

動機づけ理論

● 保健行動の動機づけ

動機とは、一般に人の行動を引き起こすきっかけや原因として解釈される。人が保健行動をとるか否かは動機という概念で説明できるところが大きい。例えば、自分の親が糖尿病であったため、自分も糖尿病になりやすいと信じ（信念）、「最近のどがかわきやすくなった」という自覚症状（心理・生理的動機）は、医療機関を受診あるいは健康診査を受ける動機となる。これを「保健行動動機」という。保健行動動機は、保健行動の原動力となる「保健行動欲求」と個人の傾向としての「保健態度」から形成される¹⁾。

1. 保健行動欲求

動機づけとは「一定の欲求充足の欠如に伴う不快さを避け、その欲求を充足して快感を得ようとすること」である²⁾。人の行動は欲求に方向づけられる。保健行動の原動力となる保健欲求の主要なものとして後述する5つが挙げられる¹⁾。(1)より安全で健康に生きたい、(2)症状の辛さや苦しさを逃れたい、(3)病気やその恐れによるさまざまな犠牲(身体的、経済的、社会的、心理的、実存的犠牲)から逃れたい、(4)死の恐れから逃れたい、(5)自己成長し、社会に役立つ個性的な自己実現をしたい、というものである。

2. 保健態度

保健態度とは、「保健行動を志向する多様な心理作用の心構え」¹⁾のことであり、本人のおかれている状況への心理作用による方向づけである。大きくは「認知的要因」、「感情的要因」、「行動的要因」の3つからなり、その中で複雑なパターンを呈する。

認知的要因は、望ましいと信じている行動をとり、誤っていると信じている行動はやめようとするなど、言語的反応でとらえられるものとされる。

認知的な面から保健行動を説明する理論の一つにロッター (Rotter, J. B)³⁾の「ヘルス・ローカス・オブ・コントロール」がある。ヘルス・ローカス・オブ・コントロールは「問題の原因は自分の中にあり、自分のとる行動によって結果を統制できる」という内的統制傾向と「問題の原因は自分以外の他者や環境にある」という外的統制傾向にわかれるという。そして、内的統制傾向が強い人の方が保健行動に結びつきやすくなる。

一方、感情的要因とは、「減塩行動が必要だとはわかっているが、薄味の味噌汁では食べたい気がしない」など快・不快が行動を左右するというものである。また、「良い母親であれば子どもを予防接種につれていく」など、規範に従うことで罪悪感という不快を避けようとすることも感情的要因である。

行動的要因は個人の自己決定能力の認知面と感覚面に働きかけるものである。例えば、「生きがいと結びつく」、「周りからの情緒的な支援がある」ことにより保健行動が実行されやすくなる。

保健行動のシーソーモデル

保健行動に伴う不快があれば行動を動機づけることが難しい。そのため、保健行動をとりやすい保健欲求や保健態度が不可欠である。宗像恒次¹⁾の「保健行動のシーソーモデル」では、人の保健行動が、行動への動機（左）と行動の実行を妨げる負担（右）とのバランスによって決まることが示されている。したがって、負担を軽減し、動機を強化すれば、行動が実行される。このモデルは、シーソーになぞらえ、その動機と負担のバランスは、支点を動かすことによって変えられると考えるところに特徴がある。自分のまわりのさまざまな支援を活用しながら、自己決定能力によって自らが支点を移動して動機を強化し、負担を軽減することで保健行動が方向づけられる。

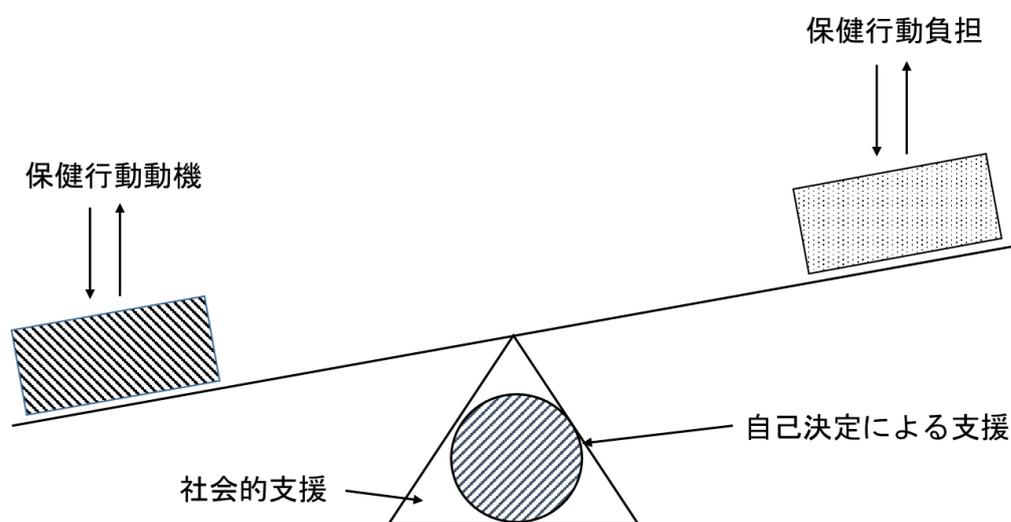


図1 保健行動シーソーモデル

保健信念（ヘルスビリーフ）モデル

保健信念モデルは、健康に関する行動に特化して適用するためにローゼンストック（Rosenstock, I. M）⁴⁾やベッカー（Becker, M.H）ら⁵⁾によって提唱された。このモデルは認知的要因から保健行動の動機づけを説明しようとする。これによると、私たちの保健行動は、(1) 病気や怪我の脅威の認識、(2) 特定の行動のコスト（負担）とベネフィット（利益）の評価によって予測することができる。私たちが何かについて脅威と感じるかどうかは、さまざまな人口統計学的、社会的要因に左右される⁶⁾（図2）。保健信念モデルによると、私たちは特定の保健行動のコストとベネフィットを考慮する。脅威が大きく、ベネフィットがコストを上回ると考えれば、その行動を取る可能性が高くなる。

例えば、保健信念モデルによれば、ある人が糖尿病予防のための保健行動をとる可能性は、次のようにして決まる。「親が糖尿病だったから将来は自分も糖尿病になるかもしれない」という病気のかかりやすさ（脆弱性、罹患性、感受性）や、「糖尿病による合併症で将来失明するかもしれない」などの結果の重大性から脅威が生まれる。そこにはもちろん

ん、メディア等外部からの情報といった要因が加味されている。他方、自分の保健行動によって糖尿病を回避しようというメリットと、実際に運動することの損得勘定がある。それらすべてに対して本人がどのような認知や信念を持つかによって決まる。

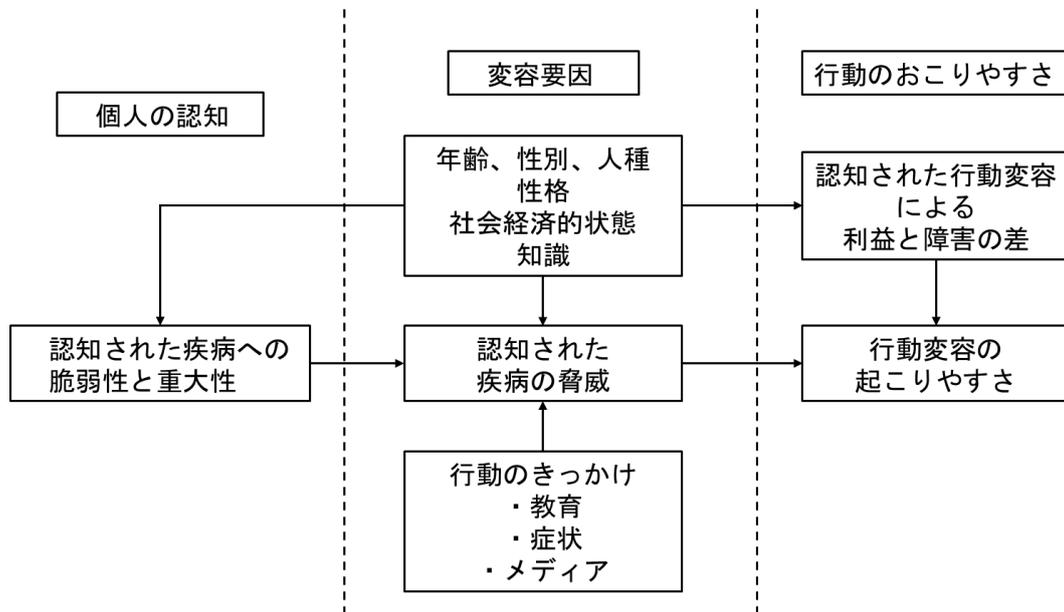


図2 保健信念モデル（文献7）より引用）

● 自己効力感（セルフエフィカシー）

認知的要因から保健行動の動機づけを説明する理論の一つにバンデューラ (Bandura, A.)⁹⁾による「自己効力感」がある。「自己効力感」とは、ある特定の欲求を「満たすことができる」と信じる度合である。

先述の「ヘルス・ローカス・オブ・コントロール」が自分自身の行動の結果に対する期待によって保健行動を説明するのにに対し、自己効力感の結果をもたらす行動を「自分ができるかどうか（効力期待）」によって予測する⁹⁾。

バンデューラによれば、自己効力感の判断が活動や環境の選択を決定するという。また、自己効力感は、障害があるときにどれだけの努力をするかにも影響する。例えば、ダイエットをしている自己効力感が高い人は、一時的に体重が増えたとしても、「頑張ろう」という気持ちが強くなる。一方、ダイエットに何度も失敗している人は、自己効力感が弱まる。また、その人のまわりの友人や家族が誰もダイエットに成功していないことも自己効力感が弱まる要因となる。自己効力感が低いとダイエットに失敗してやめてしまう可能性が高まるのである。

自己効力感が生まれる情報源には 1)過去に同じような行動で成功した経験があること（成功経験）、2)自分にその行動をした経験がなくても、他の人がうまくやっているのを観察すること（代理経験）やパフォーマンスを観察するという代理体験、3)自分の能力につい

ての他者からのフィードバックがあること（言語的説得）、4)その行動により生理的・情動的な変化がおこること（生理的・情動的状態）¹⁰⁾がある（図3）。

なお、自己効力感は「保健信念モデル」を補完する要因としても捉えられている⁶⁾⁸⁾。

- | | |
|---|-----------|
| ① | 自己の成功経験 |
| ② | 代理的経験 |
| ③ | 言語的説得 |
| ④ | 生理的・情動的状態 |

図3 自己効力感の情報源（文献10）より引用）

文献

- 1) 宗像恒次：最新 行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，2000
- 2) 宗像恒次：感情と行動の大法則．日総研出版，2008
- 3) Rotter, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, Vol.80 No.1, pp1-28, 1966
- 4) Rosenstock, I. M.: Why people use health services. Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, pp94-127, 1966
- 5) Becker, M. H., Maiman, L.A.: Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care, Vol13, No1, pp10-24,1975
- 6) Sheridan, C. L., Radmacher, S. A.: HEALTH PSYCHOLOGY Challenging the Biomedical Model. John Wiley and Sons, 1992
- 7) カレン・グランツ，バーバラ・K・ライマー，フランシス・M・ルイス（編）（曾根智史，湯浅資之，渡部基，鳩野洋子 訳）：健康行動と健康教育 理論，研究，実践．医学書院，2010
- 8) アルバート・バンデューラ（編）（本間寛，野口恭子 監訳）：激動社会の中の自己効力．金子書房，2006
- 9) 中川米造，宗像恒次（編）：応用心理学講座 13 医療・健康心理学．福村出版，1989
- 10) 松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎 生活習慣病を中心に．医歯薬出版，2018

（蓮井貴子）