

心筋梗塞患者の自己管理行動と自己教育力との関係

花田, 妙子
九州大学大学院人間環境学府

<https://doi.org/10.15017/18442>

出版情報 : 九州大学心理学研究. 11, pp.25-37, 2010-03-31. Faculty of Human-Environment Studies, Kyushu University

バージョン :

権利関係 :



心筋梗塞患者の自己管理行動と自己教育力との関係

花田 妙子 九州大学大学院人間環境学府

The relationship between self-care behavior of patients with myocardial infarctions and the ability to learn oneself

Taeko Hanada (*Graduate School of Human-Environment Studies, Kyushu University*)

The purpose of this study was to identify the relationship between self-care behavior of patients with myocardial infarctions and the ability to learn oneself. One hundred and one patients with myocardial infarctions (88 men and 13 women) participated in present study, we used a structured questionnaire. The questionnaire consisted of self-care behavior, the ability to learn oneself, cognition, and emotion variables. The findings were as follows: By analysis of the group axis method, the scale for the ability to learn oneself and the cognitive scale consisted of one factor. By analysis of the multiple correlation method, five predictable variables showed significant β -weights ($R=.735, p<.01$). These variables were the hardship of stopping smoking and a limitation on the consumption of alcohol, feeling terrible taste of dietary food, difficulty in suppressing anger, trouble measuring blood pressure and pulse rate, and the ability to learn oneself. Higher positive feelings were correlated to self-care behavior ($r=.61, p<.01$). Patients with a higher score for the ability to learn oneself was correlated to self-care behavior ($r=.41, p<.01$). Also patients with a higher score for the ability to learn oneself and suppressed anger ($r=.20, p<.05$).

Key Words: patients with myocardial infarctions, self-care behavior, the ability to learn oneself, emotion, cognition

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きている。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。保坂・喜多 (1987) によれば、自己管理行動とは、「病気とともに社会生活を営んでいく慢性疾患患者が自分の病気の回復、あるいは悪化予防、合併症の予防と早期発見のために、どのような行動が望ましいかを理解した上で、悪影響を及ぼすと思われる行動を改善し、かつ個々にとって充実した創造的な生活を送れるように主体的に行う行動である」と定義されている。

心筋梗塞患者は再発を予防するために、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) に示されているように、塩分やコレステロールの食事制限、規則正しい生活習慣の維持、怒りやいらいらの制御、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。しかし、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多い。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、困難さを感じる事が少な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つとせず、適切な自己管理行動についての知識を得られない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。この結果は、自己管理行動に対するネガティブな感情があることで、自分自身の抱える病気について関心を持つとせず、適切な自己管理行動の知識を得られないことを示唆している。

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教育力が重要であろう。新實 (2004) は、「自己教育力とは、自ら学ぶ意欲と主体的に変化に対応する能力である。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」と定義している。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捉えている。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。自己教育力と看護師 (長尾・雑倉ら, 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つの要素として成長・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・安定性に関する項目内容を参考にした。生徒を対象とした学習における自信・プライド・安定性の項目は、心筋梗塞患者が再発作を予防する自己管理での自己教育力としても必要であり、又心の安定を保ち学習する上で基本的と考えられる。したがって、心筋梗塞患者にも適用を試みる。しかし、他の3つの要素項目については、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相違があるので、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。従来、糖尿病に関しては、療養における自己管理に対する負担感について PAID (Problem Area in Diabetes Survey) が開発されてきている (William, 1995; 石井, 2005)。小松・立桶ら (2005) は、教育入院に注目し、

その質問表を用いて負担感を入院の前後で比較した。その結果、教育入院の前後で糖尿病の治療ならびに低血糖に対する負担感は軽減していた。この結果を踏まえると、心筋梗塞に関しても、自己教育力を養うことは、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、自己管理の必要性を認識し、実際の行動につながる可能性が高い。しかしながら、従来、心筋梗塞患者の自己管理行動ならびにそれに対するネガティブな感情、必要性の認識について包括的に測定できる尺度は開発されていない。そこで、本研究では、実際の自己管理行動とそれに対する認識及び感情を測定する尺度の開発と、自己教育力が及ぼす自己管理行動との関連を検討することを目的とした。

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自己管理行動、自己教育力尺度、自己管理の認知尺度と感情尺度について、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。

1) 自己管理行動の項目

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「病気をも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 を参照 (以下の尺度も同様)。これらの19項目は、食事の自己統制4項目、規則的な生活5項目、怒りの制御2項目、測定と内服4項目、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. 毎日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。

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 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、向上心と健康志向4問、自己評価と統制力4問、学び方の知識と技能4問、自信と安定性4問である。なお、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) 自己管理の認知尺度と感情尺度

自己管理の認知尺度は、自己管理行動の項目Q1～Q15の各項目に対応させて、認知項目としてQ1～Q15を設けた。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。認知の17項目は、食事制限の必要性4項目、規則的の必要性5項目、怒りの制御の必要性2項目、測定と内服の必要性4項目、禁煙と飲酒制限の必要性2項目から成っている。

感情尺度も、自己管理行動の項目Q1～Q15の項目に対応させて、感情項目としてQ1～Q15を設けた。Q16は自己管理行動の項目Q16とQ17に対応しており、禁煙の辛さを示す。Q17は自己管理行動の項目Q18とQ19に対応させた飲酒制限の辛さを測定する項目である。自己管理の感情は17項目から成り、制限食のまずさ4項目、日々の規則の息苦しさ5項目、怒りの制御の難しさ2項目、定期的な測定の面倒さ4項目、禁煙と飲酒制限の辛さ2項目から成っている。感情の17項目は得点方向をすべて逆転させていた。例えばQ1塩分をひかえる食事はおいしくない場合、いつもそうであれば1点、おいしく感じる場合は5点となる。従って、自己管理にとって望ましい方が高得点を示す。Appendixに逆転させる項目は*印で示した。

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、自由意志による研究参加の保障、参加撤回の自由の保障、参加撤回による治療・看護上不利を受けないこと、個人情報厳守し、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

本研究の項目の検討は、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。通常斜交プロマックス法や直交や斜交プロクラステス法による回転法が使用される。しかし、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。即ち前述の手法はすべての項目の重みを用いた因子得点を利用している。しかし、現実の応用場面では、因子得点を用いて要因得点を算出することは、算出法が複雑なため殆ど用いられない。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。

1. 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Table1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「総合的な自己管理行動」である。また、Table1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代なら高い信頼性、.60代は信頼性の許容的な値とした。各因子の α 係数は、第1因子と第2因子を除くと、第3因子怒りの制御は.729、第4因子禁煙と飲酒制限は.772で信頼性は高い。第5因子の測定と内服は.628、第6因子の「総合的な自己管理行動」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3因子)

Table 1
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					総合 行動	
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													
食事の自己統制								1.000					
規則的な生活								.052 1.000					
怒りの制御								.272 .187 1.000					
測定と内服								.228 .008 .212 1.000					
禁煙と飲酒制限								.163 -.007 -.036 .041 1.000					
総合的な自己管理行動								.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。

と禁煙と飲酒制限(第2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。

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 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.400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1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2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3因子の4項目は、すべて.766以上という高い負荷

Table 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				総合自己教育力
		教育									
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											
		向上心と健康志向					1.000				
		自己評価と統制力					.775 1.000				
		学び方の知識と技能					.679 .537 1.000				
		自信と安定性					.560 .559 .316 1.000				
		総合的な自己教育力					.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。

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、「総合的な自己教育力」が.911と最も高く、第1因子から第5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1と第2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。

3. 自己管理の認知尺度のグループ主軸法による検討

自己管理の認知尺度の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 3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。

総合的な認知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1～第5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総合的な認知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、自己管理の認知尺度の17項目は1因子構造とみなせる。

Table 3
自己管理の認知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					総合認知	
I. 食事制限の必要性													
2	コレステロールの過剰	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								3.360	3.803	1.955	3.077	1.784	11.541
寄与率 (%)								84.0	76.1	97.8	76.9	89.2	67.9
α 係数								.937	.921	.977	.900	.879	.970
因子間の相関													
食事制限の必要性								1.000					
規則的な生活の必要性								.755	1.000				
怒りの制御の必要性								.762	.836	1.000			
測定と内服の必要性								.712	.876	.750	1.000		
禁煙と飲酒制限の必要性								.687	.806	.756	.755	1.000	
総合的な認知								.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。

4. 自己管理の感情尺度のグループ主軸法による検討

自己管理の感情尺度の5要因(5因子)の設定は、制限食のまずさ、日々の規制の息苦しさ、怒りの制御の難しさ、定期的な測定の面倒さ、禁煙と飲酒制限の辛さで、グループ主軸法の結果を、Table 4に示した。因子負荷量の絶対値が.400以上の項目を太字で記した。α係数による信頼性は、第1因子は、.564と低いのが、他の因子は.650以上を示し、制限食のまずさの因子、怒りの制御の難しさの因子、定期的な測定の面倒さの因子、禁煙と飲酒制限の辛さの因子は、いずれも内的な一貫性が高かった。

第1因子には、Q2 コレステロールの少ない食事(.859)、Q1 塩分が少なくおいしくない(.799)、Q3 肉類が少ないとも足りない(.715)という制限食のまずさ要因尺度の3項目は、.700以上の高い因子負荷量を示した。Q4 腹いっぱいでないとも足りない、の1項目は.486であった。第2因子の怒りの制御の難しさ因子として設定した2項目は共に.939という高い負荷量を示した。

定期的な測定の面倒さの第3因子には、Q14 血圧測定は面倒(.788)、Q15 脈拍を測るのは面倒(.712)、

Table 4
自己管理の感情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					総合感情	
I. 制限食のまずさ													
2	コレステロールの少ない食事	1	0	0	0	0	1	.859	.233	.139	.122	.060	.424
1	塩分が少なくおいしくない	1	0	0	0	0	1	.799	.188	.168	.156	.172	.419
3	肉類が少ないともの足りない	1	0	0	0	0	1	.715	.306	.220	.271	-.059	.508
4	腹いっぱいでないといけない	1	0	0	0	0	1	.486	.264	.185	.185	.228	.413
II. 日々の規制の息苦しさ													
6	規則正しい生活は息苦しい	0	1	0	0	0	1	.308	.822	.421	.458	.276	.715
11	冷えないのは面倒	0	1	0	0	0	1	.284	.766	.294	.271	.119	.556
5	運動するのは面倒	0	1	0	0	0	1	.062	.518	.169	.215	.390	.353
10	30分以内の入浴は足りない	0	1	0	0	0	1	.175	.402	.178	.269	.052	.369
9	毎日の排便は難しい	0	1	0	0	0	1	.069	.360	.226	.332	-.165	.331
III. 怒りの制御の難しさ													
7	怒らないのは難しい	0	0	1	0	0	1	.189	.460	.939	.450	.074	.690
8	いらいらしないのは難しい	0	0	1	0	0	1	.254	.376	.939	.419	-.032	.661
IV. 定期的な測定の面倒さ													
14	血圧測定は面倒	0	0	0	1	0	1	.146	.389	.319	.788	.018	.568
15	脈拍を測るのは面倒	0	0	0	1	0	1	.199	.340	.260	.712	.027	.516
12	きちんと内服は面倒	0	0	0	1	0	1	.168	.388	.389	.655	-.058	.574
13	定期受診は負担	0	0	0	1	0	1	.168	.296	.337	.630	-.106	.503
V. 禁煙と飲酒制限の辛さ													
16	禁煙は辛い	0	0	0	0	1	1	.127	.191	.028	-.068	.865	.149
17	適量内の飲酒は辛い	0	0	0	0	1	1	.084	.266	.010	.005	.865	.178
各グループ因子の因子分散								2.124	1.822	1.762	1.952	1.498	4.120
寄与率 (%)								53.1	36.4	88.1	48.8	74.9	24.2
α係数								.706	.564	.865	.650	.665	.805
因子間の相関													
制限食のまずさ								1.000					
日々の規則の息苦しさ								.328	1.000				
怒りの制御の難しさ								.236	.445	1.000			
定期的な測定の面倒さ								.242	.506	.463	1.000		
禁煙と飲酒制限の辛さ								.121	.264	.022	-.037	1.000	
総合的な感情								.595	.806	.720	.772	.189	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。

Q12きちんと内服は面倒 (.655), Q13定期受診は負担 (.630), の指定した4項目はすべて高い負荷量を示した。禁煙と飲酒制限の辛さの第1因子は, 2項目とも.865という高い負荷量を示した。

第2因子(日々の規制の息苦しさ)は, Q6規則正しい生活は息苦しい (.822), とQ11冷えないのは面倒 (.766), の2項目は, .700以上の因子負荷量を示した。Q5運動するのは面倒 (.518)とQ10の30分以内の入浴は足りない (.402)であった。Q9毎日の排便は難しいは, .360という低い因子負荷量を示した。

第3因子(怒りの制御)は, 指定した2項目とも.939と高い負荷量を示したが, これらは第1と第2因子とも関連していた。第4因子(禁煙と飲酒制限の辛さ)は, 2項目をグループ指定したがいずれも.865の高い負荷量を示した。

太字の因子負荷量が3個以上で, かつα係数が.600以上という基準をここで便宜的に設けると, 制限食のまずさ(第1因子)と定期的な測定の面倒さ(第2因子)の2因子のみであった。他の3因子は, これらの基準を満たさなかった。

Table 5
自己教育力、認知、感情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	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
< 自己教育力 >																								
1 向上心と健康志向	1.00																							
2 自己評価と統制力	.78	1.00																						
3 学び方の知識と技能	.69	.54	1.00																					
4 自信と安定性	.56	.56	.33	1.00																				
5 総合的な自己教育力	.92	.86	.77	.75	1.00																			
< 認知 >																								
6 食事制限の必要性	.21	.27	.04	.25	.23	1.00																		
7 規則的な生活の必要性	.30	.34	.18	.30	.34	.76	1.00																	
8 怒りの制御の必要性	.32	.40	.23	.30	.38	.76	.83	1.00																
9 測定と内服の必要性	.33	.40	.23	.32	.39	.71	.87	.75	1.00															
10 禁煙と飲酒制限の必要性	.31	.39	.23	.32	.37	.68	.80	.76	.75	1.00														
11 総合的な認知	.32	.39	.19	.32	.37	.88	.96	.89	.92	.86	1.00													
< 感情 >																								
12 制限食のまずさ	.20	.22	.17	.11	.21	-.09	-.17	-.09	-.14	-.11	-.14	1.00												
13 日々の規則の息苦しさ	.30	.28	.15	.17	.27	-.18	-.11	-.10	-.14	-.11	-.15	.29	1.00											
14 怒りの制御の難しさ	.22	.19	.11	.14	.20	-.18	-.09	-.15	-.05	-.17	-.13	.25	.43	1.00										
15 定期的な測定的面倒さ	.29	.37	.16	.07	.27	-.17	-.12	-.03	-.00	-.08	-.10	.24	.51	.43	1.00									
16 禁煙と飲酒制限の辛さ	.27	.18	.19	.20	.25	-.04	-.11	-.00	-.13	-.02	-.08	.15	.24	.02	-.02	1.00								
17 総合的な感情	.39	.39	.24	.20	.37	-.20	-.19	-.11	-.15	-.15	-.19	.66	.78	.63	.71	.36	1.00							
< 自己管理行動 >																								
18 食事の自己統制	.27	.26	.28	.03	.25	.02	.03	.03	.02	.03	.03	.50	.22	.24	.28	.15	.45	1.00						
19 規則的な生活	.09	.10	-.04	.10	.07	-.12	-.11	-.19	-.09	-.19	-.14	.25	.51	.24	.23	.08	.43	.09	1.00					
20 怒りの制御	.26	.20	.15	.11	.22	-.16	-.10	-.19	-.06	-.18	-.14	.27	.25	.62	.25	.05	.43	.26	.18	1.00				
21 測定と内服	.33	.23	.29	.07	.28	.09	.16	.09	.28	.06	.16	.16	.06	.12	.21	.08	.20	.21	-.07	.22	1.00			
22 禁煙と飲酒制限	.26	.21	.17	.16	.24	-.03	-.05	.03	-.05	.04	-.03	.13	.15	-.05	.00	.83	.28	.17	-.04	-.07	.09	1.00		
23 総合的な自己管理行動	.47	.38	.35	.17	.41	-.04	.01	-.02	.08	-.03	.05	.45	.37	.34	.32	.53	.61	.64	.28	.46	.63	.57	1.00	

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。

Table 6
自己管理行動についての重相関分析の結果

基準変量 予測変量	1. 食事の自己統制		2. 規則的な生活		3. 怒りの制御	
	標準重み	相関 r	標準重み	相関 r	標準重み	相関 r
1 総合的な自己教育力	0.104	.252	-0.100	.074	0.231**	.215*
2 総合的な認知	0.169*	.026	-0.067	-.141	-0.176*	-.138
3 制限食のまずさ	0.796**	.495**	0.242**	.254*	0.168*	.269**
4 日々の規則の息苦しさ	-0.094	.216*	0.971**	.510**	-0.098	.249*
5 怒りの制御の難しさ	0.166*	.244*	0.034	.238*	0.922**	.617**
6 定期的な測定の面倒さ	0.282**	.278**	-0.113	.233*	-0.077	.249*
7 禁煙と飲酒制限の辛さ	0.172*	.152	-0.096	.080	-0.024	.046
	$R = .549$	$F = 6.761^{**}$	$R = .533$	$F = 6.207^{**}$	$R = .644$	$F = 11.079^{**}$
	$R' = .499$	$df = 6/94$	$R' = .479$	$df = 6/94$	$R' = .608$	$df = 6/94$

** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$, R' =自由度調整済みの重相関係数

Table 6 (続き)

基準変量 予測変量	4. 測定と内服		5. 禁煙と飲酒制限		6. 総合的な自己管理行動	
	標準重み	相関 r	標準重み	相関 r	標準重み	相関 r
1 総合的な自己教育力	0.453**	.277**	0.035	.239*	0.181**	.413**
2 総合的な認知	0.364**	.163	0.024	-.025	0.096	.005
3 制限食のまずさ	0.304**	.157	0.024	.126	0.387**	.452**
4 日々の規則の息苦しさ	-0.379**	.060	-0.072	.150	0.006	.374**
5 怒りの制御の難しさ	0.148	.123	-0.094+	-.047	0.232**	.338**
6 定期的な測定の面倒さ	0.553**	.207*	0.086	.000	0.217**	.322**
7 禁煙と飲酒制限の辛さ	0.191*	.080	1.003**	.827**	0.628**	.532**
	$R = .358$	$F = 2.302^*$	$R = .834$	$F = 35.662^{**}$	$R = .735$	$F = 18.367^{**}$
	$R' = .250$	$df = 6/94$	$R' = .820$	$df = 6/94$	$R' = .711$	$df = 6/94$

** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$, R' =自由度調整済みの重相関係数

5. 自己教育力、認知・感情と自己管理行動との相関

Table 5 には、自己教育力尺度と自己管理の認知尺度と感情尺度の計 17 個の要因と 6 個の自己管理行動とのピアソンの相関係数を示した。また、.30 以上の相関を太字で示した。以下に自己教育力と認知及び感情要因との相関を検討し、行動面との関係は、重相関の項で述べる。自己教育力の中の「向上心と健康志向」、「自己評価と統制力」、「自信と安定性」、及び「総合的な自己教育力」は、認知の「規則的な生活の必要性」と.30 ~ .34 の相関、同様にこれは「怒りの制御の必要性」と.30 ~ .40 の相関、以下「測定と内服の必要性」とは.32 ~ .40 の相関、および「禁煙と飲酒制限の必要性」とは.31 ~ .39 の相関、「総合的な認知」とは.32 ~ .39 の正の相関を示した。また、自己教育力の「向上心と健康志向」が感情要因の「日々の規則の息苦しさ」(.30)、「総合的な感情」(.39)と正の相関を示した。「自己評価と統制力」は、「総合的な感情」(.39)、「定期的な測定の面倒さ」とは、.37 と正の相関を示した。「総合的な自己教育力」は、「総合的な感情」と.37 の正の相関を示した。

以上のように総合的な自己教育力得点は、認知因子の各要素と多くの有意な相関を示す一方、感情面では総合的な感情と特に高い相関を示した。

6. 自己教育力と認知・感情と自己管理行動との重相関分析の結果

Table 6 は、自己管理行動は各項目において、「いつもそうである」(逆項目は「そうでない」という方向にポジティブな回答を、基準変量にしたときの重相関分析の結果である。重相関分析法の結果を考察するときの判断基準として、ここでは次の 3 つのポイントに留意した。

まず、予測の精度を示す重相関係数が有意であること、Table 6 では、予想変量の高得点はすべて望ましい方向を指し、また基準変量も自己管理の望ましい方向を示している。外的基準の尺度の方向は心筋梗塞の再発作を予防する自己管理の望ましい方向を得点化している。ゆえに、標準重み (β -weights) と相関係数 (基準変量との相関) の符号が一致していること (変数の方向性の整合性)。予測変量と基準変量の相関係数と標準重みは、

いずれも有意であること、以上の観点から、結果を見ていく。

自己管理行動の「食事の自己統制」は、重相関係数が1%水準で有意な.549と比較的高い予測の精度を示した。感情尺度の制限食のまずさ(.796)、怒りの制御の難しさ(.166)、定期的な測定の面倒さ(.282)の3要因は有意な重みを示した。すなわち、制限食のまずさを感じず、怒らないようにしており、定期的な測定を面倒と感じない患者は、食事の自己統制ができているといえる。「規則的な生活」の重相関係数.533と1%水準で有意であった。感情尺度の制限食のまずさ(.242)、日々の規則の息苦しさ(.971)の2要因が有意な重みを示した。すなわち、制限食のまずさを感じず、日々の規則を息苦しいと思っていない心筋梗塞患者は、再発作を予防する方向に規則的な生活で暮らしているといえる。

「怒りの制御」は、重相関係数が.644であり、1%水準で有意であった。総合的な自己教育力(.231)、制限食のまずさ(.168)、怒りの制御の難しさ(.922)が有意な重みを示した。すなわち、自己教育力が高く、制限食をまずいと感じていず、怒らないようにすることは容易である患者は、怒らないようにして血圧上昇を避け、再発作予防には落ち着いた精神状態を保つといえる。「測定と内服」は、重相関係数が.358であり、5%水準で有意だが低い値であった。総合的な自己教育力(.453)、定期的な測定の面倒さ(.553)の2要因が有意な重みを示した。すなわち、自己教育力が高く、定期的に測定することなどを面倒と感じない心筋梗塞患者は、測定と内服を守り、再発作を予防しているといえる。「禁煙と飲酒制限」は、重相関係数が.834と1%水準で有意な高い精度を示した。感情尺度の禁煙と飲酒制限の辛さ(1.003)のみと有意な重みを示した。すなわち、禁煙や飲酒制限の辛さを感じずに行動できるほどに、禁煙や飲酒制限ができている。これとは逆に、禁煙の辛さや飲酒制限の辛さを感じている患者は、禁煙や飲酒制限ができにくいことを示している。なお、重みの1.003と1を超えているのは、単相関が.827と基準変量ときわめて高い相関を示したことが起因している。

以上の5個の自己管理行動を総合した「総合的な自己管理行動」は、重相関係数が.735と1%水準で有意な精度を示した。総合的な自己教育力(.181)、制限食のまずさ(.387)、怒りの制御の難しさ(.232)、定期的な測定の面倒さ(.217)、禁煙と飲酒制限の辛さ(.628)が有意な重みを示した。つまり、自己教育力が高く、制限食をまずいと感じていず、怒らないようにすることは容易であり、定期的な測定を面倒と感じていず、禁煙や飲酒制限の辛さを感じていない心筋梗塞患者は、自己管理行動が全体的に良好なことを意味している。

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1因子食事の自己統制、第2因子測定と内服、第3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要な要因である。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. 自己管理行動の予測に効果的な要因

6個の自己管理行動の基準変量についての重相関分析の有効な個数の多い順は、制限食のまずさ4個、総合的な自己教育力3個、怒りの制御の難しさ3個、定期的な測定の面倒さ3個、禁煙と飲酒制限の辛さ2個、日々の規則の息苦しさ1個、総合的な認知0個であった。従って、感情尺度の制限食のまずさ、総合的な自己教育力、怒りの制御の難しさ、定期的な測定の面倒さが自己管理行動の予測に強く関連しているといえる。以上のことは内部相関をみると、自己教育力が高いほど、制限食をまずいと感ぜず($r=.21$)、怒りを抑えることは容易である($r=.20$)。定期的な測定を面倒と感じない心筋梗塞患者は、自己管理行動が実施できている($r=.32$)ことにつながっている。

3. 感情の制御と自己管理行動

ネガティブな感情の制御は自己管理行動と有意な.32~.61の高い相関を示したことから、感情的な制御が高いほど、再発作予防の行動を多く行っている。このことは、重相関分析による重みベクトルでは、総合的な自己管理行動要因得点は、「制限食のまずさ」、「怒りの制御の難しさ」、「定期的な測定の面倒さ」、「禁煙と飲酒制限の辛さ」を感じない患者ほど自己管理が守られていた。例えば、怒らないことは容易であり、定期的な測定を面倒とか負担に感じていない患者は、食事制限を守っている。また、薄味に慣れないなど制限食をまずいと感じている患者は、いらいらし怒りっぽい($r=.25$)。感情を抑えず表出している患者は、怒ることによって血圧が上昇し、心臓の負担となる。鈴木ら(1994)は、怒りと循環器系疾患との関連性については、高血圧や冠動脈疾患の発症や経過に怒りがどのように関与しているか詳細な検

討の必要性を述べている。野口ら (2007) は、抑うつと怒りの表出抑制と心臓血管反応について実験的に検討し、ストレス反応を軽減させる方略を組み合わせた対処が有効であることを示している。また、怒り表出抑制と抑うつ症状との間に弱い正の相関が見られたことを示している (野口ら, 2005)。怒りの表出抑制が後に不整脈の危険因子になること (Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1995) や、血圧を高めること (Jorgensen, Johnson, Kolodziej, & Schreer, 1996) が見いだされているので、心筋梗塞患者の怒りの制御については自己教育力が緩和させる働きがあるかなど詳細に調べる必要がある。制限食をまずいと感じない所まで工夫し、日々の規則を息苦しいと感じないライフスタイルをもつ患者は、1回の入浴時間は30分以上にならないようにしたり、便秘で排便時でのいきみが心臓の負担にならないよう便通を整えていることなどが推測される。

臨床現場においてはネガティブな感情があった場合、それが1つの管理行動だけでなく複数に及ぶ傾向がある。例えば、患者は薄味に慣れず食事制限ができない状況に加えて、飲酒制限など他の自己管理行動もなかなか守れないという問題を抱えていることがある。したがって、医療者は心筋梗塞患者に自己管理を指導するときは、制限食のまずさや測定のわずらわしさなどに対する患者の感情を一つずつ解きほぐしていく関わりが必要であることがわかる。また、他者からの肯定的な言葉で自ら学ぶ能力が高まる (E.L. デシ, 1999) ことを活かして、ポジティブな感情になることで健康にもたらす効果 (山崎, 2006) が得られるよう患者の感情を変化させて、知識と感情が相補的に効果的に結びつき (宮本, 1985) 自己管理が行われるように、医療者は調和よく高まるように指導する必要がある。しかし、怒りの制御の難しさと禁煙と飲酒制限の辛さは、測定項目が2項目なので、今後は他の項目を加えて検討していく必要がある。

4. 自己教育力と自己管理行動

総合的な自己教育力は、全体で有効な指標が3個あった。総合的な自己管理行動についての予測は、総合的な自己教育力が有意な重みを示し (.181)、自己教育力が高いほど良好な自己管理行動をとっている (Table 6)。また、自己教育力が高い心筋梗塞患者ほど、怒らないようにしていた ($r=.20$)。また、自己教育力は、毎日の血圧測定、定期的な受診、脈拍を1分間に120以上にならないようにする、薬をきちんと内服することなど ($r=.28$) 自己管理行動 ($r=.41$) を高めていた。しかも、Table 5 に示すように自己教育力の「向上心と健康志向」、「自己評価と統制力」、「自信と安定性」の3要因は、食事制限の必要性を認識させることにつながっている (r はそれぞれ.21, .27, .25)。食品に含まれる塩分量を

覚えて1日にとる塩分量を10g以内に調整することなどを知っていることが、自己管理の重要な指標になることは、実際の臨床場面で遭遇することと一致している。食事制限については、患者は食品に含まれる塩分量についての知識を持つことがまず必要であり、この段階に自己教育力を高めることが学習を促進させるものと期待できる。しかし、例えば、食事制限の仕方の知識をもてば、必ず食事制限を実施できるとはならない点、すなわち知識と行動の一致が難しいことに、自己管理実行上の問題が存在している。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。

本研究においては、自己教育力は、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、自信と安定性の4要因から成る総合的な自己教育力である。自己教育力が高い心筋梗塞患者ほど、自己管理行動をよく実践していることが明らかとなった。また、医療者が患者の安定した精神状態を保てるようにかかわり、心の安定を整えることは、治療方針の理解や必要な知識を高めることにつながる ($r=.23\sim.39$)。自己管理行動は、感情 ($r=.61, p<.01$) と自己教育力 ($r=.41, p<.01$) と高い相関を示した。そして、自己教育力は治療などの理解に関する認知に影響している。しかし、認知は自己管理行動に直接には影響していなかった。医療者が、治療方針に沿って多くの知識を患者に与えることによって、間接的に自己管理行動を高めることにつながると考える。

謝 辞

稿を終えるに望み、ご指導を賜りました九州大学大学院丸野俊一教授に深謝いたします。また統計学等のご指導を賜りました熊本大学名誉教授・現尚綱大学教授の篠原弘章先生に御礼申し上げます。ご協力いただきました患者様、医師、看護師の皆様にも御礼申し上げます。

引用文献

- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, *125*, 627-668.
- Frasure-Smith N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: Is it more than depression? *Health Psychology*, *14*(5), 388-398.
- 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, 6-15.
- 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.
- 保坂ゆり子・喜多裕子 (1978). 慢性疾患患者の自己管理行動 (食事療法) に関与する要因についての一考察, 食事療法を必要とする慢性疾患患者で再入院した症例の看護を通して, 聖路加看護大学紀要, 5(7), 38-57.
- 石井均 (2005). 患者の持てる力を開化する 糖尿病エンパワーメントの坎どころ, 看護学雑誌, 62(2), 110-123.
- 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.
- 小松桂・立桶史生・藤井厚子・渡辺亜紀子・本山博恵・中村昭伸・小野百合 (2005). 糖尿病教育入院前後での糖尿病に関する負担感情の変化 PAID の質問表と患者背景因子の関連要因の検討, 糖尿病, 48(1), 57-62.
- 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.
- 宮本美沙子 (1985). やる気の心理学, 創元社, pp.39-41.
- 長尾匡子・難倉夏美・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/>
- 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.
- 野口理英子・藤生英行 (2007). 抑うつと怒り表出抑制が感情と心臓血管反応に与える影響 反応スタイル理論からの実験的検証, 健康心理学研究, 20(1), 64-72.
- 野口理英子・藤生英行 (2005). 怒りの表出抑制と抑うつへの反応スタイルとの関連, 上越教育大学心理教育相談研究, 4, 39-48.
- 野澤明子・岩田真智子・白尾久美子・佐藤直美・稲勝理恵 (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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- William H.P., Alan M.J., (1995). Assessment of Diabetes-Related Distress, *Diabetes Care*, 18(6), 754-760.
- 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.

Appendix 各項目の設問

<自己管理行動>

1. 塩味の薄い食事である。
2. 卵を週に5個以上食べる。*
3. 肉の脂身を食べる。*
4. お腹一杯食べる傾向にある。*
5. 1日1時間以上運動する。
6. 不規則な生活である。*
7. いらいらする。*
8. 怒りっぽい。*
9. 3日間以上排便がないことがある。*
10. 1回の入浴時間は30分以上である。*
11. 急に冷えないよう注意している。
12. 薬はきちんと内服している。
13. 定期的に診察を受けている。
14. 血圧を毎日測っている。
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。
16. たばこをすいますか。
17. 1日に何本位ですか。
18. お酒を飲みますか。
19. 1日にどれ位の量ですか。

<自己教育力尺度>

1. 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。
2. 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。
3. 健康に役立つことを、日々実行している。
4. 病気に役立つテレビ番組は、見るようにしている。
5. 自分の自己管理行動を注意されても腹をたてない。
6. 自分の健康の目標に向かって努力している。
7. 自分の自己管理の良い所と悪い所をわかっている。
8. 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。
9. 他の人から健康についてのヒントをもらう。
10. 今の自分が幸福だと思う。
11. 自分のやることに自信を持っていると思う。
12. 自己管理に必要なことは積極的に学ぶ。
13. 自分の病気に関する新聞や雑誌の記事は、整理しておく。
14. 今の自分に満足している。
15. 自分にもいろいろとえがあると思う。
16. 食事制限がいやになったときでも、思い直して実行する。

<自己管理の認知尺度>

1. 塩分のとりすぎは心臓によくない。
2. コレステロールのとりすぎは心臓によくない。
3. 動物性脂肪のとりすぎは心臓によくない。
4. 食べ過ぎは肥満につながり心臓の負担になる。
5. 1日1時間以上の運動は健康によい。
6. 規則正しい生活が健康によい。
7. いらいらするのは心臓によくない。
8. 怒り興奮するのは心臓によくない。
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。
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。
11. 急に冷えると血圧が上がって心臓の負担になるので、避けた方がよい。
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。
13. 定期的に受診した方がよい。
14. 血圧を毎日測って観察した方がよい。
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。
16. たばこは心臓によくない。
17. お酒の飲み過ぎは心臓によくない。

<自己管理の感情尺度>

1. 塩分をひかえる食事はおいしくない。*
2. コレステロールをひかえる食事はおいしくない。*
3. 肉類をひかえる食事はもの足りない。*
4. 腹いっぱい食べないともの足りない。*
5. 毎日1時間以上運動するのはめんどろ。*
6. 規則正しい生活は息苦しい。*
7. 怒らないようにするのは難しい。*
8. いらいらしないようにするのは難しい。*
9. 毎日排便があるようにするのは難しい。*
10. 30分以内の入浴ではもの足りない。*
11. 急に冷えないよう注意するのはめんどろ。*
12. 薬を毎日きちんと内服するのはめんどろ。*
13. 定期的に受診するのは負担である。*
14. 血圧を毎日測るのはめんどろ。*
15. 心臓に負担にならないよう1分間に120以上になっていないか、脈拍を測るのは面倒。*
16. 禁煙するのは辛い。*
17. 飲酒を適量内に抑えることは辛い。*

*の項目は尺度の方向を反転した。