

DA  
6247  
2011  
HG

## 研究テーマ

# 看護師のメンタルヘルスと レジリエンス支援に関する介入研究

筑波大学大学院 人間総合科学研究科 谷口 清弥

寄贈  
谷口清弥氏

## 目次

### 第1章 研究の背景と課題

|     |                             |    |
|-----|-----------------------------|----|
| 第一節 | 看護師のメンタルヘルスの現状と課題           |    |
|     | Ⅰ 看護師をとりまく医療現場の現状           | 2  |
|     | Ⅱ 看護特有の職務がメンタルヘルスに及ぼす影響     | 4  |
|     | Ⅲ 看護師のメンタルヘルス支援の現状と課題       | 6  |
| 第二節 | レジリエンス研究の動向                 |    |
|     | Ⅰ レジリエンスの概念                 | 7  |
|     | Ⅱ 国内外におけるレジリエンス研究の動向        | 8  |
|     | Ⅲ 看護領域におけるレジリエンス研究          | 11 |
|     | Ⅳ 看護を継続するポジティブな力            | 12 |
| 第三節 | レジリエンスを高める可能性をもつ自己報酬型自己イメージ |    |
|     | Ⅰ イメージが自己に及ぼす影響             | 14 |
|     | Ⅱ 自己報酬型のイメージ脚本              | 16 |
| 第四節 | 用語の定義                       | 20 |
| 第五節 | 本論文の研究目的と課題                 | 21 |

### 第2章 看護師のレジリエンスにおける心理行動特性の影響 ー共分散構造分析による因果モデルの構築ー

#### 研究課題Ⅰ

|     |                         |    |
|-----|-------------------------|----|
| 第一節 | 研究の目的                   | 23 |
| 第二節 | 本研究におけるレジリエンスの仮説構成概念    | 24 |
| 第三節 | 倫理的配慮                   | 25 |
| 第四節 | 研究方法                    |    |
|     | Ⅰ 研究デザイン                | 26 |
|     | Ⅱ 調査期間および対象             | 26 |
|     | Ⅲ 測定尺度の選定理由             | 26 |
|     | Ⅳ 調査項目、測定尺度             | 26 |
| 第五節 | 分析方法                    | 28 |
| 第六節 | 結果                      |    |
|     | Ⅰ 対象者の基本的属性             | 29 |
|     | Ⅱ 各尺度の平均値からみたパーソナリティの傾向 | 38 |
|     | Ⅲ 精神的回復力尺と属性との関連        | 39 |
|     | Ⅳ 尺度間の関係性               | 41 |
|     | Ⅴ 探索的因子分析による結果          | 44 |
|     | Ⅵ 確認的因子分析による結果          | 47 |
|     | Ⅶ 精神的回復力尺度の信頼性と妥当性      | 48 |
|     | Ⅷ レジリエンス因果モデル           | 51 |
| 第七節 | 考察                      | 55 |
|     | Ⅰ 対象の妥当性                | 55 |
|     | Ⅱ 看護師の精神的回復力尺度の特徴       | 56 |
|     | Ⅲ レジリエンス因果モデルの評価        | 57 |
| 第八節 | 結論                      | 60 |
| 第九節 | 本研究の限界と今後の課題            | 61 |

### 第3章 看護師の困難からの立ち直りのプロセスと立ち直りを支えた要因

#### 研究課題II

|     |                      |    |
|-----|----------------------|----|
| 第一節 | 研究目的                 | 49 |
| 第二節 | 研究方法                 |    |
|     | Ⅰ 研究デザイン             | 50 |
|     | Ⅱ 対象者と対象の設定理由        | 50 |
|     | Ⅲ 面接方法と内容            | 51 |
| 第三節 | 分析手順                 | 52 |
| 第四節 | 倫理的配慮                | 53 |
| 第五節 | 結果                   | 54 |
|     | Ⅰ 困難からの回復のプロセス       | 68 |
|     | Ⅱ 困難体験が看護に与えた影響      | 72 |
| 第六節 | 考察                   |    |
|     | Ⅰ レジリエンスを発揮するプロセスと要因 | 75 |
|     | Ⅱ 看護師固有のレジリエンス       | 77 |
| 第七節 | 結論                   | 79 |
| 第八節 | 研究の限界                | 80 |
|     | 研究課題Ⅰ、Ⅱのまとめ          | 81 |

### 第4章 看護師を対象とした自己イメージ再構築プログラムの作成

#### 研究課題III

|     |                        |    |
|-----|------------------------|----|
| 第一節 | 研究目的                   | 83 |
| 第二節 | プログラム作成の意図             | 84 |
| 第三節 | 関連理論の検討                |    |
|     | Ⅰ SAT療法の概要             | 85 |
|     | Ⅱ これまでの心理療法とSATイメージ療法  | 86 |
|     | Ⅲ 養育者の顔表情が自己イメージに与える影響 | 88 |
|     | Ⅳ 表情再脚本化イメージ法          | 90 |
| 第三節 | 本プログラムの作成              |    |
|     | Ⅰ プログラムの概要             | 93 |

### 第5章 看護師を対象とした自己イメージ再構築プログラムの介入研究

#### 研究課題IV

|     |                  |     |
|-----|------------------|-----|
| 第一節 | 研究目的             | 97  |
| 第二節 | 作業仮説             | 98  |
| 第三節 | 研究方法             |     |
|     | Ⅰ PIRプログラムの介入    | 99  |
|     | Ⅱ アサーションプログラムの介入 | 103 |
| 第四節 | 倫理的配慮            | 108 |
| 第五節 | 分析方法             | 109 |

|     |                            |     |
|-----|----------------------------|-----|
| 第六節 | 結 果                        |     |
|     | I 対象者の特性                   | 110 |
|     | II PIRプログラム                | 114 |
|     | III アサーションプログラム            | 117 |
|     | IV 両プログラム介入前後の比較           | 121 |
| 第七節 | 考 察                        |     |
|     | I PIRプログラムの評価              | 123 |
|     | II アサーションプログラムの評価          | 127 |
|     | III PIR・アサーション両プログラムの効果の比較 | 128 |
| 第八節 | 結 論                        | 129 |
| 第九節 | 本研究の限界                     | 130 |

## 第6章 看護師を対象とした自己イメージ再構築プログラム介入の縦断的調査

### 研究課題IV

|     |                         |     |
|-----|-------------------------|-----|
| 第一節 | 研究の背景                   | 132 |
| 第二節 | 研究目的                    | 133 |
| 第三節 | 作業仮説                    | 134 |
| 第四節 | 研究方法                    |     |
|     | I 対象                    | 135 |
|     | II 調査時期                 | 135 |
|     | III 調査項目ならびに測定尺度        | 135 |
| 第五節 | 倫理的配慮                   | 137 |
| 第六節 | 分析方法                    | 137 |
| 第七節 | 結 果                     |     |
|     | I 対象の属性                 | 138 |
|     | II 研修前後および6カ月後の比較       | 140 |
|     | III 看護レジリエンスと臨床実践力の変化   | 153 |
|     | IV 非介入群の0時点・6カ月後の尺度値の比較 | 156 |
| 第八節 | 考 察                     |     |
|     | I PIRプログラムの長期効果         | 157 |
|     | II 問題解決型行動動特性の発揮を妨げるもの  | 160 |
|     | III 看護レジリエンス・臨床実践力との関連  | 162 |
|     | IV PIRプログラムの限界          | 164 |
| 第九節 | 研究の限界と今後の課題             | 165 |

## 第7章 総括

文献

業績

謝辞

巻末資料

## 第1章 研究の背景と課題

## 第一節 看護師のメンタルヘルスの現状と課題

### I 看護職をとりまく医療現場の現状

日本では、急速な高齢化社会を迎え、慢性疾患患者などの有病者が増加し続けている一方、医療科学技術の向上に伴い、臓器移植や悪性疾患治療などの高度医療が日常的に行なわれるようになった。さらに対象者の価値観の多様化や医療事故による訴訟問題など、看護師をとり巻く労働環境はますます過酷なものになりつつある。その中で、新人看護師の適応障害、中堅看護師の燃え尽きやうつ状態、医療事故や患者の自殺や暴力によるストレス障害など看護師のメンタルヘルスの問題が顕在化している。

新人看護師の適応障害は、離職率へと反映しており、2010年の看護師需要状況調査結果によると、新卒看護師の離職率は8.6%であり、ほぼ11人に1人が1年以内に離職しているという現状がある。新卒看護師の職場定着を困難にしている理由として、多くの病院や学校が「基礎教育終了時点の能力と看護現場で求める能力のギャップ」を挙げている（2004年日本看護協会調査）。看護基礎教育の到達レベルと臨床で求められる看護実践力の乖離といった要因が、若者の精神的な未熟さとも相まって‘リアリティ・ショック’を引き起こしている。これは、就職前の期待と就職後に経験する現実との間のギャップによって生じる組織や自己の能力への幻滅感によって生じているため、教育段階から現場への円滑な移行が課題となっている。

新人看護師の定着率の低さは先輩看護師である中堅看護師への負担感に影響をもたらすことにもなる。新人から中堅となることで「リーダーシップの発揮」や「後輩への役割モデル」、さらに委員会や研究などの新たな役割が加わり、中堅看護師のストレス要因となっている（平野ら、2009）。さらに、自分の立場の上にも下にも人がいることへの板挟みによるストレスや、周囲の要求に応えようと自らの目標を高くしてしまうことなどから、緊張やストレスを慢性化させ心身の不調や離職の増加といった悪循環につながるものと危惧される。

また、患者やその家族から看護師への暴力が年々増加傾向にあり、職場環境の悪化をもたらすだけでなく、暴力被害にあった職員が、暴力に対する恐怖、嫌悪感、不信等による不適応反応により、退職するケースがあるという報告がある（児玉ら、2008）。また、自らが医療事故の当事者となったケースや、患者の自殺や急変、さらには患者からの身体的・言語的・性的暴力などの惨事体験がうつや不安症状を引き起こすことが非常に多いという報告

がある（大澤，2009）（折山，2009）。このような看護師のメンタルヘルスの問題は、医療、看護の質の確保の面からも深刻な問題と言える。

一方、2006年4月の診療報酬改定で入院病棟の看護師配置基準7：1看護体制の導入により、看護師の需要が高まり、慢性的な看護師不足が続いている。そのため、看護職員の業務密度、負担が高くなり、厳しい労働条件から離職や転職が繰り返されて人が定着しないという問題を抱えている。さらに、専門的資格を有しながら看護職として就業していない潜在看護師が55万人以上に上っている。

このような深刻な状況から、看護師等の人材確保の促進に関する法律が1992年成立、施行され、看護職員の離職防止対策や再就職の促進対策、養成力の拡充強化が進められている。2009年厚生労働省は、新卒看護師を受け入れる病院に対して「新人看護職員臨床研修」を努力義務化した。臨床研修に国の補助金を投じて、医療現場の期待する実践能力と新卒看護師の臨床実践能力の乖離を解決しようという意図であった。そのため、研修内容は看護実践能力の向上を図る技術演習が中心であり、メンタルヘルス支援については、職場適応のサポートや体制を整備という項目は挙げられているが、その内容としては‘メンタル支援の指導者の育成’に留まり具体的な支援内容は示されていない。2005年の調査開始以来、新人看護師の離職率は、わずかに低下しているものの、大きな改善にはつながっていないのが現状である。

## II 看護特有の職務がメンタルヘルスに及ぼす影響

看護師は、メンタルヘルスについてかなり高いストレスを持った集団であると言われている（川口，1998）（宗像，1995，2007）。フロイデンバーガー（Freudenberger, 1974）は、あたかもエネルギーが失われていくかのように仕事に対する意欲や関心を失っていく状態をバーンアウト（Burnout）と名づけた。バーンアウトは、過大な情緒的資源が要求される職場で発生しやすいとされ、その後、日本でも職業上のさまざまな条件のもとに起こる身体的・情緒的に消耗した状態を「燃え尽き症候群」と呼び（宗像，1996）、看護師の燃え尽き症候群の問題がクローズアップされた。宗像によれば、看護師の燃え尽き状態や神経症状、抑うつのはらみは医師よりもはるかに強く、高い燃え尽き状態にあるものの割合は31.7%であった（宗像，1995）。相手の立場を思いやり、誰かと信頼関係を築くには多大な情緒的エネルギーが必要とされる（武井，2002）。自らの役割に誠実な人ほど日々このような感情のやりとりを繰り返していく中で疲弊し、消耗していく。3交代勤務や時間外勤務に疲れ、「自分がやりたいこと」と「業務としてやらなければならないこと」とのギャップに悩み、時には自分の行っている看護に意味を見失ってしまうこともある。また、回復過程や治療、看護援助の成果の見えにくい慢性期の患者やターミナルケアに関わるとき、看護師としての無力感や罪責感を感じることもある。このようなストレスに日々さらされているうちに、いつしかそのようなつらさや不安と感情と距離を置く、シニシズムを示し、職務効力感を低下させると言われている（北岡，2004）。

一方で、アメリカの社会学者ホックシールド（Hochschild, 1983）は、職業上その場や状況で求められる感情を表現するために自分の感情を操作し管理することを「感情労働」と呼び、これを続けることが大きなストレスとなり精神健康を阻害する可能性があるとして警告を発した。三井（2006）は、看護の感情労働の特殊性として、患者がどのような人であれ患者に対しては好意的な心理状態を維持するべきであるという普遍的なものと、それに対して、個別の患者へのコミットメントを求める規則が課せられているということを示している。コミットするということは、相手の感情へ自己を関与させるということであり、患者の課題を自分自身のものとして引き受けることである。しかし、深くコミットするほどに看護師の内面に様々な感情が引き起こされ、それがストレスや不安につながることもあるとし、看護特有の感情労働のストレスを示した。谷口（2009）の調査によると、実際に感じている感情とは異なる感情を表現する‘表層演技’をすることで29.3%の



看護師が罪悪感などのマイナス感情を感じていた。これは、患者のために感情労働は必要と認識しているが、心からの本来の感情ではなく演技していることへの罪悪感であり、アンビバレントな感情状態を抱えているといえる。萩野（2004）は、感情ルール（職務上必要とされる規範）に従わない本当の感情を認識することは低い自尊感情、アイデンティティの危機につながるとしており、バーンアウトとの高い相関があることを示した。さらに、ホックシールド（1983）もこのような感情の不協和が抑うつなど心理的健康に関連すると指摘している。

このような過酷な職場環境に日々さらされることで、多くの看護師が無自覚のうちに自己の不都合な感情を感じないようにする‘感情認知困難’の傾向にあると言う（宗像，1995）。感情認知困難とは、辛くても弱音を吐かず見通しがなく孤独な中でも頑張り続ける特性であり、そのストレスは身体症状などに現れることになる。

また、看護師は他者の役に立つ仕事をしたいと思っている人が多く、真面目で一生懸命働くという傾向をもっている。その背景には、看護師の99%は、傷ついた自分を置き換えられたもので癒そうとする心理パターンを持っており、困っている人や傷ついている人を助けていると何か気持ちが落ち着くという傾向をもっていると言われている（宗像，2003）。筆者の経験からも、辛くても、時にはその辛ささえ無自覚で、ひたすら我慢強く、患者のために頑張り続ける看護師が多いと感じる。

このようなストレスへの対処行動がとられない状態が続くと、ストレスは身体化し、身体症状や身体疾患により休職や退職に至るケースも多い。

本来は、人との関わりを職業とする看護師であればこそ、喜びや悲しみ、苛立ちなどを感じる感受性をもっていることが大切なのであり、そういった感性を保っていてこそ対象の気持ちもくみ取ることができ、温かく接することが出来るのである。看護師も人間なのであり、感情を抑えて無条件に働き続けることはできない。

看護師へのGHQを用いた精神健康度調査の結果、影山ら（2001）の調査で精神的不健康な状態にある看護師の割合は69.1%であり、さらに、野原ら（2009）の調査においても69.8%に上り、前述した1995年の宗像の調査時以降、看護師のメンタルヘルスは悪化しており、早急な対策が急務である。

### Ⅲ 看護師のメンタルヘルス支援の現状と課題

看護師は、心身の病や障害を持つ人への療養上の生活を支える専門家とされている。そのため、医学・看護学の知識を持ち合わせた専門家という立場から、健康やメンタルヘルスは自己の管理にゆだねられていた現状が長く続き、現在もその傾向は続いている。そのような中、看護師の職場不適應による休職や離職による看護師不足が病院経営上の問題となってきたことで、対策が講じられるようになった。

個々の新人看護師に教育係の先輩が付き、指導や相談に乗るというプリセプター制度を取り入れ、カウンセリング機関と委託し、精神的不調をきたした職員がサポートを受けられるようなシステム作り、精神看護専門看護師（CNS－Certified Nurse Specialist）を配置し、職員のメンタルヘルスにかかわる相談・支援・職員研修などに取り組んでいる。しかし、弱みを見せることや弱音を吐くことが看護者として不適合といった観念が、看護職自身にもあるため、自ら利用するケースは少ないのが現状である。しかも、このような対策が講じられているのは第3者評価機関である日本医療機能評価機構の病院機能評価を得ている病院が中心であり、多くの中小病院では病院経営の困難さから対策すら講じる余裕のないという現状がある。

これまで、行われてきたメンタルヘルス支援は、問題の症状や障害そのものに対するコーピングや、それらの症状や障害によってもたらされる二次的な生活上の問題に対するコーピングを取り上げてきた。すなわち、当該の症状や不適應行動の変容を目指すという「治療的な」意味合いに重点が置かれてきたと言える。介入方法としては、リラクゼーション技法と認知行動療法を教えることによって、主観的なストレスを減少させることを狙いとしている。この手法は、ディストレスの処置を主眼としている。

しかし、看護師のメンタルヘルスの現状は、表面的には問題や障害を呈することなく、日常生活や日々の職務をこなしているにもかかわらず、その看護師の多くが精神的不調をきたしているという点に注目すべきである。この現状を考えた時、ディストレスといった視点に留まらず、全ての看護師が、ストレス状況から立ち直る回復力としてのレジリエンスやストレスをバネに成長する自己成長力を獲得するという視座と具体的な介入法が求められる。

## 第二節 レジリエンス研究の動向

### I レジリエンスの概念

元来、レジリエンスという言葉は、「弾力性」や「反発力」を示す物理学用語であった。それが、1970年代からは、逆境で育ったにもかかわらず精神病理学的にはそれほど重篤な障害を残さずに生育した子どもの特性を表す用語として、主として心理学、精神医学に導入され、防衛と抵抗力を意味する概念として用いられている。

われわれの日常生活においては、対人関係や愛する人との別れなど避けることのできないライフイベントから、予期しないような事故、災害、深刻な健康問題などのネガティブ・イベントまで存在する。このようなストレスフルな体験をしても、全ての人が高適応症状を示すわけではないことが見出され、この個人が示す特性に注目した Rutter(1985)は、レジリエンス(resilience)という概念を提唱した。

ストレス状況に遭遇した時に、人は自己の安定を回復するために様々な対処方略を講じる。これがストレスコーピングである。ストレスコーピングとレジリエンスとの違いは、コーピングの目的が心理的ストレス反応の低減であり、その後はその状況から立ち直るという力動やその後の説明は含まれていない。一方レジリエンスは、ストレス状況下において一時的には傷つきながらもそこから立ち直っていく過程や結果(Masten, Best & Garmezy, 1990)とされることから、適応状態に至った結果を重視しており、ストレス耐性やストレスコーピングをも含蓄した個人内および環境要因の両者を活用しながら、ストレス状況に適応することができる特性と言える。しかし、近年、レジリエンス概念は、「逆境を糧としてコンピテンスを高め成長・成熟する能力や心理特性」(Werner, 1993)さらには、「逆境を克服し、その経験によって強化・変容される人がもつ適応力」(Grotberg, 2003)と定義されているように、単に逆境に適応するというだけにとどまらず、その経験を自己の成長の糧として受け入れる状態に導く特性で、そのプロセスから学び自我の成長までをも包括する広い概念として捉えられるようになった。

また、レジリエンスは人が持っている、持っていないなどの特性ではなく、困難な経験からの回復を意味する行動や思考、行為が含まれ、周囲からの働きかけや適切な支援によって誰でもが学習し発達させることができるもの(石井, 2011)で、文化的地理的差異は極めて少ないとされている(Grotberg, 2003)。

## II 国内外におけるレジリエンス研究の動向

近年、諸外国では、さまざまな領域や対象において、レジリエンスに焦点を当てた数多くの研究が行われている。困難で脅威的な状況として、戦争や自然災害 (Rutter, 1985)、虐待を受けた子どもたち (Crittenden, 1985) といった特殊な状況、あるいは貧困や社会的経済的低階層の問題 (Garmezy, 1991) などに取り上げられている。さらに、以前は幼児を対象にした研究が多かったが、その後、学生や、成人を対象とした研究が見られ、心理学、精神医学、教育学など多方面の分野においてレジリエンス研究が進められている。さらに、レジリエンス研究は従来の深刻な状態に適応するだけでなく、日常生活における学業や対人関係、仕事上のネガティブなライフイベント (Dumont & Provost, 1999) や日々の生活の中で経験するストレスが引き起こす不適応に対しても用いられるようになってきている。

レジリエンスを構成する特性についてこれまで多くの検討が行われているが、対象や集団の特性により示された特性は様ざまであり、一致した見解には至っていない。

例えば成人を対象としたものでは、Salvatore.R と Deborah.M (2006) は、レジリエンスの基盤をなす心理特性としてコミットメント

(Commitment)、コントロール (Control)、チャレンジ (Challenge) の3つを挙げ、これらの特性の高い人は、ストレスを自分の安全や安寧を脅かすものとしてみるのではなく、乗り越えるべき挑戦であるとみなし、C.Hireburando (2010) は、変化に対する順応性、希望 (楽観性)、忍耐力、大局観、社会的知能という5つの特性とレジリエンスとの相関を示している。また、Rutter (1985) は、レジリエンスが機能するための条件として、①ストレスに適切に反応すること、②不運な出来事を適切に処理すること、③積極的に行動する能力、④自分のレジリエンスが機能していることに本人が気づいていること、⑤他者との十分に適切な相互作用、⑥ストレスを乗り越えることに本人が意義を見出していること、の6点をあげている。

APA (アメリカ心理学会) は、これら研究成果をうけて学会としての見解を表明している。レジリエンスの構成要素として、①現実的な計画を立てそれを成し遂げていく力、②自分を肯定的に捉えて自分の能力を信頼できる力、③コミュニケーション能力と問題解決能力、④強い感情や衝撃をマネジメントできる力の4要素をあげている (American Psychological Association 2008)。さらに、レジリエンスを形成する方法として、次の10項目をあげ

ている。①家族や友人・他人と良い関係を作ること ②克服できない問題と捉えることを避ける ③変化を生活上の一部として受け入れる ④目標に向けて進むこと ⑤断固とした行動をとること ⑥自己発見のための機会を探すこと ⑦自分に対する肯定的な見方を持つこと ⑧物事の捉え方について展望を持つこと ⑨希望に満ちた見方を持つこと ⑩自分自身を大切にすること、などいずれもポジティブな志向性や行動特性が示されているが、誰もが簡単に実行できるものとは考えにくい。

国内では、小花和（2002）がレジリエンスを扱った過去の研究をレビューし、レジリエンスには、周囲から提供される要因と、問題解決力やソーシャル・スキル、ユーモアなどの獲得される特性、年齢・セルフ・エフィカシーなどの自分自身の特性の3構成要素があるとしている。また、小塩（2002）が大学生を対象にした調査から、レジリエンス特性は、「新奇性追求」「感情調整」「肯定的な未来思考」であり、困難を多く経験しても、高い自尊感情を有する人はレジリエンスが高いことを見出している。

これらのレジリエンス研究における経緯から、共通した見解として示されているのが、レジリエンスを構成する基盤となる概念としての‘肯定的自己概念’である。‘肯定的自己概念’の根幹と考えられる人間の精神機能の発達には、重要他者とのアタッチメントの形成が重要であると言われており、それは、発達のどの段階においてもアタッチメントの適応的な対人関係をもつことで、回復する可逆性を持つと言われている（石井，2009）。困難を多く経験しても、高い自尊感情を有する人はレジリエンスが高いという報告が多くなされている（小塩ら，2002）（佐藤ら，2009）（尾形ら，2010）ことから、レジリエンスを発揮する要素として重要他者とのアタッチメントの形成を基盤とした、‘肯定的自己概念’の形成が重要である。

困難を経験しても、高い自尊感情を維持できるレジリエンス特性の育成、促進をサポートする介入プログラムが必要であろう。

介入プログラムとして現在展開されているものに、セリグマン（Seligman, 2011）が開発した‘MRT（Master Resilience Trainer）’がアメリカ陸軍兵士に試行されている。精神的適性評価、自己改善、再起力トレーニングの3部から構成され、10日間でプログラムされたMRTコースは、レジリエンススキルと彼らの軍人としての気力を高めることを目的としている（Reivich KJ, 2011）一方、オーストラリアでは、学校精神保健プロジェクト「マインドマスターズ」の各論のひとつに「レジリエンスを強化する」という単元が設けられ、日本の中学1年生から高校の生徒を対象に段階的に「ストレス

## 第1章 研究の背景と課題

と対処」について具体的なセッション内容がプログラムされ、学校全体での取り組みがされている（針間，2009）。しかし、このような米国とオーストラリアでの取り組みについては試行段階であり、この効果を報告した文献はまだ見あたらない。

レジリエンス特性の育成、促進をサポートする介入プログラムについては未だ公表されたものは見あらず、早急な開発が必要であろう。

### Ⅲ 看護領域におけるレジリエンス研究

我が国の看護領域におけるレジリエンス研究の歴史はまだ浅く、2005年ごろからである。2011年12月以前の文献について‘看護’‘レジリエンス’をキーワードに、医学中央雑誌、CiNiiを活用し、2011年12月に文献検索を行った。その結果、医学中央雑誌30件、CiNii30件が該当した。これらの文献の発刊年度を表1に示した。2010年まで1ケタだった発刊数が2011年21件と急増しており、近年のレジリエンスへの関心の高まりが伺える。入手可能な文献から、重複および解説と抄録を除いた結果、文献は15件であった。(表1-2、1-3参照)

研究対象としては、患者を対象としたものが7件、先天性疾患をもつ児(仁尾, 2006、2008))や糖尿病患者(渡邊, 2011)、がん体験者(砂賀, 2011)などがある。また、その家族を対象としたものは2件、看護学生を対象としたものが1件あった。さらに、看護師を対象としたものは5件であった。

患者のレジリエンスについて検討した砂賀ら(2010)は、がん体験者のレジリエンス促進には、自己認識がポジティブに変化することが重要であり、そのためには、自分が大切にされているという感じや、価値ある存在であると感じられる「自己価値」を高めることが必要であると述べている。また、仁尾は(2008)、先天性疾患をもつ児の検討から、病気の肯定的認知が自己肯定感や自己効力感を促進すること、その体験の積み重ねにより主体的に病気に向き合う内的強さが育まれると述べている。これらのことから、肯定的な自己イメージが基盤となって、困難と向き合う志向性が発揮されると言える。

このような患者のレジリエンスを引き出すために看護職はどのような支援を行うべきかについて石井ら(2007)が検討している。看護援助の質を向上するキャリアの蓄積が、患者のレジリエンスを引き出す看護援助と関連があること、看護職者自身のネガティブライフイベントの経験が、患者のレジリエンスを分析する力となり、実践の原動力になると述べている。看護理論家の1人であるトラベルビー(Travelbee, 1971)は、看護師の役割について「患者が、病気や苦難に立ち向かえるよう援助するばかりでなく、これらの経験のなかに意味を見出すよう助けること」であると述べている。さらに「病気は自己実現の体験となりうるという看護師の確信が前提となる」ことをあげており、看護師自身のレジリエンスの高さが患者のレジリエンスを高める援助となり得ることを示唆している。

患者自身が自分の力で困難を乗り越えるように働きかけることは、レベル

の高い看護援助であり、実践には看護職者の看護に対する専門職としての認識の深さが影響する。患者に、現状を乗り越える力が自分にあることを意識化させ、目標に向かって自己活用する‘レジリエンス’を引き出すことが、あらゆる対象における看護の究極の目標であるといえるのではないか。

しかし、看護師自身のレジリエンスに着目した研究は5件と少なく（表2-3）、レジリエンスの捉え方についても、ストレスコーピングから内的成長を含むものまで、その捉え方も様々である。その中で井原ら（2010）は、看護職に特化したレジリエンス尺度を開発している。レジリエンスを「逆境からの心理的回復力」という精神健康度を示す概念と捉え、「肯定的な看護への取り組み」「対人スキル」「プライベートでの支持の存在」「新奇性対応力」の4因子22項目から構成されている。信頼性はCronbachの $\alpha$ 係数により確認され、妥当性は、自尊感情尺度およびハーディネス・パーソナリティ尺度と正の相関、ベック抑うつ自己評価尺度と負の相関であることを確認している。しかし、この尺度作成における調査は、一大学付属病院で行われたにすぎず、看護師一般に適応可能かは確認されていない。ただ、現段階においては、看護師のレジリエンスを測定する尺度としては他には見あたらない。

このように日本における看護のレジリエンス研究の蓄積は、ここ数年程度にしか過ぎず、いまだ不明な点が多い。特に、看護師自身のレジリエンスに着目した研究は少なく、尺度を用いた研究や、レジリエンス向上を目指した介入に関する報告はなされていない。看護の質を高め、患者のレジリエンスを引き出す看護を実践するためには、看護師自身のレジリエンスの構成因子や、レジリエンスを高める支援法などについて解明していく必要があるだろう。

表 1-1. 看護・レジリエンスに関する文献発刊数

| 論文発刊年 | 件数 |
|-------|----|
| 2005年 | 1  |
| 2006年 | 2  |
| 2007年 | 1  |
| 2008年 | 3  |
| 2009年 | 6  |
| 2010年 | 6  |
| 2011年 | 21 |



表1-2 看護領域におけるレジリエンスに関する文献

|      | 対象   | 目的  | 方法                              |
|------|--|---|---------------------------------|
|      | 先天性疾患をもつ思春期児<br>(仁野, 2006)                         | 先天性疾患をもつ思春期児のレジリエンスの要素と具体的内容を検討               | 16名への面接による質的内容分析                |
|      | 先天性疾患をもつ中高生<br>(仁野, 2008)                          | 先天性疾患をもつ小学校高学年から中学生の自己開示と自尊感情の関連を検証           | 534名への質問紙調査                     |
|      | 先天性疾患をもつ中高生<br>(仁野, 2008)                          | 先天性疾患をもつ中高生の背景要因、病気認知によるレジリエンスの差異を検証          | 先天性疾患児534名<br>地域の中学生406名への質問紙調査 |
| 患者   | 断酒会員<br>(岡田, 2009)                                 | 就労している断酒会員の態度志向を検討                            | 134名への質問紙調査                     |
|      | 乳幼児患児<br>(砂賀, 2011)                                | プリパレーションが回復力促進となるか検討                          | 事例検討                            |
|      | 糖尿病患者<br>(渡邊, 2011)                                | レジリエンス向上をめざした糖尿病教育の検討と提案                      | 文献検討                            |
|      | がん体験者<br>(砂賀, 2011)                                | がん看護でのレジリエンス構成要素の検証                           | 文献の質的内容分析                       |
| 家族   | 在宅中心静脈栄養法を施行している児と親<br>(河上, 2006)                  | 在宅中心静脈栄養法を施行している中高生と親の病気認知とレジリエンス要素の検証        | 児5名、親5名への面接による質的内容分析            |
|      | 筋ジストロフィー家族介護者<br>(大竹, 2010)                        | 筋ジストロフィー患者の家族介護者のレジリエンスの実態と、その関連要因を検証         | 104人への質問紙調査                     |
| 看護学生 | 看護学科1・2年生<br>(看護学科学士のレジリエンスの変化(原著論文)<br>(川上, 2011) | 看護学科学士の実習前後のレジリエンス(ストレスを乗り越え適応してゆく力)を明らかにするため | 1年81人、2年75人への質問紙調査              |

表1-3. 看護師のレジリエンスに関する文献

| 著者/年       | 研究目的  | 研究方法  | レジリエンスの捉え方                                  |
|------------|---|---|---|
| 石井京子/2007  | 看護師が行っている患者へのレジリエンス構造と関連要因の検証                 | 一般病院に勤務する640名への質問紙調査  | 専門性認知やキャリア形成認知と個人の危機的人生体験が機能                |
| 谷口清弥/2010  | レジリエンスに影響する心理行動特性を検討し、レジリエンスを高めるプロセスの因果モデルを構築 | 一般病院に勤務する看護師331名への質問紙調査   | 困難を乗り越え新たな価値を獲得する能動的な過程。自我の成長までもも包括する広い概念   |
| 井原裕/2010   | 看護師レジリエンス尺度を作成し信頼性妥当性を検討                      | 大学付属病院に勤務する431名への質問紙調査  | 自尊心が高く燃え尽きないたくましさがあり、憂鬱や悲観的ではない             |
| 近藤久美子/2010 | 看護師の適応的な側面を向上させる介入の検討                         | 看護師18名に全3回の介入1)心理検査とエゴグラム2)構成的エンカウンターグループ3)事例研究を行い、前後の調査から効果を検討 | 自己理解・他者理解を深め、ソーシャルスキルと自己効力感の向上と社会的資源要因があること |
| 猪狩圭介/2011  | 精神医療従事者における職業性ストレスや暴力被害のレジリエンスとの関連を検証         | 精神科単科病院の医師70名・看護師674名・事務職80名への質問紙調査                             | 看護師のストレス反応にレジリエンスが最も影響を及ぼしている               |

#### IV 看護を継続するポジティブな力

これまで述べたようなストレスフルな職務と環境にありながらも、看護師を継続していく力とはいったい何であろうか？これまで困難や苦悩を伴う看護実践の継続や、心理的な衝撃を受けた看護場面からの立直りなど、‘レジリエンス’という表現は用いられていないが、看護師のポジティブな力について扱った研究がある。

例えば、ターミナルケアに携わる看護師に必要な態度とは、患者やその家族から死にまつわる言葉や態度が示されても、行為的にも心理的にも彼らから逃げずに関わり続けられることである。しかし、ターミナルケアの実践において医療従事者は患者とのコミュニケーションや症状マネジメントに自信がない（笹原ら，2005）、ターミナルケアの実践の中で辛い否定的な経験は看護師の不安感を助長させている（犬童，2002）、ターミナルケアに携わる看護師のストレス（小松ら，1988）や燃え尽き症候群（黒瀬ら，1999）に関する研究が報告されている。しかし、ターミナルケアに携わるということは否定的な側面だけを与えるわけではなく、看護師が人間的に成長する機会にもなるということが指摘されている（Degner，1991）（大西，2006）。そして、積極的に患者や家族に関わることが出来る看護師はそうでない看護師と比較すると、患者・家族に対するケアに個別性が認められ（大西，2006）、触れ合いを深める技術に長けている（菅原，1993）ということが報告されている。

そして、ターミナルケアに長年従事する看護師の傾向として、精神的負担となる様々な感情を感じつつも、それらの感情を意識化し、自己の振り返りを肯定的に行うという円環的な過程を繰り返し行っていた。振り返りにより、ターミナルケアに携わる自分自身の意味を自ら見出す過程の繰り返しが、ターミナルケアにおける自己価値の形成へ繋がっていると考えられた。自己価値の形成と実感が、負担感を伴うケアにさらに向かわせる原動力となり、様々な矛盾や葛藤を乗り越え、実践知を得ていくという過程を経ている（大西，2009）。しかし、死からも、自分自身からも、患者からも逃げない看護師が、なぜ「逃げない態度」がとれるようになるかはまでは明らかにしていない。その手がかりとなるのが、山岸ら（2010）の臨床において大変な経験をして、自己肯定感の高い人は、その出来事を十分に受けとめる傾向が見られたという報告にある。自己肯定感の有無が、困難に向き合う重要な鍵となることが示唆された。

また、精神病院において患者の自殺・自傷経験は職場環境におけるストレ

スの1つであり、衝撃的出来事として報告されている（石川ら，2006）（高田ら，2006）。患者の自殺・自傷を経験した看護師は、気持ちを言語化し、患者の自殺理由を意味づけ、自殺の体験を整理する。さらには看護について再考し、自殺を風化させずに次のケアに活かしていくといった視点を持つようになり、その先に「立直り」の様相があったと報告している（折山ら，2009）。一方、患者の自殺・自殺企図に直面した看護師の中には、10年以上も心的ストレス反応が持続しているケースもあり、その看護師は事故当時、自己の感情を顧みるよりも、看護師として周囲への影響を最小限にすることに集中していた（寺岡，2010）という報告が、社会的役割を重視し、自己の感情に目を向けないことが精神的健康の回復を阻害することを示唆している。

寶田（2009）の報告では、薬物依存症者と関わる看護師は、薬物依存症者に‘巻き込まれない’‘負けない’ように看護を継続すると、薬物をやめさせることは困難だったとし、看護の限界や無力に気づくことが、看護の質の変化へのターニングとなり、患者との対話を大事にしたコラボレイティブな関係を築いていったとある。

このように、日々、看護におけるさまざまな葛藤に出会いながら、なお看護に従事し続ける看護師の力とは、出来事における自己の振り返りを肯定的に行い、価値を見出す‘リフレクション’であり、その繰り返しが、看護観と自己価値を形成し、実践知を得ていくプロセスであると考えられる。また、そこには他者とコミットしていく姿勢と自己肯定感の有無が、困難に向き合う重要な鍵となることが示唆された。

### 第三節 レジリエンスを高める可能性を持つ自己報酬型自己イメージ

#### I イメージが自己に及ぼす影響

人間は誰しも、たとえ想像上のことであっても、現実のことと同じように体が反応してしまう。身近な例で例えるならば、梅干を見たり想像したりするだけで、唾液が分泌される。これは、意識が引き金となって引き起こされる体内反応のひとつで、自律神経は大脳が思い描くイメージを実現するために自動的に働き出す仕組みを本来的に備えているのである。

さらにカリフォルニア大学での衝撃的な実験結果がある。強力な鎮痛剤としてモルヒネが投与され、親知らずを抜歯する手術を行なった。無作為に選んだ半数の被験者には本物のモルヒネを、残りの半数には薬効のない偽薬が投与された。その結果、偽薬を与えられたにもかかわらず、被験者の約6割の人に強い鎮痛効果があった。さらに、その脳内にはモルヒネの150倍から200倍もの麻酔効果がある物質が合成されていることがわかった（佐藤，2003）。つまり、そう信じていることを現実のものとして脳内ではそれに合ったような物質が作られていたのである。

さらに、ハーバード大学のアルヴァロ・パスカル＝レオーネらはイメージトレーニングの効果を示す実験結果を1995年に報告している。彼らは協力者に1日2時間右手だけを使用したピアノの演奏技能の訓練を5日間行なってもらい、その結果、指に運動指令を送る運動野が拡大することも見出した。そして別の協力者には同じ動作の訓練をイメージトレーニングだけで行なってもらった。その結果、実際の運動学習に比べれば効果は小さいもののイメージトレーニングだけでも同様に運動野の拡大が認められたのである。これらの実験結果から、心と身体は相互作用があるという心身相関論にとどまらず、大脳が思い描いた想像イメージと自律神経系の連動により、現実を動かしていくことができるという事実を示している。脳にとっては、神経伝達的な働きとして見ると、想像が微細にわたっているときは、想像は実際の体験と変わらないのである（Maxell, 1953）。

この事実を受けて、大脳生理学者の佐藤富雄氏の言葉を引用すると、「人間にとって大事なことは、目の前の現実がどうであるかより、その現実を自分の心でどう受け止め、どのようにイメージするかであり、結局『自分が自分のことをどう考えるか』この自己像（自己イメージ）が、人間の運命を支配することになる」と述べている（伊藤，2001）。

さらに、サイバネティックス理論を提唱した美容外科医であるマクスウェ

ル・マルツ博士 (Maltz, Maxwell) は、その人の自己像 (自己イメージ) が健康であれば、彼の努力は目標の自己像へと導き、不健康であるならば彼の制限する信条が継続的なパターンをとり、その変容を妨げると述べている (Welcome to 50Classics.co, 2011)。

このように、大脳生理学上も、医学的立場からも、どんな「自己イメージ」を心に抱くかにより、その人の人生が決定されると主張している。

これほどに、人生に影響を与える「自己イメージ」は、どのような過程で、何によって形成されるのであろうか。宗像 (2006) は、「自己イメージ」は過去の経験を自分の解釈によって固定化した記憶のことで、その記憶が自分だと同一化したものであると述べている。自己イメージを形成した過去の経験や知識を「自己イメージ脚本」と呼び、あらゆる出来ごとの認知に影響を及ぼしている。例えば、‘同級生からいじめられた’という経験から‘自分は人から好かれるに値しない人間’と自分の解釈によって固定化した記憶は、思考習慣となり、自分では無自覚であるにもかかわらず、あらゆる生活行動を選択する際の指針となり、その行動の積み重ねは自己が描くネガティブな自己像の実現を招くのである。このように、「自己イメージ脚本」に基づく「自己イメージ」が最も強く人生に影響を及ぼすものである。

この事実を受けると、自己イメージ脚本を変容をすることで、自己イメージを変えることが出来るということである。これまで述べてきたように、‘自分はこんな人間である’という大脳が思い描いた想像イメージの指令により自律神経系へ連動することで、認知変容、行動変容へと現実を動かしていくことができる。脳にとっては、イメージによる想像は実際の体験と変わらないという脳科学の実証を活用して、脳内において肯定的な自己イメージ脚本を描くことが、レジリエンスの基盤である「肯定的自己概念」の形成に有効であると考えられる。

## II 自己報酬型の自己イメージ脚本

前節では、脳内において肯定的な自己イメージ脚本を描くことが、レジリエンスの基盤である「肯定的自己概念」の形成に有効であると述べた。

では、肯定的な自己イメージ脚本とは、具体的にどのようなものであろうか？例えば、暴力的な親に育てられれば自分の欲求や感情を抑圧したほうが安全ということを経験から学習する。するとその後の人生においても、自分の要求や感情は抑圧するといった行動を繰り返す。そして、時に自分の要求を伝えようとしても、過去に父親から受けた恐怖感がよみがえり、あきらめの行動パターンを繰り返してしまう。しかし、父親とのこれまでの経験そのものの記憶を肯定的なものに変えることで、自分の要求を伝えようとする際に起こる恐怖感をコントロール出来る。恐怖感がないだけでなく、父親からの無条件の愛情を受けて育ったという肯定的な自己イメージは、思ったことを思った通りに行動できる、自分らしい生き方へと生き方変容するのである。

人は、生育過程の中で親や学校、職場などの社会的期待に合せられるように規範や価値観を内面化した社会的自己像を形成する。しかし、社会的自己像は社会の期待に合わせたものであり、他者評価を得ることを優先する他者報酬型行動と言える。

他者報酬型欲求とは、他者から認められたい、大事にされたいといった慈愛願望欲求を優先的に充足するために他者の評価、賞賛など他者報酬資源を求める欲求である。他者報酬型の生き方は、他者からの評価を得ることを優先するものであるが、得られるか否かは相手次第という不確実なものをよりどころにすることで、ストレスが蓄積しやすく、アドレナリン高分泌から交感神経緊張型（肩こり、冷え、高血圧、不眠など）→副交感神経反射型（アレルギーなど）→顆粒球増多型（→潰瘍、動脈硬化、悪性腫瘍など）・リンパ球減少型（→免疫低下）による疾患を抱えやすい。養育者からの賞賛を得るために、幼いときから養育者に服従、依存、我慢、反発、病気、支援などをしてきた人は、自分の思いは抑えて相手に合わせる‘自己抑制型’、言わなくてもわかってと相手に察しを求める‘対人依存型’、問題があっても向き合わない‘問題回避型’、辛い状況でも助けを求めず1人で頑張る‘感情認知困難型’、など自己否定型の自己イメージ脚本に基づく行動特性を持ちやすい。この自己イメージ脚本は、社会的期待に合せた規範や価値観を内面化した社会的自己をつくっているため、ストレスが蓄積しやすく、ストレスから立ち直るレジリエンスが発揮されにくい（宗像，2006）。

一方、本人の持って生まれた特性（気質遺伝子）が活かされる‘あるがま

まの自己‘が本来的自己像である。自分の特性が活かされ、あるがままの本来的自己になるには、自己報酬型自己イメージ脚本の構築が必要になる（宗像，2006）。

自己報酬型の生き方とは、自分を信じたい、大事にしたいといった‘自己信頼欲求’や他者を愛したい、守りたいという‘慈愛欲求’を優先的に充足するために、満足、自信、前向き、感謝など自己報酬資源を求める生き方である。自己報酬型の生き方は、社会的評価や将来の金銭的利益といった外発的な報酬のためではなく、自分が現在行っている行為自体に喜びや愉しさを見出すことを優先するものであるため、ストレスを蓄積せず、メンタルヘルスを保持しやすい。また、自己報酬型自己イメージ脚本は、幼いときに養育者との愛着（情緒的結びつき）を強め、無条件の愛着を得て育つことで、ストレス対処能力を高めることが出来（Bowlby, 1976）、自己報酬型自己イメージ脚本が形成される。自己報酬型の行動特性は、自己表現型、精神自立型、問題解決型、支援訴求型、自己肯定型の自己イメージ脚本に基づく行動特性を持ちやすく、ストレスを持ちにくく、ストレスがあっても立ち直るレジリエンスが発揮されやすいと考えられる。

愛着欲求が満たされないと、あるがままの自分であることに不安があり、他者報酬型欲求を満たす自己イメージ脚本が形成される。一方、重要他者との愛着が満たされると、あるがままの自分を発揮でき自己イメージは良好となる。すると自動的に他者に対する期待も下がり他者イメージも良好となる。

重要他者との愛着形成を基盤とした自己報酬型の自己イメージ脚本を描くことで、嫌悪系の情動を制御し、認知変容、行動変容と導きレジリエンスの向上に寄与するものとする。



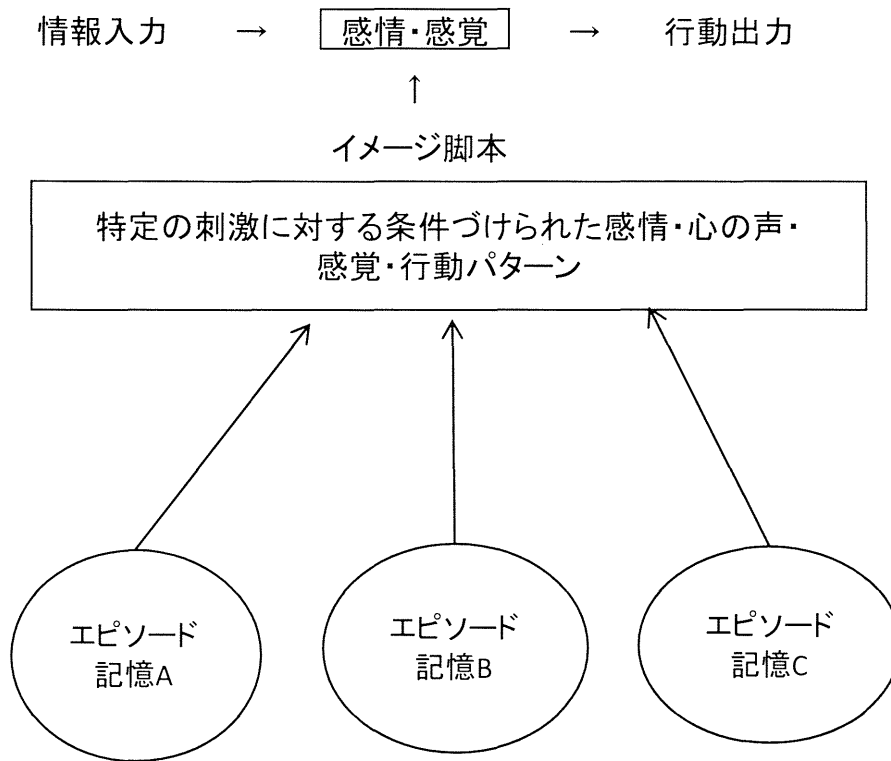


図 1-1 イメージ脚本に規定される行動

出典：宗像恒次著：SAT療法,金子書房,2006,p 33

#### 第四節 用語の定義

本研究において‘自己報酬型行動’とは、「他者からの評価や称賛という外発的な報酬のためではなく、自分が喜びや愉しさを見出すことを優先し、他者とかかわりながら自分が満足する行動をとること」と定義する。

また、‘レジリエンス’とは、「自己報酬型の自己イメージを基盤とした行動特性を発揮することで、困難にあっても諦めずに、挑戦し、自己成長する力」と定義する。

## 第五節 本論文の研究目的と課題

本研究において、筆者は、厳しい医療環境と職務上の特性からメンタルヘルスについて高いストレスを抱える看護師に着目し、看護師のレジリエンス向上をはかることが、メンタルヘルスの向上はもとより、看護師自身の仕事のやりがいにつながるだけでなく、苦悩する患者へ質の高い看護を提供する一助になると考えた。看護師の不規則な交代勤務を考えると、短時間で、集団に適応できるレジリエンス支援の具体的な方略があれば現場の看護師にとって有益である。

そこで本研究では、まず、看護師のレジリエンスに関連のある心理社会的要因を明らかにし、その関係性、回復過程といったレジリエンスの実態を把握し検討したうえで、看護師への心理的支援を行うための適用可能な介入方法を検討し、介入を行い、その有効性について検討することを目的とする。具体的な研究課題は以下のとおりである。

- 研究課題Ⅰ 看護師のレジリエンスに関する心理社会的要因を明らかにするため、共分散構造分析による因果モデルを構築する。
- 研究課題Ⅱ 看護師のレジリエンスに関する要因を個人の経験から明らかにするため、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を用いて分析する。
- 研究課題Ⅲ 研究課題Ⅰ・Ⅱの結果に基づき、看護師のレジリエンスを高めるために、自己報酬型の自己イメージの再構築を促す介入プログラムを作成する。
- 研究課題Ⅳ 研究課題Ⅲで作成したプログラムを用いて、看護師の集合研修を実施し、コントロール群との比較試験により横断的にその有効性を検討する。
- 研究課題Ⅴ 研究課題Ⅳの縦断的調査として、コントロール群との比較試験により、6カ月後のメンタルヘルスとレジリエンスの変化を検討する。

本論文は、上記のそれぞれの研究課題を検討するために、以下のような研究を行い、報告する。

まず、第2章では、一般病院に勤務する看護師に心理社会的要因、パーソナリティおよびレジリエンス尺度を用いた質問紙調査を行い、レジリエンス

との関係性を明らかにするため、共分散構造分析による因果モデルを構築する。(研究課題Ⅰ)

第3章では、困難からの回復に影響した要因を個人の経験から明らかにするため、看護師にインタビュー調査を行い、データを対象者の世界から意味を解釈し、理論構築するため、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)を用いて分析する。(研究課題Ⅱ)

第2章・第3章は、ともにレジリエンスの要因と関係性を明らかにすることを目的とし、第2章では量的研究、第3章では質的研究手法を用いた。複数の手法を組み合わせることで、得られるデータをより妥当なものにすることができ、また、明らかにしようとしている現象の真実により近づくことが可能となることから、本研究では、量的研究と質的研究の組み合わせであるパラダイム間トライアングレーション手法を用いた。

第4章では、研究課題ⅡとⅢの結果から、看護師のレジリエンスを高めるために、外発的な報酬を求めるのではなく、看護行為の前向きさや楽しさ、満足や感謝にもとづく内発的な報酬を求める自己イメージの再構築を促す介入プログラムを作成する。(研究課題Ⅲ)

第5章では、看護師に介入し、レジリエンスとメンタルヘルスの変化を調査するとともに、対象群としてアサーションプログラムによる研修を行い、研修前後における測定尺度値の統計的比較により、横断的にその有効性を検討する。(研究課題Ⅳ)

第6章では、研究課題Ⅳの縦断的調査として、プログラムに参加した看護師を対象に、介入6カ月後に郵送法による質問紙調査を行い、介入を行わない非介入群との統計的比較により、行動特性とメンタルヘルスの変化に加えて、不安傾向が低下するかどうかというレジリエンスの変化を検討する。(研究課題Ⅴ)

## 第2章

### 看護師のレジリエンスにおける心理行動特性の影響

#### ー共分散構造分析による因果モデルの構築ー

研究課題 I : 看護師のレジリエンスに関連のある  
心理社会的要因およびパーソナリティの因果モデルに  
ついて検討する。

## 第一節 研究の目的

前章では、これまでのレジリエンス研究を概観し、レジリエンスの構成要素をはじめ、機能するための条件、形成する方法など様々な角度からレジリエンスの実態について検討した。

その結果、満足、自信、前向き、感謝など自己報酬資源を求める「自己報酬型の自己イメージ」脚本を描くことで、自己肯定型、自己表現型、問題解決型、支援訴求型の行動特性が発揮され、レジリエンスの向上に寄与する可能性について述べた。

そこで本研究では、前章から導いた「自己報酬型の自己イメージ」とレジリエンスの関係を探索するとともに、看護師のレジリエンスを高めるプロセスの因果モデルを構築することを目的とした。逆境の中においてもポジティブな適応を遂げる対象の特徴を把握することで、レジリエンス特性を高めるための示唆が得られると考える。

## 第二節 本研究におけるレジリエンスの仮説構成概念

1章において、「自己報酬型の自己イメージ」脚本を描くことで、自己肯定型、自己表現型、問題解決型、支援訴求型の行動特性が発揮されやすく、レジリエンスの向上に寄与する可能性について述べた。この仮説に基づき、本研究におけるレジリエンスの構成概念を以下のように検討した。

自己肯定型の自己イメージは、自尊感情の高さや不安を持ちにくい特性から自分に対して良いイメージを抱いている「良好な自己認知」である。

自己表現型・問題解決型の自己イメージは、ストレスとなる問題に対して現実的な対処や対人関係を円滑にはこぶために役立つ技能を持ち合わせていると認知できる「ソーシャルスキル自己効力感」である。

支援訴求型の自己イメージは、1人で孤独に頑張るのではなく、他者に支援を求めることができ、他者の支援を認知できる「良好な支援認知」である。

「良好な自己認知」「ソーシャルスキル自己効力感」「良好な支援認知」が、「自己報酬型の自己イメージ」であり、これが「精神的回復力」に影響している。中でも自分に対するイメージが、物事の認知や行動へ影響することから、「良好な自己認知」が精神的回復力に及ぼす影響が最も強いと考えた。

自己報酬型の自己イメージに基づく行動と、精神的回復力の発揮がレジリエンスと捉えた。

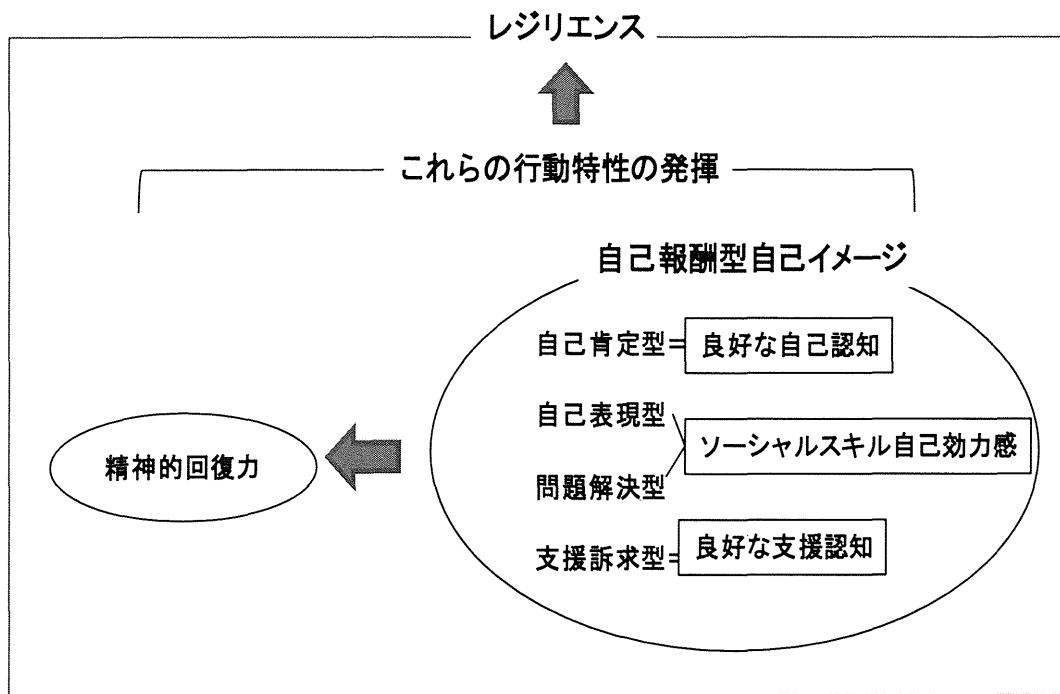


図 2-1 レジリエンスの仮説構成概念図

### 第三節 倫理的配慮

本研究は甲南女子大学の研究倫理委員会の承認を得て行った。各施設の看護部長に、研究趣旨、参加および中途辞退の自由、プライバシーの保護について口頭と文書で説明し了解を得たうえで、対象者への依頼文書、調査用紙、回収用封筒の配布と、個人ごとに厳封回収し、研究者宛への返送を依頼した。

調査対象者に対しては、質問紙に以下の内容について説明した文書を同封し、質問紙の返却をもって同意とみなした。

- ① 研究者の紹介
- ② 研究の目的、意義
- ③ 協力をお願いする内容
- ④ 研究参加の自由意思と終了後の辞退の自由
- ⑤ 対象者のプライバシーを厳守し、本研究以外の目的にデータを使用しない
- ⑥ データは数値化・記号化して扱うため、個人が特性されることはない
- ⑦ 研究結果を専門分野における学会、学術誌に公開する可能性がある



## 第四節 研究方法

### I 研究デザイン

本研究は質問紙による横断的記述的研究である。

### II 調査期間および対象

調査期間は2009年10月～12月。

対象は、関西圏の3つの一般病院に常勤で勤務する看護職353名である。3病院の選定については、協力が得られる病院であり、中規模病院（100床から300床）に準ずる規模の病院で、内科系・外科系・整形外科など一般的な診療科と手術室やリハビリ部門を備えた病院とした。

### III 測定尺度の選定理由

良好な自己認知を測定する尺度として「自己価値感」「特性不安」尺度をあげた。「自己価値感」は自分に対する満足度を「特性不安」は不安を持ちにくい特性を測定しており、ストレス状況にあっても不安をコントロールし、前向きな自己イメージを保持できる良好な自己認知を現す指標と考えた。

ソーシャルスキル自己効力感を測定する尺度として「自己抑制型行動特性」「問題解決型行動特性」「社会的スキル」尺度をあげた。「自己抑制型行動特性」は、周りの人に嫌われないように、事を荒立てないようにと自分の気持ちや考えを抑えてしまう行動特性であり、この特性が低いことが自己表現できることを意味する。さらに、ストレス状況で必要な技術として、解決行動の実行や現実的に対処する「問題解決型行動特性」、周囲との関係を持ちつづけるスキルとして「社会的スキル」尺度をあげた。

良好な支援認知を測定する尺度として「情緒支援認知」尺度をあげた。これは、実際に支援があるかないかという事実ではなく、本人が支援を認知しているかという他者イメージの良否が関係する。本研究では、看護師という職業に特化したレジリエンスを扱うため、情緒支援認知についても、職場と家族に分けて測定する。

看護師のレジリエンスを測定する尺度は、調査時点では公表されておらずレジリエンスの中核概念である「精神的回復力」尺度を使用した。看護師のレジリエンスを構成する概念の1つとして捉えた。

表2-1に、使用した尺度の説明を加えた。

表 2-1. 使用した尺度の解説

| 尺度名  | 尺度の解説   |
|--|---|
| 自己価値感<br><br>(Rosenberg<br>1965, 宗像による<br>日本語版 1999) | 自分にどれくらい高い評価をしているか、また、肯定的な態度をとっているかによって測定している。自分に対しての良いイメージ。<br>自己イメージの良さと心身の健康とは関連があり、自己イメージが良いと免疫能が高く、病気になりにくい。<br>自己イメージの良さには 2 通りがあり、1つは自分自身が自立して自分らしく生きていることで自己イメージが良い場合、もう一つは、他者からの肯定的な評価によりイメージが保たれている場合である。后者では、支援者を失うとただちに自己イメージが低下する可能性がある。 |
| 特性不安<br><br>(Spielberger ,<br>水口訳 1982)              | 不安に陥りやすい傾向について測定している。<br>慢性的に感じられる不安のことで、不安になりやすい人の性格や感じ方の一部に定着した傾向。<br>ある特定の場面で感じられる不安を示す「状態不安」のように、場面による測定値の変動は少なく、メンタルヘルスの指標となる。<br>特性不安が高いと、自分の判断に自信がなく、消極的となり、依存心や自己抑制型行動特性が強くなる。  |
| 自己抑制型<br>行動特性<br><br>(宗像, 1996)                      | 周りの人に嫌われないように、事を荒立てないようにと自分の気持ちや考えを抑えてしまう行動特性について測定している。<br>この特性があると、自分の本音を抑えながら行動するために、自分らしさに欠け、自分に良い評価をできなくなるため精神症状が高くなる傾向がある。<br>この特性が低い場合は、自己表現型の行動特性があると捉えるが、表現方法が、アサーティブ表現か相手に配慮しない自己中心的な表現かは尺度からはわからないため、他の尺度値と合わせた解釈が必要である。                   |
| 問題解決型<br>行動特性<br><br>(宗像, 1999)                      | 目の前にある課題や問題に対して、積極的・効果的・現実的に対処しようとする行動特性を持ち合わせているかどうかを測定している。目の前問題や課題に現実的に対処しようという気持ちが弱いと、同じような失敗を繰り返すことになりやすい。<br>この行動特性は、養育者の特性を受け継いでいるところがあるため、この  |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>特性が低い場合、幼少期から自分の周りにモデルとなる人がいなかったと考えられる。小さな失敗でも積み重なることで無力感をつのらせ、自己イメージが低下する。</p>   |
| <p>社会的スキル<br/>                 (菊地, 1988)</p> | <p>社会生活の中で人間関係を作ったり、円滑にするための社会適応能力。対人関係であれば、人にあいさつしたり、話しかけて会話を始め、親しくなったり、仲良くする。人の表情や態度、言葉からその人の感情や気持ちを推察する。自分の感情や気持ちを上手に伝える。気の進まない依頼を上手に断ったり、人との対立を解決する。職場などであれば、自分の役割や立場を理解して周りの人と協調して仕事を進めるなどがある。尺度では実際のスキルの程度ではなく、自分がどのくらいそのスキルを持っていると認知しているかという効力感を測っている。<br/>                 下位項目として「問題解決」「トラブル処理」「コミュニケーションスキル」がある。</p> |
| <p>情緒支援認知<br/>                 (宗像, 1996)</p> | <p>自分の周りに情緒的・心理的に支えになってくれる人が存在していると、本人がどれくらい認知しているかを測定している。<br/>                 社会的支援ネットワークの脆弱化と病気の罹患との関連はすでに知られている。会うと安心できたり、秘密を打ち明けられるような情緒的・心理的に支えになってくれる人が自分の周りにいると認知していることにより、情緒的に安定し、問題に積極的に対処したり、困難に立ち向かっていくエネルギーが湧き、安心感や自信が得られる。<br/>                 情緒的支援認知が低い場合、実際に支援がない場合と本人が周りにいる人に期待していない、信用していない場合とがある。</p>    |
| <p>精神的回復力<br/>                 (小塩, 2002)</p> | <p>レジリエンスを導く心理的困難状況において苦痛を感じながらも、その後の適応的な回復を導く心理的な特性および能力のことであり、単に強さや耐性のみを現す概念ではない。<br/>                 小塩(2002)の精神的回復力尺度では、下位項目として「新奇性追求」「感情調整」「肯定的な未来志向」がある。</p>  |

#### IV 調査項目、測定尺度

##### 1. 基本的属性

年齢、性別、看護師経験年数、勤務場所

##### 2. 自己価値感尺度

(Rosenberg 1965, 宗像による日本語版 1999) [10項目 10点満点]

自分に対する満足度について測定。0-1点の2件法で、高得点ほど自己への満足感が高いことを示す。

##### 3. 自己抑制型行動特性尺度 (宗像, 1996) [10項目 20点満点]

まわりの人に気に入られようとして、自分の本音をおさえて期待に応えようとする度合いを測定する。0-1点の2件法で、高得点ほど自己抑制行動特性が強いことを意味する。

##### 4. 問題解決型行動特性 (宗像, 1999) [10項目 20点満点]

ストレスとなる問題に対して、積極的、効果的、現実的に対処しようとする行動特性を測定。得点範囲は0-2点の3件法で、高得点ほど問題解決力が高いことを示す。

##### 5. 家族の情緒的支援認知度 (宗像, 1996) [10項目 10点満点]

家族からの情緒的なサポート認知の測定。0-1点の2件法で、高得点ほど支援認知が高いことを示す。

##### 6. 職場の情緒的支援認知度 (宗像, 1996) [10項目 10点満点]

職場からの情緒的なサポート認知の測定。0-1点の2件法で、高得点ほど支援認知が高いことを示す。

##### 7. 特性不安尺度 STAI (Spielberger, 水口訳 1982) [20項目 80点満点]

不安の持ちやすさを測定。1-4点の4件法で、高得点ほど不安を感じやすいことを示す。

##### 8. Kiss-18 社会的スキル (菊地, 1988) [18項目 90点満点]

対人関係を円滑にはこぶために役立つ技能を測定。1-5点の5件法で、高得点ほど社会的スキルが高いことを示す。

9.精神的回復力（小塩，2002）[21項目 105点満点]

困難な状況を乗り越え、適応していく力を測定。得点範囲は1-5点の5件法で、高得点ほど精神的回復力が高いことを示す。逆転項目7項目は、点数を逆転対応させ5-1点とした。

## 第五節 分析方法

対象者の基本的属性と各尺度の平均値から傾向を確認した。そのうえで、精神的回復力と年齢・資格・勤務場所について一元配置分散分析を行い、属性と精神的回復力の関連について検討した。

次にすべての測定尺度値を変数とした相関分析を行い、ピアソンの積率相関係数を算出し、各測定尺度間の関連について検討した。精神的回復力と有意な相関がみられた変数を独立変数とした重回帰分析を行った。この結果に基づき、各要因の精神的回復力への影響力と関係を検討した。

精神的回復力尺度の測定項目に共分散構造分析を用いることが可能であるかを判定するために、測定項目の平均値、標準偏差、歪度、尖度などの記述統計を算出した。

次に大学生を対象に作成された小塩の精神的回復力尺度は、3因子が想定されているが、本分析においても3因子構造が妥当かを検討するために探索的因子分析(EFA)により項目の共通性や因子構造を確認した。これを受けて作成した仮説モデルを確認的因子分析(CFA)により、モデルフィットを確認した。モデルの評価には Goodness-of-fit(GFI)  $\geq 0.90$ , Adjusted (AGFI)  $\geq 0.90$  RMSEA  $\leq 0.08$  を判定の基準とし、AIC を相対比較に用いた。ケース数が300以上と大きいため、 $\chi^2$ 乗検定による判断は困難と考えられ、評価には用いなかった。最終的に絞り込まれた項目は、信頼性分析、基準関連妥当性分析を行った。基準関連尺度として精神的回復力との関連性が検証されており、標準化した尺度である自己価値感尺度、特性不安尺度との併存的妥当性を確認した。

精神的回復力をはじめとする潜在変数と各心理尺度間の因果構造モデルは共分散構造分析により検証を行った。理論的背景を前提として、適合度の高いモデルを模索し、得られた観測変数を現す潜在変数の命名を行った。

モデルの評価には、Goodness-of-fit(GFI)  $\geq 0.90$ , Adjusted (AGFI)  $\geq 0.90$  RMSEA  $\leq 0.08$  を判定の基準とし、AIC を相対比較に用いた。モデルがデータと適合しているかを認定する有意確率のp値を用いた。データの解析には統計ソフト SPSS (version17.0) および Amos (version 4.0) を用いた。

## 第六節 結果

調査票回収数 331 (93.8%) 調査票の性差による影響を考慮して男性 13 名は解析対象から除外した。分析対象数 308 名 (87.3%) であった。

### I 対象者の基本的属性 (表 2-2)

分析対象者の平均年齢は  $34.1 \pm 9.94$  歳 (20~62 歳)、平均経験年数  $10.1 \pm 9.16$  年 (6 カ月~37 年) であった。これは、2009 年調査における 100 床以上の病院に勤務する看護師の現状と比較して偏りはなかった (eHealthcare 調査, 2009)。勤務場所は、急性期 85 (29.4%)、慢性期 34 (11.8%)、急性慢性混合 97 (33.7%) であった。

病院毎の特性を比較した時、B 病院の規模が他に比べてやや小さいが、対象病院選定の基準とした中規模病院で一般的な診療科を備えた病院である。また、平均年齢、平均経験年数、尺度値の多重比較において、職場の情緒支援認知を除くすべての尺度において有意な差は認められず、ほぼ同様の特性を持った集団であることが確認された。

表2-2 対象者の属性 (n=308)

| 項目     |         | 人数 (%)       |
|--------|---------|--------------|
| 性別     | 女性      | 308 (100)    |
| 年齢     | 20-29歳  | 121 (39.3)   |
|        | 30-39歳  | 97 (31.5)    |
|        | 40-49歳  | 65 (21.1)    |
|        | 50-59歳  | 22 (7.1)     |
|        | 60-69歳  | 3 (0.9)      |
| 平均年齢   |         | 34.1歳 (9.94) |
| 経験年数   | 1年未満    | 15 (4.9)     |
|        | 1年      | 38 (12.3)    |
|        | 2-5年    | 75 (24.4)    |
|        | 6-9年    | 55 (17.9)    |
|        | 10-19年  | 66 (21.4)    |
|        | 20年以上   | 59 (19.2)    |
| 平均経験年数 |         | 10.1年 (9.16) |
| 資格     | 看護師     | 270 (87.7)   |
|        | 准看護師    | 38 (12.3)    |
| 勤務場所   | 急性期     | 85 (29.4)    |
|        | 慢性期     | 34 (11.8)    |
|        | 急性・慢性混合 | 97 (33.7)    |
|        | 手術室     | 14 (4.8)     |
|        | 透析      | 18 (6.2)     |
|        | 外来      | 16 (5.5)     |
|        | 化学療法    | 9 (3.1)      |
|        | その他     | 16 (5.5)     |



表2 - 3各病院の病床数・看護職員数・勤務体制

| 項目   | A病院 | B病院 | C病院 |
|------|-----|-----|-----|
| 病床数  | 336 | 233 | 327 |
| 看護師数 | 261 | 140 | 250 |
| 勤務体制 | 3交代 | 2交代 | 2交代 |

表2-4 各病院看護師の属性と尺度値の平均値の比較

| 項目         | A病院  | B病院  | C病院  | 検定          |
|------------|------|------|------|-------------|
| 年齢         | 32.8 | 34.5 | 34.9 | n.s         |
| 経験年数       | 8.8  | 10.6 | 11   | n.s         |
| 自己価値感      | 4.4  | 4.3  | 4.8  | n.s         |
| 問題解決型行動特性  | 9.5  | 9.4  | 9.4  | n.s         |
| 感情認知困難     | 7.4  | 7.4  | 7.3  | n.s         |
| 情緒支援認知（家族） | 8.1  | 7.8  | 7.8  | n.s         |
| 情緒支援認知（職場） | 6.7  | 6    | 5.3  | * A病院 > C病院 |
| 特性不安       | 51.4 | 51.4 | 50.1 | n.s         |
| 社会的スキル     | 33.5 | 32.2 | 33.5 | n.s         |
| 精神的回復力     | 68.7 | 66.3 | 68   | n.s         |

Kruskal-Wallis検定 p<0.05

Dunnett検定 p<0.05

## II 各尺度の平均値からみたパーソナリティの傾向

測定尺度の基準値と平均値を表 2-5 に示した。尺度値から、自己価値感が低く、不安が高い。自己抑制型行動特性がやや高く、問題を見る力が落ちている。情緒支援認知は家族について認知しているが、職場の支援は低いと認知している。

対象のパーソナリティの傾向として、自分に対して良いイメージが持てておらず、常に不安な状態が続いている。自分を抑えて周りに合わせる行動をとる傾向があり、問題を直視する力が落ちている。職場の支援は弱いと感じていると言える。

各尺度の信頼性は Cronbach の  $\alpha$  係数を求めて評価した。 $\alpha$  係数は 0.75 から 0.92 を示し、信頼性が保たれていることを確認した。

表 2-5 各尺度の基準値と平均値

| Variabies  | Possible Score Range | Mean±SD    |
|------------|----------------------|------------|
| 自己価値感      | 0-10                 | 4.1±1.56   |
| 自己抑制型行動特性  | 0-20                 | 10.5±3.5   |
| 問題解決型行動特性  | 0-20                 | 9.3±3.18   |
| 特性不安型行動特性  | 0-80                 | 50.5±10.98 |
| 情緒支援認知（家族） | 0-10                 | 7.9±3.22   |
| 情緒支援認知（職場） | 0-10                 | 6.1±3.47   |

表 2-6 各尺度の信頼性係数

| Variabies  | Cronbach's |
|------------|------------|
| 自己価値感      | 0.75       |
| 自己抑制型行動特性  | 0.77       |
| 問題解決型行動特性  | 0.74       |
| 特性不安型行動特性  | 0.92       |
| 情緒支援認知（家族） | 0.92       |
| 情緒支援認知（職場） | 0.9        |
| 社会的スキル     | 0.89       |
| 精神的回復力     | 0.89       |

### III 精神的回復力尺と属性との関連

精神的回復力と、年齢・資格・職種との関連を検討した。精神的回復力の年代別平均値を表 2-7 に示した。

20 歳代の精神的回復力尺度値は 66.78、30 歳代 69.3、40 歳代 67.31、50 歳代 71.5 であった。年代間に差があるかを調べるために Kruskal-Wallis 検定を行ったところ、有意差はなかった。

また、准看護師と看護師の資格による比較を表 2-8 に示した。准看護師の平均値 69.26、看護師 67.86 で、有意差はなかった。勤務場所による比較を表 2-9 に示した。その結果、最も低いのが療養型病棟で 65.5、最も高いのが手術室で 73.29 であったが、統計的な有意差は認められなかった。

これらの結果から、精神的回復力は、年齢・資格・勤務場所による差はないことがわかった。

表 2-7 年代別精神的回復力尺度の平均値

| 年齢   | N   | Mean ± S    | Actual Score Range | 一元配置分散分析 |
|------|-----|-------------|--------------------|----------|
| 20歳代 | 121 | 66.78±12.52 | 24-100             | n.s.     |
| 30歳代 | 97  | 69.3±13.45  | 24-95              |          |
| 40歳代 | 65  | 67.31±12.05 | 37-93              |          |
| 50歳代 | 22  | 71.5±12.08  | 43-100             |          |

Kruskal-Wallis

表 2-8 精神的回復力尺度値の資格による比較

| 資格   | N   | Mean±SD     | Actual Score Range | 一元配置分散分析 |
|------|-----|-------------|--------------------|----------|
| 准看護師 | 38  | 69.26±12.21 | 40-95              | n.s.     |
| 看護師  | 270 | 67.86±12.8  | 24-100             |          |
| 全体   | 308 | 68.03±12.7  | 24-100             |          |

Kruskal-Wallis

表 2-9 精神的回復力尺度値の勤務場所による比較

| 勤務場所    | N  | Mean±SD     | Actual Score<br>Range | 一元配置分散<br>分析 |
|---------|----|-------------|-----------------------|--------------|
| 急性期     | 85 | 67.4±14.13  | 24-94                 |              |
| 慢性期     | 34 | 68.41±13.21 | 33-93                 |              |
| 急性・慢性混合 | 97 | 66.8±11.96  | 24-100                |              |
| 手術室     | 14 | 73.29±14.67 | 45-95                 |              |
| 透析室     | 18 | 70.89±11.51 | 55-100                | n.s.         |
| 療養型     | 14 | 65.5±10.84  | 37-80                 |              |
| 外来      | 16 | 70.88±13.04 | 43-95                 |              |
| 化学療法    | 9  | 70.78±13.56 | 52-89                 |              |
| その他     | 16 | 69.06±9.07  | 60-91                 |              |

Kruskal-Wallis

#### IV 尺度間の関係性

各尺度間の関係性を見るために、Pearsonの積率相関係数を求めた。(表2-10) 精神的回復力とすべての尺度において相関が認められた。中でも特性不安とは負の相関を自己価値感と社会的スキル、問題解決型行動とは正の相関を示した。自己抑制型行動特性、家族および職場の情緒支援認知とは弱い相関を示した。

表 2-10 各尺度の相関

| Variabies   | Variabies |          |          |          |          |         |         |
|-------------|-----------|----------|----------|----------|----------|---------|---------|
|             | 1         | 2        | 3        | 4        | 5        | 6       | 7       |
| 1自己価値感      | —         |          |          |          |          |         |         |
| 2自己抑制型行動特性  | -0.365**  | —        |          |          |          |         |         |
| 3問題解決型行動特性  | 0.255**   | 0.101    | —        |          |          |         |         |
| 4社会的スキル     | 0.527**   | -0.282** | 0.42**   | —        |          |         |         |
| 5特性不安       | -0.668**  | 0.434*** | -0.202** | -0.515** | —        |         |         |
| 6情緒支援認知(家族) | 0.208**   | -0.085   | 0.14**   | 0.197**  | -0.254** | —       |         |
| 7情緒支援認知(職場) | 0.251**   | -0.081   | 0.127*   | 0.292**  | -0.318** | 0.407** | —       |
| 8精神的回復力     | 0.534**   | -0.213** | 0.402**  | 0.594**  | -0.650** | 0.294** | 0.359** |

\*\*p<0.01, \*p<0.05

次に、レジリエンスに影響する要因を探るために、「精神的回復力」を目的変数、その他の尺度を説明変数として重回帰分析を行った。その結果、「特性不安」との間に中程度の有意な負の相関が見られた。しかし、最も関連が強いと予測される自己価値感の影響が見られなかったことから、説明変数同士の関連性が高いことによる多重共線性が考えられた。

そこで、特性不安を除いて再度分析を行ったところ、「社会的スキル」「自己価値感」に低い相関が見られた。自己抑制型行動特性とは相関が認められなかった。

表2-11 精神的回復力を目的変数とした重回帰分析の結果

| 説明変数      | 精神的回復力 ( $\beta$ ) |    |
|-----------|--------------------|----|
|           | 標準回帰係数             |    |
| 自己価値感     | 0.04               |    |
| 自己抑制型行動特性 | 0.06               |    |
| 問題解決型行動特性 | 0.16               | ** |
| 社会的スキル    | 0.25               | ** |
| 特性不安      | -0.45              | ** |
| 情緒支援認知 職場 | 0.10               | ** |
| 情緒支援認知 家族 | 0.06               |    |
| R2乗       | 0.58               |    |
| F         | 43.94              |    |
| 有意確立      | 0                  |    |

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

表2-12 特性不安を除いた重回帰分析の結果

| 説明変数      | 精神的回復力 ( $\beta$ ) |    |
|-----------|--------------------|----|
|           | 標準回帰係数             |    |
| 自己価値感     | 0.26               | ** |
| 自己抑制型行動特性 | -0.02              |    |
| 問題解決型行動特性 | 0.18               | ** |
| 社会的スキル    | 0.32               | ** |
| 情緒支援認知 職場 | 0.14               | *  |
| 情緒支援認知 家族 | 0.09               | *  |
| R2乗       | 0.48               |    |
| F         | 40.10              |    |
| 有意確率      | 0.00               |    |

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

## V 探索的因子分析による結果

精神的回復力尺度の項目分析では、天井効果やフロアー効果は見られず、歪度、尖度についても極端な値を示すものはなかった。(表 2-13)

表 2-13 精神的回復力尺度 項目分析

| 項目    | n   | 平均値  | 標準偏差  | 歪度     | 尖度     |
|-------|-----|------|-------|--------|--------|
| Q1    | 308 | 3.29 | 1.142 | -0.353 | -0.708 |
| Q2    | 308 | 3.34 | 0.962 | -0.492 | -0.186 |
| Q3    | 308 | 3.53 | 1.062 | -0.363 | -0.31  |
| Q4    | 308 | 3.56 | 1.02  | -0.51  | -0.113 |
| Q5    | 308 | 3.18 | 0.927 | -0.443 | -0.116 |
| Q6    | 308 | 3.16 | 1.064 | -0.214 | -0.349 |
| Q7    | 308 | 3.38 | 1.005 | -0.373 | -0.291 |
| Q8    | 308 | 3.49 | 0.867 | -0.396 | 0.162  |
| Q9    | 308 | 3.3  | 1.087 | -0.286 | -0.43  |
| Q 1 0 | 308 | 3.67 | 0.915 | -0.668 | 0.502  |
| Q 1 1 | 308 | 3.19 | 1.025 | -0.238 | -0.33  |
| Q 1 2 | 308 | 3.32 | 1.078 | -0.276 | -0.437 |
| Q 1 3 | 308 | 3.63 | 1.021 | -0.42  | -0.225 |
| Q 1 4 | 308 | 3.26 | 1.196 | -0.259 | -0.826 |
| Q 1 5 | 308 | 3.16 | 0.958 | -0.173 | -0.1   |
| Q 1 6 | 308 | 2.69 | 1.076 | 0.308  | -0.536 |
| Q 1 7 | 308 | 3.12 | 1.079 | -0.093 | -0.561 |
| Q 1 8 | 308 | 2.97 | 1.117 | 0.148  | -0.618 |
| Q 1 9 | 308 | 2.81 | 1.123 | 0.244  | -0.508 |
| Q 2 0 | 308 | 2.69 | 1.144 | 0.252  | -0.631 |
| Q 2 1 | 308 | 3.3  | 1.155 | -0.175 | -0.763 |



次に因子構造の検討として、小塩らの先行研究に準拠して3因子とし、主因子法およびプロマックス回転を用いた探索的因子分析（EFA）を行った。その結果、因子負荷量は全ての項目で0.35以上を示したが、複数因子に重複して因子負荷量の高い項目が6項目あった。そこで、該当する項目を削除し、残った15項目で再度探索的因子分析を行ったところ、さらに重複して因子負荷量の高い項目が5項目あった。5項目を削除した10項目で再度探索的因子分析を行い、固有値、因子負荷量、因子に含まれる項目数、項目の意味内容などを検討した結果、3因子構造が妥当であった。第1因子に3項目、第2因子に3項目、第3因子に4項目が該当し10項目で全分散の68.99%を説明した。（表2-14）

抽出された3因子は因子負荷量の大きさに基づいて項目の内容からその意味を捉えると以下のような因子と理解することが出来た。第1因子は、将来の見通しは明るいと思う、自分の未来にはきっといいことがあると思う、など3項目に高い因子負荷量を示したことから「肯定的未来志向」であると解釈した。第2因子には、物事に対する興味関心が強い方だ、私は色々なことを知りたいと思う、など3項目に高い因子負荷量を示したことから「関心の多様性」であると解釈した。第3因子には、怒りを感じると抑えられなくなる、その日の気分によって行動が左右されやすいほうだ、など4項目に高い因子負荷量を示したことから、「感情調整」であると解釈した。

表 2-14 精神的回復力尺度 因子分析  
 (Promax 回転後の因子パターン)

| 変数                          | 因子     |        |        |
|-----------------------------|--------|--------|--------|
|                             | I      | II     | III    |
| <b>肯定的未来志向 【α 係数. 899】</b>  |        |        |        |
| 6. 将来の見通しは明るいと思う            | 0.951  | 0.448  | 0.285  |
| 3. 自分の未来にはきつといい事があると思う      | 0.836  | 0.424  | 0.287  |
| 9. 自分の将来に希望を持っている           | 0.816  | 0.524  | 0.263  |
| <b>関心の多様性 【α 係数. 815】</b>   |        |        |        |
| 7. 物事に対する興味関心が強い方だ          | 0.397  | 0.832  | 0.168  |
| 10. 私は色々なことを知りたいと思う         | 0.453  | 0.758  | 0.295  |
| 1. 色々なことにチャレンジするのが好きだ       | 0.4    | 0.752  | 0.276  |
| <b>感情調整 【α 係数. 703】</b>     |        |        |        |
| 21. 怒りを感じると抑えられなくなる         | 0.155  | 0.091  | 0.719  |
| 19. その日の気分によって行動が左右されやすいほうだ | 0.277  | 0.246  | 0.665  |
| 2. 自分の感情をコントロールできるほうだ       | 0.269  | 0.293  | 0.565  |
| 20. あきっぽい方だと思う              | 0.13   | 0.169  | 0.513  |
| 因子寄与率 (%)                   | 38.935 | 17.462 | 12.593 |
| 累積寄与率 (%)                   | 38.935 | 56.397 | 68.99  |
| 因子相関行列                      | I      | II     | III    |
| I                           | —      | 0.525  | 0.325  |
| II                          | 0.525  | —      | 0.299  |
| III                         | 0.325  | 0.299  | —      |

## VI 確認的因子分析による結果

小塩らの精神的回復力 3 因子（以下モデル 1 とする）と、探索的因子分析により得られた 3 因子（以下モデル 2 とする）を用いて、どちらの因子モデルがよりモデルフィットしているかを確認するために確認的因子分析を行った。モデルの適合度を比較したところ、モデル 1 では  $GFI=0.704$ ,  $AGFI=0.636$ ,  $RMSEA=0.134$  とモデルを採択できる基準を満たしていないのに対し、モデル 2 では  $GFI=0.944$   $AGFI=0.904$   $RMSEA=0.084$  で、採択基準をほぼ満たしていた。また、1 に近いほど当てはまりの良い  $NFI$  と  $CFI$  もモデル 1 の  $NFI=0.612$  と  $CFI=0.647$  よりモデル 2 の  $NFI=0.925$  と  $CFI=0.946$  の方が良い値を示した。（図 2-2、図 2-3）つまり、小塩が抽出した因子構造よりも、探索的因子分析により得られた因子構造の方が看護師のデータに当てはまりが良かったため、探索的因子分析により得られた 3 因子モデルを分析に採用することにした。

## VII 精神的回復力尺度の信頼性と妥当性

探索的因子分析で得られた精神的回復力尺度の信頼性をクロンバック (Cronbach) の  $\alpha$  係数を求めて評価した。全体の  $\alpha$  係数は 0.81 を示し、各因子の  $\alpha$  係数は 0.90 から 0.70 であった。 $\alpha$  係数の値は概ね 0.6 以上であれば内的整合性は証明されるといえることから、信頼性は保たれていることが確認された。妥当性の評価として自己価値感尺度、特性不安尺度を基準関連妥当性係数として相関を確認した。その結果、自己価値感尺度と正の相関 ( $r=.534, p<.01$ )、特性不安尺度と負の相関 ( $r=-.650, p<.01$ ) が認められた。精神的回復力が、精神的健康度を示す概念として、自己価値感が高く、不安を感じやすい特性が低いことが確認された。

表 2-15 相関マトリックス

|        | 自己価値感   | 特性不安    | 精神的回復力 |
|--------|---------|---------|--------|
| 自己価値感  | 1       |         |        |
| 特性不安   | -0.67** | 1       |        |
| 精神的回復力 | 0.53**  | -0.65** | 1      |

Pearsonの相関係数 有意確立(両側)\*\* $p<0.01$

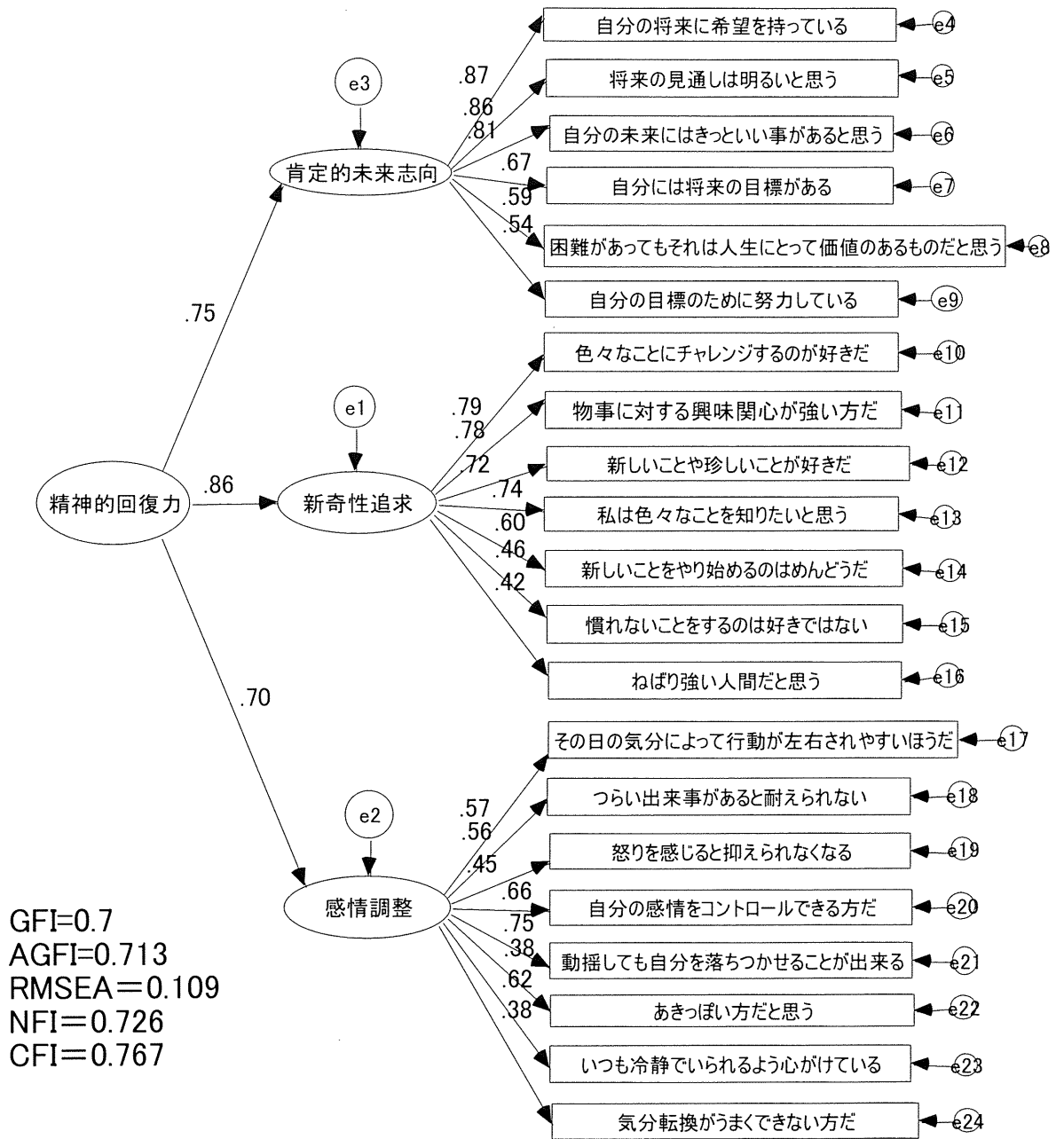


図 2-2 小塩の精神的回復力 3 因子 (モデル 1)

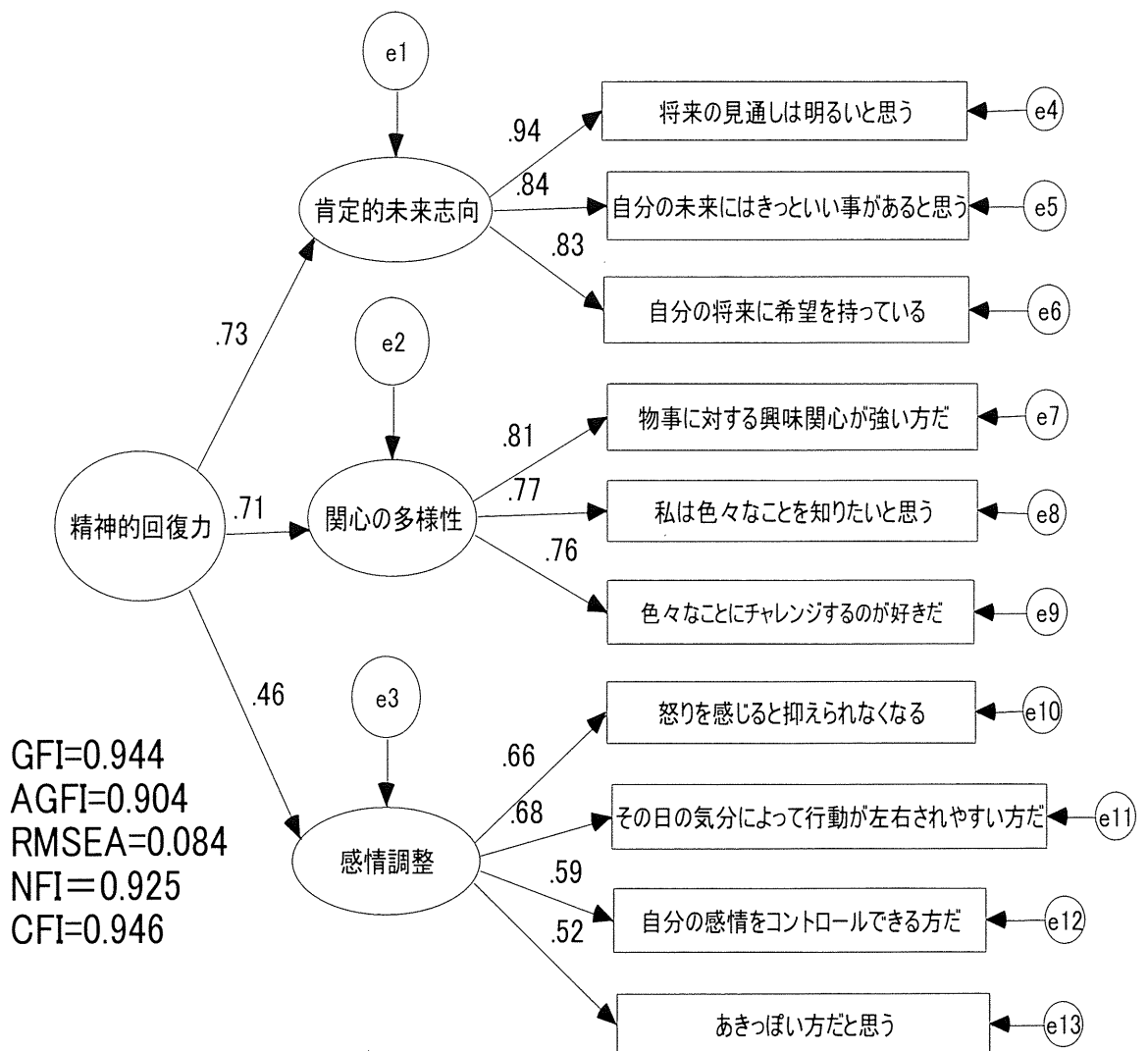


図 2-3 確認的因子分析による 3 因子 (モデル 2)

## VIII レジリエンス因果モデル

仮説に基づいて作成したレジリエンスに関する因果モデルは共分散構造分析により検証を行った。解析にあたり、観測変数は各尺度の合計点数を用いた。

仮説モデルの構造として、家族からの情緒支援認知と職場からの情緒支援認知の2つの観測変数からなる潜在変数を「良好な支援認知」とした。そして、正の影響をもつ自己価値感と負の影響をもつ特性不安の観測変数からなる潜在変数を自尊感情の高さや不安を持ちにくい特性から自分に対して良いイメージを抱いている状態と捉え「良好な自己認知」とした。問題解決型行動特性と社会的スキルの観測変数からなる潜在変数を「ソーシャルスキル自己効力感」とした。問題解決型行動特性は、社会生活を営む中で出会う問題や課題に対して、問題との関わり方や他者への求援行動などを意味しており、社会的スキルとともに、ソーシャルスキルについての自己効力イメージであると捉えた。また、精神的回復力尺度の3因子である肯定的未来志向と関心の多様性、感情調整の観測変数からなる潜在変数を「精神的回復力」とした。

潜在変数間の関係を考えた時、支援環境認知が自己イメージ認知に影響を持っていることがすでにわかっている（橋本ら，2008）。そこで、「良好な支援認知」から「良好な自己認知」、「良好な支援認知」から「ソーシャルスキル自己効力感」へのパスを引いた。さらに、精神医療や学校現場で用いられている SST（社会生活技能訓練）や、アサーションをはじめとするソーシャルスキルトレーニングが自尊感情を高めることが知られている（小林ら，2005）（長谷川ら，2008）。そこで、「ソーシャルスキル自己効力感」から「良好な自己認知」へのパスを引いた。さらに、「良好な支援認知」「ソーシャルスキル自己効力感」「良好な自己認知」から「精神的回復力」へのパスを引いた。精神的回復力への影響要因を検討するために、共分散構造分析により、その適合度と変数間の推定値を算出した。母数の制約は、誤差変数  $e$  から観測変数へのパスの全てを 1 に、潜在変数を構成する観測変数のうち基準となる観測変数を 1 に、攪乱変数から潜在変数へのパスの全てを 1 に固定している。

いくつかの試案の中から構築した仮説モデルの適合度は、 $GFI=0.927$   $AGFI=0.865$   $CFI=0.886$   $RMSEA=0.105$  で、採択基準を満たしていなかった。そこで規定値の低い自己抑制型行動特性をモデルから削除し他モデルを試案した。モデルの適合度は、 $GFI=0.954$   $AGFI=0.901$   $CFI=0.935$

RMSEA=0.089 で、RMSEA が受容基準に及ばなかったため修正指数を参考に誤差変数 e18 と e20、e19 と e20 の間に共変動を加えて修正を行った。その結果、GFI=0.964 AGFI=0.914 CFI=0.954 RMSEA=0.079 で、採択基準を充たしていた。(図 2-4)



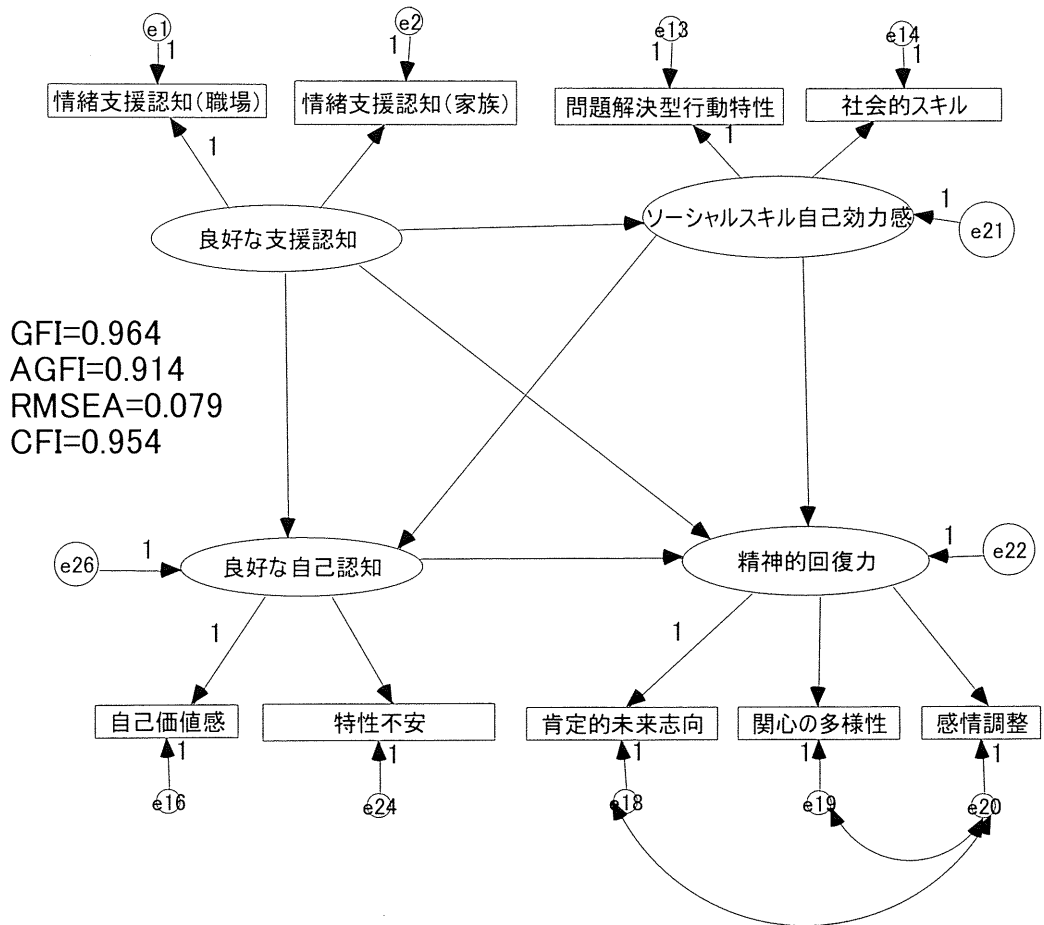


図 2-4 レジリエンスに関する 4 因子モデル

次に各パス係数に注目してモデルを評価する。各変数間のパス係数は、「ソーシャルスキル自己効力感」から、「良好な自己認知」へ 0.60 ( $t=2.479$ ,  $p<.002$ ) と有意な強い影響を与えていた。また、「良好な支援認知」から「ソーシャルスキル自己効力感」へのパス係数は 0.44 ( $t=3.843$ ,  $p<.001$ )、「良好な自己認知」から「精神的回復力」へは 0.45 ( $t=3.046$ ,  $p<.002$ )、「ソーシャルスキル自己効力感」から「精神的回復力」へは 0.30 ( $t=3.046$ ,  $p<.002$ ) といずれも有意な中程度の影響を与えていた。「良好な支援認知」から「良好な自己認知」へは 0.23 ( $t=2.518$ ,  $p<.01$ )、「良好な支援認知」から「精神的回復力」へは 0.19 ( $t=4.413$ ,  $p<.001$ ) と有意ではあるが影響は少なかった。

各潜在変数を構成する観測変数へのパス係数は、0.48 から 0.88 の中等度以上の値を示した。潜在変数と潜在変数および潜在変数と観測変数の検定統計量はすべて 1.96 以上で 5%水準で有意であった。

## 第七節 考 察

### I 対象の妥当性

今回対象とした3病院を比較した時、いずれも一般的な診療科を備えた中規模病院であり、平均年齢、平均経験年数は、100床以上の病院に勤務する看護師の現状と比較して偏りはなかった。

職場の情緒支援認知については、Dunnett検定によりA病院とC病院に有意差が認められた。これは、職場風土や人間関係に影響を受けていると考えられ、様々な現状の病院があることを考えると、多くの病院を代表する施設として問題はないと考える。

同様に勤務体制についても現在3交代から2交代制へ移行する病院が増えており、両方の勤務体制の病院がみられる。このような背景から今回2交代と3交代両方の病院を選定したことは、看護師の一般的な特性を知る上で適当であった。

## II 看護師の精神的回復力尺度の特徴

小塩らの精神的回復力尺度の3因子と、本研究から導かれた3因子は若干異なるものであった。今回の結果を、小塩らの結果と比較した時、最も違いが見られたのは「関心の多様性」であった。小塩らの結果では、‘新しいことや珍しいことが好きだ’という新奇性を現す項目が高い因子負荷量を示していたが、看護師を対象とした結果ではそれを示さなかった。さらに、‘慣れないことをするのは好きではない’‘新しいことをやり始めるのはめんどうだ’という逆転項目についても同様の結果であった。これは、小塩が対象とした大学生という青年期の、新奇性を求める一方で興味のないことに取り組む忍耐力の欠如という青年期の特性が伺える。これに対して看護師の場合、様々な事柄に関心を向けるが、そこに‘新奇性’という要素は含まれなかった。さらに、社会人として慣れないことや新しいことに取り組むことも職務として必要なことであるという認識から、精神的回復力の項目として高い因子負荷量を示さなかったと考えられる。

看護師の感情調整で最も因子負荷量の高かった項目が逆転項目としての‘怒りを感じると抑えられなくなる’であり、看護師が怒りの感情コントロールを重要と認識しており、同時に最も苦慮していることが伺えた。

### III レジリエンス因果モデルの評価

レジリエンスを高める因果モデルとして、「良好な支援認知」「ソーシャルスキル自己効力感」「良好な自己認知」「精神的回復力」の4因子を仮定し検証を行った。その結果概ね適合度の高いモデルが完成した。適合度指標の値はGFIが0.964、AGFIが0.914であり適合度はよいといえる。一部の誤差変数に共変動を加えることで、モデルの適合度が改善したが、同一因子内の項目間の誤差変数であるため、解釈上問題がないと判断した。モデルの分布と真の分布の乖離を表現する指標のRMSEAの値は0.079であった。この値は0.05以下が好ましいが許容範囲は0.08以下とされていることから、分析値は許容範囲内であり「ほぼ適合がよい」といえる。また、各潜在変数を構成する観測変数へのパス係数は、0.48から0.88の中等度以上の値を示し、潜在変数と潜在変数、および潜在変数と観測変数間の検定統計量はすべて1.96以上を示し、5%水準で有意であった。適合度指標とパス係数の値から考えて、本モデルは適切なモデルであると言える。

構築した因果モデルから、レジリエンスを高めるプロセスは、「良好な支援認知」→「ソーシャルスキル自己効力感」→「精神的回復力」へ、また、「良好な支援認知」→「良好な自己認知」→「精神的回復力」へ、「良好な支援認知」→「精神的回復力」、「良好な支援認知」→「ソーシャルスキル自己効力感」→「良好な自己認知」→「精神的回復力」という逐次的な因果構造をもつことが検証された。

潜在変数間の個別の関係に注目すると、

「精神的回復力」には、「良好な自己認知」が必要であることが示唆されている。自己認知とは、自分の外見や身体感覚や気持ちなどを捉える感覚情報とそれを評価する感情情報からなっているイメージ（心像）である（宗像，2007）。自分へのイメージを作り出しているのが、過去から得た情報の解釈の仕方である。これまで状況を脅威ととらえ問題を避けて自分の心理的安全を優先するという対処を繰り返している場合、「ソーシャルスキル効力感」は伴わない。反対に、周りと関わりながら、助けあい、問題に立ち向かう対処を行うことで、「情緒支援認知」「ソーシャルスキル効力感」が高まり、「良好な自己認知」に影響し、良い自己イメージが形成される。このように、「良好な支援認知」「ソーシャルスキル効力感」「良好な自己認知」は、希望、充実、満足、意欲、愉しさ、自信といった自己報酬型の自己イメージを軸に行動をとることで、精神的回復力を高め、それらがレジリエンスを構成しており、高める影響要因であることが確認された。

「良好な支援認知」から「良好な自己認知」へのパス係数と比較して、「ソーシャルスキル効力感」から「良好な自己認知」のほうが高いパス係数を示していた。周囲から認められ守られていると感じている状態は心理的安心感があり、メンタルヘルスは良好であると言える。しかし、他者評価により高められた自己認知は、他者の評価のいかに影響される不安定なものである（小松，2001）。周囲の理解や評価といった「良好な支援認知」のみならず、ストレスとなる問題に対する解決力や、対人関係スキルなど具体的な自分自身の力としての「ソーシャルスキル自己効力感」を高めることが重要であることを示している。一方で、レジリエンスが十分でない場合は、情緒支援認知を強化することで、補うことが出来るということが示唆された。

また、「精神的回復力」に影響する潜在変数として、「ソーシャルスキル自己効力感」よりも、「良好な自己認知」の方が高いパス係数を示していた。「ソーシャルスキル自己効力感」の観測変数は、社会的スキルと問題解決力である。この質問項目を見た時、社会的スキルは「知らない人とでも、すぐに会話が始められますか」「気まずい事があった相手と上手に和解できますか」「他人を助けることを、上手にやれますか」など、人との関わりにおいてうまくやれるという特定の事柄に対しての自己認知を現していることがわかる。同様に、問題解決型行動特性についても、「現状を振り返ったり、考えたりする時間をもつほうである」「何事も事実を確認しながら判断していくほうである」など、問題解決への見通しについての自己認知を現している。つまり、「ソーシャルスキル自己効力感」は、特定の事柄に対しての‘特異的自己認知’であると言える。

一方、「良好な自己認知」は、自己価値感と特性不安を観測変数としていることから、不安がなく安心して、自分に満足しているといった一般化された‘一般的自己認知’を現している。このことから、「レジリエンス」には‘特異的自己認知’よりも、‘一般的自己認知’の方が影響が大きいことが確認された。

さらに、「良好な支援認知」は、「家族」よりも「職場」の影響が高い。これは、対象が看護師という職務をもった集団であることから、ストレスフルな「職場」でこそ、気持ちがわかりあえる情緒支援認知があることが重要であることが示唆された。安心して自分の本音を伝えて、受けとめてもらえる「良好な支援認知」を得ながら、「ソーシャルスキル自己効力感」「良好な自己認知」を糧に、困難な状況においても肯定的な未来を描き、目標に向かって努力する姿こそがレジリエンスそのものと言える。

このモデルが事実を理解し概念を説明しうるかについて検討した結果、「良好な支援認知」「ソーシャルスキル自己効力感」「良好な自己認知」が「精神的回復力を」を高める要因である。中でも「良好な自己認知」が、精神的回復力に及ぼす影響が最も強いという仮説概念構造と一致していた。「良好な支援認知」「良好な自己認知」「ソーシャルスキル自己効力感」の3要素が独立変数群としてあり、それらが従属変数である「精神的回復力」を決定しているとしたが、この考えは支持されたと言える。

## 第八節 結論

本研究では、看護師のレジリエンスを高めるプロセスの因果モデルを構築した。レジリエンスの因果モデルとして、「良好な支援認知」「良好な自己認知」「ソーシャルスキル自己効力感」の3要素が独立変数群としてあり、それらが従属変数である「精神的回復力」に影響しているという4因子構造モデルが構築された。

「良好な支援認知」「良好な自己認知」「ソーシャルスキル自己効力感」はいずれも精神的回復力に影響を与える因子であった。中でも精神的回復力に、最も強い影響を持つのは、「良好な自己認知」であった。

本研究で扱うレジリエンスの自己報酬型行動を強化するためには、「良好な支援認知」と「ソーシャルスキル自己効力感」を糧に、他者評価への依存から脱し、自分を信じて行動する「良好な自己認知」を高めることが重要であることがわかった。



## 第九節 本研究の限界と今後の課題

今回の分析に用いた標本は一部の地域における 300 余りのデータに過ぎず、さらに多くの標本を用いて今回の分析結果を追試することは必要であろう。また、今回は性差による影響を考慮して、男性看護師のデータは分析に用いなかった。しかし、現状は男性看護師は増加しており、今後は男性看護師のレジリエンス因果モデルの構築と性差による相違についても検討が必要である。

今後は、回復力がどのような過程で学習されるのか、さらに、困難からの回復のプロセスについて明らかにするために、個人の経験から質的に検討をしていく予定である。

### 第3章 看護師の困難からの立ち直りのプロセスと 立ち直りを支えた要因

研究課題Ⅱ：看護師の困難からの立ち直りのプロセス  
と要因を個人の経験から明らかにする

## 第一節 研究目的

人は困難に直面したり、窮地に立たされたりしたときに、深く悩み苦しむことになる。その過程で何かを学びとり、経験を糧に成長するか、あるいは目標に向かうことをやめてしまうのか、それを分けるのが‘レジリエンス’である。

すでに心理学、精神医学、教育学などの分野においてレジリエンス研究が進められており、近年、看護師を対象にした研究も散在する。看護師のレジリエンス特性を見出し尺度開発したもの（井原、尾形、犬塚, 2009）や、レジリエンスを高める心理特性について因果モデルを構築したもの（谷口、宗像, 2010）、などがある。しかし、それらはいずれも客観的視点に立った量的研究であり、対象者の主観的世界からレジリエンスの本質を捉えていない。その中で、石井ら（2007）は、看護師個々が困難を乗り越えていく過程が、職務レジリエンスの形成に影響し、患者のレジリエンスを引き出す看護力に至ると述べ、看護師が、困難を乗り越える過程を経験することの必要性を示唆している。にもかかわらず、看護師の個人に備わる復元力がいかにして発揮されるのか、どのようなプロセスを経て心理的な回復に寄与するのかについては、まだ十分に解明されていない。

そこで、本章では看護師の困難からの立ち直りのプロセスと、困難体験が看護に与えた影響を明らかにし、レジリエンスを発揮する要因について明らかにすることを目的とした。

## 第二節 研究方法

### I 研究デザイン

研究デザインは、対象者の語りを通して質的帰納的に分析する記述的探索的デザインである。

### II 対象者と対象の設定理由

対象は、関西地区の一般病院に勤務する看護師で、本研究に先行した353名への質問紙調査において、今後レジリエンスに関する面接調査に協力しても良いと回答した8名のうち、改めて同意が得られた5名と、病院関係者から紹介を受けた5名である。対象者の概要を表3-1に示す。困難は、誰もが体験しているという前提に立ち、困難体験を経て現在も看護師として勤務し続けている人を対象と考えた。また、本研究では困難からの立ち直りのプロセスに着目したため、困難エピソードの内容については限定しなかった。

表 3-1 対象者の概要

|    | 性別 | 年齢 | 経験年数 | 役職   | 現在の勤務病棟   |
|----|----|----|------|------|-----------|
| 1  | 女  | 50 | 28   | 副師長  | 透析室       |
| 2  | 女  | 31 | 10   | 主任   | 急性期内科     |
| 3  | 女  | 40 | 20   | 副師長  | 一般内科      |
| 4  | 女  | 42 | 4    | スタッフ | 透析室       |
| 5  | 女  | 44 | 23   | スタッフ | 療養型病棟     |
| 6  | 女  | 34 | 4    | スタッフ | 専門外来      |
| 7  | 女  | 45 | 11   | 主任   | 内分泌科      |
| 8  | 女  | 42 | 20   | スタッフ | 血液内科      |
| 9  | 女  | 57 | 32   | 師長   | 保健指導室     |
| 10 | 女  | 42 | 18   | スタッフ | 呼吸器・消化器内科 |

### Ⅲ 面接方法と内容

データ収集期間は、2010年5月から同年10月であった。対象者との個人面接形式で、対象者の勤務先の病院か、研究者の勤務先のプライバシーが保てる部屋で行い、時間は1時間から1時間半であった。半構成的面接法とし、主に 1) 印象に残る困難な体験 2) 困難なプロセスを支え、回復に影響した要因 3) その体験が現在の看護に影響しているか、について語ってもらった。面接は、流れに応じて対象者の自由な語りを優先しながら行った。研究者自身の観点や枠組みにとらわれないように、対象者の体験に寄り添う姿勢を心掛けた。

### 第三節 分析手順

分析方法が明確に示されており説明力に優れた修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）（木下，2008）を用いて分析した。具体的には、同意を得て面接内容を録音・逐語化しデータとした。困難体験とその後のプロセスが具体的に語られた2名を分析焦点者とし、逐語記録を何度も読み返し対象者の世界からデータの意味を解釈した。データとの対話の過程で、研究者は自身に起こる問いの発見と問題意識の確認に重点を置き、その問いからデータに即して解釈を深め、分析テーマに関連のある内容に対して概念名をつけた。概念名・定義・ヴァリエーション・理論的メモから成る分析ワークシートを概念毎に作成した。その上で他のデータの意味解釈を行いながら生成された概念との類似性、対極性を検討し、概念の追加、概念名の修正を繰り返し行った。10人目の時点で新しい概念生成がなかったことから理論的飽和に達したと判断した。得られた概念を意味内容の類似性と抽象度の観点に基づきカテゴリを生成し命名した。この分析作業にあたっては質的研究経験のある研究者3名が加わり、信頼性と妥当性を図った。

#### 第四節 倫理的配慮

本研究は甲南女子大学研究倫理委員会の審査を受け承認を得て実施した。研究の趣旨と方法、秘密の保持、研究参加は任意であり得られたデータは研究以外では使用しないこと、公表時の匿名性の保持、終了後の辞退ができることを個別に書面と口頭で説明を行った。面接では、つらい体験の想起から、過去の葛藤や心的外傷体験を思い起こさせる可能性がある。そのため、予め話したくないことについては話さなくてよいこと、負担を感じた場合は中断や中止が可能であることを伝え、対象者の負担に配慮し、精神的な安全を優先とした。具体的には以下の内容について文書と口頭で説明し、了解が得られた場合には、同意書に署名してもらった。

- ① 研究者の紹介
- ② 研究の目的、意義
- ③ インタビューをお願いしたい内容
- ④ インタビュー内容の録音のお願い
- ⑤ 研究参加の自由意志と中途辞退の自由
- ⑥ 質問内容や研究者の言動による不快や苦痛への配慮
- ⑦ 無理に語る必要はなく、一度話した内容でも修正や削除は可能
- ⑧ インタビューで得た情報はすべて匿名とし研究以外に用いることはない
- ⑨ 研究結果を専門分野における学会、学術誌に公開する可能性がある

## 第五節 結果

困難エピソードは、16年前から数カ月前のものであり、対象喪失、自己の病気、障害児の出産、職場の人間関係などに関するエピソードが語られた。困難からの回復のプロセスと困難体験が看護に与えた影響についてカテゴリ化を行った。結果は、困難からの回復のプロセスとして【混乱した自己と向き合う内的体験】【困難を支えたポジティブな感情体験】【状況打開へ自ら起こした行動】【認識の変転による混乱からの解放】の4つのカテゴリが、困難体験が看護に与えた影響として【困難と向き合う患者への敬愛】の計5つのカテゴリが生成された（表3-2）。

以下に各カテゴリの内容の中で特徴的な部分を詳述する。カテゴリは【】、概念はくゝ、データの部分を「 」で表す。

### I 困難からの回復のプロセス

#### 1 【混乱した自己と向き合う内的体験】

このカテゴリは、解決困難な状況に遭遇し、混乱した自己と向き合う体験の内容を表していた。過去の体験の中で最も強い感情を伴う部分であり、悲しみや恐怖、自責といった感情に圧倒されながら、困難の原因や理由について自問自答を繰り返すという体験をしていた。

「息子が亡くなった後2年は放心状態で何をどう生活していたのかほとんど覚えてないんです。本当に家族以外誰とも接しなくなって。自分のせいと自分を責めて、自分がなんでこんなことになったのか、どんな意味があるのか、ずーっと考えていました。」

「抗がん剤治療したら本当に治るのかなって、主人には言えなかったですね。副作用で髪がバサっと抜けて自分が変わっていく。3回目くらいからすごくしんどくて食べれない、動けない。(中略)抗がん剤治療が長くなると仕事への復帰の不安も徐々に出てきて、これでいいのかなーとか考えて、経済的なことや色々なこと考えて・・・。」



## 2 【困難を支えたポジティブな感情体験】

混乱し、ネガティブ感情に圧倒される中でも、喜び、安心、満足といったポジティブな感情を体験していた。これらのポジティブな感情が困難に耐える支えとなったと感じていた。このカテゴリは＜趣味への没頭＞＜支援者の存在＞＜日常のポジティブな気づき＞の3つの概念から構成されていた。

### ＜趣味への没頭＞

自ら好んで行う趣味や勉強などであり、それに打ち込んでいる時間はネガティブな感情から離れることが出来るだけでなく、楽しさ、満足などの喜びを感じられ、時間を忘れて打ち込むという体験であった。

「それまで(先のことを考えられるようになるまで)はね、トールペイントに没頭していたんですよ。作り上げること、生み出すことが子育てに通じるところがあって、生み出すことの喜びがあって没頭していましたね。作ったものを人にあげたら『上手ね』『かわいいー』って喜んでくれるのがまた嬉しくて。」

### ＜支援者の存在＞

自身の理解者であり、応援してくれる他者の存在であった。その人からの言葉、あるいはその存在そのものが心の支えとなっていた。また、思いもよらない相手からの支援への気づきも、大きな喜びの体験となっていた。

「1年目に結構患者さんの死亡にあたったんですよ。かなり落ち込んだりとかがあったんですけど、その時の師長さんが『患者さんって一番そばにいてほしい人の時に亡くなるんだから』って、『今すごくしんどいかもしれないけど、あなたを待っていたかもしれないから、ちゃんとお見送りしてあげてね』って言われて、それからよくあたるんですけど、そのときの師長さんの言葉を思い出して、送るようにしています。」

### ＜日常のポジティブな気づき＞

困難な中でも日常の幸運に気づいたり、平穏な気持ちや好奇心を持つといった志向性であった。気にも留めずに過ぎてしまうような日常の小さな幸運や自分自身がすでに持っているもののありがたさ、1日が無事に終わることや平凡であることに感謝するといったポジティブ感情を体験していた。

「普段は絶対に座れないんですけど、お盆で空いて座れたんですね。「今日はいいい日やーって」些細なことに喜びを感じていたんです。」

### 3 【状況打開へ自ら起こした行動】

困難なプロセスを支えたものとして、自分自身の行動の要因を示すカテゴリである。このカテゴリは<他者への救援行動><問題解決への行動>の2つの概念から構成されていた。

#### <他者への求援行動>

自分の状況や感情を言葉や態度で表し、意識・無意識的に相手の関心や支援を求める求援行動である。中でも多かった行動は、気持ちを話す、相談するという行動であったが、中には最悪の事態を伝えるという方法もあった。他者の支援を引き出すことでネガティブな心理状態を立て直すための助けになっていた。

「リウマチと診断されて、数日泣いて自分をコントロールできなくなりました。決心して病気の事を長男(中 3)に話しました。何も出来なくなるかも、寝たきりになるかも、進学させてあげられないかも・・・と。当時反抗期で、物を投げたりするような子が、ガラリと変わったんです。協力的で助けてくれる大人になって。主人が2人出来たように頼れるようになったんです。」

#### <問題解決への行動>

困難状況の解決に向けて相手と話し合うことや、情報を得るなど積極的な対処行動である。特徴として、問題解決行動に至るまでの時間は様々であり、ある程度の感情の客観視ができる段階になって行動化されていた。

「もともと〇〇師長とは人間関係うまくいってなかったんで、やっぱり私は嫌われているからそんな扱いされるんやろうなっていう思いもあって。人間ですから好き嫌いあると思うんですけど、不信感っていうのが一番でしたかね。本当に何を信じていいんだろうっていう・・・。次の日休みだったので、時間が空くと話しづらと思ってすぐに病院にもどって自分の気持ちを話しました。」

#### 4 【認識の変転による混乱からの解放】

困難の中で混乱を体験しながらも、ある時期にそこから抜け出したと感じる体験をしていた。そこまでに要する時間も方法も様々であるにもかかわらず、この体験は過去の体験の中でも重要な部分を占めており、具体的に語られる内容であった。このカテゴリは、＜捕らわれからの解放＞＜肯定的意味の発見＞の2つの概念から構成されていた。

##### ＜捕らわれからの解放＞

自己の固定した価値観や思考傾向への捕らわれからの解放、明け渡しである。これは、あるがままを受け入れ結果は運命に任せるといった諦観の体験であった。

「異動して、なかなか最初は慣れなくて……。まして私より経験年数が多い人がたくさんいるので、主任という立場で新しいところに行ってしまうって。歴代の主任さんを見ていて、そんなとこまで私は出来ないっていう変なプレッシャーもあったりして、やっぱり12月1月あたりはつらかったですね。(中略)どん底まで落ちるんですけど、結局なんか落ちたところの線があるんでしょうかね、いきなり『しゃーないわ』って思うところがあるんですけど、くよくよしててもしゃーないしな〜って思うんですけど、その切り替えが何のきっかけかはぜんぜんわかんないんですけどね。」

##### ＜肯定的意味の発見＞

体験を通してポジティブな変化や成長、得たものがあったと感じていた。「つらいこと悲しいことがあったから今がある」と困難体験そのものが肯定的な認識へと変化していた。

「外科の病棟に異るように言われたんです。その時の看護部長は能力を広げるためと言ったけど、なかなか自分の中では受け入れられなくて、かなり抵抗しました。患者会のお世話もしてたので、外来でないと糖尿病看護はできないと思ってましたから。外科病棟に行ってみたら、外科にもたくさん糖尿病の患者さんがいたんです。そこで、フットケアとか療養指導的なことにも入ってシステムも作ってやっていったんです。ストマや術後の看護もしましたから、とつても視野が広がって役に立ちましたね。変わることがマイナスじゃなくてプラスに働くこともあるんだということを学びました。」

## II 困難体験が看護に与えた影響

### 【困難と向き合う患者への敬愛】

困難な体験が、ケアへの思いに繋がり、その思いは日々のケアを行う上での基盤となっていた。失意の中で受けたケアは、自分の苦悩を丸ごと受けとめてくれるものだった。その体験から、現在は自分がケア提供者として実践するに至っていた。聴くことや寄り添うことのような抽象的なケア概念は、自分が体験して初めてその価値や意味がわかるのである。

「生まれてきて初めて障害があるってわかったんですね。正直「こんな子いやや」って思ってしまったんです。すごい申し訳ないって思うんですけど。そう思っていた時期に1人の看護師さんが、『今私は看護師じゃないから、1人の女の人だと思って何でも話し聞くよ』って話を聞いてくれたことがあって、自分の思っていることをばーっと話せたことで、気持ちの整理がついたし、話しをするだけで気持ちってすごい変わるんだって思って。(中略)その人のためにそばにいて話を聴いてあげるとか、手を添えてあげるとか、別に何をしているわけでもないんですけど、一緒に時間を共にするっていうだけでもその人の気持ちが落ち着くので、そうしているんです。ああで、こうで、って愚痴を言ってくる人もいるんですけど、それはこの人の本心だろうなって思うと別にそれは私にとってストレスではなくって、患者さんの気持ちが聞けたんやって思えるんです。」

自身の困難体験から、人間の弱さと共に立ち向かう強さも体験したことで、困難と向き合う患者の苦悩を受けとめ、ありのままであることを保証する姿勢があった。そこには患者への敬愛と人間という存在への愛おしさが感じ取れた。

「出産時、大量の輸血のために十数人から血をもらったんです。『いろんな人に助けられたんやで』って先生から言われて、人は捨てたもんじゃない、人間は悪い人ばかりじゃない、私がこれまで見ていたのは人の一部で人にはいろんな側面があると知ったんです。それまで、人と深い付き合いもできなかつたし、信用できなかつたし、人の言葉にすごい傷ついたこともいっぱいあって。その人の背景を考えることによって、事情があったのかもわかると自分がすっごく楽になったんです。(中略)長年透析している患者さんが面白いですね。やったらあかんってわかってることをやってえらいことになって、たまに子供みたいに切れて、‘人間やなー’って思って(笑)。よう頑張ってはるなーと思ってね。いい時も見てるし、弱い時も見てるしね。」

困難を体験した看護師だから、困難と向き合う患者の苦悩が推察できる。困難と向き合いながらも強く、思いやりのある患者の姿に敬愛の念を抱いた看護師は、その思いを他の患者へのケアに込めていこうと思いを定めていた。

「はじめは父の死を全然受け入れられなかったんですけど、いつか戻ってきてくれるんじゃないかっていう感じがして。人前では泣かなかったんですけど、夜床に入ってから毎日泣いて、とことん泣いて落ちつけていました。(中略)10代20代の(白血病)患者さんが多くて、頑張ってもダメで亡くなる方も結構おられたんですけど、そういうかわりの中で、悲しい思いもしたんですけど、そういう人と関わって得たものっていうのもあるじゃないですか。疾患持ってる方って、相手を思いやる気持ちとかもすごくあって、自分がしんどいのに、私がしんどそうにしてたら『大丈夫ですか?』って言ってくれて。そうしながらも亡くなっていった人から得たものっていうのを他の患者さんに返していけるのは自分じゃないかなって思って、頑張っていこうかなってその時に思いました。

表 3-2 カテゴリと概念名

| 項目                 | カテゴリ                | 概念名             |
|--------------------|---------------------|-----------------|
| 困難からの回復のプロセス       | 1. 混乱した自己と向き合う内的体験  | 混乱した自己と向き合う内的体験 |
|                    | 2. 困難を支えたポジティブな感情体験 | 1)趣味への没頭        |
|                    |                     | 2)支援者の存在        |
|                    |                     | 3)日常のポジティブな気づき  |
|                    | 3. 状況打開へ自ら起こした行動    | 1)他者への求援行動      |
| 2)問題解決へ向けた行動       |                     |                 |
| 4. 認識の変転による混乱からの解放 | 1)とらわれからの解放         |                 |
|                    | 2)肯定的意味の発見          |                 |
| 困難体験が看護に与えた影響      | 5. 困難と向き合う患者への敬愛    | 困難と向き合う患者への敬愛   |

## 第六節 考 察

困難からの立ち直りのプロセスは【混乱した自己と向き合う内的体験】【困難を支えたポジティブな感情体験】【状況打開へ自ら起こした行動】【認識の変転による混乱からの解放】の4つのカテゴリで構成され、それぞれの時期において回復を支えた要因があった。それらの体験は、【困難と向き合う患者への敬愛】へと反映され、日々の看護のエネルギーとなっていた。これらのプロセスは、画一的なものではなく、個別的でダイナミックに展開していた。5つのカテゴリの関係性を図1に示した。導かれた困難からの立ち直りのプロセスと看護への影響から、レジリエンスを発揮する要因と看護師固有のレジリエンスについて考察する。

### I レジリエンスを発揮するプロセスと要因

【混乱した自己と向き合う内的体験】は、対処の見通しが持てない状況に直面することで現実との距離をとり、混乱を収めようとする作業であった。混乱状態からの回復に必要な環境について谷本（2006）は、自分の安全を保障する内的環境を整える時間が短いほど、エピソードの意味づけ作業に早く取り掛かることができ、心の傷を早く癒すことができると述べている。つまり、精神的に安全な環境を作ったうえで、十分に自己の感情を感受することが必要である。さらに、このような混乱体験を経て、感受できる感情の範囲と、困難な感情に耐える能力が向上すると考えられる。

一方、寺岡（2010）の報告によれば、患者の危機に直面した看護師の中には、10年以上も心的ストレス反応が持続しているケースもあり、その看護師は事故当時、自己の感情を顧みるよりも、看護師として周囲への影響を最小限にすることに集中していたということから、社会的役割を重視し、自己の感情に目を向けないことがレジリエンスの発揮のみならず精神的健康の回復を阻害することを示唆している。つまり、他者報酬型行動がレジリエンスの発揮を阻害することを意味しており、混乱した自己と向き合う内的体験は、困難なプロセスから立ち直るために必要な意味ある時間であり、自分の感情と向き合う環境を保障することが重要であることが示唆された。

【困難を支えたポジティブな感情体験】とは、困難状況の中にあってもポジティブな感情を得られる体験であった。趣味や勉強などに没頭する体験は、社会的評価や外発的報酬を得るための他者報酬型行動ではなく、自己の内発的に動機づけられた自己報酬型行動であるところに意味があった。樋口ら

(2009) は、自分が満足なことや楽しいことは何かに気づき、愉しむ人生（自己報酬型の生き方）の志向性が、爽快感や生きる活力につながると述べている。このような体験が困難状況を支え、精神的回復を促進するエネルギーになったと推察される。

ネガティブ状況においても、愉しみ、他者の支援を認知し、些細な幸運や身近なことに好奇心を持つポジティブな志向性は日頃の幸福感の根本となり、困難な状況からポジティブなものを取り込む力であると考えられる。宗像（2006）は、このような力が発揮されるか否かは、イメージ脚本に基づいていると述べている。イメージ脚本は、過去の経験や知識によって無意識に形成された脚本で、‘こうなるだろう’‘こうであろう’といった「思い込み」から生じており、出来ごとの認知に影響を及ぼしている。過去の体験から学び自己報酬型のイメージ脚本を描けることが、レジリエンスを発揮させ、高める重要な基盤と言えるだろう。

【状況打開へ自ら起こした行動】には、周りの関心や支援を引き出す求援行動と、問題解決行動があった。求援行動は、他者への信頼と依存を基盤にした行動であり、問題解決行動は、困難に対する積極的で前向きな適応行動であると捉えることができる。このカテゴリにおいては、これらの行動が成功するか否かは、ソーシャルスキルの高さによるところが大きい。対象者の中には、自己表現したにもかかわらず、相手の言葉にさらに傷つくという体験も語られており、相手が信頼に値するかどうかを見極める力や、適切な場やタイミングにおいて自己表現するスキルなどが求められ、平素からこのようなスキルを意図的に駆使し高める必要性が示唆された。

【認識の変転による混乱からの解放】までに至る時間やプロセスは、10人様々であった。捕らわれからの解放は、こだわっていた自己の価値観や考え方を手放し、現実を受容する境地であった。トラベルビー（長谷川, 2008）は、受容は楽天主義とは全く違うものであり、苦難や病気を受容する人というのは、どんな苦難に出会っても立ち向かえる人であると述べている。つまり、受容に至る力こそがレジリエンスであり‘困難は誰にでも起こる避けがたいことである’という心構えが困難を拒絶せず、レジリエンスを向上させると考えられる。また、体験の意味づけについて Afflecek ら（1996）は、ストレスフルな出来事は、個人に悪影響を及ぼすが、他方ではポジティブな変化をもたらす、この現象が意味づけであると述べており、困難な出来事から学んだ体験は、困難そのものを学びの機会と捉え、困難に向かう姿勢にも変化をもたらすものであると考えられる。



## II 看護師固有のレジリエンス

困難体験が看護に与えた影響として生成された【困難と向き合う患者への敬愛】においては、混乱の中で傾聴や受容される体験をした看護師は、それがいかに重要で、必要なケアであるかを再認識し、ケアする者の役割と人の回復する力への信頼を学んだと推察される。相互依存や尊重、愛、信頼といった欲求は人の基本的な欲求であり、これらの欲求が満たされていれば、人は何らかの問題に直面したときでも、それを支えに問題解決に立ち向かうことが出来る（野末，2009）。傾聴や受容といったケアは、このような基本的欲求を満たす行為であり、基本的な欲求が満たされることで、本来持っているレジリエンスを引き出し発揮されると考える。

また、ある看護師は、食事・水分制限を続けている透析患者が、時に暴飲暴食する姿を、「人間やなー」と微笑ましく見ていた。看護師自身が困難を体験したからこそ、強さも弱さも含めた患者を丸ごと受けとめ、ありのままであることを保障する姿勢を導いたと言える。看護師の困難体験が、人間の不完全さをも肯定的に受けとめ、尊敬と親しみを込めた敬愛を育んだと言える。さらに、自身も父親を亡くし命が有限であることを目の当たりにした看護師は、若くして死と向き合う患者の強さと優しさに触れた。望みのないように思われる状況においても、愛を与える人として存在する患者から、限りある命の質を高めることが看護の役割と会得した。

これらの看護師に共通する姿勢として、人間の不完全さや限界を受容しつつ、患者から学ぶという心構えがあった。加えて困難な体験を通して、人への信頼を基盤にした‘敬愛’を育み謙虚に人と向き合う姿勢があった。このような姿勢こそが、患者の困難に寄り添い、ケアの原動力となる看護師固有のレジリエンスであると考えられる。

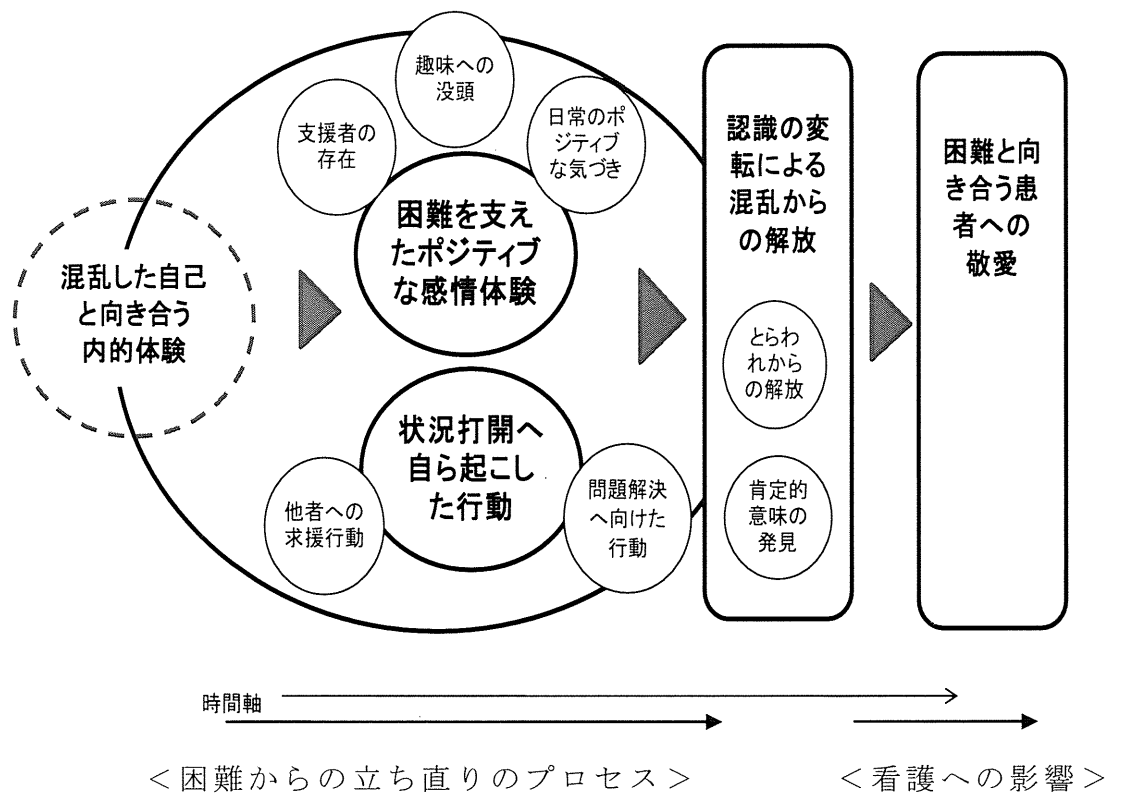


図 3-1 困難からの立ち直りのプロセスと看護への影響の概念構造図

## 第七節 結論

看護師の困難からの立ち直りのプロセスと看護への影響について面接内容から検討し、レジリエンスに影響する要因を明らかにした。

看護師の困難からの立ち直りのプロセスは、【混乱した自己と向き合う内的体験】【困難を支えたポジティブな感情体験】【状況打開へ自ら起こした行動】【認識の変転による混乱からの解放】の4つカテゴリで生成され、看護への影響からは、【困難と向き合う患者への敬愛】が生成された。

このプロセスにおいて、困難に直面した際、自己の感情と十分に向き合う環境が必要であり、趣味や勉強など自分が満足なことや楽しいことといった自己報酬型行動がレジリエンス発揮の要因であると考えられた。

また、他者への求援や問題解決を導くソーシャルスキルを高めることがレジリエンス発揮の要因である可能性が示唆された。

## 第八節 研究の限界

本研究の対象として求めたのは、現在、臨床で勤務する看護師で、困難な体験からの回復経験によりレジリエンスを高めた人であった。しかし、それに相応しい参加者をどのように募集するかが、問題であった。

10名の参加者のうち5名は、レジリエンスに関するインタビューに自ら応募してくれた人、残り5名は病院関係者に募集対象を募り推薦された人である。しかし、今回の対象者が困難体験からレジリエンスを高めたという確証は無く、対象者の選定について限界がある。

また、今回分析に用いた、修正版グランデッドセオリーは、理論構築を目的とし、分析手法が明確に示されていることが特徴であるが、データが少数であるため、対象者による偏りがある可能性があるため、研究成果を一般化することはできない。

## 研究課題Ⅰ・Ⅱのまとめ

これまで、自己イメージが生き方に影響する重要な基盤であることを示したうえで、満足、自信、前向き、感謝など自己報酬資源を求める「自己報酬型の自己イメージ」脚本を描くことで、自己表現型、精神自立型、問題解決型、支援訴求型、自己肯定型の行動特性が発揮され、レジリエンスの向上に寄与する可能性について述べた。

そこで研究課題Ⅰでは、「自己報酬型の自己イメージ」とレジリエンスの関係を探るとともに、看護師のレジリエンスを高めるプロセスの因果モデルを構築した。

また、研究課題Ⅱでは、看護師の困難からの立ち直りのプロセスを明らかにし、レジリエンスを発揮する要因について検討した。

研究課題Ⅰ・Ⅱは、ともにレジリエンスの要因と関係性を明らかにすることを目的とし、研究課題Ⅰでは量的研究、研究課題Ⅱでは質的研究手法を用いた。複数の手法を組み合わせることで、得られるデータをより妥当なものにすることを目的に、パラダイム間トライアングレーション手法を用いた。

その結果、研究課題Ⅰ・Ⅱから導かれたレジリエンスの要因は、周囲の支援を認知し「良好な他者イメージ」を描けること、他者への求援や問題解決を導く「ソーシャルスキル自己効力感」を高めることが「良好なイメージ」に影響し、レジリエンス発揮の要因である可能性が示唆された。

さらに、「良好な自己イメージ」は、他者評価への依存から脱し、自分を信じて行動する自己報酬型の自己イメージを描くことが重要であると考えられた。

## 第4章 看護師を対象とした自己イメージ再構築 プログラムの作成

研究課題Ⅲ：看護師のレジリエンスを高めるために、  
研究課題Ⅰ・Ⅱで明らかになった、自己報酬型の自己  
イメージの再構築を目的とした介入プログラムを作  
成する。

## 第一節 研究目的

看護師のレジリエンスに関連のある要因を明らかにするために、研究課題Ⅰでは量的調査から、共分散構造分析による「因果モデル」を構築し、研究課題Ⅱでは質的調査からカテゴリの「概念構造図」を作成し表した。

量的・質的いずれの調査からも、「良好な自己イメージ」がレジリエンスを高める基盤であることがわかった。さらに、「良好な自己イメージ」とは、他者評価により高められたものではなく、自分が愉しく満足することを優先する自己報酬型のイメージ脚本によるものである。

そこで研究課題Ⅲにおいては、研究課題ⅡとⅢの結果から、看護師のレジリエンス力を高めるために、看護行為の前向きさや楽しさや自己満足、他者への感謝にもとづく内発的な報酬を求める自己イメージの再構築を促す介入プログラムを作成する。

本プログラムはディストレスを有する特定の対象に対して適応するプログラムではなく、メンタルヘルスについてストレスを抱える看護師全体に着目し、看護師のレジリエンス向上をはかることを狙いとしている。そこで、プログラム作成上の留意点として、①看護師の不規則な交代勤務を考え、2時間という短時間で、②本来個人セラピーで用いられる SAT 療法を集団に適応できるようプログラム化し、レジリエンス支援の具体的な方略として作成する。

## 第二節 本プログラムの狙い

本研究において、‘自己報酬型行動’とは、「他者からの評価や称賛という外発的な報酬のためではなく、自分が喜びや愉しさを見出すことを優先し、他者とかかわりながら自分が満足する行動をとること」と定義した。

この自己報酬型の特性は、自己表現型、精神自立型、問題解決型、支援訴求型、自己肯定型の自己イメージ脚本に基づく行動特性を持つことである。

さらに、‘レジリエンス’とは、「自己報酬型の自己イメージを基盤とした行動特性を発揮することで、困難にあっても諦めずに、挑戦し、自己成長する力」と定義した。つまり、自己報酬型行動を発揮するその過程そのものがレジリエンスである。

このことから、レジリエンス状態とは、あるがままの自分であること（感情認知困難度が低い）に不安がなく（特性不安が低い）、自分に満足しており（自己価値感が高い）、他者とかかわりながら（情緒支援認知が高い）、問題解決行動をとること（問題解決型行動特性が高い）であると捉えた。

そこで、他者報酬型行動特性から自己報酬型行動特性へ再構築するための指標として、以下の6点を作業仮説とした。

- ① 自己価値感を高める
- ② 自己抑制型行動特性を低下させる
- ③ 感情認知困難度を低下させる
- ④ 問題解決型行動特性を高める
- ⑤ 特性不安を低下させる
- ⑥ 情緒支援認知を高める

これら6つの因子のうち、①～⑤は自己イメージに関する変数であり、⑥は他者イメージに関する変数である。しかし、自己を抑制せずに自己の感情をあるがままに認知できるようになることで、他者からのサポート認知力が高まり自己イメージ、他者イメージ共に高まるといった具合に、自己イメージと他者イメージは相関するものであると考える。

本プログラムは、自己イメージと他者イメージを良いイメージに変換することで自己報酬型行動特性を高めることの狙うものである。



### 第三節 関連理論の検討

#### I SAT療法の概要

SAT療法とは、宗像が脳科学や臨床データに基づいて開発した科学的かつ実践的な心理療法である。

SAT療法の「SAT」とは、「構造化された (Structured)」問いかけによって問題解決脳の右脳を活性化し、意識下あるいは変性意識 (瞑想状態) の「ひらめき、連想 (Association)」を用いて、問題の解決法や新しい生き方への気づきを促す「技法 (Technique)」を意味し、この方法によって、扁桃体や脳幹などの潜在記憶にアクセスしていく。潜在意識への気づきを深め、過去の未解決なイメージを再解決された前向きなイメージ脚本へと変更することを支援する療法である。

また、SAT法は、ひらめきを活用するために思考による防衛を越えて、問題の本質にスピーディに迫ることができ、3歳以前の潜在記憶にアクセスすることが可能である。原因を胎児期、乳幼児期などの過去に外在化させ心理的安全感を保ちつつ、かつ現在の問題解決のための本体の内在化を指向して現実的に解決する。こうした考え方に基づくSAT法は、相談法やこれまでの心理カウンセリング法とは異なって、本人が改善を希望する生活習慣の変容や自己成長に対し短時間で効果的に促すことができる。

「人格成長」とは、感情や思考の矛盾がより少ない自己になることであり、人は、人格成長することによって初めてこだわりの強い自己のあり方を変え、それまでの行動パターンから抜け出すことができる。しかし、人は人格成長の必要性を理屈 (左脳) では理解できても、実際には自己のあり方や行動を容易に変えることはできない。それは、自分の意思ではコントロールできないもうひとつの意思が潜在意識下に存在するからである。こうした潜在記憶を変革するのがSAT療法の狙いである。

## II これまでの心理療法と SAT イメージ療法

これまでの心理療法の代表的なものとしては、ロジャーズの来談者中心療法がある。クライアントに対して無条件の積極的関心を示すことで、クライアントの無意識への気づきから人格成長を機能させることを狙いとしている。しかし、この手法には何年もの膨大な時間を要するだけでなく、統合失調症やうつ病、パーソナリティ障害、摂食障害など現代人が抱える精神病理性の問題には効果的に対処できない。

Beck (1976) により創始された認知療法は、不適応行動はその人の歪んだ認知や信念（思考形式、スキーマ）によるもので、その歪んだ認知や信念を修正させて、現実的な認知や信念をもたらせようというもので、近年、認知行動療法的アプローチは一定の効果を示している（松岡，2010）（田島，2010）。認知行動療法やコーチングは、過去の記憶の影響を問うことなく、もっぱら現実主義的に問題解決をし、希望実現のために今ある環境の資源利用やそのための社会的能力開発を図ろうとするものであった。これらの療法により、確かに問題の生起を避け、対症療法的にメンタルヘルスを維持する支援はできるかもしれない。しかし、人格成長を伴わない療法では、事象毎に同様の病理を繰り返すことが予測され、現実の知覚や解釈を支配する過去の記憶をそのままにして、あるがままの素直な自分を取り戻せることはない（宗像，2006）。自分の意思ではコントロールできないもう一つの意味が潜在意識下に存在するため、潜在意識にまで迫ることのできない認知療法では、効果的な自己変容は望めない。

一方、SAT イメージ療法は、扁桃体に入力する情動を介して潜在意識に働きかけることができるため、イメージを活用する心理療法がより有効であると考えられる。現在抱える問題には、過去の未解決な問題イメージが潜んでいて、それが現在の状況認知ばかりか、未来の予期にも影響を与えている。SAT イメージ療法は、現在の問題に投影された過去の未解決な問題に気づかせ、それを再解決するイメージを得ることにより、過去ではなく、今ここであるがままの自分の欲求や感情に素直に生きられるようになるというものである（宗像，2006）。

構造化された技法により短時間で行動変容を促す SAT 法は、産業（奥野，2008）、医療（小森，2008）（向笠ら，2010）、地域（前田ら，2009）、教育（森田，2011）などの場において活用が報告されている。

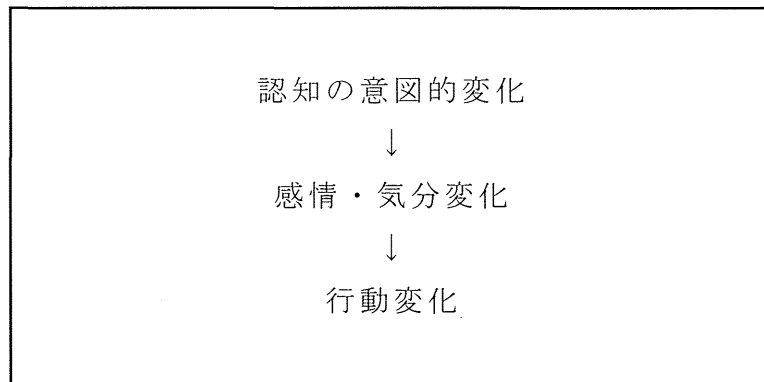


図 4-1 従来の認知行動療法

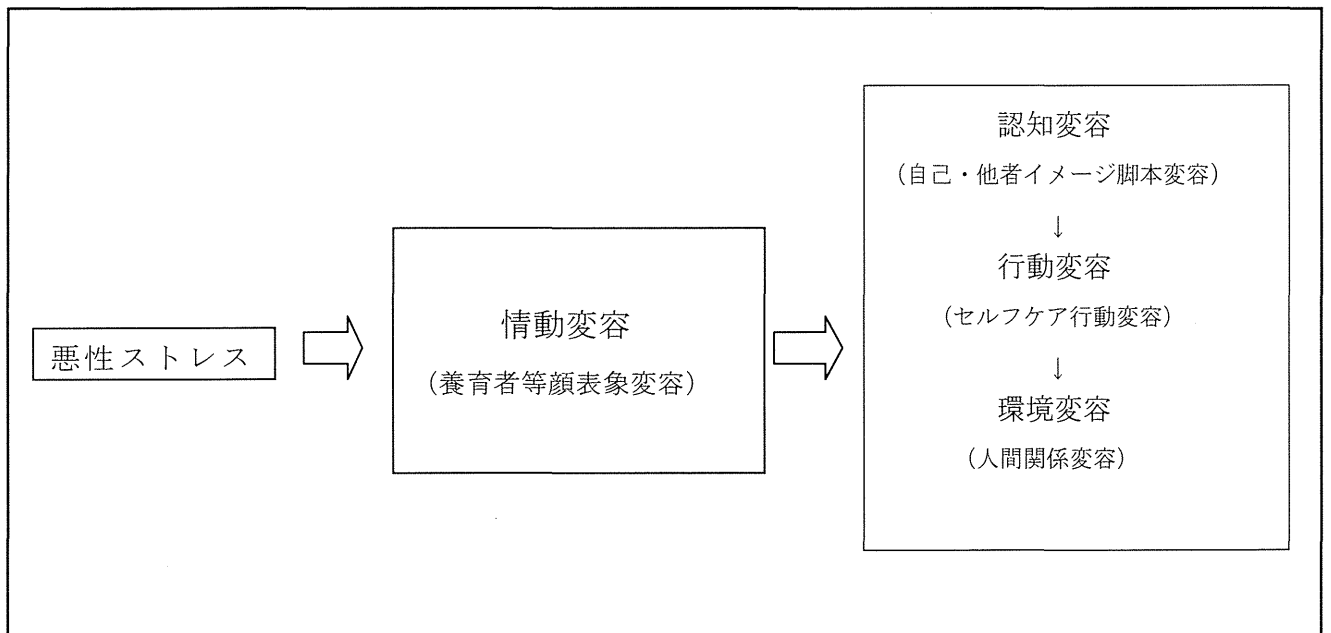


図 4-2 新世代の認知行動療法 SAT 療法

出典：宗像恒次著：ヘルスカウンセリング学会公認資格研修テキスト p 29

### Ⅲ 養育者の顔表情が自己イメージに与える影響

人間にとっての‘顔’は社会生活や対人コミュニケーションに必要不可欠な情報を提供するインターフェイスである。人間が大脳皮質の進化のプロセスにおいて、ヒトの顔の認知及び識別の機能を発達させてきた背景には、社会的な動物である人間にとって顔による個体識別と表情による感情認知の重要性の高さがある。

生後2ヶ月頃までの乳児は人間の顔を反射的・本能的に認知している。首も据わっていない極めて未熟かつ無力な状態で産まれるヒトの赤ちゃんは、親の顔を区別して微笑み掛けることで、親の庇護欲求を刺激するのである。このように、ヒトの顔表情が単に個体識別のための情報にとどまらず、感情の伝達や愛着のシンボルとしての重要な意味をもつことがわかる（竹内ら、2004）。

さらに、“自分は幸せに生きることを与えられている”というメッセージを最も伝えているのは親の‘表情’である。親がどんな表情で子どもと接しているかが自己イメージの形成に深く影響していることがわかっている（宗像、2010）。親の顔色を伺い、親の期待に添うよう行動するのは他者報酬型行動である。一方、あるがままの自己でいることを喜びの表情で見ってくれる親の顔があれば、自己報酬型行動を発揮でき自己イメージは良好となる。すると自動的に他者に対する期待も下がり他者イメージも良好となる。

さらに、養育者の顔表情が自己イメージに影響しているということを裏付ける事実がある。養育者の顔表情が自己イメージに影響するメカニズムが、脳科学の分野でミラー・ニューロンという神経細胞の発見によって明らかとなった。この神経細胞は、前頭葉の運動前野にあり、他者の心を理解する脳のメカニズムをもち、自分の行動と他人の行動を、あたかも鏡に写し出したかのように反映して活動する。他者の顔に浮かんだ不快な表情を目にしたときに、相手と同じ大脳皮質領域が活性化し、他者の嫌悪感を知覚するという報告がある（Giacomo, 2004）。

このように人は脳の中に鏡を持ち、そこに他人の表情やしぐさを映し出す。そして、写し出された者と自分の体験を照らし合わすという作業をする。つまり、養育者の嫌悪系表情は、子どものミラー・ニューロンを活性化させ、嫌悪感情を知覚するのである。その感情は、本来相手の感情であるが、子ども自身のミラー・ニューロンが活性化したことで、自律神経は大脳が思い描く嫌悪系のイメージを実現するために自動的に働き出してしまうのである。その逆も同様のことが言える。

これまで述べてきたことから、養育者の顔表情が自己イメージ脚本に影響

#### 第4章 看護師を対象にした自己イメージ改善 プログラムの作成

していることは明らかであり、自己イメージを変容するためには、養育者の表情イメージを良好なものに変容することが求められる。しかし、現実の養育者にそれを求めるのは困難なことが多い。そこで、神経伝達的な働きとして見ると、想像が詳細にわたっているときは、想像は実際の体験と変わらない（Maxell, 1953）という事実から、イメージによる脳内体験での、養育者の表情再脚本化が有効であろう。

#### IV 表情再脚本化イメージ法

人が抱く通常のイメージは、潜在イメージ脚本によって無自覚に再構成されているため、退行瞑想によって情報再生しない限り見えないイメージ表象である。

SAT イメージ療法は、過去への退行瞑想イメージ法によって潜在意識にアプローチするワークである。潜在意識とは、脳波 $\theta$ 波や $\delta$ 波優位の夢想意識のときに表れる観念で、この観念が私たちの（顕在）意識上の観念を支配していると考えられている。退行瞑想により、時間遡及し、無条件のケア提供の下に育成されたとすると、どのような自己イメージになるかという仮定法を用いる。

脳にとっては、体験による知覚映像であっても、脳内体験による想像映像であっても情報が違うだけで、その神経活動パターンは同じであるため脳の知覚機能は本来、バーチャルなイメージによってもトラウマの再解決が可能である。自分の成育条件が改善され、過去イメージが変わると、自分を無条件に守護する養育者の表情イメージを形成され、喜び系の感情を喚起する再条件付けにより、恐怖心による扁桃体の反応を制御することができる。

退行瞑想イメージ法で、無条件のケア提供者の下に育成した養育者顔表象や関係者顔表象を映像化して、養育者に似た写真や絵画、仏像などの代理顔表情表象を見出し、そこにイメージを投影する。それを常に眺め大脳に視覚的に頻回刺激して、表情表象を固定化することで、ネガティブな情動伝達をポジティブなものにすることを促し、認知行動変容を促すことができる。先にも述べたように、大脳はミラー神経細胞で特に顔表情に影響を受けやすい。無条件のケア提供者のイメージを持つ養育者顔表情を固定化することで、愛着獲得行動から意識を脱し自己報酬型自己イメージ脚本を獲得できる。

しかし、養育者の代理表象だけで自分のストレスを解消できないケースがある。それは、現実のネガティブな養育者イメージが、ポジティブな養育者イメージ形成の妨げとなる可能性や、現実の養育者に対しての要求はもっとももっとと際限なく高まり、満足が得られないなどのケースである。このようなケースでは、自分の親族の喪失体験によるネガティブ情動が潜在意識を支配し、自己イメージに影響している。そのため、この情動伝達を絶つプログラミングが必要である。退行瞑想によって亡くなった親族の中に、自分を無条件に守護してくれるスピリチュアル・キーパーソン（Spiritual Key Person：以下SKPと略す）に気づくことができる。SKPは、自分にとっても安心できる存在であるだけでなく、養育者の表情の輝きをもたらしてくれる。SKPの存在により、養育者イメージ表情が確実に改善され、安心し

た気持ちやリラックスした自己イメージをもつことができる。さらに、SKPの代理顔表情をイメージ表象化させることで、養育者への期待水準を下げ、本人の養育者のイメージ表象を改善し、自己イメージ表象を良好なものに変化させてくれる。SKPの代理表象を見続けていると、安心、尊敬、感謝などの感情が喚起され、自ずと自己報酬型の行動に移行できる。

SAT法は、構造化された手順に基づき進めるため、一定の訓練を積みれば誰でもセラピストができるという利点がある。表情再脚本化イメージ法についても、以下の6つの基本要素に基づき構成されている。

1. 関係づくり〔信頼関係を築く〕
2. 動機づけ化〔前頭葉を動かす〕
3. 報酬情動化〔扁桃体記憶を報酬系にする〕
4. 想像イメージ表象化〔代理報酬系顔表情入力〕
5. 報酬系表象の高頻度刺激化〔シナプス結合の長期増強〕
6. 行動目標化〔行動変容や環境変容〕

このアプローチにより、意識の深い部分に働きかけて自己イメージの変容を促す‘表情再脚本化イメージ法’が開発されており、がん患者（宗像，2007）、アルコール依存症患者（塩谷，2008）や、がん体験者（中嶋，2009）、糖尿病患者（樋口ら，2010）らの臨床での効果報告がある。

メンタルヘルス上の問題の背景として、過去の恐怖や無力体験から学習した記憶が無自覚の自己イメージとなり、現在、そして未来の自分の思考や行動へ影響を与えているということがある。また、感情を麻痺させることが身につけている多くの看護師のストレスは、身体化、行動化しているため、現実志向的な療法では、解決できず問題を繰り返す可能性がある。つまり、過去のトラウマ記憶から作られた自己イメージを変更することで、他者に認められる他者報酬追求型でなく、自分の幸せとは何かを理解した自己報酬追求型の生き方を支援できると考える。この‘表情再脚本化イメージ法’の介入により看護師のレジリエンスを支援できると考える。

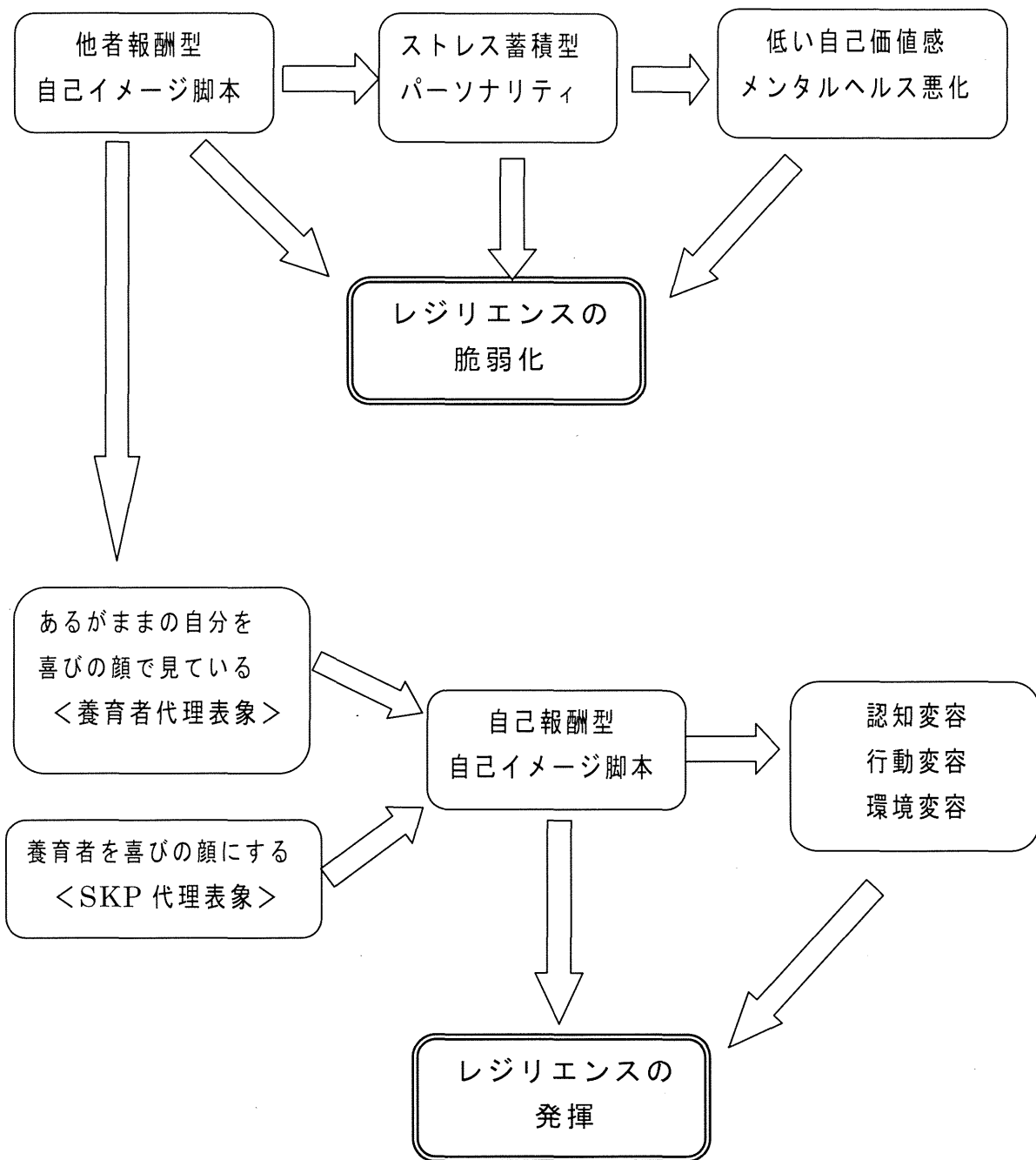


図 4-3 養育者代理表象を使った自己イメージ変容モデル



### 第三節 本プログラムの作成

臨床看護師のための心理社会的教育プログラムは、「看護職者のためのレジリエンストレーニング」とし、リラックスした雰囲気作りに配慮し、短時間で効率よく行い、誰が行っても一定の効果が得られるように構造化する。対象が専門職であることから、プログラム実施の目的、表情再脚本化の意味と効果について、科学的な根拠やデータの裏づけを示して理解を促す。そして、研修用の手元資料を準備し、パワーポイントを提示しながら行う。最初にガイダンスを徹底するための時間を十分に配慮することに留意して作成した。

#### I プログラムの概要

##### 第1部

##### 1. 導入 (5分)

看護師のメンタルヘルスの現状を示し、レジリエンスを高める必要性を説明する。また、良好な自己イメージがレジリエンス向上に影響することを示す。

##### 2. 行動特性・気質からの自己理解(25分)

本項目の目的は、本プログラムへの動機付けである。本プログラムへの興味・関心に働きかけることで、目標に向かって行動し、それを維持するためのモチベーションを高めることができる。

そのため、「心理行動特性」と「気質」について質問紙を用いてその傾向を点数化する。心理行動特性は、自分の感情を抑えて周りに合わせる‘自己抑制型行動特性’や問題に対処しようとしているかを測る‘問題解決型行動特性’など、自分のストレスを作り出す原因となっている性格や行動が理解でき、現在のメンタルヘルスの状態も客観視できる。このことから、自分の現在の状態に対する問題意識が生まれ、「このままではいけない」という動機が起こる。さらに、気質のチェックにより、自分の本来のあるべき姿が自覚できる。ここで使用する気質チェックは、最近の行動遺伝子研究から発展した気質理論に基づき、気質を「循環」「粘着」「自閉」の3つの人格気質と、「執着」「不安」「新奇性」の3つのストレスを生み出すストレス気質に分類し、気質の特徴を表す18の質問項目から、それぞれの気質遺伝子の発現度合いを評価するものである(宗像, 2007)。遺伝子に組み込まれた気質は、変化することはない。そのことを知ったならば、自分の気質の特徴を知り、その良さを発揮するように生きることが、Well-Being な生き方なのだ

と動機づけられる。

このように、自分のストレスを生み出す特性を知り、本来の自分の姿を知ることによって、「自己の成長」の動機を高める。

### 3. レジリエンスを高めるアサーションスキル (5分)

ここでは、アサーションスキルのノウハウを伝えるのではなく、アサーティブであることが自己報酬型の生き方には必要であることの理解を求める。相手に認められること、わかってもらいたいことを期待して言うのではなく、率直さ：誠実さ：ねばり強さをもって自己表現することが、自己報酬型の生き方であり、うつ予防を始めメンタルヘルスにとって重要であることを説明する。

## 第2部

### 1. イメージ療法による自己イメージ変容 (15分)

表情再脚本化イメージ法の理論内容については、本章 p75-76 を参照していただきたい。

イメージが身体に影響することは、レモンをイメージすると唾液分泌があること、顔表情が身体に影響することは、‘嫌悪系の顔表情’と‘報酬系の顔表情’を映像で映し、それぞれの顔を見るとどのような身体感覚が出現するかといったように、脳内のメカニズムが体験的に理解できるような工夫をした。また、SKP 理論については内容が煩雑となる可能性があるため、内容は図式化やポイントを明確にして説明する。

説明内容の全てを理解することが目的ではなく、理屈脳である前頭葉が納得することで、不信や迷いといった理性の防衛がはずれ、イメージへの誘導がスムーズとなることが重要な点と考える。

## 第3部

### 1. 養育者と SKP のイメージ表象 (5分)

イメージワークの内容に関する理解として、自己イメージ改善には、あるがままの自分であることを喜びの表情で見てくれる親の顔が重要であること。さらに、SKP の理論的根拠となる自分の親族の喪失体験によるネガティブ情動が潜在意識を支配し、自己イメージに影響していること。この情動伝達を絶つプログラミングとして、養育者と SKP の代理顔表情をイメージ表象化させることで、養育者への期待水準をさげ、本人の養育者のイメージ表象を改善し、自己イメージ表象を良好なものに変化させることができる。

ことを説明する。

## 2. 自己解放のイメージワーク (5分)

イメージワーク実習には、嫌悪系のイメージを報酬系に変更するために、SAT イメージ療法の1つである、‘宇宙素粒子イメージ法’を用いる。人間の起源である宇宙の素粒子になるイメージを描くことで、自由であるがままの自己イメージを描くことができる。

ここでは、宇宙の映像を何枚か写し、素粒子の1つになったと仮定して眺めてもらう。このことで、実習時に宇宙イメージを描きやすくすることを狙いとした。

## 3. イメージ・ワーク実習 (30分)

使用する宗像の「レジリエンス向上法」ワークシートについて、手順を追いながら、発問の意味、イメージに誘導するための問いかけ方などについて説明を行う。ワークでは、部屋の照明を落とし、外部刺激が最小となる環境を整える。そのうえで、2名1組のペアとなり、誘導役とワークを受ける側となり、質問内容を書いたシートにそって進め、終了したら役割を交代して行う。講師とアシスタント1名は、スタンバイサポートに入る。

イメージ・ワークの流れとしては、仮想の存在としてのSKPに兄弟、姉妹、子どもなど誰を望むかを聞く。安心・安全に守護される胎内イメージや自由で輝きに満ちた宇宙素粒子イメージを通して、あるがままの自己を発揮しているSKPのイメージを作り、その人の存在があると、養育者の表情や人柄がどのようになるかイメージしてもらい、ポジティブに変化していることを確認する。そのSKPや養育者がいると、自分はどのようになっているかをイメージしてもらう。自分があるがままの自己で生きていることに対して、両親が常に喜びの顔や声の表情でいてくれるイメージを作り、あるがままの自己を発揮している自己を保持するためのSKPや親の顔表象の代理となる写真、絵、アニメなどの顔表象を使って映像化させる。SKPや親の代理顔表象を眺めて脳に長期頻回刺激を行うために、どのような方法で行うか具体化する。

SKPや親の代理顔表象を選択することができたか、代理顔表象を定着化させる具体的方法を確認するとともに、感想を聞いて体験の共有をしてまとめとする。

本プログラムは「看護職者のためのレジリエンストレーニング」と題し、被験者募集のチラシも作成した。

## 第5章 看護師を対象とした自己イメージ再構築 プログラムの介入研究

研究課題Ⅳ：

研究課題Ⅲで作成したプログラムを用いて、看護師の  
集合研修を実施し、コントロール群との比較試験によ  
り横断的にその有効性を検討する。

## 第一節 研究目的

これまで、研究課題ⅠⅡにおいて、レジリエンスの基盤は「自己報酬型の自己イメージ」であることを導き、研究課題Ⅲでは、レジリエンス力を高める自己報酬型の自己イメージの再構築を促す介入プログラムを作成した。作成した養育者表情再脚本化イメージ法（Parental Image Representation）を用いたプログラムを以後 PIR プログラムとする。

本研究では、PIR プログラムを用いて、看護師に介入し、レジリエンス力とメンタルヘルスの変化を調査する。

対照群としてアサーションプログラムによる介入を行う。アサーションスキルを高めることで自己肯定感を高め、「自己報酬型の自己イメージ」への変容を狙うプログラムである。これまでレジリエンスの構成要素として多くの研究者がソーシャルスキルの高さを挙げており（小花和，2004）（緒形ら，2010）、ソーシャルスキルの要であるアサーショントレーニングにより自己肯定感が高まったという多くの報告がある（小林ら，2005）（長谷川ら，2008）。

そこで、本研究では、作成した PIR プログラムを用いて、看護師に介入し、レジリエンス力とメンタルヘルスの変化を調査するとともに、対照群として先行研究で自己肯定感の向上効果が明らかにされているアサーションプログラムの研修前後における測定尺度値の統計的比較により、その有効性を検討する

## 第二節 作業仮説

- 1) アサーションプログラムは、自己変容の動機付けとアサーションスキルの理解により、ソーシャルスキル効力感が高まり、自己表現への見通しがもてることで、自己価値感と特性不安、自己抑制型行動特性の尺度値が改善する
  
- 2) PIR プログラムは、自己変容の動機付けと、養育者の報酬系表情のイメージワークにより、無条件に守護される自己イメージ脚本へ変容するため、自己価値感をはじめとする各尺度値は、すべて改善が見える。

## 第三節 研究方法

### I PIR プログラムの介入

#### 1. 対象

関西圏の4つの一般病院の代表者に研修の案内を依頼し、参加申し込みのあった看護師19名。2011年2月に実施した。

#### 2. 介入方法

場所は、地域の区民センターの研修室を借りて行った。

研修の流れについて図5-1に示した。全体で3時間、プログラム内容は実質2時間で行った。

開始前に質問紙の記入を行う。研修では、参加者との関係づくりや場の雰囲気や和らげることを意識した、自己紹介や参加者へのインタビューから始めた。その後プログラムへと入った。PIRプログラム内容は、研究課題Ⅲ p 91-93を参照いただきたい。パワーポイントを提示しながら手元資料を配布してすすめた。ヘルスカウンセリング学会公認講師である研究者が講師を務め、アシスタントが1名入った。

終了後に事後評価としての質問紙の記入を依頼した。

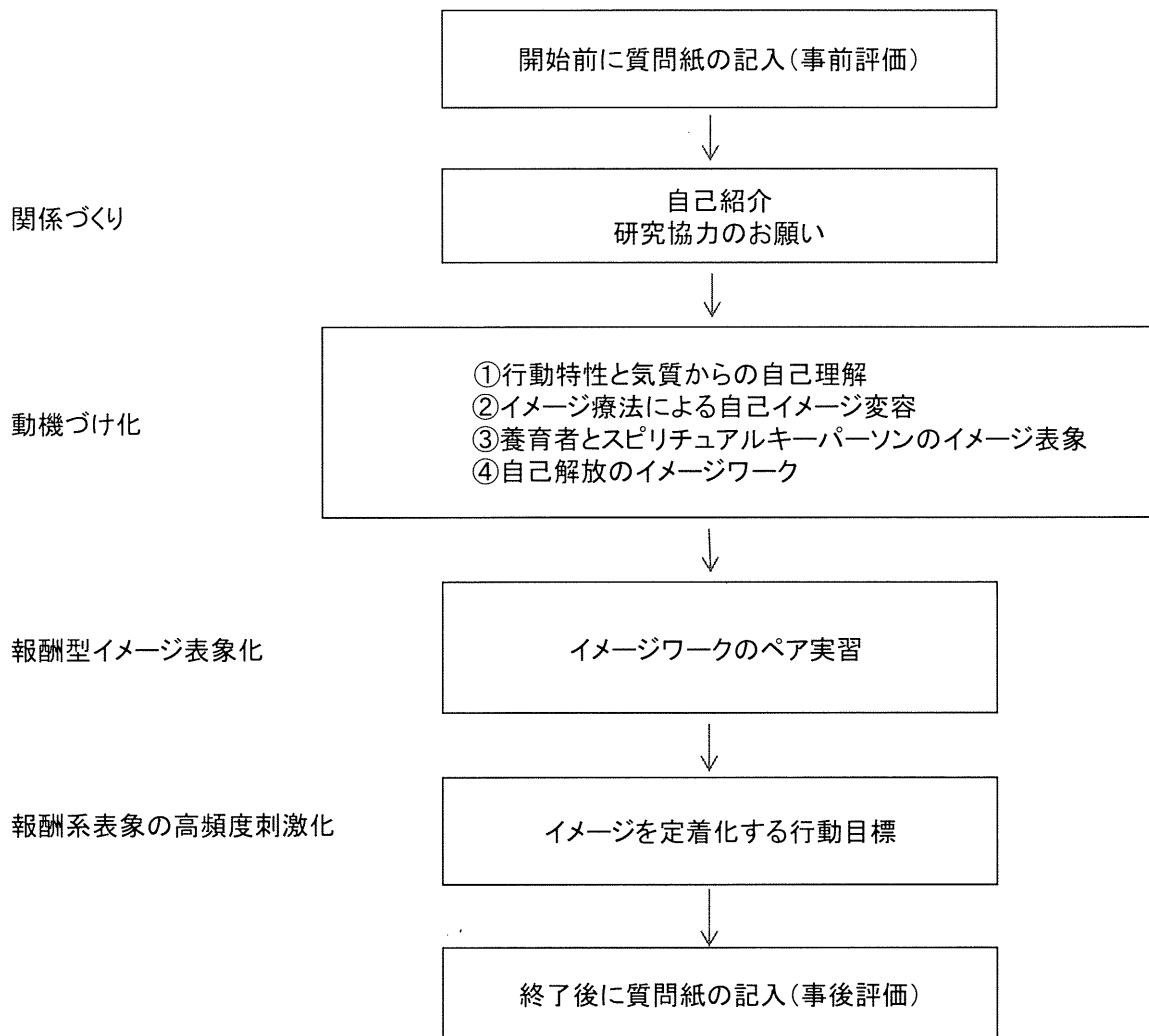


図 5-1 PIR プログラムの各段階の目的と内容



### 3. 調査項目ならびに測定尺度

効果測定については、自己イメージに関する変数として、自己価値感・自己抑制型行動特性・感情認知困難・問題解決型行動特性・特性不安尺度を用いた。また、他者イメージに関する変数として、家族および職場の情緒的支援認知度尺度を用いた。

質問紙の構成は以下の通りである。

#### 1) 基本的属性

年齢、看護師経験年数

#### 2) 測定尺度

##### ① 自己価値感 (Rosenberg, 1965, 宗像による日本語版, 1999)

自分に対する満足度について測定した。質問は10項目からなり、配点は「大いにそう思う」「そう思う」を1点、「そう思わない」を0点として、0-10点の得点範囲で加算集計する。高得点ほど自己への満足感が高いことを示す。本研究における尺度の信頼性係数は Cronbach's  $\alpha = 0.61$  であった。

##### ② 自己抑制型行動特性：(宗像, 1993)

他者から嫌われないように自分の気持ちを抑え、周りの期待に沿うように行動する度合いを測定した。この得点の高い人は、自分が楽しむためではなく、周りに認めてもらうために頑張る姿勢があり、慢性的なストレスの亢進を招く。質問は10項目から成り、配点は「いつもそうである」3点、「まあそうである」2点、「そうではない」1点として、10-30点の得点範囲で加算集計する。高得点ほど自己を抑制する傾向が強いことを示す。本研究における尺度の信頼性係数は Cronbach's  $\alpha = 0.86$  であった。

##### ③ 感情認知困難(宗像, 2006)

辛いことがあっても感情的にならず、自分で我慢してしまいやすくストレスを身体化させやすい特性を測定した。質問は10項目からなり、配点は「いつもそうである」2点、「まあそうである」1点、「そうではない」0点として、0-20点の得点範囲で加算集計する。高得点ほど感情認知困難の傾向が強いことを示す。本研究における尺度の信頼性係数は Cronbach's  $\alpha = 0.68$  であった。

④問題解決型行動特性（宗像，1999）

ストレスとなる問題に対して、積極的、効果的、現実的に対処しようとする特性を測定。質問は10項目からなり、配点は「いつもそうである」2点、「まあそうである」1点、「そうではない」0点として、0-20点の得点範囲で加算集計する。高得点ほど問題解決力の傾向が強いことを示す。本研究における尺度の信頼性係数は Cronbach's  $\alpha=0.77$  であった。

⑤ 家族および職場の情緒的支援認知度（宗像，1996）

家族および職場からの情緒的なサポート認知の測定。0-1点の2件法で、質問が10項目からなり、得点は0-10点であり、高得点ほど支援認知が高いことを示す。本研究における尺度の信頼性係数は Cronbach's  $\alpha=0.82$ （家族）、 $\alpha=0.88$ （職場）であった。

⑥ 特性不安 STAI（Spielberger，水口訳 1982）

ストレス状況に対して不安を感じやすい傾向の強さを測定した。質問が20項目からなり、不安によって「いつも」どうなっているかを問う質問に「ほとんどない」「ときどき」「しばしば」「しょっちゅう」の4段階で回答を与え、加算集計する。得点範囲は20-80点であり、高得点ほど不安を感じやすいことを示す。本研究における尺度の信頼性係数は Cronbach's  $\alpha=0.92$  であった。

3) 研修に参加しての意見、感想などの自由記述欄を設けた。

## II アサーションプログラムの介入

### 1. 対象

透析クリニックに勤務する看護師 18 名。院内研修としての実施にあたり、研修参加希望者が参加できるように勤務表調整の配慮を得て、2011 年 3 月に実施した。

### 2. プログラムの構成 (図 5-2 表 5-1)

プログラムは、宗像 (2006) のアサーショントレーニングに基づいて、PIR プログラムと同様の 2 時間で構成した。

- ①チェックリストを用いた行動特性・気質からの自己理解
- ②3つのタイプの自己表現
- ③アサーティブな表現
- ④事例を用いたワークとモデリング

とし、ワークでは依頼と断りの事例をあげてアサーティブ表現について討議したうえで、1つの例としてモデリングを示した。パワーポイントを提示しながら手元資料を配布してすすめた。研修前の調査票は事前に配布し、記載したうえで参加してもらい、研修後の調査票はその場で記載してもらった。研究者が講師をすることでバイアスがかかる可能性を考慮して、ヘルスカウンセリング学会公認講師でメンタルヘルス研修の専門家が講師を務め、研究者はアシスタントとして参加した。

以下に、目的と内容を示す。

#### 1) チェックリストを用いた行動特性・気質からの自己理解

本項目は、PIR プログラムと同様の目的内容である。目的は、本プログラムへの導入および動機付けである。本プログラムへの興味・関心に働きかけることで、目標に向かって行動し、それを維持するためのモチベーションを高めることができる。

そのため、「心理行動特性」と「気質」について質問紙を用いてその傾向を点数化する。その結果から、自分のストレスを作り出す原因となっている性格や行動が理解でき、現在のメンタルヘルスの状態も客観視できる。このことから、自分の現在の状態に対する問題意識が生れ、「このままではいけない」という動機が起こる。さらに、気質のチェックにより、自分の本来のあるべき姿が自覚できる。遺伝子に組み込まれた気質は、変化することはない。そのことを知ったならば、自分の気質の特徴を知り、その良さを発揮するように生きることが、Well-Being な生き方なのだと動機づけられる。

このように、自分のストレスを生み出す特性を知り、本来の自分の姿を知ることによって、「自己の成長」の動機を高める。

## 2) アサーティブな表現

本項目は、アサーティブの視点からコミュニケーションを「アグレッシブ（攻撃的）」、「ノンアサーティブ（非主張的）」、「アサーティブ」の3のタイプに分類した平木のモデルを用いて説明し、自分のコミュニケーションパターンを振り返り、問題意識を高める動機付けとする。

アグレッシブな方法とは、自分は大切にすることが相手を大切にしないやり方である。自分の気持ちは抑えることなく表現するが、相手の気持ちは考慮しないで、攻撃や無視、あるいは相手を操作して自分の思い通りに動かそうとする態度などである。

ノンアサーティブな方法とは、相手は大切にすることが自分を大切にしないやり方である。自分の感情は押し殺して、相手に合わせることは相手を配慮しているようでありながら、実は自分の気持ちに率直ではなく、相手に対しても率直ではない。

アサーティブな方法とは、自分も相手も大切にしたいやり方である。アサーティブな自己表現では攻撃的な方法でも、非主張的な方法でもなく自分の気持ち、考え、信念に対して誠実・率直に、また、その場にふさわしい方法で表現する。意見の相違が起こった時に、お互いが歩み寄って粘り強く一番いい妥協点を探ることがアサーティブなやり方である。その際のポイントとして、①自分の気持ちを「わたし表現」で「正直」に「率直」に伝える ②相手に認められるためではなく、自分に誠実で正直であるために言う（自己信頼心の充足）、がある。

## 3) 事例を用いたワークとモデリング

本項目は、これまで聞いた講義内容を基に、実際にアサーティブなコミュニケーションについて考え実践するという内容である。

看護職場においてありがちな、上司あるいは、医師や患者との「自分にとって不都合なことを相手から要求された状況」「相手にとって不都合なことを自分が要求する状況」を設定し、少人数グループでアサーティブな対応についてディスカッションする。その後、出た意見を発表してもらい、講師がポジティブなフィードバックを行う。最後に1つのモデルとして、講師とアシスタントが事例のアサーティブなコミュニケーション場面をモデリングする。始めて行うことには誰しも不安があり、難しいと感じる。しかし、デ

イスカッションや体験を通して、自己効力感を高め、出来そうなことに見通しが持てることが目的である。

また、自己表現する際に不安や緊張を伴う場合のリラックス法として、呼吸歩ワークの体験をとりいれた。

### 3. 質問紙による効果測定

PIR プログラムと同じ内容であるため、本項 p 86-87 を参照していただきたい。

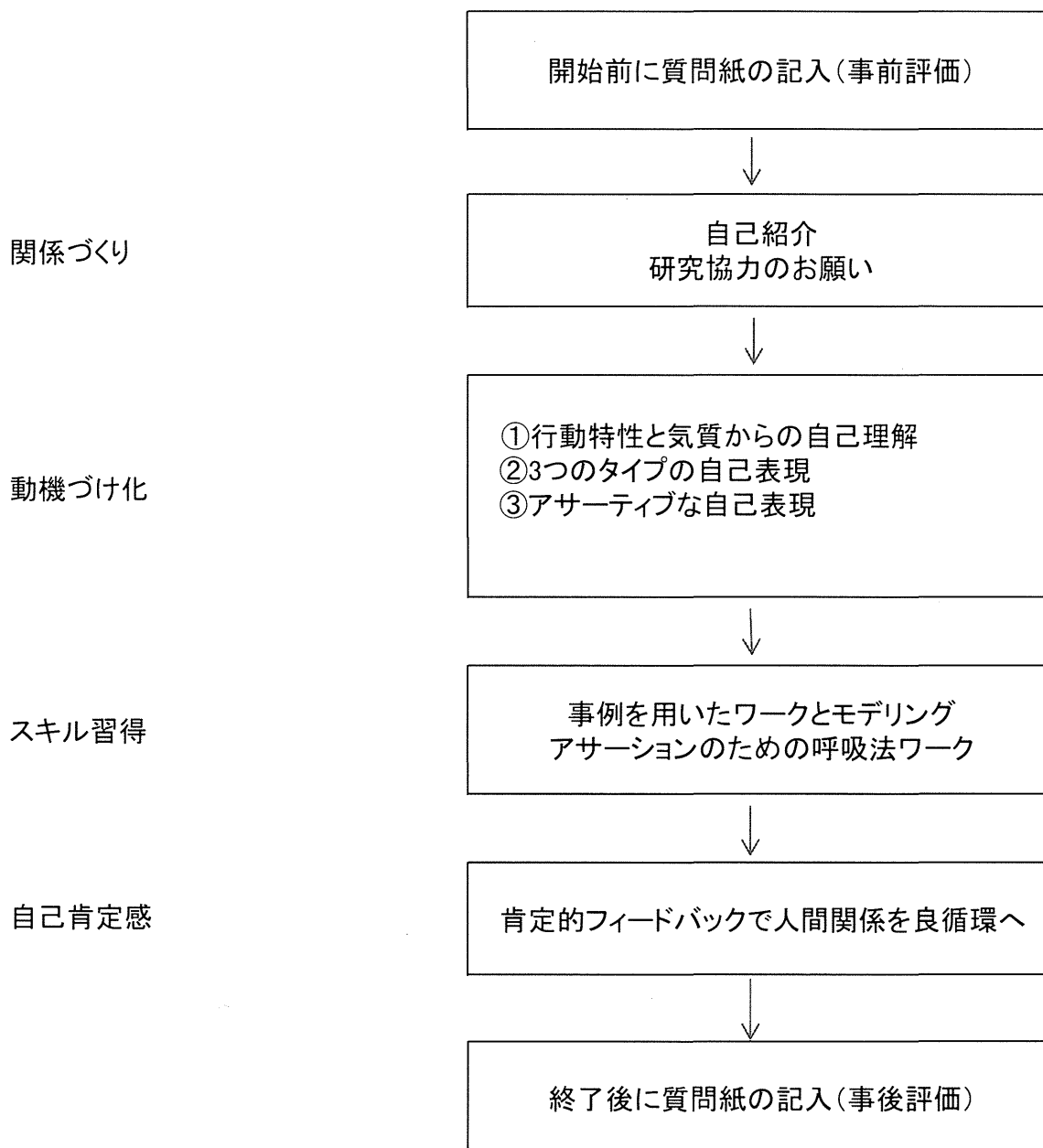


図 5-2 アサーションプログラムの各段階の目的と内容

表 5-1 研修の内容構成

| PIR プログラム               | アサーションプログラム               |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. 看護師のメンタルヘルスの現状       | 1. 看護師のメンタルヘルスの現状         |
| 2. 行動特性・気質からの自己理解       | 2. 行動特性・気質からの自己理解         |
| 3. イメージ療法による自己イメージ変容    | 3. コミュニケーション / あなたはどのタイプ？ |
| 4. スピリチュアルキーパーソンの表象化    | 4. アサーションとは               |
| 5. 胎児からの潜在メッセージ         | 5. 自分の要求をアサーティブに伝える       |
| 6. 報酬系の代理表象             | 6. 事例を用いたモデリングとワーク        |
| 7. レジリエンス・ペアワーク進め方とポイント | 7. アサーションのための呼吸法ワーク       |
| 8. ペアワーク実習              | 8. 肯定的フィードバックで人間関係を良循環へ   |

#### 第四節 倫理的配慮

本研究は甲南女子大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。病院代表者に研究の趣旨を説明し、病棟看護師への案内を依頼した。研修案内には本プログラムが研究として行われるものであることを明記し、参加希望者は研究者宛てにメールまたは、FAX で直接申し込んでもらうようにした。参加者には研修の冒頭で研究の趣旨、参加および中途辞退の自由、プライバシーの保護、結果の公表の可能性について口頭と文書で説明し、同意書および質問紙の返却をもって同意とみなした。

研究のお願いとして、以下の内容について説明した文書を配布した。

- ① 研究者の紹介
- ② 研究の目的、意義
- ③ 協力をお願いする内容
- ④ 研究参加の自由意思と終了後の辞退の自由
- ⑤ 対象者のプライバシーを厳守し、本研究以外の目的にデータを使用しない
- ⑥ データは数値化・記号化して扱うため、個人が特性されることはない
- ⑦ 研究結果を専門分野における学会、学術誌に公開する可能性がある
- ⑧ 研究者の問合せ連絡先



## 第五節 分析方法

研修前後の分析には、研修前後ともに両方の調査協力が得られたものをデータとした。

PIR とアサーション研修参加者の年齢・経験年数の比較は、平均値・標準偏差とともに統計学的検定は Mann-Whitney 検定を行った。

研修前後の変化は、各心理指標を記述統計によりデータの示す傾向や性質を把握し確認した。PIR とアサーション研修前後の各尺度得点を平均値・標準偏差とともに Wilcoxon 符号付順位和検定により比較した。

データの解析には統計ソフト SPSS17.0J for Windows を使用し、 $p < .05$  を統計学的に有意とした。また、参加者の質的データの記述も加えた。

## 第六節 結 果

PIRプログラムでは、19名参加のうち調査票の回収状況は研修後19名(回収率100%)、アサーションプログラムでは、参加者18名のうち研修後15名(回収率83%)であった。

### I 対象者の特性

#### 1. 年齢・経験年数

参加者の平均年齢はPIRプログラム40.2歳、アサーションプログラム42.9歳、平均経験年数はPIRトレーニング16.2年、アサーションプログラム19.6年で、年齢・経験年数をMann-WhitneyU検定により比較したところ、年齢( $Z=-.278, p=0.781$ )、経験年数( $Z=-.523, p=0.601$ )と、いずれの変数においても統計学的な有意差はみられず、介入効果の検討において2群は比較可能であることが確認された。(表5-2)

表5-2 参加者の概要の比較

|      | PIR  |     |     | アサーション |      |     | 検定   |
|------|------|-----|-----|--------|------|-----|------|
|      | 平均   | SD  | 中央値 | 平均     | SD   | 中央値 |      |
| 年齢   | 40.2 | 9   | 42  | 42.9   | 10.5 | 41  | n.s. |
| 経験年数 | 16.2 | 9.4 | 17  | 19.6   | 10.4 | 20  | n.s. |
| 性別   | 女性   |     |     | 女性     |      |     |      |

Mann-Whitney 検定

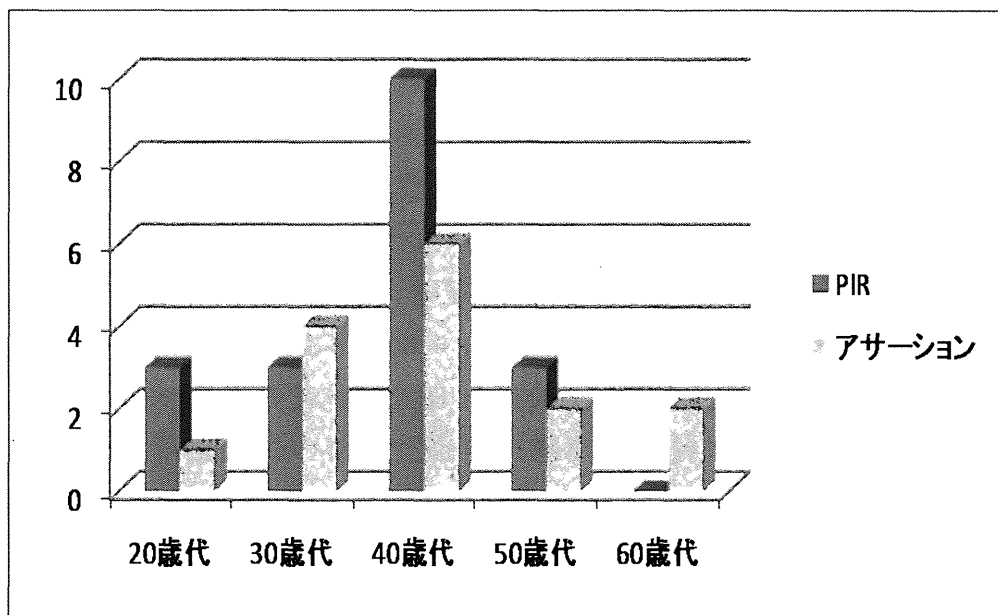


図 5-3 年代分布の比較

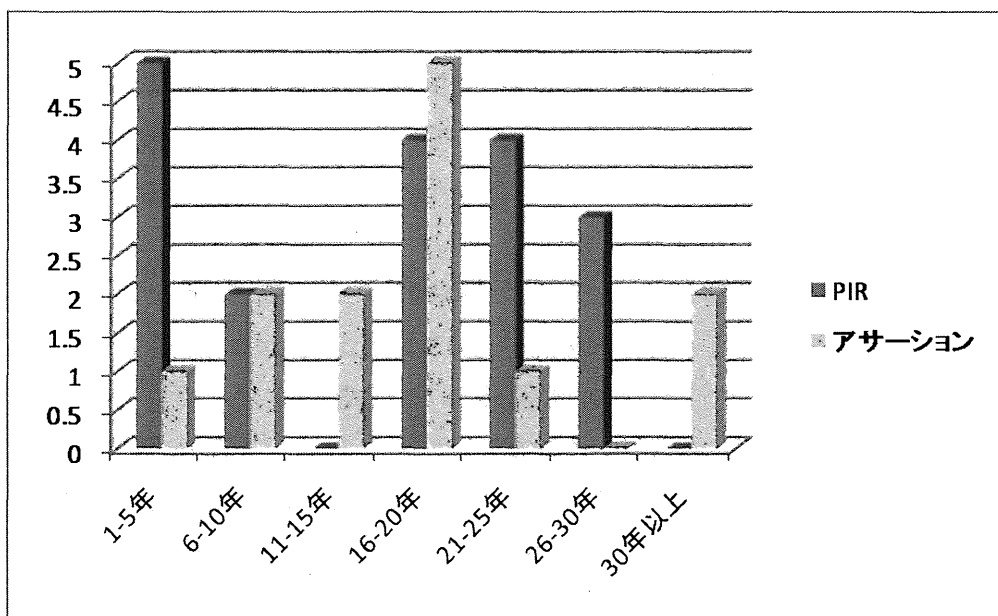


図 5-4 経験年数分布の比較

## 2. 心理社会的要因とパーソナリティの傾向

対象者の研修前の各尺度の平均値と基準値を表 5-3 に示した。

PIR 対象者の特性は、自己価値感 は 5.8 と低く、自分に対して肯定的なイメージが持っていない。自己抑制型行動特性は 20.1 と普通であるが、周囲に合わせて自己表現を抑えている場面があり、自分らしさが十分には発揮できていない。感情認知困難は、6.2 で弱い。問題解決型行動特性は、8.5 で問題解決力がやや低く、問題を直視する力が落ちてきている。情緒支援認知は家族・職場ともに普通であり、周りからの支援をほどほどに認知できている。特性不安は、47.4 で高い。不安を感じやすい傾向が強いことを示しており、交感神経緊張が持続しストレスを累積しやすい。

アサーション対象者の特性は、自己価値感 は 3.8 と低く、自分に対して肯定的なイメージが持っていない。自己抑制型行動特性は 17.9 と普通であるが、周囲に合わせて自己表現を抑えており自分らしさは十分には発揮できていない。感情認知困難は、5.5 で弱い。問題解決型行動特性は、7.9 で問題解決力がやや低いと言え、問題を直視する力が落ちてきている。情緒支援認知は家族は 8.6 で良好・職場は 6.8 で普通、家族からは自分を認め愛してくれている人がいると認知できている。特性不安は、48.4 で高い。不安を感じやすい傾向が大変強いことを示しており、交感神経緊張が持続しストレス症状を呈しやすい。

PIR、アサーション対象者の心理社会的要因とパーソナリティは同様の傾向を示していた。自分に対する満足度が低く、嫌悪系の自己イメージ脚本を抱いている、そのため不安になりやすく、問題があっても問題を直視したり解決したりする力が落ちている。辛いことや自分の感情を自覚し、それを出せる相手には表現している。しかし、それは、不安からの行動である場合、相手への配慮に欠けた言いたい放題の発散である可能性もある。家族・職場の情緒的な支援関係はほどほどにあると認知している。

宗像（2008）は、大規模調査から看護師の心理行動特性として、自己価値感、問題解決度が低く、自己抑制型行動特性が強く、その結果不安が高い。一方、情緒支援認知は良好な傾向にあったと報告している。概ね今回の対象者の傾向と一致しており、本プログラムの対象者が看護師の一般的傾向を持つ集団であると言える。

表 5-3 心理尺度の基準値との比較

| 尺度名        | PIR平均値           | アサーション<br>群平均値     | 低い(弱い) | 普通                              | 高い(強い) |
|------------|------------------|--------------------|--------|---------------------------------|--------|
| 自己価値感      | 5.6              | 3.8                | 0~6    | 7~8                             | 9~10   |
| 自己抑制型行動特性  | 20.1             | 17.9               | 10~16  | 17~18<br>(やや低い) 21~24<br>(やや高い) | 25以上   |
| 感情認知困難度    | 6.2              | 5.5                | 0~6    | 7~9                             | 10以上   |
| 問題解決型行動特性  | 8.5              | 7.9                | 0~6    | 7~10<br>(やや低い) 11~14<br>(やや高い)  | 15以上   |
| 情緒支援認知     | 7.5(家族)<br>7(職場) | 8.6(家族)<br>6.8(職場) | 0~5    | 6~7                             | 8~10   |
| 特性不安(SATI) | 47.5             | 48.4               | 33以下   | 34~44                           | 45以上   |

## II PIR プログラム

### 1. 研修前後の尺度値の比較

研修前後の各尺度得点の比較を表 5-4 に示す。

トレーニング前後で自己価値感得点は 5.6 点から 7.5 点へと上昇し、自己抑制型行動特性得点は 20.1 点から 19.1 点に下降した。さらに問題解決型行動特性得点は 8.5 点から 9.6 点に上昇し、情緒支援認知の家族得点は 7.7 点から 8.4 点に上昇、職場得点は 7.1 点から 7.5 点に上昇、特性不安得点は 47.5 点から 43.5 点に下降（不安が低減）した。これらの尺度においてはいずれも望ましい方向に得点に変化していた。

これらの尺度のうち自己価値感（ $Z=-0.33, p=0.001$ ）、自己抑制型行動特性（ $Z=-1.99, p=0.04$ ）、問題解決型行動特性（ $Z=-2.07, p=0.03$ ）、家族からの情緒支援認知（ $Z=-2.032, p=0.04$ ）、特性不安は（ $Z=-1.99, p=0.04$ ）の統計学的に有意な改善がみられた。改善の見られなかった感情認知困難（ $Z=-0.704, p=0.48$ ）の平均得点を見た時、研修前 6.6→後 6.8 という尺度値であり、本尺度において 6 点以下は感情認知困難度が低いとされており、この得点は基準では‘普通’にあたる得点であった。一般に看護師は感情認知困難度が高いと言われており、宗像の調査において感情認知困難度 9.8 という報告がある。今回の対象者の感情認知困難度が一般に比べて低い要因は確定できないが、平均年齢が 40 歳代と比較的年令の高い集団であったことが影響している可能性もある。

表 5-4 PIR 群の介入前後の検定 N=19

| 項目         | 測定時期 | 平均値  | 最小値 | 中央値 | 最大値 | 検定    |
|------------|------|------|-----|-----|-----|-------|
| 自己価値感      | 前    | 5.6  | 1   | 5   | 10  | **前<後 |
|            | 後    | 7.5  | 1   | 7   | 10  |       |
| 自己抑制型行動特性  | 前    | 20.1 | 10  | 19  | 28  | * 前>後 |
|            | 後    | 19.1 | 13  | 19  | 26  |       |
| 感情認知困難     | 前    | 6.2  | 0   | 6   | 13  | n.s.  |
|            | 後    | 6.8  | 1   | 7   | 13  |       |
| 問題解決型行動特性  | 前    | 8.5  | 3   | 9   | 14  | * 前<後 |
|            | 後    | 9.6  | 3   | 9   | 18  |       |
| 特性不安       | 前    | 47.5 | 25  | 48  | 68  | * 前>後 |
|            | 後    | 43.5 | 28  | 43  | 66  |       |
| 情緒支援認知(家族) | 前    | 7.5  | 0   | 10  | 10  | * 前<後 |
|            | 後    | 8.4  | 0   | 10  | 10  |       |
| 情緒支援認知(職場) | 前    | 7    | 0   | 8   | 10  | + 前<後 |
|            | 後    | 7.5  | 0   | 10  | 10  |       |

Wilcoxonの符号付き順位検定 +p<0.1 \*p<0.05 \*\*p<0.01

## 2. 自由記述の内容

「本日の研修についてのご意見・ご感想などがありましたらご自由にお書き下さい。」に対する記述から、研修の評価に関する内容を以下に抜粋した。

### 《肯定的内容》

- ① イメージトレーニングだけでストレス度 100%→40%へ低下しました。イメージだけでもとても効果が出たので、毎日行って気持ちの持ちようを変えていけそうな気になりました。
- ② レジリエンストレーニングでストレス度が低下したことに驚いた。初めは下がるわけがないと思っていたけど、不思議と気持ちが楽になり優しい気持ちになれたような気がする。
- ③ 自分のことを知る方法を教わったと思いました。レジリエンストレーニングをやったあとは気持ちがすっきりしました。
- ④ もともとストレスをため込んでしまう方で、どうにもできず悪循環していましたが、今日の研修前後で自分の気持ちが良い方向へ変わっていることに気づきました。大きな進歩だと思います。
- ⑤ 自分の気質がわかって参考になりました。
- ⑥ 自分がどういう人間なのか、性格なのかわかった気がする。気質とうまく付き合っていきたい。
- ⑦ 仕事のストレスが強く、身体症状まで出ていましたが、少し解決の糸口が見えたような気がしました。

### 《課題となる内容》

- ① レジリエンストレーニングの質問法が難しく、イメージに入り込めなかった。Q10については質問の意味が理解できなかった。
- ② 代理表象はうまくイメージ出来なかったのですが、自分の中のSKPに一致する画像を見つけて3カ月 try してみます。

研修後の自由記述からは、イメージトレーニングの効果を実感したこと、自己理解や自分らしい生き方の手がかりを得たという2点に関する記述が多く見られた。

一方、「レジリエンストレーニングの質問法が難しかった」や「代理表象はうまくイメージ出来なかった」という記述から、ペア実習によるイメージ化が成功していない人がいた可能性があった。



### III アサーションプログラム

#### 1. 研修前後の尺度値の比較

研修前後の各尺度得点の比較を表 5-5 に示す。

アサーション研修では、トレーニング前後で自己価値感得点は 3.8 点から 5.1 点へと上昇し、感情認知困難得点 5.5 点から 5 点に下降した。情緒支援認知得点については、家族 8.6 点から 9.4 点、職場 6.8 から 7.9 といずれも上昇した。問題解決型行動特性得点は 7.9 点から 8.1 点、特性不安得点は 48.4 から 48.2 に下降した。これらの尺度においてはいずれも望ましい方向に得点に変化していたが、自己抑制型行動特性得点のみが 17.9 から 17.9 と得点の変化が見られなかった。これらの尺度のうち自己価値感に ( $Z=-1.97, p=0.048$ )、情緒支援認知(家族) ( $Z=-2.19, p=0.05$ )、情緒支援認知(職場) ( $Z=-2.03, p=0.04$ ) の統計学的に有意な改善がみられた。

その他の尺度については、自己抑制型行動特性 ( $Z=-0.14, p=0.886$ )、感情認知困難度 ( $Z=-0.62, p=0.34$ )、問題解決型行動特性 ( $Z=-0.63, p=0.34$ )、特性不安 ( $Z=-0.15, p=0.87$ ) と統計学的に有意な改善はみられなかった。

表 5-5 アサーション群の介入前後の検定

N=15

| 項目         | 測定時期 | 平均値  | 最小値 | 中央値 | 最大値 | 検定   |
|------------|------|------|-----|-----|-----|------|
| 自己価値感      | 前    | 3.8  | 0   | 3   | 8   | *前<後 |
|            | 後    | 5.1  | 0   | 5   | 10  |      |
| 自己抑制型行動特性  | 前    | 17.9 | 10  | 19  | 21  | n.s. |
|            | 後    | 17.9 | 10  | 18  | 22  |      |
| 感情認知困難     | 前    | 5.5  | 4   | 6   | 12  | n.s. |
|            | 後    | 5    | 3   | 4   | 11  |      |
| 問題解決型行動特性  | 前    | 7.9  | 1   | 8   | 12  | n.s. |
|            | 後    | 8.1  | 2   | 9   | 14  |      |
| 特性不安       | 前    | 48.4 | 33  | 48  | 73  | n.s. |
|            | 後    | 48.2 | 36  | 46  | 73  |      |
| 情緒支援認知(家族) | 前    | 8.6  | 0   | 10  | 10  | *前<後 |
|            | 後    | 9.4  | 0   | 10  | 10  |      |
| 情緒支援認知(職場) | 前    | 6.8  | 0   | 8   | 10  | *前<後 |
|            | 後    | 7.9  | 3   | 10  | 10  |      |

Wilcoxonの符号付き順位検定 \* $p < 0.05$

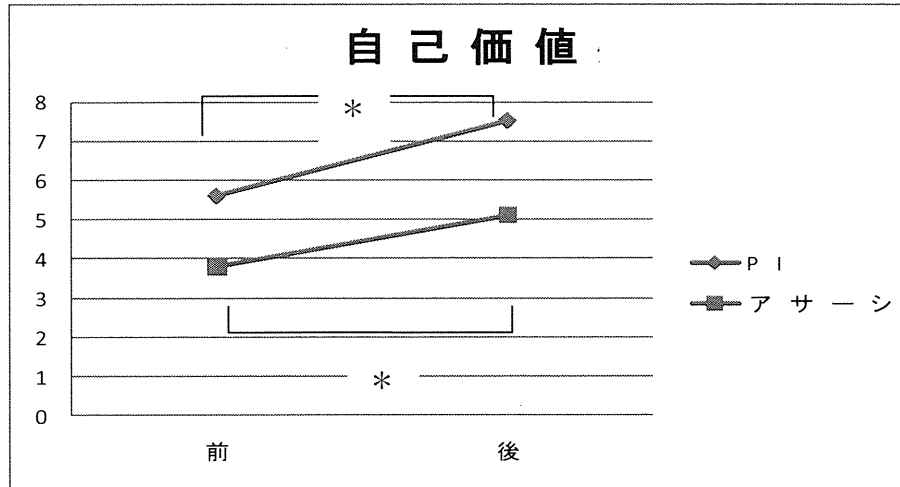


図 5-5 PIR 群・アサーション群の自己価値感の比較

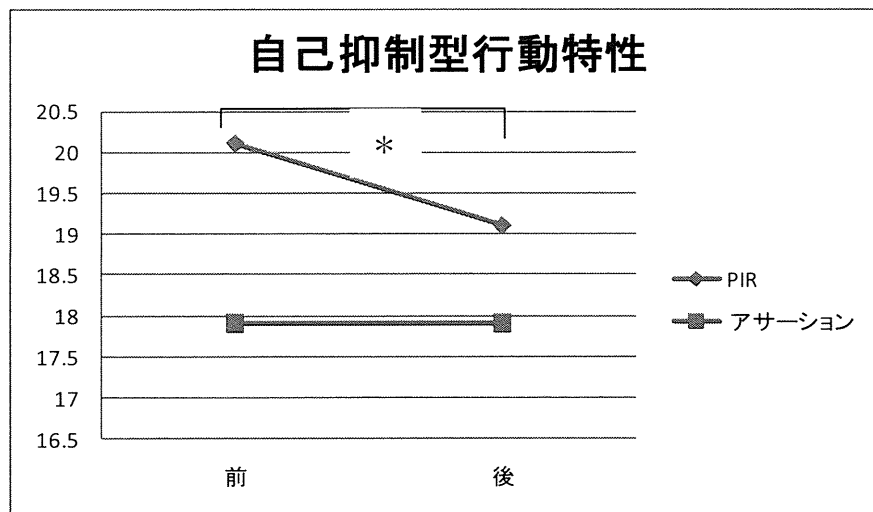


図 5-6 PIR 群・アサーション群の自己抑制型行動特性の比較

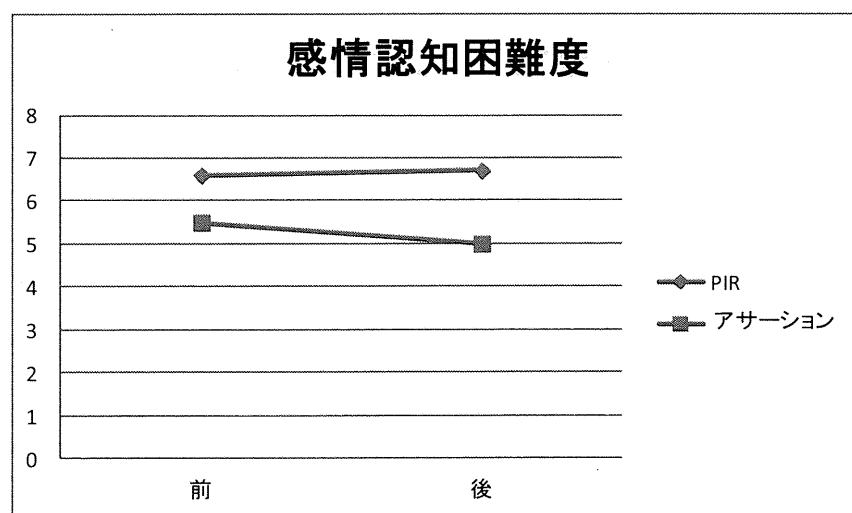


図 5-7 PIR 群・アサーション群の感情認知困難度の比較

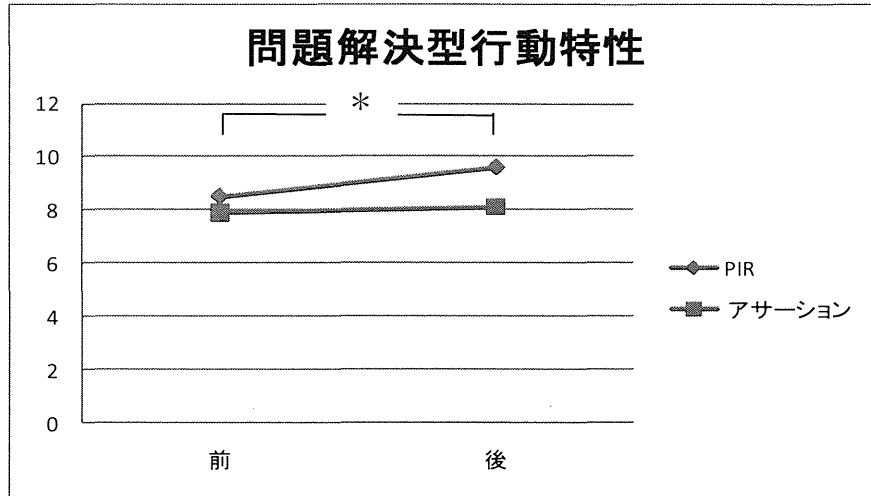


図 5-8 PIR 群・アサーション群の問題解決型行動特性の比較

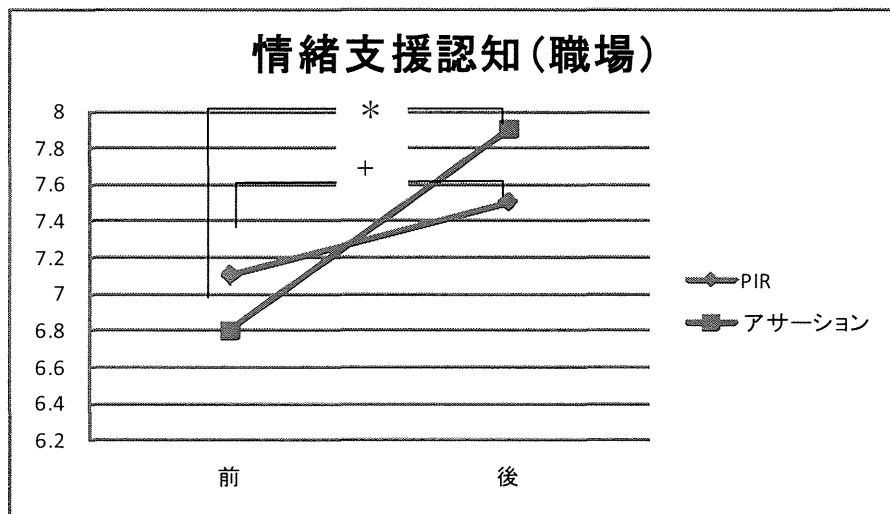


図 5-9 PIR 群・アサーション群の情緒支援（職場）の比較

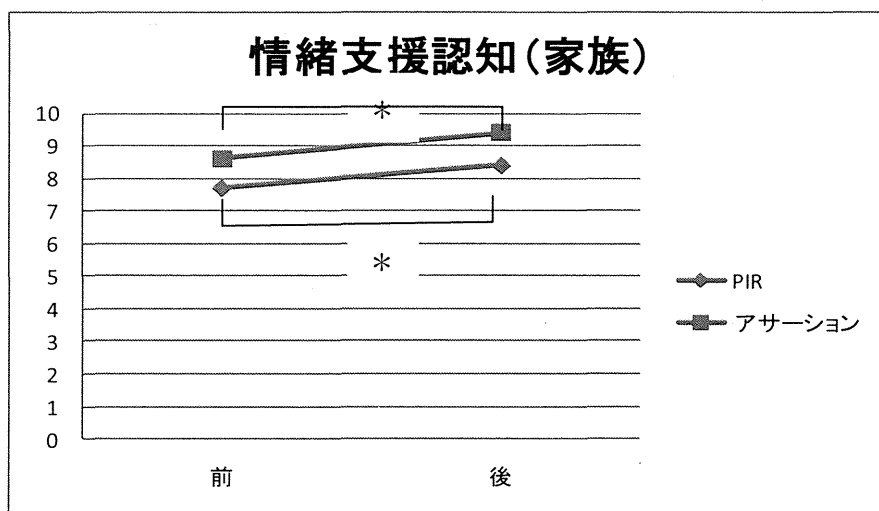


図 5-10 PIR 群・アサーション群の情緒支援（家族）の比較

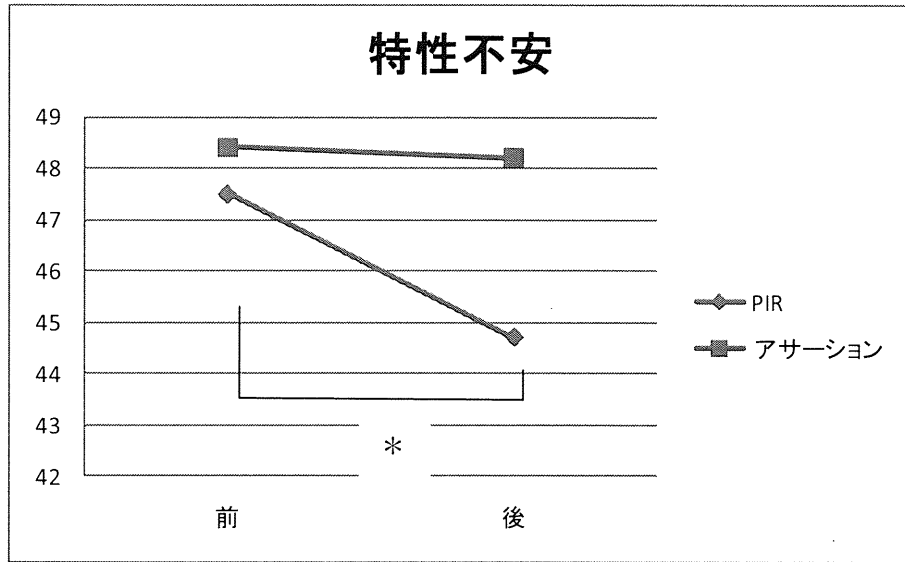


図 5-11 PIR 群・アサーション群の特性不安の比較

#### IV 両プログラム介入前後の比較

PIR 群は、一般病院で勤務する看護師であり、アサーション群は透析クリニックに勤務する看護師である。勤務場所の違いによる実務の違いはあるものの、日々患者に関わり看護を担うという意味においては同等である。

PIR 群とアサーション群の介入前後の尺度値を Mann-Whitney 検定により比較した。(表 5-6, 表 5-7)

介入前は、両群の自己価値感に 5%の有意差が認められたが、介入後は、PIR 群の尺度値がより上昇したため 0.1%の有意差となった。感情認知困難は、介入後アサーション群が低下し、PIR 群が上昇したため、介入後は 5%の有意差が認められた。問題解決型行動特性においても、介入後アサーション群が低下し、PIR 群が上昇したため、介入後は 5%の有意差が認められた。さらに、特性不安は、PIR 群の尺度値がより上昇したため 5%の有意差が認められた。

これらの結果から、自己価値感、自己抑制型行動特性、問題解決型行動特性、情緒支援認知（家族）、特性不安において、PIR 群の改善がアサーション群よりも大きかったと言える。

表 5-6 介入前の両プログラムの尺度値の比較

| 項目         | PIR  |      |     |     |     | アサーション |      |     |     |     | 有意差 |
|------------|------|------|-----|-----|-----|--------|------|-----|-----|-----|-----|
|            | 平均値  | SD   | 最小値 | 中央値 | 最大値 | 平均値    | SD   | 最小値 | 中央値 | 最大値 |     |
| 自己価値感      | 5.6  | 2.2  | 1   | 5   | 10  | 3.8    | 2.2  | 0   | 3   | 8   | *   |
| 自己抑制型行動特性  | 20.1 | 3.9  | 10  | 19  | 28  | 17.9   | 12.7 | 10  | 19  | 21  | ns  |
| 感情認知困難     | 6.2  | 2.9  | 0   | 6   | 13  | 5.5    | 2.4  | 1   | 6   | 12  | ns  |
| 問題解決型行動特性  | 8.5  | 3    | 3   | 9   | 14  | 7.9    | 3    | 1   | 8   | 12  | ns  |
| 情緒支援認知(家族) | 7.5  | 3.2  | 0   | 10  | 10  | 8.6    | 2.7  | 0   | 10  | 10  | ns  |
| 情緒支援認知(職場) | 7    | 3.3  | 0   | 8   | 10  | 6.8    | 3.4  | 0   | 8   | 10  | ns  |
| 特性不安       | 47.5 | 11.3 | 25  | 48  | 68  | 48.4   | 10.6 | 33  | 48  | 73  | ns  |

Mann-Whitney検定 \*p<.05 \*\*p<.001

表 5-7 介入後の両プログラムの尺度値の比較

| 項目         | PIR  |      |     |     |     | アサーション |      |     |     |     | 有意差 |
|------------|------|------|-----|-----|-----|--------|------|-----|-----|-----|-----|
|            | 平均値  | SD   | 最小値 | 中央値 | 最大値 | 平均値    | SD   | 最小値 | 中央値 | 最大値 |     |
| 自己価値感      | 7.5  | 2.8  | 1   | 7   | 10  | 5.1    | 2.8  | 0   | 5   | 10  | **  |
| 自己抑制型行動特性  | 19.1 | 6.6  | 13  | 19  | 26  | 17.9   | 12.9 | 10  | 17  | 12  | ns  |
| 感情認知困難     | 6.8  | 2.8  | 1   | 7   | 13  | 5      | 2.3  | 1   | 6   | 11  | *   |
| 問題解決型行動特性  | 9.6  | 3.4  | 3   | 9   | 18  | 8.1    | 3.5  | 2   | 8   | 14  | *   |
| 情緒支援認知(家族) | 8.4  | 2.3  | 0   | 10  | 10  | 9.4    | 1.2  | 6   | 10  | 10  | ns  |
| 情緒支援認知(職場) | 7.5  | 2.8  | 0   | 10  | 10  | 7.9    | 2.5  | 3   | 8   | 10  | ns  |
| 特性不安       | 43.5 | 10.7 | 28  | 43  | 66  | 48.2   | 11   | 36  | 48  | 73  | *   |

Mann-Whitney検定 \*p<.05 \*\*p<.001

## 第七節 考 察

レジリエンス力を高めるために、自己報酬型の自己イメージ形成へ向けた2つのプログラムで介入した。1つは、良好な養育者の表情イメージを作るPIRプログラム。もう1つは、アサーションスキルを高めるプログラムである。両者はイメージへのアプローチとスキルへのアプローチと言い換えることが出来る。両プログラムの効果を比較し検討する。

### I PIRプログラムの評価

#### 1. 尺度値からの評価（結果評価）

PIR介入前後の比較において、概ね尺度に望ましい変化が見られた。中でも自己価値感は0.1%水準の高い有意差による改善がみられた。自己価値感は、自分に対してどのくらい高い価値をもっているかを表しており、自己イメージの良好度を反映している。さらに自己価値感は他者評価により高められる機能的自己価値感と自己の内部に根付いた基本的自己価値感とがある。他者評価により高められる機能的自己価値感は、他者評価のいかんによって自己評価も揺らぐものであるが、今回のPIRプログラムでは、無条件に守護する、揺らぐことのない養育者の表情イメージが定着化することで、良好な自己イメージがやがて基本的自己価値感として定着化すると予想される。また、研修前の自己価値感尺度値5.6は、自己価値感が低いことを示しており、自己イメージの悪さがあり、自己変容への期待を諦めていると解釈できる。一方、研修後の尺度値7.5は、自己価値感が普通であることを示している。これは、自己イメージが改善されたことを意味するとともに、理想の自己イメージへの変容欲求が高まったと解釈することが出来る。理想の自己イメージを描けたからこそ現実とのギャップに自己嫌悪も自覚するのが自己価値感6-8点である。言い換えれば、自己変容への諦めから、目標に向かって向き合う姿勢への変化の表れであり、自己報酬型行動への変容があったと言える。

また、自己抑制型行動特性、問題解決型行動特性、特性不安、家族の情緒支援認知についても統計学的に有意な改善がみられたことから、自己イメージ脚本が自己報酬型の報酬系脚本に変化したと言える。つまり、養育者がいきいきと自分が満足する人生を生きるイメージを描くことで、その養育者から生まれ育った自分も当然、生れてからこれまで‘自分が満足できる生き方をしてきた’という人生脚本に変更されたのである。

家族・職場の情緒支援認知は、周りの環境をどのように認知しているかを

示しており、他者イメージ脚本を測定したものと言える（橋本ら，2009）。研修前の尺度値が普通程度の評価であり、他者イメージ脚本は悪くない。少なくとも周囲に自分を理解し支援してくれる人の存在を感じており、薬剤師や医師などの保健医療従事者と比較して看護師は情緒支援認知度が高い傾向にあると言われており（宗像，2008）、チームで動く勤務形態や、対人関係を結ぶことを専門スキルとして持つ看護師の特徴とも考えられる。

感情認知困難度では、研修前後の尺度値に変化が見られなかった。この内訳をみると、感情認知困難度の高かった人ははっきりと低下の傾向を示した。その他の人は、「感情的になる自分が恥ずかしい方である」「自立している自分に安心感がある」「弱い自分を見せたくない方である」などの項目について、研修前‘そうではない’を選択していたが、研修後‘まあそう’‘いつもそう’を選択している人が多くみられた。これまで無自覚だった自分の傾向を自覚した結果と言えるのではないだろうか。しかし、ここで気づいたため、そこに問題意識の動機が弱くイメージ変更に生かされなかったと考えられる。

また、介入の中でネガティブなイメージが改善し具体的な行動目標を自己決定できたことで、自己イメージがポジティブなものに改善され、自己価値感の上昇に反映されたものと考えられる。

## 2. プログラム評価

本プログラムは、宗像の SAT イメージ療法を基に構成している。構成の基本要素として以下の6つがある。

1. 関係づくり〔信頼関係を築く〕
2. 動機づけ化〔前頭葉を動かす〕
3. 報酬情動化〔扁桃体記憶を報酬系にする〕
4. 想像イメージ表象化〔代理報酬系顔表情入力〕
5. 報酬系表象の高頻度刺激化〔シナプス結合の長期増強〕
6. 行動目標化〔行動変容や環境変容〕

2の動機づけ化として、行動特性と気質のチェックを通して「現在の自分」と「本来の自分」の自己理解を促し、自己変容への動機付けとした。最も大事なスタートは、受講者のイメージワークへ興味関心を高め、イメージワークを受けたいと思う動機付けのプロセスである。そのためには、自分が本当に何を望んでいるかを知る必要がある。他者の期待通りに生きることが正しいのではなく、自分の持つ遺伝子のままの自己、すなわちあるがままの自分



を生かす生き方が必要であることを受講生が、まずは理屈で理解することである。ガイダンスすることで、動機が高まり、その効果も期待できる。対象にわかりやすいガイダンスの工夫が今後の課題である。

3の報酬情動化と4の想像イメージ表象化については、ペアワークにより、安心・安全に守護される胎内イメージや自由に輝きに満ちた宇宙素粒子イメージを描くことで得られた養育者とSKPの報酬系表情を写真やアニメの代理表象に置き換えた。このペアワークで、どこまで脳への再条件づけができたかが成功の鍵となる。

意識の防衛を越えて、深い部分に働きかけるためには、脳が $\alpha$ 波よりも更にリラックスが深まった $\theta$ 波優位の状態にあることが望ましい。そのためには、セラピスト役がリラックス状態を誘導し、イメージを映像化できるような問いかけ方や促しも重要である。

これらの視点から今回の内容を振り返ったとき、ペアワークを行うにあたり、講師から進め方の説明とともに、イメージ誘導の仕方について見本を見せたものの、始めての内容でいきなりペアワークするのは、手順や説明の文言を追うことで精一杯であった可能性も否めない。自由記述にも「レジリエンストレーニング」の質問法が難しかった。Q10については質問の意味が理解できなかった。」とあり、セラピスト役がこのような戸惑いを持っていたとすれば、効果的なイメージ誘導には至っていない可能性があり、「代理表象はうまくイメージ出来なかった」との記述も見られた。ペアワークの前にモデリングを示すことで、モデラーの行動やその結果を見て説明による前頭葉の理解にとどまらず、全体の流れと結果をイメージでき効力感につながったのではないかと考える。

また、本研修参加者は現在臨床で勤務している看護師である。しかし、調査尺度の結果を見ると、自己価値感が極端に低い人や、特性不安が非常に高い人が何人か見られた。そのような人は、始めて出会う人に自分をオープンにすることには抵抗があり、困難であろうと考えられる。本来、扁桃体の再条件づけ（イメージ変更）には、情動喚起が必要であることが強調されている。情動増強システムは、ささいな感情の起伏も含め、感情をともなう出来事にしか活性化しないと言われている。つまり、学習を促進するためには、何らかの情動を生じさせることが必要なのである（宗像, 2006）。研修では、ゆるぎない養育者の愛情を感受し、涙を流す人も何人か見られたが、抑うつ強い場合、脳機能自体が低下しているため、情動喚起やイメージ化を促すための、さらに決定的な方策が求められる。さらに、元来の養育者の嫌悪系イメージが強い場合、そのイメージを想起してしまうことで身体反応を呈す

る可能性もある。このような人に対応できるフォローアップ体制を整えておくことも必要である。

しかし、2時間という集団へのアプローチで、感情認知困難度以外のすべての尺度において改善が見られたことから、プログラムの一定の評価として捉える事ができる。

### 3. 影響評価

ここでは、主に参加者の自由記述の内容から、知識・意識への影響について考察する。

知識についての記述は、自己理解に関するものが多く見られた。「自分の性格や傾向、特に自分の気質がわかった」という記述が多くあった。自分の気質を知ること、気質の良さを生かしたあるがままの‘本来の自己’で生きることが自分らしい生き方であることが理解できたと考える。また、「自分のことが一番わからなかったが、自分を知る方法がわかった」という記述もあり、今後さらに理解を深めていくと考えられる。

意識については、イメージワークの前後で自分の気持ちのありようの変化についての記述が多くあった。「イメージしただけで気持ちが楽になりました」「不思議と気持ちが楽になり優しい気持ちになりました」など理屈ではなく体験としてイメージの効果を感じていた。前頭葉に働きかけて認知を変容するのではなく、扁桃体に働きかけることでダイレクトに意識の深い部分へアプローチする介入であるため、動機付けによる関心と意欲の喚起が重要な導入になるものの、2時間という短時間で効果が得られたと考えられる。

## II アサーションプログラムの評価

否定的な自己イメージは、過去の未解決な問題の解決を促すカウンセリングだけでなく、ストレスマネジメント研修やアサーション研修などによっても改善されることがわかっており、特にアサーション研修は、自己抑制度の変容に効果をもたらすことがわかっている（宗像，2006）。

アサーションの基本姿勢は、①本当の気持ちを抑圧しないで、上手に伝える「率直さ」、②お互いの感情を大切にし合う「誠実さ」、③ひらめきのある「ねばり強さ」であり、相手が認めてくれるか否かを問題にしない。自分が満足するために言うというスタンスをとるため、自己主張への意欲が高まることで、自己抑制度が低下すると考えられる。

これまで、アサーション研修の評価として、e-ラーニングを用いた2週間にわたる研修の結果、自己価値感に改善は見られなかった（小林ら，2005）が、講義形式による2日間のアサーション研修では、自己効力感・不安尺度ともに有意な改善があったという報告がある（長谷川ら，2008）。これらの結果から、対面による研修の方が効果があること、さらに講義だけでも一定の効果があることがわかる。しかし、今回のアサーションプログラムでは、講義とワーク、モデリングで構成したことで、2時間のプログラムでも自己価値感の有意な改善がみられたと考えられる。しかし、尺度値の変化としては、研修前3.8から研修後5.1であり、いずれにおいても自己価値感が低いことを示しており、自己イメージの悪さは改善されていない。

また、その他の尺度は有意な改善がみられず、特に特性不安の低下（不安の軽減）がみられなかった。これは、本研修が主に自己理解を動機づけにしてスキルを学ぶ内容であったことから、自己効力感としての自己価値感が高まったが、不安の軽減などメンタルヘルスにおいて効果があったとは言えない。

また、自己価値感が有意な改善を示したとは言え、尺度値の解釈から自己イメージが改善したとは言い難く、その他の尺度値の改善もなかったことから、自己イメージ脚本も変わっていないと考えられる。現実はどうあれ、脳のバーチャルな体験の中で、過去からずっと上手に自己主張してきた自己イメージが描けていると、自己抑制度はもちろん、感情認知困難度や問題解決型行動特性も自動的に変化するであろう。

これらのことから、アサーションプログラムでは、自己イメージの改善はあったが、良好な自己イメージの変容には至らず、自己イメージ脚本変容の変容も見られなかったと言える。

### Ⅲ PIR・アサーション両プログラムの効果の比較

両プログラムの群間比較から、介入後 PIR の方が、より好ましい方向への変化があったことわかった。しかし、介入前のベースラインが違うことから、単純に比較することはできない。そこで、介入前後の尺度平均値の変化量を比較したところ、自己価値感、自己抑制型行動特性、問題解決型行動特性、情緒支援認知（家族）、特性不安において、PIR の方が高い変化量を示しており、アサーション介入よりも効果があったことが確認された。特に、自己価値感と特性不安において、アサーション介入より尺度の改善があったことから、メンタルヘルスにおいて効果があったと言える。

また、自己抑制型行動特性が、PIR では改善したのに対して、アサーション介入では変化がなかったことから、周りに合わせて自己表現を抑えるという他者報酬型の特性は、アサーションのスキル学習ではなく、PIR によるイメージ介入において効果があることがわかった。

一方、アサーションの方が高い変化量を示したのは、感情認知困難と職場の情緒支援認知であった。アサーション介入では、自覚した感情を、表現するスキルを学び体験した効果で、感情認知困難において PIR よりも尺度値の改善があったと考える。また、PIR 介入は初対面の人の集まりであったのに対して、アサーション介入は同じ職場のメンバーで行ったことで、メンバー間の仲間意識が高まり、職場の情緒支援認知が PIR よりも改善したと考える。

## 第八節 結 論

本プログラムは、ストレスは抱えつつも精神病理的な症状を呈さず臨床において勤務している看護師のメンタルヘルス悪化の予防および回復力（レジリエンス）増進プログラムとして構築した。

レジリエンスの基盤となる自己報酬型の自己イメージ変容に向けて、1つは、良好な養育者の表情イメージを作る PIR プログラム。もう1つは、アサーションスキルを高めるプログラムを実施し、研修前後の効果を比較し検討した。

その結果、PIR プログラムでは研修後ほぼすべての尺度が改善したのに対し、アサーションプログラムでは自己価値感のみの改善であった。研修後の効果については、スキルを学ぶアサーションプログラムと比較して、イメージにアプローチし認知変容を促す PIR プログラムが自己イメージ変容に効果があった。

今後は、縦断的調査により6か月の長期効果を検討する。

## 第九節 本研究の限界

本研究デザインは、コントロール群との比較試験による実験研究である。本研究の対象は、臨床看護師という点とともに年齢や勤務経験、および主体的な参加という点においては、同条件であった。しかし、研修の状況として、PIRの参加者はほとんどが初対面であり、アサーションの参加者は同じ職場の者同士というデザインの不備があった。アサーション研修では、職場の関係性の良否が研修効果に影響を及ぼした可能性がある。

また、研修前の自己価値感と自己抑制型行動特性に差があった。今回の結果は、このことを踏まえた結果である。

今回、対象者数が少ないため、結果を一般化して解釈することはできない。

## 第6章 看護師を対象とした自己イメージ再構築 プログラム介入の縦断的調査

研究課題Ⅴ：

研究課題Ⅳの継続研究として、コントロール群との比較試験により、6カ月後のメンタルヘルスとレジリエンス力の変化を検討する。

## 第一節 研究の背景

自己報酬型のイメージ脚本への変容をもたらす方略として、SAT イメージ療法を用いた実践的研究が行われている。

樋口ら（2003）は心因性視覚障害の治療効果について、その感情情報をもなったイメージを変容したことで患者の認知傾向に変化があり、中長期的な良好な結果があったと報告している。また、前田ら（2005）は、癌患者に対して SAT 療法を用いた自己イメージ変容セラピーを実施し、自己イメージが改善されたと報告している。しかし、これらの報告のいずれもが、個人に対する 3～5 回の複数回におよぶ介入である。本研究の対象は臨床看護師であり、ストレスを自覚しつつも精神病理を示さず勤務している人達であること、不規則な交代勤務をしていることから、集団に対して短時間で効果のあるプログラムの検証が必要であった。

そこで、研究課題Ⅲでは、ストレスを抱えつつも臨床において勤務している看護師のレジリエンス力を高めるために、自己報酬型の自己イメージを再構築する PIR プログラムによる介入を報告した。

その結果、イメージにアプローチし認知変容を促す PIR プログラムの自己イメージ変容への効果が確認された。PIR プログラムでは自己イメージの変容のみでなく自己イメージ脚本の変容に伴い、自分が満足なことや楽しいことは何かに気づき、人と共に愉しむ自己報酬追求型で生きるイメージが、自己抑制型行動特性や問題解決型行動特性、情緒支援認知の改善をもたらしたと考えられた。

再構築されたイメージが脳へ定着化するには、脳への高頻度刺激によりシナプ結合を促進するため約 3 カ月かかるといわれている。自己報酬型自己イメージの定着が認知を変容し、行動変容をもたらす。その結果、メンタルヘルスの維持にとどまらず、周囲の環境まで変容させるのである（宗像，2006）。



## 第二節 研究目的

本研究では、再構築した自己イメージが脳内へ定着し、行動変容、環境変容が現れると考えられる6カ月後を測定時期とし、長期効果を検討する。

介入を行わない非介入群を設定し、両群の比較試験により、6カ月後のメンタルヘルスとレジリエンスの変化を検討する。

### 第三節 作業仮説

- 1) PIR プログラム介入群は、脳へ自己報酬型の自己イメージが定着することで、レジリエンスが発揮されやすい自己表現型、精神自立型、問題解決型、支援訴求型、自己肯定型の自己イメージ脚本に基づく行動特性が維持されるため、介入直後の測定尺度値が維持される。
- 2) 自己報酬型行動の発揮により、看護レジリエンス尺度値の上昇と、仕事にやりがいを見出すことで臨床実践力尺度値が上昇する。

## 第四節 研究方法

### I 対象

#### 1) PIR プログラム

関西圏の一般病院に勤務する看護師で、PIR 研修を受講した 19 名

#### 2) 非介入者

関西圏の一般病院に勤務する看護師 18 名

### II 調査時期

PIR プログラム対象者には、研修前を 0 時点とし、研修直後、6 カ月後の 3 時点で調査を行った。調査期間は 2011 年 2 月から 8 月であった。

非介入群は、初回調査時を 0 時点とし、6 カ月後の 2 時点で調査を行った。調査期間は 2011 年 3 月から 9 月であった。

### III 調査項目ならびに測定尺度

質問紙の構成は以下の通りである。

#### 1) 基本的属性：年齢、看護師経験年数

#### 2) 測定尺度

本研究は研究課題Ⅳの継続研究であるため、①から⑥については同様の尺度を使用している。詳しくは第 5 章 第 3 節 p 101 から p 102 を参照いただきたい。

- ① 自己価値感 (Rosenberg 1965, 宗像による日本語版 (宗像, 1999) [10 項目 10 点満点])
- ② 自己抑制型行動特性：(宗像, 1993) (10 項目 30 点満点)
- ③ 感情認知困難(宗像, 2006) [10 項目 20 点満点]
- ④ 問題解決型行動特性 (宗像, 1999) [10 項目 20 点満点]
- ⑤ 家族および職場の情緒的支援認知度 (宗像, 1996) [10 項目 10 点満点]
- ⑥ 性不安 STAI (Spielberger, 水口訳 1982) [20 項目 80 点満点]

今回、評価尺度に新たに加えたのが以下の尺度である。

- ⑦ 看護師レジリエンス尺度 (井原ら, 2010) [22 項目 110 点満点]：看護師の直面する状況を反映した職務レジリエンス尺度である。「肯定的な看護への取り組み」「対人スキル」「プライベートでの支持の存在」「新奇性対

応力」の4因子から構成され、外的尺度との併存妥当性、内的整合性が確認されている。

質問の事柄がどの程度自分に当てあてはまるかを問う質問に「はい（5点）」「どちらかというとはい（4点）」「どちらでもない（3点）」「どちらかというといいえ（2点）」「いいえ（1点）」の5段階で回答を与え、加算集計する。得点範囲は22～110点であり、高得点ほど看護師レジリエンスが高いこと示す。本研究における尺度の信頼性係数はCronbach's  $\alpha = 0.92$  であった。

なお、2章では精神的回復力尺（小塩，2002）を用いたが、今回使用する看護師レジリエンス尺度（井原ら，2010）は、この調査を実施する時点で、公表された唯一の看護レジリエンス尺度であるため、看護師の職務レジリエンスに特化した本尺度を使用することとした。

- ⑧臨床実践力測定尺度（佐藤ら，2007）[21項目105点満点]：看護実践力とは、単に患者へのケアのみではなく、看護チーム、部署、病院等の組織の中で期待される成果が出せる力をいう。「看護チームの発展に貢献する力」「質の高い看護を提供する力」「患者の医療への参加を促進する力」「現状に主体的に関与する力」の4因子から構成され、構成妥当性・判別妥当性、内的整合性が確認されている。

質問の事柄がどの程度自分に当てあてはまるかを問う質問に「はい（5点）」「どちらかというとはい（4点）」「どちらでもない（3点）」「どちらかというといいえ（2点）」「いいえ（1点）」の5段階で回答を与え、加算集計する。得点範囲は21～105点であり、高得点ほど本人の認識において臨床実践能力が高いことを示す。本研究における尺度の信頼性係数はCronbach's  $\alpha = 0.87$  であった。

### 3) 自由記述欄

「気持ちのありようや考え方、周囲の人間関係などで変化したと感ずることがあればお書き下さい。」という質問について、自由記述欄を設けた。

## 第五節 倫理的配慮

研究課題Ⅳと同じである。詳細については、第5章 第四節 P108 を参照していただきたい。

## 第六節 分析方法

分析には、PIR 群は研修前後および6カ月後の3時点、非介入群は0時点と6カ月後の2時点での全ての調査協力が得られたものをデータとし、値を統計学的に比較検討した。

まず、記述統計によりデータの示す傾向や性質を把握し確認した。それぞれの対象者の特性を比較するために、年齢・経験年数について、Mann-Whitney 検定を行った。次に、長期効果を評価するため、研修前・研修後・6カ月後の3時点の比較には、対応のある3元配置分散分析としてダネット検定を行った。その際、データ数が少ないため正規性を前提としないノンパラメトリック検定法を用いた。

さらに、研修前と6カ月後の尺度値の変化から、良好群（3人）・改善群（8人）・不良群の（5人）3群に分け、それぞれの尺度の平均値、中央値の傾向を把握した。さらに、改善群の尺度平均値について3時点のDunnett検定を行った。さらに、改善群と非改善群の6カ月後の尺度平均値についてMann-Whitney 検定を行った。

統計的検証とともに、対象の主観的側面から評価するため、研修後と6カ月後の自由記述の内容を質的に分析した。

看護レジリエンスと臨床実践能力の各尺度との関係を明らかにするために相関分析を行い、ピアソンの積率相関係数を算出した。

また、非介入群の2時点の尺度値の比較には、Wilcoxon 符号付順位和検定を行った。データの解析には統計ソフト SPSS17.0J for Windows を使用し、 $p < 0.05$  を統計学的に有意とした。また、参加者の質的データの記述も加えた。

## 第七節 結 果

### I 対象の属性

調査表の回収状況は、PIRプログラムでは19名参加のうち研修後19（回収率100%）6カ月後16名（回収率88%）であった。

非介入群では、前が18名、6カ月後14名（回収率73%）であった。対象の平均年齢はPIRプログラム39.8歳、非介入群35.4歳、平均経験年数はPIR群16.1年、非介入群14年であった。年齢・経験年数をMann-Whitney U検定により比較したところ、年齢（ $Z=-1.73$ ,  $p=0.09$ ）、経験年数（ $Z=-1.71$ ,  $p=0.09$ ）で有意な差はみられなかった。

さらに、介入前の各尺度値を比較したところ、自己価値感（ $Z=-0.5$ ,  $p=0.64$ ）、自己抑制型行動特性（ $Z=-0.75$ ,  $p=0.45$ ）、感情認知困難（ $Z=-0.66$ ,  $p=0.63$ ）問題解決型行動特性（ $Z=-0.19$ ,  $p=0.89$ ）、情緒支援認知（ $Z=-0.76$ ,  $p=0.47$ ）、

特性不安（ $Z=-0.47$ ,  $p=0.64$ ）、看護レジリエンス（ $Z=-0.44$ ,  $p=0.67$ ）、臨床実践力（ $Z=-0.49$ ,  $p=0.64$ ）と、いずれの変数においても統計学的な有意差はみられず、介入効果の検討において2群は比較可能であることが確認された。（表6-1）（表6-2）

表 6-1 PIR 群・非介入群の年齢・経験年数の比較

| 項目    | 平均年齢 | SD  | 平均経験年数 | SD  | 検定   |
|-------|------|-----|--------|-----|------|
| PIR 群 | 39.8 | 8.8 | 16.1   | 8.9 | n.s. |
| 非介入群  | 35.4 | 9.6 | 14     | 9.2 | n.s. |

Mann-Whitney 検定

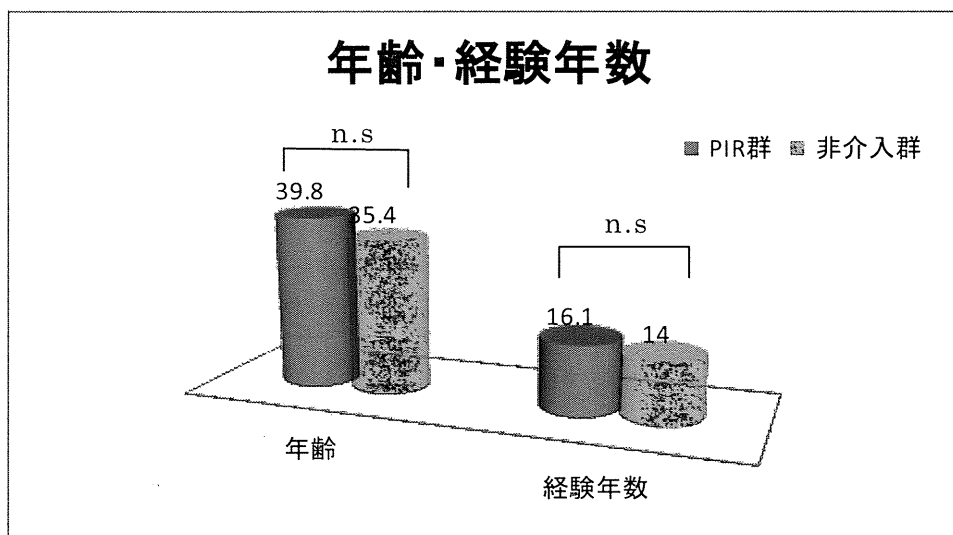


図 6-1 PIR 群・非介入群の年齢・経験年数の比較

表 6-2 PIR 群・非介入群の介入前尺度値の比較

| 項目        | PIR群 |      |     |      |     | 非介入群 |     |     |      |     | p値        |
|-----------|------|------|-----|------|-----|------|-----|-----|------|-----|-----------|
|           | 平均値  | SD   | 最小値 | 中央値  | 最大値 | 平均値  | SD  | 最小値 | 中央値  | 最大値 |           |
| 自己価値感     | 5.6  | 2.3  | 2   | 5.5  | 9   | 5.4  | 2.1 | 2   | 5    | 10  | 0.64 n.s. |
| 自己抑制型行動特性 | 20.1 | 4.3  | 11  | 19.5 | 25  | 19.6 | 6.6 | 14  | 20   | 23  | 0.45 n.s. |
| 感情認知困難    | 6.6  | 3.2  | 11  | 6    | 9   | 6.4  | 3.3 | 2   | 6.5  | 11  | 0.63 n.s. |
| 問題解決型行動特性 | 9.2  | 2.6  | 0   | 9.5  | 11  | 8.8  | 2.7 | 1   | 9    | 9   | 0.89 n.s. |
| 情緒支援認知    | 8.5  | 3.2  | 3   | 8    | 10  | 9.5  | 2   | 4   | 9.5  | 11  | 0.47 n.s. |
| 特性不安      | 50.4 | 12.3 | 31  | 45.5 | 66  | 50.1 | 9.4 | 36  | 50.5 | 66  | 0.64 n.s. |
| 看護レジリエンス  | 83.2 | 8.4  | 73  | 81.5 | 100 | 80.4 | 2   | 74  | 78   | 95  | 0.67 n.s. |
| 臨床実践力     | 74.1 | 10.5 | 55  | 81   | 98  | 71.2 | 9.4 | 51  | 71   | 85  | 0.64 n.s. |

Mann-Whitney検定

表 6-3 PIR 群・非介入群の介入前尺度値と基準値との比較

| 尺度名        | PIR平均値 | 非介入群<br>平均値 | 低い(弱い) | 普通              | 高い(強い)                  |
|------------|--------|-------------|--------|-----------------|-------------------------|
| 自己価値感      | 5.6    | 5.4         | 0~6    | 7~8             | 9~10                    |
| 自己抑制型行動特性  | 20.1   | 19.4        | 10~16  | 17~18<br>(やや低い) | 21~24<br>(やや高い)<br>25以上 |
| 感情認知困難度    | 6.6    | 6.4         | 0~6    | 7~9             | 10以上                    |
| 問題解決型行動特性  | 9.2    | 8.8         | 0~6    | 7~10<br>(やや低い)  | 11~14<br>(やや高い)<br>15以上 |
| 情緒支援認知     | 8.5    | 9.5         | 0~5    | 6~7             | 8~10                    |
| 特性不安(SATI) | 50.4   | 50.1        | 33以下   | 34~44           | 45以上                    |



## II 研修前後および6カ月後の比較

### 1. 尺度値の比較

研修の長期効果を確認するため、研修前後と6カ月後の各測定尺度値を統計学的に比較した。(表6-4参照)

トレーニング前後・6カ月後の中央値を比較すると、自己価値感得点については、5.5→8→8.5(平均値:5.6→7.4→7.8)と、研修後の自己価値感の改善が維持され、研修前と6カ月後の検定から有意な改善があった( $r=0.000$ ,  $p<0.01$ )。研修前の5.5は基準に照らすと自己価値感が‘低い’から研修後の8.5は‘高い’に変化した。

自己抑制型行動特性の尺度値の変化は、19.5→18.5→18.5(平均値:20.1→19.1→17.4)であり、周囲に合わせて自己表現を抑えるという行動特性が低下していた。‘やや低い’の範囲内での低下であったが、研修前と6カ月後の検定から有意な改善があった( $r=0.03$ ,  $p<0.05$ )。

感情認知困難は、辛くても弱音を吐かずに感情を感じないようにして1人で頑張る特性である。尺度値は6→7→6(平均値:6.6→6.8→4.9)を示し、研修前と6カ月後の検定から有意な改善があった( $r=0.035$ ,  $p<0.05$ )。6点以下は感情認知困難度が低いとされており、今回の対象はその範囲にあった。一般に看護師は感情認知困難度が高いと言われており、宗像の調査においても看護師の感情認知困難度の平均は9.8という報告がある。今回の対象者の感情認知困難度が一般看護師に比べて低い要因は確定できないが、平均年齢が40歳代と比較的年令の高い集団であったことが影響している可能性もある。

問題解決型行動特性の尺度値は9.5→9→8.5(平均値:9.2→9.4→7.6)と低下していた。研修前と6カ月後の検定から有意な悪化があった( $r=0.048$ ,  $p<0.05$ )。つまり、介入後は、明らかに問題を見る力が落ちていることを示している。

特性不安得点は、45.5→42.5→44(平均値:50.4→44.2→41.7)を示し、研修前後と6カ月後の検定から有意な不安の低下があった( $r=0.26$ ,  $p<0.05$ )。

情緒支援認知の尺度値は、8→8.5→10(平均値:8.5→8.5→8.8)と研修後の改善からさらに6カ月後に上昇していた。研修前と6カ月後の検定から有意な改善は認められなかったが、平均値8.8、標準偏差3.9であることから、合わせると得点範囲の上限(10点)を超えることから天井効果の影響によると考えられる。自己価値感、情緒支援認知の改善から、自己イメージとともに他者イメージの改善があったと言える。

表 6-4 PIR 介入前・後・6 カ月後の検定

N=16

| 項目        | 介入前  |      |      | 介入後  |      |      | 有意差 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|-----|
|           | 平均値  | SD   | 中央値  | 平均値  | DS   | 中央値  |     |
| 自己価値感     | 5.6  | 2.3  | 5.5  | 7.4  | 2.4  | 8    | *   |
| 自己抑制型行動特性 | 20.1 | 4.3  | 19.5 | 19.1 | 13.7 | 18.5 |     |
| 感情認知困難    | 6.6  | 3.2  | 6    | 6.8  | 3.2  | 7    |     |
| 問題解決型行動特性 | 9.2  | 2.6  | 9.5  | 9.4  | 10.9 | 9    |     |
| 情緒支援認知    | 8.5  | 3.2  | 8    | 8.5  | 1.9  | 8.5  |     |
| 特性不安      | 50.4 | 12.3 | 45.5 | 44.2 | 10.9 | 42.5 | *   |

Dunnet検定 \*p<0.05

| 項目        | 介入前  |      |      | 6カ月後 |      |      | 有意差 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|-----|
|           | 平均値  | DS   | 中央値  | 平均値  | SD   | 中央値  |     |
| 自己価値感     | 5.6  | 2.3  | 5.5  | 7.8  | 2.2  | 8.5  | **  |
| 自己抑制型行動特性 | 20.1 | 4.3  | 19.5 | 17.4 | 4.9  | 18.5 | *   |
| 感情認知困難    | 6.6  | 3.2  | 6    | 4.9  | 3.9  | 6    | *   |
| 問題解決型行動特性 | 9.2  | 2.6  | 9.5  | 7.6  | 2.2  | 8.5  | *   |
| 情緒支援認知    | 8.5  | 3.2  | 8    | 8.8  | 3.9  | 10   |     |
| 特性不安      | 50.4 | 12.3 | 45.5 | 41.7 | 12.5 | 44   | *   |

Dunnet検定 \*p<0.05 \*\*p<0.01

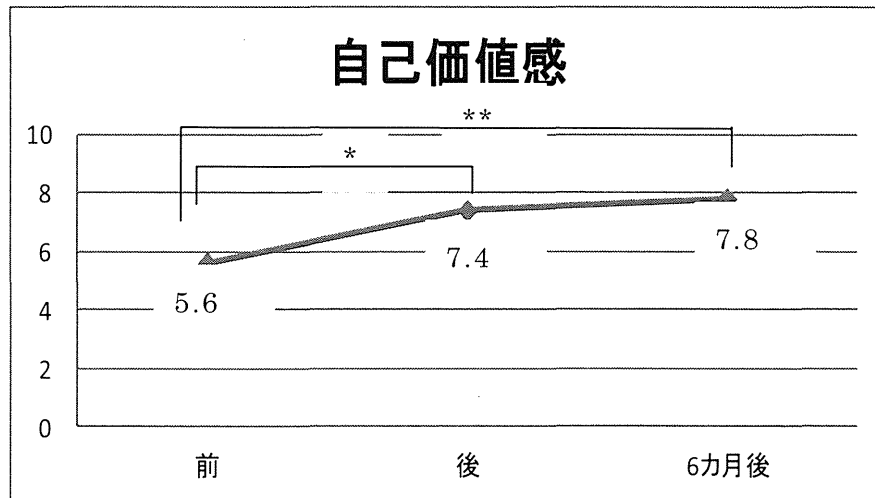


図 6-2 PIR 介入前・後・6 カ月後の尺度平均 (自己価値感)

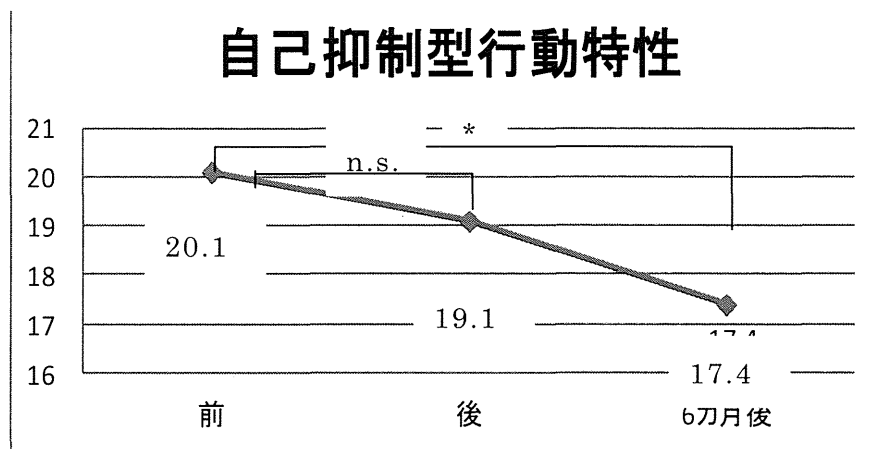


図 6-3 PIR 介入前・後・6 カ月後の尺度平均 (自己抑制型行動特性)

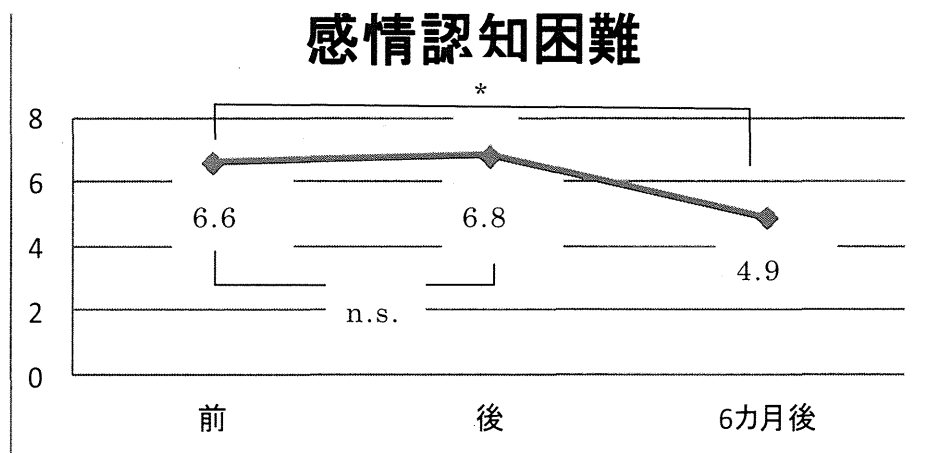


図 6-4 PIR 介入前・後・6 カ月後の尺度平均 (感情認知困難)

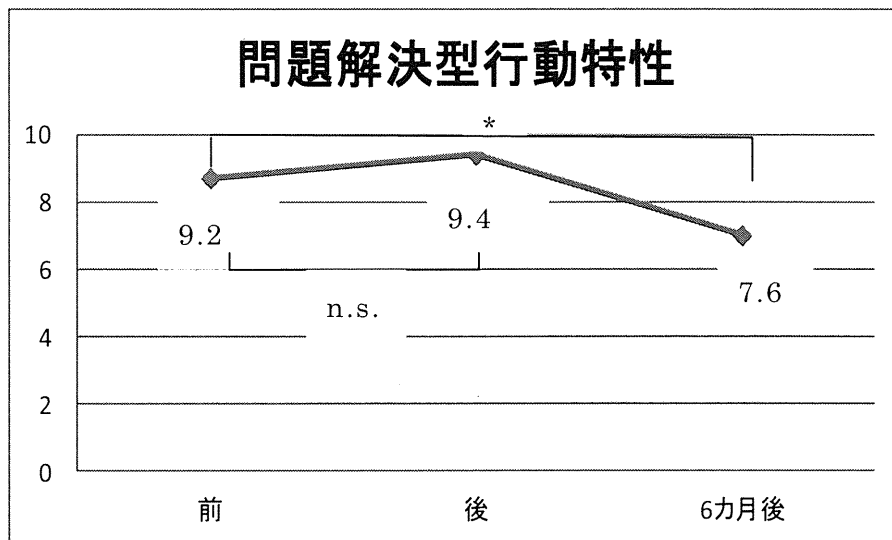


図 6-5 PIR 介入前・後・6 カ月後の尺度平均 (問題解決型行動特性)

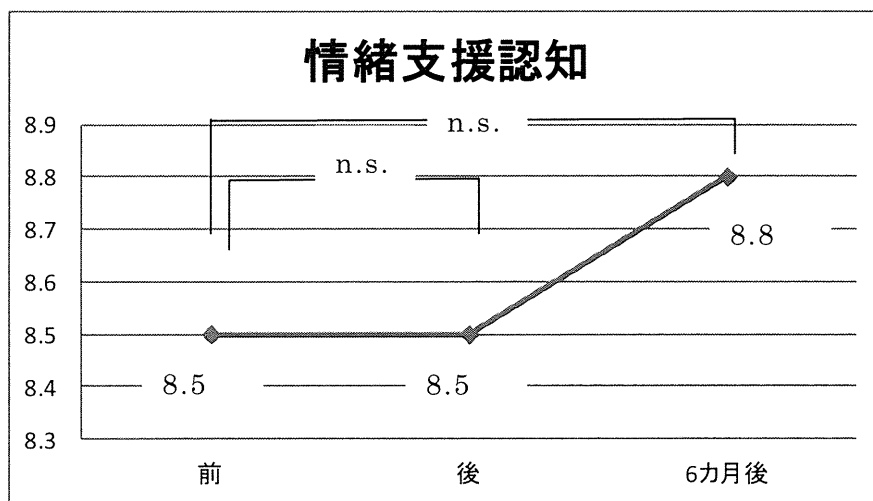


図 6-4 PIR 介入前・後・6 カ月後の尺度平均 (情緒支援認知)

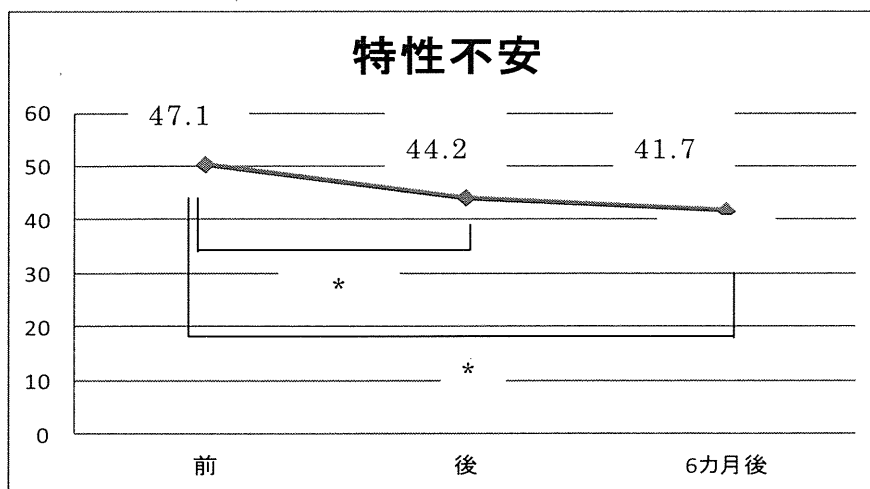


図 6-4 PIR 介入前・後・6 カ月後の尺度平均 (特性不安)

## 2. 改善群・非改善群との比較

対象の自己価値感尺度値を見た時、介入前から自己価値感が高く、その後6カ月後まで維持した人が3名あった。この3名については、自己抑制型行動特性は低く、問題解決型行動特性は普通程度、情緒支援認知は良好で、特性不安は低いことから、メンタルヘルスの良好さを示している。この3名を‘良好群’とした。

研修前の自己価値感尺度値が、研修後、6カ月後まで改善が見られなかった人が5名あった。この5名を非改善群とした。

さらに、研修前の自己価値感尺度値が、研修後、6カ月後に改善が見られた人が8名あった。この8名を改善群とした。

改善群と非改善群の尺度平均値を比較すると、改善群では研修前と6カ月後の尺度値が自己価値感 4.9→8.9、自己抑制型行動特性 19.6→17.1、感情認知困難 7→4.9、情緒支援認知 6.9→8.6、特性不安 48.8→41.1、と自己価値感の明らかな改善とともに、問題解決型行動特性 8.3→7.5 を除く尺度で改善の傾向が見られた。研修前・後・6カ月後の3時点の Dunnet 検定から、研修前と6カ月後に有意差があったのは、自己価値感 ( $p<0.01$ )、自己抑制型行動特性、感情認知困難、特性不安 ( $p<0.05$ ) であった。

一方、非改善群では、研修前と6カ月後の尺度値が自己価値感 5.9→5.8、自己抑制型行動特性 22.7→23.7、感情認知困難 6.8→7.8、問題解決型行動特性 8.2→7.2、情緒支援認知 7.9→8.5、特性不安 50.3→49.2、と自己価値感の改善が見られないことをはじめ、特性不安の尺度値は非常に不安の高い値を示しており、情緒支援認知を除くいずれの尺度についても改善傾向はみられなかった。研修前と6カ月後の有意差はいずれの尺度にも確認されなかった。

非改善群の自己価値感尺度値が改善しなかった要因や特性を把握するため平均年齢・平均経験年数・各尺度値の傾向について、改善群と比較した結果、いずれにおいても違いや特徴はみられなかった。

表 6-5 良好群・非改善群・改善群の尺度平均値

| 項目   | 自己価値感 |     |      | 自己抑制型<br>行動特性 |      |      | 感情認知困難 |     |      | 問題解決型<br>行動特性 |     |      | 情緒支援認知 |     |      | 特性不安 |      |      |
|------|-------|-----|------|---------------|------|------|--------|-----|------|---------------|-----|------|--------|-----|------|------|------|------|
|      | 前     | 後   | 6カ月後 | 前             | 後    | 6カ月後 | 前      | 後   | 6カ月後 | 前             | 後   | 6カ月後 | 前      | 後   | 6カ月後 | 前    | 後    | 6カ月後 |
| 良好群  | 8.8   | 9.8 | 9    | 15.3          | 17.8 | 18.3 | 4      | 4.8 | 3.3  | 11            | 10  | 8.3  | 9.7    | 9.7 | 8.8  | 34   | 35.7 | 37.7 |
| 非改善群 | 5.9   | 7   | 5.8  | 22.7          | 22.3 | 23.7 | 6.8    | 8.5 | 7.8  | 8.2           | 9.3 | 7.2  | 7.9    | 7.8 | 7.2  | 50   | 51   | 49.2 |
| 検定   | n.s.  |     |      | n.s.          |      |      | n.s.   |     |      | n.s.          |     |      | n.s.   |     |      | n.s. |      |      |
| 改善群  | 4.9   | 7.5 | 8.9  | 19.6          | 17.3 | 17.1 | 7      | 6   | 4.9  | 8.3           | 9.3 | 7.5  | 6.9    | 7.6 | 7.5  | 49   | 42   | 41.1 |
| 検定   | **    |     |      | *             |      |      | *      |     |      | n.s.          |     |      | n.s.   |     |      | *    |      |      |

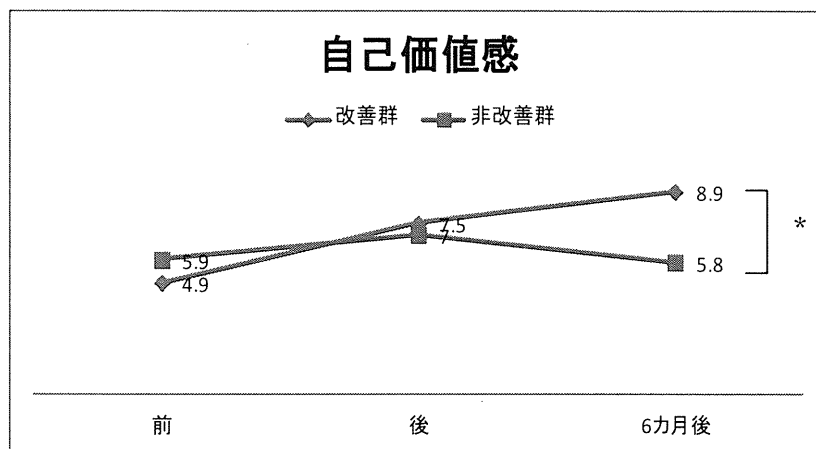


図 6-2 3 群の尺度平均値の変化（自己価値感）

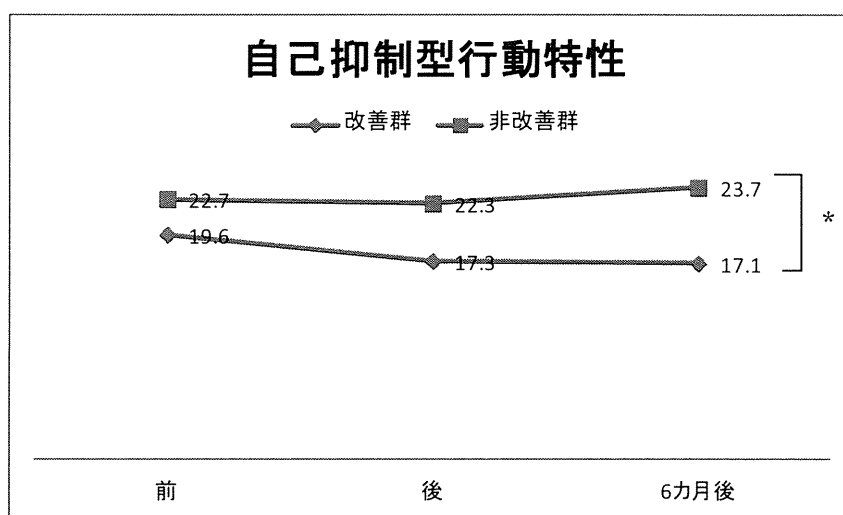


図 6-3 3 群の尺度平均値の変化（自己抑制型行動特性）

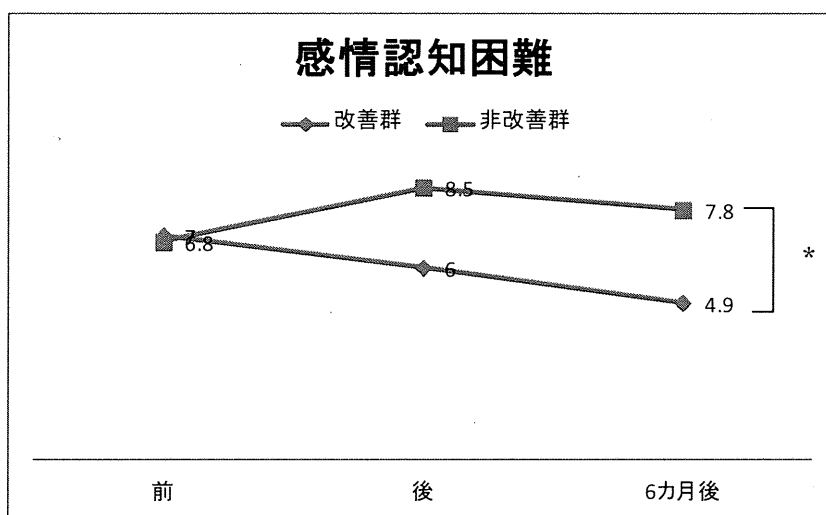


図 6-4 3 群の尺度平均値の変化（感情認知困難度）

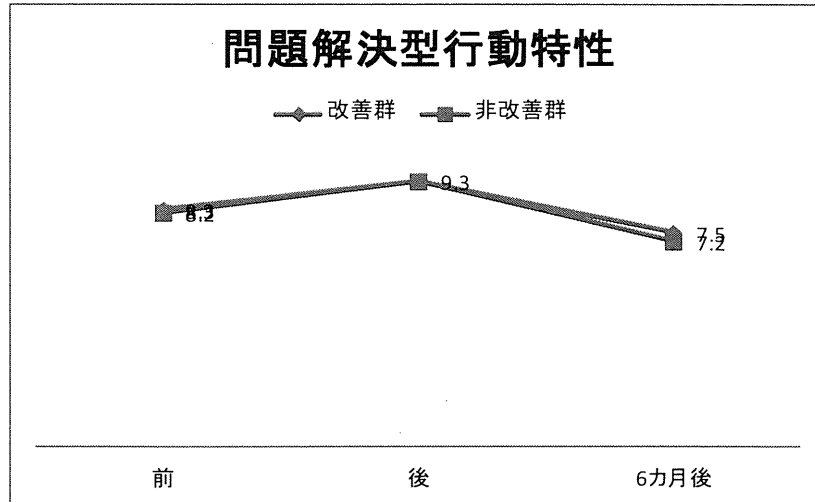


図 6-5 3 群の尺度平均値の変化（問題解決型行動特性）

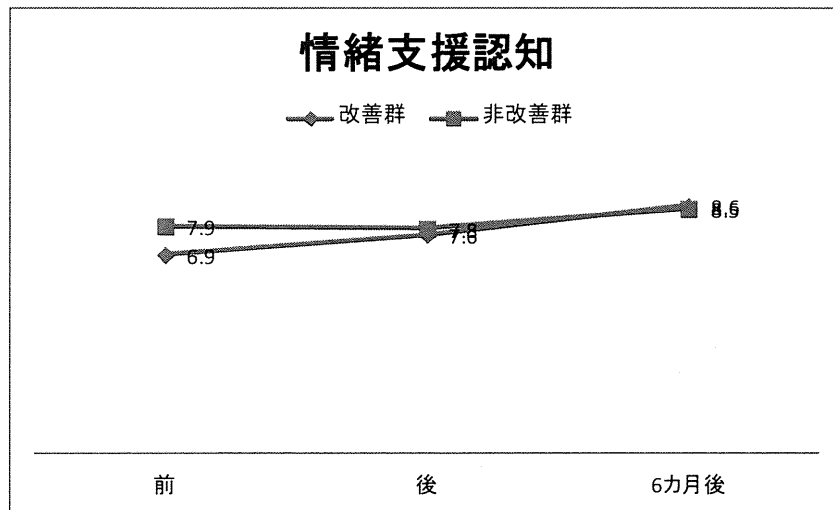


図 6-6 3 群の尺度平均値の変化（情緒支援認知）

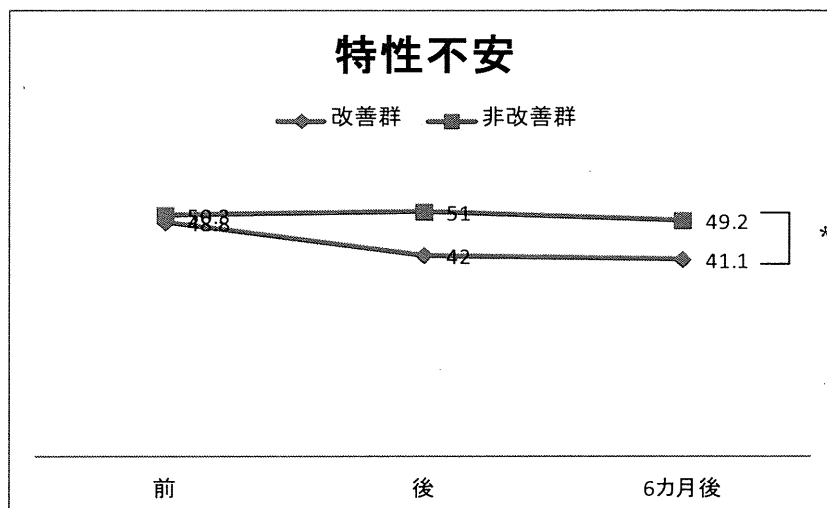


図 6-7 3 群の尺度平均値の変化（特性不安）



### 3. 記述データの比較

研修直後と6カ月後アンケートの自由記述内容を、自己価値感尺度値の良好群・非改善群・改善群に分けて示した。(表6-6から表6-8)

質問は、研修後、「本日の研修についてのご意見・ご感想などがありましたらご自由にお書き下さい。」6カ月後は、「気持ちのありようや考え方、周囲の人間関係などで変化したと感ずることがあればお書き下さい。」である。

‘良好群’である研修前から自己価値感が高く6カ月後まで高い自己価値感を維持していた3名のうちP-1は、人間関係について「特に気にならなくなった」と環境認知の変化や「勉強したい気持ちは更にアップしている」と前向きな気持ちの向上があった。P-17については、6カ月後の「自分らしく生きようと開き直った思いが固まっています」という記述から自己報酬追求型の生き方が定着していることがわかる。P-1とP-11については、PIR研修の効果により高い自己価値感を維持できたと推察できる。

表6-6 良好群の記述内容

| NO   | 年齢 | 経験年数 | 時期   | 記述内容  |
|------|----|------|------|---|
| P-1  | 42 | 20   | 直後   | イメージトレーニングだけでとても気持ちが楽になって効果が出たので、毎日行って気持ちの持ち様を変えていけそうな気になった。                                    |
|      |    |      | 6カ月後 | 3月末から主任となり、立場が変わったことでスタッフとの距離感を感じることもあるが、特に気にならなくなった。自分の目標に向かって途中経過のため、勉強したい気持ちは更にアップしている。      |
| P-2  | 50 | 30   | 直後   | 質問法が難かしく、イメージに入り込めなかった。Q10については質問の意味が理解できなかった。  |
|      |    |      | 6カ月後 | 研修後、特には変化は感じていない  |
| P-17 | 44 | 22   | 直後   | 気づいていない自分の気質を振り返ることができました。気質をプラスに持っていくヒントが得られました。代理表象はうまくイメージ出来なかったなので、もう一度SKPを探して一致する画像を見つけます。 |
|      |    |      | 6カ月後 | 研修を受けた時よりも、大きな課題やストレスの大きい環境になってしまいましたが、あまりそのことに振り回されずにいれる自分があります。自分らしく生きようと開き直った思いが固まっています。     |

‘非改善群’の記述からは、研修直後には「頑張ります」や「大きな進歩」など前向きな感想が書かれている。6カ月後の記述では、P-8に「他人に対するイライラが軽減されてきたように思います」とポジティブな反応が見られるが、その他の5人中4人は記述されていなかった。

表 6-7 非改善群の記述内容

| NO   | 年齢 | 経験年数 | 時期   | 記述内容  |
|------|----|------|------|---|
| P-8  | 44 | 20   | 直後   | 気質をうまくコントロールしてマイナス部分はイメージトレーニングを取り入れストレスを軽くしていくよう努力しようと思いました。   |
|      |    |      | 6カ月後 | 自分が正しいと思うことがすべて正しいと思わないようにしています。他人に対するイライラが軽減されてきました。   |
| P-9  | 45 | 23   | 直後   | 自分の気質がわかって参考になりました。自分をよく分析して生かしていきたいです。トレーニングすることで、マイナスをプラスに考えられるようになり愉しく生きれるよう頑張ります。                   |
|      |    |      | 6カ月後 | 記述なし  |
| P-10 | 52 | 30   | 直後   | 自分自身があまり好きじゃなかったのですが、もう少し自分を認め、あるがままの自分を受け入れたいと思います。自分が変われば周りも変わるのですね！                                  |
|      |    |      | 6カ月後 | 記述なし  |
| P-14 | 29 | 8    | 直後   | もともとストレスを感じやすく、ため込んでしまう方だとわかっていてもどうにもできず悪循環していました。今日の研修を受けて、前後で自分の気持ちが良い方向へ変わっていることに気づきました。大きな進歩だと思います。 |
|      |    |      | 6カ月後 | 記述なし  |
| P-15 | 26 | 5    | 直後   | 自分の気質について知れて良かったと思いました。自分らしさとは何なのかと深く悩んでいたのが、今回の研修に参加させていただいてとてもうれしく思っています。                             |
|      |    |      | 6カ月後 | 記述なし  |

‘改善群’では、P-3「以前より人の表情が気にならなくなった」という自己報酬型への変化や、P-19の「自己肯定感が以前より持てるようになった」という自己価値感の定着により、P4「落ちついた状態」P-13「気持ちが楽」というメンタルヘルスの改善を自覚していた。さらに、P-3「周囲の理解や協力が得られるようになった。」など周囲の人間関係の変化についての記述など、具体的な言葉で記述されていた。

表 6-8 改善群の記述内容

| NO   | 年齢 | 経験年数 | 時期   | 記述内容  |
|------|----|------|------|---|
| P-3  | 42 | 21   | 直後   | ほっとする、安心するという感覚が大切なのだなということがわかりました。   |
|      |    |      | 6カ月後 | 周囲の理解や協力が得られるようになったと感じる。以前より人の表情が気にならなくなった。   |
| P-4  | 40 | 21   | 直後   | 自分のことを知る方法を教わったと思いました。トレーニングをやったあとはスッキリしました。  |
|      |    |      | 6カ月後 | わりと落ちついた状態で仕事を出来ていたように思います。   |
| P-6  | 48 | 17   | 直後   | 自分にとって苦手な分野だったのでドキドキしながら参加しました。周囲の人に支えられていると改めて実感しました。トレーニング実行していきたいと思います。                            |
|      |    |      | 6カ月後 | 一緒に働く仲間との人間関係、上司との関係で仕事に対する気持ちの変化がありました。少し自分の殻を破れ、気持ちが楽になりました。学生指導にもつくようになり、頑張っていかなければと思っています。        |
| P-12 | 30 | 4    | 直後   | 最近、仕事へのやる気が出ず、しなければならないことをとりあえずやって、その日その日を過ごしているような状況です。イラッすると身体の震えまで出たり・・・<br>今日の研修で、解決の糸口が見えた気がします。 |
|      |    |      | 6カ月後 | 記述なし  |
| P-13 | 30 | 9    | 直後   | トレーニングの後は、不思議と気持ちが楽になり優しい気持ちになったような気がする。<br>自分の気質を知ることで、自分自身ともうまく付き合っていけるのではないかと思った。                  |
|      |    |      | 6カ月後 | 一人で頑張ろうとするところがあったが、人に頼ることの大切さも考えるようになった。  |
| P-16 | 33 | 4    | 直後   | とても楽しい研修でした。ストレスと向き合うためには自分の気質を知り、行動するのが一番楽ですね。「やらされているく自分がやりたい」になるよう、目標を持って進んでいきたいです。                |
|      |    |      | 6カ月後 | だいたい前向きに仕事が出来ている。上司の態度が不安定だと自分も不安定になってしまう。  |

### Ⅲ 看護レジリエンスと臨床実践力の変化

PIR プログラム参加者 16 名の研修前と 6 カ月後の看護レジリエンスと臨床実践力について尺度値を比較した。(表 6-9)

看護レジリエンスは、看護師の直面する状況を反映した職務レジリエンス尺度で、「肯定的な看護への取り組み」「対人スキル」「プライベートでの支持の存在」「新奇性対応力」の 4 因子から構成されている。研修前の中央値 81.5 に対して、6 カ月後は 72 と低下していた。平均値においても、研修前 83.2→6 カ月後 81 であった。大学病院の看護師（平均年齢 30 歳）を対象にした調査では、看護レジリエンス尺度の平均値 76.1 という報告がある

(尾形ら, 2010)。本研究の対象平均年齢が 39.8 歳であるため、一概に比較はできないが、本研究対象の看護レジリエンスは、やや高い傾向にあった。

臨床実践力とは、尺度作成者の定義によると「看護チーム、部署、病院等の組織の中で期待される成果が出せる力」をいう。「看護チームの発展に貢献する力」「質の高い看護を提供する力」「患者の医療への参加を促進する力」

「現状に主体的に関与する力」の 4 因子から構成されている。研修前の中央値 81 に対して、6 カ月後は 76.5 と低下していた。平均値においては研修前 74.1→6 カ月後 77.7 であった。臨床実践力の評価指標としては、平均値が 60 点以上あることが中堅看護師として望ましいとされている。本研究対象の経験年数は 16.1 年であり、年数的にはベテランの域にある人たちであった。臨床実践力は、中堅看護師の基準よりも高い傾向にあった。

看護レジリエンスと臨床実践力の研修前と 6 カ月後の尺度値の比較を Wilcoxon の符号付き順位和検定したところ、看護レジリエンス ( $Z=-1.53$ ,  $p=0.13$ )、臨床実践力 ( $Z=-1.16$ ,  $p=0.24$ ) と、いずれも有意な差は確認されなかった。

表 6-9 看護レジリエンスと臨床実践力の研修前・6 カ月後の比較

|          | 研修前  |      |      | 6カ月後 |      |      | p               |
|----------|------|------|------|------|------|------|-----------------|
|          | 平均値  | SD   | 中央値  | 平均値  | SD   | 中央値  |                 |
| 看護レジリエンス | 83.2 | 8.4  | 81.5 | 81   | 9.4  | 72   | $Z=-1.528$ n.s. |
| 臨床実践力    | 74.1 | 10.5 | 81   | 77.7 | 11.2 | 76.5 | $Z=-1.164$ n.s. |

Wilcoxonの符号付き順位検定

そこで、看護レジリエンスおよび臨床実践力と、各測定尺度における研修前と6カ月後の関係性を見るために、Pearsonの相関係数を求めた。(表6-10, 表6-11)

その結果、研修前の「看護レジリエンス」は、自己価値感と中程度の正の相関 ( $r=0.59$ ,  $p<0.05$ ) が認められた。また、「臨床実践力」も、自己価値感と強い正の相関 ( $r=0.75$ ,  $p<0.01$ ) が、問題解決型行動特性と中程度の正の相関 ( $r=-0.54$ ,  $p<0.05$ )、特性不安と中程度の負の相関 ( $r=0.59$ ,  $p<0.05$ ) が認められた。

一方、6カ月後の「看護レジリエンス」は、いずれの測定尺度とも相関が認められなかった。また、「臨床実践力」は、問題解決型行動特性に中程度の正の相関 ( $r=0.48$ ,  $p<0.05$ )、特性不安が中程度の負の相関 ( $r=-0.52$ ,  $p<0.05$ )、看護レジリエンス ( $r=0.66$ ,  $p<0.01$ ) と中程度の正の相関が認められた。研修前に看護レジリエンスおよび臨床実践力のいずれにも相関があった自己価値感との相関関係が認められなかった。

表 6-10 研修前の各尺度間の相関係数

|              | 1      | 2      | 3      | 4       | 5     | 6     | 7     | 8      | 9     | 10 |
|--------------|--------|--------|--------|---------|-------|-------|-------|--------|-------|----|
| 1. 年齢        | 1      |        |        |         |       |       |       |        |       |    |
| 2. 経験経験      | 0.86 * | 1      |        |         |       |       |       |        |       |    |
| 3. 自己価値感     | 0.21   | 0.33   | 1      |         |       |       |       |        |       |    |
| 4. 自己抑制型行動特性 | -0.19  | -0.49* | -0.59* | 1       |       |       |       |        |       |    |
| 5. 感情認知困難    | -0.17  | -0.4   | -0.36  | 0.67 ** | 1     |       |       |        |       |    |
| 6. 問題解決型行動特性 | 0.16   | -0.33  | 0.36   | -0.08   | 0.16  | 1     |       |        |       |    |
| 7. 情緒支援認知    | 0.3    | 0.14   | 0.25   | -0.31   | -0.12 | 0.06  | 1     |        |       |    |
| 8. 特性不安      | -0.11  | -0.46* | -0.6*  | 0.73*   | 0.66* | -0.27 | -0.15 | 1      |       |    |
| 9. 看護レジリエンス  | 0.17   | -0.92  | 0.59*  | -0.13   | -0.12 | 0.24  | 0.21  | -0.31  | 1     |    |
| 10. 臨床実践力    | 0.14   | 0.07   | 0.75** | -0.3    | -0.38 | 0.54* | 0.11  | -0.59* | -0.41 | 1  |

Pearsonの相関係数 \*p<0.05 \*\*p<0.01

表 6-11 6 カ月後の各尺度間の相関係数

|              | 1      | 2     | 3       | 4      | 5     | 6     | 7     | 8      | 9      | 10 |
|--------------|--------|-------|---------|--------|-------|-------|-------|--------|--------|----|
| 1. 年齢        | 1      |       |         |        |       |       |       |        |        |    |
| 2. 経験経験      | 0.86 * | 1     |         |        |       |       |       |        |        |    |
| 3. 自己価値感     | 0.1    | 0.09  | 1       |        |       |       |       |        |        |    |
| 4. 自己抑制型行動特性 | 0.62   | 0.56  | -0.48   | 1      |       |       |       |        |        |    |
| 5. 感情認知困難    | -0.04  | -0.04 | -0.68   | 0.55 * | 1     |       |       |        |        |    |
| 6. 問題解決型行動特性 | 0.028  | 0.15  | 0.02    | -0.1   | 0.35  | 1     |       |        |        |    |
| 7. 情緒支援認知    | -0.1   | -0.21 | 0.14    | -0.02  | -0.17 | 0.31  | 1     |        |        |    |
| 8. 特性不安      | -0.11  | 0     | -0.85** | 0.5 *  | 0.66* | -0.01 | -0.09 | 1      |        |    |
| 9. 看護レジリエンス  | -0.21  | -0.31 | 0.27    | -0.07  | -0.28 | 0.3   | 0.17  | -0.19  | 1      |    |
| 10. 臨床実践力    | -0.17  | -0.22 | 0.36    | -0.35  | -0.34 | 0.48* | 0.45  | -0.52* | 0.66** | 1  |

Pearsonの相関係数 \*p<0.05 \*\*p<0.01

#### IV 非介入群の0時点・6カ月後の尺度値の比較

非介入群の0時点と6カ月後の尺度値を検定した結果、いずれの尺度においても有意な差は認められなかった。(表6-12)

また、看護レジリエンスと臨床実践力についても検定の結果、有意な差は認められなかった。(表6-13)

この結果から、PIR群の6カ月後の尺度値の変化は、介入の影響によるものである可能性が高いと言える。

表6-12 非介入群の0時点・6カ月後の尺度値の比較 N=14

| 項目        | 0時点  |     |     |      |     | 6カ月後 |     |     |     |     | p値        |
|-----------|------|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----------|
|           | 平均値  | SD  | 最小値 | 中央値  | 最大値 | 平均値  | SD  | 最小値 | 中央値 | 最大値 |           |
| 自己価値感     | 5.4  | 2.1 | 2   | 5    | 9   | 6    | 2.4 | 2   | 6   | 10  | 0.49 n.s. |
| 自己抑制型行動特性 | 19.6 | 6.6 | 13  | 20   | 25  | 18.2 | 5.6 | 14  | 19  | 23  | 0.07 n.s. |
| 感情認知困難    | 6.4  | 3.3 | 3   | 6.5  | 9   | 5.6  | 2.6 | 2   | 5   | 11  | 0.31 n.s. |
| 問題解決型行動特性 | 8.8  | 2.7 | 6   | 9    | 11  | 8.9  | 3.9 | 1   | 8   | 9   | 1.00 n.s. |
| 情緒支援認知    | 9.5  | 2   | 4   | 9.5  | 10  | 9    | 1.3 | 4   | 10  | 11  | 0.34 n.s. |
| 特性不安      | 50.1 | 9.4 | 41  | 50.5 | 66  | 48.1 | 9.4 | 36  | 49  | 66  | 0.48 n.s. |

Wilcoxonの符号付き順位検定

表6-13 非介入群の0時点・6カ月後看護レジリエンス・臨床実践力の比較

| 項目       | 0時点  |     |     |     |     | 6カ月後 |      |     |     |     | p値        |
|----------|------|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|-----------|
|          | 平均値  | SD  | 最小値 | 中央値 | 最大値 | 平均値  | SD   | 最小値 | 中央値 | 最大値 |           |
| 看護レジリエンス | 80.4 | 6.7 | 74  | 78  | 95  | 78.4 | 9.2  | 74  | 78  | 95  | 0.57 n.s. |
| 臨床実践力    | 71.2 | 9.4 | 51  | 71  | 85  | 77.4 | 11.5 | 51  | 71  | 85  | 0.27 n.s. |

Wilcoxonの符号付き順位検定



## 第八節 考察

本研究では、レジリエンス力を高めるために、看護師に対して自己報酬型自己イメージの再構築を目指した PIR プログラムの集団介入を試みた。

介入群、非介入群における対象者の年齢、経験年数および、各変数のベータ値の比較において、統計的有意差を認めず、介入効果についてこの2群は比較可能であることが確認された。

### I PIR プログラムの長期効果

PIR プログラム受講前と受講後、6 か月後の測定尺度の比較において、6 か月後、問題解決型行動特性を除くすべての尺度で有意な改善が見られた。イメージワーク（脳内体験）により作り出された自己イメージ脚本は、日が経過し、繰り返し思い出されることで、脳内の報酬系神経シナプス回路を作り、イメージは脳にとって現実のこととなったと考えられる。

#### 1. 自己報酬型の自己イメージ

自己イメージを示す変数である自己価値感が研修前‘低い’から6か月後7.8で‘普通’（6～8）へと改善していることから、ほぼ自分に満足し自信を持つ自己肯定型の自己イメージが描けていると言える。

さらに、自己抑制型行動特性や感情認知困難が改善していることから、この自己価値感の改善が他者評価により高められた自己価値感ではないことがわかる。周りからの評価を得るために感情表現をおさえる自己抑制型や、助けてといえず、ひとりでなんでもする感情認知困難型などの他者報酬型行動特性は、元来「ケア提供者からの評価を得るために自分の本音をいわないとか、人の世話にならず一人でなんでもする」という条件つきで、ケア提供者から愛されたい欲求が充足され、情緒的結びつき（愛着）が得られた過去の自己イメージ記憶がもとになっている。養育者から無条件の愛情と守護を受けて育った「あるがままの自己」で生きていることに対し、ケア提供者となるひとが喜びの顔や声の表情表象でいるイメージが定着したことで、嫌悪系の自己イメージは薄れ、周りがどう思うかの恐れが大きく減少したことで自己表現型の行動へ変容したと考えられる。

さらに、他者との情緒的な交流を持ちながら愉む人生にシフトしたことで、他者イメージが改善し、‘情緒支援認知’の上昇と‘特性不安’の軽減があった。過去の経験と学習から構成された自己イメージ脚本が、イメージ変換

によって、過去の記憶に拠らない、想像力を活用して創造された自己報酬型の自己イメージが定着することで、レジリエンスが発揮されやすい自己表現型、精神自立型、問題解決型、支援訴求型、自己肯定型の行動特性が発揮されたと言える。大脳皮質のみならず辺縁系や扁桃体、海馬を含む脳全体への影響が大きく、いったん変容に成功すると効果は確実に持続することが推測される。

## 2. 不安をコントロールするレジリエンス力

今回、介入前・後・6カ月後で特性不安尺値が、47→44→41と低下した。これは、基準に照らすと不安が高い状態（45～55）から普通へと変化したことを意味する。特性不安は、些細なことでも不安になりやすい特性について測定しており、介入前は、不安が高い状態であった。

自己イメージが良好でないと、あるがままの自分であることに不安があり、他者報酬型欲求を満たす自己イメージ脚本が形成される。何か行動を起こそうとした時、‘自分はこんな人間である’という大脳が思い描いた想像イメージの指令により扁桃体が反応し、自律神経系へ連動する。無自覚なネガティブ自己イメージは、扁桃体の反応から不安を引き起こし、あるがままの自分であることを妨げるのである。

このような行動特性は、過去の記憶に基づく自己イメージの思い込みでつくられ、自分の意思ではコントロールできないもうひとつの意思が潜在意識化に存在するのである。文脈に条件づけされた過去の海馬記憶を現実の知覚や解釈に重ねて反応する「過去の記憶重写」や未来予知を現実解釈に重ねる反応である「未来の予知重写」があるため（宗像，2006）、今回のRIRプログラムのような潜在意識にまで迫るアプローチが必要なのである

PIRプログラムでは、養育者が本来的自己を生かした生き方のイメージ脚本を描くことで、自動的に養育者の報酬系表情イメージを描くことが出来る。すなわち、本人が「あるがままの自己」で生きていることに対し、両親やきょうだいや親族などのケア提供者となるひとが、喜びの顔や声の表情で常にケアしてくれているイメージ表象がもてることである。重要他者との愛着が満たされるイメージが描けたことで、扁桃体による嫌悪系の情動反応を制御できたため、不安傾向の低下につながったと考える。

不安が軽減されたことで、あるがままの自分を発揮でき、自己イメージは良好となる。希望や前向きさ成長欲求は基本的欲求であり、レジリエンス力は本来人間に備わった特性である。不安や恐怖といったレジリエンスの発揮

を妨げる嫌悪系感情を制御できたことで、レジリエンスは自動的に発揮され  
ると考えられる。

このことから、不安を制御し、コントロールできる特性が、環境への適応  
力であり、レジリエンス力であると言えるのではないだろうか。

## II 問題解決型行動特性の発揮を妨げるもの

宗像（2007）は、新たな報酬系の自己イメージ脚本で、現実を見て問題解決の中で、必要な具体的行動を行うことで嫌悪系の感情コントロールを可能にすると述べている。しかし、良好な自己イメージが描けたにも関わらず問題解決型行動特性のみが、6か月後改善するどころか悪化していた。

一般看護師の問題解決型行動特性の得点は9.5という報告があり（宗像，2008）、今回の集団における研修前平均得点も9.5であり、一般的な看護師集団であったと考えられる。

問題解決型行動特性は、現実的な気持ちは強く、問題に対して積極的に極めて現実的に対処しようとする行動特性で、「現状を振り返ったり、考えたりする時間を持つほうである」「何事も事実を確認しながら判断していくほうである」「『何故そうなるのかしら』と物事の原因や背景を考える方である」などの10の質問項目から成る。得点が高いほどよいとされている。7-10点は中程度の中でも‘やや弱い’という基準値である。この結果は、今回のプログラム後に尺度値が改善した‘改善群’においても同様であった。この得点が6以下の場合、問題解決のために誰もが当たり前のようにする行動をしない、あるいはできない。その背後には恐れ・怖さなどの感情があり、自分の力ではどうにもならない無力体験のイメージ脚本が存在することが多い（宗像，2006）。

しかし、今回PIRプログラムにより、報酬系自己イメージに変化したのであれば、現実的に問題対処しようとする行動がする行動が高まらないのは何故かと考えた時、看護という職務と病院環境の影響が考えられた。

細見(1999)によれば、看護師は責任感が強く生真面目で高い道德観を持つ者が多いと指摘している。人の命を預かる責任ある役割を担い、チームで仕事を行うという特性をもつ看護職には、個々の責任感とミスを許さない強い徹底性が求められる。強い使命感、責任感を持つ人は、しばしば実際の対処能力を超えた要請に応じることになり、過剰な負担がかかり、ストレス反応が生じやすいのである。このタイプの人々が根底に共通にもっているものは、さまざまな要請に対する過剰な請負感（overcontrol）である。実際の自分の能力以上に、それをコントロールしようとする気持ちは高まりやすく、やりたいとか、やるべきという感情が先行して、効果的な対処ができず、強いストレス反応は避けがたい。今回のPIRプログラム介入6か月後のアンケートに、「このコースを受講した時よりも、大きな課題やストレスの大きい状況になってしまいましたが、あまり、そのことに振り回されずにいれる自

分がいます。更に『自分らしく生きよう』と開き直った思いが固まっています。」という記述があった。この対象に、後日、この記述と問題解決行動が高まらないこととの関係を電話インタビューしたところ、「問題に向き合って行動したが通じない相手に、問題解決思考だけでは駄目なのかなと感じている」と話してくれた。

さらに、全ての尺度値が改善したにも関わらず、問題解決型行動特性のみが変化しなかった対象も、「冷静に話していたのでは伝わらない。とりあえずやってみることを頭においてるので」と話してくれた。

すぐには解決出来そうにない大きな課題やストレス状況の中で、生真面目さと徹底性で常に問題と向き合っているのは、疲弊してしまう。対象のインタビューからストレス状況にありながら、そのことに振り回されずにいるためには、問題とほどほどの距離を置きながらタイミングや変化を待つというあり方が伺えた。『自分らしく生きよう』と開き直った思いが固まっています。」という記述からは、他者に認めてもらうという他者報酬への依存から、開き直ることで、相手に本音を伝えたり、真剣さが生れる。この開き直りの中に独立心が潜んでいる。そして、自分に依拠し、自分が本当にしたいことを自分なりのやり方でしていくことへの決意が伺える。

自己報酬型の生き方に気づくことで、過去の脚本に囚われずに、他者の期待通りに生きることが正しいのではなく、あるがままの自分であっていいのだということに気づけた。無理せずに我慢して頑張るのではなく、自分にあった自分に出来ることをやる。その思いが一時的に、問題と距離を置くという結果をもたらしたと考えられる。今後、新たなイメージ脚本は、環境の受けとめかたを変え、環境適応力を高め、問題克服を促すと考えられている。

### Ⅲ 看護レジリエンス・臨床実践力との関連

PIR プログラムの介入 6 カ月後の看護レジリエンス、臨床実践力ともに尺度値の有意な上昇は認められなかった。研修前調査は 1 月～2 月、6 カ月後は 8 月～9 月という時期に行ったが、時期による病棟の繁忙さといった環境要因の影響があった可能性もある。

また、これまで示されている看護レジリエンス尺度の平均値は 76 であり、今回の対象の 83 は平均以上のレジリエンスを備えていると言える。また臨床実践力においては、勤務経験 5 年以上で 60 以上あれば中堅看護師の実践力として良いとされている（牛田，2007）。今回の対象は平均経験 16 年であり、臨床実践力の平均値は 74 と高く、十分な実践力を備えていることから、介入後の変化に至らなかった可能性もある。

しかし、これまで述べてきたように、報酬系の自己イメージが脳内に定着したならば、環境に強く影響されることなく、前向きに自分の信じる看護を実践するレジリエンスが増すと考えられる。

今回用いた看護師レジリエンス尺度は、レジリエンスを「逆境からの心理的回復力」という精神健康度を示す概念と捉え、看護師の現状を反映して作成されている。レジリエンスの概念として、自尊心の高さとパーソナリティにおけるたくましさ、激務にさらされても燃え尽きず、高いモラルを保ち、仕事に満足・達成感を感じる特性とされており、筆者の捉える看護師レジリエンスの概念と一致するものであった。

臨床実践力尺度は、患者へのケアとともに、看護チーム、部署、病院等の組織のなかで期待される成果が出せる力を測定している。この尺度は、組織の期待に答えるための「他者報酬型行動」にあたるものである。

しかし、組織においては、組織の目標達成に向けて貢献することや、期待に答える成果を出すことは職業人として重要な役割である。本来、自己報酬型の自己イメージに変容し、レジリエンスが高まることで、「やるべきこと、やらされていること」といった認知から、「やりたいこと」「やりがい」を見出すことができ、他者報酬型行動と自己報酬型行動をバランスよくとることが出来ると考えていた。しかし、自己の認知変容にとどまらず、職場の認知・環境変容にまで至るためには、いくつもの葛藤を乗り越え、さらなるレジリエンスの向上と発揮が求められ、時間を要するものと考えられる。

そのため、今回のプログラム参加者においては、自己報酬型行動の発揮において様々な段階にあると予想され、そのため結果として尺度値の上昇が認められなかったと考える。看護レジリエンスも、6 カ月後に臨床実践力と相

関があったことから、他者報酬型の特性を持つ尺度の可能性があったことで、同様の結果を示したと考える。

困難や葛藤に遭遇した時、自己報酬型の自己イメージを持ち、自分が楽しいこと、満足することは何か、周囲に感謝できることは何かを基準にしながら行動を選択することで、レジリエンスを発揮し、様々なジレンマを克服し、自己成長していく過程で、組織においても自分らしさを発揮し、やりがいをもって看護に向かう看護師としての成長があると考えられる。

#### IV PIR プログラムの限界

本介入において、6カ月後に自己価値感をはじめとする問題解決型行動特性を除く全ての尺度値の改善を認めたことから、自己イメージ改善が環境認知を変え、自己報酬型の行動へと変容したことが確認された。

しかし、その内訳を見た時、介入前の自己価値感が改善した‘改善群’8名に対して、6カ月後の自己価値感に改善の見られなかった‘非改善群’5名があった。この5名については、年齢や経験、尺度値の傾向などに特徴は認められず、イメージ療法を用いた介入そのものが成功していないと考えられる。

つまり、非改善群には、報酬系の自己イメージが脳内に定着されなかったことを示しており、その要因として宗像（2006）は、養育者の代理表象だけで自分のストレスを解消できないケースがあると述べている。このようなケースでは、世代間伝達させてきた最初のオリジナル脚本を確認し、そこから変更していかなければ、トラウマを完全に解消することはできないと指摘している。つまり、親のイメージ変更が困難なケースは、さらにそれ以前の世代において潜在脚本がつくられた可能性があり、そこをターゲットに変更する必要があるということである。もちろん、それが事実であるかどうかは問題ではなく、本人がそのようにイメージしていることが生き方に影響していることは言うまでもない。親世代のイメージ変更までしか扱わない PIR プログラムでは、それ以前に作られた脚本の変更はできず、この点が PIR プログラムの限界といえる。

また、本プログラムはイメージワークであり、退行催眠により前頭連合野の血流を低下させ、左脳の防衛機制が解除することでイメージを出現させる。退行催眠への導入を促し、詳細なイメージワークを行うために本来は、個人セラピーで行うメニューを、今回集団を対象にプログラム化した。そのため、人的・物理的な様々な環境要因から防衛機制を解除できず、イメージワークそのものに入り込むことができなかつた可能性も否定できない。イメージワークが成功したか否かを確認する方法として、養育者と SKP の代理表象を選ぶことが出来たか、ストレス度が低下したか、表情や顔色・声の調子から確認したが、それがイメージ変更に基づくものなのか、前頭葉での思考から導かれたものなのかを、1人1人について確認することは難しい。

集団を対象とした介入であることから、その場でイメージワークの成功を確認することが難しいという点も本プログラムの限界であると言える。



## 第九節 研究の限界と今後の課題

本研究では、臨床看護師に対して、養育者表情イメージ変更を用いた PIR プログラムによる介入を行い、介入前、介入後、6 カ月後に測定尺度による調査を行った。しかしながら、本研究は、いくつかの限界を有している。まず、対象のサンプリングの問題と、それに由来する研究デザインの不備がある。今回、対象としたのは、PIR プログラムと非介入群共に一般病院に勤務する看護師である。しかし、PIR プログラムは、広く一般病院から募集したのに対し、コントロール群は、研修会参加者へ募集を呼びかけた。良質のデザインとしては、多くの被験者を同時に動員して、ランダム割付けにより、介入群と非介入群に分け、同時期に両者のデータを収集することが望ましい。

今回、対象者数が少ないため、結果を一般化して解釈することはできない。今回のような集団への介入においては、適切な同等の人数にランダムに分けて、かつ、それらのグループの条件は均一にしたうえで、回数を重ねデータを蓄積する必要がある。

質問紙は無記名式としたが、研修前後と 6 カ月後の比較をするため、質問紙に個人を番号化して明記した。また、6 カ月後は郵送法を用いたため研究者は個人氏名を管理していた。そのため、対象者がより望ましい回答をしている可能性はあり、結果にバイアスがかかっている可能性も否定できない。

これらを踏まえたうえでの結果であるという解釈が必要である。本プログラムの臨床看護師全般に対する有効性を証明するためには、今後、プログラムの改善を行い、参加者の年齢や勤務場所などを拡大して介入を行い、さらに効果を検証する必要があると考える。

また、本研究で定義したレジリエンス「良好な自己イメージを基盤とした自己報酬型の行動特性を発揮することで、困難にあっても諦めずに、挑戦し、自己成長する力」を測る尺度を開発することが課題である。そのために、今回、自己報酬型の自己イメージに変容した看護師の、看護観や職務に対する考え方の変化や看護実践のあり様を質的に調査していくことが手掛かりになると考える。

## 第 7 章 総括

## 第一節 本研究の要約

### 研究課題 I

「看護師のレジリエンスに関する心理社会的要因を明らかにするため、共分散構造分析による因果モデルを構築する」について

本研究は、看護師を対象にした調査研究である。

看護師のレジリエンスに関連のある心理社会的要因について先行研究に基づき検討したところ、他者からの情緒的支援を認知できる「良好な情緒支援認知」、ストレスとなる問題に対して現実的な対処や対人関係を円滑にはこぶために役立つ技能を持ち合わせていると認知できる「ソーシャルスキル効力感」、自分に対して良いイメージを抱いている「良好な自己認知」の3要因があがった。この3要因とレジリエンスの中核概念である「精神的回復力」の因果関係を検証した。

関西圏の3つの一般病院に常勤で勤務する看護職353名に対して、無記名式自記式質問紙調査を実施した。分析対象数は、308名(87.3%)であった。分析対象者の平均年齢は34.1±9.94歳(20~62歳)、平均経験年数10.1±9.16年(6カ月~37年)であった。精神的回復力尺度(小塩, 2002)[21項目105点満点]が、今回の対象に使用することが妥当であるかを探索的因子分析(EFA)、確認的因子分析(CFA)により検討したところ、10項目、3因子「肯定的未来志向」「関心の多様性」「感情調整」から構成された尺度が作成された。

レジリエンスに関する因果モデルは共分散構造分析により検証を行った結果、「良好な支援認知」「良好な自己認知」「ソーシャルスキル効力感」の3要素が独立変数群としてあり、それらが従属変数である「精神的回復力」に影響しているという4因子構造モデルが構築された。モデルの適合度は、GFI=0.964 AGFI=0.914 CFI=0.954 RMSEA=0.079で、採択基準を充たしていた。精神的回復力に直接影響している潜在変数として、「良好な自己認知」から「精神的回復力」は0.45( $t=3.046$ ,  $p<.002$ )、「ソーシャルスキル効力感」から「精神的回復力」は0.30( $t=3.046$ ,  $p<.002$ )といずれも有意な中程度の影響を与えていた。

これらの結果から、「良好な支援認知」「良好な自己認知」「ソーシャルスキル効力感」はいずれも精神的回復力に影響を与える因子であった。自己報酬型行動により精神的回復力が高まるレジリエンスを発揮・強化するためには、「良好な支援認知」と「ソーシャルスキル自己効力感」を糧に、他者評

価値への依存から脱し、自分を信じて行動する「良好な自己認知」を高めることが重要であることが示唆された。

## 研究課題Ⅱ

「看護師のレジリエンスに関する要因を個人の経験から明らかにするため、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を用いて分析する」について

本研究は、看護師を対象にした質的記述的研究である。

対象は、関西地区の一般病院に勤務する看護師で、インタビューは1時間から1時間半の半構成的面接法とし、主に1)印象に残る困難な体験 2)困難なプロセスを支え回復に影響した要因 3)その体験が現在の看護に影響しているか、について語ってもらった。分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を用いて分析した。分析作業にあたっては質的研究経験のある研究者3名が加わり、信頼性と妥当性を図った。

困難エピソードは、16年前から数カ月前のものであり、対象喪失、自己の病気、障害児の出産、職場の人間関係などに関するエピソードが語られた。困難からの回復のプロセスと困難体験が看護に与えた影響についてカテゴリ化を行った。結果、5つのカテゴリと9の概念が生成された。

解決困難な状況に遭遇し、混乱した自己の感情に圧倒されながら、困難の原因や理由について自問自答を繰り返すという【混乱した自己と向き合う内的体験】があった。そんな混乱の中でも、喜び、安心、感謝といったポジティブな感情を体験していた。これらのポジティブな感情が【困難を支えたポジティブな感情体験】となっていた。【状況打開へ自ら起こした行動】には、周りの関心や支援を引き出す＜求援行動＞と、困難状況の解決に向けて行動する＜問題解決行動＞があった。困難の中で混乱を体験しながらも、ある時期にそこから抜け出したと感じる体験をしていた。そこに至る転機として＜とらわれからの解放＞＜肯定的意味の発見＞が【認識の変転による混乱からの解放】を促していた。自分自身が困難を体験した看護師は、現在の看護において【困難と向き合う患者への敬愛】を育み謙虚に人と向き合う姿勢があった。このような姿勢こそが、患者の困難に寄り添い、ケアの原動力となる看護師固有のレジリエンスであることが示唆された。

困難からの立ち直りのプロセスにおいて、自己の感情と十分に向き合う環境が必要であり、趣味や勉強など自分が満足なことや楽しいことといった自己報酬型行動がレジリエンス発揮の要因であると考えられた。また、他者への求援や問題解決を導くソーシャルスキルを高めることがレジリエンス発揮の要因である可能性が示唆された。

### 研究課題Ⅲ

「研究課題Ⅰ・Ⅱの結果に基づき、看護師のレジリエンスを高めるために自己報酬型の自己イメージの再構築を促す介入プログラムを作成する」について

研究課題Ⅰ・Ⅱより、いずれの結果からも、「良好な自己イメージ」と「ソーシャルスキル」がレジリエンスを高める重要な要因であることがわかった。さらに、さらに「良好な自己イメージ」とは他者評価により高められたものではなく、自分が愉しく満足することを優先する自己報酬型の自己イメージ脚本によるものである。

これらの結果をもとに、研究課題Ⅲにおいては、看護師の自己イメージ改善を目標とした心理社会的教育プログラムを作成する。他者報酬型行動特性から自己報酬型行動特性へ変容するための指標として、自己イメージに関する変数、①自己価値感を高める ②自己抑制型行動特性を低下させる ③感情認知困難度を低下させる ④問題解決型行動特性を高める。他者イメージに関する変数として、①特性不安を低下させる、②情緒支援認知を高める 以上の6点をプログラム作成の目的とした。

プログラム作成には、扁桃体や脳幹などの潜在記憶にアクセスすることで、潜在意識への気づきを深め、自己報酬型のイメージ脚本へと変更することを支援するSAT療法を理論的根拠とした。中でも、無条件のケア提供者のイメージを持つ養育者顔表情を固定化することで、自己イメージが改善し、自己報酬型のイメージ脚本として固定化させる宗像の(2007)「表情再脚本化イメージ法」(PIRプログラム)を用いた。

内容は、第1部：導入、行動特性・気質からの自己理解、レジリエンスを高めるアサーションスキル 第2部：イメージ療法による自己イメージ変容 第3部：養育者とSKPのイメージ表象、自己解放のイメージワーク、イメージ・ワーク実習とし、実質2時間の内容構成で構成した。

臨床看護師のための心理社会的教育プログラムとして、リラックスした雰囲気作りに配慮し、短時間で効率よく行い、誰が行っても一定の効果が得られるように構造化する。対象が専門職であることから、プログラム実施の目的、表情再脚本化の意味と効果について理解してもらうために、科学的な根拠やデータの裏づけを示す。そして、研修用の手元資料を準備し、パワーポイントを提示しながら行う。最初にガイダンスを徹底するための時間を十分配慮することに留意して作成した。

#### 研究課題Ⅳ

「研究課題Ⅲで作成したプログラムを用いて、看護師の集合研修を実施し、コントロール群との比較試験により横断的にその有効性を検討する。」について

本研究は、看護師を対象にした介入研究である。本研究の目的は、研究課題Ⅲで作成したPIRプログラムにより介入を行う。コントロール群として、アサーション研修を行い、両プログラムの効果を比較し、自己イメージの改善への有用性を検証することである。

PIRプログラムの対象は、関西圏の一般病院に勤務する看護師19名。アサーションプログラムの対象は、透析クリニックに勤務する看護師18名である。自己イメージに関する変数として、自己価値感・自己抑制型行動特性・感情認知困難・問題解決型行動特性・特性不安尺度を用いた。また、他者イメージに関する変数として、家族および職場の情緒的支援認知度尺度を用いた。

PIRプログラム前後の尺度値の比較において、自己価値感（ $Z=-3.33, p=0.001$ ）、自己抑制型行動特性（ $Z=-1.99, p=0.04$ ）、問題解決型行動特性（ $Z=-2.07, p=0.03$ ）、家族からの情緒支援認知（ $Z=-2.03, p=0.04$ ）、特性不安は（ $Z=-1.99, p=0.04$ ）の統計学的に有意な改善がみられた。感情認知困難（ $Z=-0.70, p=0.48$ ）のみ改善が認められなかった

一方、アサーションプログラムでは、自己価値感に（ $Z=-1.97, p=0.04$ ）、家族からの情緒支援認知（ $Z=-2.19, p=0.05$ ）、職場での情緒支援認知（ $Z=-2.33, p=0.04$ ）の統計学的に有意な改善がみられたものの、その他の尺度においては改善が認められなかった。

スキルを学ぶアサーションプログラムと比較して、PIRプログラムでは、イメージにアプローチし、自己報酬型イメージに脚本事体に変化したため、自己価値感のみならず、その他の心理社会的尺度も改善したと考えられる。また、前頭葉に働きかけて認知を変容するのではなく、扁桃体に働きかけることでダイレクトに意識の深い部分へアプローチする介入であるため、動機付けによる関心と意欲の喚起が重要な導入になるものの、2時間という短時間で効果が得られたと考えられる。

## 研究課題V

「研究課題IVの縦断的調査として、コントロール群との比較試験により、6カ月後のメンタルヘルスとレジリエンスの変化を検討する」について

本研究は、研究課題IIIの介入6カ月後のフォローアップ調査である。

統制群として非介入群を設定し、効果を比較検討することで、PIRプログラムの自己報酬型自己イメージ改善への有用性を検証することを目的とした。さらに、看護レジリエンスや臨床実践力の影響を明らかにする。

対象は、PIRプログラムに参加し、6カ月後まで調査票返却のあった16名。非介入群は、関西圏の一般病院に勤務する看護師で、6カ月後まで調査票返却のあった13名である。介入群、非介入群における対象者の年齢、経験年数および、各変数のベースライン値の比較において、統計的有意差を認めず、介入効果についてこの2群は比較可能であることが確認された。

研修前後と6カ月後の多重比較による統計学的検定から、自己価値感 ( $r=0.00$ ,  $p<0.01$ )、自己抑制型行動特性 ( $r=0.26$ ,  $p<0.05$ )、感情認知困難 ( $r=0.03$ ,  $p<0.05$ )、特性不安得点は ( $r=0$ ,  $p<0.001$ ) と有意な改善が認められた。情緒支援認知については、天井効果により検定を行うことが出来なかったが、明らかな尺度値の上昇が認められた。自己イメージ脚本が、イメージ変換によって、過去の記憶に拠らない、想像力を活用して創造された自己報酬追求型の心の本質的欲求を充足させる自己イメージ脚本が脳に定着したことで、新しい自己イメージが6カ月間持続したと考える。しかし、問題解決型行動特性に  $9.5 \rightarrow 9 \rightarrow 8.5$  と点数の悪化があり、介入後、問題を見る力が落ちていた。その解釈として、ストレス状況にありながら、そのことに振り回されずにいるためには、問題とほどほどの距離を置きながらタイミングや変化を待つというあり方が伺えた。

看護レジリエンスと臨床実践力の研修前と6カ月後の尺度値の比較を Wilcoxon の符号付き順位和検定したところ、看護レジリエンス ( $Z=-1.53$ ,  $p=0.13$ )、臨床実践力 ( $Z=-1.16$ ,  $p=0.24$ ) と、いずれも有意な差は確認されなかった。

自己の認知変容にとどまらず、職場の認知・環境変容にまで至るためには、いくつもの葛藤を乗り越え、さらなるレジリエンスの向上と発揮が求められ、時間を要するものと考えられ、そのため結果として尺度値の上昇が認められなかったと考える。

また、統制群においては各尺度に6カ月後の有意な変化は認められず、PIR群における6か月までの変化は、介入の効果である可能性が高いと言える。



6カ月後の自己価値感に改善の見られなかった‘非改善群’6名があった。この6名については、イメージ療法を用いた介入が成功していないことを示している。非改善群の特性として自己イメージが低く、高い自己抑制型行動特性と少しのことでも不安になりやすい特性不安の高さがあった。

宗像（2006）は、養育者の代理表象だけで自分のストレスを解消できないこのようなケースでは、親、きょうだい、子どもなどの親族のネガティブな情動伝達が潜在意識を支配しているため、この情動伝達を絶つプログラミングが必要であると述べている。本 PIR プログラムにおいては、このような嫌悪系の自己イメージ脚本をもつ一部の看護師の自己イメージ改善において限界があることがわかった。

## 第二節 本研究の意義

本研究では、臨床看護師のメンタルヘルスの現状に着目し、ストレスマネジメントにとどまらない、自己イメージとレジリエンスという視点から介入を試みたことで新たな視点を提供できた。特に看護師のレジリエンスに影響する心理社会的要因を明らかにして、自己報酬型の自己イメージに改善するPIRプログラムを作成し、効果を検討したことは、臨床看護師のメンタルヘルス支援において意義深い。

さらに、PIRプログラムとして構造化したことで、誰もが多少の準備をすれば講師となり、再現することが出来るという点において、実用化の期待ができる。

看護職は、高学歴化とともに多様な専門分野において、スペシャリストの育成がめざましい。専門職としての‘あるべき姿勢’や‘臨床実践力’への期待もますます高まっていると言える。しかし、患者のレジリエンスを支援する看護師のレジリエンスは、周囲の期待に添うよう努力する他者報酬型の測定尺度では測れない。既存の看護レジリエンスや臨床実践力尺度は、他者報酬型行動特性を測定するものであり、この尺度依存することで、ますますメンタルヘルスの悪循環を生む可能性を示唆したことは、今後の看護界に一石を投じたと考える。本研究の結果が、看護師が愉しく看護を継続できるためのヒントを提供するものとなれば幸いである。

### 第三節 本研究の限界

研究課題Ⅰは、臨床看護師 353 名に調査票を配布した。回収数は 331 (93.8%) と比較的良好ではあったが、未回収分が 42 あった。アンケートへの協力が得られない原因が、メンタルヘルスの状況にかかわっている可能性もあり、アンケート回収の時点でセレクションバイアスがあることも考えられる。そのため、結果を一般化して解釈することはできない。今後サンプル数を増やして、研究することが望ましい。

調査対象の把握は研究者の主観に依存するため、研究者による誤解や勘違いの排除であり、的確な分析結果を得るために努力することが極めて重要である。

研究課題Ⅱは、臨床看護師へのインタビューによる質的研究であった。本研究方法は、対象者の言葉が直接反映されているため、より被験者の実際に近い結果を得ることができた。しかし、対象は 10 名と限られている上、インタビュー内容の解釈は研究者の主観に依存するため、的確な分析結果を得るために、研究者による先入観や価値観を排除するよう努力した。しかし、ここにも限界があると言わざるを得ない。

自己イメージ改善プログラムを作成するために、SAT 理論について文献検討し、表情再脚本化イメージ法を主軸としたプログラムを作成した。しかし、内容は行動特性、気質チェックによる動機付けから、理論の解説、イメージ・ワーク実習までを含むため、プログラムの評価は、それぞれの方法の総合的評価であり、要素ごとに分析することはできない。

研究課題Ⅳ・Ⅴでは、臨床看護師に対して作成した PIR プログラムによる介入を行い、介入前、介入後、6 カ月後の心理測定尺度値の変化を非介入群との比較により検討した。

本研究には、いくつかの限界を有している。まず、対象のサンプリングの問題と、それに由来する研究デザインの不備がある。今回、対象としたのは、PIR プログラムと統制群である非介入群共に一般病院に勤務する看護師である。しかし、PEI プログラムは、広く一般病

院から募集したのに対し、コントロール群は、臨床指導者研修会参加者に募集を呼びかけた。良質のデザインとしては、多くの被験者を同時に動員して、ランダム割付けにより、介入群と非介入群に分け、同時期に両者のデータを収集することが望ましい。

今回、対象者数が少ないため、結果を一般化して解釈することはできない。今回のような集団への介入においては、適切な同等の人数にランダムに分けて、かつ、それらのグループの条件は均一にしたうえで、回数を重ねデータを蓄積する必要がある。

質問紙の回収は、6日月後 PIR プログラムは 19 が 16 (88%) へ、非介入群は 18 が 14 (77%) に減少した。研究課題 I と同様にセレクションバイアスがあることも考えられる。

本プログラムの臨床看護師全般に対する有効性を証明するためには、今後、プログラムの改善を行い、参加者の年齢や勤務場所などを拡大して介入を行い、さらに効果を検証する必要がある。

#### 第四節 結論

本研究では、個別療法としての SAT 療法の理論に基づき自己報酬型の自己イメージ脚本への変容を目指す集団介入プログラムを開発し、実施され、介入後から6か月後のレジリエンス力に関連する自己価値感の高さ、自己表現力の高さ、他に支援を求められる求援力が持てるという自己イメージ脚本が改善され、レジリエンスとしての不安傾向が有意に軽減される、6か月後の効果が確認された。このことから介入プログラムがレジリエンス向上に寄与したと言える。しかし、被介入者16名中5名には自己イメージ脚本の改善が見られなかった。親世代のイメージ変更までしか扱わない介入プログラムでは、それ以前の作られた脚本の変更はできず、自己報酬型自己イメージへの改善につながらなかったと考える。この点が本介入プログラムの限界であり、さらなるプログラムの改善が必要であるという結果となっている。

## 第五節 今後の課題と展望

今後の課題として、本研究で示した PIR プログラムの限界を解決すべく内容の改善を行い、さらに多くの看護師に対して行うことで、プログラムの有用性を検証する必要がある。

さらに、PIR プログラムを普及し、実用化するために、公的機関での研究成果の公表をはじめ、看護に携わる多くの人たちに紹介していく必要がある。

また、既存の看護レジリエンスや臨床実践力尺度は、自己報酬型の自己イメージを測る尺度ではないことが示唆されたため、看護師の自己報酬型のレジリエンスを測る尺度の作成にも取り組んでいきたい。

引用文献 · 参考文献

英文

Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Constructing benefits from Adversity: Adaptation significance and dispositional underpinnings, *Journal of Personality*, 64, 899-922.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*, New York, Harper & Row.

Crittenden, P. M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 85-96.

Degner, L. F., Gow, C. M., & Thompson, L. A. (1991). Critical nursing behaviors in care for the dying, *Journal of Cancer Nurs*, 14(5), 246-253.

Dumont, M. & Provost, MA.(1999). Resilience in adolescent: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression, *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 343-363.

Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology , Nursing Forum*, 32(1), 97-104.

Feldstein, M. A. & Gemma, P. B. (1995). Oncology nurses and chronic compounded grief, *Journal of Cancer Nurs*, 18(3), 228-236.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder, in Figley C. R., *Compassion Fatigue*, 1-20, Brunner/ Mazel Publishers, New York.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout, *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

Giacomo, Rizzolatti & Laila Craighero (2004). THE MIRROR-NEURON SYSTEM, *Neurosci*, 27, 169-92.

Grotberg, EH. (2003). Resilience for Today, Gaining Strength from Adversity., *Praeger Publishers*, 1 -30.

LeDoux, J. (2002). How Our Brains Become Who We Are., *The Autobiography of a Plastic Surgeon*. New York: Viking Penguin.

Msaten, A. S., Best, K, M. & Garmezy, n. (1990). Resilience and development, Contributions from the study of children who overcome adversity, *Journal of Development and Psychopathology*, 2, 425-444.

Reivich, K. J., Seligman, ME. & McBride, S. (2011). Master resilience training in the U.S. Army, *Department of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia*, 1994, USA. Jan; 66(1): 25-34.

Rurrer, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resilience to psychiatric disorder. British, *Journal of Psychiatry*, 147. 598-611.

Seligman, M.E. (2011). Building resilience. Source Positive Psychology Center, *University of Pennsylvania*, USA. Apr; 89(4): 100-6, 138.

Werner, E. E. (1993). Risk, resilience and recovery , Perspectives from the Kauai longitudinal study, *Dwvelopment and Psychopathology*, (5) 505-513.

"Welcome to 50Classics.com". [www.butler-bowdon.com](http://www.butler-bowdon.com).  
<http://www.butler-bowdon.com/psychocybernets.html>. Retrieved 2011-03-14.

#### 邦文

石井京子、藤原千恵子、河上智香、西村朋子、新家一輝、町浦美智子、大平光子、上田恵子：患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援とその支援に関与する要因分析，日本看護研究学会雑誌 30(2)，21-27，2007.

石井京子：レジリエンスの定義と研究動向，看護研究 (42) 1，医学書院，3-14，2009.

石川恵美子、島美樹、佐々木裕子、他：精神科に勤務する看護師のストレスについての意識調査、福島農医学 48(1)，68-71，2006.



石川准、室伏重紀訳：管理される心～感情が商品になるとき～，世界思想社，7，京都，2000.(Arlie R. Hochschild, The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling, 1993.)

石毛みどり、無藤隆：中学生における精神健康度とレジリエンスおよびソーシャルサポートとの関連．教育心理学研究(53)，356-367，2005.

井口恵津子、柳武洋子、石川麻美：継続意思のあるスタッフへの仕事継続に関する意識調査，第32回日本看護学会論文集，看護管理，82-84，2001.

伊藤秀子：「どうせ自分なんて」とつぶやく君に豊かな自己イメージを育てる教育を，開隆出版(4)，2001．東京．

犬童幹子：看護者のメンタイヘルスに関する研究～がん看護に伴う看護者の不安に関する因果モデルの検証と再構築，日本看護科学会誌 22(1)，1-12．2002.

井原裕、尾形広行、犬塚彩ほか：看護師レジリエンス尺度の信頼性と妥当性，産業保健人間工学研究(11)，82-85，2009.

井隼経子、中村知靖：資源の認知と活用を考慮した Resiliennce の4側面を測定する4つの尺度，パーソナリティ研究(17)，39-49，2008.

上里一郎監修、竹中晃二編：ストレスマネジメントー「これまで」と「これから」ー，ゆまに書房，2005．東京．

牛田貴子：「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 ver.3」を教育プログラムとして活用するための手引き（特集「キャリア中期看護師」をいかに育てるか，看護管理 17(6)，496-499，2007.

大西菜保子：ターミナルケアに携わる看護師の態度と悲嘆・癒しとの関連，東洋英和大学院紀要(2)，89-100．2006.

大西菜保子：ターミナルケアに携わる看護師の“肯定的な気づき”と態度変容過程，日本看護科学学会誌 29(33)，34-41，2009.

大澤智子、廣常秀人、加藤 寛：職場における業務内容に関連するストレスとその予防に関する研究（ー看護師の職場における惨事ストレス体験とその影響に関する調査研究ー），心的トラウマ研究(2)，73-84，2006.

尾形広行、井原裕、犬塚彩、多田則子、水野基樹：総合病院における看護師レジリエンス尺度の作成および信頼性・妥当性の検討, 精神医学 52(8), 785-792, 2010.

奥野久美子：メンタルヘルス不調による長期休業者の職場復帰支援の試み-SAT法を取り入れたプログラムの効果, ヘルスカウンセリング学会年報 14, 29-35, 2008.

折山早苗、渡邊久美：患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師の心的ストレス反応とその経過に関する研究, 日本看護科学学会誌, 29(3), 60-67, 2009.

景山隆之、錦戸典子、小林敏夫他：公立病院における女性看護師の職業性ストレスと精神健康度との関連、大分看護科学研究 4 (1), 1-10, 2003.

川口貞親、豊増功次：看護師のストレス状況とその関連要因, Quality Nursing, 51-58, 1998.

川本利恵子、川辺 圭子、諸岡 あゆみ、他：ナースにおけるバーンアウトと職務満足度 (第 1 特集 患者とナースのためのストレスケア), 臨床看護 32, 91-96. 2006.

Gacomo Rizzolathi & Corrado Sinigaglia：柴田裕之, 茂木健一郎：ミラーニューロン, 紀伊国屋書店, 2010, 東京.

北岡 (東口) 和代、谷本千恵、林みどり、湊崎輝美、所村芳晴、福島秀行、松本敦子、桶谷玲子：精神科看護者のバーンアウトと職場ストレス要因についての検討, 石川看護雑誌, Ishikawa Journal of Nursing(1), 2004.

木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い, 弘文堂, 2008, 東京.

黒瀬佳代子、宮路亜希子、檜垣由佳子、他：緩和ケア病棟に勤務する看護婦 (士) が陥る“燃え尽き”の構造, 日本看護学会誌 8(1), 18-26, 1999.

Christopher Peterson, 宇野カオリ 訳：実践入門 ポジティブ・サイコロジー「よい生き方」を科学的に考える方法, 春秋社, 2010, 東京.

小塩真司、中谷素之、金子一史、長峰伸治：ネガティブな出来事からの立直りを導く心理特性－精神的回復力尺度の作成－, カウンセリング研究(35)

57-65, 2002.

小花和 Wright 尚子：幼児期の心理的ストレスとレジリエンス，日本生理人類学会誌 7(1)，25-32，2002.

小花和 Wright 尚子：幼児期のレジリエンス，ナカニシヤ出版，2004，東京.

小林丈真、小林敏生、長見まき子、他：e-ラーニングを用いたアサーション教材の学習効果に関する検討—無作為化対象試験による検討—，産業衛生学雑誌 47，629，2005.

小松美穂子、奥宮暁子、前田和子、他：人間理解のための看護的アプローチ. 17，医学書院，2001，東京.

小松浩子、小島操子、岩井郁子、他：終末期医療に携わる看護婦のストレスに関する研究(1)，第19回日本看護学会論文集，看護管理，243-246，1988.

小森 まり子：栄養指導セミナー メタボ対策を成功させる，ヘルスカウンセリング. 食生活 102(7)，80-85，2008.

笹原朋代、梅内美保子、白井由紀，他：東大病院における緩和チーム始動前のニーズ調査—医師と看護師の死および緩和ケアに関する態度，緩和ケア，15(6)，669-674，2005.

佐藤琢志、祐宗省三：レジリエンス尺度の標準化の試み，看護研究 42 (1)，45-52，2009.

佐藤富雄：自分を変える魔法の「口ぐせ」，かんき出版，18-19，2003，東京.

佐藤紀子、牛田貴子、内藤理英、出口昌子、土佐千栄子：「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度 ver.3」作成の試み，日本看護管理学会誌 10(2)，32-39，2007.

Salvatore, R. Mabbì and Deborah, M. Khoshada : Resilience at Work. Amacom, New York , 2005. (山崎健司訳：仕事ストレスで伸びる人の心理学，41，ダイヤモンド社，2006，東京.)

Spielberger, C.D : STAI manual. Palo Alto, Calif, Consulting Psychologist Press, 1970. (水口公信ら訳，日本語版 STAI 使用手引き，三京房，1982.)

下川朋子、室田洋子：児童期における精神的回復力と家族コミュニケーションおよびソーシャルサポートとの関連，児童学研究(11), 59-66, 2009.

菅原郁子：末期癌患者の看護に携わる看護師の実践的知識，看護研究 26(6), 486-502, 1993.

砂賀道子：がん体験者のレジリエンスの概念分析，玉江北関東医学 61(2), 135-143, 2011.

瀬川有紀子、石井京子：中堅看護師の離職意図の要因分析：役割ストレスと役割業務負担感の関連から，大阪市立大学看護学雑誌 6, 11-18, 2010.

塩谷育子、宗像恒次：アルコール依存症者に対する SAT 療法による介入効果，ヘルスカウンセリング学会年報(14), 101-109, 2008.

鈴木裕子、宗像恒次：労働者のメンタルヘルスに対する SAT メンタリング認知介入効果の検討－3 ヶ月追跡調査，メンタルヘルスの社会学(14), 32-40, 11-22, 2008.

J.ボウルビィ：黒田実郎 他訳：愛着行動，岩崎学術出版社，1976，東京.

Joyce Travelbee：Interpersonal Aspects of Nursing, 1971 (長谷川浩、藤枝知子訳，『人間対人間の看護』，医学書院，2008，東京.)

田亮介、八木剛平、田辺英、他：精神疾患におけるレジリエンス研究－PTSD からの発展，臨床精神医学(37), 349-355, 2008.

高田智香、中嶋純子、田中みとみ：精神科スタッフが体験した衝撃的出来事の実態調査 衝撃的出来事対応マニュアル作成に向けて、日本精神科看護学会誌、49(2), 163-167, 2006.

武井麻子：感情労働としての看護，医学書院，2002.

竹内卓真、野村理朗：「顔」の研究の最前線，北大路書房，37-38, 2004.

谷口清弥：看護師の感情管理要因の現状に関する検討，甲南女子大学紀要 看護・リハビリテーション学編 (3), 77-86, 2009.

谷口清弥：精神科看護師のワークストレスと精神健康度の検討 一般科看護師との比較から－. 甲南女子大学研究紀要 看護学・リハビリテーション学編, 4, 189-197, 2010.

谷口清弥、宗像恒次：看護師のレジリエンスにおける心理行動特性の影響－共分散構造分析による因果モデルの構築－, 日本精神保健社会学会 メンタルヘルスの社会学(16), 62-70, 2010.

谷本桂：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, 2006.

田島美幸、中村 聡美、岡田 佳詠：うつ病休職者のための集団認知行動療法の効果の検証, 産業医学ジャーナル 33(1), 54-59, 2010.

ダマシオ A：無意識の脳, 自己意識の脳－身体と感情と情動の神秘. 講談社, 380-381, 2003, 東京.

Charles, A. Rapp, & Richard, J. Goschahe. : Strengths Model as a Management with Psychiatric Disabilities Second Edition. (田中秀樹監訳：ストレングスモデル 精神障害者のためのケースマネジメント, 38, 金剛出版, 2008, 東京.)

鳥井哲志編：ポジティブ心理学－21世紀の心理学の可能性－, ナカニシヤ出版, 3-21, 2007, 京都.

中嶋一恵、村上桐子、樋口倫子、橋本佐由理、宗像恒次：がん体験者のウェルビーイングのSATサポートシステム研究(その2)：「表情再脚本化イメージ法」の効果, 心身医学 49(6), 678, 2009.

中野恵介：大学生のメンタルヘルス支援の関わる研究－進化適応イメージ法による介入－, 筑波大学体育研究科 研究論文集 (29), 587-590, 2006.

西大輔、松岡豊、神庭重信：レジリエンス研究の理解のために－Richardsonのメタ理論とアロスタシス－, 精神医学 52, 289-295, 2010.

野末聖香：患者－看護師関係のモデル, 実践オレム－アンダーウッド理論 ところを癒す (南裕子), 39-44, 講談社, 2009, 東京.

寺岡貴子：精神病院で患者の死に遭遇した看護師に生じる反応とそのプロセス，日本精神保健看護学会誌 19(1)，1-11，2010.

日本看護協会 [www.nurse.or.jp/nursing/practice/seisaku/series.html](http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/seisaku/series.html) 2010. 4. 27

野畑留美、島中宗一：対人援助職（看護職）のメンタルヘルスと関係性の中で  
の自立と関連性に関する研究，メンタルヘルスの社会学(15)，28-39，2009.

萩野佳代子、瀧ヶ崎隆司、稲木康一郎：対人援助職における感情労働がバー  
ンアウトおよびストレスに与える影響，心理学研究(75)4，371-377，2004.

橋本佐由理、奥富庸一、宗像恒次：SAT カウンセリングセミナーの教育効果に  
関する研究 14 報，ヘルスカウンセリング学会年報(14)，65-85，2008.

針間博彦：マインドマスターズーオーストラリアの学校保健増進プロジェクト  
6ーレジリエンスを強化する：こころの科学(148)，161-167，2009.

樋口倫子、橋本佐由理：糖尿病患者への SAT ライフ・キャリア変容支援，  
ヘルスカウンセリング学会年報(16)，11-18，2010.

日高潤子、尾崎恵子：適応指導教室における不登校中学生の回復に関する研究  
(1)ー卒業生 2 名の面接調査によるレジリエンスの観点からの検討ー，目白大学  
心理学研究(3)，51-61，2007.

寶田 穂：薬物依存症者への看護における無力感の意味：看護師の語りより，日  
本精神保健看護学会誌 18(1)，10-19，2009.

長谷川浩、藤枝知子訳：トラベルビー 人間対人間の看護，101-104，医学書  
院，2008，東京.

長谷川純、小澤由嗣：森川早苗言語視聴覚士学生を対象としたアサーション・  
トレーニングの効果，人間と科学，県立広島大学保健福祉学部誌(18)  
55-66. 2008.

平木典子：アサーショントレーニングーさやかな自己表現のためにー，日本・精  
神技術研究所，158-181，1993，東京，

樋口倫子、宗像恒次：がんから学ぶ愛情脚本に基づくライフキャリアーがん体験者のための生き方変容支援を通してー，ヘルスカウンセリング学会年報(15), 13-21, 2009.

樋口倫子、宗像恒次：SAT療法による心因性視覚障害の治療予後に関する研究，ヘルスカウンセリング学会年報(9), 45-54, 2003.

古谷肇子、谷冬彦：看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルの検討，日本看護科学会誌，28, 55-61, 2008.

堀洋道、山本眞理子編：心理測定尺度集Ⅱ. 170-173, サイエンス社, 2001, 東京.

前田理恵、清水目明子、立川 妙子：域活動報告 SAT ソーシャルスキルを活用した「出前講座」発進!!，ヘルスカウンセリング学会年報(15),93-102, 2009.

前田隆子、橋本佐由理、宗像恒次：癌患者への SAT 療法による介入の試み，がん看護 10 (5), 2005.

榎本 妙子：「健康」概念に関する一考察，立命館産業社会論集 36(1), 123-139, 2000.

松岡紘史、慢性疼痛に対する認知行動療法の効果と治療効果の媒介要因および調整要因，心身医学 50(12), 1145-1150, 2010.

三井さよ：看護職における感情労働，大原社会問題研究所雑誌，567, 14-26 2006.

向笠京子、橋本佐由理、樋口倫子：2型糖尿病患者への SAT 法介入によるメンタルヘルスと HbA1c 値の検討，メンタルヘルスの社会学(16), 26-34, 10-31, 2010.

宗像恒次、高臣武史、河野洋二郎、他：日米青少年期の家庭環境と精神健康に関する比較研究，昭和 62 年度厚生省科学研究報告書，1987.

宗像恒次：ストレス源の認知と対処行動ーイイコ行動からの自己成長ー. 精神保健研究 (39) 29-40, 1993.

- 宗像恒次：ストレス解消学，小学館ライブラリー，141.146-150，1995，東京．
- 宗像恒次：行動科学から見た健康と病気，メジカルフレンド社，1996，東京．
- 宗像恒次：SAT カウンセリング技法，広英社，1997，東京．
- 宗像恒次監修：ヘルスカウンセリング事典，日総研，1999，名古屋市．
- 宗像恒次：進化するヘルスカウンセリングの今 心の想起・伝達・変換の科学 (1)，ヘルスカウンセリング 3(1)，65-70，2000．
- 宗像恒次：対人専門職としての抑うつ，こころの科学 40(1)，7-13，2003．
- 宗像恒次：SAT 療法，32-35，金子書房，2006．東京．
- 宗像恒次 監修：SAT 法を学ぶ，224-228，金子書房，2007，東京．
- 宗像恒次：自分の DNA 気質を知れば人生が科学的に変わる，講談社，2007，東京
- 宗像恒次、小林啓一郎、橋本佐由理、前田隆子、初矢和美、角井園子、大久保由香、持田麻里、林隆志、帯津良一、庄司進一、村上和雄：SAT イメージ療法の適用により、がん抑制遺伝子の活性度および免疫力が向上した乳癌患者の 1 症例，ヘルスカウンセリング学会年報(10)，61-68，2007．
- 宗像恒次：SAT カウンセリングセミナーの教育効果に関する研究 第 14 報，ヘルスカウンセリング学会年報(14)，65-85，2008．
- 宗像 恒次：困窮体験が促す本当のライフキャリア形成--SAT 表情再脚本化イメージ法による支援 (特集論文 SAT 法を通じたその人らしいキャリア形成)ヘルスカウンセリング学会年報(15)，1-12，2009
- 宗像恒次：人生と社会を再構成する新世代の認知行動療法 SAT 療法，ヘルスカウンセリング学会年報(16)，1-9，2010．
- 山岸 明子、寺岡 三左子：Resilience 及び自尊心と看護実習についての語りとの関連，日本教育心理学会総会発表論文集(52)，454，2010．



山本嘉一郎、小野寺孝義編著：共分散構造分析と解析事例 第2版．ナカニシヤ出版，16－17，2002，京都．

森田 光子：学校における健康相談--ヘルスカウンセリングという支援．月刊学校教育相談 25(8), 4-7, 2011

## 業績

### 紙面発表

#### 〈学位論文〉

谷口清弥. 看護師の感情労働がポジティブな経験となるための実践的研究－感情管理に影響する要因の検討－, 甲南女子大学大学院 人文科学総合研究科 社会・文化環境学専攻 博士前期課程 平成 19 年度修士論文

#### 〈原著論文〉

谷口清弥, 宗像恒次 (2010) 看護師のレジリエンスにおける心理行動特性の影響～共分散構造分析による因果モデルの構築～. メンタルヘルスの社会学, Vol.16 62-70 (論文添付)

谷口清弥, 武田文, 宗像恒次 (2011) 看護師の困難からの立ち直りのプロセスと困難体験が看護に与えた影響. 日本保健医療行動科学学会年報, Vol.26 89-103 (論文添付)

#### 〈口頭発表〉

谷口清弥 (2010) 看護師のレジリエンスと心理・行動特性の関連, 第 20 回日本精神保健看護学会学術集会, 2010. 6 東京

谷口清弥 (2011) 看護師の困難からの立ち直りのプロセスと困難体験が看護に与えた影響、第 21 回日本精神保健看護学会学術集会, 2011. 6 名古屋

#### 〈示説発表〉

Taniguchi K, Takeda F, Munakata T (2010) Building a Causal Model to Improve Nurse Resiliency. 6 th International Conference of Health Behavioral Science ICHBS

谷口清弥 (2011) 看護師のレジリエンス向上をめざしたアサーションプログラムの効果, 第 26 回 日本保健医療行動科学学会学術大会 2011. 6 大阪

谷口清弥 (2011) 看護師のレジリエンス向上をめざした PIR プログラムの効果 第 26 回 日本保健医療行動科学学会学術大会 2011. 6 大阪

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、多くの方からご指導ならびにご協力をいただきました。調査においては、神戸、大阪、石川県の広範囲にわたり、病院看護部長様をはじめどれだけ多くの看護師の方々の協力をいただいたのでしょうか。本当に感謝の言葉に耐えません。

また、質的調査においては、臨床看護師の方々に、過去のネガティブな体験について長時間に渡りお話を聞かせていただきました。出会った困難の中での苦悩の語りに共感し、そこから立ち直る人間の強さに感動を覚え、多くのことを学ばせて頂きました。

皆様のご協力なくしては、この論文は成り立ちませんでした。心よりお礼申し上げます。

多忙な職場状況の中で、博士課程に進むことを後押しして下さった甲南女子大学の津村智恵子学部長、仕事を休み筑波に行くことをいつも快く承諾し、協力して下さった川口優子先生、玉木敦子先生、西村美登里先生、心より感謝しております。また、仕事を持ちながら論文を書き上げることが出来たのも、職場の仲間がいつも温かく応援して下さいたからだと思っています。

関西からの通学は、往復 10 時間をかけて通いました。関西から共に通学をしている塩谷育子さん、山本美奈子さんと共に励まし合ってきたから最後まで続けることが出来たと思います。2人は私よりはるかに先輩で、何もわからない私に本当に親切に親身になって質問、相談に応じてくれました。共に歩む仲間がいることで、精神的にもどれだけ支えられたのでしょうか。一足先に修了した塩谷育さんは、よき目標でありました。また、研究課題Ⅲでの介入の実施にあたっては、山本美奈子さんにアサーション研修の講師を始め、PIR 研修のアシスタントもお願いし、多大なる協力をいただいたことに心より感謝いたします。

宗像・橋本研究室の皆さんには、たくさんのアドバイスをいただき、ありがとうございました。

橋本佐由理先生には、研究アドバイスはもとより、終始暖かく見守っていただきました。深く感謝いたします。

武田文先生には、私の話に耳を傾け、丁寧にご指導をいただきましたことを深く感謝申し上げます。

指導教官である宗像恒次先生には、30 歳代でヘルスカウンセリングを学び始めた時から大変お世話になっています。本論文の作成にあたり終始温かくご指導いただきましたことを深く感謝申し上げます。

# 卷末資料 I

研究協力のお願ひ

同意書

使用した心理測定尺度

# 看護師のレジリエンスに関する調査

## アンケートへのご協力をお願い

看護師のバーンアウトや離職の問題は、メンタルヘルスの問題としてこれまでも多くの研究や取り組みがされてきました。しかし、近年の調査においても現場で働く看護師の約半数が抑うつ状態であるという結果が出ており、看護師が現場でいきいきと働けていないという現状は明らかであるとともに、依然として看護師のメンタルヘルスは深刻な問題と言えます。

これまでのストレスマネジメントは、個人のストレス耐性を高めストレスに打ち勝つ力を身につけるという考え方でした。しかし、現実には患者の急変やトラブルなど思いもよらない、避けることのできないストレスはあるものです。そこで、一時的にダメージを受けたとしてもそのダメージから立ち直る“復元力”である“レジリエンス”に注目しました。

レジリエンスは、誰もがもっている心理的特性であり、どの世代の人でも伸ばすことができるといわれています。(Grotberg, 2003)

そこで、現場で働く看護師の方々に研修を行い、レジリエンスへの効果を調査したいと考えております。

【目的】 看護師へのレジリエンストレーニングをプログラム化し介入後の効果を検証する。

【協力をお願いしたい内容】

1. 研修前後のアンケート
2. 研修1カ月後のアンケート：郵送

アンケートの回答には、15分程度の時間を要します。6カ月後のアンケートについては、回答いただいた用紙は同封の返信用封筒で返送をお願いします。

【アンケートの取り扱い】

1. 本研究の参加はあなた自身の自由意志により同意が得られた場合にお願いいたします。
2. 本研究の参加に同意しなくても、不利益を被ることは一切ありません。
3. 一度研究への参加を同意した後も、不利益を受けずに随時同意を取り消すことができます。
4. アンケートの内容は、この研究以外の目的で使用することはありません。
5. データは数値化して用い、個人が特定されることはありません。
6. 回収いただいたアンケートは、研究終了後に速やかに処分します。

研究の趣旨をご理解いただき、ぜひとも調査にご協力いただけますようお願いいたします。  
研究への協力に際してご意見ご質問などがございましたら、気軽に研究実施者にお尋ね下さい。

研究者： 谷口清弥（たにぐちきよみ）

所属： 筑波大学大学院 博士課程

人間科学総合研究科・ヒューマン・ケア科学専攻

連絡先： 甲南女子大学 看護リハビリテーション学部

658-0001 神戸市東灘区森北町6丁目2-23

Tel 078-413-3798

E-mail tani@konan-wu.ne.jp

## 研究協力の同意書

私は看護師のレジリエンス介入調査について説明を受け、研究の目的と方法、私が協力して行う次の研究協力事項について理解し、協力に同意します。

平成 年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_

説明者 筑波大学人間総合科学研究科  
谷口 清弥

6 カ月後に調査票を送らせていただきます。

研究協力に同意していただける場合、下記に送付先をお書き下さい。

郵便番号 ( )

住 所

氏 名

電 話 or アドレス

次の事柄は、あなたにどの程度あてはまると思いますか？

| 1. 自己価値感                         | そう<br>思わない | そう思う | 大いに<br>そう思う |
|----------------------------------|------------|------|-------------|
| 1. だいたいにおいて自分に満足している             | 0          | 1    | 2           |
| 2. ときどき自分がんでだめだと思う               | 0          | 1    | 2           |
| 3. 自分にはよいところがたくさんあると思う           | 0          | 1    | 2           |
| 4. たいていの人がやれる程度にはやれる             | 0          | 1    | 2           |
| 5. 自分には自慢するところがあまりないと思う          | 0          | 1    | 2           |
| 6. ときどき、全く自分が役立たずだと感じる           | 0          | 1    | 2           |
| 7. 少なくとも他人と同じくらいの価値はある人間だと思う     | 0          | 1    | 2           |
| 8. もう少し自分を尊敬できたらよいと思う            | 0          | 1    | 2           |
| 9. だいたい自分は何をやってもうまくいかない人間のように思える | 0          | 1    | 2           |
| 10. 自分に対して肯定的である                 | 0          | 1    | 2           |

| 2. 自己抑制型行動特性                     | そうでは<br>ない | まあそう | いつもそう |
|----------------------------------|------------|------|-------|
| 1. 自分の感情を抑えてしまう方だ                | 0          | 1    | 2     |
| 2. 思っていることを容易に口に出せない             | 0          | 1    | 2     |
| 3. 人の顔色や言動が気になる方である              | 0          | 1    | 2     |
| 4. つらいことがあっても我慢する方である            | 0          | 1    | 2     |
| 5. 人から気に入られたいと思う                 | 0          | 1    | 2     |
| 6. 人の期待に沿うよう努力する方である             | 0          | 1    | 2     |
| 7. 自分の考えを通そうとする方ではない             | 0          | 1    | 2     |
| 8. 自分らしさがないような気がする               | 0          | 1    | 2     |
| 9. 人を批判するのは悪いと感じる方である            | 0          | 1    | 2     |
| 10. 自分にとって重要な人には自分のことをわかってほしいと思う | 0          | 1    | 2     |

| 3. 感情認知困難  | そうでは<br>ない | まあそう | いつもそう |
|--|------------|------|-------|
| 1. 感情的になる自分が恥ずかしい方である                            | 0          | 1    | 2     |
| 2. どちらかという人に頼られる方である                             | 0          | 1    | 2     |
| 3. 感情的にならない自分に安心感がある                             | 0          | 1    | 2     |
| 4. 人に弱音を吐きたくない方である                               | 0          | 1    | 2     |
| 5. 自立している自分に安心感がある                               | 0          | 1    | 2     |
| 6. 依存的になる自分に許せないとか、恥かしさを感じる                      | 0          | 1    | 2     |
| 7. 弱い自分を見せたくない方である                               | 0          | 1    | 2     |
| 8. 人に頼るのは苦手である                                   | 0          | 1    | 2     |
| 9. 自分の気持ちや感情がわからなくなることがある                        | 0          | 1    | 2     |
| 10. 理由のわからない下痢、便秘、頭痛、腰痛、肩こり、アレルギー症状など慢性的な身体症状がある | 0          | 1    | 2     |

| 4. 問題解決型行動特性                                      | そうでは<br>ない | まあそう | いつもそう |
|---|------------|------|-------|
| 1. 現状を振り返ったり、考えたりする時間を持つ方である                      | 0          | 1    | 2     |
| 2. 何事も事実を確認しながら判断していく方である                         | 0          | 1    | 2     |
| 3. 「何故そうなるのか」と物事の原因や背景を考える方である                    | 0          | 1    | 2     |
| 4. 新しいことに取り組む前に見通しや計画を立ててみる                       | 0          | 1    | 2     |
| 5. 問題を抱えても、いろいろと考え、その状況の見方や自分の考え方を変えてみる           | 0          | 1    | 2     |
| 6. 人から問題解決の手がかりを得ようとする                            | 0          | 1    | 2     |
| 7. 問題を抱えた時、見通しを得るために、しばらく離れてみる                    | 0          | 1    | 2     |
| 8. 人と会話する時、感情的になることは少ない方である                       | 0          | 1    | 2     |
| 9. 同じような問題を抱え、同じ失敗を繰り返すことは少ない方である                 | 0          | 1    | 2     |
| 10. 何かしたいと思った時、その具体的な手続きや方法や見通しについて考えたうえで実行しようとする | 0          | 1    | 2     |

5. 情緒支援認知

|                                   | 家族の中に |     | 職場の中に |     |
|-----------------------------------|-------|-----|-------|-----|
|                                   | いる    | いない | いる    | いない |
| 1. 会うと心が落ち着き安心できる人                | 1     | 0   | 1     | 0   |
| 2. つね日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人         | 1     | 0   | 1     | 0   |
| 3. あなたを日頃評価し、認めてくれる人              | 1     | 0   | 1     | 0   |
| 4. あなたを信じて思うようにさせてくれる人            | 1     | 0   | 1     | 0   |
| 5. あなたが成長し、成功することを我がことのように喜んでくれる人 | 1     | 0   | 1     | 0   |
| 6. 個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人        | 1     | 0   | 1     | 0   |
| 7. お互いの考えや将来のことなどを話し合うことのできる人     | 1     | 0   | 1     | 0   |
| 8. 甘えられる人                         | 1     | 0   | 1     | 0   |
| 9. あなたの行動や考えに賛成し、支持してくれる人         | 1     | 0   | 1     | 0   |
| 10. 気持ちの通じ合う人                     | 1     | 0   | 1     | 0   |

6. 特性不安

|                                      | ほとんど | ときたま | しばしば | しょっちゅう |
|--------------------------------------|------|------|------|--------|
|                                      | ない   |      |      |        |
| 1. 気分がよい                             | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 2. 疲れやすい                             | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 3. 泣きたい気持ちになる                        | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 4. 他人のように幸せだったと思う                    | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 5. すぐに心が決まらずチャンスを使いやすい               | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 6. 心が休まっている                          | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 7. 落ちついて冷静であわてない                     | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 8. 問題が後から後から出てきてどうしようもないと感じる         | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 9. つまらないことを心配しすぎる                    | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 10. 幸せな気持ちになる                        | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 11. 物事を難しく考えてしまう                     | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 12. 自信がないと感じる                        | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 13. 安心している                           | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 14. 危険や困難を避けて通ろうとする                  | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 15. 憂鬱になる                            | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 16. 満ち足りた気分になる                       | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 17. つまらないことで頭が一杯になり悩まされる             | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 18. 何かで失敗するとひどくがっかりして、そのことが頭を離れない    | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 19. あせらず、物事を着実に運ぶ                    | 1    | 2    | 3    | 4      |
| 20. そのとき気になっていることを考え出すと緊張したり、動揺したりする | 1    | 2    | 3    | 4      |

7. 看護レジリエンス

|                                 | あてはま | ややあてはま | どちらとも | ややあてはま | あてはまる |
|---------------------------------|------|--------|-------|--------|-------|
|                                 | らない  | らない    | いえない  | はまる    |       |
| 1.看護職のいろいろな業務に挑戦してみたい           | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 2. 気の合わない上司・同僚に合わせていくのは苦手だ      | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 3. 職場以外に愛情を注ぐ対象(家族・友人など)がいる     | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 4. 慣れない仕事をするのは好きではない            | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 5. 臨終時や急変時にも自分を落ち着かせることができる     | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 6.さまざまなタイプの上司・同僚とそれなりに付き合える     | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 7. 新しい業務や珍しい仕事が好きだ              | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 8. わがままだを聞いてもらえる人がいない           | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 9. つらいことがあってもなんとか仕事になる          | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 10. 看護の仕事への興味や患者さんへの関心が強いほうだ    | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 11. 大きな責任を任せられたら頑張ろうと思う         | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 12. 看護職として私の将来には希望がある           | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 13. 私には看護職としての目標がある             | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 14. 私は看護のプロとして日々努力している          | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 15. 看護の勉強をもっとしてみたいと思う           | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 16. 嫌いな上司・同僚とも「仕事」とわり切って付き合い合える | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 17. 職場に新しい上司・同僚が入ってきてもうまくやっていける | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 18. 困難なことも、看護のプロとして成長に必要なだと思う   | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 19. 新しい仕事を覚えるのはかんたん             | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 20. 家族以外にも悩みを話せる人がいる            | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 21. 幼い頃自分に愛情を注いでくれる人がいた         | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |
| 22. 自分が今日あるのはこの人のおかげ」といえる人がいる   | 1    | 2      | 3     | 4      | 5     |



次の事柄は、あなたにどの程度あてはまると思いますか？

| 8. 臨床実践力  | あてはまらない | ややあてはまらない | どちらともいえない | ややあてはまる | あてはまる |
|---|---------|-----------|-----------|---------|-------|
| 1. 私は部署における係り(役割)に積極的に参加している                    | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 2. 私は後輩や同僚に、指導ができる                              | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 3. 私は看護に専門的知識を活用し、ケアを工夫している                     | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 4. 私は周囲から中堅あるいはベテランナースとして認められていると思う             | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 5. 私は自分のこうありたいと思う看護に近づく学習をしている                  | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 6. 私は患者の意見と医師の意見が一致しない場合、患者の擁護者となり医師と交渉している     | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 7. 私は医療事故が起こりそうな状況(ヒヤリハット)に対して、具体的な対策を提案できる     | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 8. 私は実践したケアが患者と家族の両者の満足につながっているかを評価している         | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 9. 私は後輩や同僚に伝えたい看護観を持っている                        | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 10. 私は看護目標を達成するために、その時々で計画を微調整しながら、看護を実践している    | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 11. 私は新しい意見や情報を柔軟に活用している                        | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 12. 私は患者のケアに関して、上司と自分の考えが異なることを、上司に伝えられる        | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 13. 私は職場の目標を認識し、達成に向け行動している                     | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 14. 私は患者の治療計画・退院時期などについて、医師や他職種に自分の意見を伝え、調整している | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 15. 私は現在研究してみたいテーマを持っている                        | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 16. 私は患者や家族と話し合って看護目標を立てている                     | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 17. 私は職場内の業務改善に積極的である                           | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 18. 私は患者が知りたくない権利を尊重しながらも、事実を知ることに向き合えるよう支援している | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 19. 私は他の看護師に業務を分担する場合、相手の能力を適正に判断して業務を委託している    | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 20. 私は他のスタッフから、患者についてよく質問を受ける                   | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |
| 21. 私は業務上の問題点を捉えて自ら問題提起している                     | 1       | 2         | 3         | 4       | 5     |

あなたのプロフィールについておたづねします。該当する番号に○をつけて下さい。

|       |       |
|-------|-------|
| 1. 年齢 | ( ) 歳 |
|-------|-------|

|            |        |
|------------|--------|
| 2. 看護師経験年数 | ( ) 年目 |
|------------|--------|

|       |        |        |        |         |
|-------|--------|--------|--------|---------|
| 3. 資格 | (1)保健師 | (2)助産師 | (3)看護師 | (4)准看護師 |
|-------|--------|--------|--------|---------|

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

## 卷末資料Ⅱ

インタビューの質的データ  
分析ワークシート

カテゴリ1.【混乱した自己と向き合う内的体験】

|         |  |
|---------|--|
| 概念名1    | 混乱した自己と向き合う内的体験  |
| 定義      | <p>解決困難な状況に遭遇し、混乱した自己と向き合う体験。<br/>                 強い感情を伴い、悲しみや恐怖、自責といった感情に圧倒されながら、困難の原因や理由について自問自答を繰り返す。</p>  |
| バリエーション | <p>【1-2】いつもなんですけど、とりあえずどん底まで落ちます。<br/>                 その時は、自分を責めたり悪いことしか考えられないんですね。どん底まで落ちるんですけど、結局なんか落ちたところの線があるんでしょうかね、いきなり「しゃーないわ」って思うところがあるんですね。くよくよしてもしゃーないしなあって、思うんですけど、その切り替えが何のきっかけかはぜんぜんわかんないんですけどね。<br/>                 1 日中気分も悪いし、悪いことばかり考えて、ご飯もたべれなくなって、食べないからフラフラになりながら、仕事はするんですけど、ある日突然しゃないなって。この間は人に話すこともしないですね。<br/>                 【3-1】30歳の時息子が亡くなったんですね。その後2年は放心状態で何をどう生活してたのかほとんど覚えてないんです。自分は精神的に弱いからきつと立ち直られへんわと思いつつながら。人の言葉に傷つき、友達も切っていくって、本当に家族以外誰も接しなくなった。自分のせいと自分を責めて、自分がなんでこんなことになったのか、どんな意味があるのか、自分ではなく子どもにふりかかった、お腹の中では元気だったのに、オギャーということもなく脳死状態で彼は何のために生まれてきたのか。何の意味があるのかとずーっと考えた。<br/>                 【0-1】40歳過ぎにリウマチと診断された。このまま寝たきりになるのか、この先どうなるんだろう。数日泣いて、自分をコントロールできなくなった。<br/>                 【4-1】(一番つらかったのは)抗がん剤治療始める前に、リンパの腫れを見つけた時。抗がん剤治療したら本当に治るのかな、主人には言えなかった。副作用で、髪がバサっと抜ける、自分が変わっていく。3回目くらいから、すごくしんどくて、食べれない、動けない。白血球減少してしんどい中で、病院にいかななくてはいけない。発疹が出たりして、副作用が残るのか。抗がん剤治療が長くなると、復帰への不安も徐々に出てきて、することがないので、これでいいのかなーとか考えて、経済的なこと、長くなるときついなー。色々なこと考えて、でも考えても仕方がないなあって、今どうしようもないしなー<br/>                 【4-2】何で病気になったのかなっていうのも考えたけど、はじめはばちが当たったのかなと思ったけど、ずっと働きずめだったので休めっていうことかなとか、息子も高校入ったときだったので、家の事も見るよっていうことかなと思ってる。<br/>                 【5-1】年行ってるから使い物にならない。学歴がないから駄目。大声、罵声、態度 ひどい仕打ちをうけて、事実上辞めさせられた。地位のある人なのに、こんな人もいるんだ、社会勉強した。ヘルニア悪化してこれまで良くてくれた病院に行っても、入院させてくれない。医療者不信 自分は自分で守るしかない。<br/>                 (中略)冬ヘルニアの悪化で、3カ月まったく動けず、人のかかわりが遮断された。今までしてきた自分の行動つまらない、過去を振り返る考える時間になって、何で人との関わりに期待してたんやろう。人への悪いイメージを持つ自分、うらんだりする雑念を持つのはみじめでちっぽけ、やめようと思った。<br/>                 【7-1】人前では泣かなかったんですけど、夜床に入ってから泣いてました、とことん泣いて落ちつけていました。<br/>                 【8-1】負担なときとか、すごく頭にきたときとか、悲しい時とかには、書くんですね。<br/>                 ずーっと書く。出来事と気持ちをだーっと書いてるうちに、何か解決策が、ずっと今までそうですね。こんな風に言ってる私は何？馬鹿じゃない？みたいな。またあとで読みなおすんですね。<br/>                 反対</p> <p>防衛的問題回避<br/>                 における体験の<br/>                 無意味化</p> <p>【6-1】立ち直るまでかなりしんどかった。でも休むこともできない、夜勤夜勤と続いて振り返ることもできない。<br/>                 【6-1】忘れるんです。悩みがあっても今考えてもしゃないやん 一晩寝たら忘れる 人生に引きずるほどしんどいことはなかった。起ってしまったことは起こってしまったこと、過ぎたことはしょうがない あまり考えない。自分でそうしてきてるんだと思う。本当はそんなに強くないし、気にするところもある それをしょいこんでしまうと周りが見えなくなるから、</p> |

|       |   |
|-------|---|
|       | <p>そういう風に自分を守ってる。かかえないように、出すようにはしてます。 あったことはしょうがないから忘れる。</p>  |
| 理論的メモ | <p>大きなダメージを受けると、自我が脆弱となりささいな刺激にも対応、対処できない状態となる。そのため、精神状態は退行し、刺激から身を守る引きこもり状態を選択する。</p> <p>その時期においても、精神活動は活発で頭の中はずっと思考が活発化している。この過程は悲嘆のプロセスをたどっている。立ち直るために必要な意味ある時間と経験。しっかりここで自分の感情と向き合うことが大切。抑圧してしまってはだめ。</p> <p>この内的作業に耐えて意味を見出す人と、うつになる人の違いは何か？【3-1】こも3年かかっていることを思えばうつだったのかもしれない。回復する人とならない人の違いは？ 楽しむこと？</p> <p>【1-2】は、内的作業の結果、開き直りに至っている。開き直りは、諦めでも放棄でもなく、こだわりを捨てあるがままを受け入れるという境地である。</p> <p>ばちって何のばち？</p> <p>泣くこと 感情表出も大事</p> |

カテゴリ2. 【困難を支えたポジティブな感情体験】

|         |   |
|---------|---|
| 概念名     | 趣味への没頭  |
| 定義      | 自ら好んで行う趣味や勉強などであり、それに打ち込んでいる時間はネガティブな感情から離れることが出来るだけでなく、楽しさ、満足などの喜びを感じられ、時間を忘れて打ち込むという体験  |
| バリエーション | <p>【3-1】それまではね、トールペイントに没頭していたんですよ。作り上げること、生み出すことが子育てに通じる場所があって、生み出すことの喜びがあって没頭してましたね。作ったものを人にあげたら「上手ね」「かわいいー」と喜んでくれるのが喜びであり癒されたのかもしれないね。</p> <p>すごい作ったと思いますが、一つも残って人ないんです。(笑)</p> <p>【4-2】気晴らしは、本が一番でしたね。宇野千代 90過ぎても、かわいい、恋。浅田次郎 現実を忘れられる。</p> <p>【5-1】絵を描くのが救い 絵を描いてると他のことをするのを忘れるくらい没頭できる</p> <p>【5-1】菜園とガーデニングをしている。実がなるとうれしくて、出来たトマトを写メールで友達に送って見てもらったりしています。</p> <p>【9-1】1年前緩和ケアチーム立ち上げた。自分の好きなようにやると、院長・看護部長から任されている。これが張り合いになっている。</p> |
| 理論的メモ   | <p>没頭するほど好きなこと、楽しいことに打ち込むことは、脳内のセロトニン、ドーパミンの分泌を促し、生み出す喜びは、自己価値感を高める。</p> <p>自分が自分のために楽しみ、それが結果として人にも喜んでもらえたとすれば、かなりの癒しになった。</p> <p>自分を癒す行動がとれるのは、自己イメージが良いから。</p> <p>現実逃避という側面もあるが、逃避しながらエネルギーを蓄えていると言える。</p>   |

|     |   |
|-----|---|
| 概念名 | 支援者の存在  |
| 定義  | 自身の理解者であり、応援してくれる他者の存在。その人からの言葉、あるいはその存在そのものが心の支えとなる。   |
|     | <p>【1-1】外科に移った時に、〇〇師長がいて、その師長とまた仕事ができることがうれしいという気持ちが勝ってたのかな。8年ぐらい一緒に仕事してきて、尊敬している師長さんだったので、恩返しできたらいいなと思って。母みたいな存在なんです。</p> <p>【4-2】〇〇さんにメールでぐずぐず言って、一番聞いてもらった。(中略)今までで、一番尊敬できる友達、自分にとって大事な人、病気になる前に出会ったので、部下という立場で出会ったので、自分が病気になるうえで必要な人を与えてもらったのかなって。</p> <p>【7-1】1年目に私結構患者さんの死亡にあたったんですよ。自分の中で落ち込んだり、うまくできなかつたりとかがあったんですけど、その時の看護長さんが、「患者さんって一番ねそばにいてほしいの時に亡くなるんだから」って、「だからすぐしんどいかもしれないけど、あなたを待ってたかもしれないから、ちゃんとお見送りしてあげてね」みたいなことを言われて、それからもう良く当たるんですけど、そのときに看護長さんの言葉を思い出して、嫌だなと思うんじゃないかと、何か伝えたいことがあったのかとかかして送るようにはしています。</p> <p>【1-2】副師長と仲が良くて、相談してたんですけど、師長の問題もある、あなたは間違ってたかと思ってるよって言ってきて、〇〇師長も間違っていないと言ってくれたのが大きかった。日曜日の遅出がないまままかせにしていた管理者の問題も大きいよと。悪意があつて帰つたのではないということも、私の人間性を分かってくれてるから言ってくれて、メールでそんなことを伝えるのも良くないと自分と同じ価値観でいてくれたことが嬉しかった。</p> <p>【2-1】患者さんに救われたんですよ。認知症の方なんか私たちの感情関係なく笑わせてくれたりするじゃないですか。救われましたね。お年寄りの方とか、表情を読み取るのが上手なんですかね。「疲れてるね」「今は辛抱しなあかん時期なんよ」「そういう立場にいるんだからそれはぐっとこらえなさい」とか何を知ってるわけじゃないんやけど言いはるんですよ。</p> <p>【3-1】トールペイントに没頭してたんですよ。作り上げること、生み出すことが子育てに通じるところがあつて、生み出すことの喜びがあつて没頭してましたね。作ったものを人にあげたら「上手ね」「かわいいー」と喜んでくれるのが喜びであり癒されたのかもかもしれませんね。すごい作ったと思いますが、一つも残って人ないんです。(笑)</p> <p>【4-2】主人の母が思った以上に心配してくれた。以前同居していて、うまくいかななくて別居した。それもあつて苦手な母でした。(中略)義理の父母との関係も良くなったので、何かあつたら見てあげたい<br/>主人が手伝ってくれるようになった。夫からしたら、全く心配のない私が病気になるんだって(この経験から学んだことは?)周りの人にすごい助けてもらってる。守ってもらってる。</p> <p>【5-2】どん底に落ちた時、助けてくれる人に出会ってきた。ラッキー 幸せ</p> <p>【6-1】仲間に、気持ちを出していった。話を聞いて肩を持つてくれる友達がいいた。<br/>〇〇さんから、人間はミスをするもの、システムの問題(希釈したイノバンを入荷してない)だと言われた。同じミスを繰り返さないために、すぐ希釈のイノバンを入れてくれた。つかえが多少とれた。</p> <p>【0-1】同じ病気の患者達の頑張りをみてパワーをもらった。こんなに頑張っている人がいるんだ、私も思った。(ちょっと違うかな…)</p> <p>【0-1】40歳過ぎにリュウマチと診断された。このまま寝たきりになるのか、この先どうなるんだろう。数日泣いて、自分をコントロールできなくなった。<br/>決心して病気の事、長男に話した。(中3)何も出来なくなるかも、寝たきりになるかも、進学させてあげられないかも。<br/>当時反抗期で、物を投げたりするような子が、ガラリと変わった。協力的で助けてくれる。大人になった。主人が2人出来たように頼れる人になった。つらいことはあつてもプラスのことあると思つた。</p> <p>【9-1】患者さんの所でケアしてるのが楽しい。ほとんど詰め所に帰らない。看護はやりがいがある。</p> |

|       |   |
|-------|---|
|       | 患者さんが待ってくれている。自分が勤務だと「今日はあんたか」と喜んでくれる。  |
| 理論的メモ | 信頼・依存できる対象<br>ダメージがあって、支援を実感する 想定していないところからの支援を感じることはより癒しとなる 自分の気づかないところにも自分を気にかけてくれている人がいた。自尊感情の高まり。エンパワメント<br><br>反対<br>重要他者の愛を得るために、近接化行動をとることで愛着を得ようとする。何としても欲しい愛 恐怖の存在 |

|       |  |
|-------|--|
| 概念名   | 日常のポジティブな気づき   |
| 定義    | 困難な中でも日常の幸運に気づいたり、平穏な気持ちや好奇心を持ったりといった志向性。  |
|       | <p>【7-2】出来ごとのメリットを考えるようにしています。<br/> 例えば、最近患者さんの面接を私が代りに入った。6時から8時30分までかかって、それから記録したら9時。こんなに遅くなって・・・<br/> という気持ちもあったけど、自分が面接したので患者のこと良くわかって、先生も喜んでくれた。結局その患者が自分のチームに入ってきて、それがあったから良くわかってよかったんです。</p> <p>【7-2】通勤は遠くて時間かかるんですけど、距離があることで、気持ちの切り替えができますし。<br/> 普段は絶対に座れないんですけど、お盆で空いて座れたんですね。「今日はいいい日やーって」些細なことに喜びを感じているんです。</p> |
| 理論的メモ |  |



カテゴリ3.【状況打開へ自ら起こした行動】

|       |   |
|-------|---|
| 概念名   | 他者への救援行動  |
| 定義    | 自分の状況や感情を言葉や態度で表し、意識・無意識的に相手の関心や支援を求める救援行動である。中でも多かった行動は、気持ちを話す、相談するという行動   |
|       | <p>【1-2】副師長と仲が良くて、相談してたんですけど、師長の問題もある、あなたは間違ってたと思うよって言ってきて、〇〇師長も間違っていないと言ってくれたのが大きかった。日曜日の遅出がないまままかせにしていた管理者の問題も大きいよと。</p> <p>悪意があって帰ったのではないということも、私の人間性を分かってくれてるから言ってきて、メールでそんなことを伝えるのも良くないと自分と同じ価値観でいてくれたことが嬉しかった。</p> <p>【6-1】仲間に、気持ちを出していった。話を聞いて肩を持ってくれる友達がいた。</p> <p>〇〇さんから、人間はミスをするもの、システムの問題(希釈したイノバンを入荷してない)だと言われた。同じミスを繰り返さないために、すぐ希釈のイノバンを入れてくれた。つかえが多少とれた。</p> <p>【0-1】40歳過ぎにリウマチと診断された。このまま寝たきりになるのか、この先どうなるんだろう。数日泣いて、自分をコントロールできなくなった。</p> <p>決心して病気の事、長男に話した。(中3) 何も出来なくなるかも、寝たきりになるかも、進学させてあげられないかも。</p> |
| 理論的メモ | <p>わかってもらえるように伝えることは、自分を語ることであり、スキルが必要</p> <p>自己の感情を自覚し、伝わるように表現する。そのための場を設けることも含める。</p> <p>愛着</p>  |

|       |   |
|-------|---|
| 概念名   | 問題解決へ向けた行動  |
| 定義    | 困難状況の解決に向けて相手と話し合うことや、情報を得るなど積極的な対処行動。  |
|       | <p>【1-2】次の日休みだったので、時間が空くと話づらいと思ってすぐに病院にもどって自分の気持ちを話しました。</p> <p>【0-1】40歳過ぎにリウマチと診断された。このまま寝たきりになるのか、この先どうなるんだろう。数日泣いて、自分をコントロールできなくなった。決心して病気の事、長男に話した。(中3) 何も出来なくなるかも、寝たきりになるかも、進学させてあげられないかも。</p> |
| 理論的メモ | 特徴として、問題解決行動に至るまでの時間は様々であり、ある程度の感情の客観視ができる段階になって行動化されていた。   |

カテゴリー4. 【認識の変転による混乱からの開放】

|         |  |
|---------|--|
| 概念名     | 捕らわれからの開放  |
| 定義      | 自己の固定した価値観や思考傾向への捕らわれからの開放, 明け渡し。あるがままを受け入れ結果は運命に任せるといった諦観の体験  |
| バリエーション | <p>【1-1】仕事は、去年の12月に部署が変わったのでやっとなってきたのかなと思うんですけど。ずっと内科にいて、外科なのでなかなか最初は慣れなくて・・・まして私より経験年数が多い人がたくさんいてはるので、主任という立場で新しいところに行っただろうと悩んだ時期もあったんですけど。歴代の主任さんを見ていて、そんなとこまで私は出来ないっていう変なプレッシャーもあったりして、やっぱり12月1月あたりはつらかったですね。(5ヶ月たって今はどんな感じですか?)</p> <p>気にしても仕方がないかなというのが正直なはなしなんですけど。本当は気にしないんですけど、今はあまり思わないようにしてやっではいるんですけど。今は順調良く行ってるんじゃないでしょうか(笑)</p> <p>【1-2】どん底まで落ちるんですけど、結局なんか落ちたところの線があるんでしょうかね、いきなり「しゃーないわ」って思うところがあるんですね。くよくよしてもしゃーないしな一って、思うんですけど、その切り替えが何のきっかけかはぜんぜんわかんないんですけどね。</p> <p>【2-2】時がたてば周りも変わるし自分も変わるって言うのがあったので、「焦ってことをしそんじる」って言うのがあるので、焦って何かしようとしなくていいかな一って、じつと我慢っていうことも大事だなと思いました。</p> <p>【4-1】色々なこと考えて、でも考えても仕方がないな一って、今どうしようもないしな一</p> <p>【4-1】(一番つらかったのは)OPした自分の傷を見たとき、主人に悪くなって。これだけ大きかったんだから大丈夫かな。仕方がない こだわらない</p> <p>【4-2】周りの人にすごい助けてもらってる。守ってもらってる。深く考えなくても、意外と大丈夫だな 本当に深く考えないで来てるから癌になったからって、死に直結はしないな、その時にやることさえちゃんとやれば、それが実っていく。</p> <p>【5-1】前は、人とかかわりがないと寂しい、メールしたりしてたけど、今は1人の時間は自由な時間、楽しもうと思うようになった。</p> <p>【6-1】問題が目の前にあるときは、時間が解決するやろ一って思う。毎日、ちゃんと生活をしたら何とかなるんじゃないか。</p> <p>【8-1】忘れる。嫌なことを。忘れるのかな・・・あまり気にしない。人は人、自分は自分</p> <p>自分がしたいことはする。人が一緒じゃないから行かないとかはしない。自分がどうしたいかがまず基準にあって、自分が行きたいと思ったら行く、行きたくなかったら行かない。付き合いたいと思ったら付き合う、嫌だと思ったら付き合わない。</p> <p>【8-1】負担などときか、すごく頭に来たときか、悲しい時とかには、書くんですね。</p> <p>ずーっと書く。出来事と気持ちをだ一と書いてるうちに、何か解決策が、ずっと今までそうですね。こんな風に言ってる私は何?馬鹿じゃない?みたいな。またあとで読みなおすんですね。</p> <p>対極</p> <p>【2-1】忘れるんですよ、つらいことって。(沈黙ぶつぶつ30秒)楽しい事は覚えてるんですけどね嫌なことって忘れるんです。</p> <p>【6-1】忘れるんです 悩みがあっても今考えてもしゃーないやん 一晩寝たら忘れる 人生に引きずるほどしんどいことはなかった。起ってしまったことは起こってしまったこと、過ぎたことはしょうがない あまり考えない</p> <p>自分でそうしてきてるんだと思う。本当はそんなに強くないし、気にするところもある それをしょいこんでしまうと周りが見えなくなるから、そういう風に自分を守ってる</p> |

かかえないように、出すようにはしています。 あったことはしょうがないから忘れる。

理論的メモ

忘れるということにも2つの意味がある ①こだわりからの開放・明け渡し これは、全てを受け入れ結果は運命に任せる ②考えることが怖いから、問題を見ないために忘れるという逃避的対処  
過去志向から未来志向への切り替え 他者報酬から自己報酬への切り替え  
左脳思考をやめる

|         |   |
|---------|---|
| 概念名     | 肯定的意味の発見  |
| 定義      | <p>体験を通してポジティブな変化や成長、得たものがあつたと感じる。</p> <p>「つらいこと悲しいことがあつたから今がある」と困難体験そのものの肯定的な認識への変化</p>  |
| バリエーション | <p><b>【3-1】</b>息子の死(植物状態で1年4カ月)をきっかけに、患者としての経験、患者の母親としての経験、遺族の立場、自分が学んだ経験を生かせるといい看護師になれるんちがうんかなと思ひ始めたんですね。</p> <p>(中略)人は自分の生きた証を残したいとか言うじゃないですか。彼の生きた証を私の人生の中で残したいと思うようになった。</p> <p>彼は私に何を言いたかつたんだろうと考えて、看護師に支えられ、傷つけられた看護師もいたんだけど、自分がなれば自分が経験したことも・・・</p> <p>つらいこと悲しいことを経験したから今があると考えると看護師になるのがいいかなと</p> <p><b>【3-2】</b>出産時、大量の輸血のため十数人から血をもらったんです。「いろんな人に助けられたんやで」先生から言われ、人は捨てたもんじゃない。人間は悪い人ばかりじゃない。私がこれまで見ていたのは人の一部で人にはいろんな側面があると知った。</p> <p>それまで、人と深い付き合いもできなかったし、信用できなかったし、人の言葉にすごい傷ついたこともいっぱいあって、その人の背景とかを考えることによって、事情があつたのかもわかると自分がすごい楽になったんです。</p> <p><b>【0-1】</b>決心して病気の事、長男に話した。(中3)何も出来なくなるかも、寝たきりになるかも、進学させてあげられないかも。</p> <p>当時反抗期で、物を投げたりするような子が、ガラリと変わった。協力的で助けてくれる。大人になった。主人が2人出来たように頼れる人になった。つらいことはあつてもプラスのこともあると思つた。</p> <p><b>【7-1】</b>その時、震災の経験でつらい思いもあつたんですけど、反対に吹切れる部分があつたというか、あの時6500人の方が亡くなりはつたじゃないですか。あつという間に、今までそばにいた人が亡くなつたりとかで、はじめは父の死を全然受け入れられなかつたんですけど、いつか戻ってきてくれるんじゃないかという感じがして。けど、これだけの人が亡くなるんだから、父が亡くなるのも仕方がないことだし、発症から亡くなるまでの期間が短かつたけど、ある程度覚悟する時間があつたっていうのは、震災で家族を亡くした人に比べたら自分は幸せやつたのかな一つ思うので。</p> <p>その時って葬儀とかも出来なかつたじゃないですか。でも父はたくさん来て下さって立派なお葬式を出させていただくことが出来たので。震災の時に亡くなつたりとかを考えたら、それよりはゆつくり最後のお別れが出来たのは良かったのかな一ついう風に気持ちは切り換えるようにしました。</p> <p><b>【8-1】</b>外来でない糖尿病看護はできないと思つてたから。患者会のお世話もしてたりとかで何か自分がいないと思つてましたね。</p> <p>外科病棟に行つてみたら、外科にもたくさん糖尿病の患者さんがいたんです。</p> <p>そこで、フットケアとか療養指導的なことも入つて、システムも作つてやつてたんです。そのことで、この保健指導室に変わつてきたときにとつても役に立ちましたね。ストマや術後の看護もしましたから、とつても視野が広がつて。</p> <p>変わつてみると、変わる事がマイナスじゃなくてプラスに働くこともあるんだということを学びました。</p> <p><b>【8-3】</b>試験に落ちた時は悲しかつたですよ。とつても悲しくて色々思ひましたけど。人と話をしたら、もう1回学ぶチャンスをもつたと思つと言われて、あそうか！つて。</p> <p>あのとき合格してたら中途半端な知識で、ああとれた取れたで終わつてしまうけど、この1年間を意義のあるものにするには勉強して知識を深めることだよなつて。</p> |
| 理論的メモ   | <p>愛情対象を喪失した悲しみ、子宮がないためやり直すこともできない。無駄であつたと思つることが何よりも耐えがたいことだつた。</p> <p>その中で、喪失対象に意味や価値を与えることが絶対に必要であり、その方法を3年にわたつて考へている。その結果、経験を生かせる看護師になると決意し、今も自分の理想とする看護を行っている。この過程そのものが、喪失対象者が自分の中で生き続けることであり、生まれてくれた証し、価値の証明である。この確認を日々の看護で行い自分を癒すプロセスとなつている。</p> <p>ネガティブな出来事でも、そこから学び、ポジティブな意味を見出すことで、その出来事は意味ある体験となり、感謝できる。出会いや出来事には全て意味があるとわかることは、今後のネガティブ体験へ向かう意識変容をもたらす。 困難＝悪とは認識しない 乗り越えられる → ここから学ぶ</p> <p>体験の意味はそのときすぐにわかるものは少ない。何年もたつてからわかることがある。</p>  |

カテゴリ5. 【困難と向き合う患者への敬愛】

|         |  |
|---------|--|
| 概念名     | 困難と向き合う患者への敬愛  |
| 定義      | 困難と向き合う患者の苦しみや弱さと、その対極にある忍耐と強さといった様々な葛藤を持ちながら困難と向き合っている患者に、自分も経験したからこそ感じる親しみと愛情  |
| バリエーション | <p>【1-3】つらいことって、人それぞれで同じつらさを味わったかっていったら違うんですけど、私も1人目障害を持ってるのがいて、すごいどん底までおちたことがあって、そういう経験とかもそれなりにしてるんで、そのときに話を聞いてくれるだけでもすごい楽なんだって私はわかってたんで、そのひとのために何かをしてあげるといっわけではなくて、そばにいて話をきてあげるとか、手を添えてあげるとか、別に何をしているわけでもないんですけど、一緒に時間を共にするっていうだけでもその人の気持ちが落ち着くので、そうしてるんですけど、別にああで、こうで、って言うてくる人もいてはるんですけど、それはこの人の本心何だろうなってすごいそれを強く思ってるんだろうなって思うと別にそれはそんなに私にとってストレスではなくって、患者さんの気持ちが聞けたんや、この人はこんなこと思ってたんやって思えるので、そんなに今はストレスは強くないですね。</p> <p>(子どもさんの障害というのは?)</p> <p>生まれてきて初めて障害があるってわかったんですね。正直「こんな子いやや」って思ってしまったんですね。まだ22で子ども生んだので、正直嫌やって思ってしまった、すごい申し訳ないって思うんですけど。</p> <p>そう思ってた時期に1人の看護師さんが、今私は看護師じゃないから、1人の女の人だと思って何でも話し聞くよって、病室じゃなくてカンファレンスルームみたいなところに呼ばれて、話を聞いてくれたことがあって、自分の思っていることをばーっと話せたことで、気持ちの整理がついたし、話しをするだけで気持ちってすごい変わるんだって思って</p> <p>自分を責めなくていいんだよって何気ない言葉をかけてもらって、聞いてもらったことで、自分ばかり責めてたところからちょっと前向きになれた経験があったので、やっぱり話が一番なんだなーと思って。</p> <p>【3-2】出産時、大量の輸血のため十数人から血をもらったんです。「いろんな人に助けられたんやで」って先生から言われ、人は捨てたもんじゃない。人間は悪い人ばかりじゃない。私がこれまで見ていたのは人の一部で人にはいろんな側面があると知った。</p> <p>それまで、人と深い付き合いもできなかったし、信用できなかったし、人の言葉にすごい傷ついたこともいっぱいあって、その人の背景とかを考えることによって、事情があったのかもわかると自分がすっごく楽になったんです。</p> <p>(中略)命を長らえるための透析ではないんですよ。患者のQOLを高めるための透析なので、生活の一部という位置づけなので。食べたいもの食べられへんねやったら死んだ方がいいわっていいながらも、透析には通ってるんです。</p> <p>(中略)治らないからとかはあまり考えてないですね。それがもう当たり前だから。長年透析している患者さんが面白いですね。やったらあかんってわかってることやってえらいことになって、たまに子供みたいに切れて「人間やなー」って思って(笑)よう頑張ってるはるなーと思ってね。いい時も見るし、弱いときも見るしね。</p> <p>【7-1】その頃は10代20代の患者さんがすごく多くて、頑張ってもダメで亡くなる患者さんも結構おられたんですけど、そういうかかわりの中で、悲しい思いもしたんですけど、そういう人と関わって得たものっていうのもあるじゃないですか。</p> <p>疾患持ってる方って、相手を思いやる気持ちとかもすごくあるじゃないですか。自分がしんどいのに、私がしんどそうにしてたら「大丈夫ですか?」って言ったりとかして、そうやってしながらも亡くなっていた人も何人か見ていって、そうやって得たものっていうのは他の患者さんとかに返していけるのは自分じゃないかなって思っていて、頑張っていこうかなって1年目の時に思いました。</p> <p>【1-1】(お父さんがいないというのは?)</p> <p>離婚してるんですけど。私が1歳2歳頃に離婚しているんですけど、育てのお父さんを本当のお父さんと思ってたんですけど、中学入った時に、本当のお父さんが亡くなったって知らされて、ああ違うかったんやって感じですかね。</p> <p>育ての父親もすごい好きやったので、遊んでもくれたしちっちゃい頃から複雑なんですけど、本当の父親が亡くなったって聞いた時には、育ての父親とも一緒に住んでなくて、たまに</p> |

|       |   |
|-------|---|
|       | <p>ご飯食べに行くような関係で、小学校ぐらいからうすうす、自分の記憶にある父親と育ての父親が違うんですよ。本当のお父さんじゃないのかなとはうすうす気づいていたんですけどね。いつかは会えるんじゃないかっていう思いもあったんですけどね。まあ会えないとなつてちょっとショックでしたね(笑)。</p> <p>(そのことが看護に影響していますか?)</p> <p>ああ、いつか会えると思っていたのに会えなくなった。</p> <p>看護でも予期せぬ急変とか患者さんもいてるじゃないですか、縁があつてと思つて接してるんですよ。それは、専門学校先生の教えもあつてなんですけどね。たとえその日の担当であれ、受け持ちさんであれ、きっと私とその患者さんとは何かの縁があつて</p> <p>他人同士が関わることで下手したら不快にさせることもあるかもしれないけど、快くさせてあげることも出来るだろうし、それは何かの縁なんだよ、だからその縁を大事にしないといつてというのは専門学校先生からよく言われてたことなんです。</p> <p>そういうのもちょっとあるのかーって、今言われて思いました。あのときああしといつてあげればよかつたって後悔のないようにはいちをしてるんですけど。</p> <p><b>【7-1】</b>震災の年に父を亡くしているんです。15年前 看護師4-5年目の時です。</p> <p>その時に家族の思いついていうのは身にしみてわかっているんで、自分の親にしてあげて喜ぶようなことを患者さんにもしてあげたいなつていうのがあるので、それが大きいかなと思いますけど。</p> <p>(中略)いろんな患者さんがいますけど、文句ばかり言う人、病気がそうさせているのかもしれない、何か聞いてほしいことがあるんじゃないのかなと考える。</p> <p>自分自身の身内にするように接したい、病院にいる間は家族と同じじゃないですか。</p> |
| 理論的メモ | <p>自分がどん底の時に、受けたケアは、看護師としての役割りからのケアではなく、1人の人間として自分のつらさを丸ごと受けとめてくれるものだった。言えずに抑えていた気持ちを吐き出せる物理的・心理的環境を作ってくれた。つらい時にそばにいてくれること、抱えている重荷を吐き出すことが重要ケアだと体験した。罪悪感からの解放</p> <p>その体験から、今は自分がケア提供者として実践している。</p> <p>聴くことや寄り添うことのような抽象的なケア概念は、自分が体験して初めてその価値や意味がわかる。それはダメージの中で行われるからこそケアなのだ。</p> <p>自分が大きなダメージを経験して、弱さも強さもいろんな人間の側面を経験したから、目の前にいる透析患者をまるごと受けとめ、ありのままであることを保証する姿勢がある。</p> <p>そこには、透析患者さんへの敬意、敬愛がある。人間という存在への愛おしさが伝わってくる。</p>  |

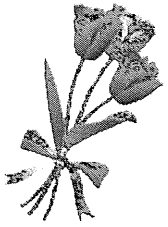
## 卷末資料Ⅲ

研修参加者募集リーフレット

研修資料

レジリエンストレーニング・ワークシート





# 看護職者のための レジリエンストレーニング

レジリエンスとは、精神的回復力を意味します。災害や事故、病気など人が生きていく上で困難を避けることは不可能です。困難な出来事に出会ってもそれをバネに立ち直り、成長すると、そうでない人がいます。レジリエンストレーニングは、一時的にダメージを受けたとしても、回復する力を高める従来のストレスマネジメントを超えた、次世代型の自己成長型ストレスマネジメント法です。この機会に、ぜひご参加下さい。

## 【募集対象】

現在、臨床で勤務している看護職で、レジリエンスを高めたいという方

## 【講師】

谷口清弥(たにくちきよみ)  
甲南女子大学 看護・リハビリテーション学部 精神看護学領域  
筑波大学大学院 博士課程 人間総合科学研究科  
ヘルスカウンセリング学会認定 講師 ヘルスカウンセラー

## 【日時】

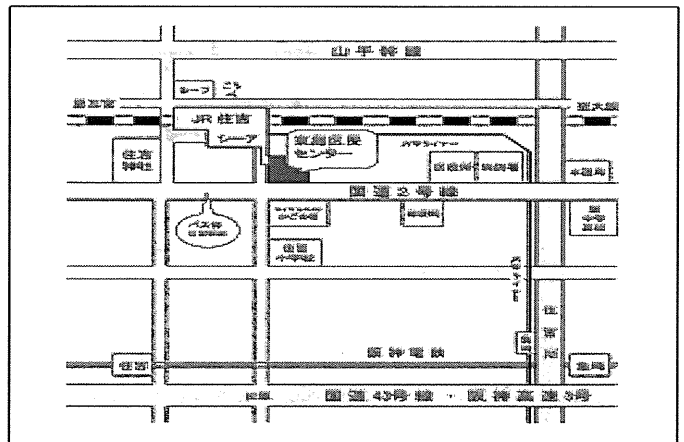
2月6日(日) 13:30~16:30

## 【場所】

神戸市立東灘区民センター  
東灘区住吉東町5丁目1-16  
TEL:078-822-8333  
JR神戸線 住吉駅南側徒歩2分

## 【参加費】 無料

## 【定員】 30名



## 【申し込み方法】

氏名・連絡先住所・メールアドレスを記入の上、「レジリエンス研修申し込み」と表記して、以下のアドレスまたはFAXまで送信下さい。  
なお、定員になり次第締め切らせていただきます。

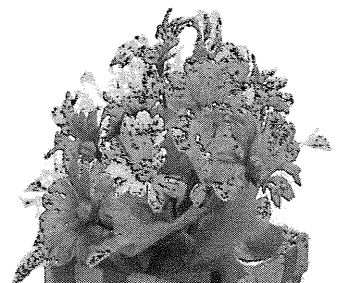
## 申し込み・問い合わせ ●●●●

TEL 078-●●●●● Fax0798-●●●●●

神戸市東灘区森北町6丁目2番23号

甲南女子大学 看護・リハビリテーション学部 谷口清弥

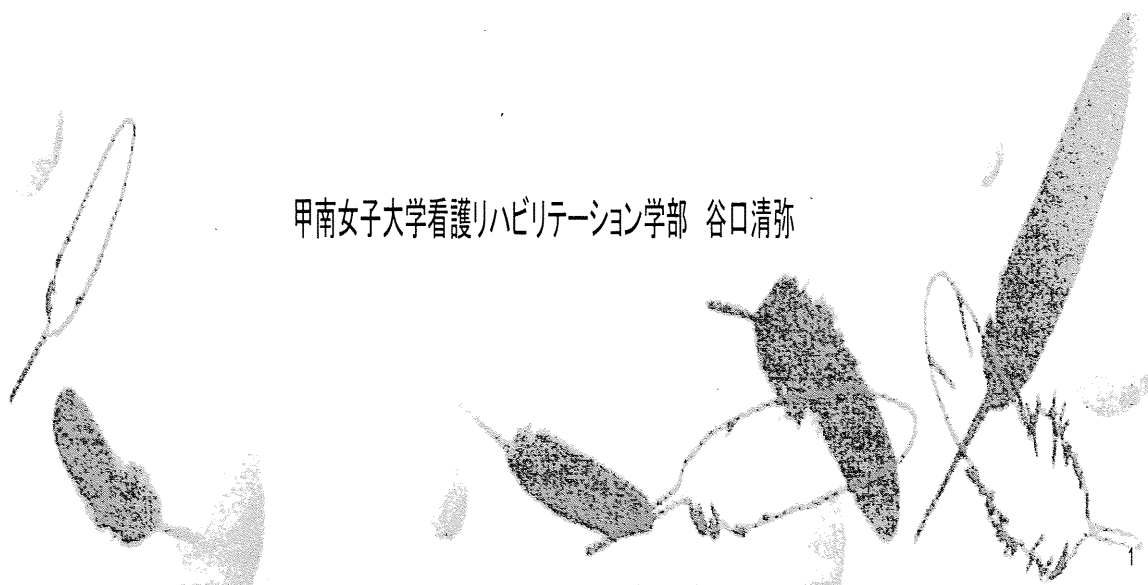
この研修は、筑波大学大学院博士課程の研究活動として行うものです。そのため、参加される方には、研修前後に数回のアンケート調査にご協力をお願いします。



---

# 看護職者のための レジリエンストレーニング

甲南女子大学看護リハビリテーション学部 谷口清弥

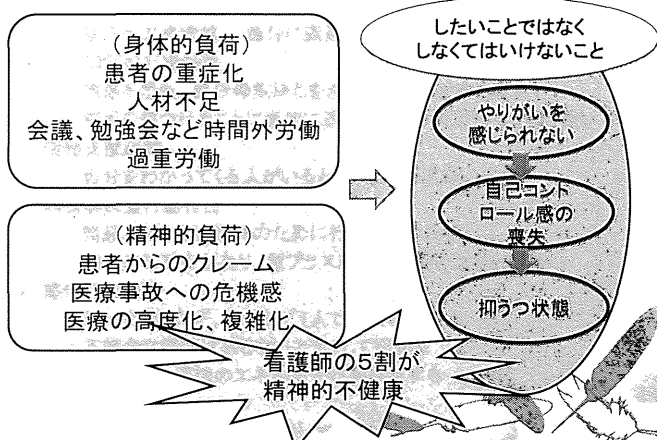


## 本日の内容 13:30~16:30

- 13:30~ チェックリストの記入
- 14:00~ 行動特性・気質からの自己理解  
レジリエンスを高めるアサーションスキル  
イメージ療法による自己イメージ変容
- 15:10~ 休憩
- 15:20~ レジリエンス向上法  
・胎児からの潜在メッセージ  
・人間の起源である宇宙素粒子
- 15:45~ ペア演習
- 16:20~ チェックリストの記入

## 1. イントロダクション introduction

### 看護師のメンタルヘルスの現状



### レジリエンスとは

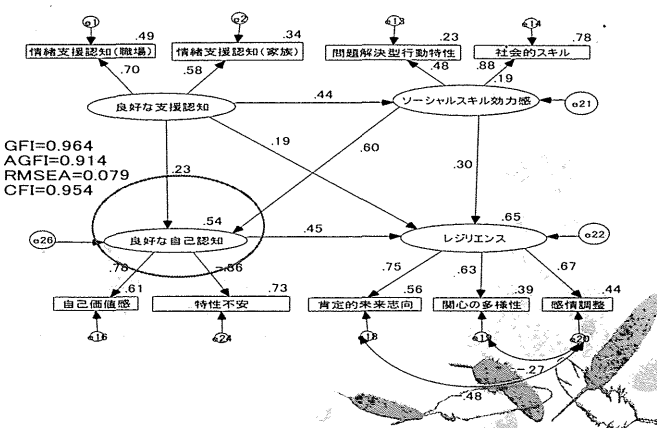
ストレス社会でストレスを避けることは不可能  
私たちに求められるのは...



レジリエンス  
(ストレス回復力)

- 自分の本当の感情に気づく
- 本来の自己で生きる
- 他者報酬型行動から自己報酬行動へ
- ストレスを糧にして成長する

### 看護師のレジリエンス因果モデル (2010.9谷口)



### 認知変容法としての認知行動療法

<認知行動療法(第1世代)>

原因 → スキーマ(認知) → 結果

スキーマ(認知)を変化させれば反応(行動)が変化する

<マインドフルネス(第2世代)>

認知を変えようとせず、「今ここで」の感覚に集中することで

あるがままを受け入れる → 結果、認知・行動が変化する

★★★最低8週間プログラム、長期的効果の報告は見当たらない

<SATイメージ療法(第3世代)>

ストレスによって引き起こされる情動にアプローチ



## 2. 行動特性・気質からの自己理解

\*本来の自分を知る\*

## あなたの点数を記入しましょう

<行動特性>

自己価値感……………( )  
 自己抑制型行動特性…( )  
 感情認知困難……………( )  
 問題解決型行動特性…( )  
 情緒支援認知(家族)…( )  
 情緒支援認知(職場)…( )  
 特性不安……………( )

<人格気質>

循環( )  
 粘着( )  
 自閉( )

<ストレス気質>

不安( )  
 執着( )  
 新奇性( )

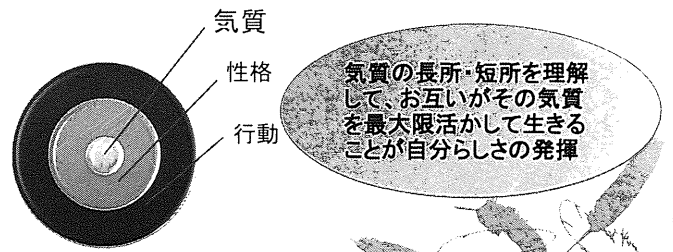
## 行動特性からの自己理解

- 自己価値感  
自分への肯定感 自分に満足している度合い
- 自己抑制型行動特性  
権威を恐れ、自分の気持ちを表さずに服従する度合い  
相手を傷つけることに過度に過敏で、自分の気持ちを表さない
- 情緒支援認知  
自分をわかってくる人がいると感じている度合い
- 問題解決型行動特性  
問題と向き合い解決のために行動する度合い  
潜在的な不安があり、超プラス思考で現実を見ない度合い
- 感情認知困難  
助けてと言えず、我慢して1人で頑張る度合い  
不都合な感情は感じないようにして頑張る  
自覚しない感情のエネルギーが身体化する
- 特性不安  
出来事に対して不安になりやすい度合い

## 気質からの自己理解

気質とは

- ◆ 遺伝子のレベルで受け継がれた生涯を通して変わらない性格のコアな部分
- ◆ パーソナリティの基盤をなす個人の特性



## 1. 循環気質 (モテタイプ)

行動や考え方の特徴

- 社交的で話好き。オーバーアクション
- エネルギーに溢れて活動的
- サービス精神旺盛で和を保とうとする
- 周囲に認められたい、注目されたい
- お世辞を言う。言うことが変わる。
- 根は寂しがり屋

愛されたい



必要な行動

- 対自分: 気の合う人と話をする  
自分をほめてあげる
- 対他人: 周りに感謝する気持ちをもつ

## 2. 粘着気質 (セワヤキタイプ)

行動や考え方の特徴

- 細かいことに気を散らさない心の落ち着きがある
- 思考全体がゆっくりで、粘り強い
- 急な変化への柔軟な対応は困難
- 自分の筋を通そうとする。融通は利かない。
- 上下関係を大事にし、上を立てて下を守る
- 世話好き(押し付け)で愛情深い

愛したい・守りたい



必要な行動

- 対自分: こだわりがおこると、その場から抜ける、こだわらない
- 対他人: 人の気持ちを尊重すること

### 3. 自閉気質 (マイペータイプ)

#### 行動や考え方の特徴

- もの静か。自分の世界を大事にする
- 利害や規範にとられない
- お世辞やうそを言わない。本音で関わる
- 1人で行動するマイペース
- 繊細な感覚、他者へ巻き込まれやすい
- 独自性を保てないと情緒不安定になる

#### 必要な行動

- 対自分: 1人の時間を作る  
趣味や仕事を愉しんで生きる
- 対他人: 外の世界にも関心をもち周りと協力することを心がける

自分を愛したい



### 4. 執着気質(キッチリタイプ)

#### 行動や考え方の特徴

- 生真面目な顔や態度を示す。
- 熱中性、徹底性、責任感、義務感、誠実、完全主義の傾向
- 自分にも他人にも100%以上を求める
- 認められたい気持ち強い
- 孤独感、無力感を持ちやすい

#### 必要な行動

- 対自分: 「まあいいか」と何度も声に出す  
執着するのは好きなことに限定
- 対他人: 自分を同じものを相手に求めない

要求が高くなる傾向



### 5. 不安気質(ピリピリタイプ)

#### 行動や考え方の特徴

- 表情が乏しい、チック、などが見られる
- 神経質、過度な心配により妄想形成
- 動揺しやすく、パニックになる

将来への感度に敏感な傾向

#### 必要な行動

- 対自分: 信頼できる人と付き合う  
現実点検(妄想に気づく)  
こころが穏かになる工夫をする
- 対他人: 穏やかにゆっくり話す

セロトニンの分泌を促進



### 6. 新奇気質(イキナリタイプ)

#### 行動や考え方の特徴

- 興味のあることに目を輝やかせる。
- 探求的、衝動的、逸脱的、攻撃的、短気、センセーショナル希求

好奇心旺盛な傾向

#### 必要なセルフケア行動

- 対自分: 決めてもすぐ行動しない  
1週間冷却期間を設ける
- 対他人: 自分と異なる意見を参考にする



### 気質のまとめ

- 3つの異なる人格気質と、3つのストレスに関する気質がある。
- 自分の気質を場や状況に応じて発揮することが自分らしさにつながる。
- 気質別のセルフケア行動をとることで、DNAを最大限に活用できる。
- 相手の気質も理解することで、相手に対する期待のコントロールと付き合い方で、互いの異質性から学び合うことができる

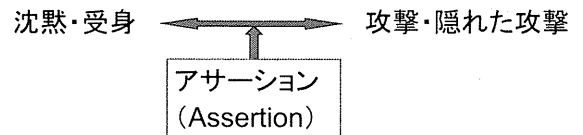
### もっと気質を理解したい人は

#### 遺伝的気質論

- 宗像恒次『自分のDNA気質を知れば人生が科学的に変わる』講談社+α新書、2007年
- 宗像恒次『幸せになるDNA結婚』幻冬舎コミックス、2007年

### 3. レジリエンスを高める アサーションスキル

### アサーションー自分を満足させる私表現の主張



#### 2. SATアサーションの基本姿勢

- ★率直さ: 本当の気持ちを抑圧しないで上手に伝える
- ★誠実さ: お互いの気持ちを大切に、対応する
- ★粘り強さ: ひらめきのある粘り強さ

### 心の欲求(愛の欲求)

#### ● 慈愛願望欲求 (愛されたい欲求)

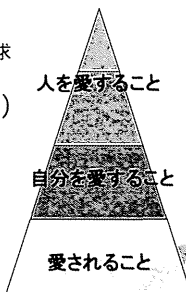
他者に自分の要求を充足されることで満足する欲求

#### ● 自己信頼欲求 (自分を愛したい欲求)

自分で自分の要求を充足することで満足する欲求

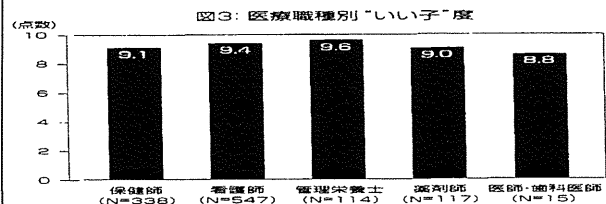
#### ● 慈愛欲求 (人を愛したい欲求)

自分が他者の要求を充足することで満足する欲求



必要なとき、愛の欲求が充足されないと、嫌悪系記憶が生じる

### 医療者の自己抑制度



凍る行為(咀嚼運動)は、緊張物質ノルアドレナリン分泌を低下させる

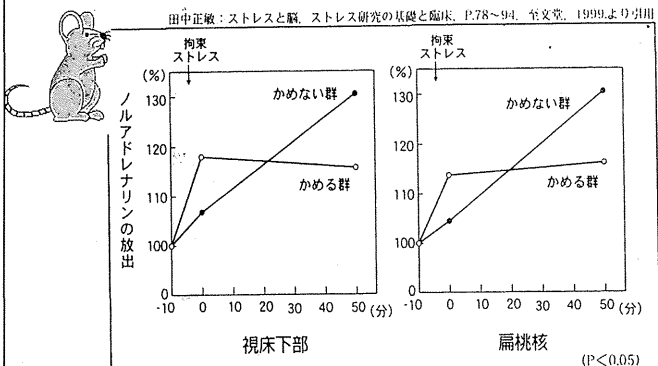


図3 拘束ストレス下のラットのかめる群とかめない群のノルアドレナリン放出量(津田彰, 田中正彰らの実験)

### うつ予防(1)

- ①自己表現する  
害のない人にしゃべる→ノルアドレナリン低下
- ②言うだけ  
認められることを期待しない  
「私」を主語にして自己表現 =アサーション
- ③好きなことを週1回する  
山へ行く 海に行く 馬を見に行く テニスをする

## うつ予防(2)

しなければならないこと: したいことの割合は?

しなければならないこと

自分がしたいこと

7:3ではメンタルはもたない → 3:7にする

しなければならないことに自分のしたいことを見出していく  
何が正しいかではなく、何が楽しいかを基準にする

自己報酬型の生き方

## 自己報酬型行動と他者報酬型行動

他者報酬型  
行動

周りから認められたり感謝されるなど、周囲からの報酬を得るために行動する

疲弊型  
ストレス

自己報酬型  
行動

自分がやりたいと感じ、自分が満足するため、また周りのために行動する

成長型  
ストレス

## 4. イメージ療法による 自己イメージ変容

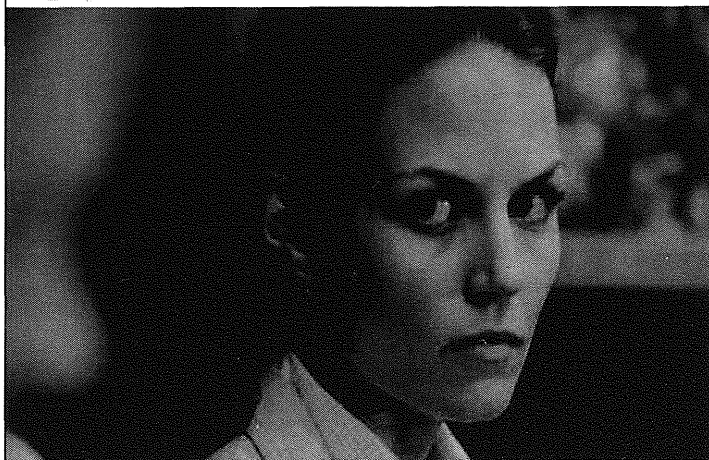
## イメージ映像の脳内メカニズム ★★★

- 筋肉トレーニングする映像をリアルにイメージすることで筋肉量が16%アップ (海外研究報告)
- 現実に体験した時と、イメージしたとき、どちらも同じ脳の部位が活性化する  
(レモンイメージ法 回想法 アスリートのイメージトレーニング)
- 心のエネルギーが大きいほど、イメージがはっきりし、現実化しやすくなる。  
**イメージをどれだけ明確に はっきりと心の中に映しだせるかがカギ**
- 脳で何度も体験したイメージは、神経回路ができ、現実の出来事として定着していく

## 嫌悪系他者イメージ

- 自分が今いる環境は、生まれてから今までの自分のイメージの総決算・・・  
自分の心のエネルギーが物質化・現実化したもの
- 自分に対するイメージ→  
自己イメージを変えれば それに応じて世界も変わる
- 自分の心を変えれば、心の量子状態が周囲に影響し、量子状態でつながっている周囲の環境や他人の心まで情報が伝わり、変化していく

良い自己イメージを作る方法→



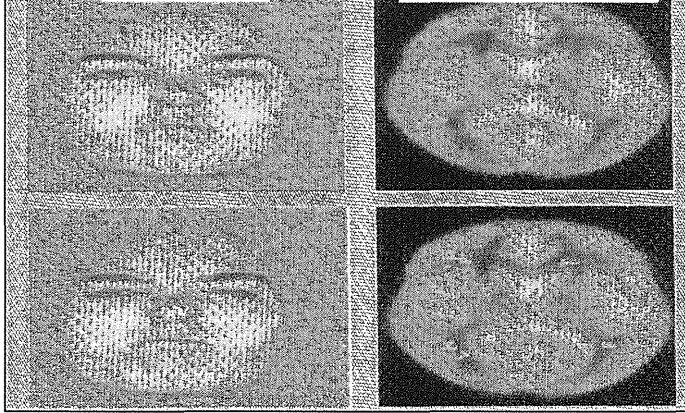
## 報酬系他者イメージ



他者の嫌悪感の表情を見て、同じように嫌悪感を抱く  
 (リタ・カーター(藤井留美訳)、脳と心の地形図、原書房、1999)

相手の嫌悪系の顔

相手と観察者の脳の活性部位



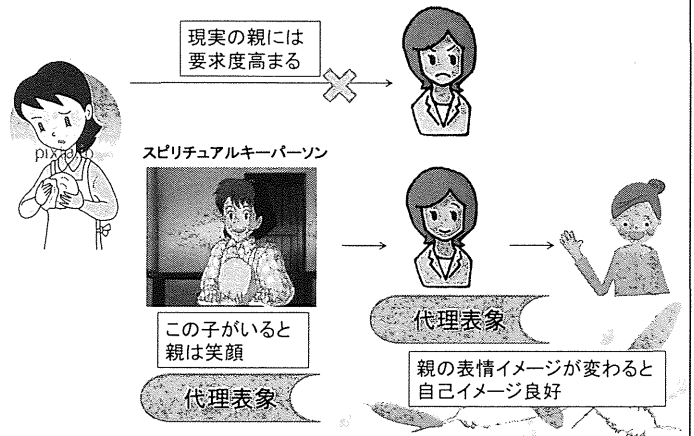
## あなたにとっての嫌な方は、 父か母のどちらの影かを調べる質問

Q 嫌な方の顔を思い出すと、こめかみがしみる、頭が締め付けられる、肩が張る、心臓ドキドキ、息が苦しい、お腹が変、手足が寒い、全身硬直、脱力感、頭の上や全身があつくなるなど、の変化がありますか？

Q その感覚は、父親か、母親か、その他の養育者(祖母など)のだれの嫌な顔を思い出したときと同じですか？

- ◆7歳以降に出会う嫌なひとは、すべて嫌な養育者の投影
- ◆養育者の表情を報酬系の表情に変えることで自己イメージは変わる
- ◆自分の生き方は自分以上に子どもに与える影響が大きい

## 自己イメージ変容過程



## スピリチュアルキーパーソンの表象化

スピリチュアルキーパーソンとは

自分を無条件に守護する仮想の存在 (SKP)

\*生れなかった胎児・流産した胎児

↓  
 養育者への期待水準を下げ、本人の養育者イメージ表象を改善

↓  
 SKP・養育者の表情イメージを映像表象化させることで自己イメージを良好なものに変化させてくれる存在

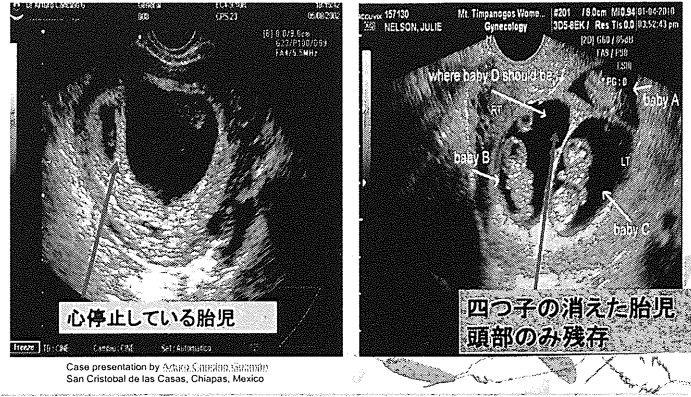
## 自己イメージ変容の具体的行動

1. 養育者・SKPの代理表象を常に見る工夫  
 脳への高頻度刺激=そのたびにポジティブな感情を想起することでシナプス神経回路が作られる  
 ・携帯の待ち受け画面  
 ・写真をデスクに置く  
 ・自宅のトイレに貼る
2. 神経回路が作られるまで概ね3カ月継続する
3. 実在の養育者がイメージの定着化の妨げとなる場合、一定期間離れるが、接触を最低限にする
4. 代理表象から得られる良好な自己イメージで、アサーションを使いながら、自己報酬型の行動をとる



# 胎児からの潜在メッセージ

# 消えた多胎児症候群 Vanishing Multiple Syndrome

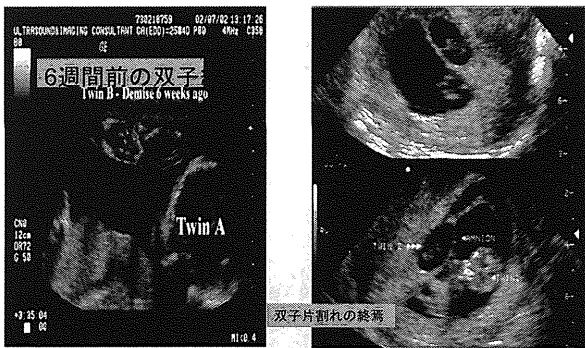


私たちの8人中1人は双子として出発する。  
双子の80%は、片割れあるいは両方が消える

## 亡くなった双子のきょうだいへの罪意識と孤独感

### 救世主症候群の背景

受精卵着床が左右の卵管から同時に排卵し双子になり、片方が母体に再吸収されることがある。双子の胎芽(受精後8週まで)は、40症例中13が再吸収あるいは流産で消える



統計では70人中1人のみが双子であるが、実際は8人中1人は双子として出発する。双子の80%は、片割れあるいは両方が消える。



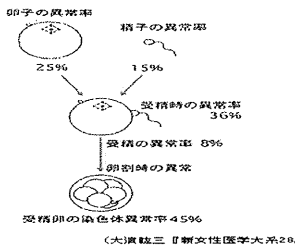
双子の片割れ場合、メッセージ性が高く、SKPとなる

## 受精卵の3分の2が着床するが、 受精卵の3分の1が妊娠、後は死亡

## 消えた胎児症候群と恐怖と罪意識 Fetus Trauma Syndrome (宗像恒次)

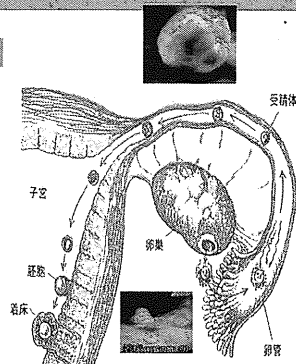
妊娠初期の流産の53%は染色体異常

精子と卵子および受精卵の染色体異常



妊娠中期の流産の36%は染色体異常

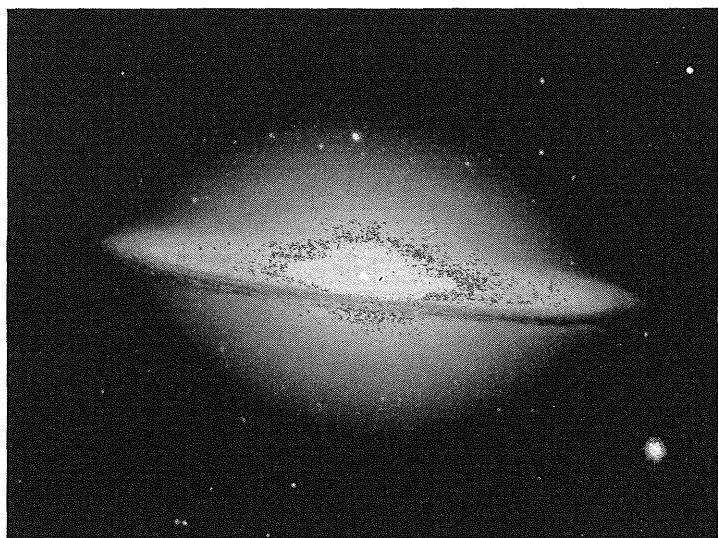
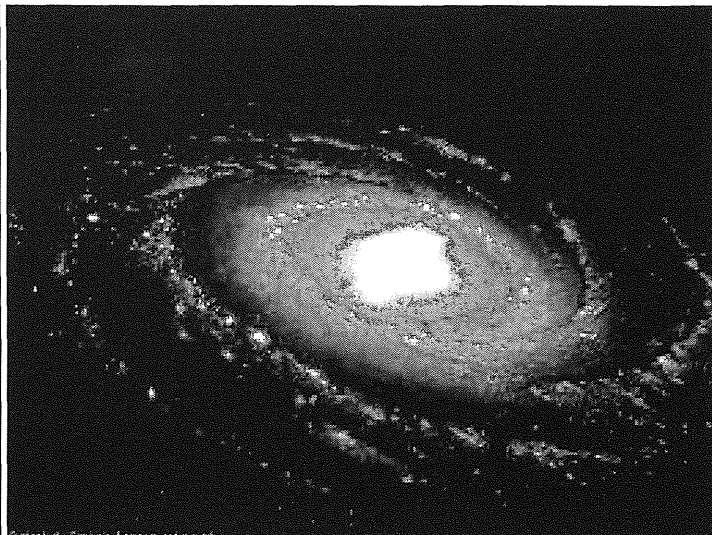
妊娠後期の流産の5%は染色体異常



流産の多くは、不分離染色体異常による。不分離率の上昇は卵の老化と関係、染色体異常は誰にでもおこる

- 自分が不幸である方がなぜか安心感がある
- 自分には、まともな一生はもう期待できないように思う
- 人にはわかってもらえない、一生消えることのないとおもう孤独感がある
- 自分の中には自分ではコントロールできないものがある
- 同じような事故や事件を繰り返す、あるいは繰り返しそうである
- 理由はわからないが、自分が存在していることが申し訳ない気がする
- 手足の冷えなど体の冷えがある
- 自分のことがまるで、他人事のように思えることがある
- ひとと話すとき、妙に感情的になることがある
- なぜか昔から自分は長く生きられないような気がする

## 5. 人間の起源である 宇宙素粒子



SATイメージ療法をもっと知りたい人は

- 宗像恒次監修「SAT法を学ぶ」金子書房
- 宗像恒次監修「SAT療法」金子書房
- ヘルスカウンセリング学会  
The Academy for Health Counseling  
公式ホームページ



## レジリエンストレーニング・ワークシート (宗像恒次 2010, 谷口改変)

Q1 あなたが解決したいことで、今気にかかることは何ですか？

それを思いだすとストレス度は 100%のうち何%になりますか？(50%以上のものを取り上げる)

ストレス度 %

Q2 目を閉じて肩の力を抜いて下さい。

一般に受精卵の 80%以上は生まれていないことが知られています。あなたの場合も同じです。

今、あなたが胎児になって子宮の中にいるイメージを持つと、そこに誰の存在を感じますか？

兄、姉、多胎児の兄・姉・妹・弟、妹、弟、流産した子のうち、どなたですか？ (複数可)

兄、姉、多胎児の兄・姉・妹・弟、妹、弟、流産した子

Q3 その方は、胎内で次のうちどの色で守られるといいですか？

黄金色 ・ 黄色 ・ クリーム色 ・ オレンジ色 ・ グリーン色 ・ ピンク色 (複数可)

Q4 目を閉じてその望む色の光で守られた理想の胎内イメージを作して下さい。

その胎内は、温かく、明るく、やわらかく、ゆったりと、居心地がいいですか？

その理想の胎内感覚をつくり、その方が生れて大きくなったら、どのような顔表情の映像が浮かびますか？瞬間浮かぶその人はどんな顔ですか？

顔 (丸顔・面長・卵形・角ばっている) 目 (大きい・小さい・丸い・細い) 口 (大きい・小さい)

Q5 表情や人柄はどのようになりますか？(選択肢を読み上げ選んでもらう。複数可)

笑顔 穏やか 頼りになる 自信がある 前向き 愉しそう 明るい 積極的 やさしい

Q6 その人がいるとすると、あなたの幼い時や現在どのように関わっていますか？また、その人がいると両親の表情はどうなりますか？

Q7 あなたは 60 兆の細胞で出来ています。それは  $10^{29}$  の原子数で出来ており、さらにそれは電子が遊離したオーロラのような素粒子でできています。ご自分が宇宙の素粒子となり、自由に大らかに存在するために次のどのような色の光で守られるといいですか？ひらめきでお答えください。

黄金色 ・ 黄色 ・ クリーム色 ・ オレンジ色 ・ グリーン色 ・ ピンク色 (複数可)

Q8 次に目を閉じて、あなたが過去に入っていたと思える母の子宮の壁で取り囲まれる胎内のイメージを想像し、あなたが胎内でその光に守られるイメージを持って下さい。胎内はどのようなイメージになりますか？

胎内の温度は (温かい?) 明るさは (明るい?) 子宮壁は (広い? やわらかい?)

身体感覚は (ゆったり?) 子宮の色は (ピンク? オレンジ? クリーム色?)

Q9 では、目を閉じたまま、あなたがその良い胎内イメージの中にいると、母親と父親 (あるいはその代わりに養育者) の瞬間浮かぶ表情はどうですか？

母親の表情: (笑顔、穏やか、頼りになる、自信がある、前向き、愉しそう、明るい、積極的、やさしい)

父親の表情: (笑顔、穏やか、頼りになる、自信がある、前向き、愉しそう、明るい、積極的、やさしい)

その両親に抱き締めてもらい、頭や肩をなでてもらった映像を作して下さい。

Q10 改善した親や (Q9) きょうだいの顔 (Q4・5) を代理表象リストから選んで下さい。

それを眺めていると、どんな気持ちになりますか？すると、ストレス度は何%になりますか？

ストレス度 %