精神障害者のHealh Locus of Control　と保健行動との関連（第２報）

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 北岡, 和代, 奥村, 登志美, 桜井, 一美, 菅野, 久美子, 中村, 凪 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/37649

こころの看護学　3(3)；231-238，1999

原著

研究報告

精神障害者のHealth Locus of Controlと保健行動との関連（第2報）

北岡和代*　奥村登志美*　桜井一美*　菅野久美子*　中村凪*

抄　録

本研究の目的は精神障害者のHealth Locus of Control（以下，HLCと略す）と保健行動との関連を検討することである。HLCは5つの下位尺度：自分自身（I-HLC），家族（F-HLC），専門職（Pr-HLC），偶然（C-HLC），超自然（S-HLC）からなる堀毛のJHLC尺度を用いて測定し，保健行動は主に通院行動，服薬行動，診察時行動について独自の質問紙を作成して得た。

136名の入院患者（有効：126）が退院時にHLC質問紙に回答し，3カ月後の外来で69名（有効：64名）が保健行動に関する質問紙に回答した。両調査での有効回答は58名であった。セルフケア的に保健行動をとる回答者はコンプライアンス的に行動する回答者より，通院行動ではI-HLCとF-HLC得点が有意に高く，服薬行動ではI-HLCとF-HLC得点が高い傾向にあった。診察時行動ではPr-HLC得点が有意に高く，I-HLC得点も高い傾向にあった。通院中断者は継続者よりI-HLC，F-HLC，Pr-HLC得点が低い傾向にあり，Pr-HLCでは有意差があった。C-HLCとS-HLC得点は高い傾向にあった。

The overall goal of this study is 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-HLC, Family-HLC, Professional-HLC, Chance-HLC, and Supernatural-HLC. The information of health behavior was obtained from the original questionnaires. The questions were mainly "Do you come to the out-patient clinic for the routine check-up after your discharge? (question A)", "Do you take the medicine prescribed by your doctor after your discharge? (question B)", and "How do you talk to your doctor when the doctor examines you? (question C)".

One hundred and thirty-six neuropsychiatric inpatients (effective response: 126) responded to the questionnaires of the JHLC Scales when they were discharged. About three months later, the questionnaires of health behavior were applied to 69 subjects (effective response: 64) at the out-patient clinic. Fifty-eight subjects completed the both questionnaires. The sample was divided into two groups on the basis of attitudes toward health behavior: Self-Care Group respondents behaved on their own; Compliance Group respondents were obedient to their family or their doctor. As for the question A, both Internal-HLC and Family-HLC mean scores were significantly higher in the Self-Care Group than in the Compliance Group. As for the question B, both Internal-HLC and Family-HLC mean scores were higher in the Self-Care Group than in the Compliance Group. As for the question C, the Self-Care Group showed higher Internal-HLC mean scores and significantly higher Professional-HLC mean scores as compared to the Compliance Group. Moreover, the JHLC subscale mean scores were compared between two groups: one is Group Ⅰ who came to the hospital for the routine check-up and the other is Group Ⅱ who quit coming to the hospital. Compared to Group Ⅰ, Group Ⅱ scored lower on Internal-HLC and Family-HLC, significantly lower on Professional-HLC, and higher on Chance-HLC and Supernatural HLC. Other findings are also discussed.

こころの看護学　3(3)：231-238, 1999

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*）

〔1999年5月19日受理〕

Health Locus of Control and health behavior among the mentally disordered (2).

*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 Kitaoka, Toshimi Okumura, Kazumi Sakurai, Kumiko Sugano, Nagi Nakamura : Department of Nursing, Kanazawa Medical University Hospital, 1-1, Daigaku, Uchinada, Kahoku-gun, Ishikawa, 920-0293 Japan.

はじめに

主観的健康統制感（Health Locus of Control：HLC）は，Rotter[14]の社会的学習理論に基づくLocus of Control（LOC）を保健領域に適用した概念である。これは健康や病気の原因は自分の行動や態度の結果であると信じている（内的統制：Internal：I）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（外的統制：External：E）かという，個人がもつ信念体系と考えられている[6,7,20]。HLCは健康関連行動に影響する人格変数と考えられ，わが国でも幅広い研究が行われている[3,8,11~13,15,19~21,24]。

しかし，これまでに精神障害者を対象として，HLCと保健行動との関連を検討した研究報告は見られない。そこで，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研究を行った。第1報[5]では退院時の精神障害者のHLCについて報告したが，今回は退院時のHLCと退院後にとる保健行動との関連について報告する。

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に入院し，退院が決まった精神障害者を調査対象とした。調査の実施は精神障害者に対し，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，退院約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回行われた。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い室にて実施した。

2．1回目の調査内容

堀毛[7]の『日本版Health Locus of Control（JHLC）尺度』を用いて，退院時の精神障害者のHLCを測定した。HLC研究で最も普及している尺度はWallstonほか[23]のMultidimensional Health Locus of Control（MHLC）尺度であると言われている。しかし，堀毛はMHLC尺度の日本語訳が日本の実状に合い難く因子分析で下位尺度が明確に分離しない点を指摘し，日本人を対照としたJHLC尺度を開発した。MHLC尺度は3つの下位尺度：Internality（IHLC），Powerful Others（PHLC），Chance（CHLC）から構成されている。これに対して，JHLC尺度は自分自身（Internal：I-HLC），家族（Family：F-HLC），医師（Professional：Pr-HLC），偶然（Chance：C-HLC），超自然（Supernatural：S-HLC）の5つの下位尺度から構成されている。JHLC尺度ではPowerful Othersの中に混在していたPr-HLCとF-HLCが区別され，ChanceとPowerful Othersそれぞれの要素を含むとも言えるS-HLCが独立している。そのため，より詳細な分析が可能となる[8]。

原版のJHLC尺度は各下位尺度ごとに5項目ずつ計25項目の構成で，各項目に対して「非常にそう思う」，「そう思う」，「ややそう思う」，「あまりそう思わない」，「そう思わない」，「まったくそう思わない」の6段階評定で回答を求める自己記入式質問紙である。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認められる精神障害者に6段階評定で回答を求めることは苦痛を与える可能性があると予測し，本研究においては4段階評定に改変した。なお，尺度の使用および評定法改変については堀毛より許諾を得ている。

3．2回目の調査内容

精神疾患の治療においては，薬物療法の比重が高くなっている。薬物療法の目的は精神障害者が精神症状による苦痛から解放された自律的な生活を送ることができるようにすることであるが，この自律性の獲得は薬物に依存してこそ維持されうる[10]。そのため，「外来に通い続けること」と「薬を飲み続けること」が退院した精神障害者にとっての最も重要な保健行動となる。この通院行動と服薬行動に関する独自の質問紙（表1）を作成し，情報を得た。

4．解析方法

第1報[5]と同様，回答選択肢を6つから4つに改変して使用したJHLC尺度の因子妥当性を検討した。また，Cronbachのα係数を算出し，信頼性を検討した。第1報[5]で得られた精神障害者のHLCと性，年齢，疾患との関連についての結果を再検討するために，t検定（Welch法）や一元配置分散分析（Bonferroniの方

表 1　2回目調査における保健行動に関する設問内容

設問1：退院するとき，先生や看護婦から「通院の必要性について」説明を受けましたか？
1　充分に受けたと思う
2　少しは受けたと思う
3　説明を受けたとは思わない

設問2：退院後，外来に来ているかどうか，おしえてください。
1　先生が言うので，来ている
2　家族に言われて，来ている
3　自分からすすんで，来ている
4　あまり来ていない

設問3：外来で診察を受けているとき，どのように先生とお話ししていますか？
1　自分ではほとんど話さないが，聞かれたときだけ話している
2　いっしょに来た家族に任せている
3　自分で話している

設問4：退院するとき，先生や看護婦から「薬を飲むことの必要性について」説明を受けましたか？
1　充分に受けたと思う
2　少しは受けたと思う
3　説明を受けたとは思わない

設問5：退院後，薬を飲んでいるか，おしえてください。
1　きちんと飲んでいる
2　忘れることもあるが，だいたい飲んでいる
3　ほとんど飲んでいない
4　まったく飲んでいない
5　その他

設問6：「薬を飲んでいる」と，答えた人にお聞きしたいと思います。
あなたがどういう思いをもって薬を飲まれているのか，おしえてください。
1　「飲む必要がある」と自分で思うので，飲んでいる
2　「飲む必要がある」と家族に言われて，飲んでいる
3　「飲む必要がある」と先生が言うので，飲んでいる
4　その他

設問7：「薬を飲んでいない」と，答えた人にお聞きしたいと思います。
あなたがどういう思いでいるのか，おしえてください。
1　「飲む必要はない」と自分で思うので、飲んでいない
2　「薬は飲まない方がいい」と家族に言われたので，飲んでいない
3　その他

法）を行った。精神障害者のHLCと保健行動との関連を検討するために，t検定（Welch法）を行った。なお，解析には統計パッケージHALBAUを使用した。

Ⅱ．結果

1回目の調査の回答は136名から得られ，有効回答は126票（有効回答率：92.6%）であった。2回目の調査をすることができたのは69名（表2）で，このうち有効回答は64票（有効回答率：92.8%）であった。両方の調査における有効回答は58組であった。

1．JHLC尺度の妥当性と信頼性

因子分析（主因子法，varimax回転）の結果，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項目18のみが .35とやや小さい値であったが，その他の項目は .44～ .84という値を確保していた。抽出された因子1は原版JHLCのF-HLC，因子2はC-HLC，因子3はS-HLC，因子4はPr-HLC，因子5はI-HLCに一致していた。各因子のCronbachのα係数は因子1が .86，因子2が .82，因子3が .82，因子4が .79，因子5が .74と，全て .70以上の値を示していた。以上のように，改変したJHLC尺度の因子妥当性を認め，各因子の内的整合性も十分にあったので，原版と同様に各下位尺度ごとに得点を算出した。

表 2　2回目の調査対象者（N＝136）

分析対象者	：69（50.7%）
調査の依頼ができた者	：69（50.7%）
非分析対象者	：67（49.3%）
調査の依頼ができなかった者	：16（11.8%）
他病院へ転院または通院となった者	：26（19.1%）
外来通院を中断したと思われた者	：16（11.8%）
再入院となった者	：9（6.6%）

2．Health Locus of Controlと性，年齢，精神疾患との関連

1回目の調査において有効回答をした126名を分析の対象とした。性別，年齢別，疾患別の精神障害者のJHLC下位尺度得点の平均値（M）と標準偏差（SD）を表3に示す。

女性（N＝63）と男性（N＝63）のJHLC下位尺度得点はほとんど同じ値を示していた。年齢別カテゴリーに関しては，調査対象者の平均年齢（37.9歳）により，37歳以下群（N＝68）と38歳以上群（N＝58）の2群に分類した。38歳以上群は37歳以下群に比べI-HLC得点はほぼ同じであったが，その他の下位尺度得点は全て高い傾向にあり，Pr-HLC得点については有意差が見出された。疾患別カテゴリーに関しては，主にDSM-Ⅳを診断基準とした最終診断名に基づき，対象者を精神分裂病群（N＝47），抑うつ群（N＝24），不安神経症や心気症などの神経症群（N＝19），人格障害などの行動障害群（N＝13），その他の疾患群（N＝23）の5群に分類した。これら5群の間でJHLC下位尺度得点に有意差は認められなかった。しかし，行動障害群は他の4群，特にその他の疾患群よりF-HLC得点が低い傾向にあった。以上の結果は，第1報で得られた結果にほぼ一致するものであった。

3．退院後の保健行動

1回目と2回目の両調査において有効回答をした58名を分析の対象とした。

「退院後，外来に来ているか（設問2）」という通院行動に関する設問に対しては，42名（72.4%）が「自分からすすんで，来ている」，4名（6.9%）が「家族に言われて，来ている」，9名（15.5%）が「先生が言うので，来ている」に回答を寄せていた。「あまり来ていない」に回答した者は3名（5.2%）であった。

「退院後，薬を飲んでいるか（設問5）」という服薬行動に関する設問に対しては，「きちんと飲んでいる」に回答した者38名（65.5%），「忘れることもあるが，だいたい飲んでいる」に回答した者18名（31.0%）であった。「ほとんど飲んでいない」に回答した者は2名（3.4%）で，「まったく飲んでいない」に回答した者はいなかった。「飲んでいる」と回答した56名にその理由を問うた（設問6）ところ，「『飲む必要がある』と自分で思うので，飲んでいる」と回答した者43名

表 3　精神障害者のJHLC下位尺度得点（性別，年齢別，疾患別）

	N	I-HLC M±SD	F-HLC M±SD	Pr-HLC M±SD	C-HLC M±SD	S-HLC M±SD
性						
男	63	17.0±2.1	16.5±3.1	14.4±2.8	11.3±3.6	10.4±3.6
女	63	16.9±2.6	16.9±3.2	14.6±3.3	11.4±3.8	11.0±3.7
合計	126	NS	NS	NS	NS	NS
年齢						
11～37歳	68	16.8±2.6	16.3±3.2	13.9±3.2	11.1±3.5	10.2±3.6
38～84歳	58	17.1±2.1	17.1±2.9	15.2±2.8	11.7±3.8	11.3±3.7
合計	126	NS	NS	*	NS	NS
疾患						
分裂病群	47	16.2±2.6	16.7±3.0	14.7±3.3	11.4±3.4	11.0±3.5
抑うつ群	24	17.1±2.1	16.5±3.4	14.7±3.1	10.9±3.9	10.6±3.5
神経症群	19	17.6±2.1	16.6±3.1	13.6±2.6	11.9±4.2	9.6±3.8
行動障害群	13	17.3±2.0	15.4±3.9	13.6±3.1	11.7±3.6	10.2±3.2
その他	23	17.6±2.1	17.7±2.3	15.2±2.7	11.3±3.4	11.3±4.2
合計	126	NS	NS	NS	NS	NS
全体	126	17.0±2.4	16.7±3.1	14.5±3.1	11.4±3.7	10.7±3.7

t 検定または一元配置分散分析　NS：$p \geq .05$　*：$p < .05$

(76.8%)，「『飲む必要がある』と家族に言われて，飲んでいる」と回答した者2名（3.6%），「『飲む必要がある』と先生が言うので，飲んでいる」と回答した者11名（19.6%）であった。「飲んでいない」と回答した2名にその理由を問うた（設問7）ところ，「『飲む必要はない』と自分で思うので，飲んでいない」とその他として「わからない」にそれぞれが回答していた。

「外来で診察を受けているとき，どのように先生とお話ししていますか（設問3）」という診察時行動に関する設問に対しては，38名（65.5%）が「自分で話している」，1名（1.7%）が「いっしょに来た家族に任せている」，19名（32.8%）が「自分ではほとんど話さないが，聞かれたときだけ話している」に回答を寄せていた。

「退院するとき，先生や看護婦から『通院の必要性について』説明を受けましたか（設問1）」に対しては，47名（81.0%）が「充分に受けたと思う」，9名（15.5%）が「少しは受けたと思う」，2名（3.4%）が「説明を受けたとは思わない」に回答を寄せていた。同様に，「退院するとき，先生や看護婦から『薬を飲むことの必要性について』説明を受けましたか（設問4）」に対しては，47名（81.0%）が「充分に受けたと思う」，11名（19.0%）が「少しは受けたと思う」に回答を寄せていた。

4．HLCと保健行動との関連

通院行動について「自分からすすんで，来ている」に回答を寄せた回答者をセルフケア行動群（N＝42），「家族に言われて，来ている」あるいは「先生が言うので，来ている」に回答を寄せた回答者をコンプライアンス行動群（N＝13）とし，JHLC下位尺度得点の差を検定した。その結果，セルフケア行動群はコンプライアンス行動群よりもI-HLCとF-HLCの両得点が有意に高くなっていた。その他の下位尺度得点にはほとんど差は見られなかった（表4）。

服薬行動について「自分で，飲んでいる」に回答を寄せた回答者をセルフケア行動群（N＝43），「家族に言われて，飲んでいる」あるいは「先生が言うので，飲んでいる」に回答を寄せた回答者をコンプライアンス行動群（N＝13）とし，JHLC下位尺度得点の差を検定した。その結果，有意差は認められなかったが，通院行動と同様にセルフケア行動群はコンプライアンス行動群よりもI-HLCとF-HLCの得点が高い傾向にあった。その他の下位尺度得点はほぼ同じ値であった（表4）。

診察時行動について「自分で話している」に回答を寄せた回答者をセルフケア行動群（N＝38），「家族に任せている」あるいは「先生に聞かれたときだけ話している」に回答を寄せた回答者をコンプライアンス行動群（N＝20）とし，JHLC下位尺度得点の差を検定した。その結果，セルフケア行動群はコンプライアンス行動群に比べPr-HLC得点が有意に高くなっていた。また，有意差は認められなかったが，I-HLC得点もセルフケア行動群が高い傾向にあった。その他の下

表4　精神障害者のJHLC下位尺度得点（セルフケア行動群とコンプライアンス行動群との比較）

	N	I-HLC M±SD	F-HLC M±SD	Pr-HLC M±SD	C-HLC M±SD	S-HLC M±SD
通院行動						
セルフケア行動群	42	17.5±2.0	17.3±2.7	15.2±2.6	11.1±3.8	10.4±4.0
コンプライアンス行動群	13	15.6±2.6	15.3±3.5	14.8±3.6	11.6±3.4	10.8±3.9
合計	55	**	*	NS	NS	NS
服薬行動						
セルフケア行動群	43	17.3±2.3	17.1±3.1	15.1±3.0	11.3±3.6	10.7±3.9
コンプライアンス行動群	13	16.2±2.3	15.8±2.4	15.5±2.1	11.7±3.8	10.5±3.9
合計	56	NS	NS	NS	NS	NS
診察時行動						
セルフケア行動群	38	17.4±2.2	16.9±2.7	15.8±2.6	11.5±3.9	10.7±3.7
コンプライアンス行動群	20	16.4±2.5	16.7±3.4	14.0±2.8	11.2±3.0	10.5±4.2
合計	58	NS	NS	*	NS	NS
全体	58	17.1±2.3	16.8±3.0	15.2±2.8	11.4±3.7	10.7±3.9

t検定　NS：p≧.05　*：p<.05　**：p<.01

位尺度得点はほとんど同じであった（表4）。

さらに，外来通院をしながら服薬行動をとっている回答者（N＝62）を通院群，外来通院を中断した対象者（N＝16）（表2）を中断群とし，JHLC下位尺度得点の差を検定した。中断群は通院群に比べてI-HLC，F-HLC，そしてPr-HLCの得点が低い傾向にあり，Pr-HLCでは有意差が認められた。逆にC-HLCとS-HLCの得点は高い傾向にあった（表5）。

Ⅲ．考察

［HLCと性，年齢，疾患との関連］

わが国のHLCの研究において，HLCと性や年齢との関連を詳細に検討した報告は少ない。しかし，堀毛の一般人を対象としたデータ（personal communication）からは，HLCは性による影響を受けないことが示唆される。本研究で調査対象となった精神障害者においても性差は認められなかった。

同じ堀毛のデータでは，Internal傾向は年齢による影響をさほど受けないが，External傾向は年齢とともに上昇の傾向が見られる。MHLCと保健行動との関連を検討した斉藤ほか[15]は，心疾患患者ではIHLC，PHLC，CHLC得点はそれぞれ加齢に伴い増加し，特にPHLCの増加は著明であったと報告している。本研究では，年齢による影響はInternal傾向よりExternal傾向が受けており，Externalの中でも特にPr-HLCがより強く受けていた。

HLCと精神疾患との関連を検討した研究は見られないが，Archer[1]やLevenson[9]はLOCは精神疾患により特徴的な違いがあることを報告している。これらの結果から，HLCについても疾患による特徴があることが推測される。しかし，本研究では行動障害群のF-HLCが他の疾患群より弱い傾向にあったが，それ以外に目立つ差異は認められなかった。

［HLCと保健行動との関連］

7割強の者はセルフケア行動に基づき，2割強の者はコンプライアンス行動に基づき，外来通院を継続していた。そして，I-HLCとF-HLCが強い者ほど積極的な通院行動をとっていた。また，8割弱の者はセルフケア行動に基づき，2割強の者はコンプライアンス行動に基づき，服薬行動をとっていた。ここでも，I-HLCとF-HLCが強い者ほど積極的な服薬行動をとる傾向にあった。HLCと健康行動との関連についての研究では，関連ありとするもの[3,8,12,13,15,17~22,24]と関連なしとするもの[2,4,16]があり，一定した見解は得られていない。一般女性を調査対象に健康情報の収集行動とJHLCとの関連を検討した吉田ほか[20]は，セルフケア行動の1つである健康情報の収集はInternal傾向が強い者がより多く行っていたと報告している。独自に作成したHLC 2次元尺度を使用し，高校生を調査対象とした渡辺[24]は，Internal傾向が強い者により積極的，自主的な予防的保健行動をとる傾向が認められたと報告している。このように関連ありとする研究では，Internalと自主的な健康関連行動との関係を支持する立場をとっていることが多い。本研究の結果もこの見解に一致している。

さらに吉田ほか[20]は健康情報をよく収集している者はFamily傾向もまた強いと述べている。本研究でも，通院行動や服薬行動に関して積極的な行動をとる精神障害者はF-HLCもまた強いことが認められた。

自分の病気の治療を医師の力に頼る傾向にある，いわゆるPr-HLCが強い者は診察場面においては自分ではほとんど話さず，医師に聞かれたときだけ話しをするおまかせ的な態度をとる傾向にあるのではないかと予測した。しかし，結果は予想に反して，Pr-HLCが強い者の方が逆に積極的な態度を示していた。MHLCと保健行動との関連を検討した藤野ほか[3]は，老年期慢性疾患患者ではむしろExternal傾向の者と保健行動に強い相関を認めている。さらに検討を重ねた斉藤ほ

表5　精神障害者のJHLC下位尺度得点（通院群と中断群との比較）

	N	I-HLC M±SD	F-HLC M±SD	Pr-HLC M±SD	C-HLC M±SD	S-HLC M±SD
通院群	62	17.0±2.3	17.0±2.9	15.2±2.9	11.0±3.8	10.5±3.9
中断群	16	16.3±2.2	16.3±3.4	13.6±2.5	11.8±3.2	11.6±2.4
合計	78	NS	NS	*	NS	NS

t検定　NS：p≧.05　*：p<.05

か[15]は，心疾患患者では保健行動を支える因子として，PHLCとIHLCの関与を示唆している。山本ほか[19]は，高齢者では高PHLCと健康関連行動との間に関係があったと報告している。MHLC尺度のPHLCはJHLC尺度のPr-HLCに相当する下位尺度である。診察場面で積極的な行動をとる精神障害者はI-HLCも強いが，Pr-HLCが特に強いことが認められた本研究の結果は，これらの研究結果を支持している。

本研究からも，Internal傾向の者は積極的な保健行動をとることが明らかとなった。渡辺[21]は，Internal傾向の者はセルフケア行動に適しており，External傾向の者はコンプライアンス行動に向いていると述べている。しかし，Externalと保健行動とはそのように単純明快に割り切れる関係にあるとは言えず，本研究でもF-HLCやPr-HLCは時にセルフケア行動を推進する力として作用していることが示唆された。HLCが保健関連行動にどのように寄与しているかについては，今後さらに研究を積み重ねていく必要がある。その際，使用する尺度の選択も考慮していかなければならないと考える。

2回目の調査対象者のうち，約1割の者が継続的な通院行動や服薬行動が遵守できず，通院を中断していた。これらの者は通院を継続している者に比べて，I-HLCやF-HLCが弱く，C-HLCやS-HLCが強い傾向にあった。また，Pr-HLCの弱さが特徴的に認められた。健康の維持や病気からの回復を医師の力に求める傾向の弱さは，医師さらにわれわれ医療従事者を信じる気持ちが弱いとも解釈される。つまり，入院中に築かれる両者間の信頼関係が弱いための結果であるとも言える。患者—医療者関係が，患者の退院後の行動にまで影響を与えるものであることを心に留め，より強い信頼関係の構築に努めていかなければならない。

入院中の精神障害者の中には，薬物療法を受けながらも「薬には頼らない方がよい」という考えを抱いている者がいる。また，退院イコール「病気は治った。したがって，もう薬を飲む必要はないし，病院に通う必要もない」と誤解している者もいる。そのため，われわれは「社会生活を維持していくために，薬も病院も必要である。」と患者教育をしている。回答者の8割にはこの患者教育の効果があったと考えられる。しかし，2割の回答者に対しては効果は小さかったこと，また医療者側からの調査であることを意識して回答を寄せた回答者もいること，つまり測定のバイアスの問題もあることを考えると，患者教育をさらに充実させていく必要がある。精神障害者が抱きがちな薬に対する偏見と誤解にはHLCが影響をおよぼしており，その後の保健行動を決定していると考えられる。今後行う患者教育では，個人のHLCに関する傾向を考慮しながら，考え方を調整していく方法をとることがより効果があると思われる。

Ⅳ．本研究の限界

1回目の調査で回答が得られた136名のうち，2回目の調査を実施することができたのは69名（50.7%）であり，サンプル数が大幅に減少している（表2）。その理由を以下に掲げる。

1回目の調査は精神障害者のHLCを検討する目的もあったため，他病院へ転院または通院のため追跡調査ができないことが明らかな者（約2割）も対象とした。そのため，1回目の調査でのサンプル数が多くなっている。これが大きな理由である。また，外来通院を中断したために追跡調査ができなかった者（約1割）がいたことも理由として挙げられる。

外来看護婦の忙しさのために調査の依頼ができなかった者（約1割）と3カ月以内に再入院となったため2回目の調査を実施しなかった者（約1割）がいたことも理由の1つである。十分なサンプル数を確保するため，このような調査を行う場合の方法について再検討していく必要がある。また，再入院グループにおけるHLCと保健行動との関連が検討できれば，さらに興味深い知見を得ることができたと思われる。

Ⅴ．結語

精神障害者を対象とし，退院時のHLCとその後の保健行動との関連を検討した結果，以下の結論を得た。

1．HLCに性差は認められなかった。年齢による影響はInternal傾向よりExternal傾向が受けており，Externalの中でも特にPr-HLCがより強く受けていた。

2．HLCと精神疾患との関連では，人格障害などの行動障害群のF-HLCが他の疾患群より弱い傾向に

あったが，それ以外に目立つ差異は認められなかった。

3．I-HLCとF-HLCが強い者ほど積極的な通院行動をとっていた。

4．I-HLCとF-HLCが強い者ほど積極的な服薬行動をとる傾向にあった。

5．I-HLCも強いが，Pr-HLCが特に強い者の方が診察場面では積極的な行動をとっていた。

6．通院を中断した者は通院を継続している者に比べて，I-HLCやF-HLCが弱く，C-HLCやS-HLCが強い傾向にあった。また，Pr-HLCの弱さが特徴的に認められた。

謝辞：調査にご協力を下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，調査にご協力を下さった金沢医科大学神経精神医学教室の先生方に感謝いたします。そして，JHLC尺度の使用に快諾を下さった東北学院大学の堀毛裕子先生，貴重なご助言を下さった神戸大学の杉野欽吾先生，本研究にご援助を下さった金沢医科大学公衆衛生学教室の中川秀昭教授と森河裕子講師に誌面を借りて厚くお礼申し上げます。

この研究は，財団法人笹川医学医療研究財団の助成を受けて実施したものである。

文　献

1) Archer, R. P.: Generalized expectancies of control, trait anxiety and psychopathology among psychiatric inpatients. J. Consult. Clin. Psychol. 48 ; 736-742, 1980
2) Desmond, S., Price, J. H., O'Connell, J. K.: Health Locus of Control and voluntary use of seat belts among high school students. Percept. Mot. Skills 61; 315-319, 1985
3) 藤野文代，斎藤やよい，土屋尚義ほか：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
4) Harvey, N. S., Peet, M.: Lithium maintenance ; 2. effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. Br. J. Psychiatry 158 ; 200-204, 1991
5) 東口和代，寺井登志美，森田一美ほか：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―．こころの看護学2；161-168，1998
6) 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
7) 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
8) 小林淳子，堀毛裕子：看護者の保健指導への態度と主観的健康統制感との関連．健康心理学研究11；76-85，1998
9) Levenson, H.: Multidimensional Locus of Control in psychiatric patients. J. Consult. Clin. Psychol. 41; 397-404, 1973
10) 松浪克文，布施木誠：精神分裂病の薬物療法と精神療法．臨床精神医学25；1049-1057，1996
11) 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
12) 宗像恒次：保健行動の実行を支える諸条件．看護技術29；30-38，1983
13) 武藤孝司，斎藤知子，櫻井治彦ほか：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
14) Rotter, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol. Monogr. 80; 1-28, 1966
15) 斎藤やよい，藤野文代，金井和子ほか：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
16) Schank, M. J., Lawrence, D. M.: Young adult women; Lifestyle and Health Locus of Control. J. Adv. Nurs. 18; 1235-1241, 1993
17) Slenker, S. E., Price, J. H., O'Connell, J. K.: Health Locus of Control of joggers and nonexercisers. Percept. Mot. Skills 61 ; 323-328, 1985
18) Toner, J. B., Manuck, S. B. : Health Locus of Control and health-related information seeking at a hypertension screening. Soc. Sci. Med. 13A; 823-825, 1979
19) 山本亨子，土屋尚義，金井和子：高齢者の健康管理態度に関する研究（1）．筑波大学医療技術短期大学部研究報告13；115-125，1992
20) 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
21) 吉田由美，高木廣文：小学生女子の休息行動とHealth Locus of Controlとの関連．日本公衛誌44；836-844，1997
22) Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D. et al.: Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. J. Consult. Clin. Psychol. 44 ; 580-585, 1976
23) Wallston, K. A., Wallston, B. S., DeVellis, R.: Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. Health Educ. Monogr. 6; 160-170, 1978
24) 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