

原 著

精神科看護師のバーンアウトの要因と 情緒的支援の有効性に関する研究

高橋 幸子* ・ 齋藤 深雪** ・ 山崎 登志子*

Factors involved in psychiatric nurses' burnout and the efficacy of an emotional support network

Sachiko Takahashi*, Miyuki Saitou**, Toshiko Yamazaki*

Abstract

Aim: This study examined the role of emotion in burnout of psychiatric nurse and specifically the suppression of negative emotions while working patients and the role of emotional support network in preventing the burnout.

Method: This was a questionnaire survey with 315 psychiatric nurses.

Results; The following three points were found: (1) emotional exhaustion was high when nurses displayed negative emotion to patients; (2) depersonalization frequently occurred either when nurses displayed negative emotion to patients or when emotional dissonance was high; and (3) personal accomplishment was high either when nurses suppressed negative emotion to patient while suffering violence by the patient mentally or physically or when they displayed positive emotion to the patient. In addition, it was revealed that nurses' awareness of emotional support network in their offices helped prevent the burnout.

Conclusion; Even though nurses felt a sense of accomplishment by not revealing their negative emotions, the consequences were emotional exhaustion. Awareness of emotional support was crucial in preventing burnout.

Key words: burnout, psychiatric nurses, emotion work, emotional support network, suppression of negative emotions to patients.

目 的

看護師を取り巻く問題として、労働条件の厳しさ、人手不足、交代勤務などの他、同時に日々経験している患者や同僚、医師との関係の中で多く

の葛藤をかかえながら働いていることが指摘されている（武井, 2001）。患者の感情表現を支える臨床現場では、看護師の感情について、これまで考慮されることが少なかった。特に精神科の看護場面では患者から無理な要求をされたり、暴力を

* 広島国際大学看護学部看護学科 (Faculty of Nursing, Department of Nursing, Hiroshima International University)

** 山形大学医学部看護学科 (Faculty of Medicine, Department of Nursing, Yamagata University)

向けられて看護師自身が怒りや嫌悪感、いらいらしたり、むっとする感情、不快な感情といった、否定的感情（中, 2002）を感じても、それを抑え、患者の言葉や行動に隠された不安や恐怖、無力感を洞察し、受容や共感的理解を示す態度で接することが望まれる。精神科看護師は患者が病的世界で体験したことを、訴えを通して看護師が感じ、悲しみや怒りや恐怖など否定的感情を感じてもそれを抑制して看護し続けること（武井, 2005）でより多くの感情のコントロールを要求されると考える。職務を遂行する上で感情のコントロールを要求されることをHochschild（2000）は「感情労働」とし、Zapf, Vogt, Seifert, Mertini & Isic（1999）は感情労働尺度を開発し、感情労働がバーンアウトに影響を与えることを指摘している（Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini & Holz, 2001）。感情労働とは「組織的に望まれる感情を調整するために必要な心理的過程」と定義される（Zapf, 2002）。また、バーンアウトは「長期間にわたり人に援助する過程で心的エネルギーが絶えず要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、思いやりの喪失が生じること」と定義されている（Maslach & Jackson, 1981）。

バーンアウトを軽減する機能としてソーシャルサポートの重要性が指摘されてきた（浦, 1994; 贅川・松田, 2005; 山崎・石田・柏倉, 1999）。「家族や友人、隣人などある個人を取り巻く、さまざまな人からの有形、無形の援助を指すもの」（氏原・小川・東山・村瀬・山中, 1992）がソーシャルサポートであり、誰から、どのような支援を受けるかによって、様々な効果が指摘されている（上野・山本, 1992; 福岡・橋本, 1995; 井田・福田, 2004）。

本研究では、精神科特有の看護場面で感じる看護師の否定的感情の抑制と、感情労働、さらにバーンアウトの軽減に有効とされるソーシャルサポー

トの中で、安心感、信頼感、自尊感情、自信感、希望、親密感が得られる情緒的支援（宗像・仲尾・前田・諏訪, 1985）に焦点をあてこれらがバーンアウトに与える影響を明らかにすることを目的とした。

方 法

1. 対象者

対象者はA県内の300床以上の精神科病院のうち、協力の得られた3ヶ所に勤務する看護師、准看護師合計426人とした。回収数402（回収率94.4%）で、その中から記載不備のある者を除外した315人（有効回答率73.9%）を本研究の分析対象とした。年齢、看護師経験年数、精神科経験年数（病棟、外来、その他）について病院間で一元配置分散分析をおこなった結果、有意差はみられなかった。また、 χ^2 検定をおこなったところ、3つの病院と性別との間に有意な関連はみられなかった。

2. 調査

各病院の看護部を通して調査を依頼し了解を得た後、質問紙を病院ごとに配布した。質問紙には無記名で回答してもらい、回答者本人が密封するように依頼し、2週間留め置きして病院ごとに回収した。調査期間は平成17年7月4日から8月8日であった。

1) 質問紙の構成

①個人属性：性別、年齢、職位、資格、看護職としての経験年数、精神科での経験年数について質問した。

②日本語版バーンアウト尺度：Maslach Burnout Inventory (MBI) を参考に田尾が新たに作成した20項目を久保（2004）が項目の追加、削除をおこなった17項目の尺度で、3つの下位尺度からなっている。「情緒的消耗感」

は疲れはてたという感情、もう働くことができないという気分で、「脱人格化」は人に対する思いやりや細かな気遣いができない、人を人と思わなくなってしまうような状態、「個人的達成感の低下」はすべきことを成し遂げたという気分が感じられない、達成の充実感に浸る気分が実感できなくなることを意味する (Maslach et al., 1981)。17項目について、最近1年以内の経験の程度を「いつもある」(5点)から「ない」(1点)まで5段階評定で求めた。各下位尺度に該当する項目を合計し、合計した項目数で割ったものが得点となる。得点が高いほどバーンアウト傾向が高い。得点に診断基準はなく、高低による相対評価となる。

- ③精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制：精神科ストレスサー29項目 (山崎・齋藤・岩田, 2002)のうち、スタッフ同士や患者の家族との関わりに関する項目を除外し、患者と直接関わる場面20項目を選び使用した。その20項目について最近1年以内の経験の有無と、経験のある人はその場面で否定的感情を感じたかどうかについてと、感じた人はその感情を患者に対してどの程度抑制したかを Visual analog scale (以下VASとする)で質問した。VASは「全く抑えなかった」から「完全に抑えた」までの間0～100mmにより測定し、得点化した。その得点をもとに主成分分析をおこなった。
- ④感情労働尺度：Zapf et al. (1999)の開発した Frankfurt Emotion Work scale (FEWS)を参考に作成された21項目 (荻野・瀧ヶ崎・稲本, 2004)を使用した。最近1年以内の経験の程度を「とてもよくある」(5点)から「ほとんどない」(1点)まで5段階評定で求めた。この尺度は「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つの因子からなる。

- ⑤情緒的支援ネットワーク認知尺度：宗像他 (1985)が作成した10項目を使用した。最近1年以内について情緒的支援を認知しているかどうかを家族、職場、その他のサポート源に分け、それぞれに対して同じ内容の10項目を質問した。「いる」を1点、「いない」を0点として、サポート源別に合計する。8点以上は、サポートをしてくれる人がいると認知している、6～7点はそれが十分でないと認知している、5点以下はそのような人の存在をあきらめたりあきらめかけていると判定される (宗像他, 1985)。

2) データの分析

統計解析パッケージ SPSS for Windows (version12.0J)を使用した。バーンアウトの下位尺度の得点差は Wilcoxon の符号付順位検定をおこなった。精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制は、後でバーンアウトとの関連をみるため VAS 値を主成分分析に用いた。主成分分析の結果をもとに、各成分について構成する項目の VAS を個人ごとに合計し、回答箇所数で割って平均値を算出し、相関係数の算出や重回帰分析に使用した。感情労働尺度については荻野他 (2004)は一定の信頼性、妥当性を有する尺度であるが、因子構造に関してはデータの蓄積により一層の信頼性、妥当性の確保の検証を積み重ねる必要性を述べている。よって荻野他と同じ手法で因子分析 (最尤法、promax 回転)をおこなった。情緒的支援ネットワーク認知のサポート源別の得点差は Wilcoxon の符号付順位検定をおこなった。バーンアウトとの関連をみるため、バーンアウトの3つの下位尺度を従属変数に、対象者の属性、精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制、感情労働、情緒的支援ネットワーク認知でバーンアウト得点と有意な相関のみられた変数を独立変数と

して重回帰分析をおこなった。

3) 倫理的配慮

質問紙には無記名で回答してもらった。統計的に処理するため個人が特定されないこと、データは本研究の目的以外に使用しないこと、研究への参加は自由意志であり、白紙提出も可能であることと研究の目的を文書で説明した。本研究は、山形大学医学部倫理審査委員会の承認を得た。

結 果

1. 対象者の属性

対象者の属性については、男性36.5% (115人)、女性63.5% (200人)であった。年齢は平均40.5 ± 10.7歳、範囲は21歳～62歳であり、年代別で

は40歳代が31.7% (98人)と最も多く、30歳代23.3% (72人)、50歳代22.3% (69人)であった(表1)。資格は看護師83.1% (261人)、准看護師16.9% (53人)で、職位は役職のないスタッフ74.0% (233人)が最も多かった。看護師(または准看護師)としての経験年数は1年目から45年目、平均は18.3 ± 10.6年、精神科での経験年数は平均で、病棟13.2 ± 10.1年、外来3.0 ± 2.5年、その他4.4 ± 3.5年であった。

2. バーンアウト得点

バーンアウト尺度の下位尺度ごとの得点の平均は、情緒的消耗感が2.67 ± 0.82点、脱人格化が1.90 ± 0.65点、個人的達成感の低下が3.74 ± 0.66点であった(表2)。Wilcoxonの符号付順位検定

表1 対象者の属性

属性	n	%	
性別	男性	115	36.5
	女性	200	63.5
年齢	20歳代	67	21.7
	30歳代	72	23.3
	40歳代	98	31.7
	50歳代	69	22.3
	60歳以上	3	1.0
資格	看護師	261	83.1
	准看護師	53	16.9
職位	スタッフ	233	74.0
	副看護師長 (主任)	56	17.8
	看護師長	17	5.4
	その他	9	2.8
	平均±標準偏差	中央値 (範囲)	n
年齢	40.5 ± 10.7 歳	41 (21-62)	309
看護師経験年数 (含む准看護師)	18.3 ± 10.6 年目	18 (1-45)	312
看護師経験年数 (含む准看護師)	18.3 ± 10.6 年目	18 (1-45)	312
精神科経験年数(病棟)	13.2 ± 10.1 年	10 (0-44)	313
(外来)	3.0 ± 2.5 年	2 (0.5-10)	43
(その他)	4.4 ± 3.5 年	3 (1-12)	23

表2 バーンアウト得点

	平均±標準偏差	中央値	最小値-最大値	n
情緒的消耗感	2.67 ± 0.82	2.60	1-5	313
脱人格化	1.90 ± 0.65	1.83	1-4.33	309
個人的達成感の低下	3.74 ± 0.66	3.83	1.5-5	312

Wilcoxonの符号付順位検定、ボンフェローニの修正 **: p < 0.01

(ボンフェローニの修正)の結果、個人的達成感の低下が最も高く、次いで情緒的消耗感、脱人格化であった。対象者の属性とバーンアウト得点との間に有意な相関はみられなかった。

3. 精神科看護場面で感じる

否定的感情の抑制のVAS値と主成分分析

精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制の程度について、精神科看護場面20項目の中で最も経験が多かった場面は、「患者が指示を守らない時」92.7%で否定的感情の抑制は67.5mm(中央値)であった(表3)。次に多かった場面は、「心気的訴えを繰り返す患者を看護した時」90.8%で否定的感情の抑制73.0mm(中央値)であった。

否定的感情を感じた割合が最も高かった場面は、「患者から暴力を受けた時」と「患者から言葉の暴力を受けた時」で、いずれも87.9%であった。

否定的感情の抑制はすべての項目で中央値が65~80の範囲であった。最も高かった場面は「拒食状態の患者を看護した時」で80.0mm(中央値)であった。次に高かった場面は、「患者の妄想の対象になった時」で78.0mm(中央値)であった。

否定的感情の抑制のVAS値について主成分分析をおこなった結果、固有値1以上で3つの成分が抽出された(表4)。第1成分は「看護介入が困難な時の感情抑制」とした。第2成分は「患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制」とした。第3成分は「迷惑行為をする患者を看護した時の感情抑制」とした。

4. 感情労働尺度の因子分析

感情労働尺度は、5段階評定の得点をもとに最尤法、promax回転による因子分析をおこなった(表5)。固有値1以上で4因子抽出され、因子名は先行研究(荻野他, 2004)を参考に命名した。2つの質問項目で先行研究とは因子構造が異なる

第2因子が抽出されたため、この因子名のみ先行研究とは違う命名とした。第1因子は「患者への共感、ポジティブな感情表出」、第2因子は「看護師の感情抑制と敏感さの要求」、第3因子は「患者へのネガティブな感情表出」、第4因子は「感情の不協和」とした。

5. 情緒的支援ネットワーク認知の得点

サポート源別の情緒的支援ネットワーク認知の得点とその差については、家族、職場、その他のサポート源別に合計した得点の平均点を比較したところ、家族の情緒的支援は職場の情緒的支援やその他の情緒的支援より有意に得点が高かったが、職場の情緒的支援とその他の情緒的支援は有意差はみられなかった(表6)。

6. バーンアウト得点に影響のある

変数の重回帰分析

バーンアウトの3つの下位尺度の得点を従属変数とし、下位尺度と有意な相関が見られたものを独立変数として重回帰分析をおこなったところ、情緒的消耗感では、感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」($\beta = .215$ $p < 0.01$)で、「職場」からの情緒的支援ネットワーク認知($\beta = -.224$ $p < 0.01$)で有意な関連がみられた(表7)。

脱人格化では、感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」($\beta = .273$ $p < 0.01$)、「感情の不協和」($\beta = .179$ $p < 0.05$)、「職場」からの情緒的支援ネットワーク認知($\beta = -.263$ $p < 0.01$)で有意な関連がみられた。

個人的達成感の低下では、精神科看護での否定的感情の抑制の「患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制」($\beta = -.136$ $p < 0.05$)と、感情労働の「患者への共感、ポジティブな感情表出」($\beta = -.201$ $p < 0.01$)で有意な関連がみられた。

R^2 は情緒的消耗感=.148、脱人格化=.257、個人的達成感の低下=.107であった。

表 3 精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制の程度

	n (%)				否定的感情を感じた人の感情の抑制		
	経験の有無		経験ありの回答者のうち否定的感情を		VAS(mm)	平均±標準偏差	範囲 中央値
	あり	なし	感じた	感じない			
患者からの暴力を受けた時	157(49.8)	158(50.2)	138(87.9)	19(12.1)	67.66±24.98	0~100	73.0
患者から言葉の暴力を受けた時	250(79.4)	65(20.6)	218(87.9)	30(12.1)	69.01±24.13	0~100	75.0
患者の妄想の対象になった時	148(47.1)	166(52.9)	90(61.2)	57(38.8)	71.03±24.60	2~100	78.0
患者が自殺企図をした時	82(26.0)	233(74.0)	47(57.3)	35(42.7)	68.12±25.24	1~100	75.0
患者が自傷行為をした時	146(46.5)	168(53.5)	70(47.9)	76(52.1)	70.67±24.53	10~100	75.0
患者が他害行為をした時	213(68.7)	97(31.3)	155(73.1)	57(26.9)	70.46±21.94	0~100	73.5
患者が無断離院をした時	193(61.5)	121(38.5)	98(51.3)	93(48.7)	70.17±23.61	0~100	76.0
ヒステリー症状を繰り返す患者を看護した時	211(67.0)	104(33.0)	163(77.3)	48(22.7)	65.68±22.51	0~100	70.0
心氣的訴えを繰り返す患者を看護した時	285(90.8)	29(9.2)	208(74.6)	71(25.4)	68.03±23.41	0~100	73.0
食べ吐きを繰り返す患者を看護した時	88(28.0)	226(72.0)	45(51.7)	42(48.3)	69.11±24.51	3~98	77.0
拒食状態の患者を看護した時	211(67.0)	104(33.0)	95(45.2)	115(54.8)	73.99±22.47	6~100	80.0
拒薬状態の患者を看護した時	282(89.5)	33(10.5)	152(54.5)	127(45.5)	70.75±23.98	0~100	74.5
無為自閉状態にある患者を看護した時	227(72.3)	87(27.7)	96(42.9)	128(57.1)	69.76±24.83	0~100	76.5
高度精神障害患者を看護した時	192(61.7)	119(38.3)	81(42.6)	109(57.4)	71.27±24.72	0~100	77.0
患者が指示を守らない時	292(92.7)	23(7.3)	233(79.8)	59(20.2)	64.47±22.59	0~100	67.5
患者から役割を否定された時	157(51.1)	150(48.9)	118(75.2)	39(24.8)	67.21±23.54	0~100	68.0
患者から関わりを拒否された時	229(72.9)	85(27.1)	152(67.0)	75(33.0)	70.89±23.24	0~100	76.0
逸脱した要求に譲歩せざるを得ない時	176(56.8)	134(43.2)	145(82.9)	30(17.1)	65.71±20.67	0~100	70.0
患者から意図的に他者が振り回される時	236(75.2)	78(24.8)	187(79.9)	47(20.1)	63.78±22.83	0~100	65.0
他患者に迷惑行為を繰り返す患者を看護した時	264(84.3)	49(15.7)	214(82.0)	47(18.0)	63.80±22.27	0~98	68.0

表 4 精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制 (主成分分析、成分行列)

	成分			
	1	2	3	
成分 1 : 看護介入が困難な時の感情抑制($\alpha = .974$)				
無為自閉状態にある患者を看護した時	.943	.217	-.164	
拒薬状態の患者を看護した時	.927	.031	-.132	
拒食状態の患者を看護した時	.918	-.056	.219	
食べ吐きを繰り返す患者を看護した時	.913	.055	.340	
ヒステリー症状を繰り返す患者を看護した時	.909	.073	-.033	
高度精神障害患者を看護した時	.908	.019	-.345	
患者から役割を否定された時	.893	.234	-.073	
患者の妄想の対象になった時	.874	.417	-.235	
心氣的訴えを繰り返す患者を看護した時	.871	-.169	.026	
患者が指示を守らない時	.870	.433	.101	
患者が自殺企図をした時	.849	-.047	-.261	
患者が他害行為をした時	.813	-.403	-.290	
患者から意図的に他者が振り回される時	.788	-.053	.594	
逸脱した要求に譲歩せざるを得ない時	.755	-.252	-.438	
患者から関わりを拒否された時	.717	-.398	.112	
患者が自傷行為をした時	.656	-.495	-.407	
患者が無断離院をした時	.626	-.363	.479	
成分 2 : 患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制($\alpha = .756$)				
患者から暴力を受けたとき	-.196	.860	-.156	
患者から言葉の暴力を受けた時	.651	.688	.003	
成分 3 : 迷惑行為をする患者を看護した時の感情抑制				
他患者に迷惑行為を繰り返す患者の看護をした時	.550	.073	.806	
	累積寄与率 (%)	64.138	76.577	87.466

α : 信頼性係数

表5 感情労働尺度の因子分析（パターン行列）

	因子			
	1	2	3	4
因子1：患者への共感、ポジティブな感情表出（ $\alpha=.853$ ）				
患者の気持ちに共感しようと特に努めていることがある	.830	-.029	-.039	-.022
患者の感情にとりわけ注意を向けていることがある	.785	-.098	-.012	.098
自分を患者の立場において理解しようとすることがある	.681	-.018	-.072	.022
患者の気持ちを察するように心がけている	.667	.103	-.032	-.098
患者に温かい対応をしなくてはならないことがある	.622	.108	-.062	.011
患者に喜びの感情を示さなくてはならないことがある	.504	-.109	.095	.326
因子2：看護師の感情抑制と敏感さの要求（ $\alpha=.823$ ）				
状況に応じて感情を使い分けなくてはならないことがある	-.097	.696	.040	.155
自分の感情を抑えることがある	-.022	.689	-.079	.126
患者の気持ちの変化に特に敏感になることがある	.386	.572	-.045	-.136
患者に悲しみの感情を示さなくてはならないことがある	.094	.468	.154	-.028
他に仕事があっても、患者の気持ちが収まるまで話を聞くことがある	.367	.374	.085	-.067
患者にとりわけ優しく接しなくてはならないことがある	.228	.310	-.081	.272
因子3：患者へのネガティブな感情表出（ $\alpha=.746$ ）				
患者に厳しい態度で接しなくてはならないことがある	.056	.122	.682	-.133
患者が話し続けていても、さげすんで自分の用件を伝えることがある	-.114	-.149	.626	.103
患者に怒りの感情を示さなくてはならないことがある	.005	.135	.574	-.097
患者と話しているとき自分から話を切り上げることがある	-.137	.022	.569	.095
自分で感じたとおりに気持ちを表すことがある	.253	-.197	.509	-.030
患者の気分によっては、患者とうまくかかわれないことがある	-.110	.128	.508	.067
因子4：感情の不協和（ $\alpha=.815$ ）				
本当は違うのに、患者の前で明るく振る舞うことがある	.054	.010	-.034	.816
本心とは異なる感情を示すことがある	-.140	.330	.000	.593
患者が良い気分になるように努めなくてはならないことがある	.251	.066	.083	.562
固有値	6.873	2.683	1.443	1.094
因子寄与	5.252	4.653	2.670	4.190

最尤法 Kaiser の正規化を伴う promax 法
 α ：信頼性係数

表6 サポート源別の情緒的支援ネットワーク認知の得点とその差

	平均±標準偏差	中央値	最小値-最大値	n
家族	8.03±2.90	10	0-10	294
職場	6.36±3.50	7	0-10	274
その他	6.77±3.71	8	0-10	275

Wilcoxon の符号付順位検定、ボンフェローニの修正 **：p<0.01

表7 バーンアウト得点に影響のある変数の重回帰分析

	β （標準偏回帰係数）		
	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下
（精神科看護での否定的感情の抑制）			
看護介入が困難な時の感情抑制	n.s	n.s	n.s
患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制	n.s	-.046	-.136*
迷惑行為をする患者を看護した時の感情抑制	n.s	n.s	n.s
（感情労働）			
患者への共感、ポジティブな感情表出	n.s	n.s	-.201**
看護師の感情抑制と敏感さの要求	.067	.107	n.s
患者へのネガティブな感情表出	.215**	.273**	n.s
感情の不協和	.122	.179*	n.s
（情緒的支援ネットワーク認知）			
家族	-.038	.034	-.096
職場	-.224**	-.263**	-.158
その他	-.049	-.130	-.018
R^2	.148	.257	.107

強制投入法 **：p<0.01 *：p<0.05

考 察

1. バーンアウト得点と対象者の属性との関連

対象者の年齢は40歳代以上が半数を超えた。看護師経験年数（准看護師含む）は平均18.3年で、精神科の経験年数でも、平均10年を超えるベテランの多い集団であった。

バーンアウト得点では、「個人的達成感の低下」が最も高く、精神科看護師のバーンアウトの特徴として北岡・谷村・林・淵崎・所村・福島・松本・桶谷（2004）、Kilfedder, Power & Wells（2001）が示した個人的達成感の低さと同じ結果であった。

精神科看護の難しさについて武井・鈴木（1998）は「何年にもわたって毎日同じような話を聞かされ、答えを求められても、同じ答えの繰り返しになってしまい、忍耐、我慢が必要になること」をあげている。精神科看護の対象となる人は、症状そのものに悩まされるだけでなく、病気により低下している理解力の低下や、対人交流がうまくできず、孤立することにより様々な葛藤が生じる。その葛藤と切り離すことのできない病気について、何をもちて回復とするかは判断が難しい。そのため看護の成果を感じにくく個人的達成感を得られにくいと考える。

2. 精神科看護場面で感じる否定的感情と

その特徴

精神科看護において経験が多かった場面は「患者が指示を守らない時」と「心情的訴えを繰り返す患者を看護した時」の経験でそれぞれ9割を超えていた。否定的感情の抑制がさほど高くなかったのは、精神疾患を持つ患者は病識を持ちにくく治療や看護の受け入れもさまざまであり、看護師は日常よく経験する場面のため、対処に慣れていて少ない負担で対応できているからではないかと考える。

否定的感情を感じた割合が最も高かった場面は「患者から暴力を受けた時」と「患者から言葉の

暴力を受けた時」であった。暴力は患者の不安、恐怖の表れであり、身体的なものであっても、言語的なものであっても暴力を向けられる側は不意のことが多い。その故にショックは大きく、否定的感情を感じやすいのではないかと考える。

否定的感情の抑制が最も高かった場面は「拒食状態の患者を看護した時」であった。拒食は摂食障害だけでなくうつ状態、統合失調症でも起こりうる症状である。拒食は生命の危機に直結し、早期介入を必要とするものである上、改善には長期間を要する。拒食状態の患者に対し、食べない背景を考慮しつつ、あきらめず根気よく食べるよう促し続けることが求められ、看護師自身に生じる「どうして食べないのか、自分の看護が悪いのか」といった否定的感情を抑えて関わり続けるには忍耐力が必要と考える。次に感情の抑制が高かった場面は、「患者の妄想の対象になった時」であった。妄想の対象になった看護師は、患者から看護師自身の真実に基づかないことで攻撃を受けたり嫌悪を向けられ、その患者を看護しにくくなるという厳しい状況になる。しかし、職務上関わり続けなければならないため、否定的感情の抑制が高くなると考える。

3. バーンアウト得点に影響する要因

バーンアウトに影響する要因を下位尺度ごとに考察していく。

情緒的消耗感には感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」と職場からの情緒的支援の認知が関連していた。感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」が強い時、情緒的消耗感が強くなっていた理由として、看護上必要なこととは言え、患者に厳しい態度で接した後、患者からの陰性感情や攻撃的な言動等の反応が生じることで、情緒的消耗感が強まるためと考える。また、職場の情緒的支援を認知している時、情緒的消耗感は低くなっていた。職場において看護師の仕事をポジティ

ブに認め評価しあう環境がバーンアウトを軽減するとされ（井田・福田, 2004）、職場の人から認められ、支えられる情緒的支援が疲労感を和らげると考える。精神科看護では患者の感情や患者との交流を通して、看護師自身の感情を扱うことが必要である。看護師同士でもさまざまな感情に対する具体的な情緒的支援が求められると推測する。

脱人格化には、感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」と「感情の不協和」、職場からの情緒的支援の認知が関連していた。感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」と「感情の不協和」が強い時、脱人格化が強くなる理由は、患者と距離をおき、看護師自身を守る防衛手段をとらなければ患者へのネガティブな感情を表出しにくいためと考える。感情の不協和とは、長期にわたって感じている感情と異なる感情を表現する時の緊張や、仕事で感情表現が求められる時に、感じている感情を変化させるために自らの感情から分離させることである（Hochschild, 2000）。感情の不協和が続くことは感情を自身から切り離すことにつながるため、脱人格化に関連することは十分考えられる。また、職場からの情緒的支援を認知している時、脱人格化が弱くなっていた。ストレスを解決するのに必要な資源を提供したり、その人自身で資源を手に入れることができるような道具的支援が個人的達成感を促進すると言われていた（浦, 1994）。本研究では職場の情緒的支援が脱人格化を軽減することが示唆された。人間関係に疲弊した看護師の感情には同じ体験をした看護師同士の気遣いが重要であることが本研究で明らかになったと考える。

個人的達成感の低下では、感情労働「患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制」と「患者への共感、ポジティブな感情表出」が関連していた。患者からの暴力、暴言を受けて感じた否定的感情を抑制した時、冷静に振舞うことができたことと判断でき、個人的達成感が高まる方向へ結びついたと

考える。また、感情労働の「患者への共感、ポジティブな感情表出」が強い時、個人的達成感が高くなっていた。患者への共感や、温かい対応ができたり、喜びの感情を示す時、看護師自身の気持ちを前向きにし、達成感を高めることができると考える。

個人的達成感の低下が職場の情緒的支援と関連していなかったのは、誰から、どのようなサポートを受けるかで効果が違ってくることや（浦, 1994）、対人関係は重要なサポート源になる反面ストレス源にもなることが指摘されていること（齋川・松田, 2005）、上司が気を配ってくれたり、自分の仕事を評価してくれていると感じている看護師ほどバーンアウト傾向が少ない（上野他, 1996）など、サポートの有効性の多面性が指摘されており、関連性がはっきり現れなかったのではないかと考える。

本研究では精神科看護師において、精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制と感情労働がバーンアウトに与える影響、および情緒的支援のバーンアウト軽減への有効性が確認できた。今回は精神科看護の特徴として、否定的感情の抑制のみを検討したが、看護を通して感じるさまざまな感情がどのようにバーンアウトに影響するか、さらなる調査検討が必要と考える。

結 論

精神科看護師が、精神科看護場面で感じる否定的感情の抑制および、感情労働がバーンアウトに与える影響と、情緒的支援のバーンアウト軽減への有効性について調査検討した。その結果以下のことが明らかになった。

1. 感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」が強い時、情緒的消耗感は強くなっていた。また、職場からの情緒的支援を認知している時、情緒的消耗感は弱くなっていた。

2. 感情労働の「患者へのネガティブな感情表出」が強い時と「感情の不協和」が強い時、脱人格化が強くなっていた。また、職場からの情緒的支援を認知している時、脱人格化は弱くなっていた。
3. 精神科看護の否定的感情の抑制の「患者からの暴力を心身に受けた時の感情抑制」が強い時、また、感情労働の「患者への共感、ポジティブな感情表出」が強い時、個人的達成感が高くなっていた。職場からの情緒的支援の認知と個人的達成感の低下との間に有意な関連はみられなかった。
4. 以上のことから、精神科看護師にとって、感情労働はバーンアウトを悪化させるだけでなく、軽減させる傾向もみられ、また、職場からの情緒的支援の認知はバーンアウトの情緒的消耗感と脱人格化を軽減していた。今後、精神科看護師のバーンアウト予防対策として、これら否定的感情や感情労働の影響を考慮しつつ、職場の人間が情緒的にフォローしていく体制づくりが重要と考えられる。

謝 辞

本研究にご協力下さいました看護職の皆様により感謝申し上げます。また、研究をまとめるにあたりご指導いただきました大正大学人間学部臨床心理学科、森岡由起子先生、広島国際大学国際交流センター、森口稔先生に感謝いたします。

文 献

- 福岡欣治・橋下宰 (1995). 知覚されたソーシャルサポートのストレス緩和効果におけるサポート源とサポート内容の影響—看護教員養成講習会の受講者を対象として— 健康心理学研究, 8, 1-11.
- 後藤 稔 代表編 (1988). 医学大辞典 医歯薬出版

- 328.
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: commercialization of human feeling*, University of California Press. (ホックシールド 石川准・室伏亜希 (2000). 管理される心—感情が商品になるとき 世界思想社, 103-157).
- 市橋秀夫 (2000). 精神科・治療と看護のエッセンス 星和書店, 65-66.
- 井田政則・福田広美 (2004). 看護師への職場サポートがバーンアウト反応におよぼす影響 立正大学心理学研究所紀要, 2, 77-88.
- 福岡文昭・川野雅資・宗像恒次 (1986). 看護者の BURNOUT と社会的環境および行動特性との関連についての研究—一般医と精神科医との比較を通して— 日本看護科学会誌, 6, 50-60.
- Kilfedder, C. J., Power, K. J. & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 383-396.
- 北岡 (東口) 和代・谷本千恵・林みどり・瀧崎恵美・所村芳晴・福島秀行・松本敦子・桶谷玲子 (2004). 精神科看護者のバーンアウトと職場ストレス要因についての検討 石川看護雑誌, 1, 7-12.
- 久保真人・田尾雅夫 (1994). 看護婦におけるバーンアウト—ストレスとバーンアウトとの関係— 実験心理学研究, 34, 33-43.
- 久保真人 (2004). バーンアウトの心理学 サイエンス社 pp. 94-98, pp. 213-215.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- 宗像恒次・仲尾唯治・藤田和夫・諏訪茂樹 (1985). 都市住民のストレスと精神健康度 精神衛生研究, 32, 49-68.
- 賛川信幸・松田修 (2005). 看護師のバーンアウトとサポート源の関連に関する研究 こころの健康, 20, 25-35.
- 中 倫子 (2002). ナースの感情コントロールのプロセスとその背景 患者に対し否定的な感情を抱いた場面を通して 神奈川県立看護教育大学校 看護教育研究集録, 27, 38-45.
- 岡原正幸, 山田昌弘, 安川一, 石川准 (2002). 感情

- の社会学 世界思想社 pp. 1-42, pp. 69-90.
- 荻野佳代子・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.
- 武井麻子 (2001). 感情と看護 人とのかかわりを職業にすることの意味 医学書院 pp. 27-28.
- 武井麻子 (2005). 感情労働としての精神科看護 精神科看護, **32**, 12-17.
- 武井麻子・鈴木純一編集 (1998). レトリートとしての精神病院 ゆみる出版 pp. 122-130.
- 上野徳美・山本義史 (1996). 看護師のバーンアウトを予防するソーシャルサポートの効果—サポートネットワーク量・満足度・サポート源との関係を中心として— 健康心理学研究, **9**, 9-20.
- 氏原 寛・小川捷之・東山紘之・村瀬孝雄・山中康裕 編著 (1992). 心理臨床大事典 培風館 pp. 46-48.
- 浦光 博 (1994). 支えあう人と人 サイエンス社 pp. 107-113.
- 山崎登志子・石田真知子・柏倉栄子 (1999). 看護師のバーンアウト傾向をソーシャルサポートとの関連—2病院における看護師の構成比較から— 東北大医短部紀要, **8**, 161-170.
- 山崎登志子・斎二美子・岩田真澄 (2002). 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 日本看護研究学会雑誌, **25**, 73-84.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H. & Isic, A. (1999). Emotion work as a stress: The concept and development of an instrument. *European journal of Work and Organizational Psychology*, **8**, 371-400.
- 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 a review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, **12**, 237-268.