

腸管の消化・吸収機能障害がある思春期患者の Health Locus of Control及び療養行動の特徴

Health Locus of Control and Self-Care Behavior in Adolescent Patients with
Functional Intestinal Disorder

足立奈穂¹ 篠木絵理¹ 富岡晶子² 鈴木完³ 渡辺栄一郎³

1 東京医療保健大学 千葉看護学部

2 東京医療保健大学 医療保健学部

3 東京大学大学院 医学系研究科

Naho ADACHI¹, Eri SHINOKI¹, Akiko TOMIOKA², Kan SUZUKI³, and Eiichiro WATANABE³

1 Chiba Faculty of Nursing, Tokyo Healthcare University

2 Faculty of Healthcare, Tokyo Healthcare University

3 Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

要 旨：目的：本研究は、腸管の消化・吸収機能障害がある思春期患者の Health Locus of Control（以下 HLC）及び療養行動の特徴を明らかにすることを目的とした。
方法：東京都内 1 病院の小児科・小児外科外来に通院する 10～18 歳の患者を対象としてアンケート調査を行い、記述統計及び個別分析を行った。
結果：分析対象は 13 名であった（回収率 32.5%）。HLC が「内的統制」傾向の者は 3 名（23.1%）、「他者統制」傾向の者は 9 名（69.2%）、「偶然・運命的統制」傾向の者は 1 名（7.7%）であった。全員が認識する食事療法・治療の状況に応じた療養行動をしており、症状による困難がない・あまりない者は 11 名（84.6%）であった。
結論：腸管の消化・吸収機能障害がある思春期患者は、健康を他者によって得られると認識する「他者統制」傾向の者が多く、療養行動により体調コントロールしていた。

Abstract: OBJECTIVE.

The purpose of this study was to clarify both the characteristics of the health locus of control (HLC) and the self-care behavior in adolescent patients with functional intestinal disorder.

METHODS.

A self-administered questionnaire survey was conducted by mail with adolescents aged 10-18, in outpatient pediatric/pediatric surgery outpatient specialty at hospital in Tokyo. The questionnaire consisted of 18 items (4-grade evaluation) on the Children's HLC scale, 10 items (3-grade evaluation) on the self-care behavior, in addition to items regarding the subjects' attributes, conditions of daily life, diets and treatments. The HLC and self-care behavior of the patients were analyzed based on both the individualized and descriptive analyses.

RESULTS.

The period of the survey was from December 16, 2019 through March 27, 2020. In total, 13 out of 40 questionnaires, which met the selection criteria were analyzed. Participants were students between the 4th and the 12th grade, and ten (77%) had routinely visited the hospital since birth.

The highest average of HLC score was interpreted as the individual's 'control-tendency'. Nine (69%) were identified as having the tendency to "powerful others

HLC”, and three (23%) to “internal HLC”, and one (8%) to “chance HLC.”

CONCLUSIONS.

The following were suggested regarding adolescent patients with functional intestinal disorder.

1. Many adolescent patients showed tendency toward “powerful others HLC” and had beliefs that health is ensured by other’s support beyond one’s control.
2. Many adolescent patients successfully engaged in self-care behavior, not experiencing either digestive symptoms or difficulties caused by such symptoms. Some patients had difficulties in controlling their physical conditions due to disease-related symptoms or depending on their levels of personal development, regardless of their appropriate “diet” and /or “defecation” self-care behavior.

キーワード：小児看護、消化器症状、食事療法

Keywords：Child Health Nursing, Digestive Signs and Symptoms, diet therapy

はじめに

小児期に腸管の消化・吸収機能障害がある患者は、長期にわたり食材や食事量などを適正化した、疾患に特有の食事療法や、消化・吸収機能に応じた栄養方法の選択が必要となる¹⁾。1990年代頃には、小児期に腸管の消化・吸収障害がある患者で、経腸的な栄養維持が困難な場合、在宅静脈栄養が積極的に行われるようになった²⁾。しかし、例えば小児短腸症候群で、静脈栄養法に長期依存する症例では感染症や肝障害などの重篤な合併症をきたしやすく、近年では、静脈栄養法から離脱し経腸栄養法を確立することが治療目標となった³⁾。その結果、2016年小児外科学会の推計によると、腸管不全（Hirschsprung 病類縁疾患、短腸症候群）で成人期以降の患者数は200～300人であり、患者の80～90%が成人期に達している⁴⁾。このような患者は、成人期に達するまでの成長発達に応じて、家族や患者自身が症状や体調を判断し、食事療法の範囲の中で体調に合わせた食行動、日常生活の調整などの療養行動が望まれる。このような療養行動は、短腸症候群のような腸管不全のみならず、難治性下痢症、炎症性腸疾患などの慢性消化器疾患においても同様である。

乳幼児期に様々な疾患や治療により長期に経口摂取ができない場合は、摂食に関する学習機会が制限されるため、摂食機能獲得や経口摂取に困難を生じることがあり⁵⁾、経口摂取がすすまない、逆に絶食を守ることが難しい⁶⁾など不適切な食行動につながる。小児期に腸管の消化・吸収機能障害がある患者では、不適

切な食行動により腹痛や嘔吐・下痢などの消化器症状の増悪を招くことがあり、成人期に達する患者が多い現状では、成長発達の過程で、体調のコントロールが困難な経験を繰り返している可能性がある。

一方、慢性状態にある患者の療養行動に関する先行研究では、適切なセルフケア行動の背景となる要因に、Health Locus of Control（以下HLC）がある。Rotter⁷⁾は、社会的学習理論において、人が自己の行動とその結果の関係に関して抱く一般的期待ないし信念をLocus of Controlと呼び、この信念を持っているかどうかを行動を予測する上で重要な人格変数であるという。さらにWallston⁸⁾らは、これを保健行動分野に適用し、健康に関わる行動の生起を予測する変数をHLCとした。HLCは健康や病気に限定した個人の統制の所在を示すものであり、「内的統制」である者は健康を自分自身の努力で、「外的統制」のうち「他者統制」である者は健康を自分以外の医療従事者や他者によって、「偶然・運命的統制」である者は健康を偶然や運によって得られると信じる傾向にある。小児用HLC尺度の信頼性、妥当性の検討⁹⁾では、その妥当性について、健常児ではHLCの内的統制と保健行動の「実行頻度」及び「実行の自律性」で、喘息児ではHLCの内的統制とセルフケア行動の「予防行動」で正の相関が認められ、HLCは予防行動の行動予測変数となり得ることが示唆されている。

腸管の消化・吸収機能障害がある患者、なかでも療養行動の自立への過程にあり、かつ体調のコントロールが困難な経験を繰り返している可能性がある思春期患者は、患者数が少なくその実態は明らかにされてい

ない。そこで、腸管の消化・吸収機能障害がある思春期患者のHLC及び療養行動の特徴を明らかにすることで、自立への過程における支援を検討したい。

1. 用語の定義

- ・腸管の消化・吸収機能障害：食道を経て胃に移送された食塊が胃液と混和され、消化が開始されてから、小腸・大腸で栄養素や水の吸収が行われる過程において、腸管の構造あるいは機能上の問題により、これらが障害されること¹⁰⁾とする。
- ・思春期：WHOの定義¹¹⁾を参考にして、本研究では通学、課外活動などの活動範囲の拡大、家族関係や友人関係における親密性の変化により、社会生活において（段階的に）自立した行動が必要になる時期として10～18歳とする。
- ・療養行動：患者自身が体調管理のために実施している行動であり、本研究では、食事量の調整やメニュー選択などの食事療法、睡眠・休息の調整、疾患による症状があった時の対応、排便確認、服薬管理とする。

目的

本研究の目的は、腸管の消化・吸収機能障害がある思春期患者のHLC及び療養行動の特徴を明らかにすることである。

方法

本研究は、無記名自記式質問紙調査法による横断的記述研究とした。

1. 対象

東京都内にある病院1施設の小児科外来もしくは小児外科外来に通院している思春期患者のうち、以下の選択基準に該当する者。

- 1) 選択基準：①腸管の消化・吸収機能障害のため食事療法をしている。②診断後6ヶ月以上経過している。
- ③調査時の年齢が10～18歳である。
- ④日本語のアンケートへの回答が可能である。

2. 調査方法

小児科外来及び小児外科外来にて診療を行う共同研究者及び研究協力者の医師が、受診患者本人もしくは保護者より、「選択基準を満たしている」と確認された場合に、研究協力の依頼文書及びアンケート用紙等一式を入れた封書を、保護者に配布した。アンケート用紙は本研究への協力に同意した保護者により思春期患者に手渡され、思春期患者の直接記入により回答を得た。回答済みアンケート用紙は、郵送法により回収

した。

3. 調査内容

1) 対象の背景：属性5項目（性別、学校、学年、診療科、通院期間）、ふだんの生活3項目（学校の欠席頻度、消化器症状の有無、症状による困難）、食事療法4項目（食種の制限、食事量の制限、食事回数の指定、その他食事について気をつけていること）、治療の状況5項目（内服、栄養剤、経管栄養、点滴、その他の治療）とした。

2) HLC：田辺⁹⁾の小児用HLC尺度を用いて測定した。下位尺度は、「内的統制」7項目、「外的統制」のうち「他者統制」6項目、「偶然・運命的統制」5項目、計18項目で構成される。回答は、「まったくそうおもう」～「ぜんぜんそうおもわない」の4段階で評価し、同意度の高い方から4～1点が与えられ、得点が高いほど統制が高くなる。なお、小児用HLC尺度は、尺度開発論文の掲載誌出版元「日本看護科学学会」より転載許可を得た。

3) 療養行動：思春期炎症性腸疾患患者の療養行動に関する先行研究^{12), 13)}を参考に質問項目を作成した。質問項目は、患者自身が体調管理のために実施している行動とし、「食事」3項目、「睡眠・休息」2項目、「症状があった時の対応」3項目、「排便」1項目、「服薬」1項目の計10項目を設定した。回答は「いつもしている」～「しない」の3段階で評価した。また、「食事」「睡眠・休息」「排便」等の項目は日常生活行動であり、「しない」と回答した場合でも全く行っていないとは考えづらい。そのため、実施度の高い方から3～1点とし、得点が高いほど療養行動が行われていることを示した。

4. 分析方法

対象者の背景とHLC及び療養行動の実施状況は、記述統計を実施した。対象者の背景とHLC得点、療養行動の実施状況について一覧表（事例別）を作成し、個別分析を実施した。一覧表の作成では、HLCの下位尺度の総得点と平均値を算出し、「内的統制」「他者統制」「偶然・運命的統制」のうち、平均点が最も高いものを、個人の統制の所在が強い傾向にあるものとし、個人統制の所在が強い傾向にある下位尺度の平均点降順に一覧とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会の承認後（院31-7B）、研究対象施設の研究倫理審査機関における倫理審査は、本学での中央審査として承認を得た（院31-43）。全ての倫理審査承認後、研究対象施設の研究倫理審査システムへの登録を行い、承認を得て実施した（2019253NIe）。

結果

1. データ収集期間

2019年12月16日から2020年3月27日であった。

2. 対象者の背景

調査期間中に外来受診した思春期患者40名にアンケートを配布し、13名(回収率32.5%)から回答を得た。有効回答であった13名(有効回答率100%)を分析対象とした。

対象の属性(4項目)は、男性2名(15.4%)、女性11名(84.6%)であり、学齢は、小学生6名(46.1%)、中学生2名(15.4%)、高校生5名(38.5%)であった。また、受診している主な診療科は、小児科2名(15.4%)、小児外科6名(46.1%)、複数の診療科5名(38.5%)であった。通院期間は、1年未満2名(15.4%)、5年以上1名(7.7%)、生まれた時から通院している10名(76.9%)であった。

3. 療養行動について

表1に療養行動得点の平均値及び標準偏差を示した。対象者13名の療養行動の総得点は17点から29点の範囲であり、平均値23.2(SD=±3.1)であった。

4. HLCについて

表2に小児用HLC尺度18項目及び下位尺度の得点の平均値及び標準偏差を示した。「内的統制」の総得点は、12点から24点の範囲であり、平均値19.2(SD=±3.2)であった。外的統制のうち、「他者統制」の総得点は8点から24点の範囲であり、平均値17.9(SD=±3.9)、「偶然・運命的統制」の総得点は5点から17点の範囲であり、平均値9.4(SD=±3.9)であった。

5. 対象者のHLCと療養行動について(個別分析)

HLCの傾向別に13事例の背景や療養行動の状況について表3に示した。表3は左から対象者の背景・HLC・療養行動について表示し、個人統制の所在が強い傾向にある下位尺度の平均点降順に上から一覧として示した。なお、食事療法・治療の状況で「ある」と回答していない場合は、療養行動として「しない」ことが妥当であるため(例えば内服の指示がない場合は服薬指示の遵守をしないと回答)、療養行動の項目において下線で示した。HLCの下位尺度平均値が高いものをその人の統制傾向であるとみなすと、「内的統制」傾向の者は3名(23.1%)、「他者統制」傾向の者は9名(69.2%)、「偶然・運命的統制」傾向の者は1名(7.7%)であった。

「内的統制」傾向にあるもの3名のうち、高校生の事例1は出生時から通院し、食糧制限、食事回数指定、その他食事の注意点や内服薬があると回答し、食事量制限や栄養剤についてわからないと回答していた。事例1の療養行動では、服薬指示の遵守をいつもしている、その他項目ではときどきしていると回答していた。同じ高校生である事例3は、通院期間が1年であり、学校の欠席や消化器症状はあまりないが、症状による困難はあり、内服薬があるほかは、前はあったが今はないと回答していた。事例3の療養行動では、食事に関する3項目と服薬指示の遵守をいつもしている、その他はときどきしていると回答していた。小学生の事例2は、出生時から通院しており消化器症状について時々あると回答し、食事回数指定についてはわからないが、その他は今までずっとないと回答していた。事例2の療養行動では、食事の指示の遵守、服薬指示の

表1 療養行動得点の平均値(±標準偏差)

n=13

項目		M (±SD)
食事	食事について指示されていることを守っていますか?	2.3(±0.6)
	体調に合わせて、食べるものを選んでいきますか?	2.2(±0.9)
	体調に合わせて、食べる量を調整していますか?	2.0(±0.8)
睡眠・休息	睡眠時間を十分 取るようにしていますか?	2.2(±0.5)
	疲れたと思ったら休むようにしていますか?	2.3(±0.6)
症状があった時の対応	症状があったとき、身近な人に伝えていきますか?	2.6(±0.5)
	体調に合わせて、病院に行きますか?	2.3(±0.6)
	体調に合わせて、活動をしていますか?	2.5(±0.6)
排泄	便をしたときに、その便の確認をしていますか?	2.0(±0.8)
服薬	決められたお薬を指示されたとおりに飲んでいきますか?	2.8(±0.6)
総点(範囲 10-30 点)		23.2(±3.1)

表2 Health Locus of Control 平均得点 (±標準偏差)

n=13

項目	M (±SD)
内的統制	
規則正しい生活をしていれば、健康でいられると思います。	3.2 (±0.6)
ぐあいが悪くなったり、病気になっても、すぐよくなったとしたら、自分で早く良くなるよう努力したからです。	2.5 (±0.6)
ぐあいが悪くなったり、病気になるのは、自分のせいだと思います。	2.5 (±1.1)
健康なのも、病気になるのも、自分のところがけしだいだと思います。	2.8 (±1.0)
自分の健康は自分でまもるようにしています。	2.6 (±0.6)
自分で気をつけていれば、病気にはならないと思います。	2.7 (±1.0)
夜おそくまでおきていたり、からだにむりをすると、病気になると思います。	2.8 (±0.8)
総得点 (範囲 7-28 点)	19.2 (±3.2)
下位尺度の平均得点	2.7
他者統制	
病気にならないようにする最も良い方法は、健康診断や予防接種を受けることだと思います。	2.7 (±0.8)
学校でけがをしたら、いつもすぐに先生(教員)のところか保健室に行きます。	2.9 (±0.9)
学校できぶんが悪くなったら、すぐに先生(教員)のところか保健室に行きます。	3.0 (±0.9)
医者が健康をまもってくれとおもいます。	3.3 (±0.6)
ぐあいが悪いときは、すぐに医者にかかります。	2.9 (±1.1)
からだのぐあいが悪いとき、くすりをのむと早くよくなると思います。	3.0 (±0.9)
総得点 (範囲 6-24 点)	17.9 (±3.9)
下位尺度の平均得点	3.0
偶然・運命的統制	
ひとが病気になるのは、運だと思います。	2.0 (±1.0)
健康なのは、運がよいからだだと思います。	2.0 (±1.0)
病気になったとき、早くよくなるのは、運がよいからだだと思います。	1.8 (±0.9)
健康だったり、病気になったりするのは、ちょっとした偶然でおこると思います。	2.0 (±0.9)
ぜんぜん病気にならない人は、ただ運がよいからだだと思います。	1.5 (±0.5)
総得点 (範囲 5-20 点)	9.4 (±3.9)
下位尺度の平均得点	1.9

遵守をいつもしている、メニューの選択と食事量の調整、睡眠時間の確保、症状を伝えるについてときどきしている、その他はしていないと回答していた。

「他者統制」傾向である9名のうち、事例4・6の2名は、学校の欠席と消化器症状がある、症状による困難がときどきあるとしており、食種制限、内服薬、栄養剤、経管栄養についてであると回答していた。他の7名は学校の欠席や消化器症状があるというものはおらず、食種制限、食事量制限、食事回数指定について

も今までずっとないと回答していた。

事例4は出生時から通院している小学生であり、その他食事の注意点やその他治療についてもであると回答し、点滴についてはわからないと回答していた。事例4の療養行動では、症状があったときの受診と排便確認についてときどきしている、その他はすべていつもしていると回答していた。事例6は出生時から通院している中学生であり、食事量の制限と点滴について前はあったが今はない、その他食事の注意点とその他の

表3 対象者の背景、HLC 得点及び療養行動の実施状況（事例別）

事例	性別	学年	通院 期間	学 校 の 欠 席 ¹⁾	消 化 器 症 状 ¹⁾	症 状 による 困 難 ¹⁾	食 事 療 法 ・ 治 療 の 状 況 ²⁾									内 的 統 制 ³⁾		他 者 統 制 ³⁾		偶 然 ・ 運 命 的 統 制 ³⁾		療 養 行 動 総 点	食 事 ⁴⁾			睡 眠 ・ 休 息 ⁴⁾		症 状 が あ っ た 時 の 対 応 ⁴⁾		排 便 ⁴⁾	服 薬 ⁴⁾				
							食 量 制限	食 量 制限	食 量 回 数 指 定	そ の 他 注 意 点	内 服 薬	栄 養 剤	経 腸 営 養	点 滴	そ の 他 治 療	総 得 点	平 均 得 点	総 得 点	平 均 得 点	総 得 点	平 均 得 点		総 得 点	指 示 の 遵 守	エ ネ ル ギ ー の 取 扱	暴 飲 暴 食	睡 眠 時 間 の 変 化	休 息	症 状 を 忘 れ 去			病 院 の 受 診	活 動 の 限 制	排 便 頻 度	
1	女性	高 2	出 生 時 ～	1	3	2	4	1	4	4	4	1	2	2	2	22	3.1※	15	2.5	10	2.0	21	△	△	△	△	△	△	○	○	指 示 の 遵 守				
2	女性	小 4	出 生 時 ～	2	3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	21	3.0※	8	1.3	5	1.0	17	○	×	△	×	×	×	○	○	排 便 頻 度				
3	女性	高 2	1 年	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	2	2	21	3.0※	17	2.8	12	2.4	24	○	○	○	△	△	△	○	○	指 示 の 遵 守				
4	女性	小 6	出 生 時 ～	4	4	3	4	2	4	4	4	4	1	4	19	2.7	24	4.0※	7	1.4	28	○	○	○	○	△	○	△	○	○	○	○			
5	男性	高 1	出 生 時 ～	3	2	2	2	2	2	4	4	4	2	2	19	2.7	23	3.8※	12	2.4	21	△	△	×	○	○	△	×	○	○	○	○			
6	女性	中 1	出 生 時 ～	4	4	3	4	3	2	1	4	4	4	3	1	22	3.1	21	3.5※	7	1.4	23	△	○	×	△	○	△	×	○	○	○	○		
7	女性	小 4	出 生 時 ～	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	24	3.4	21	3.5※	13	2.6	26	○	○	○	△	○	○	○	○	○	×	×	○		
8	男性	小 6	5 年 以 上	2	3	2	3	2	2	2	4	2	2	2	16	2.3	20	3.3※	5	1.0	21	×	×	△	△	○	△	△	○	○	○	○	○	○	
9	女性	小 4	1 年	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	12	1.7	17	2.83※	14	2.80	23	△	△	×	×	△	△	○	○	○	○	○	○	○	
10	女性	高 2	出 生 時 ～	3	2	2	2	2	2	1	4	2	2	2	16	2.3	17	2.8※	10	2.0	22	△	△	△	△	△	○	△	×	○	○	○	○	○	
11	女性	小 6	出 生 時 ～	3	3	2	2	2	2	2	4	2	2	2	19	2.7	17	2.8※	5	1.0	22	△	△	○	×	△	△	○	○	○	○	○	○	○	
12	女性	中 3	出 生 時 ～	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	17	2.4	16	2.7※	5	1.0	29	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
13	女性	高 3	出 生 時 ～	3	3	3	2	2	2	4	4	1	1	3	1	22	3.1	17	2.8	17	3.4※	24	△	○	○	○	△	△	○	△	△	△	△	△	△

1) 対象者の背景 4: ある, 3: ときどきある, 2: あまりない, 1: ない

2) 食事療法・治療の状況 4: ある, 3: 前はあったが今はない, 2: 今までは, 1: わからない

3) HLC 下位尺度 ※: 最も平均値が高いもの

4) 療養行動の実施状況 ○: いつもしている, △: ときどきしている, ×: しない

下線は食事療法・治療の状況から
療養行動として「しない」ことが妥当である項目

治療についてはわからないと回答していた。事例6の療養行動では、食事量の調整と排便確認はしていない、食事指示の遵守、睡眠時間の確保、症状があったときの受診はときどきしている、その他5項目はいつもしていると回答していた。

事例4・6を除く7名のうち事例5・8・10・11の4名は内服薬の指示があった。事例5は出生時から通院する高校生であり、栄養剤と経管栄養があり、学校の欠席はときどきあるが消化器症状や症状による困難はあまりないと回答していた。事例5の療養行動では、メニュー選択、量の調整、排便確認はしないが、食事指示の遵守、睡眠時間の確保、活動の調整はときどきしている、休息、症状があった時に伝える、受診、服薬の遵守はしていると回答していた。事例8は通院期間が5年以上の小学生で、食種制限は前があったが今はない、消化器症状についてときどきあると回答しており、療養行動では、食事量の調整、睡眠時間の確保など日常生活で行う5項目でときどきしている、症状があった時に症状を伝える、受診、服薬指示の遵守ではいつもしていると回答していた。高校生の事例10と小学生の事例11は出生時から通院しており、学校の欠席はときどきある、内服以外では食事療法4項目、治療の状況4項目で今までずっとないと回答していた（但し事例10はその他の注意点のみわからない）。高校生である事例10の療養行動では、排便確認はしないが、症状があった時に症状を伝える、活動の調整、服薬の遵守はいつもしている、そのほか6項目はときどきしていると回答していた。小学生である事例11の療養行動では、睡眠時間の確保、食事量の調整はしないが、メニューの選択、症状があった時に症状を伝える、排便確認、内服の遵守はいつもしている、その他4項目はときどきしていると回答していた。

内服の指示がない3名のうち事例7は、内服について前があったが今はないと回答していた。事例7は出生時から通院する小学生であり、学校の欠席や消化器症状、食事療法や治療の状況で内服の指示を除く全項目を今までずっとないと回答しているが、療養行動では、食事量の調整と症状があったときに伝えるはときどきしているとしたほか、7項目でいつもしていると回答していた（内服の遵守は指示がないため除く）。内服の指示が今までずっとないと回答した2名のうち、事例9は通院期間が1年である小学生であり、ふだんの生活、食事療法、治療の状況のすべてで今までずっとないと回答し、療養行動では、食事指示の遵守、睡眠時間の確保、休息でときどきしている、症状があったときの対応3項目と排便確認でいつもしていると回答していた。事例12は出生時から通院する中学生で、

学校の欠席はときどきある、症状や症状による困難はわからないとし、食事療法、治療の状況のすべてで今までずっとないと回答していた。事例12の療養行動では睡眠時間の確保はときどきしている、（内服の指示がないと答えた）内服の遵守を含め9項目でいつもしていると回答していた。

「偶然・運命的統制」傾向にある事例13は、出生時から通院する高校生で、学校の欠席、消化器症状及び症状による困難がときどきあり、食事回数の指定と内服薬の指示があるほか、栄養剤、経管栄養、その他治療でわからないと回答していた。事例13の療養行動では、メニューの選択、量の調整、睡眠時間の確保、症状があったときの活動の調整でいつもしている、その他6項目でときどきしていると回答していた。

考察

1. 腸管の消化・吸収機能障害がある思春期患者のHLCの特徴

本研究対象者のHLCにおいて、下位尺度の平均値は、「内的統制」は2.7点、外的統制のうち「他者統制」は3.0点、「偶然・運命的統制」は1.9点であり、「他者統制」得点が最も高かった。Wallstonは外的統制傾向のうち「他者統制」傾向の者は環境や重要他者にはたらしかけ、サポートの強化を行うことが有効である可能性が高い¹⁴⁾と述べており、腸管の消化・吸収機能障害がある思春期患者においても、長期にわたり療養生活を支える家族の状況をふまえた支援の検討が必要と考えらる。

HLCの下位尺度平均値が最も高いものをその人の統制傾向であるとみなすと、本研究の対象者では「他者統制」傾向である者が13名中9名(69.2%)と多かった。腸管の消化・吸収機能障害がある思春期患者は「他者統制」傾向である者が多く、健康を自分自身の力よりも医療従事者や他者によって得られると認識する傾向にあることが示唆された。

2. HLCの傾向による療養行動の特徴と支援

1) 「内的統制」傾向にある高校生の事例

「内的統制」傾向にある3名のうち2名は高校生であり、療養行動について「ときどきしている」と回答した項目が多く、事例1は消化器症状があるが学校の欠席はない、事例3は症状による困難があるが学校の欠席はあまりないと回答しており、本人なりの療養行動により体調コントロールを継続している。思春期から青年期にクローン病をもつ患者¹⁵⁾では、自宅では療養行動を行えても、友人と一緒にだと「病気だと思われたくないし、思いたくないから療養法をしない」こ

とがあるとの報告がある。本研究対象となった高校生は「内的統制」の傾向にあるからこそ、今後の進学等による生活時間や生活環境の変化に応じ、本人自らが療養行動の適切性を検討し継続できる支援が必要であると考ええる。

2) 「他者統制」傾向にあり体調コントロールしている事例

「他者統制」傾向にあり出生時から通院する事例12(中学生)は、食事療法や治療指示について「今までずっとない」としているが、療養行動の全項目を継続し、消化器症状や症状による困難はない。内服の指示のみがある事例8(小学生)・10(高校生)・11(小学生)は、必要に応じて療養行動をしており、学校の欠席や消化器症状はあるが症状による困難はない。これらの4名は治療の指示や症状の有無にかかわらず、療養行動を継続しており、異なる発達段階にあり、かつ「他者統制」傾向であっても療養行動の必要性を認識していると考えられる。療養行動の自立過程においては、自らの行動により体調コントロールしている状態を認識でき、積み重ねていける支援が望ましい。

3) 「他者統制」傾向および「偶然・運命的統制」傾向にあり、消化器症状による困難がときどきある事例

「他者統制」傾向で、食事療法と内服の指示がある事例4(小学生)・6(中学生)は、必要な療養行動をしているが、この2名だけが学校の欠席と消化器症状がある、消化器症状による困難がときどきあると回答していた。このように体調コントロールが困難であることは、日常的な身体的苦痛や精神的負担につながるため、その緩和を優先する必要がある。

また、「偶然・運命的統制」傾向で、食事療法と内服の指示がある事例13(高校生)は、必要な療養行動をしているが、学校の欠席、消化器症状、消化器症状による困難いずれもときどきあると回答していた。クローン患者の病気とともに生活した思春期・青年期の経験の振り返り¹⁶⁾によると、同年代の健康な友人と自分を比較することもあったが、再燃による入院を繰り返していると「病気は宿命だと身に染みる」という。本研究の対象となった療養行動の自立過程にある思春期患者においても、療養経過が長くなれば体調コントロールが困難な経験を繰り返す可能性があるため、その経過や患者の心理的側面について理解を深め、患者自身が療養行動に取り組めていることを認めるなど、自己肯定感を感じられる支援は欠かせないだろう。

3. 出生時から通院する思春期患者における 食事療法や治療の状況の認識

本研究対象の選択基準には「腸管の消化・吸収機能障害のため食事療法をしている」があり、本人もしくは保護者が選択基準に該当することを確認された場合に協力を依頼した。しかし、食事療法のいずれかを「している」と回答したのは4名に過ぎず、9名は「今はない、今までずっとない」と、回答においては食事療法をしていないとの認識が少なくなかった。また、食事療法を食事療法や治療の状況で「わからない」と回答した項目がある者は6名であり、小学生から高校生と異なる発達段階にあり、全員が出生時から通院していた。本研究対象では、乳幼児期から療養を継続しており、食事療法や治療が自身の生活で当たり前に行うこととなっている、あるいは成長発達に応じた説明がされていない、説明されていても理解があいまいであるなどが考えられる。食事や治療の状況に関する認識不足は、療養行動に影響を与える可能性があるため、発達に応じ段階的に認識を深めることが重要となる。乳幼児期から腸管の消化・吸収機能障害があり、療養行動の自立過程にある思春期患者では、長期間の療養経過をふまえ、患者自身の病気や治療に関する認識に応じた支援が必要である。

本研究の限界

対象者13名のうち10名(76.9%)は、出生時から長年にわたり定期的に通院しており、腸管の消化・吸収機能障害がある思春期患者という対象者としては偏りがあった。対象者の治療の状況に関しては、思春期患者の自己申告であり、実際に行われている治療の内容を厳密に反映しているものではない。

また、療養行動の質問項目は炎症性腸疾患患者を対象とした先行研究を参考に作成しており、本研究対象に特化した療養行動としての妥当性や信頼性の検討はなされていない。したがって、腸管の消化・吸収障害のある患者の療養行動の目安にはなりうるが、療養行動すべてを示すものではないため、療養行動の実行性や適切性の検討には限界がある。

結論

腸管の消化・吸収機能障害がある思春期患者13名において、以下のことが示唆された。

1. HLCは「他者統制」傾向である者は9名(69%)と多く、健康を自分自身の力よりも医療従事者や他者によって得られると認識する傾向にある。

2. 本人が認識する食事療法・治療の状況に応じた療養行動をしており、症状による困難がない・あまりない者は11名（84.6%）と多く、本人なりに体調コントロールしている。

謝辞

本研究に御協力くださいました研究協力施設の皆様、対象者及び保護者の皆様に心より感謝申し上げます。本論文は、東京医療保健大学大学院医療保健学専攻科医療保健学専攻修士課程学位論文を加筆修正したものである。

引用文献

1. 中村丁次. 栄養食事療法の概要. 於：足立香代子, 可知直子, 川島由起子・他. 系統看護学講座 別巻 栄養食事療法 第4版. 東京：医学書院. 2020；2-5.
2. 金泉志保美. 在宅静脈栄養を必要とする消化器疾患の子どもと家族に対する援助. 看護研究 1997；30：483-490.
3. 米倉竹夫, 森下祐次, 山内勝治・他. 小児短腸症候群の栄養管理. 日本静脈経腸栄養学会雑誌 2019；34：11-19.
4. 日本小児外科学会. 腸管不全（Hirschsprung病類縁疾患、短腸症候群）. 於：日本小児科学会小児慢性疾患患者の移行支援ワーキンググループ. 小児期発症慢性疾患を有する患者の成人期以降に関する調査報告書. 2016；156-157.
5. 福井里佳, 市原真穂, 安田恵美子. 食べる機能・食行動の指標と援助. 小児看護 2007；30：890-895.
6. 堂前有香, 西野郁子, 石川紀子, 石川美夏子, 今泉亜希子. 在宅静脈栄養を必要とする子どもと家族に対して行われている看護援助 - 子どもの発達段階による特徴 -. 小児看護学会誌 2010；19：103-109.
7. JB. Rotter. General and Applied Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. Psychological Monographs 1966；80：609-637.
8. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Health Education Monographs 1978；6：189-243.
9. 田辺恵子. 小児用Health Locus of Control尺度の信頼性, 妥当性の検討. 日本看護科学学会誌. 1997；17：54-61.
10. 中村美鈴. 消化吸収機能とその障害. 於：中村美鈴, 野口美和子. 消化・吸収機能障害/栄養代謝機能障害新体系看護学全書<別巻> 機能障害からみた成人看護学 2) 第3版. 東京：メヂカルフレンド社2012；23-29.
11. Recognizing adolescence. World Health Organization. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html> (accessed 2020-02-29)
12. 工藤悦子. 思春期の炎症性腸疾患患者にとっての療養行動とソーシャル・サポート. 日本小児看護学会誌 2011；20：51-58.
13. 工藤悦子. 思春期炎症性腸疾患患者のQOLと療養行動、ソーシャル・サポートの関連. 日本小児看護学会誌 2012；21：25-32.
14. Wallston.KA,Wallston.BS. Who is Responsible for Your Health?The Construct of Health Locus of Control.Social Psychology of Health and Illness 1982；65-95.
15. 木戸恵美. 思春期から青年期にクローン病をもつ人の療養法を遵守できない体験. 小児看護学会誌 2014；23：18-25.
16. 山本孝治, 中村光江. 青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築. 日本看護研究学会雑誌 2019；42：17-29.