

看護師の経験年数と認知の偏り、否定的自動思考、抑うつ気分の関係

江口 実希¹⁾，國方 弘子²⁾

抄 録

本研究は、看護師の経験年数による認知の偏りの違いを検討することを目的とした。看護師 630 名を対象に自記式質問紙調査を行い、否定的自動思考、抑うつ気分、認知の偏りと個人属性について回答を求めた。分析は看護師を経験年数で 6 グループに分け、グループごとに「認知の偏り、否定的自動思考、抑うつ気分」の因果モデルのパス解析を行った。結果、看護師の経験年数により認知の偏りは異なることが示唆された。特に認知の偏りのうち「べき思考」は、勤務年数 1～5 年では正のパス係数を示したが、経験年数 16～20 年、21～25 年の看護師では負のパス係数を示し、看護師の職業適応に「べき思考」が強く関係することが推察された。

キーワード：看護師，経験年数，認知の偏り，自動思考，抑うつ気分

I. 緒 言

近年、健康な生活を維持することを困難にする要因としてうつ病がある。うつ病の罹患率は、1995 年において 4 位であったが 2020 年には 2 位になると予測されており¹⁾ 労働者全体としてのメンタルヘルスへの対策は喫緊の問題であると考えられている。そのような状況下において、労働者としての看護師は、求められる医療サービスの多様化や求められる質の向上、受療人口の増加から心身への負担の増大が懸念される。先行研究は、看護師が事務職よりも身体症状、睡眠障害、うつ傾向の度合いなどを示す精神健康度が不良であり²⁾、業務は過重労働に該当する³⁾ ことを示している。つまり、看護師は他の労働者よりもさらにうつ病に罹患する危険性が高いと言えるだろう。直接に患者と接する機会が多い看護師が健康的に働くことは、仕事効率の向上や時間外勤務の減少のみならず、患者サービスの質にも影響を与える。つまり看護師のメンタルヘルスの向上は重要な課題と言える。

さて、個人の情動と行動は、その個人が過去の経験に基づき形成した思考（認知）スタイルに規定される⁴⁾。特に抑うつ気分は、認知の一種である「自動思考」^{4) 5)}

と「認知の偏り」に影響を受ける⁴⁾。自動思考とは無意識に頭の中でポップアップしてくる考えであり、肯定的な考え（肯定的自動思考）と否定的な考え（否定的自動思考）の 2 種類に大別される。否定的自動思考は抑うつ気分の原因となり^{5) 6)}、自分でコントロールすることは困難である。「認知の偏り」は、体験した出来事について、自己に関連した内容を否定的、悲観的に歪めて捉え体験を意味づける個人の判断基準である。「認知の偏り」は誰もが持ち、ストレス下で活性化し、看護師などのように過重なストレスを受けやすい職種では、「認知の偏り」が容易に活性化し、否定的自動思考や抑うつ気分を生じやすいのではないだろうか。ストレスの受けとめ方は看護師の熟練度によって個人差があり⁷⁾、考え方は、生活環境から学び身につけていくものである⁸⁾。つまり「認知の偏り」も個人の経験によって変化し、抑うつ気分に影響を与えると考えた。そこで本研究では、看護師の経験年数によって「認知の偏り」にどのような差があるのかを明らかにすることを目的とした。看護師の経験年数による「認知の偏り」についてこれまで検討されておらず、職業経験が認知に与える影響を明らかにすることは、臨床現場での段階別卒後研修プログラムの内容をより充実したものにすることに寄与できると考える。

1) Miki Eguchi

四国大学看護学部

2) Hiroko Kunikata

香川県立保健医療大学看護学部

II. 概念枠組み

看護師の経験により影響を受ける認知は、個人の判断基準となることで抑うつ気分に影響を与えると考えた。認

知のうち抑うつ気分に影響を与えるのは、「自動思考」^{4) 5)}と「認知の偏り」⁴⁾である。

本研究では看護師の経験年数が「認知の偏り」と否定的自動思考に影響を与えるとともに、「認知の偏り」が、否定的自動思考に影響を与え、否定的自動思考が抑うつ気分に影響を与える概念枠組みを作成した(図1)。

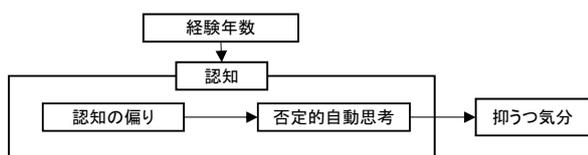


図1 看護師の経験年数、認知の偏り、否定的自動思考、抑うつ気分の因果モデル

Ⅲ. 用語の定義

認知は「認知の偏り」と「自動思考」を含めた個人の物事の捉え方の総称である⁴⁾。「認知の偏り」を人のもつ考え方や判断基準の偏りであり、半意識的な思考、と定義し、「自動思考」を表層的で根拠がなく、瞬間的に頭の中に思い浮かぶ無意識的な思考と定義した。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究デザインは仮説検証型研究である。
2. 調査対象と調査方法、調査期間

A総合病院の看護管理者あてに口頭および文書で調査依頼を行い、同意が得られたA総合病院に勤務する看護師630名を対象に自記式質問紙調査を行った。回収は2週間の留め置き法とした。調査期間は2015年9月~10月であった。

3. 調査内容

調査内容は、自動思考、認知の偏り、抑うつ気分、個人属性とした。

- 1) 自動思考

自動思考の測定には、日本語版自動思考測定用紙改定版(Automatic Thoughts Questionnaire-Revised: ATQ-R)を用いた。ATQ-Rは、「抑うつ患者は、否定的な自動化された思考(自動思考)を有する」というBeck⁴⁾の認知モデルに基づいて、Hollon & Kendall⁹⁾が開発した否定的自動思考測定尺度に、Kendall et al¹⁰⁾が肯定的自動思考を加えた尺度を、坂本ら¹¹⁾が邦訳した尺度である。40項目からなるATQ-Rは、否定的自動思考(30項目)と肯定的自動思考(10項目)を測定する2因子構造を有する。本

研究では否定的自動思考(以下、ATQ-Rn)のみを測定し、1週間のうちに各質問項目が示す考えが浮かんだ頻度について、「全く思い浮かばない(1点)」~「いつも思い浮かぶ(5点)」の5件法で回答を求めた。合計得点が高得点であるほど否定的自動思考が強いことを示す。なおATQ-Rの構成概念妥当性と信頼性は確認されている⁵⁾。

- 2) 認知の偏り

認知の偏りは、認知の偏り測定尺度(Cognitive Bias Scale: CBS)を用いた。CBSは、田島¹²⁾が推論の誤り尺度¹³⁾を参考に改編した「先読み(The fortune teller error)」「べき思考(Should thinking)」「思い込み・レッテル貼り(Labeling and mislabeling)」「深読み(Jumping to conclusions)」「自己批判(Personalization)」「白黒思考(All-or-nothing thinking)」の6下位直行モデルを有する¹⁴⁾18項目の尺度である。評定方法は、質問項目に対して「全くあてはまらない(1点)」~「全くあてはまる(4点)」の4件法で回答を求め、尺度の合計得点が高いほど認知の偏りが強いことを表す。尺度の構成概念妥当性と信頼性は確認されている¹⁴⁾。

- 3) 抑うつ気分

抑うつ気分は、Beck Depression Inventory (BDI)で測定した。BDIは、原版⁴⁾を林ら¹⁵⁾が翻訳した抑うつ状態の重症度を測定する尺度である。4件法からなる21項目について最近一週間の気持ちを最も表わす数字を選択し、0点~3点で得点化する。合計得点が高いほど抑うつ気分の重症度が強いことを示す。

- 4) 個人属性

個人属性は、性別、年齢、看護師としての経験年数とした。

5. 分析方法

初めにKolmogorov-Smirnovの正規性の検定を行い、帰無仮説の棄却を確認した。次に、性別を独立変数、年齢と経験年数を従属変数としたStudent-T検定に加え、女性群と男性群の2群に分けCBS、BDI、ATQ-Rnの中央値の差の検定を行った。その結果、性差による差が見られた場合は女性のみを分析対象とすることとした。また、看護師を経験年数で6群に分け、否定的自動思考と抑うつ気分の得点の中央値の差の検討を行った。最後に、看護師の経験年数別にCBS、ATQ-Rn、BDIを変数としたパス解析を行い標準化係数の違いを検討した。分析は順序尺度の推定法である重み付け最小二乗法の拡張法(WLSMV)によりパラメーターの推定を行っ

た。モデルの適合度を評価する指標には、Comparative Fit Index(CFI), Root Mean Square Error of Approximation(RMSEA) を用いて行った¹⁶⁾。推定されたパス係数の有意性は、検定統計量の絶対値が1.96以上(5%水準)を示したものを統計学的に有意とした。尺度の信頼性(内的整合性)の確認にはCronbachの α 係数を算出した。分析にはSPSS Statisticsバージョン23とMplus7.3を使用した。

6. 倫理的配慮

対象に対して、研究の主旨、匿名性の確保、研究結果の公表、調査への参加は自由意思であること、研究参加への有無や途中辞退によって不利益を被らないことを書面で示し、調査票の回収をもって研究への同意が得られたと判断した。対象が回答した調査票は個別の封筒に入れ密封し、据え置き法で回収した。なお、本研究はB大学の倫理委員会の承認を得て行い(承認番号:26004)、各尺度の使用に関し、著作権者に許可を得た。

項目	人数(%)
性別	
女性	413 (93.0)
男性	18 (4.1)
無回答	13 (2.9)
年齢	
平均年齢 \pm SD(範囲)	36.4 \pm 9.0 (21-58)
20代	114 (25.7)
30代	160 (36.0)
40代	127 (28.6)
50代	35 (7.9)
無回答	8 (1.8)
経験年数	
平均年数 \pm SD	13.2 \pm 8.5
1年(未満含む)	22 (5.0)
1~5年	88 (19.8)
6~10年	113 (25.5)
11~15年	70 (15.8)
16~20年	84 (18.9)
21~25年	34 (7.7)
26~30年	40 (9.0)
31~35年	8 (1.8)
無回答	7 (1.6)

表3 性別による中央値の差の検定と尺度の信頼性検定 n=431

尺度名	下位尺度	性別(n)		P値	α
		女性(n=413)	男性(n=18)		
CBS	先読み	7.00	8.00	.000***	.805
	べき思考	8.00	7.50	.000***	.693
	思い込み・レッテル貼り	6.00	5.50	.000***	.752
	深読み	7.00	6.50	.000***	.825
	自己批判	6.00	5.50	.000***	.808
	白黒思考	6.00	6.00	.000***	.766
BDI		11.00	14.50	.000***	.859
ATQ-Rn		49.00	54.00	.000***	.967

Mann-WhitneyのU検定 α : Cronbachの α 係数(女性n=413の場合) ***P<.001

V. 結果

1. 属性

回答者543名(回収率86.2%)のうち、CBS, BDI, ATQ-Rnの回答に欠損のない444名(有効回答率70.5%)を分析対象とした。女性は413名(93.0%)、男性は18名(4.1%)無回答13名(2.9%)と大多数を女性が占めた。平均年齢は36.4歳(SD=9.0)、勤務年数は6~10年が25.5%と最も多く、平均勤務年数は13.2年(SD=8.5)であった(表1)。年齢、経験年数、CBSの下位尺度、BDIの合計点、ATQ-Rの下位尺度について性別による比較を、Student-T検定とMann-WhitneyのU検定を用いて検討した結果、全ての項目に有意差が見られた(表2, 表3)。従って、以後の分析対象は女性のみとした。なお、女性を対象とした場合の各尺度の α 係数は.693~.967と良好であった。

2. 経験年数による否定的自動思考の比較

國方ら¹⁷⁾は看護師の経験年数を1群(3年目~5年目)、II群(6年目~10年目)、III群(11年目以上)に区分し看護師の専門性の認識の相違を指摘している。そこで本研究では看護師の経験年数を5年ごとに6つのグループに分け、否定的自動思考の中央値の差を検討した。分析は経験年数に欠損があるデータと母数の少なかった経験年数31~35年(n=8)を除いた女性398名のデータを用いた。女性の平均年齢は36.4年(SD=9.7)、平均勤務年数は13.3年(SD=8.0)であった。この時、経験年数1~5年と11~15年(P<.012)、1~5年と16~20年(P<.006)との間に有意差が見られた(表4)。

経験年数別の回答分布で、経験年数1~5年と11~

表2 性別による平均値の差の検定 n=431

	女性(n=413)	男性(n=18)	P値
年齢(\pm SD)	36.8 \pm 9.1	30.2 \pm 5.6	.014*
経験年数(\pm SD)	13.7 \pm 8.5	5.4 \pm 4.0	.001**

student-T検定 *P<.05 **P<.01

表4 ATQ-RnとBDIの中央値と経験年数の差 n=398

	1~5年 (n=73)	6~10年 (n=104)	11~15年 (n=65)	16~20年 (n=84)	21~25年 (n=32)	26~30年 (n=40)
ATQ-Rn	55.00	48.00	45.00	47.00	54.00	49.00
	.012*					
	.006**					
BDI	12.00	10.00	11.00	11.00	14.00	10.00

ATQ-R n : Automatic Thoughts Questionnaire-Revised negative
BDI : Beck Depression Inventory, Kruskal-Wallis検定 ** $p < .01$ * $p < .05$

15年に有意差があった項目は「まわりをがっかりさせてきた」($P < .005$)「やっていけそうにない」($P < .005$)「この場から逃げられたらなあ」($P < .029$)「ちゃんとうまくやれないなあ」($P < .003$)「自分が嫌でたまらない」($P < .023$)「どうしちゃったんだろう」($P < .004$)「自分はあまりにも無力だ」($P < .009$)「自分は何にもやり通せない」($P < .010$)であった。経験年数1~5年と16~20年に有意差があった項目は、「世の中が嫌になった」($P < .043$)「私には何のとりえもない」($P < .003$)「どうして一度としてうまくやれないだろう」($P < .019$)「まわりをがっかりさせてきた」($P < .001$)「やっていけそうにない」($P < .000$)「ちゃんとうまくやれないなあ」($P < .001$)「消えてしまえたらなあ」($P < .043$)「どうしちゃったんだろう」($P < .000$)「自分に何か悪いところがあるはずだ」($P < .001$)であった(表5)。なおBDI得点の中央値は勤務年数21~25年が14.0点と最も高く、次に勤務年数1~5年が12.0点と高かった(表4)。

3. 看護師の経験年数と認知の偏り、否定的自動思考、抑うつ気分の関係

看護師の経験年数を勤務年数1~5年, 6~10年, 11~15年, 16~20年, 21~25年, 26~30年の6つのグループに分け、勤務年数別に措置した「看護師の認知の偏り、否定的自動思考、抑うつ気分の因果モデル」のパス解析を行い経験年数によって認知の偏りにどのような差があるのか検討した。6つのモデルの適合度はRMSEAが0.000, CFIが1.000, 決定係数は0.512~0.886と良好な値を示した。否定的自動思考を経由し、抑うつ気分に影響を与えた認知の偏りは、勤務年数1~5年では、「べき思考」($\beta = .338, p < .006$)であった。勤務年数6~10年では「思い込み・レッテル貼り」($\beta = .393, p < .000$)と「自己批判」($\beta = .415, p < .001$)、勤務年数11~15年では「先読み」($\beta = .313, p < .020$)と「思いこみ・レッテル貼り」($\beta = .665, p < .000$)であった。勤務年数16~20年では「べき思考」($\beta = -.371, p < .038$)、「自己批判」($\beta = .571, p < .006$)、「白黒思考」($\beta = .532, p < .000$)であり、勤務年数21~25年では「先読み」($\beta = .915, p$

$< .000$)、「べき思考」($\beta = -.380, p < .027$)、「深読み」($\beta = .971, p < .000$)、「自己批判」($\beta = -.591, p < .035$)であった。経験年数26~30年では「思い込み・レッテル貼り」($\beta = .284, p < .049$)、「自己批判」($\beta = .384, p < .005$)であり、経験年数により抑うつ気分に影響を与える認知の偏りは異なった(表6)。なお代表的なデータである経験年数1~5年, 21~25年のパスモデルを図2に示す。

VI. 考察

1. 属性について

仕事のストレスは性別により影響を受ける¹⁸⁾ことや、ストレス反応の抑うつ感は男性看護師の方が強い¹⁹⁾ことが指摘されており、男子看護師は上司・同僚からの支援度が低く、職場環境も女性仕様であること¹⁹⁾や、ジェンダー意識、女性看護師との価値観の違い²⁰⁾が男性の抑うつ気分の高い要因として推察される。

2. 経験年数による否定的自動思考の比較

看護師の否定的自動思考の得点は経験年数1~5年(55.0点)が最も高かった。経験年数2年目の看護師は仕事の量的ストレスが高く、経験年数3~5年目の看護師は仕事の質と身体的ストレスが高いことが指摘されている⁷⁾。経験年数別の回答分布でも有意差があった、「やっていけそうにない」「ちゃんとうまくやれないなあ」「自分は何にもやり通せない」「どうして一度としてうまくやれないだろう」という否定的自動思考には、20歳代看護師の能力への不安^{7) 21)}、低い自己評価²¹⁾が影響していることが推察される。

他方、経験年数11~15年の看護師は否定的自動思考が最も少なかった(45.0点)。理由として経験年数10年以上の看護師は、働きがいや職場のサポートを高く感じており満足度が高い⁷⁾ことから、業務経験により自分の看護能力の向上の自覚に加え、周囲のサポートを受けられることでストレスが緩和され、ストレス下で活性化する否定的自動思考が少なかったと考えられる。

では、経験年数21~25年の否定的自動思考はどうか。この年代は必要な知識や技術は十分備わってお

表5 ATQ-R nの経験年数による中央値の比較

n=398

質問項目	1~5年 (n=73)	6~10年 (n=104)	11~15年 (n=65)	16~20年 (n=84)	21~25年 (n=32)	26~30年 (n=40)
世の中が嫌になった	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00
私には何のとりえもない	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00
どうして一度としてうまくやれないだろう	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.00
誰もわかってくれない まわりをがっかりさせてきた	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00
やっつけようがない	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.50
もう少しましな人間だったらなあ 弱い人間だ 人生は望んだようにいっていない	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
自分にひどく失望してしまう 面白いことなんて何一つとしてない もうこれ以上がまんできない やろうにも、できそうにない	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
自分はどこかおかしい この場から逃げられたらなあ	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00
ちゃんとうまくやれないなあ	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
自分が嫌でたまらない	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
自分には何の値打もない 消えてしまえたらなあ	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
どうしちゃったんだろう	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00
自分は負け犬だ 人生メチャクチャだ 自分は人生の落伍者だ とうていできっこない	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
自分はあまりにも無力だ	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
何かが変わってくれたらなあ 自分に何か悪いところがあるはずだ	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
お先真っ暗だ そんなことをやって仕方がない 自分は何にもやり通せない	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	2.00	2.00	2.00	1.00	1.50	2.00
	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	1.50

Kruskal-wallisの検定 **P<.001, *P<.05

表6 経験年数と看護師の認知の偏り, 否定的自動思考, 気分の因果モデルの関係

n=398

経験年数 (人数)	RMSEA	CFI	ATQ-RnとCBSの標準化係数(β)							BDIとATQ-Rnの標準化係数(β)	決定係数(R ²)
			先読み	べき思考	思い込み・レッテル貼り	深読み	自己批判	白黒思考			
1～5年 (n=73)	0.000	1.000	ns	.338**	ns	ns	ns	ns	ns	.742***	0.735***
6～10年 (n=104)	0.000	1.000	ns	ns	.393***	ns	.415**	ns	ns	.640***	0.635***
11～15年 (n=65)	0.000	1.000	.313*	ns	.665***	ns	ns	ns	ns	.610***	0.512***
16～20年 (n=84)	0.000	1.000	ns	-.371*	ns	ns	.571**	.532***	ns	.479***	0.673***
21～25年 (n=32)	0.000	1.000	.915***	-.380*	ns	.971***	-.591*	ns	ns	.742***	0.886***
26～30年 (n=40)	0.000	1.000	ns	ns	.284*	ns	.384**	ns	ns	.771***	0.638***

ATQ-Rn: Automatic Thoughts Questionnaire-Revised negative CBS: Cognitive Bias Scale, BDI: Beck Depression Inventory, RMSEA: Root Mean Square Error of Aproximation, CFI: Comparative Fit Index, p: spearmanの順位相関係数 ***p<.001 **p<.01 *p<.05

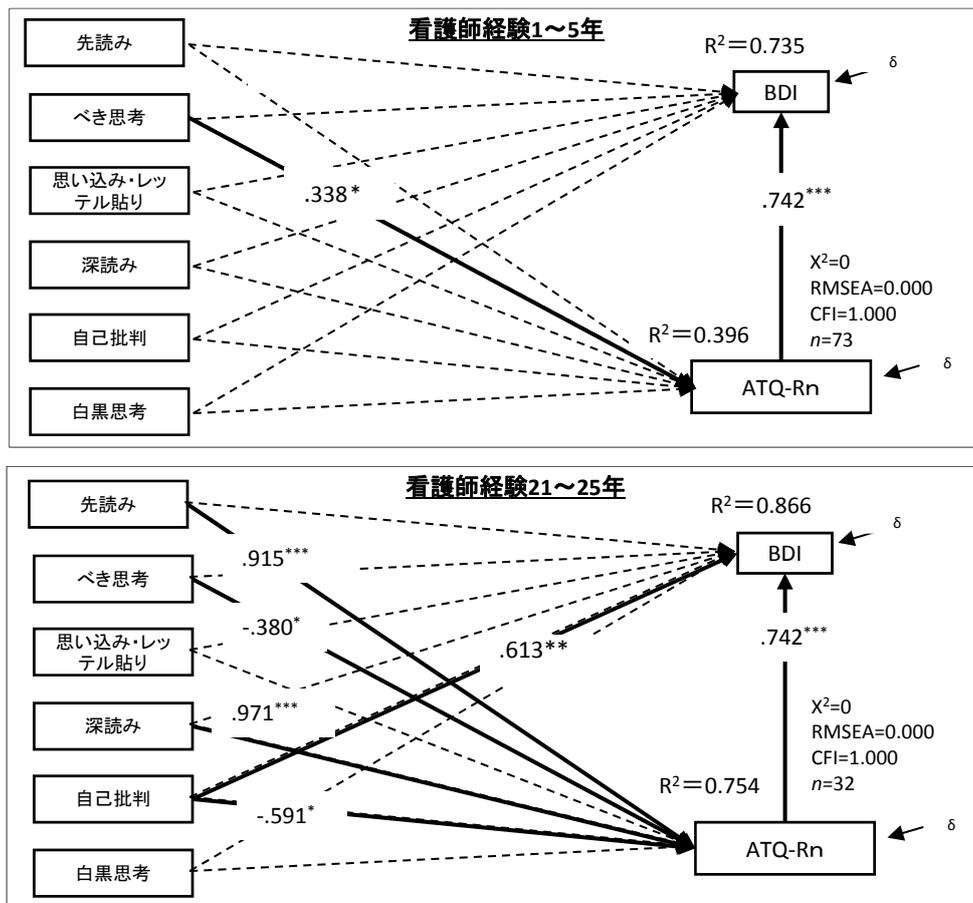


図2 看護師の認知の偏り, 否定的自動思考, 抑うつ気分の因果モデルのパスモデル

ATQ-Rn: Automatic Thoughts Questionnaire-Revised negative, BDI: Beck Depression Inventory, RMSEA: Root Mean Square Error of Aproximation, CFI: Comparative Fit Index, Significant path indicated by solid line. Not significant path indicated by broken line.

***P<.001 **P<.01 *P<.05

り, 職務に対するやりがいや満足を持つ一方, 新人看護師の指導や管理業務など期待される役割が増加するため看護実践以外のストレスを有する年代とされる⁷⁾. その結果, 否定的自動思考が高かったと考えられる. 職務ストレスは新卒看護師(30歳以下の看護師), 主任看護師, 臨床実習指導担当看護師, 看護師長の順に高くなり²¹⁾, 看護師の職責はストレスの影響要因である事が指摘されている²²⁾. よって経験年数21~25年の看護師は看護業

務以外の責任の増加により, ストレスが増大し抑うつ気分を感じやすかった事が考えられる.

3. 看護師の経験年数と認知の偏り, 否定的自動思考, 抑うつ気分の関係

看護師の経験年数ごとに「看護師の認知の偏り, 否定的自動思考, 抑うつ気分の因果モデル」についてパス解析を行った結果, 有意差の見られた認知の偏りは異なっていた. すなわち, 抑うつ気分に影響を与える認知の偏

りは経験年数により異なることが示された。特に、勤務年数1～5年の看護師では、べき思考が抑うつ気分の73.5%を説明する結果を示した。「べき思考」とは「～しなければならない」と考え自分にプレッシャーを与えてしまう。|「～すべきだったのに」と考えて、後悔してしまうほうである。|「一度立てた計画は、どんなに困難があってもやり遂げるべきだと思うほうである。」の3項目から成る。一般に「べき思考」が強いと、自分に必要以上のプレッシャーを与え、追い詰めるだけではなく、自分の理想基準を用いて他者を判断する結果、現実と裏切られたように感じたり、他人の行動にがっかりさせられたりすることが多くなり、抑うつ気分を助長する²³⁾。今回の結果では、経験年数1～5年の看護師は「べき思考」と抑うつ気分に正の相関を示したが、経験年数6～10年、11年～15年の看護師は「べき思考」と抑うつ気分に相関は見られなかった。さらに経験年数16～20年、21～25年の看護師では「べき思考」と抑うつ気分に負の相関を示した。すなわち、経験年数が浅いうちは「べき思考」が抑うつ気分を引き起こす大きな要因であったが、看護師経験を積むほど「べき思考」は抑うつ気分の減少に作用することが示唆された。武井²⁴⁾は看護師の「べき思考」を感情規則と呼んだ。つまり「べき思考」は看護教育で規定され身につけた、職業にふさわしい感情表出として行動規範となり、自分自身の価値観になることを指摘している。ゆえに、職業経験が浅く、「べき思考」に適応出来ていない経験年数1～5年の看護師は抑うつ気分が想起されやすいことが推察された。

一方、職業経験が積み重ねられ「べき思考」に見合った行動がとれるようになれば、「べき思考」は行動の後ろ盾となり、自信や安心感に繋がることを考えられる。そのため経験年数が多い看護師の「べき思考」は、抑うつ気分に対して負の相関を示したのであろう。つまり看護師は感情規則に合わせて自分自身を変えてく結果「べき思考」に適応していき、「べき思考」は抑うつ気分を増加させる要因から、抑うつを減少させる要因に変化した事が推察される。

さらに、抑うつ気分に対する標準化係数が大きい「自己批判」にも着目する必要がある。「自己批判」は、|自分に関係がないとわかっていることでも、自分に関連づけて考えるほうである。|、|トラブルやミスが起きると、本来は自分に関係ないことでも自分を責めてしまうほうである。|、|何か悪いことが起ると、何か自分のせいであるかのように考えてしまうほうである。|の3項目で成る。これらの考え方は、よくない出来事を理由

もなく自分のせいにして考えてしまうことで、他人に対する「影響」と「操作」を混同してしまい、自分のせいで何らかの結果が生じたという罪の意識の元になる考え方である²⁵⁾。「自己批判」は経験年数11～15年、16～20年、26～30年では正の相関を、21～25年では負の相関を示し、経験年数1～5年、6～10年では有意差を示さなかった。つまり、新人看護師の指導的立場を担う年代に「自己批判」が見られやすいことが推察された。近年、PNS (Partnership Nursing System) やプリセプター制度など自己完結型の看護から二人三脚での看護業務へと変化しつつあり、多くは看護経験の豊富な看護師が指導者の役割を担う。これらの制度は利点も多いが「パートナーに気を遣う」ことや「看護師の力量の差にストレスを感じる」²⁵⁾など指導的立場となる看護師への心理的負担も多い。期待される役割や責任の増加に伴い、指導対象者の失敗を自分の責任であると自己を責め「自己批判」が助長されると考えられた。ではなぜ経験年数21～25年の看護師は、「自己批判」が抑うつ気分と負の相関を示したのだろうか。その理由として経験年数21～25年の看護師は「先読み」の標準化係数が強いことが考えられた。「先読み」は|証拠もないのに、良くない結論を予測してしまうほうである。| |根拠もないのに、事態はこれから確実に悪くなると考えるほうである。| |何か悪いことが一度自分に起こると、何度も繰り返して起こるように感じるほうである。|の3項目から成る。つまり「先読み」は証拠もなく事態が悪くなると考えてしまう傾向である。Beck⁴⁾は、抑うつ傾向を示すものが自己の未来、現在、将来を否定的に捉える傾向を示しやすきことを指摘している。経験年数21～25年の看護師は抑うつ得点が最も高いグループであった。そのため「自己批判」よりも「先読み」が強くと推察されたと考えられる。

「思い込み・レッテル貼り」は抑うつ得点の低かった経験年数6～10年、11～15年と26～30年の看護師に有意差を示した。経験年数6～10年の看護師は仕事量、身体的ストレスが低く、満足度が高い特徴がある⁷⁾。「思い込み・レッテル貼り」には|他人の成功や長所は過大に考え、他人の失敗や短所は過小評価するほうである。| |たったひとつでも良くないことがあると、世の中すべてそうだと感じてしまうほうである。| |自分の失敗や短所は過大に考え、自分の成功や長所は過小評価するほうである|が含まれる。看護師は患者や他者の訴えを尊重し、自己の行いを振り返りながら働く事が望まれる。また経験年数6～10年11～15年は「べき思考」が負の相

関から正の相関に入れ替わるタイミングであることから、仕事へ適応し始め他者の失敗に寛容になる一方、「べき思考」に従い自己評価が厳しくなり過ぎることが考えられる。

最後に、看護師の自動思考を經由し、抑うつ気分に影響を与える推論の誤りモデルは経験年数別の全てにおいて、CFIは1.000、RMSEAは0.000と適合度指数が高値を示した。CFIは0.90以上、RMSEAは0.08以下であればモデルのデータへの適合度は高いとされる²⁶⁾。しかし今回、全てのパスモデルにおいて適合指数は完全一致を示した。その理由として、存在しうる全てのパスを仮定した状態でパス解析を行ったため、これ以上モデルを改善することができない状態、つまり飽和モデルとなりCFIとRMSEAが一致したことが考えられた。なお経験年数別のデータの検討にあたり、WLSMVはサンプルサイズや観測変数の数、潜在変数の正規性に関わらず安定して正しい推定値を出力することが報告されている²⁷⁾。しかし、経験年数ごとに比較を行ったためサンプル数に偏りが生じたこと、女性のみが分析対象であったという限界がある。特に男性看護師は女性より抑うつ得点が高く、男性看護師の占める割合も今後は増加することが予測される。ストレス耐性や考え方には男女差が見られることから男性看護師のメンタルヘルス対策の必要性があるため、今後サンプル数を増やし検討を重ねる必要がある。

VII. 結 論

本研究は、看護師の経験年数による認知の偏りの違いを検討することを目的とした。看護師を経験年数別に6グループに分け、グループごとに「認知の偏り、否定的自動思考、抑うつ気分」の因果モデルのパス解析を行った。結果、看護師の経験年数により認知の偏りは異なることが示唆された。特に認知の偏りのうち「べき思考」は、勤務年数1～5年では正のパス係数を示したが、経験年数16～20年、21～25年の看護師では負のパス係数を示し、看護師の職業適応に「べき思考」が強く関係することが推察された。

謝辞：本研究の実施にあたり、ご協力頂きましたA病院の皆様へ深謝いたします。

なお、本研究はJSPS科研費JP15K20793の助成を受けたものの一部である。

VIII. 引用参考文献

- 1) Christopher J.L.Murray, Alan D.Lopez : The global Burden of disease, 4, The Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank Distributed by Harvard University Press, 1997.
- 2) 江口実希, 國方弘子 : 事務職、保健師との比較を用いた看護師の精神健康度に影響する認知的要因の検討, 第15回認知療法学会抄録集, 286, 2015.
- 3) 厚生労働省独立行政法人労働者健康福祉機構 (2012), 職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～, 2016年2月2日, <http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/101004-3.html>
- 4) Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery (1979) / 坂野雄二 (1992). うつ病の認知療法 (新版), 9-20, 岩崎学術出版, 東京.
- 5) 江口実希, 國方弘子 : 日本語版自動思考質問紙改定版の妥当性と信頼性の検討, 日本保健科学学会誌, 17 (4), 187-194, 2015.
- 6) Ohue Takashi, Moriyama Michiko, Nakaya Takashi : Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses, Japan Journal of Nursing Science, 8(1), 2011.
- 7) 小野田広美, 有岡淳子, 村野井晃枝 : 経験年数別看護師のストレスの実態と要因, 日本看護学会抄録集看護総合, 38, 346, 2007.
- 8) 國分康孝 : 論理療法の理論と実際, 40-227, 誠信書房, 東京, 1999.
- 9) Hollen S D, Kendall P C : Cognitive Self-Statements in Depression Development of an Automatic Thoughts Questionnaire, Cognitive Therapy and Research, 4(4), 383-395, 1980.
- 10) Kendall P C, Howard B L, Hays R C : Self-Referent Speech and Psychopathology The Balance of Positive and Negative Thinking, Cognitive Therapy and Research, 13(6), 583-598, 1989.
- 11) 坂本真士, 田中江里子, 丹野義彦, 他 : Beckの抑うつモデルの検討 - DASとATQを用いて -, 日本大学心理学研究, 14-23, 2004.
- 12) 田島美幸 : あなたの考え方チャートを作ってみよう, ころの元気+, 7(6), 8-9, 2013.
- 13) 丹野義彦, 坂本真士, 石垣琢磨, 他 : 抑うつと推論の誤り - 推論の誤り尺度 (TES) の作成 -, このな心理臨床ジャーナル, 4(1), 55-60, 1998.

- 14) 江口実希, 土岐弘美, 國方弘子: 認知の偏りと抑うつ
の関連 – 認知の偏り測定尺度の妥当性と信頼性の検
討から –, 厚生指標, 8月号, 1-6, 2016.
- 15) 林潔, 瀧本孝雄: Beck Depression Inventory(1978
年版)の検討とDepressionとSelf-efficacyとの関連に
ついての一考察, 白梅学園短期大学紀要, 27, 43-52,
1991.
- 16) Linda K.Muthen(2008), Mplus discussion How
to get more fit index, 2016年1月21日, [http://
www.statmodel.com/discussion/messages/9/3008.
html?1236817441](http://www.statmodel.com/discussion/messages/9/3008.html?1236817441)
- 17) 國方美佐, 名越民江, 南妙子: 一般病棟に勤務する
看護師が認識する看護の専門性に関する研究 – 臨床経
験年数に焦点をあてて –, 香川大学看護学雑誌, 12 (1)
19-26, 2008.
- 18) 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
看護科学会誌, 34(1), 2015.
- 19) 吉田えり, 山田和子, 森岡郁晴: 病院に勤務する男
性看護師のSOC, ストレス反応, SOCストレス反応と
の関連, 産業衛生学雑誌, 56 (5), 152-161, 2014.
- 20) 前川寿徳, 末村任, 栗田富佐江, 他: 男性看護師の
声から考えた職場環境の支援策職務上での悩みやスト
レスに対する面接を通して, 日本看護学会論文集看護
管理, 44, 71-74, 2014.
- 21) 中村令子, 村田千代, 高橋幸子: 新卒看護師の職場
適応に向けた支援に関する研究職務ストレスの職位別
傾向に関する実態調査, 弘前学院大学看護紀要, 1,
41-50, 2006.
- 22) 正村啓子, 中尾富士子, 伊東美佐江, 他: 小規模病
院における看護師の職務ストレス認知に影響を与える
因子の検討, 医学と生物, 148(4), 14-21, 2004 .
- 23) David D.Burns (1990) /野村総一郎 (2005). いや
な気分よ, さようなら (増補改訂第二版), (2), 20-45,
星和書店, 東京.
- 24) 武井麻子: 感情と看護 – 人とのかかわりを職業とす
ることの意味, 23-55, 医学書院, 東京, 2001.
- 25) 丸岡直子, 田村幸恵, 田甫久美子, 他: パートナー
シップ・ナーシング・システムの導入効果と定着への
課題, 石川看護雑誌, 12, 75-83, 2015.
- 26) 山本嘉一郎, 小野寺孝義: Amosによる共分散構
造分析と解析事例 (2), 17, ナカニシヤ出版, 京都,
2002.
- 27) Flora, D.B.& Curran, P.J.:An empirical evaluation of
alternative methods of estimation for confirmatory
factor analysis with ordinal data.Psychological
Methods, 9, 466-491, 2004.