

成人アトピー性皮膚炎患者における主観的健康感の特徴と ストレスの影響

神庭直子
石川利江
松田与理子
柴田恵子
清野純子

I. 問題と目的

近年、思春期を過ぎても頑固な皮膚炎が持続して、慢性、再発性に皮疹を繰り返す成人型アトピー性皮膚炎（Atopic Dermatitis；以下、ADと略す）が増加の傾向にある。治療に抵抗性で、慢性に経過して自然寛快に至らない難治性の成人型ADは社会的にも問題となっている（阿南, 2003）。ADの特徴として、慢性疾患であること、痒みという不快感があること、外見の変化が目立つこと、治療に関する患者への情報が混乱していること、ADのための時間的・経済的負担があること等があげられ、こういった疾患の特徴が患者のQOLに影響を及ぼすと指摘されている（片岡, 2002；藤原・片岡, 2007）。

わが国の成人AD患者のQOLを検討した先行研究には、SF-36を用いた研究（福録・長野・荻野, 2002）や、Skindex16日本語版の作成（Higaki, Kawamoto, Kamo, Horikawa, Kawashima, & Chren, 2002）、ADに特異的な項目と一般的な項目を含めた独自のQOL尺度による検討（藤岡・高須・酒井・龍野・羽金・野口・勝岡・向井・西山・大島, 1995）などがある。しかしこれらのQOL尺度の質問項目には疾患に伴う障害や機能の状態に焦点づけられているものも多く、疾患の重症度の低さや疾患によってネガティブな影響が生じていない状態をもってQOLが高いと評価する場合が散見される。QOLという概念は、その重要性とともに曖昧さについても指摘されているが（朝倉, 1995；細井, 2005）、大木（2002）は、健康心理学の立場から、QOLは積極的な意味での心身の健康や幸福と密接に関わるものでありQOLアセスメントの視点としてよりポジティブな観点を取り入れて、

日々の生活をより向上させる要因を検討する必要があると指摘している。また、Skindex16日本語版（Higaki et al., 2002）やDLQI日本語版およびSkindex29日本語版（福原（編）, 2004）などADの疾患特異的な尺度ではAD患者と患者でない者との比較を行うことができない。AD患者とAD患者でない者に共通の項目を用いて両者のQOLを測定し、患者群の特徴を明らかにすることは、AD患者を理解する上で意義があると考えられる。

そこで本研究では、患者のQOLをネガティブな側面からだけでなくポジティブな側面からも捉え、さらに患者以外の者との比較をも可能とするために、アウトカムとして、主観的健康感を用いる。主観的健康感あるいは健康感とは、自分自身の健康状態の主観的評価である（東京大学医学部保健社会学教室編, 1992）。本研究での操作的定義としては、健康感尺度（相馬・春木・野呂, 1990）で測定されたものを主観的健康感とする。

次に、AD患者の主観的健康感を検討する際には、ストレスが重要な影響要因のひとつであると考えられる。生活上のストレスがADの原因・悪化の要因となることは患者、治療者ともに一般的に認識されるようになってきた。加えて、AD患者はADの症状のために特有のストレスを経験していると考えられる。例えば、ADを含む皮膚疾患患者の主観的な痒みの重症度と抑うつとの間に有意な正の相関があるという報告がある（Gupta, Gupta, Schork, & Ellis, 1994）。また、皮疹の状態が軽快した患者において、POMS（profile of mood states）で測定される気分が有意に改善したとの報告もある（境・相原・石和・根岸・松倉・高橋・木村・大西・山田・小坂・池澤、

2004)。露出部の症状がQOLにネガティブな影響を及ぼすこと（福録他，2002）も報告されており，症状に関する変数と心理的健康の関連が明らかになっている。さらに，AD患者がADであることによって経験するストレスがあることが指摘されている。AD患者を対象とした量的調査により，ADであることによって経験するストレスには「症状」，「治療」，「周囲の人の対応」，「行動の制限」，「周囲の人の理解」といった側面があることが明らかにされ，それらがストレス反応に影響を及ぼすことも報告されている（奥野・上里，1999；奥野・上里，2002）。

以上のことからAD患者においては，ADの症状や，ADであるために経験するストレスが患者に及ぼす影響も考慮する必要があると考えられる。そこで本研究では，一般的なストレスとともにADの症状そのもの（以下，ADの一次的ストレスと称する）とADであるために経験するストレス（以下，ADの二次的ストレスと称する）が成人AD患者の主観的健康感に及ぼす影響を検討することを目的とする。

II. 方法

1. 調査対象者

患者群 関西圏の病院に通院治療中の成人AD患者のうち，調査協力の了解を得られた260名を対象とした。なお，一般に，思春期以降に皮膚炎を発症している場合に「成人アトピー性皮膚炎」と言われているが厳密な年齢の定義はされていない。先行研究では，16歳以上または17歳以上といった青年期中期以降の患者が対象とされている場合が多いため（川原・山本・江花・津久井・佐々木・加藤・向井・熊野，1997；奥野・勝岡・サンティス・向野・堤・福山・上里，2000a；奥野・勝岡・サンティス・向野・堤・福山・上里，2000b），本研究では，16歳以上のAD患者を成人AD患者と定義する。

非患者群 首都圏在住の，AD患者ではない16歳以上の男女254名であった。

2. 調査時期と調査方法

患者群 2005年6月中旬から8月下旬に，質問紙調

査を行った。質問紙の配布・回収は，病院での待ち時間に，受付の事務職員または看護師によって行われた。

非患者群 2005年7月上旬から8月下旬に，質問紙調査を行った。質問紙は，首都圏の音楽教室・カルチャー教室および私立大学大学院にて，個別に配布・回収を行った。

3. 調査内容

患者群

(1) 基本属性

性別，年齢，職業をたずねた。

(2) 対人・達成領域別ネガティブライフイベント尺度

日常生活の中で経験するストレスを測定するために，短縮版対人・達成領域別ライフイベント尺度・大学生用（高比良，1998）から，対人領域と達成領域のネガティブライフイベント（各領域15項目，合計30項目）を用いた。平成12年度保健福祉動向調査では，多少でもストレスがある者におけるストレスの内容として，「学校や職場での人付き合い」や「仕事のこと」が比較的広い年代で挙げられている。また，20歳未満では「自分の学業・受験・進学」の割合が高かった（厚生労働省大臣官房統計情報部，2001）。人付き合いに関するストレスすなわち対人領域に関するストレスと，仕事や学業に関するストレスすなわち達成領域に関するストレスは，成人期を中心とした比較的広い年代のストレスとして一般的な内容であると考えられるため，本尺度を用いた。なお，達成領域の学業に関するネガティブライフイベント11項目については，学生以外の対象者にはストレスの測定として不適切であると考えられたため，学生以外の回答者向けに，オリジナルの項目内容に相当すると考えられる代替項目を作成し，用いた。また，同様の理由により，オリジナルの項目の一部を省略して用いた項目が1項目あった。回答方法は，嶋（1992）や菊島（2002）を参考に，出来事の経験頻度と嫌悪度を問う方法を用いた。具体的には，各項目に対して，過去1ヶ月間での経験頻度を「0. 全くなかった」から「3. よくあった」までの4件法で，嫌悪度を「0. 全く嫌でなかった」から「3. 非常に嫌だった」までの4件法で回答を求め，経験頻度と嫌悪度の積を各項目の得点とした。

(3) アトピー性皮膚炎患者ストレス尺度

ADに罹患することによって経験するADの二次的ストレスを測定するために、アトピー性皮膚炎患者ストレス尺度（奥野・上里，1999）5因子50項目から、回答者の負担を考慮して15項目を用いた。項目の選択基準は、奥野・上里（1999）の因子分析結果における第I因子から第IV因子において因子負荷が.50以上の項目のうち、ADの症状そのものであると考えられる項目（「痒かった」など）や互いに類似性の高すぎる項目を除き、因子負荷の高いものから順に選択した。その結果、第I因子「症状」から4項目、第II因子「治療」から4項目、第III因子「周囲の人の対応」から4項目、第IV因子「行動の制限」から3項目を用いた。また、第V因子「周囲の人の理解」の項目は、本研究では分析の対象としない質問項目と内容が重複していたため、回答者の負担を考慮し、ストレスの測定項目として用いなかった。奥野・上里（1999）と同様に、各項目に対して、過去1ヶ月間での経験頻度を「0.全くなかった」から「3.よくあった」までの4件法で、嫌悪度は「0.全く嫌でなかった」から「3.非常に嫌だった」までの4件法で回答を求め、経験頻度と嫌悪度の積を各項目の得点とした。

(4) 健康感尺度

心身の健康について、本人が自らの健康状態を主観的に評価する主観的健康感を測定するために、健康感尺度（相馬他，1990）33項目を用いた。この尺度は「心理的安定感」9項目、「意欲」11項目、「体調」6項目、「生活行動習慣」7項目の下位尺度で構成され、それらの合計は健康感尺度得点として算出される。ただし、「意欲」にはスポーツや運動に関する項目が2項目含まれており、スポーツや運動による体温の上昇や発汗はADの症状の憎悪因子でもあるため（阿南，2003）、その部分を「趣味や好きなこと」という表現に改めて用いた。回答は「1.まったくそう思わない」から「4.まったくそう思う」までの4件法とした。

(5) 臨床症状に関する項目

① 臨床症状が発現している身体の部位

ここ2～3週間の間、臨床症状が発現している身体の部位をたずねた。頭から足までの各部位とその他の11の選択肢を設けた。回答は選択式で複数回答とし、選択された数の合計を算出した。また、その他の欄に複数の部位が書かれていた場合には、それぞれを1と

して数えた。

② 最もかゆみの強い部分のかゆみの程度

ここ2～3週間の間で最もかゆみの強い部分のかゆみの程度について、「まったくかゆみがない」を0点、「我慢できないくらいかゆい」を10点とし、その間を等間隔に分割した11件法で回答を求めた。

③ 臨床症状の主観的評価

ここ2～3週間の全体的なアトピー性皮膚炎の状態について、「よい」を0点、「わるい」を10点とし、その間を等間隔に分割した11件法で回答を求めた。

非患者群

患者群と同様に、対人・達成領域別ネガティブライフイベント尺度、健康感尺度を用いた。基本属性として性別、年齢、職業をたずねた。また、AD患者を識別するために、アレルギー疾患の有無と、現在病院でその疾患の治療を受けているか否かについて回答を求めた。

4. 倫理的配慮

調査への協力依頼は、口頭および文書にて行った。回答を依頼する際には、参加は自由意志であること、回答は無記名であり個人の回答が特定されないことやデータの処理について説明を行った。本調査への回答によって一切の不利益を被ることがないことを説明し、調査への参加に同意が得られた場合のみ、調査を実施した。また患者群においては、本調査は病院や治療とは関係がなく、調査協力の如何によらず一切の不利益が生じないことを説明した。

Ⅲ. 結果

1. 調査回答者の特徴

回収された回答のうち、性別、年齢、対人・達成領域別ネガティブライフイベント尺度および健康感尺度のいずれかに欠損値のあるものおよび明らかに回答の信頼性がないものは分析の対象外とした。加えて、患者群の場合にはアトピー性皮膚炎ストレス尺度と臨床症状に関する項目に欠損値がある場合も分析の対象外とし、非患者群の場合は患者識別項目に無回答である者と、現在病院でADの治療を受けている者の回答も分析の対象外とした。

(1) 患者群の基本属性

患者群の回収数は259名、有効回答者数は169名(男性75名(44.4%), 女性94名(55.6%), 回収率99.6%, 有効回答率65.0%)であり、10歳代24名(14.2%), 20歳代78名(46.2%), 30歳代53名(31.4%), 40歳代13名(7.7%), 50歳代1名(0.6%)であった。学生が33名(19.5%), 社会人が136名(80.5%)であった。社会人のうち、就業者が124名(有効回答者の73.4%; 社会人の91.2%), 無職(主婦を含む)が9名(有効回答者の5.3%; 社会人の6.6%), その他が3名(有効回答者の1.8%; 社会人の2.2%)であった。

(2) 非患者群の基本属性

非患者群の回収数は218名、有効回答者数は145名(男性51名(35.2%), 女性94名(64.8%), 回収率85.8%, 有効回答率57.1%)であり、10歳代12名(8.3%), 20歳代41名(28.3%), 30歳代43名(29.7%), 40歳代25名(17.2%), 50歳代15名(10.3%), 60歳代9名(6.2%)であった。学生が30名(20.7%), 社会人が115名(79.3%)であった。社会人のうち、就業者が99名(有効回答者の68.3%; 社会人の86.1%), 無職(主婦を含む)が16名(有効回答者の11.0%; 社会人の13.9%)であった。

(3) 患者群の症状に関する特徴

最もかゆみの強い部分のかゆみの程度の平均値は5.50($SD=2.43$)であった。臨床症状の主観的評価の平均値は4.96($SD=2.45$)であった。臨床症状が発現している身体の部位数の平均値は、5.73($SD=2.91$)であった。

2. 患者群と非患者群のストレスと主観的健康感の比較

分析に先立ち、患者群と非患者群に共通する下位尺度得点および尺度得点について、群ごとに α 係数を算出し、尺度の信頼性の確認を行った。その結果、対人・達成領域別ネガティブライフイベント尺度では患者群で $\alpha=.794\sim.891$ 、非患者群で $\alpha=.666\sim.865$ であった。健康感尺度については患者群で $\alpha=.617\sim.863$ 、非患者群で $\alpha=.721\sim.891$ であった。内的整合性がやや低い下位尺度もみられたが、本研究では2群の比較を可能にするため、項目得点の合計を分析に用いた。

患者群と非患者群のストレスと主観的健康感に

ついて、項目得点の合計を下位尺度得点および尺度得点とし、群別に平均値を算出した。参加者群と性別を要因とし、年齢を共変量とした共分散分析を行った。年齢は質問紙の回答形式に従って16~19歳に「1」を与え、それ以降は5歳ごとの群別に得点を1点ずつ加算した値を用いた。結果をTable 1に示した。

(1) ストレッサーの比較

対人領域ストレスにおいて参加者群の主効果は有意ではなかった($F(1, 309)=2.336, n.s.$)。性別の主効果も有意ではなかった($F(1, 309)=2.421, n.s.$)。参加者群 \times 性別の交互作用は有意であった($F(1, 309)=7.558, p<.01$)。単純主効果検定の結果、患者群における性別の単純主効果が有意であり、男性より女性の方が対人領域ストレスが高かった($F(1, 309)=10.443, p<.01$)。非患者群における性別の単純主効果は有意ではなかった($F(1, 309)=0.645, n.s.$)。また、男性における参加者群の単純主効果が有意であり、患者群より非患者群の方が対人領域ストレスが高かった($F(1, 309)=7.650, p<.01$)。女性における参加者群の単純主効果は有意ではなかった($F(1, 309)=0.741, n.s.$)。年齢の効果は有意ではなかった($F(1, 309)=0.359, n.s.$)。

達成領域ストレスにおいては、参加者群の主効果、性別の主効果ともに有意ではなかった(参加者群: $F(1, 309)=0.785, n.s.$; 性別: $F(1, 309)=0.039, n.s.$)。交互作用は有意ではなかった($F(1, 309)=2.451, n.s.$)。年齢の効果は有意ではなかった($F(1, 309)=1.856, n.s.$)。

(2) 主観的健康感の比較

「心理的安定感」においては参加者群の主効果が有意であり、非患者群の方が心理的安定感が高かった($F(1, 309)=3.893, p<.05$)。性別の主効果と交互作用は有意ではなかった(性別: $F(1, 309)=0.120, n.s.$; 交互作用: $F(1, 309)=0.171, n.s.$)。年齢の効果は有意ではなかった($F(1, 309)=2.417, n.s.$)。

「意欲」においては参加者群の主効果が有意であり、非患者群の方が意欲が高かった($F(1, 309)=9.418, p<.01$)。また、性別の主効果が有意であり、女性の方が意欲が高かった($F(1, 309)=4.907, p<.05$)。交互作用は有意ではなかった($F(1, 309)=0.023, n.s.$)。年齢の効果は有意ではなかった($F(1, 309)=0.447, n.s.$)。

Table 1 患者群と非患者群の男女別記述統計量と二要因分散分析結果

	患者群		非患者群		(A)	(B)	(A × B)
	男性 (n = 75)	女性 (n = 94)	男性 (n = 51)	女性 (n = 94)	群の 平均値 (SD)	性別の 平均値 (SD)	交互作用 F
ストレス							
対人領域ストレス	6.55 (8.24)	11.73 (12.48)	11.53 (8.56)	10.09 (9.68)	2.336 <i>n.s.</i>	2.421 <i>n.s.</i>	7.558 **
達成領域ストレス	18.01 (17.69)	21.69 (23.21)	23.14 (21.91)	18.79 (19.17)	0.785 <i>n.s.</i>	0.039 <i>n.s.</i>	2.451 <i>n.s.</i>

主観的健康感							
心理的安定感	21.39 (5.24)	21.73 (4.97)	23.16 (5.32)	23.15 (5.36)	3.893 *	0.120 <i>n.s.</i>	0.171 <i>n.s.</i>
意欲	29.19 (5.18)	30.60 (5.00)	31.04 (4.90)	32.21 (4.68)	9.418 **	4.907 *	0.023 <i>n.s.</i>
体調	13.11 (3.32)	12.98 (3.33)	13.55 (4.18)	14.72 (4.07)	4.784 *	1.526 <i>n.s.</i>	2.114 <i>n.s.</i>
生活行動習慣	17.01 (4.02)	17.09 (3.54)	16.43 (4.76)	18.10 (4.47)	0.897 <i>n.s.</i>	4.076 *	1.849 <i>n.s.</i>

健康感尺度得点	80.69 (12.98)	82.39 (12.01)	84.18 (14.26)	88.18 (13.99)	5.081 *	3.742 †	0.368 <i>n.s.</i>

注： ** $p < .01$, * $p < .05$ † $p < .10$

「体調」においては参加者群の主効果が有意であり、非患者群の方が体調がよかった ($F(1, 309) = 4.784, p < .05$)。性別の主効果は有意ではなかった ($F(1, 309) = 1.526, n.s.$)。交互作用は有意ではなかった ($F(1, 309) = 2.114, n.s.$)。年齢の効果は有意ではなかった ($F(1, 309) = 0.377, n.s.$)。

「生活行動習慣」においては性別の主効果が有意であり、女性の方が生活行動習慣がよかった ($F(1, 309) = 4.076, p < .05$)。参加者群の主効果および交互作用は、有意ではなかった (参加者群: $F(1, 309) = 0.897, n.s.$; 交互作用: $F(1, 309) = 1.849, n.s.$)。年齢の効果は有意であった ($F(1, 309) = 17.528, p < .001$)。

健康感尺度得点においては、参加者群の主効果が有意であり、非患者群の方が健康感が高かった ($F(1, 309) = 5.081, p < .05$)。性別の主効果は有意な傾向にあり、女性の方が健康感が高い傾向にあった ($F(1, 309) = 3.742, p < .10$)。交互作用は有意ではなかった ($F(1, 309) = 0.368, n.s.$)。年齢の効果は有意な傾向にあった ($F(1, 309) = 3.315, p < .10$)。

3. 患者群におけるストレスが主観的健康感に及ぼす影響の検討

分析に先立ち、アトピー性皮膚炎患者ストレス

尺度の各下位尺度の信頼性を確認した結果、 $\alpha = .689 \sim .862$ であった。

成人AD患者におけるストレスが主観的健康感に及ぼす影響を検討するため、基本属性とストレスを独立変数とし、健康感尺度の各下位尺度得点および尺度得点を従属変数とした、重回帰分析を行った。その際、第1ステップでは基本属性(性別、年齢)と一般的なストレス(対人領域ストレス、達成領域ストレス)を、第2ステップではADの一次的ストレス(症状に関する変数)を、第3ステップではADの二次的ストレス(アトピー性皮膚炎患者ストレス尺度の各下位尺度)を加える階層的重回帰分析を行った。変数の投入方法は強制投入法とした。変数投入の際、性別は、男性を「1」、女性を「0」としたダミー変数として分析に用いた。また、年齢は質問紙の回答形式に従って16～19歳に「1」を与え、それ以降は5歳ごとの群別に得点を1点ずつ加算した値を用いた。健康感尺度の下位尺度ごとの結果は以下のとおりであった。

「心理的安定感」について重回帰分析を行った結果をTable 2に示した。第1ステップの変数のみのモデルIでは、対人領域ストレスと達成領域ストレスが有意な負の影響を及ぼしていた ($R^2 = .219, F(4,$

164) = 11.475, $p < .001$)。第1ステップに第2ステップの変数を加えたモデルIIでは、対人領域ストレッサーと達成領域ストレッサーが有意な負の影響を及ぼしていた ($R^2 = .230$, $F(7, 161) = 6.859$, $p < .001$)。モデルIからモデルIIのF変化量は有意ではなかった。第1ステップから第3ステップまでの変数を用いたモデルIIIでは、対人領域ストレッサーと達成領域ストレッサーが有意な負の影響を及ぼしていた。性別の影響も有意であり、女性の方が心理的安定感が高かった ($R^2 = .250$, $F(11, 157) = 4.752$, $p < .001$)。モデルIIからモデルIIIのF変化量は有意ではなかった。

「意欲」について重回帰分析を行った結果をTable 3に示した。モデルIでは、達成領域ストレッサーが有意な負の影響を及ぼしていた ($R^2 = .081$, $F(4, 164) = 3.616$, $p < .01$)。モデルIIでは、かゆみの程度が有意な負の影響を及ぼしていた ($R^2 = .119$, $F(7, 161) = 3.096$, $p < .01$)。モデルIからモデルIIのF変化量は有意傾向にあった。モデルIIIでは、かゆみの程度が有意な負の影響を及ぼしていた。性別の影響も有意であり、女性の方が意欲が高かった ($R^2 = .145$, $F(11, 157) = 2.420$, $p < .01$)。モデルIIからモデルIIIのF変化量は有意ではなかった。

「体調」について重回帰分析を行った結果をTable 4に示した。モデルIでは、達成領域ストレッサーが有意な負の影響を及ぼしていた ($R^2 = .174$, $F(4, 164) = 8.609$, $p < .001$)。モデルIIでは、達成領域ストレッサーと臨床症状の主観的評価が有意な負の影響を及ぼしていた ($R^2 = .283$, $F(7, 161) = 9.095$, $p < .001$)。モデルIからモデルIIのF変化量は、0.1%水準で有意であった。モデルIIIでは、臨床症状の主観的評価と「行動の制限」が有意な負の影響を及ぼしていた ($R^2 = .352$, $F(11, 157) = 7.761$, $p < .001$)。モデルIIからモデルIIIのF変化量は、1%水準で有意であった。

「生活行動習慣」について重回帰分析を行った結果をTable 5に示した。モデルIでは、達成領域ストレッサーが有意な負の影響を及ぼしていた ($R^2 = .175$, $F(4, 164) = 8.713$, $p < .001$)。モデルIIでは、達成領域ストレッサーが有意な負の影響を及ぼしていた ($R^2 = .226$, $F(7, 161) = 6.704$, $p < .001$)。モデルIからモデルIIのF変化量は5%水準で有意であった。モデルIIIでは、達成領域ストレッサーが有意な負の影響を及ぼしていた ($R^2 = .250$, $F(11, 157) = 4.760$, $p < .001$)。モデルIIからモデルIIIのF変化量は有意ではなかった。

健康感尺度得点について重回帰分析を行った結果を

Table 2 「心理的安定感」についての階層的重回帰分析結果

($N=169$)

	β			r
	モデル I	モデル II	モデル III	
性別	-.130 †	-.132 †	-.164 *	-.034
年齢	.048	.043	.015	-.008
対人領域ストレッサー	-.270 **	-.261 **	-.228 **	-.381 ***
達成領域ストレッサー	-.278 ***	-.251 **	-.232 *	-.401 ***

【ADの一次的ストレッサー】				
かゆみの程度	—	-.012	.005	-.203 **
臨床症状の主観的評価	—	-.111	-.092	-.218 **
臨床症状が発現している身体の部位の合計数	—	.026	.041	-.060

【ADの二次的ストレッサー】				
症状	—	—	-.160	-.293 ***
治療	—	—	.141	-.190 **
周囲の人の対応	—	—	-.073	-.280 ***
行動の制限	—	—	-.023	-.297 ***

	R^2	.219 ***	.230 ***	.250 ***
	ΔR^2	—	.011	.020

注：1) β は標準偏回帰係数, r は単相関係数を示す

2) 性別 (男性=1, 女性=0)

3) *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$

Table 6 に示した。モデル I では、達成領域ストレスが有意な負の影響を及ぼしていた。性別も有意な影響を及ぼしており、女性の方が健康感が高かった ($R^2 = .255, F(4, 164) = 14.025, p < .001$)。モデル II では、達成領域ストレスが有意な負の影響を及ぼしていた。性別も有意な影響を及ぼしており、女性の方が健

Table 3 「意欲」についての階層的重回帰分析結果

(N=169)

	β			r
	モデル I	モデル II	モデル III	
性別	-.153 †	-.153 †	-.192 *	-.137 *
年齢	-.079	-.043	-.038	-.125 †
対人領域ストレス	-.052	-.048	-.064	-.121 †
達成領域ストレス	-.200 *	-.163 †	-.133	-.220 **
【AD の一次的ストレス】				
かゆみの程度	—	-.299 *	-.289 *	-.196 **
臨床症状の主観的評価	—	.175	.207 †	-.046
臨床症状が発現している身体の部位の合計数	—	.082	.121	.001
【AD の二次的ストレス】				
症状	—	—	-.174	-.136 *
治療	—	—	-.094	-.192 **
周囲の人の対応	—	—	.027	-.123 †
行動の制限	—	—	.151	-.058
	R^2	.081 **	.119 **	.145 **
	ΔR^2	—	.038 †	.026

注：1) β は標準偏回帰係数, r は単相関係数を示す
 2) 性別 (男性=1, 女性=0)
 3) ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$

Table 4 「体調」についての階層的重回帰分析結果

(N=169)

	β			r
	モデル I	モデル II	モデル III	
性別	-.042	-.038	-.072	.019
年齢	-.037	-.048	-.076	-.077
対人領域ストレス	-.179 *	-.148 †	-.072	-.322 ***
達成領域ストレス	-.294 ***	-.224 **	-.148 †	-.386 ***
【AD の一次的ストレス】				
かゆみの程度	—	-.034	-.002	-.373 ***
臨床症状の主観的評価	—	-.288 **	-.243 *	-.421 ***
臨床症状が発現している身体の部位の合計数	—	-.054	-.016	-.224 **
【AD の二次的ストレス】				
症状	—	—	-.163	-.451 ***
治療	—	—	.071	-.320 ***
周囲の人の対応	—	—	.000	-.324 ***
行動の制限	—	—	-.236 **	-.465 ***
	R^2	.174 ***	.283 ***	.352 ***
	ΔR^2	—	.110 ***	.069 **

注：1) β は標準偏回帰係数, r は単相関係数を示す
 2) 性別 (男性=1, 女性=0)
 3) *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$

康感が高かった ($R^2 = .302$, $F(7, 161) = 9.952$, $p < .001$)。モデル I からモデル II の F 変化量は 5% 水準で有意であった。モデル III では、達成領域ストレッ

サーと「症状」が有意な負の影響を及ぼしていた。性別も有意な影響を及ぼしており、女性の方が健康感が高かった ($R^2 = .335$, $F(11, 157) = 7.178$, $p < .001$)。モ

Table 5 「生活行動習慣」についての階層的重回帰分析結果

(N=169)

	β			r
	モデル I	モデル II	モデル III	
性別	-.056	-.050	-.094	-.010
年齢	.140 †	.141 †	.117	.093
対人領域ストレッサー	.070	.092	.127	-.139 *
達成領域ストレッサー	-.442 ***	-.393 ***	-.357 ***	-.388 ***
【AD の一次的ストレッサー】				
かゆみの程度	—	-.074	-.052	-.282 ***
臨床症状の主観的評価	—	-.142	-.108	-.304 ***
臨床症状が発現している身体の部位の合計数	—	-.051	-.017	-.160 *
【AD の二次的ストレッサー】				
症状	—	—	-.213 †	-.350 ***
治療	—	—	.089	-.238 ***
周囲の人の対応	—	—	-.014	-.254 ***
行動の制限	—	—	-.037	-.279 ***
	R^2	.175 ***	.226 ***	.250 ***
	ΔR^2	—	.050 *	.024

注：1) β は標準偏回帰係数, r は単相関係数を示す
 2) 性別 (男性 = 1, 女性 = 0)
 3) *** $p < .001$, * $p < .05$, † $p < .10$

Table 6 健康感尺度得点についての階層的重回帰分析結果

(N=169)

	β			r
	モデル I	モデル II	モデル III	
性別	-.144 *	-.142 *	-.194 **	-.068
年齢	.020	.030	.005	-.047
対人領域ストレッサー	-.158 †	-.138 †	-.101	-.333 ***
達成領域ストレッサー	-.407 ***	-.348 ***	-.297 ***	-.474 ***
【AD の一次的ストレッサー】				
かゆみの程度	—	-.160	-.133	-.348 ***
臨床症状の主観的評価	—	-.093	-.050	-.312 ***
臨床症状が発現している身体の部位の合計数	—	.014	.057	-.132 *
【AD の二次的ストレッサー】				
症状	—	—	-.244 *	-.401 ***
治療	—	—	.065	-.314 ***
周囲の人の対応	—	—	-.023	-.328 ***
行動の制限	—	—	-.022	-.354 ***
	R^2	.255 ***	.302 ***	.335 ***
	ΔR^2	—	.047 *	.033

注：1) β は標準偏回帰係数, r は単相関係数を示す
 2) 性別 (男性 = 1, 女性 = 0)
 3) *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$

デルⅡからモデルⅢのF変化量は有意ではなかった。

Ⅳ. 考察

本研究では、まず成人AD患者のストレスと主観的健康感の特徴を理解するために、対人領域ストレス、達成領域ストレス、主観的健康感について、AD患者でない者との比較を行った。その結果、主観的健康感に関しては、「生活行動習慣」を除くすべての下位尺度と尺度得点において、患者群の健康感是非患者群よりも低いことが明らかになった。しかし、両群の一般的なストレスの量的比較を行ったところ、対人領域ストレスにおいては男性においては患者群より非患者群の方が対人領域ストレスが高いことが示され、達成領域ストレスにおいては群間に有意な差は見られなかった。すなわち、本研究で対象とした成人AD患者に限定すれば、成人AD患者は患者以外の者よりもストレスが高いわけではなかった。したがって、対人領域および達成領域のストレス以外の要因が成人AD患者の主観的健康感を低めている可能性が考えられた。本研究では、その要因のひとつとしてADの一次的ストレスおよび二次的ストレスに着目し、重回帰分析によって、一般的な対人領域・達成領域ストレスに加えてADの一次的ストレスと二次的ストレスが主観的健康感に及ぼす影響の検討を行った。

その結果、まず、「心理的安定感」に対しては、対人領域ストレスと達成領域ストレスが影響を及ぼしており、これらのストレスが高いほど心理的安定感が低いという影響関係がみられたが、ADの一次的ストレスと二次的ストレスの影響はみられなかった。

次に、「意欲」に対しては「かゆみの程度」が影響を及ぼしており、かゆみのひどい人ほど意欲が低いという影響関係がみられた。かゆみを表現する語としては「イライラ」が上位にくることが報告されており(浜・三根, 1996)、かゆみが苛立ちを引き起こすことは一般的にも了解できることから、「かゆみの程度」と「心理的安定感」との関連が予測されたが、本研究では、「かゆみの程度」は「意欲」を低下させている可能性が示唆された。健康感尺度の「意欲」は、「様々な社会的・対人的活動に積極的に取り組もうとする意欲」と「積

極的な活動を支える気力」に関する項目から構成される(相馬他, 1990)。ADを含む慢性皮膚疾患患者のかゆみの程度と抑うつ性の関連を報告している例もあることから(Gupta et.al., 1994)、慢性的なかゆみは、一時的なかゆみとは異なり、社会的・対人的な場から遠ざかる要因となったり、気力を低下させる要因となる可能性が考えられる。ただし、「意欲」は、他の下位尺度と比較すると重回帰式の説明率(R^2)が低く、他の要因の考慮の必要性も示唆された。例えば、ADの痒みによる苦痛の軽減と痒みによる搔破のための悪化を予防する目的で、抗ヒスタミン薬が処方されることがあるが(古江・佐伯・古川・秀・大槻・片山・佐々木・須藤・竹原, 2009)、抗ヒスタミン薬には眠気、集中力の減退、全身倦怠感といった副作用が生じる場合がある(阿南, 2003)。従って、今後、薬理作用と心理社会的要因の影響力の比較や、薬理作用を統制した上で心理社会的要因の影響について解明を行う必要がある。

「体調」には、ADの臨床症状の主観的評価とADの二次的ストレスの「行動の制限」が影響を及ぼしており、臨床症状の主観的評価の悪い人ほど、また行動の制限を感じている人ほど、体調が悪いことが示された。達成領域ストレスも負の影響を及ぼす傾向がみられたが、「体調」に対してはADに関するストレスの影響のほうが大きいことが示された。先行研究では、客観的な健康は、健康の主観的評価を媒介して生活満足度と関連がみられることが縦断研究によって明らかにされている(Brief, Butcher, George & Link, 1993)。本研究で用いた「体調」の下位尺度は身体的な健康の主観的評価に相当するものであるため、ADの臨床症状の主観的評価とADの二次的ストレスの「行動の制限」は、「体調」を媒介して個人の生活満足度に影響を及ぼしている可能性も考えられる。ADの臨床症状の主観的評価を改善するためには、当然ながら実際の症状を改善することが必要であるが、実際の症状が軽症にも関わらず症状を重く評価している場合には、その認知の修正が必要であると考えられる。また、ADの二次的ストレスの「行動の制限」については、患者がどのような行動の制限を感じているのか、治療に必要な生活管理が行動の制限と認識され患者の負担感を強めることになっていないか、といった事項について検討する必要があるのでは

はないかと考えられる。

「生活行動習慣」には、達成領域ストレスが有意な影響を及ぼしていた。規則正しい生活習慣はADの治療における生活指導にも含まれ（古江他, 2009; 井桁, 1999）、ADの症状に影響を及ぼす要因であると考えられている。達成領域ストレスは生活習慣の乱れを媒介して、ADの症状に悪影響を及ぼす可能性も考えられる。ただし本研究で扱った変数は生活行動習慣全般を表すものであるため、そのような影響関係を検討する際には、例えば睡眠状況や食生活などの具体的な生活行動習慣のほうが独立変数として妥当であると考えられる。今後の検討が必要である。

最後に、健康感尺度得点には、達成領域ストレスとADの二次的ストレスの「症状」が影響を及ぼしており、これらのストレスが高いほど、主観的健康感が低いという影響関係がみられた。したがって、成人AD患者の主観的健康感には、一般的なストレスと、ADのために経験するストレスの両方が影響を及ぼしていることが明らかとなった。

V. 結論

本研究で対象とした成人AD患者は、患者でない者に比べて主観的健康感が有意に低いことが明らかとなり、そこには一般的なストレスに加えて、AD特有のストレスが関与している可能性が示された。特にかゆみの程度は、先行研究で抑うつというネガティブな指標との相関が示されているが（Gupta et al, 1994）、「意欲」というポジティブな指標に対しても影響がみられることが本研究で明らかとなった。また、ADの臨床症状の主観的評価とADの二次的ストレスの「行動の制限」は身体的な健康感である「体調」に影響を及ぼすことも示された。AD患者の支援においては、職業や学業上のストレスや対人関係のストレスとともに、ADの症状やADであるために経験するストレスを理解し、配慮する必要があるといえる。

ただし本研究では、患者の発症年齢や療養期間、受診状況や服薬状況といった、疾患に関する患者の特徴を検討することができなかった。医療機関との連携などにより、こういった要因についても検討が行われることが望まれる。

AD患者が疾患を持ちながらもQOLを維持・増進するための基礎研究として、今後、AD患者における一般的なストレスやAD特有のストレスへの有効な対処法の検討に加え、AD患者の主観的健康感に影響を及ぼすポジティブな要因についての解明が期待される。

謝 辞

本研究には多くの皆様のご理解とご協力を賜りました。快く調査にご協力くださいましたアトピー性皮膚炎患者の皆様と、皮膚科医の寺嶋亨先生をはじめ医療法人修命会土佐清水病院新大阪診療所の皆様、ソピック音楽教室・カルチャー教室関係者の皆様に、心より感謝申し上げます。また、ご指導くださいました桜美林大学の森和代先生と渡辺修一郎先生に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 阿南貞雄 (2003). アトピー性皮膚炎 山口真紀・安達祥子・青木裕美 (編) SELECTED ARTICLES 2003 医療情報科学研究所 pp.867-887.
- 朝倉隆司 (1995). 慢性腎不全患者のクオリティ・オブ・ライフ 園田恭一・川田智恵子 (編) 健康観の転換——新しい健康理論の展開—— 東京大学出版会 pp.119-153.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: the case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 646-653.
- 藤岡彰・高須博・酒井智恵・龍野佐知子・羽金重喜・野口俊彦・勝岡憲生・向井秀樹・西山茂夫・大島葉子 (1995). アトピー性皮膚炎患者における quality of life 臨床皮膚科, *49*, 1049-1056.
- 藤原由子・片岡葉子 (2007). アトピー性皮膚炎と QOL 臨床看護, *33*, 1835-1839.
- 福原俊一 (編) (2004). 皮膚疾患の QOL 評価 DLQI, Skindex29 日本語版マニュアル 照林社
- 福録恵子・長野拓三・荻野敏 (2002). アトピー性皮膚炎患者における QOL——SF-36 を用いて——

- アレルギー, **51**, 1159-1169.
- 古江増隆・佐伯秀久・古川福実・秀道広・大槻マミ太郎・片山一朗・佐々木りか子・須藤一・竹原和彦 (2009). アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 日本皮膚科学会雑誌, **119**, 1515-1534.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Schork, N. J., & Ellis, C. N. (1994). Depression Modulates Pruritus Perception: A Study of Pruritus in Psoriasis, Atopic Dermatitis, and Chronic Idiopathic Urticaria. *Psychosomatic Medicine*, **56**, 36-40.
- 浜治代・三根久代 (1996). 痒みに対する実験心理学的および臨床心理学的研究 (心理学モノグラフ 24) 日本心理学会
- Higaki, Y., Kawamoto, K., Kamo, T., Horikawa, N., Kawashima, M. & Chren, M. M. (2002). The Japanese version of Skindex-16: a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *Journal of Dermatology*, **29**, 693-698.
- 細井純子 (2005). QOL の効用と限界——QOL 概念の明確化に向けた予備的考察—— 日本女子大学人間社会研究科紀要, **11**, 33-43.
- 井桁洋子 (1999). アレルギー——疾患と上手につきあうことへのサポート—— 看護, **51** (15), 34-38.
- 片岡葉子 (2002). アトピー性皮膚炎の QOL アレルギー, **51**, 210.
- 川原健資・山本晴義・江花昭一・津久井要・佐々木篤代・加藤一郎・向井秀樹・熊野宏昭 (1997). 成人型アトピー性皮膚炎の心身医学的研 (第 1 報) ——特に重症度・経過からみた心理学的特徴の検討—— 心身医学, **37**, 337-346.
- 菊島勝也 (2002). 大学生用ストレス尺度の作成——ストレス反応, ソーシャルサポートとの関係から—— 愛知教育大学研究報告, **51**, 79-84.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2001). 平成 12 年福祉動向調査の概況 厚生労働省 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hftyosa/hftyosa00/>> (2014 年 9 月 15 日)
- 大木桃代 (2002). 健康心理学的観点から見た健康関連アセスメントの課題と今後の展望——ポジティブ心理学の提言—— 生活科学研究 (文教大学生生活科学研究), **24**, 11-17.
- 奥野英美・上里一郎 (1999). アトピー性皮膚炎患者
ストレス尺度の作成 日本カウンセリング学会
大会発表論文集, **32**, 207-208.
- 奥野英美・上里一郎 (2002). 成人アトピー性皮膚炎患者の心理的ストレス反応 健康心理学研究, **15**, 49-58.
- 奥野英美・勝岡憲生・サントイス智恵・向野哲・堤邦彦・福山嘉綱・上里一郎 (2000a). 成人アトピー性皮膚炎患者の心理・社会的要因の研究 (第 1 報) ——搔痒・搔破と心理的要因の関連性の検討—— 日本皮膚科学会誌, **110**, 837-844.
- 奥野英美・勝岡憲生・サントイス智恵・向野哲・堤邦彦・福山嘉綱・上里一郎 (2000b). 成人アトピー性皮膚炎患者の心理・社会的要因の研究 (第 2 報) ——セルフケア行動の遂行に関連する要因の検討—— 日本皮膚科学会誌, **110**, 845-851.
- 境玲子・相原道子・石和万美子・根岸晶・松倉節子・高橋一夫・木村博和・大西秀樹・山田和夫・小阪憲司・池澤善郎 (2004). アトピー性皮膚炎患者における POMS の活用 (第 2 報) ——縦断的研究—— 心身医学, **44**, 271-277.
- 嶋信宏 (1992). 大学生におけるソーシャルサポートの日常生活ストレスに対する効果 社会心理学研究, **7**, 45-53.
- 相馬一郎・春木豊・野呂影勇 (1990). 健康感尺度の作成 相馬一郎 (代表) 健康にかかわる心理学的諸要因の分析 平成元年度科学研究費補助金 (一般研究 B) 研究報告書 (課題番号 63450021), 1-13.
- 高比良美詠子 (1998). 対人・達成領域別ライフイベント尺度 (大学生用) の作成と妥当性の検討 社会心理学研究, **14**, 12-24.
- 東京大学医学部保健社会学教室編 (1992). 保健・医療・看護調査ハンドブック 東京大学出版会

