

実践報告

睡眠時無呼吸症候群（S A S）患者の 退院後の自己管理指導の検討

— 食事および運動の実態調査から —

西 千暁・若山 麻紀・湊谷 陽子

土田 美穂・中川 正美・中西 容子

金沢市立病院

Examination of self-management guidelines following discharge
from hospital in patients with sleep apnea syndrome:
Survey of meals and actual movement

Chiaki Nishi, Maki Wakayama, Youko Minatoya

Miho Tuchida, Masami Nakagawa and Youko Nakanishi

Kanazawa Municipal Hospital

キーワード

睡眠時無呼吸症候群, 生活習慣病, 認識, 食事運動療法

はじめに

睡眠時無呼吸症候群（Sleep Apnea Syndrome 以下S A Sとする）は、中年の肥満男性に多く、高血圧・糖尿病・高脂血症・喫煙習慣などの危険因子を高率に合併し、突然死などの生命予後に直接影響しうる脳梗塞・心筋梗塞などとの関連性もクローズアップされている。このS A Sと関連する病態の中で、肥満は特に重要な位置を占めているのはよく知られており、いわゆる「生活習慣病」との関連性は密接であると考えられる¹⁾。また、生活習慣病のほとんどは肥満が関係しており、このことから、肥満のあるS A S患者では、減量が重要な治療となっている。

そのため当院では、平成12年から約2週間の入院期間中に、C P A P（持続陽圧呼吸法）の導入とともに、合併症チェックとあわせて、減量を目的とした食事・運動療法に取り組んでいる。しかし、C P A P装着に重点を置いた画一的な指導が

主で、食事・運動療法の継続に向けた生活習慣の改善に向けての介入・動機付けが十分に行われていない現状が問題となっている。

前回研究においても、睡眠日誌の導入によりC P A P装着に意識づけを図ることはできた²⁾が、患者の生活習慣の中の問題に目を向けるまでに至らなかった。

今回、私たちは、介入前の段階として退院後の生活の実態を調査し、問題点を検討した。さらに、ダイエット成功患者を取り上げ、ダイエットの動機付けと成功した理由について考察・検討を行った。その上で、肥満のあるS A S患者のダイエット継続に必要な要因と入院中におけるアプローチ方法について検討したので報告する。

用語の定義

1. 減量：体重が食事と運動の改善を行い減少すること。

表1 BMI・食事習慣・運動習慣の変化

項目		ダイエット群 (n=17)	非ダイエット群 (n=7)
BMI (m ² /kg)	入院時	31.9	26.8
	退院時	30.5	25.3
	退院時－入院時	－ 1.4	－ 1.5
	調査時	30.2	25.7
	調査時－退院時	－ 0.3	0.4
食事の規則性 ある人 名 (%)	入院時	12 (70.6)	5 (71.4)
	調査時	15 (88.2)	5 (71.4)
	調査時－入院時	3 (17.6)	0 (0)
間食の習慣 ある人 名 (%)	入院時	9 (52.9)	3 (42.9)
	調査時	4 (23.5)	3 (42.9)
	調査時－入院時	5 (29.4)	0 (0)
運動の習慣 ある人 名 (%)	入院時	8 (47.1)	4 (57.1)
	調査時	13 (76.5)	3 (42.9)
	調査時－入院時	5 (29.4)	－1 (－14.3)

2. ダイエット：体重が食事もしくは運動の改善を行い減少すること。

3. 食事・運動療法：患者の入院前までの食事および運動習慣を改善するための教育を含めた治療のこと。

SAS患者の退院後の生活の実態

1. 研究方法

1) 対象

当院でCPAPを導入した事例のうち、今回の研究について同意が得られた男性30名である。対象の平均年齢は45.4歳である。倫理的配慮として研究対象者へは、質問紙の郵送と共に文章で研究の主旨および研究以外の目的で使用しない事を説明し、同意を得られた患者を対象とした。

2) 調査方法

対象者全員に当科で独自に考案した質問紙調査を行った。質問紙の回答は、自己記入法とした。調査内容は、入院時・退院時・現在の体重、SASに対する一般的知識および理解度、退院後ダイエットをしているか否かとその理由、入院前・退院後の食事・運動についてである。

3) 分析方法

退院後、対象者自身がダイエットを行っているかと答えた人をダイエット群、ダイエットを行っていないと答えた人を非ダイエット群と分類した。調査結果は単純集計しダイエット群と非ダイエット群を比較した。

2. 結果

調査紙の回収率は、30名中24名(80%)であった。そのうち、ダイエット群は17名(70.8%)、非ダイエット群は7名(29.2%)であった。

1) BMIの変化

入院時のBMIはダイエット群は31.9、非ダイエット群は26.8であり、ダイエット群のBMIの方が多かった。入院時から退院時のBMIの変化はダイエット群は－1.4、非ダイエット群は－1.5とほぼ同じであった。退院時から調査時の変化はダイエット群は－0.3、非ダイエット群は＋0.4であり、ダイエット群は少しずつであるがBMIの減少がみられた(表1)。

2) 食事習慣の変化

入院時に食事を規則正しく摂取できていた人はダイエット群は12名(70.6%)、非ダイエット群は5名(71.4%)であった。入院時における食事に規則性はダイエット群の非ダイエット群も差はなかった。入院で食事療法を受け、規則正しく摂取している人は調査時にはダイエット群は15名(88.2%)、非ダイエット群は5名(71.4%)であった。入院時から調査時の変化はダイエット群は3名(17.6%)の増加がみられたが、非ダイエット群は0名と変化がなかった(表1)。

入院時に間食の習慣のある人はダイエット群は9名(52.9%)、非ダイエット群は3名(42.9%)であった。入院時に間食の習慣のある人はダイエット群の方が多かった。入院で食事療法を受け、

表2 原因の認識（複数回答）

内 容	ダイエット群 (n=17)	非ダイエット群 (n=7)
肥満	17 (100%)	7 (100%)
運動不足	10 (58.8)	2 (28.6)
食べすぎ	8 (47.1)	4 (57.1)
扁桃腺肥大	7 (41.2)	1 (14.3)
鼻の疾患	6 (35.3)	2 (28.6)
ストレス	4 (23.5)	6 (85.7)
先天的なもの	3 (17.6)	1 (14.3)
睡眠不足	2 (11.8)	1 (14.3)
疲労	2 (11.8)	2 (28.6)

表3 肥満が原因で起こる合併症の認識（複数回答）

内 容	ダイエット群 (n=17)	非ダイエット群 (n=7)
糖尿病	15 (88.2%)	2 (28.6%)
心疾患	13 (76.5)	5 (71.4)
膝の障害	11 (64.7)	2 (28.6)
呼吸障害	7 (41.2)	1 (14.3)
肝障害	5 (29.4)	2 (28.6)
脳障害	5 (29.4)	1 (14.3)
突然死	4 (23.5)	0 (0.0)
痛風	4 (23.5)	1 (14.3)
腎障害	1 (5.9)	0 (0.0)
何もおこらない	0 (0.0)	1 (14.3)

間食の習慣のある人は調査時にはダイエット群が4名(23.5%)、非ダイエット群が3名(42.9%)であった。入院時から調査時の変化は間食をやめた人はダイエット群は5名(29.4%)と大幅に増加した。一方、非ダイエットは変化がなかった(表1)。

3) 運動習慣の変化

入院時の運動習慣のある人はダイエット群は8名(47.1%)、非ダイエット群は4名(57.1%)であり、非ダイエット群の方が運動習慣のある人が多かった。入院で運動療法を受け、調査時にはダイエット群は13名(76.5%)、非ダイエット群は3名(42.9%)であった。入院時から調査時の変化はダイエット群は5名(29.4%)の増加、非ダイエット群では1名(14.3%)の減少がみられた(表1)。

4) SASの原因の認識について

SASの原因の認識は、表2からダイエット群も非ダイエット群も全員が肥満を挙げた。食べすぎと考えている人はダイエット群8名(47.1%)、非ダイエット群は4名(57.1%)とほぼ半数の人が考えており差はなかった。一方、運動不足と考えている人はダイエット群10名(58.8%)、非ダイエット群2名(28.6%)であり、ダイエット群の方が運動不足を原因と考える人が多かった(表2)。

5) 肥満が原因で起こる合併症の認識

肥満が原因で起こる合併症の認識では、ダイエット群は肥満が種々の病気の原因になることを認識している人が多かった(表3)。

6) 治療の認識

SASの治療で大切なことの認識は、ダイエッ

表4 治療の認識（複数回答）

内 容	ダイエット群 (n=17)	非ダイエット群 (n=7)
食事	16 (94.1%)	6 (85.7%)
運動	15 (88.2)	5 (71.4)
CPAPの装着	12 (70.6)	4 (57.1)
睡眠時間	4 (23.5)	0 (0.0)
禁酒	1 (5.9)	2 (28.6)
禁煙	1 (5.9)	1 (14.3)

ト群は食事16名(94.1%)、運動15名(88.2%)であった。一方、非ダイエット群は食事6名(85.7%)、運動5名(71.4%)であり、ダイエット群も非ダイエット群も食事・運動は大切であると認識しており差はなかった(表4)。

ダイエットする理由は、無呼吸を治すために16名(94.1%)、健康のために13名(76.5%)、合併症が怖い10名(58.8%)、CPAPをつけたくない7名(41.2%)、入院で必要性を感じたが5名(29.4%)、先生に言われたから3名(17.6%)、服がなくなるが2名(11.8%)であった。

ダイエットしない理由は、CPAPをつければ問題がない3名(42.9%)、必要と思わない3名(42.9%)、意思が弱く過去に失敗したが3名(42.9%)、禁酒ができない2名(28.6%)であった。

ダイエット成功患者との面談

1. 研究方法

1) 対象

ダイエット群の中で最も体重が減少した患者1名を対象とした。口頭で研究の主旨を説明し、面接の方法と内容を説明し同意を得た。

2) 調査方法

プライバシー保持のできる個室で、1名の研究者が半構成的なインタビューガイドを用いて面接調査を実施した。面接内容は、ダイエットを行おうと思った動機について聞き、記述で残した。また、対象が自由に話すことができるように傾聴の姿勢をとった。面接内容を食事・運動・SASの病識に分け考察を行った。

2. 結果

1) 食事について

「今までが食いすぎやったのが、よく分かった。」
「間食もよく食べとったけど今は一切食べとらん。」

「前は油っこいものを好んで食べとったけど、今は野菜を多くとるようにしとる。」
「これ(CPAP)やめたいから酒もきっぱりやめた。」の言葉が聞かれた。

2) 運動について

「元々、剣道しとる今もしとる。」の言葉が聞かれた。

3) 病識について

「車を運転していて何度も居眠りをして、気がついたら知らんところにいたことがよくある。」
「これ(CPAP)つけると体が楽やわ。」
「めかたを減らすのが一番なんやろ。」
「太るとるといんな病気になる。やせたら血糖値も下がった。」との言葉が聞かれた。

考 察

SAS患者は、その約7割に肥満を伴う。また、肥満の患者の発生率は約3倍と言われており³⁾、SASと肥満の関係は大きい。

当院ではCPAPの導入とともに、減量プログラムとして運動療法、糖尿病教室での食事指導、カロリー制限による食事療法を行っている。しかし、減量に成功してもしばらくすれば体重が元に戻るという逆戻りはよく見られ、体重増加の繰り返しは、ウェイトサイクリングと呼ばれている。肥満治療の目標とは、減量しかつ減らした体重を維持することであり、このためには、食事制限と身体活動の増加に加え、太りやすい生活習慣の是正が必要である⁴⁾。

今回、私たちは、SAS患者の退院後の生活習慣における実態調査を行い、ダイエットの必要性の認識とダイエット継続に必要な要因を明確にした。

SASの原因はダイエット群も非ダイエット群も全員が肥満と挙げた。しかし、ダイエット群は

食べすぎ、運動不足も原因と考えられているが、非ダイエット群は食べすぎとは考えているが、運動不足を原因として考えていない傾向にあった。これはダイエット群が退院後に運動を始めた人が増えたことにつながったと思われる。また、ダイエット群は肥満を生活習慣病と関連づけて考えられているため表3のように肥満を種々の病気の原因となることを認識している結果となったと思われる。これはダイエット群は非ダイエット群と比較すると入院時のBMIが高く、入院することにより食事・運動療法を受け肥満の合併症について深刻に受け止めたためと思われる。

面接においては、入院することにより食事・運動療法を体験することが今までの自分の生活と比較することができ、過剰摂取をしていたことを実感できた。体験が今までの自分の生活の改善点を明らかにすることができたためダイエットの動機づけとなったと思われる。このことから、肥満を改善するためには適切な食事・運動などを体験し自分の生活と比較し、問題点を自らが自覚することが大切と思われる。そのうえで、それぞれのライフスタイルに合わせた食生活の改善と無理なく継続できる運動を入院中から具体的に見出すことが重要と考える。

今回の研究では、対象者が少なく傾向を述べるのみにとどまってしまったが、今後の課題として、入院中の教育プログラムの作成と入院前の生活背景を把握するための方法を考えるとともにダイエットを継続できない患者の要因を追究し入院中のアプローチ方法を考えていきたい。

結 論

1. 生活習慣病をはじめとする肥満の合併症への危惧感を持つ知識の不足がある。
2. 入院時のBMIはダイエット群の方が高かった。退院時と現在のBMIの比較では非ダイエット群が増加した。
3. SASの原因の1つとして全員が肥満を挙げている。
4. ダイエット群は、肥満が原因で起こる障害を種々ととらえている。

文 献

- 1) 栗山喬之：睡眠時無呼吸症候群は生活習慣病か？, Mebio, 17(9), 46-50, 2000
- 2) 谷内田浩子：睡眠時無呼吸症候群患者の在宅治療継続への支援, 第32回日本看護学会論文集

地域看護, 27-28, 2001

- 3) 岡田 保, 粥川裕平：閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (第1版), 創造出版, 18, 1996
- 4) 佐々木温子：肥満の行動修正療法, 臨床栄養, 96(5), 502-503, 2000