

〔報 告〕

炎症性腸疾患患者とその家族が捉える家族機能と患者・家族の健康状態との関連
—九州地方の患者会における調査—坂之上 香¹⁾ 小林 奈美¹⁾

要 旨

目的：炎症性腸疾患（IBD）の患者・家族の家族機能と心身の健康状態の関連を明らかにする。

方法：九州・沖縄地方のIBD患者会の患者と、同居する家族1名に対して質問紙調査を行った。患者・家族共通の調査項目は属性、同居家族人数、家族システム評価尺度（FACESKG IV-16）である。心身の健康状態は、患者には疾患特異的QOL尺度（IBDQ）、家族には健康関連QOL尺度（SF36）を用いて調査した。FACESKGの得点により3つの型（バランス型・中間型・極端型）に分類し、型別に属性、同居家族人数、IBDQ、SF36の記述統計値を算出し比較した。さらに3つの型別の家族機能と心身の健康状態の群間比較と傾向性の検定を行った。

結果：患者181人、家族130人の回答を分析した結果、患者、家族ともに中間型が約8割を占め、バランス型と合わせると9割以上の家族機能は概ね良好であった。また、患者、家族ともに心身の健康状態が最も良いのはバランス型、最も悪いのは極端型、中間型は2つの型の中間だったことから、心身の健康状態との相互関係が示唆された。傾向性の検定の結果、回答者が家族の場合に家族機能と社会生活機能及び心の健康の関連が有意だった。

考察：看護職はIBD患者と家族のもつ良好な家族機能を念頭に置きながらも、病状悪化や家族の体調不良と家族機能の関連に配慮した支援を行うべきである。

キーワード：炎症性腸疾患（IBD）、家族機能、FACESKG、IBDQ、SF36

1. 緒 言

潰瘍性大腸炎とクローン病に代表される炎症性腸疾患（Inflammatory Bowel Disease、以後IBDと略す）は、再燃と緩解を繰り返す難治性疾患で、厚生労働省特定疾患に認定されている。IBDは腸管の病変に伴う激しい腹部症状や栄養状態の低下を認め、栄養・薬物・外科療法を用いて炎症の再燃・再発を予防する¹⁾。発症好発時期は10代～20代とされるが、症状の自覚から診断まで時間を要することもある。また、ADLの低下が比較的少なく、外見上、健康人と変わらないことが多いため、周囲の理解を得る難しさもある。患者の約9割は在宅で過ごしており²⁾、難治性ではあるが予後は良好な疾患である。

厚生労働省特別研究班は、IBDの病因・病態の解明、治療法の確立などを目指している³⁾。看護学領域におけるIBDの先行研究は、多角的な視点で研究が行われ^{4)~7)}、患者のQOL研究は医学領域を中心に1990年代から手術前後のQOL比較や疾患特異性を反映したQOL尺度に関する研究があった⁸⁾⁹⁾。だが、これらは患者のみを対象とした研究が殆どだった。

Hansonは個人の健康は家族の機能全体に影響を及ぼすと同時に家族の機能は個人の健康に影響を及ぼすため、家族の健康のアセスメントには家族メンバー個人と全体としての家族を同時に評価する必要性と¹⁰⁾、患者はしばしば病気そのものよりも病気に対する家族の反応により大きく反応していることを述べている¹¹⁾。また、Wrightも、どんな疾患であっても、同じ疾患に対して同じ体験をする人は一人とし

1) 鹿児島大学医学部保健学科

ておらず、家族員がもっているビリーフはたいいてい病いを体験した後に作り直されるとし¹²⁾、看護師は人生や他者との関係に与える病いの影響・衝撃・変化を理解する必要性があると述べている¹³⁾。

IBDの発症は患者だけでなく家族員の健康にも影響を与え、さらに家族機能にも影響を及ぼしていると推測されるが、IBD患者の家族機能に関する先行研究はなかった。これまでの家族機能に関する国内外の先行研究は対象領域に偏りがあり、慢性疾患患者の家族機能の研究は少ない。また、ある特定の疾患を発症した患者・家族、両者を対象として家族機能を評価した研究はなかった。

そこで、本研究はIBD患者とその家族の捉えた家族機能と各々の心身の健康状態との関連を明らかにし、看護支援・介入における新たな知見を得ることを研究目的とした。

II. 方法

1. 対象者の選定

対象者は九州・沖縄地方のIBD患者会の会員、もしくは患者会主催の講演会等に来場したIBD患者(同居家族あり)と、同居する家族員1名とした。

患者会の選定では、①全国のIBD患者会が相互扶助目的で設立した任意団体「IBDネットワーク¹⁴⁾」に所属する患者会 ②IBDネットワークには未加入だが、ホームページを設置する患者会 ③県の難病相談・支援センターと連携して活動する患者会、の3つの条件いずれかを満たす患者会を対象とした。九州・沖縄各県に条件を満たす患者会があり、全ての患者会より研究協力の同意を得たが、協力体制等の理由から、最終的に鹿児島・宮崎・熊本・佐賀・沖縄・福岡の計6県の患者会を研究対象とした。

2. 用語の説明

1) 炎症性腸疾患 (Inflammatory Bowel Disease)

炎症性腸疾患の分類は、広義には①感染性腸炎や薬剤性腸炎など原因の明らかなもの、②原因不明なものに大別される。原因不明なものとして、潰瘍性大腸炎、クローン病、腸型バーチエット病などがあげられる。本研究では潰瘍性大腸炎、クローン病、腸型バーチエット病を対象疾患とした¹⁵⁾。

2) 家族機能

本研究では家族機能を示すモデルの1つであるOlsonの円環モデル (Circumplex Model) を採用した¹⁶⁾⁻²⁰⁾。円環モデルは、米国における過去40年にわたる家族研究の成果から演繹的に構築された家族システムに関する理論仮説である。1979年にOlsonが円環モデルに関する第一論文¹⁶⁾を掲載以来、現在まで家族療法・家族心理学・社会学などの領域で国際的に汎用されている。ただ、日本ではOlsonの円環モデルを基盤に日本の文化に即して展開させた立木の円環モデルが多く用いられていることから、本研究においては立木の提唱する円環モデル及び尺度を使用した²¹⁾²²⁾。

立木はOlsonが用いた用語に対し、Family Cohesionは「きずな」、Family Adaptabilityは「かじとり」という訳語を用いた。円環モデルの特徴は、きずな・かじとり・コミュニケーションという3つの次元から家族機能の健康度を評価する点にあり、この3つの次元はきずな・かじとりという2つの主次元とコミュニケーションという促進次元で構成される。立木はきずなについて「家族の成員が互いに対してもつ情緒的結合」、かじとりは、「状況的・発達のストレスに応じて家族(夫婦)システムの権力構造や役割関係、関係規範を変化させる能力」と定義する。両次元とも円の中心に近い中庸の状態を「バランス型」、いずれか1つの次元のみが中庸の状態を「中間型」、両次元とも中庸から逸脱している状態を「極端型」と命名した。バランス型は極端型に比べると多様な行動様式を持ち、状況に応じて家族機能を柔軟に変化させて対応でき、家族システムは最も良好に機能し個人の成長も促進されると想定され、極端な状態が続くことは、長期的にみると問題が起こる可能性が高いと考えられている²¹⁾。

3. 調査期間

調査期間は平成17年10月2日～12月20日(鹿児島・宮崎・熊本・佐賀)、平成18年5月12日～6月20日(沖縄・福岡)である。

4. 調査方法

調査方法は無記名の質問紙調査で、患者用と家族用の2種類の質問紙を作成した。質問紙と研究説明文書は手渡しもしくは郵送で配布し、質問紙は郵送

法で回収した。

鹿児島・宮崎・熊本県では、研究者が患者会主催の講演会に参加し、対象者に研究の説明を行った。質問紙回収では、回答者の個人情報保護と回答のしやすさへの配慮から患者・家族は別々の返送用封筒を使用した。

5. 調査項目

1) 患者・家族用共通の調査項目

属性、同居家族人数、家族システム評価尺度 (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale at Kwansei Gakuin IV-16: FACESKGI V-16)

2) 患者用質問紙のみの調査項目

IBD患者の疾患特異的QOL尺度 (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: IBDQ)

3) 家族用質問紙のみの調査項目

健康関連QOL尺度 (The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey: SF36)

なお、2) 3) の項目は、対象者の心身の健康状態を測定するために使用した。

6. 測定用具

1) IBD患者の疾患特異的QOL尺度 (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: IBDQ)

IBDQは1989年にカナダのMcMaster大学で開発され²³⁾²⁴⁾、日本語版は厚生労働省難治性腸管障害調査研究班の橋本らにより、信頼性、妥当性が確認されている²⁵⁾²⁶⁾。この尺度はIBDの疾患特異性を反映し、腹部症状、全身症状、情緒、社会生活の4つの下位尺度、計32項目で構成される7段階のリッカート尺度で、得点が高いほどQOLが高いとみなす。

2) 健康関連QOL尺度 (The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey: SF36)

SF36はMedical Outcomes Study (MOS) を通じて完成された健康関連QOL尺度である。SF36は包括的尺度で、罹病している人の健康関連QOLから一般的に健康といわれる人の健康関連QOLまでを連続的に測定することが可能で、日本語を含む15ヶ国語に翻訳され、世界的に汎用されている²⁷⁾。

SF36は8つの下位尺度からなり、身体的健康度は身体機能、日常役割機能 (身体)、体の痛み、全体的健康感の4下位尺度、精神的健康度は活力、社会生活機能、日常役割機能 (精神)、心の健康の4下

位尺度から測定する。

3) 家族システム評価尺度 (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale at Kwansei Gakuin Version 4: FACESKGI V-16)

FACESKGIはOlsonらが開発したFamily Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) をもとに立木らが日本の生活や文化に即して構成概念を検討して項目を作成し、信頼性・妥当性が確認され、きずな、かじとりを各8項目で測定するサーストン法で、得点範囲は-8~+8である²²⁾。回答者の得点結果から家族機能を、バランス型、中間型、極端型の3つの型に分類して評価する。この尺度は家族員の関係性を特定せずに使用できるが、同居家族がいる人を対象とする。

7. 分析方法

1) IBD患者と家族の家族機能の特徴を明らかにするため、回答者をFACESKGI V-16の3つの型 (バランス型・中間型・極端型) に分類した。3つの型に分類する基準は「バランス型は (0, 0) からの距離が2以下、中間型は (0, 0) からの距離が2より大きく8以下、極端型は (0, 0) からの距離が8より大きい」とし、回答データはきずなをX軸、かじとりをY軸とする直交座標上に図示した。

2) 回答者の属性、同居家族人数、QOL下位尺度別のスコアの記述統計を行い、バランス型・中間型・極端型のそれぞれの特徴を検討した。

3) 家族機能の3つの型別でIBDQ・SF36のスコアの群間比較のためにKruskal-Wallis 検定を行った。さらに、3つの型別での関連をより具体的に調べるために、患者・家族のQOL下位尺度別スコアは極端型を1、中間型を2、バランス型を3と順位付けを行ってSpearmanの順位相関係数 (ρ) を算出し、5%水準で傾向性の検定を行った。これらの分析には統計ソフトSPSS11.5J for Windowsを使用した。

8. 倫理的配慮

本研究は鹿児島大学医学部倫理委員会の承認を受けて実施した。対象者に研究協力は自由意志であり不参加でも患者会活動に支障がないこと、家族間で研究協力の強制をしないこと、患者・家族いずれか片方のみの回答でも構わないことを文面及び口頭で説明した。

III. 結果

本研究の総配布数は534通、患者の回収数は198通(37%)、有効回答数は181通(34%)、家族の回収数は144通(27%)、有効回答数は130通(24%)だった。FACESKGIV-16の回答に欠損があるものは対象から除外し、同一世帯の患者・家族の回答だけではなく、同居家族がいる患者もしくは家族いずれか片方のみの回答も対象とした。うち、患者・家族で対応するデータは108例だった。

1. IBD患者と家族の属するFACESKGIV-16の3つの型の分類と分布の特徴

FACESKGIV-16から得られた結果をもとに患者・家族の家族機能をバランス型・中間型・極端型の3つの型に評価した。

図1は患者181人を図示したものである。内訳はバランス型が28人(15%)、中間型が143人(79%)、極端型が10人(5%)だった。全体で、きずな0以上(円の右半分、第1・第4象限)に85%存在し、かじとり0(X軸上)に46%存在した。型別ではバランス型28人は、かじとり0が22人(79%)を占め、きずなが0以上は21人(75%)だった。中間型143人は、かじとり0が62人(43%)、きずなが0以上は126人(88%)で、円の右半分のデータが密だった。極端型10人は、第4象限(円の右下)に7人(70%)が集まった。

図2は家族130人を図示したものである。内訳はバランス型が15人(11%)、中間型が109人(84%)、

極端型が6人(5%)だった。全体では、きずな0以上に88%、かじとり0に41%存在した。バランス型15人は、かじとり0は10人(67%)、きずなが0以上は14人(93%)で、患者と比較すると割合が高かった。中間型109人は、かじとり0が43人(39%)、きずなが0以上は96人(88%)で、患者と同様に円の右半分のデータが密だった。極端型6人は、第4象限に3人(50%)が集まった。

なお、患者・家族の3つの型別に分類した割合は、各県別で比較してもほぼ同じだった。

2. 患者の属性、同居家族の人数、QOL下位尺度スコアの特徴と家族機能と心身の健康状態の関連

表1は患者の3つの型別での属性・同居家族人数を示したものである。性別は全体で男性が55%、バランス型は68%、極端型は70%だった。平均年齢は全体で41歳、バランス型は38歳、極端型は45歳、中間型は年齢の幅が10~79歳だった。同居家族人数の中央値は全体で3人、バランス型が中央値は3人だが2人の割合は4%、極端型が中央値は4人だった。

表2は患者の3つの型別でのIBDQ下位尺度スコアと家族機能との検定結果を示したものである。腹部症状は、バランス型と中間型は同値で、極端型が低かった。全身症状は、バランス型がやや高く、中間型と極端型はほぼ同値だった。情緒は、バランス型が最も高く、極端型が最も低かった。社会生活は、型別での差は殆どないが、欠損値が多かった。バランス型は平均値・中央値とも4つの下位尺度全てで最もスコアが高く、極端型は一部で順位の逆転はあ

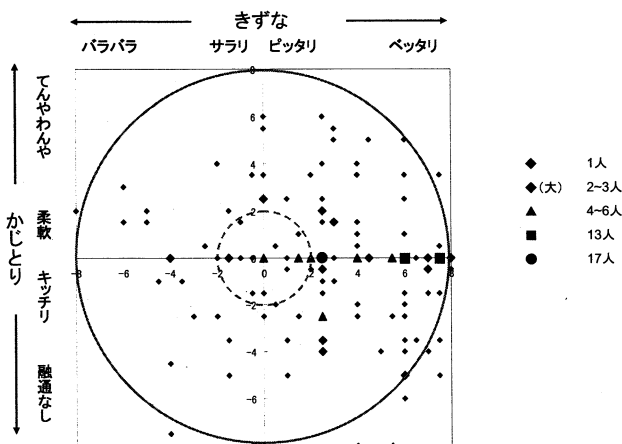


図1. 患者181人のFACESKGIV-16を用いた家族機能評価の分布

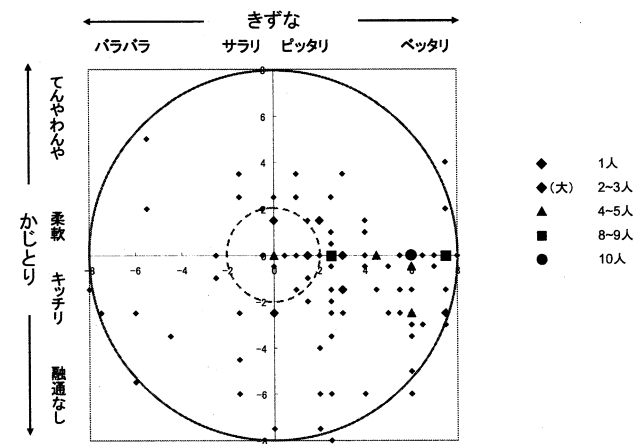


図2. 家族130人のFACESKGIV-16を用いた家族機能評価の分布

表1. 患者の3つの型別の特徴(性別・年齢・同居家族人数)

		全体	バランス型	中間型	極端型
性別	男性	99人 (55%)	19人 (68%)	73人 (51%)	7人 (70%)
	女性	82人 (45%)	9人 (32%)	70人 (49%)	3人 (30%)
年齢	平均(幅)	41歳 (10-79)	38歳 (20-64)	42歳 (10-79)	45歳 (27-67)
同居家族人数 (回答者を含む)	中央値	3人	3人	3人	4人
	2人	42人 (23%)	1人 (4%)	38人 (27%)	3人 (30%)
	3人	71人 (39%)	14人 (50%)	55人 (39%)	2人 (20%)
	4人	43人 (24%)	8人 (29%)	31人 (22%)	4人 (40%)
	5人	21人 (12%)	5人 (18%)	15人 (10%)	1人 (10%)
	6人以上	3人 (2%)	0人 (0%)	3人 (2%)	0人 (0%)
	不明	1人 (1%)	0人 (0%)	1人 (1%)	0人 (0%)

表2. 患者の3つの型別のIBDQの特徴と検定

	全体			バランス型			中間型			極端型			p値 ^{*1}	相関係数 (ρ)	p値 ^{*2}
	平均値	中央値	n	平均値	中央値	n	平均値	中央値	n	平均値	中央値	n			
腹部症状	54	56	166	55	56	27	55	56	130	52	52	9	0.047	0.067	0.394
全身症状	22	22	170	24	24	27	22	22	133	22	23	10	0.250	0.103	0.181
情緒	59	62	165	61	64	27	59	61	129	57	58	9	0.633	0.075	0.341
社会生活	26	29	141	26	30	24	26	28	112	25	29	5	0.940	0.024	0.777

§ IBDQ 下位尺度スコアは腹部症状:70 点満点・全身症状:35 点満点・情緒:84 点満点・社会生活:35 点満点である。

*1 群間比較(Kruskal-Wallis 検定)

*2 傾向性の検定 (Spearman の順位相関係数)

るが4下位尺度全てで最もスコアが低く、中間型はこの2つの型の中間だった。

患者の3つの型別の家族機能とIBDQ下位尺度のKruskal-Wallis 検定及び傾向性の検定では4下位尺度とも有意差がなく、家族機能との関連性は見出せなかった。

3. 家族の属性、同居家族人数、QOL下位尺度スコアの特徴と家族機能と心身の健康状態の関連

表3は家族の3つの型別での属性・同居家族人数を示したものである。性別は全体で男性は22%、バランス型は13%、中間型は23%、極端型は33%だった。平均年齢は全体で51歳、極端型は45歳、中間型は年齢の幅が14~83歳だった。同居家族人数の中央値は全体で3人、バランス型と極端型は中央値4人だった。

表4は家族の3つの型別でのSF36下位尺度スコアと家族機能との検定結果を示したものである。身体的健康度では、身体機能は、平均値・中央値は3つの型はほぼ同値だった。日常役割機能(身体)は、平均値で極端型が最も高いが中央値は3つの型は同値だった。体の痛みは、平均値は順位の逆転はあるが中央値はバランス型が最も高く極端型が最も低かった。全体的健康感、極端型のスコアが最も高かった。精神的健康度では、活力を除く3下位尺度で、

バランス型が最も高く、極端型が最も低く、中間型はこの2つの型の中間だった。また、身体的健康度より精神的健康度の方が3つの型別でのスコアの差が大きかった。家族の3つの型別の家族機能とSF36下位尺度のKruskal-Wallis検定では8下位尺度とも有意差がなかった。傾向性の検定では、8下位尺度のうち精神的健康度の社会生活機能($\rho=0.184$, $p=0.037$)、心の健康($\rho=0.193$, $p=0.029$)において正の相関を認め、家族機能との関連性を見出した。

IV. 考 察

1. 円環モデルを用いての家族機能の評価について

本研究では、円環モデルを用いてIBD患者の家族機能を3つの型に分類して評価した。その結果、患者・家族ともに家族機能はバランス型・中間型に属する者が全体の約95%を占め、極端型に属する者が圧倒的に少なかった。

他の疾患の患者・家族のFACESKIV-16を用いた研究と比較すると、糖尿病患者の研究²⁸⁾では、バランス型21.4%、中間型56.3%、極端型22.3%で、ターミナル患者をもつ家族の研究²⁹⁾でも、バランス型23.8%、中間型42.8%、極端型33.8%だった。その他の円環モデルを用いた先行研究と比較しても、本研究

表3. 家族の3つの型別の特徴(性別・年齢・同居家族人数)

		全体		バランス型		中間型		極端型	
性別	男性	29人	(22%)	2人	(13%)	25人	(23%)	2人	(33%)
	女性	101人	(78%)	13人	(87%)	84人	(77%)	4人	(67%)
年齢	平均(幅)	51歳	(14-83)	49歳	(17-67)	52歳	(14-83)	45歳	(26-67)
同居家族人数 (回答者を含む)	中央値	3人		4人		3人		4人	
	2人	31人	(24%)	3人	(20%)	28人	(26%)	0人	(0%)
	3人	46人	(35%)	4人	(27%)	39人	(36%)	3人	(50%)
	4人	33人	(25%)	8人	(53%)	24人	(22%)	1人	(17%)
	5人	16人	(12%)	0人	(0%)	14人	(13%)	2人	(33%)
	6人以上	3人	(2%)	0人	(0%)	3人	(3%)	0人	(0%)
	不明	1人	(1%)	0人	(0%)	1人	(1%)	0人	(0%)

表4. 家族の3つの型別のSF36の特徴と検定

	全体			バランス型			中間型			極端型			p値 ^{*1}	相関係数 (ρ)	p値 ^{*2}
	平均値	中央値	n	平均値	中央値	n	平均値	中央値	n	平均値	中央値	n			
身体的健康度															
身体機能	87	95	128	88	95	15	87	95	108	87	95	5	0.975	0.002	0.986
日常役割機能(身体)	86	100	129	89	100	15	86	100	108	92	100	6	0.604	0.020	0.818
体の痛み	73	74	129	82	84	15	71	74	108	75	67	6	0.342	0.105	0.236
全体的健康感	60	57	128	59	57	15	60	57	107	58	60	6	0.904	-0.034	0.706
精神的健康度															
活力	60	63	128	66	63	15	59	63	107	55	53	6	0.488	0.106	0.233
社会生活機能	81	88	129	92	100	15	80	88	108	77	81	6	0.083	0.184	0.037 ^{*3}
日常役割機能(精神)	83	100	129	91	100	15	83	92	108	78	88	6	0.309	0.135	0.126
心の健康	66	70	128	75	75	15	66	65	107	56	55	6	0.094	0.193	0.029 ^{*3}

§ SF36 下位尺度スコアは全て100点満点である。

*1 群間比較(Kruskal-Wallis 検定)

*2 傾向性の検定(Spearman の順位相関係数)

*3 $p < 0.05$

は極端型に分類される者の割合が低かった³⁰⁾⁻³²⁾。

また、円環モデルを用いて図示した結果、円の右半分にデータの約85%が偏り、かじとり0のデータが全体の4割以上を占めた。茂木は、円の右半分に位置する方が円の左半分の家族よりも健康度が高く家族関係も良好な状態と述べている³³⁾。また、家族システム論に即して考えると、IBD患者と家族のシステムの境界は適度にオープンで透過性があり、状況に応じて境界を閉じて家族内のシステム及びサブシステムの関係性を強めたり、境界を開いて地域・社会における人々とのつながりを密にする柔軟性があると考えられる。さらに、それらを上手く融合する能力も期待できると推測する。IBDの疾患特性を考慮すると、家族全体が常にある状態にとどまっているのではなく必要に応じて変化する素養と、個としての患者・家族と家族全体のシステムのバランスの良さを備えていることは、大きな強みである。

このことから、IBD患者とその家族、両者の家族機能は概ね良好であり、発症に伴う影響や現在に至るまでの様々な出来事に対して、状況に応じて家族機能を変化させて適応する能力を保持していること

が示唆された。この点は、患者が病気と上手に付き合いながら自立するための促進要因になりうると考える。

また、患者と家族の分布を比較した場合、きずなは患者・家族とも濃い傾向があったが、かじとりは分布の違いがみられ、家族の方が円の下半分(第3・第4象限)に多く存在した。このことから、個々の家族機能の評価は異なり、同じ世帯に属する家族員であっても家族の捉え方は多様であることが示唆された。

かじとりの分布の違いについては、患者の場合は家族内のきずなの濃さは家族員の患者の健康状態への関心や支援の意識を高め、患者の体調悪化時には家族内の役割代行が起こりやすい状況が推測される。一方、家族の場合は患者の体調への配慮が家族員の役割の特定化や過度の負担につながることも予測される。家族機能の柔軟さに欠ける膠着した状況が長期的に続くことは家族員の健康状態の悪化を招くことも想定される。このような状況は、患者の健康状態にも好ましくない影響を及ぼし、結果的に家族機能と健康状態の悪循環に陥る可能性があると考えられる。

2. 家族機能と心身の健康状態について

患者のIBDQスコアは、型別にみると一部項目の逆転もあるが、バランス型が最も良好で極端型が最も不良、中間型はバランス型と極端型の中間に位置した。特に腹部症状、情緒で型別の差がみられた。家族機能と健康状態の検定では、全身症状で少し傾向がみられたものの、関連を明らかにできなかった。

この結果から、バランス型の患者は病状不良時とかじとりの柔軟さがもたらす家族内での役割変化などの支援を受けたと推測する。つまり、家族機能の良好さは患者への支援につながり、腹部症状は他の型と大差ないにもかかわらず、情緒スコアを良好に保てた可能性がある。IBD患者の先行研究では、病状と精神面あるいは社会生活は関連すると指摘されていたが²⁾⁶⁾、本研究の結果から社会生活だけでなく家族機能も心身の健康状態に関連していることが示唆された。

家族のSF36スコアは、家族機能と健康状態の傾向性の検定において精神的健康度の社会生活機能と心の健康との関連性が明らかになった。なお、身体的健康度のうち、体の痛みは少し正の関連の傾向がみられたが他の3下位尺度はあまり関連がなく、一方、精神的健康度の4下位尺度は、軒並み正の関連の傾向がみられた。このことから、患者だけでなく家族の健康状態、特に精神面への支援と家族機能の評価の重要性が推測された。

家族機能と心身の健康状態の因果関係については、本研究の結果からは明らかに出来ないが、IBD患者・家族の支援では、家族機能と個人の健康状態の両方を評価する重要性和患者・家族ともに心身の健康状態と家族機能の状態との間に相互関係があることが示唆された。

3. 研究の限界と看護介入への示唆

研究の限界として、本研究は特定地域の患者会を通じての調査であること、対象者数の問題から同一世帯に属する者のみを対象として分析を行っていないことがあげられる。また、IBD発症前後での家族機能の比較、健康人や他の疾患の患者・家族との比較ができないため一般化には限界がある。

以上のような研究の限界はあるが、IBD患者・家族、両者を対象として家族機能と健康状態を同時に

評価した結果、患者・家族ともに家族機能と健康状態、特に心の健康状態との間に相互関係が存在することが示唆された。本研究で患者・家族それぞれの健康状態を評価し、さらにそれぞれの視点で家族を評価したデータを組み合わせて導かれた新しい知見は、家族システム論に裏付けられたものであり意義があると考ええる。

IBDの疾患特性をふまえると、発症時や病状悪化時、また患者・家族の社会生活の変化が生じた時など、必要に応じて家族機能の状態を把握することが求められる。家族機能の把握は、潜在的な問題や将来起こりうる問題を予測することを可能とし、患者の病状の経過や社会生活面、さらに家族の構造面・発達面にも考慮した援助につながると考える。

今回、少ないながらも極端型に属する患者・家族が存在し、心身の健康状態も不良であることから、病状が一時的に悪化し、家族から体調不良の訴えがある場合は、看護職はその背景にある家族機能の状態にも目を向けた支援を行う必要がある。支援にあたっては、看護職が家族の問題を探りその問題の原因を特定して援助するような介入ではなく、本研究で明らかにされた家族機能と健康状態の相互関係を念頭においた介入が適すると考える。

V. 結 論

本研究では九州・沖縄地方のIBD患者会の患者と家族、両者を対象とした質問紙調査を実施し、IBD発症がIBD患者・家族の家族機能に及ぼす影響を検討した。IBD患者181人と家族130人からの結果を分析した結果、以下のことが明らかになった。

1. IBD患者・家族の家族機能は、他疾患患者・家族と比較すると概ね良好であること。

2. 患者・家族共に健康状態と家族機能の状態には相互関係があること。

3. 家族の家族機能と精神的健康度には関連があること。

以上の結果から、以下を提言する。

看護職はIBD患者と家族は必要に応じて家族機能を変化させ適応させる能力を備えている強みを活かす必要がある。また、家族メンバー個人と同時にシ

システムとしての家族を評価する必要性が示唆されたことから、看護職は患者の病状悪化や家族の体調不良を認めた場合は、その背景にある家族機能の状態にも配慮した介入支援を行うべきである。

謝 辞

本研究にご協力頂きましたIBD患者会の患者様とご家族に心より感謝申し上げます。本研究は在宅医療法人勇美記念財団の2005年度前期研究助成を頂いて実施しました。また、統計手法をご助言下さいました国立がんセンターがん対策情報センターの山本精一郎先生に感謝申し上げます。

【本論文は鹿児島大学大学院保健学研究科に提出した修士論文の一部に加筆・修正したものである。本研究の一部を第13・14回日本家族看護学会学術集会で発表した。】

〔受付 '07.04.04
採用 '08.04.07〕

引用文献

- 1) 武藤徹一郎, 八尾恒良, 名川弘一, 他: 炎症性腸疾患—潰瘍性大腸炎とCrohn病のすべて, 1-16, 医学書院, 東京, 1999
- 2) 大隅牧子, 前川厚子, 神里みどり, 他: 炎症性腸疾患患者の主観的QOLに関する研究, 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業「特定疾患の疫学に関する研究」平成15年度総括・分担研究報告書, 130-139, 2004
- 3) 日比紀文: 厚生科学研究費補助金特定疾患研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」平成17年度総括研究報告書, 2006
- 4) 富田真佐子, 高添正和, 近藤健司, 他: 炎症性腸疾患患者のQuality of Lifeと食事に関する問題 潰瘍性大腸炎とクローン病との比較, 静脈経腸栄養, 20(2): 57-65, 2005
- 5) 竹井留美, 前川厚子, 神里みどり, 他: 炎症性腸疾患の子どもを持つ親の医療・福祉・生活への視点, 日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌, 7(2): 12-17, 2003
- 6) 吉田礼維子: 成人初期の炎症性腸疾患患者の生活実態, 日本難病看護学会誌, 7(2): 113-122, 2003
- 7) 小松喜子: 潰瘍性大腸炎患者とクローン病患者の実態と保健医療福祉サービス(1)共通点と相違点, 日本難病看護学会誌, 9(2): 108-119, 2004
- 8) 森瀬公友, 山口丈夫, 黒岩厚夫, 他: 炎症性腸疾患患者におけるQuality of Lifeの評価, 日本大腸肛門病学会誌, 46: 147-159, 1993
- 9) 岡村正造, 瀬川昂生: 炎症性腸疾患患者のQOLの調査結果, 日本心療内科学会誌, 9(2): 79-83, 2005
- 10) Hanson, S.M.H. 村田恵子, 荒川靖子, 津田紀子監訳: 家族看護学 理論・実践・研究, 15, 医学書院, 東京, 2001
- 11) 再掲10), 28
- 12) Wright, L.M. 杉下知子監訳: ビリーフ 家族看護実践の新

- たなパラダイム, 58, 日本看護協会出版会, 東京, 2002
- 13) Wright, L.M. 森山美知子, 長谷美智子訳: 癒しのための家族看護モデル—病と苦悩, スピリチュアリティ, 26-28, 医学書院, 東京, 2005
 - 14) IBDネットワーク, 2006 <http://www.ibdnetwork.org/>
 - 15) 日比紀文編: 図説消化器病シリーズ9 炎症性腸疾患, 6-9, メジカルビュー社, 東京, 2001
 - 16) Olson, D. H., Sprenkle D.H., Russell C.S.: Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications, Family Process, 8: 3-28, 1979
 - 17) Olson, D. H., Russell C.S., Sprenkle D.H.: Circumplex Model of Marital and Family System: IV. Theoretical Update, Family Process, 22: 69-83, 1983
 - 18) Olson, D. H.: Circumplex Model VII: validation Studies and FACES III, Family Process, 25: 337-351, 1986
 - 19) Olson, D. H.: Three-dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACESIII, Family Process, 30: 74-79, 1991.
 - 20) Olson, D. H.: Circumplex Model of Marital and Family Systems, Journal of Family Therapy, 22: 144-167, 2000
 - 21) 立木茂雄: 家族システムの理論的・実証的研究 オルソンの円環モデルの妥当性の検討, 第2章, 川島書店, 東京, 1999
 - 22) 立木茂雄: 家族システム評価尺度, 2006
<http://tatsuki-jab.doshisha.ac.jp/~statsuki/FACESKG/FACESindex.html>
 - 23) Alba Mitchell, Gordon Guyatt, Joel Singer, et al: Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease, Journal of Clinical Gastroenterology, 10(3): 306-310, 1988
 - 24) Gordon Guyatt, Alba Mitchell, E. Jan Irvine, et al: A New Measure of Health Status for Clinical Trials in Inflammatory Bowel Disease, Gastroenterology, 96: 804-810, 1989
 - 25) 櫻井俊弘: 日本語版 Inflammatory Bowel Disease Questionnaireにおける信頼性, 妥当性, 感度の検討. 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服対策研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班 平成15年度分担研究報告書, 63-65, 2004.
 - 26) Hashimoto Hideaki, Green Joseph, Iwao Yasushi, et al: Reliability, Validity, and responsiveness of Japanese version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, Journal of Gastroenterology, 38: 1138-1143, 2003
 - 27) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: SF-36v2日本語版マニュアル, NPO 健康医療評価研究機構, 京都, 2004
 - 28) 生田美智子, 佐藤栄子, 中山和弘, 他: 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, 8(1): 35-46, 2004
 - 29) 黒田秀美: がん患者の家族機能と不安との関連, がん看護, 7(4): 348-353, 2002.
 - 30) 清水新二: アルコール依存症の家族システムとその変化,

- 家族療法研究, 7(1): 3-13, 1990
- 5年毎の横断調査結果より(第5報)一, 思春期学, 23(2): 234-242, 2005
- 31) 甘佐京子, 泊祐子: 若い統合失調症患者をもつ父母の生活困難度および家族機能, 家族看護学研究, 12(1): 1-21, 2006.
- 33) 茂木千明: 家族機能査定に関する研究—家族円環モデルと日本語版FACESⅢの関連性について, 家族心理学研究, 8: 95-108, 1994
- 32) 吉野聡, 笹原信一朗, 立川英樹, 他: 家族機能と思春期問題発症との関連に関する研究—筑波研究学園都市における

The Impact of Inflammatory Bowel Disease on Family Functioning and Quality of Life A Study of IBD Patients' Society in Kyushu

Kaori Sakanoue¹⁾ Nami Kobayashi¹⁾

¹⁾School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University

Key words: Inflammatory Bowel Disease (IBD), Family functioning, FACESKG, IBDQ, SF36

Purpose: To clarify the impact of inflammatory bowel disease (IBD) on family functioning and quality of life (QOL).

Methods: The subjects were patients who were members of IBD patients' society in Kyushu and family members living with patients. Both patients and families completed a questionnaire on personal characteristics, family size, and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale at Kwansei Gakuin Version 4 (FACESKG IV-16). The measures of health-related QOL were the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) for patients and the Medical Outcomes Study: a 36-Item Short-Form Health Survey (SF36) for families. Subjects were divided into three types (balanced types, mid-range types, extreme types) according to the scores of the FACESKG. Descriptive statistics were calculated and compared by types. Relationships between family functioning and IBDQ/SF36 were examined by the Kruskal-Wallis test and the trend test.

Results: The answers of 181 patients and 130 family members were analyzed. Of the subjects of both patients and families, about 80% were mid-range types and taken together with balanced types, 95% had good family functioning. Personal characteristics and family size were not so different within the types. Both patients and families of balanced types had the highest scores of IBDQ and SF36, while extreme types had the lowest scores. Mid-range types had mean scores. Family functioning was related to social functioning and mental health in the family members' data.

Discussions: Although Nurses should recognize good family functioning of IBD patients and families as strengths of the illness experience, the change in family functioning should be considered in nursing care when IBD conditions or family health status is worsened.