琉球大学学術リポジトリ

[原著]地域高齢者のスピリチュアリティがストレス認知ーストレス対処行動を介在に抑うつ傾向に及ぼす影響

メタデータ	言語:
	出版者: 琉球医学会
	公開日: 2015-04-27
	キーワード (Ja):
	キーワード (En): spirituality, community-dwelling elderly, depression, cognitive appraisal, stress coping
	作成者: 神谷, ひかる, 豊里, 竹彦, 古謝, 安子, 與古田, 孝夫, Kamiya, Hikaru, Toyosato, Takehiko, Koja, Yasuko, Yokota, Takao
	メールアドレス:
	所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002017771

地域高齢者のスピリチュアリティが ストレス認知－ストレス対処行動を介在に抑うつ傾向に及ぼす影響

神谷ひかる，豊里竹彦，古謝安子，與古田孝夫

琉球大学医学部保健学科

(2013年３月26日受付，2013年６月４日受理)

The effect of spirituality on depression by mediating cognitive appraisal or stress coping in community-dwelling elderly

Hikaru Kamiya, Takehiko Toyosato, Yasuko Koja and Takao Yokota

Department of Health Sciences, University of the Ryukyus

ABSTRACT

This study is based on a theory of psychological stress and coping developed by Lazarus to examine the effect of spirituality on depression by mediating cognitive appraisal or stress coping in community-dwelling elderly. A self-administered anonymous questionnaire was conducted with 4,873 older people in U City, Okinawa, Japan. After excluding data from incomplete responses, we ultimately analyzed data from 718 elderly. The analysis focused on the depression, stressors, and coping styles associated with spirituality. Structural Equation Modeling was used to test theoretical causal models. The path coefficients for the final model on a theory of psychological stress and coping developed by Lazarus consist of subjective stressors, "emotion-focused" and "avoidance-escape" coping styles, and "depressive tendencies". Consistent with this theory, higher levels of subjective stress predicted higher levels of depressive tendencies. Subjective stress was positively related to the "avoidance-escape" coping style. "Avoidance-escape" coping style was also positively related to depressive tendencies. "Emotion-focused" coping style was negatively related to depressive tendencies (GFI＝.942, AGFI=.918, RMSEA＝.059). The best model fitting the data revealed that spirituality influenced satisfaction with "emotion-focused" and "avoidance-escape" coping styles related to "depressive tendencies." Higher levels of spirituality predicted higher levels of "emotion-focused" and "avoidance-escape" coping styles (GFI＝.944, AGFI=.925, RMSEA＝.046). The study showed a relationship between spirituality and "emotion-focused" and "avoidance-escape" coping styles related to "depressive tendencies," based on a theory of psychological stress and coping developed by Lazarus, evident among community-dwelling elderly. "Emotion-focused" coping style increased with increasing spirituality, which can lead to the alleviation of depression. Conversely, it was also shown that increased spirituality leads to an enhanced tendency to induce the "avoidance-escape" coping style and depression. Thus, spirituality has both positive and negative effects on depression. *Ryukyu Med. J., 32(1,2)33～44, 2013*

Key words: spirituality, community-dwelling elderly, depression, cognitive appraisal, stress coping

Ⅰ．緒言

近年，わが国の自殺者に占める60歳以上の割合は38.0％（平成23年）[1]と依然として高い割合であり，高齢期における自殺の原因の一つにうつ病が挙げられている[2,3]．高齢期のうつ病の要因として，加齢に伴う身体，心理，社会的要因による閉じこもりや孤立[3,4]，近親者との死別や身体機能低下などの喪失体験が指摘されており，他の世代にもまして，複雑な社会的・医学的背景が存在するとされている[5]．そうしたなか，厚生労働省[6]は，平成22年に自殺・うつ病等対策プロジェクトチームを立ち上げ，様々な自殺対策を実施しているものの，休養・こころの健康づくりの目標である「休養不足の低減」「ストレスの低減」「睡眠時間の確保」「休養睡眠の確保」「自殺死亡率の減少」は，依然としてすべての項目において目標値には到達しておらず[7]，高齢期におけるうつ病への新たな対策が喫緊の課題となっている．

海外における高齢者の抑うつに関する研究では，世界保健機構（WHO）の健康定義の改正案にスピリチュアル（spiritual）という概念が入ったことを機に，身体的，心理的，社会的因子に加え，スピリチュアリティを含めた研究が多くみられる[8-10]．スピリチュアリティと抑うつとの関連を検討したレビュー[11]では，60％以上の調査結果において，スピリチュアリティの抑うつ軽減効果を報告している．スピリチュアリティが抑うつに影響する作用機序として，他者からのサポートとつながりを感じること（feelings of connection and support from others），感謝の気持ち（gratitude），思いやり（compassion），内なる平和（inner peace）などの日常的なスピリチュアルな経験が活力を向上させ抑うつを予防すること[9]や，疾患に対して肯定的な再評価のコーピングや benefit finding（慢性疾患やネガティブな経験からポジティブな価値を見いだすこと）を促し，抑うつが軽減すること[12]が報告されている．また，Crowther ら[13]は人の認知にスピリチュアルな実践が影響を与え，その後の健康の実践と結果に影響を与えることを推測している．これらの先行研究より，スピリチュアリティがストレッサーに対する直接的な影響とストレス認知やストレス対処行動に作用して抑うつ傾向に影響するのではないかと考えられる．

ところで，尾関ら[14]は，Lazarus ら[15]のストレッサーとそれを脅威と認知的に評価（認知的評価）し，ストレスコーピング（対処行動）を経てストレス反応が生じるという心理学的ストレスモデルの概念をもとに，コーピングを「問題焦点型」，「情動焦点型」および「回避・逃避型」に分類している．「問題焦点型コーピング」とは情報収集や再検討などの問題解決に直接関与する行動，「情動焦点型コーピング」とはストレッサーにより引き起こされる情動反応に焦点をあて注意を切り替えたり気持ちを調節する行動であり，「回避・逃避型コーピング」とは不快な出来事から逃避したり否定的に解釈する行動である．これらの対処行動のうち，情動焦点型コーピングはストレス反応を軽減し，回避・逃避型コーピングはストレス反応を強めることが報告されている[14]．また，ストレスコーピングとスピリチュアリティとの関連を検討した先行文献では[16]，スピリチュアリティと問題焦点型コーピングである“Planful problem solving”や“Confrontive coping”で有意な相関を認め，スピリチュアリティが高まると，これらのストレス対処行動も向上することが報告されている．また，スピリチュアリティが情動焦点型コーピングである“Distancing coping”や，“Accepting responsibility coping”および“Positive reappraisal coping”と有意な関連を示し，スピリチュアリティが上昇すると，情動焦点型コーピングも上昇することが報告されている．一方，スピリチュアリティは回避・逃避型コーピングの“Escape - avoidance coping”間とに有意な関連を認めなかったとしている．このことから，自己存在の意義を肯定する根源的領域であるスピリチュアリティの様々な性質が，ストレッサーに対するより適応的なストレス認知やストレス対処行動をとらせ，抑うつ傾向の軽減につながるという仮説が想定できる．

高齢期は，霊性といったスピリチュアルな側面を通して老いの受容は促進され，高齢者の精神健康が高まることが考えられ，地域高齢者のスピリチュアリティがストレス認知，ストレス対処行動および精神健康に及ぼすメカニズムについて明らかにすることは，高齢者の自殺や抑うつ対策およびヘルスプロモーションを考える上で，取り組むべき重要な課題であると考える．

そこで本研究では，心理学的ストレスモデルのプロセスモデルに基づき，(a) ストレス認知を介したスピリチュアリティから抑うつ傾向への影響，(b) ストレス対処行動を介したスピリチュアリティから抑うつ傾向への影響の因果モデルを検証することを目的とした．

Ⅱ．対象および方法

１．対象者

沖縄県Ｕ市の65歳以上地域高齢者15,997名（平成24年６月末現在）のなかから，65歳から89歳までは５歳区分ごとに30.0％，90歳以上は少数のため区分せずに30.0％を層化無作為抽出した5,000名を対象とし，事前に把握できた施設入居者を除いた4,873名（男性2,166名，女性2,707名）に対し，平成24年９月に郵送回収法にて自記式無記名質問紙調査を実施した．返信のあった1,686名（男性750名，女性878名，不明58名，回収率34.6％）のうち，施設入居者，転居者，認知機能の低下（代理者より質問紙記載にて報告がある者など）や疾患により自記式が困難な者，分析項目に欠損のある者および身体的衰えの実感がない者を除いた718名（男性369名，

女性349名）を分析対象とした．

２．調査内容

１）基本属性

基本属性には性別，年齢，婚姻状況，同居形態，社会経済的地位（教育年数，主観的経済状況），および主観的健康を設問した．

２）スピリチュアリティ

スピリチュアリティの測定には三澤ら[17]が作成した高齢者用スピリチュアリティ評定尺度（Spirituality Rating Scale for the Elderly，以下SRS-E）を使用した．わが国において妥当性と信頼性が検証されたスピリチュアリティの測定尺度として，野口ら[18]の日本語版FACIT-Sp（Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual）や比嘉[19]の神気性評定尺度(Spirituality Rating Scale：SRS)，中村[20]の改訂版自己超越傾向尺度，WHOによって開発されたWHOQOLSRPB予備調査表（WHOQOL Spirituality，Religious，Personal Belief Scale Pilot Module）日本語版21)および竹田ら[22]の高齢者版スピリチュアリティ健康尺度がある．海外やWHOで使用されているスピリチュアリティ尺度は，スピリチュアリティの概念構造が日本人の感覚に合わないことや，特定の宗教を持たない日本文化の特徴，および民族的文化的特徴から日本人のスピリチュアリティを測定する妥当性と信頼性をもつとはいえない[21,23]とされている．また，日本人高齢者を対象としたスピリチュアリティ測定尺度は，竹田ら[22]と三澤ら[17]のみであり，竹田ら[22]が作成した「高齢者版スピリチュアリティ健康尺度」は，文献的に日本人高齢者のスピリチュアリティ概念を検討し，示された下位尺度に対して先行研究や著者らの臨床経験を参考にして質問項目を作成している．本尺度の限界として，分析に使用した文献が，がんの終末期にある高齢者に偏っており，一般高齢者におけるスピリチュアリティの特徴を明確にするには至らなかった[24]としている．一方，三澤らが作成したSRS-Eの作成は，特定の宗教に特化せず，地域で生活する高齢者を対象としてスピリチュアリティの構成概念を質的研究より明らかにし，その結果に基づき，海外の先行研究[25][26]も踏まえて高齢者のスピリチュアリティの評定方法を量的研究より検討している．評定尺度作成調査における信頼性の検討では，内的整合性の指標であるCronbachのα係数も高く（α=.91），さらに，沖縄県における豊里ら[27]の調査においても，Cronbachのα係数は.91と高い内的整合性を有していた．確認的因子分析により尺度の妥当性も検討され，「精神的自立性尺度」「短縮版GDS」「生活満足度尺度K」との相関も低く，スピリチュアリティ尺度の独自性が示唆されている[17]．SRS-Eは「乗り越えた道の確認」，「他者とのつながり」，「超越的なものへの関心」，「自己存在の探求」および「未来への心の準備」に関する５下位領域16項目から構成され，５段階評定で「全く思わない」１点から「非常に思う」の５点を配点し，配点が高くなるに伴いスピリチュアリティも高いことを示している．なお，本研究におけるSRS-EのCronbachのα係数はα=.90と高い内的整合性を有していた．

３）ストレッサーとストレス認知

高齢者のストレッサーの評価には，先行研究[28,29]を参考に身体的衰えの実感を選定し，「現在，身体の衰えを感じていますか」の設問に対し「はい」「いいえ」の２段階評定で回答を求めた．また，身体的衰えの負担度を「全く負担ではない」から「かなり負担である」の４段階評定で回答を得た．

４）ストレス対処行動

身体的衰えに対するストレス対処行動の測定には，尾関[30]が短縮，改定したコーピング尺度を使用した．この尺度は，その時点で個人が経験している最も重要なストレッサーに対するコーピング（対処行動）をできるだけ簡便に測定することを意図して作成された．下位尺度として積極的なコーピングとしての「問題焦点型」と「情動焦点型」および消極的なコーピングとしての「回避・逃避型」の３領域14項目から構成されている．評価は４段階評定で「全くしない」から「いつもする」の順に０から３点を割り当て，下位尺度ごとに合計得点を算出し，得点が高いほどその対処行動をとる傾向が高いことを示す．なお，本研究におけるストレスコーピング下位尺度のCronbachのα係数は，0.71～0.74であった．

５）抑うつ傾向

対象者の抑うつ傾向の測定には，高齢者抑うつ尺度短縮版（Geriatric Depression Scale短縮版，以下GDS５）を用いた．GDS５は，Yesavageら[31]が開発した高齢者抑うつ尺度（Geriatric Depression Scale，以下GDS）の短縮版であり，高齢者のうつ病のスクリーニングで代表的なものとされ，様々な調査[32-34]で使用されている．GDS５はGDS短縮版として日本語訳の信頼性と妥当性が認められており[35]，GDS５のカットオフ値を１/２とした場合，感度が86%，特異度が87%，正診率が87%であり，この値はGDS15の感度，特異度，正診率と同等であることが明らかにされている[36]．GDS５は，項目１に「いいえ」，項目２～５に「はい」と回答した場合，１点を加算し，５点満点中２点以上の場合は，抑うつ傾向とみなす[37]．なお，本研究におけるGDS５のCronbachのα係数は.72であった．

３．分析方法

各尺度についての定量変数間はPearsonの相関係数，定性変数間はSpearmanの順位相関係数を算出した．本研究では，心理学的ストレスモデルのプロセスモデルに基づき，スピリチュアリティとの仮説モデルを構築し，分析を行った．分析手順としては，まず，本研究において身体的衰えがストレス対処行動を介してストレス反応

に影響するという心理学的ストレスモデルの適合度の良いモデルを構築した後に，(a) ストレス認知（身体的衰え）を介してスピリチュアリティが抑うつ傾向に影響する経路，(b) ストレス対処行動を介してスピリチュアリティが抑うつ傾向に影響する経路を包含した因果モデルを分析した．モデルの採用基準は，先行研究[38,39]を参照し，適合度指標が最も良好（GFI≧0.9，AGFI≧0.9，RMSEA ＜ 0.05）であり，すべてのパス係数が５％水準で有意となることを条件とした．解析には統計解析ソフト SPSS17.0J および因果モデルの検証には AMOS17.0J を使用し，有意水準は5%未満とした．

４．倫理的配慮

対象者またはその代諾者に本研究の趣旨と調査内容およびプライバシー保護に関する説明（本研究の趣旨と目的，対象者への負担，質問票は匿名化を行い，回答はすべて数値化し，個人を特定できないようにすること，本研究以外の目的以外では使用しないこと，不利益を被ることなく，研究への参加を拒否することができる機会を保証すること，質問紙への回答を以って同意を得たこととすること）を記した説明文を郵送にて配布し，返信をもって同意とした．なお，氏名，性別，生年月日および住所の基本情報使用に関する事項については「U 市情報公開及び個人情報保護制度運営審議会」の承認と，対象者への倫理的事項については，琉球大学疫学研究倫理審査委員会（No.142）の承認を得た．

Ⅲ．結果

１．対象者の特徴

対象者の基本属性を Table 1に示した．性別では，男性369名（51.4%），女性349名（48.6%）であり，平均年齢は，73.6±6.2歳であった．婚姻状況では，既婚者が532名（74.1%）と多数を占め，学歴では，10～12年の者が263名（36.6%），主観的経済状況では，「普通」が425名（59.2%），主観的健康では，「まあよい」と回答した者が463名（64.5%）と最も多かった．

Table 1 **Basic attribute of subjects（N=718）**

		Mean ± SD	n (%)
Gender	Male		369 (51.4)
	Female		349 (48.6)
Age (years)		73.6± 6.2	
	65-74		442 (61.6)
	≧ 75		276 (38.4)
Marital status	Married		532 (74.1)
	Unmarried		17 (2.4)
	Divorce		50 (7.0)
	Bereavement		119 (16.6)
Cohabitation	Living alone		111 (15.5)
	Living together		607 (84.5)
Education (years)	＜ 6		45 (6.3)
	6-9		186 (25.9)
	10-12		263 (36.6)
	≧13		224 (31.2)
Subjective econornic status	Very poor		33 (4.6)
	Poor		142 (19.8)
	Normal		425 (59.2)
	Good		107 (14.9)
	Very good		11 (1.5)
Self-rated health	Very bad		32 (4.5)
	Bad		179 (24.9)
	Good		463 (64.5)
	Very good		44 (6.1)

２．身体的衰え，ストレス対処行動，スピリチュアリティ，抑うつ傾向の記述統計

身体的衰え，ストレス対処行動，スピリチュアリティおよび抑うつ傾向の度数，割合，平均値および標準偏差をTable 2に示した．身体的衰えは「やや負担である」者が356名（49.6%）と最も多く，次いで，「あまり負担でない」者が248名（34.5%），「かなり負担である」者が65名（9.1%），「全く負担でない」者が49名（6.8%）であった．ストレス対処行動の平均値と標準偏差は，問題焦点型コーピングが7.0±3.4点，情動焦点型コーピングが5.6±2.3点，回避・逃避型コーピングが8.5±3.7点であった．スピリチュアリティを評定するSRS-E得点の平均値と標準偏差は62.4±11.0であった．GDS５の平均値と標準偏差は1.0±1.3であり，２点以上の抑うつ傾向を示す割合は24.8%であった．

３．身体的衰え，ストレス対処行動，スピリチュアリティ，抑うつ傾向の各要因間の関連

身体的衰え，ストレスコーピング，スピリチュアリティ，抑うつ傾向の各変数間のPearsonの相関係数（以下r），Spearmanの順位相関係数（以下r_s）をTable 3に示した．スピリチュアリティと身体的衰え間に有意な関連を認めなかった（r_s= -.004，p = .905）．スピリチュアリティとストレスコーピングとの関連では，問題焦点型コーピング（r=.430，p<.001），情動焦点型コーピング（r=.491，p<.001），回避・逃避型コーピング（r=.195，p<.001）に有意な正の相関を認めた．また，スピリチュアリティと抑うつ傾向との有意な負の相関を認め（r= -.254，p<.001），スピリチュアリティの上昇が各ストレスコーピングを促進し，抑うつ傾向を軽減するという結果となった．

Table 2　**Descriptive statistics for physical decline, stress coping, spirituality and depressive state**

		Mean ± SD	n (%)
Stressor (Physical decline)			
	Strongly disagree		49 (6.8)
	Disagree		248 (34.5)
	Agree		356 (49.6)
	Strongly agree		65 (9.1)
Stress coping			
Planful problem-focused		7.0± 3.4	
Emotion-focused		5.6± 2.3	
Avoidance-escape		8.5± 3.7	
Spirituality		62.4± 11.0	
Depressive state		1.0± 1.3	
Depressive state	(GDS ≧ 2)		178 (24.8)
No depressive state	(GDS < 2)		540 (75.2)

Table 3　**Correlations between spirituality,physical decline, stress coping styles and depressive state (N=718)**

	Spirituality	Stressor	Planful problem -focused coping	Emotion -focused coping	Avoidance -escape coping
1 Spirituality	-				
2 Stressor	-.004[b]	-			
3 Planful problem-focused coping	.430[a] ***	.104[b] **	-		
4 Emotion-focused coping	.491[a] ***	.024[b]	.608[a] ***	-	
5 Avoidance-escape coping	.195[a] ***	.147[b] ***	.474[a] ***	.468[a] ***	-
6 Depressive state	-.254[a] ***	.351[b] ***	-.064[a]	-.186[a] ***	.099[a] **

[a] Pearson correlation coefficients.

[b] Speaman correlation coefficients.

p<.01，*p<.001

４．本研究における心理学的ストレスモデルの経路

心理学的ストレスモデルのプロセスの身体的衰えから抑うつ傾向への経路，身体的衰えからストレスコーピングへの経路，ストレスコーピングから抑うつ傾向への経路を包含した因果モデルを検証した（Fig. 1）．その結果，適合度指標はGFI＝.889，AGFI=.855，RMSEA＝.074とモデル適合度が悪く，身体的衰えから問題焦点型コーピングへのパス（β＝.084，p=.051），身体的衰えから情動焦点型コーピングへのパス（β＝.054，p=.220），問題焦点型コーピングから抑うつ傾向へのパス（β＝.166，p=.257）が有意でなかったため，この３つのパスおよび問題焦点型コーピングを削除して再度分析を行った．その結果（Fig. 2），モデル適合度はGFI＝.942，AGFI=.918，RMSEA＝.059と許容可能な値を示し，身体的衰えから回避・逃避型コーピングへ正のパス（β＝.134，p <.001），情動焦点型コーピングから抑うつ傾向へ負のパス（β＝-.482，p<.001），回避・逃避型コーピングから抑うつ傾向への正のパス（β＝.374，p<.001）がいずれも有意であった．

５．仮説（a）因果モデル

上記のモデルにスピリチュアリティを投入し，スピリチュアリティから身体的衰えへの経路を追加したモデルを検証した（Fig. 3）．その結果，モデル適合度はGFI＝.919，AGFI=.892，RMSEA＝.063と低下し，スピリチュアリティから身体的衰えへのパスは有意な関連を認めなかった（β＝.027，p=.711）．

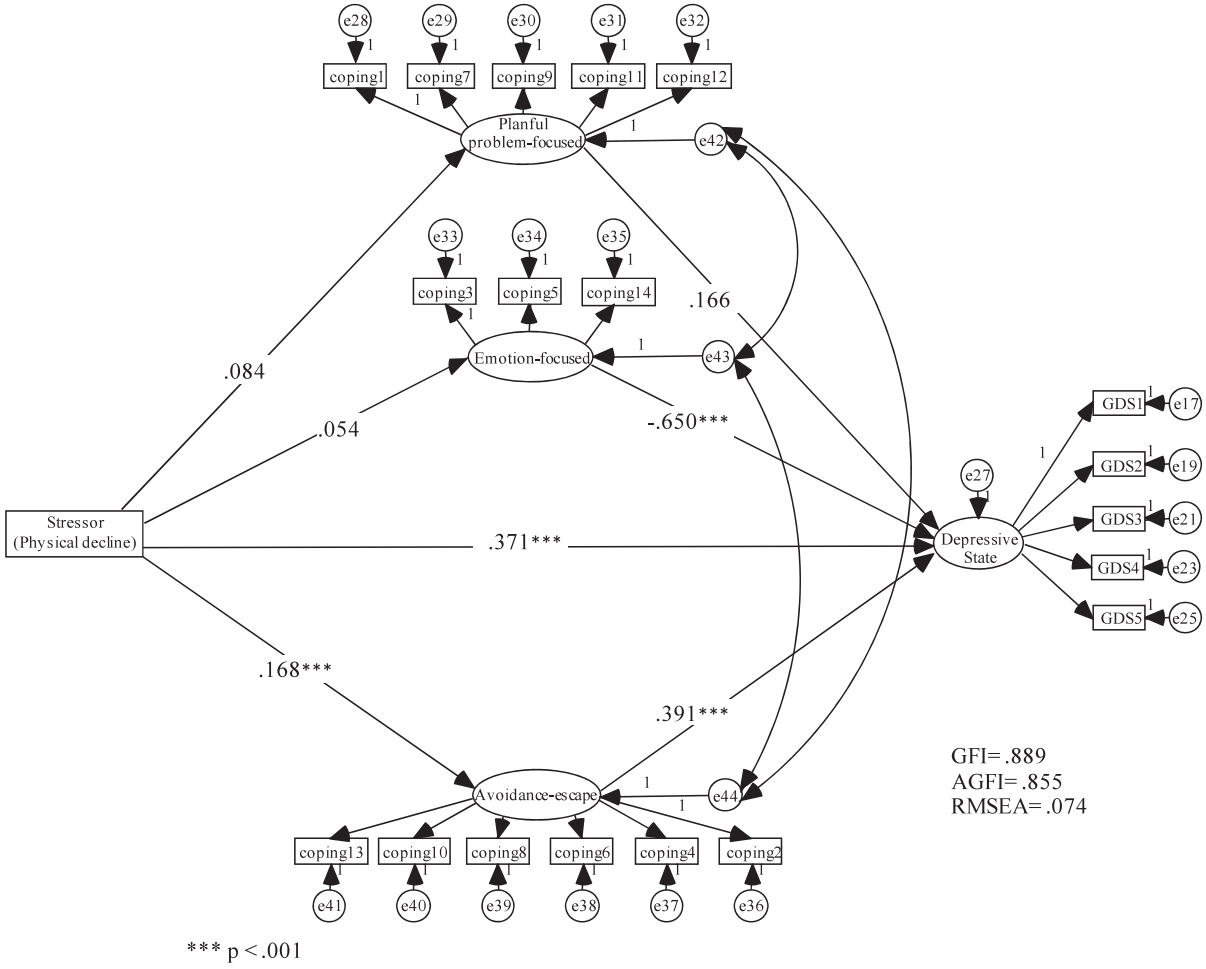

Fig. 1 **Structural equation model of physical decline, stress coping and depressive state**

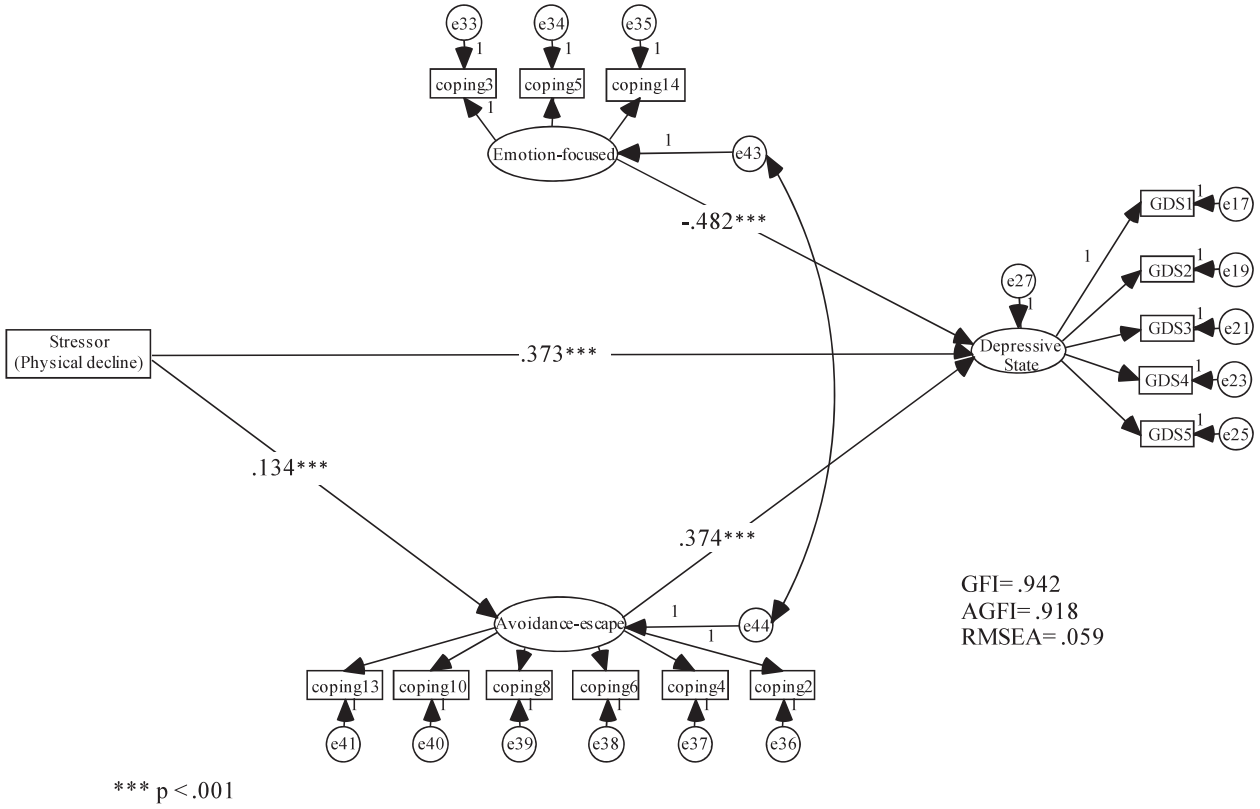

Fig. 2 **Structural equation model of physical decline, stress coping and depressive state 2**

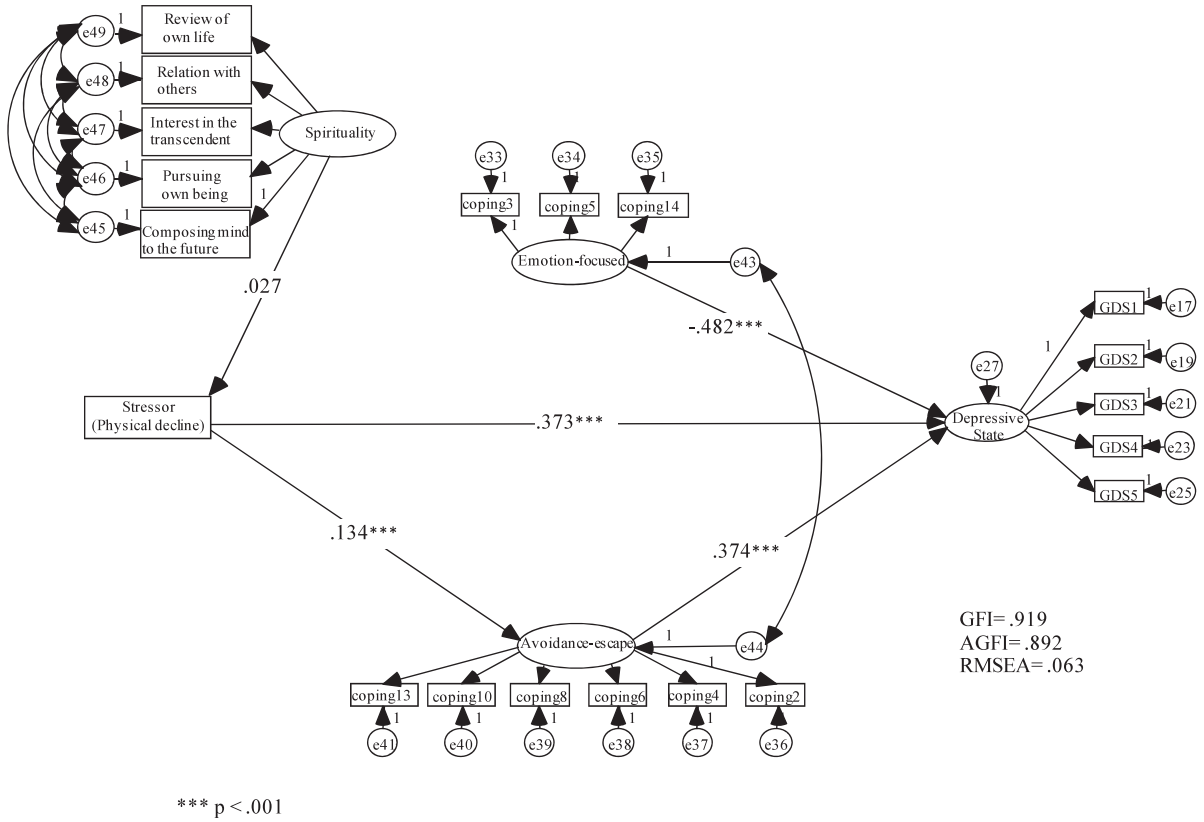

Fig. 3 **Structural equation model of physical decline, stress coping, spirituality and depressive state 1**

6．仮説(b)因果モデル

有意な関連を認めなかったスピリチュアリティから身体的衰えへのパスを削除し，新たにスピリチュアリティからストレスコーピングである情動焦点型コーピングと回避・逃避型コーピングへの経路を追加したモデルを検証した（Fig. 4）．その結果，身体的衰えから抑うつ傾向へのパス（β＝.362，p<.001），身体的衰えから回避・逃避型コーピングへのパス（β＝.133，p<.001），情動焦点型コーピングから抑うつ傾向へのパス（β＝-.554，p<.001），回避・逃避型コーピングから抑うつ傾向へのパス（β＝.436，p<.001），スピリチュアリティから情動焦点型コーピングへのパス（β＝.616，p<.001），スピリチュアリティから回避・逃避型コーピングへのパス（β＝.214，p<.001）のすべてのパスで有意な関連を認め，モデル適合度はGFI＝.944，AGFI=.925，RMSEA＝.046と改善し，モデル適合度は最も良好であった．以上より，スピリチュアリティから情動焦点型コーピングを介した抑うつ傾向への経路および身体的衰えから回避・逃避型コーピングを介した抑うつ傾向への経路にスピリチュアリティから回避・逃避型コーピングへ影響する経路を包含したモデルを最終モデルとした．

Ⅳ．考察

スピリチュアリティは，自己存在の意義を肯定する根源的領域であり，身体的，心理・社会的 well-being が低下しても，スピリチュアルな well-being の高い者は人生の満足感を得，人生の終焉を迎えることができる[40]とされている．特に高齢者は，身体機能や家族との死別など様々な喪失体験より，自らの存在意義を見つめ直さざるを得ないという状況におかれやすく，自らの死についても必然的な終焉として，より現実的かつ日常的にとらえる傾向にあり，スピリチュアリティへの関心が高い[23]とされている．一方で，わが国の高齢者のスピリチュアリティに関する研究は端緒についたばかりであり，多くの喪失体験を経験する高齢者の精神健康を考える上で極めて重要な要素である．高齢者のスピリチュアリティと精神健康のなかでも喫緊の課題となっている抑うつ傾向との関連，およびその作用機序を明らかにすることは，高齢者の健康の維持増進の一助となることが考えられる．そこで本研究では，Lazarus ら[15]の心理学的ストレスモデルに基づき，スピリチュアリティと抑うつ傾向との関

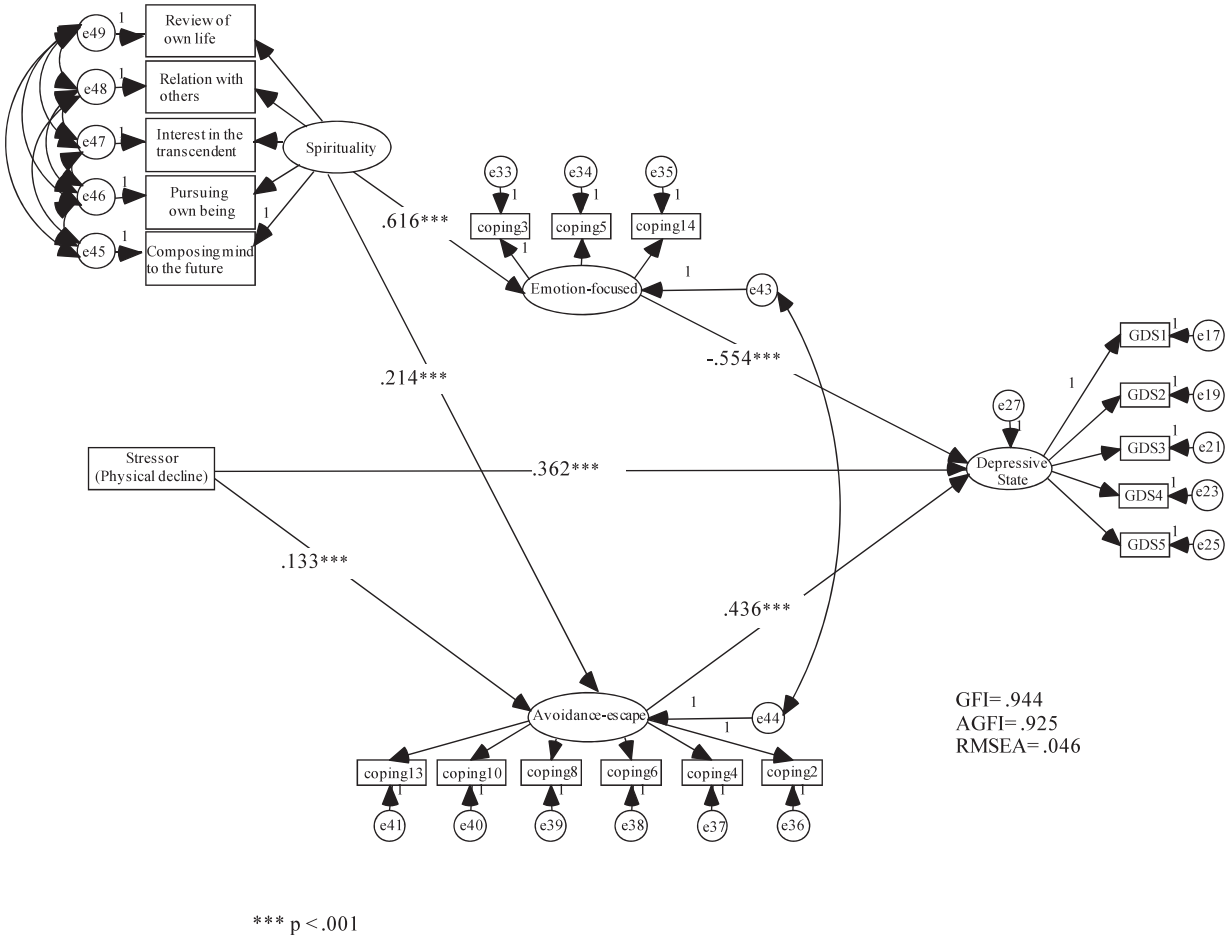

Fig. 4 **Structural equation model of physical decline, stress coping, spirituality and depressive state 2**

連と，その作用機序を明らかにするため，仮説モデルの検証を行った．その結果，(a) 身体的衰えを介したスピリチュアリティと抑うつ傾向との関連は実証されなかった．一方，(b) ストレス対処行動を介したスピリチュアリティと抑うつ傾向への関連では，スピリチュアリティは情動焦点型コーピングおよび回避・逃避型コーピングを介して抑うつ傾向に影響するという因果モデルが実証された．本研究結果では，スピリチュアリティは情動焦点型コーピングおよび回避・逃避型コーピングに正の相関を認め，抑うつ傾向間では負の相関を認めた．スピリチュアリティと抑うつとの関連を検討したレビュー[11]では，60%以上の調査結果において，スピリチュアリティの抑うつ軽減効果を報告しており，本研究結果も同様の結果となった．以下に最終モデルとなったスピリチュアリティが情動焦点型コーピングを介した経路と回避・逃避型コーピングを介した経路に焦点を当て考察する．

本研究対象の高齢者は，スピリチュアリティの上昇が情動焦点型コーピングに肯定的に作用し，抑うつ傾向を軽減するという結果が得られた．Carrico ら[12]の調査では，HIV 患者を対象に，スピリチュアリティと情動焦点型コーピングである肯定的再評価コーピング，抑うつ症状および客観的ストレス指標である24時間尿中遊離コルチゾールとの関連を検討し，スピリチュアリティと抑うつ症状との関連において，肯定的再評価コーピングと benefit finding はともに仲介し，スピリチュアリティは benefit finding を介して24時間コルチゾール量を有意に低下させることを報告している．さらに，複雑化したストレッサーに起因する状況的意味付け (situational meaning) を調和し，心理的 well-being を高めるためにもスピリチュアリティは，必須であると述べている．本研究も同様に，スピリチュアリティの「死を踏まえ，乗り越えてきた道から得たものの伝承など今後の人生に焦点を当てさせる役割」などが，身体的な衰えに対して肯定的な受容を促し，抑うつ傾向の軽減につながることが推察された．

一方，身体的衰えは，回避・逃避型コーピングを助長し，抑うつ傾向の悪化につながること，また，スピリチュアリティの上昇が回避・逃避型コーピングを助長し，その結果，抑うつ傾向の悪化につながることが示唆された．50歳以上の地域住民742名を分析対象にしたストレスコーピングと抑うつとの研究[41]では，現実逃避型コーピングはうつ病の出現の高さを予測すると報告している．今回の結果も同様に，回避・逃避型コーピングが抑うつ傾向を悪化させるという結果が得られ，消極的，回避的行動である回避・逃避型コーピングはストレス緩衝の働きをするのではなく，無力感を募らせ，ストレッサーに対する個人の脆さを助長し，抑うつ傾向につながることが示唆された．Maselko ら[42]の調査では，The New England Family Study (NEFS) cohort の平均年齢39歳である918名を対象にスピリチュアリティ (religious and existential well-being) および抑うつリスクとの関係について，スピリチュアリティ (existential well-being) が高いものは抑うつの70%の低さと関連を示したが，一方で，スピリチュアリティの religious well-being の側面では，抑うつを1.5倍高めると報告している．また，スピリチュアリティと抑うつとの関連を検討したレビューでも，レビューした研究のうち6%は抑うつを高めること[11]などが報告されており，本研究においても，スピリチュアリティが回避・逃避型コーピングを介した場合には，抑うつ傾向を悪化させるという結果を得た．スピリチュアリティと回避・逃避型コーピングとの関連をみた文献は，Shah ら[16]の統合失調症患者を対象にした１件のみであり，Shah ら[16]はスピリチュアリティは回避・逃避型コーピングで有意な関連を認めなかったとしている．一方，本調査結果ではスピリチュアリティが回避・逃避型コーピングを助長するという，Shah ら[16]の結果と相反する結果となった．これは，先行研究[16]の調査対象者は20～60歳代であり本調査対象者の65歳以上とは年齢構成が異なること，また，先行研究[16]の調査対象者は統合失調症の患者であるが本対象者の地域在住高齢者であることおよび使用している尺度が異なることにより，先行研究[16]とは異なる結果になったことが考えられる．本調査結果は，スピリチュアリティの一側面である existential well-being が，スピリチュアリティの「超越的なもの」や「目に見えない力の存在」という「超越的なものへの関心」に対する依存性を高め，生きる意味や関係性が見いだせなかった場合に，積極的コーピングとされる「問題焦点型コーピング」や「情動焦点型コーピング」ではなく，消極的コーピングとされる回避・逃避型コーピングを助長したことが考えられる．以上より，スピリチュアリティは消極的コーピングである回避・逃避型コーピングを助長し，抑うつ傾向の悪化に影響することが考えられた．

Ⅴ．結論

沖縄県 U 市の地域高齢者を対象に心理学的ストレスモデルのプロセスに基づき，スピリチュアリティがストレス認知またはストレス対処行動に影響しているかという因果モデルの検証を行った．その結果，スピリチュアリティの上昇が，身体的衰えにより引き起こされる情動反応の注意を切り替えたり気持ちを調節する行動である情動焦点型コーピングを向上させ，そのことが抑うつ傾向の軽減につながることが示唆された．一方，スピリチュアリティの上昇は，不快な出来事から逃避したり否定的に解釈するなどの行動である回避・逃避型コーピングを助長し，抑うつ傾向の悪化につながるというスピリチュアリティの抑うつ傾向への２つの側面の影響を認めた．

Ⅵ．限界と課題

本研究における限界と課題として，第１に，抑うつ傾向やスピリチュアリティ，ストレス対処行動の選択の特徴には年代や性別でもその様相が変わってくるという報告[43-45]がなされており，そのことがパス係数の低さと関連することが考えられた．第２に，本研究は一つの地域の高齢者を対象にした横断研究であり，因果関係の推定には限界がある．そのため，今後は他地域における追試や縦断的な研究を行う必要がある．第３に，本研究の調査対象者5,000名に対し，回収数は1,686名（回収率34.6％）であった．心身の状態が悪いなどの理由で調査協力が得られない高齢者の存在が考えられるため，本研究の結果を解釈する際には，地域高齢者の状況をそのまま反映しているとはいえないことに留意する必要があると考える．

謝辞

本研究を進めるにあたり，ご多忙にもかかわらず，調査にご協力下さったＵ市役所福祉部福祉課の皆様ならびに対象者の皆様に心より感謝致します．

文献

1）警察庁生活安全局生活安全企画課：平成23年中における自殺の状況．
Available at: http:// www.npa.go.jp/ safetylife/ seianki/ H23jisatsunojokyo.pdf. Accessed November 19, 2012.

2）鳥羽研二（監修）：高齢者総合的機能評価ガイドライン．pp.109，厚生科学研究所，東京，2003.

3）福西勇夫：高齢者のうつ病及びうつ状態．現代のエスプリ　397 (8) pp.104-110，至文堂，東京，2000.

4）高木健志：うつ病患者に対するソーシャルワーク介入の可能性．川崎医療福祉学会誌16(1)：129-132，2006.

5）厚生労働省：介護予防マニュアル　第8章うつ予防・支援マニュアル（資料8-1)，高齢者のうつについて．
Available at : http:// www.mhlw.go.jp/ topics/ 2009/ 05/ dl/ tp0501-siryou8-1.pdf. Accessed November 19, 2012.

6）厚生労働省：平成22年　自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて．
Available at: http:// www.mhlw.go.jp/ bunya/ shougaihoken/ jisatsu/ torimatome.html. Accessed January 23, 2013

7）沖縄県福祉保健部健康増進課：健康おきなわ21．
Available at :http:// www.kenko-okinawa21.jp/ mokuhyo21/ kyuyo/ kyuyo. html Accessed November 19, 2012.

8）You K.S., Lee HO., Fitzpatrick J.J., Kim S., Marui E., Lee J. S. and Cook P.: Spirituality, Depression, Living Alone, and Perceived Health Among Korean Older Adults in the Community. Archlves of Psychiatric Nursing. 23(4): 309-322, 2009.

9）Mccauley J.,Tappley M.J., Hazz S. and Bartlett S.: Daily Spiritual Experiences of Older Adults With and Without Arthrits and the Relationship to Health Outcomes. Arthritis Care & Research. 59(1): 122-128, 2008.

10）Griffin M.T.Q., Lee YH., Salman A., Yaewon S., Marin P.A., Starling R.C. and Fitzpatrick J.: Spirituality and well being among elders: differences between elders with heart failure and those without heart failure. Clinical Interventions in Aging. 2(4): 669-675, 2007.

11）Bonelli R., Dew R.E., Koenig H.G., Rosmarin D.H., and Vasegh S.: Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the research. Depression Research and Treatment. 2012: ID962860 8pages, 2012.

12）Carrico A.W., Ironson G, Antoni M.H., Lechner S.C., Duran R.E., Kumar M. and Schneiderman N.: A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. Psychosomatic Research. 61: 51-58, 2006.

13）Crowther M.R., Parker M.W., Achenbaum W.A., Larimore W.L. and Koenig H.D.: Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality－The forgotten factor. The Gerontologist. 42(5): 613-620, 2002.

14）尾関友佳子，原口雅浩，津田　彰：大学生の生活ストレッサー，コーピング，パーソナリティとストレス反応．健康心理学研究　4：1-9，1991．

15）Lazarus R.S., and Folkman S.（本明　寛，春木　豊，織田正美　訳）：ストレスの心理学－認知的評価と対処の研究－．pp.22-25，実務教育出版，東京，1991．

16）Shah R., Kulhara P., Grover S. Kumar S., Malhotra R. and Tyagi S.: Relationship between spirituality/ religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. Qual Life Research. 20: 1053-1060, 2011.

17）三澤久恵，野尻雅美，新野直明：地域高齢者のスピリチュアリティ評定尺度の開発－構成概念の妥当性と信頼性の検討－．日本健康医学会雑誌　18 (4)：170-180，2010．

18) 野口　海，大野達也，森田智視，相原興彦，辻野博彦，下妻晃二郎，松島英介: がん患者に対するFunctional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討．総合病院精神医学　16 (1) ：42-48，2004．
19) 比嘉勇人：Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討．日本看護科学会誌　22 (3) ：29-38，2002．
20) 中村雅彦：スピリチュアリティ（霊性）概念の再検討ー市井の人々が語る日本的なスピリチュアリティの定量的，定性的分析のパラダイムー Available at : http:// nweblab.web.fc2.com/rsts. html. Accessed November 19, 2012.
21) 藤井美和，李　政元，田崎美弥子，松田正己，中根允文：日本人のスピリチュアリティの表すもの：WHOQOL のスピリチュアリティ予備調査から．日本社会精神医学会雑誌　14(1)：3-17，2005．
22) 竹田恵子，太湯好子，桐野匡史，雲かおり，金貞淑，中嶋和夫：高齢者のスピリチュアリティ健康尺度の開発ー妥当性と信頼性の検証ー．日本保健科学誌　10 (2) ：63-71，2007．
23) 田崎美弥子，松田正己，中根允文：スピリチュアリティに関する質的調査の試みー健康および QOL の概念のからみの中でー．日本医事新報　24-32，2001．
24) 竹田恵子，太湯好子：日本人高齢者のスピリチュアリティ概念構造の検討．川崎医療福祉学会誌　16 (1) ：53-66，2006．
25) Nagai-Jacobson MG and Burkhardt MA.: Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. Holistic Nursing Practice. 3(3):18-26, 1989.
26) The American Holistic Nurses' Association: AHNA Standards of Holistic Nursing Practice. AN ASPEN PUBLICATION. Marland. 2000.
27) 豊里竹彦，伊波佑香，與古田孝夫，古謝安子，平良一彦：地域高齢者の抑うつ傾向と身体的健康，ソーシャルサポートおよびスピリチュアリティとの関連．心身医学　52：1129-1136，2012．
28) 高倉　実，城間　亮，秋坂真央，新屋信夫，崎原盛造：思春期用日常生活ストレッサー尺度の試作．学校保健研究　40：29-40，1998.
29) 久田　満，丹羽郁夫：大学生の生活ストレッサー測定に関する研究ー大学生用生活体験尺度の研究ー．慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要　27：45-55，1987．
30) 尾関友佳子：大学生用ストレス自己評価尺度の改訂ートランスアクショナルな分析に向けてー．久留米大学大学院比較文化研究科年報　1：95-114，1993．
31) Yesavage J.A., Brink T. L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M. and Leirer V.O.: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Psychiatric Research. 17(1): 37-49, 1983.
32) 和泉京子，阿曽洋子，山本美輪，福島俊也：「軽度要介護認定」高齢者のうつに関連する要因．老年社会科学　28 (4) ：476-486，2007．
33) Beckelman D.B., Dy S.M., Becker D.M., Wittstein I.S., Hendricksn D.E.,Yamashita T.E. and Gottelieb S.H.: Spiritual Well-Being and Depression in Patients with Heart Failure. General Internal Medicine. 22(4): 470-477, 2007.
34) Wada T., Ishine M., Sakagami T.,Okumiya K.. Fujisawa M., Murakami S., Otsuka K.,Yano S., Kita T. and Matsubayashi K.: Depression in Japanese community-dwelling elderly - prevalence and association with ADL and QOL. Archives of Gerontology and Geriatrics. 39: 15-23, 2004.
35) 町田綾子，平田　文，柳田　幸，須藤紀子，水川真二郎，大荷満生，秋下雅弘，鳥羽研二：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　臨時増刊号 (学術集会講演抄録集)　39：104，2002.
36) 鳥羽研二：高齢者総合的機能評価外来で試行可能な簡易版うつスケールの有用性の検討．長寿医療委託研究研究報告集 平成13年度 3年間のまとめ　271-273，2003．
37) 前項２)，pp. 111-112．
38) 豊田秀樹（編）：共分散構造分析［Amos 編］ー構造方程式モデリングー．付録 A 適合度指標．pp. 235-45，東京図書，東京，2007．
39) 前川浩子：青年期女子の体重・体型へのこだわりに影響を及ぼす要因ー親の養育行動と社会的要因からの検討．パーソナリティ研究　13(2): 129-142，2005．
40) 藤井美和：スピリチュアルケアの本質ー死生学の視点からー．老年社会科学　31(4): 552-528，2010．
41) Rohde P., Lewinsohn P.M., Tilson M. and Seeley J.R.: Dimensionality of coping and its relation to depression. Personality and Social Psychology. 58(3): 499-511, 1990.
42) Maselko J., Giliman S.E. and Buka S.: Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of

major depression. Psychological medicine. 39(6): 1009-1017, 2009.
43) Johnsin C. and Barer B.M.: Coping and sense of control among the oldest old. Aging Studies. 7: 67-80, 1993.
44) Aldwin C.M.,Sutton K.J., ChiaraGina. and Spiro A Ⅲ.: Age Differences in Stress, Coping, and Appraisal Findings From the Normative Aging Study. Jornal of Gerontology: Psychological Sciences. 51B(4): 179-188, 1996.
45) Rothermund K. and Brandstadter J.: Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation. Psychology and Aging. 18(4): 896-905, 2003.