

## 外来患者の主観的健康統制感が ストレス反応とコーピングに及ぼす影響

山崎久美子\*

### The Effects of Outpatients' Beliefs of Health Locus of Control on Stress Responses and Coping

Kumiko Yamazaki, Ph. D.

Faculty of Human Sciences, Waseda University

The purpose of this study was to examine the effects of beliefs of health locus of control (HLC) as an individual variable in the psychological stress process. 230 outpatients responded to questionnaires, which included Japanese version of the Health Locus of Control [JHLC ; Horike, 1991] scales (internal-HLC, family-HLC, professional-HLC, chance-HLC, and supernatural-HLC), the Daily Hassles scale [Munakata, et al., 1986], and the Psychological Stress Responses Scale-50 Items Revised [PSRS-50R ; Niina, 1994]. We additionally used the Stress Inventory for Outpatients [SIO ; Niina, et al., 1995], which is a structured-interview instrument for outpatients assessing both stressors ( 5 stressor-categories : physical distress, medical examination, disagreement with doctors, insufficient information and medical-environmental burden) and coping ( 4 items : acceptance, information-seeking, request and effort) in medical settings.

According to our observation, :

- (1) the scores of internal-HLC, family-HLC, professional-HLC, and supernatural-HLC in the aged group were higher than those in the younger group,
- (2) HLC had no effect on stressors,
- (3) there were significant correlations between psychological stress responses and daily hassles,
- (4) the results of multiple regression analysis indicated the relationship between four subscales (physical distress, insufficient information, supernatural-HLC, and internal-HLC) and the psychological stress responses in the high daily hassles group,
- (5) supernatural-HLC increased three stress responses : anxiety, despair, and independence,
- (6) the results of multiple regression analysis were :

---

\* 早稲田大学人間科学学術院

- ( i ) professional-HLC had an effect on acceptance,
  - ( ii ) family-HLC had an effect on information-seeking, and
  - ( iii ) professional-HLC had an effect on effort,
- (7) physical distress stressor increased supernatural-HLC and internal-HLC under all four coping styles.

These findings suggest that HLC is a meaningful variable in stress research in its own way though not a crucial one.

キーワード

主観的健康統制感 beliefs of health locus of control

ストレス反応 stress responses

コーピング coping

外来患者 outpatients

心理的ストレス過程 psychological stress process

## I. はじめに

日常生活において人が経験するストレスラーによってストレス反応が生じる過程はダイナミックな過程であり、媒介要因として、ストレスラーに対する認知的評価やコーピングが重視されてきた (Lazarus & Folkman, 1984)。すなわち、認知的評価とコーピングがストレス反応の表出に重要な影響を及ぼしていることが明らかにされている。

医療の場における患者の経験事態も同様であり、外来患者を対象として使用する尺度の開発が行われている (新名他, 1995; 坂田他, 1995)。上記の媒介要因以外にもさまざまな個人差変数があり、その代表的なものは、外的資源であるソーシャル・サポートであるが、内的資源としては、セルフ・エフィカシー、信念・信仰やローカス・オブ・コントロールなどの心理的特性が挙げられている (中川, 2003)。その他、病気や健康行動との関係では、ハーディネス (Kobasa, 1979) のようなパーソナリティ特性や首尾一貫感覚 (Antonovsky, 1979) のような認知的側面を考慮に入れる研究者がいる。ちなみに、Lazarus & Folkman (1984) は、心理的ストレス過程に

影響を及ぼす個人内要因の1つにLOCを挙げている。これより先に、Johnson & Sarason (1978) は媒介変数としてLOCに注目していた。

患者を対象にしたストレス研究において、久田他 (1995) は入院がん患者の心理的適応に及ぼすソーシャル・サポートの効果を、金他 (1998) は糖尿病、高血圧、心臓疾患等の慢性疾患患者におけるソーシャル・サポートの心理的ストレス軽減効果を検討している。また、同時に金他 (1998) はセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果を確認した。いずれもストレス抵抗資源と考えられている。これらの個人差変数に比較して、信念・信仰、ローカス・オブ・コントロール、ハーディネス、首尾一貫感覚のストレス過程への影響を検討した研究は少ない。理由として考えられることは、患者を対象に研究を行う困難さはもとより、信念や上記のパーソナリティ特性は、比較的安定したものと理解され介入が難しく、ダイナミックなプロセスとされる心理的ストレス過程には馴染まないためにストレス・モデルで検証する意味があるのかという根本的な疑問が論じられている (Antonovsky, 1974; Kasl & Cooper, 1987)。

そこで、本研究では、信念とパーソナリティ特性の両面をあわせもつと考えられる主観的健康統制感 (health locus of control; 以下HLC) を取り上げ、この個人差変数が外来患者のストレス過程に影響を及ぼしているか否かを検討することを目的とした。この概念はRotter (1966) に遡る。Rotterは、過去の経験によって影響を受けている人の行動は目的志向的であり、そうした行動を統制し強化するところを統制の位置 (locus of control, 以下LOC) と概念化し、人を内的統制型か外的統制型かに大別することを目的として、一般人を対象に、期待や信念を測定する次元尺度を開発している。

その後、Wallston, et al. (1976) がこの概念を保健医療の分野で用いるために Health Locus of Control Scalesを作成し、その2年後に、Wallston, et al. (1978) はMultidimensional Health Locus of Control Scales (以下MHLC) を開発した。Winefield, H. R. (1982) が尺度の信頼性と妥当性を再検討している。彼らは、Rotterが主張した次元性を疑問視して、internal control (自分自身)、powerful others control (他者)、chance control (偶然) の3つに分けた。同じ頃、Kleiman, et al. (1978) は、医療従事者が受療行動に伴う患者の世界を把握することの重要性を強調し、効果的なかかわりをするために「保健行動についての面接モデル」を作成した。モデルは10の項目から構成されており、そのなかに「その症状、病気の原因は

何だったと思いますか」のような原因帰属に関する問いかけも含まれている。Parks (1983) は、ストレスと疾病との関係を緩和する要因としてのLOCの役割を明らかにしている。減量 (Saltzer, 1978) や禁煙などの健康関連行動 (Strickland, 1978) とLOCとの関係も検討された。このように、病気・健康関連行動の原因帰属に関する量的ならびに質的研究が始まった。やがて、家族をも支援の対象とする流れのなかで、障害児の親のLOCを測定した研究 (中川, 2003) も現われ、サイコオンコロジーの領域では、がん患者を対象にLOCを測定した研究 (久田他, 1995) が行われるようになったが、いずれも使用している尺度は次元性の尺度である。

ところで、山崎他 (1988) が行った患者調査では、「宗教や占いなどに頼ることを考えた」という項目に○をつけた患者は、男性で15%、女性で24%にのぼった。また、朝日新聞 (2004) に掲載された記事からも分かるように、「自分もパニックになった。先生にお任せしているので、家族としては神様にお祈りするしかない」など、統制の位置を医師と神様に置いている。三谷 (1979) は病気と宗教心を論じており、古来「苦しいときの神のみ」という言葉があることを指摘している。森 (1998) は日本人の民間信仰や俗信を調査報告している。こうしたことを鑑みると、堀毛 (1991) の指摘は適切であり、神仏や迷信を大切にす日本の文化や、家族との関係が密な日本人の特性を考慮に入れた5因子構造の尺度を用いる重要性が改めて理解できる。堀毛は、3,000を超えるステートメントを集めて、「自分自身」、「家族や身近な人」、「専門職：医師」、「偶然や運」、「超自然：神仏など自分を越えた存在」から成る尺度を作成した。

最近の研究動向を概観すると、斉藤他 (1991) は、心疾患患者の保健行動とHLC、吉田他 (1995) は、健康情報の収集行動とHLCとの関連をみている。18項目のMHLC尺度を翻訳して用いた笹田他 (1996) は、リハビリテーションの実践において、高次脳機能障害の症状のみならずHLCの評価も併用していくことの有用性を論じている。また、小林他 (1998) は、ケア提供者である看護者の保健指導とHLCとの関連を考察している。塚本 (1999) は退院後がん患者の心理的適応に関連する要因として、HLCの影響の検討を行っている。患者のみならず一般人や保健医療従事者が、病気・障害や健康に対してどのような信念体系を持っているかを知ることは治療・ケアを提供する際にも保健行動を支援するうえでも有益であるとされた。

本研究では、媒介変数の1つであると想定されたHLCを堀毛のJHLCを用いて測定し、患者の心理的ストレス過程のなかで、この個人差変数を扱うことの意味と限界を

明らかにすることを目的とした。

## II. 方法

### 1. 調査協力者および調査の手続き

著者が調査の指導を行った医大生が面接者となって、彼らの周辺で調査の趣旨に賛同し、協力が得られた者に対して、面接調査を実施した。精神科および心療内科を受診している者は倫理上の配慮から調査の対象外とした。本調査に協力した外来患者は254名であり、診断名が不明な者、健康診断や妊娠等で受診した者、さらに欠損値のある調査票を除外したところ、最終的に有効とされた調査票は230通(90.6%)であった。内訳は、男性103名(44.8%;平均年齢42.5±20.8歳)、女性127名(55.2%;平均年齢46.0±19.5歳)であった。面接対象者については、面接に応じることができ、自記式の設問に回答することができる者なら可とした。患者の年齢範囲は、16～86歳であり、平均年齢は44.4歳(SD=20.2)であった。受診している診療科は、内科(81名)と整形外科(40名)が多数を占めていた。通院期間については、1年未満の者が137名、1年以上の者が93名であった。

### 2. 調査内容

#### 1) 外来患者用ストレッサー・スケール

新名他(1995)により作成された24項目から成るスケールで、外来患者が医療場面において経験するストレッサーを測定する。コントロール項目とされた「身体的苦痛」を表す1項目と、因子分析によって抽出された「診療と治療(6項目)」「医師との軋轢(5項目)」「説明の不足(5項目)」「医療環境的負荷(7項目)」の4因子を5カテゴリーとして使用した。刺激事態の経験の有無(「経験なし」(0点)、「経験あり」(1点))とその刺激事態に対する嫌悪性の程度を「感じなかった」(0点)～「非常に感じた」(3点)の4件法で評価を求める。経験の有無得点と嫌悪性の評価得点を乗じたものをストレッサー評価点とし、この評価点が高いほど、経験している刺激事態がその患者にとってストレスフルであることを示す。5つのカテゴリーは順に、0～3点、0～18点、0～15点、0～15点、0～21点の範囲に分布する。

#### 2) 心理的ストレス反応尺度—50項目改訂版(以下PSRS)

新名(1994)により作成された尺度で、情動(うつ、不安、怒り)、意欲(自信喪

失、無気力、絶望)、対人(引きこもり、依存、対人不信)、思考(思考力低下、侵入的思考)の4領域(11の下位スケール)の心理的ストレス反応を測定する50項目から構成される。各項目に対し、「全くなかった」(0点)～「大体いつもあった」(4点)の5件法で回答を得る。11の下位スケールは、うつ、不安、怒りについては0～24点、その他はすべて0～16点の範囲に分布する。

### 3) 外来患者用コーピング・スケール

坂田他(1995)により作成されたスケールで、「受容」(医療スタッフによる指示や現状などを受け入れる)「情報収集」(医療スタッフ以外から関連した情報を収集する)「要請」(医療スタッフに病状や現状を伝えたり、自分の意思や要望を伝える)「努力」(医療スタッフに要請する以外に、自分でできることは自分でなんとかする)の4種類から成る。コーピング得点については坂田他(1995)によるパターン分析は行わずに、4種類のコーピングの総数をそれぞれの得点とした。各刺激事態に対して行ったすべてのコーピングを尋ねるので、得点はそれぞれのコーピングが0～24点の範囲に分布する。

### 4) 日本版主観的健康統制感尺度(以下JHLC)

堀毛(1991)により作成された25項目から成るスケールで、病気や健康の原因に関する信念を測定する。「自分自身」(例:病気が良くなるかどうかは、自分の努力次第である)「家族」(病気が良くなるかどうかは、周囲の温かい援助による)「専門職」(例:病気がどのくらい良くなるかどうかは、医師のちからによる)「偶然」(例:病気がどのくらい良くなるかは、時の運だ)「超自然」(例:先祖の因縁などによって病気になる)の5因子で、各因子は5項目から出来上がっており、各項目に対し、「まったくそう思わない」(1点)～「非常にそう思う」(6点)の6件法で回答を得る。得点はすべて5～25点の範囲に分布する。

### 5) 日常苛立ち事尺度

日常生活で生じる些細で不快な苛立ち事を測定する尺度にLazarus, et al. (1985)によるDaily Hassles Scaleがある。持続的、慢性的、常態的な性質をもつ日常の苛立ち事のことであり、宗像他(1986)は、この考えに基づき34項目から成る日本語版の尺度を開発した。「大いにそうである」「まあそうである」「そうでない」の3件法で回答を得る。「大いにそうである」と答えた場合に1点を加算するよう作成されており、得点は0～34点の範囲に分布する。3点以上は日常苛立ち事が多いと判定される。

### 3. 解析

ストレッサーについては、5つのカテゴリーの評価点を加えた合計得点を算出した。そのうえで、平均合計得点以上の患者を「ストレッサー高群 (n=131)」、平均合計得点未満の患者を「ストレッサー低群 (n=99)」とした。JHLCについては、「超自然」以外の4つの下位尺度得点の分布は正規分布に近似していたが、「超自然」については、その傾向が皆無(6点未満)の者が多数いたので、「6点未満群 (n=59)」と「6点以上群 (n=171)」に分けた分析も行うことにした。

また、日常苛立ち事尺度の得点を宗像の判定に基づき2群に分け、3点以上の者を「苛立ち事高群 (n=140)」、3点未満の者を「苛立ち事低群 (n=90)」とした。

さらに、コーピングへのJHLCの影響をみる際には、身体的苦痛の有る群と無い群の2つの群に分けて、「苦痛有群 (n=65)」、「苦痛無群 (n=165)」とした。

なお、結果の統計処理は、統計ソフトSPSS Version11.0J for Windowsを用いて行われた。

## III. 結果と考察

### 1. 対象患者のJHLCの下位尺度得点

230名の患者のJHLCの下位尺度得点の平均値は、得点が高い順に、「自分自身」が23.5 (SD=4.2)、「家族」が22.6 (SD=4.1)、「専門職」が19.7 (SD=4.3)、「偶然」が14.1 (SD=5.2)、「超自然」が10.9 (SD=5.4)であった。堀毛(1990)は、大学生男子 (n=89)、大学生女子 (n=70)、助産婦 (n=40)、看護学生 (n=34)を対象にJHLC下位尺度の平均得点を報告している。山崎(2004)は、保健衛生学科学生 (n=75)を対象にJHLCを測定した。「超自然」は、順に14.0, 15.0, 11.2, 12.9, 12.5であり、外来患者は最も低かった。「自分自身」は、順に24.2, 24.4, 23.1, 25.1, 23.0であり、外来患者は平均的であった。「偶然」は、順に16.6, 17.1, 15.9, 16.1, 15.2であり、外来患者は最も低かった。「家族」は、順に21.9, 22.8, 23.8, 24.2, 22.5であり、外来患者は平均的であった。「専門職」は、順に19.4, 19.6, 17.3, 17.7, 13.4であり、外来患者は最も高かった。このことから、対象患者集団は医療への不信任は少なく医師に対して「お任せ医療」の傾向にあり、自分の統制の及ばない「超自然」や「偶然」に帰属させる傾向を低くしているといえよう。

また、家族への依存傾向も強くなく、セルフケア意識を適度にもっていると考えられた。水口（1985）のレビューによると、特に慢性疾患患者において外的統制傾向が強いとされているが、今回、試みに内科患者と整形外科患者、通院期間が1年未満の患者と1年以上の患者を比較したところ、統計的に有意な差は認められなかった。

## 2. 対象患者の性別・年齢からみたJHLC

男女別にみたJHLCの得点を表1に示した。男性患者のJHLCの下位尺度の平均得点は、「超自然」が10.5、「自分自身」が23.5、「偶然」が14.5、「家族」が22.4、「専門職」が19.5であり、女性患者のJHLCの下位尺度の平均得点は、順に11.3、23.6、13.9、22.7、19.8であり、性差は認められなかった。性差については、女性におい

表1 性別、年齢、ストレッサー高・低、苛立ち事高・低におけるJHLCの差の検定結果

	男性 (n=103)	女性 (n=127)	t 値	低年齢群 (n=95)	高年齢群 (n=135)	t 値
超自然	10.47 SD=5.37	11.23 SD=5.40	-1.15	9.81 SD=5.19	11.70 SD=5.41	-2.67**
自分自身	23.51 SD=4.50	23.56 SD=4.00	-.08	22.80 SD=4.01	24.07 SD=4.30	-2.31**
偶然	14.50 SD=4.91	13.90 SD=5.44	-.85	14.55 SD=4.96	13.83 SD=5.37	1.04
家族	22.41 SD=4.29	22.68 SD=4.02	-.49	21.97 SD=4.46	22.97 SD=3.85	-1.77*
専門職	19.47 SD=3.98	19.80 SD=4.56	-.60	18.40 SD=4.43	20.53 SD=4.00	-3.75***
	ストレッサー高群 (n=131)	ストレッサー低群 (n=99)	t 値	苛立ち事高群 (n=140)	苛立ち事低群 (n=90)	t 値
超自然	10.79 SD=5.21	11.06 SD=5.67	-.37	10.85 SD=5.34	11.00 SD=5.53	-.20
自分自身	24.00 SD=3.90	23.02 SD=4.69	1.65	23.75 SD=4.55	23.28 SD=3.81	.85
偶然	13.70 SD=5.04	14.69 SD=5.39	-1.41	14.41 SD=5.07	13.69 SD=5.41	1.01
家族	22.40 SD=4.24	22.76 SD=3.99	-.65	22.48 SD=4.06	22.68 SD=4.26	-.35
専門職	19.87 SD=4.14	19.36 SD=4.51	.87	19.64 SD=4.18	19.68 SD=4.50	-.07

\*  $p < .10$  \*\*  $p < .05$  \*\*\*  $p < .001$



て「偶然」が高い傾向にあることを笹田他（1996）が報告している以外、HLCの性差に関しては未検討である。

年齢については、平均年齢が44.4歳であったので、45歳未満を「低年齢群（ $n = 95$ ）」、45歳以上を「高年齢群（ $n = 135$ ）」とした2群に分けてJHLCの下位尺度得点を比較した。結果は表1に示す通りで、「低年齢群」では、「超自然」が9.8、「自分自身」が22.8、「偶然」が14.6、「家族」が22.0、「専門職」が18.4であり、「高年齢群」では、順に11.7、24.1、13.8、23.0、20.5であった。差の検定を行った結果、「超自然」「自分自身」「家族」「専門職」の4尺度において、いずれも得点は、「高年齢群」は「低年齢群」に比べ、有意に高かった。LOCの発達の観点からの検討はあるが（鎌原，1987；Lachman，1986）、HLCに関する検討は見当たらない。神田・大木（1998）の指摘の通り、統制感は人の適応行動に影響を与える認知的変数の1つで、個人の過去の経験を基に形成される期待であることから、患者の場合は、既往歴・現病歴や病気・医療にまつわる経験が得点に反映されると考えられる。多様な経験を積んでいることが強く想像される「高年齢群」の患者は、医師の専門性、セルフケアの重要性、家族の支えの有難みを強く実感するようになるが、同時に、予後が必ずしも良好でない病気に罹患する分、神仏・報い思考が増大するように思われる。

### 3. JHLCとストレッサーとの関係

230名の患者のストレッサー評価点合計得点の平均値は9.1（ $SD = 7.4$ ）であった。上記のように2群に分けたところ（表1）、「ストレッサー高群」では、「超自然」が10.8、「自分自身」が24.0、「偶然」が13.7、「家族」が22.4、「専門職」が19.9であり、「ストレッサー低群」では、順に11.1、23.0、14.7、22.8、19.4であり、ストレッサー評価点の高低による差は認められなかった。患者の場合、イベント生起についてはほとんどの項目において受身であるので、イベント経験（刺激事態）の有無得点と嫌悪性の評価得点を乗じたストレッサー評価点との関係を検討すればよいことになる。本研究の結果は、HLCのような認知的変数がストレッサーに対して影響を及ぼさないことを示唆している。

### 4. 日常苛立ち事を考慮に入れた外来患者の心理的ストレス過程の分析

230名の患者の日常苛立ち事尺度得点の平均値は2.9（ $SD = 3.6$ ）であった。宗像による判定に基づき、上記のように2群に分けたところ（表1）、「苛立ち事高群」で

は、「超自然」が10.9, 「自分自身」が23.8, 「偶然」が14.4, 「家族」が22.5, 「専門職」が19.6であり, 「苛立ち事低群」では, 順に11.1, 23.0, 14.7, 22.8, 19.4であり, 日常苛立ち事尺度得点の高低による差は認められなかった。

230名の患者のPSRSの平均点は32.8 (SD=29.5) であり, 日常苛立ち事尺度得点とPSRS得点との間の相関係数は0.373 ( $p < .001$ ) であった。そこで, 「苛立ち事高群」と「苛立ち事低群」毎に, ストレッサーおよび患者の統制の位置と心理的ストレス反応との関係を検討する必要があると考えられた。そこで, PSRS合計得点を従属変数に, ストレッサーの5つのカテゴリ得点とJHLCの下位尺度得点を独立変数とした重回帰分析を行った。結果は表2に示すように, 「苛立ち事高群」においては, 「身体的苦痛」「説明の不足」「超自然」「自分自身」に規定されていたが, 「苛立ち事低群」においては, 「医療環境的負荷」にのみ規定されていた。外来患者は入院患者と違ってrelocationを伴わない生活者であるから, daily hasslesの測定も含めて心理的ストレス過程を論じていくほうが妥当であると考えられる。しかし, 外来患者のなかにはごく軽症の病気の者も多数含まれ, 病気自体がdaily hasslesにならない場合があることも認識しておかなければならないだろう。

表2 PSRSを従属変数, 各ストレッサーおよびJHLCを独立変数とした重回帰分析結果  
心理的ストレス反応 (PSRS)

	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	
	苛立ち事低群	苛立ち事高群
身体的苦痛	.17*	.33**
診断と治療	.15	-.07
医師との軋轢	-.01	.14
説明の不足	-.02	.29**
医療環境的負荷	.18**	.15
自分自身	-.08	.20**
家族	-.07	-.06
専門職	.00	.02
偶然	.01	.03
超自然	.16*	.34**
R (R <sup>2</sup> )	.35 (.12)***	.13 (.06)***

\*  $p < .10$  \*\*  $p < .05$  \*\*\*  $p < .001$

### 5. 「超自然」への帰属の有無からみた心理的ストレス反応

「苛立ち事高群」における重回帰分析の結果から、「超自然」という信念が患者の心理的ストレス反応の増大に寄与していることが示唆された。そこで、「超自然」への帰属の有無から、11の心理的ストレス反応を比較した結果、表3に示す通り、「6点未満群」では、「うつ」が5.0、「不安」が4.1、「怒り」が5.1、「自信喪失」が2.3、「無気力」が3.5、「絶望」が1.8、「思考力低下」が2.9、「侵入的思考」が2.5、「引きこもり」が2.1、「依存」が3.4、「対人不信」が2.0であり、「6点以上群」では、順に4.0、2.8、4.6、1.8、3.2、1.0、2.1、2.0、1.9、2.2、1.6であり、「不安」「絶望」「依存」において有意差が認められ、「超自然」への帰属意識が、11の心理的ストレス反応下位尺度のなかで、3つの項目の得点を増大させることが明らかとなった。「不安」と「依存」は、白血球バランスを乱し、がん抑制遺伝子の作用を弱めることがわかっており（宗像他，2004）、また、「不安」は病気による痛みの閾値を下げ、「依存」は患者を退行的にさせ、「絶望」は患者のノンコンプライアンスを促進させる（山崎，1998；山崎他，2000）。坂野他（1995）は、ストレスマネジメントのパッケージ構成として、刺激への介入、評価過程への介入、対処技法への介入、ストレス反応への介入の4つを指摘しているが、外来患者の場合は、信念体系、特に「超自然」への介入がストレス反応の低減に一定の効果をもつことが示唆された。

表3 「超自然」への帰属の有無における心理的ストレス反応の差の検定結果

	6点未満群 (n=171)	6点以上群 (n=59)	t 値		6点未満群 (n=171)	6点以上群 (n=59)	t 値
うつ	3.97 SD=4.67	4.96 SD=4.95	1.39	絶望	.98 SD=1.63	1.84 SD=2.88	2.81**
不安	2.76 SD=3.33	4.11 SD=4.47	2.44**	思考力低下	2.14 SD=3.13	2.94 SD=3.16	1.69
怒り	4.63 SD=5.01	5.09 SD=4.56	.62	侵入的思考	2.00 SD=2.99	2.51 SD=2.95	1.14
自信喪失	1.81 SD=2.84	2.26 SD=3.00	1.02	引きこもり	1.88 SD=2.69	2.09 SD=2.69	.51
無気力	3.17 SD=3.48	3.50 SD=3.55	.62	依存	2.19 SD=3.48	3.44 SD=3.61	2.37**
				対人不信	1.58 SD=2.82	1.97 SD=2.41	.96

\* p < .10 \*\* p < .05 \*\*\* p < .001

## 6. JHLCとコーピングとの関係

230名の患者の4種類のコーピング得点の平均値は、受容が4.2 (SD=3.5)、情報収集が0.7 (SD=1.3)、要請が1.1 (SD=1.7)、努力が0.9 (SD=1.4) であり、ストレスャーに対して受容するというコーピングを採用する患者が多いことが明らかとなった。

患者のJHLCとコーピングとの関係をみるために、JHLCの下位尺度得点を独立変数に、4種類のコーピングの得点を従属変数とした重回帰分析を行った(表4)。結果は、受容は「専門職」に、情報収集は「家族」に、努力は「専門職」に規定される傾向にあった。すなわち、「専門職」統制傾向があると現状は受け入れず、自分でできる努力もせず、「家族」統制傾向があると家族の意見・助言等を受け入れる傾向がみとれた。この結果は、病気や健康の原因を誰あるいは何に帰属させるかによって患者の採用するコーピングに差異が生まれる可能性を示唆するものであったが、説明率が低かった。

つぎに、5つのカテゴリーのストレスャー得点を従属変数、4種類のコーピング得点の高・低およびHLC得点の高・低を独立変数とした二要因の分散分析を行ったところ(表5)、「要請」を従属変数、「説明の不足」および「自分自身」を独立変数とした場合のみ、交互作用が有意であった ( $F_{(1,226)}=6.06, p<.05$ )。Bonferroniの多重比較を行った結果、「説明の不足」で主効果が有意であった ( $F_{(1,226)}=8.08, p<.05$ )。

表4 各コーピングを従属変数、JHLCを独立変数とした重回帰分析結果

	コーピング			
	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )			
	受容	情報収集	要請	努力
自分自身	-.02	-.09	-.02	.04
家族	.06	.12*	.05	-.01
専門職・医師	.13*	-.05	-.01	.07
偶然	.08	.10	-.05	.07
超自然	-.03	.03	.09	-.13*
R ( $R^2$ )	.15 (.02)	.19 (.04)	.12 (.01)	.14 (.02)

\*  $p < .10$  \*\*  $p < .05$  \*\*\*  $p < .001$

表5 「要請」を従属変数, 「説明の不足」高・低および「自分自身」高・低を独立変数とした2×2の2要因分散分析結果

	説明の不足				F値 (説明の不足)	F値 (自分自身)	F値 (交互作用)
	低群 (n=171)		高群 (n=59)				
	自分自身		自分自身				
	低群 (n=68)	高群 (n=103)	低群 (n=33)	高群 (n=26)			
要請	.59 SD=1.01	1.14 SD=1.62	1.91 SD=2.54	1.23 SD=1.53	8.08** 低群<高群	.07 n.s.	6.06**

\* $p < .10$  \*\* $p < .05$  \*\*\* $p < .001$

このことは、説明が不足であると感じている場合、患者は医師に対して説明を求める傾向を示しており、“患者は受身でしかない”という、患者の意識が積極的な方向に変化してきたことを物語っている。

さらに、「苛立ち事高群」における重回帰分析の結果を考慮のうえ、4種類のコーピング得点を従属変数に、「超自然」と「自分自身」の得点を平均値で高・低に分け独立変数に、「身体的苦痛」ストレスを「苦痛有群」と「苦痛無群」に分け独立変数とした二要因の分散分析を行った(表6-1)。その結果、「超自然」および「身体的苦痛」ストレスを独立変数とした場合、4種類のコーピングで「身体的苦痛」ストレスの主効果が有意であった( $F_{(1,226)}=22.20, p < .001$ ;  $F_{(1,226)}=3.31, p < .10$ ;  $F_{(1,226)}=4.03, p < .05$ ;  $F_{(1,226)}=11.20, p < .05$ )。また、「努力」を従属変数とした場合のみで、交互作用が有意であった( $F_{(1,226)}=4.43, p < .05$ )。Bonferroniの多重比較を行った結果、「身体的苦痛」ストレスで主効果が有意であった( $F_{(1,226)}=11.20, p < .05$ )。

一方、「自分自身」および「身体的苦痛」ストレスを独立変数とした場合(表6-2)、4種類のコーピングで「身体的苦痛」ストレスの主効果が有意であった( $F_{(1,226)}=24.81, p < .001$ ;  $F_{(1,226)}=3.29, p < .10$ ;  $F_{(1,226)}=3.46, p < .10$ ;  $F_{(1,226)}=6.96, p < .05$ )。

こうした結果は、「身体的苦痛」ストレスが存在すると、選択するコーピングの種類に関わらず「超自然」統制感および「自分自身」統制感が増大する傾向が出現することを示すものであろう。

表6-1 各コーピングを従属変数, 「超自然」高・低および  
 身体的苦痛ストレス有・無を独立変数とした2×2の2要因分散分析結果

	超自然・神仏				F値 (超自然・報い)	F値 (身体的苦痛ストレス)	F値 (交互作用)
	低群 (n=59)		高群 (n=171)				
	身体的苦痛ストレス		身体的苦痛ストレス				
	無群 (n=19)	有群 (n=40)	無群 (n=42)	有群 (n=129)			
受容	2.37 SD=1.98	5.15 SD=3.21	2.43 SD=2.03	4.81 SD=3.80	.06 n.s.	22.20*** 低群<高群	.13 n.s.
情報収集	.32 SD=.82	.82 SD=1.50	.55 SD=1.29	.81 SD=1.27	.27 n.s.	3.31* 低群<高群	.33 n.s.
要請	.47 SD=1.02	1.30 SD=1.59	.90 SD=1.39	1.19 SD=1.84	.33 n.s.	4.03** 低群<高群	.98 n.s.
努力	.26 SD=.56	1.53 SD=1.81	.64 SD=1.43	.93 SD=1.33	.22 n.s.	11.20** 低群<高群	4.43**

\* $p < .10$  \*\* $p < .05$  \*\*\* $p < .001$

表6-2 各コーピングを従属変数, 「自分自身」高・低および  
 身体的苦痛ストレス有・無を独立変数とした2×2の2要因分散分析結果

	自分自身				F値 (自分自身)	F値 (身体的苦痛ストレス)	F値 (交互作用)
	低群 (n=101)		高群 (n=129)				
	身体的苦痛ストレス		身体的苦痛ストレス				
	無群 (n=27)	有群 (n=74)	無群 (n=34)	有群 (n=95)			
受容	2.70 SD=2.11	5.15 SD=3.61	2.18 SD=1.90	4.69 SD=3.71	.97 n.s.	24.81*** 低群<高群	.01 n.s.
情報収集	.52 SD=1.19	.95 SD=1.35	.44 SD=1.16	.72 SD=1.30	.63 n.s.	3.29* 低群<高群	.16 n.s.
要請	.52 SD=1.01	1.20 SD=1.95	.97 SD=1.47	1.22 SD=1.65	.88 n.s.	3.46* 低群<高群	.75 n.s.
努力	.44 SD=.89	1.15 SD=1.59	.59 SD=1.46	1.01 SD=1.39	.00 n.s.	6.96** 低群<高群	.44 n.s.

\* $p < .10$  \*\* $p < .05$  \*\*\* $p < .001$

## IV. おわりに

本研究の主な目的は、外来通院患者を対象に、患者の病気や健康の統制の位置、すなわち、病気や健康の原因に関する信念がストレス反応とコーピングに及ぼす影響を検討することであった。外来患者の心理的ストレス過程の検討を行ううえでは、主観的健康統制感のような内的資源である個人差変数を測定することの一定の意味が確認された。さらに、患者の心理的ストレス反応を低減させる介入として、効果的なコーピングを採用させる介入のみならず、病気・健康に関する信念体系、特に「報い」への認知的介入もある程度必要であることが示唆された。また、外来患者の心理的ストレス過程において、HLCのような認知的変数は、ストレス者に影響を及ぼさないが、心理的ストレス反応やコーピングには影響を及ぼすことが示唆された。内的統制傾向者は外的資源であるソーシャル・サポートのストレス緩和効果を生起しやすいという研究 (Sandler & Lakey, 1982) も報告されているが、HLCの心理的ストレス過程への直接のおよび間接的効果は、本研究では明らかにされなかった。

Wallston, B. S. & Wallston, K. A. (1978) は、HLCが比較的容易に変容することを前提に教育的意義を論じているが、病気をもつ患者の場合に果たして、信念に近いHLCがどのような介入で変わっていくかについて技法上の難しさは避けられないであろう。禁煙や減量や運動など望ましい保健行動に対する動機づけ (Cox, 1982) を高めるために、基本的には「期待×価値」モデルであるBandura (1977) の提唱したセルフ・エフィカシーとHLCの概念を媒介変数としてストレス・モデルのなかで扱うのは有用であると思われるが、ダイナミックなプロセスとされる心理的ストレス過程には必ずしも馴染まないかもしれない。

### 付記

本研究は早稲田大学2003年度特定課題研究助成費 (課題番号2003A-919) の助成を受けて行われた。

### 文献

- 1) 長嶋一茂氏のコメント (記者会見より) (2004) : 朝日新聞 3月5日夕刊.
- 2) Antonovsky, A. (1974) : Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. In Dohrenwend, B. S.

- & Dohrenwend, B. P. (Eds.), *Stressful life events : The nature and effects*, New York : Wiley.
- 3) Antonovsky, A. (1979) : *Health, stress, and coping : New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco : Jossey-Bass.
  - 4) Bandura, A. (1977) : *Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84, 191-215.
  - 5) Cox, C. L. (1982) : *An interaction model of client health behavior : theoretical prescription for nursing*. *Advanced in Nursing Sciences*, 5 ( 1 ), 41-56.
  - 6) 久田 満, 岸 佳子, 田中宏二 (1995) : 周術期がん患者におけるソーシャル・サポートと心理的適応. 人間の健康防御機構に及ぼす対人援助機能に関する総合研究平成5, 6年度科学研究費報告書 (研究代表者 田中宏二), 41-50.
  - 7) 堀毛裕子 (1990) : *Health Locus of Control Scalesの検討 (III)*. 日本心理学会第54回大会発表論文集, 294.
  - 8) 堀毛裕子 (1991) : 日本版Health Locus of Control尺度の作成. *健康心理学研究*, 4 ( 1 ), 1-7.
  - 9) Johnson, J. H., & Sarason, I. G. (1978) : *Life stress, depression and anxiety : Internal-external control as a moderator variable*. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 205-208.
  - 10) 鎌原雅彦・樋口一辰 (1987) : *Locus of Controlの年齢的变化に関する研究*. *教育心理学研究*, 35, 117-183.
  - 11) 神田信彦・大木桃代 (1998) : 中学生のストレス対処—統制感と感情的反応の機能—. *健康心理学研究*, 11 ( 1 ), 39-47.
  - 12) Kasl, S. V. & Cooper, C. L. (1987) : *Stress and health : issues in research methodology*, New York : John Wiley & Sons.
  - 13) 金 外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二 (1998) : 慢性疾患患者におけるソーシャル・サポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果. *心身医学*, 38, 318-323.
  - 14) Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978) : *Culture, illness and care : Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research*. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
  - 15) Kobasa, S. C. (1979) : *Personality and resistance to illness*. American



Journal of Community Psychology, 7, 413-423.

- 16) 小林淳子, 堀毛裕子 (1998) : 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.
- 17) Lachman, M. E. (1986) : Locus of Control in Aging Research : A case for Multidimensional and Domain-Specific Assessment. Journal of Psychology and Aging, 1, 34-40.
- 18) Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) : Stress, appraisal, and coping. New York : Springer.
- 19) Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985) : Stress and adaptational outcomes : The problems of confounded measures. American Psychologist, 40, 770-779.
- 20) Marks, G., Richardson, L. J., Graham, W. J. & Levine, A. (1986) : Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 51 (2), 443-450.
- 21) 三谷恵一 (1992) : 医療における宗教心の問題. 三谷恵一・菅 俊夫編 医療と看護の心理学. ナカニシヤ出版.
- 22) 水口禮治 (1985) : 人格構造の認知心理学的研究—Locus of Control (統制の所在) に関する疎—密性仮説の提唱と検証. 風間書房.
- 23) 森 納 (1998) : 歯の民俗—民間信仰・俗信・くすり—. 総合印刷出版.
- 24) 宗像恒次・仲尾唯治・藤田和夫・諏訪茂樹 (1986) : 都市住民のストレスと精神健康. 精神衛生研究, 32, 47-65.
- 25) 宗像恒次・小林啓一郎・橋本佐由理・前田隆子・初矢和美・庄司進一・帯津良一・持田麻里・林 隆志・村上和雄 (2004) : がんのヘルスカウンセリング. 宗像恒次監修・ヘルスカウンセリング学会編 カウンセリング医療と健康, 金子書房.
- 26) 中川 薫 (2003) : 障害児の家族に関する研究の現状と課題—ストレス理論からみた文献的検討—. 日本保健医療行動科学会年報, 18, 156-172.
- 27) 新名理恵 (1994) : ストレス反応の測定—心理的検査. CLINICAL NEUROSCIENCE 別冊, 12, 54-57.
- 28) 新名理恵・坂田成輝・山崎久美子 (1995) : 外来患者の心理的ストレス・プロセス (1)—ストレッサーと心理的ストレス反応との関係. 日本保健医療行動科学会

年報, 10, 121-139.

- 29) Parks, K. R. (1984) : Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 655-668.
- 30) Rotter, J. B. (1966) : Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- 31) 坂野雄二・大島典子・富家直明・嶋田洋徳・秋山香澄・松本聡子 (1995) : 最近のストレスマネジメント研究の動向. *早稲田大学人間科学研究*, 8, 121-141.
- 32) 坂田成輝・新名理恵・山崎久美子 (1995) : 外来患者の心理的ストレス・プロセス (II)―ストレッサー, 心理的ストレス反応とコーピングとの関係. *日本保健医療行動科学会年報*, 10, 140-156.
- 33) Saltzer, E. B. (1978) : Locus of control and the intention to lose weight. *Health Education Monographs*, 6 (2), 118-128.
- 34) Sandler, I. N. & Lakey, B. (1982) : Locus of Control as a Stress Moderator : The Role of Control Perceptions and Social Support. *American Journal of Community Psychology*, 10 (1), 65-80.
- 35) 笹田 哲・長田久雄 (1996) : 脳血管障害者の主観的健康統制感に関する研究―多次元的健康統制尺度を用いて―. *健康心理学研究*, 9 (2), 1-10.
- 36) Strickland, B. R. (1978) : Internal-external expectancies and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 1192-1211.
- 37) 塚本尚子 (1999) : Health Locus of Controlと医学的要因が癌患者の心理的適応に及ぼす影響―その主効果と, ソーシャル・サポートとの交互作用効果の検討―. *健康心理学研究*, 12 (1), 28-36.
- 38) Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976) : Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- 39) Wallston, B. S. & Wallston, K. A. (1978) Locus of control and health : A review of the literature. *Health Education Monographs*, 6, 107-117.
- 40) Wallston, K. A., Wallston, B. S., & De Vellis, R. (1978) : Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- 41) Winefield, H. R. (1982) : Reliability and Validity of the Health Locus of

Control Scale. *Journal of Personality Assessment*, 46, 614-619.

- 42) 山崎久美子・新名理恵・坂田成輝・矢富直美 (1988) : ストレス研究における社会心理学的アプローチ (Ⅲ) —患者におけるストレスフル・イベントとコーピング, *ストレスと人間科学*, 3, 76-77.
- 43) 山崎久美子 (1991) : 病気と人間行動, 山崎久美子編 21世紀の医療への招待, 誠信書房.
- 44) 山崎久美子 (1998) : 外来通院をする患者の満足度について ; ストレス行動としての通院中断, *看護技術*, 44 (13), 14-19.
- 45) 山崎久美子・新名理恵・坂田成輝 (2000) : 患者のストレスとコーピング, *ストレス科学*, 15 (1), 49-56.
- 46) 山崎久美子 (2004) : 保健衛生学科学学生の主観的健康統制感 (未発表データ).
- 47) 吉田由美・高木廣文・稲葉 裕 (1995) : 健康情報の収集行動と Health Locus of Controlとの関連, *日本公衆衛生雑誌*, 42, 69-77.