

## 脳卒中後遺症者の Sense of Coherence と健康関連 QOL との関連

半沢 正道<sup>1)</sup> 王 治文<sup>1)</sup> 大黒 一司<sup>1)</sup> 西澤 哲<sup>1)</sup>

1) 東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科作業療法学専攻

### 要旨

【はじめに】 Sense of Coherence (ストレス対処力; 以下, SOC) はアントノフスキーによって提唱された概念である. 本研究の目的は脳卒中後遺症者の SOC 得点と健康関連 QOL との関連を明らかにすることである. 【対象と方法】 研究に同意した通所リハビリテーション利用中の脳卒中後遺症者 50 名を対象に, SOC-13 と SF-8 を用いて独自に作成した自記式質問紙を使用して調査を行なった. 統計解析の有意水準を 5%とした. なお, 本研究の実施は東北文化学園大学研究倫理審査委員会に承認されている. 【結果】 SOC 得点と有意に相関がみられたのは, SF-8 の下位項目 PF ( $r = 0.333$ ), RP ( $r = 0.452$ ), SF ( $r = 0.504$ ), MH( $r = 0.473$ ), RE ( $r = 0.543$ ) と精神的サマリースコアの MCS ( $r = 0.531$ ) であった. SOC 得点の平均値で高群低群に分けた結果, SOC 高群は低群よりも有意に RP ( $p = 0.024$ ), SF ( $p = 0.014$ ), MCS ( $p = 0.037$ )の得点が高かった. 【考察】 SF-8 との相関については先行研究と同様に SOC は QOL と関連しており, SOC は脳卒中後遺症者の健康状態の保持と関連することが示唆された.

【キーワード】 sense of coherence, 健康関連 QOL, 脳卒中後遺症

### I. はじめに

保健医療社会学者のアロン・アントノフスキーが提唱した健康生成論<sup>1)</sup>は健康要因の解明と支援・強化を目指す理論である. 健康生成論における健康は, 世界保健機関 (World Health Organization; 以下, WHO) の健康の定義を発展させた概念, すなわち, 身体的, 精神的, 社会的, スピリチュアルにも良好な状態であるとされ, 人々の健康状態はそのような健康 (health ease) と健康破綻 (dis-ease) を両極とする連続体上のどこかに位置するものとする. 健康要因とはこの連続体上の健康の極側へと移動させる要因のことである<sup>1), 2)</sup>. ストレス対処力 (Sense of Coherence ; 以下, SOC) は健康生成論における健康要因である. SOC はその人の人生への見方・向き合い方で, 自分の日常や人生には意味があると思える感覚である.

その構成要素は 3 つに分けられる. 1 つ目は自分が置かれている, あるいは置かれるであろう状況にある程度予測でき, 把握できるという感覚 (把握可能感; Comprehensibility). 2 つ目は日常や人生で直面する問題に対応できる, 処理できるという感覚 (処理可能感; Manageability). 3 つ目は日常や人生に意味を感じるという感覚 (有意味感; Meaningfulness) である<sup>2)</sup>. SOC はストレス対処にあたり, 時と場合に応じて柔軟かつ適切に対処資源 (汎抵抗資源, General Resistance Resources ; 以下 GRRs) を選び取り動員する力であると位置づけられている. GRRs とは, 「身体的, 生化学的, 物質的, 認知・感情的, 評価・態度的, 関係的, 社会文化的な, 個人や集団における特徴のことで, 世の中にあまねく存在しているストレス回避あるいは処理において役立つもの」と定

義されている<sup>1), 2)</sup>.

アントノフスキーによれば, SOC の形成はその人が直面したストレスによってもたらされた緊張状態を成功的に処理することにより強化されると言われている. また, SOC は良質な人生経験 (一貫性, バランスのとれた負荷, 結果の形成への参加) によって形成され, それらの人生経験は GRRs の存在状況によって左右され, さらにその GRRs は子育てパターンや社会的役割などを源泉にしている. アントノフスキーによる上記の概念はリハビリテーション領域でも有用な概念である<sup>3)</sup>とされる. リハビリテーションは「健康—健康破綻の連続体」と同じ次元で健康に向けた治療が行なわれていると言える<sup>3)</sup>.

作業療法の目的は, 対象者が個人的にしたいと思う作業, する必要がある作業, 社会文化的にすることを期待されている作業に参加することができるようになることであり<sup>4)</sup>, 作業療法士は対象者自身の持つ GRRs だけでなく, 周囲の環境を含めた GRRs を評価した上で介入を行なう. 対象者のストレスへの GRRs には作業療法士の存在自体も含まれ, 作業療法士による介入が SOC に影響を与え, その結果 QOL の向上へ繋がる可能性を研究することには十分意義があると考える.

SOC に関する研究は日本に SOC が紹介されて以来<sup>5), 6)</sup>, 多くの研究が行なわれている. SOC と Quality of Life (以下, QOL) に関する研究では, Eriksson らが様々な QOL 尺度を含めてシステムティックレビューを行なった結果, 強い SOC は良好な QOL と関連があると結論付けている<sup>7)</sup>.

脳卒中後遺症者の多くは心身機能に何らかの後遺症を抱え, 継続的なリハビリテーションを受けており, 作業療法の対象として関わる機会が多い. 医療の実践は疾病の治療や除去だけを問題とする観点から, 患者個人の欲求を考慮に取り入れた介入へと移行してきている. リハビ

リテーション領域では, QOL 測定を治療効果の判定に利用する傾向が高まっている<sup>8)</sup>. SOC は良好な QOL と関連するという研究報告がある一方で, SOC に関する研究を医中誌 web で検索した結果, 「Sense of Coherence & 脳卒中」では 0 件であり, SOC と脳卒中についての研究報告はみられなかった.

本研究の目的は脳卒中後遺症者の SOC 得点と健康関連 QOL との関連を明らかにすることである.

## II. 方法

### 1. 調査対象

調査期間は 2014 年 6 月から 8 月で, 研究関係者が協力施設へ出向き調査を実施した.

対象者を研究協力施設の A 施設と B 施設の 2 施設で同意が得られた介護保険での通所リハビリテーションを利用している脳卒中後遺症者 50 名とした. 対象者から同意を得ることが困難な場合や質問紙の内容を理解出来ない場合は研究対象者から除外した. なお, 本研究は東北化学園大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号: 文大倫第 14-01 号).

### 2. 調査項目

本研究では, 独自に作成した質問紙を用いた. 調査項目には以下の標準化された評価項目も含めて, SOC-13 項目日本語版 (以下, SOC-13), 年齢, 性別, 要介護度, 麻痺の程度, 発症からの期間, 最終学歴, 基本的な生活活動 (Barthel Index ; 以下, BI), 老研式活動能力指標, 健康関連 QOL 尺度の The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (以下, SF-36) の短縮版である SF-8™ スタンダード版 (以下, SF-8) を分析の変数として用いた.

### 3. SOC-13, SF-8 と麻痺の程度の定義

#### ① SOC-13

SOC-13 は, アントノフスキーによって開発

された尺度で 13 の質問項目からなる<sup>1)</sup>。日本語版は山崎らによって作成されており、「あなたは不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればいいのかわからないと感じることはありますか」、「あなたは、日々の生活で行っていることにはほとんど意味がない、と感じることがありますか」などの質問項目からなる<sup>1)</sup>。SOC 得点の換算方法では 1 つの設問につき 1 点から 7 点で回答するため 13 項目版の得点範囲は 13 点から 91 点となり、点数が高いほど SOC が強い人ということになる。

## ② SF-8™スタンダード版 (1 か月版)

SF-8 は SF-36 の短縮版調査票で SF-36 を用いた測定結果とも比較検討することが可能である<sup>9)</sup>。SF-8 の下位尺度は、全体的健康感 (General Health : 以下 GH), 身体機能 (Physical Functioning : 以下 PF), 日常役割機能 (身体) (Role Physical : 以下 RP), 体の痛み (Bodily Pain : 以下 BP), 活力 (Vitality : 以下 VT), 社会生活機能 (Social Functioning : 以下 SF), 心の健康 (Mental Health : 以下 MH), 日常役割機能 (精神) (Role Emotional : 以下 RE) の 8 つの下位項目で構成され、2 つのサマリー得点として身体的サマリー得点 (Physical Component Summary: 以下 PCS), 精神的サマリー得点 (Mental Component Summary: 以下 MCS) がある。

## ③ 麻痺の程度

麻痺の程度を評価するために Brunstrom Recovery Stage (以下 BRS), を用いた<sup>10)</sup>。BRS で I, II, III を重度, IV, V を中等度, VI を軽度として 3 つに分類した。

## 4. 分析方法

対象者の SOC 得点と SF-8 の 8 つの下位項目およびサマリー得点の PCS, MCS の変数に関しては Pearson の相関分析を行なった。

対象者の SOC 得点が平均値以上の対象者を SOC 高群, 平均値以下を SOC 低群として 2 群に分けた。両群において SF-8 の各項目を含め, 各変数に差があるかを分析するため, 独立したサンプルの t 検定を行なった。統計解析には統計ソフト SPSS ver.18 を用いた。いずれの分析も有意水準を 5% とした。

## III. 結果

### 1. 対象者の基本属性と各変数の値

(表 1) (表 2)

2 施設間で SOC 得点に有意差はみられなかったため, 合計して分析を行なった。性別は男性 27 名 (54%), 女性 23 名 (46%) で, 平均年齢は  $80.6 \pm 8.9$  (59~94 歳) であった。要介護度は, 要支援者 32 名 (64%), 要介護者 18 名 (36%) であった。最終学歴は, 小学校・中学校 11 名 (23%), 高校 19 名 (40%), 大学 17 名 (36%) であった。発症からの期間は, 半年以内が 2 名 (4%), 半年から 1 年が 5 名 (10%), 1 年から 2 年が 6 名 (12%), 2 年から 5 年が 10 名 (20%), 5 年以上が 27 名 (54%) であった。麻痺の程度は上肢で重度が 18 名 (36%), 中等度が 13 名 (26%), 軽度が 19 名 (38%) であり, 手指で重度が 19 名 (38%), 中等度が 14 名 (28%), 軽度が 17 名 (34%) であり, 下肢で重度が 20 名 (40%), 中等度が 12 名 (24%), 軽度が 18 名 (36%) であった。

各尺度の平均値と標準偏差の点数は, SOC 平均値が  $63.8 \pm 10.6$  で, 最大値は 86, 最小値は 35 だった。BI が  $89.8 \pm 14.5$ , 老研式活動能力指標が  $7.9 \pm 3.2$  であった。SF-8 の 8 つの下位項目では, GH が  $45.1 \pm 6.9$ , PF が  $39.3 \pm 10.3$ , RP が  $40.4 \pm 10.5$ , BP が  $44.5 \pm 9.5$ , VT が  $45.4 \pm 6.6$ , SF が  $41.6 \pm 10.2$ , MH が  $47.0 \pm 7.5$ , RE が  $43.2 \pm 9.1$  であり, SF-8 のサマリー得点では PCS が  $39.5 \pm 8.1$ , MCS が  $46.3 \pm 7.9$  であった。

表 1. 対象者の基本属性 (n = 50)

男性	27 名 (54%)
女性	23 名 (46%)
年齢	80.6 ± 8.9 (歳)
要支援者	32 名 (64%)
要介護者	18 名 (36%)
最終学歴 (n = 47)	
小学校・中学校	11 名 (23%)
高校	19 名 (40%)
大学	17 名 (36%)
発症からの期間	
半年以内	2 名 (4%)
半年から 1 年	5 名 (10%)
1 年から 2 年	6 名 (12%)
2 年から 5 年	10 名 (20%)
5 年以上	27 名 (54%)
麻痺の程度	
上肢	
重度	18 名 (36%)
中等度	13 名 (26%)
軽度	19 名 (38%)
手指	
重度	19 名 (38%)
中等度	14 名 (28%)
軽度	17 名 (34%)
下肢	
重度	20 名 (40%)
中等度	12 名 (24%)
軽度	18 名 (36%)

表 2. 各尺度の平均値と標準偏差 (n = 50)

	Mean ± SD
SOC スコア	63.8 ± 10.6
BI	89.8 ± 14.5
老研式活動能力指標	7.9 ± 3.2
SF-8 のスコア	
GH	45.1 ± 6.9
PF	39.3 ± 10.3
RP	40.4 ± 10.5
BP	44.5 ± 9.5
VT	45.4 ± 6.6
SF	41.6 ± 10.2
MH	47.0 ± 7.5
RE	43.2 ± 9.1
PCS	39.5 ± 8.1
MCS	46.3 ± 7.9

## 2. SOC 得点と SF-8 の相関分析の結果 (表 3)

Pearson の相関分析の結果, SOC 得点と有意に正の相関があった項目は SF-8 の PF ( $r = 0.333$ ), RP ( $r = 0.452$ ), SF ( $r = 0.504$ ), MH ( $r = 0.473$ ), RE ( $r = 0.543$ ), MCS で ( $r = 0.531$ ), であった.

表 3. SOC と SF-8 との Pearson's 相関分析

SF-8	r
GH	0.087
PF	<b>0.333*</b>
RP	<b>0.452**</b>
BP	0.105
VT	0.237
SF	<b>0.504**</b>
MH	<b>0.473**</b>
RE	<b>0.543**</b>
PCS	0.239
MCS	<b>0.531**</b>

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

### 3. SOC 得点を高群と低群で比較した結果 (表 4)

SOC 得点を平均値で高低に分けて分析した結果, SOC 高群の方が SF-8 の RP ( $p = 0.024$ ), SF ( $p = 0.014$ ), サマリー得点の MCS ( $p = 0.037$ ) の値が有意に高かった. 有意差がみられた項目の平均値は RP の SOC 高群が  $43.5 \pm 9.0$ , SOC 低群が  $36.7 \pm 11.2$ , SF の SOC 高群が  $44.8 \pm 10.8$ , SOC 低群が  $37.9 \pm 8.2$ , MCS の SOC 高群が  $48.5 \pm 8.4$ , SOC 低群が  $43.9 \pm 6.5$  であった. 基本属性, BI 等, 他の変数では有意差はみられなかった.

表 4. SOC 低群と高群における SF-8 得点の比較

	SOC 低群	SOC 高群	p 値
	(n = 23)	(n = 27)	
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
SOC	54.6 $\pm$ 6.6	71.6 $\pm$ 6.3	
SF-8 のスコア			
GH	44.4 $\pm$ 7.0	45.7 $\pm$ 6.9	0.523
PF	37.5 $\pm$ 11.1	40.8 $\pm$ 9.6	0.260
RP*	<b>36.7 <math>\pm</math> 11.2</b>	<b>43.5 <math>\pm</math> 9.0</b>	<b>0.024</b>
BP	45.1 $\pm$ 7.8	44.0 $\pm$ 10.8	0.672
VT	44.4 $\pm$ 6.5	46.2 $\pm$ 6.7	0.344
SF*	<b>37.9 <math>\pm</math> 8.2</b>	<b>44.8 <math>\pm</math> 10.8</b>	<b>0.014</b>
MH	45.2 $\pm$ 6.5	48.6 $\pm$ 8.0	0.111
RE	40.5 $\pm$ 9.1	45.5 $\pm$ 8.7	0.053
PCS	38.3 $\pm$ 8.8	40.5 $\pm$ 7.5	0.353
MCS*	<b>43.9 <math>\pm</math> 6.5</b>	<b>48.5 <math>\pm</math> 8.4</b>	<b>0.037</b>

t 検定 \* :  $p < 0.05$

## IV. 考察

### 1. 脳卒中後遺症者の SOC 得点について

本邦では SOC-13 日本語版はまだ国民基準値がなく, 脳卒中後遺症者の SOC 得点に関する先行研究もみられていない. QOL は捉える側面によって様々な見方があるが, 健康にかかわる生活の質の測定には健康関連 QOL が用いられ

ている. 対象者の健康を健康関連 QOL として捉える研究が多い一方で, SOC のように健康を健康 - 健康破綻の連続体上で捉えて, 時と場合に応じて柔軟かつ適切に GRRs を選択して動員する力に関する研究は少ない. 作業療法士が対象者の健康を連続体上で捉え, 対象者の病いある生活において QOL を低下させることなく, 病いある生活と人生を再構築すること, 病気や障害があっても明るく元気な毎日を過ごせるように支援することは, 対象者の健康の促進であり, ストレス対処の成功であると考え. そのため, 本研究では脳卒中後遺症者に対して探索的に SOC-13 を使用し, 全対象者が欠損なく回答可能であったことから, 脳卒中後遺症のうち認知機能に著しい障害のない対象者に対しては, SOC-13 は測定可能なツールであると考え.

本研究では, 脳卒中後遺症者の SOC 得点の平均値は  $63.8 \pm 10.6$  であった. SOC-13 を使用した大規模調査<sup>11)</sup>では, 要介護認定を受けていない 65 歳以上の高齢者約 3 万 2000 人の平均値は  $63.2 \pm 12.5$  だった. その他, 成人を対象とした研究報告によれば, 東京都内成人 A 区民男女 (30~59 歳) では  $56.5 \pm 10.26$ <sup>2)</sup>, B 区民男女 (22~72 歳) では  $55.3 \pm 6.06$ <sup>2)</sup>, 大都市近郊の中規模都市の男女 (40 歳代~70 歳代) では  $64.2 \pm 11.5$ <sup>12)</sup>, 地域住民 (20~80 歳代) では  $63.6 \pm 12.1$ <sup>13)</sup>, 東京都内の区民男女 (55~75 歳) では  $46.05$  であった<sup>14)</sup>, 健康増進施設利用者 (20 代~80 歳代) では  $60.2 \pm 11.3$ <sup>15)</sup>, 地域活動に関わっている地域住民 (60~79 歳) では  $61.7 \pm 10.1$ <sup>16)</sup> であった.

疾患を持つ者の SOC に関する研究では, 入院中の統合失調症者の男女 (28~78 歳) で  $53.3 \pm 13.1$ <sup>17)</sup>, 慢性統合失調症患者 (30~86 歳) で  $56.6 \pm 17.1$ <sup>18)</sup>, 血液透析患者の男女で  $59.0 \pm 12.3$ <sup>19)</sup>, 薬害 HIV 感染患者 (14~69 歳) で  $53.4 \pm 14.1$ <sup>2)</sup>, 心疾患患者 (50 歳から 70 歳代) で  $61.8 \pm 15.7$ <sup>20)</sup> であった. これらの先行研究から, 本研究で調査した対象者の SOC 得点は一

般高齢者と同程度であり、脳卒中以外の疾患を対象とした研究の SOC 得点よりも高いことが分かった。

アントノフスキーの SOC 形成・発達に関する理論によれば、SOC を育むには2つのルートがある。1 つ目はストレスを有益な人生経験に変化させることができる GRRs により、良好な人生経験が提供され、この人生経験が SOC の強弱をつくるとされている<sup>1), 2)</sup>。2 つ目は、GRRs が欠損した状態、つまりストレスによりもたらされる緊張状態の成功的な対処が SOC を強化する、とされている<sup>1), 2)</sup>。

1 つ目の視点からは、対象者は病前から良好な人生経験によって元々強い SOC を持っていることで、脳卒中に罹患しても GRRs を上手く活用してストレスに上手く対処できる可能性があることが考えられる。

2 つ目の視点からは、対象者は脳卒中に罹患したことで GRRs が欠損した状態となり、様々なストレスによりもたらされる緊張状態の中に置かれていると予測される。このような GRRs が欠損した状態の時に、新たな GRRs ともいえる医者、作業療法士等の医療従事者や家族からの支援に加えて、リハビリテーションによって必要な GRRs の情報提供や具体的な GRRs の動員方法の獲得支援を受ける機会があり、継続的なリハビリテーションによって緊張状態を成功的に対処することができた場合に SOC が強化されることが十分に考えられる。

## 2. SOC 得点と SF-8 の関連について

脳卒中後遺症者の SF-8 や SF-36 と SOC 得点との関連を報告した研究はみられていないが、SOC と QOL との関連については Eriksson らによってシステマティックレビューされている。Eriksson らによれば、強い SOC は良好な QOL と関連があると結論付けている<sup>7)</sup>。また、榎本は SOC の高い群の方が WHO/QOL の身体的領域、精神的領域、環境、社会関係の全てで有意

に得点が高かったと報告している<sup>12)</sup>。

SOC 得点と有意な正の相関がみとめられたのは SF-8 の PF, RP, SF, MH, RE, MCS で、SF-8 の身体的因子 (PF, RP) よりも精神的因子 (MCS, SF, RE, MH) との相関が高かった。

SF-8 で相関のあった項目の設問は過去 1 か月間に日常活動が身体または心理的な問題でどれくらい妨げられたかやどれくらい悩まされたか、を問うものである<sup>9)</sup>。SOC はその人の人生への見方・向き合い方であり、ストレス対処にあたり、時と場合に応じて柔軟かつ適切に GRRs を選び取り動員する力であると位置づけられている<sup>1), 2)</sup>。脳卒中によって身体機能に後遺症が残存していても、日常的な活動において上手く対処している、あるいは対処できると感じている対象者は、日常的な活動を妨げられていると感じていない可能性がある。これらのことから、SOC は脳卒中後遺症者の SF-8 の身体的因子 (PF, RP) と精神的因子 (MCS, SF, RE, MH) と関連し、精神的な健康状態に影響する可能性が示唆されたと考えられる。

## 3. SOC 得点を高群と低群で比較した結果について

SF-8 の国民標準値の平均値と標準偏差は RP が  $50.1 \pm 6.6$ 、SF が  $50.0 \pm 7.6$ 、MCS が  $49.4 \pm 6.8$  である<sup>9)</sup>。本研究では、SOC 高群の MCS 平均値が国民標準値と同程度であり、SOC 得点が高いことは脳卒中後遺症者であっても精神的健康を保持することに関連している可能性が示唆されたと考えられる。

SOC 高群と比べて SOC 低群では、SF-8 で RE の有意差はみられなかった ( $p = 0.053$ ) が、有意差がみられた RP, SF を含めて、身体的または心理的な要因で日常生活の役割、家族や友人とのふだん付き合いに関する項目の値が低いことが分かった。脳卒中後遺症者で SOC の低い者は、日常生活で遭遇するストレスに対して

妨げられると感じており、GRRs を活用して上手く柔軟に対処できていない可能性がある。作業療法士は対象者自身の持つGRRsだけでなく、周囲の環境を含めた資源を評価した上で介入を行なう。対象者のGRRsには作業療法士の存在自体も含まれ、作業療法士による介入がSOCに影響を与え、その結果QOLの向上へ繋がる可能性があると考える。

## V. 研究の限界と今後の課題

今回、脳卒中後遺症者におけるSOCの調査を探索的に行った結果、脳卒中後遺症者にもSOC尺度を使用することが可能であった。調査サンプル数は少ないものの脳卒中後遺症者のSOC得点と関連する変数との関係性について把握する上で有用な研究であった。今後はさらにサンプル数を増やし、より詳細なデータの蓄積と具体的な介入方策の検討を行なう必要がある。

本研究の対象者のデータは2つの異なる施設から収集したものである。分析では施設の違いによってSOC得点に有意差がみとめられなかったため2つの施設の対象者を合計して分析を行なった。SOCの理論上、生まれ育ちや生活環境はSOCの形成に影響を与えることが予測される。そのため、今後は社会文化的な背景や環境の側面も考慮した上で研究を行なう必要がある。

## VI. 結論

1. SOC得点と有意に正の相関がみとめられたのは、SF-8のPF, RP, SF, MH, RE, MCSであった。
2. SOC得点の平均値を基準として高低の2群に分けて分析した結果、SOC高群はSF-8のRP, SF, MCSの値が有意に高く、MCSは国民標準値と同程度であった。

## VII. 文献

- 1) Antonovsky A.: Unraveling the Mystery of Health: How people Manage Stress and Stay Well. *Jossey-Bass publishers, San Francisco*; 1987. (山崎喜比古, 吉井清子 監訳: 健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム. 有信堂高文社, 2001).
- 2) 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子, 編: ストレス対処能力SOC. 有信堂; 2008.
- 3) 水島繁美: Salutogenesis とリハビリテーション. *Comprehensive Medicine 全人的医療 2006*; 7巻1号: 94-100,
- 4) 吉川ひろみ, 吉野英子 監訳: 続・作業療法の視点 作業を通しての健康と公正, 大学教育出版, 2011.
- 5) 山崎喜比古: 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC *Quality Nursing 1999*; 5巻10号: 81-88.
- 6) 小田博志: 健康生成パースペクティブ, 行動科学の新しい流れ. 日本保健医療行動科学学会年報 1996; 11巻: 261-267.
- 7) Eriksson, M & Lindström, B.: Antonovsky's sense of coherence scale and relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and community Health* 2007; 61: 938-944.
- 8) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: SF-8 日本語版マニュアル, 特定非営利活動法人健康医療評価研究機構, 京都; 2004.
- 9) 中村隆一 編: 入門リハビリテーション概論. 第6版増補. 医歯薬出版, pp18-19, 2006
- 10) Brunnstrom S: Movement Therapy in Hemiplegia. *Harper & Row Publishers, New York*, 1970.
- 11) 近藤克則, 編集: 検証「健康格差社会」 介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. 医学書院; 2007

- 12) 榎本妙子：健康生成論に基づく地域住民の健康実態，立命館産業社会論集 2001；36 卷，4 号：53-73.
- 13) 田中小百合，榎本妙子，堀井節子，三橋美和，徳重あつ子，他：地域住民の健康保持能力（SOC）の強化に関する縦断的検討，日本看護研究学会雑誌 2010；33 卷，5 号：75-82.
- 14) 高坂悠二，戸ヶ里泰典，山崎喜比古：中高年期におけるストレス対処力（SOC）と健康関連習慣の関連．社会医学研究 2010；第 27 卷，2 号：1-10.
- 15) 江上京里，見城道子，守屋治代，山元由美子：健康増進施設利用者の運動習慣と健康関連指標の関連．日本看護研究学会雑誌 2009；32 卷，1 号：69-78.
- 16) 北村眞弓：地域住民の SOC(Sense of Coherence)に影響する要因の検討—地域活動に関わっている 60 歳代 70 歳代のライフスタイルとの関連から—，日本看護医療学会雑誌 2010；12 卷，2 号：26-34.
- 17) 山口知代，元村直靖：統合失調症をもつ長期入院患者の首尾一貫感覚・精神健康・主観的健康統制感の調査，大阪教育大学紀要 第三部門 2009；第 57 卷，第 2 号：33-47
- 18) 中村百合子，山崎登志子，糠信憲明，大沼いずみ：慢性統合失調症患者の首尾一貫感覚（Sense of Coherence）の特徴とその関連要因．日本看護研究学会誌 2008；31 卷，4 号：41-48.
- 19) 永田美奈加，鈴木圭子：血液透析患者における Sense of Coherence( SOC )，日本看護科学会誌 2012；32 卷，3 号：96-99.
- 20) 牧山布美：急性心疾患治療後の患者のクオリティ・オブ・ライフとコヒアランス感覚（sense of coherence: SOC）．川崎医療福祉学会誌 2004；14 卷，1 号：93-98.



# The relationship between sense of coherence and HRQOL in people with stroke

Masamichi Hanzawa<sup>1)</sup>, Chih-Wen Wang<sup>1)</sup>, Hitoshi Daikoku<sup>1)</sup>, Satoshi Nishizawa<sup>1)</sup>

1) Faculty of Medical Science and Welfare, Tohoku Bunka Gakuen University

## Abstract

---

**【Objective】** The aim of this study is to clarify the relationship between SOC and HRQOL in people with stroke.

**【Method】** We conducted a self-administered questionnaire survey to 50 stroke subjects in outpatient rehabilitation services. The questionnaire consisted of items on SOC, SF-8 (8 independent domain: GH, PF, RP, BP, VT, SF, MH, RE, and 2 summary domain: PCS, MCS) and several medical and social questions. Statistical analyses were performed using the Pearson's correlation test and t-test. Statistical significant level was  $p < 0.05$ .

**【Results】** A positive correlation is confirmed with PF ( $r=0.333$ ), RP ( $r=0.452$ ), SF ( $r=0.504$ ), MH ( $r=0.473$ ), RE ( $r=0.543$ ) and MCS ( $r=0.531$ ). We divided all subjects to two groups by SOC score and compare their differences in HRQOL. The strong SOC group have significant high score than weak SOC group in RP ( $p=0.024$ ), SF ( $p=0.014$ ) and MCS ( $p=0.037$ ).

**【Conclusion】** The results indicate a positive relation between SOC and HRQOL in people with stroke. The strong SOC group has better HRQOL than the weak SOC group.

---

**【Key words】** sense of coherence (SOC), HRQOL , stroke