

強迫神経症患者の強迫的確認行動に関わる看護師 の感情と対処行動

齋 二美子, 石田真知子*

東北大学医学部附属病院

*東北大学医療技術短期大学部 看護学科

Cognition, Emotion, and Coping Strategies of the Nurses Who were Involved in the Care of a Female with Obsessive-Compulsive Disorder

Fumiko SAI and Machiko ISHIDA*

Tohoku University Hospital

**Department of Nursing, College of Medical Sciences, Tohoku University*

Key words: 強迫的確認行動, 看護師, 思考, 感情, 対処行動

Six nurses who were involved in the care of a 16 year old female with obsessive compulsive disorder were interviewed to examine their cognition, emotion, and coping strategies. The interviews were written word by word.

Analysis of these records revealed that all of the nurses had negative emotions temporally, when they were dealing with the patient's pervasive pattern of preoccupation with orderliness during the urinary elimination. The patient needed almost one hour to urinate. The nurses also recognized the healthy aspects in the patient's behavior. The nurses coped with their negative emotions personally and collectively, using both emotional focused and problem-focused coping strategies. The nursing team functioned as a support group. Each nurse found out how others were dealing with their negative feeling, shared feelings with the other members and got support from other members. The nurses who had more years of experience recognized that it is necessary to have certain period of time to scrutinize the patient's state before the behavioral therapy. This recognition alleviated the nurses' negative emotions.

はじめに

精神科看護の中には訳のわからない言葉の裏に隠された気持ちややってほしい事を理解する事が難しかったり、看護師がいいと思ってやった事でもあからさまに攻撃されたり、文句を言われたりする事がある。時には暴力、暴言もあり、精神科

病棟で働く看護師は虚しくなったり悲しくなることがある¹⁾²⁾³⁾。精神科看護において患者と関わる事はこうした様々な感情に触れる事でもある。看護師は患者に関与する場面で多くの感情規制に基づき、感情管理をしながら仕事をしている。ベナーらは看護とは気遣いとしてのケアが看護の第一義的なものであり、思考と感情と行動が分かち難く

結びついたものだと述べている⁴⁾。これを受け、武井はケアの質を高めるためにはこの3者がどのように結びついているのかを明らかにする必要があると述べている⁵⁾。

先行研究においては鬱病患者に関わる看護師の感情やアルコール依存症の夫を抱える妻の感情と自分を取り戻すまでの過程については明らかにされている⁵⁾⁶⁾。しかし、強迫神経症患者に関わる看護師の感情と対処行動については明らかにされていない。このような背景を基に本研究では日常生活全体に強迫的確認行動を行う患者に関与した看護師を対象に看護師は強迫神経症患者の強迫的確認行動に関わる時、思考に基づいた事象の認知と感情と対処行動がどのように結びついているのかについて明らかにする事を目的にした。

1. 研究方法

1) 研究対象者：強迫神経症患者の強迫的確認行動に直接関わっている看護師6名に、研究の主旨を説明し、6名全員から面接の了解を得た。平均年齢41歳(21~55歳)、平均精神科経験年数8.1年(1~19年)であった。病棟の勤務人数は日勤2名、準夜1名、深夜1名であった。

2) 調査期間：平成14年3月25日から平成14年4月7日までであった。

3) 研究方法：半構成的な面接法を用いた。

データの収集方法はインタビューガイドに基づいて半構成的面接法により、直接共同研究者が面接を行った。その内容は①強迫的確認行動に関わっていた時の自分の感情、②その感情にどのように対処したか、③対象にどのように関わろうとしたかを質問した。インタビューデータは対象者の了解を得てテープに録音し、逐語的に作成した。面接時間は30分程度とした。

4) 分析方法：テープを逐語録におこし、その内容を事象に関する看護師の認知、感情、対処行動に分類した。次に領域毎にデータをコード化し、カテゴリーを抽出した⁷⁾。

5) 事例紹介：強迫神経症の16歳の任意入院の女性(以下Sさんとする)。2002年1月15日に2回目の入院。家族構成は母(49歳)と祖母と患

者の3人家族。父(69歳)は東京に住み、会社経営。父母は未入籍。発症は小学4~5年頃。主訴は自分が不潔なのではないかと不安があり、便や尿がもれているのではないかと気にして1時間程の強迫的確認行動がある。具体的には入院後は排泄時のズボンの上げ下ろし、便座は汚れていないか、パンツに便が付いていないか、ドアはきれいか、手洗いはどの位すれば綺麗か等の確認行動が見られた。特に夜間は確認を各勤務帯で3~5回、1回30~50分繰り返していた。2月8日から外出時の約束事、2月12日から排泄から終了までを30分にする事、出来ない時は外出禁止とし、表にして患者と共に成果を確認していくという行動療法が開始された。調査期間中の確認行動は3分~25分となった。

6) 倫理的配慮

面接参加者のプライバシーの保護、研究への参加は自由である事、患者や話の中に出てくる人の秘密が守られる事を文書と口頭で説明し、同意を得た。

2. 結果

6名の対象者の語りの内容を認知、感情、対処行動に分類した。認知、感情、対処行動のそれぞれについてカテゴリーを抽出した(表1)。

1) 看護師A(看護師経験33年、精神科経験10年)

<認知>トイレ行動に40~50分位、便座の確認だけで10分かかっていた。「Aさん信じていいですか」「Aさん、私に汚い所に座らせませんよね」等と全てを何回も反復する。夜勤だと他の患者が訴えてきて、待っていられると流れがスムーズでない。

<感情>全てを何回も反復されるとムツとくる。キレル。「もう聞かない!」「もう行くから!」って感じ。特に夜勤で他の患者さんも訴えてきている時はSさんだけに関わってられないので、焦る。イライラする。とにかく今のこの確認行為を終わらせようと思う。

行動療法が始まってから、気が楽になった。褒めたら「うれしい」って言うんだよ。可愛い。素直

表1. 強迫的確認行動についての看護師の認知, 感情, 対処行動

	カテゴリー	サブカテゴリー	
認知	強迫的確認行動	排泄に関する強迫的確認行動 30~50分 生活のあらゆる面での不安確認	
	患者の不安	人に対する不安 不潔に対する不安 自分に対する不安	
感情	夜勤時の葛藤 巻き込まれ	夜勤時の対応困難 看護師側の強迫観念	
	否定的感情	イライラ, 焦り, 怒り 呆れ, 無視 嫌悪感, あきらめ 罪悪感,	
	肯定的感情	余裕, 愛情, 信頼関係 役割意識, 願い, 寛容 やり取りに関心	
	安心感	方針決定後の安心感	
対処	感情調整型 対処	個人的対処	我慢 一時的回避 友人への感情表出 自己洞察
		集団的対処	同僚への感情表出 苦勞の共有
	問題解決型 対処	個人的対処	褒める 甘えの受容 症状確認期間必要の理解 対応法の発見
		集団的対処	カンファレンスでの問題の明確化 目標設定 対応の取り決め

で幼い。

<感情型対処> 一個人的対処—「もうだめ!」「聞かない!」と一旦は放り出すけど、もっと確認行為がひどくなるので結局、症状のせいだからこっちが我慢するしかないと自分に言い聞かせる。

—集団的対処—申し送りの時、Sさんの事で燃える。皆それぞれ何かカチンときてるから「こうなんだよ!」「私、返事しなかった」等と話をした。

<問題解決型対処> 一個人的対処—「綺麗ですか?」と聞かれたら「きれいですよ」と短めに反復する。「いいですよ」と決まった返事をする。そ

うしないと、かえって確認行動がひどくなる。入院してから行動療法を始めるまで1ヶ月以上あった。この間、医師はSさんがどこまで退行するか見ていた。幼稚園児みたいに退行したね。看護師に「だめ」とか「いいよ」とか言われる事は看護師が自分の方を向いてるって事で注目してもらっている事が心地いいんだね。甘えてるんだなって感じられた。この子はどこまで退行するか、やらせるところまでやらせる事が大切な。トイレ行動が20分位で出来るようになった時は褒めちぎったね。

—集団的対処—行動療法が始まってから皆で話し合い、質問項目を書いたメモを渡した。皆で「終わり」「そこまで」と指示的に掛け声を掛けた。

2) 看護師 B (看護師経験 27 年, 精神科経験 8 年)

<認知>一連のトイレ介助と手洗いに30~40分かかっていた。「便座きれいですか」「肛門をちゃんと拭いてください」と何回も確認する。夜勤時に他の患者にも関わらなければならない。他に用事がいっぱいあって、集中出来ない。患者は不潔恐怖、便に対する恐怖観念があり、自分の下半身に触れない。自分も信じられないし、他人も信じられない。

<感情>イライラする。夜勤は1人だから特に、他の患者さんがナースコールを押してくると「Sさん早くしてよ」って感じて焦りますね。Sさんは私たちから見れば子供だから、大人よりは寛容になれたけど。可哀想って言えば、可哀想。関わって嫌になってしまう事もある。

<感情型対処> 一個人的対処—Sさんたらって思いながら我慢してる。症状だから我慢するしかない。他の科で働いている看護師仲間にも話した。

—集団的対処—「もう嫌になっちゃう」「こんな事して」とか、スタッフ間でしょっちゅう話した。毎日。皆困っている。

<問題解決型対処> 一個人的対処—入院後どういう風にするかって様子を見る期間って必要ですよ。1ヶ月位は様子を見ていた。

—集団的対処—カンファレンスで話し合い、

看護師への質問項目を「確認は1回にしましょう」ってスタッフ間で取り決めた。自分で何分掛かるかストップウォッチで計らせるようにした。医療チームで一貫していないとダメ。行動療法していくしかない。

3) 看護師C(看護師経験21年, 精神科経験19年)

<認知>不安がかなり強かったですね。自分を汚いと思っている。排尿行為の時、汚くないかという確認を何回も繰り返して1時間位かかっていた。不安焦燥は良くなってきたんだけど一連の確認行動は相変わらずで、惰性でやっているんじゃないか、依存があるなあと感じた。

<感情>本人なりの目標を持たせていきたいの出来ない、変わらない時にジレンマがある。長い間依存されると怒りみたいな、そういうあるんですよ、患者さんとはいえイライラしてくるとね。否定的な感情はない。良くなって貰いたいっていうのがいつも頭にあるから。

だんだん良くなってきても時間がかかっている。Sさんだけにかかっているし、ジレンマとか怒りはあった。

<感情型対処> — 個人的対処 — 最初の段階では症状が悪くて事は確かに見えてたから自分の中で昇華できていた。「状態が悪いからしょうがない」と思って我慢した時期もあった。イライラしてくると「早くしなさい」「もう確認ダメ！」等と本人に直接ぶつけた。

— 集団的対処 — 毎日カンファレンスや引継ぎで気楽に話していた。医師にも。「こういう風になっているからこうなんだ」とか説明されれば納得するし、我慢も出来た。

<問題解決型対処> — 個人的対処 — 「こうしなさい」「もうこれで終わり。」と怒る事も必要だと思う。そこで「悪いな」という自分の中の変化に気づいて、確認をやめられれば自信に繋がると思う。

— 集団的対処 — カンファレンスをその都度持っていた。皆で見えない事も見えるように糸口を努力して探していった。状態把握しながら、問題点を明確にし、確認しながらやっていたので楽

だったかもしれない。

4) 看護師D(看護師経験20年, 精神科経験3年)

<認知>トイレ行動。ズボンの上げ下ろし、お尻を拭く事、手洗いを止める事等が出来なかった。手を洗いにくると「さっき便器きれいでしたか」「廊下歩いていた人のおしっこのバッグに触ったような気がするんだけど」等排泄に関連づけて、生活のあらゆる場面で、不安がその言葉になって現れてきている感じで1人の看護師を捕まえて確認するって感じ。

<感情>イライラもしたり、「そんな事ないさあ」って呆れたり。こちらに余裕のある時はそのやり取りそのものが面白いなって思った。余裕がない時はイライラを越えて、「ここで何とかおわらせてやれ」って感じ。分かってもらおうと言うよりも「終わらせるために本人が望む答えは何だろう」「何て言えばいいんだろう」と早く終わらせるための看護師の側が強迫的に終わらせるためにはどうしようかって。患者さんの目標じゃなくて自分の目標に摩り替わっているという時期があった。

<感情型対処> — 個人的対処 — 巻き込まれている自分を見ている自分を見ていると強迫的になっているのに気づいていた。

— 集団的対処 — 自分だけじゃない、この人もこの人も、皆苦勞していると言う事で満たされるものがあった。他のスタッフと話して「そうですね」って次のステップに進んだ。毎日話し合っていた。「もうこんなに大変だったの」って、やっぱり口に出して「こんなだったのよね!」とかって気持ちそのものははけるって思いはあった。一時的なはけだけですんだ。大変だったけど、いい方向に向かっているのだから、自分達がやっている事に対する答え、満足感があった。

<問題解決型対処> — 個人的対処 — 時間の目標が達成できれば褒めて、本人のやる気を高めるアシストをした。途中からは1回しか答えないとか、「もう次で終わり」とか、ちょっとプレッシャーを与えて、本人にもう終わらせなきゃっていう自覚をさせた。ある一定期間様子を伺うって言うところがあった。

— 集団的対処 — 最初は本人のペースっていうだけだった。そのうちにこっちのペースも入れなきゃっていう感じになった。本人自身が遊び始めている時期を見計らって、医師とも話し合っ、次の目標を決めていった。

5) 看護師 E (看護師経験 14 年, 精神科経験 9 年)

<認知> 私が尿で汚れたスリッパに触った手で新しいパジャマに触っちゃったもんだから、本人が怒って「汚いじゃないですか!」って、私もカチンときて、「汚くないからいいからこれ着て!」って言って。しばらくたって戻ったら、やっぱり裸のまま立ってた。トイレ行動は早く終われる答え方をマスターした。自分が一番信じられないから「E さん信じていいですか」って何度も聞いてくる。

<感情> もうイライラしてしまっ。私もカチンときて、「汚くないから、いいからこれ着て!」って言った。トイレ以外の事で「このシミはうんちですか」とか「うんち食べた気がするんですけど」とありえない事を言うてくると普通に対応してイライラする。特に夜勤は 1 人なのでイライラする。可愛い。長い事接しているから愛着が湧く。憎めない。

<感情型対処> — 個人的対処 — 私もカチンときて、「そんな、ちょっと汚いだけなんだからいいでしょ!」って叔母的役割で本音で怒って、喧嘩になっちゃって、仕方ないから折れる。言いたい事言えてこっちも怒りたい事怒れるっていう関係がある。

— 集団的対処 — 皆で頑張ろうって言って、同僚に感情表出して発散した。

<問題解決型対処> 個人的対処 — 「確認 1 回だめ?」とか言って「だめ!」って答えないとダメで。「いいよ、何回でも」なんて言う、もうそれでパニックになっちゃう。早く終われる答え方をマスターし、こっちの答えもパターン化した。

— 集団的対処 — カンファレンスで話し合い、決まった対応をした。

6) 看護師 F (看護師経験 1 年, 精神科経験 1 年)

<認知> どんどん時間がかかるようになっていった。「いつまでも聞いてなさい!」って言ったらいつまでも聞かぬし、「いつまでも洗ってなさい!」って言ったらいつまでも洗う。(行動療法を)一ヶ月以上もかかってからやった。(医師が)もうちょっと早く時間設定していれば、1 時間もかかる事はなかったと思う。(自分がプライマリーナースで)医師に話しても、最初いくら言っても聞いてくれなかった。この子にはきちんと指摘できるようなお姉さんとかお母さん役がいればいいと思う。いろいろな事気楽に話せるお姉さんとか妹のような関係が築けたらなあって思う。

<感情> こうやってトイレ出来ない子がいるんだ、かわいそうだなあ。最初はこの子を一生懸命治したいなあと思ったけど、だんだん怒りの感情の方が多くなってきた。自分では 5, 6 分でできる事を 1 時間もかけるって言う事がすごく苦痛でもうイライラ感が時間がかかるに従ってめらめらと。最初はまあ仕方がないと思ってやっていた事もだんだん夜勤を重ねるにつれて、「もう嫌だ!」と思って、私も「A さんもう終わりにして頂戴!」って怒っちゃうようになると、ああ、怒んなきゃ良かったなあって、又、それも考えるとストレスになって。

<感情型対処> — 個人的対処 — 「いつまでも洗ってなさい!」「勝手にして!」など、突き放したり、怒ってしまった。S ちゃんにあたる部分があった。S ちゃんが自分で折れる事はないので結局こっちが折れていた。他の友人にも話した。

— 集団的対処 — カンファレンスや申し送りの時に「今日もこうだったんです」「ぜひとも聞いてください」って皆に言って、「そうだよ。怒ってもいいんだよ」って分かって貰って、イライラが取れました。やっぱり、大変さ分かるのって実際に同じ体験をしている人に言ったほうがスカーっとしましたね。

<問題解決型対処> — 個人的対処 — もうちょっと早く時間設定していれば良かったかなあ。主治医が当直時に、看護師が 1 時間も関

わっていて巡回にも行けない場面を見せた。

—集团的対処—お互いに質問項目を決めたり、どうすればいかって事考えて、こっちも答え方を決めたりした。「きれいですか」って聞かれたら、「きれいです」と言うように、だんだんパターン化してきた。相槌もパターン化していった。

3. 考 察

各カテゴリーの関係を図1に示した。認知では強迫的確認行動、患者の不安、夜勤時の葛藤、巻き込まれの4カテゴリーが見られた。強迫的確認行動は生活のあらゆる面での確認と排泄に関する確認行動からなっていた。排泄に関する事が患者

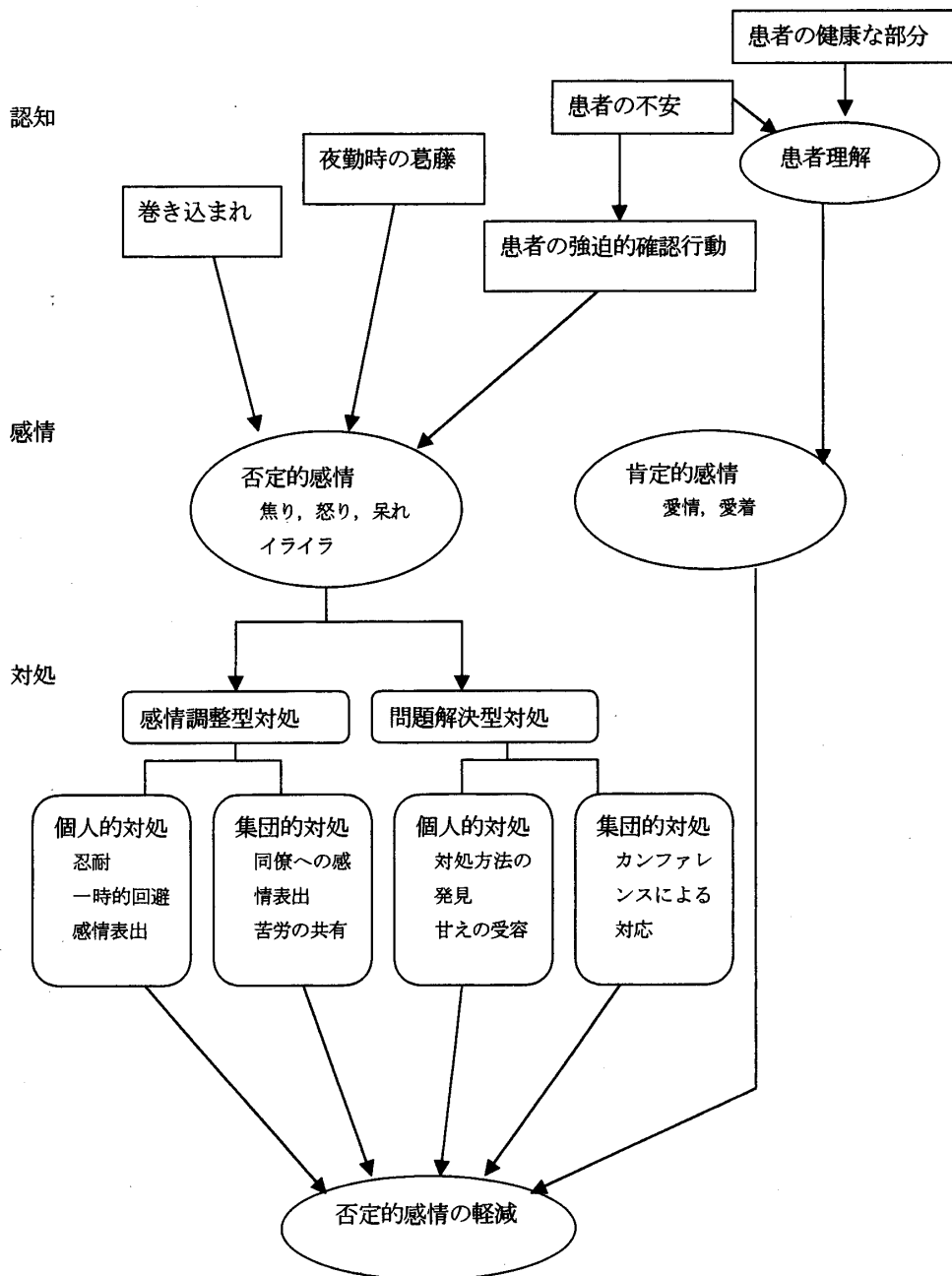


図1. 強迫的確認行動に関する看護師の認知, 感情, 対処行動

の主要な確認行動であり、排泄の度に確認行動に30～50分関わる事を連日繰り返している事と1人夜勤なので確認行動に時間を取られ、他の患者に関われない事が看護師の負担になり、否定的感情の最大理由になっていたと考えられた。

感情を見てみると否定的感情と肯定的感情、治療方針決定後の安心感が見られた。否定的感情は「イライラ」「焦り」「怒り」「何とか終わらせようと言う自分の側の強迫観念」から成り立っていた。連日40～50分の確認行動を繰り返す患者に関与する看護師にとって「イライラ」や「焦り」「怒り」の感情を持つ事は自然な事だと考えられる。しかし、そういった否定的な感情を持ちながらも一方で看護師は「呆れたり」「愛情を持ったり」「良くなって欲しいと思ったり」していた。これは患者が16歳であり、看護師にとっては妹や姪、子供のような存在である事と看護師は症状だけに関与するのではなく、患者の健康な部分も含めて関わっており、患者の症状と人間性を区別できているからだと考えられた。

行動療法後、看護師は患者との会話のやり取りを楽しんだり、「強迫ランド」とゲーム化する等「気が楽になった」と語っていた。荻野は「看護師は患者との関わりの中で医師と看護師との患者像の捉え方の相違を感じたり、自分の捉えた患者像について根拠のある説明が出来なかったりする中でジレンマを感じる」と述べている⁵⁾。看護師Fが感じたジレンマから、看護師は医師や他の看護師と良く話し合い、治療方針を共有して関わる事が、医療チームで共通の目標を掲げ所に関われるという安心感に繋がるものと考えられた。

感情への対処行動を見てみると、看護師は感情調整型と問題解決型の対処を行っていた。否定的感情を持つという事はストレス状態にあると考えられた。ラザルスはストレス対処について「外部環境あるいは自己の内部からくる刺激による強制に対抗して、自己の安定を維持するための認知的、行動的な努力」と定義し、「対処行動としてストレス反応として生じた不快な感情を解消しようとする感情調整型とストレス源それ自体をなくそうとする問題解決型がある」と述べている⁶⁾。看護師の

対処行動はラザルスのストレス対処に一致していた。ストレス対処はそれぞれに個人的対処と集団的対処が見出された。これは以下のように考えられた。看護師は医療チームで統一した治療方針や看護計画が立てられても、患者との一対一の対人関係場面で患者の行動や感情に1人で向き合わなければならない。その時にどう1人で感情調整をし、その場での問題解決に取り組んでいくかが期待されるからである。

感情調整型対処をみて見ると、看護師は個人的対処として「我慢する」「友人に感情表出する」「一時的に回避する」という感情調整を行っていた。これは看護師が患者の自分や他人、不潔に対する不安を理解し、「確認という症状があるから入院している」と認知しているからだと考えられた。更に、集団的対処として同僚間で「感情表出」をし、苦勞を共有しながら対処していた。ベナーらは「人を気遣い世話をするという看護の営みの中で看護師は自分自身が犠牲にならざるを得ない状況がある。人が他人を気遣い、他者からも気遣われていると感じることが出来れば、個々にも社会的総体にも安らぎとしての健康がもたらされる」と述べている⁴⁾。更に、「感情はいったん承認すればもはや対処すべき脅威ではなくなる。むしろ、その時感情は人が己と状況をより良く理解するための指針となる」と述べている⁴⁾。看護師Fが「やっぱり実際に同じ体験をしている人に言ったほうがスカッとしましたね」と言っているように、同僚への感情表出は状況の中で起こっている意味の共有と支えあいという点で重要である事が確認された。山崎は「精神科看護においてケアの予測困難さが指示の曖昧さや患者の捉え方の相違となり、医師、看護師間の軋轢に繋がり、焦りや漠然とした不安に繋がる」と述べている³⁾。看護師が焦らず、安心してケアを行うために様々な患者の捉え方やケアの予測をチームの中で十分に語る事が重要である。そのためには医療チームで安心して感情表出できる職場風土を作る事の必要性が示唆された。

問題解決的な対処を見てみると、看護師は個人的対処として「褒めたり」「症状観察期間が必要で

あるとし」「言葉を単純化し、相槌もパターン化し」「具体的に指示する」「答え方の統一」等それぞれがその状況の中で自分に可能な事を探し、対応法を見出していた。更に、集団的対処として同僚間や医療チームでは「頻回にカンファレンスを持ち」、その中で情報交換し、それぞれが見出した対応法を共有していた。宮本は対人関係上のストレスにさらされる事の多い精神科看護師が燃え尽きないための対策としてカンファレンスをあげている⁹⁾。ベナーは「チームの中でカンファレンスを持つ事は患者に対する看護師一人一人の感情の表出がなされると同時に、看護師が経験によって身に付けたその状況のもとで自分に可能な事を探す戦略である」と述べている⁴⁾。これは個人が見出した情報や対処法をカンファレンスで共有する事で対人関係技術を広げたり、「行動療法」という具体的な治療法に繋げて看護師のストレスを軽減させていたのだと考えられた。Chou, Liu, & Chu はサポートグループの機能として、① 同じ問題を持った人と出会う、② 感情を共有する、③ 他の人は問題にどのように対処しているのかを知る、④ グループメンバーからのサポートを受けるという4点を挙げている¹⁰⁾。今回の看護師も同僚間で感情表出したり、感情を受容しあったり、他の看護師の対人技術を学んだりしており、病棟の看護チームはサポートグループとしての機能を果たしている事が示唆された。

更に、看護経験の長い看護師 A, B, D は「何処まで退行するか見ていた」「本人の言うとおりにしていた」「入院後1ヶ月位は様子観察する期間が必要」と述べていた。これは看護師が過去の経験からどんなに症状が悪く、確認行動に時間がかかり、否定的な感情が湧き起こっても、ある程度依存させながら、患者の状態把握をする事が治療環境を作る上で必要な時間だと考えているのだと思われる。一方で、看護経験1年の看護師 F はプライマリーナースとして医師に患者の状態と患者の強迫的確認行動に関与する看護師の困難さを話しながら、なかなか治療方針を具体化しない医師に不満を持っていた。これは医師と看護師間に治療方針に対する認識のズレがある事と新人看護師と熟練

看護師の経験から得た知識の差であるとも考えられた。看護師は入院時に症状観察期間の必要性を認識しながら、一定の時期に医療チームで協働して次の治療段階に繋げる見極めをしていくという姿勢を共有しておく必要性が示唆された。更に、熟練看護師は治療的環境を作る上で必要な時間がある事を新人看護師に教育する必要性が示唆された。

図1に示すように、強迫的確認行動に関与する中で怒りやイライラなどの否定的感情と愛情や愛着を持っていると言う肯定的感情が見られた。看護師は否定的感情に対して感情調整型と問題解決型対処を行っていた。対処行動は、各人が症状だからと我慢しパターン化した対応法を見出すという個人的対処と、同僚間で感情表出を行いカンファレンスで対人関係技術の共有と具体的な対処法を見出す集団的対処をしていた。このようにして否定的感情を軽減していた。

本研究は16歳の女性の強迫神経症患者の強迫的確認行動に関与する6人の看護師を対象にした。従って、対象者が少ない事、特定の患者への関わりであることから一般化することは出来ない。又、共同研究者自身が研究の測定用具となり、面接を行ったため、測定にある程度の歪みが生じている事等が研究の限界として上げられる。

4. 結 論

本研究により、以下の結論を得た。

- 1) 強迫的確認行動に関与する時の看護師の感情は否定的感情と肯定的感情が見られ、行動療法後は余裕ある感情に変化していた。
- 2) 感情への対処行動には感情調整型と問題解決型が見られ、それぞれに個人的対処と集団的対処が見出された。
- 3) 感情調整型対処は個人では症状だからと我慢し、一時的に回避したり、巻き込まれている自分を洞察し、同僚間では申し送り後やカンファレンス時に感情表出を行い、苦労を共有していた。
- 4) 問題解決的対処は個人ではそれぞれにパターン化した対応法を見出し、同僚間や医療チームでは頻回にカンファレンスを持ち、対人関係技

術の共有と具体的な治療法につなげていた。

文 献

- 1) 武井麻子：感情と看護，医学書院，東京，2001，p. 30-60
- 2) 佐藤洋子，大森蔚子，阿部トミ子，渡邊瑞枝，和野敬子，石沢由美子：精神科看護者が受けるストレス—意識調査から解決法を模索する—，日本看護学会集録（看護管理），**19**，240-242，1988
- 3) 山崎登志子，齋二美子，岩田真澄：精神科病棟における看護師の職場環境ストレスとストレス反応との関連について，日本看護研究学会誌，**25**（4），73-84，2002
- 4) Benner, P., /Wrubel, J.: 現象学的人間論と看護（第2版），1999：難波卓志訳，医学書院，東京，2000，p. 1-30
- 5) 荻野夏子：鬱病患者の看護の経験，日本精神保健看護学会誌 2001，日本精神保健看護学会，**10**（1），63-71，2001
- 6) 平澤多恵子，筒口由美子，神郡 博：アルコール依存症の夫を抱える妻が自分を取り戻す過程—自助グループに参加する妻の周辺問題からの解放—，日本精神保健看護学会誌 2001，日本精神保健看護学会，**10**（1），110-117，2001
- 7) Chenitz, W.C., Swanson, J.M.: From practice to grounded theory Qualitative research in nursing, 1986：樋口康子・稲岡文昭監訳，グラウンデッド・セオリー 看護の質的研究のために，医学書院，1992
- 8) R.S. ラザルス，S. Ns フォルクマン：ストレスの心理学，本名 寛・春木 豊・織田正美監訳，実務教育出版，東京，1991，p. 119-229
- 9) 社団法人 日本精神科看護技術協会監修・宮本真巳編集：精神看護学，中央法規，東京，2000，p. 221-232
- 10) Chou, K.R., Liu, S.U., Chu, H.: The effect of support groups on caregivers of patients with Schizophrenia, International Journal of Nursing Studies, **39**, 713-722, 2002