

論文の内容の要旨

Nondirective and Directive Support Survey 日本語版 (NDSS-J) の開発および
Nondirective support と Directive support の糖尿病患者の不安・抑うつに対する影響の検討
木村 美枝子

1. 緒言

糖尿病をはじめとする慢性疾患が増加している。糖尿病治療では患者教育が重要である。患者の健康に影響を与える決定のほとんどは患者の日常生活の中でなされるため、患者は日々の生活の中で健康を支える決定ができる知識と技術を学ぶ必要がある。従来医学モデルに基づいた知識提供型の患者教育では糖尿病の血糖コントロールや合併症予防など糖尿病のアウトカムが十分に改善しないことが明らかになってきた。近年エンパワーメントモデルに基づいた患者教育が推奨されている。エンパワーメントモデルが目指すのは、患者が自分自身の潜在的な力に気づき、自分で納得した上で行動を変えていくことである。エンパワーメントモデルのアプローチでは、患者は自分自身の専門家として自発的に活動し、医療者は疾患の専門家として患者と「協働する」関係性を築いていくことが必要である。Fisher らは2つの支援行動 Nondirective support と Directive support を測定する尺度 Nondirective and Directive Support Survey を開発した。Nondirective support は「支援を提供する者が支援を受ける者と協働し、支配することなく、支援を受ける者の気持ちや選択を受け入れる」エンパワーメントモデルの支援行動であり、Directive support は「支援を提供する者が課題の結果に対して責任を持ち、支援を受ける者が正しい感じ方やベストな選択をするよう励ます」従来医学モデルに基づく支援行動である。エンパワーメントモデルのアプローチを普及させていくためには、臨床の中に活かされるエビデンスを集積していくことが急務であり、この尺度はエンパワーメントモデルの支援を検討していく上で有用であると考えた。研究1ではFisher らが開発した Nondirective and Directive Support Survey の日本語版を開発し、信頼性および妥当性の検証を行った。

一方、糖尿病患者は心理的問題を抱えることが多く、非糖尿病患者に比べうつ病や不安障害を合併しやすい。先行研究では、診察において患者主体の話し合いを行うことで患者の不安が低下したり、エンパワーメントモデルに基づくプログラムで患者の心理的 QOL、糖尿病関連負担感、抑うつ症状が改善することが示されている。糖尿病治療でエンパワーメントモデルに基づく支援が提供されることには、不安や抑うつを軽減する効果があるのではないかと考えた。研究2では、医療者から提供された Nondirective support が糖尿病患者の不安や抑うつを弱める方向に関連しているという仮説を検証するため、Nondirective support および Directive support が糖尿病患者の不安・抑うつに与える影響について検討した。

2. 対象と方法

研究 1

関東地方にある糖尿病専門 A クリニックに通院中の糖尿病外来患者の 253 名（男性 104 名、女性 149 名、平均年齢 56.9 ± 15.1 歳）を対象とした。

Nondirective and Directive Support Survey 日本語版 (NDSS-J)を作成し、(1)確認的因子分析（スクリー法により因子数を決定。主因子法、プロマックス回転による因子分析）で因子的妥当性、(2)Cronbach の α 信頼係数で内部一貫性、(3)NDSS-J の各下位項目とヘルスリテラシースケール、エンパワーメントスケールおよび他者依存性尺度との相関で構成概念妥当性を検証した。

研究 2

関東地方にある糖尿病専門 A クリニックに通院中の糖尿病外来患者の 253 名のうち、欠損値のない 218 名（男性 89 名、女性 129 名、平均年齢 57.8 ± 13.6 歳）を解析対象とした。

医療者から提供された支援 (Nondirective support および Directive support) を NDSS-J、不安・抑うつを K6、セルフケア行動を Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure 日本語版 (SDSCA-J) で測定、カルテ記録よりヘモグロビン A1c 値と糖尿病細小血管合併症の有無を得た。

Nondirective support および Directive support の不安・抑うつへの影響を検討するために、モデル 1 では不安・抑うつを従属変数、Nondirective support および Directive support を独立変数として投入した重回帰分析(強制投入法)を行った。調整変数は、性別、年齢、不安・抑うつ気分による過去の受診歴である。モデル 2 ではモデル 1 に加え、先行研究で抑うつとの関連が示されているセルフケア行動、インスリン使用の有無、血糖コントロール、合併症の総数を独立変数として追加投入した。

3. 結果

研究 1

(1)因子的妥当性：全対象者の因子分析では 2 つの因子が抽出され、それぞれ第 1 因子は Nondirective support (19 項目)、第 2 因子は Directive support (9 項目) と解釈された。1 型および 2 型糖尿病それぞれを対象としたサブ解析では、2 型糖尿病では 2 つの因子が抽出され、それぞれ第 1 因子は Nondirective support (18 項目)、第 2 因子は Directive support (10 項目) と解釈された。1 型糖尿病では 3 つの因子が抽出され、それぞれ第 1 因子は Nondirective support attitude(支援提供者の態度)、第 2 因子は Directive support、第 3 因子は Nondirective support behavior(支援提供者の行動)と解釈された。

(2)内的一貫性：Cronbach の α 信頼係数は 0.81~0.91 であった。

(3)構成概念妥当性：ヘルスリテラシースケールは、Nondirective support および Directive support 両方で有意な正の相関がみられた(Nondirective $\rho = 0.28$, $p < 0.01$; Directive $\rho = 0.18$, $p < 0.01$)。エンパワーメントスケールは、Nondirective support のみ有意な正の相関がみられた($\rho = 0.20$, $p < 0.01$)。他者依存性尺度は、Nondirective support のみ有意な負の相関がみられた($\rho = -0.17$, $p < 0.01$)。

研究 2

モデル 1: 調整済み R² 乗 0.06 の有意なモデルが形成された。不安・抑うつに対し Nondirective support は有意な負の関連($\beta = -0.28, p < 0.01$)、Directive support は有意な正の関連($\beta = 0.23, p < 0.05$)を示した。

モデル 2: 調整済み R² 乗 0.09 の有意なモデルが形成された。不安・抑うつに対し Nondirective support は有意な負の関連($\beta = -0.28, p < 0.01$)、Directive support およびインスリン使用の有無は有意な正の関連($\beta = 0.20, p < 0.01$; $\beta = 0.25, p < 0.01$)を示した。

4. 考察

研究 1

糖尿病患者全体および 2 型糖尿病患者を対象として行った因子分析の結果はオリジナル版と同様 2 因子構造を示し、第 1 因子が Nondirective support、第 2 因子が Directive support と解釈された。1 型糖尿病患者を対象とした因子分析では 3 因子構造を示したが、第 2 因子が Directive support、Nondirective support が第 1 因子と第 3 因子に分かれたと解釈された。本データから導き出された因子構造は、オリジナル版の尺度構成と異なるものであった。主に異なっていた点は、オリジナル版で Directive support に分類されていた項目が本データから導き出された結果では Nondirective support に分類されたことだった。本調査を行ったクリニックでは、医療者が患者の目標や行動を選択、決定するのではなく、医療者はあくまでも患者に寄り添い、情報を提供し、その後どのように行動するかを決定するのは患者自身に任せるという姿勢を取っていた。医療者がエンパワーメントモデルに基づく基本姿勢を持ち、患者が選択や決定の権限をきちんと持っている状況では、一見指導的にみえる支援行動や、一見支配力を持つようにみえる支援行動 (Directive support) が、協働的な支援行動 (Nondirective support) として受け止められる可能性が考えられた。

構成概念妥当性について (1) ヘルスリテラシー (HL) : HL は健康情報にアクセスし、理解し、活用する能力である。HL と患者-医師間の情報交換に関する先行研究において、伝達的 HL は医師からの情報提供に影響をおよぼし、伝達的 HL が高いほど医師から情報提供を多く受けていると認識しているという結果が報告されている。伝達的 HL と Nondirective support の相関係数は 0.33 ($p < 0.01$)であり、伝達的 HL と Directive support の相関係数 0.15 ($p < 0.05$)よりも高い値を示した。医師との情報交換が双方向になることを促進するであろう伝達的 HL と Nondirective support の関連が Directive support よりも強いということは、Nondirective support の協働性を示唆していると考えられる。(2) エンパワーメント : 糖尿病教育が協働的なエンパワーメントモデルに基づくアプローチで目指しているのは、患者が自分自身の潜在的な力に気づき、自分で納得した上で行動を変えていくことである。エンパワーメントは、自分自身の生活や自分が置かれた生活環境・社会に対する力を持つということである。Nondirective support とエンパワーメントに正の相関がみられたということは、Nondirective support には、患者自身の潜在的な力を持たせることができることを示唆している。(3) 他者依存性 : 他者依存性尺度は絶えず精神的な支持が得られていないと耐えられない「情緒的依頼心」、相手に受け容れられるか不安がある

ためあらかじめ自分の方が引き下がる、また、自分の判断力に自信がないため自律的な行動がとりにくい「社会的自信の欠如」の 2 つの概念からなる。Nondirective support と他者依存性の負の関連は、Nondirective support を提供する上である程度の判断力や自律性が必要であること、または、Nondirective support が提供されることで判断力や自律性が低い状況が改善する可能性を示していると考えられる

研究 2

医療者が Nondirective support を提供することが糖尿病患者の不安や抑うつを弱め、Directive support を提供することが不安や抑うつを強める可能性があることが示唆された。先行研究において、患者に decision-making させることがうつ病を回復する確率を高めること、patient-participation を高めることがアドヒアランスを高めることを通して抑うつ症状の改善に影響を与えることが示されている。Nondirective support を通して患者の意思決定や治療参加が高められ、不安や抑うつ症状が抑えられた可能性が考えられる。一方、患者の抑うつ症状が重いと、医師は「患者から情報を引き出す」、「状態を説明する」、「エンパワーメントする」、「意思決定させる」ことが少なくなることが先行研究において示されている。本研究の結果は、抑うつ症状が強い人に対し Nondirective support が控えられ、Directive support が増えていた可能性も考えられる。また、インスリン使用が不安・抑うつを強める方向に影響をおよぼすという結果が得られた。不安・抑うつを引き起こさないインスリン治療の導入を工夫していく必要があるかもしれない。

5. 結論

研究 1

糖尿病外来患者を対象とした Nondirective and Directive Support Survey 日本語版 (NDSS-J) は、2 因子構造が確認され、第 1 因子は Nondirective support、第 2 因子は Directive support と解釈された。Cronbach の α 係数は 0.81~0.91 で十分な信頼性が確認された。外部尺度との相関から Nondirective support および Directive support の構成概念の妥当性が確認された。

研究 2

セルフケア行動、インスリン使用の有無、血糖コントロール、合併症とは独立に、Nondirective support は糖尿病患者の不安・抑うつと負の相関が、Directive support は糖尿病患者の不安・抑うつと正の相関が認められた。