

パーキンソン病患者のセルフ・エフィカシーとその関連要因

藤井千枝子* 青島多津子* 佐藤 親次*
森田 展彰* 大越 教夫^{2*} 小田 晋^{3*}

パーキンソン病患者の身体的・精神的活動を促し、行動を支援するための因子を明らかにするために、一般性セルフ・エフィカシー尺度を用いて調査を行った。東京都パーキンソン病友の会会員に対して層化無作為抽出法により郵送調査を行い、回答のあった143人（男性73人、女性70人）について分析を行った。

一般性セルフ・エフィカシー尺度を用いた結果は、66.5%が非常に低いおよび低い傾向に属した。また、セルフ・エフィカシーを高める要因として統計的解析により次の結果が得られた。

男性では、1) 所属団体が多く、2) 日常生活の援助者と家族外に気持ちのわかってくれる人が存在し、3) 収入や家計について困っている割合が低く、4) 運動の方法と生活上の注意点について理解していると感じていることが認められた。女性では、1) 月の外出日数が多く、2) 趣味の場と運動するための場があり、3) 家族外に気持ちのわかってくれる人が存在し、4) 罹患期間が短く、すくみ足やしゃべりにくさがなく、5) 住宅設備に困っている割合が低く、6) 運動の方法について理解していると感じていることが認められた。

以上によりセルフ・エフィカシーを高め、行動を支援するためには、パーキンソン病患者に対して参加の場、他者による援助、収入と家計の安定といった社会的・心理的支援とともに、疾病の理解を促すための健康教育が有効となることが示唆された。

Key word: パーキンソン病, セルフ・エフィカシー, 社会的・心理的支援, 健康教育

I はじめに

我が国は、今までに経験したことのない超高齢化社会になることが予測されている。長谷川と古和¹⁾は、「変性性神経疾患の有病率は、加齢に従って増加する」と述べている。神経難病のうち、パーキンソン病は、黒質線条体ドーパミン神経細胞および青斑核ノルアドレナリン神経細胞の変性・脱落により生じる独自の運動障害と自律神経症状を主要な臨床症状とする慢性進行性の疾患である。1972年の推計患者数は、人口10万人あたり約50人であり、現在は80.6人と報告されている²⁾。医療費補助を受けているパーキンソン病患者数は、93年度特定疾患治療研究対象疾患総件数の11.0%を占める³⁾。

パーキンソン病は、数ある神経疾患のなかでL-DOPAによるdopamine欠乏の補充が症状改

善に結びついた唯一の成功例であり⁴⁾、このL-DOPAは、奇蹟の薬と言われた。しかし、副作用や長期投与による諸問題も指摘されている⁵⁾。久野⁶⁾は、「薬物療法に並行して理学療法、作業療法を行うとADLの改善が顕著となることが多く、音楽療法をとり入れて集団で合唱したり詩吟の練習などもリズム感を保ち、精神的にも不安の除去などに有用である」と報告している。

また、パーキンソン病患者は、身体的特徴以外にも抑うつ、内向性や責任感が強いなどの病前性格の存在、嫌煙傾向などのライフスタイルが特徴であると指摘されている。Brownら⁷⁾は、パーキンソン病患者の抑うつと機能低下が密接に関係しており、抑うつについては、その患者の心理的・社会的因子を包括して初めて十分に理解されると報告した。Gothanら⁸⁾は、パーキンソン病患者の抑うつを十分に理解するためには、患者と介護者の態度やサービスと支援などの社会的因子についての研究が必要である、と述べている。しかし、Ehmannら⁹⁾は、パーキンソン病患者への社会支援は、抑うつの症状と関連はないが、コピーングの予期因子となり、積極的な認知的または行動的

* 筑波大学社会医学系

^{2*} 筑波大学臨床医学系神経内科学

^{3*} 国際医療福祉大学

連絡先: 〒つくば市天王台 1-1-1

筑波大学医学研究科 藤井千枝子

コーピングが、回避的なコーピングよりも苦痛を弱めることを示唆した。

また、黒田¹⁰⁾は、「機能保持のための運動を実施している場合には標準化死亡率が最も低く、また、家計が苦しい人は有意に運動を実施しない群に属していた」ことを報告した。真野¹¹⁾は、「パーキンソン病の残存機能を最大限に使っている人は、残存機能を早期に放棄し全身の廃用化を促進している傾向の人との違いは大きく、生活指導を含めた運動療法の指導が大切である。」と報告した。

一方、Bandura¹²⁾は、「セルフ・エフィカシーが低く認知されている時に人は、抑うつ状態に陥りやすいといった特徴がある。」と述べている。セルフ・エフィカシー (self-efficacy)¹³⁾とは、「結果を生みだすため」に「必要な行動をどの程度うまく行えるか」という個人の確信である。また、「セルフ・エフィカシー (自己効力) を高く認知することが行動始発の先行要因として重要で、個人が事態に対してどのような評価を行い、どのような対処をするかはセルフ・エフィカシーの判断に基づく」としている。

以上より、パーキンソン病患者のセルフ・エフィカシーを高めることは、心身ともに効果的であると考えられる。しかし、セルフ・エフィカシーを高め、行動を支援する因子は十分明らかになっていない。

本研究は、一般性セルフ・エフィカシー尺度を用いて、行動を支援するための因子を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ 対象と方法

1. 調査方法

パーキンソン病友の会は、96年2月現在、全国27都道府県に支部をもち、会員約4,000人の患者会である。このうち、東京都パーキンソン病友の会は、区または、市を単位とした20支部からなる患者会である¹⁴⁾。

今回の調査は、東京都S支部会員の協力を得て、本人とその配偶者の計10人に対して半構造化面接を行い、そこで得られた項目をもとに自記式質問紙を作成した。さらに、東京都パーキンソン病友の会役員会において、検討を行った。この質問紙は、93年度までに結成された東京都パーキン

ソン病友の会、18支部の会員に対して、支部会員数に対する割合が均一となるよう層化無作為抽出法を行い、郵送調査を行った。

回収数は、95年8月～9月に返送された176人(男性92人、女性82人)、回収率は、52.9%であった。さらに、今回の調査の尺度に用いる一般性セルフ・エフィカシー尺度の回答に完全な回答のあった143人(男性73人、女性70人)を解析対象者とした。

2. 調査内容

調査票による調査項目は、性、年齢、Hoehe & Yahrの重症度分類などの対象の背景の他に、一般性セルフエフィカシー尺度と半構造化面接で得られた項目を用いた。

坂野と東條¹⁵⁾は、日常生活のさまざまな状況における個人の一般性セルフ・エフィカシーの強さを測定する尺度(GSES)を作成した。GSESは16項目からなる質問紙であり、再検査法、折半法、平行検査法等により、信頼性、妥当性も十分高いことが証明されている。また、抑うつ状態にある者は、そうでない者に比べ有意に得点が低いことが示された。さらに坂野¹⁶⁾は、成人男女276人の得点結果を移動平均法によってスムージングした相対度数分布から、男女別にセルフエフィカシーの強さとして、非常に低い、低い傾向、普通、高い傾向、非常に高いの5段階評定に換算した。

また、半構造化面接の後、KJ法を用いて分類したパーキンソン病患者の行動支援のための項目は、(1)参加の場、(2)身体の状態、(3)人的支援、(4)パーキンソン病に対する理解、(5)日常生活の安定の5因子に分類した。このうち、日常生活の安定については、困っていることについて質問した

3. 解析方法

年齢や同居人数、初発症状からの年数などの対象の背景については、男女別にt検定(等分散の場合、Student法、等分散でない場合、Welch法)を用いて性差を分析した。

また、GSESの結果は、男女別に χ^2 検定(Yatesの連続補正)を行った。GSESの強さに関連する要因を抽出するためにGSESの強さは、低い(非常に低いおよび低い傾向)、普通、高い(高い傾向および非常に高い)の3群に分類した。対象の属性についてはKruskal-Wallis検定を行い、

主な自覚症状，参加の場，人的支援については Mantel 検定を用いて分析した。パーキンソン病に対する理解については，まったく理解していないを1点，あまり理解していないを2点，かなり理解しているを3点，非常に理解しているを4点とし，困っていることについては，まったく困っていないを1点，あまり困っていないを2点，かなり困っているを3点，非常に困っているを4点と得点化し，Kruskal-Wallis 検定を用いて分析した。

分析は，Macintosh 用 SPSS6.1 を用いた。

Ⅲ 結 果

1. 対象の背景

各支部会長から得られた93年度現在の各支部の会員数および賛助会員数は，表1に示した。

調査対象者の平均年齢は，69.3歳（SD8.2），診断後の平均経過年数は，9.4年（SD6.8），Hohen & Yahr の重症度分類は，2.5（SD1.2）であった。年齢，同居人数，初発症状および，診断からの年数，Hohen & Yahr の重症度分類に対する男女別の有意差は，みられなかった（表2）。

2. GSES の結果

セルフ・エフィカシーの強さは，男女共に『低い傾向』に属する割合が最も高かった。調査対象者全数のうち『非常に低い』と『低い傾向』に属する割合は，66.5%であった（図1）。

「はい」と答えた割合が最も多かった質問項目は，「仕事を終えた後，失敗したと感ずることの方が多い」について，男性が72.2%，女性が

表1 東京都パーキンソン病友の会 会員数
1993年3月末現在

	認定数	患者 会員数	賛助 会員数	結成 年 月	備考
太田・品川区	308	29	2	1978 9	
三鷹市	66	33	—	1982 2	*
世田谷区	254	72	—	1984 12	
日野市	46	20	4	1984 10	
杉並区	166	58	0	1985 6	
江東区	96	33	—	1985 11	*
小平市	62	35	0	1985 10	
葛飾市	135	40	5	1986 11	
東久留米市	25	10	5	1986 1	
府中市	61	40	9	1986 8	
豊島区	112	59	—	1987 3	*
練馬区	163	52	—	1987 5	*
板橋区	128	45	25	1988 3	
荒川区	78	27	2	1988 3	
足立区	179	25	30	1990 4	
墨田区	64	17	—	1990 10	*
武蔵野市	62	23	5	1991 6	
中野区	100	40	—	1992 10	*
合 計	2,105	658	87		

- 注1 会員数に遺族および賛助会員が含まれている可能性がある場合は，備考に*印を加えた。
- 注2 認定数は，文献28）東京の福祉実態による特殊疾病認定患者数から引用した。パーキンソン病患者の全数ではなく，認定数である。
- 注3 支部結成年度順に記載した。
- 注4 94年度八王子市，95年度に立川市に支部が誕生した。
- 注5 患者会員数は，居住地区以外から所属している会員をも含む。

表2 対象の背景

	男 性	女 性	合 計	検 定	
	n=73 平均±標準偏差	n=70 平均±標準偏差	n=143 平均±標準偏差	t 値	p 値
年齢	68.6±9.2	69.9±7.0	69.3±8.2	-0.97	0.334
同居人数	2.9±1.3	2.9±1.8	2.9±1.6	-0.21	0.833
初発症状からの年数	10.6±7.4	10.6±7.0	10.6±7.2	0.00	1.000
診断からの年数	9.5±7.2	9.3±6.5	9.4±6.8	0.17	0.862
Hohen & Yahr 重症度分類	2.4±1.3	2.5±1.2	2.5±1.2	0.48	0.447
セルフ・フィカシー得点	7.1±4.2	6.0±4.2	6.5±4.3	1.56	0.122

- 注1 Welch’s t-test を用いた。
- 注2 Student’s t-test を用いた。
- 注3 すべて有意差なし。

図1 一般性セルフ・エフィカシー尺度 評定の分布

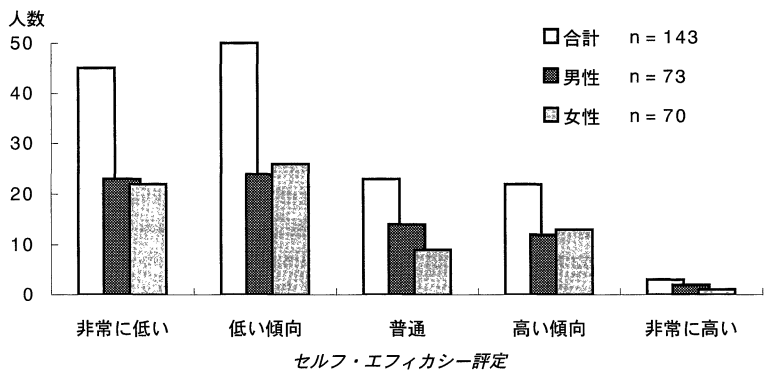


表3 一般性セルフ・エフィカシー尺度の各質問項目に対する回答

	男性 n=73 人数 (%)	女性 n=70 人数 (%)	検 定		
			χ^2 値	p 値	有意水準
1. 何か仕事をするときは自信をもってやるほうである	46(63.9)	41(58.6)	0.14	0.709	n.s.
2. 過去におかした失敗やいやな経験を思い出して、暗い気持ちになることがよくある	43(59.7)	37(52.9)	0.31	0.567	n.s.
3. 友人よりすぐれた能力がある	19(26.4)	11(15.7)	1.71	0.191	n.s.
4. 仕事を終えた後、失敗したと感じることの方が多い	52(72.2)	44(62.9)	0.79	0.375	n.s.
5. 人と比べて心配症なほうである	26(36.1)	24(34.3)	0.00	1.000	n.s.
6. 何か決めるとき、迷わずに決定する方である	26(36.1)	29(41.4)	0.29	0.588	n.s.
7. 何かするとき、うまくゆかないのではないかと不安になることが多い	31(43.1)	27(38.6)	0.09	0.761	n.s.
8. 引っ込み思案な方だと思う	26(36.1)	23(32.9)	0.03	0.864	n.s.
9. 人より記憶力がよいほうである	25(34.7)	27(38.6)	0.13	0.716	n.s.
10. 結果の見通しがつかない仕事でも、積極的に取り組んでゆくほうである	32(44.4)	27(38.6)	0.22	0.639	n.s.
11. どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれ ないことがよくある	37(51.4)	25(35.7)	2.68	0.102	n.s.
12. 友人よりも特にすぐれた知識をもっている分野がある	32(44.4)	22(31.4)	1.84	0.175	n.s.
13. どんなことでも積極的にこなす方である	31(43.1)	26(37.7)	0.23	0.632	n.s.
14. 小さな失敗でも人よりずっと気にする方である	34(47.2)	27(38.6)	0.64	0.425	n.s.
15. 積極的に活動するのは、苦手な方である	22(30.6)	22(31.4)	0.00	1.000	n.s.
16. 世の中に貢献できる力があると思う	29(40.3)	17(24.3)	3.23	0.072	†

注1 「はい」と答えた人数および割合を示した。
注2 検定は、 χ^2 検定 (Yates の連続補正) を用いた。
注3 設問 2, 4, 5, 7, 8, 11, 14, 15 は、逆転項目である。
有意水準 : n.s. 有意差なし † $p<0.1$

62.9%であった。逆に「はい」と答えた割合が最も少なかった質問項目は、「友人よりすぐれた能力がある」について、男性が26.4%、女性が15.7%であった。男女差のあった項目は、「世の中に貢献できる力があると思う」について男性が女性より多く「はい」と答え、有意傾向 ($p<$

0.1) であった (表3)。
3. 一般性セルフ・エフィカシーの強さに関連する因子 (表4)
1) 身体の状態
GSES の評定が高い女性群は他群に比べ、「すくみ足」と「しやべりにくい」について、自覚症

表4 対象者の属性と参加の場

セルフ・エフィカシー評定 男 性	低 い n=47	普 通 n=14	高 い n=12	検 定			
				χ^2 値	p 値	有意水準	
	(平均±標準偏差)	(平均±標準偏差)	(平均±標準偏差)				
年齢	68.7±8.3	71.6±8.9	64.8±12.1	1.86	0.616	n.s.	注 1
診断後の経過年数	10.5±7.4	7.0±4.2	8.7±8.7	2.79	0.248	n.s.	
Hohen & Yahr の重症度分類	2.4±1.2	2.3±1.4	2.2±1.5	0.97	0.616	n.s.	
同居人数	2.8±1.3	3.3±1.5	2.7±1.2	2.64	0.268	n.s.	
月の平均外出日数	5.5±6.3	7.2±7.5	13.2±12.3	2.63	0.268	n.s.	
所属団体数	0.6±0.6	0.1±0.3	1.0±1.2	5.01	0.082	†	
自覚症状	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)				
振戦	27(57.4)	7(50.0)	7(58.3)	0.01	0.916	n.s.	注 2
筋固縮	32(68.1)	6(42.9)	7(58.3)	1.16	0.282	n.s.	
姿勢保持障害	25(53.2)	4(28.6)	7(58.3)	0.05	0.821	n.s.	
寡動	12(25.5)	3(21.4)	6(50.0)	1.89	0.170	n.s.	
すくみ足	29(61.7)	6(42.9)	7(58.3)	0.33	0.565	n.s.	
しゃべりにくい	28(59.6)	6(42.9)	7(58.3)	0.17	0.679	n.s.	
参加の場							
仕事場	9(19.1)	5(35.7)	2(16.7)	0.06	0.804	n.s.	
仕事以外に定期的に行く場	22(46.8)	9(64.3)	6(50.0)	0.28	0.595	n.s.	
仕事以外に人と会う場	15(31.9)	7(50.0)	6(50.0)	1.93	0.164	n.s.	
運動するための場	27(57.4)	7(50.0)	7(58.3)	0.01	0.916	n.s.	
パーキンソン病について学ぶ場	32(68.1)	8(57.1)	7(58.3)	0.62	0.431	n.s.	
趣味の場	9(19.1)	6(42.9)	4(33.3)	2.05	0.152	n.s.	
気持ちの落ち着く場	20(42.6)	8(57.1)	8(66.7)	2.59	0.108	n.s.	
相談ができる場	25(53.2)	7(50.0)	7(58.3)	0.05	0.831	n.s.	
女 性	n=48	n=9	n=13				
	(平均±標準偏差)	(平均±標準偏差)	(平均±標準偏差)				
年齢	69.6±7.6	69.6±5.5	71.4±5.9	0.55	0.761	n.s.	注 1
診断からの年数	9.1±5.2	14.3±11.4	6.4±4.5	4.61	0.099	†	
Hohen & Yahr 重症度分類	2.5±1.2	2.4±1.4	2.5±1.3	0.10	0.953	n.s.	
同居人数	3.2±1.8	2.8±1.7	2.6±1.8	1.31	0.519	n.s.	
月の平均外出日数	5.7±6.6	6.4±7.3	11.3±8.7	5.62	0.060	†	
所属団体数	0.6±0.7	0.9±0.8	1.0±1.6	1.20	0.550	n.s.	
自覚症状	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)				
振戦	26(54.2)	6(66.7)	8(61.5)	0.57	0.449	n.s.	注 2
筋固縮む	25(52.1)	6(66.7)	6(46.2)	0.02	0.880	n.s.	
姿勢保持障害	20(41.7)	5(55.6)	4(30.8)	0.21	0.647	n.s.	
寡動	11(22.9)	3(33.3)	1(7.7)	0.84	0.359	n.s.	
すくみ足	33(68.8)	5(55.6)	4(30.8)	6.04	0.014	*	
しゃべりにくい	27(56.3)	4(44.4)	2(15.4)	6.57	0.010	*	
参加の場							
仕事場	4(8.3)	0(0.0)	2(15.4)	0.29	0.591	n.s.	
仕事以外に定期的に行く場	21(43.8)	4(44.4)	8(61.5)	1.11	0.291	n.s.	
仕事以外に人と会う場	18(37.5)	1(11.1)	7(53.8)	0.39	0.533	n.s.	
運動するための場	18(37.5)	6(66.7)	9(69.2)	5.12	0.024	*	
パーキンソン病について学ぶ場	31(64.6)	7(77.8)	9(69.2)	0.23	0.631	n.s.	
趣味の場	17(35.4)	2(22.2)	9(69.2)	3.40	0.065	†	
気持ちの落ち着く場	24(50.0)	6(66.7)	9(69.2)	1.86	0.173	n.s.	
相談ができる場	28(58.3)	4(44.4)	9(69.2)	0.21	0.647	n.s.	

注 1 Kruskal-Wallis 検定を用いた。

注 2 Mantel 検定を用いた。

有意水準：n.s. 有意差なし † p<0.1 *p<0.05

状があると答えた割合が有意に少なかった ($p<0.05$)。

2) 対象の属性と参加の場について

GSES の評定が高い男性群は、「所属団体数」か他群に比べ多かった ($p<0.1$)。GSES の評定が高い女性群は、他群に比べ診断からの期間が短く、月の外出日数が多く (どちらも $p<0.1$)、「運動するための場」($p<0.05$)と「趣味の場」($p<0.1$)があると答えた割合が高かった。

3) 人的支援 (表 5)

男性の GSES の評定の高いまたは普通群は、「日常生活の援助者」をもつ割合が100%，低い群では78.3%であり、有意差がみられた ($p<0.05$)。GSES の評定の高い群は、男女共に家族外の「気持ちをおかしてくれる人」($p<0.1$)の割合が他群に比べ高かった。

4) パーキンソン病に対する理解 (表 6)

パーキンソン病の「病気について」,「薬の飲み方」,「症状について」,「運動の方法」,「生活上の

注意点」の 5 項目については、主観的な理解度を比較した結果、すべての項目において GSES の評定が強いほど理解していると答えた割合も高くなった。男性群について有意差がみられた項目は、「生活上の注意点」($p<0.05$)であり、「運動の方法」が有意傾向であった ($p<0.1$) 女性群についても「運動の方法」については、有意差 ($p<0.05$) がみられた。

5) 日常生活の安定 (表 7)

日常生活の主観的な困っていることについて比較した結果は、男性では GSES の評定の低い群が「収入や家計のこと」について困っている度合が高く、有意差 ($p<0.05$) がみられ、女性では GSES の評定の低い群が「住宅設備のこと」について困っている度合が高く、有意差 ($p<0.05$) がみられた。

Ⅳ 考 察

Brown と Jahanshahi¹⁷⁾は、パーキンソン病患

表 5 人的支援

セルフ・エフィカシー評定 男 性	低 い 人数 (%)	普 通 人数 (%)	高 い 人数 (%)	検 定		
	n=47	n=14	n=12	χ^2 値	p 値	有意水準
家族内						
気持ちをわかってくれる人	44(93.6)	10(71.4)	12(100.0)	0.03	0.853	n.s.
治療協力者	45(95.7)	11(78.6)	11(91.7)	1.09	0.296	n.s.
励ましてくれる人	45(95.7)	12(85.7)	12(100.0)	0.00	0.956	n.s.
家族外						
気持ちをわかってくれる人	19(40.4)	8(57.1)	8(66.7)	3.13	0.077	†
治療協力者	13(27.7)	8(57.1)	5(41.7)	2.03	0.154	n.s.
励ましてくれる人	26(55.3)	8(57.1)	7(58.3)	0.04	0.839	n.s.
日常生活の援助者	36(76.6)	14(100.0)	12(100.0)	5.99	0.014	*
女 性						
家族内						
気持ちをわかってくれる人	37(77.1)	5(55.6)	8(61.5)	1.78	0.183	n.s.
治療協力者	37(77.1)	7(77.8)	8(61.5)	1.07	0.301	n.s.
励ましてくれる人	38(79.2)	8(88.9)	11(84.6)	0.34	0.561	n.s.
家族外						
気持ちをわかってくれる人	25(52.1)	6(66.7)	10(76.9)	2.82	0.093	†
治療協力者	21(43.8)	4(44.4)	9(69.2)	2.27	0.132	n.s.
励ましてくれる人	30(62.5)	7(77.8)	11(84.6)	2.63	0.105	n.s.
日常生活の援助者	41(85.4)	6(66.7)	12(92.3)	0.04	0.836	n.s.

注 1 Mantel 検定を用いた。
有意水準：n.s. 有意差なし † $p<0.1$ * $p<0.05$

表6 パーキンソン病に対する理解

セルフ・エフィカシー評定	低 い (平均±標準偏差)			検 定		
	普 通 (平均±標準偏差)	高 い (平均±標準偏差)				
男 性	n=47	n=14	n=12	χ ² 値	p 値	有意水準
病気について	2.8±0.6	2.8±0.4	3.2±0.6	3.32	0.189	n.s.
薬の飲み方	2.8±0.5	3.1±0.5	3.2±0.6	3.53	0.171	n.s.
症状について	2.8±0.5	3.0±0.4	3.2±0.6	3.15	0.207	n.s.
運動の方法	2.5±0.6	2.8±0.6	3.1±0.7	5.40	0.067	†
生活上の注意点	2.6±0.6	3.0±0.4	3.1±0.7	7.04	0.030	*
女 性	n=48	n=9	n=13			
病気について	2.7±0.5	2.8±0.7	3.0±0.7	2.58	0.275	n.s.
薬の飲み方	2.7±0.6	3.0±0.5	3.0±0.7	2.40	0.302	n.s.
症状について	2.7±0.6	2.8±0.4	3.0±0.7	2.73	0.255	n.s.
運動の方法	2.4±0.6	2.8±0.8	2.9±0.6	7.48	0.024	*
生活上の注意点	2.6±0.6	2.6±0.5	2.9±0.8	2.96	0.228	n.s.

注1 まったく理解していない…1点, あまり理解していない…2点, かなり理解している…3点, 非常に理解している…4点とし, 平均点を表示した。

注2 Kruskal-Wallis 検定を用いた。

有意水準: n.s. 有意差なし † p<0.1, * p<0.05

表7 困っていることについて

セルフ・エフィカシー評定	低 い (平均±標準偏差)			検 定		
	普 通 (平均±標準偏差)	高 い (平均±標準偏差)				
男 性	n=47	n=14	n=12	χ ² 値	p 値	有意水準
介護者のこと	1.8±0.7	1.5±0.9	2.0±1.3	2.86	0.239	n.s.
家族との関係	1.8±0.6	1.8±1.0	1.5±0.7	3.18	0.204	n.s.
収入や家計のこと	2.0±0.7	1.7±0.6	1.4±0.5	7.57	0.023	*
住宅設備のこと	1.9±0.6	2.0±0.6	1.8±0.9	3.71	0.157	n.s.
女 性	n=48	n=9	n=13			
介護者のこと	2.2±0.9	1.7±0.7	1.9±0.9	3.40	0.183	n.s.
家族との関係	1.9±0.8	2.1±0.9	1.8±0.6	0.43	0.805	n.s.
収入や家計のこと	1.9±0.7	1.7±0.5	1.7±0.5	1.73	0.421	n.s.
住宅設備のこと	2.2±0.9	1.8±1.0	1.7±0.5	6.00	0.050	*

注1 まったく困っていない…1点, あまり困っていない…2点, かなり困っている…3点, 非常に困っている…4点とし, 平均点を表示した。

注2 Kruskal-Wallis 検定を用いた。

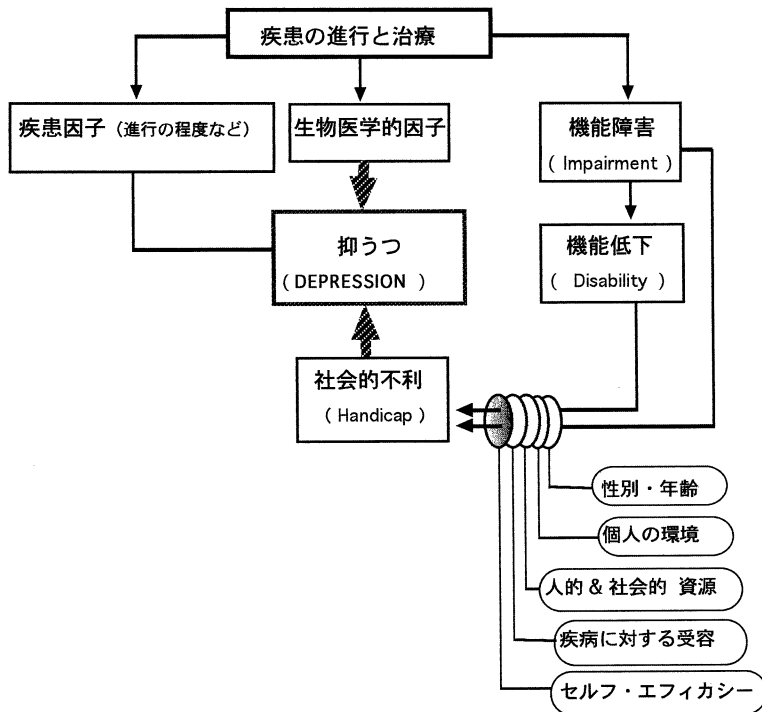
有意水準: n.s. 有意差なし † p<0.1, * p<0.05

者の抑うつの原因と関係する主な因子を, 病気の進行と治療における生物医学的因子, 他の疾患因子(進行の程度など), 機能障害(impairment)ないし機能低下(disability)に年齢や個人環境, 人的および社会的資源が要因が加わる結果としての社会的不利(handicap)によって引き起こされることをシエマとして示した。パーキンソン病患

者の抑うつは, 今回の調査結果から, 性差, 疾病に対する受容, セルフ・エフィカシーの要因も考慮する必要があると思われる(図2)。

今回の調査では, セルフ・エフィカシー得点と性別, 年齢との間には関連がみられなかったが, セルフ・エフィカシー評定を, 「高い」, 「普通」, 「低い」に分類して分析した結果は, 気持ちの安

図2 パーキンソン病患者の抑うつ：原因と加減する主な要因



文献7) Brown, R, Jahanshahi, Mらのシエマに性別, 疾患に対する受容, セルフ・エフィカシーを加えた。

定が可能となる人的支援のあることや、男性では収入や家計の安定、女性では住宅設備の改善がセルフ・エフィカシーの高さと関連がある可能性を示唆している。

植松らは¹⁸⁾、「パーキンソン病患者の趣味や余暇の過ごし方は特異的であり、仕事中心に生き、生活の場が狭かったこと、自分の周辺以外に関心がうすいこと」を示唆している。また、Singer¹⁹⁾は、「テレビ、読書、居眠りのような一人の活動を好むといった特徴」も示されており、パーキンソン病患者は活動は必ずしも好ましいと感じていないことが文献から推測できる。

しかし、セルフ・エフィカシーが高い群は、運動の方法についてより多く「理解している」と感じていた。また、パーキンソン病の死亡原因の大半は、長期臥床による合併症²⁰⁾であることから、リハビリテーションの推進による寝たきりに対する予防が必要である。我が国の寝たきり化の3大要因は、第1に身体的要因、第2に心理的要因、すなわち生活目標や日課が明確でなく活動意

欲の減退、依存性の増大がみられ、第3に社会環境要因として、対人関係が少なく、社会的孤立または刺激の少ない環境、居住環境、気候条件が挙げられている²¹⁾。

フランク²²⁾は、実在分析の立場から、人間存在には、精神的・心理的・身体的の三次元が存在するという次元的存在論を展開し、この三次元は、相互に影響しあうが、人間の生きがいの根拠となる精神的次元は、身体的次元に一方向的に制約されるのではなく、本質的な疾病に対する態度が人間の生き方を決定するとしている。つまり、身体的障害が、一元的にその人の生き方を決定するのではないとしている。パウル・ボーラク²³⁾は、「社会的な問いの解決が、精神的な問題性をはじめて真に自由なものとし、それをはじめて真に動員することになるだろう。」と述べている。社会的・心理的支援を得て患者が行動を起こすとき、それは行動に伴い心身が自然に活用され、身体を動かすこととなり、このことが日常生活における効果的な運動療法となると考えられる。

また、セルフ・エフィカシー評定が高い群は、パーキンソン病に対する質問項目について「理解している」と答えた割合が高かった。今回の調査における理解とは、患者自身が理解していると感じている割合であって、正確な理解をしているか否かは評価していない。このことは、患者自身がパーキンソン病と「うまくつきあえている」、「受け入れている」と感じていると換言することができる。Erwinら²⁴⁾は、パーキンソン病患者に対して患者教育プログラムによりセルフ・エフィカシーを高めることは、パーキンソン病の治療に有効であると報告している。また、Victorら²⁵⁾は、セルフ・エフィカシーを高めることは、健康に望ましい行動の変容を行うことを報告し、Shirelery²⁶⁾は、個人内部の主要なサポート資源が、結果を変えうる個人の能力としてセルフ・エフィカシー理論を挙げている。さらに Grembowskiら²⁷⁾は、「セルフ・エフィカシーが高い高齢者は、社会的・経済的状態と健康について Well-Being となる傾向が強い」と報告しており、セルフ・エフィカシーを高めることは、身体活動を促す効果のみならず、社会的・心理的活動をも促すものと思われる。

今回の調査は、自記式調査であり、臨床診断ではなく、本人の主観的な回答である。また、友の会の会員という、比較的積極的に疾患と関わっていると思われる群を対象とした。しかし、調査対象者の GSES は、一般成人より低いことが明らかになった。今後、パーキンソン病患者に対して、参加の場の提供や人的支援、日常生活の安定、健康教育により疾患の理解を促すことが、行動を支援する一助になると思われる。

本調査にあたり、ご協力をいただいたパーキンソン病友会の会の皆様に謝意を表します。

(受付 '96.8.12)
(採用 '97.9.18)

文 献

- 1) 長谷川一子, 古和久幸. パーキンソン病と加齢. Medical Practice 1995; 12(3): 316-321.
- 2) 厚生省保健医療局疾病対策課編. 平成6年度版厚生省特定疾患研究試作版 CD-ROM. 東京: 財団法人国際医学情報センター, 1995.
- 3) 難病. 厚生統計協会 42(9). 国民衛生の動向. 東

京: 厚生統計協会, 1995; 166-169.

- 4) 近藤智善, 羽鳥浩三. パーキンソン病の治療 主な抗パーキンソン病薬とその臨床薬理・特徴. 治療 1994; 76(4): 1215-1222.
- 5) 清水夏繪. パーキンソン病の治療 未治療患者の治療の進め方と L-DOPA 治療に伴う諸問題の対策. 治療 1994; 86(4): 1225-1230.
- 6) 久野貞子. 病期別にみたパーキンソン病の治療の進め方. Medical Practice 1995; 12(3): 399-403.
- 7) Brown R G, 他. Depression and disability in Parkinson's disease: a follow-up of 132 cases. Psychol Med 1988; 18: 49-55.
- 8) Gotham AM, 他. Depression in Parkinson's disease quantitative and qualitative analysis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1986; 49: 381-389.
- 9) Ehmann TS, 他. Coping, Social Support and Depressive Symptoms in Parkinson's Disease. J Geriatr Psychiatry Neurology 1990; 3: 85-90.
- 10) 黒田研二, 多田羅浩三, 新庄文明. パーキンソン病の療養の態度がその死亡率の及ぼす影響に関する研究. 日本公衆衛生学雑誌 1990; 37(5): 333-339.
- 11) 真野行生. パーキンソン病のリハビリテーション. 治療 1987; 69: 800-804.
- 12) Bandura A, 重久 剛訳. 自己効力 (Self-Efficacy) の探究. 東京: 金子書房, 103-141.
- 13) Bandura A. Self-Efficacy, Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychol Rev 1977; 84(2): 191-215.
- 14) 河野 都. 看護・介護者へのメッセージ. 難病と在宅ケア 1996; 1(6): 16-17.
- 15) 坂野雄二, 東条光彦. 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究 1986; 12(1): 73-82.
- 16) 坂野雄二. 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の妥当性の検討. 早稲田大学人間科学研究 1989; 2(1): 91-98.
- 17) Brown R, Jahanshahi M. Depression in Parkinson's Disease, A Psychosocial Viewpoint. Behav Neurol Mov Dis 1995; 65: 61-84.
- 18) 植松 稔, 他. パーキンソン病の case-control study の総括報告. 難病の疫学調査研究班57年度報告書 1983; 18-39.
- 19) Singer E. Social costs of Parkinson's disease. J Chron Dis 1973; 26: 243-254.
- 20) 原田英昭, 高橋和郎. パーキンソン病の疫学. 萬年 徹編. パーキンソン症候群と類縁疾患: メヂカルビュー社; 東京, 1989; 90-97.
- 21) 寝たきり, 半寝たきり, 要介護老人と保健婦の役割. 松沢 康, 他編. 高齢者指導論: メヂカルフレンド社; 東京, 1991; 169-210.
- 22) Frankl Viktor. 神経症論と心理療法. 宮本忠雄,

- 小田 晋, 訳. 神経症 I : みすず書房 ; 東京, 1961; 9-136.
- 23) Frankl Viktor. 意味への意志. 中村友太郎訳. 生きがい喪失の悩み 現在の精神療法 : エンデルレ書店 ; 東京, 1982; 99-104.
- 24) Erwin BM, et al. Patient Education and Health Promotion Can Be Effective in Parkinson's Disease. *Am J Med* 1994; 97: 429-435.
- 25) Victor JS, et al. The role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Educ Q* 1986; 12(1): 73-91.
- 26) Shirelery AM, 神戸恵子訳. Self-Efficacy and Social Support. *看護研究* 1987; 20(4): 360-369.
- 27) Grembowski D, et al. Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults. *Health Soc Behav* 1993; 34: 89-104.
- 28) 森山 治. 在宅療養者へ医療機器貸与の拡大を. 高橋紘一編. 図説東京の福祉実態1995年度版. 東京 ; 萌文社, 1995; 112-115.

SELF-EFFICACY AND RELATED FACTORS RELATED IN PARKINSON'S DISEASE PATIENTS

Chieko FUJII*, Tazuko AOSHIMA*, Shinji SATO*, Nobuaki MORI*
Norio OHKOSHI²*, Susumu ODA³*

Key word: Parkinson's disease, Self-efficacy, Social and psychological support, Health education.

This study was designed to assess self-efficacy and the factors leading to higher self-efficacy in Parkinson's disease patients, as measured by General Self-Efficacy Scale (GSES). Questionnaires were mailed to patients with Parkinson's disease in Tokyo. This study surveyed 73 male and 70 female patients.

Approximately 66.5% of the patients fell into the low self-efficacy group.

Data was divided into 3 groups (high, moderate and low) and evaluated statistically. Approximately 66.5% of the patients fell into the low self-efficacy group. Patients in the high self-efficacy group exhibited the following features:

Males: 1) The male patients in the high self-efficacy group tended to belong to more groups and had less trouble than any other groups in coping with their daily lives; 2) they generally had people to turn to for mental support outside their families, and for their daily life inside or outside their families; 3) they also felt confident that they had sufficient understanding of better life styles and how to exercise.

Females: 1) The female patients in the high self-efficacy group tended to go out more often than any other groups and had places to go where they could practice hobbies and exercise; 2) they generally had people outside their families to turn to for mental support; 3) their subjective symptoms, such as freezing and dysarthria, tend to be less acute than in the moderate or low self-efficacy patients. 4) had less trouble than any other groups in coping with their housing accommodations; 5) they also felt confident that they understood how to exercise.

In order to increase self-efficacy among Parkinson's disease patients, this study suggests that support, both social and psychological, and providing health education, are important.

* Institute of Community Medicine, University of Tsukuba

²* Institute of Clinical Medicine, University of Tsukuba

³* International University of Health and Welfare