関連性

		n=122			
		人数	ADL測定得点 M±SD	自尊感情 M±SD	
ADLの 知覚-情報処理	健康時との 比較群	47	73.6±19.9	26.3±	7.6
	最悪時との 比較群	75	74.3±18.9	30.5±	8.1
健常高齢者		22		30.0±	3.9

*p<.05 **p<.01, M±SD:平均±標準偏差

2) コミュニケーションの知覚-情報処理2群とコミュニケーション測定得点ならびに自尊感情との関連性(表2)

コミュニケーションの知覚-情報処理の分析対象は、128名のうち発症後にコミュニケーション障害なし52名と比較なし群6名を除く、H比較群36名とW比較群34名の計70名である。

この2群の平均年齢は、前群が75.7±7.0歳、後群が74.8±8.8歳であり、2群間に有意な差はなかった。また2群の性別では、前群が男性21名、女性15名、後群が男性18名、女性16名であり、 χ^2 検定結果では有意な差がなかった。加えて、この2群のコミュニケーション測定平均得点にも、表2に示すように有意な差がなかった。

自尊感情平均得点には、危険率1%未満の水準で、H比較群がW比較群よりも有意に低かった。

なお、コミュニケーション測定得点の α 信頼性係数は、0.663であり、実用的水準であることが確認された。

表2 コミュニケーションの知覚-情報処理とコミュニケーション測定得点、自尊感情との関連性

		n=70			
		人数	コミュニケーション 測定得点 M±SD	自尊感情 M±SD	
コミュニケーションの 知覚-情報処理	健康時との 比較群	36	2.3±2.0	24.9±	6.5
	最悪時との 比較群	34	1.8±1.9	29.9±	7.5

**p<.01, M±SD:平均±標準偏差

3) 対人関係の知覚-情報処理2群と自尊感情との関連性(表3)

対人関係の知覚-情報処理の分析対象は、128名のうち発症後も対人関係に変化なし36名と比較なし群28名を除く、H比較群49名とW比較群15名の計64名である。

この2群の平均年齢は、前群が75.9±7.7歳、後群が75.4±6.9歳であり、2群間に有意な差はなかった。ま

た2群の性別では、前群が男性27名、女性22名、後群が男性6名、女性9名であり、 χ^2 検定結果では有意な差がなかった。

自尊感情平均得点には、表3に示すように危険率1%未満の水準で、H比較群がW比較群よりも有意に低かった。

4) 役割の知覚-情報処理2群と自尊感情との関連性 (表3)

役割の知覚-情報処理の分析対象は、128名のうち発症後も役割の変化なし12名と比較なし群32名を除く、H比較群69名とW比較群15名の計84名である。

この2群の平均年齢は、前群が75.6±7.9歳、後群が76.1±6.8歳であり、2群間に有意な差はなかった。また2群の性別では、前群が男性36名、女性33名、後群が男性8名、女性7名であり、 χ^2 検定結果では有意な差がなかった。

自尊感情平均得点には、表3に示すように危険率1%未満の水準で、H比較群がW比較群よりも有意に低かった。

表3 対人関係・役割の知覚-情報処理と自尊感情との関連性

		人数	自尊感情 M±SD	
対人関係の 知覚-情報処理(64名)	健康時との比較群	49	27.1±7.1	**
	最悪時との比較群	15	33.5±6.9	
役割の 知覚-情報処理(84名)	健康時との比較群	69	26.1±7.9	**
	最悪時との比較群	15	33.5±8.0	

**p<.01, M±SD: 平均±標準偏差

3. ADLとコミュニケーションの各測定得点、ならびADL・コミュニケーション・対人関係・役割の知覚-情報処理が自尊感情に及ぼす影響(表4・表5)

表4に示すように、ADLとコミュニケーションの各測定得点とADL・コミュニケーション・対人関係・役割の知覚-情報処理を併せた6つの変数と自尊感情との間で有意な相関があったのは、下記の5変数であった。すなわち、①ADL測定得点($r = -.315, p < .01$)、②コミュニケーション測定得点($r = -.373, p < .01$)、③ADLの知覚-情報処理($r = -.240, p < .01$)、④コミュニケーションの知覚-情報処理($r = -.303, p < .01$)、⑤役割の知覚-情報処理($r = -.369, p < .01$)であった。なお、⑥対人関係の知覚-情報処理($r = -.171$)との間では有意な相関がなかった。

6つの変数間では、①ADLとコミュニケーションの

各知覚-情報処理($r = -.353, p < .01$)、②コミュニケーション測定得点とその知覚-情報処理($r = .326, p < .01$)、③ADLとコミュニケーションの各測定得点($r = -.318, p < .01$)、④コミュニケーション測定得点と役割の知覚-情報処理($r = .264, p < .01$)、⑤コミュニケーション測定得点とADLの知覚-情報処理($r = .249, p < .01$)との間に有意な相関があった。

上記6つの変数を独立変数とし、それらの独立変数間の影響を排除して、各独立変数が単独で従属変数である自尊感情にどのような影響をどの程度及ぼしているかを検討する目的で、下記の第1~3ステップの階層的重回帰分析を行った。

その結果、第1ステップでは、ADLとコミュニケーションの客観的状态である各測定得点が自尊感情に及ぼす影響を検討し、「重回帰モデルI」としたが、モデルIの決定係数($R^2 = 0.182$)は、危険率1%未満の水準で有意であった。

第2ステップでは、第1ステップの2つの独立変数に、ADL・コミュニケーション・対人関係・役割の知覚-情報処理の4つの独立変数を加えて検討し、「重回帰モデルII」としたが、モデルIの決定係数($R^2 = 0.182$)からモデルIIの決定係数($R^2 = 0.300$)への増分($\Delta R^2 = 0.118$)は危険率1%未満の水準で有意であった。なお、6つの独立変数間の共線性の有無を分析した結果、VIF(variance inflation factor; 分散拡大係数²⁵⁾)が2.0以上の深刻な多重共線性は認められなかった。

第3ステップでは、どの独立変数がどの程度自尊感情に影響しているかを明らかにするために、重回帰モデルIIの決定係数が有意に低下しない範囲で独立変数を削減していった。

重回帰モデルIIからの独立変数の削減方法は、6つの独立変数の中から、表4に示す独立変数間の相関係数が0.3未満であった「対人関係の知覚-情報処理($r = -0.171$)」を削減した。他方、重回帰モデルIIの「ADLの知覚-情報処理」の標準偏回帰係数($\beta = -.089$)は小さく有意ではなかったが、表4に示すように、「コミュニケーションの知覚-情報処理」との間に低いながらも有意な相関($r = .353, p < .05$)があったことから、一方の変数の削除によるモデルの歪みを防ぐために「ADLの知覚-情報処理」を残して重回帰モデルIIIにした。ただし、この独立変数の標準偏回帰係数($\beta = -.092$)は、有意ではなかった。

このモデルIIIの各独立変数の標準偏回帰係数は、役割の知覚-情報処理($\beta = -.264, p < .01$)が5つの独立変数のうち最も大きく、次いでADL測定得点($\beta = .227, p < .01$)であり、両方とも危険率1%未満の水準で有

表4 ADL・コミュニケーション測定得点, ADL・コミュニケーション・対人関係・役割の知覚-情報処理間の相関係数

	測定得点		知覚-情報処理				自尊感情
	ADL	コミュニケーション	ADL	コミュニケーション	対人関係	役割	
ADL 測定得点	1.000						
コミュニケーション測定得点	-0.318 **	1.000					
ADLの知覚-情報処理	-0.020	0.249 **	1.000				
コミュニケーションの知覚-情報処理	-0.072	0.326 **	0.353 **	1.000			
対人関係の知覚-情報処理	-0.043	0.096	0.134	0.187 *	1.000		
役割の知覚-情報処理	-0.094	0.264 **	0.184 *	0.160	0.212 *	1.000	
自尊感情	0.315 **	-0.373 **	-0.240 **	-0.303 **	-0.171	-0.369 **	1.000

*p<.05 **p<.01

表5 自尊感情に影響するADL・コミュニケーションの各測定得点と全ての知覚-情報処理

	M±SD	標準偏回帰係数 (β)			相関係数 (r)
		I	II	III	
①ADL 測定得点	74.1±18.9	0.218 *	0.226 **	0.227 **	0.315 **
②コミュニケーション測定得点	1.4±1.8	-0.303 **	-0.156 +	-0.155 +	-0.373 **
③ADLの知覚-情報処理	0.4±0.5		-0.089	-0.092	-0.240 **
④コミュニケーションの知覚-情報処理	0.3±0.5		-0.155 +	-0.162 +	-0.303 **
⑤対人関係の知覚-情報処理	0.4±0.5		-0.051		-0.171
⑥役割の知覚-情報処理	0.5±0.5		-0.255 **	-0.264 **	-0.369 **
重相関係数 (R)		0.426 **	0.548 **	0.546 **	
R ²		0.182	0.300	0.298	
ΔR ²			0.118 **	-0.002	

+p<.10 *p<.05 **p<.01, M±SD: 平均±標準偏差

意であった。コミュニケーション測定得点 ($\beta = -.115$, $p < .10$) とその知覚-情報処理 ($\beta = -.162$, $p < .10$) は、危険率10%未満の水準で有意であった。

なお、重回帰モデルⅢの決定係数 ($R^2 = 0.298$) は、1%未満の水準で有意であり、重回帰モデルⅡからの決定係数の減分 ($\Delta R^2 = -0.002$) は有意ではなかった。

考察

1. ADL・コミュニケーション・対人関係・役割の知覚-情報処理と自尊感情との関連性

本研究における知覚-情報処理とは、患者が現在の自分のADL, コミュニケーション, 対人関係, 役割のそれぞれを「健康時」あるいは「最悪時」のいずれと比較して捉え、解釈しているかをいう。

本分析の対象は、ADL, コミュニケーション, 対人関

係, 役割の各知覚-情報処理の2群において、平均年齢, 性別, ADLとコミュニケーションの測定平均得点のいずれにおいても有意な差がなく、類似していた。このような類似した特徴をもつ2群のADL・コミュニケーション・対人関係・役割の各知覚-情報処理と自尊感情との関連性については、次のことが明らかになった。

客観的状态がほとんど同じであるADLの知覚-情報処理の2群であっても、自尊感情のレベルは明らかに異なっていることが判明した。すなわち、現在の自分のADLの状態を健康時と比較している群は、最悪時と比較している群よりも明らかに自尊感情が低く、加えて健常高齢者と比較しても明らかに低いことが判明した。

縄井⁹⁾は、種々の疾患によってADLが低下した人の自尊感情が健常高齢者よりも低かったと報告している。しかし、本分析対象全員の自尊感情でみた場合は、健常高齢者よりも低くはあったものの、有意な差ではなかった

ことから、必ずしも縄井と同じ結果ではなかった。

コミュニケーションの知覚-情報処理の2群においても、自尊感情のレベルは同じではなく、現在の自分のコミュニケーションの状態を健康時と比較している群は、最悪時と比較している群よりも自尊感情が明らかに低いことが判明した。加えて、対人関係ならびに役割の知覚-情報処理の2群においても、現在のそれらの状態を健康時の状態と比較している群は、ともに最悪時の状態と比較している群よりも自尊感情が明らかに低いことが判明した。

以上のように、脳卒中後遺症によりADLが低下した65歳以上の在宅療養高齢者を「知覚-情報処理の仕方」によって2群に分けたところ、いずれの項目の2群においても、年齢、性別、ADL・コミュニケーションの各測定平均得点に有意な差がなく、類似していたにも関わらず、現在の自分のこれらを健康時と比較している群は、最悪時と比較している群よりも、全て自尊感情が明らかに低いことが判明した。

このような知覚-情報処理の2群の異なった反応・行動としての自尊感情の高低の生起理由については、次のように考察する。すなわち、健康時の状態と比較する人々にとっては、理想像とも言える自分の健康時の状態から望ましい行動が減算された状態が自分の現在の状態であり、理想像と現在の自己とのギャップが大きいがゆえに回復の実感が困難となり^{26,27)}、自分自身を回復できない自分であると否定的に知覚・評価することによって自尊感情が低下するのではなかろうか。他方、最悪時の状態と比較する人々にとっては、自分の過去の最も悪かった状態に、自分自身の努力によって少なくとも望ましい行動を加算できてきた状態が現在の状態であると捉えられ、これからも好転・回復させていける自分であると自分自身を肯定的に知覚・評価し²⁸⁾、それによって自尊感情が高くなるのであろう。Lazarus²⁹⁾は、人がストレスフルな出来事に遭遇した場合、その出来事が同じであっても、それに対する捉え方、解釈の仕方³⁰⁾によって脅威³¹⁾の程度は異なると説いているが、本研究の結果もその説を支持するものである。

2. 6つの独立変数が自尊感情に及ぼす影響

Royの適応モデルに基づいて作成した本研究の概念枠組みは、1次的・2次的発生要因、知覚-情報処理、自尊感情の因果関係の流れを示している。

重回帰モデルⅠから重回帰モデルⅡへの決定係数 R^2 が有意に増加したことは、後者が前者よりも自尊感情の予測力が明らかに高くなったことを意味している。このことは、自尊感情の予測には、ADLとコミュニケーシ

ョンの客観的状态に限定せず、4つの独立変数であるADL・コミュニケーション・役割・対人関係の現在の状態をどのように捉え、解釈しているかという知覚-情報処理を加えた方が説明力が上がり、有効であることを示している。すなわち、自尊感情の状態を把握するには、発生要因と反応・行動との直接的な関係をみる従来の行動主義的考え方にとどまらず、患者自身が発生要因をどのように捉え、解釈しているかという内的プロセスに媒介されて自尊感情の高低レベルが左右されるという考え方を追加することが重要であると考えられる。

重回帰モデルⅡの6つの独立変数全体によって、自尊感情の分散の30.0%を説明できているが、各独立変数の影響力の大きさには差があり、ADL・対人関係の知覚-情報処理の標準偏回帰係数は小さいことが明らかになった。そこで、自尊感情への影響力が小さかった独立変数である「対人関係の知覚-情報処理」を削減した重回帰モデルⅢを作成し、各独立変数が自尊感情にどのような影響を及ぼしているかを検討した結果、次のことが明らかになった。

自尊感情に最も強い影響を与えていたのは、6つの独立変数の中の「役割の知覚-情報処理」であった。現在の自分の役割を健康時の役割と比較している人は、最悪時と比較する人を含めたそれ以外の人よりも自尊感情が明らかに低いことが判明した。これは、脳卒中患者が発作によって、突如としてそれまで担っていた家庭や地域社会における一次的・二次的・三次的役割の喪失、あるいは減少を余儀なくされたことによって生じているのであろう。本分析対象128名では、自宅退院後に発症前に担っていた役割を再び完全に担うことができたと回答した人は12名と1割にも満たなかったことからみても、発症前の状態までに役割の数や各役割に伴う手段的・表出的行動を回復させることは困難であることが明らかである。役割は、誰か相手の期待や目的に応える行動をとることであり、その役割を担っていると認識できることは自分の存在価値の証になり、結果として自尊感情を高めることになる。逆に、これまでに既に獲得していた役割を現在は担えないと認識することは、自分の存在価値を失うことになり、それが自尊感情を低下させるというように、他の影響因子に比べ、役割が自尊感情に最も大きく影響するという本結果は妥当であるといえる。

本分析対象128名のADLの客観的状态であるADL測定得点と自尊感情との間には、低いながらも有意な相関を見だし、かつ、重回帰分析の結果でも役割に次いで自尊感情に強い影響を与えていた。ADL測定得点が低いことは、食事、排泄、移動、整容などの生命維持、健康の回復・維持に欠くことのできない生理的ニードの充

足に必要なセルフケア能力が低下し、それらのニーズを充足するために他者の援助に頼らざるをえなくなる。これらの生理的ニーズの充足は、人間誰もがもつ、安全のニーズ、社会的ニーズ、愛と所属のニーズ、自己実現のニーズなどの充足の基盤となることから、生理的ニーズさえも自立して充足できない状態は、これら上位のニーズの充足も困難にする。これらは、脳卒中後遺症をもつ患者の人間としての存在をも否定的に捉えさせる大きな要因となり、それが結果として自尊感情の低下を引き起こすといえよう。

自尊感情には、役割の知覚-情報処理とADLの客観的状态に次いで、コミュニケーションの客観的状态とその知覚-情報処理が影響を及ぼす傾向にあることが判明した。すなわち、コミュニケーション障害が実際にある患者、加えて健康時のコミュニケーション能力と比較して現在の自分のコミュニケーション能力を捉える患者は、いずれも他者に向かって自分の考えや感情を伝達しきれないことを自覚するばかりではなく、自分の言いたいことが伝わっていないことを示す他者の反応を見ることの両方によって、いらだち・もどかしさ・情けなさなどの不快感情を抱く。加えて、コミュニケーション障害によって、これまでの他者との相互関係¹⁴⁾を喪失することになり、これらはすべて自尊感情を低下させる要因になると思われる。

重回帰モデルⅢ全体では、自尊感情の分散の29.8%を説明でき、重回帰モデルⅡに比べて、説明力の明らかな低下を認めなかった。したがって、本研究の結論としては、重回帰モデルⅢが最適であるといえる。

以上を総括すると、役割の知覚-情報処理とADLの客観的状态の2つの独立変数は、単独であっても自尊感情に明らかに影響を及ぼし、加えて、コミュニケーションの客観的状态とその知覚-情報処理の2つの独立変数も自尊感情に影響を及ぼす傾向にあることが判明した。他方、ADLの知覚-情報処理は、重回帰分析の結果では自尊感情に有意に影響しているとはいえなかったが、自尊感情との間には低いものの有意な相関が認められていることから、これら5つの独立変数については、自尊感情への影響因子として注目すべきであろう。なお、「対人関係の知覚-情報処理」は、重回帰分析では有意な影響が認められず、さらに自尊感情との間にも有意な相関を認めなかったが、今後分析対象を増やし、さらなる検討をする必要があると思われる。

3. 本研究結果から導き出される看護の視点

自尊感情の状態を把握するには、発生要因と反応・行動との直接的な関係をみる従来の行動主義的思考方にと

どまらず、患者自身が発生要因をどのように捉え、解釈しているかという内的プロセス³⁰⁻³²⁾を媒介してアウトプットする反応・行動との関連性に視点をあてた考え方が重要であることを示唆する結果を得た。すなわち、ADLやコミュニケーションの客観的状态のみならず、患者自身が自分のそれらの客観的状态をどのように捉え、さらにそれらによる二次的問題である役割や対人関係の変化をどのように捉え、解釈しているかという視点に立つアセスメントと援助活動が重要であると考えられる。

現在の自分のADL、コミュニケーション、対人関係、役割を健康時のそれらの状態と比較している患者は、最悪時のそれらの状態と比較している患者よりも自尊感情が低いことが明らかになった。そこで、看護師は、まず患者が自分の現在の状態をこれらのいずれと比較しているかをアセスメントし、健康時と比較して現在の状態を否定的に捉え、解釈している患者には、それらを修正できるよう、患者自身がわずかな進歩・回復であろうとも肯定的に知覚・評価できるよう報せることが重要であると考えられる。

臨床現場では、心身の回復に視点を当てる傾向にあり、社会的側面である役割のアセスメントと援助が見過ごされやすい³³⁾。しかし、自尊感情には、現在の役割の捉え方と解釈の仕方が最も強い影響を及ぼしていた。そこで、看護に際しては、患者の残された役割の数や各役割の手段的・表出的行動の質に関するアセスメントを行い、患者が自分の存在感^{34,35)}や有能感³⁶⁾を少しでも実感できるよう支援することも重要であると考えられた。

結論

1. 現在のADL・コミュニケーション・対人関係・役割に対する各知覚-情報処理の仕方によって、分析対象を「健康時との比較群」と「最悪時との比較群」の2群に区分した。各項目における2群の年齢、性別、ADLとコミュニケーションの各測定平均得点には有意な差がなかったが、現在の自分のADL・コミュニケーション・対人関係・役割の各々について、健康時と比較している群は、最悪時と比較している群よりも自尊感情が明らかに低かった。

2. 自尊感情への影響因子としては、役割の知覚-情報処理が最も強く影響していた。次いでADLの客観的状态、さらにコミュニケーションの客観的状态とその知覚-情報処理が自尊感情に影響していた。

3. 患者個々の自尊感情のアセスメント・援助に際しては、自尊感情の低下の発生要因になるADLやコミュニケーションの客観的状态に加え、これらの障害による二

次的問題である役割や対人関係の変化に対する患者個々の捉え方、解釈の仕方である内的プロセスに視点を当てるのが重要であると考えられる。

本研究の限界と今後の課題

本研究では、分析対象が128名と少数であること、また対人関係と役割の客観的状態のデータを収集できていないことから、自尊感情への影響因子の特定には限界がある。今後の課題は、これらを踏まえて対象数を増やし、さらに脳卒中発症後に生じやすい抑うつ程度からも対象の選択を考慮して再度自尊感情への影響因子を検討する必要があると考える。

文献

- 財団法人厚生統計協会：厚生指標 国民衛生の動向, 55 (9), 48, 2008.
- 財団法人厚生統計協会：厚生指標 国民衛生の動向, 55 (9), 82, 2008.
- 流石ゆり子, 崎原盛造：障害をもつ在宅高齢者の生活の質への影響要因—ソーシャルサポート授受の視点より—, 日本在宅ケア学会誌, 4 (3), 32-39, 2001.
- 西丸雄也, 能美加代子：脳卒中患者のQOL調査, 臨床と研究, 74 (4), 947-951, 1997.
- 小泉美佐子, 神山幸枝, 岸恵美子：中年の脳血管障害患者のQOLに関わる要因の分析, Kitakanto Medical Journal, 50 (4), 359-365, 2000.
- 伊勢崎美和, 高野和美, 望月優子：高齢患者のQOLとADL (日常生活動作) との関連—主観的幸福感に焦点をあてて—, 山梨医大紀要, 16, 71-75, 1999.
- 河原加代子, 飯田澄美子：在宅療養に移行した脳卒中後遺症をもつ患者の主観的満足感と活動の関連, 日本看護科学会誌, 16 (3), 40-47, 1996.
- Chang, A.M. and Mackenzie, A.E.: State Self-esteem following stroke, stroke, 29 (11), 2325-2328, 1998.
- 縄井清志, 広村健, 岸あゆみ：疾病によるADL障害と自己評価 (self-esteem) との関連性, 理学療法, 25 (5), 300-307, 1998.
- 横山純子, 宮腰由起子：脳梗塞患者における発症後の自尊感情の経時的変化と関連要因, 日本看護研究学会雑誌, 13 (1), 55-65, 2008.
- 藤原瑞穂, 西岡江里子, 阿部和夫：脳血管障害患者とパーキンソン病患者のself-esteemに関する研究—罹病期間と障害の影響—, 大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要, (4), 37-44, 1998.
- 篠原純子, 児玉和紀, 迫田勝明, 他：脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因, 日本看護研究学会雑誌, 26 (1), 111-122, 2003.
- 浅田美紀, 成瀬優知：脳卒中発症前後の生活変化と心理状態との関連, 日本地域看護学会誌, 4 (1), 95-99, 2002.
- 志村勇, 荒田征爾, 西脇雅, 他：在宅脳卒中片麻痺患者のQOLに関する調査, 下呂病院年報, 27, 75-78, 2000.
- 千田みゆき, 飯田澄美子：脳卒中後遺症をもつ在宅患者の機能回復意欲に関する要因, 日本看護科学会誌, 17 (2), 43-53, 1997.
- 深谷安子, 村嶋幸代, 飯田澄美子：在宅片麻痺老人患者のADL変化に関する要因の分析, 日本看護科学会誌, 11 (2), 44-54, 1991.
- 大和三重, 前田大作, 野口裕二, 他：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, 147-167, 1990.
- Andrews, H.A. and Roy, S.C. : 松木光子監訳, ロイ適応看護論入門, 46-47, 医学書院, 1992.
- Mcdowell, I. and Newell, C.: Measuring health (2nd ed.), Oxford University Press, 56-63, 1984.
- 笹沼澄子：失語症の言語治療 (初版), 36-37, 医学書院, 1978.
- 松木光子：ロイ適応看護モデル序説 (2版), 11-233, へるす出版, 1999.
- 半澤直美, 北村依理, 大川嗣雄, 他：脳血管障害後のうつ状態, 総合リハビリテーション, 19 (1), 1145-1150, 1991.
- 齋藤圭介, 原田和宏, 津田陽一郎, 他：在宅脳卒中患者のストレス・コーピングと精神的健康との関係, 理学療法学, 28 (7), 348-355, 2001.
- 山本真理子：心理測定尺度集 (2版), 29-31, サイエンス社, 2001.
- 石村貞夫：すぐわかる統計用語, 東京図書東京, 217, 2001.
- 末永由里, 遠藤淑美, 島田広美, 他：長期在宅脳血管障害患者の回復過程, 川崎市立看護短期大学紀要, 6 (1), 38-49, 2001.
- 村松孝徳：底辺より撃つ, 拓石堂出版社, 81, 1977.
- 高山成子：脳疾患患者の障害認識変容過程の研究—グランデッド セオリー アプローチを用いて—, 日本看護科学会誌, 17 (1), 1-7, 1997.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S.: Stress and Emotion,

- 監訳・本明寛, 春木豊, 織田正美, ストレスの心理学, 156, 実務教育出版, 1998.
- 30) 湯浅美千代: リハビリテーションを行う老人への援助の考え方の転換, *Quality Nursing*, 3 (10), 31-37, 1997.
- 31) 小笠原充子, 森口美奈, 竹嶋友美: 障害をもちながら自宅退院する人の経験世界の構造, 日本看護学会論文集28回成人看護Ⅱ, 57-59, 1997.
- 32) 藤田佐和, 森口美奈, 小河原充子: 身体に不自由な障害をもち生活再編成に向かう人の経験世界, 高知女子大学紀要, 45, 137-152, 1997.
- 33) 酒井郁子: 脳血管障害患者の生活の再構成を支える看護の専門性を考える, *Quality Nursing*, 8 (3), 192-198, 2002.
- 34) 進藤伸一: 障害の受容における価値観の転換の問題, 弘前大医短紀要, 14, 76-88, 1990.
- 35) 野口美和子: 老人看護学再考-自我発達の観点から, *Quality Nursing*, 3 (10), 972-977, 1997.
- 36) 小野幸子: 老年者の自我発達を促す看護援助, *Quality Nursing*, 3 (10), 982-988, 1997.