

平成 30 年 6 月 11 日現在

機関番号：33910

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2017

課題番号：26463514

研究課題名(和文) 精神科看護師の怒りの体験 - 怒りを鎮静化する方略選択の心理過程の解明

研究課題名(英文) Psychiatric nurses' experiences of anger: Elucidation of the psychological process underlying selecting strategies to pacify anger

研究代表者

渋谷 菜穂子 (SHIBUYA, Naoko)

中部大学・生命健康科学部・教授

研究者番号：40324420

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,300,000円

研究成果の概要(和文)：日常生活場面では怒りを表出する看護師も、对患者場面においては怒りを表出しない。また同じ对患者場面であっても、一般診療科(内科等)と精神科とでは怒りの表出の仕方に相違がみられるのではないかと考え、一般診療科看護師と精神科看護師における「怒りの経験」の違いについて分析する目的で本研究を実施した。また、精神科看護師の、对患者場面における怒りとその経過、及びサポートの現状を明らかにし、看護チームとしての今後の関わり方を考察することを目的に調査を実施した。その結果、精神科看護師が对患者場面において怒りを抑制する要因を抽出し、怒りを体験し反応を起こすまでの過程を示す因果モデルを作成した。

研究成果の概要(英文)：Nurses who express anger in everyday situations do not express anger while interacting with patients. Thus, nurses may differently express their anger in similar interactions with patients depending on the department a patient is admitted to, such as the department of general medicine (internal medicine) or psychiatry. This study aims to investigate differences in the "experiences of anger" between general medicine and psychiatric nurses. Also, we have recently clarified the current status of social support for psychiatric nurses, as well as anger and its development experienced by them in interaction with patients. We have also examined how nurses should interact with each other as a team. Thus, eight different combinations of managing were identified. Also, the findings of this study facilitated the establishment of a causal model elucidating the psychological process underlying the experience of anger triggering the reactions of psychiatric nurses.

研究分野：精神看護学

キーワード：精神科看護師 怒りの体験 对患者場面 質問紙調査 面接調査 因果モデル 怒りの表出方法

1. 研究開始当初の背景

近年、看護食や福祉職職員等による患者に対する虐待と思われる行為が増えている。これらの共通することは、患者(利用者)側に言葉によるコミュニケーションの障害があり、看護師(または福祉職職員)と気持ちを通じ合うことが難しかったであろうことである。看護を提供する相手と気持ちが通じ合えない時、何とも言えない破壊的な感情に襲われることは誰も心当たりがあり、理解できる。そして、それが際限なく続くように感じられる時、徒労感・無力感が大きくなり、懸命にやればやるほど「報われない」という気持ちが増していき、その報われない虚しさは虚脱感を通り越し、やがて「怒り」に変わる。しかも周囲にその大変さを理解してくれる人がおらず孤立無援と感ずる場合には予想もつかない破壊的な行動へと結びつくことが考えられる。しかし、看護師らは、看護教育を受ける過程で患者に対して怒りを表出することは「非」であると暗黙のうちに了解している。それがたとえ日常(家庭)生活においては怒りを制御してこなかったとしても。しかし、対患者場面において看護師が怒りを制御しようとすることは暗黙知・経験値にすぎず、特に、対患者場面において怒りを制御する際に看護師はいかなる方略を使用しているのか、また、その方略は妥当なのかどうかについて実証した研究は皆無であった。

そこで本研究においては、このことを実証的に検証することを目的とし、看護師の精神的健康に寄与する研究に通じる基礎的研究としたい。

2. 研究の目的

精神科看護師が対患者場面で感じる怒りについて、まず怒り経験と、経験後に生じる感情、及びその感情を処理するために実際に取った行動を抽出し、それらがどのような関係にあるのかを探ることを目的として質問紙調査を実施する(日常生活場面と対患者場面とを比較する)。その後、怒り感情の表出の仕方に注目し、看護師が暗黙のうちにしている「怒り感情の制御方略」を顕在化するために(可能であれば)怒り制御尺度を作成し、それぞれの方略について評価することが最終目的である。

最終的に上記調査で得られた結果の般化(精神科のみでなく、内科・外科等の一般診療科においても)の可能性を検討し、看護師の精神的健康に寄与したい。

看護師の中でも基礎看護と並ぶほど各論の基礎と位置づけられることもある精神科で働く看護師を対象にして質問紙を実施し、対患者場面において怒り感情を制御させる方略に関する尺度を完成させる足がかりを得たいと考えている。そして、その方略選択に至る過程が解明されることで、精神科看護師の精神内界が浮き彫りにされ、精神科看護

師が必要とするサポートについて検討する。

3. 研究の方法

【研究1】質問紙調査を実施した。

【研究2】面接調査を実施した。

研究対象:【研究1-(1)】愛知県内の総合病院(5病院)の一般診療科に勤務する看護師212人(看護師経験年数 = 10.14歳(SD = 7.69)。

【研究1-(2)】愛知県内の精神科病院(9病院)に勤務する看護師296人(平均年齢41.14歳(SD = 11.26)、看護師経験年数16.69歳(SD = 10.31)、精神科経験年数11.50歳(SD = 8.78))。

【研究2】愛知県内の精神科病院(2病院)に勤務する看護師20人。

実施方法:【研究1-(1)、研究1-(2)】いずれも病院看護部長を通じて調査用紙を配布し、無記名・厳封にて回答を依頼した。回収はいずれも2週間を目処に行った。

【研究2】2病院で面接条件を一定とし、対象者のリストアップは看護部長に一任した。面接は対象者1名につき1時間程度とした。

質問紙の構成:

(1) Anger Expression Scale (AXスケール)

(2) Rathus Assertiveness Schedule (RAS)

(3) Averillの「日常生活における怒りの経験」質問紙(=定型)、「対患者場面(内科・外科など一般診療科)における看護師の怒りの経験」質問紙(=を改変し作成)

「精神科における看護師の怒りの経験」質問紙(=を改変作成)の3種類を使用した。

～質問紙における例文の妥当性については、臨床心理学を専攻する大学院生8名(修士課程6名、博士課程2名)及び大学助手1名に確認を依頼した。具体的には各質問項目について全員でチェックし採用する文章を合議の上で決定した。例えば以下のような例文を作成し採用した:

日常生活場面:「後ろから来た車の運転手が脇見をしていてあなたの車に衝突した」

対患者場面(一般診療科):「前日に胃透視検査の説明をしたにもかかわらず、検査1時間前に患者が食事を食べてしまった」

対患者場面(精神科):「患者がホールの給茶機(ティー・サーバー)からお茶を汲んだ際にこぼれたお茶をそのままにしていたため、滑って転んだ」

なお、研究対象(1)には質問紙及びを、研究対象(2)には質問紙を実施した。

Research Question (RQ)

【研究1-(1)】RQ1:日常生活場面と対患者場面とでは看護師の怒りの表出の仕方が異なることを確認する。RQ2:看護師が対患者場面において怒りを抑制するに至った、「評価・決定過程」に含まれる要素を抽出し概念化する。具体的には先行研究(引用文献、)と比較検討を行う。RQ3:両場面における、怒りを感じた時に取る行動(反応)の傾向について検討する(怒りの表出を抑制/促進する要因について検討する)。

【研究 1-(2)】RQ1：一般診療科看護師と精神科看護師とでは、看護師の怒りの強さが異なることを確認する。RQ2：一般診療科看護師と精神科看護師における、怒りの強さに影響を与える項目を確認する。RQ3：精神科看護師が「怒りを体験した時 反応を起こす」までの経過を示す因果モデルを作成する。

【研究 2】RQ1：精神科看護師が感じるストレスとその対処方法を確認する。RQ2：精神科看護師が受けているソーシャル・サポートの現状とその具体的内容について確認する。

4. 研究成果

【研究 1-(1)】

RQ1：Anger Expression Scale を使用して、日常生活場面と対患者場面(一般診療科)の 2 場面における看護師の「怒り外向性/怒り内向性」の 4 タイプについて分類した(図 1)。

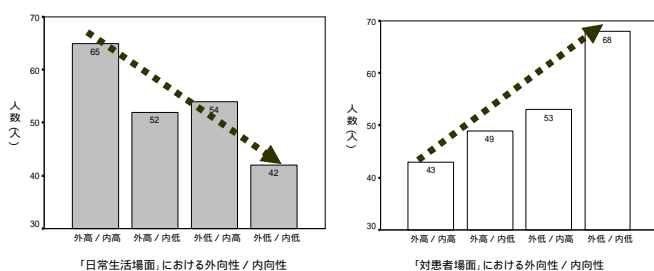


図 1: 両場面における外向性/内向性の度数

その結果、日常生活場面では「怒り外向性・高/怒り内向性・低」「怒り外向性・低/怒り内向性・高」の順に低くなるのに対し、対患者場面では逆に高くなるなど、2 場面において正反対の結果が得られた (McNemar 検定、 $\chi^2 = 50.96, p < 0.01$)。また、多変量分散分析 (MANOVA) の実施により、Anger Expression Scale の各因子 (Anger-In, Anger-Out, Anger-Control) ごとの場面の効果にも有意差が認められた (パートレットの球面検定、 $F(3, 210) = 128.66, p < 0.01$)。これは 2 場面において、怒りの表出、怒りの抑制、怒りの制御 (コントロール) が完全に異なっていることを表していた。よって、日常生活場面と対患者場面では、看護師の怒りの表出の仕方が異なることが確認された。

RQ2：看護師が患者に対して怒りを喚起した場面において願望水準と実行水準の行動を記載してもらった。その結果を表 1 に示す。

表 1: 一般診療科看護師の怒り感情の反応の推移

一般診療科の看護師 (単位: 人、() 内は%, 未回答がいるため N は多少異なる)			
怒りの対処法	願望した事	実行した事 (当時)	現在 (考え改めた後)
相手と穏やかに話し合う	28 (14.9)	15 (8.4)	114 (65.8)
我慢する、諦める	4 (2.3)	73 (40.8)	27 (15.4)
他の事をする	22 (12.6)	10 (5.6)	8 (4.6)
第三者に話す	30 (17.2)	41 (22.9)	9 (5.2)
言葉・態度で示す (例: 言い返す、殴る)	92 (52.9)	0 (0.0)	0 (0.0)

その結果、願望水準では「言語的/身体的攻撃」が 52.9% を占め、次いで「第三者に相談する」や「相手と穏やかに話し合う」、「他の事をする」などの怒りの鎮静化の努力が挙げられた。ところが実行水準では「言語的/身体的攻撃」は 0% となり、「相手と穏やかに話

し合う」、「他の方法を考えるべき」という建設的な対処法の回答がそれぞれ 8.4% と 0% になった。一方、実行水準で最も多かった反応は「相手は患者であり、言っても仕方がないから我慢した」という『我慢する、諦める』という消極的な対処法を選択することを願望した人は 2.3% であったが、実行水準のそれは 40.3% と大きく増えていた。また、現在 (考え改めた後) の「今改めて考えてみるとあの時...すべきだった」をみると、65.8% が「相手と穏やかに話し合うべきであった」と答えていた。

以上より、願望水準では多いが実行水準では少なくなった対処法「身体的攻撃」や、過去の怒りの体験を思い起こして振り返る“過程”を経ることによって増えた対処法「相手と穏やかに話し合う」においては、何らかの認知的変化が起こっていることが推測された。すなわち対患者場面においては、怒りのプロセスを振り返るといふ意図的な努力を繰り返すことにより、対処行動に関する判断力を向上させることが可能であると考えられた。この意図的な努力により振り返った“過程”に含まれる要因を抽出した。その結果、対患者場面における怒りの抑制要因として、ストレス、ソーシャル・サポート、職場の雰囲気 (組織風土)、社会的スキル、共感性、自意識、責任感、返報性、パーソナリティの 8 つが抽出された。

RQ3：看護師が怒りを感じた時に取る反応の傾向について検討した。具体的には「反応のタイプ」11 項目と RAS (Assertive = AS, Non-Assertive = NA, Aggressive = AG, Passive-Aggressive = PA) 及び AX (Anger-In, Anger-Out, Anger-Control) の各因子との間でロジスティック回帰分析 (ステップワイズ法) を行った。その結果、例えば対患者場面における「身体的攻撃」の願望水準において、RAS (AS) と AX (Anger-Out) における有意差が認められたことから「殴りたい」という願望を持っていることが理解できる。しかし実行水準においては有意な因子が認められなかったことから、身体的攻撃を実行する因子はなかったことになる。

以上の結果より、怒りの反応においては願望しても実行されないことが多く、願望行動と実際行動との間には差異がみられることが確認できた。また実行水準において、日常生活場面に比べ対患者場面の方が RAS 及び AX の出現頻度が多かった。日常生活場面では AX (Anger-Out) が無く、RAS との相関が高かった。他方、対患者場面においては AX (Anger-Out) がいくつかみられるなど、AX の方が相関が高いことがわかった。このことから日常生活場面においては、怒りを表出することよりも「相手にどのように伝えるのか」ということに関心があるのに対し、対患者場面 (一般診療科) においては、相手 (患者) に「怒りを表出する/しない」ということに関心が向いていることが推測された。

【研究 1-(2)】

RQ1 : Averill の「日常生活における怒りの経験」質問紙を使用して、日常生活場面 - 対患者場面 (一般診療科) - 対患者場面 (精神科) の3 場面における各看護師の怒りの強さについて分析した。分析は t 検定を用いた。なお、日常生活場面における看護師と対患者場面 (一般診療科) における看護師は同一の看護師が調査に回答したものである。

その結果、日常生活場面 (N = 201) - 対患者場面 (一般診療科) との間では、日常生活場面の平均値は 7.35 (SD = 2.09)、対患者場面 (一般診療科) の平均値は 5.93 (SD = 2.33) となり、1%水準で有意差がみられた。また、一般診療科看護師 - 精神科看護師 (N = 295) との間においては、精神科看護の平均値 5.44 (SD = 2.33) となり、1%水準で有意差がみられた。

以上のことから、日常生活場面と比較すると、対患者場面 (一般診療科) の看護師は怒りの表出がなされないか、あってもその表出は弱いことが推測されるし、また、対患者場面 (一般診療科) においては、強い怒りを感じないか、もしくは怒りを感じながらも看護師が持つなんらかの抑制 (「相手は患者だから」という諦め、患者に対してネガティブな可能を抱くことに対する罪悪感など) が強く働いていたことが推測された。また、同じ対患者場面でも一般診療科看護師 - 精神科看護師においても有意差がみられたことから、精神科看護師は一般診療科看護師と比較して怒りの閾値が低いことが推測された。

RQ2 : 先行研究 (引用文献) に倣い、「悪意を知覚すると被害感が生じる」というモデルを採用し、重回帰分析を行った。

Averill は、怒りが発生する時の 2 つの重要な要素の 1 つとして「被害」を挙げている。そこでこの「被害」項目について分析した。具体的には、先行研究に倣い、「悪意を知覚すると被害感が生じる」というモデルを採用し、重回帰分析を行った。また、看護師たちが受けた「被害」について 6 項目に分類した。その被害項目をクラスター分析 (Ward 法、平方ユークリッド距離) した結果、第 1 クラスターは身体的被害と物質的被害から構成される「物理的被害」を、第 2 クラスターは欲求不満、プライド損傷、道義違反、期待に背く、の 4 つから構成される「心理的被害」となり、この分類は日常生活場面も対患者場面 (一般診療科、精神科) でも同じ結果となった。

精神科看護師における怒りの強さについて、属性、被害項目による重回帰分析を行った結果、図 2 のようになった (違いをわかりやすくするため、日常生活場面・対患者場面 (一般診療科) も掲載した)。

図 2 より、属性以外では、日常生活場面では「勤務場所」「プライド損傷」「道義違反」が怒りを強く喚起させたり、一般診療科では患者に「プライド損傷」された時のみ怒りを

強く喚起させられたのに対し、精神科では、「プライド損傷」(例: 患者と話をしていた時、突然怒り出し暴言を吐かれた) されたり、「期待に背く」行為 (例: 境界性人格障害の患者が同室者の悪口ばかり言うてくる) など、被害項目 5 項目を感じた時に怒りを喚起させられていた。

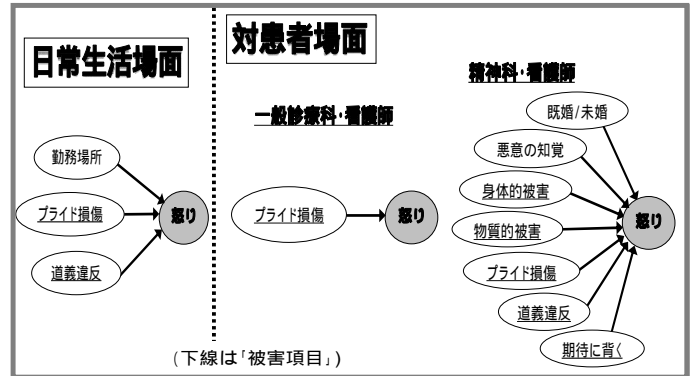


図2 日常生活場面及び対患者場面 (一般診療科看護師 / 精神科看護師) 別にみた怒りの強さに影響を与える項目

この結果は、日常生活場面・対患者場面 (一般診療科) と対患者場面 (精神科) とでは怒りの強さに影響を与える要因が明確に異なることを示していた。

「道義違反 (例: マナー違反)」については、日常生活場面で道義違反に遭遇した際、その行為をマナー違反ととらえない相手に対して腹が立つのに対し、対患者場面 (一般診療科、精神科) においては、相手は病気を持った人間で自分と対等な人間だと思っていないか (自分より弱者ととらえているかもしれない) または「相手は患者だから仕方がない」という気持ちが先に立ち、怒りをそれほど強く感じないのかもしれない。しかし精神科看護師は、精神疾患患者が一度失った社会のルールを再構築して社会に復帰するのを援助するという大きな看護役割をも担っているため、患者がマナー違反やルール違反を犯した時に「やってはいけない」「私 (看護師) は怒っている」などと伝えることが重要な看護となるので、日常生活場面と同様に怒り感情を表出するのもかもしれない。

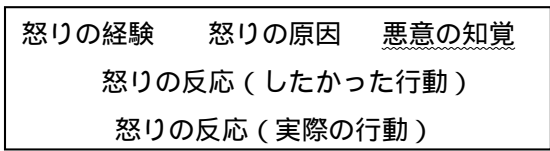
RQ3 : 看護師が怒りを経験した後、その怒りを実際に表出するまでに何が行われているのか? まず、精神科看護師が患者に対して怒りを喚起した場面において願望水準と実行水準の行動を記載してもらった。その結果を表 2 に示す。

表 2: 精神科看護師の怒り感情の反応の推移

精神科の看護師			
怒りの対処法	願望した事	実行した事 (当時)	現在 (考え改めた後)
相手と穏やかに話し合う	67 (29.4)	65 (30.2)	86 (44.6)
我慢する、諦める	43 (18.9)	58 (27.0)	25 (13.0)
他の事をする	12 (5.3)	10 (4.7)	5 (2.6)
第三者に話す	45 (19.7)	46 (21.4)	16 (8.3)
言葉・態度で示す (例: 言い返す、責める)	40 (17.5)	10 (4.7)	0 (0.0)
仕方がないと (自分に) 言い聞かせる	1 (0.4)	8 (3.7)	25 (13.0)

また、以下のプロセス (因果モデル) を想定し、怒り感情を喚起した時に「したかった

行動(願望) 実際にやった行動(実際)」に至るまでにどのような要因が関連しているのかを分析した。



因果モデルの適合度の検証は、構造方程式(パス図)を描くことにより共分散構造分析によるパス解析を実施し、モデル適合度を使用した(図3)。その結果、 $\chi^2(\text{CMIN}) = 1196.6$ 、 $\text{GFI} = 0.77$ 、 $\text{AGFI} = 0.72$ 、 $\text{RMSEA} = 0.087$ が得られた。本研究では一般的な基準(=GFIとAGFIが共に0.9以上)を上回らなかったが、RMSEAは0.1以下であったため、結果の使用に耐えうると判断した。このことより、怒りを経験し怒りを喚起した原因(正当性)が正当か否かによって、「したかった行動」はかなり高い確率をもって「実際の行動」として実行しやすくなることがわかった。このように、実際の行動として実行されるまでの過程が明らかになると同時に、その過程に影響を与える要因も示された。しかし、精神科看護師には見られたものの一般診療科看護師には見られず、最も重要視していた、RQ2においてモデルとして「悪意を知覚すると被害感が生じる」と想定した「悪意」は、今回の共分散構造分析によるパス図では要因として認められなかったが(重回帰分析では「悪意の知覚」は怒りの表出と弱い相関関係が認められた)、怒り反応の実際の表出方法には、「怒りの強さ」及び「怒りの回数」、「怒りの原因」を構成する「故意か否か」が大きな影響を与えることがわかった。

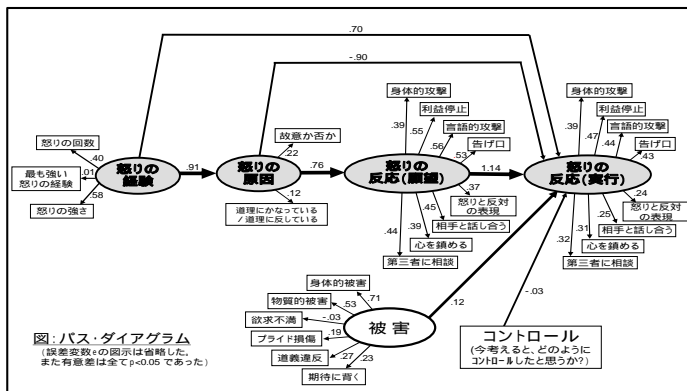


図3: 精神科看護師における怒りの表出過程の因果モデル

【研究2】

RQ1: 精神科看護師が感じるストレスとその対処方法を確認した。

今回の対象者たちはほぼ全員(16人)がストレス解消法(サーフィン、ダイビング、釣り、絵を描く、ジムで汗を流す、友人とお喋り・食事を楽しむなど)を持っていた。対象者からは、ストレス解消法を持つことと看護師個人の性格や看護師として持っている基本的

スタンスの他に、「相手を変えようとは思わず、自分の方が変わらないといけない」と考えることができるようになったこと、精神障害を持つ患者に対応する場合に必要な考え方ができるようになったこと、一人で抱え込まずにチームで関わるべきであると考えられるようになったことで仕事とプライベートを切り離して考えることができるようになったことが語られた。

上記より、その人に適した興味関心のあるストレス解消法を持ち、認知を変化させることで仕事とプライベートとの明確な線引きを行うことが精神的安定のために必要であることが確認された。

RQ2: 精神科看護師が受けているソーシャル・サポートの現状とその具体的内容について確認した。

「患者との対応で困った時、周囲のスタッフらにしてもらいたかったことはあるか?」の質問に対する対象者らの回答は、「手伝ってもらいたいことはあるが、そのことを直接同僚には言えない」が10名(50%)、次いで「考えたことがない」が5名(25%)であった。他に1名はふだんから他のスタッフに協力を仰ぐようにしており、1名はふだんから他人に頼らず自分自身で対応できているために、特にスタッフの協力が足りない、という認識に至っていなかった。また、師長(2名)の立場から、「日頃からスタッフに協力してもらえる関係づくりが大切」「スタッフが対応に困っている場面を見たらすぐに出向く」と回答していた。

また、問題解決のために必要なことは、「自分一人で対応しようと思わないこと」が11名、「自分が悪いと思ったら患者に謝る」が4名、その他に「時間を置く(沈黙の時間を持つ)、患者に精神的休養を取らせる」との回答がみられた。これらはいずれも精神科においては必要な対応ばかりであり、特に前二者は実際に行動に移すことは勇気がいることであるが、アサーションの観点からもぜひ行いたいことである。

看護管理者は、当事者となった(=強烈なストレスを抱えた)看護師が誰のカウンセリングを受けると良いのか、どのようなサポートが必要なのか(例えば休暇を取らせる、病棟全体の問題としてカンファレンスを開催するなど)を適切に把握する責任がある。看護管理者たちは、病棟全体(看護チーム)で当該看護師をサポートすべきである。その際に重要なことは、原因究明と対策に集中しないことである。その理由は、十分傷つきながらも振り返ろうとしている当該看護師にさらに責めを突きつける必要はなく、まずは当該看護師が抱えている辛さ・不安を共有することが必要だからである。

以上より、「自分は守られている」と実感できるような職場であれば、傷ついた当該看護師が立ち直ることは可能と思われる。そのような職場にするために、各年代層の看護師

に対応した「相談の場」(集団カンファレンス、もしくは個別相談の場)の設定などを提案したい。

上記【研究1】【研究2】を通して、精神科看護師の、対患者場面における怒りの抑制要因(8つ)と、精神科看護師が対患者場面において怒りを喚起した時にどのような怒り表出方法を行うのか、その選択が行われるために必要な要因(怒りの強さ、怒りの回数、故意か否か)が明確になった。

今後はこれらの結果を基に、患者からの故意を感じた精神科看護師が選ぶ、怒り感情の制御尺度を作成する予定である。

<引用文献>

- 大淵憲一、小倉左知男、怒りの経験(1) : Averill の質問紙による成人と大学生の調査概況、犯罪心理学研究、22(1)、1984、15-35
大淵憲一、怒りと社会的認知：自己利益の侵害と規範逸脱の知覚、東北大学文学部研究年報、49巻、1999、1-12
湯川進太郎、日比野桂、怒り経験とその鎮静化過程、心理学研究、74(5)、2003、428-436

5. 主な発表論文等

[雑誌論文](計1件)

- 渋谷菜穂子、高橋里沙
精神科看護師における怒りの表出過程とその関連要因の因果モデルの作成
日本看護科学学会誌、査読有
第34巻、2015、340-352
DOI : 10.5630/jans.34.340

[学会発表](計2件)

- Naoko Shibuya, Risa Takahashi
Psychiatric Nurses' Experiences with Compared to Nurses in General Wards (like Surgery and Internal Medicine etc.)
10th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, 2017

- Naoko Shibuya, Risa Takahashi
Analysis of Nurses Experiencing Anger forward their Patients at work
9th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, 2015

6. 研究組織

(1)研究代表者

- 渋谷 菜穂子 (SHIBUYA, Naoko)
中部大学・生命健康科学部・教授
研究者番号：40324420

(2)研究分担者

- 高橋 理沙 (TAKAHASHI, Risa)
天理医療大学・医療学部・講師
研究者番号：90596206