

バーンアウト（燃え尽き症候群）と対人関係 緩和ケア病棟に勤務する看護師の情動的共感性と他者意識

和田 由紀子・小林 祐子

新潟青陵大学看護学科

The study of Burnout and Personal Relations Emotional Empathy and Other-Consciousness in Nurses in the Palliative Care Unit

Yukiko WADA・Yuko KOBAYASI

NIIGATA SEIRYO UNIVERCITY
DEPARTMENT OF NURSING

Abstract

The purpose of this study is to "the relationship between burnout syndrome and emotion on other-understanding". Data collected in the questionnaire survey about Burnout Scale, Emotional Empathy Scale and Other-Consciousness Scale in Nurses in the Palliative Care Unit in Japan.

This study show two suggestions. ; There is not correlation between " Emotional Exhaustion " of Burnout Scale and other scales. The high points group of Burnout Scale are more affected by the emotion, and feel the outside and image of others than low points group.

Key words

burnout , emotional empathy , other-consciousness , palliative care unit , nurse

要 旨

本研究では、バーンアウト（燃えつき症候群）と対人関係の感情的側面がどのように関連するのか明らかにするために、全国の緩和ケア病棟に勤務する看護師を対象に質問紙による調査を行った。使用した尺度は日本語版バーンアウト尺度、情動的共感性尺度、他者意識尺度である。

この3尺度の全尺度得点・下位尺度得点の相関関係、及びバーンアウト全尺度得点の高低15%の対象について分析・検討したところ、全体としてバーンアウト尺度の「情緒的消耗感」と他の2つの尺度間に関連がみられないこと、高バーンアウト群は低バーンアウト群に比べ感情的な影響の受けやすさがあり、他者の外面やイメージを意識しやすいということが示唆された。

キーワード

バーンアウト（燃え尽き症候群）、情動的共感性、他者意識、緩和ケア病棟、看護師

・問題と目的

バーンアウト(燃え尽き症候群)はMaslach(1976)によれば、「極度の身体疲労と感情の枯渇を示す症候群」であると定義される。さらにShirom(1989)は、(1)個人レベルの体験である。その概念は個人その人の体験であり、集団や組織のそれではない。(2)また、その体験はネガティブな情緒を伴っている。嫌なことであり不快なことである。(3)さらに、慢性かつ進行性の感情である、と捉えている¹⁾。

ヒューマン・サービス従事者についてバーンアウトという概念を初めて指摘したのは、Freudenberger(1974)である。その背景として、現代社会において深められている人々の孤立や個人主義の浸透があり、生活上のさまざまな問題を専門家であるヒューマン・サービス従事者に依存する人が増えてきた結果、ヒューマン・サービスの需要の拡大に現場が耐え切れなくなり、多くのサービス従事者が過重な負担に耐え切れずストレスを訴えるようになったと考えられる²⁾。日本でもその傾向は変わらず、1980年ころより医療従事者のバーンアウトの問題が注目されてきた。現在は、主に対人関係に由来する過剰且つ慢性的なストレスにより生じたストレス反応である³⁾⁴⁾ということが、多くの研究で検証されている。

また、Hochschild(1983)によるヒューマン・サービスの感情労働の側面も近年注目されつつある⁵⁾が、これもバーンアウトのプロセスを検討するとき重要となってくると考えられる。先に述べたMaslach(1976)やShirom(1989)のバーンアウトの定義にあるような感情の変化は、これまでのように頭脳労働・肉体労働の結果として生じたものと考えていて良いのだろうか。「ヒューマン・サービスに従事する場面において、望ましい感情を相手が抱くように自己の感情や感情表現を管理・コントロールし、頭脳労働や肉体労働の成果と共に提供する⁶⁾」というこの感情労働の側面が、バーンアウトに関与しているのではないかということも、加えて検討するべきではないだろうか。そのためヒューマン・サービス従事者のバーンアウトを検討するには、

個人差要因や状況要因を明確化するだけでは不十分であり、その職業において個々の感情や感情表現が意識的・無意識的にどのように操作され変化を生じていくのかにも注目しなければ、その発生のプロセスを検討するのは困難であると考えられる。実際、バーンアウトの主症状として情緒的な変化や対応の変化を生じることがよく知られているが、それが他の情緒的側面にどのように関連するののかについては、質問紙の尺度構成を検討する以外で殆ど行われていない。そして看護師は、「患者の内面にある不安な心理や死への恐怖感と関わることは日常のことであり、職業的にそれらに関与し、その役割を果たすべきであるとされる役割期待の度合いが非常に大きく、本質的にストレス過剰な職業⁷⁾」の一つであり、バーンアウトの研究がなされてきた代表的な職種の一つでもある。その中でも緩和ケア病棟に勤務する看護師の役割期待や受ける⁸⁾ストレスは非常に大きいと考えられる。

今研究では緩和ケア病棟に勤務する看護師を対象にし、対人関係の感情的側面、特に他者のとらえ方とバーンアウトがどのように関連しているのかについて調査・検討した。

・方法

1. 調査期間 2004年10月～11月

2. 調査対象と調査方法

2004年6月1日現在、緩和ケア病棟承認施設となっている全国132施設に勤務する看護師を対象とし、緩和ケア病棟の設置基準を基に各施設の承認床数に対する看護師数を算出し、施設毎にその数の質問紙を郵送し返送を依頼した(配布数1715)。このうち74施設(56.1%)から返送があり、配布数に対する回収数は763(回収率44.5%)、うち有効回答数は734(96.2%)であった。対象の基本的属性は(表1)の通りである。

なお、本調査の主旨は施設への文書及び質問紙上で説明し、返送により同意を得たものとした。

3. 質問紙の構成

本調査で使用した尺度は以下の通りである。

日本語版バーンアウト尺度

バーンアウトは、「長期に渡って繰り返されるストレスを経験することにより発生する長期的なストレス反応」である。日本語版バーンアウト尺度はそのバーンアウトの症状を測定する尺度であり、17項目、情緒的消耗感・脱人格化・個人的達成感の低下の3つの下位尺度から構成される。Maslach & Jackson (1981) のMaslach Burnout Inventory (MBI) を参考に田尾 (1987) が作成し、久保 (1998) により更にまとめられた。MBIマニュアル第3版によれば、情緒的消耗感とは「仕事を通じて、精力的に力を出し尽くし、消耗してしまった状態」、脱人格化とは「サービスの受け手に対する無情で、非人間的な対応」、個人的達成感とは「ヒューマン・サービスの職務に関わる有能感、達成感」とそれぞれ定義される⁹⁾。

5段階で評定を行い、3つの下位尺度の各得点を算出することができる。今回もそれぞれの下位尺度の得点を算出し、その合計得点を全体尺度得点とした。各尺度の得点は、情

緒的消耗感尺度が5～25点、脱人格化尺度・個人的達成感の低下尺度が6～30点、バーンアウト(全体尺度)が17～85点の範囲をとる。

この尺度は今のところ得点基準はなく、得点の高低により相対的に評価される。

情動的共感性尺度

(EES; Emotional Empathy Scale)

共感とは援助行動に関わる中心的な感情であり、「他者がある情動を体験しているか、体験しようとしているのを知覚したために、観察者に生じる情動的反応 (Stotland, 1969)」である。共感の定義や概念の理解は研究者によって異なるが、その中の一つとして「他者の体験の知覚 (認知)」と重視する立場の「認知的共感性」と、「観察者に生じる情動的反応」を重視する立場の「情動的共感性」に区分され扱われることがある¹⁰⁾。情動的共感性尺度は後者の「情動的共感性」を測定する尺度であり、Mehrabian & Epstein (1972) に基づき加藤・高木 (1980) が作成した。25項目から成り、7段階で評定を行う尺度である。

感情的暖かさ・感情的冷淡性・感情的被影響性の3つの下位尺度から構成され、それぞれの下位尺度の得点を算出することにより、

表1. 対象の基本的属性(平均または割合) (n=763)

平均年齢	35.6歳 (SD=8.1)						
看護師平均経験年数	12.1年 (SD=7.3)						
病棟平均経験年数	2.4年 (SD=2.37)						
性別	男 2.5%	女 96.3%	無回答 1.2%				
職位	管理職 4.1%	中間管理職 10.1%	非管理職 79.6%	その他 3.5%	無回答 2.7%		
最終学歴	高等学校 2.7%	専門・専修学校 77.5%	短大 12.4%	大学 4.9%	大学院 1.0%	その他 0.6%	無回答 1.0%
同居の有無	有 62.1%	無 37.6%	無回答 0.3%				
病棟の病床数	10床未満 5.3%	10～20床未満 46.6%	20～30床未満 44.7%	30床以上 3.4%			
病棟の看護師数	10人未満 3.8%	10～15人未満 36.3%	15～20人未満 49.1%	20～25人未満 8.5%	25人以上 2.3%	無回答 0.7%	
夜勤体制	夜勤なし 0.0%	2交代 60.0%	3交代 36.6%	その他 3.4%	無回答 0.1%		
施設の病床数	100床未満 12.8%	100～300床未満 44.7%	300～500床未満 18.7%	500～700床未満 13.0%	700床以上 10.8%	無回答 3.1%	
設置主体	独立行政法人国立病院機構 3.0%	都道府県・市町村 19.1%	日赤・済生会・厚生連 7.3%	公益法人・社会福祉法人 5.6%	医療法人 44.7%	その他 19.2%	無回答 1.1%

並存する情動的共感性の3つの側面が検討できる。このうち感情的暖かさ・感情的冷淡性は、前述の定義のような暖かいあるいは冷たい情動的反応であり、感情的被影響性は「感情的な影響の受けやすさ」¹¹⁾である。

各下位尺度の得点は、感情的暖かさ尺度と感情的冷淡性尺度が10~70点、感情的被影響性尺度が5~35点の範囲をとる。

他者意識尺度

(OCS; Other-Consciousness Scale)

辻(1993)により、他者への注意や関心、意識の向けやすさや向ける方向に関する性格特性の個人差を測定するために構成された尺度である。この尺度では他者意識は、意識が現前の他者に向けられているか、他者の空想的イメージに向けられているかによって大別される。前者のうち「他者の気持ちや感情などの内面情報を敏感にキャッチし、理解しようとする意識や関心」を内的他者意識、「他者の化粧や服装、体形、スタイルなどの外面に表れた特徴への注意や関心」を外的他者意識といい、後者の他者意識を空想的他者意識¹²⁾という。

15項目から成り、5段階で評定を行う。全体尺度の他に、内的他者意識・外的他者意識・空想的他者意識という他者意識に関する

3つの下位概念も測定することができる。この尺度の得点は、全体尺度が15~105点、内的他者意識尺度が7~35点、外的他者意識尺度・空想的他者意識尺度が4~20点の範囲をとる。

結果

1. 基本的属性とバーンアウト

バーンアウトの全体尺度得点及び各下位尺度得点と、年齢・看護師経験年数・病棟経験年数の年数に関する3項目間で相関を検討したところ、情緒的消耗感-年齢は $r = -.25$ 、バーンアウト-年齢は $r = -.24$ の各々弱い負の相関がみられた。バーンアウトと看護師経験年数・病棟経験年数には相関がみられず、脱人格化と個人的達成感の低下では年数に関する3項目全てと相関がみられなかった(表2)

次にバーンアウトの全体尺度得点で高低15%であった対象を抽出し、得点が低かった群を「低バーンアウト群」、得点が高かった群を「高バーンアウト群」と名付けた。

この2群間で年数に関する3項目に違いがあるかT検定を行った結果、全てが有意であり($p < .05$)高バーンアウト群の方が低バーンアウト群に比べて年齢・看護師経験年数・病棟経験年数が少ないことが示された。

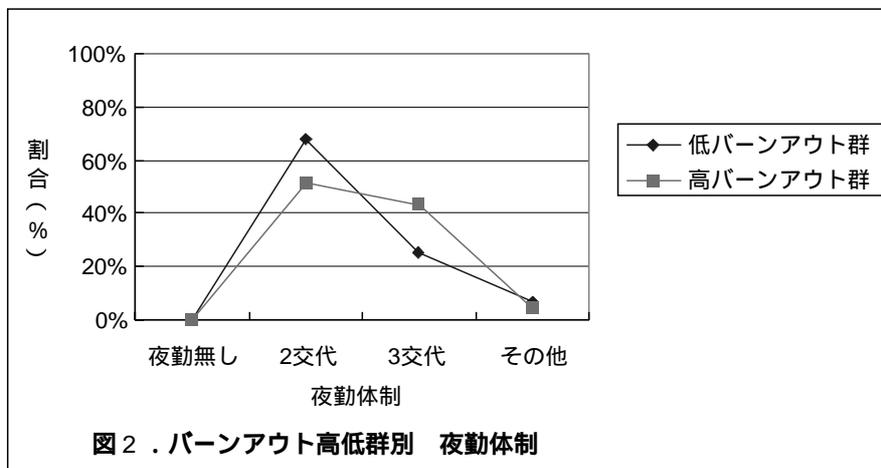
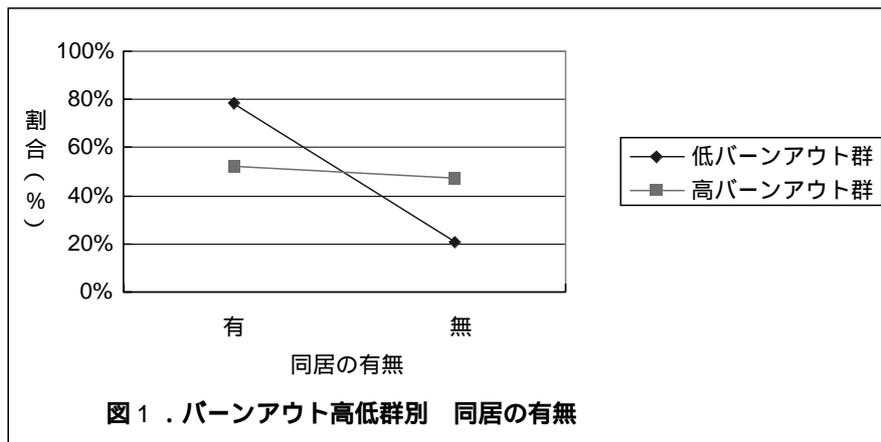
表2. 日本語版バーンアウト尺度と年に関する基本的属性・情動的共感性尺度・他者意識尺度の相関

	年齢	看護師経験	病棟経験	情動的共感性尺度			他者意識尺度				
				感情的暖かさ	感情的冷淡性	感情的被影響性	内的他者意識	外的他者意識	空想的他者意識	他者意識	
バーンアウト尺度	情緒的消耗感	-.25**	-.20**	-.10**	-.10**	.16**	.14**	.09*	.16**	.18**	.16**
	脱人格化	-.18**	-.12**	-.04**	-.24**	.33**	.06	.57	.14**	.15**	.13**
	個人的達成感の低下	-.13**	-.09**	-.13**	-.27**	.14**	.04	-.21**	0.01	-.11**	-.14**
	バーンアウト	-.24**	-.18**	-.12	-.26**	.27**	.11**	-.02	.13**	.10**	.07

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

表3. バーンアウトの高低群別 年に関する基本的属性・情動的共感性尺度・他者意識尺度の平均

	年齢	看護師経験	病棟経験	患者/看護師比	情動的共感性尺度			他者意識尺度			
					感情的暖かさ	感情的冷淡性	感情的被影響性	内的他者意識	外的他者意識	空想的他者意識	他者意識
低バーンアウト群	38.6	14.3	3.1	1.1	54.7	26.4	20.3	24.3	11.2	11.3	46.8
高バーンアウト群	32.2	9.7	2.0	1.1	49.5	31.8	21.8	24.2	12.6	12.1	48.8



患者数に対する看護師の人数割合によって違いがあるかをみるために、病棟病床数/病棟看護師数をそれぞれ求めT検定を行ったが、これについては有意差がなくバーンアウトの高低で違いがないことがわかった(表3)。

また2群間の病棟病床数・同居の有無・夜勤体制について²検定を行ったところ、病棟病床数での有意差はなかったが、同居の有無と夜勤体制で有意差がみられた($p < .05$)。病棟の規模による違いはないが、低バーンアウト群の方が高バーンアウト群に比べて同居している割合が高く、夜勤体制は3交代より2交代である割合が多いという傾向が得られた(図1、図2)。性別・職位・最終学歴については、今回²検定ができなかった。

2. 情動的共感性とバーンアウト

バーンアウトの全体尺度得点及び各下位尺

度得点と、情動的共感性尺度の各下位尺度得点間で相関を検討した。その結果、脱人格化-感情的暖かさに弱い負の相関($r = -.24$)、脱人格化-感情的冷淡性に弱い正の相関($r = .33$)がみられた。個人的達成感の低下では、個人的達成感-感情的暖かさに弱い負の相関($r = -.27$)がみられ、バーンアウト得点-感情的暖かさに弱い負の相関($r = -.26$)が、バーンアウト得点と感情的冷淡性との間には弱い正の相関($r = .27$)がみられた。情緒的消耗感は情動的共感性尺度の各下位尺度と相関はみられず、感情的被影響性もバーンアウトの各尺度と相関はみられなかった(表2)。

結果1と同様に、低バーンアウト群・高バーンアウト群の2群間で情動的共感性尺度の各下位尺度得点に違いがあるかを検討したところ、下位尺度全てが有意であり(T検定、 $p < .05$)、高バーンアウト群の方が低バーン

アウト群に比べ「感情的により暖かさがより少なく、より冷淡であり、周囲の影響を受けやすい」ということが示された(表3)。

3. 他者意識とバーンアウト

バーンアウトの全体尺度得点及び下位尺度得点と、他者意識の全体尺度得点及び下位尺度得点間で相関を検討したが、個人的達成感の低下-内的他者意識に $r = -.21$ の弱い負の相関があった以外は、いずれも相関はみられなかった(表2)。

そこで低バーンアウト群・高バーンアウト群の2群間で、他者意識の全体尺度および下位尺度のT検定を行ったが(表3) 外的他者意識と空想的他者意識が有意であり($p < .05$) 高バーンアウト群の方が低バーンアウト群に比べ「他者の外面に表れた特徴に向ける意識や関心が高く、他者の空想的イメージへ向ける意識も高い」ということが示された(表3)。

・考 察

1. 基本的属性とバーンアウトの関係

看護師の社会的背景や環境がバーンアウトの発生に関係するということは、これまで多くの研究によって明らかになっている。田尾・久保(1994)は看護師の地位・部署・年齢・勤務年数・結婚の5項目とバーンアウトの関連を調査し、地位・部署・結婚によるバーンアウトの様相の違いや、年齢で40歳、勤務年数で11年がバーンアウトの臨界点であることを見出している¹³⁾。また黒瀬・宮路ら(1999)は、緩和ケア病棟に勤務する看護師のバーンアウトの構造を調査する中で同様の検討を行い、年齢が若い看護師としての経験年数が短い、相談する上司がいない、病床数の多い病棟に勤務する看護師はバーンアウトを発生する割合が高いと述べている¹⁴⁾。

結果1からは、年齢が若いほど情緒的消耗感を感じ、バーンアウトになる割合が高まるが、その一方で中間層を除くバーンアウトの高低がはっきりとした場合では、年齢・看護師経験年数・病棟経験年数の全てに違いがみられた。

年齢と看護師経験年数はもとより関連が強

く、連動していることが多い。従来の研究では、年齢が若いためにストレスへの対処がうまくできない可能性が指摘されてきた。しかし病棟経験年数でも違いがみられることから、そのストレスは主に職業上のものであり、看護師としての経験・緩和ケア病棟で働いた経験に基づく職業的・社会的な対処が十分できない可能性が考えられる。その詳しいストレスの内容や職業的な経験で培われる対処の実際を今後は調査・検討していかなければならない。

同居については、田尾・久保(1994)が配偶者の有無がバーンアウトの高低に大きな影響を与えることを指摘しているが¹⁵⁾、今回「配偶者も含めたごく身近に接することのできる存在」の有無でも、バーンアウトの高低に影響を与えるということが明らかになった。携帯電話や電子メールといった通信手段の多様化・簡便化にも関わらず、同居の有無において違いがあったということは、精神的な支援は勿論、同居することによって必然的に多くなる直接的な接触や職業以外の他の社会生活に目を向けずにはいられない状況が、その理由としてあげられるのではないだろうか。

患者数に対する看護師の人数割合や病棟の規模によって違いがみられない反面、夜勤体制によってバーンアウトの高低に違いがあったのは、緩和ケア病棟承認施設で勤務する看護師を対象としたため一定の人員が既に確保されていること、その上での業務の多忙さやターミナルという患者の非常に強いストレス状況により多く接することよりも、勤務に就くサイクルの頻度が関連しているのではないかと考えられる。実際、2交代と3交代の勤務時間をトータルでみると、月単位で大きな違いはない。勤務に就くサイクルがより長い方が、先にも述べたように他の社会生活への関わりがより多く持てるのではないだろうか。Freudenberger(1974)はヒューマン・サービスに従事している人にはひたむきで自我関与の高い多く、そのような人がバーンアウトに陥りやすいと述べているが¹⁶⁾、調査を行った緩和ケア病棟に勤務する看護師の職務に対して求められるひたむきさや自我関与の高さは、その職務を考えれば他のヒューマン・サ

ービスに従事する人々よりも高いことはあっても低いとは考えにくい。そのような場合こそより職務以外のものへと目を向ける機会や状況が必要であるということをこの結果は示しているのではないだろうか。

2. バーンアウトと情動的共感性・他者意識

結果2では、全体としてバーンアウトの情緒的消耗感と情動的共感性に関連はないが、脱人格化が進むにつれて共感に感情的な暖かさがなくなり冷淡性が増し、個人的達成感が低下するにつれて感情的な暖かさがなくなる傾向にあるということが示された。これは仕事における負担がどの様に感じられようとも他者に対する情緒的反応には変化がないが、サービスの受け手に対する非人間的な対応が表面化するにつれて、または職務に対する有能感・達成感が低下するにつれて、その様相が変化していくことを表していると考えられる。その一方で、中間層を除くバーンアウトの高低がはっきりとした場合では、感情的な暖かさや冷淡性、感情的な影響の受けやすさの全てがその高低と関連があり、バーンアウトに陥っている人は「感情的に暖かさがより少なく、より冷淡であり、周囲の影響を受けやすい」といえることが明らかになった。

バーンアウトの症状を鑑みると、「バーンアウトに陥るにつれて、共感に感情的な暖かさがなくなり冷淡性が増す」ということや、高いバーンアウトの状態に陥った人の情動的共感性が低下するということは、特に意外な結果ではない。しかし、バーンアウトの情緒的消耗感と情動的共感性と関連しないこと、高バーンアウトの人は感情的に周囲の影響をより受けやすいということの2点は、予想に反するものであった。

バーンアウトの情緒的消耗感が情動的共感性と関連しないことについては、「ケアを提供する看護師」としての職業意識や、「看護師として患者に共感的に接する」ということが日常的に行われていることが関連しているのではないかと考えられる。実際、加藤・高木(1980)の中学生・高校生・大学生に行われた情動的共感性の測定結果⁷⁾と比較して、今回の情動的共感性の測定結果は大きく異なる

ものではなく、それらの各年代と緩和ケア病棟に勤務する看護師の情動的共感性の高さに違いは殆どないと思われる。それにも関わらず今回の調査で情緒的消耗感との関連がみられないということは、看護師という専門職としての自覚や責任感が大きく作用していることは勿論、更に日常的に患者に共感的に接していた結果、既に情動的共感性が身に付いているということではないだろうか。また緩和ケア病棟の特徴として、他の病棟にも増して高いと思われる看護師としての役割期待も影響しているのかもしれない。今後は緩和ケア病棟以外の病棟や別の職業でもバーンアウトと情動的共感性の関連、及び職業に対する専門性・役割期待に対する意識との関連を検討し、これらの関連性を明らかにしていく必要がある。

高バーンアウトの人が感情的な影響を受けやすいということについては、感情的な影響を受けやすいために高いバーンアウトの状態に陥りやすくなってしまっているのではないかと、及び、ストレス反応であるバーンアウトに陥ってしまっているために、他者からの感情的影響を受けやすくなってしまっているのではないかとといった2方向の原因が考えられる。しかし、これらが相互に影響を与えている可能性もある。いずれにしても感情的な影響を受けやすいということは、同時に相対する人や状況によって感情の揺れ動く幅も、同時にまた大きいのではないかと考えられる。

緩和ケア病棟に勤務する看護師は他の病棟以上に、患者やその家族に対して良い看取りとなるようにその意を汲み、ケアを提供することが求められる。その過程では、敏感に患者・家族の意図や置かれた状況を感じ取ることが必要であり、前述の感情の被影響性は切り離せない不可欠なものである。その一方で、「死」という最大のストレスラーを持つ終末期の患者・家族に日常的に密接に関わるということによって、強く影響を受けるということでもある。感情的な影響を受けやすいということは、感情労働の側面でもより労力を費やさざるを得ないということであり、バーンアウトを生じるストレスラーの一つになるのではないだろうか。ケアと密接なつながり

を持つといえ、感情的被影響性が過大である場合については今後詳しい検討を行い、何らかの対応を検討していかなければならない、

結果3では、全体としては個人的達成感の低下に伴い、他者に密着した意識・関心が減少するという傾向が示された。また中間層を除く高低がはっきりとしたバーンアウトの場合には、外的他者意識・空想的他者意識と関連がみられ、高バーンアウトに陥っている人は、他者の外面へ高い関心を持ったり、現実から遊離したイメージとしての他者を意識したりするところに、低バーンアウトの人との違いがあるのではないかと推測される。

Hochschild (1983) は、バーンアウトは「しばしの間ストレスから人を解放する」が、相手に対して「内的シグナルを感じないことや、それに対する感覚を麻痺させることに慣れてしまうかもしれない。感情へのアクセスを失うとき、私たちは、自分のまわりの物事を解釈するための主要な手段をも失ってしまう¹⁸⁾」と指摘している。バーンアウトが過剰且つ慢性的なストレスの結果として生じたものであるということを考えると、この高バーンアウト群の特徴はコーピングの傾向を示しているのかもしれない。先に述べたような感情の被影響性が大きいと、より簡単な目に見えるもの、回想・想像することに興味・関心を持つことでストレスを軽減しようとしているのではないだろうか。しかしこのような対人関係の持ち方では、他者の云わんとすることや求めていること、生じている感情を適切に汲み取り、解釈していくことは難しい。緩和ケア病棟に勤務する看護師として患者・家族へ援助を提供する場面においては、誤った対応をそのまま進めてしまう、信頼関係を損なうといった重大な事態を生じる可能性すらある。バーンアウトに陥っている看護師は患者・家族に関わっていく際に「そのような傾向を持つ自分」であることを自覚し、他者の内的側面への意識・関心を意図的に高くする必要はあるが、実行が非常に困難であることは容易に推測される。更にバーンアウトの状態を進めてしまう可能性も高く、根本的な解決にはならない、今後は高バーンアウトにある看護師の更に詳しい構造や関連要因につい

て分析を加え、感情的な影響のうけやすさを適切なレベルにコントロールし看護師が費やす心的労力を如何に抑えていくか、他者の内的側面への意識・関心を如何に高くしていくかについて、具体的方策の検討を進めていく必要がある。

<謝辞>

今回の調査にご協力下さいました全国の緩和ケア病棟の看護師の皆様、深く感謝申し上げます。ご多忙中ありがとうございました。

<文献>

- 1) 田尾雅夫・久保真人 1996 バーンアウトの理論と実際 誠信書房、5 - 112 .
- 2) 久保真人 2004 バーンアウトの心理学 サイエンス社、1 - 61 .
- 3) 田尾雅夫 1987 ヒューマンサービスにおけるバーンアウトの理論と測定 京都府大学学術報告「人文」、39、99 - 112 .
- 4) 前掲書2)
- 5) 武井麻子 2001 感情と看護一人との関わりを職業とすることの意味 医学書院、14 - 60 .
- 6) Hochschild,A . R . 1983 石川准・室伏亜希(訳) 2000 管理される心 - 感情が商品になるとき - 世界思想社、3 - 24、212 - 217 .
- 7) 前掲書1)
- 8) 西村良二 2003 医療スタッフへのケア 日医雑誌、129(11) 1743 - 1747 .
- 9) (財)パブリックヘルスリサーチセンター 2004 ストレススケールガイドブック 実務教育出版、324 - 328 .
- 10) 高橋雅延・谷口高士(編著) 2002 感情と心理学 - 発達・生理・認知・社会・臨床の接点と新展開 - 北大路書房、176 - 191 .
- 11) 戸田弘二 1994 対人態度 堀洋道・山本真理子・松井豊(編) 心理尺度ファイル - 人間と社会を測る - 垣内出版株式会社、308 - 327 .
- 12) 前掲書7)
- 13) 前掲書1)
- 14) 黒瀬佳代子・宮路亜希子・檜垣由佳子・植田喜

- 久子・鈴木正子 1999 緩和ケア病棟に勤務する看護婦(士)が陥る“燃え尽き”の構造 日本看護学会誌、vol.8、No.1、18 - 26 .
- 15) 前掲書1)
- 16) 前掲書2)
- 17) 前掲書7)
- 18) 前掲書3)
- 19) 福田正治 2003 感情を知る 感情学入門 ナカニシヤ出版 .
- 20) 片桐敦子・斉藤功・真島一郎・村松芳幸・荒川正昭・下条文武・桜井浩治・宮岡等 1999 医療従事者のストレスとその関連事項の比較 ストレス科学、14(1) 39 - 43 .
- 21) 久保真人 1998 ストレスとバーンアウトの関係 - バーンアウトはストレスか? - 産業・組織心理学研究、12(1) 5-15 .
- 22) 西堀好恵・諸井克英 2000 看護婦におけるバーンアウトと対人環境 看護研究、vol.33、No.3、71 - 81 .
- 23) 荻野佳代子 2000 看護職のバーンアウト - 関連要因としての自尊感情の検討 - 早稲田大学教育学部学術研究(教育心理学編) 48、23 - 32 .
- 24) 岡田千夏・河野由美 2000 看護師のバーンアウトと仕事ストレスに関する研究 飯田女子短期大学看護学科年報、3、133 - 147 .
- 25) 大西奈保子 2003 ターミナルケアに携わる看護師のバーンアウトの様相 臨床死生学、vol.18、36 - 43 .
- 26) 高村寿子・藤平早苗・渡部敏江・村山千代子・斉藤恭子・片山美代・阿部正子・渡辺純一 2002 病院看護婦(士)のエンパワーメント強化に関する研究(第1報) - 自尊感情と燃え尽き状態に焦点をあてて 自治医大看護短大紀要、33 - 45 .
- 27) 辻平治郎 1993 自己意識と他者意識 北大路書房 .

