

患者からの暴言・暴力遭遇経験有無別にみた 結核病棟看護職の仕事ストレスの比較

¹永田 容子 ²斉藤恵美子

要旨：〔目的〕結核病棟看護職の患者からの暴言・暴力遭遇経験の実態と遭遇経験有無別にみた仕事によるストレスを比較することを目的とした。〔方法〕調査協力が得られた83医療機関の結核病棟看護職1315名を対象に、2014年7月に郵送による自記式質問紙調査を実施した。調査項目は、結核病棟勤務年数、過去1年間の患者からの暴言・暴力の遭遇経験の有無、臨床看護職者の仕事ストレスサー測定尺度（以下NJSS）などとした。〔結果〕78施設920名（回収率70.0%）から回答が得られ、有効回答は862名（有効回答率65.6%）であった。女性は799名（92.7%）、結核病棟勤務年数は平均3.2年であった。患者からの暴言・暴力に遭遇あり群は383名（44.4%）であり、遭遇なし群に比べて統計的に有意にNJSSの総合得点およびすべての下位尺度、結核病棟勤務年数、N95マスクにより患者とのコミュニケーションに支障ありの割合が高かった。〔結論〕暴言・暴力の遭遇経験があった看護職はストレスを強く感じていた。結核病棟入院患者のストレスを軽減するためのケアやアメニティの設備の充実、必要に応じて警備員の巡回などの対応策を検討する必要がある。

キーワード：看護職，ストレス，結核病棟，患者の暴言・暴力

I. 緒言

感染性の結核患者は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下、感染症法）」に基づく入院勧告により、感染性が消失した「退院させることができる基準」に達するまで入院を継続しなければならない。結核病床では、入院勧告に基づき、暴言や暴力、攻撃的言動などによる問題を起こしている入院患者であっても、退院させるという選択ができない状況があると報告されている¹⁾。日本の入院勧告制度には実質的な強制措置はなく、医療者側の説明や説得により対処しているという現状がある。加えて、結核患者の治療中断・脱落、行方不明などの状況は、全国の結核病床を有する施設の24.8%で起こっており¹⁾、これらを予防することは、公衆衛生上の課題としても重要である。そこで、患者が自発的に治療に協力できるように、適切な支援が考慮される必要がある。隔離入院中の患者は、不安、不満、感

染させるかもしれないといった自責感などが強く、身近な看護職が患者のストレスを受け止めて支援することが多い²⁾。疾患が背景になって表出する攻撃的言動への対応については専門医の診察を依頼することや、行動制限や内服に理解が得られない場合は時間をかけて入院環境に慣れるように、きめ細かい看護が必要である³⁾。また、結核病棟での治療が困難な場合は、精神科病院に転院させて対応することも報告されている⁴⁾。さらに、結核による入院患者のうち1.8%は、束縛に耐えられず暴言・暴力などの迷惑行為や不法行為を繰り返し、精神科治療を要する場合があると報告されている⁵⁾。また、入院中の結核患者への支援に関する医療者側の課題として、患者の病気に対する認識への理解不足、生活や経済的困難に対する支援の不足、治療拒否者への対応の困難さが指摘されている¹⁾。加えて、結核病棟では看護師が患者と対面する場合、感染を防ぐために、常時N95レスピレーターマスク（以下、N95マスク）を着用しているが、マ

¹公益財団法人結核予防会結核研究所対策支援部保健看護学科、
²首都大学東京大学院人間健康科学研究科

連絡先：永田容子，公益財団法人結核予防会結核研究所，〒204-8533 東京都清瀬市松山3-1-24

(E-mail: nagata@jata.or.jp)

(Received 30 Jan. 2019/Accepted 13 Aug. 2019)

スク着用によって相談行動が妨げられる傾向があるとの報告⁶⁾もある。しかし、このような入院患者を支援する結核病棟看護職の患者からの暴言・暴力遭遇の実態や結核病棟看護職の仕事によるストレスについての研究はほとんど報告されていない。

そこで、本研究は、結核病棟看護職の患者からの暴言・暴力遭遇経験の実態と遭遇経験有無別にみた仕事によるストレスを比較することを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

(1) 用語の定義

暴言・暴力については、保健医療施設における暴力対策指針⁷⁾を参考に、「身体的な暴力は、身体的な力を使って、身体的、性的、精神的な危害を及ぼすもの。殴る、叩く、蹴る、突く、押す、つねる、つばを吐きかける、性器の露出などである。精神的な暴力は、言葉の暴力(暴言)、いじめ、セクシャル・ハラスメント、無視や仲間外し、その他の嫌がらせなどにより、精神的な苦痛を及ぼすものである」と定義した。

ストレスについては、「個々人の平衡を脅かす身体的、心理的、社会的環境における内的なきっかけ⁸⁾から生じる状態」と定義した。

(2) 研究対象施設と研究対象者

全国の結核病床をもつ206指定医療機関(以下、施設)⁹⁾のうち、12床以上の結核病床をもつ126施設を研究対象候補施設とした。研究対象候補者は、これらの施設の結核病棟に勤務する看護職(2014年6月30日現在)として、調査期間は2014年7月から10月とした。

なお、11床以下であった80施設は、ユニット化による一般病棟に分散された個室配置であるため、看護職のストレスに関する要因について、一般的な結核患者への対応以外の要素が含まれることが推測されるため今回の調査対象に含めなかった。また、206施設のほかに「結核患者収容モデル事業」を実施する医療機関は86施設であった。高度な合併症を有する結核患者、または入院を要する精神疾患患者である結核患者に対して、一般病棟または精神病棟において収容するためのモデル事業であり、各医療機関のベッド数は数床であるため、今回の調査対象には含めなかった。

(3) データ収集

①調査方法

研究対象候補とした126施設の看護部長に依頼文を送付後、看護部長に電話し協力が得られた83施設に、必要部数の自記式質問紙と返信用封筒を郵送し、看護管理者より研究対象者に配付を依頼した。回収方法は、回収用の厚紙の封筒と個別の返信用封筒を同封し、回収箱を使用してとりまとめて返送、または、個別に直接投函して

返送することを依頼した。

②調査項目

対象者の属性は、性別、年齢、看護職としての勤務年数、結核病棟勤務年数、結核病棟直前に勤務していた所属科の有無、役職の項目とした。また、N95マスクを着けていることによる患者とのコミュニケーションの支障の有無についても尋ね、「支障あり」と回答した場合、その具体的な状況についての自由記載欄を設定した。

仕事によるストレスについては、臨床看護職者の仕事ストレス測定尺度(Nursing Job Stressor Scale, 以下NJSSとする)¹⁰⁾を用いた。NJSSは7因子33項目であり、各因子と項目数は、「職場の人的環境」7項目、「看護職者としての役割」5項目、「医師との人間関係と看護職者としての自律性」5項目、「死との向かい合い」4項目、「仕事の質的負担」5項目、「仕事の量的負担」5項目、「患者との人間関係」2項目である。選択肢と配点は、「そのような状況なし」0点、「ほとんど感じない」1点、「少し感じる」2点、「かなり感じる」3点、「非常に強く感じる」4点である。項目の得点を合計し、合計点を項目数で割った総合ストレイン得点と下位尺度得点を算出する。総合ストレイン得点と下位尺度得点の範囲は0～4点であり、点数が高いほどストレスが強いことを表している。本尺度のCronbach α 係数は0.75～0.85であり、信頼性と妥当性が検証されている¹¹⁾。

看護職が遭遇した患者からの暴言・暴力の実態については、「過去1年間に、患者から暴言・暴力を受けたことがありますか?」という設問とした。なお、1年間の設定は、2013年7月1日～2014年6月30日とした。また、「あり」と回答した場合、その具体的な状況についての自由記載欄を設定した。

(4) 分析方法

患者からの暴言・暴力の遭遇有無別の比較では、基本属性については χ^2 検定、またはFisher直接確率検定、NJSS総合得点および下位尺度についてはt検定を用いて検討した。有意水準は5%とし、統計ソフトウェアSPSS ver. 22.0 for Windowsを使用した。

(5) 倫理的配慮

研究依頼文送付後に、看護部長に調査協力依頼書を送付し、電話にて研究目的、研究方法、研究参加の自由、匿名性の保持などを説明した。看護部長への調査協力同意書に、結核病棟看護職への調査協力依頼書、調査への協力は任意であること、研究協力しないことで不利益な対応を受けることがないこと、業務に全く影響がないことを明記した。

結核病棟看護職への質問紙は、結核病棟看護管理者に質問紙の配付を依頼し、回収箱への投函、または個別の郵送をもって同意を得たものとした。本研究は、平成

表1 候補医療機関数, 対象医療機関数と回収率

地域	候補医療機関数	対象医療機関数 (%)	対象者数	回答医療機関数	回収数 (%)	有効回答数
北海道	7	5 (71.4)	92	5	71 (77.2)	68
東北	11	8 (72.7)	80	8	64 (80.0)	60
関東甲信越	33	22 (66.7)	358	22	260 (72.6)	249
東海北陸	16	10 (62.5)	158	10	131 (82.9)	125
近畿	18	9 (50.0)	212	7	94 (44.3)	89
中国四国	17	11 (64.7)	118	10	72 (61.0)	68
九州	24	18 (75.0)	297	16	214 (72.1)	203
不明	—	—	—	—	14	0
計	126	83 (65.9)	1315	78	920 (70.0)	862

26年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会（承認番号14029, 2014年6月26日）の承認を得て実施した。

Ⅲ. 研究結果

(1) 対象者の概要と患者からの暴言・暴力遭遇経験

調査票を配布した83施設1315名のうち, 78施設920名から回収（回収率70.0%）した（表1）。地域別の回収率は, 東海北陸地区が最も高く, 次いで, 東北, 北海道, 関東甲信越, 九州地区であり, 回収割合は70.0%以上であった。回収割合が少なかった地区は, 近畿地区の44.3%, 中国・四国が61.0%であった。1施設の対象者数の平均は15.8名（範囲3～90名）であった。回収された調査票のうち, NJSSの質問項目に無回答があった58名を除く862名を有効回答（有効回答率65.6%）とした。

有効回答862名の概要は, 女性が799名で92.7%, 年齢では40歳代が最も多く, 20歳代～50歳代の各年代とも2割～3割であった。看護職歴は平均17.1年, 結核病棟勤務年数は平均3.2年であった。NJSSの総合得点の平均は2.7であり, Cronbach α 係数は0.93であった。下位尺度では「仕事の量的負担」3.1が最も高く, 次いで「患者との人間関係」および「仕事の質的負担」が2.9, 「職場の人的環境」2.7の順であった。N95マスクにより患者とのコミュニケーションに支障（以下, N95マスク着用による支障）があると回答した割合は53.8%であった。具体的な状況についての自由記載では, 声がこもる, 聞こえにくい, 表情がわかりにくい, 同じ顔に見える, においが分からないなどであった。

患者からの暴言・暴力の遭遇の有無について, 表2に示す。過去1年間の暴言・暴力の遭遇に「ある」と回答していた人の割合は44.4%であった。暴言・暴力の具体的な状況についての自由記載数は, 「ある」と回答した人のうち365件（95.3%）であり, 365件の回答のうち, 認知症や精神疾患などを背景にもつ患者の攻撃的言動についての記載は162件（44.4%）, 認知症や精神疾患を除く

表2 患者からの暴言・暴力との遭遇 (N=862)

項目	人 (%)
過去1年間（2013年7月1日～2014年6月30日）の患者からの暴言・暴力の遭遇	
ある	383 (44.4)
ない	414 (48.0)
無回答	65 (7.5)

精神的暴力（暴言, セクハラ, 無視, 威圧的態度, マスクを外されるなど）についての記載は124件（34.0%）, 身体的暴力（殴る, 蹴る, 叩くなど）についての記載は79件（21.6%）であった。また, 少数ではあったが, それらに対して「上司は何もしてくれない」「守衛を呼んだ」「師長が患者と話し合った」など具体的な対応についての記載や, アルコールの問題を有する患者, 長期入院患者という記載もみられた。

(2) 患者からの暴言・暴力の遭遇経験有無別の仕事によるストレス等の比較

暴言・暴力の遭遇経験あり群は, なし群と比べて, 統計的に有意に結核病棟勤務年数が長く, N95マスク着用による支障ありと回答した割合, NJSSの総合得点およびすべての下位尺度得点が高かった（表3）。また, 各々の下位尺度について遭遇あり群で最も高かったのは, 「仕事の量的負担」, 次いで「患者との人間関係」, 「仕事の質的負担」および「職場の人的環境」の順であった。

Ⅳ. 考察

(1) 患者からの暴言・暴力の遭遇の実態

本研究では, 結核病棟看護職の4割以上が患者からの暴言・暴力に遭遇していた。先行研究では, 救急外来9割¹²⁾, 訪問看護8割, 精神科6割, 介護施設5割¹³⁾の看護職が患者からの暴言・暴力に遭遇しており, 今回の結果はそれらよりも少なかった。

結核病棟では, 認知症や精神疾患などを背景にもつ患者からの攻撃的言動は, 暴言・暴力遭遇の4割を占めて

表3 患者からの暴言・暴力遭遇有無別の仕事によるストレス等の比較

項目		遭遇あり	遭遇なし	P値
		(n=383)	(n=414)	
		人(%)または平均値 [標準偏差]		
性別	女性	363 (94.8)	379 (91.5)	0.109
	男性	20 (5.2)	33 (8.0)	
	無回答	— —	2 (0.5)	
年齢	20歳代	74 (19.3)	110 (26.6)	0.881
	30歳代	98 (25.6)	81 (19.6)	
	40歳代	118 (30.8)	96 (23.2)	
	50歳代	89 (23.2)	112 (27.1)	
	60歳代	4 (1.0)	13 (3.1)	
	無回答	— —	2 (0.5)	
看護職の経験年数	平均値 [標準偏差]	17.1 [10.8]	17.1 [12.8]	0.942
	[範囲]	[0.33-42]	[0.25-44]	
	無回答	5 (1.3)	5 (1.2)	
結核病棟勤務年数	平均値 [標準偏差]	3.5 [3.03]	2.9 [2.83]	0.008
	[範囲]	[0.08-20]	[0.17-20]	
	無回答	4 (1.0)	6 (1.4)	
結核病棟直前の所属科	なし	78 (20.4)	96 (23.2)	0.366
	あり	303 (79.1)	315 (76.1)	
	無回答	2 (0.5)	3 (0.7)	
役職 ¹⁾	なし	337 (88.0)	353 (85.3)	0.483
	あり	45 (11.7)	58 (14.0)	
	無回答	1 (0.3)	3 (0.7)	
N95マスク着用による支障	あり	230 (60.1)	205 (49.5)	0.015
	なし	141 (36.8)	201 (48.6)	
	無回答	12 (3.1)	8 (1.9)	
ストレッサー測定尺度 (NJSS) 下位尺度	総合得点	2.8 [0.5]	2.6 [0.5]	<0.001
	職場の人的環境	2.9 [0.7]	2.6 [0.7]	<0.001
	看護職者としての役割	2.6 [0.6]	2.5 [0.6]	0.008
	医師との人間関係と看護職者としての自律性	2.8 [0.8]	2.5 [0.8]	<0.001
	死との向かい合い	2.4 [0.7]	2.3 [0.7]	0.017
	仕事の質的負担	2.9 [0.6]	2.8 [0.6]	0.024
	仕事の量的負担	3.2 [0.6]	3.0 [0.7]	<0.001
	患者との人間関係	3.0 [0.7]	2.8 [0.7]	<0.001

χ^2 検定またはFisher直接確率検定, t検定

¹⁾看護管理者を除く

いた。天野ら¹⁴⁾は、認知症患者や不穏行動患者に対して、看護職が対応に不慣れなほど認知症高齢患者の「食事や飲水の介助」と「服薬の介助」にストレスを感じていると報告しており、それに対し、チーム全体で声をかけあって対応することを勧めている。結核病棟においては、副作用出現の対応¹⁵⁾、コミュニケーションの配慮¹⁶⁾、気持ちを察した態度¹⁷⁾、患者に発する言葉への配慮¹⁸⁾を考慮し、院内DOTSも患者が環境に慣れるまでチーム全体で時間をかけて丁寧にかかわっていく必要がある。

また、認知症や精神的な疾患を有さない患者からの身体的、精神的暴言・暴力の遭遇も半数を占めていた。結核病棟入院患者は、入院そのものへのストレスに加え、隔離環境、結核という感染症の受け止めや社会から受ける偏見を有しており、一般病棟とは違った入院環境で生

活している。自由に病棟から出られないことは患者にとって最大のストレスであり²⁾、入院早期の患者に対して、専門職による心理的ケアやサポート体制を整える必要がある。結核病棟では「結核患者を収容する医療機関の施設基準(案)」で推奨されている1人当たりの病床面積15m²以上などの設備を備えた病床は少なく¹⁹⁾、アメニティの設備を充実させるなどの検討も必要である。

(2) 患者からの暴言・暴力遭遇経験有無別の仕事によるストレスの比較

患者からの暴言・暴力の遭遇経験があった結核病棟看護職は、なかった看護職に比較して、NJSS総合得点とすべての下位尺度得点が有意に高かったことから、患者からの暴言・暴力への対応について、早急にさまざまな観点から具体的な対策を講じる必要があると考える。

精神科看護職は、健康的な対人関係をもつことに困難を抱えている統合失調症、気分障害、人格障害、アルコール依存症などの人々に看護ケアを提供しているため、他の領域の看護職に比べ、患者との人間関係に由来する仕事ストレスがより強いことが報告されている²⁰⁾。結核病棟看護職は、「仕事の量的負担」「患者との人間関係」の得点が高かったことから、類似した状況であることも推測される。また、認知症患者の攻撃性行動と看護職のストレスが関連することも報告²¹⁾されており、患者の状態や症状と看護職の仕事ストレスとの関連については、今後検討する必要がある。さらに、結核病棟に配置される人員や看護基準を考慮する必要がある。

また、暴言・暴力の遭遇経験あり群では、6割の看護職はN95マスクの着用により、患者とのコミュニケーションに支障があると回答しており、日常的なケアに支障が生じていることが推測される。これらの対応には、説明を繰り返す、患者や家族の話を聞く回数や時間がとれるよう調整する、視覚で説明できるものを加えるなどが考えられる。N95マスクは職員の感染防止上、その着用は必須であることからマスクの構造や形態の改善なども検討する必要がある。

本研究の結果での自由記載の一部の意見であったが、上司の対応が困難な状況が想定されることや、「守衛を呼んだ」という例もあることから、看護職個人のスキルだけでなく、職員を対象とした研修体制や警備も含めた職場環境の整備の検討が必要と考える。先行研究では、患者からの暴言・暴力遭遇時の具体的な対策の例として、看護職の臨床判断能力を高めること、暴力発生時の即時対応のマニュアルの作成、被害を受けた後の個別支援の必要性などが報告されている²²⁾。また、看護職が希望する対応策としては、看護職に必要とされるリスク患者を支援するための評価スキル、職員の増員、警備員の配置、暴力対処に関する研修、単独勤務の短縮²³⁾や、暴力被害後の被害者支援のための教育と支援のシステムを検討する必要性²⁴⁾について報告されており、暴言・暴力に遭遇した看護職へのケアについても考慮する必要がある。

(3) 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、結核病棟を有する病院が所在する地域に偏りがあったことである。本研究では全国の12床以上の医療機関を調査対象としたが、回答医療機関数が地域で異なっていた。また、結核病棟看護職が経験した患者からの暴言・暴力の遭遇についての具体的な状況に関しては、自由記載により一部の実態は明らかにできたが、自由記載という回答形式そのものの限界もあり、部分的な実態であるため、結果の解釈には限界がある。

今後の課題として、規模が小さい医療機関では、結核患者への看護に関する情報や研修などの機会が少なく、

患者への対応により困難を感じている看護職の存在も考えられることから、今回対象外とした施設も含めた調査も必要であると考え。さらに、職員研修や事例検討等の効果も含めて、看護職が経験や知識を積むことで、患者からの暴言・暴力に遭遇した際のストレスがより低減するかどうかについても検討する必要がある。

V. 結語

結核病棟看護職の40%以上が患者からの暴言・暴力に遭遇していた。また、患者からの暴言・暴力の遭遇経験があった看護職は、なかった看護職に比べて、結核病棟経験年数が長く、N95マスクにより患者とのコミュニケーションに支障があり、仕事上のストレスを強く感じていた。結核病棟入院患者のストレスを軽減するケアやアメニティの設備の充実、必要に応じて警備員の巡回などの対応策を検討する必要がある。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました結核病棟看護管理者の皆様、結核病棟看護職の皆様に深く感謝申し上げます。本研究は、平成26年度首都大学東京大学院人間健康科学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関して特になし。

文献

- 1) 重藤えり子：感染症法の下での結核治療困難者への対応—アンケート調査から。結核。2011；86：445-451。
- 2) 菊池真紀子，千田香緒子：結核入院患者の精神的ストレス調査。仙台赤十字病院誌。2013；22：11-17。
- 3) 鳴海智子，中山貴美子，飛世克之：国立病院機構での結核入院患者の実態調査—看護の視点から。結核。2010；85：635-638。
- 4) Nagata Y, Ota M, Saito E: Difficulty of confining recalcitrant tuberculosis patient in isolation ward in Japan, 2013-2014. Public Health. 2018；154：31-36。
- 5) 川辺芳子：治療継続困難例と人権。第79回総会シンポジウム「結核と人権」。結核。2005；80：35-37。
- 6) 田村恵理，岸本桂子，福島紀子：薬剤師のマスク着用が患者の相談行動心理に及ぼす影響。薬学雑誌。2013；133：737-745。
- 7) 社団法人日本看護協会：保健医療施設における暴力対策指針。2006。http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/bouryokusisin.pdf (2018年1月15日アクセス可能)
- 8) Gray-Toft P, Anderson JG: The nursing stress scale development of an instrument. Journal of Behavioral Assessment. 1981；3：11-13。
- 9) 厚生労働省：第二種指定医療機関の指定状況 (2014年

- 7月1日現在). 2014. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02-01.html> (2014年7月15日アクセス可能)
- 10) 東口和代, 森河裕子, 三浦克之, 他: 臨床看護職者の仕事ストレスについて; 仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討. 健康心理学研究. 1998; 11: 64-72.
 - 11) 北岡(東口)和代, 財団法人パブリックヘルスリサーチセンター(編): ストレススケールガイドブック「臨床看護職者の仕事ストレス測定尺度」. 実務教育出版, 東京, 2004, 286-290.
 - 12) 小出由紀: 救急看護師が患者から受ける暴力 暴力の実態と患者の傾向. 長野赤十字病院誌. 2008; 21: 116-119.
 - 13) 児玉千加子, 門内恵子, 那良みさ子, 他: 宮崎県の看護職員に対する暴言, 暴力の実態について. 日本看護学会論文集 看護管理. 2009; 39: 9-11.
 - 14) 天野さやか, 中島真喜美, 戸沢智也: 整形回復期リハビリテーション病棟における認知症高齢者に接する看護師のストレス感情. 日本看護学会論文集 老年看護. 2013; 43: 122-125.
 - 15) 藤原江利子, 高橋直美: 結核患者の入院中に感じた不安・ストレス 退院時に面接調査を用いて. 日本看護学会論文集 看護総論. 2005; 36: 3-5.
 - 16) 島村珠枝, 田口敦子, 小林小百合, 他: 多剤耐性結核入院患者の病気の受け止めと入院生活で感じていること. 日本看護科学学会誌. 2010; 30: 3-12.
 - 17) 足立美香, 嵐ようこ, 井口妙子, 他: 結核入院患者の精神的ストレスに対する看護介入. 国立高知病院医学雑誌. 2007; 14・15: 107-112.
 - 18) 内田美鈴, 代田加奈子, 功刀麻理子: A病院結核病棟に入院する患者のストレス. 山梨県立中央病院年報. 2011; 37: 45-46.
 - 19) 伊藤邦彦, 永田容子, 浦川美奈子, 他: 結核病床の施設整備状況に関する全国アンケート調査. 結核. 2012; 87: 475-480.
 - 20) 北岡(東口)和代: 精神科勤務の看護者のバーンアウトと医療事故の因果関係についての検討. 日本看護科学学会誌. 2005; 25: 31-40.
 - 21) Vic Rodney BM: Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. Journal of Advanced Nursing. 2000; 31: 172-180.
 - 22) 吉野竜二, 北川志乃, 福田亜紀: ユーザーから受ける暴力による職員の心理的影響 サポート体制についての1考察. 日本精神科看護学会誌. 2010; 53: 266-270.
 - 23) 大澤智子, 加藤 寛: 看護師の職場における被暴力体験とその影響に関する調査研究. 心的トラウマ研究. 2008; 4: 69-81.
 - 24) 小宮(大屋)浩美, 鈴木啓子, 石野(横井)麗子, 他: 入院患者から看護師が受ける暴力的行為に関する研究 18人の精神科看護師の体験. 日本精神保健看護学会誌. 2005; 14: 21-31.