

「起床状況」から検討した女子大学生の背景

近喰 ふじ子*・山本 洋子**・市丸 雄平***

(平成27年1月7日査読受理日)

Background of the Health of Female University Students Studied from the Perspective Conditions when first They Get Up

KONJIKI, Fujiko YAMAMOTO, Yoko ICHIMARU, Yuhei

(Accepted for publication 7 January 2015)

キーワード：起床状況, うつ状態, コラージュ制作

Key words: Conditions when first they get up, Depression, Collage Works

はじめに

従来、大学生は健康度の高い集団であった。しかし、ここ数年、健康度の低い集団へと変貌し、保健センター（学生相談室も含む）への来談者も増えている。実際、伊達らは進学率の上昇と共に、不適応（意欲の喪失や目的意識の欠如）などの問題が深刻化していると報告している¹⁾。また、竹中もストレス関連問題やメンタルヘルス問題は増加の一途を辿り、卒業後における仕事の定着率の悪さに繋がると述べている²⁾。筆者らは伊達らや竹中が指摘する不適応問題のみならず、パニック発作、過呼吸発作や摂食障害などの心身症状を訴え、時には休学や退学に至る学生などの経験を通じ、大学生のメンタルヘルスの問題は卒業後の社会的問題と切り離せないほどの密接な関係を含んでいると考えた。さらに、精神の問題は身体と切り離せないほど相互に密接な関係となっている事は否めず、例え、身体の訴えととも同様に二次的に精神的問題を露呈させてくる事は常であり、精神と身体との繋がりは一連の事として扱う必要があっても良いと思っている。それに類するストレス研究も多くみられ、睡眠の問題一つを取り上げても、平野は睡眠満足感の認知を変えていく必要性が重要であり、睡眠教育の重要性を指摘している³⁾。また、安宅らは、睡眠そのものは自己効力感、健康感やストレス対処能力と大きく関係していると述べている⁴⁾。その上で、大学生の睡眠の問題を重要と考え、改めて、坂本の述べている大学生の睡眠に関する主訴に着目すると、①朝起きられない、②眠るのは朝に近くなっていく、③昼間の眠気が強い、④夜更か

しが止められない、などをあげ、「非24時間睡眠覚醒リズム障害」や「睡眠相後退症候群」が存在している可能性があるとの報告がある⁵⁾。このような指摘からも大学生の健康問題を考えるには睡眠問題は重要な課題であるが、私たちは健康の指標を「起床」という面から捉え直し、睡眠の背景にある現状を理解する事を試みたので報告をする。

対象

2011年4月1～2日にT大学でおこなわれた定期健康診査を受診した全学部生（1～4年生）の926名を対象に記名自記式の質問紙調査を直接手渡し、保健センター内の回収箱に提出させた。回収後、欠損データを除外したため最終対象者は808名となった。

方法

研究 I

1. フェイスシート（学部、学年、学籍番号、名前）、2. 健康意識調査（「起床」状況、就寝状況、睡眠状況、アルバイトの有無、既往歴など）などの選択項目を作成し、回答はマークシート方式の用紙に最も当てはまる回答を求めた。その他、3. 同意書を合わせて一セットしたものを直接、手渡しをした。なお、健康意識調査の分析は χ^2 検定をおこなった。なお、「起床」の状況は大国の作成した「起立性調節障害」の診断基準（以下、O.D.とする）の大症状を参考とし、起床状況別による分類を作った。なお、O.D.の診断基準を用いたのは医療機関（小児科外来）で日常的に使用されている質問紙だからである⁶⁾。また、学籍番号と名前の記名をおこなわせたのは質問の回答をいい加減にしないためである。

* 人文学部 心理カウンセリング学科

** 保健センター

*** 家政学部 栄養学科

表 1. 起立性調節障害の診断基準 (大國)

大症状
A. 立ちくらみあるいは、めまいを起こしやすい
B. 立っていると気持ちが悪くなるし、ひどくなると倒れる
C. 入浴時あるいは、嫌な事を見聞きすると気持ちが悪くなる
D. 少し動くとき動悸あるいは、息切れがする
E. 朝、なかなか起きられず、午前中調子が悪い
小症状
b. 食欲不振
c. 強い腹痛を時々訴える
d. 倦怠あるいは、疲れる
e. 頭痛をしばしば訴える
f. 乗り物に酔いやすい
g. 起立試験で脈圧狭小化 16mmHg 以上
h. 起立試験で収縮期圧低下 21mmHg 以上
i. 起立試験で脈拍数増加 1分 21 以上
j. 起立試験で立位心電図 T II の 0.2mV 以上の減高、その他の変化

判定：大症状 3 以上，大症状 2 と小症状 1 以上，大症状 1 と小症状 3 以上あり，他の器質的疾患を除外すれば OD と診断する
(小児起立性調節障害研究班, 1974)

2. 倫理面

この調査に対し，東京家政大学倫理委員会にて許可を得た事を記載しておく。

結果

1. 起床状況

先にも述べた大國の「起立性調節障害」の診断基準に従い，「起床状況」を 3 群に分類した。当初，4 群に分類したが，IV 群の「起きた時に立ちくらみがある」では回答数が非常に少なかった事から IV 群を III 群に組み入れた事で 3 群となった。「起立性調節障害」の診断基準は，大症状と小症状から成り，大症状には A. 立ちくらみ，あるいはめまいを起こしやすい，B. 立っていると気持ちが悪くなる。

表 2. 起床状況の 3 群

I 群	覚醒後すぐ起きる	301 名 (37.3%)
II 群	布団の中で目が覚めず，起き上がった後も頭がボーッとしている	157 名 (19.4%)
III 群	布団から起き上がれず，起床するのに時間がかかるないしは，または起床時に立ちくらみがある	350 名 (43.3%)

N = 808

酷くなると倒れる，C. 入浴時，あるいは嫌な事を見聞きすると気持ちが悪くなる，D. 少し動くとき動悸，あるいは息切れがする，E. 朝なかなか起きられず，午前中調子が悪いとなっている (表 1)。これを用いて，筆者らは I 群を「目が覚めてすぐ起きる」，II 群を「布団の中で目がなかなか覚めず，布団の上に置きあがっても頭がボーッとしている」，III 群を「布団からなかなか起き上がれず，起きるのに時間がかかるないしは，起きた時に立ちくらみがある」の 3 群とした。今回の結果では起床の状況が最も思わしくない III 群が最も多く 350 名 (43.3%) と半数弱を占め，次いで I 群は 301 名 (37.3%) であり，起床の状況が思わしくない II と III 群を合せて約 60% を占めていた (表 2)。

2. 覚醒後に布団を出るまでの時間

覚醒は可能だが布団から出られない状況がある事から，布団から出られる時間までを調べたところ，I 群では覚醒直後に 185 名 (61.5%) の者が布団から出られているのに対し，II 群では 10 分までに布団から出ている者は 108 名 (68.8%)，III 群では 10 分までに布団から出ている者は 207 名 (59.1%) であった。すなわち，I 群は 10 分までには 285 名 (94.7%) が布団から出ており，II 群では 20 分で 136 名 (96.2%) が，III 群では 30 分で 327 名 (93.4%) が布団から出ており，布団から出る時間は I 群よりも II 群，

表 3. 起床状況からみた起床までの時間

	直後	10 分	20 分	30 分	1 時間～	2 時間～	それ以上	計
I 群	185 名 (61.5%)	100 名 (33.2%)	7 名 (2.3%)	2 名 (0.7%)	4 名 (1.3%)	2 名 (0.7%)	1 名 (0.3%)	301 名
II 群	19 名 (12.1%)	89 名 (56.7%)	28 名 (17.8%)	15 名 (9.6%)	3 名 (1.9%)	2 名 (1.3%)	1 名 (0.6%)	157 名
III 群	13 名 (3.7%)	194 名 (55.4%)	73 名 (20.9%)	47 名 (13.4%)	21 名 (6.0%)	2 名 (0.6%)	0 名 (0.0%)	350 名
計	207 名	383 名	108 名	64 名	28 名	6 名	2 名	808 名

N = 808

表 4. 起床状況からみた就寝時間

	22 時	23 時	24 時	1 時	2 時	3 時	朝方	不規則	計
I 群	7 名 (2.3%)	69 名 (22.9%)	143 名 (47.5%)	64 名 (21.3%)	17 名 (5.6%)	0 名 (0%)	0 名 (0%)	1 名 (0.3%)	301 名
II 群	2 名 (1.3%)	22 名 (14.0%)	65 名 (41.4%)	51 名 (32.5%)	9 名 (5.7%)	1 名 (0.6%)	0 名 (0%)	7 名 (4.5%)	157 名
III 群	8 名 (2.3%)	40 名 (11.4%)	136 名 (38.9%)	116 名 (33.1%)	37 名 (10.6%)	4 名 (1.1%)	1 名 (0.3%)	8 名 (2.3%)	350 名
計	17 名	131 名	344 名	231 名	63 名	5 名	1 名	16 名	808 名

N = 808

Ⅱ群よりもⅢ群と時間が延長していた（表3）。

3. 就寝時間

就寝時間を22時、23時、24時、1時、2時、3時、朝方、不規則の8つに分類し、其々を群別でみたところ、Ⅰ群は143名（47.5%）、Ⅱ群は65名（41.4%）の者が24時に約40%を占め、Ⅰ群は23時～1時の時間帯で276名（91.7%）、Ⅱ群は23時～1時の時間帯で138名（87.9%）、Ⅲ群は24時～1時が292名（約30%）、23時～2時の時間帯で329名（94.0%）であった。起床状況に拘わらず、24時に就寝する者が多くみられていた（表4）。

4. 既往歴一覧

今までに罹患した疾患（身体疾患、精神疾患）や病気の状態を求めることを目的に、診療情報提供の記載の多い疾病をあらかじめ記載し回答させた。回答は自分に当てはまる疾患名はいくつでも回答するように指示したため、一つとは限らない事を明記しておく。

疾患名には起立性調節障害、アセトン血性嘔吐症（自家中毒）、摂食障害（拒食症）、摂食障害（過食症）、アトピー性皮膚炎、小児喘息、気管支喘息、小児糖尿病、甲状腺機能亢進症（バセドウ病）、甲状腺機能低下症（橋本病）、結核、統合失調症、うつ病、パニック発作（パニック障害）、社会不安障害、不安障害、過呼吸発作（過呼吸障害）を、状態名はうつ状態、低血圧、高血圧、不登校、朝はなかな

か起きられなかった、風邪ではないにも拘わらずよく嘔吐することが多かったなどとした。疾患の一覧表からも分かるようにアトピー性皮膚炎が173名（21.4%）で最も多く、次いで過呼吸発作（過呼吸症候群）が64名（7.9%）、不安障害が60名（7.4%）、気管支喘息が52名（6.4%）の順で、状態では朝はなかなか起きられなかったが325名（40.2%）で最も多く、次いで低血圧が153名（18.9%）、うつ状態が95名（11.8%）、不登校が60名（7.4%）の順であった。アトピー性皮膚炎、小児喘息、気管支喘息などのアレルギー疾患は17疾患のうちの3疾患を占めていた。また、朝はなかなか起きられなかった者たちの中には低血圧とうつ状態の者たちが含まれていることが考えられ、低血圧は153名（18.9%）、うつ状態は95名（11.8%）と2位、3位と既往歴の頻度としては上位を占めていた（表5）。そこで、 χ^2 検定をおこなったところ、有意差がみられていたのは摂食障害とうつ状態であった。すなわち、摂食障害（拒食症）はⅡ・Ⅲ群よりもⅠ群に多く有意差（ $P=0.001$ （ $df=2$ ）、 $P<.01$ ）がみられていた。摂食障害の人たちは痩せる事を目的に早起きし、体操やジョギングなどの運動で体重を減少させていることが想定され、寝てる事は肥満につながると思っていることが理解できる。また、うつ状態では朝はなかなか起きられないなど、Ⅰ・Ⅱ群よりもⅢ群に多く、有意差（ $P=0.037$ （ $df=2$ ）、 $P<.05$ ）がみられていた。

表5. 起床状況からみた既往歴

疾病名	Ⅰ群	Ⅱ群	Ⅲ群	計
1. 起立性調節障害	6名 (2.0%)	2名 (1.3%)	9名 (2.3%)	17名 (2.1%)
2. 統合失調症	5名 (1.7%)	0名 (0%)	2名 (0.6%)	7名 (0.9%)
3. うつ病	7名 (2.3%)	3名 (1.9%)	8名 (2.3%)	18名 (2.2%)
4. アセトン血性嘔吐症（自家中毒）	4名 (1.3%)	1名 (0.6%)	5名 (1.4%)	10名 (1.2%)
5. 不安障害	10名 (3.3%)	2名 (1.3%)	14名 (4.0%)	26名 (3.2%)
6. 社会不安障害	4名 (1.3%)	2名 (1.3%)	8名 (2.3%)	14名 (1.7%)
7. パニック発作（パニック障害）	6名 (2.0%)	3名 (1.9%)	10名 (2.9%)	19名 (2.4%)
8. 過呼吸発作（過呼吸障害）	15名 (5.0%)	16名 (10.2%)	33名 (9.4%)	64名 (7.9%)
9. 摂食障害（拒食症）	16名 (5.3%)	3名 (1.9%)	3名 (1.9%)	22名 (2.7%)
10. 摂食障害（過食症）	12名 (4.0%)	2名 (1.3%)	9名 (2.6%)	23名 (2.8%)
11. アトピー性皮膚炎	60名 (19.9%)	37名 (23.6%)	76名 (21.7%)	173名 (21.4%)
12. 気管支ぜんそく	20名 (6.6%)	9名 (5.7%)	23名 (6.6%)	52名 (6.4%)
13. 小児ぜんそく	23名 (7.7%)	9名 (5.7%)	28名 (8.0%)	60名 (7.4%)
14. 小児糖尿病	3名 (1.0%)	0名 (0%)	0名 (0%)	3名 (0.4%)
15. 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）	3名 (1.0%)	0名 (0%)	0名 (0%)	3名 (0.4%)
16. 甲状腺機能低下症（橋本病）	4名 (1.3%)	0名 (0%)	2名 (0.6%)	6名 (0.7%)
17. 結核	3名 (1.0%)	0名 (0%)	1名 (0.3%)	4名 (0.5%)
18. 低血圧	47名 (15.6%)	34名 (21.7%)	72名 (20.6%)	153名 (18.9%)
19. 高血圧	4名 (1.3%)	2名 (1.3%)	6名 (1.7%)	12名 (1.5%)
20. うつ状態	22名 (7.3%)	20名 (12.7%)	53名 (15.1%)	95名 (11.8%)
21. 風邪でもないのに嘔吐することが多かった	13名 (4.3%)	10名 (6.4%)	19名 (5.4%)	42名 (5.2%)

N = 824（重複可）

表 6. 群別からみた既往歴の統計

疾病名	I 群	II 群	III 群	計	p 値	疾病名	I 群	II 群	III 群	計	p 値
起立性調節障害	6 (5.93)	2 (3.2)	9 (7.87)	17	0.731	気管支ぜんそく	20 (18.13)	9 (9.79)	23 (24.07)	52	0.850
その他	281 (281.07)	153 (151.8)	372 (373.13)	806		その他	267 (268.87)	146 (145.21)	358 (356.93)	771	
統合失調症	5 (2.44)	0 (1.32)	2 (3.24)	7	0.105	小児ぜんそく	23 (20.92)	9 (11.3)	28 (27.78)	60	0.694
その他	282 (284.56)	155 (153.68)	379 (377.76)	816		その他	264 (266.08)	146 (143.7)	353 (353.22)	763	
うつ病	7 (6.28)	3 (3.39)	8 (8.33)	18	0.930	小児糖尿病	3 (1.05)	0 (.57)	0 (1.39)	3	0.060
その他	280 (280.72)	152 (151.61)	373 (372.67)	805		その他	284 (285.95)	155 (154.43)	381 (379.61)	820	
アセトン血性嘔吐症	4 (3.49)	1 (1.88)	5 (4.63)	10	0.769	甲状腺機能亢進症	3 (1.05)	0 (.57)	0 (1.39)	3	0.060
その他	283 (283.51)	154 (153.12)	376 (376.37)	813		その他	284 (285.95)	155 (154.43)	381 (379.61)	820	
不安障害	10 (9.07)	2 (4.9)	14 (12.04)	26	0.333	甲状腺機能低下症	4 (2.09)	0 (1.13)	2 (2.78)	6	0.211
その他	277 (277.93)	153 (150.1)	367 (368.96)	797		その他	283 (284.91)	155 (153.87)	379 (378.22)	817	
社会不安障害	4 (4.88)	2 (2.64)	8 (6.48)	14	0.712	結核	3 (1.39)	0 (.75)	1 (1.85)	4	0.222
その他	283 (282.12)	153 (152.36)	373 (374.52)	809		その他	284 (285.61)	155 (154.25)	380 (379.15)	819	
パニック発作 (パニック障害)	6 (6.63)	3 (3.58)	10 (8.80)	19	0.850	低血圧	47 (53.36)	34 (28.82)	72 (70.83)	153	0.350
その他	281 (280.37)	152 (151.42)	371 (372.2)	804		その他	240 (233.65)	121 (126.18)	309 (310.17)	670	
過呼吸発作	15 (22.32)	16 (12.05)	33 (29.63)	64	0.110	高血圧	4 (4.18)	2 (2.26)	6 (5.56)	12	0.963
その他	272 (264.68)	139 (142.95)	348 (351.37)	759		その他	283 (282.82)	153 (152.74)	375 (375.44)	811	
摂食障害 (拒食症)	16 (7.67)	3 (4.14)	3 (10.18)	22	0.001**	うつ状態	22 (33.13)	20 (17.89)	53 (43.98)	95	0.037*
その他	271 (279.33)	152 (150.86)	378 (370.82)	801		その他	265 (253.87)	135 (137.11)	328 (337.02)	728	
摂食障害 (過食症)	12 (8.02)	2 (4.33)	9 (10.65)	23	0.167	風邪でもないのに嘔吐 することが多かった	13 (14.65)	10 (7.91)	19 (19.44)	42	0.675
その他	275 (278.98)	153 (150.67)	372 (370.35)	800		その他	274 (272.35)	145 (147.09)	362 (361.56)	781	
アトピー性皮膚炎	60 (60.33)	37 (32.58)	76 (80.09)	173	0.599						
その他	227 (226.67)	118 (122.42)	305 (300.91)	650							

*p<.05, **p<.01
N=823 (重複可)

しかし、過呼吸発作（過呼吸障害）や低血圧などをみると、前者は I・II 群よりも III 群に多くみられ、後者は I・II 群よりも III 群に多くみられていたが共に有意差はみられなかった。ところで、朝起きの悪さで知られる起立性調節障害と「起床状況」との間では有意差がみられなかった。以

前は起立性調節障害と診断・治療されたのであろうが、成長と共に回復したことが考えられる（表 6）。

研究 II

既往歴がうつ状態であった学生への半構造化面接「起床状況」とうつ状態に有意差 (P=0.037 (df=2), P

表7. うつ状態の半構造化面接の概要

氏名	学科	学年 (年齢)	面接日	質問紙	課題コラージュ・インタビュー
S.Y.	環境学科	3年生 (25歳)	1月28日	SDS=42 TEG=自己否定型	台紙は縦。「過去」も「現在」も建物の切り抜きだが、「現在」の建物はやや危ない危険性を感じずにはいられなかった。何か不安?心配?があるのかも知れない。「未来」は揚々とした明るい願望を期待しているかのようなようであった。人間関係での悩みで睡眠が充分にとれないでいる。自分は他大学からの編入で入学したが、研究好きで大学院を希望している。しかし、実験仲間との確執で悩み、当然、うつ傾向にあると思っている。大学入学後には父親が他界し、今は母親との関係で悩んでいる。
O.N.	英文コミュニケーション学科	4年生 (22歳)	1月28日	SDS=47 TEG=自己否定型	台紙は縦。切り抜き枚数は6枚。「現在」は最上段に逆さま貼った。「過去」は犬に載った猿が印象的でその背後に見え隠れする花が象徴的である。「未来」は右下に貼り、始めるなら光を!の文字は印象的であり、自分に言い聞かせているのかも知れないと感じられた。明るく、元気に振る舞うが、時に、先の見通しの立たない自分を語ることで感情失禁が生じる。自信のなさがそうさせるのかと思われた。
N.N.	心理カウンセリング学科	4年生 (22歳)	1月25日	SDS=44 TEG=自己肯定 他者否定型	台紙は横。切り抜きは3枚を貼った。「過去」の切り抜きが危うい感じであったのを指摘し、「大変だったの?」と言うと、中学と高校では不登校だったと語り、崖っぷちで頑張った自分だと言った。「現在」は今盛りの花々に彩られ、大学では卒業できるか心配だったけど周りの皆に支えられて、卒業の見通しがつき、「過去」も一段落し、これから「未来」へと進むという希望なのか?不安が強いためか、就職試験は受けない事を決めていた。それが結婚への憧れとしての「花嫁姿」への希望を募らせたものと思えた。
H.R.	児童教育学科	3年生 (21歳)	1月24日	SDS=43 TEG=自己肯定 他者否定型	台紙は横。切り抜き枚数は3枚。3枚の切り抜き共にはみ出し、3枚の切り抜きにクレヨンで文字を記載。3枚の切り抜き全てが台紙からはみ出していた。「過去」の切り抜きに男性の名前がクレヨンで記載され、「現在」と「未来」にはBest、たくみ、肌女の文字がクレヨンで記載されていた。権威的な父親に柔軟に従う母親との関係を引きずっており、父親に似た体格の良い男性に恐怖感を感じている。また、常に他人からどう見られているのか、思われているのかを気にし、常に「私は悪くない。あの人がいけないのだ」と思っている。
T.Y.	環境学科	3年生 (21歳)	1月25日	SDS=49 TEG=自己否定型	台紙は横。切り抜き枚数は3枚。「過去」の切り抜きが大きく、中心に貼られ、今までの平凡な自分だと言った。「現在」は未だに未知数なのか?よく分からない現状を語っていた。「未来」はこの道をひたすら進んで行くという信念を感じさせた。顔と態度には不安が感じられ、就職が心配と言った。得意なパソコンを生かす仕事をみつけたい。TEGではAが極端に高い。自分は面白く話せないので友達がいないと言った。
H.M.	児童学科	3年生 (22歳)	1月28日	SDS=27 TEG=自己肯定型	台紙は横。切り抜き枚数は4枚。クレヨンで「星」2つ描く。「過去」も「未来」も共に現実感がなく、「現在」のビノキオとウィンターチェリーの花の切り抜きは象徴的であり、真の自己を追い求め続けているように思えた。自分の思いだけではどうにもならないと感じつつ弱気も覗かせている。本当は入学した児童学科ではないところに入りたかった。就職も児童に関係のないところに希望していると話した。TEGではACのみが低く、「嫌だと思っている子ども関係の仕事は自分の思い込みなのではないか?」とコラージュ作品のワンポイントアドバイスをすると、すがすがしい顔に変わった。

<.05) が認められていた事から、既往歴がうつ状態の者を対象者としてマークシートに記載されていたメールアドレスに「面接をおこないたいので連絡をお願いします」と依頼のメールを送信した。すでに卒業した者が多く、メール送信者は45名で、協力の得られた者はわずか6名

(13.2%)であった。この6名を対象に半構造化面接をおこなった。なお、半構造化面接においては、エゴグラム(以下、TEGとする)、日本版自己評価式抑うつ性尺度(以下、SDSとする)の質問紙とコラージュ制作をおこなった(表7)。

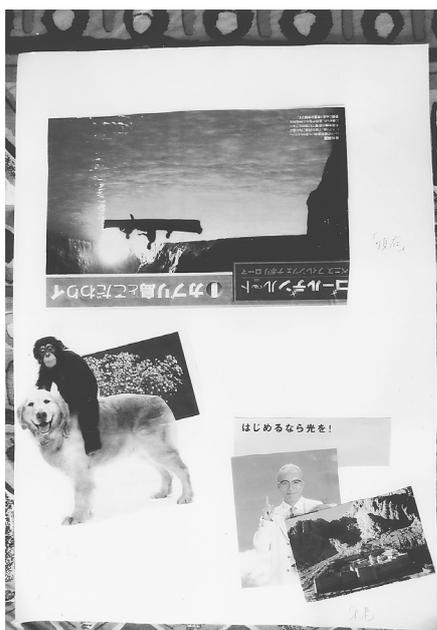


写真1



写真2

方法

- ① TEG：交流分析創始者の E. Berne の弟子である J. Dusay が創案した自我状態プロフィール図である。自我状態は行動、思考、感情が関連した一連のセットとみなし、ある時点で人が自分のパーソナリティの一部を無意識に表現している状態である。それを親の P、大人の A、子どもの C に分類している、自己理解につなげる事に役立つ質問紙である⁷⁾。
- ② SDS：患者自らがおこなう自己評価による抑うつ性尺度である。W.W.K. Zung により開発された尺度で 20 項目の抑うつ状態像因子から構成されている。点数が高いほど抑うつ性が強い事を意味している⁸⁾。
- ③ コラージュ制作：雑誌などから好きな・気になった切り抜きを切ったり、そのまま与えられた台紙に貼っていく方法で、コラージュ・ボックス法とマガジン・ピクチャー・コラージュ法の 2 方法が知られている。今回はコラージュ・ボックス法を用い、「現在」、「過去」、「未来」其々の切り抜きを 1 枚、合計 3 枚の切り抜きを貼る、課題コラージュをおこなった⁹⁾。

結果

6 名の一人の H.M は、SDS は 27 と正常で、TEG も自我肯定型であった。入学当初の不満も自分なりの理解で解決され、他者を配慮する気持ちが育つ事が今後の人生を変えられるように思えた。しかし、他の 5 名では SDS は状況によっては神経症レベルにもなりうる事が示唆され、TEG では 3 名が自我否定型 (T.Y, S.Y, O.N)、2 名が自己肯定他者否定型 (H.R, N.N) であった。T.Y.さんは顔や態度に表す不安が今でも強く、友だちのいない寂しさを

抱えるなど孤独感を引きずり、O.N.さんは表面的には明るく振る舞う姿勢をみせるが、自分の内的な面を語る都度、感情失禁を生じさせるなど、今なお自分の問題を抱え、未解決状況でいることが推察された。また、コラージュ作品では切り抜き枚数が 6 枚と条件を逸脱し、「現在」の切り抜きを逆さまに貼るなど、現状の否認が想定された(写真1)。S.Y.さんは大学院を希望しながらも研究仲間との関係が下手なので人間関係の躓きの心配さを語り、一歩が踏み出せない苛立ちを感じさせた。また、H.R.さんは父親への脅威から父親に似ている男性への恐怖を残しており、職場における人間関係に対する一抹の不安が残されていた。また、N.N.さんは、唯一、コラージュ制作では中学・高校での不登校の問題は解決したと「過去」を締めくくり、「未来」への展望として結婚という願望を表現し、卒業までこぎつけた思いを語り、就職を回避した事を伝えていた(写真2)。このように、半構造化面接においても学生時代にうつ状態であった者は、竹中が述べていたような卒業後もこの状態を維持していく事が十分に考えられ、職場や家族などの周囲の環境との良否に影響されるのではないかと考えられた²⁾。

考察

女子大学生の既往歴ではアトピー性皮膚炎、低血圧、うつ状態の 3 つが 1～3 位までを占め、4 位には過呼吸発作、5 位には小児喘息と続いている。そこで、6 位の気管支喘息までを含めると、アレルギー疾患に罹患している者・していた者が如何に多いかが分かる。今回、重複検討をしていないので、より詳細な判定はできないが、少なくとも 1 年生から 4 年生までの女子大学生の 3 分の 1 はアレルギー疾患を併せ持っている可能性が考えられた。風邪をひき易かったり、咳が出やすかったり、季節の変わり目には調子が悪かったりして体調を崩しやすい事が想定される。次に多いのはうつ状態であり、精神的不健康と判断せざるを得ない者たちである。不安を伴いやすく、欠席・遅刻も多い

であろうし、この状態を卒業後にまで引きづっていくであろうと考えていかなければならない者たちでもある。恐らくは、統合失調症やうつ病と同様に、大学入学前から治療を受けていたと推察される。摂食障害や肥満ばかりに注目してきた筆者は大いに反省させられた。そこで、ここでは起床の状況の思わしくないうつ状態の女子大学生に注目し、検討することを試みた。

1. 精神的不健康の理解

通常、青年期は3期に分けられる。すなわち、青年前期は12～15歳ころまで、青年中期は16～18歳ころまで、青年後期は19～25歳ころまでとされる。今回の調査での対象者は18～22歳までの年齢が大部分である事を考え、青年期の中・後期に相当する。さて、この時期は身体と精神の変動が収まり、安定・成熟した状態となる時でもある¹⁰⁾。また、この時期の心理的变化は個人差が大きいことが特徴の一つでもある。一般敵には精神全体に質的变化が起こる分けて、その意味でも、「精神的不健康」という曖昧な言い方と捉え方がなされているように思われる。

では、精神的不健康はどのように表れてくるのであろうか。①行動異常 ②パーソナリティの歪み ③身体異常

④自覚的異常などの4つの形態で表れると言われている¹¹⁾。ところで、1限の講義に遅刻する者がいるかと思えば、欠席する者もいる。あるいは、入院を余儀なくされ留年する者、退学する者などもある。筆者の経験から、後者の多くはすでに高校生の頃にはその芽が出始めていると考えている。そこで、今回、前者の状況を解決する事を考え、「起床状況」を先の4形態の一つである行動異常と捉え、「起床状況」から検討する事を試みた。すなわち、朝、早く起きられずに遅刻する、欠席するなど起床の状況が絡んだ行動を行動量の変化としてみると不活潑状態であり、非社会的行動の一つの表れでもある自閉の前段階として捉える事もできるのではないかと想定される。さらに、身体の異常は身体疾患と大きく拘わってくる。その際、精神的不健康といっても、身的異常を通じて捉えられる心身症を見逃さないことも大事であると考えられる。

今回、起床の状況を大国の起立性調節障害（以下、O.D.とする）の診断基準を参考に3群に分類したところ、O.D.は学童期よりも思春期前後に発症する疾患でもあったと考えられた。病態生理学的にはサーカディアンリズム障害がその一因ではないかとの報告もあり、今なおスッキリしない、曖昧な疾患の一つと思える。今回、筆者らは「起床状況」からO.D.の診断をする事が不可能であったが、布団からなかなか起き上がれず、起きるのに時間がかかる（起きた時に立ちくらみがあるも含めた）Ⅲ群が350名（43.32%）と最も多く、「起床状況」が思わしくない（Ⅱ・Ⅲ群）では約60%を占めていた。そこで、「起床状況」に

影響を与える要因と考えられる就寝時間をみると、Ⅰ～Ⅲ群共に就寝する時間が24時に集中していた事から、「起床状況」が就寝時間に影響を与えているとは考えにくいと思われた。この睡眠時間の問題は日本の子ども達の睡眠時間の少なさが問題なのであり、子どものイライラの原因の一つとして取り上げられている¹²⁾。さらに、中・高校生と大学生は起床時刻の平均が真夜中を過ぎ、夜型の睡眠・覚醒スケジュールを示しているとの報告もある¹²⁾。このように睡眠相の後退は、所謂、時差ボケ状態である。そう考えると、日本は大学生ばかりでなく、子どもから成人期に至るまでが時差ボケ状態で生活していると考えても少しも不思議ではない。では、何故、就寝時間が遅くなるのであろうか。ここには表を掲載しなかったが、アルバイトを毎日している者とアルバイトを週に2～3日している者を合わせると約40%強で、アルバイトをしていない者も約40%弱を占め、就寝時間が遅くなるのはアルバイトだけによる事ではない事が理解できる。メール、携帯ないしは、インターネットに支配され、依存した生活の繰り返しが「起床」の状況に変化を及ぼしているのではないかと推察される。「起床状況」は基本的な生活信条としての大きな意味を持っている。各学生自身の健康（身体的健康、精神的健康）ばかりでなく、社会生活環境を重要と考えていく必要性も指摘できるのではないかとと思われる。

2. 既往歴の把握

「起床状況」の背景として考えられるもう一つは、先に述べた既往歴の有無を提案したい。何故なら、慢性疾患を抱えている学生にとっては今後も疾患と共に生きていかなくてはならないからであり、疾患がその人の人生を左右している事もありえるからである。起床は一日の始まりであり、健康を理解するには最も良い方法である。

今回の疾患では、朝はなかなか起きられないが325名（40.2%）で最も多く、次いでアレルギー性疾患（アトピー性皮膚炎、小児喘息、気管支喘息）が285名（35.2%）、低血圧が153名（18.9%）、うつ状態が95名（11.8%）の順であった。アレルギー性疾患、低血圧とうつ状態は女子大学生における既往歴の三大疾患と考えても良いのではないかと思える。しかし、うつ状態はⅠ、Ⅱ群に比べⅢ群が最も多く有意差（ $P=0.037$ （ $df=2$ ）、 $P<.05$ ）がみられていた。また、摂食障害（拒食症）ではⅠ群がⅡ、Ⅲ群に比べて多く有意差（ $P<.01$ ）がみられていた。ところで、アレルギー性疾患ではアトピー性皮膚炎が103名、気管支喘息が55名、小児喘息が127名で、「起床状況」とは関係ない事が分かった。少なくとも起床状況に影響を及ぼしている可能性があるのは低血圧とうつ状態の既往歴を有している者ではないかと推察された。ところで、うつ病ではなくうつ状態とはいかなる病態なのであろうか？うつ状態とは

抑うつ気分、興味と喜びの喪失、活力の減退による易疲労感の増大や活動性の減少に悩まされる状態であり、睡眠障害、食欲不振、自傷あるいは、自殺の観念や行為などで表し、易疲労感などの身体症状を伴い、希望がなく、悲観的な日々を生きている事を忘れず、常に援助をし続けていかなければならない人たちである¹³⁾。うつ状態といえども、うつ病と同様に治療や経過観察が大事である事が理解できる。

3. うつ状態の判構造化面接について

半構造化面接を引き受けてくれた者は6名のみであったが、5名の者は卒業後もうつ状態の再発・再燃が十分に考えられた。大学という守られた枠や良い友人関係によって支えられて卒業にこぎつけたのであって、環境の悪化はすぐさまうつ状態を引き起こす可能性がある事が十分に想定された。ところで、今回実施したコラージュ制作は「現在」、「過去」、「未来」の切り抜きを1枚ずつ、計3枚を貼る、課題コラージュ法でおこなった。先にも述べたが、この方法は筆者らが2008年～2010年までの間に、開発・改良した方法である⁹⁾。さて、うつ、うつ状態やうつ病におけるコラージュ表現についての発表や報告は未だみられていない。そう考えると、うつやうつ状態におけるコラージュ表現についての更なる研究を積み重ねていく努力をしていくべきであろうと考えている。

4. 今後の課題

小・中学校で朝起きが悪く、起立性調節障害の診断を受け、治療されてきたものたちは不登校児の約40%に相当しているとの報告がある。そのものたちは成長し、大学生・社会人として生活していくのであるが、その間、何の問題や訴えない健全人として生活しているのか？あるいは、相変わらずの何らかの不定愁訴を訴えながらも生活しているのか？という疑問が相変わらず残されてしまった。今回、心電図検査をおこなうことができなかったこともあり、未解決となってしまった。

今後は心電図検査が施行できる環境作りを期待していきたい。

本論文は第55回 日本心身医学会総会ならびに学術講演会においてポスター発表したものに加筆・修正したものである。また、お手伝いをいただいた心理カウンセリング学科 佐藤明穂助手にお礼を申し上げます。

文献

- 1) 伊達萬理子, 檜塚正一, 田嶋恭江, 他: 女子学生のストレスと健康状態に関する実態調査, 健康運動科学, 1. 7～20, 2010
- 2) 竹中晃二: ストレスマネジメント, 2005, ゆまに書房, 東京
- 3) 平野優子: 大学低学年におけるデイリー・ハッスルと入学前後のストレスフルで重大な出来事との関連, 学校保健研究, 47 (3), 201～208, 2005
- 4) 安宅勝弘, 景山任佐: 大学における産業精神保健活動の現状と課題, CAMPUS HEALTH, 44 (2), 9～14, 2007
- 5) 坂本玲子: 大学生の睡眠傾向について—新入生への睡眠調査を通して—, 山梨県立大学人間福祉学部紀要, 4, 51～58, 2009
- 6) 日本小児心身医学会 (編): 小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン, 小児心身医学会ガイドライン集, 日常診療に活かす4つのガイドライン, 1～54, 2009, 南江堂, 東京
- 7) エゴグラム: 心身医学用語事典, 社団法人 日本心身医学会 用語委員会 (編), P.20, 1999, 医学書院, 東京
- 8) 日本版 SDS 自己評価式抑うつ性尺度 使用手引き, 三京房, 京都
- 9) 近喰ふじ子, 上野美沙: P-12 課題コラージュの一技法としての「現在, 過去, 未来」の試み, 第51回 日本心身医学会ならびに学術講演会, P.568, 2010年
- 10) 新福尚武, 宮本哲雄, 小滝信夫 (共著): 新版 精神保健入門, 3. 青年期の精神保健, 81～83, 1960, 医学出版社, 東京
- 11) 新福尚武, 宮本哲雄, 小滝信夫 (共著): 新版 精神保健入門, 8. 精神的不健康の捉え方と取扱い方における基本的なこと, 129～131, 1960, 医学出版社, 東京
- 12) 神山 潤: 子どもの睡眠, 5. 今の日本の子どもたちの睡眠事情, 37～42, 2003, 芽ばえ社, 東京
- 13) 白川修一郎: 生体リズムと睡眠, 初心者のための睡眠の基礎と臨床, 日本睡眠学会第24回学術大会, 9～18, 1999

Abstract

To better understand the health of female university students, we decided to undertake a study from the perspective of their conditions when they first get up.

Therefore, we divided the conditions into four groups, using as a reference Dr. Oguni's diagnostic criteria of orthostatic dysregulation (OD). He studied conditions at his medical institution. However, as there were few responses from Group IV "Lightheadedness when getting up", we combined Group IV and Group III in tallying the results. As a result, we had three groups: Group I (arise, immediately after waking): Group II (poor wakefulness. Feel drowsy after getting up): Group III (cannot get up for some time and it takes to get up or they feel lightheadedness when doing so). We used a voluntary nominative questionnaire. The subjects were 926 undergraduates from freshmen to seniors. As we excluded incomplete data, the final count of subjects was 808. We handed out the questionnaire to the subjects on April 1 and 2, 2011 when the regular health examination was conducted. The survey from consisted of a consent form, a face sheet, a questionnaire about health, the self-consciousness scale and the other consciousness scale. We conducted an χ^2 analysis.

The results showed that 301 subjects (37.25%) in Group I, 157 subjects (19.43%) in Group II and 350 subjects (43.32%) in Group III got up. In Group II and III, 60% of the subjects were in an unfavorable condition when they got up. As approximately 40% of the subjects in all the groups went to bed at 24:00, we assumed that arising has no relation to going to bed. Among the past illnesses of the subjects, allergic diseases (atopic dermatitis, childhood asthma, bronchial asthma) accounted for the largest percentage. In each group, 285 subjects (35.2%) had one or more of these diseases in the past. In addition, we can say that hypotension, depression and allergic diseases seem to be the three major diseases in women's colleges: 153 students (18.9%) reported hypotension, and 95 students (11.8%) depression. The number of depression cases increased in the order of Group I, Group II, Group III, and significant differences($P<.01$) were seen. In respect to the self-consciousness scale, compared to the students in Group I, students in Group II and III who faced unfavorable conditions, when arising were assumed to be more aware of their inner aspects, feelings, external aspects and behaviors. It was considered that they were fully aware of their problems. With respect to the other consciousness scale, we found that, compared to the students of Group I who had no problem when getting up, the students in Group II and III were less likely to turn their attention to their own feelings and emotions, and attend to their appearance. They were found to have no regard or room to think about others.

From this survey, we assume that depression is present in those students in Group II and III who face unfavorable conditions when getting up, and we came to understand that it is important to pay attention to their physical, as well as mental disorders. It was considered that an appeal for comprehensive attention to both mental disorders and physical disorders is desirable, and that support for the depression that is behind the conditions is important. Female university students of depression disorder made collage works.