

〔原著〕

## 心筋梗塞患者の看護介入モデルの開発と検証

眞嶋 朋子\* 佐藤 禮子\*\*

### A DEVELOPMENT AND VERIFICATION OF NURSING INTERVENTION MODEL FOR CARDIAC PATIENTS

Tomoko MAJIMA\* Reiko SATO\*\*

本研究の目的は心筋梗塞患者看護介入モデルを開発し、その有効性を検証することである。この看護介入モデルは心筋梗塞入院時から退院後約2ヶ月の時期における患者の疾患理解、心理的側面、活動の側面に着目し、作成したものである。看護介入モデルを3名の対象者に適用した。検証方法は、

1. 日本語版心臓病患者用心理質問紙Heart Patients Psychological Questionnaire (HPPQ) および日本語版自己効力スケール (Jenkins self-efficacy expectation scales) を用いる方法
2. 患者の行動目標の規準に基づいた看護問題を抽出し、看護問題毎の評価を行う方法

の2種類で行った。検証の結果、看護介入は、患者の心理、活動に全体的に変化をもたらしたが、特定の心理的問題は、退院後2ヶ月以降も継続しており、特定の看護問題に対する介入方法を検討する必要性が示唆された。測定用具を組み込んだ看護介入モデルは、心理、活動などの特定の患者の問題を明瞭にし、患者とのコミュニケーションを促進し、患者が自己の障害を克服し、質の高い健康生活を送るために基礎となる力を提供すると示唆が得られた。

キーワード：看護介入モデルの開発、看護介入モデルの検証、心筋梗塞患者、心臓病用患者心理質問紙、自己効力スケール

#### Abstract

The objective of the present research was to develop nursing intervention model for patients with myocardial infarction and to verify its effectiveness. This nursing intervention model was designed to account for the patient's understanding of the disease, and the psychological well-being and physical activity from the time of admission for myocardial infarction to two months after discharge. The nursing intervention model was applied in the care of three patients. The following two types of verification methods were employed.

1. A method utilizing the Japanese version's Heart Patients Psychological Questionnaire (HPPQ) and Japanese version's Jenkins Self-Efficacy Expectation Scales (SEES).
2. A method to extract problems that arise in meeting the standards of nursing intervention required to achieve patient activity goals, and then to assess each of these.

Results and Discussion: The provision of nursing intervention when applying this model improved the overall psychological well-being and physical activity of the patients, but some psychological problems persisted more than two months after discharge, suggesting the necessity to search for other intervention methods for certain nursing problems. This nursing intervention model employing the aforementioned assessment devices effectively identified patient problems, facilitated patient communication with nurses, and provided motivation and support to the patients to overcome their disability and maintain a high-quality, healthy lifestyle.

Key Words: Development of Nursing Intervention Model, Verification of Nursing Intervention Model, Cardiac Patients, Heart Patients Psychological Questionnaire (HPPQ), Jenkins Self-Efficacy Expectation Scales (SEES)

\* 東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

\*\* 千葉大学看護学部成人看護学教育研究分野 (Chiba University, School of Nursing)

## I はじめに

心筋梗塞患者には、生命の危機からの回復後、日常生活行動を拡大し、健康な生活に向けてのセルフケアを促進する看護介入が必要とされている。欧米では30年以上前より心筋梗塞患者の入院から退院後までの包括的な心臓リハビリテーションプログラムが、開発されてきており、多くの看護職がこれに関わっている。しかし日本では、再灌流療法をはじめとした医療技術の進歩により、患者の予後は著しく改善され、入院期間は短縮し、身体面の回復は改善してきているが<sup>1)</sup>、退院後の包括的リハビリテーションの必要性を認識し導入している施設はきわめて少なく、心筋梗塞を予防するためのライフスタイル改善やQOLを高めるための対策は著しく遅れている。

そこで、本研究では、入院中から退院後にかけての包括的リハビリテーションの考えを取り入れた看護介入モデルを開発し、その有効性を検証することを目的とした。

## II 文献検討

心筋梗塞リハビリテーション期の患者への看護介入は、心理学的アプローチによるストレスマネジメント<sup>2)</sup>、セルフエフィカシー理論<sup>3-5)</sup>によるもの、在宅における電話電送心電図モニター監視下による運動療法<sup>6)</sup>、在宅でのリハビリテーション援助<sup>7)</sup>などがあり、実践報告や研究として示されている。

Turnerら(1995)<sup>2)</sup>は、心筋梗塞退院後から2ヶ月目の第Ⅱ相リハビリテーション期の対象に、通常の運動療法に加えて、ストレスマネジメントプログラムを実施した。その結果、実施群に健康状態改善への認知、及び脂質系の有意な改善が示されたと報告している。このプログラムは、1時間半、週1回、計8回行われ、self-talk、タイプA行動の改善、基本的なコミュニケーション、怒りや敵意の表出、ユーモアの用い方等が網羅されたマニュアルをもとに実施され、自律訓練としてのリラクゼーショントレーニングも含まれている。

セルフエフィカシー理論に基づいた看護介入について、Jenkins(1987)<sup>4)</sup>、Jengら(1994)<sup>3)</sup>は、実際の行動、代理経験、説得、生理学的フィードバックの概念を心臓病患者へ適用することにより、患者の自己効力が増加し、保健行動を促進できると述べている。Liponら(1994)<sup>5)</sup>は、スタンフォード大学病院における、Beyond Heart Disease(BHD)プログラムを紹介して

いる。このプログラムは、地域で実施されたユニークな医療の投機的事業であり、内容は、脂質の検査、シラバスを用いたプログラム実施、講義、小グループディスカッション、サポートと目標の設定、栄養の分析、ストレス緩和、社会学習理論を用いたセッションが含まれている。看護婦のチームリーダーは、患者自身が短期と長期の目標を設定し、患者が自己効力を高められるように指導を行っている。また看護婦はグループディスカッション中に、患者が新しい行動変容をなした場合、他の患者や配偶者から肯定的なフィードバックが受けられるように援助を行っていることが報告されている。日本では、意図的に心理療法や、社会心理学的理論を取り入れた包括的リハビリテーションプログラム研究を、看護婦が実施し評価した研究は示されていない。

## III 研究方法

### 1. 看護介入モデルの作成

心筋梗塞患者看護介入モデルは、文献<sup>4-25)</sup>から、以下の視点をもとに作成した。

1) 介入前には、病歴や直接的なインタビューにより、患者の全体的なアセスメントを行なう。内容は、呼吸、循環、水分及び電解質バランス等の身体的側面、健康への認知、対処機制、ソーシャルサポートを含む心理、社会的側面である。

2) 患者の疾患に対する理解の程度を査定し、病気についての理解が得られるよう、心筋梗塞の病態、リスクファクター等の説明をする。

3) 先行研究で作成した日本語版心臓病患者用心理質問紙(Heart patient psychologic questionnaire:以下心理質問紙)<sup>26)</sup>をもとに、安寧と障害についての質問を行ない、コミュニケーションを通して否定的な感情の表出をはかり、さらにリラクゼーション指導を行ないストレス緩和をはかる。

4) 活動に関するアセスメント、患者の病態、リスクファクター、入院前の患者の社会生活、入院中のリハビリテーション時の最大心拍数と運動強度との関連を参考に、目標心拍数を基準にした活動の指導を行う。

5) 自己効力感(心臓病患者用に開発した日本語版自己効力スケール:Jenkins Self-efficacy expectation scales以下自己効力スケール)<sup>26)</sup>の測定で低い自信を示した活動や困難を感じる活動に対する助言、調整などを行なう。

6) 患者に可能な活動範囲と程度を説明し、自分で短期、長期の目標を立て、日々の行動記録を行い、自己評価を

可能にする。

- 7) 配偶者や重要他者と面接を行い、患者に対する日常生活への不安、意識のずれなど、問題の有無を確認する。
- 8) 在宅でも可能なリラクゼーション、運動日常生活の注意事項を記したパンフレットを作成し、患者指導を行う。

## 2. 看護介入モデルの適用

### 1) 対象者

対象者は以下の条件を満たすものである。

- ①監視型リハビリテーション施設を持たない救急病院、または一般病院における急性心筋梗塞患者で、重篤な合併症を起こしておらず、標準的な運動強度のリハビリテーションプログラムに参加できるもの
- ②CCU退出後一般病棟で、インタビューが可能な者
- ③退院後の生活において、散歩などの軽い運動が許可されている者
- ④医師より活動範囲が示されているが、自信がなく、活動レベルが低い者、または過剰に運動をする可能性の高い者

### 2) 対象者への倫理的配慮

研究者は対象者に対して、研究目的、方法についての説明を行い、研究参加への同意を得る。

### 3) 研究者と対象者および病棟スタッフとの関わり

病棟婦長、主任、プライマリーナース、研究者間で、対象患者の選択、病棟スタッフとの役割分担について話し合いをおこなう。プライマリーナースは、病棟のパンフレットにそって通常の患者指導を行い、研究者は心理と活動に焦点を当てて看護介入を行う。

### 4) 看護介入の時期

看護介入は、CCUより一般病棟に転出後、患者に苦痛がなく、会話が可能になった時期より開始し、退院まで患者の受け持ち看護婦として毎日関わる。退院後約2ヶ月後1回、患者宅を訪問し、指導を行う。

### 5) 看護介入モデルの評価方法と時期

看護介入モデルの測定用具による評価は心理質問紙、自己効力スケール、活動のチェックリストを看護介入評価用に修正して使用する。評価は退院時と退院後2ヶ月目の2時点である。

#### 測定用具を用いる方法

①心理質問紙：心理質問紙は全体で52項目からなり、安寧、障害の感覚、落胆、社会的抑制の4つの下位尺度から構成されている。

信頼性係数は、Crombach alpha 0.66-0.80であり、

因子分析の結果、4因子の構成は初期カテゴリーとはほぼ一致した<sup>28)</sup>。オリジナルの心理質問紙は集団間の比較だけでなく、尺度を相対化し、心理的問題のある患者のスクリーニングにも用いられている。

そのため、以下の方法をもとに4下位尺度のレーダーチャートを作成し、看護モデル介入前後の評価に用いる。

- ・4下位尺度の合計点を相対化するために、百分率で示す。ただし、安寧は値が高くなると良い状態を表すことから、これのみ逆配点処理をおこなう。他の下位尺度は値が低くなるほど良い状態を示す。

#### ②自己効力感と活動のチェックリスト

自己効力感は歩行、階段、仕事（Crombach alpha 0.89-0.95）の3つの要素を含み、歩行は歩行できる自信の程度15項目、階段は階段をのぼる自信の程度6項目、仕事は肉体的業務を行う自信や、ストレスへの対処、仕事時間についての自信の14項目を示す。活動チェックリストは、活動の実施をチェックするもので自己効力感と同じく歩行、階段、仕事（Crombach alpha 0.92-0.96）の3つからなり、同じ項目数である。レーダーチャートの作成は以下の通りである。

- ・自己効力スケールと活動チェックリストは心理質問紙と同様に百分率で示し、良否の判断を全体的に可能にするために、逆配点とし、悪化の場合には点数が高くなるように処理する。

#### 看護介入の規準に基づく評価

測定用具による評価に加えて、以下の規準に基づき患者毎の看護問題を抽出し、看護介入の評価を行う。

#### ①疾患理解の側面

- ・患者は自分の疾患名、リスクファクターを述べることができる。
- ・退院後日常生活への注意点を述べることができる。

#### ②心理的側面

- ・患者は、心理質問紙によるインタビューによって、患者が自分の感情を自由に述べることができる。
- ・患者は入院前の社会生活におけるストレス源や葛藤を述べることができる。
- ・患者は病気の原因や退院後の生活に含まれる問題などを述べることができる。
- ・患者は退院後の心理的問題への解決方法について自ら述べることができる。

#### ③活動への自信の側面

- ・患者は自己効力スケール、活動のチェックリストを用いたインタビューによって、自分に適切な歩行、

- 階段 昇降、仕事のレベルを述べる事ができる。
- ・患者は過度な活動による問題を述べる事ができる。
  - ・患者は活動の低下による問題を述べる事ができる。
  - ・患者は自己検脈を行う事ができる。
  - ・患者は自分の活動時の最大心拍数を述べる事ができる。
  - ・患者は適切な活動を行ったときの疲労の程度を述べる事ができる。
  - ・日常生活において、心拍数が目標以上になる活動について述べる事ができる。

#### IV 結果

対象者は初回の心筋梗塞後、救急病院・一般病院入院患者で退院後リハビリテーション実施施設に参加しない患者3名であった。

##### 1. 対象Aの要約

対象Aは、47歳の女性で、カーネーション栽培をする農家の長男の嫁であり、看護問題の特徴は疾病に対する重症感と、家族の患者に対する依存により回復に積極的になれないこと等であった。看護介入では、病態と活動との関係の説明、感情表出の促進、家族への説明、医療者への情報提供を行なった。その結果、患者は体調のよい理由を納得でき、退院へ向けて少しずつ意欲を示し、自主的に運動を実施できるようになった。

心理質問紙による心理状態の変化は、退院時に落胆感が強く示されていたが、退院後には改善した。社会的抑制は、退院後やや悪化が示された。活動は仕事以外に改善が示された(図1, 図2-1, 2-2)。

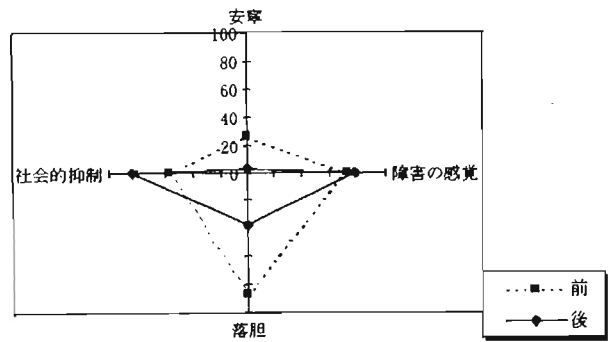


図2-1 対象A 心理質問用紙

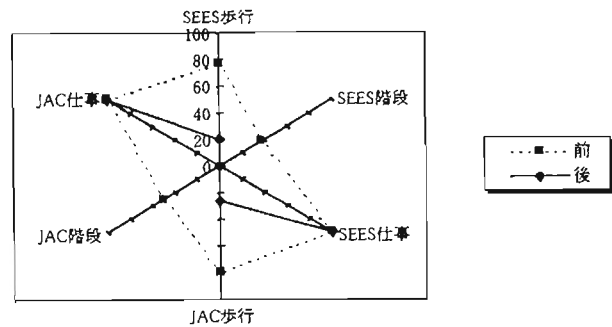


図2-2 対象A 自己効力 (SEES) と活動 (JAC)

測定用具の有用性の一例を以下に示す。

入院12日目に研究者が、心理質問紙を用いてインタビューを行った。それまでの患者の表情は硬かったが、研究者が質問項目の10「また心臓発作が起こるのではないかと心配である」を読むと、患者は「はい、看護婦さんから心筋梗塞の話聞いて良くことが分かりました、4-5年経ったら、坐って仕事ができるかなと思っていましたが、だいぶダメージが大きいようで、……ひどくなっ

対象A 47歳 女性

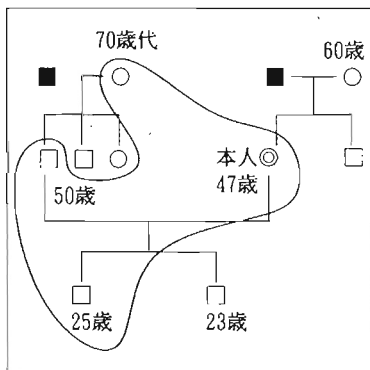


図1 対象Aの経過の概要

入院の生活：農家でカーネーションの栽培をしている。姑、夫、息子2人(内1人は独立して生活している)4人暮らしである。姑、夫、息子共に病気がちで、精神科で安定剤をもらっている。長男は大学を中退し、精神科のデイケアに通っており、次男は足に障害を持っているが自活している。患者は元来丈夫で、病気がちの一家の家事および農作業(農繁期にはパートを雇っていたが)を一手に背負い、家族皆から頼りにされており、「今まで病気がちでなかったことないんですよ」と述べる。

既往：昨年検診で、高血圧を指摘されていたが、未受診。

発症時の状況：1997年7月17日朝6時半、台所の床をほうきで掃いていたところ、全身の力がなくなった。救急車で近くの総合病院へ行き、しばらく様子を見ていたが、再度発作が起こり、心筋梗塞の診断で経皮冠動脈形成術(PTCA)目的のため救急医療センターへ移送。

入院後の経過の概要

心源性ショックのため大動脈バルーンポンピング (IABP) 実施。

冠動脈血管造影の結果、左前下降枝 # 8 100% 梗塞し、経皮冠動脈形成術 (PTCA)、経皮的冠動脈血栓溶解術 (PTCR) 施行後、閉塞は20~30%にまで改善する。高位側壁枝100%閉塞。最大クレアチニンフォスフォキナーゼ(MAX CPK)は、10615と高値であった。killips4であり、心不全が認められたが、カテコラミン、利尿剤で改善。

入室後6日目に一般病棟に転棟し、慎重にリハビリが開始。

28日目に心機能評価のために冠動脈造影が行われ、閉塞状態はほぼ改善される。

入院30日目に家庭での療養が困難であるという、本人の希望とリハビリ目的で自宅に近い病院へ転院となる。

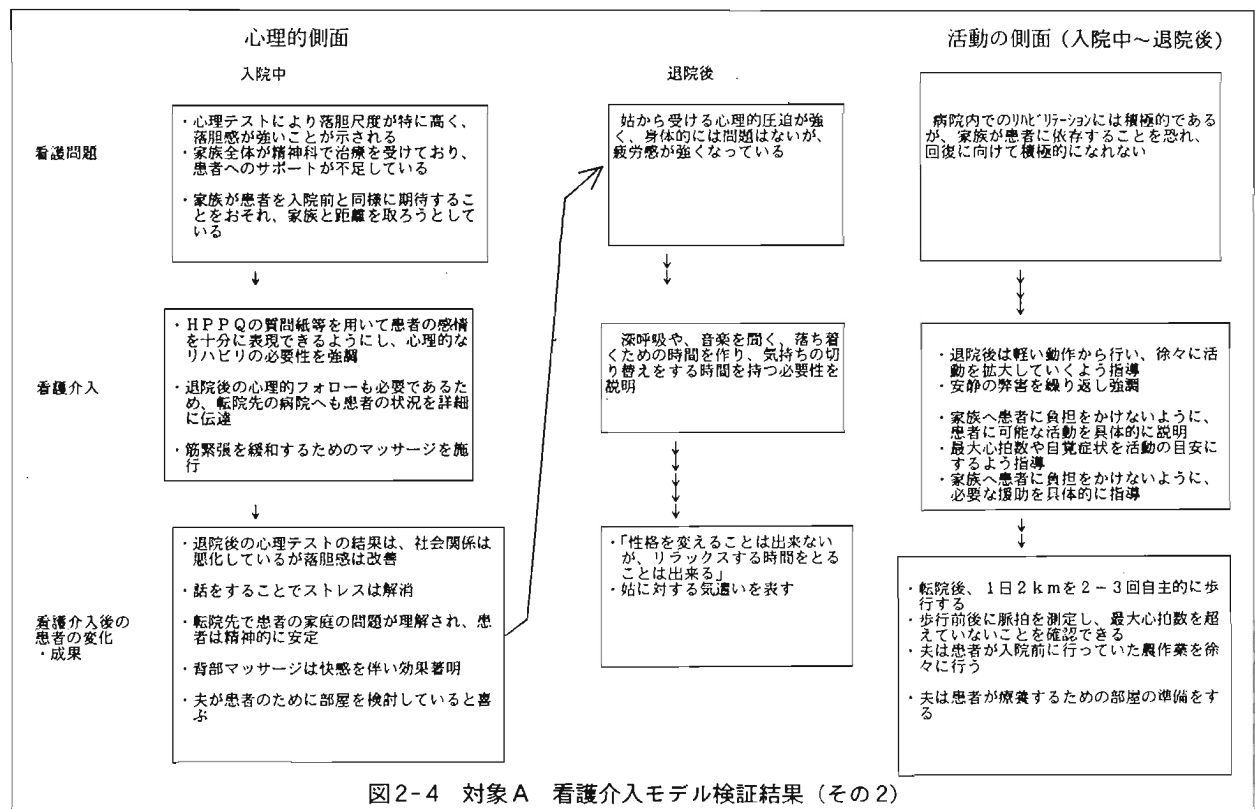
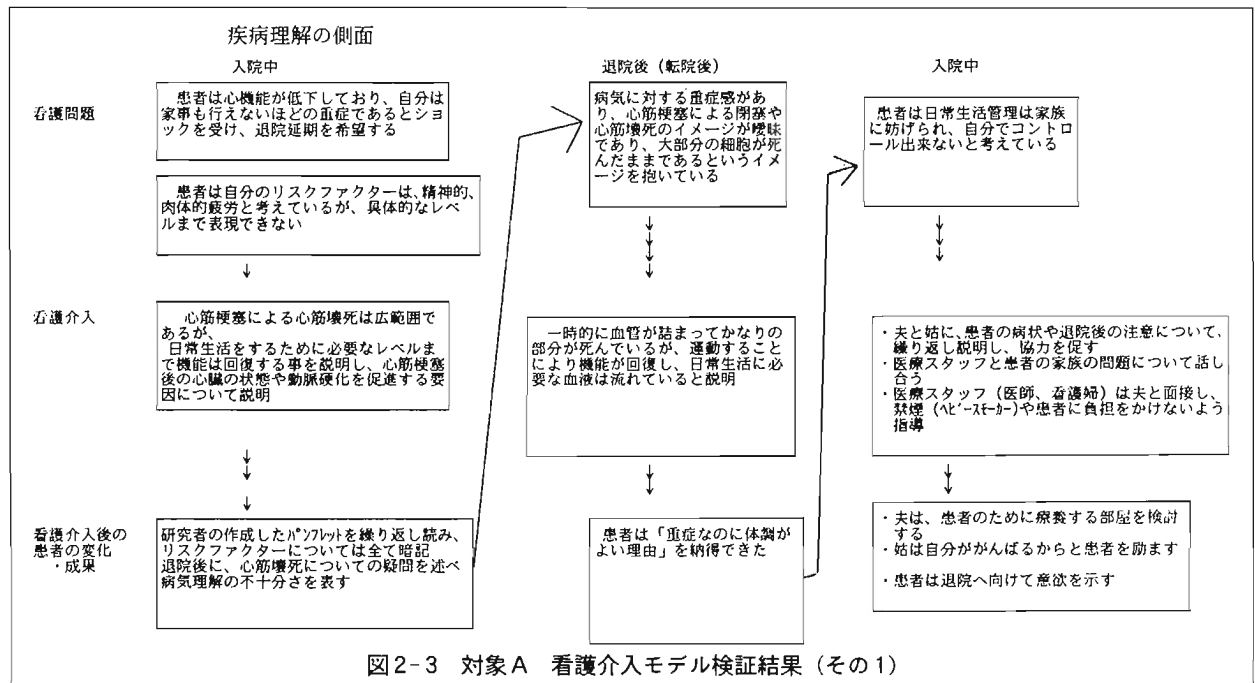
て家の仕事もできないと思いました」とプライマリナースから説明を受けたが、重症感を強く抱いてしまったことを早期に発見でき、患者の問題を看護スタッフに明らかにすることが可能となった。

項目12「スタミナが足りないと思う」という項目に対して、患者は「自分がだめだから、みんなが面倒見てくれればいらいらすることはない」と述べ、その後、家族へのいらだちや問題を表出し、生活の問題を見つめ直す

ようになり、「話をして気分が落ち着いてきました」と安定感が示された。

## 2. 対象Bの要約

対象Bは、70歳の男性、妻と2人暮らしで、会社の夜間警備に10年間携わってきた。看護問題の特徴は、疾病や日常生活管理に対する知識不足による過度の活動の可能性、感情表出の不十分、心理的サポート不足であった。



看護介入では、疾病と日常生活の注意点について、説明を行い、安静の保持できない理由を傾聴し、パルスウォッチによる歩行指導を実施した。その結果、患者は入院中の指導内容をパンフレットを見ながらではあるが、日常生活の注意点を正確に言えるようになり、仕事に対する葛藤を表出できるようになり、自主的な歩行を実施、過度な活動拡大は見られなくなった（図3-1, 2）。

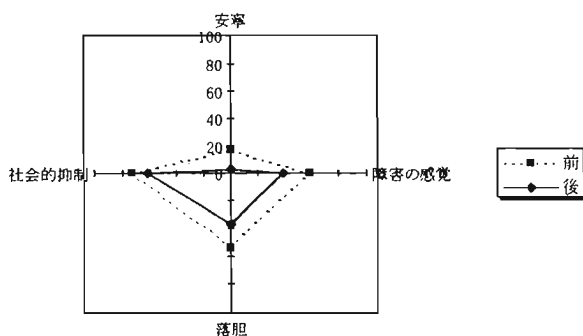


図3-1 対象B 心理質問用紙

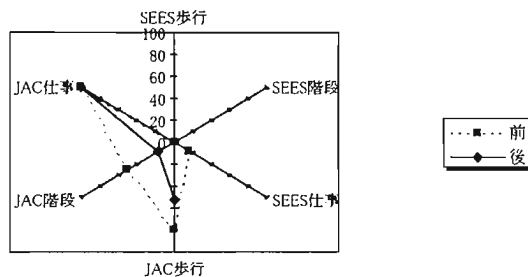


図3-2 対象B 自己効力 (SEES) と活動 (JAC)

心理質問紙では、社会的抑制に悪化が示されたが退院後改善し、自己効力感、活動のチェックリストでは、仕事以外に改善が示された。

自己効力質問紙の有効性の一例を以下に示す。

研究者が歩行や仕事の自信について質問をするとB氏は「1里2里歩けますよ、……泥棒が入ってきたりすると大変です、捕まえるとやられちゃったりするよね、大変なことはあるけど、まあ大丈夫ですよ、だめだというならあきらめるけど」と答える。研究者が「もしかしたら、仕事のことで焦ってらっしゃいますか?」と問うと、B氏は「そうなんですよ、今までにも病気の人っていて、上の人があんなやつ切っちゃえと言ってやめさせたりするんですよ」と、研究者が質問することにより、B氏は、制限以上に動いてしまう理由や将来の不安について更に詳しく説明するようになった。

### 3. 対象Cの要約

61歳の男性、妻との2人暮らしで個人タクシーの運転手である。看護問題の特徴は、心筋梗塞リスクファクターや生活管理の知識が不足し、食事に対して神経質になり栄養不足の可能性がある、生活修正については心理的負担となっており、コレステロールを下げなければいけないと過度に活動する危険性があった。看護介入では、リスクファクターや生活管理について説明し、有酸素レベルの運動の必要性を説明し、自己管理指導をおこなった。その結果、患者は食事制限の問題点を述べたり、リラックスするための方法を自分で工夫したり、退院後の脈拍測定による活動の自己管理を行えるようになった。心理質問紙では、社会的抑制、障害の感覚が強く、退院後の値の改善は認められず、安寧と落胆に、悪化(22%→39%, 60%→67%)が示された。自己効力感、活動のチェックリストは、階段以外に改善が示された(図4-1, 2)。

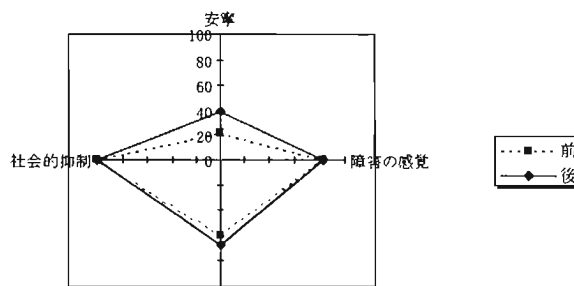


図4-1 対象C 心理質問用紙

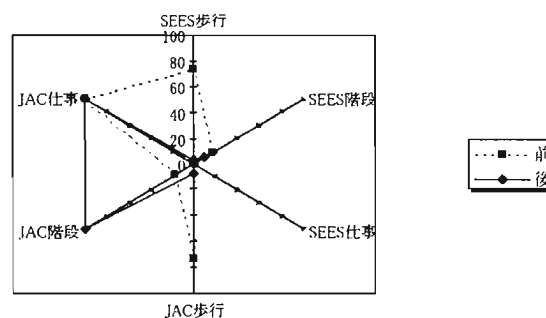


図4-2 対象C 自己効力 (SEES) と活動 (JAC)

測定用具を用いて質問をすると入院時、C氏は「今まで、でたらめな生活をしてきたので、家族に本当に申し訳ないと思っている」と涙ながらに話をし、入院前の生活を振り返る言葉や感情が表出された。研究者が退院後2ヶ月目に自宅に訪問すると、C氏の家族関係は改善して

いることが確認できた。しかし、歩行に対する不安が強く、家の周囲を5メートル位しか離れられない」と別の不安が示された。脈拍が「指導されたよりも10回/分多いと不安」など、生活に対する関心や疑問が多く表出されるようになった。

## V 考 察

心筋梗塞看護介入モデルは、作成した患者の目標の規準に即して評価すると、入院中の患者の疾患理解、心理、活動の側面の問題を焦点化し、患者は望ましい変化を示した。また測定用具により示された患者の心理や活動は概ね改善した。入院直後の患者の関心事は、急激な身体的、環境的变化により、自分の身に起こったことについての意味を見い出す問いかけが多く、適応に時間を費やしていた。この時期の看護介入には患者の体験を十分に聞くことが重要である。体調が回復しつつある患者に心理状態を注意深く質問することは、患者の内面を表現させるきっかけとなり、医療者が患者の内面にも関心を寄せているサインを患者に送る。患者は、測定用具を用いたコミュニケーションによって感情のいらだちや、自分の生活の問題を表現しながら、その根本原因について、深く内省することが可能となった。

本研究における患者の中には、疾患理解が十分でないために病状に対する不安感を示さず、運動耐容能以上の活動をおこなう可能性のあるものも含まれた。看護介入では患者の持っている認識を確認しつつ、脅威を与えない程度の情報提供を実施した。これにより、患者は自分の病状に対する正しい認識を獲得し、活動は過剰でなく、運動耐容能の範囲内で実行されるようになった。

また本研究における看護介入は、入院中と、退院後は家庭訪問の場で実施された。これにより退院指導の有効性が査定できた。また、看護介入は、仕事や家庭において患者が抱える不安や、自主的に実施されているリハビリテーションに関連した問題を早期に発見させ、患者の不安感を軽減させ、活動の質的量的拡大を促進させた。

全体的に看護介入は、患者の心理、活動に変化をもたらしたが、特定の心理的問題は、退院後2ヶ月以降も継続しており、退院2ヶ月以降の看護介入を開発する必要性が示唆された。今後退院2ヶ月以降の看護介入には、医療機関への情報提供、他職種への連絡調整、家族への援助が重要になってくると考える。

### 1. 心筋梗塞患者の心理と活動への看護介入の有用性

本研究で作成した測定用具を組み込んだ看護介入モデルは、多忙な医療現場において、以下のことを可能にする。

#### 1) 測定用具による査定、事後評価

看護介入は、心理と活動の改善に焦点が当たっている。患者の状態を質的な情報にもとづいて査定するだけでなく、測定用具、心理質問紙、自己効力スケール、活動のチェックリストによる査定を加えることにより、患者の問題をより明瞭に示すことが出来、その問題に焦点をしばって、問題解決の方略を検討することが出来る。

さらに看護者が、看護介入前後の患者の問題を、患者自身に視覚的に示すことにより、患者とのコミュニケーションが容易となる場合がある。そして患者の問題を修正したり、事実即して患者と共に問題解決をはかり、患者固有の看護介入を実施できる。

#### 2) 疾患理解、心理的側面、活動の側面への着目

心筋梗塞患者の個々の看護介入には、多様な側面が必要とされるが、本研究では疾患理解、心理的側面、活動の側面に着目した。看護者が、入院中から退院後の2ヶ月目までの患者の3つの側面に着目することで、患者のセルフケアへの基礎を築くことができる。Orem<sup>28)</sup>はセルフケアの基礎となるものは、自己の体についての正しい認識、すなわち疾患理解と、感情調整能力などの心理的側面であり、活動はセルフケア行動の一部に含まれると述べている。疾患理解、心理、活動の側面に着目した看護介入は、患者が自己の障害を克服し、質の高い健康生活を送るための基礎となる力を提供する。

#### 3) パンフレットによる患者のセルフケアの促進

本研究では、入院中に行った個別の患者教育の基礎資料としてパンフレットを用い、退院後の学習強化に活用した。パンフレットを用いたセルフケア教育は、入院中に行われた指導内容を、患者が繰り返し確認するために重要である。しかし、一方的に多量の情報提供は有効ではなく、特に、急性期の患者は新しい情報を正確に記憶することが困難である。年齢や性別、知識欲を査定し、患者にあった情報提供が重要である。退院後の患者は、パンフレットを使用することにより、入院中の指導内容を繰り返し想起し、指導内容の記憶保持が可能となった。

## 謝 辞

稿を終えるにあたり、千葉県救急医療センター磯部満子看護部長、第一病棟のスタッフの皆様、元千葉県立海浜病院院長 村上和先生、元一本木節子看護部長、内科病棟婦長およびスタッフの皆様、ご指導いただきました、

千葉大学看護学部 野口美和子教授、野尻雅美教授、井上智子助教授をはじめ、成人看護学教育研究分野の皆様  
に感謝申し上げます。なお、本研究は公益信託山路ふみ子  
専門看護教育研究助成金より助成を受けて行われました。  
深く感謝いたします。(本論文は、千葉大学大学院看護学  
研究科における博士論文の一部である。)

#### 引用文献

- 1) 仲田郁子、大村延博：再灌流療法時代の心筋梗塞急性期リハビリテーション, HEART NURSING, 7 (9), 737-743, 1994
- 2) Turner-L, Linden-W, Van-Der-Wal-R, et al.: Stress management for patients with heart disease: a pilot study, Heart & Lung, 24 (2), 145-153, 1995
- 3) Jeng-C, Braum-LT.: Bandura's Self-Efficacy Theory: A Guide for Cardiac Rehabilitation Nursing Practice, J-Holist-Nurs, 12 (4), 425-436, 1994
- 4) Jenkins-LS: Theories and models useful for risk reduction. Self-efficacy theory: overview and measurement of key components, Cardiovascular Nursing, 24 (6), 36, 1988
- 5) Lipon-KR, Carlson-LR: Development of a hospital-based cardiovascular risk factor reduction program for the community: beyond heart disease, Progress in Cardiovascular Nursing, 9 (2), 16-22, 1994
- 6) Sparks-KE, Shaw-DK, et al.: Alternative for cardiac rehabilitation patients unable to return to a hospital-based program, Heart & Lung, 22 (4), 298-303, 1993
- 7) Salisbury-H: Health visitors' role in cardiac rehabilitation, Health Visitor, 67 (8), 262-264, 1994
- 8) Jeng-C, Braun-LT: Instrument development and measurement of exercise self-efficacy in cardiac rehabilitation patients, Progress in Cardiovascular Nursing, 10 (2), 28-35, 1995
- 9) 細田瑛一: Guide for patient 狭心症・心筋梗塞, メジカルビュー社, 1-63, 1993
- 10) 日本医師会, 厚生省保健局疾病対策課監修: 心筋梗塞リハビリテーションマニュアル, 第一法規, 49-132, 1992
- 11) 山口和克監修: 病気の地図帳, 講談社, 52-56, 130, 1992
- 12) 榊原記念病院看護部, 鈴木伸: AMIケアマニュアル, Heart nursig, 夏季増刊, メディカ出版, 211-220, 1992
- 13) 石川稔夫: わかりやすい病態生理, エクスパートナース, mook19, 照林社, 4-15, 1995
- 14) 古藤みどり、西川さゆり他: 心臓カテーテル検査を受ける患者へのベンソン・リラクゼーション療法の効果, 日本看護学会集録第18回成人看護, 157-159, 1987
- 15) Frenn-M, Fehring-R, Kartes-S: Reducing the stress of cardiac catheterization by teaching relaxation, Dimensions of critical care nursing, 5 (2), 108-117, 1986
- 16) 佐藤淳子、日野原重明、道場信孝: 心臓リハビリテーション(第2相)におけるナースコーディネータの役割, 診断と新薬, 32 (3), 581-585, 1995
- 17) Vahabi-M, Ferris-L: Improving written patient education materials: a review of the evidence, Health Education Journal, 54 (1), 99-106, 1995
- 18) Blessing-DL, Jakeman-C, Mathew-C, Mathew-C: Success of a cardiac rehabilitation program in returning patients to work, Critical Care Nursing Quarterly, 1 (4): 81-85, 1988
- 19) Marshall-JR, Andrea Hawrysiw: Inpatient recovery following myocardial infarction and coronary artery bypass surgery, J. Cardiovasc-Nurs, 2 (3), 1-12, 1988
- 20) Ishii-K: Physical capacity assessment of the acute cardiovascular patient, J. Cardiovasc. Nursing, 9 (4), 53-63, 1995
- 21) Parchert-MA, Simon-JM: The role of exercise in cardiac rehabilitation: A nursing perspective, Rehabilitation Nursing, 13 (1), 11-14, 1988
- 22) McGlashan-R: Strategies for rebuilding self-esteem for the cardiac patient, Dimensions of critical care nursing, 7 (1), 28-38, 1988
- 23) 眞嶋朋子、濱本紘: 心筋梗塞第二相リハビリに参加する患者の運動耐容能の変化—エネルギー消費量と活動意識との関係, 日本赤十字看護大学紀要, 9, 17-28, 1995



- 24) Pommier-BE : Factors affecting learning in a coronary artery disease rehabilitation class, *Rehabilitation Nursing*, 17 (2), 64-67, 1992
- 25) Lindsay-C, Jennrich-JA, Biemolt-M. : Programmed instruction booklet for cardiac rehabilitation teaching, *Heart & Lung*, 20 (6) : 648-653, 1991
- 26) 眞嶋朋子 : 心筋梗塞患者の心理と活動への看護介入評価方法に関する研究、千葉看護学会誌, 5 (2), 1-6, 1999
- 27) 眞嶋朋子 : 心筋梗塞患者の心理と活動への看護介入評価方法に関する研究—日本語版 The Heart Patient Psychological Questionnaire (HPPQ) の作成と初期段階の検討—、千葉看護学会誌, 5 (1), 8-15, 1999
- 28) Orem-DE, 小野寺杜紀訳 : オレム看護論、看護実践における基本概念、第2版, 医学書院, 151-158, 1988