原 著

乳幼児をもつ母親の生活習慣と精神的健康 および育児に対する自己効力感との関連

Relationship between life habits, mental health and parenting self-efficacy of mothers with infants

金 岡 緑 (Midori Kanaoka) *

抄 録

目 的

乳幼児をもつ母親の健康生活習慣の実践状況と、精神的健康および育児負担感の予測因子である育児に対する自己効力感の関連性を分析することを目的とする。

対象と方法

対象は関西圏都市部に在住の乳幼児をもつ母親で、倫理的配慮のうえ、個人的背景因子、健康生活実践状況、GHQ-12、育児に対する自己効力感尺度の各項目を調査した。乳幼児健康診査対象児の保護者宛てに質問紙を事前郵送にて配布し、健康診査時に648名より調査票を回収した。有効回答579名(有効回答率67.6%)について分析した。

結 果

1. 健康生活習慣実践状況は、7つの健康生活習慣のうち、平均4項目が実践されており、育児数や子どもの年齢による影響は認められなかった。
2. 禁煙・非喫煙習慣が90.0%と最も高く、次いで適正飲酒(84.5%)、朝食摂取習慣(81.2%)、6～8時間の睡眠(80.8%)の3項目が高い割合で実践されていた。一方で、運動習慣(6.0%)と間食しない習慣(7.4%)では、実践が困難であった。
3. 睡眠習慣が形成されていない母親は精神的健康が有意に低かった。特に、平均睡眠時間「6時間未満」の群は、「6～9時間未満」の群に比べて、オッズ比は2.75倍と精神的健康が低い者が多かった。
4. 運動習慣実践群では非実践群に比べてオッズ比は2.96倍と、育児に対する自己効力感が高かった。

結 論

乳幼児をもつ母親で睡眠時間が確保できない状況下では、精神的健康が不良であることが示された。また、育児に伴うストレス反応の予測因子として働く育児に対する自己効力感については、運動習慣の確立と密接に関連していることが理解された。したがって、母親のメンタルヘルス対策をベースとした、健康生活習慣改善のための育児支援が重要であることが示唆された。

キーワード：乳幼児をもつ母親、生活習慣、精神的健康、育児に対する自己効力感、育児支援

*1 甲南女子大学看護リハビリテーション学部 (Konan Women's University, Faculty of Nursing and Rehabilitation)

2011年2月11日受付 2011年9月15日採用

Abstract

Purpose

The purpose of this study is to examine the correlation between Life Habits, Mental Health and Parenting Self-efficacy of mothers with infants.

Methods

The subjects of the study were mothers with infants, who resided in urban districts of the Kansai area. The items surveyed under the ethical considerations were as follows: personal background, status of healthy life habits, GHQ-12 and Parenting Self-Efficacy Scale. The questionnaires were mailed in advance to the guardians, who had been scheduled for health checkups for infants. After the health checkups for infants, the questionnaires were collected from 648 subjects, of which 579 effective responses (effective response rate: 67.6%) were analysed.

Results

1. In the assessment of healthy life habits, an average of 4 out of 7 listed items were practised by mothers. The number or age of the infants did not affect this data.
2. The item 'quitting/non-smoking' (90.0%) ranked the highest, followed by the other 3, namely, 'reasonable drinking' (84.5%), 'having breakfast' (81.2%) and '6-8 h of sleep' (80.8%). Conversely, 'regular exercise' (6.0%) and 'not eating between meals' (7.4%) ranked the lowest, showing that these habits were difficult to develop.
3. Mothers with poor sleep habits showed significantly poorer mental health. This was particularly observed in the group that fell into the sleep category of '6 h or less'. This group showed an odds ratio 2.75 times higher than that of the group within the sleep category of '6-9 h or less'. Thus, the 6-h sleep group demonstrated significantly poorer mental health.
4. The group within the category of 'regular exercise' showed an odds ratio 2.96 times higher than that of the group that did not exercise, demonstrating significantly higher parenting self-efficacy.

Conclusion

The results of the study suggest that in mothers with infants, mental health deteriorates under conditions of sleep deprivation. Furthermore, parenting self-efficacy, which is a predictor of stress reaction, is believed to be closely correlated with the habit of 'regular exercise'. Therefore, The results suggest the importance of providing a mother with support that help her adopt health practices based mental health.

Keywords: mothers of infants, life habits, mental health, parenting self-efficacy, child-rearing support

I. 緒 言

精神面での不調を訴える育児期の母親では、育児の対する自信のなさや育児困難感の訴えが多い(日本小児保健協会, 2001)。これは、アイデンティティの喪失に対する脅威、育児に対する社会からの圧迫感、育児環境の不備といった社会的要因に関する育児ストレスが、母親の抑うつを高め、精神的健康に影響を及ぼすとの指摘がある(草野・小野, 2010)。一方で、精神的健康は生活習慣が関連することが明らかとなっている。精神的健康が不良な者では、生活が不規則、朝食を欠食する、運動を定期的に行わない、睡眠時間が6時間以下であること等が報告されている(伊藤・津田・山本他, 2005)。また、地域(安喰・森本, 1999)、職域(川上・原谷・金子他, 1987)のいずれの成人女性においても、健康生活習慣が良好な者は不良な者に比べ、精神的健康が良好に保たれているという知見が得られている。

しかし、育児期にある母親の生活習慣については、子どもの生活習慣への影響を重視するものの(中村・遠藤・荒木他, 2008)、母親自身の心身の状態とライフスタイルとの関連を明らかにした研究はほとんどみあたらない。母親の健康に関する意識や健康行動は、育児との関連において、母親の心身の健康、ひいては家族の健康という観点からも重要と考える。

そこで今回、乳幼児をもつ母親の健康生活習慣の実践状況と、精神的健康および育児負担感の予測因子である育児に対する自己効力感(金岡, 2011)の関連性を分析することを目的とする。育児期における精神的健康の保持・増進や、育児に対する自己効力感向上のための方策として、生活習慣からの健康教育の可能性とその方向性について検討することは、育児の継続・充実に図る上で大きな意義をもつものと考えられる。

II. 研究方法

1. 調査方法およびデータ収集期間

調査対象は、関西圏都市部在住のコミュニティーサンプルで、19歳から43歳までの乳幼児を1人以上育児中の母親とした。4か月・1歳6か月・3歳時に実施される乳幼児健康診査の機会を利用して、健康診査対象児の保護者宛てに「育児に関する調査」と題した質問紙を事前郵送にて857名に配布し、健康診査時に648名より調査票を回収した。この際、プライバシーに配慮し回収用封筒を個別に添付した。

調査期間は2005年8月から11月であった。

2. 調査内容

調査内容は、個人及び家族構成に関する項目と心理調査項目、健康生活習慣とからなっている。なお本研究では心理調査項目として、ストレス反応としての精神的健康度、育児を遂行する上での効力期待としての育児に対する自己効力感との検討をおこなった。

1) 基本属性

母親およびその配偶者の年齢、妊娠・出産歴、当該乳幼児の出生順位、家族構成、母親の仕事従事状況についてたずねた。

2) 健康生活習慣

健康生活習慣に関する質問項目は、Breslow, L.らにより報告されている「7つの健康習慣」の実践 (Breslow & Enstrom, 1980) を参考に評価をおこなった。その具体的内容としては、①適正体重の維持、②平均睡眠時間の長さ、③健康保持増進を目的とした定期的な運動習慣の頻度、④朝食摂取の頻度、⑤間食摂取の頻度、⑥アルコール摂取の頻度、⑦喫煙習慣の状況とした。また、上記7つの健康生活習慣について、その実行個数を加算することの効果が明らかにされており (Berkman & Breslow, 1983; Breslow & Enstrom, 1980; Wiley & Camacho, 1980)、健康保持増進にとって好ましいと考えられている習慣の合計点数を求め、「健康生活習慣実践数」として集計した。

①適正体重の維持

適正体重の割合をみるために、身長と体重のデータから、身長との関連が弱く皮下脂肪厚との関連が強いとされる、Body Mass Index (BMI: $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$) を算出した。次に日本肥満学会によるBMIの判定基準に従い、18.5未満を「やせ」、18.5以上25未満を「正常範囲」、25以上を「肥満」と分類して比較し

た (松澤, 2000)。また、健康生活習慣実践数に関しては「正常範囲」を1点、「やせ」及び「肥満」を0点として換算した。

②平均睡眠時間

平均的な睡眠時間の長さを、うつ状態や生活習慣病の対策にしたがって、適正な睡眠時間を「6～9時間未満」とし、短時間睡眠を「6時間未満」、「9時間以上」を過眠状態として、3群に分類した (兼板, 2009; 宗澤・兼板, 2010)。また、健康生活習慣実践数に関しては「6～9時間未満」を1点、その他の2群を0点として換算した。

③運動習慣

運動習慣の頻度に関する質問の回答方法として「定期的に行っている」、「気が向いたときにしている」、「何もしていない」の3段階から1つを選択する形式とした。また、健康生活習慣実践数に関しては「定期的に行っている」を1点、「気が向いたときにしている」及び「何もしていない」を0点として換算した。

④朝食摂取の頻度

朝食摂取の頻度に関する質問の回答方法として「ほぼ毎日食べる」、「1週間に4～5日食べる」、「時々気が向いたときに食べる」、「食べない」の中から1つを選択する形式とした。また、健康生活習慣実践数に関しては「ほぼ毎日食べる」を1点、「1週間に4～5日食べる」、「時々気が向いたときに食べる」、「食べない」を0点として換算した。

⑤間食摂取の頻度

間食摂取の頻度に関する質問の回答方法として「ほぼ毎日食べる」、「時々食べる」、「食べない」の中から1つを選択する形式とした。また、健康生活習慣実践数に関しては「食べない」を1点、「ほぼ毎日食べる」と「時々食べる」を0点として換算した。

⑥アルコール摂取の頻度

アルコール摂取の頻度に関する質問の回答方法として「ほぼ毎日飲む」、「1週間に4～5日飲む」、「時々気が向いたときに (たまにつきあいで) 飲む」、「飲まない」の中から1つを選択する形式とした。また、健康生活習慣実践数に関しては、飲酒習慣を1週間に3日以上飲酒を基準として、「時々気が向いたときに (たまにつきあいで) 飲む」、「飲まない」を1点、「1週間に4～5日飲む」、「ほぼ毎日飲む」を0点として換算した。

⑦喫煙習慣の状況

喫煙習慣の有無に関する質問の回答方法として「吸っている」、「以前吸っていたがやめた」、「吸わない」

の中から1つを選択する形式とした。また、健康生活習慣実践数に関しては「以前吸っていたがやめた」と「吸わない」を1点、「吸っている」を0点として換算した。

3) 精神的健康度

調査対象者のストレス状態を測定するために、本調査ではGHQ-30 (General Health Questionnaire 30) 日本版から簡略化され、妥当性が高いGHQ-12 (General Health Questionnaire 12) 項目版を使用した (Goldberg DP・中川・大坊, 1985)。精神的健康状態の指標として信頼性も高く、ストレス研究に多く利用されており (本田・柴田・中根, 2001)、最近6ヵ月ぐらいの間のストレスや抑うつ状態の有無について質問している。よくあった、時々あった、あまりなかった、まったくない、の4段階評定で回答を求めるものである。GHQ採点法に基づき、「よくあった」と「時々あった」を1点、「あまりなかった」と「まったくない」に0点を与え、12項目の合計点を求めてストレスの状態とし、得点が高くなるほど精神的健康度が不良であることを示す。

4) 育児に対する自己効力感尺度 (PSE 尺度)

「育児に対する自己効力感」とは、「育児で直面する経験的なあるいは未経験な新しい状況に遭遇した際に臨機応変に対処できるという確信の程度」と定義されている (金岡, 2011)。育児に対する自己効力感が高いほど、育児の満足感が得られ、育児により派生するストレスが低減するとされている。金岡 (2011) により作成されたPSE尺度は、育児に対する効力期待を測定する一次元的尺度で13項目から構成されており、育児負担感を推測する上で実用性の高い尺度とされている。その内容は主として、育児で遭遇する困難な状況を受容し対処しようとする意志、自己コントロールや自己表現、対人関係を築く意志などからなる。本尺度による因果モデルでは、精神的健康の状態や情緒的サポートの認知が、育児に対する自己効力感を介して育児負担感に影響を与えていることが示唆されている。そう思う、まあそう思う、どちらともいえない、あまりそう思わない、そう思わない、の5段階評定の回答を求める。その回答について、「そう思う」～「そう思わない」を5～1点として、得点が高いほど育児に対する自己効力感の程度が大きくなるよう、各項目の評定を単純加算したものである。ただし、逆転項目は5点を1点、4点を2点に換算する。

4. データの分析方法

統計的手法については、比率の差の検定には χ^2 検定、

平均値の差の検定には2群間でt検定、3群間では一元配置分散分析を行なった。また、目的変数をGHQ12とPSE尺度とし、単変量解析において有意差の得られた健康生活習慣を説明変数としてロジスティック回帰分析 (強制投入法) をおこなった。2変量の相関には、Pearsonの積率相関係数を用いた。なお、データの集計及び解析にあたっては、SPSS 12.0J for Windowsを使用した。

5. 倫理的配慮

保健所管理者には研究趣旨と対象者のプライバシー保護等を文書および口頭で説明し、同意並びに協力を得て実施した。

対象者には目的、プライバシー保護、協力の任意性、調査開始後も中断でき、個人に不利益を被らないことを説明した。特に、公的な乳幼児健康診査と本調査が関係なく、強制ではないことを保証した。匿名性の確保とともにデータは個人特定できないようにコード化あるいは統計処理し、研究目的以外では使用しないこと等を文書および口頭で説明し承認を得た。調査協力は回答をもって同意を得たものとし、回答後は各自厳封の上、回収した。

III. 結 果

調査対象者のうち、調査項目に欠損値のあるケースを分析対象から除外した結果、最終的な分析対象数は計579名となり、有効回答率は67.6%であった。

1. 基本属性

乳幼児をもつ母親579名の属性は、表1に示すとおりである。母親の平均年齢±標準偏差は、31.7±4.1歳で、配偶者の平均年齢±標準偏差は、34.6±5.0歳であった。初産・経産別の割合は、初産が48.7%で、経産が51.3%となった。また、子どもを有する数は、1人が48.7%、次いで2人が42.5%、3人以上が8.8%であった。母親の就業形態は、75.1%が専業主婦で、有職者は24.9%であった。

2. 健康生活習慣実践状況

7つの健康生活習慣実践状況について表2に示した。

1) 適正体重の割合

BMI「正常範囲」である者の割合は、全体の75.0%で、「やせ」が20.7%、「肥満」が4.3%であった。初産・経産別にBMI「正常範囲」の者の割合をみても、初

表1 調査対象者の属性

			乳幼児健診種別		
			全体 (N=579)	4か月 (N=184)	1歳6か月 (N=212)
母親年齢	(yr)	31.7	30.4	31.6	33.2
	(SD)	4.1	4.0	3.9	3.8
配偶者年齢	(yr)	34.6	33.2	34.4	36.2
	(SD)	5.0	4.9	5.1	4.7
初産婦	(%)	48.7	54.9	56.1	33.9
育児数 (%)	1人	48.7	54.9	56.1	33.9
	2人	42.5	34.8	35.4	58.5
	3人以上	8.8	10.3	8.5	7.6
有職者	(%)	24.9	15.8	25.9	32.8

表2 健康生活習慣実践状況 (%)

	全体 (N=579)	初産婦 (N=282)	経産婦 (N=297)
適正体重の維持	75.0	73.4	76.4
6～8時間の睡眠	80.7	78.7	82.8
運動習慣	6.0	7.4	4.7
朝食摂取習慣	81.2	78.7	83.5
間食しない	7.4	8.5	6.4
適正飲酒	84.5	86.2	82.8
禁煙・非喫煙習慣	90.0	88.7	91.2

産婦では73.4%で、経産婦は76.4%と、両者に有意差は認められなかった($\chi^2=7.706$, $df=1$, $p=.443$)。

2) 睡眠時間

平均睡眠時間が適正な「6～9時間未満」群が全体に占める割合は80.7%で最も多く、次いで短時間睡眠の「6時間未満」群が17.3%、過眠状態の「9時間以上」群が2.0%であった。初産・経産別にみても、初産婦は78.7%、経産婦は82.8%と両者に有意な差は認められなかった($\chi^2=1.573$, $df=1$, $p=.245$)。

3) 運動習慣

健康保持増進を目的とした「定期的な運動習慣」を実践している者の割合は、全体の6.0%であり7項目中で最も低い実践割合を示した。初産・経産別にみても、初産婦では7.4%で、経産婦は4.7%であったが、両者に有意な差は認められなかった($\chi^2=1.902$, $df=1$, $p<.222$)。

4) 朝食習慣

朝食の摂取状況についてみると、「ほぼ毎日食べる」群の割合は、全体の81.2%を有していた。これを初産・経産別にみても、初産婦は78.7%、経

産婦は81.2%と両者に有意差は認められなかった($\chi^2=2.161$, $df=1$, $p=.167$)。

5) 間食習慣

間食の摂取状況に関しては、「食べない」とした者の割合は、全体の7.4%と低い割合を呈した。これを初産・経産別にみても、初産婦は8.5%、経産婦は6.4%と両者に有意な差は認められなかった($\chi^2=.940$, $df=1$, $p=.346$)。

6) 飲酒習慣

アルコールの摂取習慣についてみると、適正飲酒の者の割合は、全体の84.5%に達していた。初産・経産別にみても、初産婦は86.2%、経産婦は82.8%と両者に有意差は認められなかった($\chi^2=1.231$, $df=1$, $p=.302$)。

7) 喫煙習慣

最も実践率の高かった生活習慣は、禁煙・非喫煙習慣であり、9割の母親において健康生活習慣の確立がされていた。

初産・経産別にみても、初産婦では88.7%で、経産婦は91.2%と、有意な差は認められなかった($\chi^2=1.079$, $df=1$, $p=.334$)。

8) 健康生活習慣実践数

前述した7つの健康生活習慣実践数を求めた結果は、表3に示すとおりである。回答者の健康生活習慣実践数の平均±標準偏差は、 4.2 ± 0.9 実践数であった。本集団においては、初産婦と経産婦ではほぼ同様の実践数であり、有意な差は認められなかった。この傾向は、子どもの年齢別にみても同様の結果であった。

3. 精神的健康度

乳幼児をもつ母親のGHQ12得点の平均±標準偏差は 4.0 ± 3.5 点で、中央値は3.0であった。初産・経産

表3 各群における健康生活習慣実践数

健康生活習慣実践数	平均	標準偏差	検定値	自由度	有意水準
全体	4.2	0.9			
初産	4.2	1.0	t=-.820	df=577	n.s.
経産	4.3	0.9			
4か月児	4.3	0.9	F=.639	df=2/576	n.s.
1歳6か月児	4.2	1.0			
3歳児	4.2	0.9			

別にみると、初産婦が4.1±3.5点、経産婦が3.9±3.5点となり、両者に有意な差は認められなかった ($t=-.942$, $df=577$, $p=.346$)。また、子どもの年齢別にその推移をみると、4か月児をもつ母親では4.4±3.4点、1歳6か月児では4.0±3.6点、3歳6か月児では3.6±3.5点となっており、3群間に有意な差は認められなかった ($F=2.650$, $df=2/576$, $p=.072$)。

4. 育児に対する自己効力感

PSE尺度の平均得点±標準偏差は52.3±7.6点で、中央値は53点であった。初産・経産別にみると、初産婦が53.0±7.3点、経産婦が51.6±7.8点となり、経産婦において育児に対する自己効力感が有意に低い傾向が認められた ($t=2.263$, $df=577$, $p<.05$)。一方、子どもの

年齢別にその推移をみると、4か月児をもつ母親では52.6±7.0点で、以下、1歳6か月児では52.2±8.1点、3歳6か月児が52.0±7.7点となっており、3群間に有意な差は認められなかった ($F=.265$, $df=2/761$, $p=.768$)。

5. 健康生活習慣実践状況と精神的健康度および育児に対する自己効力感との関連

t検定による単変量解析において、健康生活習慣実践状況と精神的健康度および育児に対する自己効力感について分析した結果を表4に示した。有意な関係を認めた項目は、精神的健康度については睡眠習慣で、育児に対する自己効力感については運動習慣であった。精神的健康度と育児に対する自己効力感に關与する健康生活習慣を推測するため、これらを目的変数としてロジスティック回帰分析を行った。GHQ-12得点は年齢・性別による差異が示唆されており、カットオフポイントについても2/3あるいは3/4点と一致した報告はない(福西, 1990; 本田・柴田・中根, 2001)。そこで、得点の中央値より3/4点をカットオフポイントとして、GHQ-12得点が4点以上を精神的健康度の低い群として1を割り当て、GHQ-12得点が3点以下を精神的健康度が高い群として0と設定した。同様に、育児に対する自己効力感尺度得点も中央値より52/53点で分け、

表4 健康生活習慣実践状況と精神的健康度および育児に対する自己効力感との関連

健康生活習慣の実践項目	GHQ12 (精神的健康度)		PSE尺度 (育児に対する自己効力感)	
	平均値±標準偏差	t値	平均値±標準偏差	t値
適正体重の維持				
実践群 (N=434)	4.1±3.8	.748	52.3±7.8	-.201
非実践群 (N=145)	3.8±3.2		52.4±7.0	
6～8時間の睡眠				
実践群 (N=468)	3.7±3.4	-4.593***	52.5±7.5	1.268
非実践群 (N=111)	5.4±3.6		51.5±7.9	
運動習慣あり				
実践群 (N=35)	3.3±3.6	-1.275	56.5±5.1	4.892***
非実践群 (N=544)	4.0±3.5		52.0±7.7	
朝食摂取習慣あり				
実践群 (N=470)	3.9±3.6	-1.260	52.3±7.5	-.117
非実践群 (N=109)	4.4±3.3		52.4±7.9	
間食しない				
実践群 (N=43)	3.7±3.1	-.481	53.0±6.6	.615
非実践群 (N=536)	4.0±3.6		52.2±7.7	
適正飲酒				
実践群 (N=489)	4.0±3.5	-.573	52.4±7.6	.665
非実践群 (N=90)	4.2±3.8		51.8±7.8	
禁煙・非喫煙				
実践群 (N=521)	4.0±3.5	-.604	52.2±7.6	-1.096
非実践群 (N=58)	4.3±3.6		53.3±7.7	

*** $p<.001$

表5 睡眠習慣と精神的健康度との関係(ロジスティック回帰分析)

項 目			OR	95%CI	
				上限	下限
睡眠時間	6 to <9	(N=467)			
	<6	(N=100)	2.749	1.738	4.349
	9≦	(N= 12)	2.226	.639	7.747
年齢			.977	.937	1.019
初産経産別			.957	.681	1.343
仕事の有無			.884	.600	1.304

注) 目的変数 精神的健康度 低群 (4 to 12) : 1 (N=276), 高群 (0 to 3) : 0 (N=303)
 年齢, 初産経産別, 仕事の有無を調整変数として投入
 OR: オッズ比, CI: 信頼区間

表6 運動習慣と育児に対する自己効力感との関係(ロジスティック回帰分析)

項 目			OR	95%CI	
				上限	下限
運動習慣	あり	(N=35)	2.957	1.314	
年齢			.986	.945	1.028
初産経産別			.743	.530	1.040
仕事の有無			1.090	.741	1.604

注) 目的変数 育児に対する自己効力感 高群 (53 to 65) : 1 (N=313), 低群 (0 to 52) : 0 (N=266)
 年齢, 初産経産別, 仕事の有無を調整変数として投入
 OR: オッズ比, CI: 信頼区間

育児に対する自己効力感が高い群を1, 低い群を0とした。説明変数には統計的に有意差を示した健康生活習慣とし, 調整変数として母親の年齢, 初産・経産別, 仕事の有無を投入した。その結果, 表5に示すとおり, 平均睡眠時間「6時間未満」の群は, 「6～9時間未満」の群に比べて, オッズ比は2.75倍と精神的健康が低い者が多かった。この結果は, 調整変数による影響を受けなかった。また, 表6に示すとおり, 運動習慣実践群では非実践群に比べてオッズ比は2.96倍と, 育児に対する自己効力感が高かった。この結果は, 調整変数を投入しても影響を受けなかった。

健康生活習慣実践数と精神的健康度および育児に対する自己効力感との関連では, 健康生活習慣実践数と精神健康度で $r = -.125$ ($p < .005$), 育児に対する自己効力感では $r = .056$ ($p = .178$) と有意差は認めなかった。

IV. 考 察

1. 乳幼児をもつ母親の健康生活習慣実践状況

健康生活習慣実践状況は, 7つの健康生活習慣のうち, 平均4項目が実践されており, 実践数が育児数や子どもの年齢に影響されないことが明らかとなった。

適正体重の維持については, 同時期に実施された平成17年国民健康・栄養調査報告(厚生労働省, 2007)と比較して, ほぼ同様の結果であった。出産後は体重増加や「肥満」を健康問題として取り上げることが多い(Linne Y, Dye L, Barkeling B et.al., 2004; Smith DE, Lewis CE, Caveny JL et.al., 1994)。しかし, 本研究対象の約2割が低体重(やせ)であり, 「肥満」該当者より多く, 妊娠・出産・育児期の女性の「やせ」による健康問題が存在することが推測された。

次に, 睡眠習慣の確立は前述の国民健康・栄養調査報告(厚生労働省, 2007)とほぼ同様の8割の者で実践されていた。しかし, 睡眠障害や疲労とうつ状態, 生活習慣病との関連性が推測される短時間睡眠や過眠状態の者も2割を占めていた。このことから, 育児状況との関連性を検討する必要がある。

食習慣として, 朝食摂取習慣は約8割で, 比較的高い割合で形成されていた。このことは, 子どもの生活リズムの確立や子どもの成長発達への影響を考えると, 育児期の母親とその家族の健康を支える重要な生活習慣と考えることができる。適正飲酒習慣についても, 望ましい生活習慣として9割近くの母親で形成されていた。これらの健康生活習慣について維持あるいは非

実践群で改善されるよう支援していく必要がある。

一方で、各健康生活習慣実践状況のうち、健康保持増進を目的とした運動習慣や間食をしない習慣の形成については、育児期では実践困難な状況が確認された。特に運動習慣では、前述の国民健康・栄養調査報告(厚生労働省, 2007)における20～30歳代女性の実践割合は約15%であるのに対し、本集団はその半数以下の割合であった。また、間食は育児期の場合、子どもの補食との関係が考えられ、子どもと共に摂取することを通じて、食の楽しみや親子のふれあいの機会となっていると推測される。そのため、育児期においては一概に望ましくない習慣とは言い難い。子育て終了後に、生活習慣病に移行しないよう、育児期より親子を含めた栄養教育相談や定期的な運動習慣の場の提供等の支援が必要であると考ええる。

また、禁煙・非喫煙習慣では、前述の国民健康・栄養調査報告(厚生労働省, 2007)で20～30歳代女性の実施率が約80%に対し、本集団は90%と高い割合を示した。これは、妊娠期をきっかけとした禁煙・防煙教育の効果と推測される。

2. 精神的健康度および育児に対する自己効力感と各健康生活習慣実践状況との関連

育児に伴うストレス反応との関連について述べる。GHQ12では2/3点または3/4点がCut-offポイントとされており(福西, 1990; 本田・柴田・中根, 2001), これを基準に判定するならば, GHQ12得点の平均が約4点を示した本対象集団は高いストレス状態にあるといえる。育児中の母親は高率で精神的な不調を自覚しており(藤田・金岡, 2002; 小池・大谷・池田他, 2009; 草野・小野, 2010; 森田・林・花沢, 1994), 先行研究と一致していた。つまり、精神的健康に影響を与える要因として育児が考えられ、育児に関してストレスフルな生活状況から母親の健康生活習慣実践状況を検討した。その結果、健康生活習慣実践数と精神的健康度との関連性は認められなかった。しかし、精神的健康度が低い者は、睡眠習慣の乱れをきたす可能性があることが確認された。特に、睡眠時間が6時間未満であると精神的健康が低く、抑うつ状態の可能性が高くなることが推測された。したがって、生理的に必要な睡眠時間と良好な睡眠の質を確保できるための支援として、育児負担軽減のための手段的サポートだけでなく、育児に伴う精神的疲労の背景となる個人要因についてアセスメントし、情緒的なサポートをおこな

う必要があると考える。

次に、育児に対する自己効力感と健康生活との関連を検討した。その結果、運動習慣がある者では育児に対する自己効力感が高かった。このことから、定期的な運動習慣の形成がされていると育児に対する自信や遂行感が高くなる可能性が示唆された。育児に対する自己効力感の先行要件として、ソーシャルサポートと健康状態が考えられる。つまり、運動の取り組みには手段的・情緒的なサポートが得られている状況が考えられ、継続することによって健康状態を高めていると推測された。その結果として育児に対する自己効力感が高くなっていることが考えられる。また、運動の継続にはさらに、子どもとの活動の場として運動を実施したり、運動を共にする仲間とのコミュニケーションを図ることをとおして、育児に伴うストレス解消の手段として運動習慣が形成されている可能性が推測された。本研究においては、精神的健康との関連性は認められなかったが、余暇活動(川口・豊増・吉田他, 2000; Seale & Brayley, 1993)や「自分の意思で自分自身のために使う時間、自分を取り戻す時間」としての自分時間(立石, 2006)の充足感が精神的健康を保ち、健康なライフスタイルと活動を促進すると示唆されている。活動のために「時間を費やす」という意識は活動に対する積極性を意味するものと考えられ、今後は育児に対する自己効力感と育児を中心とした生活時間と自分時間との関連について量と質の両面から検討が必要である。

現在の子育て支援では、子どもの健康生活の確立と親の生活習慣病予防を中心とした方策として健康教育が展開されているが、育児期特有の生活状況を考慮して、母親に焦点を当てて心身両面から健康生活を支援する方略は検討されていない。そこで、健康教育のあり方として、メンタルヘルス対策をベースとした、健康生活習慣改善のための健康プログラムの展開が重要であると考えられ、各々別に展開されている事業の統合が望まれる。集団教育だけでなく、個別指導においても、家庭内の情緒的サポートの状況や母親の自己効力感の高さを把握し配慮した上で、母親の精神的健康面を整えることが重要である。そのような中で、健康生活習慣の改善並びに回復へのアプローチを行なうことが、質の高い育児支援、健康維持・増進のための支援につながると考える。

最後に、本研究は乳幼児健康診査対象児に限定した横断研究のため、結果を一般化するには限界がある。

また、要因相互の関連性の強さについてみることはできるが、因果関係に関しては言及できないと考えられる。加えて、育児に伴なうストレスを強く感じている母親にはストレスに対する特有の認知や、育児に対する自己効力感の向上あるいは低下に関連したある種の対処行動があることが考えられる。これらの点については、今後も引き続き、乳幼児をもつ母親のストレス反応と保健行動や健康に関する信念体系も含めて検討する必要があると考える。

V. 結 論

乳幼児をもつ母親の生活状況として、睡眠時間が確保できない状況下では、精神的健康が不良であることが示された。また、育児に伴なうストレス反応の予測因子として働く育児に対する自己効力感については、運動習慣の確立と密接に関連していることが明らかとなった。したがって、育児期特有の生活状況を考慮して、メンタルヘルス対策をベースとした、母親の健康生活習慣改善のための健康プログラムの展開が重要である。

謝 辞

本研究にご理解とご協力を賜りました、対象者の皆様方ならびに関係施設の皆様方に、深く感謝申し上げます。

なお、本論文は神戸大学大学院総合人間科学研究科に提出した博士論文の一部を加筆修正したものであり、既発表論文とデータリソースが同一の部分がある。

引用文献

- 安俣恒輔, 森本兼義 (1999). 地域集団のライフスタイルと精神的健康度. 森本兼義編. ライフスタイルと健康健康理論と実証研究, 172-178, 東京: 医学書院.
- Berkman L.F. & Breslow L. (1983). Health and Ways of Living. New York: Oxford Univ. Press.
- Breslow L., Enstrom J.E. (1980). Persistence of Health Habits and Their Relationship to Mortality. *Preventive Medicine*, 9, 469-483.
- 藤田大輔, 金岡緑 (2002). 乳幼児を持つ母親の精神的健康度に及ぼすソーシャルサポートの影響. 日本公衆衛生雑誌, 49(4), 305-313.
- 福西 勇夫 (1990). 日本版 General Health Questionnaire (GHQ12) の cut-off point. 心理臨床, 3(3), 228-234.

- Goldberg DP, 中川泰彬, 大坊郁夫 (1985). 日本版 GHQ 精神健康調査票〈手引〉. 日本文化科学社: 東京.
- 本田純久, 柴田義貞, 中根允文 (2001). GHQ-12 項目質問紙を用いた精神医学的障害のスクリーニング. 厚生 の 指標, 48 (10), 5-10.
- 伊藤桜子, 津田彰, 山本晴義, 石川利江 (2005). メンタルヘルスセンター利用者の精神的健康度と生活習慣要因との関連性. 久留米大学心理学研究, 4, 89-102.
- 金岡緑 (2011). 育児に対する自己効力感尺度 (Parenting Self-efficacy Scale: PSE 尺度) の開発とその信頼性・妥当性の検討. 小児保健研究, 70(1), 27-38.
- 兼板佳孝 (2009). 睡眠障害・疲労とうつの疫学. 睡眠医療, 3(4), 477-483.
- 川口貞親, 豊増功次, 吉田典子, 植本雅治 (2000). 看護婦の余暇活動のタイプ別にみたメンタルヘルス状況. 産業ストレス研究, 7(3), 135-142.
- 川上憲人, 原谷隆史, 金子哲也, 小泉明 (1987). 企業従業員における健康習慣と抑うつ症状の関連性. 産業医学, 29(1), 55-63.
- 小池はるか, 大谷範子, 池島美知子, 山川紀子, 駒田美弘, 山本初実 (2009). 9 か月児の母親の精神的健康に影響を与える要因の検討. 小児保健研究, 68(4), 439-445.
- 厚生労働省 (2007). 平成 17 年国民健康・栄養調査報告. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou07/01.html> 【2011-02-01】
- 草野恵美子, 小野美穂 (2010). 社会的な要因に関する育児ストレスが母親の精神的健康に及ぼす影響. 小児保健研究, 69(1), 53-62.
- Linne Y, Dye L, Barkeling B, Rössner S. (2004). Long-term weight development in women: a 15-year follow-up of the effects of pregnancy. *Obes Res*, 12(7), 1166-1178.
- 松澤佑次 (2000). 新しい肥満の判定と肥満症の診断基準. 日本肥満学会誌, 6(1), 18-28.
- 森田幸子, 林マツノ, 花沢成一 (1994). 育児中の母親の情動と対児感情との関連性. 母性衛生, 35, 257-262.
- 宗澤岳史, 兼板佳孝 (2010). 睡眠と生活習慣病. 脳 21, 4, 415-418.
- 中村伸枝, 遠藤数江, 荒木暁子, 小川純子, 佐藤奈保, 金丸友 (2008). 幼児と母親の生活習慣の実態と母親の健康に関する意識. 千葉大学看護学部紀要, 30, 25-29.
- 日本小児保健協会 (2001). 平成 12 年度幼児健康調査報告書. http://plaza.umin.ac.jp/~jschild/book/report_2000.html#five4 【2011-02-01】
- Searle, MS. & Brayley, R.E. (2000). Leisure services in

Canada. —An introduction (2nd Ed.). *State College, PA*:
Venture Publishing, Inc.
Smith DE, Lewis CE, Caveny JL, Perkins LL, Burke GL, Bild
DE. (1994). Longitudinal changes in adiposity associ-
ated with pregnancy. *JAMA*, 271, 1747-1751.

立石隆英 (2006). 個人の主観的健康感に関する考察—
「自分時間」「生活能動感覚」との関係, 年金レビュー,
2006春特別号, 4-67.
Wiley J.A. & Camacho T.C. (1980). Life-Style and Future
Health. *Preventive Medicine*, 9, 1-21.