

2 0 1 3 年 度 青 森 県 立 保 健 大 学 大 学 院 博 士 論 文

A 県 にお け る 慢 性 疾 患 患 児 を 育 て る 母 親 の ス ト レ ス 適 応 に 関 す る 研 究

分 野 名	看 護 学 分 野
学 籍 番 号	0994001
氏 名	扇 野 綾 子
指 導 教 員 名	中 村 由 美 子
提 出 日	2014 年 2 月 24 日

## 2013年度青森県立保健大学大学院博士論文要旨

### A 県における慢性疾患患児を育てる母親のストレス適応に関する研究

分野名	看護学分野
学籍番号	0994001
氏 名	扇野 綾子
指導教員名	中村 由美子

#### I はじめに

医療の進歩により従来難治性とされてきた小児領域の疾患の治癒率は向上し、多くの子どもたちが疾患を管理しながら生活を送ることが可能になったが、先行研究によると疾患のある子どもの母親は健康児の母親と比べてストレスが高い（丸他、1997）ことなどが明らかになっている。本研究では母親の心理的な強みに焦点を当てたレジリエンスの概念とストレスコーピングとの構造的関連を明らかにすることを目的とする。

#### II 研究方法と対象

研究デザインは仮説検証型研究で、自記式質問紙を用いた量的研究である。ラザルスのストレスコーピング理論を参考に概念枠組みを作成し、それに基づき調査票を作成した。対象は小児科外来に継続的に通院している子どもの母親 168 名と、対照群として同地域の保育所または小中学校に通う子どもの母親 401 名である。倫理的配慮として調査票は無記名とし、回答は任意である旨を文書及び口頭で説明した。データ収集期間は 2013 年 5 月～9 月であった。調査内容は①基本属性、②精神的健康度（GHQ28 日本語版）、③コーピング（TAC-24;神村,1995）、④レジリエンス（森,2002）とした。分析は記述統計の他、群間比較のためパラメトリック検定を行った（ $p<0.05$ ）。その後共分散構造分析により母親の心理的ストレス適応モデルを作成し、多母集団で検定を行った。

#### III 結 果

対象者全体の平均年齢は  $39.0\pm 6.8$  歳であり、子どもの平均年齢は  $8.8\pm 4.9$  歳であった。「病児の母親群」247 名と「健康児の母親群」332 名に分けて比較したところ、病児の母親群では GHQ28 の下位尺度「身体的症状」「不安と不眠」「うつ傾向」が高く、さらにレジリエンスの「I AM」「I WILL/DO」因子が低く、「肯定的解釈」コーピングが有意に低かった。共分散構造モデルではストレス適応の構成因子は両集団ともに「自信」の影響が強く、特に病児の母親群では「柔軟な力」を構成する「楽観視」と「こころのゆとり」のパス係数が高かった。

#### IV 考 察

病児の母親群は精神的健康状態が悪く、「自信」や「楽観視」「こころのゆとり」が低い状態であると同時に、それらは心理的適応において重要であるといえた。子どもの慢性疾患は努力だけでは解決できがたい問題であり、心理的適応には認知の変容が必要である。

表紙

要旨

目次

目次

表目次

図目次

本文

第 1 章 序論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

I. 研究テーマ

II. 研究の意義・目的

第 2 章 文献検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

I. 国内の小児慢性疾患に関する研究の概要

II. 国外の小児慢性疾患患児の家族におけるストレス、コーピングとレジリエンスについて

III. 国内の小児慢性疾患患児の家族におけるストレス、コーピングとレジリエンスについて

第 3 章 研究の方法と対象・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

I. 研究デザイン

II. 研究の前提

III. 研究課題

IV. 用語の定義

V. データ収集方法

VI. データ分析方法

VII. 倫理的配慮

第 4 章 結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

I. 対象者の属性

II. 子どもの疾患の有無による比較

III. 各尺度について

IV. 共分散構造分析を用いたモデルの作成

第 5 章 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30

I. 対象者の属性

II. 尺度で測定した各変数の結果から考えられること

III. モデルの解釈

IV. 看護への示唆

V. 研究の限界

第 6 章 結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41

謝辞

引用文献

参考文献

資料

## 表目次

表 1	病児の属性(1)	15
表 2	病児の属性(2)	16
表 3	子どもの疾患の有無による属性の比較	16
表 4	異常と判別された人の割合	18
表 5	子どもの疾患の有無と GHQ28 得点	18
表 6	家族内の育児サポートの有無による GHQ28 得点	18
表 7	心理的な支えとなる友人・知人の有無による GHQ28 得点	18
表 8	家族外の育児サポートによる GHQ28 得点	19
表 9	主な疾患別 GHQ28 得点	19
表 10	年齢別 GHQ28 得点	19
表 11	子どもの疾患の有無とコーピング得点	20
表 12	家族内の育児サポートの有無によるコーピング得点	20
表 13	家族外の育児サポートによるコーピング得点	20
表 14	心理的な支えとなる友人・知人の有無によるコーピング得点	20
表 15	配偶者の有無によるコーピング得点	20
表 16	世帯年収によるコーピング得点	21
表 17	子どもの疾患の有無とレジリエンス	21
表 18	家族内の育児サポートの有無によるレジリエンス得点	21
表 19	家族外の育児サポートの有無によるレジリエンス得点	22
表 20	心理的な支えとなる友人・知人の有無によるレジリエンス得点	22
表 21	世帯年収によるレジリエンス得点	22
表 22	主な疾患別レジリエンス得点	22
表 23	年齢別レジリエンス得点	22
表 24	健康児の母親における各下位尺度間の相関(ピアソンの相関係数)	23
表 25	病児の母親における各下位尺度間の相関(ピアソンの相関係数)	23
表 26	GHQ28 の因子分析結果	24
表 27	コーピングの因子分析結果	25
表 28	レジリエンスの因子分析結果	26
表 29	多母集団の適合度指標	30

## 図目次

図 1	概念枠組み	8
図 2	仮説モデル	9
図 3	子どもの年齢分布	15
図 4	子どもの年齢別疾患の分布	15
図 5	育児中の母親の心理的適応モデル(全体)	28
図 6	育児中の母親の心理的適応モデル(健康児の母親)	29
図 7	育児中の母親の心理的適応モデル(病児の母親)	29

## 第1章 序論

### I. 研究の背景

医学における治療技術は著しく向上しており、小児期における各種疾患の死亡率は大きく改善している。その反面、治療が長期化することで子どもと家族には新たな負担が生じているといわれており（厚生労働省，2002）、子どもと家族の Quality of life が注目されている。慢性疾患をもつ人の家族が直面する問題に過重負担があることは 20 世紀後半から述べられており (Strauss. et. al, 1984/1987)、わが国においても悪性および難治性疾患を持つ子どもの母親の心身の負担は時期を問わず強い（森，2001）ことが明らかになっている。

そこで、研究者は先行研究として Lazarus(1984/1991)のストレス・コーピング理論に基づき概念枠組みを作成し、小児科外来に通院する子どもの両親を対象に慢性疾患患児を育てる家族のストレス適応に関する研究を行い、ソーシャルサポート等との関連を探索的に検討してきた。その結果、母親においてストレスからの回避・逃避型の対処行動である「消極的コーピング」をとる群のストレス反応が低い、という興味深い結果が得られた（扇野，2010）。そのことから慢性疾患患児の育児には不確かさがあり、即時的に解決困難なストレスをはらんでいる。そのような状況では「こんなこともあると思ってあきらめる」ことや「時が過ぎるのを待つ」といった一見消極的と思われる対処行動がストレス反応に対して有効である可能性が考えられた。

さらに、近年心理学の領域においては脆弱性から強みへのパラダイムシフトがおこっているといわれている。特にダメージからの回復力、弾力性を意味する「レジリエンス」の概念が注目されており、これも慢性疾患患児と家族が様々なストレスに適応していくことに関連しているのではないかと考えられた。レジリエンスは、1980 年代、ストレス・コーピングモデルから派生した概念であり、当初災難や不幸な出来事から回復する生来の能力であるとされたが、近年は他の要因と相互に関係し発達していくものであるという見方がされている。Grotberg(2003)は 14 カ国で調査を行い、レジリエンスの構成要因について自分が持っているサポート資源である「I HAVE」、自分自身に対する自信、肯定感である「I AM」、課題解決能力やスキルである「I CAN」の 3 つのカテゴリーに分けて論じている。このレジリエンスに関しては、国内外において疾患をもつ子どもについての研究が行われている。

そこで本研究は、慢性疾患患児の家族の適応に関する要因としてストレス・コーピングおよびレジリエンスについて、健康児の家族と比較することでその実態を記述する。さらに、慢性疾患患児の家族の心理的適応に関する概念モデルを構築し、ストレス・コーピングとレジリエンスの構造的関係を明らかにすることを目的とする。

長期的に療養が必要な子どもの家族のストレス・コーピングとレジリエンスの関係が明らかになることで、看護職は患児と家族がおかれている心理的状况について、より一層理解を深めることができることが予測される。そのことによって、家族が困難に出会っても、前向きに乗り越えられるような支援への示唆が得られ

ると考えられる。

## 第2章 文献検討

### I. 我が国及びA県の小児慢性疾患患児の実態について

我が国では1974年から小児慢性特定疾患治療研究事業が始まり、患児の医療費の自己負担分の補助が行われている。同事業は2005年に児童福祉法に盛り込まれる形で法制化され、対象年齢も20歳までに引き上げられている。平成20年度の登録者数は約10万人である(小児慢性特定疾患治療研究事業ホームページ, 2014)。

A県の平成14年度の同事業登録者数は1330人であり、15歳未満の子ども1000人に対し7.69人となっている。これは児童130人に一人の割合である。それに対して、全国の平均値は5.93人であり、児童170人に一人の割合であるため、A県の登録者数は、やや高い割合といえる。疾患群で全国平均より高いのは悪性新生物、膠原病、糖尿病、血液疾患などであった(小児慢性特定疾患治療研究事業ホームページ, 2014)。

### II. 国内の小児慢性疾患に関する研究の概要

医療・看護における我が国の小児期の慢性疾患に関する研究の動向を知るために文献検討を行った。

対象年代は、小児慢性特定疾患事業が開始となった1970年代からとした。方法として、1974年から1982年までは、大学図書館の蔵書から医学・看護の学会誌を閲覧することで把握した。1982年から2011年までの文献については医中誌webを用い、慢性疾患／小児の用語で検索した。

1970年から1982年以前の文献については、看護系雑誌・小児医学系雑誌を得ることはできなかった。蔵書の確認できた日本衛生学会誌のバックナンバーを概観すると、1970年代は環境問題に関する研究が多く、生体のストレスマーカーとして生理学的指標を測定したものが散見された。歴史的流れを鑑みると、1970年代は戦後の予防接種法等感染症対策が功を奏し、乳児死亡率が10.0まで改善した一方で、第二次ベビーブームの後、合計特殊出生率が2.0以下にまで激減するなど、子どもと家族を取り巻く環境が激変した時代である。さらに規模の大きな図書館で蔵書を探索することで、小児慢性特定疾患治療研究事業が行われるに至った経緯が明らかになると考えられる。

1982年以降の文献について年代別に分類し、テーマからその変遷を概観した。さらに看護研究で絞り込み、研究対象および研究方法、研究テーマについて分類した。

その結果1983年以降の文献について、「慢性疾患」で抽出されたものは7724件であり、「小児」で絞り込んだところ1582件であった。そのうち原著論文としての登録は739件であった。抽出された739件を年代ごとに分類した。1980年代は疾病の管理や生活管理、日常生活と看護というテーマが主だったのに対し、1990年代に入ると病・診連携や在宅ケア、家族のケアといったテーマが出てきており、子どもの年齢は学童・思春期を対象にしたものも見られるようになってきた。2000年以降注目されるキーワードとしては、キャリアオーバーや成育医療、学校支援、

復学、地域との連携、家族支援などであった。

原著論文 739 件を看護研究で絞り込んだところ 220 件が抽出された。そのうち、2000 年以降の 90 件について検討した。

論文数の年次推移について、発行論文数は 2003 年にピークがあり、その後もコンスタントに続いている。研究の対象者については、小児の家族を対象にしたものが全体の 42% を占めている。研究方法は、量的研究、質的研究がそれぞれ 39%、37% と同程度となっている。テーマは、小児や家族の心理・行動に関するものが 28 件と最も多く、次いで実態調査が 23 件であった。

家族を調査対象とした 38 件について、そのテーマを分類し概観した。思いや困難といった心理に関わるものが 15 件で 39.5% と最も多く、次いで生活の実態や体験、認識に関するものが 11 件で 28.9% を占めた。

まとめると、小児慢性疾患に関する研究について、1980 年代は疾病管理・生活管理に関するものが多かったが、次第に在宅や外来での治療・ケア・機関連携に関する研究が増加し、対象となる子どもも思春期・青年期へと拡大していた。治療の長期化の現状を反映していると考えられる。

また、看護研究に関しては患児の家族を対象としたものが最も多かった。これは福地ら（福地，中林，岩崎，他 2004）が 1982～2002 年までの小児看護の研究動向を学会誌から検討した結果と類似しており、以前から引き続き家族への看護の関心は高いことを示していると考えられた。しかしながら、家族に関する研究の内容をみると、ストレス、コーピング、適応といったテーマは今回の検索では多くは抽出されなかった。また別に検討する必要があると考える。

### Ⅲ．国外の小児慢性疾患患児の家族におけるストレス、コーピングとレジリエンスについて

米国国立医学図書館内 NCBI が提供する PubMed を用い、children, chronic, family, coping, resilience の用語で検索した。28 件の論文が抽出された（2013.7）。

家族の心理に関連する要因の研究として、Nabors ら（2013）は、慢性疾患患児の介護者の不安について、家族機能、家族からのサポートが重要であると述べている。Chen ら（2010）はデュシェンヌ型筋ジストロフィー児の家族について、家族の雇用と教育、疾患の認知、家族の絆とサポートが家族の健康と関連があり、診断時の年齢は家族の絆と関連があったと明らかにしている。子ども自身のレジリエンスについては、貧困や DV という環境下でのレジリエンスに言及したのが見られた。病気に関しては、心疾患をもつ思春期児童で、タスク思考のコーピングをとる場合にレジリエンスが高いという調査があった（Lee. et. al, 2013）。

### Ⅳ．国内の小児慢性疾患患児の家族におけるストレス、コーピングとレジリエンスについて

#### 1．慢性疾患患児の現状

第二次世界大戦後、多くの先進国で抗生剤の普及をはじめとする医学の進歩により、疾病構造が様変わりした。つまり急性疾患の治療は改善され救命率は向上

したもの、人々は慢性病に苦しむようになった (Strauss, et al, 1984/1987)。成人期以降の慢性疾患は、生活習慣に起因するものが多いのに対して、小児期では先天的な要因によるものが多い。

わが国においては、治療が長期に及ぶ小児期の疾患に対して「小児慢性特定疾患治療研究事業」として、医療費の一部補助が行われており、2005年には児童福祉法にとりこまれ、法制化された。対象となる疾患は、登録人数の多い順に内分泌疾患、慢性心疾患、悪性新生物、慢性腎疾患などで、11疾患群に分類されている。

## 2. 患児の家族のストレスに関する文献検討

小児慢性疾患患児の家族の心理的ストレスに関する文献の検討を行った。医学中央雑誌 web を用いて小児／慢性疾患／家族／ストレスの用語で検索した。得られた文献を読み、さらに引用文献も参照し、これまでの研究の概要をまとめた。

原著論文で抽出されたものは9件であり、さらにこれらの引用文献も含めて17件の論文を集めた。それらの内容に関して、カテゴリーに分類した。カテゴリーは【個人のコーピング行動と関連要因】【育児ストレス】【ストレスとサポート】【家族全体のストレスや対処】【質的記述】【尺度開発】の6つに分類された。

さらに用手的に学会誌等から文献を探索した。慢性疾患児をもつ家族のストレス反応の結果としての適応について量的に研究したものでは、バーンアウトスケールを用いたもの (村田ら 1999a, 小野ら 2001)、育児ストレス (吉田, 2004)、親の心理的 QOL 尺度・育児負担感を用いたもの (押木ら, 2004)、GHQ 尺度によるもの (岩崎ら, 2005) などがある。多くの研究ではこれらストレスの緩和のためには、周囲からの支援 (ソーシャルサポート) との関連があることが述べられており、夫や親、友人の支援を受けているが、母親と父親ではサポートの量や種類 (誰からのサポートか) が違うこと (梅田ら, 2005a)、ストレスレベルによってサポートの種類 (実態的か情緒的か) が異なること (吉田, 2004) などの結果が得られている。また、健康な子どもを育てる家族に関しては、夫からのサポートが高い母親は育児への肯定的感情が高い (荒牧, 2005) ことが明らかになっている。慢性的疾患をもった子どもの家族が周囲から受けているサポートについての研究は実態把握が中心であり、ストレス適応の面からみた効果についての研究は少ないようである。

また、子どもを持つ家族のストレスとコーピングについての文献を検討した。子どもが健康であっても「育児ストレス」「育児不安」という言葉が表すように、少子化、核家族化が進んでいる現代の日本では、育児は母親の役割であるというジェンダーに関する文化的背景も相まって、育児が母親ひとりの負担となり、不安感や孤立感をもたらすと言われている。大日向 (1997) の調査によると、日本では健康な乳幼児を持つ母親の9割が育児を辛いと訴えているという結果が報告されている。米国の心理学者 Abidin によって作成された育児ストレスの指標 P S I (Parenting Stress Index) の日本版 (奈良間ら, 1999) は、「子どもの特徴に関わるストレス」と「親自身に関わるストレス」で構成されているなど、育児不安の要因には親自身のものと、子どもに由来するものがあることが明らかとなっ



ている。

三国ら（2003）は、1歳6か月児を持つ両親の育児ストレスとコーピングについて研究し、何らかの疾患を治療中の子どもを持つ母親は、そうでない母親に比べて育児ストレスが高かったことを明らかにしている。また、父母に共通して、育児ストレスの高い群では「気をまぎらすために、仕事をしたり何かほかのことをするようにした」「自分の感情を外に出さないように努めた」等の情動中心コーピングを用いていたと述べている。藤原（2004）は、入院中の小児がんの子どもをもつ母親のコーピングと心理的ストレスについて研究し、ストレスの情動的反応と対処行動の「楽観思考」が正の相関を示し、「自責」のコーピングが負の相関を示したと報告している。また、梅田ら（2005b）も小児がんで入院中の両親を対象に心理状態とコーピングを調査した。その結果、心身の健康状態は父母ともに悪い状態であること、ストレス耐性には「問題焦点コーピング」が関連していること、心身の健康には、父親では医療者に相談するコーピングをとること、母親では自分で自分を励ましたり、病気は自分の子どもだけではないといった情動安定コーピングをとる傾向があることを明らかにした。

丸ら（1997）は、慢性疾患患児をもつ母親の育児ストレスは、健康児の母親よりも高く、「こどもが期待通りにいかない」「子どもに問題を感じる」などの下位尺度が特に高かった。さらにストレスに関係するものは、病児の父親からのサポートであるという結果を明らかにしている。村田ら（1999）は慢性的な健康障害をもつ子どもの家族の対処行動を分析するなかで、罹病期間が長いほど対処行動が枯渇する傾向があると述べている。また、小野ら（1999）は同様に慢性的健康障害をもつ子どものケア提供者の燃えつきに関して、入院児の母親よりは低いが、子どもの病気経過、通院頻度、健康生活上の困難、家族の病の捉え方などに関連があったと述べている。これらより、健康障害のある子どもの家族は、健康な子どもを育てている家族よりもストレスのレベルは高いこと、ストレス反応やコーピングは子どもの療養状況（罹病期間や生活上の困難さ）や家族の状況（サポートや病の認知）によって影響があることが明らかになっているといえる。

慢性疾患患児の家族のストレス・コーピングに関する研究は以下のようにまとめられる。

疾患を有している子どもの親のストレスは健常児の親のストレスと比較して高い（丸ら 1997, 三国ら 2003, 立松ら 2007）ことがいえる。また、ストレスにはコーピング（対処行動）が関連している。また、慢性疾患をもつ子どもの親には特徴的なコーピングがある（村田ら 1999a, 村田ら 1999b, 藤原 2004, 梅田ら 2005, 立松 2007, 扇野 2010）という報告が認められた。そして、コーピングに影響を与える状況要因、個人特性がある（村田ら 1999b, 梅田ら 2005, 納富 2010）ことがわかった。

これらの研究の多くは、Lazarus ら（1984/1991）のストレスコーピング理論に適用可能な結果を示していたといえる。村田（2003）は、家族対処に関する研究の中で、家族機能レベルを予測する因子のひとつに「家族の強み」をあげている。これは、Knaf1 や Coleman が言及しているファミリーレジリエンス、あるいはレ

レジリエンスの概念に通じるものがあり、強みに注目した家族看護支援を考える際にとっても重要な概念であると考えられた。

### 3. レジリエンスについて

Coleman&Ganong (2002) はファミリーレジリエンスフレームワークについて、自然災害や暴力、病気や慢性疾患など非常にストレスとなる出来事を経験している家族に対する、強みと前向きな要因を強調する枠組みであると述べている。そしてレジリエンスは特別な機能ではなく、個人や家族の日常的な適応機能であることも述べられている (Masten, 2001)。

医中誌 web にて「レジリエンス」で検索した。抽出された 80 件のうち、原著論文で絞り込むと、27 件であった。その中で看護関連領域のものから選択し、さらに原著論文の中で引用されている文献の中から、必要と判断された文献についても検討した。

河上ら (2005) は、レジリエンス概念が生じた背景となるストレス研究の変遷やレジリエンス研究の変遷をまとめている。小花和によると、レジリエンスの検討は、Freud, A(1944, 1973) が、第二次世界大戦後の孤児の収容所において、多くの子どもの心身の発達に何らかの障害の有無についてその特徴を報告したことから始まっているという。レジリエンスの概念を始めて用いたのは、Rutter, M(1985) である。Rutter(1985)によると人には本来不運な出来事に直面した際に、精神医学的疾患に対する防御機能が備わっており、この防御機能をレジリエンスと呼んだ。その後、心理学領域で主に発展していった。レジリエンスの初期の研究をレビューした Grotberg, E. (2003) は逆境に対処する際に、有用で効果的に認識させるもの、というレジリエンスの性質や要因を整理している。更に、14 か国において調査を行い、Resilience Checklist を作成し、レジリエンスの要因について「I HAVE」「I AM」「I CAN」の 3 つのカテゴリーに分けた。Hiew ら (2000) はこれを発展させ、SRC, TRC 尺度を開発している。森ら (2002) はこの Hiew ら (2000) の尺度をもとに、レジリエンス尺度を作成している。

日本国内のレジリエンス研究であるが、概念自体が新しいため論文は少なく、方法としては面接や参加観察が主である。信頼性・妥当性が確立され一般化されている尺度はまだない (河上, 2005) とも言われている。家族を主体とした研究もなされはじめてはいるが、文献レビューの段階であり、用語も統一されていない。海外での最新のレジリエンス尺度のレビューによると、どの尺度も心理学的妥当性にいくらか欠けるが、心理学的に最も評価されるのは、Connor-Davidson Resilience Scale であるという結論であった (Windle, Bennet, Noyes, 2011)。

我が国の看護領域のレジリエンス研究は、Grotberg の概念枠組みが理解され、用いられているものがみられる。3 つの要素「I have」は外的資源、サポート資源であり、「I am」は内的資源、自己効力感や個人の資質が含まれ、「I can」は対人スキルや問題解決スキルが含まれる。その中で、仁尾 (2008) の研究によると、先天性心疾患をもって成長する中学生・高校生のレジリエンスは、「I am」「I have」において健康な子どもよりも高く、「I can」では低いという結果であり、病気やそれに伴う制限という逆境を体験し打ち勝ったことからレジリエンスが強化され

たと考察している。

#### 4. レジリエンスの概念分析

レジリエンスの概念は新しく一般化されている定義がないため、本研究でのレジリエンスの定義づけの一助とするため、レジリエンスに関する概念分析を行った。

##### 1) 目的

レジリエンスの概念を明らかにすることを目的に、概念分析を行った。

##### 2) 方法

L. O. Walker と K. C. Avant の方法 (Walker, L. O. & Avant, K. C., 2008) を参考にを行った。

手順として、まず概念を選択し分析のねらいあるいは目的を決定した。次に、辞書や利用可能な文献を使って、選択した概念について発見した全ての用法を明らかにし、選択した概念を定義づける属性を同定した。さらに、先行要因と結果を示した。

##### 3) 結果

###### (1) 概念を定義づける属性

レジリエンスの属性として以下のことが抽出された。

###### ①外力による変化から戻ること、そのプロセス、その力（エネルギー）、その性質

辞書から、跳ね返り、飛び交える、弾力、反発力、元の形に戻ること、という記述が繰り返し見られた。家族においては、外力とは逆境と考えられ、レジリエンスは逆境に反するものである。

###### ②positive な認知

特に文献から positive adaptation をもたらすという記述が多く見られた。ギターは「偽りのレジリエンス」の例として、トラウマを体験した後、人との関係に難をきたす頑ななパーソナリティが形成されるように、他の行動を取る自由性がもはや残されていない硬直した「適応」を示している。

###### ③flexible であること

レジリエンスは柔軟であることが含まれている。また、②の引用にも含まれているように、結果にも行動の自由が残されている。

###### (2) 先行要因と結果

先行要因のひとつは逆境である。健康的な生活にとって、不都合となる状況が先行している。

結果は、ポジティブな適応であり、その人が自由に行動できる余地があることである。

##### 4) まとめ

概念分析を通して、レジリエンスにはプロセスであるという広義の使用法と、特性や性質としての狭義の使用法があることが明らかになった。後者は resiliency と呼ばれることもあり、意識して使用することが妥当であると考えられる。

レジリエンスは慢性疾患患児の家族の適応において重要な概念であると考えら

れた。

レジリエンスの定義を「心理的な逆境に対処する際に、柔軟かつ前向きに健康を回復しようとする人の性質」とすることが考えられた。

### 第3章 研究の方法と対象

#### I. 研究デザイン

仮説検証型研究であり、質問紙を用いた量的研究である。

#### II. 研究の前提

##### 1. 概念枠組み

本研究は、個人の心理的要素と、とりまく環境や個人の資源との関係を検討するものである。Lazarus(1984/1991)のストレス・コーピング理論は、認知的評価が個人のストレス反応に影響を与えるというモデルを示しており、本研究の枠組みに適っていると考えられた。そこで、ラザルスのストレス対処モデルをもとに、概念枠組みを作成した(図1)。

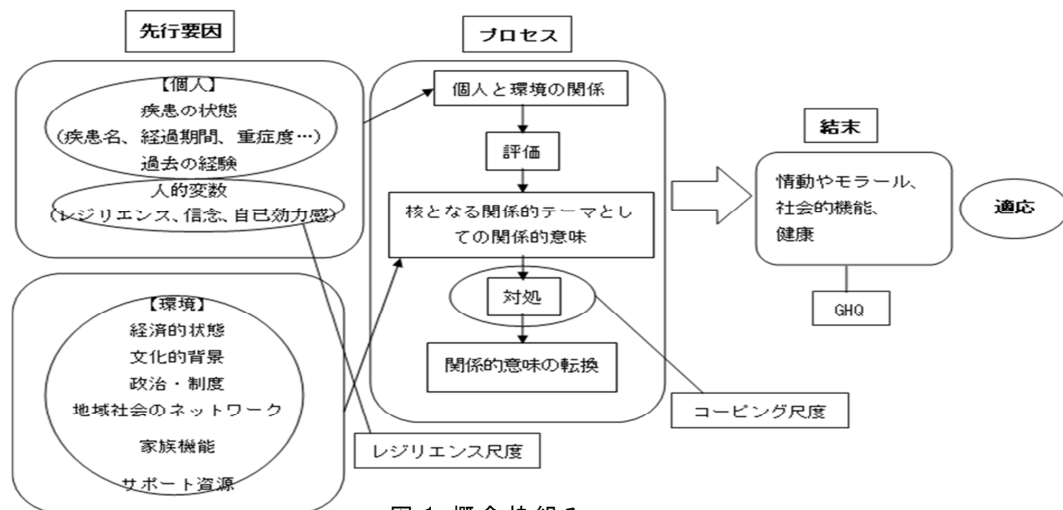


図1 概念枠組み

Lazarus(1984/1991)は、一連の認知的評価と対処のプロセスを経て適応的結果(健康)となるには様々な先行要因が関連すると述べている。

そこで、慢性疾患患児の親の適応力に関連する要因として、個人的・心理的先行要因であるレジリエンスを、社会的先行要因として環境を、心理的プロセスとしてコーピングを仮定する。レジリエンスは困難な状況からの回復力であり個人の心理的特性と考える。レジリエンスや環境要因は、心理的プロセスの一つであるコーピングに影響を与える。コーピングの結果が適切であり、認知的評価が成功すれば心理的健康が得られる。

##### 2. 仮説モデル(図2)

これらの概念をもとに慢性疾患患児を育てる母親の適応力に関するモデルを構築した。図2に示したのは仮説モデルである。

本研究における仮説は、心理的な適応は、精神的健康が得られているかどうかで判断できることである。精神的健康について、本研究では日本版 GHQ28（中川ら）を用いて測定するので、その下位尺度は「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」の4つで構成される。これら精神的健康を得るために必要なのが、心理的プロセスのなかでも対処行動、コーピングである。コーピングはTAC-24を用いて測定する。これらのプロセスに影響を与える先行要因には、個人要因と環境要因があり、個人要因の一つとしてレジリエンスがあると仮定する。つまり本研究の仮説は、レジリエンスが高い母親は多様なコーピングをとることが可能であり、その結果精神的健康が得られることである。

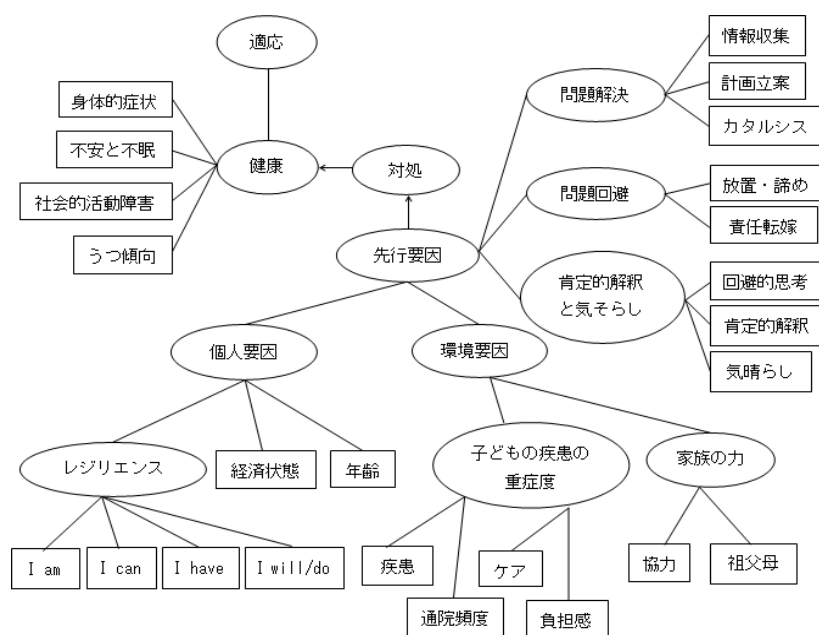


図2 仮説モデル

### Ⅲ．研究目的

1. 慢性疾患患児の母親のストレス・コーピングおよびレジリエンスについて、健康児の家族と比較することでその実態を記述する。
2. 慢性疾患患児の家族の心理的適応に関する概念モデルを構築し、ストレス・コーピングとレジリエンスの構造的関係を明らかにする。

### Ⅳ．用語の定義

#### 1. 慢性疾患

Mayo (1956) の定義を用い、永続的に障害が残余し、不可逆的な病理的変質に起因するもので、リハビリテーションのためには患者の特別な訓練が必要であり、長期間の管理や観察およびケアが必要であることが予測されるという特徴を、1つ以上有するような全ての損傷もしくは正常からの逸脱とする。本研究では継続的に治療または経過観察を必要とする状態と定義した。

#### 2. コーピング

個人の資源に負荷を与えたり、その資源を超えると評定された外的ないし内的

要請を処理するために行う認知的行動的努力 (Lazarus, 1984/1991) と定義した。

### 3. レジリエンス

研究者が概念分析を行った結果から導かれた「心理的な逆境に対処する際に、柔軟で前向きに健康を回復しようとする人の性質」と定義した。

## V. データ収集方法

対象者に、無記名自記式調査票の記入を依頼し回収してデータを収集した。

### 1. 対象者

- 1) 小児科外来に通っている慢性疾患患児を育てる母親
- 2) 健康な子どもを育てる母親
- 2) は対照群としてデータ収集する。

対象者に関して、どのくらいのサンプルサイズが適当か検討した。

2009 年の A 県の 15 歳未満の人口は約 17 万人であり、前述したように慢性疾患の登録者数は 1330 人であった。今回調査の中心となる H 市内における登録者数は 175 人と予測され、周辺市町村と合わせて 200 人程度を対象に調査が可能と考えられた。また、健康児の母親の場合は保育所及び学校を通して調査を行う予定である。回収は郵送法で行うため、回収率の低下が懸念される。よって配布数を多くしデータの確保をする必要がある。

またサンプル数について、統計学的に検定量と効果量、有意水準からサンプルサイズを導くソフトウェア (G\*Power3) を用いて検討した。効果量 0.05 (中程度)、有意水準 0.05、検定量 0.08 として対応のない t 検定を行う場合、各群 64 のサンプルが必要であると導かれた。この結果は、实际的に看護・医学において統計を行う場合、100 例程度の標本をもって分析することが通例となっていることと合致する。

以上のことより 1) 患児の母親、2) 健康児の母親どちらも回収率を加味したうえで、最終的に各 100 名程度のデータが得られるように、1) の配布数を 300 名、2) の配布数を保育所、小学校、中学校をそれぞれ 300 名ずつと予定した。

### 2. 調査内容

#### 1) 先行要因としての個人特性

(1) 先行要因のうち以下の項目を属性として調査した。

子どもの年齢、性別、通院の有無、疾患名、通院頻度、寝台維持の年齢、家庭でのケアの有無と内容、医療・福祉の経済的支援の有無と内容、通学 (通園) の有無、母親の年齢と職業、心理的な支えとなってくれる友人や知人の有無、家族内で育児をサポートしてくれる人の有無、子どもの育児に対する負担感 (11 段階)、婚姻状況、子どもの人数、祖父母との同居の有無、家族内での育児サポートの有無、およその世帯の年収、他の病児の親との交流の有無 (通院児の親のみ)

#### (2) レジリエンス

本研究では、森ら (2002) が Hiew ら (2000) の尺度を参考に作成した尺度 (29 項目) を用いた。森ら (2002) によるこの尺度は、すでに信頼性と妥当性が確認されていることと、Grotberg (2003) の提唱した「I AM」(8 項目)「I HAVE」(7

項目)「I CAN」(7項目)「I WILL」(7項目)の4つの因子から構成されていることにより、よりの確にレジリエンスを説明できると考えたからである。29項目の質問に対し、1. まったくあてはまらない、2. あまりあてはまらない、3. どちらともいえない、4. ややあてはまる、5. よくあてはまる、の5件法のリカートスケールで回答者の考えを問うものである。得点範囲は29点から145点であり、得点が高いほど回答者のレジリエンスが高いことを示す。

## 2) コーピング

コーピングプロセスにおいて重要な因子と考えられるコーピングについて、調査した。測定用具は、神村ら(1991)の作成した3次元モデルにもとづく対処方略尺度を用いた。この尺度は24項目からなり、3つの軸の組み合わせで構成される8下位尺度から構成されている。3つの軸とは、①「問題焦点-情動焦点」軸、②「接近(関与)-回避」軸、③「認知-行動」軸であり、8下位尺度は①情報収集(関与・問題焦点・行動)、②放棄・諦め(回避・問題焦点・認知)、③肯定的解釈(関与・情動焦点・認知)、④計画立案(関与・問題焦点・認知)、⑤回避的思考(回避・情動焦点・認知)、⑥気晴らし(回避・情動焦点・行動)、⑦カタルシス(関与・情動焦点・行動)、⑧責任転嫁(回避・問題焦点・行動)である。この尺度は神村らにより信頼性、妥当性が検討されている。

これら24項目について、1. 決してない、2. あまりない、3. ときどきする、4. たびたびする、5. いつもする、の5件法のリカートスケールで回答を求めた。得点範囲は24点から120点であり、得点が高いほどそのコーピングをよく行っていることを示す。

## 3) 健康度

精神的身体的健康度を測るために、日本版GHQ28を用いて調査した。これはGoldbergが精神症状の把握のために作成した尺度の日本語版で中川、大坊らが作成したものある。心理学、医学、看護学領域で広く用いられている尺度であり、信頼性・妥当性が検証されているため、20か国語以上に翻訳され、臨床、研究に使用されている。この尺度は「身体的症状」(8項目)「不安と不眠」(8項目)「社会的活動障害」(8項目)「うつ傾向」(8項目)の項目からなり、一例として1. まったくなかった、2. あまりなかった、3. あった、4. たびたびあった、などの4件法により回答を得る。集計方法は2種類あり、まずGHQ配点法は、項目ごとに1. と2. の回答に0点、3. と4. の回答に1点を与え、各下位尺度の区分点(5/6)によって精神的健常者となんらかの問題ありに分類する。もう一つの集計方法は、各回答に0点から3点の配点をして4段階のリッカート尺度として使用する。その場合各下位尺度の合計は0点から24点の範囲となり、得点が高いほど精神的健康度が低いことを示す。

## 3. 調査方法

質問紙による調査である。

慢性疾患患児の母親については、A県内の小児科外来がある病院を通して調査

を依頼し、施設の看護職者に研究の条件にあった対象者の選定を依頼した。外来受診時に子どもに付き添ってきた対象者に対し、研究者より調査の目的や内容、倫理的配慮について説明し、了解が得られた方に回答を依頼した。調査用紙は回収箱を設置して提出を依頼したほか、郵送で回収した。

健康な小児の母親については、対象となる保育所・学校の承認を得た後、職員に保護者への調査票の配布を依頼した。調査票は郵送または留め置きで回収した。

## VI. データ分析方法

本研究では心理的データは概念を表す心理尺度を用い親のストレス・コーピングとレジリエンスを量的に測定し分析する。さらに共分散構造分析を行うことにより、研究者がこれまでの研究や知見、経験に基づいて考案した仮説モデルを検証することによって、新たな知見を得ることを試みる。

### 1. 基本的分析

統計ソフト SPSS Statistics21 を用い、記述統計と各群の比較（t 検定、一元配置分散分析）を行い、割合の差については  $\chi^2$  検定を行った。本研究の測定用具として使用した各尺度は、すべて 4 段階あるいは 5 段階のリカートスケールである。得られたデータについて正規分布が保証されない場合にノンパラメトリック検定を行うこととする研究者もいるが、検出力の低下や第二種の過誤の可能性が増すという欠点があるため、近年はこのようなデータを連続変数とみなしてパラメトリック検定を行うことが一般的となっている。本研究においては、原則としてパラメトリック検定を行い、ノンパラメトリック検定の結果と比較し参考とした。なお、3 群以上の多重比較には Bonferoni の方法を用いた。

具体的に比較する項目は以下のとおりである。

#### 1) 健康児の母親と病児の母親の違い

##### (1) 属性

年齢、子どもの年齢、就業状況、家族形態、世帯年収

##### (2) 育児状況

子どもの数、家族内の育児サポートの有無、家族以外の育児サポートの有無、心理的支えとなる友人知人の有無

##### (3) 精神的健康度

GHQ28（身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向）

##### (4) コーピング

情報収集、放棄・諦め、肯定的解釈、計画立案、回避的思考、気晴らし、カタルシス、責任転嫁

##### (5) レジリエンス

I AM、I CAN、I HAVE、I WILL/DO

##### (6) 子どもの疾患の有無別に属性要因との関連を検討

子どもの疾患の有無で分けたうえで、さらに (1)、(2) の属性要因別に分けて、精神的健康度、コーピング、レジリエンスの結果を比較検討した。

### 2. 共分散構造分析について



心理的ストレス過程は複数の要因が相互に関連している複雑なプロセスであると言われている（Lazarus, 1999/2007）。そこで、複数の変数の関連を考慮した仮説モデルの検証に相応しいとされる構造方程式モデリング手法を中心に用いることを計画する。複数の変数の関連を検討する際に、従来は重回帰分析等が用いられてきた。しかし従来の分析方法は、各変数がそれぞれ独立であるという前提で行われるため、人間の心理面の変数など相互に関係のある要因の分析に限界を生じていた。構造方程式モデリングは相互に関連のある変数に関する仮説モデルを作成し、潜在変数を含めて検証できる手法であり、本研究において研究目的を果たす助けとなると考えられる。統計ソフトは SPSS Amos21 を用いた。

具体的な分析手順は以下の通りとする。

- 1) 各変数の相関関係を、ピアソンの相関係数を用いて検討する。
- 2) 各尺度の因子構造を確認する。
- 3) 仮説モデルに沿って共分散構造モデルを作成する。
- 4) より適したモデルについて検討する。

## VII. 倫理的配慮

以下の点に配慮し研究をすすめた。また、青森県立保健大学研究倫理委員会に申請し、承認を得た（承認番号 1305）。

### 1. 研究対象者の募集・選択における任意性の確保

慢性疾患患児の母親の場合、対象者は調査施設の承認を得た後、看護スタッフに選定を依頼した。配布は看護師からの強制力が働かないように、研究者が配布し、調査の目的・方法についての説明は口頭及び書面にて行った。

健康な子どもの母親の場合、対象となる保育所、学校の承認を得た後、職員から保護者に調査票を配布してもらうよう依頼した。その際、調査への協力が強制されないよう、事前に研究者から十分な説明を行った。

いずれの場合も、研究対象者には調査は無記名で行うこと、参加は自由意思であること、参加しないことで対象者には治療上の不利益はないことを口頭及び文書で説明した。また、調査票は郵送で回収し、返信をもって同意とみなした。

### 2. データ収集方法とそれに対応するインフォームド・コンセントの方法

データは対象者による調査票への記入とその回収によって収集した。調査票への記入方法や、研究におけるプライバシー・匿名性の保持、途中で参加を取りやめることが可能であること、得られた結果は学会等で公表する可能性があることについて、口頭または文書で説明した。

### 3. 個人情報等の保護

データより個人が特定されないように、調査は無記名で行う。調査用紙は鍵のかかる机に入れて厳重に管理し、データの処理・分析後は速やかに裁断機を用い破棄し、またデータは研究の目的以外には使用しない。データは分析後、学内の発表会の他学会等で発表するが、匿名性は保持し、本来の目的以外には使用しない。

4. 介入(実験)において予測される対象者の不利益とそれを回避する方法、対象者が得る利益

調査票の記入には 10～15 分の時間を要し、対象者の負担となる可能性がある。また、対象者にとって質問内容についてわかりにくく回答に困ったり、質問内容が子どもの疾患のことや家族に関することになるため、不快な感情を抱くということが考えられた。よって、調査票の内容・表現ともにできる限りわかりやすく、かつ対象者の気持ちを害さない調査票の作成に努めた。また、対象者がいつでも質問や申し立ての訴えができるよう、研究者及び本学倫理委員会の連絡先を明記した。さらに、協力は自由意思であり、回答を拒否する権利があることを口頭または文書で説明した。

## 第 4 章 結果

### I. 対象者の属性

施設毎の配布数と回収数、回答の不備を除いた有効回答数を示す。

保育所への配布は 287 部であり、回収数は 206 部、有効回答数は 184 部(64.1%)であった。

小学校への配布は 477 部であり、回収数は 118 部、有効回答数は 111 部(23.3%)であった。

中学校への配布は 545 部であり、回収数は 115 部、有効回答数は 106 部(19.4%)であった。

医療機関への配布数は 183 部であり、回収数は 183 部、有効回答数は 168 部(91.8%)であった。

#### 1. 保育所、小学校、中学校に通う子どもの母親(401名)

子どもの平均年齢は 8.42 歳(±4.35)、男児が 199 名、女児が 200 名、記載なしが 2 名であった。

継続的に通院している子どもは 79 名であった。疾患の内訳はアレルギー疾患が 35 名、発達の遅れが 6 名、心疾患が 4 名、悪性新生物、神経疾患が各 2 名などであった。通院間隔は平均 7.34 週に一回(n=77)であった。

母親の平均年齢は 38.8 歳(±6.58)であった。職業は会社員等のフルタイム勤務が最も多く 42.4%、次いでパート・アルバイトが 23.7%、専業主婦が 21.7%であった。現在結婚している母親は 92.8%であった。子どもの人数は平均 1.98 人であった。子どもの祖父母と同居しているのは 34.9%であった。家族内で育児のサポートについて、とても得られると回答したのは 31.8%、まあまあ得られるが 47.1%、あまり得られないが 17.2%、まったく得られないが 3.2%であった。心理的支えとなってくれる友人知人がいると答えたのは 90.5%であった。家族以外で子育てをサポートしてくれる人が有りと答えたのは 65.6%であった。育児の負担感を 11 段階のスケールで評価してもらったところ、平均は 4.09(±2.63)であった。世帯の年収は 200 万円未満が 7.9%、200 万円以上 300 万円未満が 15.4%、300 万円以上 400 万円未満が 15.4%、400 万円以上 500 万円未満が 23.6%、500 万円以上が 37.7%であった。

## 2. 医療機関に通っている子どもの母親（168名）

子どもの平均年齢は 9.65 歳（±5.97）、男児が 84 名、女児が 84 名であった。年齢の分布を図 3 に示す。

疾患の内訳は心疾患が 53 名、悪性新生物が 31 名、腎疾患が 27 名、神経疾患が 24 名、内分泌疾患が 12 名などであった。診断時の年齢は平均 3.67 歳、通院間隔は平均 12.16 週に一回（n=164）であった（図 4、表 1）。

家庭で特別なケアが必要な子どもは 96 名（57.1%）であり、その内容は内服が 88 名、食事や水分の配慮が 20 名、注射が 8 名などであった。医療・福祉の経済支援について小児慢性特定疾患給付が 82 名、障害者手帳交付 27 名、特になしが 58 名であった。現在保育園や小学校に通っている子どもは 77.4%であった（表 2）。

母親の平均年齢は 39.5 歳（±7.27）であった。職業は専業主婦が最も多く 36.9%、次いで会社員等のフルタイム勤務 29.2%、パート・アルバイトが 26.8%であった。現在結婚している母親は 86.9%であった。子どもの人数は平均 2.17 人であった。子どもの祖父母と同居しているのは 46.4%であった。家族内で育児のサポートについて、とても得られると回答したのは 31.5%、まあまあ得られるが 46.4%、あまり得られないが 16.7%、まったく得られないが 4.2%であった。心理的支えとなってくれる友人知人がいると答えたのは 85.7%、同じように病気をもった子どもの家族と交流する機会があるのは 31.0%であった。家族以外で子育てをサポートしてくれる人が有りと答えたのは 47.6%であった。育児の負担感を 11 段階のスケールで評価してもらったところ平均は 3.52（±2.70）であった。世帯の年収は 200 万円未満が 13.7%、200 万円以上 300 万円未満が 19.6%、300 万円以上 400 万

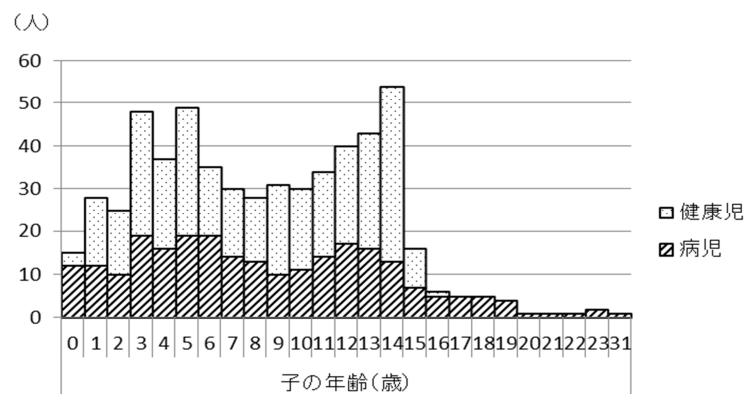


図3 子どもの年齢分布

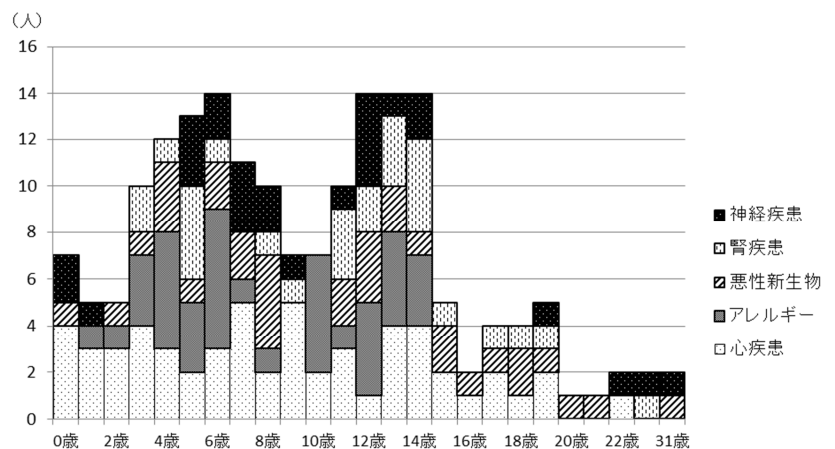


図4 子どもの年齢別疾患の分布

表1 病児の属性(1)				
項目	保育園・学校		病院	
	n=79		n=168	
	人数	(%)	人数	(%)
子どもの疾患の種類				
心疾患	4	(5.1%)	53	(31.5%)
アレルギー疾患	35	(44.3%)	3	(1.8%)
悪性新生物	2	(2.5%)	31	(18.5%)
腎疾患	0	(0.0%)	27	(16.1%)
神経疾患	2	(2.5%)	24	(14.3%)
内分泌	1	(1.3%)	12	(7.1%)
発達の遅れ	6	(7.6%)	10	(6.0%)
平均値 (±標準偏差) 平均値 (±標準偏差)				
n=77			n=164	
診断月齢(か月)				43.99 (±53.48)
通院間隔(週)	7.34 (±10.05)			12.16 (±13.47)

円未満が 26.8%、400 万円以上 500 万円未満が 25.6%、500 万円以上が 13.1%であった。

## Ⅱ．子どもの疾患の有無による比較（表 3）

本研究において、上記に結果を示した通り、比較対照群として疾患をもたない子どもの母親のデータを得るために、保育園・小学校・中学校に通う子どもの母親に対して調査を行った。しかし、対照群の中には継続的に子どもを病院に通院させているケースが 79 名あり、これらの場合は本研究における慢性疾患の定義に該当すると考えられた。そこで、今後の分析においては、保育所、小学校、中学校において子どもの通院ありと回答した母親と、医療機関でデータ収集した母親を合わせて「病児の母親群」、保育園、小学校、中学校において子どもの通院なしと回答した母親を「健康児の母親群」として分析を行った。

まず、子どもの疾患の有無により属性や子育ての状況に違いがあるかを検討した。割合の違いは  $\chi^2$  検定を行い、平均値の差の検定は t 検定を行った。

その結果、子どもの年齢及び母親の年齢において有意差は見られなかった。母親の職業について、病児の母親では専業主婦の割合が 31.6%と有意に高く ( $p=0.012$ ,  $p<0.05$ )、さらに祖父母と同居している拡大家族の割合が 44.1%と有意に高かった ( $p=0.012$ ,  $p<0.05$ )。世帯年収をみると、病児の母親世帯では 200 万円未満が 13.0%、300～400 万円が 23.5%と高く、健康児

の母親世帯では 500 万円以上が 38.2%と有意に多かった ( $p<0.001$ )。

子育て状況に関して、家族内の育児のサポートに関しては両群間で差はなかったが、家族以外で子育てをサポートしてくれる人の有無では、ありと答えた人は病児の母親群では 54.7%と有意に低かった ( $p=0.019$ ,  $p<0.05$ )。心理的な支えとな

表2 病児の属性(2)		n=168
	人数	(%)
家庭でのケアの有無	あり	96 (57.1%)
	なし	72 (42.9%)
ケアの種類		
薬の内服		88 (52.4%)
食事や水分の配慮		20 (11.9%)
注射		8 (4.8%)
経管栄養		2 (1.2%)
リハビリ		6 (3.6%)
その他		15 (8.9%)
医療・福祉の経済的支援		
小児慢性特定疾患		82 (48.8%)
障がい者手帳		27 (16.1%)
その他		18 (10.7%)
特になし		58 (34.5%)
通園・通学の有無	あり	130 (77.4%)
	なし	36 (21.4%)
他の病児との交流の有無	あり	52 (31.0%)
	なし	116 (69.0%)

表3 子どもの疾患の有無による属性の比較						
全例 (n=569名)						
		子どもの疾患あり(n=247)		子どもの疾患なし(n=322)		
項目		人数 (%)	平均値 (±標準偏差)	人数 (%)	平均値 (±標準偏差)	p値
子どもの年齢(歳)			8.90 (±5.54)		8.70 (±4.38)	n.s.
母親の年齢(歳)			38.95 (±6.94)		39.03 (±6.68)	n.s.
子ども数(人)			2.10 (±0.80)		1.99 (±0.73)	n.s.
回収施設	学校・保育園	79 (32.0%)				
	病院	168 (68.0%)				
職業	専業主婦	78 (31.6%)		71 (22.0%)		0.012
	フルタイム勤務	85 (34.4%)		134 (41.6%)		
	パート・アルバイト	67 (27.1%)		73 (22.7%)		
	自営業	6 (2.4%)		19 (5.9%)		
	農林水産業	2 (0.8%)		3 (0.9%)		
	その他	8 (3.2%)		21 (6.5%)		
配偶者	あり	222 (89.9%)		296 (91.9%)		n.s.
	なし	25 (10.1%)		23 (7.1%)		
	無回答	0 (0.0%)		3 (0.9%)		
家族形態	核家族	137 (55.5%)		213 (66.1%)		0.012
	拡大家族	109 (44.1%)		109 (33.9%)		
世帯年収	200万円未満	32 (13.0%)		22 (6.8%)		p<0.001
	200～300万円	45 (18.2%)		48 (14.9%)		
	300～400万円	58 (23.5%)		47 (14.6%)		
	400～500万円	63 (25.5%)		72 (22.4%)		
	500万円以上	46 (18.6%)		123 (38.2%)		
	無回答	3 (1.2%)		10 (3.1%)		
家族内での育児のサポート						
	とても得られる	79 (32.0%)		102 (31.7%)		n.s.
	まあまあ得られる	119 (48.2%)		148 (46.0%)		
	あまり得られない	39 (15.8%)		58 (18.0%)		
	まったく得られない	8 (3.2%)		12 (3.7%)		
	無回答	2 (0.8%)		2 (0.6%)		
家族以外の育児のサポート						
	あり	135 (54.7%)		208 (64.6%)		0.019
	なし	109 (44.1%)		111 (34.5%)		
	無回答	3 (1.2%)		3 (0.9%)		
心理的な支えとなる友人・知人						
	あり	217 (87.9%)		290 (90.1%)		n.s.
	なし	28 (11.3%)		31 (9.6%)		
	無回答	2 (0.8%)		1 (0.3%)		
子育ての負担感(0～10点)			3.74 (±2.63)		4.06 (±2.68)	n.s.

平均値の差はt検定、割合の差は  $\chi^2$  検定

る友人・知人の有無、育児の負担感では有意差はみられなかった。

### Ⅲ．各尺度について

精神的健康度（GHQ28）、コーピング、レジリエンスについて、それぞれ尺度の内的整合性を示す信頼係数であるクロンバックの $\alpha$ を確認した。また、尺度の得点分布を概観し、下位尺度の得点の平均値を子どもの疾患の有無で比較した。さらに子どもの年齢や家族形態、配偶者の有無、心理的な支えとなる友人・知人の有無、家族内外のサポートの有無、世帯年収などの属性によって得点の平均値の差を比較した。

各尺度の合計点について、正規性の検定を行ったところ棄却され、正規分布しているとはいえなかった。しかし検定方法については前述のとおり、パラメトリック検定（t検定、一元配置分散分析）の結果と、 $\chi^2$ 検定の結果を示す。

#### 1．精神的健康度（GHQ28）

精神的健康度は下位尺度「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」からなる。リカート法で集計した場合の本調査においてクロンバックの $\alpha$ は、「身体的症状」（7項目）が0.802、「不安と不眠」（7項目）が0.815、「社会的活動障害」（7項目）が0.661、「うつ傾向」（7項目）が0.914であった。全体（28項目）では0.918であった。

下位尺度の平均値は「身体的症状」が8.49（ $\pm 4.205$ ）点、「不安と不眠」が8.36（ $\pm 4.075$ ）点、「社会的活動障害」が7.49（ $\pm 2.395$ ）点、「うつ傾向」が3.01（ $\pm 3.953$ ）点であった。

個々の質問項目毎に平均値を算出したところ、得点の高い項目は順に「元気がなく疲れを感じた」（身体的症状）が1.88（ $\pm 0.76$ ）点、「いらいらして、おこりっぽくなる」（不安と不眠）が1.84（ $\pm 0.74$ ）点、「いつもストレスを感じた」（不安と不眠）が1.74（ $\pm 0.77$ ）点であった。得点の低いものは順に「自殺しようと思った」（うつ傾向）が0.18（ $\pm 0.50$ ）点、「死んだ方がましだと思った」（うつ傾向）が0.28（ $\pm 0.61$ ）点、「ノイローゼ気味で何もすることができないと考えた」（うつ傾向）が0.37（ $\pm 0.68$ ）点であった。

GHQ28は、神経症のスクリーニングに用いられる際の区分点はGHQ採点法（0~28点）により各下位尺度が5/6点とされている。本研究の対象者で異常と判別されたのは、「身体的症状」では65名（11.4%）、「不安と不眠」では62名（10.9%）、「社会的活動障害」では11名（1.9%）、「うつ傾向」では15名（2.6%）であった。また、GHQ採点法による平均値は $7.28 \pm 5.632$ であり、各下位尺度は「身体的症状」が $2.78 \pm 1.988$ 、「不安と不眠」が $2.64 \pm 2.009$ 、「社会的活動障害」が $1.20 \pm 1.575$ 、「うつ傾向」が $0.67 \pm 1.464$ であった。

#### 1）子どもの疾患の有無による比較

子どもの疾患の有無により、スクリーニングで何らかの異常ありと判定された割合に差があるか、 $\chi^2$ 検定を行い検討した。異常と判定された割合はいずれも病児の母親群で多く、特に「不安と不眠」においては健康児の母群で7.8%に対して

病児の母親群では 15.0%と有意に多かった ( $p=0.007, p<0.01$ ) (表 4)。

また、子どもの疾患の有無により精神的健康に差があるかどうか、リカートスケールで得られた得点について、t 検定を行い統計的に検討した。その結果、病児の母親において「身体的症状」( $p=0.003, p<0.01$ )、「不安と不眠」( $p=0.000, p<0.001$ )、「うつ傾向」( $p=0.001, p<0.01$ ) の下位尺度において有意に高い結果であった (表 5)。

		身体的症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向
病児の母親	人	31	37	8	8
n=247	%	12.60%	15.00%	3.20%	3.20%
健康児の母親	人	34	25	3	7
n=322	%	10.60%	7.80%	0.90%	2.20%

	健康児の母親 n=322	病児の母親 n=247	p値
	平均値±SD	平均値±SD	
身体的症状	8.04 (±4.33)	9.07 (±3.96)	0.003
不安と不眠	7.69 (±3.93)	9.23 (±4.10)	0.000
社会的活動障害	7.33 (±2.29)	7.68 (±2.52)	0.820
うつ傾向	2.51 (±3.79)	3.66 (±4.07)	0.001

## 2) その他の属性による比較

子どもの疾患の有無により群分けをし、さらにその群の中で属性による GHQ 得点の違いを検討した。

### (1) 両群に共通していた特徴

家族内サポートの有無については、両群ともにサポートがとても得られる、まあまあ得られると答えた群では、あまり得られない、まったく得られないと答えた群よりも GHQ 得点は低く抑えられていた。

		健康児の母親(n=320)		病児の母親(n=245)	
	家族内サポート	ありn=250,なしn=70		ありn=198,なしn=47	
		平均値	p値	平均値	p値
身体的症状	あり	7.74	0.015	8.90	0.148
	なし	9.16		9.83	
不安と不眠	あり	7.52	0.129	8.96	0.027
	なし	8.33		10.43	
社会的活動障害	あり	7.19	0.050	7.51	0.029
	なし	7.87		8.40	
うつ傾向	あり	2.17	0.015	3.58	0.387
	なし	3.73		4.15	

特に健康児の母親では「身体的症状」( $p=0.015, p<0.05$ )、「うつ傾向」( $p=0.015, p<0.05$ ) が、病児の母親では「不安と不眠」( $p=0.027, p<0.05$ ) と「社会的活動障害」( $p=0.029, p<0.05$ ) において有意差がみられた (表 6)。

心理的な支えの有無では、両群ともに心理的支えがある方が GHQ 得点は低く抑えられていた。健康児の母親では「社会的活動障害」( $p=0.018, p<0.05$ )、「うつ傾向」( $p=0.022, p<0.05$ ) において、また病児の母親では「不安と不眠」( $p=0.034, p<0.05$ )、「社会的活動障害」( $p=0.006, p<0.01$ )、「うつ傾向」( $p=0.016, p<0.05$ ) において有意差がみられた (表 7)。

家族形態や配偶者の有無による違いはみられなかった。

		健康児の母親(n=321)		病児の母親(n=245)	
	心理的支え	ありn=290,なしn=31		ありn=217,なしn=28	
		平均値	p値	平均値	p値
身体的症状	あり	7.95	0.419	9.04	0.680
	なし	8.61		9.43	
不安と不眠	あり	7.62	0.366	9.03	0.034
	なし	8.29		10.79	
社会的活動障害	あり	7.21	0.018	7.48	0.006
	なし	8.52		9.14	
うつ傾向	あり	2.31	0.022	3.32	0.016
	なし	4.42		6.29	

### (2) 病児の母親の特徴

病児の母親においてのみ、家族以外のサポートがある群の方が、ない群よりも「身体的症状」( $p=0.015, p<0.05$ )、「不安と不眠」( $p=0.012, p<0.05$ )、「うつ傾向」( $p=0.031, p<0.05$ ) において平均値が有意に低かった (表 8)。

また子どもの主な疾患で比較したところ、「不安と不眠」において差があり ( $p=0.005$ ,  $p<0.01$ )、多重比較では神経疾患患児の母親の得点が腎疾患患児の母親の得点よりも有意に高い結果であった ( $p=0.003$ ,  $p<0.01$ ) (表 9)。

### (3) 健康児の母親の特徴

子どもの年齢を 6 歳未満、6 歳以上 12 歳未満、12 歳以上の 3 群に分けて比較したところ、健康児の母親群において、「うつ傾向」

( $p=0.017$ ,  $p<0.05$ )、「社会的活動障害」( $p=0.048$ ,  $p<0.05$ )において有意差があり、多重比較では 6 歳未満の子どもをもつ母親において得点が有意に高かった (表 10)。

表8 家族外の育児サポートによるGHQ28得点

	家族外 サポート	健康児の母親(n=319) 病児の母親(n=244)			
		ありn=208,なしn=111		ありn=135,なしn=109	
		平均値	p値	平均値	p値
身体的症状	あり	7.95	0.669	8.47	0.007
	なし	8.17		9.84	
不安と不眠	あり	7.50	0.228	8.73	0.035
	なし	8.05		9.84	
社会的活動障害	あり	7.23	0.311	7.26	0.004
	なし	7.50		8.19	
うつ傾向	あり	2.48	0.949	3.27	0.085
	なし	2.50		4.17	

表9 主な疾患別GHQ28得点

	アレルギー n=35	悪性新生物 n=33	腎疾患 n=26	神経疾患 n=23	心疾患 n=54
身体的症状	8.83	9.36	8.81	10.30	9.80
不安と不眠	8.89	9.09	7.58**	11.74**	10.00
社会的活動障害	7.51	7.48	7.35	8.13	7.80
うつ傾向	2.69	3.70	3.00	5.22	4.44

\*\* $p<0.01$

表10 年齢別GHQ28得点

	健康児の母親				病児の母親			
	6歳未満	6歳以上 12歳未満	12歳以上	p値	6歳未満	6歳以上 12歳未満	12歳以上	p値
	n=114	n=107	n=78		n=88	n=81	n=78	
身体的症状	8.24	7.51	8.38	0.299	8.40	9.28	9.60	0.124
不安と不眠	8.26	7.16	7.61	0.110	8.72	9.77	9.27	0.252
社会的活動障害	7.57	6.89	7.53	0.048	7.55	7.65	7.87	0.702
うつ傾向	3.02	1.66	2.83	0.017	3.42	3.53	4.06	0.563

## 2. コーピング

コーピングの 8 つの下位尺度についてクロンバック  $\alpha$  係数を求めた。その結果、「情報収集」では 0.693 (3 項目)、「放棄・諦め」では 0.679 (3 項目)、「肯定的解釈」では 0.778 (3 項目)、「計画立案」では 0.758 (3 項目)、「回避的思考」で 0.658 (3 項目)、「気晴らし」で 0.580 (3 項目)、「カタルシス」で 0.854 (3 項目)、「責任転嫁」で 0.704 (3 項目)であった。

下位尺度の平均値で最も高かったものは「肯定的解釈」(3 項目)の 10.97 ( $\pm 2.39$ ) 点であり、次いで「カタルシス」(3 項目)が 10.49 ( $\pm 2.65$ ) 点、計画立案 (3 項目)の 9.79 ( $\pm 2.38$ ) 点であった。低かったものは、「責任転嫁」(3 項目)の 5.50 ( $\pm 1.74$ ) 点、次いで「放棄・諦め」(3 項目)が 6.70 ( $\pm 2.00$ ) 点、「気晴らし」(3 項目)の 8.46 ( $\pm 2.39$ ) 点であった。

質問項目ごとの平均値で高かったものは順に、「悪いことばかりではないと考える」(肯定的解釈)が 3.75 ( $\pm 0.99$ ) 点、「今後はよいこともあるだろうと考える」(肯定的解釈)の 3.72 ( $\pm 0.97$ ) 点、「誰かに愚痴をこぼして気持ちを晴らす」(カタルシス)の 3.53 ( $\pm 0.98$ ) 点であった。低かったものは「口からでまかせを言って逃げ出す」(責任転嫁)の 1.46 ( $\pm 0.60$ ) 点、「責任を他の人に押し付ける」(責任転嫁)の 1.74 ( $\pm 0.72$ ) 点、「自分では手に負えないと放棄する」(放棄・諦め)の 1.95 ( $\pm 0.83$ ) 点であった。

### 1) 子どもの疾患の有無による比較

病児の母親群では、健康児の母親群よりも「肯定的解釈」の平均値が有意に低かった ( $p=0.006, p<0.01$ ) (表 11)。

## 2) その他の属性による比較

子どもの疾患の有無により群分けをし、さらにその群の中で属性によるコーピング得点の違いを検討した。

### (1) 両群に共通していた特徴

健康児の母親では、家族内の育児サポートがとても得られる、まあまあ得られると答えた群では、あまり得られない、まったく得られないと答えた群よりも「情報収集」( $p=0.008, p<0.01$ )「気晴らし」( $p=0.022, p<0.05$ )の平均値が有意に高かった。病児の母親では「気晴らし」( $p=0.014, p<0.05$ )のみ有意に高かった (表 12)。

家族以外の育児サポートでは、ありと答えた群ではないと答えた群よりも健康児の母親では「情報収集」( $p=0.017, p<0.05$ )と「カタルシス」( $p=0.003, p<0.01$ )が、病児の母親では「情報収集」( $p=0.004, p<0.01$ )「肯定的解釈」( $p=0.034, p<0.05$ )「気晴らし」( $p=0.007, p<0.01$ )「カタルシス」( $p=0.002, p<0.01$ )がそれぞれ有意に高く、コーピングをよくとることができていた (表 13)。

また、両群ともに心理的支えとなる友人知人があると答えた群では、ないと答えた群よりも「情報収集」、「肯定的解釈」、「計画立案」、「気晴らし」、「カタルシス」の下位尺度で有意に高かった ( $p<0.05$ ) (表 14)。

子どもの年齢や家族形態による違いは見られなかった。

### (2) 病児の母親の特徴

配偶者の有無により比較したところ、病児の母親においてのみ、配偶者がなしの群では配偶者がある群よりも「回避的思考」の平均値が有意に高く ( $p=0.009, p<0.01$ )、「気晴らし」は有意に低かった ( $p=0.018, p<0.05$ ) (表 15)。

### (3) 健康児の母親の特徴

	健康児の母親 n=322	病児の母親 n=247	p値
	平均値±SD	平均値±SD	
情報収集	9.22 (±2.30)	9.15 (±2.49)	0.711
放棄・諦め	6.67 (±2.03)	6.73 (±1.96)	0.714
肯定的解釈	11.21 (±2.34)	10.66 (±2.42)	0.006
計画立案	9.96 (±2.38)	9.57 (±2.37)	0.051
回避的思考	8.57 (±2.23)	8.57 (±2.11)	0.967
気晴らし	8.60 (±2.43)	8.28 (±2.33)	0.118
カタルシス	10.49 (±2.64)	10.48 (±2.67)	0.943
責任転嫁	5.50 (±1.68)	5.50 (±1.81)	0.972

	健康児の母親 (n=320)		病児の母親 (n=245)	
	家族内サポート		家族内サポート	
	ありn=250 なしn=70	ありn=198 なしn=47	ありn=250 なしn=70	ありn=198 なしn=47
	平均値	p値	平均値	p値
情報収集	あり 9.40 なし 8.59	0.008	9.25 8.62	0.118
放棄諦め	あり 6.65 なし 6.80	0.580	6.78 6.64	0.661
肯定的解釈	あり 11.37 なし 10.69	0.065	10.73 10.21	0.189
計画立案	あり 10.08 なし 9.61	0.151	9.57 9.55	0.974
回避的思考	あり 8.64 なし 8.36	0.358	8.61 8.23	0.263
気晴らし	あり 8.78 なし 8.03	0.022	8.47 7.55	0.014
カタルシス	あり 10.58 なし 10.21	0.308	10.63 9.91	0.095
責任転嫁	あり 5.49 なし 5.54	0.810	5.54 5.43	0.709

	健康児の母親 (n=319)		病児の母親 (n=244)	
	ありn=208	なしn=111	ありn=135	なしn=109
家族外サポート	平均値	p値	平均値	p値
情報収集	あり 9.46 なし 8.82	0.017	9.55 8.64	0.004
放棄諦め	あり 6.69 なし 6.59	0.680	6.70 6.77	0.775
肯定的解釈	あり 11.20 なし 11.27	0.791	10.96 10.29	0.034
計画立案	あり 10.05 なし 9.80	0.377	9.73 9.36	0.230
回避的思考	あり 8.62 なし 8.50	0.660	8.67 8.44	0.389
気晴らし	あり 8.74 なし 8.40	0.228	8.66 7.85	0.007
カタルシス	あり 10.84 なし 9.92	0.003	10.96 9.87	0.002
責任転嫁	あり 5.52 なし 5.47	0.798	5.56 5.44	0.624

	健康児の母親 (n=321)		病児の母親 (n=245)		
	ありn=290 なしn=31		ありn=217 なしn=28		
	心理的 支え	平均値	p値	平均値	p値
情報収集	あり	9.36	0.002	9.32	0.000
	なし	8.03		7.75	
放棄諦め	あり	6.60	0.061	6.64	0.082
	なし	7.32		7.32	
肯定的解釈	あり	11.33	0.012	10.79	0.015
	なし	10.23		9.61	
計画立案	あり	10.09	0.004	9.71	0.008
	なし	8.94		8.46	
回避的思考	あり	8.61	0.444	8.55	0.832
	なし	8.29		8.64	
気晴らし	あり	8.72	0.013	8.48	0.001
	なし	7.58		6.89	
カタルシス	あり	10.74	0.000	10.63	0.017
	なし	8.32		9.36	
責任転嫁	あり	5.46	0.192	5.45	0.221
	なし	5.87		5.89	

表15 配偶者の有無によるコーピング得点					
健康児の母親 (n=319) 病児の母親 (n=247)					
配偶者		ありn=296 なしn=23	ありn=222 なしn=25		
		平均値	p値	平均値	p値
回避的思考	あり	8.57	0.791	8.45	0.009
	なし	8.70		9.60	
気晴らし	あり	8.55	0.301	8.40	0.018
	なし	9.26		7.24	



健康児の母親のみ、世帯年収による比較では 400 万円以上の群ではそれ未満の群よりも「計画立案」の平均値が有意に高かった ( $p=0.000, <0.001$ ) (表 16)。

表16 世帯年収によるコーピング得点					
		健康児の母親(n=319)		病児の母親(n=244)	
世帯年収		400万未満n=117	400万未満n=135		
		400万以上n=195	400万以上n=109		
		平均値	p値	平均値	p値
計画立案	400万未満	9.43	0.000	9.43	0.382
	400万以上	10.39		9.70	

### 3. レジリエンス

レジリエンスの下位尺度についてクロンバック  $\alpha$  係数を求めた。その結果、「I AM」(8 項目)では 0.789、「I HAVE」(7 項目)は 0.895、「I CAN」(7 項目)は 0.911、「I WILL/DO」(7 項目)は 0.804 であった。

下位尺度の平均値は「I AM」(8 項目)では 23.18 ( $\pm 4.89$ ) 点、「I HAVE」(7 項目)は 27.52 ( $\pm 5.14$ ) 点、「I CAN」(7 項目)は 24.48 ( $\pm 5.02$ ) 点、「I WILL/DO」(7 項目)は 25.32 ( $\pm 4.24$ ) 点であった。

項目ごとの平均値で高かったものは順に、「いざというときに頼りにできる人がいる」(I HAVE) が 4.16 ( $\pm 0.92$ ) 点、「私のことを親身になって考えてくれる人がいる」(I HAVE) 4.14 ( $\pm 0.92$ ) 点、「相手が優れているところは素直に認める」(I WILL/DO) の 4.09 ( $\pm 0.75$ ) 点であった。得点の低かったものは、「自分にはかなり自信がある」(I AM) が 2.40 ( $\pm 0.93$ ) 点、「ときどき自分はまったくだめだと思う」(I AM) が 2.84 ( $\pm 1.14$ ) 点、「物事がうまくいかないとき、つい自分のせいにしてしまう」(I AM) 2.89 ( $\pm 0.90$ ) 点であった。

#### 1) 子どもの疾患の有無による比較

病児の母親群では健康児の母親群よりも「I AM」( $p=0.000, p<0.001$ ) および「I WILL/DO」( $p=0.028, p<0.05$ ) の平均値が有意に低かった (表 17)。

表17 子どもの疾患の有無とレジリエンス				
	健康児の母親 n=322		病児の母親 n=247	
	平均値 $\pm$ SD		平均値 $\pm$ SD	
I AM	23.82 ( $\pm 4.98$ )		22.34 ( $\pm 4.65$ )	0.000
I HAVE	27.57 ( $\pm 5.27$ )		27.46 ( $\pm 4.98$ )	0.799
I CAN	24.81 ( $\pm 5.15$ )		24.05 ( $\pm 4.82$ )	0.071
I WILL/DO	25.66 ( $\pm 4.03$ )		24.88 ( $\pm 4.47$ )	0.028

#### 2) その他の属性による比較

子どもの疾患の有無により群分けをし、さらにその群の中で属性によるレジリエンス得点の違いを検討した。

##### (1) 両群に共通していた特徴

家族内での育児サポートがとても得られる、まあまあ得られると答えた群では、あまり得られない、まったく得られないと答えた群と比較して子どもの疾患の有無にかかわらず「I HAVE」の平均値のみ有意に高かった (健康児  $p=0.012, p<0.05$ 、病児  $p=0.013, p<0.05$ ) (表 18)。

家族以外の育児サポートの有無による比較では、ありと答えた群ではなしと答えた群よりも子どもの疾患の有無にかかわらず「I HAVE」(健康児  $p=0.004, p<0.01$ 、病児  $p<0.001$ ) が有意に高かった。病児の母親においては同様に、「I AM」( $p<0.001$ )、「I CAN」( $p=0.009, p<0.01$ ) も有意に高かった (表 19)。

表18 家族内の育児サポートの有無によるレジリエンス得点					
	家族内 サポート	健康児の母親 (n=320)		病児の母親 (n=245)	
		ありn=250.なしn=70		ありn=198.なしn=47	
		平均値	p値	平均値	p値
I AM	あり	23.78	0.794	22.57	0.073
	なし	23.96		21.21	
I HAVE	あり	28.00	0.012	27.81	0.013
	なし	25.93		25.81	
I CAN	あり	24.72	0.417	24.03	0.974
	なし	25.29		24.00	
I WILL/DO	あり	25.58	0.371	25.03	0.130
	なし	26.07		23.94	

心理的支えとなる友人・知人の有無による比較では、両群ともありと答えた群ではないと答えた群よりも得点が高かった。下位尺度を比較すると、両群ともに心理的支えがある方が「I AM」（健康児  $p=0.001$ ,  $p<0.01$ 、病児  $p<0.001$ ）、「I HAVE」（健康児・病児ともに  $p<0.001$ ）、「I CAN」（健康児  $p=0.009$ ,  $p<0.01$ 、病児  $p=0.021$ ,  $p<0.05$ ）が有意に高く、病児の母親においては「I WILL/DO」（ $p=0.028$ ,  $p<0.05$ ）も有意に高かった（表 20）。

世帯年収による比較では、子どもの疾患の有無によらず 400 万円未満の群では 400 万円以上の群よりも「I AM」（健康児  $p=0.015$ ,  $p<0.05$ 、病児  $p=0.027$ ,  $p<0.05$ ）が有意に低かった。健康児の母親ではさらに「I CAN」（ $p=0.047$ ,  $p<0.05$ ）「I WILL/DO」（ $p=0.017$ ,  $p<0.05$ ）得点も有意に低かった（表 21）。

家族形態や配偶者の有無による違いは見られなかった。

#### （2）病児の母親の特徴

病児の母親について、子どもの主な疾患別で比較すると、「I AM」因子において有意差があり（ $p=0.014$ ,  $p<0.05$ ）、特に神経疾患患児の母親の「I AM」得点は、アレルギー患児の母親の得点よりも有意に低かった（ $p=0.021$ ,  $p<0.05$ ）。

#### （3）健康児の母親の特徴

子どもの年齢による比較では、子どもの年齢を 6 歳未満、6 歳以上 12 歳未満、12 歳以上の 3 群に分けて一元配置分析を行った。その結果、健康児の母親においてのみ、「I AM」（ $p=0.001$ ,  $p<0.01$ ）

「I CAN」（ $p=0.003$ ,  $p<0.01$ ）「I WILL/DO」（ $p=0.001$ ,  $p<0.01$ ）因子で有意差がみられた。多重比較の結果、6 歳未満群ではこれら 3 つの因子で他の 2 群よりもそれぞれの平均値が有意に低かった（ $p<0.05$ ）（表 23）。

### 4. 各変数の関連

#### 1) 変数間の関連

表19 家族外の育児サポートの有無によるレジリエンス得点					
健康児の母親(n=319) 病児の母親(n=244)					
家族外サポート		ありn=208,なしn=111		ありn=135,なしn=109	
		平均値	p値	平均値	p値
I AM	あり	23.59	0.255	23.44	0.000
	なし	24.24		21.00	
I HAVE	あり	28.21	0.004	28.45	0.000
	なし	26.43		26.17	
I CAN	あり	25.13	0.143	24.60	0.059
	なし	24.26		23.39	
I WILL/DO	あり	25.60	0.734	25.58	0.009
	なし	25.76		24.07	

表20 心理的な支えとなる友人・知人の有無によるレジリエンス得点					
健康児の母親(n=321) 病児の母親(n=244)					
心理的支え		ありn=290,なしn=31		ありn=217,なしn=28	
		平均値	p値	平均値	p値
I AM	あり	24.22	0.001	22.89	0.000
	なし	20.13		18.00	
I HAVE	あり	28.45	0.000	28.00	0.000
	なし	19.48		23.43	
I CAN	あり	25.08	0.009	24.33	0.021
	なし	22.55		22.11	
I WILL/DO	あり	25.79	0.134	25.14	0.028
	なし	24.65		23.18	

表21 世帯年収によるレジリエンス得点					
健康児の母親(n=319) 病児の母親(n=244)					
世帯年収		400万未満n=117		400万未満n=135	
		平均値	p値	平均値	p値
I AM	400万未満	22.94	0.015	21.76	0.027
	400万以上	24.37		23.09	
I HAVE	400万未満	27.32	0.558	26.93	0.059
	400万以上	27.68		28.15	
I CAN	400万未満	24.15	0.047	23.67	0.197
	400万以上	25.29		24.48	
I WILL/DO	400万未満	24.97	0.017	24.59	0.245
	400万以上	26.10		25.27	

表22 主な疾患別レジリエンス得点					
	アレルギー n=35	悪性新生物 n=33	腎疾患 n=26	神経疾患 n=23	心疾患 n=54
I AM	23.89*	22.52	23.00	20.00*	21.26
I HAVE	28.11	27.67	27.08	25.30	27.65
I CAN	25.17	24.09	23.54	23.61	23.96
I WILL/DO	25.69	24.03	25.81	24.61	24.33

\* $p<0.05$

表23 年齢別レジリエンス得点									
健康児の母親					病児の母親				
	I AM	I HAVE	I CAN	I WILL/DO	I AM	I HAVE	I CAN	I WILL/DO	
6歳未満 n=114	22.48	27.64	23.51	24.60	n=88	22.66	27.97	23.83	24.78
6歳以上 12歳未満 n=107	24.30	27.64	25.63	26.03	n=81	21.77	26.93	23.88	24.48
12歳以上 n=78	24.82	27.42	25.43	26.49	n=78	22.56	27.44	24.47	25.40
p値	0.001	0.941	0.003	0.001		0.401	0.399	0.642	0.422

\* $p<0.05$ ,\*\* $p<0.01$

下位尺度の得点についてピアソンの相関係数を算出することにより、変数間の関連を検討した（表 24, 表 25）。

精神的健康度（GHQ28）についてみると、4つの下位尺度はいずれもレジリエンスの4つの下位尺度と有意な負の相関がみられた。とくに病児の母親では関連が著明であり、下位尺度「不安と不眠」、「社会的活動障害」、「うつ傾向」はいずれもレジリエンス「I AM」と比較的高い負の相関を示し、相関係数は順に-0.437、-0.423、-0.489であった（いずれも  $p < 0.001$ ）。「うつ傾向」においては「I HAVE」とも高い負の相関がみられ、相関係数は-0.513であった（ $p < 0.001$ ）。

また、精神的健康度とコーピングの関連では、子どもの疾患の有無にかかわらず、コーピング「肯定的解釈」と有意な負の相関がみられた。また、病児の母親と健康児の母親とで違いがあったのは、「回避的思考」コーピングと精神的健康の関連である。健康児の母親では「回避的思考」と精神的健康度の相関係数は正の値であったのに対して、病児の母親では相関係数は負の値であり、特に「社会的活動障害」とは有意な負の相関を示した（ $r = -0.185$ ,  $p = 0.004$ ,  $p < 0.01$ ）。

コーピングとレジリエンスの関連では、コーピング「肯定的解釈」とレジリエンスの下位尺度で有意な正の相関がみられた。特に病児の母親においてその傾向は著明であり、「I AM」との相関係数は0.518、「I CAN」とは0.424、「I WILL/DO」とは0.543であった（いずれも  $p < 0.001$ ）。また病児の母親では「計画立案」と「I CAN」が0.525、「I WILL/DO」が0.466と比較的高い正の相関がみられた（いずれも  $p < 0.001$ ）。

表24 健康児の母親における各下位尺度間の相関（ピアソンの相関係数）（ $n=322$ ）

		GHQ28				コーピング								レジリエンス				負担感
		身体的症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向	情報収集	放棄諦め	肯定的解釈	計画立案	回避的思考	気晴らし	カタルシス	責任転嫁	iam	i have	ican	iwilldo	
GHQ28	身体的症状	1																
	不安と不眠	.668**	1															
	社会的活動障害	.456**	.532**	1														
	うつ傾向	.473**	.594**	.452**	1													
コーピング	情報収集	0.000	0.005	-.176**	0.000	1												
	放棄諦め	0.088	.142*	.157**	.289**	0.077	1											
	肯定的解釈	-.226**	-.270**	-.247**	-.240**	.304**	-.118*	1										
	計画立案	-.004	-.066	-.177**	-.151**	.445**	-.210**	.393**	1									
	回避的思考	0.018	0.000	0.063	0.094	0.101	.433**	.275**	0.056	1								
	気晴らし	-.0073	-.0074	-.105	-.0093	.340**	.213**	.157**	.112*	.401**	1							
	カタルシス	0.013	0.012	-.0061	-.0032	.428**	0.063	.291**	.195**	.298**	.357**	1						
	責任転嫁	0.06	.163**	0.072	.164**	0.03	.557**	-.174**	-.196**	.273**	.191**	0.073	1					
レジリエンス	I AM	-.281**	-.364**	-.401**	-.466**	.118*	-.232**	.368**	.269**	-.001	.214**	0.108	-.0057	1				
	I HAVE	-.219**	-.270**	-.336**	-.358**	.319**	-.247**	.407**	.308**	0.009	.194**	.431**	-.236**	.450**	1			
	I CAN	-.159**	-.215**	-.256**	-.271**	.185**	-.367**	.360**	.386**	0.001	0.096	0.097	-.236**	.472**	.444**	1		
	I WILL/DO	-.212**	-.268**	-.295**	-.258**	.232**	-.125*	.485**	.243**	.134*	.147**	.188**	-.111*	.447**	.421**	.532**	1	
	負担感	.414**	.469**	.227**	.347**	-.0017	0.042	-.279**	-.0041	-.0107	-.171**	-.0008	0.052	-.205**	-.239**	-.121*	-.206**	1

表25 病児の母親における各下位尺度間の相関（ピアソンの相関係数）（ $n=247$ ）

		GHQ28				コーピング								レジリエンス				通院間隔(週)	負担感
		身体的症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向	情報収集	放棄諦め	肯定的解釈	計画立案	回避的思考	気晴らし	カタルシス	責任転嫁	I AM	I HAVE	I CAN	I WILL/DO		
GHQ28	身体的症状	1																	
	不安と不眠	.630**	1																
	社会的活動障害	.495**	.568**	1															
	うつ傾向	.457**	.674**	.407**	1														
コーピング	情報収集	-.0044	-.0079	-.180**	-.188**	1													
	放棄諦め	0.074	.234**	.199**	.253**	-.144*	1												
	肯定的解釈	-.0067	-.200**	-.263**	-.302**	.407**	-.161*	1											
	計画立案	-.0019	-.004	-.209**	-.0119	.539**	-.156*	.560**	1										
	回避的思考	-.0043	-.004	-.185**	-.0072	.162*	0.105	.481**	.257**	1									
	気晴らし	-.0107	-.178**	-.251**	-.191**	.361**	-.0043	.359**	.329**	.200**	1								
	カタルシス	0.0029	0.005	-.190**	-.165**	.480**	-.137*	.334**	.306**	.140*	.389**	1							
	責任転嫁	0.07	.168**	0.069	.176**	-.0071	.632**	-.206**	-.169**	-.0031	0.052	-.0084	1						
レジリエンス	I AM	-.339**	-.437**	-.423**	-.489**	.311**	-.284**	.518**	.383**	.194**	.369**	.203**	-.166**	1					
	I HAVE	-.274**	-.343**	-.359**	-.513**	.315**	-.302**	.324**	.333**	0.076	.227**	.371**	-.266**	.520**	1				
	I CAN	-.132*	-.229**	-.299**	-.246**	.307**	-.342**	.424**	.525**	.256**	.229**	.175**	-.309**	.448**	.371**	1			
	I WILL/DO	-.0095	-.160*	-.238**	-.205**	.370**	-.219**	.543**	.466**	.272**	.237**	.222**	-.156*	.536**	.435**	.573**	1		
	通院間隔(週)	0.0035	0.0037	-.0015	0.0053	-.0024	0.0093	-.0013	-.0073	0.0025	-.001	0.0072	0.0061	0.0001	-.0008	0.0003	-.0055	1	
	負担感	.294**	.346**	.366**	.340**	-.0023	0.0081	-.0089	-.0052	-.0117	-.140*	0.0037	0.124	-.142*	-.309**	-.160*	-.0072	-.0068	1

#### IV. 共分散構造分析を用いたモデルの作成

##### 1. 因子構造の確認

全対象者 569 名から得られた各尺度の回答をもとに、主成分分析を用いて因子構造の確認を行った。因子抽出の基準として固有値の下限は 1 とし、回転はプロマックス回転を用いた。

##### 1) 精神的健康度 (GHQ28)

精神的健康度 28 項目からは 6 因子が抽出され、累積分散寄与率は 61.346%であった。また、尺度の各項目間の関与を示すカイザー・マイヤー・オルキンの標本妥当性（以下 KMO 測度）は、0.924 であり優れていると判断された。

元の下位尺度と因子構造を比較すると、「うつ傾向」因子は同一の項目で構成されているが、その他の「不安と不眠」「社会的活動障害」「身体的症状」の項目において、異なる因子構造を示した（表 26）。

さらに、子どもの疾患の有無による因子構造を確認するため、それぞれの集団で因子分析を行った。健康児の母親群では、28 項目から 7 因子が抽出され、累積分散寄与率は 66.549%であった。病児の母親群では、28 項目から 7 因子が抽出され、累積分散寄与率は 64.796%であった。抽出された因子をみると、いずれの群も「うつ傾向」因子が元の下位尺度の 7 項目から「21. 自分は役に立たない人間だと思う」という項目を除いた 6 項目でひとつの因子を構成していた。しかしそれ以外の因子は共通するものは抽出されなかった。

各項目の平均値と標準偏差から、床効果の認められた 11 項目を除き再度因子分析を行った。その結果、3 因子が抽出されたが累積分散寄与率は 51.2%であった。

表26 GHQ28の因子分析結果

		1	2	3	4	5	6
27 死んだほうがましだと考えたことは	うつ傾向	0.937					
28 自殺しようと思ったことが	うつ傾向	0.876					
25 この世から消えてしまいたいと思ったことは	うつ傾向	0.869					
24 生きていることに意味がないと感じたことは	うつ傾向	0.836					
22 人生にまったく望みを失ったと感じたことは	うつ傾向	0.698					
26 ノイローゼ気味で何もすることができないと思ったことは	うつ傾向	0.631			0.326		
21 自分は役に立たない人間だと考えたことは	うつ傾向	0.499			0.304		
14 いつもより自分のしていることに生きがいを感じる事が	社会的活動障害		0.866				
12 いつもよりすべてがうまくいっていると感じることが	社会的活動障害		0.818				
17 いつもより日常生活を楽しく送ることが	社会的活動障害		0.722				
15 いつもより容易に物事を決めることが	社会的活動障害		0.708				
1 気分や健康状態は	身体的症状		0.55				
5 頭痛がしたことは	身体的症状			0.963			
6 頭が重いように感じたことは	身体的症状			0.838			
2 疲労回復剤(ドリンク・ビタミン剤)を飲みたいと思ったことは	身体的症状			0.533			
3 元氣なく疲れを感じたことは	身体的症状			0.44			0.357
19 たいした理由がないのに、何かがこわくなったりとりみだすことは	不安と不眠				0.716		
7 からだがほてったり寒気がしたことは	身体的症状			0.319	0.625		
13 毎日している仕事は	社会的活動障害		0.492		0.559		
4 病氣だと感じたことは	身体的症状			0.369	0.531		
23 不安を感じ緊張したことは	不安と不眠				0.472		
11 いつもより何かするのに余計な時間がかかることが	社会的活動障害				0.428		
20 いつもよりいろいろなことを重荷と感じたことは	不安と不眠				0.384		0.351
9 夜中に目を覚ますようなことは	不安と不眠					0.965	
8 心配事があって、よく眠れないようなことは	不安と不眠				0.353	0.612	
10 いつもより忙しく活動的な生活を送ることが	社会的活動障害		0.428				-0.924
16 いつもストレスを感じたことが	不安と不眠		0.335				0.472
18 いらいらして、おこりっぽくなることは	不安と不眠						0.37

累積分散寄与率:61.346%

##### 2) コーピング

コーピングの 24 項目からは 5 因子が抽出され、累積分散寄与率は 56.373%だっ

た。また、KMO 測度は 0.822 であり、良好と判断された。

元の下位尺度と因子構造を比較すると、「カタルシス」および「気晴らし」因子は同一の項目で構成されていたが、回避軸を共通とする「責任転嫁」「放棄・諦め」「回避的思考」の一部で一つの因子を構成しており、また関与軸、問題軸を共通とする「計画立案」と「情報収集」が一つの因子として抽出されるなど、元の下位尺度と一部異なる構造を示していた（表 27）。

さらに子どもの疾患の有無による因子構造を確認するため、それぞれの集団で因子分析を行った。健康児の母親群では、24 項目から 6 因子が抽出され、累積分散寄与率は 61.610%であった。病児の母親群では、24 項目から 6 因子が抽出され、累積分散寄与率は 61.240%であった。抽出された因子を元の尺度と比較すると、どちらの群も「カタルシス」は同じ 3 項目が抽出された。その他の因子においては、いくつか共通する項目を含む因子はあったが、完全に一致する因子構造は得られなかった。

各項目の平均値と標準偏差から床効果の認められたのは 1 項目であり、これを除いて因子分析を行った結果 5 因子が抽出され、累積分散寄与率は 59.47%であった。

表27 コーピングの因子分析結果

		1	2	3	4	5
15	自分では手に負えないと考え放棄する	放棄・諦め:回避・問題・認知	0.803			
16	責任を他の人に押しつける	責任転嫁:回避・問題・行動	0.789			
8	自分は悪くないと言い逃れをする	責任転嫁:回避・問題・行動	0.729			
23	対処できない問題だと考え、諦める	放棄・諦め:回避・問題・認知	0.704			
7	どうすることもできないと解決を後延ばしにする	放棄・諦め:回避・問題・認知	0.629			
24	口からでまかせを言って逃げ出す	責任転嫁:回避・問題・行動	0.613			
19	無理にでも忘れるようにする	回避的思考:回避・情動・認知	0.409		0.34	
13	どのような対策をとるべきは綿密に考える	計画立案:関与・問題・認知		0.829		
5	原因を検討しどのようにしていくべきか考える	計画立案:関与・問題・認知		0.779		
14	詳しい人から自分に必要な情報を収集する	情報収集:関与・問題・行動		0.745		
21	過ぎたことの反省をふまえて次にすべきことを考える	計画立案:関与・問題・認知		0.533		
6	力のある人に教えを受けて解決しようとする	情報収集:関与・問題・行動		0.519		
22	既に経験した人から話を聞いて参考にする	情報収集:関与・問題・行動		0.485		0.337
3	嫌なことを頭に浮かべないようにする	回避的思考:回避・情動・認知			0.786	
1	悪いことばかりではないと楽観的に考える	肯定的解釈:関与・情動・認知			0.722	
11	そのことをあまり考えないようにする	回避的思考:回避・情動・認知			0.662	
9	今後はよいこともあるだろうと考える	肯定的解釈:関与・情動・認知			0.637	
17	悪い面ばかりでなくよい面を見つけていく	肯定的解釈:関与・情動・認知		0.352	0.543	
18	誰かに愚痴をこぼして気持ちをはらす	カタルシス:関与・情動・行動			0.855	
10	誰かに話を聞いてもらって冷静さを取り戻す	カタルシス:関与・情動・行動			0.852	
2	誰かに話を聞いてもらい気を静めようとする	カタルシス:関与・情動・行動			0.851	
20	友達とお酒を飲んだり好物を食べたりする	気晴らし:回避・情動・行動				0.838
4	スポーツや旅行などを楽しむ	気晴らし:回避・情動・行動				0.648
12	買い物や賭け事、おしゃべりなどで時間をつぶす	気晴らし:回避・情動・行動				0.636

累積分散寄与率:56.373%

### 3) レジリエンス

レジリエンスの 29 項目からは 7 因子が抽出され、累積分散寄与率は 68.415%であった。また、KMO 測度は 0.914 であり、優れていると判断された。

元の下位尺度と因子構造を比較すると「I CAN」因子は全く同じ項目で構成されており、「I HAVE」因子も 1 項目を除き同じ項目からなっていた。「I WILL/DO」7 項目が 2 因子に分かれ、さらに「I AM」と「I HAVE」の一部で 1 つの因子となるなど、部分的に元の下位尺度と異なる構造が見られた。

さらに子どもの疾患の有無による因子構造を確認するため、それぞれの集団で因子分析を行った。健康児の母親群では、29 項目から 6 因子が抽出され、累積分散寄与率は 66.010%であった。病児の母親群では、29 項目から 7 因子が抽出され、

累積分散寄与率は 68.737%であった。健康児の母親群の因子構造は、対象者全体の因子構造とほぼ同様であった。病児の母親群の因子構造は「I WILL/DO」から分離された 4 項目からなる因子のみが共通していたが、その他の因子はさらに細分化され、健康児の母親群とは構造が異なっていた。

天井効果の認められた 3 項目を除き因子分析を行った結果、6 因子が抽出され、累積分散寄与率は 64.34%であった。

表28 レジリエンスの因子分析結果

		1	2	3	4	5	6	7
17	一つの課題に集中して取り組むことができる	I CAN	0.936					0.334
16	一つの課題に粘り強く取り組むことができる	I CAN	0.934					0.326
18	自分で決めたことなら最後までやり通すことができる	I CAN	0.852					
20	物事を自分の力でやり遂げることができる	I CAN	0.743					
19	どちらかといえば目標が高いほうがやる気が出てくる	I CAN	0.69					
21	困難なことでも前向きに取り組むことができる	I CAN	0.596		0.325			
22	何事にも意欲的に取り組むことができる	I CAN	0.553					
10	自分の問題や気持ちを打ち明けられる人がある	I HAVE		0.925				
11	本音で話ができる人がある	I HAVE		0.923				
12	私のことを親身になって考えてくれる人がある	I HAVE		0.907				
13	いざというときに頼りにできる人がある	I HAVE		0.887				
9	私の考えや気持ちをわかってくれる人がある	I HAVE		0.799				
14	私の生き方を誰もわかってくれないと思う	I HAVE		0.393				0.391
3	自分には、よいところがたくさんあると思う	I AM			0.842			
1	自分にはかなり自信がある	I AM			0.828			
4	自分自身のことが好きである	I AM			0.776			
5	自分の将来の見通しは明るいと思う	I AM			0.628			0.312
8	たいていの人が持っている能力は自分にもある	I AM			0.612			
23	いやなことがあっても次の日にはなんとかやりこなそう気がする	I WILL/DO				0.94		
25	どんなことでも、たいていなんとかやりこなそう気がする	I WILL/DO				0.877		
29	物事は最後にはうまくいくと思っている	I WILL/DO				0.726		
24	他人に対して親切なほうである	I WILL/DO					0.835	
26	他人の手助けを積極的にするほうである	I WILL/DO					0.83	
27	相手が優れているところは素直に認める	I WILL/DO					0.567	0.312
28	初対面の人でも平気で話しかけることができる	I WILL/DO					0.521	
6	物事がうまくいかない時、つい自分のせいになってしまう	I AM						0.844
7	ときどき自分は全くだめだと思う	I AM						0.81
2	自分には、あまり誇れるところがない	I AM						0.497
15	人間は互いに相手の気持ちをわかり合えると思う	I HAVE						0.588

累積分散寄与率: 68.415%

## 2. 共分散構造モデルの構築

モデルの構築にあたっては、今回得られたデータの因子分析の結果より、子どもの疾患の有無によって尺度の因子構造は異なっていることが確認された。本研究では多母集団に当てはまるモデルを作成し、パス係数の推定値の違いを比較することが重要であると考え、モデルの作成に当たってはどちらかの因子構造を採用することよりも元の尺度の因子構造を採用することが適切と考え、原則として各尺度の既存の下位尺度を用いて分析を行った。

精神的健康度、コーピング、レジリエンスの各下位尺度をもとに、子どもを育てる母親の心理的適応を説明する共分散構造モデルを作成した。分析にはマハラノビス距離が大きかった上位 3 名を除外し、566 名を分析対象とした。多母集団として疾患のない子どもの母親群と、疾患を有する子どもの母親群の両方に適合するよう考慮したモデルを作成した。

当初仮定した仮説モデルをもとに共分散構造モデルの作成を試みたが棄却された。そこで、母親の心理的適応概念として最も重要と思われるレジリエンスの下位尺度と、コーピングの中では最も重要と思われる肯定的解釈を含むモデルの作成を試みた。潜在変数「適応」と観測変数の間にある潜在変数を除き、モデルが棄却されないこと、適合度の基準を満たすこと、パス係数の推定値が全て有意であることの条件を全て満たすことを確認しながら分析を繰り返した。その結果、健康児の母親群に適合するモデルが得られた。しかし、疾患のある子どもの母親

群を入れて分析すると、モデルは適合しなかった。

そこで、観測変数を厳選するなどして検討を重ねた。精神的健康からは、健康児の母親群と疾患児の母親群とで特に差が大きかった項目「うつ傾向」と「身体的症状」を除外した。また、レジリエンスからは未来への肯定的認知である「I WILL/DO」を除外した。その結果、子どもの疾患の有無に依らない共通のモデルが見出された。

さらに適合の良さを保ったまま、レジリエンスの下位尺度である「I WILL/DO」を加えることができないか検討した。前述の各尺度の因子分析の結果で述べたように本研究では既存のレジリエンス尺度の下位尺度とは異なる分かれ方をしていた。下位尺度「I CAN」は全く同じ項目で因子が構成されたが、「I HAVE」では1項目「人間は互いに相手の気持ちを分かり合えると思う」が除外されていた。この項目の内容を検討し、他人のサポート資源を表す「I HAVE」に含めてもよいと判断した。また、「I AM」は「自分には良いところがたくさんあると思う」「自分にはかなり自信がある」といった肯定的な自信の項目と、「物事がうまくいかない時、つい自分のせいにしてしまう」「ときどき自分は全くだめだと思う」などのネガティブな自信のなさに分かれていた。これは2つの因子に分かれたものの、自信を表していると考え、一つの因子として表すこととした。

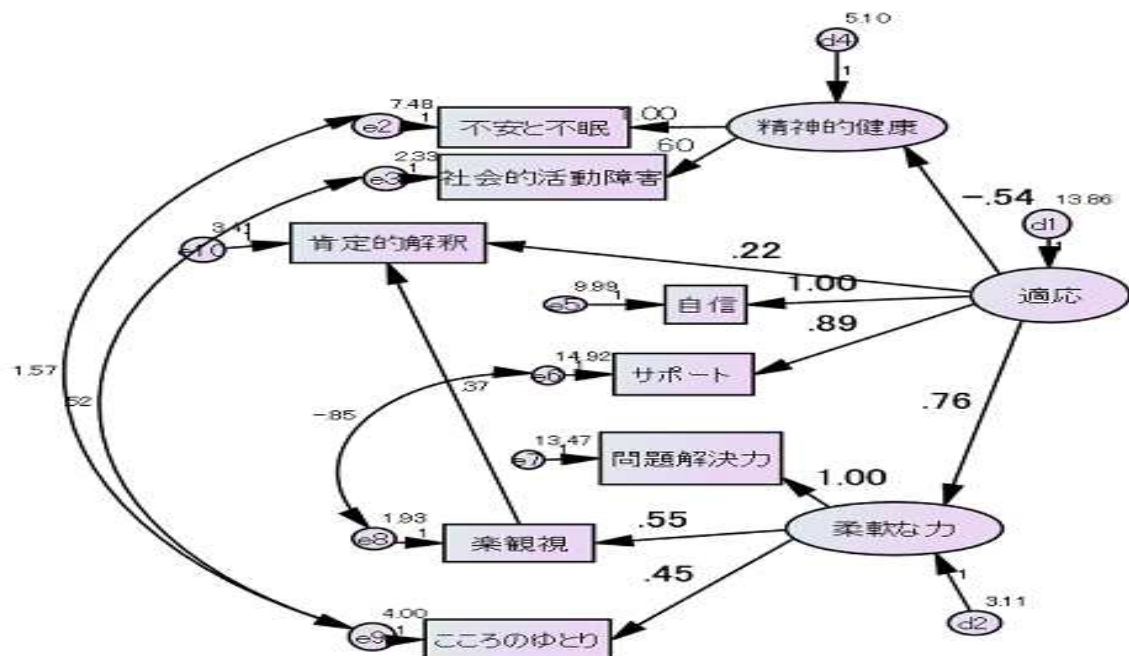
「I WILL/DO」7項目は、2因子に分かれており、内容を吟味するとふたつの意味を持つと判断された。そのため、改めてこの7項目に関して因子分析を行った。その結果、7項目から2因子が抽出され、累積分散寄与率は61.95%であることが確認された。抽出された因子は、「いやなことがあっても次の日にはなんとかかなりそうな気がする」「どんなことでも、たいていなんとかかなりそうな気がする」といった未来への楽観的認知の因子と、「他人に対して親切な方である」「相手が優れているところは素直に認める」といった他人への受容的行動に表れるこころのゆとりの2つの因子に分かれていた。そこで未来への楽観的認知因子を「楽観視」、他人へのゆとりを「こころのゆとり」とし、潜在変数「柔軟な力」から派生するものと仮定した。パス係数等を検討していった。その結果、構成概念「柔軟な力」には、前向きに問題を解決する能力「I CAN」も含んだ場合に適合がよかったため、「柔軟な力」は「楽観視」「ゆとり」そして「I CAN」を「問題解決力」として、これらから構成される因子となった。さらに、精神的健康度について再検討した。元々の下位尺度である「不安と不眠」「社会的活動障害」について、構成概念「精神的健康」から派生するものと仮定し、このモデルに3つの共分散を引くことで、棄却されないモデルが成り立った。このモデルを「子育て中の母親の心理的適応モデル」とする(図5)。このモデルでは両群の対象者をあてはめた場合、適合度を示すGFIは0.991、 $\chi^2$ 値は20.198 ( $p=0.124$ )でモデルは棄却されず、パス係数の推定値はすべて有意( $p<0.001$ )であった。群別に適合度を検討すると、健康児の母親群では適合度を示すGFIは0.985、 $\chi^2$ 値は19.877 ( $p=0.134$ )でモデルは棄却されず、パス係数の推定値はすべて有意( $p<0.05$ )であったが、3つの共分散の推定値が有意ではなかった(図6)。病児の母親群ではGFIが0.983、 $\chi^2$ 値は17.211 ( $p=0.245$ )で棄却されず、パス係数の推定値はすべて有意( $p<0.05$ )であった(図7)。適合度指標を表29に示す。

以上のことより、本研究において設定した仮説モデルは棄却され、新しいモデルが採用された。研究結果より、説明できた仮説は以下の通りである。

- ・心理的適応の要素のひとつに精神的健康の一部がある。
- ・レジリエンス（楽観視）によりコーピング（肯定的解釈）をとることができる。

また、研究仮説と異なる結果は以下の通りである。

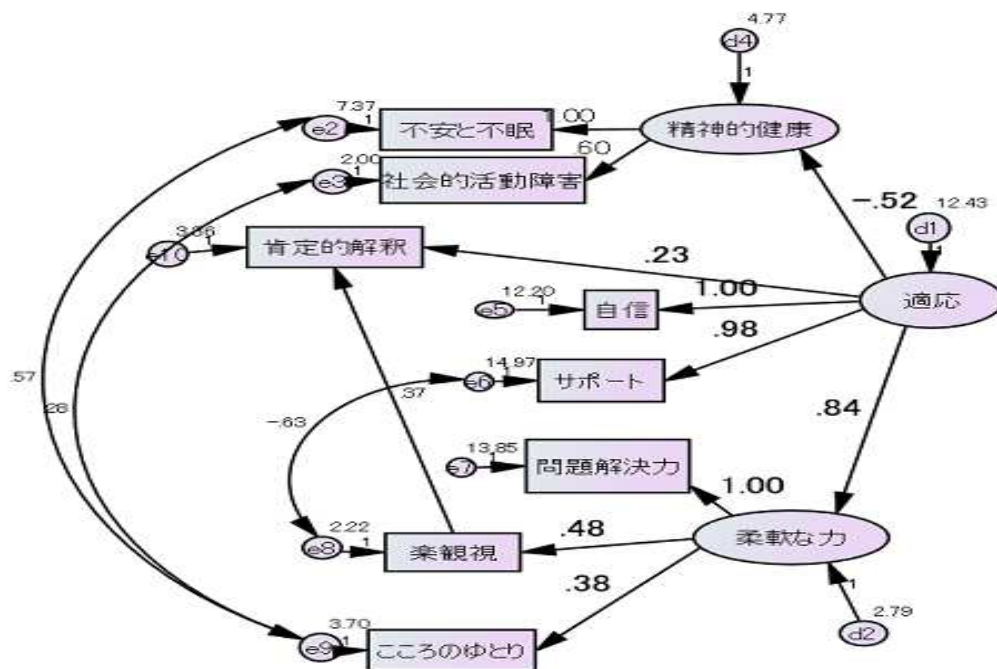
- ・心理的適応を構成する要素から、精神的健康のうち、身体的症状とうつ傾向は除外された。
- ・適応の構成する要素には、精神的健康だけではなく、レジリエンス（自信、サポート、柔軟な力）と一部のコーピング（肯定的解釈）であった。
- ・レジリエンスは子どもの疾患や年齢によって異なることから、後天的な要素によって変化する可能性がある。



カイ2乗 = 20.198、有意確率 = .124 ( $\geq .05$ )、自由度 14  
 CFI .996 ( $\geq 0.9$ )、GFI .991 ( $\geq 0.9$ )  
 AGFI .977 ( $\geq 0.9$ )、RMSEA .028 ( $< .05$ )

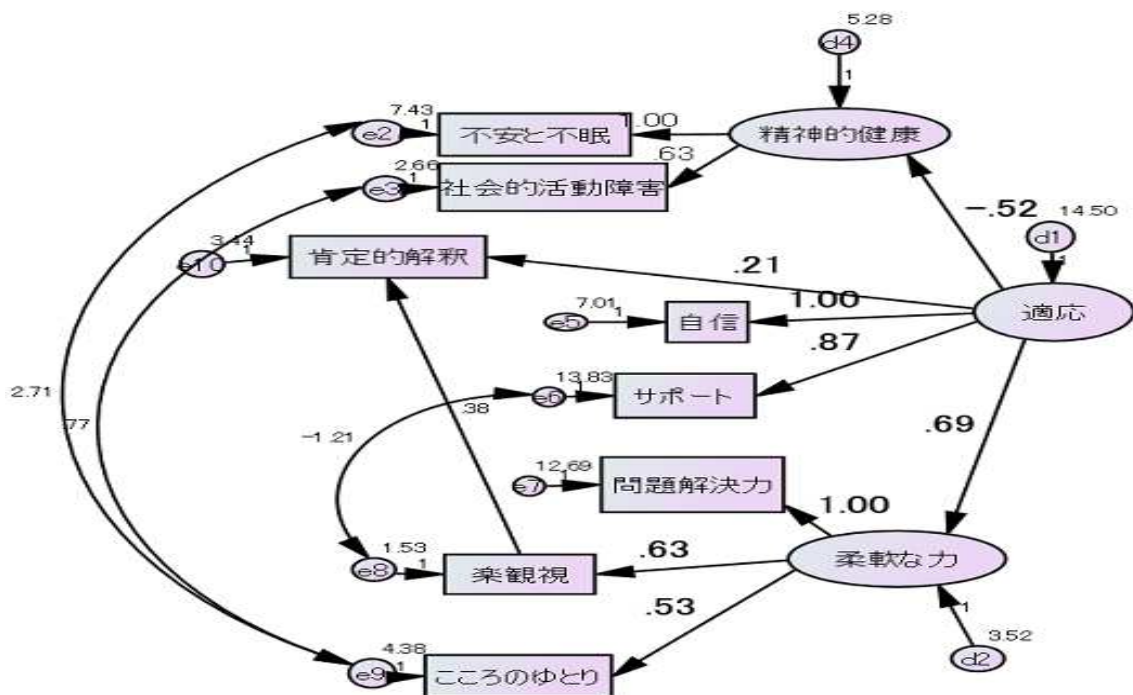
図5 育児中の母親の心理的適応モデル（全体）





$\chi^2 = 19.877$ 、有意確率 = .134 ( $\geq .05$ )、自由度14  
 GFI .985 ( $\geq 0.9$ )、AGFI .961 ( $\geq 0.9$ )、RMSEA .036 ( $< .05$ )

図6 育児中の母親の心理的適応モデル（健康児の母親）



$\chi^2 = 17.211$ 、有意確率 = .245 ( $\geq .05$ )、自由度14  
 GFI .983 ( $\geq 0.9$ )、AGFI .955 ( $\geq 0.9$ )、RMSEA .031 ( $< .05$ )

図7 育児中の母親の心理的適応モデル（病児の母親）

表29 多母集団の適合度指標

グループ	$\chi^2$ 検定 p>0.05	GFI GFI>0.90	AGFI	RMSEA RMSEA<0.05
全体	20.198	0.991	0.977	0.028
健康児の母親(n=319)	19.877	0.985	0.961	0.036
病児の母親(n=247)	17.211	0.983	0.955	0.031

## 第5章 考察

### I. 対象者の属性

#### 1. データの回収率について

データ収集は同一県内のある地域において、合計7か所で行った。データの回収率にばらつきが生じているが、実施施設によって対象者への依頼方法、回収方法に違いがあったためと考える。

#### 2. 対象者について

##### 1) 保育所、小学校、中学校に通う子どもの母親について

家庭の状況について、子ども数、祖父母との同居率からみると、A県内においては標準的な集団であると考えられる。

子どもの通院について、通院間隔が病院で調査した慢性疾患患児と比較して短い結果であった。これは、気管支喘息等のアレルギー疾患で通院している子どもが多く、その場合2～4週に一度は受診し内服薬の処方を受けていることが考えられる。慢性疾患患児の場合、年に1, 2回の定期検診で通院しているものも含まれるため、差が生じていると考えられる。

### II. 尺度で測定した各変数の結果から考えられること

尺度の内的整合性について、下位尺度のクロンバック $\alpha$ の値を検討した結果、コピーングの「気晴らし」が0.580とやや低い値となっているほかはいずれも0.6を超えており、内的整合性は保たれていると考えられた。「気晴らし」についても、項目数が3項目であることを鑑みるとやや低い許容範囲と考えた。

#### 1. 精神的健康度について

GHQ28を用いて測定した母親の精神的健康度について、属性や個人要因と比較することで、対象者の特徴と病児の母親の特徴を検討した。

##### 1) 全体の傾向

本研究の対象者の各下位尺度の得点（GHQ採点法）を見ると、「身体的症状」が2.78と最も高く、次いで「不安と不眠」が2.64、「社会的活動障害」が1.20、「うつ傾向」が0.67で、全体の平均は7.28であった。尺度作成者の中川ら(1985)が健常者を対象にした調査では「身体的症状」1.02、「不安と不眠」1.24、「社会的活動障害」0.28、「うつ傾向」0.28であり、全体の平均は2.76であった結果と比較すると、いずれも本研究の対象者は健常者に比べ高い結果であり、子どもの疾患の有無にかかわらず、育児中の母親の精神状態は不健康である場合が多いといえる。

このことに関して、わが国では1970年代初めにコインロッカーに乳児が遺棄さ

れるなどの事件が相次いで以来、「育児ノイローゼ」「育児ストレス」「育児不安」などの用語が社会問題として取り上げられるようになった。社会的な背景としては1960年代から日本は高度成長期に入り、産業構造の変化に伴い伝統的な大家族から核家族を中心とした家族形態に変化した。夫は仕事、妻は家事育児と家庭内での役割分担が行われるようになり、女性は結婚を機に仕事を辞める専業主婦が主流となった。女性は自分の母親世代に気兼ねすることなく自由に家事・育児を行うことができるようになった半面、育児の伝承が行いづらくなり何か困ったことが起きた時に相談する相手がおらず、孤立してしまうという問題が生じた。これらの社会的要因を背景に、国や地方自治体では育児支援や虐待予防を政策に掲げ、2000年には児童虐待防止法が施行されたほか、2001年からは市町村単位でも健やか親子21健康運動が行われているが、児童虐待報告数は1990年に統計がとられて以来、年々増加の一途をたどっている（厚生労働省、2013）。

育児ストレスや児童虐待に関する研究も様々な学問領域でおこなわれるようになったが、大日向(1997)が乳幼児をもつ母親2865名を対象にした調査によると、91.9%の母親が「育児をつらいと思うことがある」と答え、78.4%が「子どもがかわいく思えないことがある」と回答していた。さらに、2007年までの育児不安・育児ストレス研究をまとめた川崎ら(2008)によると、欧米諸国では育児ストレスは病児や障害児の育児を対象にしたものが多いが、わが国では一般の乳幼児を対象にしたものが多いことが明らかとなっており、それだけわが国で「普通の子育て」を行う母親のストレスは高いことが考えられ、日本の独特の文化的・社会的背景があると考えられる。育児不安の要因として大日向(1997)は、子どもが思い通りにならない、自分の時間がもてないなど育児の厳しい現実や、夫の非協力・無理解などサポート不足などを挙げ、さらにその育児が誰からも評価されないことなどを挙げている。本研究の結果からも、家族内の育児サポートが得られないと回答した群では、GHQ28の得点は高く、健康児の母親では「身体的症状」と「うつ傾向」が、病児の母親では「不安と不眠」と「社会的活動障害」が有意に高い結果であった。このことから、夫を初めとする家族が育児をサポートすることが、母親の精神的健康に影響を与えることが示唆された。これに関しては先行研究でも育児ストレスに対するソーシャルサポートの重要性は述べられており、特にサポート提供者としては夫や実母が重要なサポート源になっていることが明らかになっている（荒木ら2001，海老原，秦野2004）。本研究の結果もこれらと矛盾しないものであった。夫の育児参加に関して、2010年に改正育児介護休業法が施行され、男性の育児休業を促し育児参加は政策的に支援されているものの、いまだ男性の育児休業取得は一般的とはなっていないのが現状である。男性は育児を「サポート」し「協力」することは以前に比べて多くなっているが、育児を女性と「同様に」行う家庭はまだ稀であるのがわが国の現状であり文化である。夫の育児に何を期待するかは、女性の就労状況を初めとする家庭の状況や個人の考え方によって違えることが考えられる。先行研究によると、母親が希望するサポートで最も多かったのは「育児について相談できる」「自分が育児のストレスなどをリフレッシュする時間をもつことに協力してくれる」であり、夫に期待することは「子育てで悩んでいるとき気が付けてくれる」「子どもの世話以外で、家事など

の身の回りのことを手伝ってくれる」ことであるといわれている(海老原, 2004)。夫婦がどのように子育てを行っていくかは夫婦間、あるいは夫婦の親世代を含めた家族とのコミュニケーションをとり、母親自身が希望する支援を適切に受けることで、ストレスを抱え込まないようにする必要であると考ええる。

また、心理的支えとなる友人・知人の有無、家族以外の子育てのサポートもまた、子どもの疾患の有無にかかわらず、子育てをする上では精神的に重要となることが確認された。母親の精神的健康のためには、まずは家族内のサポート、次いで家族以外のサポートが重要であることが示唆された。

## 2) 病児の母親群の特徴について

病児の母親について、子どもの年齢や男女比、母親の年齢については健康児の母親と有意な差はなかったことから、育児の実態や心理面について2つの群を比較していくことが可能であると考えられた。

まず、就業率について、病児の母親の方が専業主婦の割合が高く、また世帯年収については健康児の母親群より低い割合が高かった。これは子どもの疾患の重症度によっては継続的な就業ができないことにより、共働きの割合が低いことと関連があると考えられた。これに関して、藤原(2004)が小児がんで入院している母親を対象にした研究では専業主婦である母親の38%は、子どもの病気をきっかけに離職していることが明らかとなっており、本研究においても子どもの疾患が母親の就労、ひいては世帯の収入にまで影響を与えていることが推測された。病児の家庭では小児慢性特定疾患に対する治療費の補助などの経済的支援を受けている世帯が多く、本研究の対象者においても48.8%の子どもが小児慢性特定疾患の補助を受けている。このことにより、治療費は公費で賄われていることが考えられるが、世帯の収入が減少した場合、経済的困窮は育児を含め生活上の制限を生じ、不便や不安を感じている可能性がある。梅田ら(2001)は、小児糖尿病の家族のQOLに関する調査で、医療の経済的支援の認識が家族のQOLに関連していると述べている。このことから、看護職者は小児と家族に必要な経済的支援が適切に受けられているか、確認する必要があると考ええる。

さらに、母親の心理面を青年期以降の発達段階から捉えると、希望の通りに就業するということは、生活のために収入を得るという目的以上に、生きがいや自立、自己実現といった意味をもつと考えられる。言い換えると、自分の意図していない事情で離職した場合には、精神的葛藤を伴う可能性がある。このことは、病児の母親群では健康児の母親よりもレジリエンスが低いこととも関連している可能性がある。就業継続の希望がある場合には離職を免れるような仕組みと社会の理解が必要である。

より詳細な病児の母親の精神的健康に着目すると、病児の母親群では「身体的症状」、「不安と不眠」、「うつ傾向」の3つの下位尺度で健康児の母親よりも有意に高く、さらに「不安と不眠」においては異常と判定されるものが15%と、健康児の母親と比較して有意に高かった。これは、丸ら(1997)や三国(2003)が行った研究で得られた、病児の母親の育児ストレスは健康児の母親の育児ストレスと比較して高いという結果と同様であると考えられた。

この要因として、先行研究（丸 1997，三国 2003）では病児の母親の育児ストレスは子どもの特徴に起因するストレスであることが示されており、子どもに疾患がある場合、通常の育児に加えて通院や日常の世話をはじめとする負担、あるいは子どもの体調に関する気遣いや不安によって母親自身が心身ともに疲労を極めていることが考えられた。また、丸ら（1997）は、病児の父親のサポートが母親のストレスと負の相関があることを明らかにしており、父親からの継続的なサポートの重要性を述べている。本研究において病児の母親で、夫や家族の育児サポートがとても得られると回答したのは 32.0%、まあまあ得られると回答したのは 48.8%であった。近年は父親の育児参加も行われるようになってきているが、家庭において子どものケアや育児の主体となるのは、多くの場合母親であるのが現状である。母親が「不安と不眠」のような心身の不調を抱えている場合、子どもや他の家族への日常生活に支障が出ることは避けられない。よって、子どもに疾患がある母親に対しては、心身の不調はないか特別な配慮およびケアが必要であることが示唆された。

また、病児の家族では祖父母と同居している拡大家族の割合も高く、両親だけではなく祖父母のサポートも得ながら子育てをしている様子が窺えた。しかし、家族以外のサポートがないと答えた人の割合は、健康児の母親群よりも多く、さらに家族以外の育児サポートがない場合に GHQ の 3 つの下位尺度得点が有意に低かった。つまり病児の母親は、家族内では夫や子どもの祖父母のサポートを得ながら子育てをしているが、家族以外のサポートは得られにくく、そのような場合に不安やうつ傾向が多いという現状が示唆された。今回医療機関に通っている子どもに関しては、57.1%の子どもが薬の内服や食事の配慮などの家庭で特別なケアを必要としているという結果であった。このことより、これらの医療に関するケアを家族以外の人に頼むことができずサポートが得られにくいことが、母親が一人で子どものケアを抱え込んでいる要因のひとつとして考えられた。このように主なケア提供者としての母親が精神的負担を抱えている場合に、看護者の役割は、育児の状況を把握し共に対処することであると考ええる。近年看護実践の枠組みで主流となっている看護過程における看護計画は、Observation Plan（観察）、Treatment Plan（ケア）、Education Plan（教育）の三本柱で立案されることが多いが、母親が育児とケアを担う場合、看護者は母親に対し、教育プランの一環として、どのように家庭で子どもの医療的観察やケアを行えばよいか、そしてそれが適切に行えているかという指導的・教育的関わりに重点を置いてしまうことがあるかもしれない。しかし、それだけではなく、家族内外のサポートは十分であるか、母親の負担は過重になっていないか、母親の目線で共に考える共感的姿勢が大切であると考ええる。時には社会資源の活用も視野に入れる必要があるが、現在少なくとも A 地域においては資源が十分であるとは言えない。今後例えばショートステイや病児保育室の拡充、小児の訪問看護など、医療・看護の専門職が育児をサポートできるような仕組みづくりが必要であると考ええる。また、このような社会資源の活用にあたっては、その知識と情報に長けているケースワーカーの活用をすることも有益な手段であると考ええる。さらに、複数のケアを必要としている子どもと家族のケアについては、小児看護や家族支援の専門看護師の活躍が

期待される。A 県においてはこれらの領域の専門看護師の登録がまだ進んでおらず、今後ニーズの応じた人材育成と活用が課題と考えられる。

## 2. コーピングについて

本研究において病児の母親群では、肯定的解釈によるコーピングを行う頻度が有意に低かった。肯定的解釈は回避的思考と同じ情動・認知軸であるが、回避型の回避的思考に対して関与型であり、具体的項目には「悪いことばかりではないと楽観的に考える」「今後は良いこともあるだろうと考える」「悪い面ばかりでなく、良い面も見つけていく」とポジティブな認知であるといえる。小児がんの子どもの母親を対象にした先行研究（藤原，2004）でも、楽観思考のコーピングは低い傾向があり、本研究も同様の結果であったといえる。疾患のある子どもの母親の場合、現在の子どもの疾患の状態によってはこのような前向きな認知をすることは難しいこともあると考えられた。あるいは子どもの病気という経験を通して、楽観的認知ができにくくなっている可能性も考えられる。

因みに肯定的解釈に関しては、心理的支えとなる友人・知人がある人、また家族内の育児サポートが得られる場合において、有意に高得点であった。身近な人の心理的・実地的なサポートは、前述した育児中の母親の精神的健康のためにも必要だが、ポジティブなコーピングにもまた影響を与えることが示された。

さらに本研究において健康児の母親では「回避的思考」と GHQ28 は正の相関があったのに対して、病児の母親では「回避的思考」と GHQ28、特に社会的活動障害の因子では有意な負の相関がみられた。つまり、健康児の母親では「回避的思考」を取るほど精神的健康が損なわれる傾向があるが、病児の母親では「回避的思考」を取るほど精神的健康が維持される傾向が見られた。「回避的思考」には「そのことをあまり考えないようにする」「嫌なことを頭に浮かべないようにする」などの項目からなる。一般的な健常者を対象にした研究では、積極的コーピングがストレスを軽減し、回避的思考に分類される「消極的コーピング」は、ストレスが高い人が用いることが知られている（尾関ら，1994、谷本ら，2003）。今回の結果は、研究者が慢性疾患児の親を対象にした先行研究（2010）において「消極的コーピング」を用いない群で心理的ストレス反応が高いという結果であったことと類似しているが、今回健康児の母親と比較することで、このことは病児の母親にのみ見られる特徴として明らかになった。近年、ストレスの状況により積極的対処はむしろストレスや消耗感を高めるという報告もみられており（佐藤，2007、横田，2003）、必ずしも積極的コーピングだけがストレス対処に有効といえないことが示唆されているが、Lazarus（2004）は否認・否定のコーピングについて、「有益な場合と有害な場合とがある」と述べており、その一例として、病気をよくするためか、あるいは害を防ぐために何もできない場合に否認は有益になりうると述べている。また、森田（2008）は、対人場面において回避的コーピングを行うことで、ストレス反応が低減されたと報告しており、回避的コーピングの中に「息抜きの意図」と「積極的取り組みの無効性の認知」の二つの下位カテゴリーがあると解釈している。Lazarus（1984/1991）の心理的ストレス反応理論では、ストレスラーに対してどのようにコーピングできるか、という認知的評価によってス

トレス反応の有無や程度が規定されるとされている。本研究の対象者である病気の子どもをもつ母親においては、子どもの慢性疾患とそれに伴う通院やケアが母親のストレスの一つと考えられるが、このことは即時的には解決困難な問題であり、今後の見通しも立ちにくいと認知される。そのため、解決できない問題を据え置き、結論を先延ばしにするために、回避的思考コーピングを選択していることが考えられた。また、病児のケアを担っている母親においては、気晴らしに費やす時間的余裕がないこと、あるいは先に述べたとおりに、経済的余裕がないことも考えられた。よってこれらの理由から嫌なことを頭に浮かべないようにする、などといった認知を変化させる努力によって、ストレス反応をコントロールしている可能性が考えられた。

また、本研究では病児の母親においてのみ、配偶者なしの母親の方で「回避的思考」が有意に高得点であり、「気晴らし」は有意に低かった。配偶者がいない理由までは調査していないため詳細は明らかにできないが、ひとり親であることによって通常両親で担う親役割を母親一人で担うことによる負担は非常に大きいと考えられる。その上に子どもに慢性疾患がある場合、たとえ両親などのサポートが得られたとしても、問題に対処するために取ることのできる手段・時間ともに限られると推測される。なおかつ、ひとり親であるという状況は、子どもが病気であることと同様に、原因を探りそれをすぐに取り除くといった方法では解決することのできない問題である。そのためこれらのことより、病児の母親で配偶者がいない場合、問題焦点型の「計画立案」や趣味や娯楽で気分転換を図る「気晴らし」といったコーピングではなく、「そのことをあまり考えないようにする」「嫌なことを頭に浮かべないようにする」などの情動・認知を変化させる回避的思考によって、ストレスから一時的に距離を置き対処していることが考えられた。

また、健康児の母親においてのみ世帯年収が 400 万未満の群で「計画立案」コーピングが低かった。このことは、子どもの疾患の有無にかかわらず純粋に経済状態が個人のコーピング行動に影響を与える可能性を示唆している。本研究では病児の母親のコーピングに焦点を当て論じるため、この点はまた今後さらなる研究の課題と考える。

### 3. レジリエンスについて

各下位尺度の得点をみると、他人からのサポート資源である I HAVE 因子は高得点で、自分自身の内面の強さである I AM 因子は低得点であったが、これは日本の大学生を対象とした先行研究（森ら、2002）とほぼ同様の結果であった。この I AM 因子を構成する「自分には良いところがたくさんあると思う」「自分にはかなり自信がある」などの項目は日本人の謙虚さを美德とする気質においてはたとえ自信を感じていても高得点をつけにくい表現であると考えられる。一方で、この尺度を共同で開発した Hiew の研究（2000）を参照すると、I AM 因子は「I believe in myself」や「I feel that I understand myself」などの項目で構成されており、日本語の尺度とは読み手が受けるニュアンスが異なる可能性が考えられる。さらに Grotberg(1995)は、I AM 因子を Inner Strengths として、「a person most people

like」 「generally calm and good-natured」などの要素を挙げている。このように、レジリエンスを構成する概念と、その表現には民族および文化的な要因が影響している可能性が考えられる。しかしレジリエンスの構成概念や要因についての国民性による違いを論じるには、根拠となりうる先行研究が乏しいため、今後さらなる研究の成果が待たれる。

子どもの年齢別による比較では、健康児の母親において子どもの年齢が6歳未満の群でI AM 因子、対人関係と問題解決技法を示すI CAN 因子、そしてI WILL/DO 因子が有意に低かった。いいかえると乳幼児を育てる母親においては、他人からのサポート資源は他の年代と同様かそれ以上に得られているにもかかわらず、問題解決能力に関して自信がなく、自分に対する肯定的な認知が低く、将来の見通しも悲観的である傾向があるといえる。その要因として、乳幼児は発達途上であるため心身共に不安定な時期であり、たとえば不意の病気による世話のため家事や仕事が中断されることもある。一方で認知面では自己主張や癪癢といった感情表出も著明にみられるため、時に育児に忍耐強さを必要とする時期である。そのようなことがレジリエンスに含まれる自己肯定感や自信に影響を与えている可能性が考えられた。しかし健康児の母親では子どもが成長するにつれてレジリエンスも高まるが、病児の母親では、子どもの年齢によらずレジリエンスは低い傾向であった。これは、子どもが成長してもなお、長い期間経過観察が必要であることと関連していると考えられる。今回対象となった子どもの年齢は最高31歳であった。近年慢性疾患患児の成人期への移行、キャリアオーバーへの関心は高まっているが、子どもが成人してからどのように疾患を管理しながら生きていくか、家族を含めたケアが必要であると考えられる。

子どもの疾患の有無でみると、病児の母親群では健康児の母親と比較して自分自身への肯定的な認知であるI AM 因子と、未知のものに対する楽観的な見通しのI WILL/DO 因子が有意に低かった。これまでの結果から本研究の対象者である慢性疾患患児の母親では精神的健康度が低く、肯定的解釈コーピングをとりにくいことが示されており、それらと関連させて考えると、母親の自信感が低く、未知なるものへ悲観的である状態は矛盾しないと考えられる。研究者は先行研究で、慢性疾患患児の母親のストレスを検討した際に、ストレス反応に影響を与えるものに自己効力感の一つである「失敗に対する不安」があることを見出した（扇野ら，2010）。少子化社会での育児では、完璧な子育てを目指す傾向があるとも言われている。子どもが病気になったことは、失敗とは言えないが、病児の母親の中には自責の念を感じるものも多い（藤原，2004）。母親は子どもの病気のことで自分を責め、自信と希望を失っているのではないかと推察される。

また、疾患別にみると特に神経疾患患児の母親でI AM 因子がアレルギー疾患患児よりも低かった。神経疾患には脳性麻痺やてんかんが含まれるが、これらの疾患は心身の障害を伴うことがあり、時にはその程度は重く、家族の負担は大きいと考えられる。アレルギー疾患は成長に伴い程度が軽くなることも多いのに対し、神経疾患では障害があることで将来の生活の見通しが立ちにくい特徴があり、これらの要因によりレジリエンスに差が生じたことが考えられる。竹村（2013）は、重症心身障害児の家族のレジリエンスを高める援助として家族に備わるレジリエ



ンスへの認識の促進、問題への心的準備、対処行動スキルの獲得、ピアによるサポートを挙げており、これらの援助は家族への看護の示唆となると考えられる。しかしながら、本研究においては各疾患の症例数が少ないため、疾患別の比較検討には限界を生じている。今後疾患やその程度にも着目して知見を得ていきたい。

さらに、本研究において子どもの疾患の有無にかかわらず、心理的支えとなる友人・知人がある人ではレジリエンスは高く、特に病児の母親ではすべての下位尺度において有意に高かった。これは精神的健康度と同様の結果であることから、心理的支えとなる友人・知人がいることによって、内面の強さであるレジリエンスが強化され、その結果精神的健康が保たれることが考えられた。山口（2013）は、精神障がい者の家族のレジリエンスについて、外部からのサポートを得ることがレジリエンス獲得のためのひとつの手段であると報告しており、本研究の結果も同様であることがいえた。

また、世帯年収とレジリエンスの関連について、子どもの疾患の有無によらず400万円未満の群では400万円以上の群よりも「I AM」が低く、健康児の母親ではさらに「I CAN」「I WILL/DO」得点も有意に低かった。このことから、経済的な安定も肯定的な認知、特に自信感に関連していることが示唆された。しかし、収入が低い群では親の年齢が低く、子どもの年齢も比較的低い傾向があることから、バイアスが生じている可能性も否定できず、今後も知見を重ねる必要があると考える。

さて、本研究では研究デザインの中で、レジリエンスをストレス・コーピングモデルの中で先行要因（個人的因子）として位置付けたが、子どもの疾患の有無や子どもの年齢によって違いが見られたことから、後天的要素や状況によって影響される側面があるという可能性が示唆された。これは当初の仮説とは異なる点である。このことについて、平野（2012）は、レジリエンスには遺伝的・生得的な要因と後天的に獲得される要因との両面があると述べ、さらに生得的要因の程度によって、介入の方向を変えていかなければならないと論じている。このことは看護においても重要であると考え。慢性疾患患児の母親のレジリエンスは低い傾向ではあった。しかし心理的適応をするための資源として、アセスメントの段階でレジリエンスの情報を加える必要があると考える。さらには家族の回復・適応の結果としての評価のために、レジリエンスの概念を用いることができるのではないかと考える。

#### 4. 変数間の関連

精神的健康度と最も関連がみられたのは、レジリエンスであり、中でも自分自身への肯定的な認知を表すI AM因子の重要性が示唆された。子どもの病気を初めとする様々な因子の影響を受けて精神的健康を保っていくと考えるが、とりわけ自分に自信があることが精神的健康を左右していた。

レジリエンスの下位尺度はまた、特有のコーピングとの関連も示した。例えば、前向きな認知により情動を調整する肯定的解釈コーピングは、レジリエンスの自分への自信であるI AM及び将来への楽観的な展望であるI WILL/DOと相関を示した。同様に、問題に焦点を当て行動していく計画立案コーピングは、問題解決ス

キルを表す I CAN 因子と相関が高かった。また、誰かに話を聞いてもらい情動調節を試みるカタルシスコピーングは、他人からのサポート資源である I HAVE と相関があるなど、それぞれ意味が理解できる相関関係が示された。

このように、因果関係の解釈は難しいが、レジリエンスとコピーングは関連を示し、またレジリエンスと精神的健康も互いに関連を示していた。

では、どのようにコピーングが精神的健康を保つために作用しているのかについて検討すると、肯定的解釈コピーングのみが精神的健康度の下位尺度と有意な相関関係が示されたが、いずれも値を見ると弱い相関であり、弱い関連性が示唆されたのみである。様々なコピーングを行っても、精神的健康に直接的には結びついていないことが推察される。このことから、コピーングを取ることで以外の要因、例えばこれまでの分析結果から考察すると、子どもが病気であること、家族内の育児サポートの有無、心理的支えとなる友人知人の有無、といった要因によって精神的健康が規定されていると考えられる。

### Ⅲ．モデルの解釈

#### 1．育児中の母親の心理的適応モデル

##### 1) 元の尺度から除外された項目について

仮説モデルとは異なった点、すなわち元の尺度を構成する因子で、除外された項目についてその理由を検討する。精神的健康度では「うつ傾向」と「身体的症状」が除外された。「うつ傾向」に関しては「自殺したいと思った」などの項目で、全体の平均値と分散が低いことからモデルに適合しなかったのではないかと考えられる。また「身体的症状」は「頭が重いように感じた」「病気だと感じたことは」などの項目で疲労の蓄積を表す因子であるが、心理的な適応以外の要素を含んでいる可能性があり、また本対象の因子分析の結果3つの因子に分かれるという結果になったため、今回はモデルに入らなかったのではないかと考えた。つまり病気の子どもをもつ母親の心理的な「適応」を考える今回のモデルにおいては、「身体的な症状」は関連性が低いことが示唆されたといえる。

一方でモデルに採用された「不安と不眠」は「いつもストレスを感じている」「心配事があって眠れない」など比較的端的に精神的健康を表現する項目からなっており、精神的健康の中核となる変数であると考えられる。さらに「社会的活動障害」は、「いつもより自分のしていることに生きがいを感じる」「いつもより忙しく活動的な生活を送る」などの項目からなる。この変数がモデルに採用された要因として、本研究の対象者は主に20～40代の女性であり、仕事や育児を通して社会的役割を持っている、あるいは持っていたいと考えられる集団であることが考えられる。つまり日々の仕事や育児を通じて日常的に社会的に参加し、充実感や生きがいを得ることが心理的適応を考えるうえで重要となっていることを意味していると考えられた。

さらに、コピーング尺度からは「肯定的解釈」のみが採用されている。この「肯定的解釈」は本研究の対象者においては最も多く取られているコピーングであり、内容は「悪いことばかりではないと楽観的に考える」など、子育て中の母親の心理的な適応を考えるにあたって重要な要素を含んでいると考えられた。さらに子

どもに疾患がある場合に有意に低いという結果が出ているため、ある程度病児の母親群の特徴をモデルに反映させることができたのではないかと考える。

## 2. 心理的適応を構成する概念について

「適応」の概念を構成するものはその影響が強い順に「自信」「サポート」「柔軟な力」「精神的健康」「肯定的解釈」であった。さらに「精神的健康」は「不安と不眠」「社会的活動障害」から構成され、「柔軟な力」は「問題解決力」「楽観視」「こころのゆとり」から構成されていた。そして、「楽観視」は「肯定的解釈」に影響を与えていた。このモデルに「こころのゆとり」と「不安と不眠」および「社会的活動障害」の誤差変数にそれぞれ共分散を認め、さらに「楽観視」と「サポート」の誤差変数にも共分散がひかれた。

このモデルにおけるパス係数を検討すると、適応を構成する概念として最も重要と言えるのは、子どもの疾患の有無にかかわらず母親の「自信」であった。この「自信」はレジリエンスの「I AM」因子であり、具体的項目は「自分には良いところがたくさんあると思う」「自分には自信がある」「自分のことが好きである」などからなる。これは母親の自己肯定感とも言える。本研究でも他の先行研究と同様に、「自信」は他の下位尺度と比較して平均値は低く、育児中の母親が現在のありのままの自分を肯定することが難しく、だからこそ「自信」を感じられるかどうかは適応にとって重要であると考えられる。先の分析の結果から、I AM 因子は病児の母親群で有意に低く、さらに健康児であれば6歳未満の子どもの母親、病児の母親であれば家族以外のサポートがない場合、神経疾患の子どもの母親、両群ともに心理的支えとなる人がいない場合、世帯年収が低い場合に有意に低かった。大日向（1997）は、育児ストレスの要因に、育児が誰からも評価されないことを挙げている。よって、特にこれらの条件にあてはまる母親に対しては、自信が持てるよう、母親の育児を肯定し支持するような関わりが有効であると考えられる。できないことに目を向けるのではなく、できたことに目を向けて自他ともに評価していく、そのようなわずかな認知の変化を促す関わりが必要であると考えられた。

また、「柔軟な力」の構成要素をみると、健康児の母親では「楽観視」のパス係数は0.48、「こころのゆとり」0.38、「問題解決能力」1.00に対し、病児の母親では「楽観視」0.63、「こころのゆとり」0.53となっており、「楽観視」および「こころのゆとり」の影響が強く表れていることが特徴的であった。つまり病児の母親が「柔軟な力」をもつためには、「楽観視」と「こころのゆとり」を感じることが必要であると解釈できる。

このことに関して、健康児の母親では、生じる問題に対して論理的に考え解決方法を見出し解決していく力が効果的に働いたとしても、病児の母親ではそのような方法で解決できない問題を抱えていることを意味していることが考えられる。藤原（2004）は、小児がんで入院中の母親のコーピングとして、楽観思考とストレス反応と負の相関があると報告しており、これは研究者の先行研究（扇野ら、2010）で消極的コーピングがストレス反応に有効であったという結果と類似している。病児の母親は、子どもの病気という自分の努力では解決できない問題に直

面しており、なんとかなる、といい意味で楽天的になれるような力が、心理的な適応にとって重要であると解釈できた。しかし楽観的に考えられない状況もある。新山（1999）は、小児がんの子どもをもつ母親の内的過程について、「衝撃」「不安」「希望」を繰り返すと述べている。母親が不安に駆られる時期は、看護者は無理に認知の変化を期待するのではなく、まずは寄り添い、共感的に関わり、認知が変化できる時までともに待つ姿勢が必要ではないだろうか。具体的支援方法について、今後も検討課題となる。

また、モデルを構成した概念のひとつである「柔軟な力」は、「楽観視」と「こころのゆとり」から構成されるが、これは近年「母性」という言葉から発展的に生じた「親性」の発達概念と共通するものがある。柏木ら（1994）は親となることによって人格的な面で発達した領域として、「柔軟さ」「自己抑制」「運命・信仰・伝統の受容」「視野の広がり」「生きがい・存在感」「自己の強さ」の6つを挙げている。親も子育てを通じて発達していくことは、子どもの疾患の有無にかかわらず共通であるといえる。特に病児の母親の場合、子どもの病気という自分の努力では解決できない問題に直面しており、さらに他の病児の母親と関わることによって客観的に自分の状況を考えたり、他人に対して共感したりする機会も多いと考えられる。そのような理由から、「柔軟な力」の中でも「楽観視」「こころのゆとり」の心理的適応における影響が比較的大きいと解釈された。

#### IV. 看護への示唆

1. 病児の母親では特に精神的健康度が低いため、母親のうつ傾向や不眠状態を含めた健康状態にも目を向け、さらに母親がもっている資源としてのレジリエンスをアセスメントする視点が必要であると考えられた。
2. 育児中の母親の心理的適応モデルにおいては「自信」が重要であったことより、母親の周りで支援する看護者は、できないことよりもできていることに目を向けて、母親の育児をポジティブに認める関わりが有効であることが考えられる。
3. 特に病児の母親では健康児の母親に比べ「楽観視」と「こころのゆとり」は低かったが、モデルにおけるウエイトが大きかった。子どもの疾患の急性期は病気のわが子にのみ目が向きがちであるが、慢性状態に移行するにあたって、徐々に周囲の状況や今後の状況について見通しがもてるような関わりが必要であると考えられる。
4. しかし状況によっては「楽観視」ができない場合もあり、例えば神経疾患患児の母親のレジリエンスは低かった。楽観視ができない場合は母親の気持ちに寄り添い、共感し、認知が変化できる時がくるまで待つことも必要である。
5. レジリエンスは後天的な要因によって変化する可能性が示唆されたため、適応の結果としてレジリエンスを評価指標として検討する価値がある。

#### V. 研究の限界

1. 対象者の心理的ストレス適応について、使用した尺度で測定可能な部分は明らかになったが、レジリエンスがどのような個人要因によって左右されるのかなど、認知の根源にかかわる部分などまだ明らかになっていない。研究方法を含め

て今後もさらなる検討が必要である。

2. 今回の調査ではデータ数に限りがあり、対象者の置かれている状況、たとえば子どもの疾患の種類や重症度、時期による多母集団分析ができなかったため、解釈に限界を生じている。

3. 限られた地域のデータであり、一般化には限界を生じている。

## 第6章 結論

慢性疾患患児の母親の心理的適応モデルの作成過程を通して、以下のことが明らかとなった。

1. 病児の母親は精神的健康度が低く、レジリエンスの「自信」「楽観視」「こころのゆとり」が健康児の母親に比べて低かった。

2. 病児の母親は「肯定的解釈コーピング」がとりにくく、これにはレジリエンスの一部である「楽観視」ができにくいことが影響を与えている可能性が示唆された。

3. 心理的適応に最も大きな比重を占めるのは「自信」であり、「柔軟な力」が適応を構成する要素の一つであった。母親が自信を持って育児に臨めるよう、認め共感する関わりが必要であると考ええる。

## 謝辞

本論文をまとめるにあたり、修士過程在学中から博士論文完成まで丁寧かつ熱心にご指導いただき、研究の楽しさと面白さを教えてくださった中村由美子先生に深く感謝申し上げます。また、論文審査にあたりご指導、ご鞭撻いただきました大井けい子先生、織井優貴子先生に深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

また、研究の過程において御指導、御助言、見守り、励ましをいただきました青森県立保健大学の先生方、大学院生の皆様、勤務の調整等ご理解をいただきました弘前大学大学院保健学研究科の皆様に感謝申し上げます。

最後に、お忙しい中調査に協力してくださった小児科に通っているお子様とお母様方、H市内の保育所、小学校、中学校に通っているお子様とお母様、そして対象者の選定や調整にご協力頂きました病院スタッフの皆様、保育所・学校の教職員の方々に深く感謝し、厚く御礼申し上げます。

なお、本研究は日本学術振興会科学研究費補助金事業（科学研究費補助金）若手研究（B）課題番号 22792213 の助成を受けて実施した研究の一部です。

## 引用文献

荒木美幸, 大石和代, 岩城宏子, 渡辺鈴子, 池田早苗, 達田志津子, 小川由美子(2001), 育児期にある母親に対するソーシャルサポートと育児ストレスとの関連性, 長崎大学医療技術短期大学部紀要, 14(1), 89-95.

荒牧美佐子(2005), 育児への否定的・肯定的観とソーシャルサポートとの関連—ひとり親・ふたり親の比較から—, 小児保健研究, 64(6), 737-744.

- Coleman, M., & Ganong, L. (2002), Resilience and families, Family Relations, 51, 101-102.
- Chen, J Y Clark M.J. (2010), Family resources and parental health in families of children with Duchenne muscular dystrophy, The journal of nursing research, 18(4), 239-48.
- 海老原亜弥, 秦野悦子 (2004), 保育園・幼稚園児を育てる母親の育児負担感—ストレス—, コーピング, ソーシャル・サポートの関係—, 小児保健研究, 63(6), 660-666.
- 藤原千恵子 (2004), 入院中の小児がんの子どもをもつ母親のコーピングと状況要因および心理的ストレス反応との関連, 日本小児看護学会誌, 13(1), 40-45.
- Grotberg, E.H. (1995), A guide to promoting resilience in children Strengthening the human spirit, Hague: Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, E.H. (2003), Resilience for Today: Gaining Strength from Adversity, Westport: Praeger Publisher.
- Hiew, C.C., Mori, T., Shimizu, M., & Tominaga, M. (2000), Measurement of resilience development: preliminary result with a state-trait resilience inventory, 学習開発研究, 1, 111-117
- 平野真理 (2012), 二次元レジリエンス要因の安定性及びライフイベントとの関係, パーソナリティ研究, 21(1), 94-97.
- 岩崎朋之, 河上智香, 木村澄子, 三島彩子, 柿添真由美 (2005), 初めて入院する乳幼児をもつ親の不安と期待するソーシャルサポート, 大阪大学看護学雑誌, 11(4), 38-42.
- 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二, 戸ヶ崎泰子, 坂野雄二 (1995), 対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度 (TAC-24) の作成, 教育相談研究, 3, 41-47.
- 柏木恵子, 若松素子 (1994), 「親となる」ことによる人格発達, 発達心理学研究, 5(1), 72-83.
- 川崎道子, 宮地文子, 佐々木明子 (2008), 育児不安・育児ストレスの測定尺度開発に関する文献検討 (1983-2007 年), 沖縄県立看護大学紀要, 9, 53-59.
- 厚生労働省 (2002), 小児慢性特定疾患治療研究事業の今後のあり方と実施に関する検討会報告書, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/06/h0628-1.html> (2013. 2. 28 閲覧)
- 厚生労働省 (2013), 子ども虐待による死亡事例等の検証結果 (第 9 次報告の概要) 及び児童虐待相談対応件数等, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000037b58.html>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) / 本明寛, 深沢道子, 織田正美, 野口京子, 平井久, 重久剛, 春木豊 (1991), ストレスの心理学—認知評価と対処の研究—, 本明寛, 春木豊, 織田正美 (監), 実務教育出版.
- Lazarus, R. S. (1999), 小川浩, 野口京子, 八尋華那雄 (2007), ストレスと情動の心理学 ナラティブ研究の視点から, 本明寛 (監) 実務教育出版.
- Lee S, Kim S, Young Choi J. (2013), Coping and Resilience of Adolescents With Congenital Heart Disease, Journal of Cardiovascular Nursing, POST

AUTHOR CORRECTIONS, 14 February 2013.

- 三国久美, 深山智代, 広瀬たい子, 工藤禎子, 桑原ゆみ, 篠木絵里, 草薙美穂(2003), 1歳6か月児を持つ両親の育児ストレスとコーピングスタイル, 日本看護研究学会雑誌, 26(4), 31-43.
- 森美智子(2001), 悪性・難治性疾患患児の親の状況危機と援助ニーズ, 闘病生活における複合問題と心理状況, 日本看護科学学会学術集会講演集, 21, 327.
- 丸光恵, 兼松百合子, 中村美保, 工藤美子, 武田淳子(1997), 慢性疾患患児をもつ母親の育児ストレスの特徴と関連要因ー健康児の母親との比較からー, 千葉大学看護学部紀要, 19, 45-51.
- Mayo, L (1956), Problem and challenge. In guides to action on chronic illness, New York, National Health Council.
- 森敏昭, 清水益治, 石田潤, 富永美穂子, Hiew, C.C. (2002), 大学生の自己教育力とレジリエンスの関係, 学校教育実践学研究, 8, 179-187.
- 村田恵子, 小野智美, 草場ヒフミ, 松田宣子, 大久保法子, 津田紀子, 川口優子, 細川順子, 松原三智子, 野嶋佐由美(1999a), 慢性的な健康障害をもつ子どもを養育する家族の対処と関連因子ー家族対処パターンと病児の健康状態・家族特性との関連ー, 神戸大学医学部保健学科紀要, 15, 1-11.
- 村田恵子, 草場ヒフミ, 小野智美, 松田宣子, 大久保法子, 有田直子, 竹ノ内直子(1999b), 慢性病児を療養する家族の燃えつきと家族ストレス・家族対処・家族機能の関連:燃えつき危険群と健全群との比較において, 日本小児看護学会誌, 8(2), 46-52.
- 村田恵子, 草場ヒフミ, 小野智美(2003), 慢性病児を養育する家庭の家族機能レベルの関連: Hymovich's Model の応用による家族長期ケアモデルに基づく検討, 家族看護学研究, 9(1), 18-25.
- Nabors LA, Kichler JC, Brassell A, Thakkar S, Bartz J, Pangallo J, Van Wassenhove B, Lundy H. (2013), Factors related to caregiver state anxiety and coping with a child's chronic illness, Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare, 31(2), 171-80.
- 中川泰杉, 大坊郁夫(1985), 日本版 GHQ 精神健康調査票《手引》, 日本文化科学社.
- 奈良間美保, 兼松百合子, 荒木暁子, 丸光恵, 中村伸枝, 武田淳子, 白畑範子, 工藤美子(1999), 日本版 Parenting Stress Index (PSI) の信頼性、妥当性の検討, 小児保健研究, 58(5), 610-616.
- 仁尾かおり(2008), 先天性心疾患をもって成長する中学生・高校生のレジリエンス(第1報), 小児保健研究, 67(6), 826-833.
- 納富史恵, 兒玉尚子, 藤丸千尋(2010), 入院中の慢性疾患患児を持つ両親のコーピング行動, 小児保健研究, 69(6), 756-763.
- 扇野綾子, 中村由美子(2010), 慢性疾患患児を育てる母親の心理的ストレスおよび生活の満足感に影響を与える要因, 小児看護学会誌, 19(1), 1-7.
- 大日向雅美(1997), 育児ストレスー日本とイギリスを比較してー, こころの科学, 73, 7-12.
- 小野智美, 村田恵子, 草場ヒフミ, 松田宣子, 大久保功子, 矢田真美子, 津田紀子, 川

- 口優子, 細川順子, 有田直子, 松原三智子(1999), 慢性的な健康障害をもつ子どもの主なケア提供者のもえつきと関連要因—子ども・家族の背景と病の捉え方に焦点をあてて—, 神戸大学医学部保健学科紀要, 15, 13-20.
- 小野智美, 村田恵子, 草場ヒフミ, 松田宣子, 大久保功子, 矢田真美子, 津田紀子, 川口優子, 細川順子, 有田直子, 松原三智子(2001), 慢性的な健康障害児を養育する家族の燃えつきへの影響要因, 家族看護学研究, 7(1), 13-20.
- 押木利英子, 原田和宏, 香川孝次郎, 中島和夫, 安藤隆男(2004), 極低出生体重児を育児している母親の QOL に関する因果モデルの検討, 新潟医療福祉学会誌, 4(2), 70-81.
- 尾関友佳子他(1994), 大学生の心理的ストレス過程の共分散構造分析, 健康心理学研究, 7(2), 20-36.
- Rutter, M. (1985), Resilience in the face of adversity: protective factors and resilience to psychiatric disorder, British Journal of Psychiatry, 147, 598-611.
- 佐藤文子(2007), 実習前からの不安が学生のストレスコーピングと心理状態に与える影響について—基礎実習Ⅱの開始前・後のアンケート調査からの考察—, 臨床看護, 33(10), 1512-1515.
- Strauss, A. L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B. G., Maines, D., Suczek, B., & Wiener, C. L. (1984)/南裕子, 木下康仁, 野島佐由美(1987), 慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点, 南裕子(監), 医学書院.
- 立松生陽, 市江和子(2007), 食物アレルギー児の母親における育児ストレスと家族対処についての研究, 日本看護研究学会雑誌, 30(2), 119-128.
- 谷本公重他(2003), 幼児を持つ母親の育児不安と対処行動, 香川医科大学看護学雑誌, 7(1), 65-72.
- 梅田英子, 藤村まゆみ, 平林高子(2005a), 小児がんの子どもを持つ父親と母親のソーシャルサポート, 日本看護学会論文集(小児看護), 36, 98-100.
- 梅田英子, 藤村あゆみ, 山口佐代子, 大雲千春, 平林高子, 河上智香, 藤原千恵子(2005b), 小児がんで入院中の子どもを持つ両親の心理状態とコーピングの特徴, 大阪大学看護学雑誌, 11(1), 11-17.
- 横田恵一, 森田チエコ(2003), 看護学生のストレス緩和に対するユーモアの有効性, 愛知県立大学紀要, 9, 29-33.
- 吉田三紀(2004), 小児気管支喘息児を育てる母親のストレスとソーシャルサポート—臨床心理学的地域援助に向けて—, 小児保健研究, 63(2), 230-238.

#### 参考文献

- 青森県庁ホームページ, [http://www6.pref.aomori.lg.jp/tokei/document\\_view.php?sheet\\_no=3381#ANCHOR01](http://www6.pref.aomori.lg.jp/tokei/document_view.php?sheet_no=3381#ANCHOR01) (2014. 2. 14 閲覧)
- 荒木暁子, 兼松百合子, 横沢せい子, 荒屋敷亮子, 相墨生恵, 藤島京子(2005), 育児ストレスショートフォームの開発に関する研究, 小児保健研究, 64(3), 408-416.
- 荒牧美佐子, 田村毅(2003), 育児不安・育児肯定感と関連のあるソーシャル・サポートの規定要因—幼稚園児を持つ母親の場合—, 東京学芸大学紀要第6部門,



技術・家政・環境教育, 55, 83-93.

Barone, S.H., Roy, C.L., & Frederickson, K.C. (2008), Instruments used in Roy adaptation model-based research Review, critique, and future directions, Nursing Science Quarterly, 21(4), 353-362.

Black, K., & Lobo, M. (2008), A concept review of family resilience factors, Journal of Family Nursing, 14(1), 33-55.

Conner, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003), Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC), Depression And Anxiety, 18, 76-82.

Conner, K.M. (2006), Assessment of resilience in the aftermath of Trauma, The Journal of Clinical Psychiatry, 67(2), 46-49.

Corbin, J. Dorsett, D.S., Hawthorne, M., Nokes, K., Rawnsley, M., Smeltzer, S., Strauss, A., & Walkers, E. (1992)/黒江ゆり子, 市橋恵子, 寶田穂 (1994), 慢性疾患の病みの軌跡 コービンとストラウスによる看護モデル, Woog, P. (Ed), 医学書院.

Fawcett, J. (1993)/宇佐美しおり, 牛尾幸世, 太田喜久子, 小田雅恵, 香春友永, 高橋照子, 筒井真優美, 操華子, 横山美樹 (2008), フォーマット看護理論の分析と評価 新訂版, 太田喜久子, 筒井真優美 (監), 医学書院.

濱中喜代, 齋藤禮子, 佐々木純 (1999), 気管支喘息の乳幼児をもつ両親の子育てに関連した思いと認識, 日本小児看護学会誌, 8(2), 14-21.

Hawley, D.R., & DeHaan, L. (1996), Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives, Family Process, 35, 283-298.

林昭志 (2006), 親を生涯発達の見点から捉える試み - 乳幼児期の親の発達について -, 上田女子短期大学紀要, (29), 1-9.

早野順一郎 (2002), 自律神経失調症 ストレスへの適応障害とその治療 ストレス反応としての身体症状, 自律神経, 39(1), 14-18.

平野真理 (2012), 生得性・後天性の見点からみたレジリエンスの展望, 東京大学大学院教育学研究科紀要, 52, 413-417.

平田祐子 (2010), コーピングタイプと精神的健康との関係に関する研究の動向 - 社会福祉実践への応用に向けて -, Human Welfare, 2(1), 5-16.

藤田佳代子, 刀根洋子, 鈴木裕子 (2012), 妊婦のレジリエンスと内的ワーキングモデル及び精神健康度との関連, 日本ウーマンズヘルス学会誌, 11, 47-56.

藤本純一郎「平成 21 年度厚生労働科学研究 法制化後の小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・評価・情報提供に関する研究報告書」, 小児慢性特定疾患治療研究事業ホームページ, <http://www.nch.go.jp/policy/10html/04/shoumann20.html> (2014.2.14 閲覧)

深谷和子, 上島博, 子どもの行動学研究, レジリエンス研究会 (2009), 元気! しなやかへこたれない 子どもの「こころの力」を育てる - レジリエンス -, 深谷昌志

藤原千恵子 (2007), メンタルヘルスにおける予防的看護ケア 患者と家族のレジ

- リエンスの促進をめざして, 看護研究, 40(6), 45-53.
- 藤原千恵子(2009), 患者のレジリエンスを引き出す看護職者, 看護研究, 42(1), 37-43.
- 小児慢性特定疾患治療研究事業ホームページ, 平成16年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)分担研究報告書「小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・評価・情報提供に関する研究」, <http://www.nch.go.jp/policy/10html/04/1415tourokujyoukyou.html> (2014.2.14閲覧)
- 小児慢性特定疾患治療研究事業ホームページ, 平成20年度「小児慢性特定疾患治療研究事業での全国の登録人数」<http://www.nch.go.jp/policy/10html/04/shoumann20.html> (2014.2.14閲覧)
- 入江安子(2003), ファミリーレジリエンスの概念分析, 四天王寺国際仏教大学紀要, 35, 95-105.
- 入江安子(2006), 知的発達障害児を抱える家族の悲哀感情と家族支援に関する検討, 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 2, 48-57.
- 石井京子, 近森栄子(2006), 高齢者の介護を行う家族のレジリエンスの構造要素分析, ヒューマン・ケア研究, 7, 64-72.
- 石井京子, 藤原千恵子, 河上智香, 西村明子, 新家一輝, 町浦美智子, 大平光子, 上田恵子, 仁尾かおり(2007), 患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援とその支援に関与する要因分析, 日本看護研究学会雑誌, 30(2), 21-29.
- 石井京子(2009), レジリエンスの定義と研究動向, 看護研究, 42(1), 3-13.
- 石井真, 浅野みどり(2007), 乳幼児期の喘息児を持つ母親の養育体験の意味づけ育児ストレスの認識が強い母親 2 事例の検討より, 日本看護医療学会雑誌, 9(1), 39-46.
- 井上淳, 中納美智保, 水田真由美, 有田幹雄(2004), 水泳教室に参加する成人女性の自己効力感一継続するために影響する情報源一, 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, 7, 65-68.
- 伊藤葉子(2007), 中・高校生の家庭科の保育体験学習の教育的課題に関する検討, 日本家政学会誌, 58(6), 315-326.
- 岩田美香(1997), 「育児不安」研究の限界: 現代の育児構造と母親の位置, 教育福祉研究, 3, 27-34.
- 金岡緑, 藤田大輔(2002), 乳幼児を持つ母親の特性的自己効力感及びソーシャルサポートと育児に対する否定的感情の関連性, 厚生指標, 49(6), 23-30.
- 葛西真記子, 澁江裕子, 宮本友弘, 松田保(2010), スポーツ活動経験とレジリエンスの関連一時間的展望、身体的知覚の視点から一, 教育実践学論集, 11, 39-50.
- 加藤敏, 八木剛平, 大島一成, 阿部又一郎, 田部英, 田亮介, 小林聡幸, 高田篤, 川寄弘詔, 神庭重信, 辻野尚久, 水野雅文, 鈴木道雄, 渡辺衡一郎(2009), レジリアンスー現代精神医学の新しいパラダイム, 加藤敏, 八木剛平(編), 金原出版株式会社.
- 河上智香, 西村明子, 新家一輝, 石井京子, 町浦美智子, 大平光子, 吉川彰二, 上田恵子, 仁尾かおり, 藤原千恵子(2005), レジリエンス概念と今後の研究動向, 大阪看護学雑誌, 11(1), 5-10.
- 河上智香, 藤原千恵子(2007), 在宅中心静脈栄養(HPN)を施行中の学童期の子ども

- と親のレジリエンス, 日本看護学会論文集：小児看護, 37, 173-175.
- 河上智香(2009), 在宅中心静脈栄養法を施行している学童期の子どもと親のレジリエンス, 看護研究, 42(1), 27-35.
- 海蔵寺陽子, 寺島繁典, 岡田弘二(2004), 日本版ハーディネスのストレス反応抑制効果に関する研究, 心身医学, 44(9), 649-654.
- 木原キヨ子(2003), 慢性疾患患児で自宅療養を要する子どもの家族支援, チャイルドヘルス, 6(2), 61-65.
- Knafl, K. A., & Santacroce, S. J. (2010), Chronic Conditions and the family, Primary care of the child with a Chronic Conditions fifth edition, 74-89, St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- 小林佐知子(2006), 妊娠期から産後1ヵ月にかけての初産婦のストレスと対処行動の様相 対処行動の柔軟性の視点から, 小児保健研究, 65(6), 740-745.
- 厚生労働省ホームページ, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken05/> (2014.2.14 閲覧)
- 小銭寿子(2013), 妊娠期から3歳児検診まで精神的健康調査票を用いた健康状態の変化—紋別市における養育環境虐待リスク把握の養育者支援—, 厚生の指標, 60(15), 12-16.
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2002)/黒江ゆり子, 河井伸子, 市原恵子, 中岡亜希子, 北原保世, 田中克子, 山崎由美子, 森川浩子, 田中結華, 鬼塚哲郎, 寶田穂, 奥宮暁子, 藤沢まこと, 古城門靖子, グレグ美鈴, 普照早苗(2007), クロニックイルネス 人と病の新たな関わり, 黒江ゆり子(監), 医学書院.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000), The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work, Child Development, 71(3), 543-562.
- 前橋明, 石井宏子, 渋谷由美子, 中永征太郎(1999), 乳幼児を持つ母親の健康管理に関する研究(Ⅰ)—疲労スコアの日内変動に及ぼす母親の生活実態について—, 小児保健研究, 58(1), 30-36.
- 前橋明, 渋谷由美子, 石井宏子, 中永征太郎(2001), 乳幼児を持つ母親の健康管理に関する研究(Ⅱ)—母親の疲労スコアの日内変動に及ぼす子どもの人数と家族とのかかわり—, 小児保健研究, 60(4), 505-510.
- Marsh, H. W., Antill, J. K., & Cunningham, J. D. (1989), Masculinity and femininity: a bipolar and independent constructs, Journal of Personality, 57(3), 625-663.
- 丸光恵, 兼松百合子, 奈良間美保, 工藤美子, 荒木暁子, 白畑範子, 中村伸枝, 武田淳子(2001), 乳幼児期の子どもの持つ母親へのソーシャルサポートの特徴, 小児保健研究, 60(6), 787-794.
- Masten, A. S. (2001), Ordinary magic Resilience processes in development, The American Psychologist Association, 56(3), 227-238.
- 松寄英士, 長谷川美津子(2006), 看護学生の学習動機, レジリエンスと学習力との関連, 日本看護研究学会雑誌, (3), 281.
- 松寄英士(2008), 看護学生のレジリエンスとストレス対処行動との関連, 日本看護

- 研究学会雑誌, 29(3), 109.
- 三好和子(2004), 家族をリソースとするレジリエンス尺度作成の試み, 日本サイコセラピー学会雑誌, 5(1), 45-50.
- 水野芳子(2007), 先天性心疾患の乳幼児を持つ母親が感じる困難感と対処の変化, 千葉看護学会会誌, 13(1), 61-68.
- 森美智子(2006), 小児がん患児の親の問題状況と援助関係の法則性とサポート体制, 小児がん看護, 1, 25-34.
- 森美智子(2007), 小児がん患児の親の状況危機と援助に関する研究(その1) 闘病生活により発生する状況危機要因, 小児がん看護, 2, 11-26.
- 森田美登里(2008), 回避型コーピングの用いられ方がストレス低減に及ぼす影響, 健康心理学研究, 21(1), 21-30.
- 望月崇(1996), 家族社会学入門—結婚と家族—, 培風館.
- 村田恵子, 内正子(2008), 慢性病児・障害児の家族支援のためのアセスメント質問紙開発とその信頼性・妥当性・臨床応用の検討, 家族看護学研究, 13(3), 114-123.
- 南雲史代, 村井文江, 江守洋子(2013), 低出生体重児を持つ母親の育児に対する自信に関連する要因の検討—レジリエンスに焦点をあてて—, 小児保健研究, 72(4), 500-507.
- 中村菜穂, 水野貴子, 服部順子, 山口桂子(2000), 白血病患児の退院後の将来への不安に関する研究—外来通院中の患児の母親を対象として—, 日本小児看護学会誌, 9(2), 39-45.
- 中村伸枝, 石川紀子, 武田淳子, 内田雅代, 遠藤巴子, 兼松百合子(2001), 学童とその親の日常生活習慣・健康状態と親の気がかりから見た看護活動の方向性, 小児保健研究, 60(6), 721-729.
- 中村由美子(2003), 養育期にある家族の家族機能モデルの構築, 日本小児看護学会誌, 12(2), 45-52.
- 中村由美子, 杉本晃子, 赤羽衣里子, 澁谷泰秀, 下山裕子, 米谷真紀子, 小山真貴子, 工藤明美(2006), A町の中学生の子どもの持つ家族の家族機能の特徴, 青森県立保健大学雑誌, 7(1), 45-52.
- 中山美由紀, 三枝愛(2003), 1歳6ヵ月児をもつ母親に対する父親の育児支援行動, 母子衛生, 44(4), 512-520.
- 西地令子, 田中千絵, 今村桃子(2013), 母親における育児不安と育児主訴及び保健福祉サービスの利用との関連, 聖マリア学院大学紀要, 4, 41-48.
- 西村真実子, 津田朗子, 林千寿子, 木村留美子, 関秀俊, 飯田芳枝, 松本美紀, 伴真美子(2000), 石川県における乳幼児の育児の実態と母親の意識, 小児保健研究, 59(6), 674-679.
- 仁尾かおり(2009), 先天性心疾患をもつ思春期の子どものレジリエンス, 看護研究, 42(1), 15-25.
- 野田さとみ, 濱口佳和(2007), 児童相談による児童福祉士のバーンアウトモデル, 子どもの虐待とネグレクト, 9(2), 213-224.
- 野嶋佐由美, 中野綾美, 足利幸乃(1986), 「家族対処行動に関する質問紙」の開発(第一報), 高知女子大学紀要自然科学編, 35, 65-77.

- 野島佐由美, 中野綾美, 宮井千恵(1994), 慢性疾患患児を抱えた家族のシステムの力と家族対処の分析, 日本看護科学会誌, 14(1), 28-37.
- 野嶋佐由美他 (2005), 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, へるす出版.
- 小花和 wright 尚子(2004), 幼児期のレジリエンス, ナカニシヤ出版.
- 大日向雅美(2005), 「子育て支援が親をダメにする」なんて言わせない, 岩波書店.
- 及川裕子(2005), 親性の発達に関する研究—乳幼児の親性の因子構造と背景要因の検討—, 埼玉県立大学紀要, 7, 1-7.
- 及川裕子, 久保恭子(2013), 乳幼児を持つ母親の精神健康状態と生活満足度, 園田学園女子大学論文集, 47, 85-93.
- 岡本絹子, 中村裕美子, 山口三重子, 奥山則子, 標美奈子, 渡辺月子(2002), 乳幼児を持つ母親の疲労感と父親の育児参加に関する研究, 小児保健研究, 61(5), 692-700.
- 岡光基子, 田中義人(2004), 【慢性疾患や障害を持つ子供の在宅に向けた支援を考える】医療依存度の高い子供の在宅ケアに関する研究: 父親-母親の二者関係の形成過程, 小児看護, 27(10), 1380-1387.
- 大久保麻矢, 杉田理恵子, 藤田佳代子, 刀根陽子(2012), 看護学分野におけるレジリエンス研究の傾向分析—国内研究の動向—, 且白大学健康科学研究, 5, 53-59.
- 奥津秀子(2006), 子どもと家族をめぐる環境の変化と保健, 筒井真優美(編), 小児看護学 子どもと家族の示す行動への判断とケア (第4版), 52-97, 日総研出版.
- 落合良太, 日下部智子, 宮下光令, 佐藤秀朗, 村上新, 萱間真美, 数馬恵子(2009), 成人先天性心疾患患者がキャリアオーバーを経て疾患に対する認識を変化させていくプロセスに関する質的研究, 看護研究, 42(1), 57-67.
- 長田春香, 岩本文月, 大秦加奈子, 岡田陽子, 蒲原由記, 筒井祥子, 松井希代子, 関秀俊, 中学生の日常的ストレスにおけるレジリエンスの意義, 小児保健研究, 60(2), 246-254.
- 小塩真司, 中谷素之, 金子一史, 長峰信二(2002), ネガティブな出来事から立ち直りを導く心理的特性—精神的回復尺度の作成—, カウンセリング研究, 35(1), 57-65.
- 尾野明未, 茂木俊彦 (2011), 障害児をもつ母親の子育てレジリエンスに関する研究, 心理学研究, 2, 67-77.
- Rodgers, B. L., & Knafl, K. A. (Eds.) (2000), Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications: second edition, Independence Square West: Saunders.
- 坂野雄二, 東条光彦(1986), 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み, 行動療法研究, 12(1), 73-82.
- 佐藤公子(2007), 実習前の不安が学生のストレス・コーピングと心理状態に与える影響について—基礎実習Ⅱの開始前・後のアンケート調査からの考察—, 臨床看護, 33(10), 1512-1515.
- 佐藤達哉, 菅原ますみ, 戸田まり, 島悟, 北村俊則(1994), 育児に関連するストレスとその抑うつ重症度との関連, 心理学研究, 69(6), 409-416.

- 繁多進(2009), 子育て支援に生きる心理学 実践のための基礎知識, 新曜社.
- 島田裕子(2009)コーピング柔軟性とストレス反応との関連 - 対人ストレスイベントにおける統制可能性に着目して - 昭和女子大学大学院生活機構研究科紀要 18, 105-113.
- 志村愛子, 高田一美, 藤原千恵子, 高谷裕紀子, 仁尾かおり(2001), 入院している子供の家族のストレス認知に関する研究—長期入院の家族のストレス認知の背景要因別比較—, 日本看護研究学会雑誌, 24(3), 388.
- 石晓玲, 桂田恵美子(2013), 保育園児を持つ母親のディストレスとソーシャルサポートとの関係: 育児不安と精神的健康度に焦点をあてて, 家族心理学研究, 27(1), 44-56.
- Suzuki, M., Ono, R., Asai, N., Nakamura, K., Maeda, M.(2002), Effect of positive appraisal on the burden of family caregivers of stroke patients: with reference to personality traits of caregivers, ストレス科学, 17(1), 62-71.
- 高田一美, 志村愛子, 藤原千恵子, 高谷裕紀子, 仁尾かおり(2001), 入院している子供の家族のストレス認知に関する研究—短期入院の家族のストレス認知の背景要因別比較—, 日本看護研究学会雑誌, 24(3), 389.
- 高橋泉(1999), 医療的ケアを要する乳幼児を持つ母親のソーシャルサポートに対する認識, 日本小児看護学会誌, 8(2), 31-37.
- 竹田剛, 八木原真由, 宮田敬一, 平井大祐, 小谷紗智子(2013), レジリエンスの精神的健康への影響に関する発達の検討, 心理臨床学研究, 31(3), 353-363.
- 竹村淳子, 津島ひろ江(2013), 健康障害のある子どもとその家族のレジリエンスの特徴と援助に関する文献検討, 医学と生物学, 157(3), 298-306.
- 田中満由美, 倉岡千恵(2003), 乳幼児を抱える専業主婦の疲労度に関する研究—ストレス・育児行動・ソーシャルサポートに焦点をあてて—, 母性衛生, 44(2), 281-288.
- 谷本公重, 山下美弥, 佐々木睦子, 池内和代, 横田妙子, 松本かおり, 森本典子, 城下利香, 猪下光, 緒方美智子(2003), 幼児をもつ母親の育児不安と対処行動, 香川医科大学看護学雑誌, 7(1), 65-72.
- 手島聖子, 原口雅浩(2003), 乳幼児健康診査を通じた育児支援: 育児ストレス尺度の開発, 福岡県立大学看護学部紀要, 1, 15-27.
- 得津慎子(2002), 家族レジリエンスの家族支援の臨床的応用に向けて, 関西福祉科学大学紀要, 6, 39-50.
- 得津慎子(2003), 家族レジリエンス尺度作成に向けて, 関西福祉科学大学紀要, 7, 119-132.
- 富安俊子, 松尾壽子(2000), 障害児を持つ母親の健康に関する研究 肢体不自由児を持つ母親の調査より, 母性衛生, 41(2), 278-282.
- 豊田秀樹(2008), 統計ライブラリー 共分散構造分析〈入門編〉—構造方程式モデリング—, 朝倉書店.
- 豊田秀樹(編著)(2008), 共分散構造分析[Amos編]—構造方程式モデリング—(第3版), 東京図書.

- 対馬栄輝(2007), SPSS で学ぶ医療系データ解析, 東京図書.
- 津田紀子, 矢田真美子, 内正子, 川口優子, 細川順子, 村田恵子, 草田ヒフミ, 松田宣子, 大久保功子, 小野智美(1999), 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—神戸大学医学部保健学科紀要, 15, 69-75.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (1995), Strategies for theory construction in nursing third edition, Norwalk, CT:Appleton&Lange.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005)/中木高夫, 川崎修一(2008), 看護における理論構築の方法, 医学書院
- Walsh, F. (2003), Family resilience: a framework for clinical practice, Family Process, 42(1), 1-17.
- Walsh, F. (1996), The concept of Family resilience: crisis and challenge, 35(3), 261-281.
- 渡辺久子(2008), 子育て支援と世代間伝達 母子相互作用と心のケア, 金剛出版.
- 渡辺茉奈美(2011), 「育児不安」の再検討—子どもの虐待予防への示唆—, 東京大学大学院教育学研究科紀要, 51, 191-202.
- 渡辺奈緒, 岩永竜一郎, 鷺田孝保(2002), 発達障害幼児の母親の育児ストレス及び疲労感—運動発達障害児と対人・知的障害児の比較—, 小児保健研究, 61(4), 553-560.
- 渡辺弥生, 石井睦子(2005), 母親の育児不安に影響を及ぼす要因について, 法政大学文学部紀要, 51, 35-46.
- Windle, G., Bennett, M., & Noyes, J. (2011), A methodological review of resilience measurement scales, Health and Quality Life Outcomes. 9:8.
- Wright, L. M. (2005)/長谷美智子(2005), 癒しのための家族看護モデル, 森山美知子(監), 医学書院.
- 山口一(2013), 精神障がい者の家族のレジリエンス—尺度の作成と信頼性と妥当性の検討および家族・当事者属性、家族の抑うつ、不安、精神健康度、ソーシャルサポートとの関連—, 病院・地域精神医学, 55(4), 365-368.
- 横田恵一, 森田チエコ(2003), 看護学生のストレス緩和に対するユーモアの有効性, 愛知県立看護大学紀要, 9, 29-33.

## 付録・資料

1. 文献検討のまとめ	i
小児慢性疾患患児の家族に関する研究	
家族のストレスに関する文献	
2. 尺度の信頼係数	ii
3. GHQ28 得点（リカート法）	iii
4. コーピング得点	iv
5. レジリエンス得点	v
6. GHQ28 因子分析（子どもの疾患の有無別）	vi
7. コーピング因子分析（子どもの疾患の有無別）	vii
8. レジリエンス因子分析（子どもの疾患の有無別）	viii
9. 育児中の母親の心理的適応モデルのパス係数（全体）	ix
10. 育児中の母親の心理的適応モデルのパス係数（健康児の母親）	x
11. 育児中の母親の心理的適応モデルのパス係数（病児の母親）	xi
施設への依頼文書（保育園）	xii
施設への依頼文書（小中学校）	xiii
施設への依頼文書（医療機関）	xiv
保護者への説明文書（健康児の母親用）	xv
保護者への説明文書（病児の母親用）	xvi
調査票（健康児の母親の属性）	xvii
調査票（病児の母親の属性）	xix
調査票（病児・健康児共通尺度）	xxi
施設からの協力承諾書（保育園）	xxv
施設からの協力承諾書（小中学校）	xxvi
施設からの協力承諾書（医療機関）	xxvii



## 1. 文献検討のまとめ

小児慢性疾患患児の家族に関する研究

心理・行動 (15件;39.5%)	養育態度と児の心理 甘やかし 在宅の困難(2) 父親の思い しつけに対する困難 入院への思い 親の不安と患児の発達 満足度 看護師への信頼 落ち着き コーピング ケア・関わり 苦悩に生きる意味を見出す ストレス	実態・体験・認識 (11件;28.9%)	日常生活の現状と外来看護に対する認識 夫婦関係 ファミリーハウス 社会資源の活用 就学 家族宿泊施設 療養生活の現状 親の体験 親の会へのニーズ 学校生活 情報共有
		家族・児へのケア (5件;13.2%)	家族指導 医療・福祉・教育の連携 重症喘息へのケア 喘息の指導 家族介入
育児 (4件;10.5%)	セルフケアの移行 支援行動 学校生活 育児上の困難	家族看護 (2件;5.3%)	家族機能(2)
		質問紙開発 (1件;2.6%)	アセスメント

家族のストレスに関する文献

研究区分	対象者	疾患区分	研究内容	ストレス、コーピングに関連する要因
個人のコーピング行動 と関連要因	入院中の児の両親	慢性疾患	コーピングと特性の関連	疾患名、付添、家族形態、入院経験
	外来通院中の児の母親	慢性疾患	ストレスとコーピング、生活の 満足感、サポートの関連	将来についての心配、回避・逃避的コーピング
	児の母親	食物アレルギー児	児の母親のストレスとコーピ ングの特徴	合併症、子どもに対する心配、4品目以上除去
	入院中の児の母親	小児がん	コーピングとストレスの関連	楽観思考、自責コーピング
	入院中の児の両親	小児がん	コーピングと健康状態	入院回数、入院期間
育児ストレス	幼児の両親	慢性疾患	ストレスとコーピング	治療中、家族形態、出生順位
	児の母親	慢性疾患	育児ストレスと関連要因	母親の年齢
ストレスとサポート	保育園児の母親		育児負担感とサポート	
	幼児の母親		ストレスとサポート	
	乳幼児の母親		ストレス、育児行動、サポート	援助者数、相談者数、夫の育児参加
	通院中の母親	気管支喘息	ストレス、サポート	
家族全体のストレスや 対処	児の家族	慢性疾患	家族機能と関連要因	家族の強み、家族資源、燃え尽き、ストレス
	児の家族	慢性疾患	燃え尽きと家族ストレス、家族 対処、家族機能	家族ストレス、常態化の対処
	児の家族	慢性疾患	対処と関連因子	罹病期間、家族形態
質的記述	児の両親	慢性疾患・障害児	認知の変化の記述	
尺度開発	児の家族	慢性疾患・障害児	尺度開発	
	幼児の母親		尺度開発	

## 2. 尺度の信頼係数

(n=570名)

### GHQ28

	項目数	Cronbach $\alpha$	平均値 (標準偏差)
身体的症状	7項目	0.802	8.49 (±4.20)
不安と不眠	7項目	0.815	8.36 (±4.07)
社会的活動障害	7項目	0.661	7.49 (±2.40)
うつ傾向	7項目	0.914	3.01 (±3.95)

### コーピング(TAC-24)

	項目数	Cronbach $\alpha$	平均値 (標準偏差)
情報収集	3項目	0.693	9.19 (±2.38)
放棄・諦め	3項目	0.679	6.70 (±2.00)
肯定的解釈	3項目	0.778	10.97 (±2.39)
計画立案	3項目	0.758	9.79 (±2.38)
回避的思考	3項目	0.658	8.57 (±2.18)
気晴らし	3項目	0.580	8.46 (±2.39)
カタルシス	3項目	0.854	10.49 (±2.65)
責任転嫁	3項目	0.704	5.50 (±1.74)

### レジリエンス

	項目数	Cronbach $\alpha$	平均値 (標準偏差)
I AM	8項目	0.789	23.18 (±4.89)
I HAVE	7項目	0.895	27.52 (±5.14)
I CAN	7項目	0.911	24.48 (±5.02)
I WILL/DO	7項目	0.804	25.32 (±4.24)

### 3. GHQ28 得点（リカート法）

GHQ28(0点～3点)	平均値	標準偏差	下位尺度
1 気分や健康状態は	1.14	(±0.65)	身体的症状
2 疲労回復剤(ドリンク・ビタミン剤)を飲みたいと思ったことは	1.15	(±1.03)	身体的症状
3 元氣なく疲れを感じたことは	1.88	(±0.76)	身体的症状
4 病氣だと感じたことは	0.86	(±0.83)	身体的症状
5 頭痛がしたことは	1.41	(±1.02)	身体的症状
6 頭が重いように感じたことは	1.28	(±0.99)	身体的症状
7 からだがほてったり寒気がしたことは	0.77	(±0.87)	身体的症状
8 心配事があって、よく眠れないようなことは	0.86	(±0.90)	不安と不眠
9 夜中に目を覚ますようなことは	1.23	(±1.00)	不安と不眠
10 いつもより忙しく活動的な生活を送ることが	0.66	(±0.67)	社会的活動障害
11 いつもより何かするのに余計な時間がかかることが	1.20	(±0.75)	社会的活動障害
12 いつもよりすべてがうまくいっていると感じることが	1.33	(±0.69)	社会的活動障害
13 毎日している仕事は	1.09	(±0.38)	社会的活動障害
14 いつもより自分のしていることに生きがいを感じる事が	1.11	(±0.62)	社会的活動障害
15 いつもより容易に物事を決めることが	1.04	(±0.44)	社会的活動障害
16 いつもストレスを感じたことが	1.74	(±0.77)	不安と不眠
17 いつもより日常生活を楽しく送ることが	1.06	(±0.54)	社会的活動障害
18 いらいらして、おこりっぽくなることは	1.84	(±0.74)	不安と不眠
19 たいした理由がないのに、何かがこわくなったりとりみだすことは	0.50	(±0.72)	不安と不眠
20 いつもよりいろいろなことを重荷と感じたことは	1.17	(±0.85)	不安と不眠
21 自分は役に立たない人間だと考えたことは	0.79	(±0.85)	うつ傾向
22 人生にまったく望みを失ったと感じたことは	0.53	(±0.73)	うつ傾向
23 不安を感じ緊張したことは	1.02	(±0.90)	不安と不眠
24 生きていることに意味がないと感じたことは	0.42	(±0.70)	うつ傾向
25 この世から消えてしまいたいと考えたことは	0.45	(±0.75)	うつ傾向
26 ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは	0.37	(±0.68)	うつ傾向
27 死んだほうがましだと考えたことは	0.28	(±0.61)	うつ傾向
28 自殺しようと考えたことが	0.18	(±0.50)	うつ傾向

#### 4. コーピング得点

コーピング(1点～5点)

1 悪いことばかりではないと楽観的に考える	3.75	(±0.99)	肯定的解釈:関与・情動・認知
2 誰かに話を聞いてもらい気を静めようとする	3.52	(±1.03)	カタルシス:関与・情動・行動
3 嫌なことを頭に浮かべないようにする	3.23	(±0.97)	回避的思考:回避・情動・認知
4 スポーツや旅行などを楽しむ	2.66	(±1.08)	気晴らし:回避・情動・行動
5 原因を検討しどのようにしていくべきか考える	3.42	(±1.03)	計画立案:関与・問題・認知
6 力のある人に教えを受けて解決しようとする	2.77	(±1.06)	情報収集:関与・問題・行動
7 どうすることもできないと解決を後延ばしにする	2.56	(±0.89)	放棄・諦め:回避・問題・認知
8 自分は悪くないと言い逃れをする	2.30	(±0.85)	責任転嫁:回避・問題・行動
9 今後はよいこともあるだろうと考える	3.72	(±0.97)	肯定的解釈:関与・情動・認知
10 誰かに話を聞いてもらって冷静さを取り戻す	3.44	(±1.01)	カタルシス:関与・情動・行動
11 そのことをあまり考えないようにする	3.08	(±0.97)	回避的思考:回避・情動・認知
12 買い物や賭け事、おしゃべりなどで時間をつぶす	2.90	(±1.07)	気晴らし:回避・情動・行動
13 どのような対策をとるべきかは綿密に考える	2.96	(±0.97)	計画立案:関与・問題・認知
14 詳しい人から自分に必要な情報を収集する	3.13	(±0.99)	情報収集:関与・問題・行動
15 自分では手に負えないと考え放棄する	1.95	(±0.83)	放棄・諦め:回避・問題・認知
16 責任を他の人に押しつける	1.74	(±0.72)	責任転嫁:回避・問題・行動
17 悪い面ばかりでなくよい面を見つけていく	3.51	(±0.91)	肯定的解釈:関与・情動・認知
18 誰かに愚痴をこぼして気持ちをほらす	3.53	(±0.98)	カタルシス:関与・情動・行動
19 無理にでも忘れるようにする	2.26	(±0.88)	回避的思考:回避・情動・認知
20 友達とお酒を飲んだり好物を食べたりする	2.91	(±1.09)	気晴らし:回避・情動・行動
21 過ぎたことの反省をふまえて次にすべきことを考える	3.41	(±0.90)	計画立案:関与・問題・認知
22 既に経験した人から話を聞いて参考にする	3.29	(±0.96)	情報収集:関与・問題・行動
23 対処できない問題だと考え、諦める	2.19	(±0.84)	放棄・諦め:回避・問題・認知
24 口からでまかせを言って逃げ出す	1.46	(±0.60)	責任転嫁:回避・問題・行動

## 5. レジリエンス得点

レジリエンス(1点～5点)

1	自分にはかなり自信がある	2.40	(±0.93)		I AM
2	自分には、あまり誇れるところがない	3.01	(±0.96)	*	I AM
3	自分には、よいところがたくさんあると思う	2.92	(±0.88)		I AM
4	自分自身のことが好きである	3.09	(±1.00)		I AM
5	自分の将来の見通しは明るいと思う	3.03	(±0.94)		I AM
6	物事がうまくいかない時、つい自分のせいにしてしまう	2.89	(±0.90)	*	I AM
7	ときどき自分は全くだめだと思う	2.84	(±1.14)	*	I AM
8	たいいていの人が持っている能力は自分にもある	3.00	(±0.93)		I AM
9	私の考えや気持ちをわかってくれる人がいる	3.88	(±0.94)		I HAVE
10	自分の問題や気持ちを打ち明けられる人がいる	4.04	(±0.95)		I HAVE
11	本音で話をできる人がいる	4.06	(±1.00)		I HAVE
12	私のことを親身になって考えてくれる人がいる	4.14	(±0.92)		I HAVE
13	いざというときに頼りにできる人がいる	4.16	(±0.92)		I HAVE
14	私の生き方を誰もわかってくれはしないと思う	3.79	(±0.96)	*	I HAVE
15	人間は互いに相手の気持ちをわかり合えると思う	3.45	(±0.86)		I HAVE
16	一つの課題に粘り強く取り組むことができる	3.57	(±0.90)		I CAN
17	一つの課題に集中して取り組むことができる	3.61	(±0.91)		I CAN
18	自分で決めたことなら最後までやり通すことができる	3.63	(±0.90)		I CAN
19	どちらかといえば目標が高いほうがやる気が出てくる	3.24	(±0.97)		I CAN
20	物事を自分の力でやり遂げることができる	3.50	(±0.82)		I CAN
21	困難なことでも前向きに取り組むことができる	3.50	(±0.87)		I CAN
22	何事にも意欲的に取り組むことができる	3.42	(±0.84)		I CAN
23	いやなことがあっても次の日にはなんとかかなりそうな気がする	3.59	(±0.97)		I WILL/DO
24	他人に対して親切なほうである	3.78	(±0.78)		I WILL/DO
25	どんなことでも、たいいていなんとかかなりそうな気がする	3.70	(±0.83)		I WILL/DO
26	他人の手助けを積極的にするほうである	3.48	(±0.84)		I WILL/DO
27	相手が優れているところは素直に認める	4.09	(±0.75)		I WILL/DO
28	初対面の人でも平気で話しかけることができる	3.21	(±1.12)		I WILL/DO
29	物事は最後にはうまくいくと思っている	3.47	(±0.90)		I WILL/DO

\*逆転項目

## 6. GHQ28 因子分析（子どもの疾患の有無別）

病児の母親

		1	2	3	4	5	6	7
27	死んだほうがましだと考えたことは	うつ傾向	0.923					
25	この世から消えてしまいたいと考えたことは	うつ傾向	0.914					
24	生きていることに意味がないと感じたことは	うつ傾向	0.901					
28	自殺しようと考えたことが	うつ傾向	0.821					
22	人生にまったく望みを失ったと感じたことは	うつ傾向	0.699					
26	ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは	うつ傾向	0.553				0.41	
18	いらいらして、おこりっぽくなることは	不安と不眠		0.884				
16	いつもストレスを感じたことが	不安と不眠	0.751					-0.267
17	いつもより日常生活を楽しく送ることが	社会的活動障害	0.593	0.336				
1	気分や健康状態は	身体的症状	0.497	0.259				
20	いつもよりいろいろなことを重荷と感じたことは	不安と不眠	0.441				0.371	
14	いつもより自分のしていることに生きがいを感じる事が	社会的活動障害		0.749				
12	いつもよりすべてがうまくいっていると感じる事が	社会的活動障害		0.746			-0.258	
13	毎日している仕事は	社会的活動障害		0.676		0.269		
15	いつもより容易に物事を決めることが	社会的活動障害		0.583			0.335	
2	疲労回復剤(ドリンク・ビタミン剤)を飲みたいと思ったことは	身体的症状		0.485	0.401			
5	頭痛がしたことは	身体的症状			0.936			
6	頭が重いように感じたことは	身体的症状			0.785			
3	元気なく疲れを感じたことは	身体的症状		0.277	0.43			
7	からだがほてったり寒気がしたことは	身体的症状				0.795		0.254
9	夜中に目を覚ますようなことは	不安と不眠		0.3		0.717	-0.396	
8	心配事があって、よく眠れないようなことは	不安と不眠	0.329			0.583		
11	いつもより何かするのに余計な時間がかかることが	社会的活動障害				0.527		
4	病氣だと感じたことは	身体的症状				0.427	0.261	
19	たいした理由がないのに、何かがこわくなったりとりみだすことは	不安と不眠					0.759	
21	自分は役に立たない人間だと考えたことは	うつ傾向	0.282				0.574	
23	不安を感じ緊張したことは	不安と不眠		-0.274			0.349	
10	いつもより忙しく活動的な生活を送ることが	社会的活動障害	-0.281					0.892
								累積分散寄与率64.796%

健康児の母親

		1	2	3	4	5	6	7
27	死んだほうがましだと考えたことは	うつ傾向	1.017					
28	自殺しようと考えたことが	うつ傾向	0.993					
25	この世から消えてしまいたいと考えたことは	うつ傾向	0.83					
24	生きていることに意味がないと感じたことは	うつ傾向	0.754					
26	ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは	うつ傾向	0.632					
22	人生にまったく望みを失ったと感じたことは	うつ傾向	0.589	0.376				
12	いつもよりすべてがうまくいっていると感じる事が	社会的活動障害		0.739				
15	いつもより容易に物事を決めることが	社会的活動障害		0.738				
17	いつもより日常生活を楽しく送ることが	社会的活動障害		0.737				
14	いつもより自分のしていることに生きがいを感じる事が	社会的活動障害		0.691				-0.277
1	気分や健康状態は	身体的症状	0.669			0.369		
23	不安を感じ緊張したことは	不安と不眠		0.811				
20	いつもよりいろいろなことを重荷と感じたことは	不安と不眠		0.726				0.325
21	自分は役に立たない人間だと考えたことは	うつ傾向	0.336	0.665				
19	たいした理由がないのに、何かがこわくなったりとりみだすことは	不安と不眠		0.657		0.284		
11	いつもより何かするのに余計な時間がかかることが	社会的活動障害		0.601				
13	毎日している仕事は	社会的活動障害	-0.275	0.455	0.57			
5	頭痛がしたことは	身体的症状			0.984			
6	頭が重いように感じたことは	身体的症状			0.873	0.253		
18	いらいらして、おこりっぽくなることは	不安と不眠			0.505			0.251
2	疲労回復剤(ドリンク・ビタミン剤)を飲みたいと思ったことは	身体的症状				0.748		0.283
4	病氣だと感じたことは	身体的症状				0.557		
7	からだがほてったり寒気がしたことは	身体的症状				0.52		
9	夜中に目を覚ますようなことは	不安と不眠					0.951	
8	心配事があって、よく眠れないようなことは	不安と不眠					0.624	
10	いつもより忙しく活動的な生活を送ることが	社会的活動障害	0.336		0.282			-0.845
16	いつもストレスを感じたことが	不安と不眠	0.301					0.439
3	元気なく疲れを感じたことは	身体的症状			0.267	0.306		0.391
								累積分散寄与率66.549%

## 7. コーピング因子分析（子どもの疾患の有無別）

### 病児の母親

		1	2	3	4	5	6
13	どのような対策をとるべきは綿密に考える	計画立案:関与・問題・認知	0.899				
5	原因を検討しどのようにしていくべきか考える	計画立案:関与・問題・認知	0.797				
14	詳しい人から自分に必要な情報を収集する	情報収集:関与・問題・行動	0.793				
22	既に経験した人から話を聞いて参考にする	情報収集:関与・問題・行動	0.561		0.398		
21	過ぎたことの反省をふまえて次にすべきことを考える	計画立案:関与・問題・認知	0.533				
6	力のある人に教えを受けて解決しようとする	情報収集:関与・問題・行動	0.519		0.358		0.252
17	悪い面ばかりでなくよい面を見つけていく	肯定的解釈:関与・情動・認知	0.502	0.361			
23	対処できない問題だと考え、諦める	放棄・諦め:回避・問題・認知		0.792			
15	自分では手に負えないと考え放棄する	放棄・諦め:回避・問題・認知		0.768			
16	責任を他の人に押しつける	責任転嫁:回避・問題・行動		0.759			
24	口からでまかせを言って逃げ出す	責任転嫁:回避・問題・行動		0.658		0.356	
11	そのことをあまり考えないようにする	回避的思考:回避・情動・認知	-0.281	0.807			
3	嫌なことを頭に浮かべないようにする	回避的思考:回避・情動・認知		0.76			
1	悪いことばかりではないと楽観的に考える	肯定的解釈:関与・情動・認知		0.653			
19	無理にでも忘れるようにする	回避的思考:回避・情動・認知		0.522	0.583		
9	今後はよいこともあるだろうと考える	肯定的解釈:関与・情動・認知		0.558		0.272	
18	誰かに愚痴をこぼして気持ちをほらす	カタルシス:関与・情動・行動			0.837		
10	誰かに話を聞いてもらって冷静さを取り戻す	カタルシス:関与・情動・行動			0.832		
2	誰かに話を聞いてもらい気を静めようとする	カタルシス:関与・情動・行動			0.793		
20	友達とお酒を飲んだり好物を食べたりする	気晴らし:回避・情動・行動				0.831	
12	買い物や賭け事、おしゃべりなどで時間をつぶす	気晴らし:回避・情動・行動		0.254		0.755	
7	どうすることもできないと解決を後延ばしにする	放棄・諦め:回避・問題・認知					0.712
8	自分は悪くないと言い逃れをする	責任転嫁:回避・問題・行動		0.521			0.538
4	スポーツや旅行などを楽しむ	気晴らし:回避・情動・行動				0.345	0.434

累積分散寄与率61.240%

### 健康児の母親

		1	2	3	4	5	6
15	自分では手に負えないと考え放棄する	放棄・諦め:回避・問題・認知	0.849				
16	責任を他の人に押しつける	責任転嫁:回避・問題・行動	0.799				
23	対処できない問題だと考え、諦める	放棄・諦め:回避・問題・認知	0.713				
24	口からでまかせを言って逃げ出す	責任転嫁:回避・問題・行動	0.711				
7	どうすることもできないと解決を後延ばしにする	放棄・諦め:回避・問題・認知	0.676				
8	自分は悪くないと言い逃れをする	責任転嫁:回避・問題・行動	0.673				
19	無理にでも忘れるようにする	回避的思考:回避・情動・認知	0.406			0.356	
1	悪いことばかりではないと楽観的に考える	肯定的解釈:関与・情動・認知		0.901			
17	悪い面ばかりでなくよい面を見つけていく	肯定的解釈:関与・情動・認知		0.8			
9	今後はよいこともあるだろうと考える	肯定的解釈:関与・情動・認知		0.772			
3	嫌なことを頭に浮かべないようにする	回避的思考:回避・情動・認知		0.475			-0.374
10	誰かに話を聞いてもらって冷静さを取り戻す	カタルシス:関与・情動・行動			0.881		
2	誰かに話を聞いてもらい気を静めようとする	カタルシス:関与・情動・行動			0.875		
18	誰かに愚痴をこぼして気持ちをほらす	カタルシス:関与・情動・行動			0.856		
13	どのような対策をとるべきは綿密に考える	計画立案:関与・問題・認知			0.895		
5	原因を検討しどのようにしていくべきか考える	計画立案:関与・問題・認知			0.87		
21	過ぎたことの反省をふまえて次にすべきことを考える	計画立案:関与・問題・認知		0.308	0.537		
14	詳しい人から自分に必要な情報を収集する	情報収集:関与・問題・行動			0.505		0.484
4	スポーツや旅行などを楽しむ	気晴らし:回避・情動・行動		-0.348		0.877	0.287
20	友達とお酒を飲んだり好物を食べたりする	気晴らし:回避・情動・行動				0.831	
12	買い物や賭け事、おしゃべりなどで時間をつぶす	気晴らし:回避・情動・行動		-0.257		0.646	
11	そのことをあまり考えないようにする	回避的思考:回避・情動・認知		0.315		0.365	-0.322
22	既に経験した人から話を聞いて参考にする	情報収集:関与・問題・行動					0.709
6	力のある人に教えを受けて解決しようとする	情報収集:関与・問題・行動					0.684

累積分散寄与率61.610%

## 8. レジリエンス因子分析（子どもの疾患の有無別）

### 病児の母親

		1	2	3	4	5	6	7
12	私のことを親身になって考えてくれる人がいる	I HAVE	0.881					
13	いざというときに頼りにできる人がいる	I HAVE	0.865					
10	自分の問題や気持ちを打ち明けられる人がいる	I HAVE	0.853					
11	本音で話をできる人がいる	I HAVE	0.846					
9	私の考えや気持ちをわかってくれる人がいる	I HAVE	0.777					
23	いやなことがあっても次の日にはなんとかかなりそうな気がする	I WILL/DO		0.918				
25	どんなことでも、たいていなんとかかなりそうな気がする	I WILL/DO		0.868				
21	困難なことでも前向きに取り組むことができる	I CAN		0.711				
22	何事にも意欲的に取り組むことができる	I CAN		0.664				
20	物事を自分の力でやり遂げることができる	I CAN		0.572	0.345			
29	物事は最後にはうまくいくと思っている	I WILL/DO		0.447		0.428		
19	どちらかといえば目標が高いほうがやる気が出てくる	I CAN		0.371	0.295	-0.277	0.362	
17	一つの課題に集中して取り組むことができる	I CAN			0.981			
16	一つの課題に粘り強く取り組むことができる	I CAN			0.978			
18	自分で決めたことなら最後までやり通すことができる	I CAN			0.724			
5	自分の将来の見通しは明るいと思う	I AM			0.726			
4	自分自身のことが好きである	I AM			0.723		0.374	
15	人間は互いに相手の気持ちをわかり合えると思う	I HAVE		0.42	0.609			
14	私の生き方を誰もわかってくれはしないと思う	I HAVE	0.486		0.517			
24	他人に対して親切なほうである	I WILL/DO				0.816		
26	他人の手助けを積極的にするほうである	I WILL/DO				0.787		
27	相手が優れているところは素直に認める	I WILL/DO				0.662	-0.35	
28	初対面の人でも平気で話しかけることができる	I WILL/DO				0.546		
1	自分にはかなり自信がある	I AM					0.756	
8	たいていの人が持っている能力は自分にもある	I AM					0.591	
3	自分には、よいところがたくさんあると思う	I AM			0.474		0.581	
6	物事がうまくいかない時、つい自分のせいになってしまう	I AM						0.86
7	ときどき自分は全くだめだと思う	I AM						0.809
2	自分には、あまり誇れるところがない	I AM			0.261			0.357

累積分散寄与率68.737%

### 健康児の母親

		1	2	3	4	5	6
16	一つの課題に粘り強く取り組むことができる	I CAN	0.984				
17	一つの課題に集中して取り組むことができる	I CAN	0.975			-0.255	
18	自分で決めたことなら最後までやり通すことができる	I CAN	0.871				
20	物事を自分の力でやり遂げることができる	I CAN	0.787				
19	どちらかといえば目標が高いほうがやる気が出てくる	I CAN	0.695				
21	困難なことでも前向きに取り組むことができる	I CAN	0.645				
22	何事にも意欲的に取り組むことができる	I CAN	0.552				
15	人間は互いに相手の気持ちをわかり合えると思う	I HAVE					
10	自分の問題や気持ちを打ち明けられる人がいる	I HAVE		0.972			
11	本音で話をできる人がいる	I HAVE		0.967			
12	私のことを親身になって考えてくれる人がいる	I HAVE		0.903			
13	いざというときに頼りにできる人がいる	I HAVE		0.883			
9	私の考えや気持ちをわかってくれる人がいる	I HAVE		0.853			
14	私の生き方を誰もわかってくれはしないと思う	I HAVE		0.486			
3	自分には、よいところがたくさんあると思う	I AM		0.85			
1	自分にはかなり自信がある	I AM		0.806			
4	自分自身のことが好きである	I AM		0.779			
5	自分の将来の見通しは明るいと思う	I AM		0.663	0.326		
8	たいていの人が持っている能力は自分にもある	I AM		0.639			
23	いやなことがあっても次の日にはなんとかかなりそうな気がする	I WILL/DO			0.862		
25	どんなことでも、たいていなんとかかなりそうな気がする	I WILL/DO			0.81		
29	物事は最後にはうまくいくと思っている	I WILL/DO			0.792		
24	他人に対して親切なほうである	I WILL/DO				0.811	
26	他人の手助けを積極的にするほうである	I WILL/DO				0.802	
28	初対面の人でも平気で話しかけることができる	I WILL/DO				0.572	
27	相手が優れているところは素直に認める	I WILL/DO			0.348	0.393	
6	物事がうまくいかない時、つい自分のせいになってしまう	I AM					0.843
7	ときどき自分は全くだめだと思う	I AM					0.774
2	自分には、あまり誇れるところがない	I AM					0.564

累積分散寄与率66.010%



9. 育児中の母親の心理的適応モデルのパス係数（全体）

			推定値	標準誤差	検定統計量	確率
柔軟な力	<---	適応	.762	.065	11.655	***
楽観視	<---	柔軟な力	.547	.038	14.198	***
精神的健康	<---	適応	-.537	.052	-10.315	***
肯定的解釈	<---	楽観視	.374	.055	6.844	***
こころのゆとり	<---	柔軟な力	.448	.038	11.936	***
不安と不眠	<---	精神的健康	1.000			
社会的活動障害	<---	精神的健康	.597	.053	11.227	***
自信	<---	適応	1.000			
サポート	<---	適応	.890	.068	13.093	***
肯定的解釈	<---	適応	.216	.039	5.577	***
問題解決力	<---	柔軟な力	1.000			

10. 育児中の母親の心理的適応モデルのパス係数（健康児の母親）

			推定値	標準誤差	検定統計量	確率
柔軟な力	＜---	適応	.841	.100	8.401	***
楽観視	＜---	柔軟な力	.476	.050	9.599	***
精神的健康	＜---	適応	-.519	.074	-7.025	***
肯定的解釈	＜---	楽観視	.367	.073	5.046	***
こころのゆとり	＜---	柔軟な力	.379	.047	8.129	***
不安と不眠	＜---	精神的健康	1.000			
社会的活動障害	＜---	精神的健康	.602	.076	7.922	***
自信	＜---	適応	1.000			
サポート	＜---	適応	.976	.105	9.266	***
肯定的解釈	＜---	適応	.229	.053	4.304	***
問題解決力	＜---	柔軟な力	1.000			

11. 育児中の母親の心理的適応モデルのパス係数（病児の母親）

			推定値	標準誤差	検定統計量	確率
柔軟な力	<---	適応	.692	.087	7.996	***
楽観視	<---	柔軟な力	.626	.061	10.255	***
精神的健康	<---	適応	-.525	.073	-7.156	***
肯定的解釈	<---	楽観視	.377	.081	4.646	***
こころのゆとり	<---	柔軟な力	.528	.061	8.595	***
不安と不眠	<---	精神的健康	1.000			
社会的活動障害	<---	精神的健康	.626	.083	7.526	***
自信	<---	適応	1.000			
サポート	<---	適応	.866	.091	9.511	***
肯定的解釈	<---	適応	.208	.057	3.660	***
問題解決力	<---	柔軟な力	1.000			

平成 25 年 月 日

(施設長) 殿

青森県立保健大学大学院  
健康科学研究科長 吉池 信男

「A 県における慢性疾患患児を育てる母親のストレス適応に関する研究」への協力について（依頼）

拝啓 時下皆様にはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から本学の教育・運営にあたりましては、格別のご理解とご支援を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび本学大学院博士後期課程の扇野綾子が下記の内容で博士論文に関する研究を行うこととなりました。

つきましては、ご多用中のところ大変恐縮ではございますが宜しくご協力の程お願い申し上げます。

敬具

#### 記

1. 所属・学生氏名 青森県立保健大学大学院健康科学研究科 健康科学専攻  
看護学分野 博士後期課程 扇野綾子
2. 研究課題名 A 県における慢性疾患患児を育てる母親のストレス適応に関する研究
3. 目的
  - 1) 慢性疾患患児の母親のストレス・コーピング\*1およびレジリエンス\*2について、健康な児の母親と比較することでその特徴を明らかにする。
  - 2) 慢性疾患患児の母親の心理的適応に関する概念モデルを構築する。
4. 方法  
貴園に通園している子ども（すべての年齢）の保護者（母親）にアンケートを配布させていただきます。回収は玄関に回収箱を設置し、保護者の方に投函していただきます。

\*1 ストレス・コーピング・・・心理的ストレスにどのように対応しているかということ

\*2 レジリエンス・・・逆境から立ち直る心の強さ

なお、本研究によってプライバシーあるいは権利が侵害されたと感じた場合等、研究倫理上の問題に関しては、研究倫理委員会に相談等ができます。

#### (研究に関するお問い合わせ)

研究者 青森県立保健大学 大学院 健康科学研究科 扇野綾子

住所 〒030-8505 青森市浜館字間瀬 58-1 / 電話番号 090(8804)8023

指導教員 青森県立保健大学 中村由美子

住所 〒030-8505 青森市浜館字間瀬 58-1 / 電話番号 017(765)2141 (直通)

#### (研究倫理に関するお問い合わせ)

青森県立保健大学研究倫理委員会

住所 〒030-8505 青森市浜館字間瀬 58-1

電話番号 017(765)2000 (代表) 代表番号ですので、研究倫理委員会へとお伝えください。

E-mail: rinri2008@auhw.ac.jp

平成 25 年 月 日

(施設長) 殿

青森県立保健大学大学院  
健康科学研究科長 吉池 信男

「A 県における慢性疾患患児を育てる母親のストレス適応に関する研究」への協力について（依頼）

拝啓 時下皆様にはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から本学の教育・運営にあたりましては、格別のご理解とご支援を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび本学大学院博士後期課程の扇野綾子が下記の内容で博士論文に関する研究を行うこととなりました。

つきましては、ご多用中のところ大変恐縮ではございますが宜しくご協力の程お願い申し上げます。

敬具

#### 記

1. 所属・学生氏名 青森県立保健大学大学院健康科学研究科 健康科学専攻  
看護学分野 博士後期課程 扇野綾子
2. 研究課題名 A 県における慢性疾患患児を育てる母親のストレス適応に関する研究
3. 目的
  - 1) 慢性疾患患児の母親のストレス・コーピング\*1およびレジリエンス\*2について、健康な児の母親と比較することでその特徴を明らかにする。
  - 2) 慢性疾患患児の母親の心理的適応に関する概念モデルを構築する。
4. 方法

貴校に通学している生徒（すべての学年）の保護者（母親）にアンケートを配布させていただきます。学級ごとにとりまとめていただき、提出が得られたものについて、後日回収に伺います。

\*1 ストレス・コーピング・・・心理的ストレスにどのように対応しているかということ

\*2 レジリエンス・・・逆境から立ち直る心の強さ

なお、本研究によってプライバシーあるいは権利が侵害されたと感じた場合等、研究倫理上の問題に関しては、研究倫理委員会に相談等ができます。

#### （研究に関するお問い合わせ）

研究者 青森県立保健大学 大学院 健康科学研究科 扇野綾子

住所 〒030-8505 青森市浜館字間瀬 58-1 / 電話番号 090(8804)8023

指導教員 青森県立保健大学 中村由美子

住所 〒030-8505 青森市浜館字間瀬 58-1 / 電話番号 017(765)2141（直通）

#### （研究倫理に関するお問い合わせ）

青森県立保健大学研究倫理委員会

住所 〒030-8505 青森市浜館字間瀬 58-1

電話番号 017(765)2000（代表） 代表番号ですので、研究倫理委員会へとお伝えください。

E-mail: rinri2008@auhw.ac.jp

平成 25 年 月 日

(施設長) 殿

青森県立保健大学大学院  
健康科学研究科長 吉池 信男

「A 県における慢性疾患患児を育てる母親のストレス適応に関する研究」への協力について（依頼）

拝啓 時下皆様にはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から本学の教育・運営にあたりましては、格別のご理解とご支援を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび本学大学院博士後期課程の扇野綾子が下記の内容で博士論文に関する研究を行うこととなりました。

つきましては、ご多用中のところ大変恐縮ではございますが宜しくご協力の程お願い申し上げます。

敬具

#### 記

1. 所属・学生氏名 青森県立保健大学大学院健康科学研究科 健康科学専攻  
看護学分野 博士後期課程 扇野綾子
2. 研究課題名 A 県における慢性疾患患児を育てる母親のストレス適応に関する研究
3. 目的
  - 1) 慢性疾患患児の母親のストレス・コーピング\*1およびレジリエンス\*2について、健康な児の母親と比較することでその特徴を明らかにする。
  - 2) 慢性疾患患児の母親の心理的適応に関する概念モデルを構築する。
4. 方法

小児科外来において患児の母親にアンケートを配布し、回収箱を設置して回収させていただきます。対象者の選定に関して貴施設外来看護師に助言をいただきながら行います。

\*1 ストレス・コーピング・・・心理的ストレスにどのように対応しているかということ

\*2 レジリエンス・・・逆境から立ち直る心の強さ

なお、本研究によってプライバシーあるいは権利が侵害されたと感じた場合等、研究倫理上の問題に関しては、研究倫理委員会に相談等ができます。

#### (研究に関するお問い合わせ)

研究者 青森県立保健大学 大学院 健康科学研究科 扇野綾子

住所 〒030-8505 青森市浜館字間瀬 58-1 / 電話番号 090(8804)8023

指導教員 青森県立保健大学 中村由美子

住所 〒030-8505 青森市浜館字間瀬 58-1 / 電話番号 017(765)2141 (直通)

#### (研究倫理に関するお問い合わせ)

青森県立保健大学研究倫理委員会

住所 〒030-8505 青森市浜館字間瀬 58-1

電話番号 017(765)2000 (代表) 代表番号ですので、研究倫理委員会へとお伝えください。

E-mail: rinri2008@auhw.ac.jp

## アンケート調査のご協力をお願いします

私は、青森県立保健大学大学院の学生で、弘前大学大学院保健学研究科の助教をしています扇野綾子と申します。私は、慢性的な状態にあるお子様のご家族の心と子育てに関する研究を行っています。お子様の健康状態は、ご家族のお気持ちや心構えにも影響するのではないかと考えています。

そこで、乳幼児から中学生までのお子様を育てているお母様方にアンケート調査のご協力をお願いしております。今回の調査では、お子様の病気の有無に関わらず広くご協力をお願いしております。なお回答は同封の返信用封筒を用いて、2週間以内を目安にポストに投函するか、各施設に備え付けの回収箱に封をして投函していただきますようお願い申し上げます。また、調査にご協力いただけない場合は、お手数ですが調査票は破棄していただきますようお願いいたします。

この調査の結果を通じて、子育て中のお母様方の実態を理解するとともに、ご家族の方の支援に積極的に活かしたいと考えていますので、ぜひご協力をお願いいたします。

なお、この調査に当たっては以下のことを遵守します。

- ・この調査へのご協力は自由です。調査にご協力いただけない場合でも、皆様に不利益になるようなことは一切ございませんし、お子様の保育や学校生活にも影響はありません。また、調査へのご協力はいつでも取りやめることができます。

- ・調査に当たってプライバシーはお守りいたします。調査の際はお名前を記入する必要はありませんので、個人を特定することはありません。また、得られたデータは厳重に管理し、研究の目的以外には使用いたしません。得られた結果は博士論文として大学に提出する他、学会等で発表する予定ですが、データは統計的に処理するため、個人が特定されることはありません。また、アンケート用紙は、論文発表後1年以内に裁断機で処理し破棄します。

- ・質問には配慮いたしました。不快に感じたり答えたくないと感じた内容は、お答えいただけても構いません。

この調査について、ご不明な点やお気づきの点がございましたら、下記研究者 扇野（おうぎの）までご連絡くださいますよう、お願い申し上げます。

研究テーマ：A県における慢性疾患患児を育てている母親のストレス適応に関する研究

研究者：青森県立保健大学大学院博士後期課程 扇野綾子

連絡先：電話番号 0172(39)5903 E-mail: 0994001@auhw.ac.jp

指導教員：青森県立保健大学 中村由美子

連絡先：住所 青森市浜館間瀬 58-1 電話：017(765)2141（直通）

また、この調査の過程で、プライバシーあるいはご自身の権利が侵害されたと感じたときは、下記の機関にご連絡ください。対応いたします。

青森県立保健大学 研究倫理委員会

連絡先：〒030-8505 青森市浜館間瀬 58-1 電話 017-765-2000（代表）

\*代表番号ですので、必ず研究倫理委員会へとお伝えください。

## アンケート調査のご協力をお願いします

私は、青森県立保健大学大学院の学生で、弘前大学大学院保健学研究科の助教をしています扇野綾子と申します。私は、慢性的な状態にあるお子様のご家族の心と子育てに関する研究を行っています。お子様の健康状態に不安があることは、ご家族の皆様にとっても非常に大きな出来事だと思われます。困難な状況に出合ったときにご家族の皆様はどのように取り組んでいらっしゃるのか、またどのように乗り越えているのかについて調査しています。

そこで、何らかの病気のあるお子様のお母様に、広くアンケート調査をお願いしております。なお回答は同封の返信用封筒を用いて、2週間以内を目安にポストに投函していただくか、封をして備え付けの回収箱に投函していただきますようお願い申し上げます。調査にご協力いただけない場合は、お手数ですが調査票は破棄していただきますようお願いいたします。

この調査の結果を通じて、健康問題を抱えたお子様とそのご家族を理解するとともに、家族の方の支援に積極的に活かしたいと考えていますので、ぜひご協力をお願いいたします。

なお、この調査に当たっては以下のことを遵守します。

- ・この調査へのご協力は自由です。調査にご協力いただけない場合でも、皆様に不利益になるようなことは一切ございませんし、お子様の治療やケアにも影響はありません。また、調査へのご協力はいつでも取りやめることができます。

- ・調査に当たってプライバシーはお守りいたします。調査の際はお名前を記入する必要はありませんので、個人を特定することはありません。得られたデータは厳重に管理し、研究の目的以外には使用いたしません。得られた結果は博士論文として大学に提出する他、学会等で発表する予定ですが、データは統計的に処理するため、個人が特定されることはありません。また、アンケート用紙は、論文発表後1年以内に裁断機で処理し破棄します。

- ・質問には配慮いたしましたが、不快に感じたり答えたくないと感じた内容は、お答えいただけてもけっこうです。

この調査について、ご不明な点やお気づきの点がございましたら、下記研究者 扇野（おうぎの）までご連絡くださいますよう、お願い申し上げます。

研究テーマ：A県における慢性疾患患児を育てている母親のストレス適応に関する研究

研究者：青森県立保健大学大学院博士後期課程 扇野綾子

連絡先：電話番号 0172(39)5903 E-mail: 0994001@auhw.ac.jp

指導教員：青森県立保健大学 中村由美子

連絡先：住所 青森市浜館間瀬 58-1 電話：017(765)2141(直通)

また、この調査の過程で、プライバシーあるいはご自身の権利が侵害されたと感じたときは、下記の機関にご連絡ください。対応いたします。

青森県立保健大学 研究倫理委員会

連絡先：〒030-8505 青森市浜館間瀬 58-1 電話 017-765-2000(代表)

\*代表番号ですので、必ず研究倫理委員会へとお伝えください。



健康な子どもの母親用調査票

( )内に当てはまる数字や言葉を記入してください。それ以外の項目は当てはまる番号を○で囲んでください。

I. 保育所・学校に通っているお子さまのことについて、おたずねします。

(1) お子さまの現在の年齢はおいくつですか。 ( ) 歳 ( ) か月
(2) お子さまの性別を教えてください。 1. 男 2. 女
(3) お子さまは継続的に病院に通っていらっしゃいますか。 ( <u>1.</u> はい 2. いいえ) <span style="float: right;">→いいえの方はⅡへお進みください</span>
* <u>1.</u> はいとお答えの方は、どのような理由で通っているか、またその頻度を教えてください。 (あてはまるもの全てに○をつけ、( )に数字を記入してください。)
1. 気管支喘息などアレルギーに関連する病
2. 悪性新生物など(小児がん)
3. 腎臓に関する病
4. てんかん や けいれん など神経に関する病
5. 心臓に関する病
6. 消化器(胃腸)に関する病
7. 糖尿病など代謝に関連する病
8. 内分泌(ホルモン)に関する病
9. 発達の遅れ
10. 染色体に関する病
11. その他( )
*通院の頻度はどのくらいですか。( ) 週に ( ) 回 あるいは ( ) 月に ( ) 回

Ⅱ. 回答してくださっているお母様についておたずねします。

(1) あなたの年齢はおいくつですか。 ( ) 歳
(2) 現在のご職業について当てはまるものをお答えください。 1. 専業主婦 2. 会社員等(フルタイム勤務) 3. パート・アルバイト勤務 4. 自営業 5. 農林水産業 6. その他( )
(4) あなたの心理的な支えとなってくれる友人や知人はいますか。 1. はい 2. いいえ

<p>(5) 家族以外で、子育てをサポートしてくれる人はいますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ</p>
<p>(6) お子さまの子育てに関して、負担を感じることはありますか。あてはまる数字のところに○をつけてください。</p> <p>まったく感じない <span style="float: right;">いつも感じている</span></p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

Ⅲ. ご家族に関することをおたずねします。

<p>(1) 旦那さまはいらっしゃいますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ</p>
<p>(2) お子さまの人数は何人ですか。 ( ) 人</p>
<p>(3) お子さまにとっての祖父母とご一緒に暮らしていますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ</p>
<p>(4) 家族内で育児のサポートは得られますか。</p> <p>1. とても得られる 2. まあまあ得られる 3. あまり得られない 4. まったく得られない</p>
<p>(5) 恐れ入りますが、世帯の年収はおよそいくらになりますか。</p> <p>1. 200万円以下 2. 200～300万 3. 300～400万 4. 400～500万 5. 500万以上</p>

患児の母親用調査票

( )内に当てはまる数字や言葉を記入してください。それ以外の項目は当てはまる番号を○で囲んでください。

I. 病院に通っているお子さまのことについて、おたずねします。

(1) お子さまの現在の年齢はおいくつですか。 ( ) 歳 ( ) か月
(2) お子さまの性別を教えてください。 1. 男 2. 女
<p>(3) お子さまが病院にかかっている主な理由を教えてください。(あてはまるもの全てに○をつけてください。)</p> <p>1. 気管支喘息などアレルギーに関連する病気</p> <p>2. 悪性新生物など(小児がん)</p> <p>3. 腎臓に関する病気</p> <p>4. てんかん や けいれん など神経に関する病気</p> <p>5. 心臓に関する病気</p> <p>6. 消化器(胃腸)に関する病気</p> <p>7. 糖尿病など代謝に関連する病気</p> <p>8. 内分泌(ホルモン)に関する病気</p> <p>9. 発達の遅れ</p> <p>10. 染色体に関する病気</p> <p>11. その他( )</p>
(4) 最初に診断されたときのお子さまの年齢はおいくつでしたか。 ( ) 歳 ( ) か月
<p>(5) お子さまは家庭で特別なケアが必要ですか。 (1. はい 2. いいえ)</p> <p>* 1. はいとお答えの方は、どのようなケアが必要か、またその頻度を教えてください。</p> <p>(あてはまるもの全てに○をつけ、( )に数字を記入してください。)</p> <p>1. 薬を飲むこと 【毎日・( )日に( )回・その他( )】</p> <p>2. 食事や水分摂取についての特別な配慮 【毎日・( )日に( )回・その他( )】</p> <p>3. 薬の吸入を行うこと 【毎日・( )日に( )回・その他( )】</p> <p>4. 注射を行うこと 【毎日・( )日に( )回・その他( )】</p> <p>5. チューブから栄養を摂ること 【毎日・( )日に( )回・その他( )】</p> <p>6. 排泄にストマを使うこと 【毎日・( )日に( )回・その他( )】</p> <p>7. 吸引器を用いたたんの吸引 【毎日・( )日に( )回・その他( )】</p> <p>8. リハビリテーションや機能訓練 【毎日・( )日に( )回・その他( )】</p> <p>9. 酸素の吸入を行うこと 【毎日・( )日に( )回・その他( )】</p> <p>10. その他( ) 【毎日・( )日に( )回・その他( )】</p>



## GHQ28

この数週間のあなたの精神的、身体的健康状態を知るための質問です。  
質問を読み、最もあてはまると思われる答えの番号を○で囲んでください。  
この調査はずっと以前のことでなく、2～3週間前から現在までの状態についての調査です。  
全部の質問にもれなく答えてください。

1 気分や健康状態は	1. よかった	2. いつもと変わらなかった	3. 悪かった	4. 非常に悪かった
2 疲労回復剤（ドリンク・ビタミン剤）を飲みたいと思ったことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
3 元気で疲れを感じたことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
4 病気だと感じたことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
5 頭痛がしたことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
6 頭が重いように感じたことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
7 からだがほてったり寒気がしたことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
8 心配事があって、よく眠れないようなことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
9 夜中に目を覚ますようなことは	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
10 いつもより忙しく活動的な生活を送ることが	1. たびたびあった	2. いつもと変わらなかった	3. なかった	4・まったくなかった
11 いつもより何かするのに余計な時間がかかることが	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
12 いつもよりすべてがうまくいっていると感じる事が	1. たびたびあった	2. いつもと変わらなかった	3. なかった	4・まったくなかった
13 毎日している仕事は	1. 非常にうまくいった	2. いつもと変わらなかった	3. うまいかなかった	4. まったくうまくいかなかった
14 いつもより自分のしていることに生きがいを感じる事が	1. あった	2. いつもと変わらなかった	3. なかった	4. まったくなかった

15	いつもより容易に物事を決めることが			
	1. できた	2. いつもと変わらなかった	3. できなかった	4. まったくできなかった
16	いつもストレスを感じたことが			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
17	いつもより日常生活を楽しく送ることが			
	1. できた	2. いつもと変わらなかった	3. できなかった	4. まったくできなかった
18	いろいろなこと、おこりっぽいことは			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
19	たいした理由がないのに、何かがこわくなったりとりみだすことは			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
20	いつもよりいろいろなことを重荷と感じたことは			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
21	自分は役に立たない人間だと考えたことは			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
22	人生にまったく望みを失ったと感じたことは			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
23	不安を感じ緊張したことは			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
24	生きていることに意味がないと感じたことは			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
25	この世から消えてしまいたいと考えたことは			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
26	ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
27	死んだほうがましだと考えたことは			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
28	自殺しようと考えたことが			
	1. まったくなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった

## コーピング

精神的にづらい状況に遭遇したとき、その場を乗り越え、落ち着くために、あなたは普段からどのように考え、どのように行動するようにしていますか。各文章に対して、自分がどの程度当てはまるか、評価してください。最もあてはまる番号に○をつけてください。

(選択肢) 1：そのようにしたこと（考えたこと）はこれまでにない。今後も決していないだろう。 2：ごくまれにそのようにしたこと（考えたこと）がある。今後もあまりないだろう。 3：何度かそのようにしたこと（考えたこと）がある。今後も時々はそうするだろう。 4：しばしばそのようにしたこと（考えたこと）がある。今後もたびたびそうするだろう。 5：いつもそうしてきた（考えてきた）。今後もそうするだろう。	決してない	あまりない	時々する	たびたびする	いつもする
1 悪いことばかりではないと楽観的に考える	1	2	3	4	5
2 誰かに話を聞いてもらい気を静めようとする	1	2	3	4	5
3 嫌なことを頭に浮かべないようにする	1	2	3	4	5
4 スポーツや旅行などを楽しむ	1	2	3	4	5
5 原因を検討しどのようにしていくべきか考える	1	2	3	4	5
6 力のある人に教えを受けて解決しようとする	1	2	3	4	5
7 どうすることもできないと解決を後延ばしにする	1	2	3	4	5
8 自分は悪くないと言い逃れをする	1	2	3	4	5
9 今後はよいこともあるだろうと考える	1	2	3	4	5
10 誰かに話を聞いてもらって冷静さを取り戻す	1	2	3	4	5
11 そのことをあまり考えないようにする	1	2	3	4	5
12 買い物や賭け事、おしゃべりなどで時間をつぶす	1	2	3	4	5
13 どのような対策をとるべきは綿密に考える	1	2	3	4	5
14 詳しい人から自分に必要な情報を収集する	1	2	3	4	5
15 自分では手に負えないと考え放棄する	1	2	3	4	5
16 責任を他の人に押しつける	1	2	3	4	5
17 悪い面ばかりでなくよい面を見つけていく	1	2	3	4	5
18 誰かに愚痴をこぼして気持ちをほらす	1	2	3	4	5
19 無理にでも忘れるようにする	1	2	3	4	5
20 友達とお酒を飲んだり好物を食べたりする	1	2	3	4	5
21 過ぎたことの反省をふまえて次にすべきことを考える	1	2	3	4	5
22 既に経験した人から話を聞いて参考にする	1	2	3	4	5
23 対処できない問題だと考え、諦める	1	2	3	4	5
24 口からでまかせを言って逃げ出す	1	2	3	4	5

## レジリエンス

次の各項目に対して、「現在の自分」にどの程度当てはまると思うかをお答えください。

	まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	よくあてはまる
1 自分にはかなり自信がある	1	2	3	4	5
2 自分には、あまり誇れるところがない	1	2	3	4	5
3 自分には、よいところがたくさんあると思う	1	2	3	4	5
4 自分自身のことが好きである	1	2	3	4	5
5 自分の将来の見通しは明るいと思う	1	2	3	4	5
6 物事がうまくいかない時、つい自分のせいにしてしまう	1	2	3	4	5
7 ときどき自分は全くだめだと思う	1	2	3	4	5
8 たいていの人が持っている能力は自分にもある	1	2	3	4	5
9 私の考えや気持ちをわかってくれる人がいる	1	2	3	4	5
10 自分の問題や気持ちを打ち明けられる人がいる	1	2	3	4	5
11 本音で話をできる人がいる	1	2	3	4	5
12 私のことを親身になって考えてくれる人がいる	1	2	3	4	5
13 いざというときに頼りにできる人がいる	1	2	3	4	5
14 私の生き方を誰もわかってくれはしないと思う	1	2	3	4	5
15 人間は互いに相手の気持ちをわかり合えると思う	1	2	3	4	5
16 一つの課題に粘り強く取り組むことができる	1	2	3	4	5
17 一つの課題に集中して取り組むことができる	1	2	3	4	5
18 自分で決めたことなら最後までやり通すことができる	1	2	3	4	5
19 どちらかといえば目標が高いほうがやる気が出てくる	1	2	3	4	5
20 物事を自分の力でやり遂げることができる	1	2	3	4	5
21 困難なことでも前向きに取り組むことができる	1	2	3	4	5
22 何事にも意欲的に取り組むことができる	1	2	3	4	5
23 いやなことがあっても次の日にはなんとかかなりそうな気がする	1	2	3	4	5
24 他人に対して親切なほうである	1	2	3	4	5
25 どんなことでも、たいていなんとかかなりそうな気がする	1	2	3	4	5
26 他人の手助けを積極的にするほうである	1	2	3	4	5
27 相手が優れているところは素直に認める	1	2	3	4	5
28 初対面の人でも平気で話しかけることができる	1	2	3	4	5
29 物事は最後にはうまくいくと思っている	1	2	3	4	5



## 協力承諾書

本園は以下の研究に関して、研究者が対象者へ研究参加の依頼をすることに協力することを承諾します。なお、協力は任意であり取り消すことができることの説明を受けました。

### 記

1. 所属・学生氏名 青森県立保健大学大学院健康科学研究科 健康科学専攻  
看護学分野 博士後期課程 扇野綾子
2. 研究課題名 A 県における慢性疾患患児を育てる母親のストレス適応に関する研究
3. 目的
  - 1) 慢性疾患患児の母親のストレス・コーピングおよびレジリエンスについて、健康な児の母親と比較することでその特徴を明らかにする。
  - 2) 慢性疾患患児の母親の心理的適応に関する概念モデルを構築する。
4. 方法  
園児を通して保護者にアンケートを配布し、回収箱によって回収いたします。

平成 25 年        月        日

扇野 綾子 殿

施設長 \_\_\_\_\_

## 協力承諾書

本校は以下の研究に関して、研究者が対象者へ研究参加の依頼をすることに協力することを承諾します。なお、協力は任意であり取り消すことができることの説明を受けました。

### 記

1. 所属・学生氏名 青森県立保健大学大学院健康科学研究科 健康科学専攻  
看護学分野 博士後期課程 扇野綾子
2. 研究課題名 A 県における慢性疾患患児を育てる母親のストレス適応に関する研究
3. 目的
  - 1) 慢性疾患患児の母親のストレス・コーピングおよびレジリエンスについて、健康な児の母親と比較することでその特徴を明らかにする。
  - 2) 慢性疾患患児の母親の心理的適応に関する概念モデルを構築する。
4. 方法  
児童（生徒）を通して保護者にアンケートを配布し、郵送にて回収いたします。

平成 25 年          月          日

扇野 綾子 殿

施設長 \_\_\_\_\_

## 協力承諾書

本院は以下の研究に関して、研究者が対象者へ研究参加を依頼する機会の提供と、対象者の選定に協力することを承諾します。なお、協力は任意であり取り消すことができることの説明を受けました。

### 記

1. 所属・学生氏名 青森県立保健大学大学院健康科学研究科 健康科学専攻  
看護学分野 博士後期課程 扇野綾子
2. 研究課題名 A 県における慢性疾患患児を育てる母親のストレス適応に関する研究
3. 目的
  - 1) 慢性疾患患児の母親のストレス・コーピングおよびレジリエンスについて、健康な児の母親と比較することでその特徴を明らかにする。
  - 2) 慢性疾患患児の母親の心理的適応に関する概念モデルを構築する。
4. 方法  
小児科外来において患児の母親にアンケートを配布し、回収箱によって回収します。

平成 25 年          月          日

扇野 綾子 殿

施設長 \_\_\_\_\_