

## 糖尿病患者のセルフモニタリングと ストレス及び対処方略の関連

目白大学心理カウンセリングセンター 土田恭史

### 【要約】

本研究は、長期の自己コントロールにともなうストレスと対処行動におけるセルフモニタリングの役割について、長期にセルフケアを続けなければならない慢性疾患患者を対象としてセルフモニタリングの認知面・行動面の違いによる影響について検討した。対象者を4つのセルフモニタリング型に分類し、セルフモニタリングの違いと、セルフケア維持に伴う心理的ストレス（抑うつ）及び対処方略との関連を検討した。その結果、高セルフモニタリング群では心理的負担感や抑うつ傾向が低いことが見出された。また、モニタリングに対する認知水準が高い群では病気との折り合いが高かったことから、セルフモニタリングによる自我関与の高まりが病気との折り合いを形成することを促進し、心理的負担感を緩和すると考えられた。

キーワード：セルフモニタリング，セルフケア，意識化，糖尿病，心理的負担感

### 問題と目的

糖尿病の治療の中心は食事の管理や生活習慣の管理、運動、服薬管理などであるが、治療のために患者はこのようなセルフケアを行うことが求められる。しかし病気の自己管理は、食習慣や生活リズムといった生活習慣の変化や規制、またそれに伴う人間関係に変化が生じることなどままたまあり、身体的な問題だけでなく、心理社会的場面にも食事制限の影響が及ぶため、非常に心理的な負担が強く、糖尿病患者の治療上の大きなストレスにもなる。また、健常者とは異なる食事や生活スタイルを求められることで自分は普通ではないと感じ、自己評価が低下することもあり（大熊，2000）。そのため、治療を続けることがしばしば困難になったり、中断してしまったりすることも少なくない。これに加えて、臨床心理学的には、セルフケアのように長期に自己コントロールを続けてくなくてはならない場合、それに伴う心理的ストレスもまた問題となる（石井，1998, 1999a）。

長期にセルフケアが続く場合、問題となって

くるのはケアに対する動機付けの水準の維持と燃え尽きであるといわれている（石井，1999b, 1999c）。糖尿病は慢性疾患の中でもとりわけ自覚症状が乏しく、セルフケアの効果を実感しにくいといわれており、動機付けの維持に困難を生じやすい。効果が実感できないことでセルフケアがストレスになりやすい（石井，1999b, 1999c）。また治療や生活制限に伴う特有の心理社会的障壁も多く、セルフケアに伴う動機付けやストレスの問題は臨床上きわめて重要な問題といえる。慢性疾患治療におけるセルフケアに対する心理的負担感はその後のセルフケアや心理的健康に大きく影響するため、セルフケアに対するストレス及びストレス対処のアセスメントは急務であるといえる。

ストレスの認知を軽減させるものは、対象となるストレスを対処可能であると判断する予期・効力感の認知である（Lazarus & Folkman, 1984）。積極的に問題解決に関わるなど、実際の自己コントロールを通じて対処行動の効力感は強化・維持されると考えられることから、対

処行動における自我関与の違い，すなわちセルフモニタリングがストレスとその後の対処行動と関連する要因となることが予想される。

代表的な行動の自己コントロール理論である，Bandura (1986) の自己調整self regulation モデルによると，行動の自己コントロールは，人が自分自身の行動をモニターし（セルフモニタリング），その内容と自己の持つ何らかの基準と比較して行動を評価し（自己評価），その結果に応じて行動を統制する（自己反応）プロセスをたどる。中でもセルフモニタリングの個人差は人間の行動調整に影響を及ぼし（Snyder, 1974；1976；1986），対処行動のとりやすさと関連する。また，セルフモニタリングは態度変容にかかわるだけでなく（水野，1994），学習場面における行動パフォーマンスの向上にも関連していることが指摘されており（小堀・上淵，2001），セルフモニタリングが抑制されることで，セルフコントロールの水準が低下することが知られている（Kanfer & Hagerman, 1981；Bandura, 1977, 1986；春木，2004）。また，低セルフモニタリング者は失感情alexithymiaとも関係していると考えられる。失感情では情緒的ストレスが適切に処理されにくく，ストレスを溜め込みやすい傾向がある（福西，2000）。土田（2007）は，感情抑制に伴うセルフモニタリングの低下がセルフケアの実行やエフィカシーに対して抑制的に作用することを指摘した。感情抑制的な人は自分の感情や身体の状態の言語化が苦手で，自己の状態を把握することが難しいといわれるが，セルフモニタリングの低下によって問題の認知の低下や否認などを生じやすくなり，自己の心身に対する気づきが低下すると考えられる。そのため自分の中に生じた問題に対する認知や対処行動が抑制され，ストレスを増大させる要因となるのではないだろうか。

土田・福島（2007）では，セルフモニタリングには自己の行動をモニタリングする行動的モニタリングの側面と自己の心身の状態を意識化するモニタリングの認知的側面があることを指摘したが，感情抑制的な態度がセルフモニタリングの行動面（行動調整），認知面（問題認知や否認）に影響を及ぼすことが考えられたことから（土田，2007），セルフモニタリングの型，特

にセルフモニタリングの行動調整的側面と認知的側面の違いによって，セルフケアに伴うストレスや対処方略が促進されたり抑制されたりすると考えられた。

そこで本稿では，セルフモニタリング型の違いが心理的ストレスの認知とその対処に及ぼす影響について検討することを目的とする。まず，調査1では，糖尿病患者が感じる一般的なストレスのほかに，糖尿病に伴うストレス・負担感を測定するための尺度を作成した。そして調査2で，セルフモニタリングの型の違いによってみられるストレスの強さ，病気特有のストレス，対処方略について比較検討した。

## 調査1 糖尿病主観的病気体験尺度の作成 問題と目的

すでに述べてきたように糖尿病のセルフケアは生活制限などによるストレスが大きいといわれる。そのため，患者の心理的負担感について測定する上では，一般的な意味でのストレスのほかに，糖尿病に特有の問題についても測定する必要があると考えられる。これまで，糖尿病患者の心理的負担感の測定尺度としては，PAID（Problem Area in Diabetes：糖尿病問題領域質問表，Polonsky et al., 1995）などが代表的なものである。これは糖尿病に対する心理的負担感についての1因子20項目の尺度で最もポピュラーな糖尿病の心理的負担感測定尺度である。その一方で，病気に対する共生的な態度は心理的負担感を減少させると考えられる。ストレス理論によるとストレスを感じる時は，ストレス対象となるストレスを，対象がストレスと感じることでストレスとして認知されるといわれる。これは，ストレス認知には，ストレス要因とストレス緩和要因の二つによって成立すると考えられる。ストレスの認知-対処モデル（Lazarus & Folkman, 1984）によれば，ストレスの認知は，ストレスとなる対象に対する有害さや脅威の度合いの認知と，それに対する対処の見通しの変数であるとされる。したがって，ストレスの度合いについて測定する上で，ストレスサーに対するストレスフルな評価（負担感）と，対処可能，あるいは問題ではないとする評価（対処と折り合い）の2側面か

らストレスについて測定する必要があると考えられる。そのため、糖尿病特有の心理的負担感を測定する上で、患者の抱く病気に対するネガティブな評価だけでなく、ポジティブな評価をあわせて測定することで、患者の主観的な病気体験の中での心理的負担感をより適切に測定できると考えられる。

この観点から、病気や障害に対する心理的負担感を測定する試みは既に見られている。たとえば当目は、病気によるライフスタイルの変容を患者が自分なりに受け入れ適応する過程を重視した。これを折り合い感とし、人工股関節全置換術を受けた患者を対象に、入院前後の病気に対する心理的適応度の評価尺度として、「折り合い感尺度」の開発を試みている（当目他、2001；当目、2004）。この尺度は人工股関節導入に伴う生活の変化の見通しに適応的でいられるか、あるいは受け入れることができるか、あるいは心理的な負担となるかを測定する尺度であり、病気の心理的負担感と病気との折り合いの2側面から患者の心理的負担感を測定する試みとして評価できるものといえるだろう。しかしこの尺度は、内容が人工股関節全置換手術を受けた患者に特化したものであるため、糖尿病のような慢性疾患患者の病気との折り合いを検討するには必ずしも適切ではなく、糖尿病患者の心理的負担感を測定するためには新たな尺度の作成が必要と考えられる。

そこで調査1として、上記仮定にもとづく新たな糖尿病病気体験尺度を作成する。まずは、糖尿病心理負担感尺度（PAID）、当目の折り合い尺度（2004）、土田・福島（2006）で用いた折り合い尺度などをもとに筆者と臨床心理士の資格を持つ専門家1名とで項目を選択し、29項目からなる病気体験尺度を作成した。調査1ではこの主観的病気尺度の因子構造、信頼性、妥当性について検討を行うこととする。

## 方 法

### 1. 対象者

総合病院内科を受診する糖尿病患者119名（男性58名、女性61名）。平均年齢は61.48（SD = 10.69）。また、男性の平均年齢は66.40（SD = 9.36）、女性の平均年齢は62.15（SD = 11.37）

であった。

### 2. 調査期間

平成18年6月～平成18年10月

### 3. 手 続 き

質問紙は対象者が外来受診した時に医師が配布し、次回の診察（およそ1ヵ月後）時に提出を求めた。対象者には調査の趣旨とプライバシーの保持について説明し、同意が得られた患者のデータを分析では使用した。

## 結 果 と 考 察

主因子法プロマックス回転による因子分析を行った結果、2因子19項目の尺度が得られた（Table 1）。

まず第1因子は「病気をもちながら生きていくことを考えるとゆううつになる」、「他の人から病気の管理のことをいわれると、責められたような気持ちになる」、「調子がよいときでも、自分は病気に神経質になっているように感じる」など、糖尿病による負担感を示す項目と考えられたため、「心理的負担感」因子と命名した。

次に第2因子は、「この病気があることで、むしろ健康に注意して生活することができる」、「今現在、自分はこの病気と折り合っていると思う」、「病気を管理するのは仕方がないと思う」といった、病気と向き合い、自分なりに意味づけをして受容する、あるいは対処しようとする因子と考えられたため、「病気との折り合い」因子と命名した。各因子の信頼性係数（ $\alpha$ ）は、「心理的負担感」= .793、「病気との折り合い」= .722であった。また、各因子に有意な相関は見られなかった（ $r = -.071, n.s.$ ）。

調査1では、ストレス認知理論に基づいて、病気の主観的負担感とは病気体験における心理的負担感を強める要因と弱める要因の二つの因子があるとの仮説を立て、心理的負担感を測定するための尺度の検討を行った。因子分析の結果「心理的負担感」と「病気との折り合い」という二つの因子が得られた。ストレス要因とストレス認知緩和要因の2因子が抽出されたといえ、仮説を支持する概念的妥当性のある尺度が

Table.1 主観的病気体験尺度因子分析結果

	F1	F2
病気をもちながら生きていくことを考えるとゆううつになる	.776	
やっかいな病気になってしまったといつも思う	.730	
他の人から病気の管理のことをいわれると、責められたような気持ちになる	.676	
周囲の人が自分の病気のことを受け入れてくれるか心配している	.675	
調子がよいときでも、自分は病気に神経質になっているように感じる	.665	
将来のことや重い合併症になるかもしれないと思うと、心配である	.620	
自分が病気であることを実感することがある	.590	
病気のせいでひとりぼっちだと思う	.538	
いつまで病気の管理が続くのかと思うといやになる	.462	
病気を管理していくことを怠ったとき、罪悪感や不安を感じる	.445	
糖尿病のせいで食事の楽しみを奪われてしまったと感じる	.418	
たとえ数値（血糖値）が良くなっても、かえって自分では調子が悪くなったように感じることもある	.397	
現在の治療に満足している		.733
この病気があることで、むしろ健康に注意して生活することができる		.688
今現在、自分はこの病気と折り合っているとと思う		.618
以前よりも、病気の状態は安定していると感じる		.549
病気をコントロールする、自分流のやり方を大事にしている		.486
病気を管理するのは仕方がないと思う		.404
糖尿病は、自分の個性の一部のようなものであると思う		.351
寄与率	21.81	12.84
信頼性係数 ( $\alpha$ )	.793	.722
因子間相関		
F2		-.071

主因子法プロマックス回転

得られたと考えられた。

調査2ではこの尺度を用いて、セルフモニタリングとセルフケアに伴う心理的負担感との関連について検討することとした。

## 調査2 セルフモニタリングがセルフケアに伴う心理的負担感に及ぼす影響

### 問題と目的

長期にセルフケアが続く場合、臨床心理学的に問題となってくるのはケアに対する動機付けの低下と燃え尽きである(アメリカ糖尿病学会, 1996)。セルフモニタリング型によって、セルフケアに対する動機付けが異なることが明らかになっており(土田, 2006)。また、セルフモ

ニタリングの抑制はセルフケアに対するエフィカシーを低下させることが明らかになっている。鈴木(2006)によると、ストレスに対する行動選択はその後のストレスと関連し、結果予期に基づく積極的な態度によって対処行動が選択された場合、ストレスは解消されたが、状況的にやむなく対処をしたり、習慣化された対処を行ったりする場合にはストレスは改善しない、あるいはかえって強まることが報告されている。鈴木(2006)の指摘するように、セルフモニタリングがセルフケアに対する態度要因に影響を及ぼすとするのであれば、セルフケアに伴う負担感もまた影響を受けると考えられる(梅本, 1986)。臨床場面において糖尿病のセルフケア

に伴う抑うつが問題になっているが、セルフケアのスタイルと心理的ストレスとの関連性について検討した研究はあまり見られない。そこで本節では、セルフモニタリングと、長期に及ぶセルフケアにおける心理的ストレスとの関連について検討する。分析にあたってはセルフモニタリング型の違いによる影響を検討するため、2節と同様に心理的ストレスとの関連について比較分析を行う。

## 方 法

### 1. 対象

総合病院内科を受診する糖尿病患者119名(男性58名, 女性61名)。平均年齢は61.48 (SD = 10.69)。また, 男性の平均年齢は66.40 (SD = 9.36), 女性の平均年齢は62.15 (SD = 11.37)であった。なお, 対象者は調査1に準じた。

### 2. 手続き

患者の外来受診時に, 質問紙をまとめた冊子を手渡し, 次回受診時に回収した。調査用紙は医師が診察の終わりに患者に渡し, 次回受診時に担当する医師が回収した。

### 3. 使用した質問紙

#### a. セルフモニタリング尺度

土田・福島(2007)で作成した尺度。17項目3因子。行動調整水準に関する2因子(行動モニタリング・環境モニタリング)と, 意識化水準に関する1因子(モニタリング認知)からなる尺度である。また, 行動モニタリングおよび環境モニタリング因子は, 従来の行動コントロールにおけるセルフモニタリングを測定する尺度とほぼ同様の内容である。本研究ではセルフモニタリングの型と心理的負担感の関連を検討する観点から, この行動調整水準に関する行動モニタリング・環境モニタリング因子を合わせて行動的モニタリングに関する因子, モニタリング認知を意識化水準に関する因子として使用した(後述)。分析にあたっては, 検証的因子分析を行い(主因子法プロマックス回転), 土田・福島(2007)とほぼ同様の因子構造が認められたことから, 十分な信頼性のある尺度であると考えられる。

#### b. SDS

抑うつ尺度。40点未満は問題なし, 40点以上50点未満は軽度の抑うつ, 50点以上は抑うつ傾向とする尺度である。本研究では心理的ストレスの指標として用いた。

#### c. コーピング尺度

尾関(1993)によるストレス対処におけるコーピング方略について測定する尺度。ストレス場面における問題解決型, 情動焦点型, 回避型のコーピングについて測定する。この尺度は対象者に自分が最もストレスとなる部分を記述してもらったあと, そのストレス場面についてどのように対処するかを尋ねる形式をとっている。本調査の実施にあたっては, 教示の「最もストレスになる場面」という記述を, 「セルフケアの中でストレスになる場面」と改め, 場面を限定して回答を求めた。

#### d. 主観的病気体験尺度

調査1で作成した19項目2因子の尺度。「心理的負担感」, 「病気との折り合い」の2因子からなる。

## 4. 分析方法

分析にあたっては, セルフモニタリングにおける行動調整水準と意識化水準の違いがストレスとその対処に及ぼす影響について検討するため, 対象者を行動調整水準の高低と, 意識化水準の高低による4つの群(行動モニタリング低—意識化低群:bLcL, 行動モニタリング高—意識化低群:bHcL, 行動モニタリング低—意識化高群:bLcH, 行動モニタリング高—意識化高群:bHcH)の4群。ただしbは行動モニタリング monitoring of behaviorsの略, cは意識化 conscientizationの略)を設けた(Fig. 1参照)。各群の抽出は, 行動調整水準(行動モニタリングおよび環境モニタリング得点の合計)と意識化水準の平均値を基準として, それぞれの変数の高群低群を抽出し, その組み合わせによって分類した。bLcL群は24名, bHcL群は29名, bLcH群は35名, bHcH群は31名であった。これをセルフモニタリングの型とした。これはセルフモニタリングの型を分けることで対象者の特徴を典型的に捉え, 直観的に理解しやすくするためである。この観点に基づき, セルフモニ

行動調整水準		意識化水準
bHcL群 行動のセルフモニタリングが高いが心身に対する意識化の水準が低い	bHcH群 行動のセルフモニタリングが高く、心身に対する意識化の水準も高い	
bLcL群 行動のセルフモニタリングおよび心身に対する意識化の水準がともに低い	bLcH群 行動のセルフモニタリングは低い心身に対する意識化の水準は高い	

Fig.1 セルフモニタリングの型

タリング型を独立変数とし、SDS、調査1で作成した主観的病気尺度、およびコーピング尺度を従属変数とする1要因4水準の、一元配置分散分析を用いて分析を行った。

## 結 果

まず対象者全体のSDSの平均は36.88 (SD = 7.76) で、神経症および抑うつレベルの人は全体の32.3%であった。また、コーピング尺度の平均は問題焦点型 = 5.93 (SD = 3.53)、情動焦点型 = 5.86 (SD = 2.47)、逃避・回避型 = 8.45 (SD = 4.31) であった (Table 2)。

次に、セルフモニタリング尺度とSDS、主観的病気体験尺度、およびコーピング尺度のPearson積率相関係数を求めた。その結果をTable 3にまとめた。

まず行動モニタリングは「病気との折り合い」( $r = .289, p < .01$ ) および「情動焦点型コー

ピング」( $r = .304, p < .01$ ) と有意な弱い正の相関が見られた。また、「環境モニタリング」は「問題焦点型コーピング」( $r = .278, p < .01$ )、「情動焦点型コーピング」( $r = .236, p < .05$ ) と有意な弱い正の相関が見られた。「モニタリング認知」はSDS ( $r = -.460, p < .01$ )、「心理的負担感」( $r = -.438, p < .01$ ) と有意な中程度の負の相関が見られた。また、SDS得点は「心理的負担感」( $r = .379, p < .01$ ) と有意な中程度の正の相関、「病気との折り合い」( $r = -.326, p < .01$ ) と有意な弱い負の相関が見られ、心理的負担感の強さが抑うつと関連していた。また、コーピング尺度はSDSとは「情動焦点型コーピング」とのあいだに有意な負の相関が見られた。

また、一元配置分散分析の結果、セルフモニタリングの型によって、抑うつや心理的負担感に有意な差が見られた。結果をTable 4にまとめた。

まず、抑うつについてであるが、SDSの得点は、セルフモニタリングパターンによる群の主効果が有意であった ( $F(3,115) = 5.243, p < .01$ )。さらにLSD法によって、単純主効果についての検定を行ったところ、bLcL群とbHcL群は、bLcH群、bHcH群よりも有意にSDS得点が高く、抑うつが強かった。特にbLcL群では抑うつが最も高く、平均値が40.83と軽度抑うつのレベルであった。また主観的心理負担感尺度では、「心理的負担感」にセルフモニタリングによる有意な群の主効果が見られた ( $F(3,115) = 9.942, p < .01$ )。さらにLSD法によって各群の差について検討したところ、抑うつと同様にbLcL群とbHcL群は、bLcH群、bHcH群よりも有意に「心

Table 2 各変数の平均値 (N = 119)

	平均値	標準偏差
SDS得点	36.88	7.76
心理的負担感	34.95	11.69
病気との折り合い	26.40	4.78
コーピング尺度		
問題焦点型	5.93	3.53
情動焦点型	5.86	2.47
回避・逃避型	8.45	4.31

Table 3 相関係数

	行動モニタ リング	環境モニタ リング	モニタリン グ認知	SDS得点	心理的 負担感	病気との 折り合い	問題 焦点型	情動 焦点型
行動モニタリング								
環境モニタリング	.389 **							
モニタリング認知	-.114	-.180						
SDS得点	-.215 *	.069	-.460 **					
心理的負担感	.123	.110	-.438 **	.379 **				
病気との折り合い	.289 **	.151	.064	-.326 **	.043			
問題焦点型	.187	.278 **	-.145	.123	.253 *	-.096		
情動焦点型	.304 **	.236 *	-.032	-.249 *	.125	.409 **	.460 **	
回避・逃避型	-.020	.009	-.115	-.068	.121	.158	.317 **	.487 **

\*p&lt;.05,\*\*p&lt;.01

Table 4 セルフモニタリング型によるストレス・抑うつとコーピング

	bLcL (24)		bHcL (29)		bLcH (35)		bHcH (31)		F	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
SDS得点	40.83	6.28	39.04	8.62	34.09	7.90	34.93	6.11	5.243	bLcL,bHcL>bLcH,bHcH
心理的負担感	41.70	14.68	40.33	7.78	29.36	9.14	31.21	10.07	9.942	bLcL,bHcL>bLcH,bHcH
病気との折り合い	25.08	3.69	26.69	4.60	26.00	5.67	27.58	4.52	1.365	
問題焦点型コーピング	6.61	4.43	6.74	3.57	4.59	3.53	6.17	2.63	2.071	
情動焦点型コーピング	5.10	2.79	6.37	2.48	5.43	2.39	6.37	2.13	1.820	
回避・逃避型コーピング	9.10	4.48	8.83	3.87	9.07	4.75	7.00	3.90	1.499	

\*p&lt;.05,\*\*p&lt;.01

理的負担感」が高く、強い心理的負担感を抱えていることがうかがわれた。

## 考 察

本調査ではセルフモニタリングと心理的ストレスおよびストレスコーピングに及ぼす影響について、セルフモニタリング型を独立変数とし、各変数を従属変数として比較した。これは糖尿病患者のセルフケア（治療に対する自己コントロール行動）の違いが心理的ストレスや対処行動に及ぼす影響について検討するためであった。

### 1. セルフモニタリングと抑うつ

相関分析の結果、心理的負担感と抑うつは有意な正の相関関係にあり、心理的負担感と抑うつは相互に高めあう関係にあることがうかがわれた。心理的負担感や抑うつに対して有意な負の相関が見られたのは意識化水準であった。

また、分散分析の結果、セルフモニタリング型によって、ストレスの強さと心理的負担感に有意な主効果が認められた。まず抑うつについては、bLcL群、bHcL群では心理的負担感やSDSによる抑うつストレスが有意に高い傾向が見られた。なかでもbLcL群は最もSDS得点が高く、bHcH群、bLcH群とのあいだに有意な差が見られた。抑うつや心理的負担感の高い患者は、意識化水準の低いbLcL群、bHcL群に多く見られていた。セルフモニタリングにおける意識化の高さはセルフケアに対する主体的関与の強さを反映したものと考えられるが、それはセルフケアに対する自律性や統制感と関連すると考えられる。セルフモニタリングの抑制によって、健康行動に対する統制感が低下することを筆者は指摘したが（土田，2007）、統制感の低下によって、結果予期が影響を受けストレス認知が強まることで、心理的負担感や抑うつが高くなったのではないかと考えられた（Lazarus

& Folkman, 1984)。逆にモニタリングによる行動調整や意識化の水準が高いbHcH群のような型では、セルフモニタリングの結果が不適切にフィードバックされやすく、問題の意識化と行動調整が行われやすいため、セルフケアに対するエフィカシーが強化されることで心理的負担感や抑うつは抑制されたのであろう。

## 2. セルフモニタリングとコーピング

セルフモニタリングはセルフケアのプロセスを進める要因であるため (Bandura, 1977; Kanfer & Hagerman, 1981; 春木, 2004), セルフモニタリングはセルフケアに伴うストレス場面の対処法略と関連があると考えられ、関連について分析を行った。分析の結果、セルフモニタリングにおける行動調整水準については、対処法略と関連することが伺われたのに対し、意識化水準は心理的負担感と関連することがわかれたものの、セルフモニタリングの違いによって影響を受けないことが明らかになった。また、セルフモニタリングにかかわらず、問題焦点型のコーピングとは関連が見られなかった点は、意外な結果であった。情動焦点型コーピングの多様は問題解消に結びつかず、ストレスをかえって強めてしまうことはよく知られているが (尾関, 1993), 問題解決的なコーピングが抑うつ緩和に参与するとは限らないようだ。

これはひとつには、糖尿病特有の問題と調査手続き上の問題が絡み合っていると考えられた。ストレスコーピング尺度は主に解決できる問題や、短期的に生じるストレスに対する対処方略を測定するスケールと考えることができる。しかし、慢性疾患のセルフケアは継続して行わなくてはならず、また終わりが無いことから、ストレスに対する問題解決態度について回答を求めるコーピング尺度の形式が適切ではなかったことが考えられた。また、コーピング尺度はストレス場面を記述する項目があるが、調査の結果、多くの患者が食事管理をストレスサーとして挙げていた。糖尿病において食事管理をやめることは難しく、問題解決によってストレスサー (食事制限) がなくなるというわけではない (大熊, 2000; 石井, 1999a)。したがっ

て、このストレスを根本的に解消することは難しいと考えられる。そのため、結果に見られたように、糖尿病患者は情緒的にストレスに対処しようとすることも少なくなく、これが抑うつ感を強める結果になっていた (鈴木, 2006)。糖尿病のように継続的にストレス場面が続く場合のストレス対処については、短期的に生じるストレスに対する対処方略とは別の観点から捉える必要があったのではないかと考えられる。今後の課題としたい。

## 3. まとめ

本節調査の結果、行動セルフモニタリングとその意識化傾向の強さによって心理的ストレスや抑うつに違いが見られた。これは、セルフモニタリングの型によってセルフケアに伴う心理的ストレスおよび抑うつが左右されることが示唆された。セルフモニタリングの心身状態に対する意識水準は、慢性疾患において、病気や症状に対する認知と密接に関与する。それに大きく関わるのが心身状態に対するセルフモニタリングである。たとえば意識化水準が低い状態に維持されれば、問題に対する重要性の認知が低下し、それに伴いセルフケアが抑制されることが予想される。セルフモニタリングが抑制されることによって、セルフケアのプロセスが促進されず (Graham, 1995; 宗像, 1991; 宗像, 1997), セルフケアに対する統制感が低下することで、心理的負担感や抑うつが強くなると考えられた。さらに、実際のセルフケア行動の抑制、問題の否認、問題の重要性の認知水準が低下することはセルフケアに対するアドヒアランス (自律性) にも影響を及ぼすと考えられる。

とはいえ、セルフケアの結果が良好であることが必ずしも心理的負担感を軽減するとは限らないといわれ (Jacobson et al., 1990; 石井, 1999b; 土田・福島, 2006), かえって厳密なセルフケアが糖尿病患者の心理的健康を損なってしまうとの指摘もある。筆者の経験の中でも糖尿病の治療を「させられ」ている患者は、糖尿病治療に対する抵抗感が強く、抑うつ感も大きい。同様のことは過去にも多く報告されている (石井, 1999b; 北岡, 2001; 黒江, 2003)。

本研究の結果から、セルフケアに主体的に関与することは糖尿病患者の心理的負担感や抑うつを緩和する効果があることがわかれたが、これは患者のセルフケアの強化・維持には患者の主体的なケアへの関与が不可欠であることを改めて示したということであろう。また、調査の結果、患者の心理的負担感にはストレス対処の結果よりもむしろ、心身モニタリングによる自己やセルフケアに対する意識的な関与の影響が大きいことが伺われ、行動面だけでなく患者の心身面に対するセルフモニタリングを強化するアプローチが糖尿病患者に対する心理教育には有効なのではないかと考えられた（金・坂野, 1996; 根本, 2004; 計屋他, 2005; 北川他2005）。

※なお、本稿は目白大学心理学研究課博士後期課程に提出した博士論文の一部を加筆修正したものである。

### 【引用文献】

- Bandura, A (1977) Self-efficacy; Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215
- Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; Bandura & Perloff, 1987
- 福西勇夫 (2000) ストレス関連疾患としての生活習慣病—アレキシサイミアの観点からの考察 岡堂哲雄・小玉正博 (編) 現代のエスプリ別冊 生活習慣の心理と病気 至文堂 Pp.148-157.
- Graham, J (1995) Affect, self-regulation, and goal processes: An examination of the relationship. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 56, 3491
- 計屋典子・水野泰行・四宮敏章・福永幹彦・中井吉英 (2005) 2型糖尿病治療における主体的参加への動機づけ, *心療内科*, 9, 424-428
- 春木 豊 (編) (2004) 人間の行動コントロール論 川島書店
- 石井均 (1998) 糖尿病患者への心理・行動医学的アプローチ, *Diabetes Journal* 26, 7-12
- 石井均 (1999a) 糖尿病患者の心理・患者教育に関する最近の知見 *医学の歩み* 188, 543-547
- 石井均 (1999b) 糖尿病合併症が進行している患者の心理的ケア *日本醫事新報* 3947, 24-29
- 石井均 (1999c) なぜ患者は生活習慣を管理しないのか *臨床看護*, 25, 661-668
- 井澤修平・児玉昌久 (2001) 怒りの対処スタイルとストレスコーピング・健康行動の関連について *ヒューマンサイエンス・リサーチ*, 10, 31-40.
- Jacobson, M.A., Andrew, G.A., Joseph, I.W., Barbara, A., Laura, D. (1990) Psychological Characteristics of Adults With IDDM Diabetes Care, 13, 375-381
- Kanfer, F.H. & Hagerman, S. (1981) The role of self regulation., In Rehm, L.P. (Ed.) *Behavior therapy for depression: Present status and future directions*. New York: Academic Press.
- 金 外淑・坂野雄二 (1996) 慢性疾患患者に対する認知行動的介入, *心身医学*, 36, 27-32
- 北川智子・中村晋・岩瀬正典・飯田三雄 (2005) 肥満患者に対するセルフモニタリングを用いた外来栄養指導の効果—行動記録表の有用性, *糖尿病*, 48, 637-641
- 北岡治子 (2001) 心理・社会的要因のコントロール治療, 83, 1563-1568
- 小堀友子・上淵 寿 (2001) 情動のモニタリング操作が学習に及ぼす影響, *教育心理学研究*, 49, 339-370.
- 黒江ゆり子 2003 糖尿病におけるケアリング—生活体験と感情をふまえて, *プラクティス*, 20, 302-308
- Lazarus, R.S & Folkman, S. (1984) Stress, appraisal, and coping New York : Springer Pub. Co.
- 水野邦夫 (1994) 意に反した行動をした後の態度および感情状態の変化—セルフモニタリングとの関連— *性格心理学研究*, 2, 38-46.
- 宗像恒次 (1991) 予防的健康行動と病気への対処行動 (岡堂哲雄 編 健康心理学 健康の回復・維持・増進を目指して) 誠信書房, pp45-64.
- 宗像恒次 (1997) 行動科学から見た健康と病気 152 メヂカルフレンド社
- 根本仁見 (2004) 糖尿病の自己管理継続のための援助 セルフモニタリング実施調査より *日本看護学論文集*, 34, 174-176
- 大熊保彦 (2000) 糖尿病患者の心理面の負荷 岡堂哲雄, 小玉正博 (編) 現代のエスプリ別冊 生活習慣の心理と病気 231-242
- 尾関友佳子 (1993) 大学生用ストレス自己評価尺度の改定: トランザクショナルな分析に向けて

- 久留米大学大学院比較文化研究科年報 1, 95-114
- Polonsky, W.H., Anderson, B.J., Lohrer, P.A., Welch, G., Jacobson, A.M., Aponte, J.E. & Schwartz, C.E. (1995) Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*, 18, 754-60.
- Snyder, M. (1974) Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 526-537.
- Snyder, M. & Tanke, E.D. (1976) Behavior and attitude: Some people are more consistent than others. *Journal of Personality*, 44, 501-517
- Snyder, M. & Gangestad, S. (1986) On the nature of self-monitoring: Matters of assessment, matters of validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 125-139.
- 鈴木伸一 (2006) コーピング選択における認知過程の検討 心理学研究, 76, 527-533
- 当日雅代 (2001) 人工股関節全置換術における入院前患者教育で用いる評価尺度—折り合い感尺度の開発— 日本健康心理学会第14回大会発表論文集
- 当日雅代 (2004) 人工股関節全置換術における入院前患者教育の実施と評価 日本看護科学会誌 24, 24-32
- 土田恭史 (2007) 感情表現と健康行動の関係—感情抑制が健康行動エフィカシーに及ぼす影響の検討—, カウンセリング研究, 40, 51-58
- 土田恭史・福島脩美 (2006) 糖尿病患者における「病気との折り合い」の検討 目白大学心理学研究, 2, 13-24
- 土田恭史・福島脩美 (2007) 行動調整におけるセルフモニタリング—認知行動的セルフモニタリング尺度の作成 目白大学心理学研究, 3, 85-93
- 梅本堯夫 (1987) 認知とパフォーマンス 東京大学出版会

## The relationships between self-monitoring for diabetes patients', stress with self-care and coping strategies

Takashi Tsuchida Mejiro University, Psychological Counseling Center

Mejiro Journal of Psychology, 2008 vol.4

### **【Abstract】**

The purpose of this study was examination of the roles of behavioral - cognitive self-monitoring for diabetes patients' chronic stress and stress coping strategy. For the analysis, subjects were classified 4 groups by behavioral - cognitive style of self-monitoring; it was considered the effects of style of self-monitoring on the stress (depression) with the long-term self-care and their strategy for stress coping. As a result, it was found that subjective feelings of burden and chronic stress of self-cares were low in the high self-monitoring group. And, the group whose cognitive level for the self-monitoring was high was adopted and accepted with the diabetes. So, it was considered that a surge of the self-participation of self-care by the self-monitoring formed adoption and acceptance with the diabetes, and relieved subjective feelings of burden and chronic stress of diabetes.

**keywords** : self monitoring, self care, conscientization, diabetes mellitus,  
psychological feelings of burden