

精神科看護師による肥満ケアの実践に 影響を与える要因

斎藤まさ子・内藤 守

新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

Factors Affecting the Practice of Obesity Care by Psychiatric Nurses

Masako Saito, Mamoru Naito

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

要旨

本研究では、A県内の精神科病院で働く看護師147名を対象に、肥満ケアの実践に影響を与える要因を量的な調査により明らかにした。その際、肥満ケアへの意識、精神科看護師としての意識、身体管理の必要性への意識について測定するための尺度を作成した。また、菊池・原田（1997）の看護婦の自律性測定尺度を用いて、看護師の自律性も測定した。分析手順は、各尺度を因子分析（最尤法・プロマックス回転）による尺度構成を行い、さらに肥満ケアの実践に影響を与える要因を明らかにするために共分散構造分析によって検討した。その結果、意識的なものである「精神科看護師への志向性」のみが「肥満ケアの実践」に直接的に影響を与えていることが、モデル上支持された。看護師の自律性からの直接的な影響が見られなかったことは、精神科看護のなかでの肥満ケアの位置づけが関係している可能性がある。また、「精神科看護師への志向性」を高めるアプローチの必要性が示唆された。

キーワード

精神科看護師、肥満ケアの実践、精神科看護師への志向性

Abstract

In this study, a quantitative survey of 147 nurses working in psychiatric hospitals in “A” Prefecture was carried out in order to clarify the factors affecting the practice of obesity care. A scale was compiled to measure these nurses' awareness of obesity care, their awareness as psychiatric nurses and their awareness of the need for physical control. The nurses' autonomy was also measured using the autonomy measurement scale devised by Kikuchi and Harada (1997). The analysis procedure was as follows : scaling was carried out on the basis of factor analysis (maximum likelihood method and promax rotation) while the discussion of factors affecting practical obesity care was based on covariance structure analysis. As a result, the model supported only “psychiatric nurse orientation,” an awareness-related factor, as directly affecting “practical obesity care.” The fact that nurses' autonomy apparently had no direct effect suggests that this may have something to do with the position of obesity care within psychiatric nursing. Furthermore, there seems to be a need for an approach that enhances “psychiatric nurse orientation.”

Key words

psychiatric nurses, practical obesity care, psychiatric nurse orientation

I はじめに

統合失調症患者は、肥満のリスクが高く、1990年代から登上した第二世代抗精神病薬の副作用の問題や多剤大量服薬、鎮静作用のある薬剤の影響や疾患の特性としての過鎮静、さらに炭酸飲料や間食などの過食などが因子としてあげられている¹⁾。

肥満対策として、多職種協働による心理教育や、当事者を対象とした食事や運動など行動変容を目的とした健康管理プログラムを実施し、体重減少の有効性を示唆した研究が報告されている^{2) 3)}。しかし、筆者らは限られた範囲内における研究ではあるが、統合失調症患者が入院中や退院後に肥満となり、それが継続しているプロセスを面接調査により明らかにした^{4) 5)}。洋服が入らなくなったなどの現実的なリスクのほか、太ったことによる自尊感情の低下、身体面や心理面からくる活動性の低下など、さまざまな面で患者のQuality of Life (QOL) に大きな影響を与えていた。これらの患者に共通するものは、内服薬と体重との関連に関する知識や、退院後の日常生活を視野に入れた体重管理に関する正しい知識のニーズの高さであり、これらの結果は、入院中から退院後の生活を視野に入れた、個別的なケアの必要性の高さを表していた。

退院後の生活に向けて、多職種による肥満対策のための心理教育や運動療法などのリハビリテーションを行っていても、その機会を逸したり、患者の理解度の問題もあるため、どの患者にも充分対応できているとはいえない。むしろ、日常の個別的な関わりの中で、患者個々の特性にみあった活動性や食生活について、体重管理のセルフケアに結びつくようなケアが求められているといえる。しかし、実際は体重増加が身体的なリスクへ発展する危険性が顕著でない限り、たとえ体重増加があっても退院後を見据えたケアを提供するかしないかは、看護師個人に任されている

のが現状といえる⁶⁾。臨床では、きめ細かい援助をしている看護師を見かけるものの、患者を対象としたインタビュー調査では、入院中に体重増加がみられても、必ずしもケアの提供を受けていないことが明らかとなっている。また、子瀬古らの継続看護の必要性の意識に関する研究⁷⁾でも、個々の看護師の認識のズレや、指標が明確でないことからくる希薄な介入などの問題が明らかとなっている。これらは、肥満のケアの実践が、看護師によって個人差があることを示している。日本看護協会の看護者の倫理綱領の前文で謳われているように、看護は看護の対象者の健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、その人らしく人生を全うできるように援助することを目的としている。肥満ケアは看護が主体として取り組むべき問題といえる。

一体、どのような要因が肥満に関するケアの看護実践へと結びついているのだろうか。看護援助のプロセスや精神科看護師の臨床判断に関する研究はいくつか見られるが、肥満ケアの実践に影響を与える要因に関する研究は少ない。松井⁸⁾は、援助状況に接すると、行動する前に援助事態の意味を探る意識や援助要請者への規範的責務感、援助の対象へ同情・共感や怒り、罪悪感などの様々な意識が起こることを明らかにしている。また、肥満ケアの実践に関して、精神科看護歴10年以上の熟練看護師や管理栄養士に意見を求めたところ、看護師の意識的なものが影響をあたえることが示唆された。たとえば肥満ケアの必要性への意識や、精神科看護師という職業への向き合い方、患者の身体管理の必要性への意識である。また、波多野は行動と自律性との関連について論じているが、肥満ケアについても看護師個人にケアの提供を任されているという性格から、自主的・主体的な判断と適切な看護実践が求められており、看護職としての自律性が影響を与えていることが考え

られる。さらに、小谷野¹⁰⁾や菊池・原田¹¹⁾の研究によると、看護師の自律性には、意識的なものが影響をあたえることが明らかになっている。そこで、意識的なもの→自律性→肥満ケアの実践という順に、モデルを仮説として構築した。

本研究では質問紙を用いた量的調査により、肥満ケアの実践に対して、精神科看護師の意識的なものと自律性がどのように影響を与えているかを検討する。「肥満ケア」という限定された範囲内であるが、この探求は、看護教育や臨床の場において、患者の退院後の健康や生活を見据えた、包括的な看護ケアの実践につなげるための一助となるものと考ええる。

II 研究目的

本研究は、精神科看護師に対して肥満ケアに関するアンケート調査を実施し、精神科看護師の肥満ケアの実践に影響を与える要因を共分散構造分析によって検討することを目的とする。

III 研究方法

1. 調査時期と対象者

調査の実施時期は、2010年12月～2011年 1月であり、A県内の有作為抽出した2か所の精神科病院で働く全看護師147名を対象とした。

2. 倫理的配慮

研究への協力は、自由意思によって回答できるものであること、個人が特定されないように配慮すること、調査データは分析後すみやかにシュレッダーにかけること、研究目的以外にはデータを利用しないことを記述した文書を各調査用紙に添付した。

3. 調査内容

精神科看護師という職業への意識と肥満ケアへの意識、精神科看護師としての身体管理への意識、および肥満ケアの実践に関する尺度は、文献（1-4）や精神科看護師として臨床経験10年以上の熟練ナース3名と管理栄養士1名を対象とした意見交換により作成した。さらに看護師の自律性に関しては、菊池・原田の看護婦の自律性測定尺度を使用した。最後に、基本属性として、年齢、性別、正看護看、精神科の経験年数、その他の科の経験年数をたずねた。回答はすべて「全く当てはまらない（1）」から「かなり当てはまる（4）」までの4件法によった。

4. データ分析の手続き

分析の手順は、肥満ケアの実践、肥満ケアへの意識、精神科看護師としての身体管理への意識、精神科看護師という職業への意識、看護婦の自律性測定尺度は因子分析（最尤法・プロマックス回転）による尺度構成を行なった。そして尺度に含まれるすべての項目の平均点を求め、尺度得点とした。本研究では、肥満ケアの実施度とそれに影響を与える要因に関して検討することを目的としているため、各尺度得点の相関係数を算出した。さらに、図1の概念モデルかSPSS AMOS 18を用いて共分散構造分析を行い、モデルの検討を行った。

IV 結果

質問紙の回収数は126（回収率85.7%）で、有効回答数は114（有効回答率77.6%）であった。有効回答数の内訳は、男性が34（29.8%）で、正看25・准看9、平均年齢39.3歳であり、女性は80（70.2%）で、正看55・准看25、平均年齢45.3歳であった。

1. 各尺度の分析

1) 肥満ケアの実践に関する項目

肥満ケアの実践に関する8項目は、得点の分布に極端な偏りが見られた1項目を削除した。そして、残りの7項目を使用した最尤法による因子分析を行った結果、固有値の変化と因子の解釈可能性から、7項目による1因子が適切な因子数と判断した。第1因子の寄与率は60.71%となり、第1因子に対する項目の因子負荷量の絶対値が全て.40以上となったため1因子構造の確認が出来たと判断した。結果の詳細を表1に示す。「肥満ケアの実践」($\alpha=.888$)と命名した。

2) 肥満ケアへの意識に関する項目

肥満ケアへの意識に関する7項目は、得点の分布に極端な偏りが見られた2項目を削除した。そして残りの5項目で最尤法（プロマックス回転）による因子分析を行った結果、固有値の変化と因子の解釈可能性から、4項目による2因子が適切な因子数と判断した。結果の詳細を表2に示す。なお、回転前

の2因子で4項目の全分散を説明する割合は81.54%であった。第1因子として抽出された2項目は、「肥満と抗精神病薬への意識」($\alpha=.746$)と命名した。第2因子として抽出された2項目は、「肥満ケアの必要性への意識」($\alpha=.782$)と命名した。

3) 精神科看護師という職業への意識に関する項目

肥満ケアへの意識に関する9項目は、得点の分布に極端な偏りが見られた2項目を削除した。そして残りの7項目を用いて最尤法（プロマックス回転）による因子分析を行った結果、固有値の変化と因子の解釈可能性から、5項目による2因子が適切な因子数と判断した。結果の詳細を表3に示す。なお、回転前の2因子で5項目の全分散を説明する割合は70.45%であった。第1因子として抽出された2項目は、「精神科看護師への志向性」($\alpha=.862$)と命名した。第2因子として抽出された3項目は、「精神科看護師としての積極性」($\alpha=.614$)と命名した。

表1. 肥満ケアの実践の因子分析結果

肥満ケアの実践 ($\alpha=.888$)	
私は患者の肥満や肥満傾向の改善のために食事や間食の取り方の教育的関わりをしている	0.813
私は患者の肥満や肥満傾向の改善のために運動の必要性についての教育的関わりをしている	0.809
私は患者の肥満や肥満傾向の改善のために生活改善のための働きかけを行なっている	0.787
私は肥満や肥満傾向の患者に活動性が増すような働きかけをしている	0.762
私は患者に対して退院後の生活を考えた体重管理のための働きかけを行なっている	0.719
私は必要時、患者の肥満対策で他職種（管理栄養士、OTなど）と連携をとっている	0.624
私は受け持ち患者が肥満や肥満傾向の場合、看護計画にあげている	0.610

表2. 肥満ケアへの意識の因子分析結果

	F 1	F 2
因子1：肥満と抗精神病薬への意識 ($\alpha=.746$)		
私は抗精神病薬と体重増加との関連を常に意識している	0.963	-0.045
私は体重が増えやすい抗精神病薬を知っている	0.616	0.071
因子2：肥満ケアの必要性への意識 ($\alpha=.782$)		
私は看護師として患者の肥満を予防する責任がある	-0.073	0.853
私は肥満や肥満傾向の患者には看護介入が必要だと考えている	0.12	0.727
因子間相関	F 1	F 2
F 1	-	0.441
F 2		-

4) 身体管理の必要性への意識に関する項目

身体管理の必要性に関する6項目は、得点の分布に極端な偏りが見られた1項目を削除した。残りの5項目を用いた最尤法による因子分析を行った結果、固有値の変化と因子の解釈可能性から、5項目による1因子が適切な因子数と判断した。第1因子の寄与率は62.52%となり、第1因子に対する項目の因子負荷量の絶対値が全て.40以上となったため1因子構造の確認が出来たと判断した。結果の詳細を表4に示す。「身体管理の必要性への意識」($\alpha=.849$)と命名した。

5) 看護婦の自律性測定尺度

看護婦の自律性に関する47項目は、最尤法(プロマックス回転)の因子分析を行った結果、固有値の変化と因子の解釈可能性から、47項目による5因子が適切な因子数と判断した。結果の詳細を表6に示す。なお、回転前の5因子で47項目の全分散を説明する割合は60.46%であった。第1因子として抽出された10項目は、「認知能力」($\alpha=.926$)と命名した。第2因子として抽出された11項目は、「緊

急時判断能力」($\alpha=.915$)と命名した。第3因子として抽出された13項目は、「実践能力」($\alpha=.920$)と命名した。第4因子として抽出された8項目は、「抽象的判断能力」($\alpha=.897$)と命名した。第5因子として抽出された5項目は、「自立的判断能力」($\alpha=.848$)と命名し、各項目を逆転項目として得点を反転させた。

2. 肥満ケアの実践と他の変数との検討

因子分析において、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより尺度得点とした。

1) 肥満ケアの実践と属性との関連

「肥満ケアの実践」(平均 2.62, SD 0.66, 尖度 0.13, 歪度 -0.47)に関して、t検定により男女差を検討したところ、有意な差は見られなかった($t(84)=1.191$, n.s.)。また、正看護師と准看護師との差をt検定により検討したところ、有意な差は見られなかった($t(84)=1.916$, n.s.)。

さらに、「肥満ケアの実践」と「年齢」(平均 42.88, SD 11.09)、「肥満ケアの実

表3. 精神科看護師という職業への意識の因子分析結果

	F 1	F 2
因子1: 精神科看護師への志向性 ($\alpha=.862$)		
私は精神科看護師という仕事にやりがいをもって臨んでいる	0.957	0.006
私は精神科看護師という仕事を人に誇りを持って話せる	0.777	0.015
因子2: 精神科看護師としての積極性 ($\alpha=.614$)		
私は援助成果を出すためにいろいろな援助方法を模索している	-0.033	0.947
私は援助成果が見られるまであきらめない姿勢で臨んでいる	0.123	0.494
私は患者と関係が悪化しても必要なケアは行わなければならない	-0.013	0.359
因子間相関		
F 1	-	0.515
F 2		-

表4. 身体管理の必要性への意識の因子分析結果

身体管理の必要性への意識 ($\alpha=.849$)	
私はストレスが多くなったとしても身体管理は行わなければならない	0.873
私は患者と関係が悪化しても身体管理は行わなければならない	0.749
私は看護師として患者の身体管理に目を向けなければならない	0.694
私は受け持ち看護師として受け持ち患者の身体管理には責任がある	0.665
私は自主的に身体管理に目を向けるようにしている	0.640

表5. 看護婦の自律性測定尺度の因子分析結果

	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
因子1：認知能力 ($\alpha=.926$)					
私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる	0.962	-0.197	-0.21	0.211	0.094
私は患者に将来起こるであろう危機を予測することができる	0.953	-0.198	0.003	-0.045	0.012
私はこれまでの経過から患者の今後の行動を予測することができる	0.802	-0.072	0.01	0.023	-0.013
私は患者が内心抱いている不安を状況から推測することができる	0.652	-0.194	0.168	0.166	0.004
私は患者の言動から性格や生活習慣を読み取ることができる	0.638	0.208	-0.084	0.081	-0.069
私は患者の心理的問題を患者から直接聞き出すことができる	0.598	0.25	-0.052	0.042	-0.187
私は治療が患者に及ぼす心理的影響を予測することができる	0.498	0.005	0.431	-0.209	0.054
私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる	0.492	0.198	0	0.071	-0.006
私は患者のニーズにすぐに気付くことができる	0.471	0.318	0.151	-0.024	-0.019
私は患者の言動に共感的理解を示すことができる	0.42	0.311	0.024	-0.148	0.042
因子2：緊急時判断・実践能力 ($\alpha=.915$)					
私は患者の急激な生理的变化（吐血、意識喪失など）に対応することができる	-0.203	0.927	-0.044	0.013	0.137
私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる	0.064	0.805	-0.163	-0.05	-0.106
私は手際よく看護ができる	-0.286	0.789	0.118	0.207	0.007
私は緊急時にも落ち着いて看護を行う事ができる	-0.033	0.65	0.086	0.191	0.054
私は突然の患者の生理的变化（血圧低下、悪寒など）に応じて看護方法を変更できる	-0.119	0.64	0.137	0.063	-0.136
私は患者の意識レベルの変化を正確に把握することができる	0.251	0.605	0.079	-0.19	0.018
私は患者の検査結果と症状との関連を理解することができる	0.36	0.486	0.179	-0.299	0.084
私は看護に必要な情報をすぐに集めることができる	0.296	0.417	0.008	0.155	0.028
私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を推測できる	0.026	0.378	-0.046	0.338	0.101
私は看護方法を自分一人で選択できる	0.233	0.362	-0.117	0.339	0.131
私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる	0.15	0.341	0.261	0.083	0.009
因子3：実践能力 ($\alpha=.920$)					
私は患者の突然の求めにも躊躇せずに応じることができる	-0.089	-0.139	0.868	0.069	0.124
私は患者のニーズに一致した看護を選択することができる	-0.123	0.053	0.835	0.04	0.004
私は患者の社会生活に配慮した看護ができる	0.108	-0.099	0.681	0.12	0.075
私は患者の医療に対する不信感や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる	0.045	0.008	0.663	0.041	-0.022
私は患者が落ち着いて看護が受けられるよう常に配慮ができる	-0.066	0.154	0.545	-0.014	0.137
私は患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる	0.024	0.22	0.542	-0.004	-0.092
私は看護の優先順位を立てて計画的に1日を過ごすことができる	0.108	0.186	0.519	-0.135	-0.11
私は患者の社会的適応を促進するための指導ができる	0.27	-0.114	0.451	0.194	-0.05
私は他職種と連携を上手にとることができる	-0.153	0.277	0.412	0.233	-0.01
私は患者の情動の変化怒り、悲しみなどに対処することができる	0.155	0.344	0.365	-0.012	-0.103
私は患者の心理的变化（不安、怒り、焦りなど）に応じて看護方法を変更できる	0.116	0.269	0.347	0.113	-0.111
私は看護を常に創意工夫することができる	0.089	-0.155	0.342	0.27	-0.012
私は患者の個性を考慮した看護を実践することができる	0.293	0.255	0.33	-0.085	0.058
因子4：抽象的判断能力 ($\alpha=.897$)					
私は看護モデルを用いて看護方法を決定することができる	-0.082	0.127	-0.017	0.758	0.016
私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる	0.192	0.116	-0.179	0.723	-0.033
私は看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定出来る	0.104	-0.126	-0.014	0.718	0.056
私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる	-0.13	-0.021	0.196	0.683	-0.161
私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる	0.033	-0.113	0.178	0.629	-0.003
私は患者の変化（結果）を予想して看護を選択することができる	0.08	0.295	0.045	0.458	0.103
私は患者の症状や検査結果を統合して適切な看護方法を選択できる	0.058	0.247	0.114	0.432	-0.025
私は患者の価値観を十分に理解することができる	0.262	0.026	0.216	0.331	-0.01

因子5：自立的判断能力 ($\alpha=.848$)

私は患者の言動に惑わされて適切な看護方法を選択できない	0.06	-0.153	0.147	-0.044	0.865
私は他者の助言を受けなければ看護方法を選択することができない	0.049	-0.066	0.051	-0.003	0.763
私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない	-0.107	0.078	-0.014	-0.063	0.76
私は患者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない	0.064	-0.096	0.112	0.112	0.686
私は患者の意思を尊重せずに看護方法を選択してしまう	-0.048	0.409	-0.213	-0.018	0.609
因子間相関					
F 1	—	0.617	0.682	0.584	0.016
F 2		—	0.689	0.628	0.012
F 3			—	0.626	0.047
F 4				—	0.093
F 5					—

表6. 各尺度得点の相関係数

	肥満ケアの実践	肥満と抗精神病薬への意識	肥満ケアの必要性への意識	精神科看護師への志向性	精神科看護師としての積極性	身体管理の必要性への意識	認知能力	緊急時判断実践能力	実践能力	抽象的判断能力	自立的判断能力	平均値	SD
肥満ケアの実践	—	.243**	.209*	.437**	.337**	.392**	.409**	.362**	.451**	.380**	0.153	2.62	0.66
肥満と抗精神病薬への意識		—	.349**	.430**	.310**	.459**	.502**	.335**	.363**	.284**	-0.180	2.87	0.77
肥満ケアの必要性			—	.294**	.244**	.321**	.289**	-0.026	0.093	0.100	-0.009	3.16	0.66
精神科看護師への志向性				—	.423**	.535**	.543**	.447**	.536**	.406**	0.007	2.86	0.75
精神科看護師としての積極性					—	.666**	.522**	.441**	.480**	.475**	-0.016	2.75	0.49
身体管理の必要性への意識						—	.579**	.488**	.474**	.383**	-0.051	3.02	0.58
認知能力							—	.704**	.767**	.673**	-0.058	2.56	0.51
緊急時判断実践能力								—	.794**	.741**	-0.081	2.49	0.52
実践能力									—	.751**	-0.073	2.58	0.45
抽象的判断能力										—	-0.138	2.37	0.49
自立的判断能力											—	1.84	0.51

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

践」と「精神科看護経験年数」（平均 10.27, SD 9.88）との相関係数を算出し相関関係を検討したところ、いずれも有意な相関を示さなかった。

2) 肥満ケアの実践とその他の変数との相関関係

各尺度得点の平均値と標準偏差、及び互いの相関係数を表6に示す。

「肥満ケアの実践」と、看護師の自律性や意識的なものとの間には有意な正の相関が見られた。しかし、自律性の下位構成概念である認知能力、緊急時判断実践能力、実践能力、抽象的判断能力はそれぞれ互いに強い正の相関関係があることがわかる。意識的なものも高い正の相関を示している。よって、この相関係数だけでは擬似相関などの可能性を否定出来ず、「肥満ケアの実践」に影響を与えている変数に関して検討するには限界がある。

3. 共分散構造分析

肥満ケアの実施度とそれに影響を与える要因に関して検討するため、各尺度得点の相関係数などを参考に仮説的なモデルを作成し、それを用いて共分散構造分析を行い、モデルの検討を行った。本研究では、前述のように看護師の自律性が肥満ケアの実践に影響を与え、さらに看護師の意識的なものが自律性と肥満ケアの実践に影響を与えることを想定している。モデルの検討は、欠損値のないデータで行った (n=86)。

SPSS AMOS 18を使用し、修正指数と因果の強さを示すパス係数とその有意確率及び各適合度指標の改善の度合いをもとに、モデルの修正を繰り返して最終的なモデルを導いた。分析に使用したモデルを図1に示す。ただし、共分散や誤差項は省略している。適合度指標は $\chi^2(23) = 28.18$ (n.s.), GFI=0.962, AGFI=0.874, CFI=1.000, RMSEA=0.051であり、モデルは受容できると判断した。以下では、各影響について検討する。

意識的なものから看護師の自律性のパスがいくつか確認できたため、意識的なものが自律性へ影響を与えていることが明らかになった。そして、「精神科看護師への志向性」が「肥満ケアの実践」に対して中程度の正の有意なパスを示していた。それ以外の変数からの「肥満ケアの実践」へのパスはいずれも有意ではなく、「自立的判断能力」から弱い正のパスを示していたが有意ではなかった。この結果から、「肥満ケアの実践」は看護師の自律性ではなく、意識的なものである「精神科看護師への志向性」が規定していたといえる。

V 考察

1. 肥満ケアの位置づけ

本研究は、肥満ケアの実践に影響を与える要因を検討することを目的とした。「肥満ケアの実践」の基礎統計量 (平均 2.62, SD 0.66, 尖度 0.13, 歪度 -0.47) から、ケアを実践して

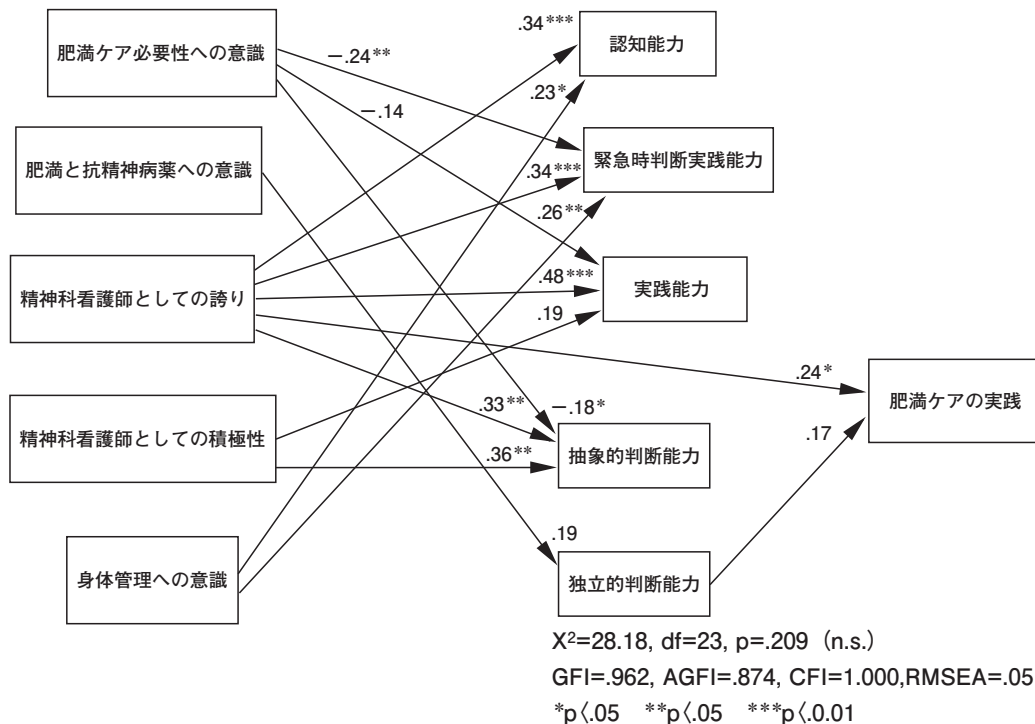


図1. 肥満ケアの実践に影響を与える要因のモデル図

いるかどうかにはやはり個人差があることがわかる。一方、肥満ケアの実践に関して、男女差と資格差（正看護師と准看護師）をt検定により検討したところ、有意な差は見られなかった。また、肥満ケアの実践と、年齢及び精神科看護経験年数の相関を検討したが、いずれも有意な相関を示さなかった。これらは肥満ケアの実践の個人差を規定する要因ではないといえる。

菊池らは、看護活動を看護場面における状況の認知、判断、実践の3つの段階に分けて、看護専門職の自律性が持つ5つの下位項目、“認知能力”“実践能力”“具体的判断能力”“抽象的判断能力”“自立的判断能力”¹³⁾を設定した。しかし、今回の調査で肥満ケアの実践に、この5項目の直接的な影響が見られなかったことは、精神科看護のなかでの肥満ケアの位置付けに起因するのではないかと考えられる。一般的に、重大な合併症がない限り、精神科看護に求められる第一義的な目標は、患者の精神症状の安定であり、その目標を達成するために看護を展開する。地域での生活を視点とした看護よりも、精神症状や日常生活行動に関心が向きがちとなっているのは否めない事実である。冒頭でも述べたとおり、すぐ対応が必要な程度でない限りは、肥満ケアを実践するかどうかについては、個々の看護師の判断にゆだねられているという現状があり、それが自律性ではなく意識的なものが影響しているという、今回の結果に結びついているのではないかと考えられる。これは新たな示唆を与える結果といえる。

2. 今後の展望

肥満ケアの実践に関して有意な正のパスを示したのは、「精神科看護師への志向性」のみであった。この結果は、精神科看護師としてのやりがいや誇りが高いものほど肥満ケアの実践を行なっていることを示している。現

状の精神科看護において、看護師個人に任されている性格のケアを、より多くの看護師が実践するようになるためには、看護師それぞれの「精神科看護師への志向性」を高めることの必要性が示唆された。

仕事上でやりがいがあると内面的に感じるためには、自分が関心を持っている仕事について、実践したことが上手くいったと感じるときであり、このような心理状態を多く体験することにより、動機や満足度が高くなると言われている。¹²⁾木村らは、精神科看護師の諸葛藤から精神科看護の問題点をインタビュー調査し構造化しているが、中核概念として“ビジョンのない看護”をあげている。日常業務で、精神疾患特有の症状をもつ患者の対応において、それぞれ独自の看護判断を迫られることが多く、その対応の正否について葛藤やジレンマに陥ることがまれではないと述べている。これは、明確な判断基準がないなかで、実践したことが上手くいったと実感する機会を十分持ててないことを示唆するものである。自ら下した判断や、行った看護が正しかったかどうかについて意見交換し合える場づくりや、行った看護の意義を明らかにして意識化できる体制づくりが、ビジョンの可視化につながり、看護へのやりがいや動機、満足度の向上へと発展するものと考えられる。

VI おわりに

本研究では、意識的なものと自律性が肥満ケアの実践に影響を与えているという仮説をたてた。その仮説の検証に当たり、肥満ケアの実践尺度、肥満ケアへの意識尺度、精神科看護師という職業への意識尺度、精神科看護師としての身体管理への意識尺度を新たに作成した。さらに因子分析を用いて尺度化を行い、それぞれの尺度得点を算出した。それらの尺度得点の相関分析の結果と先行研究から

仮説的なモデルを構築し、各意識と自律性および肥満ケアの実践との関連を共分散構造分析を用いて検討した。その結果、「精神科看護師への志向性」という意識的なものが、肥満ケアの実践に直接影響を与えていることが明らかとなった。

サンプル数も多くはなく、一時点の調査であるため、因果関係に関して過度の一般化は危険である。自作の尺度に関しては、 α 係数により内的整合性を検討しており、概ね良好だったといえるが、信頼性、妥当性共に検討の余地がある。

本研究は、平成22年度新潟青陵学会共同研究の助成により実施したものである。

引用文献

- 1) 長嶺敬彦. 抗精神病薬の「身体副作用」がわかる. 64-68. 東京:医学書院;2006.
- 2) 小渡敬, 中里恵, 比嘉喜代, 他. 精神科病院の食を考える—平和病院における肥満調査とダイエット・プログラム—. 日精協誌. 2006;25(5):46-53.
- 3) 加藤大慈, 藤田英美, 杉山直也, 他. 統合失調症の栄養・運動管理プログラムに関する効果と問題点の検討—身体指標の評価と症例から—. 精神科治療学. 2006;21(9):999-1004.
- 4) 斎藤まさ子. 薬物療法のインフォームド・コンセントと看護—当事者の体験を基にした法的・倫理的側面からの考察—. 新潟大学法政理論2007;39(3):159-189.
- 5) 斎藤まさ子, 内藤守. 統合失調症患者の退院後にも肥満が持続するプロセスと看護介入. 新潟青陵学会誌. 2010;3(1):33-42.
- 6) 長山亜紀子, 國井良彦等. 退院後の生活を意識してかわる、あたりまえにしていることや病棟ルールを見つめ直す. 精神科看護. 2008;35(2):12-19.
- 7) 子瀬古伸幸, 藤田みゆき, 大谷須美子. 急性期治療病棟における退院クリニカルパスを用いたアプローチ—看護師の継続看護に対する意識変化—. 日本精神科看護学会誌. 2008;51(2):290-293.
- 8) 松井豊, 浦光博. 対人心理学研究シリーズ7 人を支える心の科学. 98-100. 東京:誠心書房;1998.
- 9) 波多野誼余夫, 稲垣佳世子. 無気力の心理学 やりがいの条件. 51-72. 東京:中公新書;1999.
- 10) 小谷野康子. 看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の分析—急性期病院の看護婦を対象にして—. 聖路加看護大学紀要. 2001;27:1-8.
- 11) 菊池昭江, 原田唯司. 看護専門職における自律性に関する研究—基本的属性・内的特性との関連—. 看護研究. 1997;30(4):23-34.
- 12) Robbins,Stephen P.,高木晴夫監訳. 組織行動のマネジメント. 324-327.東京:ダイヤモンド社;1997.
- 13) 木村克典, 松村人志. 精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点. 日本看護研究学会雑誌. 2010;33(2):49-59.