

研究

肥満外来に通院する子どもをもつ母親の認識

— グラウンデッド・セオリーによる分析 —

弓場 紀子¹⁾, 土居 洋子²⁾
藤田敬之助³⁾, 稲田 浩⁴⁾

〔論文要旨〕

小児肥満を改善させる介入プログラムの開発のため、肥満外来に通院する子どもをもつ母親に面接をし、グラウンデッド・セオリーを参考に、認識の特徴を明らかにした。結果、肥満外来に通院する子どもをもつ母親の認識の中心概念は、【危機感のない肥満への思い】があり、『肥満に対する認識の甘さ』『身についた習慣へのあきらめ』『予後への安心感による油断』『子どもへの憐憫さ』『子どもの肥満による負担感』『過食・運動不足につながる生活環境』の категорияで構成されていた。その根底には、肥満是正への知識が不足しており、子どもの体重管理行動へと引き起こす外発的動機づけが不十分であることが示唆された。

Key words : 小児, 肥満, 母親, 認識, グラウンデッド・セオリー, 自己決定理論

I. 緒言

三大死因の原因となりうるとされる肥満は、遺伝的素因に生活習慣が影響して発症するといわれているが、一向に減少する兆しがない¹⁾²⁾。戸部ら³⁾、Matsushitaら⁴⁾の報告によると、学齢期における肥満者は、25年間に増加している。文部科学省学校保健統計調査報告書⁵⁾においても、学齢期における肥満者は、約20年間に2~3倍に増加している。現在ではおよそ10人に1人の割合でみられ、高度肥満の占める割合が増加している。肥満の原因の発症と維持には、生活習慣が大きく関わっている。幼児期に身につくといわれている生活習慣⁶⁾⁷⁾は、一度身につくと大人になってからの改変に困難をとまなう⁸⁾。

小児期の肥満予防に関する海外の研究(1985

~2002年)のうち、無作為抽出標本を用い、かつ対象、方法、介入、評価の記述がなされていたものは、学校や地域において小学生を対象にした7研究^{9)~15)}であった。母親への介入を試みた研究は1研究⁹⁾であった。国内では、6歳までの子どもを対象にした基礎的研究が1研究¹⁶⁾で、介入は行われていなかった。わが国では、子どもの保育や健康づくりには両親がともにあたるのが最良であるといわれている¹⁷⁾。実際の健診場面などでは主として母親が訪れるため、自ずと母親主体に指導がなされる場合が多いのが現実である。また、子どもの生活習慣や情緒性といったしつけの原点は、母親の模倣にある¹⁸⁾ともされており子どもの健康面に関しては、母親の責務が問われる傾向がある。しかし、実際に母親への介入を行った研究はない。

そこで、小児肥満を減少させるために有効な

Cognition of Mothers who Visited a Pediatric Obesity Clinic

[1619]

Noriko YUMIBA, Yoko DOI, Keinosuke FUJITA, Hiroshi INADA

受付 04. 3. 9

1) 大阪市立大学医学部看護学科(教育職/研究職) 2) 大阪府立看護大学(教育職/研究職)

採用 04.12.10

3) 大阪市立総合医療センター小児内科(医師) 4) 大阪市立大学大学院医学研究科発達小児医学(医師)

別刷請求先: 弓場紀子 大阪市立大学医学部看護学科 〒545-0051 大阪府大阪市阿倍野区旭町1-5-17

Tel : 06-6645-3558 Fax : 06-6645-3553

看護介入プログラムの開発を目指して基礎的研究を試みた。母親の認識を分析し、認識の特徴を明らかにしたので報告する。

II. 研究方法

1. 対象

子どもが肥満を指摘され、O市にある公立病院の肥満外来に通院している母親とした。

2. データ収集方法

同意の得られた母親に外来診察後、面談室で肥満に関する思いを語ってもらった。承諾を得てテープレコーダーに録音し、表計算ソフトExcel 2002を用いて逐語記録を作成しデータとした。収集し、分析していく方法をとるため、必要なデータ数は分析過程で、各カテゴリ間の関係が検討されて、その関係の妥当性がデータによって十分に裏付けられるまでとした。

3. 分析方法

データ分析は、Grounded Theory Approach¹⁹⁾をガイドラインとして継続比較し、帰納的に因子を探索し、母親の認識を分析した。その方法は、まず収集したデータを1文1文細かく分解し、それぞれが何を意味しているのかを考え、それを概念化(コード化)した。次に同じ現象に属すると思われる概念を集めてカテゴリ化し、そのカテゴリに名前をつけた。さらに、それぞれのカテゴリに、どのような次元があ

るのかを明らかにしていった。カテゴリ同士の間関係を検討し、軸となるカテゴリと、その特性を明らかにしたサブカテゴリとの結びつきを明らかにした。最後にあらゆるカテゴリに結びついている中核カテゴリ(中心概念)を明らかにした。中核カテゴリの周りに他のカテゴリを体系的に位置づけ、それらの関係が妥当なものかを確認した。この分析過程をスーパーバイザーとともに検討した。さらに診療を行った医師も含め共同研究者間で研究結果の妥当性を判断した。

4. 倫理的配慮

外来担当医より母親に紹介をしてもらい、研究の趣旨および協力内容を説明し、書面で同意を得た。同席した研究者より、研究参加が対象者の今後の治療に問題がないことを確認し、研究参加と中断の自由性、匿名性、個人情報の守秘性、研究終了後の録音テープの消去について説明を加えた。また、同意を得た後にも面接への拒否や研究辞退は可能であり、辞退してもその後の治療には影響がないことを説明した。

III. 研究結果

1. 対象者の背景

同意の得られた母親10名を分析の対象とした。子どもの対象属性と母親の受診動機は、表1に示すとおりである。子どもは10名全員が学童前期にあり、そのうち男児は5名、女児は5

表1 対象属性と受診動機

case No	年齢(歳)	性別	肥満度	兄弟(人)	母親の受診動機
1	8	男	65%	3	健診で指摘を受けた
2	7.1	女	49%	1	別の病気での受診時に指摘を受けた
3	7.6	男	74%	2	別の病気での受診時に指摘を受けた
4	9.1	女	40%	2	学校から指摘を受けた
5	8.9	男	40%	1	別の用で来院したときに指摘を受けた
6	8.8	女	50%	3	別の病気での受診時に指摘を受けた
7	8.1	男	70%	2	知人に指摘された
8	9.3	女	48%	3	別の病気での受診時に指摘を受けた
9	6.9	女	42%	2	知人に指摘された
10	8	男	50%	2	知人に指摘され、子どもが気にしだした

名であった。平均年齢は8.2歳で、最低年齢6歳、最高年齢9歳であった。平均肥満度は52.8%であった。

2. 肥満の子どもをもち肥満外来に通院する母親の認識

母親全員に共通する中心概念は、【危機感のない肥満への思い】であった。【危機感のない肥満への思い】とは、外来通院している過程において安心感をもっており、将来において生活習慣病になるかもしれないという認識や、肥っている子どもに対して行動を変容させなければならないという意識がない、あるいは母親としてそのことに積極的に対処しようとする姿勢が

表2 肥満外来に通院する子どもをもつ母親の認識のカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
i) 肥満に対する認識の甘さ	遵守事項への気のゆるみ
	肥満・成長発達に関連する知識不足
	甘い判断
	健康観の歪み
	楽観の見通し
	注意していることへの満足感
ii) 身についた習慣へのあきらめ	旺盛な食欲
	改善困難な生活習慣
iii) 予後への安心感による油断	肥満外来への慣れ
	社会関係を優先する育児
iv) 子どもへの憐憫さ	空腹への哀れみ
	子どもへの同情的理解
	いじめに対する哀れみ
	摂食制限にともなうストレスへの哀れみ
v) 子どもの肥満による負担感	協力が得られないことへの不満
	解決策が見出せない苛立ち
vi) 過食・運動不足につながる生活環境	ストレスに関与する環境の変化
	協力の得られない家族
	誘惑の多い友人関係
	屋内遊びによる運動不足

みられないという状況をさす。この中心概念は、表2に示す6つのカテゴリーで構成されていた。

つまり、肥満外来に通院する母親の【危機感のない肥満への思い】は、定期的な受診下であり、『予後への安心感による油断』と、『肥満に対する認識の甘さ』がみられた。また、子どもの旺盛な食欲や改善困難な生活習慣により、『身についた習慣へのあきらめ』がみられた。一方、子どもに空腹を我慢させるのは可哀想という『子どもへの憐憫さ』や『過食・運動不足につながる生活環境』があり、『子どもの肥満による負担感』をもっていた。

これらのカテゴリー『』は、さらに以下に示すサブカテゴリー<>で構成されていた。

i) 『肥満に対する認識の甘さ』

『肥満に対する認識の甘さ』とは、肥満外来に通院しているにも関わらず、肥満児の子どもへの遵守事項に対して認識が甘いことを意味する。母親には<肥満・成長発達に関連する知識不足>や、自己流の<甘い判断>がみられ、母親には肥っているのは健康であるという<健康観の歪み>に、母親自身の意思の弱さも相まって、現状として<注意していることへの満足感>から、<楽観の見通し>をもっており、<遵守事項への気のゆるみ>がみられるという6つのサブカテゴリーで構成されていた。

(1) <遵守事項への気のゆるみ>とは、母親の弱い意思のために、飲食の機会や友達の関係による誘いがあると遵守事項に気がゆるみ、子どもの要求に負けてしまうことを意味する。

データ例：「出かけたりしたら、ちょっと気がゆるむんですよ。外に出かけたり、家族で出かけたり、誰かお友達が来たりしたらちょっと気がゆるんで食べさせてしまう。」

(2) <肥満・成長発達に関連する知識不足>とは、知識不足による誤った理解から、子どもが肥っている体型に違和感をもたず、むしろ可愛いと捉え、肥満が子どもの成長発達に与える影響まで判断することができていないことを意味する。

データ例：「お兄ちゃんの倍はおおげさですけど、1.5倍は食べるかな。でもここまで肥ると思わなかった。」

(3) <甘い判断>とは、肥っているのは健康であるため、日常における遵守事項については知っているつもりだが、意識するものがないと忘れてしまうことを意味する。

データ例：「兄弟3人皆、同じだけ盛る。子ども3人やから、同じように盛りつけているんやけどねえ。」

(4) <健康観の歪み>とは、食欲は健康の証であり気にならない。肥っていてもよく食べるのは元気な証拠であり、肥満は病気ではない。放置しておいても大丈夫だと思うことを意味する。

データ例：「小さいときからよく食べていた。検診では先生から言われて肥っているのかなあって感じでした。」

(5) <楽観的見通し>とは、今後の子どもの身長伸びへの期待や、将来子ども自身が異常に気づきなんとかするだろうという子どもへの依存があることを意味する。

データ例：「上の子は中1で食べるけど、女の子にも言われるみたいでちょっと気にしだしてちょっとしか食べない。だからもうおかわりはしないでしょ。」

(6) <注意していることへの満足感>とは、気をつけているという自らの行為を正当化し、大丈夫という自己満足感を得ていることを意味する。

データ例：「なるべくカロリーの少ないものでお腹を膨らそうと思って、芋の煮っころがしを食べさせている。」

ii) 『身についた習慣へのあきらめ』

『身についた習慣へのあきらめ』とは、子どもの<旺盛な食欲>や悪い食べ方などの<改善困難な生活習慣>に対して、仕方がないという現状に対してあきらめを示す。

(1) <旺盛な食欲>とは、子どもの食欲はよく食べる体質で抑えきれない。運動後はさらに食欲が増進するため手におえないというあきらめを意味する。

データ例：「欲しいというのを「止めようねえ」というけど、でも「おいしい、おいしい」とって食べるから……。」

(2) <改善困難な生活習慣>とは、乳幼児期から身につけてしまった悪い食習慣や悪い食べ

方、悪い運動習慣のため、学童期になってからは生活習慣の改善は困難だと決めつけていることを意味する。

データ例：「飲み込むんですよ、早食いというか、あんまり噛まない。もう身についてしまっているんですよ」

iii) 『予後への安心感による油断』

『予後への安心感による油断』とは、肥満外来に通院していることによる<肥満外来への慣れ>がみられ、健康面については大丈夫と楽観視し、日々の育児では<社会関係を優先する育児>がみられることを意味する。

(1) <肥満外来への慣れ>とは、定期的な受診で医師に健康面を診てもらっていることからくる安心感と、節食への動機づけとなる刺激の不足、異常のない検査結果により、子どもへの能動的な働きかけができていないことを意味する。

データ例：「あんまりせっぱつまってないです。ここに来て診てもらっているし。」

(2) <社会関係を優先する育児>とは、肥満は健康であるという認識により、育児の優先が健康面ではなく、友人関係など社会面への発達を最優先していることを意味する。

データ例：「お友達がみんな細い子が多いから、「食べなさい」と言われている。だけど、うちの子に「食べたらかん」というと友達もあわせて我慢してくれる。そういうのはなんか悪いしね。」

iv) 『子どもへの憐憫さ』

『子どもへの憐憫さ』とは、自分の幼少の頃と同じ体験から<空腹への哀れみ>や<くいじめに対する哀れみ>、肥満改善のための<摂食制限にともなうストレスへの哀れみ>を感じ、<子どもへの同情的理解>をすることを意味する。

(1) <空腹への哀れみ>とは、弱い意思により、子どもに空腹を我慢させること自体が可哀想、まして運動後の空腹を我慢させることはもっと可哀想という情があるために我慢させられないことを意味する。

データ例：「お腹空いて帰ってくるのに制限させるのは可哀想。」

(2) <子どもへの同情的理解>とは、子ども

の食欲が、母親自身の幼少の頃と同じ傾向から、子どもに我慢することの辛さはよくわかるということの意味する。

データ例：「寝る前に食べると肥ると思うし、寝る前は食べさせたらあかんけど…だけどスイミングとか行ったらお腹が空くから、制限されるのはつらいと思う。」

(3) <いじめに対する哀れみ>とは、母親自身がいじめられた体験から、子どもも将来同じような気持ちを抱きストレスとなることにつながるの、いじめによるストレスから回避させたいということの意味する。

データ例：「21歳ぐらいにならないと痩せなかった。ずっといじめられていた。「ブタブタ」って言われていたから、子どもには同じ体験をさせるのはねえ。」

(4) <摂食制限にともなうストレスへの哀れみ>とは、子どもに生理的欲求を制限させることの苦痛を強いること自体が可哀想、まして友達関係の手前、遵守事項とはいえ、子どもに我慢させることはストレスにもなるのでさげたいということの意味する。

データ例：「お菓子をやめておこうと思っても、まあ一切なしってというのは可哀想やし、友達とか来たら我慢させるのはストレスになるし…。」

v) 『子どもの肥満による負担感』

『子どもの肥満による負担感』とは、子どもが肥満であるにも関わらず、<協力が得られないことへの不満>や、肥満に対して<解決策が見出せない苛立ち>をもっており、母親の負担になっていることを意味する。

(1) <協力が得られないことへの不満>とは、協力すべき夫は自己中心的であったり、祖母は注意しても聞き入れてくれない強い固定観念をもっていたり、親戚や学校教師の非協力的な態度や、常態化した夫の注意など子どもをとりまく人的環境への不満を意味する。

データ例：「皆に言われますからねえ。肥っているのは私の食事とか、外食させてもちゃんとしていないからとか。旦那からは、おまえが食事管理をちゃんとしていないからやみたいにね。」

(2) <解決策が見出せない苛立ち>とは、解

決しようと思っけていても、肥る原因がよくわからない、子どもの強いイライラする欲求や注意を喚起しても応じない態度、相談できない学校、そして母親自身が医療者から指導されたことがうまくできないことにより、八方塞がりとなり、解決策を見出せないことにより苛立ちを感じていることを意味する。

データ例：「何かあげなかったら、暴れる。最近は厳しくすると叩いたり、髪の毛をひっぱったりしてどうしようもない。」

vi) 『過食・運動不足につながる生活環境』

『過食・運動不足につながる生活環境』とは、肥満の原因となる食・運動習慣が身につく物的環境要因である<ストレスに關与する環境の変化>や、人的環境要因である<協力の得られない家族>、さらに<誘惑の多い友人関係>による子どもを取り巻く生活環境の影響が<屋内遊びによる運動不足>につながりがあることを意味する。

(1) <ストレスに關与する環境の変化>とは、子どもの生活習慣が身につく生活の場の変化にともない、ストレスが生じることを意味する。

データ例：「3, 4歳のときに弟が手術をしたので、ちょっとおばあちゃんの家で預けた。そのときに、ストレスがあったのかなあって思うんですけど…肥ったら、小学校に入ってもそのまま大きい、今も結構大きい。」

(2) <協力の得られない家族>とは、もっとも協力を必要とする親族(夫、祖母、親戚)や友人に協力してもらえない生活事情があることを意味する。

データ例：「主人が、こんな魚やったら旨くないとか、すごく食べ物にうるさいんですよ。だからどうしても主人の好みになってしまう。お祖母ちゃんは、子どもが欲しがっているのに与えないのは可哀想だっているんのお菓子を与え放題だし…。」

(3) <誘惑の多い友人関係>とは、子どもには友達との関係があるため、一緒に遊ぶ友達と合わせて間食をしたり、ゲーム(集団遊び)をしたりしてしまうことを意味する。

データ例：「寒くなると特に、寒いからといって友達が家に入りこんでくる。今は夏でもゲー

ムとかするじゃないですか、やっぱり友達が来たなら何も与えないわけにはいかない。友達の家についておよばれているし、私だけ与えないわけにはいかないでしょう。」

(4) <屋内遊びによる運動不足>とは、子どもの遊びの中心がテレビゲームであり、遊ぶ場所が屋内中心になっている。また、誘拐など子どもに関連した凶悪犯罪が多発している世の中で、子どもの安全面を考えると屋外では安心して遊ばすことができないことから運動量は減少してしまうことを意味する。

データ例：「ゲームが流行っているから外に出なくなってしまう。家は、マンションの6階だから、近所の友達が誘いに来てくれても結局、友達の家に行って来るって同じマンションだから、そこでまたテレビゲームをしているんですよ。」

IV. 考 察

肥満の子どもをもち外来通院している母親は肥っている子どもに対し、外来担当医より生活上の諸注意を受けていたが、対処すべき行動を起こしておらず、信念をもって行動を変えようという意思決定はなされていなかった。そのことは、母親自身の行動と子どもをとりまく環境における諸要因をコントロールすることができない状況にあったことを示唆していた。つまり、母親は肥満である子どもに対して、肥満外来に通院するという行動はとれていた。しかし、外来で子どもの体重管理下にある母親の認識は「油断」、「甘さ」、「あきらめ」、「憐憫さ」、「負担感」等の感情が混在しており、体重管理行動にネガティブに影響する特徴がみられた。また、子どもは置かれている生活環境の影響を受け、母親自身が行動をコントロールするまでには至っていなかった。Baranowskiら²⁰⁾によれば人の行動は、社会的認知理論において個人要因(認知を含む)、行動、および環境のすべてが相互に影響しあうというダイナミックで、相互的なモデルであるといわれている。また、「行動的能力」とは、「ある行動を行うための知識やスキル」であると定義づけている。もし、人が特定の行動を行うならば、その人のその行動とはどのようなものなのか(その行動の知識)、そし

てそれをどのように行うのか(スキル)を母親自身が獲得しなければならない。しかし、肥満の子どもをもつ母親の場合、行動をコントロールするための知識やスキルが不足している結果、母親自身の行動をコントロールすることができず、子どもの体重管理に悪影響を及ぼしている可能性が考えられる。

そこで、肥満外来に通院する母親の認識の分析結果より、Diceら²¹⁾の自己決定理論(Self-Determination Theory: 以下SDTと略す)に基づく行動の動機づけにおける外発的動機づけの調整スタイル²²⁾²³⁾のどの段階であるのかを考察した。第1段階は、「医師に言われたから仕方なく行動する」というような動機づけで、すべて外的な力によって当事者の行動が開始される。本人自身が行動しようという意思決定をしたものではない。これは、肥満外来に通院する母親全員が子どもの体型は肥っていると認知していたにも関わらず、自ら受診したものは誰もいなかったことや、外来通院をするきっかけが、何らかの形で指摘を受けての受診であったことから初診時の母親はこの段階であったといえる。第2段階は、「しなければならないと思うから行動する」など内的な罰や報酬、自己コントロールに動機づけられる。「行動を行おう」という自己決定が当事者側に一応できている状態、つまり内面化が始まっている段階である。肥満の子どもをもつ母親の場合、『肥満に対する認識の甘さ』や『身についた習慣へのあきらめ』、『子後への安心感による油断』、『子どもへの憐憫さ』、『子どもの肥満による負担感』という感情が勝っていることから、「何故しなければならないか」という堅牢な知識が学習されていないと思われる。このことから、『過食・運動不足につながる生活環境』の環境要因の影響を受けやすく、肥満是正への強い動機づけをもたない結果、自己コントロールができていないことが考えられる。しかしながら、母親は通院を継続している。このことから考えると内面化は始まっていると推察される。

つまり、母親が肥満外来に通院するという行動は、常態化することで終始し、「何故しなければならないか」という動機づけは持っていないので、自分から子どもの体重管理行動をとる

までには至らないといえる。そのため、母親の認識は、第3段階の「自分にとって重要なことだから行動する」という同一視的調整までは進んでいない状態にあった。もし、母親が自分のとる行動に価値があると同一視するこの段階であれば、母親自身の行動は子どもにとって大切であると認識できる。しかし、肥満外来に通院する母親の認識は、「油断」、「甘さ」、「あきらめ」、「憐憫さ」、「負担感」等の感情が混在しており、体重管理行動には、ネガティブに影響する特徴がみられていることから、母親が自分自身の行動に価値を見出すところまでは進んでいないといえる。つまり、肥満外来に通院する母親の認識の特徴は、知識の不足とその結果としての行動変容までの段階に進んでいないことが示唆された。今回対象とした肥満外来に通院する子どもをもつ母親は、肥っているのは健康という<健康観の歪み>をもち、肥っている体型においても違和感をもたず、むしろ子どものうちは食べさせないといけないという<肥満や成長発達過程に関連した知識不足>がみられた。その結果、将来への身長伸びや子ども自身の肥満に対する気づきへの期待など<楽観的見通し>や<甘い判断>が【危機感のない肥満への思い】として認識されていたと考えられる。外発的動機づけが内面化と統合化により自律性をもたないこの状態では、外来通院していても『過食・運動不足につながる生活環境』による影響を受けやすく、行動変容は起こりにくいと考えられる。

肥満外来に通院する母親自らが行動をコントロールできるようにするためには、母親自らが確実な知識に基づいて、肥っている子どもに対処すべき行動を選択し、信念をもって行動を変えようと意思決定することが必要である。母親が、自分自身と環境に対する行動のコントロール能力を獲得するプロセスをふまえることができるようエンパワメントを促す看護介入²⁴⁾が必要と考えられる。

V. ま と め

肥満外来に通院する子どもをもつ母親の認識の特徴は、『肥満に対する認識の甘さ』『身についた習慣へのあきらめ』『予後への安心感によ

る油断』『子どもへの憐憫さ』『子どもの肥満による負担感』『過食・運動不足につながる生活環境』のカテゴリーで構成され、中心概念は、【危機感のない肥満への思い】であった。その根底には、肥満是正への知識不足がみられ、子どもの体重管理行動へと引き起こす動機づけと信念をもつに至らない結果、過食・運動不足につながる生活環境要因の影響を受けやすい状況にあることが示唆された。

文 献

- 1) 厚生統計協会編. 国民衛生の動向. 財団法人厚生統計協会. 2003 : 87-90.
- 2) 衣笠昭彦. こどもの肥満と生活習慣病. 小児科診療. 2000 ; 63(6) : 825-828.
- 3) 戸部秀之. 体重最頻値をもとにした子ども用標準体重の提案と肥満度分布の約20年間の経年変化. 学校保健研究 2000 ; 42 : 21-30.
- 4) Yumi Matsushita, Nobuo Yoshiike, Fumi Kaneda, et al, eds. Trends in Childhood Obesity in Japan over the Last 25 Years from the National Nutrition Survey. Obesity Research 2004 ; 12 (2) : 205-214.
- 5) 文部科学省. 平成14年度学校保健統計調査報告書. 文部科学省. 2003 : 3-9.
- 6) 小田清一. 子どもと生活習慣病〔I〕成人病対策から生活習慣病へ 1 行政の立場から. 小児科診療. 1999 ; 52(増刊号) : 1121-1127.
- 7) 伊藤善也. 子どもと生活習慣病〔III〕小児期におけるリスクファクター①乳幼児保健と肥満対策. 小児科診療. 1999 ; 52(増刊号) : 1195-1202.
- 8) 宗像恒次. 最新行動からみた健康と病気. メヂカルフレンド社. 1998 : 99-104
- 9) Stolly MR, Fitzgibbon ML. Effects of an obesity prevention program on the eating behavior of African mothers and daughters. Health education Behavior, 1997 ; 24 : 152-164.
- 10) Mo-Suwan L, Pongprapai S, Junjana C, et al. Effects of a controlled trial of a school-based exercise programme on the obesity-indexes of pre-school children. American Journal of Clinical Nutrition, 1998 ; 68 : 1006-1011.
- 11) Simonetti D'Araca A, Tarsitani G, Cairella M, et al. Prevention of obesity in elementary and

- nursery school children. *Public Health* 1986 ; 100 : 166-173.
- 12) Donnelly JE, Jacobsen DJ, Whatley JE, et al. Nutrition and physical activity programme to attenuate obesity and promote physical and metabolic fitness in elementary school children. *Obesity research*, 1996 ; 4(3) : 229-243.
 - 13) Flores R. Dance for health: improving fitness in African American and Hispanic adolescents. *Public Health Report*. 1995 ; 110(2) : 189-193.
 - 14) Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J, et al. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth. *Planet Health , Archives Pediatric Adolescent Medicine* 1999 ; 153 : 409-418.
 - 15) Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *Journal American Medical Association* 1999 ; 282 : 1561-1567.
 - 16) 斎藤好子. 水口浩光. 嶋崎紀子他. 小児肥満予防のための地域看護的介入に関する基礎的研究. *看護研究*. 2001 ; 34(1) : 51-57.
 - 17) 楠 智一編著. 最新小児保健. 東京. 日本小児医事出版社. 1996 ; 108-110.
 - 18) 窪田英夫. 高野 陽. 高橋種昭他. 家庭の小児保健. 医歯薬出版社. 1998 : 4-5.
 - 19) 南 裕子監訳. 質的研究の基礎グラウンデッド・セオリーの技法と手順. 東京. 医学書院. 1999 ; 55-203.
 - 20) Baranowski T. Perry C.L. & Parcel. G.S. How individuals environments, and health behavior interact: Social cognitive theory. In: Glanz, Lewis, F.M and Rimer. B.K. (Eds), *Health behavior and health education : Theory, research, and practice*. second edition. Jossey-Bass A Wiley Company, San Francisco, 1997 ; 153-178.
 - 21) Deci. E.L. & Ryan, R.M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York : Plenum. 1985 ; 11-40.
 - 22) Deci, E.L. & Ryan, R.M. The "What" and "Why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 2000 ; 11 : 227-268.
 - 23) Ryan, R.M. & Deci, E.L. 2000 Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 2000 ; 55 : 68-78.
 - 24) 野嶋佐由美. エンパワメントに関する研究の動向と課題. *看護研究*. 1996 ; 29(6) : 3-14.