

## 研 究

## 青年期・成人前期の先天性心疾患患者からみた 肯定的な親の養育態度

久保 瑠子

## 〔論文要旨〕

本研究の目的は、青年・成人前期の先天性心疾患（Congenital Heart Disease：以下、CHD）患者の認知する親の養育態度を同年齢の健常者と比較し、CHD患者の親子関係の特徴を明らかにすることであった。CHD患者と健常者の親の養育態度の認識を統計的に比較した日本で最初の研究である。12～29歳までのCHD患者92人と同年齢の健常者273人を対象に、「親の養育態度の認知」尺度への回答を求めた。その結果、CHD患者は健常者と比べて、自身の親の養育態度を受容的で、自信のある養育であると肯定的に認知していた。また、自立促進、適応援助、干渉、分離不安的な養育の認知にはCHD患者と健常者で差がなく、適応援助・干渉的な養育の認知は加齢とともに低下し、自立促進的な養育の認知は加齢とともに高まるという同様の発達的变化がみられた。疾患の重症度や主観的な身体活動制限による親の養育態度の認知に違いはみられなかった。CHD患者が親の養育を肯定的に認知する理由として、患者は疾患があることで親に支援してもらう機会が多いことから、親は自分のよき理解者であるという思いが強いことが考えられる。また、この傾向は疾患の重症度で差がないことから、CHDのような慢性疾患を抱えて生まれてきた子どもは、重症度にかかわらず同じように親の養育を肯定的に認知していることが示唆された。疾患が親子関係に及ぼす影響の肯定的な側面を明らかにできた点が本研究の意義である。

Key words：先天性心疾患，青年期，親の養育態度の認知

## I. 背景と目的

医療の進歩に伴い、先天性心疾患（Congenital Heart Disease：以下、CHD）患者の約95%が成人に達する現在、親からの心理的自立はCHD患者においても重要な青年期の発達課題である。しかし、先行研究<sup>1)</sup>では、CHD患者の親の過保護な養育が患者の自立の遅れをもたらす要因になっていることが指摘されている。青年・成人前期のCHD患者は、同年齢の健常者と比べて、統計的に親からの心理的分離が低く<sup>2)</sup>、親への依存性が高い<sup>3)</sup>。この心理的特徴がCHD患者の密着した親子関係または自立意識が低く見える所以だと考えられる。一方で、健常者とは異なり、CHD患者は親に依存することが心理面にネガティブには作

用しない<sup>3)</sup>ことから、CHD患者の親子関係と健常者の親子関係は質的に異なる可能性がある。疾患の有無が親子関係に与える影響を解明することで、CHD患者の親子関係の発達を正確に捉える必要がある。

CHDの子どもをもつ親は、不安や罪悪感から過干渉や過保護になりやすいことはいくつかの先行研究によって明らかになっている<sup>4,5)</sup>。しかし、親の認知する養育態度と子どもの認知する親の養育態度には、ずれ<sup>6)</sup>があり、子どもの心理社会的な発達において特に重要なのは子どもの認知する親の養育態度である<sup>6,7)</sup>。そこで本研究では、CHD患者からみた親の養育態度に焦点を当てる。これまでに、青年・成人CHD患者と健常者の親の養育態度の認知を統計的に比較した研究<sup>8,9)</sup>では、CHD患者は健常者よりも親の養育態度を

Perceived Positive Parents' Child-rearing Attitude in Adolescent Patients with Congenital Heart Disease [3254]

Yoko KUBO

千葉明德短期大学（研究職）

受付 20. 6. 1

採用 21. 2. 24

より受容的, 非支配的と肯定的に認知している<sup>8)</sup>一方で, 過保護さの認知には差がない<sup>9)</sup>ことが示されている。さらに, 過保護さの認知は, 疾患の重症度とは関連しないが, 心臓に対する不安感とは関連している<sup>9)</sup>ことから, 親の養育態度の認知には疾患の有無や主観的な疾患の捉え方が影響すると考えられる。

これらの先行研究<sup>8,9)</sup>は諸外国のものであり, 本邦にはこれまでCHD患者と健常者の親の養育態度の認知を統計的に比較した研究はなかった。しかし, 本邦の質的研究<sup>10)</sup>において, 青年CHD患者は自分にとって親の支援は必要不可欠であると親に強く感謝していることから, 本邦のCHD患者も先行研究<sup>8,9)</sup>と同様に肯定的な養育認知の傾向がみられると予測した。そこで本研究では, 本邦の青年・成人前期のCHD患者の認知する親の養育態度を同年齢の健常者と比較し, CHD患者の親子関係の特徴を明らかにすることを目的とした。

## II. 対象と方法

### 1. 調査協力者

**患者群:** A県のこども病院循環器科に通院中の12~29歳までのCHD患者と循環器専門病院に通院中の18~29歳までのCHD患者の中で, 主治医が精神面の問題や知的な遅れがなく, 質問紙に回答できると判断した149人を対象とした。回収数は, こども病院では97人中43人(回収率44.3%), 循環器専門病院では52人中49人(回収率94.2%)であった。最終的な分析対象は, 中学生14人(男性9人,  $M$ (平均)=13.43歳,  $SD$ (標準偏差)=0.94), 高校生21人(男性10人,  $M$ =16.52歳,  $SD$ =0.98), 大学生10人(男性7人,  $M$ =19.90歳,  $SD$ =2.13), 18~29歳までの社会人47人(男性24人,  $M$ =24.47歳,  $SD$ =3.06)の計92人であった。

**統制群:** A県の市立中学校2年生64人, 県立高校2年生74人, 国立および私立大学に通う大学生と大学院生109人, 18~29歳までの社会人138人の計385人を対象とした。回収数は, 中学生64人(回収率100.0%), 高校生71人(回収率95.9%), 大学(院)生71人(回収率65.1%), 社会人67人(回収率48.5%)であった。最終的な分析対象は, 中学校2年生64人(男性32人,  $M$ =13.05歳,  $SD$ =0.21), 高校2年生71人(男性29人,  $M$ =16.94歳,  $SD$ =0.23), 大学(院)生71人(男性21人,  $M$ =21.14歳,  $SD$ =1.26), 社会人67人(男性37人,  $M$ =25.30歳,  $SD$ =1.88)の計273人であった。

### 2. 調査時期・手続き

2015年12月~2017年1月に質問紙法で行った。患者群の質問紙はカルテ閲覧のために個人の特定が必要であったため, あらかじめ同意書と質問紙に共通の通し番号を振っておいた。調査者以外には個人が特定されないように, 質問紙自体は無記名にした。研究趣旨の説明と同意書の記入, 質問紙の配付は, 外来の診察の前後に調査者自身が行った。こども病院の患者には, 返信用封筒も一緒に渡し, 自宅で回答後に郵送してもらった。循環器専門病院の患者には, 病院の個室で回答後, 病院内にあらかじめ設置した回収箱に入れてもらった。

統制群の質問紙も無記名であった。統制群では同意書は記入せず, 質問紙への回答をもって研究協力に同意したとみなすことを最初に説明した。中学生・高校生には, 授業時間内に担任教員が研究趣旨を説明した後, 一斉に質問紙を配付し, 回答してもらった。大学(院)生には, 調査者自身が授業時間内に一斉に配付し回答を求めるか, 自宅で回答後に郵送してもらった。社会人には, 自宅で回答後に郵送してもらった。質問紙を自宅に持ち帰る場合は, 家族と相談せずに, 本人が一人で回答するように強調して伝えた。

### 3. 質問紙内容

#### i. フェイスシート

年齢, 学校段階(中学生・高校生・大学生・社会人), 性別を回答してもらった。患者群には, 病名(疾患の重症度の指標とした)と主観的な身体活動制限も尋ねた。患者の記入した病名が正確であるかを確認するために, 病名や手術内容等をカルテで確認した後, 主治医の判断で疾患の重症度を「軽度」, 「中等度」, 「重度」の3つに分類した<sup>11)</sup>。主観的な身体活動制限は, the New York Heart Association (NYHA)の心機能分類を参考に, 現在の身体活動制限の主観的な認識を「I度: 身体活動の制限なし」, 「II度: 激しい身体活動に伴う制限あり」, 「III度: 軽い身体活動に伴う制限あり」, 「IV度: すべての身体活動で制限あり」の4つの中から患者に選択してもらった。

#### ii. 親の養育態度の認知尺度

谷井らの「親役割診断尺度」<sup>12)</sup>を用いた。この尺度は, もともと中学生の子どもをもつ親が自分の養育を評定するために作られた尺度であり, 「受容」, 「自立促進」, 「自信」, 「適応援助」, 「干渉」, 「分離不安」の

表1 「親の養育態度の認知」尺度の確認的因子分析結果（標準化推定値）

	受容	自立 促進	自信	適応 援助	干渉	分離 不安
私の成長に伴い接触時間は少なくなったが、親は私のことをよく理解できている	.62					
私は、今でも親に学校や職場のことをよく話す	.60					
親は、私が日頃何を考えているのかをだいたいわかっている	.60					
親は、私が人生で出会う困難を自分の力で十分克服していけると思っている		.48				
親は、私が親に頼らず生きていけるくらい精神的に成長していると思っている		.44				
親は、私がやりたい道を自分で切り開く力をもっていると思っている		.80				
親は、私が自分にとって大事なことを自分で決定できていると思っている		.77				
親は、子育てについて後悔していることが多い（逆転項目）			.71			
親は、子育てのやり方で私にすまないと思っている（逆転項目）			.68			
親は、私の育て方を間違ったかもしれないと思っている（逆転項目）			.76			
親は、私に必要な情報を常に集めている				.50		
親は、私が初めて経験することは一緒にやるように努力している				.60		
親は、小さい頃から私の勉強をずっと見ている（支援している）				.42		
親は、私の成長に必要なものは早めに与えている				.52		
親は、私に小言をいうことがよくある					.50	
私は、親にほめられることよりも叱られることが多い					.69	
親は、家での生活について、私に注意することが多い					.84	
親は、私の生活態度を注意することが多い					.79	
親は、私が家にいないと物足りないと思っている						.55
親は、私と一緒にいる時が一番幸せだと思っている						.63
親は、私に早く大人になってほしい反面、自分から離れていくのが淋しいと思っている						.59
親は、私が結婚しても、同居または近くに住んでほしいと思っている						.43
因子間相関 (** : $p < .01$ , *** : $p < .001$ )		自立 促進	自信	適応 援助	干渉	分離 不安
受容	—	.42***	.23**	.82***	.00	.55***
自立促進		—	.25**	.25**	-.26***	.32**
自信			—	.00	-.47***	.00
適応援助				—	.00	.71***
干渉					—	.00
分離不安						—

6因子計42項目から成る。本研究では、目的に合わせて以下の3点を修正した。1点目は、子どもが認知する親の養育を測定するために、語尾を受動態にした。2点目は、大学生以上も回答しやすいように、学校や勉強に関する項目は除外したり、文言を修正したりした。この尺度は、過去にも大学生から見た親の養育を評定する尺度として使用されており<sup>7)</sup>、ある程度の信頼性 ( $\alpha = .60 \sim .77$ ) が確認されている。3点目は、協力者の負担を減らすために、各因子の因子負荷量が大きい上位4項目を抜粋し、計24項目を用いた。3件法 (0 : いいえ, 1 : どちらでもない, 2 : はい) であり、得点が高いほどその養育を強く認知していることを表す。

本研究で使用した24項目が、谷井らの「親役割診断尺度」<sup>12)</sup>と同じ6因子構造になることを確かめるために、健常者のデータ (欠損がない269のデータ) について、逆転項目を処理した後、IBM®SPSS®Amosを

用いた確認的因子分析を行った。6因子からそれぞれ該当する項目が影響を受け、すべての因子間に共分散を仮定したモデルで分析を行ったところ、24項目中2項目の因子負荷量が0.35未満であり、適合度指標は  $\chi^2 = 459.115$ ,  $df = 237$ ,  $p < .001$ ,  $GFI = .873$ ,  $AGFI = .839$ ,  $RMSEA = .059$ ,  $AIC = 585.115$ であった。また、「自信と適応援助」、「適応援助と干渉」、「干渉と分離不安」、「受容と干渉」、「自信と分離不安」の因子間の相関が低く、有意ではなかった。そこで、因子負荷量が0.35未満だった2項目を除外し、因子間相関がなかった因子について因子間相関を0としたモデルで再度分析を行ったところ、適合度指標は  $\chi^2 = 364.043$ ,  $df = 199$ ,  $p < .001$ ,  $GFI = .891$ ,  $AGFI = .861$ ,  $RMSEA = .056$ ,  $AIC = 472.043$ と、最初のモデルよりもデータに適合した結果が得られた。このモデルは  $\chi^2$ 検定で有意な差がみられたが、説明力・適合度ともに十分高かったため、本研究ではこの尺度を採用した。尺度の  $\alpha$  係数は、

「受容 (3項目)」が .64, 「自立促進 (4項目)」が .72, 「自信 (3項目)」が .76, 「適応援助 (4項目)」が .58, 「干渉 (4項目)」が .79, 「分離不安 (4項目)」が .64 であり, ある程度の信頼性が確認できた。そのため, 最終的に本研究では表1に示した22項目を使用した。

#### 4. 分析方法

親の養育態度の認知尺度の各項目の平均と標準偏差を算出した。患者群と統制群で親の養育態度の認知を比較するために, 項目ごとに疾患の有無 (患者・健常者) × 年齢 (中学生・高校生・大学生・社会人) × 性別 (男・女) の3要因分散分析を行った。最後に, 疾患の重症度 (病名) や疾患の捉え方 (主観的な身体活動制限) による比較をするために, 項目ごとに病名 (軽度・中等度・重度) の1要因分散分析および主観的な身体活動制限 (NYHAのI度・II度以上) の $t$ 検定 (両側検定) を行った。解析の統計処理ソフトはSPSS21.0を用いた。

#### 5. 倫理的配慮

患者群においては, 千葉大学と①千葉県こども病院, ②千葉県循環器病センターの倫理委員会の承認を得た (承認番号: 千大教育総第431-2号, ①2015-03-12, ②循七第1017号)。調査実施前に書面を用いて, 患者とその親 (患者が未成年の場合のみ) に研究趣旨, 調査への参加は任意であり, いつでも拒否できること, 拒否しても, 今後の医療行為における不利益は被らないこと, プライバシーの保護への配慮, カルテ閲覧の可能性を説明した。受諾を得られた場合は, 患者と親 (患者が未成年の場合のみ) から同意書に署名をもらった。

統制群においては, 調査実施前に, 調査と学校の成績は無関係であるため, 思ったとおりに回答してよいこと, 無記名であり個人が特定されることはないこと, 回答を調査以外の目的で使用しないことを口頭で伝えるか, 質問紙の表紙に記載した。質問紙への回答をもって調査協力に同意したとみなした。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 患者の疾患の特徴

疾患の重症度を分類した結果, 軽度が25人 (27.2%), 中等度が26人 (28.3%), 重度が41人 (44.6%) であった。また, 主観的な身体活動制限 (欠損2人を除き,  $n=90$ 人) は, I度 (身体活動の制限なし) が36人 (40.0%), II度 (激しい身体活動に伴う制限あり) が

42人 (46.7%), III度 (軽い身体活動に伴う制限あり) が7人 (7.8%), IV度 (すべての身体活動で制限あり) が5人 (5.6%) で, 協力者の6割がCHDによる活動制限があると感じていた。

#### 2. 患者群と統制群の親の養育態度の認知の比較

各項目の平均と標準偏差を算出した (表2)。患者群と統制群で親の養育態度の認知を比較するために, 項目ごとに疾患の有無 (患者・健常者) × 学校段階 (中学生・高校生・大学生・社会人) × 性別 (男・女) の3要因分散分析を行った。

**受 容:** 疾患の有無の主効果 ( $F(1,349) = 4.673, p < .05$ , 偏  $\eta^2 = .01$ ) が有意で, 患者群 (1.39) が統制群 (1.21) よりも高かった。このことから, 健常者よりも患者の方が「親は私の行動や考えをよく理解している」と認識していることがわかった。

**自立促進:** 学校段階の主効果 ( $F(3,349) = 5.317, p < .01$ , 偏  $\eta^2 = .04$ ) が有意であり, 社会人 (1.35) が中学生 (1.08)・高校生 (1.10) よりも高かった。このことから, 加齢とともに「親は私の自立・成長を促進している」という認識が高まることがわかった。

**自 信:** 疾患の有無の主効果が有意 ( $F(1,349) = 75.919, p < .001$ , 偏  $\eta^2 = .18$ ) であり, 患者群 (1.44) が統制群 (0.98) よりも高かった。このことから, 健常者よりも患者の方が「親は自らの子育てを肯定的に捉えている」と認識していることがわかった。

**適応援助:** 学校段階の主効果 ( $F(3,349) = 3.188, p < .05$ , 偏  $\eta^2 = .03$ ) が有意であり, 中学生 (1.21) が社会人 (0.98) よりも高かった。このことから, 加齢とともに「親は自分が新しい状況に出会ったときに援助してくれる」という認識は低下することがわかった。

**干 渉:** 学校段階の主効果 ( $F(3,349) = 4.953, p < .01$ , 偏  $\eta^2 = .04$ ) が有意であり, 中学生 (1.29)・高校生 (1.17) が社会人 (0.85) よりも高かった。このことから, 加齢とともに「親は私の生活態度に細かく注意を与える」という認識は低下することがわかった。

**分離不安:** いずれも有意差はみられなかったことから, 「親は私を手放したくないと思っている」という認識は, 疾患の有無や学校段階, 性別により差がないことがわかった。

#### 3. 重症度による親の養育態度の認知の比較

疾患の重症度 (病名) と主観的な身体活動制限

表2 群別の各項目の平均(標準偏差) R: 0-2点

			受容	自立促進	自信	適応援助	干渉	分離不安
中学生	統制群	男性	1.05 (0.61)	1.10 (0.47)	0.91 (0.39)	1.20 (0.56)	1.29 (0.53)	0.98 (0.42)
		女性	1.35 (0.51)	1.03 (0.40)	0.84 (0.39)	1.24 (0.39)	1.33 (0.48)	1.07 (0.42)
	患者群	男性	1.15 (0.44)	1.25 (0.50)	1.44 (0.47)	1.14 (0.53)	1.31 (0.54)	1.08 (0.52)
		女性	1.53 (0.51)	1.00 (0.56)	1.47 (0.38)	1.25 (0.31)	0.95 (0.76)	1.20 (0.33)
	全体		1.22 (0.56)	1.08 (0.45)	0.98 (0.45)	1.21 (0.47)	1.29 (0.52)	1.04 (0.42)
高校生	統制群	男性	1.06 (0.60)	0.98 (0.50)	0.94 (0.45)	1.05 (0.47)	1.14 (0.54)	0.80 (0.39)
		女性	1.38 (0.54)	1.16 (0.47)	0.90 (0.39)	1.15 (0.40)	1.24 (0.64)	1.01 (0.46)
	患者群	男性	1.40 (0.47)	1.20 (0.54)	1.43 (0.52)	1.30 (0.51)	1.10 (0.76)	1.13 (0.54)
		女性	1.24 (0.54)	1.11 (0.52)	1.55 (0.50)	0.86 (0.34)	1.07 (0.64)	0.98 (0.52)
	全体		1.26 (0.56)	1.10 (0.49)	1.05 (0.50)	1.10 (0.44)	1.17 (0.62)	0.95 (0.46)
大学生	統制群	男性	1.17 (0.51)	1.46 (0.42)	0.86 (0.37)	0.99 (0.31)	0.83 (0.56)	0.99 (0.51)
		女性	1.17 (0.51)	1.07 (0.36)	1.11 (0.43)	0.93 (0.44)	1.12 (0.71)	1.00 (0.49)
	患者群	男性	1.38 (0.45)	1.43 (0.53)	1.38 (0.52)	1.19 (0.24)	0.79 (0.59)	0.96 (0.34)
		女性	1.33 (0.33)	1.42 (0.58)	1.89 (0.19)	0.67 (0.52)	0.92 (1.01)	1.00 (0.50)
	全体		1.19 (0.50)	1.22 (0.43)	1.09 (0.47)	0.95 (0.40)	1.01 (0.67)	0.99 (0.47)
社会人	統制群	男性	1.18 (0.54)	1.41 (0.46)	1.08 (0.42)	0.93 (0.45)	0.75 (0.58)	1.08 (0.52)
		女性	1.26 (0.64)	1.37 (0.56)	1.08 (0.38)	0.97 (0.47)	0.90 (0.71)	1.06 (0.54)
	患者群	男性	1.40 (0.54)	1.21 (0.55)	1.36 (0.47)	0.95 (0.50)	0.79 (0.61)	0.96 (0.45)
		女性	1.54 (0.56)	1.39 (0.40)	1.43 (0.49)	1.10 (0.52)	0.98 (0.67)	1.08 (0.56)
	全体		1.32 (0.58)	1.35 (0.49)	1.21 (0.46)	0.98 (0.48)	0.85 (0.64)	1.05 (0.52)
総和	統制群		1.21 (0.56)	1.18 (0.48)	0.98 (0.41)	1.05 (0.45)	1.09 (0.63)	1.00 (0.47)
	患者群		1.39 (0.51)	1.26 (0.50)	1.44 (0.47)	1.06 (0.48)	0.97 (0.65)	1.04 (0.48)

表3 疾患の重症度と主観的な身体活動制限の関連 (%) (n=90, 欠損2)

		主観的な身体活動制限			
		I度	II度	III度	IV度
疾患の重症度	軽度	23(92.0) <sup>+</sup>	1(14.0) <sup>-</sup>	1(14.0)	0(0.0)
	中等度	11(44.0) <sup>+</sup>	10(40.0) <sup>+</sup>	2(18.0)	2(8.0)
	重度	2(5.0) <sup>-</sup>	31(77.5) <sup>+</sup>	4(10.0)	3(7.5)

+は正の偏り, -は負の偏りを示す。

(NYHA) が一致するのかを検討するために, 疾患の重症度(軽度・中等度・重度) × NYHA (I度・II度・III度・IV度) の Fisher の直接確率検定を行った(表3)。その結果, 有意な偏りがみられた(両側検定,  $p = .001$ )。残差分析の結果, 「軽度」はほかの重症度に比べて, 「I度(制限なし)」が多く, 「II度(激しい身体活動に伴う制限あり)」が少なかった。「中等度」は有意な偏りはみられなかった。「重度」はほかの重症度に比べて, 「I度(制限なし)」が少なく, 「II度(激しい身体活動に伴う制限あり)」が多かった。このことから, 疾患の重症度と主観的な身体活動制限は, ある程度一致していた。しかし, 軽度の中にも活動制限を感じている患者がいたり, 反対に重度であっても活動制限はないと感じている患者がいたりすることから, 客観的な

疾患の重症度と主観的な疾患の重症度は異なる可能性が示唆された。そこで, 疾患の重症度と主体的な身体活動制限ごとに親の養育態度の認知を比較した。各項目の平均と標準偏差を表4に示した。

まず, 疾患の重症度(病名)で親の養育態度の認知に違いがあるのかを検討するために, 項目ごとに病名(軽度・中等度・重度)の1要因分散分析を行った。その結果, 受容( $F(2,89) = .766$ ), 自立促進( $F(2,89) = .208$ ), 自信( $F(2,89) = .196$ ), 適応援助( $F(2,89) = 1.538$ ), 干渉( $F(2,89) = .151$ ), 分離不安( $F(2,89) = .614$ )のいずれにおいても有意差はなかったことから, 疾患の重症度は親の養育態度の認知に影響しないことがわかった。

次に, 主観的な身体活動制限で親の養育態度の認知に違いがあるのかを検討するために, 項目ごとに主観的な身体活動制限(NYHAのI度・II度以上)のt検定(両側検定)を行った。その結果, 受容( $t(88) = .416$ ), 自立促進( $t(88) = 1.519$ ), 自信( $t(88) = .889$ ), 適応援助( $t(88) = 1.300$ ), 干渉( $t(88) = 1.136$ ), 分離不安( $t(88) = .413$ )のいずれにおいても有意差はなかったことから, 主観的な身体活動制限は親の養育態度の認知に影響しないことがわかった。

表4 疾患の重症度と主観的な身体活動制限別の各項目の平均(標準偏差) R: 0-2点

		受容	自立促進	自信	適応援助	干渉	分離不安
疾患の重症度	軽度	1.35 (0.50)	1.31 (0.45)	1.48 (0.47)	1.19 (0.40)	1.01 (0.53)	1.04 (0.47)
	中等度	1.50 (0.51)	1.22 (0.54)	1.40 (0.45)	1.06 (0.52)	0.91 (0.70)	1.12 (0.52)
	重度	1.36 (0.52)	1.25 (0.51)	1.45 (0.49)	0.98 (0.49)	0.98 (0.70)	0.98 (0.47)
主観的な 身体活動制限	NYHA I度	1.42 (0.46)	1.35 (0.49)	1.51 (0.43)	1.15 (0.43)	0.89 (0.58)	1.01 (0.45)
	NYHA II度以上	1.37 (0.55)	1.19 (0.49)	1.42 (0.49)	1.02 (0.49)	1.05 (0.69)	1.06 (0.48)

#### IV. 考 察

##### 1. CHD 患者の親の養育態度の認知の特徴

まず、青年・成人前期のCHD患者は同年齢の健常者と比べて、自身の親の養育態度を受容的で、自信のある養育であると肯定的に認知していた。青年期のCHD患者が健常者よりも親の養育を受容的に認識しているという結果は先行研究<sup>8)</sup>と一致するが、本研究でその特徴は成人前期まで一貫してみられることが明らかになった。CHD患者において、親の受容的な養育の認知は抑うつ<sup>9)</sup>の低さや自尊心の高さなどの心理面の安定と関連しており<sup>8)</sup>、この親に対する肯定的な認知がCHD患者の密着した親子関係や依存性の高さにつながっている可能性がある。肯定的な認知の理由として、患者は疾患があることで親に相談したり、支援してもらったりする機会が多いことから、親は自分のよき理解者であるという思いや育ててもらったことへの感謝の念が強い<sup>10)</sup>ことが影響していると考えられる。また、自信のある養育と感じている理由は、疾患のある子どもを青年期・成人期まで育てたことが親自身の自信になっており、それを子どもは感じているためであると考えられる。

一方で、自立促進、適応援助、干渉、分離不安的な養育の認知にはCHD患者と健常者で差がなく、適応援助・干渉的な養育の認知は加齢とともに低下し、自立促進的な養育の認知は加齢とともに高まるという同様の発達的变化がみられた。このことから、中学生・高校生のときは親の保護の下で生活しているという認識であったのが、社会人になると親からの信頼を得ながら自分自身で生活を決定しているという認識に変化するという発達の特徴は、疾患の有無にかかわらず共通していることがわかった。

青年期のCHD患者をもつ親は、疾患のある子どもに産んでしまったことへの自責の念や不安などから、子どもに過保護に接してしまう傾向があることが明らかにされてきた<sup>4)</sup>。しかし、患者の適応援助、干

渉、分離不安的な養育の認知が健常者と比べて強くはなかったことから、患者自身は親の過保護な養育を特別認識しているわけではないといえる。この結果も先行研究の結果<sup>9)</sup>と一致する。その理由として、幼い頃から受けてきた養育は本人にとっては通常であるため、たとえ生活態度などについて親からよく注意されていたとしてもそれが自分にとっては当然のことであり、特別過保護には感じていないと考えられる。また、CHD患者の多くが成人期を迎えることが当たり前になった現在では、親自身も患者の自立を促す養育をしようとする意識が以前に比べて高まっている可能性もあるのではないだろうか。

##### 2. 疾患の重症度や主観的な身体活動制限による親の養育態度の認知の特徴

疾患の重症度によって親の養育態度の認知には差がなかった。先行研究<sup>9)</sup>でも、CHD患者の疾患の重症度と親の過保護さの認知との間には関連性がないことが明らかになっており、その理由としてCHDのような慢性疾患を抱えて生まれてきた子どもは重症度にかかわらず、同程度の親の保護的な養育を引き出す可能性が指摘されている<sup>9)</sup>。つまり、親の養育態度にはCHD自体の影響が大きく、重症度による大きな差はないことから、親の養育態度の認知にも重症度が影響しなかったと考える。

また、主観的な身体活動制限による親の養育態度の認知にも差がなかった。心臓に対する不安感と親の過保護さの認知との間には有意な関連があることを示した先行研究<sup>9)</sup>では、患者は親の過度な心配や用心深さを感じると、患者自身も疾患に対してネガティブな解釈をしてしまうことを示唆している。しかし、本研究では主観的な身体活動制限と親の養育態度の認知の間には関連性がなかった。その理由として、本研究の主観的な身体活動制限は「運動をすると息切れ等をするか」という自覚症状を尋ねており、これが主観的な不安感というよりも客観的な疾患の状態を測定していた

ためであると考えられる。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の結果は、幼少期から親が疾患管理に携わってきた、定期的な受診が習慣化されている患者の結果であり、一般化には限界がある。今後は、サンプル数を増やしてさらなる検討を重ねる必要がある。また、今後 CHD 患者が親の養育態度を肯定的に認知する背景要因や、親の肯定的な養育態度の認知が CHD 患者の心理社会的な適応に与える影響を解明することで、CHD 患者の親子関係の特徴を踏まえたいうえでの親支援や子ども支援の手だてを考える一助となるだろう。今回は、患者側の認知のみに焦点を当てており、親側の養育態度や意識については調査をしていない。親子関係は親と子の相互作用により築かれるため、今後は患者と親の双方向の視点を取り入れることも重要である。

## V. 結 論

本研究の結果、青年・成人前期の CHD 患者は重症度にかかわらず、健常者と比べて親の養育態度を受容的で、自信のある養育と肯定的に認知していた。幼少期からの親の保護的な養育を「過保護・過干渉的」とネガティブに捉えるのか、「受容的」とポジティブに捉えるのかは、子どもの受け取り方次第である。疾患のある青年の親子関係認知がポジティブであった背景には、親子関係に対して健常者とは異なる認知的評価や感情面の要因があると考えられる。今後、その背景要因に焦点を当て、疾患が親子関係認知になぜポジティブに影響するのかを解明することで、疾患のある青年の親子関係の適応的な発達プロセスを解明できる可能性がある。

利益相反に関する開示事項はありません。

## 文 献

- 1) 丹羽公一郎, 水野芳子. 成人先天性心疾患 (ACHD) の移行に伴う問題点と対策. *ナーシング・トゥデイ* 2011; 26: 45-51.
- 2) 久保瑠子. 青年先天性心疾患患者の心理的自立の発達. *発達心理学研究* 2017; 28: 221-232.
- 3) Enomoto J, Nakazawa J, Mizuno Y, et al.

Psychosocial factors influencing mental health in adults with congenital heart disease. *Circulation Journal* 2013; 77 (3): 749-755.

- 4) 仁尾かおり, 藤原千恵子. 先天性心疾患をもつ思春期の子ども之母親の思いと配慮. *日本小児看護学会誌* 2004; 13: 26-32.
- 5) 長谷川 浩, 高尾篤良, 安藤正彦, 他. 先天性心疾患児に対する親の養育態度に関する研究. *東京女子医科大学看護短期大学研究紀要*. 1986; 8: 33-40.
- 6) Laird RD, De Los Reyes A. Testing informant discrepancies as predictors of early adolescent psychopathology: why difference scores cannot tell you what you want to know and how polynomial regression may. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2013; 41: 1-14.
- 7) 高富莉那, 桂田恵美子. 大学生の心理的自立と親の養育態度との関連. *臨床教育心理学研究* 2011; 37: 27-32.
- 8) Cohen M, Mansoor D, Gagrin R, et al. Perceived parenting style, self-esteem and psychological distress in adolescents with heart disease. *Psychology, Health & Medicine* 2008; 13 (4): 381-388.
- 9) Ong L, Nolan RP, Irvine J, et al. Parental overprotection and heart-focused anxiety in adults with congenital heart disease. *International Journal of Behavioral Medicine* 2011; 18: 260-267.
- 10) 仁尾かおり, 藤原千恵子. 先天性心疾患をもちキャリアオーバーする高校生の病気認知. *小児保健研究* 2006; 65: 658-665.
- 11) Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, et al. ACC/AHA 2008 guidelines for the management of adults with congenital heart disease: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines (writing committee to develop guidelines on the management of adults with congenital heart disease). *Circulation* 2008; 118 (23): 714-833.
- 12) 谷井淳一, 上地安昭. 中・高校生の親の自己評定による親役割診断尺度作成の試み. *カウンセリング研究* 1993; 26: 113-122.

**[Summary]**

The objective of this study was to compare child-rearing attitudes of parents from the perception of adolescents with congenital heart disease (CHD) and healthy volunteers in the same age group, and to clarify the effects of diseases on parent-child relationships. To our knowledge, this study was the first in Japan to statistically compare the perceptions of parenting attitudes between CHD patients and healthy subjects. Study subjects included 92 CHD patients and 273 healthy volunteers, all aged between 12 to 29 years. Subjects were required to fill out a "Perception of parents' child-rearing attitude" questionnaire. Our results showed that significantly more CHD patients perceived their parents' child-rearing attitude as "Positive : Receptive and confident" than did healthy volunteers. There were no significant differences between perceptions of independence promotion, adaptation support, interference, or separation anxiety in CHD patients and healthy volunteers. Perceptions of adaptation support

and interference in both groups decreased as their ages increased, and their perceptions of independence promotion increased as their ages increased. These results followed the trends of developmental changes in adolescents. We found no differences between perceptions of parental attitudes toward child-rearing in CHD patients with differing disease severity or subjective restrictions on physical activity. It is likely that CHD patients had a positive perception of their parents' child-rearing attitudes because their parents had many opportunities to provide them with assistance and they believed their parents to be people who understood them well. Our findings show that children with congenital chronic illnesses such as CHD hold similar positive perceptions of their parents' child-rearing regardless of disease severity.

---

**[Key words]**

congenital heart disease, adolescence,  
perception of parents' child-rearing attitude