

笑いやライフスタイルと心の健康およびQOLに関する研究

五十嵐 慎 治
永 井 邦 芳

Summary

【目的】日常生活における笑いやライフスタイルと、精神的健康度およびQOLの関連を明らかにすることを目的とした。【方法】A市とその近郊に在住する地域住民1466名を対象に無記名自記式の質問紙調査法を実施した。【結果】381件から回収され(回収率26%)、平均年齢は67.1±11.4歳(range 23-93)、男性148名(38.9%)、女性232名(61.1%)であった。精神的健康は笑いの意識の有無において、有意差を認めた。ライフスタイル高得点群の活力、日常役割機能(精神)は低得点群よりも、微笑み高頻度群の精神的サマリースコア、笑いをこらえる高頻度群の精神的健康度は、低頻度群よりも有意に高かった。一方、作り笑い高頻度群の精神的健康度は、低頻度群よりも有意に低かった。【結論】精神的健康、QOL向上において、日常生活で“笑い”及び“作り笑いにも健康効果があること”を意識すること、“微笑む”機会を増やすこと、望ましいライフスタイルを確立することの重要性が示唆された。

Key Words : 笑い (laughter), ユーモア態度 (humor attitude), ライフスタイル (lifestyle), 精神的健康度 (mental health), QOL

I. はじめに

昨今、厚生労働省はうつ病を加えた「5大疾病」として、重点対策を進めるための方針を発表しており、メンタルヘルスへの関心は高まっている。就業支援や福祉、社会参加の面から施策は講じられる一方で、未だに抑うつや孤立死、自殺は、高齢者を取り巻く大きな問題である。このような背景において、超高齢社会が進む中、地域住民の心身の健康や、よりよく生きるための生活の質(QOL)の保持・増進は重要な課題である。

土井(2004)は“近年、日本におけるQOL研究の取り組みが進み、臨床での患者や障害者を対象とした研究だけでなく、地域に住む人々や自然環境や社会環境をも含めた研究へと発展しつつある”と述べている。中でもヘルスプロモーション促進のため、個人のライフスタイルと健康に焦点を当てた研究は少なくない。特にBreslowらが調査の中から見出した7つの健康習慣である①7-8時間睡眠 ②禁煙 ③適性体重維持 ④適性飲酒 ⑤定期的な身体活動 ⑥朝食を食べる ⑦間食をとらない、は広く知られており、とりわけ身体的健康との強い関連が報告されている(森本, 1995)。しかしながら、ライフスタイルと精神的健康との関連についての報告は少ない現状にある(森本, 1995; 人見ら, 2002; 瀧野ら, 2003; 中山, 森本, 2005)。また、健康に良いライフスタイルと理解はしていても、継続困難なこともしばしばあると考

えられる。適切な睡眠や身体活動の例で言えば、加齢に伴う睡眠時間の短縮化や、ロコモティブシンドロームに代表されるような運動器障害の影響などから身体活動の減少を招くといったことである。このように加齢による身体的・心理的・社会的な変化は、ライフスタイルの変化に影響することが推察される。そこで、健康との関連が指摘されている『ライフスタイル』のみならず、幅広い年代層でも容易に導入・継続が可能だと考えられる『笑い』に着目した。

そもそも笑いには、微笑 (smile) や声をたて笑う (laughter) といった自然な笑いから、空笑などの病的な笑いがある。また、快な感情を伴うことの他にも、照れ笑い、愛想笑い、といった感情に反したような笑い、いわゆる作り笑いもある。これまでの笑いの研究では、笑い体験前後での比較実験が多く、効果の持続についての縦断的研究が少ない現状にある。笑いの効果としては、免疫機能向上 (西田, 大西, 2001; 田中ら, 2005), 作り笑いによるNK細胞の活性 (西田, 福島, 2012), 覚醒を促す効果 (新田, 1997) といった身体的効果や、抑うつや不安の緩和 (小林ら, 2012) といった精神的効果が報告されている。このように量的にも、質的にも多様な笑いにおいて、日常生活における笑いの頻度に着目した研究は少ない (大平, 2004; 大平, 2008)。また、笑いの頻度に着目した研究は総じて、“声を出す笑い”に限定されていた。

日常的にある笑いだからこそ、健康効果をわかっていても意識することは少ないと推察される。そのため、笑いの頻度やライフスタイルの実態を調査し、精神的健康やQOLを高めるための示唆を得ることには意義があると考えた。

II. 研究目的

本研究は、種々の笑いの在り方 (ユーモア態度・頻度) やライフスタイルと、精神的健康度、およびQOLの関連について明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

1. 研究の概要および対象の選定

本研究は、平成25年に実施された「豊橋市大学連携研究費補助金交付事業“地域高齢者の口から食べること、笑うことの現状把握とQOL向上への取り組み”」で収集されたデータの一部を使用したものである。

2. 研究対象および調査方法

A市とその近郊に在住する地域住民1466名を対象として、無記名自記式の質問紙調査法による郵送調査を実施した。

3. 調査内容

調査票は、以下の項目で構成した。また尺度使用に際しては、使用の許諾を得ている。

基本属性は、性別、年齢、現在の治療の有無、趣味の有無、友人に会う頻度、経済的余裕で構成した。

ライフスタイルは、Breslowらや森本らの検証した健康に良い生活習慣項目を参考に、①適正な睡眠時間（6時間以上）をとる、②喫煙をしない、③適正体重（ $18 \leq \text{BMI} < 25$ ）を維持する、④毎日は飲酒をしない、⑤軽く汗を流す程度の運動を週に1回以上している、⑥毎日朝食を食べる、⑦間食または夜食を毎日は食べていない、といった7項目の実行数を健康習慣指数（Health Practice Index：HPI）として評価した。望ましい回答には1点、そうでないものには0点の計7点でライフスタイル得点とする。なお、睡眠時間、喫煙量、については詳細な値を問い、適正体重については、身長、体重を問い、集計の段階でBMIを算出した。

笑いの在り方は、笑いを意識的に取り入れているか、笑いの頻度は微笑、声を出して笑う、涙を流すほど笑う、笑いをこらえる（以上は快感情を伴う）、作り笑い（感情とは反して）について、1 ほぼ毎日～5 ほとんど笑わない、の5件法で尋ねた。またユーモアの好みの違いを測定するためユーモア態度尺度（上野，1993／宮戸・上野，1996）も用いた。支援的ユーモア・攻撃的ユーモア・遊戯的ユーモアの3つの下位尺度からなる24項目で、「あてはまらない（1点）」から「あてはまる（5点）」の5件法で回答を求めた。

SF-8は、「個人や集団の主観的な心身の健康」と定義される健康関連QOLを測定するスケールで、(1)全体的健康感、(2)身体機能、(3)日常役割機能（身体）、(4)体の痛み、(5)活力、(6)社会生活機能、(7)心の健康、(8)日常役割機能（精神）の8つの概念から成り、それぞれ過去一か月における状態について、5ないし6段階で回答を求めた。SF-8の8つの次元は、SF-36 version 2の8つの下位尺度に対応しており、比較解釈ができるよう2002年に行ったSF-36調査の国民一般標準値（国民平均値を50、標準偏差10とする）をもとにしたスコアリング方法にてスコアを算出した。さらに各項目に重み付け係数を掛けたものを加算し、同じく国民一般標準値（国民平均値を50、標準偏差10とする）を基準とした身体的サマリースコアと精神的サマリースコアを算出した。なお、身体的サマリースコアへの影響の大きい項目は、(1)全体的健康感、(2)身体機能、(3)日常役割機能（身体）、(4)体の痛みの4項目であり、精神的サマリースコアへの影響の大きい項目は、(5)活力、(6)社会生活機能、(7)心の健康、(8)日常役割機能（精神）の4項目である。いずれも得点が高いほどQOLが高いことを示す。

GHQ（General Health Questionnaire）精神健康調査票12項目版（以下GHQ12）は、心の健康度の測定に用いた。Goldberg and Hillier（1972）が開発し、中川、大坊ら（1985）によって日本語版に標準化されたGHQ-60の短縮版であり、得点が高いほど精神的健康度が低いことを示す。12項目の質問で構成され、4件法で回答を求めた。採点方法には、Likert法（0, 1, 2, 3と配点）及びGHQ法（0-0-1-1と配点）があり、本研究では主としてGHQ法による採点結果を使用した。

4. データの分析方法

統計解析には、IBM SPSS Statistics 21 for Windowsを用い、欠損値は分析ごとに除外し

て処理を行った。基本統計量の算出し、ライフスタイル得点、笑いの頻度については、中央値を境に、高低2群に分けて分析した。また t 検定、一元配置分散分析を用い、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

本研究では、「個人情報の保護に関する法律」および「疫学研究に関する倫理指針」（平成20年12月1日一部改正 文部科学省・厚生労働省）に基づき、研究参加及び中断の自由、不参加等による不利益がないこと、プライバシーの保護に努めることなどを書面で説明し、調査票の返送を持って研究参加の同意とした。なお、豊橋創造大学の生命倫理委員会の審査・承認を得ている。

IV. 結果

1. 調査対象者

質問紙の配布は1466件、回収した質問紙は381件（回収率26%）であった。

2. 対象者の属性

対象者の属性は次の通りである（表1）。平均年齢±標準偏差は67.08±11.44歳であった。23歳-93歳と幅があり、各世代を4群に分けたところ、若年層（23-54歳）は51名（13.5%）、高年齢者層（55-64歳）は77名（20.4%）、前期高齢者層（65-74歳）は161名（42.6%）、後期高齢者層（75-93歳）は89名（23.5%）であった。男性は148名（38.9%）、女性は232名（61.1%）で約6割が女性であった。治療状況は、208名（57.5%）の方が現在治療中であると回答し、複数回答で得られた疾患名では、高血圧、高脂血症、糖尿病、視力障害、心疾患の順が多かった。趣味については複数回答で求めており、文化的活動と回答したのは179名、スポーツ的活動と回答したのは177名、趣味はないと回答したのは34名、その他と回答したのは131名であった。趣味はない以外をあり群とし、趣味の有無を2群に分けた結果、90.8%の方が趣味を持っていた。友人と会う機会としては、227名（61.4%）が週一回以上の頻度で交流を持っていた。経済的な余裕では、317名（84.9%）が余裕有りとの主観的評価をされていた。

3. 基本属性とライフスタイル得点、ユーモア態度、QOL、精神的健康度の比較

ライフスタイル得点、ユーモア態度尺度の下位尺度である攻撃的ユーモア、遊戯的ユーモア、支援的ユーモア、SF-8の身体的サマリースコア、精神的サマリースコア、GHQ12を従属変数に、性差、現在の治療状況、趣味の有無、友人と会う頻度、経済的余裕をそれぞれ独立変数に t 検定を実施した（表2）。性差では、男性の攻撃的ユーモア得点は $P<0.001$ で、精神的サマリースコアは $P<0.05$ で女性より有意に高かった。GHQ12は $P<0.01$ で、女性より有意に低かった。現在の治療状況では、治療不要群の身体的サマリースコアは $P<0.001$ で、治療必要群よりも有意に高かった。趣味の有無では、趣味あり群の身体的サマリースコアは $P<0.01$ で、趣味なし群よりも有意に高かった。またGHQ12は $P<0.05$ で、

趣味なし群より有意に低かった。友人と会う頻度に関しては、中央値から会う頻度の多い・少ない2群に分けて分析を行ったところ、友人と会う頻度の多い群の精神的サマリースコアはP<0.05で、少ない群よりも有意に高かった。またGHQ12はP<0.01で、友人と会う頻度の少ない群より有意に低かった。経済的余裕においては、経済的余裕あり群のライフスタイル得点はP<0.001で、身体的サマリースコア、精神的サマリースコアはP<0.05で、なし群に比べて有意に高かった。またGHQ12はP<0.01で、経済的余裕なし群より有意に低かった。

表1 対象者の基本属性

年齢	mean±SD		67.1±11.4歳 (range 23-93)	
項目		n	%	
年齢階層 4群	若年～高齢者(23-54)	51	13.5	
	高齢者(55-64)	77	20.4	
	前期高齢者(65-74)	161	42.6	
	後期高齢者(75-93)	89	23.5	
性別	男	148	38.9	
	女	232	61.1	
治療状況	病気や障害はない	115	31.8	
	病気・障害はあるが現在は治療の必要なし	25	6.9	
	自己判断で治療中断している	14	3.9	
	現在、治療中である	208	57.5	
趣味の有無	趣味なし	34	9.2	
	趣味あり	335	90.8	
友人と会う機会	ほとんど毎日	54	14.6	
	週2, 3回	105	28.4	
	週1回程度	68	18.4	
	月1, 2回	71	19.2	
	年に数回	44	11.9	
	ほとんどない 友人はいない	26 2	7 0.5	
経済的余裕	十分にある	80	21.4	
	多少ならある	237	63.5	
	あまりない	45	12.1	
	全くない	11	2.9	

無回答 無記載

表2 基本属性2群間とライフスタイル得点、ユーモア態度尺度、SF8、GHQ12の得点との比較

項目	性別	n	mean	±SD	有意水準	治療状況	n	mean	±SD	有意水準	趣味	n	mean	±SD	有意水準	友人と会う頻度	n	mean	±SD	有意水準	経済的余裕	n	mean	±SD	有意水準
ライフスタイル得点	男	147	5.7	1.2	n.s.	不要	140	5.6	1.1	n.s.	あり	335	5.7	1.0	n.s.	多い	227	5.7	1.0	n.s.	あり	317	5.8	1.0	***
	女	231	5.7	1.0		必要	222	5.7	1.0		なし	33	5.5	1.1		少ない	142	5.7	1.1		なし	55	5.2	1.2	
攻撃的ユーモア	男	139	19.8	6.0	***	不要	134	18.4	5.7	n.s.	あり	307	18.3	5.6	n.s.	多い	206	18.5	5.7	n.s.	あり	288	18.5	5.7	n.s.
	女	207	17.5	5.2		必要	200	18.5	5.7		なし	30	18.7	6.8		少ない	132	18.2	5.6		なし	52	17.8	5.9	
遊戯的ユーモア	男	137	26.7	5.1	n.s.	不要	134	26.4	4.5	n.s.	あり	311	26.8	4.8	n.s.	多い	206	26.6	4.8	n.s.	あり	293	26.8	4.6	n.s.
	女	213	26.5	4.9		必要	203	26.7	5.2		なし	30	25.0	6.0		少ない	136	26.6	5.2		なし	51	25.7	6.6	
支援的ユーモア	男	139	23.6	6.5	n.s.	不要	133	24.0	6.0	n.s.	あり	311	24.2	5.9	n.s.	多い	206	24.2	5.8	n.s.	あり	294	24.1	5.8	n.s.
	女	212	24.3	5.7		必要	205	24.1	6.2		なし	31	21.9	7.8		少ない	137	23.7	6.5		なし	52	23.6	7.4	
身体的サマリースコア	男	132	48.9	7.1	n.s.	不要	136	50.2	6.0	***	あり	308	48.7	6.8	**	多い	209	48.9	6.6	n.s.	あり	291	48.8	6.8	*
	女	212	48.1	6.7		必要	195	47.1	7.3		なし	29	45.0	7.0		少ない	129	47.6	7.2		なし	49	46.3	7.0	
精神的サマリースコア	男	132	49.9	6.7	*	不要	136	48.8	6.3	n.s.	あり	308	49.2	6.5	n.s.	多い	209	49.6	6.5	*	あり	291	49.4	6.3	*
	女	212	48.5	6.5		必要	195	49.3	6.9		なし	29	47.4	8.1		少ない	129	48.0	6.7		なし	49	46.6	7.9	
GHQ総得点	男	134	1.5	2.3	**	不要	135	1.9	2.5	n.s.	あり	307	2.0	2.6	*	多い	210	1.8	2.4	**	あり	291	1.9	2.6	**
	女	211	2.5	3.0		必要	198	2.3	2.8		なし	31	3.5	3.7		少ない	130	2.8	3.2		なし	50	3.5	3.4	

目的変数であるライフスタイル得点、ユーモア態度尺度、SF8、GHQ12の得点と基本属性2群間にてt検定を行った。
n.s.:not significant * P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

4. ライフスタイル得点, ユーモア態度, QOL, 精神的健康度の年齢階層による比較

各世代を若年層, 高年齢者, 前期高齢者層, 後期高齢者層の4群に分け一元配置分散分析を行った. その結果, ライフスタイル得点, 体の痛みは $P < 0.05$ で, 攻撃的ユーモア, GHQ12は $P < 0.01$ で, 年齢階層による差を認めた(表3). その後, どの群間で差があるかを調べるため, TukeyのHSD法を用いて多重比較を行った(図1).

5. 笑いの意識とライフスタイル得点, ユーモア態度, QOL, 精神的健康度の比較

笑いの意識あり群の遊戯的ユーモア得点 (28.0 ± 4.4), 支援的ユーモア (26.2 ± 5.4), 全体的健康感 (51.0 ± 6.8) は $P < 0.01$ で, なし群に比べて有意に高かった. また, GHQ12 (1.9 ± 2.5) は $P < 0.01$ で, 笑いの意識なし群より有意に低かった(図2).

6. ライフスタイル得点高低2群とユーモア態度, QOL, 精神的健康度の比較

ライフスタイル得点の中央値からcut-off pointを決定し, 5点以上を高得点群, 5点未満を低得点群として分析を行った. 結果, ライフスタイル高得点群の支援的ユーモア (23.1 ± 5.9) は $P < 0.01$ で, 低得点群よりも有意に低かった. 一方, ライフスタイル高得点群の活力 (52.1 ± 5.6) は $P < 0.01$ で, 日常役割機能(精神) (50.1 ± 4.9) は $P < 0.05$ で, 低得点群よりも有意に高かった(図3).

7. 各種笑いの頻度とライフスタイル得点, ユーモア態度, QOL, 精神的健康度の比較

微笑(快感情を伴う), 声を出して笑う(快感情を伴う), 涙を流すほど笑う(快感情を伴う), 笑いをこらえる(快感情を伴う), 作り笑い(感情とは反して)の5通りの笑いについて5件法で頻度を尋ねた(表4). 各種笑いの中央値を境に二群化し, 笑いの頻度高頻度群を作り分析を行った(表5). 【微笑】では, 高頻度群の支援的ユーモアは $P < 0.001$ で, 遊戯的ユーモアは $P < 0.01$ で, 日常役精神的サマリースコアは $P < 0.05$ で低頻度群より有意に高かった. 【声を出して笑う】では, 高頻度群の支援的ユーモアは $P < 0.001$ で, 遊戯的ユーモアは $P < 0.01$ で低頻度群より有意に高かった. 【涙を流すほど笑う】においては, 高頻度群の攻撃的ユーモア, 遊戯的ユーモア, 支援的ユーモアは $P < 0.001$ で低頻度群より有意に高かった. また【笑いをこらえる】では, 高頻度群の遊戯的ユーモア, 支援的ユーモアは $P < 0.001$ で低頻度群より有意に高かった. またGHQ12は, $P < 0.05$ で低頻度群より有意に低かった. さらに【作り笑い】では, 高頻度群の支援的ユーモアは $P < 0.001$ で, 遊戯的ユーモアは $P < 0.01$ で, 攻撃的ユーモアは $P < 0.05$ で, 低頻度群より有意に高かった. さらにGHQ12も $P < 0.05$ で, 低頻度群より有意に高かった.

V. 考察

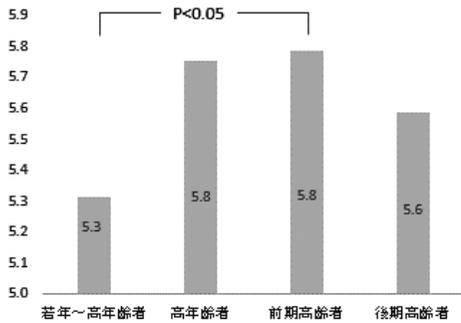
A市とその近郊に在住する地域住民の精神的健康度は, 後期高齢者層が高年齢者層より有意に高かった. また, 女性より男性, 趣味が無いより有る, 友人と会う頻度が少ないより多い, 経済的余裕が無いより有るほうが有意に高いことがわかった. 特に男性は女性より, 高

表3 各変数における年齢階層4群での一元配置分散分析の結果

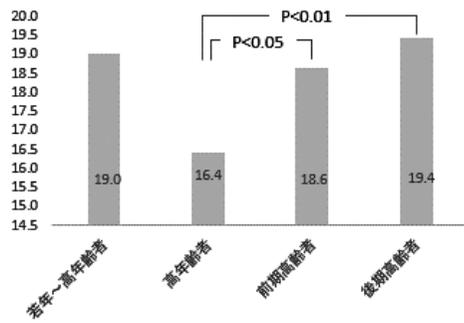
項目	年齢4群	N	平均値	標準偏差	有意水準
ライフスタイル得点	若年～高齢者	51	5.3	1.2	*
	高齢者	77	5.8	1.0	
	前期高齢者	159	5.8	1.0	
	後期高齢者	89	5.6	1.1	
	合計	376	5.7	1.1	
攻撃的ユーモア	若年～高齢者	50	19.0	6.0	**
	高齢者	73	16.4	4.8	
	前期高齢者	147	18.6	5.6	
	後期高齢者	75	19.4	5.9	
	合計	345	18.4	5.7	
体の痛み	若年～高齢者	50	46.6	8.7	*
	高齢者	74	49.4	7.7	
	前期高齢者	152	50.3	8.0	
	後期高齢者	79	48.0	7.9	
	合計	355	49.1	8.1	
GHQ得点	若年～高齢者	49	2.8	3.0	**
	高齢者	71	2.9	2.9	
	前期高齢者	149	1.9	2.8	
	後期高齢者	74	1.4	1.9	
	合計	343	2.1	2.7	

n.s.=not significant * P<0.05 ** P<0.01 *** p<0.001

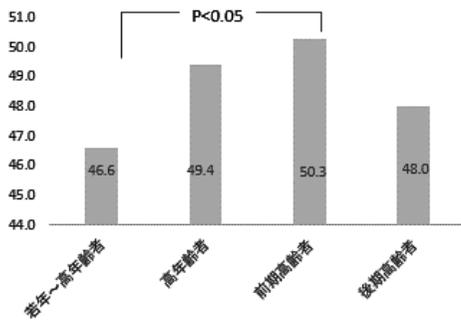
ライフスタイル得点



攻撃的ユーモア



体の痛み



GHQ得点

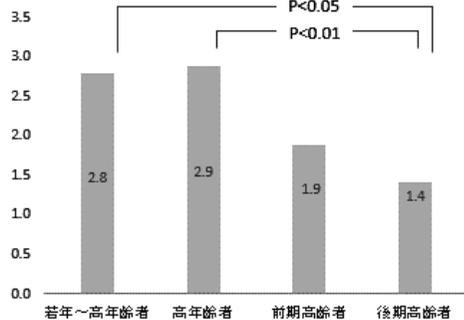
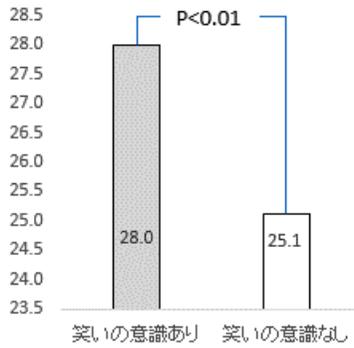
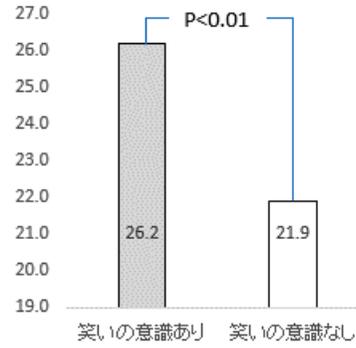


図1 各変数間における年齢階層による群間比較

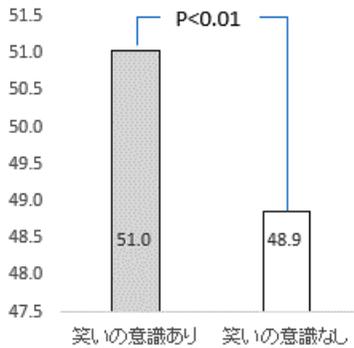
遊戯的ユーモア



支援的ユーモア



全体的健康感



GHQ得点

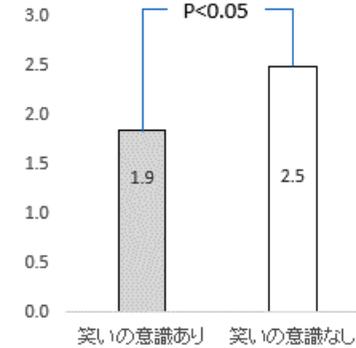
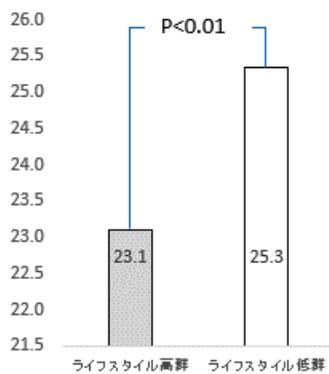
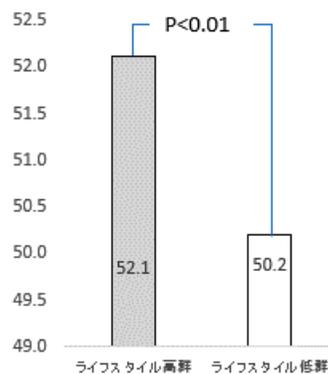


図2 笑いの意識有群・無群と各変数間の得点比較

支援的ユーモア



活力



日常役割機能(精神)

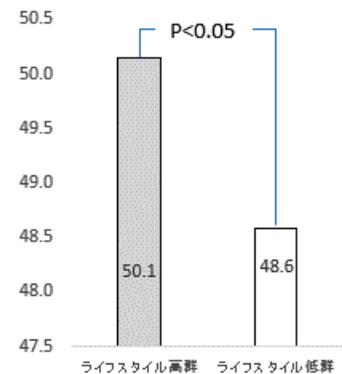


図3 ライフスタイル得点高低2群と各変数間の得点比較

表4 各種笑いの頻度 度数分布

頻度	微笑	声を出して 笑う	涙を流すほど 笑う	笑いを こらえる	作り笑い
1 ほぼ毎日	191	93	2	10	34
2 週2~3回	101	122	23	42	36
3 週1回程度	31	78	45	47	45
4 月1~3回	20	43	120	129	84
5 ほとんど笑わない	13	30	162	112	147
合計	358	366	352	340	346
中央値	1	2	4	4	4

表5 各種笑いの頻度高低2群間とライフスタイル得点, ユーモア態度尺度, SF8, GHQ12の得点の比較

項目	微笑		声を出して 笑う		涙を流す ほど笑う		笑いを こらえる		作り笑い	
	n	mean ±SD	n	mean ±SD	n	mean ±SD	n	mean ±SD	n	mean ±SD
ライフスタイル得点	高	191 5.7 1.0	高	215 5.7 1.0	高	190 5.7 1.0	高	228 5.7 1.1	高	199 5.6 1.1
	低	165 5.6 1.1	低	151 5.5 1.1	低	162 5.6 1.0	低	112 5.6 1.1	低	147 5.7 1.0
攻撃的ユーモア	高	177 18.3 5.5	高	198 18.7 5.6	高	175 19.4 5.5	高	214 18.8 5.6	高	183 18.9 5.3
	低	155 18.5 5.8	低	141 18.0 5.9	低	154 17.2 5.7	低	107 17.5 5.8	低	143 17.4 6.1
遊戯的ユーモア	高	179 27.3 5.0	高	201 27.2 4.9	高	177 27.7 4.3	高	218 27.2 4.6	高	188 27.3 4.3
	低	157 25.6 4.8	低	142 25.6 5.0	低	156 25.1 5.4	低	107 25.0 5.5	低	142 25.4 5.7
支援的ユーモア	高	181 25.3 5.8	高	202 25.0 5.9	高	180 26.0 4.9	高	217 25.1 5.4	高	188 25.1 5.1
	低	157 22.4 6.0	低	144 22.6 6.0	低	156 21.8 6.5	低	109 21.8 6.9	低	143 22.4 6.9
身体的サマリースコア	高	181 48.5 6.5	高	198 48.8 6.6	高	177 48.7 6.6	高	208 48.6 6.5	高	184 48.2 7.2
	低	148 48.2 7.1	低	139 47.7 7.2	低	148 48.0 7.3	低	105 47.7 7.7	低	135 48.5 6.7
精神的サマリースコア	高	181 49.7 6.5	高	198 49.3 6.2	高	177 49.5 6.2	高	208 49.3 6.1	高	184 48.5 6.6
	低	148 48.2 6.7	低	139 48.6 7.1	低	148 48.2 7.2	低	105 48.3 7.7	低	135 49.5 6.8
GHQ総得点	高	180 1.9 2.5	高	198 1.9 2.5	高	180 2.0 2.6	高	211 1.9 2.5	高	187 2.5 2.9
	低	149 2.4 3.0	低	139 2.5 3.1	低	147 2.4 3.0	低	102 2.6 3.0	低	132 1.8 2.7

目的変数であるライフスタイル得点、ユーモア態度尺度、SF8、GHQ12の得点と各笑いの頻度高低2群間にてt検定を行った。
n.s.=not significant * P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

年齢者層より前期および後期高齢者層のほうが、攻撃的ユーモア得点が高い傾向があった。こと性差による結果は、谷、大坊 (2008) の研究報告とも一致していた。上野 (1992) によると、攻撃的ユーモアとは、ブラックユーモアなどに代表されるもので、優越感情理論と呼ばれるユーモアの哲学的考察のうち最も古く、かつ主流的な考え方に関連があるものである。宮戸、上野 (1996) は精神的な健康状態と関連するのは支援的ユーモアであると考察しており、攻撃的ユーモアを使用する傾向が高いほど抑うつが高いとの報告も有る (椎野, 2012)。一方で、攻撃的ユーモアには、優越感の獲得や一時的なカタルシスを得られるといった効果があり、伊藤ら (2011) は、ユーモア経験に至るための攻撃的ユーモアには、日常生活のコミュニケーションにおいて笑いを重視していることも関連していることを示唆している。

日常生活における笑いの意識という観点から見ると、精神的健康度は笑いの意識の有無においても有意差を認めた。笑いの意識有群の遊戯的ユーモア得点、支援的ユーモア得点は無群に比べて有意に高く、日常生活において笑いを意識出来ることは、ユーモア感覚を持つことに繋がっていること、ひいては精神的健康度を高める要因になっていることが推察された。本研究においては、笑いの意識と攻撃的ユーモア得点に有意差は見られなかったものの、攻撃的ユーモアは、一時的なストレスコーピング行動として、精神的健康を高める一助となっていることが考えられ、生活において笑いを意識することの重要性が示唆された。

ライフスタイル高得点群はSF-8の精神的サマリースコアに影響する活力、日常役割機能(精神)が低得点群よりも有意に高かった。望ましいライフスタイルを確立することが、精神的QOLを高める要因になっていることが推察された。一方で、ライフスタイル高得点群は支援的ユーモア得点が有意に低い結果であった。上野(1992)によると、支援的ユーモアは、自己客観視によって自己を含む状況からユーモアを見出す、とされている。望ましいライフスタイルの確立には少なからず、自己を律する姿勢が必要だと考えるが、そのことがかえってユーモアという“遊び心”を抑圧している可能性が考えられた。志水ら(2013)は、笑いのもつ弛緩の連想から「価値無化」を指摘しており、秩序の発展のためには笑いを許容する寛容さが不可欠であるとしている。つまり、ユーモアという“遊び心”を許容しながらも、望ましいライフスタイルを確立していくことが重要だと考える。

笑いの頻度では、微笑み高頻度群の精神的サマリースコアは低頻度群より有意に高く、それ以外の笑いでは、有意差を認めなかった。志水ら(2013)によると、声を出さず、ニッコリと“微笑む”笑いは、生理学的にももっとも弛緩した状態で、いわゆる睡眠状態に近似するとのことである。リラックスした状態が日常的に多いことで、精神的QOLの向上に繋がることが推察された。

笑いをこらえる(快感情を伴う)高頻度群の精神的健康度は、低頻度群より有意に高かった。一方で、作り笑い(感情とは反して)高頻度群の精神的健康度は、低頻度群より有意に低かった。本研究のように1ヶ月の期間における笑いの頻度で調査した場合、感情と反した笑いは心理的抑圧が考えられるため、ネガティブな感情がそのまま反映されたものと考えられる。しかし、西田、福島(2012)は作り笑いによるNK細胞活性や気分改善などの即時的効果を報告している。また、本研究においても笑いを意識することの重要性が示唆されたため“作り笑いにも健康効果があること”を生活の中で意識していくことが、精神的、身体的健康の向上のためには重要だと考えられた。

VI. 研究の限界と課題

本研究の限界として、調査対象のリクルートの段階で、そもそも健康志向の高い集団であったことが推察され、偏りが考えられる。また、調査票を用いた横断調査であり、笑いの種類や頻度の間隔といった笑いの測定方法や、各種変数の見直し、調査方法などのさらなる検討が今後の課題である。

VII. 結論

精神的健康、QOL向上において、日常生活で“笑い”及び“作り笑いにも健康効果があること”を意識すること、特に微笑みのようなリラックスした笑いを生活に取り入れること、“遊び心”を許容しながら、望ましいライフスタイルの確立を目指すことの重要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました地域の皆様に謹んで感謝いたします。
本研究の一部は、第16回日本看護医療学会学術集会にて発表いたしました。

文献

- David Goldberg, 中川泰彬, 大坊郁夫 (2013) : 日本版GHQ精神健康調査票 手引 (増補版), 日本文化科学社, 東京
- 土井由利子 (2004) : 総論-QOLの概念とQOL研究の重要性 (特集 保健医療分野におけるQOL研究の現状), 保健医療科学 53(3), 176-180
- 深田美香, 加藤圭子 (2000) : ユーモア志向性と精神的健康の関連に関する検討 NK細胞活性を指標として, 鳥取大学医療技術短期大学部紀要, (32), 59-66
- 福原俊一, 鈴嶋よしみ (2012) : SF-8日本語マニュアル, NPO健康医療評価研究機構, 京都
- 渕野由夏, 溝上哲也, 徳井教孝, 他 (2003) : 地域住民のライフスタイルと精神的健康度との関連, 日本公衆衛生雑誌, 50(4), 303-313
- 人見裕江, 畝博, 中村陽子, 他 (2002) : 60歳代男性における健康寿命に関する研究 : 健康習慣と免疫機能との関係, 日本老年看護学会誌 journal of Japan Academy of Gerontological Nursing, 7(1), 45-51
- 石倉健二 (2010) : 認知症高齢者の「笑い」にみる自他理解 MMSE得点と社会的笑いの関係から, 介護福祉学, 17(2), 115-123
- 伊藤理絵, 本多薫, 渡邊洋一 (2011) : 攻撃的ユーモアを笑う, 山形大学人文学部研究年報, 8, 215-227
- 岩瀬真生 (2010) : 笑いの精神生理学, 最新精神医学, 15(1), 31-37
- 小林淳美, 清水律子, 星野純子, 他 (2012) : 笑い誘発プログラムの短期効果, 日本看護医療学会雑誌, 14(2), 23-34
- 小林廣美 (2013) : あなたと共に歩むリウマチ看護 痛みの緩和と笑いの効用, 56-63, 中央法規, 東京
- 黒川淳一, 永井典子, 森本裕己, 他 (2012) : 精神科医療従事者のライフスタイルとストレス対処行動に関する調査, 日本職業・災害医学会会誌, 60(4), 206-215
- 宮戸美樹, 上野行良 (1996) : ユーモアの支援的効果の検討—支援的ユーモア志向尺度の構成—, 心理学研究, 67, 270-277
- 三宅優, 横山美江 (2011) : 看護ケア領域における笑いの有効性に関する文献的考察, 日本看護学会誌, 31(3), 61-67
- 森本兼曩 (1995) : 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
- 永井邦芳, 堀容子, 星野純子, 他 (2011) : 男性家族介護者の心身の主観的健康特性, 日本公衆衛生雑誌, 58(8), 606-616
- 中山邦夫, 森本兼曩 (2005) : ストレスとライフスタイルに関する予防医学的研究 (第15報) 朝型・夜型および睡眠時間と精神的健康度・ライフスタイルの関連性, 産業衛生学雑誌, 47(1), 50-51
- 西田元彦, 大西憲和 (2001) : 笑いとNK細胞活性の変化について, 笑い学研究, 8, 27-33
- 西田元彦, 福島裕人 (2012) : 作り笑い (整膚と笑いヨガ) による健康効果—心理学的, 免疫学的, 内分泌学的指標から—, 笑い学研究, 19, 67-74
- 新田章子 (1997) : 笑いの睡眠への効果, 笑い学研究, 4, 31-39
- ノーマン・カズンズ, 松田銃訳 (2001) : 笑いとお薬, 岩波書店, 東京
- 大平哲也 (2004) : 日常生活における笑いの頻度と心理的健康度および生活習慣との関連についての研究, 笑い学研究, 11, 131-132
- 大平哲也 (2008) : 笑いの頻度と認知機能との関連についての疫学研究, 笑い学研究, 15, 231-232
- 坂本由希子, 森岡郁晴, 熊谷幸恵, 他 (2005) : 地域住民の主観的健康度と健康作り, 日本保健福祉学会誌 12(1), 3-11

- 椎野睦 (2012) ユーモアの自己支援的効果と抑うつとの関連性, 立正大学心理学研究年報, 3, 83-90
- 志水彰 (2010) : 人はなぜ笑うのか, 最新精神医学, 15(1), 7-15
- 志水彰, 河崎建人, 東司, 他 (2010) : 笑いと精神疾患, 最新精神医学, 15(1), 23-30
- 志水彰, 角辻豊, 中村真 (2013) : 人はなぜ笑うのか 笑いの精神生理学, 講談社, 東京
- 清水律子, 近藤弥生, 森山善文, 他 (2012) : 笑い刺激の自律神経系に与える影響とその持続効果, 日本看護医療学会雑誌, 14(2), 1-12
- 角辻豊 (1996) : 笑いのちから ストレス時代の快笑学, 社団法人 家の光協会, 東京
- 田中愛子, 市村孝雄, 岩本テルヨ, 他 (2005) : 笑いが療養生活を送る高齢者の主観的幸福感とNK細胞に与える影響, 山口県立大学大学院論集, 6, 65-69
- 谷忠邦, 大坊郁夫 (2008) : ユーモアと社会心理学的変数との関連についての基礎的研究, 対人社会心理学研究, (8), 129-137
- 塚脇涼太, 平川真 (2012) : ユーモア表出及びその動機と心理社会的健康, パーソナリティ研究, 21(1), 53-62
- 上野行良 (1992) : ユーモア現象に関する諸研究とユーモアの分類化について, 社会心理学研究, 7, 112-120
- 上野行良 (1993) : ユーモアに対する態度と攻撃性及び愛他性との関係, 心理學研究, 64(4), 247-254
- 宇良千秋, 矢富直美 (1997) : 高齢者の笑いの表情に対する年齢と認知能力の影響, 発達心理学研究, 8(1), 34-41
- 山田紀代美, 鈴木みずえ, 佐藤和佳子, 他 (1997) : 要介護高齢者の介護者のライフスタイルと疲労感に関する研究—介護時間による分析—, 日本看護科学会誌, 17(4), 11-19
- 横田恵一, 森田チエコ (2003) : 看護学生のストレス緩和に対するユーモアの有効性, 愛知県立看護大学紀要, 9, 29-33