

自発的健康管理と健康観および性格特性との関連性

村瀬 英子・斎藤 和志

Relationships of voluntary health care with the healthy belief and the personality traits.

Eiko Murase and Kazushi Saito

要旨

個人の健康についての信念体系に影響をおよぼしているのとして、過去の病院受診経験やセルフケア行動などが考えられる。本研究では、受療行動やセルフケア行動を自発的健康管理行動と定義し、健康や病気の信念体系を測定する日本版Health Locus of Controlおよび性格特性を測定するBig Five尺度短縮版などと自発的健康管理との関連性を検討した。自発的健康管理行動として考えられるかかりつけ医の有無、すぐ受診するか否か、入院歴の有無、市販薬購入の有無が健康観や性格特性の一部と関連性を示した。それら以外に関連性がみられなかった理由として、自発的健康管理行動であるかかりつけ医がいると回答したもののうち定期的に受診していると回答したものが少ないなど、行動に具体性が欠ける部分があったからだと考えられた。本研究の調査対象者は大学生であり、健康への意識が比較的低いことも考えられる。自発的健康管理行動の組み合わせが個人の健康観と関連していると示めされ、今後は幅広い年齢、健康レベルを対象とし、より詳細な自発的健康管理行動を検討する必要性が示唆された。

キー・ワード：自発的健康管理，Health Locus of Control，健康観，性格特性

問題と目的

生活習慣を改善することにより疾病を予防することができるということから、健康維持増進のためのセルフケア行動への関心が高まってきている。医療場面で医療スタッフが患者に同じ情報提供した場合でも、健康についての信念（以後、健康信念とする）により患者が選択する治療法が異なることがある。個人の健康信念体系と性格特性がセルフケア行動との関連性を把握することは、患者に対して適切なセルフケア行動の指導、説明を行うことを可能にするであろう。

宗像（1989）によると、セルフケアには様々な概念が含まれ、①自分の健康を増進し、疾患を予防し、病気を回避し、病気から回復しようとする個々人の自律的な活動であり、専門家や一般の人々

の経験から得られる知識や技術は活用するが、専門家の助けを全く借りない活動、②医療の専門家の勧めた指示に患者が応じ、それを順守しようとする態度、③専門家の助けを活用するが、病気予防にせよ病気からの回復にせよ、どのような行動をとる必要があり、実際にどうするかは人びとが判断し実行するという考え方、などがあるとしている。特定の疾患に対するセルフケア指導改善を検討する研究は行われているが、一般的な健康信念体系と関連するセルフケア行動を対象とした研究はみられていない。本研究では病気の予防から回復までを含めた一般的な健康信念体系の個人差を検討するため、専門家の助けを拒否・順守するだけではない③タイプのセルフケア行動を扱うこととする。

健康信念は、病院受診を必要としたとき、過去

にどのような病気になったか、入院経験はあるか、体調不良時に相談する人はいるかなどの要因に左右されることが考えられる。そこで本研究ではこれらの行動（かかりつけ医がいるか、入院歴があるか、すぐに病院受診をするか、市販薬を内服して様子を見るか、など）を自発的健康管理行動と定義し個人の健康観や性格特性の特徴との関連性を検討することとする。

健康や病気に関するどのような信念体系を持っているかを測定する尺度に、Wallston, Wallston, Devellis, (1978) のMultidimensional Locus of Control Scale (以下MHLCと略す)がある。この尺度では、健康一般に影響を及ぼす原因としてはPowerful others: 勢力のある他者, Internal: 自分自身, Chance: 偶然の3つに大別している。Wallston et al, (1978) を日本人向けに開発したものが堀毛 (1991) の日本版Health Locus of Control (以下HLCと略す) 尺度で、これは、MHLCの3因子を再構成し、Internal: 自分自身, Family: 家族, Professional: 専門職, Chance: 偶然, Supernatural: 超自然、の5因子からなる尺度である。他にも、渡辺 (1985) のInternal: 内的統制, External: 外的統制の2因子からなるHLC尺度などがあり、これらの尺度を用いた研究が多数行われている。鶴田・野尻・宮崎・中野 (2000) は、渡辺 (1985) のHLC尺度を用いて、健康診断受診者のタイプに適した方法で適正な保健行動に導くための検討を行った。内的統制傾向の者は、健康に対して積極的・肯定的態度を示すとともに、毎年検診を受けたり定期的に運動することや食事に気をつけることの有効性を認識する傾向がみられ、外的統制傾向の者は、たとえ健康のためであっても食生活を変えたり定期的に運動をすることや休養を取るとは困難であると認識する傾向がみられた。しかし、健診結果をみて自分に必要と思われる行動をとるか否かについては、HLCとの間に有意な関連が認められなかったとしている。

三林 (2000) は、渡辺 (1985) のHLC尺度を用いて、ストレスからその人を守り健康を維持するための「自己」と「他者」の力について検討し、内的統制者の方が外的統制者よりも心身の健康度

が高いことを示している。これらの結果から内的統制傾向の人は自分自身の力で健康を維持できると考えていることがうかがえる。しかしながら、幅広くセルフケア行動に与える影響を考えた場合に、内的・外的統制の分類のみでなく詳細な要因を考慮する必要があると考えられる。本研究では堀毛のHLCを用いて5因子の側面と自発的健康管理行動の関連性を検討することとする。

さらに、セルフケア行動の積極性や消極性は健康観のみではなく、個人の性格特性とも関連を示すと考えられる。患者が医療従事者に自覚症状を説明する場合、性格特性によって発話量が異なる。医療従事者は患者が自発的に情報提供できるように会話を促す必要があり、患者の性格特性に応じた説明を行うために性格特性とセルフケア行動の関連性を把握する必要がある。限られた時間の中で初対面の人の性格特性を把握することは困難であるが、性格特性が及ぼす自発的健康管理行動を見出すことで、患者の性格特性を捉える要因になると考える。一般的な性格特性尺度の1つに並川・谷・脇田・熊谷・中根・野口 (2012) のBig Five尺度短縮版の29項目がある。そこで本研究では、この尺度を用いて自発的健康管理行動との関連性を検討することとする。

また、医療従事者が患者に行う説明には専門用語が多く理解しにくい内容が多い。その説明内容が分からない曖昧な状況でも、曖昧なまま耐えられる人と耐えられない人がいる。耐えられない人はその場で質問することができるため理解を深め、自己知識と与えられた情報を考慮し医療従事者が説明する内容を熟考してから態度変化することとなる。しかし、曖昧なままでもいい傾向のある人は理解をせずに言われることをそのまま判断し、短絡的に態度変化をすることとなる。このように曖昧な状況に耐えられる人の自発的健康管理行動との関連性を検討するために増田 (1998) による心理的健康と関連する曖昧さ耐性尺度を用いて検討を行う。また、患者の意思決定行動を把握するためには、説明内容の理解を深める人とそうでない人の認知的判断傾向を捉えることの必要性があるため、楽しんだりする動機づけである神山・藤原 (1991) の認知欲求尺度を用いて検討すること

とする。本研究ではセルフケア行動を決定するのは個人の健康観や性格特性であると考えられるため、健康観を測定するHLC尺度と、性格特性を測定するBig five短縮版尺度、曖昧さ耐性尺度、認知欲求尺度を用いて自発的健康管理行動との関連性を検討することとする。

方 法

調査協力者

看護専門学校生40名、愛知県内の私立大学生192名を対象に「健康意識調査」という名目で講義時間内に集団で実施した。回答に不備のあった3名を除き、男性43名、女性184名を分析対象とした。年齢は、18歳から48歳 ($M=18.74$, $SD=2.72$)。所要時間は20-30分程度であった。

質問紙の構成

日本版HLC (主観的健康統制感) 尺度：堀毛 (1991) により病気や健康の原因に関する信念を測定する尺度を使用した。20項目からなる尺度で、

「Internal」「Family」「Professional」「Chance」「Supernatural」の5因子で構成されている。回答は、“まったくそう思わない(1)～非常に思うの(6)”の6件法とした。

心理的健康と関連する曖昧さ耐性尺度：増田 (1998) により曖昧さへの耐性を測定する目的で構成されたものを使用した。増田は、“そうだ(1)～ちがう(5)”の5段階で得点が高いほど曖昧な状況に耐えられることとしたが、他の質問内容を考慮し回答のしやすさから回答は、“あてはまらない(1)～あてはまる(5)”の5件法とした。

認知欲求尺度：神山・藤原 (1991) による、動機づけの個人差を測定する目的で構成された日本語版認知欲求尺度を用いた。神山らは、“全くそうでない(1)～非常にそうである(7)”の7件法としたが、回答のしやすさを考慮して“まったくあてはまらない(1)～非常にあてはまる(7)”とした。

Big Five尺度短縮版：並川他 (2012) によって作成された、和田 (1996) のBig Five尺度60項目を29項目に短縮したものを使用した。並川他

表1 HLCの因子分析結果

質 問 項 目	因 子				
	I	II	III	IV	V
健康であるためには、よく拝んで先祖様を大切にすることが良い	.85	.09	.00	.01	-.12
神仏に供養をして身の安全を頼むと、病気から守ってくれる	.77	.07	.05	.02	.03
病気になったのは、うかばれない霊が頼っているからである	.73	-.08	-.15	-.12	.01
先祖の因縁などによって病気になる	.59	-.10	.03	-.01	.11
健康でいられるのは、神様のおかげである	.54	.07	-.03	.21	.03
病気がよくなるかどうかは、元気づけてくれる人がいるかどうかにかかっている	-.02	.86	-.17	-.04	-.01
病気がよくなるかどうかは、周囲の温かい援助による	-.16	.72	.01	.06	.03
病気がよくなるかどうかは、家族の協力による	.01	.64	.01	-.01	.23
病気になったときは、家族などの思いやりが回復につながる	.11	.62	.23	-.05	-.03
健康でいられるのは、家族の思いやりのおかげである	.20	.56	.10	.03	-.06
私の健康は、私自身で気をつける	-.04	-.12	.70	.05	.02
健康であるためには、自分で自分に気配りすることだ	-.06	.10	.68	-.12	-.01
健康でいられるのは、自分しだいである	.02	-.09	.67	-.03	.06
病気が良くなるかどうかは、自分の心がけしだいである	-.07	.17	.66	.03	-.06
病気がよくなるかどうかは、自分の努力しだいである	.01	.00	.62	.04	.00
病気がどのくらいでよくなるかは、時の運だ	-.13	.16	-.07	.77	-.04
健康を左右するようなものごとは、たいてい偶然に起こる	.07	-.14	.09	.71	-.01
健康でいられるのは、運がよいからだ	.07	-.03	.06	.65	-.08
病気が良くなるかどうかは、運命にかかっている	.02	.12	-.07	.58	.01
病気になるのは、偶然のことである	-.02	-.12	-.01	.50	.12
病気がどのくらいでよくなるかは、医者の腕しだいである	-.02	-.06	.15	.05	.72
病気がどのくらいでよくなるかは、医師のちからによる	-.10	.14	-.11	.02	.69
病気がどのくらいでよくなるかは、医師の判断による	.04	.04	-.05	-.05	.60
具合が悪くなくても、医者さえいれば大丈夫だ	.23	-.12	.04	.05	.55
健康でいられるのは、医学の進歩のおかげである	-.02	.12	.01	-.05	.42
因子間相関 (α 係数)	I (.83)	.13 (.83)	.03 (.80)	.50 (.76)	.12 (.73)
	II	.49	.21	.15	.22
	III		.01	.09	.15
	IV			.09	.09
	V				.09

は29項目に対し因子分析を行い、「誠実性」「外向性」「調和性」「情緒不安定性」「開放性」の5因子を抽出した。性格特性を尋ねる形容詞対を配置し7段階（1～7点）で評定を求めた。

自発的健康管理行動：“かかりつけの病院はありますか”“定期的に病院で受診していますか”“過去に入院したことがありますか”など病院受診行動について11項目に「はい」「いいえ」で回答を求めた。以上に加えて、フェイスシート項目として、性別、年齢を尋ねた。

尺度項目の分析

日本版HLC（主観的健康統制感）尺度 全20項目について主因子法により因子分析し、その結果をプロマックス回転した。固有値の減衰状況（4.97, 3.88, 2.28, 1.79, 1.54, 1.13, 0.95…）と因子の解釈可能性から5因子を抽出した。第1因子には“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”などの項目が高い負荷を有し“御仏との関わり”（先行研究の対応から以下Supernaturalとした）に関する因子。第2因子には“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”などの項目が高い負荷を有し“周囲の援助”（以下Familyとした）に関する因子。第3因子には“私の健康は、私自身で気をつける”などの項目が高い負荷を有し“自分自身の力”（以下Internalとした）に関する因子。第4因子には“病気がどのくらいで良くなるかは、時の運だ”などの項目が高い負荷を有し“健康を左右するのは運”（以下Chanceとした）に関する因子。第5因子には“病気がどのくらいで良くなるかは、医者の腕しだいである”などの項目が高い負荷を有し“病気を左右するのは専門家による”（以下Professionalとした）に関する因子となった。当該因子のみに絶対値が.45以上の因子負荷を有する項目を当該因子の代表項目として採用し各下位尺度を構成した。なお各下位尺度の α 係数はSupernaturalで $\alpha = .83$, Familyで $\alpha = .83$, Internalで $\alpha = .80$, Chanceで $\alpha = .76$, Professionalで $\alpha = .73$ でいずれも高い信頼性が確認された（表1）。

Big Five尺度短縮版 全29項目について主因子

表2 BigFive短縮版の因子分析結果

質問項目	因子				
	I	II	III	IV	V
いい加減な	.83	.03	-.08	.01	-.07
怠惰な	.79	-.11	.05	.02	.06
計画的な	-.70	.12	.03	.17	.08
成り行き任せ	.67	.06	.11	-.07	-.06
几帳面な	-.63	-.11	.01	.29	.17
ルーズな	.62	-.03	-.05	.00	.08
軽率な	.60	.25	-.07	.04	.06
無口な	.07	-.89	.12	.03	.21
話好き	-.05	.81	.01	.19	-.18
外交的	.06	.78	.02	-.14	.07
社会的	-.03	.76	.08	-.05	.12
陽気な	.27	.61	.01	.06	.12
怒りっぽい	-.01	.12	-.82	.15	.17
短気	.13	.07	-.81	.19	.23
温和な	.12	.06	.76	.21	.03
寛大な	-.04	.03	.62	.07	.35
親切な	-.05	.18	.52	.14	.23
自己中心的	.41	-.01	-.44	.10	.05
弱気になる	.06	.10	.04	.81	-.11
不安になりやすい	-.15	.16	.03	.81	-.13
心配性	-.24	.04	-.05	.75	.07
緊張しやすい	-.08	-.22	-.03	.68	-.08
憂鬱な	.34	-.32	-.05	.47	.02
独創的な	.16	-.15	-.04	-.01	.72
多才の	-.21	-.05	.01	-.14	.66
好奇心が強い	.31	.13	.06	-.02	.65
頭の回転の速い	-.26	-.05	-.11	-.11	.64
進歩的	-.31	.06	-.21	-.11	.59
興味の広い	.16	-.10	.30	.07	.54
因子間相関	I	(.83)	.09	-.13	.03
(α 係数)	II		(.84)	.22	-.02
	III			(.78)	-.13
	IV				(.78)
	V				(.71)

法による因子分析し、その結果をプロマックス回転した。固有値の減衰状況（4.82, 4.50, 3.11, 2.34, 1.80, 1.25, 0.98…）と因子の解釈可能性から5因子を抽出した。第1因子には、“いい加減な”“怠惰な”などの項目が高い負荷を有し誠実性に関する因子。第2因子には“無口な”“話好き”などの項目が高い負荷を有し外向性に関する因子。第3因子には“怒りっぽい”“短気”などの項目が高い負荷を有し調和性に関する因子。第4因子には“弱気になる”“不安になりやすい”などの項目が高い負荷を有し情緒不安定性に関する因子。第5因子には“独創的な”“多才の”などの項目が高い負荷を有し開放性に関する因子となった。当該因子のみに絶対値が.45以上の因子負荷を有する項目を当該因子の代表項目として採用し基準に満たなかった1項目を削除し（表2）各下位尺度を構成した。なお各下位尺度の α 係数は誠実性で $\alpha = .83$, 外向性で $\alpha = .84$, 調和

表3 かかりつけ医 (有・無) × すぐ受診 (有・無) の組み合わせによるHLC, Bigfive, 曖昧耐性, 認知欲求得点の平均値と標準偏差

行 動	人数	Supernatural	人数	Internal	人数	Chance	人数	誠実性	人数	曖昧耐性尺度	人数	認知欲求尺度
かかりつけ医いない・すぐ受診する	22	12.00 (4.44)	22	22.23 (3.66)	22	13.18 (4.07)	22	3.77 (1.10)	22	74.64 (8.40)	22	62.27 (12.20)
かかりつけ医いない・すぐ受診しない	70	12.71 (4.45)	70	23.24 (3.22)	70	16.59 (3.72)	70	3.23 (1.06)	70	80.43 (11.35)	70	57.41 (12.35)
かかりつけ医いる・すぐ受診する	44	14.25 (4.55)	46	24.33 (3.36)	46	16.46 (3.98)	45	3.61 (0.94)	46	80.87 (12.17)	45	57.73 (12.84)
かかりつけ医いる・すぐ受診しない	86	13.09 (4.77)	86	23.16 (3.21)	86	16.14 (4.28)	85	3.66 (1.03)	84	78.63 (11.04)	85	63.78 (11.78)
主効果 (F 値)		3.48 †		4.04 *		5.29 *		0.78		1.69		0.24
		0.10		0.02		6.30 *		2.39		1.09		0.10
交互作用 (F 値)		1.76		4.71 *		9.15 *		3.46 †		5.54 *		8.49 *

† $p < .10$ * $p < .05$ ()内は SD

表4 かかりつけ医 (有・無) × 入院歴 (有・無) の組み合わせによるHLC, Bigfive, 曖昧耐性, 認知欲求得点の平均値と標準偏差

行 動	人数	Supernatural	人数	Chance	人数	誠実性	人数	曖昧耐性尺度	人数	認知欲求尺度
かかりつけ医いない・入院歴有	26	12.92 (4.66)	26	17.00 (4.64)	26	3.21 (0.96)	26	82.23 (9.51)	26	54.46 (10.96)
かかりつけ医いない・入院歴無	67	12.27 (4.27)	67	15.21 (3.65)	67	3.39 (1.14)	67	77.76 (11.41)	67	59.96 (12.68)
かかりつけ医いる・入院歴有	43	12.14 (4.74)	44	15.57 (4.50)	42	3.64 (1.11)	43	80.21 (12.28)	44	60.64 (13.80)
かかりつけ医いる・入院歴無	89	14.13 (4.56)	90	16.67 (3.96)	90	3.66 (0.94)	89	78.91 (11.23)	88	62.19 (11.64)
主効果 (F 値)		0.65		0.00		5.13 *		0.07		5.32 *
		1.00		0.33		0.38		2.96 †		3.74 *
交互作用 (F 値)		3.91 *		5.79 *		0.26		0.89		1.17

† $p < .10$ * $p < .05$ ()内は SD

表5 かかりつけ医 (有・無) × 病気検索 (有・無) の組み合わせによるHLC, Bigfive, 曖昧耐性得点の平均値と標準偏差

行 動	人数	Internal	人数	誠実性	人数	開放性	人数	曖昧耐性尺度
かかりつけ医いない・病気検索する	25	23.92 (3.62)	25	3.58 (1.28)	24	3.92 (0.82)	25	81.28 (12.42)
かかりつけ医いない・病気検索しない	68	22.74 (3.23)	68	3.27 (1.00)	68	3.81 (0.81)	68	77.99 (10.43)
かかりつけ医いる・病気検索する	26	22.62 (3.69)	26	3.33 (1.05)	25	4.05 (0.85)	25	76.92 (13.35)
かかりつけ医いる・病気検索しない	108	23.81 (3.17)	106	3.73 (0.97)	108	3.96 (0.82)	107	79.9 (11.09)
主効果 (F 値)		0.05		0.43		0.03		0.45
		0.00		0.09		3.73 †		0.01
交互作用 (F 値)		5.06 *		4.65 *		1.61		2.95 †

† $p < .10$ * $p < .05$ ()内は SD

表6 かかりつけ医 (有・無) × 相談者 (有・無) の組み合わせによるHLC, Bigfive, 認知欲求得点の平均値と標準偏差

行 動	人数	Professional	人数	誠実性	人数	外向性	人数	認知欲求尺度
かかりつけ医いない・相談者いる	70	20.31 (3.68)	70	3.50 (1.04)	69	4.39 (0.99)	70	57.09 (10.92)
かかりつけ医いない・相談者いない	23	18.74 (2.90)	23	2.84 (1.11)	23	4.48 (1.14)	23	62.48 (15.74)
かかりつけ医いる・相談者いる	111	19.87 (3.30)	111	3.68 (0.99)	112	4.33 (1.21)	112	61.17 (12.02)
かかりつけ医いる・相談者いない	21	17.76 (4.89)	21	3.5 (1.04)	21	3.71 (1.33)	20	64.5 (14.19)
主効果 (F 値)		1.39		5.80 *		4.47 *		2.11
		9.40 *		5.96 *		1.81		4.30 *
交互作用 (F 値)		0.20		1.85		3.26 †		0.24

† $p < .10$ * $p < .05$ ()内は SD

性で $\alpha = .78$, 情緒不安定性で $\alpha = .78$, 開放性で $\alpha = .71$ でいずれも高い信頼性が確認された。

自発的健康管理行動の個人差

HLC, Big Five の下位尺度, 曖昧耐性尺度, 認知欲求尺度について自発的健康管理行動の 2 側面の組み合わせ, 2×2 の分散分析を行った。

かかりつけ医 (有・無) × すぐ受診 (有・無): Internal ($F(1.220) = 4.71, p < .05$), Chance ($F(1.220) = 9.15, p < .05$), 誠実性 ($F(1.218)$

$= 3.46, p < .10$), 曖昧耐性 ($F(1.218) = 5.54, p < .05$), 認知欲求 ($F(1.218) = 8.49, p < .05$) に交互作用が認められた (表 3)。

かかりつけ医 (有・無) × 入院歴 (有・無): Supernatural ($F(1.221) = 3.91, p < .05$), Chance ($F(1.223) = 5.79, p < .05$) に交互作用が認められた (表 4)。

かかりつけ医 (有・無) × 病気検索 (有・無): Internal ($F(1.223) = 5.06, p < .05$), 誠実性 ($F(1.221) = 4.65, p < .05$), 曖昧耐性 (F

表7 市販薬購入(有・無)×相談者(有・無)の組み合わせによるHLC, Bigfive, 認知欲求得点の平均値と標準偏差

行 動	人数	Supernatural	人数	Family	人数	Professional	人数	誠実性	人数	認知欲求尺度
市販薬購入しない・相談者いる	75	13.44 (4.91)	75	22.96 (3.31)	75	19.77 (3.46)	75	3.51 (0.91)	76	57.53 (11.60)
市販薬購入しない・相談者いない	22	11.82 (4.67)	21	21.14 (3.53)	22	18.23 (3.61)	22	3.19 (1.21)	22	62.50 (14.33)
市販薬購入する・相談者いる	107	13.20 (4.49)	108	22.57 (3.03)	107	20.22 (3.43)	107	3.67 (1.08)	107	60.97 (11.69)
市販薬購入する・相談者いない	22	12.18 (3.55)	22	22.77 (3.24)	22	18.32 (4.36)	22	3.12 (1.04)	21	64.38 (15.77)
主効果 (F値) 市販薬購入有無		0.01		1.31		0.21		0.05		1.61
相談者有無		2.93 †		2.22		8.31 *		6.23 *		3.99 *
交互作用 (F値)		0.16		3.45 †		0.09		0.46		0.14

† $p < .10$ * $p < .05$ ()内は SD

表8 市販薬購入(有・無)×すぐ受診(有・無)の組み合わせによるHLC, Bigfive, 認知欲求得点の平均値と標準偏差

行 動	人数	Supernatural	人数	Family	人数	認知欲求尺度
市販薬購入しない・すぐ受診する	37	12.65 (4.53)	38	23.16 (2.96)	38	56.79 (12.63)
市販薬購入しない・すぐ受診しない	60	13.45 (5.15)	58	22.05 (3.59)	60	59.88 (12.12)
市販薬購入する・すぐ受診する	29	14.59 (4.54)	30	23.10 (3.54)	29	62.41 (12.34)
市販薬購入する・すぐ受診しない	97	12.57 (4.24)	97	22.44 (2.91)	96	61.42 (12.62)
主効果 (F値) 市販薬購入有無		0.60		0.13		3.76 †
すぐ受診有無		0.80		3.50 †		0.32
交互作用 (F値)		4.28 *		0.23		1.23

† $p < .10$ * $p < .05$ ()内は SD

表9 市販薬購入(有・無)×入院歴(有・無)の組み合わせによるHLC, Bigfive, 認知欲求得点の平均値と標準偏差

行 動	人数	Internal	人数	認知欲求尺度
市販薬購入しない・入院歴有	38	24.08 (3.90)	38	54.24 (11.36)
市販薬購入しない・入院歴無	60	22.95 (3.14)	60	61.43 (12.24)
市販薬購入する・入院歴有	32	22.72 (2.74)	32	63.22 (13.48)
市販薬購入する・入院歴無	98	23.52 (3.34)	96	60.97 (12.09)
主効果 (F値) 市販薬購入有無		0.67		5.74 *
入院歴有無		0.12		1.94
交互作用 (F値)		4.02 *		7.06

† $p < .10$ * $p < .05$ ()内は SD

(1.221) = 2.95, $p < .10$) に交互作用が認められた(表5)。

かかりつけ医(有・無)×相談者(有・無): 外向性 ($F(1.221) = 3.26, p < .10$) に交互作用が認められた(表6)。

市販薬購入(有・無)×相談者(有・無): Family ($F(1.222) = 3.45, p < .10$) に交互作用が認められた(表7)。

市販薬購入(有・無)×すぐ受診(有・無): Supernatural ($F(1.219) = 4.28, p < .05$) に交互作用が認められた(表8)。

市販薬購入(有・無)×入院歴(有・無): Internal ($F(1.224) = 4.02, p < .05$), 認知欲求 ($F(1.222) = 7.06, p < .05$) に交互作用が認められた(表9)。

これらの結果から, HLC下位尺度のProfessionalとBig five下位尺度の調和性・情緒不安定性・開放性は自発的健康管理行動と交互作用はみられな

かった。交互作用がみられた健康観と特性との関連性を詳細に検討するために, 各特性について高群と低群に分け, 自発的健康管理行動の2側面を組み合わせた4群を構成し, その出現頻度を比較した。

かかりつけ医の有・無とすぐ受診の有・無の4群の間とChance得点高低2群に関連がみられた($\chi^2(3) = 12.65, p < .05$)。引き続き残差分析を行った結果, Chance得点低群にかかりつけ医無・すぐ受診する人の比率が多いことがわかった。Chance得点高群にかかりつけ医有・すぐ受診する人の比率が多いことがわかった。また, 曖昧耐性得点高低2群にも関連がみられた($\chi^2(3) = 8.16, p < .05$)。引き続き残差分析を行った結果, 曖昧耐性得点低群にかかりつけ医無・すぐ受診する人の比率が多いことがわかった。曖昧耐性得点高群にかかりつけ医有・すぐ受診する人の比率が多いことがわかった。そして, 認知欲求得点高低

2群にも関連がみられた。 $(\chi^2(3) = 10.32, p < .05)$ 。引き続き残差分析を行った結果、認知欲求得点低群にかかりつけ医無・すぐ受診しない人の比率が多いことがわかった。認知欲求得点高群にかかりつけ医有・すぐ受診しない人の比率が多いことがわかった。

かかりつけ医の有・無×入院歴の有・無の4群の間とChance得点高低2群に関連がみられた $(\chi^2(3) = 9.85, p < .05)$ 。引き続き残差分析を行った結果、Chance得点低群にかかりつけ医無・入院歴無の人に比率が多いことがわかった。Chance得点高群にかかりつけ医有・入院歴無の人に比率が多いことがわかった。

かかりつけ医有・無×病気検索有・無の4群の間とInternal得点高低2群に関連がみられた $(\chi^2(3) = 7.25, p < .10)$ 。引き続き残差分析を行った結果、Internal得点低群にかかりつけ医無・病気検索しない人の比率が多いことがわかった。Internal得点高群にかかりつけ医有・病気検索しない人の比率が多いことがわかった。また、誠実性得点高低2群に関連がみられた $(\chi^2(3) = 7.02, p < .10)$ 。引き続き残差分析を行った結果、誠実性得点低群にかかりつけ医有・病気検索しない人の比率が多いことがわかった。誠実性得点高群にかかりつけ医有・病気検索する人の比率が多いことがわかった。

市販薬購入の有・無×すぐ受診の有・無の4群の間とSupernatural得点高低2群に関連がみられた $(\chi^2(3) = 6.45, p < .10)$ 。引き続き残差分析を行った結果、Supernatural得点低群に市販薬購入する・すぐ受診しない人の比率が多いことがわかった。Supernatural得点高群に市販薬購入する・すぐ受診する人の比率が多いことがわかった。

市販薬購入有・無×入院歴有・無の4群の間とInternal得点高低2群に関連がみられた $(\chi^2(3) = 6.44, p < .10)$ 。引き続き残差分析を行った結果、Internal得点高群に市販薬購入しない・入院歴有の人に比率が多いことがわかった。また、認知欲求得点高低2群にも差がみられた $(\chi^2(3) = 11.62, p < .05)$ 。引き続き残差分析を行った結果、認知欲求得点低群に市販薬購入しない・入院

歴有の人に比率が多いことがわかった。

考 察

自発的健康管理行動を組み合わせたものと健康観や性格特性との関連性を検討した結果、かかりつけ医がいる・すぐ受診する人の中で比率が多いのは、Chance得点高群と曖昧耐性得点高群である。これは、健康を左右するのは運と考えやすい人や、曖昧なことに耐えられない人は自分自身で対処できない病気に対して迅速に医療行動を起こす傾向があると考えられる。逆にかかりつけ医がない・すぐ受診しない行動の人の中で多くの人が占めたのは認知欲求低群であり、自分で情報を処理することを好まないため病気に対して様子をみてしまう傾向があると考えられる。他にも、かかりつけ医がいる・病気検索しない行動の人の中で比率が多いのは、Internal得点高群と誠実性高群である。これは、自分自身の力で健康に気をつける人や、誠実性のある人はかかりつけ医がいるため病気について検索する必要がないと考えている傾向があると考えられる。

健康観や性格特性の下位尺度得点は自発的健康管理行動であるかかりつけ医の有無が影響を及ぼしていると考えられるが、かかりつけ医がいると回答したものは134名、定期的を受診していると回答したものは26名と人数が少なく、「かかりつけ医はいますか」という質問は、定期的を受診している医師も体調不良を感じたらまず受診する病院もかかりつけ医と判断できるため、行動に具体性が欠ける部分があったと考えられる。

入院歴有・市販薬を購入しない人の中で比率が多いのは、Internal得点高群と認知欲求低群である。健康は自分自身の力で気をつける人や、情報処理欲求が低い人で、健康に対する意識はあるが市販薬に頼らず自分自身で何とかする、または市販薬を選択するのを躊躇う傾向があると考えられる。「市販薬を購入しますか」という質問は、市販薬には内服薬と外用薬があり市販薬で対処する時とそうで無い時があると考えられる。「過去に入院したことはありますか」という質問では調査対象者が大学生であり入院時期が幼少期であった

可能性が高く、入院時の疾患や期間を聞いていないため、入院経験が及ぼす影響は少なかったと考えられる。

HLCの下位尺度であるFamily, Professionalに関してはどの自発的健康管理行動とも関連は認められなかった。磯谷・工藤・山辺・斉藤・鳴海(2000)の糖尿病性腎症患者を対象にMHLCを用いた健康観を調査した結果では、65歳以上にPHLC(重要な他者のコントロール下にあると考えられる)得点が有意に高かったことは、高齢になるほど自分の体力・気力に老化を自覚するため、家族、医師、看護婦など他者の支持を必要としている、または他者に依存せざるを得ない状況であることを示している。本研究は健康な大学生を調査対象者としたため平均年齢18.74歳と若く、健康への意識が比較的低いことも周囲や他者の援助を必要とするFamilyに関連が認められなかったと考える。また大木・福原(1997)は病気に対し、治療によって生命を長らえることができる時には積極的に情報を求めるが、治療による効果が期待できず死を迎える状態の時にはあまり知りたくなくなる傾向を示している。専門家に情報を求める傾向は疾患の程度によって異なることから、質問紙では体調不良時とのみ提示したため調査対象者が抱く疾患の重症度は異なり、Professionalに関連が認められなかったと考えられる。軽症から重症まで様々な疾患を定義することが必要であった。

自発的健康管理行動と健康観や性格特性について2要因分散分析の結果からは一貫した結果はでなかったが、 χ^2 検定から自発的健康管理行動の組み合わせが個人の健康観や性格特性と関連していることが示めされたため、以下のような改善が必要である。

自発的健康管理行動の項目に具体性が欠ける部分があったと考えられるため、行動について詳細な定義づけを行うことと、軽症から重症まで様々な疾患を定義する必要がある。また、大学生のみでは健康への意識が比較的低いことが考えられるため、幅広い年齢を対象としたより詳細な自発的健康管理行動を検討する必要性が示唆された。さらに、近年の医療の進歩により患者は様々な治療法が選択可能となり、インフォームド・コンセ

ントの充実から患者が治療法を自己決定することが求められることとなった。患者は自分の疾患についての情報入手を積極的に行うこととなり、これまでのHLCの下位尺度であるProfessional因子である専門家がなんとかしてくれるという考えではなく患者が専門家を選択している内容を含めた尺度構成を検討する必要性が考えられる。

引用文献

- 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, 1-7.
- 磯谷文衣・工藤せい子・山辺英彰・斉藤洋子・鳴海肇子(2000). 糖尿病性腎症患者の受診態度と性格特性の関係について 日本看護研究学雑誌, 23(1), 73-82.
- 神山貴弥・藤原武弘(1991). 認知欲求尺度に関する基礎的研究 社会心理学研究, 6(3), 184-192.
- 増田真也(1998). 曖昧さに対する耐性が心理的ストレスの評価過程に及ぼす影響 茨城大学教育学部紀要(人文・社会科学・芸術), 47, 151-163.
- 三林真弓(2000). 心身の健康に及ぼすHealth Locus of Controlとソーシャルサポートの効果 性格心理学研究, 9(1), 11-21.
- 宗像恒次(1989). 応用心理学講座13医療・健康心理学 中川米造・宗像恒次(編)保健行動学からみたセルフケア 福村出版株式会社, pp.117-136.
- 並川努・谷伊織・脇田貴文・熊谷龍一・中根愛・野口裕之(2012). Big Five尺度短縮版の開発と信頼性と妥当性の検討 心理学研究, 83(2), 91-99.
- 大木桃代・福原俊一(1997). 日本人の医療行為に関する情報希求度の測定 健康心理学研究, 10(2), 1-10.
- 鶴田来美・野尻雅美・宮崎有紀子・中野正孝(2000). 地域住民の保健行動と行動特性に関する研究日健医誌, 9(1), 38-44.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & Devellis, R. (1978). Development of the

Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, **6**, 160-170. 渡辺正樹 (1985). 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.