

原 著

物語世界からみた脳卒中者の健康行動
—帰属理論から読み解く行動実践プロセス—

Stroke survivors' health behavior viewed from the narrative world:
An attribution theory analysis

結城俊也¹⁾、木村哲彦²⁾

Toshiya YUKI¹⁾、Tetsuhiko KIMURA²⁾

1) 千葉中央メディカルセンター

2) 元日本医科大学

1) Chiba Central Medical Center

2) Nippon Medical School

抄 録

本研究の目的は、脳卒中者における健康行動が、行動結果についての評価や脳卒中罹患の原因帰属によって、どのように影響されるのかを明らかにすることである。71名の脳卒中者に対し、発症後1年時点での健康行動実践の有無を調査した結果、行動継続群、行動強化群、行動脱落群、行動中途開始群、そして行動非実践群の5群に分類された。この各群に対して修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、健康行動の実践、非実践がどのようなプロセスで生起するのかを探究した。結果として、1年間の健康行動に対する評価をどのようにとらえ、どのような感情が伴うかによって実践の有無が左右されることが明らかになった。また脳卒中罹患の原因を統制可能ととらえるか否かも、健康行動に影響を与えることが示された。さらには病気自体の回復可能性や脳卒中再発への恐怖心、そして個人的健康観といった要素も加味されながら健康行動は生起されることも明らかになった。人々の健康的な生活習慣形成が、日常生活のなかで構築される物語世界に影響されることに鑑みるなら、今後もこのような視点からの研究が必要であると考えられる。

Abstract

This study examines how stroke survivors' health behavior is influenced by evaluation of their behavior and causal attribution of their stroke. The health behavior of 71 stroke survivors was investigated a year after the onset of a stroke. The survivors were classified into five groups: those continuing a health behavior, those strengthening the behavior, those discontinuing the behavior, those belatedly starting the behavior, and those never practicing the behavior. A modified grounded theory approach was used to study the processes leading or not leading to health behavior in the groups. The study showed that stroke survivors' health behavior practices depended on the survivors' thoughts and accompanying feelings about evaluation of their health behavior during the course of one year. Their health behavior also depended on their view of the controllability of the pathogenesis, the chance of recovery, their fear of recurrence, as well as their individual view of health. A person's narrative world, created by the influence of daily life, helps form healthy lifestyle habits and thus a narrative approach should remain the primary focus of future research.

キーワード：脳卒中者、健康行動、原因帰属、グラウンデッド・セオリー、物語

Keywords: stroke survivors, health behavior, causal attribution, grounded theory, narrative

1. 緒言

脳卒中の死亡率は近年における救急医療体制の整備により減少傾向にあるとされる。しかしながら累積再発率は1年で12.8%、5年で35.3%、そして10年では51.3%であったとの報告¹⁾がされており、再発防止のための健康行動をいかに実践継続させるかが喫緊の課題である。Shanunghnessy²⁾らによると、自宅において週4回以上の運動療法を実践していたのは31%であり、41%の脳卒中者は1回未満であったと報告しており、健康行動の実践継続率は決して高いとはいえないのが現状である。現在、わが国では「健康日本21」のような科学的根拠に基づいた医療（Evidence Based Medicine 以下EBM）に基づいた運動、栄養、休養といった健康生活習慣づくりは実践されているが、患者の主観的な物語世界に基づいた医療（Narrative Based Medicine 以下NBM）の展開は乏しいと言わざるを得ない³⁾。人々の健康的な生活習慣形成は、EBMよりも日常生活のなかで構築される物語世界、すなわちNBMに基づいてつくられる⁴⁾ことに鑑みるなら、EBMとNBMがバランスよくかみ合せてこそ有効な健康生活が実践されると考えられる。

一方において、人々の素朴な原因説明が本人の行動に影響を与えるという「帰属理論」を援用した健康関連研究の系譜も存在している。ある疾病に対する医学的説明よりも、その疾病に対する患者の認知や説明のしかたが、その病気の克服能力や予防手段の選択に影響するというタイプの研究がなされてきた^{5) 6) 7)}。例えば脊髄損傷患者が発症原因を自己に内的帰属をした場合、その自責感が積極的な努力を生み、リハビリテーションが円滑に進むことを報告した研究⁸⁾はその好例であろう。また自己コントロール感を操作することによって、病気の改善が自己努力に帰属されればされるほど、その後の健康行動が維持されやすいという治療的成果の報告もなされている^{9) 10)}。このように帰属理論は自己をとりまく世界における事象の原因をどのように解釈するかに関心を寄せる点で、NBMと親和性が高い理論といえることができる。したがって医学的に診断可能な客観的な病気（Disease）よりも、主観的であいまいな病（Illness）に焦点を当てることによってNBMの充実を図ろうとするなら、帰属理論はひとつの有力な援用理論であるといえることができる。

しかし、NBMにおける対象が主観的であいまいな病である以上、文化やイデオロギーの影響を受けやすい¹¹⁾であろうことは予想に難くない。また原因説明が同じでも、原因認知の対象である疾患が異なれば、行動の異なる可能性があることにも留意しなければならない。したがって、わが国における脳卒中者の健康生活習慣づくりに貢献できる認知行動理論を検討するにあたっては、日本という文化的背景のもと、脳

卒中という疾患に罹患した人々の物語世界を探究する必要がある。その際に帰属理論を援用することによって、すなわち脳卒中者は脳卒中罹患原因をどのように説明するのか、そして原因帰属のいかんによって健康行動はどのような影響を受けるのかを明らかにできれば、その帰属を操作することによって脳卒中者の行動変容を促し、健康生活の習慣づくりに一定の寄与ができると考えられる。さらには一定の時間経過後、健康行動実践の有無による結果の評価が、その後の健康行動の継続にどのように影響するのかを示すことができれば、健康行動からの脱落に対する有効策を発見する契機となりうるといった臨床的意義もある。しかしながら帰属理論を用いて、発症から前方視的に脳卒中者の健康行動に関連した物語世界を探究した研究は寡聞にしてみられない。以上のことから本研究の目的を次のように定める。①一定期間における健康行動実践の有無による結果の評価が、その後の健康行動にどのように影響するのかを明らかにすること。②脳卒中者における脳卒中罹患の原因帰属と健康行動実践の関係性を明らかにすること。上記①、②を脳卒中者の物語世界から読み解くことによって、健康行動の実践・非実践の現実的なプロセスを明らかにし、行動変容介入の一助とすることを目的とする。なお本研究ではWeinerの原因帰属モデル¹²⁾、および責任帰属モデル¹³⁾を主たる援用理論として用いる。当該理論の要諦とは、原因帰属がなされた後、人はどのような感情を体験し、どの程度の達成行動が動機づけられ、その結果としていかなる行動を起すかという点にある。この際、3つの原因次元の概念を導入することにより、原因帰属の期待や感情への影響に関する理論的予測が可能になった。この3つの原因次元とは、原因の位置次元（例：成功が内的要因に帰属されれば自尊心が高まる）、安定性次元（例：失敗が安定性の高い原因に帰属されれば期待は低下する）、統制可能性次元（例：失敗が統制可能性の高い原因に帰属されると罪悪感を抱く）であり、これらの導入によって、原因帰属は期待×価値モデルの認知的働きとして明確化されたという特徴があるといえよう。また90年代には原因帰属モデルに責任性（人の行為に関する道徳的な判断の特性）という概念を導入し、社会的場面での応用としての理論を展開した。従来、Rotter¹⁴⁾をはじめとした社会的学習理論の流れを汲む考え方においては、期待に関連して、自分の行動によって事象を生起させられるか否かという結果の統制可能性を問題としていた。しかしWeiner理論においては、その結果がたとえ行為者の行動と無関係であっても、高い予測性により再現されると考えれば期待は高くなるとする。つまり将来における事象の再現性としての期待を問題としているといえるのである。臨床においては、患者の努力にも

関わらず、体調が改善しない非随伴的な状態であっても、その原因を不安定な要因に帰属することにより希望を持つとしている例は少なからず経験する。したがって単に結果の統制可能性だけに注目するのではなく、3つの原因次元という観点から多角的に考察できる Weiner 理論のほうが、脳卒中者の物語世界の豊穡性をより詳らかにできると考える。よって Weiner 理論を本研究における中心的な援用理論として採用する。

2. 方法

2.1 対象および選択手順

本研究の分析対象は以下の条件を充たした脳卒中者 71 名であり、すべての方から研究同意書にて承諾を得た。

- ① 発症から 48 時間以内に千葉市内の C 病院に搬送され 3 ヶ月以上入院していた者
- ② 臨床的な初発脳卒中者のうち自宅退院した 40～75 歳の者
- ③ コミュニケーションが可能であり、重篤な高次脳機能障害を有さない者

なお上記 71 名は理論的サンプリングを施行した結果において選択されたものである。以下にその手順を記す。データ収集開始当初は上記①、③、および初発脳卒中者という条件であったが、進行に伴いデータ収集範囲を次のように限定した。

- ・自宅退院した者：転院や老人保健施設に入所した場合、自宅とは環境が異なるため、実践意志や行動自体にバイアスがかかる可能性がある。そのため自宅退院した者に限定した。
- ・40～75 歳の者：30 代以下の若年脳卒中者は健康に対する考え方が異なる可能性があること、また 76 歳以上の後期高齢脳卒中者は、多くの合併症を有している場合があり、健康に対する考え方や健康行動自体にバイアスがかかる可能性がある。そのため 40～75 歳の者に限定した。

2.2 健康行動の定義

本研究における健康行動とは The American Heart Association、American Stroke Association¹⁵⁾ の推奨する再発防止行動を参考にして、一部改変、追加して以下のように定義した。

- ① 禁煙
- ② アルコール量の調整(アルコール 16 g / 日以下)
- ③ 運動 (30 分 / 日以上、3 日 / 週以上)
- ④ 食事内容 (栄養指導の遵守、もしくは塩分、脂肪量調整の心がけ)
- ⑤ 生活時間の調整 (適度な休息の心がけ)
- ⑥ 受療行動 (定期健診や服薬の遵守)

2.3 調査および分析方法

本研究では脳卒中者に対する半構造化インタビューから得られるデータを分析する方法を採用した。その主たる理由は、脳卒中者の主観的な病いの物語世界を探究するためには、自由な語りを分析することによる探索的研究が適していると考えたことにある。

- ・インタビューの時期、および期間

時期：発症から 1 年時。期間：2006 年 10 月から 2010 年 4 月。

- ・インタビューの内容

- ・退院後、健康に配慮した生活を実践されましたか？
- ・実践したのは (実践されなかったのは) どのような理由からですか？
- ・脳卒中という病気になられたのはどのような理由からだと思いますか？
- ・今後どの程度まで回復なさると思われますか？
- ・現在、どのような心配事がありますか？

- ・分析の手順

- ① インタビューの全過程は IC レコーダーに録音し、後日テキスト化した。
- ② テキスト化されたデータを熟読し、内容が不明確な場合は可能な限り口頭にて各脳卒中者に確認した。
- ③ 5 つの健康行動群 (継続群・強化群・脱落群・中途群・非実践群) ごとに、語りの内容を修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ¹⁶⁾ を用い分析した。
- ④ 分析テーマ (1 年間の健康行動の結果に対する評価、および脳卒中罹患の原因帰属と健康行動の関係性) と分析焦点者 (脳卒中者) に照らして、データの関連箇所に着目し、それを一つの具体例 (ヴァリエーション) とし、他の類似具体例をも説明できると考えられる説明概念を生成した。
- ⑤ 概念を創る際に分析ワークシートを作成し、概念名、定義、最初の具体例などを記入した。
- ⑥ データ分析を進める中で新たな概念を生成し、分析ワークシートは個々の概念ごとに作成した。
- ⑦ 同時並行的にデータから他の具体例を探し出し、ワークシートのヴァリエーション欄に追加記入していった。具体例が豊富に出てこなければ、その概念は有効でないと判断した。
- ⑧ 上記過程におけるすべての解釈が恣意的に偏る危険性を防ぐためにスーパーバイザーのチェックを受けた。

3. 結果

脳卒中者 71 名の基本属性を表 1 に記す。健康行動の様態については、定義上の健康行動を継続していた

継続群 32 名、定義上の健康行動を強化した強化群 9 名、定義上の健康行動から脱落した脱落群 14 名、定義上の健康行動を中途から開始した中途群 3 名、そして定義上の健康行動を最初から実践しなかった非実践群 13 名の 5 つに分類された。脳卒中罹患の原因としては、悪習慣（喫煙、過剰なアルコール摂取、食べすぎ、塩分、脂肪摂取過多）、働きすぎ、(自己身体に対する)無関心、運動不足、運、遺伝、ライフイベント、不明の 8 つに分類された。表 2 は各健康行動群における脳卒中者が、脳卒中罹患原因をどのように帰属していたかを示す頻

度表である。各群において析出された概念、上位カテゴリーの定義については表 3 に記す。また各概念における語りの具体的内容を事例として表 4 - 8 に記す。図 1 は健康行動様態別に生成されたカテゴリー間の相互の影響関係や変化のプロセスをまとめた結果図である。推測的、包括的思考の繰り返しによる分析結果であり、本研究における因果連鎖的な健康行動パスの仮説モデルとして提示した。なお以下においては、概念名は「」で、発言内容は「」で表する。[]内は脳卒中者の番号である。

表 1. 脳卒中者の基本属性

平均年齢	62.4±8.8 歳 (40-75 歳)
診断名	脳出血 30 名 脳梗塞 41 名
病巣	被殻 26 名 視床 16 名 放線冠 12 名 橋 5 名 延髄 5 名 小脳 2 名 ACA 1 名 MCA 4 名
運動麻痺	右 33 名 左 38 名
平均入院期間	127.1±29.7 日
既往歴	高血圧症 28 名 心臓病 9 名 糖尿病 15 名
就業状況	無職 34 名 退職 20 名 復職 15 名 転職 2 名
±は標準偏差 ・ACA=前大脳動脈領域 MCA=中大脳動脈領域	
・無職=発症時、現在とも無職の者 退職=発症を機に退職し、現在は無職な者	

表 2. 各群における脳卒中罹患の原因帰属頻度

原因帰属(横軸)	1	2	3	1+2	1+3	1+4	2+3	5	6	7	1+5	2+5	1+2+5	6+5	6+1	8	合計
健康行動継続群	4	3	1	7			5	1	3		3				1	4	32
健康行動強化群			2	3	1		1					1	1				9
健康行動脱落群	1	1				1		5	1	2						1	14
健康行動中途群								3									3
健康行動非実践群		1	4					1	1	2	3			1			13
合計	5	5	7	10	1	1	6	10	5	4	6	1	1	1	2	6	71

1:悪習慣 2:働きすぎ 3:無関心 4:運動不足 5:運 6:遺伝 7:ライフイベント 8:不明

表 3. 概念名の定義

カテゴリー	概念名	定義
一年間の評価	改善評価	一年間の健康行動の結果について、概ね効果があったと評価していること
	喜びと期待	改善結果に対する喜びと、今後のさらなる改善に期待していること
	目標の不達成	一年間の健康行動の結果について、目標には未だ到達していないと評価していること
	結果への不満感	目標に到達していないことに対して、憤りや悔しさといった不満感を抱いていること
	機能低下の恐怖	機能低下の進行に対して懸念を抱いていること
	希薄な改善感	一年間の健康行動の結果について、明確な改善感が得られていないと評価していること
	継続への懐疑	健康行動の継続効果について懐疑心を抱いていること
	予想外の体調不良	健康行動を規定通りに実践しなかったため、予想以上に体調が思わしくないこと
	悪化への焦燥感	身体状況が悪化の一途をたどるのではないかと焦燥感を抱くこと
	健康至上主義への疑問	健康への過剰な希求のために生活が犠牲になることに疑問を抱くこと
健康行動	忍従としての脳卒中	脳卒中は後遺症の残る病気であり、それはある程度しかたがないとしてあきらめること
	一抹の安堵感	規定通りの健康行動を実践しなかったにもかかわらず、悪化していないことに対して安堵感を抱くこと
	継続行動	さらなる改善や再発防止のため、規定の健康行動を継続していくこと
	強化行動	自ら定めた目標の達成や再発防止のため、健康行動を強化していくこと
	脱落行動	行動結果に対する効力感が持たず、規定の健康行動から脱落していくこと
	中途行動	将来的な悪化への懸念を払拭するために、途中から規定の健康行動を開始すること
	完璧行動の放棄	過剰な健康至上主義への疑問から、完全無欠の健康行動を放棄すること
脳卒中罹患の原因帰属	一部実践	再発の恐怖心から一部の健康行動は継続していこうとすること
	後悔としての生活習慣	脳卒中の原因を過去の生活習慣に帰属し、後悔や罪の感情を抱いていること
	統制可能な運	運や遺伝が作用する環境の人為的整備によって、部分的に統制が可能なのではないかとと思うこと
	原因不明による不安	脳卒中の原因が不明だけに、いっそう不安感が募ること
	弁解機能としての運	健康行動から脱落した事実を正当化するために、統制可能な運に罹患原因を帰属すること
将来への不安	原因不明による当惑	明確に罹患原因を帰属し得ないため、困惑していること
	決定論としての運	統制可能な運の作用によって脳卒中に罹患したと原因帰属すること
	不十分な自己管理	脳卒中の罹患原因を自己管理の不十分さに帰属するが、配慮しても完全には防げないと考えていること
再発恐怖	将来における再発の可能性に対して恐怖心を抱くこと	

表4. カテゴリー、概念および事例内容一覧表（健康行動継続）（ ）内は脳卒中者番号

カテゴリー	概念	事例内容
一年間の評価	改善評価	<p>・最初のうちはつらかったんですけどね。もう最近は慣れました。血圧もまあまあで安定してますし、いいんじゃないですかね。(No.33)</p> <p>・食べ物気にしてたら少し体が軽くなった気がしますね。あの、体の切れっていうんですか、それがよくなった気もしますねえ。(No.53)</p> <p>・歩く、体操、よくやっていますよ。そのせいでしょうか、歩くときの引っかかりが少なくなってきた感じがねえ、しますよ。女房なんかもねえ、「お父さん、わかんないよ」っていってくれますから。やっばうれしいですよええ。(No.46)</p>
	喜びと期待	<p>・先日久しぶりに、その、一人で電車に乗ったんですよ。感激しました。もうこの調子でいけば仕事も大丈夫じゃないかって、そんな期待も持ちました。(No.57)</p> <p>・お友達がね、またみんなで行きましようねって誘ってくださったの。私もここまでできましたからね、ほんとうれしかった。それでね、私もこれは夢じゃないかもなって思ってね、涙が出ました。(No.15)</p>
健康行動	継続行動	<p>・やはり努力の結果がでるっていうのはうれしいですよ。これからもきちっと摂生してね、うん、やってこうと思いますね。継続は力なりですからね。(No.18)</p> <p>・そりゃよくなってくりゃうれしいよ。俺はやるよ、やる。このまま続ければね、あと1~2年もすればすっかりよくなるんじゃないかねえかってね、そう思うよ。(No.5)</p>
脳卒中罹患の原因帰属	後悔としての生活習慣	<p>・やはり原因は不摂生、飲みすぎ、食べ過ぎがいけなかったと思いますね。まあね、もっと注意すればよかったんでしょうね。もう自業自得、反省ですよ。(No.25)</p> <p>・とにかくあれやこれやいろいろやりすぎたんでしょうね。自分でいうのもなんですけど、私、まじめすぎるんですよ。他人のぶんまで手伝ったりして。その、体のことをね、もっと考えればよかった。後悔しています。(No.3)</p> <p>・いやー、ぜんぜん気にしなかった。体は元々丈夫だっていうのがあったんで。あの、それがいけなかったんでしょう。今はね、自分の体に申し訳ないっていう気持ちでいっぱいですよ。(No.13)</p>
	統制可能な運	<p>・こればかりは運命と思うしかない、うん。でも努力することによって、いい運が引き寄せられるようにはしておかなくっちゃと思いますね。(No.58)</p> <p>・えっと、うちは脳卒中の系統なもんですからね。だから私もなっちゃった。これしょうがないなって気持ちもありますけどね。でもね、用心してやっていけば防げるんじゃないかって気持ちもあるんです。(No.52)</p>
	原因不明による不安	<p>・原因がわかれば対処のしようもあるんでしょうけど、それが思いつかない。あの、それがもどかしいんです。だからって何もしてないんじゃない不安ですからね、できることはやっています。(No.2)</p>
将来への不安	再発恐怖	<p>・けっこう再発したって話聞きますからねー。もう再発のほうひどいって。うーん、これはもうね、気をつけて生活するしかないですよ。ほんと怖いんです。(No.38)</p> <p>・これ再発率ってどのくらいなの。とにかくもう再発が怖くてねえ。だって近所のだんなさん、再発して口もきけないようになったちゃった。よほど注意しないとねえ。(No.28)</p>

表5. カテゴリー、概念および事例内容一覧表（健康行動強化）（ ）内は脳卒中者番号

カテゴリー	概念	事例内容
一年間の評価	目標の不達成	<p>・いやー自分としては一生懸命やったんだけどね。目標はあくまでもスマートに歩くことだから。そう、だからまだまだ道半ばだね。(No.47)</p> <p>・手の握りがですね、そう、細かい動作がいまひとつですね。目つぶってもできるよう</p>

一年間の評価	目標の不達成	<p>にならなきゃ。もっとね、練習してうまくできるようにって思ってます。(No.62)</p> <p>・前より気は使うようになりましたよ。血圧もまめに測ってますし。でもまだ高いんですよねー。もっと徹底的にやっけてですね、コントロールしなくちゃダメです。(No.40)</p>
	結果への不満感	<p>・えっとですね、これじゃまだまだ満足できる状態にはほど遠い。ときどきね、なんであっていららしちゃうときあるんですよ。(No.7)</p> <p>・悔しいっていうかねえ。やっけたんだけどなー、けっこう。こうなったら効果がでるまでさ、やっけてやるって感じだね。(No.47)</p>
	機能低下の恐怖	<p>・いやね、私もさ、いろんな人から話し聞くでしょ。そうすつとね、関節が固まったとか歩けなくなったとか聞くんですよ。やっぱね、さぼるとダメ。もうそうなるのが怖いからね、やれることは徹底してやる。これ重要ですよ。(No.24)</p> <p>・ちょっと動かないとすぐ体が硬くなる。これ怖いよね。知り合いの男でさ、歩けてたんだよ、その人。でも閉じこもりで歩けなくなった。だから動いてなきゃ。(No.6)</p>
健康行動	強化行動	<p>・まだまだって気持ちが強いですね。あの、Aさんなんかあのお年でまだがんばってる。負けてられませんよー。うん、まだまだいけるってね、確信がありますね。(No.55)</p> <p>・自分の体を管理するって意外と難しいよ。でもやんなきゃ。こればっかは自分でやるしかない。ほんとですよ、もう自分を信じて実行あるのみ。(No.9)</p>
脳卒中罹患の原因帰属	後悔としての生活習慣	<p>・お酒やタバコ、体によくなくてことはわかってたのね。でも大丈夫だろうってやめなかった。もうこれ自己責任です。もうほんとに悔しいっていうかねえ。(No.70)</p> <p>・深夜まで働けばいつか倒れるよ。このままじゃやばいってどっかでは感じてたんだけどね。そんなときストップかけりゃよかった。だから極端に走りすぎちゃダメってことだよ。(No.6)</p> <p>・過信ですね。健康に対して過信してた。うーん、もっと注意してればなー。せつかく五体満足に生んでもらってさ、こんなにしっちゃって。もう懺悔ですよ。(No.9)</p>
将来への不安	再発恐怖	<p>・考えたってしょうがないっていわれても考えちゃいますよね。もうね、今度なったら終わりですよ。その、せめてね、ならないように予防はしようって思ってます。(No.7)</p>

表6. カテゴリー、概念および事例内容一覧表（健康行動脱落）（ ）内は脳卒中者番号

カテゴリー	概念	事例内容
一年間の評価	希薄な改善感	<p>・そんなに劇的によくなるってことはないんでしょうけどねえ。なんとなくこのところ停滞気味って印象が強いですよねえ。(No.50)</p> <p>・自分でいうのもなんなんですけど、まじめにやっけたほうだと思いますよ。でもなんかよくなったっていう実感が持てなくなったっていうか、うん、そんな感じですね。(No.30)</p>
	継続への懷疑	<p>・ほれ、よくいうじゃない、半年まではよくなるって。まあ私の場合はもう半年過ぎましたからねえ。最近はやっと変化ないって感じだし。これからはがんばってもそんなよくなるのかもしれないね。これはほんといやな病気。相手が悪いよ。(No.71)</p> <p>・なかなか思い通りになりません。これもう止まっちゃったのかしら。ねえ、もしかしたらもうやっても無理かなーって。脳卒中ってほんと厄介。もうやんなっちゃう。(No.12)</p>
健康行動	脱落行動	<p>・なんとなく気が緩んだっていうか、うん、前みたいにきちんとできてないかもしれない。この頃目に見えてよくなるってこともないし。だれてきたのかね。(No.71)</p> <p>・1年も経つとね、現状に慣らされちゃうといおうか、そう、なんとなくこんなもんかなっていうふうになっちゃうのね。規則通りやるって難しいね。(No.59)</p>
	一部実践	<p>・定期的な受診はいかなきゃ。検査しとけば安心だからね。(No.29)</p> <p>・どっか頭のすみっこにあるんでしょうね、一抹の不安が。だから病院は行ってますよ。先生に診てもらって大丈夫だってことなら安心ですもん。(No.34)</p>

脳卒中罹患の原因帰属	弁解機能としての運	<ul style="list-style-type: none"> ・俺の知り合いでいんですよ、くそまじめなやつが。酒、タバコ、遊び、なにもやんない。それで脳梗塞。かわいそうになっちゃう。俺なんかめっちゃくちゃな生活だからしょうがないけどさ、そういうの聞いちゃうとまじめにやんのがいやになるね。これまじめにやってもなるときはなる。もーこれは運命だね。(No.66) ・生活習慣も悪かったとは思いますがね。けど、やっぱ遺伝、遺伝の力が大きかったのかなって。これって宿命ですかね。(No.17) ・脳卒中の原因って考えたらいろいろありますけどね。お酒好き、甘いもの好き、夜更かしもしたしね。でもね、最近はこれって運命だったんだなって、そう思うようにしてるの。(No.15) ・天命だったって思えばですね、あきらめもつくでしょ。なんかそういった力が働いてこうなった。そう考えれば、そう、これからの人生もなんらかの意味があるのかもしれないよね。(No.49)
	原因不明による当惑	<ul style="list-style-type: none"> ・なんだったんだろう。うーん、なんだったんだろうね。考えてもよくわかんないや。もうこうなっちゃたらさ、どうでもよくなっちゃってね。(No.27) ・生活習慣もあったからそのせいなんじゃない。でもあれなんだよね、俺の仲間なんておんなじようにやってたってさ、なってないからね。どうなのかねえ。(No.42)
将来への不安	再発恐怖	<ul style="list-style-type: none"> ・この病気はほんといやな病気。その、後遺症でしょ、再発でしょ。心配しなくちゃならないことがいくつもありますでしょ。気疲れしちやいますよ。(No.43)

表7. カテゴリー、概念および事例内容一覧表 (健康行動中途開始) ()内は脳卒中者番号

カテゴリー	概念	事例内容
一年間の評価	予想外の体調不良	<ul style="list-style-type: none"> ・こんなに動けなくなるとは思わなかったね。入院中はもうちょっとよく歩けたと思ったなー。こんなになるとはちょっと予想外だね。(No.23) ・寝っ転がってテレビばかり見てたのがいけなかったんでしょね。足腰がほんと弱くなりました。ちよっくらなめてましたね。(No.11) ・いやー、太った。動かなかったからね、私、太りましたよ。もー体が重くてね。まさかこんなになるとはね。このままじゃ心臓や血圧に負担かけちゃうよ。(No.48)
	悪化への焦燥感	<ul style="list-style-type: none"> ・このままだとどんどん歩けなくなっちゃうんじゃないかって焦るよね。だってこれから年もとってくわけだからさ。なおさらだよ。(No.23) ・寝たきりだけにはなりたくないですよー。もうねえ、そうならみじめでしょう。なんか最近少し焦ってきましたよ。これ怠けてちやいかんってことでしょうね。(No.11) ・前こんなに息切れしたかなー。やっぱ太ったせいですかねえ。うん、もーこのままじゃ絶対まずい、絶対まずいですよ。なんとかしなくちゃ。(No.48)
健康行動	中途行動	<ul style="list-style-type: none"> ・はっきりいって高くくってたけどこれ大変だよ。なんらかのことはしなくちゃ。(No.23) ・なにもしないでこのまま寝たきりになるのはいやですね。今からだって遅くはない。真剣にやってね、最低限、自分のことは自分でできるようにしときたいです。(No.11) ・やれば効果はあると思いますよ。がんばって摂生してやっています。(No.48)
脳卒中罹患の原因帰属	決定論としての運	<ul style="list-style-type: none"> ・これ原因っていわれてもさ、運命だったっていうしかないんじゃない。こればっかは自分で決められるもんじゃないからね。なるようにしてなったっていうかさ。(No.23) ・不運が降りかかったっていうんですかね。私らにはどうすることもできない。(No.11) ・もーこれは運命でしょう。どっかでこうなることが決まっていたっていうんですかねえ。その、そういうたね、大きな力には逆らえないでしょ。(No.48)
将来への不安	再発恐怖	<ul style="list-style-type: none"> ・再発したらどうなっちゃうんでしょね。それ考えると怖いですよ。今度は右か左か、歩けるのかって。うーん、いやですね。(No.23)

表 8. カテゴリー、概念および事例内容一覧表 (健康行非実践) () 内は脳卒中者番号

カテゴリー	概念	事例内容
一年間の評価	健康至上主義への疑問	<ul style="list-style-type: none"> ・健康ってありがたいなって思います。けどね、あんまり健康、健康であれだめ、これだめじゃ人生つまらなくなっちゃう。ね、そう思いません。(No.39) ・健康ってなんでしょう。僕が考えるには、よく眠れる、ごはんがおいしい、そういう日常の普通のこと。そう、だから普通にそこそこ暮らせればそれが健康。しぼりがきついとね、かえって窮屈になる。そう思って1年やってきました。(No.54)
	忍従としての脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・これね、なんの因果か脳卒中になった。も一完全には治らないかもしれない。この後遺症はね、一生つきあっていくしかないかもしれないね。(No.63) ・それは本音をいえば元に戻していただきたいですよ。でも多少はしょうがないのかなー、耐えていかなきゃしょうがないのかなーって思ってますよ。(No.34)
	一抹の安堵感	<ul style="list-style-type: none"> ・変な話、ちょっと安心したっていうかね。ほら、私そんなにまじめにやってた方じゃないから。でもそのわりにそんな悪くなってないでしょうよ。(No.56) ・周りの皆さんまじめにやってますよね。私はね、ちょっとさぼっちゃったところがあるでしょ。けどまあまあですよ。まあ、とりあえずほっとしました。(No.44)
健康行動	完璧行動の放棄	<ul style="list-style-type: none"> ・すべてのことを完璧にやるのは無理。どうしてもできる範囲だけになっちゃうね。まあ、そんなこんなでもね、なんとかやってっから。これからも無理せずにね。(No.63) ・おかげさまでさほど悪くなってないような気がします。ですから今後も自分に合ったやり方でいこうと思います。全部やれといわれても不可能ですから。(No.31)
	一部実践	<ul style="list-style-type: none"> ・もしなんかあったらまた病院にお世話になるんだから。そう、なんでね、病院には通うようにしてます。(No.68)
脳卒中罹患の原因帰属	決定論としての運	<ul style="list-style-type: none"> ・まーあんまり考えなしに飲んだり食べたりしてたのがあれだったんじゃないかね。でもまわりもけっこう好き勝手やってもね、病気になんない人もいるからね。まあ不運だった、避けられない運命だったってことだよ。(No.35) ・どうしようもないことっていうのが世の中にはあるんだよ。遺伝もそのひとつ。これだけはがんばりようがないもんなー。(No.69) ・どうあがいたってなるときはなるのですから。もう神のみぞ知る。だからその、完全に防ぐなんてことはできっこないんです。だったら汲々とするよりそこそこ楽しんでほうが良いと思いますよ。(No.54)
	不十分な自己管理	<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中なんてまさかなるなんて思わないじゃん。だから病院なんてほとんど行かないし。それがあれなのかね。でも行ってりゃならないってわけでもないじゃん。(No.61) ・あの、自分の体に無頓着だった面はありますね。もっと気を配ってたらこんな病気にならなかったでしょうかね。まあこればかりはわかんないですけどね。(No.22)
将来への不安	再発恐怖	<ul style="list-style-type: none"> ・再発だけは勘弁して。本なんか読むとき、再発のことについて書いてあるでしょ。やっぱり怖いよね。(No.19)

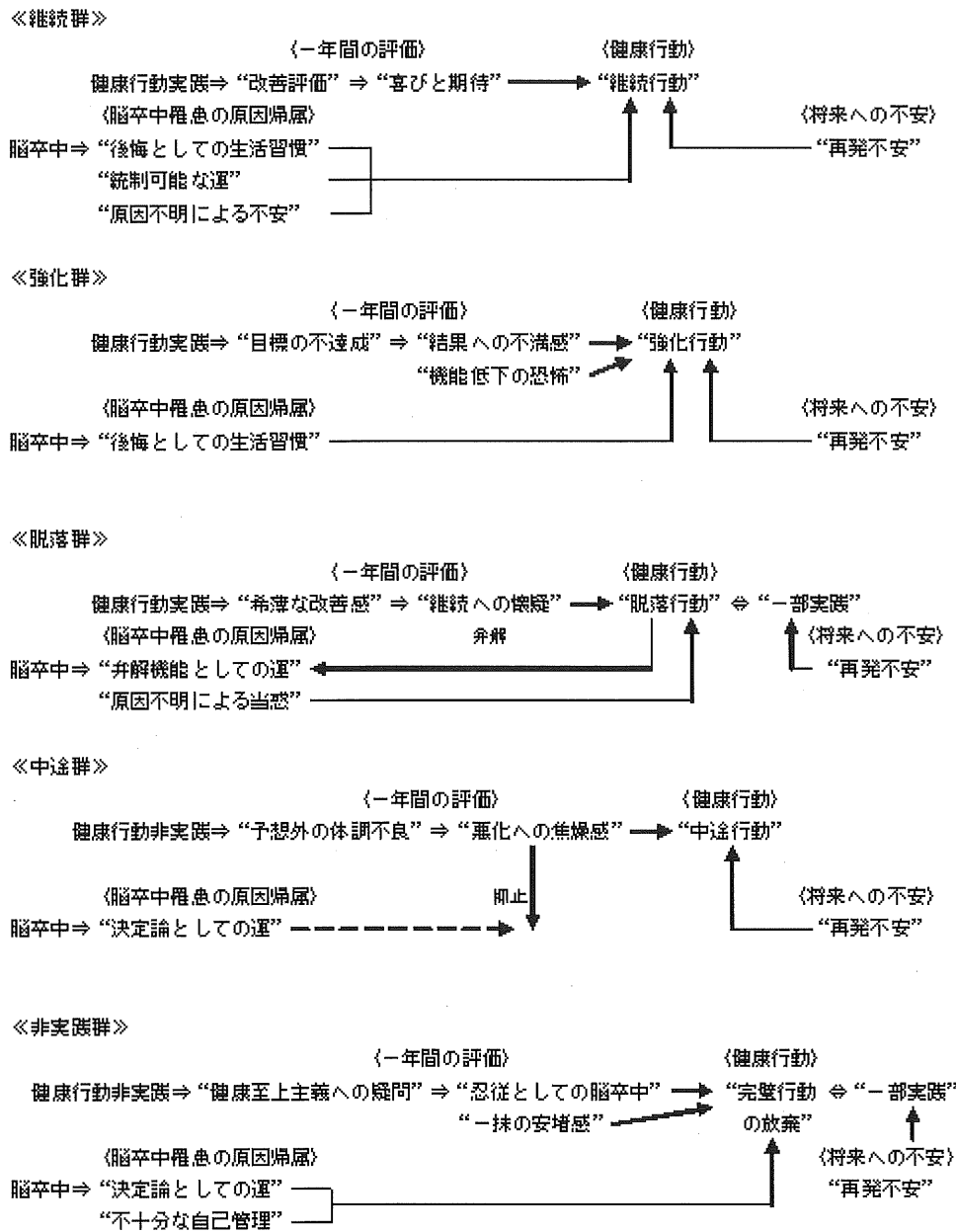


図 1. 健康行動に影響を与える諸要因の関係性と変化のプロセス

4. 考察

本研究は脳卒中者における健康行動の実践・非実践の現実的なプロセスについて、帰属理論を援用しながら、彼らの物語世界に即して探究していく試みであった。健康行動の結果に対する評価や脳卒中罹患に対する原因帰属、そしてそれらの統制可能性と付随する感情のいかんによって、発症から1年時における健康行動実践の様態は5群に分類された。以下、各群について考察していく。

4.1 健康行動継続群

本群における脳卒中者は、発症後1年の時点で規定の健康行動を継続していた。その背景には継続を支える3つの要因があることが示唆された。1つ目は1年間の健康行動の結果について、概ね効果があったと“改善評価”していることや、この結果に対する喜びと、将来のさらなる改善への期待という感情を持ち合わせていることが影響していた。個人の成功体験がその後の行動選択に影響を与えることは、自己効力感理論¹⁷⁾を持ち出すまでもなく、臨床上よく経験するこ

ろであろう。このような行動結果に対するポジティブな評価が、その後の健康行動継続を推進する原動力として機能したと推察された。したがって健康行動継続のために重要なのは、改善をコントロールしているのは脳卒中者自らであるという自己コントロール感の醸成^{9), 10), 18)}と、それに付随する期待の感情を抱くことであることが示唆された。2つ目としては、脳卒中の罹患原因を喫煙、過剰なアルコール摂取、乱れた食生活といった悪習慣、働きすぎ、そして健康に対する無関心さに帰属させ、そのことに対して後悔や罪といった感情を持ち合わせていることが健康行動継続に影響していた。Weinerの責任帰属モデル¹³⁾に照らして考えるなら、過去の悪習慣は改めようと思えば改めることのできた原因、すなわち個人内的かつ統制可能な原因であるといえる。「もっと注意すればよかった」[No.25]、「もっと考えればよかった」[No.3]という語りはそのことを端的に示した例であろう。それにもかかわらず脳卒中に罹患したという事実は、責任性と罪悪感を惹起せしめ、この感情が達成行動としての健康行動を動機づけたと解釈できた。3つ目に将来的な不安について語った“再発恐怖”という概念も健康行動継続に影響していた。ここでの脳卒中者の多くが再発に対して恐怖心を抱いており、その恐怖心への対処として、「気をつけて生活する」[No.38]、「よほど注意しないと」[No.28]といった健康行動につながる語りとなって表れていた。ここでいう恐怖心は、健康関連行動に着手するか否かの態度決定は、当該疾病に対する健康信念に左右される、とする健康信念モデル^{19) 20)}における疾病の脅威(threat)の形成と酷似している。したがって恐怖心が健康行動を推進する一要因となることはまれではなく、むしろ適度な疾病に対する脅威は、臨床的に健康行動継続に寄与する可能性が示唆された。また脳卒中罹患の原因帰属における“原因不明による不安”でも同様の構造を呈していることが示された。本群における特筆すべき発見は、罹患原因を運に帰属しながら健康行動を継続していた脳卒中者がいたことである。帰属理論においては、運は人為操作の及ばない外的で統制不可能な要因であると解されている²¹⁾。また健康関連行動の可能性に関する信念は、原因帰属変数が介在することで決定されることを示唆する研究において、疾患原因を運に帰属した者は健康行動に対して消極的であったとする報告がなされている²²⁾。つまり従来の説に依拠するなら、運や遺伝といった統制不可能な原因に帰属した場合、そこに責任性は発生

せず、無力感による行動抑制に連鎖していくと考えるのが順当といえよう。しかし本群における一部の脳卒中者は、運や遺伝に原因帰属しておきながら健康行動を継続していた。ここでの語りで特徴的なのは、「努力することによって、いい運が引き寄せられるように」[No.58]、「用心してやっつけば防げる」[No.52]というように努力や用心といった人為的操作に言及していることである。このことから導き出せる臨床的意義は、統制不可能な運や遺伝に原因帰属する運命論者であっても、これらが作用する環境を人為的に整備することによって、部分的に統制が可能であるという物語が構築されれば、健康行動の継続が促される可能性があることが示されたことにあると考える。

4.2 健康行動強化群

本群における脳卒中者は、発症後1年の時点で健康行動を強化していた。その背景には強化を促す3つの要因があることが示唆された。1つ目は1年間の健康行動の結果について、目標には未だ到達していないと評価して“目標への不達成”を表明しており、同時にその結果に対する悔しさ、憤りといった感情を抱いていることが影響していた。ここでは行動結果に対する不満足な評価がバネとなり、健康行動を強化する原動力となったと推察された。ここで注目したいのは、本群脳卒中者は改善努力をしていたにもかかわらず、不満足な結果であったことに対して、恥や自尊心低下が惹起されることなく、健康行動を強化するという選択をしたという点にある。Weiner¹²⁾に従うなら、失敗が自己に帰属されれば恥が喚起され、達成行動は抑制されることになる。また禁煙に関する先行研究²³⁾では、禁煙の失敗を安定した原因に帰属している者ほど、自分の成功可能性を低く見積もっているとの報告がなされている。したがって努力と結果の非随伴性の典型であった本群においては、健康行動は抑制されても不思議ではないはずである。しかしこのような定式に沿った行動反応を示すのは、努力が安定的な原因としてとらえられている場合であろう。だが本群脳卒中者は、自分の努力をこれ以上伸びしろのない安定的なものとしてはとらえていない。「まだまだいけるってね、確信があります」[No.55]、「自分を信じて実行あるのみ」[No.9]という語りからも推察されるように、まだ伸びしろのある可塑性に富んだものととらえていると解釈できる。よって努力を増加することにより結果はついてくると期待のもと、健康行動の強化を図るとい

う行動選択をしたと考えられる。ここから導き出せる臨床的意義は、努力と結果の非随伴性により健康行動が減弱してしまいそうな場合においても、努力の安定性次元を操作することによって（努力のしかたにより結果が変化する可能性を認識することによって）行動からの脱落を防止できる可能性が示唆されたことにあると考える。2つ目としては、継続群と同様に、脳卒中の罹患原因を過去の生活習慣に帰属させ、そのことに対して後悔や罪といった感情を持ち合わせていることが健康行動強化に影響していた。3つ目として、将来に対する不安としての“再発恐怖”が健康行動強化に影響していた。これも継続群と同様に、恐怖心が健康行動強化を推進する契機となったと考える。また1年間の健康行動の評価における“機能低下の恐怖”という概念からも、恐怖心が健康行動強化に影響を与えたと考えることができた。

4.3 健康行動脱落群

本群における脳卒中者は、発症後1年の時点で規定の健康行動から脱落していた。その背景には脱落を招いた2つの要因があることが示唆された。1つ目は1年間の健康行動の結果について、明確な改善実感が得られていないと評価しおり、そのことが健康行動継続への懐疑心を生起させ、規定の健康行動からの脱落という結果につながったと推察された。ここでの語りの特徴は、前項における強化群でみられたような具体的目標を達成できない悔しさも、次項で考察するような悪化に対する焦燥感もみられないところにある。むしろ改善実感の乏しさは、健康行動に対する懐疑心という感情を生起させ、「よくならないのかもしれないね」[No.71]、「もうやっても無理かなーって」[No.12]といった語りから推察されるように、悲観的な将来予測をしているという特徴がみられた。前項においても示したように、失敗（ネガティブな結果）が内的 - 安定的原因に帰属されれば期待値は低下し、達成行動は抑制される。本説に依拠するなら、健康行動から脱落した本群は、内的 - 安定的原因に帰属したがゆえに達成行動が抑制されたことになる。しかし本群においては、努力や能力に問題ありと帰属したがゆえに脱落したとする語りはみられなかった。むしろ「これはほんといやな病気。相手が悪いよ」[No.71]、「脳卒中ってほんと厄介。もうやんなっちゃう」[No.12]といった語りから推察されるように、脳卒中自体が克服困難な疾患であり、それゆえに結果が伴わず懐疑心やあきらめ

といった感情が生起し、健康行動から脱落したと解釈するほうが妥当であると考えられた。したがって克服困難な脳卒中という語りからは、彼らが脳卒中を課題の困難性という外的 - 統制不可能な帰属因²¹⁾としてとらえているものと推察できた。よってその統制不可能性ゆえに、脳卒中者自身の行動により事象を変化させられず、そのことが改善への低期待をもたらしたと考える²⁴⁾。2つ目として脳卒中罹患の原因帰属として析出された“原因不明による当惑”が健康行動脱落に影響を与えていた。これには罹患原因を不明に帰属したものでなく、特定の原因に帰属はしたが確証がもてなくて困惑しているものも含まれた。継続群においては、原因不明という状態は不安感をもたらし、それがゆえに健康行動を推進する原動力となると考察した。しかし本群では原因不明はむしろ困惑感をもたらし、脱落行動を修飾する作用として機能したと考えられた。以上のことから導き出せる臨床的意義は、「脳卒中は後遺症が残存する統制不可能な得体の知れない病気」という物語から「生活習慣にも起因し、健康行動によりその一部は統制可能な病気」という物語への変化を促すことが、脱落防止に有用である可能性が示唆されたことであると考えられる。最後に本群における注目すべき発見を2つ示す。1つは脳卒中罹患の原因を運に帰属した者は、健康行動からの脱落を引き起こしたというベクトルとは別の側面がある可能性、すなわち脱落の正当性を担保するための機能として作用している側面があると指摘できる点である。「これって運命だったんだなーって、そう思うようにしてるの」[No.65]、「天命だったって思えばさ、あきらめもつくでしょ」[No.49]という語りからは、あきらめをつけ、自らを納得させるためにそう思うようにしている、という構造であると読み解ける。よって本群における運への帰属は、脱落行動を自ら養護する弁解機能として作用している側面があると考えられる。いま1つは本群においても前二群同様に再発に対して恐怖心を抱いている“再発恐怖”という概念が析出された。前述までの考察によれば、恐怖心は健康行動を推進する原動力になりうるとしたが、本群は規定の健康行動から脱落した者たちであり矛盾が生じる。しかしながら本群脳卒中者はすべての健康行動を放棄したわけではない。一部の健康行動、特に受療行動は必要不可欠なものと認識し、規定通り継続している傾向がみられた。したがって、脳卒中者は再発や後遺症の不安を“一部実践”している健康行動により払拭しようとしており、再発の

恐怖心はこの一部実践している健康行動を推進する機能を果たしていると考えることができた。

4.4 健康行動中途開始群

本群における脳卒中者は、退院直後は規定の健康行動を実践していなかったが、途中から規定の健康行動を開始していた。その背景には中途開始をもたらした2つの要因があることが示唆された。1つ目は1年間の健康行動の結果について、想定外の不調感を訴える“予想外の体調不良”と評価しており、このような事態が“悪化への焦燥感”を生起させ、その影響で健康行動を途中から開始する“中途行動”という結果につながったと推察された。

ここでの語りの特徴は、「ちょっと予想外だね」[No. 23]、「ちょっとくちなめてましたね」[No. 11]、「まさかこんなになるとはね」[No. 48]といった例からもわかるように、予想と現実の間に大きな落差を感じていたことである。そして突きつけられた現実の厳しさによって、悲観的な将来予測が惹起され、「このままじゃ絶対まずい」[No. 48]という焦りの感情が生起したと考えられた。このような悪化に対する焦燥感については、類似した感情として強化行動群における機能低下に対する恐怖心があげられる。しかし先に考察したように、強化行動をとった脳卒中者は、ネガティブな状況を反面教師的に提示することによって、自分はそうはならないという強い決意を語って行動を強化していた。一方、本群においては切迫した状況に対する焦燥感が強く、とにかく悪化への流れを食い止めたいという思いが前面に出ていた。そのためには「今からだって遅くはない」[No. 11]、「やれば効果がある」[No. 48]として中途から健康行動を開始したと解釈できた。したがって両者の違いは、強い決意を持って高い目標をめざして行動を強化した者と、とにかく悪化への流れを食い止めたいとして行動を始めた者という点にあると考えられた。2つ目は継続群、強化群と同様に、将来に対する不安としての再発の恐怖心が中途行動開始を推進するひとつの契機となったと考えられた。本群においていまひとつ注目しておきたいのが、脳卒中罹患の原因帰属である“決定論としての運”という概念についてである。この概念における帰属因としての運は、「なるようにしてなった」[No. 23]、「私にははどうすることもできない」[No. 11]、「こうなることが決まっていた」[No. 48]、という語りからもわかるように、統制不可能であり決定論的に脳卒中になったと意味づけていると解

釈できる。しかし再三述べてきたように、統制不可能な要因への帰属は無力感やあきらめを生じさせ、行動を抑制する方向に作用する。だが本群においては、逆に途中から行動を開始するという矛盾した結果となった。考えられるひとつの説明理論として、感情を規定するのは原因帰属だけではなく、結果の重要性等、さまざまな認知評価が感情の質の決定に関わっている²⁵⁾というものがある。先述のように、本群脳卒中者における支配的な感情は、想定外の体調不良をもたらした焦燥感である。このようなネガティブな結果に対する認知評価は、予想以上に悪かったがゆえによりインパクトをもって感情に働きかけたことが推測される。このことは想定外の体調不良、延いては悪化の進行という結果の重大性が、脳卒中の原因帰属以上に感情の質の決定に関与したことを示唆するものである。したがって統制不可能な運を脳卒中罹患の原因として帰属しても、結果の重大性によってもたらされた焦燥感によって、健康行動の中途実践が開始されたと考えられる。

4.5 健康行動非実践群

本群における脳卒中者は、退院直後から終始規定の健康行動を実践していなかった。彼らは1年間の健康行動の結果について、規定通りの健康行動は実践していないが、ほとんど身体的変化はないととらえていた。そしてそのことを踏まえたうえで、健康にとられすぎることに対する疑問、すなわち“健康至上主義への疑問”を呈していた。またほとんど変化のない現状に鑑みて、脳卒中は後遺症の残る病気であり、それはある程度しかたがないとしてあきらめる“忍従としての脳卒中”と、規定の行動を実践しないにもかかわらず悪化しなかったことに対して“一抹の安堵感”を抱いていた。そしてこのような相反する感情を含み込みながら、完全無欠の健康行動の実践は無理であるとして、“完璧行動の放棄”という従来の行動姿勢を貫いていた。まずここでの語りの特徴は、「健康、健康であれだめ、これだめじゃ人生つまらなくなっちゃう」[No. 39]、「しづりがきついとね、かえって窮屈になる」[No. 54]といった例からもわかるように、健康であることのみを人生の第一目標に掲げることに疑問を呈していることである。つまり本群脳卒中者は健康のためにすべての異常（医療的見地からみた望ましくない生活習慣＝嗜好）を排除しようという姿勢ではなく、生きる意味を大切にしたいという姿勢であることが推察される。この姿勢は上杉²⁶⁾の指摘する生活者の視点から

みた健康観に合致するものであり、ここでの脳卒中者が退院直後から規定の健康行動を実践していなかったことに鑑みれば、彼らが当初から当該健康観を有していた可能性も示唆される。そしてこのように解釈できるのであれば、脳卒中は後遺症が残存する病気であると忍従して、生きる意味を優先しているがゆえの健康行動の非実践であるという物語構造として読み解けるであろう。またここでは、忍従やあきらめとともに、悪化していないことに対する安堵感という質の異なる感情も合わせ持っていた。このことは本群脳卒中者が生きる意味を優先するために、すべての異常を受け入れるということではないことを示唆する。どんなに生きる意味を大切にするといっても、“再発恐怖”も抱いているし、その恐怖心に基づいた健康行動の“一部実践”も行われている。したがって“完璧行動の放棄”とは杓子定規な健康行動は不可能であるが、それは他方において可能な範囲の行動は実践することを意味する。このような背景には、生きる意味を大切にしたい、生きる意味を犠牲にするような健康行動は実践しない、しかしながら極端に悪化しては困るので一部の健康行動は実践する、といった心理模様が存在すると考える。次に脳卒中罹患の原因帰属についてであるが、ここでは“決定論としての運”と“不十分な自己管理”いう2つの概念が析出された。前者における帰属因としての運は、中途開始群と同様の概念であり、統制不可能な原因によって決定論的に脳卒中になったと意味づけしていると解釈できた。そしてそれは健康行動の一部放棄を推進する原動力になったと推察できる。後者は体に対する無頓着や働きすぎを帰属因としてあげているが、「(病院に)行ったりやならないってわけでもないじゃん」[No.61]という語りに代表されるように、配慮しても完全に脳卒中を防ぐことはできないと考えていた。健康行動継続群や強化群においては、働きすぎや無関心に帰属した場合には、後悔、反省、罪といった感情および責任性を伴っていたが、本群においては希薄であり、むしろシニカルな視点から悲観的みていることが示された。そしてそのような視点が健康行動の一部放棄を修飾するかたちとなったと推察できた。このように同じ帰属因であっても、帰属依存感情や責任性の有無によって後続行動が異なることが示された。以上から導き出せる臨床的意義は、健康行動非実践者に対しては、彼らの生きる意味を尊重しつつも、脳卒中再発は部分的にでも統制可能性の余地があることを一部実践している健康行動に関連づけて支援する

ことであると考ええる。

5. 研究の限界

本研究の対象である脳卒中者は、同一地域、同一医療施設において募集された者たちであり、異なる地域を研究の場として設定はしていない。よって典型性が得られているとは言い難い面もあるが、発症時の状況、入院期間、言語能力においては同質性を担保した。また分析手順を明確化し、他研究者が同一手順に従うことで、同じ一般体系化が発見できる可能性を担保した。周知のとおり脳卒中は運動能力や言語能力の程度、高次脳機能障害の種類等、きわめて個人差の大きな疾患であるといえる。したがって本研究の結果がすべての脳卒中者にあてはまるわけではない。今後の課題として、より随伴症状の範囲を限定したなかでの研究が望まれる。

6. 結論

本研究は脳卒中者における健康行動の実践、非実践の現実的プロセスについて、Weinerを中心とした帰属理論を援用しながら読み解いてきた。健康行動実践の評価や脳卒中罹患をどのような原因に帰属するかによって、またそれは統制可能なか否かによって付随する感情は異なり、それが継続行動に影響するという結果は先行理論のとおりであった。しかしながら従来いわれていたような¹¹⁾原因帰属についての見解、すなわち生活習慣=内的・統制可能/運=外的・統制不可能という定式化は、必ずしも普遍的に当てはまるものではなく、健康行動との関係性において変化しうるものであることが示唆された。そしてその健康行動は、病気自体の回復可能性や再発への不安、また健康観といった個人的見解も加味されながら生起されることも示唆された。この点が本研究によって示しえた新たな知見であると考ええる。本研究の成果から導き出せる臨床的意義は次の2点に集約される。①脳卒中者の健康行動を支援する際には、彼らの構築する物語世界について、特に健康行動の評価と罹患の原因帰属についての語りを詳細に分析する必要があること。②行動変容を促すには、健康行動を実践することによって、少なくとも現状の一部は統制可能であるという物語へ移行させることが重要なこと。このように原因帰属や原因次元を操作することによって健康行動を変容させることが可能なら、脳卒中再発予防に資する行動変容理論の一助となりうるのではないだろうか。今後は介

入研究も含め、より詳細な検討が必要と考える。

文献

- 1) Hata J. Tanizaki Y. Kiyohara Y. et al. Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 368-372
- 2) Shanunghnessy M. Resnick BM. & Macko RF. Testing a model of post-stroke exercise behavior. *Rehabilitation Nursing* 2006; 31 15-21
- 3) 島内憲夫、人々の主観的健康観の類型化に関する研究－ヘルスプロモーションの視点から－. *順天堂医学*. 2007; 53: 410-420
- 4) 齋藤清二、ナラティブ・バイスト・メディスンからみた健康観. *医学哲学医学倫理*. 2004; 22: 147-153
- 5) Tayler SE. & Levin S. The psychological impact of breast cancer: A review of theory and research. San Francisco, West Coast Cancer Foundation, 1976
- 6) Bordieri JE. Comninel ME. & Drehmer DE. Client attributions for disability: Perceived accuracy, adjustment, and coping. *Rehabilitation Psychology* 1989; 34: 271-277
- 7) Bordieri JE. & Kilbury R. Self-blame attributions for disability and perceived rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 1991; 34: 320-331
- 8) Silver RL. & Wortman CB. Coping with undesirable life events. In J Garber & MEP Seligman (Eds.) *Human helplessness: Theory and applications*. New York, Academic Press, 1980
- 9) Colleti G. & Kopel SA. Maintaining behavior change: An investigation of three maintenance strategies and the relationship of self-attribution to the long-term reduction of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979; 47: 614-617
- 10) Chambliss CA. & Murray J. Efficacy attribution, Locus of Control, and Weight Loss. *Cognitive Therapy and Research* 1979; 3: 349-353
- 11) 小野寺哲夫. 健康と病気の帰属理論的研究－慢性病患者に対する家族の原因帰属と感情表出 (EE). 東京：風間書房、2008
- 12) Weiner B. *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York, Springer-Verlag, 1986
- 13) Weiner B. *Judgments of Responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York, Guilford Press, 1995
- 14) Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 1966; 80: Whole No.609
- 15) Sacco RT. Adams R. Alberts G. et al. American Heart Association; American Stroke Association Council on Stroke; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; American Academy of Neurology. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke. *Stroke* 2006; 37: 577-617
- 16) 木下康仁. *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践－質的研究の誘い*. 東京：弘文堂、2003.
- 17) Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986
- 18) Sonne JL. & Janoff DS. The effect of treatment attributions on the maintenance of weight reduction: A replication and extension. *Cognitive Therapy and Research* 1979; 3: 387-389
- 19) Becker MH. & Maiman LA. Social behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care* 1975; 8: 10-24
- 20) Rosenstock IM. Stercher VJ. & Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly* 1988; 15: 173-183
- 21) Weiner B. A Theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology* 1979; 71: 3-25
- 22) King JB. The impact of patients' perceptions of high blood pressure on attendance at screening: An attributional extension of the Health Belief model. *Social Science and Medicine* 1982; 16:

1079-1092

- 23) Eiser JR. Van der Plicht J. Raw M. et al. Trying to stop smoking: Effects of perceived addiction, attributions for failure and expectancy of success. *Journal of behavioral medicine* 1985; 8: 321-341
- 24) Abramson LY. Seligman M.E.P. & Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 1978; 87:49-74
- 25) Karasawa K. Cognitive antecedents of emotions: Findings, and future directions. *Japanese Psychological Research* 1995; 37: 40-55
- 26) 上杉正幸. 健康不安の社会学—健康社会のパラドックス. 京都: 世界思想社、2000.

