

研 究

小児気管支喘息児を育てる母親の悩みに関する研究(1)

— KJ 法による質的検討 —

吉 田 三 紀

〔論文要旨〕

気管支喘息の患児を育てていくうえでの母親自身の苦悩に関する語りを取り上げて、質的な観点から検討した研究はこれまであまり見られない。そのため本研究では、患児を育てる母親の苦悩について調査を行い、質的な観点から母親への臨床心理学的支援の可能性について検討を行った。

その結果、母親の苦悩についての反応語を分類したところ、25の小グループと10の大グループを得た。小グループおよび大グループに該当する人数を性別および就学前後で分け、それらの人数を χ^2 検定によって比較した。大グループは性別、就学前後において有意差は見られなかったが、小グループにおいては、性別および就学前後では、「経済的負担」、「精神的・身体的負担」、さらに就学前後の「回避・抑圧傾向」、「食行動」にも有意差が見られた。

このことから、患児の母親の苦悩について理解したうえで、患児と母親の家庭背景などの要因、そしてその家族を取り巻く環境にも目を向けなくては、必要な支援は行うことができないことが明らかとなった。

Key words : 小児気管支喘息, 母親の苦悩, 臨床心理学的支援

I. はじめに

小児気管支喘息（以下、喘息）治療は、近年著しい発展を遂げ、それに伴って通院による治療が大半を占めるようになった。これは、厚生労働省によると、外来通院の喘息児数（以下、患児）が入院患児数の約20倍にのぼることからも示されている¹⁾。一方で健常児の養育者（以下、母親）よりも患児の母親の方がストレスは高いということが見出された²⁾。喘息などの慢性疾患を抱えた子どもの母親の悩みに関する研究は数多くなされているところからも、自分の子どもが健やかに育ってほしいという母親の思いが変わらない限り、いつの時代においても子

どもが喘息を持っていることによる母親の精神的、身体的苦痛は変わらないと考えられる³⁻⁹⁾。例えば、牧ら¹⁰⁾によると、患児について心配事がある人は75.3%、心配事がない人は24.7%であった。また看護学研究の分野では、母親の心配やQOLに関する実態調査を通して、看護支援について検討が行われてきた¹¹⁻¹³⁾。しかしその多くは、入退院を多く繰り返している患児の母親に対してである。現在、患児の多くは、外来通院を中心とした治療を受けており、母親の悩みの構造には相違点および共通点が見られるのではないだろうか。一方で、患者自身の発作体験による苦しみ¹⁴⁾や疾患の受容過程¹⁵⁾などに焦点を当てた研究は見られるが、患児を育てて

Study About the Worry of the Mother who Brings Up a Child of the Childhood Asthma (1)
— A Qualitative Analysis by the KJ Method —

Miki YOSHIDA

関西医科大学附属男山病院（臨床心理士）

別刷請求先：吉田三紀 関西医科大学附属男山病院 〒614-8366 京都府八幡市男山泉19

Tel : 075-983-0001(代) Fax : 075-971-1082(代)

〔2003〕

受付 08. 1.15

採用 08. 6.13

いくうえでの母親自身の悩みに関する語りを取り上げて、質的な観点から検討した研究はこれまであまり見られない。

以上を踏まえて、本研究では、患児を育てる母親の悩みや心配について調査を行い、質的な観点から母親への臨床心理学的支援の可能性について検討する。

Ⅱ. 対象と方法

1. 対 象

2002年2月～2002年7月、2005年11月～2005年12月に近畿圏内の私立病院小児科喘息外来に通院中の患児の母親203名から回答を得た(表1)。平均罹患期間は、2年6か月±2年1か月である。

2. 方 法

小児喘息を持つ患児を育てるうえでのしんどさや苦勞について自由記述(複数回答可)してもらった。各対象者から得られた内容をカードに転記し、意味内容によってそれらのカードをグループに分けるというKJ法によって検討した¹⁶⁾。

Ⅲ. 結 果

本調査の対象は、就学前後および男女児の人数の偏りを調べるために、 χ^2 検定を行ったが、有意差は見られなかった。

1. 患児を育てるうえでの母親の思いの構造

「患児を育てるうえでの母親としてのしんどさや苦勞について」の反応語をKJ法¹⁶⁾を用いて分類したところ、表2のような構造を示した。分類は臨床心理士3人によって行い、カッパ係数を算出したところ、高い一致率を示していた($\kappa=0.91$)。次のような28の小グループを得た。「母親のやりきれなさ」、「患児の発作・治療に

対する思い」、「患児の病気に対する思い」、「治療への見通しの立たなさ」、「罪恶感・罪責感」、「漠然とした不安」、「喘息発作に対する予期不安」、「予期不安に伴う子離れの困難さ」、「患児の将来」、「服薬による副作用」という10の小グループからなる『母親としての不安』、「周囲からの理解の得られなさ」、「発作中の不安」、「発作への移行」、「環境要因」という4つの小グループからなる『疾患特有の不安』、「行動の制限」、「服薬に伴う行動的・時間的制限」、「集団生活場面での制限」という3つの小グループからなる『日常生活での制限』、「疾患に関連したしつけ」、「親としての保護的役割のとれなさ」、「体調や患児の周囲の環境管理」という3つの小グループからなる『育児場面での悩み』、「経済的負担」、「身体的・精神的負担」という2つの小グループからなる『母親の負担』、「患児の回避・抑圧傾向」、「食行動」という2つの小グループからなる『疾患に伴う患児自身の行動』、「医療者への思い」、「疾患に対する希望・願望」、「心理的ケアの要望」、「患児の兄弟・姉妹への思い」という4つの小グループからなる『その他』といったグループに分類された。なお、患児を育てるうえでのしんどさや苦勞について記述された内容をグループごとに例示した(表3)。さらに、特定されたグループおよび概念に基づいて、概念関係図を作成した(図1)。

2. 患児の属性別に見た記述内容

小グループおよび大グループに該当する記述をした人数を性別および就学前後で分け、それらの人数を χ^2 検定によって比較した。その結果、大グループは性別、就学前後において有意差は見られなかったが、小グループにおいては、性別および就学前後で有意差が見られた(表4、表5)。まず、性別については、「行動の制限」は女兒の方が有意に多く、「服薬に伴う行動的・時間的制限」、「集団生活場面での制限」は男児の方が有意に多かった($\chi^2=4.663$, $p<.10$)。また、「疾患に関連したしつけ」は女兒の方が有意に多く、「保護的役割のとれなさ」、「体調や環境の管理」は男児の方が有意に多かった($\chi^2=5.513$, $p<.10$)。「経済的負担」は女兒の方が有意に多く、「精神的・身体的負担」は男児

表1 対象者

	男	女	計
就学前(0～5歳)	58	49	107
就学後(6～9歳)	54	42	96
計	112	91	203

表2 内容の分類構造

A. 母親としての不安
①患児の発作の辛さ: 「母親のやりきれなさ」, 「患児の発作・治療に対する思い」, 「患児の病気にに対する思い」など, 患児が発作を起こしているのを見て抱く, 母親としての辛い思いに関連した反応。 i) 母親のやりきれなさ: 怒りと絶望のまじりあった疑惑に関連した母親としてのやりきれない思いに関連した反応。 ii) 患児の発作・治療に対する思い: 患児の発作中の姿や懸命に治療に取り組んでいる姿を目の当たりにした際に生じる思いに関連した反応。 iii) 患児の病気にに対する思い: 喘息自体への思いに関連した反応。 ②治療への見通しの立たなさ: 明確な治療時期のわからなさに関連した反応。 ③罪悪感・罪責感: 患児の苦難(喘息疾患)を作り出してしまったことや母親のとった行動に対する罪の意識や後悔の念に関連した反応。 ④漠然とした不安: 母親自身が言葉で言い表すことのできない, ぼんやりと抱いている不安や絶望感に関連した反応。 ⑤予期不安: 「喘息発作に対する予期不安」, 「予期不安に伴う親離れ・子離れ」といった予期不安に関連した反応。 i) 喘息発作に対する予期不安: いつ発作を起こすかわからないことに関連した反応。 ii) 予期不安に伴う子離れの困難さ: 母親だけしか発作時に対処できないのではないかという思いに関連した反応。 ⑥患児の将来: 予後に関連した反応。 ⑦服薬による副作用: 服薬による副作用が患児の成長・身体に及ぼす影響への不安に関連した反応。
B. 疾患特有の不安
①周囲からの理解の得られなさ: 周囲に喘息に対する知識の正しい理解をしてもらえないことによる思いに関連した反応。 ②発作中の不安: 病院に行くかどうかの判断やそのまま死へとつながるのではないかと, という不安に関連した反応。 ③発作への移行: 風邪などの体調を崩した際などに喘息発作へ移行していくのではないかと, という不安に関連した反応。 ④環境要因: 患児を取り巻く環境要因が喘息発作につながるのではないかと, という不安に関連した反応。
C. 日常生活での制限
①行動の制限: 親としての子育ての方針と発作の予期不安から生じる患児の行動を制限しなければならないという矛盾に対する苦痛に関連した反応。 ②服薬に伴う行動的・時間的制限: 毎日定期的な服薬を必要とするため, 親側の行動や時間の制限をされてしまうことに対する苦痛に関連した反応。 ③集団生活場面での制限: 患児が集団場面に身を置いている際, 発作予防の理由から他の子どもと同じような行動をとらせることができないことに関連した反応。
D. 育児場面での悩み
①疾患と関連したしつけ: 喘息疾患を持っていることで我慢を強いるなどの社会的・精神的なしつけと保護の間の葛藤に陥り, 患児をわがままにしてしまうことに関連した反応。 ②親としての保護的役割のとれなさ: 患児の発作に親役割として, 何もしてやることのできない絶望的な無力感に陥ることに関連した反応。 ③体調や患児の周囲の環境管理: 常に患児が風邪をひかないように体調を整えたり, 気温などの環境を整えたりすることに気を配ることに関連した反応。
E. 母親の負担
①経済的負担: 定期的な通院による医療費に関連した反応。 ②身体的・精神的負担: 喘息治療のための通院や患児の発作を目の当たりにした際の記憶などの身体的・精神的な負担に関連した反応。
F. 疾患に伴う患児自身の行動
①患児の回避・抑圧傾向: 喘息を患うことで, 患児自身が身につけた言動に関連した反応。 ②食行動(就学前のみ): 発作時の患児の食事行動に関連した反応。
G. その他
①医療者への思い: 日頃伝えることのできない医療スタッフへの思いに関連した反応。 ②疾患に対する希望・願望(就学前のみ): 患児の疾患に対する希望と願望に関連した反応。 ③心理的ケアへの要望: 母親自身の心理的なケアをする時間と場所がほしいという要望に関連した反応。 ④患児の兄弟姉妹への思い: 患児の兄弟姉妹に対する母親の気持ちに関連した反応。

が有意に多かった($\chi^2=5.529$, $p<.01$)。「心理的ケアへの要望」は女兒の方が有意に多く, 「医療者への思い」, 「疾患に対する希望・願望」, 「患児の兄弟姉妹への思い」は男児が有意に多かった($\chi^2=6.825$, $p<.10$)。就学段階別では, 「行動の制限」, 「集団生活場面での制限」

は就学前の方が有意に多く, 「服薬に伴う行動的・時間的制限」は就学後の方が有意に多かった($\chi^2=5.293$, $p<.10$)。また, 「経済的負担」は就学前の方が有意に多く, 「身体的・精神的負担」は就学後の方が有意に多かった($\chi^2=5.529$, $p<.01$)。「回避・抑圧傾向」は就学

表3 患児を育てるうえでの不安や苦勞についての自由記述例

カテゴリー			反応例	
母親としての不安 105 (43%)	患児の発作の辛さ 22 (9%)	母親のやりきれなさ	・ “なぜ自分の子が” と発作を起こす度に思う (3歳男児) ・ 元気で健康な子どもと何ら変わらないのに、夜になると喘息が出て “なぜ?” とすることがたびたびある (6歳男児)	
		患児の発作・治療に対する思い	・ 発作の時の苦しみがかわいそう (3歳女児) ・ 毎日薬を飲んでるのがかわいそう (4歳男児) ・ 運動会シーズンになると、疲れからもくるのか、体調を崩して見学ばかりになるのでかわいそうに思う (8歳女児)	
			患児の病気に對する思い	・ 喘息は治りにくく死にも結びつく病気なので、子どもが辛い病気を持っていることを悲しく思う (8歳女児)
		治療への見通しの立たなさ 21 (9%)		・ いつになったら治るのだろうかと心配している (4歳男児) ・ これからどれだけ続くのか、先の長いトンネルのようで不安 (5歳女児) ・ 本当に治るのか不安でたまらない (6歳男児)
	罪悪感・罪責感 10 (4%)		・ 発作が起こるのは自分のせいではないかと自己嫌悪に陥る (5歳男児) ・ もっと早い時期にいい先生と出会っていたら、私がおもって喘息の知識を得ようとしていたら、子どもに辛い思いをさせなくて済んだのに、と後悔している (9歳男児)	
	漠然とした不安 4 (2%)		・ 子どもが喘息ということで、同じ共感を持って話せる人がいないため、とても不安になったりすることがある。 ・ なかなか文章・言葉にできない思いがたくさんある (8歳男児)	
	予期不安 12 (5%)	喘息発作に対する予期不安	・ 体調が悪くなると、ゼーゼーが夜中にひどく、病院に来た時は大丈夫になっている時が多いので、夜中とかすごく気になる (7歳女児) ・ 旅行先で発作を起こさないか、また精神的プレッシャーがかかると発作を起こす場合も稀にあるので、そんな時不安に感じる (7歳女児)	
		予期不安に伴う子離れの困難さ	・ 子どもだけでどこかへ行く場合に不安 ・ 「喘息が出るかも?」という心配があるので、キャンプや親から離れて行動をすることをためらってしまう (7歳男児)	
	患児の将来 6 (2%)		・ まだ小さいので喘息になるかわからないが (確定診断前)、みんなと一緒にすることができるかどうか心配 (0歳女児) ・ いったん治ると完治するのかどうか心配 (8歳男児)	
	服薬による副作用 30 (12%)		・ 将来的な薬の副作用が心配 (3歳男児) ・ 子どもが大人になって妊娠しても薬のことがあり、子どもを産めるのか心配 (8歳女児)	
	疾患特有の不安 43 (18%)	周囲からの理解の得られなさ 16 (7%)		・ 普段はとても元気なので周りの人たち (先生や友人) にわかってもらえず、本人が辛い思いをしている (5歳女児) ・ 子どもの喘息発作を防ぐためにいろいろ気を遣っていることに関して過保護と思われたり、周囲の理解を得にくい (9歳女児)
		発作中の不安 7 (3%)		・ このまま死んでしまわないかと心配になる (5歳男児)
		発作への移行 14 (6%)		・ 風邪を引いたりしたらどうしても咳がきつくなってきて、 “また入院するのとは違うかな” とか、普通の子どもよりも咳がひどくなったり、周りの環境に気を遣ったりして細かいことに気をつけないといけないのが大変 (4歳男児) ・ 風邪を引いた時とか夜が気になって、眠ることができない (8歳男児)
環境要因 (2%)		・ 季節の変わり目になると、ゼーゼー言ったり、土埃を吸うと夜になって咳き込んだりすることが多いので、これから寒くなるので心配している (3歳女児) ・ 季節の変わり目が気になる (7歳女児)		

カテゴリー		反応例
日常生活での制限 39 (16%)	行動の制限 10 (4%)	・もっと自由に育てたいのに、どうしても行動を制限しがちになってしまう (4歳男児) ・よく風邪を引き、ひどくならないようにと制限することが多く、母親がギリギリしてしまう (6歳男児)
	服薬に伴う行動的・時間的制限 15 (6%)	・毎日の薬や吸入が手間と思う日もある (3歳男児) ・仕方のないことだが、飲み薬や吸入に親子で縛られているような気がする (7歳女児)
	集団生活場面での制限 14 (6%)	・元気な子どもと同様に遊べないことが苦痛に感じる (3歳女児) ・体調により、学校を休んだり体育見学や外遊びを制限しなければいけないこと (7歳女児)
育児場面での悩み 18 (7%)	疾患と関連したしつけ 8 (3%)	・どの程度苦しいのか、自分が喘息ではないのでわからないので、甘えさせて良いのか悪いのか、身体や気管を鍛えるのも急にやり出して、風邪を引いたりするので、そこを一番考えてしまう (4歳女児) ・いつ大きな発作が出て、薬でコントロールできなくなって、あつと言う間に苦しんで死んでしまって私の側からいなくなるのではないかとと思うと、つい甘やかしてしまう (8歳女児)
	親としての保護的役割のとれなさ 6 (2%)	・夜、寝ている時に側でコンコンされてもどうしてもやることもできず、主人と2人でただ見ているだけなので、その自分たちに苛々してしまう (4歳男児) ・夜寝ている時、咳をしてガバッと起き上がってしんどそうにしている時、私は何もしてやれないので、すごく悲しく思う (6歳男児)
	体調や患児の周囲の環境管理 4 (2%)	・夜寝ると、よく喘息発作を起こすので、部屋の温度や湿度、クーラーをつけたり消したり、汗を拭いたり、パジャマを半そでにしようかなど、いろいろ気になる (5歳女児) ・学校の行事や登下校などにおいて、体調に気を遣う (7歳男児)
母親の負担 15 (6%)	経済的負担 7 (3%)	・通院回数が多いので、安心ではあるが、時間的・金銭的に苦痛 (負担) に感じる (3歳男児) ・発作が繰り返される時、生活のために働かなければならない現実がある (8歳男児)
	身体的・精神的負担 8 (3%)	・頭から喘息発作の恐怖が離れなくて、母親が倒れてしまった (4歳女児) ・喘息が出ると、子どもは夜もほとんど眠れず苦しそうで、私も眠れず他の兄弟や主人もいるので、私も疲れてダウンしてしまうことがある (6歳女児)
疾患に伴う患児自身の行動 15 (6%)	患児の回避・抑圧傾向 7 (3%)	・本人がダメなものをわかっているのに、友達と遊びたくても何も言わないことが気になり、心配 (4歳男児) ・学校の授業などで、子ども自身が「僕は喘息だから」と走ることを控えたり、言い訳にしたりすること (6歳男児)
	食行動 8 (3%)	・発作の時、食事をとらなくなる (2歳男児)
その他 10 (4%)	医療者への思い 3 (1%)	・病院に連れて行って、大したことないと言われたらどうしようと考えてしまって、初めて呼吸困難になった時にすぐに対応できなかった (3歳男児) ・少し子どもが元気になったら、主治医に「薬を本当に飲んでいますか?」と言われたり、真剣に話を聞いてもらえなかったことがある (7歳女児)
	疾患に対する希望・願望 2 (0.8%)	・喘息とアレルギーの両方を持っているので、パツと両方よくならないのかなあ?と思う (3歳女児)
	心理的ケアの要望 4 (2%)	・どこかにカウンセリング機関や話せる場所があれば、どんなにか気持ちが楽になるのではないかな…とずっと思っている (4歳女児) ・患者自身と親の心理を親子ともにリラックスして話ができる場が、近くにできたらいいと思う (7歳男児)
	患児の兄弟姉妹への思い 1 (0.4%)	・喘息患児の兄弟 (姉) が「弟のため」といろいろと我慢してくれることに感謝したり、かわいそうに思ったりする。でも、姉はやっぱり無理と言うこともあり、その時に苛々する自分にさらに苛々してしまう (4歳男児)

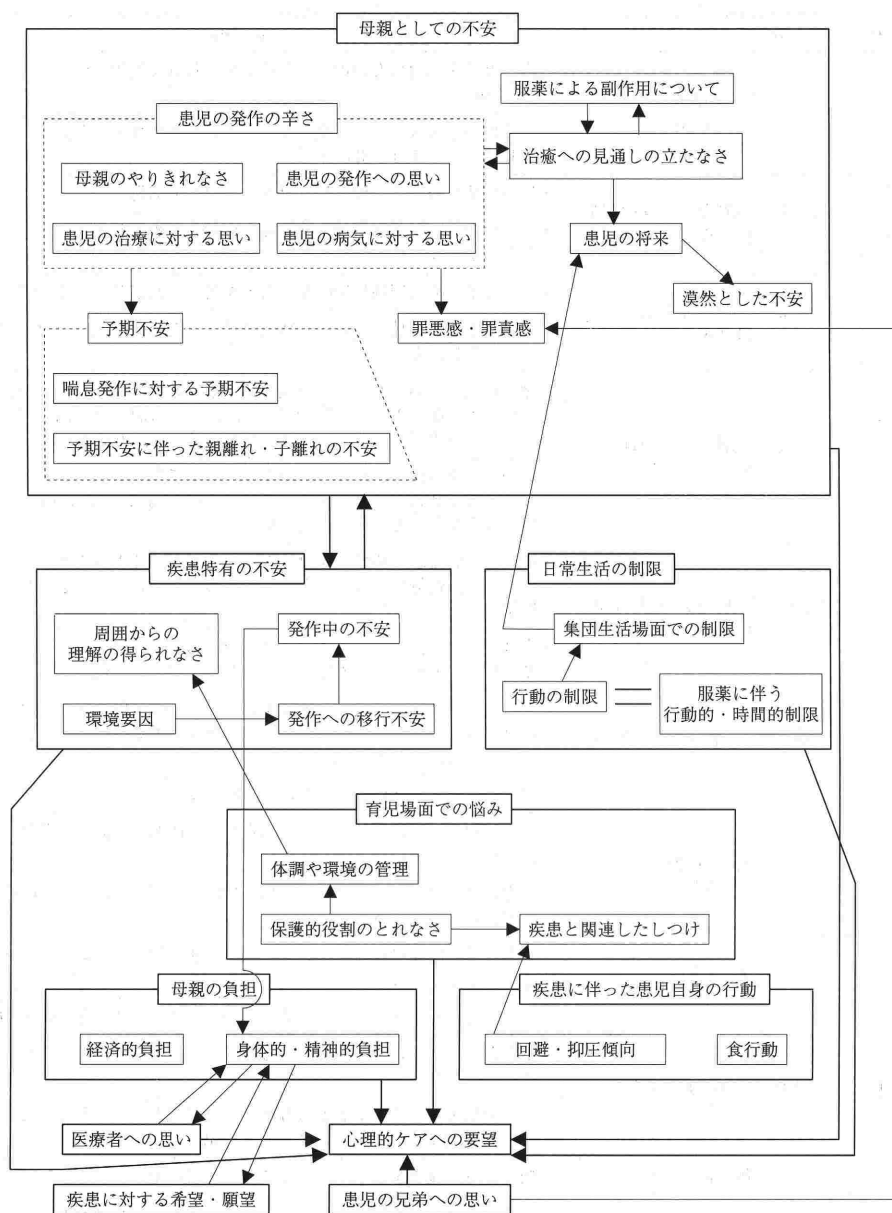


図1 カテゴリー概念関係図

前の方が有意に多く、「食行動」は就学後の方が有意に多かった ($\chi^2=5.529$, $p<.01$)。

IV. 考 察

1. 患児を育てるうえでの苦悩の構造について

病弱児を抱える親の悩みについて長谷川は、①「どうして私に？」の疑惑、②絶望と願望との葛藤、③罪悪感に悩む、④無力感とそれに根ざす怒り、⑤病児に対する態度についての葛藤、

⑥病児をわがままにしてしまう悩み、⑦親役割の喪失の悲しみ、⑧対人関係における悩み、を挙げている⁴⁾。本研究では、①母親としての不安、②疾患特有の不安、③日常生活での制限、④育児場面での悩み、⑤母親の負担、⑥疾患に伴う患児自身の行動、⑦医療者への思い、⑧疾患に対する希望・願望、⑨心理的ケアの要望、⑩患児の兄弟姉妹への思い、が挙げられた。長谷川と一致する部分も見られたが⁴⁾、本研究で

表4 小カテゴリーと性別についての χ^2 検定

大カテゴリー	小カテゴリー	男児	女児	合計	χ^2 検定結果
母親としての不安	患児の発作の辛さ	11(50.0)	11(50.0)	22(100.0)	$\chi^2=8.274$
	治癒への見通しの立たなさ	10(47.6)	11(52.4)	21(100.0)	
	罪悪感・罪責感	9(90.0)	1(10.0)	10(100.0)	
	漠然とした不安	3(75.0)	1(25.0)	4(100.0)	
	予期不安	6(50.0)	6(50.0)	12(100.0)	
	患児の将来	5(83.3)	1(16.7)	6(100.0)	
	服薬による副作用	16(53.3)	14(46.7)	30(100.0)	
疾患特有の不安	周囲からの理解の得られなさ	9(56.3)	7(43.8)	16(100.0)	$\chi^2=2.559$
	発作中の不安	4(57.1)	3(42.9)	7(100.0)	
	発作の移行不安	10(71.4)	4(28.6)	14(100.0)	
	環境要因	2(33.3)	4(66.7)	6(100.0)	
日常生活での制限	行動の制限	3(30.0)	7(70.0)	10(100.0)	$\chi^2=4.663^+$
	服薬に伴う行動的・時間的制限	11(73.3)	4(26.7)	15(100.0)	
	集団生活場面での制限	7(50.0)	7(50.0)	14(100.0)	
育児場面での悩み	疾患と関連したしつけ	2(25.0)	6(75.0)	8(100.0)	$\chi^2=5.513^+$
	保護的役割のとれなさ	5(83.3)	1(16.7)	6(100.0)	
	体調や環境の管理	3(75.0)	1(25.0)	4(100.0)	
母親の負担	経済的負担	1(14.3)	6(85.7)	7(100.0)	$\chi^2=5.529^{**}$
	精神的・身体的負担	6(75.0)	2(25.0)	8(100.0)	
疾患に伴う患児自身の行動	回避・抑圧傾向	6(85.7)	1(14.3)	7(100.0)	$\chi^2=1.029$
	食行動	3(37.5)	5(62.5)	9(100.0)	
その他	医療者への思い	2(66.7)	1(33.3)	3(100.0)	$\chi^2=6.825^+$
	疾患に対する希望・願望	0(0.0)	2(100.0)	2(100.0)	
	心理的ケアへの要望	0(0.0)	4(100.0)	4(100.0)	
	患児の兄弟姉妹への思い	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)	

** $p < .01$, + $p < .10$ 表5 小カテゴリーと就学前後についての χ^2 検定

大カテゴリー	小カテゴリー	就学前	就学後	合計	χ^2 検定結果
母親としての不安	患児の発作の辛さ	13(59.1)	9(40.9)	22(100.0)	$\chi^2=10.176$
	治癒への見通しの立たなさ	15(71.4)	6(28.6)	21(100.0)	
	罪悪感・罪責感	4(40.0)	6(60.0)	10(100.0)	
	漠然とした不安	0(0.0)	4(100.0)	4(100.0)	
	予期不安	6(50.0)	6(50.0)	12(100.0)	
	患児の将来	3(50.0)	3(50.0)	6(100.0)	
	服薬による副作用	12(40.0)	18(60.0)	30(100.0)	
疾患特有の不安	周囲からの理解の得られなさ	10(62.5)	6(37.5)	16(100.0)	$\chi^2= 3.532$
	発作中の不安	7(100.0)	0(0.0)	7(100.0)	
	発作の移行不安	10(71.4)	4(28.6)	14(100.0)	
	環境要因	4(66.7)	2(33.3)	6(100.0)	
日常生活での制限	行動の制限	9(90.0)	1(10.0)	10(100.0)	$\chi^2= 5.293^+$
	服薬に伴う行動的・時間的制限	7(46.7)	8(53.3)	15(100.0)	
	集団生活場面での制限	10(71.4)	4(28.6)	14(100.0)	
育児場面での悩み	疾患と関連したしつけ	5(62.5)	3(37.5)	8(100.0)	$\chi^2= 3.669$
	保護的役割のとれなさ	6(100.0)	0(0.0)	6(100.0)	
	体調や環境の管理	3(75.0)	1(25.0)	4(100.0)	
母親の負担	経済的負担	6(85.7)	1(14.3)	7(100.0)	$\chi^2= 5.529^{**}$
	精神的・身体的負担	2(25.0)	6(75.0)	8(100.0)	
疾患に伴う患児自身の行動	回避・抑圧傾向	6(85.7)	1(14.3)	7(100.0)	$\chi^2= 5.529^{**}$
	食行動	2(25.0)	6(75.0)	8(100.0)	
その他	医療者への思い	3(100.0)	0(0.0)	3(100.0)	$\chi^2= 4.444$
	疾患に対する希望・願望	1(50.0)	1(50.0)	2(100.0)	
	心理的ケアへの要望	4(100.0)	0(0.0)	4(100.0)	
	患児の兄弟姉妹への思い	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)	

** $p < .01$, + $p < .10$

は、精神的苦悩に加え、外来通院生活上の負担に伴う苦悩といった広範囲に亘る苦悩が挙げられた。この要因として、以前に比べ入院治療が少なくなり、継続的な外来通院が主流となった現代には家事や育児の日常生活と常に要する療養管理という日常的負担が増加したと考えられる。そのため、苦悩も広範囲なものとなったのではないかと考えられる。

まず、多くの患児の母親は、患児を育てていくうえでのしんどさの1番の要因である『母親としての不安』を抱えながら育児をしていることが明らかとなった。中でも、「服薬による副作用」についての不安は、多くの母親が感じており、次いで「患児の発作の辛さ」や「治癒への見通しの立たなさ」について不安を感じている。このように、患児を治したいという強い思いから治療に参加しているものの、なかなかよくなり、先が見えないことへの不安や苛立ち、そして焦りに常に曝されながら、患児を育てていると考えられる。先行研究では、「母親は発作の不安とともに、薬の将来への影響や管理の負担を常を感じながら疾患管理を行うことになる」¹⁷⁾、「喘息はその60~70%が思春期までに治癒すると言われているが、時期を明確にすることは困難であり発作により患児・家族の生活が制約されるため、『いつになったら治るのだろう』という母親の思いがうかがえる」と述べており¹¹⁾、本研究の結果とも一致している。また、「罪悪感・罪責感」でも見られるように、患児が発作を起こすのは母親に原因があるのではないかと自分自身を責め、追い込まれている可能性があることも示唆された。

また、『育児場面での悩み』の中の1つである「親としての保護的役割のとれなさ」については、何とか患児を守りたい、救いたいという親としてごく自然な気持ちを持っていながらも、発作を起こしている患児を目の前にした時になすすべもなく、わが子が苦しんでいる発作を止められないといった、保護的役割を果たせないことの無力感に対する悲しみや苛立ちの表れであると考えられる。つまり、「発作の時の苦しさから子どもを救ってあげたいなどの気持ちがうかがえた」ということであろう¹³⁾。「親たちの苦勞は、病弱児の日常的ケアに関する問

題ばかりではなく、内にこめられた罪責感の葛藤によるところが大きい」と言われている⁵⁾。本研究においても、「罪悪感・罪責感」は性別・年齢に関係なく挙げられており、患児の母親が抱えている苦悩である。しつけに関する苦悩については、通常のしつけと疾患に関連するしつけと「罪悪感・罪責感」から甘やかしてしまうという境界で苦悩しており、これらがひいては過保護・過干渉と言われる養育態度へとつながることもあると考えられる。そして、この母親の養育態度は、患児の行動パターンに対して影響を及ぼすと推測される¹⁸⁾。

多くの先行研究では、看護支援の1つとして家族、特に母親支援の必要性が唱えられているが、親の悩みとして心理的ケアの要望が挙げられることはなかった。しかし、心理的ケアが必要としている母親も少なからずいるにもかかわらず、ケアが受けられていない状況であり、苦悩の要因の1つになっていることが明らかとなった。

2. 患児の属性別に見た記述内容について

(1) 性差の検討

母親の苦悩を性別によって検討している先行研究は、ほとんど見られない。本研究では、「服薬に伴う行動的・時間的制限」、「体調や環境の管理」、「保護的役割のとれなさ」、「精神的・身体的負担」が男児の母親で有意に多く、「行動の制限」、「疾患と関連したしつけ」、「経済的負担」、「心理的ケアへの要望」は女児の母親で有意に多かった。まず、男児に多かった項目を見てみると、患児の行動や服薬・体調・環境の管理に苦悩を感じており、将来よりも現在の患児の療養や発作への対応で疲労・心労が重なっている可能性がある。一方、女児の場合、行動の制限を含めた育児とそのしつけに苦悩を感じており、苦悩・不安への対処として心理的なケアを希望している母親も見られた。つまり、現時点での対応よりは、患児の将来を見据えた育児の困難さがある可能性がある。

(2) 就学段階別による検討

牧らは、「予後」、「薬の副作用」、「医療費」、「心理的負担」が低年齢であるほど心配事として有意に多くなることを指摘している¹⁰⁾。しか

し、本研究においては上記項目の中では、「経済的負担」のみ就学前で有意に心配事として挙げられた。反対に「身体的・精神的負担」で、むしろ就学後の方が苦悩として有意に多く挙げていることから、患児の行動の幅が広がることに伴う負担の増大が考えられる。また、患児が喘息と診断されてから継続的に患児の治療・療養に関わることが求められ、その分身体的・精神的負担も高まっている。「予後」、「薬の副作用」については、本研究では就学前後に有意差が見られなかったことから、年齢に関係なく、母親の苦悩となっていると考えられる。

V. ま と め

今回患児の母親は、患児の療養を行ううえでどのような苦悩があるのかについて検討を行った。「『育児上の心配事や困難感』に関する多様な訴えに対して十分に悩みを受容し、必要に応じて具体的な相談や助言、情報提供を行うことが必要」である¹⁹⁾。つまり、患児の母親の苦悩について理解したうえで、家庭背景など患児と母親、そしてその家族を取り巻く環境にも目を向けなくては、必要な支援は行うことができない。そのためには、母親への心理的サポートの1つとして、本研究の結果から母親のさまざまな苦悩を受容するとともに、「安心のための見通し」を提供していくことも重要である。「『病い』の体験も、トラウマ体験の1つである」ことが、療養生活を送るうえで、患児だけでなく、母親や家族にとっても多大な影響を与える²⁰⁾。つまり、患児だけでなく、家族、特に母親にとってもトラウマ体験の1つとなり得る。

本研究で明らかとなった母親の苦悩は多岐に亘っており、多くの母親が抱く苦悩について把握することは、患児および母親支援、ひいては家族支援を行ううえで重要な視点となろう。そのためには、医師や看護師だけでなく、臨床心理士などの心理担当スタッフもチームの一員として加わり、定期的に母親の苦悩について時間をかけてじっくり話を聴くなどの工夫も必要である。

さらに、今回明らかとなった母親の苦悩を元に数人の母親との面接を通して詳細に検討することが今後の課題である。

文 献

- 1) 厚生統計協会. 国民の衛生・厚生指標 2007; 54 (9・増): 436-439.
- 2) 吉田三紀. 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 2003; 63 (2): 230-238.
- 3) 長谷川浩. 難病の子どもをもつ家族の心理. 岡堂哲雄著. 現代のエスプリ179患者の心理. 東京: 至文堂. 1982: 81-89.
- 4) 長谷川浩. 病弱児と家族への心理的援助. 岡堂哲雄著. 家族心理学年報1 家族臨床心理の展望. 東京: 金子書房. 1983: 129-155.
- 5) 長谷川浩. 家庭療養に対する母親の不安への援助. 小児看護 1992; 15 (12): 1582-1586.
- 6) 木村留美子, 広瀬幸美. 家庭療養児の心理・社会的問題への対応. 小児看護 1992; 15 (12): 1577-1581.
- 7) 筒井真優美. 病気の子どもをもつ家族. 小児看護 1996; 19 (4): 487-492.
- 8) 白崎けいこ. 難病の子どもをもつ家族の心理. 岡堂哲雄著. 現代のエスプリ別冊患者の心理. 東京: 至文堂. 2000: 153-165.
- 9) 吉田三紀. 気管支喘息児と母親の心理特性. 小児保健研究 2002; 62 (3): 341-349.
- 10) 牧 一郎, 井上壽茂, 林田道昭, 他. 小児喘息患者家族の心配事. 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会 2000; 4 (1): 19-21.
- 11) 伊藤和子, 平山和枝, 及川 泰. 気管支喘息の子どもをもつ母親の心配の実態—退院後の家庭生活において—. 日本看護学会論文集小児看護 1999; 30: 36-38.
- 12) 平山和枝, 鈴木優子, 及川 泰. 気管支喘息の子どもの生活における母親の心配—母親の背景から検討して—. 日本看護学会論文集小児看護 2000; 31: 124-126.
- 13) 田原迫真由美, 春真貴子, 柳原タヅ子. 喘息発作を繰り返す患児の母親の発作に対する認識の分析. 日本看護学会論文集小児看護 2001; 32: 33-35.
- 14) 藤本麻起子, 片畑真由美, 築山裕子, 他. 心理臨床学的観点からみた「心身症」についての検討: 喘息患者の発作体験に関する調査をもとに. 心身医学 2007; 47 (11): 983-984.

- 15) 三浦有紀. 気管支喘息児への援助—疾患の受容過程からみた心理的アプローチの検討. 心理臨床学研究 2002; 19 (6): 553-565.
- 16) 川喜田二郎. KJ 法—渾沌をして語らしめる. 東京: 中央公論社. 1989.
- 17) 松岡真理, 丸 光恵, 武田淳子, 他. 気管支喘息患児の親のライフスタイルに関する研究. 千葉大学看護学部紀要 1998; 20: 59-68.
- 18) 吉田三紀. 小児気管支喘息児の愛着スタイルと両親の関わりとの関連性に関する考察—3歳～5歳を対象に—. 日本発達心理学会大会発表論文集 2007; 18: 247.
- 19) 神庭純子, 藤生君江, 飯田澄美子. 養育期の家族における育児不安とその要因に関する研究 (第2報) —育児にかかわる思いの特徴—. 保健の科学 2006; 48 (3): 231-237.
- 20) 山口悦子. 医療と「語り」についての一考察. 関西女子短期大学紀要. 2003; 13: 45-58.

[Summary]

Little qualitative research has been conducted regarding the concerns of mothers who are raising children diagnosed with childhood asthma. For this reason, worries and concerns of these parents have been examined with the hope that clinical psychological support can be offered to them.

For this research, there were 25 areas within 10 larger areas of concerns that were analyzed. Participants, children diagnosed with asthma, were divided into categories according to their sex and age at the time of the student. This number was then compared by using the X^2 formula. Upon examining the initial results, there were no discrepancies or differences in the data when examined on a large scale. But, when examining the smaller 25 areas of concern, notable differences in the data were apparent.

In conclusion, it was noted that when attempting to assess and to understand the concerns and worries of mothers who are raising children diagnosed with childhood asthma, one must go beyond the mother and child relationship and examine the entire family environment. Without clear understanding of the parent/child relationship and the dynamics of the family environment, adequate mental health support on the part of clinical psychologists cannot be attained.

[Key words]

childhood asthma, the concerns and worries of mothers, the clinical psychological support