原　著

心筋梗塞患者の心理への看護介入評価方法に関する研究

―日本語版　The Heart Patient Psychologic Questionnaire (HPPQ) の作成と初期段階の検討―

眞　嶋　朋　子（東京女子医科大学看護学部）
佐　藤　禮　子（千葉大学看護学部）

本研究は，心筋梗塞患者の心理状態の査定と看護介入評価を行うために The Heart Patient Psychologic Questionnaire（以下 HPPQ）の日本語版を作成し，初期段階の検討を行うことを目的とした。対象者は健康人64名，心筋梗塞患者60名である。HPPQ は，Well-being（安寧）12項目，Feeling of disability（障害の感覚）12項目，Despondency（落胆）10項目，Social inhibition（社会的抑制）6項目の4つの下位尺度から構成されている。日本語版の作成は，研究者を含め5名の翻訳専門家および2名の native speaker が実施した。その結果，健康群，心臓リハビリテーション実施群，心臓リハビリテーション非実施群における対象群別の比較では，社会的抑制の下位尺度以外は，対象群間で有意差は認められなかった。Cronbach alpha 係数は，0.66～0.80であり，主因子分析では第1因子は，初期カテゴリーにおいて安寧に含まれる9項目と落胆1項目。第2因子は，障害の感覚4項目と，安寧2項目，第3因子は，社会的抑制の5項目と障害の感覚1項目，第4因子は，落胆4項目と障害の感覚1項目が抽出された。これらの結果から，日本語版 HPPQ は，ほぼ許容できるレベルであることが明らかとなった。

KEY WORDS：Nursing Intervention Evaluation, Psychological Questionnaire, Cardiac Patient

Ⅰ．はじめに

心筋梗塞後の患者には，生命の危機からの回復後，セルフケアに向けた看護介入が必要である。患者がセルフケアを再獲得するためには，まず患者自らが，現実を正しく受け止め，自己の感情を調整することが重要である。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患者の心理的問題を包括したリハビリテーションプログラムが開発され，多くの看護職者がこれに関わってきた。またプログラムは，心理，社会的測定用具により定量的に評価され，改良されてきている。日本では，近年，医療技術の進歩により，患者の予後は改善し[1]，入院期間は短縮傾向にあるが，患者の長期的心理問題に着目して関わる看護職者は少なく[2,3]，心理的問題への介入を評価する測定用具も多くはない。

本研究は，心筋梗塞患者の心理状態の査定と看護介入評価を行うために用いる心臓患者用心理質問紙（The Heart Patient Psychologic Questionnaire 以下 HPPQ とする）[4,5]の日本語版を作成し，この評価方法の初期段階の検討を行うことを目的とする。

Ⅱ．文献検討

1．心筋梗塞患者の心理状態と抱える問題

一般に心臓は，生命の主座と考えられており，心臓の停止は死を意味することから，心筋梗塞患者は，急性期において，発作時の衝撃からの回復，慢性期には再発作への不安が残される。心筋梗塞患者の心理に関する初期の看護研究では，CCU などの特殊な環境下での不適応に関する報告が数多くなされてきている。[6,7] そのような患者への看護介入では，CCU などの特殊な環境の改善や，患者への十分な情報提供，患者の対処行動を促進することが必要とされる。

急性期を脱した患者の退院後の心理状態について，白山ら(1988)[8]は，第二期リハビリテーションに参加している心疾患患者が，健常者に比べて神経症傾向が強く，不安や抑鬱状態が一般的で不眠傾向が少なからず認められることを示している。本杉ら(1996)[3]は，急性心筋梗塞回復期の患者に500m歩行が可能になった時点でも抑鬱や不安が少なからず認められ，適切なカウンセリングが必要であると述べている。また心臓リハビリテーション施設が少ない事や精神科医の不在など，患者の抑鬱や不安に対応できる体制が不足しており，看護職者が患者の心理的問題の大部分を担っていると指摘している。筆者ら(1994)[9]の先行研究では，心臓手術を受けた患者22

受理：平成11年7月5日　Accepted：July. 5. 1999

名中12名に筋肉痛や倦怠感があった。そのため患者は自分の身体が回復に向かっているという治癒感覚が持てず，心機能の順調な回復にも係わらず，あらゆる行動に消極的であった。消極的行動は，日常生活動作の遅れ，食事摂取量の減少，依存傾向などにつながり，家族や医療者への依存度の高まりや，家族の支援体制問題へと発展した。術後の苦痛による情緒障害は22名中１名であり，苦痛の症状コントロールや，感情失禁などの情緒的コントロールに時間を要した。また筆者ら（1995）[10]は，心筋梗塞後第二期リハビリテーション開始時と終了時の患者の意識の変化の検討を行った結果，身体状況は改善しているが，退院後８週間経過しても，生活の充実感がなく，趣味や旅行の計画ができず，家庭や職場で不安のある者が約半数おり，身体的回復に比べて，心理社会的問題が残されていることを見いだした。

２．心筋梗塞患者用心理尺度と問題点

心筋梗塞患者の退院後の心理的問題と介入に関する研究は，その多くが心臓リハビリテーション領域の研究として示されている。心臓リハビリテーションは，運動療法，患者教育，カウンセリング等から構成され，タイプＡ型行動様式，うつ尺度，社会からの離脱等に代表される多様な心理社会的問題の観点から評価が行われている。Denollet（1993）[11]は，心臓リハビリテーションに参加したベルギー男性163名に対して，３つの尺度を用いて心臓リハビリテーション期間中の尺度の鋭敏さについて検討した。用いられた３尺度は，本研究で採用したHPPQ（The Heart Patient Psychologic Questionnaire），及びSTAIの状態不安（Spielberger他，1970）と，SCL-90（Symptom Check List Derogatis他，1973）である。STAIは，不安や不快な感情状態を測定するために広く用いられており，SCL-90は不安，抑鬱，敵意，身体症状を示す下位尺度からなっている。対象者を苦悩（dist-ress）の高い群，低い群に分け，リハビリテーション期間中の３尺度の平均値の差を比較したところ，苦悩が高い群では，３尺度共に，リハビリ開始時と終了時に，有意な変化が示された。しかし，低い苦悩群では，STAIとSCL90の下位尺度に有意な変化が見いだされなかった。すなわち苦悩レベルの低い患者群では，HPPQのみが，リハビリテーション期間中の変化を鋭敏に示すことを示した。さらに，Denollet[11]は，監視型の心臓リハビリテーション実施群と非実施群のHPPQの変化を比較した。非実施群は，２つの下位尺度（安寧と障害の感覚）に変化はなく，リハビリテーション実施群では，２下位尺度に有意な変化が示された。その結果，監視型心臓リハビリテーションが，患者の障害の感覚を減少させ，安寧を上昇させる上で有用であることを示した。

以上によりHPPQは，他の心理尺度に比べて，軽度の心理的問題を抱える患者であっても，心理的変化に即対応できる有用な測定用具であり，看護介入評価に十分活用できると考えた。

Ⅲ．研究方法

１．Erdmanによる HPPQ

HPPQはErdman（1983）[4]により開発され，オランダのロッテルダムリハビリテーションプログラムにおいて用いられている。このプログラムは，学際的プログラムであり，心理，精神面での問題は精神科医，心理学者が関わっている。心理学的介入ではインタビューや標準化された質問紙（HPPQ等）が用いられている。

１）HPPQの下位尺度

HPPQはWell-being（安寧）12項目，Feeling of disability（障害の感覚）12項目，Despondency（落胆）10項目，Social inhibition（社会的抑制）６項目の４つの下位尺度からなっている。

(1) Well-being（安寧）は，患者の現在の心理状態を表し，STAIの状態不安と対応している。この項目に対する否定は不安感情を示す。高い不安の程度は低いレベルの安寧を示す。

(2) Feeling of disability（障害の感覚）は，外傷的疾患を受けた後に経験する障害の感覚に関連しており，過去と現在の違いに関連している。

(3) Despondency（落胆）は，落ち着きのなさ（unrest），嘆き，不機嫌，抑鬱，不安，攻撃，心配のような情緒に関連している。

(4) Social inhibition（社会的抑制）は，他の人に影響を与える程度や人々の間でくつろげる程度を表しており，これは人がどのような社会的状況に置かれているかについて焦点が当たっている。

２）HPPQの採点

採点は下位尺度毎に行う。各項目は「はい」，「？」，「いいえ」の３つの選択肢を選びそれぞれ３点，２点，１点で採点する。

３）オリジナルHPPQの信頼性，妥当性

質問紙の信頼性，妥当性の検定はオランダにおける心疾患患者1649人への調査により実施されている。内部一貫性係数（Guttman' Lambda）は，0.64-0.93で，Well-beingがもっとも高く，Social inhibitionがもっとも低い。再テスト法（Stability Coefficient 1-2週間の間隔で行われた）は，0.73-0.85でFeeling of disabilityが最も高く，Well-beingが最も低い。Standard error

は，1.88-2.38 で Despondency が最も高く，Social inhibition が最も低い。

2．日本語版 HPPQ の作成

研究者と1名の質問紙翻訳の経験のある英語教師が，質問紙の文化的背景が日本の文化的背景に影響を受けないかどうかについて検討した。英語から日本語へは心理学分野の翻訳の専門家に依頼し，3名による翻訳を実施した。研究者と看護領域の native speaker 1名が日本語訳と原文との比較を行い，英語の意味内容を表していない部分や強調しすぎた表現について検討を行った。さらに1名の native speaker が日本語から英語への back translation を行い，上記の翻訳内容が原文と大幅に違う項目について再検討を行い，その上で，日本の看護研究者と日本の実情に即した質問項目の意味内容についての検討作業を行った。

3．調査手続き

1）対象者

研究への同意がえられた以下の者である。

(1) 健康対象群：健康な日常生活を自力で十分行える25歳以上の成人で，質問紙を読み，意味を理解し，質問に答えることのできる者

(2) 心筋梗塞リハビリテーション実施群：心臓専門病院のリハビリテーション施設における急性心筋梗塞（以下 AMI），心臓バイパス術（以下 CABG）後患者

(3) 心筋梗塞リハビリテーション非実施群：専門のリハビリテーション施設のない救急病院における AMI 患者。

2）データ収集方法

データ収集は，健康群には郵送法により HPPQ 用紙を配布，回収。心筋梗塞リハビリテーション実施群は，心臓専門病院退院後，リハビリテーション施設において研究者が直接に個人に面接し，配布，回収。リハビリテーション非実施群の患者も，退院前に直接面接し配布，回収。

4．分析方法

分析は，東京大学大型計算機センター　統計プログラムパッケージ SPSS Ver 4 を使用し，信頼性，妥当性の統計的検定を行った。

Ⅳ．結　果

対象者は以下の3群に含まれる合計124名（回収率100%）である。

1）健康対象群：I 農機具会社社員，T 大学教職員他，研究の協力の承諾が得られた64名であり，内訳は男性29名，女性は35名であり，年齢は25－68歳（平均42.1，SD 11.7）で，このうち49名は健康と記載し，6名は過去に高血圧と診断されたが投薬管理後安定し，日常生活に問題はない。

2）心筋梗塞リハビリテーション実施群：AMI，CABG 術後患者30名であり，内訳は男性は23名，女性は7名，年齢は40から84歳（平均61.0，SD 11.0）であった。

3）心筋梗塞リハビリテーション非実施群：AMI 患者30名で，内訳は男性は25名，女性は5名であり，年齢は38から76歳（平均58.4，SD 10.0）であった。

1．日本語版 HPPQ 下位尺度項目分析

対象群別に初期下位尺度の度数分布を検討した結果，正規分布であることが認められた。対象群別に初期下位尺度平均値の比較を一元配置分散分析により行った結果，社会的抑制以外の下位尺度においては有意な差が認められなかった（表1）。

表1　対象群別日本語版 HPPQ 平均値の比較

	＊：有意水準 P＜.05	平均値	標準偏差	N
安寧 Well-Being				
健康群		27.45	5.64	64
リハビリ実施群	有意差	28.77	4.90	30
非実施群	なし	28.89	3.82	30
障害の感覚 Feeling of disability				
健康群	有意差	21.36	4.52	64
リハビリ実施群	なし	23.27	4.87	30
非実施群		22.25	4.16	30
落胆 Despondency				
健康群	有意差	15.92	4.01	64
リハビリ実施群	なし	17.43	4.45	30
非実施群		17.36	3.52	30
社会的抑制 Social Inhibition				
健康群	┐	12.25	0.39	64
リハビリ実施群	├┐	9.80	0.49	30
非実施群	┘ ＊	10.61	0.54	30

因子分析前の下位尺度別平均値は，表2に示すとおりであった。安寧の平均値は，25.8点であり，このうち平均値の最も高い項目は，項目7「最近は身体の調子がよい（2.7）」，最も低い項目は，項目36「最近は大いに自信がある（1.8）」であった。障害の感覚の平均値は，22.1点であり，項目12「スタミナが足りない（2.3）」が

最も高く，項目21「しょっちゅう胸が締め付けられる感じがする(1.2)」が最も低かった。落胆の平均値は，16.7点であり，項目15「最近はこれ以上嘆いてもかえっていらいらするだけだ（2.0)」が最も高く，項目4「時々じっとしていられないほど不安になる（1.2)」が最も低かった。社会的抑制の平均値は，11.2点であり，項目25「人に説明するのが好きである（2.2)」が最も高く，項目28の「引っ込み思案で見ず知らずの人と会うのは恥ずかしい（1.6)」が最も低かった。

表2　HPPQ下位尺度別平均値，標準偏差（N＝124）

安寧　下位尺度（12項目）	平均値	標準偏差
	25.80	4.73
02　最近は安心した気分である。	2.45	.79
07　最近は身体の調子がよい。	2.66	.61
14　最近は幸せだと感じる。	2.44	.75
19　健康だと感じる。	2.31	.84
24　最近は気持ちが落ち着いている。	2.70	.64
27　最近は快適で楽しい。	2.11	.79
29　最近はリラックスしている。	2.65	.68
36　最近は大いに自信がある。	1.77	.76
41　最近は自分に確信がある。	1.88	.81
43　肉体的には健康であると感じている。	2.36	.82
45　最近は満ち足りた気分である。	2.32	.79
52　最近は気分がよい。	2.52	.75
障害の感覚　下位尺度（12項目）	22.05	4.57
03　寒くて風が強いとほとんど外出しない。	1.55	.78
09　以前はもっと多くの仕事ができた。	2.15	.86
12　スタミナが足りない。	2.25	.92
16　かつてはもっと多くのことをすることができた。	2.12	.87
20　健常な時よりもすぐに疲れる。	2.02	.88
21　しょっちゅう胸が締めつけられる感じがする。	1.20	.57
34　まだ何でもできそうな気がする。(逆配点)	2.37	.84
38　急いで何かをしなければならない時，うまくいかないことがよくある。	1.87	.85
40　普段と同じことをしているのにすぐに疲れる。	1.69	.87
42　重労働をするという考えは好きではない。	2.03	.93
48　すぐ息切れがする。	1.58	.86
49　まだ十分スポーツに参加することができると思う。(逆配点)	2.05	.90
落胆　下位尺度（10項目）	16.68	4.06
04　時々じっとしていられないほど不安になる。	1.18	.51
05　人通りの多い道は避ける。	1.76	.88
10　（また）心臓発作が起こるのではないかと心配である。	1.45	.77
11　しらいらしやすい。	1.69	.88
13　将来が不安である。	1.70	.88
15　最近はこれ以上嘆いてもかえっていらいらするだけだ。	1.98	.90
22　経済的にさらに苦しくなるだろうと非常に心配である。	1.54	.80
33　なぜだか分からないが，気分がすぐれないことがよくある。	1.62	.85
46　気がふさぐことがよくある。	1.49	.75
51　時々，非常に腹立たしくなり，何もかもが楽しくない。	1.68	.87
社会的抑制　下位尺度（6項目）	11.23	3.11
08　知らない人たちのグループに話しかけるのは好きではない。	2.14	.91
18　グループの中では大抵リーダーになる。（逆配点）	1.92	.87
25　説明をするのが好きである。　（逆配点）	2.15	.89
28　引っ込み思案で見ず知らずの人と会うのは恥ずかしい。	1.61	.81
31　自分の近くに大勢の人がいるのは好きではない。	1.65	.83
50　他人に対する影響力はほとんどない。	1.90	.83

2．日本語版 HPPQ 下位尺度間相関

下位尺度間相関は，表3に示す通りである。安寧は，他の3尺度（障害の感覚，落胆，社会的抑制）と負の相関があり（−0.3683〜−0.5013，p<.000），障害の感覚は，落胆と正の相関が示された（0.4686，p<.000）。

表3 下位尺度別相関係数（N＝124）

	安寧	障害の感覚	落　胆
障害の感覚	-.3683＊＊		
落胆	-.5013＊＊	.4686＊＊	
社会的抑制	-.3544＊＊	.1477	.1205

1-tailed Signif：
*-.01　**-.001

3．日本語版 HPPQ 信頼性

Cronbach alpha 係数は，0.6411-0.8033で，折半法の speaman-brown の係数は，0.4845-0.8179で，安寧が最も高く，障害の感覚が最も低かった（表4）。

表4　信頼性係数（N＝124）

	Cronbach alpha	折半法
安　寧	0.8033	0.8179
障害の感覚	0.6411	0.4845
落　胆	0.6589	0.6178
社会的抑制	0.6567	0.6178

4．日本語版 HPPQ 構成概念妥当性

HPPQ 40項目の主因子分析を行った結果，因子負荷量0.35以上に収束した項目は，表5に示すとおりである。第4因子の固有値は1.3で，累積寄与率は29.0％であった。

第1因子は，初期カテゴリーにおいて安寧に含まれる9項目と落胆1項目であった。第2因子は，障害の感覚4項目と，安寧2項目，第3因子は，社会的抑制の5項目と障害の感覚1項目，第4因子は，落胆4項目と障害の感覚1項目が含まれていた。

V．考　察

本研究で作成した日本語版 HPPQ は，心筋梗塞患者の集団間比較及び個別の心理状態の査定と看護介入評価を目的とするために作成し，初期段階の検討として，項目内容の検討，信頼性，妥当性の検討を実施した。

1．日本語版 HPPQ 信頼性と妥当性

日本語版 HPPQ は，信頼性係数は，安寧の下位尺度は十分高かったが，障害の感覚，落胆，社会的抑制の下位尺度は0.6台と十分に高い値を得られなかった。野口（1991）はα係数の最低水準をの決定を0.6にするか，0.7以上にするかという議論に対して，絶対的基準があるわけではなく，使用目的，経験的有用性，測定対象の性質等総合的に判断することにより，使用可能であると述べている。Polit ら（1991）[14] もα係数0.6程度であっても，異なる集団間の比較は十分可能としている。これらのことから HPPQ は，集団間の心理的変化を比較する場合においては使用可能であると考える。

妥当性について，因子分析の結果から，オリジナル質問紙に近い構造の29項目が抽出され，4つの下位尺度はそれぞれ独立しており，各因子に含まれる項目は，初期下位尺度に含まれる項目との類似を示した。すなわち，因子構造の大幅な修正は必要としない。以上から，日本語版 HPPQ の信頼性，妥当性の結果の見解は，HPPQ を使用する場合に，初期の下位尺度による分析に加えて，因子分析結果を踏まえた項目選択を行う必要性が示唆された。

2．対象者の選択

日本語版作成に当たり，健常者と心筋梗塞患者に協力を得た。健常者を含み検討を行った理由は，日本語版 HPPQ は心筋梗塞患者の入院時から退院後数ヶ月までの長期間の心理状態把握を目的としており，幅広い対象者からの回答を把握したいと考えたからである。項目10は心臓病に関連しており，健康群には答えにくい内容であった。健康群の回答に際して，回答者が心臓病からの回復過程であると想定して，回答するよう依頼した。

健康群に関しては社会的抑制を除く3つの下位尺度において，対象間の平均値に有意差は示されず，ほぼ同質の対象群であることが示された。社会的抑制においては，心臓リハビリテーション実施群において有意に低い値が示され，心臓リハビリテーション実施群は，他の群に比べて人との関係を積極的に築くことのできる対象者が多く含まれていることを示した。

健康群の心理状態は他の2群の心疾患を有する者に比べて良い状態であると予測したが，結果は有意差を示さなかった。この要因には年齢との関係があるかもしれない。心理状態への多様な影響因子は今後の検討課題である。また，同一対象者間の退院時と退院後の心理状態変化や，独自の看護介入プログラムの心理状態への影響も検討していく必要がある。

3．日本語版 HPPQ 使用上の問題点

HPPQ には，寒い季節を前提にした項目と，退院後の生活を前提にした項目が含まれている。本研究では，オリジナルと同様に項目削除を行わずに，退院後を想定

表5　HPPQ主因子分析（Varimax回転後　因子負荷量）　N＝124

安　寧	因子1	因子2	因子3	因子4
02　最近は安心した気分である。	.44352	.10850	-.16888	-.14112
07　最近は身体の調子がよい。	.22815	-.14564	-.04444	-.07531
14　最近は幸せだと感じる。	.37887	-.04783	-.12974	-.10416
19　健康だと感じる。	.34147	-.57185	.18047	.01834
24　最近は気持ちが落ち着いている。	.60090	.00962	-.03554	-.11195
27　最近は快適で楽しい。	.48067	-.26548	-.08794	-.14224
29　最近はリラックスしている。	.67921	.05461	-.11199	-.02101
36　最近は大いに自信がある。	.41340	-.40275	-.40549	-.06156
41　最近は自分に確信がある。	.41469	-.21963	-.36170	-.01881
43　肉体的には健康であると感じている。	.26774	-.60668	-.13795	.21812
45　最近は満ち足りた気分である。	.54078	-.10591	-.24142	-.22146
52　最近は気分がよい。	.68210	.04530	-.17551	-.07055
障害の感覚				
03　寒くて風が強いとほとんど外出しない。	.02411	.29971	-.29975	.14353
09　以前はもっと多くの仕事ができた。	.13733	.54141	.09492	.17906
12　スタミナが足りない。	-.17816	.26034	.04600	.32664
16　かつてはもっと多くのことをすることができた。	.16361	.59750	-.07010	.20121
20　健常な時よりもすぐに疲れる。	-.13744	.57880	-.12751	.13304
21　しょっちゅう胸が締めつけられる感じがする。	-.22485	.12997	-.17754	.04464
34　まだ何でもできそうな気がする。（逆配点）	-.38760	.17796	.42927	.07680
38　急いで何かをしなければならない時，うまくいかないことがよくある。	-.07204	-.02449	.22701	.39994
40　普段と同じことをしているのにすぐに疲れる。	-.02916	.54513	.14671	.22008
42　重労働をするという考えは好きではない。	-.05684	-.03717	.02592	.02270
48　すぐ息切れがする。	.05490	.20506	.04992	.32667
49　まだ十分スポーツに参加することができると思う。（逆配点）	-.16981	.25080	.27042	.04468
落　胆				
04　時々じっとしていられないほど不安になる。	-.20835	-.01074	-.02250	.46545
05　人通りの多い道は避ける。	-.01715	.07586	-.07658	.18184
10　（また）心臓発作が起こるのではないかと心配である。	.03100	.54767	-.30384	-.00540
11　しらいらしやすい。	-.41744	.06837	-.08831	.34150
13　将来が不安である。	-.27096	.23320	.13622	.27529
15　最近はこれ以上嘆いてもかえっていらいらするだけだ。	-.17322	.19123	-.27829	.28617
22　経済的にさらに苦しくなるだろうと非常に心配である。	-.33206	.07521	.05278	.18049
33　なぜだか分からないが，気分がすぐれないことがよくある。	-.15941	.22083	.12197	.42707
46　気がふさぐことがよくある。	-.25125	-.00722	.05074	.61358
51　時々，非常に腹立たしくなり，何もかもが楽しくない。	-.31282	-.06393	-.02619	.44290
社会的抑制				
08　知らない人たちのグループに話しかけるのは好きではない。	-.01938	.00383	.39554	.08529
18　グループの中では大抵リーダーになる。（逆配点）	-.09499	-.09225	.66573	-.19903
25　説明をするのが好きである。（逆配点）	-.14852	-.03871	.47697	.08717
28　引っ込み思案で見ず知らずの人と会うのは恥ずかしい。	-.28953	-.06152	.42964	.19376
31　自分の近くに大勢の人がいるのは好きではない。	-.13861	-.01950	.38187	.04296
50　他人に対する影響力はほとんどない。	-.08409	.14184	.26071	.31364
固有率	5.7637	2.9121	1.6756	1.2650
寄与率	14.4	7.3	4.2	3.2
累積寄与率	14.4	1.7	25.9	29.0

した質問により，対象者から回答を得た。HPPQは患者の実際の行動に着目しているのではなく，心理状態把握が目的であるので，入院患者に日本語版HPPQを用いる場合は，退院後を想定した質問を行うことによって，患者の心理状態を把握することは可能である。

〔謝　辞〕

研究にご協力くださいました榊原記念病院の皆様，千葉県救急医療センターの皆様に，心より感謝申し上げます。加えて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完成させたものであり，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。）

文　献

1）仲田郁子，大村延博：再灌流療法時代の心梗塞急性期リハビリテーション，HEART NURSING，7(9)：737－743，1994.

2）吉岡公夫：欧米における心臓リハビリテーションと我が国の現状，Heart Nursing，8(7)，600－605，1995.

3）本杉ふじえ，森本峰代他：急性期心筋梗塞患者の回復期リハビリテーション前後の心理状況，日本心臓リハビリテーション学会誌，1(1)，115－119，1996.

4）Erdman，R. A. M.，Duivenvoorden，H. J.：Psychologic Evaluation of a Cardiac Rehabilitaion Program：A Randomized Clinical Trial in Patients with Myocardial lnfarction，Journal of cardiac rehabilitation，3，696－704，1983.

5）Erdman，R. A. M.，Duivenvoorden，H. J.：Predictability of beneficial effects in cardiac rehabilitation：a rondomized clinical trial of psychosocial variables，Journal of cardiopulmonary rehabilitation，6，206－213，1986.

6）Carr，J. A.，et. al：Stressor associated with coronary bypass surgery，Nursing Research，35(4)，243－247，1986.

7）Bille，D. A. 小島操子訳：患者教育のための実践的アプローチ，メディカル，127，サイエンスインターナショナル，1986.

8）白山正人，濱本紘：postt CCUから社会復帰における心理反応，ICUとCCU，12(7)：571-578，1988.

9）眞嶋朋子，佐藤禮子：心臓手術を受ける患者の不安要因と看護介入，日本看護科学学会誌，14(1)，11－18，1994.

10）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.

11）日本心臓リハビリテーション学会監修：心臓リハビリテーション，22－29，共和企画，1996.

12）Denollet，J.：Sensitivity of outcome assessment in cardiac rehabilitation，Journal of consultation and Clinical Psychology，61(4)，686－695，1993.

13）野口裕二，斎藤学他：FES（家族環境尺度）日本語版の開発：その信頼性と妥当性の検討，家族療法研究，8(2)，43－54，1991.

14）Polit，D. F.，Hunglar，B. P.：Nursing research principles and methods，373，J. B. Lippincott (4th edition)，1991.

A STUDY OF PSYHOLOGICAL NURSING INTERVENTION EVALUATION METHODS OF PATIENTS WITH CARDIAC PATIENT

—Development of the Japanese Versions' Heart Patient Psychologic Questionnaire at Initial Stage—

Tomoko Majima (School of nursing, Chiba University)
Reiko Sato (School of nursing, Chiba University)

KEY WARDS:
Nursing Intervention Evaluation, Psychological Questionnaire, Cardiac Patient

The purpose of this study was to make the Japanese version of "The Heart Patient Psychological Questionnaire (HPPQ)" for evaluating psychological conditions and intervention of nursing in patients with cardiac infarction, and to investigate it at the initial stage.

The subjects were 64 healthy persons and 60 patients with cardiac infarction. The HPPQ comprised four subscales including 12 items of well-beings, 12 items of feeling of disability, 10 items of despondency, and 6 items of social inhibition. The Japanese version was made by researchers, five specialized translators and two native proofreaders.

In the comparison among the healthy group, the group with cardiac rehabilitation, and the group without cardiac rehabilitation, except for the sub-scale of social inhibition, no significant differences were found. The Cronbach alpha coefficient was 0.66-0.80.

Four factors having the similar structure to the sub-scales were extracted. The first factor included nine items of well being and one item of despondency, which were in the initial categories. The second factor included four items of feeling of disability and two items of well-being. The third factor included five items of social inhibition and one item of feeling of disability and the fourth item included four items of despondency and one item of feeling of disability. From these results, it was clarified that the Japanese version of HPPQ is at an almost allowable level.