

高齢糖尿病患者のセルフ・エフィカシーと食事療法の順守に影響を及ぼす要因

奈良県立医科大学医学部看護学科¹⁾

水野静枝¹⁾

Factor associated with self-efficacy and observance of dietary therapy
among older adults with type 2 diabetes

Shizue Mizuno¹⁾

Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University¹⁾

要旨

本研究の目的は、高齢糖尿病患者の自己効力感と食事療法の順守に影響を及ぼす要因を明らかにすることである。対象者は、2型糖尿病と診断され外来通院中の65歳以上の高齢者とした。調査方法は、質問紙調査を用いて統計処理した。結果として、高齢糖尿病患者のセルフ・エフィカシーには、職業に従事していること、BMIを良好に維持していること、抑うつ傾向にないこと、日常生活活動レベルが高いことなどが影響していた。一方、セルフ・エフィカシーと食事の摂取量との間には関連はみられなかった。実際の摂取カロリーとの関連では、女性であること、家族と同居および配偶者がいること、日常生活行動に支障がないことがカロリー摂取に影響していた。以上のことから、セルフ・エフィカシーという認知的要因から継続的に困難さが伴う食事療法に介入することは、合併症の予防やQOLの向上に向けて高齢者を支援する方法の一つとなり得るのではないかと考える。

キーワード：高齢糖尿病患者、食事療法、セルフ・エフィカシー

I はじめに

平成19年の国民健康・栄養調査では、糖尿病が強く疑われる人が約890万人、糖尿病の可能性が否定できない人が約1,320万人、両者を併せると2,210万人である。また、男女を問わず高齢者の占める割合の増加が進行している(厚生統計協会,2010/2011)。

糖尿病が糖尿病コントロールを良好に保つには、生涯にわたって自己管理行動を続けていくことが必要である。一般的に、糖尿病の自己管理には、食事療法、運動療法、薬物療法があるが、その中でも中心となる食事療法の継続には様々な問題点がある。特に、高齢糖尿病患者の問題点には、食習慣変更の困難さ、活動能力・認知能力の低下、加齢に伴う

家族への依存の増加などが報告されている(荒木ら,1995)。また、独居老人、高齢者夫婦世帯の増加により、高齢糖尿病患者は、家族の理解や協力、情緒的な支援を得ることが難しくなり、食事の自己管理が困難であると指摘されている(高梨ら,1996)。このことから、高齢者自身が糖尿病の自己管理行動を行うための支援が求められている。

慢性疾患患者が自己管理行動を持続させるには様々な要因が関連している(木下,1990)。その要因の1つにセルフ・エフィカシーがある。セルフ・エフィカシーとは、ある目的のために必要な行動を最後まで行えるという個人の信念のことである(Bandura,1977)。このセルフ・エフィカシーは健康行動の維持と

増進に強く影響しているということから、最近では、自己管理行動の維持・増進のためにセルフ・エフィカシーを高めるといった介入が注目されている。

セルフ・エフィカシーに関する研究では、Conn は、地域在住高齢女性（心疾患以外の慢性疾患患者を含む）のセルフ・エフィカシーと3つの健康行動である運動、食行動、ストレス管理行動の関係を調査した結果、セルフ・エフィカシーは食行動に強く影響していることを示唆した（Conn,1997）。McCaulらは、セルフ・エフィカシー、知識、技術、環境サポートの中でも、セルフ・エフィカシーは糖尿病自己管理行動に最も影響する因子であると報告している（McCaul,1987）。また、Ludlow は、糖尿病セルフ・エフィカシーは良好なセルフケアを介して血糖コントロールに重要な役割を果たすことが示され（Ludlow,1995）。従って、セルフ・エフィカシーは個人の日常生活行動、糖尿病患者の自己管理行動に影響を及ぼしているが、高齢糖尿病患者のセルフ・エフィカシーと食事療法の順守については十分な検討が行われていない。

そこで本研究では、高齢糖尿病患者に対する食生活への適切なアドバイスのための基礎的資料として、高齢糖尿病患者のセルフ・エフィカシーと食事療法の順守に影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1. 用語の定義

1) 高齢糖尿病患者

高齢糖尿病患者とは、年齢65歳以上とし、2型糖尿病と診断され、外来通院中の糖尿病患者とした。

2) セルフ・エフィカシー

セルフ・エフィカシーの測定は、金らによって開発された「慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシー尺度」を用いた（金ら,1996）。この尺度は、「I. 疾患に対する対処行動の積極性」と「II. 健康に対す

る統制感」の2つの下位尺度からなり、質問項目は全24項目で、評価は4段階で行った。本研究では、I、IIの各項目に対し、対象者の平均点を基に分離し平均点以上を高値群、平均点未満を低値群とした。

3) 食事療法の順守

食事療法の順守とは、Franzによる「患者が現在の食事パターンを改めること、新しい食行動を実行すること」とした（Franz,1994）。食事療法順守の評価は、高橋らが開発した「食物摂取状況調査票」（高橋ら,1996）から実際の摂取カロリーを算出し、指示カロリーに対する摂取カロリーの比を用いた。

2. 対象及び調査時期

対象者は、糖尿病専門外来をもつ病院に通院中の2型糖尿病と診断され認知機能に問題のない65歳以上の男女とした。調査期間は、2001年10月～12月であった。

3. 方法および調査内容

調査依頼は、医師・看護部長に研究計画書・趣意書を提示し、研究目的・研究方法・データ収集方法を口頭と文書で説明を行い、協力を依頼した。調査方法は、研究協力の得られた医師が診察後に対象者に対し、調査協力の依頼を行い、同意が得られた段階で、研究者が対象者に対し別室で研究同意を確認後、質問紙調査を実施した。

調査内容は、基本的属性として、性別、年齢、配偶者・同居者の有無、職業の有無、日常生活活動および、抑うつ状態を調査した。日常生活活動（Activities of Daily Living : ADL）の評価は、老研式活動能力指標（古谷野ら,1987）TMIG Index of Competenceを用いた。抑うつ状態の評価は、日本版高齢者うつスケール（Geriatric Depression Scale-Short form : GDS 短縮版）（矢富,1994）を用いた。また、糖尿病関連因子として、ヘモグロビン A_{1c}、発症年齢、BMI(body mass index)、薬物療法、運動習慣の有無、合併症の有無などを調査した。へ

ヘモグロビン A_{1c} は、カルテ、コンピュータ、主治医によって記入された糖尿病手帳より過去6ヶ月分のデータを収集しその平均値を算出し7.0以下であれば良好、7.1以上であれば不良とした。BMIは24以下をBMI良好、25以上をBMI不良とした。

4. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、対象者の主治医・看護部長に対し研究計画書・趣意書を提示し、研究目的・研究方法・倫理的配慮を文書で説明し、協力を依頼した。また、研究対象者に対し研究目的、研究の参加及び中断の自由、拒否しても不利益を被らないことを説明し、研究対象者の同意書への署名をもって同意を確認した。

5. 分析方法

対象者のセルフ・エフィカシー及び指示カロリーに対する摂取カロリーの比、基本的属性、糖尿病関連因子、GDS及びADLとの関連性は、t検定、Pearsonの相関係数、一元配置分散分析を用いて分析した。統計ソフトはSPSS for Windows (Ver.11.5)を使用した。

III 結果

1. 対象者の概要

1) 対象者の基本的背景

調査対象者は105人であった。平均年齢は70.6±4.1歳、性別は男性39人(37.1%)、女性66人(62.9%)であった。家族構成は、独居が19人(18.1%)、家族との同居が86人(81.9%)、その内、配偶者の同居は72人(83.7%)、その他は家族との同居であった。職業は有職者が27人(25.7%)であった。抑うつ傾向は、GDS得点が平均4.91±3.07であり、抑うつ傾向がある者24人(22.6%)であった。また、老研式活動能力指標における日常生活活動は平均11.5±2.01であり、日常生活活動の高い者102人(97.1%)であった。本研究におけるCronbachのα係数は、GDS短縮

版0.75、老研式活動能力指標0.70であった(表1)。

表1 対象者の基本的背景

		(n=105)	
性別 (人)	男性	39 (37.1%)	女性 66 (62.9%)
平均年齢 (歳)	70.6±4.1		
	男性	76.5±3.6	女性 70.6±4.4
配偶者 (人)	あり	72 (68.5%)	なし 33 (31.4%)
同居者 (人)	あり	86 (81.9%)	なし 19 (18.1%)
職業 (人)	あり	27 (25.7%)	なし 78 (74.3%)
GDS (人)	傾向あり	24 (22.6%)	傾向なし 81 (77.1%)
ADL (人)	高い	102 (97.1%)	低い 3 (2.9%)

2) 糖尿病に関連した対象者の特性

ヘモグロビン A_{1c} (調査日より6ヶ月遡って得られた値の平均) は、平均7.4±1.4(範囲5~11.5)mg/dlであった。発症年齢は平均56.4±10(範囲32~71)歳であり、罹患年数は平均14.3±9.5(範囲1~43)年、そのうち15年未満は62人(59.0%)、15年以上は43人(41.0%)であった。BMIは平均23.3±4.1(範囲13~35)であり、24以下は73人(69.5%)、25以上は32人(30.5%)だった。治療では、薬物療法を受けている者は92人(87.6%)であり、その内訳は経口薬の内服のみ71人(83.7%)、インスリン療法のみ15人(22.8%)、経口薬内服療法とインスリン療法の併用6人(6.5%)であった。また、糖尿病合併症のある者は47人(44.8%)であり、網膜症39人(37.1%)、神経障害12人(11.4%)、腎症6人(5.7%)であり、そのうち重複合併症者は7人(6.7%)であった。患者教育では、教育入院経験者は89人(84.8%)、外来栄養指導のみを受けた者は6人(5.7%)、そのうちの3人は受診毎の継続的な栄養指導であり、教育入院経験および栄養指導の経験がない者は13人(12.4%)であった(表2)。

2. セルフ・エフィカシーとの関連性

1) 基本的背景

今回の対象者105人のセルフ・エフィカシー得点の合計の平均は75.47±7.33であった。次に、セルフ・エフィカシー「I. 疾患に対する対処行動の積極性」の得点は平均45.63

±4.32 (範囲 33~54) 点であった。そこで平均得点を基準に 46 点以上をセルフ・エフィカシー I の高値群 (以下 I 高値群)、45 点以下を低値群 (以下 I 低値群) の 2 群に分けた。I 高値群は 50 人 (47.6%)、I 低値群は 55 人 (52.4%) であった。セルフ・エフィカシー「II. 健康に対する統制感」の得点は平均 29.89 ± 4.03 (範囲 21~38) 点であった。平均得点を基準に 30 点以上をセルフ・エフィカシー II の高値群 (以下 II 高値群)、29 点以下を低値群 (以下 II 低値群) とし、II 高値群は 59 人 (56.2%)、II 低値群は 46 人 (43.8%) であった。

表2 糖尿病に関連した対象者の特性

		(n=105)	
HbA _{1c} (%)	7.4±1.4		
発症年齢 (歳)	56.4±10		
罹患年数 (年)	14.3±9.5	15年未満	59人 (56.2%)
		15年以上	46人 (43.2%)
BMI	23.3±4.1	24以下	73人 (69.5%)
		25以上	32人 (30.5%)
薬物療法 (人)	あり: 92人 (87.6%)	経口血糖降下剤: 71人	なし: 13人 (12.4%)
		インスリン療法: 15人	
		併用: 6人	
運動習慣 (人)	あり: 62人 (59.0%)	ウォーキング: 55人	なし: 43人 (40.9%)
		プール歩行: 2人	
		その他: 5人	
合併症 (人) (複数回答あり)	あり: 47人 (44.8%)	網膜症: 39人	なし: 58人 (55.2%)
		神経障害: 12人	
		腎症: 6人	
患者教育 (人)	あり: 92人 (87.6%)	教育入院: 89人	なし: 13人 (12.4%)
		外来栄養指導のみ: 3人	
		両方: 3人	

セルフ・エフィカシー I、II と基本的背景との関連を検討した結果、性別、年齢、配偶者および同居者の有無、調理担当者が本人か否かでは有意差はみられなかった。これらに対し、職業の有無との関係では、セルフ・エフィカシー II において有職の者に対して無職の者の得点が有意に低かった ($p < 0.05$)。

セルフ・エフィカシー I、II と抑うつ状態・日常生活活動との関連を検討した結果、セルフ・エフィカシー I、II とともに抑うつ状態にある者 ($p < 0.01$)、ADL に障害があるも者 ($p < 0.05$) の得点が有意に低かった。本研究における Cronbach の α 係数は、セルフ・エフィカシー I 0.74、セルフ・エフィカシー II 0.88 であった (表 3)。

2) 対象者の糖尿病の特性

セルフ・エフィカシー I、II と糖尿病関連因子との関係を検討した結果、ヘモグロビン A_{1c}、罹患年数、薬物療法、運動習慣、合併症、教育入院・外来栄養指導の有無にはそれぞれ有意差はみられなかった。これらに対し、セルフ・エフィカシー I と BMI において、BMI 良好群の得点が不良群と比較して有意に高かった ($p < 0.05$) (表 4)。

2. 摂取カロリー比と基本的背景、糖尿病に関連した因子、セルフ・エフィカシーとの関連性

今回の対象者の摂取カロリーは、1 日当たり平均 1775.8 ± 427.0 (範囲 876kcal ~ 3334)kcal であった。指示カロリーに対する摂取カロリーの比 ((摂取 Cal - 指示カロ Cal) / 指示 Cal × 100)、平均 31.0 ± 28.7 (範囲 0 ~ 179) であった。摂取カロリー比と基本的属性との関連を検討した結果、女性が男性より摂取カロリー比が有意に高く ($p < 0.05$)、家族との同居の者はそうでない者より摂取カロリー比は有意に低かった ($p < 0.05$)。

また、摂取カロリー比と糖尿病関連因子、セルフ・エフィカシー I、II との関連において、有意差はなかった (表 5)。

表3 セルフ・エフィカシーと基本的背景 (n=105)

		n (%)	Mean±SD	SE I		SE II	
				Mean±SD	r	Mean±SD	r
全体		105		45.63±4.32		29.89±4.03	
性別	男性	39 (37.1)		44.95±4.16		30.03±4.03	
	女性	66 (62.9)		46.03±4.40		29.80±4.05	
年齢	全体	105	70.57±4.11		-0.004		-0.051
	男性	39 (37.1)	70.46±3.64		-0.175		-0.25
	女性	66 (62.9)	70.63±4.38		0.072		0.045
配偶者	あり	72 (68.5)		45.56±4.07		29.67±3.99	
	なし	33 (31.4)		45.79±4.90		30.36±4.11	
同居者	あり	86 (81.9)		45.67±4.24		29.91±3.98	
	なし	19 (18.1)		45.52±4.78		29.79±4.32	
職業	あり	27 (25.7)		46.33±3.53		31.26±3.72*	
	なし	78 (74.3)		45.38±4.56		29.41±4.04	
調理担当者	本人	71 (67.6)		45.80±4.08		29.73±3.95	
	本人以外	34 (32.4)		45.26±4.83		30.21±4.23	
GDS	全体	105	4.91±3.07				
	うつ傾向あり	24(22.6)		43.33±4.15**		26.17±3.44**	
	うつ傾向なし	81(77.1)		46.31±4.16		30.99±3.50	
ADL	全体	105	11.15±2.01				
	低い群	3(2.9)		40.33±6.43*		24.67±3.06*	
	高い群	102(97.1)		45.78±4.19		30.04±3.96	

*:p<0.05

**p<0.001

表4 セルフ・エフィカシーと糖尿病に関連した特性との関係 (n=105)

項目	n (%)	Mean±SD	SE I		SE II		
			Mean±SD	r	Mean±SD	r	
罹患年数	全体	105	14.34±9.47		-0.136	-0.1	
	15年未満	59(56.2)		45.80±4.58		30.07±3.88	
	15年以上	46(43.8)		45.41±4.00		29.65±4.23	
HbA _{1c}	全体	105	7.39±1.37				
	7.0以下	49(46.7)		46.39±4.55	-0.141	30.12±4.44	0.094
	7.1以上	56(53.3)		44.96±4.04		29.68±3.65	
BMI	全体	105	23.31±4.08				
	24以下	73(69.5)		46.19±4.50	-0.135*	29.86±4.30	-0.044
	25以上	32(30.5)		44.34±3.64		29.94±3.38	
薬物療法	経口血糖降下剤	71(83.7)		44.99±4.20		29.08±3.77	
	インスリン療法	15(22.8)		46.60±4.41		31.60±4.70	
	併用	6(6.5)		45.83±4.83		31.17±2.48	
	食事療法	13(12.4)		47.92±4.17		31.69±4.17	
運動習慣	あり	62(59.0)		46.18±4.46		30.05±4.00	
	なし	43(40.9)		44.84±4.04		29.65±4.09	
合併症	あり	47(44.8)		45.57±3.64		29.43±3.65	
	なし	58(55.2)		45.67±4.83		30.26±4.30	
教育入院	あり	89(84.8)		45.45±4.27		29.74±4.07	
	なし	16(15.2)		46.63±4.63		30.69±3.81	
外来栄養指導	あり	6(5.7)		47.17±5.31		30.00±5.25	
	なし	99(94.3)		45.54±4.27		29.88±3.97	

*:p<0.05

**p<0.001

表5 摂取カロリー比と各因子との関係

項目	n (%)	摂取カロリー比	
		Mean±SD	
性別	男性	39 (37.1)	23.54±17.36*
	女性	66 (62.9)	35.85±32.81
配偶者	あり	72 (68.5)	27.39±23.95
	なし	33 (31.4)	39.00±36.29
同居者	あり	86 (81.9)	27.85±23.99*
	なし	19 (18.1)	46.79±41.25
職業	あり	27 (25.7)	34.19±27.51
	なし	78 (74.3)	30.27±29.09
調理担当者	本人	71 (67.6)	33.28±30.63
	本人以外	34 (32.4)	26.35±24.01
GDS	うつ傾向あり	24(22.6)	36.46±37.43
	うつ傾向なし	81(77.1)	29.74±25.51
ADL	低い群	3(2.9)	17.33±5.52*
	高い群	102(97.1)	31.69±28.92
HbA _{1c}	7.0以下	49(46.7)	33.41±35.78
	7.1以上	56(53.3)	28.96±20.88
BMI	24以下	73(69.5)	28.48±25.68
	25以上	32(30.5)	36.88±34.48
薬物療法	経口血糖降下剤	71(83.7)	31.10±26.29
	インスリン療法	15(22.8)	25.20±21.96
	併用	6(6.5)	26.00±18.41
	食事療法	13(12.4)	39.77±47.83
運動習慣	あり	62(59.0)	33.71±32.37
	なし	43(40.9)	27.77±21.99
合併症	あり	47(44.8)	27.66±25.75
	なし	58(55.2)	34.21±30.64
教育入院	あり	89(84.8)	31.62±29.86
	なし	16(15.2)	29.38±20.97
外来栄養指導	あり	6(5.7)	34.00±29.86
	なし	99(94.3)	31.11±28.97
SE I	低い群	55(52.4)	28.51±20.07
	高い群	50(47.6)	33.82±35.98
SE II	低い群	46(43.8)	27.83±23.29
	高い群	59(56.2)	33.54±32.35

*:p<0.05

IV 考察

1. 高齢糖尿病患者のセルフ・エフィカシーと食事に対する影響因子

Bandura は、セルフ・エフィカシーが、それまでの遂行行動の達成、代理的経験、言語的説得、情動的換気という4つの情報源によって影響される。よって、対象者に対し援助を行う際にはこれら4つの情報源を考慮することの重要性を述べている (Bandura,1977)。また、高齢者のセルフ・エフィカシーに関し

て、Glasgow らは1型糖尿病患者と同様に、高齢糖尿病患者でもセルフ・エフィカシーを維持することで、体重減少や血糖自己測定などの行動に影響していたと報告している (Glasgow ,1992)。

高齢糖尿病患者のセルフ・エフィカシーに影響を及ぼしていた因子は、職業に従事していること、BMI を良好に維持していること、抑うつ状態にないこと、日常生活活動が高いことであった。一方、セルフ・エフィカシーと食事の摂取量との間に有意な関係は認められなかったが、食事摂取量に影響を及ぼしていたものは、性差、家族との同居の有無であった。

このことから、多くの高齢者が退職し社会とのつながりが希薄になるなかで、有職者は職業を通して社会に参加しているという責任を果たすために、糖尿病と前向きに付き合っていこうとする意識が高いと考えられる。また、BMI が良好に維持できてきている高齢糖尿病患者は、糖尿病のコントロールに必要な食事、運動、薬物療法などの自己管理行動に積極的に取り組んでいることがうかがえた。これは、セルフ・エフィカシーが自己管理行動に影響し血糖コントロールを良好に維持したという Ludlow の報告と一致している (Ludlow,1995)。特に、食事の自己管理行動については、35 歳以上のII型糖尿病患者を65歳未満、前期高齢者、後期高齢者の3群に分けて食事自己管理行動と自己効力感との関連性において、年齢が高い者ほど自己効力感が高く、食事自己管理行動がとれていると報告されており (山田ら 2007)、本研究においても同様の結果が示された。これは糖尿病患者が、疾患特有の健康行動、糖尿病であれば継続的な食事療法を中心とする生活習慣の変更を積極的に行った結果だと言える。しかし、高齢糖尿病患者が運動などを行う際、身体機能の程度によっては困難になる場合があるので食事療法の順守を中心にした個別性にそった方法を提供することが求められる。

また、抑うつ状態にない高齢糖尿病患者は、

積極的に自己管理にと取り組んでいることが示された。しかし、青木が 65 歳以上の地域在住の一般高齢者の抑うつ状態の出現率約 12.3%と報告している（青木ら,1998）のに対し、本研究結果の抑うつ状態は 22.6%と高率を示した。糖尿病と抑うつとの関連性は指摘されているが、特に高齢糖尿病患者の抑うつ状態との関連性については明らかにされていない。今後、食事療法順守という糖尿病患者にとってストレスの大きい治療の実行には、セルフ・エフィカシー I、II を高めるような支援を必要不可欠であると共に、高齢糖尿病患者の抑うつ状態について、明らかにしていくことが課題である。

一方、日常生活を支障なく送ることが出来ると自覚している高齢糖尿病患者は健康に対する統制感が高かった。このことは、日常生活行動の低下を防ぐ援助が自己効力感を高める可能性があることを示している。これに対して、日常生活に支障がある高齢糖尿病患者に対しては、高齢者が望む日常生活行動の支援が必要であると言える。

2. 摂取カロリー比との関連

高齢者にとって、食事療法の順守は老化による理解力の低下や、摂取カロリーの計測など困難なことが多いため、習慣化されにくくなおざりになってしまいがちである。しかしながら、適正な食事療法を実施することが糖尿病のコントロールの基本であることに変わりはない。

摂取カロリー比では、女性が男性より摂取カロリー比が高く、食事療法が守られにくい状況にあることが示唆された。今後、さらに詳しく女性と男性の食事療法に対する意識・行動について明らかにする必要がある。また、配偶者および家族と同居している高齢糖尿病患者の方が摂取カロリー比が低かった。これは、何らかの家族サポートが高齢糖尿病患者の食事療法や食行動に影響している可能性がある。また、看護師および薬剤師において、高齢糖尿病患者の糖尿病管理に対

して、食事療法の意義が理解できずに好きなだけ食べて高血糖が持続してしまう高齢糖尿病患者は家族にも食事制限への協力を求めるとの報告がなされている（大野ら,2009）。どのような家族のサポートが食事摂取に影響しているのか、さらに詳しく検討していく必要があると考える。さらに、日常生活を支障なく行えている者は摂取カロリー比が高かった。これは高齢者自身の行動範囲の広がりや他者との交流など生きがいにもつながる部分ではあるが、合併症の発症・進展にも影響を及ぼすことからどのような生活行動が摂取カロリー比に影響しているのか詳しく検討する必要があると考えられる。

本研究の限界として次の 2 点がある。1 点目は、今回の食物摂取状況調査において、過去 1 週間を振り返りによって得られた情報のため、信頼性に欠ける部分があること。2 点目は、高齢糖尿病患者のセルフ・エフィカシーの測定にあたって、金らによって開発された「慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシー尺度」を用いたが、長期の自己管理行動を余儀なくされる糖尿病患者に当てはまらない項目がみられた。今後、高齢糖尿病患者セルフ・エフィカシー尺度の開発及び、食物摂取状況調査をプロスペクティブに調査することが課題である。

V 看護実践への示唆

本調査では、セルフ・エフィカシー I を高く持っている高齢糖尿病患者は、食事療法の順守ができている傾向にあるということが示唆された。セルフ・エフィカシーという認知的要因から継続的に困難さが伴う食事療法にアプローチしていくことは、合併症の予防や QOL の向上への患者支援の方法の一つとなり得るのではないかと考える。

VI 結論

1) 仕事を持つ高齢糖尿病患者は健康に対する統制感が高く、仕事を通して社会に参加しているという責任感や充実感が自己効力感

を高めている可能性がある。

2) BMI を良好に維持している高齢糖尿病患者は、糖尿病の管理に必要な食事・運動・薬物療法などの疾患の管理に対して積極的に対処している者が多い。

3) 抑うつ傾向や日常生活に支障がない高齢糖尿病患者は自己効力感を高く維持している者が多い。

4) 摂取カロリーの比の少なかった男性と家族と同居している高齢糖尿病患者の食行動に影響している要因を明らかにする必要がある。

謝辞

本研究への協力を快くご了承ください、貴重なお時間を割いてくださった患者様、研究の場をご提供ください患者様との仲介など様々なご協力を頂きました G,S,O 病院の皆様方に深く感謝いたします。

文献

Albert Bandura (1977) : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change , Psychological Review, 84(2), 191-215
 Anita Penny Ludlow(1995) : Relationships Among Self - Care, Self - Efficacy and HbA1c Level in Individuals with Non - Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM), Canadian Journal of Diabetes care, 19(1), 10 - 15
 青木邦夫、松本耕二 (1998) : 高齢者の抑うつの実態と関連要因、山口県立大学社会福祉学部紀要 4、9-21
 荒木 厚、出雲祐二、井上潤一郎他 (1995) : 老年糖尿病患者の食事療法の負担感について、日本老年医学会雑誌 Vol.32 No12, 804 - 809
 Franz MJ, Horton ES, Bantle JP et.all (1994) : Technical review : nutrition principles for the management of diabetes and related complications, Diabetes Care, 17 , 490-518
 Kevin D.McCaul (1987) : Diabetes

Regimen Behaviors Predicting Adherence, Medical Care, 25(9), 868-881

木下幸代 (1990) : 糖尿病患者の食事自己管理の破綻要因, 看護技術, 36(1), 11 - 14

金 外淑、嶋田洋徳、坂野雄二 (1996) : 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連、心身医, 36(6) , 500-505

厚生省の指標 (2010) : 国民衛生の動向 2010/2011、厚生統計協会、57(9)、79-80

古谷野 亘、柴田博、中里克治他 (1987) : 地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発—、日本公衛誌, 34(3), 109 - 114

大野 敦、植木彬夫、渡邊留理恵他(2009) : 高齢者の糖尿病管理に対する意識調査—看護師と薬剤師の比較—、プラクティス、26(2)、216-219

Russell E.Glasgow (1992) : Improving Self-Care Among Older Patients with Type II Diabetes : The “Sixty Somethin” Study , Patient Educational and Counseling , 19, 61-74

山田光子、上原朋子、近藤ふさえ他(2007) : II型糖尿病高齢者の食事自己管理行動と自己効力感との関連、日本看護学会論文集 : 老年看護、37、103-105

高梨 薫、杉澤秀博、柴田博 他 (1996) : 高齢糖尿病患者の食事療法・運動療法の順守度と治療に対する信念および家族支援との関係、老年社会科学, 18(1), 41 - 49

高橋啓子、吉村幸雄、片島るみ (1996) : 簡易法による食物摂取状況調査票と成績表の作成、四国大学紀要, (B) 5 : 23 - 35

Vicki S. Conn (1997) : Older Women : Social Cognitive Theory Correlates of Health Behavior, Women&Health, 26(3), 71 - 85,

矢富直美 (1994) : 日本老人における老人用うつスケール (GDS) 短縮版の因子構造と項目性の検討、老年社会科学, 16 (1), 29 - 36