
原 著

終末期ケアに携わる看護師のストレスに起因した ポジティブな変化がバーンアウトに及ぼす影響

Effects of stress related positive change on burnout among nurses
in end-of-life care

伊藤まゆみ¹⁾
Mayumi Ito

金子多喜子²⁾
Takiko Kaneko

大場 良子³⁾
Ryoko Ohba

藤塚未奈子¹⁾
Minako Fujizuka

キーワード：終末期ケア、看護師、バーンアウト、ストレスに起因したポジティブな変化

key words : end-of-life care, nurses, burnout, stress related positive change

要 旨

近年、ストレスに起因してポジティブな変化が生じることが明らかにされている。このことは終末期ケアにおける看護師のバーンアウト予防に貢献すると考えられるが、これらの検討は不足している。本研究目的は、終末期ケアに携わる看護師のストレスに起因したポジティブな変化がバーンアウトに及ぼす影響を明らかにすることである。本研究では、終末期ケアにおいてストレスフルなケアを体験した看護師 207 名に、バーンアウト、意味づけ並びに外傷後成長の質問紙調査を実施した。バーンアウトの下位尺度である情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感を目的変数に、その他の測定変数を説明変数とした重回帰分析を行った。その結果、個人的達成感には意味づけや外傷後成長が影響していた。これらの結果、看護師がストレスに起因してポジティブな変化が生じれば、個人的達成感の低下は改善する可能性が示唆された。

Abstract

It has been recently suggested that positive changes can result from stressful experiences. Such changes are considered as contributing to the prevention of burnout among nurses involved in stressful, end of life care. However, this phenomenon has not been sufficiently investigated to date. Effects of positive changes resulting through stress experienced by nurses involved in end of life care, and the effects of these changes on burnout were investigated. A questionnaire survey was conducted with ward nurses ($N=207$) that had stressful experiences related to end of life care. The questionnaire included items on burnout, meaning making, and posttraumatic growth. Multiple regression analysis was conducted for burnout, assessed by emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment subscales as an objective variable and other measures as explanatory variables. The results indicated that personal accomplishment was affected by meaning making and posttraumatic growth. It is suggested that low personal accomplishment among nurses can be improved through positive changes resulting from stressful experiences.

受付日：2015 年 10 月 13 日 受理日：2016 年 2 月 2 日

1) 共立女子大学 看護学部 2) 杏林大学 保健学部 3) 埼玉県立大学 保健医療福祉学部

I 問題と目的

看護師がうつ状態やバーンアウトに陥ると、勤務をしていても職務が遂行できない、仕事の質と量の低下、並びに対人関係の不十分さなどによって生産性不全が生じると指摘されている¹⁾⁻³⁾。このため、看護ケアの質を高め、生産性を向上させるためには、看護師のバーンアウトやうつ状態を予防することが課題となる。

なかでも、終末期ケアに携わる看護師は、死に近く患者の機能喪失に関連したネガティブな感情や鎮静に関連した倫理的問題を扱う機会が多く、ケアに関連した不安、葛藤、無力感や限界感などの苦悩を体験している⁴⁾⁻⁷⁾。このようなストレスに対処できなければネガティブな感情は反すうされ、看護師はストレス障害やバーンアウトに陥ることも示唆されている^{8) 9)}。また、緩和ケア認定看護師を対象にした調査では約50%にバーンアウトの兆候があると指摘されている¹⁰⁾。一方で終末期ケアがストレスフルな職務であっても、高いコミットメントやレジリエンスによってウェルビーイングを促進できる看護師もいる¹¹⁾。すなわち、終末期ケアがストレスフルな職務であっても、そのケアに携わる看護師がバーンアウトを予防できるか否かには個人差がある。

バーンアウト (burnout syndrome) は燃え尽き症候群と訳され、主に職業性ストレス反応として研究がなされてきた¹²⁾。Maslach & Jackson は¹²⁾、バーンアウトを「長期にわたる対人援助過程において、解決困難な問題に常にさらされた結果に生じる極度の心身疲労と情緒の枯渇をきたした状態」と定義し、その測定用具として、「脱人格化 (depersonalization)」、「個人的達成感 (personal accomplishment) の低下」、「情緒的消耗感 (emotional exhaustion)」の3つの概念で構成される Maslach Burnout Inventory (MBI) 尺度を開発した。その後、MBI は邦訳され、改訂版 MBI が作成されている¹³⁾。改訂版 MBI によれば、情緒的消耗感とは、心理的要素が中心となって生じる疲労感や虚脱感である。脱人格化とは、クライアントとの煩わしい関わりを避けたり、個々のクライアントの個人差や人格を無視したりして、機械的に対応する傾向である。個人的達成感の低下とは、仕事の成果に伴って感じる成功感や効力感の

低下である。これら下位尺度は「情緒的消耗感」と「脱人格化」とは関連があるが、それらと「個人的達成感の低下」とはほとんど関連がなく^{14) 15)}、「個人的達成感の低下」と他の2つは影響要因が異なる可能性が考えられる。

また、バーンアウトは感情労働や資源保持理論の観点からも検討されている。Zapf は¹⁶⁾「バーンアウトはケア提供者が患者や顧客などの感情面での要求に応えようと努力した結果、その要求を適切に管理し、応えることができなくなった状態である」と述べ、Hobfoll は¹⁷⁾「ストレスに対する対処 (coping) が機能した場合には健康が保持され、資源が獲得されるが、対処に失敗した場合にはバーンアウトになる」と述べている。これら定義を参考にすれば、看護師がストレスフルなケアに対してバーンアウトを予防できるか否かには、Lazarus & Folkman に¹⁸⁾ よるストレスに対する情動焦点型対処、問題焦点型対処並びに再評価という対処だけではなく、ケア提供者として努力した結果を成果として知覚し、その成果を自己資源として位置づけることで自身の情緒を安定させる能力が関係すると考えられる。

これまで、看護師を対象とした研究では、バーンアウトは、職業性ストレスや感情労働の観点から職場環境、対象属性、対人関係、ストレス対処、感情労働、満足感など様々な要因が検討され^{10) 19)-22)}、その予防が示唆されてきた。しかし、これらの要因において、外的要因を調整するだけでは看護師のバーンアウトを予防することには限界がある。また、多くの研究は要因の検討に留まり、バーンアウト予防のための支援が十分に検討されていない。伊藤らは²³⁾、終末期ケアに携わる看護師のバーンアウトの予防において、Leventhal らが²⁴⁾ 提唱した「自身で心身の不調に気づき、対処し、回復させるという自己調節力」によって不快な感情を低減できることが不可欠であり、そのための心理教育的支援が課題となると主張している。

近年、ストレスフルな体験は悪いことばかりではなく、そのストレスに起因した成長 (stress related growth) や外傷後成長 (posttraumatic growth) が生じると報告されている^{25) 26)}。終末期ケアでは、看護師が悲しみや後悔などのネガティブな感情を伴う患者の看取りを通して成長すること²⁷⁾ や、看護学生が臨死患者ケアに心的衝

撃を受けるが、そのケアやストレス体験に意味を見出し、ケア効力感を回復し、成長することが報告されている²⁸⁾。

このようなストレスフルな体験に起因したポジティブな変化は、ストレスに対処したことによる成果として個人の達成感に結びつきやすく、バーンアウトにおける「個人的達成感の低下」の改善に貢献する可能性がある。また、そのような成果の知覚は、その成果を個人の資源として認識し、新たなストレスに対処するための効力として機能すると考えられる。すなわち、終末期ケアに携わる看護師のバーンアウトの予防には、ストレスに対する対処とそのストレスに起因したポジティブな変化に対する知覚によって、情緒が安定するように自己調節できることが効果的と考えられる。

これまで、終末期ケアに携わる看護師や看護学生のストレスに起因したポジティブな変化に関する報告は散見するが^{27) 28)}、その変化がバーンアウトに及ぼす影響について量的に検討することは不足している。したがって、本研究の目的は、終末期ケアに携わる看護師のストレスに起因したポジティブな変化として意味づけと外傷後成長がバーンアウトに及ぼす影響を検討することで、バーンアウト予防に向けた心理教育的支援の示唆を得ることである。

Ⅱ 方 法

1. 対 象 者

全国 47 都道府県の総合病院（主にかん拠点病院）や緩和ケア病棟を有する病院のうち、調査協力が得られた 36 施設においてがん患者の終末期ケアに携わっている看護師 448 名を対象とした。このうち次の調査要件を満たした看護師 207 名（23 都道府県 35 施設）を分析対象とした。調査要件は、調査時にほぼ毎日あるいは 1 週間に複数回、終末期がん患者に関わり、そのケアにおいてストレスフルな体験（以後ストレス体験と略す）をした病棟看護師で、調査内容全ての回答者であった。

2. 調査時期

2013 年 12 月～2014 年 1 月であった。

3. 調査内容

本研究は過去の終末期ケアにおけるストレス体験やそれに起因した対処や変化が現在のバーンアウトの兆候にどのように影響しているかを検討する。このため、調査内容は対象の属性、現在のバーンアウトの兆候とそのバーンアウトに影響すると考えられるストレス対処特性としての対処方略、ストレスに起因したポジティブな変化としてストレスに対する意味づけと外傷後成長、自己効力感であった。

質問紙調査票は、対象の属性と妥当性・信頼性が確認されている尺度で構成された。対象の属性には、調査要件を確認するために性別、年齢、看護経験年数、終末期ケア経験年数、勤務病棟：緩和ケア・緩和ケア病棟以外の病棟（以後非緩和ケア病棟と略す）、終末期がん患者ケアに携わる頻度、認定看護師あるいは専門看護師資格の有無、終末期ケアにおける過去のストレス体験の有無と時期（3 ヶ月以内、半年位前、1 年位前、2 年位前）を含めた。また、用語の定義として、がん患者の終末期ケアとはがんに罹患し、治療をしても治る見込みのない予後不良状態や生命予後が 6 ヶ月程度の人を対象としたケアであること、ストレスフルなケアとは、辛い、苦しいと感じたり、難しいと思えたりするケアであり、それまでのあなたのやり方では、すぐに解決できそうもないケアであることを書面で説明した。質問紙調査票では以下の 5 つの尺度を用いた。

1) **バーンアウト尺度 (Maslach Burnout Inventory : MBI 改訂版)**¹³⁾ : MBI 改訂版は Maslach & Jackson¹²⁾ が開発したバーンアウト測定尺度の邦訳版である。本尺度は 18 項目（5 件法）で、「情緒的消耗感」（5 項目）、「脱人格化」（6 項目）、「個人的達成感の低下」（6 項目）の下位尺度で構成される。得点の高さがバーンアウトの程度の強さを示す。「個人的達成感の低下」は逆転項目である。

2) **3次元モデルにもとづく対処方略尺度 (TAC-24 : Axial Coping Scale)**²⁹⁾ : TAC-24 は、対処次元を、①「問題焦点か情動焦点か」、②「接近か回避か」、③「反応系が認知系か行動系か」とし、それらの組み合わせで「情報収集」、「放棄諦め」、「肯定的解釈」、「計画立案」、「回避的思考」、「気晴らし」、「カタルシス」、「責任転嫁」の 24 項

目(5件法)8下位尺度(各3項目)で構成される。本調査では認知的、情動的、行動的なストレスの対処を測定するために「情報収集」、「肯定的解釈」、「回避的思考」、「放棄・諦め」を用いた。得点の高さが対処方略を行う頻度の多さを示す。

3) 意味づけにおける同化と調節尺度 (Assimilation and Accommodation of Meaning Making Scale : AAMS)²⁸⁾ : AAMSはストレスに対する意味づけの過程を「同化」と「調節」の観点から測定する。同化とは自身がもつ世界観や自己観に一致するような出来事を再解釈することで、調節とはその出来事によって示唆された新しい情報を取り入れ、自身の世界観や自己観を変化させることである。本尺度は14項目(5件法)で「調節」と「同化」の各7項目の下位尺度で構成される。得点の高さが意味づけによる認知的対処能力の高さを示す。

4) 日本語版外傷後成長尺度 (Posttraumatic Growth Inventory-Japanese version : PTGI-J)³¹⁾ : PTGI-Jは、Tedeschi & Colhoun²⁶⁾が開発した心的外傷後成長測定尺度の邦訳版である。本尺度は26項目(6件法)で「他者との関係」、「新たな可能性」、「人間としての強さ」、「精神的変容および人生に対する感謝」の下位尺度で構成される。本研究では、認知的再評価に関連した成長を測定するために、「新たな可能性」と「人間としての強さ」の各4項目の下位尺度を用いた。得点の高さが外傷後に個人が知覚している成長の大きさを示す。

5) 特性的自己効力感尺度³²⁾ : 特性的自己効力感尺度はShererら³³⁾が開発した自己効力感測定尺度の邦訳版である。原尺度は①「行動を起こす意思」、②「行動を完了しようと努力する意思」、③「逆境における忍耐」で構成されているが、邦訳版は1因子構造の23項目(5件法)であった。得点の高さが特性的自己効力感の高さを示す。

4. 調査手続き

対象者には所属組織を通して自記式質問紙調査表を配布した。また、対象者には調査用紙の書面で研究目的、方法、倫理的配慮を説明し、承諾が得られた場合に回答するように依頼した。調査用紙は個別郵送あるいは施設留め置きのいずれかの方法で回収した。

5. 分析方法

まず、記述統計により対象者の調査要件の確認と対象者の特徴を検討した。次に対象の属性別(看護経験年数、終末期ケア経験年数、勤務病棟、ストレス体験時期)にバーンアウトの平均値を比較することで、属性によるバーンアウトへの影響を検討した。その後、測定変数間の関連をピアソンの相関係数で確認し、バーンアウトと対処との関連、対処間の関連、重回帰分析の多重共線性について検討した。最後に重回帰分析で、ストレスに起因したポジティブな変化がバーンアウトに及ぼす影響を検討した。

6. 倫理的配慮

対象者には、調査用紙の書面で研究目的、方法、倫理的配慮を説明し、自由意思による参加を保証した。参加の同意は回答データの返信によって確認した。回答データは調査対象者が設定したIDで管理され、調査対象以外は個人のデータを特定することができない状況で、個人情報保護を行った。なお、本研究は共立女子大学研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号: KWU-IRBA#13047)。

Ⅲ 結 果

1. 対象の基本属性

対象の基本属性を表1に示した。性別は男性4名、女性203名、平均年齢は32.5歳(SD 7.70)であった。平均看護経験年数は9.9年(SD 7.32)、平均終末期ケア経験年数は5.1年(SD 4.37)であった。次に看護経験年数は職務や役割が変化しやすい年数を目安に5群(1群: 1-2年目、2群: 3-5年目、3群: 6-10年目、4群: 11-20年目、5群: 21年目以上)に、終末期ケア経験年数は21年目以上の者が少なかったために4群(1群: 1-2年目、2群: 3-5年目、3群: 6-10年目、4群: 11年目以上)に分類し、構成割合を確認した。その結果、看護経験年数では4群(64名、30.9%)が、終末期ケア経験年数では2群(86名、41.5%)が最も多かった。勤務病棟は緩和ケア病棟が93名(44.9%)、非緩和ケア病棟が114名(55.1%)であり、若干、非緩和病棟勤務者が多かった。緩和ケア病棟勤務者の平均年齢は36.5歳(SD 6.39)、看護経験年数は14.0年(SD 6.23)、終末期ケア経

表 1 対象基本属性

		N=207	
項目		n	%
性別	男性	4	1.9
	女性	203	98.1
看護師経験年数	1 群：1-2 年	25	12.1
	2 群：3-5 年	60	29.0
	3 群：6-10 年	37	17.9
	4 群：11-20 年	64	30.9
	5 群：21 年以上	21	10.1
終末期ケア経験年数	1 群：1-2 年	64	30.9
	2 群：3-5 年	86	41.5
	3 群：6-10 年	35	16.9
	4 群：11 年以上	22	10.6
勤務病棟	緩和ケア病棟	93	44.9
	非緩和ケア病棟	114	55.1
認定・専門看護師資格	あり	9	4.3
	なし	198	95.7
ストレス体験時期	3 ヶ月以内	115	55.6
	半年位前	41	19.8
	1 年位前	32	15.5
	2 年位前	19	9.2

験年数は 5.2 年 (SD 4.19) であり、非緩和ケア病棟勤務者の平均年齢は 28.8 歳 (SD 6.90)、看護経験年数は 6.6 年 (SD 6.43)、終末期ケア経験年数は 4.9 年 (SD 4.52) であった。これらの平均値を対応のない t 検定で比較した結果、年齢と看護経験年数は非緩和ケア病棟勤務者に比べ緩和ケア病棟勤務者が高く、1%水準で有意差があった。ストレス体験時期は 3 ヶ月以内者が 115 名 (55.6%) と最も多く、半年位前が 41 名 (19.8%)、1 年位前が 32 名 (15.5%)、2 年位前が 19 名 (9.2%)

であり、対象の半数強は 3 ヶ月以内にストレスを体験していた。

2. 属性別バーンアウトの平均値の比較

バーンアウトの影響要因として対象属性を検討するために、属性別測定変数の平均値を比較した (表 2)。

看護経験年数 5 群における測定変数の平均値を一元配置分散分析で比較し、下位検定は Tukey 法による多重比較を行った。その結果、「情緒的消耗感」は群間で有意差があり (F (4, 202) = 6.63, $p < .001$)、多重比較では 1 群 > 4 群と 2 群 > 4 群が 1%水準で、1 群 > 5 群と 2 群 > 5 群が 5%水準で有意差があった。また、「脱人格化」は群間で有意差があり (F (4, 202) = 3.87, $p < .001$)、多重比較では 2 群 > 4 群が 1%水準で、2 群 > 5 群が 5%水準で有意差があった。「個人的達成感の低下」は 5%水準で有意差がなかった。また、終末期ケア経験年数 4 群におけるバーンアウトの平均値を一元配置分散分析で比較した結果、5%水準で有意差がなかった。

勤務病棟 2 群におけるバーンアウトの平均値を対応のない t 検定で比較した。その結果、「情緒的消耗感」と「脱人格化」は、緩和ケア病棟に比べ非緩和病棟が高く、0.1%水準で有意差があった。「個人的達成感の低下」は 5%水準で有意差がなかった。

ストレス体験時期 4 群におけるバーンアウトの平均値を一元配置分散分析で比較した結果、「個人的達成感の低下」は群間に有意差 (F (3, 203)

表 2 対象属性別バーンアウトの比較

		N = 207						
属 性		n	情緒的消耗感		脱 人 格 化		個人的達成感低下	
			M (SD)	有 意 差	M (SD)	有 意 差	M (SD)	有 意 差
全 体		207	16.7 (4.80)		13.4 (5.51)		21.2 (4.18)	
看護師経験年数	1 群：1-2 年	25	19.0 (4.68)	1 群 > 4 群 **	14.2 (4.56)	2 群 > 4 群 **	22.5 (4.17)	
	2 群：3-5 年	60	18.4 (4.85)	1 群 > 5 群 *	15.2 (6.55)	2 群 > 5 群 *	21.1 (4.49)	
	3 群：6-10 年	37	16.8 (4.86)	2 群 > 4 群 **	13.6 (5.68)		21.2 (3.80)	ns
	4 群：11-20 年	64	15.0 (4.21)	2 群 > 5 群 *	11.9 (4.49)		20.6 (4.03)	
	5 群：21 年以上	21	14.8 (4.01)		11.2 (4.11)		21.5 (4.34)	
勤務病棟	緩和ケア病棟	112	15.0 (4.50)	***	12.2 (5.08)	***	21.2 (3.84)	ns
	非緩和ケア病棟	128	18.2 (4.57)		14.3 (5.68)		21.1 (4.45)	
ストレス体験時期	1 群：3 ヶ月以内	115	16.6 (4.86)		13.2 (5.40)		21.8 (4.06)	*
	2 群：3 ヶ月以上経過	92	16.9 (4.75)	ns	13.5 (5.66)	ns	20.4 (4.22)	

注) 看護師経験年数の比較は一元配置分散分析、下位検定は Tukey 法による多重比較
勤務病棟とストレス体験時期別比較は対応のない t 検定

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

=2.71, $p<.05$)があったが、多重比較では有意差がなかった。このため、ストレスによる混乱や危機を脱する時期と対処の違いを考慮し、対象をストレス体験時期が3ヶ月以内(1群)か、それ以上経過(2群)かの2群で分類し、バーンアウトの平均値を対応のない t 検定で比較した。その結果、「情緒的消耗感」と「脱人格化」は5%水準で有意差がなかったが、「個人的達成感の低下」は2群に比べて1群が強く、5%水準で有意差があった。

3. 測定変数間の関連

バーンアウトと対処との関連、対処間の関連、重回帰分析の多重共線性について検討することを目的に、測定変数間の関連をピアソンの相関係数で確認した(表3)。バーンアウトとその他の測定変数の関連は、「情緒的消耗感」では、「自己効力感」と「情報収集」に弱い関連が、「脱人格化」では、「情報収集」、「回避的思考」、「放棄・あきらめ」、「同化」、「自己効力感」に弱い関連が、「個人的達成感」は、「回避的思考」と「放棄・あきらめ」を除いた各変数に弱から中程度の関連があった。ストレス対処特性とストレスに起因したポジティブな変化の各変数間の関連では、対処方略の「情報収集」と「肯定的解釈」は意味づけと外傷後成長の各下位尺度に弱い関連が、意味づけと外傷後成長の各下位尺度間には弱から中程度の関連があった。測定尺度の下位尺度間の関連で

は、MBIは「情緒的消耗感」と「脱人格化」には強い関連があったが、それらと「個人的達成感の低下」には関連がなかった。TAC-24の下位尺度間には部分的に弱から中程度の関連があり、AAMSとPTGI-Jは下位尺度間に強い関連があった。

4. ストレスに起因したポジティブな変化がバーンアウトに及ぼす影響

これまでの分析結果を踏まえ、対象はストレス体験時期別2群(1群:3ヶ月以内者、2群:3ヶ月以上経過者)に分類した。群別に対象属性である「看護経験年数」と「勤務病棟」、TAC-24の4下位尺度、「自己効力感」、AAMSの「調節」、PTGI-Jの「人間としての強さ」を説明変数とし、MBIの下位尺度を目的変数とした重回帰分析を行い、各測定変数がバーンアウトに及ぼす影響を確認した。なお、AAMSとPTGI-Jの尺度間に強い関連があったので、多重共線性を考慮し、AAMSの「同化」とPTGI-Jの「新たな可能性」を説明変数から除外した。分析はステップワイズ法(変数採用基準:有意確率5%水準以下)で行い、最も説明率が高かったモデルを採用した。説明率は調整済 R^2 (自由度調整済重相関係数2乗)を用いた(表4、5)。

ストレス体験時期別重回帰分析において、「情緒的消耗感」には、両群ともに、「勤務病棟」(1群: $\beta = -.47$, $p < .001$, 2群: $\beta = -.24$, $p < .01$)

表3 測定変数間の関連

												N=20
項 目	MBI 改訂版			TAC-24			AAMS		PTG		特 性 的 自己効力感	
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩		⑪
MBI 改訂版												
①情緒的消耗感	—	.75**	.14	-.20**	-.15*	.16*	.21**	-.18*	-.18**	-.15*	-.07	-.36**
②脱人格化			-.05	-.26**	-.16*	.24**	.35**	-.15*	-.21**	-.10	-.01	-.36**
③個人的達成感低下				-.29**	-.23**	-.10	.04	-.33**	-.37**	-.44**	-.37**	-.35**
TAC-24												
④情報収集					.38**	.14	-.15*	.24**	.32**	.35**	.31**	.18**
⑤肯定的解釈						.33**	.05	.25**	.18**	.18**	.32**	.31**
⑥回避的思考							.44**	.19*	.15*	.11	.15*	-.09
⑦放棄・あきらめ								-.02	-.10	-.03	.03	-.30**
AAMS												
⑧調 節									.79**	.52**	.37**	.27**
⑨同 化										.50**	.34**	.30**
PTGI-J												
⑩新たな可能性											.79**	.32**
⑪人間としての強さ												.31**
特性的自己効力感												—

注) MBI 改訂版: バーンアウト尺度邦訳版、TAC-24: 3次元モデルにもとづく対処方略尺度
AAMS: 意味づけにおける同化と調節尺度、PTGI-J: 日本語版外傷後成長尺度

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

表4 ストレス体験時期3ヶ月以内者（1群）の重回帰分析

説明変数	目的変数		
	MBI		
	情緒的 消耗感	脱人格化	個人的 達成感低下
看護年数経験			-.19*
勤務病棟	.47***	.26***	
TAC-24 情報収集			-.17*
放棄・あきらめ		.19*	
AAMS 調節			-.15†
PTGI-J 人間としての強さ			-.19*
特性的自己効力感	-.44***	-.42***	-.21*
調整済 R^2	.37***	.29***	.27***

表中の数値は標準偏回帰係数 † $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表5 ストレス体験時期3ヶ月以上経過者（2群）の重回帰分析

説明変数	目的変数		
	MBI		
	情緒的 消耗感	脱人格化	個人的 達成感低下
勤務病棟	.24*		
TAC-24 情報収集		-.35***	
放棄・あきらめ			
回避的思考		.43***	
PTGI-J 人間としての強さ			-.32***
特性的自己効力感	-.32**		-.23*
調整済 R^2	.12***	.26***	.17***

表中の数値は標準偏回帰係数 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

と「自己効力感」（1群： $\beta = -.44$, $p < .001$, 2群： $\beta = -.32$, $p < .01$ ）が影響していた。説明率は1群が37%に対し2群が12%であった。「脱人格化」は、1群では「勤務病棟」（ $\beta = .26$, $p < .001$ ）、「放棄・諦め」（ $\beta = .19$, $p < .05$ ）並びに「自己効力感」（ $\beta = -.42$, $p < .001$ ）が影響したのに対し、2群では「情報収集」（ $\beta = -.35$, $p < .001$ ）と「回避的思考」（ $\beta = .43$, $p < .001$ ）が影響していた。説明率は1群が29%に対し2群が26%であった。「個人的達成感の低下」は、1群では「看護経験年数」（ $\beta = -.19$, $p < .05$ ）、「情報収集」（ $\beta = -.17$, $p < .05$ ）、「自己効力感」（ $\beta = -.21$, $p < .05$ ）、「調節」（ $\beta = -.15$, $p < .10$ ）、「人間としての強さ」（ $\beta = -.19$, $p < .05$ ）が影響したのに対し、2群では「自己効力感」（ $\beta = -.23$, $p < .05$ ）と「人間としての強さ」（ $\beta = -.32$, $p < .001$ ）が影響していた。説明率は1群が27%に対し2群は17%であった。これらの結果より、ストレスに起因したポジティブな変化は、「個人的達成感の低下」に影響して

いた。

IV 考察

1. 対象の特徴

対象者のバーンアウトの兆候は、MBI改定版の診断基準（まだ大丈夫、平均的、注意、要注意、危険の5段階）によれば、「情緒的消耗感」は看護経験1-2年目が「注意」であり、「脱人格化」は、看護経験3-5年目が「注意」であったが、その他の看護経験年数や各勤務病棟では「情緒的消耗感」と「脱人格化」は「大丈夫」から「平均的」であった。一方で「個人的達成感の低下」は、看護経験年数や勤務病棟に関わらず、「危険」に位置していた。この結果は、和田と佐々木²²⁾の緩和ケア勤務者を対象に行った調査結果と同様な傾向を示した。終末期ケアに携わる看護師の「個人的達成感の低下」が顕著な理由として、終末期ケアは全人的苦痛の緩和やQOLの向上を通して患者の死を看取るケアであり、そのケアに携わる看護師は無力感や限界感を抱きやすく^{6) 7)}、その調節が不十分なことが「個人的達成感の低下」に影響したと考えられる。

2. 対象属性とバーンアウトの関係

属性別バーンアウトの比較により、「情緒的消耗感」や「脱人格化」は、看護経験や勤務病棟により差異があるが、その程度は「大丈夫」や「平均的」の者が多く、看護経験や勤務病棟との関係でその兆候を調節することが可能であったと考えられる。一方で、「個人的達成感の低下」は看護経験や勤務病棟による差異はなく、ストレス体験時期が3ヶ月以内か、以上経過かで差異があった。ストレス時期が3ヶ月以内者に比べそれ以上経過者で「個人的達成感の低下」は改善するが、その程度はいずれも「危険」に位置していた。

Lazarus & Folkman¹⁸⁾によれば、ある出来事が個人にとって害をもたらす、よりよく生きるうえで脅威となる、そのことに対処できないという認知的評価によってストレスが生じる。そのようなストレスはその後に効果的な対処ができれば低減する。このため、対象者のストレス体験時期が3ヶ月以内かそれ以上経過かで比較するならば、3ヶ月以上経過者の方が困難な出来事に対処する機会は増え、その対処が効果的であれば「個人的

達成感の低下」は3ヶ月以内者よりも改善すると考えられる。しかし、いずれの時期も対象者の「個人的達成感の低下」の兆候は「危険」の範囲であることから「個人的達成感の低下」に対する自己調節は不足していると考えられる。

3. ストレスに起因したポジティブな変化がバーンアウトに及ぼす影響

重回帰分析の結果、「個人的達成感の低下」には、ストレス体験時期3ヶ月以内者では、「看護経験年数」、「情報収集」、「調節」、「人間としての強さ」、「自己効力感」が影響し、3ヶ月以上経過者では、「人間としての強さ」と「自己効力感」が影響していた。また、「人間としての強さ」の標準回帰係数は3ヶ月以内者よりもそれ以上経過者が高かった。

意味づけは、個人が日常的に抱いている仮定が崩壊するようなストレスが生じたときに、「なぜこんなことが起きたのか」というような問いに対して、新たな意味を見出そうとして動機づけられる²⁵⁾。また、意味づけにおける調節とは「その出来事によって示唆された新しい情報を取り入れ、自身の世界観や自己観を変化させること」である³⁵⁾。外傷後成長とは、「困難な出来事を体験した後に知覚する個人のポジティブな変化」である²⁶⁾。このため、看護師はストレスを体験し、個人的達成感が低下したときに、これまでの価値観ではそのストレスを乗り越えることが難しいと感じると、積極的に「情報収集」という対処を行い、新しい意味を見出すことで自身のストレスを調節していると考えられる。そのような「情報収集」や意味づけによる「調節」によってストレス体験を乗り越えたことによる「人間としての強さ」を知覚すれば、看護師はストレスに起因したポジティブな変化に気づき、ストレスによって低下していた個人的達成感を改善できる可能性があると考えられる。また、測定変数間の関連より、このようなポジティブな変化を促進する要因が「自己効力感」であると考えられる。「自己効力感」は、看護師がストレスを乗り越える、辛さのなかで役割をやり遂げるという効力やその確信によって、「意味づけによる調節」を促進し、「人間としての強さ」を知覚させていると考えられる。

このようなポジティブな変化による心理的適応

は、ストレスを体験した直後ではなく、一定の期間が必要であるという指摘がある³⁴⁾。この観点では「人間としての強さ」はストレス体験後3ヶ月以内に比べ以後に影響が強くなると考えられるが、本研究は縦断的研究ではないためにその差異が時期による変化か個人の傾向かは特定できない。

ストレス体験時期に関わらず、「情緒的消耗感」や「脱人格化」には、ストレスに起因したポジティブな変化は影響してはいなかった。ストレス体験3ヶ月以内者では、「情緒的消耗感」や「脱人格化」には「勤務病棟」が影響し、非緩和ケア病棟勤務者であるときに「情緒的消耗感」や「脱人格化」が強まる傾向を示した。また、「脱人格化」は、ストレス体験時期3ヶ月以内者では「放棄・諦め」が3ヶ月以後者では「回避的思考」が影響していた。「放棄・諦め」と「回避的思考」は、いずれもストレスの辛さを一次的に逃避・回避するための情動焦点型の対処である²⁵⁾。このような情動焦点型対処を行えば、ストレスフルな状況は一時的に改善しても長期的には改善しにくい。そのため、心理的負担が増すような患者との感情交流を避けるという「脱人格化」が生じたと考えられる。また、「脱人格化」は終末期以外の患者も混在し、そのケアの違いによる煩雑さがある非緩和ケア病棟において増強することから、業務量が増加し、問題焦点型対処や再評価が十分に行えない状況においてストレスに対して回避的対処をとり、そのことで「脱人格化」が増強すると考えられる。

本研究において、終末期ケア看護師のバーンアウトの特徴として「個人的達成感の低下」が顕著であること、「情緒的消耗感」と「脱人格化」と異なり、「個人的達成感の低下」にはストレスに起因したポジティブな変化が影響していること、意味づけにおける「調節」と外傷後成長における「人間としての強さ」とに関連があることが明らかにされた。これらの知見において、看護師がストレスを体験しても、その体験に意味を発見できるような心理教育的支援ができれば、看護師は外傷後成長を知覚し、「個人的達成感の低下」を改善できると考えられる。このような心理教育的支援によってバーンアウトを予防することは、外的環境からバーンアウトのリスク要因を排除する予

防方略とは異なり、個人のストレスに対する認知的対処を促進するための自己調節支援である。そのような支援はバーンアウトを自身で予防するための自己資源の獲得支援にもなり、長期的なバーンアウトの予防にも貢献できると考えられる。

4. 結論と研究の限界

上述の検討より、ストレスに起因したポジティブな変化は「個人的達成感の低下」に影響する傾向があった。しかし、重回帰分析における説明率は十分といえない。説明率が不十分な要因の一つには、測定尺度が特性を測定する尺度であり終末期ケアの状況を十分に測定できていない可能性がある。

本研究の限界は、第1に、横断的調査研究であり、バーンアウトとストレスに起因したポジティブな変化との因果関係を特定するには限界がある。第2に、非緩和病棟勤務者の測定においては終末期ケア以外のケアの影響を統制することに限界がある。第3に今回使用した尺度は特性傾向を測定する尺度であり、終末期ケアの状況を詳細に把握することには限界がある。今後は、これらの限界を改善するために終末期ケアの状況を測定できる尺度開発や実験的介入により縦断的に調査することで因果関係を特定することが課題となる。

謝 辞

最後に、本研究は共立女子大学総合文化研究所の研究助成を受けて行われました。また、本研究は終末期ケアに携わる看護師とその関係者の皆様にご協力とご支援を頂きました。ご協力とご支援を頂いた皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) Noran P, Smojkins M: The mental health of nurses in the UK, *Adv Psychiat Treat*, 9, 374-379, 2003.
- 2) Ashtari Z, Farhady Y, Khodace MR: Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff, *Afr J Psychiatry*, 12, 71-74, 2009.
- 3) 井奈波良一: 女性看護師のバーンアウトの仕事の生産性への影響, *日本職業・災害医学雑誌*, 62(3), 173-178, 2014.
- 4) 犬童幹子: 看護者のメンタルヘルスに関する研究——がん看護に伴う看護者の不安に関する因果モデルの検証と再構築——, *日本看護科学学会誌*, 22(1), 1-22, 2002.

- 5) Schwarz, JK: Understanding and responding to patients' requests for assistance in dying. *Journal of Nursing Scholarsh*, 35(4), 377-384, 2003.
- 6) 畠山ともこ, 手島美子: 緩和ケア病棟における新人看護師の経験の特徴——一般病棟の臨床経験を有する看護師の場合——, *日本がん看護学会誌*, 21(2), 44-49, 2007.
- 7) 近藤真紀子: 死に近く患者をケアし死を看取る看護師の限界感の構造, *臨床死生学*, 13, 81-90, 2009.
- 8) Gerarad AF, James PD, Michael AZ: The structure of work-related stress and coping among oncology nurse in high stress settings: A transactional analysis. *Journal of Oncology Health Psychology*, 3(3), 227-242, 1998.
- 9) Petrova GG, Todorova MT, Mateva NG: Prerequisites for the occurrence of burnout syndrome in oncology nurses. *Folia Medica*, 47, 39-44, 2005.
- 10) 馬場玲子, 笹原朋代, 北岡和代, 他: 緩和ケア認定看護師の職務満足およびバーンアウトの実態と関連要因, *Palliative Care Research*, 5(1), 127-136, 2010.
- 11) Ablett JR, Jones RS: Resilience and well-being in palliative care staff a qualitative study of hospice nurses' experience of work, *Psychooncology*, 16(8), 733-740, 2007.
- 12) Maslach C, Jackson SE: The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113, 1981.
- 13) 久保真人, 田尾雅夫: 看護婦におけるバーンアウト——ストレスとバーンアウトの関係——, *実験社会心理学研究*, 34(1), 33-43, 1994.
- 14) 古屋肇子, 谷冬彦: 看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルの検討, *日本看護科学学会誌*, 28(2), 55-61, 2008.
- 15) 水澤慶緒里, 中澤清: 小学校教師のバーンアウトと過剰適応傾向との関連, *パーソナリティ研究*, 23(1), 60-63, 2014.
- 16) Zapf, D: Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual consideration. *Human Resource Management Review*, 12, 237-268, 2002.
- 17) Hobfoll, SE: Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524, 1989.
- 18) Lazarus, RS., & Folkman, S: *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer. 1984.
(ラザルス, R.S. フォルクマン, S. 本明寛・春木豊・織田正美(監訳) ストレスの心理学 認知的評価と対処の研究 実務教育出版, 東京, 1991.)
- 19) 安東由佳子, 片岡健, 小林敏生: 神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに及ぼす職場

- 環境ストレスの探索, 日本看護研究学会雑誌, 29(1), 45-55, 2006.
- 20) 齋藤重希子: 精神科に勤務する看護師のバーンアウト予防に向けたストレス対処に関する研究, 岩手大学大学院人文社会科学研究科紀要, 22, 1-18, 2013.
 - 21) 萩野佳代子, 龍ヶ崎隆司, 稲木康一郎: 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, 日本心理学研究, 75(4), 371-377, 2004.
 - 22) 和田由紀子, 佐々木祐子: バーンアウトと対人関係の様相——緩和ケア病棟に勤務する看護師の全体・年代別分析——, 日本看護科学学会誌, 26(2), 76-86, 2006.
 - 23) 伊藤まゆみ, 小玉正博: 臨死患者ケアにおける看護学生の心理教育的支援の意義と課題, 筑波大学心理学研究, 42, 77-86, 2011.
 - 24) Leventhal, H, Brissette, I. & Leventhal, E.A.: The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D, Cameron & H, Leventhal (Eds.) The Self-regulation of Health and Illness Behaviour, Routledge, 45-65, 2003.
 - 25) Janoff-Bulman R, & Frantz C M: The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. Power & C. Brewin (Eds.), The transformation of meaning in psychological therapies. London: Wiley. 91-106, 1997.
 - 26) Tedeschi RG, Calhoun LG: The Posttraumatic growth Inventory: Measuring the positive Legacy of trauma, Journal of Traumatic Stress, 9(3), 455-472, 1996.
 - 27) 西田三十一, 志自岐康子, 習田明裕: 患者の死を体験した看護師の成長に関連する要因の検討, 日本看護科学学会誌, 31(4), 3-11, 2011.
 - 28) 伊藤まゆみ, 小玉正博, 大場良子: 臨死患者のケア実習における看護学生の心的衝撃への対処プロセス, ヒューマンケア研究, 12(1), 22-34, 2011.
 - 29) 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二, 他: 対処方略の3次元モデルと新しい尺度(TAC-24)の作成, 教育相談研究, 33, 41-47, 1995.
 - 30) 堀田亮, 杉江征: 重大なライフイベントの意味づけに関する尺度の作成, 健康心理学研究, 26(2), 1-11, 2013.
 - 31) Taku K, Calhoun LG, Tedeschi RG, et al: Examining posttraumatic growth among Japanese university student, Anxiety, Stress, & Coping, 20(4), 353-365, 2007.
 - 32) 成田健一, 下中順子, 中里克治, 他: 特性的自己効力感尺度の検討——生涯発達の利用を探る——, 教育心理学研究, 43, 306-314, 1995.
 - 33) Shere M, Maddux JE, Mercandante B, et al: The self-efficacy scale: Construction and validation, Psychological Reports, 51, 663-671, 1982.
 - 34) 羽鳥健司, 湯浅俊夫, 小玉正博: 受験ストレス環境に対して予備校生が行う積極的意味づけ過程に関する検討, ヒューマンケア研究, 9, 43-52, 2008.
 - 35) Davis, C., & Morgan, M: Finding meaning, perceiving growth and acceptance of tinnitus. Rehabilitation Psychology, 53, 128-138, 2008.