

# 小児がん患者をもつ母親への心理的支援プログラムの開発に向けて —母親の子どもの健康に関する心配と心理適応および養育態度の関連—

尾形明子  
(宮崎大学教育文化学部)

## <要 旨>

本研究では、小児がんを罹患し、その治療を終え、長期間寛解を維持している小児がん患者とその母親を対象に、患者の健康に関する母親の心配と母親の心理的適応、および養育態度の関連について検討し、さらにはこれらの母親の要因と患者の学校不適応との関連について検討した。その結果、小児がん患者の母親のうち、治療終了後の経過期間が短く、再発を経験し、軽度の身体症状がある場合、母親の子どもの健康に関する心配は治療終了後も強く維持されており、さらに、子どもの健康を強く心配している母親は抑うつが高いことがわかった。また、子どもの健康に関する心配が強い母親には、「受容・責任回避タイプ」と「低受容タイプ」の2つの養育態度パターンが存在しており、このうち、「受容・責任回避タイプ」の養育を行う場合に、患者の学校不適応感は高くなることがわかった。以上の結果から、小児がん患者の母親は治療終了後も長期にわたり患者の健康に関する心配を強く抱いている場合があり、母親の心理的苦痛および養育態度に対する支援が必要と考えられた。

## <キーワード>

小児がん 母親 心理的適応 養育態度

### 【はじめに】

小児がんとは、小児期に発生する悪性新生物の総称である。小児がんの半数近くが、白血病や悪性リンパ腫などの造血臓器悪性腫瘍であり、その他、脳腫瘍、神経芽細胞腫、ウィルムス腫瘍、網膜芽細胞腫、肝芽腫、横紋筋肉腫といった固形腫瘍が挙げられる(恒松・佐々木、2003)。近年、治療法の開発によって著しい治療成績の向上がみられており、各疾患の5年無病生存率は、病期や転移、再発によって異なるものの、急性リンパ性白血病で約80%、急性骨髄性白血病で約50%、悪性リンパ腫(非ホジキン病)85~100%、神経芽細胞腫(ステージ1、2)92~100%、ウィルムス腫瘍80~96%、網膜芽細胞腫50~97%、横紋筋肉腫で約75%、肝芽腫80~90%と言われている(太田、2004)。

このように、現在、小児がんを経験した長期生存者が増加している。しかしながら、小児がんの治療は長期にわたり苦痛を伴うものである。白血病の治療は、骨髄での白血病細胞5%未満の寛解を目指す寛解導入療法、強化療法、中枢神経白血病への予防、維持療法などに分かれており(太田、2004)、急性リンパ性白血病の場合は3ヶ月から半年の入院と2~3年の外来治療を行い、急性骨髄性白血病の場合は約1年の入院治療が必要となる(稲田、2000)。また、固形腫瘍の治療は、外科的手術による腫瘍切除、化学療法、放射線治療などを組み合わせて行われる(太田、2004)。これらの辛い治療を終えた小児がん患者の中には、治療による脳神経や心臓への障害、あるいは腫瘍摘除手術による機

能障害といった疾患あるいは治療による直接的、間接的な障害をきたすものがあり、これを晩期障害という（山本、1993）。治療を終え、長期間寛解状態を維持している小児がん患児の中には、このような治療による身体的な問題に加えて、様々な心理社会的問題を抱える子どもがいることが指摘されており、長期寛解状態にある患児と家族の生活の質（QOL）が注目されている。特に退院後の学校適応の問題は、治療終了後の患児の QOL を評価するうえで重要な指標とされており（Kupst, 1994）、これまで多くの研究では、長期入院による勉強の遅れ、仲間との関係形成の機会の減少、治療による認知的機能の障害といった問題が報告されている（Eiser & Vance, 2004）。また、これらのような長期間寛解状態にある小児がん患児の学校不適応に関連する要因としては、本人に関連した問題に加えて、親の要因が挙げられている（Ross & Scarvalone, 1982）。親の多くは、治療終了後も長期にわたり、患児の健康状態についての心配（McCarthy, Williams, & Plumer, 1998）や再発および晩期障害に関する心配（Van Dongen-Melman, Pruyn, De Groot, Kool, Hahlen, & Verhulst, 1995）を抱いている。また、子どもが死ぬのではないかと不安を抱いている親は、患児の今後の可能性に目を向けることが難しく、子どもは無力感や怒りを感じやすいことが指摘されている（Katz, Kellerman, Rigler, Williams, & Siegel, 1977）。

さらに、Hillman (1997) は、小児がん患児の母親には、子どもを甘やかす傾向があることを指摘している。また、Miller, Manne, & Palevsky (1998) は、患児の母親は、健康な子どもの親や看護師に比べて、罰を与えるような

しつけを好まず、言語的注意やごほうびを与えるなどの方法がよいと考える傾向にあると指摘している。つまり、小児がん患児の母親の養育態度には、保護的で甘やかす傾向がみられることが明らかにされている。

尾形・鈴木・大園・佐伯・萬谷・小林・山脇 (2006) は、治療終了後の小児がん患児の母親と一般の健康な子どもを持つ母親の、子どもの健康に関する考えや養育態度の違いについて検討した。その結果、患児の母親は、治療終了後であっても、健康な子どもの母親に比べて、子どもが病気になるのではないかとといった子どもの健康に関する心配を強く抱いており、また、養育態度については、子どもに対して多くの決まりをつくり、それを守らせるといった統制的な関わりが多いことがわかった。さらに、患児の学校不適応感については、有意ではないものの、一般小学生に比べて高い得点を示しており、特に、学業面における不適応感は一般小学生との差が大きく認められた。これらのことから、小児がんに罹患するという経験は、治療終了後も母親の不安や養育態度に影響しているといえる。

ところで、健康な子どもとその母親を対象とした研究によれば、母親の養育態度は子どもの学校不適応に影響を及ぼす要因であることが明らかにされており（谷口・田中、2004 など）、特に、過保護的、拒否的、一貫しないといった養育態度が子どもの学校適応を阻害することが示されている。これらの養育態度の特徴は、小児がん患児の母親においてこれまで指摘されている養育態度の特徴と共通している。

以上のことをまとめると、退院後の小児がん患児の心理社会的問題のひとつとして指摘され

ている学校不適応の背景には、母親が抱く再発の不安やそれに起因する特徴的な養育態度が存在していると推察される。しかし、これまでの研究では、長期寛解状態の患児の健康に対する母親の心配や考え方がどのように養育態度と関連しているかについては明らかになっておらず、さらに、それらと患児の学校不適応との関連についても実証的に検討されていない。

そこで本研究では、小児がんを罹患し、その治療を終え、長期間寛解を維持している小児がん患児とその母親を対象に、患児の健康に関する母親の心配と養育態度の関連について検討し、さらにはこれらの母親の要因と患児の学校不適応との関連について検討することを目的とした。

## 【方法】

### 1. 対象者

小児がんを罹患し、治療を終え、長期間寛解状態を維持している小中学校に通学する患児とその母親 46 組を対象とした。対象者の特性は、Table 1 に示した。

### 2. 手続き

調査は郵送法で行った。まず、調査協力依頼を外来診察時、あるいは郵送で行い、調査への協力を了解した対象者に無記名自記式の質問紙を送付し、回答後返送してもらった。調査への参加は、保護者より書面によって同意を得た。

### 3. 調査項目

#### 1) 母親に対する調査項目

##### ① 病弱傾向認知

病弱傾向認知 (Perception of child vulnerability) とは、子どもが病気になるのではないか、死ぬのではないかという親の不安に関連する認知である (Forsyth, Horwitz, Leventhal, Burger, & Leaf, 1996)。本研究では、尾形・鈴木・大園・佐伯 (2006) によって開発された病弱傾向認知尺度 (CVS-J) を用いた。本尺度は「たいてい私の子どもは他の子どもたちよりも体が弱いようです」、「たびたび、子どもを健康上の理由で、外出させないようにしなければなりません」などの 8 項目から構成されている。

Table 1 対象者の特性

母親の年齢	38.48 ± 4.41 (28-48) 歳
患児の年齢	9.85 ± 1.74 (7-14) 歳
患児の性別	男: 26人 (56.5%), 女: 20人 (44.5%)
疾患名	急性リンパ性白血病: 17人 (37.0%), 神経芽細胞腫 9人 (19.6%) 悪性リンパ腫: 7人 (15.2%), 急性骨髄性白血病: 6人 (13.0%) 横紋筋肉腫: 2人 (4.3%), 肝芽腫: 2人 (4.3%), その他: 3人
発症時年齢	4.32 ± 3.17 (5-13) 歳
治療期間	1.41 ± 1.09 (1-5.6) 年
発症後経過年数	5.67 ± 2.45 (1.4-11.3) 年
治療法	化学療法: 46人 (100%), 手術: 16人 (34.8%) 移植: 15人 (32.6%), 放射線: 13人 (28.2%)
再発の有無	再発あり: 6人 (13%), 再発なし: 40人 (87%)
身体的機能	問題なし: 41人 (89%) 軽度の症状あるが生活に支障なし: 5人 (11%)
病院利用回数	12.61 ± 11.18 (1-50)回 / 年
学校欠席日数	10.19 ± 15.07 (0-80)日 / 年

また、CVS-Jの信頼性と妥当性は、尾形・鈴木(2006)によって検討され、内的整合性、構成概念妥当性、基準関連妥当性が確認されている。回答は、各項目について、「まったくあてはまらない(0点)」「ほとんどあてはまらない(1点)」「すこしあてはまる(2点)」「非常にあてはまる(3点)」の4段階で評定を求めた。合計点の得点範囲は0~24点であった。得点が高いほど母親の病弱傾向認知が強いことを示す。

## ②心理適応

(a) 抑うつ：日本版自己評価式うつ性尺度(SDS)

Zung(1965)によって開発されたSelf-rating Depression Scaleを翻訳した日本版自己評価式うつ性尺度(福田・小林, 1973a)を測定した。質問項目は、20項目から成る。各項目について「ないかたまたま」「ときどき」「かなりのあいだ」「ほとんどいつも」の4段階で評定を求めた。合計得点範囲は20~80点で、得点が高いほど抑うつが強いことを示す。また、40点台で「軽度の抑うつ性あり」、50点台で「中等度の抑うつ性あり」という基準が設定されている(福田・小林, 1993b)。

(b) 状態不安：日本版STAI

日本語版STAI(水口他, 1991)の状態不安得点を用いた。

(c) PTSD症状: Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

Horowitz, Wilner, & Alvarez(1979)により開発されたImpact of Event ScaleをもとにWeiss & Marmar(1997)が改定したIES-Rの日本版(Asukai, Kato, Kawamura, Kim, Yamamoto,

Kishimoto, Miyake, & Nishizono, 2002)を用いた。項目は22項目あり、覚醒亢進症状、回避症状、侵入症状の3症状について評価する。各質問項目について、「まったくなし」「少し」「中くらい」「かなり」「非常に」の5段階で評定を求めた。合計得点範囲は0~88点で、得点が高いほどPTSD症状が強いことを示す。PTSDの高危険者をスクリーニングする目的では、24/25のカットオフポイントが推奨されている(Asukai et al., 2002)。

## ③ 養育態度

養育態度尺度(鈴木・松田・永田・植村, 1985)を使用した。質問項目は30項目であり、「受容的子ども中心的な関わり」、「統制的関わり」、「責任回避的関わり」の3つの因子から構成されている。「受容的子ども中心的な関わり」には、「子どもの悩みや心配ごとを理解している」、「子どもが喜びそうなことを、いつも考えている」といった項目が、「統制的関わり」には「子どもがすべきことをちゃんとしてしまうまで何回でも指示する」、「子どもの行儀をよくするために罰を与えるのは、正しいことだと思う」といった項目が、「責任回避的関わり」には「子どもが悪いことをしても、あまりとがめない」、「子どものために作ったきまりを、よく変える」といった項目が含まれる。各質問項目について、「まったくそうではない(1点)」「あまりそうではない(2点)」「どちらともいえない(3点)」「まあそうだ(4点)」「たしかにそうだ(5点)」の5段階で評定を求めた。各因子の得点範囲は、10~50点であった。得点が高いほど、子どもに対して各因子の表す関わりが多いことを示す。

## 2) 患児に対する調査項目

### ①学校不適応

小学生用学校不適応感尺度（戸ヶ崎・秋山・嶋田・坂野，1997）を用いた。この尺度で測定される得点は実際の学校不適応行動を予測することが明らかにされている（戸ヶ崎ら，1997）。尺度の質問項目は 15 項目あり，「学業場面」「友だちとの関係」「先生との関係」の 3 因子から構成されている。「学業場面」に関する因子には，「勉強をやる気がなくて，もうだめだと思いますか」，「きれいな授業がある日には，学校を休みたくなりますか」といった項目が，「友だちとの関係」に関する因子には，「あなたは，クラスの友だちからきられていると思いますか」，「あなたは，このクラスで，のけものにされているような気がしますか」といった項目が，「先生との関係」に関する因子には，「先生は，何でも良くわかるように教えてください（反転項目）」，「先生は，あなたのいうことをよく聞いてくれますか（反転項目）」といった項目が含まれている。回答は，各質問項目について「ぜんぜんあてはまらない（1点）」「あまりあてはまらない（2点）」「ときどきあてはまる（3点）」「よくあてはまる（4点）」の 4 段階で評定を求めた。合計点の得点範囲は 15～60 点であった。得点が高いほど，学校について主観的な不適応感を強く抱いていることを示す。

### 【結果】

#### 1. 患児の母親の病弱傾向認知と疾病関連要因の関連

まず，患児の母親の病弱傾向認知得点の分布は，Figure 1 のとおりであった。

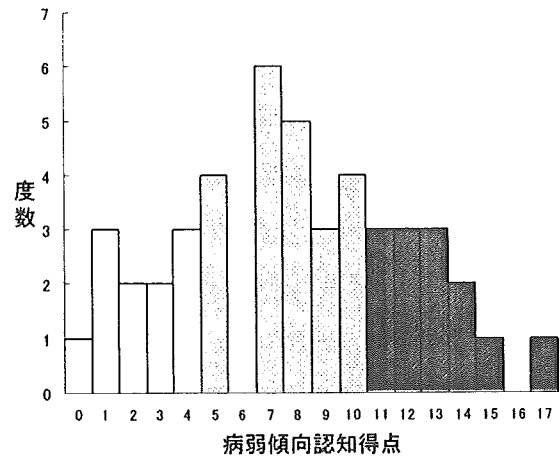


Figure 1 病弱傾向認知得点の分布

次に，母親の病弱傾向認知と疾病関連要因との関連について検討した。患児の発症時年齢について，平均発症時年齢を基準に高・低の 2 群を構成し，年齢が 4.3 歳より高い対象者を発症時年齢高群，4.3 歳以下を発症時年齢低群とした。発症時年齢による母親の病弱傾向認知得点の違いを検討したところ，発症時年齢高群は低群に比べ，有意に母親の病弱傾向認知が高かった ( $t(44) = 3.17, p < .01$ )。次に，治療期間について，平均治療期間を基準に高・低の 2 群を構成し，治療期間が 1.4 年より長い対象者を治療期間長群，1.4 年以下を治療期間短群とした。治療期間による病弱傾向認知得点の違いを検討したところ，有意な差は得られなかった ( $t(44) = 1.01$ )。発症後経過年数について，平均経過年数を基準に高・低の 2 群を構成し，経過年数が 5.7 年より長い対象者を経過年数長群，5.7 年以下を経過年数短群とした。発症後経過年数による病弱傾向認知得点の違いを検討したところ，経過年数短群は長群に比べ，有意に母親の病弱傾向認知が高かった ( $t(44) = 2.66, p < .05$ )。再発の有無による母親の病弱傾向認知得点の違いを検討したところ，再発を経験した患児の母親はそうでない母親に

比べて、有意に病弱傾向認知が高かった ( $t(44) = 2.18, p < .05$ )。また、現在の身体的機能による違いについても、PS=1 (軽度の症状があるものの日常生活に問題はない) の患児の母親は、PS=0 (無症状) である患児の母親に比べて、有意に病弱傾向認知が高かった ( $t(44) = 2.18, p < .05$ )。

## 2. 患児の母親の病弱傾向認知と母親の心理的適応

まず、小児がん患児の母親の各心理的適応指標の得点とその尺度の標準得点について Table2 に示した。標準得点として、SDS については一般正常女性の平均値 (福田・小林, 1983b), STAI については 35~44 歳の一般正常女性の平均値 (水口他, 1991b) を用いた。IES-R については、生活上トラウマティックな出来事を経験している社会人女性の平均値 (Asukai et al., 2002) を採用した。そして、小児がん患児の母親の心理的適応状態について検討するため、各尺度得点とそれらの標準得点について 1 サンプルの  $t$  検定を行った。その結果、SDS と STAI は標準得点よりも有意に高かった (SDS :  $t(45) = 3.21, STAI : t(45) = 4.71, p < .01$ )。一方、IES-R については、標準得点よりも有意に低かった ( $t(45) = 3.03, p < .01$ )。

次に、母親の病弱傾向認知の高さによる母親自身の心理的適応の違いを検討した。まず、病弱傾向認知の高さによる群設定を行うため、病弱傾向認知得点の上位 25 % (病弱傾向認知得点 11 点以上) を病弱傾向認知高群、下位 25 % (病弱傾向認知得点 5 点未満) を病弱傾向認知低群、それ以外を病弱傾向認知中群とした (Figure 1)。そして、病弱傾向認知の高さを独立変数、疾病関連要因 (発症時年齢, 治療期間, 発症後経過年数, 再発の有無, 身体的機能) を共変量、SDS, STAI, IES-R を従属変数とした共分散分析を行った。その結果、SDS 得点にのみ病弱傾向認知の高さの主効果が認められた ( $F(2, 38) = 5.01, p < .05$ )、病弱傾向認知高群の SDS 得点は他の 2 群に比べ有意に高かった (Figure 2)。

Table2 患児母群の心理的適応指標の平均値と各尺度の標準得点

適応指標	患児母群	標準得点	
SDS (抑うつ)	38.16 (SD=6.64)	35.7	福田・小林 (1983b)
STAI (不安)	41.59 (SD=8.36)	36.5	水口他 (1991b)
IES-R (PTS 症状)	12.15 (SD=9.51)	16.4	Asukai et al. (2002)

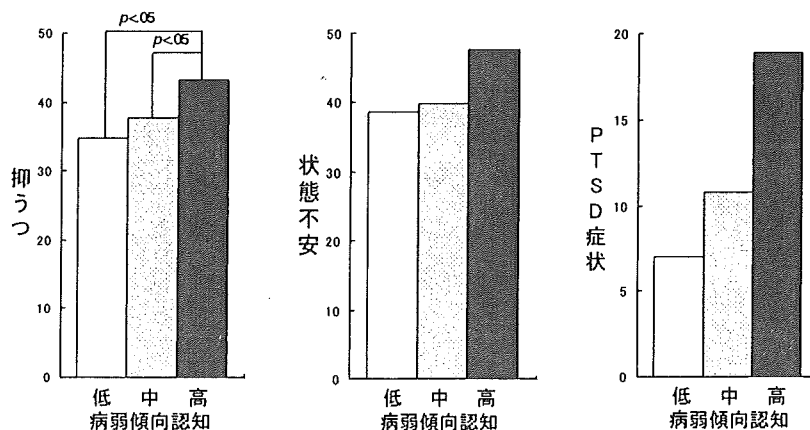


Figure2 病弱傾向認知得点の高さによる母親の心理的適応の違い

### 3. 患児の母親の病弱傾向認知と養育態度の関連

患児の母親の病弱傾向認知の高さによって養育態度にどのような違いがみられるかを検討するために、病弱傾向認知高群、病弱傾向認知中群、病弱傾向認知低群で養育態度の各下位尺度の差異を検討した。その際、疾病関連要因（発症時年齢、治療期間、発症後経過年数、再発の有無、身体的機能）を共変量とした共分散分析を行った。その結果、病弱傾向認知の高さによる養育態度の違いに有意な差は得られなかった（受容的子ども中心的な関わり： $F(2, 38) = 3.12$ 、統制的関わり： $F(2, 38) = 0.15$ 、責任回避的関わり： $F(2, 38) = 1.04$ ）。

また、母親の病弱傾向認知の高さによる患児の学校不適応感の違いを検討したところ、有意な差は得られなかった（ $F(2, 38) = 1.37$ ）。

### 4. 母親の病弱傾向認知および養育態度の個人差と患児の学校不適応感との関連

病弱傾向認知と養育態度について、特徴的なパターンの有無を検討するため、各得点を標準得点に換算し、その値についてWard法によるクラスター分析を行なった。その結果、解釈可

能な4つのクラスターが抽出された（Figure 3）。Figure 3に示すように、これらの4つのクラスターには、大きくCVS-Jの標準得点が正の値を示す2つのクラスターと、負の値を示す2つのクラスターがある。また、各クラスターの養育パターンをみてみると、病弱傾向認知の標準得点が正の値を示す2つのクラスターのうち、1つ目のクラスター（ $n=15$ ）は、「受容的子ども中心的な関わり」と「責任回避的関わり」の得点が高く、「統制的関わり」が低いことから、「受容・責任回避タイプ」といえる。つまり、母親は子どもに対して受容的で子ども中心の生活をおくる一方、子どもへの対応は一貫せず子どもの言いなりになっている傾向にあると解釈できる。2つ目のクラスター（ $n=14$ ）は、養育態度の下位尺度得点が全て低く、特に「受容的子ども中心的な関わり」が低いことから「低受容タイプ」といえる。このタイプは、子どもとの関わりが少なく、母親の生活が子ども中心ではない傾向にあると解釈される。一方、病弱傾向認知の標準得点が負の値を示す2つのクラスターのうち、1つ目のクラスター（ $n=7$ ）は、「統制的関わり」の得点が高く、「責任回避的関わり」が低いことから、「統制タイ

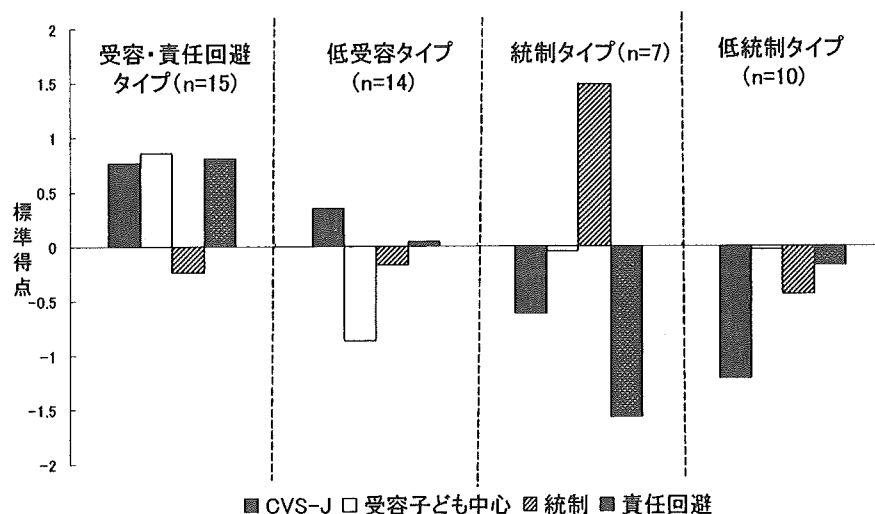


Figure 3 病弱傾向認知と養育態度の組み合わせパターン

プ」といえる。このタイプは、子どもに対して、一貫して統制的な対応をとっていると解釈できる。2つ目のクラスター (n=10) は、養育態度の下位尺度得点がどれも低く、特に、「統制的関わり」が低いことから、「低統制タイプ」といえる。このタイプは、子どもとの関わりが少なく、子どもに対する管理的な関わりが少ないと解釈できる。

次に、母親のクラスターパターンと患児の学校不適応感との関連を検討するため、4つのクラスターにおける患児の学校不適応感の差異を、疾病関連要因（発症時年齢、治療期間、発症後経過年数、再発の有無、身体的機能）を共変量とした共分散分析によって検討した (Figure 4)。その結果、病弱傾向認知が高い「受容・責任回避タイプ」が他の3タイプよりも学校不適応感が有意に高かった ( $F(3, 37) = 4.24, p < .05$ )。

【考察】

本研究の目的は、小児がんの治療が終了し長期間寛解状態を維持している小児がん患児の

母親の病弱傾向認知が養育態度とどのように関連しているかを検討するとともに、母親の病弱傾向認知および養育態度と患児の学校不適応の間にどのような関連があるのかを検討することであった。

まず、母親の病弱傾向認知と疾病関連要因との関連について検討を行なった結果、発症後の経過年数が短く、再発経験や身体症状がある場合に、母親の病弱傾向認知は高くなることがわかった。これまで、いくつかの縦断研究より、患児の母親の心理的問題は、診断後、時間経過に伴って減少していくことが報告されており (Kupst, Natta, Richardson, Schulman, Lavigne, & Das, 1995; Sawyer, Antoniou, Rice, & Baghurst, 2000)、母親の病弱傾向認知も、時間経過による患児の身体的機能の回復に伴い、緩和していくと考えられる。しかし、再発経験や軽度の身体症状を有している場合、母親の病弱傾向認知は強く維持されるといえる。

母親自身の心理的適応について、各指標の標準得点との比較を行ったところ、患児の母親の抑うつと不安は有意に高いことがわかった。こ

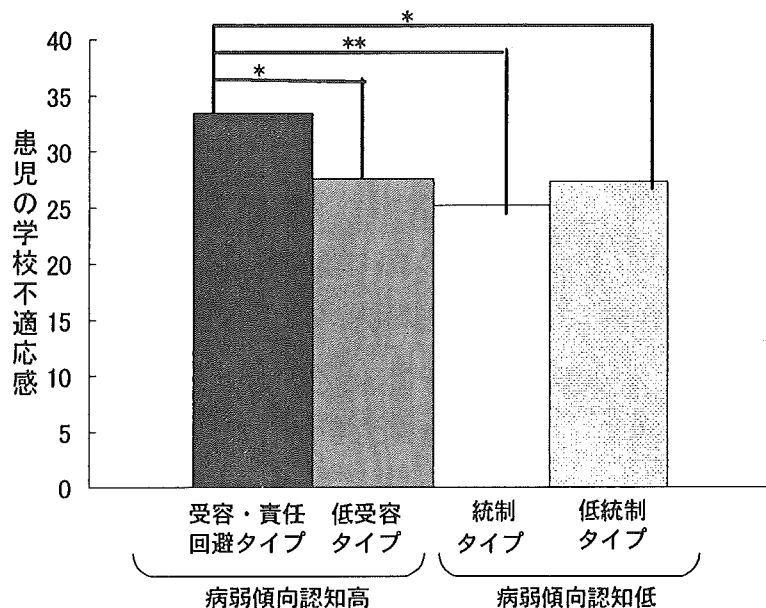


Figure 4 母親の病弱傾向認知と養育態度のパターンによる患児の学校不適応感の違い



これらの得点は、臨床的に問題がある範囲でないものの、Grootenhuis & Last (1997) や Van Dongen-Melman et al. (1995) と同様、患児の母親が長期にわたり抑うつや不安を抱えていることを示している。一方、事故や親密な人の死といった外傷体験をした女性に比べて、患児の母親の PTSD 症状は軽度のものであることが示された。また、母親の心理的適応と疾病関連要因について検討したところ、発症後の経過年数が短いと不安が高く、PTSD 症状が多く生じていることがわかった。一方、抑うつについては、現在、患児に軽度の身体症状がある場合に高まっていた。これらのことから、状態不安や PTSD 症状は、ある程度、時間経過にともなって低減していくと考えられる一方、抑うつは時間経過において緩和するわけではなく、現在の患児の身体状態と関連すると考えられる。次に、母親の病弱傾向認知と母親自身の心理的適応の関連を検討したところ、病弱傾向認知得点が高い母親は、そうでない母親よりも抑うつが高かった。また、それらの母親の抑うつ程度は、軽度の抑うつ状態 (福田・小林, 1983b) にあてはまっていた。

このように、母親の心理的適応と疾病関連要因や病弱傾向認知の関連を検討した結果、母親の心理的不適応症状によって、その背景要因が異なる可能性が示唆された。その中でも病弱傾向認知は、疾病関連要因という個人差を統制した上でも、母親の抑うつと有意な関連性を有しており、且つ、その抑うつ程度は臨床的に問題とされるレベルであった。Forsyth et al. (1996) によると、病弱傾向認知は不安に関連した認知とされているが、本研究では病弱傾向認知の高さと不安の関連はみとめられなかつ

た。「不安」は対象を未だ失っておらず、失う可能性を想定したときに起こり、一方、「抑うつ」は対象を失ってしまった結果生じる。そして、不安はどちらかといえば一過性の感情であり、抑うつはより持続的な気分であるといわれている (貝谷・山中・梅景, 2003)。さらに、心配をし続けることが抑うつを引き起こすことが指摘されている。これらのことから、小児がん患児の母親の不安は、診断直後や退院直後、再発といったイベントに対して生じ、時間経過に伴い軽減していくのに対して、抑うつは、患児の予後や将来の健康状態に関する心配を日常的にし続けること、つまり病弱傾向認知を強く持ち続けることによって生じていると考えられる。

次に、母親の病弱傾向認知と養育態度の関連を検討したところ、病弱傾向認知の得点が高い場合は、「受容的子ども中心的な関わり」が多かった。さらに、病弱傾向認知の得点が高い場合の母親の養育パターンには、「受容・責任回避タイプ」と「低受容タイプ」の2つのタイプが存在しており、このうち、「受容・責任回避タイプ」の養育を行う場合に、患児の学校不適応感は高くなることがわかった。

Green (1986) は、病弱傾向認知の高さが保護的で制限が少なく、甘やかす養育態度を生じさせると述べている。本研究の結果からは、病弱傾向認知が高い母親は、子ども中心の生活となり、子どもに対して一貫した関わりが困難になる傾向が示されており、Green (1986) の結果を支持するものといえる。また、尾形ら (2006) では、退院後の小児がん患児の母親は、治療終了後も一般の母親に比べて高い病弱傾向認知を有しており、子どもに対して統制的関

わりが多いことがわかっている。また、Hillman (1997)をはじめとした小児がん患児の母親を対象とした研究では保護的で、甘やかすといった養育態度が指摘されている。本研究の結果からは、小児がん患児の母親の病弱傾向認知と養育態度の特徴的なパターンとして4タイプが抽出され、長期寛解状態にある患児の母親の養育態度は、病弱傾向認知の強さによって傾向が異なるといえる。小児がんは治療が終了しても、再発や治療による身体的問題を心配しながら生活することが余儀なくされる疾患であるため、母親が患児の健康を心配するのは当然である。しかしながら、治療が終了し、患児の身体的機能や社会的生活が回復してきていても、長期にわたって、母親が過剰に患児を病弱だと考えている場合には、母親の生活や患児への関わり方は患児中心となり、年齢相応の必要な制限を加えることが難しく、患児の言いなりになってしまうと考えられる。そして、このような母親の過剰な認知やそれに伴う養育態度は退院後の患児の学校不適応と関連するといえる。母親の病弱傾向認知に関連する要因については、本研究で検討した発症時年齢や再発の有無といった疾病関連要因に加え、出生順位や母親の抑うつ、ソーシャルサポートといった要因が関連することが指摘されている (Berger, Horwitz, Forsyth, Leventhal, & Leaf, 1993; Green, 1986; Thomsgard, Shonkoff, Metz, & Edelbrock, 1995)。今後、母親の病弱傾向認知を強める、あるいは弱める要因を明らかにしていくことで、治療終了後の小児がん患児にネガティブな影響を及ぼすと考えられる母親の過剰な心配を緩和していくことが可能となるといえる。

また、McCarthy et al. (1998)によると、小児がん患児の母親の中には、患児の学校欠席について真剣に考えることを回避する傾向にある母親や、欠席に対して厳しく言うことができない母親がいることが指摘されている。そして、このような母親の背景には、母親自身の心理的問題や子どもの病気に関するさまざまな葛藤があるとしている。本研究では、長期寛解状態にある小児がんの母親の養育態度の背景要因として、病弱傾向認知について取り上げたが、その他にも、母親自身の心理的適応状態や子どもが病気になってしまったことが自分の責任であるとする罪の意識などの要因が関連する可能性がある。今後、より詳細に母親の養育態度の背景にある認知的要因を明らかにすることによって、治療終了後の小児がん患児の母親の心理的苦痛や養育態度を改善するための認知行動的なプログラムの開発が可能となるといえる。

以上のように、本研究の結果から、治療終了後の小児がん患児の学校不適応と、病弱傾向認知や養育態度という母親の要因が関連していることが明らかとなった。したがって、今後、長期間寛解を維持している小児がん患児の心理的適応を考える際に、母親の患児に対する考え方や養育態度といった要因に着目し、検討していく必要があるといえる。また、小児がん患児に対する心理的支援においても、患児への支援はもちろんのこと母親の抱えている心配や不安を軽減し、より適切な養育態度を促すような支援が求められるといえよう。具体的には、治療終了後の小児がん患児の母親の子どもの健康に関する不安の内容を把握し、現実と異なる過剰な心配を緩和するという、認知的介入が

必要と考えられる。また、母親が子どもとの日常的な関わり方を振り返ったり、より適切な養育行動を促進するための育児相談が、長期寛解状態にある小児がん患児の母親に対しても有用だと考えられる。

#### 【引用文献】

- Berger, J. A., Horwitz, S. M., Forsyth, B. W. C., Leventhal, J. M., & Leaf, P. J. (1993). Psychological sequel of medical complications during pregnancy. *Pediatrics*, 91, 566-571.
- Eiser, C., & Vance, Y. H. (2004). Implications of cancer for school attendance and behavior. *Medical Pediatric Oncology*, 38, 317-319.
- Forsyth, B. M., Horwitz, S. M., Leventhal, J. M., Burger, J., & Leaf, P. J. (1996). The child vulnerability scale: An instrument to measure parental perceptions of child vulnerability. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 89-101.
- Green, M. (1986). Vulnerable child syndrome and its variants. *Pediatrics in Review*, 8, 75-80.
- Hillman, K. A. (1997). Comparing child-rearing practice in parents of children with cancer and parents of healthy children. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 14, 53-67.
- 稲田浩子 (2000). 小児がんの子どものトータル・ケア 谷川弘治・稲田浩子・駒松仁子・壬生博幸・斉藤淑子 (著) 小児がんの子どものトータル・ケアと学校教育, ナカニシヤ出版, pp.7-34.
- Katz, E. R., Kellerman, J., Rigler, D., Williams, K. O., & Siegel, S. E. (1977). School intervention with pediatric cancer patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 72-76.
- Kupst, M. J. (1994). Coping with pediatric cancer: Theoretical and research perspective. In D. J. Bearison. & R. K. Mulhern (Eds.), *Pediatric Psychooncology : Psychological perspectives on children with cancer*. New York: Oxford University Press, pp.35-60.
- Kupst, M. J., Natta, M. B., Richardson, C. C., Schulman, J. L., Lavigne, J. V., & Das, L. (1995). Family coping with pediatric leukemia. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 601-618.
- McCarthy, A. M., Williams, J., & Plumer, C. (1998). Evaluation of school re-entry nursing intervention for children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 15, 143-152.
- Miller, D. L., Manne, S., & Palevsky, S. (1998). Brief report: Acceptance of behavioural interventions for children with cancer: Perceptions of parents, nurses, and community controls. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 267-271.
- 尾形明子・鈴木伸一・大園秀一・佐伯俊成(2006). 子どもの病弱傾向に関する母親の認知—日本版病弱傾向認知尺度(CVS-J)の作成と信頼性・妥当性の検討— カウンセリング研究,

- 39, 212-217
- 尾形明子・鈴木伸一・大園秀一・佐伯俊成・萬谷智之・小林正夫・山脇成人 (2006). 小児がん患児の学校不適應と母親の子どもの健康に関する認知 小児がん 43, 180-185.
- 太田 茂 (2004). 小児がんとは 小児看護, 9, 192-198.
- Ross, J. W., & Scarvalone, S. A. (1982). Facilitating the pediatric cancer patient's return to school. *Social Work*, 27, 256-261.
- Sawyer, M., Antoniou, G., Rice, M., & Baghurst, P. (2000). Childhood cancer: A 4-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 22, 214-220
- 鈴木眞雄・松田 惺・永田忠夫・植村勝彦 (1985). 子どものパーソナリティ発達に影響を及ぼす養育態度・家族環境・社会的ストレスに関する測定尺度構成 愛知教育大学研究報告 (教育科学編), 34, 139-152.
- 谷口弘一・田中宏二 (2004). 親の養育態度が児童・生徒の社会的スキル, 学校不適應感, および絶望感に及ぼす効果 岡山大学教育学部研究収録, 127, 21-27.
- Thomasgard, M., Shonkoff, J. P., Metz, W. P., & Edelbrock, C. (1995). Parent-child relationship disorders. Part II: The vulnerable child syndrome and its relation to parental overprotection. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 16, 251-256.
- 戸ヶ崎泰子・秋山香澄・嶋田洋徳・坂野雄二 (1997). 小学生用学校不適應感尺度開発の試み ヒューマンサイエンスリサーチ, 6, 207-220.
- 恒松由記子・佐々木祥子 (2003). 小児がん 小児看護, 8, 59-69.
- Van Dongen-Melman, J. E. W. M., Pruyn, J. F. A., De Groot, A., Koot, H. M., Hahlen, K., & Verhulst, F. C. (1995). Late consequences for parents of children who survived cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 567-586.
- 山本正生 (1993). 小児がん患者の晩期障害 日常診療と血液, 3, 12