

資料：秋田大学保健学専攻紀要25(1)：99-105, 2017

精神科病棟以外での勤務経験がない看護師が抱く身体合併症看護に対する心理的負担

武石美香* 藤原美那子* 白山翠*
猪股祥子**

要 旨

本研究では、大学病院に勤務する精神科病棟以外での勤務経験がない看護師が抱く身体合併症看護に対する心理的負担について帰納的記述型研究を行った。その結果、【経験・知識・技術の不足による不安】【正しいアセスメントや身体ケアへの自信のなさ】【実践後に残る気がかり】【他スタッフへの懸念】【身体を看ることへのプレッシャー】【精神症状への対応とのジレンマ】の6つのカテゴリーが抽出された。精神科病棟以外での勤務経験がない看護師は、身体合併症看護の知識・技術、経験不足に加え、精神症状との兼ね合いや他スタッフとの関係性にも心理的負担を抱えながら身体合併症看護を実践していることが示された。

I. はじめに

A病院精神科病棟における平成25年度の身体合併症管理加算対象者は、平成24年度より約2割増加し新規入院の30.8%を占めている。その内訳は急性薬物中毒、肺炎、イレウス、悪性症候群、消化管出血、腱断裂や腎不全など多岐に亘り、平成25年度合併症管理加算対象患者で看護度Aの患者の割合は65.3%、平均在院日数は33.2日となっている。そのため看護師には幅広い知識と身体ケア技術が求められている現状がある。しかし、A病院精神科病棟では新人として精神科に配属され、そのまま精神科病棟で勤務する看護師が全看護師の半数以上に及んでいる。A病院での新人教育システムはそのサポート体制も含め充実していると思われるものの、精神科病棟以外での勤務経験がない看護師からは、身体合併症を有する患者への看護に不安を抱えている声も実際に聞かれている。

先行研究によると、精神科病院の看護師では身体ケアに必要な知識と実践能力の不足は精神科病棟以外での勤務経験の有無と関連があり、日常的に不安や困難を抱えていることが推測されている^{1,2)}。また、特定

機能病院の看護師も身体観察において、精神科単科病院の看護師と同程度のストレスを抱いていた³⁾との報告もある。このような精神科病棟以外での勤務経験がない看護師の身体合併症看護に対する日常的な不安や困難、あるいはストレスの実際を把握し、サポート内容を明らかにすることは、精神科病棟における看護の大きな課題の一つである。

身体合併症を有する患者数が増加しているとはいえ、精神科病棟以外での勤務経験がない看護師が、身体ケアに必要な知識と技術を精神科病棟の実践の中で習得するためには、病棟独自の教育システムの構築が必要ではないかと考えた。そこで、実際に精神科病棟以外での勤務経験がない看護師が抱えている身体合併症看護に対する日常的な不安や困難、あるいはストレスの実際について明らかにし、今後の現任教育や病棟運営の在り方について検討する基礎資料としたいと考え本研究に取り組んだ。

II. 研究目的

大学病院精神科病棟に勤務する精神科病棟以外での

* 秋田大学医学部付属病院看護部

** 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

Key Words: 身体合併症看護
精神科病棟
心理的負担

勤務経験がない看護師が抱いている、身体合併症看護に関する日常的な心理的負担の実際について明らかにする。

III. 用語の定義

心理的負担

本研究では、精神科病棟以外での勤務経験がない看護師が身体合併症患者の看護を实践するなかで日常的に抱いている不安・困難・ストレスを心理的負担と定義する。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

帰納的記述型研究とした。

2. データ収集期間

平成27年1月～3月

3. 研究参加者

大学病院の精神科病棟に勤務している精神科病棟以外での勤務経験がない看護師とした。

4. データ収集方法

研究目的を説明し同意を得られた看護師に対し、半構造的面接法を行った。身体合併症看護に対して不安、困難、ストレスに感じたことについて語ってもらうことを事前に対象者に周知し、勤務時間以外の時間帯で1名につき10～20分程度で実施した。面接は対象者の率直な語りを重視することと、発言の内容が対象者の不利益にならないよう配慮できる、看護師経験の最も長い研究者1名のみが行った。インタビューの内容は「今までに経験した身体合併症患者への看護で不安・困難感・ストレスだったことは何ですか」とした。病棟内のプライバシーが確保できる部屋を用意し、日時は対象者の希望を優先した。承諾を得られた場合にはICレコーダーに録音した。

5. 分析方法

- 1) 録音した面接内容を逐語録に起こし、逐語録の記述内容から身体合併症看護に対する不安・困難・ストレスそれぞれについて述べている箇所を一意味単位で抽出した。
- 2) 抽出した内容について文脈的背景を考慮しつつコード化した。
- 3) 抽出したコードを基に、意味内容の類似性と差

異性に従い集合体を形成し、サブカテゴリーとした。抽出したサブカテゴリーを基に同様の手法を用いカテゴリーとした。

- 4) 分析過程においては、参加者の語りに忠実であるかについて研究者間で検討を十分に重ね、全員が合意するまで繰り返した。

6. 倫理的配慮

本研究は、秋田大学医学部附属病院倫理審査委員会において倫理審査を受け、承認を得て実施した。研究参加者には本研究の趣旨について、口頭ならびに文書を用いて説明し十分な理解と納得を受けた上で、同意書の署名をもって本研究調査の諾否を確認した。また、研究の協力は自由意思に基づくものであり、いつ中止・撤回しても構わないこと、研究協力を断っても不利益が生じないこと、匿名性の保障と得られたデータは研究以外での使用はせず、プライバシーの保護を行うことを文書と口頭で説明した。

V. 結果

1) 参加者の概要

参加者は10名でその内訳は、男性2名、女性8名だった。精神科病棟勤務年数（看護師経験年数と同等）は11か月～6年10か月で、平均3年であった。対象者の年齢は22歳から34歳であり、平均年齢は26.5歳であった。面接時間は13分から39分で平均21分であった。

2) 身体合併症看護を实践するなかで日常的に抱いている心理的負担（表1）

精神科病棟以外での勤務経験がない看護師が抱いている、身体合併症看護に関する日常的な心理的負担は、次の通りであった。以下カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを[]とし、実際の語りを「」に引用して説明する。

(1) 【経験・知識・技術の不足による不安】

看護師は、初めて見る病態や患者の装着物に不安になり、自分で看れるのか患者の様々な病態や処置に応じたケアができるのか〔初めて見る機器や装着物に対処できない〕と感じていた。また、精神科病棟の勤務だけでは〔経験できる機会が少ないので技術が身につかない〕ことも危惧していた。

表1 身体合併症看護に関する日常的な心理的負担

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
経験・知識・技術の不足による不安	初めて見る機器や装着物に対処できない	初めて見る病態や疾患がわからないので不安がある 初めて見る機器や看護用品がわからないことが不安 知らない装着物が色々ついていてほんとに看れるのか 患者の様々な病態や処置に応じたケアができない
	経験できる機会が少ないので技術が身につかない	経験数が少ないので身体管理が身につかない 自分には技術がない・困難だと思っている
正しいアセスメントや身体ケアへの自信のなさ	フィジカルアセスメントに自信がない	今あるアセスメント能力で対応ができるかどうか常に不安 正しく観察・アセスメント出来る自信がない
	自分のケアに自信が持てない	自分の知識と行動が結びつかず失敗や迷うことが多かった これ以上の症状悪化や新たな合併症が出現しないかどうか不安 自分自身のケアに自信が持てずケアに戸惑う 自分の技術や経験に自信がない
	患者の緊急時に対応出来ない	不整脈出現時の対応や急変が起こったらどうしようと不安 患者の急変時・異常時の対応に自信がなく何かあったらと思う
	同年代の看護師と比較し焦る	他科の同期よりも身体的な知識や技術はないのだろうかと実感し不安
	夜勤帯は一人で看ることになるので負担が大きい	夜勤や人手の足りない時に一人で患者を看なければという負担 自分で判断して指示を出せない 夜勤帯に自分のチームは自分だけだと負担が大きい
	実践後に残る気がかり	自分が行ったケアやもっとできることがあったのではないかと思う 自分の観察やケア内容によっては重症にならなかったかも知れない 自分のせいで患者に不利益が生じてないか 患者に自分の不安が伝わる気がして自信を失う
他スタッフへの懸念	頼れる存在がない	経験のない先輩につられて自分も不安になる 夜勤のペアが精神科勤務経験の長いスタッフの時の異常時の対処法が不安 精神科以外の経験がないスタッフには聞いても曖昧な回答がある いざという時に頼れる先輩がいない
	役割を担えるか自信がない	自分が上の立場で何かあった時に対応しきれない自信がない 他科勤務の経験ないスタッフだけの時はリーダーシップを取れるか 自分が対応できない時は他のスタッフに迷惑を掛けることになる
	自分に対する周りの評価と実際とのギャップがある	できていない部分を気づけないことによる言いつらさや聞きづらさがある “できる”と思われているので言いつらいし聞きづらい
	他者からの評価が気になる	自分のやり方が、他科経験者からは疑問視されているのではないか気になる こんなこともわからないと思われるのではという不安から聞けない
	身体を看ることへのプレッシャー	患者の急変でどうしたらいいかわからなかった 身体を看ること自体をストレスに感じてしまう 患者が術後だったことがストレス できない自分に対してストレスを感じた 不安があることを考えること、ため込むことがストレス
精神症状への対応とのジレンマ	精神症状のため患者の協力が得られない	患者と疎通が取りづらく指示が伝わらないのはストレス ケア時に叫び声や暴れたりすることで他患者へ迷惑がかかること 精神症状のためケアが思うようにすすまず時間がかかる
	身体ケアが優先されてしまうことで精神的ケアが十分できない	身体ケアが優先されてしまうことで患者の思いを聞く余裕がなくなってしまう

「手術とかシャントとか透析とか全部やったことがないのに遭遇した時は全部不安でまず、どうやればいいのかわかんないので」

「1回そこで経験をしても、また次にくるのは1年後2年後だったりっていうことがあって、そこでブランクがあるので、そういった面でなかなか手技が身につかない」

(2) 【正しいアセスメントや身体ケアへの自信のなさ】

看護師は、自分の「フィジカルアセスメントに自信がない」ため、失敗や迷い、あるいは戸惑いを感じており「自分のケアに自信が持てない」状況を語っていた。特に、患者の急変時や異常の早期発見には自信がなく「患者の緊急時に対応出来ない」ことや特に「夜勤帯は一人で看ることになるので負担が大きい」と感じていた。さらに、精神科以外の病棟で身体ケアを十分経験していると

思われる同期よりも、身体的な知識や技術がないと実感し不安になっており、[同年代の看護師と比較し焦る] 気持ちにもつながっていた。

「自分が今ある能力でその方への対応ができるかどうかということに対しては常に不安を持っています」

「一人でやっていることがやっぱり良いことなのかもわからないので、そういったケアひとつひとつに対して、やっていいのかなっていうちょっと戸惑いがあったりとか、自信がなかったことともありました」

「初めて身体合併症がある人と、拘束している人を見て、この人を私が深夜とか準夜で一人でみるのかなっていう不安です」

「他の同期とかよりはやっぱり身体的な知識や技術はないんだろうなっていうのは、こうたまに実感して不安だなーと、他の所に移った時（のこと考えると）」

(3) 【実践後に残る気がかり】

看護師は、自分が行ったケアを振り返るともつとできることがあったのではないかと考えたり、その後の患者の状態から、自分の観察やケア内容によっては重症にならなかったかも知れないと[ケアした内容に気がかりがある] 気持ちを持っていた。また、知識や技術の乏しい自分が関わる事を申し訳なく感じたり、患者に自分の不安が伝わる気がして自信を失うなど[ケアした患者に気がかりがある] ことも語っていた。

「自分が受け持った後で、記録を見て何かアクシデントというか、こうエピソードがあった時に、もっとなんかできたんじゃないかなーっていう」

「患者さんにその不安が伝わってるんじゃないかという気もして、どんどんまた自信がなくなっていくます」

(4) 【他スタッフへの懸念】

一緒にケアしている先輩も精神科病棟以外での勤務経験がないことがあると、先輩の不安な様子につられて自分もつられて不安になったり、質問に曖昧な回答だったりすると[頼れる存在がない] ことで看護師の不安も増していた。さらには、精神科病棟以外での勤務経験がないスタッフだけの時や、自分が上の立場となっている状況では[役割を担えるか自信がない] ことでの不安を抱いて

いた。

「あたしくらいの人達も先輩としていて、〇年目とかの人もたぶんすごい不安、初めてみるような人で不安そうにしてたんですね、みんな、それだから、あたしもすごいそれに釣られて不安になった感じ」

「何かあった時に、対応しきれ自信がないっていうのと、やっぱり頼れる人がいないっていうのがストレス」

また、病棟内での経験が増えると、“できる”と思われているので、できなくてもできないと言いくく、分からないことがあっても聞きにくい事があり、この[自分に対する周りの評価と実際のギャップがある]ことが、ストレスにつながっていた。こんなこともわからないと思われるのではないか、自分のやり方が本当に正しいのか確信が持てないまま実践することにもなり、[他者からの評価が気になる] 思いも語られた。

「自分でも聞けないですし、気付いてもいないと思うので、そのできていないところとか、他科との違いとかを気付けないので、ちょっと自分でも言いづらい、聞きづらいうつのはあります」

「他科の経験者の人から見たら、あのやり方は違うとか、おかしいとかそう思うところがあるんじゃないかなっていうのもちょっと、不安というか気になります」

(5) 【身体を看ることへのプレッシャー】

身体合併症に関する知識のなさを不安に思っている看護師にとって[身体を看ること自体がストレス] であると感じていた。さらには、行動に移せない自分を自覚せざるを得ない状況になることで[できないことがストレスにつながる] とも感じていた。

「体をみることのストレス・・・やっぱりどうしても知識のなさにつながってしまう」

「実際急変している場面とかにもあったり、急に発熱したり、呼吸の状態悪くなったりとかしてるの見て、やんなきゃいけないことをわかっていてもなかなか動けない自分がいて、その自分に対してストレス、そういう出来ない自分に対してストレスとか感じていた」

(6) 【精神症状への対応とのジレンマ】

身体的ケアの実践では、患者と疎通が取りづらく指示が伝わらないことがあったり、精神症状に左右された患者の言動でケアに必要以上の時間がかかってしまうことなど〔精神症状のため患者の協力が得られない〕ことをストレスに感じていた。一方で、身体ケアが優先されてしまうことで患者の思いを聞く余裕がなくなってしまうこと、つまり〔身体ケアが優先されてしまうことで精神的ケアが十分できない〕ことを困難さと感じることもあった。

「精神症状がちょっと強くなってきて、暴れるような感じがあってその時はやっぱりこう、言うことが聞かないっていうのはやっぱり一番ストレス」

「知識もなくでどういう対応すればいいかもわからず、他科の医師のその指示とかにに従って動いている自分と、指示ばっかりにこういってしまって、患者さんの思いとか、そういうのを聞けなかった自分とか、でも困難っていうか、なんていうか、やっぱり体ばかりになっちゃうんですね、そういうことがあると、患者さんの気持ちとか思いとかを聞く余裕がなくなってしまう」

VI. 考 察

精神科病棟以外での勤務経験がない看護師が抱いている、身体合併症看護に関する日常的な心理的負担について検討した。その結果、心理的負担は、身体合併症看護の経験不足から来る知識や技術のなさばかりではなく、精神症状との兼ね合いや他スタッフとの関係性にまで及んでいた。それぞれについて以下に考察する。

1) 身体合併症看護の経験や知識・身体ケア技術の不足

精神科病棟以外での勤務経験がない看護師がもつ身体合併症看護への心理的負担の主要因として経験や知識、技術不足があった。荒木ら⁴⁾による精神科病院での身体合併症看護への不安に関する検討の中でも、「精神科病院では輸液ポンプやドレーンの管理をするなどといった、診療の補助に関する看護業務を経験する機会が少ない。そのため、実際の事例においては、精神科以外の看護経験のない看護師が身体合併症看護にあたる不安が大きいと推察される」と述べている。現任教育が

充実している大学病院であっても、精神科病棟で勤務する看護師が、精神科病棟内という限られた枠組みの中だけで自然に身体合併症看護の経験値を上げることは、問題意識の持ち方や向上心などといった看護師自身の姿勢や力量も大きく影響するものと思われる。そのため、経験不足や知識・技術不足を補うための病棟独自の勉強会によりそれらを補う必要性がある。また、清野ら²⁾は、「身体ケアに必要な知識と実践能力の不足は身体科経験と関連があり、身体合併症看護の困難性に影響していた。」さらに、「看護師の資質の向上には研修会への参加と身体合併症看護への不安が関連していた」と述べている。このことから、精神科以外の看護経験を積むことが重要であると考えられるが、看護経験を積むという目的だけの人事異動は病棟運営などの点から困難である。そのため、A病院の部署間応援体制システムを利用し他病棟の看護経験を増やしていくことが効果的である。それにより、看護技術の経験数を増やし、他科の雰囲気に触れることで、新たな学びを得ることができる。また、身体ケアに必要な知識と実践能力を高めるためには病棟独自の勉強会の企画が求められ、それに参加することにより困難や不安は軽減されると推測できる。

【経験・知識・技術の不足による不安】を基盤として、【正しいアセスメントや身体ケアへの自信のなさ】、さらにはこの自信のなさから、さらに患者に不利益が生じたのではないかと、もっとできることがあったのではないかとという【実践後に残る気がかり】につながっている。不安はストレスとなり、結果として【身体を看ることへのプレッシャー】をも生じさせていた。不安と困難、そしてストレスは、多くの場合それぞれが絡み合って存在し心理的負担となっている。

さらに、佐藤ら⁶⁾は、「経験年数が少ない看護師にとっては特に身体管理が出来ることが看護師としての自信の指標となっている傾向がある」と述べている。精神科での看護経験しかないスタッフが半数以上を占めるA病院精神科では、十分自信が持てないまま看護師としての経験年数が増え、リーダー的役割を担っている現状があり、自信のなさをさらに助長していると考えられる。

2) 精神症状への対応

看護師が身体ケアを行う際、〔精神症状のため患者の協力が得られない〕こと、〔身体ケアが優先されてしまうことで精神的ケアが十分出来な

い] ことから、看護師は【精神症状への対応とのジレンマ】を抱えており、結果、困難とストレスを生み出していた。出口ら⁵⁾は精神科病院の看護師のスタッフのストレス要因について調査しており、ストレス経験が強いのは、陽性症状が激しい患者の看護であったと報告している。また、清野ら²⁾は、検査や治療に協力しない、あるいは検査や治療を拒否するといった患者の示す態度が、身体合併症看護を行う上で困難性を高める要因となっていることを示していた。本研究においても、[精神症状のため患者の協力が得られない]ことが抽出されており、精神科病院同様、大学病院の精神科においても精神科特有の病態により困難やストレスが生じていた。また、同研究の中では精神症状と身体症状の鑑別が難しいことが困難性を高める要因の一つであったが、本研究でそのようなカテゴリーは抽出されなかった。これは、大学病院精神科では身体的な問題が発見されてから身体管理を目的として入院するという流れがあり、今現在現れている身体症状が精神症状に由来するものではないと予め予想されるためであると考えられる。

佐藤ら⁶⁾は大学病院精神科病棟においては「多様な身体合併症への対応や煩忙な業務の中で、患者にじっくり関わりながら精神科看護とは何かと問うことは難しく、そのことで専門性を構築することが困難になっている」と述べている。また、日向ら⁷⁾は「精神面よりも身体管理を優先しなければならないという葛藤は生じているが、同等に精神的ケアも行い、患者の思いをおろそかにしたくないという精神科看護師としての課題と方向性が明らかとなった。」と述べている。今回の結果でも、精神症状により身体ケアが難渋することと、逆に、身体合併症看護が優先されることで精神的ケアが十分にできないことにより困難さやストレスを抱えるというジレンマが生じていることが明らかになった。しかし、精神科病棟における身体合併症看護とは、そもそもそのジレンマの中でどのように専門性を発揮するのかが問われるものである。身体的ケアと精神症状への対応は、別々に行われるものではない。精神科病棟で実施する身体合併症看護に関する教育は、精神症状を持つ患者を想定した身体ケアについて学ぶ機会とするなどの工夫が必要である。

3) 他スタッフとの関係性

他スタッフとの関係性の中では、精神科病棟以

外での勤務経験がない看護師は【他スタッフへの懸念】を抱えていることがわかった。様々なケアにおいて精神科病棟以外での勤務経験を頼る傾向があり、たとえ看護師としての経験年数はあったとしても、精神科病棟以外での勤務経験がない看護師には頼りづらいという現状がわかる。そして頼りづらい一方で、病棟内で責任ある立場にある場合[役割を担えるか自信がない]状況となり、看護師の不安が伝播してさらなる不安を生むことさえある。精神科病棟以外での勤務経験がない看護師の「頼れる存在がない」ことによる不安は、他の看護師へも波及していくという悪循環があることを示している。

また、看護師経験を数年積むと、実際は出来ない、あるいは出来ているか自信がないのに周りからは出来ているという[自分に対する周りの評価と実際とのギャップがある]ことも心理的負担の要因の一つとなっている。[他者からの評価が気になる]という状況は、精神科における身体合併症看護に限られたものではなく、一般病棟でも数年経験するとわからないことを聞きづらいという思いを抱くことはある。しかし、経験不足や知識不足から身体合併症看護に自信がない他科経験のない看護師にとっては、より大きな心理的負担になっていると考えられる。このような負担を軽減するためには、精神科病棟以外での勤務経験がない看護師と他科経験者とのコミュニケーションを密にして、普段から話しやすい環境を築き上げていくことが大切である。

【経験・知識・技術の不足による不安】や、【正しいアセスメントや身体ケアへの自信のなさ】がストレスを生む状況を鑑みると、身体管理技術を習得する機会を与えることは不安やストレス軽減のために必須の取り組みである。そして、スタッフ間でストレスや悩み、不安を言いやすい環境を整えていく必要がある。荒木ら⁴⁾の研究では、身体合併症についての情報交換が活発になるとスタッフ同士の報告・連絡・相談が密になり、徐々に言いづらい雰囲気改善してくると推察している。このことから、身体合併症看護の情報交換を密にするために、勉強会の企画だけでなく、スタッフ間で身体合併症看護について話し合う場を設ける必要があるといえる。ここでは、他病棟の経験をもつ看護師が要となって精神科病棟以外での勤務経験がない看護師に知識や技術を伝授していくことが望まれる。

VII. 結 論

- 1) 精神科病棟以外での勤務経験がない看護師は、身体合併症看護の知識・技術・経験の不足に加え、他スタッフとの関係性にも心理的負担を抱えている。
- 2) 精神科病棟以外での勤務経験がない看護師は、精神症状への対応と並行して身体合併症看護を実践しなければならないというジレンマを抱えている。
- 3) 精神科病棟での身体合併症看護では、身体合併症看護の知識・技術・経験不足を補うような、病棟独自の教育やスタッフ間コミュニケーションが必要である。

引用文献

- 1) 清野由美子, 中村勝・他: 精神科病院における身体合併症看護の現状と課題(その1). 第42回日本看護学会論文集(精神看護): 218-221, 2012
- 2) 清野由美子, 中村勝・他: 精神科病院における身体合併症看護の現状と課題(その2). 第42回日本看護学会論文集(精神看護): 222-225, 2012
- 3) 野崎賢, 浜本陵子・他: 特定機能病院精神科病棟の看護師の患者ケアに対するストレス度—一般病棟の経験と精神科病棟の経験に関する調査から—. 第43回日本看護学会論文集(精神看護): 112-115, 2013
- 4) 荒木孝治, 瓜崎貴雄・他: 精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への不安に関する検討. 大阪医科大学看護研究雑誌3: 100-108, 2013
- 5) 出口睦雄, 松岡由美子: 精神看護者の職務ストレス—A精神科病院における看護者の特徴—. 愛知きわみ看護短期大学紀要10: 19-28, 2014
- 6) 佐藤順子, 出口禎子・他: 大学病院精神科病棟における看護師の葛藤状況—看護師への面接調査から—. 日本精神保健看護学会誌16(1), 60-66, 2007
- 7) 日向香織, 宮川英之・他: 精神科看護師の身体管理に対する思い. 第45回日本看護学会論文集(精神看護): 155-158, 2015.

The psychological burden against nursing for physical complications held by nurses, without working experience outside of psychiatric ward

Mika TAKEISHI* Minako FUJIWARA* Midori SHIRAYAMA*
Shoko INOMATA**

* Division of Nursing, Akita University Hospital

** Graduate School of Health Sciences, Akita University

Abstract

In this study, inductive description type study was conducted on the psychological burden against nursing for physical complications held by nurses, working in university hospital, without working experience outside of psychiatric ward. As a result, six categories were extracted: [anxieties due to lack of experience/knowledge/technique], [lack of confidence on proper assessment and body care], [residual fear after practice], [concern about other staff], [pressure towards nursing body] and [dilemma with management for mental symptoms]. The study indicated that nurses without working experience outside of psychiatric ward practice nursing for physical complication, while holding psychological burden on balance with mental symptoms and relationship with other staff in addition to lack of knowledge, technique and experience for nursing of physical complication.