

## 壮年期虚血性心疾患患者の罹患初期における健康関連行動と心理社会的状況

常盤 文枝

### The Health Related Behavior and Psychosocial Conditions of the Middle-Aged Ischemic Heart Disease Patients for a While After it Leaves Hospital.

Fumie Tokiwa

#### 要旨

【目的】罹患初期における壮年期IHD患者の健康関連行動と心理社会的状況を明らかにする。【方法】同意の得られた66才未満のIHD成人患者に対し、退院直後と3ヶ月後パネル調査を実施した。調査内容は、年齢、職業・職種、就労状況等と健康関連行動の他、タイプA行動特性、抑うつ傾向、社会的支援、仕事ストレスを測定した。【結果】罹患初期においては、喫煙や食事に関して健康上望ましい習慣が継続されているものが多かったが、飲酒や運動習慣に関しては、3ヶ月後には継続できていないことが明らかになった。また、8割は職場復帰しているが、仕事内容の変化や、社会的支援は減少する傾向が見られた。【考察】健康関連行動には、社会復帰後の就労の影響があることが考えられた。職場に復帰する壮年期IHD患者においては、外来での継続的な関わりや、職場や地域における健康管理者の役割について検討していく必要があると考えられた。

キーワード：壮年期、虚血性心疾患、健康関連行動、心理社会的状況、仕事

Key words : middle-aged, ischemic heart disease, health related behavior, psychosocial conditions, work

## 1. 緒言

循環器疾患において、日本は諸外国と比較し、心筋梗塞や狭心症などのIHDの死亡率は極めて低いことが特徴であるといわれてきた。しかし近年、生活水準の向上、食生活を含む生活習慣の欧米化が進み、日本の循環器疾患の疾病構造は次第に変化してきている。循環器疾患基礎調査では、1980年の第3次調査<sup>1)</sup>と比較し、1990年に行われた第4次循環器疾患基礎調査<sup>2)</sup>では、血清総コレステロール値の平均が、男女ともに高くなったことが報告されている。2000年に行われた第5次循環器疾患基礎調査<sup>3)</sup>では、男女とも平均値に大きな増減がみられていないが、第4次循環器疾患基礎調査の対象者の追跡調査では、血清総コレステロール値とIHD死亡の相対危険度の間に正の相関がみられている。30～40歳代の血清コレステロール値の平均値は、米国との差がほとんど認められ

なくなり、急激に日本における高脂血症が進行していることを指摘する報告もある<sup>4-7)</sup>。このような高脂血症や肥満、また耐糖能異常や喫煙率の増加を背景に、現在の30～40歳代といった年代の成人が、好発年齢に達する頃には、IHDの罹患率や死亡率が上昇することが推測されている<sup>8)</sup>。また、日本人のIHD罹患は、女性と比較し男性が多く、男性の場合の罹患年齢は壮年期であることが多い。北村・佐藤・内藤他<sup>9)</sup>の疫学調査では、特に都市部の40～59歳の年齢層の男性において、初発例の年齢調整発生率が増加していることが明らかになっている。これらの年齢層では、最小血圧値、血清総コレステロール値、肥満度において上昇があり、また、塩分摂取量、脂肪エネルギー比の増加が認められている。生活環境の欧米化がすすんでいる地域において、壮年期IHD患者の看護上の課題が多く潜在していると考えられる。

IHDなどの心臓病に関する看護は、これまで救命を主

眼にしたcure中心の医療のなかで行われてきた。しかし、近年の医療技術の進歩により、IHDの救命率は著しく高くなり、クリニカルパスの普及や退院調整により、入院日数も非常に短くなってきている。それに伴い、急性期を脱した後のIHD患者の生活の質（Quality of Life；以下QOL）の保持と予後の改善が、医療の課題になってきている。特に、IHDにおいては、再発予防とQOL向上を目的として、急性期や回復期だけでなく、退院後の維持期を含む包括的なリハビリテーションプログラムの必要性が求められている。しかし、後藤<sup>10)</sup>による循環器専門医研修施設を対象にした調査では、急性心筋梗塞患者の緊急受け入れや冠動脈造影、冠動脈インターベンションは施設で積極的に施行されているが、急性期に心臓リハビリテーションを実施している施設は、全体の48.7%、回復期リハビリテーションは19.8%、退院後の外来通院型心臓リハビリテーションを実施している施設はわずか9.3%に過ぎず、諸外国と比較して遅れていることが明らかになっている。系統的な心臓リハビリテーションプログラムの実施が、セルフマネジメント能力の獲得を促し、IHDの危険因子の是正と生活の質の向上につながることを示唆されている<sup>11)</sup>が、多くのIHD患者は、罹患の比較的初期に継続した心臓リハビリテーションを受けることは極めて少なく、運動や生活習慣の改善については、それぞれが実際の生活の中で試行錯誤している状況にあると考えられる。

IHDにより、一度ダメージを受けた心筋は不可逆的であり、社会復帰後も、合併症の併発、再発作、冠動脈の再狭窄・閉塞を引き起こすことは十分に起こりうる。また、内科的治療を受けた患者の場合、いつかは冠動脈バイパス術などの外科的治療を受けることがあるかもしれないという危惧を抱いていることもある<sup>12)</sup>。IHDによるダメージは、仕事や家庭をもつ壮年期の成人にとっては、その後のQOLと密接に関わってくると考えられる。しかし、IHDを発症した人の社会復帰後の生活やセルフマネジメントに関する研究報告は少ないのが現状である。また、退院後の生活に関する研究のほとんどは、発症から一定期間を経過した患者を対象に行われたもので、対象の発症からの期間にばらつきがあり、さらに追跡的な研究はほとんど見られない。そこで本研究では、壮年期のIHD患者への具体的な看護介入方法を検討するための基礎資料として、罹患後初期の生活における実態を追跡調査することとした。

## 2. 研究目的

本研究では、壮年期IHD患者の罹患初期における健康関連行動と心理社会的状況を明らかにする。なお、罹患初期とは、IHD初発患者が、入院治療を経て退院してから、その後個々の生活をおくっている退院後3ヶ月までの期間とする。

## 3. 方法

### 1) 手順

埼玉県東南部の500床以上の1医療機関、500床未満の2医療機関に調査協力を依頼した。調査方法は、研究協力の同意の得られた66才未満のIHD成人患者に対し、郵送法を用いた自記式質問紙調査を実施した。壮年期IHD罹患患者の疫学的特徴を考慮し、対象者の性別は男性のみとした。質問紙調査は、各対象に対して期間をおくパネル調査を実施した。パネル調査とは、同じ調査対象者に、ある一定期間、基本的に同一の調査項目を反復して行う調査法で、経時的に変化した対象と変化しなかった対象との識別や、変化した対象の特性を同定する点で優れている。調査時期は、1回目調査は退院後1ヶ月、2回目調査は退院後3ヶ月とした。質問紙の回収は、調査用紙に同封した封書に回答した質問紙を同封し、対象者に投函してもらった。対象の脱落を最小限にするため、発送後2週間以内に返信がない場合は、確認と催促のはがきを郵送した。1回目調査の実施期間は、平成19年11月～平成20年7月、2回目調査実施から最終的に回収が終了したのは平成20年10月であった。

### 2) 倫理的配慮

埼玉県内の500床以上の1医療機関、500床未満の2医療機関のうち、1病院については、病院の倫理委員会の審査を経て承諾を得てから調査を開始した。2病院については、病院による倫理委員会による審査はなく、埼玉県立大学倫理委員会の審査承諾を基に、担当医師、看護部長と手順を確認し調査を開始した。対象者には、調査の目的を説明し、調査の参加は個人の任意であること、その是非で診療に不利益が生じないこと、途中でも調査を中止することができることを、書面を使用して説明した。研究協力の同意確認後、承諾書に署名をもらい、複写を対象者に渡した。対象者には研究者の連絡先を伝え、調査に関する質問や調査内容の取消などにいつでも対応できるようにした。なお、データはすべてIDナンバーで処理し、個人が特定できない形でデータベース化した。

### 3) 質問紙

1回目調査の内容は、年齢、家族・婚姻状況、職業・職種、就労状況、最終学歴等の基礎情報、タイプA行動特性、抑うつ傾向、社会的支援、健康に関連する喫煙や飲酒、運動習慣などの行動に関する項目を用いた。2回目調査の内容は、基礎情報、タイプA行動特性、抑うつ傾向、社会的支援、健康に関連する喫煙や飲酒、運動習慣などの行動に関する項目のほか、仕事のストレスを測定項目に加えた。以下、測定に用いた設問および尺度について述べる。

#### (1) タイプA行動特性

タイプA行動特性は、Friedmanら<sup>13)</sup>による虚血性心疾患に特有な行動パターン (Coronary-Prone Behavior Pattern) として提唱されたもので、本来面接法によって評価されるものであったが、現在では多くの尺度が開発されて使われている。日本人向けに開発されたものでは、東海大式日常生活調査表・A型行動パターンスクリーニングテストなどがあるが、質問項目数が比較的少なく簡易な尺度として、本研究では前田<sup>14)</sup>の開発したA型傾向判別表を用いた。この質問紙は、外来での面接の補助手段として開発されたものであるが、欧米で広く用いられているJAS (Jenkins Activity Survey) との間の、診断一致率は82.8%、それぞれの得点間の相関は  $r = 0.7185$  あり、有用性があることが確認されている。A型傾向判別表は、時間切迫感、熱中性、徹底性、自信、緊張、几帳面さ、怒りやすさ、競争性などに関連した12項目の質問からなり、各質問に対する回答を「いつもそうである」「しばしばそうである」「そんなことはない」の3肢から選択し、それぞれに2, 1, 0点とする。12問中3問は2倍点を与えて計算し、最高30点となる。合計点数が17点以上の場合にはタイプA傾向があるとし、点数が高いほどタイプA傾向が強いと解釈する。

#### (2) 抑うつ傾向

本研究では、Zeng<sup>15)</sup>のSelf-rating Depression Scale (SDS)を使用した。この尺度は、20項目からなり、各項目は4段階評価されるが、各項目の選択肢がすべて共通で、すべての選択肢を読むという手間がなく、使用が容易である。福田・小林によって邦訳、標準化され、多くの研究で使用されている。北村<sup>16)</sup>のレビューによると、入院患者を対象としたDavis, Burrows, Poyntonの検討では、客観的評価尺度であるHamiltonのHamilton's Rating Scale for Depression(HRS)との相関は入院日数により0.62~0.95の幅で認められ、Snyderらの検討で

は、HRSとの相関は0.72で妥当性が認められている。各質問に対する回答は、「いいえ」「ときに」「たいてい」「いつも」の4肢から選択する。陰性の回答から4点, 3点, 2点, 1点として計算し、最低20点、最高80点となり、点数が高いほど抑うつ性が高いと解釈する。福田ら<sup>17)</sup>によると、日本人のSDS平均値は、正常対照群で35、神経症患者群で49、うつ病患者群で60と報告されている。

#### (3) 社会的支援および仕事のストレス

本研究では、下光ら (unpublished date) の職業性ストレス簡易票を使用した。この尺度は、就労という条件での負荷の状況、うつ傾向などの心理的側面、サポート状況を測定するために作成されたものである。質問項目を少なくし、約10分間で回答できるように構成されており、仕事の種類を問わず測定が可能であるため、職場の安全衛生のなかのメンタルヘルスをサポートするための指標として活用されている。作成過程において、尺度の信頼性と妥当性については検討され、12,274名の就労者を対象にした大規模調査で最終の検討がされている。全体57項目の因子分析 (主成分分析、バリマックス回転) を行った結果、3因子が抽出されたが、寄与率は34.9%と低く、また、本調査では、心理的ストレス反応18項目は質問文の内容が、状況に適さない部分があるため、57項目のうち、仕事のストレス17項目、社会的支援9項目のみを使用した。仕事のストレス17項目の因子分析では、6因子抽出で累積寄与率は64.7%という結果がでており、因子構造はほぼ尺度内容に対応している。各質問に対する回答は、「そうだ」「まあそうだ」「ややちがう」「ちがう」の4肢から選択し、それぞれ4点, 3点, 2点, 1点として計算する。

#### (4) 健康関連行動

健康関連行動として、喫煙・飲酒・体重管理・運動習慣・食事 (規則性・塩分摂取・脂質過剰)・睡眠を設定した。これは、星・森本<sup>18)</sup>による、日本での、生活習慣と身体的な健康度との関連に関する7つの習慣にもとづき、IHD患者の健康関連行動を想定して作成した。7つの習慣とは、1)適正な睡眠時間(7~8時間)をとる 2)喫煙をしない 3)適正体重を維持する 4)過度の飲酒をしない 5)定期的にかなりはげしいスポーツをする 6)朝食を毎日食べる 7)間食しない、である。7つの生活習慣のほとんどを守っている人は、同年齢の守っていない人に比べ、きわめて高い健康度を維持していることが報告されている。回答形式は、設問ごとの多項選択とした。

#### 4) 分析方法

分析は、SPSS ver. 16.0を使用し、統計的分析を行った。まず1回目調査の欠損値解析を実施し、ベースラインを検討し、分析数を確定した。その後、1回目調査、2回目調査ともに測定した各項目の基礎統計量を算出した。変数間の関連の検討には相関分析を使用した。1回目調査と2回目調査の統計的有意差の検討には、Wilcoxonの符号付き順位検定を使用した。尺度スコアの信頼性の検討は、I-T相関およびCronbach'  $\alpha$ 係数を算出し、適宜因子分析による構成概念妥当性の検討を行った。

## 4. 結果

### 1) 欠損値の解析と推定方法

承諾を得て1回目郵送調査を行った数は、3施設で52だった。このうち1回目調査では回収52（回収率100%）だった。欠損値の傾向やパターンの発見、除外方法の選択を検討するため、欠損値解析を行った。その結果、一変量の統計量を算出すると、脂質（欠損数14）、最終学歴（欠損数4）、運動習慣（欠損数4）、サポート同僚（欠損数4）、サポート家族（欠損数4）における設問でデータの欠損が多いことが明らかになった。また、年齢とカテゴリ変数間でクロス表を作成し、無回答の出現の有無を見たが、特徴的な偏りは見られなかった。欠損値の発生パターンを集計すると、すべての設問に完全に回答しているケースは33ケースあった。特に欠損の多い脂質と最終学歴を除いた設問に回答しているケースは42ケースであった。脂質に関する設問は、単純な回答ミス以外に、おそらく自分のコレステロール値をそもそも把握していないために記入ができなかったものが多いことが考えられた。また、最終学歴に関する設問は意図的に回答しなかった可能性もあるが、回答者と無回答者間でその他のカテゴリ変数に差違はないことから今回の分析には用いないこととした。2回目調査では、さらにドロップアウトするケースが出現するので、1回目調査で欠損の多いこの2設問を除外した数をベースラインとして分析することとした。従って分析に用いた有効回答数は1回目調査42、有効回答率は80.7%であった。2回目調査において、ベースラインのケースはすべて継続して回答があった。いくつかの設問においては、対象とする42ケースのなかで、2回目調査において欠損が見られたが、カテゴリカル変数は無回答を含めて一変数ごとに解析を行った。

### 2) 基本解析

#### (1) 対象者の概要

対象者の概要を表1に示す。対象者の年齢は、平均56.07（SD, 7.2）歳で、調査対象施設間による違いは見られなかった。従事している職業（産業種）は、製造業が7名（16.7%）で最も多く、次いで運輸業（11.9%）、卸売・小売業（9.5%）、建設業（9.5%）であった。職種は、管理職9名（21.4%）、次いで技能工・生産工（14.9%）であった。雇用状況は、半数が正社員だが、契約社員・派遣社員も少なくはなかった。2回目調査において、職業の変更が1ケース見られた。また、職種の変更は6ケースあり、管理職への変更がうち3ケース見られた。雇用状況は、8割は復職しており、復職時期は、早くは数日以内で復職しているが、平均すると2～3週間ほどで戻っていた。

#### (2) タイプA傾向と抑うつ傾向

1回目調査、2回目調査のタイプAと抑うつ傾向の結果を表2に示した。A型傾向判別表では、17点以上をタイプA傾向が強いと判別する。度数では、17点以上は1回目調査40名中19名（47.5%）、2回目調査40名中10名（25.0%）で減少が見られたが、Wilcoxonの符号付き順位検定では統計的な有意差はなかった。

抑うつ傾向を測定したSDSは、度数では1回目調査42名中40点～50点未満は4名（9.5%）、50点以上2名（4.8%）、2回目調査39名中40点～50点未満は4名（10.3%）、50点以上1名（2.6%）であった。また、1回目調査と2回目調査でも、タイプA傾向と同様に統計的有意差は見られなかった。

#### (3) 健康関連行動

健康関連行動の調査結果を表3に示した。喫煙、食事時間、塩分摂取に関しては1回目調査と2回目調査では度数の変化が少なかった。飲酒に関しては、2回目調査時には、飲酒をしていない度数は減少し、毎日飲酒をする回答した度数は増えていた。運動に関しても、2回目調査時には、週に1回以上の度数が減少した一方で月1回以上の度数が増加していた。睡眠時間は6時間未満と回答した度数が、1回目調査時より、2回目調査の方が若干減少していた。総コレステロール値は1回目調査と比較し、2回目調査では220mg/dl以上の度数は減少し、220mg/dl未満の度数が増加していた。BMIは1回目調査と2回目調査では変化がほとんど見られなかった。

表1 対象者の概要

		1回目調査		2回目調査	
項目		度数 (人)	%	度数 (人)	%
婚姻	既婚	36	85.7	35	83.3
	未婚	5	11.9	4	9.5
	不明	1	2.4	3	7.1
職業	製造業	6	14.3	7	16.7
	卸売・小売業	4	9.5	4	9.5
	運輸業	7	16.7	5	11.9
	サービス業	5	11.9	3	7.1
	建設業	5	11.9	4	9.5
	電気・ガス・熱供給・水道業	3	7.1	2	4.8
	公務	3	7.1	3	7.1
	金融・保険・不動産業	2	4.8	2	4.8
	飲食店、宿泊業	1	2.4	1	2.4
	その他	4	9.5	3	7.1
	不明	2	4.8	8	19.0
職種	専門、技術	7	16.7	5	11.9
	運搬、労務	8	19.0	5	11.9
	管理	7	16.7	9	21.4
	販売、営業	6	14.3	5	11.9
	技能工、生産工	5	11.9	6	14.3
	事務	4	9.5	4	9.5
	サービス	1	2.4	0	0.0
	その他	2	4.8	1	2.4
	不明	2	4.8	7	16.7
雇用状況1	正社員	26	61.9	21	50.0
	契約社員	6	14.3	6	14.3
	派遣社員	0	0.0	1	2.4
	自営業	7	16.7	6	14.3
	パート、アルバイト	1	2.4	1	2.4
	不明	2	4.8	7	16.7
雇用状況2	復職	-	-	33	78.6
	休職	-	-	3	7.1
	退職	-	-	1	2.4
	不明	-	-	5	11.9
最終学歴	高校	20	47.6	-	-
	大学	8	19	-	-
	中学	7	16.7	-	-
	専門・専修学校	4	9.5	-	-
	不明	3	7.1	-	-
年齢[1回目] n=41	最小	35	(歳)		
	最大	67			
	平均	56.07			
	標準偏差	7.19			
復職時期[2回目] n=36	最小	0.3	(週)		
	最大	15			
	平均	2.59			
	標準偏差	2.50			

ベースラインとした42の調査対象者の年齢や婚姻状況、職業などの変数に関する概要を一覧表にまとめた。

表2 A型傾向とSDS

		最小値	最大値	平均値	標準偏差
A型傾向	1回目調査	2	24	14.70	6.46
	2回目調査	3	25	13.10	5.63
SDS	1回目調査	20	53	32.19	7.75
	2回目調査	21	50	30.74	7.00

A型傾向とSDS・1回目、2回目調査におけるA型判別表得点とSDS得点の最小値、最大値、平均値と標準偏差を記載した。

## 30 壮年期IHD患者の健康関連行動

表3 健康関連行動

N=42

		1回目		2回目	
		度数(人)	パーセント(%)	度数(人)	パーセント(%)
喫煙	吸っている	6	14.3	6	14.3
	吸っていない	36	85.7	33	78.6
	無回答	0	0.0	3	7.1
飲酒	毎日飲んでいる	5	11.9	9	21.4
	ときどき飲んでいる	14	33.3	15	35.7
	飲まない	23	54.8	15	35.7
	無回答	0	0.0	3	7.1
運動	週に1回以上	25	59.5	19	45.2
	月に1回以上	17	40.5	20	47.6
	無回答	0	0.0	3	7.1
食事時間	規則的	24	57.1	23	54.8
	不規則	18	42.9	16	38.1
	無回答	0	0.0	3	7.1
塩分	控えている	22	52.4	21	50.0
	ときどき控えている	16	38.1	15	35.7
	控えていない	4	9.5	0	0.0
	無回答	0	0.0	6	14.3
睡眠時間	7～8時間以上	26	61.9	27	64.3
	6時間未満	16	38.1	12	28.6
	無回答	0	0.0	3	7.1
TC	220mg/dl以上	14	33.3	6	14.3
	220mg/dl未満	18	42.9	26	61.9
	無回答	10	23.8	10	23.8
BMI	≤ 2.5	20	47.6	20	47.6
	> 2.5	21	50.0	19	45.2
	無回答	1	2.4	3	7.1

1回目、2回目調査における健康関連行動の度数と百分率を記載した。

表4 社会的支援

		1回目		2回目		検定
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
a 気軽に話ができる	上司	2.76	1.21	2.29	1.35	*
	同僚	3.21	0.81	2.60	1.33	*
	家族・配偶者	3.50	0.80	2.93	1.24	**
b 困ったときに頼りになる	上司	2.26	1.13	1.76	1.10	*
	同僚	2.55	0.97	1.98	1.20	*
	家族・配偶者	3.57	0.86	3.07	1.30	*
c 個人的な相談をする	上司	2.31	1.14	1.81	1.15	*
	同僚	2.57	1.02	1.93	1.16	**
	家族・配偶者	3.52	0.86	3.10	1.23	*

\*\*  $p < 0.01$  \*  $p < 0.05$ 

1回目、2回目調査における社会的支援について、上司、同僚、家族別に得点化した平均値と標準偏差を記載した。検定には、Wilcoxonの符号付き順位検定を使用した。

#### (4) 社会的支援

1回目調査と2回目調査の社会的支援の平均点は表4に示した。点数が高いほどサポートを期待しているあるいはサポートしてくれていると解釈する。すべての項目で1回目調査より2回目調査ではすべての設問でサポート得点が減少しており、Wilcoxonの符号付き順位検定から統計的有意差が見られた。また上司、同僚は第1回目調査では2点台、第2回目調査では1点台と低く、家族に比較して低い値であった。

#### (5) 仕事のストレッサー

職業性ストレス尺度は再度因子構造を確認するため、項目分析、因子分析を試みた。仕事のストレッサー17項目の平均値と標準偏差から、フロア効果と天井効果のある特定の項目は見られなかった。しかし、I-T相関係数は0.4以下の項目が13項目、負を示す項目が2項目あり、尺度として信頼性が低いと考えられた。またCronbach'  $\alpha$  係数は、全体で0.58であり、内的整合性も低いことが確認された。

そこで、主因子法、Promax回転による因子分析を行い、固有値の減衰状態および解釈可能性より判断し2因子で固定すると、「労働負荷」(q601、q603、q604、q605、q606)と「働きがい」(q608、q609、q610、q616、q617)で安定した因子構造が得られた。それぞれのCronbach'  $\alpha$  係数は、「労働負荷」0.73、「働きがい」0.89で、最終的に10項目で回転前の全分散を説明する割合は61.8%だった。2因子間の相関係数は、 $r=-0.26$ で「労働負荷」と「働きがい」には弱い負の相関関係が見られた。

## 5. 考察

壮年期IHD患者の健康関連行動と心理社会的状況との関連について考察する。

まず、本研究対象となった集団の就業状況の特徴について考察する。対象者は50才以上の比率が多いことより、職場では、管理職に従事している者が比較的多かったと推察できる。現在国内の男性の全雇用者にしめる非正規労働者の比率に比較すると、今回の調査対象者の雇用は安定していると考えられる。しかし、発症により仕事の内容がかわったケースもあり、職場の中でより身体的負担の少ない職種へシフトした可能性が考えられる。発症から1ヶ月程度で職場に復帰している状況が多いが、復帰までの期間が非常に短い者もみられた。IHD患者は、退院後にIHDの要因となったこれまでの習慣から、新たな習慣に変容していくことが望まれる。しかし、職場復

帰までの期間が短い場合、その様な生活習慣の修正を行う間もなく、発症前の習慣を継続していく可能性が高くなると考えられる。

次に、性格特性としてのA型傾向およびうつ傾向について考察する。今回の調査対象ではその発現頻度は50%未満であった。前田の調査によるA型行動パターンが発現頻度は、IHD患者で全体の58%、対象者群とした製薬会社の営業職者では、40.7%と報告されている。これと比較すると今回の発現頻度は低いが、一般集団よりはA型行動パターンがやや多い集団であったと判断できる。またA型行動パターンの発現頻度は、2回目調査において減少しており、非A型行動パターンへの修正がされた対象者もいることが明らかになった。前述の前田の調査では、職種や年齢によりA型行動パターンから非A型行動パターンへの修正は難しくなる場合があると述べており、本調査のさらに詳細な検討が必要である。また、うつ傾向については、抑うつ傾向を呈する割合は全体の1割強で、特に抑うつ傾向が強い集団ではないと判断できた。これは、施設で対象者を紹介してもらう時点で、強度のうつ傾向がある患者は、調査説明も受け入れがたいため、対象者としてはじめに紹介されなかったことが要因と考えられる。そのため、対象集団の性格特性にバイヤスがかかりやすいが、これは、研究方法の限界と考えられる。

次に、健康関連行動の特徴について考察する。健康関連行動のうち、喫煙に関しては、当初から喫煙の習慣がないものが7名含まれるが、発症をきっかけに禁煙をした者が、3ヶ月後も維持することができている現状が伺えた。喫煙は、IHDの危険因子の一つであることから、禁煙の継続は健康関連行動としては望ましい行動変容といえる。しかし、飲酒と運動に関しては、3ヶ月後の2回目調査の方が、禁酒者の減少、運動習慣の減少が明らかとなった。この背景としては、社会生活に戻り、運動するための絶対時間の減少や、仕事やその他のコミュニティでの飲食の場が増えることなどからの影響が考えられる。IHDの危険因子となる耐糖能異常や肥満といった代謝性疾患の予防を考慮すると、過度な飲酒や極端な運動不足は、あらたにIHDの再発の影響要因となることも考えられる。患者自身の継続的な生活習慣のモニタリングが必要であり、それを支援するため、外来や地域での看護援助の具体的検討が課題である。

また、3ヶ月では総コレステロール値の改善がみられていたが、無回答者も多く、血液検査の結果について、関心がない、知らないといった状況にあることが推測された。3ヶ月後もその度数の変化がないことから、知らない者は知らないままで過ごしているという現状が伺え

た。IHDの場合は、病状のコントロールの指標となる数値目標が少なく、その中でコレステロール値は2次予防の目安となる重要な指標である。今回の無回答者は、血圧が安定している、動作中の胸痛などが無い等を目安として日々の健康を管理していると推測される。山西<sup>19)</sup>は病気の状態に関する曖昧さを高く認知するほど、対処行動としてのアドヒアランスが低くなることを示唆している。喫煙や飲酒、食事といった生活習慣のモニタリングだけでなく、このような客観的指標のモニタリングの重要性を伝えることも看護職による支援と考える。

最後に壮年期IHD患者の社会復帰と健康管理について考察する。今回の調査結果は、IHD発症当初は、仕事の相談など親身になってくれると感じることが多いが、時間が経過するにつれて相談するような出来事が減少してくることを示唆している。特に上司や同僚は、発症当初は仕事の中断や休暇の相談などニーズが多いが、それ以外には相談するという状況にはなく、いざというときにはやはり家族に頼る傾向が強いものと考えられる。最近の研究では、職場における長時間勤務などの物理的な要因よりも、仕事上のストレスや同僚からの支援など、精神的影響がIHDに関連することをしめす報告が見られる。日本人労働者における研究では、主観的な仕事の忙しさの程度が、急性心筋梗塞の発症に関連することを示唆した報告がある<sup>20)</sup>。主観的忙しさは、心身への負担と考えられる一方で、忙しい中でも働きがいがあり精神的に健康を感じる場合もある。今回の結果では仕事のストレスは労働負荷と働きがいの間に負の相関がみられた。働きがいはその人のQOLの一側面であるが、労働の実質的な負荷は当然高くなるといえる。壮年期で仕事をもつ成人の場合、IHD発症後の生活においては、働きがいがあり、自己価値を高く維持しながらも、身体的負荷を軽減し、再発などを予防するといった微妙なバランスが求められる。このような背景を持つIHD患者を支援するには、退院後の職場における健康管理者や、地域での健康管理者の存在や役割について、今後検討していく必要があると考える。

## 6. 結 論

本研究では、壮年期IHD患者の罹患初期におけるいくつかの特徴が明らかになった。

- 1) 罹患初期においては、禁煙の持続、塩分摂取や規則正しい食事など、健康上望ましい習慣が継続されているものが多かった。
- 2) 罹患直後は飲酒をさけ、運動を継続しているが、3

ヶ月後は飲酒の再開、運動習慣の減少が見られるものが多く、社会復帰後の生活環境の影響が示唆された。

- 3) 罹患直後は、職場の社会的支援を得ることも多いが、3ヶ月後は職場に支援を求める事は少なくなることが示唆された。
- 4) 仕事のストレスと心身の負荷には関係性があり、IHD患者の職場復帰にあたっては、働きがいや労働負荷などのバランスが健康の維持に影響することが考えられた。

## 謝 辞

本研究にご協力くださいました患者様、春日部中央総合病院、埼玉東部循環器病院、さいたま赤十字病院の関係者の皆様に深謝いたします。

なお、本研究は、平成18年度～20年度科学研究費補助金若手研究(B)「心疾患をもつ若年成人の生活変容決意の構造に関する研究」(18791682)の助成を受けて実施した研究の一部である。

## 引用文献

- 1) 厚生省公衆衛生局編. 昭和55年循環器疾患基礎調査報告, 日本心臓財団, 東京 1983
- 2) 厚生省保健医療局編. 第4次循環器疾患基礎調査(平成2年)報告, 循環器病研究振興財団, 大阪 1993
- 3) 循環器病予防研究会編. 完全収録第5次循環器疾患基礎調査結果 循環器疾患の実態を数字で見る, 中央法規出版, 東京 2003
- 4) 小澤秀樹, 青野裕士, 山下剛, 池辺淑子. 動脈硬化と臨床検査—脳卒中・虚血性心疾患の疫学—. 臨床病理 1996; 44(11): 1015-1026
- 5) 由谷親夫. 加齢と血栓症の臨床 加齢と冠動脈疾患 病理学の立場から. 血栓と循環 2000; 8(3): 235-239
- 6) Yamamoto A, Temba H, Horibe H, Mabuchi H, Saito Y, Mathuzawa Y, Kita T, Nakamura H. on behalf of the Research Group on Serum Lipid Survey 1990 in Japan. Life Style and cardiovascular risk factors in the Japanese population— from an epidemiological survey on serum lipid levels in Japan 1990 Part1: Influence of life style and excess body weight on HDL-cholesterol and other lipid parameters in men. Journal of Atherosclerosis and thrombosis, 2003; 10(3): 165-175
- 7) Yamamoto A, Temba H, Horibe H, Mabuchi H, Saito Y, Mathuzawa Y, Kita T, Nakamura H. on behalf of the Research Group on Serum Lipid Survey 1990 in Japan. Life Style and cardiovascular risk factors in the Japanese population— from an epidemiological survey on serum lipid levels in Japan 1990 Part2: Association of lipid parameters with hypertension. Journal of Atherosclerosis and thrombosis, 2003; 10(3): 176-185
- 8) 金城都博, 佐藤洋, 堀正二. 日本人の冠動脈疾患 冠動脈疾患は



- 増えているのか. 臨床と研究 2001; 78(9): 1531-1536
- 9) 北村明彦, 佐藤眞一, 内藤義彦, 中川裕子, 今野弘規, 大平哲也, 木山昌彦, 飯田稔, 磯博康, 谷川武, 山海知子, 嶋本喬, 小町喜男. 地域住民男子における循環器疾患発症の動向とその背景要因. 日本公衆衛生雑誌 2001; 48(5): 378-393
  - 10) 後藤葉一. わが国の心臓リハビリテーションの現状. Journal of Clinical Rehabilitation 2008; 17(10): 942-950
  - 11) 森山美智子, 中野真寿美, 古井祐司, 中谷隆. セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラムの有効性の検討. 日本看護科学学会誌 2008; 28(4): 17-26
  - 12) 船山美和子, 黒田裕子, 上澤一葉. 虚血性心疾患者の療養上の困難とその克服—冠動脈バイパス術後と経皮的冠動脈形成術後の違いの視点からの分析を通して—. 日本赤十字看護大学紀要 2002; 16: 29-36
  - 13) 河野友信監修, 新里里美, 訳. タイプA 性格と心臓病. Friedman, M., Rosenman, R. H. Type A behavior and your heart. alfred A. Knopf Inc. New York 1974
  - 14) 前田聰. 虚血性心疾患患者の行動パターン 簡易質問紙法による検討. 心身医学 1985; 25: 297-306
  - 15) Zeng WWK. Depression in the normal aged. Psychosomatics, 1967; 8: 287-297
  - 16) 北村俊則. 精神症状測定の理論と実際(第2版). 海鳴社. 東京 1995: 142-151
  - 17) 福田一彦, 小林重雄. 自己評価式抑うつ性尺度の研究. 精神神経学雑誌 1973; 75: 673-679
  - 18) 星旦二, 森本兼囊. 健康習慣と身体的健康度. 森本兼囊編. ライフスタイルと健康. 医学書院. 東京 1991; 66-73
  - 19) 山西緑. 運動療法に取り組む心筋梗塞患者における不確かさの認知とアドヒアランス行動の関連について. 日本看護科学学会誌 2002; 22(2): 1-10
  - 20) Kayaba K, Yazawa Y, Natsume T, Yaginuma T, Hosaka T, Hosoda S, Tamada T. The relevance of psychosocial factors in acute ischemic heart disease. A case-control study of Japanese population. Japanese Circulation Journal, 1990; 54: 464-471