

Health Locus of Control and health behavior among the mentally disordered

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/37308

研究報告

精神障害者のHealth Locus of Controlと保健行動との関連 (第1報)

—精神障害者のHealth Locus of Controlについて—

東口 和代* 寺井登志美* 森田 一美*
東 千夏* 菅野 久美子* 中村 風*

抄 録

本研究は精神障害者のHLC (Health Locus of Control) と保健行動との関連を検討するために行われた。ここでは精神障害者のHLCについて報告する。HLCは5つの下位概念：自分自身 (I), 家族 (F), 専門職 (P), 偶然 (C), 超自然 (S) からなる堀毛の日本版HLC尺度を用いて, 69名の精神障害者と59名の精神障害者家族を対象に測定された。比較のために, 先行研究から得た133名の大学生のデータが使用された。

[分析結果]: 1. 精神障害者のHLC帰属順位は正常人と同様であった。2. 精神障害者のFとP得点は大学生より有意に高かった。3. S得点は家族や大学生より有意に高かった。4. 大学生と同世代の精神障害者のS得点は大学生より有意に高かった。5. 疾患タイプにより5つのグループに分類して比較をしたが, 人格障害グループのF得点その他の疾患グループより有意に低い以外, 疾患別精神障害者の間にHLC得点の差は認めなかった。

This study is a part of an investigation to examine the relationship between Health Locus of Control (HLC) and health behavior among the mentally disordered. HLC was measured with the Horige's Japanese version of Health Locus of Control (JHLC) Scales, which consist of five subscales: Internal, Family, Professional, Chance, and Supernatural. Subjects were 69 neuropsychiatric inpatients. Fifty-nine family members participated in this study for comparison. Previous JHLC data obtained from 133 university students were also used for comparison. Inpatients were divided into five groups on the basis of disease type. Results were as follows:

- 1) Psychiatric inpatients had the same HLC belief pattern as normal samples.
- 2) Family and Professional HLC mean scores among inpatients were significantly higher than among university students.
- 3) Supernatural HLC mean scores among inpatients were significantly higher than among family members and university students.
- 4) Supernatural HLC mean scores among inpatients in the same generation as university students were significantly higher than among university students.
- 5) No significant difference was found in HLC mean scores among the five disease type groups, except Family HLC mean scores. Family HLC mean scores showed a significant difference between personality disorder group and other diseases group. These findings are discussed.

こころの看護学 2(2) : 161-168, 1998

Key words: ヘルス・ローカス・オブ・コントロール (Health Locus of Control (HLC)),
保健行動 (health behavior), 精神障害者 (the mentally disordered)

はじめに

Rotter¹⁰⁾がLocus of Controlという概念に基づき,

人がその行動を統制する (control) 主体のあり場所 (locus) をどこに求めるかを測定する尺度を発表して以来, 個人の健康関連行動に寄与する要因として,

Health Locus of Control and health behavior among the mentally disordered.

*金沢医科大学病院看護部 [〒920-0293 石川県河北郡内灘町大学1-1]

Kazuyo Higashiguchi, Toshimi Terai, Kazumi Morita, Chika Higashi, Kumiko Sugano, Nagi Nakamura: Department of Nursing, Kanazawa Medical University Hospital, 1-1, Daigaku, Uchinada, Kahoku-gun, Ishikawa, 920-0293 Japan.

Health Locus of Control (HLC) という概念が注目されている^{4,8)}。これは自分に起こることが、自分の行動や態度の結果であると信じている (internal control) か、あるいは運命や偶然、誰か他の人のせいであると信じている (external control) かという、健康や病気について個人がもつ信念体系と考えられる^{4,5,12)}。HLCは保健行動を予測する人格変数と考えられ、ヘルスプロモーションの必要性の高まりと共に幅広い研究が行われている^{2,8,9,11,12,15)}。水口⁸⁾は慢性疾患をもつ人や長期にわたり闘病している人の健康関連行動に関する研究はとりわけ重要であると述べており、循環器系、消化器系、および内分泌系などの慢性疾患患者や高血圧性心疾患、狭心症、および心筋梗塞などの心疾患患者を対象にHLCとの関連に関する研究が行われている^{2,11)}。精神障害も精神分裂病やうつ病をはじめ、慢性的で長期にわたって闘病生活をしていく必要がある疾患が多く、精神障害を持つ人の健康行動とHLCとの関連を検討していくことは重要な意義があると考えられる。しかし、これまでに精神障害者のHLCを調査した研究はある⁴⁾が、さらに保健行動との関連を検討した研究報告はわが国では見られない。

われわれは精神障害者のHLCと保健行動との関連を検討することを目的に本研究を行った。ここでは、精神障害者のHLCについて報告する。

I. 研究方法

1. 調査対象と調査の手続き

私立医科大学病院の神経・精神科および心身科に入院し、退院が決まった精神障害者全員とその家族を調査対象とした。調査の実施は精神障害者とその家族に対し、退院時にHLCに関する質問紙を用いて、また同一の精神障害者に対し、外来通院約3 (2.5~3.5) カ月後に保健行動に関する質問紙を用いて2回行った。なお、1回目の調査は退院までの数日以内に病棟にて、2回目の調査は患者の外来通院日に外来待合室にて実施した。

1回目の調査時になされたインストラクションでは、質問紙への回答内容は健康の維持や増進を考えていく上での貴重な資料として活かしていくものであり、プライバシーの保護は十分に配慮されていることを強調した依頼文を示しながら、プライマリーナースが直接被調査者に調査を依頼する形で行った。なお、

調査の主旨に賛同する精神障害者およびその精神障害者のキーパーソンと考えられる家族に対して回答を求め、質問紙はその場で回収された。2回目は、外来看護婦が再び同じ説明と手続きを行い、調査の主旨に賛同してもらえる精神障害者に対してのみ質問紙が配布され、かつその場で回収された。

1回目の調査の回答は調査対象となった精神障害者96名のうち、72名から得られた。有効回答は69票 (有効回答率: 96%) である。回答が得られなかった24名の対象者の内訳は、質問紙の質問内容が理解できず回答ができなかった痴呆患者6名、種々の理由により緊急に退院し、調査の依頼ができなかった患者16名、協力が得られなかった患者2名である。また、調査対象となった家族96名のうち、63名から回答が得られた。有効回答は59票 (有効回答率: 94%) である。

2. 1回目の調査内容

『日本版Health Locus of Control (HLC) 尺度』質問紙 (表1) を作成した。

HLCを測定する尺度はいくつかある^{9,15)}が堀毛³⁾の日本版HLC尺度を採用した。これは健康や病気に関する帰属傾向を5つの下位概念: 「自分自身 (Internal: I)」、「家族 (Family: F)」、「専門職 (Professional: P)」、「偶然 (Chance: C)」、「超自然 (Supernatural: S)」から捉えている多次元尺度である。すなわち、健康の維持や回復、病気の原因・治療などについてLocus of Controlを自分自身に帰属させる傾向にある「I」、医師というexternalな存在に帰属させる「P」、家族や周りの人々の影響による「F」、偶然あるいは運命であるとする「C」、自分を越えたより大きな存在である神仏の関わる「S」である。

質問項目数は25、各下位尺度毎に5つの質問項目がある。各質問に対して「非常にそう思う」から「まったくそう思わない」までの6段階評価で回答を求める自記式質問紙である。しかし、われわれは時に集中力や持続力に関する能力障害がみられる精神障害者に6段階評価で回答を求めることは、苦痛を与える可能性があるかと予測した。そこで、本研究においては、日本版HLC尺度を4段階評価に改変した。なお、尺度の使用および評価法改変については、堀毛より許諾を得ている。

3. 解析方法

表 1 日本版HLC尺度質問項目

- (1) 病気が良くなるかどうかは、周囲の温かい援助による。
- (2) 病気が良くなるかどうかは、自分の努力しだいである。
- (3) 病気がどのくらい良くなるかは、医師の腕次第である。
- (4) 健康でいられるのは、運が良いからだ。
- (5) 健康でいるためには、よく拝んでご先祖様を大切にすることが良い。
- (6) 病気になったときには、家族などの思いやりが快復につながる。
- (7) 健康でいるためには、自分で自分に気配りすることだ。
- (8) 健康でいられるのは、医学の進歩のおかげである。
- (9) 病気がどのくらいで良くなるかは、時の運だ。
- (10) 神仏に供物をして身の安全を頼むと、病気から守ってくれる。
- (11) 健康でいられるのは、家族の思いやりのおかげである。
- (12) 自分の健康は、自分自身で気をつける。
- (13) 病気がどのくらいで良くなるかは、医師のちからによる。
- (14) 病気が良くなるかどうかは、運命にかかっている。
- (15) 先祖の因縁などによって病気になる。
- (16) 病気が良くなるかどうかは、家族の協力による。
- (17) 健康でいられるのは、自分しだいである。
- (18) 具合が悪くなくても、医師さえいれば大丈夫だ。
- (19) 病気になるのは、偶然のことである。
- (20) 健康でいられるのは、神様のおかげである。
- (21) 病気が良くなるかどうかは、元気づけてくれる人がいるかどうかにかかっている。
- (22) 病気が良くなるかどうかは、自分の心がけしだいである。
- (23) 病気がどのくらいで良くなるかは、医師の判断による。
- (24) 健康を左右するようなものは、たいてい偶然に起こる。
- (25) 病気になったのは、うかばれない世が頼っているからである。

日本版HLC尺度の質問項目に対する回答に従って、「そう思う」＝4点、「まあそう思う」＝3点、「あまりそう思わない」＝2点、「そう思わない」＝1点を付与した得点化をほどこし、以下の解析を行った。

1) 因子分析(主因子法, varimax回転)を行い、回答選択肢を6つから4つに改変して使用した日本版HLC尺度の因子構造を検討した。また、Cronbachの α 係数を算出し、信頼性を検討した。

なお、安定した因子構造を得るために、精神障害者69名、家族59名、先行研究³⁾で調査対象とした大学生133名、合計261名のデータを解析の対象とした。

2) 精神障害者のHLCについての特徴を検討するために、家族、および先行研究³⁾で調査対象とした大学生の間で比較を行った。検定には一元配置分散分析(Bonferroniの方法)を使用した。

これら3つのグループ間の比較では、年齢による違いが結果に影響を与えることが考えられたので、大学生と同年代の精神障害者を抽出し、大学生との比較を行った。これにはt検定を用いた。

3) 精神障害者のHLCの性別、年齢別、疾患別による差を検討した。これにはt検定や一元配置分散分

析を使用した。

なお、年齢別カテゴリーに関しては、調査対象者の平均年齢より2つのグループに分類した。疾患別カテゴリーに関しては、DSM-IVを主に診断基準とした対象者の最終診断名に基づき、精神分裂病、抑うつ状態、神経症(不安神経症、心気症など)、行動異常(人格障害など)、その他の疾患の5グループに分類した。

以上の解析には、統計パッケージHALBAUを使用した。

II. 結 果

1. 日本版HLCの信頼性について

因子分析の結果を表2に示す。固有値1.0以上では5つの因子が抽出された。各因子に関係する質問項目の因子負荷量は、原版のHLC尺度のそれより全体的にやや小さい.44～.75という値であったが、抽出された因子1は原版HLCの下位尺度である「F」、因子2は「C」、因子3は「S」、因子4は「P」、因子5は「I」の因子と同一のものであった。各因子のCronbachの α 係数は、因子1が.84、因子2が.80、因子3が.80、因子4が.75、因子5が.70と、5因子全て

表 2 日本版HLC尺度の因子分析：直交回転後の因子負荷量

	因子 1 (F)	因子 2 (C)	因子 3 (S)	因子 4 (P)	因子 5 (I)
Item 1	.71	-.06	.09	-.17	.00
Item 6	.75	-.09	.07	-.04	.16
Item11	.70	.02	.18	-.15	.13
Item16	.71	-.05	.06	-.09	.13
Item21	.62	.18	.07	-.04	.02
Item 4	.01	.53	.10	-.22	-.05
Item 9	-.04	.68	.20	-.10	.01
Item14	.02	.68	.29	-.03	.00
Item19	-.09	.67	.07	-.10	.02
Item24	-.01	.67	.20	-.03	-.02
Item 5	.21	.09	.69	-.23	-.01
Item10	.19	.23	.58	-.22	-.05
Item15	.05	.26	.59	.02	.01
Item20	.13	.24	.71	-.11	.04
Item25	-.07	.26	.52	.12	.09
Item 3	.07	.15	-.03	-.58	.11
Item 8	.16	.10	.22	-.51	.00
Item13	.15	.08	.08	-.70	.06
Item18	.15	.05	.27	-.44	.11
Item23	.20	.08	.25	-.62	-.03
Item 2	.21	.02	-.07	-.22	.53
Item 7	.19	-.04	.06	-.08	.45
Item12	.26	-.10	-.04	-.01	.45
Item17	.12	.00	.07	-.01	.56
Item22	.16	.04	.04	.01	.62

が.70以上の値を確保していた。

以上のように、日本版HLC尺度の因子構造の再現性を認め、各因子の内的整合性も十分にあったので、原版のHLC尺度と同様に各下位尺度ごとに得点を算出し、以下の解析を行った。

2. 精神障害者のHLCについて：他集団との比較

精神障害者（男：31，女：38）の年齢は11～76歳で、平均年齢は38.5歳である。その家族（男：23，女：30，不明：6）の年齢に関しては不明である。これはプライバシーの保護上、家族に対しては年齢など個人属性に関する質問は行わなかったためである。しかし、精神障害者の伴侶ばかりでなく、その両親も多かったことから、平均年齢はおよそ50～60歳と推算できる。大学生（男：46，女：87）は主に1・2学年の学生であるため、平均年齢は20歳前後と言える。

精神障害者、その家族、大学生のHLC尺度得点の平均値（M）と標準偏差（SD）を表3に示す。精神障害者の場合、「I」得点が17.2と最も高く、次いで「F」得点が16.7と近接した値を示し、「P」得点が14.5であった。「C」得点と「S」得点はそれぞれ11.0、

表 3 精神障害者、その家族、大学生のHLC尺度得点

	精神障害者 (N=69) M ± SD	その家族 (N=59) M ± SD	大学生 (N=133) M ± SD
I	17.2 ± 2.3	17.5 ± 1.9	17.4 ± 2.1
F	16.7 ± 3.4	17.4 ± 2.2	15.7 ± 2.7
P	14.5 ± 3.2	13.9 ± 2.5	12.8 ± 2.6
C	11.0 ± 3.9	9.9 ± 3.9	10.7 ± 2.7
S	10.8 ± 3.7	9.7 ± 3.2	8.2 ± 2.6

* : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

10.8というほぼ同じ値を示し、低いものであった。

家族も、「I」得点が17.5と最も高く、次いで「F」得点が17.4とほぼ同じ値を示し、「P」得点は13.9であった。「C」得点と「S」得点はそれぞれ9.9、9.7というほぼ同じ値を示し、低いものであった。また、これらの数値は患者のそれに比し、小さかった。

大学生の場合も、「I」得点が17.4と最も高い値を示した。次いで「F」得点が15.7で、この数値は精神障害者や家族のそれよりも小さい値であった。続く「P」得点も12.8と、精神障害者や家族のそれよりも小さい値を示した。「C」得点は10.7で、精神障害者や家族のそれに比べて大きく異なる数値ではなかった。他方、「S」得点は最も低い数値8.2を示し、精神障害者や家族のそれに比べて最も小さかった。

精神障害者、家族、大学生の3群間におけるHLC尺度得点の差を検定した。「I」と「C」得点については、3群間で大きな違いはなく、有意な差は認めなかった。「F」得点については精神障害者が16.7、家族が17.4であり、大学生の15.7に比べ、ともに有意に高い値を示した。「P」得点についても精神障害者が14.5、家族が13.9であり、大学生の12.8に比べ、ともに有意に高い値であった。「S」得点は、精神障害者が10.8と最も高い値を示し、次いで家族が9.7、大学生が最も低く8.2であり、3群間でそれぞれに有意な差が見いだされた。

大学生および大学生と同年代の精神障害者（N=29）のHLC尺度得点の平均値（M）と標準偏差（SD）を表4に示す。「I」、「F」、「C」の得点については、

表 4 大学生と同年代の精神障害者のHLC尺度得点

	精神障害者 (N=29) M±SD	大学生 (N=133) M±SD
I	17.0±2.6	17.4±2.1
F	15.8±3.6	15.7±2.7
P	13.8±3.6	12.8±2.6
C	10.6±3.7	10.7±2.7
S	10.1±3.7 *	8.2±2.6

* : p<0.05

大学生も精神障害者もほぼ同じ値を示し、2群間で有意な差は見られなかった。「P」得点は、精神障害者が13.8、大学生が12.8と違いが見られたが、2群間で有意な差は出なかった。しかし、「S」得点については、大学生の8.2に比べ、患者は10.1と高い値を示しており、有意な差を認めた。

3. 精神障害者のHLCについて：性別、年齢別、疾患別の比較

性別、年齢別、疾患別の精神障害者のHLC尺度得点の平均値(M)と標準偏差(SD)を表5に示す。女性(N=38)のHLC尺度得点は、男性(N=31)のそれに比し、全てやや高い傾向にあったが有意な差は出なかった。

調査対象者の平均年齢(38.5歳)より、精神障害者を38歳以下群(N=37)と39歳以上群(N=32)の2群に分類し、HLC尺度得点を算出した。39歳以上群は、38歳以下群に比べ、得点が全てやや高い傾向を示したが、有意な差は見いだせなかった。

精神障害者の疾患により、精神分裂病(N=21)、抑うつ状態(N=14)、神経症(N=12)、行動異常(N=6)、

その他の疾患(N=16)の5つのグループに分類し、HLC尺度得点を算出し、各グループ間の差を検定した。「I」、「P」、「C」、「S」得点については、5つのグループ間で有意な差は認めなかった。しかし、「F」得点については、他の4グループが16.3~17.8という類似した値を示したのに対し、行動異常グループのみが14.5という低い値であり、その他の疾患グループの得点17.8との間で有意な差が見られた。

Ⅲ. 考 察

〔精神障害者のHLCについて：他集団との比較〕

堀毛はWallstonほか¹⁾のMultidimensional Health Locus of Control (MHLC) 尺度を邦訳する過程⁴⁾で、日本人の健康・病気観を反映した質問紙の開発の必要性を感じ、独自に日本版HLC尺度を開発している⁵⁾。日本版HLC尺度ではMHLC尺度で「Powerful others」とされている因子が「Family：F」と「Professional：P」と解釈される2つの独立した因子として分かれ、また、MHLC尺度には含まれていない病気の原因や治療に関して神仏に帰属する傾向にある「Supernatural：S」と解釈される因子が追加され、合計5つの因子が抽出されている。日頃、われわれは精神障害者が「霊のせいで病気になったんや」、「お払いをしてきたからもう良くなる」というような話をするのを耳にすることがあり、精神障害者の中には精神疾患に罹った原因を神仏のたたりや悪行の報いと信じ、神仏に頼れば病気が治ると信じている人がいると考えていた。そのため、この「S」という下位概念をもつ日本版HLC尺度に注目した。

堀毛は一般人を対象に調査を行い、日本版HLCの

表 5 精神障害者のHLC尺度得点

	I M±SD	F M±SD	P M±SD	C M±SD	S M±SD
全体 (N=69)	17.2±2.3	16.7±3.4	14.5±3.2	11.0±3.9	10.8±3.7
男 (N=31)	17.2±2.2	16.5±3.6	14.3±3.0	10.5±3.7	10.7±3.7
女 (N=38)	17.3±2.5	16.9±3.3	14.6±3.4	11.5±4.1	10.8±3.8
11~38歳 (N=37)	17.1±2.5	16.0±3.6	14.2±3.4	10.5±3.9	10.0±3.8
39~76歳 (N=32)	17.4±2.2	17.5±3.1	14.8±2.9	11.6±3.9	11.6±3.5
分裂病群 (N=21)	17.1±2.7	16.9±3.2	14.8±3.8	10.9±3.9	11.0±4.1
抑うつ群 (N=14)	16.9±2.1	16.3±3.8	13.9±3.2	10.1±2.8	10.2±2.4
神経症群 (N=12)	17.5±2.0	16.3±3.6	14.4±2.2	11.8±4.3	9.6±3.8
行動障害群 (N=6)	17.5±2.2	14.5±4.2*	12.2±3.0	12.2±3.9	11.3±2.8
その他 (N=16)	17.4±2.2	17.8±2.2	15.5±2.3	10.9±4.1	11.5±4.0

* : p<0.05

5つの下位尺度は「I」、「F」、「P」、「C」、「S」の順に帰属傾向があることを示している(personal communication)。われわれが行った調査でも、大学生や精神障害者の家族のHLCは同様な帰属順位を示している。精神障害者のHLCについても「I」、「F」、「P」、「C」、「S」の順に帰属傾向を示している。帰属順位に関しては精神障害者も他の集団と特別に変わりはないと言える。

その一方で、精神障害者のHLC尺度得点を、その家族や大学生のそれと比べると興味を引くいくつかの特徴が見られる。「I」得点については、3群ともにほぼ同様な値を示している。このことから、精神障害者も健康人と言える家族や大学生と同等に、健康や病気に関しては「I」、すなわち自分自身に統制する主体の所在を求める傾向が最も強く、自分自身の問題として捉え、セルフケア的な行動をとることで健康の維持や病気からの回復ができると信じていると考える。ところが、「F」や「P」得点については、精神障害者は大学生に比べて有意に高い値を示している。このことから、精神障害者は健康で若い大学生に比べ、健康の維持や回復には「F」、すなわち家族や回りの人々からのサポートが必要であると信じていると考える。また、健康の維持や病気の治療には「P」、すなわち医師の寄与するところが大きいと信じ、医師というexternalな存在に依存するコンプライアンス的信念体系をもつ傾向にあると考える。「C」得点では、3群ともに近接した値を示しており、有意な差は見られない。このことから、精神障害者の「C」への帰属傾向は特に大きいとは言えず、健康と言える家族や大学生と同程度に、病気になるのは運や偶然であり、病気が治るのも運や偶然によるところが大きいと信じる傾向にあると言える。「S」得点については、3群の中で精神障害者が最も高い得点を示している。次にその家族の得点が高く、大学生の得点が最も低いものであり、3群間でそれぞれに有意差を認めている。なお、「F」、「P」、「S」得点の違いは年齢の異なる集団間の差とも考えられ、これを確認するために大学生と同年代の精神障害者を抽出し、2群間での比較を行った。その結果、「F」や「P」得点については、2群間で有意な差は出ず、年齢による影響があることが示唆される。他方、「S」得点については再び、2群間で有意な差を認めている。

われわれは入院中の精神障害者から聞く話より、「S」得点が高いのではないかと予測したが、そのとおりの結果を得ている。堀毛³⁾も、社会復帰施設に通う精神分裂病をもつ精神障害者は施設職員や看護学生よりもsupernaturalなものへの帰属傾向が強いと報告している。原因がはっきりしない内因性精神病や、軽快はしても完全治癒が難しく、また再燃しやすい精神疾患に罹った人がsupernaturalなものへと外在化する傾向が強いのは病気体験の重さを反映しているものと考ええる。今回得た結果が、精神障害者に固有の特徴であるのか、また慢性的な疾患をもつ人に通じるものであるかは明らかではない。慢性の身体疾患をもつ人のHLCとの比較が今後の検討課題である。

精神障害者の「S」への帰属傾向の大きさは注目すべき点であり、精神疾患の原因や治療に関する正しい知識を提供する教育的アプローチを計画していく必要性を精神看護職者であるわれわれに示唆している。

【精神障害者のHLCについて：性別、年齢別、疾患別の比較】

精神障害者のHLCでは、性や年齢による影響は見られない。

精神疾患により、精神分裂病、抑うつ状態、神経症、行動異常、その他の5つのグループに分類し、HLC尺度得点を比較した。「I」、「P」、「C」、「S」得点については、各グループ間で大きな差はない。しかし、人格障害などの行動異常グループの「F」得点が他のグループより低く、その他の疾患グループとは有意な差が見られる。ところで、堀毛³⁾は「F」因子は健康の維持や回復に暖かさを求めるような因子とも考えられると述べている。確かに、「F」因子に所属する質問項目からは、健康の維持や回復には家族や周囲の人々からの暖かいサポートが必要であり、さらにそのようなサポートを受けることに対する感謝の気持ちを表しているような因子も背後にあると解釈できる。人格障害者は自己中心的な性格が特徴とも言える人々であり、周囲への配慮や感謝の心に欠ける傾向にある。そのため、上述したような受けとり方ができる「F」については、否定的な回答を寄せると考える。

Levenson⁶⁾はInternal, Powerful others, Chanceの3次元よりなるMultidimensional Locus of Control (MLC) 尺度を開発し、州立精神病院の入院患者を対象に調査を行っている。この結果、精神分裂病患者や

パラノイド患者のPowerful others得点とChance得点は神経症患者のそれらと比べて有意に高いという、疾患によるLCの違いを報告している。すなわち、精神分裂病患者やパラノイド患者は神経症患者より、行動を統制する主体の所在をPowerful othersやChanceなどのexternalに求める傾向にあると述べている。本研究はLCではなくHLCを使用した調査結果であり、Levensonの調査報告と比較することには限界がある。しかし、われわれの調査では、精神分裂病グループは神経症グループに比べて、Powerful othersに相当する「P」や「C」により大きい帰属傾向を示してはいない。Levensonが調査対象とした患者の64%は強制入院患者であり、示された疾患別患者数より、これらの患者の多くは神経症患者よりもむしろ精神分裂病患者やパラノイド患者であると推算できる。権利意識の高い米国では、患者の多く、つまり精神分裂病患者やパラノイド患者の多くが強制入院を実行したauthorityに対して否定的態度をもち、不運を嘆くと思われる。そのため「How soon I leave the hospital depends on other people who have power over me: いつ退院できるかは私に対して力をもつ他の人々の決定次第である (Powerful others)」や「It is impossible for anyone to say how long I'll be in the hospital: どれくらいの入院になるかは誰にもわからない (Chance)」などの質問項目に対して、「そう思う」と回答を寄せるのは当然と思われる。しかもこの調査は入院後5日間以内に行われていることから、これらのexternalな質問に肯定的な回答を寄せる精神分裂病患者やパラノイド患者がより多くなったものと考ええる。これに反し、われわれが調査対象とした精神障害者の多くは本人の意志に基づく任意入院の形態をとっている。また、日本版HLC尺度の「P」はLevensonのPowerful othersに相当する因子とはいうものの、MLC尺度のexternalに関係する質問項目からはある種の敵意に満ちた感情が生まれてくるのとは反対に、「P」に所属する質問項目からは「医師を信じて治療を受ければ良くなる」という肯定的態度を取りやすい感情が派生してくる。治療のために入院し、退院を控えた精神障害者の医師に対する受け入れ態勢は、疾患に関係なく良いものと予測でき、その結果、Levensonの調査報告にあるような、疾患による帰属傾向の差が出なかったと考える。

Archer¹⁾はRotter¹⁰⁾のI-E Locus of Control尺度を使用し、州立精神病院の入院患者を対象に調査を行っている。調査の結果、特性不安が高い神経症群は「I」得点が高いと報告している。全てが自分のせいであると考え、自責の念に駆られやすい神経症患者は「I」への帰属傾向が大きいと考えることができる。しかし、われわれの調査では、神経症グループの「I」得点は他の疾患グループに比べて、特に高くはない。Archerは神経症群を特性不安が高いグループと低いグループに分けて、分析結果を出しているため、神経症患者の特徴がより強く表れたものと考ええる。今後、この点に関してさらに検討していく必要がある。

IV. 結 語

1. 精神障害者のHLCは「I」、「F」、「P」、「C」、「S」の順に帰属傾向を示しており、他の集団と変わりなかった。

2. 「I」得点については、精神障害者の家族や大学生とほぼ同様な値を示した。「F」や「P」得点については、大学生に比べて有意に高い値を示した。「C」得点は、3群共に近接した値を示しており、有意な差は見られなかった。「S」得点については、3群の中で精神障害者が最も高い得点を示し、家族や大学生に比べ、それぞれ有意差を認めた。

3. 大学生と同年代の精神障害者を抽出し、2群間での比較を行った結果、「F」や「P」得点については2群間で有意な差は出ず、年齢による影響も示唆された。他方、「S」得点については再び、2群間で有意な差を認めた。

4. 精神障害者のHLCでは性や年齢による影響は見られなかった。

5. 疾患により、精神分裂病、抑うつ状態、神経症、行動異常、その他の疾患の5グループに分類し、HLC尺度得点を比較した結果、「I」、「P」、「C」、「S」得点については、各グループ間で大きな差はなかった。しかし、人格障害などの行動異常グループの「F」得点が高他のグループより低く、その他の疾患グループとは有意な差が見られた。

現在、精神障害者の退院後の保健行動について調査中であり、HLCとの関連については後に報告したい。

謝辞：調査にご協力くださった精神障害者の皆さまとそのご家族の方々に深謝いたします。また、調査にご協力をくださった金沢医

科大学神経精神医学教室の地引逸亀教授、鳥居方策教授、榎戸美佐子講師、中川東夫講師をはじめ教室の先生方に感謝いたします。そして、貴重なご助言を下された神戸大学の杉野欽吾先生、日本版HLC尺度の使用に快諾を下された東北学院大学の堀毛裕子先生に紙面を借りて厚くお礼申し上げます。

文 献

- 1) Archer, R. P.: Generalized expectancies of control, trait anxiety and psychopathology among psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48 ; 736-742, 1980
- 2) 藤野文代, 斎藤やよい, 土屋尚義, 他: 老年期慢性疾患患者の健康行動に関する研究—生活の満足度・ソーシャルサポート・MHLCとの関連—. 東京女子医科大学看護短期大学研究紀要10・11 ; 60-68, 1989
- 3) 東口和代, 木場深志, 森河裕子, 他: 精神障害者に対する態度に関連する心理的要因についての実証的研究—Health Locus of Controlとの関連—. 北陸公衛誌24 ; 16-20, 1997
- 4) 堀毛裕子: Health Locus of Control Scalesの検討—日本語版作成の試み—. 東北学院大学論集 (一般教育) 91 ; 31-53, 1988
- 5) 堀毛裕子: 日本版Health Locus of Control尺度の作成. 健康心理学研究4 ; 1-7, 1991
- 6) Levenson, H.: Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 41 ; 397-404, 1973
- 7) Levenson, H.: Activism and powerful others—Distinctions within the concept of internal—external control. *Journal of Personality Assessment* 38 ; 337-383, 1974
- 8) 水口礼治: Locus of Controlについての研究の動向 (4) —Locus of Controlと健康関連行動—. 立教大学心理学科研究年報27 ; 1-31, 1984
- 9) 武藤孝司, 斎藤知子, 櫻井治彦, 他: 一般成人用の健康統制観 (HLC) 尺度の作成とその信頼性および妥当性の検討. 保健の科学34 ; 458-463, 1992
- 10) Rotter, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80 ; 1-28, 1966
- 11) 斎藤やよい, 藤野文代, 金井和子, 他: 心疾患患者の保健行動とHealth Locus of Controlについて. 東京女子医科大学看護短期大学研究紀要13 ; 37-41, 1991
- 12) 吉田由美, 高木廣文, 稲葉裕: 健康情報の収集行動とHealth Locus of Controlとの関連. 日本公衛誌42 ; 69-77, 1995
- 13) Wallston, B.S., Wallston, K.A., Kaplan, G.D. et al.: Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44 ; 580-585, 1976
- 14) Wallston, K.A., Wallston, B.S., DeVellis, R.: Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs* 6 ; 160-170, 1978
- 15) 渡辺正樹: Health Locus of Controlによる保健行動予測の試み. 東京大学教育学部紀要25 ; 299-307, 1985