

## セルフケア意識の構成要素について

平野かよ子\* 井部俊子\* 石原逸子\*  
志自岐康子\* 正木治恵\*\* 兼松百合子\*\*  
雨宮悦子\*\*\* 小野ソル子\*\*\*\* 中西睦子\*

### Development of Self Care Consciousness Scale

Kayoko Hirano\* Toshiko Ibe\* Itsuko Ishihara\*  
Yasuko Shijiki\* Harue Masaki\*\* Yuriko Kanematu\*\*  
Etsuko Amamiya\*\*\* Tsuruko Ono\*\*\*\* Mutsuko Nakanishi\*

\*The Japanese Red Cross College of Nursing \*\*University of Chiba \*\*\*Kanagawa Prefectural College of Nursing and Medical Technology \*\*\*\*School of Health Sciences Okayama University

### ABSTRACT

In order to examine the construct of self care consciousness, some concepts in models and theories presented by other theorists were examined. They are 'health belief model', 'health locus of control', 'self esteem' and 'self acceptance'. Then the following five components of self care consciousness could be assumed; health value, cognition of threat, prediction of result, feeling of self control and feeling of self acceptance. Each component except a component of feeling of self acceptance could also be assumed to contain two directions; one is to self and the other is to others.

Further, so as to develop the scale of the self consciousness based on these components, we made a questionnaire consisting of 15 items, each of them was scored on a 4-point scale, and we studied 2 samples which were consisted of 228 subjects (163 women's college students, chronic out patients with diseases 65;).

Results, obtained by statistical analyses are as follows.

- 1) 7 items in the questionnaire are unsuitable for the scale.
- 2) five factors clarified by factor analysis roughly correspond to the five components, but it is not clear whether these components belong to the same dimension or not.

---

\* 日本赤十字看護大学 \*\* 千葉大学看護学部 \*\*\* 神奈川県立衛生短期大学  
\*\*\*\* 岡山大学医療技術短期大学部

We need to examine the reliability of the construct of the self care consciousness and the factor structure of the scale by adding more item questions and studying more samples.

#### キーワード

セルフケア意識 慢性病患者 脅威認知 コントロール感 自己肯定感  
self care consciousness, chronic disease patient, cognition of threat,  
a sense of self controlability, a sense of self acceptance

#### はじめに

本研究において「セルフケア意識」とは、社会生活を営む個人が健康であれ病気であれそれぞれの置かれた状況においてセルフケア行動を成立させる個人因子であり、セルフケア行動へのレディネスの一つとして位置づけられた。そこで、ここではこの「セルフケア意識」を概念的に検討し、これを測定するスケールとなすための検討を行ったので報告する。

### I セルフケア意識の概念的理論的基礎

筆者らはこれまでの看護実践経験とセルフケアを扱った諸理論およびモデルを概観し、「脅威認知」、「コントロール感」、「自尊感情」、「病気受容」、「保健規範」の概念が、「セルフケア意識」の主要な概念と考え、主としてRosenstockらによる「保健信念モデル」、Rotterらによる「health locus of control」、Rosenbergによる「self-esteem」、および筆者らの「慢性病患者の病気受容過程」、また島内らの「保健規範モデル」を検討し、これらの概念の理論的裏付けを行った。

## 1. 保健信念モデルの検討

このモデルは当初 Rosenstock(1974)や Becker(1977)らにより実践的な問題解決のために開発され、理論化されたものである。このモデルの理論的基盤は K.Lewin に由来する現象学的志向性を有し、あくまでも今ここで行為する個人の意向と知覚を重要視している基本的な概念としては「知覚(perception)」、「信念 (belief)」などに基づく保健行動への「動機づけ (motivation)」、「レディネス(readiness)」がある。疾病予防の健診受診行動を規定する動機づけの要素として「個人の特定の疾病に対する脅威認知」が取り上げられている。これはその病気へのかかりやすさと、その病気の重大性を信じる知覚である。また予防的行為の効果的信じる知覚は「行動の実行可能性の認知」とされている。さらに「人口学的変数および行動化へのきっかけとなる要素」を修正要素として取り上げている。

本研究では脅威認知として「病気への恐れ」、「病気のかかりやすさ」を取り上げ、さらにこのモデルには含まれていない「自分が病気であることが他人に知られたときの他人からの評価」を取り上げた。なぜなら人は社会の中で生活しており、社会的な認容の有無も等しく個人の脅威となり得るからである。したがってこれもセルフケア行動の選択を動機づけるものとみなし、「脅威認知」の要素のなかに含めた。

このモデルの限界は Rosenstock も述べているように、「保健行動に大きな影響力を持つ保健にかかわるさまざまな日常生活習慣が捉えられない」(宗像, 1977)点にある。またこのモデルの主たる目的は、健康な人が健診受診という予防的保健行動を選択するメカニズムを説明することであり、疾病をもつ人がそれをコントロール（その人のレベルの維持あるいは改善を継続させる）したり、健康な人が健康を維持増進させるための行動を継続することを説明する点では不十分だと考えられる。そこでセルフケアの継続にかかわる要素を明らかにするために以下の理論の検討を行った。

## 2. health locus of control の検討

Rotter (1980), 次良丸(1983), Wallston (1987)らは健康に関する社会的学習理論モデルのなかで、「行動のポテンシャル (behavior potential)」、「期待 (expectancy)」、「強化価 (reinforcement)」と「情況 (situation)」の概念を示し、検診受診行動などと特定されない様々な状況下での問題解決のための行動を取り上げている。その行動の動機づけには、個人のそれぞれの経験に基づく効果の期待が影響するとし、主体的な問題解決には、この効果の期待を強化する統制主体がその個人にとって内在的であるか外在的であるかの「信念」に関係するとし、「内的-外的統制」という対概念を提示している。ここで注目しておきたいことは、Rotter らのいう「統制主体」は統制する対象あるいは統制されるものを「私」の外に対象化 (客体化) するものと規定し、統制主体はあくまでも能動的なものの「能動主体」と規定している点である。

本研究では「コントロール感」として1つは「私」が統制する対象を「私」の外に客体化 (対象化) して統制する感情とあるいは逆に「私」は「私ではない何か」に統制される感情との両極的な「内的-外的統制」を含めた。もう1つは後の「self-esteem」、「病気受容過程」でも触れるが、たとえば慢性病をコントロールする段階での統制主体 («私») は慢性病に統制されている「私」であって、もはや慢性病を「私」の外に対象化しきることのできない主体、つまり慢性病に統制された「受動主体」でもある。しかし受動主体であっても慢性病を統制する能動性をもち合わせた主体でもある。つまり「両義的な主体」といえよう。本研究ではこの「両義的な主体」も含め、この主体のもつ両義的なコントロール感情は「自己肯定感」に含め取り上げた。この両義的なコントロール主体を規定したところが「health locus control」と異なるところである。

## 3. self-esteem および病気受容過程の検討

self-esteem については Rosenberg(1965)や Coopersmith (1967), Bennett(1971)らのものがある。Rosenberg は self-esteem を「一つの特異な対象す

なわち自己 (the self) に対する肯定的または否定的態度」とし、肯定的態度には個人が自分で「とてもよい (very good)」とするものと、自分で「これによし (good enough)」とするものがあるとしている。自己の評価基準を他者に置くものと自分自身に設定するものとに区分し、主に後者の自分自身でよしとする感情を測定することに主眼を置いている (星野, 1970)。菅 (1984) はこの self-esteem を「健康な自己愛」と呼び、「あるがままの自分を受け容れ、それを愛することができるので、自分自身の欠点や限界にも臆することなく直面することができる。また、他人との関係においても、必要以上に気を遣ったり、防衛的になったりせず、自分を尊重するのと同様に相手のことを尊重することができる」と規定している。この菅の言う self-esteem は、慢性病者について考えてみると、病いをもつあるがままの自分を受け容れ自分自身をよしとする感情であり、次に述べる慢性病をもつ者の病気受容に伴う「自己肯定感」に一致するものと考えられる。また自分を尊重すると同様に他者をも尊重する態度は、他者とともに社会生活を営み、セルフケア行動を継続させるセルフケア意識の基底的な要素であり、自己および他者の受容である。

病気受容および他者受容についての理論 (Mechanic, 1961; Brillhant, 1986; 門馬, 1974) と筆者らの臨床実践経験から、受容には段階があり、特に自覚症状に乏しい慢性病の場合などでは、疾病を自我包絡的 (self involved) なものと認知した段階とそれ以前とは質的に異なるものと捉えている。self involvement のないあるいは乏しい段階では、疾病の脅威認知も行動の実行可能性の認知もあくまでも自己にとって外在的なものであり観念的なものとなりがちである。しかし慢性病と診断されたり、確かにその病気が「私」に起こっている。あるいは「私」に起こり得ると実感し self involved なものとなると、脅威認知は実存的なものとなる。それまでの疾病をもたない (もつ可能性のない) 者としての identity から疾病をもつ者 (確かにもつ可能性のある者) としての identity を獲得していくことになり、ここには存在論的な認識の変容があると考えられる。

本研究では「自己肯定感」を Rosenberge らの言う「self-esteem」に加え、

病気や障害をもつ状況において、「私」が病気（障害）をもつ自己を受容し、また昔が触れているように、同時に他者をも受容するという「他者との関係に生きる者としての存在論的な認識の変容に伴う感情」として取り上げた。

#### 4. 保健規範モデルの検討

保健規範としては宗像（1990）や島内（1977）の保健者役割あるいは役割期待の概念がある。宗像は保健者の役割期待を「社会的に有効だとされる技術をもった健康管理の方法、手段を通じて、自らの健康を自らの手で保持増進していく自立的な保健行動への期待であり、その方法に協力することも期待されている。このいくつかのものは法的に規定されているし、躰によって内面化または社会化されるものである」としている。宗像が言うように対社会を強調すると保健規範は役割期待となろう。しかし保健規範のなかには、それが自分にとって心地よいものであるから他者はどう思おうと一般に人が自己の主義・信条としているものもありうる。そこで本研究では対自己の保健規範および対他の役割期待とを合わせもつものとして「一般的健康観」とした。

## II セルフケア意識の構成要素

以上の諸理論に含まれる概念の検討の結果、セルフケア意識の構成要素として「脅威認知」、「行動の実行可能性の認知」、「コントロール感」、「自己肯定感」、さらに「一般的健康観」の5つの要素を設定した。またこれらの5つの構成要素のおのおのは、さらに分析的にみると自己肯定感を除いて、自己に向かうものと他者に向かうものとの2つの方向性があると考えた。これらの5つの構成要素と方向性を示したものが表1である。

「セルフケア意識」とは、疾病の発症を予防し、かつ自分のもつ病気をコントロールする行動を他の生活行動により優先させる態度を規定する認知と感情であり、また両方の行動のバランスを維持すること（存在様式）を規定する認知と感情を含むものである。さらにこれらは自己肯定感を除いて、対自と対他

表1 セルフケア意識の構成要素

構成要素	方 向 性	
	対 自	対 他
一般的健康観	主義・信条	規範
脅威認知	生物的生命の 危機感 脆弱性の認知	社会的生命の危 機感
行動の実行可能性	自分にとって 得・損	他人に役立つ・ 迷惑
コントロール感	内的統制	外的統制
自己肯定感	good enough	

の2つの方向性をもつ。

以下にそれぞれの要素を定義しておく。

「一般的健康観・対自」とは、自己の健康に対する主義・信条やそれに基づく健康習慣を成り立たせていく理念である。

「一般的健康観・対他」とは、社会生活するなかでの役割期待あるいは自己の責任の観念である。

「脅威認知・対自」とは、疾病が「私」を脅かすことの認知で、究極的には生物としての生命の危機の認知である。

「脅威認知・対他」とは、疾病をもつ「私」は他者にどのような影響を与えるのか、あるいは社会からどのように評価されるかに恐れを感じることに、すなわち社会的生命の危機の認知である。

「行動の実行可能性の認知・対自」とは、保健行動をとることの自分にとってのメリット、デメリットあるいは行いやすさの認識もしくは期待である。

「行動の実行可能性の認知・対他」とは、保健行動をとることで他者にどのような影響を与えるかについての推察や、他者からどのように評価されるのかの予測である。

「コントロール感・対自」とは、Rotterの言う内的統制である。

「コントロール感・対他」とは、同様に Rotter の言う外的統制である。

「自己肯定感」とは、自信や自分自身を“これでよし (good enough)”とする自己肯定感情であり、同時に他者をも受容するもので、これは対自と対他の区分のない両義的な感情である。

これらの要素間の関係であるが、表1に示すように、下の欄の要素ほどセルフケア意識の基底的な要素としてみなすことができる。最も基底的なものが自己肯定感であり、次にコントロール感がある。これらを基底として脅威認知がなされ、また一般的な健康観・保健観の内面化がなされるものと理論的に仮定してみた。

### III セルフケア意識スケールの作成

#### 1. 質問紙の構成

上記のセルフケア意識構造に基づき、15項目の質問項目を設定した。これらの項目と、項目に対応するセルフケア意識の構成要素とを表2に示した。項目2, 6は宗像(1987)から、項目3, 4, 5, 9, 11はWallstonら(1978)の質問項目を参考にし、それ以外の項目は筆者らで作成した。9名の本研究者によりセルフケア意識の構成要素との表面妥当性を検討し、最終的に6名の合意が得られるまで記述内容、表現方法を検討した。また項目は、まったくそのとおり3点、ややそのとおり2点、ややちがう1点、まったくちがう0点、の4段階に尺度化した。(表2)

#### 2. 測定および分析

##### (1) サンプル

サンプルは健康者(N大学女子大生)163名とした。参考までに慢性病患者(O病院外来通院者)65名にも調査を行い、健康者を第1サンプルとし慢性病患者を第2サンプルとした。サンプル収集期間は平成元年9月から11月である。第1



表2 セルフケア意識の質問項目と対応するセルフケア意識構成要素

質 問 項 目	構 成 要 素
1. 皆健康でありたいと願うが、そのために生活を変える程ではない	一般的健康観対自
2. 一家の主人など、責任ある立場の人は病気になるわけにはいかない	一般的健康観・対他
3. 自分の健康は自分で気をつけなければならない	一般的健康観・対自
4. 健康を損ねたら、早く手を打つのが本人のつとめだ	コントロール感・対自
5. 人はいくら健康に注意しても、病気になることもある	コントロール感・対他
6. 私は重い病気にかかったことがあり、身体(体力)に自信がもてない	脅威認知・対自
7. 私はちょっとした体調の変化に敏感である	脅威認知・対自
8. 私は「健康のため」と考えて行動をセーブする傾向が強い	行動の実行可能性・対自
9. 私の健康のコントロールは、できれば専門家の援助を受けずにいたい	コントロール感・対自
10. 私は検査データの数値の変化が気になる	脅威認知・対自
11. 私の健康を維持するためには、もっぱら専門家の指示に従うのがよいと思う	コントロール感・対他
12. 健康を損ねたら、今日の実力競争社会ではもう勝ち目はない(否定的表現)	自己肯定感
13. 病気があってもそれをコントロールしながら、十分他人の役に立てる	自己肯定感
14. 一病息災というが、人は健康を損ねて初めて「人生」を考えるものである	自己肯定感
15. 病気はその人の価値をいくらか下げようような気がする	自己肯定感

サンプルの回収方法は質問紙を配布しその場で回収した。第2サンプルは外来受診時に配布し郵送で回収した。

## (2) 結 果

データについてはSRI(多変量解析システム・専門版)を用い、以下の分析を行った。

表3 セルフケア意識質問項目の平均値および標準偏差

質問項目	第1 サンプル n = 163		第2 サンプル n = 65	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差
1	1.7055	0.7905	2.0923	0.8176
2	2.1350	0.8758	2.4538	0.8308
3*	2.8221	0.3982	2.9538	0.2735
4*	2.7239	0.4989	2.9231	0.4041
5*	2.6135	0.6200	2.7692	0.4889
6	0.6687	0.7915	1.7656	0.9801
7	1.6933	0.7936	2.1538	0.7890
8	1.2638	0.7897	2.0769	0.7505
9	1.9080	0.7818	1.3077	0.9754
10	1.6135	0.7700	2.1538	0.8082
11*	1.2025	0.6932	2.6308	0.5426
12	1.4847	0.9679	2.1563	0.8518
13	2.1472	0.7126	2.1692	0.7352
14	1.8160	0.8380	2.5077	0.7352
15*	1.1166	0.9356	1.8154	0.9756

平均値±標準偏差の範囲

1.51～2.07

1.92～2.60

\* 削除項目

### ①項目分析

質問項目の平均値が項目全体の平均値±標準偏差の範囲は、第1サンプルは1.51から2.07であり、第2サンプルのそれは1.92から2.60で、この範囲から両サンプルとも外れる項目は項目3、4、5、11、15の5項目であった。(表3)

次に第1サンプルのみ項目-スケール間の相関係数をみたところ、相関係数の有効性の限界値 $\gamma = .159$ (自由度161)より小さい項目は項目1、13であった。(表4)

項目間の相関係数の最大は項目7、8の $\gamma = .482$ であり、これ以外の項目の類似性は低い。以上の項目分析の結果から項目1、3、4、5、11、13、15の7項目を除くことが望ましいと判断した。以下この7項目を除き主成分分析および因子分析を行った

### ②主成分分析

表4 項目－スケール間相関係数 (第1サンプル n=163)

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	全体
1	1.000	0.119	0.009	-0.082	-0.007	-0.068	-0.144	-0.102	0.026	-0.157	0.064	-0.070	-0.043	0.094	0.080	0.147
2		0.192	0.268	-0.006	0.029	0.148	0.082	0.188	0.014	0.076	0.328	-0.172	0.126	0.160	0.474	
3			0.340	0.020	0.066	0.060	0.130	0.164	0.136	0.019	0.112	0.094	0.122	0.023	0.353	
4				-0.008	0.001	0.065	0.138	0.155	0.106	0.108	0.150	0.011	0.099	0.018	0.375	
5					-0.038	0.146	0.058	0.041	0.047	0.096	0.067	0.046	0.005	-0.187	0.198	
6						0.161	0.218	0.010	0.193	0.133	0.178	-0.111	0.047	0.089	0.367	
7							0.482	0.172	0.278	0.213	0.114	-0.106	0.127	0.049	0.508	
8								0.019	0.319	0.216	0.114	-0.081	0.120	0.116	0.510	
9									0.073	-0.124	0.027	-0.098	0.058	0.099	0.323	
10										0.216	0.087	-0.020	0.194	0.156	0.476	
11											0.146	-0.175	0.075	0.134	0.398	
12												-0.222	0.299	0.208	0.509	
13													-0.048	-0.157	-0.062	
14														0.059	0.459	
15															0.404	

表5 主成分分析：主成分負荷量 (相関係数行列)

構成要素	項目	成分1	成分2	成分3	成分4	成分5
脅威認知 対自	7	0.6867	-0.2741	0.3014	0.0044	-0.2321
〃	10	0.5745	-0.3438	-0.0738	-0.3139	0.2732
行動の実行可能性	8	0.6739	-0.4101	0.0314	0.0424	-0.3472
脅威認知 対他	12	0.4942	0.5711	-0.3695	0.1444	-0.0489
一般的健康観	2	0.3964	0.6313	0.2228	0.2691	-0.2638
自己肯定感	1	0.4562	0.3438	-0.3237	-0.6093	0.1454
コントロール感	9	0.2601	0.2373	0.7594	-0.0460	0.4861
脅威認知 対自	6	0.4371	-0.2034	-0.3226	0.5963	0.4875
固有値		2.1240	1.3021	1.0767	0.9220	0.8471
寄与率 (%)		26.550	16.277	13.459	11.536	10.588
累積寄与率 (%)		26.550	42.827	56.286	67.822	78.410

8項目全体では第1成分(固有値2.12)の寄与率26.2%を得た。これは全体の3割にも達していない。第2成分(固有値1.30)の寄与率は16.3%で、累積寄与率で42.8%であった。(表5)

③因子分析

表6 因子分析（5因子、バリマックス法）

構成要素	項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
脅威認知 対自	7	0.6165	0.1075	-0.0675	-0.1983	-0.0899
〃	10	0.3700	-0.0628	-0.2672	-0.0813	0.2352
行動の実行可能性	8	0.7643	0.0693	-0.0500	0.0676	-0.1436
脅威認知 対他	12	0.0270	0.6600	-0.2809	0.0715	-0.2099
一般的健康観	2	0.0835	0.5211	-0.0235	-0.2255	0.0407
自己肯定感	14	0.0987	0.1866	-0.6166	-0.0279	-0.0087
コントロール感 対自	9	0.0692	0.0921	-0.0281	-0.5898	0.0044
脅威認知 対自	6	0.1710	0.0766	-0.0184	0.0127	-0.5525
因子負荷量2乗値		1.1526	0.7766	0.5392	0.4552	0.4351
寄与率 (%)		14.4071	9.7077	6.7401	5.6905	5.4390
累積寄与率 (%)		14.4071	24.1148	30.8549	36.5454	41.9844

これも8項目につき行った。因子数を5因子に設定し、主因子法についてバリマックス回転を行った。主因子法で主因子に±.35以上の因子負荷を示していない項目は項目2, 10がある（項目2：.31, 項目10：.20）。分散も1.58と低く、寄与率も19.8%と低い。第2因子に±.35以上の因子負荷を示した項目は項目2, 12である。負荷量が±.50に達した項目は項目7, 8, 9, 12の4項目で半数である。

バリマックス回転後±.35以上の因子負荷量を示す項目は、第1因子は項目7, 8, 10, 第2因子は項目2, 12, 第3因子は項目14, 第4因子は項目9, 第5因子は項目6であった。（表6）

## IV 考 察

### 1. セルフケア意識スケールの作成について

セルフケア意識の構成要素に基づいた当初の15項目の質問項目は、項目分析の結果7項目が破棄された。残された8項目の $\alpha$ 係数は.59で、内部整合性は境

界域である。

因子分析の結果、第1因子はセルフケアの構成要素の「脅威認知・対自」と「行動の実行可能性」にはほぼ一致し『身体への敏感さ』と、また第2因子はセルフケア意識の構成要素の「脅威認知・対他」に一致し『社会的な弱者の烙印』といえよう。第3因子は「自己肯定感」、第4因子は「コントロール感」、第5因子は「脅威認知・対自」のなかの脆弱性の認知に対応している。対自と対他の要素と因子との関係は、項目数の偏りから、今回は検討できなかった。全体にセルフケア意識の構成要素に対応した質問項目の絶対数に欠けるので、今後さらに質問項目数を増大し、質問の表現方法を検討し分析する必要がある。

## 2. セルフケア意識の構成要素について

本研究にいうセルフケア意識とは、これまでに述べてきたように、セルフケア行動の動機づけ、つまり瞬時瞬時にセルフケア行動を選択させる認知と感情、およびその行動を継続させる力を保持させる感情と内面化された価値感情の両者を含ませた。またこの意識を対自と対他とに区分することで意識に方向性をもたせ、単に一個人で存在する人の意識ではなく、他者と共に社会生活する人の意識となる。しかしこの方向性は「私」なり「他者」あるいは「私とは異なる・別のもの」の対象化が可能な状況において成立する。対象化していたものが自己に包絡する状況、たとえば病気に罹りその人なりに危機感に襲われている状況では、この対自と対他の方向性を立てることは困難となる。しかし人は包絡されつつも、それまでの主客二分する能動主体としてだけでなく、受動主体としても存在し得る。このときの存在感は「自己肯定感」として表わされるものとした。表1に示した「自己肯定感」の要素の欄の対自と対他の方向性の区分が取り払われたゆえんである。以上のことをまとめると本研究で規定したセルフケア意識の構成要素は、『する』という行動の次元と、『ある』という存在の次元とを包含しているといえよう。しかしこのことは逆にセルフケア意識の構成要素は同次元性を保持していないことにもなり得る。スケール分析のなかで項目間相関係数の全般的な低さは、このことの表われともいえようか。

これらの問題は今後さらにスケールの質問項目を増し、サンプル数を増大させて検討することにより、明らかにしていきたい。

#### 引用および参考文献

- 1) Becker, M. H., Heafner, D. P., Kasl, S. V., Kirscht, J. P., Maiman, L. A., Rosenstock, I. M. : Selected Psychological Models and Correlates of Individual Health-Related Behaviors, *Medical Care*, 15(5): 27-46, 1977.
- 2) Becker, M. H., et al. : A New Approach to Explaining Sick-Role in Low-Income Populations, *American Journal of Public Health*, 64(3): 205-216, 1974.
- 3) Bennett, L. A., Sorensen, D. E. and Forshay, H. : The Application of Self-Esteem Measures in a Correctional Setting: 1. Reliability of Scale and Relationship to Other Measures, *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 8, p. 1-9, 1971.
- 4) Brillhant, B. : Predictors of Self-Acceptance, *Rehabilitation Nursing*, 11(2): 8-12, 1986.
- 5) Carlson, J. B.: Some Concepts of Perceived Biofeedback Control and Their Relation and Self-Regulation to Bodily Self-Control, *Biofeedback and Self-Regulation*, 7(3):341-375, 1982.
- 6) Chiu, L. : The Reliability and Validity of the Coopersmith Self-Estimate Inventory-Form B, *Educational and Psychological Measurement*, 45, p.945-949, 1987.
- 7) Coopersmith, S : *The Antecedents of Self-Esteem*, San Francisco: W. H. Freeman, 1967.
- 8) Edelstein, J., M. W. Linn : Locus of Control and the Control of Diabetes, *The Diabetes Educator*, 13(1):51-54, 1985,
- 9) Einstein, S. : The Process of Self-Help; The Community Role, *The International Journal of the Addictions*, 18(4):569-576, 1983.
- 10) 遠藤辰雄, 安藤延男, 冷川昭子, 井上祥治 : Self-esteem の研究, *九州大学教育学部心理学部門紀要*, 18 (2):53-65, 1974.
- 11) 星野 命 : 講座 : 感情の心理と教育 (二), *教育心理*, 24 : 1445-1447, 1970.

- 12) 次良丸睦子：Rotter の社会的学習理論と汎化期待，筑波大学医療短大研究報告，1983.
- 13) 鎌原雅彦，樋口一辰，清水直治：Locus of Control 尺度の作成と信頼性妥当性の検討，教育心理学研究，30（4）：38-43，1982.
- 14) Keenvey, B. Y.: Development of an Instrument to Measure Exercise of Self-Care Agency, Research in Nursing and Health,2(1):25-34, 1979.
- 15) 木下康仁：アメリカ人の成・老年期における自己概念の発達的变化に関する研究，社会老年学，16：37-49，1974.
- 16) 松下 寛：self-esteem の研究 self-esteem scale の作成，日本教育心理学会第11回総会発表論文集，1969.
- 17) Mechanic, D.& Volkart, E.: Stress, Illness Behavior and the Sick Role, American Sociological Review, 26:51-58, 1961.
- 18) 門馬かよ子：病気受容のプロセス，総合看護，4（1）：24-31，1974.
- 19) Muhlenkamp, A. F. : Self-Esteem, Social Support, and Positive Health Practice Nursing Research, 35(6):334-338, 1986
- 20) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気(第1版)，p69, 78-86，メヂカルフレンド社，1987.
- 21) 宗像恒次：新版行動科学からみた健康と病気，p.122-125，メヂカルフレンド社，1990.
- 22) Parcel, G. S., Meter, M. P. : Development of an Instrument to Measure Children's Health Locus of Control, Health Education Monographs, 6(2):149-159,1978.
- 23) Phares, E. J. : Locus of Control A Personality Development of Behavior, Journal of Gerontological Psychology, 125, p.153-159,1974.
- 24) フィブス, W. G., ロング, B.C., ウッズ, N. F編，高橋シュン監訳：新臨床看護学体系臨床看護学 I，第1章 健康と病気概念，医学書院，1983.
- 25) Rosenberg, M: Society and Adolescent, Self-Image, Princeton University Press, 1965.
- 26) Rosenstock, I. M. : Historical Origins of the Health Belief Model, Health Education Monographs, 2(4):328-335,1974.
- 27) Rosenstock, I. M. : Health Belief Model and Preventive Health Behavior, Health Education, Monographs, 2(4):354-386, 1974.
- 28) Rotter, J. B., 詫間, 次良丸, 佐山訳：パーソナリティーの心理学，p.122-124,

- 新曜社, 1980.
- 29) 島内憲夫：家族周期と健康管理, <森岡清美編：現代家族のライフサイクル>, p. 91-125, 培風館, 1977.
  - 30) 菅佐和子：S E (Self-Esteem) について, 看護研究, 17 (2) : 117-123, 1984.
  - 31) 菅原健介：自意識尺度(self-consciousness scale), 日本語版作成の試み, 心理学研究, 55 (3) : 184-188, 1985.
  - 32) Wallston, B. S. & Wallston, K. A. : Development and Validation of the Health Locus of Control scale, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44(4):580-585,1976.
  - 33) Wallston, K. A. & Wallston, B. S. : Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales, Health Education Monographs, 6(2):160-170,1978.
-