

看護実践能力の属性による比較と勤務年数、首尾一貫感覚及びスピリチュアリティとの関連

田中 いずみ, 比嘉 勇人, 山田 恵子

富山大学大学院医学薬学研究部精神看護学

要 旨

総合病院に勤務する看護師の看護実践能力を属性により比較することと、勤務年数、首尾一貫感覚及びスピリチュアリティとの関連を検討することを目的に、看護師464名を対象に質問紙を用いて調査を実施した。看護師の属性による比較において、性別、年代別、職位別、臨床領域別で看護実践能力に有意差が見られた ($p<0.05\sim p<0.001$)。また看護実践能力の総得点と勤務年数、首尾一貫感覚 (SOC-13)、およびスピリチュアリティ (SRS-A) との間に、中程度～弱い正の相関関係があった ($p<0.01\sim p<0.001$)。看護実践能力の下位尺度「援助的コミュニケーション力」は勤務年数、SOC 総得点とは相関関係が見られなかった ($p<0.001$)。以上により看護実践能力は経験を積むことや、首尾一貫感覚、スピリチュアリティの高さが看護実践能力の高さと関係していること、「援助的コミュニケーション力」は経験を積むだけでは高まらない可能性が示唆された。

キーワード

看護実践能力、首尾一貫感覚、スピリチュアリティ

はじめに

高度かつ専門的な知識・技術が要求される医療現場において、より対象の視点に立った質の高い看護を提供するためには、看護実践能力を生涯にわたって発展させることが重要である。日本において看護実践能力に関する研究は、1990年代から取り組まれ始めたそれらの研究のほとんどが1978年に P.M.Schwirian らが研究プロジェクトを組んで開発した「6-Dementions Scale of Nursing Performance (以下 6-D)」の日本語版¹⁾を使用し、調査を行っている。看護実践能力については、これまでも多くの報告がなされており、看護実践能力は自己評価と上司からの他者評価に相違はあるものの、ともに時間が経つにつれ評価が高くなり、経験とともに看護実践能力が高まっている

と考えられる¹⁾ことや、臨床経験を重ねることで高まる能力もあれば²⁾、基礎教育終了時点である程度獲得されていると考えられる能力がある³⁾ことなどが明らかになっている。

さらに看護実践能力に影響する要因を検討した研究によると、内発的達成動機、不安・苦悩等の感情を言葉にして表現する接近型の情緒的なストレス対処行動や情緒的支援ネットワークの影響が明らかにされている^{4,5)}すなわち看護実践能力の向上には時と場に応じて内側にある内的資源と外側の外的資源が柔軟に選択されることが重要と考えられる。そこで我々は生活や人生に対するストレスラーやライフクライシスを成功的に処理し、人間の成長促進可能性を実現する個人あるいは集団の能力であるとされている Sense of Coherence (以下首尾一貫感覚) 着目した。ストレス対処能

力や健康保持能力の原動力である首尾一貫感覚は看護師が患者に示す態度や援助に影響することが示唆されており⁶⁾、看護実践能力とは何らかの関係があると考えられる。

また近年看護実践において、人間を身体、心理、社会的、実存的側面から包括的にとらえるなどケアの質が問われるようになり、スピリチュアルケアが重要視されるようになってきている。しかし現代の医療の中で人間を包括的に捉えたかかわりは十分とはいえない。比嘉⁷⁾はスピリチュアリティを【霊性】「個人や集団の宗教性、道徳性、習慣性、神秘性を包含する超越的なつながり性」と【神気性】「自分自身および自分以外との非物質的な結びつきを志向する内発的なつながり性」と2層化して定義し、「看護者が日常的に支援するのは患者の私的/相対的新規的次元である」と提言している。

看護師のスピリチュアリティはスピリチュアルケアに影響する⁸⁾との報告もある。しかしそれをどう高めていくのか、また看護師自身にどのような影響を与えているのかについてはほとんど明らかにされていない。

看護師が看護実践能力を生涯にわたって発展させるためには、ストレスから健康を保ちながら、

内発的で人間性豊かな心のつながり性を持つことが需要ではないかと考える。すなわち充実した看護実践には首尾一貫感覚とスピリチュアリティとの関連があると考えられる。

そこで本研究の目的は、総合病院に勤務する看護師の看護実践能力を性別、年代、教育背景、及び臨床領域などの属性により比較すること、勤務年数、首尾一貫感覚及びスピリチュアリティとの関連を検討することの2点とする(図1)。

これらを検討することにより、看護実践能力に影響する要因を明らかにすることができ、看護師のキャリア開発に役立てることができると考える。

用語の操作的定義

看護実践能力：5つの下位尺度で構成される総合的看護実践行動とする。「計画・連携・評価」は患者・家族のニーズと資源を総合的に判断し、計画の立案とその結果を評価できる能力、「専門職開発」は看護専門職の責務を自覚し、倫理的・専門的な実践を高めるために自己研鑽できる能力、「リーダーシップ」看護スタッフの役割と責任を明確にし、その遂行を統率・承認できる能力、「精神的ケア」は患者・家族の精神的ニーズを適

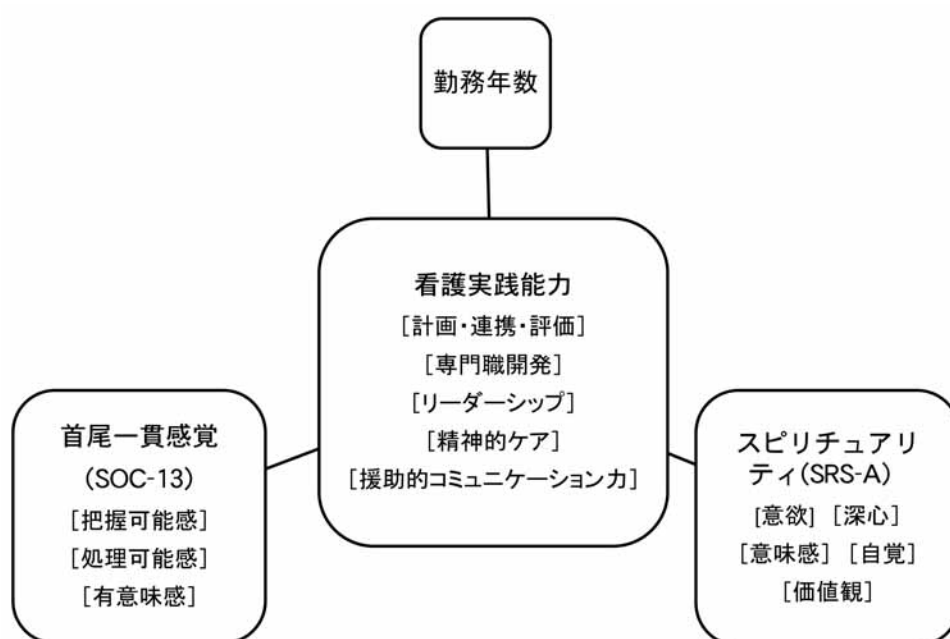


図1 本研究の概念枠組み

宜と比べてみても把握でき、そのニーズに対して有効に対応できる能力、「援助的コミュニケーション」は患者の内面的成長を促すための言語的・非言語的関わりを持つことができる能力である。

首尾一貫感覚 (Sense of Coherence) : 首尾一貫感覚はアントノフスキーにより定義づけられた概念で「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」の3つの因子から構成されている⁹⁾。「把握可能感」は、人が内的環境および外的環境からの刺激に直面したとき、その刺激をどの程度認知的に理解できるものとしてとらえているかということである。「処理可能感」とは、人にふりそそぐ刺激にみあう十分な資源を自分が自由に使えると感じている程度である。「有意味感」は人が人生に意味があると感じている程度、つまり生きていることにより生じる問題や要求の、少なくともいくつかは、エネルギーを投入するに値し、関わる価値があり、ないほうずっとよいと思う重荷というより歓迎すべき挑戦であると感じる程度である。すなわち、状況は理解可能でそれを処理する資源は得られ、それに取り組むことは自分にとって意味があると考ええる認識であると考えられている。

スピリチュアリティ: 比嘉が定義する「自分自身および自分以外との非物質的な結びつきを志向する内発的なつながり性」(神気性)と⁷⁾規定する。望みを成し遂げようとするところ「意欲」、深く求めたことを信じるところ「深心」、意味づけを実感するところ「意味感」、自分自身を感じるころ「自覚」、自己規準を思い抱くころ「価値観」の5つの下位尺度から構成されている。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、総合病院に勤務する看護師の看護実践能力と首尾一貫感覚、およびスピリチュアリティに関する実態調査を行った記述的研究である。

2. 対象者

A県下の総合病院に勤務する看護師1089名であった。今回の目的は看護師の能力を調査するため、雇用形態や待遇が常勤とは異なったり、勤務

時間が短かったりする非常勤やパートタイム勤務の看護師は対象から外した。

3. 調査期間

平成24年1月～2月

4. 調査方法

A県の3か所の総合病院の看護部長(総師長)に対して、訪問により本研究の目的と意義を説明した。その後協力の得られた施設に、研究依頼文書、調査票(質問紙)および返信用封筒を看護師の人数配布し、無記名自記式質問調査を行った。期限を設け、無記名で研究者に返送してもらうようにし、調査票(質問紙)の返送をもって研究の同意が得られたものとした。

5. 調査内容

看護師の看護実践能力と、スピリチュアリティおよびSOC-13との関連を明らかにするために次の質問紙を用いた。

看護実践能力の測定には日本語に翻訳された6カテゴリー52項目からなる6-Dをもとにした³⁾。本研究ではこの52項目について因子分析を行い、5つの下位尺度すなわち「計画・連携・評価」7項目、「専門職開発」5項目、「リーダーシップ」3項目、「精神的ケア」3項目、「援助的コミュニケーション」17項目の全35項目に絞り込んだ。この回答は1～5の数値の5件法であり、その得点が高いほど看護実践能力が高いことを示すものである。なお本研究における信頼係数は $\alpha=0.81\sim0.92$ であった。

首尾一貫感覚の測定には、首尾一貫感覚を測定するために開発された「3因子29項目」の戸ヶ里、山崎により信頼性と妥当性が確認された短縮版13項目を尺度¹⁰⁾(以下SOC-13とする)として使用する。その3つの因子は、ある状況に対して、状況は理解可能だと考える「把握可能感」、またそれは処理可能だと感じる「処理可能感」、それに取り組むことは自分にとって意味のあることだと感じる「有意味感」から構成されている。1～5の数値の5件法で回答する。得点が高いほど、首尾一貫感覚が高いことを示すものである。

スピリチュアリティの測定にはスピリチュアリティ評定尺度 (Spirituality Rating Scale, 以下 SRS-A とする) を使用する。これはスピリチュアリティを測定するために開発された「意気・観念」を構成概念とする 5 因子 15 項目 5 段階評定法の自己記入式尺度である。5 因子としては「意欲」、「深心」、「意味感」、「自覚」、「価値観」の下位尺度から構成され、各因子 3 項目の 15 項目からなる。回答は、1～5 の数値の 5 件法である。その得点が高いほど、スピリチュアリティが高いことを示すものである。

属性に関して、年齢、性別、所属部署、看護師勤務年数、教育背景、職位を調査した。

6. データ分析

集計結果より、対象者の属性については記述統計を行った後、看護実践能力について性別、職位の比較には t 検定を用いた。また年代、教育背景、臨床領域における比較には分散分析・多重比較 Bonferroni 法を用いた。さらに看護実践能力と勤務年数、SOC-13、SRS-A との相関係数を求めた。統計処理は IBM SPSS Statistics 19 を使用し、統計的有意水準は 5 % とした。

7. 倫理的配慮

研究協力に関して調査対象者に強制力が働かないように質問紙を配布する協力施設の看護管理者に配慮をお願いした。また自由意思での参加を保証し、対象者が特定されないようにするために、回答は対象者個々が郵送で直接研究者に返送する方法をとった。

なお本研究は富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認 (臨認 23-63 号、利臨認 23-252 号) を得て実施した。

結 果

1. 質問紙の配布と回収

質問紙は、3 施設 (病床数 300～700 床の総合病院) より調査依頼に承認と協力を得た。総配布数は 1089 部、回収率 43.3%、有効回答数 464 部 (各尺度において欠損値のないものを採用) であった (表 1)。

2. 対象者の属性と看護実践能力

対象の属性を集計した結果と、看護実践能力の得点を比較した結果を表 2 に示した。対象の属性について、女性 433 名 (93.3%)、男性 31 名 (6.7%) であった。年代は 20 代 153 名 (33.0%)、30 代 137 名 (29.5%)、40 代以上 174 名 (37.5%) であった。職位は看護師 374 名 (80.6%)、主任・副師長と看護師長が 90 名 (19.4%) であった。教育背景は看護専門学校 330 名 (71.1%)、看護系短期大学 45 名 (9.7%)、看護以外の学部や看護系大学院を含む大学が 89 名 (19.2%) であった。平成 18 年度で、看護系大学卒業者が全看護師養成施設卒業者の 2 割となっている¹¹⁾。現在勤務している看護師の構成から考えると本研究の回答者においては、多いと思われる。

現在所属している臨床領域では、病棟部門 (外科、内科、混合、産婦人科、小児科、精神科を含む) 297 名 (64.0%)、クリティカル部門 (ICU、NICU、救急、手術部を含む) 126 名 (27.2%)、外来・中央診療部部門が 35 名 (7.5%)、その他が 6 名 (1.3%) であった。

看護実践能力の総得点は平均 116.76 (SD14.54) で、5 つの下位尺度の「計画・連携・評価」23.42 (SD3.67)、「専門職開発」17.60 (SD2.69)、「リーダーシップ」10.14 (SD2.47)、「精神的ケア」9.68 (SD2.21)、「援助的コミュニケーション力」

表 1 データ概要

協力施設	3 施設	300 床～700 床の総合病院
総配布数		1089 部
回収数 (率)		473 部 (43.4%)
有効回答数 (尺度に欠損値のないもの)		464 部

表 2 看護実践能力と対象者の属性

n=464

看護実践能力																									
属性	性別	人数	%	総得点		計画・連携・評価		専門職開発		リーダーシップ		精神的ケア		援助的コミュニケーション											
				平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)	平均値	(SD)								
				116.76	(14.54)	23.42	(3.67)	17.60	(2.69)	10.14	(2.48)	9.68	(2.21)	55.93	(7.60)										
勤務年数											平均値 (SD)	464	100	116.76	(14.54)	23.42	(3.67)	17.60	(2.69)	10.14	(2.48)	9.68	(2.21)	55.93	(7.60)
				13.42年	(9.61)																				
性別	女性	433	93.3	117.13	(14.43)	23.54	(3.61)	*	17.66	(2.69)	10.20	(2.45)	9.71	(2.18)	56.02	(7.66)									
	男性	31	6.7	111.65	(15.44)	21.77	(4.17)		16.77	(2.67)	9.26	(2.77)	9.23	(2.62)	54.61	(6.72)									
年代	20代	153	33.0	112.99	(13.33)	22.56	(3.46)	***	16.93	(2.61)	***	9.07	(2.78)	***	9.06	(2.12)	***	55.36	(7.33)						
	30代	137	29.5	114.55	(13.88)	22.77	(3.43)	***	17.23	(2.62)	**	9.98	(2.32)	**	9.32	(2.04)	***	55.26	(7.12)						
	40代以上	174	37.5	121.82	(14.72)	24.69	(3.70)		18.48	(2.60)		11.20	(1.81)		10.50	(2.18)		56.95	(8.12)						
職位	看護師	374	80.6	114.88	(14.15)	22.96	(3.61)	***	17.33	(2.72)	***	9.78	(2.51)	***	9.40	(2.15)	***	55.42	(7.37)	**					
	主任・副看護師 長及び看護師長	90	19.4	124.57	(13.63)	25.33	(3.29)		18.74	(2.26)		11.60	(1.69)		10.84	(2.10)		58.04	(8.21)						
教育背景	専門学校卒	330	71.1	116.14	(14.48)	23.26	(3.65)		17.46	(2.64)		10.11	(2.55)		9.72	(2.23)		55.59	(7.39)						
	短期大学卒	45	9.7	118.16	(17.02)	24.18	(3.93)		17.93	(3.00)		10.73	(2.16)		9.69	(2.11)		55.62	(9.92)						
	大学卒以上	89	19.2	118.36	(13.40)	23.64	(3.56)		17.97	(2.68)		9.93	(2.30)		9.51	(2.20)		57.31	(6.92)						
臨床領域	病棟部門 (外科・内科・混合など)	297	64.0	116.39	(14.95)	23.27	(3.80)	*	17.29	(2.74)	**	9.97	(2.53)	*	9.62	(2.28)		56.25	(7.62)						
	クリティカル部門 (ICU, CCU, 手術部など)	126	27.2	115.90	(13.12)	23.38	(3.40)		17.97	(2.46)	*	10.29	(2.45)		9.61	(2.13)		54.64	(7.23)						
	外来・中央診療部門	35	7.5	123.29	(15.12)	24.83	(3.36)		19.06	(2.67)		11.23	(1.61)		10.37	(1.99)		57.80	(8.62)						
	その他	6	1.3																						

性別、職位における比較には t 検定を用いた
年代、教育背景、臨床領域における比較には分散分析・多重比較 Bonferroni 法を用いた

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

55.93 (SD7.60) であった。属性別に看護実践能力を比較してみると、性別では看護実践能力の総得点に差はなかった。看護実践能力の下位尺度では「計画・連携・評価」において男性よりも女性の方が有意に高かった ($p<0.05$) が、他は差がなかった。年代別に見てみると看護実践能力の総得点において、20代よりも40代が有意に高く ($p<0.001$)、30代よりも40代が有意に高かった、($p<0.001$)。看護実践能力の下位尺度の「計画・連携・評価」、「専門職開発」、「リーダーシップ」、「精神的ケア」において20代よりも40代が有意に高く ($p<0.001$)、30代よりも40代が有意に高かった ($p<0.01\sim p<0.001$)。「援助的コミュニケーション」においては差が見られなかった。職位別に見てみると、看護実践能力の総得点において、主任・副看護師長及び師長が看護師よりも有意に高かった ($p<0.001$)。看護実践能力のすべての下位尺度においても主任・副看護師長及び師長が看護師よりも有意に高かった ($p<0.001$)。教育背景別に見てみると、看護実践能力の総得点において、専門学校卒、短期大学卒、大学卒（大学院を含む）間に差は見られなかった。看護実践能力のすべての下位尺度においても教育背景では差は見られなかった。臨床領域別に見てみると、看護実践能力の総得点において、外来・中央診療部門は病棟部門よりも有意に高く ($p<0.05$)、またクリティカル部門よりも有意に高かった ($p<0.05$)。看護実践能力の下位尺度では「専門職開発」において、外来・中央診療部門は病棟部門より有意に高く ($p<0.01$)、クリティカル部門は病棟部門より有意に高かった ($p<0.05$)。また「リーダーシップ」において外来・中央診療部門は病棟部門より有意に高かった ($p<0.05$)。

3. 看護実践能力と勤務年数、SOC-13 および SRS-A の関係

勤務年数、SOC-13、SRS-A 得点の平均値と看護実践能力との相関係数を求めた結果を表3に示した。

勤務年数の平均は13.42年 (SD9.61) で最小0.8年最大37.7年であった。SOC-13 の平均得点は38.56 (SD6.37) で、下位尺度の「把握可能感」

14.46 (SD2.96)、「処理可能感」11.06 (SD2.44)、「有意味感」13.04 (SD2.58) であった。また SRS-A の平均得点は43.15 (SD8.48) で、下位尺度の「意欲」9.63 (SD2.17)、「深心」8.42 (SD2.70)、「意味感」8.91 (SD2.24)、「自覚」8.04 (SD2.22)、「価値観」8.14 (SD2.34) であった。川端ら¹²⁾が本研究と同様に SOC-13 (5 件法) と SRS-A を用いてがん看護に携わる看護師337名 (平均経験年数12.6年) を対象とした調査を行った結果 (平均 SOC-13 合計得点39.3 (SD6.3)、平均 SRS-A 合計得点45.9 (SD9.2)) と比較すると、本研究における得点は同程度であった。

相関関係を見てみると、勤務年数は看護実践能力の総得点と、弱い正の相関があった ($p<0.001$)。看護実践能力の下位尺度では「リーダーシップ」において中程度の相関があり ($p<0.001$)、「計画・連携・評価」、「専門職開発」、「精神的ケア」において弱い正の相関があった ($p<0.001$)。「援助的コミュニケーション力」とは相関が見られなかった。

SOC-13 と看護実践能力の相関関係を見てみると、SOC-13 の総得点は看護実践能力の総得点と弱い正の相関があった ($p<0.001$)。看護実践能力の下位尺度では「計画・連携・評価」、「専門職開発」、「リーダーシップ」、「精神的ケア」に弱い正の相関が見られた ($p<0.001$)。SOC-13 下位尺度と看護実践能力の相関関係において、「把握可能感」と看護実践能力の「リーダーシップ」、「精神的ケア」との間に弱い正の相関関係が見られた ($p<0.001$)。SOC-13 下位尺度の「処理可能感」は看護実践能力の総得点とすべての下位尺度とに相関関係は見られなかった。SOC-13 下位尺度の「有意味感」は看護実践能力の総得点とすべての下位尺度との間に弱い～中程度の正の相関関係が見られた ($p<0.001$)。

SRS-A と看護実践能力の相関関係を見てみると、SRS-A 総得点と看護実践能力の総得点との間に中程度の正の相関関係が見られ ($p<0.001$)、看護実践能力のすべての下位尺度との間に弱い正の相関関係が見られた ($p<0.001$)。SRS 下位尺度と看護実践能力の相関関係において、「意欲」と看護実践能力の総得点と、下位尺度の「専門職

表 3 看護実践能力と勤務年数, SOC-13, SRS-A との関係

n=464

平均値 (SD)		【看護実践能力】					Pearson の積率相関係数 *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001						
		総得点	計画・連携・評価	専門職開発	リーダーシップ	精神的ケア	援助的コミュニケーション						
勤務年数	13.42年 (9.61)	0.320	***	0.329	***	0.289	***	0.441	***	0.349	***	0.105	*
【SOC】 総得点	38.56 (6.37)	0.284	***	0.221	***	0.313	***	0.229	***	0.266	***	0.174	***
把握可能感	14.46 (2.96)	0.191	***	0.194	***	0.179	***	0.205	***	0.222	***	0.076	N.S.
処理可能感	11.06 (2.44)	0.121	***	0.122	***	0.172	***	0.093	*	0.108	*	0.050	N.S.
有意味感	13.04 (2.58)	0.368	***	0.208	***	0.403	***	0.243	***	0.300	***	0.294	***
【SRS】 総得点	43.15 (8.48)	0.407	***	0.266	***	0.395	***	0.241	***	0.312	***	0.340	***
意欲	9.63 (2.17)	0.255	***	0.109	*	0.260	***	0.111	*	0.160	**	0.261	***
深心	8.42 (2.70)	0.223	***	0.177	***	0.164	***	0.110	*	0.195	***	0.191	***
意味感	8.91 (2.24)	0.428	***	0.279	***	0.387	***	0.238	***	0.322	***	0.375	***
自覚	8.04 (2.22)	0.279	***	0.213	***	0.294	***	0.235	***	0.236	***	0.182	***
価値観	8.14 (2.34)	0.302	***	0.188	***	0.349	***	0.188	***	0.223	***	0.236	***

開発」,「援助的コミュニケーション力」との間に弱い正の相関がみられた ($p<0.001$). SRS-A 下位尺度の「深心」と看護実践能力の総得点との間に弱い正の相関関係が見られた ($p<0.001$). SRS-A 下位尺度の「意味感」と看護実践能力の総得点及び看護実践能力のすべての下位尺度との間に弱い相関関係が見られた ($p<0.001$). SRS-A の下位尺度の「自覚」と看護実践能力の総得点, 看護実践能力の「援助的コミュニケーション力」を除く下位尺度との間に弱い正の相関関係が見られた ($p<0.001$). また SRS-A 下位尺度の「価値観」と看護実践能力の総得点, 看護実践能力の「専門職開発」,「精神的ケア」,「援助的コミュニケーション力」との間に弱い正の相関関係が見られた ($p<0.001$).

考 察

総合病院の看護師464名を対象に, 看護実践能力を対象者の属性により比較し, 勤務年数, 首尾一貫感覚及びスピリチュアリティとの関連を検討した.

看護実践能力は性別で見ると, 看護実践能力の下位尺度の「計画・連携・評価」において女性の方が高い結果となった. このことについて実際に性差による看護実践能力の差を感じたことはないが, 看護は元来女性優位の職場であることから, 女性の方が力を発揮しやすい状況を示している可能性がある. 年代で見ると40代以上が最も看護実践能力が高く, 次いで30代, 20代であった. 看護実践能力の下位尺度の「計画・連携・評価」,「専門職開発」,「リーダーシップ」,「精神的ケア」においても同様の結果が得られた. このことは看護師の年代の高さが看護実践能力の高さに影響していると考えられる. しかし一方「援助的コミュニケーション力」では年代による差がみられず, コミュニケーション力は年代による影響を受けていないと考えられる. 職位でみると, 職位のある主任・副看護師長, 看護師長が, 職位のない看護師よりも看護実践能力の総得点が高く, 看護実践能力のすべての下位尺度においても同様の結果が得られた. このことは職位の有無が看護実践能力の

高さに影響していると考えられる. つまり役職についている看護師は仕事がよくできるという可能性もあるが, 仕事がよくできる看護師は役職につくという可能性も含んでいる. その因果関係については明らかではなく, 先行研究¹³⁾では免許・資格と看護実践能力との関係を述べているものもあるが, 職位と看護実践能力について言及したものは見られていない. 教育背景でみると, 看護実践能力は差が見られなかった. 看護師が現在勤務している臨床領域でみると, 外来・中央診療部門勤務の看護師が, 看護実践能力の総得点で最も高く, 看護実践能力の「専門職開発」,「リーダーシップ」においても高かった. このことは外来・中央診療部門は配属されるスタッフの人数が病棟に比べて少なく, 多くの患者に接するなど対人場面での責任が重いことから, 主に中堅からベテランの看護師や看護師長が多く配属されていることが多い. そのため外来・中央診療部門に変数の偏りが生じていることが考えられる.

勤務年数は看護実践能力の総得点と下位尺度の「計画・連携・立案」,「専門職開発」,「リーダーシップ」,「精神的ケア」と相関関係があり, 中でも「リーダーシップ」との関係が認められた. このことは経験を積むことで専門職としてキャリアが蓄積され, 看護実践能力が高まることに関係があることを示している. なかでもリーダーシップについて, 臨床において勤務を続けていくと看護チームのリーダー役割を果たす機会が増え, スタッフを教育し, 組織をけん引する存在としての役割が多くなるのは自明のことである. 工藤ら¹⁰⁾は看護実践能力の発展について,「臨床実践を5, 6年経験すれば大部分の業務はでき, さらに臨床実践を続けていくことの中で経験を積んだだけの『質』があることに気づき, これでよいと満足することはない」と上限なく高められる可能性を述べている. したがって本研究でも勤務年数とともに看護実践能力が高まっていることが推察される. しかし, 看護実践能力の中でも「援助的コミュニケーション力」と勤務年数には相関関係が認められず, 先述の年代別の看護実践能力「援助的コミュニケーション力」の比較においても, 年代による差は認められなかったことが示されていた. この

ことは年齢を重ねたり、経験を積んだりしても、援助的コミュニケーション力には影響しないことを示唆するものである。看護においてコミュニケーションは患者との関係を築いたり、ケアを行った際にも重要なものである。今後この援助的コミュニケーション力をどのように高めていくかを検討することが必要であると考え。

SOC-13は看護実践能力の総得点と下位尺度の「計画・連携・立案」、「専門職開発」、「リーダーシップ」、「精神的ケア」と相関関係が認められた。このことは看護場面において、状況を理解し、処理するための資源を活用することができる。またそれに取り組むことは自分にとって意味があると考えることができる首尾一貫感覚の高さと看護実践能力の高さが関係しているといえる。とくに精神的な面をも含めて患者・家族のニーズを判断し、計画の立案とその結果を評価でき、リーダーとしてチームをけん引し、自己研鑽を積むといった看護実践能力が首尾一貫感覚と関係していると考えられる。首尾一貫感覚はとくに乳幼児期から思春期にかけての家庭環境、成功体験を中心とする人生経験、思春期から成人初期における社会関係や職業が、重要な形成・発達要因としてあげられている。とくに成人前期においては職業の果たす役割が極めて大きいとされている。不当な解雇がなく社会的に安定した職業とみなされて利益が生じている職業で、労働する職場においてもルールや規範が明確な環境の下で働くことが一貫性の経験につながり、首尾一貫感覚の「把握可能感」につながるとされている。技術的にも専門的にも複雑であるが、その仕事をうまくこなせるような対処資源と、自分の能力をフルにいかせるような雰囲気があることが、その職場にあることが、成功的対処経験を導き、首尾一貫感覚の「処理可能感」につながる。また自由裁量度が大きく、社会的に重要な意思決定場面における参加経験を繰り返す職業では首尾一貫感覚の「有意味感」につながる¹⁴⁾とされている。すなわち良好な環境下における人生経験をjて首尾一貫感覚は徐々に形成される。首尾一貫感覚と看護実践能力は職場での良好な経験の積み重ねや繰り返しにより相乗的に高まることが推察される。しかし「援助的コミュニケーション力」は

SOC-13 総得点との相関関係は認められず、「援助的コミュニケーション力」は単純な経験の形成とは異なる高まり方をするのかもしれない。

また SOC-13 の下位尺度の「把握可能感」では看護実践能力の下位尺度の「リーダーシップ」、「精神的ケア」と、「有意味感」では看護実践能力の総得点とすべての下位尺度とに相関関係が認められた。「処理可能感」では看護実践能力の総得点とすべての下位尺度とに相関関係は認められなかった。このことから首尾一貫感覚の中でも「有意味感」と「把握可能感」の高さと看護実践能力の高さが関連していると考えられ、つまり出来事について予測や説明できることと、その出来事が自分にとって意味があり、変化に対して「新たな意味」を見出し、柔軟に対応できることが、看護場面でも十分に生かされること推察され、看護実践能力の高さに結びついていると考える。

SRS-A は看護実践能力の総得点とすべての下位尺度と相関関係が認められ、看護師のスピリチュアリティの高さと看護実践能力の高さが関連していることが考えられる。スピリチュアリティとは、「何かを求めそれに関係しようとする」自分から外に向かう意識と、「自分自身やある事柄に対する感じや思い」といった自分の内に向かう意識とがある¹⁵⁾。すなわち自分の内と外に対する意識が高さと看護実践能力の高さが関係していることがいえる。これは対人援助職である看護にとって大切なことであると思う。看護は看護をする側（内）と受ける側（外）の二者関係で成り立っている。看護が看護者という人間の行う行為であり、人間として存在している根源にあるものが揺さぶられ、そこから無条件にその人のために行うという気持ちが動かなければならない。しかし自分の身を犠牲にすることが援助だということではない。他人への気遣いをするためにはまず自分への気遣いが必要でなければならぬ。何かを人に与えることができるのであれば、まずそれを自分が持っていなければならないのである。自分を気遣い、大切に思うことは、他人を気遣い大切に思うことである¹⁶⁾。したがってスピリチュアリティは看護の根底には大切なところであり、そこから看護が発展すると考える。

また SRS-A の下位尺度の「意欲」は看護実践能力の総得点と「専門職開発」,「援助的コミュニケーション」と, SRS-A の下位尺度の「深心」は看護実践能力の総得点と, SRS-A の下位尺度の「意味感」は看護実践能力の総得点とすべとの下位尺度と, SRS-A の下位尺度の「自覚」は看護実践能力の総得点と「計画・連携・評価」,「専門職開発」,「リーダーシップ」,「精神的ケア」と, および SRS-A の下位尺度の「価値観」は看護実践能力の総得点と「専門職開発」,「精神的ケア」,「援助的コミュニケーション力」と相関関係が認められた。このことからスピリチュアリティの中でも特に「意味感」,「自覚」,「価値観」の高さと看護実践能力の高さが関連していると考えられ,つまり事象や経験に対する理解・解釈や自分自身に対するわきまえ・分別といった自分自身の内に向かう意識の高さが,看護場面で患者との関係やケアに生かされていることが推察され,看護実践能力の高さに結びついていると考える。

結 論

総合病院の看護師464名を対象に,看護実践能力を属性により比較し,勤務年数,首尾一貫感覚及びスピリチュアリティとの関連を検討した結果,以下の結論を得た。

1. 看護実践能力の属性による比較において,性別,年代別,職位別,臨床領域別で有意差が見られた ($p<0.05\sim p<0.001$)。教育背景別で差は見られなかった。
2. 勤務年数は看護実践能力の総得点と,弱い正の相関があった。看護実践能力の下位尺度では「リーダーシップ」において中程度の,「計画・連携・評価」,「専門職開発」,「精神的ケア」において弱い正の相関があった。「援助的コミュニケーション力」とは相関が見られなかった ($p<0.001$)。
3. SOC-13 の総得点は看護実践能力の総得点と弱い正の相関があった。看護実践能力の下位尺度では「計画・連携・評価」,「専門職開発」,「リーダーシップ」,「精神的ケア」に弱い正の相関が見られた ($p<0.001$)。

4. SRS-A 総得点と看護実践能力の総得点との間に中程度の正の相関関係が見られ,看護実践能力のすべての下位尺度との間に弱い正の相関関係が見られた ($p<0.001$)。

以上により看護実践能力は経験を積むことや,首尾一貫感覚,スピリチュアリティの高さが看護実践能力の高さと関係していること,「援助的コミュニケーション力」は経験を積むだけでは高まらない可能性が示唆された。

本研究の限界と課題

本研究の対象となった3施設は総合病院ではあるが,規模にばらつきがあった。分析において,単純に相関係数を求め,全体の外観を述べたところにとどまっている。課題として偽相関を考慮に入れた相関分析や,実践能力影響すると考えられる属性を調整し,看護実践能力に影響する要因検討へと発展させる必要がある。

また本研究では看護実践能力の「援助的コミュニケーション力」において,単純に年数を重ねる経験では高まらないことが示唆された。今後この「援助的コミュニケーション力」をいかに高めていくかが課題である。

(本研究は,富山大学大学院医学薬学研究部寄付部門高度専門看護教育講座への富山県からの寄付金を受けて実施した。また本研究の一部を第7回高度専門看護教育講座研修会において発表した。)

引用文献

- 1) 松山洋子,山口瑞穂子,込山和子:卒業生の臨床看護実践能力—自己評価と他者評価の比較から—。順天堂医療短期大学紀要 8: 1-12, 1997。
- 2) 斉田菜穂子,阿蘇品スミ子:看護婦の臨床能力に関する研究(第3報)—卒後1~3年目の看護婦の変化—。日本看護研究学会雑誌21-3: 177, 1998。
- 3) 佐居由美,松谷美和子,平林優子,高屋尚子,西野理英,飯田正子,寺田麻子,村上好恵,桃

- 井雅子, 佐藤エキ子, 井部俊子: A 看護系大学卒業生19名の「看護実践能力」-卒業直後と就職3ヶ月後の比較-. 聖路加看護学会誌14-1: 34-42, 2010.
- 4) 小松光代, 和泉美枝, 眞鍋えみ子, 三橋美和, 笹川寿美, 滝下幸栄, 大久保友香子, 山縣恵美, 岡山寧子: 看護学士課程卒業前の看護実践能力経験到達状況とストレスコーピングとの関連. 日本看護研究学会雑誌33-3: 212, 2010.
- 5) 和泉美枝, 小松光代, 眞鍋えみ子, 三橋美和, 笹川寿美, 滝下幸栄, 大久保友香子, 山縣恵美, 岡山寧子: 看護学士課程卒業前における看護実践能力経験到達状況(3)-情緒支援ネットワークとの関連-. 日本看護学教育学会誌20 (Jul): 196, 2010.
- 6) 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編: ストレス対処能力とは. ストレス対処能力SOC, 208-209, 有信堂, 東京, 2008.
- 7) 比嘉勇人: 看護における Spiritual-Care Model. 富山大学医学会誌21-1: 16-22, 2010.
- 8) 田内香織他: 終末期がん患者のケアに携わる看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの因果関係に関する研究. 日本看護科学学会29: 25-31, 2009,
- 9) 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編: 成人の SOC は変えられるか. ストレス対処能力 SOC, 55-63, 有信堂, 東京, 2008.
- 10) 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古: 13項目 5 件法版 Sense of Coherence Scale の信頼性と因子的妥当性の検討. 民族衛生71: 168-182, 2005.
- 11) 工藤真由美, 中山洋子, 石原昌, 東サトエ, 永山くに子: 看護実践能力を測定する 2 つの質問紙 (尺度) の構成概念の比較検討. 福島県立医科大学看護学部紀要14: 13-22, 2012.
- 12) 川端美登里: 終末期がん看護に携わる看護師のスピリチュアリティと首尾一貫感覚 (SOC-13) の関連要因に関する研究, 甲南女子大研究紀要第 5 号: 41-49, 2010.
- 13) 三橋美和, 小松光代, 眞鍋えみ子, 和泉美枝, 大久保友香子, 山縣恵美, 滝下幸栄, 笹川寿美, 岡山寧子: 卒業後の看護実践能力の到達状況-学士課程卒業生への横断調査から-. 京都府立医科大学看護紀要19: 43-52, 2010.
- 14) 戸ヶ里泰典: 看護学領域における SOC 研究の動向と課題. 看護研究42-7: 491-503, 2009.
- 15) 比嘉勇人: Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌22-3: 29-38, 2008.
- 16) 尾崎雅子: 看護における霊性 (スピリチュアリティ). 日本トランスパーソナル心理学/精神医学会誌 7-1: 54-60. 2007.

Comparison of clinical nursing competence based on attributes of nurses, and relationship between number of working years, sense of coherence, and spirituality

Izumi TANAKA, Hayato HIGA, Keiko YAMADA

Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of
Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

Abstract

We conducted a questionnaire survey of 464 nurses with the aims comparing clinical nursing competence by attributes of nurses working at general hospitals, and investigating the relationship between number of working years, sense of coherence, and spirituality. In the comparison based on attributes of nurses, significant differences were seen in clinical nursing competence with sex, age, professional position, and clinical field ($p<0.05\sim p<0.001$). In addition, moderate-weak positive correlations were seen between clinical nursing competence and number of working years, sense of coherence (SOC-13), and spirituality (SRS-A) ($p<0.01\sim p<0.001$). No correlation was seen between the “Supportive communication skills” subscale of clinical nursing competence and number of working years or total SOC score ($p<0.001$). The above suggests that clinical nursing competence is related to accumulation of experience, level of sense of coherence and spirituality are related to level of clinical nursing competence, and “Supportive communication skills” may not improve with accumulation of experience only.

Key words

clinical nursing competence, sense of coherence, spirituality