



看護学生が日常的に個人利用可能なストレス低減ツールの開発の試み①－解決志向アプローチ（SFA）の応用を中心に－

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 福島県立医科大学総合科学教育研究センター 公開日: 2020-11-12 キーワード (Ja): ストレスの低減, 看護学生, 解決志向アプローチ, 心理療法の応用, ストレスの低減, 看護学生, 解決志向アプローチ, 心理療法の応用 キーワード (En): 作成者: 三澤, 文紀 メールアドレス: 所属:
URL	https://fmu.repo.nii.ac.jp/records/2000711

原著論文

看護学生が日常的に個人利用可能なストレス低減ツール開発の試み①

—解決志向アプローチ (SFA) の応用を中心に—

三澤 文紀 (福島県立医科大学総合科学教育研究センター)

本研究では、看護学生が日常的に個人利用でき、ストレス低減効果を持つウェブサイトを開発し、その効果を検証した。具体的には、心理療法の一種である解決志向アプローチを応用したウェブサイト「ソリューション・リスト (SL)」を開発し、試験的に看護学生に使用を求め、その効果を検討した。分析対象となった8名 (SLを使用したSL群4名、昔の思い出を記録する統制群4名)の結果から、SLの使用によってストレス反応や不安が低減することが示された。ただし、試験運用段階のため対象者を少数に限定していること、対象者から使いにくさが多く報告されたことから、利便性向上を図った上でより人数を増やした検証の必要性が論じられた。

キーワード：ストレスの低減、看護学生、解決志向アプローチ、心理療法の応用

Received 4 September 2020, Accepted 30 September 2020, Revised 5 November 2020

1. はじめに

医療・保健の分野において、看護職は非常に重要な位置を占めている。その看護職の将来の担い手は、大学の看護系学部や看護系専門学校で学ぶ学生 (以下、看護学生) である。残念なことに、その看護学生に関しては、ストレス反応やうつ傾向が高い割合で見られるとの指摘がある。大学看護学生の34.1%が精神的に不健康と判定された調査¹⁾や、看護学生の65.6%が抑うつ状態にあると判断された調査²⁾などがある。看護学生の場合、学生特有のストレス要因に加え、臨地実習などの看護教育特有のストレス要因が影響していると考えられている³⁾。加えて、看護学生の多くは看護師を目指しているが、就職したての新人看護師は非常に強いストレスを経験しているとの指摘はいくつも存在する^{4)~6)}。つまり、看護学生は在学中に加え、卒業し看護師になってからも、ストレスとうまく向き合うことが求められているのである。理想的には、ストレスで疲弊する前から、日常的にストレスを低減させることが非常に有益と考えられる。

これまでの看護学生のストレスに関する研究では、質問紙による実態調査が盛んに行われてきた。他方、看護学生が日常的にストレス低減するための方法やストレスの予防するための方法についての研究は非常に少ない。看護学生のストレスマネジメント介入に関するレビュー研究⁷⁾では、2000~2010年の間でわずか8件だけであると指摘している。また、先行研究で使われている介入プログラムが専門的すぎる、学生自らの実施が難しいものが含まれている等の問題を指摘している。看護学生に対するストレス低減の方法については、十分な研究がなされているとはいえない。

この状況は、何も看護領域に限定されたことではない。日本の予防的ストレスマネジメント研究全体の動向をまとめたレビュー研究⁷⁾では、様々な問題が指摘されているが、日常的な個人利用 (セルフケア) に適

した方法に関しても、研究が少ないことも指摘されている。日本における日常的・予防的なストレス低減方法に関する研究については、看護学生対象の領域で遅れているだけでなく、全体的に発展途上と考えられる。

視点を変えて方法論に目を向けてみる。これまでのストレス低減方法は、認知行動療法やリラクゼーション法を基礎にしたものがよく研究されてきた。しかし、その他のカウンセリングの方法論をストレス低減に応用する研究があまり進んでいない。セルフケアの観点からは、多様な方法から個人に適した方法を選択する必要性が指摘されている⁷⁾ものの今のところ研究は不充分である。このため、従来の方法に加えて新しい方法を開発し、複数の方法からその個人に適した方法を選べるようにすることが求められている。

上述の議論から、日常的な個人利用 (セルフケア) が可能な新しいストレス低減方法が求められており、その際に認知行動療法以外のカウンセリングの方法論を応用することが考えられる。ただし、本論の出発点となった看護学生の日常的な個人利用を想定したとき、応用できるカウンセリングの方法論はどれでも良い、ということにはならない。カウンセリングの方法論には、ストレスに関わる心理的 (認知的) 問題を掘り下げて扱うものがあり、これに準じた手法を一般の看護学生が日常的に個人で実施する場合には、困難と危険性が予想される。まず、個人で心理的 (認知的) 問題を直視すること自体に多くの困難が予想される上、それを適切に扱えなかった場合、看護学生個人では收拾がつかない事態に陥る危険性が考えられる。

こうした困難と危険性を回避する1つの方法が、うまくいった行動や個人が持つリソースに焦点を当てる方法論をもとにして、新しい方法を開発することである。うまくいった行動等に焦点を当てる代表的なカウンセリングの方法論は、解決志向アプローチ (以下、SFA) である^{8)~10)}。SFAは家族療法から発展した方法論で、その名のとおり、問題よりも解決に焦点を当てる。SFAで最も重要な概念の1つが「例外」である。

この例外とは問題が起きそうな場面で起きなかったり程度が軽かったりした経験のことである。その中で特に重視されるのは、その人自身の行動によって起きたとされる「意図的な例外」である。これは、「意図的な例外」が行動を起こすことで再度起きる可能性が高いためである。このため、SFA では、例外の場面でのような行動をしたかを質問する。同様に、非常に困難に遭遇した人々に対し、困難自体よりも、困難な状況下での立ち向かった方法や何とかしてきた行動について質問する（コーピング・クエスチョン）。

こうした SFA の方法論は、日常的な個人利用が可能な新しいストレス低減方法開発の際、大いに役立つものと考えられる。特に現在、看護学生のみならず大多数の若者が、スマートフォン等を通じて日常的にウェブサイト上の様々なサービスを利用していることから、SFA をもとにしたストレス低減のための新しいウェブサイトが開発されれば、非常に有益だと考えられる。

2. 目的

以上を踏まえ本研究では、SFA を応用し、かつ日常的な個人利用が可能なウェブサイトを開発し、試験運用し、そのストレス低減効果の検討を目的とする。

3. 方法

(1) 本研究で開発したウェブサイトの概要

本研究では、SFA の方法論をもとにしたウェブサイト「ソリューション・リスト（以下、SL）」を開発した。SL は、日々の生活の良かったことを記録するとともに、役立った自身の行動や考え方などを記録するウェブサイトである。

SL は、ウェブサイト上のログイン画面から、利用者が決めたログイン ID とパスワードを入力することで利用できる。SL のホーム画面では、利用者が過去に入力した内容が一覧表として表示される（図 1）。

SL は 2 種類の内容を記録することができる。

1 つめは、利用者にとって良かったと思える内容を記録するものであり、SL の「良かったこと」ページに入力フォーマットが用意されている（図 2）。そこでは、以下の 4 点を入力する。

- ① 良かったできごと
- ② 良かったことが起きた時に役立ったこと
- ③ 役立った自身の行動・工夫
- ④ 役立った自身の考え方・姿勢

この「良かったこと」ページは、SFA の「例外」の概念とそれに関わる質問法を参照して作成されている^{8)~10)}。「良かったこと」を記録するだけであれば、ポジティブ心理学の方法でも見られるが¹¹⁾、SFA のように

その時の行動や役立ったことを記録することはない。今回は SFA の方法論を参照し、上記の入力フォーマットを採用した。

2 つめは、利用者にとって困難な状況でとった対応等について記録するものであり、SL の「困難への対応」ページに入力フォーマットが用意されている（図 3）。そこでは、以下の 3 点を入力する。

- ⑤ 困難な状況の時に役立ったこと
- ⑥ 少しでも役立った自身の行動・工夫
- ⑦ 少しでも役立った自身の考え方・姿勢

なお、SFA の基本姿勢にもとづき、「困難への対応」ページでは困難なできごと自体を記述する欄は設定されていない。このページは、SFA のコーピング・クエスチョンを参照して作成されている^{8)~10)}。

上述の 7 点の各入力項目については、星 0 個から星 3 個の 4 段階スケールで、お気に入りの程度を記録できる。SL 内の「お気に入り」ページでは、星がついた項目のみを表示することができ、利用者が気に入った項目だけを一覧することが可能である（図 4）。

また、本研究ではウェブサイト「昔の思い出リスト」も作成した。これは、昔の思い出を記録し、それらを一覧できるだけのシンプルなものであり、後述の統制群が利用する目的で作成された。

(2) 本研究の対象者と条件群

A 大学の看護学生 10 名。試験運用段階のため、人数を少なく設定した。SL を利用する SL 群と、「昔の思い出リスト」を利用する統制群を設定し、5 名ずつを各群へランダムに割り当てた。^{注1)} 事前にストレス尺度（後述の PHRFSCSL-SF）への回答を求め、極端に高い値と低い値となった学生は対象外とした。

また、評価項目への回答漏れのあった 2 名（各群 1 名）を対象外としたため、ここでの分析対象は各群 4 名、計 8 名となった。

(3) 実施時期

2018 年 10~12 月

(4) 評価項目

本研究では、ストレスに関連する以下の心理尺度への回答を対象者に求めた。^{注2)}

1) Public Health Research Foundation ストレスチェックリスト・ショートフォーム（PHRFSCSL-SF）

今津他¹²⁾が開発したストレス反応尺度で、24 項目 3 件法の自記式尺度である。ストレス反応について心理的・身体面を多面的に測定する尺度構成となっている。下位尺度として、「自律神経症状」、「疲労・身体反応」、「不安・不確実感」、「うつ気分・不全感」の 4 項



図1：SLホーム画面（過去の入力内容一覧）

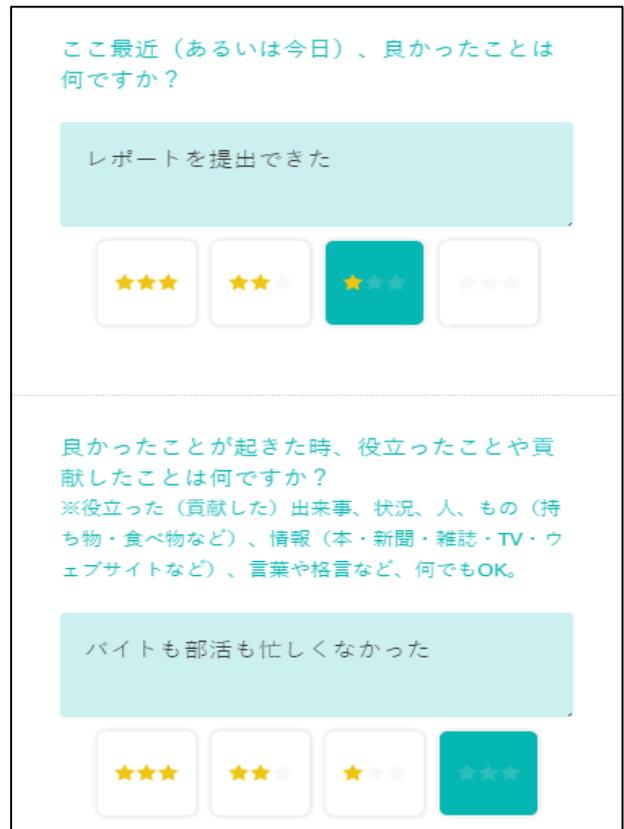


図2：良かったこと入力ページ

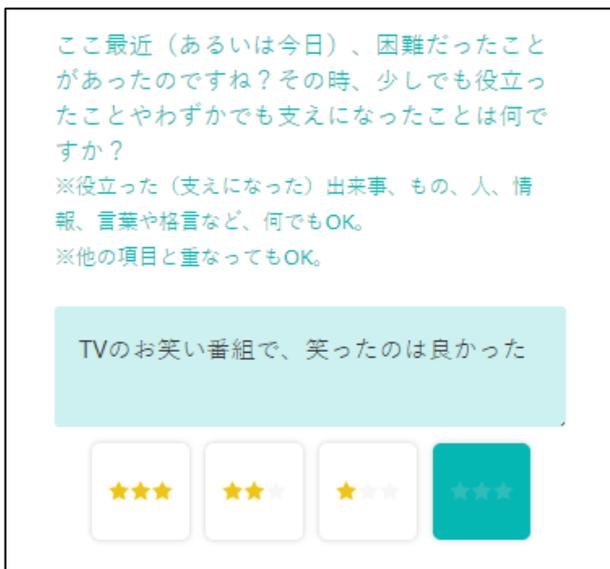


図3：困難への対応入力ページ



図4：お気に入りページ

目が設定されている。今津他¹²⁾によって信頼性・妥当性が確認されている。本研究では、4項目の下位尺度と、それらの合計の値を分析対象とした。

2) 大学生用日常生活ストレス尺度 (ストレッサー尺度)

嶋¹³⁾が開発したストレッサー尺度で、32項目5件法の自記式尺度である。一般的な大学生が日常的に経験するストレッサー (ストレス反応を起こしうる事柄) について、回答者が気になる程度を測定する。嶋¹³⁾によって信頼性・妥当性が確認されている。下位カテゴリーが設定されているが、本研究では全体的なストレッサーの変化に焦点を当てるため、総得点のみを分析の対象とした。

3) 日本語版Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Watson, et al.¹⁴⁾によって開発された Positive and Negative Affect Schedule の日本語版である。日本語版は佐藤・安田に¹⁵⁾によって作成され、ポジティブ情動とネガティブ情動を測定する16項目6件法の自記式尺度となっている。佐藤・安田に¹⁵⁾によって信頼性・妥当性が確認されている。

4) State-Trait Anxiety Inventory日本語版 (大学生用) (STAI)

Spielberger, et al.¹⁶⁾によって開発された State-Trait Anxiety Inventory の日本語版である。この日本語版は清水・今栄¹⁷⁾によって作成され、状態不安 (一時的な不安) を測定する A-State 尺度20項目、並びに特性不安 (不安を喚起しやすい個人内特性) を測定する A-Trait 尺度20項目から構成されている。すべて4件法で回答する。清水・今栄¹⁷⁾によって信頼性・妥当性が確認されている。

5) 認知的評価測定尺度 (CARS)

鈴木・坂野¹⁸⁾によって開発された8項目4件法の自記式尺度である。ストレッサーに対する「コミットメント (関与の姿勢)」「影響性の評価」「脅威性の評価」「コントロール可能性」といった認知の諸側面を測定する。鈴木・坂野¹⁸⁾によって、信頼性・妥当性が確認されている。

6) 三次元対処方略尺度 (TAC-24)

神村他¹⁹⁾によって開発された自記式尺度で、ストレスの対処方略を三次元 (問題焦点-情動焦点、関与-回避、認知系機能-行動系機能) の組み合わせから「カタルシス」「放棄・諦め」「情報収集」「気晴らし」「回避的思考」「肯定的解釈」「計画立案」「責任転嫁」の8つの下位項目が設定されている。24項目5件法で、信頼性と妥当性が確認されている^{19), 20)}。

7) Patient Health Questionnaire-9日本語版 (PHQ-9)

Spitzer, et al.²¹⁾によって開発された Patient Health Questionnaire をもとに、Kroenke, Spitzer & Williams²²⁾によって開発されたうつ症状に関する尺度の短縮版 PHQ-9 の日本語版である。この日本語版は、村松他^{23), 24)}によって作成された。9項目4件法の自記式尺度となっており、信頼性・妥当性が確認されている²⁵⁾。

8) Generalized Anxiety Disorder-7日本語版 (GAD-7)

Spitzer, et al.²⁶⁾によって開発された Patient Health Questionnaire から不安障害に関わる質問項目を抽出して作成された GAD-7²⁶⁾の日本語版^{27), 28)}である。日本語版は、村松他によって作成され、7項目4件法の自記式尺度となっており、信頼性・妥当性が確認されている^{27), 28)}。

(5) 手続き

- 1) 看護学生に対し、研究の簡単な概要をまとめた案内文を配布した。参加を希望した学生は、ウェブサイトの応募フォームにアクセスし、ストレス尺度 (PHRFSCCL-SF) に回答した。
- 2) ストレス尺度で極端な値を示していない学生を対象候補者として選定し、研究の説明会を開催した。説明会では、研究の概要と方法、研究への参加・辞退の事由を説明し、文書による承諾を得た。その後、ウェブサイトの利用方法が説明された。なお、説明会は条件群別に実施された。
- 3) その後、各対象者は日常生活で自由にウェブサイトを利用した。所定の日数で、各対象者は評価項目となる心理尺度に回答を求められた。具体的には、PHRFSCCL-SF、ストレッサー尺度、PANAS、PHQ-9、GAD-7 に関しては5回 (事前、10日後、20日後、30日後、60日後) の回答が求められた。また、STAI、CARS、TAC-24 に関しては、短期間での変化が想定されなかったり対象者の負担を減らす必要があったりしたことから、対象者は3回 (初日、30日後、60日後) の回答が求められた。
- 4) 利用開始から60日後に終了とした。終了後、同意の得られた対象者と面談し、感想の聞き取りを行った。
- 5) 終了後に確認したところ、ウェブサイトが30日以降ほとんど利用されず、また、60日後の尺度への回答漏れが多数見られた。そこで0~30日間、つまり PHRFSCCL-SF、ストレッサー尺度、PANAS、PHQ-9、GAD-7 に関しては4回 (事前、10日後、20日後、30日後)、STAI、CARS、

TAC-24 に関しては 2 回 (初日、30 日後) のデータを分析した。

(6) 分析方法

「条件群 (SL 群、統制群)」と「使用日数 (5 回、あるいは 3 回測定)」を要因とする二要因分散分析を行った。すべての分析は、IBM SPSS Statistics 24 を使用した。

(7) 倫理的配慮

本研究は、福島県立医科大学一般倫理委員会から承認を得た (一般 30017)。

4. 結果

結果を表 1~2 に示す。

分析の結果、PHRFSCS-SF の合計の値で交互作用が有意であった ($F_{(3, 18)}=3.26, p<.05, \eta^2_p=.35$)。単純主効果の検定から、SL 群内の使用日数で有意差が見られ ($F_{(3, 18)}=9.24, p<.01, \eta^2_p=.61$)、多重比較の結果、事前と比較して 20 日後で有意に低く ($p<.05$)、30 日後で有意に低い傾向が見られた ($p<.10$)。また、10 日後と比較して 20 日後で有意に低い傾向がみられ ($p<.10$)、30 日後で有意に低かった ($p<.05$)。

PHRFSCS-SF の下位尺度「自律神経症状」では、交互作用が有意であった ($F_{(3, 18)}=6.33, p<.05, \eta^2_p=.51$)。単純主効果の検定から、SL 群内の使用日数で有意差が見られ ($F_{(3, 18)}=16.12, p<.01, \eta^2_p=.73$)、多重比較の結果、事前と比較して 30 日後で有意に低く ($p<.05$)、10 日後と比較して 20 日後と 30 日後で有意に低かった ($p<.05$)。「不安・不確実感」では、交互作用に有意傾向が見られた ($F_{(3, 18)}=2.96, p<.10, \eta^2_p=.33$)。単純主効果の検定から、SL 群内の使用日数で有意差が見られ ($F_{(3, 18)}=7.39, p<.01, \eta^2_p=.55$)、多重比較の結果、事前と比較して 30 日後で有意に低い傾向が見られ ($p<.10$)、10 日後と比較して 30 日後で有意に低かった ($p<.05$)。

PANAS では、「ポジティブ情動」において交互作用が有意であった ($F_{(3, 18)}=3.85, p<.05, \eta^2_p=.39$)。単純主効果の検定から、統制群内の使用日数で有意差が見られ ($F_{(3, 18)}=6.18, p<.01, \eta^2_p=.51$)、多重比較の結果、30 日後の値は、10 日後より有意に低い傾向が見られ ($p<.10$)、20 日後より有意に低かった ($p<.05$)。

STAI では、A-Trait 尺度において交互作用が有意であった ($F_{(3, 18)}=6.87, p<.05, \eta^2_p=.53$)。単純主効果の検定から、SL 群内で事前よりも 30 日後で有意に低かった ($F_{(3, 18)}=12.57, p<.05, \eta^2_p=.68$)。A-State 尺度では、群間の主効果が見られ、統制群が有意に高かった ($F_{(1, 18)}=19.84, p<.01, \eta^2_p=.53$)。

TAC-24 では、「放棄・諦め」において群間の主効果がみられ、SL 群が有意に高かった ($F_{(1, 18)}=7.72, p<.05, \eta^2_p=.56$)。

なお、ストレス尺度、PANAS の「ネガティブ情動」、PHQ-9、GAD-7、CARS、「放棄・諦め」以外の TAC-24 の下位項目については、5%水準での有意な主効果・交互作用は見られなかった。

5. 考察

(1) 本研究の結果について

SL 群では、ストレス反応尺度である PHRFSCS-SF の 20 日後、30 日後の合計値がそれ以前より低下した。同様の結果は、PHRFSCS-SF の下位尺度である「自律神経症状」でも見られ、また「不安・不確実感」でも有意に低下する傾向が見られた。加えて、STAI の A-Trait 尺度でも、30 日後は事前より値が低下した。これらにより、SFA を応用した SL を使用することで、一定程度のストレス反応低減効果が確認された。

ただし、ストレス反応を低下するメカニズムは、本研究では明らかにならなかった。ストレス尺度にも変化はないため、ストレス反応のもとになるような出来事に大きな変化はなかったものと推測される。コーピングの方略の種類を測定する TAC-24 や、ストレスをどのように捉えているかを測定する CARS においても明らかな変化が見られなかった。また、PANAS の「ポジティブ情動」について、統制群で 30 日後に急落したものの、SL 群では目立った変化が見られていない。「ネガティブ情動」では両群とも有意な変化はみられず、全体的に SL による感情的な変化は確認されなかった。まとめると、SL によってストレス反応の低減が見られたものの、ストレスの減少は認められず、コーピング方略やストレスに対する認知的評価に目立った変化は確認されず、感情的な変化も見られなかったことになる。従って、どのようなメカニズムでストレス反応の低減が起きたかは、明らかにはならなかった。

元々、SL のもとになった SFA では、「問題解決」でなく「解決構築」を目指す。換言すると、問題を無くすことに注力せず、うまくいっていることの拡大や将来の目標の実現に注力することを目指す。そのため、SFA では、問題に対する認識等に変化が起こらずとも良い変化が起こると想定される。今回の SL は、主に「良かったこと」を記録するものであり、問題やストレスの認識等とは関係が薄く、SFA と同様のことが起こったと予測できる。ただ、現時点ではこの予測は確かなものとはいえない。SL のストレス低減メカニズムについては、更に探求する必要がある。

表1 両条件の心理尺度の結果① (上段=平均値、下段 () 内=標準偏差)

		事前	10日 後	20日 後	30日 後	群間 F	日数間 F	交互作用 F	多重比較
PHRFSCS-SF									
自律神経 症状	SL群	3.75 (2.5)	3.75 (1.71)	2.00 (1.83)	0.75 (0.96)	0.29	10.10**	6.33*	SL群： 事前>30日後* 10日後>20日後*・30日後*
	統制群	2.25 (1.26)	2.00 (1.41)	2.00 (1.41)	1.75 (1.26)				
疲労・身体 反応	SL群	7.50 (1.91)	6.75 (2.22)	5.50 (1.91)	6.25 (2.22)	0.05	0.50	0.32	
	統制群	6.50 (2.52)	6.00 (2.16)	6.25 (1.26)	6.00 (4.69)				
不安・不確 実感	SL群	6.50 (3.42)	6.75 (1.71)	4.25 (2.99)	3.25 (2.22)	0.04	5.59*	2.96†	SL群： 事前>30日後† 10日後>20日後†・30日後*
	統制群	5.75 (2.87)	6.00 (1.63)	4.50 (1.91)	5.75 (1.5)				
うつ気分・ 不全感	SL群	5.00 (2.71)	7.00 (1.83)	4.25 (2.36)	4.00 (3.37)	0.00	5.26*	2.12	
	統制群	4.75 (1.5)	5.50 (1.29)	5.25 (1.71)	4.50 (2.08)				
合計	SL群	22.75 (9.22)	24.25 (4.57)	16.00 (8.33)	14.25 (7.46)	0.02	6.23**	3.26*	SL群： 事前>20日後*・30日後† 10日後>20日後†・30日後*
	統制群	19.25 (5.32)	19.50 (2.65)	18.00 (3.65)	18.00 (7.53)				
ストレッサー尺度									
	SL群	40.00 (9.2)	35.50 (14.55)	29.75 (13.5)	26.75 (13.1)	1.84	1.65	0.45	
	統制群	49.75 (20.24)	46.50 (11.73)	45.50 (22.71)	45.25 (19.57)				
PANAS									
ポジテイ ヴ情動	SL群	24.25 (8.02)	24.25 (5.38)	25.00 (6.78)	25.75 (6.6)	0.33	2.50†	3.85*	統制群： 10日後†・20日後*・30日後
	統制群	21.75 (4.79)	25.50 (7.94)	26.00 (4.9)	16.75 (6.08)				
ネガテイ ヴ情動	SL群	31.75 (6.6)	28.50 (5.26)	22.00 (7.39)	17.75 (5.74)	0.11	2.46†	1.47	
	統制群	27.50 (7.9)	26.25 (1.5)	25.75 (8.5)	25.50 (13.43)				
PHQ-9									
	SL群	6.25 (3.3)	5.25 (2.22)	2.50 (1.91)	3.00 (1.41)	3.78†	3.13†	1.91	
	統制群	6.50 (2.65)	6.75 (1.89)	5.75 (0.5)	6.75 (2.06)				
GAD-7									
	SL群	3.75 (0.96)	4.50 (1.73)	3.00 (0.82)	2.25 (1.5)	0.27	0.52	1.10	
	統制群	3.50 (2.52)	3.75 (0.96)	3.50 (2.52)	4.25 (1.89)				

†p<.10 *p<.05 **p<.01

表2 両条件の心理尺度の結果② (左=平均値、右 () 内=標準偏差)

		事前	30日後	群間 F	日数間 F	交互作用 F	単純主効果
STAI							
A-State	SL群	41.25 (3.40)	39.25 (6.7)	19.84**	0.11	2.01	
	統制群	50.75 (5.06)	54.00 (2.16)				
A-Trait	SL群	50.00 (7.62)	44.50 (7.14)	0.05	5.73 [†]	6.87*	SL群： 事前>30日後 [†]
	統制群	48.00 (2.16)	48.25 (2.99)				
CARS							
コミットメント	SL群	4.25 (1.71)	3.50 (1.29)	0.44	0.51	0.13	
	統制群	3.50 (0.58)	3.25 (1.89)				
影響性の評価	SL群	4.50 (1.00)	3.00 (1.15)	1.17	5.11 [†]	0.04	
	統制群	4.00 (0.82)	2.75 (0.96)				
脅威性の評価	SL群	3.25 (2.22)	3.50 (1.00)	0.79	0.97	0.50	
	統制群	2.00 (0.82)	3.50 (1.91)				
コントロール可能性	SL群	2.00 (1.15)	2.00 (0.82)	2.88	0.63	0.63	
	統制群	2.50 (1.00)	3.25 (0.96)				
TAC-24							
カタルシス	SL群	11.25 (3.3)	12.75 (1.71)	1.02	1.24	0.63	
	統制群	13.50 (2.38)	13.75 (2.50)				
放棄・諦め	SL群	10.00 (3.83)	7.50 (1.73)	7.72*	1.86	0.34	
	統制群	6.50 (1.29)	5.50 (1.29)				
情報収集	SL群	10.75 (3.59)	10.75 (3.86)	0.38	0.38	0.38	
	統制群	10.00 (2.71)	9.00 (1.83)				
気晴らし	SL群	11.25 (2.36)	10.75 (2.06)	0.04	0.10	2.42	
	統制群	10.25 (2.63)	11.00 (3.16)				
回避的思考	SL群	9.25 (3.10)	8.75 (0.96)	3.77	0.17	0.02	
	統制群	7.25 (1.71)	7.00 (0.82)				
肯定的解釈	SL群	9.50 (3.32)	9.50 (3.70)	0.17	1.12	1.12	
	統制群	11.00 (3.37)	9.75 (1.50)				
計画立案	SL群	7.75 (2.63)	9.00 (3.56)	0.13	0.08	1.28	
	統制群	9.50 (2.38)	8.75 (3.95)				
責任転嫁	SL群	8.25 (4.03)	6.00 (2.16)	0.21	4.47 [†]	0.18	
	統制群	7.00 (3.37)	5.50 (1.73)				

[†]p<.10 *p<.05 **p<.01

(2) 本研究の限界と今後の展望

本研究ではウェブサイトの試験運用段階であり、不測の事態に備えるため対象人数を少なく設定した。最終的な分析対象人数が各群4名であり、十分な結論を出すには少なすぎる。本結果については慎重に判断するとともに、より人数を増やした検証が求められる。

また、対象者から「使いにくい」との感想が多く寄せられた。特に、毎回ウェブサイトにアクセスし、パスワードを入力する必要があったが、これに対する煩わしさを訴える対象者が多かった。途中で使用を辞めたため研究対象から外れた参加者が多かったり、30日を過ぎた後に多くの対象者が使用しなかったりした要因は、使いにくさにあったと考えられる。本研究に参加した学生の大半はスマートフォンを使ってウェブサイトにアクセスしていたが、そのスマートフォンではパスワード入力が必要のないアプリケーション(アプリ)の使用が一般的である。アクセスのしやすさやその他の使いにくさを改善するためには、アプリにして利便性を高めることが求められる。

更に今回、精神障害の症状を測定する PHQ-9 と GAD-7 では有意な変化が見られなかった。これは、今回の対象者に精神障害の症状は見られず、各値が元々高くなかったために変化が見られなかったと考えられる。従って、SL が強いストレスを感じて精神障害の症状やそれに近い症状がある場合に緩和効果を持つかどうか、今後の研究が求められる。

注1) 本研究では、ストレス対処方法を記録する更に別の群も設定したが、ウェブサイトの不具合、並びに参加した対象者のデータ記入漏れが多かったため、本研究の対象外とした。

注2) 本研究では、日本語版 The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) への回答も対象者に求めたが、記入漏れが多かったため、本研究の分析対象外とした。

〔謝辞〕

本研究で貴重な助言をしていただいた竹林由武先生(福島県立医科大学医学部健康リスクコミュニケーション学講座)に厚く御礼申し上げます。また、ご参加の看護学生の皆さまにも感謝申し上げます。なお、本研究は JSPS 科研費 JP 17K04427 の助成を受けたものです。

〔引用文献〕

- 1) 岩永喜久子 他: 学部教育における看護学生のメンタルヘルスとの関連要因. 保健学研究(長崎大学). 2007;20(1):39-48.
- 2) 田中高政 他: 抑うつと関連する要因に関する研究(第2報): 看護学生の抑うつと自尊感情・

情緒的サポート・ストレスとの関係. 佐久大学看護研究雑誌. 2011;3(1):3-13.

- 3) 小林秋恵 他: 看護学生のストレスマネジメント介入に関する文献レビュー. 香川県立保健医療大学雑誌. 2011;2:7-14.
- 4) 井奈波良一, 井上 真人: 女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係: 経験年数 1 年未満と 1 年以上の看護師の比較. 日本職業・災害医学会誌. 2011;59(3): 129-136.
- 5) 小林知津子, 中村美知子: 新卒看護師の職場ストレスと対処行動: 就職後 6 ヶ月間の変化. 山梨大学看護学会誌. 2009;7(2),13-20.
- 6) 本村良美, 八代利香: 看護師のバーンアウトに関連する要因. 日本職業・災害医学会誌. 2010;58(3),120-127.
- 7) 金ウィ淵 他: 本邦における予防的ストレスマネジメント研究の最近の動向. Psychological Research. 2011;10, 164-175.
- 8) Berg IK: 家族支援ハンドブック [Family based services : a solution-focused approach] (磯貝希久子監訳). 東京: 金剛出版; 1997.
- 9) DeJong P, Berg IK: 解決のための面接技法: 第4版 [Interviewing for solution: 4th edition] (桐田弘江, 玉真慎子, 住谷祐子訳). 東京: 金剛出版; 2016.
- 10) 三澤文紀: 解決志向アプローチ (SFA). 國分康孝監修: カウンセリング心理学事典. 東京: 誠信書房. 2008; 202-205.
- 11) Seligman ME, et al.: Positive psychology progress: empirical validation of interventions. American Psychologist. 2005;60(5),410-421.
- 12) 今津芳恵 他: Public Health Research Foundation ストレスチェックリスト・ショートフォームの作成: 信頼性・妥当性の検討. 心身医学. 2006;46(4), 301-308.
- 13) 嶋信宏: 大学生用日常生活ストレスサー尺度の検討. 中京大学社会学部紀要. 1999;14,69-83.
- 14) Watson D, Clark LA, Tellegen A: Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. Journal of Personality and Social Psychology. 1988;54 (6),1063-1070.
- 15) 佐藤徳, 安田朝子: 日本語版 PANAS の作成. 性格心理学研究. 2001;9(2),138-139.
- 16) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). California: Consulting Psychologists Press; 1970.
- 17) 清水秀美, 今栄国晴: STATE-TRAIT

- ANXIETY INVENTORY の日本語版 (大学生用) の作成. 教育心理学研究. 1981;29(4), 348-353.
- 18) 鈴木伸一, 坂野雄二: 認知的評価測定尺度 (CARS)作成の試み. ヒューマンサイエンスリサーチ. 1998;7,113-124.
- 19) 神村栄一 他: 対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度(TAC-24)の作成. 教育相談研究. 1995;33, 41-47.
- 20) 鈴木伸一: 3 次元 (接近-回避, 問題-情動, 行動-認知) モデルによるコーピング分類の妥当性の検討.心理学研究. 2004;74, 504-511.
- 21) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW et al. : Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. The Journal of the American Medical Association, 1999 ;282, 1737-1744.
- 22) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW: The PHQ-9 : Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 2001;16, 606-613.
- 23) 村松公美子, 上島国利: プライマリ・ケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール: Patient Health Questionnaire-9 日本語版「こころとからだの質問票」. 診断と治療, 2009;97, 1465-1473.
- 24) 村松公美子: Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder -7 日本語版:up to date. 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究. 2014 ;7, 35-39.
- 25) Muramatsu K, Miyaoka H, Kamjima K, Muramatsu Y, et al. : Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary care. General Hospital Psychiatry. 2018; 52, (in press).
- 26) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al.) : A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10), 1092-1097.
- 27) Muramatsu K, Muramatsu Y, Miyaoka H et al: Validation and utility of a Japanese version of the GAD-7. PANMINERVA MEDICA 20th World Congress on Psychosomatic Medicine Abstracts Book 2009; 51(Suppl 1 to No 3), 79.
- 28) 村松公美子, 宮岡等, 上島国利 他: GAD-7 日本語版の妥当性・有用性の検討. 心身医学. 2010; 50(6), 592.