

学 位 論 文

精神科における職場環境ストレスと精神科看護師の
Sense of Coherence（首尾一貫感覚）及び感情関連要因に関する検討

旭川医科大学大学院医学系研究科
修士課程看護学専攻

長谷川 博亮

目 次

緒 言	1
方 法	3
結 果	7
考 察	12
結 論	18
謝 辞	18
引用文献	19

表・図

資 料

緒 言

対人サービス職種である看護師は、患者が表出する様々な感情に向き合わなければならない。そして、患者のケアに携わる過程で看護師側にも感情が生ずる。福田(2006)は、感情の役割の一つに、コミュニケーションの役割としての感情の伝達あげ、親密さの距離を決定、保持する機能を示している。このように、感情は看護師の状況判断やケアの展開、さらに、対人関係の発展において重要な意味をもつ。しかし、看護師に生ずる感情にはいくつかの問題が指摘される。

第一に、ストレスと感情の関連である。特に、国内外において看護師を対象にしたバーンアウト研究が数多く存在する。その中で、バーンアウトの主要な要因として構成される感情に情緒的消耗感(emotional exhaustion)が挙げられる。田尾ら(1996)によると情緒的消耗感は、仕事によって伸びきった、あるいは、疲れ果てたという感情であり、もう働くことができないという気分のことで、メンタルな疲労を重視している。ストレスとの関連として、Leiterら(1988)は、人間関係が看護師の情緒的消耗感の進行に重要であることを示している。また、精神的健康との関連として、Firthら(1986)は、情緒的消耗感が抑うつに関係することを指摘している。

第二に、看護師の感情管理(emotion management)である。武井(2001)は、看護師の職業を感情労働(Hochschild, 2000)の視点から論じ、その中で生ずる感情の特徴を示している。それによると、感情労働(emotional labour)においてやりとりされる感情は、その職業にふさわしい、適切な感情が規定される。看護師に生ずるさまざまな感情は、その感情規則に合わせようとし、自分で管理をするという。感情管理の作業は、看護の仕事の中で必要不可欠な部分であることを示している。しかし、感情労働に関する看護師への影響について、武井(2001)は、どちらが「本当の自己」か「偽りの自己」なのかわからなくなり、自己欺瞞やうつ、バーンアウト、アイデンティティの危機といった危険と隣り合わせであることを指摘している。また、荻野ら(2004)は、看護師を含む対人援助職について、バーンアウトは感情労働の影響が大きいことを明らかにしている。

このように2点の問題を示したが、看護師の感情は、職場という人間関係も含めた環境に影響されやすい特徴があり、健康問題にかかわる大きな指標であることが見えてくる。そのため、感情と健康、さらに職場環境との関連を明らかにすることは、看護師の健康状態を保持・増進させるだけに限らず、患者ケアを充実させるために重要な問題となりうる。そのために、看護師が感情を抑制したり管理したりする対処ではなく、ポジティブな方向へ感情が影響するような健康要因を明らかにする必要があると考える。これまでの感情に関する研究は、不健康な側面からの検討が多く、健康な側面からは十分な検討がされていない状況があった。その理由として、従来、保健

医療で重視されてきた疾病の原因やリスクファクターに焦点を当てる「疾病生成志向 (pathogenic orientation)」の立場で健康を捉えてきた背景がある。その対極にあるのが、「健康生成志向 (salutogenic orientation)」の概念である (Antonovsky, 1987; Schüffel, 1998)。それによると、人間は、健康－健康破綻の連続体上 (health ease/disease continuum) に位置し、ある時点でどこに位置していようとも、健康の極側に移動しうることを論じている。そして Antonovsky (1987) は、健康の極側へ移動させる健康要因 (salutary factor) として、首尾一貫感覚 (Sense of Coherence: SOC) を明らかにした。SOC は大きくは、健康保持能力とストレス対処能力を深化させた概念である。SOC が感情に及ぼす影響として、Antonovsky (1987) は SOC の感情調節 (regulation of emotion) について、仮説的にいくつかの視点で推論している。それによると、SOC の特性により感情調節がしやすくなること、また、SOC の強さにより異なった感情を体験する傾向があることを示している。したがって、看護師の SOC の強さの程度により、その個人の持つ感情評価に差異が生ずることが予測される。しかし、この健康要因である SOC が、主にどのような性質をもった感情に対し調節機能が働きやすいのか、また、SOC の強さの違いは、個人に喚起される感情の強さに影響を及ぼすのか、さらに、SOC は、他の要因に比べ感情に対してどれほど影響力があるのかについて十分な検証がされていない。感情を看護師の健康指標として位置づけるためにも、これらのことについて明確化する必要がある。

一方で、感情をどう評価していくのかという問題がある。福田 (2006) は、感情という曖昧な心的現象を数量化することの難しさを指摘している。また、知的感情という宗教、思想、信条、科学などの文化に関連した感情があり、国、民族、社会によって現れ方が異なる性質をもつことを示している。これらを踏まえて、本研究においては、感情について看護師が主観的に評価できるもので検討する。さらに、研究対象においては、看護における専門分野の違いが、狭義ではある知的感情の喚起に影響を与えることを考慮し、研究対象を精神科看護師に絞り感情についての検討を試みる。

以上のことから、本研究では、精神科における職場環境ストレス要因を明らかにし、精神科職場環境ストレスと SOC の関連を踏まえながら、精神科看護師の SOC が感情関連要因に及ぼす影響について検討することを目的とする。

方 法

1. 研究対象

東北圏にある精神科・神経科病院2ヶ所（いずれも2百数十床規模）に勤務する看護師（看護師・准看護師）を研究対象とした。

2. 調査方法

事前に看護部長に研究の内容と実施方法を説明し、承諾を得た。2007年6月に、病棟ごとに自記式質問紙調査票を配布し、7日間の留め置きで回収した。調査票の提出は対象者の自由意思に基づき、記入済みの調査票は封筒に入れて密封し、回収ボックスに投入してもらった。

3. 調査項目

1) 回答者の属性

回答者の属性についての質問は、性別、年齢、婚姻状況、子どもの有無、経済的ゆとり、看護職資格の種類、職位、看護職歴（精神科・他科）、勤務病棟、雇用形態から構成した。

2) ストレス対処能力・健康保持能力

ストレス対処能力・健康保持能力を測定するために、戸ヶ里ら(2005)の首尾一貫感覚尺度(SOC=Sense of Coherence; 13項目; 調査票問15)を用いた。首尾一貫感覚とは、Antonovsky(1979)によって提唱された概念で、健康-健康破綻の連続体上における人の位置を保ち、健康の極側に移動させるための主要な決定要因のことである。回答は5件法(1~5点)であり、得点範囲は13~65点である。この測定尺度は「把握可能感」、「処理可能感」、「有意味感」の3因子で構成されている。得点が高いほど、ストレス対処能力・健康保持能力が高くなる。

3) 精神科職場環境ストレス

精神科病棟に勤務する看護師の職場環境ストレスを測定するために、山崎ら(2002)の精神科職場環境ストレス尺度(27項目; 調査票問13)を用いた。この測定尺度は、精神科病棟に特徴的な職場環境ストレスを示すもので、ストレスの「頻度」と「強度」について評定する。本研究では「頻度」を使用した。回答は「常にある=1」「かなりある=2」「時々ある=3」「少しある=4」「ない=5」の5件法であり、得点範囲は27~135点である。「看護介入の困難さ」、「看護者への患者の否定的行動化」、「患者の自殺・自傷の体験」、「患者の感情への巻き込まれ」、「患者の生活背

景へのかかわり」、「医師との軋轢」、「看護者間の軋轢」の7因子で構成されている。本尺度の開発者からの助言を得て、本研究で使用するにあたり、対象者の属性や病院規模の違いを考慮し、再度、因子分析にて精神科職場環境ストレスの因子構造を確認することにした。得点が高いほど、精神科職場環境ストレスを感じる頻度が低くなる。

4) 精神科看護師の感情側面

精神科看護師の主観的な感情側面を測定するために、寺崎ら(1992)の多面的感情状態尺度短縮版(40項目;調査票問16)を用いた。この測定尺度は、感情を主観的な体験としてとらえ、かつ、複数の感情を同時に測定できる。また、感情の否定的側面だけではなく、肯定的側面も含まれている。回答は「全く感じていない=1」「あまり感じていない=2」「少し感じている=3」「はっきり感じている=4」の4件法であり、「抑鬱・不安」、「敵意」、「倦怠」、「活動的快」、「非活動的快」、「親和」、「集中」、「驚愕」の8つの下位尺度で構成されている(各々5項目で、得点範囲は5~20点)。得点が高いほど、その感情を強く感じている。

5) 攻撃性

精神科看護師の攻撃性を測定するために、安藤ら(1999)の日本版 Buss-Perry 攻撃性質問紙(Buss-Perry Aggression Questionnaire=BAQ、以下BAQ尺度とする;24項目、うち2項目は得点化しない;調査票問12)を用いた。攻撃性を多くの側面からなる複合的な特性ととらえ、情動的側面としての「短気」、認知的側面としての「敵意」、道具的側面としての「攻撃行動」の各側面を概念としている。回答は「まったくあてはまらない=1」「あまりあてはまらない=2」「どちらともいえない=3」「だいたいあてはまる=4」「非常によくあてはまる=5」の5件法であり、得点範囲は22~110点である。下位尺度は「短気」(得点範囲は5~25)、「敵意」(得点範囲は6~30)、「身体的攻撃」(得点範囲は6~30)、「言語的攻撃」(得点範囲5~25)の4つの下位尺度で構成されている。得点が高いほど、攻撃性が高くなる。

6) ストレス反応としての情動

精神科看護師のストレス反応としての情動を測定するために、八田(1995)の Stress Arousal Check List (J-SACL 尺度;30項目)を用いた。ストレス状況が人間に行動上の変化や身体症状を生じさせる前に、シグナルとして情動の変化が生じるという概念からきている。回答は「当てはまらない=-1」「わからない=0」「だいたい当てはまる=1」「ぴったり当てはまる=2」の4件法であり、「ストレス因子」(得点範囲:-26~28)と「覚醒因子」(得点範囲:-17~19)の2因子で構成されている。得点が高いほど、

その情動が強くなる。

市販されている日本版 J-SACL は購入して用い、他の尺度は、各著者に研究目的を文書で伝え、了承を得た。

4. データ分析

図1に、本研究での分析の枠組みを示す。調査票にて収集したデータに基づき、回答者の属性には基本統計量の算出、各尺度間の Spearman の順位相関分析、精神科職場環境ストレスサー尺度の因子分析(最尤法・バリマックス回転)を行った。また、SOC 尺度を説明変数、感情関連尺度得点を目的変数におき、Kruskal-Wallis 検定を行い、SOC 3 群間の平均値の比較を行った。多重比較は、有意な項目に関して 2 群間で Mann-Whitney 検定を行い、Bonferroni の修正を行った。さらに、感情関連変数への影響力を明らかにするため重回帰分析(変数減少法)を行った。

解析には SPSS (Ver. 10. 1. 3J) 統計パッケージを用いた。

5. 倫理的配慮

本研究は、精神科看護師の感情側面及びケア対象となる患者に対する対人認知構造を問う質問項目を設定している。回答の過程で対象者が自己の感情に気づいたり、患者とのかかわりを意識したりすることが考えられる。そのため、対象者の精神面やケアに及ぼす影響と、質問内容を気にして回答が歪められないよう、回答の信頼性についても考慮する必要があった。

これらを踏まえて、「看護研究における倫理指針」(日本看護協会, 2004)の「善行(無害)」、「人間としての尊厳の尊重」、「誠実」、「公正」、「真実性」、「機密保持」、「アドボカシー(擁護)」、「アカウントビリティ(責任と責務)」、「協同」、「ケアリングの原則」と、「疫学研究に関する倫理指針」(文部科学省;厚生労働省, 2002)の集団単位で行う介入研究のインフォームド・コンセント、個人情報の保護を参考にしながら倫理的配慮をした。

対象者に回答してもらう前に、調査票の使用目的や人権及び個人情報の保護について記載した説明文を読んでもらった。研究協力の同意については、「本調査票の提出をもって、調査協力に承諾いただけたものと理解する」ことについて明記し、対象者の自由意志で調査票を提出してもらった。

対象者の人権や個人情報を保護するために、個人名等は匿名とし、調査への参加は自由意志で、いつでも辞退できること、さらに、答えたくない質問には空欄で良いことを説明した。対象者が自覚しないところでの個人情報の漏洩を防ぐために、「他人と相談せず必ず一人で回答すること」を明記した。また、対象者の研究への協同の気持ちを考慮し、正確なデータが分析に反映されるよう回答期間の確保や記入漏れに

ついて注意を促した。調査内容に疑問等が生じた場合の対処として研究者の所属と連絡先を明記した。

回答後の調査票の取り扱いについては、回答項目は全てデータ化した。データ処理後の調査票はシュレッダーで裁断することを示した。

研究対象となった病院の所属長とは、調査前に倫理面、研究の流れを文書にて通知し許可を得た。また、本研究の分析結果を還元することを伝えた。

結 果

1. 調査票の回収状況および研究対象者の属性

調査票は、210名に配布し、163名から回収した（回収率77.6%）。質問の一部でも無回答だったものを除外して、115名分（有効回収率54.8%）を分析に用いた。

対象者の属性を表1に示す。年齢の範囲は21～61歳、平均年齢は 38.7 ± 10.8 歳であり、30代が40人（35.4%）、20代が26人（23.0%）を占めていた。男性が41名（35.7%）、女性が74名（64.3%）であり、平均年齢は男性が 37.8 ± 11.6 歳、女性が 39.2 ± 10.3 歳であった。

看護職資格の種類は、看護師が66名（57.9%）と過半数を占めていた。対象者はすべて常勤であり、スタッフが97名（85.1%）、病棟看護師長等の管理職が17名（14.9%）であった。精神科経験期間は、1年以上15年未満が102名（69.0%）を占め、25年以上の経験がある者は16名（14.2%）いた。精神科以外の職務経験がある者は63名（55.8%）と過半数を占めていた。

生活状況では既婚者が64名（56.1%）を占め、62名（54.4%）が子どもを有していた。また、経済的ゆとりに関しては、「普通」と感じている者が56名（49.1%）、一方で「無い」と感じている者が54名（47.4%）いた。

2. 精神科病棟における職場環境ストレス尺度の因子構造

表2には、精神科職場環境ストレス尺度の27項目について、因子分析（最尤法・バリマックス法）を行った結果を示す。固有値1以上で6因子が抽出され、累積寄与率は57.7%であった。また、抽出された因子ごとのCronbachの α 係数は表3に示す。

第1因子は、「医師との間で意見が相違した経験」、「看護者間で意見が相違した経験」、「ヒステリー症状を繰り返す患者を看護した経験」等の8項目から構成されており、「コミュニケーションの困難さ」とした。

第2因子は、「患者から関わりを拒否された経験」、「患者から役割を拒否された経験」等の5項目されており、「看護師への否定的行動化」とした。

第3因子は、「無為・自閉状態にある患者を看護した経験」、「診断の定まらない患者を看護した経験」、「拒薬状態にある患者を看護した経験」等の6項目から構成されており、「看護介入の困難さ」とした。

第4因子は、「拒食状態の患者を看護した経験」、「食べ吐きを繰り返す患者を看護した経験」等の4項目から構成されており、「患者の不安定な感情への巻き込まれ」とした。

第5因子は、「患者から言葉による暴力を受けた経験」の1項目のみで構成されて

おり、「言葉による暴力」とした。

第6因子は、「家族が医療者を否定する経験」、「患者から暴力を受けた経験」、「患者が自殺を企図した経験」の3項目から構成されており、「医療・看護への絶対的拒絶」とした。

3. 使用した測定尺度の Cronbach の α 係数

表3に使用した測定尺度の Cronbach の α 係数を示す。

精神科職場環境ストレス尺度については、前述のとおり、本研究の対象者での因子分析で6つの因子が抽出された(表2)。1項目のみであった第5因子を除いた5つの因子に関して、 α 係数は0.79~0.85 台といずれも十分な内的整合性が見られた。

SOC 尺度、多面的感情状態尺度および BAQ 尺度の α 係数は、0.67~0.86 台であり、各々の出典となった論文での報告と同程度の数値であった。

J-SACL 尺度の場合、各々の Positive 質問と Negative 質問から下位尺度「ストレス因子」と「覚醒因子」を算出するのだが、各々の質問群ごとの α 係数は0.70~0.93 台といずれも十分な内的整合性が見られた。

4. SOC 尺度得点分布と対象の属性による比較

対象者の SOC 尺度得点の中央値42、平均値41.6、最小値25、最大値51であった。

属性別に SOC 尺度得点分布を Mann-Whitney 検定または Kruskal-Wallis 検定で比較したところ、性別、年齢層、婚姻状況、子どもの有無、経済的ゆとり、看護資格の種類、職位、勤務病棟、精神科経験歴、他科経験の有無のいずれについても有意差は見いだせなかった。

5. SOC 尺度得点と他の測定尺度との順位相関係数

表4には、SOC 尺度得点と他の測定尺度との Spearman の順位相関係数のうち、0.20 以上かつ有意水準5%未満の場合を示す。精神科職場環境ストレス尺度の合計、第1因子および第3因子と、弱い正の相関を示した。多面的感情状態尺度の「敵意」とは中程度の負の相関、「抑鬱・不安」および「倦怠」とは弱い負の相関を示し、「活動的快」とは弱い正の相関を示した。BAQ 尺度の合計と「短気」および「敵意」とは中程度の負の相関、「身体的攻撃」とは弱い負の相関を示した。J-SACL 尺度の「ストレス因子」とは中程度の負の相関、「覚醒因子」とは弱い正の相関を示した。

6. 精神科職場環境ストレス尺度と感情関連変数との順位相関係数

表5には、精神科職場環境ストレス尺度と感情関連変数との順位相関係数のう

ち、0.20 以上かつ有意水準 5%未満の場合を示す。精神科職場環境ストレス尺度の第 4 因子を除く下位尺度はいずれも、多面的感情状態尺度の「倦怠」と弱い負の相関を示したが、第 5 因子のみ「敵意」とも弱い負の相関を示した。精神科職場環境ストレス尺度の第 4 因子を除く下位尺度はいずれも、BAQ 尺度の合計と弱い負の相関を示した。精神科職場環境ストレス尺度の第 4 因子と第 5 因子を除く下位尺度はいずれも、BAQ 尺度の「敵意」と弱い負の相関を示した。精神科職場環境ストレス尺度の第 1 因子と第 4 因子と第 5 因子を除く下位尺度はいずれも、BAQ 尺度の「身体的攻撃」と弱い負の相関を示した。精神科職場環境ストレス尺度の第 6 因子のみが、J-SACL 尺度の「覚醒因子」と弱い正の相関を示した。

7. 感情関連変数間の順位相関係数

表 6 には、多面的感情状態尺度、BAQ 尺度および J-SACL 尺度の各下位尺度間の Spearman の順位相関係数のうち、0.20 以上かつ有意水準 5%未満の場合を示す。

多面的感情状態尺度の下位尺度どおしに関して、「抑鬱・不安」については「敵意」および「倦怠」および「驚愕」とに中程度の正の相関が、「敵意」については「倦怠」および「驚愕」とに中程度の正の相関が、「活動的快」については「非活動的快」および「親和」とに中程度の正の相関が見られた。また、その他の下位尺度どおしに関しては、弱い相関及び無相関を示した。

BAQ 尺度の合計及び下位尺度どおしに関して、BAQ 尺度の合計については「短気」および「敵意」および「身体的攻撃」とに強い正の相関、「言語的攻撃」とは中程度の正の相関を示した。「短気」については「敵意」および「身体的攻撃」とに中程度の正の相関を示した。また、その他の下位尺度どおしに関しては、弱い相関及び無相関を示した。

J-SACL 尺度の下位尺度どおしに関して、「ストレス因子」と「覚醒因子」とに強い負の相関を示した。

多面的感情状態尺度と BAQ 尺度に関して、多面的感情状態尺度の下位尺度の「敵意」と BAQ 尺度の合計とに中程度の正の相関を示した。また、その他の下位尺度どおしに関しては、弱い相関及び無相関を示した。

多面的感情状態尺度と J-SACL 尺度に関して、多面的感情状態尺度の「抑鬱・不安」「敵意」および「倦怠」はいずれも、J-SACL 尺度の「ストレス因子」と中程度の正の相関を、多面的感情状態尺度の「活動的快」および「非活動的快」はいずれも、J-SACL 尺度の「覚醒因子」と中程度の負の相関を示した。多面的感情状態尺度の「抑鬱・不安」および「倦怠」はいずれも、J-SACL 尺度の「覚醒因子」と中程度の負の相関を、多面的感情状態尺度の「活動的快」および「非活動的快」はいずれも、J-SACL 尺度の「覚醒因子」と中程度の正の相関を示した。また、その他の下位尺度どおしに関して

は、弱い相関及び無相関を示した。

BAQ 尺度と J-SACL 尺度に関して、BAQ 尺度の「敵意」と J-SACL 尺度の「ストレス因子」とに中程度の正の相関を示した。また、その他の下位尺度どおしに関しては、弱い相関及び無相関を示した。

8. SOC 尺度得点群別の感情関連尺度得点及び精神科職場環境ストレス得点の比較

対象者 115 名の SOC 尺度得点の分布からパーセンタイルを基にし、SOC を得点別に 3 群に分けた。それを、SOC 低群・SOC 中群・SOC 高群とした。SOC 低群は 37 名 (32.2%) で得点範囲を 25～39、SOC 中群は 39 名 (33.9%) で得点範囲を 40～44、SOC 高群は 39 名 (33.9%) で得点範囲を 45～51 とした。

感情関連尺度得点及び精神科職場環境ストレス得点について SOC の 3 群間の比較を Kruskal-Wallis 検定にて行った。有意な差が認められた変数に対しては多重比較を行った。その結果を表 7 に示す。

多面的感情状態尺度の「抑鬱・不安」および「倦怠」および「敵意」は、SOC 低群が SOC 高群に比べ有意に高かった。「倦怠」は、SOC 中群が SOC 高群に比べ有意に高かった。

BAQ 尺度の合計、「短気」および「敵意」および「身体的攻撃」は、SOC 低群が SOC 高群に比べ有意に高かった。合計および「敵意」は、SOC 低群が SOC 中群に比べ有意に高かった。

J-SACL 尺度の「ストレス因子」は、SOC 低群が SOC 高群に比べ有意に高かった。また、SOC 低群が SOC 中群に比べ有意に高かった。「覚醒因子」は、SOC 低群が SOC 高群に比べ有意に低かった。また、SOC 低群が SOC 中群に比べ有意に低かった。

精神科職場環境ストレス得点は、第 1 因子および第 3 因子は、SOC 低群が SOC 高群に比べ有意に低かった。また、合計および第 1 因子および第 6 因子は、SOC 中群が SOC 高群に比べ有意に低かった。

9. 感情関連変数を目的変数とした重回帰分析

感情関連変数の下位尺度を目的変数として、説明変数（性別（1=男性、2=女性）、年齢、精神科経験期間、他科経験（0=無、1=有）、経済的ゆとり（1=ある、2=普通、3=ない）、精神科職場環境ストレス 6 因子、SOC）を設定し、重回帰分析（変数減少法）を行った。

多面的感情状態尺度を目的変数とした重回帰分析の結果を表 8 に示す。「抑鬱・不安」と「敵意」では、SOC に有意な負の標準化偏回帰係数を示した。「倦怠」では、SOC とストレス第 6 因子に有意な負の標準化偏回帰係数を示した。「活動的快」では、

SOC と他科経験に有意な正の標準化偏回帰係数を示した。「非活動的快」では、SOC に有意な正の標準化偏回帰係数を、ストレス第 1 因子に有意な負の標準化偏回帰係数を示した。「集中」では、性別に有意な負の標準化偏回帰係数を示した。「驚愕」では、SOC に有意な負の標準化偏回帰係数を、精神科経験期間に有意な正の標準化偏回帰係数を示した。

BAQ 尺度を目的変数とした重回帰分析の結果を表 9 に示す。合計では、SOC とストレス第 2 因子に有意な負の標準化偏回帰係数を、精神科経験期間に有意な正の標準化偏回帰係数を示した。「短気」では、SOC に有意な負の標準化偏回帰係数を示した。

「敵意」では、SOC に有意な負の標準化偏回帰係数を、第 4 因子に有意な正の標準化偏回帰係数を示した。「身体的攻撃」では、SOC とストレス第 6 因子および性別に有意な負の標準化偏回帰係数を示した。「言語的攻撃」では、精神科経験期間に有意な正の標準化偏回帰係数を示した。

J-SACL 尺度を目的変数とした重回帰分析の結果を表 10 に示す。「ストレス因子」では、SOC と他科経験に有意な負の標準化偏回帰係数を、経済的ゆとりに有意な正の標準化偏回帰係数を示した。「覚醒因子」では、SOC と他科経験に有意な正の標準化偏回帰係数を示した。

考 察

1. 精神科における職場環境ストレスナーの特徴

わが国の看護師のストレス研究において、ストレスナーは看護師に共通した特定の要因が存在するわけではなく、対象の年齢や看護経験、職位等により違いがみられる。安東ら(2006)は、患者のケアに合わせたストレスナー尺度を開発する必要性を指摘しており、特に職場環境ストレスナーについては、ケア対象となる患者の疾患や看護ユニットの違いを考慮することが重要であると考えた。そのため、本研究では、精神科看護師を対象としたことから、山崎ら(2002)の精神科職場環境ストレスナー尺度を用いて精神科の特徴を捉えることを試みた。その結果、山崎ら(2002)が抽出した7因子構造とは差異が見られた(表2)。

第1因子「コミュニケーションの困難さ」は、山崎ら(2002)が抽出した因子の「看護介入の困難さ」、「患者の生活背景へのかかわり」、「医師との軋轢」、「看護者間の軋轢」を含んだ構造になっていた。本結果では、医師や看護師間で意見の相違がある経験、重篤な身体合併症、家族や生活環境がケアの障害になるなど、看護師、医師、患者に関する項目が一つの因子に含まれていたことが特徴的であった。今日、精神科においてもインフォームド・コンセントという言葉が広く普及し、患者の意思を主体とする治療が重視されている。一方、幻覚・妄想をはじめとした精神症状による影響が、患者の判断能力や自己決定能力を一時的、継続的に低下させる。そのため、医療者と患者間のコミュニケーションが困難になることも少なくない。また、精神科看護師は患者の意思を確認しながらケアを選択しなければならないことや、患者の意思やケアに対する同意が不明確な状況があれば、看護師が患者ニーズの把握や看護介入の程度を判断する必要にも迫られる。そのため、医療者間で治療方針や看護方針に対する意見の相違が生じることも推測される。このように、精神科医療の場における患者を含めた三者の連携の難しさが本結果から示されていたと考える。

第2因子「看護師への否定的行動化」は、本結果では「家族に精神障害者がいる経験」の項目が含まれていたが、その他の「患者から関わりを拒否された経験」、「患者から役割を否定された経験」、「患者の逸脱した要求に譲歩せざるを得ない経験」、「患者の妄想の対象になった経験」の項目に関しては、山崎ら(2002)が抽出したものと共通していた。そのため、「看護師への否定的行動化」に対応するものと考えられる。

第3因子「看護介入の困難さ」は、項目数の違いはあるが、本結果の6項目すべてが山崎ら(2002)が抽出した「看護介入の困難さ」の因子に含まれており、共通する因子と考えられる。北岡ら(2004)は、精神科看護師を対象にした職場ストレス要因について、バーンアウトと仕事ストレスナー測定尺度(Nursing Job Stressor Scale)の「量的負担」や「患者関係」との関係を示した。そして、看護師が、仕事が多い、時間が

ない、人がいない、と思う時、あるいは、訴えが多い患者や嫌だと思ふ患者と接する時に負担を感じ、バーンアウトに陥りやすいことを指摘している。本結果の「無為・自閉状態にある患者を看護した経験」、「高度精神障害患者を看護した経験」、「無為・自閉状態にある患者を看護した経験」などの項目が示すように、短時間に、計画的には問題解決できない介入の難しさが考えられる。さらに、精神科における仕事の量的負担は、本結果の第3因子で構成される「拒薬状態にある患者を看護した経験」、「他者に迷惑行為を繰り返す患者を看護した経験」、「患者が指示を守らないという経験」の項目が示すように、単に物理的負担ではなく、業務を遂行する上で、患者と医療者の関係性が求められ、精神科看護師の感情面への負担も生じやすいことが考えられる。

第4因子「患者の不安定な感情への巻き込まれ」は、山崎ら(2002)が抽出した項目は2項目「ヒステリー症状を繰り返す患者を看護した経験」と「心氣的訴えを繰り返す患者を看護した経験」であった。本結果は、4項目「拒食状態の患者を看護した経験」、「食べ吐きを繰り返す患者を看護した経験」、「心氣的訴えを繰り返す患者を看護した経験」、「患者が自傷行為をした経験」が示された。これは項目内容の違いはあるが、境界性人格障害に見られるような思春期・青年期を中心とする患者の増加と、その患者が抱える内面の複雑さや不安定さという特徴が現れていることが考えられる。

第5因子「言葉による暴力」、第6因子「医療・看護への絶対的拒絶」は、山崎ら(2002)が抽出した因子では、「看護者への患者の否定的行動化」、「患者の自殺・自傷の経験」、「患者の生活背景へのかかわり」を含んだ構造になっていた。精神科には、看護師に対して精神的な混乱に導くような、否定的な感情を喚起させるようなストレスがあることが示唆される。特に本結果において、それが強く示されていたと考えられる。

このように、山崎ら(2002)の研究と本結果との間に職場環境ストレスの因子構造に差異が見られた理由として、病院形態や看護経験歴(表1)が影響していたことが考えられる。山崎ら(2002)は大学病院の精神科看護師を対象としており、精神科単科の看護師を対象とする本研究とは違いがあった。また、対象者の平均年齢は38歳と同様であったが、精神科経験年数が山崎ら(2002)は10年以上の者が24.8%で構成されていたのに対して、本研究の対象者は、50.5%も存在していた(表1)。すなわち、本結果は、長い期間、精神科の患者と向き合ってきた看護師であり、その時間の中で看護師はさまざまな出来事を経験しており、ストレスと感ずる頻度に反映されていたと推測される。このような体験をもつ集団により形成された精神科における職場環境ストレスであることが考えられる。

2. SOC と精神科職場環境ストレス及び感情関連変数との関連

本結果から、SOC と精神科職場環境ストレス及び感情関連変数とに有意な相関

が認められた(表4)。特に、精神科職場環境ストレス要因との関連では、「コミュニケーションの困難さ」と「看護介入の困難さ」に弱い正の相関を示した。感情関連変数との関連では、多面的感情状態尺度の「抑鬱・不安」、「敵意」、「倦怠」に中程度から弱い負の相関を示した。また、BAQ 尺度の合計、「短気」、「敵意」、「身体的攻撃」との間に中程度から弱い負の相関を示した。精神科職場環境ストレス要因と感情関連変数との関連(表5)は、多面的感情状態尺度の「倦怠」との間に、BAQ 尺度の合計、「敵意」、「身体的攻撃」との間に弱い負の相関を示した。この結果から、SOC と精神科職場環境ストレス要因及び感情には関係性があることが推測される。ストレス要因と感情の位置づけについて、Antonovsky(1987)は、ストレス要因が直接的にストレス状態になるのではなく、負荷をかける刺激となること、内外の刺激は感情調節の問題として脳に伝達されることを指摘している。そのため、SOC は、精神科職場環境ストレス要因と感情を仲介するように機能していることが推測される。また、SOC は、ストレス反応を情動の変化から評価する J-SACL 尺度の「ストレス因子」や「覚醒因子」と中程度から弱い有意な相関があった(表4)。さらに、重回帰分析においては、SOC は多くの感情関連変数に影響する主要な変数であった(表8, 9, 10)。そのことから、SOC は感情調整の問題に強い影響を及ぼしていることが伺える。特に、多面的感情状態尺度の否定的感情状態とされる「抑鬱・不安」・「敵意」・「倦怠」、BAQ 尺度の合計、「短気」、「敵意」、J-SACL 尺度の「ストレス因子」に対して SOC の標準化偏回帰係数が負の方向であり、他の有意な変数に比べて係数が高かった。さらに、SOC 低群と SOC 高群の間においても有意な差が見いだされた(表7)。このことから、精神科看護師がもつ SOC の強さの違いにより、主観的に感じる感情に差があることが示唆される。ポジティブな感情については、SOC の強さにより差異があると言えるまでの結果は認められなかった。しかし、多面的感情状態尺度の否定的感情状態や BAQ 尺度や J-SACL 尺度の「ストレス因子」といったネガティブな感情については、SOC が弱い看護師の方がその感情を強く感じていたことが推測される。

青林(2006)は、感情制御を行動志向性と状態志向性の概念(Kuhl, 2000)から論じている。行動志向性とは、脅威や要求のようなストレス状況下にあっても、すぐに意図した行動に移ったり、気持ちを切り替えられる傾向である。強い SOC は行動志向性の感情制御をしていることが考えられる。精神科職場環境ストレス要因において、SOC 高群は SOC 低群に比べ「コミュニケーションの困難さ」、「看護介入の困難さ」が有意に高かった(表7)。そのため、SOC が強い精神科看護師はストレス要因として感じる頻度が少ないことが示唆される。つまり SOC が強い方向に向かうと、ストレス要因を含め様々な刺激を受けるような状況下にあったとしても、自分の感情に気づき、それらを容易に描くことができるので、感情を脅威とは感じにくい傾向がある(Antonovsky, 1987)ことが考えられ、ネガティブな感情に変化を与えている可能性が

ある。

逆に、弱いSOCは、状態志向性の感情制御をしていることが考えられる。状態志向性は気持ちを切り替えられず、その状況での感情状態にとどまる傾向である。SOC低群はSOC高群に比べ感情関連変数の得点が高く、特にBAQ尺度の合計、「敵意」、J-SACL尺度の「ストレス因子」に至っては、SOC高群ばかりではなくSOC中群に比べても尺度得点が有意に高かった(表7)。つまり、SOCが弱い精神科看護師はストレス下の状況下にあっても、その状況のままの感情状態を持続する傾向があると考えられる。また、感情に変化を与えるような認知機能が働きにくいと推測される。

但し、本研究のSOCの分類は対象者115名の得点分布からパーセンタイルを基に、大よそ3群の得点が33.3%を目安に均等になるように分けたものであった。そのため、この研究におけるSOCの強さについては、すべての集団に通用するものではない。また、どこまでが弱いSOCになるのか、感情に影響を及ぼすのかというカットオフポイントは本研究では明確に設定できない限界がある。さらに、重回帰分析の結果においては、SOCが感情関連変数に影響する主要な要因になっていたが、ネガティブな感情を目的変数とした決定係数が0.15から0.33と低い傾向にあった。そのため、モデルの説明力は高いとは言えないが、この結果からは、SOCが動員する汎抵抗資源(GRRs: Generalized Resistance Resources)の存在の重要性が考えられる。GRRsは、金銭、自我の強さ、文化的な安定性、社会的な支援などの資源であり、多種多様なストレスに対抗するための効果的な、あらゆる現象のことである。強いSOCはこれら資源を自由に動員し、最も適切と思われる対処戦略を選ぶことができる(Antonovsky, 1987)。本研究では感情関連変数の説明変数を6変数に設定したが、SOCの影響力がより強く作用し、円滑に機能するためには、かなり幅広い視点で活用できる資源を考慮していく必要があることを確認できた。

3. ネガティブな感情が精神科看護師に与える影響とSOCの機能

精神科職場環境ストレス因子からは、「看護師への否定的行動化」、「言葉による暴力」、「医療・看護への絶対的拒絶」(表2)に象徴されるように、攻撃性は精神科看護師が持つだけでなく、ケア対象となる患者から向けられることが多いと考えられる。BAQ尺度の合計と「敵意」と「身体的攻撃」は、ストレスを感情面から評価する「ストレス因子」と中程度から弱い有意な正の相関が認められた(表6)。重回帰分析においても攻撃性の目的変数に対して、説明変数の「看護師への否定的行動化」と「医療・看護への絶対的拒絶」については標準化偏回帰係数が有意に負の方向に影響していた(表9)。このように患者から向けられる攻撃性に対して、その自然な反応として精神科看護師にも攻撃性の感情が生ずると推測される。湯川(2004)は、攻撃行動をストレスコーピングの視点で捉えており、手段としての倫理的な価値や善悪ある

いは行為の結果はともかく、それが生体にとってストレスを直接的に処理する何らかの効果をもつと期待される場合に選択・実行されると解釈している。このことから、攻撃性とストレスの間には何らかの関連性が示唆され、特に、SOCの強さの違いにより、攻撃性への対処に差異があることが推測される。

Antonovsky(1987)は、SOCの強い者は、否定的なストレスに対して強い感情的な苦悩をもつても、それらを抑えるより現れることを許し、明白な行動でそれらを表現する傾向があることを示している。攻撃性も、この感情的苦悩にあたるのではないかと推察される。例えば暴力のような否定的なストレスにより喚起される攻撃性に対して「良い・悪い」という認知ではなく、その感情も一つの重要な情報として捉え、それを客観的に見つめ、意味あるものとして認知できると推測される。SOC低群に比べSOC高群の攻撃性が有意に低かったのは、強いSOCをもつ看護師が、喚起された攻撃性の感情をうまく活用することで、問題を処理した結果、その攻撃性の感情が低減されたと解釈できる。肯定的感情や中立的感情にはSOCの程度により得点の違いは見いだせなかった(表7)。つまり、強いSOCをもつ看護師は、攻撃性など否定的な感情が生じた場面において、それは自分にとって正当なものとして感情や状況を受け入れ、その中で、自分を脅かすストレスを位置づけながら、積極的に根本的な問題への対処をすべきものとして認知していると考えられる。SOC低群とSOC高群ではJ-SACL尺度の「覚醒因子」得点に差が見いだされた(表7)。覚醒因子は、個人がおかれている物理的・社会心理的状況に対する自律神経系の活動を中心とする身体活動の表れ(八田, 1995)であることから、感情に対処する行動を起しやすいことが考えられる。また、強いSOCをもつ看護師は、職場集団そのものを自在に利用できるGRRsとして活用して、ストレスへの対処戦略を選択していることが考えられる。例えば、白石(2007)は、陰性感情の対処として、不満や愚痴を誰かに聞いてもらうこと、他の人の意見を聞いて参考にすることが陰性感情の軽減につながった結果を示している。強いSOCをもつ看護師は、このような人的資源を柱にして否定的な感情や攻撃性を表現し、そこから患者への看護に生かせる術を見いだすことができると考えられる。

SOC低群はSOC高群に比べ、攻撃性が有意に高いことが見だされた(表7)ことから、弱いSOCをもつ看護師は感情を抑制することや、感情を溜め込むような対処をしていることが考えられる。香月ら(2006)は、Nurse Attitude Scale(NAS)における「敵意」の感情態度が強い精神科看護師は、患者との心理的距離が遠くなることを示している。また、佐々木(2002)は、攻撃性とソーシャル・サポートの関連性について、Houston & Vavak(1991)の結果を用いながら、敵意の高い人は敵意の低い人よりも、ソーシャル・サポートを求めたり、受け入れたりすることの回避が多いことを示している。どちらも攻撃性が人との距離を置くことを示唆するものである。SOC高群とSOC低群において「コミュニケーションの困難さ」と「看護介入の困難さ」の精神科職場環境ストレッ

サー因子得点に有意な差が見いだされたが、これは、どちらも高度な人間関係が要求されることが伺える。精神科職場環境ストレス尺度の第4因子を除く下位尺度はいずれも、多面的感情状態尺度の「倦怠」と弱い負の相関があり(表5)、さらに、BAQ尺度の合計と「敵意」と「身体的攻撃」と否定的感情状態である「倦怠」との間にも弱い正の相関が認められた(表6)。このような対処は、根本的な解決がないために精神的な影響を看護師に与えることが考えられる。それは攻撃性以外の否定的感情状態やストレス感情が関連することからも推測される。看護業務の中で困難に遭遇した場合、精神科看護師は一つのことに戸惑い続けてはいられない。量的にも質的にも負担を強いるため、看護師は感情側面から限界を見据え、他人を活用することが重要であると考えられる。SOCを健康指標と考えた場合、精神科看護師については、感情側面を把握することの必要性が考えられる。

結 論

1. 精神科病棟における職場環境ストレスラーとして、第1因子「コミュニケーションの困難さ」、第2因子「看護師への否定的行動化」、第3因子「看護介入の困難さ」、第4因子「患者の不安定な感情への巻き込まれ」、第5因子「言葉による暴力」、第6因子「医療・看護への絶対的拒絶」と考えられる因子構造が見いだされた。
2. 精神科には、「言葉による暴力」「医療・看護への絶対的拒絶」に象徴されるように、看護師に対して精神的な混乱に導くような、否定的な感情を喚起させるようなストレスラーがあることが示唆された。
3. 精神科看護師のSOCは感情関連変数に影響する主要な要因であることが示された。なかでも、否定的感情状態や攻撃性やストレス感情への影響が示された。
4. 精神科看護師がもつSOCの強さの違いにより、主観的に感じる感情に差が認められた。ポジティブな感情は、SOCの強さに違いはなかった。しかし、ネガティブな感情は、弱いSOCをもつ看護師の方がその感情を強く感じていた。

謝辞

研究に参加いただいた看護師の皆様、調査の許可や日程調整をしてくださった看護部長をはじめとする病院関係者の皆様に、心よりお礼申し上げます。

引用文献

1. 安藤明人, 曾我祥子, 山崎勝之, 他(1999): 日本版 Buss-Perry 攻撃性質問紙 (BAQ)の作成と妥当性、信頼性の検討. 心理学研究, 70(5):384-392.
2. 安東由佳子, 片岡健, 小林敏生(2006): 神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレスターの探索. 日本看護研究学会誌, 29(1):45-55.
3. Antonovsky A(1979): Health, Stress, and Coping: New Perspective on Mental and Physical Well-being. Jossey-Bass Publishers.
4. Antonovsky A(1987): Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers. (山崎喜比古, 吉井清子訳(2001):健康の謎を解く - ストレス対処と健康保持のメカニズム. 有信堂高文社) .
5. 青林唯(2006): 感情制御, 個人差, パーソナリティ. 北村英哉, 中西健夫: 感情研究の新展開. 234-261, ナカニシヤ出版.
6. Firth H, McIntee J, McKeown P, et al(1986): Burnout and professional depression: related concepts?. Journal of Advanced Nursing, 11(6):633-41.
7. 福田正治(2006): 感じる情動・学ぶ感情. 77-87, ナカニシヤ出版.
8. 八田武志(1995): J-SACL-情動語によるストレス診断テスト-マニュアル. ファブリック情報システム.
9. Hochschild AR(1983): The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. University of California Press. (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) .
10. Houston BK, Vavak CR(1991): Cynical hostility: Developmental factors, psychosocial correlates, and health behaviors. Health Psychology, 10, 9-10.
11. 香月富士日, 後藤雅博, 染矢俊幸(1993): 患者-看護師間の心理的距離を構成する要素-精神科看護における心理的距離と感情態度、バーンアウト、看護経験との関係-. 日本社会精神医学会雑誌, 1(1):3-11.
12. 北岡(東口)和代, 谷本千恵, 林みどり, 他(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(1):7-12.
13. Kuhl J(2000): The volitional basis of Personality Systems Interaction Theory: applications in learning and treatment context. International Journal of Educational Research, 33:665-703.
14. Leiter MP, Maslach C(1988): The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organizational Behavior,

- 9(4):297-308.
15. 日本看護協会(2004): 看護研究における倫理指針. 日本看護協会.
 16. 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.
 17. 佐々木恵(2002): 攻撃性の行動科学 -健康編-. 島井哲志, 山崎勝之編, 200-211, ナカニシヤ出版.
 18. Schüffel W, Brucks U, et al (1998): Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft. (橋爪誠・訳(2004): 健康生成論の理論と実際-心身医療, メンタルヘルス・ケアにおけるパラダイム転換. 三輪書店) .
 19. 白石美由紀(2007): 看護師の陰性感情に対する効果的な対処行動に関する研究. 神奈川県立保健実践教育センター 看護研究集録 29(32):245-252.
 20. 武井麻子(2001): 感情と看護-人とのかかわりを職業とすることの意味. 医学書院.
 21. 田尾雅夫, 久保真人(1996): バーンアウトの理論と実際 - 心理学的アプローチ. 誠信書房.
 22. 寺崎正治, 岸本陽一, 古賀愛人(1992): 多面的感情状態尺度の作成. 心理学研究, 62(6):350-356.
 23. 寺崎正治(1994): 多面的感情状態尺度の作成と性格研究への応用. 磯博之, 杉岡幸三編: 情動・学習・脳. 139-150, 二瓶社.
 24. 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古(2005): 13項目5件法版 Sense of Coherence Scale の信頼性と因子的妥当性の検討. 民族衛生, 71(4):168-182.
 25. 山崎登志子, 齋二美子, 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ッサーとストレス反応との関連について. 日本看護研究学会雑誌, 25(4):73-84.
 26. 湯川進太郎(2004): [臨床心理学と社会心理学] ストレスと攻撃. ストレス科学, 19(3):167-174.
 27. 文部科学省, 厚生労働省(2002): 疫学研究に関する倫理指針.
http://www.mext.go.jp/a_menu/shinkou/seimei/epidemiological/04122801.htm

表1 研究対象者の属性

		人数 (n=115)	%
性別 (n=115)	男性	41	35.7
	女性	74	64.3
年齢 (n=113)	20～29 歳	26	23.0
	30～39 歳	40	35.4
	40～49 歳	22	19.5
	50～59 歳	24	21.2
	60～64 歳	1	0.9
婚姻状況 (n=114)	既婚	64	56.1
	未婚	44	38.6
	死別など	6	5.3
子どもの有無 (n=114)	有り	62	54.4
	無し	52	45.6
経済的ゆとり (n=114)	有り	4	3.5
	普通	56	49.1
	無し	54	47.4
看護職資格の種類 (n=114)	看護師	66	57.9
	准看護師	48	42.1
職位 (n=114)	スタッフ	97	85.1
	管理職	17	14.9
勤務病棟 (n=114)	急性期	53	46.5
	療養・慢性期	48	42.1
	外来	7	6.1
	その他	6	5.3
雇用形態 (n=114)	常勤	114	100.0
精神科経験期間 (n=113)	1 年未満	4	3.5
	5 年未満	24	21.2
	10 年未満	28	24.8
	15 年未満	26	23.0
	20 年未満	9	8.0
	25 年未満	6	5.3
	25 年以上	16	14.2
他科経験の有無 (n=113)	経験有り	63	55.8
	経験無し	50	44.2

表2 精神科職場環境ストレス尺度の因子構造

	1	2	3	4	5	6
医師との間で意見が相違した経験	0.70	0.09	0.13	0.14	0.15	-0.01
看護師間で意見が相違した経験	0.60	0.09	0.14	0.00	-0.06	-0.01
ヒステリー症状を繰り返す患者を看護した経験	0.59	0.17	0.25	0.35	0.11	0.19
医師から自分の考えと違う処置を求められた経験	0.57	0.26	0.08	0.08	0.33	0.08
上司との意見が相違した経験	0.57	0.24	0.20	0.24	0.07	0.12
患者から意図的に他者が操作される経験	0.53	0.14	0.30	0.18	0.13	0.23
家族や生活環境がケアの障害になる経験	0.45	0.00	0.25	0.13	0.23	0.16
重篤な身体合併症をもつ患者を看護した経験	0.37	0.12	0.36	0.19	0.08	0.15
患者から関わりを拒否された経験	0.11	0.98	0.05	0.08	0.16	-0.01
患者から役割を否定された経験	0.15	0.77	0.08	0.12	0.01	0.26
患者の逸脱した要求に譲歩せざるを得ない経験	0.20	0.48	0.20	0.10	0.07	0.17
患者の妄想の対象になった経験	0.21	0.44	0.25	0.20	0.38	0.28
家族に精神障害者がいる経験	0.17	0.39	0.22	0.14	0.17	0.13
無為・自閉状態にある患者を看護した経験	0.23	0.07	0.71	0.07	0.10	-0.09
診断の定まらない患者を看護した経験	0.39	0.20	0.64	0.19	0.06	0.07
拒薬状態にある患者を看護した経験	0.10	0.17	0.60	0.29	0.41	0.11
高度精神障害（強度の混迷・失見当識等）患者を看護した経験	0.28	0.07	0.56	0.25	-0.08	0.27
他者に迷惑行為を繰り返す患者を看護した経験	0.37	0.18	0.51	0.14	0.34	0.19
患者が指示を守らないという経験	0.13	0.32	0.44	0.33	0.17	0.10
拒食状態の患者を看護した経験	0.14	0.12	0.18	0.88	0.01	0.10
食べ吐きを繰り返す患者を看護した経験	0.27	0.14	0.10	0.83	0.04	0.02
心氣的訴えを繰り返す患者を看護した経験	0.11	0.12	0.36	0.53	0.17	0.11
患者が自傷行為をした経験	0.16	0.14	0.24	0.52	0.37	0.15
患者から言葉による暴力を受けた経験	0.25	0.29	0.17	0.12	0.81	0.13
家族が医療者を否定する経験	0.20	0.40	0.09	0.13	0.08	0.79
患者から暴力を受けた経験	0.13	0.45	0.23	0.06	0.30	0.47
患者が自殺を企図した経験	0.08	0.41	0.03	0.22	0.21	0.42
固有値	3.31	3.22	2.94	2.80	1.73	1.57
寄与率(%)	12.27	11.92	10.90	10.36	6.41	5.82
累積寄与率(%)	12.27	24.19	35.09	45.46	51.87	57.68

因子分析（最尤法・バリマックス回転）による

表3 使用した測定尺度のCronbachの α 係数

尺度	本研究	出典
SOC 尺度 (13 項目)	0.717	0.819
精神科職場環境ストレスナー尺度		
第1因子 (8 項目)	0.848	-
第2因子 (5 項目)	0.794	-
第3因子 (6 項目)	0.853	-
第4因子 (4 項目)	0.844	-
第5因子 (1 項目)	-	-
第6因子 (3 項目)	0.799	-
多面感情状態尺度		
抑鬱・不安 (5 項目)	0.867	0.84
敵意 (5 項目)	0.824	0.85
倦怠 (5 項目)	0.715	0.82
活動的快 (5 項目)	0.814	0.89
非活動的快 (5 項目)	0.825	0.84
親和 (5 項目)	0.831	0.87
集中 (5 項目)	0.809	0.81
驚愕 (5 項目)	0.793	0.88
BAQ 尺度		
合計 (22 項目)	0.820	0.810
短気 (5 項目)	0.783	0.735
敵意 (6 項目)	0.758	0.716
身体的攻撃 (6 項目)	0.692	0.782
言語的攻撃 (5 項目)	0.675	0.700
J-SACL 尺度		
ストレス因子 Positive 質問 (10 項目)	0.921	-
Negative 質問 (8 項目)	0.931	-
覚醒因子 Positive 質問 (7 項目)	0.910	-
Negative 質問 (5 項目)	0.709	-

表 4 SOC と精神科職場環境ストレス尺度、感情関連変数との順位相関係数

	SOC との順位相関係数
精神科職場環境ストレス尺度	
合計	0.22
第1因子	0.29
第2因子	-
第3因子	0.21
第4因子	-
第5因子	-
第6因子	-
多面的感情状態尺度	
抑鬱・不安	-0.33
敵意	-0.45
倦怠	-0.39
活動的快	0.21
非活動的快	-
親和	-
集中	-
驚愕	-
BAQ 尺度	
合計	-0.47
短気	-0.40
敵意	-0.49
身体的攻撃	-0.27
言語的攻撃	-
J-SACL 尺度	
ストレス因子	-0.47
覚醒因子	0.38

有意水準 5%未満で、かつ r が 0.2 以上のものを示す

表5 精神科職場環境ストレス尺度と感情関連変数との順位相関係数

	精神科職場環境ストレス尺度						
	合計	第1 因子	第2 因子	第3 因子	第4 因子	第5 因子	第6 因子
多面的感情状態尺度							
抑鬱・不安	-	-	-	-	-	-	-
敵意	-	-	-	-	-	-0.23	-
倦怠	-0.27	-0.27	-0.22	-0.25	-	-0.20	-0.31
活動的快	-	-	-	-	-	-	-
非活動的快	-	-	-	-	-	-	-
親和	-	-	-	-	-	-	-
集中	-	-	-	-	-	-	-
驚愕	-	-	-	-	-	-	-
BAQ 尺度							
合計	-0.32	-0.31	-0.32	-0.34	-	-0.22	-0.27
短気	-	-	-	-	-	-	-
敵意	-0.26	-0.29	-0.29	-0.28	-	-	-0.24
身体的攻撃	-0.23	-	-0.24	-0.24	-	-	-0.28
言語的攻撃	-	-	-	-	-	-	-
J-SACL 尺度							
ストレス因子	-	-	-	-	-	-	-
覚醒因子	-	-	-	-	-	-	0.22

有意水準 5%未満で、かつ r が 0.2 以上のものを示す

表6 感情関連変数間の順位相関係数

	多面的感情状態尺度								BAQ 尺度					J-SACL 尺度	
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮
多面的感情状態尺度															
①抑鬱・不安	1.00														
②敵意	0.43	1.00													
③倦怠	0.53	0.45	1.00												
④活動的快	-	-	-0.29	1.00											
⑤非活動的快	-0.20	-	-	0.54	1.00										
⑥親和	-	-	-	0.60	0.39	1.00									
⑦集中	0.30	-	-	0.39	0.26	0.36	1.00								
⑧驚愕	0.48	0.58	0.24	-	-	0.26	0.21	1.00							
BAQ 尺度															
⑨合計	-	0.51	0.29	-	-	-	-	0.22	1.00						
⑩短気	-	-	-	-	-	-	-	-	0.81	1.00					
⑪敵意	0.24	0.35	0.30	-	-	-	-	-	0.70	0.51	1.00				
⑫身体的攻撃		0.37	0.24	-	-	-	-	0.21	0.71	0.44	0.29	1.00			
⑬言語的攻撃	-	-	-	-	-	-	-	-	0.46	0.24		0.23	1.00		
J-SACL 尺度															
⑭ストレス因子	0.60	0.47	0.55	-0.51	-0.47	-0.28	-	-	0.30	-	0.44	0.23	-	1.00	
⑮覚醒因子	-0.49	-0.37	-0.63	0.60	0.43	0.38	-	-	-0.22	-	-0.33	-	-	-0.84	1.00

有意水準5%未満で、かつ r が 0.2 以上のものを示す

表7 SOC 得点群別の感情関連得点及び精神科職場環境ストレス得点の比較

	Kruskal-Wallis 検定 P値	多重比較	
多面的感情状態尺度			
否定的感情状態			
抑鬱・不安	0.008	低 > 高	
敵意	0.001	低 > 高	中 > 高
倦怠	0.004	低 > 高	
肯定的感情状態			
活動的快			
非活動的快			
親和			
中性的感情状態			
集中			
驚愕			
BAQ 尺度			
合計	0.001	低 > 高	低 > 中
短気	0.001	低 > 高	
敵意	0.001	低 > 高	低 > 中
身体的攻撃	0.018	低 > 高	
言語的攻撃			
J-SACL 尺度			
ストレス因子	0.001	低 > 高	低 > 中
覚醒因子	0.001	低 < 高	低 < 中
精神科職場環境ストレス尺度			
合計	0.025		中 < 高
第1因子	0.005	低 < 高	中 < 高
第2因子			
第3因子	0.021	低 < 高	
第4因子			
第5因子	0.054		中 < 高
第6因子			

※ 多重比較は、Bonferroni の修正によった

表8 多面的感情状態尺度を目的変数とした重回帰分析

説明変数	多面的感情状態尺度							
	抑鬱・不安	敵意	倦怠	活動的快	非活動的快	親和	集中	驚愕
SOC	-0.37***	-0.46***	-0.36***	0.27**	0.23*			-0.20*
ストレス第1因子					-0.28*			
ストレス第2因子								
ストレス第3因子								
ストレス第4因子								
ストレス第5因子								
ストレス第6因子			-0.26**					
性別							-0.29*	
年齢								
精神科経験期間								0.19*
他科経験				0.18*				
経済的ゆとり								
重相関係数	0.45	0.40	0.53	0.34	0.32		0.27	0.26
自由度調整済み決定係数	0.18	0.20	0.26	0.10	0.07		0.06	0.05
分散分析 P値	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	---	0.003	0.016

*** $P < 0.001$ ** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

表9 BAQ 尺度を目的変数とした重回帰分析

説明変数	BAQ 尺度				
	合計	短気	敵意	身体的 攻撃	言語的 攻撃
SOC	-0.43***	-0.45***	-0.43***	-0.21*	
ストレッサー第1因子					
ストレッサー第2因子	-0.21*				
ストレッサー第3因子					
ストレッサー第4因子			0.21*		
ストレッサー第5因子					
ストレッサー第6因子				-0.22*	
性別				-0.20*	
年齢					
精神科経験期間	0.20*				0.21*
他科経験					
経済的ゆとり					
重相関係数	0.54	0.45	0.58	0.41	0.30
自由度調整済み決定係数	0.27	0.20	0.31	0.15	0.07
分散分析 P値	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.009

*** $P < 0.001$ ** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

表 10 J-SACL 尺度を目的変数とした重回帰分析

説明変数	J-SACL 尺度	
	ストレス因子	覚醒因子
SOC	-0.50***	0.35***
ストレッサー第1因子		
ストレッサー第2因子		
ストレッサー第3因子		
ストレッサー第4因子		
ストレッサー第5因子		
ストレッサー第6因子		
性別		
年齢		
精神科経験期間		
他科経験	-0.17*	0.18*
経済的ゆとり	0.17*	
重相関係数	0.59	0.52
自由度調整済み決定係数	0.33	0.25
分散分析 <i>P</i> 値	< 0.001	< 0.001

****P* < 0.001 ***P* < 0.01 **P* < 0.05

図1 研究の概念枠組み

