

第1章 序論

Ⅰ 研究の背景

1994年の国際人口開発会議(カイロ会議)、翌年の第4回世界女性会議(北京会議)を契機に、リプロダクティブヘルス/ライツという言葉が普及するようになった。女性の身体に対する自己決定や、女性の人権の重要性についての議論の高まりを受けた動きであり、北京会議では、リプロダクティブライツは女性の人権の一部であることが明記された。リプロダクティブヘルス/ライツは「性と生殖の権利及び健康」と訳されるが、芦野(2000)によると、権利としての健康、男女平等、ライフサイクルを通じた健康、選択の自由と自己決定権を含む幅広い概念である。北京宣言(内閣府男女共同参画局, 1995)では、女性と男性の間の不平等が依然として存在し、主要な障害が残されており、すべての人々の安寧に深刻な結果をもたらしていると指摘されている。リプロダクティブヘルス/ライツが、女性の人権と強調され男女平等という意味合いが加えられているのは、長い歴史の中で女性の人権がないがしろにされている状況があったからである。高い妊産婦の死亡率や教育の格差、望まない妊娠、性暴力など、内容は異なるものの、性別による不平等から生じるリプロダクティブヘルス/ライツの問題は、未だ世界共通の課題である。

リプロダクティブヘルス/ライツの実現を困難にしている要因の1つとして、男性中心の消費主義社会の存在がある。女性は男性の視点から性的な対象としてみなされ、ある一定の価値や規範が作られる。さらに、それに沿うことが当たり前のように商品やサービスが提供されている。情報化社会が加速化し、情報が錯綜する現代において、女性は無意識のうちに男性中心の消費主義社会に取り込まれており、生活行動や健康に影響を受けている。その一例として、Fredrickson、Roberts (1997)によって説明された自己対象化が挙げられる。自己対象化とは、自分自身の身体を第3者の視点で批判的に観察し、社会で理想とされているイメージ像を内面化し、身体特性よりも外見に価値を置く現象である。文化的な理想像に沿えないことで自分の身体に対する恥ずかしさが生まれ、摂食行動に影響したり、メンタルヘルスの悪化、うつに影響することが報告されている(Fredrickson & Roberts, 1998)。特に、身体への恥ずかしさがBMIをコントロールしようという不適切な摂食行動を生み、摂食障害へとつながる例は、数多く実証されている(Tiggemann & Lynch, 2001; Slater & Tiggemann, 2002; Tiggemann & Kuring, 2004; Calogero, Davis, & Thompson, 2005; Greenleaf, 2005)。また、自己対象化は、月経や授乳(Johnston-Robledo,

Sheffield, Voigt, & Wilcox-Constantine, 2007)、更年期 (McKinley & Lyon, 2008)へのネガティブな態度、リスクの高い性行動(Parent & Moradi, 2015)など、産む性であるからこそ、女性として生きるからこそ起きてくる、女性特有の健康問題との関連が明らかにされている。自己対象化に伴う健康問題の報告は、若年女性によるものがほとんどである。成人期初期は、身体的な成熟とともに、精神的、社会的、経済的に自立し、各々のライフスタイルを確立させる時期である。また、パートナーの選択など、異性と親密な関係を築く時期でもある。外見を意識することの根底には、男性にどう見られているか、良く見られたい、という思いが女性のうちに常にあるからであると考えられる。若年女性の、自己対象化による健康問題を防ぐための対策を考える必要がある。

自己対象化が健康問題に至る過程には2つの問題点があると思われる。1つには、自己対象化は、「美しい」「若い」「性的魅力がある」といった、一時点かつ画一的な状態に価値を置くことである。しかし、女性が努力して近付こうとする像は、思春期から更年期、老年期に至るまで、生涯を通して心身ともに大きな変化を遂げる女性の実際とは乖離しているという点である。女性の健康は、現在だけでなく、次世代の健康、さらに女性自身ののちの健康に連続的に影響を与えるという特徴がある。さらに、ジェンダーによる格差の存在、女性が担う社会的役割の多様性など、社会的側面も含めて考えていく必要があり、ライフコースを見通した視点が国内外で重要視され始めている(厚生労働科学特別研究事業, 2015)。自己対象化の概念とは対極にある、長期的な視点、ライフコースの見通しを持つことが必要であると考えられた。もう1点は、理想像を内面化し「きれいになりたい」「やせたい」といって行動に移すことは、一見その選択を主体的に選び、自律しているように見える。しかし規範に沿っていることでそこに真の選択や行為主体性はなく、社会の抑圧や支配の犠牲となっているという点である (Andrist, 2008)。社会の規範に流され、女性の自律が妨げられていることが考えられる。

したがって、女性は男性中心の消費主義社会の中、外見を重視せざるを得ない情報に晒された状態となり、将来を展望することや、自ら決定し行動する力を社会に疎外されているのではないかと考えられた。しかし、この関連はまだ明らかにされていない。そこで、女性が普段どのような情報に関心を持ち、自らの身体をどのように捉えているか、ライフコースを見通し意思決定をしているか、将来の自身と次世代の健康を見通した知識、健康行動の有無

との関連を検討することとした。

II 研究の目的

男性中心の消費主義社会のもと、望まれる女性像として今現在の外見が重視され、将来の生き方について主体的に意思決定ができないような環境が、若年女性の情報の関心と、将来を見通した健康に関する知識不足や健康行動がとれないことと関連していないかを明らかにすることを目的とした。

III 研究の意義

女性が外見を重視せざるを得ない環境が、女性の健康行動を阻害しているということが明らかになれば、社会における情報の流し方について再考する根拠となる。また、結婚や子どもを持つことについての見通しを明確にしている者が、健康に関する知識を持ち、健康行動がとれているということが明らかになれば、今後の実践への示唆を得ることができる。女性を取り巻く社会が、女性の健康にどのような影響を与えているかを知ることで、女性のより良い人生、well-being、さらには次世代のより良い健康に貢献する一助となり、女性の健康を支える看護職としての責務を果たせるのではないかと考えた。

IV 用語の定義

本研究で扱う用語の定義を、以下に示す。

1 ライフコース

女性が一生の間に辿る道筋を見通し、「結婚」、「子どもを持つこと」についての意思決定を明確にしているか否かを示す

2 自己対象化

「美しい」「やせている」といった社会で理想とされる女性像がある中で、自らの身体を第三者の視点で批判的に観察、評価し、社会で理想とされる像を自分の価値基準として受け入れること。自らの健康状態や体力といった身体能力よりも、外見に価値を置くこと

3 将来を見通した健康行動

自分自身の今から将来につながる健康のため、また次世代を生み出す機能を持つという点から、生殖可能年齢にある女性に推奨される健康行動

第2章 文献の検討

I 自己対象化と女性の健康

“性の商品化”という言葉があるように、女性は性的存在として男性の視線で眺められる対象とされる。女性がやせていたり美しければ、生きていく上で優遇を受けたり、成功を収めるといった報告があり、女性の身体は人生経験に影響を与える重要な商品であるといわれ、女性は利益を得るために性的対象化、自己対象化に向かっていく(Andrist, 2008; McKay, 2013)。Fredrickson、Roberts(1997)は、自己対象化の特性を測定するツール(Self-Objectification Questionnaire)を作成した。外見に関する身体特性、能力に関する身体特性の各項目について優先度をつけ、どれだけ外見を重視しているかを測定するものである。さらにMcKinley、Hyde(1996)は、身体を対象化したときの経験を、身体の監視、文化的基準の内面化、外見へのコントロールの信念という3つの要素で説明し、身体意識尺度(Objectified Body Consciousness)を開発している。これらの概念や尺度は米国を主として先進国で用いられ、研究がなされている。なお、国内での自己対象化に関する研究は、田中によって身体意識と被服、ダイエット行動、友人関係などとの関連を検証したものである(田中, 2002; 田中, 2004; 田中, 2008)。

自己対象化の先行要因としては、メディア、対人関係、社会の3つが挙げられている(McKay, 2013)。自己対象化の研究は、摂食障害やうつ、性機能障害(Fredrickson & Roberts, 1998)といったメンタルヘルスへの影響、月経や授乳(Johnston-Robledo, Sheffield, Voigt, & Wilcox-Constantine, 2007)、更年期(McKinley & Lyon, 2008)へのネガティブな態度、リスクの高い性行動(Parent & Moradi, 2015)など、妊娠・出産の機能を持つからこそ、女性として生きるからこそ起きてくる、女性特有の健康問題との関連を明らかにしたものが多。社会文化的な理想に近付こうとしても、実際の女性性と乖離しているために一致させることは難しく、そのギャップによって心身に影響をきたしている状況がある。そこには、今現在のみに価値を置き、長期的な視点が欠如していること、社会の規範に流され、本来の自律性、自己決定ができていないことが問題であると考えられた。

II 女性の自己決定

これまで男女平等について、様々な運動や議論が行われてきている。政治参加や就労の

権利を求めた第一波フェミニズムは、法制度に着目したものであった。続いての第二波フェミニズムは、より私的な領域に踏み込み、それまで固定化されていた性役割分業、性規範からの解放を求めるものであった。それまで国家や男性の管理下に置かれがちであった、女性が子どもを生む・生まないという選択の権利が、女性の自己決定権であると主張された(宇井, 松井, 2005)。このような女性解放運動や人権意識の高まりから出現したのが、リプロダクティブヘルス/ライツである。1995年に開かれた第4回女性会議(北京会議)において行動綱領が打ち出され、2000年にその成果と障害について報告されている。報告書によれば、多くの国で女性政策の見直しが計られ平均寿命が伸びたこと、リプロダクティブヘルス/ライツへの関心、性感染症や母子保健、ジェンダーの視点を導入することへの関心は高まった(内閣府男女共同参画局, 2000)。しかし、最高水準の心身の健康を享受するのは女性の権利であるという意識が欠如しており、女性の健康分野の進展を妨げているという。それは国内でも同様である。日本では、人工妊娠中絶が条件付きで認められているが、決して女性の自己決定を尊重するものではなく、時代の要請にしたがった人口政策を踏襲しているにすぎない。また、低用量経口避妊薬の認可が下りるまでに時間を要したが、背景には女性の性行動が乱れるという危惧があった(柘植, 2000)。日本でもリプロダクティブヘルス/ライツの実現には課題が多い。青年期や小児期、老年期など、社会において脆弱とされる世代、また医療やケアを必要としている人々は、その弱さに加え、社会的に立場の弱い女性としてのハンディも担う。十分な情報が与えられ、選択肢がすべて提示され、自らの意思に基づいた決定ができるような環境、そして、決定した選択を実現できるようなサポートを提供していく必要があると考える。

III ライフコースを見通した女性の健康

女性は、妊娠や出産の機能を備えているため、ライフコースを通じて男性とは異なる健康上の問題に直面する。女性は、男性と比べ長期にわたり、多くのヘルスケアニーズを有する(Stephenson et al., 2011)。これまで、出産や月経、婦人科系の問題や子どもの出生体重など、女性の健康問題として挙げられるものはほとんど個別に考えられてきたが、それらは各々大きく影響し合っている。よりよいケアの提供のためには、ライフコースの視点で女性の健康を考え、統合された切れ目のないサービスを行う必要があるといわれ始めている(Mishra, Cooper, & Kuh, 2010)。また、女性の健康については身体的な特徴だけでな

く、社会的な決定要因も考慮する必要がある。ジェンダーの不平等によって女性の well-being が損なわれている現状があり、女性は職業人、妻、母親、ケアの担い手、などライフコースにおいて社会的役割が多様で、相互に関連し合うという特徴を持っている。身体的な側面だけでなく、社会的側面も考慮に入れていくことが求められている。

米国疾病予防管理センターでは、生殖可能年齢女性を対象としたヘルスケア、“プレコンセプションケア(妊娠前ケア)”において、具体的な取り組みがなされている。女性が生き方のプランニングとともに妊娠や出産をいつしたいか、それに伴うヘルスケアに関する要素を盛り込んだ、**Reproductive Life Plan** の普及を進めている(Johnson, 2006)。女性の人生と健康を、ライフコースの視点から捉えた具体的な取り組みである。このように、身体的、精神的、社会的 well-being のため、次のライフステージ、またその次のライフステージを予測しつつ健康行動をとれるよう支援する必要がある。しかし、国内では女性への健康支援は、妊娠・出産を中心として、生殖器疾患の予防などの個別の対策が実施されるにとどまっており、研究も乏しいのが現状である(厚生労働科学特別研究事業, 2015)。今後、実践、研究ともに推進していく必要があると考える。

第3章 方法

I 研究デザイン

本研究は、横断的自記式質問紙法を用いた仮説検証的記述研究である。

II 研究方法

1 質問紙の作成

文献検討をもとに、概念枠組みを作成した(図 3-1)。

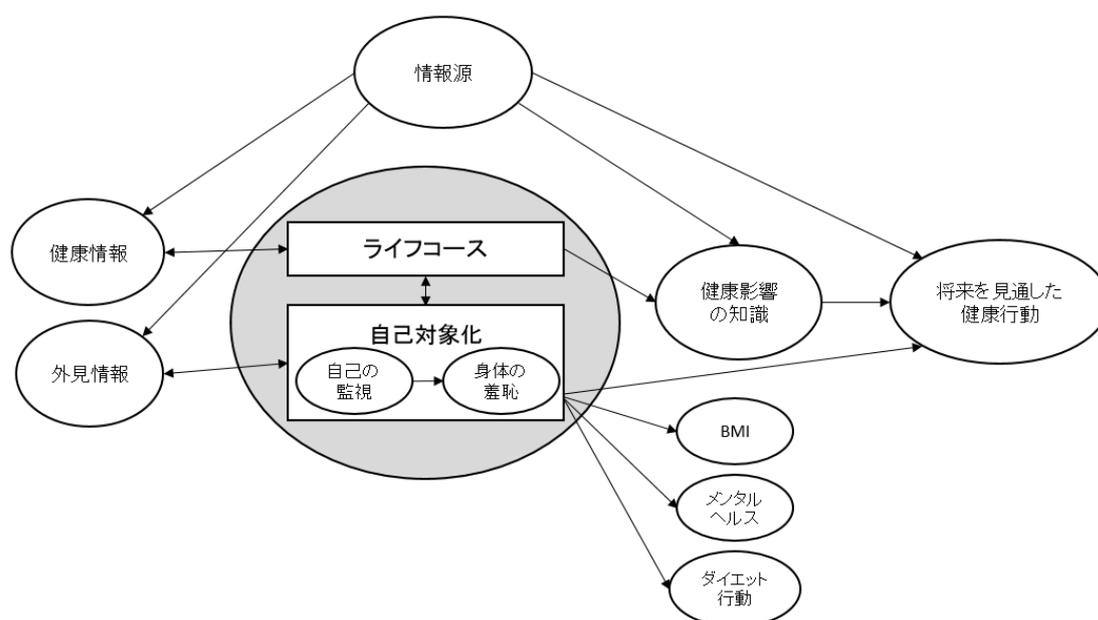


図 3-1 本研究の概念枠組み

各概念を測定するための変数を測定項目におこし、質問紙を作成した(資料 3)。作成した質問紙を、関連分野の研究を行っている専門家 6 名に見てもらい、質問紙の構成の不備や表面妥当性、内容妥当性を検討した。

2 仮説

男性中心の消費主義社会の中で、外見を重視せざるを得ない情報に晒され、本来より良く生きるために必要である、将来を見通した健康の知識を持たず、健康行動をとれていない女性がいるのではないかと予測された。以下に仮説を示す。

1) 仮説 1

「自己対象化の高い者は、健康行動がとれていない。一方、ライフコースが明確な者は、健康に関する知識があり、健康行動がとれている」

今現在の外見に重きを置き、自ら決定し行動する力を社会に疎外されている者は、将来を見通した健康行動がとれていないのではないかと考えられた。反対に、結婚や子どもを持つかなど将来の見通しが明確に決定できている者は、将来に備えた健康の知識を持っており、健康行動をとっているのではないかと考えられた。

2) 仮説 2

「自己対象化が高いほどやせが進んでおり、さらにメンタルヘルス、ダイエット行動へ影響している」

極端なやせや、メンタルヘルスの悪さは、自己対象化が影響要因となっていると考えられた。さらに、不適切なダイエット行動へと影響していると考えられた。

3) 仮説 3

「健康情報はライフコースと相互に関連があり、健康に関する知識、健康行動へ影響している。外見情報は自己対象化と相互に関連があり、健康行動に結びついていない」

ライフコースの見通しや自己対象化の程度は、対象者が関心の持つ情報の種類と相互に関連するものと考えられた。情報が、健康に関する知識や行動へ影響を与えていると考えられた。

3 プレテスト

調査実施に先立って、実施上の問題点を把握するためプレテストを行った。プライバシーの確保のため、研究者の友人・知人に、さらに友人・知人へ調査協力のリクルートを依頼した。同意を得られた、調査対象に該当する 20 歳から 35 歳までの女性 14 名に無記名で質問紙へ回答してもらい、感想を得た。その指摘をもとに、質問文を言い換えたり、質問項目を統合して項目数を減らすなどし、修正を行った。

4 調査実施方法

インターネットによるウェブモニター調査を実施した。ウェブモニター調査とは、あらかじめ本人の自由意思に基づいて調査会社に登録をしているモニターに対し、ウェブ上で調査の回答を依頼し、ウェブ上で回答をしてもらうという調査方法である。

5 調査対象

調査会社にモニター登録をしている、20歳から35歳までの女性600名を対象とした。

6 データ収集期間

2015年9月4日から9月7日にデータを収集した。

7 必要標本数

高木、林(2006)によると、探索的研究の際、少なくとも調査項目数の2倍程度のサンプルサイズが必要であるといわれる。本調査の項目は122項目あり、少なくとも244名の対象者が必要であると考えられた。また、本研究では対象者の身体だけでなく心理、社会背景など広く項目を設けている。社会事象を知るために、できるだけ多くのサンプル数が必要であると考えられた。玉野(2007)によると、統計調査であればサンプル数500は譲れないという。これらを踏まえ、最終的にサンプル数を600とした。

8 実施手順

調査会社にデータ収集の依頼をし、調査対象に該当するモニターから、無作為に調査候補者を抽出した。対象候補者にウェブ上で調査協力依頼を行い、回答をもって研究の協力に了承が得られたとみなした。回答者数が各年齢毎にほぼ同数となるまで回答を受け付けた。モニターは、モニター登録時に調査会社の提示する個人情報保護に関する取り決めに同意しており、調査対象者への説明文書は、調査会社と相談し作成した(資料1、2)。

なお、できるだけ多様で偏りが少ない対象者の実態を把握するため、登録者数が300万人程度の大規模なモニターをもつ調査会社を選定した。

III 測定用具

1 目的変数

将来を見通した健康行動

自分自身の今から将来につながる健康のため、また次世代を生み出す機能を持つという点から、生殖可能年齢女性に推奨される健康行動について、以下の文献、資料をもとに9項目を作成した。

- ・ 米国疾病治療センターの、プレコンセプションワーキンググループによって作成されている、一般女性向けの健康行動コンテンツ(Centers for Disease Control and

Prevention [CDC], 2015)

- Moos ら(2008)による、すべての生殖可能年齢にある女性の健康増進のために、推奨されるケア項目

項目は、「食事」、「運動」、「喫煙」、「飲酒」、「体重管理」、「暴力相談」、「心の健康」、「健診」、「子宮頸がん検診」の9項目である。それぞれの項目について、健康行動をとっている場合を1点、健康行動をとっていない場合を0点とし、2値のデータとして得点化を行った。得点化したものを「健康行動スコア」と命名した。得点の高いほど健康行動がとれていることを表す。なお、得点の幅は1点～9点、平均値±SDは5.10±1.42であった。項目の詳細を以下に示す。

- 「食事」
週に0~1食抜く、週に2食以上抜く
- 「運動」
過去ひと月に週に1日以上運動した、過去ひと月に運動したのは1~2日程度以下
- 「喫煙」
現在喫煙している、喫煙していない
- 「飲酒」
週に5日以上飲酒している、飲酒するのは週に4日以下
- 「体重管理」
体重管理ができている、体重管理ができていない (BMIがやせ・普通の者については、ダイエットをしていない場合に体重管理ができているとし、BMIが肥満の者については、ダイエットをしている場合に体重管理ができているとした。)
- 「暴力相談」
他者からの暴力に関して相談場所を知っている、相談場所を知らない
- 「心の健康」
過去ひと月に、適切な睡眠時間がとれている(睡眠時間が6時間以上9時間未満)、適切な睡眠時間がとれていない(睡眠時間が6時間未満、もしくは9時間以上)
- 「健康診断」
過去1年間に、健診(健康診断、健康診査および人間ドック)を受診した、受診しなかった

- ・ 「子宮頸がん検診」

過去 2 年間に子宮頸がん検診を受診した、受診しなかった

2 説明変数

1) 個人要因

年齢、最終学歴、子どもの有無、家族構成、職業、経済的な暮らし向きについて尋ねた。

2) 健康状態

身長・体重、精神的健康度(K6)について尋ねた。身長と体重から、BMI を算出した。また、精神的健康度は Kessler らが考案した K6 スコアを用いた。K6 は、うつ病・不安障害などの精神疾患のスクリーニングを目的として開発されたものである(厚生労働省, 2014)。6 つの質問に対し 5 段階のリッカートスケールで問い、「まったくない」(0 点)、「少しだけ」(1 点)、「ときどき」(2 点)、「たいてい」(3 点)、「いつも」(4 点)で得点化し、合計点数が高いほど精神的健康が低いことを示す。得点の幅は 6 点~30 点である。

3) 自己対象化

McKinley、Hyde(1996)が作成した、自己対象化を測定する対象化身体意識尺度(Objectified Body Consciousness)を用いた。自己対象化とは、自身の身体を第 3 者の視点から批判的に観察し、社会で理想とされる像を内面化し、自らの身体特性よりも外見に価値を置く現象を表す。対象化身体意識尺度は、「自己の監視」、「身体の羞恥」、「コントロール信念」の 24 項目、3 つの下位概念から構成されている。女性が、身体を他人から見られる対象とされた時に経験する 3 要素を元に作成された。「自己の監視」は、自分の身体を第 3 者として批判的に観察する傾向、「身体の羞恥」は、理想的な美の基準に達することのできない恥ずかしさ、「コントロール信念」は、自分の外見をコントロールできると考える程度を表している。尺度の開発時に、因子分析の結果 3 つの因子が確認され、信頼性と妥当性が確保されている。

しかし、「コントロール信念」は自己対象化のコアとなる概念ではないとも言われており(Moradi & Huang, 2008)、対象化身体意識尺度が使われる場合は、「コントロール信念」を除く「自己の監視」、「身体の羞恥」の 2 因子が用いられていることが多い。3 因子を扱った研究でも、「コントロール信念」は他の 2 因子と反対の関連を示すものも見られた。また、理論上「自己の監視」が「身体の羞恥」に影響し、メンタルヘルスや不適切な行動

につながっているとされ、研究でも実証されている。よって、本研究でも「コントロール信念」8項目を除く、16項目を分析で扱うこととした。

当尺度は、国内では田中(2002)によって用いられているが、尺度の信頼性、妥当性は検証されていない。本研究で用いた質問文の日本語訳は、田中の使用許可を得て用いた。回答の形式は、オリジナル版では7段階のリッカートスケールであるが、田中にならい、「とてもそう思う」、「そう思う」、「どちらともいえない」、「そう思わない」、「まったくそう思わない」の5段階で尋ねた。「とてもそう思う」を5点とし、合計点を算出した。得点が高いほど、自己対象化されている状態を示す。逆転項目は、1、3、5、7、9、10、12、15である。

16項目について最尤法による因子分析を行い、2因子が抽出された。プロマックス回転後の因子パターンを以下に示す(表 3-1)。

表 3-1 対象化身体意識の因子分析結果

	N=423	
	I (自己の監視)	II (身体の羞恥)
3. 自分の外見についてはめったに考えない*	.776	.127
5. 外見よりも体力に自信があるかどうかに関心がある*	.685	-.267
7. 自分が他人にどう見られているのかほとんど気にならない*	.637	.204
1. 自分の外見を他者と比べることはめったにない*	.637	.225
12. 自分の服が似合っているかどうかよりも着心地の良さの方が重要である*	.554	-.107
9. 自分の外見よりは、内面のことをよく考える*	.485	-.190
10. たとえ体重管理ができなくても、それでいいと思う*	.452	.134
4. 体重管理ができないとき、どこか具合が悪いのではないかと感じる	-.394	.386
15. 必要なだけの運動をしなくても、どこか具合が悪くなるとは思わない*	.197	.046
14. 容姿を整えるためできる限りの努力をしない自分はだめな人間だと思う	.008	.721
11. 他人の目に映る自分の姿を何度も考える日がある	.012	.709
2. 整った外見に見えるよう努力しなかったとき、自分を恥ずかしいと思う	.105	.663
6. 十分な運動をしないうとき、後ろめたさを感じる	-.295	.585
8. 自分のなりたいと思う体型でないと、恥ずかしい	.071	.584
16. 自分の服が似合っているかどうか気になることがたびたびある	.107	.557
13. 自分の実際の体重を他人に知られるのは恥ずかしい	-.064	.383
	因子間相関	
		.28

注1)最尤法、プロマックス回転

注2)*は逆転項目

オリジナル版と比較すると、もともと「身体の羞恥」である“10. たとえ体重管理ができなくても、それでいいと思う”は「自己の監視」に高い因子負荷量を示し、「自己の監視」である“11. 他人の目に映る自分の姿を何度も考える日がある”は「身体の羞恥」に高い因子負荷量を示し、それぞれが異なる因子に含まれた。しかし、この2項目は内容的妥当

性を勘案すると 10 は「自己の監視」、11 は「身体の羞恥」に含まれ得ると判断した。さらに、“4. 体重管理ができないとき、どこか具合が悪いのではないかと感じる”、“15. 必要なだけの運動をしなくても、どこか具合が悪くなるとは思わない” は因子負荷量が低く、双方に同程度の因子負荷量を有していたため、この 2 項目を削除した。

したがって、1、3、5、7、9、10、12 を「自己の監視」、2、6、8、11、13、14、16 を「身体の羞恥」とし、それぞれ得点化を行った。得点の幅はどちらも 7 点～35 点、平均値±SD は、「自己の監視」が 23.20 ± 4.85 、「身体の羞恥」が 22.57 ± 5.17 であった。なお、信頼性係数は「自己の監視」が $\alpha = .80$ 、「身体の羞恥」は $\alpha = .78$ であり、尺度の信頼性は概ね支持された。

4) ライフコース

結婚、子どもを持つことに関する見通しについて尋ねた。結婚について、「いずれは結婚したい」「すぐにでも結婚したい」「2～3 年以内に結婚したい」「婚約中である」「結婚するつもりはない」と答えた者を、結婚の意向が明確であるとした。また挙児希望について、「今は子どもがいないが、将来は子どもがほしい」「すでに子どもがおり、将来もっと子どもがほしい」「すでに子どもがおり、これ以上子どもはほしくないと思わない」「子どもは持ちたくない」と答えたものを、挙児希望が明確であるとした。結婚の意向と挙児希望双方を決めている場合をライフコースが明確であると捉え、1 点とし、明確でない者を 0 点とし、2 値データとした。

5) 健康影響の知識

上記の、将来を見通した健康行動項目を元に、「食事」、「葉酸の摂取」、「運動」、「喫煙」、「飲酒」、「体重管理」、「暴力」、「心の健康」、「望まない妊娠」、「性感染症」の 10 項目について、生殖可能年齢にある女性が身に付けておくべき健康への影響の知識を 72 項目挙げた。各行動がどのようなことに影響すると見聞きしたことがあるかどうかを、複数回答で尋ねた。すべての項目について足し合わせ、得点化したものを「健康影響の知識」と命名した。得点の幅は 0 点～72 点で、得点が高いほど知識を持っていることを示す。また、すべての項目について、女性の健康のライフコースに沿って「今の自分の健康」(18 項目)、「将来の自分の健康」(18 項目)、「妊娠・出産に関わる健康」(20 項目)、「次世代(生まれた子ども)の健康」(16 項目)の 4 つに分類し、それぞれの項目を得点化し、「今の自分の健康影響の知識」、「将来の自分の健康影響の知識」、「妊娠・出産に関わる健康影響の知識」、「次

世代の健康影響の知識」と命名した。

6) 情報源

将来を見通した健康への影響の知識について、それらの情報をどこから得たか、情報源を複数回答で尋ねた。情報源は、学校教育、親、友人、パートナー、医療従事者、テレビ、ラジオ、新聞・雑誌、テレビ局や新聞社が提供する情報サイト、動画配信・動画共有サービス、インターネットラジオ、ソーシャルメディア、行政機関のウェブサイト、企業のウェブサイトの14項目を挙げた。また、情報源の数を足し合わせ得点化し、「情報源数」とした。得点の幅は0点～11点であった。

7) 情報の関心

若年女性と親和性の高い、女性の健康管理や美容、ファッションなど10項目の情報について、どの程度関心があるかを尋ねた。回答は、「おおいに関心がある」、「ある程度関心がある」、「あまり関心がない」、「まったく関心がない」の4段階で尋ねた。特に健康情報の関心と、外見情報の関心に関わる6項目(身体の不調・病気、女性の健康管理、メンタルヘルス、恋愛、美容、ファッション)について主成分分析を行い、2因子が抽出された。女性の健康、身体の不調・病気、メンタルヘルスへの情報の関心の程度を得点化したものを「健康情報の関心」、恋愛、美容、ファッションへの情報の関心の程度を得点化して、「外見情報の関心」と命名した。得点の幅はどちらも3点～12点であり、得点が高いほど関心が高いことを示す。信頼性係数は、それぞれ $\alpha = .83$ 、 $.73$ であった。

IV 分析方法

本調査は、婚姻状況によって回答の意味合いが変わる項目があるため、婚姻状況別に分析することとし、本研究ではこれからライフコースを考え決定し、行動していく時期にある非婚の者(N=423)に焦点を当てることとした。

分析にあたり、まずすべての項目に関して記述統計を算出した。以下、仮説毎に分析方法を記す。

1 仮説1

仮説1を検証するため、自己対象化の下位尺度である「自己の監視」、「身体の羞恥」、ライフコース、健康影響の知識、将来を見通した健康行動の2変量の関連を、相関係数、t検定、カイ2乗検定を用いて確認した。次に、変数間の因果関係を確認するため、共分

散構造分析を行った。

2 仮説 2

仮説 2 を検証するため、まず、「自己の監視」、「身体の羞恥」と BMI の相関係数を算出した。次に、20 パーセントail毎に区切った BMI と「自己の監視」の平均値、「身体の羞恥」の平均値との関連をグラフ化し、それをもとに分析対象者を BMI19 未満、BMI 標準(22)以上に群分けした。BMI が 19 未満の者において、「自己の監視」、「身体の羞恥」、BMI、精神的健康度、ダイエット行動の 2 変量の関連を、相関係数、t 検定を用いて確認した。変数間の因果関係を明らかにするため、共分散構造分析を行った。また、BMI が標準以上の者において、「自己の監視」、「身体の羞恥」と BMI、精神的健康度の 2 変量の関連を相関係数を用いて確認した。変数間の因果関係を明らかにするため、共分散構造分析を行った。

3 仮説 3

仮説 3 を検証するため、情報の関心と自己対象化、ライフコースとの 2 変量の関連を、相関係数、t 検定を用いて確認した。そして、変数間の因果関係を確認するため、共分散構造分析を行った。

さらに、健康の知識の情報源について、健康影響の知識、健康行動スコア、情報の関心、「自己の監視」、「身体の羞恥」との 2 変量の関連を、相関係数、t 検定を用いて確認した。

なお、統計処理には統計解析ソフト SPSS Ver.22 及び Amos Ver.22 を使用した。有意水準は、すべて 5%水準とした。

V 倫理的配慮

本研究は、市民を対象として実施したものであり、以下の点について倫理的配慮を行った。研究開始にあたって倫理セミナーを受講し、聖路加国際大学倫理審査委員会の承認を得た(承認番号：15-025)。

- ・ 研究への参加や承諾、参加の拒否や中止の意思を表明できる、20 歳以上の成人を対象とした。
- ・ プライバシー保護のため、無記名による質問紙調査とした。
- ・ 依頼する調査会社の選定基準として、プライバシーマークや ISO を取得しているこ

と、公的機関が行う健康や福祉政策に関する調査に実績があることなどを考慮した。

- ・ 個人情報に関しては、モニターと調査会社との間で事前に契約を交わしており、調査会社はモニターのプライバシー保護に留意している。
- ・ 調査会社から該当するモニターへ、本研究への協力の依頼を行っているが、参加は自由意志であり、回答を始めてからも、途中で中断したり辞退できることを保証した。
- ・ 以下の内容を調査依頼書(資料 1)に記載した。

アンケートで回答された情報は、プライバシーの確保に十分配慮すること

記載した内容は、研究以外の目的で使用しないこと

本研究は、大学院の修士論文としてまとめたのち、学会や学術雑誌に発表する予定であること

調査結果は、来春 3 月以降、指導教員の運営する研究室のホームページ

(<http://www.nursessoul.info/nakayama/>)に掲載する予定であること

- ・ 記憶メディア及び紙媒体のデータは、鍵のかかる場所に保管し、管理した。情報漏洩や紛失がないように配慮し取り扱った。
- ・ 収集したデータは、論文作成や学会発表が終了次第、裁断、消去する予定である。

第4章 結果

Ⅰ 分析対象者の特性

本調査は、ウェブモニター調査によって20歳から35歳までの女性600名から回答を得た。回答者の中から、回答時間が早かった者上位5%の30名、回答に著しい偏りや矛盾のあった者9名を除いた(有効回答率93.5%)。561名のうち、非婚者は423名(75.4%)、既婚者は138名(24.6%)であった。

1 人口統計学的特性

本研究の分析対象である、非婚者の人口統計学的特性を以下に示す(表4-1)。

表 4-1 分析対象者の人口統計学的特性

		N=423
		N (%)
		あるいは平均値±SD
年齢	平均±SD	26.60±4.49
	20~24歳	167 (39.5)
	25~29歳	137 (32.4)
	30~35歳	119 (28.1)
最終学歴	中学校	29 (6.9)
	高等学校	103 (24.3)
	専修学校・専門学校	58 (13.5)
	高等専門学校・短期大学	46 (10.9)
	大学・大学院	188 (44.4)
子どもの有無	子どもがいる	8 (1.9)
	子どもがいない	415 (98.2)
家族構成	単身世帯	94 (22.2)
	1世代世帯	20 (4.7)
	2世代世帯	262 (61.9)
	3世代世帯	44 (10.4)
	その他	3 (0.7)
職業	正規雇用	111 (26.2)
	非正規雇用	41 (9.7)
	パート・アルバイト	110 (26.0)
	学生	59 (13.9)
	自営業	17 (4.0)
	無職	37 (8.7)
	その他	48 (11.3)
暮らし向き	苦しい	205 (48.5)
	ふつう	173 (40.9)
	ゆとりがある	45 (10.6)
身体状況	身長	156.72±5.92
	体重	50.57±9.76
	BMI	20.57±3.73
体型区分	やせ	135 (31.9)
	普通	240 (56.7)
	肥満	48 (11.3)

2 測定用具の記述統計

次に、分析に用いた測定用具の記述統計を示す。

1) 「将来を見通した健康行動」の記述統計

将来を見通した健康行動の記述統計を、以下に示す(表 4-2~表 4-10)。

表 4-2 「食事」の記述統計

N=423		
	N	%
週に0～1食抜く	233	55.1
週に2～3食抜く	73	17.3
週に4～6食抜く	54	12.8
週に7食以上抜く	63	14.9

表 4-3 「運動」の記述統計

N=423		
	N	%
まったくしなかった	269	63.6
月に1～2日程度	60	14.2
週に1～2日	45	10.6
週に3～4日	20	4.7
週に5～6日	5	1.2
毎日/ほとんど毎日	24	5.7

表 4-4 「喫煙」の記述統計

N=423		
	N	%
毎日吸っている	33	7.8
ときどき吸う日がある	4	.9
以前は吸っていたが、1ヶ月以上吸っていない	12	2.8
吸わない	374	88.4

表 4-5 「飲酒」の記述統計

N=423		
	N	%
毎日	8	1.9
週に5～6日	8	1.9
週に3～4日	19	4.5
週に1～2日	45	10.6
月に2～3回	62	14.7
特別な機会があるときのみ	139	32.9
禁酒した	7	1.7
まったくお酒は飲まない	135	31.9

表 4-6 「体重管理」の記述統計

N=423		
	N	%
ダイエットを現在している	68	16.1
現在も過去もしている	36	8.5
過去にしたことがある	166	39.2
ダイエットはしたことがない	153	36.2

表 4-7 「暴力相談」の記述統計

N=423		
	N	%
暴力に関して相談する場所を知っている	225	53.2
相談場所は知らない	198	46.8

表 4-8 「心の健康」の記述統計

N=423		
	N	%
5時間未満	34	8.0
5時間以上6時間未満	132	31.2
6時間以上7時間未満	126	29.8
7時間以上8時間未満	85	20.1
8時間以上9時間未満	30	7.1
9時間以上	16	3.8

表 4-9 「健康診断」の記述統計

N=423		
	N	%
健診を受診した	186	44.0
受診しなかった	237	56.1

表 4-10 「子宮頸がん検診」の記述統計

N=423		
	N	%
子宮頸がん検診を受診した	79	18.7
受診しなかった	344	81.3

2) 「自己対象化」の記述統計

自己対象化下位尺度「自己の監視」、「身体の羞恥」の記述統計を以下に示す(表 4-11、表 4-12)。

表 4-11 「自己の監視」の記述統計

	N=423
SD	4.85
分散	23.52
範囲	28.00
最小値	7.00
最大値	35.00

表 4-12 「身体の羞恥」の記述統計

	N=423
SD	5.17
分散	26.71
範囲	28.00
最小値	7.00
最大値	35.00

3) 「健康影響の知識」の記述統計

健康影響の知識の記述統計を以下に示す(表 4-13)。

表 4-13 「健康影響の知識」の記述統計

	N=423
SD	14.62
分散	213.88
範囲	72.00
最小値	.00
最大値	72.00

4) 「ライフコース」の記述統計

ライフコース項目に関する記述統計を以下に示す(表 4-14～表 4-16)。

表 4-14 「結婚意向」の記述統計

N=423		
	N	%
いずれは結婚したい	184	43.5
すぐにでも結婚したい	38	9.0
2～3年以内に結婚したい	40	9.5
結婚するつもりはない	76	18.0
婚約中である	12	2.8
わからない	73	17.3

表 4-15 「挙児希望」の記述統計

N=423		
	N	%
今は子どもがいないが、将来は子どもがほしい	217	51.3
すでに子どもがおり、将来もっと子どもがほしい	3	.7
すでに子どもがおり、これ以上子どもはほしいと思わない	5	1.2
子どもはいらない	35	8.3
わからない	161	38.1
その他	2	.5

表 4-16 「結婚意向」と「挙児希望」のクロス表

N=421			
		挙児希望有無	
N (%)		はっきりしている	はっきりしていない
結婚意向	はっきりしている	249 (59.1)	99 (23.5)
	はっきりしていない	11 (2.6)	62 (14.7)

5) 「情報の関心」の記述統計

情報の関心の記述統計を以下に示す(表 4-17、表 4-18)。

表 4-17 「外見情報の関心」の記述統計

N=423	
SD	2.12
分散	4.49
範囲	9.00
最小値	3.00
最大値	12.00

表 4-18 「健康情報の関心」の記述統計

	N=423
SD	2.01
分散	4.03
範囲	9.00
最小値	3.00
最大値	12.00

以下、仮説 1 から順に検証した結果を示す。

II 自己対象化、ライフコースと将来を見通した健康行動との関連

1 自己対象化と将来を見通した健康行動

自己対象化の 2 つの下位尺度「自己の監視」、「身体の羞恥」と健康行動スコアとの相関係数を算出した(表 4-19)。「自己の監視」、「身体の羞恥」と健康行動スコアとの間に有意な関連は認められなかった。なお、「自己の監視」、「身体の羞恥」との間には $r=.25(p<.001)$ の正の相関関係が認められた。

表 4-19 自己対象化と健康行動スコアとの相関

	健康行動スコア		自己の監視		身体の羞恥	
	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value
健康行動スコア	-					
自己の監視	-.06	.232	-			
身体の羞恥	-.09	.077	.25	<.001	-	

次に、各健康行動について、健康行動がとれている場合とそうでない場合のグループ別に、自己対象化の下位尺度「自己の監視」、「身体の羞恥」について得点の平均値の差の検定を行った(表 4-20)。過去 1 ヶ月間に「週に運動を 1 日以上した」者は、「週に 1~2 日以下」の者より「身体の羞恥」得点が有意に高く($t(421)=1.98, p<.05$)、「体重管理ができていない」者は「体重管理ができていない」者より「身体の羞恥」得点が有意に高かった

($t(421)=5.63, p<.001$)。また、「適切な睡眠時間がとれていない」者は「適切な睡眠がとれている」者より「身体の羞恥」得点が有意に高かった($t(421)=2.24, p<.05$)。「運動」に関しては「身体の羞恥」が高いほど健康行動がとれており、「体重管理」、「睡眠」に関しては「身体の羞恥」が高いほど健康行動がとれていなかった。

表 4-20 各健康行動別に見た自己対象化の平均値の差

		N=423									
		N	自己の監視				身体の羞恥				
			平均	SD	t値	P-Value	平均	SD	t値	P-Value	
食事	週に0~1食抜く	233	23.39	5.06	.73	.465	22.55	4.87	.09	.928	
	週に2食以上抜く	190	23.04	4.68			22.60	5.52			
運動	週に1日以上運動した	94	22.56	5.05	1.44	.150	23.50	4.97	1.98	.049	
	週に1~2日以下	329	23.38	4.78			22.31	5.20			
喫煙	現在喫煙している	37	23.95	4.76	.98	.327	21.92	5.22	.81	.420	
	喫煙していない	386	23.13	4.86			22.64	5.17			
飲酒	週に5日以上飲酒している	16	22.50	3.90	.59	.558	22.75	5.04	.14	.890	
	週に4日以下	407	23.23	4.88			22.57	5.18			
体重管理	体重管理ができていない	118	23.64	5.25	1.18	.240	24.77	4.96	5.63	<.001	
	できていない	305	23.03	4.68			21.72	5.00			
暴力相談	暴力に関して相談場所を知っている	225	23.11	4.81	.42	.678	22.52	5.41	.21	.832	
	相談場所は知らない	198	23.30	4.90			22.63	4.89			
睡眠	適切な睡眠時間がとれている	241	23.12	4.59	.36	.718	22.09	4.95	2.24	.025	
	とれていない	182	23.30	5.18			23.22	5.39			
健診	受診した	186	23.37	4.72	.63	.531	22.73	4.91	.53	.594	
	受診していない	237	23.07	4.95			22.46	5.37			
子宮頸がん検診	受診した	79	23.24	5.23	.09	.932	22.44	5.38	.25	.802	
	受診していない	344	23.19	4.77			22.60	5.13			

2 ライフコースと健康影響の知識

ライフコースについて、ライフコースが明確な場合とそうでない場合のグループ別に、健康影響の知識の得点の平均値の差の検定を行った(表 4-21)。ライフコースが明確な者は、健康影響の知識の得点が有意に高かった($t(419)=3.52, p<.001$)。

表 4-21 ライフコース明確度別に見た健康影響の知識の平均値の差

	ライフコースがはっきりしている(N=249)		ライフコースがはっきりしていない(N=172)		t値	P-Value
	平均	SD	平均	SD		
	健康影響の知識	29.30	14.25	24.24		

さらに、ライフコースの明確度別に、女性の健康のライフステージに沿って分類した「今の自分の健康影響の知識」、「将来の自分の健康影響の知識」、「妊娠・出産に関わる健康影響の知識」、「次世代の健康影響の知識」の4つについて平均値の差の検定を行った(表 4-22)。ライフコースが明確な者は、いずれの項目も知識の得点が有意に高かった($t(419)=3.26, p<.01, t(419)=2.63, p<.01, t(419)=3.68, p<.001, t(419)=3.00, p<.01$)。

表 4-22 ライフコース明確度別に見た健康影響の知識 4 分類の平均値の差

	ライフコースがはっきりしている(N=249)		ライフコースがはっきりしていない(N=172)		t値	P-Value
	平均	SD	平均	SD		
	今の自分の健康	9.38	3.78	8.10		
将来の自分の健康	6.71	3.31	5.85	3.29	2.63	.009
妊娠・出産に関わる健康	7.90	4.54	6.21	4.76	3.68	<.001
次世代の健康	5.27	4.06	4.07	4.04	3.00	.003

3 ライフコースと将来を見通した健康行動

ライフコースの明確度別に、健康行動スコアの平均値の差の検定を行った(表 4-23)。ライフコースが明確な者は、健康行動スコアの得点が高かった($t(419)=2.65, p<.01$)。

表 4-23 ライフコース明確度別に見た健康行動スコアの平均値の差

	ライフコースがはっきりしている(N=249)		ライフコースがはっきりしていない(N=172)		t値	P-Value
	平均	SD	平均	SD		
	健康行動スコア	5.25	1.43	4.88		

次に、ライフコースの明確度別に、各健康行動がとれている、とれていないことに差があるかを確認するため、カイ 2 乗検定を行った(表 4-24)。有意に差のあったものは、健康診断の受診($X^2=32.60$, $df=1$, $p<.001$)、子宮頸がん検診の受診($X^2=16.40$, $df=1$, $p<.001$)であった。ライフコースが明確な者の方が、「健診を受診している」割合、「子宮頸がん検診を受診している」割合が有意に多かった。

表 4-24 ライフコース明確度別に見た各健康行動との関連

		N=421					
		ライフコースがはっきりしている(N=249)		ライフコースがはっきりしていない(N=172)		X ² 値	P-Value
		N	%	N	%		
食事	週に0~1食抜く	137	32.5	96	22.8	.03	.872
	週に2食以上抜く	112	26.5	76	18.1		
運動	週に1日以上運動した	60	14.3	34	8.1	1.10	.294
	週に1~2日以下	189	44.9	138	32.8		
喫煙	現在喫煙している	25	5.9	12	2.9	1.19	.275
	喫煙していない	224	53.2	160	38.0		
飲酒	週に5日以上飲酒している	9	2.1	7	1.7	.06	.810
	週に4日以下	240	57.0	165	39.2		
体重管理	体重管理ができていない	74	17.6	44	10.5	.86	.353
	できていない	175	41.6	128	30.4		
暴力相談	暴力に関して相談場所を知っている	137	32.5	88	20.9	.61	.435
	相談場所は知らない	112	26.6	84	20.0		
睡眠	適切な睡眠時間がとれている	134	31.8	105	24.9	2.17	.141
	とれていない	115	27.3	67	15.9		
健診	受診した	138	32.8	47	11.2	32.60	<.001
	受診していない	111	26.4	125	29.7		
子宮頸がん検診	受診した	62	14.7	16	3.8	16.40	<.001
	受診していない	187	44.4	156	37.1		

4 健康影響の知識と将来を見通した健康行動

健康影響の知識と健康行動スコアの相関係数を算出した(表 4-25)。健康影響の知識と健康行動スコアは、正の相関関係にあった($r=.15, p<.01$)。

表 4-25 健康影響の知識と健康行動スコアとの相関

	N=423			
	健康影響の知識		健康行動スコア	
	r	P-Value	r	P-Value
健康影響の知識	-			
健康行動スコア	.15	.002	-	

各健康行動について、健康行動がとれている場合とそうでない場合のグループ別に、健康影響の知識の得点の平均値の差の検定を行った(表 4-26)。有意に差のあったものは、「食事」($t(421)=2.43, p<.05$)、「運動」($t(421)=2.23, p<.05$)、「体重管理」($t(421)=2.11, p<.05$)、「暴力相談」($t(421)=5.69, p<.001$)の項目であった。「食事を週に 2 食以上抜く」者は「週に 0~1 食抜く」者よりも、過去 1 ヶ月間に「週に運動を 1 日以上した」者は「週に 1~2 日以下」の者よりも、健康影響の知識の得点が有意に高かった。また、「体重管理ができていない」者は「体重管理ができていない」者よりも、「暴力に関する相談場所を知っている」者は「相談場所を知らない」者よりも、健康影響の知識の得点が有意に高かった。食事に関する項目以外は、健康行動がとれている者の方が健康影響の知識の得点が高かった。

表 4-26 各健康行動別に見た健康影響の知識の平均値の差

		N=423				
		N	健康影響の知識		t値	P-Value
			平均	SD		
食事	週に0~1食抜く	233	25.68	14.50	2.43	.015
	週に2食以上抜く	190	29.14	14.59		
運動	週に1日以上運動した	94	30.19	13.93	2.23	.026
	週に1~2日以下	329	26.39	14.73		
喫煙	現在喫煙している	37	28.32	11.55	.47	.636
	喫煙していない	386	27.13	14.89		
飲酒	週に5日以上飲酒している	16	22.94	10.45	1.20	.231
	週に4日以下	407	27.40	14.75		
体重管理	体重管理ができていない	118	24.83	13.95	2.11	.035
	できていない	305	28.17	14.80		
暴力相談	暴力に関して相談場所を知っている	225	30.90	14.56	5.69	<.001
	相談場所は知らない	198	23.08	13.58		
睡眠	適切な睡眠時間がとれている	241	26.71	14.80	.85	.398
	とれていない	182	27.93	14.40		
健診	受診した	186	28.45	14.72	1.51	.132
	受診していない	237	26.29	14.51		
子宮頸がん検診	受診した	79	29.28	13.20	1.38	.169
	受診していない	344	26.77	14.91		

5 自己対象化とライフコース

ライフコースの明確度別に、「自己の監視」、「身体の羞恥」について得点の平均値の差の検定を行った(表 4-27)。有意な差は認められなかった。

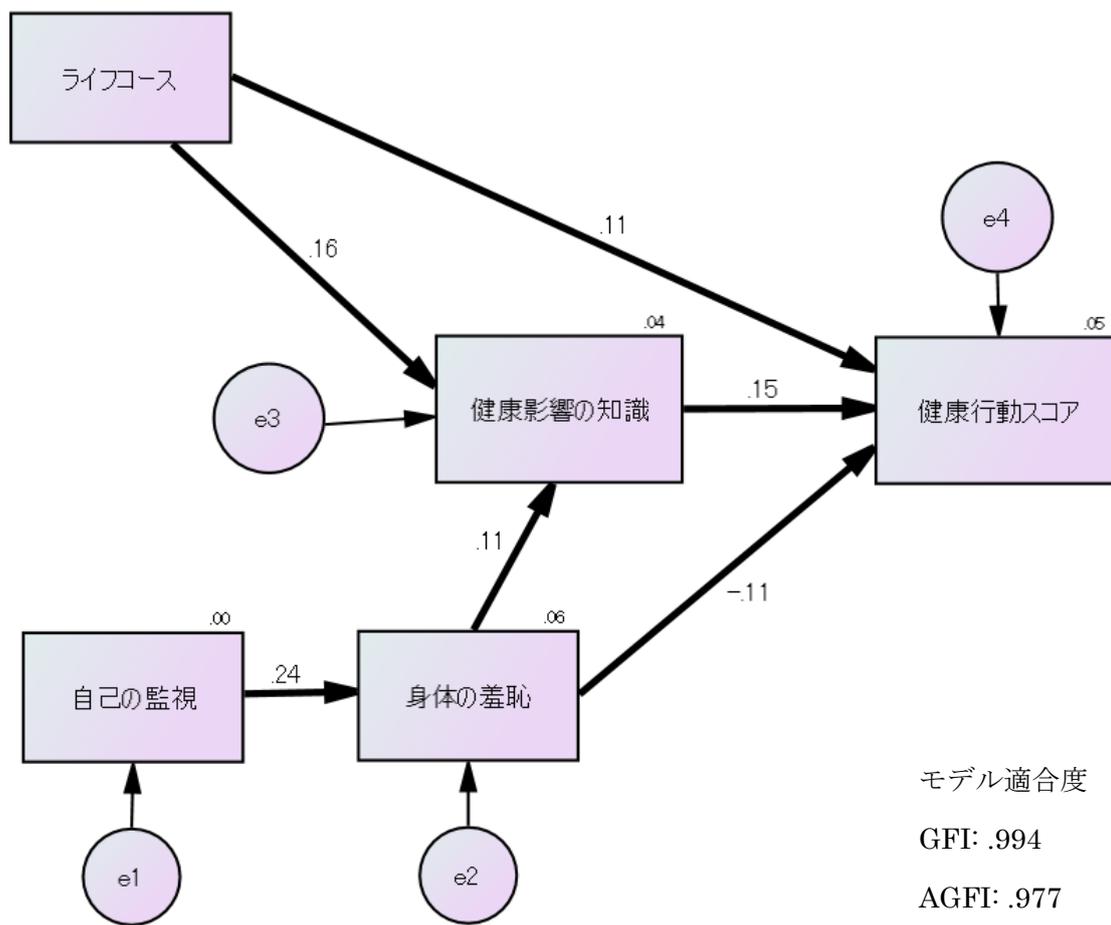
表 4-27 ライフコース明確度別に見た自己対象化の平均値の差

		N=421					
		ライフコースがはっきりしている(N=249)		ライフコースがはっきりしていない(N=172)		t値	P-Value
		平均	SD	平均	SD		
自己の監視		23.42	4.98	22.90	4.67	1.09	.275
身体の羞恥		22.97	4.98	22.07	5.39	1.77	.078

6 自己対象化、ライフコースと将来を見通した健康行動との関連

仮説 1 「自己対象化の高い者は、健康行動がとれていない。一方、ライフコースが明確な者は、健康に関する知識があり、健康行動がとれている」を体現するため、共分散構造分析を行った(図 4-1)。適合度指標は、GFI= .994、AGFI= .977、CFI= .956、RMSEA= .040 であり、良好な適合度を示した。パスおよび係数は、5%水準で有意差が見られたもののみを示している。

N=421



モデル適合度
GFI: .994
AGFI: .977
CFI: .956
RMSEA: .040

図 4-1 自己対象化／ライフコースと将来を見通した健康行動との関連

ライフコースから健康影響の知識へのパス係数は.16(p<.001)、ライフコースから健康行動スコアへのパス係数は.11(p<.05)、健康影響の知識から健康行動スコアへのパス係数は.15(p<.01)であった。ライフコースが明確な者は、より知識を持ち、健康行動がとれていた。「自己の監視」から「身体の羞恥」へのパス係数は.24(p<.001)であり、「自己の監視」が高いほど「身体の羞恥」は高かった。「身体の羞恥」から健康影響の知識へのパスは予測していなかったが、適合度指標をもとにモデルを検討し、パスを設定したところ、係数は.11(p<.05)であった。「身体の羞恥」が高い者でも、知識を経由し健康行動がとれている者もいた。一方、「身体の羞恥」から健康行動スコアへのパス係数は-.11(p<.05)であった。「身体の羞恥」が高いほど、健康行動がとれていなかった。ライフコースと「自己の監視」、「身体の羞恥」との間には関連はなかった。

仮説1「自己対象化の高い者は、健康行動がとれていない。一方、ライフコースが明確な者は、健康に関する知識があり、健康行動がとれている」は一部支持された。

III 自己対象化と BMI、メンタルヘルスとの関連

自己対象化の下位尺度「自己の監視」、「身体の羞恥」と BMI との関連を確認するため、相関係数を算出した(表 4-28)。「身体の羞恥」と BMI との間に $r=.21(p<.001)$ の正の相関関係が認められた。

表 4-28 自己対象化と BMI との相関

	自己の監視		身体の羞恥		BMI	
	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value
自己の監視	-					
身体の羞恥	.25	<.001	-			
BMI	-.002	.966	.21	<.001	-	

BMI を 20 パーセンタイルに区切り、「自己の監視」の平均値と、「身体の羞恥」の平均値との関連をグラフ化したものを以下に示す(図 4-2、図 4-3)。

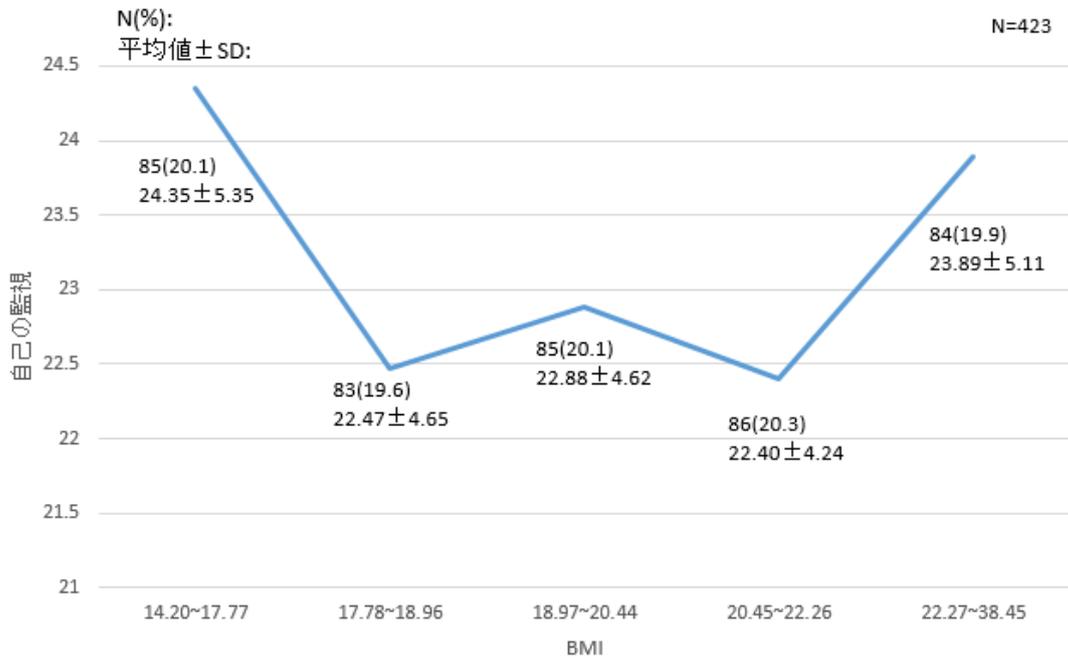


図 4-2 BMI20 パーセンタイル毎の自己の監視の平均値

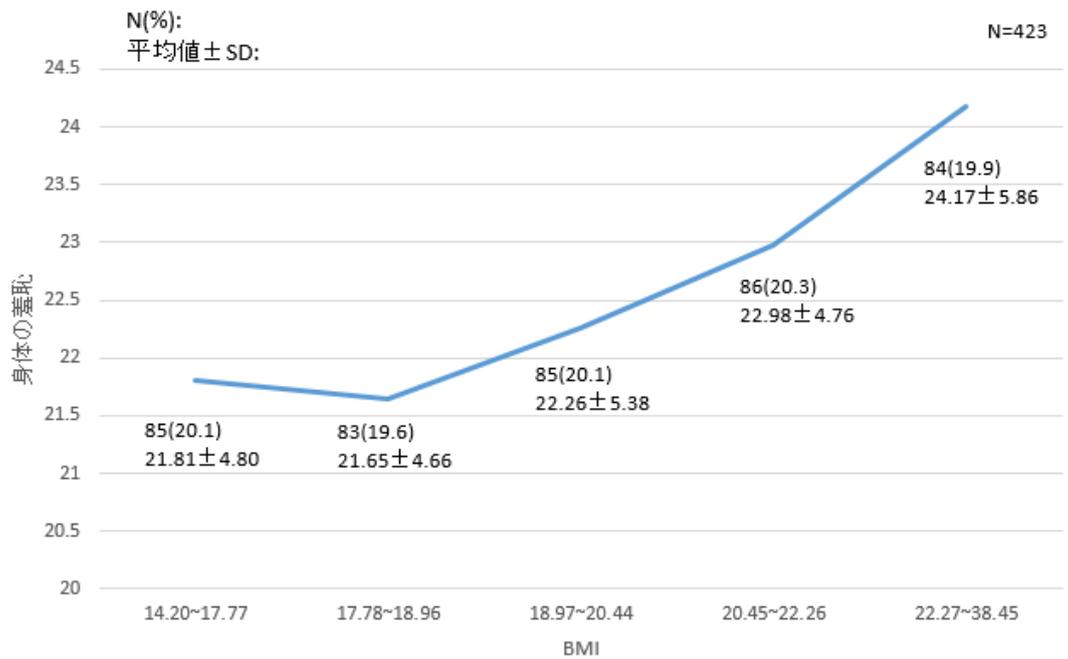


図 4-3 BMI20 パーセンタイル毎の身体の羞恥の平均値

図 4-2 より、BMI が 19 未満の者は BMI が低い方が「自己の監視」が高く、BMI が 22

を越えてくると、BMIが高い方が「自己の監視」が高いということが読み取れた。また、「身体の羞恥」については、BMIが19を越えてくると、BMIが高くなる方が「身体の羞恥」が高い傾向にあることがわかった。そこで、分析対象者をBMI19未満(N=172)、BMI22以上の集団(N=105)に群分けし、「自己の監視」、「身体の羞恥」とBMIとの相関係数を算出した(表4-29)。BMIが19未満の場合、BMIと「自己の監視」が $r=-.19(p<.05)$ と負の相関関係にあり、BMIが標準以上の場合、BMIと「身体の羞恥」が $r=.25(p<.05)$ の正の相関関係にあった。やせ傾向にある者は、やせているほど「自己の監視」が高く、BMIが標準以上の者は、肥満であるほど「身体の羞恥」が高かった。

表 4-29 自己対象化と BMI との相関(BMI19 未満、BMI 標準以上)

		自己の監視		身体の羞恥	
		r	P-Value	r	P-Value
BMI	19未満(N=172)	-.19	.015	-.14	.061
	22以上(N=106)	.01	.900	.25	.010

1 BMI が 19 未満の場合

BMI が 19 未満の者について、自己対象化、精神的健康度、BMI、ダイエット行動との関連を確認した。

1) 2 変量の関連

まず、BMI、精神的健康度、「自己の監視」、「身体の羞恥」との相関係数を算出した(表4-30)。BMIと精神的健康度との間に関連は見られず、精神的健康度と「身体の羞恥」との間に、 $r=.41(p<.001)$ の正の相関関係がみられた。「身体の羞恥」が高いほど精神的健康は低かった。

表 4-30 精神的健康度と BMI、自己対象化との相関(BMI19 未満)

	BMI		精神的健康度		自己の監視		身体の羞恥	
	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value
BMI	-	-	-	-	-	-	-	-
精神的健康度	-.09	.229	-	-	-	-	-	-
自己の監視	-.19	.015	-.01	.940	-	-	-	-
身体の羞恥	-.14	.061	.41	<.001	.26	.001	-	-

次に、現在ダイエットをしている場合、していない場合のグループ別に、精神的健康度、「自己の監視」、「身体の羞恥」について得点の平均値の差の検定を行った(表 4-31)。現在ダイエットをしている者は、精神的健康度の得点が有意に高く($t(170)=2.19, p<.05$)、精神的健康が低かった。また、現在ダイエットをしている者は「身体の羞恥」得点が有意に高かった($t(170)=2.95, p<.01$)。

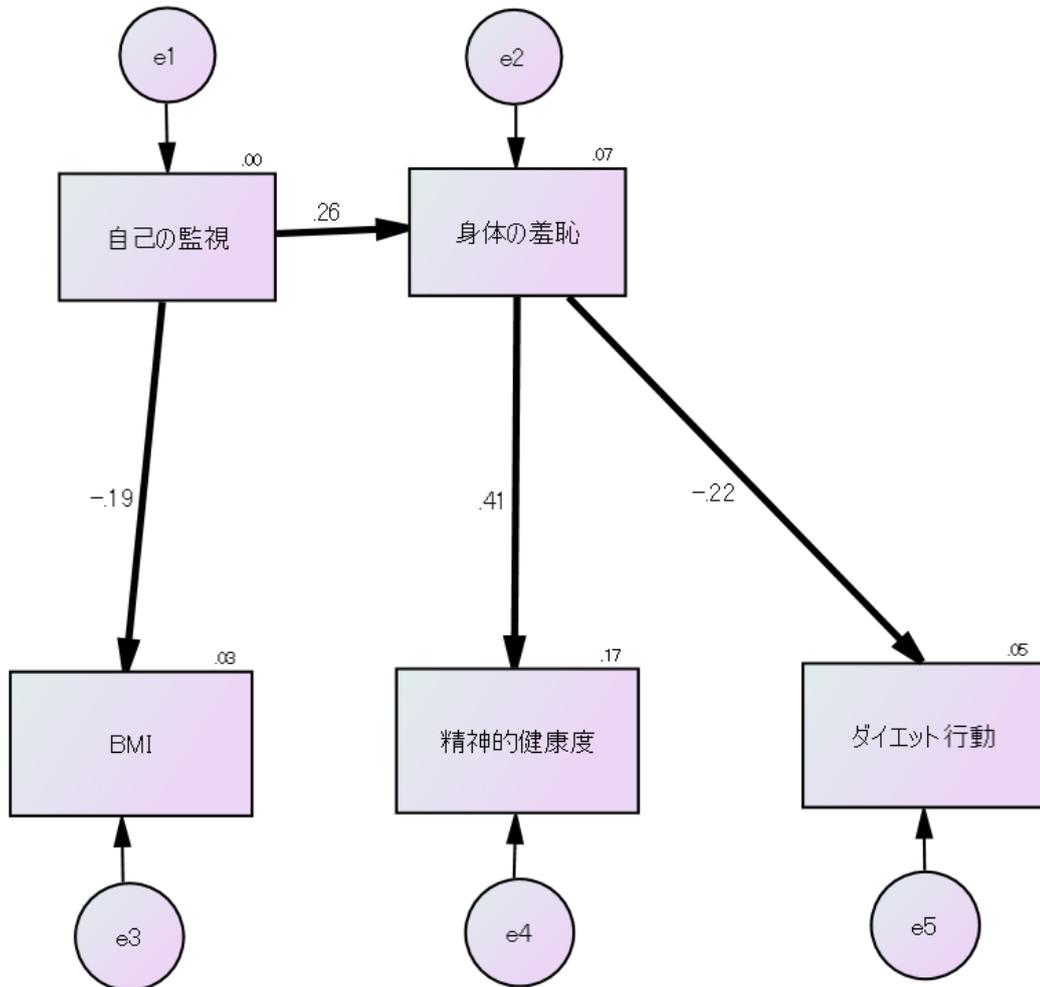
表 4-31 ダイエット行動別に見た BMI、精神的健康度、自己対象化の平均値の差

	N=172					
	現在ダイエットをしている (N=28)		ダイエットをしていない (N=144)		t値	P-Value
	平均	SD	平均	SD		
BMI	17.53	1.22	17.71	.89	.90	.369
精神的健康度	17.32	7.46	14.26	6.63	2.19	.030
自己の監視	24.14	5.45	23.26	4.97	.84	.400
身体の羞恥	24.00	5.21	21.19	4.48	2.95	.004

2) パス解析

BMI19 未満の者に対し、仮説 2「自己対象化が高いほどやせが進んでおり、さらにメンタルヘルス、ダイエット行動へ影響している」という因果関係を検証するため、共分散構造分析を行った(図 4-4)。適合度指標は、GFI= .985、AGFI= .962、CFI= .989、RMSEA= .024 であり、良好な適合度を示した。パスおよび係数は、5%水準で有意差が見られたもののみを示している。

N=171



モデル適合度

GFI: .985

AGFI: .962

CFI: .989

RMSEA: .024

図 4-4 自己対象化と BMI、メンタルヘルス、ダイエット行動との関連(BMI19 未満)

「自己の監視」から「身体の羞恥」へのパス係数は.26(p<.001)、「自己の監視」から BMI へのパス係数は-.19(p<.05)であった。「自己の監視」が高いほど「身体の羞恥」は高くなり、「自己の監視」が高いほど BMI は低かった。「身体の羞恥」から精神的健康度へのパス係数は.41(p<.001)、ダイエット行動へのパス係数は-.22(p<.01)であった。「身体の羞恥」が高いほど精神的健康は低く、「身体の羞恥」が高いほどダイエット行動をとっていた。

したがって、仮説 2「自己対象化が高いほどやせが進んでおり、さらにメンタルヘルス、ダイエット行動へ影響している」は支持された。

2 BMI が標準以上の場合

BMI20 パーセントイル毎の「自己の監視」の平均値との関連(図 4-2)、「身体の羞恥」の平均値との関連(図 4-3)を見ると、BMI が標準以上の者は、BMI、自己対象化、精神的健康度の関連がやせ型の者と異なるのではないかと推測された。BMI が標準以上の者について、自己対象化、精神的健康度との関連を確認した。

1) 2 変量の関連

BMI と精神的健康度、「自己の監視」、「身体の羞恥」との相関係数を算出した(表 4-32)。BMI と精神的健康度との間に $r=.28(p<.01)$ の正の相関関係が認められた。BMI が高いほど精神的健康は低かった。さらに、精神的健康度と「自己の監視」との間に $r=.21(p<.05)$ 、「身体の羞恥」との間に $r=.46(p<.001)$ の正の相関関係が認められた。「自己の監視」、「身体の羞恥」が高いほど精神的健康は低かった。

表 4-32 精神的健康度と BMI、自己対象化との相関(BMI 標準以上)

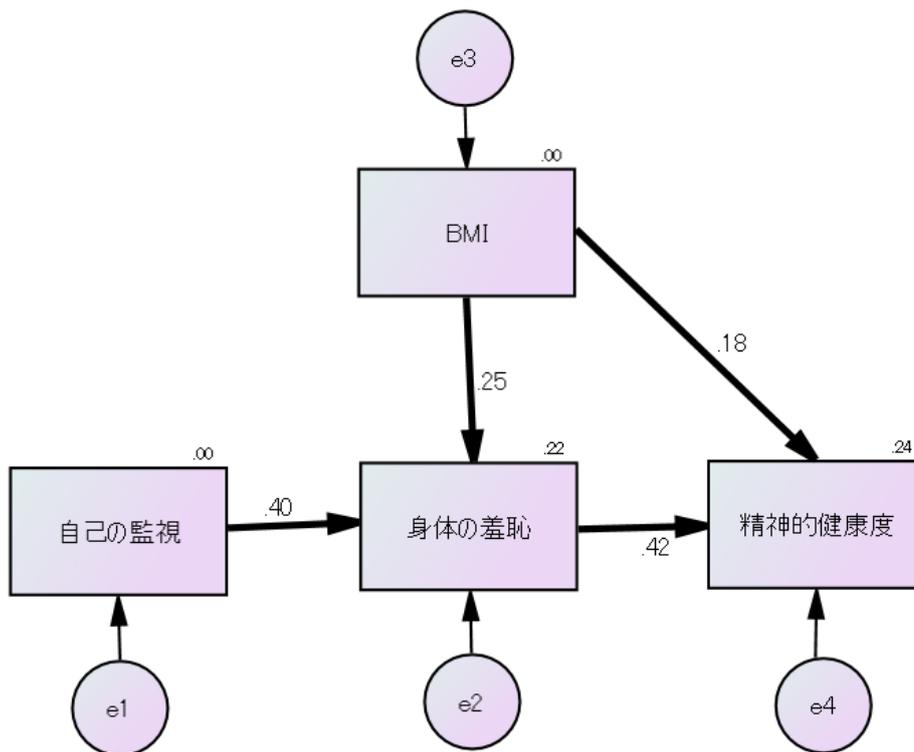
	N=105							
	BMI		精神的健康度		自己の監視		身体の羞恥	
	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value
BMI	-							
精神的健康度	.28	.003	-					
自己の監視	.01	.900	.21	.032	-			
身体の羞恥	.25	.010	.46	<.001	.40	<.001	-	

2) パス解析

BMI が標準以上の者に対し、「自己の監視」、「身体の羞恥」と BMI、メンタルヘルスの

変数間の因果関係を検証するため、共分散構造分析を行った(図 4-5)。適合度指標は、GFI= .999、AGFI= .994、CFI= 1.000、RMSEA= .000 であり、良好な適合度を示した。パスおよび係数は、5%水準で有意差が見られたもののみを示している。

N=105



モデル適合度

GFI: .999

AGFI: .994

CFI: 1.000

RMSEA: .000

図 4-5 BMI と自己対象化、メンタルヘルスとの関連(BMI22 以上)

「自己の監視」から「身体の羞恥」へのパス係数は.40(p<.001)であり、「自己の監視」が高いほど「身体の羞恥」は高かった。BMI から「身体の羞恥」へのパス係数は.25(p<.01)、「身体の羞恥」から精神的健康度へのパス係数は.42(p<.001)、BMI から精神的健康度へのパス係数は.18(p<.05)であった。BMI が高いほど「身体の羞恥」は高まり、「身体の羞恥」を通して精神的健康が低かった。また、BMI が高いほど精神的健康が低いという直接の影響も見られた。

IV 情報の関心と自己対象化、ライフコースと将来を見通した健康行動との関連

1 情報の関心と自己対象化

情報の関心と「自己の監視」、「身体の羞恥」との相関係数を算出した(表 4-33)。健康情報と「自己の監視」は $r=.11(p<.05)$ 、健康情報と「身体の羞恥」は $r=.32(p<.001)$ 、外見情報と「自己の監視」は $r=.28(p<.001)$ 、外見情報と「身体の羞恥」は $r=.36(p<.001)$ と、双方とも正の相関関係にあった。「自己の監視」、「身体の羞恥」が高いほど、健康情報、外見情報の関心が高かった。また、健康情報、外見情報の関心との間には $r=.51(p<.01)$ の正の相関関係が認められた。

表 4-33 情報の関心と自己対象化との相関

	N=423							
	健康情報		外見情報		自己の監視		身体の羞恥	
	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value
健康情報	-							
外見情報	.51	<.001	-					
自己の監視	.11	.022	.28	<.001	-			
身体の羞恥	.32	<.001	.36	<.001	.25	<.001	-	

2 情報の関心とライフコース

ライフコースの明確度別に、情報の関心の得点の、平均値の差の検定を行った(表 4-34)。ライフコースが明確な者は、健康情報、外見情報の関心が有意に高かった($t(419)=4.91$, $p<.001$, $t(419)=7.74$, $p<.001$)。

表 4-34 ライフコースの明確度別に見た情報の関心の平均値の差

	ライフコースがはっきりしている(N=249)		ライフコースがはっきりしていない(N=172)		t値	P-Value
	平均	SD	平均	SD		
	健康情報	9.39	1.89	8.44		
外見情報	9.28	1.85	7.72	2.16	7.74	<.001

N=421

3 情報の関心と自己対象化、ライフコースと将来を見通した健康行動との関連

仮説3「健康情報はライフコースと、外見情報は自己対象化と相互に関連があり、健康に関する知識や行動へ作用している」を体現するため、共分散構造分析を行った(図4-6)。適合度指標は、GFI=.951、AGFI=.910、CFI=.933、RMSEA=.073であり、概ね良好な適合度を示した。パスおよび係数は、5%水準で有意差が見られたもののみを示している。

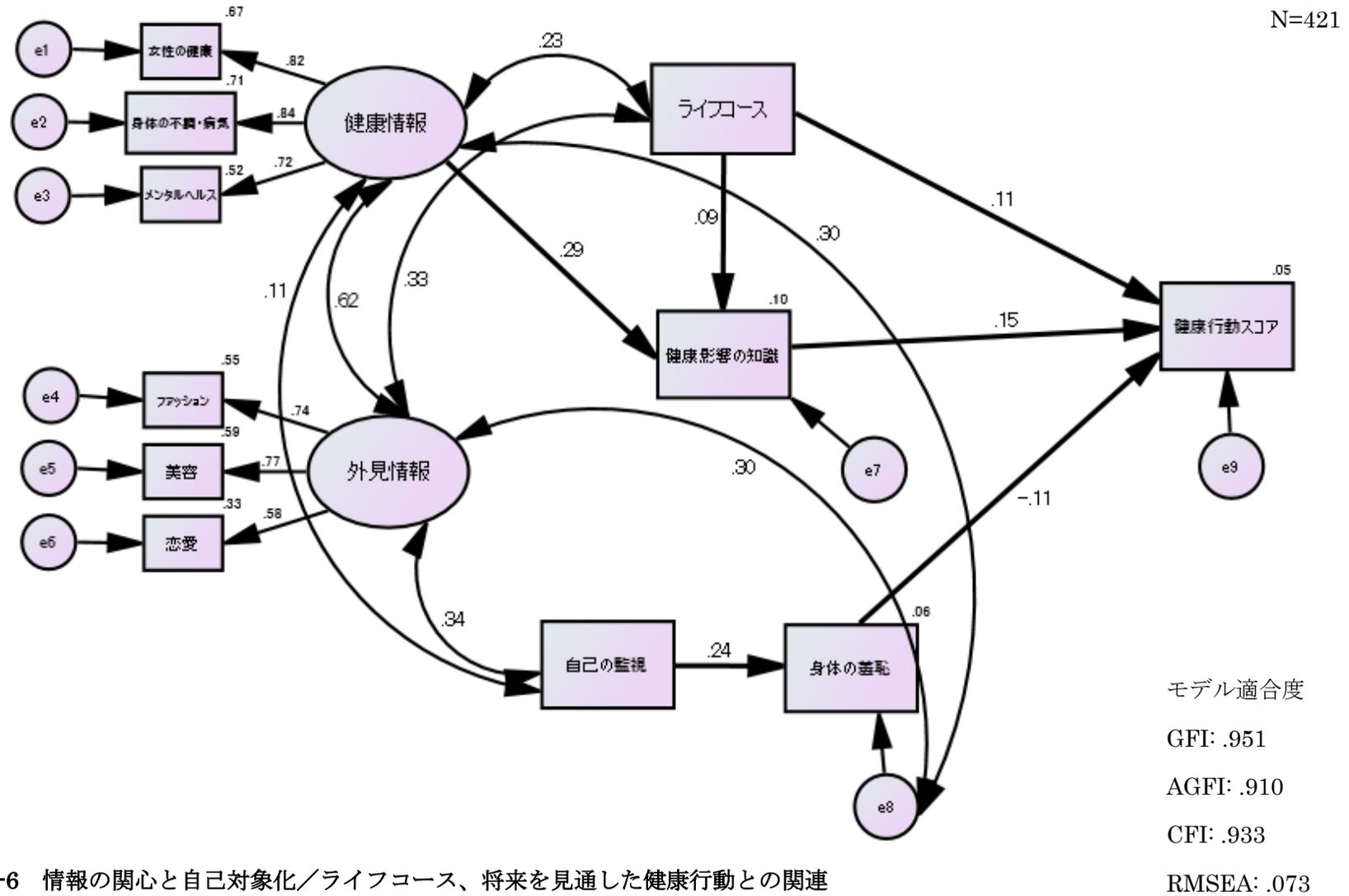


図 4-6 情報の関心と自己対象化／ライフコース、将来を見通した健康行動との関連

健康情報と外見情報のパス係数は.62($p<.001$)、健康情報とライフコースとのパス係数は.23($p<.001$)、外見情報とライフコースとのパス係数は.33($p<.001$)であった。また、健康情報と「自己の監視」とのパス係数は.11($p<.05$)、「身体の羞恥」とのパス係数は.30($p<.001$)、外見情報と「自己の監視」とのパス係数は.34($p<.001$)、「身体の羞恥」とのパス係数は.30($p<.001$)であった。健康情報と外見情報の関心には正の相関関係があり、ライフコース、「自己の監視」、「身体の羞恥」と、双方の情報の関心には正の相関関係があった。健康情報から健康影響の知識へのパス係数は.29($p<.001$)で、健康情報の関心が高いほど、知識を持っていた。ライフコースから健康影響の知識へのパス係数は.09($p<.05$)、健康影響の知識から健康行動スコアへのパス係数は.15($p<.01$)、ライフコースから健康行動スコアへのパス係数は.11($p<.05$)であった。ライフコースが明確な者ほど知識を介し行動がとれており、ライフコースから健康行動へ直接の関連も認められた。また、「自己の監視」から「身体の羞恥」へのパス係数は.24($p<.001$)、「身体の羞恥」から健康行動スコアへのパス係数は-.11($p<.05$)であった。「自己の監視」が高いほど「身体の羞恥」が高く、「身体の羞恥」が高いほど健康行動がとれていなかった。仮説1のモデルと比較し、「身体の羞恥」から健康影響の知識へのパスは有意でなく、関連は見られなかった。

したがって、仮説3「健康情報はライフコースと相互に関連があり、健康に関する知識、健康行動へ影響している。外見情報は自己対象化と相互に関連があり、健康行動に結びついていない」は一部支持された。

V 情報源との関連

最後に、健康影響の知識を持ち、将来を見通した健康行動がとれている者が、どのような情報源に触れているのかを明らかにした。

1 情報源の利用状況

まず、情報源の利用状況を以下に示す(表 4-35)。健康に関する情報をテレビから得ている者が7割おり、学校教育は6割の者が情報源として回答した。

表 4-35 情報源の利用状況

N=421	
情報源	N (%)
テレビ	298 (70.8)
学校教育	256 (60.8)
新聞・雑誌	118 (28.0)
親	93 (22.1)
テレビ局・新聞社のサイト	77 (18.3)
ソーシャルメディア	76 (18.1)
医療従事者	68 (16.2)
友人	64 (15.2)
行政機関のサイト	28 (6.7)
ラジオ	20 (4.8)
企業のサイト	19 (4.5)
動画配信サービス	17 (4.0)
パートナー	14 (3.3)
インターネットラジオ	13 (3.1)
その他	6 (1.4)

2 健康影響の知識と情報源との関連

健康影響の知識をどこで見聞きしたか、14の情報源を挙げて尋ねているが、それぞれの情報源を利用している場合とそうでない場合のグループ別に、健康影響の知識の得点の平均値の差の検定を行った(表 4-36)。すべての情報源に有意差が認められた。健康影響の知識の得点の高い順に見てみると、「行政機関のサイト」($t(421)=6.54, p<.001$)、「ラジオ」($t(421)=4.74, p<.001$)、「インターネットラジオ」($t(241)=3.41, p<.01$)、「動画配信サービス」($t(421)=3.89, p<.001$)、「パートナー」($t(241)=3.48, p<.01$)であった。

表 4-36 情報源の利用別に見た健康影響の知識の平均値の差

N=423

	情報源として使用している			使用していない			t値	P-Value
	N	平均	SD	N	平均	SD		
行政機関のサイト	28	43.89	14.14	395	26.06	13.94	6.54	<.001
ラジオ	20	42.00	14.63	403	26.50	14.25	4.74	<.001
インターネットラジオ	13	40.69	19.70	410	26.81	14.26	3.41	.001
動画配信サービス	17	40.53	17.15	406	26.68	14.27	3.89	<.001
パートナー	14	40.43	15.05	409	26.78	14.42	3.48	.001
企業のサイト	19	39.11	15.78	404	26.68	14.35	.69	<.001
医療従事者	68	36.88	15.38	355	25.39	13.74	6.19	<.001
ソーシャルメディア	76	35.17	14.73	347	25.50	14.03	5.40	.001
友人	64	34.05	14.04	359	26.02	14.41	4.12	<.001
新聞・雑誌	118	33.99	12.83	305	24.62	14.46	6.16	<.001
テレビ局・新聞社のサイト	77	32.72	15.46	346	26.01	14.17	3.70	<.001
親	93	32.58	14.40	330	25.73	14.35	4.06	<.001
学校教育	256	29.64	13.99	167	23.54	14.85	4.28	<.001
テレビ	298	28.37	14.34	125	24.53	14.99	2.48	.013

3 将来を見通した健康行動と情報源との関連

情報源を利用している場合とそうでない場合の2グループ別に、健康行動スコアの平均値の差の検定を行った(表 4-37)。有意に差があり、かつ健康行動スコアの高い順に見てみると、「行政機関のサイト」(t(421)=2.53, p<.05)、「医療従事者」(t(421)=4.02, p<.001)、「新聞・雑誌」(t(421)=2.74, p<.01)、「親」(t(421)=2.07, p<.05)、「学校教育」(t(421)=2.05, p<.05)の順に並んだ。

表 4-37 情報源の利用別に見た健康行動スコアの平均値の差

	N=423								
	情報源として使用している			使用していない			t値	P-Value	
	N	平均	SD	N	平均	SD			
行政機関のサイト	28	5.75	1.46	395	5.05	1.41	2.53	.012	
医療従事者	68	5.72	1.41	355	4.98	1.39	4.02	<.001	
新聞・雑誌	118	5.40	1.4	305	4.98	1.41	2.74	.006	
親	93	5.37	1.22	330	5.02	1.46	2.07	.039	
学校教育	256	5.21	1.40	167	4.92	1.44	2.05	.041	
動画配信サービス	17	5.47	1.62	406	5.08	1.41	1.11	.269	
パートナー	14	5.43	1.22	409	5.09	1.43	.89	.375	
友人	64	5.33	1.27	359	5.06	1.44	1.42	.158	
企業のサイト	19	5.32	1.53	404	5.09	1.42	.69	.492	
テレビ局・新聞社のサイト	77	5.30	1.45	346	5.05	1.41	1.38	.168	
ソーシャルメディア	76	5.26	1.40	347	5.06	1.42	1.13	.260	
テレビ	298	5.16	1.41	125	4.94	1.44	1.44	.152	
ラジオ	20	5.15	1.27	403	5.09	1.43	.17	.864	
インターネットラジオ	13	4.92	1.55	410	5.10	1.42	.45	.654	

4 情報源の数との関連

健康影響の知識を得ていると回答した情報源の数と、健康影響の知識、健康行動スコア、情報の関心、「自己の監視」、「身体の羞恥」について、相関係数を算出した(表 4-38)。情報源の数は、健康影響の知識($r=.53, p<.001$)、健康行動スコア($r=.20, p<.001$)、健康情報($r=.20, p<.001$)、外見情報($r=.10, p<.05$)、身体の羞恥($r=.13, p<.01$)との間に正の相関関係が認められた。特に、情報源の数と健康影響の知識との相関係数が高かった。

表 4-38 情報源数と健康影響の知識、健康行動スコア、情報の関心、自己対象化との相関

N=423

	情報源数		健康影響の知識		健康行動スコア		健康情報		外見情報		自己の監視		身体の羞恥	
	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value
情報源数	-													
健康影響の知識	.53	<.001	-											
健康行動スコア	.20	<.001	.15	.002	-									
健康情報	.20	<.001	.30	<.001	.05	.290	-							
外見情報	.10	.046	.16	.001	.06	.245	.51	<.001	-					
自己の監視	.05	.330	.10	.043	-.06	.232	.11	.022	.28	<.001	-			
身体の羞恥	.13	.009	.12	.011	-.09	.077	.32	<.001	.36	<.001	.25	<.001	-	

第5章 考察

Ⅰ 女性を対象化する社会

1 自律性の阻害

Fredrickson、Roberts(1997)によると、自らの身体を批判的に監視することが、身体に対する恥ずかしさや不安を高め、フロー体験の減少、内なる身体への気付きの低下につながり、それらが摂食障害、うつ、性機能障害を招くと説明する。本研究では、McKinley、Hydeによる対象化身体意識尺度を用い、自分の身体を第3者として批判的に観察する傾向を「自己の監視」、理想像を内面化し、自分の身体に抱く恥ずかしさの程度を「身体の羞恥」によって測定した。本研究においては、「自己の監視」と「身体の羞恥」の間には $r=.25(p<.001)$ の正の相関関係が認められた。Liss、Erchull(2015)の研究では、双方に $r=.36(p<.001)$ の関連が見られ、比較すると本研究の場合相関がやや弱かった。共分散構造分析によって因果関係を検証すると、仮説1~3のいずれも「自己の監視」は「身体の羞恥」へ正の影響を及ぼし、行動やメンタルヘルスへつながっていることが確認できた。

自己対象化とは、社会で理想とされる像に自分自身を合わせようとすることで、受動的、非力な状態となり(Nussbaum, 1995; Saguy, Quinn, Dovidio, & Pratto, 2010)、真の自律性、自己決定が阻害されている状態である。それが、摂食障害という異常な食行動や(Fredrickson & Roberts, 1998)、コンドーム使用の減少(Impett, Schooler, & Tolman, 2006)に影響したり、性の自己主張を阻んでいる(Impett, Schooler, & Tolman, 2006; Manago, Ward, Lemm, Reed, & Seabrook, 2014)。“女性は女性らしく”という社会の軋轢を無意識的に受け入れており、適切な行動をとることができない状態であるといえる。本研究では、生殖可能年齢女性に必要な健康行動として9項目(食事、運動、喫煙、飲酒、睡眠習慣、体重管理、暴力に関する相談場所の認知、健康診断、子宮頸がん検診の受診有無)を挙げた。すべての行動を得点化してみると、自己対象化が高いほど健康行動がとれていないということが明らかになった。行動の種類を広げたが、先行研究と同様の傾向が見られた。

2 社会に影響を受ける女性の外見と健康

身体状況について、本研究の分析対象者のBMIは 20.57 ± 3.73 (平均値 \pm SD)であった。平成25年国民健康・栄養調査によれば、20代女性のBMIは 20.93 ± 3.27 (平均値 \pm SD)、

30代女性のBMIは 21.39 ± 3.71 である。さらに体型区分においては、本研究ではやせの者の割合が31.9%、肥満の者の割合が11.3%であった。同じく平成25年国民健康・栄養調査によると、20代女性のやせの者の割合は21.5%、30代女性は17.6%、20代女性の肥満者の割合は10.7%、30代女性は13.3%である。分析対象者は、やせの者が多い傾向にあった。

BMIと自己対象化との関連について、大学生に対して調査を行ったLiss、Erchull(2015)によると、BMIと「自己の監視」には関連がなく、BMIと「身体の羞恥」は、 $r=.37(p<.001)$ の正の相関関係が認められている。本研究でも、BMIと「自己の監視」には関連がなく、BMIと「身体の羞恥」との間に $r=.21(p<.001)$ の正の相関関係が見られ、相関係数はやや弱いですが、Liss、Erchull(2015)の調査と同様の傾向が確認できた。本研究ではさらにBMIをもとに20パーセントに区切り、自己対象化の平均点との関連を確認した。すると、BMIが19未満と、BMIが標準以上では異なる関連性が見られた。BMIが19未満の場合、BMIと「自己の監視」との間には $r=-.19(p<.05)$ の負の相関関係が、BMI標準以上の場合、BMIと「身体の羞恥」との間には $r=.25(p<.05)$ の正の相関関係が認められた。体型毎に自己対象化とBMIの関連性が変わっていたことは、新しい知見である。

自己対象化は、メンタルヘルスに悪影響を及ぼすといわれており(Fredrickson & Roberts, 1998)、体型別にメンタルヘルスとの関連を確認した。すると、BMIが19未満の者は身体の内面化が促進されることで、メンタルヘルスの悪さ、ダイエット行動を招いていた。これは、自己対象化がメンタルヘルスに悪影響を与え、摂食障害に至る、という自己対象化理論(Fredrickson & Roberts, 1998)と合致した。社会で理想とされる女性像を内面化し自分の身体を捉えることが、女性をダイエットに駆り立てている現状が明らかとなった。さらに、BMIが標準以上の者は、自身の体型が自らの身体への恥ずかしさにつながり、メンタルヘルスへ悪影響を及ぼしていた。数値上はBMI25以上が肥満と区分されているが、若年女性にとっては、BMIの標準がすでに「自分の体型は他人より太っている」、「恥ずかしい」という認識が生まれ始める地点となり、メンタルヘルスを害している状態があると考えられた。このように、自己対象化は女性の体型に相互に作用しており、メンタルヘルスの悪さや不適切なダイエット行動を招いている。

肥満であることにより、両親から差別を受けたり(Crandall, 1995)、社会的地位がより低いなど、不利益を被るといった例は過去の研究により実証されている(Seidell, 1999;

Wooley, Wooley, & Dyrenforth, 1979)。肥満であることがスティグマとなり、職場や社会、学校、医療関係者との関係性においても差別が起きている現状がある(Wang, Brownell, & Wadden, 2004)という。一方で、美しさは様々な利益、恩恵をもたらすといわれている。Etcoff(1999)によれば、外見が良ければ見知らぬ人から手助けされやすく、裁判では寛大に扱われ、性的パートナーを見つけやすいということがわかっている。女性にとって美は力であり、外見は経済的な安定や物質の資源の様なものであるともいわれている(Unger, 1979)。社会で有利に扱われるために美しさを求め、瘦身願望は促進される。一方で、自身の体型を過大評価し、不満や恥ずかしさを抱き、生きづらさを感じている現状があると解釈できた。

3 女性を対象化する情報の存在

自己対象化の背景には、“性の商品化”という問題がある。女性は売られる側となり、自身の価値を高めるため、美容、ファッション、容姿に気を遣う。女性を対象化し、モノを買わせようとする情報が蔓延している。おしゃれに対する意識と瘦身願望の調査を行った森ら(2012)によると、調査対象者である女子大学生の 359 名中 9 割以上が、「おしゃれのために痩せている方が良い」、「おしゃれのために痩せたい」と回答している。店頭に並ぶ服は規格化されたサイズに合わせて作られており、瘦身願望の理由として、5 割以上が「痩せた人に合うサイズが多い」ことを挙げている。また、やせ指向は小学生女子にも認められている。小学生を対象とした調査を行った松浦(2000)によると、655 名中半数以上が「今よりやせたいと思ったことがある」と答え、6 割近くが食事の時に体重を気にしていると答えたという。社会的圧力は、子どもの意識や行動へも影響していることがわかる。アメリカでも、少女の頃からすでに自らを性的な対象とみなしている現実があり(Starr & Ferguson, 2012)、アメリカ心理学会からは、少女の性的対象化に対するレポートが出されている(American Psychological Association [APA], 2008)。

情報通信化の進展のもと、メディアによってもたらされる情報の影響はますます拡大すると考えられる。2015 年 12 月 31 日付の朝日新聞では、「メディアが映す女性 容姿を比較、ネット CM にセクハラ批判」と題し、テレビや広告動画によって描かれた女性像が、インターネット上で物議を醸す例が目立っていると指摘する(岡林, 錦光山, 天野, 二階堂, 2015)。また、ソーシャルメディアの普及によって個人単位で情報を送受信することが日常的となっている現在、個人間のコミュニケーションが、他者との外見の比較、内面化を

後押ししている現状も見られる。Fardoulyら(2015)は、17歳から25歳の女性を対象とし、メディア利用と自己対象化との関連を見ており、Facebook、女性向けファッション誌と自己対象化との間に正の相関関係を認めている。さらに、Facebookを通して、仲の良い友人やクラスメートと自分の外見とを比較することが、自己対象化に影響を与えているということを示している。こうした個人間のやり取りもやはり、社会や、不特定多数に情報を流すマスメディアの影響を受けてこそ形成されるものである。

4 女性の人権を守る社会

内閣府でも、女性の人権に対する配慮を欠いた情報の流布が危惧されている。2015年に閣議決定された第4次男女共同参画基本計画では、「教育・メディア等を通じた意識改革、理解の促進」と題し、メディアを通じた男女共同参画の意義への理解の促進や、女性の人権を尊重した表現の推進、メディア分野での政策・方針決定過程への女性の参画拡大などが具体的な取り組みとして挙げられている。2011年には、内閣府によってメディアにおける女性の参画に関する調査が行われている(内閣府男女共同参画局, 2011)。それによると、新聞関連、放送関連、出版関連という業種別に分けたところ、出版関連では女性の割合はほぼ半数なのに対し、新聞関連、放送関連は3割を下回り、全体として女性の割合は30.2%であったという業界の実態が明らかとなった。職位が上がるにつれ女性の割合はさらに減少傾向にあったが、年代別にみると20代の半数は女性が占めており、今後女性の割合が増えていくことは期待できる。先の朝日新聞の記事によると、最近では女性アナウンサーをメインに起用し女性の視点を反映させることで視聴率が上がったり、女性の気持ちを代弁するような女性誌が、共感を呼んでいるという。井上(1995)は、“メディアが男性によって支配されているとき、メディアの描く女性像は、男から女への要求と期待の表現であり、その要求と期待を女性が内面化することで、女性自身の現実も男たちの要求と期待に沿うように方向づけられてしまう(p.2)”，と言う。発信側に女性が増えていくというのは、女性の人権に配慮した社会の実現のために不可欠であると考えられる。

国際看護師協会は、所信声明「女性の健康」において、“すぐれた知識・技能を持つ保健医療専門家であり大多数が女性である看護師が、女性にとって最良の擁護者であり保健医療提供者であると考え”と主張する。人の健康を守る職種の中でも、女性が多数を占める看護職集団が、メディア分野に積極的に参加していくことで、女性の人権を守ることに寄与できるのではないかと考える。社会に飛び交う、女性の外見を重視した情報や女性の

人権をないがしろにするような情報に敏感になる必要があるだろう。社会の決定権を握っている中高年男性だけでなく、女性自身にも女性を差別するような意識が潜んでいる。自身が自然と受け入れてしまっている場合や、無意識のうちに性や外見によって差別意識を持っている場合も考えられる。情報を批判的に吟味できる力を養っていく必要がある。また、直接的な対話や、ソーシャルメディアの活用によるオンラインの対話を通じて多様な考えに触れることで、女性を対象化する情報や社会を軌道修正していくことが可能であると考えられる。

II 女性を取り巻く情報

1 情報の入手先

本研究では、健康に関する情報の情報源として、298名(70.8%)が「テレビ」、256名(60.8%)が「学校教育」、118名(28.0%)が「新聞・雑誌」を挙げた。インターネット(「テレビ局・新聞社のサイト」、「ソーシャルメディア」、「行政機関のサイト」、「企業のサイト」、「動画配信サービス」、「インターネットラジオ」を含む)を情報源として使っている者は150名(35.5%)、ラジオは20名(4.7%)であった。総務省による、全国13歳以上69歳までの男女1,625名を対象とした平成24年版情報通信白書によると、健康・医療関連情報の入手先メディアは、テレビが46.4%と最も高く、以降インターネットが36.1%、新聞・雑誌が31.0%、ラジオが4.2%と続く。若い世代ではテレビ離れの傾向が見られる(経済広報センター、2013)といわれているが、先の調査と比較すると、本調査では健康情報の入手先としてテレビを挙げる者が7割と多く、それ以外はほぼ同様の傾向が見られた。

2 情報の関心から探る情報提供の方策

健康情報と外見情報の関心の間には高い相関が認められ(パス係数は.62)、外見情報に関心のある者は健康情報にも関心があるということが分かった。当初、ライフコースは健康情報の関心と関連していると予測していたが、ライフコースは健康情報の関心(パス係数は.23)よりも外見情報の関心(パス係数は.33)と強い関連を示していた。また、外見情報の関心とライフコースの相関係数は.33、外見情報の関心と「自己の監視」は.34、外見情報の関心と「身体の羞恥」は.30と、外見情報の関心は自己対象化とも、ライフコースとも同じ程度の係数を示していた。社会生活を営む上で、外見に関する情報は欠かせないということがわかる。

健康至上主義を背景に、国内では「健康ブーム」が広がっている。メディアは、とりわけ女性向けに、美＝健康、やせ＝健康というイメージを流し、本来の健康に関する情報と、外見を重視させるような商業中心の情報を合わせて流しているのではないかという印象を受ける。しかしこのイメージを逆手に取り、医療従事者として、女性が興味を持つような外見に関する情報とともに、必要な健康に関する知識が身に付き、健康行動につながるような情報を合わせて提供していく、という方策が考えられる。

III 女性の健康とライフコースの融合

本研究により、結婚や子どもを持つかなど、将来の見通しを明確に決定できている者は、将来に備えた健康に関する知識を有し、健康行動をとっていることが明らかとなった。在本、齋藤(2010)は、18歳～34歳の未婚女性に対して、生殖の知識とライフプランとの関連を明らかにしている。「自分の結婚・妊娠・出産について、人生の中で計画を持っている」というライフプランの保持の自覚と、生殖に関する知識とは有意な正の相関関係が認められている。本研究は生殖に関する知識に限ってはいないが、ライフコースが明確な者はより知識を多く有しており、在本ら(2010)の研究と同様の傾向が見られた。また、在本は未婚女性の生殖の知識がそもそも不足していると指摘する。妊娠、出産に関する知識の程度を国際比較した調査によれば、日本は、調査対象となった先進諸国13ヶ国中最下位であった(Bunting, Tsibulsky, & Boivin, 2013)。妊娠、出産に関連した知識は、たとえ子どもを持つことを望まない女性であっても、産む性であれば必要となる知識である。瀬戸山、中山(2015)は、現在の日本では、自らの身体、健康について系統的に学ぶ機会が整えられていないと主張する。保健や理科で部分的に学ぶことはあっても、自分の身体がどのような形態や機能を持っているのかを知る機会がないという。そのことが、知識の不足として如実に表れている。さらに本研究では、ライフコースの明確度が知識を経由し行動へ、ライフコースの明確度から直接行動へ、いずれも正の関連が認められた。ライフコースが明確に決定できるような状況にある者は、健康行動もとれていた。健康行動をとれるかどうかは、ライフコースも1つの鍵となっていると考えられた。

そこで、若年女性に対する健康支援の可能性として、生き方としてのライフコースに、女性の健康を盛り込むことが考えられた。女性の健康は、思春期から妊娠・出産期を含む性成熟期、更年期までを女性ホルモンに左右され、男性とは異なる健康上の問題に直面す

る。喫煙習慣が不妊を招く、若年時の食生活が更年期以降の骨粗鬆症の発症リスクを高めるなど、自らの身体や健康について、必要な知識を有していなければ不適切な生活習慣を送ることとなり、引いては不可逆性の結果をもたらすこともあり得る。女性の場合、年代ごとに配慮する健康問題は変化し、結婚意向や子どもを希望するかどうかで、健康管理の方法も異なってくる。自分がどのような生き方を志向するのかと合わせて、健康について知識を得、行動に結びつくような情報の提供が有効なのではないかと考える。

2013年、政府が少子化対策の1つとして、妊娠適齢期に関する知識などを盛り込んだ「女性の手帳」の導入を検討した。しかし、配布対象が女性のみであったことや、妊娠出産といったプライベートな事柄へ政府が介入することへの批判が相次ぎ、配布は見送りとなっている。「女性の手帳」を、単に少子化対策として提案するのではなく、より女性を中心としたコンセプトや内容にすれば、有効な媒体となると考える。現に、米国疾病予防管理センターでは、“プレコンセプションケア(妊娠前ケア)”として、女性が妊娠、出産をいつ希望するか、それに伴う健康管理について考えることのできる、**Reproductive Life Plan**の普及を進めている(Johnson, 2006)。自らの人生のプランを確認するとともに、必要な健康管理や予防接種がチェックできるような媒体である。女性一人ひとりがどのような人生を望んでいるのか。その人生の実現のために、健康の面からどのような情報が必要なのか、必要な行動とは何か、記録に残すべきものは何か、ということをも明らかにし、女性の側に立った支援が必要であると考え。女性が自分の人生、自分の健康に主体性を持つことができるようなサポートを行うことで、外見を重視せざるを得ない男性中心の消費主義社会から女性が自立し、リプロダクティブヘルス/ライツを実現する一助となるのではないかと考える。

IV 本研究の限界

本研究の限界を3点挙げる。

1点目は、調査方法に関するものである。本研究の対象者には、できる限り多様な20～35歳の女性を取り込みたかったため、インターネットによるウェブモニター調査という方法を選択した。調査会社にモニター登録しているという条件はあるものの、学歴や生活レベルに依らない多様なサンプルを得ることができた。しかし、モニター登録している者は限られており、本研究結果を一般化することは難しい。また、インターネットによるウェ

ブモニター調査では、回答者が教示や質問文を十分に読まずに回答している可能性が否定できない。三浦、小林(2015)は、オンライン調査環境で、望ましくない回答行動の発生について明らかにした調査を行い、回答者が質問文を読まずに手抜き回答している可能性がある」と主張した。オンライン調査では、調査に協力し回答をすることで報酬が得られるため、モニターは数をこなすことが目的となり得、協力者の質に研究のデータが左右される可能性がある、と三浦(2015)は指摘する。山田、江利川(2014)によると、モニターのうち約7割が平均して1日1件以上、3分の1は2件以上回答していることが分かっている。

2点目は、本研究は一時点での横断調査であり、得られた結果や知見について因果関係を断定することはできないということである。自己対象化やライフコースが、それぞれどのように形成され、また相互作用があるのか、健康行動がどのように影響しているのかということを経時的経過の中で追う、縦断調査を行う必要があると考えられる。

3点目として、本研究で用いた対象化身体意識尺度は、日本語での信頼性、妥当性が十分に検討されているとは言い難い。また、海外では現在も当尺度を用いた研究が継続して行われているが、国内では田中によって使われて以降、実証的な研究がなされていない。今後さらに研究を行い、知見を積み重ねていく必要がある。

V 今後の展望

本研究では非婚者のみを扱ったが、既婚者にも自己を対象化することが健康行動へ影響を及ぼしているかどうかを確認し、婚姻状況での相違を明らかにする必要がある。属性を始め、性役割意識やパートナー間の決定の主体性の志向といったライフコースに関する項目との関連をさらに詳細に見て、健康行動に結び付いている女性がどのような特徴を持っているのかを明らかにしたい。また、本研究結果から、結婚や子どもを持つかなど、将来の見通しを明確に決定できている者は、健康に関する知識を有し、健康行動がとれているということがわかった。しかし、健康に関する知識を有し、健康行動がとれるような環境にある者だからこそ、将来の見通しも明確にできている、という逆の因果関係も考えられる。さらに、女性の生き方は多様化しているが、雇用の不安定化やキャリアプランの変更などにより、将来の見通しは容易に変わり得るものである。ライフコースと知識、健康行動に、ライフコースに影響し得る現象を加え、継続的に見ていく必要がある。この因果関係が明らかとなれば、女性が健康行動をとるために何が必要なのかがわかり、より確実な

実践へ生かすことができる考える。

第6章 結論

男性中心の消費主義社会では、望まれる女性像として今現在の外見が重視され、それに沿うような情報やサービスが提供され、将来の生き方について主体的に意思決定できないことを助長するような環境があると考えられる。そのような状況が、若年女性の情報の関心と、将来を見通した健康に関する知識不足や、健康行動がとれないことと関連していないかを明らかにすることを目的として、横断的自記式質問紙法による仮説検証的記述研究を行った。

その結果、以下の知見が得られた。

- ・ 今現在の自らの外見に重きを置き、自らの身体を価値づける者は、将来を見通した健康行動がとれていなかった。
- ・ 結婚や子どもを持つかなど、将来の見通しを明確に意思決定できる状況にある者は、将来に備えた健康に関する知識を有し、健康行動をとっていた。
- ・ 外見情報に高い関心を持つ者は、健康情報にも高い関心があった。
- ・ 体型によって、自己対象化と BMI との関連性が異なっていた。やせ型(BMI が 19 未満)の者は、外見を意識することでやせが進み、身体の内面化を促進していた。理想の体型に沿えないことが、メンタルヘルスの悪さ、ダイエット行動へ影響していた。また、BMI が標準以上(BMI が 22 以上)の者は、自らの体型が自身の身体への恥ずかしさへとつながり、メンタルヘルスへ悪影響を及ぼしていた。

女性が今現在の外見にのみとらわれず、自身の今から将来につながる健康、次世代の健康のために健康行動がとれるように、外見に関する情報に、本来必要な健康に関する知識が身に付き、健康行動につながるような情報を合わせて提供する、という方策が考えられた。それによって、外見を重視せざるを得ない男性中心の消費主義社会から女性が自立し、リプロダクティブヘルス/ライツを実現する一助となるのではないかと考えられた。しかし本研究は横断調査であり、得られた結果や知見について因果関係を断定することはできない。今後もさらなる研究が必要である。