

片麻痺患者の日常生活における自律度測定尺度の 信頼性・妥当性の検討

横山 孝枝, 高間 静子

福井医療短期大学看護学科

要 旨

[目的]片麻痺患者の日常生活における自律度測定尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討する。

[方法]A県内の総合病院に通院する片麻痺患者284名を対象に、日常生活における自律度を測定するために、91項目の質問紙原案を作成し調査した。尺度作成の方法に従って統計処理し、信頼性・妥当性を確認した。

[結果]有効回答率は71.8%で、データの正規性は確認できた。主因子法バリマックス回転の結果、第1因子は5項目、第2～第4因子は各々4項目の5因子21項目が抽出された。Cronbachの信頼性係数 α は0.76～0.93の範囲にあった。

[考察・結論]各項目内容の質から第1～第5因子は其々「野外活動での自律」、「衣・住生活の清潔の自律」、「環境調整の自律」「排泄行為の自律」、「規則正しい睡眠・食生活の自律」と命名した。本尺度は信頼性・妥当性のある尺度と確認した。今後は本尺度の基準関連妥当性を確認する必要がある。

キーワード

片麻痺患者, 日常生活動作, 自律度

はじめに

現在、厚生労働統計協会によると、介護が必要となった主な原因疾患の構成割合が最多であるのは脳血管疾患であり、全体の23.3%にのぼる¹⁾。特に脳血管疾患の後遺症である「麻痺」は、小倉らによると、脳血管疾患発症より身体能力が回復できる期間は、6ヶ月以降はあまり期待できないのが現状である²⁾。

大田は、脳血管障害の後遺症として片麻痺が最も出現すると述べ³⁾、石川らは、「脳卒中患者は約半数が重度の麻痺を有し、麻痺は脳卒中患者の身体活動のみでなく、生活全般にわたって多大な影響を及ぼす」と述べている⁴⁾。片麻痺患者は、高次脳機能障害・失語・構音障害を伴い、注意力、

判断力、認知力、言語能力（失語等）の機能低下を伴う場合が多く、日常生活上、片方の上下肢が不自由であることに加えて生活の妨げとなっている。そのため、日常生活上多くの支援を受けながら、自らの身体機能面の不自由さと葛藤して生活している。

脳卒中維持期における当事者の運動に関連した片麻痺経験の意味に関し、高島らは「他の命令や支配によって行動せざるを得ないという他律生活を強いられる経験」をすることで「無力感や自己否定感を持たせることにつながる」と述べ、同時に「環境が整い、新たに獲得した方法が対象者の規範に沿えば、『自律』は再獲得されるか維持されることもある。」とも報告している⁵⁾。片麻痺患者にとっていかに自律した生活、つまり自らの

規範に合った生活方法を獲得していくかが、無力感や自己否定感のない生活につながるものと考えられる。

看護の視点での片麻痺患者の生活の状況を評価する尺度として、谷本早苗ら⁶⁾が開発した入院中の脳卒中患者を対象とする脳卒中評価表「SAN-RG 評価表」があるが、実生活での日常生活動作の現状を示した「している ADL」が主な評価項目となっており他院においての実用化はなされていない。国本⁷⁾の様々な分野におけるセルフケア尺度の概観においても片麻痺患者のセルフケア (self-care) を測定する尺度は開発されていない。また、片麻痺患者の日常生活と自律において、早川⁸⁾は、日常生活活動の概念と範囲において、「個人がその人の環境で、必要なときに、自立もしくは自律して生活できる、職務遂行のための活動を含まない、動作および行為」と述べており、また坂井⁹⁾も臨床倫理において片麻痺患者を事例にとりあげ患者が自律に価値を置き看護者との価値観のズレについて述べている。小野ら¹⁰⁾は、高齢者看護の見方において片麻痺患者を取り上げ「自立性・自律性を尊重した援助の必要性・重要性」を上げている。

このように、片麻痺患者を事例に含有して自律の必要性を述べる研究は多数見られるが、片麻痺患者の日常生活動作の自律度を評価する用具としての指標は開発されていない。本研究の意義は、これらを開発することにより、自律できていない側面を評価でき、自律を支援すべき箇所を明確にする上での評価用具として活用できる。

(用語の操作的定義)

1. 片麻痺患者

中村¹¹⁾は片麻痺について「中枢性麻痺においては、大脳皮質から内包後脚を通り中脳大脳脚までを障害されると顔面を含む反対側の上下肢麻痺をきたす」と述べている。そのため、本研究において片麻痺患者を脳血管障害により片方の上下肢の運動麻痺が生じた患者と定義する。

2. 自律度

Sra T. Fry, Megan-Jane Johnstone¹²⁾は、看護実践の倫理において患者の自律を倫理原則の自

律として「人はみずから選択した計画にそって自分自身の行動を決定する自由」と述べており、自己決定できる個人を尊重するものとしている。又、石川¹³⁾は、障害者の自律能力を「①行為主体性、②選好形成、③合理性、④表出の4つの内的要素と環境という外的要素が存在する」と述べており、内的要素の一つである道理性は、本人の選好に対して目的と手段を設定する能力であるとしている。これらのことより、本研究において、自律度を患者自身の身体機能から判断し、様々な生活場面で最も適切な方法を自己統制しながら、生活できる度合いと定義する。

3. 日常生活動作

石川¹⁴⁾は、日常生活動作を「食事、整容(歯磨き、洗顔、整髪、髭そり、化粧)、入浴、更衣、排泄、移動とコミュニケーションが含まれる。」と述べている。そのため、本研究において日常生活動作を食生活、排泄生活、清潔生活、衣生活、運動習慣、環境調整、睡眠生活、家屋外活動を含めた日常生活における動作と定義する。

(概念枠組み)

片麻痺患者の日常生活における自律には、①患者が置かれている環境の中で規則正しい睡眠と食生活の自律ができているということである。平田は慢性期脳卒中患者の日常生活指導において「適切な食事療法を実施しその成果を上げることは、きわめて大切な課題」と述べており、また睡眠に関しても「生活上のストレス回避には十分な睡眠が最も必要である」と報告している¹⁵⁾。つまり、適切な栄養管理と細胞組織の休息を確保することが代謝を円滑に整える上で重要となる。

また、佐藤らは、室内環境整備の重要性において「室内の環境などが改善されることによって、その連鎖反応として寝具や身体清潔への関心が惹起され、そのことが食生活など生活全般にわたっての改善に発展する」と述べ¹⁶⁾、平松らも、「片麻痺患者の麻痺手の細菌数が非麻痺手の細菌数に比べて明らかに多い」と述べ、麻痺手から「感染力のある細菌叢もみられた」と報告している¹⁷⁾。つまり、患者の自律において②身体の清潔および衣・住における清潔は、安全な生活を確保するた

めに重要となる。

さらに、片麻痺患者の排泄管理において、浅野らは、「排泄行動の自立度は退院後の患者および家族のQOL（Quality of life, 以下QOL）に及ぼす影響が大きい」と報告している¹⁸⁾。同様に、伊藤ら、山名らも便失禁・尿失禁においてもQOLが低下すると言及し^{19, 20)}、さらにQOLと自律との関係において山田らは、生活の質の向上には自律的な健康行動が必要と指摘している²¹⁾。つまり、③排泄動作・失禁コントロールへの対処は、片麻痺患者の自律にとって重要と考える。

井戸田は居住様式と転倒との関連に関して、「高齢者が住みなれた地域で生活し、社会との関わりを持ち続けていくためには、高齢者の個々の身体機能に対応できる住環境整備が必要」と述べ²²⁾、高齢の片麻痺患者にとって④環境への適応と調整は安全で安楽な生活の円滑化をはかる上で自律につながることを示唆している。また、加藤らは、片麻痺患者の屋外歩行において「代償的な振り出し方法の習得や非麻痺側靴への補高などの対処」の必要性を述べている²³⁾。さらに大田は、片麻痺患者の外出時の服装について「季節に合わせて動きやすいもの」と服装調節の必要性を述べている²⁴⁾。つまり、⑤屋内に留まらず複雑な社会環境の中での自律的行動は安全に生活環境の拡大を確保し生活の営みを豊かにする上で重要となる。

以上のことから片麻痺患者の日常生活における自律の概念には「規則正しい睡眠・食生活の自律」、「衣・住生活の清潔の自律」、「排泄行為の自律」、「環境調整の自律」、「野外活動での自律」の5つを枠組みとした。

図1に片麻痺患者の日常生活における自律の概念モデルを示した。黒田らの報告にもあるように、高次脳機能障害は脳卒中患者の約7割が有し²⁵⁾、それによる身体の片麻痺は日常動作に大きく不自由を生じ、その上に失語や空間失認等の高次脳機能障害を伴うことで判断や自己決定が困難となる。それは片麻痺が生じる錐体路の障害によるもので、前頭葉を中心とした大脳全体の機能低下が生じるためである。したがって、患者の日常生活の目標は、他者による支援を受け入れ自らの日常生活行動を周囲の状況に応じて判断・決定し実行できる自律した行動が求められることである。自律が可能になるには日常生活動作の障害の程度や高次脳機能障害の程度が影響し、その後、価値観・人生経験等の患者の個人的要因、家族内役割・就業等の社会的要因が影響し、加えて自律したいという患者自身の気持ち（自律心）を大きく左右し、さらにその患者をとりまく人々による自律への期待とソーシャルサポートの環境的要因等に対して患者自身がどの程度自己統制できるかによって、自律が可能となるものと考えられる。

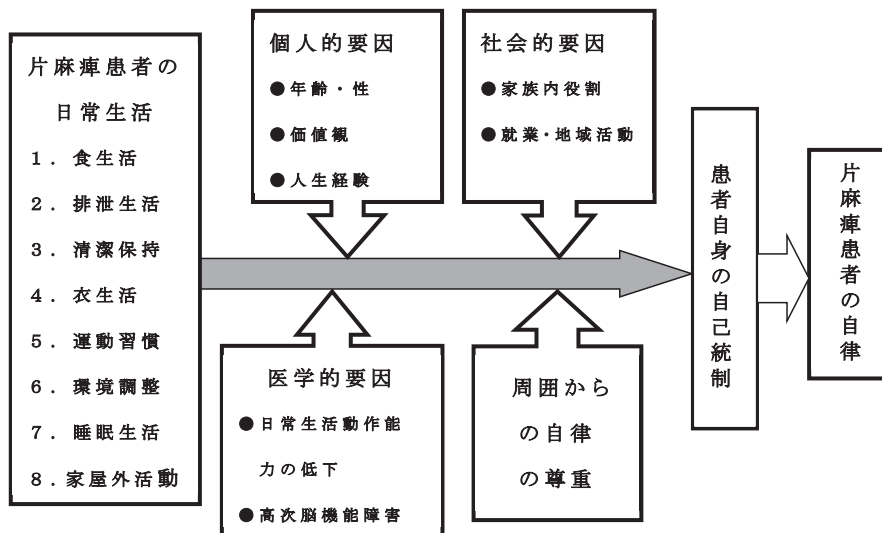


図1 片麻痺患者の日常生活の自律度の概念図

研究対象と方法

1. 調査対象：A県内の総合病院の外来に通院する片麻痺患者で会話のできる成人を対象とした。
2. 調査内容：調査内容は片麻痺患者の「規則正しい睡眠・食生活の自律」、「衣・住生活の清潔の自律」、「排泄行為の自律」、「環境調整の自律」、「野外活動での自律」等の5つの自律度を測定するための質問91項目。その内訳は食生活関連の15項目、排泄関連10項目、清潔関連4項目、衣生活関連13項目、運動関連14項目、環境整備関連15項目、睡眠関連8項目、家屋外生活関連12項目である。回答肢は「すべて介助を要する」～「すべて一人で行う」の5段階のリカードタイプとし、1～5点を与え得点化した。また、対象の背景として性、年齢、利き手側、麻痺側、家族数等を調べた。
3. 調査方法・期間：外来受診にきている患者に、受診時間前後の待ち時間を利用して、調査の主旨について説明し、調査協力を承諾した対象にのみ調査表を配布し、診療時間の待ち時間を利用して回答してもらった。回答に要した時間は10～15分間であった。時間内に回答が困難な場合は記載の上郵送法で回収した。調査期間は2011年8月22日～9月23日。
4. データの統計処理：データの尖度・歪度、因

表1 対象の背景

		n=204	
属性	区別	人数	全体(%)
性別	男性	134	65.7
	女性	70	34.3
年齢	30代	6	2.9
	40代	12	5.9
	50代	38	18.6
	60代	60	29.4
	70代	58	28.4
	80代	28	13.7
利き手	右側	194	95.1
	左側	10	4.9
麻痺側	右側	106	52.0
	左側	98	48.0
同居家族	独居	20	9.8
	2人	86	42.2
	3～4人	56	27.5
	5人以上	42	20.6

- 子分析、G-P分析 (Good-poor analysis：以下 G-P 分析)、I-T 分析 (Item-total correlation analysis：以下 I-T 分析)、Pearson の積率相関係数、信頼性係数 α の算出等には統計ソフト SPSS20.0j (Windows 版) を使用した。
5. 倫理的配慮：調査の目的、調査に協力しなくても受ける診療上の不利益はない、回答は無記名でプライバシーは保護され、調査内容は本研究の発表以外は他に流用しない、調査に回答し提出をもって調査協力を承諾が得られたものと判断する旨を説明した。本研究は研究者の所属施設と調査施設の倫理委員会の承諾を得て実施した (承認番号：新倫23-5号、承認日2011.8.1)。

結果

1. 調査表の回収数と対象者の背景：調査表配布284名のうち212名より回収があった。有効回答数は204名 (有効回答率は71.8%) であった。対象の背景別内訳は表1に示した。性別では男性が多く65.7%で、年齢では60歳代と70歳代が多く、利き手では右利きの対象が95%を占め、麻痺側は右片麻痺、左片麻痺がほぼ半数であっ

表2 本尺度の正規性の確認

		n=204	
因子	歪度	尖度	
因子 1-1	0.07	-0.83	
因子 1-2	-0.82	-0.86	
因子 1-3	-0.01	-0.76	
因子 1-4	0.35	-0.70	
因子 1-5	-0.85	-0.56	
因子 2-1	0.62	-0.32	
因子 2-2	0.81	-0.89	
因子 2-3	0.83	-0.90	
因子 2-4	-0.15	-0.57	
因子 3-1	-0.86	-0.02	
因子 3-2	-0.80	-0.85	
因子 3-3	-0.89	-0.73	
因子 3-4	-0.43	-0.44	
因子 4-1	-0.83	-0.60	
因子 4-2	-0.78	-0.81	
因子 4-3	-0.83	-0.13	
因子 4-4	-0.90	-0.15	
因子 5-1	-0.78	-0.16	
因子 5-2	-0.60	-0.61	
因子 5-3	-0.86	-0.26	
因子 5-4	-0.48	-0.48	

- た. 家族数は2人暮らしが最多であった.
- 2. 調査データの正規性の確認: 調査で得られたデータが正規分布をしているかを尖度・歪度を算出し確認すると(表2), 尖度と歪度はすべて0.9以下であり正規性が確認できた.
- 3. 内容妥当性の検討: 片麻痺患者の日常生活の自律度をみる5つの概念が測定できる内容の質問項目になっているかを尺度開発に精通した教授1名と脳神経外科領域の看護学の専任教員1名で検討したが, 修正する箇所はなかった.
- 4. 表面妥当性の検討: 脳神経外来に通院する69歳と74歳の女性2名, 54歳の男性1名, 計3名の片麻痺患者に意味不明な項目, 回答困難な項

- 目がなかったかを検討願ひ修正した.
- 5. 因子的妥当性の検討: 得られたデータを主因子法でバリマックス回転を行い, 固有値1以上, 因子負荷量0.4以上を項目決定の基準とした結果, 第1因子5項目, 第2因子4項目, 第3因子4項目, 第4因子4項目, 第5因子4項目, 合計5因子21項目の因子解が確認された(表3). 累積寄与率は70.3%であった.
- 6. 項目の上位一下位分析: 合計得点から全体を4群に分け, 高得点の者25%を上位群, 低得点の者25%を下位群とし, 各々の項目に対し上位群と下位群の平均得点のt検定を行った. その結果, 上位群50名, 下位群54名が抽出された.

表3 片麻痺患者の日常生活における自律度測定尺度の因子分析

(主因子法・バリマックス回転)

n=204

項 目	因 子 名					
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	
第1因子	横断歩行を一人で渡ることができる。	0.887				
	信号を確認して道路を渡ることができる。	0.884				
	道に迷った時は, 自分で解決ができる。	0.678				
	毎回目的地まで一人で無事にたどりつくことができる。	0.653				
	周囲の気温に合わせて着ている服装の調節ができる。	0.462				
第2因子	雑巾使用後は毎回洗っている。		0.855			
	毎日, 台所の布巾を洗っている。		0.839			
	洗濯した衣類を干すことができる。		0.667			
	適宜, 食卓のテーブルを拭いている。		0.599			
第3因子	部屋の戸の開け閉めは, 自分で行える。			0.714		
	部屋の窓の開け閉めは, 一人で行える。			0.643		
	カーテンを開けたり閉めたりできる。			0.559		
	毎日, 部屋の空気を交換している。			0.501		
第4因子	毎日, 排尿の量と回数を観察することができる。				0.751	
	排便時, 出血の有無と便の回数や硬さ, 色を観察する。				0.739	
	排泄前後に下着を腰から上げ下げすることができる。				0.504	
	毎回, 尿や便を漏らさないように我慢できる。				0.454	
第5因子	毎日, 夜は熟睡できる。				0.832	
	毎朝, 決まった時間に目覚めることができる。				0.744	
	毎晩, 朝まで目が覚めずに眠ることができる。				0.690	
	食事のときは, 毎食よく噛みスムーズに飲み込む。				0.461	
	固有値 (%)	50.24	60.33	67.05	72.50	76.54
	寄与率 (%)	17.92	14.64	14.31	12.08	11.30
	累積寄与率 (%)	49.01	57.48	63.14	67.67	70.25

第1因子: 「野外活動での自律」, 第2因子: 「衣・住生活の清潔の自律」, 第3因子: 「環境調整の自律」, 第4因子: 「排泄行為の自律」, 第5因子: 「規則正しい睡眠・食生活の自律」

表4 G-P分析とI-T分析

n=204

下位尺度	平均得点		t値	r値*
	上位群 (N=50)	下位群 (N=54)		
因子1-1	4.74	1.00	-55.686***	0.80**
因子1-2	4.80	1.00	-61.421***	0.79**
因子1-3	4.78	1.00	-55.854***	0.75**
因子1-4	4.56	1.00	-34.002***	0.74**
因子1-5	5.00	2.11	-22.375***	0.80**
因子2-1	3.03	1.00	-17.324***	0.76**
因子2-2	4.88	1.00	-85.788***	0.71**
因子2-3	3.00	1.00	-19.184***	0.67**
因子2-4	4.59	1.00	-38.847***	0.74**
因子3-1	4.73	1.93	-21.291***	0.78**
因子3-2	4.60	1.22	-24.855***	0.85**
因子3-3	5.00	1.82	-25.582***	0.82**
因子3-4	5.00	1.36	-49.487***	0.80**
因子4-1	5.00	2.03	-21.387***	0.77**
因子4-2	5.00	1.86	-22.914***	0.63**
因子4-3	4.73	1.81	-22.063***	0.79**
因子4-4	5.00	2.34	-22.435***	0.73**
因子5-1	5.00	2.57	-21.409***	0.40**
因子5-2	5.00	3.22	-13.176***	0.42**
因子5-3	5.00	2.43	-19.497***	0.53**
因子5-4	5.00	3.40	-12.865***	0.48**

***: p<0.001 ** : p<0.01

*I-T分析, Pearsonの積率相関係数

上位群の平均得点は4.70点, 下位群のそれは1.78点であった。また, 各々の項目において上位群と下位群の平均得点とt検定により比較すると, すべての項目において0.1%水準で有意差が確認できた(表4)。

7. 信頼性の検討① (I-T分析): Pearsonの積率相関係数を用いたI-T分析で0.4を基準とし, 測定内容と関連が低いと考えられる項目の削除,

項目間の相関を確認し, 類似項目の精選を行った。その結果, 全ての項目において1%水準で0.4以上の相関を認めた(表4)。

8. 信頼性の検討②: 片麻痺患者の日常生活における自律度測定尺度の信頼性はCronbachの α 係数を算出し確認すると, 第1因子は0.93, 第2因子は0.91, 第3因子は0.76, 第4因子は0.82, 第5因子は0.89, 尺度全体では0.83であった(表5)。

9. 採択項目の平均得点: 採択された21項目すべての項目の合計得点の平均値(得点が高いほど自律度が高いことを表す)と標準偏差は69.3±19.6であった。因子別の合計得点をみるとは第1因子は11.6±6.5点, 第2因子は10.0±5.7点, 第3因子は16.3±3.8点, 第4因子は15.7±3.8点, 第5因子は15.7±5.0点であった。

表5 信頼性係数

因子名	α 係数*
1 野外活動での自律	0.931
2 衣・住生活の清潔の自律	0.907
3 環境調整の自律	0.759
4 排泄行為の自律	0.817
5 規則正しい睡眠・食生活の自律	0.892
尺度全体	0.829

*Cronbachの α 係数

考 察

1. 調査表の回収数と対象者の背景

本調査の対象者は、高齢者が多く、配偶者と2人暮らしで相互に介護をしている患者が多かった。

2. 調査データの正規性の確認

本調査のデータの尖度・歪度は0.9以下であり、正規性が確認でき、このデータを使って尺度作成の過程を踏んで統計解析をするに値するデータであることをあらわしている。

3. 内容妥当性の検討

本尺度の開発にあたり、片麻痺患者の日常生活動作の自律において、どのような能力が必要かを追求する上で、障害者の自律能力を述べた石川²⁶⁾の文献を参考にした。片麻痺患者の日常生活動作は、患者の主体となった行為であること、行為の目的と手段が患者自身の設定に基づくこと、環境の変化に順応しながらも、それらの条件がゆるがないことを念頭に質問項目を作成した。その為、各項目は「自律」という概念に基づいた内容となっており、内容妥当性は確保できるものとする。又、片麻痺患者の日常生活の自律度をみる5つの概念を構成する上で適切な助言をもとに検討したことは尺度の精選を行なう上で有効と考える。

4. 表面妥当性の検討

本研究の開発にあたり、片麻痺患者3名に検討願い表面妥当性を確認したことは、患者の視点に合った尺度開発を目指す上で有効であった。

5. 因子的妥当性の検討

第1因子から第5因子に各々含まれる質問内容の質から判断すると、第1因子は「横断歩道を、一人で渡ることができる」など野外の活動に関する項目内容であったので、〈野外活動での自律〉と命名した。

第2因子には、「適宜、食卓のテーブルを拭いている」「洗濯した衣類を干すことができる」など、衣類の管理と清潔保持に関する項目で構成されていたので〈衣・住生活の清潔の自律〉と命名した。

第3因子には、「部屋の戸の開け閉めは、自分でできる」「毎日、部屋の空気を交換している」など、環境と生活リズムの調整に関する項目で構

成されていたので、〈環境調整の自律〉と命名した。

第4因子には、「毎日、排尿の量と回数を観察することができる」「排泄前後に下着を腰から上げ下げすることができる」など、排泄に関する項目で構成されていたので、〈排泄行為の自律〉と命名した。

第5因子には、「毎日、夜は熟睡できる」「食事のときは、毎食よく噛みスムーズに飲み込む」など、睡眠と食事に関する項目で構成されていたので、〈規則正しい睡眠・食生活の自律〉と命名した。

これらの因子構造は当初推定した概念枠組みとは異なり、8下位概念から5下位概念へ再構成されているが、各因子の質問項目内容は、当初推定した概念を全て含んでいた。

6. 弁別妥当性の検討

上位群と下位群は各々の質問項目において、全体と同様の得点の動きをしていることが判断でき、排除すべき項目はないことが示された。

7. 信頼性の検討

I-T分析において、本尺度と各項目との有意な相関を認め、且つ α 係数は、0.76~0.93の範囲にあり、尺度全体においても、0.83あったということは内的整合性のあることをあらわし、信頼性のある尺度であることが確認できた。

結 語

総合外来施設の脳神経外科、リハビリ科に通院中の片麻痺患者を対象に、日常生活における自律度測定尺度の作成を試みた。

1. 因子分析により5因子21項目の因子解が抽出された。

2. 各因子は「野外活動での自律」「衣・住生活の清潔の自律」「環境調整の自律」「排泄行為の自律」「規則正しい睡眠・食生活の自律」と命名した。

3. 本尺度は内容妥当性、因子的妥当性、弁別妥当性の検討、信頼性の検討を行い、妥当性・信頼性のある尺度であることが確認できた。

4. 今後の課題として、片麻痺患者の自律度に関

する既存の尺度が見当たらなかった。さらに対象者を増やし文献検討を行い基準関連妥当性の検討を行うことが必要である。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、調査に御協力いただきました外来患者各位、並びに調査フィールドの提供、ご協力を承った福井総合クリニックの小林康孝先生に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 一般財団法人 厚生労働統計協会：第3編 保健と医療の動向 第1章 生活習慣病と健康増進対策. 国民衛生の指標増刊, 第58巻第9号, 81-96, 一般財団法人 厚生労働統計協会, 東京, 2011.
- 2) 小倉浩一郎, 小池知治, 杉山壮, 他：脳梗塞後慢性期の上肢マヒに対する大脳皮質電気刺激法：5症例の臨床的検討. 脳卒中, 30, 5: 689-696, 2008.
- 3) 大田仁史：第1章 脳卒中の知識と入院から退院まで. 今すぐ役立つ介護シリーズ⑥脳卒中後の生活 元気が出る暮らしのヒント, 12-22, 創元社, 大阪, 2005.
- 4) 石川りみ子, 牧志久美子, 玉井なおみ：呼吸障害を有する慢性呼吸器疾患患者と後遺症を有する脳卒中患者のQOL. 沖縄県立看護大学紀要, 9: 29-37, 2008.
- 5) 高島理沙, 村田和香, 佐伯和子：脳卒中維持期における当事者の運動に関連した片麻痺経験の意味—解釈学的現象学の方法を用いて—. 作業療法, 30: 602-611, 2011.
- 6) 谷本早苗, 武内希, 遠山裕子, 他：脳卒中評価表によるチームアプローチ SAN-RG 評価表の活用. 高知県赤十字病院医学雑誌, 11, 1: 55-61, 2003.
- 7) 国本紘子：セルフケアへの接近. 島根県立看護短期大学紀要, 3: 1-7, 1998.
- 8) 早川宏子：日常生活活動の概念と範囲 (第2版). 作業療法学全書改訂, 作業技術論2日常生活活動, 第10巻, 1-3, 協同医書出版社, 東京, 1999.
- 9) 坂井桂子：事例から考える臨床倫理. 富山大学看護学会誌, 13, 1: 9-13, 2013.
- 10) 小野幸子, 原敦子, 林幸子, 他：高齢者ケア施設における看護学実習を通じて学生が表現した高齢者看護の見方・考え方, 一ケースレポートより一. 岐阜県立看護大学紀要, 4, 1: 99-104, 2004.
- 11) 中村美幸：第2章脳・神経疾患看護に必要な基礎知識, 脳・神経疾患の主な徴候とケア, 6 運動麻痺 (第7版). Nursing Selection ⑥脳・神経疾患, 関野宏明, 陣田泰子 (監), 84-93, 学習研究社, 東京, 2007.
- 12) Sara T Fry, Megan-Jane Johnstone：第2章 倫理の学派 (第3版). 看護実践の倫理的意志決定のためのガイド, 28-33, 日本看護協会出版会, 東京, 2012.
- 13) 石川時子：能力としての自律 —社会福祉における自律概念とその尊重の再検討—. 社会福祉学, 50, 2: 5-17, 2009.
- 14) 石川ふみよ：Ⅲリハビリテーションを必要とする人の看護と理解, Ⅱリハビリテーションを必要とする人の生活上の特徴 (第2版). 成人看護学 リハビリテーション看護論, 中西順子, 石川ふみよ (編), 45-47, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2011.
- 15) 平田清文：Ⅳ. 日常生活指導, 1. 食事療法の実際. 慢性期脳卒中患者のコンプライアンス, 荒木五郎編, 62-81, メディカルトリビューン, 東京, 1985.
- 16) 佐藤有紀子, 大野絢子, 中野政孝, 他：室内環境整備に対する教育の必要性について：保健婦を対象とした一次調査 (室内環境整備に関する研究Ⅰ). 群馬大学医療技術短期大学部紀要, 17: 1-9, 1997.
- 17) 平松知子, 泉キヨ子, 金川克子, 他：片麻痺患者の麻痺手の汚れと清潔ケアに関する検討. 金沢大学医療技術短期大学部紀要, 15: 73-77, 1992.
- 18) 浅野均, 林稚佳子, 三笠里香, 他：回復期リ

- ハビリテーション病棟から退院した脳血管障害療養者の排泄の援助—在宅療養初期において家族介護者が行う援助内容の質的分析—. 国立看護大学校研究紀要, 11, 1:10-19, 2012.
- 19) 伊藤悠城, 萩原正幸, 古市徹, 他: 女性尿失禁患者の QOL の評価: King's Health Questionnaire (KHQ) と ICIQ-SF を用いての検討. 泌尿器科紀要, 56, 5:255-259, 2010.
- 20) 山名哲郎, 高橋知子, 積美保子: 便失禁患者の診療の現状. 日本大腸肛門病学会雑誌, 60, 10:895-900, 2007.
- 21) 山田広明, 橋本敬: 集団的健康行動における内的動機付けの変容: 規範意識の流通を考慮したエージェントシミュレーション. 情報処理学会研究報告. MPS, 数理モデル化と問題解決研究報告, 92, 28:1-2, 2013.
- 22) 井戸田学: 独居女性高齢者における居住様式の実態と転倒との関連性. 愛知県理学療法学会誌, 23, 1:10-14, 2011.
- 23) 加藤宗規, 山崎裕司: 慢性期片麻痺患者における屋外歩行中の転倒: 転倒状況と転倒者の特性. 高知リハビリテーション学院紀要, 6:15-18, 2005.
- 24) 前掲3), 126-127.
- 25) 黒田充里, 古瀬みどり: 半側空間無視を有する在宅脳卒中療養者の家族が療養者の障害を意識化するプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 35, 2:27-34, 2012.
- 26) 前掲13), 5-17

The reliability and validity of an autonomy measurement scale for the daily lifestyles of hemiplegic patients

Takae YOKOYAMA, Shizuko TAKAMA

Department of Nursing, Fukui College of Health Sciences

Abstract

Purpose: The aim of this study was to create an autonomy measurement scale for the daily lifestyles of hemiplegic patients and to investigate the reliability and validity of this scale.

Methods: We created a 91-item draft questionnaire to measure the degree of autonomy in the daily lives of 284 hemiplegic patients visiting a general hospital in prefecture A on an outpatient basis. Statistical processing was conducted in accordance with the scale creation method and the reliability and validity of the scale were verified.

Results: The response rate was 71.8% and normality of the data was confirmed. Following varimax rotation of principle components, we extracted five items for the first component, four items each for the second to fourth components, totaling 21 items for the first through fifth components. Cronbach's alpha reliability coefficient was within the range of 0.76-0.93.

Discussion and Conclusions: The first to fifth components based on the nature of each questionnaire item were designated "autonomy in outdoor activities," "autonomy in the cleanliness of clothes and home life," "autonomy in environmental adjustments," "autonomy in bodily functions," and "autonomy in regular sleep and eating habits." We confirmed that this scale was both reliable and valid. In the future, the criterion-related validity of this scale will need to be ascertained.

Key words

hemiplegic patient, activities of daily living, degree of autonomy