

摂食障害患者と関わる精神科病棟看護師の思い

服部 ちなみ

Thoughts of a Psychiatric Ward Nurse Who Care for Patients with Eating Disorders

Chinami Hattori

● 要旨 ●

本研究は、摂食障害患者と関わる精神科病棟看護師の思いを明らかにすることを目的とした。

A 病院の精神科病棟の看護師 22 名を対象にアンケートを実施し、①患者に対してのイメージ、②患者に接した時にどう感じるか、③患者に関わった時の困難さや葛藤、④困難さや葛藤があった場合の対応、⑤今後どのようにすると良いかの 5 項目について独自の自記式アンケートを使用し、単純集計を行った。

結果、有効回答であった 14 名について、分析を行った。摂食障害患者に関わる看護師の思いの中核には、「良くなってほしいけど、簡単には良くならない」という思いがあった。そして、看護師は「信頼関係の構築が難しい」、「どのように対応して良いか分からない」という困難感や葛藤を抱いていた。しかし、摂食障害患者も納得できない治療を受けざるを得ない状況や誰も理解してくれないという孤立感から気持ちの表出ができず、看護師との距離を一定に保ちながら関わっていると思われ、患者も同じような思いを抱えているのではないかと考えられた。また、こだわりが強く思いを通そうとする患者に対して陰性感情を持つことが、患者との関係性が築けない理由のひとつとなっており、患者が治療に前向きでなく、身体的な危機状態を脱すると退院し、同じことを繰り返すことも困難感や葛藤を抱く要因ではないかと考えられた。

キーワード：摂食障害、精神科看護師、看護師の思い

I. はじめに

摂食障害の国内患者数は、厚生労働省の平成 29 年の統計では 20 万人超に上ると推計される。主に神経性やせ症（拒食症）と神経性過食症（過食症）の二つに分けられ、回復までは平均 5 年かかり、精神疾患の中で致死率が最も高い（厚生労働省、2020）。摂食障害は、体重や体型、それらのコントロールに対する過度な価値づけのもと、食行動の乱れや過度なコントロールへの没頭を特徴とする精神障害である（薛ら、2017）。この

認知面の特有な偏りが、患者のこだわりや生活のしにくさになっている。

精神科病棟では年間十数名の摂食障害患者が入院している。それらの患者は、著しい低体重や低栄養に伴い生命の危機が切迫した状態である。しかし、自分の栄養状態を心配していないことがほとんどで、食行動や体重への過度なコントロールを続けるため、看護師は無力や怒りを抱いているのではないかと筆者は感じていた。また、筆者の経験から、摂食障害患者の看護において看護師は、身体面のケアに加え患者特有の心理について理解しながら関わる必要があると考えるが、栄養

を摂ってほしいと思うのに過食嘔吐を繰り返したり、点滴を拒否したり、点滴を捨てたりし、看護師として何をしているのだろうかと患者に対して否定的感情を生じやすい。茂木（2013）は、精神科病棟を有さない総合病院で勤務する看護師が、精神疾患をもつ入院患者との関わりにおいて否定的感情が生じる看護師の思考として、【患者の言動を受け入れることが困難】【相互理解の困難さを感じる】【業務遂行の滞りを感じる】などがあると明らかにしている。また、看護師が摂食障害患者との関わりの中で「踏み込むことをためらう」「責められるような緊張感」「葛藤を感じて戸惑う」気持ち（神谷，2015）をもつことや、【神経性食欲不振症患者への苦手意識から生じる看護師としての基盤のゆらぎ】【かかわりの困難さから生じる自己効力感のゆらぎ】【患者が抵抗を示す治療や看護から生じる看護の正当性のゆらぎ】の看護師の感情のゆらぎ（岡野ら，2011）があることを明らかにしている。さらに、武井（2005）は「患者は自分が扱いきれない自分の感情を無意識にスタッフに流し込む。するとスタッフの心の中に同じような感情が取り扱われることになる」と、患者がどうすることもできない自らの感情を看護師に取り扱ってほしいと無意識のコミュニケーションにより看護師に感情を流し込んでできていると述べており、精神科病棟の看護師の思いを明らかにすることで、患者の思いを知る手がかりとし、看護師の思いを病棟で共有することで今後の看護実践につなげていけないかと考えた。

そこで、摂食障害患者と関わる精神科病棟看護師の思いを明らかにすることを目的とし本研究に取り組んだ。本研究の意義は、患者との関わりに対する看護師の思いを明らかにし、病棟で共有することで、よりよい看護実践につなげていくことである。

Ⅱ. 研究目的

摂食障害患者と関わる精神科病棟の看護師の思いを明らかにする。

Ⅲ. 方法

1. 調査対象

A 病院の精神科病棟の看護師 22 名。

2. 調査期間

令和 2 年 12 月 1 日～12 月 14 日。

3. データ収集方法

アンケートは先行研究を参考に作成した自作のアンケートを用い、無記名自記式により実施した。質問については、摂食障害患者を受け持った経験の有無を尋ねた。摂食障害患者に対して日頃のケアの中で感じていることを引き出せるように、思いに関する質問項目は、①患者に対してのイメージ、②患者に接した時にどう感じるか、③患者に関わった時の困難さ、④困難さがあった場合の対応、⑤今後どのようにすると良いかの 5 つで構成した。各質問項目に、先行研究（林，2014；伊井ら，2011；神谷，2015；小林ら，2018；西園，2017；松浦，2010；大西ら，2003；岡野ら，2011；瀬戸山，2005；谷口，2020；吉村ら，2015；渡辺，2002）を参考に作成した選択肢を設け、複数選択肢で回答を求めた。その他を選択した場合には記載欄を設けた。

研究対象者へ研究参加依頼書とアンケートを配付し、病棟に設置した回収袋への投函を依頼した。

4. データ分析方法

選択式の質問は単純集計を行い、その他を選択した場合の記載内容については羅列した。

5. 倫理的配慮

本研究は所属施設の倫理審査の承認（承認番号 667、承認年月：令和 2 年 11 月）を得た。

協力病棟の看護師に対して研究の主旨、方法を、文書を用い口頭で説明した。研究への参加は自由意思であり、参加を辞退できること、研究への参加を辞退してもいかなる不利益を受けないこと、アンケート提出後の研究同意の撤回はできないこと、データは匿名性を遵守し、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、研究参加と研究成果の発表について説明し、アンケート内で研究参加への同意を得た。

Ⅳ. 結果

研究対象者 22 名のうち、同意を得られた研究参加者は 15 名（68.0%）であり、そのうち有効回答者は 14 名（63.6%）であった。

有効回答者 14 名のうち、患者をプライマリナース、または、日々のケアの担当で受け持ったことがあると答えた看護師は、14 名中 13 名（92.9%）であった。

患者に対してのイメージで 1 番多かったのは「自己肯定感が低い」で 14 名中 11 名（78.6%）、2 番目に「身体的に危機的な状態」14 名中 10 名（71.4%）、「こだわりが強い」14 名中 10 名（71.4%）、4 番目に「家族の中に居場所がない」が 14 名中 9 名（64.3%）、「生きづらい」が 14 名中 9 名（64.3%）であった。その他は、14 名中 1 名（7.1%）の看護師より「なぜ自分を大事にしないのか」、「可哀そうだ、みじめだと思ってしまう」、「吐くくらいなら何故か食べるのか」、「希死念慮を持っていることが多い」という意見があった（図 1）。

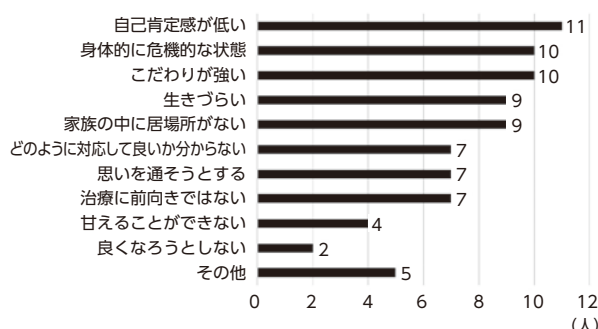


図1 摂食障害患者に対してのイメージ

患者に接した時にどう感じるかについて 1 番多かったのは「良くなってほしいけど簡単には良くならない」が 14 名中 10 名（71.4%）、2 番目に「どのように対応していいかわからない」が 14 名中 7 名（50.0%）、3 番目に「踏み込むことをためらう」が 14 名中 6 名（42.9%）であった。その他は、14 名中 5 名（35.7%）の看護師より「対応が難しい」、「良くなってほしい」、「自分を好きになってほしい」、「すべての感情を出してほしい」、「本人にとって嫌な点滴などの治療をしてもらい体重をつけて日常生活を送ってもらおう方が良いのか、過食嘔吐を繰り返す日々を受け入れる方が良いのか分からない」、「物事（食べ物の事や今の生活が送れていること）に対して感謝しなさい」という意見があった（図 2）。

患者に関わった時の困難さについて 1 番多かったのは「信頼関係の構築が難しい」14 名中 10 名（71.4%）、2 番目に「患者にあった対応をするの

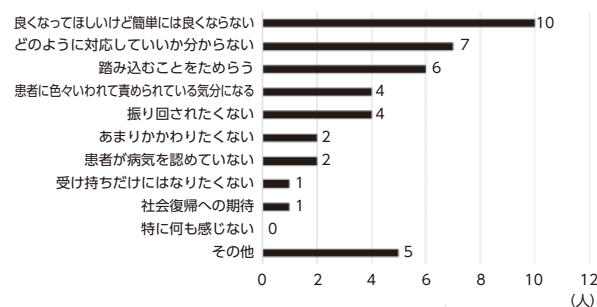


図2 摂食障害患者に接した時にどう感じるか

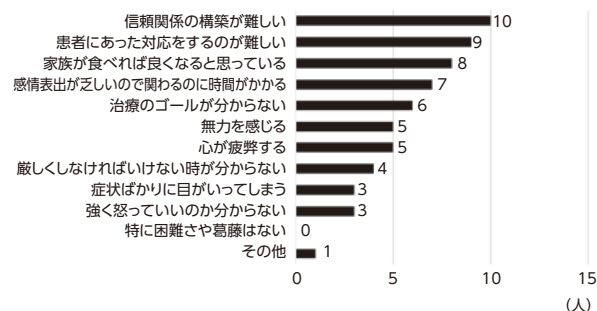


図3 摂食障害患者に関わった時の困難さ

が難しい」14 名中 9 名（64.3%）、3 番目に「家族が食べれば良くなると思っている」14 名中 8 名（57.1%）であった。その他は、14 名中 1 名（7.1%）の看護師より「気持ちを本当に分かってあげられない、辛さをどう共感していいのかわからない、みじめだと思ってしまう自分の傲慢さが気持ち悪い」という意見があった（図 3）。

患者に関わった時の困難さがあった場合の対応について 1 番多かったのは「看護師と情報を共有する」14 名中 12 名（85.7%）、2 番目に「医師と情報を共有する」14 名中 9 名（64.3%）、「ケースカンファレンスを行う」14 名中 9 名（64.3%）、「同僚に相談する」14 名中 9 名（64.3%）、5 番目に「統一した関わりをする」14 名中 8 名（57.1%）、6 番目に「文献や参考資料を見る」14 名中 6 名（42.9%）、「家族への介入を行う」14 名中 6 名（42.9%）であった（図 4）。

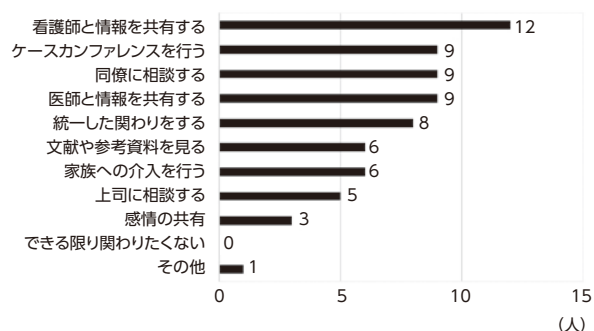


図4 困難さがあった時の対応

患者に関わった際に今後どのようにすると良いかについて一番多かったのは、「疾患の理解を深める」14名中12名（85.7%）、「思いを話せる機会があると良い」14名中12名（85.7%）、3番目に「ケースカンファレンスを行いたい」14名中8名（57.1%）であった。その他は、14名中2名（14.3%）の看護師より「正直に自分の感じた事を言う場を作る、何を言っても否定されない場が必要」、「思いを話したい」という意見があった（図5）。

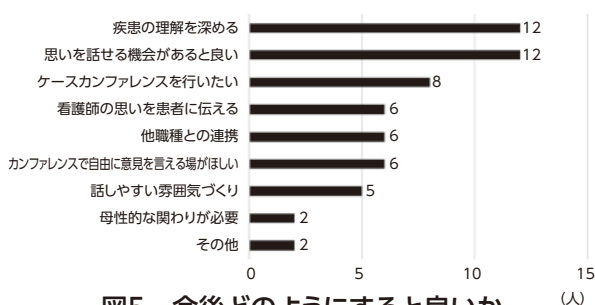


図5 今後どのようにすると良いか

V. 考察

看護師は患者に対していろいろな思いを抱いていたことが分かった。患者に対して看護師は、「自己肯定感が低い」、「こだわりが強い」、「思いを通そうとする」、「治療に前向きでない」というイメージを持っていた。伊藤（2005）は、「過度の食事制限による急激な体重の低下は、一種の飢餓状態を引き起こし、過食行動へと駆り立て、つづいて過食によって増加した体重を減らすために、嘔吐や下剤の使用、過剰な運動、過度の食事制限といった行動が引き起こされる、といった悪循環を生じさせます。そしてこのような食行動の混乱を繰り返していくうちに、体質の変化がおこり、『やめたいのにやめられない』といった、さらなる自信の低下、自己効力感の低下が引き起こされてしまうのです」と述べているように、自分が悪い、どうせ私なんて何をやってもだめといい、自分に自信がない患者が多く、感情の表出が乏しく思いを拒食や過食嘔吐といった行動で表されることから、「自己肯定感が低い」というイメージとなるのではないかと考える。また、「治療に前向きでない」、「自己肯定感が低い」、「こだわりが強い」、「思いを通そうとする」といったイメージが患者に「どのように対応していいか分か

らない」という思いとなっているのではないかと考える。林（2014）は、「身体的に危機的な状況にあっても、まるで他人事のような態度を取り、治療を拒否する患者も多い。情緒的な交流をもつことが難しい場合もある」と述べており、看護師は患者のために役に立ちたい、良くなってほしいという思いがある中で、患者が前向きでないために、どのように対応していいか分からないという思いを抱くのではないかと考える。また、危機状態を脱すると退院し、同じことを繰り返すこともどのように対応していいか分からないという思いを抱える要因ではないかと考える。

患者に関わる看護師の思いには、「良くなってほしいけど、簡単には良くならない」、「踏み込むことをためらう」、「どのように対応していいか分からない」という思いが生じていた。岡野ら（2011）は、「看護師はくり返される患者の攻撃的な言動や操作行為、約束の不成立などから、患者と治療的関係が築けた、患者に適切な看護が行なえたという自己効力感が得られにくく、戸惑いや看護への無力感などを抱いている」と述べており、実際に看護師は患者が身体的な危機的な状態にあり、治療のために入院しているにも関わらず、治療に前向きでない患者の対応に困り、戸惑いや無力を感じていた。筆者の経験からも、臨床では摂食障害患者が治療中であっても、過食嘔吐を繰り返したり、点滴を拒否したり、嘘をついたり、病棟のルールや安静が守れないといった患者の対応に困ることがあった。看護師は患者が身体的な危機状態にあるからこそ「良くなって欲しい」という思いがあり、なんとかできないかと思うのではないかと考える。しかし、患者は体重や体形のコントロールを行い、肥満への恐怖や痩せたい願望があり、看護師の思いとは反することを行っている。そのため「良くなってほしいけど、簡単には良くならない」という思いが生じていると考える。このような患者に関わる看護師の思いの中核には、「良くなってほしいけど、簡単には良くならない」という思いがあり、こだわりが強い、思いを通そうとする、治療に前向きでないという患者に対するイメージから「どのように対応していいか分からない」という思いを抱き、無力感が生じているのではないかと考える。このことは、

岡野ら（2011）が明らかにしているように看護師は摂食障害患者に接することにより感情のゆらぎを体験しているのではないかと考えられた。

患者に関わった時の困難さについて「信頼関係の構築が難しい」との回答が多かった。摂食障害患者は、身体的な危機状態になっていても治療意欲をもって入院してくるケースは少ない。患者の気持ちを理解しようとしながら、患者に対して安静を促すための行動の制限、病棟のルールや患者の欲求への対応など、ある程度の制限を設けて関わらなくてはならず、制限をしてもそれを破られることが多いため、患者との距離を感じてしまう。松浦（2010）は、患者に対しての陰性感情をもつ理由は【社会通念に反した行動や、反社会的な行動をとるため】【自己中心的な態度をとるため】【安全の侵害に危険性を感じたため】であり、自分の言い分ばかりを強引に押し通そうとしたり、看護師の状況をまったく考慮せずに自分の用事ばかりを言いつけてくること、患者の安全が脅かされる状況で陰性感情を持つと述べている。看護師は患者との関係性が築けない理由のひとつに、治療に対し前向きでなかったり、こだわりが強く思いを通そうとする患者に対して陰性感情を持つことで「信頼関係の構築が難しい」となるのではないかと考える。しかも、大西ら（2003）は、患者が「自らと看護者との関係が非常に表面的なものであると捉えていたが、自分の辛さを理解してほしい相手とも捉えられていた」と述べており、患者は納得できない治療を受けざるを得ない状況や誰も理解してくれないという孤立感から気持ちの表出ができず、看護師との距離を一定に保ちながら関わっており、患者側も「信頼関係の構築が難しい」と感じているのではないかと考える。

女性摂食障害患者により語られた入院体験で大西ら（2003）は、患者は『自分について知りたい、病気を治したい』という強い気持ちを持っていた。しかし同時に『自分と向き合うことを避けたい』という思いもあり、その気持ちの狭間で苦しんでいた」と述べている。患者が痩せや体重をコントロールすることは、自己肯定感を維持できるものであり、簡単に手放せないものである。しかし、患者は治りたい気持ちもあり、治りたい

けど治りたくないという気持ちの両方を持っていると思われる。これは、看護師が「良くなってほしいけど、簡単には良くならない」という気持ちと似ているのではないかと考える。

患者に関わった時の困難さや対応について、「家族が食べれば良くなると思っている」や「家族への介入を行う」があり、家族に対する思いがあった。家族は、身体的な病気や単なる食べ吐きの問題と捉えていることが多く、疾患の理解が乏しい。また患者自身も理解されていないことに「家族の中に居場所がない」と感じていると考える。そのため本人だけの問題だけではなく家族も含めたケアが必要だと感じている。困難を抱いたときに今後どのようにすると良いかについては、「疾患の理解を深める」、「思いを話せる機会があると良い」、「ケースカンファレンスを行いたい」があった。実際に患者に関わった時の困難さがあった時には「看護師と情報を共有する」、「ケースカンファレンスを行う」、「医師と情報を共有する」等の対応がされていることが明らかとなった。看護師は、患者の症状ばかりに目が向くと、患者が良くならないことで患者への陰性感情に繋がりがやすいため、疾患を理解し関わることは重要だといえる。また、カンファレンスを行うことは、お互いの感情を吐露することにより感情を癒す意味があり、看護師自身の自信を回復させ自己肯定感を高めるのではないかと考える。筆者も思いを話すことで気持ちが楽になり、迷いや対応の困難さがある中で他の看護師の意見も聞き、看護の方向性についても明確にすることができているのではないかと感じている。そのため、今後もカンファレンスを継続して行い、看護師が思いを話せる環境づくりをしていきたい。そして、カンファレンスで思いを共有し、情報共有することで統一した看護を行うことができ、看護の方向性を見出し、よりよい看護実践につなげていくことができるのではないかと考える。

今回の調査は選択肢がある中での回答であり、研究参加人数も少なく、精神科病棟の看護師の思いのすべてではないことが考えられる。今後は、摂食障害患者に対する看護師の思いを深めていくため、インタビュー調査を行っていきたい。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご指導いただきました指導者の方々、アンケートにご協力いただきました関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は、岐阜県立看護大学教員による、看護実践研究学会員への研究支援を受けて取り組んだ。本論文の一部は、看護実践研究学会第3回学術集会にて報告した。

本研究における利益相反はない。

文献

- 林公輔. (2014). チームが疲弊するということ - 神経性無食欲症の治療に関する考察 -. 総合病院精神医学, 26(2), 154-160.
- 伊井真由美, 井上敬子, 谷崎紀子. (2011). 他職種チームで活用可能な行動制限のある摂食障害のケアプラン作成 看護スタッフのグループ討議による検討. 日本精神科看護学会誌, 54(2), 81-85.
- 伊藤順一郎. (2013). 摂食障害を知る心理教育テキスト家族版. 地域精神保健福祉機構 コンボ, 14.
- 神谷道代. (2015). 摂食障害患者の看護 - 摂食障害治療チームの看護師へのインタビュー調査から明らかになったこと -. 第22回日本精神科看護学術集会専門Ⅱ, 2群6席, 34-38.
- 小林舞子, 松村知絵, 田中弘恵. (2018). 摂食障害患者の逸脱行動に対する看護の実際. 長野市民病院医学雑誌, 2, 43-46.
- 厚生労働省 (2020). 摂食障害みんなのメンタルヘルス. 2021-1-10. <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease-eat.html>
- 松浦利江子. (2010). 患者に対して陰性感情をもつ体験に付随する倫理的葛藤. 日本看護管理学会誌, 14(1), 77-84.
- 茂木英美子. (2013). 患者との関わりにおいて否定的感情が生じた看護師の思考. 日本保健医療行動科学会雑誌, 28(1), 50-59.
- 西園マーハ文. (2017). 摂食障害とこだわり. 臨床精神医学, 46(8), 1009-1013.
- 岡野なつみ, 永野孝幸, 那須史佳ほか. (2011). 看護師の感情のゆらぎ - 神経性食欲不振症患者とのかかわりを通して -. 高知女子大学看護学会

誌, 36(2), 72-78.

- 大西奈美子, リタ・ワインゴート, 澤田いずみ. (2003). 女性摂食障害患者により語られた入院体験. 日本精神保健看護学会誌, 12(1), 11-21.
- 大渡肇. (2005). 家族で支える摂食障害原因探しよりも回復の工夫を. 伊藤順一郎(編), 家族で支える摂食障害(初版)(p.17). 保健同人社
- 薛陸景, 中里道子. (2017). 摂食障害の認知行動療法. 精神医学, 59(5), 459-466.
- 瀬戸山恵美子. (2005). 思春期のエネルギーの激しさと向き合って 摂食障害患者とのかかわり. 精神科看護, 32(9), 66-70.
- 谷口麻起子. (2020). カウンセリングで表現される摂食障害の生きづらさ. こころの科学, 209, 78-82.
- 武井麻子. (2005). 感情労働としての精神科看護. 精神科看護, 32(9), 12-17.
- 吉村知穂, 山田恒. (2015). 総合病院での摂食障害治療の問題点. 仁明会精神医学研究, 12(1), 82-85.
- 渡辺瑞穂. (2002). 「スキル」としての摂食障害いかにしてその方法を手にいれたか. 精神看護, 5(6), 42-47.