琉球大学学術リポジトリ

病弱児の抱える心理社会的問題に関する文献的考察

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 琉球大学教育学部 公開日: 2015-09-15 キーワード (Ja): 病弱児, 心理社会的問題, メンタルヘルス, ストレス, 心理的サポート キーワード (En): Children with health impairments, Psychosocial problem, Mental health, Stress, Psychological support 作成者: 森, 浩平, 田中, 敦士, Mori, Kohei, Tanaka, Atsushi メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/31997

病弱児の抱える心理社会的問題に関する文献的考察

森　浩平[1)]，田中敦士[2)]

The Literature Study on Psychosocial Problems of Children with Health Impairments

Kohei MORI[1)], Atsushi TANAKA[2)]

要　約

近年、院内学級の子どもの心理的問題の重要性が指摘されているが、入院児のプライバシーや心理的安定を守るために現場の警戒心が強いことなどが要因となり、これまでの病弱児を対象とした心理学的な研究は多いとは言い難い。そこで、本稿では病弱児の抱える心理社会的問題に関する文献のレビューを行った。病弱児は年齢や発達段階、疾患の状況ごとに、不安の内容や自己認識、疾病の受容などについてそれぞれ特徴がみられた。また、精神的負担を軽減する要因については、対処行動や自己効力感、ソーシャルサポートなどが影響を与えていることが先行研究より明らかとなった。

キーワード：病弱児，心理社会的問題，メンタルヘルス，ストレス，心理的サポート

key-words：Children with health impairments, Psychosocial problem, Mental health, Stress, Psychological support

Ⅰ．はじめに

これまで病弱児を対象とした心理学的な研究は、特別支援教育の中で他の研究と比較して多いとは言い難い。病弱は、他の障害種と比べその対象となる人数が少ないことに加え、急性期の疾病による対象者など、その対象が流動的であることなどから研究対象として扱われることの少ない障害種であった（任・池田・安藤，2009）。院内学級に関しては、入院児のプライバシーや心理的安定を守るために現場の警戒心が強いことなどが原因として考えられるが、これらは研究の必要性を否定するものではなく、近年では入院児のQOLへの関心高揚に伴い、研究へのニーズが高まっている（谷口，2004a）。院内学級の子どもの心理的問題の重要性も指摘されており（横田，1997）、子ども達がどのような不安を抱えているのかを明らかにすることが、効果的な援助を行うための課題となる。そこで、本稿では、病弱児の抱える心理社会的問題に関する文献のレビューを行う。

Ⅱ．病弱児の抱える心理社会的問題

病弱という言葉は医学的な用語ではなく、病気にかかっているため体力が弱っている状態を示す常識的な意味で用いられ、一般に病弱とは慢性疾患などのために、長期にわたり医療または生活規則を必要とする状態をいう（武田，2006）。

子どもの一般的なストレスのサインとしては、泣くことや寝付かない、食欲がない、遊ばない、人との関わりを拒否するなどがあり、また激しい反応としては泣き叫び、絶叫、自己破壊的、環境

1) 東北大学大学院教育情報学教育部，日本学術振興会特別研究員
2) 琉球大学教育学部

破壊的なものがあり、消極的な反応としては、過度の睡眠、コミュニケーションの減少、活動性の低下、食事量の減少などが挙げられる（Thompson & Stanford, 1981）。慢性疾患の子どもは健康な子どもと比較して心理的問題が生じやすい。慢性疾患が子どもに及ぼす影響としては、二次的な心身への影響（心身反応）、心理的な成長への影響、社会生活への影響がある（山下・Dewaraja・吾郷, 1994）。

石崎・小林（2002）は慢性疾患の子どもの心理社会的問題に関する要因を子ども側の要因と疾患に関する要因に区別しており、子ども側の要因としては、年齢・発達段階、親の対処能力、子どもの理解など、疾患に関する要因は、発症年齢、疾患の予後・経過、機能障害の有無、治療方法などが挙げられる。それぞれの発達段階や状況により、子どもの抱える心理社会的問題に特徴がみられることがこれまでに報告されている。中内（2001）が病弱児の病気体験についての作文分析を行った結果、小学部低学年は治療などの苦痛や家庭から離れることへの不安を大きな脅威として受け止める傾向にあるが、小学部高学年及び中学部は病気の受け止め方や病気に対する態度は多様化し、高等部では病気とともにあった今までの生活や自分自身を振り返り、病気体験を肯定的に意味づけした作品が多くなっていた。また、思春期の慢性疾患児が病気を受容するまでには、４段階（表１）あることが報告されている（丸, 2004）。疾患やセルフケアに関する知識や技術はあっても、それを子どもがどのように受け止めているかによって日常生活の質は大きく左右される。セルフケアの力を育成していくための教育も、子どもの心理、特に病気の受容過程に沿った方法が重要となる。

入院に伴い抱く恐怖と発達上の課題について、（谷川・駒松・松浦ら, 2009）は先行研究（Kiely, 1992；Thompson & Stanford, 1981）から表２のようにまとめている。谷口（2004b）は病弱養護学校の入院時を対象として入院児の不安の構造

表１　疾病受容の過程とセルフケアの特徴

段　　階	第１段階	第２段階	第３段階	第４段階
自己認識の特徴	健常であることに絶対的な価値をおく。	健常者の自己と病者としての自己とが分裂。	健常者と類似する存在として自己を位置づける。	病気の部分を含めて自己のなかに正常性を見出し、健常者と対等に病者を位置づける。
病気の受容	感情的なあがき。	希望をよりどころに感情的なあがきを乗り切ろうとする。	希望をよりどころに他の病気と比較して感情的に受け入れる。	希望。 病気とともに生きる決心。
セルフケア行動の特徴	・疾患や症状に関する知識はあっても、現在の症状や検査値などと結びつけて理解したり実感できない。 ・日常生活の中では常に、発作などの危機に対応できる場かどうかが心配になっている。 ・目先の危機が起きないように安心感を求め、時に安心するために誤った（自己流の）セルフケアを行う。	・身体症状などに関して予測性がなく、自覚症状などは突然起こるように感じている。しかし、日常生活の中では、身体に影響のある活動を見分けることができるようになる。 ・他者との関わりのなかでは、病気であることを公表したり、セルフケアを行ってよい場かどうかが気になっている。	・独自の物差しを使って自分の身体の状態を判断し、それに基づいて予定していた行動を修正する。 ・日常生活の中で行う活動の負荷量や持続時間を判断し、自分の身体の状況に合わせて、行動を調整する。	
状況判断および、セルフケア行動の基準	恐怖に基づいた判断の段階。健常者と同じようにふるまえるかが判断基準でもある。	アニュアル的状況判断の段階。マニュアル的に療養行動を守ろうとするが、場によっては健常者の友達にセルフケア行動を隠したり、公表しない。	オリジナルな状況判断の段階。自己の価値観に基づいて判断する。	自己の価値観に基づいて判断しているが、より多角的に状況判断が行える

表２　入院に伴い抱く恐怖と発達上の課題

年　齢	子どもの抱く恐怖	発達上の課題
乳児期	保護者からの分離	刺激の不足 信頼感確立の危機
幼児期	保護者からの分離 見捨てられること 身体的危害 入院や病気が自分の責任である	刺激の不足 後退 自己中心性 解剖学の未熟な知識（例：手術部位の未熟な誤認） 空想
学童期	コントロール不能感（例：麻酔） 痛み 死	言語発達により空想は減少するが、なくならない 仲間集団からの孤立
思春期 青年期	大人への依存 コントロール不能感（例：麻酔） 痛み 性機能不全 死	仲間集団からの孤立 アイデンティティの確立

について検討した。その結果、入院時の不安は「将来への不安」「孤独感」「治療恐怖」「入院生活不適応感」「とり残される焦り」の５つの構造を有していた。また、女子の方がより強い「不安」と「孤独感」をもち、発達段階が高い方が「将来への不安」「入院生活不適応感」をより多く抱き、入院が長くなるほど、社会との隔絶感が強まることを明らかにしている。村上（2006）は、慢性疾患のある病弱児が退院後日々の生活の中に自己治療を含む治療的な手続きを取り入れる中で、苦痛を伴う治療手続き自体の嫌悪感だけでなく、友達から一定時間離れなければならないことに対する負担感や、治療手続きの実施内容を友人が知ることによりいじめの対象となるのではないかといった恐れがあることを指摘している。

Ⅲ．疾患ごとの心理社会的問題

慢性疾患を病む子どもが抱えやすい心理社会的問題には、各疾患に共通するものと、疾患特有のものとがある（こども心身医療研究所，1995）。

先天性心疾患のある思春期の子どもの自己の病気の受け止め方について、仁尾・藤原（2003）は、病気をもって生まれてきたことは仕方がなく、病気のある生活が自分の生活であるという思いを基盤に持っているが、病気の理解が不十分であるうえに、心疾患を死と結びつけて認識して死に対する不安をもっており、病気の受容において葛藤しているとしている。中村（2002）による先天性疾患患者へのインタビュー調査では、子どものうちは病気について親任せであることから、思春期から青年期と移行する過程で、自身の病気体験が具体的な問題として感じられるようになり、この時期に心理的援助が必要であるとしている。学校生活に関する問題は、学校の行事に参加できないこと、仲間はずれやばかにされたこと、希望の学校に進学できなかったこと、遠足などで保護者が付き添うため肩身が狭い、手術の傷跡が気になるであった（安藤ら，1986）。

小児がんの子どもが抱えやすい心理社会的問題は病名に関すること、治療（手術・化学療法など）による身体像の変化（脱毛など）、学校生活に関することなどである（谷川・駒松・松浦ら，2009）。また、小児がんの治療、特に白血病の治療の進歩は著しく、治癒するようになっているが、それは過酷な治療を行った結果であり治療を乗り越えた後も心理社会的問題に直面している。小澤（2003）は小児がんの経験者が直面する心理的問題である心的外傷後ストレス障害（PTSD）を晩期障害の一つとして捉えており、幼児期に発症した場合は処置に関連した恐怖や漠然とした不安・不眠に悩み、学童期に発症した場合は疾患に対する恐怖（再発）に関係した症状を抱えるとしている。

糖尿病の子どもの病気に対する態度や認識について新平・一色（1990）は、学童期は集団生活に入ることで社会生活の基盤となる事柄を得るため

に努力しているが、高学年になると自分が他人と異なることで劣等感が増し自分の病気を隠そうとすると述べている。また、理想の自己と現実の自己のギャップが大きく、思春期の反抗を増強しやすい。心理的に親から独立し、自己の実現や限界を受容できた場合には日常における自己管理がスムーズとなるが、自我同一性の形成が困難な場合は生活が乱れ非行に走ったり、無方向な生き方をするとしている。１型糖尿病の好発年齢は思春期であるが、それ以前に発症した場合はさまざまな困難に直面しながら思春期を迎え、そのうえ生涯にわたりインスリン注射による血糖コントロールを必要とする疾患を病むことは一層ストレスを強めることになる（谷川・駒松・松浦ら，2009）。思春期においては摂食障害、不登校、抑うつ状態などの精神心理学的異常を及ぼす。川田（1990）は、糖尿病であることが子どもの自己概念の形成や社会的適応の阻害因子になる場合と、精神面での困難への対処にも役立ち糖尿病の自己管理のみでなく、学業、友達との人間関係、家族関係にも良い影響を与える場合があると述べている。糖尿病の子どもが学校生活で直面する問題としては、低血糖時の捕食の困難、給食時の全摂取量が強制され食事療法が困難、あるいは遠足や体育の授業に参加できないなどの特別扱い（一色，1989）が挙げられる。また、自己血糖測定やインスリン注射を友達の前で行わなければならない場合は、いじめやプライバシーの問題がある（横田・松浦，1997）。

馬越・長尾（2000；2001）は進行性筋ジストロフィー患者のQOLについて、年齢とともに今の自分に満足しているが、生活全般の評価が下がることを明らかにしている。

慢性腎疾患の子どもが抱えやすい問題として、運動制限や食事制限への不満、薬（ステロイド剤など）の副作用に対する不安、身体像の変化に伴う劣等感、学校生活（長期欠席、学業不振）、治療や服薬の拒否、親子分離不安などがある（武田，2004）。慢性腎疾患は長期の療養が必要であり、入院中のみならず退院後の日常生活においても運動や食事の制限が必要となる。入退院を繰り返し、長期にわたる服薬や透析が必要となる場合もある。学校生活で友人と同様な行動ができない（運動制限・給食が食べられない）ことや友人の理解が得られないことから、反抗的、無気力、ひきこもりなどの心理的問題が派生してくることもある（西本，2002）。

Ⅳ．病弱児の心理的負担の軽減（ストレスマネジメント）

病弱児の心理的負担を軽減する要因については、これまで主にコーピング（ストレス対処行動）について取り上げられている。平賀（2004）が、慢性疾患の児童を対象としてストレッサーとコーピング（ストレス対処）の組み合わせがストレス反応に及ぼす影響について検討し、その組み合わせによりストレス反応に及ぼす影響が異なることを示唆している。また、武田・原（1997）は慢性疾患の子どもへの心理的働きかけの一つとしてセルフ・エフィカシー（自己効力感）を高める働きかけが重要であることを指摘している。渡部・成田（2002）が病弱養護学校高等部に在籍しベッドサイド学習を続けている進行性筋ジストロフィー症児を対象に行った研究では、学習にコンピューターやインターネットを活用したことにより学業的な動機づけが高まり、ストレスに対する前向きな評価や対処を示し、その要因として対象者の自己効力感の高まりが作用したことを示唆している。

院内学級に通う児童の心理的ケアについて、伊藤・中橋（1999）の調査研究では、外で遊べないことにストレスを感じている児童が多く、それに対し教師はできる限り外での活動を用意していることを示していた。また伊藤（2002）は、筋ジストロフィーを伴う生徒の余暇活動に関する研究では、生徒自身が楽しみ夢中になっている活動のトップはパソコンを活用したインターネットやメール交換であることを報告している。中村（2002）によって行われた先天性疾患の患者への病気に対する意識調査では、アンケート調査から周囲の人々と関わっていく中で自身の病気をより意識することにより病気を受容し、より積極的に他者と関わり、自己成長を遂げていくような病気とともに生きる姿が認められていた。

ソーシャルサポートについての検討もこれまでになされており、鳴海・武田・原（1999）は、病

弱養護学校に在籍する筋ジストロフィーの高校生のソーシャルサポートについて検討した結果、母親に対するサポート期待が最も高かった。一般の中学生、気管支喘息の中学生のサポート期待が友達に最も高かった結果と異なり、筋ジストロフィーの高校生の特徴的な結果であった。子どもは検査や処置の場面でも保護者などの同伴の存在により安心を示すため、処置や検査の際に医療行為を行わない子どものための支援者（心理的支援の専門家、または子どもが信頼できる看護師など）が同席するようにする（Stephens, Barkey & Hall, 1999）といった、心理的負担軽減の方法についても述べられている。

病弱児への自身の病状に関する情報の開示についても目が向けられており、病院という環境の事実を隠すのではなく、恐れが予測でき、その実態が理解できれば、子どもはそれにいっそう容易に立ち向かえるようになる（Thompson & Stanford, 1981）とされる。

ここまで、病弱児の心理的負担の軽減に関する知見についてレビューを行った。それぞれの心理状態に応じた支援を提供することで入院生活における心理的負担が軽減される。病弱児の不安や心理を理解し、これまでの自身の生活を振り返り前向きな心理状態を得ることができるよう配慮することが必要であろう。今後、こうした心理社会的問題の状況及び、心理的負担に対処する要因を踏まえ、病弱児のための具体的なストレス低減のための方法を検討することをこれからの課題としたい。

文　献

1）安藤正彦・高尾篤良・長谷川浩（1986）心疾患のトータル・ケア，小児科診療，449(9)，1503-1508.

2）平賀健太郎（2004）慢性腎疾患患児のストレッサーとコーピング方略との関連がストレス反応に及ぼす影響－コーピングの組み合わせの観点から－，日本特殊教育学会第42回大会発表論文集，578.

3）石崎優子・小林陽之助（2002）慢性疾患の子どもの心理社会的問題，小児科，43(6)，812-816.

4）一色玄（1989）小児思春期糖尿病の管理における問題点，クリニカ，16(10)，646-651.

5）伊藤直樹（2002）筋ジストロフィーを伴う生徒の余暇活動に関する研究，日本特殊教育学会第40回大会発表論文集，213.

6）伊藤良子・中橋富美恵（1999）院内学級に通う児童のストレスの実態と心理的ケアについて－全国実態調査の結果から－，発達障害研究，21(3)，229-234.

7）川田智恵子（1990）思春期小児糖尿病患者の自己管理，日本臨床，48（増刊号），1119-1125.

8）Kiely AB (1992) Volunteers in child health：Management, selection, training & supervision., Association for the Care of Children's Health.

9）こども心身医療研究所（編）（1995）小児心身医学－臨床の実際－，朝倉書店，219.

10）任龍在・池田彩乃・安藤隆男（2009）肢体不自由教育と病弱教育における重度・重複障害教育の研究動向と課題，筑波大学特別支援教育研究 実践と研究，4，19-23.

11）丸光恵（2004）10代の小児慢性腎疾患患者の問題，育療，25，15-20.

12）村上由則（2006）小・中・高等学校における慢性疾患児への教育的支援－特別支援教育の中の病弱教育－，特殊教育学研究，44，145-151.

13）中村深雪（2002）病気とともに生きる姿の変化－先天性心疾患者への病気体験に関するインタビュー－，日本特殊教育学会第40回大会発表論文集，285.

14）中内みさ（2001）病弱児の病気体験のとらえ方の発達的変化と心理的援助，特殊教育学研究，38，53-60.

15）鳴海さちみ・武田鉄郎・原仁（1999）筋ジストロフィーの高校生のソーシャルサポートに関する研究，日本特殊教育学会第37回大会発表論文集，137.

16）新平鎮博・一色玄（1990）小児 IDDM の社会的・心理的問題－学校生活－，Diabetes Frontier，1(6)，755-760.

17）西本智恵（2002）慢性腎疾患の疾患受容過

程に関する一考察，子どもの心とからだ，10(2)，113-115.
18) 小澤美和（2003）悪性疾患の心身医学，からだの科学，231，71-74.
19) Stephens B, Barkey M, & Hall H (1999) Techniques to Comfort Children during Stressful Procedures, Advances in Mind-Body Medicine, 15, 49-60.
20) 武田鉄郎（2004）心身症・神経症等を伴う不登校児の心理・行動特性に関する研究－TRF（＝Teacher's Report Form）の結果分析を中心に－，日本特殊教育学会第42回大会発表論文集，574.
21) 武田鉄郎（2006）病弱・身体虚弱児の心理・行動特性と支援，橋本創一・霜田浩信・林安紀子・池田一成・小林巌・大伴潔・菅野敦（編著），特別支援教育の基礎知識，明治図書，166-182.
22) 武田鉄郎・原仁（1997）慢性疾患で入院している子どものセルフ・エフィカシーに関する研究，小児の精神と神経，37(1)，71-78.
23) 谷川弘治・駒松仁子・松浦和代・夏路瑞穂〈編〉（2009）病気の子どもの心理社会的支援入門，ナカニシヤ出版.
24) 谷口明子（2004a）病院内学級における教育実践に関するエスノグラフィック・リサーチ：実践の“つなぎ”機能の発見，発達心理学研究，15(2)，172-182.
25) 谷口明子（2004b）入院時の不安の構造と類型－病弱養護学校児童・生徒を対象として－，特殊教育学研究，42(4)，283-291.
26) Thompson R, & Stanford G (1981) Child life in hospitals：Theory and practice., Charles C. Thomas, Publisher.
27) 渡部親司・成田滋（2002）コンピューターを活用した進行性筋ジストロフィー症児の自己効力感の形成，特殊教育学研究，39(4)，21-31.
28) 山下淳・Dewaraja RD・吾郷晋浩（1994）長期療養児の心理的問題とその解決法，小児科臨床，47(4)，5-12.
29) 横田雅史（1997）小児医療における教育問題，小児の精神と神経，37(1)，41-45.
30) 横田行史・松浦信夫（1997）思春期・青年期小児糖尿病患者の自己管理，日本臨床，55（増刊号），460-464.