

琉球大学学術リポジトリ

大学生の健康習慣と自覚的健康度の関連

メタデータ	言語: 出版者: 琉球大学教育学部 公開日: 2007-08-08 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 高倉, 実, 松岡, 洋一, Takakura, Minoru, Matsuoka, Yoichi メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/1343

大学生の健康習慣と自覚的健康度の関連

高倉 実* 松岡洋一**

Relationship between Health Practices and Perceived Health Status of University Students

Minoru TAKAKURA* and Yoichi MATSUOKA**

*Department of Health & Physical Education, Division of General Education, University of the Ryukyus

**Health Administration Center, University of the Ryukyus

It has been suggested that good practices were largely responsible for the observed mortality relationship and were associated with positive health.

The present study examined the relationship between common health practices and perceived health of university students. To accomplish this, questionnaire that consists of 5 health practices, including hours of sleep, physical activity, eating breakfast, smoking, and drinking and an item for perceived health status was administered to 886 students in Okinawa. Health practice index was accumulated to good health practices. The results were as follows.

There were significant sex differences on both health practice index and perceived health status. Females practiced more health habits and perceived more healthily themselves than males. Health practice index was positively associated with perceived health status, even when adjusting for sex, grade, and residential condition within these variables. Those who did good practices were in better health than those who failed to do so. Among confounder variables, grade was negatively associated with perceived health status. 1st graders perceived more healthily themselves than other graders.

These results show that good health practices were associated with positive health in university students.

緒言

近年、わが国における疾病死因構造は大きく変化し、結核や肺炎などの感染症からガン、心臓病、脳卒中などの成人病に代表される慢性疾患が主要死因を占めるようになってきた。これらの慢性成人病の場合、遺伝的要因や環境的要因とともに長期にわたる日常の生活習慣が発病の危険因子となることが考えられることから、生活習慣は健康科学において重要な研究対象となっている。

生活習慣と健康の関連についての研究では、Breslowらの研究¹⁾がよく知られている。彼らは米国における疫学調査から、睡眠、運動、朝食、間食、適正体重、喫煙、飲酒の7つの健康習慣が身体的健康度と関連していることを報告した²⁾。

また、9年半の追跡調査によって、7つの健康習慣が死亡率と関連していることを指摘し、望ましい健康習慣を実践している者はそうでない者より死亡率が低いことを実証した³⁾。わが国でも生活習慣と健康の関連について多くの研究が行なわれ、Breslowらの結果とほぼ同様の結果が得られている⁴⁾。しかし、これらのほとんどは成人を対象にした研究であり、これらに比べると児童生徒あるいは学生を対象とした研究は少ない。したがって、学校保健領域における生活習慣と健康の関連についてより明確にするためには、より多くの基礎的なデータの蓄積が必要となろう。飯島ら⁵⁾が指摘しているように、基本的な習慣が乳幼児期の家庭環境により決定されるものと考えられ、ライフサ

イクルを通して生活習慣と健康度との関連を探ることは学校保健領域における健康教育や健康管理を考える上で重要なことと思われる。

そこで本研究では、大学生を対象に生活習慣と自覚的健康度の関連について検討することを目的とした。本研究の自覚的健康度は、健康状態を直接に質問し評定させる1項目からなるが、この手法は、健康診断時などで多数の対象を簡便に短時間に調査するためには都合がよく、身体的および精神的な健康度を包括的に把握することができると思われる。上述してきた先行研究では、健康度の指標として死亡率などの客観的指標や数項目からなる既存尺度が用いられてきたが、生活習慣とこれらの指標の関連と同様に単純な自覚的健康度との関連についても検討することは、学校保健の現場で活用する上で意義があると考えた。

方法

対象は沖縄県内の国立大学の学生886名で、大学が行う定期健康診断の受診時に健康習慣や自覚的健康度に関する質問紙調査を無記名方式で行った。表1に対象の人数を性別、学年別に示した。調査項目は以下の通りである。

基本的所属として、性別、学年、年齢および住居形態をとりあげた。

健康習慣はBreslowらの7つの健康習慣から、睡眠、運動、朝食、喫煙、飲酒の5項目を用いた。間食については、Wileyら⁶⁾が死亡率との関連が弱いことを示し、高倉⁷⁾が疲労感との関連がないことを報告していること、適正体重については、杉澤ら⁸⁾が体質的なやせや肥満もあり、行動の枠

内でとらえることが適当でないと判断していることから、本研究では間食および適正体重を除いた。

Breslowら²⁾は健康に好ましい習慣を加算して健康習慣指数(Health Prectice Index)を算出しているが、本研究でもこれを参考にして、睡眠時間7~8時間、体育の授業以外の運動が週1回以上、朝食を毎日摂取、この1ヶ月間に喫煙せず、この1週間に飲酒せずに該当する場合に1点を与え、それぞれを合計して健康習慣指数とした。得点範囲は0~5点となる。健康に好ましい習慣の判定は、睡眠、運動、朝食についてはBreslowらの判定基準²⁾、喫煙と飲酒については、Japan Adolescent Smoking Survey⁹⁾およびJapan Know Your Body Study¹⁰⁾の操作的定義を用いた。

自覚的健康度は「あなたの現在の健康状態にあてはまるところに○をつけて下さい。」の1項目について、病気(1点)から健康(10点)までを10段階で評定させ、得点化した。

結果

図1に自覚的健康度得点の度数分布を性別に示した。男子の平均は6.99、標準偏差2.11、女子の平均は7.47、標準偏差1.73、全対の歪度は-0.38、尖度は2.39で、記述統計量からはバラツキの少ないことがうかがえたが、分布型は男女とも8点と5点にピークを持つ双峰性の分布を示し、厳密な正規分布を呈さなかった。男女間の平均得点の比較では有意な性差がみられ、女子の自覚的健康度が男子より高いことが示された($t = -3.59, p < 0.001$)。

Table 1. Gender and grade distribution of the sample

	Grade				Total
	1	2	3	4	
Male	132	123	113	177	545
Female	96	84	84	70	334
Entire	228	207	197	247	879

Missing observations were 7.

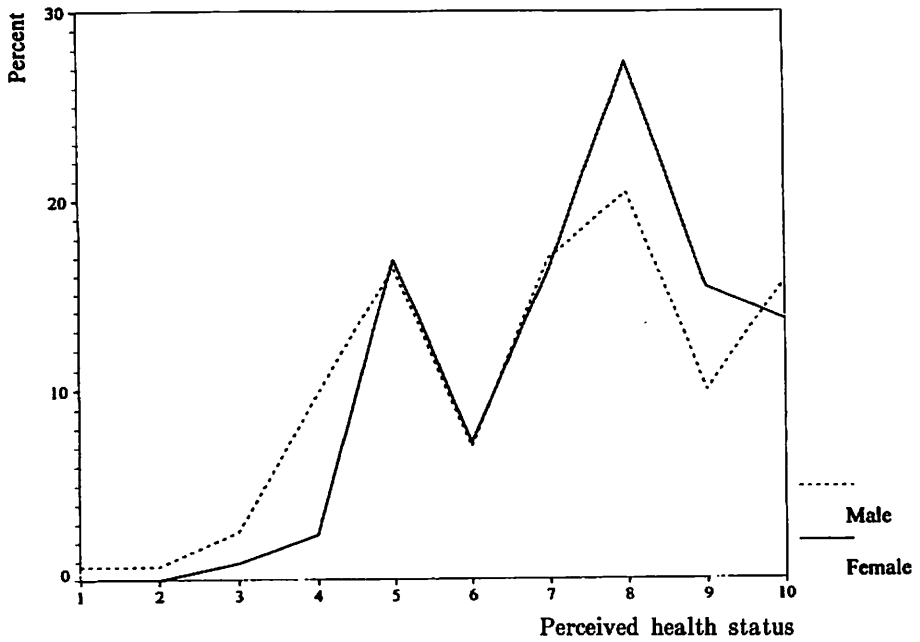


Fig.1 percentage distribution of perceived health status

図2に健康習慣指数の度数分布を性別に示した。男子の平均は2.17、標準偏差1.18、女子の平均は2.61、標準偏差1.05、全体の歪度は-0.04、尖度は2.51で、記述統計量からはバラツキの少ないことがうかがえ、分布型からも正規分布に近い分布

を示した。男女間の平均得点の比較では有意な性差がみられ、女子の方が男子より多くの健康習慣を実施していることが示された ($t=-5.67, p<0.001$)。

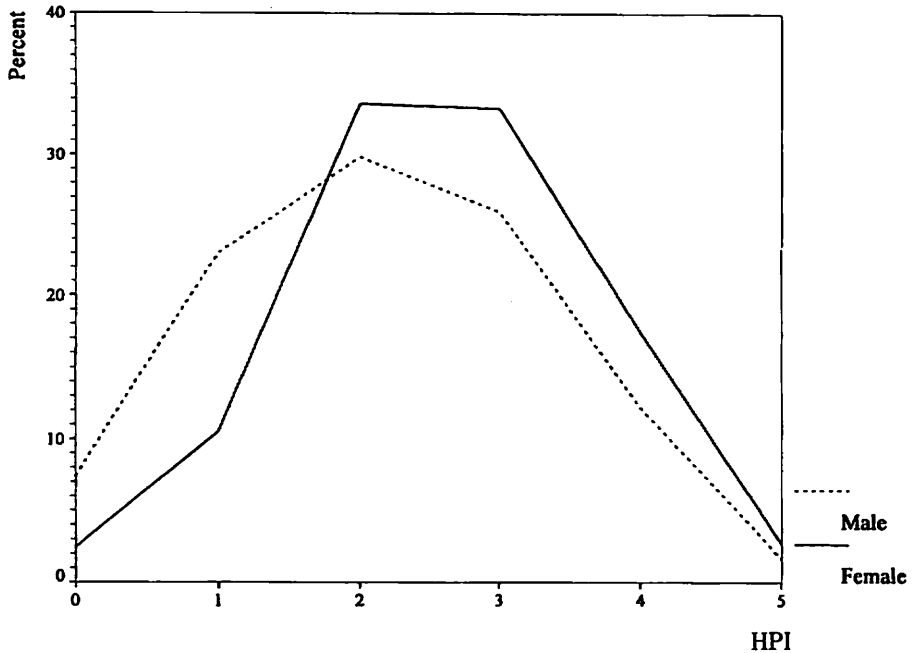


Fig.2 Percentage distribution of health practice index

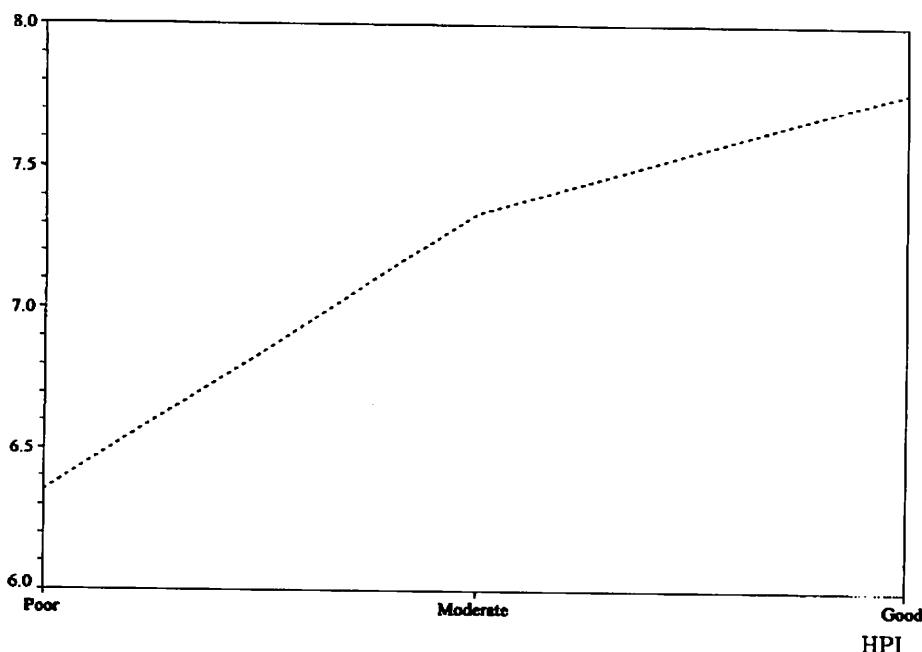


Fig.3 Mean scores for perceived health status by HPI

健康習慣指数の0～1点を不良群 (n=209)、2～3点を中間群 (n=531)、4～5点を良好群 (n=142)として3つの健康習慣群に分け、それぞれの自覚的健康度平均点を図3に示した。不良群は6.35、中間群は7.34、良好群は7.77で有意差がみられ ($F=27.32, p<0.001$)、多くの健康習慣を実施している群の自覚的健康度が高い傾向がみられた。

すでに自覚的健康度および健康習慣指数に性差がみられたように、性別、学年、住居形態などの基本的属性は、健康習慣と健康度の関連における交絡要因になると考えられる。したがって、これらの交絡要因の影響を考慮して健康習慣群と自覚健康度との関連性を検討した。図4に性別、健康習慣群別の自覚的健康度平均点を示した。男子の不良群は6.33、中間群は7.14、良好群は7.87、女子の不良群は6.40、中間群は7.61、良好群は7.66で、二元配置分散分析の結果、性別および健康習慣群の主効果はいずれも有意であったが ($F=4.13, p<0.05; F=23.55, p<0.001$)、両者の交互作用はみられなかった ($F=1.95, p=0.14$)。したがって、性別では女子の自覚的健康度が高く、健康習慣群では男女とも良好群の自覚的健康度が高い傾向にあったと言える。

図5に学年別、健康習慣群別の自覚的健康度平均点を示した。1年生の不良群は6.08、中間群7.74、良好群は8.05、2年生の不良群は6.76、中間群は7.31、良好群は7.81、3年生の不良群は6.43、中間群は7.22、良好群は7.63、4年生の不良群は6.13、中間群は7.06、良好群は7.54で、二元配置分散分析の結果、学年別および健康習慣群の主効果はいずれも有意であったが ($F=2.99, p<0.05; F=25.55, p<0.001$)、両者の交互作用はみられなかった ($F=1.00, p=0.42$)。したがって、学年別では1年生の自覚的健康度が高く、健康習慣群では各学年とも良好群の自覚的健康度が高い傾向にあったといえる。

図6に住居形態別、健康習慣群別の自覚的健康度平均点を示した。自宅生の不良群は6.29、中間群は7.52、良好群7.84、自宅外生の不良群は6.39、中間群は7.12、良好群は7.65で、二元配置分散分析の結果、健康習慣群の主効果は有意であったが ($F=24.92, p<0.001$)、住居形態別の主効果および両者の交互作用はみられなかった ($F=3.57, p=0.059; F=1.25, p=0.28$)。したがって、健康習慣群では自宅生、自宅外生とも良好群の自覚的健康度が高い傾向にあったといえるが、住居形態別では自覚的健康度に有意な差はみられなかった。

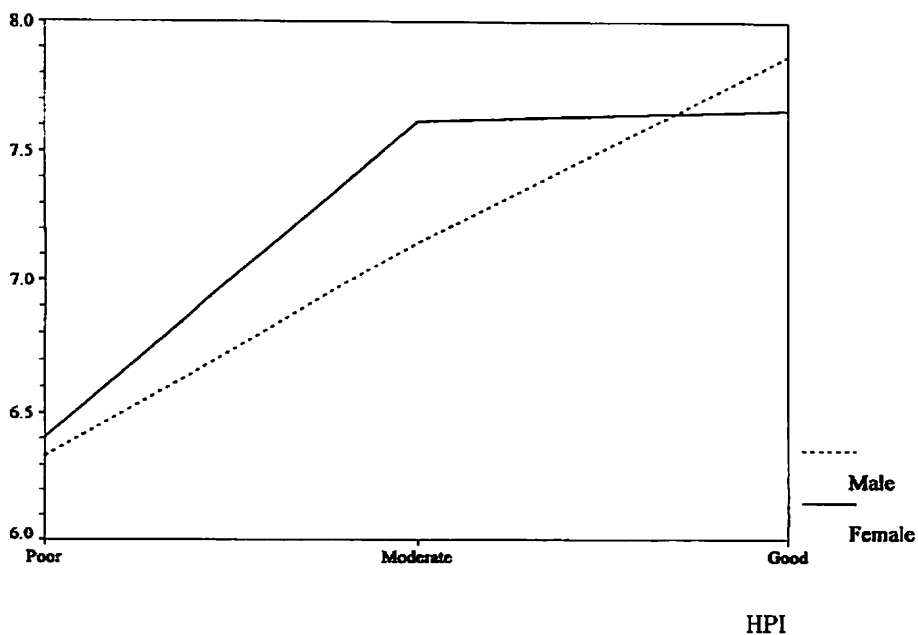


Fig.4 Mean scores for perceived health status by gender and HPI

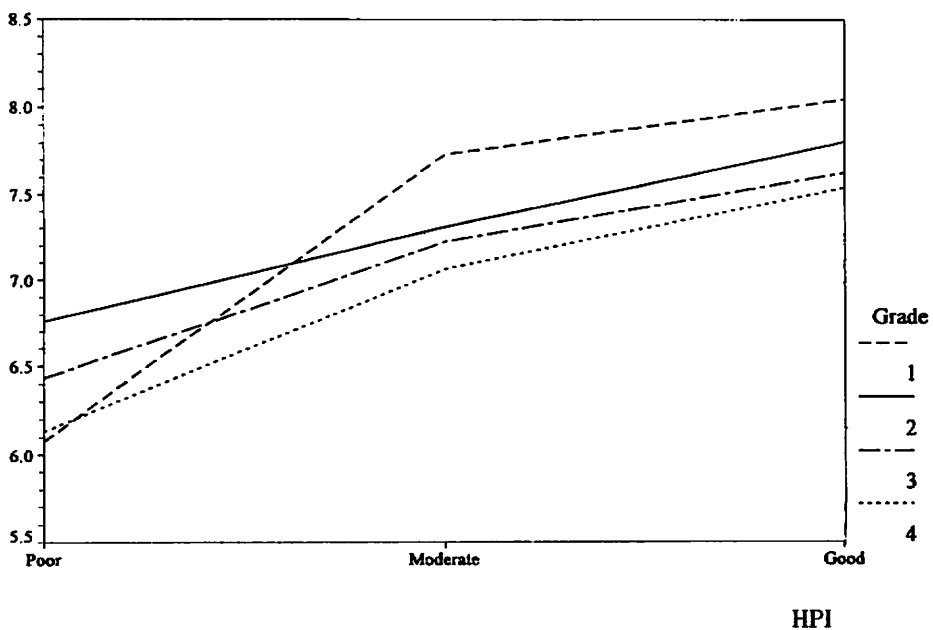


Fig.5 Mean scores for perceived health status by grade and HPI

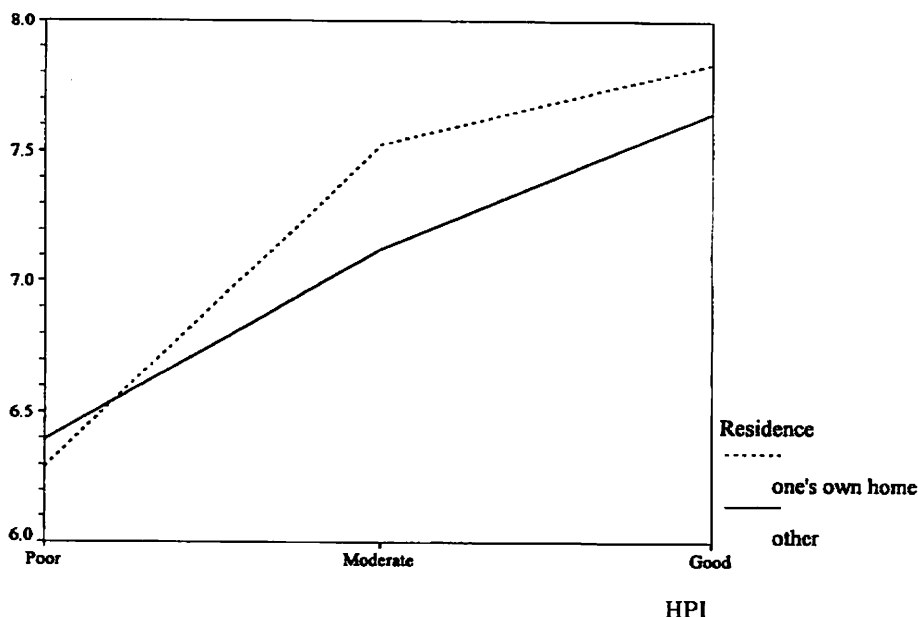


Fig. 6 Mean scores for perceived health status by residence and HPI

考察

本研究では、健康度指標として健康状態を直接に質問する自覚的健康度項目を用いた。芳賀ら¹¹⁾は健康度の自己評価は、社会的、心理的、身体的な統合体としての「健康」あるいは「健康状態」の主観的な認識を表していると考えられることができると述べているが、本研究でも同様に自覚的健康度が身体的、精神的健康を主観的に表すと考えた。自覚的健康度項目の指標としての妥当性、信頼性が問題とされるが、自覚的健康度に影響する要因の中で客観的身体的健康度が最も強く関連していることが指摘されていることや^{11,12)}、自覚的健康度が死亡率を予測する因子となり得るという報告から^{13,14)}、自覚的健康度はその他の健康情報が不足しているような時には、健康度の指標として妥当であり、有用であると考えられる。

自覚的健康度、健康習慣指数に性差がみられ、女子の方が男子より自覚的健康度が高く、多くの健康習慣を実践していた。自覚的健康度と逆の概念と考えられる自覚症状について、一般的に女子の方が男子より訴えが多くなることが報告されている¹⁵⁻¹⁷⁾。本研究では健康習慣群の影響をコントロールしても女子の自覚的健康度が高く、これらの結果を支持しなかったが、自覚的健康度が身体

的、精神的健康を包括的に含むpositiveな指標と考えられることから、negativeな指標である自覚症状とは異なった反応を示したと推測できる。また、この結果から大学生における自覚的健康度と自覚症状の認知に差がみられるということを示唆できるのかもしれない。健康習慣指数について、Breslowら²⁾は性差はみられなかったと報告しているのに対し、森本¹⁸⁾は東京都民における調査で男性に比し女性の方が良い生活習慣をとっている者の割合が多かったと報告している。また、山崎ら¹⁹⁾は大学生について女性は男性に比べて保健行動をよく実践していることを報告している。本研究でも女子の健康習慣指数が高かったことから、本邦の女性は男性に比べて望ましい健康習慣をとることが一般的であると考えられる。また、これらのことは、健康習慣について健康教育、健康管理をする上で性差を考慮に入れて行う必要があることを示唆するものである。

健康習慣指数から対象を3つの健康習慣群に分け自覚的健康度を比較したところ、多くの健康習慣を実施している群ほど自覚的な健康度も高い傾向にあった。これまでに、健康習慣と疾患の有無・障害の程度²⁾、血液生化学的検査値¹⁵⁾などの身体的健康度、抑うつ度²⁰⁾、不定愁訴⁵⁾、主観的スト

レス¹⁵⁾などの精神的健康度、そして死亡率²⁾との関連性が報告されてきたが、いずれも健康習慣と健康度との間に有意な関連がみられ、望ましい健康習慣を多く実践している者ほど健康であることが示されてきた。本研究では、性別、学年、住居形態などの交絡要因の影響をコントロールしても、これらと同様の傾向がみられ、健康習慣と自覚的健康度との強い関連性が確認された。

学年について、健康習慣群の影響をコントロールして自覚的健康度を比較したところ、1年生は上級生に比べて自覚的健康度が高く、上級生になるにしたがって自覚的健康度が低くなる傾向にあった。Breslowら²⁾の成人を対象とした研究では、加齢とともに健康度が悪化することが示されているが、本研究の場合、高齢者が疾病に罹りやすいこと、あるいは機能が低下することとは若干意味合いが違うと思われる。つまり、身体的、機能的な健康度の低下ではなく、大学生の場合、最終学年が近づくとつれて、卒業研究や就職あるいは将来の生活に対する不安などの精神的健康度の低下が原因となって、上級生の自覚的健康度が低くなったと考えられる。また、学年と健康習慣群の交互作用はみられなかったが、1年生の健康習慣不良群の自覚的健康度がすべての群の中で最も低かったことから、この群は大学における健康教育、健康管理、カウンセリングの重要なターゲットとなることが示唆できる。

住居形態について、健康習慣群の影響をコントロールして自覚的健康度を比較したところ、自宅生の方が自宅外生より自覚的健康度が高い傾向にあったが、有意差は見られなかった。結果ではふれていないが、住居形態単独と自覚的健康度との関連性が有意であったことから($F=8.12$, $p<0.01$)、住居形態が健康度に影響を及ぼしていることが推測できるが、辻ら²¹⁾が女子学生について自宅外生のライフスタイルの乱れが健康状態に影響していると指摘していることや、本研究から、住居形態より健康習慣群の方が自覚的健康度に対する規定力が大きく、住居形態は単独で自覚的健康度を規定するよりも、健康習慣と強い関連性を持つことにより、間接要因として自覚的健康度に影響すると考えられる。しかし、自宅外生が自宅生よりも自覚症状の訴えが多いという報告^{22,23)}が

あるように、本研究でも有意な差ではなかったとはいえ、自宅外生の自覚的健康度が低かったことから、自宅外生も健康教育、健康管理、カウンセリングの重要なターゲットとなろう。

以上のことから、大学生においても健康習慣群は性別、学年、住居形態などの交絡要因の影響をコントロールしても自覚的健康度と強く関連していることが示され、多くの健康習慣を実践しているものほど自覚的健康度が高いことが認められた。また、交絡要因では、性別および学年が健康習慣群をコントロールしても自覚的健康度と関連していることが示され、女子および1年生の自覚的健康度が高いことが認められた。しかし、本研究が横断的手法により関連性を検討したものであり、これらの関連性からは健康習慣が健康度の向上に影響するという因果関係を明らかにすることはできない。健康習慣が直接的あるいは間接的に健康度に関与していると考えられることや、逆に健康度が健康習慣の成立に関与していると考えられることから、真の因果関係を明らかにするためには、今後、縦断的研究によって検証することが必要となろう。

最後に、本結果は学校保健領域における健康教育や健康管理の立場から、健康習慣の改善によるhealth promotionを展開していく上で重要な情報になると思われる。

要約

本研究では、大学生886名を対象に、睡眠、運動、朝食、喫煙、飲酒の5生活習慣と自覚的健康度の関連性について検討した。5生活習慣から健康習慣指数を算出し分析に用いた。結果は以下の通りである。

自覚的健康度および健康習慣指数に性差がみられ、女子の方が健康度が高く、多くの健康習慣を実践していた。性別、学年、住居形態の交絡要因の影響をコントロールしても、健康習慣と自覚的健康度に関連がみられ、多くの健康習慣を実践している者ほど健康度が高い傾向を示した。また、交絡要因では、性別および学年と自覚的健康度に関連がみられ、女子および1年生の自覚的健康度が高い傾向を示した。

以上のことから、大学生においても健康習慣が健康度と関連していることが認められた。

本研究の要旨は第34回日本心身医学会九州地方会において発表した。

文献

- 1) Berkman, L. F. and Breslow, L.: Health and Way of Living: The Alameda county study, Oxford University Press (New York), 1983
- 2) Belloc, N. B. and Breslow, L.: Relationship of health status and health practices, Preventive Medicine, 1: 409-421, 1972
- 3) Breslow, L. and Enstrom, J. E.: Persistence of health habits and their relationship to mortality, Preventive Medicine, 9: 469-483, 1980
- 4) 森本兼彙: ライフスタイルと健康—健康理論と実証研究—, 医学書院(東京), 1991
- 5) 飯島久美子, 森本兼彙: ライフスタイルの健康影響評価—生活習慣、不定愁訴と精神的健康度との関連性—, 日本公衆衛生雑誌, 35: 573-578, 1988
- 6) Wiley, J. A. and Camacho, T. C.: Life style and future health: Evidence from the Alameda county study, Preventive Medicine, 9: 1-21, 1980
- 7) 高倉実: 大学生の蓄積的疲労徴候と生活の質、健康習慣、生活条件の関連について、学校保健研究, 34: 272-279, 1992
- 8) 杉澤秀博, 朝倉木綿子, 前田大作, 園田恭一: 医療に対する意識と保健行動との関連に関する研究—中高年齢層の場合—, 日本公衆衛生雑誌, 37: 593-601, 1990
- 9) 川畑徹朗, 皆川興栄, 西岡伸紀, 他: 青少年の喫煙行動の定義の標準化—日本青少年喫煙調査(JASS)の結果より—, 日本公衆衛生雑誌, 38: 859-867, 1991
- 10) 川畑徹朗, 中村正和, 大島明, 他: 青少年の喫煙・飲酒行動—Japan Know Your Bodyの結果より—, 日本公衆衛生雑誌, 38: 885-899, 1991
- 11) 芳賀博, 七田恵子, 永井晴美, 他: 健康度自己評価と社会・心理・身体的要因, 社会老年学, 20: 15-23, 1984
- 12) Fillenbaum, G. G.: Social context and self-assessments of health among the elderly, Journal of Health and Social Behavior, 20: 45-51, 1979
- 13) Mossey, J. M. and Shapiro, E.: Self rated health: a predictor of mortality among the elderly, American Journal of Public Health, 72: 800-808, 1983
- 14) Kaplan, G. and Camacho, T.: Perceived health and mortality. A nine year follow-up of the human population laboratory cohort, American Journal of Epidemiology, 117: 292-304, 1983
- 15) 青木繁伸: 健康調査票THIの妥当性の検討—第1報 性・年齢別自覚症状の量的・質的な差—, 日本衛生学雑誌, 34: 751-765, 1980
- 16) Chen, M. K.: The epidemiology of self perceived fatigue among adults, Preventive Medicine, 15: 74-81, 1986
- 17) Kroenke, K., Wood, D. R., Mangelsdorff, A. D., et al.: Chronic fatigue in primary care, prevalence, patient characteristics and outcome, Journal of American Medical Association, 260: 929-934, 1988
- 18) 森本兼彙: ライフスタイルと健康—1. 身体的健康度と精神的健康度—, 公衆衛生, 21: 135-143, 1987
- 19) 山崎久美子, 森田眞子, 大芳治: 大学生の心身の保健行動とその影響要因, 心身医学, 33: 501-507, 1993
- 20) 川上憲人, 原田隆史, 金子哲也, 小泉明: 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: 55-63, 1987
- 21) 辻忠, 小松敏彦, 北村映子: 女子学生のライフスタイルと健康状態—住居別特徴について—, 日本体育学会第44回大会号, 758, 1993
- 22) 新名理恵, 坂田成輝, 矢富尚美, 他: 心理的ストレス反応尺度の開発, 心身医学, 30: 30-38, 1990
- 23) 高倉実, 松岡洋一: 大学生の入学・進学時におけるストレス反応について, 琉球大学保健管理センター所報, 18: 24-29, 1994