

研究区分: 予防に関する研究

地域住民のうつに対するリラクゼーション法の効果

—睡眠講座における健康教育及び漸進的筋弛緩法による介入—

佐藤 裕見子¹⁾, 和辻 直²⁾, 玉井 公子¹⁾,
上嶋 知美³⁾, 大倉 和子¹⁾, 村上 久恵¹⁾

¹⁾看護学講座 広域看護学ユニット, ²⁾鍼灸学講座 鍼灸学ユニット, ³⁾南丹市保健医療課

【目的】

コロナ禍において、地域住民は地域活動など人との交流を余儀なく妨げられ、孤独を強いられる地域環境に置かれていることが推察され、心身のバランスを崩しうつを引き起こしやすい状況が危惧される。一方、地域住民の5人に1人が、高齢者の3人に1人が睡眠障害を抱えているといわれている。また、睡眠障害とうつの関連性については横山らの研究により明らかにされている (Yokoyama, 2010¹⁾)。

睡眠やうつの問題に対しては認知行動療法的アプローチ (cognitive behavioral therapy for insomnia ; CBT-I) が有効であると考えられる (山寺 2015²⁾)。

筆者はこれまで、地域住民を対象とした睡眠講座において、健康教育と組み合わせた漸進的筋弛緩法によるリラクゼーション法が、睡眠障害の改善に効果があることを明らかにした (佐藤, 2020³⁾)。この漸進的筋弛緩法は、セルフケアの実践的方法であり認知行動療法の一つである。漸進的筋弛緩法の実践が心拍数や呼吸数に作用して心理面でのコントロール感を患者に与えることが明らかとなっている (Bottomley A 1996⁴⁾)。また漸進的筋弛緩法が単に実施後にリラックス状態を作り出すだけでなく、継続的な実践によりストレスに対する抵抗力を強めることが明らかとなっている (熊野, 2014⁵⁾)。

こうしたストレスに対する心理的反応は心理学者である Lazarus のコーピング理論における「焦点」となっている。Lazarus はコーピングには2つのタイプ、“問題フォーカス”と“感情フォーカス”がありリラクゼーション法は感情フォーカスのコーピングであるとしている (Lazarus, 1894⁶⁾)。

そこで、問題にフォーカスした健康教育と感情にフォーカスしたリラクゼーション法を組み合わせたアプローチが、睡眠障害だけでなくうつ予防にも効果があるのではないかと考え、今回検証することとした。

対象地域は高齢化が進行しており、コロナ禍において人との交流が希薄となり、地域で孤立しがちな地域住民に対して、心理的ストレスに起因しているうつ予防は睡眠障害の予防とともに大きな課題である。今回の検証により、地域住民のうつ予防における実践的な手法を政策提案できるばかりでなく、地域ぐるみのポピュレーションアプローチを推進できるものとする。

【方法】

1. 調査対象

A市が毎年実施する特定健診等集団検診受診者に対して睡眠及びこころの健康の改善を目的とした睡眠講座を案内しており、その受講者を対象とする。

適格基準は精神疾患既往歴及び認知症のある者を除く。

2. データ収集方法

睡眠講座受講を希望した者に対して、郵送による教室案内時に調査研究の説明及び協力依頼を実施した。2回シリーズの教室開始時と教室終了2週間後に自記式調査票への記載を依頼した。

3. 調査項目

- 1) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
- 2) Geriatric depression scale 15 (GDS15)
- 3) 睡眠に関する生活習慣チェック-自分でできる

ストレス対処法 9 項目

4) 東洋医学健康調査票 (Oriental medicine health questionnaire 30, OHQ30)

4. 評価及び分析方法

研究への同意が得られた者に対して、健康教育及びリラクゼーション法 (漸進的筋弛緩法) 実技指導を実施しデータを収集した。

1) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) : 睡眠に関する標準化された 18 項目の自記式質問用紙であり、カットオフ値 5.5, 6 以上を睡眠障害とする。

分析対象はリラクゼーション法を週 2 日以上実践した者とした。

2) Geriatric depression scale 15 (GDS15) : うつ評価尺度で 15 項目の質問があり、2 検法 (はい, いいえ) 得点範囲 0~15 点, 0~4「うつ症状なし」, 5~9「うつ傾向」, 9~15「うつ状態」とする。

3) 睡眠に関する生活習慣チェック-自分でできるストレス対処法 9 項目は, “実施しなかった”, “ほんの少し実施した”, “ある程度実施した”, “実施した” の順に 1, 2, 3, 4 点を配した。

4) 東洋医学健康調査票 (OHQ30) は, 東洋医学の観点から健康状態を把握する 30 問の調査票であり, 健康状態を 0~9「健康」, 10~14「やや未病」, 15~29「未病」, 30~44「やや已病」, 45~90「已病」と判断する。

1), 2) は一元配置分散分析 (対応あり) を用いて分析, 3) は独立性の検定による分析を実施した。

5. 介入方法

1) 睡眠とストレス対処に関する健康教育及び東洋医学の観点に基づく健康指導

第 1 回目に睡眠に関して, 2 回目にストレス対処に関する健康教育を行った。

また, OHQ30 は, 受講前, 1 回目の受講後, 2 回目の受講時の計 3 回答えてもらった。従来の睡眠講座に影響が出ないように「体調に応じたツボ刺激」の健康指導を 2 回目の受講時に紹介した。

2) 漸進的筋弛緩法の実技指導

漸進的筋弛緩法の実技指導は, 1 回目と 2 回目に実施した。この実技指導はリラクゼーション法の手引きを用いて呼吸法及び筋弛緩法を行った, 生活の中で自分の取り入れやすい時間に 1 日 1~2 回を週 2 日以上習慣化して実施すること, 慣れるまでは CD を使い 1 回 17 分程度の簡易プログラムを指導した。

6. 倫理的配慮

明治国際医療大学ヒト研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。承認番号 : 2022-047

【結果】

1. 16 名のうち 1 か月後においてリラクゼーション法を週 2 回以上実施した者 13 名を分析対象者とした。

実施する前と実施 1 か月後において, PSQI の平均値が 8.846 から 7.077 へと低下し P 値=0.013 と有意な改善がみられた (表 1)。

2. うつに関する分析対象者 13 名のうち 5 名に「うつ傾向」がみられ, 1 か月後には 3 名の者が「うつ傾向」から「うつなし」に改善していた。また, 分析結果は, P 値=0.001 であり有意な改善がみられた (表 2)。

3. ストレス対処については 1 か月後の変化を独立性の検定により分析した結果, P 値= 0.014 と有意な改善がみられた。また, 残渣分析後残渣を標準化したところ図のとおり実施前に比べて実施後の方がストレス対処の頻度が高くなっていった (図)。

【考察】

1. 結果 1 については, 前述のとおり健康教育と漸進的筋弛緩法の実践が睡眠改善に効果を及ぼすことがすでに明らかにされている (佐藤, 2020³⁾)。

今回も同様の結果が得られ, 睡眠障害に対する有効性が改めて裏づけられたものと考えられる。

2. 結果 2 については, 1 か月後の GDS15 合計点について有意な改善結果が得られた。これは, 健康教育と漸進的筋弛緩法の実践がうつ予防に関与しているのではないかと考えられる。

3. 結果 3 のストレス対処については、13 名の者が漸進的筋弛緩法を週 2 日以上実践しており、家族と団らんして気分転換する、一人で悩まず誰かに相談する、趣味や楽しみを見つけて気分を紛らわせる、ものごとの良い面を見るようにするなどの行動変容がみられた。また、東洋医学の理念に基づく健康指導及び漸進的筋弛緩法の実践がリラクセーション効果への相乗的効果があったのではないかと考えられる。

4.2 回シリーズの講座で学んだリラクセーション法を継続的に実践することでストレスが緩和され、ストレス対処についての行動変容を促進したのではないかと考えられる。その結果、今回の研究の目的であったうつ予防について効果があったのではないかと考える。

【結語】

今回の結果は、漸進的筋弛緩法の実践と健康教育によりストレス対処が促進され睡眠障害の改善をもたらすことになり、その結果うつ予防にも効果を及ぼしたのではないかと考える。

今後、実技指導が回数的に十分かどうかの検証が必要である。今回は 3 か月後に「まちの保健室」においてフォロー講座を設けたが、2 名の参が得られた。

今後についても継続的な実践につながるようなサポートの場があれば、セルフケアがさらに継続できるものと考えられる。

因子	変数	平均値	P 値
PSQI	実践前	8.846	0.013
	実践後	7.077	

表 1 PSQI の 1 か月後の変化 n=13

因子	変数	平均値	P 値
GDS15	実践前	4.385	< 0.001
	実践後	2.231	

表 2 うつ尺度の 1 か月後の変化 n=13



図 ストレス対処実施状況

謝辞:本研究は明治国際医療大学学内研究助成を受けたものです。研究を実施するにあたりお世話になりました A 市関係者の皆様に心からお礼申し上げます。

【文献】

1. YokoyamaE, KaneitaY, SaitoY, UtiyamaM. etal. As sociation between depression and insomnia subtypes a longitudinalstudyon theelderl inJapan. Sleep2010, 33 1 693-702.
2. 山寺 亘: 高齢者睡眠障害の治療 非薬物療法 認知行動療法. Nippon Rinshou Vol6 2015.
3. 佐藤裕見子: 地域高齢者の睡眠障害に対するリラクセーション法の効果: 睡眠健康教育と組合わせた呼吸法及び筋弛緩法による効果. 統合医療学会誌 Vol. 12 No. 1・2. 2019:23-31.
4. Bottomley A 1996 Group cognitive behavioura thrapy:an intervention for cancer patients International of Palliative Nursing2:131-137
5. 熊野宏昭(2007): ストレスに負けない生活, ちくま書房, 東京.
6. Richard Lazarus, SusanFolkman: 「 Stress Appraisal, andCoping」, 実務教育出版, 東京.