原 著

看護者のBURN OUT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, 精神科医との比較を通して —

稲岡 文昭¹⁾・川野 雅資²⁾・宗像 恒次³⁾

Nurses' Burn out and Their Social, Behavioral Patterns

Fumiaki Inaoka ¹⁾, Masashi Kawano ²⁾, Tsunetsugu Munakata ³⁾

¹⁾ The Japanese Red Cross College of Nursing

²⁾ Junior College of Nursing, The Tokyo Women's Medical College

³⁾ The National Institute of Mental Health

abstract

This research focused on the relationship between Japanese nurses' burn out and their social, behavioral patterns, in comparison with those of internists, surgeons, and psychiatrists. The samples (nurse:300, internist and surgeon:600, psychiatrist:300) were randomly chosen through the members of each professional organization. The variables of burn out, motivation and morale, working environment, perceived support and expectation from health professionals, social support, learned helplessness, recent life events, daily hassles, type A behavior, and coping behavior were measured.

The nurses' burn out rate was twice as much higher than that of the internists and the surgeons. Nurses, who are in late twenties, single, separated or divorced, 6-9 year's clinical experiences at the same institution, working on three shift, and working as a staff nurse, were identified as a high risk group for burn out. The following factors, which were closely interweaved, brought into the nurses' burn out: 1) motivation and morale, 2) working environment, 3) perceived support and expectation from health professionals, 4) learned helplessness, 5) recent life events, 6) daily hassles.

Among these factors, interpersonal conflicts at work, nurses' low motivation and low morale, daily hassles were the major causes of the nurses' burn out. Positive coping behavior and social support system alleviated job strain.

Considering these research results, nurses' supervisors could play a crucial role in prevention of nurses' burn out.

¹⁾ 日本赤十字看護大学 ²⁾ 東京女子医科大学看護短期大学 ³⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所
受理: 昭和61年12月22日, Accepted: December 22, 1986

要 旨

本研究は、看護師と類似する医療職種で、かつ、類似するストレスにさらされていると思われる一般医(内科・外科系医師)、精神科医(精神科医師)との比較を通して、看護師のBURN OUT状態とそれに関連する社会的環境要因と行動特性要因を明らかにし、そしてこれらの要因が看護師のBURN OUTにどのような影響力をもつかを検討するために、全国の看護師、一般医、精神科医を各専門職業団体の協力を得てそれぞれ300名、600名、300名を無作為に抽出し調査研究を行ったものである。

調査に用いた各変数(BURN OUT、仕事の士気、医療従事者仲間・上司からの活動期待、情緒的支援、無力体験、ストレスの高い生活出来事、日常苛立事、タイプA行動特性、潔癖型行動特性、対処行動特性)は、調査結果からの統計的分析により尺度化し多変量解析を行った。

看護師は医師に比し、BURN OUTに陥っている者の割合は顕著に高く、特に、一般医の約2倍以上であった。20歳代後半の独身で同職場での臨床経験6～9年の夜勤を余儀なくされるスタッフ看護婦は、BURN OUTに対してハイリスクグループであることが明らかとなった。看護師のBURN OUTは、職場内の問題、悩み、葛藤などに代表される仕事の士気と密接に関連し、さらに職場と関連する無力体験、医療従事者仲間・上司からの活動期待、日常生活でのストレスの高い出来事や苛立事などの要因が複雑に作用し、看護師のBURN OUTを左右していた。これらの影響力の強弱は、問題対処行動のとり方と情緒的・専門的な支援者の有無にかかっていた。すなわち、仕事そのものや職場で直面する問題や悩み、それらに影響される日常生活上での問題や葛藤に加え、親身になって相談してくれる人もなく、また積極的に問題解決に取り組めない、このような状態が慢性化することにより看護師の心身の疲労を蓄積させ、看護ケア意欲を失わせ、ついには看護師をBURN OUTに陥れるものであるといえよう。

1. 序 文

わが国では、近年、急速に医療システムが複雑化するとともに、高度なME技術に代表される超近代的な医療機材・器具等の導入、複雑な治療・ケアを要する患者および多様な心理社会的問題をもつ難治性患者の増大があげられる。しかしながら、このような急激な変化に対応できる看護体制や労働環境が整備されていないため、看護師ははかりしれないストレスにさらされている。確かに、最近、わが国でも健康の維持・増進に関心が払われてきているが、その関心は身体的健康に重点がおかれ精神的健康は無視されているのが現状である。

しかしながら、セリエのストレス説¹⁾を適用するまでもなく、絶え間ない過度のストレスは、

心身の健康を蝕むものである。アメリカでは、この6～7年来、病院という特殊な職場環境からくるストレスと関連して、「長期間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーがたえず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群」と定義づけされている²⁾、看護職にみられるBURN OUTが深刻な問題となり、多様な対策が立てられている^{3)～6)}。

幸い、わが国でも昭和58年、稲岡ら⁷⁾が第14回日本看護学会「看護管理」において、「看護師にみられるBURN OUTに関する研究」を発表して以来、多くの看護研究者が看護師のBURN OUTに影響を及ぼす要因の解明に多角的に取り組んできている^{8)～12)}。

しかし、これらの研究は、いずれも調査対象や研究手法あるいはデータの統計処理などに限

界があり、そのため一般化しがたいという指摘がある。さらにBURN OUTの要因を職場環境に焦点が当てられていたため、例えば、看護者個人の行動特性との関連については見過ごされている可能性がある。

2. 研究目的

そこで当研究では、看護者と類似する医療職種でかつ類似するストレスにさらされていると思われる医師との比較を通して、看護者のBURN OUT状態とそれに関連する社会的環境要因と行動特性要因を明らかにし、そしてこれらの要因が看護者のBURN OUTにどのような影響力を及ぼしているかを検討することにある。

3. 研究の基本的概念枠組

精神的健康とストレスに関する内外の文献^{13)~17)}と当研究者らの数回におよぶ論議の結果、研究の基本的概念枠組を次のように設定した。

BURN OUTは、Pines¹⁵⁾らによって開発され、翻訳・修正が加えられたBURN OUTスケール¹⁹⁾を使用し測定する。BURN OUTと相関関係にあると思われる要因として：

- 1) 一般属性：性別、年齢、婚姻関係、学歴、職位、勤続年数、夜勤体制
- 2) 社会的環境要因：(1)仕事や職場での対人関係、職場の雰囲気および仕事の士気、(2)医療従事者仲間、上司からの活動期待、(3)情緒的支援者、(4)無力体験、(5)生活出来事、(6)日常苛立事
- 3) 行動特性：(1)タイプA行動特性、(2)潔癖型行動特性、(3)対処行動特性

以上の基本的概念枠組に従い調査票を作成した。調査結果からの統計的分析により、後述するように以上の各項目を尺度化した。

4. 調査対象と抽出方法

当研究者らが上記の基本的概念枠組を基にして作成した調査票を、全国の看護者、内科・外科系医師(以後、一般医とする)、精神科医師

(以後、精神科医とする)を対象に以下に述べる各協会の協力を得て、昭和60年10月上旬に、調査対象となった各個人に直接郵送し自記式回答を求め、10月下旬に回収した。看護者については日本看護協会会員から300名、一般医については日本病院協会および自治体病院の会員から600名、精神科医については日本精神神経学会会員から300名、調査対象に必要な標本数を40%前後と予想し、それぞれ無作為に抽出した。必要な標本数は、各職種の年齢の平均とその標準偏差をもとに推定し決定した。集計、分析のために得られた標本数は、それぞれ164名、213名、121名であり、有効回収率は54.6%、35.5%、40.3%であった。

5. 調査対象者の特徴的な基本的属性

調査対象の一般的属性を看護者と一般医・精神科医に分けてみると、看護者に関しては大多数が20-40歳代の各種専門・専修学校卒業の独身看護婦で3-20年の臨床経験をもち、内科系・外科系病棟および混合病棟で中間管理職もしくは非管理職として何らかの形の夜勤体制のもとで働いていた。これらは、調査対象の母集団となった日本看護協会会員をほぼ代表する数値であった。

一般医・精神科医に関しては、大多数が30-50歳代の既婚男性で20-29年の臨床経験をもち、国公立系病院もしくは医療法人経営の中型ないし大型病院で管理者もしくは中間管理者として働いていた。

6. 各尺度の特徴的構成と信頼性

当研究に用いられた各尺度の主な内容は、以下のとおりである。

<BURN OUT尺度>

当研究においては、信頼性および妥当性が検証されているAyla M. Pinesの開発したThe Burn Out Measureを邦訳、修正したものを用いた。心身ともに消耗し仕事への熱意を喪失している状態を身体的、心理的、精神的な観点から表す20項目に、対象者が「全くない」、「ごくまれ

にある」, 「まれにある」と答えた場合を0点, 「時々ある」, 「しばしばある」, 「たいていある」, 「いつもある」と答えた場合を1点とし, 各項目の得点を加算集計して尺度化した。
＜仕事士気尺度＞

仕事のモラルやモチベーションに関する従来までの研究論文や文献から^{20)~23)}, 「あなたは最近, 患者やその家族のことを考えるとうんざりしたような気持ちになったようなことがありますか」, 「あなたは現在の仕事にやりがいを感じている方ですか」, 「あなたは最近, 自分の行った治療・ケアの効果について疑問もしくは無力感をもったようなことがありますか」など, 仕事や職場での対人関係・雰囲気および仕事の士気を問うた質問10項目を作成し, 各々の項目に対象者が「ハイ」と答えた場合をそれぞれ1点とし, 各項目の得点を加算集計して尺度化した。

＜医療従事者仲間・上司からの活動期待＞

「あなたの日頃の仕事は医師から支持され期待されている」, 「あなたの日頃の仕事は看護婦から支持され期待されている」など, 対象者が同職種も含め医療従事者仲間や上司から, 自分の日頃の仕事への支援や期待があることを感じているという5項目に, 対象者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし, 各項目の得点を加算集計して尺度化した。

＜情緒的支援者保有尺度＞

「会うと心が落つき安心できる人」や「個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人」など, 情緒的支援をしてくれる人がいれば, 自身のストレス状態も軽減されることが知られている。そこで, 情緒的支援者をあらかず10項目に対して, 支援者が「いる」と答えた場合をそれぞれ1点とし, 各項目の得点を加算集計して尺度化した。

＜無力体験尺度＞

過去における無力体験(learned helplessness)が, 現在あるいは将来における問題や悩みを解決しようとする積極性を失わせ, 結果的に無力的な状態に陥らせることが知られている。そこで, 「これまであなたが直面した問題はそれなりに解決できましたか」, 「これまで不愉快な

出来事があったとき, それに対して何の対応もできなかったという経験がありますか」という問いに対して, 「解決できたと思うことはめったにない」とか, また「不愉快な出来事があったとき, それについて何の対応もできなかった」という経験が「よくある」と答えた場合をそれぞれ1点とし, 各項目の得点を加算集計して尺度化した。

＜生活出来事尺度＞

日常生活上の出来事や変化をストレス源と考え, Paykelら²⁶⁾のRecent Life Events尺度を, わが国の現状にあうように修正, 追加し, 「入院したり, 1か月以上も仕事を休まなければならないような病気にかかった」, 「引っ越しした」, 「昇格した」など, 喜ばしいことと考えられる出来事も含めた34項目に対して, 対象者が「体験した」と答えた場合をそれぞれ1点とし, 各項目の得点を加算集計して尺度化した。

＜日常苛立事尺度＞

Lazarus と Cohenは²⁷⁾, 一時的, 急性的な性質をもつ生活出来事に対して, 騒音, 過剰な仕事量, 家事の負担, 近所とうまくいかない, などの持続的, 慢性的, 常態的な性質をもつ日常苛立事(daily hassles)が病因になりうることを報告している。それを参考にして, 「自分の将来のことで悩んでいる」, 「家庭でも仕事でも責任が重い」, 「職場の人とうまくやっていけない」など, 18項目を作成し²⁸⁾, 対象者が「該当する」と答えた場合を1点とし, 各項目の得点を加算集計して尺度化した。

＜タイプA行動特性尺度＞

FriedmanやRosenmanは²⁹⁾, 虚血性疾患を生みやすい行動特性として, Type A Behaviorを提唱し, 「いつも急いでやるよう駆り立てられる, 一時に物事を数多くおこなったり, もったりするのが好きである, いつも落ちつかない感じや攻撃心, 敵意をもつ」という行動特性と定義した。そこでこのタイプA行動特性のチェックリストを翻訳した, 「人と話すとき, いそがさずにはおられない」, 「数日間(数時間)休んだり何もしないでいると悪いような気がする」, 「道路が渋滞したり, 列に並ばされたり, 飲食店で席の空くのを待たされたりすると, イライ

ラする」など、7項目に対し、対象者が「該当する」と答えた場合を1点とし、各項目の得点を加算集計して尺度化した。

＜潔癖型行動特性尺度＞

タイプA行動特性と同様に、本研究ではCammerによる「潔癖型行動特性」(Uptight)尺度を³⁰⁾、わが国の現状にあうように修正した、「どんなことがあっても自分の主義や信条を守り抜く」、「その日の予定が狂うとイライラする」、「ものごとは最後のつめまできちんと行う」など、12項目に対して、対象者が「該当する」と答えた場合をそれぞれ1点とし、各項目の得点を加算集計して尺度化した。

＜積極的対処行動尺度＞

「生活出来事」や「日常苛立事」のようなストレス状態があるとき、どのように対処しているかという行動のうちで、「問題の原因をみきわめ解決にむけ行動する」、「趣味、娯楽、スポーツなどにより気分転換を行う」など、積極的な対処行動としてあげられる6項目に対して対象者が「該当する」と答えた場合を1点とし、各項目の得点を加算集計して尺度化した。

＜逃避的対処行動尺度＞

積極的対処行動とは異なって、「物を投げたりしてウップンをはらす」、「アルコールを飲んでうさ晴らしをする」など、逃避的な行動としてあげられる8項目に対して、対象者が「該当する」と答えた場合を1点とし、各項目の得点を加算集計して尺度化した。

これらの尺度については、主成分分析および信頼度分析など尺度の信頼性を検討した(表1参照)。

7. 研究結果とその分析

1) 職種別にみるBURN OUT状態

医療従事者のBURN OUT状態にある者の比率は、表2、図1に示すとおりである。明らかに看護師は、一般医や精神科医に比しBURN OUTに陥っている者が顕著に多い。

2) 看護師の一般属性とBURN OUTとの関連

研究対象となった看護師の一般属性とBURN OUTとの関連をみてみると、カイ自乗検定有

表1 調査対象者に関する各尺度の第1因子固有値、第1因子寄与率及び信頼度係数(α)

		第1因子固有値	第1因子寄与率	信頼度係数(α)
BURN OUT尺度	看護師	7.8164	55.6%	0.84763
	一般医師	6.79134	57.4%	0.88202
	精神科医師	8.5560	46.8%	0.89211
仕事士気尺度		2.22741	62.5%	0.69423
医療従事者仲間、上司からの活動期待尺度		1.82703	74.2%	0.69339
情緒的支援者保有尺度		4.61183	88.4%	0.88137
無力体験尺度		0.69157	100.0%	0.51467
生活出来事尺度		11.01434	54.5%	0.80432
日常苛立事尺度		2.96031	45.1%	0.86501
タイプA行動特性尺度		1.93018	80.6%	0.69116
潔癖型行動特性尺度		2.42088	78.6%	0.73250
積極的対し行動尺度		1.6628	100.0%	0.67416
逃避的対し行動尺度		0.96159	75.9%	0.48450

表2 職種別にみるBURN OUT状態

	健全	警戒	BURN OUT
看護師(N=164)	58(35.4)	54(32.9)	52(31.7)
一般医(N=213)	121(56.8)	58(27.2)	34(16.0)
精神科医(N=121)	59(48.8)	38(31.4)	24(19.8)

()は%

図1 職種別にみるBURN OUT状態

意水準1%以下では、どの一般属性ともBURN OUTとは有意な差はみられなかった。しかし、次の点については、T検定の結果、有意水準1%以下で有意差がみられた。

- (1) BURN OUTに陥っている者の比率は、女性の方が男性より高い。
- (2) 20歳代および50歳代の看護者は、他の年代グループの看護者に比し、BURN OUTに陥っている比率は顕著に高い。
- (3) 既婚者は未婚者に比し、健全な状態にある者の比率が高い。
- (4) 看護婦(士)の方が准看護婦(士)に比較し、BURN OUTに陥っている比率が高い。
- (5) 現在の職場での勤務年数6-9年のグループは、他の勤務年数のグループに比し、BURN OUTに陥っている者の比率は高い。
- (6) 手術室勤務の看護者は、他の職場で働く看護者に比し健全である者の比率は高い。
- (7) 三交替制夜勤、特に2交替制のもとで働いている看護者は、他の勤務体制で働いている看護者に比し、BURN OUTに陥っている者の比率は高い。

3) 看護者のBURN OUTと心理社会的背景

- (1) 看護者のBURN OUTと心理社会的要因(各尺度)との相関関係(表3)

BURN OUTは、無力体験、日常苛立事、日常生活出来事、とそれぞれ有意水準0.1%で有意な関連がみられた。仕事の士気、情緒的支援とは逆相関がみられた。

BURN OUTの状態を左右する主要な要因である仕事の士気は、情緒的・専門的支援、他者からの活動・支援・期待と有意に関連していた。無力体験、日常苛立事、日常生活出来事とは逆相関していた。

BURN OUTの状態に大きな影響力をもつ無力体験は、仕事の士気と有意水準0.1%で、医療従事者仲間・上司からの活動期待および情緒的支援と有意水準1%で逆相関がみられた。

看護者の仕事の士気を高める密接な要因となる医療従事者仲間・上司からの活動期待は、情緒的支援や潔癖型行動特性と顕著な関連が、無力体験とは逆相関がみられた。

BURN OUTの阻止に顕著な貢献を果たすと思われる情緒的支援は、仕事の士気、医療従事者仲間・上司からの活動期待、積極的な対処行動と有意水準0.1%で顕著な関連が、無力体験や日常苛立事と逆相関がみられた。

看護者をBURN OUTに陥らせるかどうかを左右する要因の一つである逃避的対処行動は、日常苛立事や日常生活出来事と有意に関連していた。

- (2) 医師との比較をともし看護者にみられる特徴的な心理社会的要因

仕事の士気については、医師群に比し格段に低い。すなわち、「仕事のやり甲斐のなさ、働き甲斐のなさ」、「職場への不満」は医師群の2倍以上であった。その他、「仕事のわずらわしさ」、「治療・看護ケア効果の疑問」などに対する同意的反応も医師群よりも大幅にうわまわっていた。また、「同じ職場で働きつづけること」に対して、看護者は医師群の2倍以上である24.4%は、「否」と答えていた。

医療従事者仲間・上司からの活動期待については、看護者は医師群に比し、どの人(同僚である看護者も含め)からも支持・期待されていると感じている者の比率は20-30%も低かった。

情緒的支援については、「仕事を日頃評価し認めてくれる人がいる」、「自分の行動や考えに賛成・支持してくれる人がいる」などのように情緒的サポートをもっている看護者の比率は医師群に比し約20-30%も低かった。

無力体験については、「今まで直面した問題をそれなりに解決していない」、「今まで不愉快なできごとに対して何も対応できなかった」などに対して、「大いに思う」と答えた看護者の比率は、医師群より約2倍も高かった。

生活出来事については、日常生活上でのストレスにもかかわらず、看護者は日常苛立事と同様に、「職場のなかで大きなトラブルがあった」、「配置転換、勤務時間、勤務内容に変化があった」など、職場や仕事のことで頭を痛めていた。この度合いは、医師群に比べ約2倍も強かった。

日常苛立ことについては、看護者は特に「今の仕事が好きでない」、「患者や職場の人とうまくやっていけない」、「新しい医療機器につ

表 3 BURN OUTに関する諸要因の相関係数

	Y 1	X 1	X 2	X 3	X 4	X 5	X 6	X 7	X 8	X 9	X 10
Y 1 BURN OUT尺度	1.0000	-0.445**	-0.1317	-0.2381*	0.2598**	0.2189*	0.4387**	0.1133	0.0218	-0.1751	0.1448
X 1 仕事士気尺度		1.0000	0.3438**	0.2645**	-0.2331**	-0.2370*	-0.446**	-0.1227	0.1813	0.1431	-0.1232
X 2 医療従事者仲間、上司からの活動期待尺度			1.0000	0.3649**	-0.1875*	-0.1035	-0.1281	0.0290	0.1233	0.1618	-0.0732
X 3 情緒的支援者保有尺度				1.0000	-0.2198*	-0.2061*	-0.2054*	-0.1513	0.0073	0.2808**	0.0581
X 4 無力体験尺度					1.0000	0.0054	0.1590	0.0980	0.0861	-0.1325	-0.1045
X 5 生活出来事尺度						1.0000	0.4104**	0.1633	-0.0115	-0.0788	-0.2356*
X 6 日常苛立事尺度							1.0000	0.1216	-0.0735	0.0242	0.3221**
X 7 タイプ A 行動特性尺度								1.0000	0.1539	-0.1565	0.0445
X 8 潔癖型行動特性尺度									1.0000	0.0385	-0.0479
X 9 積極的対し、行動尺度										1.0000	0.0094
X 10 逃避的対処行動尺度											1.0000

* : $P < 0.01$

** : $P < 0.001$

いていけない」など、職場や仕事と関係することに対して、医師群より強く日常生活で苛立をおぼえていた。

潔癖型行動特性については、道徳的潔癖、生まじめさなどにみられるこだわりは、医師群、特に精神科医に比して、看護者には著しい傾向がみられた。

対処行動については、看護者は「直面している問題の解決について努力する」、「信頼できる人に相談する」など積極的対処行動をとる者の比率は、医師群に比してやや高いが、「自分の気持ちとは反対に明るくふるまう」、「責任転嫁する」、「じっと耐え我慢する」などの逃避的対処行動も高い傾向がみられた。

4) 看護者のBURN OUTの心理社会的背景に関する測定

看護者のBURN OUTの形成あるいは予防する要因の影響力を測定するため、BURN OUTを被説明変数とし、看護者の心理社会的環境や行動を説明変数とするパス分析(因果分析)を行った。これは、ある変数が他の変数におよぼす、直接ないし間接的な因果的効果を推定し、それらを比較することによって因果的過程の大枠について明らかにすることである。このパス分析の結果、図2に示されるパスダイアグラムを得た。

8. 考 察

看護者(調査対象者の96.4%は看護婦)が、特

に、一般医と比較してBURN OUTに陥っている者の比率がやく2倍も高いのは、医師群の調査対象となった女性医師にはBURN OUTに陥っている者が少ないこと、一般主婦を対象にした調査でもBURN OUTに陥っている者が少ないこと、などから判断して、性別との関連というよりも看護という職業上の特性が反映しているといえる。

BURN OUTに陥っている看護者の基本的属性・社会的背景の特徴は、20歳代、未婚者、死・離別者、臨床経験6-9年、夜勤を余儀なくされているスタッフ看護婦である。これらの結果は、わが国での看護婦のBURN OUTに関する先行研究結果とはほぼ一致している。そこで、これらの属性に適合する看護婦は、BURN OUTに関してハイリスクグループといえよう。

看護者のBURN OUTは、表3のBURN OUTに関する諸要因の相関係数から判断できるように、職場内での問題、悩み、困難、葛藤などに代表される仕事の士気と密接に関連し、さらに職場と関連する無力体験、医療従事者仲間・上司からの活動期待、日常生活上でのストレスの高い出来事や苛立事などの要因が複雑に作用し、看護者のBURN OUTを左右している。これらの影響力の強弱は、精神的・専門的な支援者の有無や問題対処行動のとり方にかかっている。これらは、あくまでも一方的な作用でなく相互に影響しあっていることにも注目すべきである。このように看護者のBURN OUTは、一

図2 看護婦のBURN OUTに関するパスダイアグラム(宗像作成)

つの要因によってのみ影響をうけるのではなく、さまざまな社会的環境要因や行動特性要因が相互に関連しあい BURN OUT にかかわっているといえることができる。

このような BURN OUT と心理社会的要因との因果関係を、もう少し詳細に明確にパスダイアグラムを通して捉えてみると、看護者の BURN OUT は、第一には、前述してきたような仕事の士気を低下させるような職場環境が最も悪影響を及ぼしているといえる。看護者の BURN OUT に関する先行研究結果では、職場環境が BURN OUT と密接な関係があることが指摘されているが、その因果関係が不明確であったが、この研究結果により、「仕事に満足感ややりがいや失ったり、患者やその家族のことを考えようんざりするようになったり、治療ケアの効果に疑問や無力感をもったりする」ような職場環境や仕事の士気低下が看護者を BURN OUT に陥れるものであるといえることができる。

このような職場環境は、「自分の仕事は誰からも支持も期待もされていない」と感じることで象徴されるように、看護者の自己評価の低さ、また、問題をかかえたり、不愉快な出来事があったとしても、なんの対応もできなかったという無力体験に影響されている。しかし、看護者の自己評価を低めざるを得ないような職場での対人関係が存在し、それが無力体験を強化し仕事の士気低下を導くものとも考えることができる。

看護者の BURN OUT は、第二には、日常の苛立事が原因しているということである。看護者の場合に、毎日の生活でイライラさせているものは、前述したとおり職場や仕事の問題や悩み、葛藤であることに注目する必要がある。また、この日常の苛立事は、「職場内のトラブル、勤務時間や勤務内容の変化」など、やはり仕事と関連するストレスの高い生活出来事により影響をうけ、しかも適切な相談者もなく、問題に直面しても、「自分の気持ちとは反対に明るくふるまう、責任転嫁する、じっと耐え我慢する」など逃避・回避的対処行動に起因している。この対処行動に関していえば、近澤の³¹⁾看護婦の「BURN OUT に関する要因分析：ストレス認知、コーピングおよび BURN OUT の関係」

研究で、「回避的なコーピング(対処行動)は BURN OUT を高める」という結論と類似するものである。

看護者の BURN OUT は、第三には、「仕事を日頃評価し認めてくれる人がいない、自分の行動や考えに賛成・支持してくれる人がいない」など、情緒的支援者や仕事上の問題や悩み、葛藤の解決に相談にのってくれる人がいないことに起因している。これは、稲岡ら³²⁾や井部ら³³⁾の研究結果とほぼ一致するものである。看護者が適切な相談者をもっているか否かは、単に、BURN OUT に悪影響を及ぼしているばかりでなく、医療従事者同僚や上司からの支持・期待、無力体験、日常生活出来事にも密接に関連しているため、看護者が健全で良い看護ケアを行っていくうえで重要な機能を果たすものであるといえよう。

9. 結 論

本研究は、看護者と類似する医師との比較を通して、看護者の BURN OUT 状態とそれに関連する社会的環境要因と行動特性要因を明らかにし、そしてこれらの要因が看護者の BURN OUT にどのような影響力を及ぼしているか研究したものである。

看護者は、医師に比し約 2 倍以上の者が BURN OUT に陥っており、特に、20 歳代の未婚もしくは離別・死別した看護婦、臨床経験 6 - 9 年の看護婦、夜勤を含め交替制勤務しているスタッフ看護婦は BURN OUT に陥る危険性が高い。いわゆるこれらの属性を有する看護婦はハイリスクグループといえる。

看護者を BURN OUT に陥れている最も協力的な要因は、仕事の士気を低下させる職場環境と日常生活上での苛立事である。仕事や日常生活で直面する問題や悩み、葛藤を抱え、しかも親身になって相談してくれる人もなく、また積極的に問題解決に向け取り組みない状態が、看護者の心身の疲労を蓄積させ、看護ケア意欲を失わせ、抑うつ感や無力感に陥れ BURN OUT を生みだしているといえよう。

各企業が社員の心身の健康管理に真剣に取り

組んでいるのは、その企業の経営を左右しかねない生産物の品質の低下に関連しているからである^{34) 35)}。

科学的知識や熟達した技術、さらに独自の人間性を包括した自分自身を道具(tool)として、要求がましく、困難な問題をもつ患者に心のふれあいをおして直接援助する看護者が、心身の健康を蝕まれているとしたらどのような生産物の品質の低下を招くのであろうか。HUMAN SERVICE PROFESSIONと呼ばれる専門職業のなかで、看護者は、患者に対して治療(CURE)するのでなく、ケア(HUMAN CARING)することにある³⁶⁾。HUMAN CARINGは機械的・表面的なかかわりでは成し遂げられるものではない。すなわち、看護者のBURN OUTは看護の本質にかかわってくる重要な問題である。ここに看護者のBURN OUTを予防する意義が隠されている。

本研究結果から、看護者のBURN OUTを予防するには、まず、仕事や職場での問題解決が最優先されなければならない。これには同僚や上司からの支援が得られ、仕事上での成功体験や問題解決体験が強化されるような職場環境があり、仕事と関連する問題や対人関係上での問題に対して相談や支援が得られるサポートシステムが重要になってくる。確かに、看護者個々が困難に直面したとき、逃避的・回避的行動をとらず、それに打ち勝つ精神力を養うことが大切であるが、本研究や先行研究結果から判断して、看護管理者および病棟管理の責任者である中間看護管理者のとする役割は大きいといえよう。

(本研究は昭和60年度文部省科学研究費による研究、NO.59570251、「治療者と看護者の精神衛生に関する研究」(土居健郎、吉末和哉、宗像常次、稲岡文昭、高橋徹、川野雅資、丸山晋)の一部であり、その要旨は第17回日本看護学会「看護管理」に報告したものである)

主要文献

- 1) Selye, H.: The Stress of Life, 2nd, ed., New York, McGraw Hill, 1978.
- 2) Maslach, C.: Burned Out, Human Behavior, 5(9), 16-22, 1976.

- 3) Veninga, R.: Administrator Burnout, Causes and Cures, Hospital Progress, pp.44-52, February, 1979.
- 4) Epting, P.: Coping with Stress through Peer Support, TNC/Oncology, pp.50-55, August, 1981.
- 5) Yee, H.: The Dynamics & Management of Burnout, Nursing Management, 12(11), 14-16, 1981.
- 6) Johnson, H.: Preventing Group Burnout, Nursing Management, 13(2), 34-38, 1982.
- 7) 稲岡文昭ほか: 看護職にみられるBURN OUTとその要因に関する研究, 看護, 36(4), 81-104, 1984.
- 8) 中村久美子ほか: 看護婦にみられるBURN OUTとエゴグラムに示される個人特性との関連, 第16回日本看護学会集録—看護管理, 17-20, 1985.
- 9) 斎藤千里ほか: ICUの職場環境と看護婦の健康状態との関連についての検討, 第16回日本看護学会集録—看護管理, 20-13, 1985.
- 10) 中沢京子ほか: 看護職にみられるバーンアウトとモチベーションの関連について, 第16回日本看護学会集録—看護管理, 24-27, 1985.
- 11) 小野勝三ほか: アルコール病棟看護職員のストレスとその要因, 第16回日本看護学会—看護管理, 28-30, 1985.
- 12) 長田美奈子ほか: 燃えつき症候群についての考察, 第16回看護学会集録—地域看護, 228-230, 1985.
- 13) 井部俊子ほか: 看護婦のBURN OUTとMOTIVATIONに対する仕事のストレスとSOCIAL SUPPORTの影響, 第4回日本看護科学学会講演集, 4(2), 48-49, 1984.
- 14) 中島みち: アメリカ合衆国のナースたちが感じているストレス, 看護学雑誌, 48(9), 1024-1028, 1984.
- 15) 杉 靖三郎監: ストレスと人間, 誠信書房, 1978.
- 16) 田多井吉之助: 新版ストレス, 創元医学新書, 1980.
- 17) 山本和郎ほか: 講座: 生活ストレスを考える 1, 生活ストレスとは何か, 垣内出版, 1985.

- 18) Pines, A. M. : The Burnout Measure, paper presented at the National Conference on Burnout in the Human Services, Philadelphia, November, 1981.
- 19) 稲岡文昭ほか：看護職にみられる BURN OUT とその要因に関する研究, 看護, 36(4), 81-104, 1984.
- 20) 三隅二不二：リーダーシップ行動の科学, 有斐閣, 1978.
- 21) 三隅二不二：病院における組織のグループダイナミックスとリーダーシップ, ナーステーション, 10(1), 58-72, 1980.
- 22) 松井養夫：モチベーション, ダイヤモンド社, 1982.
- 23) 井部俊子：臨床ナースのストレスを分析する, 看護学雑誌, 48(9), 1984.
- 24) 宗像恒次：保健行動の実行を支える諸条件, 看護技術, 29(4), 1983.
- 25) Seligman, M. E. : Helplessness: On Depression, Development, and Death, San Francisco, W. H. Freeman, 1974.
- 26) Psykel, E. S., Prusoff, B. S. C. & et al: Scaling of Life Events, Archives of General Psychiatry, 25, 340-347, 1971.
- 27) Lazarus, R. S. and J. B. Cohen: Environmental Stress, In Human Behavior and the Environment: Current Theory and Research, At-tonan, L. and J. F. Wohlwill (ed.) Plunum, New York, 1977.
- 28) 宗像恒次ほか：都市住民のストレスと精神健康度, 精神衛生研究, 32:47-65, 1986.
- 29) Friedman, M. and R. H. Roseman: Type A Behavior and Your Heart, Fawcett Crest, 1974.
- 30) Cammer, L. : Freedom from Compulsion, Simon & Shuster, 1976.
- 31) 近沢範子：看護婦の BURN OUT に関する要因分析：ストレス認知, コーピングおよび BURN OUT の関係, 昭和60年度聖路加看護大学大学院修士論文.
- 32) 稲岡文昭ほか：看護婦にみられる BURN OUT とその要因に関する研究, 第14回日本看護学会集録ー看護管理, 5-8, 1983.
- 33) 井部俊子ほか：看護婦の BURN OUT に対する仕事のストレスと SOCIAL SUPPORT の影響, 第4回日本看護科学学会講演集, 4(2), 48-49, 1984.
- 34) 小泉昂一郎：特集／新入社員の精神衛生, 労働の科学, 37(4), 4-9, 1982.
- 35) 小椋力：職場の精神衛生, 医療の広場, 20(3), 8-15, 1980.
- 36) Leininger, M. : Care Facilitation and Resistance Factors in the Culture of Nursing, TCN, 8(2), 1-13, 1986.