

Title	診断初期の男性慢性心不全患者のヘルスリテラシーの様相
Author(s)	角野, 雅春; 旗持, 知恵子
Editor(s)	
Citation	大阪府立大学看護学雑誌. 2016, 22 (1), p.69-76
Issue Date	2016-03-25
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10466/14851">http://hdl.handle.net/10466/14851</a>
Rights	

資 料

## 診断初期の男性慢性心不全患者の ヘルスリテラシーの様相

### Health Literacy in Male Patients Newly Diagnosed with Chronic Heart Failure

角野雅春<sup>1)</sup>・簗持知恵子<sup>1)</sup>

Masaharu Kadono, Chieko Hatamochi

キーワード：ヘルスリテラシー，心不全，男性患者，診断初期  
Keywords: health literacy, heart failure, male patients, newly diagnosed

#### I. はじめに

我が国の慢性心不全（Chronic Heart Failure: 以下，CHF）患者数は，高齢化に伴い2030年には130万人に達すると推計されている。またCHF患者は，心不全の増悪により入退院を繰り返す者が多く，退院後1年以内の再入院率は約35%と高い。特に，診断後まもないCHF患者は，病態の変化や疾患の管理不足によって増悪が危惧される。このような中，医療者は患者に対してCHFの病状や症状，薬物療法などの症状を含めた疾患管理について説明し，理解を深め実行を促すことは重要であり，CHF患者においては長期にわたり症状を含めた疾患管理を患者自らが実践するよう期待される。

CHF患者の病状や症状，日常生活上における自己管理の実践は，ヘルスリテラシー（Health Literacy:以下，HL）に影響を受けると考えられている（Morrow, D.G et al., 2006）。HLとは，健康を維持，増進するために情報を入手し，それを活用する個人の能力と動機づけを維持する，認知的かつ社会的なスキル（WHO, 2000）とされ，情報の入手だけでなく，情報活用や行動変容を伴う能力であり，疾患管理に必要な能力であると考えられる。海外では識字等の読み書き能力であるHLが注目されており，このHLが低いCHF患者

は不良な健康状態やセルフケア能力が低いこと，医療知識が少ない（Morrow, D.G et al., 2006）ことが報告されている。また，CHF患者のHLは教育環境や医療の水準などの文化，社会的状況などにも影響を受ける（Scott, Tracy L et al., 2002, David W. Baker et al., 2002）との報告もあるが，日本においては診断初期のCHF患者のHLの状況は明らかになっていない。また，高血圧患者などの慢性疾患患者においてHLについて性差があることが報告されていることから（渋谷，2011），診断初期のCHF患者においても，性別にその様相を捉える必要がある。

そこでCHFと診断され1年以内である初期のCHF患者の再入院率は高く，このような男性CHF患者のHLを明らかにすることは，HLの観点から疾患管理を行うための看護支援を検討する上で重要となると考える。

#### II. 目的

本研究の目的は，新たにCHFと診断された男性患者のHLの様相について明らかにし，今後の看護実践を検討する基盤とすることとした。

#### III. 本研究における用語の操作的定義

## 1. ヘルスリテラシー

Nutbeam, D (2000) とCarolyn, S (2005) の定義を活用し、本研究におけるHLは、良好な健康状態を増進し、維持する方法に関する情報にアクセスし、理解し、活用する能力であり、情報読解力、情報理解力、意思決定力、患者役割遂行力の4つから成るとした。情報読解力とは、疾患や健康問題に関する情報や知識について読み解くことや計算する能力を示す。情報理解力とは、自分自身や自分の周囲の人や物事に関連する疾患や健康情報について情報を集め自分自身に結びつけて理解する能力を示す。意思決定力とは、疾患や健康上に関する情報を選択、評価し、活用において意思決定する能力を示す。患者役割遂行力とは、自分自身の情報や状況の報告や医療者から助言を得るために双方向のコミュニケーションを遂行する能力、および自分自身に適切に健康情報を活用して疾患や健康問題に関する状況を変化させることや医療保健システムを利用することなどの患者役割を果たす能力を示す。

## 2. 慢性心不全患者

1年以内に心不全の発症により治療のため入院し、CHFの診断を受け、循環器内科外来を通院している者とした。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

事例研究

### 2. 調査期間

2012年4月～9月

### 3. 調査対象者

1年以内にCHFの診断を受けた循環器内科外来通院患者3名を対象とし、研究協力の同意が得られた者とした。

### 4. データの収集

#### 1) データ収集方法

総合病院の循環器内科医師より対象者の紹介を受け、研究目的、研究方法の説明後に研究協力の同意を得た。インタビューガイドを用いて、1人に1回、30分～60分の半構成質問紙を用いた面接調査を実施し、ICレコーダーで録音した。

#### 2) インタビュー内容

調査内容は、年齢、治療歴、入院歴、社会背

景、心不全に関する情報獲得の方法（どのようにして心不全に関する情報を知ったか、どのような時に心不全に関する情報を知ったかなど）、日常生活上での心不全に関する情報の活用状況（心不全に関する情報をどのように活用しているかなど）、心不全に関する情報の理解状況（心不全の情報の理解が深まったと思うのはどのような時かなど）とした。

#### 3) データ分析方法

データはNutbeam, D(2000)とCarolyn, S(2005)のHLの考え方にに基づき、各事例から情報読解力、情報理解力、意思決定力、患者役割遂行力に関する記述を逐語録より抽出し、要約した。その後、新たにCHFと診断された男性患者各事例のHLの様相の共通性について分析、記述し、HLの特徴を考察した。

#### 4) 倫理的配慮

本研究は大阪府立大学看護学部研究倫理審査委員会、調査施設倫理委員会の承認を得て行った。インタビューは担当医が可能と判断した場合のみ研究者が実施し、自由意思による研究の参加、プライバシーの保持などについて口頭と書面で説明し、同意書により参加の同意を得た。

## V. 結果

### 1. 各事例のヘルスリテラシー

各事例のHLの様相は要約し、【 】で示す。各事例のHLを記述し、その後3名に共通したHLの様相を分析、記述した。

#### 1) 事例A

##### (1) A氏の背景

65歳。診断後3か月。既疾患は心房細動。事務管理職。心窩部痛を認め受診し、心不全の診断で入院に至った。入院前まで不整脈で循環器外来を定期受診していたが、心不全に関する情報は持っていなかった。退院後、軽度の浮腫症状を認めるが、定期受診以外に受診はしていなかった。

##### (2) A氏のヘルスリテラシー

A氏の情報読解力は、心不全に関連する【医療専門用語の情報を読み聞きすることはできる】が、心不全に伴う症状発生の機序までは読み解けない状況であった。A氏は得た情報をもとに、心不全を【心ポンプ機能の低下を自動車のエンジンに例えてイメージできる】が、退院後の自分自身の療養生活に向けて、【具体的な水分管理方法（計算方法や水分摂取量・内容）は獲得できていない】状況であり、疾患管理に結び付ける情報理解力は

見られなかった。A氏は心不全を発症し、退院した後に、【経験的に浮腫症状を知る】が、【心不全症状の程度を判断できない】状況であり、【症状の対処や管理に対して医療者の指示がないと自ら判断や評価できない】医療者の支援を必要とする意思決定力の段階であった。さらにA氏は病状の

変化がある場合は指示があると考えており、【入院中は医療者の指示を遵守する】ことや【退院後も定期受診時に医師からの指示や説明受け、遵守する】という依存的なレベルの患者役割の遂行であった。また、【職場では入院中のような厳格な療養法はできない】と職場では入院中のような厳

表1. 事例Aのヘルスリテラシーの様相

HLの要素	A氏のHLの要約	インタビュー時の具体的な言動
情報読解力	医療専門用語の情報を読み聞きできる	「心臓のポンプ機能はいろいろ聞いて解ったが、浮腫のメカニズムに関しては素人なので詳しくわからない。」
情報理解力	心ポンプ機能の低下を自動車のエンジンに例えてイメージできる	「エンジンはもうだめな状態。もうぼんこつ状態なので、細々と生きているだけ。」
	具体的な水分管理方法（計算方法や水分摂取量・内容）は獲得できていない	「入院中に聞いた時は漠然とした感じで聞いていた。水分の取り過ぎはよくないと言われたがシビアなことは言われなかった。お酒もビールも飲んだって分量になるのかな。何をどう飲んでいいのか、よく分からない。みそ汁やご飯1杯に含まれる分量なんて計算できるものはない。」
意思決定力	経験的に浮腫症状を知る 心不全症状は判断できない	「体重測定にしても、特にむくみなんか分かりづらい。教えてくれるものと違う、そうはいかない。最近は概ね浮腫であることは分かるけど、心不全になった頃はむくみなのかもわからなかった。」
	症状の対処や管理に対して医療者の指示がないと自ら判断や評価できない	「浮腫に関しては素人なので、どういった具合で、どの程度まで見るのか、その時に聞かないとわからない。」
患者役割遂行力	入院中は医療者の指示を遵守する	「入院していた時は医師や看護師の言われた通りにしていた。」
	退院後も定期受診時に医師からの指示や説明受け、遵守する	「指定されている日に病院に行く。なにかあれば先生が教えてくれると思う。」
	職場では入院中のような厳格な療養法はできない	「仕事にもすぐに復帰する予定している。食事とか、運動とか、復帰してみないのようにはできるのか全く分からない。」

格な療養はできないと捉え十分な患者役割が果たせていなかった。（表1）

## 2) 事例B

### (1) B氏の背景

63歳。診断後7か月。既疾患は陳旧性心筋梗塞。無職。呼吸困難を認め受診し、心不全に伴う胸水貯留により入院に至った。退院後は、浮腫症状の増悪を繰り返し認めたが、再入院には至っていない。

### (2) B氏のヘルスリテラシー

B氏は書籍やパンフレットなどから、【心不全に関する病態や症状、薬理作用の情報を読むことができる】情報読解力を持ち合わせていた。B氏は退院後、書籍やパンフレット、検査結果から自ら情報を集め、【退院後の症状出現時にパンフレットを読み直し、心不全の症状を確認できる】ことや【退院後に内服薬の作用を調べることができる】。またB氏は、医療者から説明を受け【心機能の程度と自身の身体活動の変化を照らし合わせて、身体状況を理解できる】など、自身の療養生活に結び付ける情報理解力を備えていた。さらにB氏は日々の症状観察に加えて、アルコール摂取過多時においては、浮腫の【症状の程度に応じた観察強化の判断】をしており、療養生活で症状

管理を行う上で具体的な情報の活用に関心を持っていた。しかし、自己による浮腫の【症状の程度や受診の判断は困難であり、症状増強時には医療の知識を持つ他者に相談できる】ことで、判断に繋げる意思決定力を機能させていた。しかしB氏は、知人に対しては相談できていたが、医師に対しては、「治療してくれる先生には悪くて聞けない」とし、心不全の治療状況や予後に関する内容を聞いたりするなど、【予後を含めて、療養上の問題について気軽に医師に確認、相談できない】状況であった。疾患や健康問題に関する状況の変化においては【入院中は医療者に一任であったが、退院後は自ら薬剤情報を調べる】などの主体的な患者役割遂行力は認めていた。（表2）

### 3) 事例C

#### (1) C氏の背景

57歳。診断後8か月。既疾患は狭心症、心房細動。無職。呼吸困難に加え、浮腫と動悸症状の出現により受診、心不全の診断で入院に至った。前から不整脈、虚血性心疾患に伴う動悸症状について説明を受けていた。退院後、心不全の増悪なく経過している。

#### (2) C氏のヘルスリテラシー

C氏は、医師や看護師による説明や病院食の内

表2. 事例Bのヘルスリテラシーの様相

HLの要素	B氏のHLの要約	インタビュー時の具体的な言動
情報読解力	心不全に関する病態や症状、薬理作用の情報を読むことができる	「心不全も結局は病名ではない。本を読むと、終末的な病気と書いている。」「退院後にパンフレットなどを読んで症状を確認したほうが多かった。」
情報理解力	退院後の症状出現時にパンフレットを読み直し、心不全の症状を確認できる	「心不全のパンフレットにも浮腫の症状について書いていました。入院中に読んだというよりは退院してから読んで症状を確認したほうが多かったですね。」「退院後にパンフレットなどを読んで症状を確認したほうが多かった。」
	退院後に内服薬の作用を調べる	「入院中に薬剤師さんから説明されても右から左に聞き流す感じでした。退院してから、自分でこの薬の作用は何だろうと調べた。」
	心機能の程度と自身の身体活動の変化を照らし合わせて、身体状況を理解できる	「今までできていたことができなくなった。あなたの心臓は一般人の心臓の3割程度の心機能しかないって聞きました。やっぱり体が動かないからね。」
意思決定力	症状の程度に応じた観察強化の判断	「今はもう浮腫について知っている限り、むくみが無いかを確認する。アルコールの量を多く飲みすぎた時なんかは次の日に大丈夫だなと確認する。」
	症状の程度や受診の判断は困難であり他者に相談する	「足とかはむくんできていたので、心不全が悪くなっていると思って。受療前に知り合いの元看護師に、病院に行くかどうかを相談した。」
患者役割遂行力	予後を含めて、療養上の問題について気軽に医師に確認、相談できない	「先生に聞きたいですね。今薬でこうやって良い方向にいますけど、あと5年生かれますかって聞きたいけど、一生懸命に治療してくれる先生には悪くて聞けない。」
	入院中は医療者に一任であったが、退院後は自ら薬剤情報を調べる	「自分のなった病気だけ入院時はもう任せきりだったが、退院してからは薬は調べて飲んでいます。」

表3. 事例Cのヘルスリテラシーの様相

HLの要素	C氏のHLの要約	インタビュー時の具体的な言動
情報読解力	心不全疾患管理の情報として記録し読み返すことができる	「心不全の治療や元には戻らないということは難しい話なので先生に説明されてもメモを取っておかないと忘れます。」「病院食の献立をどのような物を食べたかを書いておきました。薄味で1回食べてみて、体で覚えていった。」
情報理解力	情報を記録し自身に必要な情報として獲得する	「先生に説明されてもメモを取っておかないと忘れます。」「病院食の献立をどのような物を食べたかを書いておきました。」
	医療者の説明により症状とその要因や意味を結び付ける	「ちょっと歩いてもドキドキしていたことの原因が分からなかった。心不全のことをお医者さんや看護師さんの説明を聞くまでは何故かなと思っていた。」
意思決定力	獲得した食事療法、運動療法の情報の有効性を症状から評価できる	「今はもう食事療法、運動療法、塩分減らしてと先生から聞いて。それで、ドキドキもましになったし、息切れもしない。」
患者役割遂行力	医療者の指示を遵守する	「ただ先生のおっしゃったとおりに、塩分を減らしたり運動するくらいしかしていない。」
	症状の出現がなく、医療者への主体的にコミュニケーションはとっていない	「今はもうドキドキすることもなし、息も苦しくなくなったので、他に知りたいことはないですね。特に自分からは積極的に話してはいない。」

容など、【心不全疾患管理の情報として記録し読み返すことができる】情報読解力を持ち合わせていた。C氏は、医師や看護師から説明を受けた心不全に関する【情報を記録し自身に必要な情報として獲得する】情報理解力を働かせ、獲得した情報に基づき、【医療者の説明により症状とその要因や意味を結び付ける】ことに繋げていた。さらにC氏は、情報に基づいた療養行動の実践により症状の改善、【獲得した食事療法や減塩、運動療法の情報の有効性を症状から評価できる】ことで、それらの情報を療養生活に取り入れる判断も行っていった。C氏は、【医療者の指示を遵守する】ことで心不全をコントロールできており、心不全の【症状の出現がなく、医療者への主体的にコミュ

ニケーションはとっていない】状況であり、自分自身の情報や状況を医療者に報告するとした患者役割遂行力が十分に果たせていなかった。(表3)

## 2. 診断初期の男性慢性心不全患者のHLの様相

3事例の情報読解力、情報理解力、意思決定力、患者役割遂行力に関する記述を抽出し、新たにCHFと診断された男性患者のHLの様相について共通具体的していた点は以下のとおりであった。

CHF患者の情報読解力は、心不全の病態、薬物療法における作用、運動療法や食事療法など心不全に関する医療情報を読むことや聞くことは十分にできていた。しかし、心不全症状の発生機序に関しては読み解くことは不十分であった。

CHF患者の情報理解力は、自分自身の身体に心不全症状の出現や増悪を認めた場合には、獲得した心不全に関する情報と症状を結び付けて理解できるが、症状の経験がない場合は、病態と十分に結びつけて理解することは困難であった。

さらに意思決定力に関して、CHF患者は日常療養の中において経験的に浮腫などの心不全症状を捉えていたが、症状の程度の評価や受療の必要性などの判断に情報を十分に活用できる能力は不十分であった。

患者役割遂行力においてCHF患者は、心不全の病勢や症状に疑問や不安などを持っている場合においても、疾患や治療、今後の療養に関することは医師や看護師などの医療者に委ねるとする依存的状況であり、意図的な医療者へのコミュニケーションをとる能力に欠けていた。しかし、苦痛な心不全症状を経験している患者の場合には、心不全の薬物療養や運動療法などの疾患管理においては自ら情報を集め、自分自身に適切に健康情報を活用して自らの療養管理に反映させる行動をとっており、患者役割遂行力は個人差が見られた。

## VI. 考察

### 1. 慢性心不全患者の症状体験と情報読解力・情報理解力

本研究対象者は共通して、医療者の説明やパンフレット等の専門的な情報を読み、情報を読解する力を十分に持っていると考えた。しかし、A氏の場合、心不全発症時の症状は不整脈に伴う心窩部痛のみで典型的な心不全の症状はなかったことや退院後の療養生活がまだ2か月程であり心不全の増悪を体験していなかった。そのためA氏は、医師の説明により心ポンプ機能の低下を自動車のエンジン不良の状態としてイメージし捉えることはできていたが、心拍出量の低下によってもたらされる症状の出現や全身機能の低下につながる病態の理解に結び付けるまでの情報理解力のHLは十分ではなかった。A氏の場合、心不全症状を体験することなく入院、治療し、退院して療養生活を送っていた。そのため、心不全の情報を自分自身の疾患として、また療養上での具体的なイメージとして結び付けることができず、療養に必要な情報も集めることができなかつたのではないかと考える。しかし一方、B氏やC氏は、心不全発症時から呼吸困難や浮腫等があり、症状を自分自身で確認していたことから、自分の症状を医療者の説明やパンフレットなどの内容から心不全の病態

と結び付けるという情報理解力を有していたと判断できる。B氏の場合、発症時、入院後と症状を体験していたが、その時点では指導内容を、情報を自分自身に結び付けるというよりも、指導内容は入院中に遵守すべき事項と捉えていた。しかしB氏は退院後、浮腫の増悪を体験する中で、心不全の病状や症状に関する情報を入院時に得た情報を確認し、症状管理のために必要な情報を収集しながら、自分自身の症状の有無や変化と結び付けて理解していた。C氏においては、心不全と診断され入院に至る前から呼吸困難、浮腫等の苦痛を伴う症状を認めており、苦痛を伴う症状体験を経験していた。C氏は、その体験から診断入院初期から自分自身で食事管理に関する情報などを積極的に収集し、退院後の療養生活に結び付けていた。心不全の症状体験は、病態と自分の症状を結びつけることにつながり、新たな病氣管理のために情報を集める能力や意思決定力や患者役割を遂行する能力につながっていくと考えられた。加えてA氏は有職者であり、無職であるB氏やC氏は異なり、職場では入院中のような厳格な療養法はできないと捉え、情報収集、患者役割遂行などの動機づけにも影響していた。仕事を持つ男性患者の場合の認識がHLに影響することも否定できない。

我が国のCHF患者の場合、そのほとんどが読み聞きするHLは持ち合わせており医師や看護師等の医療者からCHFについての情報を得ることはできる。しかし、これらの獲得した情報を自分自身の身体で起こる症状として理解するには、症状の体験が関わっていることが推測できる。

現在、日本において急性増悪を起こす心不全患者のうち約7割が呼吸困難を呈している (Sato et al., 2010)。しかしながら、心不全患者の多くは、発症初期ではそれらを心不全症状として気づきにくく、再入院を繰り返すことが多い。HLの観点から、症状体験をいかに病状の理解につなげるかが重要であり、心不全症状体験が乏しく、症状を自覚できない患者の病状の理解をどのように促進するかが課題となると考える。また、心不全を発症し入院直後の症状を伴った時期においては、CHF患者は治療中心となっていることや症状による身体的苦痛により、疾患管理を医療者に委ねてしまうことも多い。そのようにCHF患者は、心不全発症時や症状増悪時の情報理解力を機能させることに困難さがあることも推測できる。

## 2. 慢性心不全患者の症状管理に関わる意思決定力の特徴

B氏の場合、療養生活上での日々の症状観察に加えて、アルコール摂取時には症状観察を強化していたが、自分自身では適切な浮腫の程度や受診の必要性を判断するには至っていなかった。そのため浮腫増悪時は、医療の知識を持つ他者に相談し、確認することで心不全症状の増悪を判断し、対処に繋げていた。C氏においては、心不全管理に係る食事管理や塩分制限、運動療法などの情報を自分自身の療養生活に結び付け、対処行動に繋げていた。さらに実践後には食事療法や運動療法など自分が用いた対処法が、自分自身に活用可能なものであるか評価しており、症状管理における観察、対処法などの情報の選択、活用、評価の一連のプロセスにおいて症状管理に関わる意思決定力が機能していたと考える。このように、CHF患者では、心不全症状への適切な対処を行うためには、意思決定に関するHLが十分機能することが必要である。しかしA氏の場合は、前述したように情報理解力も十分ではなく、主体的な症状管理の段階には至ってないと考えられる。

一般的に、CHF患者は心不全に関する情報の獲得には、医師や看護師、薬剤師などの医療者からの説明を受けることや医療施設から得られるパンフレット等であることが多い。しかしB氏のように浮腫症状や呼吸症状の確認、評価することは難しく、症状を体験していない場合はさらにその判断は難しいことが推測される。患者が情報を理解し、評価するためには知識や技術がないと難しいと報告もあり(中山, 2011)、心不全増悪時の症状を確認し、判断、実践、評価するための知識や技術の獲得により、治療や療養行動の実践に関わる意思決定力を強化する必要がある。

## 3. 慢性心不全患者の患者役割遂行力の特徴

本研究対象者に共通して、医療者との意図的なコミュニケーションを遂行することに関わる患者役割遂行力は十分であるとは言えない状況であった。

A氏は、入院中においては殆どの療養管理を医療者に任せている状況であり、退院した後も主体的な心不全管理の実践は見られていなかった。A氏は自らの心不全の状態や症状を医療者に報告したり相談したりすることよりも、必要な症状管理については医療者から説明されると認識しており、医療者からの指示を待ち、実行することを患者の役割と考えていた。B氏もまた、心不全の病

勢や予後に関して知りたいと思っているものの、治療について質問することへの抵抗があり、自分自身の考えを伝えたり、助言を得たりするための医療者とのコミュニケーションを図ることができていなかった。C氏は、医療者に指示された療法法を実践することで症状を管理できると認識し、その療養法を継続的に実践していた。それにより十分な症状管理ができていたこともあり、医療者に対して意図的に自分自身の状況を伝え、より良い療養法を求めるためのコミュニケーションをとっていなかった。このように、3者の医療者との関係の在り方は、医療者の指示を遵守するといったパターンリズムに基づくものであったと考えられる。また、性差によりコミュニケーションスタイルは異なることが報告されており、男性患者の会話はパブリック・スピーキング言われ、あまり親しくない大勢の前での会話スタイルをとり、プライベートな場であっても上下や優劣に価値を置き、心配な感情を表現しながら、個人的な会話をすることは、難しいとされている(田代, 2008; Deborah Tannen, 1994)。男性CHF患者の医療者との意図的なコミュニケーションに関する患者役割遂行力の不十分さには、医療におけるパターンリズムの考え方に加え(Ishikawa et al., 2008)、男性患者や男性医師の場合のコミュニケーションスタイルが影響しているとも考えられる。

HLの方略においては、患者が、医療者とのコミュニケーションをとり、医療保健システムを利用することによって疾患や健康問題に関する状況を変化させるといった患者役割を果たすことは重要である(Carolyn, S, 2005)。現在、CHF患者に対し入院や外来の場において、医療者により患者自身が行うべき療養行動に関わる心不全の病態や症状、服薬や食事、危険因子、体重増減、運動についてなど様々な教育が行われている。しかし、医療者による一方的な知識提供のみでは、CHF患者は療養生活指導の内容を生活に組み入れことが難しく、そのような指導内容は当事者の記憶に残らないことも報告されている(大津ら, 2008)。CHF患者が症状をコントロールし、心不全の増悪や再入院を回避するためには、知識の獲得や医療者の指示を遵守するという管理の在り方では限界がある。そのためには医療者と双方向にコミュニケーションを持ち、療養生活上の疑問や症状の変化を医療者と話し合える患者役割に関するHLを持つことが重要であると考えられる。

## Ⅶ. 看護への示唆

本研究によって、HLの観点からCHF患者の疾患管理を検討した結果、心不全症状の体験に応じた看護支援の必要性が示唆された。

CHF患者の情報読解のHLは十分に持ち合わせており、現在行われているような心不全教育での基本的な情報提供の継続は必要であろう。しかしながらCHF患者の情報読解においては、心不全診断時の症状の有無、症状体験の過程に左右され、情報と症状を結び付けることに困難さを認めていた。がん患者は症状出現時に情報を獲得するHLが発揮されると報告されているが(中神ら, 2010)、心不全の場合、疾患発症時や増悪時の呼吸困難や動悸などの苦痛を伴う症状が出現したときであった。CHF患者への教育として、心不全の症状体験の状況に応じて患者自身の症状と生活を結び付けて理解できる説明や教育が必要であると考えられる。心不全の症状をほとんど体験していないCHF患者の場合には、症状がイメージできる写真などの教材を活用するなど方策も考えられた。さらに心不全症状に対する対処の意思決定に繋げるためのHLが機能するには、症状のモニタリング、判断、対処、評価についての具体的方法についての知識や技術に関する教育が必要であるが、診断初期の場合、困難さがあることが明らかになった。

このように初期CHF患者の場合、意思決定に関するHLは必ずしも十分でないため、それを獲得、向上できるように支援するためには患者—医療者間で双方向のコミュニケーションが基盤となると考える。しかしながら、CHF患者では医療者とのコミュニケーションに関する患者役割遂行力において十分なHLではなかった。そのため、医療者は知識の提供など一方的な情報提供にとどまらず、性差も考慮し、医療者との良好なコミュニケーションやパートナーシップに基づく医療者との関係構築に関する支援を行うこと、外来などにおけるコミュニケーションの場の提供などを行い、コミュニケーションに関わるHLが発揮できるように支援することが重要であると考えられる。

## 謝辞

本研究に参加くださいました患者の皆さま、研究実施にご協力いただいた関係機関の皆さまに、厚くお礼申し上げます。なお、本研究は平成23～24年度文部科学省科学研究補助金(研究活動

スタート支援23890184)の助成を受け行った研究成果の一部であり、18th East Asian Forum of Nursing Scholarsで発表したものを加筆修正したものである。

## 文献

- Carolyn, S (2005) : Health literacy: concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 50 (6) , 633-640.
- David W. Baker, Julie A. Gazmararian, Mark V. Williams, et al., (2002) : Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees, *American Journal Public Health*, 92 (8) , 1278-1283.
- Deborah Tannen (1994) : Talking from 9 to 5: how women's and men's conversational styles affect who gets heard, who gets credit, and what gets done at work, W. Morrow, USA/田丸美寿々・金子一雄(訳) (2001) : どうして男は、そんな言い方 なんて女は、あんな話し方—男と女の会話スタイル 9 to 5, 講談社, 日本.
- 蝦名玲子 (2012) : クローズアップ 小児科医とヘルスプロモーション エンパワメント ヘルスリテラシー 健康教育, *小児内科*, 44 (8), 1278-1281.
- Hirono Ishikawa, Takeaki Takeuchi, Eiji Yano (2008) : Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients, *diabetic care*, 31 (5) , 974-879.
- Morrow, D.G., Weiner, M., Steinley, D., et al., (2006) : Patients' health literacy and experience with instructions: Influence preferences for heart failure medication instructions, *journal of aging and health*, 19 (4) , 575-93.
- 中神克之, 明石恵子 (2010) : 症状出現からがん発見までにおける術前消化器がん患者のヘルス・リテラシーの発揮, *日本看護科学学会*, 30 (3) , 13-22.
- 中山和弘, 岩本貴 (2012) : 患者中心の意思決定支援—納得して決めるためのケア.中央法規出版株式会社, 東京.
- 中山健夫 (2008) : 健康・医療の情報を読み解く 健康情報学への招待 (第2版), 丸善, 東京.
- Naoki Sato, Katsuya Kajimoto, Kuniya Asai et al., (2010) : Acute decompensated heart failure syndromes (ATTEND) registry. A prospective observational multicenter cohort study : rationale, design, and preliminary data, *American Heart Journal*, 159 (6) , 949-55.
- Nutbeam, D (2000) : Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Oxford Journals, Health Promotion International*, 15 (3) , 259-267.
- 大津美香, 森山美知子 (2008) : 慢性心不全患者の疾病の自己管理の実態と心不全の臨床指標との関連, *広島大学保健学ジャーナル*, 7 (2) , 66-76.
- Scott, Tracy L, Julie A. Gazmararian, Mark V. Williams, et al., (2002) : Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization, *Medical Care*, 40 (5) , 395-404.
- 渋谷昭子 (2011) : ヘルスリテラシーと高血圧知識, および血圧との関連に関する研究, 東北大学, 博士学位論文.



田代恵理 (2008) : 患者教育に生かす医療コミュニケーションの研究, 東北大学, 博士学位論文, 1-192.