

## 論文

在宅療養者と介護者の神気性  
(スピリチュアリティ)に関する要因分析比嘉勇人<sup>2)</sup>、比嘉肖江<sup>2)</sup><sup>1)</sup>滋賀県立大学 人間看護学部<sup>2)</sup>滋賀県立大学大学院 人間文化学研究科

**背景** 日本の看護界では、健康要素の一つである「スピリチュアリティ」という言葉の認識度が高いとはいえず、その言葉を適切に表す日本語や構成要因も明確にされていない。スピリチュアリティを客観的に測定する用具としては、看護領域に限定されているが、国内で唯一Spirituality評定尺度(SRS)が開発されている。

**目的** スピリチュアリティの構成要因について、SRSを使い統計学的に検討する。なお、ここではスピリチュアリティの概念を狭義に捉えて「何かを求めそれに関係しようとする心の持ち様と自分自身やある事柄に対する感じまたは思い」(意気・観念)と規定し、スピリチュアリティの狭義表記については「神気性」とする。

**方法** SRS(神気性の高低を15~75点で評定)と神気性に関する内容の半構造化面接を、在宅療養者20名(71.6±7.8歳)とその主介護者20名(62.9±10.3歳)を対象者(女性22名,男性18名)として実施した。分析には数量化I類を行ない、結果変数には『SRS得点』を、原因変数には半構造化面接時に聴取した『対象者』『性別』『年齢』『一番の支え』『周囲への感じ』『自分の今後』を用いた。

**結果** 療養者(42.30±13.46点)と介護者(43.60±8.81点)とのSRS得点の平均値には、有意な差は認められなかった(ウェルチの $t=0.36$ ,  $df=32.76$ ,  $p=0.36$ :両側検定)。女性(43.27±9.91点)と男性(42.56±12.98点)とのSRS得点の平均値には、有意な差は認められなかった(スチューデントの $t=1.72$ ,  $df=38$ ,  $p=0.12$ :両側検定)。結果変数である『SRS得点』に対する原因変数の偏相関係数は、『自分の今後:0.39』『周囲への感じ:0.28』『一番の支え:0.27』『年齢:0.14』『対象者:0.06』『性別:0.05』であった。また、重決定係数は0.40であった。

**結論** 神気性を高くする要因には、『一番の支え(支えとなる人がいること)』『周囲への感じ(周囲に対して肯定的であること)』『自分の今後(自分のこれからの希望を持っていること)』がある。また、原因変数である『年齢』『対象者』『性別』は、神気性への影響がほとんどないと判断された。

**キーワード** スピリチュアリティ, 神気, Spirituality 評定尺度, 数量化I類

## I. はじめに

日本においては、高度医療の発達に伴い脳血管障害による死亡率が年々減少してきたものの、脳血管疾患では何らかの後遺症が残ることが多く、それが重度の場合、患者本人だけではなく介護する家族にとっても大きな心身の負担となり経済的にも制約を受けることが多い<sup>1)</sup>。草水ら<sup>2)</sup>も指摘しているように、患者および家族は退院後、病前と異なる生活を再開し健康問題をはじめとしてそれに付随して生ずる生活上の課題に取り組んでいかな

なければならないのであり、脳血管疾患患者の在宅療養を考える上で家族の関わりを抜きにして考えることはできない。実際に、患者が自宅へ退院するには家族の在宅療養者に対する受容過程が必要であり、佐直<sup>3)</sup>は脳卒中患者をめぐる家族の障害受容として障害を有する患者のありのままの全てを受け入れるか否かが家族の障害受容の本質ではないか、と述べている。こうした家族の障害受容や介護の受け入れには、患者の日常生活能力、経済問題、住環境や介護力だけでなく、患者と主介護者双方のQuality of Life(以下、QOL)や「意気・観念」と概念規定されたSpirituality<sup>4)</sup>も一要因として関連していると思われる。

日本人の精神的支えとしては、家族が心のよりどころや心の支えとなっている場合が極めて多く、患者のQOLに家族の及ぼす影響は大きいことが指摘されている<sup>5)</sup>。

2004年9月30日受付、2005年1月6日受理

連絡先:比嘉 勇人

滋賀県立大学人間看護学部

住所:彦根市八坂町2500

E-mail:higa@nurse.usp.ac.jp

水落ら<sup>9)</sup>も脳血管障害患者の退院後のQOLを高める要因として、家族関係が良いこと、障害が受容され精神面が安定していること、生き甲斐を持っていること、住みやすい家があること、プライバシーが守られていること、経済的な不安が無いこと、入浴動作が自立していること、コミュニケーションが取れること、を指摘している。

家族とSpiritualityの要因に関連した研究については、世代関係図技法<sup>7)</sup>や家族生態図法<sup>8)</sup>を扱っている家族心理学領域においてみられるが、脳血管障害患者を対象としたSpiritualityに関連する研究については見当たらない。介護者を対象としたSpiritualityに関連する研究については、介護者のニーズを把握する目的で構造化調査が行なわれているのみである<sup>9)10)</sup>。

そこで本研究では、Spiritualityを「何かを求めそれに関係しようとする心の持ち様と自分自身やある事柄に対する感じまたは思い：意気・観念」(以下、神気性)と概念規定して尺度開発されたSpirituality Rating Scale (神気性評定尺度：以下、SRS)<sup>11)</sup>と神気性に関する内容で構成された半構造化面接法を用いて、脳卒中後遺症をもつ在宅療養者とその介護者を対象者として調査を実施し、神気性(基準変数)の構成要因およびSRS得点にどのような原因変数(説明変数)が影響を与えているのかについて検討する。

## II. 方法

### 1. 調査対象と倫理的配慮

本調査内容に関する事項を口頭と文書で説明した後、参加協力が得られた脳卒中後遺症をもつ在宅療養者(以下、療養者)20名とその主介護者(以下、介護者)20名の計40名(女性22名+男性18名)を対象者とした。また調査終了後、対象者宅を訪問し、あらためて本調査の分析結果内容を公表する旨の承諾を文書で得た。

### 2. 調査方法

まず、名前、年齢、被・介護者等の基礎情報の聴取を行い、それからSRS質問紙を療養者と介護者の各々に実施した。SRSは、神気性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(所要時間5~10分)。その得点が高いほど神気性が高いことを示す(SRS得点：15~75点)。ただし、SRSの回答について代筆を求められた対象については口頭で返答してもらい、面接者が代理記入した。

次に、療養者と介護者の各々に対して半構造化面接(所要時間10~20分)を行なった。この面接は、神気性に関連があると思われる次の質問①②③で構成した。

質問①「あなたが今一番支えにしている人または支え

にしていることがあれば教えてください(以下、一番の支え)」

質問②「あなたが周囲に対して普段感じていることを教えてください(以下、周囲への感じ)」

質問③「あなたが思う自分のこれからについて教えてください(以下、自分の今後)」

この3つの質問で得られる回答の評定は、『一番の支え』について“何もない”と回答した場合は0点(無し)、“家族”“友達”“健康”“お金”等と回答した場合は1点(有り)として点数化した。

『周囲への感じ』については“感じることはない”“障害者への理解が足りない”等の場合は0点(批判的)、“感謝の気持ち”“いろいろ気遣ってもらっている”等の場合は2点(肯定的)、“世代による考え方の違い”“できるだけ若い人に任せる”等の批判/肯定が明確にできない場合は1点(中性的)として点数化した。

『自分の今後』については“どうなるか分からない”“何もかも諦め”等の場合は0点(挫折的)、“夫婦で楽しみを見つけていきたい”“ゆとりある生活”等の場合は2点(希望的)、“行きあたりばったり”“健康に気をつけるしかない”等の挫折/希望が明確にできない場合は1点(中性的)として点数化した。

以上の質問①②③の点数を合算し評定点：0~5点とした(以下、面接評点)。

また、『対象者』は「療養者」と「介護者」に、『性別』については「女性」と「男性」の2つのカテゴリに分けた。『年齢』については満年齢(実数)で記載した。

なお、調査は対象者の自宅で行い、療養者と介護者両名に対する面接所要時間は原則として60分以内とした。

### 3. 分析

統計的な分析には、Stat Partner Ver4.5を使用した。

- 1) 療養者20名と介護者20名との「SRS得点」平均値の有意な差を確認するためにt検定を行なった。
- 2) 女性22名と男性18名との「SRS得点」平均値の有意な差を確認するためにt検定を行なった。
- 3) 調査実施時に聴取された『対象者』『性別』『年齢』『一番の支え』『周囲への感じ』『自分の今後』の5つの変数を予測変数(原因変数)とし、目的変数(結果変数)には『SRS得点』を用いて数量化理論のI類を行なった。数量化I類は、「ひとつの結果変数(量的データ)を複数の原因変数(質的または量的データ)で説明(予測)する」際に用いる多次元的解析法である。
- 4) SRS得点と面接評点の関連性を確認するために、スピアマンの順位相関係数を求めた。

### Ⅲ. 結果および考察

#### 1. 基本統計量とクロス集計の結果から

対象者40名の基本統計量については表1に示し、クロス集計の結果は表2に示す。

表1 基本統計量 (N=40:療養者20名,介護者20名,女性22名,男性18名)

変数名	対象	最大値	最小値	平均値	標準偏差	25パーセント	中央値	75パーセント
年齢	全体	82	46	67.200	10.041	61.0	69.0	75.0
	療養者	82	50	71.550	7.770	66.0	75.0	76.5
	介護者	79	46	62.850	10.333	54.5	63.5	73.0
	女性	82	46	65.591	10.751	57.0	66.0	75.0
	男性	79	49	69.167	9.005	64.0	72.5	76.0
SRS得点(15~75)	全体	66	19	42.950	11.245	37.0	43.5	50.5
	療養者	66	23	42.300	13.456	31.0	40.5	53.5
	介護者	59	19	43.600	8.810	39.0	44.5	49.0
	女性	59	19	43.273	9.910	37.0	44.5	50.0
	男性	66	23	42.556	12.981	33.0	41.0	51.0
面接評定(0~5)	全体	5	0	3.300	1.488	2.0	3.0	5.0
	療養者	5	0	3.250	1.713	2.0	3.0	5.0
	介護者	5	1	3.350	1.268	3.0	3.0	4.5
	女性	5	1	3.318	1.287	3.0	3.0	5.0
	男性	5	0	3.278	1.742	2.0	3.5	5.0

表2 クロス集計表

(N=40)

カテゴリ名	療養者	介護者	女性	男性	一番の支え(無し)	一番の支え(有り)	周囲への感(批判)	周囲への感(中性的)	周囲への感(肯定)	自分の今後(挫折)	自分の今後(中性的)	自分の今後(希望)
療養者	20	—	5	15	5	15	8	1	11	4	5	11
介護者	—	20	17	3	1	19	10	4	6	3	2	15
女性	5	17	22	—	2	20	12	3	7	3	2	17
男性	15	3	—	18	4	14	6	2	10	4	5	9
一番の支え(無し)	5	1	2	4	6	—	3	1	2	3	2	1
一番の支え(有り)	15	19	20	14	—	34	15	4	15	4	5	25
周囲への感(批判)	8	10	12	6	3	15	18	—	—	4	4	10
周囲への感(中性的)	1	4	3	2	1	4	—	5	—	1	1	3
周囲への感(肯定)	11	6	7	10	2	15	—	—	17	2	2	13
自分の今後(挫折)	4	3	3	4	3	4	4	1	2	7	—	—
自分の今後(中性的)	5	2	2	5	2	5	4	1	2	—	7	—
自分の今後(希望)	11	15	17	9	1	25	10	3	13	—	—	26

#### 1) 療養者と介護者との「SRS得点」平均値差

療養者(42.30±13.46)と介護者(43.60±8.81)とのSRS得点の平均値には、有意な差は認められなかった(ウェルチのt=0.36, df=32.76, p=0.36:両側検定)。

神気性の高さに関連があると予想されるwell-beingを指標とした佐藤<sup>13)</sup>の半構造的面接法の調査結果には、夫婦関係の親密性と療養者である夫の状態安定は介護者である妻のwell-beingを高めていたが、夫との間で意思の疎通がないことはwell-beingを損ねる傾向にあったと報告されている。本調査結果においても、SRS得

点が療養者と介護者共に高得点(50点以上)であった二組の夫婦の『自分の今後』に対する回答が「明るい生活を送りたい;何が来ても負けないという気持ち(T夫婦)」「現状維持で健康で;頑張る(S夫婦)」と希望的な展望を述べていた。一方、SRS得点が療養者と介護者共に低得点(40点以下)であった2組の夫婦の『一番の支え』に対する回答においては「支えはいない;支えは主人(R夫婦)」「支えは主人;支えはいない(K夫婦)」と支え合い関係が成立していなかった。これらのことから、対人相互作用が展開する場面にお

いては、互いの<sup>スピリチュアリティ</sup>神気性の類似化傾向、つまり同調傾向 (interaction synchronony) が引き起こされることが予想される。

## 2) 女性と男性との「SRS得点」平均値差

女性 (43.27±9.91) と男性 (42.56±12.98) とのSRS得点の平均値には、有意な差は認められなかった (スチューデントの $t=1.72$ ,  $df=38$ ,  $p=0.12$ : 両側検定)。

Jamshidiら<sup>12)</sup> が行なった<sup>スピリチュアリティ</sup>神気性と類似概念であると思われる満足感や幸福感に関する心理測定テストなどの質問項目から作成された自己記入式QOL質問表 (QUIK) を用いた50名の脳卒中患者における退院後の実態調査によると、QOLが低下する要因として「女性」「高齢」等が挙げられていた。性差と年齢差が認められたとするこの結果には、50問で構成されたQUIKの下位尺度に、情緒適応尺度が10問、身体機能尺度が20問含まれていることが反映されたと考えられる。

## 2. 数量化 I 類の結果から

数量化 I 類の結果については、表 3 に示す。

数量化 I 類の結果から読み取れることは、以下に示すように、①各カテゴリが結果変数に及ぼす影響の大きさと向き、②各原因変数が結果変数に及ぼす影響の大きさ、③原因変数全体が結果変数を説明 (予測) する程度、④カテゴリ・ウェイトと結果変数の全体平均値を利用した結果変数の予測等である。

### 1) カテゴリ・ウェイト

原因変数の各カテゴリが結果変数である『SRS得点』にどのような影響を及ぼしているのかを判断するために、カテゴリ・ウェイトに着目した。カテゴリ・ウエイ

トによって、その絶対値が大きいカテゴリほど結果変数である『SRS得点』への影響度が大きく (ここでは、絶対値2.00以上とする)、またその符号 (正・負) によって及ぼす影響の向きを判断することができる。

算出されたカテゴリ・ウェイトから、『自分の今後 (挫折) : -8.78』『一番の支え (無し) : -6.95』『周囲への感じ (批判) : -2.83』は『SRS得点』に負の大きな影響を及ぼし、逆に、『周囲への感じ (肯定) : 2.91』『自分の今後 (希望) : 2.62』は『SRS得点』に正の大きな影響を及ぼしていることが確認された。

これらのことから、「自分のこれからについて希望を持っていること、あるいは絶望していないこと」「周囲に対して肯定的であること、あるいは批判的でないこと」「支えとなる人がいる、または支えになることがあること」が<sup>スピリチュアリティ</sup>神気性を高める要因であると考えられる。

また今回の調査からは、『療養者 (-0.71)』『介護者 (0.71)』と『女性 (-0.48)』『男性 (0.59)』および『年齢 (0.14)』については、<sup>スピリチュアリティ</sup>神気性へ及ぼす影響がほとんどないと判断された。

### 2) <レンジおよび偏相関係数>と重決定係数

各原因変数が結果変数である『SRS得点』に及ぼす影響の大きさを判断するために、<レンジおよび偏相関係数>の値に着目した。<レンジおよび偏相関係数>は、その値が大きいほど結果変数への影響度が大きいことを示している。算出された<レンジおよび偏相関係数>から、『SRS得点』に対して、一番大きな影響力があるのは『自分の今後<11.40および0.39>』であり、『性別<1.06および0.05>』はほとんど影響力をもたないことが確認された。なお、『年齢』は実数であるためレンジは算出されていないが、偏相関係数値は0.14であった。

また、原因変数全体が結果変数を説明 (予測) する程度について検討するために、重相関係数の2乗、つまり重決定係数 (0.40) に着目した。重決定係数は原因変数から算出される予測値の分散が結果変数の分散に対して占める割合を示すものである。したがって、原因変数である『対象者』『性別』『年齢』『一番の支え』『周囲への感じ』『自分の今後』が結果変数である『SRS得点』を説明 (予測) する割合は0.40、つまり40%の説明率 (予測率) をもつといえる。この結果からは、結果変数に対す

表 3 数量化 I 類の分析結果

原因変数名	カテゴリ名	カテゴリウェイト	度数	レンジ	偏相関係数
対象者	療養者	-0.708	20	1.417	0.059
	介護者	0.708	20		
性別	女性	-0.479	22	1.064	0.047
	男性	0.585	18		
年齢	年齢	0.144	40	-	0.137
一番の支え	一番の支え (無し)	-6.954	6	8.181	0.273
	一番の支え (有り)	1.227	34		
周囲への感じ	周囲への感じ (批判)	-2.829	18	5.735	0.279
	周囲への感じ (中性的)	0.302	5		
	周囲への感じ (肯定)	2.906	17		
自分の今後	自分の今後 (挫折)	-8.779	7	11.400	0.386
	自分の今後 (中性的)	-0.953	7		
	自分の今後 (希望)	2.620	26		
重相関係数		0.631			
重決定係数		0.399			

(N=40)

る原因変数の説明率は高いとはいえず、原因変数の追加・選定についての課題を残した。

今回、『一番の支え』『周囲への感じ』『自分の今後』が神気性に影響する要因となることが示唆されたが、SRS得点に対するより高い説明率・予測率を確保するための原因変数の検討を要する。

### 3) SRS得点と面接評定との関連

SRS得点と面接評定『一番の支え』『周囲への感じ』『自分の今後』の関連性を確認するために、スピアマンの順位相関係数を算出した結果、有意な強い正の相関が認められた ( $r_s=0.56$ ,  $p=0.0004$ : 両側検定)。以上のことから、『一番の支え』『周囲への感じ』『自分の今後』を数量化しそれを合算した面接評定により、SRS得点の高低(神気性の高低)を推測できることが示唆された。

## 3. スピリチュアリティ 神気性 5 因子モデルの考案

Spiritualityについては、日本の看護現場にはまだなじみのない用語である。この用語は、今のところ“スピリチュアリティ”とカタカナで表記されることが多く、広く共通認識されるまでには至っていない。しかし医療現場においては、例えば石川<sup>14)</sup>はQOLに積極的にスピリチュアル概念を取り入れており、スピリチュアル・ウェルビーイングについて「いかに生きているか、あるいはよく生きているか」と解釈している。また丸山<sup>15)</sup>は、死に対する感受性や実存的不安を視野に入れてスピリチュアル・ペインを測定しようと試み、そこではスピリチュアルを「個人の生まれつき備わった気質が、その存在に不安を感じる程度と個人の人生に関する価値観、宗教的

感情を表している」と述べている。これらを含め散見される先行研究からは、医療の中でスピリチュアル概念が注目され、臨床的意義の検討が蓄積されつつあることがうかがえる。

ここでは今回得られた研究結果をもとに、看護領域で開発されたSRSの5因子構造に、『一番の支え(支えになるもの)』『周囲への感じ(周囲に対する感じ)』『自分の今後(自分のこれから)』および比嘉<sup>16)</sup>が選出した『望み数(一番したいこと)』『病気観(病というものは)』を関連づけた“神気性5因子モデル”を図1に示したい。このモデルを、病院施設や在宅ケアの場で援用する<sup>17)</sup>ことにより、Spiritualityの一端であるスピリチュアル性を数量的・記述的に把握することが可能となり、spiritual次元への看護アプローチの一助となろう。

Spiritualityが人間を全人的に理解する上で不可欠となったのは時代の趨勢である。1999年は国際高齢者年世界保健デーの年であったが、その中核とする「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」にも、日常生活の基準として身体的、心理学的(サイコソジカル)、社会的に加えて、spiritualな事柄が明記されている。その中に、「人生の後半段階に向けてすべての人々が準備を行うことは、社会政策と不可分の一体をなすべきであり、その中には、身体的、心理的(メンタル)、文化的、宗教的、spiritual、経済的、健康的およびその他の要素を含めるべきである。」「物質的にもspirituallyにも、高齢者にとって公平で豊かな生活を達成するため、“行動計画”は、世界の社会的、経済的、文化的およびspiritualな動向というより幅広い文脈で捉えるべきである。」「高齢者のケアは、単に病気への対処に止まらず、身体的、心理的(メンタル)、社会的、spiritualおよび環境的要因の相互関係を考慮した上で、その総合的福祉を図るものとすべきである。」と記載されている<sup>18)19)</sup>。

これらのことから分かるように、いまや人間の「こころ」は心理的(メンタル)次元とspiritual次元の二つの次元から捉える状態にある。ただし、看護実践の場では、広義の抽象的なspiritual次元(霊的次元または魂の次元)を看護師が扱うことは実用的でないため、狭義のspiritual次元として捉えた「神氣的次元」の概念を使うことが有用であろう。国内においては、spiritual次元が宗教学・心理学領域<sup>20)</sup>をはじめ福祉学<sup>21)</sup>や教育学<sup>22)</sup>などの多領域で再認識され、それぞれの概念づけで捉えられてきており、看護学や保健・医療の領域でも実践的に活用できるspiritual次元(Spirituality)の概念の共有化が待たれている。

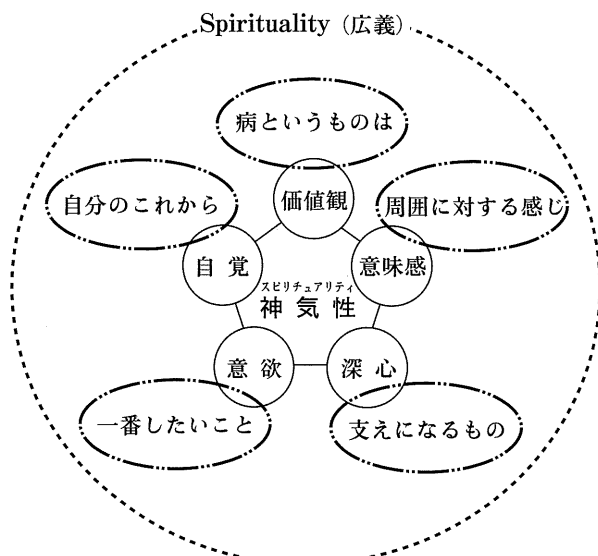


図1 スピリチュアリティ 神気性 5 因子モデル

#### IV. 結論

脳卒中後遺症をもつ在宅療養者（20名）とその主介護者（20名）に対して、SRSと半構造化面接を実施して多変量解析法数量化I類を行った結果、以下のことが明らかに<sup>スピリチュアリティ</sup>なった。

1. 神気性<sup>スピリチュアリティ</sup>を高くする要因としては、「自分のこれからについて希望を持っていること、あるいは絶望していないこと」「周囲に対して肯定的であること、あるいは批判的でないこと」「支えとなる人がいる、または支えになることがあること」がある。
2. 『性別』と『年齢』は、神気性<sup>スピリチュアリティ</sup>への影響力が小さい。
3. 神気性<sup>スピリチュアリティ</sup>に大きな影響力があるのは、『自分の今後』である。
4. 原因変数である『対象者』『性別』『年齢』『一番の支え』『周囲への感じ』『自分の今後』が、結果変数である『SRS得点』を説明（予測）しうる割合は40%である。
5. 半構造化面接の質問項目『一番の支え』『周囲への感じ』『自分の今後』を数量化し単純加算した面接評定の結果から、SRS得点の高低を推測することができる。

#### 謝辞

今回の調査にあたり、快く参加協力していただいたみなさまに厚く感謝いたします。

#### 文献

- 1) 北浦由希, 神田直, 浅井憲義, 山田由美子, 中本有紀, 坂井文彦: 脳卒中患者退院後の在宅介護の実態, 総合リハビリテーション, 27(4): 377-381, 1999.
- 2) 草水美代子, 杉樺秀博, 中谷陽明, 高梨薫, 田中千鶴子, 生沼不二絵, 山本浩敬, 手島陸久: 脳血管疾患患者の療養生活の安定に関する予測- MSW によるアセスメントの適切さの検証, 総合リハビリテーション, 26(6): 589-594, 1998.
- 3) 佐直信彦: 脳卒中患者をめぐる家族の受容過程, 総合リハビリテーション, 23(8): 673-678, 1995.
- 4) 比嘉勇人, 比嘉肖江: がん患者のスピリチュアルケア, 28(5): 652-656, へるす出版, 2002.
- 5) 萩原勝: 日本人のクオリティ・オブ・ライフ, 至誠堂, 1978.
- 6) 水落朋子, 浦野妃路美, 堀田電, 釜糊真由美, 岩井美知代: 脳血管障害者の退院後のQOLを高める要因, 第26回成人看護II, 27-30, 1995.
- 7) Marsha Wiggins Frame: The Spiritual Genogram in Family Therapy, Journal of Marital and Family Therapy, 26(2): 211-216, 2000.
- 8) Hodge David R: Spiritual Ecomaps: A New Diagrammatic Tool for Assessing Marital and Family Spirituality, Journal of Marital and Family Therapy, 26(2): 217-228, 2000.
- 9) Steele RG, Fitch MI: Needs of family caregivers of patients receiving home hospice care for cancer, Oncol Nurs Forum, 23: 823-828, 1996.
- 10) Harrington V, Lackey NR, Gates MF: Needs of caregivers of clinic and hospice cancer patients, Cancer Nurs, 19: 118-125, 1996.
- 11) 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, 2002.
- 12) Jamshidi Jamshid, 正名好之, 島田恭光, 他: 脳卒中患者の退院後のQOL—自己記入式質問表(QUIK)による評価, 臨床リハビリテーション, 6(6): 613-618, 1997.
- 13) 佐藤敏子: 在宅において夫を介護する妻のWell-beingに関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 4(1): 72-78, 2000.
- 14) 石川邦嗣: がん医療におけるQOL研究の世界的動向, 血液・腫瘍科, 41(6): 504-512, 2000.
- 15) 丸山久美子: スピリチュアル・ペインに関する諸問題—スピリチュアル・ペインの測定可能性; 萬代隆監修: 『QOL評価法マニュアル』, 442-447, インターメディアカ, 2001.
- 16) 比嘉勇人, 比嘉肖江: 透析外来患者と看護師における神気性<sup>スピリチュアリティ</sup>の影響要因, 28(12): 1770-1776, へるす出版, 2002.
- 17) 比嘉勇人: ストレスコーピング; 木田厚瑞監修: 『エクセルナース15 [在宅呼吸ケア編]』, 164-170, メディカルレビュー社, 2004.
- 18) <http://www.unic.or.jp/centre/pdf/elderly.pdf>
- 19) <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/index.html>
- 20) 湯浅泰雄監修: スピリチュアリティの現在, 人文書院, 2003.
- 21) 木原活信: 対人援助の福祉エートス, 15-46, ミネルヴァ書房, 2003.
- 22) 西平直: スピリチュアリティの位相—「教育におけるスピリチュアリティ問題」; 皇紀夫 編集: 『臨床教育学の生成』, 206-232, 玉川大学出版部, 2003.

## (Summary)

# Analysis of Factors Related to Spirituality in Patients Treated at Home and Caretakers

Hayato Higa<sup>1)</sup> and Norie Higa<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

<sup>2)</sup> Graduate School of Human Cultures, The University of Shiga Prefecture

**Background** In Japanese nursing world, appropriate Japanese notation and constitution factor for a Spirituality which is one of the healthy elements are not clarified. As a tool measuring Spirituality objectively, Spirituality rating scale (SRS) is developed alone domestically.

**Object** The SRS is used, and a constitution factors of Spirituality is examined statistically. Here, Spirituality is defined strictly as the mental outlook of actively seeking something and endeavoring to relate oneself and particular events: spirits and ideas. In addition, it is transcribed into Shinkisei about Spirituality.

**Method** The SRS (Shinkisei-related pitch is evaluated with 15-75 points) and Semi-structural interview of contents about Shinkisei characteristics were carried out for 20 patients treated at home ( $71.6 \pm 7.8$  years old) and 20 caretakers ( $62.9 \pm 10.3$  years old) as subject (22 female, 18 male). The quantification method of the first type (QMFT) was performed for statistical analysis. With the QMFT, "SRS score" was used for dependent variable, and "Object" "Sex" "Age" "What providers your greatest support" "What do you feel strongly about your surroundings" "What do you think of your future" were used for

independent variable.

**Results** To mean of "SRS score" with patients treated at home ( $42.30 \pm 13.46$ ) and caretakers ( $43.60 \pm 8.81$ ), the significant difference was not recognized (Welch's  $t=0.36$ ,  $df=32.76$ ,  $p=0.36$ : two-tailed test). To mean of female ( $43.27 \pm 9.91$ ) and male ( $42.56 \pm 12.98$ ) SRS scores, the significant difference was not recognized (Student's  $t=1.72$ ,  $df=38$ ,  $p=0.12$ : two-tailed test). The partial correlation coefficient of an explanatory variables for "SRS score" which was a target variable were "What do you think of your future: 0.39" "What do you feel strongly about your surroundings: 0.28" "What providers your greatest support: 0.27" "Age: 0.14" "Object: 0.06" "Sex: 0.05". The coefficient of multiple determination was 0.40.

**Conclusion** Factors lifting "SRS score" were "What do you feel strongly about your surroundings", "What providers your greatest support" and "What do you think of your future". In addition, it was judged that "Age", "Object" and "Sex" which were explanatory variables had few influence to "SRS score".

**Key Words** Spirituality, Spirit, Spirituality Rating Scale, Quantification method of the first type