

身体愁訴のある子どもを持つ親の ストレス尺度の作成

森 川 夏 乃*

問題と目的

1. 子どもの身体愁訴と家族

身体愁訴のある子どもは少なくない。思春期の子ども、特に中学生から高校生にかけて、疲労感や胃腸の不調などの訴えが多く見られている(堀田ら, 2001)。Tanaka et al. (2005) は、スウェーデンと日本の思春期の子どもを比較検討し、日本の子どもにおいて身体愁訴がより多く見られることを示している。

身体症状を示す病態のうち、「その発症や経過に心理社会的因子が関与するもの」は心身症と定義され、起立性調節障害や緊張型頭痛、片頭痛、過敏性腸症候群などが含まれる(日本小児心身医学会, 2015)。日本小児心身医学会(2015)によると、子どもの心身症の場合には、身体症状だけでなく、発達・行動上の問題や精神症状を伴うことが指摘されている。実際に、医療機関を受診した起立性調節障害や過敏性腸症候群の子どもの半数以上に不登校状態やその傾向が認められた(藤井ら, 2021; 犬塚・山田, 2015)。また、リストカットや暴力といった行動上の問題(佐藤ら, 2008; 薬師神, 2002)や、不安・抑うつ状態が見られる(興石ら, 2010)こともある。石崎(2017)によると、頭痛や腹痛、全身倦怠といった身体愁訴とともに不登校であることを訴えて医療機関を受診する家族も少なくないとされる。こうした身体症状に伴う行動や精神上的の問題は、家族に多大な混乱をもたらすことが指摘されている(薬師神, 2002)。家族の関わり方は症状の経過とも関連する(森川, 2020)ため、家族は症状の治療において重要な存在といえる。しかし一方で、家族は、身体症状だけでなく行動や精神上的の問題への対応も求められ子どもとの関わりに困難感を抱い

ていることが考えられる。

事実、身体愁訴のある子どもの親は、子どもの症状に伴うストレスを抱えていることが報告されている。Eccleston et al. (2004) 及び Faltyn et al. (2021) によると、身体の痛みや腹痛等の訴えがある子どもの親は、不安や抑うつ、育児ストレスが高く、精神的健康は悪化していることが示唆されている。このような精神状態になる背景として、以下のような感情や経験があると考えられる。まず、身体愁訴のある子どもの親は、はっきりとした症状の原因が特定できないことで、子どもの痛みが仮病なのではないかと疑問や困惑を抱いたり(Brekke & Brodwall, 2020; Brodwall et al., 2018)、子どもの苦しみにどう対処したらよいかかわからないという無力感や心配を抱いたりしている(Tilburg et al., 2006)。また症状が家族の行動の中心になり、家族での活動が制限されたり、子どものケアのために社会生活や仕事が制限されることも多いとされる(例えば Le et al., 2019; Brekke & Brodwall, 2020; Brodwall et al., 2018)。さらに、あいまいで、苦痛や喪失感に満ちた生活に適応しようとするものの、適応できない葛藤を抱き続けていることも指摘されている(Jordan et al., 2007; Morris & Ogden, 2012)。加えて森川(2022a)は、不登校状態にある心身症児の親は、学校生活への適応や勉強の遅れへの不安も見られることを示している。このように身体愁訴のある子どもの親は、子の症状や付随する行動・精神症状に関連して様々な否定的感情や生活への影響を経験し、特有のストレスを抱えていることが推察される。

したがって、身体愁訴のある子どもだけでなく、その親に対する支援も求められるだろう。母親の健康状

態は子どもの身体愁訴を予測すること (Berntsson & Gustafsson, 2000) や、親の健康状態と子どもの再発性腹痛のリスクとは関連すること (Köhler et al., 2017) も指摘されており、親への支援は子どもの回復においても重要といえる。

親への支援を検討するにあたり、身体愁訴のある子どもの親のストレスを特定することが必要であると考えられる。ストレスを特定することにより、何がストレス反応に影響しているかが明らかにされ、ストレス反応を軽減するための内容や体制を作ることにつながる。しかしながら従来の研究において、身体愁訴のある子どもの親がどのようなストレスに曝されているのかは整理されていない。

2. 身体愁訴のある子どもの親のストレス

身体愁訴のある子どもの親の経験については、質的調査によって検討が行われてきた (例えば Brekke & Brodwall, 2020; Brodwall et al., 2018; Le et al., 2019; 森川, 2022a; Morris & Ogden, 2012; Tilburg et al., 2006)。そして、子どもの症状への疑惑や関わり方の困惑 (Brekke & Brodwall, 2020; Brodwall et al., 2018)、疾患に対し無力感に苛まれたり心配したりすること (Tilburg et al., 2006)、生活の制約 (Brekke & Brodwall, 2020; Brodwall et al., 2018; Le et al., 2019)、学校生活への不安 (森川, 2022a) を経験することが見出されている。しかしこれらの経験は親の苦痛や困難さとして語られているものの、量的にストレス反応との関連は示されていない。それゆえ、これらの経験とストレス反応との関連を検討し、ストレスとして整理することが求められる。

また身体愁訴の特徴として、原因がはっきりとしないことや、心理社会的因子との関連があることが挙げられる。一日の中でも症状の変動があったり、ストレスの有無により症状の程度が異なったりするため、怠けやさぼりなのではないかと捉えられやすく、家族も含めて症状を理解しづらい。また症状によっては学校を欠席しがちになり、学校生活への支障が生じる (犬塚・山田, 2015)。それゆえ、親は学業や将来への不安を抱きやすいことも推察される。こうした特徴は、身体愁訴のある子どもの親特有のストレスになると考えられる。子育てにおいて共通してみられるストレスであるのか、身体愁訴のある子どもの親特有のストレスであるかを精査することで、必要とされる支援が明確になる。

以上より本研究では、身体愁訴のある子どもの親が

経験するストレスを測定できる尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討する。この時、身体愁訴が多いとされる思春期の子どもを持つ親を対象として尺度の作成を行う。また作成したストレス尺度は健常児の親と比較し、身体愁訴のある子どもの親特有のストレスについて検討する。

方 法

1. 調査協力者と手続き

中学生から高校生の心身症あるいは身体不調を訴えている子どもの母親103名 (以下、身体愁訴群) の回答と、中学生から高校生の健常児の母親103名 (以下、健常群) の回答を分析に使用した。調査実施手続きは以下のとおりである。

株式会社マクロミルに調査を依頼し、ウェブによるアンケート調査を実施した。まずスクリーニングとして、中学生から高校生の子どもを持つ母親のモニター5000名に対して調査目的を提示した上で、子どもが心身症あるいは身体不調を訴えているかを尋ねた。このうち、調査意図に同意し、かつ心身症あるいは身体不調を訴えている子どもがいると回答した母親に本調査に進んでもらった。身体愁訴群の本調査協力者は、103名 (平均45.57歳、標準偏差5.06歳) であった。

また、心身症あるいは身体不調を訴えていないと回答した親のうち、調査意図に同意し、慢性疾患や障害などの症状により定期的な通院・療育が必要ない子どもの母親にも本調査に進んでもらった。慢性疾患や障害児のケアを行っている母親を除外したのは、身体愁訴以外の疾患や障害のケアによるストレスを抱えていることが想定されたためである。身体愁訴群と協力者数を統一し、健常群も103名 (平均年齢46.76歳、標準偏差4.89歳) であった。

身体愁訴群、健常群ともにデータに欠損は見られなかったため、すべてのデータを分析に使用した。

2. 質問紙の構成

1) フェイスシート：身体愁訴群・健常群ともに、母親の年齢、子どもの学年を尋ねた。また身体愁訴群では、子どもの不調が続いている期間、不調の頻度、発症後の症状の増減、学校の欠席状況、通院の有無について尋ねた。

2) ストレス尺度：身体愁訴がある子どもの母親のストレスを測定することを目的とした尺度であり、独自に作成した。原尺度の項目は、起立性調節障害児 (以下、OD と略記) の親へのインタビュー調査結

果（森川，2022a）と質問紙調査結果（森川，2022b）、及び先行研究をもとに作成を行った。

インタビュー調査は、ODの子どもを持つ母親21人に対して実施し、発症から現在に至るまでの心理状態について尋ねたものである。親の精神的疲弊に関連する要因として、ODに合わせた生活をすることや、疾患や症状の理解が難しく子どもの言動を受け入れにくいこと、親としてできることがない無力感と将来への不安、学業の遅れ等の学校生活への焦りや不安が見いだされている（森川，2022a）。また質問紙調査は、ODの講演会に参加した父母51名から回答を得た。「困っていること」を尋ねた結果、治療の見通しの持ちにくさ、子どもへの関わり方、学校生活や学業への心配、対応の正解がないこと、朝起き不良や昼夜逆転することへの対応、が見出された（森川，2022b）。さらに、発達障害や病児の子どもを持つ母親のストレス尺度（例えば坂口・別府，2007；山根，2013）を参照しながら、収集されたエピソードから質問項目を作成した。そして、「生活の制限」、「子どもへの関わり方の難しさ」、「疾患理解・受容の難しさ」、「将来への不安」、「学業や学校への焦りや不安」の5分類、計21項目が抽出された。加えて、21項目について、心理学を専攻する大学教員2名と項目の内容的妥当性を検討した。

ストレス尺度の回答は、岡安ら（1992）や山根（2013）のストレス尺度を参考に、ここ3カ月間に質問項目の出来事をどのくらい経験したか（0：全くなかった、1：たまにあった、2：時々あった、3：よくあった）、経験した場合にはその出来事がどのくらい嫌だったか（0：全く嫌ではなかった、1：少し嫌だった、2：かなり嫌だった、3：非常に嫌だった）、回答を求めた。

3）ストレス反応：ストレス尺度の併存的妥当性を検証するために、心理的ストレス反応尺度（Stress Response Scale：SRS-18）（鈴木ら，1997）を用いた。この尺度は、「抑うつ・不安」、「不機嫌・怒り」、「無気力」の3因子からなる。「抑うつ・不安」は「泣きたい気持ちだ」、「気持ちが沈んでいる」などの項目、「不機嫌・怒り」は「怒りを感じる」、「いらいらする」などの項目、「無気力」は「根気がない」、「話や行動がまとまらない」等の項目から構成されている。計18項目で、「0全くちがう」から「3その通りだ」の4件法で回答を求めた。

3. 倫理的配慮

本調査は強制ではないこと、不快を感じることも等があった場合には回答を途中で中断することができ、その場合にも協力者が不利益を被ることはないこと、得られたデータは統計的に処理し個人が特定されることはないこと、研究以外の意図でデータを使用することはないこと、本調査の送信をもって同意とみなすことを冒頭に提示し、回答に進んでもらった。なお本研究は、愛知県立大学教育福祉学部・研究倫理委員会の承認を得ている。

結果

1. 協力者の概要

身体愁訴群の子どもの学年は、中学1年生12人、2年生6人、3年生19人、高校1年生21人、2年生26人、3年生19人であった。健常群の子どもの学年は、中学1年生17人、2年生13人、3年生16人、高校1年生14人、2年生23人、3年生20人であった。

また身体愁訴群の子どもの不調の頻度は、「ほとんどない」23人（22.3%）、「ときどきあった」24人（46.6%）、「しばしばあった」26人（25.2%）、「いつも」6人（5.8%）で、発症後の症状の増減は「増えた」22人（21.4%）、「変わらない」43人（41.7%）、「減った」38人（36.9%）であった。学校の欠席状況は、「毎日欠席」15人（14.6%）、「週に1、2回欠席」13人（12.6%）、「月に1、2回欠席」12人（11.7%）、「ほとんど欠席しない」63人（61.2%）であった。そして通院状況は、「通院している」23人（22.3%）、「通院したことはない」42人（40.8%）、「以前は通院していたが今はしていない」38人（36.9%）であった。

2. ストレス尺度の因子分析

身体愁訴群103名のデータを分析に用いた。

ストレス尺度の各項目において、経験率（「たまにあった(1)」以上の回答をした協力者の百分率）は40.78%～92.23%で、嫌悪率（「少しいやであった(1)」以上の回答をした協力者の百分率）は35.92%～78.64%であった。各項目は、身体愁訴のある子どもの母親がある程度経験したことのあるストレスを問うていると考えられたため、全21項目を分析に用いた。

ストレスの得点は、各項目の経験と嫌悪の各粗点の積を用いた。各項目得点について主因子法・プロマックス回転による探索的因子分析を行った。その結果、固有値の減衰状況（12.19、1.45、1.11、0.94、0.74、0.63、

Table 1 身体愁訴群のストレス尺度の因子分析結果 (主因子法, プロマックス回転) (n=103)

	理解・対応 の困難	生活の制約	学校との 連携困難	疾患受容の 葛藤	将来への 心配	
1 子どもが何を思っているのかがよくわからない	1.03	-0.04	0.06	-0.05	-0.09	
3 子どもに対して、どんな対応をしたらよいかよくわからない	0.88	0.13	-0.18	0.01	0.05	
4 子どもへの接し方に迷う	0.86	-0.09	0.07	0.04	0.06	
2 子どもの行動がよく理解できない	0.65	0.08	-0.03	0.12	0.15	
16 考えても先の見通しがたたないと感じる	0.43	-0.08	0.24	0.01	0.28	
19 自分の趣味や仕事を制限する	-0.02	0.89	0.18	-0.14	0.05	
20 子どもを中心とした生活をする	-0.10	0.75	-0.08	0.12	0.02	
18 自分のやりたいことを我慢する	0.17	0.72	-0.03	0.05	-0.01	
6 学校の先生に、子どものことを理解してもらえない	-0.08	0.00	0.89	0.03	-0.03	
8 学校と、子どものことについて意思疎通をすることが難しい	0.05	0.02	0.84	-0.01	0.03	
10 子どもの学校での居場所がなくなる	0.16	0.24	0.34	0.19	-0.10	
13 子どもに対して、あれはできるのに、なぜこれではできないの だろうとってしまう	0.01	-0.11	0.07	0.86	0.09	
14 子どもの言動を受け止めたいのに、ついつい口を出してしまう	-0.06	0.10	0.03	0.76	0.00	
12 他の子どもと比べてしまう	0.27	0.15	-0.09	0.62	-0.05	
15 子どもの将来について心配する	-0.04	0.03	-0.02	0.04	0.96	
17 この先の進路選択について心配する	0.18	0.03	-0.02	-0.01	0.71	
因子間相関						
	理解・対応の困難	-	0.72	0.59	0.78	0.77
	生活の制約		-	0.63	0.68	0.58
	学校との連携困難			-	0.54	0.54
	疾患受容の葛藤				-	0.66
	将来への心配					-

除外された項目

- 5 子どもの行動を見た周囲の人から、しつけや教育を指摘される
- 7 周囲の人の言動により子どもが辛い思いをした
- 9 学業に遅れが生じることが気にかかる
- 11 子どものいいところに目を向けたいが、できないところが目につく
- 21 子どもと言い争いになる

0.53) 及び解釈可能性から 5 因子を抽出した。次に、因子負荷量が .35 以上を基準として因子分析 (主因子法・プロマックス回転) を行い、複数の因子に負荷量が高い項目を削除していったところ、最終的に 16 項目が得られた (Table 1)。

因子分析の結果抽出された 5 因子に含まれる各項目に基づき、因子の命名をした。第 1 因子は、「子どもが何を思っているのかがよくわからない」、「子どもに対して、どんな対応をしたらよいかよくわからない」といった項目から構成されており、身体愁訴のある子ども理解や関わり方の不安・迷いに関する項目であった。このことから、「理解・対応の困難」と命名した。第 2 因子は、「自分の趣味や仕事を制限する」、「子どもを中心とした生活をする」という項目で構成されており、親の生活の制約に関する項目であることから「生活の制約」と命名した。第 3 因子は、「学校の先生

に、子どものことを理解してもらえない」、「学校と、子どものことについて意思疎通をすることが難しい」といった項目のまとまりで、学校とのやり取りや学校生活に関することから「学校との連携困難」と命名した。第 4 因子は、「子どもに対して、あれはできるのに、なぜこれではできないのだろうとってしまう」、「子どもの言動を受け止めたいのに、ついつい口を出してしまう」といった、子どもの状態を受け入れようとするができない葛藤であることから「疾患受容の葛藤」と命名した。第 5 因子は、「子どもの将来について心配する」、「この先の進路選択について心配する」といった、子どもの将来への心配に関する項目であることから、「将来への心配」と命名した。

下位尺度の内的整合性について検討するために、Cronbach の α 係数を算出したところ、「理解・対応の困難」 $\alpha=.94$ 、「生活の制約」 $\alpha=.87$ 、「学校連携の困

Table 2 身体愁訴群におけるストレス尺度の下位尺度の平均値 (標準偏差)、平均経験率、平均嫌悪率 (n=103)

	平均 (標準偏差)	平均経験率	平均嫌悪率
理解・対応の困難	2.38(2.65)	73%	64%
生活の制約	1.76(2.27)	75%	50%
学校との連携困難	1.60(2.26)	50%	50%
疾患受容の葛藤	2.37(2.36)	78%	78%
将来への心配	3.17(3.14)	86%	86%

Table 3 ストレス尺度とストレス反応尺度との相関

		抑うつ・不安	不機嫌・怒り	無気力
理解・対応の困難	身体愁訴群	.69***	.67***	.67***
	健常群	.47***	.47***	.32**
生活の制約	身体愁訴群	.60***	.58***	.54***
	健常群	.37***	.41***	.38***
学校との連携困難	身体愁訴群	.47***	.46***	.55***
	健常群	.38***	.47***	.31**
疾患受容の葛藤	身体愁訴群	.53***	.65***	.54***
	健常群	.46***	.51***	.26**
将来への心配	身体愁訴群	.63***	.67***	.62***
	健常群	.38***	.44***	.33**

*** $p<.001$, ** $p<.01$

注) 上段は身体愁訴群 (n=103)、下段は健常群 (n=103)

難」 $\alpha=.82$ 、「疾患受容の葛藤」 $\alpha=.88$ 、「将来への心配」 $\alpha=.91$ であった。

また Table 2 に下位尺度の平均及び標準偏差、平均経験率、平均嫌悪率を示す。

3. ストレス尺度の妥当性の検討

ストレス尺度と SRS-18 それぞれ、各下位尺度の合計得点を項目数で割って平均値を算出し、これを下位尺度得点とした。

ストレス尺度の併存的妥当性を検討するために、身体愁訴群におけるストレス尺度の下位尺度得点と、SRS-18 の下位尺度得点との Pearson の相関係数を算出した (Table 3)。その結果、「理解・対応の困難」、「生活の制約」、「学校との連携困難」、「疾患受容の葛藤」、「将来への心配」のいずれにおいても、「抑うつ・不安」、「不機嫌・怒り」、「無気力」との間に中程度の正の相関がみられた ($r=.46\sim.69, p<.001$)。

健常群においても、身体愁訴群の因子分析結果をもとに、5 因子それぞれの下位尺度得点を算出した。そして、ストレス尺度の下位尺度得点と、SRS-18 の下位尺度得点との Pearson の相関係数を算出した (Table 3)。その結果、健常群においても「理解・対応

の困難」、「生活の制約」、「学校との連携困難」、「疾患受容の葛藤」、「将来への心配」のいずれも「抑うつ・不安」、「不機嫌・怒り」、「無気力」との間に弱～中程度の正の相関がみられた ($r=.26\sim.51, p<.01$)。

4. 身体愁訴群と健常群との比較

身体愁訴群と健常群との間に差が見られるのかどうかを検討するために、ストレス尺度の下位尺度得点及び、SRS-18 の下位尺度得点の平均値の比較を行った。その結果、すべての下位尺度において身体愁訴群の方が健常群よりも有意に高い値を示した ($t(204)=2.21\sim 3.91, p<.001\sim.05$)。結果を Table 4 に示す。

考 察

1. ストレス尺度の作成

ストレス尺度の項目を作成し探索的因子分を行った結果、「理解・対応の困難」、「生活の制約」、「学校との連携困難」、「疾患受容の葛藤」、「将来への心配」の 5 因子が抽出された。

項目の内容を見ると、「理解・対応の困難」は子どもの心的状態の理解や、関わり方の難しさや不安に関するストレスであると考えられる。身体愁訴は外見

Table 4 身体愁訴群と健常群の平均値の比較

	身体愁訴群 (n=103) 平均 (標準偏差)	健常群 (n=103) 平均 (標準偏差)	t 値 (df=204)
ストレッサー			
理解・対応の困難	2.38(2.65)	1.21(1.52)	3.91***
生活の制約	1.76(2.27)	.91(1.25)	3.36***
学校との連携困難	1.60(2.26)	.66(1.02)	3.84***
疾患受容の葛藤	2.37(2.36)	1.44(1.44)	3.40***
将来への心配	3.17(3.14)	1.81(2.33)	3.53***
ストレス反応			
抑うつ・不安	2.13(.90)	1.74(.68)	3.47***
不機嫌・怒り	2.05(.85)	1.81(.68)	2.21*
無気力	2.16(.82)	1.81(.63)	3.41***

*** $p < .001$, * $p < .05$

の特徴から症状の重さや身体的な辛さを推察しづらい。また心理社会的因子の関与が強い場合、一日の内で症状の変動や嫌なことがあると症状が増幅するなどが見られる (日本小児心身医学会, 2015)。そのため、先行研究でも指摘されているように、親は子どもの症状が仮病なのではないかと疑問や困惑を抱きやすい (Brekke & Brodwall, 2020; Brodwall et al., 2018) ことが推察される。また身体症状に伴う行動上の問題や精神症状がある場合、一層子どもへの対応に難しさを抱いていることが考えられる。だが、経験率73%に対して、嫌悪率は64%と、経験したすべての母親が嫌悪を感じているわけではなかった。子どもへの対応の難しさを感じながらも、対処方略を見出している母親がいることも考えられた。

第2因子「生活の制約」は、症状により生活が制限されるストレッサーであると考えられる。先行研究においても、身体愁訴がある子どもの親において、家族での活動が制限されたり、社会生活や仕事が制限されていることが指摘されている (例えば Le et al., 2019; Brekke & Brodwall, 2020; Brodwall et al., 2018)。経験率は75%であり、協力者の4分の3が経験していることが示された。しかし嫌悪率は50%で、もっとも経験率と嫌悪率に差が見られている。症状により生活の制約が生じることを前向きに受け止めていたり、やむを得ないこととして受け入れていることが推察される。

そして第3因子「学校との連携」は、学校とのやり取りに関するストレッサーであると考えられた。上述したように身体愁訴は怠けやきざりと誤解されやすく周囲から理解をされにくい。学校へ症状の理解を図ることや説明することが難しく、家庭と学校との意思疎

通に齟齬が生じやすいことが考えられた。ただし、経験率50%、嫌悪率50%と、他の因子に比べて最も低かったことから、学校との連携が図られている場合も十分に存在することが示された。

第4因子である「疾患受容の葛藤」は、子どもの疾患を理解したいのに受け入れられないことや、期待を寄せ落胆することのストレッサーであると考えられる。森川 (2022a) においても、OD発症当時、親は発症以前の子どもの姿と現在を比較し落胆・否認する心理が見られた。特に、症状が生じるまで健康で学校適応が良好であった子どもであるほど、親は現状を受け入れられず否定的感情が沸くことが示されている。本研究においても、身体愁訴のある子どもの親は、症状を受け入れたい一方で、否定的な部分に目が向き受け入れられない心理状態にあることが示されたといえる。また「疾患受容の葛藤」因子は、「理解・対応の困難」因子との因子間相関が高い。このことから、症状や言動について理解が難しくどこまでが疾患であるのかの曖昧さがあるゆえに、子どもの状態を受容しづらいことが推察される。

最後に第5因子「将来への心配」は、症状を抱える子どもの将来に関する心配や不安がストレッサーとなっていることが考えられた。経験率、嫌悪率ともに86%と最も高いことから、相対的に他のストレッサーよりも経験しやすく、親にとって影響力のあるものであることがうかがえる。身体愁訴は、症状が軽減しても再発をすることもあり (藤井, 2010)、今後の経過を予測しづらい。加えて、心理社会的環境からの影響も大きいと、今後のライフイベントをどのような状態で経験するのか心配が大きいと考えられる。

次に、ストレス尺度の併存的妥当性を検証するために SRS-18 との関連を検討した。その結果、いずれの下位尺度因子もストレス反応と正の相関が見られたことから、本尺度は一定の妥当性を有していると考えられる。

2. 身体愁訴のある子どもの親のストレス

身体愁訴群と健常群とのストレス及びストレス反応の下位尺度得点を比較したところ、すべての下位尺度において、身体愁訴群の方が有意に高いことが示された。健常群においてもストレスとストレス反応との間に有意な関連が見られたことから、子ども理解や関わり方への悩み、生活の制約、学校生活や将来への心配、子どものできない部分を受け入れていく経験はいずれもストレスとなることがわかった。しかしながら、身体愁訴のある子どもの親に有意に高く見られたことから、症状があることでより一層生じやすいストレスであることが明らかにされた。

また、身体愁訴群は健常群よりもストレス反応も有意に高かったことから、身体愁訴のある子どもを持つことでよりストレスに曝され、ストレス反応も生じやすいことが示された。先行研究においても、慢性疼痛や腹痛等の身体愁訴を持つ子どもの親は、不安や抑うつ、育児ストレスが高く (Eccleston et al., 2004)、精神的健康は悪化していることが示唆されている (Faltyn et al., 2021)。本研究も、これらの結果を支持するものである。身体愁訴の子どもを持つ親において、心理社会的支援のニーズがあることが示唆された。

まとめと今後の課題

身体愁訴の子どもに対するケアにおいては、子どもの心理社会的環境を整えることが指摘されてきた一方で、家族が抱えるストレスについては十分に検討されてこなかった。しかし本研究を通して、身体愁訴の子どもを持つ親のストレスが示され、かつ健常児の親よりもストレスに曝され、ストレス反応も多く示していることが見出された。症状のある子どもだけでなく、子どもと関わる家族も含めた支援体制が求められるだろう。

しかしながら本研究の協力者は身体愁訴のある子どもを持つ親であり、診断名の有無による精査は行っていない。診断を受け医療機関から症状の機序や対応について説明を受けている場合と、未診断で曖昧な状態である場合では、親の症状との付き合い方は異なることが考えられる。また子どもの登校状況も、毎日欠席

している者からほとんど欠席をしない者まで幅広く含まれていた。学校との連携の困難さや将来への心配は、子どもがどのくらい学校生活を送れているかとも関連していると推察される。この度は協力者数が103名と少なかったことから、子どもの状態によるストレスの違いまで検証することができなかった。より支援ニーズの高い家族が明らかにするためにも、今後は協力者数を増やし、子どもの状態による親のストレスを検証していくことが必要である。加えて、親が有する心理社会的資源とストレスとの関連を検討し、ストレスに対し有効な支援を提案していくことが求められる。

注

* 愛知県立大学教育福祉学部准教授

引用文献

- Berntsson, L. T. & Gustafsson, J. E. (2000). Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. *Scand J Public Health*, 28(4), 283–293.
- Brekke, M., & Brodwall, A. (2020). Understanding parents' experiences of disease course and influencing factors: a 3-year follow-up qualitative study among parents of children with functional abdominal pain. *BMJ open*, 10(8), e037288.
- Brodwall, A., Glavin, K., & Lagerlöv, P. (2018). Parents' experience when their child has chronic abdominal pain: a qualitative study in Norway. *BMJ open*, 8(5), e021066.
- Eccleston, C., Crombez, G., Scotford, A., Clinch, J., & Connell, H. (2004). Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. *Pain*, 108(3), 221–229.
- Faltyn, M., Cresswell, L., & Van Lieshout, R. J. (2021). Psychological problems in parents of children and adolescents with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 26(3), 298–312.
- 藤井智香子・岡田あゆみ・鶴丸靖子・赤木朋子・重安良恵・梶原彰子・堀内真希子・塚原宏 (2017). 長期に経過を観察した起立性調節障害患者23例の検討. 子どもの心とからだ 日本小児心身医学会雑誌, 26(1), 34–38.
- 藤井智香子・岡田あゆみ・重安良恵・塚原宏 (2021). 小児科で経験する過敏性腸症候群の特徴. 心身医学, 61(1), 57–63.
- 堀田法子・古田真司・村松常司・松井利幸 (2001). 中学生・高校生の自律神経性愁訴と生活習慣との関連について. 学校保健研究, 43(1), 73–82.
- 犬塚幹・山田克彦 (2015). 起立性調節障害132例におけ

- る不登校傾向を示す要因. 日本小児科学会雑誌, 119, 977-984.
- 石崎優子 (2017). 子どもの心身症・不登校・集団不適応と背景にある発達障害特性. 心身医学, 57(1), 39-43.
- Jordan, A. L., Eccleston, C., & Osborn, M. (2007). Being a parent of the adolescent with complex chronic pain: An interpretative phenomenological analysis. *European Journal of Pain*, 11(1), 49-56.
- Köhler, M., Emmelin, M., & Rosvall, M. (2017). Parental health and psychosomatic symptoms in preschool children: A cross-sectional study in Scania, Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 45(8), 846-853.
- 興石薫・山本恭平・松島隆浩 (2010). 臨床研究・症例報告 子どもの腹痛と抑うつ, 家族関係に関する考察. 小児科臨床, 63(7), 1593-1598.
- Le, A., Dick, B. R., Spiers, J., Reid, K., & Scott, S. D. (2019). Parents' experiences with pediatric chronic pain. *Canadian Journal of Pain*, 3(1), 20-32.
- 森川夏乃 (2022a). 起立性調節障害の子どもを持つ親の症状経過に伴う心理変容過程の検討. 心理臨床学研究, 40(3), 200-212.
- 森川夏乃 (2022b). 起立性調節障害の子どもを持つ家族と教員が抱く困難について——自由記述の分析を通して. 愛知県立大学教育福祉学部論集, (70), 85-91.
- 森川夏乃 (2020). 高校生の身体不調と家族の対応との関連. 家族心理学研究, 34(1), 15-25.
- Morris, A., & Ogden, J. (2012). Making sense of children's medically unexplained symptoms: Managing ambiguity, authenticity and responsibility. *Psychology, health & medicine*, 17(3), 285-294.
- 日本小児心身医学会 (編) (2015). 小児心身医学会ガイドライン集—日常診療に活かす5つのガイドライン改訂第2版. 南江堂.
- 岡安孝弘・嶋田洋徳・丹羽洋子・森俊夫・矢富直美 (1992). 中学生の学校ストレスの評価とストレス反応との関係. 心理学研究, 63, 310-318.
- 坂口美幸・別府哲 (2007). 就学前の自閉症児をもつ母親のストレスの構造. 特殊教育学研究, 45(3), 127-136.
- 佐藤幸子・塩飽仁・山本三奈・藤田愛 (2008). 神経症・心身症児の不応行動の分析. 日本看護研究学会雑誌, 31(5), 63-69.
- 鈴木伸一・嶋田洋徳・三浦正江・片柳弘司・右馬埜力也・坂野雄二 (1997). 新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討. 行動医学研究, 4(1), 22-29.
- Tanaka, H., Möllborg, P., Terashima, S., & Borres, M. P. (2005). Comparison between Japanese and Swedish schoolchildren in regards to physical symptoms and psychiatric complaints. *Acta Paediatrica*, 94(11), 1661-1666.
- Tilburg, M. A., Venepalli, N., Ulshen, M., Freeman, K. L., Levy, R., & Whitehead, W. E. (2006). Parents' worries about recurrent abdominal pain in children. *Gastroenterology Nursing*, 29(1), 50-55.
- 薬師神裕子 (2002). 心身症に伴う行動障害を持つ子どもとその家族の再生過程と家族の耐久力の特徴. 日本看護科学会誌, 22(3), 10-19.
- 山根隆宏 (2013). 発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 心理学研究, 83(6), 556-565.