

入院患者のストレッサーとストレス反応に 影響を及ぼす要因について

任 和子** 中井義勝* 元村直靖*** 柳井 勉****

The study on the stress reaction of the hospitalized patients.

Kazuko NIN¹⁾²⁾, Yoshikatsu NAKAI¹⁾, Naoyasu MOTOMURA²⁾, Ben YANAI³⁾

- 1) Division of the Science of Nursing, College of Medical Technology, Kyoto University
- 2) Graduated School of Human and Environmental Studies, Kyoto University
- 3) Department of Health Science, Osaka University of Education
- 4) Kansai Social Welfare University

abstract

The purpose of this study was to clarify factors affecting stress reactions in inpatients.

An anonymous paper-and-pencil questionnaire survey was given to patients during their stays in 17 hospitals in Kyoto and Shiga Prefectures. We analyzed responses obtained from 915 patients. The subjects' ages ranged from 21 to 88, with a mean age of 57.4 years(SD = 14.9).

The perception of psychosocial stressors during hospitalization was measured using the modified Hospital Stress Rating Scale (Volicer, 1975). The modified Stress Checklist (SCL86), developed by Nomura et al. in 1989, was used to measure stress reactions. The factors examined were type-A behavior pattern, locus of control, sex, age, experience of admission, duration of hospitalization, and medical-surgical differences.

The factors most strongly associated with perception of psychosocial stressors were type A behavioral pattern, younger age (20-60 years old) and longer duration of hospitalization (more than 1 month).

For type A patients, having the experience of hospitalization, being hospitalized for more than 6 months, and being hospitalized on an internal medicine ward readily produced stress reactions including both psychological experiences and somatic symptoms.

On the other hand, patients with external locus of control and young (20-40 years old) patients tended to have stress reactions as psychological experiences. These findings suggested that stress

*京都大学医療技術短期大学部 **京都大学大学院人間・環境学研究科博士後期課程 ***大阪教育大学健康科学講座 ****関西福祉科学大学

入院患者のストレスラーとストレス反応に影響を及ぼす要因について

reactions were differently affected by various patients factors.

These factors are easily determined by nurses. The results of this study will be useful for assessment of patient psychological adaptation. It will be necessary to develop interventions effective in reducing stress reactions in patients.

キーワード

入院患者 hospitalized patient

心理社会的ストレスラー psychosocial stressors

ストレス反応 stress reactions

I はじめに

何らかの疾病をもち、その治療のために入院している患者は、非日常的な環境、多様化する医療、様々な人々とのかかわりなどのストレスラーにさらされている。これらのストレスラーにより心の葛藤が生じ、健康の回復を妨げる場合もあると考えられる。

療養している患者の健康をよりよくするために、環境を整えることは看護そのものであり、入院患者のストレスラーについての看護婦の関心は高い。アメリカでは、Volicer らによって、入院中の患者が認知する心理社会的ストレスラーについて、数多くの研究がなされてきた (Volicer 他1975, Volicer 他1977a, Volicer 他1977b, Volicer1978)。Volicer らは、患者が入院中に何らかの対処が必要であると認知する出来事を、心理社会的ストレスラーとし、それを計量するための道具として Hospital Stress Rating Scale(HSRS)を開発し、改良を加えた (Volicer 他1975)。そして、HSRS は、年齢、性別、入院直後であること、入院前のライフストレスと関連することを示した (Volicer 他1977a)。その後、術前の患者 (Friedlander 他1982) や痛みをもつ患者 (Volicer1978)、AIDS 患者 (Gwen 他1990) を対象にした、HSRS を使った研究が続いた。ナイジェリア (Fajemilehin 他1991) や韓国 (Lee 他1989) においても、追試され、その有用性が確認されている。日本でも、川口ら (1994) が、大学病院に入院中の

患者のストレッサーについて HSRS を修正して調査し、性別、年齢、神経症別、在院日数などによって異なることを示した。

このように、看護学では、Volicer の HSRS の開発によって、入院患者のストレッサーが量的に同定されてきた。しかし、それらのほとんどはストレッサーのみを測定したものであり、ストレッサーとストレス反応を同時に測定して検討した研究は少ない。患者の心理的ストレスという枠組みに分類されうる研究のほとんどが、心理的ストレス・プロセスにおける必要不可欠な理論的構成概念であるストレッサーと心理的ストレス反応を必ずしも測定していないことが問題であると指摘されている（新名ら1995）。

入院によって患者が認知するストレッサーと、ストレス反応を定量的に評価し、そこに介在する媒介要因を知ることは、患者の健康回復に有益なストレスマネジメントをするうえで重要である。我々は、ブラックボックス原理（石川1982）に基づき、入院によって患者が認知するストレッサーを入力、ストレスによる反応を出力と考えて、入力と出力との間に、個人要因が関与するものとして、ストレッサーとストレス反応をとらえた。本研究では、タイプA行動パターン、ローカスオブコントロール、年代、性別、入院期間、入院経験の有無を取り上げ、入院患者のストレッサーとストレス反応に影響を及ぼす要因について検討した。

II 対象と方法

京都府の病院一覧表により一般病床300床以上の病院22施設を選択し、訪問もしくは封書により、病院長か看護部長に調査の趣旨を説明し、アンケートの依頼をした。22施設中、承諾を得たのは16施設、承諾を得られなかったのは2施設、返答がなかったのは4施設であった。承諾を得た16施設に、滋賀県の1施設を加え、計17施設を対象に調査を行った。対象とする患者は、内科系および外科系の病棟に入院している患者、すなわち何らかの身体的疾患の治療のために入院している20歳以上の患者とし、視聴覚に著しい障害がなく、質問紙の記

入院患者のストレッサーとストレス反応に影響を及ぼす要因について入が自分でできることを条件とした。出産のための入院，小児および精神疾患患者は除外した。また，外科系に入院している患者については，手術後の身体症状と，ストレス反応との混同を避けるために手術前とした。さらに，社会的入院と判断される患者は除外した。これらの条件を満たす患者に，無記名自記式の質問紙を用いた調査を行った。調査用紙の配布および回収は病院のスタッフに依頼した。配布数は1228部，回収数は949部（回収率77.3%）であった。回答のあった949人のうち，欠損値が多かった34人を除いた915人を分析の対象とした（有効回答率96.4%）。解析は，京都大学大型計算機センター統計パッケージ SASVer.6.08 を用いて行った。

III 使用した尺度の説明

1) ストレッサー

入院患者の認知するストレッサーとは，ストレスの認知理論（Lazarus ら 1987）に基づき，「入院場面で患者が経験する様々な出来事について，患者が不快を感じたり負担に思うなど，ストレスであると認知的評価をしたもの」と操作的に定義した。

Volicer らが開発した HSRS の49項目を基本に（Volicer1975），川口らの研究（川口1994）などを参考に修正した。入院している患者にとってストレッサーとなる項目，たとえば「手術または処置に対する不安」「一日中ベッド上または病室にいななければならないこと」「離れて暮らしている夫や妻が心配である」などの46項目を設定した。各項目に対してストレスと思う程度を，5段階で答える方法をとった。これらの項目のなかには「不安」「心配である」という表現を使った項目も含まれている。出来事に対し不安を感じたり心配に思うこと自体がストレスであると認知的評価をすることもあると考え，プレテスト時にストレス反応との混同がないかを確認し，そのままの表現で採用した。

ストレッサー46項目を主成分分析した結果，第1主成分の固有値は14.57，寄与率は32%で，第1因子の固有値が他の因子に比しきわめて高く，一次元性と

とらえることが可能であることを確認した。この尺度の内的整合性（クロンバックの α 係数）は、0.95であった。ストレッサー（46項目）の平均得点をストレッサーの得点とした。可能な得点の範囲は1～5点で、得点が高いほどストレッサーが強い。

2) ストレス反応

ストレスによる反応は、心理的反応と身体的反応から構成される概念としてとらえ、ストレス評価質問紙法（SCL86）（野村他1989）のストレス反応「体験化」「身体化」の項目を一部修正して用いた。「体験化」は、寝つきが悪い、ゆううつになるなどの質問で構成されており、不安、緊張、過敏、抑うつ、焦燥などの精神的な症状を表す18項目である。「身体化」は、肩がこる、手足が冷えるなどの自律神経系の身体症状を表す22項目である。回答は5段階で求めた。

ストレス反応が「体験化」「身体化」の2因子で構成されることを確認するために、ストレス反応の40項目を因子分析し（主成分分解、バリマックス回転）、第1因子は「身体化」の22項目、第2因子は「体験化」の18項目で構成されることを確認した。この2因子で分散の35%が説明された。ストレス反応の「体験化」「身体化」の内的整合性（クロンバックの α 係数）は、「体験化」0.89、「身体化」0.88であった。

ストレス反応の「体験化」18項目、「身体化」22項目のそれぞれの平均得点をストレス反応の得点とした。よって可能な得点の範囲は1～5点で、得点が高いほどストレス反応が強い。

3) タイプA行動パターン

タイプA行動パターンはA型傾向判別表（前田1991）を用いて判定し、前田らの分類により、17点以上をタイプA、16点以下をタイプBとして分類した。

4) ローカスオブコントロール

ローカスオブコントロールはRotterが提唱したもので（Rotter1972）、人間は自分自身の行動と強化の生起が随伴しており、強化の統制が可能であるという信念をもっているかどうか、行動を予測するうえで重要な人格変数であるとされる。本研究では、Rotterの理論に基づいて鎌原らが開発した尺度を使用

入院患者のストレッサーとストレス反応に影響を及ぼす要因についてした(鎌原他1982)。18~72点が可能な得点の範囲であり、得点が高いほど内的統制が高い。ローカスオブコントロールの総得点によって、全体の人数がほぼ3分の1ずつになるように分類し、得点の高いグループを「内的統制群」、中間を「中間群」、低いグループを「外的統制群」として検討した。内的統制群の得点の範囲は60点以上72点以下、中間群は54点以上59点以下、外的統制群は40点以上53点以下であった。

IV 結 果

1. 対象の属性

対象の属性を表1に示した。平均年齢は57.4±14.9歳(以下、平均±標準偏差)、男性507人(56.9%)、女性384人(43.1%)であった。

2. ストレッサーとストレス反応(「体験化」「身体化」)に介在する要因について

各要因ごとに、ストレッサーとストレス反応(「体験化」「身体化」)の得点を比較した(表2)。2群の比較はt検定を用いた。3群以上の比較は、一元配置分散分析を行い、有意であった場合にTukey-Kramerの方法を用いて多重比較を行った。

さらに、ストレッサーの認知に差があったタイプA行動パターン、年代、入院期間について、ストレッサーを補助変量としたストレス反応(体験化・身体化)の共分散分析をSASのLSMEANS(竹内他1989)によって行い、補助変量により調整した平均を算出し、各変数のカテゴリ間の得点を比較した(表3)。

1) タイプA行動パターン(表2、表3)

ストレッサーでは、タイプA群(2.2±0.7点)はタイプB群(1.9±0.7点)に比し有意に得点が高かった($p<.001$)。

ストレス反応の「体験化」では、タイプA群(2.3±0.8点)はタイプB群

表1 対象の属性

| 項目 | 人数 | % | 項目 | 人数 | % |
|----------------|-----|------|------------|-----|------|
| 性別 | | | 入院期間 | | |
| 男性 | 507 | 56.9 | 1週間未満 | 41 | 5 |
| 女性 | 384 | 43.1 | 1週間以上1ヵ月未満 | 301 | 36.5 |
| 無回答 | 24 | | 1ヵ月以上3ヵ月未満 | 343 | 41.5 |
| | | | 3ヵ月以上半年未満 | 83 | 10 |
| 年代 | | | 半年以上1年未満 | 40 | 4.8 |
| 20代 | 54 | 6.1 | 1年以上2年未満 | 13 | 1.6 |
| 30代 | 55 | 6.2 | 2年以上 | 5 | 0.6 |
| 40代 | 135 | 15.3 | 無回答 | 89 | |
| 50代 | 199 | 22.5 | | | |
| 60代 | 252 | 28.5 | 診療科 | | |
| 70代 | 150 | 17 | 内科系 | 567 | 72.3 |
| 80代 | 38 | 4.3 | 外科系 | 164 | 20.9 |
| 無回答 | 32 | | その他 | 53 | 6.8 |
| | | | 無回答 | 151 | |
| 婚姻歴 | | | 内科系入院患者の疾患 | | |
| 既婚 | 701 | 85.3 | 循環器 | 143 | 17.8 |
| 未婚 | 88 | 10.7 | 呼吸器 | 202 | 25.1 |
| その他 | 33 | 4 | 消化器 | 213 | 26.5 |
| 無回答 | 93 | | 糖尿病 | 145 | 18 |
| | | | その他 | 101 | 12.6 |
| 職業 | | | 無回答 | 111 | |
| 定職 | 364 | 41.7 | 病室 | | |
| パート | 39 | 4.5 | 個室 | 105 | 11.8 |
| 専業主婦 | 131 | 15 | 2人部屋 | 44 | 5 |
| 学生 | 9 | 1 | 3～5人部屋 | 326 | 36.8 |
| 無職 | 253 | 29 | 6人部屋以上 | 411 | 46.4 |
| その他 | 77 | 8.8 | 無回答 | 29 | |
| 無回答 | 42 | | | | |
| 過去の入院経験（出産を除く） | | | | | |
| 0回 | 148 | 17.1 | | | |
| 1回 | 183 | 21.1 | | | |
| 2回 | 166 | 19.2 | | | |
| 3回 | 129 | 14.9 | | | |
| 4回 | 68 | 7.8 | | | |
| 5回 | 60 | 6.9 | | | |
| それ以上 | 113 | 13 | | | |
| 無回答 | 48 | | | | |

表2 各要因別にみたストレッサーとストレス反応（体験化，身体化）の得点

| 要 因 | | ストレッサー | ストレス反応 | |
|--------------|--------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | 体験化 | 身体化 |
| タイプA行動パターン | タイプA | 2.2±0.7 [†] | 2.3±0.8 | 2.4±0.7 |
| | タイプB | 1.9±0.7 ^{***} | 2.0±0.6 ^{***} | 2.1±0.6 ^{***} |
| ローカスオブコントロール | 内的統制群 | 1.9±0.7 | 1.9±0.6 | 2.1±0.7 |
| | 中間群 | 1.9±0.7 | 2.0±0.6 [*] | 2.2±0.6 |
| | 外的統制群 | 2.0±0.7 | 2.2±0.7 | 2.2±0.7 |
| 性別 | 男性 | 1.9±0.7 | 2.0±0.7 | 2.1±0.7 |
| | 女性 | 1.9±0.6 | 2.0±0.6 | 2.2±0.6 |
| 年代 | 20-40歳 | 2.1±0.7 | 2.2±0.8 | 2.1±0.7 |
| | 40-60歳 | 2.0±0.7 [*] | 2.0±0.6 [*] | 2.1±0.7 |
| | 60-80歳 | 1.8±0.6 [*] | 2.0±0.6 | 2.2±0.6 |
| | 80歳以上 | 1.4±0.2 | 2.0±0.6 | 2.1±0.7 |
| 入院経験 | なし | 1.8±0.7 | 1.8±0.6 | 1.9±0.6 |
| | あり | 1.9±0.6 | 2.0±0.7 ^{***} | 2.2±0.7 ^{***} |
| 入院期間 | 1カ月未満 | 1.8±0.6 | 1.9±0.6 | 2.0±0.6 |
| | 1-3カ月 | 2.0±0.7 [*] | 2.0±0.7 [*] | 2.2±0.6 |
| | 3-6カ月 | 2.1±0.7 | 2.2±0.8 [*] | 2.2±0.7 [*] |
| | 6か月以上 | 2.0±0.7 | 2.5±0.7 | 2.6±0.6 [*] |
| 診療科 | 内科系 | 1.9±0.7 | 2.0±0.6 [*] | 2.2±0.6 ^{***} |
| | 外科系 | 1.9±0.7 | 1.9±0.6 [*] | 2.0±0.6 [*] |

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

† 平均±標準偏差

(2.0±0.6点)に比し、有意に得点が高かった (p<.001)。「身体化」においてもタイプA群 (2.4±0.7点)はタイプB群 (2.1±0.6点)に比し、有意に得点が高かった (p<.001)。

タイプA行動パターンによって、ストレッサーの認知に違いがあったため、ストレッサーを補助変量とした、タイプA行動パターンとストレス反応(「体験化」「身体化」)の共分散分析を行ったところ、ストレス反応の「体験化」(F=7.70, p<.01)でも、「身体化」(F=8.10, p<.01)でもタイプA行動パターンの主効果が有意であり、タイプA群がタイプB群に比し有意に高かった。

表3 ストレッサーを補助変量とした共分散分析の結果から得た、各要因別にみたストレス反応（体験化，身体化）の得点

| 要 因 | | ストレス反応 | |
|------------|--------|----------------------------|---|
| | | 体験化 | 身体化 |
| タイプA行動パターン | タイプA | 2.2(0.06) [†] | 2.3(0.07) [†] 2.1(0.03) [†] ** |
| | タイプB | 2.0(0.03) [†] ** | |
| 年代 | 20-40歳 | 2.2(0.06) [†] * | 2.0(0.07) |
| | 40-60歳 | 2.0(0.04) [†] ** | 2.1(0.04) |
| | 60-80歳 | 1.9(0.04) [†] ** | 2.2(0.04) |
| | 80歳以上 | 2.1(0.14) | 2.2(0.16) |
| 入院期間 | 1カ月未満 | 2.0(0.04) | 2.1(0.04) |
| | 1-3カ月 | 1.9(0.04) [†] *** | 2.1(0.04) [†] *** |
| | 3-6カ月 | 2.1(0.08) [†] *** | 2.1(0.08) [†] *** |
| | 6カ月以上 | 2.5(0.10) [†] ** | 2.6(0.11) [†] *** |

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

† 調整済み平均（調整済み標準偏差）

2) ローカスオブコントロール（表2）

ローカスオブコントロール別にみたストレッサーの得点に有意な主効果はなかった。

ストレス反応の「体験化」では、有意な主効果があり（ $F=9.02$, $p<.001$ ），内的統制群（ 1.9 ± 0.6 点）は，中間群（ 2.0 ± 0.6 点）および外的統制群（ 2.2 ± 0.7 点）に比し，有意に得点が低かった（ $p<.05$ ）。一方「身体化」の得点に有意な主効果はなかった。

3) 性別（表2）

性別では，ストレッサーの得点にもストレス反応の得点にも，有意な差はなかった。

4) 年代（表2，表3）

ストレッサーでは，20-40歳群（ 2.1 ± 0.7 ）と40-60歳群（ 2.0 ± 0.7 点）は，60-80歳群（ 1.8 ± 0.6 点）と80歳以上群（ 1.4 ± 0.2 点）に比し，有意に得点が高かった（ $p<.05$ ）。

ストレス反応の「体験化」では，20-40歳群（ 2.2 ± 0.8 点）は，40-60歳群（2.

入院患者のストレッサーとストレス反応に影響を及ぼす要因について
0±0.6点)と80歳以上群(2.0±0.6点)に比し、有意に得点が高かった($p<.05$)。
一方、「身体化」の得点の主効果は有意ではなかった。

年代によって、ストレッサーの認知に違いがあったため、ストレッサーを補助変量とした、年代とストレス反応(「体験化」「身体化」)の共分散分析を行ったところ、ストレス反応「体験化」では、年代の主効果($F=3.17, p<.05$)が有意であり、20-40歳群が40-60歳群と60-80歳群に比し、有意に高かった。「身体化」では、年代の主効果は有意ではなかった。

5) 入院経験の有無(表2)

入院経験の有無別にみた、ストレッサーの得点に有意な差はなかった。

ストレス反応の「体験化」では、入院の経験あり群(2.0±0.7)は、なし群(1.8±0.6)に比し有意に得点が高かった($p<.001$)。「身体化」においても、経験あり群(2.2±0.7点)は、なし群(1.9±0.6点)に比し有意に高かった($p<.001$)。

6) 入院期間(表2, 表3)

ストレッサーでは、入院期間が1カ月未満群(1.8±0.6点)は、1-3カ月群(2.0±0.7点)と3-6カ月群(2.1±0.7点)に比し、有意に得点が低かった($p<.05$)。

ストレス反応の「体験化」では、6カ月以上群(2.5±0.7点)は1カ月未満群(1.9±0.6点)と1-3カ月群(2.0±0.7点)に比し、有意に得点が高かった($p<.05$)。「身体化」では、6カ月以上群(2.6±0.6点)が、1カ月未満群(2.0±0.6点)、1-3カ月群(2.2±0.6点)および3-6カ月群(2.2±0.7点)に比し、有意に得点が高かった($p<.05$)。

入院期間によってストレッサーの認知に違いがあったため、ストレッサーを補助変量とした、入院期間とストレス反応(「体験化」「身体化」)の共分散分析を行ったところ、「体験化」でも($F=8.33, p<.001$)、「身体化」でも($F=6.13, p<.001$)、入院期間の主効果が有意であり、6カ月以上群が他群に比し有意に高かった。

7) 診療科(表2)

診療科別にみたストレスラーの得点に有意な差はなかった。

ストレス反応の「体験化」では、内科系の患者 (2.0 ± 0.6 点) は外科系 (1.9 ± 0.6 点) に比し、有意に得点が高かった ($p < .05$)。「身体化」においても、内科系 (2.2 ± 0.6 点) が外科系 (2.0 ± 0.6 点) に比し、有意に得点が高かった ($p < .001$)。

V 考 察

1) タイプA行動パターン

タイプA群はタイプB群に比しストレスラーの認知が強く、ストレス反応の得点も高かった。さらに、共分散分析を用いてストレスラーの値が同じになるように調整した結果でも、ストレス反応の「体験化」「身体化」とも、タイプA群はストレス反応の得点が高かった。

タイプAは、ストレスに脆弱な性格・行動特性といわれており、今回の結果もそれを反映するものと考えられる。精神的自覚症状、身体的自覚症状とも、タイプAの得点が高かったとする報告や(渡辺他1990)、タイプAの者ほど職場ストレスが大きいとの報告もあり(石原1992)、今回の結果と一致する。

近年日本では、タイプA行動パターンと心理的ストレス反応、とくに抑うつとの関連が注目されているがその結果はまだ一貫しておらず(福西1993)、そのほとんどが職業ストレスとの関連で論じられている。今回は入院という特殊な環境のなかでの調査であり、このような報告は他にはない。入院という環境は、時間に追われたり、忙しいといったことは一般になく、タイプA行動パターンを促進する環境にはないであろう。そのような環境にあっても、タイプA者はタイプB者よりストレスラーを認知し、ストレス反応が強い。さらにストレスラーの認知が同じであっても、タイプAに心身ともにストレス反応が強かったことはタイプAのパーソナリティを考えるうえで興味深い。看護者にとって、タイプA者は攻撃的で苦手な患者と意識されやすいが、このような特性を踏まえて、より効果的な対応を考える必要がある。

2) ローカスオブコントロール

Rotterの提唱したローカスオブコントロールの概念は、状況への適応の方法に関連するものとして注目されており(Hyer他1982, Lewis1982), ストレス反応に影響を及ぼす要因として重要な要素である。これまでは主に抑うつとの関連では議論されているが、入院というストレスとの関連では筆者らの知るところではまだ検討されていない。

ストレス反応において、内的統制が高い群は「体験化」においてのみ得点が低かったことから、内的統制は心理的ストレス反応を抑制するように作用すると予測される。ローカスオブコントロールが外的である場合、学習性無気力につながり、抑うつ状態やうつ病を引き起こす重要な要因として注目されている(Prociuk他1976)。これらのことから、ストレス反応の「身体化」ではなく「体験化」に内的統制の効果が現れやすいという結果は妥当であろう。しかし、ローカスオブコントロールは高齢者の身体的・精神的健康や、活動水準、適応などとも関連しており(Schults1980), ストレス反応の「身体化」との関連については今後さらに検討が必要である。

3) 性 別

ストレッサーおよびストレス反応(「体験化」「身体化」)ともに、性別による差はなかった。心理社会的ストレスの性差については見解の一致をみていない。

入院患者のストレッサー認知は、「家族への関心」「物理・化学的環境への不満」では女性のほうが強く、「情報の欠如」「基本的生活習慣の充足」では男性のほうが強い(川口1994)。HSRSのいくつかのサブカテゴリーで女性のほうが男性よりも得点が高いなど(Volicer他1977), 性別による差があるとされている。ストレス反応についても、入院期間を通じて高度の不安や抑うつが報告された患者は40歳未満の女性であった(Barnett1979), 入院生活への適応は男性のほうが女性より適応している(栄1984)などの報告がある。今後、総得点に加えて項目ごとの違いを検討する必要がある。

さらに、一般企業人を対象としたSCL86を用いた調査では、ストレッサーに男女差はないが、ストレスに対する反応では「体験化」は女性が高く「身体化」

は男性が高いと報告されている(野村他1989)。ストレッサーの体験については量的には男女差を認めないが質的には女性のほうがつらいと体験される傾向にあり、ストレス反応は女性のほうが抑うつと自律神経系の活動性亢進などの反応を著明に現すとの報告もある(津田ら1996)。野村や津田の対象は健康人である。今回の対象は、身体的疾患をもち入院という大きなストレスを潜在的にもっており、対象のおかれている状況が違ったため、性別による差がなかったのかもしれない。

4) 年 代

ストレッサーの認知は、20～60歳群が、60歳以上群に比し強かった。これは、入院患者を対象とした報告と一致する(Volicer 他1977a, 川口1994)。20～60歳という年代は、社会のなかで何らかの役割をもっている。家庭においても経済的な責任をもっていたり、家事の担い手であったりと、入院することによって心配事が多いことは容易に想像できるであろう。また、自立している年代であり、自分の思い通りにならない入院という環境がストレスフルに感じられるとも考えられる。

ストレス反応では「体験化」において、共分散分析を用いてストレッサーの値を調整した結果でも、20～40歳群が強いストレス反応を示していた。若齢者は、ストレス反応を精神症状として現しやすく(Barnett1981)、老齢の被験者は若い被験者よりも健康について楽観的である(Kasl 他1966)。20～40歳の年代は、一般的に病気で入院するという年齢ではない。若くして入院すること、病気をもつことは、かなり危機的な状況であると考えられよう。

5) 入院の経験

入院経験の有無別では、ストレッサーの認知に差はないが、ストレス反応では「体験化」「身体化」とも、入院の経験があるほうが得点が高かった。入院の経験があるということは、重複した疾患をもっていたり、あるいは慢性的な疾患をもっていると考えられる。また、入院したことがあるとその経験からかえって不安が募るのかもしれない。入院未経験者が経験者より入院生活に適応していたとの報告もあり(栄1984)、今までの患者の体験を踏まえたストレスマネ

入院患者のストレッサーとストレス反応に影響を及ぼす要因について
ージメントが必要である。

6) 入院期間

入院期間が1カ月未満の患者は、ストレッサーの得点が低かった。4カ月以上群にストレッサーが高いとの報告もあり(川口1994)、入院期間が長いほどストレッサーの認知が高くなるといえよう。

共分散分析を用いてストレッサーの値が同じになるように調整してもストレス反応の「体験化」「身体化」とも、入院期間が6カ月以上の患者にストレスが強かった。これらのことから、入院期間の長さはストレスに対する脆弱性を増す要因になる可能性があることが示唆される。入院が長くなると「入院生活によるストレス」という看護上の問題点が上がることが多い。入院が長期化する患者へのストレス緩和のための介入に向けて、今回のような定量的アプローチによってストレッサーとストレス反応の関係を明らかにする必要がある。

7) 診療科

ストレッサーの得点には差がなかったが、ストレス反応では「体験化」「身体化」とも、内科系の患者は外科系に比し得点が高かった。外科系の入院患者のほうが内科系に比しストレッサーの総得点が高いと報告されているが(Volicer1977b)、本研究では外科系は手術前の患者を対象に調査したためストレッサーの認知に差がなかったのかもしれない。

内科疾患で入院している患者が身体化の症状を呈した場合、それは、疾患からくる症状として扱われてしまいがちであるが、身体化の症状をストレス反応としてアセスメントする視点が必要であると考ええる。

VI 結 論

入院の経験による心理社会的ストレッサーと入院患者のストレス反応を定量的に評価し、そこに介在する要因との関係を明らかにすることを目的に、京都府下および滋賀県下の病院に入院中の患者を対象に質問紙による調査を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

ストレッサーを強く認知する要因は、タイプAの行動特性があり、年齢が若く(20~60歳)、入院期間が1カ月以上であることであった。また、タイプA行動者や入院の経験がある患者、入院期間が6カ月以上にわたる患者、内科系の病棟に入院中の患者では、ストレッサーの認知の水準が同じでも、精神症状と身体症状の双方にストレスによる反応を起こしやすいことがわかった。一方、外的統制の傾向がある患者や年齢が若い患者(20~40歳)は、ストレッサーの認知の水準が同じでも、精神的な症状としてストレスによる反応を起こす傾向があり、患者側の要因によってストレスによる反応の仕方に違いがあることが示唆された。

以上のように入院患者のストレス反応に影響を及ぼすいくつかの要因が明らかになった。これらの要因は、看護婦が容易に得ることのできる情報であり、今回の結果を入院生活への適応や患者の心の葛藤をアセスメントする際に生かすことができると考える。患者の心理的ストレスが健康の回復を妨げることのないように、入院患者にストレッサーをできるだけ経験させないためのケアや、患者が経験しているストレス反応を軽減するケアの方法を開発することが今後の課題である。

謝辞

療養中にもかかわらず、アンケート調査にご協力いただきました対象者の皆さまに心よりお礼申し上げます。また、調査を許可していただき、忙しい業務のなかで、質問紙の配布回収にご協力賜りました病院の皆さまに心より感謝いたします。

引用文献

- 1) Barnett, J. B. (1981) 病人のストレス (末包慶太, 岡田幸夫, 橋本篤孝訳) 紀伊国屋書店, 東京.
- 2) Gwen van Servellen, Lewis, C. E. and Leak, B. (1990) The stresses of hospitali-

zation among AIDS patients on integrated and special care units. *International Journal of Nursing Studies* 27 (3) : 235-247.

3) Fajemilehin, B. R., and Fabayo, A. O. (1991) Perception of situational stress associated with hospitalization among selected Nigerian patients. *Journal of Advanced Nursing* 16 : 469-474.

4) Friedlander, M. L., Steinhart, M. J., Daly, S. S., and Snyder, J. (1982) Demographic, cognitive and experiential predictors of presurgical anxiety. *Journal of Psychosomatic Research* 26 (6) : 623-627.

5) Hyer, L., and Siegler, I. C. (1982) Locus of control and long-term care. *Journal of Applied Gerontology* 1 : 147-160.

6) Lewis, F. W. (1982) Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. *Nursing Research* 31(2) : 113-119.

7) Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1 (3, Spec Issue) : 141-169.

8) Kasl, S. V. and Cobb, S. (1966) Health behavior, illness behavior, and sick role behavior I Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health* 12(2) : 246-266.

9) Lee, S. W., Ro, Y. J., and Kim, T. K. (1989) Differences in the characteristics of hospital stress between medical and surgical patients. *Journal of Nurses Academic Society* 19(1) : 99-107.

10) Prociuk, T. J., Breen, L. J., and Lussier, R.J. (1976) Hopelessness, internal-external locus of control and depression. *Journal of Clinical Psychology*. 32(2) : 299-300.

11) Rotter, J. B., Chance, J. E., and Phares, E. J. (1972) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In "Applications of a social learning theory of personality" (Rotter, J. B., Chance, J. E., and Phares, E. J. eds) p260-295 Holt, Rinehart and Winston, Inc New York.

12) Schults, R. (1980) Aging and control. In "Human helplessness: Theory and applications" (Seligman, M. E. P., and Garber J. eds) Academic Press.

13) Volicer, B. J., and Bohannon. M. W. (1975) A hospital stress rating scale. *Nursing Research* 24 (5) : 352-359.

14) Volicer, B. J., and Burns, M. W. (1977a) : Preexisting correlaten of hospital stress. *Nursing Research* 26 (6) : 408-415.

- 15) Volicer, B. J., and Isenberg M. A. (1977b): Medical-surgical differences in hospital stress factors. *Journal of Human Stress* 3(2): 3-13.
 - 16) Volicer, B. J. (1978) Hospital stress and patient reports of pain and physical status. *Journal of Human Stress* 4 (2): 28-37.
 - 17) 石川 中 (1982) セルフコントロール医学への道, 紀伊國屋書店.
 - 18) 石原伸哉, 上畑鉄之丞, 何 頻他 (1992) 日本の中高年男性労働者のタイプA行動の分布に関する研究, *タイプA* 3 (1): 59-67.
 - 19) 鎌原雅彦, 樋口一辰, 清水直治 (1982) Locus of Control 尺度の作成と, 信頼性, 妥当性の検討, *教育心理学研究*, 30(4): 38-43.
 - 20) 川口孝泰, 坂口禎男, 田尻后子他 (1994) 入院患者のストレス要因に関する検討, *日本看護研究学会雑誌*, 17(2): 21-29.
 - 21) 栄唱子 (1984) 入院による生活の変化と適応, *看護研究*, 17(1): 44-53.
 - 22) 竹内啓監修, 高橋行雄, 大橋靖雄, 芳賀敏郎著 (1989) SAS による実験データの解析, 東京大学出版会.
 - 23) 津田彰, 尾関友佳子 (1996) ストレス-コーピング過程における性差 (要約). *ストレス科学*, 11(2): 98.
 - 24) 新名理恵, 坂田成輝, 山崎久美子 (1995) 外来患者の心理的ストレス・プロセス (I) ストレッサーと心理的ストレス反応との関係, *日本保健医療行動科学学会年報* 10: 121-139.
 - 25) 野村忍, 久保木富房, 末松弘行他 (1989) 新しいストレス評価質問紙法 (SCL86) の研究, *心身医療*, 1 (2): 93-104.
 - 26) 福西勇夫 (1993) タイプA行動パターンと抑うつ: 総論, *タイプA* 4 (1): 11-15.
 - 27) 前田総 (1991) 行動パターン評価のための簡易質問紙法「A型傾向判別表」, *タイプA* 2 (1): 33-40.
 - 28) 渡辺満利子, 横塚昌子, 山岡和枝他 (1990) タイプA行動パターンと食習慣. *タイプA* 1 (1): 45-53.
-