

炎症性腸疾患患者の食事管理に関する自己効力感と QOLに関する調査・検討

Self-efficacy on Dietary Management and Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease

(2010年3月31日受理)

川島 愛子 Aiko Kawashima	松澤奈央子 Naoko Matsuzawa	石井 順子 Junko Ishii	小野 晋平 Shinpei Ono	保手濱由基 Yuki Hotehama
木野山真紀 Maki Kinoyama	森谷 行利 Yukitoshi Moritani	富岡 憲明 Noriaki Tomioka	武田知恵子 Chieko Takeda	川上 祐子 Yuko Kawakami

Key words : 炎症性腸疾患, 自己効力感, QOL, 食事管理, 食事療法, 脂質摂取

要 約

M外科医院の炎症性腸疾患患者 (IBD) を対象に, 食事の自己管理に対する自己効力感調査とIBD患者に特異的なQOL調査を行い, 食事管理の継続と自己効力感, および栄養指導による支援のあり方を検討した。その結果, UC患者のうち食事療法を実施している者では体調不良時のみ行なう者, まったく行なっていない者と比較して自己効力感に影響する要因の中で遂行行動の達成と言語的説得得点が有意に高い得点を示した。また言語的説得得点を対象別に比較すると, 医師および看護師と比較して管理栄養士が有意の高値を示した。自己効力感得点と脂質エネルギー比率および飽和脂肪酸摂取量との間に負の相関が認められた。QOL得点は疾病の活動度による差異は見られなかったが自己効力感得点との間に正相関が認められた。以上の結果から, 自己効力感を高めるためには成功体験と言語的説得が有効であり, 管理栄養士は特に脂質エネルギー比率と飽和脂肪酸の適正な摂取を助言することが患者のQOLを高めることが示唆された。

研 究 背 景

炎症性腸疾患 (IBD) である潰瘍性大腸炎 (UC) およびクローン病 (CD) は, 原因不明の難治性慢性消化管疾患である。発症の原因は未だ不明の点が多いが, 宿主要因として遺伝的要因, 環境要因として生活習慣, 中でも食生活が大きく影響を与えていると考えられている。1950年以降, 日本は単一民族で遺伝的素因に変化が無いにも関わらずIBD患者は増加している¹⁾。このことから, 環境因子の中でも特に食生活の欧米化が原因の一つである可能性が考えられている^{2, 3)}。IBDは寛解と憎悪を繰り返す慢性疾患であり, 疾患の活動性や治療の副作用, 栄養状態の低下, 精神的ストレスなどによって下痢や腹痛, 肛門病変などの消化管病変や発熱・倦怠感, 貧血などの全身症状が生じる。これらの症状を軽減して社会生活を営むことができるように寛解導入, 寛解維持の

治療が主体となる。外科治療や薬物療法が一般的ではあるが, 食物の消化吸収を行なう消化管を中心に炎症が生じるため, 食事療法は寛解期の維持に重要である。IBDと栄養素等との関連については, 食物繊維の摂取がUCの発症に予防的に働くこと²⁾や治療効果を高めることが示唆されている³⁻⁵⁾。また脂質の摂取量とクローン病の発生頻度にも関連が見られ, 特にn-6系多価不飽和脂肪酸 (PUFA) 摂取増加と相対的なn-3PUFAの摂取低下に基づくn-6/n-3PUFA比率の増加と強く関連することが報告されていることから⁶⁾, IBD患者においては脂質および食物繊維の適正な摂取が望まれる。

IBD患者において食事管理は重要であるが, 食事管理に関する行動変容を起こす概念として, 自己効力感 (Self-efficacy) がある。自己効力感とは「自分はその行動を実行できるという自信および確信」のことを指し, Bandura⁷⁾によって1977年に体系化された。行動変容の

先行要因には「結果予測」と「効力予測」の2つの予期機能が存在する。「結果予測」とはある行動がどのような結果を生み出すか予期することであり、「効力予測」とは、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく出来るかという予測である。効力予測を持っていると個人が認知した場合に自己効力感があるという。すなわち、ある行動を起こす前にその個人が感じる「遂行可能感」や実現の可能性に関する知識、あるいは自分にはここまで出来るという考えが自己効力感である。さらに自己効力感は、①遂行行動の達成、②代理的経験、③言語的説得、④情動的喚起の4つの要因によって喚起される⁸⁾。またこれら4つの要因は自然発生的に生じるのではなく、個人が自ら作り出していくものであると考えられている⁹⁾。IBDのような慢性疾患に伴う生涯にわたる食事管理は困難ではあるが、それを受け入れ、患者自身がいかに多くの努力を払おうとするか、あるいは困難な場面でいかに長く耐え続けるかを左右するのが自己効力感であり、治療経過にも大きく影響すると考えられている。

生活の質を表すQuality of life(QOL)は個人の日常生活における「充実感」や「満足感」などについて質問票を用いて調査し、数量的に分析することによって評価される。医療食と患者のインフォームドコンセントの普及に伴う患者の自立性の尊重、慢性疾患の増加による疾患や障害との共存の必要性の高まりなどから注目を集めている。IBDは慢性疾患である上、消化器症状に由来する特異的な身体的苦痛や症状悪化への不安、生活技能の低下など心理的・社会的障害を伴うため、QOLは低下すると考えられる。

本研究では、IBD患者を対象に食事管理に対する自己効力感およびQOL調査を行い、食事管理の継続と自己効力感の向上について検討した。

研究 方 法

1. 対象および調査時期

2007年～2009年の7月～11月の期間にM外科医院に入院中であった炎症性腸疾患患者のうち、医師による同意の得られた75名を対象に自記式の質問紙調査を実施した。質問内容に不備があったものを除外した66名を分析

対象とした。このうち潰瘍性大腸炎患者は51名（男性29名、女性22名、平均年齢43.1±13.9歳）、クローン病患者は15名（男性13名、女性2名、平均年齢34.2±10.8歳）であった。なお本研究は、中国学園大学倫理委員会の承認を得て行った。

2. 方 法

1) 疾患の活動性（重症度）の評価

疾患の活動性の評価には、UC患者においては厚生労働省の特定疾患研究班による臨床的重症度分類¹⁰⁾を使用し、CD患者においてはIOIBDアセスメントスコア(International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Disease assessment score)を用いて評価した。

2) 食物摂取頻度調査

食物摂取頻度調査は「生活習慣病予防調査」(株式会社トップビジネスシステム社、岡山)を用いた。調査の結果は「Wellness 21」によって栄養素等を算出した。また、食事療法の実施状況についての調査を行った。

3) 自己効力感調査

自己効力感調査には、安酸¹¹⁾が開発した糖尿病外来患者を対象とした自己効力感刺激要因尺度を参考に、IBD患者用に編集された調査票を使用した。なお、自己効力感刺激要因は自己効力感と相関することが報告されている¹¹⁾。調査票は15項目から構成され、「良く経験する」を5点、「たまに経験する」を3点、「経験したことがない」を1点とし、高得点であるほど自己効力感が高いとした。

4) 特異的QOL調査

クローン病患者のQOLを評価するためにGuyattら¹²⁾が開発した質問表IBDQを日本人用に改変した厚生省(現厚生労働省)武藤班作成の炎症性腸疾患患者のためのQOL調査票¹³⁾を参考にアンケート項目を作成されたものを使用した。なお、武藤班の調査票は桂島らによって信頼性と妥当性が認められている¹⁴⁾。調査票は腹部症状8項目、全身症状3項目、精神活動9項目、社会活動5項目から構成され、0～10の10段階評価をとり、高得点である

ほどQOLが高いとした。さらに、日常生活の満足度3項目についても同様に評価し、主観的QOLの判定を行なった。

5) 統計処理

数値はいずれも平均値 (Mean) ± 標準偏差 (SD) で示した。2群間の検定にはMann-Whitney U testを用いた。3群間の検定にはKruskal-Wallis testを行い、多重比較はBonferroni testによる修正を用いた。2偏量の関連はSpearmanを用いて解析し、危険率5%未満を有意とした。統計解析にはSPSS ver. 14.0 (SPSS社, 東京) を使用した。

結 果

1) 疾患の活動度および食事療法の実施状況

疾病の活動性の分類については、UC患者のうち軽症と判定されたのは26名 (約50%)、中等症と判定されたの

は25名 (約50%) であった。CD患者では、寛解期の患者は9名 (60%) であり、再燃の疑いがある患者は6名 (40%) であった。また、食事療法の実施状況は、UC患者のうち、食事療法 (低脂肪・低残渣食) を行なっている者は23名 (約46%)、体調が悪いときのみ食事療法を実施する者は16名 (約31%)、食事療法を行っていない者は12名 (23%) であった。CD患者においては、成分栄養剤と食事療法を併用している患者は11名 (73%)、食事療法を行っていない患者は4名 (27%) であった。

2) 栄養素等摂取状況

疾病活動度別の栄養素等摂取状況を表1に示す。UC患者では軽症および中等症患者の間で栄養素等摂取状況における有意な差異は認められなかった。CD患者では寛解期患者に比して再燃の疑いのある患者において脂質エネルギー比率が有意の高値を示した。また一日の脂質摂取量は寛解期患者では22.9±9.6gであったのに対し、再燃の疑いのある患者では43.5±14.4gと高値を示

表1 疾病活動度別の栄養素等摂取状況

(/day)	UC		CD	
	軽症 n=26	中等症 n=25	寛解期 n=9	再燃 n=6
エネルギー (kcal/kgIBW)	33.0 ± 8.9	36.1 ± 13.2	23.1 ± 5.9	26.2 ± 5.6
たんぱく質 (g/kgIBW)	1.1 ± 0.3	1.3 ± 0.4	0.8 ± 0.2	1.0 ± 0.2
脂質エネルギー (%)	19.5 ± 5.7	19.6 ± 3.9	13.6 ± 5.2	23.0 ± 5.2 [#]
炭水化物 (g/kgIBW)	66.1 ± 6.0	64.8 ± 4.3	72.4 ± 6.4	62.2 ± 5.8
食物繊維 (g)	13.8 ± 5.7	13.7 ± 4.5	8.2 ± 2.4	8.6 ± 2.0
SFA (g)	10.7 ± 6.6	11.4 ± 4.7	5.7 ± 2.4	10.4 ± 3.1 [#]
パルミチン酸 (mg)	4876 ± 2667	5395 ± 2566	2967 ± 1096	5445 ± 2279 [#]
ステアリン酸 (mg)	1729 ± 1045	1954 ± 1015	961 ± 433	1951 ± 976 [#]
MUFA (g)	11.4 ± 6.2	12.4 ± 6.5	6.6 ± 3.2	14.2 ± 6.2 [#]
パルミトレイン酸 (mg)	556 ± 286	644 ± 433	412 ± 176	692 ± 239
オレイン酸 (mg)	8537 ± 4919	9409 ± 4925	4863 ± 2251	10794 ± 5671 [#]
PUFA (g)	8.8 ± 3.6	9.7 ± 4.4	5.3 ± 2.0	9.5 ± 3.8
n-6PUFA (g)	6.7 ± 3.2	7.3 ± 3.3	3.9 ± 1.7	7.4 ± 3.7
リノール酸 (mg)	6602 ± 3236	7216 ± 3297	3778 ± 1631	7233 ± 3629 [#]
アラキドン酸 (mg)	94 ± 43	126 ± 72	75 ± 38	134 ± 68
n-3 PUFA (g)	2.0 ± 0.6	2.3 ± 1.4	1.4 ± 0.6	2.0 ± 0.7
αリノレン酸 (mg)	1111 ± 558	1233 ± 645	588 ± 299	1150 ± 668
エイコサペンタエン酸 (mg)	265 ± 145	312 ± 297	254 ± 180	229 ± 137
ドコサヘキサエン酸 (mg)	479 ± 240	592 ± 514	449 ± 308	471 ± 245
P/S	1.0 ± 0.4	0.9 ± 0.3	1.0 ± 0.2	0.9 ± 0.1
n-6/n-3 PUFA 比率	3.4 ± 1.1	3.6 ± 1.2	2.9 ± 1.1	3.8 ± 1.2

MEAN ± SD. #p<0.05: CD寛解期患者との比較

表2 食事管理実施別の自己効力感スコア

	UC			CD		
	低脂肪・低残渣食の 実行 n=23	調子が悪いとき のみ実行 n=16	食事療法を 行っていない n=12	成分栄養剤・食事 の併用 n=11	食事療法を 行っていない n=4	
総得点 (点)	43.2 ± 7.4	32.8 ± 6.8**	31.2 ± 11.7**	39.9 ± 8.6	31.5 ± 4.1	
遂行行動の達成 (点)	15.7 ± 3.4	11.5 ± 3.0**	11.2 ± 4.9*	14.0 ± 4.3	13.5 ± 1.9	
得点率 (%)	78.3 ± 17.2	57.5 ± 14.8**	55.8 ± 24.7**	70.0 ± 21.4	67.5 ± 9.6	
代理的経験 (点)	5.3 ± 2.1	5.6 ± 2.8	6.2 ± 3.2	6.9 ± 3.7	4.0 ± 0.0	
得点率 (%)	26.5 ± 10.7	28.1 ± 14.2	30.8 ± 16.2	34.5 ± 18.6	20.0 ± 0.0	
言語的説得 (点)	14.3 ± 4.7	9.6 ± 3.0**	9.0 ± 3.8**	11.7 ± 3.0	8.0 ± 1.2 [#]	
得点率 (%)	57.2 ± 19.0	38.5 ± 11.9**	36.0 ± 15.3**	46.9 ± 12.0	32.0 ± 4.6 [#]	
生理的情動的状态 (点)	7.9 ± 2.7	6.0 ± 2.3	4.8 ± 2.5*	7.3 ± 2.9	6.0 ± 1.6	
得点率 (%)	79.1 ± 27.3	60.0 ± 23.1*	48.3 ± 24.8**	72.7 ± 28.7	60.0 ± 16.3	

MEAN±SD. **p<0.01, *p<0.05:低脂肪・低残渣食の実行群との比較、[#]p<0.05:成分栄養剤・食事との併用群との比較

した。脂肪酸摂取量については、飽和脂肪酸 (SFA) の摂取量が再燃の疑いのある患者で寛解期患者と比べ約2倍と有意の高値を示し、パルミチン酸とステアリン酸の摂取量も有意の高値を示した。さらに、再燃の疑いのある患者については、一価不飽和脂肪酸 (MUFA) と多価不飽和脂肪酸 (PUFA) の摂取量、およびリノール酸の摂取量が有意の高値を示した。食事療法の実施状況別で比較すると、UC患者では脂質エネルギー比率とMUFA, PUFA, n-6PUFAの摂取量が併用療法を行なっている者で食事療法を行なっていない者よりも有意に低い値にあった (p<0.05)。CD患者においては脂質エネルギー比率, SFA, MUFA, PUFAとn-6PUFAの摂取量が成分栄養剤と食事療法を併用している者で食事療法を行なっていない者よりも有意に低い値であった (p<0.05)。

3) 自己効力感得点およびQOL得点

食事管理の実施状況における自己効力感得点を表2に示す。UC患者において自己効力感の総得点は食事療法を行なっている者で調子が悪いときのみ実施する者および食事療法を行なっていない者と比較して有意の高値を示した。自己効力感得点を構成する4つの要因では、遂行行動の達成および言語的説得の項目において食事療法を行なっている者の得点は調子が悪いときのみ行う者および行なっていない者と比較して有意の高値を示した。また、生理的・情動的状态においては、食事療法を行なっている者と比べ、行なっていない者で有意に低い得点を示した。代理的経験の項目においては3群間に有意な差異は認められなかった。CD患者では、自己効力感の総得

点が食事療法を実行していない者と比較して成分栄養剤と食事の併用を行なっている者で高い傾向を示した (p<0.1)。また併用療法を行なっている患者の言語的説得得点は、食事療法を行なっていない患者に比して有意の高値を示した。遂行行動の達成, 代理的経験, 生理的・情動的状态の項目においては有意な差異は見られなかった。自己効力感を構成する4つの要因の得点を総得点の割合で示した得点率においても同様の結果であった。図1に対象別の言語的説得構成得点を示す。言語的説得得点を構成する家族, 友人, 医師, 看護師, 管理栄養士の得点は、友人と比較して家族の得点が有意の高値を示した。さらに管理栄養士の得点は、医師および看護師と比較して有意に高い得点を示した。病態の活動度別で比較すると、疾患の重症度の違いによる自己効力感得点の差異は、UC患者, CD患者とも認められなかった。

UC患者のQOL得点は、食事療法の実施状況別において

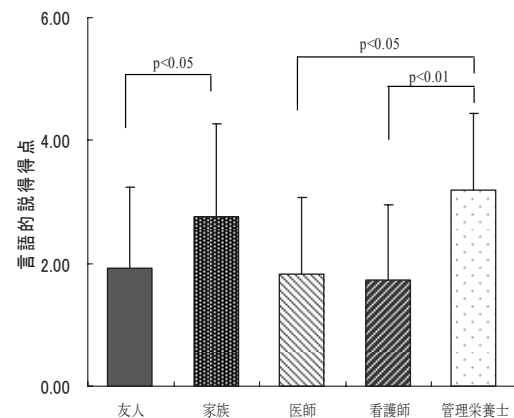


図1 対象別の言語的説得構成得点

有意な差異は認められなかったが、疾病活動度別において中等症患者に比して軽症患者で有意の高値を示した ($p < 0.05$)。CD患者のQOL得点についても再燃のある患者に比して寛解期患者で有意の高値を示した ($p < 0.05$)。

4) QOL得点と罹患年数、および自己効力感得点との関連

QOL得点と罹患年数、および自己効力感得点との関連を図2に示す。全症例においてQOL得点と罹患年数との間に有意の負の相関が認められ、さらに自己効力感得点との間においては有意の正相関が認められた。

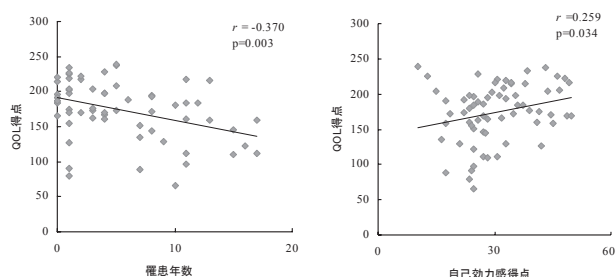


図2 QOLと罹患率および自己効力感との関連

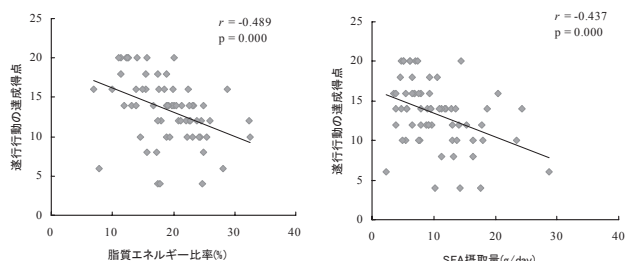


図3 遂行行動の達成と脂質エネルギー比率およびSFA摂取量との関連

5) 自己効力感得点と栄養素等摂取量との関連

自己効力感の総得点と栄養素等摂取量との間において関連は認められなかったが、図3に示すように自己効力感得点を構成する4つの要因のうち、遂行行動の達成は脂質エネルギー比率、SFA摂取量と有意の負の相関を示した。また言語的説得は脂質エネルギー比率との間に負の相関を示し ($r = -0.258$, $p = 0.035$)、生理的・情動的状态得点はSFAおよびMUFAの摂取量と負の相関を示した (SFA: $r = -0.317$, $p = 0.009$, MUFA: $r = -0.268$, $p = 0.029$)。代理的体験得点と栄養素等摂取量との間に有意の関連は認められなかった。

考 察

本研究におけるUC患者の病態活動度分類における栄養素等摂取量に有意な差異は見られなかった。しかしながら、UC軽症患者および中等症患者の脂質エネルギー比率は食事摂取基準 (2010年度版)¹⁵⁾と比較して低値にあり、両群とも脂質エネルギー比率を抑えた食事を心がけていることがうかがえる。UCにおける栄養療法は原疾患に対して治療効果をもつPrimary therapyではなく補助的なものでしかないと考えられており、食事の脂質摂取量に関してもクローン病ほど厳しい制限が必要ではない。本研究では脂質エネルギー比率に差異は見られなかったが疾病の活動状態における相違が見られたことは、精神的なストレスが活動度に影響を与えている可能性も考えられる。一方、CD患者では寛解期患者に比して再燃の疑いがある患者において脂質エネルギー比率が有意の高値を示した。脂肪は他の栄養素と比べ腸管の蠕腸運動を著しく刺激する。CD患者においては経静脈栄養法による腸管の安静や経腸栄養法 (成分栄養剤) による腸管運動の抑制によって病変が改善することが知られており、CDの食事管理には脂質摂取の制限が重要である。さらにCDでは1日の脂質の摂取量が30g以上であると再燃率が高いことも明らかとなっている³⁾が、脂質を制限した上で1日の必要エネルギー量を全て食事でもかなうことは難しい。このため、消化をほぼ必要とせず、抗原性を持たないアミノ酸が使用され、脂肪分はほぼ含まれていない成分栄養剤と食事療法との併用療法が推奨される。寛解期患者においては、成分栄養剤と食事療法との併用療法が守られている患者が多く脂質エネルギー比率が低下していると考えられる。CD患者のSFAの摂取量については再燃の疑いがある患者で寛解期患者に比して約2倍と有意の高値であり、さらにn-6PUFAおよびリノール酸の摂取量についても再燃の疑いのある患者において高値を示した。SFAは炎症を促進する遺伝子の発現を誘導する病原体認識受容体 (pattern recognition receptor) を活性化する¹⁶⁾。またn-6PUFAを代表するリノール酸はアラキドン酸に代謝されて炎症惹起性のエイコサノイド (4シリーズのロイコトリエンおよび2シリーズのトロンボキサン) の基質となるため、炎症性腸疾患の活動性に関与していると考えられている。実際に、炎症性腸疾患の治

療に広く用いられている薬剤はこれらエイコサノイドの産生系を抑制していることが明らかとなっている¹⁷⁾。一方でn-3PUFAはこれらの炎症惹起性エイコサノイドの産生を競合的に抑制する¹⁸⁾。n-3PUFAは抗炎症作用を持つエイコサノイド（5シリーズのロイコトリエンおよび3シリーズのトロンボキサン）の基質となるため、n-3/n-6 PUFAの比率は0.3以上が推奨されている。しかしながら、CD寛解期患者と再燃患者との間にn-3PUFAの摂取量に相違は認められなかった。よって脂質エネルギー比率および脂質摂取量の過剰に加え、SFAとn-6PUFAの摂取過多が再燃を促したと推測される。

本研究におけるUC患者の自己効力感は、低脂肪・低残渣食を行なっている者において体調の悪いときのみ行なう者、食事療法を行っていない者と比較して有意の高値を示した。IBD患者に対して自己効力感を分析する報告はほとんど見られないが、糖尿病患者を対象とした調査では自己効力感が食事療法や服薬、運動療法といったセルフ・ケア活動を予測する重要な因子であること¹⁹⁾や自己効力感を高く持っている糖尿病患者は治療における自己管理を効果的に行い血糖コントロールが良好であること²⁰⁾が報告されている。これらの報告から自己効力感は将来の行動変容の予測因子であると考えられ、自己効力感に影響する要因をどのように患者から引き出し、自分の努力でコントロールできるように援助するかが課題であると思われる。自己効力感に影響する要因のうち、遂行行動の達成の項目において食事療法を実行している者で最も高い得点を示した。「遂行行動の達成」とは、成功体験によって達成感を得ることである。遂行行動の達成は自己効力感を構成する要因の中で最も影響力が強いとされている⁷⁾。また、遂行行動の達成は脂質エネルギー比率、SFA、n-6PUFAの摂取量と負の相関を示し、炭水化物エネルギー比率と正の相関を示した。IBDの食事療法において脂質制限は重要ではあるが、脂質は食物のおいしさの要である。脂質制限は自己の欲求を我慢させ、社会生活上の付き合いでの飲食に制限を加えなければならないなどのライフスタイルの制約が非常に大きいことから、患者の負担感は大きく、やっていけそうだという効力期待は感じにくいと推測される。しかしながら、本研究において遂行行動の達成と脂質エネルギー比率との間に負の相関が認められたことから、脂質の摂取量、特

にSFA、n-6PUFAの制限を遂行し、良好な治療効果が得られることで食事療法における達成感が生じ、自己効力感を高めると考えられる。自己効力感を構成する4つの要因のうち言語的説得の得点は、低脂肪・低残渣食を実行している者において調子が悪いときのみ食事療法を行なう者、まったく実行しない者と比較して有意に高い得点を示した。さらに言語的説得得点を構成する対象別の得点は、友人と比較して家族、医師および看護師と比較して管理栄養士で高い得点を示した。日常的経験の中で言葉を用いた他者からの説得によって行動変容が生じることは困難ではあるが、暗示や自己教示を遂行行動の達成や代理的経験に補助的に付加することで自己効力感に影響しうると考えられる。よって日常の食事と深く関わることになる家族の存在とともに、栄養と食事の専門家である管理栄養士による助言が、患者の食事管理に対する自己効力感に大きく影響を及ぼしていると考えられる。CD患者においては、成分栄養剤と食事との併用療法を行なっている患者では、食事療法を行っていない患者に比して言語的説得得点のみが有意の高値を示した。CDはUCよりも高度に栄養障害が認められる場合が多く、鉄やビタミンB₁₂、葉酸欠乏に伴う貧血や微量元素欠乏状態など多岐にわたる。特に急性期に対する栄養療法は栄養状態の回復のみならず、臨床症状の改善さらには腸病変の改善・治癒をもたらす80～90%の寛解期導入率が得られることが知られている。さらに寛解期導入後についても栄養療法を継続することにより寛解期の維持効果を示すことが確認されている²¹⁾。しかしながらCD患者における脂質の制限は厳しく、特に若年期から発症した患者においては、脂質摂取の制限を主とした食事療法の遂行は困難であろう。実際にCD患者のうち食事療法を行っていない患者においては、脂質等の制限が守られていない。従って、管理栄養士による正しい知識の伝達や励ましなど言語的説得によって自己効力感を高め、食事管理の行動変容を促す必要があるだろう。

QOLについては、食事管理の実施による相違は認められなかった。しかしながらUC患者では軽症患者と比較して中等症患者で、CD患者では寛解期患者と比較して再燃患者でQOLは低下した。さらにQOL得点と罹患年数との間に有意の負の相関が、自己効力感との間には有意の正の相関を示した。IBDは、慢性の経過を辿り腹痛や下痢・便

秘などの便通障害による腹部不快感や食事制限, また長期にわたる入院や療養など日常生活に多大な影響を与える。さらにIBDは若年者に発症することが多く, 発症後, 働き盛りの世代であっても疾病が仕事など生活様式に多大な影響を与えることからストレスを感じやすいと考えられる。食事の自己管理には患者の負担が伴う。しかしながら, 食事管理を実施することによるQOLの低下はなく, むしろ食事管理に対して前向きな気持ちで取り組んでいる患者においてQOLが高く日常生活における充実感, 満足感が高いことが示唆される。QOLは疾病の重症度が増すと低下することが認められたが, 疾病の重症度に伴ってQOLが改善することが確認されており, 食事管理によって疾病の重症化を阻止し, 自己効力感を高めることが患者のQOLを高めるのではないかと考えられる。

IBD患者にとって活動度の重症化が及ぼすQOLの低下を防ぐためには寛解期の維持が必要であり, 寛解期の維持には食事療法が重要である。さらに食事療法を継続し自己効力感を高めるためには, 食事療法による成功体験を患者自身が経験し, その成功を自ら実感し積み上げていくことが大切である。自己効力感を構成する4つの要因のうち, 管理栄養士による言語的説得得点が高いことから, 食の専門家として食品の個々の成分, 特徴を抑えながら個々人に合わせた助言を行い, 患者が無理なく充実した食生活を送れるように支援する必要がある。自己効力感は4つの要因から構成されるが, この要因を評価し, それに合わせて栄養指導を行なうことで持続的に自己効力感を高めることが可能となる。今後はこれらを活用して自己効力感を高める食事介入を検討したい。

参 考 文 献

- 1) Heaton KW, Thornton JR, Emmett PM. Treatment of Crohn's disease with an unrefined-carbohydrate, fibre-rich diet. *Br Med J.* 29: 764-6 (1979).
- 2) Levenstein S, Prantera C, Luzi C, et al. Low residue or normal diet in Crohn's disease: a prospective controlled study in Italian patients. *Gut.* 26: 989-93 (1985).
- 3) 福田能啓ら, クロウン病の維持療法時の脂肪摂取と累計再燃率. 厚生省特定疾患難治性炎症性腸疾患障害調査研究班平成10年度研究報告書, 69-70 (1999).
- 4) Fernández-Bañares F, Hinojosa J, Sánchez-Lombráña JL, et al. Randomized clinical trial of *Plantago ovata* seeds (dietary fiber) as compared with mesalamine in maintaining remission in ulcerative colitis. Spanish Group for the Study of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU). *Am J Gastroenterol.* 94: 427-33 (1999).
- 5) Mitsuyama K, Saiki T, Kanauchi O, et al. Treatment of ulcerative colitis with germinated barley foodstuff feeding: a pilot study. *Aliment Pharmacol Ther.* 12: 1225-30 (1998).
- 6) 松枝啓ら, 炎症性腸疾患. 基礎と臨床, 東洋書店, (1992).
- 7) Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review.* 84, 191-215: (1997).
- 8) 祐宗省三, 原野広太郎, 柏木恵子 社会的学習理論の新展開, 金子書房 (1985)
- 9) 中澤潤, 大野木裕明, 伊藤秀樹, 坂野雄二, 鎌原雅彦, 社会的学習理論から社会的認知論へ: Bandura理論の新展開をめぐる最近の動向. *心理学評論*31, 229-251 (1998).
- 10) 棟方昭博. 潰瘍性大腸炎診断基準改定案, 厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班 (班長 下山孝) 平成9年度研究報告書, 96-99, (1998).
- 11) 安酸史子. 糖尿病患者の自己管理に対する自己効力感尺度の開発に関する研究. 平成9年度提出博士論文東京大学医学部, (1997).
- 12) Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 96: 804-10 (1989).
- 13) 八尾恒良, 櫻井俊弘, 下山孝ら. 炎症性腸疾患患者のQuality of lifeについての検討—適切な質問項目の選定について—. 厚生労働省特定難治性炎症性

腸管障害調査研究班. 平成5年度報告74-77.

- 14) 桂島恵子 ら:外来クローン病患者におけるQOLの評価に関する研究, 日本大腸肛門病学会誌 52:696-708. (1999)
- 15) 日本人の食事摂取基準 [2010年版] 厚生労働省「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書, 第一出版
- 16) Lee JY, Zhao L, Hwang DH. Modulation of pattern recognition receptor-mediated inflammation and risk of chronic diseases by dietary fatty acids. *Nutr Rev.* 68: 38-61 (2010)
- 17) 高添正和, 5-ASA・SASP-効果機序と実際の効果, 臨床医のための炎症性腸疾患のすべて, メジカルレビュー社, 99-103 (2002).
- 18) James MJ, Gibson RA, Cleland LG. Dietary polyunsaturated fatty acids and inflammatory mediator production. *Am J Clin Nutr.* 2000 71: 343S-8S. (2000)
- 19) Skelly AH, Marshall JR, Haughey BP, et al. Self-efficacy and confidence in outcomes as determinants of self-care practices in inner-city, African-American women with non-insulin-dependent diabetes. *Diabetes Educ.* 21: 38-46 (1995).
- 20) Grossman HY, Brink S, Hauser ST. Self-efficacy in adolescent girls and boys with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 10: 324-9 (1987).
- 21) 坂野雄二, 前田基成. セルフ・エフィカシーの臨床心理学. 99-101. 北大路書房 (2002)