

# うつ病看護援助論

高橋清美 Takahashi Kiyomi 日本赤十字九州国際看護大学准教授

## はじめに

近年、うつ病に対する社会の認識が徐々に高まってきた。うつ病の性差でみると女性が男性より2倍の有病率<sup>1)</sup>であり、うつ病に罹患しても適切なうつ病治療を受けた人は25%以下(米国では50%)といわれている<sup>2)</sup>。一般人口に比較し、身体疾患を有する患者のうつ病有病率は高く、入院患者のうつ病有病率は22~33%、がん患者では33~42%で、うつ病自体が身体症状をもつため、体調異変を身体疾患と感じ取り内科を訪れることにもよる、といわれている<sup>3)</sup>。

周囲の人の多くは、身近な人の「うつ病」に対して力になりたいと願う。ただし、どう接すればよいのかが不明瞭であるため、うつ病患者とその周囲の人々にさまざまな問題が生じやすいこと、それが仕事や日常生活に影響することもあるようだ。初発の大うつ病(うつ病相のみ呈するもの)患者の50~60%が再発し、再発回数が増えるほどより再発しやすく、病相の期間が長引くうつ病は再発しやすいといわれている<sup>4)</sup>。そして、うつ病の再発防止には、医師と相談しながら内服を継続することや、無理をしない生活の仕方を工夫すること、ストレスフルな人間関係を見直すこと

といわれている。

内服遵守、生活の工夫、人間関係の見直しを実行するには、うつ病患者が病をある程度受容することが必要である。ただし、病を受け入れるにはさまざまな葛藤が生じやすいため、人対人による何らかの支援が必要とされ、そこに看護の役割が存在すると考えられる。

また、さまざまな疾患に罹患した人が、自らの病気をどのように理解し、どのような感情を抱き医療を利用しているのか、このことを看護師が認識し、その人が必要とする専門機関につなげていくゲートキーパーの役割も看護には期待される。

ここでは、うつ病患者の生活をどう支えるのかという視点から、看護援助を述べてみたい。

## 睡眠への看護援助

うつ病患者のほとんどに睡眠障害がみられ、睡眠障害には入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害がある。入眠障害は寝付くまでに時間のかかるタイプで、寝付いた後に何度も覚醒する中途覚醒、通常より早く目が覚める早朝覚醒、

## ポイント!

うつ病は中途覚醒と早朝覚醒、熟眠障害が典型的で、症状が進むと入眠障害も出現し睡眠が全般的に障害される

ぐっすり寝た気がしない熟眠障害などのタイプがあるが、うつ病は中途覚醒と早朝覚醒、熟眠障害が典型的で、症状が進むと入眠障害も出現し睡眠が全般的に障害されるといわれる<sup>5)</sup>。睡眠障害のタイプによって処方される睡眠薬は変わってくる。また、ふらつきの強い患者が夜間に不眠を訴えた場合、早朝に転倒や転落事故を起こす可能性も否定できないことや、昼夜逆転の問題、精神症状の変調による不眠の訴えなど、不眠の訴え一つについてもさまざまな角度からアセスメントする必要がある。

一般科において睡眠に対する訴えが強く、うつを疑うような患者がいる場合、主治医や精神科医に情報が伝達できるように夜間巡視時に観察した内容を看護記録に残すことも重要である<sup>6)</sup>。

## 活動の援助

うつ病は、病状の進行によってそれぞれの段階がある。時間の流れに沿って大きく分けると、前駆期、急性期、回復期、再発期という経過をたどる。

前駆期から急性期は、「眠れない」「食欲もない」「体がきつい」「気が滅入る」といった心身の疲労を癒すために安静にすることが治療上の基本である。「治らない」「どうなってもよい」といった発言を患者から受けると、看護師自身も対応の困難さを感じるであろう。うつ状態の悪化とともに以前はできたことができなくなると、患者や家族、そして看護師さえも危機的な状況に陥ることがある。うつ状態は必ず回復するが、そう伝えても納得できないと訴える患者も多い。「日にちが薬ですよ」と伝え、意欲低下から動けない場合には、体調を本人に確認したうえで必要ならば介助を行い、慣例に縛られない臨機応変な対応をチームで心がけたい<sup>7)</sup>。

回復期の患者を看護する場合、やや専門的な援助が必要となる。回復期は、気力が回復しつつも気分むらのある時期である。回復期の初期は、自殺のリスクが高いため、身体疾患の特徴をも含んだ観察の視点が必要である。

がん患者の自殺率は一般人口の約1.8倍と高く<sup>8)</sup>、男性の進行性がんや診断告知から数カ月の時点がハイリスクと指摘され、十分な徐痛を図り精神的サポートや多職種による包括的支援が有効<sup>9)</sup>といわれている。

## 食事への援助

うつ病の人は、精神科よりも内科(とくに消化器科、循環器科、内分泌科)や整形外科、婦人科を多く受診し、とくに消化器症状の訴え(食欲低下、体重減少、衰弱、脱水、低栄養、味がしない;味覚異常)が知られている。糖尿病とうつ

病を併せもつ場合、糖尿病自体や治療にともなう感情負担がうつを引き起こしやすく、自己効力感や自尊感情の低下によってセルフケア行動(食事療法、運動療法、禁煙)ができなくなるといった心理行動学的機序も指摘<sup>10)</sup>されている。さらに、三環系抗うつ薬にはインスリン抵抗性を悪化させ、食欲や体重を増加させるといった糖尿病患者にとって不利な作用を生じる場合もある<sup>10)</sup>ため、食欲低下のみならず食欲亢進に対する観察と精神科医との連携も重要である。

## 排泄への援助

うつ病の症状として消化器症状(食欲減退、味覚異常、便秘)があるが、治療薬としての抗うつ薬(選択的セロトニン再取り込み阻害薬(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI))の副作用にも消化器症状が特徴的(便秘、下痢)といわれている。SSRIは新世代の抗うつ薬だが、古くから使われている三環系、四環系の抗うつ薬の副作用がもつ「抗コリン作用」としての便秘や排尿障害の出現は、抗うつ効果よりも早く出現し、服薬中断の理由になることが少なくない<sup>11)</sup>。高齢者のうつ病の臨床像は若者のうつ病と比較して身体愁訴が多いこと<sup>12)</sup>、中年後期～初老期に発症するうつ病は一般的に重症であること<sup>13)</sup>より、排泄の訴えを受けとめて真摯に対処しようとする看護師の姿勢を、患者に理解してもらうことが極めて必要となる。

## うつ病患者とのコミュニケーション

多くの人とは他者から理解されたいと願う。自分のなかに生じた感情(喜び、悲しみ、怒りなど)を誰かに伝え、「そう、そう。よくわかるよ」と声をかけられたとき、理解してもらえたことにほっと安堵するものである。病をもつ人はネガティブな感情を抱きやすく、弱い自分をさらけ出すことを恐れる一方で、とくに医療スタッフに対し、苦しい気持

ちを理解してほしい(理解してくれるであろう)と願っている。

では、うつ病患者の身体症状(疲れやすい、動作が鈍い、焦りやすい、睡眠や食欲の問題)、精神症状(鬱々とした気分、興味や関心の喪失、自分は価値がない、罪を犯したような気分、考えがまとまらない、集中できない、決断できない、希死念慮)<sup>14)</sup>から生じた訴えに、看護師はどう対応すればよいのだろうか。

まず、うつ症状が気がかりな患者の話を聴く時間帯を決めて、患者にあらかじめ伝えておくと、患者は、看護師に言い出したくても言えないような想いを、事前にまとめることができる。次に、看護師は患者の訴えを十分に聴き、確認を取ったほうがいい内容に関しては控えめに質問し、看護師自身が理解できたことを患者に伝える<sup>7)</sup>、これらコミュニケーションの基本を駆使し、受容的、共感的態度で接する。

看護師が患者の感情を認知し、そのときに、自分のなかに生じた感情と同じ種類の感情が患者のなかに起こっている(であろう)と認識できたならば、その感情が共感となるが、医療コミュニケーションではこの共感を相手に返す往復的なプロセスが必要といわれている<sup>15)</sup>。さらに、がん、糖尿病などで長期的治療が必要な患者は、悲しみ、苦しさ、混乱、怒りといった人間のネガティブな感情が喚起されやすく、むしろ自然にこれらの感情を表出することが精神健康を維持する大切な手段ともいえる。看護師は患者の自然な感情表出を妨げないように、つまり、患者が安心して感情表出できるような場の設定(面会室などの個室に通し患者の話を拝聴する、医療者自身が動揺せずに落ち着いて対応する)を行うと効果的である<sup>7)</sup>。

慢性疾患患者は、どんな人でも多少の差はあっても、病に対するセルフケアを実施してきているため、「これまで、本当にかんばってこられましたね」「上手くいった経験を教えてくださいませんか?」と伝えることも効果的である。

とくに、うつ病の回復期にある患者は、看護師や周囲の人とかかわりをもとうと無理してみたり、疲れやすいといった持続力のなさに落ち込み、気分が不安定になりがちである。自信を失いがちな人を目前にすると励ましたくなるのが人情だが、激励はうつ病患者が追い詰められやすく、むし

ろ、これまでがんばってきたことの労をねぎらうほうが、看護師の想いは患者に届きやすいようである。つまり、「がんばって」ではなく、「よく、ここまでがんばってきましたね」といった看護師の一言は、理解してもらえたといった患者の安堵感につながる。

## 【希死念慮に対応するための援助】

自殺企図で搬送される患者は、その背後要因にうつ病が存在する場合がある。まずは身体的治療が優先されるが、一段落した後には身体状態を説明し安心感が得られるような配慮を行う。自殺企図直後は著しい緊張感から開放されて調子が良くみえる(カタルシス状態)<sup>16)</sup>場合もあるが、施設内での再自殺の危険性を常に考慮し、精神科医療と連携を図ることが必要である。

希死念慮を患者から打ち明けられると、看護師も混乱し、平静を取り戻そうとして無関心を装ってしまうことがある。患者の精神的負担感をあれこれ問うと傷つけてしまうのでは? と心配する看護師もいるかもしれない。また、患者の気がかりを聴きたくても時間の問題が…と懸念する場合もあるのかもしれない。しかし、死にたいと思うほどつらい心情である事態の深刻さを認識したうえで、「よく語ってくれました」「そう思うのは、病気のせいであって、本来のあなたの意思とは反することだと思う」と伝えることは患者の安堵につながる。さらに、「あなたがつらい気持ちであることを(私は)理解しました。しかし、今は実際の行動を起こさないように約束してください」と明確に伝え、患者の反応を観察する。「自信がない」「約束できない」と表現した場合は、再自殺の可能性を疑ったほうがよく、過去の自殺未遂が確認された場合と同様に、精神科医への紹介が必要となる。

## 【うつ病者の性差に対するケア】

うつの女性が抱える考え方の特徴として、「家事は私がやるものだ、病気だからと昼間から寝ているわけにはいかない」など役割への義務感や、身近な人に配慮し「家族の皆に迷惑をかけてしまう、自分のために時間を使うのは申し訳ない」と、自分のことは後回しにする傾向が指摘されている<sup>17)</sup>。

うつになったとき、女性は自分の気持ちや周囲との関係性についてくよくよ悩み、何とかしようと焦りが強くなる場合もあるのに対し、男性は行動化しやすい傾向が指摘されている<sup>18)</sup>。「気を紛らわす」やり方、すなわち、いやな気持ちに向き合おうとしない男性型のうつのパターンは、回避、否認、軽視、行動化といった不健康な防衛機制を取る場合も指摘され、うつ病という脆弱なイ

(P. 1142)

看護師は患者の訴えを十分に聴き、確認を取ったほうがいい内容に関しては控えめに質問し、看護師自身が理解できたことを患者に伝える

(P. 1142)

看護師は患者の自然な感情表出を妨げないように、つまり、患者が安心して感情表出できるような場の設定を行うと効果的である

メージに自分自身がどう向き合っているかわからないといった傾向も指摘されている<sup>18)</sup>。一般科病棟の看護師は、20～30代の女性職員が比較的多いため、身体疾患を有するうつ病の男性患者の不健康な防衛(怒りだす、話そうとしない、隠れ飲酒などの問題行動)に恐れを抱くことや、共感することが困難な場合も予測され、看護管理者や先輩看護師からの支援が不可欠となる。

男女の性差にかかわらず、うつ病はもともとできていたことや意欲的に取り組んでいたことに興味を失い、気分の落ち込みや身体症状の苦痛を抱えながらも、周囲から気づかれにくく、本人自身は周囲の評価が気になるために、自己否定に陥り、大変苦しい経験をしている。このような患者に対し、看護師は患者の苦しい胸の内を察してプライドを尊重しようとする真摯な態度と、チーム内連携(患者を支持するために同職者同士でも支え合う)が極めて重要となる。

## まとめ

一般科診療において、うつ病の患者への看護援助の際にとくに重要な点についてまとめた。うつ病は身体症状を有するため、一般病棟で看護することも多い。しかし、うつ病を正しく理解し適切な看護を提供できているかについては、多くの課題が残る。社会のニーズに応えるために看護継続教育の充実が期待される。

### 引用文献

- 1) Weissman, M. M., Klerman, G. L.: Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry, 34(1): 98-111, 1977.
- 2) 神庭重信: これだけは知っておきたい女性とうつ病; サインを見逃さないために. 医薬ジャーナル社, 東京, 2008, p. 3.
- 3) 大熊輝雄: 現代臨床精神医学. 金原出版, 東京, 2008, pp. 364-365.
- 4) 加藤進昌, 神庭重信・編: TEXT 精神医学. 第3版, 南山堂, 東京, 2007, p. 193.
- 5) 久保木富房, 坪井康次, 神庭重信: 「うつ」を見抜く! 対処する! プライマリケアのためのうつ病診療. メジカルビュー社, 東京, 2009, pp. 8-9.
- 6) 姫井昭男: 精神科の薬がわかる本. 医学書院, 東京, 2009, pp. 53-56.
- 7) 森加苗愛: 「女性の更年期」「うつ」と糖尿病. Nursing Today, 25(4): 61-62, 2010.
- 8) Harris, E. C., Barraclough, B. M.: Suicide as an outcome for medical disorders. Medicine, 73(6): 281-296, 1994.
- 9) 高橋真由美, 藤澤大介, 小川朝生, 他: 緩和ケア領域におけるうつ病. 総合臨床, 59(5): 1224-1230, 2010.
- 10) 深尾篤嗣, 高松順太, 花房俊昭: 内分泌代謝疾患とうつ病. 総合臨床, 59(5): 1248-1252, 2010.
- 11) 前掲書6) : pp. 12-19.
- 12) Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., et al.: Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. J Am Geriatr Soc, 41(11): 1169-1176, 1993.
- 13) 前掲書4) p. 192.
- 14) 前掲書5) : pp. 22-23.
- 15) 町田いづみ: うつ病患者へのコミュニケーション・スキル. 保坂隆・編, 臨床看護セクション12; 一般病棟でみられる抑うつと看護, へるす出版, 東京, 2002, p. 65.
- 16) 宮岡等, 上条吉人: 精神障害のある救急患者対応マニュアル. 医学書院, 東京, 2007, p. 247.
- 17) 岡田佳詠: 認知へのアプローチ. 日本精神科看護技術協会・監, 実践精神科看護テキスト; 第11巻: うつ病看護, 精神看護出版, 東京, 2007, p. 104.
- 18) デヴィッド・B・ウェクスラー・著, 山藤奈穂子, 荒井まゆみ・訳: オトコのうつ: イライラし, キレやすく, 黙り込む男性のうつを支える女性のためのガイドブック. 星和書店, 東京, 2010, pp. 32-58.

# 小児看護

2011年 臨時増刊号

## 子どもの痛みの看護ケア

### 疼痛緩和に向けての心と身体へのアプローチ