

脳梗塞発症後の患者におけるRosenberg自尊感情尺度 の信頼性・妥当性

篠原, 純子
九州大学医療技術短期大学部 : 助手, RN, PHN, MSN

児玉, 和紀
広島大学医学部保健学科 : 教授, M.D, Ph.D

迫田, 勝則
マツダ病院 : 院長, M.D, Ph.D

金久, 重子
マツダ病院 : 総婦長, RN

他

<https://doi.org/10.15017/317>

出版情報 : 九州大学医療技術短期大学部紀要. 29, pp.87-96, 2002-02. Kyushu University School of Health Sciences Fukuoka, Japan

バージョン :

権利関係 :

脳梗塞発症後の患者におけるRosenberg自尊感情尺度の 信頼性・妥当性

篠原純子¹, 兒玉和紀², 迫田勝明³, 金久重子⁴, 百本文子⁵

The Reliability and Validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale with Japanese Patients After Stroke

Junko Shinohara ¹, Kazunori Kodama ², Katsuaki Sakoda ³,
Sigeko Kanehisa ⁴, Ayako Hyakumoto ⁵

Abstract

The reliability and validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale with Japanese patients after stroke was examined. Subjects were outpatients between 6 months and 3 years post stroke of cerebral infarction. Two kinds of Self-Esteem were examined. One was that of the present time. The other was that of the past time (Respondents recalled their Self-Esteem before having a stroke). The respondents were 38 people who consisted of 26 males and 12 females. Twenty-eight of thirty-eight respondents answered the two-week test-retest. The responding rate of the two-week test-retest was 73.7%.

The Rosenberg Self-Esteem Scale at the present time suggested that the reliability of the two-week test-retest was 0.73, Cronbach' α 0.77. And two factors were extracted from the result of factor analysis ($R^2=39.1\%$). In the other hand, the Rosenberg Self-Esteem Scale at the past time suggested that the reliability of the two-week test-retest was 0.37(NS). These results suggest that the reliability and validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale at the present time with Japanese patients after stroke is good. We need more consideration about the Rosenberg Self-Esteem Scale at the past time.

key words: Self-Esteem, Stroke, Rosenberg

1 九州大学医療技術短期大学部, 助手, RN, PHN, MSN

2 広島大学医学部保健学科, 教授, M.D, Ph.D

3 マツダ病院, 院長, M.D, Ph.D

4 マツダ病院, 総婦長, RN

5 マツダ病院, 婦長, RN

1 Kyushu University School of Health Sciences, Assistant, RN, PHN, MSN

2 Hiroshima University, School of Medicine, Institute of Health Sciences, Professor, M.D, Ph.D

3 Mazda Hospital, Director, M.D, Ph.D

4 Mazda Hospital, Nursing supervisor, RN

5 Mazda Hospital, Head nurse, RN

1. はじめに

脳卒中によって左脳が損傷されたゴールドバーグ博士（臨床心理士）は手記の中で「脳卒中のせいで私の知的水準は劇的に低下したのです。自尊心は救いようのないほど傷つけられました。自分が愚鈍になった気がしました。」と述べている¹⁾。脳卒中を発症した患者の障害は、運動機能、行為、認知、コミュニケーションなど広範囲にわたる。そのため、障害によっては脳卒中を発症した患者に自己概念の変化や自尊感情の低下が生じる可能性がある。自尊感情は抑うつ²⁾³⁾やQuality of life (QOL)⁴⁾⁵⁾に関連するといわれている。従って、自尊感情の低い患者への看護介入は精神的な健康やQOLの向上につながると考える。しかし、脳卒中を発症した患者における自尊感情の研究は国外においても数少なく⁶⁾、日本においてはほとんど行われていない。そこで、本研究では脳梗塞を発症した患者の自尊感情の調査に先駆け、脳梗塞を発症した患者におけるRosenberg自尊感情尺度⁷⁾の信頼性・妥当性について検証することを目的とした。また、脳梗塞発症により自尊感情が低下したのか、以前から自尊感情は低かったかを判断するためには脳梗塞発症前の自尊感情を把握する必要がある。しかし、脳梗塞発症前の自尊感情を調査するためには大規模な縦断的調査が必要となり現実的には難しい。そこで、今回、脳梗塞発症前の自尊感情を回顧により調査し、その信頼性・妥当性についても検証を行った。

2. 研究目的

脳梗塞を発症した患者におけるRosenberg自尊感情尺度⁷⁾（以後RSEと略す）の信頼性・妥当性について検討する。回顧により脳梗塞発症前のRSEを調査し、信頼性・妥当性を検証する。なお、本研究では宗像⁸⁾によって翻訳されたRSEを用いた（表1参照）。

3. 研究方法

自尊感情尺度

Rosenbergは自尊感情について次のように述べている⁹⁾。自尊感情は特別な対象（自己）に対す

る肯定的または否定的な態度である。自尊感情には2つの意味がある。1つは、自分を『非常によい』と考えることを意味し、もう1つは自分を『これでよい』と考えることを意味する。自尊感情が高いということは後者の『これでよい』と感じることを意味する。自分が究極的に完全であると感じているのではなく、むしろ成長や改善の期待と限界を知っていることを意味している。また、自尊感情が低いということは自己拒否、自己不満足、自己軽蔑を示しており、自分が観察している自己に対して尊敬を欠いていることを意味している。RSEは10項目から成り「そう、ややそう、ややちがう、ちがう」の4段階評価である。得点は10～40の値をとり、得点が低いほど自尊感情が低

表1. Rosenbergの自尊感情尺度（宗像訳）

現在のあなた自身について、あてはまるところに、○をつけてください。
 （過去のRSEの場合、下線部が「この病気にかかる前のあなた自身」となる。）

- 記入例) |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう
1. だいたいにおいて自分に満足している。
 |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう
 2. 時々、自分がてんでだめだと思う。
 |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう
 3. 自分には良いところがたくさんあると思う。
 |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう
 4. たいいていの人がやれる程度にはやれる。
 |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう
 5. 私には自慢するところがあまりないと思う。
 |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう
 6. 時々、まったく自分が役立たずだと感じる。
 |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう
 7. 少なくとも他人と同じくらいの価値にあると思う。
 |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう
 8. もう少し自分を尊敬できたらよいと思う。
 |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう
 9. だいたい自分は何をやってもうまくいかない人間のように入る。
 |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう
 10. すべて良いほうに考えようとする。
 |-----○-----|
 そう ややそう ややちがう ちがう

いことを示す。菅¹⁰⁾は臨床的にみるとRSEが20点以下を低い自尊感情, 30点以上を高い自尊感情とみなしてもよいと述べている。高すぎる自尊感情は防衛的または見せかけの自尊感情を示しているおそれもある。しかし, 現在の自尊感情尺度は, 高自尊感情者と低自尊感情者の認知や行動の差異を明らかにしており, その意味での妥当性は確認されている¹¹⁾。

脳梗塞発症前のRSEは次の手順で調査を行った。まず, 脳梗塞発症前の自分自身を回顧してもらった。その上で脳梗塞発症前に自分自身についてどう感じていたか(過去のRSE)を記入するよう説明した。

研究デザイン: 標本調査(非確率標本抽出・便宜的標本)。横断的研究。質問紙を用いた面接法, 再調査については郵送法を用いた。

研究対象: A病院で入院治療を受けた脳梗塞発症後6ヶ月~3年半前後の患者(再発を含む)のうち包含基準を満たし, かつ除外基準に該当しない者。

包含基準:

- ①臨床診断が脳梗塞であり, CTまたはMRIによって病巣が確認できる。
- ②外来通院中である。

除外基準:

- ①コミュニケーションに支障がある(失語症, 痴呆と診断されている)。
- ②脳梗塞発症前または調査時に精神科的疾患に罹患している。
- ③85歳以上である。

※加齢とともに記銘力の低下, 視覚機能の低下, 理解力の低下がみられ, 再テスト法は負担になりうる。また, 85歳以上では痴呆の発症数も増加し¹²⁾, 対象から除外される確率が増す。これらの理由から本研究では超高齢者(Old old)とされている85歳以上の患者を対象から除外することとした。

対象病院: A病院はA市近郊のA群に位置する病床数300の総合病院である。脳卒中専門外来, リハビリテーション科があり, 脳血管治療の専門医を有す。

調査期間: 2000.3.27~2000.6.30

調査方法: プライバシー保護のために個室を使用し, 外来受診の待ち時間中に調査を行った。個室の使用に際しては, 個室使用時にドアノブに面接中と記入した札をかけ, 他者が入らないように配慮した。まず, 調査の目的・内容を説明し文章にて本人の同意を得た。質問紙の記入は対象者本人にしてもらったが, 筆記が困難な対象者の場合は研究者が代筆した。まずRSEを用いて現在の自尊感情と脳梗塞発症前の自尊感情を調査した(第1回目調査)。そして, 2週間後に再度, 現在の自尊感情と脳梗塞発症前の自尊感情を記入して郵送するように依頼し, 質問票と切手を貼り, 宛名を記載した封筒を手渡した(第2回目調査)。

倫理的配慮:

- ①対象者に必要な情報を与える(研究の目的・手順を説明し, 研究への承諾を得る)。
- ②強制をしない(希望すれば, いつでも研究への参加を辞退できることを伝える)。
- ③不必要な苦痛のないように配慮する(患者の状態の安定している時に行い, 心理的負担に配慮しながら面接を行う)。
- ④研究対象者のプライバシーを保護する(質問を行なう環境を配慮する。秘密を厳守する。データの管理には十分留意する)。

分析: 統計解析には統計解析ソフトSPSS10.0Jを使用した。RSEの信頼性については安定性と内的整合性の検討を行った。安定性では再テスト法を用い信頼性係数を算出した。一方, 内的整合性の検討にはCronbach's α 係数を用いた。妥当性は因子分析(主因子法, バリマックス法)を用いて構成概念妥当性について検討した。すべて統計的有意水準は5%とした。

4. 結果

1) 対象者選定までの経緯(図1参照)

A病院で入院治療を受け, 発症後6ヶ月~3年半前後の脳梗塞を発症した患者(1997.1.1以降に入院し1999.11.30までに退院した患者)のうち研究の対象基準を満たした者は45名であった。そのうち7名は調査を実施できなかった(調査拒否2名,

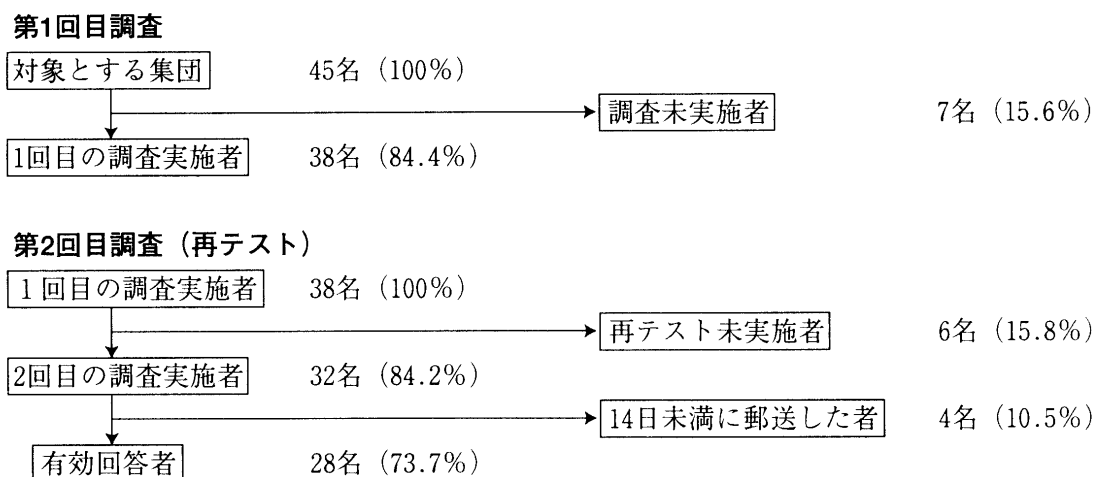


図1. 対象者選定までの経緯

表2. 第1回目調査実施者と調査未実施者の平均年齢

	調査実施者		調査未実施者		t値	P値
全体	平均年齢 (歳) ±標準偏差	人	平均年齢 (歳) ±標準偏差	人	t=1.116	P=0.271
	68.6±10.2	38	63.9±10.7	7		

表3. 第1回目調査実施者と調査未実施者の性別

	男性 (人)	女性 (人)	対象者との比較 (χ ² 検定)
調査実施者	26 (68%)	12 (32%)	Fisherの直接法P=0.164
調査未実施者	7 (100%)	0 (0%)	

%は男女の割合

時間の都合で本人に会えず5名)。そのため38名に対して第1回目調査を実施した (84.4%)。調査実施者38名と調査未実施者7名の平均年齢と性別を表2, 3に示す。両者に統計的に有意な差は認められなかった。しかし、調査未実施者は調査実施者に比べて平均年齢が4~5歳低く、全員男性であるという特徴がみられた。

第2回目調査 (再テスト法) では38名中32名から回答を得た (84.2%)。6名からは回答が得られなかった。32名のうち14日未満に郵送した者4名を除外し28名について分析を行った (有効回答率73.7%)。有効回答者28名, 14日未満に郵送した者4名, 再テスト未実施者6名の各集団における平均年齢と性別を表4, 5に示す。平均年齢は14日未満に郵送した者77.0±9.7歳, 有効回答者67.3±10.1歳であり, 統計的に有意な差はみられなかった。しかし, 14日未満に郵送した者は有効回答者に比

べて平均年齢が高い傾向がみられた (t=-1.805, P=0.08)。さらに, 14日未満に郵送した者の改訂長谷川式知能評価スケール平均値20.7±4.1点は, 有効回答者の改訂長谷川式知能評価スケール平均値25.3±3.2点に比べ有意に低かった (t=2.575, P<0.05) (表6)。つまり, 14日未満に郵送した者は有効回答者に比べて痴呆傾向にあった。また, 本研究には痴呆であると判断される改訂長谷川式知能評価スケール11~20点¹³⁾の者6名が含まれた。面接中の会話やRSEの回答に支障はなかったが, 2名は再テスト法を実施する日を過ぎて認識し, 2名からは再テストの回答が得られず, 期日通りに再テストを施行して郵送したのは6名中2名であった。

第1回目調査における現在のRSE平均値は有効回答者27.9±6.3点, 14日未満に郵送した者24.8±6.3点, 再テスト未実施者26.7±5.8点で

表4. 第2回目調査における各集団の平均年齢

	平均年齢(歳)±標準偏差		対象者との比較 (t検定)	
①有効回答28名	67.3±10.2		t=-1.805	P=0.81
②14日未満に郵送4名	77.0±9.7			
③再テスト未実施6名	69.3±9.5		t=-0.454	P=0.653

表5. 第2回目調査における各集団の性別

	男性 (人)	女性 (人)		対象者との比較 (χ ² 検定)
①有効回答28名	19	9		Fisherの直接法
②14日未満に郵送4名	3	1		P=1.000
③再テスト未実施6名	4	2		P=1.000

表6. 第2回目調査における各集団の改訂長谷川式知能評価スケール平均値

	平均年齢(歳)±標準偏差		対象者との比較 (t検定)	
①有効回答28名	25.3±3.2		t=2.575	P=0.015
②14日未満に郵送4名	20.7±4.1			
③再テスト未実施6名	22.5±7.6		t=0.894	P=0.409

表7. 第2回目調査における各集団のRSE平均値

	RSE平均値(歳)±標準偏差		対象者との比較 (t検定)	
①有効回答28名	27.9±6.3		t=0.926	P=0.362
②14日未満に郵送4名	24.8±6.3			
③再テスト未実施6名	26.7±5.8		t=0.435	P=0.666

表8. 対象者の基本的情報

		平均値±SD (最小値～最大値)		
		全体38名	男性26名	女性12名
現在の平均年齢	(歳)	69±10 (38～84)	69±9	69±12
脳梗塞初回発症後経過	(月)	32±27 (7～90)	33±29	28±23
脳梗塞最終発症後経過	(月)	19±10 (5～39)	18±10	19±9
入院期間	(日)	27±29 (6～133)	25±24	31±39
Barthel index	(点)	19.4±1.8	19.3±2.1	19.5±1.2
長谷川式知能評価スケール	(点)	24.4±4.4	24.3±4.5	24.6±5.5

あった(表7)。14日未満に郵送した者の現在のRSE平均値は有効回答者比べて低い傾向がみられたが、統計的に有意な差は認められなかった(t=0.926, NS: not significant)。

2) 38名の対象者の基本的情報

第1回目調査を実施した38名(男性26名, 女性12名)の基本的情報を表8に示す。平均年齢は69±10歳, 脳梗塞初回発症後平均32±27ヶ月, 脳梗塞最終発症後経過月数は平均19±10ヶ月, 入院

期間は平均27±29日であった。また, 調査時に測定した日常生活動作を示すBarthel index⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾は平均19.4±1.8点(20点満点で換算)と高く, 38名中31名が20点であった。

3) 再テスト法

第1回目調査と第2回目調査のRSE平均値を表9に示す。現在のRSE平均値は第1回目27.9±6.3点, 第2回目26.4±5.5点であり, 両者に統計的に有意な差はみられなかった(t=1.810, NS)。また, 現

表9. RSE平均値

	第1回目調査	第2回目調査	対応サンプルのt検定	P値
現在のRSE	27.9±6.3	26.4±5.5	1.810	P=0.081
過去のRSE	32.7±4.5	27.3±6.0	4.735	P=0.000

(平均値±SD)

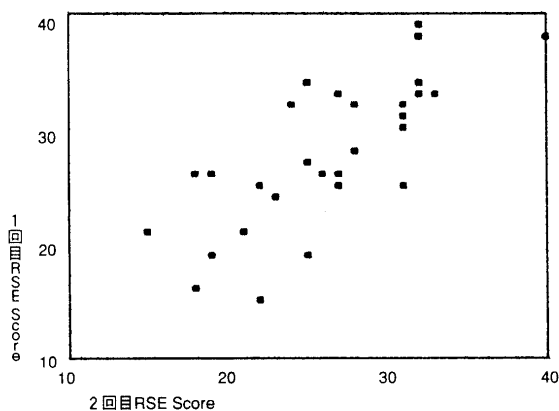


図2. 現在のRSE再テスト

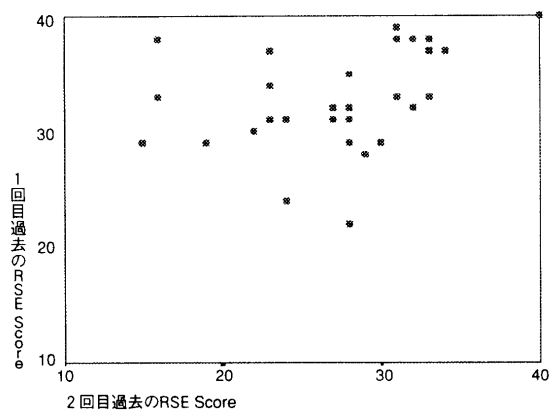


図3. 過去のRSE再テスト

表10. 現在のRSE 因子分析

項目番号	項目	因子負荷量		共通性
		I	II	
1.	だいたいにおいて自分に満足している。	0.679	-0.113	0.473
2.	時々、自分がんでだめだと思う。	0.672	9.232E-02	0.460
9.	だいたい自分は何をやってもうまくいかない人間のように思える。	0.655	0.260	0.496
4.	たいていの人がやれる程度にはやれる。	0.652	0.265	0.495
3.	自分には良いところがたくさんあると思う。	0.421	0.248	0.239
10.	すべて良いほうに考えようとする。	0.299	3.861E-02	9.082E-02
6.	時々、まったく自分が役立たずだと感じる。	0.324	0.754	0.673
7.	少なくとも他人と同じくらいの価値にあると思う。	0.313	0.661	0.534
5.	私には自慢するところがあまりないと思う。	7.710E-02	0.636	0.410
8.	もう少し自分を尊敬できたらよいと思う。	-2.242E-02	0.205	4.244E-02
寄与率 (%)		22.4	16.7	

※アンダーラインの項目は「そう」1点～「ちがう」4点。他は「そう」4点～「ちがう」1点。

現在のRSEでは第1回目調査と第2回目調査のRSE得点間に有意な高い相関がみられた ($r=0.73$, $P<0.001$) (図2)。つまり、現在のRSEには再現性がみられた。一方、過去のRSE平均値は第1回目32.7±4.5点、第2回目27.3±6.0点であり、両者に統計的に有意な差がみられた ($t=4.735$, $P<0.001$) (表9)。さらに、過去のRSEでは第1回目調査時と第2回目後調査の得点間の相関が低く、かつ統計学的に有意でなかった ($r=0.37$, NS) (図3)。つまり過去のRSEには再現性に問題があった。加えて現在のRSEと過去のRSEの相関係数は第1回目

調査0.43 ($P<0.01$) であったのに対し、第2回目調査0.73 ($P<0.001$) であった。

4) 内的整合性

現在のRSEの Cronbach's α 係数は第1回目調査0.77、第2回目調査0.80であり、内的整合性は高かった。

5) 構成概念妥当性

第1回目調査の現在のRSEについて因子分析を実施した。主因子法で因子を抽出した後、バリマックス法により因子軸の回転を行い、第2因子までの因子負荷量を求めた ($R^2=39.1\%$) (表10)。

第1因子には肯定的内容の項目が多く(6項目中4項目), 第2因子には否定的内容の項目が多かった(4項目中3項目)。すなわち第1因子は「だいたいにおいて自分に満足している」「時々, 自分がでんでめだと思う」「だいたい自分は何をやってもうまくいかない人間のように思える」「たいいていの人がやれる程度にはやれる」「自分には良いところがたくさんあると思う」「すべて良いほうに考えようとする」によって構成され, 第2因子は「時々, まったく自分が役立たずだと感じる」「少なくとも他人と同じくらいの価値にあると思う」「私には自慢するところがあまりないと思う」「もう少し自分を尊敬できたらよいと思う」によって構成された。なお, 本尺度では項目8と10の共通性が低かった。

5. 考 察

1) 対象集団について

脳梗塞片麻痺の一般的回復過程は発症後3~4ヶ月でプラトー近くに達し, 6ヶ月以降の回復は通常わずかであるとされている¹⁶⁾。そして, 脳血管障害のうつ病は発症後6ヶ月から1・2年に最大となることが知られている^{17) 18)}。加えて, 抑うつと自尊感情には相関があるといわれている^{21) 19)}。これらのことから, 入院中よりも回復がプラトーに達し抑うつが生じやすい発症後6ヶ月以降の方が自尊感情の問題が生じやすいと考え, 脳梗塞発症後6ヶ月以降の患者を対象とした。

本研究の対象となった外来通院中の患者は日常生活動作の自立度をはかるBarthel indexが平均 19.4 ± 1.8 点(20点満点で換算)と高かった。砂子田²⁰⁾はリハビリテーション治療のため1ヶ月以上入院した40歳以上の脳卒中患者でM県内に居住する在宅者のBarthel indexを調査した。その結果, 158名中94名(59.4%)のBarthel indexが100点満点であった。これに対して本研究では38名中31名(81.6%)のBarthel indexが満点であった。このことから本研究の対象となった外来通院患者は日常生活動作の障害の程度が比較的軽く, 後遺症をもちながらも日常生活動作を自分で行える者が対象となっていると考えられた。

再テスト法では38名中4名が調査日を誤り, 6名からは再テストの回答が得られなかった。再テストの回答が得られなかった理由については調査していない。しかし, 6名中2名は長谷川式知能評価スケール11~20点の者¹³⁾であった。また, 改訂長谷川式知能評価スケール平均値は14日未満に郵送した者 20.7 ± 4.1 点, 有効回答者 25.3 ± 3.2 点であり, 14日未満に郵送した者は有効回答者に比べて長谷川式知能評価スケール平均値が有意に低かった($t=2.575, P<0.05$)。これらのことから, 14日未満に郵送した理由・再テスト未実施の理由の一因として記銘力の低下が考えられた。現在のRSE平均値は再テスト未実施者 26.7 ± 5.8 点, 有効回答者 27.9 ± 6.3 点であり, 両者に統計的に有意な差はみられなかった。従って, RSEの高低と再テスト法の回答の有無には関連はみられないと判断した。

2) RSEの信頼性・妥当性について

脳卒中を発症した患者におけるRSEの信頼性・妥当性を報告した研究は国内外においてもみられなかった。また, 宗像訳の信頼性・妥当性を報告した研究もなかった。そのため, 本研究では脳梗塞を発症した患者に宗像訳のRSEを施行し, 信頼性・妥当性について検討した。加えて, 現在の自尊感情が病前に比べて高いのか, 変わっていないのか, 低くなっているのかを知る目的で脳梗塞発症前の自尊感情(過去のRSE)の調査を実施した。信頼性を考えると経時的に自尊感情を調査することが望ましい。しかし, その場合には大規模な縦断的調査が必要となる。今回, 大規模な縦断的調査の実施が困難であったため, 脳梗塞発症前の自尊感情を回顧によって調査し, その信頼性・妥当性について検証を行った。

まず, 信頼性については再テスト法を用いて再現性を検討した。現在のRSEは第1回目調査と第2回目調査の得点の間に有意に高い相関がみられた($r=0.73, P<0.001$)。先行研究による再現性の調査結果は, 大学生で0.92(Rosenberg⁷⁾), 28人の学生に2週間後施行し0.85(Silber, Tippet²¹⁾)であった。日本における再現性は, 男子青年0.88(松下²²⁾), 179人の女子青年に2~4週間後に施行し0.77(菅¹⁰⁾)であった。疾病を持つ人に再テスト

法を実施した調査にはRevensonら²³⁾のがん患者を対象とした研究があり、7ヶ月後の再現率は0.74であった。これらのことから、脳梗塞を発症した患者における再現性は十分であると判断した。

一方、過去のRSE（脳梗塞発症前の自尊感情）は第1回目調査と第2回目調査の得点の間に有意な相関がみられなかった（ $r=0.37, NS$ ）。また、第1回目調査では過去のRSE平均値 32.7 ± 4.5 点、第2回目調査では過去のRSE平均値 27.3 ± 6.0 点であり、両者に有意差がみられた（ $t=4.735, P<0.001$ ）。これらのことから過去のRSEは再現性に問題があるといえる。この原因としてリコールバイアスが考えられた。リコールバイアスとは、対象者の記憶が正確でない場合に起こってくるバイアスである²⁴⁾。過去の記憶は安定したものでなく状況、質問方法によって容易に変化すると推察される。さらに、現在のRSEと過去のRSEの相関係数は第1回目調査0.425（ $P<0.01$ ）に対し、第2回目調査0.727（ $P<0.001$ ）であったことから以下のような調査方法の問題点が考えられた。第1回目調査では調査者が対象者に過去の自分自身を想起するように説明した後に過去のRSEに記入してもらった。しかし、第2回目調査は自記式であったため、対象者は「この病気にかかる前のあなた自身について、あてはまるところに○をつけて下さい」という文章を読み、過去のRSEを記入した。その結果、過去の自分自身の想起が不十分となり、現在のRSEと過去のRSEが類似してしまったと考える。

次に現在のRSEの内的整合性について検討を行った。内的整合性を示すCronbach's α は0.77であった。先行研究においてCronbach's α は、60～92歳の人を対象にして0.74(Ward²⁵⁾), 0.87(Lewis²⁶⁾), がん患者を対象に0.76～0.87(Curbow, Somefield²⁷⁾), アジア人・黒人・白人の18～45歳を対象に0.70(Woodsら²⁸⁾), 日本では四肢切断者を対象に0.80であった²⁹⁾。これらのことから、脳梗塞を発症した患者においてRSEを用いた場合、内的整合性は十分であると判断した。以上の結果から脳梗塞発症後の患者におけるRSEの信頼性は十分であるといえる。

妥当性については因子分析によって構成概念妥

当性を検討した。主因子法によって2因子解を抽出し、バリマックス法により因子軸の回転を行った。第2因子までの寄与率は39.1%であり、第1因子（寄与率22.4%）と第2因子（寄与率16.7%）によって構成された。第1因子には肯定的内容の項目が多く（6項目中4項目）、第2因子には否定的内容の項目が多かった（4項目中3項目）。この結果は先行研究と類似している。遠藤ら⁹⁾、³⁰⁾は星野訳のRSEを大学生に実施し、因子分析（主因子法、バリマックス法）の結果、積極的自尊感情の因子（寄与率22.3%）と消極的自尊感情の因子（寄与率17.4%）を抽出した。また、Carminesら³¹⁾はRSEを高校生に実施し、因子分析（主因子法、バリマックス回転）の結果、積極的自尊心因子（寄与率20.4%）と消極的自尊心因子（寄与率20.3%）を抽出した。同様に、羽山³²⁾による精神障害者を対象とした調査でも因子分析の結果、肯定的言辭と否定的言辭の2因子が抽出された。Kaplan, Porkorny³⁾は一般社会人を対象に無作為抽出による調査を実施し、RSEを因子分析した結果、自己価値を損なう因子と自己価値を守る因子を抽出した。その他、山本ら³³⁾や菅¹⁰⁾の調査でも2因子が抽出されている。以上のことから、脳梗塞を発症した患者に対しても本尺度は妥当なものであると判断した。しかし、項目8の「もう少し自分を尊敬できたらよいと思う」と項目10の「すべて良いほうに考えようとする」の共通性が低い点については、訳の再検討が必要である。

まとめ

1. 脳梗塞発症後外来通院している患者38名にRSEを実施し、信頼性・妥当性の検討を行った。
2. 現在のRSEは再テスト法による再現性は $r=0.73$ （ $P<0.001$ ）、内的整合性を示すCronbach's α は0.77であった。構成概念妥当性では因子分析によって2因子が抽出された（ $R^2=39.1\%$ ）。これらの結果から脳梗塞発症後外来通院している患者におけるRSEの信頼性・妥当性が証明された。
3. 脳梗塞発症前のRSEを回顧によって調査した

が、再テスト法による再現性に問題がみられた ($r=0.37, NS$)。

本研究の限界

本研究は無作為抽出ではなく1つの病院における調査であり、対象者の偏りは否定できない。まず、本調査は外来通院している者という条件下の調査であり、日常生活が自立している対象者が多かった。さらに、本調査には外来未通院の患者、85歳以上、失語症・重度痴呆・精神疾患のある者は含まれていない。したがって、本調査の結果は脳梗塞を発症した全国の患者すべてにあてはまるとは言いがたい。しかし、脳梗塞発症後外来通院している患者におけるRSEの妥当性・信頼性についてはおおよその傾向を示している。

謝 辞

稿を終えるにあたり、面接調査にご協力いただきました対象者の方々、本研究に多大なご協力をいただいたマツダ病院の脳神経外科外来スタッフの皆様をはじめ本研究に関わってくださった多くの方々に深甚の謝意を表します。

付 記

本論文は平成12年度広島大学医学系研究科保健学専攻の修士論文の一部に加筆修正を加えたものである。

引用・参考文献

- 1) Benner P, Wrubel J: The Primacy of Caring; Stress and Coping in Health and Illness, Addison-Wesley Publishing Company, 1989. 難波卓志訳, ベナー／ルベール, 現象学的人間論と看護, 医学書院, 384-7, 1999.
- 2) Westaway MS, Wolmrans L. Depression and Self-esteem: Rapid Screening for Depression in Black, Low Literacy, Hospitalized Tuberculosis Patients. *Social Science & Medicine*, 35 (10), 1311-5, 1992.
- 3) Kaplan HB, Pokorny AD. Self-Derogation and Psychosocial Adjustment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 149 (5), 421-34, 1969.
- 4) 中里克治: 心理学からQOLへのアプローチ, 看護研究, 25 (3), 193-201, 1992.
- 5) 黒田裕子: クオリティ・オブ・ライフ (QOL) その概念的側面, 看護研究, 25 (2), 98-106, 1992.
- 6) Chang AM, Mackenzie AE. State self-esteem following stroke. *Stroke*, 29 (11), 2325-8, 1998.
- 7) Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton University Press, Princeton, 1965.
- 8) 宗像恒次: 健康のセルフケア行動, 看護技術, 34 (9), 12-7, 1988.
- 9) 遠藤辰雄, 井上祥治, 蘭千壽, 編: セルフ・エスティームの心理学, ナカニシヤ出版, 26-36, 1992.
- 10) 菅佐和子: SE (Self-Esteem) について, 看護研究, 17 (2), 117-23, 1984.
- 11) 伊藤忠広: 自尊心概念及び自尊心尺度の再検討, 東京大学教育学部紀要, 34, 207-215, 1994.
- 12) 松崎敏久, 柴田博: 老人保健の基本と展開, 医学書院, 91-3, 1984.
- 13) 加藤伸司, 下垣光, 小野寺敦志, 他: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成, 老年精神医学雑誌, 2 (11), 1339-47, 1991.
- 14) Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-5, 1965.
- 15) 柗山幸志郎, 上田一雄, 飯村攻, 他: 循環器疾患患者の日常生活動作阻害要因・予後と今後予想される社会的負担, 平成10年度厚生省老人保健事業推進費等助成金による循環器疾患患者の日常生活動作阻害要因・予後と今後予想される社会的負担事業報告書, (社) 日本循環器管理研究協議会, 9-39, 1999.
- 16) 岩倉博光, 岩谷力, 土肥信之, 編: 臨床リハビリテーション 脳卒中 I 脳卒中のみかた, 医歯薬出版株式会社, 47-65, 1996.

- 17) Robinson RG, Price TR. Post-Stroke Depressive Disorders : A Follow-up Study of 103 Patients. *Stroke*, 13 (5), 635-641, 1982.
- 18) 神田貴絵, 河瀬比佐子: 脳血管障害後のリハビリテーション意欲に影響する要因—抑うつに注目した検討—, *日本看護研究学会雑誌*, 21(3), 374, 1998.
- 19) Griffiths RA, Beumont PJV, Giannakopoulos E, et al. Measuring Self-Esteem in Dieting Disordered Patients : The Validity of the Rosenberg and Coopersmith Contrasted. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 227-31, 1999.
- 20) 砂子田篤: 機能的状態の予後予測, *総合リハビリテーション*, 26 (12), 1119-25, 1998.
- 21) Silber E, Tippett J. Self-esteem : clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-71, 1965.
- 22) 松下覚: Self-imageの研究—Self-Esteem scaleの作成—, *日本教育心理学会第11回総会発表論文集*, 280-1, 1969.
- 23) Revenson TA, Wollman CA, Felton BJ. Social supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 45, 321-31, 1983.
- 24) 柳川洋, 中村好一, 児玉和紀, 三浦宜彦: 地域保健活動のための疫学, *財団法人日本公衆衛生協会*, 67-68, 2000.
- 25) Ward RA. The Impact of Subjective Age and Stigma on Older Persons. *Journal of Gerontology*, 32 (2), 227-32, 1977.
- 26) Lewis FM. Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. *Nursing Research*, 31, 113-9, 1982.
- 27) Curbow B, Somefield M. Use of the Rosenberg Self-Esteem Scale with Adult Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9 (2), 113-31, 1991.
- 28) Woods NF, Lentz M, Mitchell E, Oakley LD. Depressed Mood and Self-Esteem in Young Asian, Black, and White Woman in America. *Health Care for Women International*, 15, 243-62, 1994.
- 29) 高見沢恵美子, 田原裕子, 宗像恒次: 四肢切断者の退院後の自己価値観—ADL, 社会活動性, 支援ネットワーク, 自己価値観の実態調査—, *東京女子医科大学看護短大紀要*, 10, 75-80, 1989.
- 30) 遠藤辰雄, 安藤延男, 冷川昭子, 井上祥治: Self-Esteemの研究, *九州大学教育学部心理学部門紀要*, 18 (2), 53-65, 1974.
- 31) Carmines EG, Ziller RA. Reliability and Validity Assessment, London : SAGE Publications ; 1979. 水野欽司・野嶋栄一郎訳, テストの信頼性と妥当性, *朝倉書店*, 53-60, 1988.
- 32) 羽山由美子: 精神障害者の社会適応モデル生活の満足と自己価値に関するパス解析 (第2部), *看護研究*, 25 (3), 212-33, 1992.
- 33) 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子: 認知された自己の諸側面の構造, *教育心理学研究*, 30 (1), 64-8, 1982.