



患者に対する否定的感情体験後の精神科看護師の対処行動の構成因子とその影響要因

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2022-04-06 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 浮舟, 裕介 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00017627

研究報告

患者に対する否定的感情体験後の 精神科看護師の対処行動の構成因子とその影響要因

The Component Factors of Coping Behaviors after Negative Emotional Experiences among Psychiatric Nurses with Respect to Patients and Their Influencing Factors

浮舟裕介¹⁾

UKIFUNE Yusuke¹⁾

キーワード：否定的感情体験，対処行動，影響要因

Keywords: Negative emotional experiences, Coping behaviors, Influencing factors

Abstract

This study aimed to elucidate the component factors of coping behaviors after negative emotional experiences among psychiatric nurses with respect to patients and their influencing factors. A self-administered questionnaire survey consisting of coping behaviors after negative emotional experiences, emotional intelligence, learning experiences related to coping behaviors, occupational identity, self-efficacy, social support, background of target person, etc., were administered to psychiatric nurses, and responses were received from 427 persons. As a result of factor analysis of coping behaviors after negative emotional experiences, the following four factors were extracted: "Compromise while reassessing the patient," "Stagnation of the relationship," "Request for team support," and "Introspection regarding the relationship." Moreover, it was shown that four subfactors of emotional intelligence (i.e., "Self-insight," "Self-motivation," "Self-control," and "Sympathy,") in addition to "Learning experience on reflection of relationship with self," "Learning experience on understanding of diseases and symptoms," "Sex," and "Number of years of psychiatric nursing experience" influence "Compromise while reassessing the patient."

抄 録

本研究の目的は、精神科看護師の患者に対する否定的感情体験後の対処行動の構成因子とその影響要因を明らかにすることである。精神科看護師に、否定的感情体験後の対処行動、情動知能、対処行動に関連する学習経験、職業的アイデンティティ、セルフエフィカシー、ソーシャルサポート、対象者の背景等からなる自記式質問紙調査を実施し、427名の回答を得た。否定的感情体験後の対処行動の因子分析の結果、『患者を捉え直しながら歩み寄る』『関わりを停滞させる』『チームの支えを求める』『関わりについて内省する』の4因子が抽出された。また、『患者を捉え直しながら歩み寄る』には、情動知能の下位因子である「自己洞察」「自己動機づけ」「自己コントロール」「共感性」、および「自己の関わりの振り返りに関する学習経験」「疾患・症状の理解に関する学習経験」「性別」「精神科看護経験年数」が影響していることが明らかになった。

受付日：2021年9月17日 受理日：2021年12月23日

1) 長野県立こころの医療センター駒ヶ根

I. 研究の背景

対人関係の障害を特徴とする精神疾患患者への看護では、援助関係の形成が重要であり、精神科看護師は、患者に関心を向け、どのようにすれば関係を構築できるかを考え、実践する責任を負っている(岡谷, 2002)。特に早期退院・再入院予防が求められる現在においては、精神科看護師にはより円滑に患者との間の援助関係を形成し、早期退院への援助を行うことが必要であると考えられる。つまり、患者との関係構築に向けいかに前向きに関わり、ケアを継続させることができるかは、精神科看護師にとって重要な課題である。

しかし、日本看護協会の調査(2003)では、内科系病棟・精神科病棟の看護者の半数が身体的暴力を受けた経験があると報告されており、特に精神科病棟に勤務する看護師が受ける暴力は他科と比べ約2倍ののぼるとも述べられている(石田, 2003)。また精神科病棟においては、看護師に対する否定的行動化、拒薬や迷惑行為による介入の困難さ(山崎ら, 2002)なども指摘されており、精神科看護師は患者に対して否定的感情を抱きやすい環境に置かれていると考えられる。鎌井(2004)は、患者に対して否定的感情を持ち続けたまま患者に向かうことができない場合、関係性の発展は止まり、看護師は患者への積極的な関心を向けることができず、問題解決に向かうことができない状況に陥ると述べている。したがって、精神科看護師は、否定的感情体験後の対処行動の中で、関係構築に向け、前向きな関わりへと切り替える必要があるが、どのように前向きな関わりに切り替えケアを継続するかは個々の看護師に任されているのが現状であり、前向きな関わりに切り替えるための方法や看護師への支援は見当たらない。

患者に対して否定的感情を抱いた後の精神科看護師の体験に関する先行研究には、アルコール依存症患者や強迫性障害患者に対して抱いた否定的感情への対処について明らかにした研究(齋ら, 2003; 寺田ら, 2008)や、患者から暴力を受けた後の体験の中で精神科看護師がとった対処を明らかにした研究(谷本, 2006)、否定的感情体験後の精神科看護師の体験には前向きな関わりに至るプロセスと、関わりへの停滞に至るプロセスが存在していることを明らかにした研究(浮舟ら, 2014)など、いずれもインタビュー調査による研究がなされている。しかし、対処行動の構成因子を量的に明らかにした研究は存在せず、前向きな関わりにつながる対処行動にはどのようなものがあるかも明らかにされていない。ま

た、否定的感情体験後に前向きな関わりに切り替えるための看護師への支援を構築するためには、前向きな関わりにつながる対処行動の構成因子だけでなく、その影響要因を明らかにする必要があると考えられるが、先行研究では、対処行動と看護師の性格傾向との関連について明らかにした研究(中西ら, 2005)などわずかに述べられているのみである。

これらのことから、本研究は、精神科看護師の患者に対する否定的感情体験後の対処行動の構成因子とその影響要因を明らかにすることを目的とする。

II. 概念枠組み

高津ら(2002)は、心理的ストレスを受けた後の認知的評定やコーピングへの影響要因として、セルフエフィカシー、ソーシャルスキル、ソーシャルサポートなどを挙げている。本研究ではこれを参考に、否定的感情体験後の対処行動にセルフエフィカシー、ソーシャルサポート、またソーシャルスキルとして学習経験の有用性がそれぞれ影響していると仮定した。また、個人の役割意識に関わると考えられる背景(年齢、性別、保有資格、基礎教育を受けた機関、看護経験の長さ、職位など)が対処行動に影響すると仮定した。

さらに、否定的感情体験後、前向きな関わりに切り替えることができた精神科看護師は、自身で感情のコントロールを行い、諦めない姿勢を保ちながら関わりを継続していることが明らかにされている(浮舟ら, 2018)。感情のコントロール能力を表す指標としては情動知能(Emotional Intelligence: EI)が知られている。情動知能は、情動を正確に知覚し、評価し、表現する能力、思考を促進し情動的知識を利用する能力、情動的・知的成長を促進するために情動を制御する能力であると定義される概念である(Mayer, et al., 1997)。否定的感情体験後の対

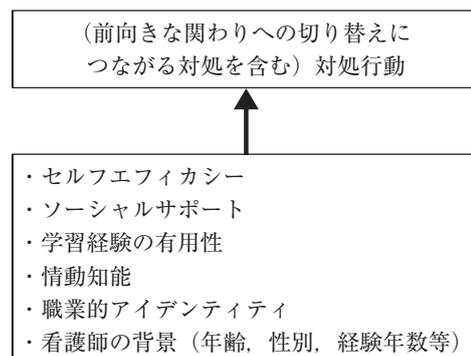


図1 本研究の概念枠組み

処行動は、看護師個々の感情コントロール能力によって左右されると考えられるため、情動知能を対処行動の影響要因と仮定した。また、関わりを諦めない姿勢は、職業との自己一体意識（グレッグ、2000）として定義される職業的アイデンティティが影響していると考えた。

以上より、精神科看護師の患者に対する否定的感情体験とその後の対処行動および影響要因の概念枠組みを作成した（図1）。

Ⅲ. 用語の操作的定義

否定的感情体験：寺田ら（2008）を参考に、「看護師が患者との対人関係において体験する感情の中で否定的価値を持つもの。不快感や苦痛を伴って体験されるもの」

対処行動：島津ら（2002）を参考に、「否定的感情体験後の、気持ちの切り替えを意図した関わり方の工夫、あるいは心の持ちよう」

前向きな関わり：鎌井（2004）を参考に、「ケアへの積極性や問題解決に向かう姿勢を持ちながら関わること」

関わりの停滞：鎌井（2004）を参考に、「否定的感情を持ち続けたまま、関係の発展が止まっている状態」

Ⅳ. 研究方法

1. 調査対象および調査期間

公益社団法人日本精神科病院協会の施設会員名簿から便宜的に抽出した全国の精神科病院の看護師400名程度を対象とした。

調査期間は平成29年1月～3月であった。

2. 調査方法

無記名自記式質問紙調査を実施した。研究の承諾が得られた精神科病院の看護部長に質問紙を送付し、看護師への配布を依頼した。回答後は同封の返信用封筒にて個別に返信を依頼した。なお、質問紙表紙の研究への同意チェック欄にチェックがあることを確認し研究協力への同意とみなした。

3. 調査内容

1) 対象者の背景

年齢、性別、保有資格、看護の基礎教育を受けた機関、看護経験年数、精神科看護経験年数、職位、所属施設の病床数のそれぞれについて、数値は直接記入、その他の項目は択一式で回答を求めた。

2) 情動知能（Emotional Intelligence：EI）

島井ら（2001）によって開発された日本版情動知能尺度（EQS）を使用した。EQSは『自己対応』『対人対応』『状況対応』の3領域から構成されており、領域ごとに3対応因子が設定され、計65項目から成る尺度である。尺度の信頼性・妥当性は検証されている。なお、特定の領域のみの使用でも評価が可能であるとされている（島井ら、2001）ことから、本研究では3領域の内、自己の心の働きについて知り、行動を支え、効果的な行動をとる能力を評価する『自己対応』（自己洞察、自己動機づけ、自己コントロールの3対応因子から構成）と、他者の感情に関する認知や共感をベースに、他者との人間関係を適切に維持することのできる能力を評価する『対人対応』（共感性、愛他心、対人コントロールの3対応因子から構成）の2領域、44項目を用いた。回答は、「まったく当てはまらない」（0点）から「非常によくあてはまる」（4点）の5件法で評価され、対応因子ごとの得点を算出した。

3) セルフエフィカシー

坂野ら（1986）による一般的セルフエフィカシー尺度（General Self Efficacy Scale：GSES、16項目）を使用した。回答は「Yes/No」の2件法であり、尺度の信頼性・妥当性は検証されている。

4) ソーシャルサポート

小牧（1994）による職場ソーシャルサポート尺度（14項目）を使用した。「道具的サポート」「情緒的サポート」の2下位因子から構成され、回答は「そう思わない」（1点）から「そう思う」（5点）の5件法で、得点が高いほど職場からのサポートを受けている認識が高いことを示す。尺度の信頼性・妥当性は検証されている。

5) 対処行動に関連する学習経験

一般社団法人日本精神科看護協会が企画されている研修項目（一般社団法人日本精神科看護協会、平成28年）等を参考に、「1. 疾患・症状の理解に関する学習（例：統合失調症の理解と看護）」「2. 自己の関わりへの振り返りに関する学習（例：プロセスレコードについて）」「3. 自身の感情コントロール法についての学習（例：アンガーマネジメント、リラクゼーション法）」「4. コミュニケーション技術についての学習（例：アサーション、カウンセリング技術など）」の4項目について、学習経験の有用性を尋ねた。回答は「まったく役立たない」（1点）から「非常によく役立つ」（5点）の5件法とした。

6) 職業的アイデンティティ

波多野ら(1993)による看護師の職業的アイデンティティ尺度(12項目)を使用した。回答は「絶対にそう思わない」(1点)から「非常に思う」(5点)の5件法であり、得点が高いほど職業を肯定的に認識していることを示す。尺度の信頼性・妥当性は検証されている。

7) 否定的感情体験

最近2～3年間の体験について、「患者との日々の関わりで否定的感情を抱く体験がどのぐらいの頻度であったか」という質問に、「まったくなかった」(1点)から「いつもあった」(5点)の5件法で回答を求めた。

8) 前向きな関わりに切り替えることができた割合

「2)の体験で、その後の関わりで前向きな関わりに切り替えることができた割合はどのぐらいか」という質問に、「まったく切り替えることができなかった」(1点)から「いつも切り替えることができた」(5点)の5件法で回答を求めた。

9) 否定的感情体験後の対処行動

浮舟ら(2014)、谷本(2006)等を参考に否定的感情体験後の対処行動の項目リストを作成し、精神看護学の専門家により項目の検討を行った上で、大学院で精神看護学を専攻している看護師数名にプレテストを行った(プレテストでは、質問紙について自由に意見を述べてもらった上で、質問が正確に伝わるか、相手を不快にさせないか、全員が特定の回答に集中することがないか等を確認することで信頼性・妥当性を高めた)。各質問項目について、「ほとんど当てはまらない」(1点)から「いつも当てはまる」(5点)の5件法で回答を求めた。なお、26項目のうち、多くは得点が高いほど前向きな関わりに切り替える行動や気持ちが高いことを示すが、「苦手な患者であるため、ケアに気持ちがついていかない」など7つの逆転項目を含んでいる。

4. 分析方法

各変数について記述統計量を算出した。否定的感情体験の頻度と前向きな関わりに切り替えた割合については、回答の傾向を見るために選択肢ごとの度数を求めた。否定的感情体験後の対処行動の構成因子を抽出するために因子分析を行った。否定的感情体験後の対処行動に影響する要因を明らかにするために、対処行動の構成因子を目的変数、影響要因と仮定した変数を説明変数として重回帰分析を行っ

た。統計解析にはSPSS ver. 22を用い、有意水準は5%とした。

V. 倫理的配慮

本研究は、大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の審査を受け、承認を得て行った(承認番号28-65)。対象者への研究協力依頼には、研究への参加・不参加は自由意思であり、不参加によって不利益を生じることはないこと、質問紙は無記名で個人が特定されることはないことを明記した。また、得られたデータは統計的に処理し本研究以外に使用せず、研究終了後研究者が責任を持って処分することを明記した。さらに、疑問や質問を受けることができるよう、問い合わせ先を研究協力依頼書に明記した。返送は投函による直接返送とした。返送された質問紙の表紙の研究への同意チェック欄にチェックがあることを確認し研究協力への同意とみなした。

VI. 結果

全国30施設の精神科看護師587名に質問紙を送付し、438名から回答を得た(回収率74.6%)。このうち、欠損値のない427名(有効回答率72.7%)を分析対象とした。

1) 対象者の背景

対象者の平均年齢は 44.4 ± 10.2 (平均 \pm 標準偏差、以下省略)歳、女性295名(69.1%)、男性132名(30.9%)であった。保有資格は、看護師のみが415名(97.2%)、保健師が10名(2.3%)、養護教諭が2名(0.5%)であった。看護の基礎教育を受けた機関は、専門学校が399名(93.5%)、短期大学が21名(4.9%)、大学が7名(1.6%)であった。平均看護経験年数は 18.5 ± 10.1 年、平均精神科看護経験年数は 13.6 ± 8.9 年であった。病棟での職位は、スタッフナースが326名(76.4%)、副主任が11名(2.6%)、主任・副師長が45名(10.5%)、師長が45名(10.5%)であった。所属施設の病床数は、100床未満が6名(1.4%)、100～300床未満が211名(49.4%)、300～500床未満が189名(44.3%)、500床以上が21名(4.9%)であった(表1)。

2) EQS, GSES, ソーシャルサポート, 学習経験, 職業的アイデンティティの平均得点

本研究における各尺度のCronbachの α 係数は、

EQSは尺度全体で0.908, 下位因子は0.883~0.889, 職業的アイデンティティ尺度は0.898, GSESは尺度全体で0.829, 下位因子が0.813~0.829, ソーシャルサポート尺度は尺度全体で0.961, 下位因子が0.957~0.960であった。

EQSを構成する対応因子の平均点は、「自己洞察」が 11.98 ± 3.97 , 「自己動機づけ」が 11.66 ± 4.27 , 「自己コントロール」が 16.43 ± 5.75 , 「共感性」が 13.40 ± 4.55 , 「愛他心」が 13.05 ± 4.47 , 「対人コントロール」が 14.22 ± 6.05 であった。

GSESの平均点は 6.71 ± 4.05 であった。ソーシャルサポート尺度の平均点は 51.74 ± 10.87 であった。

対処行動に関連する学習経験の平均点は、「コミュニケーション技術についての学習」が 3.55 ± 0.91 , 「自身の感情のコントロール法についての学習」が 3.37 ± 0.90 , 「自己の関わりの振り返りに関する学習」が 3.40 ± 0.89 , 「疾患・症状の理解に関する学習」が 3.73 ± 0.85 であった。職業的アイデンティティ尺度の平均点は 40.81 ± 8.49 であった(表2)。

3) 否定的感情体験の頻度と, そのうち前向きな関わりに切り替えることができた割合

最近2~3年における否定的感情体験の頻度について, 「いつもあった」は17人(4.0%), 「たびたびあった」は125人(29.3%), 「たまにあった」は233人(54.6%), 「あまりなかった」は51人(11.9%), 「まったくなかった」は1人(0.2%)であった(表3)。

また, 否定的感情体験後に前向きな関わりに切り替えることができた割合について, 「いつも切り替えることができた」は19人(4.4%), 「わりに切り替えることができた」は160人(37.5%), 「どちらかと言えば切り替えることができた」は191人(44.7%), 「あまり切り替えることができなかった」は55人(12.9%), 「まったく切り替えることができなかった」は2人(0.5%)であった(表4)。

4) 否定的感情体験後の対処行動の因子分析

否定的感情体験後の対処行動26項目の因子分析(最尤法, バリマックス回転)の結果, 固有値1以上, 因子負荷量0.4以上で4因子(20項目)が抽出

表1 対象者の背景

		n = 427	
	区分	平均値	標準偏差
	年齢(歳)	44.4	10.2
	看護経験(年)	18.5	10.1
	精神科経験(年)	13.6	8.9
		人数	%
性別	女性	295	69.1
	男性	132	30.9
資格	看護師のみ	415	97.2
	保健師	10	2.3
	助産師	0	0
	養護教諭	2	0.5
基礎教育を受けた機関	専門学校	399	93.5
	短期大学	21	4.9
	大学	7	1.6
病棟での職位	スタッフ	326	76.4
	副主任	11	2.6
	主任・副師長	45	10.5
	師長	45	10.5
所属施設の病床数	100未満	6	1.4
	100~300未満	211	49.4
	300~500未満	189	44.3
	500以上	21	4.9

表2 EQS, GSES, ソーシャルサポート, 学習経験, 職業的アイデンティティの平均得点

	得点の範囲	平均	標準偏差
n = 427			
EQS			
自己洞察	0~24	11.98	3.97
自己動機づけ	0~24	11.66	4.27
自己コントロール	0~36	16.43	5.75
共感性	0~24	13.40	4.55
愛他心	0~24	13.05	4.47
対人コントロール	0~36	14.22	6.05
GSES	0~16	6.71	4.05
ソーシャルサポート	14~70	51.74	10.87
学習経験			
コミュニケーション	1~5	3.55	0.91
感情コントロール	1~5	3.37	0.90
関わりの振り返り	1~5	3.40	0.89
疾患・症状理解	1~5	3.73	0.85
職業的アイデンティティ	12~60	40.81	8.49

表3 否定的感情体験の頻度

	人数	%	累積%
いつもあった	17	4.0	4.0
たびたびあった	125	29.3	33.3
たまにあった	233	54.6	87.9
あまりなかった	51	11.9	99.8
まったくなかった	1	2	100.0
合計	427	100.0	

された。第1因子は、「患者を捉え直しながら歩み寄る」($\alpha=0.807$)、第2因子は「関わりを停滞させる」($\alpha=0.730$)、第3因子は「チームの支えを求める」($\alpha=0.631$)、第4因子は「関わりについて内省する」($\alpha=0.412$)と命名した。第4因子は2項目から成り、内的整合性が低い結果となった。累積寄与率は約49.6%であった(表5)。

5) 否定的感情体験後の対処行動の影響要因

否定的感情体験後の対処行動の影響要因を明らかにするために、4)で抽出された看護体験の各構成因子を目的変数とする重回帰分析(強制投入法)を行った。説明変数は、影響要因として仮定した各変数のSpearmanの順位相関係数を求め(表6)、多

重共線性の有無を確認した上で、否定的感情体験後の対処行動の各構成因子に影響すると考えた、EQSの6対応因子、GSES、ソーシャルサポート、職業的アイデンティティ、学習経験の有用性、性別、精神科看護経験年数とした。性別は女性0、男性1のダミー変数とした。

重回帰分析の結果、第1因子「患者を捉え直しながら歩み寄る」には、EQSの対応因子である自己洞察($\beta=0.139$, $P=0.017$)、自己動機づけ($\beta=0.142$, $P=0.036$)、自己コントロール($\beta=0.167$, $P=0.034$)、共感性($\beta=0.180$, $P=0.009$)、また自己の関わりの振り返りに関する学習経験($\beta=0.117$, $P=0.043$)、疾患・症状の理解に関する学習経験($\beta=0.129$, $P=0.011$)、性別($\beta=-0.118$, $P=0.007$)、精神科看護経験年数($\beta=0.140$, $P=0.001$)に関連が認められた。調整済み決定係数は0.351であった(表7)。

第2因子「関わりを停滞させる」には、精神科看護経験年数($\beta=-0.107$, $P=0.019$)、職業的アイデンティティ($\beta=-0.142$, $P=0.014$)、自身の感情コントロール法についての学習経験($\beta=-0.224$, $P=0.002$)、GSES($\beta=-0.259$, $P=0.000$)に関連が認められた。調整済み決定係数は0.201であった。

第3因子「チームの支えを求める」には、EQSの対応因子である自己洞察($\beta=0.257$, $P=0.000$)、ソーシャルサポート($\beta=0.252$, $P=0.000$)、性別

表4 前向きな関わりに切り替えることができた割合

	人数	%	累積%
まったく切り替えることができなかった	2	0.5	0.5
あまり切り替えることができなかった	55	12.9	13.4
どちらかと言えば切り替えることができた	191	44.7	58.1
わりに切り替えることができた	160	37.5	95.6
いつも切り替えることができた	19	4.4	100.0
合計	427	100.0	

表5 否定的感情体験後の対処行動の因子分析（最尤法 バリマックス回転）

	因子負荷量				共通性
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
1. 患者を捉え直しながら歩み寄る ($\alpha=0.807$)					
効果的な介入ができるタイミングを見つける	.679	.073	.016	.034	.468
関わりの糸口を探るちょっとした関わりを続ける	.661	.074	.057	.059	.449
患者が害を被らないように自分の行動を考える	.564	.15	.113	.149	.376
患者の良い面に着目する	.544	.104	.142	.016	.327
症状の経過を見通す	.541	.277	.104	.07	.385
否定的感情を抱いた場面を繰り返さないよう先回りして関わる	.525	.083	.161	.055	.311
患者の言動について、疾患の影響をアセスメントする	.517	.155	.077	.283	.377
患者の言動には患者なりの理由があると考えている	.441	-.051	.021	-.084	.205
2. 関わりを停滞させる ($\alpha=0.730$)					
関わり方が分からずフラストレーションがたまる	.025	.607	-.076	-.06	.378
苦手な患者であるため、ケアに気持ちがついていかない	.092	.574	-.109	.009	.350
患者の悪いところだけが目につく	.269	.557	-.035	-.196	.422
おそろおそろ関わる	.247	.552	-.032	.011	.367
サポートが得られず困惑する	-.129	.533	.23	-.017	.354
患者に対して否定的感情を込めた対応をとる	-.25	.457	-.03	.02	.272
3. チームの支えを求める ($\alpha=0.631$)					
冷静になるために他スタッフと状況を共有する	.181	-.068	.682	.069	.507
患者に対する感情を他スタッフに表出する	-.197	.197	.557	.228	.440
スタッフにサポートを求める	.249	.052	.496	-.093	.320
チームで関わり方を検討する	.409	-.066	.479	-.048	.403
4. 関わりについて内省する ($\alpha=0.412$)					
否定的感情を抱いた患者との関わりをあと、自分の関わり方について振り返る	.373	-.102	.055	.632	.552
患者に反応してしまう理由は自分の内面にあると考えている	.042	.194	.014	.408	.206
固有値	4.663	2.406	1.607	1.240	
寄与率 (%)	23.315	12.032	8.035	6.199	
累積寄与率 (%)	23.315	35.347	43.383	49.581	

表6 影響要因として仮定した各変数の相関係数

	自己洞察	自己動機づけ	自己コントロール	共感性	愛他心	対人コントロール	疾患理解	振り返り	感情コントロール	コミュニケーション技術	職業的アイデンティティ	GSES	情緒的サポート	道具的サポート	性別	看護経験	精神科看護経験
EQS																	
自己洞察																	
自己動機づけ	.616**																
自己コントロール	.651**	.749**															
共感性	.539**	.647**	.617**														
愛他心	.432**	.537**	.535**	.745**													
対人コントロール	.592**	.661**	.698**	.676**	.619**												
学習経験																	
疾患理解	.228**	.271**	.237**	.270**	.303**	.224**											
振り返り	.170**	.195**	.235**	.212**	.144**	.194**	.470**										
感情コントロール	.139**	.232**	.244**	.268**	.243**	.206**	.457**	.619**									
コミュニケーション技術	.189**	.278**	.269**	.311**	.271**	.241**	.495**	.633**	.735**								
職業的アイデンティティ	.349**	.415**	.420**	.351**	.200**	.389**	.361**	.360**	.327**	.344**							
GSES	.334**	.348**	.345**	.182**	.008	.400**	.092	.167**	.075	.107*	.391**						
ソーシャルサポート																	
情緒的サポート	.135**	.160**	.108*	.195**	.109*	.190**	.205**	.209**	.213**	.221**	.320**	.203**					
道具的サポート	.098	.108*	.034	.135**	.070	.109*	.204**	.167**	.145**	.141**	.260**	.134**	.797**				
性別	-.068	-.093	-.218**	-.002	-.051	-.074	.042	.101*	.053	.079	.114*	.062	.063	.115*			
看護経験	.013	-.014	-.004	-.064	-.012	.026	-.006	.101*	.031	.054	.022	.182**	-.112	-.127**	.173**		
精神科看護経験	.017	.009	.026	-.048	-.005	.030	.000	.122*	.074	.101	.018	.067	-.095	-.170**	-.087	.700**	

* : p < 0.05 ** : p < 0.01

($\beta=0.190$, $P=0.000$) に関連が認められた。調整済み決定係数は 0.207 であった。

第 4 因子「関わりについて内省する」には、EQS の対応因子である共感性 ($\beta=0.169$, $P=0.038$)、自身の感情コントロール法についての学習経験 ($\beta=0.281$, $P=0.000$)、疾患・症状の理解についての学習経験 ($\beta=0.157$, $P=0.010$) に関連が認められた。調整済み決定係数は 0.088 であった。

Ⅶ. 考察

1. 精神科看護師の否定的感情体験の実態

精神科看護師の否定的感情体験の頻度 (図 3) を概観すると、「たまにあった」と「たびたびあった」で約 80% を占めていた。また、そのうち前向きな関わりに切り替えることができた割合 (表 4) は、「どちらかという切り替えることができた」と「わりに切り替えることができた」で約 80% を占めていた。一方で、前向きな関わりに「いつも切り替えることができた」と回答した看護師はわずか 4.4% であり、ほとんどの看護師が前向きな関わりに切り替えられないままケアを継続した体験を持っていることが示された。これらのことは、日々患者との関わりの中で否定的感情を体験し、否定的感情に捕らわれ前向きな関わりに切り替えられない体験を抱えながらも、多くは試行錯誤しながら自身の対処行動によって前向きな関わりに切り替え患者へのケアに取り組んでいる、精神科看護師の否定的感情体験の実態を示すものであると考えられる。

2. 否定的感情体験後の対処行動の構成因子の特徴

精神科看護師の患者に対する否定的感情体験後の対処行動の因子分析により、『患者を捉え直しながら歩み寄る』、『関わりを停滞させる』、『チームの支えを求める』、『関わりについて内省する』の 4 因子が抽出された。先行研究において、小宮 (2005) は、看護師が否定的感情体験後、「内省」や「求助行動」のパターンをとった場合、否定的感情が緩和され、患者への関心が継続し、ケアの質の向上が見られたと述べており、これらの看護師の行動は、本研究結果の『関わりについて内省する』や『チームの支えを求める』を裏付けるものであると考えられた。また鎌井 (2004) は、患者との関係性を発展させることができた看護師は、自己洞察のプロセスを経ていることや、患者の良い面を認めていたこと、関わりの途中で同僚からサポートを得ていたと述べており、これらは『患者を捉え直しながら歩み寄る』『関わりについて内省する』『チームの支えを求める』を裏付けるものであると考えられた。これらのことから、本研究で明らかになった 4 因子は、精神科看護師の否定的感情体験後の対処行動を包括的に捉えたものであると考えられ、本研究はこれまで質的研究によって把握されていた否定的感情体験後の対処行動を量的に明らかにしたものであると言える。

また、『患者を捉え直しながら歩み寄る』『関わりを停滞させる』の Cronbach α 係数は、それぞれ 0.807, 0.730 と高く、十分な信頼性が得られたと考えられる。一方、『チームの支えを求める』『関わりについて内省する』はそれぞれ 0.631, 0.412 と低い結果となった。このことは、これらの項目の構成因子がそれぞれ 4 項目、2 項目と少なかったことが要

表 7 「患者を捉え直しながら歩み寄る」を目的変数とする重回帰分析

	標準化されていない係数		標準化係数	
	B	標準誤差	ベータ	有意確率
EQS (自己洞察)	.149	.062	.139	.017
EQS (自己動機づけ)	.140	.067	.142	.036
EQS (自己コントロール)	.123	.058	.167	.034
EQS (共感性)	.168	.064	.180	.009
自己の関わりへの振り返りに関する学習経験	.554	.273	.117	.043
疾患・症状の理解に関する学習経験	.645	.253	.129	.011
性別	- 1.089	.399	- .118	.007
精神科看護経験年数	.067	.019	.140	.001

R² 乗 : 0.381 調整済み R² 乗 : 0.351

因の一つと考えられた。

3. 否定的感情体験後の対処行動の構成因子への影響要因

『患者を捉え直しながら歩み寄る』と、8つの説明変数の間に有意な正の回帰が見られた。このうち「自己洞察」「自己動機づけ」「自己コントロール」「共感性」はいずれもEQSの下位因子であり、否定的感情体験後、自身の感情や行動を制御し、自己を振り返り、新たなケアにつなげていく看護師の能力が、患者を捉え直しながら歩み寄る対処行動に影響していると考えられた。特に「自己洞察」は、自己の情動知能を知ることができ、また自己の感情表現力について知っていることを表すものであり、すべての情動知能の基本であると言われている(内山ら, 2001)。つまり、『患者を捉え直しながら歩み寄る』ためには、まず自己の感情状態に気づき、それを適切に表現する力が求められていると言えよう。その上で、自己動機づけや自己コントロールといった能力を発揮しながら、効果的な歩み寄りの行動をとることが重要であると考えられる。

また、「自己の関わりを振り返りに関する学習経験」「疾患・症状の理解に関する学習経験」と『患者を捉え直しながら歩み寄る』に有意な正の回帰が見られた。本研究結果では、あくまで対象者の学習経験の有用性の認識が『患者を捉え直しながら歩み寄る』に影響していたことが明らかになったに過ぎず、学習経験そのものが『患者を捉え直しながら歩み寄る』に直接影響していたか否かまで言及することはできない。しかし、「学習経験」についての変数が複数、重回帰分析結果に含まれていたことは、自身のケアを振り返ることや知識のブラッシュアップといった日々の自己研鑽の積み重ねが、否定的感情体験後の患者への歩み寄りの土台となっている可能性を示唆するものと考えられる。

その他、「性別」については、男性看護師であることと『患者を捉え直しながら歩み寄る』に有意な負の回帰が見られた。先行研究によると、男性看護師は否定的感情体験後でもひるまずに関わったり(浮舟ら, 2014)、役割意識として患者の不穏時対応に使命感を持っていた(堀井ら, 2012)と述べられていることから、男性看護師は女性看護師に比べ、冷静に患者を捉え直すことよりも、男性としてのジェンダー役割を優先させた患者対応をとる可能性が考えられる。

『関わりを停滞させる』は、4つの説明変数との間に有意な負の回帰が見られた。患者に対して否定的感情を持ち続けたまま患者に向かうことができな

い場合、関係性の発展は止まり、看護師は患者への積極的な関心を向けることができず、問題解決に向かうことができない状況に陥る(鎌井, 2004)と述べられていることから、関わりを停滞させないためには、まず看護師自身が冷静さを取り戻す必要があると考えられ、「自身の感情コントロール法についての学習経験」を活用した自己コントロールは、関わりを停滞を防ぐために不可欠な要素であると考えられる。

また、「職業的アイデンティティ」と『関わりを停滞させる』に有意な負の回帰が見られた。グレッグ(2002)は、個々の看護師が職業的アイデンティティを確立することは看護の質を向上させる一つの方法であると述べているが、本研究結果においても、精神科看護師の職業的アイデンティティが、否定的感情体験後に関わりを停滞させずケアを提供することに寄与する、すなわち看護の質の担保につながる要素であることを示していると考えられる。

さらに、GSESと『関わりを停滞させる』に有意な負の回帰が見られた。矢田ら(2017)は、コミュニケーション不全やケアの不確実性などの要因が精神科看護師のセルフエフィカシーを低下させることを明らかにしているが、否定的感情体験後『関わりを停滞させる』対処を脱することができない場合、患者とのコミュニケーション不全やケアの不確実性がさらに増すことが考えられ、そのことにより精神科看護師のセルフエフィカシーがますます低下する、という悪循環が形成される可能性が考えられる。特に、精神科看護経験年数と『関わりを停滞させる』に有意な負の回帰が見られていることから、精神科看護経験年数の浅い看護師がこの悪循環に陥らないための方策を講じる必要があると考えられる。

ところで、浮舟ら(2014)は、患者との関わりの中で否定的感情を体験した精神科看護師は、その後、多様な対処行動の中で自身の感情をコントロールし、状況を解釈し直すプロセスを経ることで前向きな関わりに至ることを明らかにしている。このことから、患者の疾患、言動のアセスメントや否定的感情を抱いた場面の振り返りを含む『患者を捉え直しながら歩み寄る』は、否定的感情体験後の精神科看護師の前向きな関わりへの切り替えにつながる対処行動に含まれるものであると考えられる。一方、浮舟ら(2014)は、患者との関わりの中で否定的感情を体験した精神科看護師がその後関わりを停滞に至るまでに、患者の言動に自分の価値規範を交えることや、苦手意識へのとらわれ、否定的査定への偏りといった体験のプロセスが存在していることを明

らかにしており, これらは, 「苦手な患者であるためケアに気持ちがついていかない」「患者の悪いところだけが目につく」といった, 『関わりを停滞させる』の下位因子に該当する対処行動であると考えられた. すなわち, 『関わりを停滞させる』は, 浮舟ら (2014) の述べる関わりの停滞に至るプロセスに含まれる対処行動であると考えられる.

4. 前向きな関わりに切り替えるための支援への示唆

否定的感情体験後, 精神科看護師が前向きな関わりに切り替えるためには, 看護師自身が関わりを振り返り, 看護場面や患者を客観的に捉え直すための力を伸ばすための支援が重要であると考えられた. 患者との関わりを振り返り, 意図的に経験から学びを得るための枠組みとしてリフレクションの概念があり (田村ら, 2008), 精神科看護師のリフレクションと情動知能に正の相関が見られたと報告されていることから (Ishii, et al., 2015), リフレクションの活用が前向きな関わりに切り替えるための支援に有効である可能性が考えられる.

また, 性別および精神科看護経験年数の違いが前向きな関わりへの切り替えに影響していたことは, 看護師個々の背景を考慮した上で支援内容を検討する必要性を示唆するものと考えられる. さらに, ケアの振り返りや疾患・症状についての学習といった自己研鑽に取り組むことができる職場の研修体制の整備は不可欠であると言える.

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究では, 否定的感情体験後の対処行動を尋ねるために自作の質問項目を用いたが, 因子分析により明らかになった対処行動の構成因子のうち, 第3, 第4因子の α 係数が低い結果となったことから, 信頼性・妥当性が十分であったとは言えない. 今後, さらに質問項目の精度を上げて調査を行う必要がある.

また, 本研究に加え, 否定的感情体験後, 前向きな関わりに切り替えることができた割合の多い看護師はどのような対処行動を取る傾向にあるのか, また看護師の背景の違いによる対処行動と影響要因の特徴を明らかにする等, さらに分析を重ね, 個々に応じた具体的支援を検討することが今後の課題である.

VIII. 結論

精神科看護師の患者に対する否定的感情体験後の

対処行動は, 『患者を捉え直しながら歩み寄り』『関わりを停滞させる』『チームの支えを求める』『関わりについて内省する』の4因子から構成されていることが明らかになった. また, 『患者を捉え直しながら歩み寄り』には, 情動知能の下位因子である「自己洞察」「自己動機づけ」「自己コントロール」「共感性」「自己の関わりの振り返りに関する学習経験」「疾患・症状の理解に関する学習経験」「性別」「精神科看護経験年数」が影響していた.

利益相反

本研究における利益相反は存在しない.

文献

- グレッグ美鈴 (2000) : 看護における1重要概念としての看護婦の職業的アイデンティティ. *Quality Nursing*, 6 (10), 873-878.
- グレッグ美鈴 (2002) : 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. *看護研究*, 35(3), 196-204.
- 波多野梗子, 小野寺杜紀 (1993) : 看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化. *日本看護研究学会誌*, 16(4), 21-28.
- 堀井啓史, 横山由香, 河瀬貴志他 (2012) : 精神科における男性看護師の役割意識とその関連因子 不穏時対応以外を中心に. *滋賀県立大学人間看護学部紀要*, 10, 117-124.
- 一般社団法人日本精神科看護協会 : 日本精神科看護協会平成28年度研修会のご案内, 2021年11月23日, <http://www.jpna.jp/images/h28kenshu.pdf>
- 石田昌宏 (2003) : 精神保健看護データブック10 精神科病棟で起こる暴力・トラブルは一般病棟の2~4倍. *精神科看護*, 30(133), 87.
- Ishii, S., Katayama, S., Mori, N., et al. (2015) : Relationship between Emotional Intelligence and Reflection of Psychiatric Nurses in Japan. *International Journal of Biomedical Soft Computing and Human Sciences*, 20 (1), 21-27.
- 鎌井みゆき (2004) : 精神科病棟において看護師が抱く陰性感情と看護チームのサポートについての分析. *福島県立医科大学看護学部紀要*, 6, 33-42.
- 小牧一裕 (1994) : 職務ストレスとメンタルヘルスへのソーシャルサポートの効果. *健康心理学研究*, 7(2), 2-10.
- 小宮敬子 (2005) : 看護師がケア場面で体験した否定的感情の様相に関する研究. *お茶の水医学雑誌*, 53(4), 77-96.
- 中西勝子, 久村昌秀, 岩本真紀 (2005) : TEGを用いて性格傾向との関係を分析 精神科における看護者の陰性感情と認知のコーピング. *精神看護*, 8 ((1), 108-115.
- Mayer, J.D., & Salovey, P. (1997): What is emotional intelligence? In Salovey, P., & Sluyter, D. (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence : Educational implications*. New York : Basic Books.
- 岡谷恵子 (2002) : 援助的関係の形成. 山崎智子, 明解看護学双書3・精神看護学 (第2版), 82-91, 金芳堂, 京都.
- 齋二美子, 石田真知子 (2003) : 強迫神経症患者の強迫的確認行動に関わる看護師の感情と対処行動. *東北大学医療*

- 短期大学部紀要, 12(1), 1-9.
- 坂野雄二, 東條光彦 (1986): 一般的セルフエフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究, 12(1), 73-82.
- 島井哲志, 内山喜久雄, 宇津木成介他 (2001): EQS マニュアル. 実務教育出版, 東京.
- 島津明人 (2002): 心理学的ストレスモデルの概要とその構成要因. 小杉正太郎編著, ストレス心理学, 40-80, 川島書店, 東京.
- 田村由美, 津田紀子 (2008): リフレクションとは何か その基本的概念と看護・看護研究における意義. 看護研究, 41(3), 171-181.
- 谷本桂 (2006): 入院患者から暴力を受けた精神科看護師の主観的体験. 日本精神保健看護学会誌, 15(1), 21-31.
- 寺田廣, 宮本真巳 (2008): アルコール依存症患者との援助関係で生じた否定的感情への対処に関する考察. アディクションと家族, 25(3), 215-223.
- 浮舟裕介, 田嶋長子 (2014): 否定的感情を抱いた患者への精神科看護師の体験. 日本精神保健看護学会誌, 23(2), 31-40.
- 浮舟裕介, 田嶋長子 (2018). 否定的感情を抱いた精神科看護師が前向きな関わりに切り替える方略. 日本精神保健看護学会誌, 27(2), 53-60.
- 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のストレス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.
- 矢田浩紀, 小林真子, 大達亮他 (2017): 精神科看護師の自己効力感に関連する要因. 産業医科大学雑誌, 39(3), 229-234.