



慢性的な健康障害が患者家族に及ぼす影響：養育期の子どもを持つ慢性関節リウマチ患者がその家族に与える影響と関連要因

津田, 紀子 ; 矢田, 真美子 ; 内, 正子 ; 川口, 優子 ; 細川, 順子 ; 村田, 恵子 ; 草場, ヒフミ ; 松田, 宣子 ; 大久保, 功子 ; 小野, 智美 ; 有田, 直

(Citation)

神戸大学医学部保健学科紀要, 15:69-76

(Issue Date)

1999-12-20

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/00069876>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/00069876>



慢性的な健康障害が患者家族に及ぼす影響

— 養育期の子どもを持つ慢性関節リウマチ患者がその家族に与える影響と関連要因 —

津田 紀子,¹ 矢田真美子,¹ 内 正子,¹ 川口 優子,¹ 細川 順子,¹
村田 恵子,¹ 草場ヒフミ,¹ 松田 宣子,¹ 大久保功子,² 小野 智美,¹
有田 直子³

緒 言

近年の我が国の健康の動向では、人生80年時代と言われるように、死亡率の減少と平均寿命の延長が一つの特徴である。しかし、人口の高齢化、生活習慣病の増加など他の側面から人々の生活に与える影響は大きく、単に疾病や障害があるか否かだけでなく、その傷病による日常生活への影響の程度が問題となっている¹⁾。この生活への影響を家族機能の側面から考えると、家族の一員が、慢性的な健康障害による長期の療養を余儀なくされた場合、日常生活への影響がその傷病を持つ本人のみでなく、家族にも及び、家族機能への影響が大きくなるものと考えられる。特に、養育期の子どもを持つ親が慢性的な健康障害を持つ場合、成長発達途上にある子どもへの影響は大きく、家族機能全体への影響も重大なものと考えられる。これまでの研究では、高齢者ケアにおける介護者の負担や問題についての研究はみられるが、養育期の子どもを含む家族ユニットとしての問題や、家族機能について探求したものはみられない。またその対象も癌の患者のターミナル期に焦点を当てた家族看護が殆どで、養育期の子どもを持つ家族全体に焦点を当てたものはみられない。

本研究は、慢性的な健康障害が養育期の子どもを持つ家族に及ぼす影響と家族対処およびその関連要因を明らかにし、それに基づき家族の適応を支える「家族長期ケアモデル」を検討す

ることを目的とした研究の一部である。本研究の目的は、親の慢性的な健康障害が養育期の家族に及ぼす影響と関連要因を明らかにするために、養育期の子どもを持つ慢性関節リウマチに罹患した成人患者の家族のストレス認知、病のとらえ方、家族対処行動、家族の強み、家族資源、個人システムの背景要因としての療養行動、患者が頼りにしている家族構成員のもえつき、および結果変数としての家族機能との関係を明らかにするものである。

対象と方法

1. 対象者

神戸大学医学部附属病院リウマチ外来を受診中の慢性関節リウマチの成人患者のうち、養育期の子ども（今回は18歳以下とした）を持つ患者の家族とした。外来受診時に調査への同意が得られた患者の家族を対象とし、家族には書面で同意を得た。

2. 調査方法

家族と同居する慢性関節リウマチ患者に外来受診時にランダムに調査を依頼した。調査は自己記入式の質問紙を用いた。質問紙への記入は、患者が最も頼りにしている同居家族の一員に依頼した。外来受診時に患者本人に持ち帰ってもらい、回収は郵送とした。質問紙の配布数は162、回収数104（回収率64%）のうち、本稿の目的である慢性関節リウマチが養育期の家族に

1. 神戸大学医学部保健学科
2. 信州大学医療技術短期大学部
3. 高知女子大学

与える影響に焦点を絞るため、18歳以下の子どもを持つ家族の回収数27を本研究の有効解答数とした。

3. 質問紙の構成

1) 尺度: Hymovickモデル²⁾に基づき村田らが作成した慢性病児の家族用質問紙³⁾を成人患者の家族用に一部修正したものを用いた。5段階リッカート尺度によって成り立っており、慢性的な健康障害が家族に及ぼす影響や衝撃とそれへの家族の取り組みの結果を示す変数である家族機能(14項目)、媒介変数である家族のストレス認知(健康状態、健康管理、資源、関係、ライフスタイル適応に関する26項目)家族の病のとりえ方(健康、医療、家族の病気に関する考え方6項目)、家族の対処行動(野嶋らが作成した⁴⁾家族対処行動に関する質問紙IIを一部修正した43項目)、家族の強み(コミュニケーション、安心感、柔軟性など家族の潜在的可能性の発揚を助長し、家族のまとまりと団結につながる要因に関する9項目)、家族資源(家族がいざという時や困難な状況に遭遇した時役立ったり期待できる家族内および家族外の資源に関する13項目)から構成されている。本調査における各尺度の信頼係数は表1に示した。

2) 患者が最も信頼している家族(回答者)のもえつき: Pines A. & E. Arnsonが開発し、稲岡らによって翻訳修正されたThe Burnout Measure- Burnout尺度日本版を使用した⁵⁾。本調査における信頼係数は表1に示した。

表1. 質問紙を構成する尺度の信頼係数

尺 度	項目数	信頼係数	修正の有無
家族のストレス認知	26	0.94	小児用を修正
家族の病のとりえ方	6	0.46	小児用を修正
家族対処行動	43	0.88	小児用を修正
家族の強み	9	0.77	修正なし
家族資源	13	0.88	小児用を修正
家族機能	14	0.90	小児用を修正
家族メンバーの燃えつき	21	0.90	修正なし
家族が認知した療養行動	5	0.64	修正なし

信頼係数=Cronbach's α

3) 関連要因: 対象家族の背景、家族が認知している病気を持つ家族メンバーの状況(健康生活上の困難、病気の経過、療養行動の仕方)、および家族が経験した出来事などを調査する質問項目を含んでいる。

4. 分析方法

統計解析プログラムHALBAUを用いて記述統計を実施し、Pearsonの単相関分析を用いて尺度間の関係を分析した。3群間の平均値の差は一元配置分散分析による解析を行った。

結 果

1. 対象家族の背景

対象家族の背景は表2に示した。質問紙に回答した家族メンバーの性別は、男性17名(63%)女性10名(37%)であり、平均年齢は 39.74 ± 11.07 歳であった。回答者の仕事の内訳

表2. 対象家族の背景 (n=27)

回答者の性別	男 性	17名
	女 性	10名
回答者の年齢	39.74 ± 11.07 歳 (range17~55歳)	
回答者の仕事	常 勤	12名
	非 常 勤	1 名
	パ ー ト	2 名
	自 営 業	4 名
	専業主婦	3 名
	学 生	4 名
	そ の 他	1 名
病気の方との関係	夫	16名
	妻	3 名
	娘	6 名
	息 子	1 名
	母 親	1 名
年齢別子どもの人数*	1歳未満(1人)	2 名
	1~3歳(1人)	3 名
	4~6歳(1人)	1 名
	7~12歳(1人)	8 名
	(2人)	2 名
	13~18歳(1人)	6 名
	(2人)	5 名
	19歳以上(1人)	3 名
核家族	19家族	
その他の家族	8 家族	

*: 重複回答あり

表3. 療養行動の状況 (n=26*)

	1	2	3	4	5	計
定期の薬を飲む	24 (92%)	2 (8%)	0	0	0	26 (100%)
病気の変化に気付く	17 (65%)	8 (31%)	0	0	1 (4%)	26 (100%)
医療者に症状を伝える	24 (92%)	2 (8%)	0	0	0	26 (100%)
指示を守る	19 (73%)	5 (19%)	1 (4%)	1 (4%)	0	26 (100%)
悪化予防の行動をとる	15 (58%)	6 (23%)	5 (19%)	0	0	26 (100%)
計	99 (76%)	23 (18%)	6 (4.6%)	1 (0.8%)	1 (0.8%)	130 (100%)

単位=人 (%) (* 無回答1例を除去した)

横軸: 1 すべて病気の方がする
 2 家族が少し助ける
 3 家族が中くらい助ける
 4 家族がかなり助ける
 5 家族がすべて助ける

表4. 家族が認知した患者の健康生活上の困難 (n=27)

生活の困難	n (%)
全く不自由なし	4 (15%)
痛みや運動障害はあるが普通の生活可能	20 (74%)
身のまわりのことが少ししか出来ない	3 (11%)
寝たきり	0
計	27 (100%)

表5. 家族が認知した患者の病気の経過 (n=27)

1年間の経過	n (%)
良い時も悪い時もある	15 (55%)
それなりに落ち着いている	7 (26%)
悪化している	4 (15%)
はっきりしない	1 (4%)
良くなっている	0
計	27 (100%)

は、常勤で仕事を持っている人が12名で44%を占めていた。回答者と患者との関係は、夫が16名 (60%) で妻が3名 (11%)、娘が6名 (22%)、息子と母親がそれぞれ1名ずつとなっていた。同居の対象家族の家族形態をみると、夫婦とその子どもで構成されている「核家族」が19家族 (70%) でその他の同居家族で構成されている家族が8家族 (30%) であった。

病気との関連要因では、療養行動に関する家族の援助についてを表3に示した。療養行動5段階のうち、すべて患者本人がすると回答した家族が殆どであり76%を占めていた。家族が認

知した患者の生活健康上の困難については、“痛みや運動障害はあるが普通の生活が可能”が74%と大半を占めていた (表4)。また、家族が認知している過去1年間の患者の病気の経過については (表5) 良い時も悪い時もあるとの回答が55%を占め、落ち着いている26%、悪化している15%、はっきりしない4%となっていた。

2. 各尺度得点と関連要因

各尺度の総得点平均値および標準偏差を表6に示した。

表6. 養育期の子どもを持つ患者家族の各尺度の平均値

尺 度	平均値	標準偏差	例数
家族のストレス認知	52.11	18.75	27
家族対処行動	93.15	21.98	27
家族の病のとりえ方	18.66	5.08	27
家族の強み	29.19	5.67	26*
家族資源	31.67	8.49	27
家族機能	44.46	9.76	26*
家族メンバーのもえつき	52.33	17.91	27

(* = 欠損値のある事例を除去)

各尺度得点を家族が認知した患者の病気の経過別に分類し、各群間の平均値の差について一元配置分散分析を行った。その結果、表7に示したように、家族のストレス認知において、一年間の病気の経過を示す3群間に有意の差が認められた ($F=5.35$, $p<0.05$)。

家族が認知した患者の健康生活上の困難の各群間において、各尺度平均値に有意の差は認められなかった。

表7. 各尺度得点と1年の病気の経過

	落ち着いている		良い時悪い時あり		悪化している		F 値	有意確立
	n	平均値(SD)	n	平均値(SD)	n	平均値(SD)		
家族ストレス	7	37.00 (12.08)	15	60.86 (18.74)	4	52.50 (14.62)	5.35	p<0.05
家族対処	7	97.38 (20.76)	15	83.71 (20.35)	4	110.25 (15.44)	3.19	
病のとらえ方	7	17.13 (3.14)	15	15.64 (5.11)	4	20.25 (1.50)	1.86	
家族の強み	7	30.75 (5.50)	14*	26.85 (3.44)	4	30.50 (7.94)	1.85	
家族資源	7	33.13 (10.41)	15	30.71 (7.78)	4	32.25 (9.91)	0.19	
家族機能	7	47.25 (9.81)	14*	40.46 (7.94)	4	49.00 (12.49)	2.01	
家族のもえつき	7	44.50 (13.92)	15	59.50 (19.11)	4	48.75 (12.01)	2.18	

* = 欠損値のある事例を除去

表8. 養育期の子共をもつ患者家族の各尺度の相関関係 (n=26)

	家族ストレス	家族対処	病のとらえ方	家族の強み	家族資源	家族機能	家族のもえつき	療養行動
家族ストレス	1.000							
家族対処	-.035	1.000						
病のとらえ方	.213	.612***	1.000					
家族の強み	-.222	.715***	.405*	1.000				
家族資源	-.148	.302	.003	.550**	1.000			
家族機能	-.369	.431*	.155	.645***	.557**	1.000		
家族のもえつき	.582**	-.004	.041	-.405*	-.108	-.504**	1.000	
療養行動	.102	.577**	.355	.529**	.066	.242	-.093	1.000

Pearsonの単相関係数 n = 欠損値のある事例を除去

有意確立 *: p<0.05 **: p<0.01 ***: p<0.001

3. 各尺度の相関関係

表8に示す通り、結果変数である家族機能は媒介変数の家族の強みと最も強い正の相関がみられ ($r=0.65$, $p<0.001$)、家族資源とは1%水準の正の相関 ($r=0.56$, $p<0.01$)、家族対処行動と5%水準の正の相関 ($r=0.43$, $p<0.05$) が認められた。また、家族の病のとらえ方は家族対処行動と0.1%水準の正の相関 ($r=0.61$, $p<0.001$)、家族の強みと家族対処行動にも同じく0.1%水準の強い正の相関がみられた ($r=0.72$, $p<0.001$)。病のとらえ方と家族の強みの間にも5%水準の正の相関がみられ ($r=0.41$, $p<0.05$)、家族資源と家族の強みの間にも1%水準の正の相関 ($r=0.55$, $p<0.01$) が認められた。

個人システムとしての患者が最も信頼している家族のもえつきは家族機能との間に1%水準の負の相関 ($r=-0.50$, $p<0.01$)、家族のストレス認知と正の相関 ($r=0.58$, $p<0.01$)、家族の強みと負の相関 ($r=0.41$, $p<0.05$)

がみられた。また、家族が認知している患者の療養行動との関係をみると、家族の対処行動および家族の強みとの間に、それぞれ1%水準の正の相関 ($r=0.58$, $r=0.53$) が認められた。

考 察

養育期の子どもを持つ親が慢性の健康障害の状況におかれている場合、その子どもを含む家族システム全体が影響を受け、病気の本人および家族の双方にとって生活を脅かされることになる。これらのことについて、Hymovichらは「慢性の健康障害は身体的、情緒的、社会的、経済的、精神的なすべての側面に影響を与えるために、それは人の生命に関するすべてに脅威を与えることになる。」⁶⁾ と述べている。今回は成人の慢性的な健康障害の中でも、比較的若年者に多く、養育期の子どもを持つ親が罹患することで、家族への影響が大きいと考えられる慢性関節リウマチを持つ成人の家族に焦点を当

てた。長期ケアモデルの概念枠組みにそって、各尺度間の関係を中心に考察する。

1. 家族のストレス認知と関連要因について

親の慢性的な健康障害が家族に与える影響の中で、病気の経過が家族のストレスとなっている傾向がみられた。これは、病状が悪化していると認知している家族や、落ち着いていると認知している家族よりも、良いときも悪い時もあると認知している家族のほうが有意に家族のストレス認知が高くなっており、成人の慢性的な健康障害の影響の特徴を示していると考えられる。慢性関節リウマチは慢性疾患の中でも、増悪と緩解を繰り返す慢性病に位置づけられており⁷⁾、Hymovichの長期ケアモデルにおけるストレスを「システムにおける不安と困難の源泉とみなされる、持続的に存在する変数である」⁸⁾と捉えた場合、この病気の経過そのものが持続的に存在するストレスとなり、家族にストレスとして認知されると考えられる。また、病状が悪化していると認知している家族よりも良い時も悪い時もあると認知している家族の方がストレス認知が高いことは、養育期の家族にとって親の健康状態の不安定さが、より慢性的な健康障害への心配と対処の困難として認知され、ストレスとなっていることが考えられる。このことは、子どもの慢性疾患に対する家族の在宅ケアに関する困難⁹⁾とも一致しており、慢性的な健康障害が家族の成員全体に与える影響を示唆している。

尺度間の相関関係において、家族のストレス認知が高くなるほど、患者が最も信頼している家族メンバーのもえつきが高くなる事が示されたことは、家族の慢性的健康障害によるストレス認知における身体的、心理的、精神的疲弊という影響が大きいことを示している。このことは、ストレス認知が高い家族をアセスメントし、そのニーズを把握し支援する必要性を示している。専門家の注意を家族に向けなかった場合、家族のストレスはより高くなり、ニーズの表出が少なくなりもえつきを引き起こす¹⁰⁾と述べられているように、家族に視点を置いた看護介

入の重要性を示している。

2. 家族の対処行動と関連要因について

各尺度間の関係で、家族の病のとりえ方、家族の強みなどの媒介変数および家族機能と正の相関が認められた。これは、家族の対処レベルが高いほど病のとりえ方も家族の強みも高いことを示しており、さらにそれらが媒介となって、結果的に家族機能が低いレベルに維持できることを示唆している。また、家族機能が低いレベルにある家族ほど対処行動も高くなることを示している。長期ケアモデルにおける家族対処が「個人や家族システムが事態に応じるために、現存の資源を超えるか負担をかけると知覚された環境、または内的、潜在的ストレス源を処理する認知的、情動的、行動的プロセスである。」¹¹⁾とされており、病のとりえ方や家族の強み、家族機能の高さが対処のプロセスの関連要因になると考えられる。河野らも¹²⁾、その研究において家族機能と対処が関係することを述べている。K. M. Stetzら¹³⁾は、家族の対処行動は個人の場合と違って多様な側面を持っており、特に母親が病気の場合は、家事の調整や管理がストレス源となると述べており、親が病気の場合の家族機能への影響が考えられる。また、家族が認知している患者本人の療養行動が、家族の援助を必要としているほど家族の対処行動も高くなるという結果から、安定を得るために対処を高め、家族の絆を強めていることが考えられる。

3. 家族の強みと関連要因について

家族の強みは、上述した家族の対処行動と正の相関がある以外に、家族資源、病のとりえ方、家族機能および療養行動と正の相関関係が認められた。これは、利用可能な家族資源を多く持っていると認識している家族ほど家族の強みになるし、その逆も示している。またそれは、結果的に家族の機能レベルを高めることに繋がっていると考えられる。家族が認知している病気の方の療養行動が、家族の援助の程度が高いほど家族の強みも高くなる事は、親の健康障害は家族全体の結束力を高め、それを乗り越えよう

と努力をしていることがうかがえる。それは、親の健康障害をきっかけとして、健康の大切さを改めて確認しあっていると考えられ、病のとりえ方との関連で説明できる。これらは、まさに長期ケアモデルの中で述べられているOttoの「家族の潜在的可能性の発揚を助長し、家族のまとまりと団結につながる要因、あるいは力」¹⁴⁾としての家族の強みであり、ストレスに対処する力となり、家族機能を高めることに大きく関係するものと考えられる。家族の個人システムとしての家族メンバーのもえつきとの間に負の相関がみられたことは、家族の強みが高いほどもえつきに陥ることが少ないことを示しており、家族の強みを高めるよう看護介入することの重要性を示唆している。

4. 家族機能と関連要因について

長期ケアモデルの概念枠組みにおいて結果変数である家族機能は、家族の対処行動、家族の強み、家族資源と正の相関がみられた。これまでも述べてきたように、家族の対処と強み、さらに家族が利用可能な資源を多く持っていることとの間にはお互いに関連がある事を示しており、それらがすべて、家族機能の強さに関係してくる。家族機能とは、「家族システムの適応に対する現在の状態であり、家族の発達課題と状況的課題の達成を可能にするシステムの範囲によって決定されるものである。」¹⁵⁾と述べられているが、慢性的障害を持つ親をケアする場合、成人をケアする立場の状況的課題が達成されにくい傾向があると考えられる。しかし、家族の強みや対処を高めることによって克服可能であることが示唆される。さらに、慢性的健康障害を持つ成人の場合、家族機能を妨害する多くの課題と潜在的な心理社会的適応困難に直面する¹⁶⁾と言われており、家族機能と個人システムとしてのもえつきが負の相関を示したことから説明できる。すなわち、家族機能の破綻を最少にし、強化するよう介入するためには、家族機能に関連する要因を強化するよう介入することが重要である。また、長期ケアモデルにおける個人システムとしてのもえつきをアセス

メントし介入することで、家族機能の破綻を予防することも可能であると考ええる。

結 語

今回、養育期の子どもを持つ慢性関節リウマチの成人患者の家族のストレス認知、対処行動、病のとりえ方、家族の強み、家族資源などの媒介変数と結果変数である家族機能との関係、および個人システムとしての家族メンバーのもえつきや背景要因との関係を検討した。その結果以下の知見が得られた。

1. 結果変数である家族機能は媒介変数である家族の対処行動、家族の強み、家族資源と正の相関があり、対処行動と家族の強みおよび家族資源と家族の強みの間にも正の相関があるため、これらの媒介変数を強めることが家族機能レベルを高めることにつながる。
2. 家族のストレス認知は背景要因である病気の経過によって影響を受け、病気の経過が良い時も悪い時もある場合に有意にストレス認知レベルが高くなる。また、家族メンバーのもえつきと正の相関がある。これは、看護専門職者の注意を家族に向け、適切なアセスメントと適応のための看護介入の必要性を示唆している。
3. 個人システムとしての家族メンバーのもえつきは家族のストレス認知と正の相関、家族の強みおよび家族機能と負の相関があり、家族の強みを高める介入により家族メンバーのもえつきを予防することが可能であることを示唆している。
4. 背景要因としての家族が認知した療養行動への援助は家族の対処行動および家族の強みと正の相関があり、療養行動の援助をする程度が高い程家族の結束を強め、安定を保つよう対処していることが明らかである。

今回は、対象数が少なく統計的分析に限界があった、今後さらに事例数を増加させて検討する必要がある。また、養育期の子

どもを持たない対象群との比較検討をすることも残された課題である。

謝 辞

本研究にご協力頂きました患者様および家族の皆様と、データ収集にご尽力いただきました神戸大学医学部保健学科塩沢俊一教授、佐浦隆一助教授に深く感謝いたします。

本稿は平成8～10年度文部省科学研究費補助金基盤研究B08457645（代表者、村田恵子）による研究の一部である。

文 献

1. 厚生統計協会. 国民衛生の動向. 第45巻9号, p.81, 1998.
2. Debra P. Hymovich & Gloria A. Hagopian, Chronic Illness in Children and Adults, WB. Saunders, 1992.
3. 村田恵子, 草場ヒフミ, 津田紀子, 他. 慢性疾患が養育期の家族に及ぼす影響と家族の対処—家族長期ケアモデル試案の提言—. 平成8～9年度科学研究費補助金（基盤研究B）研究成果報告書, 1998.
4. 野嶋佐由美, 中野綾美, 河野留理, 他. 「家族対処行動に関する質問紙II」の開発（第2報）. 高知女子大学紀要 40 : 67-77, 1992.
5. 稲岡文昭. 米国におけるBurnoutに関する概要・研究の動向・今後の課題. 看護研究 21(2) : 104-146, 1988.
6. 前掲書 2. p.3.
7. 正木治恵. 慢性病患者へのケア技術の展開. Quality Nursing 2(12) : 4-9, 1996.
8. 前掲書 2. p.9.
9. 村田恵子, 波多野梗子. 慢性疾患児の在宅ケアに関する家族の困難とその影響因子. 神戸大学医療技術短期大学部紀要 6 : 187-193, 1990.
10. Thomas L. Campbell. Physical Illness, In Families and Change: Coping with Stressful Events. Patric C. McKenry & Sharon J. Price (Ed.), Sage, p.139, 1994.
11. 前掲書 2. p.171.
12. 河野留理, 多田邦子, 馬本淳子, 他. 慢性疾患患者をかかえる家族の対処行動. 看護実践の科学 6 : 44-52, 1987.
13. Kathleen M. Stetz, F.M. Lewis & J. Primomo. Family Coping Strategies and Chronic Illness in the Mother. Family Relations 35 : 515-522, 1986.
14. 前掲書 2. p.225.
15. 前掲書 2. p.248.
16. 前掲書 2. p.254.

Family Function in Child Rearing Families Affected by Patient with Chronic Illness

Noriko Tsuda,¹ Mamiko Yada,¹ Masako Uchi,¹ Yuko Kawaguchi,¹
Junko Hosokawa,¹ Keiko Murata,¹ Hihumi Kusaba,¹ Nobuko Matsuda,¹
Noriko Okubo,² Satomi Ono,¹ and Naoko Arita³

ABSTRACT : The purpose of this study is to identify the factors affecting family function in relation to disease conditions, which one of the family member suffers from. The subjects consist of 27 families in which rheumatoid patient rears young children. A questionnaire based on Hymovich's model (D. Hymovich, 1992) was used and the answers was collected by mail from outpatients at a university hospital. The components consisted of system, mediate variables (stress, belief about illness, coping, strength, resources) and the level of family functioning for assumed outcome variables. The results were: 1) There was positive correlation between the level of family functioning and coping, strength, and resources, 2) There was positive correlation between family strength and coping, belief about illness and resources, and 3) There was positive correlation between burnout as a individual system and stress and negative correlation between burnout and family strength, family functioning.

These findings suggest that reinforcement of mediate variables enhances the level of family functioning, and nursing intervention in individual systems prevents breakdown of the family functioning by disease condition.

Key Words : Chronic illness,
Child rearing family,
Family functioning,
Mediate variables,
Rheumatoid arthritis.

1. Faculty of Health Sciences, Kobe University School of Medicine, Kobe

2. School of Allied Medical Sciences, Shinshyu University

3. School of Nursing, Kochi Women's University