

病弱児の疾病対処行動について

小畑 文也*・三澤 義一

病弱児の疾病対処行動を把握するために疾病対処行動評定尺度を作成した。調査Ⅰは尺度作成を目的として病弱児176名を対象として実施され、そのデータを基に、因子分析を中心とした尺度構成が行なわれた。その結果、攻撃的衝動行動、問題性の回避行動、問題性の過大評価、行動的依存の4つの下位尺度からなる21項目の評定尺度が作成された。さらに、この尺度を用い、疾病対処行動と病弱児の個人内的要因、病気に関係する要因との関係を検討することを目的として、主として整形外科的疾患に罹患している病弱児52名を対象に調査Ⅱが実施された。数量化Ⅰ類を用いた分析の結果、攻撃的衝動行動、問題性の回避行動、問題性の過大評価の各下位尺度において、性別、病名のアイテムが関連していることが示唆され、各カテゴリー変量の検討を通じて、男子が女子に比して、病気に対する心理的受傷性が高いこと、及び、進行性筋ジストロフィー（以下 D. M. P.）児の活動レベルの低下が推論された。特に年齢のアイテムに関しては、先行研究においてその重要性が指摘されているにも関わらず、本研究では明確な傾向が見い出されず、今後の研究課題のひとつとなった。

問題と目的

「病気」は多くの人々にとって脅威となるものである。特に小児にとって「病気」は単に身体的な脅威であるばかりではなく、それに伴う入院、家族との分離、治療への恐怖、不安と共に心理的にも大きな脅威をもたらすものである。また、その結果としての様々な行動は治療にも影響を及ぼすことが予想される。本研究はこのような病弱児の様々な行動を対処行動 (coping behavior) の概念枠で解釈し、予測するための基礎研究の一環として計画された。

coping の概念は精神分析学派より生まれたものであり、その始祖は A. Freud (1946) であるといわれる。その後、この概念を基とした研究は Murphy (1962), Haan (1977) らによって継承されており、またストレス研究と関連して Lazarus (1966) らにより、その応用範囲も精神分析の理論枠を超えて拡大されている。

coping 行動の定義は論者によって若干の違いはあるが、一般的には「崩壊的な不安や絶望なしに脅威に抗するために個人によってとられる行動」(Lazarus, 1966) であるとされる。現象的に

それは「適応」と同延のものであるが、coping 行動に関する研究は、いわゆる「適応」に至るまでの過程、そのために必要な個人、あるいは環境の特質の同定を特に重視する傾向がある。

以上のことは病弱児(者)を対象とした coping 行動の研究においても同様である。Lipowski (1970) は従来言われてきた illness behavior (病気行動) に coping の概念を導入したが、彼は特に疾病に関与した coping 行動を「その身体的、生理的統合性 (integrity) を保護し、傷害を受けた機能の改善、とり返しのつかない傷害の制限を補償するために病者がとる全ての認知的、心理運動的活動」の総称であるとし、さらに、この coping の過程の決定に、個人内的要因(年齢、パーソナリティ、知能等)と疾病に関与した要因(障害のタイプ、部位、予後等)、そして環境的要因が大きく関わっているとしている。また、Mattsson (1972) は、時々の憤懣、否認、孤立等の一見 negative に見える行動も、coping 行動として、その対処の過程の中で重要な役割を果たすものとしている。

本研究では、以上の知見を基に、疾病に対する coping 行動を「疾病対処行動」とし、これを「疾

病によって生じる一次的、二次的な脅威に抗するために病者によってとられる全ての認知的、行動的反応」であると操作的に定義する。

さて、coping 行動の実態を明らかにし、そのメカニズムを理解してゆくためには、それらの行動を網羅的、組織的に把握するための方法が必要である。この点に関して Lazarus ら(1974)は過去の coping に関する研究を概観したうえで、その方法を、言語的報告、生理的変化、表出反応、行動、全体的な反応パターンからの推測の5つの方法に分類している。Lazarus らは全体的な反応パターンからの推測をその最良の方法としているが、今回の報告においては、実験的な状況設定が不可能であること、及び対象が小児に限られるため、自己評定ではその結果の信頼性が著しく低下すること等の理由により、行動の把握、即ち他者による行動評定をその主たる方法とした。

他者による行動評定の方法をとった場合、Rothbaum ら(1979)、Westbrook(1980)、Zeitlin (1980)等の先行研究で用いられた評定尺度が存在するが、いずれも病弱児の現況に必ずしも合致するものではないと思われる。そこで今回の報告では、以上の先行研究による尺度を基本としながら、新たに疾病対処行動評定尺度を作成し、さらに、それを用いて、病弱児の個人内の要因(年齢、性)、及び疾病に関する要因(病気の種類、発病時期、罹病期間、入院期間)が、その疾病対処行動に及ぼす影響について検討することを目的とする。

方 法

1. 疾病対処行動評定尺度の作成

(1) 質問項目の選定

質問項目の選定にあたっては、前述した Rothbaum ら、Westbrook、Zeitlin 等の評定尺度を検討すると共に、「疾病対処行動」の定義を考え併わせて、それらの尺度に不足する相面、即ち illness specific な行動をもとらえることを目的として、次の3つの方略を併用した。

1) 病弱児童、生徒に対しての、病弱養護学校内での準参与観察。

2) 担任教師への面接。

3) 手記、指導記録等の検討。

1)と2)はY養護学校に在学する児童、生徒16

名(6歳~15歳)を対象とし観察を行なうと共に、担任の教師4名に非構成的面接を行ない、児童、生徒の日常の行動に関してのコメントを求めたものである。調査期間は1982年5月21~28日である。3)は市販されている手記(親、あるいは病弱児自身が書いたもの)及び教師の指導記録等、12の文献の中から、疾病と関与していると思われる行動を抽出したものである。

以上の方略を通じて得られた病弱児の行動に関する記述に表現等の修正を加え、52項目から成る暫定尺度を作成した。

(2) 調査 I

前述した52の質問項目を乱数表を用いてランダムに配置した。選択肢は「よくある」、「ときどきある」、「ない」のリッカートタイプの三件法を用い、日常的に対象児に接している職員(教師、指導員等)に評定を依頼した。対象児は病弱児176名であったが、最終的に尺度構成のためのデータとして用いられたのは138名のものであった。対象児の内訳については Table 1 を参照されたい。なお、調査期間は1982年6月18日~7月5日である。

(3) 尺度構成

尺度構成の手続きは基本的に柳井ら(1974)の手法に準じた。全体の流れについては Fig. 1 を参照されたい。

① 単純集計による項目の選定

各質問項目に対する反応のうち、「よくある」を

Table 1. 調査 I の対象児の内訳

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	計
喘息	2	3	2	9	4	13	4	8	5	50
	2	2	1	1	7	2	2	8	5	33
D.M.P				5		7		8	7	27
				5		6	1	7	1	25
腎臓疾患	2	3	1	4	3	4	3	4	4	28
	2	2	1	1	3	1	2	1	2	19
心臓疾患			1	1			1		1	4
			1	1			1			4
その他	2	3	3	1	2	4	4	5	5	29
	2	2	1	1	1	2	2	2	4	16
計	6	9	7	20	9	28	12	25	22	138
	6	0	6	3	2	5	16	4	5	43

*

男女人数	
男人数	女人数

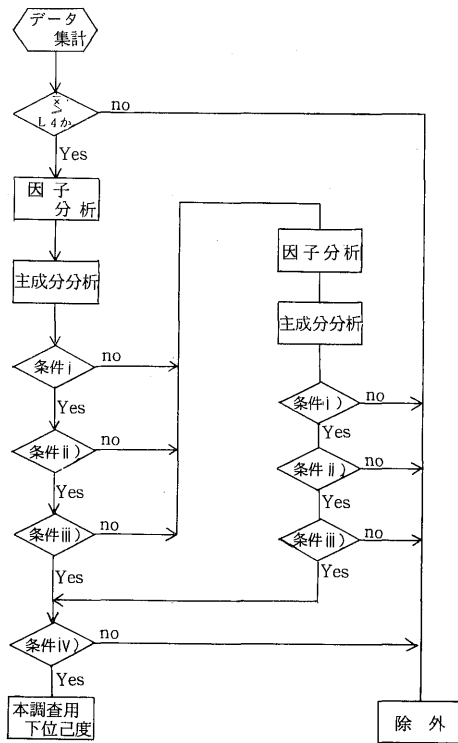


Fig. 1 尺度構成の手続き

3点、「ときどきある」を2点、「ない」を1点とする間隔尺度の数値で表現し、各項目別に反応得点の平均値を求めた。なお、この反応得点の平均値が低いということは、病弱児において、その項目が表わす行動の一般性が低いことを意味し、特にこれが極端に低いものを採用すると、尺度全体の弁別力を弱める虞れがある。以上の理由から平均得点 >1.4 の基準を採用し、各項目に照らした結果、「病気を茶化することがある」、「指しゃぶり等の癖がある」等の9項目が排除され、43項目が残った。

また、各評定者の反応のうち、無回答の項目がある被験者のデータも、後に行う因子分析において支障をもたらすと考えられるので、以下の分析からは排除した。

② 質問項目の因子分析

①の項目選定の結果、138人のデータにもとづいて、43項目間の相関係数行列を求め、他項目との相関係数の最大値を共通性の推定値として、主因子解により11個の因子を求めた。さらにそれらの因子の意味づけを容易にするために、バリマッ

クス法による軸の回転を行なった。抽出された各因子の固有値、説明率、及び各項目の因子負荷量は Table 2 に示すとおりである。

続いて、得られた11の因子についての解釈を試みた。

第1因子…11項目が含まれる。大枠での解釈をすると、Murphy (1976) による「環境への対処」の中に含まれる項目群である。全般的に「攻撃性」「自己中心性」といったことばが当てはまる項目が多いが、「落ちつきがない」等、「衝動性」を表現する項目も混在する。

第2因子…9項目が含まれる。Murphy による「自己への対処」に含まれる項目群であり、項目の内容としては「問題性の回避」を示すものである。ここでは仮に「問題性回避の因子」と名づけておく。

第3因子…7項目が含まれる。Murphy による「自己への対処」の中に含まれる項目群であり、「家に帰りたがる」以外の6項目は「過敏性」、あるいは「悲観傾向」を示すように思われる。「家に帰りたがる」は意味的には「問題性の回避」により近いように思われる。

第4因子…3項目が含まれる。大枠の解釈では「環境への対処」に含まれる項目群である。項目の内容は「依存性」を表わすものと思われるが、第2因子の「何でも人にしてもらおう」との混乱を避けるために、仮に「行動的依存の因子」と命名する。

第5因子…3項目が含まれる。大枠の解釈では「環境への対処」に含まれる項目群である。項目の内容としては、いわゆる対処の positive な側面を表わすものであるが「食事制限よく守る」以外は因子負荷量の値が小さく、ひとつの因子としてのまとまりは肯定しにくい。

第6因子以下は寄与率も低く、分析データに特有で一般性をもつ因子とは断定しにくい。第6, 7, 8, 11因子は各々の因子に帰属する項目がそれぞれ1項目のみの特殊因子である。第9因子は「行動的な疾病の否認の因子」とも考えられるが、項目数が少なく(2項目)、また一方の因子負荷量も低かったので、特殊因子に準ずるものであると思われる。また第11因子は解釈が不可能であった。

Table 2. 因子分析の結果
(項目は因子負荷量 ≥ 0.4 で抽出)

因子No.	項目No.	内 容	因子負荷量
1	42	言動が好戦的である。	0.80098
	18	人の悪口をいう。	0.76968
	7	反抗的である。	0.75331
	19	自分の気持ちが押さえられずにカッとしやすい。	0.74655
	22	人に命令する。	0.69819
	4	なげやりな態度をとる。	0.68818
	21	指示に従わない。	0.61945
	33	いらいらする。	0.60902
	12	周囲を気にしないで自分本位に行動する。	0.56018
	40	落ちつきがない。	0.47211
	50	隠れた遊びをする。	0.46969
	固有値	9.73996	寄与率 39.8 %
2	31	無気力である。	0.75833
	34	逃避的である。	0.68878
	16	治療等に対して消極的である。	0.66529
	38	周囲の人や物に興味を示さず無関心である。	0.64192
	45	病気についてはあきらめている。	0.60921
	11	年少の子供とばかり遊びたがる。	0.53447
	43	他の子供とのつながりが乏しい。	0.53269
	47	病気を理由に課題から逃れようとする。	0.50468
	52	何でも人にしてもらおう。	0.49635
	固有値	3.68617	寄与率 15.1 %
3	41	くよくよする。	0.73151
	37	病気に対して神経質である。	0.70129
	15	意気消沈する。	0.69455
	24	悩みこむ。	0.67388
	27	すぐに萎縮する。	0.59464
	28	病気に対して不安を持っている。	0.58072
	30	家に帰りたがる。	0.41635
	固有値	3.10933	寄与率 12.7 %
4	14	慰めや同情を求める。	0.80800
	3	周囲の大人にベタベタする。	0.60091
	36	周囲の大人に助けを求める。	0.54987
	固有値	1.67747	寄与率 6.9 %
5	1	食事制限をよく守る。	-0.68226
	48	安静をよく守る。	-0.40572
	5	薬をいやがらずに飲む。	-0.40560
	固有値	1.45872	寄与率 6.0 %

Table 2. (つづき)

因子No	項目No	内 容	因子負荷量
6	9	自分の気持を表に出さない。	0.63148
	固有値	1.11031	寄与率 4.5 %
7	39	好きなことに没頭する。	-0.48554
	固有値	0.96249	寄与率 3.9 %
8	49	大人をからかう。	0.76507
	固有値	0.80913	寄与率 3.3 %
9	25	体調に関らず元気そうにふるまう。	0.55982
	29	分助されるのをいやがる。	0.39917
	固有値	0.72938	寄与率 3.0 %
10	2	病気についてはあまり気にしない。	0.50018
	10	泣く。	0.47548
	固有値	0.62395	寄与率 2.6 %
11	51	偏食がある。	0.66393
	固有値	0.55639	寄与率 2.3 %

③ 尺度構成

以上の因子分析の結果を参考として尺度の構成を行なう。この場合、尺度の次元性(内的整合性)の保証を得るための道具として、主成分分析、Cronbach(1951)の α 係数を用い、下位尺度としての合格条件を次の4点とした。

- i) 固有値1.0以上の主成分が、1個のみの尺度であること。
 - ii) 各構成項目の第1主成分負荷量はすべて0.250以上であること。
 - iii) ひとつの下位尺度の構成項目数は3個以上であること。
 - iv) 下位尺度の α 係数0.6以上であること。
- 以下、各下位尺度毎の分析作業を概観する。

第1因子…「衝動性」と思われる因子を抽出するために、第1因子に帰属する11個の項目を因子分析した。その結果、特に明確な因子は抽出されなかったため、第1因子をひとつのまとまりをもった因子であるとして尺度構成

を行なった。主成分分析の結果、「周囲を気にしないで自分本位に行動する」「隠れた遊びをする」の2項目が条件ii)に合致しないので除外し、「人の悪口をいう」、「いらいらする」は条件i)を満たすために除外した。最終的にTable 3に示す7項目を下位尺度として採用し、項目の内容から「攻撃的衝動行動」と命名した。

第2因子…主成分分析の結果、条件ii)に合致しないものとして「病気についてはあきらめている」、「年少の子供とばかり遊びたがる」、「他の子供とのつながりが乏しい」の3項目を除外した。最終的にTable 3に示される6項目を下位尺度として採用し、「問題性の回避行動」と命名した。

第3因子…主成分分析の結果、「病気に対し不安を持っている」、「家に帰りがたがる」が条件ii)に合致しないものとして除外され、最終的にTable 3に示される5項目が下位尺度として採用された。尺度名は「過敏」及び「悲観」

Table 3. 最終的に採用された項目, 及び下位尺度

	項 目	本調査項目 No.
第 1 因子 (攻撃的 衝動行動)	言動が好戦的である。	11
	反抗的である。	21
	自分の気持ちが押さえられずにカッとしやすい。	14
	人に命令する。	2
	なげやりな態度をとる。	7
	指示に従わない。	16
	落ちつきがない。	8
第 2 因子 (問題性の 回避行動)	無気力である。	5
	逃避的である。	20
	治療等に対して消極的である。	17
	周囲の人や物に対して興味を示さず無関心である。	9
	病気を理由に課題から逃れようとする。	13
	何でも人にしてもらおう。	3
第 3 因子 (問題性の 過大評価)	くよくよする。	1
	病気に対して神経質である。	15
	意気消沈する。	18
	悩みこむ。	6
	すぐに萎縮する。	10
第 4 因子 (行動的依存)	慰めや同情を求める。	19
	周囲の大人にベタベタする。	4
	周囲の大人に助けを求める。	12

といった言葉を統合するものとして「問題性の過大評価」と命名した。

第4因子…全ての条件に合致するので第4因子構成する3項目はそのまま下位尺度として採用し「行動的依存」と命名した。

第5因子以下の7つの因子は、一般的に寄与率が低い、因子の解釈が困難である、特殊因子と考えられる等の理由により、何れもひとつの因子としてのまとまりが肯定し難いものであったので、それぞれの因子に含まれる項目で負荷量が0.20以上のものを再度バリマックス法によって因子分析をした。この結果、分析にかけられた9項目の間では特に有意な因子は見い出されなかったため、この段階で尺度構成をうちきった。

④ 信頼性の検討

尺度構成後の各下位尺度において Cronback の

α 係数を求めたところ、いずれも条件iv) を満たすものであった。従って、各下位尺度を構成する項目は全て最終尺度として採用された。

Table 4 は以上の過程における項目の除外要項の一例を示したものである。

(4) 各下位尺度の内容的妥当性の検討

最終尺度の各下位尺度の内容的妥当性を検討するために、障害児教育と関係した研究者10名に項目の分類を依頼した。その結果、全ての下位尺度において、10名中8名以上の分類が一致し、各下位尺度の内容的妥当性が確認された。

2 調査II

疾病対処行動評定尺度を用い、疾病児の疾病対処行動の実態を把握することを目的とし、調査IIが実施された。各項目に関しては調査Iと同様に

Table 4. 項目の除外要項の一例（第一因子）

No	下位尺度 項目内容	平均	因子負荷量	下位尺度内第1主成分負荷量	除外・調査の要項
第1因子	42 言動が好戦的である	1.5109	0.80098	0.72303	固有値1.0以上の主成分を1つにするために除外 下位尺度内第1因子負荷量<0.250のため除外
	18 人の悪口を言う	1.6715	0.76968	0.73206	
	7 反抗的である	1.4891	0.75331	0.58273	
	19 自分の気持が押さえられずにカッとしやすい	1.7299	0.74655	0.84849	
	22 人に命令する	1.4964	0.69819	0.56879	
	4 なげやりな態度をとる	1.7299	0.68818	0.49184	
	21 指示に従わない	1.6131	0.61945	0.30719	
	33 いらいらする	1.5912	0.60902	0.62446	
	12 周囲を気にしないで自分本位に行動する	2.0292	0.56018	0.18742	
	40 落ちつきがない	1.8613	0.47211	0.38504	
50 隠れた遊びをする	1.4891	0.46969	0.24194	下位尺度内第1因子負荷量<0.250のため除外	
		因子負荷量 = 4.83177	寄与率 = 39.8 (%)		α 係数 = 0.762

三件法による選択肢を付し、プリフェース項目として、年齢、性、病名、発病時期、入院期間、知能に関する項目を用意した。対象児は病弱児52名でありその内訳はTable 5を参照されたい。調査期間は1982年9月16日～25日である。

結果と考察

調査IIで得られたデータに関して、各下位尺度得点を外的基準とし、プリフェース項目で得られたアイテム（性別、病名、年齢、発病時期、罹病期間、入院期間）を説明変数として数量化I類による分析を行なった。知能に関する項目は欠損値

のあるデータが多かったため分析からは除外した。数量化の結果とその外的基準との偏相関係数、及び各下位尺度得点の平均値はTable 6に示す通りであった。

攻撃的衝動行動、及び問題性の回避行動のそれぞれの下位尺度の得点に関しては、病名→性別→入院期間の順で、各アイテムが関連を持っており、問題性の過大評価に関しても病名と性別の順位が入れかわること以外はほぼ同じ影響を持つ。年齢、発病時期、罹病期間の各アイテムの関連性はほとんど認められなかった。カテゴリー別に見てゆくと、三つの下位尺度の傾向は極めて似かよっている。即ち、性別では男子、病名では脊柱側弯症(scoliosis)、そして入院期間では2年未満のそれぞれのカテゴリー変数が大きく、これらのカテゴリーに属する者が疾病対処行動の各下位尺度において高得点をとりやすい。つまり、それらの下位尺度で特徴づけられた行動が顕著であることが示された。

性の違いが対処行動の発現に大きな影響を及ぼすことは、既によく知られたことであり、特に、Sidleら(1969)は、対処行動に及ぼす性差の影響を最重要視している。この性差の解釈は、性役割の期待や、社会的望ましさといった概念から説明されることが多く、攻撃的衝動行動と後述する行動的依存との傾向の差は「男の子は乱暴で女の子

Table 5. 調査IIの対象児の内訳*

ILL	AGE			計
	9~12以上	12~14未満	14~16	
D. M. P.	1	7	16	24
	1	0	7	15
Scoliosis	2	5	6	13
	0	2	1	4
その他の整形外科的疾患	4	9	2	15
	2	2	8	1
計	7	21	24	52
	3	4	16	5

*

男 女 人 数	
男人数	女人数

Table 6. 数量化I類による分析の結果

アイテム	カテゴリ (人数)	攻撃的衝動行動		問題性の回避行動		問題性の過大評価		行動的依存	
		カテゴリ-数量 (平均)	偏相関係数	カテゴリ-数量 (平均)	偏相関係数	カテゴリ-数量 (平均)	偏相関係数	カテゴリ-数量 (平均)	偏相関係数
1. 性別	1. 男子 07	3.6 (13.54)	.404 (第2位)	3.8 (10.89)	.426 (第2位)	3.6 (9.11)	.448 (第1位)	-0.2 (4.43)	.108 (第3位)
	2. 女子 05	-8.6 (10.93)		-9.4 (8.80)		-9.0 (7.00)		0.4 (5.13)	
2. 病名	1. D. M. P. 04	-8.0 (10.20)		-7.7 (8.42)		6.6 (6.63)		-0.1 (4.42)	
	2. Scoliosis 03	10.1 (15.54)	.462 (第1位)	11.2 (13.69)	.472 (第1位)	8.9 (1.23)	.445 (第2位)	-0.2 (4.77)	.103 (第4位)
	3. その他の整形外科的疾患 09	4.0 (14.53)		2.7 (10.33)		2.8 (9.13)		-0.3 (4.87)	
3. 年齢	1. 9歳以上12歳未満 (7)	0.0 (12.00)		1.3 (9.71)		0.5 (7.14)		1.7 (6.43)	
	2. 12歳以上14歳未満 02	-1.6 (12.62)	.148 (第5位)	-1.6 (9.52)	.146 (第5位)	-1.8 (7.71)	.186 (第4位)	-0.3 (4.23)	.391 (第1位)
	3. 14歳以上16歳未満 04	1.4 (13.17)		1.0 (11.13)		1.5 (9.58)		-0.2 (4.46)	
4. 発病時期	1. 6歳未満 03	3.2 (13.48)	.187 (第4位)	2.3 (11.49)	.138 (第6位)	0.5 (8.97)	.036 (第6位)	-0.1 (4.68)	.056 (第6位)
	2. 6歳以上 02	-4.8 (11.76)		-3.3 (8.53)		-0.8 (7.81)		-0.2 (4.57)	
5. 罹病期間	1. 2年未満 01	-1.1 (11.64)		-4.1 (7.73)		4.4 (6.82)		-1.0 (4.18)	
	2. 2年以上4年未満 (7)	-0.9 (13.71)	.089 (第6位)	-3.6 (9.86)	.150 (第4位)	-4.0 (9.00)	.172 (第5位)	-0.1 (4.86)	.251 (第2位)
	3. 4年以上 04	0.6 (12.97)		2.0 (11.21)		2.2 (8.94)		0.3 (4.74)	
6. 入院期間	1. 2年未満 05	4.7 (15.60)	.240 (第3位)	5.3 (13.33)	.270 (第3位)	4.6 (11.20)	.270 (第3位)	0.3 (4.67)	.092 (第5位)
	2. 2年以上 07	-1.9 (11.65)		-2.1 (9.05)		-1.9 (7.41)		-0.1 (4.62)	
全体の平均得点 (S. D.)		112.79	(5.21)	10.29	(5.07)	8.50	(4.51)	4.63	(0.80)

は「甘えん坊」といった一般的な性役割に対する期待を反映するものであると思われる。しかしながら、問題性の回避行動及び問題性の過大評価という「自己への対処」の高得点は性役割等の概念のみからで説明することは不可能であろう。ここで男子は女子に比して、病気とそれによってもたらされる様々な障害に対しての心理的受傷性 (Vulnerability) が高いということが考えられる。この点については既に Dearden (1970) が、病弱児を対象とした研究の中で、男子の、特に年少の児童において心理的受傷性が高いと思われる者が多いことを報告しており、Vernonら(1965)も病弱児に関する過去の研究を検討し、一般に男子が女子に比して、入院という生活の変化に際して心理的混乱を生じやすいとしている。これらの研究の対象となった児童はいずれも年少(幼児から小学校中学年)であり、さらに入院時の反応という点で限られた条件での知見ではあるが、本研究の結果から考えると、より年長の、しかも長期の入院児に関しても同様のことが言えるように思わ

れる。

病名、つまり病気の種類による違いは攻撃的衝動行動、問題性の回避行動、問題性の過大評価の各下位尺度において、D. M. P. と脊柱側弯症が対照的なカテゴリ-変量を示している。病気としての重篤さから考えると、D. M. P. は脊柱側弯症より深刻な病気であると考えられ、さらに、生活上の制限も多く、このことから行動上の問題点も多いように思われるが、この結果は、その予想とは相反したものであった。しかし、このことから直接に D. M. P. 児の行動上の問題が少なくないことではできない。疾病対処行動評定尺度は主に対象児の表出行動の評定をするものであり、そのため不可視なものに対するの評価は不可能である。D. M. P. のカテゴリ-変量は全ての下位尺度において- (マイナス) の値を示しており、これから、D. M. P. 児の活動のレベルが全体的に低いということが示唆される。これは過去の D. M. P. 児の行動に関する観察的研究の結果と方向を同じくするものである。Lazarus (1966) はストレス状

況下において活動的な対処行動の可能性が減少したと個人が評価した時に、その人の対処行動はより認知的、防衛的なものに移行するとしているが、このことから考え、長期のストレス状況下で既に活動的な対処行動の可能性が減少した D. M. P. 児は、本研究の尺度では把握不可能な認知的な対処行動をとり、反面、自己の行動によって状況が変化しようとする脊髄側弯症の児童は、疾病対処行動評価尺度に最も反映されやすい活動的な対処行動をとるものと思われる。さらに、その病気の特徴から D. M. P. は男子に、脊髄側弯症は女子に発生しやすく、本研究のサンプルもそれを反映していることと、先の対処行動の性差を考えあわせてみた場合、D. M. P. 児と脊髄側弯症児のそれぞれの対処行動の質が著しく異なっていることが予想される。今後はパーソナリティ等、より質的な要因をも考慮しながら、この質的な差を明確にしてゆく必要がある。

入院期間に関しては、全般的に2年未満は活動水準も高いが、2年以上になると若干低下することが結果に示されている。先の D. M. P. と脊髄側弯症との比較で得られた推論がこの場合もあてはまるが、さらに環境への慣れといった肯定的な理由によって問題性が減じていると考えることができよう。しかしながら、このアイテムは各下位尺度の得点との相関も小さく、カテゴリー変量の差もさほど大きくないことから明確な傾向を示すものではないものとも考えられよう。

行動的依存の得点は、年齢→罹病期間の順で関連性が認められたが、これは他の3つの下位尺度とは全く異なった傾向を示すものであった。年齢におけるカテゴリー変量に関しては、低学年群において高く、高学年群において低い傾向がうかがえるが、これは年齢の推移にともなう自然な傾向であると思われる。

年齢は小児の場合、対処行動との関係が深く、先行研究の多くが病気に対する適応の重要な要因であるとしているが、攻撃的衝動行動、問題性の回避行動、問題性の過大評価のいずれの下位尺度においてもその関連性はほとんど見出され得なかった。行動的依存に関しても第1位のアイテムではあるが、その相関は決して高いものとは言えない。これは対象児の年齢が高く、比較的安定した状態にあったためともいえるが、さら

に明確な知見を得るためには対象児の年齢の範囲をより広くとる必要がある。

結 論

疾病対処行動評価尺度を作成し、さらにそれを用いて、疾病対処行動の現われと、病名、性、年齢、発病時期、罹病期間、入院期間との関係を検討してきた。その結果、攻撃的衝動行動、問題性の回避行動、問題性の過大評価の各位尺度の得点が、病名、性といった変数と関与していることが明らかになった。病名に関しては、今回の分析では D. M. P. 及び脊髄側弯症という、その病気としての性格が全く異なるものを対象としたことから、その疾病対処行動の現われにも大きな違いが生じたものと思われる。また、より心理的問題を持ち易いと思われる D. M. P. において、いずれの下位尺度の得点も低い傾向を示したのは、D. M. P. 児の活動水準の低下を示すと共に、評定法のある種の限界を示すものとも言えよう。性に関しては女性より男性の方が、各下位尺度の得点が高くなる傾向にあった。これは性役割の違いというより、むしろ、男子における心理的受傷性の高さから説明されるように思われる。行動的依存の下位尺度の得点は、主に年齢と関連し、年齢が低くなる程、その下位尺度の得点が高くなるという自然な傾向が認められた。

今後は、さらに内科的疾患の児童に関しても検討を加え、また説明変数にパーソナリティ等のよりダイナミックな変数を設定し、疾病対処行動評価尺度の限界を補足してゆく必要がある。

文 献

- 1) Cronbach, L. J. (1951), Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16.
- 2) Derden, R. (1970), The Psychiatric Aspects of the Case Study Sample. In Stacy, M., Dearden, R., and Pill, R. eds., *Hospitals, Children and their Families*. London: Routledge & Kegan Paul.
- 3) Freud, A. (1946), *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: Int. Univ. press.
- 4) Haan, N. (1977), *Coping and Defending; process of Self-Environment Organization*. New York: Academic press.

- 5) 池田 央 (1980), 調査と測定. 新曜社.
- 6) Lazarus, R. S. (1976), Psychological Stress and the Coping process. New York : McGraw Hill.
- 7) Lazarus, R. S., Averill, J. R., and Opton, E. M. (1974), The Psychology of Coping : Issues of Research and Assesment. In Coelho, V. G., Hamburg D. A., and Adams, J. E. eds., Coping and Adaptation. New York : Basic Books, Inc.
- 8) Lipowski, Z. J. (1970), Physical Illness, the Individual and the Coping process. Psychiatry in Medicine, 1, 91.
- 9) Mattsson, A. (1972), Long-term Physical Illness in Childhood : A Challenging to Psych-social Adaptation. Pediatrics, 50, 5.
- 10) Muphy, L. B. (1962), The Widening World of Childhood. New York : Basic Books, Inc.
- 11) Rothbaum, F., Wolter, J., and Visintainer, M. (1979), Coping Behavior and Locus of Control in Children. Journal of Personality, 47.
- 12) Sidle, A., Moss, R., Adams, J., Cady, P. and Alto, P. (1969), Development of a Coping Scale. Achives of General Psychiatry, 20.
- 13) Vernon, D., Foley, J., Sipowicz, R., and Schulman, J. eds. (1965), The Psychological Responses of Children to Hospitalization and Illness. Chales C Thomas Publisher. (長畑 正道, 渡部 淳 1970 「入院児の精神衛生」 医学書院)
- 14) Westbrook, M. T. (1979), A Classification of Coping Behavior Based on Multidimensional Scaling of Similarity Ratings. Journal of Clinical Psychology, 35, 2.
- 15) 柳井 晴夫, 青木 繁伸, 鈴木 庄亮, (1974), 新しい質問紙健康調査票 (THPI) 作成のこころみ, 行動計量学, 2, 1.
- 16) Zeitlin, S. (1980), Assessing Coping Behavior, American Journal of Orthopsychiat, 50, 1.

Summary

Illness Coping Behavior of Chronically Ill Children

Fumiya Obata and Giichi Misawa

Illness coping behavior rating scale was developed to investigate illness coping behavior of chronically ill children. Survey I was executed to develop scale. The subjects were 176 chronically ill children. On the base of this data, scaling procedures were taken with factor analysis. As a result, rating scale which consist with 4 subscales (“agressive, and impulsive behavior”, “withdrawal from the problems”, “over appraisal of the problems”, “behavioral independence”) and 21 items, was developed.

Next, using this scale, survey II was executed to examine the relationship between personal factors, illness related factor and illness coping behavior of chronically ill children. The subjects were 52 chronically ill children with orthopaedics disorders. As a result of the analysis with HAYSI I. It was found that sex and illness have relation with the scores of “aggressive, and impulsvie behavior”, “withdrawal from the problems”, and “overappraisal of the problems”. Through the investigate of category values, they were infered that boys were more vulnerable for illness than girls, and that the activity level of D.M.P. children were lower than any other disorders. About the age, though many studies had reported its importance, clear findings were not found in this study, and this became one of the tasks for future study.