

慢性関節リウマチ患者の自己効力感尺度作成の試み

笹野京子¹⁾, 川西千恵美²⁾, 田澤賢次³⁾

¹⁾ 富山医科薬科大学医学部看護学科研究生

²⁾ 神戸市看護大学看護学部

³⁾ 富山医科薬科大学医学部看護学科

要 旨

本研究の目的は、慢性関節リウマチ患者の自己効力感の強さを測定する尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検証することである。リウマチ患者からの質的なデータを基盤として質問項目を作成し、先行研究を参考に修正・洗練し20項目からなる質問紙原案を作成した。専門家による内容妥当性を確認の上、リウマチ患者を対象に予備調査を行い表面妥当性を確認した。さらに信頼性と妥当性を検証するために237名の同意の得られた慢性関節リウマチ患者を対象に調査を実施した。有効回答率は84.0% (n=199)であった。項目分析の結果、5項目が削除された。15項目による因子分析の結果、「日常生活に対する自己効力感」、「疼痛に対する自己効力感」の2因子が抽出された。下位尺度の信頼性は、 α 係数0.86, 0.85と高く、信頼性が検証された。妥当性は、疼痛度とうつ尺度に、有意な相関があることで証明された。本尺度は2因子15項目で成立し信頼性・妥当性は許容できるレベルの尺度であることが示された。

キーワード

自己効力感, 慢性関節リウマチ, 尺度, 抑うつ, 疼痛

序

慢性関節リウマチ（以下リウマチ）は、多発性関節炎を主症状として寛解と再燃を繰り返し、炎症による関節破壊が、漸次的に患者の生活全般に悪影響を及ぼす¹⁾という特徴を有する。リウマチ患者の実態調査²⁾では、45%前後が激しい疼痛を感じ、病歴が進むにつれて日常生活動作でなんらかの介助を要していた。また60%以上が再発・進行、薬の副作用・合併症、日常生活動作の低下に不安を持っていたと報告している。

このようなリウマチ患者の疾患に対する長期的適応過程においては、疾患そのものの治療のみならず、日常生活における患者自身の心理的・身体

的健康管理が重要である。また、医療保健領域においては、患者自身に健康管理をいかに動機づけるかが課題である。

近年、医療保健領域の中で自己効力感が行動変容の先行要因として機能しているということが明らかになり注目を集めている。

自己効力感とは、「自分がどのようなことをどのくらいできるかという主観的判断」をいう。つまり、臨床における自己効力感とは「患者が症状改善と健康維持のための健康管理をどの程度確実におこなえると感じているか」ということである。現在、自己効力感が症状の予測要因や介入研究の評価としても有用であることが明らかにされている³⁻⁵⁾。

これらのことより、リウマチ患者が疾患に付随して生ずるさまざまなストレスに対する対処能力を向上させることを可能にすると考えられる。また、リウマチ患者の自己効力感の強度を測定することにより、症状改善の予測要因や影響要因を測定できる、ということのみならず、疾患に付随するストレス反応を引き出す要因とその影響力を明らかできると考える。

しかし、本邦においては、まだリウマチ患者の自己効力感の測定用具は存在しない。そこで本研究では、リウマチ患者の日常生活の自己効力感尺度の作成を試み、その信頼性と妥当性を検討した。

1. 自己効力感について

自己効力感とは、1977年に Bandura⁶⁾ が社会的学習理論の枠組みの中で提唱した概念である。

Banduraによると、人が行動を起こすために抱く期待には「結果期待」と「効力期待」の2つがあるという。すなわち「その行動をとると、ある望ましい結果に至るだろう」という結果への期待と、「自分にはその行動をとる能力がある」という自己効力感への期待である。例えば、「障害のある関節に負担をかけなければ、関節は悪化しないであろう」という予測が結果期待であり、「障害のある関節に負担をかけないことができる」というような具体的な課題を実行できるかどうか効力期待、すなわち自己効力感である。特に後者の「自己効力感」が個人の行動を予測する上で重要である。

また、Banduraは自己効力感が高まり、課題に対する自己能力を高く認知すると、その課題に対する積極的な思考、努力配分、および感情等が影響を受け、その結果、十分な実力が引き出されるとしている。反対に自己効力感が低く、自分の能力を低く認知すると、やっても無駄なのではないかという消極的な思考を生み出し、努力をすぐに放棄してまい、実行につながらないとしている。

Schiaffinoら⁷⁾ は、101名の成人リウマチ患者の自己効力感が問題中心型コーピング、疼痛、うつ、能力障害にどのように影響するかを縦断研究で行った結果、弱い疼痛レベルでは自己効力感は抑うつと無関係であったが、激しい疼痛レベルで関連を見出した。また、自己効力感と問題中心型

コーピングとの関連性も明らかにした。

また、Smarrら⁸⁾ は、リウマチ患者のストレスマネジメント前後の評価研究において、自己効力感は抑うつと疼痛、健康状態、病気の活動期との間で有意な関連を明らかにし、自己効力感保健行動に影響を及ぼすと報告している。

研究方法

1. リウマチ患者の自己効力感尺度の尺度概念定義と項目作成の手順

1) リウマチ患者の自己効力感尺度の尺度概念定義

本研究で作成するリウマチ患者の自己効力感とは、慢性疼痛や機能障害・能力障害を持ちながら生活に適応し、さらに疾患の増悪を防ぐための闘病目標を実行できるという能力の自己認知を測定する尺度とした。そこでリウマチ患者の自己効力感の構成要素の明確化、質問項目の抽出のために、半構成的面接を実施した。対象は研究協力への同意の得られた男性2名、女性15名の計17名、年齢は平均39.4年（標準偏差18.5）、現病歴は2年から49年の平均13.4年（標準偏差11.5）のリウマチ患者を対象に行った。得られた質的なデータ⁹⁾ から演繹的に構成要素の抽出を行った。面接の結果、リウマチ患者の抱いている闘病目標は「疼痛とうまく付合う」「健康維持のため日常生活を工夫する」「感情をコントロールする」という3つに分類が可能であった。次にこれらの回答内容を先行研究から検討を加えた。

大川ら³⁾ によると、疼痛はリウマチ患者にとって無視できないストレス原因であり、対処を困難にすると述べている。この「疼痛に関する自己効力感」は、Lorig¹⁰⁾ らの先行研究においても同様の結果が示されている。これらの結果から、「疼痛をコントロールできる」という自己効力感を持つことは、日常生活に適応する闘病目標として、適切で必要なものであると推測される。

一方、Mahatら¹¹⁾ は、ネガティブな心理反応が身体機能へ負の影響を与えると報告している。また、Lorigら⁹⁾ の先行研究においても同様の結果が示されている。すなわち、自己の情動をポジティブな方向へと向かわせることが重要な意味を

持つものと考えられ、闘病目標として必要なものであると推測される。

また、Palmerら¹³⁾は、リウマチでは、関節保護のため初期の段階から、関節、特に罹患関節に負担をかけないような日常生活を送ることが以後の障害の悪化予防のためには重要であると述べている。

以上のことから、リウマチ患者の日常生活に対する自己効力感は、『疼痛に対する自己効力感』『日常生活に対する自己効力感』『情動に対する自己効力感』の3つの側面から測定する必要があることが推定された。

2) 尺度原案の作成

Bandura⁶⁾は、①特定の場面における自己効力感の強さは、個人が特定の状況を克服しようとするか否かに影響を及ぼす、②自己効力感は、個人がいかに多くの努力を払おうとするか、あるいは嫌悪的な状況に如何に永く耐えうることができるかを決定するという点で、個人の行動に長期的に影響を及ぼす、という2つの水準で人間の行動に影響を受けていると指摘している。それ故、尺度を作成するにあたり、この2つを考慮した内容の設定が必要となる。

さらにBandura⁶⁾によれば、self-efficacyが高く認知された時には、

- ・社会的状況の中での克服努力が大きい。
- ・積極的に多大の努力を払おうとする。
- ・積極的に課題に取り組む。
- ・最終的な成功を期待する度合いが大きい。
- ・葛藤状況で長期的に耐えることができる。
- ・自己防衛的な行動が減少する。
- ・予期的な情動喚起の程度が緩和される。

などの行動特徴が認められるとしている。

そこでリウマチ患者の日常生活適応のための闘病目標である『疼痛に対する自己効力感』『日常生活に対する自己効力感』『情動に対する自己効力感』の3つの構成要素と上記の2つの水準と、7つの行動特徴が含まれる行動遂行場面を、得られた質的データの内容から抽出し尺度原案24項目を作成した。『疼痛に対する自己効力感』については、質的データから「自分の痛みをうまくコントロールすることができる」「激しい痛みがある

ときも、痛みを緩和することができる」「痛みとうまく付き合っていくことができる」「痛みがあっても、自分で動くよう努力ができる」などが抽出された。『日常生活に対する自己効力感』では、「運動などを計画的に続けることができる」「治療に頼りきりになるのではなく、自分で健康を保つ努力ができる」「朝から活動的に行動することができる」「自分の体調について積極気に医師から情報を得ることができる」「意欲的に自分の役割を果たすことができる」「適度な運動を毎日続けることができる」「痛みがでないような(行動・環境・その他)工夫をすることができる」などを作成した。『情動に対する自己効力感』については、「自分の病気にについてくよくよしないことができる」「体調がよくななくても落ち込まずにすることができる」「自分の痛みや自分自身を客観的に見ることができる」「自分の病気はこれ以上悪くならないと信じるることができる」などの項目を抽出した。

また、慢性疾患の自己効力感尺度を作成している金ら¹²⁾の信頼性・妥当性の検証された『慢性疾患患者の健康行動に対する自己効力感尺度』を参考に表現の照合・修正をおこなった。情動に対する設問項目内容などに一致するものがあつた。

さらにこの24項目を、自己効力感の概念により適合すると判断できる項目を優先させながら、類似する場面や特殊な場面を削除することにより20項目の尺度原案を作成した。それぞれの項目について「確実にできると思う」から「まったくできないと思う」の5段階評定とした。いずれの項目も得点が高いと自己効力が高いことを示すよう設定した。

3) 内容妥当性

尺度の測定内容が測定したいと考えている対象を正しく測定しているかどうかについて、整形外科病棟に勤務経験のある修士課程修了以上の専門領域の研究者に主観的な判断を受けた。

4) 予備調査

予備調査 I として尺度原案を用いて T 県内の大学病院に通院中の患者で研究協力に同意の得られた患者 7 名に対してアンケート調査を行った。対象者の平均年齢は 46.4 歳 (SD ± 18.6) であった。

対象者には尺度原案に回答を依頼し、質問内容のわかりにくい点や改善したほうがよいと思われる点についての感想の記述を依頼した。その結果、応答内容に一部理解しにくいと評価された部分を修正した。

予備調査Ⅱとして、尺度原案に上記の修正を加えたものを用いて、T県内の大学病院に通院中の患者で研究協力の同意の得られた患者47名に対してアンケート調査を行った。対象者の平均年齢は58.1歳(SD±11.1)であった。対象者には本実際の調査と同様に併存して用いた尺度と合わせて回答を求め、質問紙の回答に要する時間と回答率の調査を行った。

2. 調査対象と調査方法

調査対象は、T県内でリウマチ専門外来を持つ2つの医療機関に通院中の患者で、医師によってリウマチと診断され6ヶ月以上経過している者のうち、本研究に同意を得られた者とした。また、患者の診断学上の情報(病期:stage, 機能障害度:class)を得るためあらかじめ医師に研究の目的・方法・質問紙の内容に提示し、その協力依頼を申し入れ、診察後に情報を得た。対象者にもその旨の説明も加えた上で了解を得た。回収方法は直接または留置き法にて回収した。同意の得られた237名に質問紙を配布し、217名(回収率91.6%)から回答が得られた。

3. 尺度の検討

作成した尺度について、項目分析を行い、さらに妥当性および信頼性を検討した。尺度の妥当性としては、表面妥当性、内容妥当性、構成概念妥当性、基準関連妥当性を検討した。

1) 基準関連妥当性

基準関連妥当性としては、測定している尺度と理論的に関係が予測される尺度との関連で評価され、両者の間の相関係数を妥当係数とするものである。以下に併存して用いた尺度を説明する。

(1) 抑うつ尺度 (A Self-Rating Depression Scale:以下, 日本版SDS)

福田ら(1983)¹⁴⁾が日本語版を作成して、信頼性、妥当性を証明した日本版SDS尺度を用いた。回答形式は、「ない、たまに」から「ほとんどいつも」の4件法で評価される。合計得点が高いほど抑うつが強いことを示す。本研究の α 係数は0.79であった。

と抑うつが強いことを示す。本研究の α 係数は0.79であった。

(2) 疼痛度 (Visual Analog Scale:以下, VAS)

疼痛は、主観的なものであるため、VASを用いて測定した。VASでは、紙面上に100mmの直線を描き、左端に0、右端に10を付しておき、対象者に10を最大の疼痛と想定させ、現在の疼痛の程度をそのライン上に印を付ける形式のものである。数字が大きいほど疼痛を強く感じていることを意味する。

(3) 主治医による機能障害度の評定

対象者の機能障害についての評定を主治医4名に依頼し、それぞれの担当患者の機能障害度をSteinbrocker分類のclass1~4の4段階で求めた。classの数字が高いほど機能障害度が高いことを意味する。

(4) 日常生活動作

現在ADLの指標としてAIMS2日本版がよく用いられるが、これは60項目からなる尺度であり、この尺度の使用は項目数が多くなり対象者の負担が大きくなると考え、本研究における日常生活動作度としては、Friesら¹⁵⁾のDisability Index Questionnaireからsexualityに関する項目を削除するなどの修正したものを用いた。下位概念の内容は、身支度、清潔、食事、移動、握る、活動の6動作(それぞれ3項目)を測定するものである。

回答形式は、「楽にできる」から「できない・しない」の5件法にて回答を得、4~0点の順に得点を求め、点数が高い程日常生活動作能力が高くなるように配点した。本調査による日常生活動作度の α 係数は0.96であった。

なお統計処理には、SPSS10.0Jを使用した。

結 果

1. 内容妥当性

質問項目の内容と構成要素が合致しているかどうかの検討をおこなってもらった結果、概ねの合致がみられたため、内容がある程度妥当であると判断した。

2. 表面妥当性

予備調査Ⅱの調査の結果、有効回答率は93.6% (44名)であった。予備調査Ⅰで修正した質問紙原案の回答所要時間は、16~32分の範囲で、平均20.3分 (SD±7.1)であった。無回答が集中した項目はなく、回答に対する困難は認められなかった。回答所要時間・項目分析ともに概ね外来待ち時間内に回答することが可能であると判断し、この修正された原案を本調査に用いることとした。

3. 対象者の特性

有効回答数は199名であった。対象の平均年齢は57.5歳 (SD±12.0)で、男性36名、女性163名であった。リウマチ疾患は、女性が男性と比して3~4倍と女性が多い疾患であり、この対象者も同様の比率であった。罹病年数は平均10.7年 (SD±9.1)であった (表1)。

4. 質問紙の基本統計・項目分析

自己効力感に関する20項目について、各々平均点と標準偏差を算出した (表2)。その結果、平均値と標準偏差に著しい偏りのあった1項目 (Q6: M=3.75, SD±0.95)を除いた。残りの19

表1. 対象者の背景

n=199				
属	性	内 訳	n	%
年	齢	20-29歳	4	2.0
		30-49歳	10	21.6
		50-69歳	59	59.2
		70-80歳	34	17.2
現 病 歴		1年未満	9	4.5
		1- 9年	86	43.2
		10-19年	74	37.2
		20年以上	30	15.1
疼 痛 度		0 - 4	113	56.7
		5 - 10	86	43.3
性 別		男	36	18.1
		女	163	81.9
Steinbrocker stage		I	28	14.1
		II	49	24.6
		III	36	18.1
		IV	86	43.2
Steinbrocker class		I	39	19.6
		II	109	54.8
		III	50	25.1
		IV	1	0.5

表2. 尺度原案の平均値および標準偏差

n=199		
質 問 項 目	M	(SD)
Q 1	2.91	(1.04)
Q 2	2.41	(1.18)
Q 3	3.10	(1.18)
Q 4	3.18	(0.96)
Q 5	2.85	(1.24)
Q 6	3.75	(0.95)
Q 7	3.36	(0.95)
Q 8	3.50	(0.98)
Q 9	3.41	(1.00)
Q 10	2.64	(1.28)
Q 11	2.41	(1.11)
Q 12	3.06	(0.99)
Q 13	3.24	(1.03)
Q 14	3.07	(1.04)
Q 15	3.16	(0.98)
Q 16	3.43	(1.01)
Q 17	3.18	(1.04)
Q 18	3.21	(0.96)
Q 19	2.95	(1.14)
Q 20	2.91	(1.06)

表3. 各項目得点のピアソンの相関マトリックス

項目No																	
Q 3	Q3																
Q 4	0.45	Q4															
Q 5	0.33	0.36	Q5														
Q 7	0.39	0.46	0.33	Q7													
Q 8	0.44	0.38	0.55	0.39	Q8												
Q 9	0.57	0.44	0.44	0.42	0.58	Q9											
Q 11	0.26	0.33	0.28	0.22	0.25	0.35	Q11										
Q 12	0.41	0.34	0.33	0.30	0.40	0.57	0.49	Q12									
Q 13	0.31	0.34	0.28	0.34	0.36	0.52	0.42	0.58	Q13								
Q 15	0.40	0.45	0.47	0.39	0.38	0.46	0.29	0.41	0.46	Q15							
Q 16	0.37	0.49	0.38	0.38	0.47	0.59	0.36	0.51	0.42	0.54	Q16						
Q 17	0.32	0.43	0.40	0.34	0.36	0.48	0.40	0.46	0.38	0.44	0.61	Q17					
Q 18	0.38	0.41	0.31	0.30	0.42	0.46	0.36	0.40	0.48	0.48	0.53	0.59	Q18				
Q 19	0.57	0.37	0.32	0.30	0.49	0.57	0.26	0.44	0.36	0.50	0.53	0.41	0.52	Q19			
Q 20	0.35	0.52	0.27	0.43	0.35	0.46	0.38	0.33	0.40	0.41	0.45	0.37	0.45	0.42	Q20		
合計	0.53	0.56	0.46	0.46	0.54	0.71	0.52	0.72	0.71	0.72	0.78	0.72	0.75	0.73	0.63	合計	

項目について各項目間の相関係数を求めた。さらに、いずれかの項目間に0.2未満の相関しかなかった4項目(Q1, 2, 10, 14)を削除した。削除後のピアソンの相関マトリックスを表3に示した。

残された15項目についてGP分析 (good-poor analysis)を行った結果、すべての項目で有意差がみられた(表4)。

5. 構成概念妥当性

主因子法・バリマックス回転による因子分析の結果、固有値1.0以上・因子負荷量0.4以上を項目の決定因子とした。その結果、第1因子では「9. 自分は病気に負けないで前向きに生活することができる」「8. 意欲的に自分の役割を果たすことができる」「3. 自分の病気についてくよくよしない」「19. 体調がよくななくても落ち込まずにすることができる」「5. 朝から活動的に行動することができる」「4. 治療に頼りきりになるのではなく自分で健康を保つ努力ができる」「15. いつも自分らしくすることができる」「7. 病気に関することで自分ができることを積極的に生活の中に取り入れることができる」などといった積極的な生活への取り組みに関連する項目を含むため『日常生活に対する自己効力感』(8項目、寄与率

表4. 自己効力感尺度のGP分析の結果

項目	下位群 [*] (n=48)		上位群 [*] (n=44)		比率の 差の検定
	M	(SD)	M	(SD)	
Q 3	2.33	(1.02)	4.05	(0.89)	-8.62 ***
Q 4	2.31	(0.88)	3.77	(0.71)	-8.79 ***
Q 5	2.08	(1.05)	3.68	(1.09)	-7.15 ***
Q 7	2.73	(0.79)	3.84	(1.01)	-5.90 ***
Q 8	2.83	(0.97)	4.34	(0.68)	-8.53 ***
Q 9	2.42	(0.90)	4.32	(0.64)	-11.80 ***
Q 11	1.71	(0.77)	3.18	(1.19)	-6.99 ***
Q 12	2.13	(0.79)	4.05	(0.57)	-13.47 ***
Q 13	2.17	(0.88)	4.20	(0.55)	-13.38 ***
Q 15	2.23	(0.81)	4.09	(0.60)	-12.62 ***
Q 16	2.29	(0.90)	4.39	(0.54)	-13.70 ***
Q 17	2.10	(0.86)	4.02	(0.70)	-11.81 ***
Q 18	2.25	(0.84)	4.23	(0.48)	-14.06 ***
Q 19	1.88	(0.91)	4.11	(0.58)	-14.15 ***
Q 20	2.00	(0.85)	3.77	(0.83)	-10.09 ***

t検定 ***p<0.001

*上位群・下位群とは各尺度の個人の総合得点を高いものから順に配列したときの上位25%と下位25%。

3.69)と命名した。第2因子では「12. 痛みとうまく付き合っていくことができる」「13. 自分の病気を全て受け止めることができる」「11. 激しい痛みがあるときも、何かで紛らわすことができ

表5. 自己効力感尺度の因子分析の結果 (主因子法, バリマックス回転)

項 目	因子1	因子2
9 自分は病気に負けないで前向きに生活することができる	0.67	
8 意欲的に自分の役割を果たすことができる	0.66	
3 自分の病気についてくよくよしないことができる	0.65	
19 体調がよくななくても落ち込まずにすることができる	0.62	
5 朝から活動的に行動することができる	0.52	
4 治療に頼りきりになるのではなく、自分で健康を保つ努力ができる	0.51	
15 いつも自分らしくすることができる	0.51	
7 病気に関することで自分ができることを積極的に生活の中に取り入れることができる	0.49	
12 痛みとうまく付き合っていくことができる		0.62
13 自分の病気を全て受け止めることができる		0.62
11 激しい痛みがある時も、痛みを緩和することができる		0.60
17 ある程度の痛みは、何かで紛らわすことができる		0.59
18 自分の痛みや自分自身を客観的にみつめることができる		0.56
16 痛みがあっても、自分で動くように努力することができる		0.56
20 痛みがでないような(行動・環境・その他)工夫をすることができる		0.44
因子負荷量の2乗和	3.69	3.17
因子の寄与率(%)	24.58	21.11
累積寄与率(%)	24.58	45.68

る」「17. ある程度の痛みは、何かで紛らわすことができる」など疼痛に対する対処であり『疼痛に対するコントロール感』(7項目, 寄与率3.17)と命名した。2因子の累積寄与率は45.7%であった(表5)。

6. 基準関連妥当性

リウマチ患者の自己効力感尺度の基準関連妥当性を見るために、抑うつ度との相関を分析した結果、第1因子では $r = -0.57$ ($p < 0.001$), 第2因子では $r = -0.36$ ($p < 0.001$) であった。

また、本尺度と日常生活上問題となる疼痛度や日常生活動作度および医師の診断による機能障害度(Steinbrocker class)との相関をみた。結果、日常生活動作度では、各下位尺度とも第1因子で $r = 0.45$, 第2因子で $r = 0.24$ であり、いずれも $p < 0.001$ の有意水準で正の相関がみられた。疼痛度では第1因子で $r = -0.29$ ($p < 0.001$), 第2因子で $r = -0.20$ ($p < 0.05$), class では第1因子で $r = -0.38$ ($p < 0.001$), 第2因子で $r = -0.14$ ($p < 0.05$) であり、いずれも負の相関がみられた(表6)。

表6. リウマチ患者の自己効力感尺度と他の尺度との関連

他の尺度 または医師の評定	自己効力感尺度の下位尺度		尺度全体
	第1因子	第2因子	
うつ度	-0.57 ***	-0.36 ***	-0.57 ***
疼痛度	-0.28 ***	-0.20 ***	-0.31 ***
Steinbrocker class	-0.38 ***	-0.14 *	-0.36 ***
日常生活度	0.45 ***	0.24 ***	0.45 ***

ピアソン積率相関係数 * $p < 0.05$, *** $p < 0.001$

6. 信頼性の検討

質問紙の信頼性を検討するために、内的整合性の指標であるCronbachの α 係数を各因子別に算出した。第1因子では $\alpha = 0.86$, 第2因子では $\alpha = 0.85$ であり、全体でも $\alpha = 0.91$ と高かった(表7)。また、第1因子と第2因子の因子間の相関は $r = 0.30$ ($p < 0.01$) であった。

表7. 自己効力感尺度の信頼性係数

因 子	項目数	Cronbach's α 係数
第1因子: 日常生活に対する自己効力感	8	0.86
第2因子: 疼痛に対する自己効力感	7	0.85
尺度全体	15	0.91

考 察

1. 妥当性の検討

1) 表面妥当性

予備調査Ⅱにおいて対象者に表面妥当性に関連した質問（わかり難い点や改善した方が良いと思われる点など）を行い、回答を対象者に求めたが、特に問題点となる回答はなかった。また回答所要時間も平均20.3分であったことから、外来でおこなう質問紙としても適当と判断され、表面妥当性は支持されるものと考えられる。

2) 質問紙の基本統計

結果で示している基本統計的手続きのため削除された質問5項目の中には、「情動」の項目が2項目、「自分の病気はこれ以上悪くならないと信じることができる」「毎日を自分の精神力で乗り切ることができる」が含まれている。その為、今後、下位概念の一つとして「情動」を位置付けるには、質問内容の表現を変えることや関連する質問項目を増やすことにより更なる検討を要すると考察できる。

GP分析の結果、全項目において有意差がみられたことから、質問項目に弁別力があることが認められる。

3) 内容妥当性・構成概念妥当性

自己効力感を作成する時点で考慮した3つ構成要素と、因子分析の結果抽出された2つの因子と比較してみると、「日常生活に対する自己効力感」「疼痛に対する自己効力感」はほぼ一致するものの、「情動に対する自己効力感」は、それぞれ質問の内容で関連のある2因子のいずれかに統合されていた。このように、因子分析の結果から得られた2つの因子と因子前の下位概念には、ある程度の一致が認められ、内容妥当性・構成概念妥当性はある程度保持されていると考えられる。

4) 基準関連妥当性

理論的に自己効力感と関連のある抑うつ尺度との関連性を検討した。2つの下位尺度ともBandura (1977)⁶⁾の論述と一致する有意な負の相関関係が示された。すなわち本尺度によって測定された自己効力感が高いものは、抑うつはなく、反対に低い者には抑うつが強いという特徴を明確に示した。

また、自己効力感が疼痛に負の関連があることは他の研究²⁰⁻²²⁾でも証明されており、これと一致する結果が示された。さらに、日常生活上問題となる日常生活動作度〔患者本人の主観的評価〕で正の相関がみられ、医師の診断による機能障害度(Steinbrocker class)で負の相関が見られたことは、上記の理論的変数との関連を補強するものになり得る。これらの結果は、疼痛や機能障害が強く日常生活ができないほど自己効力感は低く抑うつ状態になり易く、反対に疼痛や機能障害が少なく日常生活が容易にできるほど自己効力感が高く認知され抑うつがない状態になる。以上の結果から、本尺度は基準関連妥当性のある程度説明できる尺度であると考えられる。

2. 信頼性の検討

信頼性は、内的整合性の指標である信頼性係数が、第1因子、第2因子とも0.80以上であり、全体としても0.91であったことから内的整合性が高い測定用具であることが支持できるものと考えられる。

3. 今後の課題

妥当性と信頼性を検討した結果から、本尺度は、信頼性と妥当性がある程度確保され、ほぼ使用可能な尺度であると評価できた。しかし、因子分析の結果、一つの下位尺度が他の下位尺度に分散したことについては、今後さらに質問内容の表現を修正するなどの検討をする余地がある。また、今回、再テストによる安定性の検討は行っておらず安定性については未確認であるため、その検討が課題である。

結 語

慢性関節リウマチ患者の自己効力感尺度を測定する尺度の作成の試みを行った。その結果、ある程度の妥当性信頼性は支持され、引き続き精選を要する項目が存在するが、総合的にみて使用可能な尺度であると評価できた。

謝 辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました慢性関節リウマチの患者の皆様、病院施設の医師、

看護部長、看護婦の皆様に深謝いたします。

本研究は、富山医科薬科大学大学院看護学研究科修士課程に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 林礼以子, 福屋靖子: 慢性関節リウマチ患者の主観的幸福感とその規定要因の検討. 総合リハビリテーション24: 1083-1090, 1996.
- 2) 社団法人日本リウマチ友の会: '95リウマチ白書ーリウマチ患者の実態ー資料編, 7-13, 1996.
- 3) 前田基成, 坂野雄二, 東條光彦: 系統的脱感作療法による視線恐怖反応の消去に及ぼす self-efficacy の役割. 行動療法研究12: 68-80, 1987.
- 4) 坂野雄二, 前田基成, 東條光彦: 獲得された無力感の解消に及ぼす self-efficacy の効果. 行動療法研究13: 143-153, 1988.
- 5) 岡美千代, 若林徹: 自信強化と動機強化が及ぼす減量行動への効果, 一人暮らしの女子学生において, 第9回日本保健医療行動科学会抄録集, 43, 1994.
- 6) Bandura A: Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. Psychol Rev84: 191-215, 1977.
- 7) Schiaffino KM, Revenson TA, Gibofsky A: Assessing the impact of self-efficacy beliefs on adaptation to rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 4: 150-157, 1991.
- 8) Smarr KL, Parker JC, Wright GE, Ropp S, Buckelew SP, Hoffma RW, O'Sullivan FX, Hewett JE: The importance of enhancing self-efficacy in rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 10: 18-26, 1997.
- 9) Sasano K, Kawanishi C: Coping behaviors to pain in patient with chronic rheumatoid arthritis. 3rd International Nursing Research Conference: 187, 1998.
- 10) Lorig K, Chastain RL, Uug E, Shoor S, Holman HR: Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. Arthritis Rheum32 (1): 37-44, 1989.
- 11) Mahat G: Perceived stressor and coping strategies among individual with rheumatoid arthritis. J Advance Nursing: 1144-1150, 1997.
- 12) 金 外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二: 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連. 心身医学 36 (6): 500-505, 1996.
- 13) Palmer P, Simons J.: Joint protection. British J Occupational Therapy 54(12): 453-458, 1991.
- 14) 福田一彦, 小林重雄: 日本版SDSー自己評価式抑うつ性尺度ー使用手引. 三京房, 京都, 1983.
- 15) Fries FJ, Spitz P, Kraines RG, Holman HR: Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum23 (2): 137-145, 1980.

Development of A Self-efficacy Scale for Rheumatoid Arthritis

Kyoko SASANO¹⁾, Chiemi KAWANISHI²⁾, Kenji TAZAWA³⁾

¹⁾ Research Student, Toyama Medical and Pharmaceutical University

²⁾ Kobe City College of Nursing

³⁾ Toyama Medical and Pharmaceutical University

Abstract

The purpose of this study was to construct a scale for measuring self-efficacy of rheumatoid arthritis patient validity. One hundred and ninety-nine subject responded to a questionnaire. Fifteen items were selected for scale through item analysis. The scale showed two-factors structure, which were named 'daily life control self-efficacy' and 'pain control self-efficacy.' Reliability of client was 0.91, and validity of this scale identified this distress scale was correlated with the scores of pain scale and depression scale.

Key words

self-efficacy, rheumatoid-arthritis patients, scale, depression, pain