

原 著

看護師版感情対処傾向尺度の開発－尺度の信頼性・妥当性の検討－

金子多喜子*・森田展彰**・伊藤まゆみ***・関谷大輝****

Development of an Emotional Coping Strategies Scale for Nurses : Scale Reliability and Validity

Takiko Kaneko, Nobuaki Morita, Mayumi Ito, Daiki Sekiya

Abstract

Purpose : To create a scale for measuring emotional coping strategies employed by nurses.

Methods : The scale was developed based on 279 nurses' replies to a survey administered at five hospitals in the Kanto region.

Results : Exploratory factor analysis revealed the emotional-coping strategies scale for nurses (ECSS-N) scale to have a 17-item, four-factor structure : prioritizing patients' emotions, prioritizing one's own emotions, regulating both patients' and one's own emotions, and avoiding both patients' and one's own emotions. The scale had good reliability, with Cronbach's α and test-retest reliability r ranging from 0.611–0.751 and 0.635–0.778, respectively. Correlation analysis with a related scale showed associations with corresponding concepts, supporting the new scale's construct validity.

Conclusion : Emotional coping strategies related to being able to deal with one's own emotions while dealing with patients' emotions, enhanced feelings of personal accomplishment among nurses.

Keywords: emotional coping, mental health, nurses, burnout, emotional labor

1. 問題と目的

看護師はその職務中に、自身の知覚する感情体験と、職業的に期待されて表出を求められる感情との間に、乖離あるいは矛盾を感じる事が少なくない (Smith, 1992 武井・前田監訳, 2000; 金子・小玉, 2013)。それは、患者の不安や不快感情を軽減あるいは改善させる「感情的なケア」が期待される看護師にとって、職業役割に基づく「感情労働」の一部として位置づけられる (Smith, 2008)。

感情労働 (Emotional labor) とは Hochschild (1983 石川・室伏訳, 2000) が、客室乗務員へのインタビューから乗客に向ける作られた笑顔を管理

する労働として、つらい、苦しい仕事の意味合いをもたせて発表した。それは、仕事の一部として、組織的に望ましい感情になるよう自らを調節する心理的過程と定義されている (Zapf, 2002)。

感情労働の主要な構成概念には、表層演技と深層演技がある。表層演技とは、実際に抱いた感情を抑制し、あるいは別の感情を抱いているかのように振舞うことによって、自分の外面的な感情表出の仕方を変える方略であり、このような表層演技に伴って生じ得る役割葛藤は感情的不協和 (emotional dissonance) と呼ばれ、バーンアウトの主要なリスク要因として捉えられる (金子・小

* 杏林大学保健学部 (Kyorin University, Faculty of Health Sciences)

** 筑波大学医学医療系 (University of Tsukuba, Faculty of Medicine)

*** 共立女子大学看護学部 (Kyoritsu Women's University, Faculty of Nursing)

**** 東京成徳大学応用心理学部 (Tokyo Seitoku University, Faculty of Applied Psychology)

受領2016.10.12 受理2017.4.9

玉, 2013; 荻野・瀧ヶ崎・稲木, 2004)。また, 深層演技は, 望まれる感情を実際に抱くべく, 感情の感じ方そのものを変化させ, 自己誘発した感情を自発的に表現しようとする試みである (Hochschild, 1983 石川・室伏訳, 2000)。看護師が深層演技を行うほど職務満足感が高まるとする研究結果 (Chou, Hecker, & Martin, 2012) がある反面, 深層演技の心理的ストレスや不安感との関連 (加賀田・井上・窪田・島津, 2015; 片山, 2010), さらに「自然な感情経験とつくられた感情経験のずれ」が継続する結果, 自己欺瞞により悪影響が生じることが指摘されている (榊原, 2011; 谷口, 2009)。このように感情労働とストレスとの関連には, 一貫した結果がみられていない (関谷・湯川, 2014; Zapf, Seifert, Schrnutte, Mertini, & Holz, 2001)。

一方, Morris and Feldman (1996) は, 感情労働を行う頻度や期間, そしてその強度が感情労働の大きさであるとした。看護における感情労働の特質は, 長時間・長期にわたる患者の感情的なケアを目的とした治療的な感情労働にある。それは, 看護師自身の感情管理のみならず, 患者の抱く苦痛や疾患に対する陰性の複雑な感情を受け止め, その整理を支援するという患者の感情管理も担っている。このような治療的感情労働は, 客室乗務員の笑顔にみられる感情労働とは異なるものであり, 患者との関係性を維持することは, 看護師のメンタルヘルスに影響を及ぼし (荻野, 2005), 感情を上手く取り扱えないことはアイデンティティの危機につながる (武井, 2001)。

以上のことから, 看護師にとって求められ避けることのできない感情労働をマネジメントする方略として, 感情労働がストレスに関連したネガティブな要因となることなく, より職務満足感等のポジティブな要因につながる感情対処を行うことが重要となるだろう。本研究の看護師の感情対処 (emotional coping) とは, 対患者関係における

感情体験への状況的対処の傾向とする。看護師と患者の関係が看護師の感情に影響を与え, それと同時に看護師の感情が患者との関係にも影響する感情労働の文脈において, 患者志向的に感情に対処すること, 自己志向的に感情に対処することの, 両側面のバランス関係から感情への対処傾向をとらえるものとする。また, 「対処」とは「感情調整」という用語と交換可能なものとして用いられ, 効果的な対処は効果的な感情調整と分けがたいことが指摘されている (Saarni, 1999 佐藤香監訳, 2005)。そうした意味では, 対患者関係における看護師のストレスフルな感情体験の感じ方, 考え方, 受け止め方により感情を調整する傾向ととらえることもできる。しかし, このような患者－看護師関係をとらえた看護師の感情の対処傾向を測定する尺度は見られない。看護師の感情対処傾向を明らかにすることができれば, 感情労働をマネジメントする有用な方略に示唆が得られるものとする。

よって, 本研究は看護師のより効果的な感情対処傾向を明らかにするため, 対患者関係における看護師の感情体験の対処傾向を測定する尺度を作成し, その信頼性と妥当性を検証することを目的とする。

2. 方法

1) 予備調査

項目作成に先立ちインタビュー調査を実施した。調査対象者は, 関東圏内300床以上の病院に勤務する常勤看護師で, 年齢・性別・看護経験年数・勤務病棟は問わないとした。年齢22－35 ($M=27.73$, $SD=3.20$) 歳の看護師15名 (女性9名, 男性6名) を対象に, 2014年4月～2015年3月の期間に半構造化面接をした。調査対象者には“日頃働く中で行っている感情の対処や調整について (a) 本心と異なる感情を表出すること, (b) 表出した感情を悔いること, (c) 職務上の感情表現が

個人的な価値観に合わないと感じること、(d)感情への対処方法”という4点を聞き取りたいというインタビューの趣旨および倫理的配慮について説明し、同意が得られた個人に対し実施した。このインタビュー調査より語りの内容や語りから読み取れる感情対処内容として26項目、および感情対処や感情調整に関連する既存の質問紙を参考に12項目を作成し、計38項目を看護師版感情対処傾向の仮尺度項目とした。

作成した仮尺度項目を用いて質問紙調査を実施した。対象者は関東圏内300床以上の病院に勤務する常勤看護師59名(女性55名, 男性4名, 年齢25-57($M=38.02$, $SD=7.18$))であった。実施結果から天井効果や床効果の発生した項目の表現を修正および削除して30項目とした。その過程において、看護師の感情対処は患者の感情を認知して受け止め対処する患者志向的傾向と、看護師自身の感情を認知して受け止め対処する自己志向的傾向とのバランス関係から4つの対処特性が見えてきた。よって、この4つの感情対処を想定し項目整理を行った(Table 1)。第1対処は、患者の感情対処に傾きバランスを崩す対処、第2対処は、看護師自身の感情対処に傾きバランスを崩す対処、第3対処は、患者-看護師の両感情に対処してバランスをとる対処、第4対処は、患者-看護師の両感情に対処せずバランスをとる対処という4つの対処とした。

また、項目について医学・看護学および心理学を専門とする大学教員、ヒューマン・ケア科学を専攻する大学院生によって選択された項目の表現が適切かどうか、看護師の感情対処傾向尺度の測

定概念に即した項目であるかを検討し内容的妥当性を確認した。

2) 本調査

(1) 調査対象者

事前に内諾を得た関東圏内300床以上の病院に勤務する常勤看護師。年齢・性別・看護経験年数・勤務病棟は問わないとした。無記名・個別記入式の質問紙調査用紙を2015年9月から11月に1回目調査用紙と2回目調査用紙を合わせて5病院に670部配布した。回収した調査用紙は1回目296部回収(有効回答279部)、2回目205部回収(有効回答185部)であった。調査対象者279名の属性は、年齢21-57($M=32.48$, $SD=7.68$)歳、看護経験年数1-29($M=9.91$, $SD=6.95$)年、女性263名、男性16名でこれを分析対象とした。

(2) 調査内容

本調査1回目は、年齢、性別、看護経験年数、勤務病棟等のデモグラフィック要因、看護師版感情対処傾向尺度に加えて、構成概念妥当性検討のために4つの既存尺度によって構成された。本調査2回目は、看護師版感情対処傾向尺度のみ実施した。各回の調査は、調査対象者が設定した4ケタの数文字IDを使用して管理し、再検査法ではこのIDによるデータ照合を行った。

①看護師版感情対処傾向尺度

看護師版感情対処傾向尺度の測定概念は、看護場面における对患者(家族を含む)関係で体験した看護師の感情を、看護師が患者志向的に対処する側面と、自己志向的に対処する両側面の相互対

Table 1 感情対処傾向の分析モデル

	第1対処 患者志向的対処	第2対処 自己志向的対処	第3対処 両者志向的対処	第4対処 両者否志向的対処
患者と自己の感情対処のバランス	患者志向>自己志向	患者志向<自己志向	どちらにも傾かない	
想定された感情対処への態度	バランスを崩す対処		感情を調整しながらバランスをとる	感情を回避しながらバランスをとる

処の傾向とした。教示文は「最近3ヵ月ぐらいのあいだに、あなたが患者(家族を含む)に看護ケアを行っているときや行った後のことについてお聞きます。次のようなことにどの程度当てはまるか、最も当てはまる数字に○印を付けてください。」であった。採点方法は5件法「まったくあてはまらない」～「よくあてはまる」での回答にそのまま1～5点を割り当てて、下位因子ごとに尺度得点を算出した。

②日本語版感情労働尺度(荻野ら, 2004)

各対処傾向と感情労働との関連を測定する尺度として、Zapf et al. (2001)のFrankfurt Emotion Work Scales (FEWS)を参考に荻野ら(2004)によって作成された尺度を使用した。下位尺度「患者へのネガティブな感情表出」「患者への共感・ポジティブな感情表出」「感情の不協和」「感情への敏感さ」の4因子21項目を5件法(ほとんどない(1点)～とてもよくある(5点))で回答を求めた。

③多次元共感性尺度(鈴木・木野, 2008)

患者志向的対処の傾向を測定する尺度として、多次元共感性尺度の下位尺度4因子の中から「他者志向的反応(他者に対する同情や配慮など他者志向的な感情)」「視点取得(自発的に他者の心理的観点をとろうとする傾向)」の2因子10項目を使用し、5件法(全くあてはまらない(1点)～とてもあてはまる(5点))で回答を求めた。

④アレキシサイミア(後藤・小玉・佐々木, 1999)

各対処傾向と看護師自身の感情の様相を測定する尺度として、アレキシサイミア(失感情症)傾向を測定する尺度を使用した。自己志向的に看護師自身の感情に対処するには、自己感情を認知することが前提となるため失感情症の傾向がある場合、自己志向に傾く可能性が低いと考えられた。下位尺度「感情認識言語化困難(自己の感情を認識し表現できないこと)」「空想内省困難(自分の気持ちを見つめることなく想像力にけること)」

の2因子16項目を7件法(まったくあてはまらない(1点)～まったくあてはまる(7点))で回答を求めた。

⑤日本版バーンアウト(久保, 2007)

各対処傾向と精神的健康との関連を測定する尺度として、バーンアウト(burnout; 燃えつき症候群)の症候頻度を測定する尺度を使用した。下位尺度「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感の低下」の3因子17項目を5件法(ない(1点)～いつもある(5点))で回答を求めた。

(3) 分析方法

看護師版感情対処傾向尺度原案の調査結果に基づき、以下の方法で検討を行った。記述統計量を算出し、項目の偏向状況を確認後、30項目について因子分析(最尤法, プロマックス回転)を実施した。Cronbachの α 係数の算出および再テスト法による相関分析にて信頼性を検討した。また、構成概念妥当性については、看護師版感情対処傾向尺度と4つの既存尺度との関連により収束的・弁別的妥当性を検討した。なお、これらの統計的解析にはSPSS Ver.19.0を使用した。

(4) 調査手続き

無記名・個別記入式の質問紙調査用紙の回答所要時間は、調査1回目約15分、調査2回目約5分で実施した。質問紙調査票の表紙には、研究目的や自由意思による参加、途中中断の権利の保障、得られたデータは目的以外に使用しないこと、質問紙調査への回答はすべて匿名で処理することを明記した。また、使用後のデータは粉碎廃棄処分することを、紙面と口頭で十分なインフォームド・コンセントを行い、投函をもって研究に同意したものとした。なお、本研究は筑波大学医学医療系および杏林大学の倫理委員会の承認を得ている。

3. 結果

1) 探索的因子分析

予備調査で得られた30項目の記述統計量(平均、

中央値, 標準偏差)を Table 2に示す。感情対処傾向30項目の天井効果・床効果や著しい分布の偏りのある項目は見られなかった。続いて, 探索的因子分析(最尤法, プロマックス回転)を行った。固有値の減衰状況と因子の解釈可能性から4因子構造が妥当であると判断した。因子負荷量の絶対値が。35未満で2つ以上の因子に高い負荷をもつ項目を削除しながら, 因子分析を繰り返した結果, 最終的に17項目4因子構造が抽出された。Table 3にプロマックス回転後の因子パターン, および

因子間相関を示す。

第1因子は4項目からなり, 「職場を離れても, 患者のことが頭から離れずに悩み続ける」「いつも患者に合わせていて, 自分の感情を抑えて苦しくなる」など, 常に患者志向的対処をすることが優先され, 自己感情を抑制した対処に関連する項目に高い因子負荷がみられた。よって, 第1因子を“患者感情優先対処”と命名した。“患者感情優先対処”の尺度平均得点は, 2.65 ($SD=.78$) であった。

Table 2 感情対処傾向30項目の記述統計量 (N=279)

項 目	平均値	中央値	標準偏差
1. 患者に信頼してもらえていないと感じると, ひどく落ち込む	3.35	4	1.01
2. 患者が自分の考えに従ってくれないとイライラする	3.23	3	.96
3. 患者のケアと自分のケアのバランスを大事にする	3.52	4	.94
4. 患者に責められても, 冷静さを保つことはたやすい	3.14	3	.93
5. 患者のクレームに最後まで対応して, 感情を消耗する	3.58	4	.96
6. 患者の話をさげぎって, 自分の用件を伝える	2.28	2	.82
7. 患者との感情のやり取りを, より肯定的にとらえなおす	3.19	3	.81
8. 患者の感情の変化も, 自分の感情の変化もあまり感じない	1.96	2	.69
9. 患者にうまくかわれなかったことで, 繰り返し自分を責める	2.94	3	1.09
10. 苦手な患者に気を配ることが面倒になる	3.20	3	.98
11. 患者の感情に配慮しつつも, できないことはできないと丁寧に説明する	4.05	4	.66
12. 患者とのどんな対応場面でも, 感情を揺さぶられることはない	2.50	2	.87
13. 患者のつらい感情に共感して, とても苦しくなる	3.23	3	.95
14. 患者のつらい感情に, ときどき気づかないふりをする	2.52	2	.92
15. 患者の怒りの裏にある感情を理解して, 自分の感情を整理する	3.38	4	.82
16. 患者に対する否定的な感情に悩むことはない	2.70	2	.95
17. 職場を離れても, 患者のことが頭から離れずに悩み続ける	2.57	2	1.08
18. 訴えの多い患者への対応を, できるだけ避ける	2.64	2	.89
19. 患者が感情的な場合でも, 信頼関係がもてるように工夫する	3.71	4	.72
20. 感情的に疲れたと自覚することはほとんどない	2.08	2	.99
21. いつも患者に合わせていて, 自分の感情を抑えて苦しくなる	2.50	2	.96
22. 忙しい状況を理解しない患者に, 冷たく接する	2.48	2	.93
23. 患者との感情的な交流にやりがいを感じる	3.47	4	1.00
24. 患者がなぜあのようなことを言ったのかと, あまり考えたことがない	1.98	2	.74
25. 患者にいつも笑顔で対応している自分を嘘っぽく感じる	2.88	3	1.05
26. 自分のペースで対応するため, 患者に振り回されない	2.49	2	.85
27. 患者の感情に向き合いながらも, 自分らしくいられる	3.33	3	.84
28. 患者との感情的なやり取りにそんなに意味を感じない	2.18	2	.79
29. 患者の無理な要求でも対応できないと, とても責任を感じる	2.59	2	.98
30. 患者とは一定の距離を保ち, 自分の感情が乱されないようにする	3.48	4	.84

* 評価は5段階評価

Table 3 感情対処傾向の因子パターン行列

項 目	F1	F2	F3	F4
F1 患者感情優先対処 ($\alpha = .751$)				
17. 職場を離れても、患者のことが頭から離れずに悩み続ける	.735	.025	.189	-.023
29. 患者の無理な要求でも対応できないと、とても責任を感じる	.722	-.218	-.044	.150
21. いつも患者に合わせていて、自分の感情を抑えて苦しくなる	.657	.111	-.099	.033
9. 患者にうまくかわかれなかったことで、繰り返し自分を責める	.625	.215	.178	-.049
F2 自己感情優先対処 ($\alpha = .704$)				
22. 忙しい状況を理解しない患者に、冷たく接する	-.008	.699	-.018	-.010
6. 患者の話をさえぎって、自分の用件を伝える	.010	.648	.100	.062
2. 患者が自分の考えに従ってくれないとイライラする	-.016	.507	-.155	-.083
14. 患者のつらい感情に、ときどき気づかないふりをする	.113	.455	-.105	.033
10. 苦手な患者に気を配ることが面倒になる	-.020	.365	-.270	-.094
F3 両感情調整対処 ($\alpha = .615$)				
15. 患者の怒りの裏にある感情を理解して、自分の感情を整理する	.165	.019	.671	-.044
19. 患者が感情的な場合でも、信頼関係がもてるように工夫する	.117	-.139	.582	-.086
7. 患者との感情のやり取りを、より肯定的にとらえなおす	-.048	-.027	.462	-.043
27. 患者の感情に向き合いながらも、自分らしくいられる	-.317	.018	.429	.122
F4 両感情回避対処 ($\alpha = .611$)				
12. 患者とのどんな対応場面でも、感情を揺さぶられることはない	.035	-.166	-.066	.603
20. 感情的に疲れたと自覚することはほとんどない	-.106	-.012	.055	.603
8. 患者の感情の変化も、自分の感情の変化もあまり感じない	.204	.114	-.156	.570
26. 自分のペースで対応するため、患者に振り回されない	-.202	.287	.124	.361
因子寄与	2.403	2.184	1.989	1.722
因子間相関 F1		.052	-.230	-.471
F2			-.420	.103
F3				.239

第2因子は5項目からなり、「患者の話をさえぎって、自分の用件を伝える」「患者のつらい感情に、ときどき気づかないふりをする」など、自己志向的対処をすることが優先され、患者の感情を抑えつけ対応が可能な状況にコントロールする対処に高い因子負荷がみられた。よって、第2因子を“自己感情優先対処”と命名した。“自己感情優先対処”の尺度平均得点は、2.74 ($SD=.62$)であった。

第3因子は4項目からなり、「患者の怒りの裏にある感情を理解して、自分の感情を整理する」「患者の感情に向き合いながらも、自分らしくいられる」など、患者志向的対処をしながらも、自己志向

的にも感情の対処をする感情調整に関連する項目に高い因子負荷がみられた。よって、第3因子を“両感情調整対処”と命名した。“両感情調整対処”の尺度平均得点は、3.40 ($SD=.54$)であった。

第4因子は4項目からなり、「患者とのどんな対応場面でも、感情を揺さぶられることはない」「患者の感情の変化も、自分の感情の変化もあまり感じない」など、患者志向にも自己志向にも傾くことなく両感情に対処することを避けている状況に高い因子負荷がみられた。よって、第4因子を“両感情回避対処”と命名した。“両感情回避対処”の尺度平均得点は、2.26 ($SD=.58$)であった。

因子分析結果において、下位尺度の内的整合性を検討するために α 係数を算出したところ、 $\alpha = .611 \sim .751$ の範囲であった。

2) 再検査法による信頼性の検討

感情対処傾向尺度の再検査信頼性を検討するために、1回目調査から2週間の間隔をあけて再検査信頼性の検討のために2回目調査を実施した。1回目の調査結果と2回目の調査結果の Pearson の相関係数を求めたところ、各下位尺度間の相関係数は ($r = .635 \sim .778$, $p < .001$) であった (Table 4)。これらの結果は、感情対処傾向尺度の再検査信頼性が確保され、時間的安定性があることを示唆する。

3) 構成概念妥当性の検討

構成概念妥当性を検討するため、看護師版感情

対処傾向尺度の4つの下位尺度とその他の尺度との Pearson の相関係数を検討した (Table 5)。

その結果、4つの感情対処において第1対処に想定された“患者感情優先対処”は、感情労働の「感情の不協和」と「感情への敏感さ」、アレキシサイミアの「感情認識言語化困難」に有意な正の相関関係が見られ、バーンアウトの主要な概念である「情緒的消耗感」と「脱人格化」に有意な正の相関関係がみられた。

第2対処に想定された“自己感情優先対処”は、感情労働の中でも「患者へのネガティブな感情表出」と比較的高い有意な正の相関関係、“患者感情優先対処”と同様にバーンアウトの主要な概念である「情緒的消耗感」と「脱人格化」に有意な正の相関関係がみられた。

また、第3対処に想定された“両感情調整対処”は、感情労働の「患者への共感ポジティブな感情

Table 4 再検査による1回目と2回目の相関

感情対処傾向下位尺度	r
患者感情優先対処	.701 ***
自己感情優先対処	.778 ***
両感情調整対処	.664 ***
両感情回避対処	.635 ***

*** $p < .001$

Table 5 感情対処傾向の下位尺度と各下位尺度との相関

尺 度	下位尺度項目	患者感情 優先対処	自己感情 優先対処	両感情 調整対処	両感情 回避対処
感情労働	患者への共感ポジティブな感情表出	.191 **	-.150 *	.342 **	-.270 **
	患者へのネガティブな感情表出	.133 *	.527 **	-.124 *	-.133 *
	感情の不協和	.370 **	.178 **	-.122 *	-.337 **
	感情への敏感さ	.252 **	.055	.125 *	-.302 **
多次元共感性	視点取得	.058	-.338 **	.446 **	-.002
	他者指向的反応	.177 **	-.202 **	.278 **	-.264 **
アレキシサイミア	空想内省困難	-.181 **	.046	-.139 *	.303 **
	感情認識言語化困難	.547 **	.172 **	-.258 **	-.245 **
バーンアウト	情緒的消耗感	.361 **	.275 **	-.378 **	-.337 **
	脱人格化	.317 **	.358 **	-.355 **	-.110
	個人的達成感の低下	.045	.197 **	-.347 **	-.098

* $p < .05$, ** $p < .01$

表出」と共感性に有意な正の相関関係が見られ、感情対処傾向の下位尺度の中で唯一、バーンアウトすべての下位尺度と有意な負の相関関係が見られた。

そして第4対処に想定された“両感情回避対処”は、感情労働の「患者への共感ポジティブな感情表出」と「感情への敏感さ」、「感情の不協和」、共感性の「他者志向的反応」に有意な負の相関関係が見られた。また、アレキシサイミアの「空想内省困難」と有意な正の相関関係、バーンアウトの「情緒的消耗感」と有意な負の相関関係がみられた。よって、構成概念妥当性は概ね確認された。

4) 看護経験年数および性別による感情対処傾向の比較

看護経験年数によって感情対処傾向が異なるかについて検討を行うため、下位尺度得点と看護経験年数の Pearson の相関係数を算出した結果、患者感情優先対処と両感情回避対処は有意な値は得られず、自己感情優先対処と両感情調整対処では有意ではあるがほとんど相関がみられなかった ($r = -.124 \sim .167, p < .05$)。

また、性差を検討するために男女間の得点差について下位尺度ごとの t 検定を行った結果、患者感情優先対処において有意差がみられ ($t(277) = 2.55, p < .05$)、患者感情優先対処では女性が男性より有意に高かった。

4. 考察

看護師の感情体験への対処では、患者志向・自己志向の両側面のバランス関係から感情への対処傾向をとらえることが重要であると考え、本研究ではこのような対処傾向を測定する尺度を新たに作成し、その信頼性と妥当性を検証した。

1) 看護師版感情対処傾向尺度の信頼性検討

探索的因子分析の結果“患者感情優先対処”“自己感情優先対処”“両感情調整対処”“両感情回避

対処”の4因子構造となった。信頼性については、Cronbach の α 係数が $\alpha = .611 \sim .751$ で、両感情調整対処と両感情回避対処の α 係数がやや低めであるが、項目内容の一貫性は保たれ許容される範囲であると考えられた。また、再テストにおける結果からも、 $r = .635 \sim .778$ であり中程度に高い相関関係が認められ、安定した個人の傾向を示すことが明らかになった。

2) 本尺度の構成概念妥当性について

本尺度は、看護師の感情対処について、4つの概念に区別される分析モデルを想定して作成し、概ねその収束性と弁別性が実証されたと考える。第1対処に想定された“患者感情優先対処”は、「共感性」との関連が見られなかったことから、共感により患者感情を優先させた対処をするのではなく、「感情への過敏さ」から生じたものと考えられた。そのため、自身の知覚する感情と実際に表出している感情が異なる「感情の不協和」との関連が示されたことから、自身の感情を抑制していることが推測される。「感情の不協和」はバーンアウトと関連していることが指摘されている(金子ら, 2013; 荻野ら, 2004)。また、「感情の言語化困難」には比較的強い関連が示された。「感情の言語化困難」は他者懸念や負担感などの情動への否定的評価との関連(奥村, 2008)、「確認」「優柔不断」「疑惑」などの強迫傾向との関連(原田・中村・友竹・大森, 2007)が示唆されていることから、バーンアウトに陥りやすい多様な要因が背景にあるものと推察された。よって、患者の感情を最優先して対処することは看護をするうえで基本的な教育内容とされているものの、患者感情優先対処の背景には自己抑制や自責的対処と連動していることが推測され、バーンアウトの予防という観点から患者感情に対応するには自己感情への対処とともに教育される必要があると考えられた。

第2対処に想定された“自己感情優先対処”は、「共感性」が低く「アレキシサイミア」との関連が

ほとんど見られない中で「患者へのネガティブな感情表出」や「脱人格化」との関連が見られた。「アレキシサイミア」との関連が見られなかったのは、自己感情への自覚的な認識による対処行動でない可能性も有していると考えられた。また「患者へのネガティブな感情表出」は感情面での防衛や患者からの逃避を伴う「脱人格化」を引き起こすとした萩野ら(2004)の研究結果と一致し、自己志向に対処が傾いた結果ととらえることができる。

また第3対処に想定された“両感情調整対処”は「患者への共感ポジティブな感情表出」と「共感性」が高く、「感情の不協和」との関連は低い。つまり、患者志向の対処と自己志向の対処の両側面より感情対処する中で、感情の折り合いをつけるための感情への意味づけを行っていると考えられた。ケアに対する意味づけはケア効力感と正の相関関係があることが明らかになっている(伊藤ら, 2016)。また、両感情調整対処は、患者と看護師の両感情に向き合う中でバーンアウトには予防的で「個人的達成感」が得られる可能性が示唆された。この結果は、感情労働はネガティブな側面のみではなくポジティブな側面の両価性があるとした Zapf (2002)の指摘と一致するものと考えられる。そして第4対処に想定された“両感情回避対処”は、「感情労働」や「共感性」が低く、「空想内省困難」では自分の気持ちに鈍感な状況で想像性が低いと考えられ、患者志向の対処も自己志向の対処も低いことから、情緒的に消耗することなくバーンアウトのリスクも低くなったと考えられた。

因子間相関の結果をみると“患者感情優先対処”と“自己感情優先対処”は“両感情調整対処”と負の相関関係になっていた。これは、患者・看護師自身の感情に対処しながらもバランスをとる態度と、バランスをとりきれず患者と自己のどちらかの感情を優先する態度との間で相反する特徴をもつことを示していると考えられた。また、“両

感情回避対処”は“患者感情優先対処”と負の相関、“自己感情優先対処”と正の相関が見られた。両感情回避の態度は、患者の感情と自己の感情の双方に消極的な意味で公平に距離をとる態度だが、基本的には自己防衛的であり、その点は自己感情を優先する態度に近く、自己抑制的に患者感情を優先する態度とは相反することを意味していると考えられる。

さらに、“患者感情優先対処”と“自己感情優先対処”および“両感情調整対処”と“両感情回避対処”は、ともに概念的意味合いから負の相関が想定されたが、結果前者は無相関、後者は正の相関となった。“患者感情優先対処”のように極端に他者(患者)を優先する対処と、“自己感情優先対処”のように極端に自己を優先する対処は相反するものではなく、別の次元として共存することもあり、自他のどちらかに偏る傾向はバランスを崩す対処として並存する可能性があると考えられた。また、意識的に両者の感情を調整しようとする“両感情調整対処”と自己防衛的に距離をとる“両感情回避対処”は、結果としてバランスをとる対処としての共通する態度が影響したのと考えられた。

以上の結果から、看護師版感情対処傾向尺度の下位尺度項目の内的一貫性および再テストによる信頼性が確認され、それぞれの下位尺度との相関関係から構成概念妥当性がほぼ確保された。

看護経験年数および性別による感情対処傾向が異なるのかどうかについて検討を行った結果、看護経験年数による違いは見られなかったものの、“患者感情優先対処”はより女性が高い傾向にあった。女性は男性よりも感情表出の程度が高く(稲嶺・遠藤, 2009)、自分の感情の社会的パラメーターを調整することを学習し、自分の表情により気づくようになることから(Saarni, 1999 佐藤香監訳, 2005)、自己感情の抑制を必要とする機会を多く自覚していることが推測される。よって、男

性よりも女性には患者への対処が優先され、自己感情を抑制した“患者感情優先対処”をする傾向が高まったと考える。

5. 結論

本研究において、看護師版感情対処傾向尺度は“患者感情優先対処”“自己感情優先対処”“両感情調整対処”“両感情回避対処”の4因子構造となり、信頼性と妥当性が確認された。よって、看護師の感情対処傾向を測定する尺度として活用可能な尺度であることが明らかになった。

对患者関係で体験した看護師の感情対処傾向において、患者志向的に対処をしながらも自己志向的にも対処できる“両感情調整対処”をすることが個人的達成感を高める可能性があり、感情労働におけるよりポジティブな対処傾向であることが示唆された。よって、今後看護師のメンタルヘルスを考えるうえで、患者の感情に向き合い必要なケアを実施するためにも、看護師自身の感情に向き合うことを同時に教育すること、“両感情調整対処”を高める具体的な心理教育的介入を構築する必要があると考える。

6. 本研究の限界

本研究は、看護師の感情対処傾向を状況的対処としてとらえ、感情対処において患者－看護師間の2群間におけるモデルを設定したが、このモデルがどのような組織環境に位置するものであるのかにより、2群間の関係性は異なることも想定される。また、看護師の感情対処は患者－看護師間のみならず医療スタッフ間との対処も重要であり、今後、組織環境や医療スタッフを含めたモデルによる検討を行うことで、より詳細に感情対処傾向の理解を深めることになると思う。

謝 辞

本研究を執筆するにあたり、調査にご協力いただきました看護師の皆様、また筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻社会精神保健分野の斎藤環先生、大谷保和先生に貴重なご指導をいただき、深く感謝申し上げます。

※本研究は JSPS 科研費 26463260 の助成を受けて実施した。

引用文献

- Chou, H. Y., Hecker, R., Martin, A. (2012). Predicting nurses' well-being from job demands and resources: A cross-sectional study of emotional labour. *Journal of Nursing Management*, 20, 502.
- 後藤和史・小玉正博・佐々木雄二. (1999). アレキシサイミアは一次元的特性なのか? ; 2因子モデルアレキシサイミア質問紙の作成. *筑波大学心理学研究*, 21, 163-171.
- 原田貴史・中村明美・友竹正人・大森哲郎 (2007). 女性看護職の強迫傾向が主観的 QOL に及ぼす影響. *心身医学*, 47 (1), 33-40.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart commercialization of human feeling* [ホックシールド, A.R. 石川准・室伏亜希 (訳) (2000). 管理される心: 感情が商品になるとき 世界思想社]
- 稲嶺麻希子・遠藤光男. (2009). 感情の表情表出における状況と性別の効果—日本人大学生での検討—: 日本人大学生での検討—. *感情心理学研究*, 17 (2), 134-142.
- 伊藤まゆみ・金子多喜子・大場良子・菱刈美和子・藤塚未奈子・石渡智恵美. (2016). 終末期ケア実習における看護学生のストレスフルなケアに対する意味づけとケア効力感との関係. *共立女*

- 子大学・共立女子短期大学総合文化研究所紀要, (22), 1-13.
- 加賀田聡子・井上彰臣・窪田和巳・島津明人. (2015). 病棟看護師における感情労働とワーク・エンゲイジメントおよびストレス反応との関連. *行動医学研究*, 21 (2), 83-90.
- 金子多喜子・小玉正博. (2013). 对患者関係において看護師が知覚する感情不協和の検討：葛藤頻度と葛藤強度の視点から. *ヒューマン・ケア研究*, 14 (1), 1-11.
- 片山はるみ. (2010). 感情労働としての看護労働が職業性ストレスに及ぼす影響. *日本衛生学雑誌*, 65 (4), 524-529.
- 久保真人. (2007). 日本版バーンアウト尺度の因子的・構成概念妥当性の検証. *労働科学*, 83 (2), 39-53.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Journal*, 21, 989-1010.
- 萩野佳代子. (2005). 患者との関係性が対人援助職のバーンアウトに及ぼす影響. *心理学研究*, 76 (4), 391-396.
- 萩野佳代子・瀧ヶ崎隆司・稲木康一郎. (2004). 対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響. *心理学研究*, 75 (4), 371-377.
- 奥村弥生. (2008). 情動への評価と情動認識困難・言語化困難との関連. *教育心理学研究*, 56 (3), 403-413.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence* [サーニ, C. 佐藤香 (監訳) (2005). 感情コンピテンスの発達 ナカニシヤ出版]
- 榊原良太 (2011). 感情労働研究の概観と感情労働方略の概念規定の見直し：概念規定に起因する問題点の指摘と新たな視点の提示. *東京大学大学院教育学研究科紀要*, 51, 175-182.
- 関谷大輝・湯川進太郎. (2014). 感情労働尺度日本語版 (Els-j) の作成. *感情心理学研究*, 21 (3), 169-180.
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing* [スミス, P. 武井麻子・前田泰樹 (監訳) (2000) 感情労働としての看護 ゆるみ出版]
- Smith, P. (2008). Compassion and smiles: What's the evidence? *Journal of Research in Nursing*, 13 (5), 367-370.
- 鈴木有美・木野和代. (2008). 多次元共感性尺度 (Mes) の作成：自己志向・他者指向の弁別に焦点をあてて. *教育心理学研究*, 56 (4), 487-497.
- 武井麻子. (2001). *感情と看護*. 東京：医学書院.
- 谷口清弥. (2009). 看護師の感情管理要因の現状に関する検討. *甲南女子大学研究紀要. 看護学・リハビリテーション学編 = Studies in Nursing and Rehabilitation*, (2), 77-88.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16, 527-545.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. *Human Resource Management Review*, 12 (2), 237-268.