

## 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

新名理恵\* 坂田成輝\*\* 山崎久美子\*\*\*

### **Psychological stress processes among outpatients (I) : The relationship between stressors and psychological stress responses**

Rie Niina, M. S., Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, Tokyo Japan

Shigeki Sakata, M. A., Fellow of the Japan Society for the Promotion of Science for Japanese Junior Scientists

Kumiko Yamazaki, Ph. D., Section of Psychology Research, Department of General Education, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo Japan

#### Abstract

We have developed a conceptual model of psychological stress process in order to explain the relationships between stressors, psychological stress responses, and coping. The purpose of our researches (I and II), was to examine this model on outpatients. We additionally wanted to develop the Stress Inventory for Outpatients (SIO) which is a structured-interview instrument for outpatients that assesses both stressors and coping in medical settings. The purpose of this research was to investigate the relationship between stressors and psychological stress responses.

In Study 1, we describe the details on the development of the Stressor Scale for Outpatients (SSO) which is one of two subscales on the SIO. The SSO was constructed as an instrument that measures stressors experienced by outpatients in medical settings, consisting of 24 items. The SSO was composed of 5 stressor-categories : Physical Distress, Medical Examination, Disagreement with Doctors, Insufficient Information, and Medical-Environmental Burden.

In Study 2, we investigated the structure of stressors measured by the use of the SSO

---

\* 東京都老人総合研究所精神医学部門 \*\* 日本学術振興会特別研究員 \*\*\* 東京医科歯科大学教養部心理学研究室

and the effects of these stressors on psychological stress responses. The distributions and functions of the Physical Distress were different from those of other four stressor-categories. That is, all four stressors (the Medical Examination, the Disagreement with Doctors, the Insufficient Information, and the Medical-Environmental Burden) had effects to induce multiple psychological stress responses, but these effects were influenced by the impact of the Physical Distress.

The findings suggest that it is necessary to evaluate the functions of all stressors totally and to estimate the complicated effects of stressors on outpatients' psychological stress responses.

#### キーワード

外来患者 outpatients ストレッサー stressor

心理的ストレス反応 psychological stress responses

外来患者用ストレス評価票 the Stress Inventory for Outpatients

外来患者用ストレッサー・スケール the Stressor Scale for Outpatients

## I 研究の背景

1つのライフ・イベントは無数の刺激事態から構成されている。たとえば、癌を患ったということは人生における重大なライフ・イベントの経験であるが、癌を患った人が実際に経験することは、告知、処置、セルフ・ケア、人間関係の軋轢、身体的苦痛などの多種多様な刺激事態である。人がストレスフルと評価する対象は、こういった刺激事態である。外来患者の場合にも同じことがいえる。外来患者は、病院へ行くことで、インフォームド・コンセント、診察や検査や処置、医療スタッフとのコミュニケーション、病院職員とのかかわり、患者同士での情報交換、受付・診察・検査・会計・投薬の順番待ちなど、様々な刺激事態を経験する(山崎, 1991 a, 1991 b; 山崎他, 1988)。こういった刺激事態を患者個人がストレスフルと認知処理したときに、心理的ストレス・プロセスが始動するのである。

患者の心理的ストレスという枠組みに分類される研究は、ある特定の疾患

を有する患者に特有に起きる刺激事態に限定して心理的要因との関係を検討している研究 (Cox & Gonder-Frederick, 1992 ; Keffee et al., 1992のレビュー参照), 侵襲性の高い処置を受ける患者に対するストレス・マネジメントに関する研究 (Ludwick-Rosenthal & Neufeld, 1988のレビュー参照), 患者のコーピングと医療スタッフによる介入の効果に関する研究 (Auerbach, 1989のレビュー参照), ソーシャル・サポートあるいは患者のパーソナリティが身体的苦痛や情動に及ぼす影響を調べた研究 (Affleck et al., 1994 ; Carver et al., 1993 ; Connell et al., 1994 ; Helgeson, 1992 ; Ludwick-Rosenthal & Neufeld, 1993 ; Smith et al., 1994 ; Thompson et al., 1993他) として行われてきた。しかし, これらの研究のほとんどは心理的ストレスに関する十分な理論的根拠なしに行われており, このことが研究結果の比較や研究成果の応用を妨げている。特に, 心理的ストレスの研究として問題となるのは, 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 (theoretical construct) 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である。これらを測定しなくては, このプロセスにおけるもう 1 つの重要な理論的構成概念であるコーピングの機能を問うこともできないし, このプロセスに影響してくる種々の媒介要因や緩衝要因の効果をみることもできない。心理的ストレスを科学的・実証的に研究するには, 理論的根拠となる概念モデルが必要であることは明らかである。

心理的ストレス・プロセスについては, いくつかの仮説が概念モデルとして提唱されている (たとえば, Lazarus & Folkman, 1984 ; Pearlin, 1994 ; 矢富, 1991)。本研究では, 心理的ストレス・プロセスについて図 1 (新名, 印刷中) の左側に示したように仮定する。この心理的ストレス・プロセスの概念モデルは, 医療場面だけでなく, 人間が経験する心理的ストレス・プロセスすべての基礎をなすものと考えられる。

心理的ストレス・プロセスは, まず個人が何らかの刺激事態を経験することをきっかけとして始まる。刺激事態を経験した個人が, その刺激事態をネガティブに評価する, たとえばショックだ, 不快だ, 嫌だ, 露威的だ, 困った, 負

担だ、つらい、煩わしいなどと評価することで、ネガティブな心理的反応、すなわち心理的ストレス反応（新名他, 1990; 新名, 1991, 1994）が生じる。したがって、ストレッサーとは「個人によりネガティブに評価され、その個人に心理的ストレス反応を引き起こす刺激事態」と定義される。本研究の場合、外来患者が医療場面で経験するストレスフルな刺激事態すべてがストレッサーと定義される。次に、個人がストレッサーにより引き起こされた心理的ストレス反応を経験すると、その個人はそれを低減することを目的とした行動、すなわちコーピングを行う（坂田, 1991）。ここでの行動とは、思考と行為を含む広義の行動を意味する。

このように心理的ストレス・プロセスを定義すると、おのずと問題処理のプロセスとの違いが明確になる。問題処理のプロセスは、一般に心理的ストレス・プロセスと混同されやすく、またストレスの研究者さえも、これら2つのプロセスを区別していない場合が多い。図1の右側に示したように、問題処理のプロセスもまた、心理的ストレス・プロセスと同じように、個人が刺激事態を経験することから始まる。刺激事態が内包している環境からの要請と、その刺

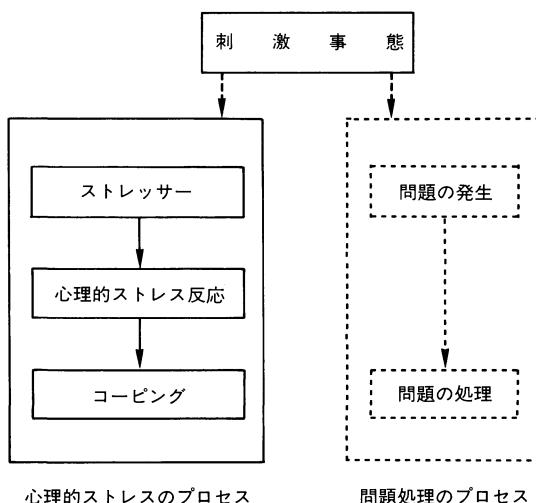


図1 心理的ストレスと問題処理のプロセスの概念モデル

激事態を経験している個人の期待や予測との間にギャップがあるとき、その個人にとって問題が生じる。そして、その個人はその問題を処理するべく行動する。ただし、このプロセスでは、心理的ストレス反応は発生しない。

## II 研究の目的

心理的ストレス研究の観点からすると、同じ患者といってても、外来患者と入院患者では決定的に異なる点が1つある。入院患者は、relocation、すなわち居住環境の変化および居住空間での役割や人間関係の変化というライフ・イベントに適応せねばならない。つまり、患者として一般に経験する刺激事態に加えて、relocationによる刺激事態も経験している。そこで、患者の心理的ストレス研究を行うにあたり、まず外来患者を対象として研究することにした。

本論文で報告される研究（I）と次論文で報告される研究（II）における目的は、図1に示した心理的ストレス・プロセスの概念モデルに基づき、外来患者が医療場面において経験する心理的ストレス・プロセスについて検討することである。研究（I）ではストレッサーの構造と機能の観点から、研究（II）ではコーピングの機能の観点から、各々この目的にアプローチする。これらの目的に基づいた研究を行うために、外来患者が医療場面において経験するストレッサーとそのストレッサーに対するコーピングを測定する外来患者用ストレス評価票（Stress Inventory for Outpatients : SIO）を作成し、それを用いて心理的ストレス・プロセスを分析する。

本論文は、2つの研究から構成される。研究1では、SIOに含まれる2つのスケールのうち、外来患者用ストレッサー・スケール（Stressor Scale for Outpatients : SSO）の開発経緯が報告される。研究2では、外来患者が医療場面において経験する心理的ストレス・プロセスの研究の第一歩として、心理的ストレス反応との関係から分析したストレッサーの構造と機能について論じられる。

なお、SIOは、次の4つの基準を満たすことを条件とした。

- (1) 理論的に妥当な測定内容である、すなわち先に述べた心理的ストレス・プロセスの概念モデルにおけるストレッサーとコーピングの定義に即した測定内容であること。このことにより、外来患者の医療場面における心理的ストレス・プロセスを検証できる。
- (2) 臨床的意義のあるスケールにすること。外来患者のストレッサーとコーピングを測定する臨床的な目的は、その患者の心理的ストレスの状態を把握し、心理的ストレスによって治療や回復が妨害されないように、専門家が介入したり、医療体制を改善していくことがある。したがって、そのような目的を遂行するために有用な情報を提供するスケールとすることが必要条件となる。
- (3) 実用的でコスト・パフォーマンスの高いスケールとすること。患者の性別・年齢などの基本特性に影響されない、どの疾患の患者にも適用可能であるなど、できるかぎり対象者を選ばないスケールとする。また、項目数が少ない、回答しやすい、施行時間が短いなど、外来患者の回答の負担をできるかぎり少なくした簡便なスケールとする。ただし、簡便であっても、必要かつ十分な情報が得られるスケールとする。
- (4) 構造化された面接(structured interview)のためのスケールとすること。どのような外来患者でも教示が十分に理解されるように、口頭で簡単に回答できるように、面接者が聞き取り法で測定できるスケールとする。

### III 研究 1

ここでは、外来患者用ストレッサー・スケール(SSO)の質問項目と回答項目の作成、スコアリング、スケールの信頼性と妥当性の検討など、スケール開発の過程について述べる。SSOは、外来患者が医療場面においてどのような刺激事態を体験し、その刺激事態をどの程度ストレスフルと認知しているのか、すなわちどの程度の強さの主観的なストレッサーを経験しているのかを数量的に評価するスケールとして開発された。

## 1. 刺激事態項目リストの作成

### (1) 方 法

外来患者が医療場面で一般に経験する刺激事態のリストを作成するために調査①を行った。医大の学生96名が面接者となり、彼らの周辺で調査協力を承諾してくれた外来患者に対して面接調査を実施し、医療場面において経験したストレスフルな刺激事態についてできるかぎり多様な自由回答を収集した。

調査対象となる外来患者の条件は次のとおりであった：(a)ある疾患に罹患している人を患者と定義し、健康診断や献血のための外来受診者を除外する、(b)質問内容が心理的な事柄に集中するので、その影響を受ける可能性のある精神科ないし心療内科の患者を除外する、(c)適用対象者を成人とするため、年齢を18歳以上とする。

分析対象者は、基本特性（性別、年齢、診療科名、治療期間）に欠損値のない有効回答者650名であった。分析対象者の基本特性は表1に示したとおりである。

### (2) 結 果

650の有効回答について、同じ内容の回答を1つにまとめ、刺激事態項目として文章を整える作業を行った。

（例）苦痛は激しいのに、医者にたいしたことではないと言われた。

とても辛いのに、きちんと診てもらえなかった。

↓

自覚症状は悪いのに、医師に軽くあしらわれることがあった。

さらに、このような刺激事態を心理的に評価するときには疾患自体による身体的苦痛が影響すると考えられるので、その影響を確認するためのコントロール項目として身体的苦痛を表す刺激事態1項目を追加し、計32項目からなる刺激事態項目リストを作成した。

表1 調査①・②・③の分析対象者の基本特性

基本特性	調査① (650名)	調査② (333名)	調査③ (1020名)
性別			
男性	48.5%	53.5%	46.3%
女性	51.5%	46.5%	53.7%
年齢			
平均±S D	40.2±19.8歳	39.0±18.2歳	39.5±19.8歳
18~24歳	37.2%	39.3%	39.8%
25~34歳	9.7%	6.3%	8.2%
35~44歳	7.7%	7.2%	7.5%
45~54歳	24.0%	30.9%	22.1%
55~64歳	8.3%	6.3%	9.4%
65歳以上	13.1%	9.9%	13.0%
診療科			
内科	49.8%	40.5%	36.1%
外科	12.9%	10.2%	10.8%
整形・形成外科	13.0%	20.1%	22.6%
その他	24.3%	29.2%	30.5%
治療期間			
1週間未満	12.9%	6.0%	15.3%
1週間~1ヶ月	21.7%	25.2%	24.4%
1ヶ月~3ヶ月	16.5%	18.3%	14.6%
1ヶ月~6ヶ月	9.8%	12.9%	7.7%
6ヶ月~1年	5.2%	7.8%	5.1%
1年以上	33.8%	29.7%	32.8%
通院中の医療機関			
大学病院	—	15.3%	15.4%
国公立総合病院	—	13.2%	16.3%
私立総合病院	—	23.7%	18.4%
有床の個人病院	—	13.2%	12.3%
個人クリニック	—	33.3%	34.4%
その他	—	0.9%	1.6%
不明	—	0.3%	1.7%

## 2. 刺激事態項目の選択

### (1) 方 法

先に作成した刺激事態項目リストの各項目の必要性を検討し、項目を選択するため、調査②を実施した。医大の学生128名が面接者となり、彼らの周辺で調査協力を承諾してくれた外来患者に対して、刺激事態項目リスト32項目の各々について、この1ヶ月の間での経験の有無について尋ねる面接調査を実施した。

調査対象となる外来患者の条件は、調査①と同じであった。分析対象者は、基本特性（性別、年齢、診療科名、病名、治療期間）と刺激事態項目に欠損値のない有効回答者333名であった。分析対象者の基本特性は表1に示したとおりである。

### (2) 結 果

32の刺激事態項目のうち、反応出現率が10%未満の項目は必要性の低い項目として除外することにし、24項目の刺激事態項目リストを作成した（表2参照）。

## 3. SSO の作成

先に作成した刺激事態項目リストの24項目を質問項目とし、各項目について、その刺激事態をこの1ヶ月の間に経験したか否かを、2件法（経験無し=0、経験有り=1）でたずねる。さらに、経験していた場合は、その刺激事態をどの程度ストレスフルである（ショックだ、不快だ、いやだ、不満だ、困った、煩わしいなど）と評価しているのかについて、4段階（感じなかった=0、すこし感じた=1、かなり感じた=2、非常に感じた=3）で評定させる。

各項目のスコアリングは、経験の有無のスコア（0、1）と評価のスコア（0～3）を掛け合わせ、これをストレッサー評価点とする。したがって、この評価点が高いほど、外来患者の経験している刺激事態がその患者にとってよりストレスフルであることを示す。

表2 外来患者用ストレッサー・スケール (SSO) のカテゴリーと質問項目

【身体的苦痛】

病気による体の苦痛や不快感がありましたか

【診療と治療】

検査を受けましたか

病気のことについて説明を受けることがありましたか(検査の結果, 病気の診断名, 現在の病状, 病状の変化, 病気の原因や経過, 予後など)

治療のことについて説明を受けることがありましたか(治療の方針や内容, 治療の効果, 治療期間など)

薬を処方されましたか

注射・点滴・透析, 包帯交換・洗浄・塗布などの処置, 切開や縫合などの簡単な外科的手術, リハビリといった治療を受けましたか

食事, 飲酒や喫煙, 日常生活の活動などを制限ないし禁止されましたか

【医師との軋轢】

自覚症状からみて, 医師の診断や説明に疑問を抱くことがありましたか

自覚症状は悪いのに, 医師に軽くあしらわれることがありましたか

医師があなたの話や言い分や希望をあまり聞いてくれないことがありましたか

あなたの説明を医師に理解してもらえないことがありましたか

医師が, 横柄で高飛車な態度を示したり, 冷たく, 親身でないことがありましたか

【説明の不足】

医師の説明がよくわからないことがありましたか

病気のことについて十分な説明の得られることがありましたか(検査の結果, 病気の診断名, 現在の病状, 病状の変化, 病気の原因や経過, 予後など)

治療のことについて十分な説明の得られることがありましたか(治療の方針や内容, 治療の効果, 治療期間など)

処方される薬について十分な説明の得られることがありましたか

医療費について十分な説明の得られることがありましたか

【医療環境的負荷】

看護婦が, 横柄で高飛車な態度を示したり, 冷たく, 親身でないことがありましたか

病院の事務職員の態度がお役所的で, 不親切なことがありましたか

プライバシーの守られない部屋で診察・治療・検査を受けることがありましたか

病院内の環境が悪い, たとえば不衛生だ, 騒がしい, 空気が悪いといったことがありましたか

診察, 投薬, 会計などの待ち時間が長いことがありましたか

受診, 検査, 投薬などの病院のシステムがよく分からることがありましたか

診療時間が限定されていて, 自分の都合のよい時間に通院できないことがありましたか

#### 4. SSO のカテゴリー・信頼性・妥当性の検討

##### (1) 方 法

SSO の下位構造、つまりカテゴリーを明らかにし、その信頼性と妥当性を心理的ストレス反応との関係から検討するために、調査③を実施した。医大の学生300名が面接者となり、彼らの周辺で調査協力を承諾してくれた外来患者に対して、SIO、心理的ストレス反応を測定するスケールなどを含む面接調査を実施した。

心理的ストレス反応は、情動・意欲・対人・思考の4領域の心理的ストレス反応を評価できる心理的ストレス反応尺度-50項目改訂版(PSRS-50R；新名、1994)を用いて測定した。

調査対象となる外来患者の条件は、調査①・②と同じであった。分析対象者は、基本特性(性別、年齢、診療科、病名、通院回数)、SIO、PSRS-50Rについて欠損値のない有効回答者1020名であった。有効回答者の基本特性は表1に示したとおりである。

##### (2) 結 果

SSO の質問項目の24項目のうち、コントロール項目である「身体的苦痛」を表す1項目を除いた23項目について因子分析(主因子解法により抽出、斜交回転)を行った。4つの因子が抽出され、これらの因子により全共通分散の42.2%が説明されていた。各因子は、「診療と治療」「医師との軋轢」「説明の不足」「医療環境的負荷」を表すものと解釈された。

これら4つの因子を構成する項目のストレッサー評価点を合計して、カテゴリー評価点として使用してもよいかどうかを検討するために、信頼性係数 $\alpha$ (Cronbach, 1951)が算出された。各カテゴリーの信頼性係数は、「診療と治療」で $\alpha = .647$ 、「医師との軋轢」で $\alpha = .793$ (5項目)、「説明の不足」で $\alpha = .705$ 、「医療環境的負荷」で $\alpha = .603$ と、カテゴリーとして使用するに耐える信頼性をもっていた。

これらの結果から、「身体的苦痛」「診療と治療」「医師との軋轢」「説明の不

足」「医療環境的負荷」の5つをSSOのカテゴリーとして設定した。そして、5つのカテゴリーごとに各項目のストレッサー評価点の合計を算出し、それらをカテゴリー評価点とすることにした。これらのカテゴリー評価点が高いほど、そのカテゴリーのストレッサーが強いことを示す。

次に、SSOの5カテゴリーがストレッサーを評定するものとして妥当であるかどうかを、心理的ストレス反応との関係から検討することにした。SSOの5つのカテゴリー評価点とPSRS-50Rの4つの領域得点とのピアソン相関を求めたところ、SSOの各カテゴリーと心理的ストレス反応との間には1%水準で有意な正の相関が認められ、SSOのカテゴリーに妥当性のあることが示された。

以上の分析より、「身体的苦痛」「診療と治療」「医師との軋轢」「説明の不足」「医療環境的負荷」の5つをSSOのカテゴリーとすることにした（表2参照）。

## 5. SSOの評価点による評価段階の設定

SSOにより5つのカテゴリー評価点が算出されるが、それらの評価点からストレッサーの高低のレベルを判定できるように、心理的ストレス反応との関係に基づいた評価段階を設けることにした。

心理的ストレス反応は、ストレッサーのインパクトと正の相関をもっているが、完全に比例しているわけではない。ストレッサーのインパクトが同じであ

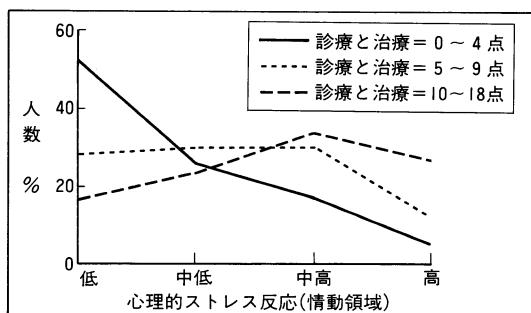


図2 SSOのカテゴリー評価点3段階における心理的ストレス反応の分布

表3 SSOの評価段階の評価点範囲

カテゴリー	評価段階レベル		
	低	中	高
身体的苦痛	0	1～2	3
診療と治療	0～4	5～9	10～18
医師との軋轢	0	1～6	7～15
説明の不足	0	1～4	5～15
医療環境的負荷	0～4	5～9	10～21

っても、心理的ストレス反応の分布はある程度の幅をもつと考えられる。この分布の形状が近似であればストレッサーのインパクトもほぼ一定であり、分布の形状が異なればストレッサーのインパクトも異なると考えられる。そこで分布の形状の違いに注目して、SSO のカテゴリーの評価段階を作ることにした。

SSO のカテゴリー評価点の各点数ごとに PSRS-50R の 4 つの領域得点の分布をとり、その形状の変化を調べた。いずれのカテゴリーと心理的ストレス反応との関係の場合でも、カテゴリー評価点が高くなるにつれ、心理的ストレス反応の得点分布は、片側正規分布から X 軸に平行な分布へと移行し、その途中で分布の形状が大きく変化する評価点のあることが示された。図 2 に、この分布の移行の様子を示す例として、診療と治療カテゴリー評価点と心理的ストレス反応の情動領域得点の場合を示す。図 2 で認められるような分布の形状が変化する評価点をカットオフ・ポイントとし、各カテゴリーについて 3 段階の評価段階を設定した（表 3 参照）。

#### IV 研究 2

研究 2 では、調査③のデータを用いて、ストレッサーの構造、および心理的ストレス反応に及ぼす影響という意味でのストレッサーの機能について分析し、外来患者の経験するストレッサーの構造と機能について検討する。

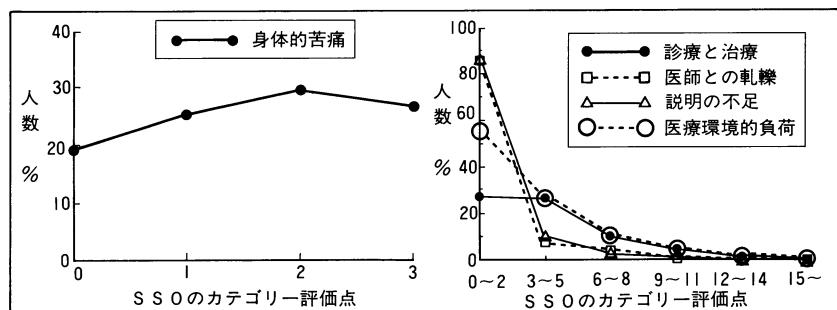


図3 SSOのカテゴリー評価点の分布

### 1. ストレッサーの構造

外来患者の経験するストレッサーの構造を検討するために、SSO の 5 つのカテゴリー評価点の分布を調べた(図3 参照)。診療と治療、医師との軋轢、説明の不足、医療環境的負荷の 4 つのカテゴリーでは、心理的ストレスを表す現象の分布として一般的な片側正規分布に近い形状であった。ところが、身体的苦痛カテゴリーでは X 軸にほぼ平行という特異な形状であった。身体的苦痛カテゴリーと他の 4 つのカテゴリーとは、分布の点からみて性質の異なるストレッサーであることが示された。

### 2. ストレッサーの機能

SSO で測定されるストレッサーが前述の構造をもっていることを考慮したうえで、心理的ストレス反応の発生に対してどのように機能しているのかを検討することにした。SSO の身体的苦痛カテゴリーは、その分布の形状の特異性から心理的ストレス反応に対する機能が異なっていると推測されること、およびコントロール項目として取り上げたことを勘案して、1 つの独立した説明要因として扱うこととした。そこで、SSO の身体的苦痛カテゴリー評価段階を独立変数の 1 つとし、他の 4 つのカテゴリー評価段階(診療と治療、医師との軋轢、説明の不足、医療環境的負荷)のいずれか 1 つをもう 1 つの独立変数として、PSRS-50R の 4 つの領域得点(情動、意欲、思考、対人)の各々を従属変

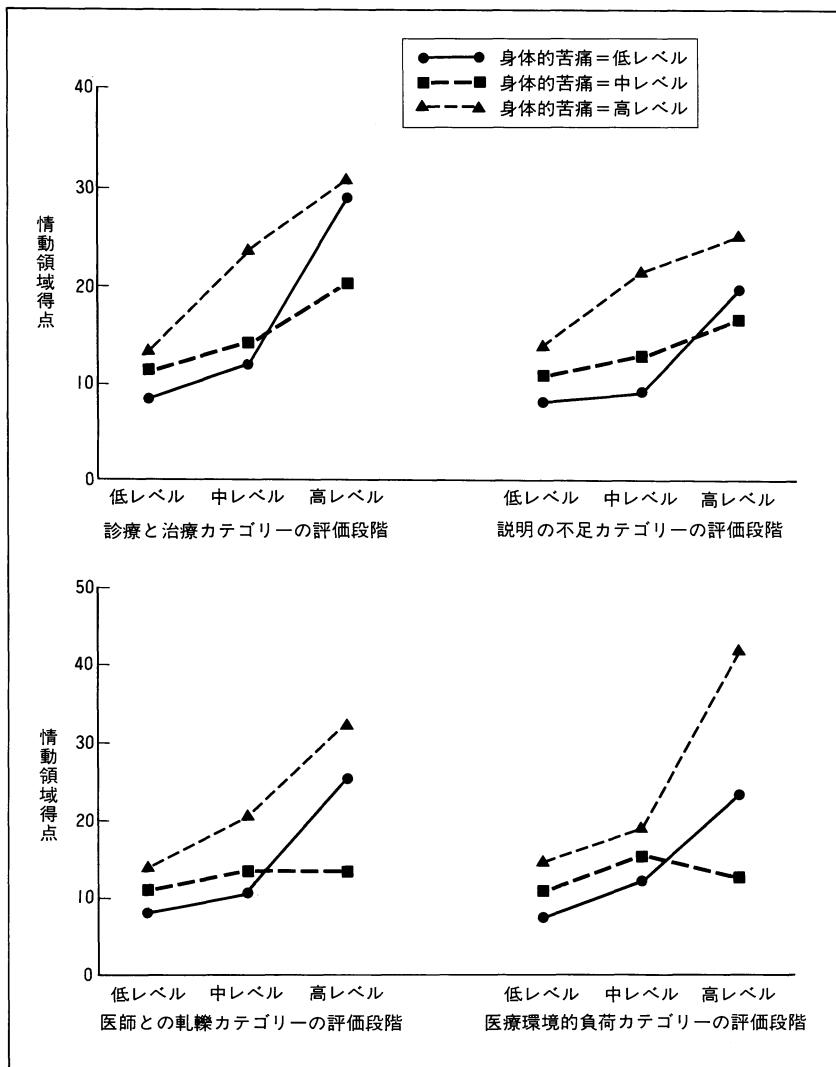


図4 S S Oのカテゴリーと心理的ストレス反応(情動領域)との関係

数とした 2 要因の分散分析を行った。

その結果、いずれの変数の組合せの分散分析においても、2 つの独立変数の主効果は 0.1% 水準で有意、交互作用効果は 5 % 水準で有意であった。これらの結果の代表例として、従属変数が情動領域得点の場合の結果を図 4 に示して、詳細を説明する。

まず、身体的苦痛カテゴリー評価段階が高レベルの場合、他の 4 つのカテゴリー評価段階のレベルが高くなるほど情動領域得点も高くなることが示された。また、他の 4 つのカテゴリー評価段階のレベルに関係なく、身体的苦痛カテゴリー評価段階が中・低レベルの場合よりも情動領域得点が高かった。

次に、身体的苦痛カテゴリー評価段階が中レベルの場合、他の 4 つのカテゴリー評価段階のレベルが高くなるほど情動領域得点も高くなるという関係はあまり明確に示されなかった。また、身体的苦痛カテゴリー評価段階が低レベルの場合と比べて、他の 4 つのカテゴリー評価段階が中・低レベルのときには情動領域得点は高かったが、他の 4 つのカテゴリー評価段階が高レベルのときには低くなっていた。

最後に、身体的苦痛カテゴリーが低レベルの場合、他の 4 つのカテゴリー評価段階が高レベルの場合においてのみ、情動領域得点が増大していた。

以上の分析より、SSO で測定される診療と治療、医師との軋轢、説明の不足、医療環境的負荷の 4 カテゴリーのストレッサーはいずれも心理的ストレス反応を発現させる機能をもっているが、その機能は身体的苦痛というストレッサーのインパクトによって大きく影響を受けることが明らかにされた。したがって、外来患者におけるストレッサーと心理的ストレス反応との関係を理解するためには、患者の感じている身体的苦痛の程度を把握しておくことが大切なポイントであることが示唆された。

## V 研究のまとめと今後の課題

本研究で開発された SSO は、外来患者が医療場面で経験するストレッサー

を測定するスケールとして十分な信頼性と妥当性のあることが示された。さらに、このSSOを用いた研究より、外来患者は医療場面においていくつかの質の異なるストレッサーを経験していること、それらのストレッサーの構造とストレッサー間の関係性を考慮したうえでストレッサー全体の機能を理解し、心理的ストレス反応との関係について検討する必要があることが示唆された。

外来患者の心理的ストレス研究の最終的な目的は、外来患者の心理的ストレスを軽減するために、図1に示した心理的ストレス・プロセスの一連の事象の流れの中で、どこで、どのように、その流れをブロックすればよいのかについての基本的な情報を提供することにある。つまり、患者の心理的ストレスが治療や看護や疾患自体の治癒に及ぼす妨害的効果を低減させることを目指して、患者にストレッサーや心理的ストレス反応ができるだけ経験させないための介入や、患者が経験している心理的ストレス反応を効率的に軽減する介入の方法を開発することにある。この目的は、あらゆる心理的ストレス研究の目指すところでもある。筆者らはすでに痴呆性老人の介護者や教育実習生の心理的ストレス・プロセスにおける介入についての研究を行っており（新名, 1992；新名他, 1991；古屋他, 1994；坂田, 印刷中），介入を含めた心理的ストレス・プロセスの概念モデルも提唱している（新名, 印刷中）。これらの知見も参考にして、外来患者の心理的ストレス・プロセスと介入についての理解を深めていく必要があると考えられる。

(注) 外来患者用ストレス評価票(SIO)の使用にあたっては、著者らの了解を得て、使用方法についての説明を受けてから使用されることを希望する。

## 文 献

- 1) Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1994) : Person and contextual features of daily stress reactivity—Individual differences in relations of undesirable daily events with mood disturbance and chronic pain intensity, Journal of Personality and Social Psychology, 66, 329-340.

- 2) Auerbach, S. M. (1989) : Stress management and coping research in the health care setting—An overview and methodological commentary, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 388-395.
- 3) Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993) : How coping mediates the effect of optimism on distress—A study of women with early stage breast cancer, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- 4) Connell, C. M., Davis, W. K., Gallant, M. P., & Sharpe, P. A. (1994) : Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes, *Health Psychology*, 13, 263-273.
- 5) Cox, D. J. & Gonter-Frederick, L. (1992) : Major developments in behavioral diabetes research, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 628-638.
- 6) Cronbach, L. J. (1951) : Coefficient alpha and the internal structure of tests, *Psychometrika*, 16, 297-334.
- 7) 古屋健・坂田成輝・音山若穂・所澤潤(1994) : 教育実習生のストレスに関する基礎的研究, *群馬大学教育実践研究*, 11, 227-240.
- 8) Helgeson, V. S. (1992) : Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 656-666.
- 9) Keefe, F. J., Dunsmore, J., & Burnett, R. (1992) : Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain—Recent advances and future directions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528-536.
- 10) Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) : *Stress, Appraisal, and Coping*, New York : Springer.
- 11) Ludwick-Rosenthal, R. & Neufeld, R. W. J. (1988) : Stress management during noxious medical procedures—An evaluative review of outcome studies, *Psychological Bulletin*, 104, 326-342.
- 12) Ludwick-Rosenthal, R. & Neufeld, R. W. J. (1993) : Preparation for undergoing an invasive medical procedure—Interacting effects of information and coping style, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 156-164.
- 13) 新名理恵(1991) : 心理的ストレス反応の測定, 〈佐藤昭夫・朝長正徳編: *ストレスの仕組みと積極的対応*, 藤田企画出版, p.73-79〉。
- 14) 新名理恵(1992) : 在宅痴呆性老人の介護者のストレスに関する研究, 〈東京都老人

- 総合研究所精神医学部門編：在宅要介護高齢者の精神医学的実態およびその主介護者の心身の健康に関する調査，p.23-32〉。
- 15) 新名理恵(1994)：ストレス反応の測定—心理的検査, CLINICAL NEUROSCIENCE, 12, 530-533.
- 16) 新名理恵(印刷中)：介護の心理的ストレス・モデル, ストレス科学。
- 17) 新名理恵・坂田成輝・矢富直美・本間昭(1990)：心理的ストレス反応尺度の開発, 心身医学, 30, 29-38.
- 18) 新名理恵・矢富直美・本間昭(1991)：痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果, 老年精神医学雑誌, 2, 655-663.
- 19) Pearlin, L. I. (1994) : Conceptual strategies for the study of caregiver stress, In Light, E., Niederehe, G., & Lebowitz, B. D. (Eds.), Stress Effects on Family Caregivers of Alzheimer's Patients, p.3-21, New York : Springer.
- 20) 坂田成輝(1991)：ストレスコーピング, 〈佐藤昭夫・朝長正徳編：ストレスの仕組みと積極的対応, 藤田企画出版, p.178-184〉。
- 21) 坂田成輝・古屋健・音山若穂・所澤潤(印刷中)：教育実習生のストレスに関する基礎的研究 2, 群馬大学教育実践研究。
- 22) Smith, T. W., Christensen, A. J., Peck, J. R., & Ward, J. R. (1994) : Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis—A four-year longitudinal analysis, Health Psychology, 13, 213-217.
- 23) Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M. E., Schwankovsky, L. & Cruzen, D. (1993) : Maintaining perceptions of control—Finding perceived control in low-control circumstances, Journal of Personality and Social Psychology, 64, 293-304.
- 24) 山崎久美子(1991a)：患者のストレス, 〈佐藤昭夫・朝長正徳編：ストレスの仕組みと積極的対応, 藤田企画出版, p.287-291〉。
- 25) 山崎久美子(1991b)：病気と人間行動, 〈山崎久美子編：21世紀の医療への招待, 誠信書房, p.20-34〉。
- 26) 山崎久美子・新名理恵・坂田成輝・矢富直美(1988)：ストレス研究における社会心理学的アプローチ (III) —患者におけるストレスフル・イベントとコーピング, ストレスと人間科学, 3, 76-77.
- 27) 矢富直美(1991)：ストレスの仕組み—心理学的立場より, 〈佐藤昭夫・朝長正徳編：ストレスの仕組みと積極的対応, 藤田企画出版, p.49-55〉。