

## ライフイベントに対する ストレス認知と喘息症状との関連

玉木 敦子\*<sup>1</sup> 山中 順子\*<sup>1</sup> 宮本 佐知\*<sup>2</sup> 久米田 鶴子\*<sup>3</sup>

### **The relation between stress appraisal for life events and asthmatic conditions**

Atsuko Tamaki, Junko Yamanaka, Sachi Miyamoto, Department of Nursing, Osaka Prefectural College of Health Sciences. Tazuko Kume, Osaka Prefectural Habikino Hospital.

#### Abstract

It was recognized that psychosocial stress related with the occurrence and process of asthma, and asthmatic attacks are liable to occur after the experience of distress. The purpose of this study was to clarify the relation between stress appraisal for life events and asthmatic conditions, and to explore the factors affecting stress appraisal, in adults with chronic asthma. One hundred and fifty-nine patients (80 men and 79 women) responded to the questionnaire. One hundred and twenty-eight patients (64 men and 64 women) experienced some serious life events in the previous one year. In particular, death of a spouse, trouble between husband and wife, and severe disease or injury (other than asthma) made their asthmatic condition worse. There was a correlation between the level of stress appraisal for their life events and worsening of the asthmatic condition. In men, the age at which asthma was diagnosed, the number of years with asthma, social supports, and frustration affected their stress appraisal. In women, the experience of intubation for asthmatic attack, conditioning, and social supports affected their stress appraisal. These results suggest that if the stress appraisal for negative life events is more intensive, it will worsen the asthmatic condition, and that psychological factors and social supports particularly affected the stress appraisal.

---

\*<sup>1</sup>大阪府立看護大学医療技術短期大学部看護学科 \*<sup>2</sup>前大阪府立看護大学医療技術短期大学部看護学科 \*<sup>3</sup>大阪府立羽曳野病院

## キーワード

喘息 asthma

ライフイベント life events

ストレス認知 stress appraisal

心理的因子 psychological factors

ソーシャルサポート social supports

## I はじめに

喘息は、可逆性気道閉塞による発作性の呼吸困難を示す疾患であり、病態生理学的には、気道過敏性と気道粘膜の炎症を特徴とする器質的疾患である。しかし、その発症や経過に心理社会的ストレスが関与し、症状の悪化の要因になっていることも臨床上広く認識されている(吾郷1987, Brantley 他1993, Lehrer 他1993)。その機序についてはいまだ不明な点が多いものの、心理的ストレスが気道の炎症を惹起あるいは増悪させることによって気道過敏性が亢進し、発作が誘発されるのではないかと考えられており(東田他1994)、臨床的研究や動物実験を通して明らかにされつつある(富地1980, 永田他1994)。

ところで、近年の研究を通じて、ストレスに対する心理・生物学的ストレス反応を決めるのは、ストレスの物理的特性ばかりではなく、ストレスへの認知的評価とそれに応じて発動される対処行動であることが明らかになってきている。これについて、Lazarus (1984) はストレスのトランスアクションモデルにより説明している。我々は、心理社会的ストレス体験後の症状悪化を防ぐ効果的な介入方法を知ることがをねらいとし、Lazarus のモデルを参考に喘息症状の悪化をストレス反応としてみたモデルを作成した(図1)。そして今回、特に認知的評価を中心に、ライフイベントと喘息症状との関連を検討することとした。

ライフイベントと喘息症状の関連については、約9割の喘息患者が発症前の1年以内に人間関係や役割上の変化を伴う生活の変化を認め、それまでの適応

## ライフイベントに対するストレス認知と喘息症状との関連

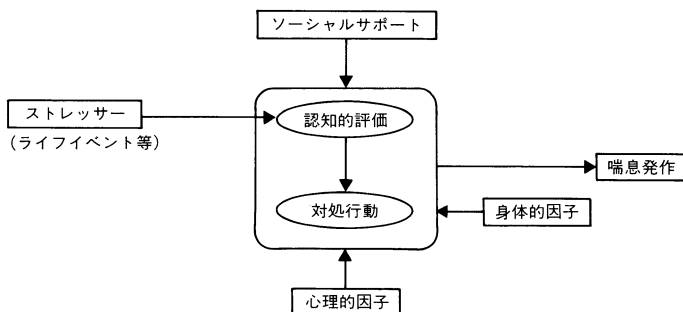


図1 喘息患者のストレスモデル

様式の破綻が喘息の発症に関連していた（吾郷他1990），喘息が再発した者は，再発前により多くのライフイベントを経験していた（永田他1993），などが報告されている。喘息による死亡率に，最近の家族の喪失や家庭の崩壊などのライフイベントが関係していたともいわれており（久保1995），ライフイベント体験後の効果的な治療的介入の必要性が示唆されている。

本研究の仮説は以下のとおりとした。

1）ライフイベントに対する高いストレス認知は，喘息発作を発現あるいは悪化させる。

2）個人的要因はライフイベントに対する認知的評価に影響する。

なお今回は，個人的要因として身体的因子・心理的因子・ソーシャルサポートをあげた。

## II 方 法

### 1. 対象と調査方法

対象は，大阪府下の某病院に通院あるいは入院中で，罹患年数1年以上の成人期発症喘息患者である。対象者に，個別に質問紙調査を依頼し，承諾の得られた患者189名にその場で質問紙を配布，回収した。有効回答数は159名（84.1%）であった。対象者の属性は表1に示すとおりである。調査時期は平成8年

表1 対象者の属性  
(N=159)

項目			
平均年齢		53.2±10.80歳	
性別	男性	80人	50.31%
	女性	79人	49.69%
婚姻の状況	未婚	8人	0.50%
	既婚	127人	79.87%
	離別	11人	6.92%
	死別	11人	6.92%
	不明	2人	0.13%
就業	あり	95人	59.74%
	なし	64人	40.25%
平均同居人数(本人除く)		2.23±1.50人	
平均罹患年数		10.7±8.59年	
重症度	重症	14人	8.81%
	中等症	25人	15.72%
	軽症	65人	40.88%
	無症状	51人	31.08%
	不明	4人	2.52%

3月中旬から4月上旬であった。得られた結果についてSASによる統計処理を行った。

## 2. 調査内容と調査用具

1) ライフイベント、ストレス認知、喘息症状への影響

ライフイベント、ライフイベントに対するストレス認知、ライフイベント後の喘息症状への影響は、下仲ら(1995)の中老年用ライフイベント尺度38項目をもとに、そのなかでも特に経験しやすい項目などを選択して再構成した21項目からなる尺度を用いて調査した。これは調査時から過去1年以内の各ライフイベントの経験の有無、ライフイベントに対するストレス認知、ライフイベント後の喘息

症状への影響の有無をたずねるものである。ストレス認知については、「生活や気分にも影響しなかった」から「生き方が変わるくらい非常に大きな経験だった」の5選択肢で回答し、それぞれに0-4点を配して得点化した。また、ライフイベントの経験の有無およびライフイベント後の喘息症状への影響の有無は、「有り」に1点、「なし」に0点を配して得点化した。

### 2) 身体的因子

身体的因子として、喘息と確定診断された年齢、罹患年数、人工呼吸器装着経験の有無、最近2-3か月の喘息発作発現の頻度と発作時の症状の程度、最近2-3か月の夜間発作の有無、発作前に経験する症状の種類数、発作中に経験する症状の種類数、最近1年の経口ステロイド剤の使用状況について調査した。また、日本アレルギー学会気管支喘息重症度判定委員会基準(牧野1993)

に沿って、喘息発作発現の頻度と発作時の症状の程度から重症度を判定した。なお、発作頻度は「まったく発作なし」から「週に4日以上発作あり」の4選択肢、発作時の症状の程度は「喘鳴のみあるいは喘息症状なし」から「大発作」の4選択肢で回答し、それぞれに1点から4点を配して得点化した。夜間発作の有無、人工呼吸器装着経験の有無は、「有り」に1点、「なし」に0点を配して得点化し、経口ステロイドの使用状況については、「常用」に2点、「頓用」に1点、「使用なし」に0点を配して得点化した。

### 3) 心理的因子

心理的因子は、CAI (Comprehensive Asthma Inventory) を用いて測定した(桂1988)。これは呼吸器心身症研究会で開発された喘息患者用の心理調査表で、喘息発作に関する22の項目から構成されており、各項目について「はい」、「いいえ」、「? (どちらでもない)」の3段階で回答するものである。マニュアルに沿って点数化することにより、A:条件づけ、B:暗示、C:予期恐怖、D:依存性、E:欲求不満、F:疾病逃避、G:生活・習慣の乱れ、H:予後悲観、I:治療意欲の減退、J:心身相関の理解、の各得点を得た。またAからIまでの合計得点の平均値をCAIスコアとした。得点範囲はいずれも0点-100点である。CAIスコアは、その得点が高いほど喘息症状に対する心理社会的因子の関与度が大きいことを表す。

### 4) ソーシャルサポート

ソーシャルサポートは、SSQ 9 (松崎他1990) をもとに、中高年用として適さない項目を削除し、道具的サポート項目を追加して作成した15項目からなる尺度によって測定した。各項目について「いる」、「いない」の2選択肢で回答するもので、「いる」に1点、「いない」に0点を配して得点化し、また「いる」と回答した項目の合計をソーシャルサポート得点とした。

### III 結 果

#### 1. ライフイベント尺度およびソーシャルサポート尺度の検討

今回構成した尺度について、その信頼性と妥当性を検討するためにクロンバックの  $\alpha$  係数を求め、さらに各尺度について因子分析した。なお因子分析は主因子法に基づいて行い、バリマックス回転した。

##### 1) ライフイベント尺度

ライフイベント（経験の有無）尺度のクロンバックの  $\alpha$  係数は0.75であり、ある程度高い内的整合性を認めた。

ライフイベント尺度を因子分析した結果、1つの因子が抽出された。第1因子の固有値は14.76、寄与率は0.70であった。また過去1年間に経験したライフイベントの合計数と CAI スコアとの相関係数は0.27であり有意な正の相関を認めた ( $p < 0.01$ )。

##### 2) ソーシャルサポート尺度

ソーシャルサポート尺度のクロンバックの  $\alpha$  係数は0.85であり、高い内的整合性を認めた。

ソーシャルサポート尺度を因子分析した結果、3つの因子が抽出され、それぞれ情緒的サポート（項目番号1,2,3,4,5,6,7,9）、道具的サポート（項目番号10,11,12,13）、情動的サポート（項目番号14,15）と命名された。また、第1因子の固有値は5.28、寄与率は0.35であり、3つの因子の累積寄与率は0.54であった。

#### 2. ライフイベントの発生状況およびストレス認知と喘息症状への影響

対象者全体におけるライフイベントの発生数および発生率、各ライフイベントに対するストレス認知の平均得点および標準偏差、各ライフイベントの喘息症状への影響の有無および影響度を表2に示した。

表2 ライフイベントの発生率とストレス認知, 発作への影響度 (N=159)

項目	発生率		ストレス認知				発作への影響度	
	発生数	(%)	最小値	最大値	平均値	SD	影響あり	(%)
1. 子どもの結婚	31	19.5	0	4	1.25	1.21	2	6.5
2. 自分自身の大きな病気やけが(喘息を除く)	34	21.4	1	4	2.65	0.92	14	41.2
3. 家族の大きな病気やけが	27	17.0	0	4	2.18	1.44	7	25.9
4. 子ども(孫)の誕生	30	18.9	0	4	1.28	1.46	3	10.0
5. 子ども(孫)の入学	36	22.6	0	3	0.78	1.56	3	8.3
6. 引っ越し	19	11.9	0	4	1.94	1.39	4	21.1
7. 暮らし向きの急変	24	15.1	1	4	2.68	0.89	9	37.5
8. 子どもとの同居	37	23.3	0	4	1.05	1.28	2	5.4
9. 子どもとの別居	19	12.0	0	4	1.13	1.46	1	5.3
10. 自分の昇進	7	4.4	0	3	1.67	1.21	2	28.6
11. 夫婦関係のトラブル	19	11.9	0	4	2.71	1.11	8	42.1
12. 家族内での問題(子供や親の問題)	32	20.1	0	4	2.19	1.30	9	28.1
13. 自分の(再)就職・転職・事業の開始	11	6.9	0	4	1.70	1.49	3	27.3
14. 配偶者の(再)就職・転職・事業の開始	6	3.8	0	2	1.00	0.71	0	0
15. 子どもの(再)就職・転職・事業の開始	20	12.6	0	4	1.42	1.31	2	10.0
16. 親戚とのトラブル	15	9.4	1	4	2.20	1.01	4	26.7
17. 自分の退職や失業	15	9.4	0	4	1.42	1.68	2	13.3
18. 配偶者の退職や失業	6	3.8	0	2	1.17	0.98	1	16.7
19. 配偶者との死別	5	3.1	0	4	2.25	1.71	3	60.0
20. 親しい友人との死別	17	10.7	0	4	1.93	1.34	3	17.6
21. 肉親との死別	24	15.1	0	4	1.68	1.38	4	16.7

対象者159名のうち、なんらかのライフイベントを経験した者は128名(80.5%)であった。

ライフイベントの発生状況を見ると、子どもとの同居23.3%、子ども(孫)の入学22.6%、自分自身の(喘息以外の)大きな病気21.4%、家族内での問題(子どもや親の問題)20.1%に発生頻度が高かった。

ストレス認知得点の高いライフイベントは、夫婦関係のトラブル $2.71 \pm 1.11$ 点、暮らし向きの急変 $2.68 \pm 0.89$ 点、自分自身の(喘息以外の)大きな病気やけが $2.65 \pm 0.92$ 点、配偶者との死別 $2.25 \pm 1.71$ 点であった。

喘息症状への影響度の高いライフイベントは、配偶者との死別60%、夫婦関係のトラブル42.1%、自分自身の(喘息以外の)大きな病気41.2%、暮らし向

きの急変37.5%であった。また、ストレス認知と喘息症状悪化の有無との相関係数は0.85であり、有意な正の相関を認めた ( $p < 0.01$ )。

### 3. 個人的要因とストレス認知との関連

なんらかのライフイベントを経験した128名(男性64名, 女性64名)について、個人的要因とストレス認知との関連を検討した。なお、過去1年以内に経験した各ライフイベントに対するストレス認知の平均値を、各対象者のストレス認知得点とした。

まずストレス認知得点について、男性の平均値は $1.09 \pm 1.10$ 点, 女性の平均値は $1.67 \pm 1.16$ 点で、男女の平均値の差をt検定した結果、女性のほうがストレス認知得点は有意に高かった ( $p < 0.01$ )。

次にストレス認知得点と身体的因子との関係について、男女別に相関関係をみた。その結果を表3に示した。男性では、ストレス認知得点と有意な正の相関関係を認めたのは、発作前に経験する症状の種類数 ( $p < 0.05$ )、経口ステロイド使用状況 ( $p < 0.05$ ) であった。また発作時の症状の程度が強いほどストレス認知得点が高い傾向を認めた ( $0.05 < p < 0.10$ )。女性では、人工呼吸器装着

表3 身体的因子各項目の平均値と標準偏差およびストレス認知との相関係数

項目	男性			女性		
	平均値	SD	相関係数	平均値	SD	相関係数
診断年齢	43.78	11.8	-0.137	41.75	10.23	-0.031
罹患年数	10.64	8.46	0.051	11.80	9.26	0.010
人工呼吸器装着経験	0.14	0.35	0.203	0.10	0.30	0.310 *
発作頻度	2.16	1.05	0.104	2.21	1.14	0.105
症状の程度	1.38	1.21	0.220	1.34	1.24	-0.012
重症度	2.05	0.90	0.207	2.02	0.98	0.005
夜間発作	0.44	0.50	0.121	0.42	0.50	-0.056
発作前症状	2.23	3.23	0.295 *	3.30	3.76	0.025
発作中症状	3.63	3.73	0.205	3.19	3.57	0.118
経口ステロイド	0.97	0.85	0.276 *	1.08	0.76	-0.070

\*  $p < 0.05$



表4 心理的因子各項目の平均値と標準偏差およびストレス認知との相関係数

項目	男性			女性		
	平均値	SD	相関係数	平均値	SD	相関係数
A (条件づけ)	32.21	16.05	0.406 **	32.16	18.48	0.389 **
B (暗示)	27.54	16.22	0.412 **	29.18	17.77	0.308 *
C (予期恐怖)	31.00	17.17	0.423 **	32.61	17.99	0.268 *
D (依存性)	38.09	22.79	0.339 **	39.17	24.98	0.169
E (欲求不満)	33.33	16.78	0.474 **	33.86	18.26	0.359 **
F (疾病逃避)	28.22	18.54	0.381 **	28.03	19.67	0.280 *
G (生活・習慣の乱れ)	33.46	16.28	0.374 **	34.18	19.34	0.277 *
H (予後悲観)	37.50	26.33	0.225	39.86	23.51	0.023
I (治療意欲の減退)	28.75	28.03	0.216	30.00	25.32	0.042
J (心身相関の理解)	58.08	31.85	0.296 *	27.04	34.61	0.310 *
心身症傾向	32.24	16.31	0.417 **	33.23	16.96	0.267 *

\*\* p<0.01 \* p<0.05

経験のみに正の相関関係を認めた (p<0.05)。

次に、ストレス認知得点と心理的因子との相関関係を表4に示した。男性では、ストレス認知得点と有意な正の相関関係を認めたのは予後悲観、治療意欲の減退を除くその他すべての心理的因子であった。ただし予後悲観と治療意欲の減退にもその得点が高いほどストレス認知得点が高くなる傾向を認めた (0.05<p<0.10)。女性では、依存性、予後悲観、治療意欲の減退を除くその他すべての心理的因子に正の相関関係を認めた。

次に、ストレス認知とソーシャルサポートとの相関関係を表5に示した。男性では、ストレス認知得点と有意な相関関係を認める項目はなかった。女性では、ストレス認知得点と負の相関関係を認めたのは、項目1「悩んでいるとき親身に相談にのってくれそうな人」、項目4「長所も短所もわかったうえでつきあってくれる人」、項目5「何があっても気遣ってくれる人」、項目6「失敗したとき慰めてくれる人」、項目7「立腹し、不愉快なときそれを和らげてくれそうな人」、項目9「あなたの身体のことをいつも気遣ってくれる人」であった。また項目2「日常生活で手助けを必要としているとき頼れそうな人」、項目3「批判することなく耳を傾けてくれる人」、項目15「喘息について情報を教えてあげ

表5 ソーシャルサポート各項目の平均値と標準偏差およびストレス認知との相関係数

項 目	男 性			女 性		
	平均値	SD	相関係数	平均値	SD	相関係数
1. 悩んでいるとき親身に相談にのってくれそうな人	0.80	0.41	0.137	0.92	0.27	-0.260 *
2. 日常生活で手助けを必要としているとき頼れそうな人	0.88	0.33	-0.071	0.88	0.33	-0.211
3. 批判することなく耳を傾けてくれる人	0.81	0.40	-0.142	0.87	0.34	-0.239
4. 長所も短所もわかったうえでつきあってくれる人	0.86	0.35	0.181	0.90	0.30	-0.261 *
5. 何があっても気遣ってくれる人	0.89	0.32	0.087	0.94	0.25	-0.269 *
6. 失敗したとき慰めてくれる人	0.79	0.41	0.024	0.94	0.24	-0.326 **
7. 立腹し、不愉快なときそれを和らげてくれそうな人	0.73	0.45	0.001	0.94	0.25	-0.326 **
8. 経済的に行き詰まったとき大金を用立ててくれる人	0.58	0.50	-0.109	0.63	0.49	-0.066
9. 身体のことをいつも気遣ってくれる人	0.92	0.27	-0.156	0.92	0.27	-0.286 *
10. 発作が起こらないよう手伝ってくれる人	0.73	0.45	0.145	0.60	0.49	0.000
11. 発作時すぐに対応できる(対処方法を知っている)人	0.56	0.50	0.076	0.59	0.50	0.042
12. 発作時にすぐに病院へ連れていってくれる人	0.77	0.43	0.203	0.79	0.41	-0.074
13. 通院・入院に際し、自分や家族の面倒をみってくれる人	0.89	0.32	0.080	0.84	0.37	-0.088
14. 喘息についての情報を教えてくれる患者仲間	0.46	0.50	-0.090	0.33	0.48	-0.067
15. 喘息についての情報を教えてあげる患者仲間	0.42	0.50	-0.046	0.32	0.47	-0.239
ソーシャルサポート合計得点	10.94	3.48	0.014	11.27	3.40	-0.222

\*\* p<0.01 \* p<0.05

ライフイベントに対するストレス認知と喘息症状との関連する患者仲間], ソーシャルサポート合計得点は, 得点が低いほどストレスに対するストレス認知得点が高くなる傾向を認めた ( $0.05 < p < 0.10$ ).

#### 4. ストレス認知に関する重回帰分析

身体的因子, 心理的因子, ソーシャルサポートそれぞれのストレス認知に対する影響の大きさを明らかにするために, ストレス認知得点を従属変数として男女別に重回帰分析を行った. 独立変数は, 身体的因子各項目, 心理的因子各項目, ソーシャルサポート各項目および合計得点とし, STEPWISE 法によって変数を選択させた. 得られた結果を表6・表7に示した.

男性では, (喘息の) 診断年齢, 罹患年数, ソーシャルサポート4「長所も短

表6 ストレス認知に関する重回帰分析 (男性, N=64)

変数名	標準偏回帰係数( $\beta$ )	相関係数(r)
診断年齢	-0.384 **	-0.137
罹患年数	-0.384 **	0.051
ソーシャルサポート4	0.297 *	0.181
ソーシャルサポート9	-0.228	-0.156
ソーシャルサポート10	0.258 *	0.145
CAI-E(欲求不満)	0.521 **	0.474 **
重相関係数(R)	0.633 **	

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

上記は stepwise の結果採用された変数のみ。用いられた変数は各身体的因子, 各心理的因子, ソーシャルサポート各項目および合計得点であった。

表7 ストレス認知に関する重回帰分析 (女性, N=64)

変数名	標準偏回帰係数( $\beta$ )	相関係数(r)
人工呼吸器装着経験	0.231	0.310 *
ソーシャルサポート6	-0.253	-0.326 **
CAI-A(条件付け)	0.255	0.389 **
重相関係数(R)	0.489 **	

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

上記は stepwise の結果採用された変数のみ。用いられた変数は各身体的因子, 各心理的因子, ソーシャルサポート各項目および合計得点であった。

所もわかったうえでつきあってくれる人」, ソーシャルサポート9「身体のこ  
をいつも気遣ってくれる人」, ソーシャルサポート10「発作が起こらないよう実  
際にいろいろと手伝ってくれる人」, 欲求不満が採用され, 以上6変数によるモ  
デルの寄与率は0.400 ( $F_{(6, 51)}=5.674, p<0.0001$ ) であった。

女性では, 人工呼吸器装着経験の有無, ソーシャルサポート6「何か失敗し  
たとき慰めてくれる人」, 条件付けが採用され, 以上3変数によるモデルの寄与  
率は0.239 ( $F_{(3, 50)}=5.238, p<0.01$ ) であった。

## IV 考 察

### 1. ライフイベント尺度とソーシャルサポート尺度の信頼性と妥当性について

ライフイベント尺度およびソーシャルサポート尺度のクロンバックの  $\alpha$  係  
数はそれぞれ0.75以上あり, 信頼性は支持されたと考える。

ライフイベント尺度を因子分析した結果, 1因子が抽出され, 第1因子の説  
明率が高かったことから, ライフイベント尺度の因子的妥当性が確認された。  
また, ストレスフルなライフイベント体験は人に心理的影響を与えることが明  
らかになっているが(下仲他1995), 今回の結果でもライフイベントの合計数と  
CAIスコアに有意な相関を認めた。今回はそれぞれのライフイベント項目に  
心理的影響を考慮した重みづけはしておらず, 体験した項目の合計数を用いた  
こともあり, 十分高い相関係数は得られていないが, 今回の結果は基準関連妥  
当性を支持するものであると考える。

ソーシャルサポート尺度を因子分析した結果, 3因子が抽出され, それぞれ  
情緒的サポート, 道具的サポート, 情動的サポートと命名された。これは, House  
(1981) の分類に適合するものであり, 今回の尺度の因子的妥当性は支持され  
たと考える。

## 2. ライフイベントと喘息発作との関連

下仲ら(1995)の調査によれば、病気やけが、死に関するイベント体験は老年者に多く、社会生活や家族関係に関するものは中年者に多かったと報告されている。今回の結果、発生率の高かったイベント項目は、発生率の高い順に、子どもとの同居、子どもや孫の入学、自分自身の(喘息以外の)大きな病気やけが、家族内での問題であったが、これは対象者の年齢層が平均して中高年期にあったことを反映するものであろう。

今回の結果、ストレス認知得点が高かったイベント項目は、得点の高い順に、夫婦関係のトラブル、暮らし向き急変、自分自身の(喘息以外の)大きな病気やけが、配偶者との死別であった。また喘息症状への影響が大きかったイベント項目は、ストレス認知の高かったイベント項目と一致していたが、順序は入れ替わっており、配偶者との死別の影響度が最も大きかった。ストレス認知および喘息症状への影響が大きかったイベント項目は、下仲らの分類によればすべて「悪いイベント」に属する項目であった。「悪いイベント」とは、大多数にとって否定的に認知されるライフイベントを指し、自分自身や家族の病気やけが、人間関係におけるトラブル、失業、死別などを含むもので、精神的健康や神経症的傾向に対して長期にわたり悪影響を及ぼすとされているライフイベントのことである。桂ら(1995)は、うつ状態の有意な危険因子は、浮気、配偶者の死、上司とのトラブル、けが・病気、収入の変化であり、いずれも Distress であったと報告している。今回の結果からライフイベントのなかでも「悪いイベント」と認知されるものは精神的健康だけでなく喘息症状にも悪影響を及ぼしていることが示唆された。またこのように「良いイベント」「悪いイベント」のような認知様式によって、その後の健康状態に及ぼす影響が異なることや、ストレス認知得点と喘息症状悪化の有無とに高い相関を認めたということは、喘息発作をストレス反応とみたときにも、ストレスのトランスアクションモデルが適用されることを示唆するものであろう。

### 3. 個人的要因とストレス認知との関連

身体的因子とストレス認知得点との関係について、今回の結果では、男性・女性ともに発作頻度および重症度とは有意差を認めなかった。喘息発作はストレスだけで生じることはほとんどないが、ただし、臨床症状と検査結果などの客観的データが必ずしも一致しないこと (Janson-Bjerklie 1993) や、対症的な治療だけでは難治化していた患者が心身医学的な治療を行うことによって軽快するということが知られている (入江1995, 吾郷1987)。重症度は病状を判断するうえで重要なものであるが、今回の結果は、イベント経験後の喘息症状の悪化に身体的因子以外の要因が大きくかかわっていることを示唆するものであると考える。

今回の結果で男性に有意差を認めた発作前に経験する症状の種類数、差の傾向を認めた発作時の症状の程度は、患者の自覚によって判断されたものであるため、患者の認知様式がある程度影響したのではないかと思われる。たとえば、客観的にみれば同様の症状であっても、経験や性格によって感じる症状の強さやとらえ方は異なってくるであろう。また、人工呼吸器装着経験の有無は患者の認知様式によって左右されるものではないが、人工呼吸器を装着するほどの危機的な経験は、その後の心理状態にも大きく影響すると予測されることから、今回女性においてストレス認知との間に有意差を認めたのではないかと考える。

今回の結果から、心理的因子とストレス認知との関連が明らかになった。CAIは喘息症状に対する心理的因子の影響の強さを測定するために開発されたものであるから、今回の結果は当然のものといえる。しかし、心理的因子と喘息症状との間にストレス認知が介在すること、すなわち心理的因子が直接喘息症状を発生させるのではなく、そのときの心理状態が影響し、ライフイベントをストレスラーとして強く認識することによって喘息症状が悪化するということをあらためて示したものともいえよう。

ソーシャルサポートとストレス認知との関連について、男性の場合、相関関係ではその関係が明らかでなかったが、重回帰分析で得られたモデルでは、男

性のストレス認知に「長所も短所もわかったうえでつきあってくれる人」、「身体のことをいつも気遣ってくれる人」、「発作が起こらないよう実際にいろいろと手伝ってくれる人」が含まれており、また女性のストレス認知には、複数の情緒的ソーシャルサポート項目との間に有意な相関関係を認め、重回帰分析で得られたモデルには、「何か失敗したときに慰めてくれる人」が含まれていた。ソーシャルサポートの活用はストレスフルな心理社会的ストレスに対して緩和効果をもち、反対にソーシャルサポートを十分に活用できないとストレスが蓄積し喘息発作の準備状態をつくりとわれている(永田1992)。しかし喘息患者はソーシャルサポートを十分に満足できるほど得ておらず(原他1995)、またうまく活用することもできていない(永田他1994)と報告されている。今回の結果からも、ライフイベント体験後に喘息症状が悪化することを予防するためには、治療者を含めた周囲からの援助が必要であろう。

今回、ストレス認知の構造が性別によって異なることが示唆された。男女が同じ出来事に遭遇したときには、女性がより強い苦痛を感じ、苦悩を訴えやすいというようにストレスの訴え方や評価には男女差があり、おそらく男女の社会性の違いや役割としての性差がストレス負荷時に男女の差を生じさせるのではないかといわれている(Friedman1990)。今回、重回帰分析で得られたモデルでは、男性のストレス認知に欲求不満が、女性のストレス認知に条件づけが含まれていた。欲求不満は「ある感情(怒り、悲しみ、憎しみ)を抑えているとき発作が起こりやすい」「どうして自分だけこんな発作に苦しまなければならないのかと腹立たしく思うことが多い」「発作の苦しみをみんなにわかってほしいと思う」などの項目からなる。また、欲求不満は喘息発作に対する誘発因子と考えられている(光井1980)。男性はどちらかといえば職場など社会とのかわりが強く、通常形では家族以外の人間関係で情緒的サポートを十分に得ることは比較的困難であると考えられ、それによって自身のストレスをうまく発散できないことで、欲求不満となり喘息を誘発するのではないだろうか。条件づけは「家を離れると発作がおこらない」などの項目を含むものであり、また喘息発作の準備因子であるとも考えられている(光井1980)。女性は、どちらか

といえば家族・家庭生活とのかかわりが強く、家族との人間関係や家庭生活で生じるストレスの強さが喘息発作の準備状態を作り出しているのではないかと推測される。

## V ま と め

成人喘息患者159名を対象に質問紙調査を実施し、ライフイベントに対するストレス認知と喘息症状との関連、およびストレス認知に関連する要因について検討した。

得られた結果は次のとおりであった。過去1年以内になんらかのライフイベントを経験した患者は128名であった。特に喘息症状を悪化させていたイベント項目は、配偶者との死別、夫婦関係のトラブル、自分自身の（喘息以外の）大きな病気やけがであった。また、ライフイベントに対する認知的評価とライフイベント体験後の喘息症状の悪化との間に有意な正の相関( $r=0.85$ ,  $p<0.01$ )を認めた。ライフイベントに対するストレス認知に関連していた個人的要因は、男性では喘息と確定診断された年齢、罹患年数、ソーシャルサポート、欲求不満であった。また、女性では人工呼吸器装着経験、条件づけ、ソーシャルサポートであった。

以上の結果より、ライフイベントに対するストレス認知が強いほどライフイベント体験後に喘息症状が悪化しやすいこと、その認知的評価には心理的因子とソーシャルサポートが大きく影響することが示唆された。

本稿をまとめるにあたり、ご指導いただきました大阪教育大学・柳井勉教授に深謝いたします。また、調査にご協力くださいました患者の皆様にご心から感謝申し上げます。

本研究の一部は、平成7-9年度文部省科学研究費補助金（基礎研究(A)、研究代表者服部祥子、課題番号07501001）の補助を受けた。



文 献

- 1) Brantley, P.J., & Jones, G.N. (1993) : Daily Stress and Stress-related Disorders, *Annals of Behavioral Medicine*, 15(1) : 17-25.
- 2) Friedman, H.(1990) : *Personality and Disease*, John Wiley & Sons, Inc. <手嶋秀毅・他監訳 (1997) : 性格と病気, 創元社, p. 291-318.>
- 3) House, J.S. (1981) : *Work Stress and Social Support*, Reading, Mass. : Addison-Wesley.
- 4) Janson-Bjerklie, S., Ferketich, S., & Benner, P. (1993), Predicting the Outcomes of Living with Asthma, *Reserch in Nursing & Health*, 16 : 241-250.
- 5) Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) : *Stress, Appraisal and Coping*, Publishing Company. <本明寛・他監訳 (1991) : ストレスの心理学, 実務教育出版.>
- 6) Lehrer, P.M., Isenberg, S., & Hochron, S.M. (1993) : Asthma and Emotion : A Review, *Journal of Asthma*, 30(1) : 5-21.
- 7) 吾郷晋浩 (1987) : 気管支喘息治療における心身医学的特徴, <中島重徳・他編 : THE 7th ROKKO CONFERENCE-喘息を如何に考えるか-, メディカルトリビューン, p.150-163.>
- 8) 吾郷晋浩・永田頌史 (1990) : 気管支喘息における心理的因子のみつけ方, *心身医療*, 2(8) : 33-39.
- 9) 入江正洋(1995) : 喘息患者の Quality of Life と心身医療, *心身医療*, 7(6) : 29-35.
- 10) 桂戴作 (1988) : 気管支喘息における心因の疫学的研究, *心身医学*, 12(7) : 591-599.
- 11) 桂敏樹・野尻雅美・中野正孝 (1995) : 地域住民のうつ状態の危険因子に関する研究, *看護研究* : 28(3), 41-47.
- 12) 久保千春 (1995) : 気管支喘息の新しい心身医学と心身医療ガイドライン, *心身医療*, 7(6) : 757-761.
- 13) 下仲順子・中里克治・他 (1995) : 中高年期におけるライフイベントとその影響に関する心理学的研究, *老年社会科学*, 17(1) : 40-56.
- 14) 東田有智・中島重徳 (1994) : 喘息とストレス, *アレルギーの領域*, 1(10) : 30-33.
- 15) 富地信弘 (1980) : 気管支喘息における心理的因子と chemical mediator, *心身*

医学, 20(5) : 390-395.

- 16) 永田頌史 (1992) : 心身医学的にみた成人気管支喘息の発症メカニズムと病態, 心身医学, 32(3) : 197-205.
  - 17) 永田頌史・岡田宏基 (1993) : ストレスと喘息, <牧野荘平監 : Medical Topics Series 喘息'93, メディカルレビュー社, p.208-215.>
  - 18) 永田頌史・三島徳雄 (1994) : ストレス・コーピングと心身症, 脳と精神の医学, 5(2) : 159-167.
  - 19) 原信一郎・小倉康裕・他 (1995) : 気管支喘息患者の心の健康度と心身医学的治療の進め方に関する 1 考察, 呼吸器心身医学, 12 : 49-53.
  - 20) 牧野荘平監 (1993) : アレルギー疾患ガイドライン, ライフサイエンス・メディカ.
  - 21) 松崎学・他 (1990) : ソーシャルサポートの供与がストレス緩和と課題遂行に及ぼす効果, 実験社会心理学研究, 30(2) : 147-153.
  - 22) 光井庄太郎 (1980) : 気管支喘息と心身症, 心身医学, 20(6) : 469-477.
-