

科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）研究成果報告書

平成24年9月20日現在

機関番号：15401  
 研究種目：挑戦的萌芽研究  
 研究期間：2011～2011  
 課題番号：23660099  
 研究課題名（和文） 看護師のバーンアウトとスピリチュアリティに関する探索的研究  
 研究課題名（英文） Exploratory research of nurse's burnout and spirituality  
 研究代表者  
 國生 拓子（KOKUSHO HIROKO）  
 広島大学・保健学研究科・教授  
 研究者番号：70251527

研究成果の概要（和文）：

看護師のスピリチュアルケアとバーンアウトに対する因子、状況、文脈を探索するための方法を検討することを目的に、文献検討と看護師へのプレテスト的なインタビューを行った。看護師のスピリチュアリティの定義は幅広く、看護師のスピリチュアリティとバーンアウトの関連を示す研究は十分ではなかった。さらにスピリチュアルペインを感じた経験とその状況について看護師の語りを聞いた結果、スピリチュアルペインを感じた看護師への助けとなる要因を探索すること、バーンアウトに至らない要因を含めて探索することが求められると考える。

研究成果の概要（英文）：

The purpose of this study was to examine the method for searching for the factor, the situation, and the context to a nurse's spiritual pain, spiritual care and burnout. The method of research was made into literature study and pretest interview. The definition of spirituality was broad and the research which shows a nurse's spirituality and the relation of a burnout was not enough. Furthermore, the narration about experience which felt the nurse's spiritual pain, and its situation was heard. Searching for the factor which is help to the nurse who felt spiritual pain, and searching for the factor which does not result in a burnout are called for.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
交付決定額	500,000	150,000	650,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・地域・老年看護学

キーワード：精神看護学

1. 研究開始当初の背景

バーンアウトに関して、個人的な側面や、管理的な側面からの研究は行われてきた。また緩和ケア領域におけるスピリチュアルケ

アに関しては、チャプレンの導入など他の専門職も入り対応がなされてきている。しかし生と死の現場に携わりケアを行う看護師自身も、スピリチュアルペインにさらされてい

る。看護師の勤務する領域により対象も特殊性も文脈も違っているが、各領域の看護師のスピリチュアルペインは明らかにされていない。またスピリチュアルな痛みを持つ看護師をどうバーンアウトから守り、ケアしていくか、という視点での研究を行っていく必要がある。看護師のバーンアウトに関して新人のリアリティーショックとの関連性は指摘されているが、スピリチュアルな側面の疲弊とどのように関連しているのか、またスピリチュアルな疲弊からバーンアウトにいたる要因については十分研究がなされていない。

## 2. 研究の目的

生と死に隣り合わせである部署の看護師がスピリチュアルな側面に関してどのように感じ、認識しているのかをインタビューを行い、質的に分析し、バーンアウトに関連する因子および文脈、状況を明らかにし、リエゾン精神看護領域から看護師のメンタルヘルス支援について考察することを目的とした。

## 3. 研究の方法

研究手法として、看護師自身のスピリチュアリティについて問うことが介入となることも考えられること、スピリチュアリティが個人的で内面的な課題であるために、対象者の心理的な反応に注意が必要であることから、緊急性の高い領域でインタビューを実施するには面接や質問内容とその方法に関して十分に吟味する必要が考えられた。そこで、本研究ではスピリチュアリティとバーンアウトに関する文献検討、量的な研究方法の探索、看護師のスピリチュアリティとバーンアウトをとらえる質的研究の前段階として、看護師に聴取し、看護師のスピリチュアルケアとバーンアウトに対する因子、状況、文脈を探索するための方法を検討することとした。ヒアリングに関しては倫理的配慮として、研究の趣旨と匿名性を守ることを口頭で説明し、本人の了解を得たうえで実施した。

## 4. 研究成果

### 1) 文献検討

#### ・スピリチュアルケアの定義：

スピリチュアルの定義としては わが国においては窪寺や村田らによってスピリチュアリティの定義が明らかにされている。石井(2003)は、スピリチュアルケアの略語や定義が定まっていず、中西(2001)は日本の文献を概観しスピリチュアリティやスピリチュアルペインなどの用語の区別、略語や定義などが分かりにくいとしている。竹田(2010)は看護職はスピリチュアルケアをスピリチュアルペインを軽減・緩和するケア、自己の存在や生きる意味の探究への支援、スピリチ

ュアルペインやスピリチュアルニーズに焦点を当てたケア、スピリチュアリティを支えるケア、生きる意味と意欲の回復への支援、人間らしくその人らしく生きることを支えるケア、拠り所を見いだしつながっている感覚を獲得するプロセスの支援等と定義していたと述べた。さらにスピリチュアルが幅広く、主観的で抽象的な概念であることにより統一したスピリチュアルケアの理解を困難にしているとした。

#### ・スピリチュアリティの構成概念：

中村ら(2004)看護師のスピリチュアリティの構成概念として「生の永続性・超越性」「無償の愛」「身近な他社との一体感」「実存性」「自然との一体感」の5因子に加え、PAC分析によって看護師自身の生活実感や臨床経験から形成された身近で具体性を帯びた構成概念が挙げられていた。スピリチュアリティを感じる状況として終末期の患者を前に「何をしてあげられるのか分からない自分」に対して傷つく看護師が挙げられていた。柴田ら(2011)は、いまだにスピリチュアルケアの概念や定義は明確ではなくそれぞれの小さな枠組みの理解に基づいた断片化したスピリチュアルが語られる傾向があるとした。

#### ・スピリチュアルケアに対する認識：

小藪(2010)は、看護師のスピリチュアルケアのイメージと実践内容を調査し、認知している看護師の割合は6割だがケアを実践していたのは3割に満たなかった。スピリチュアルケアという言葉の連想は既存の学術的概念に沿っていた。ケアの実践では傾聴・共感・受容、共にいる、その人を大切にした看護、タッチングなどが挙げられ、その人を大事にした看護という、患者中心のケアの目線が挙げられていることが注目される。

#### ・看護師のスピリチュアリティに対する態度：

川崎(2005)は、スピリチュアリティの研究に入る前はスピリチュアルな問題をとらえにくく患者とどのように向き合えばいいか自信が持てず、死の話題に触れることを避けていたが研究を通して今までの看護援助はスピリチュアルケアの一部を担っていたことを気づき、看護師自身が臨床現場で患者のスピリチュアルペインに気づき探究することで、ケアを高められるといえるだろう。

#### ・スピリチュアリティを考えた体験：

酒井(2011)はスピリチュアリティを考える体験があった看護師は2割に満たず、年齢が高いほどスピリチュアリティを考える体験をしており、体験有の領域は多い順に緩和ケア、救命救急、産科、内科で、精神科が最も少なかった。

#### ・スピリチュアリティに関する教育プログラム：

教育プログラムについては、新卒の看護職がホスピス・緩和ケアに配属されることはまずない。公益財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団による看護職教育カリキュラムでは、スピリチュアルペインは経験2年目後期、スピリチュアルケアに関しては経験3年目中期に到達目標としている。横尾ら(2008)は、周産期ファミリーケア教育プログラムの中で、基礎理論としてスピリチュアリティを組み込み周産期の喪失という子供が死亡あるいは死が切迫した場合のケアの学習の後で、生命とは、生きるとはというテーマでの対談と意見交換を導入し、人間存在への根源的な問いを自らに向け、周産期におけるファミリーケアの意義や重要性を再認識し事故の課題発見につなぐようにプログラムを開発した。チャプレンの教育に関しては、小西は自分の信念や価値観、自己のアイデンティティなどの自身の世界観(ビリーフ)を明確に自覚化することがチャプレン教育の主眼であるとしている。そうすることでチャプレン自身のビリーフを患者に押し付けずに患者のビリーフをあるがままに聴けるという。村田は終末期がん患者のスピリチュアルペインの構造の解明からがん患者へのスピリチュアルケア援助プロセスを定式化し、2004年よりスピリチュアルケア援助プロセスのワークショップを開催している。

・スピリチュアルペインを語る意味：

松村(2007)は看護師6名にスピリチュアルペインについて面接とグループ面接を行い、傾聴共感と苦悩を乗り越えるためのアドバイスをを行った結果、自らのスピリチュアルペインの癒し(戸惑い、苦しみへの意識の志向、苦しみからの離脱、新しい自己への脱皮)を得て、支援者としての意識を明確化した。語りによる痛みの認識と問題の外在化、他人からの承認を通じて関係性の痛みを切り離し、新たに価値ある自己をとらえ直せたこと、関係性の痛みをいやした看護師は実感として患者のスピリチュアルペインを察知できるようになり、患者のペインに向かおうという役割意識を明確にもてると示唆した。この研究は介入的な研究であると言え、単に語りを聞くだけではこのような結果をもたらさないであろうこと、対象者が認定看護師緩和ケアコース在籍の看護師であり、6か月間の教育課程で自分自身の現場から離れて自身の体験に対する検討をしても安全な対象であると考えられる。

・スピリチュアルの変容プロセス：

中村(2004)はスピリチュアリティの構成概念に関する研究で、付加的な分析として加齢による発達的变化を分析し、30歳ぐらいまではいったん下降し30歳を過ぎた頃から上昇に転じ50歳以上になると再び下降したと示した。が、横断的研究であるため変容プロ

セスを見ているとは言えないとしている。

・スピリチュアリティ、スピリチュアルケアの量的研究：

スピリチュアリティの評定尺度としては、比嘉(2002)による15項目5件法のSpirituality評定尺度(SRS-A)が開発された。また神気性(スピリチュアリティ)評定尺度(SRS-B)、SRS-AとSRS-Bを組み合わせたSRS-ABも考案されている。これは質問項目も少なく文章更生法の内容も少ないが、比嘉(2006)も、不十分な内容に関しては外部からの間接的測定を許す諸要因である内省報告や回答反応を通じて推定されるとしており、スピリチュアリティに関する気づきに関する項目が少なく、個人のスピリチュアリティの質的な内容を量的な尺度だけでとらえるのは困難であると考えられる。スピリチュアルケアについては、江口(2011)が看護師を対象に調査し、緩和ケア病棟のスピリチュアルケア測定尺度を開発した。そして看護師のスピリチュアルケア能力を霊的アプローチ、死生観、自然と他者との関係性、生きる意味、愛と受容、永遠の命への希望の6因子とした。内容的には看護師として必要なスピリチュアルケア能力と考えられる項目を挙げ、量的な統計調査と信頼性妥当性を検討し因子を絞ったものである。緩和ケア領域以外の看護師にも適応できるのか等、尺度の利用については検討が必要と考える。

・スピリチュアリティとバーンアウトに関する研究：

岸本(2002)は老人福祉施設の介護職の職業意識に影響を与える要因を分析し、職業継続要因の中にバーンアウトとスピリチュアリティの項目を含め、バーンアウトが低く、スピリチュアリティを自覚しているほど介護職継続と職場継続の意思が高くなることを示した。介護職継続と職場継続のどちらにも影響を与えたのはバーンアウト症状、仕事への価値観、上司からのソーシャルサポートであったとし、スピリチュアリティは介護職継続の意思にのみ影響を与えていた。バーンアウト症状があっても仕事への価値観を持っていれば介護職継続につながる可能性と、仕事への価値観、スピリチュアリティ、上司からのサポートがあればバーンアウト症状があっても介護職継続要因をより高められると考察した。一方職場継続の意思には、バーンアウト症状が最も強く影響し、他には仕事への価値観、上司からのサポート、同僚からのサポート、仕事の自己評価から影響を受けていた。実際に働く場面においては職場の人間関係やチームワーク、同僚が協力的で信頼関係があることが重要視されていた。バーンアウト症状があっても、仕事への価値観、上司からのサポート、同僚からのサポート、仕事の自己評価を高めれば、職場継続の意思

に結び付くと考察した。この結果は量的データから見た仮説であり、看護職については検証する必要がある。

大西 (2003) はターミナルケアに携わる看護師のバーンアウトの様相について、5 年未満の看護師はターミナルケアの喜びややりがいよりもつらさや悲しみを、経験年数が少ないほど感情面の問題を抱えていることを明らかにし、スピリチュアルな視点とターミナルケアにおける看護師のバーンアウトに関連があると示した。

新藤 (2011) は大学病院に勤務する看護師に終末期がん患者へのかかわりについての意識調査と、村田の研修プログラムを看護職に実施し研究した。終末期ケアを実施している 2 年目以上の看護師への意識調査の結果、患者の生きていても意味がないというスピリチュアルペインに接したとき、受け止め援助したい気持ちと自信のなさのアンビバレントや、自身のなさがなく、死を怖いものと感じ、無力感、感情移入を避けるなどの意識があり、コミュニケーションスキルに関するプログラムの必要性を示唆している。終末期患者とのコミュニケーションの課題や困難感では、時間が取れない、対応困難、サポート方法不明、対応に対するフィードバックのなさ、死の話題への抵抗、感情表示、バーンアウトなどが挙げられた。スピリチュアルケアの介入プログラム前後の変化については、コミュニケーションや自己評価、無力感や逃げ出したい気持ち、何かできるか考えようとする気持ちに変化が見られ、仕事上のストレスやバーンアウトスコアには変化は見られなかった。このことからスピリチュアルな側面に対する教育介入によって看護師個人自信とケアの質は向上することが期待できるが、この研究の対象は介入前のスコアがもともと高くなかったためストレスやバーンアウトにはあまり影響しなかったと考察している。このことから、バーンアウトの比較的高くない対象にはスピリチュアルな内容について介入してもバーンアウトには影響が少ないと予測される。

・終末期ケアのバリアになるもの：

Beckstrand ら (2005, 2000) は、治療方針に関する医師との見解の相違、患者の現状理解が困難な家族とのかかわり、医師が家族とのかかわりを避けること、怒りや不安を示す家族や患者の予後の受け止めが困難な家族への対応、積極的治療を行うか田舎の意思決定における葛藤など患者や家族の意思決定を促進するための対応に課題があるとしている。White (2001) は、患者や家族と語り合うための自身のスキルが十分ではなく教育が必要だとしている。Sasahara (2003) は、コミュニケーション、看護師の知識やスキル、治療やインフォームドコンセント、死の不安

や自信のなさ、感情のコントロールなどに関する看護師の個人的な問題、チームの協働、環境やシステム、看護師間の協働、臨床時の問題など 8 因子を抽出した。このことから、看護師の個人的要因だけでなく、看護師の働く現場の状況がケアのバリアに影響しているといえる。

・ストレスとスピリチュアルケア：

終末期がん看護実践に携わる看護師のストレスマネジメントについて廣畑 (2008) は、がん性疼痛がうまくコントロールでき、患者の苦痛が緩和されることより成功体験として強化され、ネガティブな体験として、患者家族の意思決定のずれ、倦怠感の軽減困難、病棟役割への過剰な期待、スピリチュアルケアの困難さが挙げられた。看護師のストレスマネジメントとして未婚で相談相手が少なく緩和ケアへの配属希望がなかった場合に業務へのコミットメントが低くバーンアウトしやすい傾向があり、仕事に没入できる強みは、看取り時に患者や家族のケアを通して看護師自身が学びを得て自身の成長の機会ととらえていることであったとした。スピリチュアルケアの困難さはネガティブ体験に位置付けられストレス要因となっていることが推察される。

・看護師のバーンアウト：

本村 (2010) は、看護師のバーンアウト得点に関わる要因として、労働に関するものでは、仕事の負担や夜勤、職場の対人関係の葛藤や看護における不全感、管理システムや労働条件を、個人特性では、年齢や看護師経験年数、職位、看護職アイデンティティ、性格、コーピングであるとした。看護師のバーンアウト状況の特徴については、救急や終末期ケアなど生死に直結しての現場であり、代理受傷する危険率が高い、産婦人科においては生まれる喜びと深い悲しみを覚える体験に身をさらしている。荻野 (2007) は「死との直面」「労働過多」「ケアに対する不全感」「重責感」「周囲からの批判」というストレスサー、「同僚とのコンフリクト (葛藤)」が脱人格化傾向に影響を与えていたと示した。

・バーンアウトと関連するものについて：

武井 (2001) は、職業的な感情の問題がバーンアウトと関連することを述べている。和田 (2005) は緩和ケア病棟の看護師を対象にバーンアウトと情動的共感性と他者意識を尺度により評価した。その結果バーンアウト尺度と他の 2 つの尺度には関連性が見られず、高バーンアウト群は感情的な影響の受けやすさがあったとした。安東 (2006) は神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトを調査し、最も強い影響を及ぼしたのは「看護における不全感」と次いで「同僚との葛藤」であったと示した。塚本 (2007) は、量的な研究から組織風土、ストレスサー、バ

ーンアウトが離職意図に結び付くパス図を作成した。さらに塚本(2009)は、職場風土として看護師長のあり方尺度を作成してバーンアウトとの関連について病棟間の差異があること、看護師長のあり方認識には中堅看護師層では個人的達成感と能力の発展に、新人看護師では脱人格化や情緒的消耗感を抑制していた。病棟間の違いについてはバーンアウト尺度によって調査されており、それぞれのデータを使用することである程度可能であると考えられる。松本(2011)はバーンアウトが失敗傾向に及ぼす要因を質問紙調査からパス解析し、本音の抑制が情緒的消耗感に影響しし忘れなどのエラーに、スタッフの無理解と情緒的消耗感が脱人格化に影響しし損ないなどのエラーと個人的達成感の低下につながることを示した。

・看護師のバーンアウトから離職へのプロセス：

古屋(2008)は24歳以上になると個人的問題が解決されストレスを意識できると考え、また40歳がバーンアウトの臨界点とする久保らの考えから24歳以上40歳未満の看護師を対象にバーンアウト尺度、自尊感情尺度、絶望感情尺度、離職願望尺度を用いて分析した。その結果看護師のバーンアウトは、自尊感情の低下と看護職に対する絶望感の高まりにより、情緒的消耗感と脱人格化という形で生じ、脱人格化の進行により看護師の離職願望が高まることを示唆した。

・二次性外傷性ストレス：小西(2003)は、文献からケアする側、つまり支援者の二次性外傷性ストレスについて論じ、二次性外傷性ストレスとバーンアウトや逆転移の概念で説明される事象と類似の共感疲労が、支援者側のトラウマとなりうることを示した。また逆転移とは別に、代理トラウマをクライアントの外傷に対して共感的な関わりを持つことによって生じる治療者側の内面的な経験の変化であるとし、位置づけられないままの代理トラウマは治療者のバーンアウトへ向かわせ、あるいは役立つ治療者としてのアイデンティティを失わせて仕事の中断を招くと示した。その一方共感満足概念を示し、治療者のケアの代償だけでなくケアの報酬について述べ、共感疲労、共感満足、バーンアウトとの関連等についての検討を要すると述べている。

## 2) 看護師への聴取

看護職4名(看護職経験5年以上)にスピリチュアルな痛みを感じた経験とその状況についての語りを聞いた。患者や知人の死にかかわった経験について語られた。スピリチュアルペインを感じた状況とその要因を検討した結果、死が突然であったこと、相手の死の前にもっと早く気づき介入できたので

はないかという後悔、サポートの得られなさ、対応する職員が少ないと一人で抱えてしまうこと、責任の所在や重さの感じ方、事例検討に関する周囲の看護職のサポート体制が挙げられた。バーンアウトに至らなかった要因としては、周囲のサポートが挙げられた。また、若く死の場面の経験が少ない看護師のスピリチュアルケアについて、看護師がどうかかわるかという視点で考えて行動しがちであり、患者・家族がどうしたいのかという視点を持ちにくいこと、周囲の状況からスピリチュアルな側面を察知してもケアとして実践する方策が十分でないこと、コミュニケーション力等から、十分なスピリチュアルケアにつながらないのではないかという見解が語られた。またスピリチュアルケアからバーンアウトに至った状況には、看護職のアイデンティティ、個人的な生活状況(育児、近親の病気)が絡んでいた。しかしながら今回はプレテスト的なインタビューにとどまったため十分な内容分析には届かず、現状では分析結果を明確に示すにはデータが不十分であり、更なるデータ収集と分析による検討が必要である。今後はスピリチュアルペインを感じた看護師への助けとなる要因を探索すること、バーンアウトに至らない要因等を含めて探索することが求められると考える。

## 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計0件)

〔学会発表〕(計0件)

〔その他〕

ホームページ等

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

國生 拓子 (KOKUSHO HIROKO)  
広島大学・保健学研究科・教授  
研究者番号：70251527

### (2) 研究分担者

なし ( )  
研究者番号：

### (3) 連携研究者

なし ( )  
研究者番号：