

入院生活における快・不快感情

森 美智子* 金井悦子* 安達祐子* 岩田みどり* 丹羽淳子*

Feelings of Comfort and Discomfort on Hospitalization

Michiko MORI, Etsuko KANAI, Yuko ADACHI, Midori IWATA, and Atsuko NIWA :

The Japanese Red Cross Musashino Junior College of Nursing

ABSTRACT

The patients often experiences comfortable and uncomfortable feelings for some reason because the hospitalization for illnesses is a situational crisis. The sample of this study was taken from medical and surgical adult patients. The phenomena of patient's feelings of comfort and discomfort during the hospitalization were analyzed by using a Mood Scale and a descriptive questionnaire, comparing their feelings to the usual situations.

As a result, 622 patients experienced hospitalization as a comfortable situation while 440 patients experienced it as an uncomfortable situations. The shift of the feelings toward a comfortable state in a comfortable situation was significantly larger($p < .001$) than the shift of the feelings toward an uncomfortable state in an uncomfortable situation. The uncomfortable experiences influenced the patient's feelings qualitatively 1.6 times greater than comfortable experiences during the hospitalization. The comfortable and uncomfortable experiences shared some of the same constituent elements of the hospital living situations, and the factors which may have caused the feelings to convert from discomfort to comfort were founded in the constituent elements of the hospital living situations.

The attitudes and performances of physicians and nurses were often identified as the cause of the patient's either comfortable or uncomfortable experiences, and patient's comfortable and uncomfortable feelings were greatly influenced by the

* 日本赤十字武蔵野短期大学

physicians' and nurses' attitudes.

要　旨

病気による入院生活は状況的危機状態にあり、その原因によって、患者は快・不快感情をもつことが多い。そこで、成人内科・外科系の調査同意患者を対象に Mood Scale と記述調査を用いて、平常時との感情の差異から、入院中における快・不快感情の現象を分析した。対象は快体験患者622名、不快体験患者440名である。快・不快体験の感情変化は、快体験時の快方向への変化よりも不快体験時の感情悪化のほうが有意($P < .001$)に大きく、質的に1.6倍の強さをもって、入院生活では不快体験のほうが感情に強く影響をしていた。また、入院生活状況構成因子につながる快・不快体験には、共通や同質のものが対極してあがり、不快を快に転化できる要素をもっていた。

入院生活のなかで、医師・看護婦等の態度や行為は患者の快・不快体験内容としてあげられる頻度が高く、快感情・不快感情の変化に及ぼす影響も大きい。

キーワード

入院生活 hospital living situations

感情 feelings

快 comfortable

不快 uncomfortable

ストレス stress

I はじめに

病気によって入院している患者には、様々な不安が存在し、時には自己概念をゆるがされ、心理的危機に陥ることがある。身体が傷ついたり、手術による臓器の摘出は身体部分の喪失であり、心臓病や高血圧などの成人病は身体の正常な機能を失う外的な対象喪失であるといえる。これらボディイメージの変化や身体の機能を失うことは、自尊心を傷つけられ、社会的な自信の喪失につながり、ひいては、自己概念をゆるがし、内的な喪失体験として悲嘆のプロセスをたどることになる。

危機の発生は、患者の自我の状態がストレスと不安に耐え、自我の均衡を維持していく能力、直面させられる現実の認知と問題解決能力、そして心理的・

生物的・社会的分野でバランスを保っていくために利用できる効果的な対処規制のレパートリーの有無が関与する⁵⁾。看護は、人生の途上において明らかに状況的危機にさらされ、幸福感を脅かされていると考えられる患者の自我状態、その成熟の程度、その構造の質を観察し、アセスメントすることから始まるといえる。

その入院生活に生じるストレスと、不安に関する入院生活状況構成因子を、感情の変化から探索し、不安との関連から心身へのストレスの影響をみたのが「入院生活の状況構成因子と感情変化」²²⁾ の研究である。

その際の課題として、不安に関する入院生活状況構成因子は感情に対して質的・量的にどのように影響を与えるか、個人差というバイアスを除いて明らかにする必要性が残った。今回は平常時との感情の差を基盤に、入院生活の快・不快感情を質的にみたので報告する。

用語の定義：

快体験とは、入院中のうれしい体験を指し、不快体験とは、入院中の嫌な体験を指す。

平常時とは、入院前の病気になる以前の日常生活で、なにも考えずほんやりしている時を指す。

入院生活状況構成因子とは、入院生活の場における様々な状況を醸しだす要素を指す。感情に影響を与える要因には、症状、治療・処置・検査、人的・物的環境、心理・社会的要因を局面として取り上げる。

II　目的

入院生活での快・不快体験時における快感情と不快感情は、状況的に平常時との比較からどのように変化しているかを、入院生活状況構成因子と感情の関係より分析し、明らかにする。

III 研究方法

研究対象：

成人内科・外科系の疾患で入院している調査同意者705名中、快体験患者622名、不快体験患者440名を研究対象とした。

調査機関は12施設で200～300床から1000床以上を含み、地域や設置主体のばらつきを考慮している。

研究期間：

1995年1～3月。

調査方法：

1) 用 具

Mood Scale (以下 MS とする。図1・表1) は気分を中心に感情を測定するもので活気～抑うつ、安定～不安、穏和～怒りの3カテゴリー、6段階から成り立っている。気分の快・不快をもってスケールが移行し、数値が少ないほど快感情で、多いほど不快感情である。尺度得点は各カテゴリー1～6点で、総得点は3～18点に分布する。MS は Joel R.Davitz らが感情を測定する尺度として開発したもので、日本語版の標準化を行っている。

2) 調査内容

(1)調査用紙は、①快体験時の MS を記入し、その時の体験内容を自由に記述

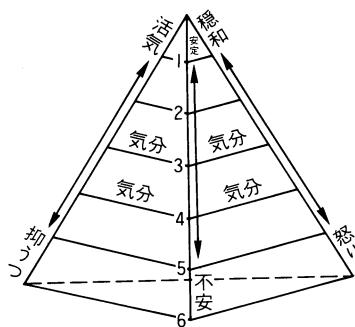


図1 MSの構造

表1 Mood Scale 質問紙

今の気分を一番よく表しているものを選んで下さい。3つありますが、各1つにつき1つずつ選び、その番号に○印をつけて下さい。

I.

- 1 非常に調子よく、満足している。元気があり、明るい気分である。
- 2 精神的に安定し、元気があり、気分がよい。
- 3 気分は特に変わりない。どちらかといえば調子がよい。
- 4 気分はやや下り気味で、元気がでない。ちょっと憂うつである。
- 5 落ち込んだ気分で、だるく疲れている感じで何もしたくない。
- 6 何事にもうんざりしております、お先真っ暗である。どん底に落ちている気分である。

II.

- 1 とても満足していて、ゆったりくつろいだ状態である。
- 2 気分は落ち着いていて、安心している。
- 3 少し悩みがあるけれど、かといってたいしたことではない。
- 4 少し緊張して、不安な気分である。
- 5 気がかりな事がたくさんあり、落ち着かず我慢できない。
- 6 極端に緊張してどうしてよいかわからず、堪えられない思いである。

III.

- 1 何もかも最高であり、生きている事はすばらしい。
- 2 とてもよい気分で調子がよい。まわりの人に好感がもてる。
- 3 気分は変わらなく、物事がスムーズにはこんでいて何とかうまくやっている。
- 4 以前は何でもなかった事が気になり、ちょっとイライラしている。
- 5 おこりっぽく腹が立ち、たえずイライラしている。
- 6 非常に腹が立ち、今にも気が狂いそうである。

する、②不快体験時のMSを記入し、その時の体験内容を自由記述する、③平常時を想起し、その時のMSを記入する、の3種類である。

(2)フェイスシートには、疾患・年齢・家族・性・入院日数などを記入する。

3) 調査手順

①患者には個別に主旨の説明を行い、承諾を得る、②調査用紙を角封筒に入

れて手渡す、③5～7日後に回答の終了した調査用紙を再び角封筒に入れ、記入内容を秘守した状態で回収する、④フェイスシートは、調査同意患者について病棟看護婦に記入してもらう。

4) 分析方法

SPSS を用いて統計処理を行う。

①快・不快体験時と平常時の比較は、快体験時の MS と平常時の MS との差、および不快体験時の MS と平常時の MS との差を用い、これを目的変数とする。説明変数は入院生活状況構成因子につながる快・不快体験カテゴリー、すなわち快・不快体験の記述内容を分類した、各々の12カテゴリーである。

②上記の MS の差を用いる理由に、MS の絶対値は感受性に影響された個人差が含まれるため、個人差からくるバイアスを除く手段としても、平常時との差をもって MS の変化度数として表す。変化度数は、15～0 の範囲である。(快・不快体験時の MS 値が記入されているが、平常時の MS 値との差がない場合は、0 となる。)

③同一人が、快・不快両方の体験を有している場合は、変化度数を快・不快にもつ。また、一方のみの変化度数をもつ場合もあるが、快・不快はいずれも独立して扱う集計である。

IV 研究結果

1. 対象の特性からみた、快・不快体験時 MS と平常時 MS との差

1) 快体験・不快体験時と平常時との MS 差 (表 2)

各対象の快体験時の MS から、平常時の MS を引いた絶対値を快方向への変化度数とする。同様に不快体験時の MS から、平常時の MS を引いた絶対値を不快方向への変化度数とする。

快体験は対象数622名と多くの人が反応し、快感情の方向への変化度数は1.90である。不快体験の対象数は440名とやや少ないが、不快感情の方向への変化度

表2 快体験・不快体験のMSと平常時との差

	n	MEAN	SD	
快体験・MS 差	622	1.90	1.80	
不快体験・MS 差	440	3.06	2.49	***
*** P<.001				

表3 性別からみたMSとの平常時との差

	快体験・MS 差			不快体験・MS 差		
	n	MEAN	SD	n	MEAN	SD
男性	332	1.85	1.78	224	3.08	2.53
女性	278	1.97	1.83	208	3.08	2.47

数は3.06と高い。快・不快体験の感情の変化度数を両者で比較すると有意に不快方向への変化度数が高く ($P < .001$)，入院生活では不快感情のほうが，快感情より質的に1.61倍程度，感情に強く影響している。

2) 性別からみた，快・不快体験時と平常時とのMS差（表3）

快体験時の快感情の方向への変化度数は男性1.85，女性1.97，不快体験時の不快感情の方向への変化度数は男性3.08，女性3.08と快・不快体験の感情の変化度数に，男女の差はみられない。性差からみた感受性は，快・不快感情の変化度数に影響しない。

3) 病患の病期経過別からみた，快・不快体験時の平常時とのMS差（表4）

病患の病期経過別に感情の振幅をみる。方法として，快体験時の快感情の方向への変化度数と，不快体験時の不快感情の方向への変化度数を加算した値でみると，その他の疾患急性期5.36，悪性疾患急性期5.28，慢性疾患急性増悪5.08の患者の振幅が大きく，いずれも不快方向への変化度数のほうが快方向への変化度数よりも高い。

急性期患者は感情の振幅が大きく，そのうえ，不快体験時の変化度数は3.17～3.41の範囲で，感情が不快方向に傾いている。逆に，感情の振幅が小さいものは，悪性疾患緩解期4.43，慢性疾患4.49，ターミナル4.88であり，いずれも不快方向への変化度数のほうが快方向への変化度数よりも高い。長期間にわたる

表4 疾患の病期経過別MSと平常時との差

	快体験・MS 差			不快体験・MS 差			
	n	MEAN	SD	n	MEAN	SD	
悪性疾患 急性期	62	1.87	1.79	**	49	3.41	2.65
悪性疾患 緩解期	71	1.59	1.56	***	49	2.84	2.18
慢性疾患 急性増悪	36	1.81	1.92	*	22	3.27	2.64
慢性疾患 その他の 疾患急性期	112	1.96	1.84	+	80	2.53	2.20
その他の 疾患回復期	134	2.19	1.88	***	106	3.17	2.48
ターミナル	160	1.86	1.84	***	104	3.17	2.71
	20	1.75	1.48	+	15	3.13	2.45

+P<.1 * P<.05 ** P<.01 *** P<.001

闘病生活をよぎなくされ、かつ治癒の見込みの少ないこれらの患者は、急性期患者よりも感情の振幅が小さく、不快体験時の変化度数は2.53～3.17の範囲で不快方向への傾き方も小さい。また、慢性疾患の不快感情のみ、悪性疾患急性期、その他の疾患急性期・回復期より有意に低い(P<.05)。

なお、疾患の病期経過別では、快体験時 MS 差と不快体験時 MS 差との間には有意差は強く、不快感情は快感情よりも1.29～1.82倍の範囲で不快の程度が強い。

2. 入院生活状況構成因子に属する、快・不快体験カテゴリーからみた、MS と平常時 MS との差（表5-1・5-2、図2）

快体験時の MS 値の記入は 622名で、内容の記述は491名。快体験をもっても内容の記述にまでは表現されていない。

逆に、不快体験時の MS 値の記入は440名であるが、内容の記述は重複回答で586名。不快体験の記述のほうが快体験の記述よりも圧倒的に多い。

快・不快体験の記述を、入院生活状況構成因子につながる12カテゴリーに分類した。

快体験のカテゴリーをみると、快体験における快感情の方向への変化度数の

表5-1 快体験カテゴリーからみた平常時とのMS差の平均（重複回答）

	MS差		
	n	MEAN	SD
看護婦の態度	50	2.44	1.88
看護婦の行為	10	2.70	0.95
医師の態度	14	2.43	1.55
看護婦や医師のよい医療	97	2.08	1.91
家族関係	21	1.95	1.40
同室者関係	41	2.63	1.95
病室環境	45	1.96	1.86
病院管理	48	2.23	1.95
身の回りの世話	31	2.32	1.90
病状軽快	67	2.48	2.06
希望	36	2.58	1.50
欲求充足	31	1.94	1.90

* P<.05

表5-2 不快体験カテゴリーからみた平常時とのMS差の平均（重複回答）

	MS差		
	n	MEAN	SD
看護婦の態度	153	3.61	2.64
医師の態度	70	3.71	2.66
その他医療関係者の態度	44	3.45	2.61
同室者の関係	40	3.08	2.21
病院の構造	54	3.17	2.20
病室環境	66	3.20	2.57
病院管理	2	2.50	2.12
病状苦痛	11	3.64	2.54
治療・検査苦痛	35	3.34	2.48
不安	59	3.93	2.55
不満・不信	13	2.92	2.40
欲求不満	39	2.67	2.23

高い順では、1位「看護婦の行為」2.70、2位「同室者関係」2.63、3位「希望」2.58、4位「病状軽快」2.48、5位「看護婦の態度」2.44である。快体験のカテゴリー内では、看護婦の行為と家族関係のみ有意差 ($P < .05$) がみられ、



図2 快・不快感情体験カテゴリーにおけるMSと平常MSとの差

快感情ではほとんど同程度に重要な要因である。

不快体験のカテゴリーをみると、不快体験で不快感情の方向への変化度数の高い順では、1位「不安」3.93、2位「医師の態度」3.71、3位「病状苦痛」3.64、4位「看護婦の態度」3.61、5位「治療・検査苦痛」3.34である。いずれも有意差はなく、不快感情に及ぼす要因である。そして、医師・看護婦等の態度や行為を除くと、入院生活状況構成因子に属し、一番影響を与えているのは不安、次に病状苦痛、治療・検査苦痛である。

医師・看護婦等の態度や行為は快・不快体験での快・不快感情の方向への変化度数の大きい順位の5位以内に入っており、患者の入院生活のなかで感情に及ぼす影響は大きい。また、件数でみると、快体験では看護婦の態度や行為60件、不快体験では看護婦の態度153件、医師の態度70件と医師・看護婦等の態度や行為は体験件数が多く、医療者の態度は患者の入院生活で感情に及ぼす頻度も高い。

快・不快体験の内容をカテゴリー別にみると、快・不快体験の両方に共通してあがっているカテゴリーは、看護婦の態度、医師の態度、同室者との関係、病院環境、病院管理である。その他のカテゴリーで、同質の内容が快・不快体験の両方に対極してあがっているものは、病状軽快と病状苦痛、希望と不安、欲求充足と欲求不満である。

共通および同質のカテゴリーについて、快と不快感情の値を比較すると、い

ずれのカテゴリーも質的に快より不快の方向に大きく傾き、1.12～1.61倍の範囲で不快の程度が強く、不快感情が入院生活に強く影響を与えていた。

V 考 察

今回の研究の焦点は、入院生活での快・不快体験時における快・不快感情を、状況的に平常時との差をもって分析したことである。

入院生活における快体験時の感情は、平常時よりもMSは1.9快感情に移行している。不快体験時の感情は、平常時よりもMSは3.1程度不快感情に移行している。

全体の快体験者数と不快体験者数を比較すると、入院生活で快体験が多く、好ましい結果といえる。しかし、不快体験における不快感情方向への質的な変化は、快体験における快感情方向への変化より0.1%水準で有意に高い。これからいえることは、入院生活の不快体験は、快体験よりも1.6倍の強さで感情に影響を与えるので、不快感情の局面をもつ入院生活状況構成因子の質的な理解をして、看護を行うことが必要である。

なお、快・不快感情には性差による感受性の違いがみられず、人間に共通する快・不快感情の局面と質的な深さが存在している。

1. 疾患の病期経過別感情の変化

急性期患者は急激に徴候・症状が進行しピークに達し、今後の病状の変化が予測できない不安定な時期にあり、心身の苦痛が存在し、そのうえ診断のための検査や治療・処置など身体的苦痛が大きい。加えて、人間にとって最も基本的な生理的ニーズの充足、さらに安全のニーズの充足も阻害されている状況にある。単に身体的な苦痛にとどまらず、患者は突然の発病や入院生活を不安に思ったり、病状の悪化や生命に対する不安など、感情が不安定に大きく揺れ動き悪化することが予測される。また、逆に症状の緩解は希望につながり、感情の振幅が大きいことがわかる。したがって、振幅があるといつても不快感情の

程度は厳しく、それだけに質の高いケアが必要である。

一方、悪性疾患緩解期・慢性疾患は、微候・症状は激しくないが病気の多くは非可逆的で治癒の見込みは少ない。長期間の治療やセルフコントロールを必要とするため、日常生活における規制や制約が大きい状況にある。また、ターミナル期は病気の治癒は望めず死までの期間が限られ、苦痛となる症状の出現や生理的ニードが阻害され、心理的にも脅かされる状況である。悪性疾患緩解期・慢性疾患・ターミナル期における患者は、いずれも感情の振幅が小さく、不快方向に傾くということは、不快なレベルは急性期よりも強くはないが、快感情時のチャンスが少なく、またその感情レベルも低く、常に不快感情に抑うつされる傾向にある。

入院の長期化は感情の悪化をきたしやすく、Quality of Life (以下 QOL とする) を低めるので、その患者の自我状態、悲嘆のプロセスに対応させた看護を行いながらも、豊かな感情生活をもたらす環境が重要である。

疾患別経過別の看護介入方法として、急性期の患者は感情が不安定に大きく揺れ動き悪化しやすいことを考慮し、その原因を理解するとともに入院生活状況構成因子である、激しい症状、苦痛を伴う治療・検査・処置など心身の苦痛が緩和されるような看護が必要である。

悪性疾患緩解期・慢性疾患・ターミナル期の患者では、不快な感情に抑うつされる傾向にあることを考慮しながら、苦痛や不快の軽減・不安の緩和に努めると同時に、病気をその人がどのように体験しているかをとらえたうえで QOL を高めるような、時には快感情を触発するような、看護介入が必要である。

2. 快・不快感情と入院生活

医師・看護婦等の態度や行為は、快感情へは平常時よりも MS は2.7 快感情の方向に、不快感情へは平常時よりも MS は3.6～3.7 不快感情の方向へ変化している。このように感情の変化が大きいことに加え、快・不快体験の件数でも医師・看護婦等の態度や行為が多く、快・不快感情に強く影響を与えているものは、医師・看護婦等の態度や行為であるといえる。

快体験の内容を具体的にみると、看護婦の態度では、明るいやさしいなど人柄や感性を反映させた態度・笑顔や親切な行為・献身的な振る舞い、看護婦の行為では、適切な判断による対処や技術・手際のよい敏捷な行為・明快適切な助言、医師の態度では、誠意のある対応・個人を尊重した診察・傾聴の姿勢などがあげられている。

内山²⁾は入院中の患者の心理のなかで「患者が健康で働いているときは積極的で自主的な人でも、病気になると気落ちして弱気な状態になっていく、そして誰かの援助を欲し、愛情を求めたがる」「常に明るい表情でやさしい気持ちで接してもらいたいと望んでいる」と述べ、医療の場において医療スタッフが留意する点として、患者との人間的かつ適切な判断・治療・ケアなどの信頼関係を根底として、患者を1人の人間として尊重する、希望を抱かせるような配慮、患者の言葉に耳を傾け共感の姿勢をもつ、人間を全体的にとらえるなどをあげている。これは本研究で快感情に最も影響を与えていた医師・看護婦等の態度や行為の内容と一致している。

一方、不快体験の内容を具体的にみると、看護婦の態度では、不親切な行為・適切でない対応の言葉・不遜な言葉、医師の態度では、忙しそうな対応・検査結果の説明の冷たい響き・回診時の対応のそっけなさなどがあげられている。

内山²⁾は入院中の患者の心理について、「病棟内の患者の人間関係は、常に受け身の立場におかれている。たとえば、主治医も一方的に決められ、種々の検査や処置も事前に予告なしに行われることが多い。このようななかでの人間関係は患者にとって服従的である。患者は医療スタッフの一挙手一投足に気を使い、感情が揺れる。話かけるのにも気を使い、遠慮する気持ちになってしまうものである」と述べており、このように感情が揺れやすい患者にとって不快体験に示された内容が不快感情をより不快方向に変化させたことは当然の結果といえる。

看護婦の行為や態度は看護そのもので、よい看護は患者の快感情に希望と同レベルに影響し、これは自然治癒力を促し、キュアに運動する。逆によくない看護は不快感情に影響し、患者の回復を遅らせる可能性が高い。このように看

護婦の行為や態度は看護そのもので感情変化の数値は、ケアの効果判定やケアのコスト判定にも使用が可能と考えられる。

しかし、実際に看護婦の行為や態度で、快以上に不快反応が強いという結果は、望ましい看護がなされていない状況が含まれているといわざるをえない。

次に、快・不快体験のなかで、入院生活の状況構成因子の心理的なものを見ると、上位のものは不快体験では不安で平常時よりも MS は3.9不快感情に移行し、快体験では希望で平常時よりも MS は2.6快感情に移行し、それぞれに同質のものが対極にあがっている。これは因子としては共通するものであり、不快感情を快感情に転化できる要素があるといえる。そして、これらは看護として、今後の課題である。

不安の内容としては、悪性疾患の予後への不安、自分の病気による家族への影響や心配、死への恐れなどで、希望の内容としては、苦痛が去り自分を取り戻せたとき、今後の自分・人生・生命とは、を考えられたとき、退院できることを告げられたときなどである。この不安の不快感情に与える強さは、希望が快感情に及ぼす影響の1.5倍の強さである。

Abby ら¹⁾の研究では、QOL を高める因子として、個人の内的コントロール感、社会的な支援、生活のなかで感じる達成感をあげ、逆に QOL を低める因子として、ストレスにより生じる抑うつ感情であったと報告している。抑うつ感情を生み出す、不安や苦痛その他の不快感情を軽減する援助は、患者の QOL を高める因子となりえる。したがって、患者の不快感情を伴う入院生活の状況構成因子である不安などに影響を与える心理・社会的要因、厳しい症状、苦痛を伴う治療・処置・検査などを理解したうえで不快感情が軽減されるケアを行うことが必要である。また、快感情が大きい家族関係の調整やケアの充実や希望・生きがいを育むなどの援助も重要である。

本研究から看護介入による不快感情の軽減、快感情への転化は、入院生活における患者の QOL に影響していくといえる。

なお、前研究の快・不快体験時の MS 値²⁾と今回の研究の快・不快感情における変化度数（平常時との差）を比べると、看護婦・医師等の医療者の態度が患

者に与える影響は、快・不快とともに同様の傾向がみられる。また同室者の人間関係は、ストレスにつながる不眠や、生きる希望を得るなど、重要な側面をもつカテゴリーであった。今回の研究によるデータで特徴的にみられたものは、希望と病状軽快が前回の研究によるデータ²⁾よりも強く快感情に反映していたことである。また不安や病状の苦痛は、前回のデータと変わらず意味のある重要な入院生活の状況構成因子であった。このように分析の手法を変えても内容が変化しないものは、普遍性をもつものといえる。そして患者の入院生活の感情のありようは、看護介入を考案する基礎資料になりうるものと考えられる。

以上より、看護において、患者の希望・生きがいを育む援助も重要ではあるが、感情が悪化する率の高い、不安を軽減する看護介入のほうがより重要といえる。人は不安やその他の問題が軽減したり解決すれば、感情のセルフコントロールも可能になり、おのずと希望や生きがいを構築していく力があると思われる。すなわち、患者の内的安定と内的力の増進を育むことは、患者自身がみずから生命エネルギーを束ねて統合し、ゆるぎなく病気にたち向かっていくことを助けることにつながるものである。

適切な看護は、患者の不快感情の軽減、快感情への転化など、自然治癒力を強化しキュアとしての効果をもつといえる。今後はこれらの看護に焦点をあて、実証を積み重ねる必要がある。

VII 結論

1) 入院中の患者の快・不快体験の感情変化は、快体験時は平常時よりもMSは1.9快方向へ変化し、不快体験時は平常時よりもMSは3.1不快方向に変化している。不快体験の感情悪化のほうが、0.1%水準で有意に大きく、入院生活には不快感情が快感情より質的に1.6倍の深さで強く影響を与えている。

2) 性差による感受性の違いは、快・不快感情の変化度数の差までは及ばず、人間誰にも共通する快・不快感情である。

3) 急性期患者は感情の振幅が大きく、快感情は慢性疾患よりも高いが、不快

体験時の不快感情のレベルも高く、感情が不快方向に強く傾いている。

4)長期間にわたる悪性疾患緩解期・慢性疾患・ターミナルの患者は、感情の振幅が小さく、感情が不快方向に傾いている。

5)入院生活中の患者は、医師・看護婦等の態度や行為を快・不快体験内容としてあげる頻度が高く、快感情・不快感情の変化に及ぼす影響は大きい。

6)入院生活状況構成因子につながる快・不快体験には、共通や同質のものが対極してあがり、不快を快に転化できる要素をもっている。共通するものには、医師・看護婦の行為・態度、同室者関係、病室環境、病院管理がある。同質のものには、病状の軽快と苦痛、希望と不安、欲求の充足と不満がある。

VII おわりに

本研究は、「精神不穏発生に関する看護視点からの基礎的研究—その1. 入院生活の状況構成因子と感情変化」として平成6年度文部省科学研修費(一般C)の交付を受けて行った研究に引き続くものである。

本研究から得た問題状況については経験的にも、質的な研究手法からも、既知の事実であるが、今回改めて、不快感情がいかに強いか数量的に検証できた。不快感情とその状況に対する看護を研究し、入院生活のQOLを高めることができ望まれる。

今後の課題として、1つ1つの入院生活の状況構成因子の質のレベルをMS値で表すことができれば、心理的な患者の苦痛の理解に役立ち、またキュアにつながるケア開発に貢献できるものと考える。

謝 辞

SPSSの統計処理にご協力をくださいました、東海大学助教授・阿部真雄先生に厚く御礼を申し上げます。

文 獻

- 1) Abby,A.& F.M.Andrews : Modeling the Psychological Determinants of

- Life Quality. Social Indicators Research, 16 : 1-34, 1985.
- 2) 内山喜久雄・他：看護心理学，ナカニシヤ出版，1986。
- 3) 榎本真有美・他：入院生活が患者に及ぼす心理的影響，臨牀看護，10(9) : 1386-1392, 1984.
- 4) 岡堂哲雄：現代のエスプリ「患者の心理」，至文堂，33, 1982.
- 5) 小此木啓吾：対象喪失，中公新書1979, p.42.
- 6) 金井悦子：ベッドサイドの看護，中央法規出版，1995, p.66.
- 7) 小板橋喜久代：入院による生活様式の変化に関する検討，日本看護科学学会誌，11(3) : 78-79, 1991.
- 8) 栄 唱子：入院による生活の変化と適応，看護研究，17(1) : 52, 1984.
- 9) 桜井美鈴：入院中の看護の満足感，順天堂医療短期大学紀要，3 : 65-75, 1992.
- 10) キャプラン, G., 加藤正明監：地域精神衛生の理論と実際，医学書院，1968, p.45-46.
- 11) 富田晴美：入院生活の体験から，ソーシャルワーク研究，12(4) : 21, 1987.
- 12) 前掲11) : 22.
- 13) 富松美芳他：患者の入院生活に関する研究，日本看護研究学会雑誌，15(4) : 80-81, 1992.
- 14) ドナ C.アギュララ, ジャニス M.メズイク, 小松源助訳：危機療法の理論と実際，川島書店，1986, p.6.
- 15) 日本看護協会調査研究室：看護をめぐる意識調査，日本看護協会調査研究報告，No.41 : 25-32, 1993.
- 16) 西平直：エリクソン の人間学，東京大学出版会，1993, p.83.
- 17) 野村明美：病棟内の騒音についての調査，日本看護研究学会雑誌，15(4) : 80, 1992.
- 18) 馬場恵子・他：入院中の生活規則に関する意識調査，共済医報，40(3) : 101-108, 1991.
- 19) バーンデン・ベルク, 早坂泰次郎他訳：病床の心理学，現代社，1975, p.41.
- 20) 前掲19), p.18.
- 21) 浜田章子：老人患者への入院への適応，日本看護科学学会誌，11(3) : 50-51, 1991.
- 22) 森美智子：入院生活の状況構成因子と感情の変化，平成 6 年度文部省科学研究成果報告書，1995.
- 23) 森美智子：Mood Scale 及び Children's Mood Scale の検討，日本赤十字武藏野女子短期大学紀要，6 : 1-10, 1993.
- 24) 良村貞子：病院内の“音と睡眠”との関わりについての一考察，月刊ナーシング，6(8) : 53-57, 1986.