

笹川記念保健協力財団 研究助成
助成番号: 2014A-01

[様式E-1]

2015年2月13日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 喜多悦子 殿

2014年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

研 究 課 題

ホスピス緩和ケアに従事する支援者のためのマインドフルネストレーニング
プログラムの開発と効果の検討

所属機関・職 琉球大学教育学部・准教授

研究代表者氏名 伊藤義徳

I 研究の目的

緩和ケアは支援者にとっても困難な仕事であるが、そうした支援者を支え、資質を向上させる体制はほとんど整っておらず、そのことがバーンアウト等の問題を引き起こす一因ともなっている（馬場ら、2010）。本研究では、ホスピス緩和ケアに従事する支援者のストレスを軽減し、資質の向上を図るための支援法を考案するためのキー概念として、マインドフルネスに着目した。マインドフルネスとは、「今ここでの経験に評価や判断を加えることなく注意を向けることを通して達成される気づき」（Kabat-Zinn, 2003）と定義される。疼痛や緩和ケアの領域でも注目される概念であり、苦痛の軽減や QOL の向上に効果を上げているが、それにとどまらず、対人援助職のストレス軽減や患者と向き合う力を高める効果があることも示されている（立石・小谷野、2011）。しかしながら、本邦においてこうした効果を検討した研究は見あたらない。そこで本研究は、日本人に詭えた、ホスピス緩和ケアに従事する支援者に特化したマインドフルネスストレス軽減プログラムを策定し、その効果を実証的に検討することを目的とした。

本邦においても、様々な対象に対するマインドフルネストレーニングプログラムの効果の検証は行われ始めているが、そうした先駆的研究には共通した問題点がある。それは、プログラム指導者の技量が十分ではない点である。マインドフルネストレーニングにおいて、指導者の実践経験がプログラムの運営や効果に大きく影響することが指摘されている（e.g., Segal, Williams, & Teasdale, 2013）。しかしながら、本邦における効果研究の多くは、マニュアル偏重で指導者の実践経験をそれほど重視せず、そのため正当な効果の評価が行われていない現状がある。本研究では、指導者が十分なマインドフルネスの実践経験を積むことで、マインドフルネストレーニングの十分な効果を引き出すことを特色の一つとした。

II 研究の内容・実施経過

1. プログラム参加者

ホスピス緩和ケアに関わる医療従事職が所属することが想定される 11 の職能団体（沖縄県医師会、沖縄県看護協会、沖縄県臨床心理士会等）に対して、後援依頼と事業の案内を郵送にて行った。また、ホスピス緩和ケアに関わる病院に文書とチラシを送付し、宣伝を依頼した。さらに、ホスピス緩和ケアに従事する分担研究者が個別に宣伝を行った。募集定員は 15 名とした。その結果、15 名の応募があったが、事前説明会に 1 名が参加出来ず、

最終的に 14 名(男性 3 名, 女性 11 名, M=43.64 歳, SD=8.30)がプログラムに参加した。

2. トレーニングプログラム

Kabat-Zinn (1990) や Segal et al.(2002)に基づき, 1 回あたり 2 時間程度のセッションを毎週 1 回, 計 8 週間のトレーニングセッションと, 事前説明会及びセッション終了 4 週間後のブースターセッションを含む, 全 10 回のプログラムとした。内容は, Segal et al.(2002)の, うつ病の再発予防のためのマインドフルネス認知療法(越川(監訳), 2006)をベースに, ホスピス緩和ケアに従事する支援者が抱えるストレスに焦点化するよう内容を一部改変して用いた。

各セッションの目標は, ①自動操縦状態に気づく, ②うまくいかないとき, ③呼吸へのマインドフルネス, ④現在にとどまる, ⑤そのままにいる, ⑥思考は事実ではない, ⑦自分を大切にする, ⑧これからは活かすであった。それぞれのセッションは, 瞑想実践 (ボディスキャン, ストレッチ瞑想, 数息観, 随息観, 手動瞑想), ホームワークのふり返り, 新たな目標についての講義や詩の朗読や話し合い, 新しい瞑想法の実践という流れで構成されていた。ブースターセッションでは, 4 週間のふり返りと, マインドフルネスをこれからの人生に活かすための話し合いが行われた。事前説明会では, マインドフルネスの意義や本プログラムにおける約束, アセスメント手続き等について説明がなされた。さらに, 毎回のセッションでは毎日のホームワークが課された。前回のセッションで練習した瞑想法を行う日課(最長 45 分)と, 日々の生活の中でマインドフルネスを意識する日常実践, 日常経験に対するモニタリングが組み合わされた。

3. 材料

プログラムの進行にあたっては, 毎回配付資料を配付し, 専用のバインダーに綴った。また, ホームワークとなる瞑想法のガイド音声を収録した CD を 4 枚, 理解を促進するための教材として, ①NHK 海外ドキュメンタリー「治癒と心から病と闘う内なる力: 前編 (Healing from Within by Bill Moyers)」を納めた CD, ②マインドフルネスストレス低減法 (Kabat-Zinn (著), 春木 豊 (監訳)) を配布した。食べる瞑想のためには干しぶどうを使用し, 最終回にはリマインダーとしてきれいな石 (ローズ・クォーツ) を配布した。

4. 指標

バーンアウトに関する指標として、日本語版 Maslach Burnout Inventory (東口・森河・三浦・西条・田畑・由田・相良・中川, 1998 : 22 項目), ストレスに関する指標として、看護婦用ストレス反応尺度(山口・服部・中村・水野・小林, 2001 : 27 項目), 仕事に対する態度に関する指標として、看護師の感情労働測定尺度 (片山・小笠原・辻・井村・永山, 2005 : 36 項目), ターミナルケアに対する態度に関する指標として、Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版 (FATCOD-Form B-J) (中井・宮下・笹原・小山・清水・河, 2006 : 36 項目), スピリチュアリティに関する尺度として、臨老式死生観尺度 (平井・坂口・安部・森川・柏木, 2000 : 28 項目), マインドフルネスに関する尺度として、Five-Facet Mindfulness Questionnaire 日本語版(Sato, Sugiura, Ito, & Murakami, 2012), Action and Acceptance Questionnaire-II (AAQ-II) (嶋・柳原・川井・熊野, 2013 : 7 項目), Self-compassion 尺度短縮版(SCS-SF) (富村(未発表) : 12 項目) を使用した。

各指標は、事前説明会でベースライン(Base-line)を測定し、セッション 1 前 3 日以内 (Pre-test), セッション 8 終了後 3 日以内(Post-test), ブースターセッション終了後 3 日以内(Follow-up)は自宅で回答してもらった。

5. 支援者

研究代表者がセッション全体の進行を務め、分担研究者ら 2 名がプログラムの進行補助を行った。分担研究者 1 は、第 4 セッションの「ホスピス緩和ケアとストレス」に関わる講義を担当した。また分担研究者 2 は、第 8 セッションの「マインドフルネスを職場に活かす」に関する話し合いの運営、およびブースターセッションにおける「マインドフルネスをこれからは活かす」に関する講義を担当した。

研究代表者は、マインドフルネスの研究の経験、および瞑想実践の経験が 10 年以上あり、マインドフルネストレーニングの運営を 6 回以上経験していた。マインドフルネスについて、Jon Kabat-Zinn の 3 日間研修、Mark Williams, Zindel Segal, Paul Gilbert 等、海外のマインドフルネス研究者の 1 日ワークショップに 6 回以上参加していた。さらに、今回の研究に関連して、曹洞宗総本山總持寺の「夏季参禅講座 (8/29~8/31 : 3 日間)」、グリーンヒル瞑想研究所宿泊研修会 (10/18~10/20 : 3 日間) に参加して研修を積んだ。

分担研究者は、いずれも仏教とマインドフルネスの研究に関心を持ち、分担研究者 1 は、Jon Kabat-Zinn の 3 日間研修に参加した経験があった。さらに今回の研究に関連して、グ

リーンヒル瞑想研究所宿泊研修会（10/18～10/20：3日間）に参加して研修を積んだ。分担研究者 2 は、今回の研究に関連して、日本ヴィパッサナー協会ダンマ・ディッチャにおける 10 日間リトリート(12/23～1/3：10日間)に参加して研修を積んだ。

6. 実施経過

本研究を行うにあたり、6回の会議を持った。また上記の通り3名の研究者がそれぞれ1回ずつ研修に参加した。トレーニングプログラムは全10回であった。本研究に関わる主なスケジュールを Table1 に示す。

Table1 研究の実施経過

時期	実施活動	内容
5月	第1回 会議(5/28)	関係者自己紹介, 役割分担確認
7月	第2回 会議(7/2) 参加者募集開始	案内文作成, 県内関連病院等に送付
8月	第3回 会議(8/4) 指導者研修(8/29-31)	アセスメント尺度, プログラム内容の検討 總持寺(自費研修)
9月	参加者募集締切(9/5) (中間報告 9/12) 第4回 会議(9/24)	参加者確定, プログラム内容の検討, トレーニングの役割確認
10月	トレーニング説明会(10/7) 指導者研修(10/18-20) 第5回 会議(10/21) マインドフルネス学会参加(10/25-26) トレーニング開始(10/28)	説明と同意, ベースラインの測定 グリーンヒル瞑想研究所宿泊研修会参加 プログラム内容の確定 情報収集 第1セッション
11月	トレーニング(11/4, 11, 18, 25)	第2セッション～第5セッション
12月	トレーニング(12/2, 9, 16) 指導者研修(12/23-1/3)	第6セッション～第8セッション 日本ヴィパッサナー協会
1月	ブースターセッション(1/13) 分析 第6回 会議(1月27日)	ブースターセッション 分析 研究総括, 今後の予定, 発表分担の決定
2月	(研究終了 2月13日) (最終報告 2月20日)	報告書作成

III 研究の成果

1. 分析方法

全参加者のセッション参加日数は6～8回(M=7.14, SD=0.95)であった。また、ホームワークの達成率は14%～90%(M=57.14%, SD=25.57)であった。

分析に際しては、日常における変動性を考慮し、Base-line 得点と Pre-test 得点の平均値を統制期得点として、Post-test 得点, Follow-up 得点と比較する、1 要因 3 水準の分散分析を行った。下位検定には Tukey-Kramer 法を用いた(5%水準)。なお、セッション 8 を欠

席して Post-test に回答できなかった者が 2 名いたため、この者の Post-test 得点には調和平均を代入し、分析を行った。

全ての指標における各時期の平均値と標準偏差を Table2 に示す。

Table2 各指標の測定段階毎の平均値と標準偏差

		Baseline	Pre-test	統制期	Post-test	Follow-up
FFMQ	Observing	22.36 (5.21)	23.07 (4.46)	22.71 (4.52)	25.50 (4.06)	26.46 (5.43)
	Nonreactivity	19.86 (3.21)	20.07 (3.27)	19.96 (3.00)	20.15 (3.09)	22.21 (3.14)
	Nonjudging	28.21 (2.72)	26.79 (5.77)	27.50 (3.47)	28.50 (5.05)	28.57 (4.99)
	Describing	22.57 (5.12)	22.50 (3.80)	22.54 (4.13)	22.83 (2.89)	24.79 (4.02)
	Acting with awareness	24.93 (4.25)	24.36 (4.85)	24.64 (4.34)	21.75 (4.20)	24.07 (3.81)
	合計	117.93 (10.43)	116.79 (12.36)	117.36 (10.63)	118.73 (13.08)	126.10 (16.22)
AAQ-II	合計	22.43 (7.27)	19.64 (8.21)	21.04 (7.21)	19.58 (8.25)	17.43 (6.32)
SCS-SF	Self-Compassion	18.29 (3.56)	17.36 (2.92)	17.82 (2.73)	17.58 (3.03)	19.00 (3.19)
	Self-Coldness	16.21 (4.61)	16.57 (3.98)	16.39 (4.00)	16.00 (5.59)	14.79 (4.26)
	合計	38.07 (5.88)	36.79 (5.62)	37.43 (5.43)	37.58 (7.19)	40.21 (4.79)
看護師の感情労働 測定尺度	探索的理解	37.93 (3.87)	36.61 (4.53)	37.27 (3.65)	39.67 (3.31)	38.14 (6.63)
	表層適応	14.29 (3.31)	14.79 (2.69)	14.54 (2.61)	15.00 (2.37)	14.29 (2.67)
	表出抑制	14.89 (2.85)	14.86 (3.25)	14.87 (2.86)	15.25 (1.54)	14.36 (2.76)
	ケアの表現	11.21 (1.72)	10.62 (2.10)	10.91 (1.73)	10.83 (1.11)	10.86 (1.99)
	深層適応	9.50 (1.22)	9.79 (1.37)	9.64 (1.06)	9.75 (1.71)	9.86 (2.32)
MBI	情緒的疲弊感と非人間化	14.50 (8.01)	13.00 (8.54)	13.75 (7.74)	13.42 (7.87)	12.43 (7.20)
	個人的達成感	24.25 (9.90)	25.00 (8.77)	24.63 (8.61)	25.83 (8.04)	27.43 (9.57)
	身体的疲弊感	9.71 (4.87)	9.50 (3.37)	9.61 (3.68)	7.50 (3.58)	7.64 (3.34)
	合計	47.96 (15.38)	45.50 (14.21)	46.73 (13.53)	43.08 (14.07)	40.64 (13.29)
臨老式死生観尺度	死後の世界観	20.29 (6.89)	19.14 (5.39)	19.71 (5.90)	19.00 (6.27)	19.57 (6.36)
	死への恐怖・不安	11.00 (6.77)	10.79 (6.99)	10.89 (6.68)	9.92 (5.60)	10.07 (5.53)
	解放としての死	12.64 (6.65)	13.43 (4.78)	13.04 (4.39)	12.67 (4.40)	14.21 (5.32)
	死からの回避	8.07 (3.41)	6.79 (3.58)	7.43 (2.99)	5.83 (2.48)	7.07 (3.87)
	人生における目的意識	16.50 (5.56)	16.64 (5.43)	16.57 (5.32)	16.83 (5.44)	17.79 (4.92)
	死への関心	15.29 (7.02)	17.64 (5.51)	16.46 (5.66)	15.75 (6.06)	18.93 (6.37)
FADCOD	寿命感	13.93 (3.99)	13.43 (4.31)	13.68 (3.91)	13.17 (5.13)	13.50 (3.96)
	死にゆく患者へのケアの前向きさ	11.07 (1.77)	11.21 (1.31)	11.14 (1.42)	10.83 (1.34)	10.79 (1.48)
	患者・家族を中心とするケアの認識	9.14 (1.23)	9.07 (1.38)	9.11 (1.20)	9.42 (1.16)	9.93 (1.21)
	合計	20.21 (1.93)	20.29 (1.73)	20.25 (1.66)	20.25 (1.60)	20.71 (2.09)
看護婦用 ストレス反応尺度	情動的反応	6.36 (5.97)	5.64 (5.47)	6.00 (5.53)	3.33 (4.03)	4.14 (5.08)
	認知行動的反応	7.29 (5.21)	6.36 (4.03)	6.82 (4.43)	4.00 (4.39)	5.36 (4.78)
	身体的反応	4.57 (3.44)	5.21 (3.95)	4.89 (3.44)	2.00 (3.36)	3.00 (3.76)
	抑うつ気分	1.50 (1.95)	1.64 (1.98)	1.57 (1.88)	0.83 (1.27)	1.00 (1.80)
	怒り	2.36 (2.34)	2.07 (1.90)	2.21 (2.02)	1.26 (1.35)	1.36 (1.55)
	不安	2.50 (2.07)	1.93 (1.82)	2.21 (1.84)	1.33 (1.78)	1.79 (1.93)
	情緒的混乱	4.14 (2.68)	3.64 (1.95)	3.89 (2.17)	2.58 (2.64)	3.29 (2.43)
	引きこもり	3.14 (3.18)	2.71 (2.67)	2.93 (2.72)	1.42 (1.93)	2.07 (2.70)
	身体疲労感	2.86 (2.07)	3.14 (2.54)	3.00 (2.13)	1.08 (1.62)	1.71 (2.16)
	自律神経亢進	1.71 (2.23)	2.07 (2.02)	1.89 (1.95)	0.92 (1.78)	1.29 (1.98)
	合計	18.21 (13.26)	17.21 (13.03)	17.71 (12.71)	9.33 (10.97)	12.50 (12.94)

※統制期はBase-lineとPre-testの平均値

2. 結果

(1) ストレス反応に関する指標

ストレス反応尺度合計得点について分析を行った結果、有意差が認められた ($F(2,26)=5.11, p<.05$)。多重比較検定の結果、統制期から Post-test にかけて有意に得点

が減少することが示された。次に、下位尺度毎の分析を行った結果、情動的反応下位尺度 ($F(2,26)=3.46, p<.05$)、認知・行動的反応下位尺度 ($F(2,26)=4.03, p<.05$)、身体的反応下位尺度 ($F(2,26)=4.77, p<.05$)、身体疲労感下位尺度 ($F(2,26)=5.50, p<.05$) の各下位尺度において、統制期から Post-test にかけて有意に得点が減少することが示された。

(2)バーンアウトに関する指標

身体的疲弊感下位尺度について分析を行った結果、有意差が認められた ($F(2,26)=6.04, p<.01$)。多重比較検定の結果、統制期から Post-test 及び Follow-up にかけて有意に得点が減少することが示された。

(3)死生観に関する指標

死への関心下位尺度について分析を行った結果、有意差が認められた ($F(2,26)=4.26, p<.05$)。多重比較検定の結果、Post-test から Follow-up にかけて有意に得点が上昇することが示された。

(4)マインドフルネスに関する指標

FFMQ 合計得点について分析を行った結果、有意差が認められた ($F(2,26)=6.97, p<.01$)。多重比較検定の結果、統制期及び Post-test から Follow-up にかけて有意に得点が上昇することが示された。次に、下位尺度毎の分析を行った結果、Observing 下位尺度 ($F(2,26)=7.39, p<.01$) は統制期から Post-test 及び Follow-up にかけて、Non-reactivity 下位尺度 ($F(2,26)=6.43, p<.01$) は統制期から Post-test 及び Follow-up にかけて、Describing 下位尺度 ($F(2,26)=4.45, p<.05$) は統制期から Follow-up にかけてそれぞれ有意に上昇し、Acting with awareness 下位尺度 ($F(2,26)=4.51, p<.05$) は統制期から Post-test にかけて、有意に得点が減少することが示された。

感情労働尺度、AAQ-II、SCS-SF については、有意な結果は認められなかった。

3. 考察

本研究の結果、本研究で策定したマインドフルネストレーニングプログラムは、ストレス反応やバーンアウトに対して比較的短期間 (Post-test 段階) のうちに効果を発揮し、マインドフルネススキルや死生観に対しては Follow-up の段階で効果が発揮されることが明らかとなった。本プログラムは、特にバーンアウト傾向の一要因である身体的疲弊感やストレス反応の軽減に有効であり、長期的にはマインドフルネススキルの涵養や、死に対する関心を高めることに有効であることが示された。ホスピス緩和ケアに関わる医療従事者

を対象とした、8週間の本格的なマインドフルネストレーニングプログラムの効果の検証は、世界でも初の試みであり、こうした成果が得られたことは本研究の大きな意義を示すものと言える。ストレス反応については、Post-test 段階で有意差が認められるものの、Follow-Up 段階では若干揺り戻しがある傾向が示唆された。こうした傾向は、本研究に限らず、緩和ケアに携わる一般支援者を対象とした Fegg et al.(2013)においても示されている。緩和ケアの現場は常に死やそれにまつわる大きなストレスと隣り合わせであり、測定時期の近縁にストレスイベントがあれば、その影響を受けることが想定される。大きなストレスイベントの直後にストレス反応や疲弊感を生じることは、むしろ自然なことである。今後の可能性として、こうしたストレスイベントに遭遇した後の、「回復の早さ」などを指標にすることも出来るかもしれない。

IV 今後の課題

現段階では、全般的な効果に関する分析だけを行っているが、今後は参加者の特性やホームワークの実施率等が効果に及ぼす影響、マインドフルネススキルの獲得と効果の関係などについても、さらに突っ込んだ分析を行う必要がある。また、本研究は統制群を設けたり、無作為割り付けを行った研究ではない。実際本研究の参加者は、参加当初からバーンアウト傾向やストレス反応傾向が低い特徴が見られた。本研究をパイロット研究と位置づけ、今後は無作為割り付け統制試験を行い、さらに厳密にその効果性を検証する必要があるであろう。

本研究で一定の結果が得られた一因として、本研究で重視した、指導者側のマインドフルネス経験が少なからず影響を及ぼしていると考えられる。どこまで経験を積みば十分と言えるのかは定かではないが、本研究の成果を基盤に、指導者が実践を積むことの重要性をさらにアピールしていきたい。そうした活動を促進するために、本研究における指導者の影響が反映される指標として、参加者の毎回の感想が挙げられる。これらについても、今後詳しい分析を行う必要がある。

V 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

本研究で得られた成果は、学会発表や論文発表を通して発信していく予定である。本研究と種々の学会の性質を考慮し、日本死の臨床研究会、サイコオンロジー学会、マインドフルネス学会、日本認知療法学会、等で学会発表を行い、マインドフルネス学会、日本緩

和医療学会などで論文発表を行うことを予定している。また、今後も「沖縄ホスピス・緩和ケアマインドフルネス研究会」として継続的に活動を行い、本研究の成果はホームページを作成して、インターネット上で発信していく予定である。

VI 引用文献

馬場玲子・笹原朋代・北岡和代・梅内美保子・木澤義之 (2000). 緩和ケア認定看護師の職務満足度およびバーンアウトの実態と関連要因 *Palliative Care Research*, **5**(1), 127-136.

Fegg, M.J., Brandstätter, Köler, M., Hauke, G., Rechenberg-Winter, P., Fensterer, V., Küchenhoff, H., Hentrich, M., Belka, C., & Borasio, G.D. (2013). Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, **22**, 2079-2086.

東口和代・森河裕子・三浦克之・西条旨子・田畑正司・由田克士・相良多喜子・中川秀昭 (1998). 日本版 MBI(Maslach Burnout Inventory)の作成と因子構造の検討 *日本衛生学雑誌*, **53**, 447-455.

平井啓・坂口幸弘・安部幸志・森川優子・柏木哲夫 (2000). 死生観に関する研究 死の臨床 **23**, 71-76.

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delacorte Press. (春木 豊(訳) (2007). マインドフルネスストレス低減 北大路書房)

Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science & Practice*, **10**(2), 144-156.

片山由加里・小笠原知枝・辻 ちえ・井村香積・永山弘子 (2005). 看護師の感情労働測定尺度の開発 *日本看護科学会誌*, **25**, 22-27.

中井裕子・宮下光令・笹原朋代・小山友里江・清水陽一・河正子 (2006). Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版(FATCOD- B-J)の因子構造と信頼性の検討—尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで— *がん看護*, **11**, 723-729.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press. (越川房子 (監訳) 2007 マインドフルネス認知療法：うつを予防する新しい

アプローチ 北大路書房)

Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2013). 2nd ed. Guilford Publications; New York: Mindfulness-based cognitive therapy for depression.

嶋大樹・柳原茉美佳・川井智理・熊野宏昭 (2013). 日本語版 Acceptance and Action Questionnaire-II 7 項目版の検討 日本心理学会第 77 回大会発表論文集

Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y., Murakami, H. (2012). Development and validation of the Japanese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, **3**, 85-94.

立石彩美・小谷野康(2011). 対人援助職へのマインドフルネストレーニングの効果—文献レビュー— 医療看護学研究, **8**(1), 16-24.

富村盛聖 (2012). Self-Compassion による精神的健康への寄与の検討—日本語版 Self-Compassion Scale-Short Form の作成及びSelf-Esteem との関連— 琉球大学大学院臨床心理学専攻臨床心理学専修修士論文 (未発表)

山口桂子・服部淳子・中村菜穂・水野貴子・小林督子 (2001). 看護婦用ストレス反応尺度の作成—既成尺度の看護婦への適用と短縮版作成の試み— 愛知県立看護大学紀要, **7**, 1-11.