

精神科スタッフナースの怒り感情喚起場面での怒りに関与する要因の検討 – 認知傾向・感情・態度との関連 –

Investigation of factors contributing to feelings of anger in psychiatric department staff nurses: Relationship between cognitive tendencies, feelings and attitudes

木下 愛未 Aimi Kinoshita

信州大学 学術研究院 医学保健学域 保健学系 Shinshu University School of Health Sciences

下里 誠二 Seiji Shimosato

信州大学 学術研究院 医学保健学域 保健学系 Shinshu University School of Health Sciences

2018年7月13日投稿, 2019年1月16日受理

要旨

精神科では、患者の攻撃性がスタッフナースに向けられることがあり、結果スタッフナースが怒りを感じる事が知られている。そこで精神科スタッフナース自身の認知傾向（敵意およびパラノイド〈PA〉傾向）、患者から攻撃行動を受けた際のスタッフナースの怒りの強さ、患者の攻撃行動への態度の関連をPearsonの相関係数やstructural equation modeling (SEM)により検証した。スタッフナースに対して質問紙調査を実施し、486名から回答を得た。結果、精神科スタッフナースの怒り感情の喚起に影響を与える個人の特性には、敵意や、PA傾向のうち対人猜疑心および仲間はずれといった認知傾向があることが示唆された。これらの認知傾向は怒り感情の強さに影響を与え、患者の攻撃行動を否定的に捉える看護師のネガティブな態度に影響を与えるものであった。一方で、患者の攻撃行動に対して患者への弱い立場への共感を示す看護師のポジティブな態度は影響が示されなかった。

Abstract

In psychiatric settings, patient aggression may be directed at staff nurses, and it is known that staff nurses may in turn feel angry. In this study, we examined the relationship between psychiatric staff nurses' own cognitive states (hostility and paranoid tendency, the latter of which is referred to as paranoid [PA] in this study), the strength of the anger of staff nurses when subjected to aggressive patient behavior, and the nurses' attitude toward patient's aggressive behavior using Pearson's correlation coefficient and structural equation modeling (SEM). We conducted a questionnaire survey with staff nurses and received 486 responses. Findings suggest that cognitive tendencies such as "interpersonal suspicion" and "outsiding (alienation or the sense of being left out)" as part of PA tendency, and hostility affect the strength of the anger of psychiatric staff nurses when subject to aggressive behavior by patients. These cognitive tendencies influenced the strength of angry feelings as well as affecting nurses' negative attitudes towards patients' aggressive behavior. On the other hand, nurses' positive attitude toward patients' aggressive behavior was not affected by nurses' cognitive tendencies or nurses' anger feelings.

キーワード

精神科スタッフナース、怒り感情喚起場面、患者からの攻撃に対する看護師の態度、認知傾向

Key words

psychiatric staff nurse, anger generated situations, staff nurses' attitudes regarding patient aggression, cognitive tendencies

1. 研究背景と目的

攻撃行動（以下、攻撃）とは「どんな形であれ、危害を避けようとする生活体に対して、危害を加えようとしてなされる行動」（クラーエ 2004）と定義される。精神科では、患者の精神症状や医療への不満が、患者の治療や日常生活に大きな影響を与え、治療に対する拒否や医療職者への攻撃を招く。医療職者の中でも、患者から看護師への

暴言や暴力が多いという報告があり（Foster et al 2007, 鮫島・岡本 2016）、患者からの攻撃によって引き起こされる看護師の感情は、患者からの攻撃に対する看護師の態度に影響する。精神科では、患者からの攻撃は精神疾患によるものが多く、攻撃は治療・看護ケアの対象と捉える必要がある（下里・木下 2016）。通常、患者からの攻撃に対して看護師は否定的な態度となりやすいが、精神科で

は攻撃を治療転機として活かすという肯定的な態度を持つことも求められる(野田 他 2014)。

患者からの攻撃によって看護師に起こる感情の代表的なものは、怒りである(畠山 他 2016)。怒り感情の生起について、認知行動学で用いられるABC図式(エリス・タフレイト 2004)では、きっかけになる出来事(Activating Events)と感情(Consequence)の間には認知(Belief)があるとされている。すなわち患者からきっかけになる出来事が起こった場合、看護師の認知傾向によって、看護師の怒り感情の程度は変化する。しかし、きっかけになる出来事(患者から受ける攻撃の種類)が何か、それによる感情の程度(看護師の怒りの強さ)はどう異なるか、また、認知(看護師自身の認知傾向)がどう影響を与えているかは明らかではない。

怒り感情を喚起するきっかけになる出来事(Activating Events)について、長澤・齊藤(2011)は、「馬鹿にするようなことを言われる」などの意図的加害因子と「あなたがしたことではいやな気持ちをしたと言われる」などの不快表明因子があるとしている。意図的加害因子と不快表明因子は心理的攻撃である。長澤・齊藤(2013)によれば怒り感情の喚起因は身体的、物理的被害などの身体的攻撃によるものはわずかであるという。一般社会では身体的攻撃を受ける機会のごくまれであり体験そのものが乏しいが、精神科の看護の場面では実際に身体的な攻撃を受けることも多い(大迫 他 2005)。看護師という職務上の怒り感情の喚起因については身体的攻撃を含めた検討が求められる。

出来事と怒り感情の間にある認知(Belief)には「敵意」がある(安藤 他 1999)。敵意は「他者に対する否定的な信念・態度」とされ、怒り感情と同様に必ずしも攻撃を伴わないものである(安藤 他 1999)。また、特に怒り感情に関連する認知としてパラノイド(Paranoid: PA)傾向が知られている。PA傾向とは「個人に対して悪意を感じやすい、つまり敵意的な帰属をしやすい傾向(後藤・倉戸 1997, 久場 2005)」のことで、健常者も持つ人格特性(滝村 1991)の一つと考えられている。

患者の攻撃に対する看護師の態度は、患者のケアの方針にも意味を持ち、看護師の態度は患者の退院後の予後や、患者の行動制限の使用にも影

響する(野田 他 2014)。野田 他(2014)によれば、患者の攻撃への看護師の態度には、否定的に認識するネガティブ、攻撃を治療転機に利用し、患者の弱い立場への共感が反映されるポジティブの2因子がある。攻撃に対する態度はネガティブとポジティブに2極化するものではなく、ネガティブな態度とポジティブな態度は混在するものと捉えられている。しかし怒り感情が看護師の態度にどのように影響するのかは明らかではない。

よって本研究では、精神科看護師自身が持つ認知傾向、患者からの攻撃を受けた時(以下、怒り感情喚起場面とする)の看護師の怒り感情の強さ、そして患者の攻撃に対する看護師の態度の関係を検討することを目的とした。怒り感情喚起場面から看護師の感情の程度を踏まえた生起と態度までの一連の流れを検証することは、看護師の感情コントロールのためにも意義がある。

尚、怒り感情喚起場面は、直接ケアを行う役職をもたない看護師(英語ではstaff nurseと呼ばれるため以降スタッフナースとする)が経験しやすいと考えられる。このため本研究では対象をスタッフナースとして検討した。

2. 概念枠組み

本研究では上述の背景を元に認知傾向、怒り感情喚起場面でのスタッフナースの怒りの強さの程度、攻撃へのスタッフナースの態度に焦点を当てて以下のように仮定した(図1)。

怒り感情に関連した認知傾向には、敵意と、PA傾向として猜疑心と被差別感(滝村 1991)の3つの認知がある。その3つを観測変数、認知傾向を潜在変数として仮定した。これらの認知傾向の高いものは、患者からの意図的加害因子、不快表明因子といった心理的攻撃(長澤・齊藤 2013)や、身体的攻撃(大迫 他 2005)を受けた際に、怒り感情を強く持つことが推察された。また経験が浅いほど攻撃を受けやすい(Mason and Chandley 1999)と言われている。経験年数が浅ければ患者から攻撃を受けやすく、怒り感情が強くなると仮定した。そこで年齢と精神科スタッフナースとしての経験年数は、怒り感情の観測変数として概念モデルに含めた。

怒り感情は、敵意、猜疑心、被差別感というネガティブな認知傾向により生じていると推測する

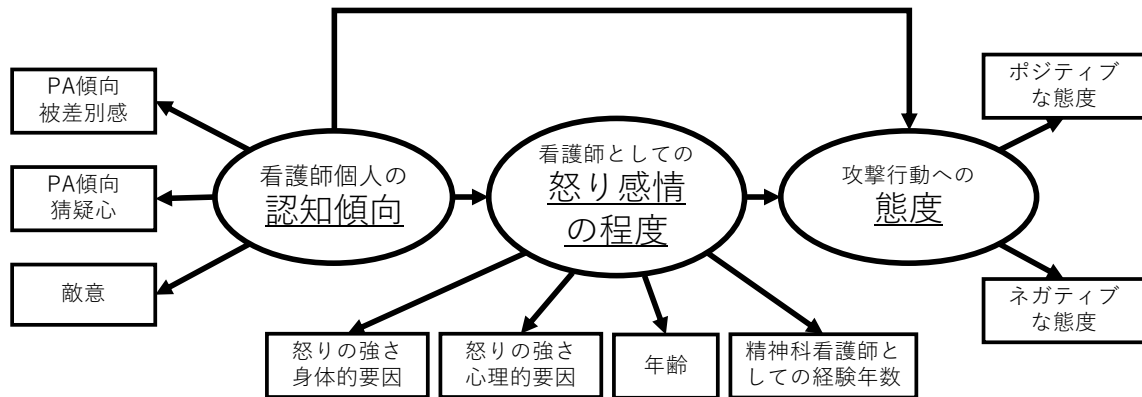


図1. 概念モデル

ことから、怒り感情が高いほど攻撃へのネガティブな態度に関連すると仮定した。一方でポジティブな態度は、患者の攻撃は自身を守るための必死な態度表出であり、患者の抱える問題解決の糸口になると捉える態度である。つまり、患者の攻撃を治療・看護ケアの対象として捉えることで怒り感情を低くするものであり、怒り感情が低い方がポジティブな態度をとると仮定した。以上のことから図1のような過程を想定した。

尚、一般的に怒り感情に性差はないと言われている(湯川 2008)ことから、観測変数に性別は含まなかった。

3. 対象と方法

3.1 調査対象

対象は平成27年から平成28年に全国の12の精神科病院、及び日本精神科看護協会主催で開催された研修全25回の参加者682名のうちの准看護師や看護補助者を含まないスタッフナースであった。この研修は全国各地で開催され、男性が女性の2倍程度で、スタッフナースが多く参加する特徴があった。

本研究の対象であるスタッフナースから得られた回答は486名であった。このうち年齢、性別、精神科スタッフナースとしての経験年数、各尺度のうちどれか一つでも未回答解答あるいは判定不可能な回答があるものはすべて分析から除外した。

3.2 調査方法

研修参加者に対して研修開始前に自記式の質問紙調査の説明を書面にて行い、研修内容が結果に影響しないように研修開始前に回答してもらった。

回収は提出の結果が研修そのものに不利益を与えないことを保証するため研修終了後に行った。

3.3 調査項目の作成

調査項目は、基本属性(性別、年齢、精神科スタッフナースとしての経験年数)に加え、スタッフナースの認知傾向(敵意、PA傾向)、患者からの怒り感情喚起場面におけるスタッフナースの怒りの強さの程度、患者の攻撃に対するスタッフナースの態度を含めた全63項目であった。各尺度は信頼性、妥当性の検証はされているが、因子的妥当性を検証するため探索的因子分析と、尺度全体及び各因子のCronbachの α 係数を求め尺度の信頼性を確認した。野田他(2014)に従い、主因子法、回転なしで固有値の変化を確認後、最尤法、Promax回転を行い因子構造の確認を行った。下位項目を部分的に使用した尺度については1因子ごとに最尤法、回転なしで分析し1因子構造であるかを確認した。因子数の決定には、固有値1以上の基準、スクリー法を確認しながらも、解釈可能性を考慮した(宮本・宇井 2014)。

〈怒り感情喚起場面での怒りの強さ〉

怒り感情喚起場面でのスタッフナースの怒りの強さは、患者からの言動、行動(攻撃)によって、どのくらい怒りを感じるかを聞くものである。本研究では長澤・齋藤(2011)の調査と看護場面で受ける攻撃(大迫他 2005)を基に、独自に作成した合計16項目とした。各々の攻撃を患者から受けたときに感じる怒りの程度を「全く感じない:1点」から「非常に強く感じる:7点」までの7件法で回答を求めた。

因子的妥当性を検証するために、怒り感情喚起

場面での怒りの強さの16項目について固有値の変化を見たところ8.53、1.88、1.00、0.61であった。2因子と3因子それぞれで因子分析を行ったところ、3因子では複数因子に対して因子負荷量が0.3以上ある項目があり、2因子構造の方が妥当と考えられた。このため2因子に固定して探索的因子分析を行った。第1因子は「にらまれる」、「馬鹿にされる」などの意図的加害因子と不快表明因子を含む12項目で、「非身体的要因による怒り」と命名した。また第2因子は「たたかれる」や「かまれる」などの4項目で「身体的要因による怒り」とした(表1)。全項目での信頼性を示すCronbachの α は0.94、非身体的要因による怒りは $\alpha = 0.93$ 、身体的要因による怒りは $\alpha = 0.92$ と高い信頼性を示した。怒りの強さの程度は、自尊感情を下げられるような非身体的攻撃、身体的攻撃で高かった。(スタッフナース自身の認知傾向)

怒り感情を喚起する認知傾向のうち、敵意については、Buss-Perry 攻撃性質問紙日本語版 (Buss-Perry Aggression Questionnaire, BAQ; 安藤 他 1999) のうち、「敵意」の6項目を使用した。敵意とは他者に対する否定的な信念・態度である。BAQの下位項目は他に「短気」「身体的攻撃」「言語的攻撃」がある。「全く当てはまらない: 1点」から「非常によくあてはまる: 5点」までの5件法で

回答を求めるもので一般化され広く使用されている。逆転項目を反転後下位尺度ごとに合計し得点を求め、得点が高いほうが敵意傾向が強いことを示す。

BAQの敵意について、因子的妥当性の検証のために固有値の変化を見たところ、2.18、1.17、0.75、0.66であった。2因子での負荷量を確認したところ不適解となった。1因子に固定し分析したところ、負荷量は「私を苦しめようと思っている人はいない」が0.21、「人から馬鹿にされたり、いじわるされたと感じたことはほとんどない」が0.29で0.3未満の負荷量を示した。Cronbachの α 係数は0.62であったが、原版でも $\alpha = 0.72$ (安藤 他 1999) と高いとは言えないものであった。BAQは構造が強固な尺度として広く使われていることと項目の内容から、解釈可能性を考慮しそのままの6項目1因子として使用することが妥当であると判断した。

怒り感情を喚起する認知傾向のうち、PA傾向としてパラノイド質問紙 (PA尺度) のうち対人関係上の猜疑心を測定する「対人猜疑心」18項目、被差別感を測定する「仲間はずれ」5項目を使用した。PA尺度は大学生での研究で使用され、下位尺度は他に「社会的猜疑心」「家庭への不満」「教師への反発」「近隣での孤独感」がある。本研究で

表1. 怒り感情喚起場面での怒りの強さに関する調査項目の平均値と標準偏差および因子分析 (N=336)

	因子		m±SD
	非身体的	身体的	
睨まれる	0.83	-0.06	3.46±1.46
提案指示したことを拒否される	0.83	-0.18	3.26±1.34
馬鹿にするようなことを言われる	0.80	0.04	4.00±1.55
あなたの言い方で腹が立ったといわれる	0.79	-0.06	3.63±1.42
あなたがしたことで嫌な気持ちになったといわれる	0.75	-0.05	3.35±1.45
嫌味を言われる	0.74	-0.02	3.65±1.52
できないようなことをしろと言われる	0.73	0.07	3.94±1.56
面と向かって悪口を言われる	0.70	0.14	3.90±1.59
怒鳴られる	0.64	0.19	3.97±1.46
あなたが仕事していないといわれる	0.62	0.02	3.54±1.66
無視される	0.60	0.04	3.29±1.52
大声で威嚇される	0.58	0.26	4.01±1.63
唾をかけられそうになる	-0.08	0.91	4.89±1.70
かまれる	-0.12	0.89	4.59±1.83
物を投げつけられる	0.08	0.86	4.73±1.68
叩かれたり蹴られそうになる	0.08	0.85	4.64±1.66

註1) 因子分析(最尤法, promax回転)

は、患者からの怒りを喚起される場面で直接介入する際に影響を受ける項目として、猜疑心は対人猜疑心因子、被差別感仲間はずれ因子を検討項目とした。対人猜疑心は他者に対して抱く持続的で一貫した不信感、疑惑感を抱き、相手の言動に示される態度を素直に受け入れず、常に警戒して他者と接するという態度を示す。仲間はずれは、仲間からの迫害・軽視に対する被差別感と寂しさからの逃避願望を表す。質問項目は「友達から仲間はずれにされる」というように「友達」を対象にするものであったが、職場でのスタッフナース自身の認知傾向を聴取するため、本研究では「職場の人」とし職場での仲間はずれ意識を聞くものとした。各「全く当てはまらない」を1点、「とてもよく当てはまる」を5点とする5件法で得点が高いほうが傾向が強いことを示す。

PA尺度については下位項目ごとに因子分析をした。対人猜疑心の固有値の変化は7.26、1.26、1.07、0.99であった。スクリー基準からも1因子構造と考えられ、1因子に固定し最尤法で因子分析を行ったところ全ての項目の因子負荷量が0.4以上であり1因子構造が妥当と考えられた。仲間はずれの固有値の変化も3.23、0.86、0.54で1因子構造が妥当と考えられた。Cronbachの α 係数は対人猜疑心0.91、仲間はずれ0.85であった。

〈患者の攻撃に対するスタッフナースの態度〉

攻撃に対する態度としては野田 他 (2014) が Nakahira et al (2009) をもとに検証した攻撃に対する態度尺度 (Attitude Toward Aggression Scale: ATAS) を用いた。これは患者の攻撃に対してどのような態度を示すかというスタッフナースの態度であり「非常に反対: 1点」から「非常に賛成: 5点」で、全18項目からなる。Nakahira et al (2009) のものがNegative、Positive、Communicativeの3因子構造であるのに対し、野田 他 (2014) は、ネガティブ因子 (13項目)、ポジティブ因子 (5項目) の2因子構造としている。いずれの項目についても、下位項目ごとの合計得点を算出し、得点が高いほどその態度が強いことを示す。

ATASについて固有値の変化を見たところ5.95、2.27、1.20、0.99であった。次に因子数を2因子と3因子で比較したところ、3因子の場合で複数因子に高い負荷量を示す項目があったため野田

他 (2014) と同様2因子とした。因子名も同様に第1因子が「看護師がその患者を別の視点から見るのに役立つ」というような5項目を含むポジティブ因子とした。第2因子は「不快でうんざりする行動だ」などを含む13項目でネガティブ因子とした。また、信頼性を示すCronbachの α は、ポジティブ0.64 ($\alpha=0.71$; 野田 他 2014)、ネガティブ0.89 ($\alpha=0.89$; 野田 他 2014) であった。ポジティブの α が低かったが、野田 他 (2014) でも低い傾向であり、項目の因子的妥当性の観点からは妥当と考え18項目のまま分析を行う事とした。

3.4 データの分析方法

調査項目について、分析対象者の性質を確認するために記述統計を用いて分析を行った。

因子間の相関をPearsonの相関係数を算出した。相関係数は0.2以上を弱い相関があるとした。

その後、共分散構造解析 (Structural Equation Modeling: SEM) を用いて因果関係を検討した。SEMは複数の構成概念間の関係を検証するもので、概念モデルにより作成したモデルの当てはまりを評価することができるものである (尾崎 2003)。SEMでは概念モデルを軸にしつつも、モデルの当てはまりよさなどを検討し試行を重ねた。SEMのモデルの適合度の指標はComparative Fit Index (CFI)、Goodness of Fit Index (GFI)、Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) が0.9以上であること、Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)、Standardised Root Mean Square Residual (SRMR) が0.05以下となることを基準に検討した。また、モデル同士の比較では、Akaike Information Criterion (AIC) を用い、値がより小さいものを因果モデルとした。

分析にはSPSS ver. 24.0 (日本IBM、東京) 及びAmos ver. 24.0 (日本IBM、東京) を用いた。

3.5 倫理的配慮

研修の参加者に対し説明文、同意書、質問紙を渡し口頭で説明の上回答を求めた。調査は任意であり、無記名であり発表時にも個人が特定されないこと、提出後は識別ができないために取り下げができないこと、データの管理は厳重に管理されること等を説明した。また所要時間は5分程度であり心理的苦痛は伴わないこと、提出しなくても研修会への影響がないこと、結果を学会等で公表

することを説明した。直接回収し、回答はセキュリティ対策を施したコンピュータに入力して統計的に処理した。紙媒体は5年間保存とした。本研究は信州大学医学部医倫理委員会の承認を得て行った(承認番号3617)。

4. 結果

4.1 記述統計

回答のうち、男性215名女性121名の合計336名(有効回答数69.1%)が分析の対象となった。平均年齢(平均±標準偏差)は全体で34.93±8.30歳、経験年数は8.20±6.03年であった(表2)。

4.2 各尺度間の相関

各項目間の相関を算出した(表3)。

年齢と経験年数は、年齢と経験年数間以外の他のどの項目とも相関が認められなかった。

認知傾向は、敵意と対人猜疑心 ($r = 0.47, p < 0.001$)、敵意と仲間はずれ ($r = 0.50, p < 0.001$)、対人猜疑心と仲間はずれ ($r = 0.45, p < 0.001$) で正の相関を示した。

非身体的要因による怒りは、対人猜疑心との間に弱い正の相関が認められ ($r = 0.20, p < 0.001$)、対人猜疑心の強い方が怒りが強い傾向にあった。非身体要因による怒りはATASのネガティブとも弱い正の相関が認められた ($r = 0.32, p < 0.001$)。ATASのネガティブは、身体的要因による怒りとも弱い正の相関が認められ ($r = 0.30, p < 0.001$)、身体的要因、非身体的要因のどちらも怒りの強さが強いほど、攻撃に対する態度は否定的であった。

4.3 SEMによる検討

各因子の相関を考慮しつつ概念モデルに基づいてパスを引いてSEMを試みた。概念モデル(図1)に従いパスを引いたところ、怒り感情のパス

表2. 精神科スタッフナースの属性と各因子の得点範囲

		全体 (N=336)			
		n	(%)	m±SD	(得点範囲)
性別	男性	215	64.0		
	女性	121	36.0		
年齢				34.93±8.30	(22~59)
経験年数				8.20±6.03	(1~37)
BAQ	敵意			16.07±3.25	(6~28)
PA尺度	対人猜疑心			47.51±10.15	(18~77)
	仲間はずれ			9.84±3.32	(5~20)
怒り感情の強さ	非身体的要因			44.25±14.07	(12~85)
	身体的要因			18.85±6.20	(4~28)
ATAS	ネガティブ			42.95±7.98	(14~60)
	ポジティブ			16.77±3.25	(7~25)

註1) BAQ: Buss-Perry Aggression Questionnaire, PA尺度: Paranoid尺度、
ATAS: Attitude Toward Aggression Scale

表3. 精神科スタッフナースの怒り感情喚起に関連する因子間の相関係数

		基本属性		BAQ	PA尺度		怒りの強さ		ATAS	
		年齢	経験年数	敵意	対人猜疑心	仲間はずれ	非身体的要因	身体的要因	ポジティブ	ネガティブ
基本属性	年齢	1	0.59**	-0.04	-0.05	0.07	-0.10	-0.07	-0.08	-0.08
	経験年数		1	0.04	0.02	0.09	-0.04	-0.01	-0.07	-0.02
BAQ	敵意			1	0.47**	0.50**	0.19**	0.05	0.06	0.12*
PA尺度	対人猜疑心				1	0.45**	0.20**	0.11*	-0.01	0.19**
	仲間はずれ					1	0.19**	-0.01	0.01	0.08
怒りの強さ	非身体的要因						1	0.59**	-0.04	0.32**
	身体的要因							1	-0.06	0.30**
ATAS	ポジティブ								1	-0.06
	ネガティブ									1

註1) Pearsonの相関係数

註2) * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

註3) BAQ: Buss-Perry攻撃性質問紙 PA尺度: Paranoid尺度 ATAS: 攻撃に対する看護師の態度

係数 (標準化推定値: β) は、怒り感情から年齢 ($\beta = -0.08$)、精神科スタッフナースとしての経験年数 ($\beta = -0.12$)、ATAS ポジティブ ($\beta = 0.08$) で低く、看護師個人の認知傾向から攻撃への態度 ($\beta = -0.11$) でも低い値であった。適合度は $\chi^2 = 173.920$ 、 $df = 24$ 、 $p = 0.000$ 、 $GFI = 0.909$ 、 $AGFI = 0.830$ 、 $CFI = 0.728$ 、 $RMSEA = 0.137$ 、 $SRMR = 0.096$ 、 $AIC = 215.920$ であり、 $AGFI$ 、 CFI 、 $RMSEA$ 、 $SRMR$ は基準に満たないものであった。そこで、年齢、経験年数を除いて分析を行ったところ、適合度は $\chi^2 = 21.386$ 、 $df = 11$ 、 $p = 0.030$ 、 $GFI = 0.982$ 、 $AGFI = 0.953$ 、 $CFI = 0.975$ 、 $RMSEA = 0.053$ 、 $SRMR = 0.040$ 、 $AIC = 55.386$ であった (図2)。このモデルでは $RMSEA$ 値が 0.05 をやや上回ったが、一般的に自由度が小さければ $RMSEA$ の値は大きくなることから (荘島 2003)、本研究でも自由度の値が $RMSEA$ 値に影響したと考えられた。その他の適合度については基準を満たすものであった。よって図2のモデルが最も適当と考えられた。尚、本研究では男女の性差はないものとして分析したが、念のため男女別に多母集団解析も行いモデルに差のないことを確認した。

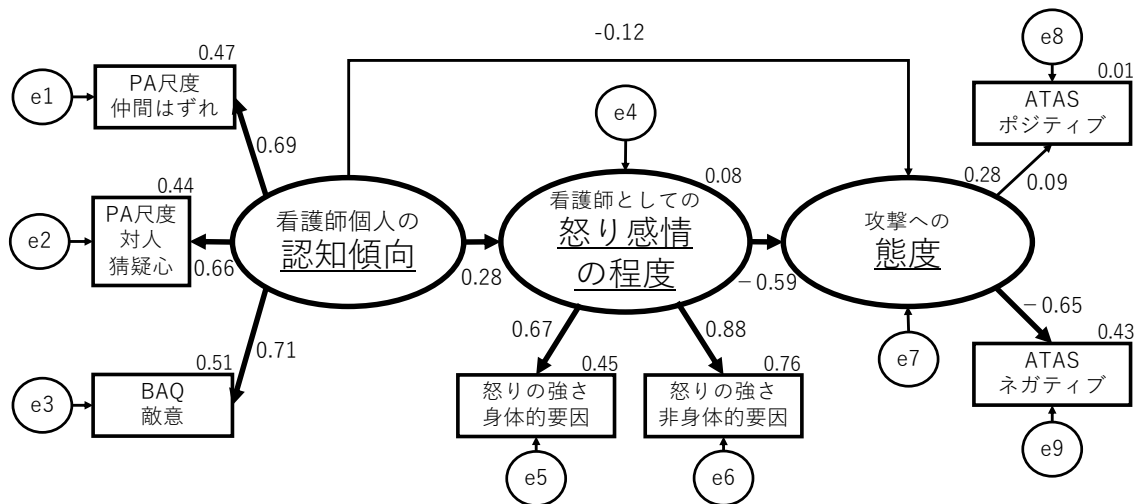
5. 考察

本研究では 336 名の精神科スタッフナースを対象とした。平均年齢は 34.9 歳で新人からベテランまでが含まれており、精神科スタッフナースを代表する対象であった。

本研究の患者からの怒り感情喚起場面には、長澤・齋藤 (2011) の因子の想定される一部と身体的攻撃を含めた。長澤・齋藤 (2011) のように意図的加害因子と不快表明因子は独立した因子ではなく合わせて非身体的要因という因子としてあげられた。身体的攻撃は一つの因子として区別され、非身体的要因と比べると怒りの程度は高かった。精神看護の現場では日常あまり起こらない身体的攻撃を受けると、非身体的攻撃より強い怒りを感じることは、新たな知見であった。

本研究では経験が浅い方が攻撃を受けやすく怒り感情や態度に影響することを仮定したが、相関は認められなかった。畠山 他 (2016) の研究では暴言や暴力を受けた時に怒りを抱いたスタッフナースの比率は年代ごとで大きな差はないとしている。攻撃を受ける頻度については調査していないが、攻撃を受ける頻度と怒りの強さには関連がない可能性がある。今後精査が必要である。

PA 傾向に関して本研究で使用した滝村 (1991) の PA 尺度の対人猜疑心と仲間はずれ、BAQ の敵意は各々と正の相関を示した。さらに SEM により精神科スタッフナースの怒り感情喚起場面での怒りの強さが、認知傾向に影響されることも示唆された。しかし認知から感情へのパス係数は $\beta = 0.28$ と高い値とは言えなかった (図2)。これは本研究で測定した認知傾向がスタッフナース自身の個人特性なのに対し、怒り感情については対患者



註1) SEM : 共分散構造分析

註2) PA尺度 : Paranoid尺度、BAQ : Buss-Perry Aggression Questionnaire、ATAS : Attitude Toward Aggression Scale

図2. 精神科スタッフナースの怒り感情に関する因果モデル

に生じる限定的なものであった可能性がある。また、怒りの大きさには他の因子が影響しているとも考えられる。畠山 他 (2016) は患者に怒りを抱いたスタッフナースのうち、8割は怒りを抑制すると報告している。これには「怒ると患者との関係が悪化するから」「怒ると余計に面倒になるから」などの怒り感情を表出した場合の援助上の不利益を想定することによるものが報告されていた。つまり精神科スタッフナースの怒りの程度には、普段の認知傾向に加えて援助上の要素も含むと推測された。今後検討が必要な課題である。

患者の攻撃に対するスタッフナースの態度では ATAS のポジティブはどの因子とも相関がなかった。これは因子としての信頼性の低さが影響した可能性がある。しかしポジティブは患者の攻撃を前向きにとらえようとする態度であり、スタッフナースが攻撃に対し肯定的に捉えケアしようとする態度をとれるならば重要な意味を持つ。Nakahira et al (2009) や野田 他 (2014) が非拘束的な対応を選択する方がポジティブ得点が高いとしているように、ポジティブには他の態度も影響する可能性がある。ネガティブについて、大迫 他 (2005) によれば被暴力体験のうち、経験の浅いうちに体験した暴力の印象が強い。例えば新人の頃のネガティブな体験等も影響を与えているとも推察される。今後検討が必要な課題である。

SEM では怒り感情喚起場面でのスタッフナースの怒りの強さは、敵意や対人猜疑心、仲間はずれという認知傾向から直接の影響を受けて、スタッフナースが患者の攻撃に向けた否定的な態度に影響していた。図式は認知行動的には納得できるものであり (エリス・タフレイト 2004)、本モデルは臨床的にも理解できると考えられた。臨床場面でも個人の認知的特性が影響し、怒り喚起場面での怒りを大きくし、否定的な態度をとる可能性があるということは新しい知見である。怒り感情には、年齢、精神科スタッフナースとしての経験年数との関連、患者の攻撃に向けた肯定的な態度への関連はなかった。今後は怒り感情を下げるような攻撃の保護因子も検討し、攻撃への肯定的な態度の要因を検討する必要がある。

6. 結論

本研究では以下の点が明らかになった。

- 1) 精神科スタッフナースの怒り感情喚起起因となる患者の攻撃は、身体的と非身体的要因があり、身体的要因の方が強い怒り感情を生起した。
- 2) 精神科スタッフナースの怒り感情に影響する個人の認知傾向は敵意や、対人猜疑心、仲間はずれを含んでいた。
- 3) 患者からの攻撃に対する精神科スタッフナースのネガティブな態度は、個人の認知傾向に影響されていた。
- 4) 患者からの攻撃に対するポジティブな態度、年齢、精神科スタッフナースとしての経験年数については本研究の他因子との関連が示されなかった。

7. 研究の限界

本研究でのデータは研修参加前に収集された。集団の性質が歪んでいないことについては検討したがなお研修に参加しようとする姿勢などが影響した可能性が否定できないことは本研究の限界である。また、本研究で使用した尺度のうち ATAS のポジティブと BAQ の敵意の信頼性係数が低かったことについてはさらに検討の必要がある。本研究は、研究協力時点で患者からの攻撃への怒りの強さを聴取しており、思い出しバイアスが考えられることも本研究の限界である。今後は全国郵送での調査やより妥当性のある尺度の使用なども検討する必要があると考えられた。

利益相反

本研究に利益相反は存在しない。本研究は平成 27 年度科学研究費補助金基盤研究(C) の助成を受けた研究の一部である (課題番号 15K11790)。

引用文献

安藤明人, 曾我祥子, 山崎勝之 他 (1999). 日本版 Buss-Perry 攻撃性質問紙 (BAQ) の作成と妥当性、信頼性の検討. 心理学研究 70(5), 384-392. DOI: 10.4992/jjpsy.70.384

アルバート・エリス, レイモンド・C. タフレイト (2004). 野口京子 (訳). 怒りをコントロールできる

人、できない人: 理性感情行動療法 (REBT) による怒りの解決. pp34-41. 金子書房, 東京.

Foster C, Bowers L and Nijman H (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs* 58(2), 140-149.

後藤雄一郎, 倉戸ヨシヤ (1997). パラノイド認知と原因情報が欲求不満事態の怒りと攻撃に及ぼす影響. *大阪市立大学生生活科学部紀要* 45, 139-148.

畠山朋子, 佐々木久長, 米山奈奈子 (2016). 看護師の患者対応場面での怒り発生とその後の行動. *秋田大学保健学専攻紀要* 24(1), 41-51.

久場美南子 (2005). パラノイド傾向が怒りに及ぼす影響について. *心理相談センター年報* 1, 37-46.

バーバラ・クラーエ (2004). 秦一士, 湯川進太郎 (編訳). 攻撃の心理学. 北大路書房, 京都.

Mason T and Chandly M (1999). *Managing Violence and Aggression: A Manual for Nurses and Health Care Workers*. Churchill Livingstone, London.

宮本聡介, 宇井美代子 (2014). 質問紙調査と心理測定尺度: 計画から実施・解析まで. サイエンス社, 東京.

長澤里絵, 齋藤勇 (2011). 怒りの感情生起と個人特性の関係性についての実証的研究: 否定感情表明と自己愛的甘えに焦点をあてて. *立正大学心理学研究年報* 2, 61-71.

長澤里絵, 齋藤勇 (2013). 大学生における怒り経験とその規範逸脱性についての検討. *立正大学心理学年報* 4, 73-83.

Nakahira M, Moyle W, Creedy D et al (2009). Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *J Clinical Nursing* 18(6), 807-816. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02479.x.

野田寿恵, 佐藤真希子, 杉山直也 他 (2014). 精神科看護師がいただく入院患者の攻撃性への態度と対処手法への臨床姿勢の関連. *精神医学* 56(7), 601-

607.

大迫充江, 鍋田芳子, 瀬野佳代 他 (2005). 精神科看護師が患者から受ける暴力とサポートの実態: 精神科看護師へのアンケートによる量的研究. *日本看護学会論文集: 看護管理* 35, 336-338.

尾崎幸謙 (2003). SEMとは何か. 豊田秀樹 (編), 共分散構造分析 [疑問編] -構造方程式モデリング-, p1. 朝倉書店, 東京.

鮫島隆晃, 岡本呉賦 (2016). 精神科病院における暴力行為の実態調査: 精神科医療安全士の導入に向けて. *精神科治療学* 31(11), 1465-1469.

下里誠二, 木下愛未 (2016). 心理社会的治療 暴力リスクの把握と対応 包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP) から. *精神科治療学* 31(増刊), 225-229.

荘島宏二郎 (2003). RMSEAが悪いんですけど. 豊田秀樹 (編), 共分散構造分析 [疑問編] -構造方程式モデリング-, pp130-131. 朝倉書店, 東京.

滝村美保子 (1991). パラノイド傾向と攻撃 -パラノイド質問紙作成の試み及びパラノイド傾向と非行との関連性の検討-. *応用社会学研究* 1, 61-79.

湯川進太郎 (2008). 怒りの心理学 -怒りとうまくつきあうための理論と方法-. 有斐閣, 東京.

著者連絡先

〒390-8621

長野県松本市旭3-1-1

信州大学 学術研究院 保健学系看護学専攻
広域看護学領域 (精神看護学)

木下 愛未

akinoshi@shinshu-u.ac.jp