琉球大学学術リポジトリ

看護師の健康認知に関する研究
ー健康行動に対する自己効力感の分析を中心としてー

メタデータ	言語:
	出版者: 琉球大学法文学部
	公開日: 2010-05-25
	キーワード (Ja): 看護師, 患者, 加齢, 健康行動に対する自己効力感, 日本版Health Locus of Control, キャリアコミットメント
	キーワード (En):
	作成者: 高良, 美樹, 金城, 亮, Takara, Miki, Kinjo, Akira
	メールアドレス:
	所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/16947

看護師の健康認知に関する研究
—健康行動に対する自己効力感の分析を中心として—

高 良 美 樹
Miki Takara
金 城 亮
Akira Kinjo

A Study of Nurses' Cognition about Health with Reference to Self-efficacy on Health Behavior

本研究では、看護師が自身の健康に対してどのような効力感を抱いているのか、一般的に健康であることは何に起因すると考えているかについて明らかにする目的で、健康行動に対する自己効力感尺度を用いた分析を中心に検討を試みた。調査Ⅰにおいては、入院群104名、通院群62名、一般健常群165名、看護師群69名の合計400名のサンプルに対して、40歳を基準に各群を分割した上で、比較検討をおこなった。その結果、看護師は、健康行動に対する自己効力感の評定平均値および、健康を《神仏・先祖》や《医療専門職》に帰属する程度が相対的に低いことが示された。また、40歳以上群の方が40歳未満群に比して、疾患に対する対処行動がより積極的で、健康を《神仏・先祖》に帰属する程度が高く、逆に《家族》に帰属する程度が低かった。調査Ⅱでは、看護師60名を対象とした調査の分析結果から、看護師として長く勤めること、および看護職に対しての愛着が強まることが、健康行動に対する自己効力感に促進的に影響することが明らかになった。

キーワード：看護師、患者、加齢、健康行動に対する自己効力感、日本版Health Locus of Control、キャリアコミットメント

背景と目的

病院、福祉・介護施設、学校などで人を対象とした職務に従事する看護師、社会福祉士、医師、教師は、対象が人であること、職務を遂行する上でさまざまな人間関係に関与せざるをえないことが多いことから、ヒューマンサービスと総称されることがある。ヒューマンサービスに従事する者は、バーンアウト状態に至る者の比率が高く、その比率は、勤務年数によって変動することが示されている（宗像・稲岡・高橋・川野、1988）。また、田尾（1989）は、ホームヘルパー、理学療法士、作業療法士、看護師といったヒューマンサービス関連の職業に従事する者を対象に調査をおこない、職務内容が曖昧で煩わしく感じるほどバーンアウトを感じ、逆にクライアントが依存してくるほど感じる度合いが少なくなること、看護師は、調査対象となった他の職種に比べて相対的にバーンアウトを感じていることを示した。さらに、久保・田尾（1994）は、病棟（内科系、外科系）で働いている看護師の方が、外来や手術室で働いている者よりも、バーンアウトを感じている者の比率が高いことを明らかにした。つまり、看護師は、ヒューマンサービスに関連した職種の中でもバーンアウトを感じやすく、患者と接する機会が多いことが予想される病棟勤務の場合、その程度が高まるということである。その一方、患者から頼られることは、看護師のバーンアウトの程度を低める、といったことになる。患者とどのように関わり、いかなる対人関係を形成するかが、看護師自身のバーンアウトという精神的健康の程度に重要な影響を及ぼすということであろう。

看護師は、主に病院や介護・福祉施設などで、日常生活を含む多方面において患者をケアする業務であり、医療従事者の中でもとくに患者との接触頻度が多いと思われる。そこで形成される濃密な人間関係においては、対人葛藤が生じることもあるであろうし、また、特別な信頼関係が形成されることもあるであろう。いずれにしても、疾病・傷害の治癒という共通の目的に対して看護師と患者は、共同せざるをえない状況におかれている。そして、患

者の回復を共に喜ぶ機会もあるかもしれないが、逆に、努力が報われずに疾病・傷害の悪化や患者の死に遭遇することもあると考えられる。そのように患者が疾病・傷害に立ち向かう姿をもっとも身近なところで見守り、サポートしているのが看護師であろう。それでは、看護という職務を通して日々、患者の生老病死を目の当たりにし、それに関わっていく看護師自身は、健康に対してどのような考えをもつに至るのであろうか。本研究の基本的な問題意識は、ここに存在する。

また、看護師は、交替制勤務や、夜勤、多忙さといった過酷な労働環境の中で働いており、また、自身の行動が患者の生死に関わるという緊張状態に常におかれている。また、その職務内容や範囲が不明確であること、医師と上司からの二重のコミュニケーション構造の中にいることなどが職務ストレスを高めていることが示唆されている（田尾・久保、1996）。そのため、看護師自身が自らの健康を保つことには困難がつきまとうようである。例えば、喫煙が健康を阻害することは自明のことになりつつあるが、患者に対して喫煙を戒める一方で、看護師の喫煙率は、他の職種に従事している者に比して高率であり、その傾向は職位が上位の者においてとくに顕著であることが示されている（河野・三木・川上・堤、2002）。

ところで、髙良・金城・仲栄真・東江（2002）、金城・髙良・仲栄真・東江（2002）は、健康行動に対する自己効力感尺度（金・嶋田・坂野、1996）、日本版 Health Locus of Control 尺度（堀毛、1988）を手がかりとして、入院経験が個人に及ぼすインパクトについて検討している。入院患者、通院患者、看護師のあいだで比較検討したところ、自己効力感に関して、看護師より入院患者の評定平均値が高いことが明らかになった。疾患を抱え、健康に対する不安をもつであろう入院患者において、健常な看護師よりも健康行動に対する自己効力感が高いという結果は興味深い。これは、入院という状況が健康回復に専念できる機会を提供し、その結果、自己効力感が高まったのだと解釈できよう。一方、むしろ逆に、看護師における自己効力感が低い

可能性がある。上で述べたように看護師は、日常業務の中で、患者の努力や自己効力感の高さが必ずしも健康の回復につながらない場合があることを目にする機会があると考えられる。そのことが看護師の自己効力感に抑制的に作用するのかもしれない。

髙良他（2002）および金城他（2002）では、入院・通院という患者群に対する対照群として看護師群を設定している。ただし、看護師は、自身が健常であるという点においては対照群として適切であったと考えられるが、日常業務の中で患者と接するという点では健常者の中でも特殊な条件を備えているように思われる。そのため、本研究では、一般成人の健常者群を新たに設定することで、看護師の健康行動に対する自己効力感をより詳細に検討することとした。

これらの知見を踏まえ、本研究では、調査Ｉにおいて、健康行動に対する自己効力感尺度（金他、1996）、日本版 Health Locus of Control 尺度（堀毛、1988）などを手がかりとして、看護師の健康認知について検討する。また、調査IIにおいては、看護師の健康認知の特徴についての規定因を検討する。

調査Ｉ

目的

調査Ｉでは、髙良他（2002）・金城他（2002）に健常者データを追加し、その再分析を通して、看護師の健康認知について明らかにすることを目的とする。設定される条件群としては、患者群として入院と通院の２群、健常者群として看護師と一般健常群の２群ということになる。健常者群を２群設定することで、看護師の健康認知における特徴が、自身が健常であることによるのか、それとも看護職に従事していることに起因するのかということについて検討することが可能になると考えた。

方法

1．調査票の構成

具体的な調査票は以下の質問項目で構成される。

a）健康状態および病気についての全般的認識　計４項目。

b）「慢性疾患患者の健康行動に対する self-efficacy 尺度（24項目４件法）」（金他、1996）より「自分は病気に（なったとしても）負けないで、前向きに生活していくことができる」、「いやな気持ちになってもすぐ立ち直れる」などの《健康に対する統制感》因子に関わる６項目、「自分の体に気を配ることができる」、「食事の制限についての自己管理ができる」などの《疾患に対する対処行動の積極性》因子に関わる５項目、計11項目を選定して使用。なお、回答方法は、「まったくあてはまらない（１点）」～「とてもよくあてはまる（４点）」の４件法とした。

c）「日本版 Health Locus of Control（JHLC）尺度（25項目４件法）」（堀毛、1988）より、因子を構成する５つの領域それぞれから各２項目を選定して用いた。具体的には、《神仏・先祖（Supernatural）》の「健康でいるためには、よく拝んでご先祖様を大切にするのが良い」、「健康でいられるのは神様のおかげである」、《家族（Family）》の「病気になったときは、家族などの思いやりが快復につながる」、「健康でいられるのは、家族の思いやりのおかげである」、《偶然・運（Chance）》の「健康でいられるのは運がよいからだ」、「病気になるのは、偶然のことである」、《医療専門職（Professional）》の「健康でいられるのは、医学の進歩のおかげである」、「具合が悪くなっても、医者さえいれば大丈夫だ」、《内的帰属（Internal）》の「健康でいるためには、自分で自分に気配りすることだ」、「私の健康は、私自身で気をつける」の合計10項目となる。なお、回答方法は、「そう思わない（１点）」～「そう思う（４点）」の４件法とした。

d）個人的属性（性別、年齢、職業、同居家族、過去の入院経験、通院の有

無とその状況等）計６項目。

e）入院患者を対象とした質問群（病名、入院状況、病状等に関する情報提供への満足度、現在／入院以前／退院後の状況に対する総合評価、退院後の生活についての不安など）　計21項目。

２．調査手続き

入院患者および外来通院患者を対象とした調査は、原則として留置法により実施した。ただし、運動機能障害のある患者や高齢者など質問紙記入に支障のある調査対象者の場合、病院の看護スタッフの協力を得て、面接・聞き取りによる調査を行った。看護師群および健常社会人を対象とした調査は、研修会等を利用して集合形式で実施した。

３．調査対象者および調査期間

平成13年12月、沖縄本島北部にあるＨ病院に入院治療中の患者71名、および外来通院患者31名から回答を回収した。また、本島中部にある総合病院Ｒ病院の内科および耳鼻咽喉科の入院患者33名の回答協力を得た。さらに、看護師群として看護協会の研修受講中の看護職者47名、さらに准看資格を持ち病院勤務をしながら看護学校に通う学生37名の計84名。また、比較対照のための一般健常者群として、独立行政法人自動車事故対策機構が主催する運行管理者講習会を受講中の社会人209名から回答を得た。調査対象者の総数は428 名である。

結果

１．分析対象者の構成

調査対象者群を入院群、通院群、一般健常群、看護師群の４群に分類した。健常者として調査依頼した社会人209名のうち、記入日現在の通院状況質問において「通院している」と回答した31名については通院群に分類している。

一方、看護師群においては、調査時点で通院中の者15名は分析から除外した。なお、社会人と看護職者とのあいだで通院中の対象者に関して分類操作を変えたのは、後者の場合、看護師であり、かつ通院中である者が通院群に含まれることが不適切であると判断したことによる。

これらの分類操作の結果、現在の通院状況に関する回答に不備のあったケースを除き、以下の分析に用いた各群の内訳は、入院群104名（男性50名、女性50名、不明4名）、通院群62名（男性34名、女性26名、不明2名）、一般健常群165名（男性120名、女性45名）、看護師群69名（男性13名、女性56名）、計400名（男性217名、女性177名、不明6名）であった。

各群の年齢構成は、入院群17歳から96歳（平均52.0歳）、通院群20歳から82歳（平均45.1歳）、一般健常群19歳から62歳（平均39.6歳）、看護師群18歳から50歳（平均34.9歳）であった。

2．健康行動に対する自己効力感の下位尺度ごとの比較

高良他（2002）および東江・金城・高良・仲栄真（2002）の分析結果を踏まえ、質問項目を１つ削除した。削除した項目は、「自分を客観的に見つめることができる」であった。その上で《健康に対する統制感》と《疾患に対する対処行動の積極性》を構成する各５項目の合計得点を下位尺度得点として用いることとした。

健康行動に対する自己効力感に対する加齢の効果を検討するために、サンプルについて年齢を基準に分割した。各群の年齢の平均値、中央値を検討し、各群のサンプル数がなるべく異ならないように考慮した結果、40歳を基準として40歳未満と40歳以上に分割することとした。表１－１には、入院、通院、一般健常、看護師の各群および年齢層ごとの《健康に対する統制感》と《疾患に対する対処行動の積極性》の評定平均値、標準偏差、サンプル数を示した。なお、以下の分析において欠損値が生じた場合、当該のサンプルを分析対象から除外しているため、分析によってサンプル数が異なる。

表1-1　入院・通院患者と看護師・健常者における健康行動に対する自己効力感の各下位尺度・項目の平均値

尺　度	入院 40歳未満	入院 40歳以上	通院 40歳未満	通院 40歳以上	健常 40歳未満	健常 40歳以上	看護師 40歳未満	看護師 40歳以上	F値
《健康に対する統制感》尺度	14.17 (3.38) n=24	15.08 (2.56) n=61	14.44 (3.18) n=18	14.31 (2.76) n=39	14.70 (2.26) n=81	14.92 (2.40) n=73	13.61 (2.39) n=38	13.59 (2.38) n=29	群間：F=3.59* 年齢：n.s. 交互：n.s.
《疾患に対する対処行動の積極性》尺度	12.92 (3.44) n=24	15.05 (2.62) n=61	13.50 (3.50) n=18	13.46 (2.85) n=39	12.54 (2.18) n=81	13.07 (2.71) n=73	11.53 (2.45) n=38	13.17 (2.28) n=29	群間：F=5.28** 年齢：F=11.52*** 交互：n.s.

＊p<.05　＊＊p<.01　＊＊＊p<.001

註　表中２段目かっこ内の数値は標準偏差、３段目の数値は有効回答者数
得点範囲はいずれの尺度も５～20点であり、高得点であるほどその傾向が強まることを示す。

《健康に対する統制感》を従属変数として、群（４）×年齢（２）の二元配置の分散分析をした結果、群の主効果が有意であった（F=3.59, df=3/355, p<.05）。最小有意差（LSD）法による多重比較の結果（以下における下位検定は全て同じ方法により、図中において線で結ばれている群間に有意差がある）、看護師群は、入院群および一般健常群に比して評定平均値が有意に低かった（図１－１参照）。

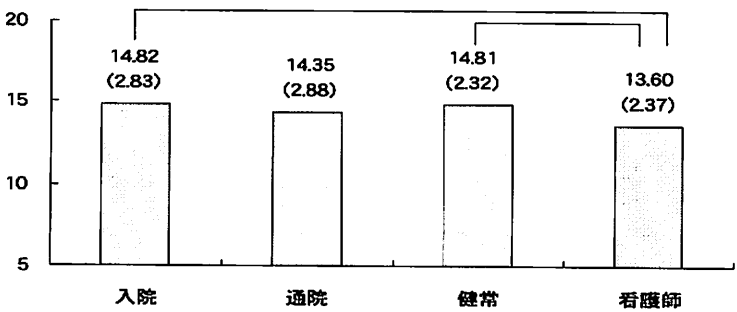

図１－１　健康統制感：被験者群の主効果

同様に《疾患に対する対処行動の積極性》を従属変数として、群（４）×年齢（２）の二元配置の分散分析をした結果、群の主効果および年齢の主効果が有意であった（F=5.28, df=3/355, p<.01；F=11.52, df=1/355, p<.001）。

群の主効果についての多重比較の結果、看護師群は、入院群・通院群より評定平均値が有意に低く、また、一般健常群は、入院群よりも有意に低かった（図１－２参照）。一方、年齢については、40歳以上群の方が40歳未満群に比して、評定平均値が有意に高かった（図１－３参照）。

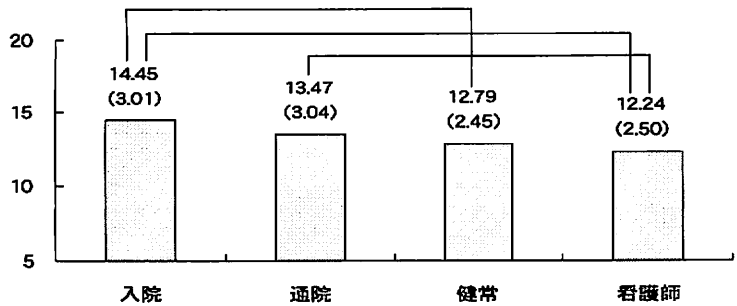

図１－２　対処行動の積極性：被験者群の主効果

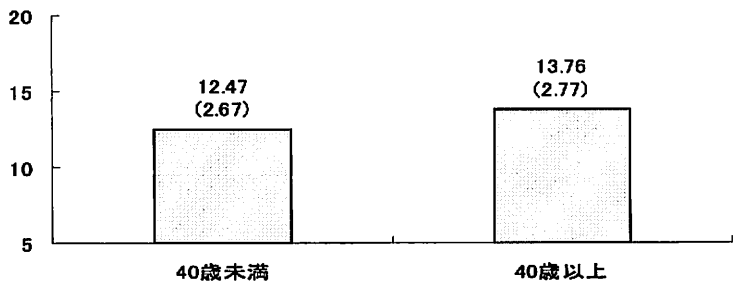

図１－３　対処行動の積極性：年齢の主効果

３．日本版 Health Locus of Control（JHLC）の下位尺度ごとの比較

JHLC の５つの因子について関連項目の合計得点を求め、対象群および年齢層での比較を行った。各得点の範囲は２～８点である。各群および年齢層ごとの下位尺度ごとの評定平均値、標準偏差、サンプル数を表１-２に示した。

表1-2　入院・通院患者と看護師・健常者における日本版 Health Locus of Control 各下位尺度の平均値

尺　度	入　院		通　院		健　常		看護師		F値
	40歳未満	40歳以上	40歳未満	40歳以上	40歳未満	40歳以上	40歳未満	40歳以上	
神仏・先祖 (Supernatural)	4.50 (1.47) n=24	5.16 (1.83) n=61	4.17 (1.42) n=18	5.03 (1.98) n=39	4.22 (1.60) n=81	4.77 (1.70) n=73	4.21 (1.51) n=38	3.83 (1.44) n=29	群間：F=2.78* 年齢：F=4.51* 交互：n.s.
家族 (Family)	7.63 (0.71) n=24	7.20 (1.40) n=61	7.06 (0.87) n=18	6.51 (1.88) n=39	6.79 (1.21) n=81	6.68 (1.39) n=73	7.18 (0.95) n=38	6.72 (1.31) n=29	群間：F=4.37** 年齢：F=6.03** 交互：n.s.
偶然・運 (Chance)	4.00 (1.79) n=24	4.33 (1.88) n=61	4.61 (1.88) n=18	3.67 (1.78) n=39	3.72 (1.53) n=81	3.86 (1.64) n=73	3.87 (1.47) n=38	3.76 (1.77) n=29	群間：n.s. 年齢：n.s. 交互：n.s.
医療専門職 (Professional)	5.88 (1.33) n=24	6.20 (1.56) n=61	5.61 (1.72) n=18	5.38 (1.70) n=39	4.93 (1.51) n=81	4.67 (1.65) n=73	4.58 (1.35) n=38	4.34 (1.17) n=29	群間：F=15.49*** 年齢：n.s. 交互：n.s.
内的帰属 (Internal)	7.46 (0.59) n=24	7.51 (0.77) n=61	7.22 (0.88) n=18	7.21 (1.00) n=39	7.33 (0.88) n=81	7.29 (1.02) n=73	7.50 (0.73) n=38	7.48 (0.99) n=29	群間：n.s. 年齢：n.s. 交互：n.s.

＊p<.05　＊＊p<.01　＊＊＊p<.001

註　表中２段目かっこ内の数値は標準偏差、３段目の数値は有効回答者数
得点範囲はいずれの尺度も２～８点であり、高得点であるほどその傾向が強まることを示す。

各下位尺度を従属変数として、群（4）×年齢（2）の二元配置の分散分析をした結果、《神仏・先祖》、《家族》、《医療専門職》に関して有意な結果を得た。

《神仏・先祖》については、群の主効果と年齢の主効果がそれぞれ有意であった（F=2.78, df=3/355, p<.05；F=4.51, df=1/355, p<.05)。群の主効果についての多重比較の結果、看護師群は、入院群に比して評定平均値が有意に低かった（図１-４参照)。一方、年齢に関しては、40歳以上群の方が40歳未満群に比して、評定平均値が有意に高かった（図１－５参照)。

《家族》については、群の主効果と年齢の主効果がそれぞれ有意であった（F=4.37, df=3/355, p<.01；F=6.03, df=1/355, p<.01)。群の主効果についての多重比較の結果、看護師群は、入院群に比して評定平均値が有意に低く、また、入院群は通院群や一般健常群に比しても平均値が有意に高かった（図１－６参照)。一方、年齢に関しては、40歳以上群の方が40歳未満群に比し

て、評定平均値が有意に低かった（図１－７参照）。

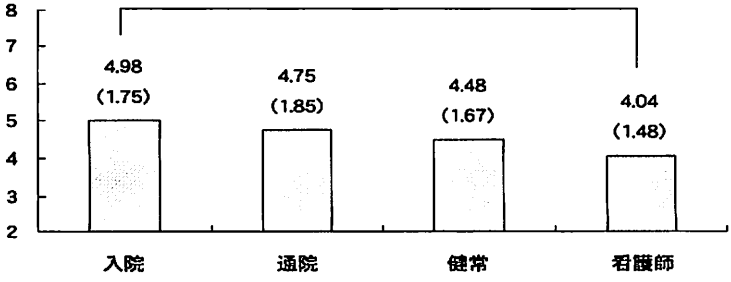

図１－４　神仏への帰属：被験者群の主効果

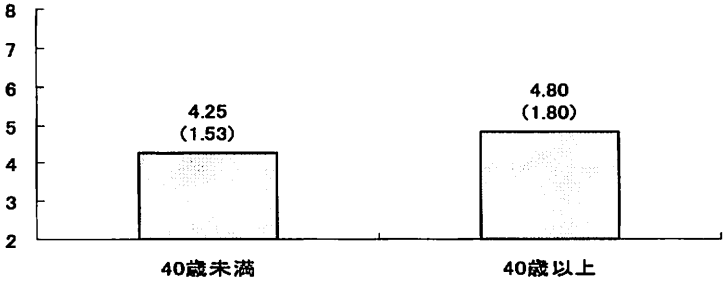

図１－５　神仏への帰属：年齢の主効果

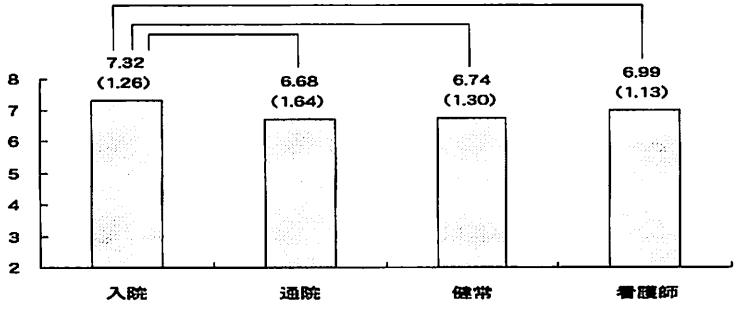

図１－６　家族への帰属：被験者群の主効果

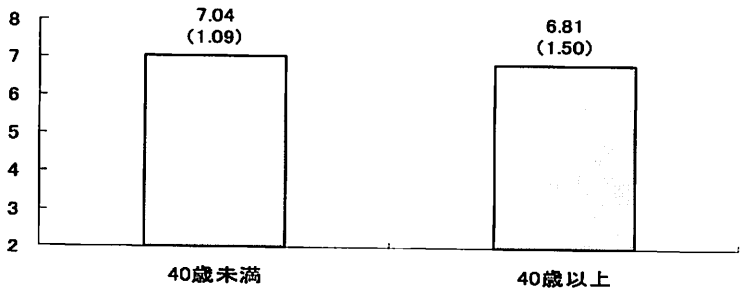

図１－７　家族への帰属：年齢の主効果

《医療専門職》については、群の主効果が有意であった（F=15.49, df=3/355, p<.001)。多重比較の結果、看護師群・一般健常群は、入院群・通院群より評定平均値が有意に低く、看護師群と一般健常群とのあいだには有意な差はなかった（図１－８参照)。

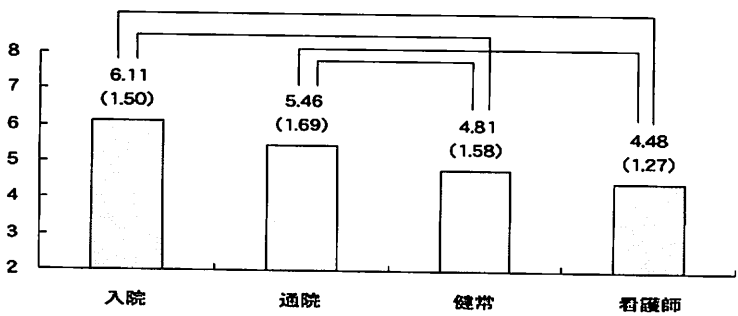

図１－８　医療スタッフへの帰属：被験者群の主効果

考察

《健康に対する統制感》に関して、看護師は、入院患者および一般健常者に比して評定平均値が有意に低かった（図１－１参照)。すなわち、健康統制感の低さは、看護師が健常であることに起因するのではなく、看護職に従事していることによるのだと考えられる。看護業務の中で日常的に患者の苦悩を目の当たりにし、それをケアしていく過程を通して、看護師自身は、健

康統制感を低めているということである。

一方、《疾患に対する対処行動の積極性》については、看護師は、入院患者および通院患者より評定平均値が有意に低かったが、一般健常者とのあいだには、有意な差はなかった。また、一般健常者は、入院患者よりも有意に低かった（図１－２参照）。このことは、疾患に対する対処行動といった、より具体的な水準においては、疾病の治癒に直面せざるを得ない患者群においてより積極的であること、逆に、健康が保たれていると認識している看護師および一般健常者においては、相対的に対処行動の積極性が低いということである。この下位尺度を構成する質問項目には、「規則正しい生活を送ることができる」、「適度な運動を計画通りに続けることができる」、「食事の制限についての自己管理ができる」などの健康維持、疾病予防的な生活習慣に関連したものが多く含まれている。そのことを考慮すると、看護師および一般健常者ともに、健康が維持されている限りにおいては、予防的な観点に立ち、対処行動をとることには積極的ではないようだ。ただし、両者ともに健康維持・増進に無頓着であるために、このような結果になったのか、それともとくに看護師の場合、その意欲はあっても過酷な労働環境のために積極的な対処行動をとれないでいるのか、本調査結果だけから結論づけることはできない。

健康の帰属因として《医療専門職》と関連して考える程度について、看護師・健常者は、入院患者、通院群より有意に低く、看護師と健常者とのあいだには有意な差はなかった（図１－８参照）。このことから看護師が、自らもその一員である医療専門職の健康に対する貢献を低く評価しているわけではなく、むしろ、健康回復のために医療機関に頼らざるを得ない患者群が、その貢献度を高く評価しているということであると考えられる。また、《神仏・先祖》において看護師は入院患者より有意に低かった（図１－４参照）。神仏・先祖にも頼らざるを得ない入院患者とその入院生活をサポートし、その結果を見届ける看護師とのあいだで対比的な健康認知が成立しているとい

えよう。

年齢に関しては、効力感では《疾患に対する対処行動の積極性》、JHLCでは《神仏・先祖》において40歳以上群の方が40歳未満群に比して評定平均値が有意に高かった（図１－３・１－５参照）。逆に、JHLC《家族》において40歳以上群は、40歳未満群に比して評定平均値が有意に低かった（図１－７参照）。これらの結果は、加齢が積極的な対処行動を促すこと、沖縄における先祖崇拝の伝統的習慣が中高年以上において内在化されている可能性を示唆していると考えられる。また、家族からのサポートによって健康が保たれているとの認識が40歳以上群において弱まっているのは、本人の自覚を欠いては健康維持が困難な経験を重ねた結果によるのだとも考えられよう。このことは、40歳以上群において対処行動の積極性が高いという分析結果とも対応している。

調査Ⅱ

目的

調査Ⅰで得られた健康認知に関する看護師の特徴について、それを規定する要因について探索的に検討することを調査Ⅱの目的とする。

方法

１．調査票の構成

具体的な調査票は以下の質問項目で構成される。なお、ａ）、ｂ）に関しては、調査Ⅰと全く同様のものを用いた。

ａ）「慢性疾患患者の健康行動に対する self-efficacy 尺度（24項目４件法）」（金他、1996）より《健康に対する統制感》因子に関わる６項目、《疾患に対する対処行動の積極性》因子に関わる５項目、計11項目を選定して使用。

b）「日本版 Health Locus of Control（JHLC）尺度（25項目４件法）」（堀毛、1988）より、下位因子となる「神仏・先祖（Supernatural）」、「家族（Family）」、「偶然・運（Chance）」、「医療専門職（Professional）」、「内的帰属（Internal）」から、各２項目を選定。計10項目。

c）「看護職に対するキャリアコミットメント尺度」（石田・吉田、2001）より、職業コミットメントに対応する８項目（５件法）を採用し、それにさらに４項目を新規に作成して追加した。新規に追加した項目は、「看護の仕事は、いまの私にとって大切な一部分である」、「看護の仕事に熱中している」、「勤務時間外でも、仕事のことが頭から離れない」、「仕事を休むことに対して罪悪感を感じる」である。これら12項目に対して「そう思わない（１点）」～「そう思う（５点）」の５件法で回答を求めた。

d）個人的属性（性別、年齢、同居家族、看護師としての勤務年数、職位、過去の入院経験、通院の有無とその状況等）計10項目。

2．調査対象者および調査期間

平成16年11月に沖縄県看護協会主催の「看護管理研修会」受講中の看護職者60名に対して集合形式で調査を実施した。

結果

1．分析対象者の構成

調査対象者60名（男性7名、女性53名）の年齢構成は27歳から54歳（平均42.2歳）であった。また、看護師としての勤務年数は、6年から32年（平均18.3年）であり、職位としては、管理職（看護部長など）2名、中間管理職（看護師長、主任など）54名、非管理職3名、不明1名であった。

2．健康行動に対する自己効力感および日本版 Health Locus of Control（JHLC）の尺度得点

《健康に対する統制感》の尺度得点の平均値は14.60（SD=2.44）、《疾患に対する対処行動の積極性》の尺度得点の平均値は 12.18（SD=2.97）であった。また、JHLC の各下位尺度得点の平均値は、《神仏・先祖》4.47（SD=1.60）、《家族》7.23（SD=0.87）、《偶然・運》4.23（SD=1.38）、《医療専門職》4.40（SD=1.30）、《内的帰属》7.34（SD=1.03）であった。

３．看護職に対するキャリアコミットメント尺度の尺度構成

看護職に対するキャリアコミットメント尺度に関しては、石田・吉田（1998）、石田・柏倉・杉山（1999）において尺度の標準化が試みられている。ただし、本調査においては、先行研究で用いた調査項目の一部を抜粋したこと、追加項目があることを考慮し、再度、尺度構成をおこなった。

12項目全体を用いて因子数を２から４まで指定した上で、因子分析（主因子法バリマックス回転；以下の分析においても同じ方法を用いた）をおこなった。その結果、いずれの場合においても因子所属が不明瞭で共通性の低い項目があった。そこで、それに該当する２項目（「他の職業ではなく、看護職を選んで本当によかったと思う」、「仕事を休むことに対して罪悪感を感じる」）を削除した後、再度、因子分析し、固有値1.0以上の基準で３因子を抽出した（表２－１参照）。

表２－１　看護職に対するコミットメント尺度の因子分析結果

項　　目	因子Ⅰ	因子Ⅱ	因子Ⅲ	共通性
04 看護職が気に入っている。	.806	.077	.274	.731
05 看護という職業は自分の価値観や考え方によく合っている。	.803	.006	.270	.717
03 友人に、看護職がすばらしい職業であると言える。	.772	.142	-.024	.617
10 看護の仕事に熱中している。	.646	.397	.096	.584
09 看護の仕事は、いまの私にとって大切な一部分である。	.629	.384	-.264	.614
08 いつも看護師であることを意識している。	.219	.926	.194	.943
07 看護にとって重要なことは、私にとっても重要である。	.058	.486	.086	.247
06 看護の発展のためなら、人並み以上の努力を喜んで払うつもりだ。	.284	.177	.741	.662
02 もう１度職業選択するとすれば、また看護師にする。	.387	.121	.517	.431
11 勤務時間外でも、仕事のことが頭から離れない。	-.099	.053	.495	.258
因子分散	2.994	1.474	1.335	5.803
全分散に対する寄与率（%）	29.9	14.7	13.3	58.0

第Ⅰ因子は、「看護職が気に入っている」、「看護という職業は自分の価値観や考え方によく合っている」、「友人に、看護職がすばらしい職業であると言える」などの５項目で構成されている。この因子には、先行研究において「愛着」と命名された項目が多く含まれていることから、本研究においても同様に「愛着」因子とした。第Ⅱ因子は、「いつも看護師であることを意識している」、「看護にとって重要なことは、私にとっても重要である」の２項目である。これらは、看護師（職）と自己の存在が分かちがたいものであることを表現していると解されることから、「一体感」因子とした。第Ⅲ因子は、「看護の発展のためなら、人並み以上の努力を喜んで払うつもりだ」、「もう１度職業選択するとすれば、また看護師にする」、「勤務時間外でも、仕事のことが頭から離れない」の３項目である。これは、看護職に対する献身や仕事が生活全般に及ぶとする項目から構成されていることから、「使命感」因子とした。以下の分析においては、各因子に含まれる項目得点の合計値をそれぞれの下位尺度得点とみなすこととする。なお、各下位尺度の標準

化アルファ係数は、順に、α＝0.87、α＝0.68、α＝0.64であり、信頼性は保たれていると判断した。

４．健康行動に対する自己効力感を目的変数とした重回帰分析

調査Ｉにおいて看護師群は、健康行動に対する自己効力感を構成する２つの下位尺度のいずれにおいても他の群よりも評定平均値が低いということが示された。この結果を踏まえ、看護師のいかなる側面がこれらの変数と関連しているかを検討することがここでの分析目的となる。そこで、《健康に対する統制感》を目的変数、看護師としての勤務年数および看護職に対するキャリア・コミットメントの３つの下位尺度得点を説明変数として、重回帰分析（一括投入）をおこなった。説明変数の中で有意な関連を示した変数は、「看護師としての勤務年数」、「愛着」であり、いずれも正の関連を示していた（表２－２参照）。すなわち、看護師として長く勤めること、および看護職に対しての愛着が強まることが健康統制感を高めるということである。

表２－２　健康行動に対する自己効力感の各下位尺度を目的変数とした重回帰分析の結果

目的変数 ＼ 説明変数	看護師としての勤務年数	看護職に対してのキャリア・コミットメント			R^2
		愛　着	一体感	使命感	
《健康に対する統制感》尺度	.285*	.231†	－	－	.166*
《疾患に対する対処行動の積極性》尺度	.246†	.304*	－	－	.157*

†p<.10　＊ p<.05

次に、目的変数を《疾患に対する対処行動の積極性》にして、同様の重回帰分析をおこなった。説明変数の中で有意な関連を示した変数は、「愛着」、「看護師としての勤務年数」であり、いずれも正の関連を示していた（表２－２参照）。これも上記同様、看護職への愛着及びキャリアの蓄積が疾患に対する対処行動の積極性に促進的に影響するということである。

考察

《健康に対する統制感》および《疾患に対する対処行動の積極性》を目的変数とした重回帰分析の結果、看護師として長く勤めること、および看護職に対しての愛着が強まることが健康効力感を高めることが示された（表２－２参照）。調査Ⅰにおいて、看護師が他の群に比して、両尺度得点が低かったことを考慮すると調査Ⅱの結果は、予想に反したものであった。すなわち、看護師として勤務することが健康統制感の低さに関連しているのであれば、そのような職務を長く続けるほど、また、看護職へのコミットメントの程度が強いほど、健康効力感はより低くなるであろうとの予想をもっていた。一方、宗像他（1998）によると、看護師の中でバーンアウトに至る者の比率は、経験年数との関連でU字曲線を描いており、就職から20～29年目までは比率が減少し、その後、増加に転じている。また、鷲見・長江（1997）は、ワーク・コミットメントの３尺度の中でも職業関与、職務関与の高さはバーンアウトに抑制的に影響することを示している。バーンアウトと健康効力感といった従属変数の違いを考慮する必要はあるが、これらの先行研究と本研究の調査Ⅱの結果とのあいだには、矛盾が生じないように思われる。つまり、健康効力感の低さとバーンアウトの発症とのあいだに正の関連があると想定すると、先行研究と本研究の結果は対応していると言えよう。

だが、他の可能性も考えられる。それは、看護師の中で健康効力感を維持することができなかった者、バーンアウトに至った者は、キャリアを蓄積したり、看護職へのコミットメントを高めることなく看護職を退いたのではないかということである。結果的に、看護という職務に馴染んで継続していった者の健康効力感が高く、彼らの中でバーンアウトに至る者の比率が低いということになったのではないだろうか。このことを検討するためには、看護師のキャリア形成について検討する際、縦断的にデータを収集することが必要とされるだろう。

今後の課題

本研究の結果から、看護師は、患者や健常者に比して健康行動に対する自己効力感が低くなりがちであること、だが、それは、看護師としてのキャリアの蓄積や看護職へのコミットメントが強まることによって高まる可能性があることが示唆された。

ところで、調査Ⅱにおいては、健康行動に対する自己効力感の説明変数として看護師としての勤務年数とキャリアコミットメントのみを設定した。だが、自己効力感を規定する要因は、その他にも複数の変数を想定することが可能であり、それらを十分考慮した検討が必要であろう。例えば、田尾・久保（1996）は、対人葛藤や不全感、労働過多などの説明変数を設定した上で、バーンアウトの規定因について検討している。自己効力感についても、労働環境に対する認知や患者との関係についての評価などの影響を考慮すべきであると思われる。

ところで、健康効力感尺度の質問項目は、その大半が「(健康維持・回復のために）‥‥できる」といった表現になっている。これは、実際に健康に寄与する行動をとっているかどうかという事実よりも、そのような行動に対する意欲・動機づけを測定しているとも言える。そのことから、具体的な健康行動の指標として睡眠時間、運動量、飲酒量、食生活についても同時に測定し、検討する必要があると考えられる。

また、今回の調査Ⅱにおけるサンプルは、「看護管理研修会」受講中の看護師であり、中堅以上の、さらに管理職を目指す者であった。その点、看護師一般についての検討をおこなうためには、偏りのあるサンプルであった可能性がある。年齢およびキャリアなどに関して多様な看護師を対象とした調査の実施が望ましいといえよう。

附記：本研究における調査Ⅰのデータの一部は、東江他（2002)、高良他（2002)、金城他（2002）と共通のものである。共同研究者の皆さん、調査

に応じて下さった患者や看護師、一般社会人の方々、調査協力を頂いた沖縄県内の複数の病院、インタビュー調査に活躍してくれた学生の皆さんに深謝いたします。

引用文献

東江平之・金城亮・高良美樹・仲栄真美奈子　2002　入院経験による価値観・統制感認知の変容に関する研究　名桜大学総合研究所紀要第４号　1-11.

堀毛裕子　1988　日本版 Health Locus of Control 尺度の作成　健康心理学研究　Vol.4 No.1 1-7.

石田真知子・吉田信彌　1998　看護婦のコミットメント尺度の因子的独立性　日本心理学会第62回大会発表論文集　352.

石田真知子・柏倉栄子・杉山敏子　1999　看護学生のキャリアコミットメント尺度の検討　東北大学医療技術短期大学部紀要　8（1），87-93.

石田真知子・吉田信彌　2001　看護婦の組織－職業葛藤とワークコミットメント　産業・組織心理学研究　第14巻、第２号、69-78.

河野由理・三木明子・川上憲人・堤明純　2002　病院看護婦における職業性ストレスと喫煙習慣に関する研究　日本公衆衛生雑誌　第49巻、第２号、126-131.

金外淑・嶋田洋徳・坂野雄二　1996　慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連　心身医　Vol.36　No.6　499-505.

金城亮・高良美樹・仲栄真美奈子・東江平之　2002　入院患者とナースにおける健康に関する認知（Ⅱ）　日本心理学会第66回大会発表論文集　191.

久保真人・田尾雅夫　1994　看護婦におけるバーンアウト－ストレスとバーンアウトとの関係－　実験社会心理学研究　第34巻、第１号、33-43.

宗像恒次・稲岡文昭・高橋徹・川野雅資　1988　燃えつき症候群－医師・看護婦・教師のメンタルヘルス－　金剛出版

高良美樹・金城亮・仲栄真美奈子・東江平之　2002　入院患者とナースにおける健康に関する認知（Ⅰ）　日本心理学会第66回大会発表論文集　190.

田尾雅夫　1989　バーンアウトーヒューマンサービス従業者における組織ストレスー　社会心理学研究　第４巻、第２号、91-97.

田尾雅夫・久保真人　1996　バーンアウトの理論と実際－心理学的アプローチー　誠信書房

鷲見克典・長江拓子　1997　看護婦のバーンアウトとワーク・コミットメントおよびソーシャル・サポートとの関連　教育医学　第42巻、第３号、249-257.