

超重症児（者）に関わる看護師の QOL と ストレス・コーピングの実態

貞政宗司朗*¹ 中新美保子*² 井上信次*³

1. 緒言

重症心身障害児（者）（以下重症児（者）と略す）のなかでも、医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある児（者）を超重症児（者）と呼ぶ¹⁾。超重症児（者）は、姿勢保持が困難であり、筋緊張異常、呼吸障害、嚥下障害など多重の障害を併せもち²⁾、病態は複雑に絡み合い、個別性が高いという特徴を持っている。

2012年の公法人重症児（者）施設を対象とする超重症児（者）実態調査では、2003年から2012年までの10年間で、超重症児（者）は656人から1197人へと約2倍増加し³⁾、従来に比べ障害が重症化、複雑化、個別化し医療依存度が高くなっている²⁾。しかし、高度な医療的ケアが必要とされている中で、マンパワー不足が深刻な問題となっている。

マンパワー不足を引き起こす背景として、看護師が児（者）との関わりの中で戸惑いや不安を抱いている^{4,7)}との報告がある。さらに、重症児（者）看護領域の看護師のストレス要因やストレス反応の実態報告からも、看護師は超重症児（者）の身体的特徴（変形、拘縮等）や言語的コミュニケーションが困難な状況、あるいは複雑な病態の特徴が患者を理解できない戸惑いとなり、体調不良や自己嫌悪^{8,9)}を抱くことが指摘されていた。超重症児（者）の割合が増している現状を考えると増々ストレス要因が強くなり、心身の状態を悪化させ看護師のQOLが低下することが推測できる。しかし、重症児（者）看護領域における看護師のQOLやストレス対処に関する先行研究は未だ見当たらない。そこで本研究では、重症児（者）の中でも特に重篤な超重症児（者）を看護する看護師のQOLとストレス・コーピングの実態を明らかにすることを目的とした。

1.1 研究目的

超重症児（者）に関わる看護師のQOLとストレス・コーピングの実態を明らかにする。

1.2 用語の操作的定義

超重症児（者）に関わる看護師：重症児（者）を受け入れている病院、施設に勤務し、超重症児（者）の看護経験を有する看護師を示す。

2. 研究方法

2.1 対象者

公益社団法人日本重症心身障害福祉協会の発行する、2016年4月時点での会員施設一覧の名簿の中から超重症児（者）のいる、中・四国地方の全13施設に所属する看護師を対象とした。

2.2 調査方法と期間

無記名自記式質問票を用いた。2016年5月～7月に研究の了承を得られた重症児（者）施設（病棟）の看護部から質問紙を対象者に配布し、回答後、厳封したのち看護部から郵送にて返却するよう依頼した。

質問紙の構成は、以下の3種類とした。

2.2.1 基本的情報

性別、年齢、看護経験年数、超重症児（者）看護の経験年数、勤務場所、勤務形態について尋ねた。

2.2.2 あなたの健康について

健康関連 QOL を測定するための尺度（36-Item Short-Form Health Survey：以下 SF-36 と略す）¹⁰⁻¹²⁾を使用した。

2.2.3 ラザルス式ストレスコーピングインベントリー

ラザルス式ストレスコーピングインベントリー（Lazarus Type Stress Coping Inventory：以下 SCI と略す）^{13,14)}を使用した。

*1 旭川荘療育・医療センター *2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科

*3 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

（連絡先）貞政宗司朗 〒704-8193 岡山市東区金岡西町987-7

E-mail: w5315001@yahoo.co.jp

2.3 使用尺度について

2.3.1 SF-36について

SF-36は、福原ら¹⁰⁻¹²⁾が翻訳し、信頼性と妥当性が検証されたものを用いた。この尺度は、36項目からなる質問紙で身体機能 (Physical functioning: PF), 日常役割機能 (身体) (Role physical: RP), 体の痛み (Bodily pain: BP), 全体的健康感 (General health: GH), 活力 (Vitality: VT), 社会生活機能 (Social functioning: SF), 日常役割機能 (精神) (Role emotional: RE), 心の健康 (Mental health: MH)の8つの下位尺度で構成されている。SF-36は、下位尺度の結果をもとに「身体的側面のQOLサマリースコア (Physical component summary: 以下PCSと略す)」、「精神的側面のQOLサマリースコア (Mental component summary: 以下MCSと略す)」、「役割/社会的側面のQOLサマリースコア (Role/Social component summary: 以下RCSと略す)」の3コンポーネント・サマリースコアとして表す。本尺度の使用許可については、使用登録申請を行い尺度の使用料を支払うことで使用許可を得た。

2.3.2 SCIについて

SCI^{13,14)}は、ストレス対処方法を測定する尺度で、ストレス対処方法に関する主観を知ることができる64項目からなる質問紙である。

評価法には2つある。まず1つ目は、問題志向と情動志向の評価である。ストレス対処の方法を問題志向型対処法と情動志向型対処法に大別し、どの程度各々を利用しているかをそれぞれ64点満点で評価する。問題志向型対処法 (Cognitive strategies: 以下Coと略す)は、積極性や事件に対してチャレンジする傾向を示すものであり得点が高いほど良いとされている。情動志向型対処法 (Emotion strategies: 以下Emと略す)は、消極性や事件からの圧迫は耐えられないため、情動の軽減を図る傾向を示すものであり、得点が低いほど良いとされている対処法である。

2つ目は、対処型の評価である。計画型 (Planful problem solving: Pla), 対決型 (Confrontive coping: Con), 社会的支援模索型 (Seeking social support: See), 責任受容型 (Accepting responsibility: Acc), 自己コントロール型 (Self controlling: Sel), 逃避型 (Escape avoidance: Esc), 離隔型 (Distancing: Dis), 肯定価値型 (Positive reappraisal: Pos)の8つの下位因子を、それぞれ16点満点で評価する。このうち、計画型と責任受容型はCoの下位因子で、逃避型と離隔型はEmの下位因子であり、対決型、社会的支援模索型、自己コントロール型、肯定価値型はCoおよびEmの下位因子に混在している¹³⁾。

この尺度は、日本健康心理学研究所が信頼性、妥当性を検証し著作権を保有している¹⁴⁾。使用許可については、質問紙の代金を支払うことで使用許可を得た。

2.4 分析方法

対象者の属性、SF-36の3コンポーネント・サマリースコア (PCS, MCS, RCS), SCIのCo, Emの単純集計を行った。

SF-36の3コンポーネント・サマリースコア (PCS, MCS, RCS)の本調査の平均値と国民標準値の平均値 (2007年)を比較するため、Welchのt検定を行った。さらに、年代別に本調査の平均値と国民標準値の平均値 (2007年)を比較するため、Welchのt検定を行った。この各サマリースコアは、0~100得点で示された8つの下位尺度と国民標準値に基づいたスコアリング (NBS)から算出し、得点が高いほど良い状態を示す¹⁰⁾。得点の算出には、福原ら¹⁰⁻¹²⁾の開発したSF-36データ解析プログラム (2011年版)を用いた。SF-36の3コンポーネント・サマリースコアを用いること理由として、健康関連QOLを8つの下位尺度で提示することは、測定結果を利用するものにとって煩雑で、結果を理解する上で混乱する可能性がある。また、SF-36の8つの下位尺度同士はそれぞれ相関しあうため、多重共線性の問題が生じる¹⁰⁾。そのことから、3コンポーネント・サマリースコアを使用することは、結果を理解する上で混乱を防ぐとともに、8つの下位尺度の因子構造上の問題点を解決できる。

SCIのCo, Emの関係について相関分析を行った。また、SCIの問題志向、情動志向の評価 (Co, Em)を佐藤と袖山¹⁵⁾の研究で示している方法を参考に4タイプ (1~4型)へ分類した。SCI (Co, Em)の4タイプ別を用いる理由として、対処型の8項目を用いると測定結果を理解する上で混乱する可能性があると考え、SCIのCo, Emを4タイプに分類する方が、結果を理解しやすい¹⁵⁾と考えた。

対象者の属性 (年齢, 看護経験年数, 超重症児 (者) 看護の経験年数) およびSF-36の3コンポーネント・サマリースコア (PCS, MCS, RCS)とSCI (Co, Em)の4タイプ別との関連を検討するため、一元配置分散分析を行った。なお、一元配置分散分析の多重比較にはTukey HSDを用いた。

以上の統計解析には統計分析パッケージSPSS Ver.22を用い、有意水準は5%未満とした。ただし、国民標準値と本調査の平均値との比較については、前者の調査データには集計データしかないため、SPSSを用いた分析ができなかった。そのため、青木¹⁶⁾のものを使用し検定を行った。

2.5 倫理的配慮

研究対象者に対する倫理的配慮として、研究への参加、不参加、中断は自由意志でありそれによって何ら不利益を生じないこと、調査協力への同意は質問紙の投函を持って行うこと、投函後同意撤回の意思表示がなされても、調査は無記名で実施するため回答者を特定できず、研究データとして分析されてしまうこと、得られた情報は統計的に分析し研究目的以外には使用しないこと、データは厳重に保管、管理し研究者及び指導教員以外は取り扱わないこと、個人や施設名が特定されない形で学会発表、論文投稿することを研究協力依頼書に明記した。本研究は、川崎医療福祉大学倫理委員会の承認（承認番号：15-100）を得て実施した。

3. 研究結果

質問紙の配布人数は360名であり、その内204名(56.7%)から回答を得た。有効回答は203名(99.5%)であった。

3.1 対象者の属性

対象者は男性32名(15.8%)、女性171名(84.2%)であった(表1)。

対象者の平均年齢は 41.4 ± 8.8 歳、看護経験年数の平均は 16.7 ± 9.3 年で、看護経験年数が10年以上の看護師は152名おり全体の70%以上を占めていた。超重症児(者)看護の経験年数の平均は 8.0 ± 7.3 年で、超重症児(者)看護の経験年数が10年未満の看護師は138名で全体の60%以上を占めていた。勤務場所は施設が全体の70%以上を占めていた。勤務形態は三交代制が全体の50%以上を占めていた。

3.2 超重症児(者)を看護する看護師のQOLの実態

3.2.1 超重症児(者)を看護する看護師のSF-36得点の人数分布(図1)

PCSの平均値は 50.8 ± 12.0 点であり、50点未満の合計人数は全体の38.9%であった。

MCSの平均値は 44.0 ± 8.9 点であり、50点未満の合計人数は全体の74.8%であった。

RCSの平均値は 43.3 ± 13.0 点であり、50点未満の合計人数は全体の63.6%であった。

3.2.2 本調査の平均値と国民標準値の平均値の比較(表2)

本調査の平均値と国民標準値の平均値を比較するため、Welchのt検定を行った結果、PCSに関して有意差は認められなかった($t(226.63) = 0.92$, $p = 0.36$)。しかし、MCSに関しては有意差が認められた($t(247.72) = 9.13$, $p < 0.01$)。また、RCSに関しても有意差が認められた($t(226.10) = 7.14$,

$p < 0.01$)。

3.2.3 年代別に本調査の平均値と国民標準値の平均値の比較(表3)

年代別に本調査の平均値と国民標準値の平均値を比較するため、Welchのt検定を行った。

(1) 20歳代について

PCSに関して有意差は認められなかった($t(21.56) = 0.68$, $p = 0.50$)。MCSに関して有意差が認められた($t(25.31) = 4.38$, $p < 0.01$)。RCSに関して有意差は認められなかった($t(22.08) = 1.24$, $p = 0.23$)。

(2) 30歳代について

PCSに関して有意差は認められなかった($t(76.76) = 0.95$, $p = 0.34$)。しかし、MCSに関しては有意差が認められた($t(75.04) = 3.65$, $p < 0.01$)。また、RCSに関しても有意差が認められた($t(64.47) = 4.07$, $p < 0.01$)。

(3) 40歳代について

PCSに関して有意差は認められなかった($t(116.71) = 1.56$, $p = 0.12$)。しかし、MCSに関しては有意差が認められた($t(138.80) = 3.02$, $p < 0.01$)。また、RCSに関しても有意差が認められた($t(110.57) = 4.74$, $p < 0.01$)。

(4) 50歳代について

PCSに関して有意差は認められなかった($t(35.40) = 1.77$, $p = 0.09$)。しかし、MCSに関しては有意差が認められた($t(40.95) = 4.04$, $p < 0.01$)。また、RCSに関しても有意差が認められた($t(36.69) = 4.25$, $p < 0.01$)。

(5) 60歳代以上について

度数が2と少なく分析できなかった。

3.3 超重症児(者)を看護する看護師のストレス・コーピングの実態

3.3.1 超重症児(者)を看護する看護師のSCI(Co, Em)得点の人数分布(図2)

Coの平均値は26.4点であり、30点未満の合計人数は全体の62.0%であった。Emの平均値は24.0点であり、30点以上の合計人数は全体の29.0%であった。

3.3.2 SCIのCo, Emの関係について

散布図は、正の相関であり(図3)、CoとEmの相関分析を行った結果、高い相関が認められた($r = 0.703$, $p < 0.01$)。

3.3.3 SCI(Co, Em)の4タイプ別分類

(1) SCI(Co, Em)の4タイプのカットオフポイントについて(図3)

問題志向、情動志向の評価(Co, Em)の4タイプ(「1型」, 「2型」, 「3型」, 「4型」)に分類するため、SCI

表1 対象者の属性 (n=203)

	項目	n (%)	平均値	標準偏差
性別	男	32 (15.8)		
	女	171 (84.2)		
年齢	20代	20 (9.9)		
	30代	57 (28.1)		
	40代	89 (43.8)	41.4	8.8
	50代	35 (17.2)		
	60歳以上	2 (1.0)		
看護経験年数	5年未満	17 (8.4)		
	5年以上10年未満	34 (16.7)		
	10年以上15年未満	38 (18.7)		
	15年以上20年未満	37 (18.2)	16.7	9.3
	20年以上25年未満	34 (16.7)		
	25年以上30年未満	19 (9.4)		
	30年以上35年未満	19 (9.4)		
	35年以上	5 (2.5)		
超重症児(者)看護の経験年数	5年未満	80 (39.4)		
	5年以上10年未満	58 (28.5)		
	10年以上15年未満	36 (17.7)		
	15年以上20年未満	13 (6.4)	8.0	7.3
	20年以上25年未満	6 (3.0)		
	25年以上30年未満	5 (2.5)		
	30年以上35年未満	3 (1.5)		
勤務場所	施設	155 (76.4)		
	病院	43 (21.1)		
	その他	5 (2.5)		
勤務形態	二交代制	45 (22.2)		
	三交代制	118 (58.1)		
	その他	40 (19.7)		

の Co, Em の平均値, 中央値を確認し, 散布図ではデータが集中している部分を参考にカットオフポイントを設定した. Co の平均値は26.4点, 中央値は27.0点であり, Em の平均値, 中央値ともに24.0点であった. 散布図では, Co, Em とともに20~30点の間でデータが集中していた. これらのことから, カットオフポイントを25点に設定した.

(2) SCI (Co, Em) の4タイプの詳細 (図4)

「1型」は Co25~64点, Em0~25点未満, 「2型」は Co, Em とともに25~64点, 「3型」は Co, Em とともに0~25点未満, 「4型」は Co0~25点未満, Em25~64点とした.

1型は, 現象への姿勢は積極性があり問題解決志向である. さらに現象などの問題から心理的な逃避はせず, 情動も安定している傾向にある.

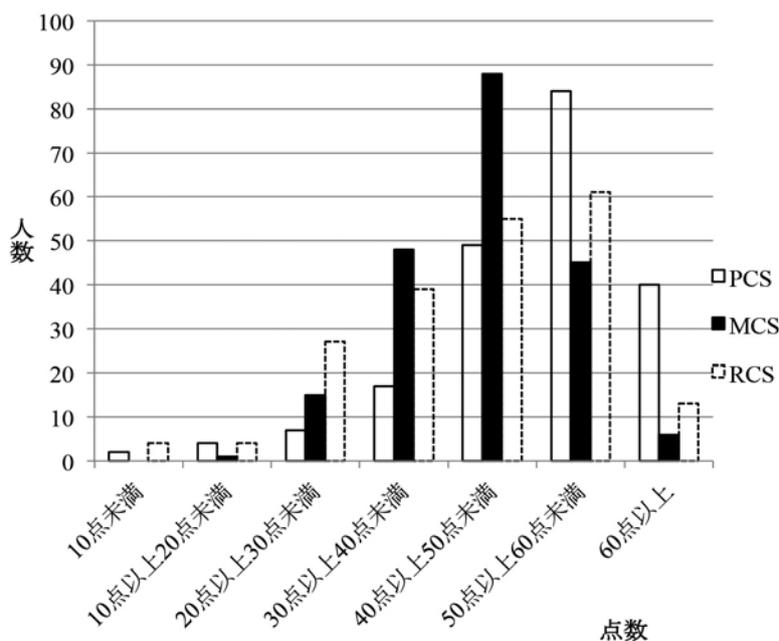


図1 SF-36得点の人数分布 (n=203)

表2 本調査の平均値と国民標準値の平均値の比較

項目	本調査のデータ (n=203)		国民標準値のデータ (n=2279)		p値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
PCS (身体的側面のQOL)	50.8	12.0	50.0	9.8	0.36
MCS (精神的側面のQOL)	44.0	8.9	50.0	9.8	<0.01
RCS (役割/社会的側面のQOL)	43.3	13.0	50.0	10.5	<0.01

注) 国民標準値のデータは、iHope International 株式会社が表示したデータ¹⁰⁾を使用した。

表3 年代別に本調査の平均値と国民標準値の平均値の比較 (n=201^{注3)})

年代	項目	n	本調査のデータ		n	国民標準値のデータ		p値
			平均値	標準偏差		平均値	標準偏差	
20代	PCS (身体的側面のQOL)	20	57.4	8.3	270	56.1	7.8	0.50
	MCS (精神的側面のQOL)		40.4	7.6		48.4	11.0	<0.01
	RCS (役割/社会的側面のQOL)		44.9	10.8		48.0	11.1	0.23
30代	PCS (身体的側面のQOL)	57	54.6	7.3	395	53.6	8.0	0.34
	MCS (精神的側面のQOL)		43.8	9.6		48.8	10.1	<0.01
	RCS (役割/社会的側面のQOL)		42.9	12.9		50.1	9.2	<0.01
40代	PCS (身体的側面のQOL)	89	49.8	10.7	398	51.7	8.9	0.12
	MCS (精神的側面のQOL)		44.4	8.9		47.6	9.7	<0.01
	RCS (役割/社会的側面のQOL)		43.3	13.9		50.7	10.3	<0.01
50代	PCS (身体的側面のQOL)	35	43.8	17.9	472	49.2	9.4	0.09
	MCS (精神的側面のQOL)		44.4	8.1		50.2	9.3	<0.01
	RCS (役割/社会的側面のQOL)		42.9	12.7		52.2	9.2	<0.01

注1) 国民標準値のデータは、iHope International 株式会社が表示したデータ¹⁰⁾を使用した。

注2) 属性：年代別が60代以上は、n数が2と少ないため分析できなかった。

注3) 60代以上のn数を削除したn数である。

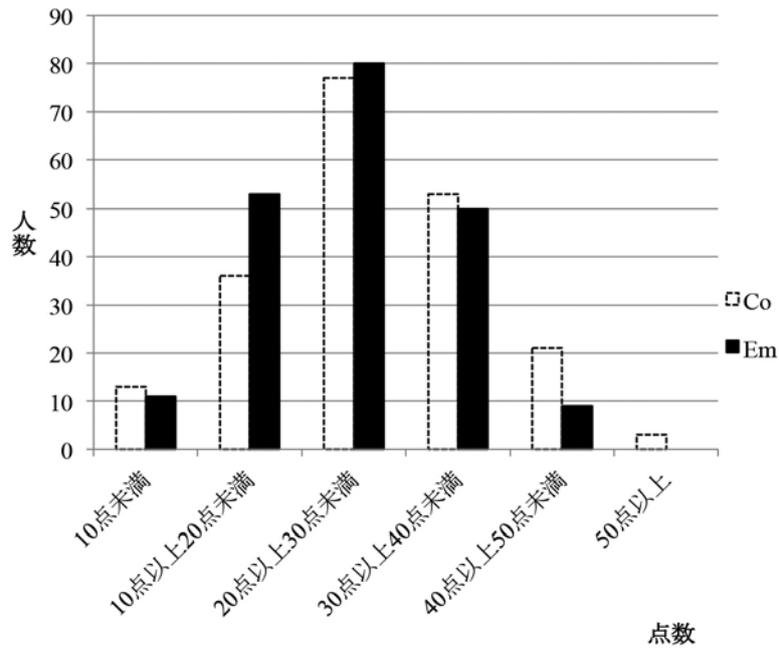


図2 SCI (Co, Em) 得点の人数分布 (n=203)

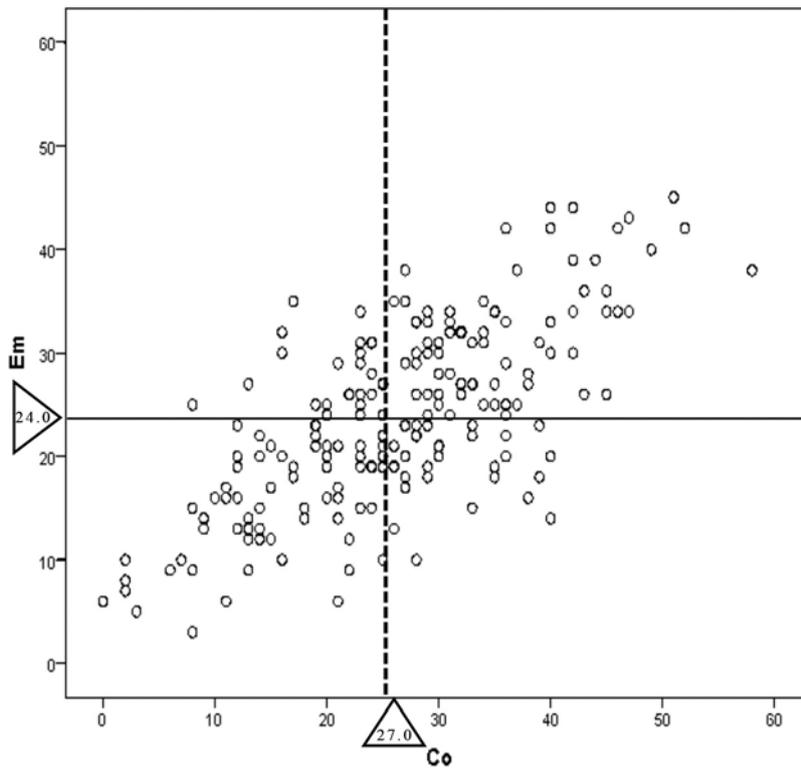


図3 SCI (Co, Em) の4タイプのカットオフポイントについて (n=203)

注) 黒い点線は Co の平均値 (26.4点), 黒い線は Em の平均値 (24.0点), 黒い三角の中の数値は中央値である.

2型は、現象に対してやる気十分であり、現象への姿勢が積極的な傾向にある。しかし一方では、現象などの問題から心理的な逃避、感情面では情動の不安定さも兼ね備えている。

3型は、現象に対して積極性は十分とはいえないが、現象などの問題から心理的な逃避はせず、感情面では情動が安定傾向にある。

4型は、現象に対してやる気の姿勢は十分とはいえず、さらに現象などの問題から心理的に逃避したり、感情面では情動の不安定さも兼ね備えている傾向にある。

1型の看護師は42名(20.7%)、2型の看護師は77名(37.9%)、3型の看護師は64名(31.5%)、4型の看護師は20名(9.9%)であった。

3.4 対象者の属性およびSF-36の3コンポーネント・サマリースコア(PCS, MCS, RCS)とSCI(Co, Em)の4タイプとの関連について

属性およびSF-36とSCI(Co, Em)の4タイプとの関連については(表4)、全ての項目に関して有意差は認められなかった。

4. 考察

4.1 対象者の属性

本調査の対象者は男性が全体の15.8%であり、2013年に実施された日本医療労働組合調査の男性看護師割合の6.9%¹⁷⁾と比較すると男性看護師の占める割合が多い集団であるといえる。また、看護経験年数の平均は16.7年で、同調査の平均経験年数10.7年¹⁷⁾より6年長かった。超重症児(者)看護の経験年数の平均は8.0年であり、本調査の看護経験年数の平均との差は8.7年であることから、重症児(者)の施設内の配置転換や一般病院での勤務経験が8.7年あることが推測できる。

同調査によると、看護職集団は男性看護師が少ないこと、平均経験年数が浅いことから厳しい勤務環境の中で定年まで働き続けられないと報告されているが¹⁷⁾、超重症児(者)看護領域は、男性看護師が比較的多く、重症児(者)の施設内の配置転換や一般病院から移動した経験豊富な看護師の集団であることが考えられる。

4.2 超重症児(者)を看護する看護師のQOLの実態

国民標準値のデータ(2007年)と本調査のデータ

Em : 25~64点	
<p>4型 Co : 0~25点未満 Em : 25~64点 203名中20名 (9.9%) 現象に対してやる気の姿勢は十分とはいえず、さらに現象などの問題から心理的に逃避したり、感情面では情動の不安定さも兼ね備えている傾向にある。</p>	<p>2型 Co : 25~64点 Em : 25~64点 203名中77名 (37.9%) 現象に対してやる気十分であり、現象への姿勢が積極的な傾向にある。しかし一方では、現象などの問題から心理的な逃避、感情面では情動の不安定さも兼ね備えている。</p>
Co : 0~25点未満	Co : 25~64点
<p>3型 Co : 0~25点未満 Em : 0~25点未満 203名中64名 (31.5%) 現象に対して積極性は十分とはいえないが、現象などの問題から心理的な逃避はせず、感情面では情動が安定傾向にある。</p>	<p>1型 Co : 25~64点 Em : 0~25点未満 203名中42名 (20.7%) 現象への姿勢は積極性があり問題解決志向である。さらに現象などの問題から心理的な逃避はせず、情動も安定している傾向にある。</p>
Em : 0~25点未満	

図4 SCI(Co, Em)の4タイプの詳細(n=203)

表4 属性およびSF-36とSCIの4タイプとの関連 (n=203)

項目	SCI				One-way ANOVAの結果	
	型	n	平均値	標準偏差		
属性	年齢	1型	42	41.4	8.3	F _{3, 199} =0.42, p=0.74
		2型	77	42.1	9.1	
		3型	64	41.3	9.1	
		4型	20	39.6	8.1	
	看護経験年数	1型	42	17.9	7.9	F _{3, 199} =1.36, p=0.26
		2型	77	17.2	9.8	
		3型	64	16.4	9.6	
		4型	20	13.1	8.3	
	超重症児(者)看護 の経験年数	1型	42	7.8	6.0	F _{3, 199} =0.23, p=0.88
		2型	77	8.3	8.5	
		3型	64	7.5	6.6	
		4型	20	8.9	7.8	
SF-36	PCS	1型	42	50.7	13.7	F _{3, 199} =0.26, p=0.85
		2型	77	50.9	12.0	
		3型	64	50.1	11.7	
		4型	20	52.9	9.2	
	MCS	1型	42	44.7	8.1	F _{3, 199} =0.52, p=0.67
		2型	77	44.5	8.3	
		3型	64	43.1	9.0	
		4型	20	42.9	12.2	
	RCS	1型	42	43.6	13.9	F _{3, 199} =2.16, p=0.09
		2型	77	42.6	13.1	
		3型	64	45.8	12.2	
		4型	20	37.6	12.4	

注) 全項目に関して多重比較を行ったが、統計的有意差は認められなかった。

には9年の差があり、値や当時の傾向と現在の傾向には異なる場合がある。しかし、2007年の国民標準値のデータが最新であるため、このデータを用いて比較した。超重症児(者)を看護する看護師のSF-36の得点は、国民標準値と比較して低く、特にMCSとRCSは有意に低いことが明らかになった。超重症児(者)を看護する看護師は超重症児(者)という重症度の高く、意思疎通が図れない対象者との関わりや一般病棟との医療、看護の違いによるギャップからMCSが低かったのではないかと推測できる。さらに、超重症児(者)看護領域は慢性期であり退院などの行き先が見えにくいことが、やりがいを見いだせないことに繋がり、RCSが低かったのではないかと考えられる。

年代別では、20歳代のMCSが低いことも明らかになった。20歳代は他領域の看護経験がほとんどなく未熟であり、知識、技術を習得したい気持ちがあるが、超重症児(者)看護領域は慢性期であり同じ医療的ケアが多く、一般病棟との知識、技術の差に不安や戸惑いを感じている¹⁸⁾ことからMCSが低かったのではないかと推測できる。

30歳代～50歳代は、MCSとRCSの両方とも低いことが明らかになった。30歳代～50歳代の超重症児(者)を看護する看護師は、超重症児(者)看護の経験年数が長いことにより児(者)への愛着から、よりよい看護を提供したいという気持ちがあるが想像していた看護が提供できないことによるもどかしさや苛立ちがストレスとなりMCSが低かったのではないかと推測できる。また、それらのストレスから超重症児(者)看護の意義や自らの役割を見出せないことにも繋がり、RCSも低かったのではないかと考えられる。

これらのことから、20歳代の看護師のメンタルヘルスケアへの配慮を中心に、超重症児(者)看護領域の看護師全体の健康関連QOLを見直し、心身のサポート体制を構築していくことが必要といえる。

4.3 超重症児(者)を看護する看護師のストレス・コーピングの実態

超重症児(者)を看護する看護師のストレス・コーピングは、SCIの問題志向型対処法(Co)の平均値は26.4点であり、情動志向型対処法(Em)の平均値は24.0点であった。このことから、現象に対し

て積極性は十分とはいえないが、情動面が安定傾向にある集団であると言える。また、CoとEmの散布図や相関分析から、現象に対して積極的に問題を解決する人は情動が不安定であり、逆に現象に対して積極的に問題を解決しない人は情動が安定しているといった2つのタイプのコーピングをとっている人が多い集団であることが推測できる。

SCI共通マニュアル¹⁴⁾では、Coは積極的な対処、Emを消極的な対処と位置付けているが、Lazarusら¹³⁾は、「問題解決型(Co)の対処と情動中心型(Em)の対処は互いに促進したり抑制したりするものであり、双方の対処が日常生活に遭遇するストレスフルな状況の中で内外からの様々な脅威や圧力を処理していくために使用される」と述べている。すなわち、CoとEmの双方の対処をバランスよく用いることがストレス・コーピングに有効だとされている。本調査の対象者は、現象に対して積極性があり心理的な逃避はせず、情動も安定している1型タイプは約20%であることから、ストレス・コーピングには課題がある集団といえる。本調査の対象者の1型のコーピングが少なかったことの原因として、看護の対象者である超重症児(者)の反応が乏しく、ケアの評価に対する困難さ¹⁹⁾から看護を深める難しさがある。そのため、積極的に問題解決できないことが習慣化していると考えられる。また、同一対象者を長期にケアすることから、心理的な逃避はなく情動の安定がある反面、医療依存度の高い場合は急変もあることから不安定さに繋がり、1型のコーピングを減少させたのではないかと推測できる。

今回使用したSCIの尺度は、自身のコーピング

を自身で振り返ることができるものである。看護師自身が自らのコーピングスタイルを把握することが重要と考える。

5. 結論

超重症児(者)を看護する看護師に対して、健康関連QOLとストレス・コーピングの実態を調査した。中・四国地域の203名を分析した結果、超重症児(者)を看護する看護師の健康関連QOLの3コンポーネント・サマリースコア(身体的、精神的、役割/社会的)は国民標準値と比較して低いことが明らかになった。また、ストレス・コーピングについては、SCI(Co, Em)の4タイプ別の1型は約20%しかいないことが明らかになった。しかしながら、SCI(Co, Em)の4タイプ別のコーピングスタイルと対象者の属性および健康関連QOLの3コンポーネント・サマリースコアとの関連は認められなかった。以上のことより、超重症児(者)を看護する看護師の健康への配慮やコーピングを高める支援が必要であることが示唆された。

謝 辞

ご多忙中にも関わらず、研究への協力依頼を快諾していただいた、研究協力施設の施設長、看護師等責任者、病棟看護師長、研究協力者の皆様に心からお礼申し上げます。また、本研究のご指導を受け賜りました諸先生方に深く感謝申し上げます。なお、本研究は川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健看護学専攻修士論文に加筆修正を加えたものである。

文 献

- 1) 奈良間美保, 名越廉, 茂本咲子, 荒木暁子, 田邊雄三, 伊達裕昭: 系統看護学講座 小児看護学 [2] 小児臨床看護各論. 医学書院, 東京, 2015.
- 2) 朝倉次男監修: 重症心身障害児のトータルケア—新しい発達支援の方向性を求めて—. へるす出版, 東京, 2006.
- 3) 岡田喜篤: 重症児とともに. 公益社団法人日本重症心身障害福祉協会, 東京, 2015.
- 4) 井手野未奈, 坂本喜美, 森島亜季, 山本多恵, 川島恵津子, 藤藪令子, 平瀬節子: 重症心身障害児(者)で強度行動障害のある患者に対する看護師の関わりとその思い. 国立高知病院医学雑誌, 19, 13-20, 2010.
- 5) 福山真奈美, 工藤靖子: 意思疎通が困難な重症心身障がい児(者)のケアに携わる看護師が抱く思い. 日本看護学会論文集, 小児看護, 40, 51-53, 2009.
- 6) 工藤靖子, 谷野町子, 高宮枝綾子, 福山真奈美, 渡邊久美子: 重症心身障害児(者)施設における看護ケアに関わるときの看護師の思い—腸癆のある児(者)への関わりを通して—. 日本看護学会論文集, 小児看護, 39, 245-247, 2008.
- 7) 坂本喜美, 安藤和代, 岡野美栄, 愛宕恵子, 門田浩治, 川崎麻里, 川崎梨加, 小松正昭, 西川真理, 畑山小浪, 濱田梨佐, 平田朋代, 三木充, 森美三枝, 山本多恵, 萩野ユカリ, 前田奈美, 坂本栄子: 重症心身障害児(者)へのケアリングにおけるエキスパートナーズの思い—関わりにおいて大切に心がけていること—. 国立高知病院医学雑誌, 16, 13-20, 2008.
- 8) 廣嶋孝行, 加藤利香, 鈴木大介, 佐々木智子: 重症児者病棟における新人指導のあり方—新人看護師のストレス調

- 査から一. あきた病院医学雑誌, 2(1), 67-68, 2013.
- 9) 樋口裕也, 山川裕子, 藤本裕二: 動く重症心身障がい病棟で働く看護師の感情とストレス要因及び反応. 日本看護学会論文集 精神看護, 43, 104-107, 2013.
 - 10) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: SF-36v2日本語版マニュアル. 特定非営利活動法人健康医療評価研究機構, 京都, 2015.
 - 11) Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A and Kurokawa K: Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1037-1044, 1998.
 - 12) Fukuhara S, Ware JE, Kosinski M, Wada S and Gandek B: Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1045-1053, 1998.
 - 13) Lazarus RS and Folkman S: *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company, New York, 1984.
 - 14) 日本健康心理学研究所: ストレスコーピングインベントリースケール. 実務教育出版, 東京, 2013.
 - 15) 佐藤信枝, 袖山悦子: 看護学生の実習不安尺度とSCIとの関連. ヘルスサイエンス研究, 18(1), 67-72, 2014.
 - 16) 青木繁伸: 二群の平均値の差の検定. http://aoki2.si.gunma-u.ac.jp/calculator/t_test.html, 1997. (2017.2.15確認)
 - 17) 山田真巳子: 臨時増刊 医療労働. 日本医療労働組合連合会, 東京, 2014.
 - 18) 木村圭一, 三木知絵, 白川美江子, 白川美代子, 小西裕美: 重症心身障害児(者)病棟に勤務する新人看護師のリアリティショックの分析. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 9, 193-196, 2013.
 - 19) 澤田法子, 井上みゆき: 重症心身障害児(者)施設の看護師が語る困難な問題. 第37日本看護学会論文集(看護総合), 280-282, 2006.

(平成29年4月27日受理)

Inventory Survey about Quality of Life and the Stress Coping of the Nurse
Concerned with Severe Motor and Intellectual Disabilities and Medical Care
Dependent Groups (SMID-MCDG)

Soujirou SADAMASA, Mihoko NAKANII and Sinji INOUE

(Accepted Apr. 27, 2017)

Key words : Severe Motor and Intellectual Disabilities and Medical Care Dependent Groups (SMID-MCDG),
nurse, quality of life, stress coping

Correspondence to : Soujirou SADAMASA

987-7, Kanaokanishimachi, Higashiku,

Okayama, 704-8193, Japan

E-mail : w5315001@yahoo.co.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.27, No.1, 2017 193 – 203)

