

生活習慣に関連した健康障害をもつ思春期の子どもと親の認識

二宮啓子, 丸山浩枝*

神戸市看護大学, *神戸市看護大学短期大学部

キーワード: 生活習慣, 思春期の子ども, 親, 認識

Perceptions of Adolescents with Lifestyle-related Health Problems and Their Parents

Keiko Ninomiya, Hiroe Maruyama*

Kobe City College of Nursing, *Kobe City Junior College of Nursing

Key words: lifestyle, adolescent, parent, perception

I. はじめに

近年の少子化や科学技術の進歩に伴うライフスタイルの変化は子どもの健康生活にも大きな影響を及ぼしている。すなわち、先進国型文化生活がもたらす、自由な社会経済的状況の中で、過食、運動不足、夜型生活リズムといった生活習慣が原因で肥満、高脂血症、2型糖尿病などが増加している。我が国の小児肥満出現率はこの30年間増加傾向が続いており（伊藤他, 1999）、学童前期で5%、学童後期で10%の子どもが肥満の状態にあること（文部科学省, 2002）に加え、小児期の2型糖尿病が著明に増加していること（日本糖尿病協会, 2001）が報告されている。この現象は、近隣のアジア諸国にも見られており、もはや欧米諸国のみでの問題ではないと言える。また、糖尿病スクリーニングにより発見された2型糖尿病患者の80%が肥満を有していた（浦上, 1998）と報告されており、肥満が2型糖尿病に大きく関与していることが推測される。

肥満の直接的な原因は、摂取エネルギーが消費エネルギーを上回ることであり、一般的なものとして、食べ過ぎ、運動不足があげられるが、遺伝的要因や心理的要因、社会的要因が複雑に絡み合って発症すると言われている。特にこのような生活習慣に関連した健康障害は、思春期に現れることが多い。思春期は急激な身体的変化とともに、近年の少子化や高学歴志向による受験競争の激化、友達関係を含む学校生活や親子関

係などの人間関係からくるストレスなど、子どもたちはストレスがかなり高い状態の中で生活している。この10年の間に不登校の児童・生徒が急激に増加していること、飲酒・喫煙率の増加及び低年齢化が進んでいることから、対人関係をうまく作れなかったり、ストレスをうまく対処できなかったりする子どもが増えていのではないだろうか。また、親はどのような健康に対する考えを持ち、子どもの生活を捉え、関わっているのだろうかという疑問を持った。

そこで、今回生活習慣に関連した健康障害をもつ思春期の子どもの生活習慣に関する認識・行動、健康の定義、自己効力感、人間関係、親の生活習慣に関する認識・行動、及びこれらの因子と子どもの健康状態との関係について明らかにすることを目的に研究を行った。

II. 方法

1. 用語の定義

1) 生活習慣とは、健康管理行動と日常生活行動を合わせたもので、以下の16項目をいう。

健康管理行動: 薬（内服、注射）、食事、運動、間食（おやつ）、睡眠、規則正しい生活、低血糖の補食、血糖測定 of 8項目

日常生活行動: 勉強、友達つきあい、遊び、クラブ活動、アルバイト、酒、たばこ、親の忠告の

8 項目

- 2) 肥満度は、BMIを用い、体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で算出したものをいう。また、BMIが25以上を肥満とする。

2. 対象者

関西地区の2つの総合病院の小児科外来を受診している生活習慣に関連した健康障害をもつ10～17歳の子どもとその親

3. 調査内容

- 1) 生活習慣に関する子どもと親の認識を測定する二次元イメージ展開法

二次元イメージ展開(拡散)法は、松原ら(1991)により開発された方法で、指導内容に対応したいくつかの項目を、実施頻度と意識を縦横の軸に設定した二次元平面上に貼り付けてもらい、生活状況を視覚的に捉えるものである。本研究では、横軸を実施の認識とし、「よくする」から「しない」、縦軸を大切さの認識とし、「とても大切」から「大切でない」と配置した平面上に16項目の生活習慣が記入された駒を対象者がおいていくものである。測定用具として使用するために便宜上それぞれのイメージ軸を14分割し、0～14点で点数化した。

- 2) 子どもの特発性自己効力感とソーシャルサポートに関する質問紙調査

特発性自己効力感尺度(成田ら, 1995)は、13～92歳までの都市圏Y市の住民を対象にして開発されたもので、行動を起こす意志、行動を完了しようとする意志、逆境における忍耐など23項目から構成されている。回答は、「そう思う」5点から「そう思わない」1点の5段階自己評価法で、得点が高いことは自己効力感が高いことを意味する。年齢別の平均得点は、13～17歳の男性が74.08±14.61点、女性が73.55±12.15点である。

ソーシャルサポート尺度(中村ら, 1997)は、9歳から18歳までの子どもを対象にして開発されたもので、子どもが重要他者によって援助されていると感じる程度を測定するために、親のサポート、友人のサポート、教師のサポート、医師・看護師のサポートを下位尺度に含め、尊重、他者との関係性の納得、実際の援助への満足、安心や楽

しさなど自然な自我状態の保証、コミュニケーション、愛着を主要因子とする28項目から構成されている。回答は、「全く違う」1点から「全くその通り」4点の4段階自己評価法で、得点が高いことはソーシャルサポートが高いことを意味する。健康児の平均得点は、小学生が64.7±9.1点、中学生が56.7±9.9点、高校生が55.1±9.2点である。

- 3) 子どもと親の健康の定義、健康状態の認識、人間関係や生活習慣などに関する面接調査

健康管理のための食事、運動、生活の規律を中心に健康生活の実際、並びに健康や生活に対する気持ち、ストレスマネジメントなどについて自作の面接ガイドを用いて、子どもと親に半構成的な面接を行った。

また、対象者の許可が得られた場合、子どもの年齢や検査結果等の健康状態に関するデータを外来診療録より得た。

4. 調査実施方法

- 1) 調査期間

平成14年4月～平成16年1月

- 2) 対象者への倫理的配慮

小児科外来で、医師から対象候補者に研究についての話を聞く意思があるかどうかを尋ねていただき、話を聞いてもよいと答えた子どもとその親を調査対象者とした。調査対象者には、調査目的・方法及び調査が対象者に及ぼす影響について文書とともに口頭で説明を行い、研究への協力をお願いし、同意が得られた者のみに調査を行った。また、面接内容の録音などの新たな状況が起こった場合はその都度、対象者に許可を得て行った。許可が得られなかった場合は、メモを取るようにした。

- 3) 調査実施手順

調査は小児科外来受診の診察の待ち時間、診察後の時間を利用して、対象の子どもと親が落ち着いて調査に専念できるような静かな場所を選び、子どもと親とを別々に行った。

5. 分析方法

- 1) 子どもと親の生活習慣に関する認識、自己効力感、ソーシャルサポートについて

思春期の生活習慣に関連した健康障害をもつ子

どもの生活習慣に関する認識・行動、自己効力感、ソーシャルサポートの特徴を一般の同年齢の子どもと比較する。

また、子どもと親の生活習慣に関する認識の相違の有無と内容について分析する。子どもと親の生活習慣に関する認識の相違は、同じ生活習慣の項目に対する子どもの認識と親の認識の間に4.7点（14点の3分の1）以上の差が見られたときに親子の認識の相違があるとした。これは、14点満点を「よく行っている」、「まあまあ行っている」、「普通」、「あまり行っていない」、「行っていない」の5段階評価にした場合の2段階以上の差があることを意味する。

2) 行動変容段階について

Prochaska & DiClementeの行動変容の理論横断モデルの5つの段階（①熟考前、②熟考、③計画または準備、④実行、⑤維持）で分類した（Pender, 1996／小西監訳, 1997）。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の背景（表1）

対象者は思春期の生活習慣に関連した健康障害をもつ子どもとその親7組。子どもの年齢は10～17歳で、小学生1名、中学生4名、高校生2名、性別は男子3名、女子4名であった。疾患名は肥満5名、

脂肪肝1名、糖尿病1名であった。現在肥満の状態にある子どもは6名、現在は肥満の状態ではないが、診断時肥満の状態であった子どもが1名であった。

また、生活習慣に関連する健康障害以外に心疾患、不登校、蕁麻疹などの何らかの健康障害をもっている子どもが4名いた。親の内訳は、母親が6名、父親が1名であった。

2. 子どもの特発性自己効力感、ソーシャルサポート（表1）

子どもの特発性自己効力感の得点は同年齢の子どもの平均値の1SD以下と低い者が3名で、同年齢の子どもの平均値を上回る者はいなかった。

ソーシャルサポートの得点は、同年齢の子どもの平均値の1SD以上と高い者が3名で、4名は同年齢の子どもと同程度であった。また、下位項目では、親と友人のサポートの得点に関して低い者はいなかったが、教師のサポートの得点に関しては、2名が同年齢の子どもの平均値の1SD以下であった。

3. 生活習慣についての子どもと親の認識の比較（表2）

子どもの生活習慣における大切さと実施の認識の相違が見られた項目は、規則正しい生活（ $t=6.16$, $p<0.01$ ）、運動（ $t=3.69$, $p=0.01$ ）、勉強（ $t=2.50$, $p<0.05$ ）、親の忠告（ $t=2.20$, $p=0.07$ ）であった。

表1 対象者の背景

事例	年齢(学年)	性別	体重 (kg)	BMI	診断名, その他	親	行動変容 段階	自己効力感 (点)	ソーシャルサポート (点)
1	17(高3)	女	77.8	27.7	肥満, 蕁麻疹	母	実行	71	58
2	15(高1)	男	101	34.5	肥満, 心臓病	母	熟考前	73	63 ↑
3	14(中3)	女	87.8	33.5	肥満, 不登校	母	熟考前	51 ↓	58
4	14(中3)	男	78	28.0	肥満	母	熟考前	45 ↓	55
5	13(中2)	女	61	25.0	糖尿病	母	維持	63 ↓	65
6	12(中1)	男	61	22.7	脂肪肝, (肥満)	父	維持	73	68 ↑
7	10(小4)	女	56.7	29.4	肥満, VSD術後	母	熟考	78	73 ↑

↑: 平均値 + 1SD 以上、↓: 平均値 - 1SD 以下

表2 生活習慣の実施・大切さについての子どもと親の認識の比較

生活習慣 の 項目	実 施					大 切 さ				
	子 ど も (N=7)		親 (N=7)		t 値	子 ど も (N=7)		親 (N=7)		t 値
	平均	S D	平均	S D		平均	S D	平均	S D	
食事	7.41	1.66	9.73	2.79	1.60	9.68	4.36	10.58	2.85	0.48
間食 (おやつ)	4.90	4.15	6.40	4.45	1.61	2.50	2.85	5.33	6.05	1.27
運動	5.71	4.66	6.17	5.07	0.34	9.70	3.97	7.20	4.44	1.42
規則正しい生活	5.79	3.07	5.93	2.73	0.18	11.80	3.65	10.40	2.88	0.68
睡眠	9.40	4.94	8.61	3.16	0.32	11.53	3.87	11.30	2.22	0.13
親の忠告	5.29	3.28	7.40	3.91	1.23	8.80	1.51	8.73	4.38	0.05
友達つきあい	8.39	3.96	8.69	5.21	0.15	9.95	3.81	9.60	4.68	0.16
遊び	8.39	4.06	8.61	4.91	0.11	6.60	2.86	8.23	3.10	1.21
勉強	4.97	3.10	6.11	3.40	2.09	8.50	4.32	8.35	3.28	0.66
クラブ活動	8.11	5.10	8.44	6.06	0.32	8.40	5.05	7.73	6.01	0.50
アルバイト	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
たばこ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

対応がない場合の t 検定

*P<0.05

いずれも大切に思っている割に実施が伴っていなかった。一方、親の生活習慣における大切さと実施の認識の相違の傾向が見られた項目は、規則正しい生活 ($t=2.34, p<0.06$)、睡眠 ($t=2.12, p<0.08$) であった。いずれも大切に思っている割に実施が伴っていなかった。また、親子の間の認識の相違の傾向が見られた項目は、勉強 ($t=2.09, p=0.08$) の実施の項目で、子ども自身が思っているより親の方が「子どもは勉強している」と思っていた。また、事例ごとの親子の間の認識の相違が比較的多かった健康管理行動は、大切さの認識では規則正しい生活、運動、間食で、実施の認識では、睡眠、食事であった (表3)。

4. 子どもの生活習慣と健康管理に関する認識

(表4)

自分の健康状態をまあまあよいと評価した者は7名中5名で、わからないと答えた者が2名であった。自分の健康状態をまあまあよいと評価していた5名はいずれも肥満と診断された子どもで、肥満が受診の目的であると答えた者はいなかった。

自覚症状として、3名が「疲れやすさ」や「気の重さ」を持っていた。また、ストレスが多いと感じ

表3 親子の健康管理行動における認識の相違

項目		事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7
運動	大切さ	○	○		●			
	実施			●			●	
食事	大切さ				●			
	実施	●	○			●		
睡眠	大切さ				●		○	
	実施	●		○		●	○	
間食	大切さ	●			●			●
	実施						●	
生活の 規律	大切さ	○		●	●		●	○
	実施							
薬 (注射)	大切さ	○	○	/	/		/	/
	実施	○		/	/		/	/

○子の得点>親の得点、●親の得点>子の得点

ている者は2名のみで、2名がどちらとも言えないと答え、3名がストレスは多くないと答えた。ストレス源として、学業をあげた者が5名と多く、2名は友達関係をあげていた。学業をあげていた子どもは、「勉強しなさいと言われるのがストレス」「成績があがらない」と言い、友達関係をあげていた子どもは、「同級生から“ブタ”、デブ」と言われて腹が立つ」と言っていた。

子どもの健康の自己管理の認識については、親に言われなくてもある程度自分でできると答えた者は3名のみで、自分でできるかどうかわからないと答えた者が3名、親に言われないと自分ではできないと答えた者が1名であった。自分の健康管理に対する親の協力度を7名の子ども全員がとても協力的から少し協力的の間で、協力的と評価していた。また、今の調子で生活を管理していても将来何も起こらないと思うかの問いに、遠い将来に何か起こるかもしれないと答えた者は4名で、自分には何も起こらないと思うと答えた者が1名、わからないと答えた者が2名であった。また、「やせたい」「受診しなくてよくなりしたい」「HbA1cを7%にしたい」などの健康管理上の自分の目標を持っていた者は7名中4名で、3名は「別はない」と答えていた。

表 4 子どもの生活習慣と健康管理に関する認識

項目	事例 1	事例 2	事例 3	事例 4	事例 5	事例 6	事例 7
診断名,その他	肥満, 蕁麻疹	肥満, 心臓病	肥満, 不登校	肥満	糖尿病	脂肪肝, (肥満)	肥満, VSD 術後
健康状態の評価	まあまあよい	まあまあよい	まあまあよい	まあまあよい	わからない	わからない	まあまあよい
自覚症状	特にない	特にない	気が重い	疲れやすい	疲れやすい	特になし	特になし
ストレス	どちらとも言えない	ない	多い	ない	多い	ない	どちらとも言えない
健康の自己管理への認識	親に言われたいと自分ではできない	自分でできるかどうかかわからない	自分でできるかどうかかわからない	ある程度自分でできる	ある程度自分でできる	ある程度自分でできる	自分でできるかどうかかわからない
両親の協力度	少し	少し	まあまあ協力的	まあまあ協力的	とても協力的	とても協力的	まあまあ協力的
今の生活管理での将来	何も起こらない	遠い将来に何か起こる	遠い将来に何か起こる	遠い将来に何か起こる	わからない	わからない	遠い将来に何か起こる
健康管理での目標	健康的にやせる。目標 60kg。まず 75kg。	ない。体重は減った方がよいが、無理。	別れない。	ない。体重は減った方がよい。	健康的にやせる。HbA1c 値を 7%に。	受診しなくてよい。血液の検査値がまだ高いから	やせたい。
受診している目的	蕁麻疹のため	心臓病があるから	体調が悪くないか診るため	体の状態が悪くないか診るため	糖尿病のため	血液の検査値がまだ高いから	心臓病で手術したから
健康管理行動	食事：1日3日(朝、昼、夕食)。午前中の休み時間におにぎり1個食べる。週末は外食。食事は主に母親が作っている。気をつけている。夕食を多く食べない。野菜を多く取る。間食：2日に1回。運動：毎日お風呂に入る。週3回の体育のみの運動で、激しい運動はしていない。生活の規律：6:15 起床、1:00 就寝。	食事：1日3回(朝、昼、夕食)。あまり食べ過ぎないようにつまみ食いをする。夕食は30分程度で済ませる。朝食は2日に1回。運動：運動は好きではない。犬の散歩を毎朝と夕方時々で送る。通学は朝は朝のバスに乗る。体育のみの運動で、激しい運動はしていない。生活の規律：6:30 起床、23:30 就寝。心臓の薬を朝1回定期的に内服している。	食事：医師からの指示では1日1600kcal。1日4回(10:00、13:00、16:30、22:00)同じ時間に食べているが、全体的に遅い時間。外食は月に1回。ファーストフード。間食：食事以外のおやつは週1回。運動：あまり好きでなく、意識的に運動している。体育の授業も休んでいる。生活の規律：9:30 起床、0:00 ~ 1:00 就寝。	食事：1日2回(朝、夕食)。朝食はジュースとお茶のみで朝食は食べていない。間食：帰宅時にジュース 360ml を1本ずつ飲んでいる。運動：まあまあ好き。体育以外ははしらない。身体は効果的だと思わなくていい。生活の規律：7:00 起床、1:30 就寝。	食事：1日の指示カロリーは1800kcal。1日3回、両親が作る食事とお弁当を食べる。朝食は外食。間食：低血糖時の補食以外の間食なし。卓球部に所属し、毎日運動する環境を整え実施している。運動量は大体よい。インスリン注射と血糖測定：注射の打ち忘れなく、血糖測定を1日4回。血糖値を見ながら、補食の量を決めていい。生活の規律：生活は規則的とも不規則ともいえない。6:00 起床、0:00 就寝。	食事：1日3回(朝、昼、夕食)。医師からの指示はカロリーは1回程度。塩分を控えるようにしている。間食：2日に1回程度、15:00 に菓子を食べる。運動：まあまあ好き。自転車に乗り、歩いたり、自分身体にどう運動している。自分の生活の規律：5:45 起床、23:00 就寝。	食事：1日3食規則正しく食べている。ラーメンの汁を最後まで飲まないようにしている。ご飯は2杯食べている。間食：毎日アイスクリームを1個食べている。運動：好きで、意識的にしている。平日は2時間水泳をしている。バトミントン部に所属している。生活の規律：7:00 起床、21:00 就寝。布団に入ってもなかなか眠れない。

健康管理行動に対する認識と行動については、運動が好き、まあまあ好きと答えたものは7名中5名で、5名とも運動は自分の身体にとって効果的であると思っていたが、意識的に運動していたのは3名のみであった。あまり好きではないと答えた2名は、運動は自分の身体にとってどちらかというと効果的だと思うと答えた。食事に関しては、母親が主に作っていた。1日3回規則正しく食べているものは、7名中5名で、1名は朝食抜きの1日2回、1名は1日4回食べていた。食事以外の間食（おやつやジュースなど）は1名を除く全員が行っていた。間食していなかった1名は、低血糖時の補食以外は間食はしていないと答えた。また、食事について気をつけていることがあると答えた者は4名で、塩分を控える、カロリーに気をつける、野菜を多く食べるようにしている、食べる量に気をつけている、などであった。生活の規律については、規則正しい生活をしていると答えた者はいなく、食事を食べ過ぎる、睡眠時間が短い、就寝時間が遅いなどを理由にどちらとも言えない、規則正しくないと答えていた。飲酒や喫煙などの危険行動に関しては、関心を示す者も、行っている者もいなかった。また、アルバイトを行っている者もいなかった。

健康管理行動に対する認識と行動から、7名の行動変容の段階は、熟考前が3名、熟考が1名、実行が1名、維持が2名に分かれた。

5. 親の生活習慣と健康管理に関する認識（表5）

7名の親全員が子どもの健康状態をよい、まあまあよいと思っていた。子どもによい生活習慣があると答えた親は7名中4名で、野菜をよく食べる、好き嫌いがいいなどの食習慣をあげた者が2名、生活の規律をあげた者が2名、運動をあげた者が2名であった。一方、全員の親が子どもに改善したい生活習慣があると答え、食習慣と運動をあげた者が3名ずつで、次に生活の規律の2名が続いていた。子どもの生活習慣が改善できない理由としては、「親が注意しても夕食を食べた後、1時間も経たないうちに食べている」「自分で決めても実行できない」などの子どもの意思・自覚が4名で最も多く、「父親の帰宅時間が遅いために夕食の時間が遅い」「親がだめと言えない」などの家族の影響が3名で続いていた。

また、肥満と診断された子どもの親の5名中4名は、「成長期なのに老人食だとかわいそう」「拒食症になるよりは太っていた方がよい」「以前、栄養指導を受けてその通りにしていたら、学校で貧血で倒れてしまい、それ以降守っていない」など、親も子どもの食事制限を肯定的に捉えていなかった。

子どもの健康管理の負担感については、全員が少し大変から大変ではないの範囲であった。子どもの健康管理の責任については、とてもあると答えた者が5名、少しはあると答えた者が2名で、全員子どもの健康管理の責任を感じていた。

親の健康管理行動については、運動が好き、まあまあ好きと答えた親は7名中4名であったが、意識的に運動している親は1名のみであった。また、「嫌いだが、運動は身体によいので、意識的に歩くようにしている」と答えた親が1名いた。運動が身体に効果的だと思っている親は4名のみであった。食事に関しては、4名の親が朝食を食べておらず、1日2食であった。食事以外におやつやジュースなどの間食を行っている者は6名で、行っていない者が1名であった。また、全員の親が食事について、野菜を多くする、栄養バランスを考えている、食事の時間が遅くならないようにしている、甘いものを控え、野菜を多く取るようにしている、塩分を控えているなど気をつけていた。また、自分は規則正しい生活をしていると思っている者は3名のみであった。

IV. 考 察

1. 子どもの生活習慣に関する認識・行動、自己効力感、ソーシャルサポートの特徴について

生活習慣に関連した健康障害をもつ子どもは、自己効力感が比較的低く、ソーシャルサポートは比較的高い傾向が見られた。Sallade (1973) は、3・5・8・11年生を対象にして肥満度75パーセンタイル以上の肥満群と75パーセンタイル未満のコントロール群のそれぞれ120名で社会的適応性、情緒的適応性、自己概念について検討した結果、肥満群の方がコントロール群より自己概念スコアが有意に低かったと述べている。また、Wadden et al. (1984) は自己概念について、肥満度20%以上の子ども105名と、肥満群とマッチングさせた肥満度±5%以内の子ども105名を対象に研究を行った結果、自己概念スコ

項目	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7
子どもの健康状態	まあまあよい	まあまあよい	よい	まあまあよい	まあまあよい	まあまあよい	事例7
子どものよい生活習慣	ない	生活の規律	ない	ない	運動(運動部活を始めた)	食習慣と生活の規律	よい 食習慣(野菜をよく食べる)
子どもの改善したい生活習慣とそれが改善できない理由	運動 子どもの意思・自覚	食習慣 子どもの意思・自覚	生活の規律 家族の影響	食習慣と運動 子どもの意思・自覚、マイペースの性格	生活の規律 子どもの意思・自覚	運動 姉の甘やかし(子どもの意見を通してるようにした)	食習慣と睡眠 家族の影響(だめと言えない)子どもの意思・自覚
子どもの健康管理の負担感と責任	あまり大変ではない とてもある	大変ではない 少しはある	大変ではない とてもある	少し大変(食事・運動) とてもある	少し大変(食事) 少しはある	少し大変(運動) とてもある	あまり大変ではない とてもある
生活習慣になり、合併症になると怖い。生活習慣に関する健康障害に対する認識	糖尿病になり、合併症になると怖い。	成長期なのに老人食だとかわいそう。	拒食症になるよりは、太っていた方がよい。	栄養指導の通りにしていたら、貧血で倒れたので、守っていない。	血糖コントロールが難しくなると、合併症が起きる。	運動・食事などに気を付けて、規則正しい生活をする。	成長期なので、我慢させるのはかわいそう。
親の健康状態	まあまあよい	まあまあよい	よい	まあまあよい	あまりよくない	まあまあよい	よい
親の健康管理行動	食事：1日2回(昼、夕食)、夕食は子どもも同じお粥を多く取るようにしている。野菜を多く取る。魚を食べ、肉は少なくしている。間食：なし。運動：嫌い。歩くようにしている。月1回ゴルフに行っている。運動は効果的。生活の規律：規則正しいしと思う。起床、1:00就寝。	食事：1日3回、栄養バランスを考えて食べる。仕事の休憩時に食べている。10時、15時、20時、23時に食べている。意識的に運動はしていない。運動は身体にと効果的。生活の規律：規則正しいしと思う。起床、5:00就寝。5:00起床、11:00就寝。	食事：1日3回、父親が帰ってきてから一緒に夕食を食べる。21:00～22:00になる。塩分、甘いものを控える。野菜を多く食べるようにしている。間食：週に1～2回程度。16:00～17:00におまんこなど食べる。運動：あまり好きではない。運動は身体にと効果的。生活の規律：どちらともいえない。6:45起床、0:00～1:00就寝。	食事：1日2回(昼、夕食)。朝食は2日に1回。野菜中心にしている。間食：お菓子を2日に1回。運動：運動は嫌い。通勤で40分ないが、通勤で歩いている。運動は身体にと効果的。生活の規律：どちらともいえない。6:00起床、2:00就寝。	食事：1日2回(昼、夕食)。栄養のバランスを考えて食べている。夕食が遅くならないようにしている。間食：2日に1回程度。給食を食べていない。運動：たまにははばからず、運動は嫌い。通勤で40分ないが、通勤で歩いている。運動は身体にと効果的。生活の規律：規則正しいしと思う。起床、0:00就寝。	食事：1日3回(朝、昼、夕食)。食事は母親が気をつけてくれる。間食：毎日、おやつを食べている。2-3本の清涼飲料水を飲んでいない。運動：毎日意識的にしている。2万歩は歩く。運動は身体にと効果的。生活の規律：規則正しいしと思う。起床、23:00就寝。	食事：1日2回(昼、夕食)。気をつけている。野菜を多く食べることと野菜を多く食べること。間食：週に2回程度。3時にスナック菓子やせんべいを食べている。運動：好き。時々夫と一緒にウォーキングして効果的。生活の規律：どちらともいえない。5:30起床、0:00就寝、時々30分ほど午睡している。
現在、子どものこととで気になっていること	糖尿病の合併症が怖いので、体重を減らさないといけないと思う。受診による学業への影響。	食べることには歯止めがきかない。食べ過ぎ、夜食を言っている。1時間経たないうちに食べている。	子どもの学校や自立のこと。	受験のこと。	最近、低血糖が多くなっているのに、補食を持っていくのを忘れることがある。	特にないが、妹が肥ってきている。	体重のことが気になる。言い過ぎていい言わないけど、言わないといけないと思ひ悩む。

アは肥満群の方が低い傾向にあったが、有意差はなかったと述べている。肥満の子どもの自己効力感について調査した研究は見あたらなかったが、自己効力感自己評価尺度であり、自己評価の結果、自分に関する知識やイメージである自己概念をもつため、密接に関連している概念と言える。そのため、肥満の子どもの方が同年齢の子どもより自己効力感が低い傾向が見られたことは自己概念が低いという結果と一致していると考えられる。また、Smith-Hendricks (1992) は、早期青年期の健康増進行動と希望、自尊感情、自己効力感には正の相関があり、これらの変数は23.5%の分散を説明していたと述べている。希望が持てないこと、自尊感情が低いこと、自己効力感が低いことは、何かに取り組もうとする意欲や動機を持たず、行動を起こしにくくすると考えられる。肥満の子どもは劣等感を持つような言葉を多く受けているが、ほめられることが少ないために自己効力感を感じる経験が少ないのではないだろうか。また、自己効力感が低いとストレスに対して対応できず、「食べる」という行為でストレスを発散してしまうのではないだろうか。そのため、子どもの生活行動に対する気持ちや今まで子どもなりに努力してきたこと、努力できなかったことを理解し、できたらほめるという成功体験を積み重ねられるような援助が必要であろう。

肥満の子どものソーシャルサポートに関する研究は見あたらなかったが、中村ら (1997) の慢性疾患患児と健康児のソーシャルサポートを比較した研究では、患児は健康児より親、友人、教師のサポートがいずれも高く、周囲の理解や協力を感じながら生活していることが明らかにされていた。今回の研究では、肥満の子どもの親、友人のサポートは全員、一般の子どもと同じかそれ以上にサポートを受けていると感じていたが、教師からのサポートは2名、一般の子どもより低かった。このことは、半数の子どもが生活習慣に関連する健康障害以外に慢性疾患とも捉えることができる健康障害を持っていることが影響している可能性があると思われる。また、学童期の学習困難や学業成績が低いことが青年期の肥満と関連していることが明らかにされており (Lissau & Sørensen, 1993), 肥満の子どもに対して教師は、品行の問題が多いと評価していたと報告されている (Strauss et al., 1985)。本研究でも、5名

の子どもがストレス源として学業をあげていたこと、教師からのサポートの点数が低かった2名は、「学校の先生が他の人と比べて、私に厳しくきつい言い方をする。だから、(先生を) 無視しているの」、「学校で同級生に“ブタ、デブ”と言われて腹が立つ。先生は何も言わない」と言っていたことから、肥満の子どもと学習困難感や教師との関係には特徴があるように思われる。

子どもの健康管理に関する認識については、自分の健康状態をまあまあよいと捉えていた者が多く、今の調子で生活を管理していたら遠い将来に何らかの健康障害を起こすかも知れないという漠然とした感覚は持っていたものの、健康の自己管理については、ある程度できると答えた者は少なく、病気および自己管理の必要性についての認識が低い傾向が見られた。そのため、肥満が生活習慣病に密接に関係していること、自己管理の必要性についての理解を深めるように援助していくことが重要であると考えられる。

飲酒や喫煙の危険行動については、実際に行っている子どもや関心を持っている子どもはいなかった。肥満の子どもについての飲酒や喫煙に関する研究は見あたらなかったが、生活習慣に関連した健康障害をもつ子どもはストレス対処行動として、過食にのみ偏るというスタイルを取るのかも知れない。今回の対象者は7名のみであるため、肥満の子どもの飲酒や喫煙などを含めたストレス対処行動については今後対象者を増やして検討していく必要がある。

不登校の子どもを除いて、肥満の子どもはストレスを感じている者が少なかった。ストレスを感じていないということは良い状態のようにも見えるが、健康について考えていないからストレスを感じない、もしくはストレスを避けているとも解釈できる。そのため、ストレスが多いと感じているかどうかを把握し、ストレスを感じていない場合は、肥満を改善するために子どもが努力できることを一緒に考え、実行を促すという適度なストレスを与えた方が良いのではないと思われる。

また、肥満と診断された子どもの5名中4名が肥満以外の病気や問題を持っていた。学童期の学習困難や学業成績が悪いことが青年期の肥満と関連していたとの報告 (長谷川, 2000) や入院肥満児の20%に不登校傾向が見られたとの報告 (増田, 1999) が

ある。本研究でも、ストレス源として、学業をあげていた子どもが多く、不登校の子どもも含まれていた。また、心疾患をもつ子どもの母親が「病気のために、小さい頃、激しい運動を禁止されていたから、運動習慣を身につけることができなかった。それが（肥満に）影響しているように思う」と言っていた。これらのことから、心疾患などの運動制限を伴うような疾患を持っていたり、不登校であったりする場合、肥満だけの単純な問題ではなく、むしろ肥満は二次的に起こってくる問題として捉える必要があり、肥満の状態にだけ注目するのではなく、両方の疾患管理をバランスよく行えるように医師と連携を取りながら、援助を進めていくことが必要であると思われる。

2. 親の健康管理に関する認識と子どもの健康状態との関係

肥満と診断された子どもに関しては、自分の健康状態を5名全員がまあまあよいと評価しており、受診の目的が肥満であることを認識していない状況であった。また、この5名中4名の親が子どもに食事制限をすることは「かわいそう」という健康管理行動に対する否定的な気持ちを持っており、いずれも子どもの行動変容の段階が「熟考前、もしくは熟考」の段階であった。一方、親がこれではいけないと食事制限を肯定的に捉えていた3名の子どもは行動変容の段階が「実行」以上であった。

Kinston et al. (1988) は、肥満の子どもの状態について家族は責任を感じていたが、しばしば肥っている方を好んでおり、それらの状態に対して積極的に対処していなかったこと、病院肥満群と学校肥満群の家族を比較すると、学校肥満群の家族の方が肥満や食行動に対してより肯定的な態度を取っていたことを報告している。

このように親の気持ちや生活習慣病のとらえ方は子どもの生活環境に大きな影響を与えるものと考えられる。そのため、親の努力や思いを認めながらも、親への生活習慣病に対する理解を深め、家族全体で協力して生活習慣の改善に取り組めるように援助することが大切であると考えます。

また、対象者数が少ないこと、小学生の対象者に中学生以上を対象に開発された特発性自己効力感尺度を使用したこと（小学生を対象者として開発され

たものがなかったため）が本研究の限界である。

IV. まとめ

本研究の結果より、以下のことが明らかになった。

1. 生活習慣に関連した健康障害をもつ思春期の子どもは、一般の同年齢の子どもに比べ、自己効力感の得点は低く、ソーシャルサポートの得点は高い傾向が見られた。
2. 子どもの健康の自己管理の認識については、親に言われなくてもある程度自分でできると答えた者は3名のみであった。また、7名中6名が「今の調子で生活を管理していたら何らかの健康障害を起こすかも知れない、もしくは分からない」と答え、「やせたい」など健康管理上の目標を持っていたのは7名中4名であった。
3. 肥満と診断された子ども5名は、全員が自分の健康状態をまあまあよいと評価しており、受診の目的が肥満であることを認識していなかった。
4. 親が子どもに食事制限をすることは「かわいそう」と健康管理行動に対する否定的な気持ちを持っていた4名の子どもは、行動変容段階が「熟考前、もしくは熟考」であった。一方、親が食事制限を肯定的に捉えていた3名の子どもは、行動変容段階が「実行、もしくは維持」であった。

これらのことから、子どもの自己効力感を高めるように援助するとともに、親への生活習慣病に対する理解を深め、家族全体で生活習慣の改善に取り組めるように援助することが重要である。

謝 辞

本研究の実施にあたり多大なご協力をいただきましたお子さまとご家族の皆様にご心から感謝申し上げます。また、本研究を進めるにあたり様々なご指導、ご協力を頂きました関連施設の医師、看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

本研究は平成13・14・15年度科学研究費補助金（基

盤研究C)を受けて行った研究の一部である。

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1104-1105.

文 献

(受付：2005.1.31；受理：2005.3.15)

長谷川智子 (2000)：子どもの肥満と発達臨床心理学, 川島書店, 東京, 142-145.

Kinston, W., Loader, P., & Miller, L. (1988) : Talking to families about obesity: A controlled study, *International Journal of Eating Disorders*, 7, 261-275.

Lissau, I., & Sørensen, T.I.A. (1993) : School difficulties in childhood and risk of overweight and obesity in young adulthood: A ten year prospective population study, *International Journal of Obesity*, 17, 169-175.

増田英成 (1999)：肥満4；具体的な対応⑤集団（入院），小児科診療, 52：1228-1235.

松原伸一, 守山正樹, 赤崎真弓 (1991)：自己イメージ形成を支援するイメージマッピングの試み, 電子情報通信学会技術研究報告, 87-92.

文部科学省 (2002)：平成14年度学校保健統計調査報告書.

中村美保, 兼松百合子, 横田碧他 (1997)：慢性疾患患児と健康児のソーシャルサポート, 日本看護科学会誌, 17(1)：40-47.

成田健一, 下仲順子, 中里克治他 (1995)：特性的自己効力感尺度の検討－生涯発達の利用の可能性を探る－, 教育心理学研究, 43(3)：306-314.

日本糖尿病学会編 (2001)：小児・思春期糖尿病管理の手引き, 南光堂, 19-24.

Pender, N.J. (1996)／小西恵美子監訳 (1997)：ベンダーヘルスプロモーション看護論, 日本看護協会出版会, 東京.

Sallade, J. (1973) : A comparison of the psychological adjustment of obese vs. non-obese children, *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 89-96.

Smith-Hendricks, C.K. (1992) : Perceptual determinants of early adolescent health promoting behaviors in one Alabama black belt country, Boston College Dissertation.

Strauss, C.C., Smith, K., Frame, C., & Forehand, R. (1985) : Personal and interpersonal characteristics associated with childhood obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 337-343.

浦上達彦 (1998)：ライフスタイルに応じた小児NIDDM指導のポイント, プラクティス, 15(5)：499-502.

Wadden, T.A., Foster, G.D., Brownell, K.D., & Finley, E. (1984) : Self-concept in obese and normal-weight children.