

看護師の職場における心的外傷反応の低減に認知が及ぼす影響

新山悦子*1 小濱啓次*1 塚原貴子*1 谷口隆英*2 澤原光彦*3 長尾光城*1

はじめに

著者らは、これまでに看護師が職場において「患者の悲惨な状態や患者の自殺の目撃」、「死後の処置」等が心的外傷になっていることを明らかにした¹⁾。心的外傷の受傷歴は、それ自体が脆弱要因となって複合的に心的外傷を経験し、重症化することが指摘されており²⁾、職場で心的外傷経験のある看護師の心的外傷反応を低減させることは重要な課題である。

心的外傷とは、American Psychiatric Association(以下、APAと略記)のDSM-IV診断基準³⁾によると「実際に危うく死ぬ、または重傷を負うような出来事を、一度か数度、自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が経験し、目撃し、または直面したこと」と定義づけられている。また心的外傷の概念は、金⁴⁾によると狭義と広義に区別される。狭義の心的外傷経験とは、「Post-traumatic Stress Disorder(以下、PTSDと略記)診断基準A(死や重篤な危険に曝され、強い恐怖や無力感を感じた出来事)を満たし、さらに多くの人にとって強い衝撃をもたらすような日常では見られない出来事」であり、広義の心的外傷経験とは、「本人にとってそのときと同じ主観的な苦痛をもたらす続ける経験」である。さらにこれらの心的外傷経験の概念は、スタム⁵⁾の分類に従うと、自身が直接的に受けた被害か他者が受けた被害かという直面の仕方によって一次的(Primary Traumatic Stress; 以下、PTSとする)と二次的(Secondary Traumatic Stress: 以下、STSとする)に区別される。正確に言えば自分が直接的に受けた直接被害(以下、直接外傷とする)に加えて、さらに他者が受けた被害を目撃(以下、目撃外傷とする)、聞く(以下、聞く外傷とする)の2つの二次的被害に分けられ、PTSと合わせて3つに区別することができる。しかし、これら3つの視点から看護師の職場における心的外傷経験の内容を明らかにしたものは少ない。

また、心的外傷反応については時間の経過に伴っ

て低減するのが通常である。しかし、中には高い反応を維持する者が存在する。この心的外傷反応の悪化や遷延化を左右する危険因子の1つとして被害者の認知が指摘されている⁶⁾。実際にFoaら⁷⁾は、認知に焦点化した介入を行い、その有効性を報告している。看護師の職場における心的外傷経験の回復過程に関して、どのような個人の否定的認知が回復を阻害するのかを検討することにより、心的外傷反応の維持に寄与する要因の解明に繋がると考えられるが、これに関する報告は見当たらない。

ところで、わが国における心的外傷後の認知に関しては、長江ら⁶⁾が広義の心的外傷を経験している大学生を対象とし、日本語版外傷後認知尺度(The Japanese Version of Post-traumatic Cognitive Inventory; 以下、JPTCIと略記)の作成している。そして片畑⁸⁾は、実際にJPTCIを用いて心的外傷後の認知について検討している。このJPTCIの因子構造は3因子であるが、片畑や上野⁹⁾の追試では、4因子が妥当であることが報告されている。また看護師にJPTCIを用いる場合、先行研究⁶⁻⁹⁾を対象としている先述した大学生とは属性や心的外傷の出来事の内容が異なるため、新たに因子構造を確認してから用いることが望ましいと考えられる。

以上のことより本研究の目的は、職場における看護師の心的外傷経験を広義な意味と狭義の意味でそれらの実態を把握し、心的外傷経験後の認知変化の様相を明らかにするものである。そのためにまず、職場における看護師の狭義と広義との意味による心的外傷経験者数を把握する。次いで看護師を対象にJPTCIの因子を明らかにし、職場における看護師の心的外傷後の認知の変化を明らかにする。

方 法

1. 対象

対象者は、A・B県の病院に勤務する看護師(准看護師、助産師を含む)782名であった。

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科 *2 徳島大学病院 脳神経科精神科 *3 川崎医科大学 精神科
(連絡先) 新山悦子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: niiyama@mw.kawasaki-m.ac.jp

2. 調査実施時期

本調査は、2004年3月から7月までの4ヶ月間で実施された。

3. 調査方法

本調査は、1週間の留め置き法による無記名の質問紙調査であった。

4. 質問紙の内容

質問紙は、以下に示すように基本的属性、PTSD診断基準Aに関する4項目、改訂版出来事インパクト尺度(Impact of Event Scale Revised; 以下、IES-Rと略記)、日本語版外傷後認知尺度(JPTCI)によって構成されている。まず、PTSD診断基準Aに関する4項目によって広義の心的外傷経験者を抽出し、次いでIES-Rを用いて心的外傷的出来事と心的外傷反応を測定した。最後にJPTCI(長江ら、2005)を用いて心的外傷的出来事を経験した後の個人の認知を測定した。以下に上記の各々の尺度について説明する。

4.1. 基本的属性

基本的属性の項目については、性別、年齢、婚姻状況、勤務している病院の種別、職務、職位、勤務体制、最終学歴、および勤務している病棟あるいは外来名であった。

4.2. PTSD診断基準Aに関する4つの質問項目

質問項目は、以下の4項目であった。

- ①「その出来事はあなた(もしくは他者)の生命を脅かすものでしたか？」
- ②「その出来事によってあなた(もしくは他者)は大けがを負いましたか？」
- ③「その出来事はあなた(もしくは他者)の身体保全の脅威となるものでしたか？」
- ④「その出来事の最中や直後に、強い恐怖感、無力感、恐れの一つかを感じましたか？」

各々の質問に対してはいといいえの2件法で回答を求めた。なお、本研究では長江ら⁶⁾の研究に従い、PTSDの診断基準Aの外傷性を問う①から③の質問項目のうち最低1項目と、情動喚起の質問項目④が「はい」と選択された場合に限り、狭義の心的外傷経験者とみなした。また、PTSDの診断基準A①から④のうち最低1つが「はい」と選択された場合は、広義の心的外傷経験者とみなした。

4.3. 心的外傷的出来事

心的外傷的出来事については、以下の①から③の

ように説明し、該当する出来事を1つだけIES-Rの自由記述欄に記述するよう求めた。さらにその記述が、以下のいずれの経験に該当するかをで囲んでもらった。

①直接外傷経験

自分自身の直接的被害経験で、経験時と同じ恐怖や不快感をもたらしている出来事についての自由記述。

②目撃外傷経験

患者の悲惨な出来事を目撃した中で、目撃した時と同じ恐怖や不快感をもたらしている出来事についての自由記述。

③聞く外傷経験

患者から聞いた話の中で、患者が経験した心的外傷経験を聞いた時と同じ恐怖や不快感をもたらしている出来事についての自由記述。

4.4. 心的外傷反応を測定する尺度

心的外傷的出来事を経験した「直後」の外傷的反応と「現在」の外傷的反応を測定するために、IES-Rの日本語版¹⁰⁾を使用した。これは3因子22項目からなり、PTSDの想起症状と回避症状、及び過覚醒症状を測定するための22項目で、症状の強度を測定する尺度である。項目に示される内容について、外傷的出来事を経験した「直後」と「現在」でどの程度強く悩まされたかについて「全くない」から「非常に」までの5件法で評定を求めた。なお、得点化は「全くない」が0点、「非常に」が4点とし、その間の評定にはそれぞれ1点ずつ割り振られた。

4.5. 心的外傷後の認知を測定する尺度

心的外傷的出来事を経験した後の個人の認知を測定するために、JPTCI⁶⁾を使用した。これは、3因子「自己に関する否定的認知」「トラウマに関する自責の念」「世界に関する否定的認知」からなる計33の質問項目で、認知に関する各項目にどの程度同意できるかについて「全くそう思わない」から「全くそう思う」の7件法で評定を求めた。得点化に際し、「全く思わない」を1点、「全くそう思う」を7点とし、その間の評定には、それぞれを1点ずつ割り振られた。

5. 分析方法

分析対象者は、長江ら⁶⁾、片畑⁸⁾、上野⁹⁾と同様、PTSD診断基準Aにおいて広義の心的外傷経験者とみなされる者を抽出した。次に、過去に職場で経験した心的外傷的出来事と心的外傷反応については、IES-R¹⁰⁾を用いた。心的外傷的出来事の自由記述の

分析は、現役看護師2名、看護学専攻の研究者1名、スーパーバイザー1名により、KJ法に基づいて分析した¹¹⁾。分類、統合は、全メンバーの解釈に相違がないかを確認し、その妥当性を検証し、合意を得た。

心的外傷反応は、心的外傷的出来事の「直後」と「現在」のそれぞれの心的外傷反応を測定した。Sralevら¹²⁾は、IES-R得点25点以上はPTSD陽性が疑われると指摘していることから、出来事の「直後」のIES-R得点が25点以上の者を抽出した。ただし、このうちIES-Rの欠損値が1つ、あるいは、JPTCIの欠損値が2つ以下の場合、各項目の尺度得点の平均値を推定値として補完し、それ以上の欠損が見られた場合は分析から除外した。

また、心的外傷反応は性別により推移が違うことが指摘されている¹²⁾こと、病院の看護師のほとんどが女性であることを考慮し、PTSD診断基準Aの4つの質問項目にて広義の心的外傷経験者である女性看護師を抽出して分析対象者とした。

また、心的外傷的出来事の「直後」のIES-R得点が25点以上である者のうち、「現在」のIES-R得点が25点未満である者を回復群、25点以上である者を維持群とし、両群にIES-RとJPTCIを施行した。JPTCIは、直接オブリミンにて因子分析をした。さらに維持群と回復群のIES-RとJPTCIのそれぞれの得点については、対応のないt検定が行われた。

6. 倫理的配慮

まず調査を実施するに当たり、調査者の所属する大学の倫理委員会でそれぞれ承認を得た。調査方法は、調査の目的と方法について各々の看護部長に口頭と文書で説明し、各病院の委員会で検討してもらい、病院長、事務長の承認を得た。回収は、プライバシーの保護を重視して、調査用紙と共に配布された封筒に各自で回答済みの調査用紙を入れ、厳封した。さらに回答は無記名、自由意志であり、回答しなくても不利益を被らないこと、調査の途中でやめてもよいこと、回答に際して気分が悪くなった場合、精神科医がフォローすること、データは、鍵のかかる棚に厳重に保管し、研究後に調査者が責任を持って破棄することなどを口頭と紙面上で説明した。また協力の得られた病院には、結果を報告することも伝えた。

結 果

同意が得られなかった者や、性別などの記入漏れがあった者を除いた全体の有効回答者592名(男性5名、女性587名)のうち、なんらかの心的外傷的出来事を経験している看護師は331名(55.91%)で

あった。経験者の性別および平均年齢は、男性2名、女性329名、平均年齢36.26±9.81歳であった。

1. 広義の心的外傷経験者とその基本的属性について

職場でなんらかの心的外傷を経験している看護師331名のうち、狭義の心的外傷経験者は142名(42.90%)であり、広義の心的外傷経験者は189名(57.10%)であった。APA³⁾におけるPTSDの診断基準Aに従うと、心的外傷経験の存在率は42.90%であった。また、心的外傷的出来事の「直後」のIES-R得点が25点以上である看護師は165名であった。そのうち「現在」のIES-R得点が25点未満である回復群は27名、25点以上である維持群は138名であった。

表1は、対象者165名の年齢、婚姻状況などの基本的属性を示している。対象者165名の平均年齢は、37.13±10.07歳であった(20代50名、30代47名、40代49名、50代19名)。婚姻状態は、既婚者が101名、未婚者が61名、離婚が2名、死別が1名であり、勤務している病院の種別は、公立11名、私立16名、その他138名、職務は看護師が145名、准看護師が11名、助産師が9名、職位はスタッフナースが135名、主任が17名、師長が12名、その他が1名、勤務体制は日勤のみが23名、3交代が99名、2交代が26名、その他が17名であり、最終学歴は看護大学・短大が14名、3年制看護専門学校が74名、2年制看護専門学校が61名、准看護専門学校が10名、その他が6名であった。勤務部署(病棟)は、内科37名、外科27名、その他17名、産婦人科12名、整形外科15名、手術部9名、脳外科7名、泌尿器科6名、ICU4名、小児科2名であった。外来は、透析室9名、内科8名、その他4名、外科3名、精神科2名、脳外科1名、整形外科1名、産婦人科1名であった。

2. 心的外傷的出来事の内容(直接外傷経験、目撃外傷経験、間接外傷経験)について

収集された165の自由記述について、各々直面の仕方による経験率を表2に示す。最も多かったのは、直接外傷経験で73.33%、次いで目撃外傷経験24.85%、最も少なかったのは間接外傷経験で1.82%であった。心的外傷を経験した部署は、病棟が134名(内科42名、外科28名、脳外科12名、ICU10名、手術部11名、産婦人科11名、整形外科9名、小児科2名、その他17名)であり、外来が22名(内科7名、外科5名、透析室4名、脳外科1名、その他5名)であった。

以下、直接外傷経験、目撃外傷経験、間接外傷経験の心的外傷的出来事の内容、および経験率について述べる。

表1 対象者の背景

		n=165
項目		(%)
年齢	20代	50 (30.30)
	30代	47 (28.48)
	40代	49 (29.70)
	50代	19 (11.52)
婚姻状況	既婚	101(61.21)
	未婚	61(36.94)
	離婚	2(1.21)
	死別	1(0.61)
勤務している病院の種別	公立	11(6.67)
	私立	16(9.70)
	その他	138(83.64)
	総合病院	132(80.00)
	個人病院	11(6.67)
職務	看護師	145(87.88)
	准看護師	11(6.67)
	助産師	9(5.45)
職位	スタッフナース	135(81.82)
	主任	17(10.30)
	師長	12(7.27)
	その他	1(0.61)
勤務体制	日勤のみ	23(13.94)
	3交代	99(60.00)
	2交代	26(15.76)
	その他	17(10.30)
最終学歴	看護大学, 短大	14(8.48)
	3年制看護専門学校	74(44.85)
	2年制看護専門学校	61(36.97)
	准看護専門学校	10(6.06)
	その他	6(3.64)
勤務部署：病棟	内科	37 (22.42)
	外科	27 (16.36)
	その他	17(10.30)
	産婦人科	12(7.27)
	整形外科	15 (9.09)
	手術部	9(5.45)
	脳外科	7 (4.24)
	泌尿器科	6(3.64)
	ICU	4 (2.42)
	小児科	2(1.21)
勤務部署：外来	透析室	9(5.45)
	内科	8 (4.85)
	その他	4 (2.42)
	外科	3 (1.82)
	精神科	2(1.21)
	脳外科	1(0.61)
	整形外科	1(0.61)
	産婦人科	1(0.61)

2 .1 . 直接外傷経験

表3は、直接外傷の経験内容およびそれぞれの経験率を示している。経験内容および経験率は、表3に示すように、「医師からの暴言や非援助的態度」(34.71%)、「同僚・上司からの暴言や非援助的態度」(26.45%)、「仕事上のミス」(10.74%)、「患者からの暴言」(9.92%)、および「患者からの拒否的な態度」(4.13%)が上位を占め、「仕事上のミスについて責任追及された」(1.65%)、「患者に十分なケアができなかった」(1.65%)、「患者からのセクハラ」(1.65%)、「医師からの暴行」(1.65%)、「患者からの

暴行」(1.65%)、「患者の転倒・転落」(1.65%)、「死後の処置」(0.83%)、「医師からのセクハラ」(0.83%)、「患者の家族からの暴言、非難」(0.83%)、「患者の蘇生・延命ができなかった」(0.83%)、「自分がケアを行った後に患者が急変・死亡した」(0.83%)を合わせて全体で16カテゴリーが枚挙された。

2 .2 . 目撃外傷経験

表4は、目撃外傷の経験内容および経験率を示している。経験内容および経験率は、表4に示すように「患者・患児の悲惨な状態」(34.15%)、「患者・

表2 直面の仕方別による職場の心的外傷の経験率

n=165	
経験内容 ^a	経験率 (%)
1 直接	73.33
2 目撃	24.85
3 聞く	1.82

^a経験の内容の順番は、経験率の降順

表3 直接外傷経験の内容およびその経験率

n=121	
経験内容 ^a	経験率 (%)
1 医師からの暴言や非援助的な態度	34.71
2 同僚・上司からの暴言や非援助的な態度	26.45
3 仕事上のミス	10.74
4 患者からの暴言	9.92
5 患者からの拒否的な態度	4.13
6 仕事上のミスについて責任追及された	1.65
6 患者に十分なケアができなかった	1.65
6 患者からのセクハラ	1.65
6 医師からの暴行	1.65
6 患者からの暴行	1.65
6 患者の転倒・転落	1.65
12 死後の処置	0.83
12 医師からのセクハラ	0.83
12 患者の家族からの暴言、非難	0.83
12 患者の蘇生・延命ができなかった	0.83
12 自分がケアを行なった後に患者が急変・死亡した	0.83

^a経験の内容の順番は、経験率の降順

表4 目撃外傷経験の内容およびその経験率

n=121	
経験内容 ^a	経験率 (%)
1 患者・家族の悲惨な状態	34.15
2 患者・患児（産婦・胎児）の死	21.95
3 患者の急死	12.20
4 患者の急変	9.76
5 患者・家族の自殺	4.88
5 患者の死の発見	4.88
7 医師から患者への思いやりのない態度	2.44
7 病理解剖に立ち会った	2.44
7 患者の家族の悲嘆	2.44
7 同僚の仕事上のミス	2.44
7 患者から家族への暴力	2.44

^a経験の内容の順番は、経験率の降順

患児（産婦・胎児）の死」（21.95%）、「患者の急死」（12.20%）、「患者の急変」（9.76%）、「患者・家族の自殺」（4.88%）および「患者の死の発見」（4.88%）が上位を占め、「医師から患者への思いやりのない態度」（2.44%）、「病理解剖に立ち会った」（2.44%）、「患者の家族の悲嘆」（2.44%）、「同僚の仕事上のミス」（2.44%）、「患者から家族への暴力」（2.44%）を合わせて全体で11カテゴリーが枚挙された。

2.3. 聞く外傷経験

表5は、聞く外傷の経験内容および経験率を示している。経験内容および経験率は、表5に示すように「患者の自殺」（33.33%）、「患者の悲惨な話」（33.33%）および「被虐待の話」（33.33%）の計3

カテゴリーが見出された。

3. 心的外傷的反応の経験直後と現在について

分析対象者を維持群138名と回復群27名の2群に分け、IES-Rの総合得点と各下位尺度である「侵入症状」「回避症状」「覚醒亢進症状」の3因子についてt検定を行った。各時期に関しては、ヒストグラムの作成と視認によって分布の正規性を、Leveneの検定を用いて分散の等質性を検討した。各因子、総合得点の平均値と標準偏差、分析結果を表6に示す。心的外傷経験直後における総合得点、各々の下位尺度得点は、総合得点が維持群と回復群との平均値において $t=4.24$, $df=163$ (0.1%水準)であり、有意差が認められた。「侵入症状」は、維持群と回復群と

表5 聞く外傷経験の内容およびその経験率

n=3	
経験内容 ^a	経験率 (%)
1 患者の自殺	33.33
1 患者の悲惨な話	33.33
1 被虐待の話	33.33

a経験の内容の順番は、経験率の降順

表6 調査時期における各群の IES-R 各下位尺度の平均値と標準偏差

	維持群 (n=138)		回復群 (n=27)		
	直後	現在	直後	現在	
侵入症状	27.74(7.74)	15.94(6.13)	** 19.52(8.22)	8.59(0.64)	**
回避症状	22.82(7.78)	15.88(6.11)	** 17.15(9.13)	8.26(0.45)	**
覚醒亢進症状	18.13(6.15)	10.49(4.51)	** 12.04(6.20)	6.11(0.42)	**
総合得点	68.69(20.01)	42.31(15.55)	** 48.70(22.82)	22.96(0.90)	**

IES-R=Impact of Event Scale

**p<.01

() 内は標準偏差

表7 JPTCI 項目の因子分析結果

主因子法・直接オブリミン回転後のパターン行列

							n=165	
No.	項目内容	M(SD)	I	II	因子 III	IV	V	共通性
I: 出来事に関係する、自己の否定的認知 (α=.90)		23.80(10.88)						
20.	自分は永遠に悪い方向に変化してしまった		.87	.09	.24	-.13	.11	.80
36.	自分にはもう何も良いことは起こらない		.51	.02	.11	.07	.34	.66
33.	自分のことがもうよくわからないと感じる		.67	-.01	-.01	.19	-.11	.69
35.	自分のことが信頼できない		.61	.14	-.09	.22	-.12	.72
24.	ひとりぼっちで、他の人から遠く離れてしまった気がする		.59	.02	-.02	.04	-.33	.67
25.	自分には将来がない		.54	-.10	-.06	.16	-.36	.66
16.	あの出来事以降の反応を見ると、自分の頭が変になっていると思う		.57	.15	.16	.19	.15	.50
30.	あの出来事以降の出来事の反応を見ると、自分はだめな人間だと思う		.52	.42	-.08	.17	-.03	.75
28.	トラウマのせいで人生が台無しになった		.46	.04	.12	.27	-.06	.75
II. 出来事に関する自責の念 (α=.88)		18.00(8.23)						
1.	あの出来事が起きたのは、自分の振る舞い方が原因であった		-.19	.90	-.02	.02	.06	.73
19.	私でなければ、あの出来事を防ぐことができたと思う		.06	.78	.01	-.08	-.10	.64
15.	今回の出来事は私という人間に原因がある		.01	.78	.03	.14	.04	.70
31.	自分にはあの出来事を引き起こす何かがあった		.19	.74	.07	.00	.03	.70
22.	あの出来事以降の反応を見ると、自分はだめな人間だと思う		.32	.46	.01	-.02	-.23	.57
III. 世界に関する否定的認知 (α=.75)		12.00(4.12)						
8.	いつでも用心していなければならない		-.08	.05	.70	.10	-.07	.56
10.	誰に危害を与えられるかわからない		.19	-.08	.57	.03	-.07	.49
11.	次に何が起こるか分からないので、自分は本当に気をつけなければならない		.03	.14	.51	.07	-.16	.47
IV. 出来事には無関係の、自己の全般的な否定的認知 (α=.82)		19.00(6.01)						
5.	自分は、ほんのわずかな動揺でもうまく処理することができない		-.05	.03	-.02	.78	-.17	.68
4.	自分は、怒りを感じた時にうまくコントロールできないので、何かとんでもないことをしてかすだろう		.03	-.12	.19	.76	.13	.62
3.	自分は、弱い人間である		.00	.13	-.07	.59	-.05	.41
14.	あの出来事について考えても、自分にはうまく処理しきれないだろう		.21	.07	.11	.50	.02	.50
V. 世間に関する否定的認知 (α=.86)		18.00(6.54)						
23.	他人というものは、信じて頼ることができない		.01	.06	.20	.03	-.78	.84
26.	悪いことが自分に起きるのを防げない		.25	.05	-.03	.14	-.60	.68
27.	他人は見かけと異なる		.01	.03	.09	.04	-.60	.45
7.	他人というものは、信用できない		.05	-.06	.35	.01	-.48	.52
18.	世の中は危険なところだ		.02	.02	.38	.01	-.43	.50
因子寄与率 (%)			8.15	5.06	4.29	5.86	5.76	
因子間相関				.38	.13	.36	-.34	

の平均値において $t=4.80$, $df=163$ (0.1%水準) で有意差が認められた。「回避症状」は、維持群と回復群との平均値において $t=3.02$, $df=163$ (0.1%水準) で有意差が認められた。「覚醒亢進」は、維持群と回復群との平均値において $t=4.68$, $df=163$ (0.1%水準) で有意差が認められた。

次に、心的外傷経験現在における総合得点、各々の

下位尺度得点は、総合得点が維持群と回復群との平均値において $t=6.45$, $df=163$ (0.1%水準) であり、有意差が認められた。「侵入症状」は、維持群と回復群との平均値において $t=6.21$, $df=163$ (0.1%水準) で有意差が認められた。「回避症状」は、維持群と回復群との平均値において $t=6.46$, $df=163$ (0.1%水準) で有意差が認められた。「覚醒亢進症状」は、維

持群と回復群との平均値において $t=5.03$, $df=163$ (0.1%水準) で有意差が認められた。

4. 心的外傷後の認知について

ダミー項目である13, 32, 34を除いた後, 計33の質問項目の回答について主因子法による因子分析を行った。まず, 全項目の平均値 ± 標準偏差で天井効果とフロア効果を検討した。その結果, フロア効果のある項目17(0.75)と項目21(0.79)を除外した。残りの項目について固有値1以上で因子の解釈可能性を考慮した結果, 長江⁶⁾, 片畑⁸⁾, 上野⁹⁾の因子とは異なる5因子構造が最も妥当であると判断した。そこで, 因子数を5に設定し, 再度主因子法, および直接オプティム回転を行った。因子負荷量が絶対値で.40以下の項目及び2つの因子に同じくらいの負荷量をもつ項目を削除した結果, 26項目が抽出された。抽出された項目, 寄与率, および α 係数を表7に示す。

第I因子は「あの出来事以降の反応を見ると, 自分の頭が変になっていると思う」「トラウマのせいで人生が台無しになった」などの9項目(因子負荷量=.46~.87, $\alpha = .90$)である『出来事と関係する自己の否定的認知』の因子, 第II因子は「あの出来事が起きたのは, 自分の振る舞いが原因であった」「今回の出来事は私という人間に問題がある」などの5項目(因子負荷量=.46~.90, $\alpha = .88$)である『出来事に対する自責の念』の因子, 第III因子は「次に何が起こるか分からないので, 自分は本当に気をつけなければならない」「誰に危害を与えられるかわからない」などの3項目(因子負荷量=.51~.70, $\alpha = .75$)である『世界に関する否定的認知』の因子, 第IV因子は「自分はほんのわずかな動揺でもうまく処理することができない」「自分は弱い人間である」などの4項目(因子負荷量=.50~.78, $\alpha = .82$)で『出来事には無関係の, 自己の全般的な否定的認知』の因子, 第V因子は「他人というものは, 信じて頼ることができない」「他人は見かけと異なる」などの5項目(因子負荷量=-.43~.78, $\alpha = .86$)で『世間に関する否定的認知』と名づけた。各因子の α 係数は.75~.90とほぼ高い水準にあることから, 十分な内的整合性が認められる。

続いて, 上記各々の因子の合計点でピアソンの積率相関係数を算出した。その結果, 出来事に関係する自己の否定的な認知は, 1%水準にてその他の全因子と高い相関があり, 『出来事に関する自責の念』 $r=.62$, $p<.01$, 『世界に関する否定的認知』 $r=.63$, $p<.01$, 『出来事とは無関係の, 自己の全般的な否定的認知』 $r=.68$, $p<.01$, 『世間に関する否定

的認知』 $r=.63$, $p<.01$ であった。『出来事に関する自責の念』は, 『世界に関する否定的認知』($r=.37$, $p<.01$), 『出来事とは無関係の, 自己の全般的な否定的認知』($r=.49$, $p<.01$), 『世間に関する否定的認知』($r=.35$, $p<.01$)と中~高い相関があった。『世界に関する否定的認知』は, 『出来事とは無関係の, 自己の全般的な否定的認知』($r=.55$, $p<.01$), 『世間に関する否定的認知』($r=.73$, $p<.01$)と中~高い相関があった。『出来事とは無関係の, 自己の全般的な否定的認知』は, 『世間に関する否定的認知』($r=.79$, $p<.01$)と高い相関があった。また, JPTCI 総合得点と下位尺度得点の相関係数は, いずれも $r=.67\sim.88$ と高い相関が見られた(表8)。

さらに JPTCI は, 長江⁶⁾ が指摘しているように PTSD やその関連症状との間に相関が予想されるため, 各因子得点と IES-R の直後, 現在のそれぞれの合計得点との相関係数を算出した。結果を表9に示す。『出来事に関係する自己の否定的認知』は, IES-R 直後が $r=.31$, $p<.01$, IES-R 現在が $r=.43$, $p<.01$, 総合得点では $r=.41$, $p<.01$, 『出来事に関する自責の念』は IES-R 直後が $r=.28$, $p<.01$, IES-R 現在は $r=.30$, $p<.01$, 総合得点では $r=.32$, $p<.01$, 『世界に関する否定的認知』は, IES-R 直後が $r=.32$, $p<.01$, IES-R 現在が $r=.43$, $p<.01$, 総合得点では $r=.41$, $p<.01$, 『出来事とは無関係の, 自己の全般的な否定的認知』は, IES-R 直後が $r=.37$, $p<.01$, IES-R 現在が $r=.43$, $p<.01$, 総合得点では $r=.45$, $p<.01$, 『世間に関する否定的認知』は IES-R 直後が $r=.20$, $p<.05$, IES-R 現在が $r=.32$, $p<.01$, 総合得点では $r=.28$, $p<.01$ であり, どの因子にも 1%水準で.28~.45, 5%水準で.20と有意な相関があったことから, 比較的十分な構成概念妥当性(収束的妥当性)が示されたといえる。

次に, 被調査者を IES-R 直後が25点以上で IES-R 現在が25点以上である PTSD 陽性の可能性がある者(以下, 維持群とする)138名と, IES-R 直後が25点以上で IES-R 現在が24点以下である PTSD の可能性がなくなった者(以下, 回復群とする)27名の2群に分け, JPTCI の各因子における合計得点の平均の差の検討を, 対応のない t 検定を用いて行った。各因子の総合得点の平均, SD と t 検定の結果を表したのが表10である。以下, JPTCI 総合得点, 各因子の結果を述べる。

JPTCI の総合得点における維持群と回復群との平均値において, $t=2.76$, $df=163$ (1%水準) で有意差が認められた。因子 I 『出来事に関係のない, 自己の否定的認知』は, 維持群と回復群との平均値において, $t=2.22$, $df=163$ (5%水準) で有意差が認

表8 JPTCI の下位因子合計得点ごとの相関

	出来事に関する、自己の否定的な認知	出来事に関する自責の念	世界に関する否定的な認知	出来事とは無関係の、自己の全般的な否定的認知	世間に関する否定的な認知
出来事に関する、自己の否定的な認知					
出来事に関する自責の念	.62**				
世界に関する否定的な認知	.63**	.37**			
出来事とは無関係の、自己の全般的な否定的認知	.68**	.49**	.55**		
世間に関する否定的な認知	.63**	.35**	.73**	.52**	
総合点	.88**	.67**	.71**	.79**	.73**

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

表9 JPTCI 得点と IES-R との相関

JPTCI	n=165		
	IES-R直後	IES-R現在	総合点
出来事に関する、自己の否定的な認知	.31**	.43**	.41**
出来事に関する自責の念	.28**	.30**	.32**
世界に関する否定的な認知	.32**	.43**	.41**
出来事に無関係の、自己の全般的な否定的認知	.37**	.43**	.45**
世間に関する否定的な認知	.20*	.32**	.28**

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

表10 各群の JPTCI 下位尺度の平均値と標準偏差

	維持群(n=138)	回復群(n=27)	
JPTCI総合得点	115.02(36.45)	93.52(37.08)	**
出来事に関する、自己の否定的な認知	23.95(10.72)	18.89(10.87)	*
出来事に関する自責の念	18.52(8.20)	15.98(8.23)	n.s.
世界に関する否定的な認知	11.84(3.91)	8.48(4.08)	**
出来事に関する、自己の否定的な認知	19.46(5.89)	15.67(5.71)	**
世間に関する否定的な認知	18.60(6.30)	14.86(6.97)	*

JPTCI=The Japanese version of Posttraumatic Cognitive Inventory

() 内は標準偏差

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

められた。因子 II『出来事に関する自責の念』は、維持群と回復群との平均値において、 $t=1.47$, $df=163$ で有意差は認められなかった。因子 III『世界に関する否定的認知』は、維持群と回復群との平均値において、 $t=3.94$, $df=163$ (1%水準) で有意差が認められた。因子 IV『出来事に関する、自己の否定的認知』は、維持群と回復群との平均値において、 $t=3.14$, $df=163$ (1%水準) で有意差が認められた。因子 V『世間に関する否定的認知』は、維持群と回復群との平均値において、 $t=2.59$, $df=163$ (5%水準) で有意差が認められた。

考 察

本研究の目的は、職場における看護師の心的外傷経験を広義な意味と狭義の意味でそれらの実態を把握し、心的外傷経験後の認知変化の様相を明らかにすることであった。そのために、職場における看護師の狭義と広義との意味による心的外傷経験者数を把握し、次いで看護師を対象に JPTCI の因子構造、職場における看護師の心的外傷後の認知の変化を明らかにした。

1. 広義の心的外傷経験者とその基本的属性について

職場における看護師の心的外傷者は、331名(55.91%)であった。そのうち、狭義の心的外傷者は142名(42.90%)、広義の心的外傷経験者は189名(57.10%)であった。

心的外傷は、はじめにの項で述べたように、狭義と広義に区別される⁴⁾。そして職場における心的外傷の出来事については、長江ら⁶⁾の先行研究に従い、PTSD 診断基準³⁾を参考に作成された出来事の外傷性と対象者の情動喚起の程度を問う4つの質問項目を用いた。

著者らは、救急看護師を対象に狭義と広義の心的外傷経験者数を調査し、広義の心的外傷者が多いことを報告している。今回は、それと同様の結果であった。職場における看護師の心的外傷経験は、救急看護師と同様、厳密な PTSD 診断基準、つまり狭義の心的外傷には当てはまらないが、少なくとも広義の意味において救急看護師と同程度の心的外傷を経験していた。長江ら⁶⁾は、心的外傷の出来事による反応が厳密な PTSD ではなくても、心的外傷経験者全般、つまり広義の心的外傷者も含めて注目して

いくことの重要性を指摘している。救急看護はまさに心的外傷経験にあふれた状況であるが、今回の結果から救急看護場面のみならず、日々の看護業務にも心的外傷となる状況が多いことが示された。よって広義の心的外傷者を含めた心的外傷経験のある看護師全般に注目し、その対応が必要である。

基本的属性については、年代が20歳代から50歳代まで分布しており、20~40歳代が約87%、50歳代が約11%、平均年齢が37.13±10.07歳であった。2002年の厚生労働省¹³⁾の報告では、20~40歳代が約87%、50歳代が約10.4%であり、ほぼ同じであった。また勤務している病院の種別に関しては、国立の看護師が対象者の中には存在しなかったが、公立と私立・その他の比率は私立・その他が最も多かった。厚生労働省の報告では、私立・その他が最も多かった。職種に関しては、全国と比較して准看護師の割合が低く、看護師と助産師がやや高かった。これらのことから今回の対象者の抽出は、一般的な医療スタッフで構成されている病院を対象とした研究であると考えられる。

2. 心的外傷の出来事の内容(直接外傷経験, 目撃外傷経験, 聞く外傷経験)について

職場で看護師が経験している心的外傷の出来事を直接外傷経験, 目撃外傷経験, 聞く外傷経験に分類し, その内容を明らかにするために自由記述により回答を求めた。本研究の結果, 病院に勤務する看護師の過半数がこれまでに何らかの職場における心的外傷を経験していた。著者らの先行研究では約4~6割であったため, ほぼ同様の結果が得られた。また, 現在の心的外傷反応が25点以上であるPTSDハイリスク者は全体の42.5%であり, 広義の心的外傷者は23.27%であった。対象の属性や心的外傷の内容が異なるため, 直接比較するには慎重を要するが, いずれにしても緊急状況での阪神淡路大震災で救済活動を行なった救急隊員も15.6~16.3%であり¹⁴⁾, 一般の病院においても緊急状況で心的外傷経験を示していることは注目に値する。

看護師の直面の仕方別による心的外傷経験は, 直接外傷経験が最も多かった。これは, 著者らの救急看護師を対象にした研究と同様の結果であった。まさに医療現場は緊急状況であり, PTSDを被る災害状況と同様である。

一方, 職場の人間関係による心的外傷もあった。一次的な心的外傷経験である直接外傷は, 16カテゴリーが見出され, 特に「医師からの暴言や非援助的態度」が心的外傷経験になりやすいことが明らかになった。そして2番目に多かったのは, 「同僚・上司

からの暴言や非援助的態度」であった。医療の現場は, 幅広く深い知識が必要とされるため, 緊張した環境で素早く適切な判断やケアが求められる。そのために医師, 上司および同僚からの指示や指導が説明不足となり, そのことが受け手にとっては指示や指導とは受け取られず, 暴言として認知されている可能性がある。実際に医師, 上司および同僚が暴言を吐き, 非援助的な態度がみられるとしても, 受け手の認知という点からこれらの点を明らかにしていくことが重要である。さらに看護師は, 医師や患者から暴行やセクハラを受けており, 上記の暴言と合わせると8割弱がハラスメントの被害に遭っていると認知しており, このことから心的外傷となっていることは特記すべきことである。

看護師は, 患者に十分なケアができなかったことや蘇生・延命ができなかったこと, 自分がケアを行った後に患者の状態が急変することなど, 自責の念を抱いていることも明らかになった。この自責の念は, 心的外傷経験後の認知に特有なものであり, はじめにの項で述べたように, このことが心的外傷反応の悪化, 遷延化に寄与している可能性が示唆された。

二次的な心的外傷経験である目撃外傷経験は, 11カテゴリーが見出され, とくに「患者・患児の悲惨な状態」が最も多いことがわかった。著者らの先行研究においても「患者・患児の悲惨な状態」が最も多く¹⁾, 同様の結果が得られた。

上記の各出来事は, 患者や家族の悲惨な状態や死など, 看護という業務の特性上, 当然経験するような出来事である。しかし, 上記の結果から看護師には, 業務上避けることができない出来事によっても心的外傷になっていることが示唆された。

二次的な心的外傷経験である聞く外傷経験は, 3カテゴリーが見出された。今回は, 対象者が少ないため直接比較することはできないが, 著者の以前の研究でも患者の悲惨な状態を聞くことで看護師が心的外傷を経験していることを明らかにしており, これを支持する結果となった¹⁾。また記述内容は, 虐待や患者の悲惨な話など, 著者らの先行研究とほぼ同様であった。

3. 心的外傷の反応の経験直後と現在について

IES-Rの総合得点, 各下位尺度について維持群と回復群との差のt検定を行った結果, 維持群は回復群と比較して有意差が認められた。このことから, 高い心的外傷の反応を保持している維持群は, 回復する看護師と比較して認知が変化することで心的外傷反応の推移に違いがあることが示された。

4. 心的外傷後の認知について

JPTCIとIES-Rの尺度間の相関は、中程度の相関であった。この結果は、長江ら、片畑の結果と一致していた。しかしJPTCIの因子構造は、長江ら⁶⁾の報告とやや異なるものとなった。本研究では、JPTCIの第I因子である「自己に対する否定的認知」は、「出来事に関する自己の否定的認知」と「出来事には無関係の、自己の全般的な否定的認知」の2つの因子を構成し、片畑⁸⁾の結果を支持するものとなった。この理由として、以下の²⁾点が考えられた。第1に、データ数が長江ら⁶⁾よりも少なかったこと、また対象の属性が違ったことが影響した。第2に、JPTCIの原版であるPTCI⁷⁾の項目構成の段階では、general negative of self(一般的な自己の否定的認知)やself-trust(自己への信頼感)の項目が存在していた。しかしこれらの項目は最終的に「自己に対する否定的認知」の1つの因子に含まれた。本研究では、それが「出来事に関する自己の否定的認知」と「出来事には無関係の、自己の全般的な否定的認知」という2つの因子として抽出された。

またJPTCI「世界に関する否定的認知」の因子は、本研究では自分の周囲である「世間に関する否定的認知」と、自分を取り巻くもっと広い「世界に関する否定的認知」という2つの因子として抽出された。これは、心的外傷的出来事の内容の違いによるものと考えられる。長江ら⁶⁾の研究では、大学生の日常生活における心的外傷経験を扱っていたため震災などの自然災害が多かったが⁶⁾、本研究では看護師の職場における心的外傷経験を対象としているため、医師や同僚・上司など一緒に働いている身近な他人からの暴言などのハラスメントが多かった。このことから、大きな概念での世界よりも、もっと身近である世間による影響が強く現れたと考える。

「出来事に関する自責の念」については、両群に有意差は認められなかった。つまり、高い心的外傷的反応を維持する看護師と、高い心的外傷反応が低減する看護師では、同じくらい自責の念を感じることが示唆された。これは、目撃外傷経験や聞く外傷経験が影響した可能性が考えられる。大学生の心的外傷的出来事は、自身が被害を受けたという、本研究でいうと直接外傷経験にあたるものがほとんどであり、目撃外傷経験と聞く外傷経験は少ない。しかし、本研究では職場の心的外傷に焦点化している。そのため、直接外傷経験の内容をみると自分自身が関わっていることで自責の念を感じることがあっても、目撃外傷経験や聞く外傷経験では自分の提供したケアの質に関係がない性質の心的外傷であるために自責の念を感じることが少ないと考えられる。

また、維持群は回復群に比べてJPTCIの「出来事に関する否定的な認知」、「世界に関する否定的な認知」、「出来事には無関係の、自己の全般的な否定的な認知」および「世間に関する否定的な認知」が有意に高いという結果が得られた。つまり、心的外傷的反応を維持する看護師は、回復した看護師に比べて、出来事への関係の有無に関わらず、自己や世間や世界への否定的な考え方を持っていることが明らかになった。看護学生は、自尊感情が低いとこれまでに指摘されているが¹⁵⁾、自尊感情の低い看護学生が看護師となり、その後、業務で否定的な認知に変化するような心的外傷を経験していることが考えられる。一方、看護師は、いわゆる、抑うつ状態を示すバーンアウト症候群を示す者も多い。そのため、心的外傷的出来事に関連した自己のみでなく、抑うつ状態にある患者に特徴的といわれる否定的認知に汎化していく可能性が考えられる。

以上より、看護師の職場における広義の心的外傷経験者が多数存在し、看護師の職場における心的外傷経験は、厳密なPTSD診断基準、つまり狭義の心的外傷には当てはまらないが、今でも思い出すと苦痛を伴うような、広義の心的外傷的出来事を多く経験していることが明らかになった。

看護師は、日常業務の中で多くの心的外傷的な出来事に曝されており、それらは直接外傷経験、目撃外傷経験、聞く外傷経験の全てに関係していることが明らかとなった。またJPTCIの因子構造が確認され、高い心的外傷反応を維持している看護師は、自己や世間、世界に対する全般的な否定的認知を持っていた。今後これらの結果に基づいた、メンタルヘルスについての啓蒙活動や心理教育、ストレスマネジメント、専門家による援助が急務であると考えられる。また、コーピングなどの緩衝要因についてさらなる追究が必要である。

本研究の限界として、これまで単にバーンアウト症候群と呼ばれた状況は、心的外傷反応の持続によるものであるのかどうかを明確にできていないことが挙げられる。また本研究の結果は、限定された地域の対象者からサンプリングしたものである。そのため、一般化するには慎重を要するが、有効なデータが得られたと考える。

今後は、さらに対象者を拡大して本研究の一般性を検討することが課題である。

結 論

- 1) 看護師は、日常業務の中で多くの心的外傷となる出来事に曝されており、広義の心的外傷

- 経験者が多かった。
- 2) PTS すなわち直接外傷経験が、看護師にとって最も心的外傷経験になりやすいことが明らかとなった。
 - 3) KJ法の結果、直接外傷経験では16カテゴリーが見出され、「医師からの暴言や非援助的態度」が最も多かった。
 - 4) KJ法の結果、目撃外傷経験では11カテゴリーが見出され、「患者・家族の悲惨な状態」が最も多かった。
 - 5) KJ法の結果、間接外傷経験では、3カテゴリーが見出された。
 - 6) 現在の心的外傷反応が25点以上であるPTSDハイリスク者は全体の42.5%であり、広義の心的外傷者は23.27%であることが明らかとなった。
 - 7) 広義の心的外傷経験者で高い心的外傷反応を維持している看護師は、心的外傷反応の総合

得点、下位尺度得点が有意に高い。

- 8) 広義の心的外傷経験者で高い心的外傷反応を維持している看護師は、「出来事に関係する、自己の否定的な認知」「世界に関する否定的な認知」「出来事に無関係の、自己の否定的な認知」「世間に関する否定的な認知」が強い。

本稿は、平成16-17年度 川崎医療福祉大学プロジェクト研究費の助成を受けて行われた。また本研究は、日本災害看護学会第7回年次大会において一部を報告した。

本調査に際し、研究趣旨をご理解いただき、ご協力くださいました各病院の看護部長をはじめ、スタッフの皆様方に心より御礼申し上げます。そして、ご指導、ご協力いただきました徳島大学病院 友竹正人先生に深く感謝致します。

文 献

- 1) 新山悦子, 佐藤健二: 看護師のワークプレイストラウマ —自由記述による分類—, 日本看護研究学会中国・四国地方会 第17回学術集会プログラム/抄録集, 40, 2004.
- 2) 金吉晴(編集): 心的トラウマの理解とケア, じほう, 東京, 3, 2001.
- 3) APA (American Psychiatric Association) 著, 高橋三郎, 大野祐, 染矢俊幸訳: DSM - IV 精神疾患の診断・統計マニュアル(1). 医学書院, 東京, 435-436, 1996.
- 4) 金吉晴編: 心的トラウマの理解とケア, じほう, 東京, 3, 2001.
- 5) スタム, B.H. 編, 小西聖子, 金田ユリ子訳: 二次的外傷性ストレス—臨床家, 研究者, 教育者のためのセルフケアの問題, 誠信書房, 東京, 10-11, 2002.
- 6) 長江信和, 増田智美, 山田幸恵, 金築優, 根建金男, 金吉晴: 2004, 大学生を対象としたライフ・イベントの実態調査と日本語版外傷後認知尺度の開発, 行動療法研究, 3(2), 113-124, 2004.
- 7) Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF and Orsillo SM: The posttraumatic cognitive inventory (PTCI): Development and validation. Psychological Assessment, 11, 303-14, 1999.
- 8) 片畑彩: 外傷反応の回復に個人の認知およびコーピングが及ぼす影響, 徳島大学総合科学部 人間社会学科 人間行動研究コース卒業論文, 2003(未刊行).
- 9) 上野大介: トラウマ反応の回復に個人の認知およびコーピングが及ぼす影響 —コーピングの時系列変化に着目して—, 徳島大学総合科学部 人間社会学科 人間行動研究コース 心理学サブコース卒業論文, 2003(未刊行).
- 10) 飛鳥井望, 西園マハ文, 三宅由子: 改訂出来事インパクト尺度(IES-R)日本語版及びPTSD臨床診断面接尺度日本語版の開発, 平成10年度厚生省精神神経疾患研究委託費「外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班」研究報告会抄録, 233, 1999.
- 11) 川喜田二郎: KJ法, 中央公論社, 東京, 1991.
- 12) Sralew A, Orr S and Pitman R: Psychophysiological assessment of traumatic imagery in Israeli civilian patients with posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry, 150, 620-624, 1993.
- 13) 看護問題研究会監修, 日本看護協会出版会編集: 平成16年 看護関係資料集, 日本看護協会出版会, 東京, 17-22, 2005.
- 14) 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター: 非常事態ストレスと災害救援者の健康状態に関する調査研究報告書, 1999.
- 15) 塚原貴子, 新山悦子, 笹野友寿: アダルト・チルドレン特性と対人関係でのストレスの自覚の程度との関係 —看護学生と他学科学生との比較—, 川崎医療福祉学会誌, 1(1), 95-101, 2005.

(平成17年12月10日受理)

**Influence of the Skill of the Nurse on the
Decrease of Traumatic Response in Workplace**

Etsuko NIIYAMA, Akitsugu KOHAMA, Takako TSUKAHARA, Takahide TANIGUCHI,
Mitsuhiko SOUNOHARA and Mitsushiro NAGAO

(Accepted Dec. 10, 2005)

Key words : nurses, workplace trauma, JPTCI

Correspondence to : Etsuko NIIYAMA

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare

Kurashiki, 701-0193, Japan

E-Mail: niiyama@mw.kawasaki-m.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.15, No.2, 2006 583-594)