

看護師のバーンアウトの実態とストレス要因についての検討

—— 県立2病院の結果から ——

A Study of Realities and Stress Factors of the Burnout on the Nurses. —— The Findings of 2 Prefecture Hospitals. ——

臼井 徳子 二村 良子 阿部 敬子 森 明美

【要約】 県立2病院の看護師382名を対象として、バーンアウトの実態とストレス要因を明らかにするために質問紙調査を行った。2病院は全体としてはバーンアウト傾向を呈していなかったが、各病院の危険群の割合は、I病院21.1%、S病院24.3%で少なくはなかった。

ストレス要因は2病院とも人手不足に起因する「労働過多」と、患者に対して十分な関わりができないという「ケアの不全感」が高得点で、また、バーンアウトとストレス要因間で強い正の相関を認めたのも「ケアの不全感」「労働過多」であった。さらに、マズラック・バーンアウトスケール(MBI)の3側面と相関を認めたストレス要因は、I病院では「上司葛藤」「同僚葛藤」「ケアの不全感」「教育環境不備」で、S病院は「教育環境不備」のみであった。バーンアウトの発生防止には、本調査で明らかとなったストレス要因軽減の方策が必要である。

【キーワード】 看護師 バーンアウト ストレス要因

I はじめに

高齢社会に於いて医療費の削減は国としての重要課題であり、診療報酬の改訂や入院基準見直しなど、医療を取り巻く状況はめまぐるしく変化している。加えて、病院が患者から選ばれる時代となり、医療内容やサービスの向上を余儀なくされている。また、医療の高度化と入院患者の多様化は、看護師にとって様々な課題をもたらし、心穏やかでない状況となっている。

M県には、一般病院2、精神病院1、療養型病院1の4つの県立病院がある。一般病院のI病院は毎年25名程度の退職者があり、勤務年数5~10年以上のベテランといわれる人たちの離職が目立ち、メンタル的な問題やバーンアウトが懸念された。一般病院のS病院の離職者は10名程度であるが、平均年齢40歳の年齢の高い集団で、バーンアウトを起こしやすいといわれている50歳以上の者も多く、若年集団とは異なるストレ

スがあるように思われる。そこで、この2つの一般病院に勤務する看護師のメンタルヘルスの実態を把握し、看護部組織としての対応を検討するために、バーンアウトの実態とストレス要因、およびバーンアウトを軽減する一因として、情緒的サポートと自己効力に関する調査を行った。本報では結果の概要について報告する。

II 方 法

県立I病院およびS病院の看護師440名を対象とした。I病院は、440床、病棟数13、看護師数290人、救命センターやNICU部門をもち、地域の第3次医療を担う中核病院である。S病院は250床、病棟数7、看護師数189人、精神科2病棟を開設する地域の中核病院である。各病棟師長を通して依頼文書、調査用紙、封筒を配布した。1週間の留め置き後、各自で封印し

た調査紙を、病棟の所定の場所で回収した。調査時期はS病院が2002年1月末、I病院が同年2月末である。質問紙はマ斯拉ック・バーンアウトスケールを田尾が改定したもの¹⁾ (以下MBI) 17項目、田尾の²⁾ ストレス尺度35項目、坂野ら³⁾ の「一般的セルフエフィカシー尺度」(以下GSES) 16項目、宗像の⁴⁾ 情緒的支援ネットワーク尺度10項目、個人属性として性別、年齢、勤務年数、勤務部署、役職、婚姻についての項目である。MBIとストレス尺度は「いつもある」から、「ない」までの5段階尺度で、バーンアウトやストレスがあるほど高得点となる。GSESと情緒的支援ネットワーク尺度は2件法で「はい」1点「いいえ」0点(逆転項目は逆採点)とし、それぞれ高得点ほど自己効力が高く支援ネットワークがあることになる。

III 倫理的配慮

依頼文書で、調査目的、方法、集計は病院所属でない研究者が担当しプライバシーの保護に努めることを説明した。回収されたものについては同意を得たとみなした。

IV 結果

回収数382部でMBIの回答が不備なものを除く349部について検討した。(回収率86.8%, 有効回答率91.4%)

MBIは「情緒的消耗感」5項目、「脱人格化」6項目、「個人的達成感の減少」6項目のカテゴリーとし、カテゴリー毎の総得点をその項目数で割ったものを、カテゴリー毎のバーンアウト個人得点とした。「情緒的消耗感得点」「脱人格化得点」は高得点ほど、バーンアウト傾向を示し、「個人的達成感の減少得点(以下個人的達成感とする)」は低得点ほどバーンアウト傾向を示す。ストレス尺度については田尾の報告に準じて「医師不信」6項目、「上司葛藤」4項目、「同僚葛藤」3項目、「同僚との伝達欠如」4項目、「ケアの不全感」9項目、「患者の死体験」3項目、「労働過多」4項目、「教育環境不備」2項目とし、カテゴリー毎の得点を各項目数で割ってストレス要因個人得点とした。病院毎にMBIおよびストレス得点と属性については一元配置の分散分析とTukeyの多重比較を、また、MBI得点とストレス要因との関連については

Spearmanの相関係数を算出した。病院間の属性比較は χ^2 検定を、得点の比較はt検定を行い、有意水準5%以下を有意性の判定基準とした。統計解析にはSPSS解析ソフト10.0Jを用いた。

(1) 対象の属性

対象の属性を表1に示した。I病院は213名(うち男性1名)、S病院は140名(うち男性19名)であった。年齢は、I病院は24歳以下が59名(25.4%)、25~29歳未満68名(31.9%)、30~35歳未満48名(22.5%)で、S病院は45~50歳未満31名(22.2%)、40~45歳未満25名(17.9%)、30~35歳未満19名(13.6%)で、I病院の方が若年であった。現在の部署での勤務年数は、I病院は1年未満92名(43.3%)、1~2年未満41名(19.2%)、2~3年未満17名(8.0%)で、S病院は1年未満28名(20.0%)、1~2年未満27名(19.3%)、2~3年未満33名(23.6%)でI病院の方が短かった。役職は両病院ともスタッフナースが多く、I病院171名(80.3%)、S病院105名(75.0%)で、副師長はそれぞれ16名(7.5%)、12名(8.6%)、師長は10名(4.7%)、10名(7.1%)であった。婚姻は、I病院は既婚者80名(38.5%)、未婚者131名(61.5%)で、S病院は既婚者87名(62.2%)、未婚者45名(32.1%)で、両病院で婚姻の割合は逆転していた。

(2) MBI得点について

2病院のMBI得点を表2に示した。I病院の平均得点は情緒的消耗感 3.60 ± 0.79 (M \pm SD)、脱人格化 2.05 ± 0.69 、個人的達成感 2.11 ± 0.61 で、S病院は情緒的消耗感 3.54 ± 0.83 、脱人格化 2.10 ± 0.86 、個人的達成感 2.40 ± 0.68 で、バーンアウト診断基準と比較して、両病院は3側面とも平均的区分に該当し、バーンアウト傾向を呈していなかった。

(3) ストレス要因得点について

2病院のストレス要因得点を表3に示した。2病院とも「労働過多」「ケアの不全感」の順に高く、「同僚葛藤」は、I病院ではS病院よりも有意に高かった。「労働過多」は“病棟に十分な人手がないことがある”“事務仕事のような看護以外の仕事をしなければならないことがある”の項目が高得点であった。「ケアの不全感」は“患者のそばに十分いられないことがある”

表1. 病院別属性

		人数(%)				人数(%)	
属性	病院	I 病院 n=213	S 病院 n=140	属性	病院	I 病院 n=213	S 病院 n=140
性別	女性	210(98.6)	117(83.5)	部署での勤務年数	1年未満	92(43.3)	28(20.0)
	男性	1(0.5)	19(13.6)		1~2年未満	41(19.2)	27(19.3)
	無記入	2(0.9)	4(2.9)		2~3年未満	17(8.0)	33(23.6)
年齢	24歳以下	59(27.8)	10(7.1)	3~4年未満	18(8.4)	16(11.4)	
	25~30歳未満	68(31.9)	14(10.0)	4~5年未満	15(7.0)	3(2.1)	
	30~35歳未満	48(22.5)	19(13.6)	5年以上	24(11.3)	25(17.8)	
	35~40歳未満	15(7.0)	15(10.7)	無記入	6(2.8)	8(5.7)	
	40~45歳未満	9(4.2)	25(17.9)	職位	スタッフナース	170(79.8)	105(75.0)
45~50歳未満	6(2.8)	31(22.3)	副師長		16(7.5)	12(8.6)	
50~55歳未満	5(2.3)	15(10.7)	師長		16(7.5)	12(8.6)	
55歳以上	2(1.0)	2(1.4)	実習指導者		11(5.2)	—	
無記入	1(0.5)	9(6.4)	その他		3(1.4)	7(5.0)	
勤務年数	1~3年	61(28.6)	13(9.3)	無記入	3(1.4)	6(4.3)	
	4~6年	43(20.2)	10(7.1)	婚姻	既婚	80(37.6)	87(62.2)
	7~9年	50(23.5)	12(8.6)		未婚	131(61.5)	45(32.1)
	10~19年	39(18.3)	36(25.7)		無記入	2(0.9)	8(5.7)
	20~29年	9(4.2)	43(30.7)	(%)は各病院毎の割合 — は調査せず			
	30年以上	6(2.8)	12(8.6)				
	無記入	5(2.4)	14(10.0)				

表2. 病院別バーンアウト得点

	平均値±標準偏差	
	I 病院 n=213	S 病院 n=140
情緒的消耗感	3.60±0.79	3.54±0.83
脱人格化	2.05±0.69	2.10±0.86
個人的達成感	2.11±0.61	2.40±0.68

表3. ストレス要因得点

	平均値±標準偏差	
	I 病院 n=213	S 病院 n=140
医師不信	2.38±0.65	2.47±0.73
上司葛藤	2.53±0.86	2.70±0.98
同僚葛藤	3.20±1.17	2.62±1.08*
同僚との伝達欠如	2.11±0.64	2.15±0.78
ケアの不全感	3.26±0.60	3.22±0.68
患者の死体験	2.49±0.96	2.32±0.81
労働過多	3.81±0.81	3.64±1.01
教育環境不備	2.92±0.83	2.82±0.81

* p < 0.05

“患者へのケアに際してミスしないかと恐れを感じる” “患者が苦しんでいるのを見る” “患者に苦痛を感じさせるような処置をしなければならぬことがある” の項目が高得点であった (表4)。

(4) 情緒的支援得点と自己効力得点

I 病院の情緒的支援得点は8.10±2.66, 自己効力得点は6.36±4.02で, S 病院の情緒的支援得点は7.53±3.12, 自己効力得点は6.77±4.09であったが, 病院間に有意差はみられなかった (表5)。

(5) バーンアウト安全群・危険群の比較

MBI 得点を情緒的消耗感3.0以下, 脱人格化1.83以下の安全群と, 情緒的消耗感3.8以上, 脱人格化2.5以上の危険群に分けて病院間比較を行った。安全群は I 病院40名(18.8%), S 病院32名 (22.9%), 危険群は I 病院45名(21.1%), S 病院34名 (24.3%) で両群間に人数の有意差はみられなかった。ストレス要因, 情緒的支援, 自己効力, 属性の比較では, ストレス要因は, I 病院の「患者の死体験」以外は, 両病院とも危険群の得点が安全群に比べて有意に高かった。また情

表 4. 病院別ストレス項目平均得点

		I 病院		S 病院	
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
医 師 不 振	医者から批判されることがある	2.32	1.09	2.47	1.26
	医者との間で考え方が食い違うことがある	2.87	0.96	3.12	1.10
	臨終（危篤）、緊急時に医者がいないことがある	2.16	1.15	1.99	1.18
	患者の症状について、医者が十分な情報を与えてくれないことがある	2.37	1.02	2.66	1.28
	医者がいないときに、患者についての判断（与薬など）をくぐせないことがある	2.64	0.99	2.43	1.16
ケ ア の 不 全 感	医者からその患者にとって不適切な処置をするように命じられることがある	1.88	0.92	1.65	0.95
	患者に苦痛を感じさせるような処置をしなければならないことがある	3.37	1.06	3.29	1.16
	末期の患者をケアする際に無力感を感じることもある	2.80	1.29	2.65	1.35
	患者へのケアに際して、ミスしないかと恐れを感じることもある	3.58	1.10	3.59	1.25
	十分に患者の気持ちの支えになってやれないと感じることがある	3.27	0.96	3.14	1.02
	患者の症状について、わからない質問を患者やその家族から尋ねられる	2.88	0.96	2.63	1.11
	患者が苦しんでいるのを見ることもある	3.47	0.94	3.13	1.06
	患者の側に十分いられないことがある	3.79	1.02	3.73	1.14
	要求が多い、気難しい患者をケアすることがある	3.20	0.96	3.39	1.16
	患者の苦しみに対して自分の感性がマヒしていると感じるときがある	2.91	1.03	2.57	1.14
死 患 者 験 の	親しくしていた患者が死ぬことがある	2.26	1.08	1.96	0.97
	患者やその家族と、患者自身の死について話さなければならないことがある	2.47	1.13	2.22	1.07
	患者の死を看取ることがある	2.76	1.14	2.23	1.31
上 司 葛 藤	上司と考え方が食い違うことがある	2.80	1.03	2.94	1.13
	上司から批判されることがある	2.27	1.04	2.23	1.20
	上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある	2.58	1.12	2.27	1.27
	上司の対応が遅いことがある	2.45	1.18	2.60	1.33
葛 同 僚	同じ病棟と一緒に働きたいナースがいることがある	2.37	1.19	2.49	1.46
	同じ病棟に指導してくれるナースがいないことがある	2.45	1.23	2.41	1.46
	協力的でないナースと一緒に働くことがある	2.27	1.13	2.68	1.33
伝 同 僚 欠 と 如 の	他の病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある	2.37	1.15	2.35	1.17
	同じ病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある	2.13	0.97	2.25	1.00
	ナースの間で患者のケアについての意見が食い違うことがある	2.28	0.86	2.44	0.94
	患者に対する不満を、同じ病棟のナースに打ち明けられないことがある	1.75	1.04	1.76	1.07
労 働 過 多	予想外の配置転換や仕事の割り当てを受けることがある	2.42	1.08	2.41	1.29
	事務仕事のような看護以外の仕事をしなければならないことがある	3.68	1.14	3.57	1.36
	同じ病棟に十分な人手がないことがある	4.03	1.05	4.01	1.19
	超過勤務が多いことがある	3.47	1.10	3.17	1.45
境 教 育 不 備 環	特殊な器具の操作や機能がはっきりとわからないことがある	2.90	0.92	2.86	1.04
	備環看護について勉強できないことがある	2.94	1.08	2.74	1.19

表 5. 情緒的支援得点、自己効力得点

	平均値±標準偏差	
	I 病院 n=213	S 病院 n=140
支援得点	8.10±2.66	7.53±3.12
自己効力得点	6.36±4.02	6.77±4.09

情緒的支援得点と自己効力得点は、危険群は安全群より低く、I 病院は、情緒的支援得点と自己効力得点が有意に低く、S 病院では自己効力得点が有意に低かった。さらに、危険群の属性を表 6 に示した。性別は、I 病院は女性のみ 44 名に対して、S 病院は女性 29 名、男性 4 名であった。年齢は、I 病院は 24 歳以下 15 名、25～29 歳未満 16 名、30～35 歳未満 9 名で、S 病院は 40～45 歳未満 8 名、25～29 歳未満 4 名、45～50 歳未満 6 名であった。部署勤務年数は、I 病院では 1 年未満

表6. バーンアウト危険群の属性

		人数						
病院		I 病院	S 病院	病院				
属性		n=45	n=34	I 病院	S 病院			
		n=45	n=34	n=45	n=34			
性別	女性	44	29	部署での勤務年数	1年未満	20	5	
	男性	0	4		1～2年未満	9	8	
	無記入	1	1		2～3年未満	3	10	
年齢	24歳以下	15	1		3～4年未満	4	1	
	25～30歳未満	16	4		4～5年未満	2	1	
	30～35歳未満	9	2		5年以上	6	6	
	35～40歳未満	2	3		無記入	1	3	
	40～45歳未満	1	8		職位	スタッフナース	39	26
	45～50歳未満	0	6			副師長	2	3
	50～55歳未満	1	4			師長	2	2
	55歳以上	0	2	その他		1	0	
勤務年数	無記入	1	4	無記入	1	3		
	1～3年	15	3	婚姻	既婚	15	21	
	4～6年	10	2		未婚	29	10	
	7～9年	11	2		無記入	1	3	
	10～19年	6	9					
	20～29年	2	8					
	30年以上	0	4					
無記入	1	6						

表7. MBIとストレス要因の相関係数

ストレス要因	情緒的消耗感		脱人格化		個人的達成感	
	I 病院	S 病院	I 病院	S 病院	I 病院	S 病院
医師不信	0.220**	0.359**	0.211**	0.385**	0.129	0.006
上司葛藤	0.217**	0.322**	0.355**	0.421**	0.146*	0.000
同僚葛藤	0.160*	0.314**	0.343**	0.397**	0.140*	-0.013
同僚との伝達欠如	0.138*	0.190*	0.354**	0.463**	0.118	0.020
ケアの不全感	0.417**	0.547**	0.237**	0.362**	-0.154*	-0.020
患者の死体験	0.061	0.288**	-0.046	0.165*	0.137*	0.088
労働過多	0.323**	0.423**	0.233	0.071	0.027	0.062
教育環境の不備	0.525**	0.493**	0.492**	0.323**	-0.236*	-0.171*

** p < 0.01 * p < 0.05

が20名、1～2年未満9名、5年以上6名で、S病院では2～3年未満10名、1～2年未満8名、5年以上6名であった。職位は、I病院はスタッフナース39名、副師長、師長各2名で、S病院はスタッフナース26名、副師長3名、師長2人で、婚姻は、I病院は既婚者15名、未婚者29名、S病院は既婚者21名、未婚者10名であった。また危険群の情緒的支援得点はI病院7.33±2.98、S病院6.61±3.72で、自己効力得点はI病院

5.44±4.20、S病院4.79±3.99であった。

(6) MBIとストレス要因との関連

2病院ともバーンアウト3側面とストレス要因間には有意な正の相関を多く認めた(表7)。I病院では「患者の死体験」以外の全てのストレス要因と、S病院では全てのストレス要因と正の相関を認めた。3側面とも有意な相関を認めたのは、I病院では「上司葛

藤」「同僚葛藤」「ケアの不全感」「教育環境不備」で、S病院では「教育環境不備」のみであった。また、情緒的消耗感と相関を認めたストレス要因は、I病院では「教育環境の不備」 $r=0.521$ 、「ケアの不全感」 $r=0.417$ の順であり、S病院では「ケアの不全感」 $r=0.547$ 、「教育環境の不備」 $r=0.493$ 、「労働過多」 $r=0.422$ の順であった。脱人格化と相関を認めたストレス要因は、I病院では「教育環境の不備」 $r=0.492$ 、S病院では「同僚との伝達欠如」 $r=0.463$ 、「上司葛藤」 $r=0.421$ などであった。

V 考 察

本報で用いたMBIは何点以上がバーンアウト状態であるという指標ではないものの、各病院全体のMBI得点は平均的であり、2病院ともバーンアウト傾向でないことが示唆された。しかし、バーンアウトの危険群は2病院とも20%程度で決して少ないとはいえない。田尾⁵⁾らによるとバーンアウトを起こす要因には年齢、経験年数、配偶者の有無などの個人的要因と、勤務形態などの状況要因があると述べており、本報では危険群の属性から要因を検討する。

先行研究^{6,7,8,9)}からバーンアウトは、年齢は20～29歳、50～59歳、臨床経験5年以内、交替勤務をしている看護師と、副師長・師長などの中間管理者、未婚者に多いことが判明している。I病院の看護師のバーンアウトは一般的な傾向同様20～29歳の年齢層、未婚者が多いが、勤務年数は1～3年が最多で、次いで4～6年、7～10年の人数がほぼ同じであった。これはI病院の離職者の年齢と関連があるのではないかとと思われるがここでは言及できない。一方、S病院は40～50歳が最大人数で、既婚者の人数が多かった。この点については、燃え尽きを引き起こす心理社会的要因が、配偶者の存在で解決や軽減を計れるものではないためではないかと考える。但しこの結果は対象者数が少なく、一般化はできないが、今後S病院と類似した年齢の高い看護師集団での調査によって明らかにしたいと考える。

本報で用いたストレス要因の1位は2病院とも「労働過多」に関する事で、具体的項目は“超過勤務が多い”“病棟に十分な人手がない”などの労働条件に関する事であった。2位は患者ケアにおける不全

感のカテゴリーで、このカテゴリーは9項目からなり、高い得点項目は“患者のそばに十分いられないことがある”“患者へのケアに際してミスしないかと恐れを感じる時がある”などで、患者に十分に看護ができないという不全感と、十分に患者に関わる時間がないために医療ミスをしないだろうかという不安や恐れとも読みとれる。またMBIとストレス要因との相関から、情緒的消耗感は両病院とも「ケアの不全感」と「教育環境不備」によって増加する事が明らかとなった。「教育環境不備」の項目は“特殊な器具の操作や機能がはっきりと分からない”“看護について勉強できないことがある”であった。情報技術の発展に伴い新しい医療機器が次々に導入される、看護の発展をめざした看護過程や記録方法の検討や研究の要請など、常に学習することを求められる中で、その時間と機会が保障されないことに対するストレスのように思われる。またMBIの3側面と相関が見られたストレス要因は、I病院では「上司葛藤」「同僚葛藤」「ケアの不全感」「教育環境不備」であり、S病院では「教育環境の不備」であったが、医師との人間関係や死に関するケアがストレス要因として高くないことも明らかになった。この結果は各病院の看護師の年齢、入院患者の重症度や疾患の種類に起因しているように推察されるが本報では特定できない。

バーンアウトを軽減させる要因とされている情緒的支援に関して宗像は¹⁰⁾、8点以上の得点は情緒的支援ネットワークが強いとしており、S病院の平均は7.53ではあったが、2病院とも支援サポートがあることができる。本報ではサポートの種類については調査していないが先行研究¹¹⁾では職場内・職場外サポートとも、あり群がなし群よりバーンアウト傾向を示していないとされており、本報でも両病院ともバーンアウト安全群は危険群よりも情緒的支援が高かった。

Bandura¹²⁾は、人は自己効力が低く認知されているときには無気力、無感動、無関心になり、あきらめが早く失望し、落胆するという行動特徴を示すと述べている。これはバーンアウトと同じ状態であり、自己効力を高く認知することはバーンアウトを防止することになる。自己効力得点はI病院6.36、S病院6.77で小谷野の報告¹³⁾(平均年齢27歳、対象1,006名)の7.46よりも低かった。坂野¹⁴⁾による一般女性の自己効力の平均得点は9.12で、この時の対象者の平均年齢は36±

12.05 歳である。本調査では対象者の年齢を階級で尋ねたために回答者の平均年齢を算出できなかったが、調査当時の病院が把握している全看護師の平均年齢は I 病院は30.9歳、S病院は40.2歳であった。その年齢にもかかわらず自己効力得点が低いことは、年齢を重ねることでの仕事や生活の体験の多さが自信の大きさに繋がっているとは言えず、これには体験の内容やその深まりなどの質が関係しているのではないかと推察され、殊にS病院についてはバーンアウト危険群の得点が低く、自己効力感を高めるような対応が必要と考える。

VI おわりに

調査を通して2病院がバーンアウト傾向にないという実態は判明したが、バーンアウトとの相関が示唆されたストレス要因の「ケアの不全感」「教育環境の不備」に関しては、下位スケールの項目数や妥当性の点から、さらに詳細なストレスについての調査が必要であると考えられる。また、I病院では同僚葛藤が高く、このことがI病院の離職に繋がっているように推察されるが、離職の要因については今回の調査から特定することはできず、別途検討が必要と考える。

文 献

- 1) 田尾雅夫・久保真人：バーンアウトの理論と実際，30-36，誠信書房，東京，1995.
- 2) 前掲1)，141-146.
- 3) 坂野雄二，東条光彦：一般性セルフエフィカシー尺度作成の試み，行動療法研究，12(1)，73-82，1986.
- 4) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，12，メヂカルフレンド社，東京，1993.
- 5) 前掲1) 47-49.
- 6) 田嶋長子他：看護婦の精神保健に関する研究（II）—精神科看護者の燃え尽き症候群—，福井県立短大大学論文集，1，75-86，1994.
- 7) 土井健郎他：燃え尽き症候群，空剛出版，1988.
- 8) 横田紀子，大坪知子他：看護業務の特性とナースのバーンアウトの関係．第28回看護管理，171-173，1997.
- 9) 森田きよ子，梶一美，他：主任看護婦のバーンアウトとその要因に関する調査，大阪市立看護短期大学紀要，第1巻，33-36，1993.
- 10) 前掲4) 155-156.
- 11) 山崎登志子：バーンアウト傾向と性格特性，ソーシャルサポートとの関係—病院規模による比較—日本看護研究会雑誌，Vol. 23. No. 2，29-41. 2000.
- 12) Bandura, A. 本明寛・野口京子監訳：激動社会の中の自己効力，金子書房，東京，2001
- 13) 小谷野康子：看護専門職の自立性に影響を及ぼす要因の分析—急性期病院の看護婦を対象にして—，聖路加看護大学紀要，No. 27，1-8，2001.
- 14) 前掲3)