

学童期における生活習慣改善プログラムの介入による家族の認識と行動の変化 —プログラム1年後の追跡が得られた3事例を通して—

内 正子^{1*} 二宮啓子^{1*} 丸山浩枝^{2*} 庄司靖枝^{3*}

^{1*}神戸市看護大学, ^{2*}神戸市立医療センター中央市民病院, ^{3*}神戸常盤大学保健科学部

キーワード：家族, 学童, 生活習慣改善, 介入

Changes of Recognitions and Behaviors in Families through Intervention of the Lifestyle-Improvement Program for Elementary School Children

Masako UCHI^{1*} Keiko NINOMIYA^{1*} Hiroe MARUYAMA^{2*} Yasue SHOJI^{3*}

^{1*}Kobe City College of Nursing, ^{2*}Kobe City Medical Center General Hospital,

^{3*}Kobe Tokiwa University Department of Public Health Sciences

Key words : family, elementary school children, lifestyle-improvement, intervention

I. はじめに

学童期の子どもが適切なライフスタイルを獲得することは、将来の疾病予防につながる。しかし、食生活の多様化に伴う偏った栄養バランスや過剰なエネルギー摂取、遊びの変化による運動不足や、生活の夜型化による睡眠不足などにより、子どもの生活習慣の乱れが課題になっている。

そのために、学童期の子どもに対しては学校現場で養護教諭を中心に生活習慣についての学習が取り入れられている。しかし、本邦の学校における生活習慣の改善を促す介入研究は希少である。

そこで、二宮ら(2010)は、学童に対して自己管理能力を高める看護介入である生活習慣改善プログラムを小学校で実施した。介入の結果、子どもの自己効力感が高まり、生活習慣の改善、肥満度の改善、自己管理能力の獲得に有効であった。しかし、個別の介入内容が少ないこと、父親の肥満が子どもの肥満に影響していること、母親が父親の体重管理に苦慮していることが明らかになり、課題が見出された。中村(2001)は、親は子どもの生活環境を整える役割と、子どもに適切な生活習慣を教える教育的な役割をもっており、親が実際に行う行動は子どもの役割モデルとなるため、子どもの生活習慣の改善のためには、子どもの生活習慣についての親の認識が欠かせないと述べている。

すなわち、子どもの生活習慣の改善のためには、親の健康に対する価値観や家族の生活の特徴に沿った支援が重要であり、親を含めた個別指導が必要である。そこで今回、先行研究(二宮, 2010)の介入プログラムに個別指導、親への介入を追加した1年間のプログラムを実施した。

親を含む子どもの生活改善のための介入研究は散在する(Muller, 2005; Cole, 2006)が、介入により家族に何が起こり、どう変化したかを明らかにしている研究はみられない。

本研究の目的は、学童とその親に対して、日常生活の自己管理能力を高めるための看護介入プログラムを1年間行い、長期効果を兼ねたプログラム1年後の調査も行い、家族の生活習慣の認識と行動の変化を明らかにすることである。

II. 方法

1. 研究協力者

A 小学校に通う小学3年生から6年生までの全学童に対して、生活習慣に関連した健康障害をもっている、あるいは健康な生活習慣に関心がある子どもや親のうち、本プログラムへの参加を希望する者を募った。その結果、12名の子どもとその親からの参加希望があり、研究協力者とした。

2. 調査期間

2009年5月～2011年3月

3. 調査方法

1) 子どもへの調査

データ収集は、プログラム前と直後に、①健康状態についての認識と行動、②日常生活行動（食事・運動・生活リズム）についての認識と行動、③ストレスとストレスマネジメントなどについての多肢選択法による質問用紙（二宮，2010）を用いて面接を行った。同時に、④桜井ら（1999）の児童用自己効力感尺度を修正した尺度（二宮，2010）と⑤中村ら（1997）のソーシャルサポート尺度を使用した（図1）。桜井らの自己効力感尺度は信頼性・妥当性が確保された15項目から成る自己評価法である。本研究では、小学生が回答しやすいように回答を2段階から5段階に修正したもの（二宮，2010）を用いた。得点範囲は15～75点で、得点が高いことは自己効力感が高いことを意味する。中村らのソーシャルサポート尺度は信頼性・妥当性が確保されており、子どもが重要他者（親・友人・教師・医療者）によって援助されていると感じる程度を測定するものである。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。親、友人、教師、医療者それぞれが28点満点となる。今回は医療者を除いた親・友人・教師のサポートについての21項目を使用した。

プログラム終了1年後に、上記の①～⑤の調査用紙を郵送し、自宅で記入後返送してもらった。

さらに、月1回のプログラム時に①子どもの身長と

体重測定、②過去1カ月間の生活行動、それに伴う気持ちなどに関する個人面談を行い、それらをデータとした。

2) 親への調査

母親に対して、プログラム前後に、①親自身の健康状態についての認識と行動、②親自身の日常生活行動についての認識と行動、③親自身のストレスとストレスマネジメント、④子どもの生活行動に対する親の認識、についての多肢選択法による質問用紙を用いて面接を行った。父親には母親を介して自宅で①～④の調査用紙に記入してもらい、返送してもらった。プログラム終了1年後に、両親に対して同様の調査用紙を郵送し、返送してもらった。

4. 介入方法

介入の概念枠組みはペンダーのヘルスプロモーションモデル（Pender, 1996）に基づき作成された（二宮，2010）もので、介入により健康管理行動に関わる感情を変化させ、自己効力感を高め、行為の負担の知覚の低減、行為の利益の知覚の増強を図るとともに、家族や友人からのサポート感を高めることが行動計画実行意志を強め、健康管理行動の改善につながることを目的としている。

1) 子どもへの介入

生活改善プログラムは月1回の10回コースで、放課後2時間を使いA小学校で実施した。2時間の構成は、①個別に過去1カ月間の生活の振り返りと評価、今後1カ月の生活目標設定、②フードカードを用いた

| 対象 | 介入内容と調査項目 | 2009年 | | | | | | | | | | 2010年 | | | 2011年 |
|----------|---|-------|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|-------|----|---|-------|
| | | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 3月 | | |
| 子ども | 小学校での2時間のプログラムへの参加 ①個人面談 ②コンピュータによる学習 } (50分) ③集団での運動活動 (50分) | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | |
| 母親 | 生活習慣改善パンフレットを用いた指導 ジョイントセッションへの参加 ファミリーレターを配布 | | ● | | | | | | | | | | | | |
| 父親 | ジョイントセッションへの参加 ファミリーレターを配布 | | | ● | | | | | | | ● | | | | |
| 子ども | 身長・体重測定 プログラム中の個人面談でのデータ 質問紙 ①健康状態についての認識と行動 ②日常生活行動についての認識と行動 ③ストレスとストレスマネジメント ④自己効力感尺度 ⑤ソーシャルサポート尺度(親・友人・先生) | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | |
| | | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | |
| 母親 父親 | 質問紙 ①親自身の健康状態についての認識と行動 ②親自身の日常生活行動についての認識と行動 ③親自身のストレスとストレスマネジメント ④子どもの生活行動に対する親の認識 | | ● | | | | | | | | | | ● | ● | |
| | | | ● | | | | | | | | | | | ● | ● |

図1. 生活習慣改善プログラムの介入内容と時期および調査項目と時期

食事メニューのカロリー計算と栄養バランスを考える学習および適切な生活習慣行動についての健康教育用ソフトの視聴による学習を個別または集団で実施、③参加者同士での運動活動の3要素である。①と②を50分、③を50分実施した。①の面談での基本方針として、日常生活行動を変える負担感を聞きそれによる利益について話すこと、子どもの価値観を尊重しながら、生活行動の改善のための工夫に関する情報を与え、何が出来そうかを尋ねながら、子どもの決定を促し、頑張りをほめ、問題を一緒に考える姿勢で援助した。②については、子どもが飽きないように毎回違うソフトを使用した。プログラムの当初は事前調査の結果から子どもが改善したい生活習慣である食生活についての学習を中心に行い、プログラムが進むにつれて、運動や睡眠についての学習を取り入れるようにした。③の運動活動についても、子どもが飽きないように、子どもの好きな運動（例えばサッカーやドッジボールなどボールを使用する運動）を取り入れ、毎回異なる運動を計画した。

2) 親への介入

母親に対しては、5月に生活習慣改善のための自作のパンフレットを用いて、基本的な食事、運動、生活リズムに関する知識を提供した。その際に、改善が必要な項目について話し合い、生活の中での改善方法について話し合った。基本姿勢として、親が努力していることを認め労い、子どもの日常生活行動に対する親の思いを考慮した上で、子どもの価値観をできるだけ尊重し、子どもが頑張っている時は褒めるように協力を求めた。親の日常生活行動を変える負担感を考慮しながら、それによる利益と改善方法についての情報を提供した。

両親への介入として、7月のプログラム（以下、ジョイントセッション）に親も参加してもらい、体験型食事教育システムを用いたカロリー計算と栄養バランスの学習を50分、スーパーマーケットへ家族で買い物に出かけ、決められたカロリーで満足感が得られる間食選びと運動活動を50分実施した。さらに、12月に子どもの身体の変化、プログラム中の子どもの様子を知らせるとともに、家族での話し合いを多くすること、奨励する生活の提案、親自身の健康についての助言を記載したファミリーレターを送った。

5. 分析方法

調査用紙の項目については、プログラム開始前、直

後、1年後の3時点でのデータをそれぞれ比較し、その変化を分析した。プログラム中の個人面談からのデータはプログラム前後の変化を質的に分析した。

子どもの身長と体重に関しては肥満度を算出した。肥満度は、文部科学省が公開している身長別標準体重に対してどの程度体重がオーバーしているかをパーセントで算出し判定したものである。肥満度が-20%以下はやせ、±20%以内であれば標準、20~30%未満を軽度肥満と判定する。親の体格評価は、BMI (Body Mass Index) を用いた。

6. 倫理的配慮

研究協力施設であるA小学校の管理者に研究協力の了承を得た後、本研究協力候補者である子どもと親に対して、研究の主旨と内容、参加は自由意思であること、プライバシーの保護などについて文章と口頭にて説明し、同意を得た。なお、本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て実施した。

III. 結果

1. 協力者の概要

A小学校で実施した生活習慣改善プログラムに参加した家族の中で、プログラム前後と1年後のデータが子ども、両親ともにそろっている3家族を分析の対象とした。

事例A：子どもは3年生の男児。プログラムに毎回参加していた。ジョイントセッションには母親と同胞も参加していた。子どもの肥満度は、プログラム前は-3.2、プログラム後は-5.4であった。

事例B：子どもは4年生の男児。10回のプログラム中、8回参加しており、ジョイントセッションは子どものみの参加であった。子どもの肥満度は、プログラム前は-8.2、プログラム後は-2.1であった。

事例C：子どもは5年生の男児。プログラムには毎回参加しており、ジョイントセッションには両親と同胞も参加していた。子どもの肥満度はプログラム前25.1、プログラム後は20.1と改善されていた。

2. A家族の変化

1) 子どもの変化

(1) 生活習慣に関する認識と行動

子どもはプログラム前、運動はあまり好きではなかったが、プログラム直後と1年後には好きになっていた。プログラム前は、授業以外の運動はプールのみであっ

たが、プログラム直後・1年後には野球・サッカーをするようになり、運動をする頻度も週1回から隔日に増えていた。運動量に対して、プログラム前は「少し足りない」と捉えていたが、「大体良い」と変化していた。また、運動の必要性についても「どちらかという必要」から「必要だ」と変化していた。

食事の回数や時間に関しては、プログラム前後で変化はみられなかった。間食をプログラム前と直後では隔日に食べていたが、1年後には毎日食べるようになっていた。しかし、間食の内容はチョコレート、駄菓子から1年後にはスナック菓子のみになり、食べる量も1パックから少しだけに減量されていた。自分の食事について、プログラム前には「分からない」と答えていたが、プログラム直後・1年後には「良い」と捉えていた。

起床時間や睡眠時間に関しては変化がみられなかった。

プログラム前後を通して、ストレスが多いと感じており、その内容として、プログラム前と直後は「勉強のこと」であり、1年後には「親のこと」に変化していた。

(2) 健康や健康管理に関する認識と行動

子どもが捉えた家族からの健康生活への協力について、プログラム前は「少しだけ協力してくれる」と捉えていたが、プログラム直後には「とても協力してくれる」、1年後には「まあまあ協力してくれる」と捉えていた。実際の協力者としては、プログラム前後を通して父母であった。親からのソーシャルサポート得点は22→24→25と変化していた。

子どもが捉えた現在の自分の健康状態について、プログラム前は「不明」だったが、プログラム直後には「まあまあ良い」、1年後には「良い」と変化していた。さらに、今の生活管理において病気か何か将来起こるかどうかについて、プログラム前は「運動が少ないから何か起こる」と捉えていたが、プログラム直後と1年後では「何も起こらない」と変化していた。健康生活のための目標として、プログラム前は「ない」、プログラム直後は「分からない」と答えていたが、1年後には「一日の計画表を立ててそれに沿っている」と答えていた。

2) 母親の変化

(1) 生活習慣に関する認識と行動

母親は、プログラムに関係なく運動は好きであり、

実際にランニングを隔日に行っていた。プログラム直後には父親と一緒にランニングをしており、1年後も継続できていた。また、プログラム直後は自宅でゲームによる運動も週2回行っていた。

母親の食事に関しては、食事時間は規則的でプログラム前後で変化はみられなかった。間食を摂る頻度がプログラム前は「毎日」であったため、12月のファミリーレターで、「間食が多いため、できるだけ回数を減らすよう」に伝えたところ、プログラム後は隔日になっていた。間食の内容は、プログラム前はチョコレート10～15個、プログラム直後はケーキ1個、ポッキーなど1箱であったが、1年後はアイスクリーム1個もしくはスナック菓子2袋を家族4人で分けており減量していた。

生活リズムについては、プログラム前後を通して「正しくない」と認識しており、特にプログラム直後は就寝時刻が遅くなり睡眠時間が少なくなった。また、ストレスを多く感じていたが、趣味などで発散することができていた。

母親自身の健康状態に関しては、プログラム前は疲労しやすく、体調不良だった。プログラム直後には月1回の通院をしていたが、1年後には自覚症状はなく過ごすことができていた。BMIは18.5→18.3→17.6と変化していた。

(2) 母親が捉えた子どもの生活習慣についての認識

プログラム前後を通して、母親は子どもの健康状態は「まあまあ良い」と認識していた。プログラム前は子どもの良い生活習慣は「分からない」と答えていたが、プログラム直後と1年後には「朝早く起きるようになった」と評価していた。逆に子どもの改善したい生活習慣として、プログラム前は、「夜寝るのが遅い」と回答していたが、プログラム直後と1年後には「甘い物を食べ過ぎる」などの食習慣を改善したいと答えていた。子どもの生活習慣が改善できない理由として、プログラム前とプログラム直後には「家族の影響」、 「子どもの意思や自覚」、 「子どもの感情」であったが、1年後には「子どもの意思や自覚」のみになっていた。子どもの良い生活習慣を保つために、母親はプログラム前とプログラム直後には早く寝るように声をかけていた。1年後では子どもが菓子を欲しがっている時は子ども自身の小遣いで購入するように声かけをしていた。その結果、母親は子どもの食べる菓子の量が減ってきたと認識していた。

子どもの健康管理の負担について、プログラム前は「とても大変」と捉えていたが、プログラム後は「少し大変」と軽減していた。子どもの健康管理については、プログラム前後を通して重要な自分の役割だと認識していた。母親が捉えた子どもへの他の家族の協力について、父親がプログラム前と1年後に、野菜をとるように声をかけていた、プログラム直後には一緒に走ったり、家族全員で散歩したりしていた、と答えていた。

3) 父親の変化

(1) 生活習慣に関する認識と行動

父親はプログラム前より運動が好きで、ジョギングを隔日に行っていた。しかし、プログラム直後、仕事が忙しくなったため、運動不足であると認識していた。食事についてもプログラム前は、規則的な時間に食べていたが、プログラム後はストレスが多くなり、ストレス解消のために飲酒し、間食を週1回摂るようになった。また、11月に禁煙を始めて、逆に食欲が出て体重が増加しBMIが24.7から25.3に変化した。

(2) 父親が捉えた子どもの生活習慣についての認識

子どもの良い生活習慣について父親は、プログラム前は「食習慣」、「生活リズム」と答えていたが、プログラム直後は「生活リズム」と捉えていた。改善したい子どもの生活習慣として、プログラム前は「なし」であったが、プログラム直後は「食生活」、特に野菜をもっと食べてほしいと思っていた。改善できない理由として、「子どもの意思や自覚」と捉えていた。

子どもの健康管理についての父親の負担は、プログラム前は全くなかったが、プログラム直後には負担を多く感じていた。また、子どもの健康管理の役割については、プログラム前は少しだけ自分の役割だと捉えていたが、プログラム直後には自分の役割であると答えていた。

3. B 家族の変化

1) 子どもの変化

子どもは、習い事のために全プログラムに参加できないこともあったが、毎回積極的であり、毎月の生活目標を「体力をつける」、「よく走る」、「野菜を食べる」、「早寝早起きをする」と決めて翌月にはそれらを達成していた。自己効力感も63→66→67と高まっていた。

(1) 生活習慣に関する認識と行動

プログラム前後を通して、運動は好きでサッカーや鬼ごっこなどをしてきた。食事に関しては規則的な時

間に食べており、間食は隔日にグミやスナック菓子を食べ、プログラム前後での変化はみられなかった。自分の食生活について、プログラム前は好き嫌いがあり、残すこともあったと捉えているが、プログラム後には良い食生活であると認識していた。

(2) 健康や健康管理に関する認識と行動

子どもは自分の健康生活への家族の協力について、プログラム前後を通して「とても協力的」と捉えていた。自覚症状もなく、健康状態も良いと評価していた。プログラムに参加し、そこで得た知識について、自宅で家族に問題を出すなどプログラムについての話をよくしていた。

2) 母親の変化

(1) 生活習慣に関する認識と行動

母親はプログラム前とプログラム直後に週1回サッカーをしていたが、1年後には定期的に運動はしていなかった。プログラムに関わらず食生活の認識として、毎日野菜を摂るようにしており、栄養のバランスを考えて食べていた。プログラム直後には、自分は適量を食べているが、子どもたちには多めによってしまうと答えていた。また、非常に多忙であり、時間の余裕がみられずストレスもプログラム直後には多く、運動不足や睡眠不足を認識していた。BMIの変化は22.0→21.1→21.5であった。

(2) 母親が捉えた子どもの生活習慣についての認識

母親は子どもの健康状態について、好き嫌いなく食べており、運動もよくしているので「良い」と認識していた。生活習慣について、プログラム前とプログラム直後は、運動習慣は良いと捉えていた。睡眠時刻が遅いため生活リズムを改善したいと思っており、早く寝るように声をかけたり、父親や同胞からも声をかけていた。1年後には生活リズムもよくなり改善したい生活習慣はないと答えていた。

子どもの健康管理については、プログラム前後を通して自分の役割であると認識していた。また、健康管理の負担についても、プログラム前は声をかけないとなかなか次の行動へ移せないで「少し大変」だと感じていたが、プログラム直後に父親が子どもへの声かけをしてくれるようになり、母親は次第に楽になってきた。そして、1年後には「あまり大変ではない」と答えていた。故に子どもの生活改善のために他の家族に協力してもらうことはとても大切と実感していた。1年後には、父親が子どもに対して、生活習慣を意識

した発言が増えたように思う、家族で意識ができるようになったと答えていた。

3) 父親の変化

(1) 生活習慣に関する認識と行動

父親は、プログラム前後を通して、休日に子どもとサッカーをする、出来るだけ歩くようにしていた。プログラム中に子どもが父親と一緒にサッカーをすることを楽しみにしていると話しており、12月のファミリーレターでその旨を父親に伝え、持続できるように奨励した。

食事については、母親と同様、毎日野菜を摂る事、栄養のバランスを考えて食べることを継続できていた。

(2) 父親が捉えた子どもの生活習慣についての認識

父親はプログラム前には子どもの生活習慣を改善するためには、両親が同じ意思をもつことが必要だと認識していた。父親はプログラム前では子どもの食習慣を改善したいと思っていたが、プログラム直後と1年後には野菜を多く摂るようになっていたため、食生活は良いと捉えていた。プログラム直後と1年後での改善したい子どもの生活習慣として、ダラダラとテレビをみるという生活リズムと答えていた。しかし、これに関しては親がテレビを観た後も電源をつけたままにしているため家族の影響であると認識していた。そして、1年後には意識してテレビの電源を消す、同胞にもテレビを観る時間を決めさせるなどの協力をしていった。

子どもの健康管理の負担と役割について、プログラム前は、親は食事のメニューを考えたり、子どもへの自覚を促すなどの役割があると捉えていたが、すべて親の役割だとは思っていなかった。しかし、プログラム直後には親の役割と健康管理の責任を重要視しており、子どもが楽しみながら家族一緒にできるような運動習慣の環境づくりや声かけを行っていた。1年後には、プログラムに参加したことで、子どもだけではなく、家族の生活の実態を改めて知ることにより、自分達で課題を見つけ家族内で考えていくことにつながったと答えていた。

4. C 家族の変化

1) 子どもの変化

子どもはプログラムに毎回参加し、知識学習や運動活動を積極的に行っていた。また、知識の獲得も良好であった。一か月間の生活目標を「野球を週2回する」、「おかわりをしない」、「おかずを減らす」と自分が達

成できる目標を決めて実行していた。子どもが自ら行動の振り返りができるようになり、秋頃に家族でゲームに熱中し運動する量が減っていることを認識していた。したがって12月のファミリーレターで、この状況を親に伝え、家族で話し合っ、ゲームの時間を決めたり、外で遊んだ後にゲームをするなどの工夫をするように助言した。

(1) 生活習慣に関する認識と行動

子どもは運動を継続して好んでおり、プログラム前は隔日に運動していたが、プログラム直後と1年後には毎日運動をしていた。また、父親が自転車を使用して体重コントロールしているのを見て、体重を減らすには運動が必要だと捉えていた。

間食の摂取がプログラム前・直後では週1回だったが、1年後には2日に1回と増えていた。しかし、プログラム前・直後はポテトチップス、ケーキやクッキーなどの甘い物を食べていたが、1年後には甘い物は食べなくなっていた。食生活について気をつけていることについて、プログラム前・直後では「ない」と答えていたが、1年後では食べるカロリーを気にするようになっていた。

プログラム前より就寝時刻が22時であり、プログラム直後と1年後になると23時と遅くなり、目覚めも悪くなった。

(2) 健康や健康管理に関する認識と行動

子どもはプログラム前後で、家族の協力なしに健康生活を送れないと答えており、健康生活への家族からの協力も「まあまあしてくれる」と認識していた。実際の協力者として、プログラム前・直後では母親、1年後では父親と答えていた。親からのソーシャルサポート得点は21→21→19であった。自分自身の健康状態について、プログラム前では太っているから「あまりよくない」と認識していたが、プログラム直後と1年後では「良い」と答えていた。

自己効力感得点の変化は、57→61→64であった。

2) 母親の変化

(1) 生活習慣に関する認識と行動

母親は、運動についてプログラム前はその必要性を認識しており、週1回のテニスをしていた。プログラム直後は、学校の関係で毎日自転車に乗って学校に行っていた。しかし、1年後にはその役割もなくなったため、運動はしていなかった。食事時間は毎日、定期的に摂っていたが、脂物が多く、プログラム直後は多忙

で、料理に時間を費やすことができず、野菜の摂取が少なくなっていた。また、プログラム前は休日のみであった間食の摂取がプログラム直後には毎日食べるようになった。プログラム直後では母親のストレスは多くなっていた。

母親のBMIはプログラム前が25.8であり、「太っている」と認識しており、痩せたいと思っていたが時間がなくていけないと答えていた。プログラム後にはBMIは26.2と増えており、1年後にはプログラム前のBMIに戻っていた。

(2) 母親が捉えた子どもの生活習慣についての認識

母親は子どもの良い生活習慣として、プログラム前は運動習慣と捉えていたが、プログラム後には食生活も追加されていた。改善したい子どもの生活習慣については、プログラム直後は睡眠時間が不足しているため、生活リズムと答えていたが、1年後には「ない」と答えていた。

子どもの生活習慣が改善できない理由として、プログラム前後ともに家族の寝る時刻が遅いためと答えていた。子どもの健康管理について、親の役割であると深く認識しており、プログラム前はゆっくり食べるように声をかけたり、早寝早起きするように伝えたり、食べ過ぎるので食べる様子をよく見ていたりしていた。また、母親は父親が子どもに食べる量を減らすように声をかけていたと捉えていた。

3) 父親の変化

(1) 生活習慣に関する認識と行動

父親は運動を好み、1時間かけて自転車で通勤していた。プログラム直後より、勤務の変更(夜勤)があり、食事時刻が変則になってしまった。また、勤務変更による生活リズムの乱れも出現して、プログラム1年後には疲れやすくなった。父親のBMIは、22.8→24.5→23.5であった。

(2) 父親が捉えた子どもの生活習慣についての認識

父親は、プログラム前の子どもの良い生活習慣は「わからない」と答えていたが、プログラム直後と1年後には「食生活」と答えていた。また、改善したい子どもの生活習慣について、プログラム前は「食生活」と答えていたが、プログラム直後と1年後では「ない」と答えていた。子どもの生活習慣が改善できない理由として「家族の影響」と捉えており、母親の準備する食事の量の多さ故と答えていた。そして父親は母親に食事の量について気をつけて欲しいと思っていた。

父親は子どもの健康管理を自分の役割だとプログラム前では思っていたが、プログラム後には自分の役割は少しだけであると捉えていた。プログラム中に子どもが「自分が頑張っている時には父親から褒めて欲しい」と話しており、その事をジョイントセッションの時に父親に伝えた。すると父親は「なかなか褒めるのは難しい」と話していた。

IV. 考察

1. 生活習慣に関する認識と行動について

運動習慣について、3事例の子ども全員が運動を好み、授業以外にも運動を実施しており、プログラム後および1年後まで運動の頻度と内容も増えていた。これは、プログラムの構成に運動活動を組み込み、その内容についても子どもの嗜好に沿ったもので、運動することが楽しいという感覚がもてるように計画したからであろう。また、3事例とも男児で父親の協力が得られたことも子どもの変化に良い影響を及ぼしたと考える。藤井(2010)は小学生の運動頻度は父親の運動頻度と有意な関連がみられたと報告している。父親たちは運動の必要性を認識し、休日には子どもと一緒にスポーツをする行動もみられた。また、事例Cの子どもにおいては、父親が通勤に自転車を使って体重コントロールをする姿をみて、自分も頑張ろうという気持ちを起こしている。これは子どもが5年生という発達段階から考えると、親から少し距離をとり始め、客観的に物事を判断できるようになったこと、また彼にとっての理想の父親像の形成も可能になったからではないだろうか。また、子どもの生活に関する協力者が、プログラム前と直後では母親であったのに対して、1年後では父親になったことから裏付けられる。

中村(2001)は学童の親はスポーツだけでなく、外遊びや歩くことなど生活の中で行なう活動に目を向けられるような関わりが必要だと述べている。Bの父親は子どもがサッカー好きであるため一緒に行っているが、AとCの父親は生活の中での運動を取り入れている。運動をすることが習慣づけられるためには、特別な道具を使うことなく意識せずに運動できるような工夫が必要である。

次に、事例AとCにおいて、プログラム1年後に間食を摂取する頻度が増えていた。しかし、1回に食べる量は減少し、甘い物の摂取は少なくなっていた。

子どもの食習慣は家族の影響があり（中村，2001），特に，小学生の食習慣は母親の食習慣が影響し，母子間では間食・夜食・スナック菓子の摂取頻度で有意な関連がある（藤井，2010）ことから頷ける。両方の母親は甘い物が好きであり，自身の変化はあまりみられなかった。食べ物の購入は母親が行っており，彼女たちは菓子の置き場所などに留意していなかった。Aの母親は，プログラム1年後に子どもの菓子を子ども自身の小遣いで購入するように工夫した結果，子どもの菓子を食べる量が減っていた。今回のプログラムでは，母親の好物の影響をあまり考慮した介入ではなかった点が今後の課題である。親は自分自身の食生活が子どもの食生活に大きく影響していることを認識し，自分達の食事について，関心をもつことが必要である。

事例AとBの子どもは良い生活リズムの習慣が持続できていた。藤井（2010）の研究では，小中学生の就寝・起床時刻は，母親の就寝・起床時刻と有意な正の相関があると報告している。しかし，今回両者の母親自身の就寝時刻は遅かったが，家族に影響されることなく，彼らの就寝時刻は適切であった。Aの両親は子どもの生活習慣が改善できない理由として，プログラム直後では「子どもの意思や自覚」と答えていた。Aは小学3年生であり，子どもの生活改善のためには十分な親の手助けが必要であるが，特に母親は子どもへの自立を非常に意識して関わっていた。そのため，Aも親の就寝時刻に影響されることなくコントロールできていたのではないかと考える。

また，Bの母親はプログラム直後に就寝時間が遅いことを認識しており，父親や同胞に協力を得て，1年後には改善されていた。このように，Bの家族は家族内の協力によって，良い生活リズムが保たれていた。介入として母親に他の家族員の協力を得るようにプログラム直後の面接で伝えたことが影響したと考える。また，父親がプログラム前から子どもの生活改善のために家族が同じ意思を持つことが必要であると認識していたことも影響していたと考える。

一方，Cの子どもは就寝時刻がプログラム後に遅くなっていった。これは高学年になるほど就寝時間は遅くなる（戸田，2006）という報告からも，Cは高学年になり勉強をする時間が増え，次第に就寝時刻が遅くなっていった。それが朝の目覚めに影響しているため，高学年の子どもに対しては質の良い睡眠を確保するための介入が必要であろう。

2. 子どもの生活習慣，健康管理についての親の認識

親の子どもは生活習慣についての認識では，プログラム前にAの母親は良い習慣はわからない，父親は改善したい習慣がないと捉えていた。そのため，母親に面接を行い，パンフレットを用いて学童の生活習慣行動について説明した。そのことにより，子どもの生活行動を意識してみることができたのではないかと考える。また，ファミリーレーターにはプログラム中の子どもの様子，子どもの頑張っている姿を伝えることにより，子どもの見方も変化したのではないだろうか。このことはB，Cの事例においても同様であり，子どもの健康管理と役割の認識がプログラム後に高まっていることから言える。ただし，Cの父親のみはプログラム後に役割の認識が低下していた。Cの子どもは高学年であり，自己管理がよくなるようになったことと，父親の勤務変更が影響しているのではないだろうか。

また，事例Aの両親の認識は，改善したい子どもの生活習慣や，良い習慣になった行動がそれぞれ夫婦間で異なっていた。しかし，事例Bの両親ではほぼ同じ認識であった。Bの父親はプログラム前より，子どもの生活改善をするためには両親が同じ意志を持つ必要があると捉えていた。したがって，両親が同じ姿勢で子どもの健康管理をすることができていたと考える。さらに，Bの子どもは毎回，プログラムで体験したことを自宅で話し合っていた。両親はそれを通して，子どもの状況を把握して，家族で協力し合うことができていたのではないだろうか。プログラム後に，母親は父親の協力があり負担が軽減したと捉えている。このようにプログラム期間中にその内容を家族で話し合い，家族の力が強化されることにより，介入の長期効果にも影響したと考える。今後はより家族間のコミュニケーションを高める介入にも目を向ける必要がある。

Tyler（2008）は子どもの生活改善に対して，家族中心の相互作用アプローチ，子どもの健康リスクに対処する交渉戦略を融合させたプログラムを開発している。子どもの生活改善のためには家族の認識と行動が大きく影響することを受けて，家族との面接を通して，家族自身が子どもの生活行動の改善の動機づけを認識することを目的にしたものである。このように，子どもの生活習慣の改善への支援を行うためには，家族の認識の変化に焦点をあてた介入研究が今後も必要であると考える。

本研究の限界として、父親は質問紙の記載からのデータのみであり、詳細な聞き取りはできていない。今後は、今回の結果を踏まえて、家族間のコミュニケーションや家族機能なども含めて検討し、各家族員への介入のみでなく、家族介入が可能なプログラムを開発し、調査を重ねる必要がある。

V. 結論

今回、学童期の子ども・家族のための生活習慣改善プログラムの介入による家族の変化として、以下のことが明らかになった。①運動習慣に関しては、プログラム中の運動実施の工夫と父親の運動習慣が子どもの良い運動習慣に影響していた。②2事例において、子どもの間食の習慣は母親自身の間食行動と関連がみられた。③親に対して、子どもの生活習慣行動を意識化させる介入により、子どもの生活状況を認識し、家族の協力を得ることができていた。④今後さらに、子どもだけではなく、家族全体の認識や行動に焦点をあてた介入研究が必要である。

謝辞

本研究に協力して頂きました学童と家族の皆様、A小学校の校長先生をはじめとする学校関係者の皆様に深謝申し上げます。

なお、本研究は科学研究費助成金（基盤研究C）を受けて行った研究の一部であり、10th International Family Nursing Conferenceにて発表した。

文献

- Anand, S. S., Atkinson, S., Davis, A. D. et al. (2007). A Family-based Intervention to Promote Healthy Lifestyles in an Aboriginal Community in Canada, *Canadian journal of public health*, 98(6), 447-452.
- Cole, K., Waldrop, J., D'Auria, J. et al. (2006). An Integrative Research Review: Effective School-Based Childhood Overweight Interventions, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11(3), 166-177.
- 藤井千恵, 榊原久孝 (2010). 児童生徒と両親の生活習慣病危険因子の相関に関する研究. 厚生学の指標, 57 (15), 1-10.
- Muller, M. J., Danielzik, S., Pust, S. (2005). School- and family-based interventions to prevent overweight in children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64, 249-254.
- 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.
- 中村伸枝, 石川紀子, 武田淳子, 他 (2001). 学童の親がとらえた子どもの生活習慣と生活習慣が改善できない理由 運動習慣・食習慣・生活規律に焦点を当てて, *千葉大学看護学部紀要*, 23, 15-22.
- 中村伸枝, 石川紀子, 武田淳子, 他 (2001). 学童とその親の日常生活習慣・健康状態と親の気がかりからみた看護活動の方向性, *小児保健研究*, 60(6), 721-729.
- 二宮啓子, 丸山浩枝, 宮内環, 他 (2011). 学童における1年間の生活習慣改善プログラムの効果. *神戸市看護大学紀要*, 15, 25-34.
- 桜井茂雄 (1999). 子どものやる気と社会性 (pp.95-103). 東京: 風間書房.
- 戸田康治 (2006). 学童期における生活習慣の指導について 小学生の生活習慣の実態調査より, *教育保健研究*, 14, 13-15.
- Tyler, D. O., Horner, S. D. (2008). Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(4), 194-203.

(受付: 2011.11.1; 受理: 2012.1.31)