

精神科看護師の心的安全空間生成に関する尺度開発に向けた因子分析

安永薫梨*

Factor Analysis for the Development of a Scale for Psychiatric Nurses to Create their own Psychologically Safe Space

Kaori YASUNAGA

要 旨

目的：精神科看護師が心的安全空間をどのように作っているのか、を明らかにすることを通じ、心的安全空間生成の構成概念の検討および心的安全空間生成に関する尺度原案を作成することとした。

方法：予備調査を基に作成した70項目からなる尺度原案を、精神科看護師801名を対象に調査し、探索的因子分析により構成概念の検討を行った。

結果：回収数565部、有効回答数338部（有効回収率59.8%）であった。因子分析の結果【患者への恐怖に基づく自己の傷つき】【自己の無力感】【良き理解者であるチームメンバーを頼りにする】【チームの力を借りて体験、感情や思考、行動を整える】【自分の意志を貫く】【患者をみつめる時間を作る】【チームをミラーにして患者を捉え直す】【患者の体験や感情から欲求を見出す】【作業同盟を結び、現実を共有し目標に向かって一緒に取り組む】の9因子34項目が抽出された。9因子34項目のCronbach's α 係数＝.852であった。

キーワード：精神科、看護師、心的安全空間生成、尺度開発、因子分析

緒 言

気分障害の患者数は、2020年は2008年に比べ11万人、神経症性障害、ストレス関連性障害及び身体表現性障害の患者数は14万人と増加傾向にある¹⁾。これらの障害は、怒りや恐怖、不安などの情動を適切に対処できないために引き起こされる。また、看護師は医療者の中でも患者と接する時間が長い。そのため精神疾患患者の精神症状や医療への不満が患者の治療や日常生活に大きな影響を与え、怒りや攻撃が看護師に向けられる^{2), 3)}ことが報告されている。患者の怒りを受けた精神科看護師は、不安や恐怖を知覚するが、自己を守ろうとし、それらを感じないように抑え込んだり、避けてしまう³⁾。さらに一般科と比較しても、精神科に勤務する看護師は患者に怒りを感じてしまうことが多い($p<.001$)⁴⁾とされている。そのためそれらをそのままに放っておくと、怒りに適切に対処することが困難になり、精神科看護師は自分がどうしたいのか、欲求が定まらず、無力感が

増し、燃え尽き症候群になり離職につながる⁵⁾。日本看護協会の「2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査⁶⁾」によると、精神科病院の離職率は、全体の診療科に勤務する新卒看護師の平均離職率より、1.2%高いことが示されている。

そこで、上記の問題を解決するために、患者の怒りを受けた精神科看護師が知覚した不安や恐怖を回避・抑圧せず、自我の適応機制を働かせ、それらを自分で受け止め、意識して対処することを可能にする心的安全空間生成⁷⁾がある。心的安全空間とは、「個人がいかなる脅威や恐れからも自由でいられる空間⁸⁾」で「自己の空間⁷⁾」である。自己の空間は成育歴の中で重要他者との衝動や欲求を安全に満たしてもらえ関係の中で育ち、自分を俯瞰して吟味できる空間であり、いかなる脅威や恐れがあっても自分の内的世界は安全であるという感覚をさす⁹⁾。この心的安全空間があると、患者の怒りを受けた時も怒りを恐怖や不安が出現しても受け止め、冷静に自分

* 福岡県立大学看護学部
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University

連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395
福岡県立大学看護学部
安永薫梨
E-mail: yasunaga@fukuoka-pu.ac.jp

がどうしていききたいか、を検討でき自我機能が自律的に働くことを可能にする。自律的な自我とは、自分の衝動から欲求をみつめ、欲求をもとに目標を立て、行動を選択して実施する機能であり自我の適応能力である。精神科看護師が脅威や恐れを体験しても心的安全空間をもとに自律的自我を展開することが可能になり、恐怖や不安、うつや外傷後ストレス障害を減らすことができる¹⁰⁾。

先行研究によると、怒りへの対処方法として、自己教示訓練、認知を変えるための気晴らしと心地よい空想、リラクセーション、深呼吸¹¹⁾の活用がある。また、怒りへの対処に関する教育プログラムでは、アンガーコントロールトレーニングプログラム¹²⁾、アンガーマネジメント心理教育プログラム¹³⁾、認知行動療法や心理教育的手法を利用したストレスマネジメント・エンパワメントプログラム¹⁴⁾が開発され、それらの効果が多数報告されている。しかしながら、怒りへの対処ができない精神科看護師の実態については明らかにされていない。

以上より、精神科看護師が患者から怒りを受けて、不安や恐怖を知覚した時に、怒りへ対処するための対処行動についての成果は明らかになっているが、精神科看護師が患者の怒りを受けて、怒り、恐怖や不安を感じ、対処行動を展開する前に、どのように心的安全空間を生成しているのか。具体的には精神科看護師が自分の怒り、不安や恐怖を受け止め、自分がどうしたいのか、欲求を定め、柔軟にどのような対処方法を行っているのか、については明らかにされていない。

そこで、本研究の目的は、精神科看護師の心的安全空間生成に関する尺度開発に向け、怒りへの対処行動が展開できる前に、自分で心的安全空間を精神科看護師がどのように作って対処へと至っているのか、を明らかにすることを通じて、精神科看護師の心的安全空間生成に関する構成概念の検討および尺度原案を作成することとした。

本研究により、どのように心的安全空間を生成しているのかが明らかとなり、精神科看護師が患者から怒りを受け、怒り、恐れや不安を感じた時の対応方法を明確にすることができるだろう。そして患者の怒りに向き合うことの多い精神科看護師の無力感を軽減し、燃え尽き症候群による離職防止、看護ケアの質の向上につながることを期待される。

方 法

1. 理論的枠組みと研究のプロセス (図1 参照)

本研究は、文献検討や理論検討では「心的安全空間生成」を表す概念を明らかにすることができなかったため、精神科看護師を対象にしたグループインタビュー、文献検討や理論検討により概念を抽出した。それを元に尺度原案を作成し、エキスパートパネルによる内容妥当性、表面妥当性の検討を行った。その結果を踏まえ、精神科看護師の心的安全空間生成に関する尺度原案を作成し、本調査を行った。本調査では、項目分析、因子分析による項目の選定、構成概念妥当性の検討、Cronbach's α 係数の算出による内的整合性、時間的安定性の検討を行い、精神科看護師の心的安全空間生成に関する尺度原案を作成した。今回は、精神科看護師を対象にしたグループインタビューから因子分析等による尺度原案の作成までを報告する。

2. 用語の操作的定義

心的安全空間生成とは、精神分析的システムズ理論 (Psychoanalytic Systems Theory以下略してPAS理論)¹⁵⁾を参考に、「知覚した不安や恐怖を自分のものとして受け止め、患者のために自分がどうしたいのか、探求し、ケア方法を定めること」と定義した。

3. 方法

方法は、予備調査として、心的安全空間生成に関する文献があまりなかったため、まずは①グループインタビューによる項目の作成、②文献検討と理論検討による項目の追加、③エキスパートパネルによる項目の内容妥当性、表面妥当性の検討と修正を行い、本調査を行った。

1) 予備調査

(1) グループインタビューによる項目の作成

予備調査では、精神科看護師5名を対象に精神疾患患者に怒りを向けられた際、どのように怒りを認識し、受け止め、看護を行ったのか、グループインタビューし、質的に内容分析を行った。その結果、【1. チームに自ら助けを求める】【2. 同僚に自ら助けを求める】【3. 上司に自ら助けを求める】【4. 患者への怒り】【5. 境界の脅かし】【6. 自己愛の傷つき】【7. 自分への怒り】【8. 自分の思いに蓋をする】【9. 患者を避ける】【10. 自分と他者の境界を認める】【11. 自分を俯瞰する】【12. 自分や相

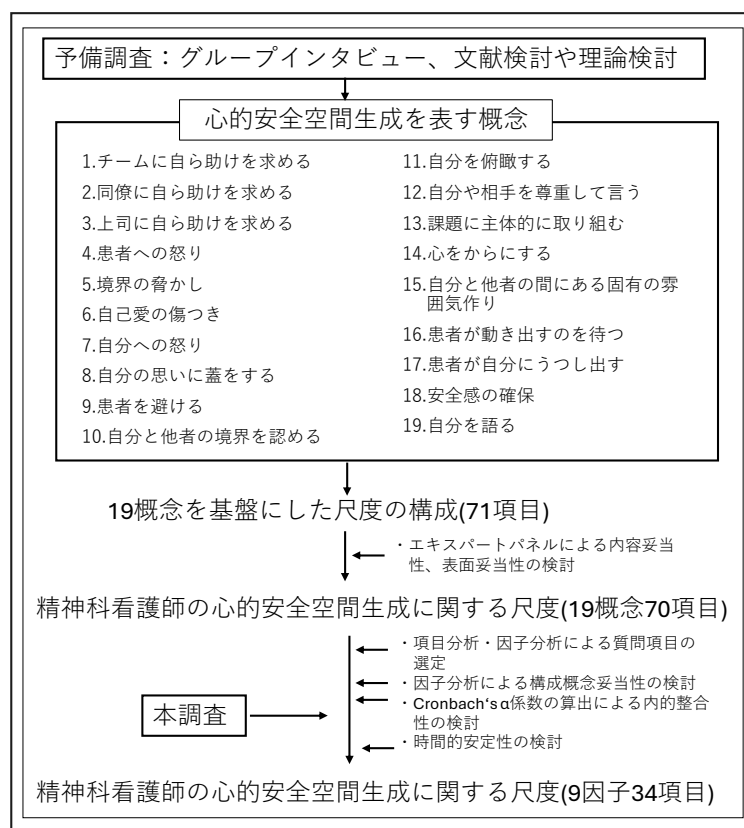


図1 理論的枠組みと研究プロセス

手を尊重して言う】【13. 課題に主体的に取り組む】
【14. 心をからにする】【15. 自分と他者の間にある固有の雰囲気作り】を含む15概念54項目が抽出された。

(2) 文献検討と理論検討による項目の追加

予備調査の結果をもとに、さらに文献検討を行い、4項目、理論検討により13項目を追加した。(1)と(2)の合計は19概念71項目となった。文献検討では、医学中央雑誌Web版、CINAHL、MEDLINE、ハンドサーチを用いて、「心的安全空間生成」、「心的安全空間」、「安全空間」、「不安」、「恐怖」、「怒り」、「精神科」、「看護師」、「患者」、「creation of psychologically safe space」、「psychologically safe space」、「safe space」、「anxiety」、「anger」、「fear」、「psychiatry」、「nurse」、「patient」をキーワードに2006年から2017年の研究報告で成果のあった先行研究から2文献^{16), 17)}を抽出した。理論検討では、PAS理論を用いて行った。精神科看護師は怒り、不安や恐怖に適応機制が働かず、防衛機制が働いたとしても抑制や否認であるため、現実的に対処が難しく、欲求が見えなくなり、抑うつや無力感を生じ、日常生活や仕事に支障を来すと言われている¹⁸⁾。その一方で、PAS理論より、心的安全空間生成は、体験を知覚し、そこで

自分の感情をみつめ、行動を検討できることを示す¹⁹⁾ことから職業人としての行動が展開できると考えた。これらのことから本研究でPAS理論を用いた。

3) エキスパートパネルによる項目の内容妥当性、表面妥当性の検討と修正

精神力動理論を熟知する精神看護専門看護師や精神科看護師7名に、患者の怒りを受けた精神科看護師の心的安全空間生成を表す項目の意味内容に重複はないか、専門的立場からの助言も依頼し、内容妥当性、表面妥当性の検討を重ねた。その結果、19概念70項目となった。

2) 本調査

(1) 対象者

対象者は、日本精神科病院協会のホームページをもとにした無作為抽出にて、承諾を得た精神科病院約35施設(150～450床)の看護師経験年数3年以上の精神科看護師801名とした²⁰⁾。病院の選定は、精神科一般病棟、精神科救急性期病棟、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、地域移行機能強化病棟のいずれかを持つ約1100施設から行った。看護師経験年数を3年以上とした理由は、看護師は類似した状況で2～3年仕事をする「一人前」のレベルに達すると言われ²¹⁾、患者の全体状況が把握でき、自らの判

断で看護実践を行えると考えたためである。

(2) 調査方法

2018年12月～2019年3月に無記名式質問紙調査を郵送法で実施した。調査は研究への依頼状と無記名式質問紙、および返信用封筒を同封し精神科病院の看護管理者を通じて対象者となるすべての精神科看護師に配布を依頼した。

(3) 調査内容

a) 個人属性

個人属性は、性別、年齢、看護師経験年数、精神科経験年数の4項目とした。

b) 精神科看護師の心的安全空間生成に関する尺度原案

70項目からなる尺度原案の4段階リッカート尺度は、精神科看護師の認知を把握するために「1. 全くあてはまらない、2. あまりあてはまらない、3. あてはまる、4. とてもよくあてはまる」とした。得点は高くなるほど精神科看護師の心的安全空間生成を実践できる能力が高いことを示すよう設定した。

(4) 解析方法

統計解析にはSPSS Statistics ver25.0J、SPSS Amos ver26.0Jを用いた。項目分析では、尖度と歪度、天井効果 ($\text{mean} + \text{SD} > 4$)、フロア効果 ($\text{mean} - \text{SD} < 1$) を確認し、I-T相関分析を行った。基準は、歪度が-1から1以内、尖度が1以上または-1以下、I-T相関が0.2以上を基準とした。構成概念妥当性の検証では、Kolmogorov-Smirnovの正規性の検定、KMOの算出、項目分析、最尤法・プロマックス回転による探索的因子分析を行った。因子構造を確認するため、共分散構造分析を用いて確認的因子分析を行い、モデル適合度を算出した。適合度の指標にはGFI、AGFI、CFI、RMSEAを用いた。適合度の評価にはGFI \geq .90、AGFI \geq .90、CFI \geq .90、RMSEA \leq .08を判定基準とした²²⁾。信頼性の検証では、内的整合性を確認するために尺度全体と下位因子についてCronbach's α 係数を算出した。時間的安定性の検討では2週間間隔で再テストを行った。

3. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、対象施設の施設長、看護部長に研究の趣旨を文書と口頭で説明し同意を得た。看護管理者もしくは担当者を通じ、対象者へ研究参加は自由意志であること、匿名性の確保等を説明した書面を配布した。また、依頼状には質問紙の返送

をもって同意とみなす旨も明記した。本研究は、熊本大学大学院生命科学研究部等疫学・一般研究倫理委員会(倫理第1633号)で承認を得た後に開始した。

結 果

1. 対象者の属性

質問紙801部中565部を回収(回収率70.5%)、そのうち338部を分析対象とした(有効回答率59.8%)。なお、欠損値のデータを加えた場合、分析により対象数が異なり、データの信頼性が低下する可能性が高いため、227部を除外した。対象者の概要は、性別は女性219名(64.8%)、男性119名(35.2%)、年齢は24～68歳(44.5 ± 9.8)、看護師経験年数は3～48年(18.5 ± 9.8)、精神科看護師経験年数は1～40年(14.9 ± 8.8)であった。

2. 項目分析(表1参照)

項目の削除基準については、平均値 \pm 標準偏差4以上、1以下とした。項目ごとに平均値と標準偏差を算出し、天井効果とフロア効果の有無を確認したが、削除基準に該当する項目はなかった。

70項目のI-T相関分析の結果、各項目得点と総得点の相関係数は-.012～.539であった。それらの項目を除外せず、採用した理由は、心的安全空間を生成するための重要な項目を削除する可能性があったためである。なお、最終的に因子分析の結果、残った34項目の各項目得点と総得点の相関係数は小数点第2位を四捨五入して.3以上であった。

3. 因子分析(表2参照)

70項目の正規性が正規分布していないことを確認後、最尤法・プロマックス回転による探索的因子分析を行った。

36項目は①～④の因子選定条件に従い削除した。

①19下位因子のCronbach's α 係数は.314～.848と低いため17下位因子に修正した。②17下位因子70項目で探索的因子分析をかけ、27項目は各因子のCronbach's α 係数が.5以下と低いこと、因子内の項目間相関係数が低いこと、因子を構成する項目としては意味が異なるため削除した。③残り43項目で探索的因子分析を行った結果、11因子に分かれ、3項目はいずれも因子負荷量が.3未満であったため削除した。④残り40項目で探索的因子分析を行った結果、10因子に分かれ、40項目のうち6項目は本尺度原案

表1 精神科看護師の心的安全空間生成に関する項目の原案（70項目）と項目分析（ $n=338$ ）

概念	項目	平均値	標準偏差	平均値 +標準偏差	平均値 -標準偏差	項目間相関係数	I-T分析
1. チームに自ら助けを求める	1 私は医療チームに助けを求めれば助けてくれる	3.23	0.598	3.832	2.636	-0.141 ~ 0.735	0.286
	2 私は医療チームに支えられている	3.24	0.602	3.845	2.641	-0.139 ~ 0.735	0.296
	3 私は医療チームの力を借りて患者を捉え直す	3.11	0.592	3.699	2.514	-0.122 ~ 0.624	0.294
2. 同僚に自ら助けを求める	4 私には自分を理解してくれる同僚がいる	3.19	0.611	3.801	2.578	-0.158 ~ 0.673	0.359
	5 私は同僚に助けを求める	3.12	0.623	3.747	2.501	-0.096 ~ 0.673	0.445
3. 上司に自ら助けを求める	6 私には自分を理解してくれる上司がいる	3.11	0.680	3.792	2.433	-0.155 ~ 0.729	0.322
	7 私は上司に相談する	3.13	0.671	3.798	2.457	-0.210 ~ 0.729	0.319
	55 私は患者の担当を変更してもらう	1.85	0.573	2.425	1.279	-0.288 ~ 0.334	-0.012
4. 患者への怒り	8 私は患者に腹が立つ	2.54	0.710	3.249	1.828	-0.057 ~ 0.380	0.380
	9 私は患者を思い通りに動かしたい	1.98	0.640	2.622	1.343	-0.154 ~ 0.452	0.279
	10 私は患者が姑息に感じる	2.07	0.670	2.744	1.404	-0.104 ~ 0.452	0.364
5. 境界の脅かし	11 私は患者に恐怖感を持つ	2.28	0.688	2.963	1.587	-0.166 ~ 0.587	0.274
	12 私は患者に脅かされる	1.96	0.760	2.721	1.202	-0.126 ~ 0.587	0.370
	13 私はショックを受ける	2.36	0.788	3.143	1.567	-0.120 ~ 0.534	0.427
	14 私は患者に近づかれすぎて困る	2.06	0.599	2.658	1.460	-0.143 ~ 0.373	0.272
6. 自己愛の傷つき	15 私は1人の人間として傷つく	2.65	0.740	3.394	1.914	-0.155 ~ 0.534	0.316
	16 私は患者に裏切られた	1.97	0.660	2.627	1.308	-0.158 ~ 0.332	0.226
7. 自分への怒り	17 私は自分に腹が立つ	2.36	0.746	3.104	1.612	-0.130 ~ 0.558	0.360
	18 私は患者を苦しめたという罪悪感を感じる	2.10	0.660	2.760	1.441	-0.105 ~ 0.558	0.380
	19 私は看護師として何もできない無力さを感じる	2.41	0.718	3.126	1.690	-0.157 ~ 0.496	0.287
8. 自分の思いに蓋をする	20 私は看護師として感情を患者にぶつけてはいけない	2.86	0.696	3.554	2.162	-0.105 ~ 0.303	0.210
	21 私は患者が病気だから仕方がないと思ひ込む	2.82	0.590	3.413	2.232	-0.088 ~ 0.341	0.293
	22 私は業務をしないといけない	3.13	0.594	3.727	2.539	-0.170 ~ 0.341	0.269
	23 私は患者をなんとかしたい	2.68	0.662	3.342	2.019	-0.105 ~ 0.325	0.325
	24 私は自分の感情を落ち着かせたい	2.75	0.772	3.526	1.983	-0.168 ~ 0.412	0.412
9. 患者を避ける	25 私は患者の手が届かない場所に距離を取る	2.48	0.677	3.153	1.800	-0.088 ~ 0.477	0.365
	26 私は患者への関わりを避ける	2.06	0.642	2.701	1.417	-0.310 ~ 0.482	0.198
	27 私が看護師として患者にできることは、患者と距離を取ることで	2.15	0.637	2.785	1.511	-0.223 ~ 0.482	0.164
10. 自分と他者の違いを認める	28 私は自分と他者の感情は違う	2.82	0.689	3.509	2.131	-0.096 ~ 0.353	0.272
	29 私は男性と女性の間には違いがあると思う	3.08	0.582	3.659	2.495	-0.138 ~ 0.353	0.344
	39 私は患者が腹立っている状態を観察する	2.99	0.449	3.443	2.545	-0.253 ~ 0.527	0.329
	40 私は今、患者に何が起きているのか、考える	3.12	0.417	3.532	2.699	-0.287 ~ 0.653	0.352
	41 私は患者の気持ちを想像する	3.04	0.495	3.533	2.544	-0.177 ~ 0.725	0.384
	61 私は看護師それぞれが違って良いと思う	3.22	0.687	3.912	2.538	-0.239 ~ 0.341	0.341
	62 私は自由に自分の意志を貫いている	2.38	0.666	3.045	1.713	-0.104 ~ 0.573	0.278
	63 私はありのままの自分でいられる	2.34	0.681	3.024	1.662	-0.168 ~ 0.573	0.254
11. 自分を俯瞰する	30 私は自分に何が起ったのか、離れてみる	2.77	0.557	3.323	2.209	-0.039 ~ 0.299	0.280
	31 私は余裕がない自分に気づく	2.81	0.646	3.453	2.162	-0.146 ~ 0.393	0.320
12. 自分や相手を尊重して言う	32 私は医療チームの中で自分の感情を言う	2.59	0.662	3.254	1.930	-0.100 ~ 0.373	0.320
	33 私は患者の今の状態を医療チームで共有する	3.04	0.557	3.595	2.482	-0.140 ~ 0.498	0.403
	34 私は同僚に話を聞いてもらう	2.96	0.630	3.594	2.335	-0.087 ~ 0.553	0.410
	35 私は同僚と話しながら思考を整理する	2.97	0.583	3.551	2.384	-0.143 ~ 0.553	0.393
	36 私は同僚の患者への関わりを参考にする	3.17	0.530	3.696	2.636	-0.071 ~ 0.546	0.539
	49 私は患者が今、置かれている状況を患者に伝える	2.82	0.593	3.410	2.223	-0.138 ~ 0.516	0.347
	50 率直に私が患者に感じたことを言う	2.52	0.664	3.181	1.854	-0.091 ~ 0.333	0.282
	51 私は治療上のルールを患者と確認する	2.92	0.505	3.428	2.418	-0.133 ~ 0.487	0.263
13. 課題に主体的に取り組む	52 私は患者が行なった方がいいことを伝える	2.95	0.558	3.505	2.388	-0.161 ~ 0.487	0.339
	37 私は失敗のパターンを繰り返す	2.21	0.501	2.714	1.712	-0.159 ~ 0.373	0.278
	38 私は患者への先入観にとられる	2.30	0.569	2.871	1.732	-0.140 ~ 0.373	0.262
	53 私は患者と治療目標の達成を目指す	2.90	0.541	3.440	2.359	-0.199 ~ 0.520	0.342
14. 心をからにする	54 私はまた患者にケアをしようと思う	3.03	0.458	3.485	2.568	-0.310 ~ 0.520	0.264
	42 私は患者が表現する意味を考える	3.08	0.461	3.544	2.622	-0.207 ~ 0.725	0.384
	43 私は患者がなぜ、感情を抑えきれないのか、探る	3.00	0.547	3.550	2.456	-0.154 ~ 0.686	0.358
	44 私は発達段階と結びつけて考える	2.72	0.651	3.367	2.065	-0.178 ~ 0.425	0.318
	45 私は患者が本当はどうしたいのか、探る	3.08	0.493	3.570	2.584	-0.185 ~ 0.709	0.364
	46 私が判断して患者に行った行動を振り返る	3.07	0.494	3.565	2.577	-0.144 ~ 0.598	0.348
	56 私は気分転換を図る	3.13	0.582	3.712	2.548	-0.105 ~ 0.392	0.392
	47 私は患者とどのようなやり方しようかと考える	3.07	0.523	3.594	2.548	-0.161 ~ 0.616	0.365
15. 自分と他者の間にある固有の雰囲気を作る	48 私は患者に出来事の詳細を聞く	3.05	0.537	3.590	2.517	-0.225 ~ 0.616	0.371
	70 私はチームメンバーとの間で心地よさを感じる	2.71	0.638	3.351	2.075	-0.053 ~ 0.441	0.441
	57 私は患者が落ち着くまで待つ	3.09	0.465	3.560	2.629	-0.153 ~ 0.588	0.262
16. 患者が動き出すのを待つ	58 私は患者と時間を置いて関わる	3.13	0.454	3.581	2.673	-0.082 ~ 0.588	0.370
	59 患者が私に自分の重要他者（親、きょうだい等）を重ねている	1.98	0.630	2.613	1.352	-0.129 ~ 0.430	0.166
17. 患者が自分にうつし出す	60 患者の怒りが私に反映している	2.16	0.583	2.740	1.573	-0.101 ~ 0.430	0.296
	64 私の身体は守られている	2.56	0.692	3.248	1.864	-0.166 ~ 0.501	0.288
	65 私は終業時間を意識する	2.81	0.735	3.545	2.076	-0.116 ~ 0.344	0.235
18. 安全確保の確保	66 私は自分だけの居場所がある	2.64	0.786	3.425	1.853	-0.087 ~ 0.409	0.372
	67 私は、自分がどのような体験をしたのか、言葉にする	2.76	0.638	3.401	2.126	-0.106 ~ 0.396	0.379
	68 私は、患者に怒る自分を認める	2.72	0.650	3.369	2.069	-0.062 ~ 0.413	0.413
19. 自分を語る	69 私は、なぜ、患者に怒りを感じるのか、知りたい	2.59	0.679	3.274	1.915	-0.058 ~ 0.439	0.439

（注）Spearmanの相関係数

表2 精神科看護師の心的安全空間生成に関する項目の素的因子分析 ($n=338$)

項目	因子負荷量								
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子	第8因子	第9因子
第1因子 患者の体験や感情から欲求を見出す									
41. 私は患者の気持ちを想像する	.885	-.111	.039	.037	.038	-.019	-.101	-.008	.007
42. 私は患者が表現する意味を考える	.843	-.037	-.031	.025	.046	-.023	-.068	.028	.059
40. 私は今、患者に何が起きているのか、考える	.827	-.028	.009	.01	-.031	-.056	-.087	-.06	.042
45. 私は患者が本当はどうしたいのか、探る	.773	.007	.03	-.089	-.015	.032	.038	.027	-.002
47. 私は患者とどうやり方しようかと考える	.556	.	.102	-.073	-.054	.07	.078	.025	-.001
48. 私は患者に出来事の経緯を聞く	.522	.077	.007	.001	.054	-.071	.251	.028	-.105
39. 私は患者が腹立っている状態を観察する	.502	.156	-.135	.072	-.072	.08	.027	.016	-.012
第2因子 チームの力を借りて体験、感情や思考、行動を整える									
34. 私は同僚に話を聞いてもらう	-.107	.826	.064	-.082	.062	-.078	-.069	-.001	.022
35. 私は同僚と話しながら思考を整理する	.011	.684	-.003	.022	.141	-.081	-.018	-.127	.07
33. 私は患者の今の状態を医療チームで共有する	.085	.611	-.061	.123	-.097	-.004	.076	-.009	-.068
32. 私は医療チームの中で自分の感情を言う	.067	.498	-.028	-.076	-.152	.121	-.049	.16	-.111
36. 私は同僚の患者への関わりを参考にする	.087	.445	-.035	.183	.084	.074	.03	-.044	.121
67. 私は、自分がどのような体験をしたのか、言葉にする	-.033	.416	-.029	-.09	-.052	.023	.137	.177	.03
第3因子 良き理解者であるチームメンバーを頼りにする									
6. 私には自分を理解してくれる上司がいる	-.017	-.119	.915	.034	.027	-.007	.025	.029	-.017
7. 私は上司に相談する	.081	-.071	.78	.047	-.033	.019	.027	-.009	.01
5. 私は同僚に助けを求める	-.028	.305	.559	.009	.	.011	-.038	-.003	.075
4. 私には自分を理解してくれる同僚がいる	-.014	.233	.558	.064	-.021	.019	-.045	-.022	-.029
第4因子 チームをミラーにして患者を捉え直す									
2. 私は医療チームに支えられている	-.013	.009	.013	.833	-.024	-.021	-.022	.066	-.008
1. 私が医療チームに助けを求めれば助けてくれる	-.021	.01	.125	.772	-.018	-.031	-.024	-.047	-.007
3. 私は医療チームの力を借りて患者を捉え直す	-.001	-.048	.013	.751	.003	.053	.076	.027	-.086
第5因子 自己の無力感									
18. 私は患者を苦しめたという罪悪感を感じる	-.063	-.098	.056	-.028	.844	-.022	.106	.102	-.015
17. 私は自分に腹が立つ	.011	.053	-.003	-.043	.718	.02	.033	-.001	-.073
19. 私は看護師として何もできない無力さを感じる	.038	.069	-.097	.047	.62	.085	-.173	-.039	-.007
第6因子 患者への恐怖に基づく自己の傷つき									
11. 私は患者に恐怖感を持つ	-.048	-.019	.003	.023	-.041	.8	-.037	-.029	-.019
12. 私は患者に脅かされる	-.036	-.009	-.005	-.002	.011	.791	.061	.033	.013
13. 私はショックを受ける	.109	.002	.045	-.016	.143	.586	.012	-.044	.034
第7因子 作業同盟を結び、現実を共有し目標に向かって一緒に取り組む									
53. 私は患者と治療目標の達成を目指す	-.04	-.042	.015	.031	.034	.057	.821	-.053	.075
51. 私は治療上のルールを患者と確認する	.142	.06	.011	-.019	-.049	-.008	.519	-.038	-.111
54. 私はまた患者にケアをしようと思う	.148	-.102	-.089	.168	.027	-.049	.467	.035	.178
49. 私は患者が今、置かれている状況を患者に伝える	.278	.121	.05	-.142	.003	-.035	.403	-.031	-.095
第8因子 自分の意志を貫く									
62. 私は自由に自分の意志を貫いている	.057	-.015	-.023	.016	.102	.02	-.06	.788	.019
63. 私はありのままの自分でいられる	-.041	.081	.039	.045	-.033	-.058	-.029	.765	.012
第9因子 患者をみつめる時間を作る									
57. 私は患者が落ち着くまで待つ	-.001	-.038	.003	-.063	-.088	.001	.021	-.023	.865
58. 私は患者と時間を置いて関わる	.061	.082	.01	-.043	.014	.022	.014	.076	.617
全体のクロンバック α 係数	.852								
クロンバック α 係数	.876	.766	.855	.848	.772	.775	.719	.747	.718
累積寄与率	54.6								

〔注〕因子抽出法：最尤法

回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

の項目としては不適切と判断し、削除した。最終的に9因子34項目で構成された。因子数は、共線性は.3以下、因子負荷量が.3以下の項目はなく、因子内の意味のまとまりもみられたため決定した。加えて、因子数が最適解を得たことから適切と判断した。累積寄与率は54.6%と探索的因子分析を行った中で最

も高かった。各因子内の項目間相関については、Spearman順位相関係数は.19～.725 ($p<.01$) で有意な正の相関を示し、各項目の意味にまとまりがあった。

抽出した因子は解釈し以下の通り、命名した。第1因子は〈41. 私は患者の気持ちを想像する〉〈42.

私は患者が表現する意味を考える〉〈40. 私は今、患者に何が起きているのか、考える〉〈45. 私は患者が本当はどうしたいのか、探る〉〈47. 私は患者とどういうやり方しようかと考える〉〈39. 私は患者が腹立っている状態を観察する〉〈48. 私は患者に出来事の経緯を聞く〉から構成された。精神科看護師は患者に今、何が起きているのか、どんな気持ちなのか、患者は、本当はどうしたいのか、探求し、患者が表現する意味を考えることから【患者の体験や感情から欲求を見出す】と命名した。第2因子は〈34. 私は同僚に話を聞いてもらう〉〈35. 私は同僚と話しながら思考を整理する〉〈33. 私は患者の今の状態を医療チームで共有する〉〈32. 私は医療チームの中で自分の感情を言う〉〈36. 私は同僚の患者への関わりを参考にする〉〈67. 私は、自分がどのような体験をしたのか、言葉にする〉から構成された。精神科看護師は同僚を含むチームの中で、患者の今の状態、自分の体験、感情や思考を言葉にすることで整理し、患者への関わり方の参考にすることから【チームの力を借りて体験、感情や思考、行動を整える】と命名した。第3因子は〈6. 私には自分を理解してくれる上司がいる〉、〈7. 私は上司に相談する〉、〈4. 私には自分を理解してくれる同僚がいる〉、〈5. 私は同僚に助けを求める〉から構成された。精神科看護師は理解してくれる上司や同僚に助けを求め、相談することから【良き理解者であるチームメンバーを頼りにする】と命名した。第4因子は〈2. 私は医療チームに支えられている〉〈1. 私が医療チームに助けを求めれば助けてくれる〉〈3. 私は医療チームの力を借りて患者を捉え直す〉から構成された。精神科看護師はチームの力を借り、患者を捉え直すことから【チームをミラーにして患者を捉え直す】と命名した。第5因子は〈18. 私は患者を苦しめたという罪悪感を感じる〉〈17. 私は自分に腹が立つ〉〈19. 私は看護師として何もできない無力さを感じる〉から構成された。精神科看護師は患者に対し罪悪感を感じ、自分に腹が立ったり、無力さを感じることから【自己の無力感】と命名した。第6因子は〈11. 私は患者に恐怖感を持つ〉〈12. 私は患者に脅かされる〉〈13. 私はショックを受ける〉から構成された。精神科看護師は患者に対し恐怖感、脅かし、ショックを受けることから【患者への恐怖に基づく自己の傷つき】と命名した。第7因子は〈53. 私は患者と治療目標の達成を目指す〉〈51. 私は治療上のルール

を患者と確認する〉〈49. 私は患者が今、置かれている状況を患者に伝える〉〈54. 私はまた患者にケアをしようと思う〉から構成された。精神科看護師が患者に、今、ここで患者が置かれている状況を伝え、目標を設定することから【作業同盟を結び、現実を共有し目標に向かって一緒に取り組む】と命名した。第8因子は〈63. 私はありのままの自分でいられる〉〈62. 私は自由に自分の意志を貫いている〉から構成された。精神科看護師は自由に自分の意志を貫き、ありのままの自分でいることから【自分の意志を貫く】と命名した。第9因子は〈57. 私は患者が落ち着くまで待つ〉〈58. 私は患者と時間を置いて関わる〉から構成された。精神科看護師が患者と時間を置く、患者が落ち着くまで待つことから、【患者をみつめる時間を作る】と命名した。すなわち、9因子34項目は【患者への恐怖に基づく自己の傷つき】【自己の無力感】という体験として知覚される自分の怒り、【良き理解者であるチームメンバーを頼りにする】【チームの力を借りて体験、感情や思考、行動を整える】は自分の怒りを人の力を借りて受け止める、【自分の意志を貫く】は自分で意志決定をする、【患者をみつめる時間を作る】【チームをミラーにして患者を捉え直す】【患者の体験や感情から欲求を見出す】は患者に再度関心を寄せる、【作業同盟を結び、現実を共有し目標に向かって一緒に取り組む】は患者の怒りを受け止め対処する自分自身の専門家としての働き、つまり、自律的な自我機能の芽生えに分類できた。

因子構造を確認するため、共分散構造分析を用いて確認的因子分析を行ったところ、モデルの適合度はGFI=.829、AGFI=.794、CFI=.851、RMSEA=.065であった。モデル適合度は中程度であり、9因子34項目からなる精神科看護師の心的安全空間生成に関する構成概念妥当性は十分とは言えなかった。

信頼性の検証では、本尺度原案の全体のCronbach's α 係数は.852、各因子のCronbach's α 係数は.718～.876と高い値を示すため、内的整合性が確認された。再テストの全体は、Spearman順位相関係数.627 ($p<.01$)、因子得点ごとがSpearman順位相関係数.486～.741 ($p<.01$)と正の相関を示すため、時間的安定性が確認された。

考 察

70項目から、最終的に9因子34項目が抽出された。それを踏まえ、1. 項目分析、2. 因子分析、3.

信頼性・妥当性の検討、4.「心的安全空間生成」の定義・特徴、5.「心的安全空間生成」の構成要素、6. 今後の尺度の活用可能性、7. 本研究の限界と今後の課題について考察する。

1. 項目分析

本尺度 9 因子 34 項目の I-T 相関は全項目において、3 以上²³⁾であり、関連性の低い項目はなく、項目全体が独自性をもつと考えた。

2. 因子分析

第 1 因子【患者の体験や感情から欲求を見出す】は 7 項目より構成され、これは、精神科看護師が患者に怒りを向けられ、怖く、避けたい思いもあるが、患者に関心を向け、患者の本当はどうしたいのか、欲求を探求することを示すと考える。第 2 因子【チームの力を借りて体験、感情や思考、行動を整える】は 6 項目より構成され、これは、精神科看護師がチームの力を借り、自己の空間を広げ、自分自身の体験、感情や思考、行動をつなげることで自分の怒りを安全に受け止めることを示すと考えられた。第 3 因子【良き理解者であるチームメンバーを頼りにする】は 4 項目で構成され、これは、精神科看護師がチームメンバーに相談したり、助けを求めることで、自己の空間を広げ、自分の怒りを安全に受け止めることを示すと考える。第 4 因子【チームをミラーにして患者を捉え直す】は、3 項目で構成され、これは、精神科看護師が、チームに患者のことを相談することを通じて、患者を新たに捉えなおそうという再度患者に関心を向けることを示すと考える。第 5 因子【自己の無力感】は、3 項目で構成され、これは、精神科看護師が患者に怒りを向けられ、患者への罪悪感、自分への腹立ち、無力さを体験として知覚される自分の怒りとして認識することを示すと考える。第 6 因子【患者への恐怖に基づく自己の傷つき】は 3 項目より構成され、これは精神科看護師が患者に怒りを向けられ、患者への恐怖や脅かし、ショックを体験として知覚される自分の怒りとして認識することを示すと考える。第 7 因子【作業同盟を結び、現実を共有し目標に向かって一緒に取り組む】は 4 項目より構成され、これは精神科看護師が患者と共に、治療目標の達成に向け、今、置かれている状況を説明したり、ルールを確認し、取り組むといった患者の怒りを安全に受け止め対処する自分自身

の専門家としての働きを展開することを示すと考える。第 8 因子【自分の意志を貫く】は 2 項目で構成され、これは精神科看護師が自由に、自分の意志を貫くこと、ありのままの自分でいられることといった自分の欲求を探し意志決定することを示すと考える。第 9 因子【患者をみつめる時間を作る】は 2 項目で構成され、精神科看護師は患者が落ち着くまで待ったり、患者と時間を置いて関わるといった患者に再度関心をよせることを示すと考える。

以上から抽出された 9 因子により精神科看護師の心的安全空間生成を捉えることができると考える。

3. 信頼性・妥当性の検討

本研究は、全国の精神科病院の母集団から無作為抽出し回収率は 70.5% であった。回答者の平均年齢は 44.5 歳であり、全国の精神科看護師の平均年齢とほぼ同様であった²⁴⁾。従って、データは概ね母集団を反映すると考える。また、尺度開発には項目の 5 から 10 倍の対象者が適当である²⁵⁾。本研究の回答者は 338 名であるため、対象者は適当と評価できる。これらのことから、本データは信頼性の検討に適切と考える。

本尺度原案 9 因子 34 項目の Cronbach's α 係数 = .852 より、内的整合性を確認できた。また、再テスト前後の因子得点ごとの Spearman 順位相関係数は .486 ~ .741 ($p < .01$) と正の相関がみられ、本尺度原案の時間的安定性が確認された。したがって、本尺度原案の信頼性は確認され、自我自律性がどの程度、働いているか、を測る尺度として臨床での活用が示唆された。

心的安全空間生成を本研究では「知覚した不安や恐怖を自分のものとして受け止め、患者のために自分がどうしたいのか、探求し、ケア方法を定めること」と定義したが、本尺度原案は患者に怒りを受けた際、精神科看護師が【患者への恐怖に基づく自己の傷つき】【自己の無力感】という体験として知覚される自分の怒りを認識し、【良き理解者であるチームメンバーを頼りにする】【チームの力を借りて体験、感情や思考、行動を整える】という人の力を借りて自分の怒りを安全に受け止め、【自分の意志を貫く】という自分の欲求を探し意志決定し、【患者をみつめる時間を作る】【チームをミラーにして患者を捉え直す】【患者の体験や感情から欲求を見出す】という患者に再度関心をよせ、【作業同盟を結び、現実を共有

し目標に向かって一緒に取り組む】という患者の怒りを受け止め対処する自分自身の専門家としての働きを展開することを示した。よって、本尺度原案の項目は因子分析により本研究の定義にそって抽出されたと考えられた。しかしながら、確認的因子分析よりモデル適合度が中程度を示した。これらのことから、精神科看護師の心的安全空間生成に関する構成概念妥当性は十分には得られなかった。

以上のことから、本研究では精神科看護師の自我自律性がどの程度、働いているかを、簡便に且つ客観的に測定できる尺度開発のための有用な情報が得られた。

4. 「心的安全空間生成」の定義・特徴

心的安全空間生成を本研究では「知覚した不安や恐怖を自分のものとして受け止め、患者のために自分がどうしたいのか、探求し、ケア方法を定めること」と定義した。しかし、調査の結果、明らかになった心的安全空間生成は、精神科看護師が自己の傷つきや無力感を意識し、チームの力を借りて自己の空間を作ること、そしてその自己の空間をもとに自我機能を働かせ、体験、感情や思考、行動を整えることによって、自分の意志を定めることであった。なぜ、それが、心的安全空間生成といえるか。PAS理論²⁶⁾では心的安全空間を作る方法について、生後間もない頃より、乳児は、母親からの母乳、愛撫といった愛着に包まれる体験を示している。特に、乳児は重要他者から、衝動や欲求を満たされることで、安全に自己の空間を作る。乳児は自我を働かせ、自己の空間を探索し深める活動を行い、母親を確認する振り返りを繰り返す。安全を確かめつつ乳児は共生世界の母親のもとを離れていく分離-練習の過程をたどる²⁷⁾。その際、乳児の自己の空間は、母親をはじめとする重要他者との間で衝動や欲求を満たされ、認められ、賞賛され、保証されることで作られる²⁸⁾と述べられている。これより、精神科看護師はチームの力を借りて衝動や欲求を満たし、且つ、チームに認められ、賞賛され、保証されることで自己の空間を作り、その自己の空間をもとに自我機能を働かせ、意志決定することにつながっていたため、心的安全空間生成と考えた。

心的安全空間生成は、精神疾患患者の怒りなどへの対応が、一般科で患者の怒りなどに接した時の対応と異なるため、精神科看護では特に重要と考える。

つまり、精神疾患患者は、精神疾患や精神症状の特徴から、怒りを示すことがある。精神疾患患者の怒りは、自分や他者への攻撃のきっかけ²⁹⁾、精神症状による不安や恐怖から自分を守るためであったり、エネルギーが安全に出せないことや社会的感受性が低下することによるものと述べられている^{30~32)}。そこで、心的安全空間を生成することは、患者に怒りを向けられ、不安や恐怖で視野が狭くなり、どうしてよいのかわからなくなった自分をチームの力を借りて、自己の空間を作り、自我機能を働かせ、不安や恐怖を受け止め、患者に何が起きているのか、などを考える。そして、自分は看護師としてどうしたいのかを明らかにすることを可能にするためである。

5. 「心的安全空間生成」の構成要素

心的安全空間生成の構成要素として抽出された予備調査段階の19概念70項目と本調査によって得られた9因子34項目の関係について、本調査で得られた9因子34項目は知覚した不安や恐怖を自分のものとして受け止め、患者のために自分がどうしたいのか、探求し、ケア方法を定めるという心的安全空間生成だけでなく、チームの力を借り自己の空間を作ることを通じ、より自我が自律的に働いていることを明確に示す関係となったと考えた。加えて、心的安全空間生成は精神科看護師がチームだけを頼りにするのではなく、患者との協働も重要視していることが示唆された。

9因子34項目から構成される安全空間生成とは、患者に怒りを受けた際、精神科看護師が【患者への恐怖に基づく自己の傷つき】【自己の無力感】という自己の体験として知覚される怒りを認識し、【良き理解者であるチームメンバーを頼りにする】【チームの力を借りて体験、感情や思考、行動を整える】という人の力を借りて自分の怒りを安全に受け止め、【自分の意志を貫く】という自分で意志決定し、【患者をみつめる時間を作る】【チームをミラーにして患者を捉え直す】【患者の体験や感情から欲求を見出す】という患者に再度関心を寄せ、【作業同盟を結び、現実を共有し目標に向かって一緒に取り組む】という患者の怒りを受け止め対処する自分自身の専門家としての意図的なケアを定め展開する心理的な空間すべてを示すと考える。なぜなら、PAS理論³³⁾より、安全空間は自己の機能だからである。自己の機能には自分自身を俯瞰し、客観的に捉えることが挙げられる。

そのため、自己が十分に大きくなるなら、強いストレス下であっても自我が機能を失わない空間を保持し、葛藤に左右されない機能領域で情報とエネルギーの交換と生産的活動性を維持できると考える。

6. 今後の尺度の活用可能性

本研究は、精神科看護師がどのように心的安全空間を生成するのか、を明らかにすることで、精神科看護師が患者から怒りを受けて、怒り、恐れや不安を感じた時の対応方法を明確化することができた。オレム³⁴⁾の理論の中でセルフケア能力の10のパワーの構成要素が示されている。その中に動機づけや意志決定が含まれている。本庄³⁵⁾も述べるように動機づけて意志決定できるようにしていく支援は、セルフケア支援の中でもそのセルフケア能力を高める。つまり、精神科看護師が心的安全空間を生成することは、精神科看護師が怒りを向ける患者に対応しようと動機づけ、意志決定できるよう助ける。「また、患者に関わってみよう」と精神科看護師が前向きに思えるようになることに繋がることが示唆された。

7. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、データが正規分布していなかったにもかかわらず一般的な分析方法として用いられているという理由で最尤法を使用したこと、患者の怒りを受けた精神科看護師の心的安全空間生成に関する尺度原案の妥当性の検証が十分ではないこと、精神科看護師が所属する施設間の差異を調査していないことである。施設により、精神科看護師の教育内容、スタッフの構成、病棟の性質（精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、地域移行機能強化病棟等）、患者の病態や精神科看護師の置かれている状況は異なり、測定値に影響を及ぼすと考えられる。今後は、9因子34項目からなる尺度を原案として2回目の本調査を行い、より高い精度で構成概念妥当性を検討すると共に、心的安全空間生成に関する尺度に関連する尺度との基準関連妥当性を確認しながら、項目を精選する必要がある。

結 論

精神科看護師の心的安全空間生成に関する尺度原案を作成するために調査し、因子分析を行い、信頼性、妥当性を検証した。今回得た結果を踏まえ、知見を集積するための研究を積み重ねる必要がある。

謝 辞

本研究にご協力頂きました皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反の有無

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 1) 厚生労働省. 令和2年(2020)の患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/toukei.pdf> (2024年10月7日アクセス)
- 2) Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M. Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 60(1): 29-36.
- 3) 安永薫梨. 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. *日本精神保健看護学会誌* 2006; 15(1): 96-103.
- 4) 畠山朋子, 佐々木久長, 米山奈奈子. 看護師の患者対応場面での怒り発生とその後の行動. *秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要*. 2016; 24(1): 41-51.
- 5) 小谷英文, 宇佐美しおり. PASセルフケアセラピー. 22-23, 東京: PAS心理教育研究所出版部. 2018.
- 6) 日本看護協会中央ナースセンター. 新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書2004年.
- 7) 小谷英文. 現代心理療法入門. 東京: PAS心理教育研究所出版部. 2010: 210.
- 8) 前掲7), p285.
- 9) 小谷英文. 精神分析的システムズ心理療法. 東京: PAS心理教育研究所出版部. 2018: 39.
- 10) 前掲9), p107-108.
- 11) Novaco, R. W. Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment, D.C. Health Lexington MA. 1975.
- 12) Williams, E. & Barlow, R. (1998). 壁屋康洋監訳. アンガーコントロールトレーニング. 東京: 星和書店. 2007: 23.
- 13) Turan, N. An investigation of the effects of an anger management psychoeducation programme on psychological resilience and affect of intensive care nurses. *Intensive & critical care nursing*. 2021; 62:

102915.

- 14) 香月富士日, 杉松智美, 児屋野仁美, 他. 精神科看護師のストレスマネジメント・エンパワメントプログラムの効果に関する研究: 無作為割り付け比較試験を用いた研究. 日本精神保健看護学会誌. 2013 ; 22(2) : 1-10.
- 15) 前掲 7), p8-9, 285-286.
- 16) 冠崎香代子, 岩崎俊輔, 新谷智恵子. 精神科看護における看護師の抱く陰性感情の実態. 日本精神科看護学会誌. 2009 ; 52(1) : 398-399.
- 17) 足達弘子, 山中ひとみ. 精神科訪問看護における看護師が陰性感情を抱く場面と対処方法. 日本精神科看護学会誌. 2015 ; 58(1) : 540-541.
- 18) 前掲 9), p19.
- 19) 前掲 9), p29-31.
- 20) 永田靖. サンプルサイズの決め方. 東京: 朝倉書店. 2008.
- 21) Benner, P. (1984). 井部俊子監訳. ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー. 東京: 医学書院. 1996 : 26.
- 22) 小笠原知枝, 松木光子. これからの看護研究—基礎と応用. 第3版. 東京: ニューヴェルヒロカワ. 2012 : 138.
- 23) Polit, D.F& Beck, C.T. (2004). 近藤潤子 (訳). 看護研究原理と法則. 第2版 東京: 医学書院. 2010 : 436.
- 24) 日本看護協会. 2016年病院看護実態調査. <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/91.pdf> (2021年3月25日アクセス)
- 25) 松尾太加志. 誰も教えてくれなかった因子分析. 京都: 北大路書房. 2002 : 38.
- 26) 前掲 9), p83.
- 27) 前掲 9), p99.
- 28) 前掲 9), p107-108.
- 29) Fassino, S, Amianto, F, Gastaldo, L & Leombruni, P. Anger and functioning amongst inpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder living in a therapeutic community. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2009; 63(2); 186-194.
- 30) Kaplan, S.G., Wheeler, E.G. Survival skills for working with potentially violent clients. Social Casework, 1983; 64(6): 339-346.
- 31) 中井久夫. こんなとき私はどうしてきたか. 東京: 医学書院. 2009 : 77.
- 32) 前掲 9), p32.
- 33) 前掲 9), p37-41.
- 34) Orem, D.E. (2001). 小野寺杜紀訳. オレム看護論—看護実践における基本概念. 第4版 東京: 医学書院. 2005.
- 35) 本庄恵子. セルフケア支援を評価し深化させるセルフケア質問紙の活用. PASセルフケアセラピー看護学会誌. 2023 ; 5 : 16-21.

受付 2024. 6. 10
採用 2024. 12. 6