［原著論文］

心不全患者のウェルビーイングに影響を与える要因
－楽観性，抑うつ，健康関連QOL，社会的交流に焦点を当てて－

宮崎　博士

札幌市病院局　市立札幌病院　看護部

要旨

目的：心の健康に着目した効果的な支援を見出すために，心不全患者のウェルビーイングと楽観性，抑うつ，健康関連QOL，社会的交流との関連を明らかにすることである．方法：心不全患者72名を対象に，ウェルビーイング（PLS-R），楽観性（楽観性尺度），抑うつ（GDS-5），健康関連QOL（SF-8），社会的交流（外出頻度，交流頻度）について調査を行った．結果：PLS-R得点は，健常者を対象とした先行研究とほぼ同値であった．PLS-Rを従属変数とした重回帰分析（stepwise法）では，楽観性（β=.672），SF-8の精神的サマリースコア（β=.286），交流頻度（β=.259）の３変数が採択され，調整済みR^2＝.574であり，抑うつは除外された．考察:楽観性，精神的サマリースコア，交流頻度の３変数がウェルビーイングの約60％を説明するという結果から，心不全患者の心の健康を促進するためには，自分の状況を楽観的または肯定的に受け止めることができ，社会とのつながりを保つことができるよう支援することの必要性が示唆された．

キーワード

心不全患者　ウェルビーイング　楽観性　健康関連QOL　社会的交流

Ⅰ．はじめに

日本における心疾患による死亡は，悪性新生物に次ぎ２番目に多い．なかでも，心不全は心疾患の内訳で最も死亡数が多い疾患である（厚生労働省，2017）．心不全患者数の推計では，2005年において約100万人であり，2030年には130万人に達すると予測され（Okura・Ramadan・Ohno・Mitsuma・Tanaka・Ito・Suzuki・Tanabe・Kodama・Aizawa，2008），今後は高齢化に伴い，その増加が見込まれている．

心不全患者の治療及びケアのアウトカムとして，生命予後（死亡率，再入院率），検査データ，運動耐容能，セルフケア能力，QOL（Quality of Life）に加えて，精神的指標である抑うつ・不安が挙げられている（真茅，2012）．なお，心不全患者の37％に抑うつ及び不安症状が認められるという報告もあり（Tsuchihashi-Makaya・Kato・Chishaki・Takeshita・Tsutsui，2009），心不全患者の精神的健康の維持・向上は喫緊の課題である．

世界保健機関（WHO）は，心の健康について，すべての個人が自分自身の可能性を認識し，日常のストレスに対処し，生産的かつ豊かに働き，社会に貢献できる状態と定義し，心の健康こそがウェルビーイングの状態であるとしている（WHO，2018）．

＜連絡先＞
宮崎　博士
E-mail：hiroshi.miyazaki@city.sapporo.jp

ウェルビーイングに影響があるとされている要因として，楽観性（Conversono・Rotondo・Lensi・Vista・Arpone・Reda，2010；Jahanara，2017）や，外出場所や社会的交流（小林・深谷・杉原・秋山・Liang，2014；齋藤，2019）が報告されている．Scheier・Cave（1992）は，楽観性を「物事がうまく進み，悪い出来事よりも良い出来事が起こるという信念を持つ傾向」「ポジティブな結果を期待する傾向」と捉えた上で，楽観性は，適応や精神的健康を促進し，抑うつを軽減させることに加えて，楽観性の高い人は低い人よりも健康状態が良いことを明らかにしている．なお，Seligman（1991，山村訳，1994）は，楽観性は心理療法で学ぶことにより習得可能であり，健康や学業やスポーツ，選挙の成績などの成功要因の１つだと述べている．また，齋藤（2019）は，外出場所でも，買い物や通院のように手段的な外出とは異なり，生きがいや趣味活動と関連性のある自ら選択した外出場所があることが主観的ウェルビーイングの増進に直接効果を及ぼすことを明らかにしている．

そこで本研究は，心不全患者の心の健康に着目した効果的な支援を見出すために，心不全患者のウェルビーイングと楽観性，抑うつ，健康関連QOL，社会的交流との関連を明らかにすることを目的とする．

Ⅱ．研究方法

１．研究デザイン

質問紙調査法による関連検証型研究

2．用語の操作的定義

ウェルビーイング：田中・津田・神宮・江上（2006a）は，ウェルビーイングを個人の心身の機能が十分に発揮された「いきいき」とした状態を明確化したものだと述べており，本研究では田中他（2006a）が開発した改訂版-いきいき度尺度／ Psychological Lively Scale-Revised: PLS-R（以下，PLS-Rと略す），14項目-４下位尺度（満足感，ネガティブ気分，チャレンジ精神，気分転換）で測定できる範囲とする．

楽観性：楽観性とはScheier・Cave（1992）の定義に倣って「物事がうまく進み，悪い出来事よりも良い出来事が起こるという信念を持つ傾向」とし，本研究では外山（2013）の楽観性・悲観性尺度のうち，楽観性に関する10項目で測定できる範囲とする．

3．調査対象者

調査対象者は，2016年６-11月に研究協力が得られた北海道内の循環器科がある４病院で心不全の診断を受けている患者であった．

対象者の選定基準は，①心不全に至った原疾患については問わないが，心不全と診断されている74歳未満の者，②自記式質問紙に回答ができる者，③外来通院をしているか，または退院を目前に控えており，身体状態が安定している者とした．

なお，年齢制限を加えたのは，比較的社会とのつながりが保たれていると考えられる年代を対象にすることで，社会との関係性とウェルビーイングとの関連を検討できると考えたことによる．

4．調査内容

1）対象者の特徴

⑴　基本属性

基本属性は，年齢，性別，配偶者の有無，同居家族の有無，仕事の有無について聞いた．

⑵　疾患関連情報

心不全に至った原疾患，心不全の重症度（自覚症状から重症度をⅠ-Ⅳ度に分類するNYHA心機能分類で評価），自覚症状について聞いた．

2）ウェルビーイング

ウェルビーイングは，精神的健康を精神障害がなく，well-beingも高いという二次元から捉える精神的健康の二次元モデルに基づき，ポジティブな側面とネガティブな側面を測定できる尺度として田中他（2006a）が開発したPLS-Rを用いて測定した．

PLS-Rは14項目-４下位尺度（①【満足感】４項目，②【ネガティブ気分】３項目，③【チャレンジ精神】４項目，④【気分転換】３項目）で構成されている．回答は４段階評価（「そうは思わない（１点）」「少しそう思う（２点）」「そう思う（３点）」「かなりそう思う（４点）」で求め，下位尺度得点は単純に加算して算出するが，PLS-R総得点はネガティブ気分の得点を逆転させた上で４下位尺度得点を総和することにより算出する．得点範囲は14-56点であり，高得点ほどウェルビーイングが高いことを示す．なお，信頼性，時間的安定性，妥当性は確認されている．

3）楽観性

楽観性は，外山（2013）が開発した楽観性・悲観性尺度のうち，楽観性に関する質問の10項目を用いて測定した．楽観性項目は「自分の将来は恵まれていると思う」「自分の将来は良いことが起こると思う」「将来，幸せになれると思う」などの質問内容であり，回答は４段階評価（全く当てはまらない，当てはまらない，当てはまる，よく当てはまる）で求め，順に１-４点を配点する．得点範囲は10-40点であり，高得点ほど楽観性が高いことを示す．なお，信頼性，時間的安定性，妥当性は確認されている．

4）抑うつ：高齢者抑うつ尺度の短縮版

抑うつは，町田・平田・柳田・須藤・水川・大荷・秋島・鳥羽（2002）が作成した５項目で測定できる日本版の高齢者抑うつ尺度の短縮版／ Geriatric Depression Scale-Five Short Version：GDS-5（以下，GDS-5と略す）で測定する．質問内容は「毎日の生活に満足していますか」「毎日が退屈だと思うことが多いですか」「外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思いますか」「生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか」「自分が無力だと思うことが多いですか」からなる．回答は「毎日の生活に満足していますか」のみ「はい（０点」「いいえ（１点）」であり，他４つの質問は「はい（１点）」「いいえ（０点）」で回答を求め，得点は０-５点の範囲で，２点以上をうつ傾向と判断する．なお，信頼性，妥当性は確認されている．

5）健康関連QOL：健康関連QOL尺度（SF-8）

健康関連QOLはSF-36の簡易版であり，特定の疾患に限定せず８項目で測定できるのでSF-8日本語版を使用した．

この尺度は，身体的サマリースコア／Physical Component Summary: PCS（以下PCSと略す）と精神的サマリースコア／Mental Component Summary: MCS（以下MCSと略す）及び８つの領域（①身体機能，②日常役割機能【身体】，③体の痛み，④全体的健康感，⑤活力，⑥社会生活機能，⑦日常役割機能【精神】，⑧心の健康）で構成されている．各領域について日本人国民標準値（平均値50）が求められており，スコアが50より低い場合は平均的な日本人よりも健康関連QOL が低いと解釈し，得点が高いほど各領域におけ

る健康関連QOLが高いことを示す．なお，信頼性・妥当性ともに確認されている．

6）社会的交流

ウェルビーイングと社会とのつながりを示す社会的交流には関連があると仮定し，外出頻度「仕事や買い物以外で外出することがあるか」と交流頻度「家族以外の人と交流することがあるか」という質問項目を研究者が独自に作成し，回答を４段階（週１回以上ある，月に１-３回ある，まれにある，していない）で求めた．

5．分析方法

分析には統計ソフトIBM SPSS Statistics ver.25を使用し，有意水準は５％を採用した．

まず，全ての変数について記述統計を行い，つづいて対象者の特徴とウェルビーイング総得点との関連をみるためにｔ検定を行った．また，ウェルビーイングと３尺度（楽観性，抑うつ，健康関連QOL）との関連についてはPearsonの積率相関係数を算出して検討した．

最終的には，ウェルビーイングに影響する要因を確定するため，ウェルビーイングを従属変数とし３尺度（楽観性，うつ，健康関連QOL）及び，その他の対象者の特徴に関する質問項目でウェルビーイングと関連のあった変数を加えて重回帰分析（stepwise法）を行った．

6．倫理的配慮

1）研究機関や研究協力施設における倫理的手続き

本調査は，北海道医療大学看護福祉学研究科倫理委員会の承認を得た（17N004004）．研究協力施設においては，施設長に研究の趣旨（目的，方法，手順，期間，研究の意義など），倫理的配慮を書面により説明し承諾を得た上で，協力施設の倫理的審査を受け許可された．

2）研究対象者への研究依頼と倫理的配慮

研究対象の条件を満たす人を研究協力施設のスタッフに選んでもらい，対象者には，研究者が外来の待ち時間などを利用して研究目的，方法，倫理的配慮について文書と口頭で説明し，研究参加の承諾が得られた場合には自記式質問票を手渡し記入してもらった．なお，質問紙の回収は回収BOXへの投函または研究者への手渡しにより行い，回収できた場合は，研究協力の同意を得られたと判断した．

Ⅲ．結果

北海道内の循環器科のある４病院より紹介をもらった75名の心不全患者より回答を得た．その中でデータ欠損のある３名を除外し，72名を分析対象者とした（有効回答率96.0％）

1．対象者の特徴（表１）

対象者の平均年齢は63.9±SD9.2歳（範囲：24-73歳），男性62名（86.1％），女性10名（13.9％）であり，配偶者有り50名（69.4％），同居家族有り57名（79.2％），仕事有り35名（48.6％）であった．

心不全に至った原疾患は，多い順から，心筋梗塞28名（38.9％），不整脈27名（37.5％），高血圧症22名（30.6％）などであった．

NYHAの心機能分類は，軽い順からⅠ度12名（16.7％），Ⅱ度44名（61.1％），Ⅲ度15名（20.8％），Ⅳ度１名（1.4％）であった．

自覚症状は，有りが53名（73.6％）であり，その内訳は多いものから疲労感35名（48.6％），動悸18名（25.0％），不眠18名（25.0％），息苦しさ17名（23.6％），などであった．

表１　対象者の特徴　　*N*=72

項目				
属性	年齢		平均年齢63.9±9.2（24-73歳）	
		区分	人数	%
	性別	男	62	86.1
		女	10	13.9
	配偶者	有	50	69.4
		無	22	30.6
	同居家族	有	57	79.2
		無	15	20.8
	仕事	有	35	48.6
		無	37	51.4
原疾患	心筋梗塞		28	38.9
	不整脈		27	37.5
	高血圧症		22	30.6
	弁膜症		13	18.1
	狭心症		10	13.9
	心筋症		9	12.5
	大動脈疾患		6	8.3
	その他		2	2.8
NYHA	Ⅰ疲労感はない		12	16.7
	Ⅱ階段や早く動くと少し疲れる		44	61.1
	Ⅲ普通に歩いてもかなり疲れる		15	20.8
	Ⅳ安静にしていても疲れる		1	1.4
自覚症状	有		53	73.6
	内訳	疲労感	35	48.6
		動悸	18	25.0
		不眠	18	25.0
		息苦しさ	17	23.6
		胸痛	7	9.7
		気分の落ち込み	4	5.6
		浮腫	3	4.2
		食欲不振	2	2.8
	無		19	26.4

2．ウェルビーイング（PSL-R），楽観性，抑うつ，健康関連QOLの得点（表2）

1）ウェルビーイング（PSL-R）の得点

PSL-Rの平均値については，総得点は38.8±SD5.9点，下位尺度得点は，【満足感】が10.8±SD2.3点，【ネガティブ気分】が5.8±SD1.9点，【チャレンジ精神】が10.8±SD2.4点，【気分転換】が7.9±SD2.0点であった．

なお，尺度の内的整合性を確認するために信頼分析を行った．Cronbach'α信頼係数が総得点では0.81，下位尺度の【満足感】は0.75，【ネガティブ気分】は0.89，【チャレンジ精神】は0.75，【気分転換】は0.84と，いずれも0.7以上の基準を満たし，十分な内的整合性が保たれていた．

2）楽観性の得点

楽観性の平均総得点は，27.2±SD4.2点であった．

3）抑うつの得点

GDS-5の平均総得点は1.1±SD1.2点であった．また総得点が2点以上だと抑うつ傾向にあるとされるが，これに該当する対象者は37.5％であった．

4）健康関連QOL（SF-8）の得点

SF-8の8下位尺度及びサマリースコアの平均得点については，身体機能は42.1±SD10.1点，日常役割機能（身体）は44.1±SD10.4点，体の痛みは50.6±SD8.8点，全体的健康感は46.7±SD8.1点，活力は47.9±SD6.5点，社会生活機能は46.3±SD9.3点，日常役割機能（精神）は46.6±SD8.9点，心の健康は50.2±SD6.1点であった．サマリースコアはPCSが43.1±SD9.2点，MCSが49.2±SD6.7点であった．

3．ウェルビーイング（PSL-R）と対象者の特徴との関連

1）基本属性との関連

対象者の属性とPSL-Rにおいて有意差は認められなかった．

表2　ウェルビーイング（PLS-R），楽観性，抑うつ，健康関連QOLの得点

N＝72

	本研究 平均± SD	先行研究 平均± SD	
PLS-R総得点	38.8± 5.9	39.9 6.1	注1
満足感	10.8± 2.3	11.0 2.4	注1
ネガティブ気分	5.8± 1.9	5.5 1.6	注1
チャレンジ精神	10.8± 2.4	11.6 2.1	注1
気分転換	7.9± 2.0	7.8 2.0	注1
楽観性	27.2± 4.2	28.1±5.1	注2
抑うつ	1.1± 1.2		
健康関連QOL			
身体機能：PF	42.1±10.1	47.7±6.7	注3
日常役割機能（身体）：RP	44.1±10.4	47.2±7.6	注3
体の痛み：BP	50.6± 8.8	55.2±6.6	注3
全体的健康感：GH	46.7± 8.1	52.6±5.8	注3
活力：VT	47.9± 6.5	52.0±6.2	注3
社会生活機能：SF	46.3± 9.3	49.6±6.6	注3
日常役割機能（精神）：RE	46.6± 8.9	50.6±4.1	注3
心の健康：MH	50.2± 6.1	52.5±6.2	注3
身体的サマリースコア：PCS	43.1± 9.2	48.4±6.8	注3
精神的サマリースコア：MCS	49.2± 6.7	51.3±5.3	注3

注1）田中・津田・神宮・江上（2006b）．改訂－いきいき度尺度（Psychological Lively Scale-Revised：PLS-Rの信頼性と妥当性－性別と年代別の検討－．健康支援，8（2），130-141.

注2）外山（2017）．楽観性が代替的な目標の抑制に及ぼす影響，教育心理学研究，65，1-11.

注3）石橋・藤田（2017）．経皮的冠動脈形成術を受けた患者の身体活動と健康関連QOL－退院直後から退院6か月までの経時的変化と関連－．日本看護研究会雑誌，40（4），667-676.

4．ウェルビーイング（PSL-R）と他尺度との関連（表3）

1）楽観性（楽観性尺度）との関連

楽観性尺度においては，PSL-R総得点及び4下位尺度全てにおいて有意な相関が認められた．PSL-R総得点（r＝.672），【満足感】（r＝.630），【チャレンジ精神】（r＝.495），【気分転換】（r＝.419）で，いずれ

表3　ウェルビーイング（PSL-R）と楽観性，抑うつ，健康関連QOL（SF8）との関連

N＝72

他尺度 / ウェルビーイング	楽観性 計	抑うつ 計	健康関連QOL（SF-8） GH	PF	RP	BP	VT	SF	MH	RE	PCS	MCS
PSL-R総得点	.672**	-.420**	.201	.041	.136	.034	.343**	.236*	.350**	.323**	.028	.450**
満足感	.630**	-.491**	.135	-.024	.071	.087	.360**	.120	.166	.202	.031	.271*
ネガティブ気分	-.236*	.355**	-.108	-.146	-.283*	-.043	-.082	-.233*	-.376**	-.390**	-.092	-.391**
チャレンジ精神	.495**	-.188	.097	-.009	.013	-.054	.202	.141	.156	.157	-.041	.263*
気分転換	.419**	-.103	.211	.022	.036	.022	.266*	.162	.286*	.157	.007	.316**

Pearsonの積率相関係数　　*p<.05　　**p<.01

GH：全体的健康観　VT：活力　PCS：身体的健康サマリースコア
PF：身体機能　SF：社会生活機能　MCS：精神的健康サマリースコア
RP：日常生活役割機能（身体）　MH：心の健康
BP：体の痛み　RE：日常生活役割機能（精神）

も比較的強い正の相関が認められた．なお,【ネガティブ気分】(r=-.236）とでは弱い負の相関が認められた．

2）抑うつ（GDS-5）との関連

抑うつにおいては,PSL-R総得点（r=-.420）と【満足感】(r=-.491）で比較的強い負の有意な相関,【ネガティブ気分】(r=.355）とでは弱い正の有意な相関を認めた．

3）健康関連QOL（SF-8）との関連

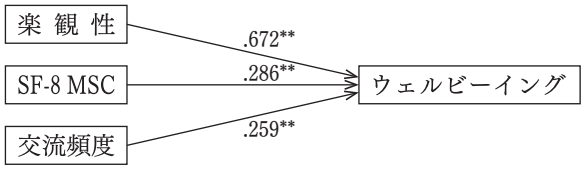
SF-8のPCSとPSL-Rの有意な相関は認められなかった．しかし，MCSとPSL-R総得点及び４下位尺度得点とでは全て有意な相関を認め，PSL-R総得点とはr=.450と比較的強い正の相関，ネガティブ気分とはr=-.391と弱い負の相関を認めた．

5．ウェルビーイング（PSL-R）と社会的交流との関連（表４）

外出頻度及び交流頻度については，どちらも「週１回以上ある」群と「月に１-３回ある，まれにある，していない」群で有意差を認め,「週１回以上ある」群のPSL-R総得点が高かった．

6．ウェルビーイング（PSL-R）に影響する要因について（表５，図１）

PSL-R総得点を従属変数とし，PSL-R総得点と有意差を認めた楽観性，抑うつ，SF-8の活力・社会生活機能・心の健康・日常役割機能（精神）・MCS，社会的交流の外出頻度及び交流頻度を独立変数としたStepwise法による重回帰分析を行った．その結果，楽観性（β=.672),MCS（β=.286),交流頻度（β=.259）が変数として選択され，調整済みR^2=.574であり，抑うつは除外された．楽観性は単独でも調整済みR^2=.444であり，心不全患者のウェルビーイングの44.4％を楽観性が説明していた．



*** p<.001　　** p<.01

調整済みR^2=.574　　N=72

図１　ウェルビーイングを従属変数とした重回帰分析

Ⅳ．考察

1．対象者の特徴

本研究は74歳未満の心不全患者を対象としていた．その結果，対象者の平均年齢は63.9±9.2歳，性別は男性86.1％・女性13.9％であり，男女比は男性が多い結果となった．心不全に至った原疾患は虚血性心疾患，高血圧症，弁膜症の順であった．日本における心不全

表４　ウェルビーイング（PLS-R）と社会的交流との関連　N=72

項　目	区　分	人数	（％）	平均±SD	t値	p値
仕事や買物以外で外出することがある	していない まれにある 月に１－３回ある	31	（43.1）	36.6±4.9	-2.89	.005
	週１回以上ある	41	（56.9）	40.4±6.0		
家族以外の人と交流することがある	していない まれにある 月に１－３回ある	36	（50.0）	36.6±5.0	-3.33	.001
	週１回以上ある	36	（50.0）	40.9±5.9		

t 検定

表５　ウェルビーイング（PSL-R）総得点を従属変数とした重回帰分析（Stepwise法）　N=72

独立変数		β	t 値	p値	調整済みR^2	VIF
モデル１	楽観性	.672	7.596	.000***	0.444	1.000
モデル２	楽観性，MSC	.286	3.316	.001**	0.514	1.083
モデル３	楽観性，MSC，交流頻度	.259	3.282	.002**	0.574	1.039

*** p<.001　** p< .01

MSC：精神的健康サマリースコア
β：標準偏回帰係数
R^2：決定定係数
VIF：共線性の統計量

の登録観察研究に，CHART-2（Shiba・Nochioka・Miura・Kohno・Shimokawa，2011）があるが，心不全基礎疾患は虚血性心疾患が最も多く，本研究とほぼ同様の値を示していた．このことから，本研究の対象者は，全国の心不全患者の原疾患と同様の傾向があり，心不全患者の集団としては，全国の傾向に近いサンプリングができたと考えられる．

2．対象者のウェルビーイング，楽観性，抑うつ，健康関連QOLの特徴（表２）

本研究の対象者のPSL-R総得点及び４下位尺度の平均得点について，田中・津田・神宮（2006b）の先行研究と比較した．先行研究では，健康診断のため受診した20-60歳代の健康人を対象としており，60歳代の総得点及び４下位尺度との得点差は，本研究とほぼ同値であった．このことより，本研究対象者である心不全患者のウェルビーイングはある程度維持されていることがうかがえた．

楽観性尺度の平均得点は，27.2±SD4.2点であった．大学生（平均年齢19.5±SD1.4歳）を対象とした外山（2017）の先行研究では，楽観性の平均得点28.1±SD5.1点であり，ほぼ同値を示している．また楽観性の得点を65歳前後で比較した報告では（大月・島谷・前田・北條・村山・志水，2008），年齢別で有意差はみられなかった．本研究においても，心不全を発症しても患者の楽観性は維持されることが推察された．

GDS-5の平均得点は1.1±SD1.2点であり，本尺度は得点が２点以上だと抑うつ傾向にあるとしていることから，平均得点でみると抑うつに傾向にある人は少ないように見えるが，２点以上獲得した対象者は全体の37.5％であり，Tsuchihashi- Makaya et al.（2009）で報告されている 37％とほぼ一致しており，本研究対象者についても心不全とうつ傾向との関連があることがうかがえた．

本研究の対象者とほぼ同じ平均年齢で経皮的冠動脈形成術を受けた退院６か月後の患者を対象とした研究（石橋・藤田，2017）と比較すると，本研究の対象者はSF-8の全ての下位尺度とサマリースコアが低値であった．また，ACC/AHA心不全治療ガイドラインに基づき分類した心不全の重症例は，軽症例よりもQOLが国民平均値よりも低かったという報告がある（齋藤・小島・森脇・竹松・長谷部・中山・宮下・柴山，2010）ことから，心不全の発症及び進行はQOLの低下に影響を与える主要な因子の一つであることが推察される．

3．ウェルビーイングと楽観性，社会的交流の関連

楽観性は，PSL-R総得点を含めて，４下位尺度全てとの相関が認められており，特に総得点，【満足感】【チャレンジ精神】【気分転換】において比較的強い正の相関が示された．なお，重回帰分析の結果，楽観性はウェルビーイングに影響を与え，その約45％を説明していた．先行研究では，楽観性の高い人は，冠動脈バイパス術後の身体の回復や退院後の通常の生活に戻るのが早く（Scheier・Matthews・Owens・Magovern・Lefebvre・Abbott・Carver，1989），また身体・精神的に自覚される症状が少なく主観的に健康であると報告されている（戸ヶ崎・坂野，1993）．本研究の結果からも，楽観性は，心不全という深刻な身体的状態であっても，自分が置かれている状況を楽観的または肯定的に捉えることを可能にして，ウェルビーイングを維持することが推察できる．

なお，楽観性はある程度安定した前向きな心理特性であるが，Seligman（1991，山村訳，1994）は，楽観性は心理療法などでトレーニングすることにより習得可能であると報告していることから，楽観性に注目することは意義があると考える．

また楽観性とPSL-R下位尺度の中で最も強い相関がみられたのは，【満足感】であり，これは「今，幸福であるか」「豊かでゆとりのある生活か」をはじめとした質問項目で構成されていることから，楽観性を高く保つことで物事を前向きに捉えられ，いきいきと幸福に生きられることに結びつけると考えられる．今後は，ウェルビーイングをより高く保つために，患者の楽観性に着目したケアを行うことが望ましいと考えられる．本研究では，身体状態が安定している心不全患者を対象としていたが，心不全の治療期間による影響や，再発及び再入院を繰り返す患者との比較も検討する必要がある．

社会的交流が「週１回以上交流がある」人は，PSL-R総得点が有意に高く，特に「家族以外の人との交流頻度」を尋ねている交流頻度は，重回帰分析によりPSL-R総得点に影響を与える要因の一つとして選択された．家族以外の人との交流とは，趣味や娯楽，社会活動及び友人などとの交流が想定されていることから齋藤（2019）の研究を支持する結果であった．中村・山田（2009）によると，虚弱高齢者の外出頻度に影響を与えていたのは，近所づきあいなどの近隣ネットワークや交流頻度であり，また重要な他者からのサポートがウェルビーイングに影響を与えていたという報告がある（小島・加藤，2017）ことから，家から１歩足を踏み出し，家族以外の人との交流により社会とのつながりを保つことは，ウェルビーイングの維持・向上につながるのではないかと考える．

4．看護実践への示唆

本研究では，心不全患者のウェルビーイングに影響を与える要因として，楽観性，精神的サマリースコア，交流頻度が選択された．心不全は，進行的に悪化し，合併症によって増悪するという病態を有しており，患

者の自己管理だけでは心不全をコントロールすることが難しい．そのため心不全患者は，今後を悲観し，抑うつ傾向に陥ることも少なくないと考えられる．看護師は，病態や自己管理ばかりに目を向けるのではなく，心不全により気落ちしている患者その人に目を向け，日頃の出来事や生活に対する思いを丁寧に聞き取り，その人がこれまでの人生で培ってきた経験や価値観を尊重することが求められている．このことにより，その人は勇気づけられ，心不全が引き起こす困難な状況を楽観的または肯定的に受け止められるようになり，ひいては，ウェルビーイングを保つことにつながるのではないかと考える．

Ⅴ．本研究の限界と課題

本研究は，研究対象者の人数が72名と限られていること，対象者の８割が男性といった性別の偏りがあることから，結果の一般化には限界がある．また今後の研究課題として，心不全発症から現在までの治療期間による影響，心不全再発の有無・回数，再入院率群との比較を検討する必要がある．

結論

心不全患者の心の健康に着目した効果的な看護介入の視点を見出すことを目的に，心不全患者72名に対し，自記式質問調査を行い，ウェルビーイングに影響を及ぼす要因を検討した．重回帰分析の結果，楽観性，精神的サマリースコア，交流頻度が影響要因であり，状況を楽観的に受け止めることができ，社会とのつながりを保てるような支援を行う必要性が示唆された．

謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様とご家族様，協力施設の皆様，研究指導をいただきました北海道医療大学・野川道子名誉教授に深謝致します．また，データ処理にご協力いただきました市立札幌病院・中村路夫医師に心よりお礼申し上げます．

なお本研究は，北海道医療大学看護福祉学研究科の修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり，本研究の一部は第12回日本慢性看護学会学術集会で発表した．

文献

Conversono, C., Rotondo, A., Lensi, E., Vista, OD., Arpon, F., Reda, MA (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 25-29.

石橋曜子，藤田君支（2017）．経皮冠動脈形成術を受けた患者の身体活動と健康関連QOL－退院直後から退院６ヶ月後までの経時的変化と関連－，日本看護研究学会雑誌，40（4），667-676.

Jahanara, M (2017). Optimism, hope and mental health:optimism, hope, psychological well-being and psychological distress among student. *International Scholarly and Scientific Research & Innovation*, 11 (8), 452-455.

小林江里香，深谷太郎，杉原陽子，秋山弘子，Liang, J.（2014）．高齢者の主観的ウェルビーイングにとって重要な社会的ネットワークとは：性別と年齢による差異，社会心理学研究，29（3），133-145.

小島亜未，加藤佳子（2017）．健康診査受信者の生きがいと首尾一貫感覚およびソーシャル・サポートとの関係．日本看護科学会誌，37, 18-25.

厚生労働省(2017)[2018, November3]．平成29年(2017)人口動態統計（確定数）の概況，第６表　性別にみた死因順位（第10位まで）別死亡数・死亡率（人口10万対）・構成割合．〈https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/dl/10_h6.pdf〉

町田綾子，平田　文，柳田　幸，須藤紀子，水川真二郎，大荷満生，秋島雅弘，鳥羽研二（2002）．簡易鬱スケールGDS5の本邦における信頼性，妥当性の検討．日本老年医学会雑誌，39巻臨時増刊号，104.

真茅みゆき(2012)．心不全ケア教本．261-270, メディカルサイエンスインターナショナル，東京．

中村恵子，山田紀代美（2009）．虚弱高齢者の外出頻度とその関連要因．日本看護研究会雑誌，32（5），29-38.

Okura, Y., Mahmoud, M, Ramadan., Ohno, Y., Mitsuma, W., Tanaka, K., Ito, M., Suzuki, K., Tanabe, N., Kodama, M., Aizawa, Y. (2008). Impending epidemic future projection of heart failure in Japan to the Year 2055. *Circulation Journal*, 72, 489-491.

大月和彦，島谷綾郁，前田兼志，北條友子，村山くみ，志水　幸（2008）．島嶼地域住民の楽観性の関連要因に関する研究．生活科学研究，30, 1-10.

齋藤文子，小島重子，森脇佳美，竹松百合子，長谷部ゆかり，中山菜津紀，宮下照美，柴山健三（2010）．慢性心不全患者の重症度に応じたQOLと心機能との関連．心臓，42（6），754-761.

齋藤建児（2019）．主体的外出場所が地域在住一般高齢者の主観的ウェルビーイングに与える効果：高齢期のストレスフル・ライフイベントの体験・認知に関する調査結果から．高齢者のケアと行動科学，24, 13-24.

Scheier, MF., Caver, CS. (1992). Optimism, coping, and health：Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 201-247.

Scheier, MF., Matthews, KA., Owens, JF., Magovern, GJ, Sr., Lefebvre, RC., Abbott, RA., Carver, CS. (1989). Dispositional Optimism and Recovery From Coronary Artery Bypass Surgery: The Beneficial Effects on Physical and Psychological

Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1024-1040.

Seligman, M.(1991)／山村宣子(訳)(1994). オプティミストはなぜ成功するか. 講談社文庫.

Shiba, N., Nochioka, K., Miura, M., Kohno, H., Shimokawa, H. (2011). Trend of Westernization of Etiology and Clinical Characteristics of Heart Failure Patients in Japan -First Report From the CHART-2 Study-. *Circulation Journal*, 75, 823-833.

田中芳幸，津田　彰，神宮純江，江上裕子（2006a）. 改訂－いきいき度尺度（Psychological Lively Scale-Revised：PLS-R）の開発. 健康支援，8 (2), 117-129.

田中芳幸，津田　彰，神宮純江（2006b）. 改訂－いきいき度尺度（Psychological Lively Scale-Revised）（PLS-R）の年代差. 久留米大学心理学研究, 第５号, 115-123.

戸ヶ崎泰子・坂野雄二（1993）. オプティミストは健康か？. 健康心理学研究，6 (2), 1-11.

外山美樹（2013）. 楽観・悲観性尺度の作成ならびに信頼性・妥当性の検討. 心理学研究，84 (3), 256-266.

外山美樹（2017）. 楽観性が代替的な目標の抑制に及ぼす影響，教育心理学研究，65, 1-11.

Tsuchihashi-Makaya, M., Kato, N., Chishaki, A., Takeshita, A., Tsutsui, H (2009). Anxiety and poor social support are independently associated with adverse outcomes in patients with mild heart failure. *Circulation Journal*, 73, 280-287.

World Health Organization (2018) [2019, October3]. Mental health: strengthening our response. 〈https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response〉

受付：2019年11月30日
受理：2020年２月７日

Factors affecting well-being in patients with heart failure
－Focus on optimism, depression, health-related QOL, and social interaction－

Hiroshi Miyazaki

Sapporo City General Hospital

Abstract

Aim: To identify effective support for heart failure patients by focusing on their mental health, this study was conducted to understand the relationship between the well-being of heart failure patients and their optimism, depression, and health-related QOL, social interaction.

Method: A questionnaire survey of 72 heart failure patients was conducted by using PLS-R for well-being, Optimism Scale for optimism, GDS-5 for depression, SF-8 health survey for health-related QOL, and questions related social interaction（frequency of outing, frequency of interaction）.

Result: PLS-R scores were similar to the scores obtained in a preceding study on healthy individuals. A stepwise multiple regression analysis in which PLS-R was a dependent variable used three variables: optimism（β=.672）, the mental component summary according to SF-8（β=.286）, and frequency of interaction（β=.259）. The adjusted coefficient of determination R2 was .574. Depression was excluded.

Discussion: The analysis results show that optimism, mental component summary, and frequency of interaction accounted for about 60% of the well-being of heart failure patients. Thus, it was suggested that for the purpose of promoting the mental health of heart failure patients, it is necessary to support them, such as to help them to be optimistic or positive about their own situation and to feel connected to a community.

Key words: heart failure patients, well-being, optimism, health-related QOL, social interaction