

心筋梗塞患者の自己管理行動における生きる姿勢と 自己調整学習の役割

花田，妙子

<https://doi.org/10.15017/1654620>

出版情報：九州大学, 2015, 博士（心理学）, 課程博士
バージョン：
権利関係：全文ファイル公表済

博士論文

心筋梗塞患者の自己管理行動における 生きる姿勢と自己調整学習の役割

The Roles of Self-regulated Learning and Positive Attitude toward Living with Illness in Self-management Behavior of Patients with Myocardial Infarctions

2016 年

九州大学大学院人間環境学府

花田 妙子

目 次

論文要旨	· · · · 1
第1章 本論文の概要	· · · · 3
第2章 心筋梗塞患者の自己管理 (self-management) の 従来の主な規定因と自己調整学習の必要性	· · · · 7
1. 問題と背景	
1) 心筋梗塞の発症と継続的な対策	
2) 心筋梗塞の危険因子と病状の悪化の予防	
(1) 最大の危険因子	
(2) 心不全や再発の予防	
2. 自己管理行動の主な規定因 (これまでの研究)	
1) 患者の要因	
(1) 積極的に自己管理することへの肯定的態度	
① 予防行動の有益性、治療効果を重要と感じること	
② 療養の仕方の知識を持っていること	
③ 健康を優先すること	
④ 肯定的な感情的態度があること	
(2) 生きがいを持っていること	
2) 他者からの支援体制 (環境)	
(1) 医療者との信頼関係の構築	
(2) 周りの人々からのよい支援	
3. 従来の自己管理行動の主な規定因のまとめ	· · · · 10
4. 自己調整学習の視点の欠如	
5. 本研究の Research Questions	
6. 心筋梗塞患者の自己管理における自己調整学習能力の必要性	
1) 患者の自己調整学習能力を高める目標設定の仕方	
2) 自己調整学習能力を高める関わりの検討	
3) 循環的な自己調整学習となるための個別指導の必要性	

7. 心筋梗塞患者の自己管理の問題解決の可能性として 患者の自己調整学習	· · · · · 16
---	--------------

第3章 自己調整学習、自己管理行動の概念と本研究の 理論的枠組み · · · · · 18

1. 自己調整学習、自己管理行動の概念と関係	
1)自己調整学習の概念	
2) 自己教育力	
(1) 子どもを対象にした因子分析結果	
(2) 教師の自己教育力に関する調査研究・因子分析	
3) 自己管理行動の概念	
4) 自己調整学習、自己管理行動の概念の関係	
2. 本研究の要因—「病気と共に生きる姿勢」、「支援体制」, 「療養の知識」、「自己教育力」	· · · · · 21
1)「病気と共に生きる姿勢」	
2)「支援体制」(医療者・家族からの支援)	
3)「療養の知識」	
4)「自己教育力」	
3. 本研究の枠組み	· · · · · 25
1) 「病気と共に生きる姿勢」が出発となるモデルの理由	
2) 本研究の枠組みとパスの根拠	
(1)パス①, ②「病気と共に生きる姿勢」から「自己教育力」と 「自己管理行動」へ	
(2) パス③, ④「病気と共に生きる姿勢」から「支援体制」と「自己教育力」 へ	
(3) パス⑤, ⑦「病気と共に生きる姿勢」から「療養の知識」、「自己教育力」 へ	
(4) パス⑥, ⑧「支援体制」から「療養の知識」、「自己管理行動」へ	

4. 本研究の目的	· · · · · 28
5. 尺度の作成が必要な理由	
 第4章 調査対象者の個人属性と調査手続き	· · · · · 29
1. 調査対象者の個人特性	
1) 性別	
2) 年齢	
3) 発症期間	
2. BMI, 血圧, LDL コレステロール	
1) BMI (Body Mass Index)	
2) 血圧と内服	
3) LDL コレステロールと内服	
4) 発症時の胸痛の程度	
5) 治療	
3. 調査手続き	· · · · · 31
 第5章 尺度の作成—「病気と共に生きる姿勢」, 「自己教育力」, 「自己管理行動」, 「療養の知識」, 「支援体制」	· · · · · 35
1. 問題と目的	
2. 研究方法	· · · · · 38
1) 病気と共に生きる姿勢尺度	
2) 自己管理の自己教育力尺度	
3) 自己管理行動尺度	
4) 療養の知識尺度	
5) 支援体制尺度	
3. 結果	· · · · · 40
1) 病気と共に生きる姿勢尺度のグループ主軸法による検討	
2) 自己管理の自己教育力尺度のグループ主軸法による検討	
3) 自己管理行動のグループ主軸法による検討	· · · · · 42
4) 療養の知識（認知）尺度のグループ主軸法による検討	

5) 支援体制尺度のグループ主軸法による検討	
4. 考察	· · · · · 47
1) 自己管理行動について	
2) 各尺度の作成について	
第6章 病気と共に生きる姿勢と自己教育力が 自己管理行動に及ぼす影響	· · · · · 49
1. 問題と目的	
2. 方法	
1) 調査手続き	
3. 結果	· · · · · 51
1) 病気と共に生きる姿勢、支援体制、療養の知識、自己教育力と自己管理行動 との相関	
2) 自己管理行動に及ぼす病気と共に生きる姿勢・支援体制・療養の知識・自己 教育力の因果モデル	
4. 考察	· · · · · 56
1) 病気と共に生きる姿勢と自己教育力	
2) 病気と共に生きる姿勢からの支援体制と療養の知識のパス	
3) 療養の知識と自己教育力、自己管理行動	
5.まとめ	· · · · · 60
第7章 研究結果の応用	· · · · · 61
1. 患者の自己管理の学習について	
2. 支援体制について	
3. 病気と共に生きる姿勢が前向きな思考になるための自己管理	· · · · · 64
1) 心筋梗塞患者が陥りやすいマイナス思考の予防	
2) 病気と共に生きる前向きな姿勢へ効果的な患者会	
4. 自己調整学習の研究への貢献	· · · · · 66
5. 課題と今後の展望	· · · · · 67

引用文献	· · · · · 69
謝辞	· · · · · 79
Appendix 調査票	· · · · · 80

論 文 要 旨

心筋梗塞患者は、危険因子の改善と心不全・再発を予防するために、定期的な受診をしながら内服治療をし、療養の知識を学び日常生活での自己管理を継続する。これまでの研究において自己管理行動を規定する主な要因は、患者の要因として積極的に自己管理することへの肯定的態度や、家族や医療者の支援などが見出されている。しかし、周りの人々からの支援の要因には、医療者の視点で、患者が医師や看護師へ質問しやすい支援などが含まれていない。医療者が指導した療養の知識が、自宅での患者の自己管理行動につながっていないことや、患者が自ら実行しないなどの問題がある。病気や治療について専門的な知識をいくら与えても、患者が自ら実行しなければ再発予防につながらない。患者の自己管理についての学習や実行における研究で見落とされてきた重要な要因は、患者の自己調整学習（Self-regulated learning）の能力やメタ認知能力である。要因との関係性は、まだ詳細になっていない。

本研究は、①心筋梗塞患者が自己調整学習（自己教育力）を発揮することは、自己管理行動（食事や運動）を促すか。②患者の前向きな病気と共に生きる姿勢が、自己調整学習としての自己教育力を高めて、自己管理行動を促進するか。つまり、自己調整学習やメタ認知能力（自己教育力）が、他の要因を媒介して、自己管理行動を促進する関係にあるかを実証的かつ定量的に検証することを目的とする。本研究では、心筋梗塞患者（101名）を対象として、質問紙調査法を行った。研究第Ⅰ部では、病気と共に生きる姿勢を測定する尺度、自己管理における患者の自己教育力を測定する尺度、自己管理行動尺度、療養の知識（認知）尺度、医療者へ質問することを含む支援体制尺度を作成した。患者が医療者を含む周囲の人々に積極的に働きかけて支援体制を強化し、自己管理を継続していく原動力のひとつとして考えられるのが、「病気と共に生きる姿勢」である。「病気と共に生きる姿勢」の要因の中には、日常生活の中で人の役に立つこと、迷惑をかけずに生きること、感謝の気持ちを持つこと（生きていることの感謝）と、生活の中で病気の治療や健康を優先する考え方を持つこと（健康優先）を含んでいる。こうした姿勢が病気に対するアドバイスを素直に受け入れ、病気への意識を深める態度につながる。医療者に質問し、家族の協力を積極的に求めるなど支援体制の強化につながり、自己教育力を高めて自己管理行動を促進させることが期待される。

研究第Ⅱ部では、「病気と共に生きる姿勢」、「自己教育力」、「自己管理行動」、「療養の知識」、「支援体制」の要因間の因果関係についてパス解析を用いて明らかにした。その結果、「自己教育力」に大きく影響している経路は、「病気と共に生きる姿勢」の直接的なパスおよび「病気と共に生きる姿勢」から「支援体制」を経由する2つのパスが見出された。「病気と共に生きる姿勢」は「自己教育力」を高め、そのことが「自己管理行動」を促進すること、「病気と共に生きる姿勢」は医療者や家族等の「支援体制」を高めること、「療養の

知識」の獲得においても、「病気と共に生きる姿勢」が強く影響していることの3点がわかった。自己調整学習（自己教育力）は、媒介要因として自己管理行動を促進する関係にある。心筋梗塞患者が病気と共に生きる前向きな姿勢を持つことは、危険因子の改善と心不全・再発を予防する自己管理行動を促進することが明らかとなった。

以上の研究結果の応用として、医療者は、患者が学習意欲をもってセルフモニタリングをするなど、療養の学習過程に能動的に関与できるようにすることが重要である。その方法としては、①患者が達成できたことの一つ一つに対して、その努力を認め、褒める、②回復のステップごとを共に喜び、③各スマールステップで自己効力感を高める、という関わり方が、患者の自己管理の継続につながる。また、④日常生活における注意事項が多いので、患者がこれらの注意事項を日常の活動の中にできるだけ組み込み、習慣化できるよう一緒に工夫する。心筋梗塞患者は、医療者から病態や治療、日常生活での注意事項など多くの知識を受け、病気によって日常に起こる心配や悩みを医療者に相談しながら、情緒的安定を得ることによって自己管理が継続できるものとなるだろう。したがって、患者が気軽に聞けるように、対人スキルを医師や看護師は高める必要がある。

自己調整学習の概念を用いて、それを患者の「自己教育力」として1つの要因として取り上げ、臨床現場での初めての調査研究である。本研究結果がきっかけとなって医療現場において、自己調整学習の概念を導入した患者の自己管理について研究および自己管理の指導の実践が今後進み、患者の自己管理行動が促進していくことが望ましい。また、本研究結果が、自己管理の共通する部分において、糖尿病患者など慢性疾患者に応用できることなどを検討していく必要がある。

第1章 本論文の概要

心筋梗塞や糖尿病などの生活習慣病患者は、自分の病気の再発や悪化を予防するために、療養の知識と血圧測定や糖尿病の場合のインスリン注射の方法など技術を学び、それを自分の1日の生活の流れの中でいつするかなどの具体的な方法を取り入れて、症状にうまく対処していく必要がある。つまり、心筋梗塞患者は再発や悪化しないように、日常生活の中で血圧を測定するなど日々の自己管理（self-management）できるようになることを要求される。自己管理とは、「患者が療養に関する知識・技術をもち、自分の生活と折り合いをつけながら、症状や徵候にうまく対処していくこと」（安酸, 2015）である。まず、患者は病気や治療について、医師から説明を受ける。そして、患者は日常生活の中でした方がよいこととしてはいけないことの注意事項について、看護師から説明を受ける。このような臨床現場において心筋梗塞患者が自己管理を継続して実行する難しさは、医師や看護師が患者に心筋梗塞という病気やその治療、日常生活での注意事項について専門的な知識をいくら教えても、患者が自ら実行しなければ再発予防につながらないことである。したがって、患者が自己管理において自己調整学習の能力を、高める必要性がここに存在する。以下この点について、具体的に述べる。

心筋梗塞患者の再発は、心筋機能の低下をまねき、生命の危機につながりかねないので、再発予防の自己管理が重要となる。心筋梗塞患者の再発を予防するための心筋梗塞二次予防に関するガイドライン（2006年改訂版）（日本循環器学会, 2006）では、①塩分やコレステロールの食事制限、②規則正しい生活習慣の維持、③怒りやいらいらの制御、④定期的な受診や内服、⑤禁煙と飲酒制限など、多くの行動の自己管理が示されている。したがって、患者はまず心筋梗塞とはどういう病気か、その治療はどのように行われるのかなど専門的なことを知らなければならない。そのために、医師は心臓の模型やX線写真など目でわかるものを提示しながら、かみ砕いて説明することが、臨床現場の通常の状況である。患者は、再発予防のために自らが学ばなければならない知識と実践は、上記の①～⑤を含んで、日常生活における多くの注意事項がある。たとえば、主治医から活動許容範囲を伝えていても、退院指導を受けた心筋梗塞患者は、「どのくらい動いていいかわからない」など、運動をすることを知っていても実行できていない（藤原・村上・野崎・田口, 2006）。また、患者は、「周囲はあまり気をつかってくれず、ストレス」など、家庭や職場での支援の不十分さを感じていた。しかしながら、医療者からの支援環境の構築は時間的な制約があり、必ずしもすべての心筋梗塞患者が十分な支援を受けられるとは限らない。

ここで、患者に要求される能力は、心筋梗塞の再発を起こさないようにするために、何をすればよいのか、何をしない方がよいのかを、学ぶ意欲の向上とその学習方略を具体的に実行することである。心筋梗塞患者に必要とされる学習方略として、病状や治療

法、検査の結果について医師に質問するという行動が重要になる。また、外来受診時など医師・看護師の医療者に日常生活の注意事項を、自分から質問するなどである。しかし、医療現場では、患者自身が自ら学ぶ力を効果的に発揮させて自己管理を行うことを目指すよりも、治療を優先するあまりに一方的な指導になりやすい。また、治療をしてもらっている立場上、患者自身も「おまかせします」という受動的な態度になりやすいので、わからないことを質問するという雰囲気になりにくい。一方、自己管理に必要な知識で、知らないことや不明確なことを気軽に聞いたり、支援を求めることが苦手な患者もいる。

心筋梗塞の心臓リハビリテーション（3か月間）を終了後1年を経過した患者を調べた結果では、食事内容（カロリー、塩分、油もの、間食、外食）に気をつけている人が少なかった（森本・本杉・上条・西尾・後藤、1998）。また、退院時や外来受診時に、医療者が患者に適度な運動を行うようにといった曖昧な表現をすることは、患者に療養の仕方を困難にしている（船山・黒田・上澤、2002）。つまり、患者は療養法を自己判断しながら調整しなければならないので、適切に判断でき安全に実行できるように支える必要がある。再発予防のために自己調整学習（self-regulated learning）の能力を患者が発揮するためには、指導は具体的な表現で、実行可能で、患者個々の生活に合った方法で示されなければならない。

次に、心筋梗塞や慢性疾患患者等の自己管理に関する諸要因の研究について概観する。生きる希望や生きがいの有無は、慢性疾患患者の保健行動に影響している（宗像・相磯、1980）。心筋梗塞患者の前向きな病気と共に生きる姿勢は、主治医や看護師、家族等と支援を形成することにプラスの影響を与える。そして、医療者からの情報や家族の支援および相談相手の存在は、治療に安心して専念できる。また、情緒的な支援がある人は、積極的に予防的保健行動をとりやすい（宗像、2010）。したがって、心筋梗塞患者が前向きな病気と共に生きる姿勢をもつならば、医療者や家族からの支援を素直に受けて、療養に必要な知識に沿って自己調整を行いながら、実際の自己管理行動につながると考えられる。すなわち、病気と共に生きる姿勢は、個人の行動の指向性を左右する要因と考えられる。病気をもって生きる人々が、人間の生きる強さを主体的に環境へ適応させ、自己実現していくことが望ましい。

自己調整学習が関係する自己教育力は、「主体的に学ぶ意志、態度、能力などをいう」と定義され、その具体的構成要素は①学習意欲、②学習の仕方、③生き方の3点を含む（北尾（1997）。「自己教育力」は生徒を対象とした学習活動に関して梶田（1987）が示した4つの要素、すなわち“成長・発展への志向”，“自己の対象化と統制”，“学習の技能と基盤”，“自信・プライド・安定性”に関する内容がある。しかし、他の3つの要素については、対象が成長過程である生徒の学習に関する自己教育力の項目と、心筋梗塞患者である大人でしかも病気を持った状況で、自己管理に必要な知識を学習する場合の自己教育力という両者の間に相違が大きいので、要素を新たに設定する必要がある。

というのも、自己教育力と看護学生や看護師（西村・奥野・小林・中島, 1995）について調べた研究はあるが、心筋梗塞患者の自己管理行動に影響する自己教育力との関係を調べた研究はまだないからである。

そこで、本研究の Research Questions は、「患者の自己教育力が、他の要因の媒介する要因となって、自己管理行動を促進する関係にあるか」である。「患者が自己教育力を發揮することは、自己管理行動（食事や運動など）を促進できるか。」つまり、「自己管理行動（食事や運動など）は、自己教育力（患者の学び方の知識や技能など）に規定されているか」などである。

本研究の目的は、心筋梗塞患者の「病気と共に生きる姿勢」が、医師・看護師の医療者、家族、患者からの「支援体制」、本人の「療養の知識」、「自己教育力」、「自己管理行動」に及ぼす関係を検討する。そのためには、まず、それぞれの概念（要因）を測定するための尺度を作成する必要がある。その上で、要因間の関係を、実証的に明らかにする。

研究の方法は、調査対象者が外来通院の心筋梗塞患者 39 名と検査で再入院の患者 62 名の合計 101 名（男性 88 名、女性 13 名）、平均年齢 68.4 歳 ($SD=11.5$) である。発症期間は、1 年未満 30 名、1 年以上～12 年未満 37 名、12 年以上～24 年 34 名である。調査期間は、2008 年 3 月 4 日～9 月 30 日。調査方法は、質問紙調査法、患者から書面で同意を得て、記名式で個別に実施する。

本論文は、次の構成から成っている。

第 1 章は、本論文の概要について述べる。臨床現場での自己管理上の問題点について述べる。

第 2 章は、心筋梗塞患者の自己管理（self-management）の従来の主な規定因と自己調整学習（Self-regulated learning）の必要性について述べる。これまでの研究における自己管理行動の主な規定因について、患者の要因と支援体制（環境）の要因について述べる。患者の要因は、積極的に自己管理することへの肯定的態度、生きがいを持っていることである。他者からの支援体制（環境）は、医療者との信頼関係の構築、周りの人々からのよい支援である。従来の自己管理行動の主な規定因のまとめを基に、自己調整学習の視点の欠如について述べる。心筋梗塞患者の自己管理における自己調整学習能力の必要性では、患者の自己調整学習能力を高める目標設定の仕方、自己調整学習能力を高める関わりの検討、循環的な自己調整学習となるための個別指導の必要性について述べる。これらを踏まえて、心筋梗塞患者の自己管理の問題解決の可能性として患者の自己調整学習（自己教育力）について述べる。

第 3 章は、自己調整学習、自己管理行動の概念と本研究の理論的枠組みについて述べる。患者の自己管理に関する自己調整学習の下位概念としては、自分を評価したり、自分自身を統制することなどが含まれることを述べる。自己教育力については、子どもを対象にした因子分析結果と教師の自己教育力に関する調査研究・因子分析について述べ

る。自己管理行動の概念については、下位概念として食事制限をする行動や測定をしたり、薬をきちんと内服する行動であることについて具体的に述べる。

本研究の要因について、「病気と共に生きる姿勢」、医療者や家族など周りの人々からの「支援体制」、「療養の知識」、「自己教育力」について述べる。本研究の理論的枠組みとして「病気と共に生きる姿勢」が出発となるモデルの理由、並びに次の①～④のパスの根拠などについて述べる。①「病気と共に生きる姿勢」から「自己教育力」と「自己管理行動」へ、②「病気と共に生きる姿勢」から「支援体制」と「自己教育力」へ、③「病気と共に生きる姿勢」から「療養の知識」と「自己教育力」へ、④「支援体制」から「療養の知識」と「自己管理行動」へ、についてである。本研究の目的と尺度の作成が必要な理由について述べる。

第4章では、心筋梗塞患者の背景を示すために、調査対象者の個人属性について年齢や発症期間、BMIなどを示し、調査手続きについて述べる。

第5章では、「病気と共に生きる姿勢」を測定する尺度、実際の「自己管理行動」とそれに対する認識の「療養の知識」を測定する尺度、自己管理の自己調整学習（「自己教育力」）を測定する尺度、医療者に質問するなどの「支援体制」を測定する5つの尺度を作成する。各尺度の作成にあたって、グループ主軸法を用いて検討する。結果として、「病気と共に生きる姿勢」、「自己教育力」、「自己管理行動」、「療養の知識」、「支援体制」の要因を測定する各尺度は、信頼性係数が高い項目を選び構成することができた。患者の自己管理における自己調整学習（自己教育力）を測る尺度を作成できた。心筋梗塞患者が危険因子を改善し、心不全や再発を予防するために、必要な「療養の知識」（認知）の習得と、その行動の程度を別々に測定できる尺度を作成できた。

第6章では、心筋梗塞患者の「病気と共に生きる姿勢」、「自己教育力」、「療養の知識」、「支援体制」、の諸要因と「自己管理行動」について、パス解析を用いて因果関係を明らかにする。パス解析の結果、「病気と共に生きる姿勢」は「自己教育力」を高め、そのことが「自己管理行動」を促進すること、「病気と共に生きる姿勢」が前向きであることによって、医療者や家族による「支援体制」が喚起され、そのことが患者自身の「自己教育力」を高めて、「自己管理行動」の高まりにつながることが見出された。また、「病気と共に生きる姿勢」が前向きになると、患者は積極的に「療養の知識」を求めることを示していた。

第7章は、研究結果の応用について述べる。臨床現場にどのように役立つかについて、患者の自己管理の学習、支援体制、病気と共に生きる姿勢が前向きな思考になるための自己管理について述べる。①心筋梗塞患者が陥りやすいマイナス思考の予防、②病気と共に生きる前向きな姿勢へ効果的な患者会などの応用について考察する。そして、自己調整学習の研究への貢献、課題と今後の展望について述べる。（付録は、本研究で用いた調査票である。）

第2章 心筋梗塞患者の自己管理（self-management）の従来の主な規定因と自己調整学習（Self-regulated learning）の必要性

1. 問題と背景

1) 心筋梗塞の発症と継続的な対策

心筋梗塞の発症率は、疫学調査久山研究（清原、2010；Kubo M, et al, 2003）において、減少せず横ばいの状態である。また、心疾患の死亡率は、第2位（厚生労働省・人口動態統計・全国調査、2013）を占め、現代の大きな問題である。したがって、心筋梗塞患者に対する継続的な対策は、①危険因子の除去・改善、予防対策、②病気と前向きに生きていく姿勢、③自己管理（Self-management）能力の育成である。

2) 心筋梗塞の危険因子と病状の悪化の予防

(1) 最大の危険因子

①高血圧、②メタボリックシンドローム（肥満、脂質異常症など）である（清原、2009）。原因としては、食生活を含む生活習慣の欧米化が考えられる。

(2) 心不全や再発の予防

- ①定期的な受診をし、内服治療をきちんとすること。
- ②日常生活での自己管理を継続すること。

生活習慣に、自己管理行動を組み込む（例：塩分やカロリーを控えた食事、運動をするなど）ことが重要になる。そのために、患者は①療養に必要な知識の学習と、②日々の自己管理行動を主体的に継続・維持しなければならない。

2. 自己管理行動の主な規定因（これまでの研究）

心筋梗塞患者の自己管理の研究においては、再発を防ぐために患者の要因や支援体制などの影響が見出されている。特に、家族や医療者のサポートは重要である。しかし、何をどのような方法で支援すると、患者が自らやる気をもって、心臓の負担にならないように判断し自己調整しながら療養行動を、自己管理（self-management）できるか、諸要因との関係性は、まだ詳細になっていない。「自己管理行動」については、療養に関する知識・技術をもち、自律的に症状に対処していくことである。以下に、これまでの研究から患者の要因、環境要因として他者からの支援体制について述べる。

1) 患者の要因

(1) 積極的に自己管理することへの肯定的態度

①予防行動の有益性、治療効果を重要と感じること

米国で健康信念モデル(Becker, M.H. et al, Health Belief Model)で、患者の信念と環境要因との関係から療養行動を起こす可能性を示している(安酸, 2015, p.36)。それを用いて藤内・長嶺・佐藤・坪山(1990)が、高血圧患者の自己管理を調べ、高血圧症や合併症の重篤さより、治療の効果を強調して、理解を促す方が効果的であることを示した。また、食事療法の実行度が低下する原因としては、検査データが改善することによって状態が良くなつたと思うことから、疾患の脅威が減少することが挙げられる(河口, 1996)。

②療養の仕方の知識を持っていること

たとえば、食事制限、測定、内服などの仕方や重要性を知ることである。虚血性心疾患患者へ指導パンフレットを作成し生活指導に活用した結果は、パンフレットの内容に沿って理解度を確認し、その正解が多くなる(井上・雨宮・青柳・山田, 2004)。

③健康を優先すること

心筋梗塞を発症して病気と共に生きる姿勢(positive attitude toward living with and coping with the illness)は「病気を治すために養生する生活態度(Strauss, 1984, 南訳, 1987)」が、生きがいをもつて前向きであるほど自己管理行動を促進すると思われる。黒田・船山(2000)は、虚血性心疾患患者の生活管理意識を因子分析し、身体のいたわり、落ち着いた生活と体力の取り戻しなどの因子を示した。

④肯定的な感情的態度があること

心筋梗塞患者の自己管理行動には、運動をすることが好きなど感情的側面が関係している(花田, 1991)。虚血性心疾患の発症の多いA型行動パターン(強い競争心や時間的切迫感など)総得点は、血圧の上昇を防ぐために怒りやいらいらの制御をすることにおいて、30~65歳未満の患者で、自己管理行動の不良な患者が高かった(花田, 1995)。心筋梗塞患者にとっては、精神の安定と共に生活行動をゆったりした行動に整えるという自己管理の必要がある。

(2) 生きがいを持っていること

宗像(2010)は、生きがいがある方が十分な睡眠、バランスのとれた食事、適切な運動につながることを示している。

2) 他者からの支援体制（環境）

社会的支援は、虚血性心疾患（心筋梗塞と狭心症）の発症や死亡などに影響する（Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999）。川上他（2006）は、虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する家族の支援について調べた結果、患者が「家族からの支援があると感じていること」の影響が大きいこと、つまり患者自身が家族から支援されていると認識していることが重要であることを示している。

また、病気と向き合えない人は、自己管理について学ぶ意欲が低く、生活の中に知識を生かし、自己管理を実行する意志も低い（村上・梅木・花田, 2009）。学ぶ意欲が低い人は、そのために支援環境が広がらず、患者は自己管理がうまくいかないことについて医師や看護師に相談したいと思いながらも、ためらい、直接尋ねるという行動が出にくい。支援が必要な時に支援が得られないと感じている。また、家族の理解が得られていないなど周囲からの孤立感が、治療への自己管理を阻害している。

次に、医療者との信頼関係の構築、周りの人々からのよい支援について述べる。

(1) 医療者との信頼関係の構築

指導を繰り返すことにより、患者の不安が解消している（井上ら, 2010）。虚血性心疾患の男性患者の調査によれば、年齢が若いほど再発や悪化に対する退院時の不安が高かった（笹田・松下・一瀬・牛奥, 2004）。糖尿病患者の場合は、退院後に健康管理が改善したと認識している人の方が、逆にストレスを感じていることが見出されている（大道・河合・櫻井・照沼・青木, 2001）。また、退院指導から外来通院での適切な指導（食生活、内服等）が必要である（栗原他, 2010）。

(2) 周りの人々からのよい支援

ソーシャルサポートが良いことが虚血性心疾患の長期予後と死亡率の低いことを示している（Farmer, et al, 1996）。また、家族からの支援については、小西・遠水・矢田・後藤（2001）が、家族の励ましや協力によっては患者が運動療法を継続していることを示している。

以上のことから心筋梗塞患者の自己管理行動について、自己調整学習の概念を用いて見てみると、自己管理を自らしようとするやる気をもてるようとする動機づけの強さに左右され、医療者や家族など周りの人々の支援などによって強化され、実行の継続が促進されると考えられる。しかし、従来の研究の周りの人々からの支援の要因には、医療者の視点で患者からの視点がないという問題が存在する。また、患者が医師や看護師へ質問しやすい支援などが含まれていないという問題がある。

3. 従来の自己管理行動の主な規定因のまとめ

自己管理行動の形成と維持について従来の研究においては、主に以下の内容であることがわかる。

- ① 患者が自己管理することへ積極的で、その知識を持ち、病気と共に生きていくこうという姿勢があること。
- ② 医療者が患者を支える支援関係（信頼関係）を構築すること。

しかし、これらの要因は、必ずしも自己管理行動の形成と維持に貢献していないことが、次の研究から明らかとなっている。

- ① 藤原・村上・野崎・田口（2006）は、退院指導後の生活の現状調査を行った結果、知識が行動につながっていないことを示している。
- ② 森本・本杉・上条・西尾・後藤（1998）は、患者が自ら実行しないことを示している。

心臓リハビリテーションを維持している心疾患患者の自己管理を支える看護実践の指針を得る研究結果の中に、患者の持てる力を引き出すには、身体のサインを受け止め、生活との関連がわかれれば、自分で行動を調整できるようになる（藤田、2011）ことが示されている。心筋梗塞患者の自己管理は、医療者や家族の周りの支援がいかにあっても、患者自身が必要な知識を学び、日々の生活の中で実行しないことには、再発を予防できないという問題がある。本人が、毎日実行し続けなければならないという難しさがある。また、食事制限や運動などの毎日の継続であるので、面倒だ等の感情も伴い、より実行し難い問題があり、研究的に解決していく必要がある。したがって、患者自身が自己調整学習をしながら、実践していくことが重要である。

4. 自己調整学習の視点の欠如

病気や治療について専門的な知識をいくら与えても、患者が自ら実行しなければ再発予防につながらないという問題に対して、今まで患者の自己管理指導の研究において、

見落とされてきた重要な要因がある。それは、患者の自己調整学習能力やメタ認知能力である。自己調整学習（自己教育力）については、自己教育力について梶田（1987）が、4つの側面、7つの視点として、次のような①～④を示している。

① 成長・発展の志向、②自己の対象化と統制、③学習の技能と基盤、④自信・プライド・安定性である。自己の対象化と統制と関係する自己調整学習（Self-regulated learning）の定義は、次の通りである。自己調整学習とは、「学習者が、習得目標の達成をするように体系的に方向づけられた認知、情動、行動を自分で生起させ維持する過程のこと」（Schunk&Zimmerman, 2008, 塚野訳, 2009）である。これまでの心筋梗塞患者の自己管理の研究では、患者の自己調整学習の視点の欠如が問題であり、本研究にはこの視点を入れて要因間の関係を調べる。

5. 本研究の Research Questions

- ① 患者が自己調整学習（自己教育力）を発揮することは、自己管理行動（食事や運動など）を促進するか。
 - ② 患者の前向きな病気と共に生きる姿勢が、この自己教育力を高めて、自己管理行動を促進するか。
- つまり、自己教育力は、媒介要因として自己管理行動を促進する関係にあるか。

6. 心筋梗塞患者の自己管理における自己調整学習能力の必要性

心筋梗塞患者が再発を防止するために、なぜ自己調整学習が必要かについて、患者が療養に必要な知識を学び、自ら日常生活の行動に組み込んで、実行していくポイントとして、その能力を高める目標設定と関わり、個別指導の必要性の視点から述べる。

1) 患者の自己調整学習能力を高める目標設定の仕方

患者自身が、自分の病気について自己調整学習の能力を高め、症状の悪化を防ぐには、医療者は患者の状態をよく観察し、適切な目標を患者と一緒に設定することが重要になる。以下、これを具体的に述べる。

心筋梗塞患者で職についている人は、病気をもっていてもいつもと変わらず仕事をしたいとか、時間的制約があるにも拘わらず意欲的に運動に取り組んでいた（山西, 2002）。治療の自己管理を続ける要因としては、病気を前向きにとらえることや、社会性を維持することによる満足感、療養の負担感を少なくすることを支える友人や家族の存在が考えられる。したがって、心筋梗塞患者が日々の生活の中で自己管理行動を継続し症状の悪化を防ぐには、自分自身の病気に関心を持ち、自ら向上心を持って

前向きに学んでいく自己調整学習能力（自己教育力）が、必要である。眞鍋・瀬戸・上里（2001）は、自己管理行動の準備態勢を高めるには、内発的動機づけを育てることの重要性を示している。興味をもてること、行うことに楽しさがあるようになると（Wolters, 1999）は、内発的動機づけを高めるものと期待できる。自己調整学習能力は、動機づけの強さに左右され、さらに学習方略、周囲からの支援、などによって強化される。

患者が自己調整できるには、自律的な動機づけを発達させなければならない。また、自己管理行動において満足感を抱き、継続していくためには、目標の内容や目標を達成しようとする理由が関係してくる。効果的な目標の設定について、Table2-1 は Schunk., & Zimmerman (2008, 塚野訳, 2009)を参考にして、心筋梗塞患者が再発を防ぐために肥満を減量していく例である。また、Table2-2 は、心筋梗塞患者の肥満防止の目標設定の例を、優れた目標の特長について示した。自己調整学習ができるようになるための目標の設定は、第 1 に具体的であることが重要である。例えば、心筋梗塞患者は再発予防のために肥満の予防をしなければならない場合、体重を標準体重（例；63kg）に減量するなどである。抽象的な目標は、何をすればよいのかが患者に伝わらず、目標の達成につながらない。患者にとって具体的な計画的目標は、その目標へどのように進んでいくのかがわかるので、有効である。優れた目標の第 2 の特長は、短い時間間隔での目標の方が、進み具合がわかりやすい。

設定する目標が難し過ぎると、患者にとって負担になって実現できない。努力しても到達できないような難しい目標は、自己調整の力を引き出せない（Schunk, 1983）だけでなく、患者自身が心機能低下を伴っているので、身体的、精神的にも負荷となるないように細心の注意が必要となる。医療者は、患者の状態をよく観察して、適切な目標を患者と一緒に設定することが重要になる。

2) 自己調整学習能力を高める関わりの検討

患者が、治療に前向きに動機づけられ、日常生活の注意事項について療養目的の観点からの認知構造を変容させ、自己調整学習を行えるように医療者は関わることが大事である。以下、これを具体的に述べる。

Zimmerman(1989)は、「自己調整」をより具体的に定義している。すなわち「自己調整」とは、「学習者が、メタ認知、動機づけ、行動において、自分自身の学習過程に能動的に関与していること」としている（伊藤, 2009）。また、ここでメタ認知とは、

Table 2-1 心筋梗塞患者の目標の動機づけ作用

動機づけに及ぼす目標の効果	目標設定の例
目標は、目標関連課題を「選択」させ、「関心」を向けさせ、目標と関連のない課題から遠ざける。	肥満ぎみの患者が、標準体重にする目標を立てた場合、その計画達成の具体的な方法に关心をもつ。
目標は達成しようとする「努力」を増す。	定期受診の体重測定の日が近づくと、食事のカロリーカットと運動の努力を増やした。
目標はそれを追究する「粘り強さ」を維持する。	定期受診日の体重測定では、まだ標準体重までに減量できていなかった。でも患者は、食事制限と適度の運動を毎日して、目標の標準体重に向けた努力を続けた。
目標は対象の結果への「情動反応」を増やす。	患者は、標準体重に減量する目標のために、自分の健康が向上すると、自分に対する満足感とプラスの感情が増す。

Schunk & Zimmerman (2008, 塚野編訳, 2009, p.222) を参考に花田が作成

Table 2-2 心筋梗塞患者の優れた目標の特長の例

優れた目標の特長	目標設定の例
目標の「具体性」	具体目標：患者は体重を標準体重の 63kg に減量したい。 抽象的目標：患者は肥満をなくそうとする。
目標の「近時性」	近い目標：患者は 1 ヶ月以内で 2kg を減量しようと思う。 遠い目標：半年で標準体重に近づこう。
短期間と長期間の目標の「階層的」組織 目標の葛藤の「調和」と不足	短期目標：1 日の最低カロリーの食事のめやすを覚える。 長期目標：毎日の食事で低カロリーの食事にする。 腹囲を下げたいという目標は、甘いものを食べたい気持ちとは反するが、肥る前のズボンがはけるという家族の期待と一致する。 毎日散歩 1 時間を続ける患者の目標は、難しいができるものだ。
「難しい」あるいは挑戦しがいのある目標 自己設定目標と他者によった目標の相異	自己設定目標：患者は次の受診日までに、少なくとも 2kg 減量する。 指定された目標：医師は、次の受診日に、少なくとも 2kg 減量することを言う。 患者が、ますますの体重の減量を目指すなら、色々な減量の仕方についてのメタ認知及びそのやり方を改善する必要に気づくこと。
目標達成のために意識した方法 学習過程が遂行結果への目標の「焦点化」	覚えた食品のカロリーのめやすを活かして、低カロリー食の献立を作ったり、1 日の摂食量をコントロールする。

Schunk & Zimmerman (2008, 塚野編訳, 2009, p.224) を参考に花田が作成

学習過程で計画を立て、自己モニターし、自己評価することを指す。動機づけとは、自己効力、自律性を認識していることを意味する。行動とは、学習者が学習を最適なものにする社会的環境を自ら創造することを指す。藤田（2010）は、大学生の自己調整学習において、望ましい学業的援助要請のあり方を検討した。自己調整学習において自律的援助要請は、適応的な学業的援助要請のスタイルとなっていた。また、野崎（2003）は、独力では解決できない課題を解くために他者に助言を求める行為は、学習過程において重要な学習方略にあたることを示し、Ryan & Pintrich(1997)の「動機づけ—態度—要請行動」モデルを精緻化した。友人と教員という要請対象者別にモデルを構築し、コンピテンスに違いがみられることを示した。医療者が患者に対して治療への動機づけを与えることは、患者自らが治療へ前向きな動機づけをもたらし、認知的態度を変容し、治療方針を守るという自己調整が必要となる。たとえば、運動不足であった患者が、毎日1時間の散歩をする行動などである。

島田・高木（1994）は、自尊心の高い人の場合、ことの重大さを認識することによって、はじめて援助を要請する意思決定を行うことを示した。また、共感性の低い人は、周囲に対する羞恥心が援助要請の意思決定を左右することを示した。したがって、患者と医療者の関係においては、医療者は、自尊心の高い心筋梗塞患者に対しては、命にかかわることの重要性を認識できるようにかかわることが重要であり、共感性の低い患者については、常に患者が療養上知りたいことを、質問しやすい雰囲気を作つておく必要がある。大井・倉田・神田（2004）は、心筋梗塞で再入院を繰り返す患者の生活指導をした事例研究から、医療者が患者の生活場面に沿って理解し、療養のアドバイスが患者に受容されやすくなる指導の重要性を示している。また、伊藤・神藤（2003）は、自己効力感が高い人ほど、認知的側面の自己調整学習方略と内発的調整方略を用いていたことを示している。また、学習時の不安感が高い人ほど、認知的側面の自己調整学習方略、内発的調整方略を用いていた。心筋梗塞患者が退院後に行う運動療法は、患者の自己効力を増すことが示されている（Ewart, Taylor, & Reese, 1983; Taylor & Bandura, 1985）。

3)循環的な自己調整学習となるための個別指導の必要性

患者が、生活習慣の中に再発予防の注意事項を組み込んで、患者自身が自己調整学習として、療養行動の自己管理が定着できるように、医療者は個別指導によって工夫する必要がある。以下、これを具体的に述べる。

学習方略については、記憶や思考に関する認知的な方略と学習意欲に関わる情意的な方略がある。e-ラーニングを活用したプログラムの受講開始前の自己調整学習(SRL)の計画段階での学習者タイプ分けを行うための質問項目を精選し検討した(合田・山田・松田, 2010)。学習者は、自分の学習の進み具合を評価するなどのメタ認知の機能を通して、自己調整によって学習を効率的に進めていく必要がある。学習者が、循環的な自己調整法ができるよう指導する時の個別サポートとしては、失敗をとがめるよりも、学習者の成功を強調し、向上をめざす試みを勧めた方がよいこと、という励ましの重要さを述べている(Zimmerman, Bonner, & Kovach, 1996 塚野他訳 2010)。自己調整ができる学習者になるには、自律的動機づけを発展させ(Schunk & Zimmerman, 2008 塚野編訳 2009), 次のステップに向かって循環し、成功を励ます方が効果的である。

患者のストレスを軽減するには、医師や看護師は患者とできるだけ話し、関わりを十分もつことが重要である(シェリフ多田野・太田, 2006)。岡田(2008)は、親密な友人関係の形成や維持を促す要因として、自己開示や援助行動を指摘している。患者が、療養上の悩みを医療者に相談するという学習方略をとる個別指導など機会の多いことが必要である。

7. 心筋梗塞患者の自己管理の問題解決の可能性として患者の自己調整学習

心筋梗塞患者においては、自分の病気の再発を予防するためには、療養そのものの知識・技術を学び、それを自分の生活に実際に取り入れて、自己管理できることが必要である。したがって、患者は病気や治療、日常生活における注意事項を自己調整しながら学習していくことが要求される。また、藤田・松岡(2002)は、心筋梗塞患者が日々の生活の中で健康維持の自己管理行動を継続し症状の悪化を防ぐには、自分自身の病気に関心を持ち、自ら向上心を持って前向きに学んでいく能力の存在があったことを見出している。

以上をまとめると、学習者である患者に指導的立場にある医療者が、療養に必要な知識を教えるとき、適度な運動をするようになど曖昧な表現や活動許容範囲を伝えることでは、日々の運動をするという行動には繋がりにくいことがわかる。患者個々の1日の過ごし方の中に、1時間の散歩を朝もしくは夕方するなどや、仕事をしている患者には通勤のバス停1つ手前で降りて歩くなど生活リズムとして組み込み実際にできることが可能になるようにするなどである。しかし、病気をもっていてもいつもと変

わらず仕事をしたいなど「動機づけ」があると、意欲的に健康によい運動を続けることがわかる。これは、如何に自己管理行動の継続には、「動機づけ」を患者が見つけ持つことの要因の重要性がわかる。つまり、心筋梗塞患者の自己管理においては、「自己教育力」の構成要素の①学習意欲であり、「自己調整学習」の＜動機づけ＞の重要さがわかる。したがって、心筋梗塞患者が自分自身の病気に関心を持ち、自ら向上心を持って前向きに学んでいく自己教育力が高まれば、日々の生活の中で健康維持の自己管理行動を継続し症状の悪化を防ぐようになるのではないかと考えられる。

「自己教育力」は、主体的に学ぶ意志、態度、能力などである。心筋梗塞患者の発作で生命の危険にあったことをきっかけに、患者は今までの自分のライフスタイルを見つめ、再発しないように療養行動をとり始めている。「自己調整学習」の＜メタ認知＞を働かせて、身体の症状や徵候を認識し、心臓に負担にならないよう運動や塩分を控えるなど日常生活と関連してどうすればよいか、自分で行動を調整できるようになることがわかる。自己管理においては意欲が低くなると、つまり＜動機づけ＞が低いと、療養上わからないことがあっても医療者に質問するなどの行動をしなくなり、支援を形成しづらくなることが示されている。したがって、医療者や家族など周りの人々からの支援体制が、自己管理における患者の「自己教育力」の①学習意欲と「自己調整学習」の＜動機づけ＞とどのように関連して、自己管理行動を促進することができるかを調べる必要がある。

第3章 自己調整学習、自己管理行動の概念と本研究の理論的枠組み

1. 自己調整学習、自己管理行動の概念と関係

1) 自己調整学習の概念

伊藤（2009）は、自己調整学習を「学習者が動機づけ、学習方略、メタ認知の3要素において自分自身の学習過程に能動的に関与していること」と定義している。自己調整学習と自己管理行動のそれぞれの下位概念を明確にして、本研究の理論的枠組みを構成する必要がある。患者の自己管理に関する自己調整学習の下位概念としては、自分を評価したり、自分自身を統制することなどが含まれる。自分のライフスタイルで健康によくない所を考え直すよう心がけていることや、自分の自己管理を注意されても腹を立てずに、アドバイスを聞こうとすることなどがここに含まれる。自分の自己管理の良い所と悪い所をわかっていることなどである。

患者は食事制限など毎日のことなので、いやになるときもある。しかし、塩分制限で薄味の食事がいやになったときでも、思い直すなど自己管理における患者の自己調整学習能力として必要とされる要素である。したがって、本研究では、心筋梗塞患者の自己管理における自己調整学習の要因には自己評価と自分自身を統制することなど上記の内容を含みながら、要因の関係を調べてゆく。患者の自己調整学習は、本研究ではその要因名を「自己教育力」として一緒に扱っている。

Zimmerman（1996）らは、学習者が、自己調整学習によって学習スキルと自己効力感を高める具体的な指導の実践を示している。例えば、何かを行うときの時間スケジュールを立てることや文章理解、ノートを取るスキルを育てることなどである。あるいは、心筋梗塞患者が、塩分制限の食事を覚え、それを日々実行するには、看護師と管理栄養士が各食品の含有塩分量を教えることから始まる。そして、めやす量など覚えた知識が毎日の食事で適切に実行されているかを、患者本人が確認する。その方法としては、摂っている味噌汁を外来受診時に病院に持ってきて、塩分を測る器具で確認するなど、個別指導をしながら、自己調整学習の能力が自己管理において、定着していくようにする。このように、患者の生活習慣の中に組み込んでいくことが、実行の要となる。

また、松崎（2008）は、「総合的な学習」の時間の一部を使って、基礎的知識の定

着と自己調整学習力を培う目的から、ポートフォリオを教授ツールとして活用する学習者評価を行った結果、基礎的知識の定着感および自己調整学習努力としての学習意欲や、学習計画・振り返り、学びのためのコミュニケーション力において効果を見出した。自己調整学習についての研究では、大学生や生徒を対象とした研究はなされている。だが、心筋梗塞患者の自己管理行動への自己調整学習能力の影響について調べた研究はない。こうしたことを踏まえた本研究は、医療現場における自己調整学習の有効性について研究をする。

本研究の意義は、医療現場において医師や看護師等の医療者が、患者の食事療法や運動療法など自己管理について指導するときに役立つことである。また、自己調整学習の研究としては、医療現場での患者を対象とした初めての研究となり、適応範囲を拡大する可能性をもった実証的な検討である。

2) 自己教育力

1983年に第13期中央教育審議会教育内容等小委員会が、審議経過報告で「自己教育力」の育成として、日本で最初に使った。日本教育心理学会（1990年）が、「自己教育力の育成・再考」をテーマに、シンポジウムを行っている。その中で丸野（1990）は、自己教育力育成のメタ認知研究から自己モニタリングの重要性について述べている。その後、「自己教育力」の研究は、森ら（2000）を参考にすると、小学生（小山・河野、1999）や中学生、教師（小山・河野、1999）、看護学生（坪田、2003）、看護師（長尾・籬倉ら、2004）などを対象として行われている。

新實（2004）は、看護学生を対象とした研究で「自己教育力」を、自ら学ぶ意欲と主体的に変化に対応する能力であると捉えている。そして、人間に本来備わっているもので、教育的な働きかけによって、啓発できる能力としている。西村ら（1995）は、看護学生を対象とし、梶田（1985）の自己教育性調査票を基に4つの側面から下位項目を設定した「自己教育力測定尺度」を用いて、看護学実習における自己教育力の変化を調べている。そこでは学生が対象者と良好な人間関係を築けるように支援することが、学生がもつ自己教育力を育む上で大切なことを述べている。

北尾（1997）は、「自己教育力」の概念を「主体的に学ぶ意志、態度、能力などをいう」と規定し、その具体的構成要素として、①学習意欲、②学習の仕方、③生き方の3点をあげている。自己教育は、「社会教育」を捉える概念でもあるが、現在生涯学習の視野に立つと学校教育は、生涯にわたって主体的に学ぶ意志、態度、能力の「自

己教育力」を培う基礎と言える。

次に、「自己教育力」に関する研究の主な領域である1つ目の子どもを対象にした「自己教育力」と2つ目の社会教育の分野での先行研究について、それぞれの因子分析結果を見てみる。

(1) 子どもを対象にした因子分析結果

「自己教育力」については、梶田が基本的な側面として、次のように4側面から構成される「自己教育力」のモデルを提示している（小山・河野、1999）。それは、①成長発展への志向、②自己の対象化と統制、③学習の技能と基盤、④自信・プライド・安定性の4側面から構成されている。このモデルに基づいて、浅田（1988）は、小学校3～6年生を対象にして、因子分析を行った結果、①自己向上・努力主義、②自信・自己受容、③達成承認欲求、④肯定的自己感覚、⑤自己統制の5要因を抽出している。

(2) 教師の自己教育力に関する調査研究・因子分析

小山・河野（1999）は、教師の自己教育力測定項目に対して因子分析を行った結果、8因子を抽出している。それは①専門性向上努力、②自律的実践力、③同僚志向、④自己変革意欲、⑤生徒志向、⑥他者受容性、⑦広い視野・柔軟性、⑧現状充足感と命名されている。さらに、これらの共通性をとらえて分類した結果、教師の「自己教育力」は、5つのカテゴリーとして①向上意欲、②自己統制力、③対人志向性、④オープンネス、⑤精神的安定性から構成されることを示している。

3) 自己管理行動の概念

日本語表現辞典では、自己管理とは「自分の生活や行動を律して、健康維持や学力向上などをしっかりと行えるようにすること」となっている。患者を対象として自己管理行動は「患者が療養に関する知識・技術をもち、自律的に症状に対処していくこと」である。自己管理行動の下位概念としては、食事制限をする行動や測定をしたり、薬をきちんと内服する行動である。食事制限の行動としては、肥満を予防して心臓にかかる負担を少なくしなければならないので、腹一杯にたべないことなどが具体的な行動となる。患者は高血圧を予防するために、毎日血圧を自分で測るという行動や、自分の活動量が心臓に負担になっていないかを1分間の脈拍数を測って、早くなり過ぎていれば、そのときの運動量を減らす行動などをとれることがここに含まれる。

患者が塩分制限の食事をしたり、体重や血圧、脈拍を測定する行動がここに含まれる。本研究においては、自己管理行動をとれる程度が、心筋梗塞患者の危険因子の改善や心不全・再発の予防をどの程度できるかにかかわっている要因として、位置している。

4) 自己調整学習、自己管理行動の概念の関係

「自己調整学習」の概念は、伊藤（2009）が示すように、「学習者が動機づけ、学習方略、メタ認知の3要素において自分自身の学習過程に能動的に関与していること」と学習過程に限られる範囲を示している。「自己教育力」の構成要素の①学習意欲と②学習の仕方は、「自己調整学習」の概念の動機づけ、学習方略と重なっていることがわかる。患者における「自己管理行動」の概念が、「自己調整学習」の概念と、どのように位置づくかについて見てみる。「自己管理行動」は、患者個々の日常生活状況や疾患により症状や徴候も異なりそれに対処していくことなど広範囲を含んでいる。「自己管理行動」は、患者の日々の日常生活における実行する行動そのものである。「自己調整学習」のメタ認知は含まれてくるので、この部分において両者は重なっている。

中村（2008）は、患者の自己管理にセルフモニタリングの教育の必要性を述べている。たとえば、体重や血圧測定に関する事などある。森山・中野・古井・中谷（2008）は、月ごとの目標設定（食事、運動）による達成率を調べている。また、西他（2014）は、外来における心不全自己管理手帳を活用した取り組みで、目標の設定、経過の記録、目標の評価のセルフモニタリングプロセスを示している。このように自己調整学習の視点を自己管理に取り入れた研究もある。しかし、非常に少なく系統的に検討した研究はまだない。従来の患者の要因や支援体制の影響要因の構造では、自己管理行動を促進する詳細を説明できないという問題がある。したがって、患者を「療養の知識を学ぶ学習者」として、患者の学ぶ力である自己教育力を1つの要因として捉える。そして、患者が自己教育力を發揮し、自己管理行動を促進するように、本研究では患者の自己調整学習能力、メタ認知能力を含んで検討していく。

2. 本研究の要因—「病気と共に生きる姿勢」、「支援体制」、「療養の知識」、「自己教育力」

心筋梗塞患者の病気と共に生きる前向きな姿勢は、主治医や看護師、家族等と支援を形成することにプラスの影響を与える。そして、医療者からの情報や家族の支援および相談相手の存在は、治療に安心して専念できる。したがって、心筋梗塞患者が

前向きな病気と共に生きる姿勢をもつならば、医療者や家族からの支援を素直に受け、療養に必要な知識に沿って自己調整を行いながら、実際の自己管理行動につながると考えられる。すなわち、病気と共に生きる姿勢は、個人の行動の指向性を左右する要因と考えられる。以下に、「自己管理行動」に関する要因の「病気と共に生きる姿勢」、医療者・家族からの「支援体制」、「療養の知識」、「自己教育力」について述べる。

1) 「病気と共に生きる姿勢」

心筋梗塞や糖尿病など生活習慣病患者の自己管理の要因に関する研究では、宗像・相磯（1980）が慢性疾患患者の保健行動において「生きる希望や生きがい」がある方がよいことを示している。また、村上・梅木・花田、（2009）は、自己管理を促進する要因として、「自分でないことにはという気持ち」など患者自身が自己管理の覚悟を決めることや、「一生付き合う病気と受けとめること」など治療や自己管理の必要性を自覚するなど病気と向き合うことが必要としている。迫田・田中（2009）は、心筋梗塞患者にインタビューし、強い胸痛や心臓の治療から生命の危険を伴う体験として、今までの生活を振り返り病気を悪化させる因子を取り除くにはどうしたらよいかと行動を変えるきっかけとなっていることを示している。「いつ発作が又起きるかの不安から再発予防を強く意識」して、食生活を変えることや禁煙・禁酒の努力、できるだけ適度の運動をすること、治療の継続などの療養行動をとっていることを示している。

以上の知見をまとめると、生きる希望や生きがいをもって前向きであること、病気と一緒に付き合い自己管理をしていく覚悟を決めて病気と向き合うことが、病気について学ぶ意欲や治療への自己管理を促進する要因になり得ると考えられる。患者は心筋梗塞の発作を起こしたことが、今までの自分の生活の仕方を健康という視点をもって振り返るきっかけとなって、その結果自分のライフスタイルで再発防止によくないことをしないという行動変容をするよい機会となっていると思われる。

したがって、本研究において心筋梗塞患者の自己管理行動に影響する要因として、患者の心筋梗塞という病気と共に生きる姿勢を取り上げ、前向きであることが他の要因とどのように関係して、自己管理行動を促進しているかについて調べる。

2) 「支援体制」（医療者・家族からの支援）

眞嶋・寺町・小沼・木村・笠貫（2003）は、外来通院中の心疾患患者の調査対象者の8割が治療や自己管理についての情報を主治医より受けていること、また医療者

から支援を受けている者ほど配偶者からも支援を受けていることを示している。また、鈴木・古瀬（2009）は、虚血性心疾患患者の自己管理に対する自己効力感を高め自己管理行動を促進するためには、検査結果の改善が治療の重要な指標となることについて患者が認識し、症状を生じないようにする留意点を知ること、症状出現時の対応の仕方を知ることなど医療者からの支援が必要なこと、家族からの支援を得ることができるように介入をすることが重要であることを示している。

以上の知見をまとめると、患者が心筋梗塞の病状を理解するために、説明を受けた主治医にわからないことがある場合に質問して、検査結果の数値の意味を理解するなど医療者から治療や自己管理についての必要な情報を得るための質問をして、教えてもらうことができるなどの支援を形成していく、患者が積極的に作っていく医療者からの支援である。

したがって、本研究において心筋梗塞患者の自己管理行動に影響する要因として、医師・看護師の医療者からの支援、家族からの支援や同病者である患者からの支援など、周りの人々からの支援体制を取り上げ、病気と共に生きる姿勢や自己教育力、自己管理行動との関係について調べる。

3) 「療養の知識」

菊地他（2003）は、虚血性心疾患患者の生活指導に「高脂血症はなぜこわいか」や「お酒と上手に付き合うために」などのビデオを用いて個別学習を取り入れることによって、自己管理の意識を高め維持することにつながることを示している。また、船山・黒田・上澤（2002）は、虚血性心疾患患者が心臓への負荷のかけ方を少しづつ増やしていく過程において、退院時や外来受診時における医療者からの療養法に関する指導には、適度な運動を行うことといった曖昧な表現がなされることが多いと述べている。そして、こうした状況において患者が自分で調整していかなければならない状況に出くわしたとき戸惑うことを見出している。

以上の知見をまとめると、患者は心筋梗塞患者の発作を起こしたことを見きっかけとして、療養の知識は曖昧ではなく具体的に実行できる程に確かなものになっていることが必要であることがわかる。したがって、心筋梗塞患者が再発を予防するために必要な療養の知識が、病気と共に生きる姿勢や支援体制、自己教育力、自己管理行動などのように関係しているかについて調べる。

4) 「自己教育力」

自己教育力の観点は、心筋梗塞の再発予防の際にも応用できる。自己管理における自己教育力とは、「患者が療養に必要な知識（食事制限、規則的な生活、怒りの制御、測定と内服、禁煙と飲酒制限の必要性など）を主体的に学び、その内容を自己統制しながら日々実行していく能力」のことである。患者が心筋梗塞の再発予防の自己管理において自己教育力が必要な理由は、患者は病気や治療の知識や血圧・脈拍の測定法を身につけて、日常生活の注意事項を学び適切に実行していくことを要求されるからである。

再発を防止するために患者に要求されることは、「何をすればよいのか、何をしない方がよいのか」を知ることである。そのために、心筋梗塞の病状やその治療の方法、検査結果の説明を医師から受けた時にわからないことがあった場合には、今の病状を理解するために医師に質問することなどの行動である。また、退院後に生活を送っている中で分からぬことがあった場合には、外来受診時に医療者に日常生活の注意事項を自分から質問し、どのようにすればよいかを具体的に理解し実行するなどである。例えば、患者は塩分制限の食事や適度の運動を自分で具体的に日常の中で判断しながら調整しなければならない。患者が自分の血圧の数値や体重増加の程度などを自分で考えて、自主的に塩分やカロリーを制限した食事にするように行動を調整することなどである。心筋梗塞患者で職についている人は、病気をもっていてもいつもと変わらず仕事をしたいとか、時間的制約があるにも拘わらず意欲的に運動に取り組んでいた（山西、2002）ことが示されている。元気にして仕事を続けるという患者の意欲は、心機能を保つように自己管理行動の1つである毎日適度の運動を継続するという行動に、意欲的に取り組み実行していくことにつながることがわかる。

以上のことまとめると、患者が自らやる気をもって塩分制限の食事をおいしく食べる工夫をしたり、意欲的に毎日1時間の散歩を楽しむなどのライフスタイルを維持するために、患者が定期的な外来受診日に採血や心電図など検査結果など病状に合わせて、まず理解していく過程がある。自分の生活状況つまり運動のできる範囲や、塩分制限量が1日6gか8gかなど、心臓に負担をかけないために標準体重を維持するようあと何kg減量する必要があるか、そのために何カロリーの食事にしなければならないかなど、自分の日常生活と関連させて組み込み、実行していくことができるようになることである。ここにおいて、患者は医療者にわからないことを積極的に質問して、受診から帰ったらすぐに実行を毎日続けていく自己管理行動につながるために、患者の自己教育力を發揮することが自己

管理行動を促進することに影響してくると考えられる。

したがって、本研究において心筋梗塞患者が食事や運動など調整していくことを要求される自己管理を毎日継続していくために必要な患者の自己教育力を取り上げ、病気と共に生きる姿勢や医師・看護師の医療者や家族などからの支援体制、療養の知識、自己管理行動との関係について調べる。

3. 本研究の枠組み

1) 「病気と共に生きる姿勢」が出発となるモデルの理由

心筋梗塞患者は、元気な日常生活の中で突然に生命が危険にさらされ、緊急入院し集中治療室での絶対安静を強いられることから、死の恐怖や不安をまず感じる。そして、急性期を過ぎると命拾いした状況の体験から自分の人生を考え直すきっかけとなったこと、そして病気を受け入れて生活する気持ちなどを話す。このような臨床現場において患者は、入院から退院後の療養の自己管理を行うまでには、死の恐怖から生きようとする生命力を奮い立たせるように思われる。第1段階は発症直後の死の恐怖で、第2段階は治療を開始後、生き方に思いを巡らす過程、第3段階は自分の病気を受け入れる過程、第4段階は病気と共に生きる認知的構えの形成段階である。心筋梗塞の発作直後は死の危険に直面するので、第1段階～第4段階までキュプラーロス(1969 川口訳 1972) の心理プロセスと類似している。

再発予防には、第2～4段階の「病気と共に生きる姿勢」が重要な要因として浮かびあがってくるので、本研究では病気と共に生きる姿勢を取り上げる。病気と共に生きる姿勢とは、「病気を治すために養生する生活の中で持つ前向きな態度」である(Strauss, 1984 南訳 1987)。たとえば、人の役に立つこと、迷惑をかけずに生きること、感謝の気持ちなどである。このような前向きな姿勢は、病気に対するアドバイスを素直に受け入れ、病気への知識を深め、療養の「自己教育力」を高め、「自己管理行動」を促進すると考えられる。患者の病気と共に生きる姿勢が前向きであるほど医療者に質問し、家族の協力を積極的に得るなどし、その結果「支援体制」を強め、このことがさらに自己教育力を高め、自己管理行動を促進すると考える。

2) 本研究の枠組みとパスの根拠

「本研究の枠組み」を、Figure3-1のように心筋梗塞患者の自己管理のメカニズム(研究の要因の関連図)として表す。因果のパス構造は、次の通りである。①前向きな病気と共に生きる姿勢を持つと、治療への自己教育力が高まり、②そのことによっ

本研究の枠組み

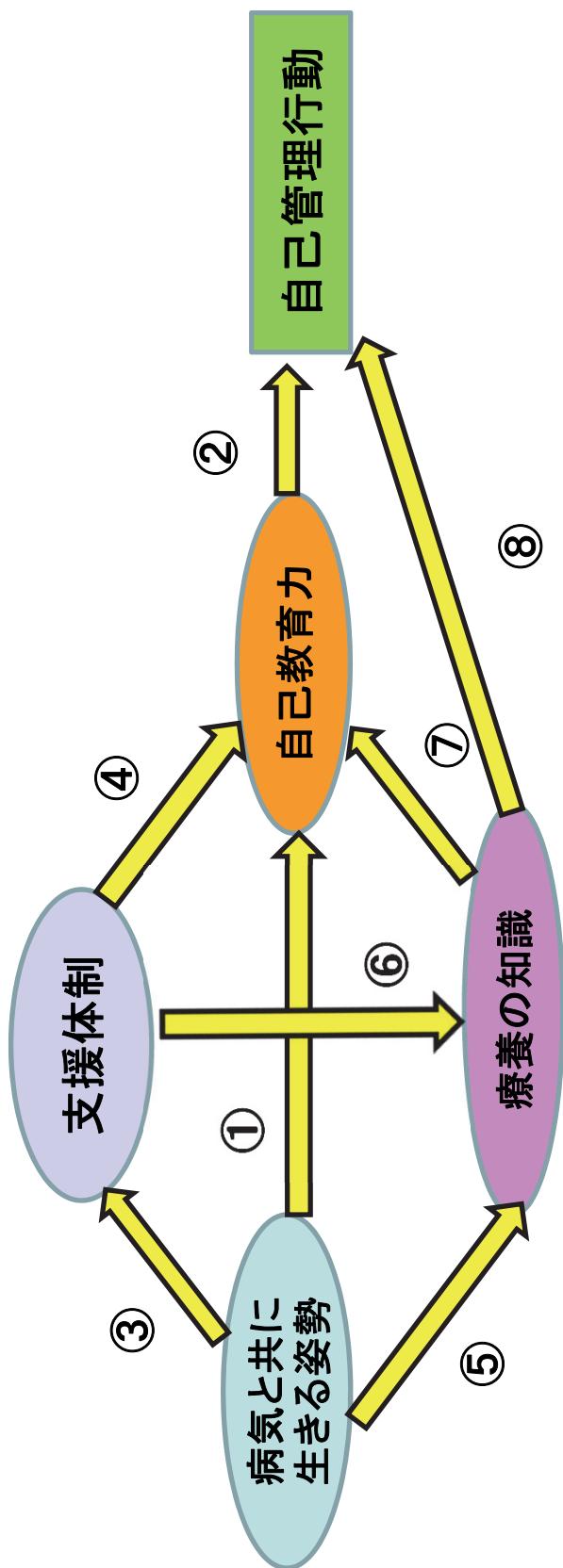


Figure 3-1 心筋梗塞患者の自己管理のメカニズム
—研究の要因の関連図

て治療の自己管理行動が促進される。また、③前向きな病気と共に生ることが予測されるきる姿勢を持つと、患者自身の他者への質問や働きかけによって、周りの人々からの支援体制が整い、④支援体制が刺激となり自己教育力を高める。⑤病気と共に生きてくる姿勢が前向きになると、積極的に療養の知識を求めるようになる。⑥支援体制が療養の知識を高める。⑦療養の知識が、自己教育力を高める。⑧療養の知識が、自己管理行動を促進する。

次に、それぞれのパスについて根拠を述べる。

**(1) パス①, ②「病気と共に生きる姿勢」から「自己教育力」と
「自己管理行動」へ**

- ① 生きがいをもって(宗像, 2010) 病気と共に生きる姿勢が前向きなほど、自己教育力（悪化しないよう学ぼうとする意欲）を高める。
- ② 食事、運動の1ヶ月間の行動目標を設定し自己教育力（やる気）が高いほど、自己理行動（食事、運動の自宅でモニタリング）を促進する(森山他, 2008)。

(2) パス③, ④「病気と共に生きる姿勢」から「支援体制」と「自己教育力」へ

- ③ 病気と共に生きる姿勢が前向きなほど(人生の大目標に主体的に取り組む)(古賀ら, 2013), 病状を悪くしないよう医療者や家族など周りの人々との支援形成を高める。
- ④ 医療者から支援（外来受診時に体重の記録のセルフモニタリングの指導）を受けるほど、自己教育力（生活改善に取り組む意欲）が高まる（湯淺ら, 2008）ことが予測される。

**(3) パス⑤ , ⑦「病気と共に生きる姿勢」から「療養の知識」,
「自己教育力」へ**

- ⑤ 病気と共に生きる姿勢が前向きなほど（病気と上手に付き合って長生きしよう）、療養に必要な知識を得ようとする（船山, 2002）ことが予測される。
- ⑦ 療養に必要な知識を得る（入院中の医療者の指導）ほど、自己教育力（退院後は自分で本を買って学ぶ）が高まる（藤原ら, 2002）ことが予測される。

(4) パス⑥ , ⑧「支援体制」から「療養の知識」、「自己管理行動」へ

- ⑥ 医療者からの支援(看護師や管理栄養士などのパンフレットを用いた指導)

を受けるほど、療養の知識が高まる（井上・多田・小畠、2010）ことが予測される。

- ⑧ 療養の知識を習得する（看護師の血圧測定の指導）ほど、自己管理行動（家庭での血圧測定）を促進する（冷川他、2004）ことが予測される。

4. 本研究の目的

心筋梗塞患者の「a.病気と共に生きる姿勢」が、医師・看護師の医療者、家族、患者からの「b.支援体制」、及び本人の「c.療養の知識」、「d.自己教育力」、「e.自己管理行動」に及ぼす関係を検討する。そのために、以下の研究第Ⅰ部とⅡ部に分けて検討する。

＜第5章：測定尺度の作成＞

「a.」、「b.」、「c.」、「d.」、「e.」の測定尺度を作成する。

＜第6章：モデルの検証＞

「a.」、「b.」、「c.」、「d.」、「e.」の要因間の因果関係を、パス解析を用いて明らかにする。

5. 尺度の作成が必要な理由

①自己管理における患者の自己教育力を測る尺度がない。

- ・教育現場での学習者や教員の自己教育力の構成因子(自己統制力、対人志向性、精神的安定性)（小山・河野、1999、因子分析より）。

- ・自己教育力育成のメタ認知研究から自己モニタリングの重要性（丸野、1990）。

②認知と行動が一緒になっており、療養に必要な知識とそれに対する知識内容の行動として測れる尺度がない。

- ・虚血性疾患患者を対象として開発された「病を持ちながらの生活管理」（黒田、1991）の尺度は質問項目数が多く、「家族のサポート」（第3因子）となっており、患者を主体に医師や看護師に質問するなどの支援体制を測定する項目がない。

- ・上記の尺度では「病気の悪化を予防する努力」（第6因子）に認知と行動が一緒になっている。

③「生きがい」についての測定尺度はあるが、「病気と共に生きる姿勢」を詳しく見る尺度がない。

第4章 調査対象者の個人属性と調査手続き

1. 調査対象者の個人属性

1) 性別

対象者は、A病院に外来通院の心筋梗塞患者39名と経過観察の検査のため再入院の心筋梗塞患者62名、合計101名で、男性88名、女性13名（Figure 4-1）であった。男女比の割合の偏りを見るために、佐藤・堀（2008）の研究の急性心筋梗塞症例の登録の男女比と比べてみた。男性3に対して女性1であったのに比べて、本対象者は男性6.8に対して女性1と、男性の比率が非常に高い母集団になっていた。

2) 年齢

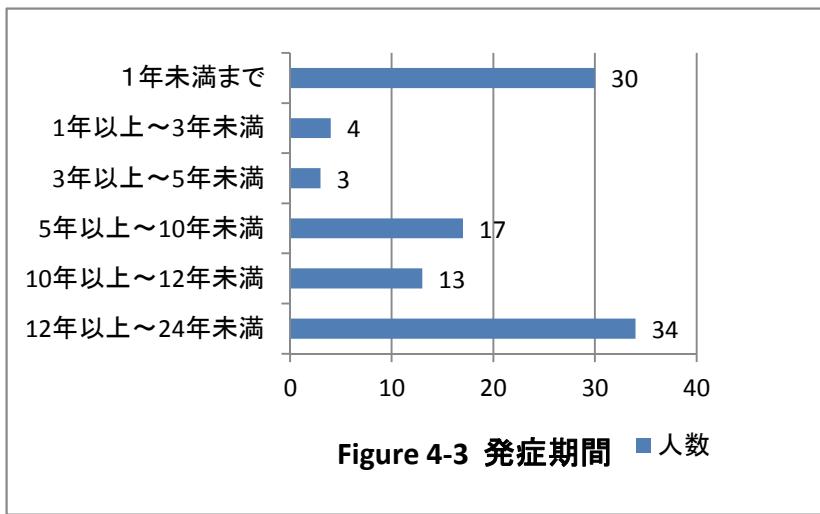
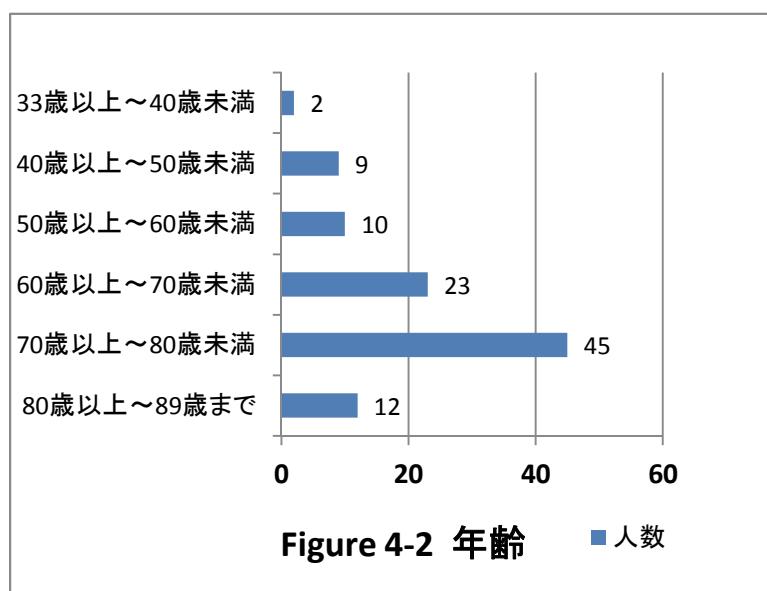
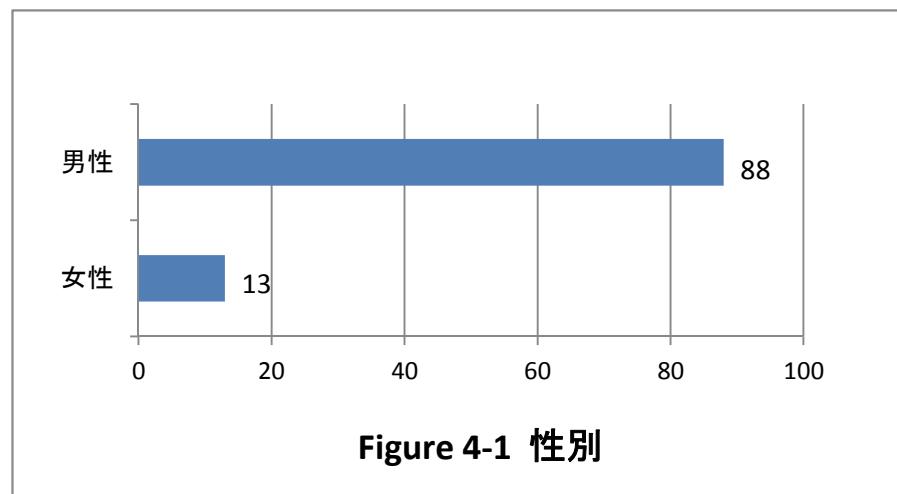
年齢は、33～89歳の範囲で、平均年齢68.4歳（SD=11.5）であった。年代別の人数は、33～39歳2名、40～49歳9名、50～59歳10名、60～69歳23名、70～79歳45名、80～89歳まで12名であった（Figure 4-2）。60代と70代で68名と7割にのぼる。佐藤・堀（2008）の研究では、平均年齢は65歳であり、それに比較するとわずかに高かった。加賀谷・下川（2008）は、1980年から5年毎に急性心筋梗塞患者の男女別年齢構成を調べ、80歳を超える患者の割合が年々増加していることと、この傾向が女性で特に顕著であることを示していた。高齢化社会の到来とともに、急性心筋梗塞患者に占める高齢者の割合が増加していることがわかる。本対象者は、70歳以上が、57名と約半数を占めていた。

3) 発症期間

心筋梗塞の発症期間は、1年未満30名、1年以上～3年未満4名、3年以上～5年未満3名、5年以上～10年未満17名、10年以上～12年未満13名、12年以上～24年まで34名であった（Figure 4-3）。これらをまとめると、1年未満30名、1年以上～12年未満37名、12年以上～24年まで34名とそれぞれ1/3ずつ分かれる。発症してからどれ位たっているかは、再発予防の自己管理をどれ位継続しているかを意味することであり、1年未満の患者においては、自己管理に対する戸惑いを最小限にするように関わり、長期の患者に対しては、リフレッシュして行っていくように再教育するなど異なったアプローチが必要である。

2. BMI、血圧、LDLコレステロールと治療

1) BMI（Body Mass Index）



肥満を評価する指標の BMI の範囲は、17.8～38.7 で、平均 24.2 ($SD=3.5$) であった。20 未満の者 8 名、20～24 の者 62 名、25～29 の者 25 名、30 以上の者 6 名であった (Figure 4-4)。BMI 25 以上は肥満であり（日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会、2009），それ以上の患者は 31 名であった。家族と同居している患者は 92 名で、1 人暮らしをしている患者が 9 名であった。食事を自分で作っている患者は 16 名で、家族が作る患者が 82 名であり、外食 2 名、家政婦 1 名であった。仕事をしている患者は 40 名で、していない患者が 61 名であった。

2) 血圧と内服

最高血圧は、87～170mmHg の範囲にあり、平均 127.6 mmHg ($SD=16.3$) であった。120 mmHg 以下の者 34 名、121～129mmHg 16 名、130～139mmHg 27 名、140～159mmHg 21 名、160mmHg 以上 3 名であった (Figure 4-5)。最低血圧は、41～100mmHg の範囲にあり、平均 73.7mmHg ($SD=12.1$) であった。80 mmHg 以下の者 77 名、81～84mmHg 6 名、85～89mmHg 7 名、90～99mmHg 7 名、100mmHg 以上 4 名であった (Figure 4-6)。降圧剤を内服している患者は 86 名で、内服していない患者は 14 名、わからないと答えた患者 1 名であった。

3) LDL コレステロールと内服

LDL コレステロール値は、20～189mg/dl の範囲にあり、平均 99.0 mg/dl ($SD=27.0$) であった。80 mg/dl 以下の者 25 名、81～84 mg/dl の者 4 名、85～89 mg/dl の者 8 名、90～99 mg/dl の者 23 名、100 mg/dl 以上 41 名であった (Figure 4-7)。コレステロールを下げる薬を内服している患者 61 名、内服していない患者 26 名、わからないと答えた患者 14 名であった。

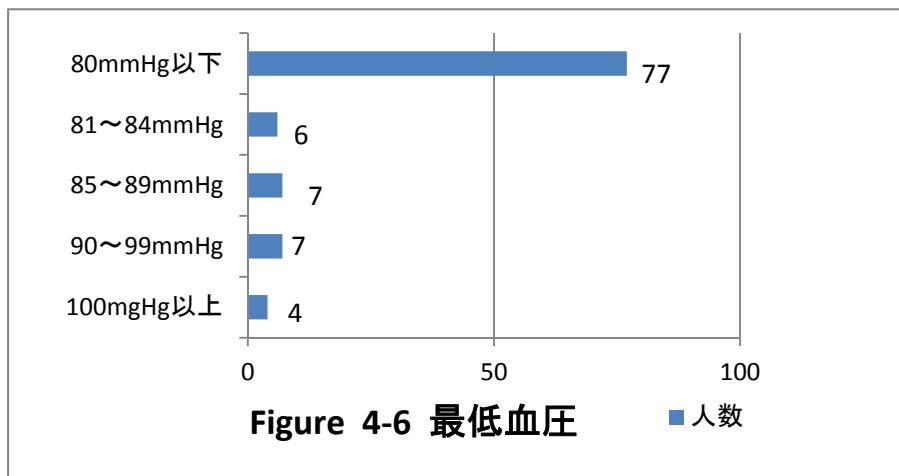
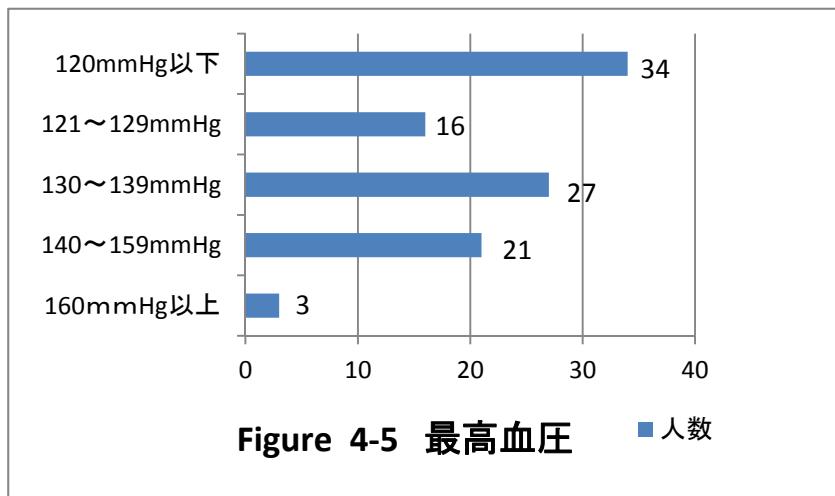
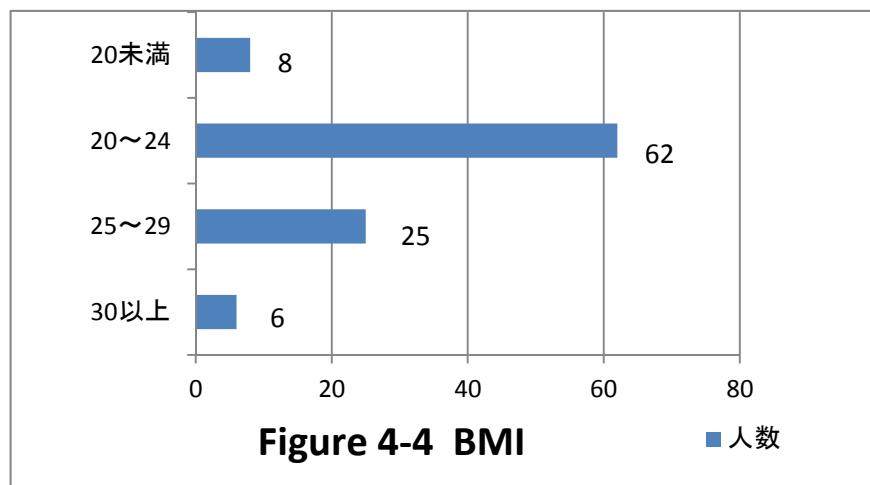
4.) 発症時の胸痛の程度

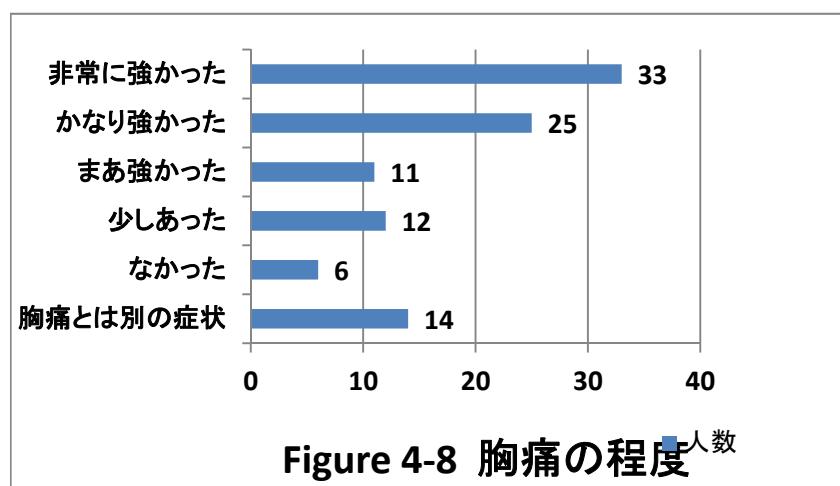
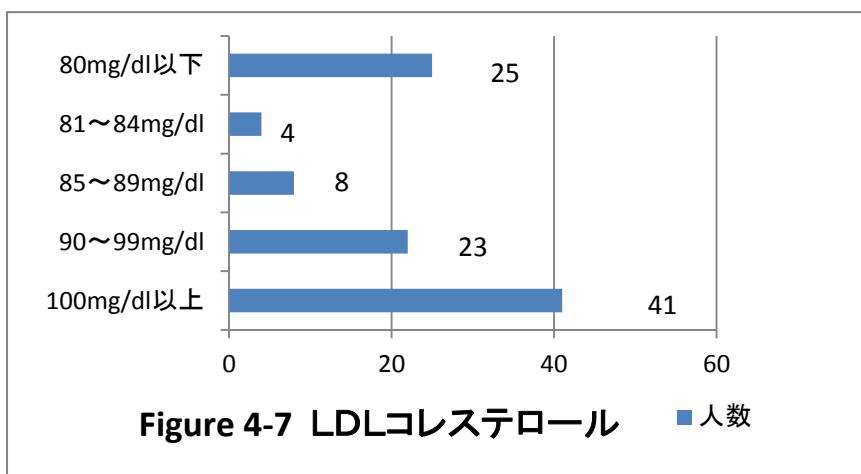
心筋梗塞を発症したときの胸痛の程度は、非常に強かった者 33 名、かなり強かった者 25 名、まあ強かった 11 名、少しあった 12 名、なかった 6 名、胸痛とは別の症状（息苦しさ、嘔吐など）14 名であった (Figure 4-8)。

5) 治療

治療に関して、経皮的冠動脈形成術（風船またはステント）をした患者 93 名、していない患者 8 名であった。冠動脈バイパス術の手術をした患者 25 名、していない患者 76 名であった。

3. 調査手続き





調査対象者：外来通院の心筋梗塞患者 39 名と検査で再入院の患者 62 名、合計 101 名（男性 88 名、女性 13 名）。平均年齢 68.4 歳 ($SD=11.5$)。発症期間は、1 年未満 30 名、1 年以上～12 年未満 37 名、12 年以上～24 年 34 名。

調査期間：2008 年 3 月 4 日～9 月 30 日

調査方法：質問紙調査法、患者から書面で同意を得て、記名式で個別に実施

第5章 尺度の作成—「病気と共に生きる姿勢」、「自己教育力」、「自己管理行動」、「療養の知識」、「支援体制」

問題と目的

近年、医療・看護の現場では、慢性の病気を抱える患者のウェルビーイング（well-being）を維持し、患者が人間らしい暮らしを実感するクオリティオブライフ（QOL）をどのようにすれば保証できるのかに注目が集まっている。慢性の病気は、完全な治癒は難しく、症状の悪化を防ぐ治療法が取られることが多い。そのため、慢性の病気を抱える患者は、医療者の支援を受けながら自分自身の意志によって行動をコントロールし、症状の悪化を防いでいかなければならない。心筋梗塞患者は、危険因子をできるだけ少なくするように改善したり、心不全や再発を防止するように日常生活における注意事項を主体的に行う自己管理を継続してゆく。

しかし、この自己管理の研究において、患者が医療者も含む周囲の人々に積極的に働きかけて支援体制を強化し、自己管理を継続していく原動力についてはまだ明らかになっていなかった。こうした原動力のひとつとして考えられるのが「病気と共に生きる姿勢」である。病気と共に生きる姿勢には、日常生活の中で人の役に立つこと、迷惑をかけずに生きること、感謝の気持ちを持つこと（生きていることの感謝）に加え、生活の中で病気の治療や健康を優先する考え方を持つこと（健康優先）であることを含んでいる。こうした姿勢が病気に対するアドバイスを素直に受け入れ、病気への意識を深める態度につながるとともに、医療者に質問し、家族の協力を積極的に求めるなど支援体制の強化につながり、自己調整学習を高めて自己管理行動を促進させることが期待される。

心筋梗塞患者は危険因子の改善と心不全・再発を予防するために、塩分やコレステロールの食事制限、規則正しい生活習慣、定期的な受診や内服、禁煙と飲酒制限をするなど多くの行動の自己管理が求められる。また、臨床現場において、心筋梗塞患者は定期受診で外来通院をするとき、「日頃薄味の食事をまずく感じる」ことや、「毎日散歩するのがおっくうになる」ことなどを話すことがある。このような事例は、これらの行動を自分自身で管理する必要があると認識しているとしても、毎日コントロールしなければならないことを面倒に思ったり、困難さを感じることが少くないことを示している。このような自己管理行動に対するネガティブな感情は、ときに自己管

理行動を放棄し、部分的にしか実行しないことを助長する要因となる。このことは、加えて、自分自身の抱える病気について関心を持とうとせず、適切な自己管理行動についての知識を得られることにつながりうる。

例えば、大井・倉田ら（2004）は、心筋梗塞に心不全を合併して再入院を繰り返した患者へ心不全をコントロールするためのパンフレットを活用して生活指導をした事例研究から、入院前の生活スタイルを見直し塩分制限を日常生活に取り入れていくなど、生活指導は医療者が患者の生活場面に沿って理解し、療養のアドバイスが患者に受容されやすくする指導の重要性を示した。しかし、その一方で、この患者は「この病気は健康管理が大事だけれど、あまり面倒なことは嫌いだけどなあ」というように、自己管理行動に対してネガティブな感情を持っていた。この事例について、大井・倉田ら（2004）は、再入院に至った原因として、症状が改善したことで、患者が治癒したものと考えたこと、そして問題のある生活パターンに戻ることに心不全が再燃するという認識が不足していたことを指摘している。

このような問題に対して多くの臨床現場では、心筋梗塞患者が、外来受診時に日常生活の様子を医療者に話し、自己管理を上手にするよう注意を受けるなかで、動機づけが高められるという現状である。しかしながら、このような医療者からの働きかけには時間的な制約があり、必ずしも全ての心筋梗塞患者が受けているとは限らない。したがって、心筋梗塞患者が自己管理行動に対してネガティブな感情を持っていたとしても、日々の生活の中で自己管理行動を継続し症状の悪化を防ぐには、自分自身の病気に関心を持ち、自ら向上心を持って前向きに学んでいく自己調整学習が重要である。

自己教育力と看護師（長尾・籬倉ら、2004）や看護学生（坪田、2003）の関係について調べたものはあるが、心筋梗塞患者の自己管理と自己教育力との関係を見た研究はまだない状況である。そこで、本研究では自己教育力については、学習活動に関して梶田（1987）が示した「自己教育性」尺度の4つの要素を参考に、心筋梗塞患者である大人でしかも病気を持った状況で、自己管理に必要な知識を学習する場合の自己教育力であるので、向上心と健康志向、自己評価と統制力、学び方の知識と技能、自信と安定性の4つの要素を新たに設定した。

病気と向き合えない気持ちや自己管理に心理的負担を感じている患者は、支援環境の広がらないという問題がある。井澤・伊坂（2009）は、受診を中断している糖尿病

の境界型の人の療養行動の改善をするために、認知の変容を試み、受診を再開するに至らなかったものの、患者が自分の行動で成功していることへの意味づけをもたらすことなど、効果をもつだろうとしている。

以上のことから、糖尿病や心筋梗塞などの患者が自己管理をしていく上においては、医師や看護師の医療者、家族からの支援が必要であることがわかる。また、患者の自己管理行動で成功していることへ意味づけするかかわりの支援が効果を現す可能性も示されている。

従来、心筋梗塞患者の病気と共に生きる姿勢、自己教育力を測定できる尺度は開発されていない。また、第3章の尺度の作成が必要な理由で述べたように、実際の自己管理行動とそれに対する認識の療養の知識を別々に測る尺度がないことから、実際の自己管理行動とそれに対する認識の療養の知識を測定する尺度、医療者に質問するなどを含む支援体制を測定する尺度がない。

そこで、第5章では、「病気と共に生きる姿勢」を測定する尺度、実際の「自己管理行動」とそれに対する認識の「療養の知識」を測定する尺度、自己管理の自己調整学習（「自己教育力」）を測定する尺度、医療者に質問するなどの「支援体制」を測定する5つの尺度を作成することを目的とする。

各尺度の作成にあたって、本研究では各要因尺度は、それぞれいくつかの因子で構成されると仮定する。この仮説的構成因子が妥当かどうかグループ主軸法を用いて検討する。なお、構成因子間が直交であるとは仮定しない。因子分析の結果、尺度ごとに構成因子として設定したグループ因子がそれぞれまとまっていたなら、これらの構成因子間の相関係数に基づいて、その尺度が1因子構造か、あるいは複数の因子で構成されるかが判断できる。そして、これらの構成因子を1つにまとめた全体項目の第1主軸因子について α 係数を算出する。以上の手順は後出の自己管理行動を予測するための要因尺度の因子構造と尺度の安定性を検討する事前ステップである。

各尺度の項目の検討は、グループ主軸法（芝、1987）を用いた。グループ主軸法は、あらかじめ設定した項目群ごとに、第1主軸因子のみを抽出する仮説検証型の斜交因子分析である。因子抽出後、因子間の相関を算出することによって因子間の独立性を検討できる。また、各因子のまとまりが高ければ内的整合性に基づく信頼性係数である α 係数も高くなる。因子分析的研究は、通常相関行列を基に主軸因子を抽出後、直交バリマックスや斜交回転をすることが多い。どのような回転結果であれ、因子を実

際に要因得点として利用するときは、高い因子負荷量を示す少数の項目の合計点を利用する。すなわち、現実の応用場面では、算出が複雑な因子得点による要因得点の利用はほとんどない。グループ主軸法は、初期値として当該項目に 1 の重みを、他の項目には、0 を用いる。これは、要因得点算出の現実に沿った実際的な利用に近い。ここにグループ主軸法を使う利点がある。

本研究で主軸因子抽出後、因子の直交回転を使用しなかった理由は、因子分析後ににおいて、高い因子負荷量を示す項目のみの単純合計を要因得点として利用するからである。このことは、あらかじめいくつかの項目をグループ因子として設定し、当該項目が指定したグループ因子に属しているかを検討すれば、項目の取捨選択が容易となる。また、因子を直交回転するか斜交回転するかという回転法の選択や因子数の決定という手続きが不要となるという利点をもっている。さらに、重要なことは、検討する尺度を構成要素ごとにグループ化することによって、グループ因子ごとの α 係数による信頼性、および尺度全体の α 係数も算出できる。このことによって、各尺度の構成要素を明確化できる点である。

方 法

1. 調査対象

A 病院に外来通院している心筋梗塞患者 39 名と経過観察の検査のため再入院した心筋梗塞患者 62 名、合計 101 名（男性 88 名、女性 13 名）を対象に質問紙調査を実施した。

2. 調査期間及び方法

2008 年 3 月 4 日～9 月 30 日にかけて、質問紙調査法により個別実施した。記名式とし、調査用紙を患者に説明し同意を取りながら同意書に署名した後渡し、回収は、病棟は看護師長、外来は看護師に依頼した。また研究者本人が実施した場合もあった。

3. 質問紙の構成

質問紙として用いた病気と共に生きる姿勢尺度、自己管理行動、自己教育力尺度、療養の知識尺度と支援体制尺度について、具体的な項目内容を以下に示す。また、評定にあたっては、1. そうでない、2. たまにそうである 3. ときどきそうである、4. ほとんどそうである、5. いつもそうである、などの 5 件尺度を用いた。

各尺度について、項目の内容的妥当性を判断するために、循環器内科専門医師および専門看護師によるチェックを受けた。

1) 病気と共に生きる姿勢尺度

病気と共に生きる姿勢を測定する尺度項目として、宗像（2010）を参考にして 14 項目を作成した。14 の項目は、「生きていることの感謝」要因 10 項目と「健康優先」要因 4 項目の 2 つの下位側面に分類される。各項目には 1. そう思わない～5. まったくそう思うまでの 5 段階評定で回答してもらった。項目の内容的妥当性を判断するために、循環器内科専門医師および専門看護師によるチェックを受けた。具体的な内容は Appendix(VII. 心筋梗塞後の気持ちや暮らし方) を参照。

2) 自己管理の自己教育力尺度

梶田（1987）の示した学習における自己教育力尺度を参考に、健康への志向や自己の認識に関することなど、心筋梗塞患者の自己管理に関する自己教育力を測定する 16 項目を作成した。具体的な項目内容は、Appendix (VIII. 健康への志向や自己の認識など) 自己教育力尺度の項目に示した 1～16 である。各要因の項目数は、①向上心と健康志向 4 項目、②自己評価と統制力 4 項目、③学び方の知識と技能 4 項目、④自信と安定性 4 項目である。なお、④の自信と安定性の Q10,11,14,15 の項目は、梶田による項目を使用した。

3) 自己管理行動尺度

自己管理行動は、行動的側面の 19 項目から構成した。自己管理行動は、心筋梗塞患者の自己管理についての調査項目（花田、1990,1991）と「病気を持ちながらの生活管理」の質問紙（黒田、1992）に含まれていた内容項目を参考に、並びに循環器内科専門医師及び専門看護師の意見を基に、臨床現場で自己管理行動の程度を把握できるように作成した。具体的な内容は Appendix(II. 日常生活における注意点の実行) を参照。これらの 19 項目は、①食事の自己統制 4 項目、②規則的な生活 5 項目、③怒りの制御 2 項目、④測定と内服 4 項目、⑤禁煙と飲酒制限 2 項目の計 5 要因から成っている。

Q1～15 の項目には、すべて 1. そうでない、2. たまにそうである、3. ときどきそうである、4. ほとんどそうである、5. いつもそうである、の評定段階を設けた。Q16 の禁煙の項目では、たばこを吸うと答えた患者は、1 日に何本位かを、1. 時々 1 日に数本、2. 毎日数本～9 本、3. 毎日 10～19 本、4. 毎日 20 本以上、という選択肢を設けた。

また、Q18 の飲酒制限については、酒を飲むと答えた患者は、1 日にどれ位の量かを、1. 日本酒 1 合（又はビール 1 本）以内、2. たまに日本酒換算で 2 合以上、3. 時々 2 合以上、4. ほとんど 2 合以上、5. 每日 2 合以上、の 5 段階の選択肢を設けた。禁煙と

飲酒制限の項目は、吸わない方向あるいは飲まない方向が高得点になるように、実際の集計では 5~1 を配点した。

4) 療養の知識尺度

自己管理の療養の知識（認知）尺度は、17 項目から成る。その中で、Q1~Q15 は自己管理行動の各項目に対応させて、認知項目として Q1~Q15 を設けた。また、Q16 は自己管理行動の項目 Q16 と Q17 の喫煙に対応し、Q17 は自己管理行動の項目 Q18 と Q19 の飲酒に対応させた認知項目である。療養の知識の 17 項目は、①食事制限の必要性 4 項目、②規則的生活の必要性 5 項目、③怒りの制御の必要性 2 項目、④測定と内服の必要性 4 項目、⑤禁煙と飲酒制限の必要性 2 項目から成っている。例えば Q15. 心臓に負担をかけすぎないように、1 分間の脈拍数が 120 以上にならないよう、脈拍を測定して、運動を調整することが必要である。具体的な内容は、Appendix (III. 各種の注意事項についての思い) を参照。

5) 支援体制尺度

支援体制尺度は、医師や看護師との関係では、症状や治療法、日常生活の注意事項等について知りたいとき、自分から質問するなどの 21 項目からなる。尺度構成は、6 因子（21 項目）で、①医師との関係（5 項目）、②看護師との関係（5 項目）、③家族からの支援（3 項目）、④友人からの支援（3 項目）、⑤患者からの支援（2 項目）、⑥職場での支援（3 項目）から成っている。例えば、（医師との関係） Q1. 病状について知りたいときは質問する。（看護師との関係） Q6. 日常生活の注意事項について自分から質問する。具体的な内容は、Appendix (V. 医師や看護師への質問など、VI. 家族や他の人の支え) を参照。

4.倫理的配慮

患者の選定および実施にあたっては、医師および看護師の協力を得て、書面にて同意を得た。その際、①自由意志による研究参加の保障、②参加撤回の自由の保障、③参加撤回による治療・看護上不利益を受けないこと、個人情報は厳守し、データはすべて統計的に全体的に処理をし、個人的に迷惑をかけないこと、を明記した。

結 果

1) 病気と共に生きる姿勢尺度のグループ主軸法による検討

病気と共に生きる姿勢を測定する尺度項目について、グループ主軸法を用いた因子分析を行った。Table 5-1 には、グループ主軸因子の負荷量.600 以上を太字で示し、

Table 5-1 病気と共に生きる姿勢尺度のグルーピング主軸因子負荷量

項目	平均 (SD)	I 重 ^a		II 重 ^a		I グループ因子 ^b 総合	
		総合	II 総合	II 総合	I 総合	II 総合	II 総合
I. 生きていくことの感謝							
6 人のためになるような成長をして生きる	3.37 (1.30)	1	0	1	.841	.413	.799
7 家族や孫などの成長を見ながら楽しく生きる	3.76 (1.25)	1	0	1	.831	.475	.804
5 一日一日が貴重だから、一日を味わって生きる	3.43 (1.35)	1	0	1	.819	.508	.809
3 病気と上手に付き合って、できるだけ長生きする	3.77 (1.26)	1	0	1	.816	.441	.791
4 家族や周りの人々に迷惑をかけず自力で生きる	3.39 (1.38)	1	0	1	.800	.428	.773
10 信じるこのことを全て自分で生きる	3.27 (1.32)	1	0	1	.779	.364	.732
9 野菜や花を育て、生きている事のすばらしさを感じる	3.24 (1.38)	1	0	1	.764	.423	.728
1 野菜や花を育て、生きている事のすばらしさを感じる	3.38 (1.27)	1	0	1	.754	.435	.742
2 病氣になつて、周りの人へ感謝の気持ちが強くなる	3.55 (1.24)	1	0	1	.749	.392	.723
8 若い人や多くの人に交わり、活力をもつて生きる	3.39 (1.38)	1	0	1	.735	.431	.717
II. 健康優先							
12 いくら仕事がたまっていても健康のために無理はしない	2.81 (1.39)	0	1	1	.481	.847	.631
14 ちょっとした病気でも休養をとり、まず治すことを考える	3.11 (1.47)	0	1	1	.418	.839	.595
13 生活の中で最も注意しているのは、健康のことである	3.48 (1.35)	0	1	1	.536	.833	.685
11 病氣になると、他の事を犠牲にしても、休養しようとすると	2.56 (1.33)	0	1	1	.374	.799	.528
各グループ因子の因子分散 α寄与率 (%) α係数							
因子間の相関							
I 生きていることの感謝					6.237	2.753	7.466
II 健康優先					62.4	68.8	43.9
病気と共に生きる姿勢（総合）					.933	.849	.920

注) a : 重みはグループの指定をするときは 1、指定外を 0 で示す。
 b : .600 以上の負荷量を太字で示す。

因子間の相関を下部に示した。病気と共に生きる姿勢尺度の 2 因子（2 要因）の設定は、第 2 欄に示した。全ての項目が .700 以上の高い負荷量を示した。 α 係数による信頼係数は .849 以上で、2 因子とも内的一貫性が高い。生きていることの感謝の因子と健康優先の因子間は .546 の高い相関を示した。

生きていることの感謝の因子と健康優先の因子は、「病気と共に生きる姿勢（総合）」と高い相関 (.966 と .736) を示した。14 項目を 1 つの因子として指定した「病気と共に生きる姿勢（総合）」の α 係数は、.920 と非常に高く、信頼性は十分に高い。したがって、病気と共に生きる姿勢尺度は 2 つの因子で構成され、全項目を研究第 II 部で使用する。

2) 自己管理の自己教育力尺度のグループ主軸法による検討

自己教育力尺度の 4 要因（4 因子）の設定は Table 5-2 の第 2 欄に示した。設定した要因は、向上心と健康志向、自己評価と統制力、学び方の知識と技能、自信と安定性である。因子負荷量の .600 以上を太字で、因子間の相関を下部に示した。 α 係数は .725 以上の値を示し、どの因子も内的一貫性が高い。第 I 因子の向上心と健康志向の中の 4 項目はすべて .700 以上の高い負荷量を示した。第 III 因子の学び方の知識と技能の中の 4 項目中の 3 項目は .804 以上という高い因子負荷量を示した。

第 IV 因子の 4 項目は、すべて .766 以上という高い負荷量を示した。また、「総合的な自己教育力」の因子負荷量では全ての項目が .503 以上と高い値となっている。 α 係数は、「自己教育力（総合）」が .911 と最も高く、第 I 因子から第 IV 因子は .725～.837 を示し、いずれも内的一貫性が高い。因子間の内部相関を見ると、第 III と第 IV 因子間の .316 を除くと、他は .559～.926 の高い相関を示していることから自己教育力の 16 項目は、1 因子から構成されていると見なせる。16 項目を 1 つの因子として指定した「自己教育力（総合）」の α 係数が、.911 と信頼性は十分に高い。したがって、自己教育力尺度は、1 因子構造からなり、全項目を研究第 II 部で使用する。

3) 自己管理行動のグループ主軸法による検討

自己管理行動の 5 要因（5 因子）設定は Table 5-3 の第 2 欄に示した。設定した要因とその内容は、食事の自己統制、規則的な生活、怒りの制御、測定と内服、禁煙と飲酒制限、およびグループ指定外をその他とした。また、5 因子に指定したすべての項目から成る項目を因子指定したものが「自己管理行動（総合）」である。また、Table 5-3 では、因子負荷量の絶対値が .400 以上を太字で示し、グループ主軸因子間の相関を下

Table 5-2 自己教育力尺度のグループ主軸因子負荷量

NO	項目の主旨	重み ^a				グループ主軸因子 ^b				自己教育力総合	
		I	II	III	IV	教育	I	II	III	IV	
I. 向上心と健康志向											
6 健康の目標への努力		1	0	0	0	1	.838	.671	.554	.374	.747
3 健康に役立つことの実行		1	0	0	0	1	.836	.573	.533	.426	.728
12 自己管理を積極的に学ぶ		1	0	0	0	1	.825	.601	.551	.636	.802
9 他の人から健康のヒント		1	0	0	0	1	.721	.663	.557	.363	.710
II. 自己評価と統制力											
2 健康によくない所を直す		0	1	0	0	1	.704	.822	.508	.509	.771
5 注意されても腹をたてない		0	1	0	0	1	.534	.759	.444	.384	.639
16 食事制限を思い直して実行		0	1	0	0	1	.571	.721	.347	.458	.636
7 自己管理の悪い所をわかる		0	1	0	0	1	.465	.648	.264	.286	.503
III. 学び方の知識と技能											
13 病気に関する記事の整理		0	0	1	0	1	.547	.463	.853	.255	.630
1 病気を知る講演会に行く		0	0	1	0	1	.471	.350	.824	.135	.525
4 役立つテレビ番組を見る		0	0	1	0	1	.515	.386	.804	.303	.601
8 他の人と話し考えを広げる		0	0	1	0	1	.636	.518	.659	.326	.663
IV. 自信と安定性											
11 自信を持っている		0	0	0	1	1	.458	.483	.260	.883	.629
14 満足している		0	0	0	1	1	.508	.504	.307	.824	.651
15 とりえがある		0	0	0	1	1	.459	.440	.182	.800	.572
10 幸福だと思う		0	0	0	1	1	.408	.403	.289	.766	.565
各グループ因子の因子分散						2.602	2.192	2.489	2.687	6.834	
寄与率 (%)						65.0	54.8	62.2	67.2	42.7	
α 係数						.821	.725	.798	.837	.911	

因子間の相関

I 向上心と健康志向	1.000				
II 自己評価と統制力	.775	1.000			
III 学び方の知識と技能	.679	.537	1.000		
IV 自信と安定性	.560	.559	.316	1.000	
自己教育力 (総合)	.926	.869	.759	.738	1.000

注) a : 重みはグループの指定をするときは 1、指定外を 0 で示す。

b : .400 以上の負荷量を太字で示す。

Table 5-3 自己管理行動のグループ主軸因子負荷量

NO	項目の主旨	重み ^a					グループ主軸因子 ^b					行動 総合	
		I	II	III	IV	V	行動	I	II	III	IV	V	
I.	食事の自己統制												
4	腹一杯食べる	1	0	0	0	0	1	.743	-.005	.321	.160	.087	.472
1	塩味の薄い食事	1	0	0	0	0	1	.675	-.039	.055	.239	.159	.444
3	肉の脂身	1	0	0	0	0	1	.591	.076	.193	.146	.093	.373
2	卵を週に5個以上	1	0	0	0	0	1	.374	.168	.046	-.068	.043	.067
II.	規則的な生活												
6	不規則な生活	0	1	0	0	0	1	.056	.806	.204	.097	.050	.132
10	入浴時間30分以上	0	1	0	0	0	1	.016	.672	.063	-.049	-.037	-.006
9	3日間以上排便がない	0	1	0	0	0	1	.019	.285	.050	-.123	-.083	-.189
III.	怒りの制御												
7	いらいら	0	0	1	0	0	1	.288	.155	.887	.269	-.098	.336
8	怒りっぽい	0	0	1	0	0	1	.194	.177	.887	.107	.035	.358
IV.	測定と内服												
14	毎日の血圧測定	0	0	0	1	0	1	.225	.002	.202	.737	.082	.546
13	定期的な受診	0	0	0	1	0	1	.046	.147	.088	.723	-.099	.204
15	脈拍120以上にしない	0	0	0	1	0	1	.231	-.221	.175	.668	.158	.556
12	きちんと内服	0	0	0	1	0	1	.126	.090	.116	.616	-.029	.230
V.	禁煙と飲酒制限												
17	何本位	0	0	0	0	1	1	.150	-.018	-.012	.005	.902	.591
16	喫煙	0	0	0	0	1	1	.066	-.057	-.006	.003	.878	.546
19	どれ位の量	0	0	0	0	1	1	.152	.064	-.014	.072	.722	.592
18	飲酒	0	0	0	0	1	1	.160	.006	-.112	.071	.521	.428
その他													
11	急に冷えない	0	0	0	0	0	0	.180	-.175	-.130	.107	.367	.289
5	1時間以上の運動	0	0	0	0	0	0	-.115	-.113	-.169	.182	.209	.155
各グループ因子の因子分散		1.498	1.182	1.574	1.891	2.376		2.740					
寄与率 (%)		37.4	39.4	78.7	47.3	59.4		16.1					
α 係数		.443	.231	.729	.628	.772		.675					
因子間の相関													
I 食事の自己統制		1.000											
II 規則的な生活		.052	1.000										
III 怒りの制御		.272	.187	1.000									
IV 測定と内服		.228	.008	.212	1.000								
V 禁煙と飲酒制限		.163	-.007	-.036	.041	1.000							
自己管理行動（総合）		.599	.041	.391	.562	.700	1.000						

注) a : 重みはグループの指定をするときは1、指定外を0で示す。

b : .400以上の負荷量を太字で示す。

部に示した。

一般に α 係数は各種の信頼性係数の値よりも小さくなるが、ここでは α 係数の高さの判断基準として、.80 以上なら非常に高い信頼性、.70 台なら高い信頼性、.60 台は信頼性の許容的な値とした。各因子の α 係数は、第 I 因子と第 II 因子を除くと、第 III 因子怒りの制御は.729、第 V 因子禁煙と飲酒制限は.772 で信頼性は高い。第 IV 因子の測定と内服は.628、第 VI 因子は、全項目を 1 つの因子として指定したものである。「自己管理行動（総合）」は.675 で許容範囲の α 係数であった。

太字の因子負荷量が 3 個以上で、かつ α 係数が、.600 以上の基準を便宜的に設けると、測定と内服（第 IV 因子）と禁煙と飲酒制限（第 V 因子）の 2 因子のみが十分信頼性が高いといえる。他の 3 因子は、これらの基準を満たさなかった。

自己管理行動尺度の全体の「自己管理行動（総合）」の α 係数は、.675 で許容範囲である。「自己管理行動（総合）」要因と「食事の自己統制」(.559)、「測定と内服」(.562)、「禁煙と飲酒制限」(.700) の相関は高い。したがって、「自己管理行動（総合）」要因との相関の高いこれらの 3 因子、「食事の自己統制」(4 項目)、「測定と内服」(4 項目)、「禁煙と飲酒制限」(2 項目) の計 10 項目を自己管理行動尺度として研究第 II 部で使用する。

4) 療養の知識尺度のグループ主軸法による検討

自己管理の療養の知識（認知）尺度の 5 要因（5 因子）の設定は、食事制限の必要性、規則的な生活の必要性、怒りの制御の必要性、測定と内服の必要性、禁煙と飲酒制限の必要性で、グループ主軸法の結果を Table 5-4 に示した。ここでは、負荷量が全体的に高いので因子負荷量の絶対値が.700 以上を便宜上太字で示した。

療養の知識（総合）因子についての因子負荷量は.719～.888 の高い負荷量で、また α 係数は.970 と高かった。また、第 I ～第 V 因子の α 係数も.879～.977 ときわめて高く、信頼性は十分高い。各グループ因子間の相関は.687～.876 と高く、指定した 5 要因のすべての項目をグループ指定した療養の知識（総合）要因と各因子の相関は.862～.957 と高かった。これらのことから、自己管理の療養の知識尺度の 17 項目は 1 因子構造とみなせる。17 項目全体を 1 つの因子として指定した「療養の知識（総合）」の α 係数は、.970 と高く、信頼性は十分に高い。したがって、療養の知識尺度は、1 因子構造から成り、全項目を研究第 II 部で使用する。

5) 支援体制尺度のグループ主軸法による検討

指定した 6 因子すべての項目から成る得点合計の因子が「支援体制（総合）」である。

Table 5-4 自己管理の療養の知識尺度のグループ主軸因子負荷量

NO	項目の主旨	重み ^a					グループ主軸因子 ^b					知識 総合	
		I	II	III	IV	V	知識	I	II	III	IV	V	
I. 食事制限の必要性													
2 コレスステロールの過剰	1 0 0 0 0 1	.959	.695	.684	.642	.632	.809						
3 動物性脂肪のとりすぎ	1 0 0 0 0 1	.940	.723	.737	.648	.708	.833						
1 塩分のとりすぎ	1 0 0 0 0 1	.902	.631	.713	.632	.573	.768						
4 肥満	1 0 0 0 0 1	.863	.721	.658	.693	.601	.799						
II. 規則的な生活の必要性													
11 急に冷えるのを避ける	0 1 0 0 0 1	.706	.909	.761	.836	.739	.886						
10 長時間の入浴を避ける	0 1 0 0 0 1	.640	.899	.706	.821	.659	.842						
9 便通を整える	0 1 0 0 0 1	.665	.895	.797	.783	.737	.862						
6 規則正しい生活	0 1 0 0 0 1	.656	.889	.768	.763	.752	.852						
5 運動は健康によい	0 1 0 0 0 1	.626	.760	.599	.598	.620	.719						
III. 怒りの制御の必要性													
8 怒り興奮はよくない	0 0 1 0 0 1	.766	.818	.989	.722	.744	.879						
7 いらいらはよくない	0 0 1 0 0 1	.741	.835	.989	.761	.751	.888						
IV. 測定と内服の必要性													
13 定期的受診がよい	0 0 0 1 0 1	.668	.783	.696	.911	.740	.846						
12 量と時間を守って内服	0 0 0 1 0 1	.722	.806	.690	.884	.746	.861						
14 血圧を測って観察	0 0 0 1 0 1	.557	.743	.598	.859	.568	.752						
15 脈拍 120 で運動の調整	0 0 0 1 0 1	.545	.740	.645	.853	.588	.755						
V. 禁煙と飲酒制限の必要性													
16 たばこはよくない	0 0 0 0 1 1	.703	.811	.747	.754	.944	.860						
17 飲みすぎはよくない	0 0 0 0 1 1	.593	.711	.682	.671	.944	.768						
各グループ因子の因子分散 寄与率 (%) α 係数		3.360	3.803	1.955	3.077	1.784	11.541						
		84.0	76.1	97.8	76.9	89.2	67.9						
		.937	.921	.977	.900	.879	.970						

因子間の相関

I 食事制限の必要性	1.000					
II 規則的な生活の必要性	.755	1.000				
III 怒りの制御の必要性	.762	.836	1.000			
IV 測定と内服の必要性	.712	.876	.750	1.000		
V 禁煙と飲酒制限の必要性	.687	.806	.756	.755	1.000	
療養の知識（総合）	.875	.957	.894	.917	.862	1.000

注) a : 重みはグループの指定をするときは 1、指定外を 0 で示す。

b : .700 以上の負荷量を太字で示す。

Table 6-5 には、因子負荷量の.600 以上を太字で示し、因子間の相関を下部に示した。自己管理の支援体制尺度の 6 因子（6 要因）の設定は、Table 5-5 の第 2 欄に示した。当該のグループ因子間でどの項目も.700 以上の高い負荷量を示した。 α 係数は、.722 以上の値を示し、どの因子も内的一貫性が高い。

因子間の内部相関を見ると、第Ⅱ因子（看護師との関係）と第V因子（患者からの支援）の相関.566、第IV因子（友人からの支援）は、第V因子（患者からの支援）と.599 と最も高い相関を示した。つまり、患者からの支援は看護師や友人からの支援と重複しているが、他の I, III, VI の因子間の相関は、-.010～.326 と低い相関なので互いに独立しているといえる。また、支援体制尺度 21 項目の全体の「支援体制（総合）」の α 係数は、.875 と高く、信頼性は高い。したがって、支援体制尺度は、「医師との関係」（5 項目）、「看護師との関係」（5 項目）、「家族からの支援」（3 項目）、「患者からの支援」（2 項目）の 4 つの構成要素（計 15 項目）から成り、これらの 15 項目を研究第 II 部で使用する。

考 察

1) 自己管理行動について

野澤・岩田ら（2007）は、自己管理行動について、血液透析患者のデータを因子分析し、食事療法と水分制限の遵守、治療法の管理と合併症の予防、身体と心理社会生活の調整の 3 因子を抽出している。本研究では、5 つの因子を設定したが、本研究の第 I 因子食事の自己統制、第 IV 因子測定と内服、第 II 因子規則的な生活の 3 因子がそれぞれ順にほぼ対応している。野澤・岩田らの患者が腎不全で血液透析を受けている患者であり、本研究では心筋梗塞患者という被験者の相違によるもので、本研究の怒りの制御因子と禁煙と飲酒制限因子の 2 因子は心筋梗塞患者には必須な要因である。ただし、怒りの制御因子は負荷量の高い項目が 2 項目にすぎないので、今後項目を加え検討していく必要がある。

2) 各尺度の作成について

「病気と共に生きる姿勢」、「自己教育力」、「自己管理行動」、「療養の知識」、「支援体制」の要因を測定する各尺度は、信頼性係数が高い項目を選び構成することができた。患者の自己管理における自己調整学習（自己教育力）を測る尺度を作成できた。心筋梗塞患者が危険因子を改善し、心不全や再発を予防するために、必要な「療養の知識」（認知）の習得と、その行動の程度を別々に測定できる尺度を作成できた。

Table 5-5 支援体制尺度のグループ主軸因子負荷量

NO	項目の主旨	重み ^a						グループ主軸因子 ^b						支援 総合
		I	II	III	IV	V	VI	支援	I	II	III	IV	V	VI
I. 医師との関係														
3 検査結果の理解	1 0 0 0 0 0 1	.838	.262	.322	.151	.166	-.056		.512					
1 病状について質問	1 0 0 0 0 0 1	.835	.365	.358	.103	.129	-.039		.565					
5 治療に満足	1 0 0 0 0 0 1	.778	.179	.236	-.020	.095	.025		.370					
2 治療法について質問	1 0 0 0 0 0 1	.763	.412	.241	.022	.231	-.024		.554					
4 担当医を信頼	1 0 0 0 0 0 1	.762	.127	.028	-.053	.009	.059		.274					
II. 看護師との関係														
7 日常生活の様子を話す	0 1 0 0 0 0 1	.241	.865	.260	.382	.486	.049		.744					
6 注意事項について質問	0 1 0 0 0 0 1	.336	.843	.246	.255	.370	.090		.712					
8 検査の方法を聞く	0 1 0 0 0 0 1	.250	.830	.239	.389	.558	.225		.751					
9 食事療法の努力を認める	0 1 0 0 0 0 1	.260	.788	.299	.331	.518	.125		.713					
10 話すことによる安心	0 1 0 0 0 0 1	.308	.771	.300	.188	.388	.030		.660					
III. 家族からの支援														
12 努力に対する理解	0 0 1 0 0 0 1	.197	.201	.888	.264	.153	.034		.408					
11 支えが役立つ	0 0 1 0 0 0 1	.364	.296	.773	.132	.173	.063		.475					
13 食事療法を助ける	0 0 1 0 0 0 1	.171	.302	.736	.232	.172	.004		.423					
IV. 友人からの支援														
15 心が癒される	0 0 0 1 0 0 1	.009	.317	.171	.880	.480	-.066		.479					
16 友人と励ましあう	0 0 0 1 0 0 1	.028	.344	.260	.847	.629	-.069		.545					
14 心配してくれる	0 0 0 1 0 0 1	.107	.299	.240	.807	.408	.136		.493					
V. 患者からの支援														
17 元気をもらいう	0 0 0 0 1 0 1	.100	.500	.200	.560	.941	.033		.645					
18 療養に役立つ	0 0 0 0 1 0 1	.199	.564	.186	.568	.941	.021		.704					
VI. 職場での支援														
20 職場の人に話す	0 0 0 0 0 1 1	.016	.080	.012	-.014	-.021	.961		.067					
21 配慮してもらう	0 0 0 0 0 1 1	-.036	.164	.070	.007	.077	.961		.130					
各グループ因子の因子分散						3.165	3.363	1.929	2.143	1.770	1.847			5.942
寄与率 (%)						63.3	67.3	64.3	71.4	88.5	92.3			29.7
α 係数						.855	.878	.722	.800	.870	.917			.875

因子間の相関

I	医師との関係	1.000												
II	看護師との関係	.339	1.000											
III	家族からの支援	.302	.326	1.000										
IV	友人からの支援	.055	.379	.263	1.000									
V	患者からの支援	.159	.566	.205	.599	1.000								
VI	職場での支援	-.010	.127	.043	-.003	.029	1.000							
	支援体制 (総合)	.575	.873	.540	.598	.717	.103	1.000						

注) a : 重みはグループの指定をするときは1、指定外を0で示す。

b : .600 以上の負荷量を太字で示す。

第6章 病気と共に生きる姿勢と自己教育力が 自己管理行動に及ぼす影響

問題と目的

研究第II部の目的は、心筋梗塞患者の病気の再発予防の自己管理（self-management）行動を基準変量として、病気と共に生きる姿勢、医療者や家族の支援体制、療養の知識、そして自己教育力という4つの予測要因を用いて相互の因果関係を明らかにすることである。これらの諸要因の関係について従来の研究で見出されたことを、4つの予測要因の順に以下に整理して述べる。

＜病気と共に生きる姿勢＞心筋梗塞の再発予防にあたっては、心筋梗塞という病気の自分を受け入れ、自己の生き方、生きている事のすばらしさを感じることや、一日一日を味わって生きるなど病気と共に生きる姿勢を現実的に整えて、治療に前向きに取り組む生き方が重要になる。感謝の気持ちや長生きしようという意欲など病気と共に生きる姿勢が前向きであると周りの医療者や家族からの支援体制が喚起され、そのことが本人の自己教育力を高め、また自己管理行動の高まりにつながると考えられる。たとえば、心筋梗塞を発症した直後でまだ発症期間が短い患者は、医療者から支援を多く受けて療養生活を整えていかなければならない。

仕事や家族や趣味など生きがいをいろいろ持っている人々は、十分な睡眠や休養、バランスのとれた食事の工夫や適切な運動などの予防的な自己管理行動を行っている（宗像,2010）。患者は、心筋梗塞に罹患した自己を受容することが心理的健康を保ち、将来に向けて、積極的な生きる姿勢（板津, 1991）を生み出している。つまり、心筋梗塞になつた状態をありのままに受け入れることによって病気と共に生きる姿勢を改め、定期的な受診時に医療者に質問して、医療者からの支援を築くと同時に、自己管理に必要な情報を質問し、結果として自己教育力の向上につながっていくと考えられる。

＜支援体制＞武田・平松（2005）は、虚血性心疾患発症後の患者に対して、家族を含めた疾病教室の開催など教育的側面を重視し、在宅療養にあたって家族の理解・協力が十分得られるようにする支援体制の配慮が重要としている。心筋梗塞の再発予防には、患者が医師・看護師の医療者や家族などからの人的支援をより活用し、自己教育力を高めることが、自己管理行動の積極的な継続に有効である（花田, 2011）。

＜療養の知識＞心筋梗塞の再発を予防するには、患者はまず心筋梗塞とはどういう病気

か、その治療の行い方、血圧や脈拍の測定方法を知る必要がある。心筋梗塞患者の再発予防に必要な知識の内容は、塩分やコレステロールの食事制限、定期的な受診や内服、禁煙など多くの制限事項の自己管理である。

ところで、自己管理の難しさは、知識をいくら与えても、患者が自ら実行しなければ再発予防につながらないことである。心筋梗塞患者に必要な学習方略は、医師から病状や治療方針等の説明を受けた後に、日常生活の中でわからないことがあった場合に、定期的な外来受診の時に、そのことや病状、注意事項などについて、医師や看護師に自分から質問するという行動である。つまり、心筋梗塞を再発しないための制限食や運動療法を実行するために、患者には日常生活における注意事項を他の行動と自己調整しながら確実な行動の学習が要求される。しかし、医療現場の現状は、患者自身が自ら学ぶ力を効果的に發揮させ自己管理を行えることを目指すよりも、治療を優先するあまりに一方的な指導になりやすい。

＜自己教育力＞教育現場で生涯学習の視点から自己教育力の育成に取り組んだように、医療者は、心筋梗塞患者が生涯にわたって再発予防を行うには、患者が自主性とやる気を失わないように自己管理を継続していく自己調整学習を引き出し指導する必要がある。したがって、成人の心筋梗塞患者が、今まで生きてきた中で培った自己教育力は、心筋梗塞の再発の予防に必要な医療知識の学習、意欲などに関する応用力として作用する。これらの観点は、心筋梗塞の再発予防の際に重要なことである。

心筋梗塞患者の自己管理においては、学んだことを自ら実行するという行動に結びつかなければならないので、自己教育力は病気の予防の動機づけと密接に結びついている。治療への動機づけは、心筋梗塞の再発予防の過程で、必要な情報を自ら得て、再発予防の治療行動を実際にすることにつながる。臨床現場では、心筋梗塞患者の再発予防に必要な基礎的知識は、病棟にある退院後の生活に向けての指導マニュアルを利用できる。それに沿って退院指導を行うという方法が定着している。これに加えて患者が自己調整学習を発揮できるように、医療者が適切な指導を行うことによって、患者自身が注意事項を自ら学習し、実行の継続性が高まる。それゆえ第6章は自己管理の中で患者自身が自己調整学習である「自己教育力」を高めるための、「病気と共に生きる姿勢」、「支援体制」、「療養の知識」との関連を検討する。医療現場での患者の自己調整学習を1つの要因として捉えて、病気と共に生きる姿勢などの要因との関係を調べたのは、花田（2010a, 2010b, 2014）のみである。

<自己管理行動>危険因子の改善や心不全・再発予防の自己管理は、継続が必要なので、意欲や意志を要する。この継続的な資質を身につけることは、生涯続く自己管理において、自ら学び続け、その時その時の状態や状況に応じた情報を得て調整しながら、再発予防をしつつ生きて行くことである。このプロセスは自己教育力の動機づけと実行過程で、その時と状況に必要な自己管理に関する自己調整学習の能力を高めることだといえる。

心筋梗塞患者は、退院後、定期受診をしながら自分の体調を整え、生活を再構築し社会復帰していくかねばならないので、ストレスを感じることが多い。したがって、周囲からの支援を得て治療の負担感を少なくし、かつ本人の自己調整学習を促進する要因を特定し、自己管理行動を確実に行う連鎖行動を、明らかにする必要がある。そのことによって医療者が、連鎖行動のどの段階で如何なる支援を行えばよいかがわかつてくる。第6章の目的は、パス解析を用いて、「病気と共に生きる姿勢」が心筋梗塞患者の自己管理に影響する諸要因との関連について、次の仮説を検討することである。

仮説1. 「病気と共に生きる姿勢」が前向きになると、

- a) 治療への「自己教育力」が高まり、
- b) そのことによって治療の「自己管理行動」が促進される。

仮説2. a) 前向きな「病気と共に生きる姿勢」は患者自身による他者への質問や働きかけにより、周りの人々からの「支援体制」が整って、そのことが刺激となり「自己教育力」を高める。

- b) また「病気と共に生きる姿勢」が前向きになると、積極的に「療養の知識」を求める。

仮説3. a) 「療養の知識」は「支援体制」に影響を受け、

- b) 「療養の知識」をもつことは、直接「自己教育力」と「自己管理行動」を高める。

方 法

調査手続き

対象者と調査期間は、第5章と同じである。

質問紙の構成

第6章で用いる項目は、Table 6-1 の通りである。

結 果

Table 6-1 第6章で用いる項目

尺度（要因）	構成因子（項目数）
1. 予測変量	
a. 病気と共に生きる姿勢	2因子（全14項目） 生きることへの感謝(10) 健康優先(4)
b. 支援体制	4因子（15項目） 医師との関係(5), 看護師との関係(5), 家族からの支援(3), 患者からの支援(2)
c. 療養の知識	1因子構造（全17項目）
d. 自己教育力	1因子構造（全16項目）
2. 基準変量	
自己管理行動	3因子（10項目） 食事の自己統制(4) 測定と内服(4) 禁煙と飲酒制限(2)

1) 病気と共に生きる姿勢、支援体制、療養の知識、自己教育力と自己管理行動との相関

以下では、グループ主軸法で見出された因子の項目合計に基づく得点を「要因」と呼ぶこととする。Table 6-2には、「病気と共に生きる姿勢」要因、「自己教育力」要因、「支援体制」要因、「療養の知識」要因の計10変量および「自己管理行動」3項目とその合計点の14項目間のピアソンの相関係数を示した。また、Table 6-2では、相関の絶対値が $r > .258$ なら $p < .01$, $r > .196$ なら $p < .05$, .30以上の相関を太字で示した。

「病気と共に生きる姿勢（総合）」は、「自己教育力」(.66), 「支援体制総合」(.53)と高い相関を示した。「支援体制」要因と高い相関を示す順番は、患者 (.49), 看護師 (.41) で高く、医師 (.33), 家族 (.31) の順であった。また、「病気と共に生きる姿勢（総合）」は、「療養の知識」と低いが有意な相関 (.20) を示した。「病気と共に生きる姿勢（総合）」の構成要因である「生きていることの感謝」と「健康優先」は、「療養の知識」と高い相関を示した (.45 と .43)。「生きていることの感謝」は、とくに「支援体制」の患者 (.50) と看護師 (.42) と高く相関した。しかし、「病気と共に生きる姿勢（総合）」は、「自己管理行動」とは無相関であった (.09~.19)。また、「支援体制（総合）」と「療養の知識」も、「自己管理行動」とは無相関であった (.06~.21, -.14~.16)。

「自己教育力」は、「支援体制（総合）」と .53 と高い相関を示し、「支援体制」と高い順は、患者 (.49) で、次は家族と看護師 (.41) であった。また、「自己教育力」は、「療養の知識」とも正の相関を示した (.37)。特に、「自己教育力」は、「自己管理行動（総合）」と高い相関を示した (.41)。

2) 自己管理行動に及ぼす病気と共に生きる姿勢・支援体制・療養の知識・自己教育力の因果モデル

仮説 1, 2, 3, の要因間の関係パス図として、Figure 6-1 に示した。本研究は「病気と共に生きる姿勢」から直接「自己教育力」と「自己管理行動」に及ぼす因果関係、および「支援体制」と「療養の知識」の 2 つのパスを経て、「自己教育力」に及ぼす因果関係を分析する。

最終的なモデルに至るまで順次モデル間の比較にあたっては、 χ^2 値、赤池情報量基準 (Akaike Information Criterion: AIC) を検討した。最終的に得られたモデルの計算結果を Figure 7-1 に示す。最終モデルでは、 $\chi^2 = .34$, $df = 2$, $p < .84$ および RMSEA が .05 以下となったので ($GFI = .99$, $AGFI = .99$, $RMSEA = .00$, $AIC = 26.34$, $n = 101$)、十分な適合度を示すものと判断した。Figure 7-1 の数値は、パス係数である。

Table 6-2 病気と共に生きる姿勢、自己教育力、支援体制、療養の知識と自己管理行動との相関

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<病気と共に生きる姿勢>														
1 生きていることの感謝	1.0													
2 健康優先		.55												
3 病気と共に生きる姿勢 (総合)		.96												
4 自己教育力		.61												
<支援体制>														
5 医師との関係		.36												
6 看護師との関係		.42												
7 家族からの支援 ·54		.32												
8 患者からの支援		.50												
9 支援体制(総合)		.54												
10 療養の知識		.45												
<自己管理行動>														
11 食事の自己統制		.16												
12 怒りの制御 ·13 測定と内服		.14												
14 自己管理行動(総合)		.19												

相関の絶対値が $r > .258$ なら $p < .01$ 。
 $r > .196$ なら $p < .05$ 。
 $.30$ 以上を太字で示した。

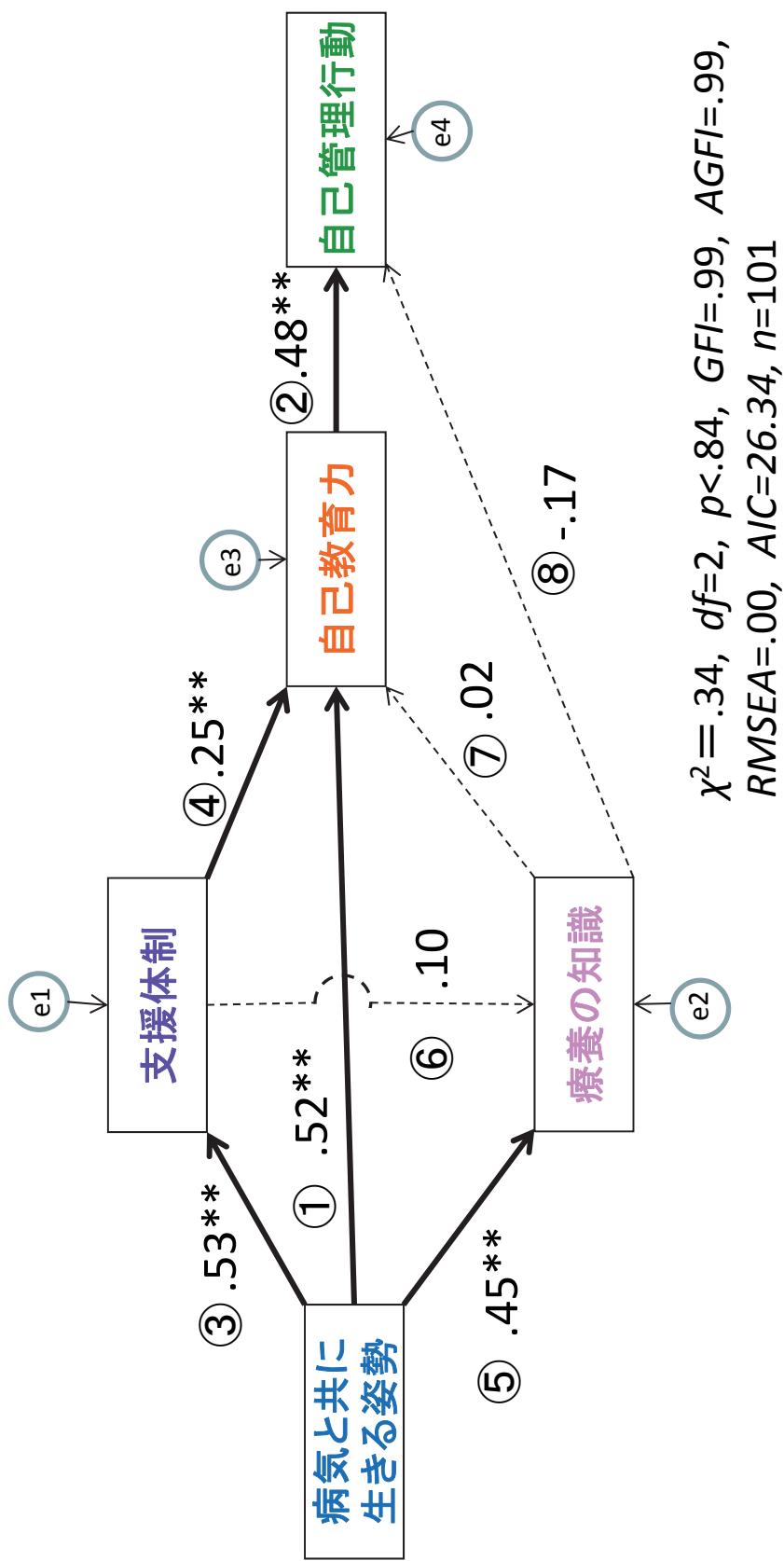


Figure 6-1 「病気と共に生きる姿勢」・「支援体制」・「療養の知識」・
「自己教育力」と「自己管理行動」との関係(標準解)

まず、仮説 1 に関して「病気と共に生きる姿勢」は、パス係数.52 で「自己教育力」に大きい影響与えている ($p<.01$, 以下同様に括弧内は有意水準を示す)。「自己教育力」は、「自己管理行動」にパス係数.48 で直接影響を与えている ($p<.01$)。これは、仮説 1 の a) と b) に沿った結果である。

次に、仮説 2 の a) と b) に関して、「病気と共に生きる姿勢」はパス係数.53 で「支援体制」に影響を与え ($p<.01$), さらに「支援体制」は、値は低いがパス係数.25 で「自己教育力」に影響している ($p<.01$)。「病気と共に生きる姿勢」は「療養の知識」に、直接にパス係数.45 で影響している ($p<.01$)。これは仮説 2 の a) と b) に沿った結果である。

仮説 3 の a) と b) に関しては、「療養の知識」に対しては、「支援体制」からの影響は殆どない (パス係数.10, ns)。すなわち「療養の知識」が高ければ、「自己教育力」や「自己管理行動」が高まるということはできない (パス係数.02, -.17 いずれも ns)。これは仮説 3 の a) と b) を支持していない。

以上のことから、「自己教育力」に大きく影響している経路は、「病気と共に生きる姿勢」の直接的なパスおよび「生きる姿勢」から「支援体制」を経由する 2 つのパスである。

考 察

1) 病気と共に生きる姿勢と自己教育力

仮説 1 の「病気と共に生きる姿勢が前向きになると、a)治療への自己教育力が高まり、b)そのことによって治療の自己管理行動が促進される」ことについて、考察する。結果で述べたように仮説 1 の a) と b) のいずれも支持された。本研究の結果と先行研究と比べて考えてみる。ポジティブな感情がもたらす恩恵として、健康、対人関係、情報処理などが見出されている (山崎, 2006)。迫田・田中 (2009) は、心筋梗塞患者の発作の認知と発作後の療養行動について面接し、心筋梗塞の発作は生命の危険を伴う体験として生活や行動を変える大きなきっかけとなり、再発防止を強く意識していることを述べている。すなわち、健康によくない所を考え直す生きる姿勢は、健康問題への自己教育力を高めると考えられる。そして、心筋梗塞患者は無理ができなくなった自分の体の状況をありのままに受け入れ、その上で新たに自分らしく生きる生活を再構築していく (伊藤・小玉, 2005)。

病気と共に生きる姿勢が、自己教育力に大きく影響し、これが自己管理行動につながるという知見から、医療者は以下のよう関わりが必要である。患者が再発を過剰に考えすぎると不安をもち心の安定を保ちにくい。心筋梗塞は病気の部位が心臓であることから生命に直接かかわることなので、患者は発症直後、特に不安を感じる。それで、まず心の安

心が得られるようにかかわる。そして、治療が進むにつれて病状の安定と合わせて、心筋梗塞なった自分自身を受け入れることができるように支援する。患者が療養について考えることができるのは、それを踏まえてである。例えば、仕事の責任を持っている40代や50代などでは、急に発症する状況で仕事のことが気になり、自分の健康のことを考慮したくてもしにくい場合などがある。医療者は、これら点に留意して患者を支え、患者の年齢や背景など個々に応じた指導をすることが必要である。心筋梗塞患者は、塩分制限のある制限食をおいしく食べる工夫をしたり、毎日規則的な生活を維持しなければならないことを息苦しく感じないように、自分のライフスタイルに定着させるなど、自己管理行動に伴う負担感を乗り越える力をもっている。医療者はこのような人間の生きる強さを引き出し、促進する支援ができることが望ましい。

このことは「病気と共に生きる姿勢」と「支援体制」とのパスとも関連している。

2) 病気と共に生きる姿勢からの支援体制と療養の知識のパス

仮説2は「a)前向きな生きる姿勢は患者自身による他者への質問や働きかけにより、周りの人々からの支援体制が整って、そのことが刺激となり自己教育力を高める。b)また病気と共に生きる姿勢が前向きになると、積極的に療養の知識を求める。」というものである。2つのサブ仮説は結果に示すように、いずれも支持された。

心筋梗塞になって命拾いしたと感じ、生きている喜びを味わいながら前向きに、療養に専念している患者は、医師と看護師や家族からの支援を活用し、健康への自己調整学習を高めている。そして、毎日、食事療法を行ったり、血圧を測ったり、薬をきちんと内服する行動をとっている。これは、仮説2のa)とb)に、一致している。

鈴木・古瀬(2009)は、退院後の自己管理は家族のサポートを得るために医療者による介入が必要なこと、たとえば塩分制限や運動習慣などの関係から家族のサポートについて述べている。また、配偶者の態度は回復にプラスに影響する(Carol & Geraldine, 2006)が、しかし過度の関わりは患者の不安や抑うつを生じさせる(Clarke & Walker, et al, 1996)ので、患者の努力の姿を認め見守る姿勢が重要である。以上のように、先行研究においても、家族の支援の重要さが示されているが、さらに本研究では、家族や医療者の支援体制が患者の自己調整学習を高め、自己管理行動を促進している。本研究結果においては、その支援に直接強く影響する要因は、「病気と共に生きる姿勢」であること、並びにその「支援体制」が、「自己教育力」を高めることは、注目すべき点である。

以下に、前向きな病気と共に生きる姿勢が、支援体制を整え、自己教育力を高めるとい

う知見を、臨床現場に生かしていくことについて考える。患者が日常生活の中で、行ってみようと思っていることで、自分の心機能では負担になるのではないかなど戸惑っている場合がある。そのようなときは、自分から医療者に質問して、専門家の意見と合わせて、病状の把握と共に療養に必要な知識を、活用できるまでに確実に習得するよう支援する。例えば、勤務をしている世代においては、今の仕事量が心臓の負担にならないかなどの心配を抱えている場合がある。医療者は、患者の日常生活の状況に合わせて、具体的に一緒に考えて対応することが必要である。

また、医療者と患者の関係において、原田・小西・寺岡・浦光（2009）は、保健師の家庭訪問時における患者との人間関係の形成過程の研究を行い、温かで人間的で、かつ冷静な客観的関係の結び方が重要なことを示している。また、永田・岡本（2008）は、他者との信頼関係の形成には、本人の主体的行動の関与が重要なことを示している。Edelwich & Brodsky(2002)は、患者が学べば学ぶほど医師と対等なパートナーとなり、自立的な判断を下し、よりよい結果を導くことができると述べている。患者が心筋梗塞という命に関わる治療を、医師に安心して任せることの真摯な信頼関係の確立が重要なことがわかる。また、教える側がサポート的であることが必ずしも依存的援助要請に結びつくというわけではない（瀬尾, 2008）。医療者は患者が自立的であるようにかかわることが、患者の自己管理に関する学習の基本である。ゆえに、患者が自立して医療者と対等な関係を維持できるように、治療や療養に活かせる知識をやる気を持って学ぶことが大切である。

糖尿病患者への個別的な教育内容は病態や治療に関することが7割以上を占め、患者の身近で精神的な援助を行うことを示している（藤田・松岡・山地,2003）。Edelwich & Brodsky (2002)は、看護師の多くは、患者との間に感情面での肯定的な関係をもつと述べている。心筋梗塞患者は、医療者から病態や治療について多くの知識を受け、病気によって日常に起こる心配や悩みを医療者に相談しながら、情緒的安定を得ることによって自己管理が継続できるものとなるだろう。すなわち、患者が医師に治療のことを気軽に聞けるように、対人スキルを医師や看護師は高める必要がある。

また、生田・佐藤・中山・立木・有吉（2004）は、家族が患者に关心を向けることが患者の治療を支え家族の絆を高め、負担感の軽減につながることを示した。したがって、看護師は患者と家族両者の負担感を少なくするように、指導と介入を行う必要がある。

次に、同病者など他の患者からの支援について考察する。心疾患をもつ患者会は、一緒にスポーツをしたりして励まし合い、病気や最新の治療について学ぶ医師を講師とする講習会を開いたりしている。このような活発な支援活動が自己教育力を高めることにつながっている。丹羽・丸野（2010）は、初心者を除いて自己開示を行う人ほど、親和動機や心理的適応が高いとしている。心筋梗塞患者が、社会生活を行う中で感じる不安や悩み、思いを、同じ病気を持つ仲間ゆえに細かいところまでわかり合える。こうした準拠集団に支えられることによって、自己を開示し、自己強化力を高め、他者と一体感を感じることで生きる元気がわいてくるという。また、同病者に辛い思いを聴いてもらうことでカタルシス効果や、孤立感や負担感が軽くなる。他方、孤立化したり、考え込むことによって個人が悲観的になり、ますます対人的な問題解決能力を阻害する（Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995）。病気について、意識的に考え込むことを止めるることは、不適応の持続や悪化を防止できる（名倉・橋本, 1999）。したがって、心筋梗塞患者が自己開示し、気分転換を図るような人的環境の形成が重要である。

3) 療養の知識と自己教育力、自己管理行動

仮説3は「a) 療養の知識は支援体制に影響を受け、b) 療養の知識をもつことは、直接自己教育力と自己管理行動を高める」というものであった。Figure 6-1からは、支援体制からの療養の知識のパスは有意でなく、支援体制が高いと必ずしも療養の知識が高まるとは言えなかった。しかも、療養の知識が高いと自己教育力や自己管理行動が高まるともいえない。つまり、仮説3のa)とb)は、支持されなかった。

ゆえに、医療者が療養の知識だけをいくら与えたとしても、自己管理行動の継続には必ずしもつながらない。また、療養の知識が高くても、直接自己教育力が高まるともいえない。なぜ有意なパス係数が得られなかつたかについて考察してみる。その1つの理由として、患者自身が長期の治療でこれまで十分な知識をもっているため、療養の知識と自己管理行動と相関がみられないとも考えられる。このことは、同じような知識を繰り返して与えるだけでは、患者からの反発と抵抗あるいは無視を生じさせやすいと考えられる。

また、支援体制は療養の知識を必ずしも高めず、療養の知識は自己教育力と自己管理行動の高まりにつながるとは限らないという結果から、医療者は以下のように自己調整学習を高める関わりが必要である。患者自身が心機能低下を伴っているので、医療者は、患者の状態をよく観察して入院中は療養の知識の適切な学習目標、退院後の外来受診日はその

実行目標を患者と一緒に設定することが重要になる。医療者と一緒に患者が立てる目標は、実行時の自己調整学習に影響する（幾留・森・中本・荒武, 2009）ので、患者の自己管理目標を、医療者は共有しておかねばならない。また、医療者が一方的に運動不足のために散歩を強制するよりも、患者自らが1日の中で何十分位の散歩をすると目標を立てる方が実行を可能にする。

まとめ

病気と共に生きる姿勢は自己調整学習を高め、そのことが自己管理行動を促進すること、病気と共に生きる姿勢は医療者や家族等の支援を高めること、療養に必要な知識の獲得においても、病気と共に生きる姿勢が強く影響していることの3点がわかった。

心筋梗塞患者が病気と共に生きる前向きな姿勢を持つことは、自己調整学習を高め、危険因子の改善や心不全・再発予防の自己管理行動を促進することが示唆される。病気と共に生きる姿勢が前向きな患者は、外来受診時に日常生活の注意事項について看護師に自分から質問したり他の患者と話したりすることによって、療養に役立つ自己管理行動が促進されることが期待される。こうした姿勢を強めるためには、医療者は患者の気持ちをよく聞き、再発の危険性はあるものの日常生活の注意事項を守れば予防できることなどを、わかりやすく説明することを通じて、患者自身がそれまでの自己管理行動の問題点を改め、抵抗感を持たず自然に療養の知識を活かしていくよう促すことが大切である。

第7章 研究結果の応用

第6章では、「病気と共に生きる姿勢」から「自己管理行動」へ至るパスが2つ見出された。1つは「病気と共に生きる姿勢」から直接に「自己教育力」に影響する経路、2つ目は医師や看護師、家族からの「支援体制」を経由するパスである。つまり、第1は、「病気と共に生きる姿勢」のあり方が「自己教育力」を高め、そのことが「自己管理行動」を促進する。第2は、「病気と共に生きる姿勢」が医療者や家族等の「支援体制」を高める。しかしながら、自己管理行動に直接的な影響力はなかったが、第3に、「病気と共に生きる姿勢」は、療養に必要な知識の獲得にも効果をもっていた。まとめてみると病気と共に生きる姿勢は、自己教育力、支援体制、療養の知識にそれぞれと直接的な影響を示したことである。

以上の研究成果が、臨床現場にどのように役立つかについて、1 患者の自己管理の学習、2 支援体制、3 病気と共に生きる姿勢が前向きな思考になるための自己管理への応用について考察してみる。

1. 患者の自己管理の学習について

病気と共に生きる姿勢が、自己教育力に大きく影響し、これが自己管理行動につながるという知見から、医療者の関わり方について以下に考察する。

患者は再発を過剰に考えすぎると不安をもち心の安定を保ちにくい。治療への前向きな姿勢を高めるには患者の気持ちをよく聞き、医療者は再発の危険性はあるが、治療や日常生活の注意事項をきちんと守って、自己管理を継続すると防止できることを、患者が理解できるように言葉を選んで説明する必要がある。そのためには、まず患者の話をあるがままに聞き、患者が何に不安をもっているかを知り、それを取り除き、心筋梗塞患者が自分自身を受け入れができるように、仕事の変更が必要なこと、それによる昇進がストップするなどの無念さに対しても共感しながらサポートし、自ら病気と共に生きる姿勢を無理のない形で受け入れること、健康を第1にして自己管理を行うことなどを十分に伝え、これらを患者と共に考えを支えることが必要である。

仕事や日常生活の慌ただしさの中で、自己管理行動に結びつく自己教育力を發揮できない状況がある場合、医療者は仕事の中の行動や日常生活の中に自己管理行動を組み込んでいけるように、患者と一緒に実行可能な具体的行動を考える必要がある。患者の日常生活の自己管理での目標を、可能な限り医療者が取り入れた計画を立てるこ

とによって、患者の実行力が高まり、医療者は患者と目標を共有できる。

心筋梗塞患者は、退院後も定期受診をしながら治療の自己管理行動を、仕事や生活の中で再構築し、社会復帰していかなければならない。これは、患者には大きな課題でもあり、ストレスでもある。したがって、周りの人々からの支援を受け、治療の負担感を少なくし、患者自身の自己教育力を高める必要がある。患者が、再発予防の注意事項を生活習慣として組み込み、細々した自己調整を行うことによって自己管理が定着できるように、医療者は個別指導を工夫する必要がある。例えば、医療者が一方的に運動不足に対して散歩を強制するよりも、患者自らが1日の中でいつに何分位の散歩をするという目標を立て実行することなどである。また、日頃の自己管理行動がうまくできている場合には、それを誉めて達成感を味わわせ、認めることが大切である。これが自己効力感を高め、次の目標への自信につながる。自己管理行動を強化するには、患者自身が前向きに病気と共に生きる姿勢をとれるかどうかにかかっていると考えられる。

2. 支援体制について

先行研究においても、家族の支援の重要さが示されているが、さらに本研究では、医療者や家族からの支援体制が自己教育力を高め、自己管理行動を促進している。

以下に、前向きに病気と共に生きる姿勢が、支援体制を整え、自己教育力を高めるという知見を基に、臨床現場に生かすことについて考察する。病気と共に生きる姿勢が前向きな患者においては、外来受診時に日常生活の注意事項について、看護師に自分から質問したり、他の患者と話すことによって療養に役立つ自己管理行動が促進することである。

小田部・丸野（2011）は、教育現場において、生徒と教師との相互作用による自己調整学習の形成過程を解明する研究が今後重要なことを上げている。これは同様に、医療現場においても、患者と医療者との相互作用による再発予防の自己調整学習の形成過程を解明していくことは今後重要なことである。このように自己調整学習の形成過程はこれから研究課題ではあるが、自己調整学習は個人によっていろいろな方法があり得る（Paris, & Paris, 2001）。小川（2006）は、情報活用の状況を調べ、女性より男性の方が情報の活用がわずかに高いことを見出している。以上のことから、患者の職の有無、性別、年齢等に則した方略を工夫する必要があることがわかる。たとえば、心筋梗塞を発症して1ヶ月以内の患者でこれからどのように再発を防止していくべき

よいかとまどっている患者に対しては、発症期間が数年以上の患者の中から、日常生活の中で注意事項を上手に、自己管理を行っているモデルとなる患者を紹介したり、患者会に参加を勧めたりして、自己調整の具体的な方法を見習える機会を増やすことなどである。このような場において、同病者同志で療養生活の情報を交換して、日常生活の中で自己管理のノウハウを学び、それを生かす自己調整の学習能力を高めることとなる。また松沼（2004）は、自己調整学習の遂行に、自己効力感を高める介入方略が有効であるとしている。したがって、周りからの支援によって、患者自身が自分の自己管理の良い所と悪い所を知り、自己管理の具体的な方法と実行の仕方に抵抗感をもたずに、積極的に学び、これが自己教育力を高めていくことと考えられる。

しかし、本研究では支援体制が高いと必ずしも療養の知識が高まるとは言えなかつた。しかも、療養の知識が高いと自己教育力や自己管理行動が高まるともいえなかつた。ゆえに、医療者が療養の知識をいくら与えたとしても、自己管理行動の継続には必ずしもつながらない。また、療養の知識が高くても、直接自己教育力が高まるともいえない。その1つの理由として、患者自身が長期の治療でこれまで十分な知識をもっているため、療養の知識と自己管理行動と相関がみられないとも考えられる。このことは、同じような知識を繰り返して与えるだけでは、患者からの反発と抵抗あるいは無視を生じさせやすいと考えられる。したがって、心筋梗塞患者が外来受診時の会話の中で、「どうも薄味に慣れない」などと言ったときは、医療者はそれを手がかりとして、自己管理全体に問題を抱えていないかを配慮し、生活を自分の意志で変えていくような（高橋・青木ら、2008）ケアを提供することが必要である。

また、支援体制は療養の知識を必ずしも高めず、療養の知識は自己教育力と自己管理行動の高まりにつながるとは限らないという結果から、医療者は以下のように自己調整学習を高める関わり方が必要である。患者自身が心機能低下を伴っているので、医療者は、患者の状態をよく観察して入院中は療養の知識の適切な学習目標、退院後の外来受診日はその実行目標を患者と一緒に設定することが重要になる。医療者と一緒に患者が立てる目標は、実行時の自己調整学習に影響するので、患者の自己管理目標を、医療者は共有しておかねばならない。目標は具体的で短い時間間隔での目標が、進展度合いがわかりやすく、動機づけを高める（Bandura & Schunk, 1981）ので、患者は達成度合を評価して、自己調整しやすい。自分で立てた目標の方が、他の人から指示された目標よりも、目標の達成は確実になる（Shunk, 1985）ので、医療者は

患者自らがやる気を持って目標を設定するように励ますことなどが、大切である。自己調整学習を促進されるには、難しいけれども何とかできそうだと思えることが有効である (Dewitte & Lens, 2000)。とくに、体力に限界のある心筋梗塞患者にとっては、以上のように目標設定においては、具体的で短期目標を積み重ねていくことが、よい目標設定となる。

そして、患者自身が日常生活の中で再発予防の注意事項を自己調整していくには、医療者は①患者が達成できたことの一つ一つに対して、その努力を認め、褒める、②回復のステップごとを共に喜び、③各スマールステップで自己効力感を高める、という関わり方が、患者の自己管理の継続には重要である。

3. 病気と共に生きる姿勢が前向きな思考になるための自己管理

1) 心筋梗塞患者が陥りやすいマイナス思考の予防

福井 (2009) が示した認知療法の考え方を基にして、心筋梗塞患者が自己管理を継続する上で、マイナス思考を防止する留意点をまとめてみる。

患者は心筋梗塞になったことで自分の将来は終わってしまったとして、①ものごとを白か黒かのどちらかで考えるやすい(全か無か思考)。30歳台の心筋梗塞も増えていく現状であるので、このような悲観的な精神状態にならないように 病気と上手につきあっていく仕事の仕方を考えて行くことが必要である。そのためには、幸運にも命が助かった機会に、治療すれば必ず回復できること、および再発予防の自己管理を継続すれば社会復帰できることなどを医療者は説明し、これから的人生を前向きに考えていけるようにかかわる。

また②たった一つの良くないこと (例えば心筋梗塞に罹患したこと) があると世の中すべてそうだと考えやすい (一般化のしすぎ)。③一つの良くないことばかり考える心のフィルターを持ちやすい状況にある。そして、心臓の病気さえなければマイナス方向だけを考え、前に進めなくなったりする。病気のことで何もかもつまらなくなってしまう状態にならないようにするには、現時点で自分で可能なことを考えることが必要となる。

また、この機会に心臓に負担にならない軽労働の仕事に変わったり、転職などを考える。④自分でできるプラスの面を生かすようにして良い出来事を無視する思考に陥らないこと。そのためには、医療者は退院後の社会復帰や楽しく過ごせる生活の QOL が、保持できるように生活を支援していく。患者は心筋梗塞になったことを苦にして、

⑤根拠もないのに悲観的な結論を出してしまいやすい（結論の飛躍）。医療者はこうした結論でなく、他の考え方もあることを示して理解させる必要である。患者が仕事のことや生活状況を身近に居る医師や看護師に話せるようにしておく必要がある。転職が必要な場合は、病院内においてソーシャルワーカーがその相談の窓口となっていることを伝える。

次に、日常生活における注意事項が多いので、自己管理の継続を阻害するめんどうだと感じやすい。⑦理性的ではなく感情的に評価しやすい（感情的決めつけ）。きちんと内服すること、塩分制限の食事、規則的な生活、適度な運動、血圧測定、定期的な受診などである。わざわざするのはめんどうと感じるので、患者が日常の活動の中にできるだけ組み込めるようとする。例えば、通勤時に一つ手前のバス停で降りて歩く、あるいは仕事中はエレベーターを使わず歩くことなど、運動不足にならないようにする。ラーメンやうどんの汁には塩分が多く含まれているので、汁を半分残すことで塩分量を減らすなど、患者ができることから実行すると、これが習慣になると、めんどうと感じなくなる。

または、仕事が忙しく散歩なども間がなく、運動不足で肥満になってしまうことや家族が協力しないので塩分制限ができないなど、⑧「～のせいできなかつた」と何かに転化すると、自己管理の実行につながらない。このような場合は、「何かのせいにして行えない」というような自動思考を気づかせる。このようなマイナスのスキーマをさぐる。スキーマがわかつたら、そのスキーマを変容することの目標を立てるなど認知行動療法の方法を効果的に使う。

2) 前向きな病気と共に生きる姿勢へ効果的な患者会

患者は同病者と話す中で病気と共に生きている仲間を知るようになる。また、自己管理のいろいろな工夫を得たり、自分だけではなくみんなも同じような状況の中で、仕事をしながら楽しく生活していることを知る。明るく笑顔で毎日の生活の様子を話す同病者と語り合うことから、患者はお互いに元気をもらうことによって、上記で述べた陥りやすい①～⑧のマイナス思考をプラス思考へ変える効果的な影響を受ける。したがって、新しい患者は医療者に勧められ退院後に患者会へ参加して、上手に自己管理して仕事をしながら、生き生きと暮らしているモデルとなる同病者に出会う。そうした先輩患者の前向きなプラスの思考を自分でとり入れ、自己管理に取り組む姿勢が出てくる。また、患者会では同じ趣味をもつ患者同士が集まって、ゴルフやグラ

ンドゴルフなどスポーツをしたり、旅行をする中で、一緒に食事をしながら自然な雰囲気で、情報交換や前向きな病気と共に生きる姿勢となる効果的な相互作用が行われている。また、患者会で医師の講演会を開催して、病気や治療について学習をするなど、患者は自主的である。

臨床現場への応用として最後に、心筋梗塞患者を対象とした本研究結果は、糖尿病患者や腎不全・透析患者などの他の多くの慢性疾患患者にも共通することから、適用できるとも思われる。

4. 自己調整学習の研究への貢献

次に、臨床応用だけでなく自己調整学習の研究へ、本研究結果が貢献できる点について考察してみる。

伊藤（2009）は、自己調整学習研究の背景として日本の教育の現状から、「自己調整学習」の理論は、日本の教育目標とされている「自ら学び自ら考える力」すなわち「生きる力」の考え方と深いかかわりをもつものであり、大きな示唆を与えることが期待されると述べている。また、「生きる力」を養い、学習支援の方策を考えていく手がかりを得るためにも、「自己調整学習」の成立過程を明らかにする研究が求められているが、本邦において「自己調整学習」を中心に据え、詳細な検証を試みた研究は、ほとんどみられないのが現状であると述べ、今後研究が進んでいくことが期待されている。最近の研究結果から小田部・丸野（2011）は、今後重要なと考えられる研究課題を3つ上げている。その第1には、生徒と教師との相互作用による自己調整学習の形成過程の解明、第2は意思方略の実際的な運用メカニズムの解明、第3は意思方略の生成および発達メカニズムの解明が求められていることを上げている。

第1に上げっている生徒と教師との相互作用による自己調整学習の形成過程と関係する教育現場での研究を見てみると、合田・奥田（2009）は、必修科目の「英語表現」に自己調整学習サイクルを繰り返し、学生が自己調整学習の熟達者になるような仕組みを取り入れ実践した結果、振り返り学習をしながら、約8割の学生が自分で設定した目標に達成したことを確認している。自律学習を促進するために自己調整学習と自律的動機づけの仕組みを利用している。自己調整学習サイクルについては、学習に先立ち目標を設定して学習方略を立て（計画）、注意を喚起し自己モニタリングし自己調整をしながら学習し（遂行）、自分の学習を振り返る（自己内省）ことをしている。この自己調整学習サイクルにおいて、初步と上達した熟達者の比較から、熟達者は内

発的興味を持ち、内的動機づけが高く、学習方略やメタ認知の使用においてより的確に具体的であると述べている。

以上のことからまとめると、研究対象は中学生の英語や国語教育、大学生の英語教育の現場において、自己調整学習を行えるようにして、学習意欲、内発的興味、内的動機づけを高めている。しかも、学習計画・振り返り、学習方略が的確で具体的になり、学ぶために必要なコミュニケーションにおける効果も示唆されている。

本研究の現場は、心筋梗塞患者のまさに生涯にわたる「生きる力」を養うために、心臓の解剖・働き、心筋梗塞という病気の病態、その治療方法、治療のために使う薬の薬効と副作用、日常生活での注意点を学習する患者を対象とした病院という実践の場である。今までの学校の教育現場とは異なる自己調整学習を研究する場としては、病院という未知な実践現場である。例えば、肥満の心筋梗塞患者は心臓の負担を防ぐために、減量する目標を設定して、具体的な減量計画を立て、自己モニタリングし自己調整をしながら遂行していく、自己評価・振り返りをして、標準体重にもっていく治療としての自己管理を要求される。

本研究結果には、この自己管理に関連する自己調整学習として患者の自己教育力に病気と共に生きる姿勢、医療者・家族など周りの人々からの支援が影響することが示されていることは興味深い点である。自己教育力として、自分の健康の目標に向かって努力すること（目標の設定）や他の人から健康についてのヒントをもらう、健康に役立つことを日々実行している（計画し遂行する）、自分の自己管理の良い所と悪い所をわかっている（振り返り、自己内省、メタ認知の使用）などを含んで調べた本研究結果は、自己教育力を促進する要因として前向きな病気と共に生きる姿勢を見出した。このことから、学習者の前向きな生きる姿勢となるような性質の要因が自己調整学習を促進するのではないかということが示唆されている。自己調整学習の概念の導入が必要で有りながら研究の現場としては未知な実践現場での初めての調査研究であること、本研究結果が「自己調整学習」を促進する要因の可能性を示していることは「自己調整学習」の今後の研究への貢献と言えるのではないかと考える。本研究結果がきっかけとなって医療現場においても、教育現場と同じように「自己調整学習」の概念の導入と研究が今後進み、患者の自己管理行動の促進につながっていくよう努力していく。

5. 本研究の限界と今後の展開

本研究の課題と今後の展開として、重症度や発症後の期間による差異などを含めて、実証的データを積み重ねて、それぞれの要因間の関係性をさらに検討していくことである。

今後は、以下の5点を研究および実践活動の方向としている。

- ① 患者の自己管理の研究に、「自己調整学習」の概念を導入すること。
- ② 医療現場に、患者が学習するという「自己調整学習」の概念を導入して、自己管理行動を促進すること。
- ③ 年齢、性別、現在の仕事の有無、家族と同居、1人暮らしなど個人差を含めて、要因の関係をさらに詳しく検討していくこと。
- ④ 自己管理をする共通の部分で、慢性疾患（糖尿病など）患者へ応用の可能性を探ること。
- ⑤ 各測定尺度の妥当性をさらに検討し、尺度の精度を高めることであること。

引用文献

- 浅田匡 (1988). 自己教育生の発達と構造. 教育評価フォーラム／教育評価研究協議会, 金子書房, pp.105-116.
- Bundura, A., & Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, **41**, 586-598.
- Carol C. (2006). Geraldine M. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, **5**, 37-44.
- Clarke D. E. , Walker J. R. , et al. (1996). The role of perceived overprotectiveness in recovery 3 months after myocardial infarction, *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, **6**, 373-377.
- Dewitte, S. , Lens, W. (2000). Exploring volitional problems in academic procrastinators. *International Journal of Educational Research*, **33**, 733-750.
- Edelwich & Brodsky (1998). *Diabetes: Caring for Your Emotions as well as Your Health*. U.S.A., Perseus Books Publishing.
(デルウイッチ & ブロドスキー, 黒江ゆり子・市橋恵子・寶田穂(訳) (2002). 糖尿病のケアリング 語られた生活体験と感情 第6章 医師とナース. 医学書院, pp.139-169.)
- kübler-Ross Elisabeth (1969). *On Death and Dying*. , Macmillan.
(キュブラー-ロス, 川口正吉訳(1972). 死ぬ瞬間. 読売新聞社, pp289-291.)
- Ewart, C. K., Taylor, C. R. , Reese, L. B. (1983). Effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *The American Journal of Cardiology*, **51**, 1076-1080.
- Famer, Pamela S. M. , David J. R. , David C. G. ,Mary L. W., ··· Milton Z. .(1996). Higher Levels of Social Support Predict Greater Survival Following Acute Myocardial Infarction: The Corpus Christi Heart Project. *Behavioral Medicine*, **22**, 59-66.
- 福井至 (2009). 図解による学習理論と認知行動療法. 培風館, pp.80-82.

- 船山美和子・黒田裕子・上澤一葉（2002）. 虚血性心疾患患者の療養上の困難とその克服—冠動脈バイパス術後と経皮的冠動脈形成術後の違いの視点からの分析を通して—. 日本赤十字看護大学紀要, **16**, 29-36.
- 藤原美幸・村上綾子・野崎愛子・田口美貴（2006）. 退院指導を受けた心筋梗塞患者の退院後の生活の現状調査. 三田市民病院誌, **18**, 28-33.
- 藤田君支・松岡緑（2002）. 食事管理の自己効力感を維持している糖尿病患者の自己管理体験. 日本糖尿病教育・看護学会誌, **6**(2), 123-130.
- 藤田君支・松岡緑・山地洋子（2003）. 臨床看護師が実践している糖尿病患者への教育活動に関する実態調査. 日本看護研究学会雑誌, **26**(4), 67-80.
- 藤田正（2010）. 大学生の自己調整学習方略と学業援助要請との関係. 奈良教育大学紀要 人文・社会科学, **59**(1), 47-54.
- 藤田三恵（2011）. リハビリテーション維持期にある心疾患患者の自己管理能力を支える指針—自己の看護実践の分析を通して—. 石川看護雑誌, **8**, 51-60.
- 藤内修二・長嶺敬彦・佐藤陸美・坪山明寛（1990）. 高血圧症患者のコンプライアンスに関する研究—Health Belief Model による分析—. *Japanese journal of primary care*, **13**(2), 167-176.
- 合田美子・奥田雅信（2009）. 自己調整学習サイクルにおける目標設定と自己効力感, リメディアル教育研究, **4**(1), 80-87.
- 合田美子・山田政寛・松田岳士・齋藤裕・加藤浩・宮川裕之（2010）. e ラーニング授業における自己調整学習スキルに関する質問紙の開発—自己調整学習を促進するための支援を目指した学習者分類—. 日本教育工学会報告集, **10**(1), 169-172.
- 花田妙子（1990）. 心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動に影響する要因の研究, 熊本大学大学院教育学研究科修士論文.
- 花田妙子（1991）. 心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動に影響する要因の研究, 日本看護研究学会雑誌, **14**(2), 15-26.
- 花田妙子（2010a）. 心筋梗塞患者の自己管理行動と自己教育力との関係. 九州大学心理学研究, **11**, 25-37.
- 花田妙子（2010b）. 支援形成と自己教育力が心筋梗塞患者の自己管理行動に及ぼす影響. 健康心理学研究, **23**(2), 22-33.
- 花田妙子（1995）. 心筋梗塞患者の日常生活の自己管理行動とタイプA 総得点の関係.

- 日本看護研究学会雑誌, **18**(2), 17-27.
- 花田妙子 (2014). 心筋梗塞患者の生きる姿勢が自己教育力と自己管理行動に及ぼす影響. 日本パーソナリティ研究, **23**, 42-45.
- 原田春美・小西美智子・寺岡佐和・浦光博 (2009). 支援場面における保健師の人間関係形成の方法とそのプロセス—家庭訪問での精神障害者支援に焦点をあてて—. 実験社会心理学研究, **49**(1), 72-83.
- 生田美智子・佐藤栄子・中山和弘・立木茂雄・有吉寛 (2004). 糖尿病患者の負担感に影響を及ぼす対処スタイル, 家族機能および家族システムについての検討. 日本糖尿病教育・看護学会誌, **18**(1), 35-46.
- 幾留沙智・森司郎・中本弘輝・荒武祐二 (2009). 学習者の内在的な要因が自己調整学習に与える影響. 鹿屋体育大学学術研究紀要, **39**, 1-8.
- 井上貴美・雨宮愛子・青柳しづか・山田光子 (2004). 心臓カテーテル検査を受ける虚血性心疾患を持つ患者への生活指導の試み. 山梨大学看護学会誌, **2**(2), 9-17.
- 井上百合子・多田可奈・小畠妙子 (2010). 急性心筋梗塞患者への退院指導の検討. 第 41 回日本看護学会論文集 (成人看護 II), 148-151.
- 板津裕己 (1991). 自己受容性の研究 (2) : 生きる姿勢との関わりについて. 駒沢社会学研究, **23**, 11-25.
- 伊藤正哉・小玉正博 (2005). 自分らしくある感覚 (本来感) とストレス反応およびその対処行動との関係. 健康心理学研究, **18**(1), 24-34.
- 伊藤崇達・神藤貴昭 (2003). 自己効力感、不安、自己調整学習方略、学習の持続性に関する因果モデルの検証 認知的側面と動機づけ的側面の自己調整学習方略に着目して. 日本教育工学会論文誌, **27**(4), 377-385.
- 伊藤崇達 (2009). 自己調整学習の成立過程 学習方略と動機づけの役割 第 1 章自己調整学習研究の問題 第 2 節本研究における自己調整学習の概念定義. 北大路書房, pp16-17.
- 井澤美樹子・伊坂裕子 (2009). 受診を中断している境界型 (IGT) の人における療養行動の改善を目指した認知の変容の有効性. 健康心理学研究, **22**(3), 67-76.
- Jorgensen, R. S., Johnson, B. T., Kolodziej, M.E., & Schreer, G. E. (1996). Elevated blood pressure and personality: A meta-analytic review.

- Psychological Bulletin*, **120**(2), 293-320.
- 梶田叡一 (1987). 自己教育への教育. 明治図書, pp.36-53.
- 加賀谷豊・下川宏明(2008). 宮城県における急性心筋梗塞症の変遷—宮城県心筋梗塞対策協議会データベースから一. 冠疾患誌, **14**, 126-129.
- 川上千普美・松岡緑・樗木昌子・長家智子・赤司千波・篠原純子・原頼子 (2006). 冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する要因, 日本看護研究学会雑誌, **26**(4), 33-40.
- 河口てる子 (1996). 糖尿病患者における食事療法実行度の推移パターンとその心理的相違. 日本赤十字看護大学紀要, **10**, 31-42.
- 菊地明美・木村美代子・狐崎豊子・餘目有紀・藤原桂子・吉田絹子 (2003). 虚血性心疾患患者へ生活習慣を改善するために個別ビデオ学習を導入した効果—JHLC—. 第34回日本看護学会論文集 (成人看護II), 144-146.
- 北尾倫彦 (1997). 自己教育力を育てる先生. 図書文化, pp.21-22.
- 北尾倫彦・杉村智子・垣崎聰美・鈴木徹 (1997). 自己教育力の学力規定性とその評価に関する研究. 大阪教育大学紀要 第IV部門, **38** (2), 165-174.
- 清原裕 (2010). 変貌する生活習慣病の現状と課題：久山町研究. 人間ドック, **24** (Suppl.), 13-21.
- 清原裕 (2009). 心血管病の時代的推移と現状：久山町研究. 脈管学, **25**, 443-448.
- 小西治美・遠水佐知子・矢田みゆき・後藤葉一 (2001). 家族の協力が心臓リハビリテーション終了後の運動療法継続に及ぼす効果. 日本心臓リハビリテーション学会誌 心臓リハビリテーション, **6**(1), 55-58.
- 小山悦司・河野昌晴 (1999). 教師の自己教育力に関する調査研究—自己教育力をめぐる因子分析的考察—. 日本教育経営学会紀要, **32**, 100-114.
- 厚生労働統計協会 (2014). 国民衛生の動向 2014/2015. **61**(9), 98-99.
- 栗原亜矢子・竹中康子・土本千春・池端三永子・板谷康代・・・鈴見由紀 (2010). 冠動脈インターベンション後の療養生活への看護支援の実践—入院後から初回外来通院時までの関わり—. 第41回日本看護学会論文集 (成人看護II), 198-201.
- 黒田裕子・船山美和子(2000). 在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意識の実態と関連要因の探索. 日本看護研究学会雑誌, **23**(5), 13-23.
- 黒田裕子 (1991). 虚血性心疾患をもちながら生活する男性のクオリティ・オブ・ライ

- フを測定する質問紙の開発に関する研究, 日本看護科学会誌, 11(2), 1-16.
- 黒田裕子 (1992). 虚血性心疾患をもちながら生活する男性のクオリティ・オブ・ライフに関する記述的研究—日常生活の管理とセクシュアリティからの分析. 看護研究, 25(4), 47-68.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effect of self-focused rumination on thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.
- 眞鍋えみ子・瀬戸正弘・上里一郎 (2001). 妊婦のセルフケア行動意図尺度とセルフケア行動動機づけ評定尺度の作成. 健康心理学研究, 14(1), 12-22.
- 眞嶋朋子・寺町優子・小沼華子・木村暢孝・笠貫宏 (2003). 外来通院中の心疾患患者における QOL とソシャル・サポートとの関係. 東京女子医科大学誌, 73(6), 169-175.
- 松崎邦守 (2008). 基礎的知識の定着と自己調整学習力を培うことを目的とした総合的な学習の時間の授業実践とその効果—ポートフォリオを教授ツールとして活用して—、日本教育工学会論文誌、32(suppl), 149-152.
- Michiaki Kubo, Yutaka Kiyohara, Isao Kato, Yumihiro Tanizaki, Hisatomi Aima, . . . , Mitsuo Iida (2003). Trends in the Incidence, Mortality, and Survival Rate of Cardiovascular Disease in Japanese Community The Hisayama Study. *Stroke*, 34, 2349-2354.
- 松沼光泰 (2004). テスト不安, 自己効力感, 自己調整学習及びテストパーソーマンスの関連性, 教育心理学研究, 52, 426-436.
- 森敏昭・清水益治・石田潤 (2000). 大学生の自己教育力に関する発達的研究—回想的質問紙法による分析—. 広島大学教育学部紀要, 49, 7-14.
- 森本峰代・本杉ふじえ・上条美代子・西尾和子・後藤葉一 (1998). 急性心筋梗塞後リハビリテーション維持期患者の生活習慣に関する調査, 臨床看護, 24(11), 1702-1707.
- 森山美知子・中野真寿美・古井祐司・中谷隆 (2008). セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラムの有効性の検討. 日本看護科学会誌, 28(4), 17-26.
- 中村直子 (2008). 急性期から始めるセルフモニタリング. 看護技術, 54(12), 70-73.

- 西歩・新藤左知代・山端瑞穂・陰山弥生・矢野美紀・平石恵子・・・岸田三春 (2014). Mutual Goal Setting を用いた心不全患者への看護介入—外来における心不全自己管理手帳を活用した取り組み—. 第 44 回 (平成 25 年度) 日本看護学会論文集 成人看護 II, 82-85.
- 宗像恒次・相磯富士雄 (1980). 透析患者の自己管理に関する心理社会的側面. 日本臨床, 38(6), 2444-2453.
- 宗像恒次 (2010). 最新 行動科学からみた健康と病気. 第 3 章 保健行動のさまざま I 地域住民の予防的保健行動, メヂカルフレンド社, pp.124-130.
- 村上美華・梅木彰子・花田妙子 (2009). 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因. 日本看護研究学会雑誌, 32(4), 29-38.
- 永田彰子・岡本裕子 (2008). 重要な他者との関係を通して構築された関係性様態の特徴—信頼感およびアイデンティティとの関連—. 教育心理学研究, 56(2), 149-159.
- 名倉祥文・橋本宰 (1999). 考え込み型反応スタイルが心理的不適応に及ぼす影響について. 健康心理学研究, 12, 1-11.
- 日本循環器学会 (2006) : 心筋梗塞二次予防に関するガイドライン (2006 年改訂版), 2-12, 検索日 2009/6/24, <http://www.j-circ.or.jp/guideline/>
- 長尾匡子・雛倉夏美・原田佐知子・河原長子・山浦昭子・近田敬子 (2004). 「役割モデルとなる熟達看護師の特性構造」を明らかにすることで高まる自己教育力, Quality Nursing, 10(2), 36-40.
- 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 (2009). 高血圧治療ガイドライン 2009. 日本高血圧学会.
- 新實夕香里 (2004). 看護実習における自己教育力と授業過程評価の変化およびその関係. 長野県看護大学紀要, 6, 61-71.
- 西村千代子・奥野茂代・小林洋子・中島すま子 (1995). 看護婦の自己教育力—自己教育力測定尺度の検討—. 日本赤十字社幹部看護婦研修所紀要, 11, 22-39.
- 丹羽空・丸野俊一 (2010). 自己開示の深さを測定する尺度の開発. パーソナリティ研究, 18(1), 196-209.

- 野崎秀正 (2003). 生徒の達成目標志向性とコンピテンスの認知が学業的援助要請に及ぼす影響. 教育心理学研究, **51**, 141-153.
- 野澤明子・岩田真智子・白尾久美子・佐藤直美・稻勝理恵 (2007). 血液透析患者自己管理行動尺度の作成と信頼性・妥当性の検討, 日本看護研究学会雑誌, **30**(1), 59-66.
- 岡田涼 (2008). 親密な友人関係の形成・維持過程の動機づけモデルの構築. 教育心理学研究, **56**(4), 575-588.
- 大井千春・倉田みき子・神田和樹子 (2004). 心不全で再入院を繰り返した患者への生活指導の有用性—パンフレットを活用した生活指導を振り返って—, *Heart Nursing*, **17**(6), 533 -539.
- 大道直美・河合利香・櫻井順子・照沼則子・青木きよ子 (2000). 糖尿病患者における退院後の生活体験の分析—生活改善 ストレス, コーピングに焦点をあてて—. 順天堂医療短期大学紀要, **11**, 63-71.
- 小田部貴子・丸野俊一 (2011). 「意思的調整過程」研究の動向と展望—教育場面を中心に—. 九州大学心理学研究, **12**, 9-23.
- 小川晃子 (2006). 中高年の情報活用実践力とアイデンティティの再統合. パーソナリティ研究, **14**(2), 232-234.
- 尾崎仁美・山本恵子 (1997). 自己教育性の側面についての検討—学習態度と生き方の問題との関連から—. 大阪大学教育学年報, **2**, 173-184.
- Paris, S.G., Paris, A.H.(2001). Classroom application of research on self-regulated learning. *Educational Psychologist*, **36**, 89-101.
- Rozanski, A, Blumenthal, JA, Kaplan, J (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, **99**, 2192-2217.
- Ryan, A. M., Pintrich, P. R. (1997). "Should I ask for help?" The role of motivation and attitude in adolescents' help-seeking in math class. *Journal of Educational Psychology*, **89**, 329-341.
- 冷川照子・本山公子・原崎礼子・大田留美・濱千恵子・川浪美紀 (2004). 高血压患者のセルフケア向上への動機づけ—家庭血压測定指導を通して—. 第35回日本看護学会論文集 (成人看護II), 144-147.

- 迫田智子・田中知子 (2009). 心筋梗塞の発作の認知と発作後の療養行動. 第 40 回日本看護学会論文集 (成人看護 II), 242-244.
- 笹田美智留・松下由美子・一瀬恵子・牛奥梓乃 (2004). 虚血性心疾患を持つ男性の退院時の心理一状態一特性不安と退院時の不安要因の関係についてー. 第 35 回日本看護学会論文集 (成人看護 II), 202-204.
- 佐藤洋・堀正二 (2008). 大阪急性冠症候群研究 (OACIS) からみた心筋梗塞エビデンス. 冠疾患誌、**14**, 137-141.
- Schunk, D. H. (1983). Goal difficulty and attainment information: Effects on children's achievement. *Human Learning*, **2**, 107-117.
- Schunk, D. H. (1985). Participation in goal setting: Effects on self-efficacy and skills of learning disabled children. *Journal of Special Education*, **19**, 307-317.
- Schunk, D. H., & Zimmerman, B. J. (2008). *Motivation and Self-regulated Learning*. Taylor & Francis Group.(シャンク・ジマーマン, 塚野州一 編訳 (2009). 自己調整学習と動機づけ 第 6 章自己調整学習の促進ー動機づけの観点からー, 北大路書房, pp.117-138.)
- シェリフ多田野亮子・太田明英 (2006). 血液透析患者におけるストレスの認知に関する研究. 日本看護科学会誌, **26**(2), 48-57.
- 清水安子・黒田久美子・内海香子・正木治恵 (2005). 糖尿病患者のセルフケア能力の要素の抽出ー看護効果測定ツールの開発に向けてー. 千葉看護学会誌, **11**(2), 23-30.
- 島田泉・高木修 (1994). 援助要請を抑制する要因の研究 Iー状況認知要因と個人特性の効果についてー. 社会心理学研究, **10**(1), 35-43.
- 鈴木小百合・古瀬みどり (2009). 冠動脈インターベンション後患者の自己管理に対する自己効力感と生活習慣 身体的状況及びソーシャルサポートとの関連. 日本看護研究学会雑誌, **32**(5), 95-103.
- 瀬尾美紀子 (2008). 学習上の援助要請における教師の役割ー指導スタイルとサポート的態度に着目した検討ー. 教育心理学研究, **56**(2), 243-255.
- 芝祐順 (1987). 行動科学における相関分析法[第 2 版]第 4 章グループ主軸法. 東京大学出版会, pp.64-76.
- 鈴木平・春木豊 (1994). 怒りと循環器系疾患の関連性の検討. 健康心理学研究, **7**(1),

1-13.

- Straus, A. L. (1984). *Chronic Illness and the Quality of Life* (Second edition). Saint Louis , Mosby Company.
- (アンセルム L. ストラウス著 南裕子(監訳) (1987). 慢性疾患を生きる ケアとケアオリティ・ライフの接点 第5章 病みの軌跡の管理と方向づけ. 医学書院, pp.83-96.)
- 高橋奈智・青木美和・青山恵・中倉慶子・宮本恵里・大川宣容 (2008). 急性心筋梗塞患者の発作体験から得られた気づき. 高知女子大学看護学会誌, 33(1), 107-114.
- 武田知樹・平松義博 (2005). 虚血性心疾患発症後の高齢患者における健康意識とその関連要因の質的研究. 日本保健医療行動科学会年報, 20, 173-182.
- Taylor, C.B., Bandura, A.(1985). Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 55, 635-638.
- 坪田和美(2003). 看護基礎教育における自己教育力 実態調査からの考察, 看護教育, 44(3), 242-244.
- 脇本竜太郎 (2008). 自尊心の高低と不安定が被援助志向性・援助要請に及ぼす影響. 実験社会心理学研究, 47(2), 160-168.
- Wolters, C.A. (1999). The relation between high school students' motivational regulation and their use of learning strategies, effort, and classroom performance. *Learning and Individual Differences*, 11, 281-299.
- 山西緑 (2002). 運動療法に取り組む心筋梗塞患者における不確かさの認知とアドヒアラーンス行動の関連について. 日本看護科学会誌, 22(2), 1-10.
- 山崎勝之(2006). ポジティブ感情の役割—その現象と機序. パーソナリティ研究, 14(3), 305-321.
- 安酸史子 (2015). セルフマネジメント. メディカ出版, p.14.
- Zimmerman, B. J. (1989). A social cognitive view of self-regulated academic learning. *Journal of Educational Psychology*, 81, 329-339.
- Zimmerman, B. J. , Bonner, S. , Kovach, R. (1996). *Developing Self-Regulated Learners: Beyond Achievement to Self-Efficacy*. , American Psychological Association.
- (バリー・J・ジマーマン、セバスチャン・ボナー、ロバート・コーバック著 塚野州

一, 牧野美知子 訳 (2010). 自己調整学習の指導 学習スキルと自己効力感を高める 目標 1 自己調整学習の原理を理解すること, 北大路書房, pp.5-23.)

謝 辞

稿を終えるに望み、ご指導を賜りました九州大学理事（副学長）丸野俊一教授、
大学院人間環境学府加藤和生教授に深謝いたします。また統計等の分析に際してはご
指導を賜りました熊本大学名誉教授の篠原弘章先生に御礼申し上げます。医学に関する
ことのご指導を賜りました本田喬先生（竜山内科リハビリテーション病院長、済生
会熊本病院顧問）に感謝申し上げます。

丸野研究室研究会の研究員・院生の方々、向井隆久助教、加藤研究室研究会の小林
美緒学術協力研究員、院生の方々に感謝申し上げます。ご協力いただきました患者、
看護師の方々に感謝申し上げます。

Appendix

調査票

心筋梗塞患者の自己管理に関する調査

お願い

この調査の内容は心筋梗塞の再発作を予防するために、日常生活で留意していることやお気持ちなどに関係する項目からできています。質問的回答は、当てはまる番号に○をつけてください。

回答の個人情報は厳守いたします。データはすべて統計的に全体的な処理をしますので、回答者個人にご迷惑をおかけすることはいっさいございません。調査の結果は、多くの心筋梗塞の患者様が再発作を予防していくための今後の看護に活用していきますので、ご協力をよろしくお願ひ申し上げます。

平成 20 年

熊本大学医学部保健学科看護学専攻

花田 妙子

I. 以下の質問の()内には数値または文字を記入してください。選択肢については、当てはまる箇所に1つだけ○印をつけてください。

Q1. 平成()年()月()日記入 Q2. 氏名()

Q3. 性別 男・女 Q4. 年齢()歳

Q5. 心筋梗塞を発症してどれ位ですか。()年()か月

Q6. 心筋梗塞を発症したときの胸痛は、

- 1. 非常に強かった
- 2. かなり強かった
- 3. まあ強かった
- 4. 少しあつた
- 5. なかつた
- 6. 胸痛と別の症状だった()

Q7. 身長()cm Q8. 体重()Kg

Q9. 1. 家族と同居 2. 1人暮らし 3. その他

Q10. 食事はどのようにしていますか。

- 1. 自分で作る
- 2. 家族が作る
- 3. 外食
- 4. その他()

Q11. 現在仕事をしていますか。 1. している 2. していない

Q12. 血圧を下げる薬を内服していますか。

- 1. している
- 2. していない
- 3. わからない

Q13. 最近の血圧をお書きください。(血圧 / mmHg)

Q14. コレステロールを下げる薬を内服していますか。

- 1. している
- 2. していない
- 3. わからない

Q15. 冠動脈バイパス術をしましたか。

- 1. 手術をした
- 2. していない

Q16. 経皮的冠動脈形成術(風船またはステント)をしましたか。

- 1. した
- 2. していない

II. 日常生活における注意点の実行

次のQ1~19の質問ごとに1~5の選択肢から1つ選んで、その番号に○印をつけてください。
Q1~19の質問をとばさずにすべての項目にお答えください。

そうでない	そたうまである	そときどきある	そほどんどある	そいつである
-------	---------	---------	---------	--------

- Q 1. 塩味の薄い食事である。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 2. 卵を週に5個以上食べる。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 3. 肉の脂身を食べる。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 4. お腹一杯食べる傾向にある。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 5. 1日1時間以上運動する。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 6. 不規則な生活である。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 7. いらいらする。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 8. 怒りっぽい。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 9. 3日間以上排便がないことがある。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 10. 1回の入浴時間は30分以上である。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 11. 急に冷えないよう注意している。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 12. 薬はきちんと内服している。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 13. 定期的に診察を受けている。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 14. 血圧を毎日測っている。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 15. 脈拍を測り、1分間に120以上にならない
ようにしている。 1 - 2 - 3 - 4 - 5
 Q 16. たばこを吸いますか。当てはまるのに○をつけてください。
 1. 吸わない 2. 吸う

Q17. 上の問16番の質問で吸うに○をつけた方は、1日に何本位ですか。下の中から1つ選んで、1~4の番号に○印を付けてください。

1. 時々1日に数本 2. 每日数本~9本 3. 毎日10~19本 4. 每日20本以上

Q18. お酒を飲みますか。当てはまるのに○をつけてください。

1. 飲まない 2. 飲む

Q19. 上の問18番で飲むに○をつけた方は、1日にどれ位の量ですか。次の中から1つ選んで、1~5の番号に○印を付けてください。

1. 日本酒1合（又はビール1本）以内 2. たまに日本酒換算で2合以上
 3. 時々2合以上 4. ほとんど2合以上 5. 毎日2合以上

III. 各種の注意事項についての思い

次のQ1~17の注意事項の各質問について、1~5の選択肢の中から1つ選んで、番号に○印をつけてください。

	思そ わう な い	そ う 思 う	そか う な り 思 う	そ非 常 思 う	そま う つ 思 た う く				
Q 1. 塩分のとりすぎは心臓によくない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 2. コレステロールのとりすぎは心臓によくない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 3. 動物性脂肪のとりすぎは心臓によくない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 4. 食べ過ぎは肥満につながり心臓の負担になる。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 5. 1日1時間以上の運動は健康によい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 6. 規則正しい生活が健康によい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 7. いらいらするのは心臓によくない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 8. 怒り興奮するのは心臓によくない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 9. いきみすぎは発作を誘発するので、便通を整えた方がよい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 10. 長時間の入浴は心臓に負担となり、発作の原因になるので、避けた方がよい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 11. 急に冷えると血圧が上がり心臓の負担になるので、避けた方がよい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 12. 心臓の薬は正しい量と時間を守って内服しなければならない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 13. 定期的に受診したほうがよい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 14. 血圧を毎日測って観察した方がよい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 15. 心臓に負担をかけすぎないように、1分間の脈拍数が120以上にならないよう、脈拍を測定して、運動を調整することが必要である。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 16. たばこは心臓によくない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q 17. お酒の飲み過ぎは心臓によくない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5

IV. 日常生活の注意事項に対する感想

次のQ1～17の質問ごとに、1～5の選択肢の中から1つ選んで、番号に○印をつけてください。回答はQ1～17の質問全部に○印をつけてください。

	そう で な い	そた うま でに ある	そと うき でど きる	そほ うと でん どる	そい うつ でも ある				
Q1. 塩分をひかえる食事はおいしくない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q2. コレステロールをひかえる食事はおいしくない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q3. 肉類をひかえる食事はもの足りない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q4. 腹いっぱい食べないともの足りない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q5. 毎日1時間以上運動するのはめんどう。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q6. 規則正しい生活は息苦しい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q7. 怒らないようにするのは難しい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q8. いらいらしないようにするのは難しい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q9. 毎日排便があるようにするのは難しい。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q10. 30分以内の入浴ではもの足りない。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q11. 急に冷えないよう注意するのはめんどう。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q12. 薬を毎日きちんと内服するのはめんどう。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q13. 定期的に受診するのは負担である。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q14. 血圧を毎日測るのはめんどう。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q15. 心臓の負担にならないよう1分間に120以上 になっていないか、脈拍を測るのはめんどう。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q16. 禁煙するのは辛い。	1	—	2	—	3	—	4	—	5
Q17. 飲酒を適量内に抑えることは辛い。	1	—	2	—	3	—	4	—	5

V. 医師や看護師への質問など

外来受診時の医師や看護師との関わりについて、次のQ 1～10 の質問ごとに、1～5 の選択肢の中から1つ選んで、番号に○印をつけてください。

そ う で な い	そ た う ま で に あ る	そ と う き ど で き あ る	そ と う と で ん ど あ る	そ い う つ で も あ る
-----------------------	--------------------------------------	---	---	--------------------------------------

<医師>

Q 1. 病状について知りたいときは質問する。

1 — 2 — 3 — 4 — 5

Q 2. 治療法について知りたいときは質問する。

1 — 2 — 3 — 4 — 5

Q 3. 検査結果の説明については理解できる。

1 — 2 — 3 — 4 — 5

Q 4. 担当医を信頼している。

1 — 2 — 3 — 4 — 5

Q 5. 受けている治療に満足している。

1 — 2 — 3 — 4 — 5

<看護師>

Q 6. 日常生活の注意事項について自分から質問する。

1 — 2 — 3 — 4 — 5

Q 7. 看護師に日常生活の様子を話す。

1 — 2 — 3 — 4 — 5

Q 8. 検査の理由やその方法がわからないとき、
看護師に詳しく聞く。

1 — 2 — 3 — 4 — 5

Q 9. 食事療法の努力を話すと、看護師はそれを
認めてくれる。

1 — 2 — 3 — 4 — 5

Q 10. 看護師と話すことによって、安心して療養
できる。

1 — 2 — 3 — 4 — 5

VII. 家族や他の人の支え

次のQ 1～11 の質問ごとに1～5 の選択肢の中から1つ選んで、番号に○印をつけてください。

そ う で な い	そ た う ま で に あ る	そ と う き で ど あ き る	そ と う き で ど あ き る	そ ほ う と で ん あ ど る	そ い う つ で も あ る
-----------------------	--------------------------------------	---	---	---	--------------------------------------

Q 1. 療養していく上で、家族の支えは役立つ。

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Q 2. 家族はあなたが病状を悪くしないよう努力
しているのをわかっている。

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Q 3. 家族はあなたが食事療法を守るのを、助け
てくれる。

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Q 4. 友人は病状がよくない時心配してくれる。

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Q 5. 友人に自分の病気の事を話すと心が癒される。

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Q 6. 友人とお互い元気に過ごそうと励まし合う。

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Q 7. 他の患者と病気のことを話すことによって、
自分が元気にしてもらえたことがある。

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Q 8. 他の患者と話すと療養に役立つことがある。

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Q 9. 現在、職場で仕事をしていますか。当てはまるのに○を付けてください。

1. している 2. していない

Q10. 上の問9番の質問で「1. している」に○をつけた方は、次とQ11の質問に答えてください。

職場の人に病気について話すことができる。

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Q11. 職場の人には病気を理解してもらい、仕事
に配慮してもらっている。

1 - 2 - 3 - 4 - 5

VII. 心筋梗塞後の気持ちや暮らし方

次のQ1~14の質問ごとに1~5の選択肢の中から1つ選んで、番号に○印をつけてください。

思 わ う な い	そ う 思 う	そ か う な 思 り う	そ 非 常 思 い う	そ ま う つ 思 た く
-----------------------	------------------	---------------------------------	----------------------------	---------------------------------

- Q 1. 病気になって、生きていることのすばらしさ
を感じるようになった。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q 2. 病気になって、周りの人へ感謝の気持ちが
強くなった。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q 3. 病気と上手に付き合って、できるだけ長生きする。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q 4. 家族や周りの人に迷惑をかけず自力で生きる。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q 5. 一日一日が貴重だから、一日一日を味わって
生きる。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q 6. 人のためになるようなことをして生きる。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q 7. 家族や孫などの成長を見ながら楽しく生きる。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q 8.若い人や多くの人に交わり、活力をもらって
生きる。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q 9. 野菜や花を育て、自然にふれながら生きる。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q10. 信じることを全うするように生きる。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q11. 病気になると、他のことを犠牲にしても、
休養しようとする。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q12. いくら仕事がたまっていても健康のために
無理はしない。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q13. 生活の中で最も注意しているのは、
健康のことである。 1 — 2 — 3 — 4 — 5
- Q14. ちょっとした病気でも休養をとり、まず治す
ことを考える。 1 — 2 — 3 — 4 — 5

VIII. 健康への志向や自己の認識など

次のQ1～16の質問ごとに1～5の選択肢の中から1つ選んで、番号に○印をつけてください。Q1～16のすべての質問に○印をつけてください。

	そう で な い	そた うま でに ある	そと うき ど どき あき る	そほ うと でん ど る	そい うつ でも る
Q1. 病気のことをよく知るために、講演会に行ったり本で調べる。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q2. 自分のライフスタイルで健康によくない所を考え直すよう心がけている。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q3. 健康に役立つことを、日々実行している。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q4. 病気に役立つテレビ番組は、見るようになっている。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q5. 自分の自己管理行動を注意されても腹をたてない。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q6. 自分の健康の目標に向かって努力している。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q7. 自分の自己管理の良い所と悪い所をわかっている。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q8. 他の人と自分の病気について話すことによって、考えを広げている。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q9. 他の人から健康についてのヒントをもらう。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q10. 今の自分が幸福だと思う。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q11. 自分のやることに自信を持っていると思う。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q12. 自己管理に必要なことは積極的に学ぶ。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q13. 自分の病気に関する新聞や雑誌の記事は、整理しておく。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q14. 今の自分に満足している。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q15. 自分にもいろいろとりえがあると思う。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	
Q16. 食事制限がいやになったときでも、思い直して実行する。				1 — 2 — 3 — 4 — 5	