

患者から暴力を受けた精神科看護師の感情に関する研究

—— 暴力を受けた直後と現在の感情および介在した要因 ——

金谷文代¹⁾，田村文子²⁾，大澤真奈美²⁾

1) 群馬県立精神医療センター

2) 群馬県立県民健康科学大学

目的：患者から暴力を受けた精神科看護師が抱いた直後の感情と現在の感情および介在した要因を明らかにして，精神科看護師がバーンアウトすることなく看護ケアを実践するための示唆を得ることである。

方法：A県の精神科病院に勤務する看護師10名に面接調査を行い，Berelson, B.の内容分析により分析した。

結果：暴力を受けた看護師の直後の感情は【患者に対する怒りと不満】【患者に対する嫌悪感と拒否感】など12コアカテゴリであった。暴力を受けた看護師の現在の感情は【患者に対する諦め】【患者の病状安定への心配】など11コアカテゴリであった。暴力を受けた看護師の直後と現在の感情に至る間に存在した要因は【患者理解の深まり】【暴力への解釈の転換】など6コアカテゴリであった。

結論：暴力を受けた看護師は直後に怒り・嫌悪などの否定的感情を抱いていた。これらの感情は患者理解の深まりや暴力への解釈の転換などの要因により減少した。一方，現在も否定的感情を抱いている者もあり，暴力を受けた看護師に対するサポートの重要性が示唆された。

キーワード：精神科看護師，暴力，感情，介在した要因

I. 緒 言

近年，我が国のみならず世界の保健医療福祉施設における患者から看護師への暴力が注目されている。国際看護師協会は，他の専門職と比較し，看護師に対する患者からの暴力の広がり重要な問題であることを指摘し，職場における暴力対策ガイドライン¹⁾を発行した。また，日本看護協会は，保健医療福祉施設に勤務する職員のうち3割以上の者が身体的暴力および言語的暴力を受けていると報告し，医療の場における暴力を問題視して，暴力対策指針²⁾を発行した。このような現状の中で，2000年以降，暴力や攻撃性に対して介入するための取り組みとしてCVPPP (Comprehensive Violence Prevention and Protection Pro-

gramme：包括的暴力防止プログラム)³⁾が医療現場で導入されている。

精神科病棟で起こる暴力・トラブルについて石田⁴⁾は，一般病棟の2～4倍であると報告している。江波戸⁵⁾の調査でも同様の結果が報告されており，特に精神科における暴力は深刻な問題である。安永⁶⁾は，精神科における患者から看護師への暴力の実態調査で，約7割の精神科看護師が患者からの暴力を経験し，ショックや恐怖心，虚しさを抱いていたと述べている。精神科看護師が勤務中に患者から受けた暴力の実態調査⁷⁾でも，9割以上の者が暴力を受けていたと報告したうえで，暴力は有益な患者サービスの提供を脅かすものであるとしている。

患者から暴力を受けた精神科看護師の感情につ

いて、武井ら⁸⁾は、暴力をふるった側もふるわれた側も双方とも自尊心が傷つき、相手に対する嫌悪感や恥の意識、罪悪感といったさまざまな否定的感情が恐怖とともに残り、当事者だけでなく人間一般に対する基本的信頼がそこなわれてしまうことを明らかにした。患者から暴力を受けた精神科看護師は、混乱・驚き・怒り・自己嫌悪・罪悪感・ケアの喪失・患者への恐怖・患者に関わることに對する嫌気^{9,10)}など否定的感情を抱いていた。さらに、安永¹¹⁾は、患者から暴力を受けた精神科看護師のなかには6ヶ月経過後にも仕事を辞めたいといった感情を持ち続けている者の存在を明らかにしていた。これらは、精神科看護師にとって患者からの暴力が衝撃的な出来事であり、安全の脅威や外傷性ストレス障害に繋がりがかねない重大な問題であることを示していた。しかし、いずれの研究も精神科看護師の直後の感情のみに焦点を当てた横断的研究であり、現在の感情を明らかにしたものは存在しなかった。

これまでに筆者は、患者から様々な身体的暴力、言語的暴力、性的暴力を体験した。暴力直後には辛い、関わりたくない、辞めてしまいたいという否定的感情を抱き、関わりの難しさを感じた。しかし、このような暴力を受けながらも、自分の感情に折り合いをつけ、先輩や周囲の人の助言を得ながら、患者との関わりを継続してきた。その結果、現在では否定的感情が軽減している。そこで筆者は、暴力を受けた精神科看護師が直後にどのような感情を抱き、現在の感情はどのように変化したのか、また現在の感情に至るにはどのような要因が介在していたのかという点について縦断的に調査したいと考えた。

このことは、患者の暴力に対して様々な感情を抱きながら関わっている精神科看護師に対しケアの見通しを与え、バーンアウト (burn out : 燃え尽き) することなく看護ケアを行うことに繋がると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、患者から暴力を受けた精神科看護師が抱いた直後の感情と現在の感情および介在した要因を明らかにして、精神科看護師がバーンアウトすることなく看護ケアを実践するための示唆を得ることである。

III. 用語の定義

1. 暴力 (violence)

本研究における暴力とは、精神科看護師が脅かされるあるいは苦痛であると感じた行為と定義する。具体的には、①叩く、ひっかく、殴るなどの身体的暴力、②殺すぞ、覚えているなどの言語的暴力、③体を触る、卑猥な言葉を言われるなどの性的暴力を含む¹²⁾。

2. 感情 (feeling, emotion, mood, affection)

発達心理学辞典¹³⁾ や心理学総合事典¹⁴⁾ において、情緒 (affection)・感情 (feeling)・情動 (emotion) という3つの用語は、厳密に区別されておらず、きわめて広義の概念である。また、看護学大辞典¹⁵⁾ では、感情 (feeling) は外界の事物、他人の言動を知覚することによって惹き起こされる快、不快などの気持ちをいい、多様な心的状態の総称である。感情とは何かという問いに対する正確な答えは、現在のところない¹⁶⁾ とも言われているが、感情は周囲の出来事や自分自身の内的状態に基づいて個人によって体験され、行動に反映されるものであり、人間にとって重要な意義をもっている。

従って、本研究における感情は、他者の言動あるいは周囲の何らかのことがらを知覚することにより惹き起こされる快 (愛着・愛情・喜び・敬愛・思慕等)、不快 (怒り・悲しみ・恐れ・嫌悪・拒否等) などの気持ち、思いと定義する。

3. 直後の感情

本研究における直後の感情とは、面接により想起された暴力を受けた時に生じた精神科看護師の感情とする。

4. 現在の感情

本研究における現在の感情とは、面接時の精神科看護師の感情とする。

5. 介在した要因

本研究における介在した要因とは、暴力を受けた精神科看護師の直後の感情が現在の感情に至る間に存在して、現在の感情に影響を与えたと看護師が知覚したことからとする。

IV. 研究方法

1. 研究対象者

本研究では、精神科において患者から暴力を受けた看護師のさまざまな感情についてデータ収集を行う。先行研究によれば、経験年数の短い看護師の特徴として、暴力を受けた際、身体的・精神的影響を受けやすく、平常心に戻るまで時間を要することが明らかになっている¹⁷⁾。さらに、精神科に入職した新卒者や異動となった看護師は、患者との関係づくりが困難であることで辛さを抱いていることが明らかになっている¹⁸⁾。これらのことから、暴力を受けた体験を想起して語ることによる精神科経験年数の短い看護師への精神的苦痛を配慮する必要がある。Dreyfusの技術修得モデルを看護に応用したBennerによれば、新人は¹⁹⁾状況のほんの一部を扱うことができるだけであり、局面を認知するのに多くの時間を費やすとされている。一方、2年から3年仕事を続けてきた中堅は²⁰⁾、統御感覚と臨床看護における多くの不測の出来事をうまく処理し、管理する能力によって特徴づけられるとされている。先行研究²¹⁻²⁴⁾を概観した結果、暴力は衝撃的な出来事であり、長期に

わたって想起できることや時期を設定した文献は少なかったことから、暴力を受けた時期については、限定しなかった。

以上の結果から、本研究の対象者は次の要件に設定した。

- 1) 精神科において患者から暴力を受けた経験のある看護師
- 2) 精神科臨床経験3年以上の看護師
- 3) 研究参加に同意した看護師

研究対象者の選定にあたっては、病院の看護部長に文書を用いて研究の趣旨を説明し、承諾を得た。その後、病棟の看護師長を紹介して頂き、研究の説明を行い、対象者を1名選定して頂いた。その後、ネットワークサンプリングにより、対象者を選出した。

2. データ収集期間

2013年4月～8月

3. データ収集方法

データ収集は、半構造化面接により実施した。データ収集に先立ち、先行研究²⁵⁻²⁷⁾に基づき質問項目を検討し、パイロットスタディによる質問項目の妥当性の検討を経てインタビューガイドを作成した。インタビューガイドは、対象者の属性と暴力を受けた精神科看護師の感情などから構成した。質問の順序は、対象者属性に関する質問から始め、次に「これまでに体験した印象に残る暴力の場面とその状況」、「暴力を受けた直後に抱いた感情」、「その患者に対する現在の感情」「現在の感情に至るまでに影響したことから」の順に行った。なお、インタビューは対象者の個人情報の保護に配慮した病院内の個室で希望した日時に行い、60分を目安に面接を実施した。インタビュー内容は、対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。インタビューの途中でも、本人の希望がある場合は直ちに中止できること、答えたくない質問には

答えなくてよいことを事前に知らせた。また、暴力を受けた体験について想起してもらうため、身体的・精神的な変化に十分配慮し、疲労がみられた際や精神的動揺が著しい状態を確認した際には直ちにインタビューを中止することにした。

4. データ分析方法

データ分析には、Berelson, B.の内容分析²⁸⁻³⁰⁾を用いた。データ化及びデータ分析の手順は以下の通りである。

- 1) 面接内容を研究対象者ごとに逐語録に起こした。
- 2) 逐語録に起こしたデータを暴力を受けた精神科看護師の直後の感情と現在の感情、介在した要因に焦点を当てて文章を抽出し、文脈単位を決定した。文脈単位の抽出の際、研究目的にかなった内容であるかを適宜確認した。得られたデータを繰り返し読み、暴力を受けた精神科看護師の感情と要因を表すパラグラフ、いくつかのパラグラフが構成する文章全体など、文脈単位を決定した。
- 3) 決定された文脈単位を繰り返し読み、意味の区切れる単文を記録単位とし、コード化した。
- 4) 分析対象とするコードの意味内容の類似性に従い分類し、共通した意味のあるコードをまとめとりとし、その分類を忠実に反映したサブカテゴリネームをつけた。
- 5) サブカテゴリの意味内容の類似性を検討し、カテゴリネームをつけた。
- 6) カテゴリの意味内容の類似性を検討し、コアカテゴリネームをつけた。
- 7) カテゴリに分類された記録単位数を算出した。
- 8) 分析過程においては、常に逐語録と分析結果とを繰り返し照合しながら、内容が一致しているかを確認した。

5. 信頼性の確保

カテゴリの信頼性を確保するため、第1に暴力を受けた精神科看護師の直後の感情について、第2に暴力を受けた看護師の現在の感情について、第3に感情に介在していた要因について、Berelson, B.の内容分析を用いた研究経験を有する看護学研究者2名におけるカテゴリへの分類の一致率を、Scott, W.A.の式³¹⁾に基づき算出し、検討した。一致率の判定について基準は示されていないが、70%以上の一致率を示した場合には、カテゴリが信頼性を確保していると判断している³²⁾ため基準を70%以上とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、群馬県立県民健康科学大学倫理委員会の承認を得た。その後、研究対象とする医療施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

1) 対象者への説明

施設責任者および看護部長の了解を得たうえで、病棟師長に研究の趣旨を説明した文書を用いて、了解を得た。なお、対象者の選定は研究参加の強制力を排除するため、ネットワークサンプリングを用いて行った。対象者に対しては、研究の目的、内容、手順、研究参加により期待される利益、不利益、リスク、論文の公表などについて口頭と文書により説明を行い同意書に署名を得た。研究協力の自由意思、研究協力への拒否、同意しない場合でも不利益を受けないこと、研究協りに同意した場合でも、いつでも撤回することができることを説明した。インタビューの逐語録は、個人が特定できないように記号化し、研究終了後、録音テープの内容を消去することを約束した。

V. 結 果

1. 対象者の概要 (表1)

本研究の対象者は、A県の精神科単科の医療施設に勤務する看護師10名であった。対象者は男性

表1 対象者の概要

n = 10

対象	年齢	精神科 経験年数	性別	暴力の種類と場面(件数)			暴力の概要 (場面番号)
				身体的 (18件)	言語的 (10件)	性的 (1件)	
A	30代	3年	男	○			パンチをされた (a1)
B	30代	7年	男	○			頭を二発殴られた (a2)
				○	○		殴りかかり、大声を出して威嚇された (a3・b1)
C	30代	5年	男	○	○		殴りかかり襲いかかられ、「かかってこい、ぶっ飛ばしてやる」と言われた (a4・b2)
				○	○		自傷他害をしている患者に2～3回殴られたり、毎日他害をほめかされた (a5・b3)
				○			顔面を殴られた (a6)
D	40代	15年	男	○			後ろから突然叩かれた (a7)
					○		「お前の住所を電話帳で調べて、退院した後(家)に行くぞ」と言われた (b4)
					○		名前を確認され、「俺を出さないんだったら退院後にブログで流すぞ」と言われた (b5)
E	40代	17年	男	○			顔面を殴られた (a8)
				○			水をかけられた (a9)
					○		個室対応時「手を折ってやるぞ」と言われた (b6)
F	40代	21年	女	○			コップで頭を叩かれた (a10)
				○	○		「あっち行け」と言われ、蹴られた (a11・b7)
						○	看護師を永遠のフィアンセといい年賀状を送られた (c1)
					○		「女のいうことなんか聞けるか」と指示に従わない (b8)
G	50代	23年	女	○			体当たりされ跳ね飛ばされた (a12)
				○			後ろから髪を引っ張られた (a13)
				○			白衣のベルトを掴まれ部屋の隅に追いやられた (a14)
H	30代	7年	女	○			ベッドの上に立っている患者に殴られた (a15)
I	30代	7年	女	○			腕を叩かれた (a16)
				○			水をかけられた (a17)
J	20代	7年	女	○			ピッチのストラップを引っ張られた (a18)
					○		「何でそんなに太ってるの」「ぶたぶた」と連呼された (b9)
					○		「この看護師が一番嫌なんだよ」と言われた (b10)

5名、女性5名であり、年齢は20歳代から50歳代の範囲であり、平均年齢は38.1歳(SD8.0)であった。精神科臨床経験年数は3年から23年の範囲であり、平均経験年数は11.2年(SD7.2)であった。対象者が受けた暴力の場面とその概要は、身体的暴力が18場面、言語的暴力が10場面、性的暴力が1場面であった。対象者が暴力を受けた時期は、20年前から3ヶ月前の範囲であり、平均7.1年前(SD6.1)であった。

暴力を受けた時の病棟は、急性期病棟17件、慢性期病棟7件、高齢精神障害者病棟1件であった。

2. 暴力を受けた精神科看護師の直後の感情と現在の感情および介在した要因

1) 暴力を受けた精神科看護師の「直後の感情」(表2)

暴力を受けた精神科看護師の直後の感情に焦点を当ててデータを分析した結果、69文脈単位を抽出し、92記録単位に分割した。対象者1名あたりの記録単位数は最少1記録単位から最大6記録単位の範囲であり、平均3.64記録単位であった。

92記録単位を意味内容の類似性に基づき分類した結果、31サブカテゴリ、18カテゴリ、12コアカ

表2 暴力を受けた看護師の直後の感情

(記録単位数：%)

31サブカテゴリ	18カテゴリ	12コアカテゴリ
暴力をふるった患者に対して腹だたいと思う (6) 暴力をふるった患者に対して苛立つ (4) 暴力をふるった患者に対して怒りをおぼえる (3) 暴力を受けてやられてしまったと思う (2)	[暴力をふるった患者に対して怒りがある] (15)	【1. 患者に対する怒りと不満】 (26記録単位：28.3%)
暴力をふるった患者が悪いと思う (2)	[暴力をふるった患者が悪い] (2)	
何故暴力を受けたのか理由がわからない (8) 幻聴だけで暴力をふるうなんて納得できない (1)	[患者の暴力に対して納得がいかない] (9)	
暴力に対して自分の対応が悪かったと思う (11) 暴力に対して自分でどうしていいかわからない (3) 暴力に対してどうにかしなければと思う (2)	[自分の対応が悪かった] (11) [暴力に自分がどう対処していいかわからない] (5)	【2. 自分の対応への自責の念と困惑】 (16記録単位：17.4%)
不意の暴力に驚いた (5) 突然の暴力に何が起きたのかわからず呆然とした (3) 暴力があり得る人なのだと思う (3) まさか暴力を受けると思わなかった (2) 急な暴力にショックを受けた (1)	[予測しなかった暴力への驚き] (14)	【3. 予測しなかった暴力への驚異】 (14記録単位：15.2%)
暴力をふるわれたことで患者を嫌だと思う (5) 暴力行為が嫌なのでやめてほしいと思う (1) 患者の顔を見たくないから、いなくなりたいかなと思う (3) 暴力を受けて出来れば患者に関わりたくない (2)	[暴力を受けて患者が嫌になる] (6) [患者の顔を見たくない] (3) [出来れば患者に関わりたくない] (2)	【4. 患者に対する嫌悪感と拒否感】 (11記録単位：12.0%)
患者の暴力に対して怖いと思う (7) 患者の脅しが頭から離れない (1)	[暴力に対して恐怖がある] (8)	【5. 患者に対する恐怖心】 (8記録単位：8.7%)
仕事だから関わらなくちゃいけないと思う (3) 暴力があっても自分が関わらなければと思う (1)	[仕事だから関わらなくてはならない] (4)	【6. 仕事に対する責任感】 (4記録単位：4.3%)
患者の暴力に対してまたかと思う (2) 患者は暴力の可能性があったので仕方なかった (1)	[患者に対してお手上げ感がある] (3)	【7. 患者に対する諦め】 (3記録単位：3.3%)
患者に暴力がいけないということをわかってもらいたいと思う (2) 暴力のある患者の退院先がなくなるかを心配する (1)	[患者に暴力がいけないことをわかってもらいたい] (2) [暴力のある患者の居場所を心配する] (1)	【8. 患者への心配】 (3記録単位：3.3%)
暴力を受けたことで仕事を辞めたいと思う (2)	[暴力を受けたことで仕事を辞めたい] (2)	【9. 仕事に対する拒否感】 (2記録単位：2.2%)
暴力を受けたことで落ち込んだ (2)	[暴力を受けて落ち込んだ] (2)	【10. 暴力を受けたことによる落胆】 (2記録単位：2.2%)
他のスタッフが来て、対応してくれたので心強かった (2)	[他のスタッフの存在が心強い] (2)	【11. 周囲のスタッフへの安心感】 (2記録単位：2.2%)
暴力を受けたがおおごとにならなくてよかったと思う (1)	[重大な暴力にならなくてよかった] (1)	【12. 重大な暴力にならなかった安堵感】 (1記録単位：1.1%)
	記録単位総数	92 (100%)

テゴリが抽出された(表2)。以下、コアカテゴリは【 】, カテゴリは〔 〕, サブカテゴリは〈 〉で示す。

これらの12コアカテゴリは、【1. 患者に対する怒りと不満】【2. 自分の対応への自責の念と困惑】【3. 予測しなかった暴力への驚異】【4. 患者に対する嫌悪感と拒否感】【5. 患者に対する恐怖心】【6. 仕事に対する責任感】【7. 患者に対する諦め】【8. 患者への心配】【9. 仕事に対する拒否感】【10. 暴力を受けたことによる落胆】【11. 周囲のスタッフへの安心感】【12. 重大な暴力にならなかった安堵感】であった。なお、対象者は周囲のスタッフとは、精神科看護師および医師と述べ

ていた。

以下、これら12コアカテゴリについて記録単位数の多いものから結果を論述する。

【1. 患者に対する怒りと不満】(26記録単位：28.3%)：このコアカテゴリは、〔暴力をふるった患者に対して怒りがある〕〔暴力をふるった患者が悪い〕〔患者の暴力に対して納得がいかない〕の3カテゴリから構成された。これらは、患者から暴力を受けた精神科看護師が〈暴力をふるった患者に対して腹だたいと思う〉〈暴力をふるった患者に対して苛立つ〉〈暴力をふるった患者が悪いと思う〉など暴力によって患者に対して腹立たしきや苛立ちなどの怒りを抱いたことを表していた。加

えて〈何故暴力を受けたのか理由がわからない〉
〈幻聴だけで暴力をふるうなんて納得できない〉
など精神科看護師が暴力を受けた理由を理解できず、暴力に納得できずに不満を抱いていることを表していた。

【2. 自分の対応への自責の念と困惑】(16記録単位：17.4%)：このコアカテゴリは、[自分の対応が悪かった][暴力に自分がどう対処していいかわからない]の2カテゴリから構成された。これらは、〈暴力に対して自分の対応が悪かったと思う〉と暴力が生じたことに対して、自分の関わりが軽率であったこと、自分が患者と十分に距離がとれていなかったことなど自分を責めていることを表していた。加えて、〈暴力に対して自分でどうしていいかわからない〉〈暴力に対してどうにかしなければと思う〉など精神科看護師の患者への対処の戸惑いや困惑を表していた。

【3. 予測しなかった暴力への驚異】(14記録単位：15.2%)：このコアカテゴリは、[予測しなかった暴力への驚き]の1カテゴリから構成された。これは、〈突然の暴力に何が起こったのかわからず呆然とした〉〈まさか暴力を受けると思わなかった〉など想定していなかった暴力を受けたことによる、患者への驚きを抱いたことを表していた。

【4. 患者に対する嫌悪感と拒否感】(11記録単位：12.0%)：このコアカテゴリは、[暴力を受けて患者が嫌になる][患者の顔を見たくない][出来れば患者に関わりたくない]の3カテゴリから構成された。これらは、〈暴力をふるわれたことで患者を嫌だと思ふ〉〈暴力行為が嫌なのでやめてほしいと思う〉など暴力によって生じた患者に対する嫌悪感や暴力行為への嫌悪感を抱いたことを表していた。加えて、〈患者の顔を見たくないから、いなくなりたいかなと思う〉〈暴力を受けて出来れば患者に関わりたくない〉など暴力を受けたことによる患者への拒否感を抱いたことを表してい

た。

【5. 患者に対する恐怖心】(8記録単位：8.7%)：このコアカテゴリは、[暴力に対して恐怖がある]の1カテゴリから構成された。これは、〈患者の暴力に対して怖いと思う〉〈患者の脅しが頭から離れない〉など暴力そのものに対する恐怖や暴力を受けたことによる持続する恐怖心を抱いたことを表していた。

【6. 仕事に対する責任感】(4記録単位：4.3%)：このコアカテゴリは、[仕事だから関わらなくてはならない]の1カテゴリから構成された。これは、〈仕事だから関わらなくちゃいけないと思う〉〈暴力があっても自分が関わらなければと思う〉など暴力を受けた直後であっても何とか患者に関わろうとする精神科看護師の責任感を表していた。

【7. 患者に対する諦め】(3記録単位：3.3%)：このコアカテゴリは、[患者に対してお手上げ感がある]の1カテゴリから構成された。これは、〈患者の暴力に対してまたかと思う〉〈患者は暴力の可能性があったので仕方なかった〉など繰り返される暴力によって生じた諦めや暴力が起きても仕方ない状況であったことからくる諦めを表していた。

【8. 患者への心配】(3記録単位：3.3%)：このコアカテゴリは、[患者に暴力がいけないことをわかってもらいたい][暴力のある患者の居場所を心配する]の2カテゴリから構成された。これらは、〈患者に暴力がいけないということをわかってもらいたいと思う〉〈暴力のある患者の退院先がなくならないかを心配する〉など精神科看護師として患者に暴力が悪いことであると理解してほしいと思うことや暴力のある患者の先行きを心配していることを表していた。

【9. 仕事に対する拒否感】(2記録単位：2.2%)：このコアカテゴリは、[暴力を受けたことで仕事を辞めたい]の1カテゴリから構成された。

これは、〈暴力を受けたことで仕事を辞めたいと思う〉という仕事に対する拒否感を表していた。

【10. 暴力を受けたことによる落胆】(2記録単位：2.2%)：このコアカテゴリは、〔暴力を受けて落ち込んだ〕の1カテゴリから構成された。これは、〈暴力を受けたことで落ち込んだ〉という精神科看護師の落胆を表していた。

【11. 周囲のスタッフへの安心感】(2記録単位：2.2%)：このコアカテゴリは、〔他のスタッフの存在が心強い〕の1カテゴリから構成された。これは、〈他のスタッフが来て、対応してくれて心強かった〉と暴力時に周囲のスタッフが迅速に対応してくれたり、集まってくれたりしたことへの安心感を表していた。

【12. 重大な暴力にならなかった安堵感】(1記録単位：1.1%)：このコアカテゴリは、〔重大な暴力にならなくてよかった〕の1カテゴリから構成された。これは、〈暴力を受けたがおおごとにならなくてよかったと思う〉という重大な暴力に至らなかった安堵感を表していた。

以上の12コアカテゴリのなかで、【1. 患者に対する怒りと不満】【3. 予測しなかった暴力への驚異】【4. 患者に対する嫌悪感と拒否感】【5. 患者に対する恐怖心】【7. 患者に対する諦め】【8. 患者への心配】の6コアカテゴリは、患者に向けた感情を表し、記録単位総数の70.7%を占めていた。

次に、【2. 自分の対応への自責の念と困惑】【6. 仕事に対する責任感】【9. 仕事に対する拒否感】

【10. 暴力を受けたことによる落胆】【12. 重大な暴力にならなかった安堵感】の5コアカテゴリは、自分に向けた感情を表し、記録単位総数の27.2%を占めていた。

さらに、【11. 周囲のスタッフへの安心感】の1コアカテゴリは、周囲に向けた感情を表し、記録単位総数の2.2%であった。

2) 暴力を受けた精神科看護師の「現在の感情」(表3)

患者から暴力を受けた精神科看護師の現在の感情に焦点を当ててデータを分析した結果、80文脈単位を抽出し、107記録単位に分割した。対象者1名あたりの記録単位数は最少1記録単位から最大10記録単位の範囲であり、平均4.35記録単位であった。

107記録単位を意味内容の類似性に基づき分類した結果、32サブカテゴリ、22カテゴリ、11コアカテゴリが抽出された(表3)。

これらの11コアカテゴリは、【1. 患者に対する諦め】【2. 患者の病状安定への心配】【3. 暴力による学びへの感謝】【4. 自分の対応への自責の念】【5. 患者への消失した嫌悪感と怒り】【6. 患者への持続する嫌悪感と拒否感】【7. 暴力再発防止に対する配慮】【8. 看護師としての責任感】【9. 患者への持続する恐怖心】【10. 患者の言動に対する安心感】【11. 周囲のサポートへの感謝】であった。

以下、これら11コアカテゴリについて記録単位数の多いものから結果を論述する。

【1. 患者に対する諦め】(23記録単位：21.5%)：このコアカテゴリは、〔患者は病気だから仕方ない〕〔個人に対する暴力ではないので仕方ない〕〔病状が不安定なので仕方ない〕〔仕事として仕方ない〕の4カテゴリから構成された。これらは、〈暴力は病気や病状のせいだったと思う〉〈病状が不安定だったので仕方なかったと思う〉など患者の急性期症状が強かったことや病状が悪かったことにより、暴力は仕方ないことであると感じていることを表していた。加えて、〈自分だけに向けられた暴力ではないので仕方なかったと思う〉〈病状が悪く変わらないので仕方ないと思う〉など自分個人だけに向けられたものではないという諦めや関わりを継続していても変わらない患者に対する諦めを表していた。

表3 暴力を受けた看護師の現在の感情

(記録単位数：%)

32サブカテゴリ	22カテゴリ	11コアカテゴリ
暴力は病気や病状のせいだったと思う (8) 病状が不安定だったので仕方なかったと思う (5) 暴力をふるう可能性のある患者だと思う (3)	[患者は病気だから仕方ない] (16)	【1. 患者に対する諦め】 (23記録単位：21.5%)
自分だけに向けられた暴力ではないので仕方なかったと思う (3)	[個人に対する暴力ではないので仕方ない] (3)	
病状が悪く変わらないので仕方ないと思う (2)	[病状が不安定なので仕方ない] (2)	
患者と関わることは仕事だから仕方ないと思う (2)	[仕事として仕方ない] (2)	
患者の病状が安定して元気で過ごしているかなと思う (6) 患者の病状が安定して欲しいと思う (4) 患者にとっては治療が進んだのでよかった (1)	[患者の病状や生活を気にかける] (11)	【2. 患者の病状安定への心配】 (14記録単位：13.1%)
患者への親しみや愛着がある (2)	[患者に対するいとおしきがある] (2)	
寿命が長くない患者が可哀想だと思う (1)	[予後不良の患者が気の毒である] (1)	
暴力がよい経験になっていると思う (9) 暴力がきっかけで学べてよかったと思う (5)	[暴力がきっかけで学べてよかった] (14)	【3. 暴力による学びへの感謝】 (14記録単位：13.1%)
暴力時の対応を振りかえって自分が悪かったと思う (7) 暴力時の自分が未熟で病状理解が足りなかったと思う (2) 暴力時の対応を恥ずかしいと思う (1)	[自分の対応が悪かった] (10)	【4. 自分の対応への自責の念】 (13記録単位：12.1%)
何故暴力を受けたのかと自分を責める (3)	[個人的な暴力に対する自責感がある] (3)	
患者への嫌だという感情はない (6) 暴力を受けた直後の患者への怒りはない (6) 患者への恐怖はない (1)	[患者に対する嫌悪感はない] (6) [患者に対する怒りはない] (6) [患者に対する恐怖はない] (1)	【5. 患者への消失した嫌悪感と怒り】 (13記録単位：12.1%)
今も心の中に暴力体験が残っている (4) できれば暴力をふるった患者と関わりたくない (3)	[患者に対する拒否感がある] (7)	
再び暴力をふるわれたら嫌だと思う (3) 注意する必要があるので他の患者よりも嫌だと思う (1)	[患者に対する嫌悪感がある] (4)	
再び暴力が起きないように注意を払おうと思う (6)	[再び暴力が起きないように関わりに気をつける] (6)	【7. 暴力再発防止に対する配慮】 (6記録単位：5.6%)
看護師として患者の暴力を防止しなくてはならないと思う (2) 看護師として患者に暴力がいけないことを伝えなくてはならないと思う (2)	[看護師として患者教育の必要性を感じる] (4)	【8. 看護師としての責任感】 (5記録単位：4.7%)
今は仕事を辞めたいと思わない (1)	[仕事を辞めたいと思わない] (1)	
再び暴力を受けるのではないかと恐怖が残っている (3) 患者への恐怖が薄れたが、まだある (1)	[患者に対する恐怖が残る] (3) [患者に対する恐怖がまだある] (1)	【9. 患者への持続する恐怖心】 (4記録単位：3.7%)
暴力をしないという患者の言動により安心した (2)	[患者の言動により安心した] (2)	
他のスタッフの暴力への対応が心強かった (2)	[周囲のサポートに感謝する] (2)	【11. 周囲のサポートへの感謝】 (2記録単位：1.9%)
記録単位数総数		107 (100%)

【2. 患者の病状安定への心配】(14記録単位：13.1%)：このコアカテゴリは、[患者の病状や生活を気にかける] [患者に対するいとおしきがある] [予後不良の患者が気の毒である]の3カテゴリから構成された。これは、〈患者の病状が安定して元気で過ごしているかなと思う〉〈患者の病状が安定して欲しいと思う〉など精神科看護師が患者に対して、病状が安定して元気で過ごして欲しいと患者を気にかけて、心配していることを表していた。加えて、〈患者への親しみや愛着がある〉〈寿命が長くない患者が可哀想だと思う〉など患

者に対して愛着や不憫さなどの感情を抱き、患者の状態を心配していることを表していた。

【3. 暴力による学びへの感謝】(14記録単位：13.1%)：このコアカテゴリは、[暴力がきっかけで学べてよかった]の1カテゴリから構成された。これは、〈暴力がよい経験になっていると思う〉〈暴力がきっかけで学べてよかったと思う〉など暴力が学びの機会になり患者に対する感謝を表していた。

【4. 自分の対応への自責の念】(13記録単位：12.1%)：このコアカテゴリは、[自分の対応が悪

かった〕〔個人的な暴力に対する自責感がある〕の2カテゴリから構成された。これらは、〈暴力時の対応を振りかえって自分が悪かったと思う〉〈何故暴力を受けたのかと自分を責める〉など病状に基づく行為であるという患者の病状理解が足りなかったことや自分の対応への自責の念を表していた。

【5. 患者への消失した嫌悪感と怒り】(13記録単位：12.1%)：このコアカテゴリは、〔患者に対する嫌悪感はない〕〔患者に対する怒りはない〕〔患者に対する恐怖はない〕の3カテゴリから構成された。これらは、〈患者への嫌だという感情はない〉〈暴力を受けた直後の患者への怒りはない〉など患者に対する不快な感情が消失したことを表していた。

【6. 患者への持続する嫌悪感と拒否感】(11記録単位：10.3%)：このコアカテゴリは、〔患者に対する拒否感がある〕〔患者に対する嫌悪感がある〕の2カテゴリから構成された。これらは、〈今も心の中に暴力体験が残っている〉〈できれば暴力をふるった患者と関わりたくない〉など暴力の体験が心の中に残り、患者に対して拒否感を抱いていることを表していた。加えて、〈再び暴力をふるわれたら嫌だと思う〉〈注意する必要があるので他の患者よりも嫌だと思う〉など患者に対して嫌悪感を抱き続けていることを表していた。

【7. 暴力再発防止に対する配慮】(6記録単位：5.6%)：このコアカテゴリは、〔再び暴力が起きないように関わりに気をつける〕の1カテゴリから構成された。これは、〈再び暴力が起きないように注意を払おうと思う〉と暴力を受けたことで患者との距離に注意を払い、再び暴力が起きないように配慮していることを表していた。

【8. 看護師としての責任感】(5記録単位：4.7%)：このコアカテゴリは、〔看護師として患者教育の必要性を感じる〕〔仕事を辞めたいと思わない〕の2カテゴリから構成された。これらは、〈看

護師として患者に暴力がいけないことを伝えなくてはならないと思う〉〈看護師として患者の暴力を防止しなくてはならないと思う〉など暴力が再発しないために患者教育の必要性を感じて精神科看護師としての責任感を抱いていることを表していた。

【9. 患者への持続する恐怖心】(4記録単位：3.7%)：このコアカテゴリは、〔患者に対する恐怖が残る〕〔患者に対する恐怖がまだある〕の2カテゴリから構成された。これらは、〈再び暴力を受けるのではないかと恐怖が残っている〉〈患者への恐怖は薄れたが、まだある〉など暴力体験の恐怖が未だに心に残っていることを表していた。

【10. 患者の言動に対する安心感】(2記録単位：1.9%)：このコアカテゴリは、〔患者の言動により安心した〕の1カテゴリから構成された。これは、〈暴力をしないという患者の言動により安心した〉と患者の言葉やその後暴力が起こらないことによる安心感を表していた。

【11. 周囲のサポートへの感謝】(2記録単位：1.9%)：このコアカテゴリは、〔周囲のサポートに感謝する〕の1カテゴリから構成されていた。これは、〈他のスタッフの暴力への対応が心強かった〉と周囲のスタッフに指導により気持ち楽になったことや2人で対応していたので1人でなくてよかったことを表していた。

以上の11コアカテゴリのなかで、【1. 患者に対する諦め】【2. 患者の病状安定への心配】【3. 暴力による学びへの感謝】【5. 患者への消失した嫌悪感と怒り】【6. 患者への持続する嫌悪感と拒否感】【9. 患者への持続する恐怖心】の6コアカテゴリは、患者に向けた感情を表し、記録単位総数の73.8%を占めていた。

次に、【4. 自分の対応への自責の念】【7. 暴力再発防止に対する配慮】【8. 看護師としての責任感】【10. 患者の言動に対する安心感】の4コアカテゴリは、自分に向けた感情を表し、記録単位

総数の24.3%を占めていた。

さらに、【11. 周囲のスタッフへの安心感】の1コアカテゴリは、周囲に向けた感情を表し、記録単位総数の1.9%であった。

3) 暴力を受けた精神科看護師の直後と現在の感情に「介在した要因」(表4)

患者から暴力を受けた精神科看護師の直後と現在の感情に介在した要因に焦点を当ててデータを分析した結果、83文脈単位を抽出し、89記録単位に分割した。対象者1名あたりの記録単位数は最少1記録単位から最大10記録単位の範囲であり、平均3.48記録単位であった。

89記録単位を意味内容の類似性に基づき分類した結果、31サブカテゴリ、13カテゴリ、6コアカテゴリが抽出された(表4)。

これらの6コアカテゴリは、【1. 患者理解の深まり】【2. 時間の経過】【3. 暴力への解釈の転換】【4. 周囲の人からのサポート】【5. 患者との物理的距離】【6. 患者の謝罪】から構成されていた。

【1. 患者理解の深まり】(33記録単位：37.1%)：このコアカテゴリは、〔患者の病状や状態を理解した〕〔患者の症状が改善した〕〔患者への関わり方を理解した〕〔患者と相互理解をした〕の4カテゴリから構成された。これらは、〈他の患者との関わりにより患者を理解する〉〈暴力は病状によるものだとして理解した〉など他の患者との関わりを通して暴力をふるった患者の病状理解をさらに深めたことを表していた。加えて、〈患者理解のため情報収集をなおした〉〈暴力の理由を明らかにした〉など精神科看護師が暴力を理解しようと自ら以前のカルテや周囲のスタッフから情報収集をしたり、患者自身に暴力の理由を聞いたりすることで患者理解を深めたことを表していた。さらに、〈勉強して知識が増えたことで対応が変わった〉〈患者に自分の思いを打ち明けた〉など暴力を受けたことをそのままにせず、学習して患者と

もにふりかえって注意をしたり、自分の思いをきちんと伝えたりしたことで患者理解を深めたことを表していた。

【2. 時間の経過】(18記録単位：20.2%)：このコアカテゴリは、〔時間の経過に伴い風化した〕〔患者と時間を共有した〕〔時間の経過に伴い患者が変化した〕の3カテゴリから構成された。これらは、〈時間が経って記憶が風化した〉という時間の経過によって暴力の記憶が薄れたことや忘れたことを表していた。加えて、日々の関わりを通して〈患者と時間を共有すること〉や〈10年経ち患者の印象が違っていった〉〈時間とともに患者のパワーが減少した〉など時間の経過に伴い患者が変化したことを表していた。

【3. 暴力への解釈の転換】(12記録単位：13.5%)：このコアカテゴリは、〔自分だけに向けられた暴力でないと理解した〕の1カテゴリから構成された。これは、〈自分だけに向けられた暴力ではなかった〉〈自分だけではないと折り合いをつける〉など他のスタッフに対しても暴力をふるっていることを目撃したことや他のスタッフから暴力体験を聞くことで、自分だけに向けた暴力ではないと解釈を変えていることを表していた。加えて、〈たいした暴力に至らなかったと捉える〉〈暴力を自己の責任だと認識する〉など自身で暴力への解釈を転換していることを表していた。

【4. 周囲の人からのサポート】(11記録単位：12.4%)：このコアカテゴリは、〔スタッフの共感や指導があった〕〔他の患者の助けがあった〕の2カテゴリから構成された。これらは、〈周囲のスタッフの共感があった〉〈周囲のスタッフの指導を受けた〉など、周囲の精神科看護師が自分も暴力を受けたことがあると話してくれたり、話を聞いてくれたりしたことや患者に対応する際の注意点などを指導してくれたことを表していた。加えて、〈医師から病状や余命に関して説明があった〉ことは、精神科看護師からの指導だけでなく、医師

表4 暴力を受けた看護師の直後と現在の感情に介在した要因

(記録単位数：%)

31サブカテゴリ	13カテゴリ	6コアカテゴリ
他の患者との関わりにより患者を理解する (5) 暴力は病状によるものだと理解した (4) 患者理解のため情報収集をしておいた (2) 暴力の理由を明らかにした (1) 患者の病状を知ったことで生じた思いやる気持ち (1)	[患者の病状や状態を理解した] (13)	【1. 患者理解の深まり】 (33記録単位：37.1%)
患者の状態が良くなった (8) その後暴力がなくなった (3) 患者の状態の変化に目を向ける (1)	[患者の症状が改善した] (12)	
勉強して知識が増えたことで対応が変わった (3) 患者に対して積極的に関わるようにした (1) 暴力をふるった患者に学習の機会をもらったと認識する (1) 頭にきても患者に対して冷静に対応した (1) 患者に自分の思いを打ち明けた (2)	[患者への関わり方を理解した] (6) [患者と相互理解をした] (2)	
時間が経って記憶が風化した (9) 患者と時間を共有すること (5) 毎日の関わりの中で患者への愛着がわいた (2)	[時間の経過に伴い風化した] (9) [患者と時間を共有した] (7)	【2. 時間の経過】 (18記録単位：20.2%)
10年経ち患者の印象が違っていた (1) 時間とともに患者のパワーが減少した (1)	[時間の経過に伴い患者が変化した] (2)	
自分だけに向けられた暴力ではなかった (5) たいした暴力に至らなかったと捉える (3) 自分だけではないと折り合いをつける (2) 暴力を自己の責任だと認識する (2)	[自分だけに向けられた暴力でないと理解した] (12)	【3. 暴力への解釈の転換】 (12記録単位：13.5%)
周囲のスタッフの共感があった (6) 周囲のスタッフの指導を受けた (2) 暴力時の周囲のサポートがあった (1) 医師から病状や余命に関して説明があった (1)	[スタッフの共感や指導があった] (10)	【4. 周囲の人からのサポート】 (11記録単位：12.4%)
他の患者が助けてくれた (1)	[他の患者の助けがあった] (1)	
患者と関わらなくなった (7) 患者と距離をおくようにした (3)	[患者と関わる機会が減少した] (7) [患者に対して距離をとった] (3)	【5. 患者との物理的距離】 (10記録単位：11.2%)
患者が謝罪してくれた (4) 患者が二度と暴力はしないと聞いた (1)	[患者の謝罪があった] (5)	【6. 患者の謝罪】 (5記録単位：5.6%)
記録単位数総数		89 (100%)

から病状や対応に関する説明があったことも表していた。さらに、〈他の患者が助けてくれた〉ことは、暴力を受けた際に側にいた患者が精神科看護師に対して力になってくれたことを表していた。

【5. 患者との物理的距離】(10記録単位：11.2%)：このコアカテゴリは、〔患者と関わる機会が減少した〕〔患者に対して距離をとった〕の2カテゴリから構成された。これらは、患者が転棟したことや退院したことなどから〈患者と関わらなくなった〉ことを表していた。加えて、〈患者と距離をおくようにした〉ことは、暴力を防ぐために患者との物理的距離をとったことを表していた。

【6. 患者の謝罪】(5記録単位：5.6%)：このコアカテゴリは、〔患者の謝罪があった〕という1カ

テゴリから構成された。これは、〈患者が謝罪してくれた〉〈患者が二度と暴力はしないと聞いた〉など患者から直接謝罪があったことを表していた。

VI. カテゴリの信頼性

Berelson, B. の内容分析の研究経験を有する看護学研究者2名にカテゴリ分類を依頼し、患者から暴力を受けた直後の感情、現在の感情、介在した要因についてそれぞれ一致率を確認した。2名の分類の一致率をスコットの式に基づき算出した結果、84.0%から94.7%であり信頼性を確保していた。

Ⅶ. 考 察

1. 暴力を受けた精神科看護師の直後と現在の感情および介在した要因の特徴

本研究は、暴力を受けた精神科看護師の「直後の感情」、「現在の感情」「介在した要因」について明らかにした。以下、暴力を受けた精神科看護師の直後の感情の12コアカテゴリとその特徴、現在の感情の11コアカテゴリとその特徴、および介在した要因の6コアカテゴリとその特徴について論述する。

本研究では、「感情」を他者の言動あるいは周囲の何らかのことがらを知覚したことにより惹き起こされる気持ち、思いと定義したことと、谷本³³⁾と富川³⁴⁾の研究に準拠して、感情が誰に向けた感情であるかの視点で分類した。その結果、「直後の感情」「現在の感情」については、患者に向けた感情、自分に向けた感情、周囲に向けた感情の視点で考察する。

なお、コアカテゴリは【 】, カテゴリは〔 〕, サブカテゴリは〈 〉, コードは「 」で示す。

1) 暴力を受けた精神科看護師の「直後の感情」の特徴

(1) 患者に向けた感情

暴力を受けた精神科看護師の直後の感情の12コアカテゴリのうち、【1. 患者に対する怒りと不満】【3. 予測しなかった暴力への驚異】【4. 患者に対する嫌悪感と拒否感】【5. 患者に対する恐怖心】【7. 患者に対する諦め】【8. 患者への心配】の6コアカテゴリが患者に向けた感情を表していた。

これらの6コアカテゴリのうち、【1. 患者に対する怒りと不満】【3. 予測しなかった暴力への驚異】【4. 患者に対する嫌悪感と拒否感】【5. 患者に対する恐怖心】の4コアカテゴリは否定的感情であり、「直後の感情」の特徴として、否定的感情が多いことを示していた。先行研究³⁵⁻³⁷⁾でも、

暴力を受けた直後の感情として怒り・驚き・混乱・ショック・恐怖・お手上げ感・不安・嫌悪などが報告されている。本研究の結果もこれらの結果に類似しており、暴力を受けたことで精神科看護師が否定的感情を抱いていたことを示していた。看護師にとって患者から暴力を受けるということは、人格の否定・安全への脅威、信頼関係の破綻のような否定的感情をもたらす衝撃的な出来事である³⁸⁾。本研究の対象者にとって、患者からの暴力は、心の準備がされていない状態で身に降りかかった衝撃的な出来事であったことから、怒りや不満、驚異、恐怖を感じ、更なる暴力の危険を恐れたことで患者への嫌悪感や拒否感を抱いていたと考える。

特に、暴力を受けた直後の感情のなかで【1. 患者に対する怒りと不満】は、最も高い割合を占めた感情であった。患者から暴力を受けた精神科看護師の怒りが生じる重要な理由として「拒絶」と「否定」が指摘されている³⁹⁾。精神科看護師にとって、患者から暴力を受けることは自分の関わりを否定されることであり、看護を拒絶されたと受け止めるため、怒りの感情が多く生じたと考える。

一方、本研究における【8. 患者への心配】は、先行研究⁴⁰⁻⁴²⁾とは異なる結果であった。本研究の対象者のなかには、暴力の直後に様々な否定的感情を抱きながらも、〔患者に暴力がいけないことをわかってもらいたい〕と感じている者もいた。暴力を起こすことは、患者の社会復帰の阻害要因となる。暴力を起こすことで患者は暴力があるというラベリングをされ、社会的に信用を失ってしまう。そのため看護師は患者が暴力的になっているときのみではなく、日常のケアでも暴力を起こさず生活を送れるように援助する必要がある⁴³⁾。本研究の対象者は、精神科の平均経験年数が11.2年(SD7.15)であり、精神科看護師として豊かな経験を有していた。そのため対象者は、暴力が社会

復帰の阻害要因となることを予測し、患者に指導することの重要性を理解し、ケアに当たっていたことが推測される。

(2) 自分に向けた感情

暴力を受けた精神科看護師の直後の感情の12コアカテゴリーのうち、【2. 自分の対応への自責の念と困惑】【6. 仕事に対する責任感】【9. 仕事に対する拒否感】【10. 暴力を受けたことによる落胆】【12. 重大な暴力にならなかった安堵感】の5コアカテゴリーは、自分に向けた感情であった。

これらの5コアカテゴリーのうち【2. 自分の対応への自責の念と困惑】は、暴力の直後に自分に向けた最も多い感情であった。〈暴力に対して自分の対応が悪かったと思う〉という感情は、暴力時の自分の対応をふり返るとともに自分に落ち度があるのではないかという精神科看護師の自責の念と困惑を示していた。また、〈暴力を受けたことで仕事を辞めたいと思う〉と感じ、【6. 仕事に対する拒否感】を抱いていた者もいた。このような状況で看護ケアにあたることは精神科看護師の心的ストレスとなり、バーンアウトに繋がりがねないため、早期の対応が重要となる。さらに、【10. 暴力を受けたことによる落胆】は、暴力を受けたことによる精神的ショックを示しており、暴力に伴う反応であったと考える。先行研究は、看護師が暴力を受けた直後は、自責感を抱きやすく、感情も規制される⁴⁴⁾ことを明らかにしている。看護師が暴力を受けた直後は自責感を抱きやすく感情も規制されるため、暴力は報告されないことが多い⁴⁵⁾との指摘もある。特に、言語的暴力や性的暴力はその性質などから報告されにくく、管理者は暴力について十分に把握できていない現状がある。そのため、暴力を受けた看護師は、暴力について報告をし、感情を明らかにすることで感情の処理を行いながら、暴力の対策に取り組むことが重要であると考えられる。

(3) 周囲のスタッフに向けた感情

暴力を受けた精神科看護師の直後の感情の12コアカテゴリーのうち、【11. 周囲のスタッフへの安心感】は、周囲のスタッフに向けられた感情を表していた。先行研究⁴⁶⁾は、暴力を受けた精神科看護師の周囲のスタッフに対する対応への怒り、気遣いのなさによる傷つき、事後対応への違和感、事後対応に対する失望、介入のありがたさなどを明らかにしている。本研究の対象者からは、周囲のスタッフに対する怒りや失望、傷つき、違和感などの感情は語られなかった。このことから、他のスタッフが迅速に対応してくれたことが安心感の表出に繋がったと考えられる。暴力は人気がないところ、特に1対1の場面で発生しやすい⁴⁷⁾特徴があるため、複数での関わり、万が一暴力をふるわれた場合には、一緒にいたスタッフが迅速に対応することが重要である。さらに、暴力はその場に遭遇した目撃者にとっても強い恐怖体験になる⁴⁸⁾ため、暴力直後から病棟スタッフ全体として応援体制を整え、サポートしていく必要がある。

2) 暴力を受けた精神科看護師の「現在の感情」の特徴

(1) 患者に向けた感情

暴力を受けた精神科看護師の現在の感情の11コアカテゴリーのうち、【1. 患者に対する諦め】【2. 患者の病状安定への心配】【3. 暴力による学びへの感謝】【5. 患者への消失した嫌悪感と怒り】【6. 患者への持続する嫌悪感と拒否感】【9. 患者への持続する恐怖心】の6コアカテゴリーが患者に向けた感情を表していた。

これらの6コアカテゴリーの中で最も高い割合を占めた【1. 患者に対する諦め】は、暴力が治まらない患者に対して病状や病気のせいだから仕方がないと諦めの感情を表していた。これは、暴力を受けた精神科看護師が、状況を受け入れるために、すべては変わるはずがないと決めたり、妥協した

り、あるがままに受け入れたり⁴⁹⁾といったコーピングをしていたと考える。従って、精神科看護師が暴力のある患者と継続して関わるために、諦めは重要な感情であったと考える。また、仕方ないと折り合いをつけることは、感情の合理化を図ることである。感情の合理化はケアを続けるうえで否定的感情を抱き続けることが心理的ストレスであるからこそ必要⁵⁰⁾であるとされている。患者の暴力に対して仕方がなかったという感情は、ケアの継続のために必要であり重要な感情であると考え。次に【2. 患者の病状安定への心配】は、患者のその後の状態を気にかけていることを表していた。このことは、たとえ暴力を自分にふらした患者であっても、その後の状態や様子を気にかけるといふ精神科看護師の特徴を表していた。

【3. 暴力による学びへの感謝】は、患者に対して、暴力により学びを得られたと精神科看護師が捉えていることを表していた。このコアカテゴリは、暴力を受けた直後には生じていない感情であった。暴力は看護師にとって衝撃的なできごとであったことから、人が衝撃的な出来事に直面したときに行うコーピング⁵¹⁾などが働いたことで、患者に対して感謝の気持ちを抱いたのではないかと考える。【5. 患者への消失した嫌悪感と怒り】は、直後に抱いていた嫌悪感と拒否感が消失したことを表していた。怒りとは、与えられた状況あるいは受け止められた状況に対する、即時的な感情の高まりである⁵²⁾。そのため、暴力直後には生じていた感情が、現在では消失したと考えられる。

【6. 患者への持続する嫌悪感と拒否感】【9. 患者への持続する恐怖心】は、直後の否定的感情が現在も持続していることを表していた。否定的感情を抱き続けることは、ストレスが持続することとなりバーンアウトに繋がりがねない。そのため、否定的感情の解決のためには暴力エピソードを過去のものにする努力が必要である⁵³⁾。嫌悪感や拒否感、恐怖心などが持続している理由を明らかに

して、適切な対処やサポートをしていく必要がある。

(2) 自分に向けた感情

暴力を受けた精神科看護師の現在の感情のうち、【4. 自分の対応への自責の念】【7. 暴力再発防止に対する配慮】【8. 看護師としての責任感】【10. 患者の言動に対する安心感】の5コアカテゴリは、自分に向けた感情を表していた。

これらの5コアカテゴリの中で最も高い割合を占めた【4. 自分の対応への自責の念】は、直後の感情に表された【7. 自分の対応への自責の念と困惑】に類似していたが、現在の感情では困惑は消失していた。多くの看護師は、〈暴力時の対応を振りかえって自分が悪かったと思う〉〈暴力時の自分が未熟で病状理解が足りなかったと思う〉など、暴力時の自分を客観的に振り返り、自己の感情に気づいていた。しかし、患者が暴力をふらした理由を明らかにできずに〈何故暴力を受けたのかと自分を責める〉という感情を現在も抱き続けている者もいた。このことから、暴力の原因を明らかにすることや自己の感情への気づき、暴力を受けた時の周囲のサポートは重要であると考え。【7. 暴力再発防止に対する配慮】は、暴力を受けたことが現在の関わりに影響を及ぼし、再度暴力を受けないように配慮していることを示していた。これは、過去の暴力体験を基にして看護師が自分の行動をアセスメントし、暴力再発予防に繋げようとする重要な感情であると考え。【8. 看護師としての責任感】は、暴力を受けたことにより患者が再び暴力をふらさないように看護師としてできることは何かという責任感を抱いていることを表していた。これは、精神科看護師が否定的感情を抱きながらも患者との関わりを継続していこうとする職業意識を表していたと考える。

【10. 患者の言動に対する安心感】は、患者の謝罪や状態安定などの要因により現在の感情に至っていた。看護師の感情が患者のケアに影響するこ

とがあるため⁵⁴⁾、看護師が患者に対して安心だと感じられることはよりよいケアに繋がると考える。

(3) 周囲のスタッフに向けた感情

このコアカテゴリは、【11. 周囲のサポートへの感謝】の1カテゴリから構成された。これは、暴力対応時に自分一人だけでなく、スタッフが対応してくれたことへの感謝や安心感などの感情を表してしていた。看護師を取り巻く人間関係のなかで周囲のスタッフから得られる援助は、ソーシャル・サポートとなる。ソーシャル・サポートは、家族、親しい友人、同僚、隣人、医師、看護師などがあげられる⁵⁵⁾。本研究における対象者は、周囲のスタッフ、医師、他の患者のサポートを得ていたため周囲のスタッフに対して感謝という感情を抱いたことが考えられる。

3) 暴力を受けた精神科看護師の感情に「介在した要因」の特徴

暴力を受けた精神科看護師の直後と現在の感情に至る間に介在した要因として、【1. 患者理解の深まり】【2. 時間の経過】【3. 暴力への解釈への転換】【4. 周囲の人からのサポート】【5. 患者との物理的距離】【6. 患者の謝罪】の6コアカテゴリが明らかになった。以下6コアカテゴリについて特徴を述べる。

【1. 患者理解の深まり】

暴力を受けた後に〈患者理解のため情報収集をしておいた〉ことは、患者を理解しようとする精神科看護師の思いから生じた行動であり、それにより〈暴力は病状によるものだと理解した〉ことに繋がっていた。また、〈他の患者との関わりにより患者を理解する〉ことは、暴力が精神症状によるものだと理解することに繋がっていた。さらに、〈暴力の理由を明らかにした〉ことは、突然暴力をふるわれた納得のいかなさなどや驚きに対して、何故暴力をふるったのかを本人に確認したりすることで、暴力が病状により発生したことを明

らかにし、患者理解を深めていた。患者を理解するための基本となるものは、第1に、人間を理解することであり、第2に、患者の疾病を知ることであり、3つ目は患者の抱えている問題を知ることであり⁵⁶⁾。これらの3つのことを理解したうえで、看護師は患者に対して積極的に関わるのが重要である。精神疾患の多くは慢性疾患であり、退院後も症状悪化や再発を招くことがある。看護師は精神障害者が入院したときから、その健康や自立において最も適したレベルに到達できるよう、そして服薬、生活、精神の安定などについて長期的な健康管理を自らが行えるよう、一貫した援助を行っていく⁵⁷⁾ことの重要性が求められている。従って、一貫した援助を行うことが、〈患者の状態が良くなった〉ことや〈その後暴力がなくなった〉ことなど患者の症状の改善に繋がったと考える。精神科看護師は、患者の病状や再発や見通しの悪さなどから不全感や無力感などを抱きやすい現状がある⁵⁸⁾。そのため、患者の病状の安定は精神科看護師に見通しを与え、やりがいに繋がると考える。

【2. 時間の経過】

暴力を受けた精神科看護師は、直後には怒りの感情を抱いていた。しかし、激しい怒りは持続できないため、時間の経過とともに減少していく⁵⁹⁾。そのため、暴力の直後に抱いた怒りの感情は、時間の経過とともに減少し、現在の感情には存在しなかったと考える。また、〔患者と時間を共有した〕ことは、患者のそばに寄り添い看護ケアを通して、時間の共有をすることで患者との関係性が深まり、感情が変化していたと考える。

【3. 暴力への解釈の転換】

患者からの突然の暴力は、精神科看護師に自分の関わりが悪かったのかという自責の念を抱かせていた。患者を怒らせたのは自分の未熟さのせいと感じて、自分が傷ついたことを報告したがいらない看護師もいる⁶⁰⁾。〈自分だけではないと折り合い

をつける〉ことは、他のスタッフに対しても同じ患者が暴力をふるっているのを目撃したり、暴力を受けた体験を共有したりすることで自分だけが暴力の対象となっている訳ではないと暴力への解釈を転換していることを示していた。また、〈たいした暴力に至らなかったと捉える〉ことは、軽い暴力であると思ひ込もうとするといった防衛的な対処機制が用いられていた⁶¹⁾と考える。

【4. 周囲の人からのサポート】

暴力を受けた精神科看護師は、上司や先輩、医師から暴力時にサポートがあったことを表していた。このように周囲のスタッフの迅速な介入が、暴力を受けたことに対する無力感を取り戻すのに重要な役割を果たしていたと考える。また、暴力を受けた精神科看護師は、自分に対して周囲のスタッフの共感があったことを表していた。問題をかかえているときに話を聞き、共感し、慰め、力づける情緒的な支援のほか、問題に適切に対応している、間違っていないなどと、対処行動を評価する評価的サポートも情緒的サポートの1つである⁶²⁾。このように暴力を受けた精神科看護師は、ソーシャル・サポートにおける情緒的サポート、道具的サポートを受けていた。ソーシャル・サポート⁶³⁾には、ストレス緩衝作用があり、さらに自尊心や情緒的サポートに効果があることが明らかになっている。暴力をうけた精神科看護師にとって周囲からのサポートは否定的感情の緩衝にも効果があると考えられる。

暴力を受けた精神科看護師は、少数ではあるが他の患者からの助けを受けていた。暴力により精神科看護師は自分の関わりや対応に自信をなくし、自責の念を抱く者もいたが、他の患者が助けてくれたことは、精神科看護師の自信や職業意欲に繋がるものであったと考えられる。

【5. 患者との物理的距離】

〔患者と関わる機会が減少した〕〔患者に対して距離をとった〕というカテゴリは、転棟したこと

や退院したことなどから〈患者と関わらなくなった〉ことを表していた。大声で威嚇したり暴力をふるったりする患者は、看護師にとっては最もむずかしい患者となる。このようなとき、看護師はむなしさとともに怒りがわき、むずかしい患者と感じてしまう⁶⁴⁾という指摘もある。そのため、暴力のある患者と距離を置いた関わりをすることは、精神科看護師が疲弊することなく看護ケアをするために必要なことであったと考える。また、暴力を受けた精神科看護師に対して、患者と物理的距離がとれるように周囲が環境を調整することも有効であると思われる。

【6. 患者の謝罪】

暴力を受けた精神科看護師のなかには、患者から直接暴力に対する謝罪を受けていた者がいた。認知行動療法⁶⁵⁾では、自分自身の問題点を整理していくなかで、自己理解を促進することを促し、問題解決能力を向上させて、自分自身の問題をコントロールすることができるようになっていく力を増大させる。暴力を起こすことは患者の社会復帰の阻害因子となるため、暴力をふるった患者に謝罪の場を設けることは、患者にソーシャルスキルを身に着けるための重要な関わりとなる。また、暴力をふるった患者自身が暴力をふるうという問題に直面し、暴力をふるわないようになることや万が一暴力をふるった際に望ましい行動を獲得することは、精神科治療において重要な関わりである。暴力をふるった患者が謝罪することは、患者のソーシャルスキルを身につける機会となり、暴力を受けた精神科看護師にとっても否定的感情を軽減させる重要な要因となると考えられる。

VIII. 結 論

1. 本研究は、患者から暴力を受けた精神科看護師の直後の感情が、【1. 患者に対する怒りと不満】【2. 自分の対応への自責の念と困惑】【3. 予測しなかった暴力への驚異】【4. 患者に対す

る嫌悪感と拒否感】【5. 患者に対する恐怖心】
【6. 仕事に対する責任感】【7. 患者に対する
諦め】【8. 患者への心配】【9. 仕事に対する
拒否感】【10. 暴力を受けたことによる落胆】【11.
周囲のスタッフへの安心感】【12. 重大な暴力に
ならなかった安堵感】であることを明らかにし
た。

2. 患者から暴力を受けた精神科看護師の現在の感情は、【1. 患者に対する諦め】【2. 患者の病状安定への心配】【3. 暴力による学びへの感謝】【4. 自分の対応への自責の念】【5. 患者への消失した嫌悪感と怒り】【6. 患者への持続する嫌悪感と拒否感】【7. 暴力再発防止に対する配慮】【8. 看護師としての責任感】【9. 患者への持続する恐怖心】【10. 患者の言動に対する安心感】【11. 周囲のサポートへの感謝】であった。
3. 暴力を受けた精神科看護師の直後の感情と現在の感情に介在する要因は、【1. 患者理解の深まり】【2. 時間の経過】【3. 暴力への解釈の転換】【4. 周囲の人からのサポート】【5. 患者との物理的距離】【6. 患者の謝罪】であった。
4. 患者から暴力を受けた精神科看護師の直後の感情は、【1. 患者に対する怒りと不満】【3. 予測しなかった暴力への驚異】【4. 患者に対する嫌悪感と拒否感】【5. 患者に対する恐怖心】であり、これらは否定的感情であった。現在の感情は、直後の否定的感情が消失し、【2. 患者の病状安定への心配】【3. 暴力による学びへの感謝】から患者の状態を気にかけて、暴力による学びを得られたという感情が生じていた。
5. 暴力を受けた精神科看護師は直後に否定的感情を抱きやすいため、暴力の体験を語り感情を表出することで、自己の感情に気づくことは必要である。周囲のスタッフとの情報の共有により、暴力の解釈を転換することで自己の感情に折り合いをつけていた。また、周囲のスタッフ

の共感やサポート、時間の経過、物理的距離をとることにより、精神科看護師はバーンアウトすることなく看護ケアを継続していた。

謝 辞

本研究を行うにあたり、研究の主旨をご理解頂き、研究協力して下さった精神科看護師の皆様、管理者の皆様に深く感謝の意を表す。

引用文献

- 1) 国際看護師協会 (2006) : ICN ガイドライン、職場における暴力対策ガイドライン、2007年改訂版、1-15
- 2) 社団法人日本看護協会 (2006) : 保健医療福祉施設における暴力対策指針—看護者のために
- 3) 包括的暴力防止プログラム委員会 (2005) : 医療職のための包括的暴力防止プログラム、医学書院、東京
- 4) 石田昌宏 (2003) : 精神保健看護データブック、30(10)、精神科看護 : 87
- 5) 江波戸和子 (2005) : 精神科看護と暴力、病院・地域精神医学、47(4) : 34
- 6) 安永薫梨 (2006) : 精神科閉鎖病棟における患者から看護師への暴力の実態とサポート体制、日本精神保健看護学会誌、15(1) : 101
- 7) 酒井千知, 山田静子, 野中浩幸 (2012) : 精神科看護師が患者から受けた暴力の実態—勤務中に受けたすべての暴力について—、岐阜医療科学大学紀要、6 : 114
- 8) 武井麻子, 末安民生, 小宮敬子ほか (2012) : 系統看護学講座 専門分野II, 精神看護学2, 精神看護の展開, (3), p.129, 医学書院, 東京
- 9) 小宮(大屋)浩美, 鈴木啓子, 石野(横井)麗子 (2005) : 入院患者から看護者が受ける暴力的行為に関する研究—18人の精神科看護者の体験—、日本精神保健看護学会誌、14(1) : 25
- 10) 草野知美, 影山セツ子, 吉野淳一ほか (2007) :

- 精神科入院患者から暴力行為を受けた看護師の体験 感情と感情に影響を与える要因, 日本看護科学会誌, 27(3):20
- 11) 前掲書6), 101
- 12) 前掲書8), 141
- 13) 岩田純一, 落合正行, 浜田寿美男ほか編(1995): 発達心理学辞典, 「感情」の頁, p.124, ミネルヴァ書房, 京都
- 14) 佐藤達哉, 岡市廣成, 遠藤利彦ほか編(2007): 心理学総合事典 初版第3刷, 「感情」の頁, p.305, 朝倉書店, 東京
- 15) 五十嵐隆, 石川哲也, 石崎達郎ほか編(2013): 看護学大辞典 第6版, 「感情」の頁, p.392-393, メヂカルフレンド社, 東京
- 16) 天賀谷隆, 遠藤淑, 末安民夫ほか編(2007): 実践精神科看護テキスト3, 精神機能 精神科診断, p.27, 精神看護出版, 東京
- 17) 槇平一隆, 丸山昭子, 井上善久ほか(2012): 精神科病棟入院患者の看護師に対する暴力に関する国内文献検討, 長野県看護大学紀要, 14:89
- 18) 濱口大介, 矢野晴士, 門田泰武ほか(2010): 精神科新規入職者が抱く暴力のイメージ, 第41回日本看護学会論文集, 精神看護, 116
- 19) Patricia Benner: 岡谷恵子訳(1991) 初心者から達人まで, 看護研究, 24(2):61
- 20) 前掲書19), 61-62
- 21) 前掲書7), 109-116
- 22) 前掲書9), 21-31
- 23) 谷本 桂(2006): 入院患者から暴力を受けた精神科看護師の主観的体験, 日本精神保健看護学会誌, 15(1):21-31
- 24) 富川明子(2008): 精神科に勤務する看護師が患者に「脅かされた」と感じる体験, 日本精神保健看護学会誌, 17(1):72-81
- 25) 前掲書9), 21-31
- 26) 前掲書10), 12-20
- 27) 前掲書23), 21-31
- 28) Berelson, B.(1957): 稲葉三千男, 金圭煥訳, 内容分析, p.47-59, みすず書房, 東京
- 29) 上野栄一, 出口洋二, 一ノ山隆司(2012): 楽しくなる看護研究, p.42-46, メヂカルフレンド社, 東京
- 30) 小笠原知枝, 松木光子編(2012): これからの看護研究—基礎と応用—, (3), p.219-221, 廣川書店, 東京
- 31) Scott, W.A. (1955): Reliability of Content Analysis; The Case of Nominal Scale Coding. Public Opinion Quarterly, 19:321-325
- 32) 舟島なをみ(2009): 質的研究への挑戦, (2), p.46, 医学書院, 東京
- 33) 前掲書23), 21-31
- 34) 前掲書24), 72-81
- 35) 前掲書23), 21-31
- 36) 前掲書9), 21-31
- 37) 前掲書10), 12-20
- 38) 前掲書23), 29
- 39) 前掲書9), 28
- 40) 宮本真巳(2012): 私たちの『怒り』をどう扱うか, 精神科看護, 39(9):7
- 41) 前掲書9), 12-20
- 42) 前掲書10), 12-20
- 43) 川野雅資(2008): エビデンスに基づく精神科看護ケア関連図, p.77, 中央法規, 東京
- 44) 前掲書5), 34
- 45) 前掲書23), 29
- 46) 前掲書23), 24
- 47) 前掲書5), 34
- 48) 前掲書8), 130
- 49) 小島操子(2013): 看護における危機理論・危機介入 フィンク/コーン/アグィレラ/ムース/家族の危機モデルから学ぶ, (3), p.82, 金芳堂, 京都
- 50) 前掲書23), 29

- 51) 前掲書49), 39
- 52) 池田明子, 出口禎子 (2010): 医療現場の暴力と攻撃性に向き合う 考え方から対処まで, p. 41, 医学書院, 東京
- 53) 前掲書23), 30
- 54) 萱間真美 (2010): 精神看護学 ころ・からだ・かかわりのプラクティス, 看護学テキスト, p.134, 南江堂, 東京
- 55) 前掲書49), 38
- 56) 桜庭 繁, 中山洋子, 藤野ヤヨイほか編 (1989): 精神科看護学叢書1 患者理解と看護援助, 日本精神科看護技術協会, p. 6, メヂカルフレンド社, 東京
- 57) 安西信雄, 青木民子編 (2004): 精神疾患の治療と看護, p. 8, 南江堂, 東京
- 58) 山崎登志子, 齋二美子, 岩田真澄 (2002): 精神科病棟における看護師の職場環境ストレスとストレス反応との関連について, 日本看護研究学会雑誌, 25(4): 81
- 59) 前掲書 8), 134
- 60) 前掲書 8), 145
- 61) 前掲書10), 17
- 62) 武井麻子, 江口重幸, 末安民生ほか(2012): 系統看護学講座 専門分野II, 精神看護学1, 精神看護の基礎, (3), p.75, 医学書院, 東京
- 63) 前掲書62), 75
- 64) 前掲書 8), 333
- 65) 前掲書62), 202

Feelings of Psychiatric Nurses who Have Been Assaulted by Patients
— **Psychiatric Nurses' Current Feelings,**
Those Immediately After Violence, and Relevant Mediators —

Fumiyo Kanaya¹⁾, Fumiko Tamura²⁾, Manami Osawa²⁾

1) Gunma Prefectural Psychiatric Medical Center

2) Gunma Prefectural College of Health Sciences

Objective: To clarify the current feelings of psychiatric nurses who have been assaulted by patients, their feelings immediately after being assaulted, and relevant mediators in order to suggest methods to protect nurses from psychiatric burn out.

Methods: We interviewed a total of 10 nurses working in a psychiatric hospital in Prefecture A, and analyzed the contents following Berelson's method.

Results: Based on the nurses' statements regarding their feelings immediately after being assaulted, we extracted 12 core categories, including "anger toward and dissatisfaction with patients" and "aversion to and sense of rejection toward patients." Their current feelings included 11 core categories, including "giving up on patients" and "concerns about the patients' disease and condition." The factors that mediated changes in the nurses' feelings consisted of six core categories, such as "deepened understanding of patients" and "changes in their views regarding violence."

Conclusion: Assaulted nurses initially had negative feelings such as anger and aversion; however, these feelings lessened after deepening their understanding of their patients and changing their views regarding violence. On the other hand, some nurses still had negative feelings at the time of the interview, suggesting the importance of providing support for assaulted nurses.

Key words: psychiatric nurse, violence, feelings, mediator