

10 患者の看護に対する認識調査における信頼性と妥当性

－臨床での質問紙による調査結果の方法論的分析－

千葉大学看護学部大学院 ○濱田由香（32回生）

千葉県がんセンター 濱田龍治

I はじめに

私たちは、日々看護ケアを行う中で、患者からケアに対する要求や質問、あるいは評価を受けることが少ないと感じている。それは患者の、看護ケアに対する認識が低いことが1つの要因ではないかと考えた。患者の認識不足は、患者と看護婦間の相互作用を障害し、看護ケアの質の向上を妨げられると思われる。看護ケアに対する患者の認識を評価し、不足している認識は何かを知り、それを高めるようなアプローチを行えば、良い相互作用のもとで、質の高い看護ケアが行われるのではないかと考えた。そこで、病棟の看護の質の向上を目指し、まず、入院中の患者の看護ケアに対する認識を調査することにした。

近年、看護ケアの質の測定用具の開発¹⁾や、看護婦－患者関係における信頼を測定する質問紙の開発²⁾、患者満足度スケールの開発³⁾が行われるようになってきた。しかし、看護ケアに対する患者の認識を測定するスケールの研究は報告されていなかった為、先行研究をもとに独自に質問紙を作成し、調査した。質問紙の内容が明瞭かどうか、意図が伝わっているかどうかを知る為に、性別や年代の異なる数名を選び、インタビューを行った。その質問紙と調査結果は、表1、表2に示した。

調査結果を、日本看護協会高知県支部が平成3年度に調査した「患者の思う看護サービスと看護者の思う看護サービスの認識の“ずれ”に関する調査」⁴⁾と比較してみると、項目内容に違いはあるが、看護婦の仕事であると回答した者の比率は、私たちの調査の方が全体的に高いように思われた。

私達は、予想以上の良い結果を、そのまま看護ケアに対する患者の認識として評価することに疑問を感じた。インタビューでの患者の発言や調査結果から、質問紙の意図や各項目の捉え方が、患者と看護婦では異なっているかもしれないと考えた。そこで今回は、実施した調査を、調査方法の選択、質問紙の作成過程などに問題はないか、方法論的視点から分析した。その結果、看護ケアに対する患者の認識を知る為の、幾つかの示唆が得られた。

II 研究目的

- ① 患者が、どのような看護ケアを看護婦の仕事であると認識しているかについて知る。
- ② 看護ケアに対する患者の認識を知る為の、信頼性と妥当性が得られるような測定方法を方法論的に検討する。

III 認識の概念、用語の定義

私達は患者と看護婦間の相互作用を左右する“患者の看護ケアに対する認識”について調査したが、まず、相互作用と認識とはどのような概念かを明らかにした上で、“患者の看護ケアに対する認識”について定義しておく必要があると考える。

例えば、キングによると、interactionとperceptionは次のように定義されている。

interaction: 人間と環境、ならびに人間と人間の間の知覚とコミュニケーションのプロセスである。目標をめ

ざす言語的もしくは非言語的行動という形で示される。人間対人間の相互行為においては、各人は異なる知識、欲求、目標、過去の経験、知覚を持ち、それらがその相互行為に影響を与えている⁵⁾。

perception: 個人が実在をその心の中に組み立てることである。それは、人間、対象、出来事を認識することである⁶⁾。

心理学的には、認識(cognition)は認知と訳されることが多い。認知とは、生体が自らの生得的または経験的に獲得している既存の情報に基づいて外界の事物に関する情報を選択的に取り入れ、それによって事物の相互関係、一貫性、真実性などに関する新しい情報を生体内に生成・蓄積したり、外部へ伝達したり、あるいはこのような情報を用いて適切な行為選択を行ったり、適切な技能を行使するための生体の能動的な情報収集・処理活動を総称するという言葉である⁷⁾。

以上の事を考慮して、私達は、“患者の看護ケアに対する認識”を次のように定義した。「患者が、看護婦の仕事に関する情報を意識して知覚し、それによって得られた新しい情報を蓄積し、それを用いて、行為を選択したり、看護ケアの評価を行う。このような患者の能動的な情報収集、処理活動の総称、および、その活動によって捉えられた内容」とする。

Ⅳ 研究方法

質問紙法で調査した結果とインタビュー結果をもとに、データの収集方法を方法論的視点から分析を行った。分析した結果から、看護ケアに対する患者の認識を測定するためにはどのような方法が望ましいか検討した。分析の視点は次の3つとし、それぞれの調査結果と照らし合わせて分析した。

1)対象者、2)データの収集方法の選択、3)質問紙の作成過程

今回は、一斉調査の結果から、調査の方法を検討する必要があると感じ、引き続き調査を行うことは中止し、パイロットスタディとして、方法論的に分析することにした。その為、対象者数は少なく、調査結果を内容的に分析するには限界がある。

Ⅴ 分析の実際

1) 対象者

対象者：K医科大学附属病院の外科病棟に入院中の患者で、質問紙に返答できる能力があり、返答できる状態であると判断した患者のうち、調査に同意した29名。

調査への参加を拒否した者は1名であった。

年齢構成は、23歳～82歳で、男性17名(58.6%)、女性12名(41.3%)であった。

K大学附属病院初回入院の者18名(62.0%)、2回目以上の入院の者11名(37.9%)であった。

分 析

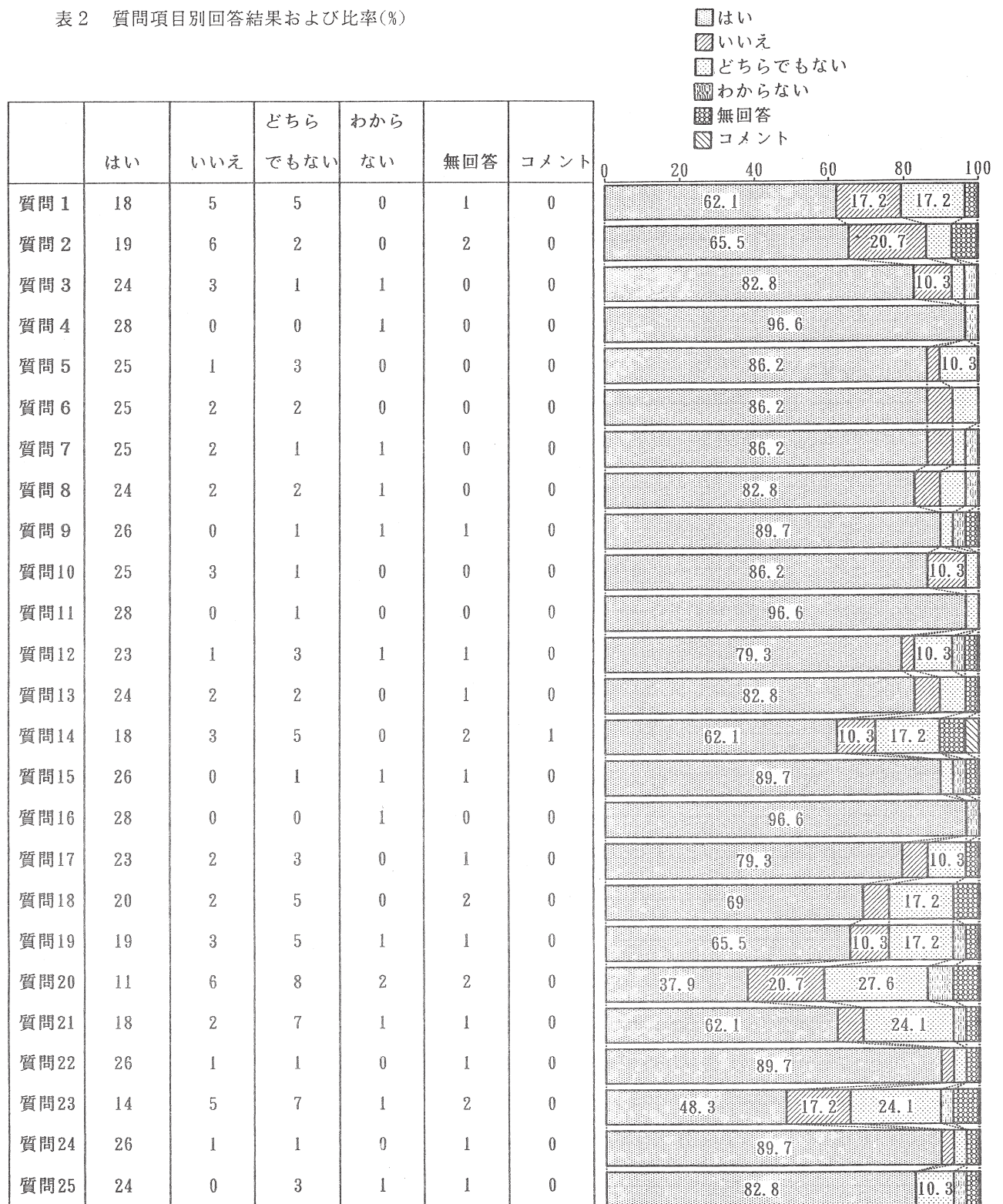
過去に当院に入院経験がある患者は、外科的治療を一通り経験し、それに伴う看護介入も行われていると思われる。そのため、看護介入がまだ十分行われていないかもしれない初回入院患者よりも、入院経験のある患者は看護ケアに対する認識は高いかもしれない。当院への入院経験がなくても、他院での入院経験がある患者や、初回入院でも過去に家族の入院に付き添った経験を持つ患者は、看護ケアに対する認識が高いかもしれない。しかし、私達の調査は条件をそろえて検証するだけの事例がなく、患者のニードおよび生活歴や入院歴と、

表1 質問紙で示した25項目の看護ケア

(回答は各項目毎に、はい、いいえ、どちらでもない、のいずれかを選択するように表記した。)

- 1) 噛む力や飲み込む力、消化する力に応じて食事のかたちを変える。
- 2) 治療食を食べていても食べたいものがあれば、食べてよいかを調べ知らせてくれる。
- 3) その人に応じた(年齢、性別、体格、生活の仕方や活動量、手術による消化する働きの変化など)食事指導を行うとともにその食事量や食事の食べ方を見ている。
- 4) 年齢や日常生活の動作、体の不自由さの程度に応じた援助をしている。たとえば、部屋の配慮(トイレに近い部屋、ポータブルトイレ、尿器の使用)自分でトイレに行けないとき付き添ってくれる。
- 5) 排泄状況や排泄物を観察し、異常があればその原因を考えて対処している。
- 6) 便通調節に向けての援助と指導を行っている。(食事、生活の仕方や活動量)
- 7) 体をきれいに保つためにその人に応じた援助をしている。(口の中をきれいにする、シャンプー、手を洗う、おしものを洗う、足を洗う、シャワー、体を拭くなど)
- 8) 患者、家族に対し、清潔を保つための具体的な方法についての指導をしてくれる。
- 9) 自分で寝返りができない人、床ずれができやすい状態の人に対し、体の向きをかえている。
- 10) 危険防止に配慮しながら、移動・活動への援助を行っている。
- 11) 手術後、順調な回復に向けて計画的な離床(ベッドから降りて立ったり、歩いたりする)とそれに対する見守りと支援をしている。
- 12) プライバシーを守れるような配慮を行っている。
- 13) 安全確保、危険防止の対策をとっている。
(ナースコールの適正な位置への設置。ベッド柵をつける。点滴、管類の管理。廊下の整備:要らないものを置かない、水がこぼれていたら拭く。)
- 14) 入眠の前に良く眠れるように話をする。悩みを聞く。
- 15) 夜間は2~4時間毎に見回りをを行う。
(安全が確保されているか。変わった様子はないかどうか見る。寝具を整える。不在の時は居場所を確認する。)
- 16) 検温や症状の観察を行い異常時には敏速に対応する。
- 17) 新しい薬が処方された場合、なぜその薬が必要か内容を納得できるよう説明、あるいは医師から説明された内容の補足を行う。
- 18) 普段の生活や、入院に至るまでの経過を詳しく知り、入院中を通して、その人に必要な援助を考え、計画し、実施している。
- 19) 身体の症状だけでなく、心の悩みや、不安の有無を聞いてくれる。
- 20) 家族に患者への援助を要請している。
- 21) 同じ部屋の人との関係性を調節している。
- 22) 患者の意志や気持ちを、医師に伝える。
- 23) 社会復帰に向けて、自立への援助や指導を行う。
- 24) 病気に対する認識や考えを早くキャッチし適当なアドバイスをする。
- 25) 医師からの説明と一緒に聞き理解できなかったことを補ったり、悩みや不安を聞いている。

表2 質問項目別回答結果および比率(%)



看護ケアに対する認識との関係を明らかにすることはできなかった。

「管が入ったままシャワーに入れるなんて、ここへ入院するまで知らなかった」という腹腔ドレーン挿入中の患者の発言が聞かれた。これは、入院後の経験が、新たな認識を形成したことを示している。この患者のように、たとえば清潔に対するニーズが高まっている時に、それに合致した看護ケアをタイミング良く提供することは、認識を形成しやすいと考える。

“病気に対する認識や考えを早くキャッチし適当なアドバイスをする”という項目は、看護協会の調査と全く同じ質問項目であったが、私達の調査の方が、看護婦の仕事であると回答した者の比率は、有意に高かった。検定結果は表3に示した。これは、対象者のほとんどが、手術を経験した患者、あるいは手術予定の患者で、このケアを受けたことのある患者であったことが1つの要因と考えられる。“社会復帰に向けて、自立への援助や指導を行う”という項目で、「はい」と答えた者は14名(49.3%)で、25項目の中で2番目に「はい」と回答した者の少ない項目であった。これは、対象が入院中の患者であり、おそらく退院指導や社会復帰への具体的な援助はまだ受けていない段階の者が多く、看護ケアとして認識していないのかもしれないと考える。

また、調査が行われた時点が入院中で、調査を行った者がその病棟の看護婦であるということから次のことが言える。患者は、自分の回答が、その後の看護ケアの質と量に悪影響を及ぼすかもしれないと判断したら、その回答を避けることがあったかもしれない。

身体状態を判断して、質問紙の回答が無理な患者、かなりの負担を強いると判断された患者と、回答拒否の患者は調査できなかった。回答を拒否した70代の男性患者は、「こんな何もわからない年寄りに聞くより、若い者に聞いて下さい。」と、調査の目的その他を説明する前から拒否態度を示した。このような患者は、良い相互作用の形成が困難であることが多く、看護ケアに対する認識を評価することは、特に重要であり、何らかの方法で評価する必要があると考える。

表3 日本看護協会高知県支部の調査(n=500)と私達の調査(n=29)において同じ内容の項目に対し、看護婦の仕事であると回答した患者の比率の比較(t検定)

| 同じ内容の項目 | 看護協会の調査 | 私達の調査 | t検定の結果 |
|--------------------------------|-----------------|----------------|--------|
| 病気に対する認識や考えを早くキャッチし適当なアドバイスをする | 196名 (39.2%) | 26名 (89.7%) | 5.36* |
| 社会復帰に向けて自立への援助や指導をする | 208名 (41.6%) | 14名 (49.3%) | 0.82 |

* p < 0.001

2) データの収集方法の選択

データの収集方法は、質問紙法による調査および、質問紙調査後に行った数名の患者へのインタビューである。質問紙法は、時間的節約と回答の簡便さを考慮し、構成的択一回答式質問を採用した。回答形式は、それぞれの看護ケア項目に対し、「はい」、「いいえ」、という二者択一回答に「どちらでもない」という回答を加えた。質問紙は、研究者が配布し、調査の目的を説明し、質問紙の項目に関して理解できない内容はないかどうか患者に確認した。インタビューは、性別や年代の異なる数名を対象とした。インタビュー内容は、質問紙の内容は明瞭か、理解できたかを尋ねながら、アンケートの意図が伝わっているかどうかを確認した。

データ収集期間：質問紙配布、回収を含めて1996年3月11日～13日の3日間である。

分 析

構成的質問紙法は、面接法の場合の面接者の偏見が入り込まないという利点がある。また、自由回答式質問と違って、回答者がうまく言葉で考えを述べる能力を要求しないことと、時間と労力が少なくすむ。しかし、自由回答式質問では、回答者はかなり自由に意見を表現できるので、あらかじめ回答の選択肢が決められている場合には得られないような自発的な回答が得られることがある⁹⁾。私達の質問紙は、この自発的な回答の機会を提供していない。実際に患者が捉えている看護ケアには、看護婦が考える看護ケアとは違ったケアが含まれていたかもしれない。

択一回答式質問は分析しやすいという利点があり⁹⁾、この形式を用いた。しかし“わからない”という回答や無回答がいくつかあり、1名のみであるが自分の言葉で回答されている項目も1つあった。回答の選択肢を多くする方が、より多くの情報を得られ、回答者もより正確に答えられるので、意見や態度を尋ねる場合には適している。選択肢に幅があると、感情や意見の強さをも測定することができるので、その意味でもより多くの情報を収集できる¹⁰⁾。私達の作成した質問紙は、それぞれの項目に対する認識の程度は評価できなかった。

3) 質問紙の作成過程

質問紙の項目は、私たちが病棟でよく行っているケアや大事にしたいと考えているケアを挙げ、原案を作成した。参考にしたのは、QA研究会の、看護ケアの質を測定するための質問紙の開発過程で明らかにされた、看護婦がケアをしている領域の11のカテゴリー¹¹⁾である。日本看護協会高知県支部が平成3年度に調査した、「患者の思う看護サービスと看護者の思う看護サービスの認識の“ずれ”に関する調査」で用いられている援助項目も参考にした。病棟のスタッフナース2名も参加して原案を検討した。患者が理解しやすい表現方法を工夫しながら、カテゴリー毎に選択し、患者の負担が大きくなるように最終的に25項目にした。知的レベルが高いと思われる50代の男性患者2名を対象に、事前テストを行った。言葉使いが堅苦しいという意見をもとにやわらかい表現方法に変更した。

分 析

看護者の考えるカテゴリーを用いて質問紙を作成したが、実際には、患者が捉えている看護ケアには、これらのカテゴリーに含まれないケアもあったかもしれない。

看護専門用語は患者が理解できるような言葉に変えたが、看護婦が考え作成した為、十分理解しやすい表現であったとは言い切れない。その項目に関して、私達が考えた意味と、患者が捉えた意味とは違いがあったかもしれない。実際に、“家族に患者への援助を要請している”という項目は、「はい」と返答した患者が11名(37.9%)で、25項目の中で最も少なかった。幾人かの患者の質問紙を回収後、これに気づき、患者へのインタビューで回答理由を尋ねたところ、「看護婦さんが全部してくれている。」という意見が聞かれた。この項目の“援助”を私たちは、患者の入院生活に必要な物の用意や身体的ケアだけでなく、精神的支援を求めるということも含めた捉え方をしていた。しかし、患者はこの項目を身体的ケアに限定して捉えていたかもしれないと思われる。

様々な状態にある患者にもあてはまるように、1つの項目内にいくつかの援助パターンを示したものがあった。このことは、患者によってその項目を捉えるレベルが異なっている可能性がある。実際に、清潔の援助の項目で、「はい」と回答した上で、それぞれのパターン毎に○×をつけている患者もいた。これは、各援助パターンのレベルで捉えている為と思われる。

また、患者の負担の軽減の為に一般的な25項目に絞り、ストーマケアなどのような特殊なケアは除去したため、重要な個別的ケアに対する認識は評価できていない。

事前テストの結果、それぞれの項目の意味は理解できるとのことで、大きな修正は行わなかった。しかし、老人や入院経験の全くない患者も対象にした方が、全ての患者が理解しやすい項目にする為に配慮すべき点を、もっと見いだすことができたのではないかとと思われる。

どのように記入すべきかの説明文は、表1に示したように、病棟内での調査であったため簡単にしたが、質問紙を配布時には、研究の意図を直接説明した。しかし、看護婦の仕事を、実際にそのケアを受けたかどうかという視点で捉えながら回答している患者がいた。これは説明文の文頭に、“日ごろの看護婦の仕事について質問させていただきます。”という言葉を入れたことが要因かもしれない。また、実際に看護ケアを受けたり見たりする以外に、看護ケアの内容を教育されたり、情報を得る機会がほとんどないということが大きな要因となっているのではないだろうか。研究の意図を説明する際は、こういった経験によって認識が大きく左右されるという事柄を考慮し、十分注意して説明する必要がある。また、質問紙作成にあたってこのことに配慮した質問紙を作成する必要がある。

VI 考 察

看護ケアに対する患者の認識を知るということは、患者に質の高い個別的なケアを提供する為に必要なことであると考え、今回の研究を行った。一般的な傾向を知ることで、患者の認識が低い傾向のある看護ケアに関して、入院当初に情報提供することができるし、その後の個別的ケアへの導入をよりスムーズにすることができると思われる。しかし、全患者に適用できる質問紙を用いるということは個別的なケアに対する認識をつかみきれないかもしれない。今回の研究を実施したプロセスの中で、看護ケアに対する患者の認識を測定する際、信頼性と妥当性を得る為の、いくつかの課題が明らかとなった。

1. データの収集方法に関して

私達の質問紙は、患者の自発的な回答の機会を提供しておらず、質問紙にはない看護ケアに対する患者の認識は評価できていない。また、それぞれの項目の看護ケアに対する認識の程度や個別的なケアに対する認識は評価できていない。このことから、看護婦が認識している看護ケアではなく、患者が認識している看護ケアという概念を、適切に全範囲を評価しているかどうかという点で、私達の質問紙は測定用具としては、内容妥当性に問題があると思われる。

内容妥当性を高めるためには、測定しようとする行動や属性を注意深く検討し、特定することや、そうした属性を測定する方法について十分評価してみることも重要である。¹²⁾ 質問紙作成前に日頃からの患者の言動や行動を注意深く観察し、その中に含まれる患者の認識を分析したり、非構成的面接法などによって、まず、“看護ケアに対する患者の認識”のカテゴリーを明らかにしておくことが必要と考える。

測定法の順位レベルにおいて、カテゴリーは命名され、順位がつけられているが、しかしあるカテゴリーと他のカテゴリーの間の差は、数理的にはわからない¹³⁾。また、カテゴリーの順位は患者によって異なるはずである。これらの事柄を考慮した質問紙の作成が望まれる。

言葉の解釈は、看護婦と患者、また、個々の患者によっても異なることを考慮する必要があることがわかった。自己報告法で用いられる質問は、個々の回答者によって違ったふうに解釈され、その結果、研究変数の測

定値に歪みを生じることがある¹⁴⁾。こうした測定誤差を少なくすることは、測定用具の信頼性を高めることになる。解釈の違いを無くすよう、説明文は意図が明瞭に理解できるよう表現することが重要である。項目に関しても、含まれる内容は一次的にし、抽象的な言葉は避け、患者が使用する言葉を用いるべきである。

2. 対象者による認識の差異に関して

対象者は少なかったが、今回の研究から、看護ケアに対する患者の認識は、患者が実際に受けた看護ケアに相応して形成されることがわかった。しかし、生活歴や入院歴と、看護ケアに対する認識との関係は評価できなかった。また、認識の形成は、患者のニーズや、ケアをどう受け止めたかによって左右されると思われる。今回作成した質問紙をもとにスケールを再検討し、対象の数を増やし、対象者の条件を揃えた上で認識の評価ができれば、患者の背景やニーズと、認識との間の関係も明らかにされるかもしれない。患者の生活歴や入院歴といった背景や、患者がどのようなニーズを持ち、どのような看護ケアを受けてきたかを知ることによって、どういった看護ケアに対する認識が不足しているかを予測できるかもしれない。不足している認識を知ることによって、入院時からそれらの看護ケアに対する情報を提供することができる。患者は、看護ケアを主体的に捉えることができ、ケアに対する意思表示や評価が行いやすくなる。看護婦は、患者がどのようなケアを必要としているのかを察知しやすくなり、患者に対するケアが良かったかどうかの評価もしやすくなる。これらは、結果的に、患者と看護婦間の良い相互作用を形成すると考える。

引用文献

- 1) 看護QA研究会：看護ケアの質の測定用具の開発(1)，看護管理，3(3)～3(5),3(7),1993.
- 2) 岡谷恵子：看護婦－患者関係における信頼を測定する質問紙の開発－信頼性・妥当性の検定－
日本看護科学学会誌，15(3),40,1995.
- 3) 岡谷恵子他：患者満足度スケールの開発－La Monica/Oberst患者満足度スケール日本語版－，日本看護科学学会誌，14(3),332-333,1994.
- 4) 日本看護協会高知県支部看護婦職能委員会：患者の思う看護サービスと看護者の思う看護サービスの認識の“ずれ”に関する調査，1991.
- 5) Imogene M.King：A theory for nursing,1981,杉本みと里，キング看護論，医学書院，180,1985.
- 6) 前掲書5),181.
- 7) 佐伯胖：“認知”，新版 心理学事典，平凡社，1981，657～658.
- 8) Polit,Denise F.& Hungler, Bernadette P.：NURSING RESEARCH Principles and Methods,1987，近藤潤子監訳，看護研究 原理と方法，179,医学書院，1994.
- 9) 前掲書8)，181.
- 10) 前掲書8)，181.
- 11) 前掲雑誌1)
- 12) 前掲書8)，247-248.
- 13) Diers, Donna：Research in Nursing Practice,1979,小島道代，岡部聰子，金井和子訳，看護研究 ケアの場で行うための方法論，372，日本看護協会出版会，1984.
- 14) 前掲書8)，240.