

タイトル	手術室看護師のストレスとモチベーションの関連： 国立大学病院と公立大学病院の比較
著者	須藤， 絢子； Sudo, Ayako
引用	北海学園大学大学院経営学研究科 研究論集(14): 29-40
発行日	2016-03

手術室看護師のストレスとモチベーションの関連

— 国立大学病院と公立大学病院の比較 —

須 藤 絢 子

I. はじめに

厚生労働省が2000年に発表した「事業場における心の健康づくりのための指針」以降、職場では様々なメンタルヘルス対策がとられるようになった（労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課，2000）。しかし依然として、企業規模の大きい会社の労働者ほど強い不安や悩み、ストレスを感じている割合が高い。適度なストレスは仕事への動機づけを高めることが知られているが、心身の健康を損なうような過剰なストレスには対策をとっていかねばならないだろう（三後，2004）。特に看護職は、人命にかかわる責任が重く対人サービスのストレスも重なり、ストレスの強い職業であるといわれている（高橋，2007）。そして、看護師を対象としたストレス研究は、バーンアウトから始まり、これまでに数々の研究がなされてきた（稲岡，1988；南，1988；舂森，1988；本村，2010）。しかし、医療技術や医療制度などの医療を取り巻く環境は日々進歩しており、それに追従しなければならぬ医療者には、医療の進歩に見合った知識や技術の向上が求められる。そのため、医療従事者のストレスは今後も更に増強することが予測され、それに見合う対策が求められる。特に手術室看護婦は、一般女性や外来看護師と比較して日ごろ感じているストレスが有意に高いという報告がある（福島他，1994）。また、従来のストレス低減だけではなく、モチベーションが高いことが、ストレスの低下に効果があるという報告があり（Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001）、ストレスとモチベーションの関係性を検証することで、より良い職場環境を提案できるのではないかと考える。

ストレスは、心身の安全を脅かす環境や刺激、環境や刺激に対応する心身の諸機能・諸器官の働き、対応した結果としての心身の状態の3つの側面から構成され、心身の安全を脅かす環境や刺激をストレス、環境や刺激に対応する心身の諸機能・諸器官の働きをストレス対処ないしストレス状態、対応した結果としての心身の状態をストレス反応と呼んでいる（小杉，2002）。このストレスという用語をヒトを対象に使用するようになったのは、1936年にSelyeが汎適応症候群についての論文をネ

イチャー誌に発表したことが始まりである（Selye, 1936）。ただし、Selyeの研究は、心理的なストレスや身体的な侵襲によって生じる、人間の体内での反応プロセスを明らかにしたもので、あくまで生理学的な理論であった。その後、ストレス研究の第1人者として知られるラザルスは、ストレスが心身に及ぼす影響は、個人がストレスをいかに認知し、それに対してどのようにコーピングしたかといった個人の対応のあり方いかんによって異なってくるというTransactionalモデルを提唱した（中島・繁樹・箱田，2005）。つまり、環境からの要求や圧力は人々にストレスをもたらすが、それに対する反応の仕方や程度には個人差やグループ差があり、人びとの解釈や反応が違いうように、出来事に対する感受性や傷つきやすさもそれぞれに異なっているということである（Lazarus & Folkman, 1984）。このストレスに関する研究で、特に「職場」でのストレスに焦点を当てたのが、バーンアウト研究である。バーンアウト研究は、1974年にフロイデンバーガーが学術論文で初めて「バーンアウト」という言葉を使用したことをきっかけとして始まった。その後、バーンアウトは1982年にマストラックらによって尺度化されたMBI (Maslach Burnout Inventory)が発表され、日本では、久保や田尾が日本版のMBIを作成し、数々の研究を行っている。MBIは、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の3つの因子から構成されており、過大な情緒的資源が欲求される職務で発生しやすいとされている（久保，2004）。特に、教師、看護師、客室乗務員、ソーシャルワーカーなど、対人サービスに就く者に多いとされ、ある日突然壁にぶち当たり、困惑してモチベーションが急速に低下し、心身ともに消耗した状態となり、働く意欲を減退させ、何もしたくなくなる、また出来なくなるようなことである（田尾・久保，1996）。バーンアウト研究は、1970年代のアメリカで注目され始めたが、日本で注目されるようになったのは1980年頃からである。日本でのバーンアウト研究は、稲岡（1982）によって始められ、新たに看護者のストレスに注目がおかれるようになった。1990年代に入ると、看護職と他職種のストレスを比較した研究が多くみられるようになった。GHQのスコアを測定した研究では、「一

般大学生」や「正常者」に比べると明らかに高く、その分布はむしろ「神経症者」に近かったことが明らかになっている(森・影山, 1995)。また、看護職と他職種を比較した研究のひとつに、看護職群は「精神的疲弊」や「仕事の負担感」を中心とする精神問題が多くみられ、これらの精神的問題は、勤務条件の厳しさや同僚のサポートの少なさ、勤務時間の長さ、消極的問題行動と関連していることが報告されている(影山・森, 1991)。看護師のストレスが研究されるようになった当初は、看護師全体に注目が置かれていたが、徐々に、部署による特性を踏まえた、細分化されたストレス研究がみられるようになった。例えば、小児病棟の看護師の属性と職務ストレス認知に与える影響について、個人特性とストレスの関係に着目した研究(藤田・藤原, 2010)や、精神科看護師のバーンアウト対策に関する研究では、精神科看護師のコーピングスタイルとして、逃避我慢は疲弊感やシニシズムと正の相関があり、発想転換はバーンアウトの職務効力感と正の相関関係があったことを明らかにしている(高橋・山本・一瀬・春名・古川・武藤, 2008)。人工透析施設に勤務する看護師を対象とした研究では、オープンフロアという環境におけるストレスとして、質的負担や役割葛藤などのストレスがあったことを報告している(石丸・秋永・梅崎・新地, 2012)。また、手術室看護師へ質問紙調査を行った研究では、一般女性と比較して日ごろ感じているストレスが有意に高く、社会的援助が有意に低く、ストレス耐性の有意な低下が認められ、外来と手術室との比較では、手術室看護婦のSDS (Self-Rating Depression Scale) による抑うつ度が有意に高かったという結果がある(福島・竹内・山本・安藤・安藤, 1995)。手術室看護師のストレスに対する実態調査では、労働時間は適当かという問いに、「勤務以外の仕事が多い」や「超過勤務が多すぎて労働時間が長すぎる」などと回答しており、経験年数に関わらず、約8割の手術室看護師がストレスを多く感じていた。また、職場で個人的に相談にのってくれる人の存在のなさを約5割の看護師が感じていたという結果が示されている(堀井, 2004)。経験年数によって、感じるストレスが異なっていることを報告した研究もあり、手術室経験年数1年未満の初心者は自己評価の低い不安を抱えており、手術室経験年数1～2年の新人は自己の精神面よりも技術面や手術の進行の妨げにならないような配慮によるストレスを感じていた。また、手術室経験年数3年以上の看護師は、外回り看護に多くのストレスを感じると回答していたという結果がある(得田・白木・大塚・富永, 2008)。

一方、モチベーションに関する理論は様々あるが、それらの考え方の基礎は、20世紀初頭まで遡る。1913年にJ. B. ワトソンが行動主義を唱えた頃である。観察可能な行動とそれを引き出す刺激に注目し、金銭が仕事の重要

なインセンティブであり、従業員には達成すべき具体的な高い目標または課題を割り当てるべきだと考えられていた。しかしこの頃はまだ内発的なモチベーションの状態は研究されていなかった。1920年代半ばになると、産業組織心理学者が、従業員の態度と態度測定に注目を始め、これまで考えられていた金銭がモチベーションに影響するという考え方は、複数の変数の一つにすぎないということが明らかとなった(Latham, 2007 金井・依田訳 2009)。1950年頃になると、A. マズローの欲求階層説やハーズバーグの二要因理論やマクレガーのXY理論など、いくつかの理論が発表された。そして、20世紀の終わり頃からは、モチベーションを研究する者にとって個人差が研究対象となり、自己効力感や目標へのコミットメントなどが注目されるようになった。自己効力感は、目標設定と強い正の相関があり、職務満足が組織コミットメントとの有意な相関を生み出すことが明らかとなった(Latham, 2007 金井・依田訳 2009)。境(1981)は、日本人を対象とした職務満足の効果とモチベーション・プロセスの検討において、どのような組織においても同一なものというのではなく、組織の有する制度的条件にきわめて特定のなものであることとして、それぞれの制度的条件下で優勢なモチベーション・プロセス(動機づけ経路)を明らかにしたうえで、各制度的条件下でのこれらの要因の職務態度への効果が究明されねばなるまいと述べている。また、モチベーションは、職種の特性によっても動機づけが異なっており、それぞれの組織や職業条件に主眼を置く必要がある。よって、看護師に焦点を当てたモチベーション研究に注目したい。看護師のモチベーションは、仕事の特性によって説明される部分は工場労働者の場合ほど大きくはないとされ、仕事に自立性があることよりも、仕事が自己の成長にとって役立つようなものであること、仕事のプロセスや結果があらかじめ見えてくることがより強い動機づけ要因になっているという(田尾, 1976)。また、看護師の中でも手術室看護師を対象にした研究では、看護師のモチベーション低下が医師にも反映して手術室全体の協調性を低下させる(堀田・久住, 2010)という研究結果も報告されていることから、モチベーションを高めるための取り組みが望まれる。他にも、やりがいや重要な役割を担っていると思えることが職務継続と関連があることが明らかになっている(深澤, 2012)。北脇・白井・山本・兼田(2011)は、手術室に配置転換してからの思いについて、「経験軽視の不当な扱い」「成果のでない現状」「器械出し介助のストレス」「制限された看護師と患者の関係」を嫌だと感じ、「人間関係構築への不安」「看護師経験の当惑」「知識習得の困難」について悩みを抱え、「人間関係構築の障壁」「自尊心低下の危機感」「肉体的精神的疲労の継続」から配置転換や離職を考えたことを、インタビュー調査を通

して明らかにしている。そして、手術室勤務が続けられる要因として、「他者からのサポートの充実」「自己啓発できる環境の整備」「労働環境の充実」をあげている。これらの手術室看護師を対象としたモチベーション研究の多くは、理論を用いて検討したものやインタビューによってカテゴリー化して検討したものである。しかし、そもそも手術室看護師のモチベーションはどの程度あるのか、客観的指標を用いて明らかにしている研究は多くはない。その理由として、客観的指標としてモチベーションの程度を測定することが出来る信頼性のある尺度はそう多くはないことがあげられる。客観的にモチベーションの程度を測定することに特化した尺度はMSQ法くらいであろう。これまでも看護師や手術室看護師を対象に、MSQ法(Motivation of Status Quo; JTBモチベーションズ研究・開発チーム, 1998)は用いられているが、ともに41項目全ての合計点で用いられており、いずれの研究も尺度を使用するにあたっての解釈に疑問を感じた。本来ならば、モチベータを測る5項目と、モチベータの内容を把握するための36項目で分析する必要がある。そこで、本研究では、改めてMSQ法を用いて手術室看護師のモチベーションを測定したいと考えた。

ストレスやモチベーション分野の先行研究では、ストレスとモチベーションは関連があると結論付けていながらも、ストレスが高い場合のモチベーションはどの程度か、もしくはストレスが低い場合のモチベーションはどの程度かというように、実際にそれぞれの程度を客観的に判断するための指標はなかった。そこで、本研究では、検討材料として、手術室看護師独自のストレスを測ることを目的に開発された手術室看護師ストレス尺度と、手術室看護師ストレス尺度は開発されて間もないため、改めて精神不健康との関係を確認する目的で、GHQ12(The General Health Questionnaire; 中川・大坊, 2013)を加え、更に、日本人のためのワークモチベーションを測る指標として開発され、信頼性・妥当性のある尺度として知られるMSQ法を用い、ストレスが高いといわれる手術室看護師が、実際にどの程度ストレスが高く、どの程度のモチベーションがあるのか、ストレスが高い者及び低い者のモチベーションは違いがあるのかを検討することとした。また、これら3つの尺度によって測定されたストレスとモチベーションがどのように関係しているかを明らかにしたいと考え、須藤(2015a)は、手術室看護師のストレスとモチベーションについて尺度を用い、手術室看護師において、ストレスとモチベーションは関連があるかを検討した。その結果より、大学病院でありながら国立大学病院と公立大学病院の手術室看護師では、手術室数に対するスタッフ数に違いがあり、その違いがストレスやモチベーションにも影響を与えているのではないかと疑問を感じたため、本研究では国立大学

病院と公立大学病院の手術室看護師における、ストレスとモチベーションの程度は差があるかということについて検討した結果を報告する。

II. 目 的

本研究の目的は、手術室看護師のストレス因とストレス反応、モチベーションの程度は、国立大学病院と公立大学病院では差があるかを明らかにすることである。

III. 方 法

1. 調査対象：全国500床以上の病院のうち、協力の得られた15施設の手術室看護師に行った自記式質問紙調査(須藤, 2015a)で得られた結果のうち、国立大学病院7病院と公立大学病院6病院の手術室看護師295名に関してまとめたものである。
2. 調査期間：平成25年11月から平成26年4月
3. 調査方法：調査の事前準備として、電話にて各施設の看護部長に調査依頼の可否を確認した。調査の許可が下りた施設の看護部長宛に、施設情報に関する葉書と手術室看護師宛の質問紙を同封した。施設情報は、手術室看護師数、年間手術件数、手術室数を記入し、返信用葉書で研究者へ返送してもらうこととした。また、手術室看護師宛の質問紙は、約3週間の留め置き期間を設け、回答後の質問紙を研究者に返送してもらう方法とした。

4. 調査内容

1) 個人属性

性別、年齢、臨床経験年数、手術室経験年数について具体的な数値を記載してもらった。他科の経験の有無、現在の部署への配属希望、部署内でのリーダーとしての役割、勤務形態、配偶者またはパートナーの有無については「あり」「なし」を選択する形式で、特に部署内でのリーダーとしての役割の項目については、具体的な役割を記載してもらい、自由回答法とした。また、部署内での役割についての項目、子どもの有無については、多肢選択法の単一回答法とした。

2) 本研究で使用した尺度

ストレス因を測定する尺度として、手術室看護師ストレス尺度(栄田・三反田・屋良, 2013)、ストレス反応を測定する尺度としてGHQ12(Goldberg, 1985 中川・大坊訳 2013)、モチベーションの高さを測定するMSQ法(JTBモチベーションズ研究・開発チーム, 1998)(以下、モチベーションチャージ)に関する質問を行った。各尺度使用にあたり、開発者に尺度の使用許可をいただいた。

① 手術室看護師ストレス尺度

栄田他(2013)が考案した、手術室看護師のストレス

を測定する尺度である。全 51 項目のうち信頼性・妥当性が認められた 32 項目を抜粋した。点数が高いとストレスが高いと判断する。「全く感じない」、「あまり感じない」、「よく感じる」、「いつも感じる」という 4 件法で回答を求めた。本研究では、手術室看護師ストレス尺度をストレス因の尺度として用いた。

② The General Health Questionnaire (GHQ)-12

David Goldberg によって開発された質問紙法による検査法で、精神健康度を測定する。中川・大坊 (2013) によって日本語版が作られている。オリジナル版は GHQ60 で、全 60 項目の質問から成る。今回使用した GHQ12 は GHQ60 の項目の中の 12 項目から成る。点数が高いと精神的な不健康度が高いと判断する。本研究では、精神的な不健康度をストレス反応と捉えることとした。得点の算出方法には、リッカート法と GHQ 法があり、リッカート法で採点した場合は満点が 36 点、GHQ 法で採点した場合は、満点は 12 点となる。今回の調査では、因子分析では先行研究との比較ができるように GHQ 法を採用したが、総得点の算出にはリッカート法を適用した。4 件法での回答内容は、日本語版精神健康度手引きを参考にして回答の項目を記載した。

③ MSQ 法ダイジェスト版

モチベーションの尺度として用いた。やる気を測定し数値として指標化するシステム (Motivation of Status Quo) で、仕事に対するモチベーションの強さ・傾向を分析する。41 項目の質問から構成されており、前半の 5 項目がモチベーションチャージで、4 件法で点数化し、5 項目の合計点数が高いほどモチベーションが高いと判断する。後半 36 項目がモチベータで、モチベーションを構成する因子となる。「全く当てはまらない」、「どちらか」というと当てはまらない、「どちらかという当てはまる」、「よく当てはまる」という 4 件法で回答を求めた。

3) 各尺度の構成因子

各尺度の因子構造は先行研究 (須藤, 2015a) を参考にし、手術室看護師ストレス尺度は 7 因子、GHQ12 は 2 因子、モチベーションチャージは 1 因子とした。手術室看護師ストレス尺度は、第 1 因子から第 7 因子に分けることができ、第 1 因子「業務負担と自身の能力に対する不安」、第 2 因子「間接介助に対する責任感と困惑」、第 3 因子「手術室内の人間関係の難しさ」、第 4 因子「自分が考える看護とのギャップ」、第 5 因子「看護職の中での孤立」、第 6 因子「手術室環境に対する不満」、第 7 因子「休息・飲食物の制限」である。GHQ12 は 2 因子構造で、第 1 因子は「うつ症傾向因子」、第 2 因子「社会活動障害因子」である。モチベーションチャージは 1 因子で、因子名は「モチベーション」である。調査結果の分析には、IBM SPSS Statistics22 を使用した。

5. 用語の定義

- 1) ストレスとは、心身の適応能力に課せられる要求およびその要求によって引き起こされる心身の緊張状態を包括的に表す概念とする (中島, 1999)。また、原因としてのストレスをストレス因とし、結果としてのストレスをストレス反応とする。ストレス因とストレス反応の双方を含む場合をストレスと述べる。
- 2) モチベーションとは、組織成員の行動のエネルギー、行動の方向、ならびに行動の持続性を説明する概念で、仕事に対するエネルギーと定義する (坂下, 1999)。

IV. 倫理的配慮

A 医科大学附属病院看護部の倫理審査委員会の承認を得た。研究対象者には、文書にて研究目的、方法、研究で得たデータは本研究以外では使用しないこと、データは数的に処理し、個人は特定されないこと、得られた結果は学会等で発表することを通知した。また、研究は参加の拒否が可能であることを書面にて伝え、質問紙に回答することで同意とみなした。データは研究中、適切に保管するとともに、研究終了後責任をもって処分することを書面に記載した。

V. 結果

1. 分析対象の概要

国立大学病院 7 病院の平均病床数は 818 床、平均手術件数は、7505 件/年、平均手術室数 15 部屋、平均スタッフ数は 57 人、手術室一部屋に対する手術件数は 497 件/部屋、一人当たりの年間担当手術件数は 132 件/人であった。公立大学病院 6 病院の平均病床数は 826 床、平均手術件数は 6919 件/年、平均手術室数 13 部屋、平均スタッフ数は 46 人、手術室一部屋に対する手術件数は 560 件/部屋、一人当たりの年間担当手術件数は 153 件/人であった。これらの項目を変数として国立大学病院と公立大学病院の手術室看護師では、Mann-Whitney の U 検定にて順位に差があるかを調べたところ、手術件数 ($p = .568$)、手術室数 ($p = .220$)、スタッフ数 ($p = .153$)、手術室一部屋に対する手術件数 ($p = .253$)、一人当たりの年間担当手術件数 ($p = .086$) で、いずれも有意差はみられなかった。国公立大学病院の手術室看護師における属性の結果は、男性 40 名 (13.6%)・女性 255 名 (86.4%)、平均年齢 33.79 歳で内訳は、20 代 119 名 (40.3%)、30 代 103 名 (34.9%)、40 代 49 名 (16.6%)、50 代以上 21 名 (7.1%) であった。平均看護師経験年数 10.75 年、平均手術看護師経験年数 6.19 年、現在の部署への配属希望は、「あり」が 126 名 (42.7%)、「なし」が 166 名 (56.3%)、無回答 3 名 (1.0%)、部署内でのリーダーとしての役割

が「あり」の者は157名(53.2%)、「なし」135名(45.8%)、無回答3名(1.0%)、勤務形態は「不規則」218名(73.9%)、「常日勤」76名(25.8%)であった(表1)。また、国立大学病院の手術室看護師と公立大学病院の手術室看護師を変数として、勤務形態に属する人数に違いがあるかを調べたところ、有意な差があった($\chi^2=3.89$, $df=1$, $p=0.49$)。その内容は、国立大学病院では全体の69.1%が不規則勤務、30.3%が常日勤であることに對して、公立大学病院では79.8%が不規則勤務、20.2%が常日勤で、それぞれの勤務形態で約10%の差があった。リーダーとしての役割の有無と手術室経験年数との関係は、手術室経験「3年未満」の者でリーダーとしての役割が「あり」の者は13名(14.0%)、「なし」の者は80名(86.0%)、手術室経験「3年以上6年未満」の者でリーダーとしての役割が「あり」の者は39名(55.7%)、「なし」の者は80名(44.3%)、手術室経験「6年以上」の者でリーダーとしての役割が「あり」の者は104名(81.3%)、「なし」の者は24名(18.8%)であった。国立大学病院と公立大学病院の手術室看護師において、リーダーとしての役割の有無と手術室経験年数に差はな

かった。

2. 分析に使用した尺度の平均得点

手術室看護師ストレス尺度、GHQ12、モチベーションチャージの3つの尺度について、平均得点を以下に示す。国立大学病院の手術室看護師におけるストレス尺度の平均得点は86.21点(SD±11.50)、GHQ12は17.25点(SD±6.08)、モチベーションチャージは、13.33点(SD±3.51)であった。公立大学病院の手術室看護師におけるストレス尺度の平均得点は90.88点(SD±10.88)、GHQ12は18.27点(SD±5.52)、モチベーションチャージは、12.69点(SD±3.00)であった。国立大学病院の手術室看護師と公立大学病院の手術室看護師を変数として、ストレス及びモチベーションの得点に差があるかを調べたところ、手術室看護師ストレス尺度の得点に有意差がみられ、国立大学病院の手術室看護師と比較し、公立大学病院の手術室看護師の得点が高いことがわかった($t(282)=3.31$, $p=.001$)

3. 個人属性と尺度の関連

国立大学病院の手術室看護師の属性とt検定及び一元配置分散分析の結果を示す(表2-1)。性別、看護師経験年数他科経験の有無、配属希望、配偶者またはパートナーの有無によって、手術室看護師ストレス尺度とGHQ12、モチベーションチャージの得点の平均値に有意な差はなかった。年齢は「20代」、「30代」、「40代」、「50代以上」の4つに分類し、年代毎にストレスやモチベーションの得点に差があるかを確認したところ、モチベーションチャージの得点において主効果が有意であった。さらにTukeyの検定を用いて多重比較を行ったところ、「20代」と「40代」($p=.010$)、「20代」と「50代」($p=.020$)において、どちらも「20」代のモチベーションチャージの得点が有意に低かった($F(3,159)=5.260$, $p=.002$)。各年代と部署内でのリーダーとしての役割の有無について、クロス集計を行った結果、「20代」は、部署内でのリーダーとしての役割が「あり」の者は33.3%に對して、「なし」の者は66.7%、「30代」以上は半数以上がリーダーとしての役割を持っていた。看護師経験年数と手術室経験年数は、「3年未満」、「3年以上6年未満」、「6年以上」の3つに分類し、各尺度の得点を調べたところ、看護師経験年数と手術室経験年数のどちらもモチベーションチャージの得点において主効果が有意であった。そして、Tukeyの検定を用いて多重比較を行ったところ、看護師経験年数($F(2,163)=4.106$, $p=.018$)は、「3年以上6年未満」と「6年以上」で、「6年以上」の者のモチベーションチャージの得点が有意に高く、手術室経験年数($F(2,163)=9.870$, $p<.001$)は、「3年未満」と「3年以上6年未満」($p=.001$)、「3年以上6年未満」と「6年以上」

表1 属性結果

n=295

項目	カテゴリー	(n)	割合
性別	男性	40名	13.6%
	女性	255名	86.4%
年齢	平均年齢	33.79歳	(SD 8.84)
看護師経験年数	平均年数	10.75年	(SD 8.90)
手術室看護師経験年数	平均年数	6.19年	(SD 5.92)
他科の経験の有無	あり	175名	59.3%
	なし	120名	40.7%
現在の部署への配属希望	あり	126名	42.7%
	なし	166名	56.3%
	無回答	3名	1.0%
部署内での役割	師長	6名	2.0%
	副師長	33名	11.2%
	スタッフ	253名	85.8%
	無回答	3名	1.0%
部署内でのリーダーとしての役割	あり	157名	53.2%
	なし	135名	45.8%
	無回答	3名	1.0%
勤務形態	不規則	218名	73.9%
	常日勤	76名	25.8%
不規則勤務者の夜勤の有無(上記の下位項目)	夜勤あり	206名	69.8%
	夜勤なし	8名	2.7%
	無回答	1名	0.3%
配偶者またはパートナーの有無	あり	121名	41.0%
	なし	173名	58.6%
	無回答	1名	0.3%
子どもの有無	なし	200名	67.8%
	1人	26名	8.8%
	2人	46名	15.6%
	3人以上	22名	7.5%

表 2-1 国立大学病院の手術室看護師における属性 11 項目と尺度との比較

n=166

属性	項目	n (人)	手術室看護師 ストレス尺度	t 値 /F 値	GHQ12	t 値 /F 値	MSQ 法	t 値 /F 値
性別	男性	24	86.95	.33	17.88	.55	14.17	1.27
	女性	142	86.09		17.14		13.18	
年齢	20 代	73	86.66	-2.0	17.12	1.78	12.44	5.26**
	30 代	53	87.96		18.11		13.21	
	40 代	27	85.72		17.63		14.85	
	50 代以上	10	77.20		13.40		15.80	
看護師経験年数	3 年未満	28	86.18	.09	15.68	1.49	13.79	4.11*
	3 年以上 6 年未満	33	85.45		16.79		11.79	
	6 年以上	105	86.46		17.81		13.69	
手術室経験	3 年未満	56	89.13	2.76	18.38	1.52	12.45	9.87**
	3 年以上 6 年未満	37	84.58		16.41		12.11	
	6 年以上	73	84.72		16.81		14.62	
他科経験	あり	95	87.14	1.17	17.99	1.83	13.20	-.53
	なし	71	85.00		16.25		13.49	
配属希望	あり	71	85.29	-.87	16.86	-.723	13.69	1.17
	なし	94	86.89		17.55		13.04	
部署内での役割	師長	3	89.75	.20	24.3	2.21	11.00	4.85**
	副師長	24	86.70		16.79		15.25	
	スタッフ	138	86.02		17.09		13.08	
リーダーとしての役割	あり	89	84.58	-2.00*	16.08	-2.76**	14.03	2.89**
	なし	75	88.22		18.67		12.47	
勤務形態	不規則	115	84.98	-1.86	16.60	-2.02*	13.52	.91
	常日勤	50	88.90		18.66		12.98	
配偶者/パートナー	あり	65	85.63	-.47	16.82	-.68	13.75	1.21
	なし	100	86.51		17.47		13.08	
子供の数	なし	114	87.03	1.92	17.97	1.85	12.62	6.32**
	1 人	12	89.50		16.42		13.75	
	2 人	28	84.52		16.00		14.61	
	3 人以上	11	79.40		14.36		16.46	

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

($p=.001$) で、ともに「6 年以上」のモチベーションチャージの得点が有意に高かった。部署内での役割はモチベーションチャージの得点において主効果が有意で ($F(2,162)=4.848, p=.009$)、Tukey の検定を用いた多重比較では、「副師長」と「スタッフ」で「副師長」のモチベーションチャージの得点が有意に高かった ($p=.013$)。部署内でのリーダーとしての役割の有無では、3 つの尺度全てにおいて有意差がみられた。手術室看護師ストレス尺度 ($t(156)=-2.00, p=.048$) と、GHQ12 ($t(162)=-2.76, p=.007$) は、共に部署内でのリーダーとしての役割が「あり」の者の得点が有意に低く、モチベーションチャージは、部署内でのリーダーとしての役割が「あり」の者の得点が有意に高かった ($t(162)=2.89, p=.004$)。勤務形態は、GHQ12 で有意差があり、「不規則」勤務と比べて「常日勤」の者の得点が高かった ($t(163)=-2.02, p=.045$)。子どもの数ではモチベーションチャージの得点において主効果が有意 ($F(3,159)=5.260, p=.002$) で、Tukey の検定を用いた多重比較では、子どもが「0 人」と「2 人」 ($p=.028$)、「0 人」と「3 人以上」 ($p=.002$) の者の間で子どもが多い

者の方がモチベーションチャージの得点が高かった。

次に、公立大学病院の手術室看護師の属性と t 検定及び一元配置分散分析の結果を示す(表 2-2)。性別、年齢、看護師経験年数、手術室経験年数、他科経験の有無、配属希望、子どもの数によって、手術室看護師ストレス尺度と GHQ12、モチベーションチャージの得点の平均値に有意な差はなかった。また、部署内での役割に関する質問は、主効果は有意であったが多重比較では有意差はみられなかった。部署内でのリーダーとしての役割の有無では、手術室看護師ストレス尺度 ($t(119)=-2.11, p=.037$) と GHQ12 ($t(125)=-3.42, p=.001$) で有意差があり、ともに部署内でのリーダーとしての役割が「あり」の者の得点が有意に低かった。部署内でのリーダーとしての役割の有無によるモチベーションチャージの得点は、有意差はみられなかった。勤務形態は、「常日勤」と「不規則」では、「常日勤」のモチベーションチャージの得点が有意に高かった ($t(127)=2.69, p=.008$)。配偶者またはパートナーの有無は、「あり」の者の得点が有意に低かった ($t(126)=-2.31, p=.023$)。

表 2-2 公立大学病院の手術室看護師における属性 11 項目と尺度との比較

属性	項目	n (人)	手術室看護師 ストレス尺度	t 値 /F 値	GHQ12	t 値 /F 値	MSQ 法	t 値 /F 値
性別	男性	16	86.93	-1.35	17.63	-.50	13.31	.89
	女性	113	91.10		18.37		12.60	
年齢	20代	46	90.73	.32	18.71	.21	12.50	.15
	30代	50	89.96		17.94		12.76	
	40代	22	92.45		18.46		13.00	
	50代以上	11	92.18		17.64		12.55	
看護師経験年数	3年未満	13	90.09	.11	20.08	.85	12.92	.26
	3年以上6年未満	32	91.33		18.48		12.34	
	6年以上	83	90.26		17.95		12.75	
手術室経験	3年未満	40	93.49	.19	19.74	1.95	11.98	1.57
	3年以上6年未満	34	89.00		17.59		13.06	
	6年以上	54	89.32		17.70		12.93	
他科経験	あり	80	90.90	.39	18.49	.57	12.49	-.98
	なし	49	90.07		17.92		13.02	
配属希望	あり	55	88.47	-1.62	17.35	-1.55	13.24	1.78
	なし	72	91.86		18.86		12.29	
部署内での役割	師長	3	103.67	3.49*	20.67	.64	13.67	2.54
	副師長	9	96.22		19.78		10.56	
	スタッフ	115	89.81		18.31		12.80	
リーダーとしての役割	あり	68	89.03	-2.11*	16.81	-3.42**	13.04	1.53
	なし	60	93.17		20.00		12.23	
勤務形態	不規則	103	90.17	-.80	18.10	-.733	13.03	2.69**
	常日勤	26	92.15		19.00		11.31	
配偶者/パートナー	あり	56	89.20	-1.24	17.00	-2.31*	12.41	-.92
	なし	73	91.73		19.23		12.90	
子供の数	なし	86	90.78	.07	18.53	.38	12.54	.62
	1人	14	89.64		17.79		12.29	
	2人	18	91.06		18.39		13.33	
	3人以上	11	89.73		16.73		13.36	

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

4. 3つの尺度の相関関係

国公立大学病院の手術室看護師について、各尺度同士の相関関係をみたところ、国立大学病院の手術室看護師は、手術室看護師ストレス尺度と GHQ12 は正の相関があり ($r=.615$, $p<.001$)、手術室看護師ストレス尺度と

モチベーションチャージは負の相関 ($r=-.483$, $p<.001$) があつた。そして、GHQ12 とモチベーションチャージも負の相関があつた ($r=-.554$, $p<.001$) (図 1-1)。公立大学病院の手術室看護師は、手術室看護師ストレス尺度と GHQ12 は正の相関があり ($r=.531$,

図 1-1 国立大学病院の手術室看護師における各尺度の相関関係

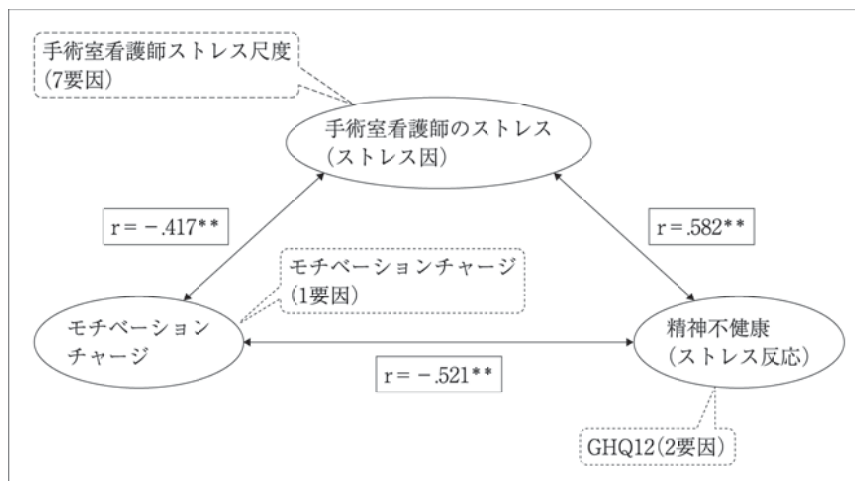
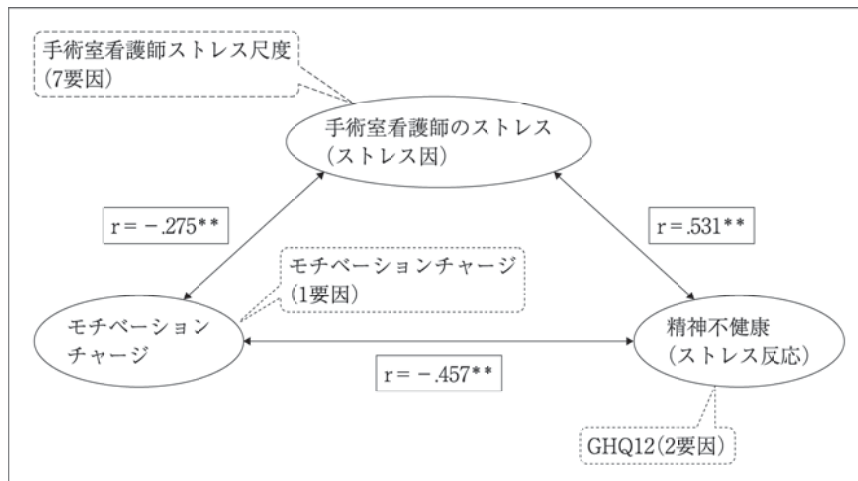


図 1-2 公立大学病院の手術室看護師における各尺度の相関関係



$p < .001$ 、手術室看護師ストレス尺度とモチベーションチャージは負の相関 ($r = -.275, p = .002$) があった。そして、GHQ12 とモチベーションチャージは国立大学病院の手術室看護師同様に負の相関があった ($r = -.457, p < .001$) (図 1-2)。よって、国立大学病院と公立大学病院の手術室看護師のストレスとモチベーションは、共にストレスの得点が高いとモチベーションが低いという関係があることがわかった。

5. ストレス因がストレス反応に与える影響

国立大学病院と公立大学病院の手術室看護師それぞれのストレス因の各要素がストレス反応に与える影響を重回帰分析によって検討した。国立大学病院の手術室看護師の場合 (図 2-1)、独立変数を手術室看護師ストレス 7 因子とし、GHQ12 第 1 因子、第 2 因子それぞれを従属変数とした場合、手術室看護師ストレス尺度第 1 因子「業務負担と自身の能力に対する不安」($\beta = .304, p = .001$)、第 3 因子「手術室内の人間関係の難しさ」($\beta = .270,$

$p < .001$)、第 7 因子「休息・飲食物の制限」($\beta = .175, p = .013$) は、GHQ12 第 1 因子「うつ症傾向因子」と関係があり、手術室看護師ストレス尺度第 1 因子「業務負担と自身の能力に対する不安」($\beta = .244, p = .009$)、第 3 因子「手術室内の人間関係の難しさ」($\beta = .388, p < .001$) は GHQ12 第 2 因子「社会活動障害」と関係していた。また、公立大学病院の手術室看護師の場合 (図 2-2) は、独立変数を手術室看護師ストレス 7 因子とし、GHQ12 第 1 因子、第 2 因子それぞれを従属変数とした場合、手術室看護師ストレス尺度第 7 因子「休息・飲食物の制限」($\beta = .304, p = .004$) は GHQ12 第 1 因子「うつ症傾向因子」と関係があり、手術室看護師ストレス尺度第 1 因子「業務負担と自身の能力に対する不安」($\beta = .208, p = .056$) と GHQ12 第 1 因子「うつ症傾向因子」は有意ではなかったが、極めて有意に近い値であった。また、手術室看護師ストレス尺度第 3 因子「手術室内の人間関係の難しさ」($\beta = .313, p = .003$)、第 7 因子「休息・飲食物の制限」($\beta = .225, p = .047$) は、GHQ12

図 2-1 国立大学病院の手術室看護師のストレスとモチベーション要因

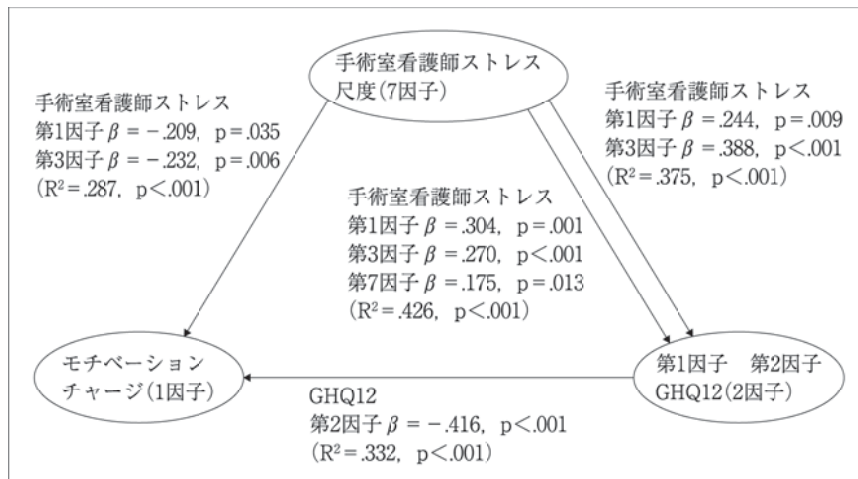
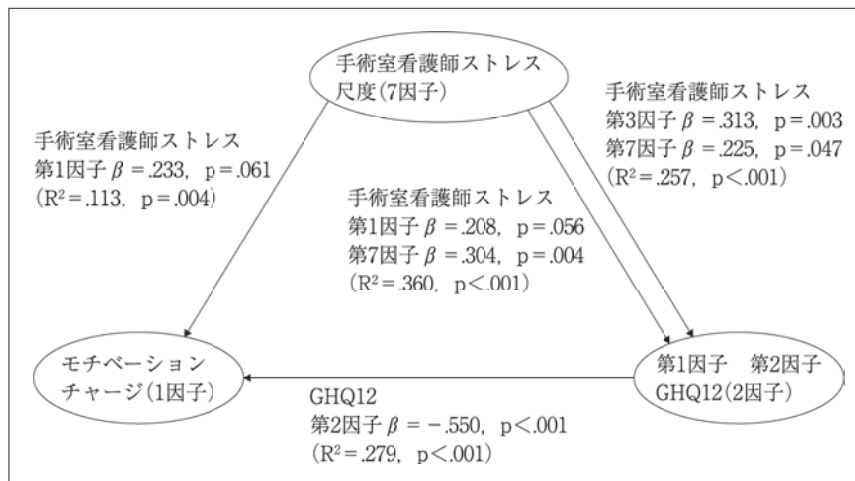


図 2-2 公立大学病院の手術室看護師のストレスとモチベーション要因



第2因子「社会活動障害因子」と関係していた。

6. ストレス因とストレス反応がモチベーションに与える影響

GHQ12の2因子を独立変数、モチベーションチャージを従属変数とした重回帰分析の結果は、国立大学病院の手術室看護師は、GHQ12第2因子「社会活動障害因子」($\beta = -.416$, $p < .001$)は、モチベーションチャージ「モチベーション」と関係があり、手術室看護師ストレス7因子を独立変数、モチベーションチャージを従属変数とした場合は、手術室看護師ストレス尺度第1因子「業務負担と自身の能力に対する不安」($\beta = -.209$, $p = .035$)と第3因子「手術室内の人間関係の難しさ」($\beta = -.232$, $p = .006$)がモチベーションと関係していた。また、公立大学病院の手術室看護師の場合(図2-2)は、GHQ12の2因子を独立変数、モチベーションチャージを従属変数とした場合は、GHQ12第2因子「社会活動障害因子」($\beta = -.550$, $p < .001$)は、モチベーションチャージ「モチベーション」と関係があり、手術室看護師ストレス7因子を独立変数、モチベーションチャージを従属変数とした場合は、手術室看護師ストレス尺度第1因子「業務負担と自身の能力に対する不安」($\beta = -.233$, $p = .061$)は有意ではなかったものの、それに近い結果であった。

VI. 考 察

1. 手術件数とストレス及びモチベーションの関係

国立大学病院と公立大学病院の手術室看護師を比較すると、公立大学病院の看護師のストレス得点が有意に高く、僅かではあるがモチベーションの得点が低かった。また、国立大学病院の手術室看護師と比較し、公立大学病院の手術室看護師のストレスの得点が有意に高かった

ことについて、一部屋当たりの手術件数や一人当たりの手術件数を比較すると、国立大学病院と公立大学病院では一人当たりの手術件数の平均が20件の差があった。この差は統計的に有意ではないが、スタッフ数が平均50人前後であることを考えると、国立大学病院と公立大学病院では、年間の手術件数に1000件程度の差が生じる。この手術件数の差は、日々の超過勤務や忙しさの認知へ反映していると推測でき、国立大学病院と公立大学病院を比較した時に、公立大学病院の方がややストレスが高いという結果に影響しているのではないかと考えられる。ただし、国立大学病院のストレスとモチベーションの得点も、尺度の中央値よりも高く、合計得点の平均値と比較すると、本研究のストレス尺度の得点は高値で、GHQ12も一般健康成人の得点と比較しても国公立大学病院の手術室看護師の得点は高値で、ベースとなるストレスが高いといえる。一方モチベーションの得点は、須藤(2015a)の得点と比較しても同じような得点であった。手術室看護師の時間外労働の削減はこれまでも様々な取り組みがなされてきた。また、長時間労働そのものが継続疲労の要因であり、仕事の特徴では仕事の密度や量が継続疲労に影響することも明らかとなっている(大橋, 2010)。反対に、仕事のストレスを緩和させる要因としては、労働時間の柔軟性を高めることや仕事の分担・役割の明確化などが大きな影響を及ぼしている(安田, 2008)。しかし、依然として目立った減少には至っていない。それは、手術室の業務は手術介助が中心で、手術の進行状況に大きく左右されることが理由の一つである。このような流動的な状況に対して、手術室看護師個人のスキルだけでは労働時間の減少には繋がらない。そのため、人員の増加によって個人にかかる負担を減らすことや、変則勤務者を増やすことで、より時間外労働削減に向けた組織的な取り組みが必要である。

2. 個人属性と尺度の関連

リーダーとしての役割の有無は、国立大学病院と公立大学病院の手術室看護師共に、リーダーとしての役割が「あり」の者は手術室看護師ストレス尺度やGHQ12の得点が有意に低く、リーダーとしての役割がストレス得点に影響を与えていることが明らかとなった。リーダーとしての役割が「あり」の者のストレス得点が低かったことは、役割が与えられるということが組織の中での位置づけと努力の承認をされたことになり、権限をもって行動することができるため、仕事のやりがいが高く、専門職業人としての意識が高くなる(今枝・森脇・三品, 2008)という研究結果と同様の結果であった。国立大学病院の手術室看護師は20代のモチベーションチャージが他の年代と比較して有意に低かったが、リーダーとしての役割が「あり」の者のモチベーションチャージの得点が高いことを考えると、20代の半数以上がリーダーとしての役割がないことが、モチベーションの低下に関係しているのではないかと考える。国立大学病院の手術室看護師も、国立大学病院の手術室看護師と同様に20代のモチベーションチャージが低かったことから、リーダー役割とモチベーションは関係があるのではないかと考える。また、リーダー役割といっても院内の委員会の担当や日々担当する手術のリーダー、各勤務帯のリーダーなど、様々な役割がある。これらの役割を担う者の手術室看護経験年数は各施設によって異なるであろうが、多くの施設では3年程度の経験年数を経てリーダーとしての役割を与えられる(本間, 2012)。本研究でも、手術室経験が3年未満の者でリーダーとしての役割が「あり」は14.0%に対して、「なし」は86.0%で、経験年数が上がるほどリーダーとしての役割を担う者が多かった。リーダーとしての役割が「なし」の者のストレスが高い理由の一つとして、本研究で手術室看護師ストレスの得点が高かった手術室経験年数「3年未満」の者が多く該当していたためと推測される。手術室経験3年未満の者の中には、新卒者だけではなく勤務異動で手術室に配属となった者が含まれている。勤務異動者は、臨床経験年数は様々であるが、臨床経験が長くても、手術室への異動は、専門的知識と技術が要求されるため、新卒同様に手術室未経験看護師も病棟での経験が生かされず強いストレスを抱くことが多く、看護師経験の有無は関係なくストレスがある(伊藤, 2004)。しかし、時間の経過と共に、手術室勤務に対する否定的な印象から、他者からの肯定的評価や知識獲得の楽しさを実感することで意欲が生じるという心情の変化があることが報告されている(水谷, 2009)。手術室経験年数3年未満の者の手術室看護師ストレスの得点が、3年以上の者と比べて有意に高かったことについて、勤務年数に関係なく、手術室に配属になった者全てに対して、リアリティショックを軽減させる対策やこれまでの臨床

経験を評価した上で、新たに手術室看護という分野を習得してもらうような関わりが大切である。

また、勤務形態別にみると、国立大学病院の手術室看護師は不規則勤務者のGHQ12の得点が有意に低く、公立大学病院の手術室看護師は不規則勤務の者のモチベーションチャージの得点が有意に高かった。つまり、国立と公立大学病院の手術室看護師の傾向は、どちらも不規則勤務の者のストレス得点が低く、モチベーションチャージの得点が高い傾向であった。夜勤とストレスに関する研究はこれまでも多く発表されており、夜勤や不規則勤務はストレスに繋がる(竹内, 2010)という報告や、交代制勤務に従事している者が日勤者に比べ、心身の健康状態が悪いことが知られている(黒田, 1991)。しかし、本研究では夜勤を含む不規則勤務をしている者はストレスが低く、モチベーションが低いという一見すると矛盾した結果であった。しかし、勤務形態とストレスやモチベーションの関係を分析すると、不規則勤務をしている者に特徴的なことは、不規則勤務をしている者の約半数は手術室経験年数が「6年以上」で、「常日勤」の約半数が手術室経験年数「3年未満」ということが、影響しているのではないかと考える。部署別の勤務年数とストレスの関係を調査した先行研究でも1年以上3年未満の者のストレスが有意に高かったことを示しており(一瀬他, 2007)、本研究での結果と一致する。長谷部(2011)は、手術室に配属された看護師はやりがいを段階的に獲得していくことを明らかにしている。やりがいは3層構造を呈しており、配属当初は、自己の存在価値を認められたいと、手術看護業務に慣れることを課題とし、その後、第2のやりがいとして、手術看護に主体的に取り組むことで手術室看護師としての誇りを獲得しようとする。また、手術室勤務経験が長くなると、教育者や管理者としての役割を担うことが多くなり、自己の看護実践だけでなく、手術室の質保証や組織の革新へと視野が広がっていき、自分自身が捉えた価値を後輩に伝えようとしたり、手術看護の存在を確信して真摯に取り組み、手術看護に専心する過程を通して自己実現を目指すという第3のやりがいがあることを明らかにしている。手術室看護師として独り立ちできるようになるには3年かかり、3年から5年で全体を見て一通りのことが出来るようになる(黒野, 2004)とすると、本研究でモチベーションが低かった3年未満の看護師は、まだ学習段階にある。3年未満の看護師がバーンアウトや離職をせずに手術室看護師を継続できたときには、長谷部が示す第3のやりがいを獲得できるであろう。そのためにも、手術室看護を深めていけるような支援や環境作りが必要である。

3. 各尺度同士の関係

国立大学病院と公立大学病院それぞれの分析結果にお

いて、手術室看護師ストレス尺度と GHQ12 は正の相関があり、ストレス尺度とモチベーションチャージはそれぞれ負の相関があったことは、先行研究 (須藤, 2015a) とも一致していた。そこで、重回帰分析を行い、更に詳しく尺度同士の関係をみたところ、国立大学病院の看護師の場合、手術の勉強を大変と感じていたり、経験不足から起きた出来事に対して対応できない、自分の業務で精一杯に感じていたり、手術につくことに緊張したり疲れを感じる、気持ちを分かち合えなかったり、悩みを打ち明けあったりすることの出来る看護師が同じ部署にいないことにストレスを感じていた。担当する手術によって飲食を自粛しなければならないことや、休日も仕事のことを考え十分な休養が取れないこと等がストレス反応の原因となるストレスを表していることが明らかとなった。また、いつもより物事に集中できない者や日常生活のしにくさを感じる者はモチベーションが低く、モチベーションが低い者は、手術室看護師のストレスのうち、仕事を負担に感じたり自身の能力に自信がないことや、手術室の人間関係が良くないと思ひ、ストレスを感じている傾向にあることがわかった。公立大学病院の手術室看護師の場合は、担当する手術によって飲食を自粛しなければならないことや、休日も仕事のことを考え十分な休養が取れないことがストレス反応の中でも自信のなさやゆううつになるなどの精神的負担に繋がっていた。そして、悩みを打ち明けあうことの出来る看護師が同じ部署にいないことにストレスを感じることや、担当する手術によって飲食を自粛しなければならないことや、休日も仕事のことを考え十分な休養が取れないことがストレス反応の日常生活のストレスに繋がっていることが明らかとなった。また、いつもより物事に集中できない者や日常生活のしにくさを感じる者はモチベーションが低く、手術室看護師のストレスのうち、仕事を負担に感じたり自身の能力に自信がないことは、モチベーションの低さに繋がっていた。国立大学病院と公立大学病院の手術室看護師におけるストレスとモチベーションの関係は、重回帰分析の結果からも似たような傾向にあることがわかった。大学病院の看護師を対象とした研究でも、看護師の WLB (Work life balance) が高いものは職務満足感、および仕事へのモチベーションチャージが高いことが報告されている (Tanaka, Maruyama, Oshima, Ito, 2011)。よって、ストレス対策を講じる際には、人間関係や生理的欲求に関するストレスを減らすように働きかけ、ワークライフバランスを整え生活の質の向上を図ることで、結果としてストレスを減らしモチベーションを高めることに繋がるであろう。

VII. 結 論

1. 国立大学病院よりも人員配置の少ない公立大学病院の手術室看護師は、よりストレス得点が高くモチベーションの得点が低下していることから、人員の増加や勤務形態の多様化によって、時間外労働削減に向けた組織的な取り組みが求められる。
2. リーダーとしての役割を持たせることはストレスを下げモチベーションを高めることに繋がる。
3. 臨床経験年数に関係なく、手術室経験年数が浅い者のストレス得点が高く、手術室経験の浅い看護師に対して、学習環境やサポートを強化することが重要である。
4. 国立大学病院と公立大学病院の手術室看護師におけるストレスとモチベーションの関係は同様の傾向であった。

引用・参考文献

- David Goldberg: The General Health Questionnaire (1985), 中川泰彬・大坊郁夫訳 (2013). 日本版 GHQ 精神健康調査票手引き (増補版). 日本文化科学社, p.72.
- Demerouti, E, Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout, *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- 深澤拓方 (2012). 手術室における看護師の職務継続に関する意識との関連, 看護管理学会抄録集, 124.
- 藤田優一・藤原千恵子 (2010). 小児看護を実践する看護師の属性と個人特性が職務ストレス認知に与える影響 — 小児病棟と成人との混合病棟での分析と比較 —, *日本小児看護学会誌*, 19(1), 80-87.
- 福島一成・安藤晋一郎・山本玉雄・竹内俊明・安藤美華代・八尋華那雄 (1994). 当院における手術場勤務看護婦のストレス実態調査: SSCQ を用いて, *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine* 34(1), 77.
- 福島一成・竹内俊明・山本玉雄・安藤晋一郎・安藤美華代 (1995). 当院手術室勤務看護婦のストレス実態調査 — SSCQ を用いて (第2報), *心身医* 1995; 35(1) : 58.
- 長谷部徳恵 (2011). 手術看護におけるやりがい獲得糧に関する研究, *日手看会誌*, 7(1), 41-44.
- 本間美恵・土門清恵 (2012). 手術室看護師の職務管理に影響する要因の分析 — 看護師3年未満と3年以上の経験別比較 —, 看護管理学会抄録集, 162.
- 堀井素子 (2004). 手術部看護師のストレスに対する実態調査, *日本手術医学会誌*, 25(3), 259-261.
- 堀田哲夫・久住文恵 (2010). 手術看護師のあり方と問題点, *手術医学*, 31(4), 299-301.
- 一瀬久美子・堀江令子・牟田典子・松山育枝・佐藤逸子・浅田まつえ・中尾優子 (2007). 看護師が抱える職場ストレスとその対応, *保健学研究*, 20(1), 67-74.
- 稲岡文昭 (1982). Burn Out Syndrome と看護 — 社会心理的側面からの考察, *看護*, 34(8), 129-137.
- 稲岡文昭 (1988). Burnout に導く職場の心理的・対人的要因の根源 — 事例・面接・観察法をとおして —, *看護研究*, 21(2), 53-59.

- 石丸律子・秋永和之・梅崎節子・新地浩一 (2012). 人工透析施設に勤務する看護師のストレスに関する研究 — オープンフロアという治療環境の影響について —, *バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌*, 14(2), 43-49.
- 伊藤博子・矢島二子 (2004). 手術室看護師のストレス実態 — 手術室未経験看護師のストレス状況調査 —, *日本手術医学学会誌*, 25(3), 256-259.
- JTBモチベーションズ研究・開発チーム: やる気を科学する (1998). 河出書房新社, p.18-21. 北脇友美・白井陵子・山本珠緒・兼田幸典 (2011). 配置転換した手術室看護師の勤務継続に関する要因, *日本手術看護学会誌*, 7(1), 27-30.
- 影山隆之・森俊夫 (1991). 病院勤務看護職者の精神衛生, *産業医学*, 33, 31-44.
- 北脇友美・白井陵子・山本珠緒・兼田幸典 (2011). 配置転換した手術室看護師の勤務継続に関する要因, *日本手術看護学会誌*, 7(1), 27-30.
- 久保真人 (2004). *バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは*, サイエンス社.
- 小杉正太郎 (2002). *ストレス心理学 個人差のプロセスとコーピング*, 川島書店.
- 黒田健治・横井昌人・野村吉宣・竹谷摩利子・川田誠一・寺島繁典・千原精志郎・澤村律子・米田博・岡田弘司 (1991). 看護者の健康に及ぼす交代制勤務の影響(第1報): 精神科病棟および老人科病棟勤務の看護者について, *心身医学*, 31(4), 293-298.
- Latham, G. (2007). *Work Motivation: History, Theory, Research, and Practice*. SAGE Publications. (レイサム, G. 金井壽宏(監訳)・依田卓巳(訳) (2009). *ワーク・モチベーション* NTT 出版社)
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York; Springer Publishing.
- 舛森とも子・白川こずえ・加々見和枝・下谷あけみ・行光美音子 (1988). 看護婦のBurnoutと職場環境・性格との関連について, *看護研究*, 21(2), 69-77.
- 南裕子 (1988). 燃えつき現象の精神看護学的推論, *看護研究*, 21(2), 12-19.
- 水谷郷美・大滝周・山中美恵子ほか, (2009). 病棟から手術室に異動となった看護師の心理の変容過程, *日本看護学会論文集 1 成人看護* 40, 68-70.
- 森俊夫・影山隆之 (1995). 看護者の精神衛生と職場環境要因に関する横断的調査, *産衛誌*, 37, 135-142.
- 本村良美 (2010). 看護師のバーンアウトに関連する要因, *日本職業・災害医学学会誌*, 58(3), 120-127.
- 中島義明・繁樹算男・箱田裕司 (2005). *新・心理学の基礎知識*, 有斐閣ブックス, pp.432-433.
- 中島義明 (1999). *心理学辞典*. 有斐閣, p.475.
- 労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課 (2000). *事業場における労働者の心の健康づくりのための指針*.
- 境忠宏 (1981). 職務態度の構造とワーク・モチベーション — 職務満足の動機づけ効果を中心として —, *横浜経営研究*, 1(3), 197-215.
- 大橋裕子 (2010). 病棟看護師の疲労に影響を及ぼす要因の検討, *日本看護医療学会雑誌*, 12(1): 20-29.
- 柴田理英子・三反田陽子・屋良千鶴子 (2013). 手術室看護師ストレス尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討, *日手看会誌* 9(1), 39-41.
- 坂下昭宣 (1999). *経営学大辞典*. 中央経済社, p.896.
- 三後美紀 (2004). 「職務ストレスとワーク・モチベーションに関する研究 — 垂直的交換関係が役割明確性に及ぼす影響に着目して —」 *Japanese Association of Administrative Science*, 7, 316-323.
- Selye, H (1936). *A syndrome produced by diverse noxious agents*, *Nature*, July4, 32.
- 須藤絢子 (2015a). 手術室看護師のストレスとモチベーションの関連, 北海学園大学大学院, 平成 26 年度経営学研究科修士論文.
- 須藤絢子 (2015b). 手術室看護師のストレスとモチベーションの関連 — 公立大学病院の手術室看護師を対象にして —, 第 46 回日本看護学会—看護管理—学術集会抄録集: 180.
- 高橋美央・山本美耶・一瀬里江・春名優子・古川真希子・武藤敦志 (2008). 精神科看護師のバーンアウトとコーピングスタイルとの関係, *精神看護*, 39, 119-121.
- 高橋直美 (2007). 「超急性期は刺激を遮断する」への疑問, *精神看護*, 10(2), 60-70.
- 竹内朋子 (2010). 看護師のワーク・ファミリー・コンフリクト(WFC)についての文献レビュー, *日看管会誌*, 14(1), p.85-94.
- Tanaka, S., Maruyama, Y., Ooshima, S. & Ito, H (2011). Working conditions of nurses in Japan: Awareness of work-life balance among nursing personnel at a university hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 12-22.
- 田尾雅夫 (1976). 仕事の特性のモチベーションに及ぼす効果について, *The scientific report of Kyoto Prefectural University. Humanistic science*, 28, 28-36.
- 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.
- 得田八千代・白木まり子・大塚晴美, 富永章子 (2008). 手術室看護師が感じるストレスと対処行動についての検討, *日手看会誌*, 4(2), 156.
- 安田宏樹 (2008). 職場環境の変化とストレス — 仕事における希望 —, *社会科学研究*, 59(2), pp.121-147.