

失語症看護熟達度自己評価尺度の信頼性と妥当性の検討

平 木由里^{*} 原 修一^{**}

Credibility and validity of the self-assessment scale for aphasia patient care proficiency

Yuzuri Taira^{*}, Shuichi Hara^{**}

Abstract

The purpose of the study is a development of scale for measuring “knowledge and practice of aphasia patient nursing care” of nurses. Aphasia patient care proficiency self-assessment scale, which consists of 15 items, is simple for respondents to be able to respond in a short time and its credibility and validity have been recognized.

The scale has obtained 0.87 of correlation coefficient by test-retest method conducted for 193 of nurses of recovery wings, showing 0.82~0.87 of Cronbach confidence coefficient between each subscale, and its internal coincidence has been confirmed. In addition, two major factors, i.e. “aphasia patient care knowledge factor” and “aphasia care factor” have been extracted, showing 47.5% of cumulative contribution with 0.52~0.79 of factor loading. Further, as a result of principal component analysis, cumulative contributions of “aphasia patient care knowledge factor” and “aphasia care factor” were 54.5% and 69.5% respectively, and the validity of constructive concept has been recognized.

Key words : Aphasia nursing / care proficiency / scale development

キーワード : 失語症看護、ケア熟達度、スケール開発

2009.11.25受理

緒言

1. 背景

失語症は、いったん獲得された言語が大脳皮質の言語領域の病変により言語の表出と理解の障害を生ずる¹⁻³⁾。

運動麻痺や失調症状などの身体が目で見える障害と大きく異なりコミュニケーションの成立過程を障害し、人が社会生活を営む上で多くの弊害となる。岡部⁴⁾は、失語症患者の社会適応に関する問題は障害の重さではなく、受け入れ側の人的環境の事情に大きく左右されるとし、失語症患者に対する医療専門職の価値観や態度を明確にした上で失語症患者の生活全体を考える必要性を指摘してい

る。したがって、失語症発症後の入院生活において、多くの時間を共に過ごす看護師の存在と失語症看護ケア能力は、以後の社会適応に大きく影響を与えたとと言っても過言ではない。

失語症の症状は、多彩で個人差が大きく複雑である。それ故に、失語症看護技術は専門的知識の習得と、失語症患者との対話経験から熟練した実践技術の双方を深めることが必要であり、習得しにくい現状がある。このような状況の中で看護界の内外から、リハビリテーション看護の「専門性」を問う声が高まり⁵⁾、高次脳機能障害の代表的障害である失語症看護の教育においても意欲的に取り組むことが重要課題であると考えられる。しかし、丹羽ら⁶⁾の報告によると、失語症看護技術はリハビリテーション看護

^{*}九州保健福祉大学大学院 保健科学研究科 修士課程 宮崎県延岡市吉野町1714 - 1

^{*} Master's course, Graduate school of Health Science, Kyushu University of Health and Welfare 1714-1, Yoshino-machi, Nobeoka-shi, Miyazaki Japan

^{**}九州保健福祉大学 保健科学部 言語聴覚療法学科 宮崎県延岡市吉野町1714 - 1

^{**} Department of Speech-Language-Hearing Therapy, School of Medical Health Science, Kyushu University of Health and Welfare 1714-1, Yoshino-machi, Nobeoka-shi, Miyazaki, 882-8508 Japan .

技術の中で看護師が最も不得意とし、リハビリテーション看護教育の中で出遅れている感があることは否めない。したがって、リハビリテーション看護の発展には、運動機能のみならず、失語症看護においても看護師の技術と知識向上を図ることが必要不可欠であり、その向上は、全人的回復を目指すリハビリテーション看護の専門的機能を促進するといえる。

リハビリテーション看護師の失語症看護技術の向上を図るためには、看護師の知識習得と実践能力を正確に把握する必要がある。今までに、いくつかの看護評価尺度が開発され、看護師の看護実践能力を測定する手立てとされてきた。先行研究では、看護問題に対して適切に対応し問題解決や、回避に向けて看護師自身の能力を測定する「看護問題対応行動自己評価尺度」⁷⁾や、「看護師目標達成行動尺度」⁸⁾、「看護師の職務キャリア尺度」⁹⁾、看護師の職業経験の質を評価するための「看護職者職業経験の質評価尺度」¹⁰⁾等が開発されている。しかし、既存の看護実践能力測定尺度は、看護全般を視野に入れた「看護管理能力」や「リーダーシップ能力」、「自己啓発」などが盛り込まれ、看護実践能力を広範に捉えた尺度構成になっている。そのため、各疾患別、症候別の看護実践に焦点を当てて作成したものはなく、さらに、尺度項目数が多いため多忙な看護師にとって測定にバイアスを生じる可能性がある。我々は簡便で、短時間に回答可能な「失語症看護ケアの知識と実践」を測定する尺度作成が必要であると考えた。

2. 研究目的

看護師の失語症看護の実践知識に関して現実適合性が高く簡便であり、信頼性・妥当性を確保した看護師の失語症看護熟達度自己評価尺度を開発する。

研究方法

1 質問票の作成

質問票は、失語症看護熟達における「専門的知識」と「実践能力」及び、失語症患者看護実践に対する看護師の「ストレス」と「困難」に関する内容である。以下の4段階で質問票を作成した。

第1段階

「失語症看護熟達度」に関する予備調査

失語症看護の熟達に関する項目を、文献検索¹¹⁻¹⁶⁾と、実際の患者ケアを行っている10年目以上の失語症看護経験のある看護師5名の失語症患者への援助・指導場面の観察を行い抽出した。さらに、観察法で対象となった看護師5

名にインタビューを行い項目の抽出をした。

第2段階

予備調査結果で得られた失語症看護の熟達項目を文献と照らし合わせ、KJ法により、「失語症看護知識」「失語症看護実践」「失語症患者との関わりストレス」と「ケア困難」の4つのカテゴリー分類を行った。

第3段階

予備調査で得られた40項目から最終15項目に絞り込み、5段階評定法「1. ない」、「2. あまりない」、「3. どちらでもない」、「4. ある程度ある」、「5. ある」での評価とした。また、尺度の構成にあたり、ダミー項目の作成(項目9)と文章の適正化を図るために言語聴覚士1名の有識者参加により内容を検討し文章作成(表1参照)を行った。また、看護師7名(卒後1から10年)による本尺度の回答時間測定を行い、3分以内に回答することができることを確認した。

第4段階

最終的な質問項目の選択と下位尺度の構成を目的とした調査を実施した。

1) 調査期間

- 1回目 平成20年8月から平成20年9月
- 2回目 平成20年10月から平成20年11月

2) 調査対象

全国リハビリテーション病棟連絡協議会機関紙が発行する同協議会正会員病院の一覧から、平成18年3月31日までにリハビリテーション施設基準で総合リハを有し、病棟区分が療養型病棟である病院140病院を抽出した。そして、これらの病院の回復期リハビリテーション病棟内で看護業務に従事する看護師と准看護師を対象とした。

対象の病院の看護責任者宛てに、電話及び郵送で、調査研究の趣旨と方法を説明した上で調査の依頼を行った。そして、病院看護責任者から同意が得られた全国30都道府県の36病院、590名分の自記式の質問票を郵送した。

質問票は1度目の回収後、1か月を経過した後に同内容の質問票を再度送付依頼し、質問票の回収は回答者本人から返送される郵送調査とした。また、同一人物が2度の調査に参加するよう、看護責任者と対象者に、電話または書面での依頼を行った。

2 分析

1回目の質問票送付依頼590通のうち有効回答は372通で有効回答率は63.1%、2回目の有効回答は298通で有効回答率50.5%であった。分析は1回目と2回目の有効回答の中で同一人物と確認された193通を分析対象とした。

本尺度の信頼性の検討は、再テスト法による1回目と2

回目の質問票回答の安定性の検討と、下位尺度間の内的整合性を求めるクロンバックα信頼係数及び、調査対象者間の尺度評価における下位尺度のカッパ統計量の算出を行った。妥当性の検討は、主成分分析と因子分析により同一の因子で因子負荷量が0.5以上の項目を抽出し、構成概念妥当性の検討を行った。

表1 質問票の構成

| |
|--|
| 1) 失語症看護の知識を習得している。 2) 失語症患者に接することがストレスである。 3) 失語症者の行動が理解できない。 4) 各失語症者の症状別にコミュニケーションを図る自信がある。 5) 失語症患者とのコミュニケーションは時間がかかりイライラする。 6) 失語症患者とその家族に必要な指導を行う自信がある。 7) 失語症者のケアに困難をきたしている。 8) 失語症者の理解度がわからなくて困る。 9) 失語症看護について指導してくれるものがある。 10) 失語症の症状・分類を学習している。 11) 失語症看護ケアで悩むことが多い。 12) 失語症ケア実践で看護が的確か心配になる。 13) 失語症評価の検査とその解釈について知識がある。 14) 後輩に自信をもち失語症の指導ができる。 15) 失語症患者に適切なケアをする自信がある。 |
|--|

結果

1 信頼性

研究参加者193名の再テスト法による相関係数は、0.87であり、各項目に関する調査対象者間の尺度評価における重み付けしたカッパ統計量は、0.56～0.73であった。さらに、「失語症に関する知識」の下位項目尺度間のクロンバックα信頼係数は0.87であり、「失語症ケアに対する負担」の下位項目尺度間のクロンバックα信頼係数は0.82であった。

2 妥当性

本尺度の妥当性検討は、ダミー項目（項目9）を除く全14項目で因子分析と主成分分析による構成概念妥当性の検討を行った（表2）。本尺度の因子分析と主成分分析の結果、「失語症看護実践に関する知識尺度」と「失語症ケアに対する負担尺度」の2大因子が抽出され、各因子の因子負荷量は0.52～0.79の範囲で、2因子の累積寄与率は47.6%を示した。

「失語症看護実践に関する知識尺度」（表3）は、「失語症知識習得自信度」と「失語症ケア実践自信度」の2つの小因子から構成される。「失語症知識習得自信度」の下位項目尺度は、1) 失語症看護の知識を習得している、10)

失語症の症状・分類を学習している、13) 失語症評価の検査とその解釈についての知識がある、14) 後輩に自信をもち失語症の指導ができる、15) 失語症患者に適切なケアをする自信がある、の5項目であり因子分析による因子負荷量（バリマックス回転後）は、0.55～0.65であった。

表2 全14項目による因子分析

| 因子負荷量: 回転後 (バリマックス法) | | | |
|----------------------|--------------|--------|---------------|
| 変数名 | 知識因子 | 変数名 | ケア負担因子 |
| 項目15 | 0.792 | 項目11 | 0.711 |
| 項目14 | 0.767 | 項目8 | 0.684 |
| 項目6 | 0.732 | 項目12 | 0.670 |
| 項目10 | 0.679 | 項目7 | 0.636 |
| 項目13 | 0.657 | 項目2 | 0.606 |
| 項目1 | 0.651 | 項目5 | 0.540 |
| 項目4 | 0.612 | 項目3 | 0.515 |
| 項目8 | 0.267 | 項目4 | 0.363 |
| 項目12 | 0.206 | 項目15 | 0.281 |
| 項目11 | 0.129 | 項目6 | 0.267 |
| 項目2 | 0.121 | 項目13 | 0.113 |
| 項目3 | 0.093 | 項目14 | 0.111 |
| 項目5 | 0.068 | 項目10 | 0.032 |
| 項目7 | 0.036 | 項目1 | 0.025 |
| 固有値表: 回転後 (バリマックス法) | | | |
| 因子No. | 二乗和 | 寄与率 | 累積寄与率 |
| 因子No. 1 | 3.602 | 25.73% | 25.73% |
| 因子No. 2 | 3.060 | 21.86% | 47.58% |

また、「失語症ケア実践自信度」の下位項目尺度は、4) 各失語症者の症状別にコミュニケーションを図ることができる、6) 失語症患者とその家族に必要な指導を行う自信がある、14) 後輩に自信をもって失語症の指導ができる。15) 失語症患者に適切なケアをする自信がある、の4項目であり、因子分析による因子負荷量（バリマックス回転後）は、0.57～0.68であった。項目14) と15) は「失語症知識習得自信度」と「失語症ケア実践自信度」の共通下位項目とした。また、「失語症看護実践に関する知識尺度」の2つの小因子による因子分析累積寄与率は54.5%であり、主成分分析では2つの主成分で、累積寄与率69.4%であった。

表3 失語症看護実践に関する知識尺度

| 因子負荷量: 回転後 (バリマックス法) | | | |
|----------------------|--------------|--------|---------------|
| 変数名 | 知識習得因子 | 変数名 | ケア実践因子 |
| 項目10 | 0.652 | 項目6 | 0.684 |
| 項目13 | 0.618 | 項目4 | 0.643 |
| 項目14 | 0.574 | 項目15 | 0.612 |
| 項目15 | 0.568 | 項目14 | 0.573 |
| 項目1 | 0.552 | 項目1 | 0.332 |
| 項目6 | 0.352 | 項目13 | 0.290 |
| 項目4 | 0.261 | 項目10 | 0.279 |
| 固有値表: 回転後 (バリマックス法) | | | |
| 因子No. | 二乗和 | 寄与率 | 累積寄与率 |
| 因子No. 1 | 1.957 | 27.96% | 27.96% |
| 因子No. 2 | 1.857 | 26.53% | 54.49% |
| 固有値表 | 固有値 | 寄与率 | 累積寄与率 |
| 主成分No.1 | 4.024 | 57.49% | 57.49% |
| 主成分No.2 | 0.834 | 11.92% | 69.41% |

表4 失語症ケアに対する負担尺度

| 因子負荷量: 回転後 (バリマックス法) | | | |
|----------------------|--------------|--------|---------------|
| 変数名 | ケア困難度 | 変数名 | ストレス度 |
| 項目11 | 0.768 | 項目2 | 0.675 |
| 項目12 | 0.756 | 項目5 | 0.644 |
| 項目8 | 0.605 | 項目3 | 0.565 |
| 項目7 | 0.550 | 項目8 | 0.406 |
| 項目2 | 0.245 | 項目7 | 0.357 |
| 項目3 | 0.230 | 項目11 | 0.227 |
| 項目5 | 0.193 | 項目12 | 0.183 |
| 固有値表: 回転後 (バリマックス法) | | | |
| 因子No. | 二乗和 | 寄与率 | 累積寄与率 |
| 因子No. 1 | 1.980 | 28.28% | 28.28% |
| 因子No. 2 | 1.567 | 22.38% | 50.66% |
| 固有値表 | 固有値 | 寄与率 | 累積寄与率 |
| 主成分No.1 | 3.409 | 48.70% | 48.70% |
| 主成分No.2 | 1.035 | 14.78% | 63.48% |

「失語症ケアに対する負担尺度」(表4)は、「失語症患者ケア困難度」と「失語症患者との関わり時のストレス度」の2つの小因子から構成されている。「失語症患者ケア困難度」の下位項目尺度は、7)失語症患者ケアに困難をきたしている、8)失語症患者的理解度がわからなくて困る、11)失語症患者ケアで悩むことが多い、12)失語症のケア実践で看護が的確か心配になる、の4項目を下位項目尺度とした。因子分析により「失語症患者ケア困難度」の4項目の下位尺度では、因子負荷量(バリマックス回転後)は0.55~0.77であった。大因子「失語症ケアに対する負担尺度」において2つの小因子の累積寄与率は50.7%で、主成分分析では主成分2により63.5%を認めた。

「失語症患者との関わり時のストレス度」は、2)失語症患者に接することはストレスである、3)失語症患者の行動が理解できない、5)失語症患者とのコミュニケーションは時間がかかりイライラする、の3項目を下位項目尺度とし、因子分析による因子負荷量(バリマックス回転後)は0.57~0.68であった。大因子「失語症ケアに対する負担尺度」において2つの小因子の累積寄与率は50.7%で、主成分分析では主成分2により63.5%を認めた。

考察

1 信頼性

心理尺度における尺度間の内的一致性に関する判定は、クロンバックの α 信頼性係数0.8を基準に行う場合が多く¹⁷⁾、失語症看護熟達度自己評価尺度の各下位尺度間のクロンバック α 信頼性係数は0.82~0.87の範囲であった。この結果は、各下位尺度間が内的一致性を確保している事を示す。また、尺度の安定性に関しては、再テスト法により同一対象者に対する2度の調査により得た結果の相関係数

を信頼性係数とし、クロンバック α 信頼係数と同様0.7~0.9で高い相関がある基準とされている¹⁸⁾。本研究において、193名の再テスト法により得た相関係数は0.87であり、尺度が安定性を確保していることを示す。

再テスト法では、調査を2回実施するため記憶効果が影響する可能性がある。したがって、通常2週間から1か月位の間隔をあけて測定することが望まれる¹⁷⁾。今回の調査は約1か月後に2回目を実施したことにより、記憶効果の影響を除外した。したがって、再テスト法による信頼性推定は可能であり、真の得点に変化が生じていないと考える。以上により、再テスト法による本尺度の安定性が確認された結果といえる。加えて、調査対象者193名の評定者間の尺度評価における各下位尺度のカッパ統計量は0.56~0.73であり、一致性とともに再現性も確認された。

2 妥当性

失語症看護熟達度自己評価尺度は、予備調査において失語症看護熟達に関する内容を抽出し、「専門的知識」と「実践能力度」及び、失語症患者看護実践に対する看護師の「ストレス度」と「困難度」にカテゴリー化した。項目数は看護師が多忙でも短時間で回答可能な項目数にすることを念頭に置き14項目にまで絞り込み、3分以内で回答可能な尺度構成とした。尺度の作成にあたり、1つの因子と関連が大きい項目は少なくとも3つは必要でありそれ以下では、妥当性に欠ける¹⁷⁾とされている。そのため、1カテゴリーに対して、3~5項目の尺度作成を行い最少の項目数で妥当性のある尺度作成を目指した。

本尺度の構成概念妥当性の検討は、因子分析と主成分分析により行った。尺度全体で因子分析を行い、2因子により因子負荷量0.5以上の項目を基本とし抽出した。因子負荷量は、因子と項目の関係を表すもので項目を一つの尺度に構成する根拠となる。通常0.4ないし0.3が決定の分離点して用いられ、負荷量は絶対値が1に近いほどその変数と因子の相関関係が強いことを示す^{19,20)}。さらに、主成分分析は、各項目が主成分にどれくらい集約されているかを検討する方法であり、一般的に2つの主成分までで、累積寄与率50%が基準とされている²¹⁾。

本尺度は、全14項目のうち、項目1, 4, 6, 10, 13, 14, 15が、「失語症看護実践に関する知識尺度」因子項目として抽出され、項目2, 3, 5, 7, 8, 11, 12が「失語症ケアに対する負担尺度」因子項目として抽出された。それぞれ因子負荷量は、0.52~0.79であり、2因子による累積寄与率は47.6%で構成概念妥当性が確認された。

大因子項目「失語症看護実践に関する知識尺度」の小因子「失語症知識習得自信度」の下位尺度(項目1, 10, 13, 14, 15)の因子負荷量は0.55~0.65であり、「失語

症ケア実践自信度」の下位項目（項目4, 6, 14, 15）の因子負荷量は0.57～0.68で、これらの2因子による累積寄与率は54.5%で構成概念妥当性が認められた。また、主成分分析では「失語症知識習得自信度」と「失語症ケア実践自信度」の2因子による累積寄与率は69.5%であり下位項目は主成分に集約されているといえる。

また、大因子「失語症ケアに対する負担尺度」の小因子「失語症患者ケア困難度」の下位尺度（項目7, 8, 11, 12）の因子負荷量は0.55～0.77であり、「失語症患者との関わり時ストレス度」の下位尺度（項目2, 3, 5）の因子負荷量は0.57～0.68で、2因子による累積寄与率50.7%で構成概念妥当性が確認された。さらに、主成分分析では、「失語症患者ケア困難度」と「失語症患者との関わり時ストレス度」による2つの因子による累積寄与率は63.5%で、下位項目は主成分に集約されているといえる。

結論

失語症看護熟達度自己評価尺度は簡便で短時間に、看護師の失語症看護に関する知識と看護実践の自信度、ケアに対する困難やストレスが測定できる尺度であり、信頼性と妥当性が確認された。

謝辞

趣旨をご理解いただき、調査に協力し貴重なデータを提供して下さった全国の回復期リハビリテーション病棟の看護師の皆様、及び各病院の関係者の皆様に深く感謝し厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 1 藤田郁代：失語症の認知心理学的リハビリテーション．総合リハ 27：747-753，1999．
- 2 紺野香奈江：失語症言語治療の基礎 診断法から治療倫理まで．診断と治療社，東京，pp1-36，2001．
- 3 Benson, D.F., Ardila, A：臨床失語症学．中村裕子（監訳）．西村書店，東京，pp3-69，2006．
- 4 岡部聡子：失語症に対する医療専門職の態度に関する研究．民族衛生 67(4)：169-182，2001．
- 5 石鍋圭子，福屋靖子：リハビリテーション看護の「専門的機能」と「専門的技術」の検討 領域別看護婦の意識調査から．筑波大学リハビリテーション研究 6(1)：13-23，1997．

- 6 丹羽さよ子，長園百合子，三石久美子 他：リハビリテーション看護の専門的技術の習得に関連する要因 看護基礎・継続教育および臨床経験に焦点をあてて．日本看護教育学会誌 14(1)：25-34，2004．
- 7 三浦弘恵，松田安弘，鈴木美和 他：看護問題対応行動自己評価尺度（OPSN）の開発 信頼性・妥当性の検証．看護教育学研究 11(2)：6-7，2002．
- 8 亀岡知美：看護師目標達成行動尺度，看護実践・教育のための測定用具ファイル開発過程から活用の実際まで，舟島なをみ（監修）．医学書院，東京，pp63-74，2006．
- 9 石井京子，藤原千恵子，星和美 他：看護師の職務キャリア尺度の作成と信頼性と妥当性の検討．日本看護研究学会雑誌 28(2)，21-30，2005．
- 10 鈴木美和，定廣和香子，亀岡知美 他：看護職者の職業経験の質に関する研究 測定用具「看護職者職業経験の質の評価尺度」の開発．看護教育学研究 13(1)：37-50，2004．
- 11 西村文子，犬島豊子，高瀬裕子 他：言語障害患者のコミュニケーションを促す関わり 言語障害を症状別に見た働きかけ．看護技術 41(8)：54-58，1995．
- 12 武田保江：失語症者の“声”を聴くコミュニケーションに障害を持つ患者を支える視角．看護学雑誌 63(2) 164-167，1999．
- 13 吉畑博代，小山美恵：失語症のリハビリテーション訓練の考え方と実際のコミュニケーションのとり方．臨床看護 34(3)：326-338，2008．
- 14 杉本真理子，永松栄子：失語症患者の看護．臨床看護 34(3)：339-347，2008．
- 15 小山珠美：脳血管障害による高次脳機能障害ナーシングガイド，小山珠美，所和彦（監修）．日総研出版，名古屋，pp202-231，2001．
- 16 Okabe, K., Okabe, T.: Educational Rehabilitation and Nursing for Aphasics in Japan．Noble House. pp101-130，2005．
- 17 村上宣寛：心理尺度のつくり方．北大路書房，京都，pp12-32，2006．
- 18 石井秀宗：統計分析のここが知りたい．保健・看護・心理・教育系研究のまとめ方．文光堂，東京，pp91-112，2005．
- 19 古谷野巨，長田久雄：実証研究の手引き調査と実験の進め方・まとめ方．ワールドプランニング，東京，pp151-165，1992．

- 20 Polit , DF., Hungler , BP : 看護研究原理と方法 .
近藤潤子 (監訳). 医学書院 , 東京 , pp322-345 ,
1994 .
- 21 高橋信 : マンガでわかる統計学[因子分析編] . オ
ム社 , 東京 , pp89-127 , 2006 .