

資料

看護師特有のビリーフ尺度の作成

清野純子*・石川利江**・沢宮容子***

Development of Belief Scale Characteristic of Nurses

Junko SEINO, Rie ISHIKAWA, Yoko SAWAMIYA

Abstract

Purposes: The purpose of this study was to develop Belief Scale Characteristic of Nurses and to confirm its reliability and validity.

Methods: In a pilot survey, nurses (n=108) gave free descriptions regarding behaviors and ways of thinking in workplaces. Items for the proposed scale were selected from these descriptions. Based on the selected items and the results of preceding studies, a questionnaire was developed and administered to nurses (n=156). In the main study, some questions were modified and new questions were added. The resulting questionnaire was administered to nurses (n=499) and responses were subjected to factor analysis.

Results: In the pilot study, the results of factor analysis indicated 5 factors. Through confirmatory factor analysis of the main study, the Belief Scale Characteristic of Nurses that consists of 4 factors and 20 items was developed. The factors were: Over expectant attitudes of patients and their family toward treatment, Giving priority to treatment, Lack of emotional, personal communications, and Nurses' perfectionism.

Conclusion: It was confirmed that the scale has sufficient validity and reliability, despite certain shortcomings.

Key Words : belief, reliability, validity, nurse

問 題

同じ出来事を体験しても、それを脅威や恐怖と強く感じる人もいれば、それを取立てて問題と感じない人もいる。Lazarus & Folkman (1984)は、同じような出来事に直面しても、それがストレスとなるか否かは個人の認知的評価に規定されると述べている。この認知的評価を概念化したものの一つに、Ellisの論理情動行動療法(Rational Emotive Behavior Therapy: REBT)におけるイ

ラショナル・ビリーフがある(中田, 2006)。Ellis (1973)は、ビリーフを、「人が感情を持ったり行動を起こすときにもつ思考であって、信念・価値観から構成された文章記述で示される」と定義している。そして、このビリーフは、絶対的で教義的な「～ねばならない」とするタイプのイラショナル・ビリーフ(irrational belief)と、現実的で論理的であり、絶対主義的でない「できるなら～であることにこしたことはない」というラショナル・ビリーフ(rational belief)に分けられる。REBT

* 帝京科学大学 (Teikyo University of Science)

** 桜美林大学 (J. F. Oberlin University)

*** 筑波大学 (University of Tsukuba)

受領 2010.4.17 受理 2015.6.6

(Ellis & Harper, 1975 國分他訳 1981)では、イラショナル・ビリーフが感情や行動の障害を引き起こす直接間接の原因になっていると考えている (Ellis, 1994 野口訳 1999)。

イラショナル・ビリーフの測定については、Irrational beliefs Test (IBT) (Jones, 1968), Rational Behavior Inventory (RBI) (Shorkey & Whiteman, 1977), 日本版 Irrational Belief Test (JIBT) (松村, 1991) などがあげられる。松村 (1991) は、IBT や RBI などの多次元尺度の問題点として、感情や行動を問う項目がビリーフそのものを問う項目に比べて多く含まれており、尺度の妥当性の根拠を弱めているという問題点を指摘し、さらに社会背景や環境などの文化的差異の重要性を考慮し尺度作成を行った。そして、自己期待、問題回避、倫理的非難、内的無力感、依存、協調主義、外的無力感の7因子、70項目で構成される JIBT を作成した。一方、森・長谷川・石隈・嶋田・坂野 (1994) は、JIBT は項目数が多く、回答者の負担や得られるデータに偏向が生じる可能性を指摘し、短縮版として不合理な信念測定尺度 (JIBT-20) の作成を行なった。石川・山口 (1993) は、子どもの不合理な認知を測定する尺度 (IBTC: Irrational Belief Test for Children) を作成している。河村・國分 (1996) は、教師の職業文化から生じた教師特有の教育観や価値観および児童観をビリーフの概念でとらえた「教師特有のビリーフ尺度」を作成している。そして、この教師特有のビリーフ尺度を用いて、指導行動・態度や児童のスクール・モラルとの関係の検討、教師のビリーフに対する介入効果の検討が行なわれている (河村, 2000)。

以上のように、JIBT や JIBT-20 のように一般的なイラショナル・ビリーフを測定するものや、子どもや教師など対象者を特定とするイラショナル・ビリーフを測定するものが作成されている。しかし、これまでのイラショナル・ビリーフを測

定する尺度では、高ストレスとされている看護師特有のビリーフを測定する尺度は作成されていない。

看護師は教師などと同様に対人援助職と言われており、この対人援助を専門とする職業はバーンアウトやストレスが多いことが指摘されている。日本看護協会 (2004) によれば、入職1年以内の離職が「増加する傾向にある」病院が18.6%にあり、2003年度の新卒看護職員の入職後1年以内の離職率は平均8.5%で、新卒看護職員のほぼ12人に1人が入職後1年以内に離職している。また、看護師はストレスが高い職業とされているが、現場において十分なケアが出来ていないという実情がある。

これまで看護師の精神的健康に関する研究は、主にバーンアウトとの関連から、その要因の分析と改善策の提言がなされてきた。要因の分析に関しては、個人的要因と状況的要因という2つの視点から研究が行われている。

個人的要因に着目した研究として、稲岡・松野・宮里 (1984) は、仕事への適性、看護師自身の心理的・対人関係的問題がバーンアウトに関連することを明らかにしている。また、南・山本・太田・井部・上泉・西尾 (1987) は否定的に認知された生活ストレス・仕事ストレスが、近澤 (1988) はストレスに対する否定的な認知が、岡田・石隈 (1999) は看護師の自動思考が、それぞれバーンアウトと関連することを明らかにしている。

古屋 (2003) は、看護師263名を対象に質問紙調査を実施し、不合理な信念を持つことがバーンアウト傾向を促進し、その不合理な信念は、個人志向性・社会志向性の影響を受けていると示している。これらのことから、看護師の行動には、看護師が所属する組織文化あるいは職業文化が影響していると考えられる。この職業文化の考え方によると、患者・家族とのかかわりや医師をはじめとする他の医療関係者とのかかわりの中で、看護師

の行動規範や価値観などを規定する看護師特有の文化が存在し、特有の考え方・行動様式が存在することが考えられる。その中で、個人的要因であるイラショナル・ビリーフにより、物事を過大・過少評価することでストレスが増大したり、健康を害したり、バーンアウト、離職につながっていくことが考えられる。

そこで本研究では、看護師の職業文化から生じた、看護師特有の看護観や価値観、患者・家族観をビリーフの概念でとらえ、看護師特有のビリーフの内容と、看護師特有のビリーフの強さを測定する尺度を作成することを目的とする。なお本研究では、看護師特有のビリーフを Ellis の考えに準拠し、以下のように定義した。すなわち、看護職の特性と看護師がおかれた社会環境の中で、看護師が社会や同僚・他の医療関係者、患者および家族に対して自分の役割に対する責任や体面を保つための「絶対的で独断的な考え方」とした。

本研究は2つの調査で構成される。予備調査では、看護師特有のビリーフを測定する尺度の項目選定および作成された尺度に対する因子構造を検討し、本調査では予備調査の結果から、看護師特有のビリーフ尺度の因子構造の追加・修正を行い、さらに信頼性と併存的妥当性を検討する。

予備調査

目的

看護師特有のビリーフを測定する質問紙の作成とその因子構造を検討することを目的とした。

方法

質問紙の作成

看護師のビリーフを測定する尺度を作成するために、臨床現場で働く看護師を対象とする自由記述の調査、先行研究および研究者が独自で考案した項目を合わせ尺度項目の選出を行なった。

臨床で働く看護師を対象とした調査では、対象者は東京都・神奈川県にある2病院で看護師をしている女性看護師102名(平均年齢30.1歳, SD7.35, 年齢不明4名, 平均勤続年数8.1年), 勤務形態については、3交替あるいは2交替勤務, 外来勤務者は非常勤が多い職場であった。質問紙には、「病院の臨床現場において、看護師によく見られる行動・態度・考え方を書いて下さい。」と教示し、自由記述で回答を求めた。調査時期は、2005年8月で、無記名で行った。その結果、総数324件の回答が得られた(複数回答あり)。そして、得られた回答を心理学に精通した研究者にスーパーバイズを受け、KJ法(川喜田, 1999)を用いて、研究者が自由記述の回答の分類・整理を行った。その後、記述内容のカテゴリー分類の一致の程度を確認するために、全体の1割程度の記述内容をランダムに抽出した。そして、心理学を専門とする研究者2名(うち1名は看護系教員)で記述内容の一致を検討した結果、100%の一致率であった。分類の結果7カテゴリー(看護師の態度104件, 患者への援助58件, 理想とする看護師39件, 看護師としての技術37件, 患者への対応35件, 看護師の知識24件, 看護師の身体・感情コントロール16件, その他11件)に分類され、各カテゴリーを代表する文章に修正した。その結果、最終的に自由記述の調査より7項目を尺度項目とした。

項目作成のための先行研究として、教師特有のビリーフ尺度(河村・國分, 1996)、中学教師に関するイラショナル・ビリーフインベントリー(土井・橋口, 2000)、精神看護学ノート(武井, 1998)、看護管理職者のバーンアウトの分析(古屋, 2003)、看護者のもつイラショナル・ビリーフと精神的健康(曾我, 2001)を参考に62項目を選定した。さらに、研究者が考案した9項目を加え、全78項目の多様な項目を準備した。

土井・橋口(2000)は、イラショナル・ビリーフの研究の問題点として信念よりも、不安反応を問

うものが散見されることや、各項目での主語が曖昧なために、3種類のイラショナル・ビリーフ（私、あなた、状況・環境）としては解釈にばらつきが生じるなどが指摘されていると述べている。

そこで、これらの指摘を踏まえ、項目作成にあたって次の2点を留意した。①主語の曖昧性を避けることに留意した。すなわち自己に関するイラショナル・ビリーフの項目の主語は「看護師は」、他者に関する項目は「患者は」、「家族は」、「医師は」と表現し、人生一般に関する項目は出来事を表す言葉を主語とした。②ビリーフのみを測定し感情や行動を含まないようにした。

次に、選出した78項目に対してその内容が現実 に即しているか、女性看護師10名により内容的妥当性の検討を行った。そのうち「看護理論などの専門書を読んでも、直接看護の実践にプラスになることは少ない」についてのみ7名以上が現場に即さないという回答が得られ、尺度項目から削除し、最終的に77項目となった。

また、本尺度は看護師特有のビリーフを測定し、ビリーフにおける非機能性の程度を測定することから、文章表現にあたっては、「～ねばならない」「～すべきである」「～が必要である」「つねに」「いつも」という表現を付け加えた。

対象者 東京都内・神奈川県にある2病院に勤務する女性看護師156名（平均年齢28.2歳、SD8.29歳、平均勤続年数6.9年）を対象とした。

調査内容 ①**看護師のビリーフを測定する尺度**：上述のように作成された看護師のビリーフを測定する尺度で、77項目よりなる。回答は、4件法（全くそう思う：4点、どちらかと言えばそう思う：3点、どちらかと言えばそう思わない：2点、全くそう思わない：1点）で求められた。②**調査対象者の属性を知るために**、性別、年齢、看護師の経験年数、職位（看護師長・主任・スタッフ）、現在の所属部署の5項目に関して調査を行なった。

手続き 調査の実施に当たっては、病院の看護

部の承認を得た後、各部署の人数に応じて調査用紙を配布した。調査期間は、2005年12月上旬で、調査の目的を紙面上にて説明し、無記名式で実施した。

結果と考察

①**尺度の分析**：看護師のビリーフを測定する尺度について、探索的因子分析前に、各尺度項目の平均値、標準偏差を算出した。次に天井効果およびフロア効果による得点分布の歪みを除くために、天井効果では平均値+標準偏差が4.0以上、フロア効果では平均値-標準偏差が1.0以下となった尺度項目10項目を削除した。そして67項目を対象に探索的因子分析を行なった。因子数に関してはスクリープロットの減衰状況より判断し、再度因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行い、因子負荷量の小さいもの（.35以下）は削除した。最終的に5因子22項目が、看護師のビリーフに関する項目として抽出された。

②**因子構造**：第1因子は、「患者は入院生活を通して、日常生活での自己管理の必要性や方法を身につけなければならない」など、看護師が患者・家族に対してどのように治療へ関わってもらいたいかの期待を表している。したがって、第1因子は「患者・家族の治療姿勢への過度な期待（8項目、 $\alpha = .771$ ）」に関する因子と解釈された。第2因子は、「家族は、常に医療者の指示に従うべきである」など、最優先は患者の治療を促す考え方に関する因子ととらえることができる。そのためこれらの因子は「治療優先（4項目、 $\alpha = .575$ ）」と解釈された。第3因子は、「患者は看護師のプライベートなことなどを、ねほりはほり聞くものではない」など、看護師は職場では、一個人と看護師としての立場を区別し、看護師の仕事以外の交流を回避している内容ととらえることができる。従って第3因子は「私的感情交流欠如（3項目、 $\alpha = .540$ ）」に関する因子と解釈された。第4因子は、「担当

する患者に対する看護師の責任は、とても大きい」など、看護師の職業あるいは業務に対する態度や考え方に関する内容であることから、「看護師の姿勢(4項目, $\alpha = .564$)」に関する因子と解釈された。第5因子は、「看護師は、どのような場合でも、勤務中はいつも冷静でなければならない」など、一個人よりも看護師役割を完璧に行なうことを重視している内容であることから「看護師完璧主義(3項目, $\alpha = .484$)」に関する因子と理解された。内的整合性の検討を行った結果、クロンバックの α 係数は .484 ~ .771であった。以上の結果、5因子22項目からなる看護師特有のビリーフ尺度が作成された。

作成された尺度では、看護師と同様に対人援助職とされる教師を対象としたビリーフを測定する尺度(河村・國分, 1996)の下位尺度である「期待する児童の行動および態度に関する因子」、中学校教師を対象として作成された「イラショナル・ビリーフインベントリー」(土井・橋口, 2000)の「教師が理想とする生徒像」と類似した因子として、「患者・家族の治療姿勢への過度な期待」因子が抽出された。

看護師特有のビリーフが抽出されたが、因子により項目数に偏りがあるため、因子ごとの構成項目数を整え、内的整合性(第2因子 $\alpha = .575$, 第3因子 $\alpha = .540$, 第4因子 $\alpha = .564$, 第5因子 $\alpha = .484$)を上げることの必要性が示された。

本調査

目的

予備調査で作成された看護師特有のビリーフ尺度は、各因子項目数が3~8項目と偏りがあることから、項目の修正、因子的妥当性の検討を行い、「看護師特有のビリーフ尺度」を作成し、さらに、その信頼性・併存的妥当性を検討することを目的とした。

方法

対象者 東京・神奈川にある3病院に勤務する看護師を対象とし、571名(男性5名, 女性566名, 回収率53.1%)から回答が得られた(平均年齢30.9歳, SD 7.97, 年齢不明17名, 平均勤続年数8.6年)。このうち欠損値を含むデータと男性回答者が少数であること、イラショナル・ビリーフは性差を考慮する必要性が示されている(土井・橋口, 2000)ことから男性回答者を除いた499名(平均年齢30.7歳, SD 7.92, 年齢不明9名, 平均勤続年数8.5年)を分析対象とした。

調査紙

1. 看護師特有のビリーフ尺度: 看護師特有のビリーフ尺度の構成項目数を調整するために、健康心理学を専攻とする大学院教授1名, 大学院生4名(このうち2名は看護職者)で、各因子における構成項目数を調整し、一部項目の修正・追加を行った。そして、すべての因子が5項目となるように修正し、25項目からなる「看護師特有のビリーフ尺度」を作成した。4件法で回答を求め、得点が高いほど、非機能的であることを示す。

2. 不合理な信念測定尺度短縮版(森他, 1994): 不合理な信念(イラショナル・ビリーフ)を測定する尺度である。5因子(自己期待, 依存, 倫理的非難, 問題回避, 無力感)で構成され、回答は「1: まったくそう思わない」から「5: 全くそう思う」の5件法で求められ、得点が高いほど不合理な信念を強く持つことを示す。

なお、JIBT-20の下位尺度の「依存因子」は、常に自分に指示を出してくれる他者がいないとやっていけないという内容を表わしており、看護師の特性として専門性を持ち状況を判断していくことから、依存に関して関連性がないと考えられる。さらに無力感に関する項目は、うまくいかないなら投げ出したり混乱するのは当然だという内容を示し、看護師の職業上、臨床場面で見られない行

Table 1 看護師特有のビリーフ尺度の確認的因子分析の適合度

	χ^2	<i>df</i>	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	AIC
モデル1	829.023***	265	.874	.846	.792	.065	949.093
モデル2	1099.152***	276	.833	.804	.696	.077	1197.152
モデル3	834.829***	269	.873	.846	.791	.065	946.829
モデル4	464.377***	164	.912	.887	.851	.061	556.377
モデル5	507.732***	164	.903	.876	.824	.065	599.732

*** $p < .001$

動と判断した。よって、これらの意欲と無力感に関連性が見られないと推察した。そのため、分析には自己期待、倫理的非難、問題回避の3下位尺度とした。

手続き 調査は、自記式の調査用紙を各病院の看護部あるいは看護部長宛に送付し、倫理委員会の了承を得た後、各病棟の看護師長を通して病棟へ配布する手続きをとった。調査期間は2007年6月～10月に実施し、調査用紙は2週間の期間を置き回収した。さらに、看護師24名をランダムに抽出し、初回調査用紙の回収後2週間の間隔を置き再検査を実施した。

結果と考察

看護師特有のビリーフ尺度に対し確認的因子分析を行なった結果(モデル1)、各因子間相関が高いことが示された。特に第4因子(仕事の姿勢)と第5因子(看護師完璧主義)の因子間相関は.98と高く、第4因子と第5因子は同じものを測定していると考えられた。モデル1の適合度の指標からは、 $GFI = .874$ 、 $AGFI = .846$ とやや低い値であり、 $RMSEA = .065$ となっていることから、観測されたデータと高い一致とは言えないと判断した。

以上のことから、看護師特有のビリーフ尺度は1因子構造、あるいは4因子構造である可能性が示された。そこで次のような仮説モデルを検証することとした。1因子構造(モデル2)、4因子構造(モデル3:第4因子+第5因子、モデル4:第4因子を削除、モデル5:第5因子を削除)を想定し、確認

的因子分析を行った。

モデル1～5の適合度指標はTable1に示した。5つのモデルを比較すると、モデル4は、 GFI 、 $AGFI$ 、 CFI は最も1に近い値であり($GFI = .912$ 、 $AGFI = .887$ 、 $CFI = .851$)、 $RMSEA$ は最も小さく($RMSEA = .061$)、 AIC は他のモデルより最も低かった($AIC = 556.377$)。適合度の指標である GFI 、 $AGFI$ 、 CFI は1に近いほどモデルがデータにうまく適合していることを表している。加えて $RMSEA$ は一般的には0.05以下であれば当てはまりがよく、0.1以上であれば当てはまりが悪いとされている。また、複数のモデルを比較する際、 AIC が最も低いモデルを選択すると述べている(小塩, 2005)。これらのことから、5つのモデルのうちモデル4は他のモデルより適切であると判断した。

最終的に、看護師特有のビリーフ尺度は、5因子(25項目)を想定していたが、5因子構造のうち第4因子を削除したモデル4の4因子構造(20項目)となった。モデル4の確認的因子分析結果の因子負荷量およびクロンバックの α 係数をTable2、記述統計をTable3に示した。 α 係数は.62～.69の値を示し、若干低い値となった。

また、作成された尺度の因子間相関において、.529～.794と高い値を示している。このことは、作成された尺度が1因子構造(モデル2)を示しているとも考えられる。しかし、モデルの適合度指標からはそのモデルは当てあまりがよくないこと、尺度内容から、患者に対する考え方、自分

Table 2 看護師特有のビリーフ尺度の確認的因子分析による各項目の因子負荷量

	I	II	III	IV	
【I. 患者・家族の治療姿勢への過度な期待 ($\alpha=.68$)】					
1. 患者は入院生活を通して、つねに日常生活での自己管理の必要性や方法を身につけなければならない	.490				
6. 患者は入院生活においてつねに、積極的に治療に参加すべきである	.670				
11. 患者・家族はいつでも、思ったこと・考えたことは、しっかり意思表示することが必要である	.439				
15. 家族はつねに、患者が治療に専念できるように積極的にかかわるべきである	.630				
23. 治療への協力意欲に欠ける患者は、治療上の決まりや疾病に対する理解が不十分である	.551				
【II. 治療優先 ($\alpha=.69$)】					
4. 家族は、つねに医療者の指示に従うべきである		.565			
8. 患者がつねに入院生活のきまりを守る努力をすることは、健康回復につながる		.524			
13. 患者はどんな時でも、入院生活を医療者の指示通りに送る必要がある		.702			
20. 患者は治療を優先するべきである		.582			
22. 看護とはどんな時でも、患者に何かをしてあげることである		.430			
【III. 私的感情交流欠如 ($\alpha=.62$)】					
5. 患者はつねに、看護師に対して、愛称やニックネームで呼ぶべきではない			.425		
10. 患者は看護師のプライベートなことを、聞くものではない			.571		
16. 看護師はどのような場合でも、自分の個人的な興味・体験などを、患者に話すべきではない			.611		
17. 休憩中以外で、看護師同士でプライベートな話をすべきではない			.393		
19. 看護師同士で、治療に関係のない話は最低限にすべきである			.474		
【IV. 看護師完璧主義 ($\alpha=.62$)】					
9. 看護師はどのような場合でも、勤務中はいつも冷静でいなければならない				.468	
12. 看護師は、自分の知識が不十分なことを患者に悟られてはならない				.536	
14. 職場の人間関係をうまくするためには、自分を犠牲にしなければならない				.388	
18. 看護師はどのような場合でも、勤務中には感情を出すべきではない				.568	
25. 自分の仕事はどのようなことがあっても自分がやらなければならない				.531	
	因子間相関	I	II	III	IV
	I	-	.795	.529	.650
	II		-	.601	.833
	III			-	.784
	IV				-

Table 3 看護師特有のビリーフ尺度とJIBT-20の平均値および相関係数

	平均値	自己期待	倫理的非難	問題回避
看護師特有のビリーフ尺度全体	49.96 (7.26)	.19 **	.29 **	.27 **
I. 患者・家族の治療姿勢への過度な期待	14.51 (2.15)	.16 **	.30 **	.16 **
II. 治療優先	11.54 (2.41)	.16 **	.26 **	.21 **
III. 私的感情交流欠如	12.19 (2.56)	.08	.13 **	.14 **
IV. 看護師完璧主義	11.72 (2.37)	.17 **	.20 **	.32 **

()内は標準偏差, ** $p < .01$

自身へのとらえ方、職業に対する考え方など、対象者別あるいは職業特有なものが示されていると考えられるため、今後さらに内容の検討が必要と考えられる。

看護師特有のビリーフ尺度の信頼性を検討するために初回調査から2週間の期間をあけた再検査を実施し、測定値の相関係数である再検査信頼性係数を求めた。尺度全体及び各下位尺度得点の再テスト信頼性係数は.54～.80の範囲にあった。

さらに看護師特有のビリーフ尺度の併存的妥当性を確認するため、看護師特有のビリーフ尺度とJIBT-20との相関係数を算出した (Table3)。その結果、看護師特有のビリーフ尺度全体とJIBT-20の下位尺度 (自己期待, 倫理的非難, 問題回避) との相関係数は.19～.29 ($p < .01$) となり、有意な弱い正の相関が示された。

以上のことから、看護師特有のビリーフ尺度は十分高い値とは言えないものの、ある程度の信頼性、併存的妥当性を備えている尺度であると思われる。

総合考察

本研究の目的は、看護師の職業文化から生じた、看護師特有の看護観や価値観、患者・家族観をビリーフの概念でとらえ、看護師特有のビリーフの内容と、看護師特有のビリーフを測定する尺度を作成することであった。

予備調査では、看護師を対象とした自由記述の予備調査と先行研究をもとに看護師特有のビリーフ尺度の項目を選定し、その因子構造を検討した。しかし、内的整合性が低いこと、項目数に偏りがあったことが課題となった。そのため、本調査では予備調査の結果を基に尺度項目の修正・追加を行い、確認的因子分析を行ない、4因子20項目が妥当であると判断した。さらに本調査では再検査信頼性と併存的妥当性を検討した。ともに十分高

い値が得られたと言えないが、一定の信頼性、妥当性を備えていると思われた。これらのことから、本研究において作成された看護師特有のビリーフ尺度は、臨床現場で働く看護師のビリーフを測定する際に、実用可能な尺度であると思われる。

看護師特有のビリーフ尺度の特徴としては、Ellisの論理情動行動療法の理論に基づき、比較的少ない項目で看護師が持つビリーフの非機能性の4側面を測定できることである。本尺度の看護師完璧主義は、不合理な信念に関するEllisのオリジナルな下位概念の一つに相当する。またその内容は、看護師が持つ行動や考え方を反映しているものと言える。看護師が生命にかかわる職業であり、患者が早期治療・回復を望むがゆえに治療を優先してしまうという事柄や、本尺度の看護師完璧主義に相当する看護業務の中で常に求められる完全志向は、看護師職業の特殊性および役割から生じたものと捉えることができる。

現在、医療場面においては、医療技術の進歩、患者の高齢化・重症化等により、看護師の役割は複雑多様化し、その業務密度も高まっている。そのため、看護師のストレスは増強し、看護師のメンタルヘルスに対する取り組みが必要とされている。坂野・大島・富家・嶋田・秋山・松本 (1995) は、ストレスマネジメントを行なう際には、環境の整備だけでなく、個人の認知的側面と行動的側面を理解し、それらに介入していくことの重要性を指摘している。本研究で作成した「看護師特有のビリーフ尺度」は、臨床現場で働く看護師に対して看護師特有のビリーフの非機能性の程度を測定するものである。看護師が持つ非機能的なビリーフは、現実と適合せず、看護師のメンタルヘルスを悪化させる要因となり得る。また、非機能的なビリーフは、患者・家族の気持ちを汲み取ることやニーズを満たすことなど、看護の質の向上を妨げることが推察される。このビリーフは認知的変数であり、それを測定する本尺度は、看護師の持

つストレス低減を目的として、看護師のストレスマネジメントを行なう際に利用可能であると考えられる。しかし、現時点での本尺度は、いくつかの課題が残された。

最後に、今後の課題について述べる。本研究で作成した尺度は、内的一貫性を示すクロンバックの α 係数が低めであった。また、妥当性の検証として1つの尺度との関連性について検討したに過ぎない。これらのことから、さらに信頼性を高め、多様な観点から妥当性を検討する必要があるだろう。

さらに、これまでの先行研究ではイラショナル・ビリーフはストレス反応と関連があることが示されていることから、本研究で作成された看護師特有のビリーフ尺度を用いて、ビリーフの非機能性とストレス反応との関係や精神的健康との関連性を検討することが必要であると思われる。

また、看護師特有のビリーフは、看護師が臨床現場で働く中で獲得されたものなのか、それとも看護師として働く前の看護教育の中で培われていくものなのか明らかにしていく必要があるだろう。そして、新卒看護師だけでなく、経験ある中堅やベテラン看護師のストレス軽減として、非機能的なビリーフの変容を目的とした介入などを行い、非機能的なビリーフの変容がストレス軽減に効果があるか検証していくことが必要であると考ええる。

引用文献

- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A., & Harper, R.A. (1975). *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (エリス A. ハーパー R.A. 國分康孝・伊藤順康(訳) (1981). 論理療法—自己説得のサイコセラピー 川島書店)
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in psychotherapy Birch Lane Pr, Rev Sub.* (エリス A. 野口京子(訳) (1999). 理性感情行動療法 金子書房)
- 土井一博・橋口英俊(2000). 中学校教師におけるイラショナル・ビリーフと精神的健康との関係 健康心理学研究, **13**, 23-30.
- 古屋佳子(2003). バーンアウト症候群と職業文化の要因に関する一考察—看護管理職を対象としたアンケート調査の分析結果から— 日本看護学会論文集—看護総合—, **34**, 204-206.
- 稲岡文昭・松野かほる・宮里和子(1984). 看護職にみられる Burn Out とその要因に関する研究 看護, **36**, 81-104.
- 石川利江・山口 創(1993). 児童における不合理な認知の発達の検討 早稲田大学人間科学研究, **6**, 37-45.
- Jones, R. G. (1968). *A factored measure of Ellis'irrational belief system, with personality and maladjustment correlates*. Michigan: UMI Dissertation Information Service.
- 川喜田二郎(1999). 続・発想法 KJ法の展開と応用 中公新書
- 河村茂雄・國分康孝(1996). 小学校における教師特有のビリーフについての調査研究 カウンセリング研究, **29**, 44-54.
- 河村茂雄(2000). 教師特有のビリーフが児童に与える影響 風間書房
- 國分康孝(編)(1999). 論理療法の理論と実際 誠信書房
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer-Verlag. (ラザルス, R. S.・フォルクマン, S. 本明寛・春木豊・織田正美(監)(2007). ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究 実務教育出版)
- 松村千賀子(1991). 日本版 Irrational Belief Test (JIBT) 開発に関する研究 心理学研究, **62**, 106-

113.

- 南 裕子・山本あい子・大田喜久子・井部俊子・上泉和子・西尾鏡子(1987). 看護婦のもえつき現象とストレスソーシャルサポートの関係について 聖路加看護大学紀要, **12**, 26-34.
- 森 浩子・長谷川浩一・石隈利紀・嶋田洋徳・坂野雄二(1994). 不合理な信念測定尺度(JIBT-20)の開発の試み ヒューマンサイエンスリサーチ, **3**, 43-58.
- 中田(北出)薫(2006). イラショナル・ビリーフと感情の体験様式との関連—感情体験尺度作成の試みを通して パーソナリティ研究, **14**, 241-253.
- 日本看護協会編(2004). 看護職の社会経済福祉に関する指針 看護の職場における労働安全衛生ガイドライン 平成16年度版 労働安全衛生編 日本看護協会出版会
- 岡田佳詠・石隈利紀(1999). 看護者の自動的思考とバーンアウトとの関係 カウンセリング研究, **32**, 115-123.
- 小塩真司(2005). 研究事例で学ぶSPSSとAmosによる心理・調査データ解析 東京図書
- 坂野雄二・大島典子・富家直明・嶋田洋徳・秋山香澄・松本聡子(1995). 最近のストレスマネジメント研究の動向 早稲田大学人間科学研究, **8**, 121-142.
- Shorkey, C.T., & Whiteman, V.L. (1977). Development of the rational behavior inventory: Initial validity and reliability. *Educational and Psychological Measurement*, **37**, 527-534.
- 曾我 恵(2001). 看護者のもつイラショナルビリーフと精神的健康—文献的検討及び尺度開発のための項目作成の試み— 大分県立看護科学大学卒業論集
- 武井麻子(1998). 精神看護学ノート 医学書院
- 近澤範子(1988). 看護婦の Burnout に関する要因分析 —ストレス認知, コーピングおよび Burnout の関係— 看護研究, **21**, 157-172.