

慢性疾患患児の父親の Sense of Coherence

(Sense of Coherence among fathers of children with chronic illnesses)

東京医療保健大学大学院看護学研究科 博士課程 成育看護学分野

原口 昌宏

目次

序章 慢性疾患患児の父親に関する研究背景	3
第1節 慢性疾患患児および親が直面している問題	3
第2節 父親をめぐる社会の流れと役割の変化	4
第3節 慢性疾患患児の父親のストレス認知	5
第4節 positive psychology approach に基づく慢性疾患患児の父親の Sense of Coherence (SOC)	6
第5節 看護学における SOC 研究および慢性疾患患児の父親の SOC 研究の動向	8
第1章 本研究の目的と意義	11
第1節 本研究の目的	11
第2節 本研究の意義	11
第2章 研究方法	12
第1節 本研究における用語の操作的定義	12
第2節 研究デザイン	12
第3節 調査方法	12
第4節 データ収集方法	13
第5節 データ分析方法	15
第6節 倫理的配慮	16
第3章 結果	17
第1節 慢性疾患患児の父親および健常児の父親に関する基本属性、各変数における基本統計量	17
第2節 ストレッサーと父親の精神健康との関連	18
第3節 慢性疾患患児の父親のストレッサーが精神健康に及ぼす影響と SOC との関連	18
第4節 父親の SOC とソーシャルサポートとの関連	18
第4章 考察	19
第1節 本研究における対象者の特徴	19
第2節 ストレッサーと父親の精神健康との関連	20
第3節 慢性疾患患児の父親のストレッサーが精神健康に及ぼす影響と SOC との関連	20
第4節 父親の SOC とソーシャルサポートとの関連	21

第 5 節 慢性疾患患児の父親への SOC 理論に基づく支援の方策	21
第 6 節 本研究における限界と今後の課題	24
終章 結論	25
謝辞	26
文献	27
図表	34

序章 慢性疾患患児の父親に関する研究背景

第1節 慢性疾患患児および親が直面している問題

近年の周産期および小児医療の発展のもと、長期治療を必要とする慢性疾患患児の多くは長期生存が可能になった。そして医療制度改革により、患児の入院期間は短縮化され、継続的な管理が必要な慢性疾患や医療依存度の高い疾患をもつ患児であっても、自宅療養するようになってきた。

このような医療や社会的背景の変化のなかで、慢性疾患患児の親は、医療だけではなく、教育や日常生活の様々な場面での支援を望んでいるが、十分な対応がなされていない現状があり(木村ら 2019)、ストレスを多く抱え、心理的障害を引き起こすことが報告されている(Farley et al. 2007)。特に慢性疾患患児の母親の心理的特性に関する研究は多く、育児に関して、健常児の母親より困難を感じやすい状況にあること(西村 2008)、母親の生活の質(Quality of Life : 以下 QOL)にストレスやコーピングなどが関連していること(扇野ら 2010)が報告されている。さらに母親の生活の満足感に最も影響を与える因子は、ソーシャルサポートであること(扇野ら 2010)、ソーシャルサポートによって母親のストレス対処能力が高まり、精神的な安定を保ち日常を送ることができること(本山ら 2020)、患児の病気を肯定的に受け止め、前向きに生きようとしていること(原口ら 2017)等、慢性疾患患児の母親の心理的特性は詳細に研究されている。このように、コーピングやストレス反応への影響だけではなく、生活の満足感に直接影響を及ぼしていること、さらに母親を支援する上では、慢性状態が続く中で患児と母親が前向きに生活できるように、母親の個人特性、患児の状況、母親の心理面など多様な側面からアセスメントしていく必要性があることが明らかになっており、具体的な支援策が示唆されている。

一方で、慢性疾患患児の父親に関する研究は少なく、父親への支援を検討する上で実情が不明瞭である。そこで 2000 年から 2018 年の慢性疾患患児の父親の心理的特性や対処行動に関する国内外の研究論文を概観した。心理的特性に関する研究では、患児の病気の悪化や、患児の将来についての懸念といった心理を明らかにした研究(Cashin et al. 2008, Ware et al. 2007, Goble 2004)に加え、慢性疾患患児の父親は健常児の父親よりも不安や失望が強く、育児や日々の生活がストレスに影響する(van Oers et al. 2014)こと、仕事への影響を懸念していること(Pohlman 2005, 原口 2018)が明らかになっている。さらに父親はケア提供者としての認識がなく、母親のサポート役という認識があり、「一家の稼ぎ手」としての経済的な責任を感じていること(Lee et al. 2009)や看護師の関わりが、母親に重点が置かれているため、父親は邪魔にならないように身を置き、自分自身に価値のある役割を見出せないと感じる体験をしていること(Hollywood et al. 2011)が報告されている。一方で、父親の「不安」レベルは母親よりも有意に低いこと(Catastin et al. 2016)や、父親は母親より「うつ状態」、「負担」の得点が有意に低く、「楽観性」の得点が有意に高いこと(Schneider et al. 2011)、父親は母親よりも悲嘆的な症状を訴えないこと(Hechler et al. 2011)も明らかになっていた。さらに、慢性疾患患児の父親の心理的特性のひとつとして、困難や負の感情を感じながらも、父親・夫としての役割を前向きに果たそうとする心理を明らかにした研究もあった。妻や患児を気遣う心理(Sullivan-Bolyai 2006)をはじめ、患児を陰からサポートしようとしたり(Gower et al. 2017)、自分自身を保ち、患児のために「立ちあがろう」とする心理(Johansson et

al. 2012)などが抽出されているとともに、父親の感じる負の感情と自己成長には正の相関があることも報告されていた(Kim 2015)。また対処行動に関する研究では、慢性疾患患児の父親が、健常児の父親よりも「積極的表現」を苦手としており(Rodrigues et al. 2006)、「知識の探求を最小限にする」、「子ども以外のことに従事するようにする」など、困難な状況から逃避しようとする対処行動をとることが明らかになっていた(Peck et al. 2005)。さらに慢性疾患患児の両親には類似したコーピング行動がみられるとする研究(納富ら 2010)や、父親に対する「家族の要求」が有意に高いと、家族が慢性疾患患児を抱える状況に適応しやすくなるとする研究(Svavarsdottir et al. 2005)がある一方、父親は母親よりも患児に関するライフイベントに心理的な影響を受けないとする研究(Katz 2002)や、母親が徐々に患児に関する問題を周囲と協同して解決していくようになるのに対して、父親はコーピング行動に変化が認められなかったという報告もあった(Svavarsdottir et al. 2014)。また、慢性疾患患児の父親には、患児に積極的に関わろうとする母親と共通した傾向が認められたり(Hovey 2005)、特に父親の対処行動の特徴として、医師へ質疑したり、医学関連の文献や書籍で自ら情報を得ようとする(Starke 2002)など、具体的に問題解決しようとする傾向も明らかになっていた(Mc Neil 2004)。これらのことから、慢性疾患患児の父親は、患児が病気であるとの現実には衝撃を受け、大きな不安や失望などを抱きながらも、父親・夫として、患児や妻を支えようと懸命に努力しようとする心理的特性を持つことが明らかになった。また、慢性疾患患児の父親は、現実から逃避しようとする対処行動と、現実に向向きに向き合おうとする対処行動という、相反する対処行動をあわせてとる特徴が明らかになった。これらの結果から父親の心理的特性・対処行動の特徴を踏まえ、看護の対象として働きかける必要が示唆された(原口ら 2019)。

第2節 父親をめぐる社会の流れと役割の変化

Freud(1925)は、「父親は乳幼児に対して影響はほとんどない者として無視され、児童期後期(エディプス期)になって初めて父子関係が注目される」、と述べ、さらに Parson(1954)も、「危険や緊張の多い外の世界で働いている父親を道具的役割」とした。このような性役割モデルの構築、さらに家父長制に代表されるような文化的背景の影響から、父親は外で働き、母親が子育ての責任を負おうという家族形態のなかで伝統的な父親像を合理化していった。国内では、戦争や高度経済成長等で父親は不在の家庭が多くなり、「男は社会で仕事をする」という性別役割分業意識が強くなった(景光 2015)。さらに Bowlby(1979)が提唱した『ホスピタリズム』の現象は、家庭や親、特に母親の役割を重要視させるものになった。このことで、母親は子どもにとって重要な存在になり、愛着がしっかり築かれたとき、その愛着を安全基地として子供は様々な困難や課題に対処でき、情緒的にも安定した人となっていた。

一方で父親について、1970年代、Lamb(1975)は、子どもの社会化に父親は大きな役割を持ち、元来社会的存在である父親は、子どもを社会に関係付ける機能を持つとした。また Lynn(1974)は、父親の育児へのかかわり方などの父親と子どもとの関係などについて述べている。わが国では1980年代頃より父親に関する研究がされるようになり(岩田 1998)、父子関係を中心にした子どもの発達における父親の重要性や、母親像との比較としての父親像について研究が報告されるようになった。その後、母親の育児不安の実態が取り上げられた調査研究の中で、父親・夫が育児に

協力的であり、母親・妻の精神的サポートをしたりしている場合は、母親・妻の育児不安が軽減されるということが明らかにされた(中山ら 2003 ; 唐田 2008)。さらに父親・夫が育児に協力的である方が母親の子どものへの関わりが良好になること(加藤ら 2002)、母親にとって精神的な支えとなり、安定した育児をするためにも重要であることが報告された(池田ら 2018)。少子高齢化、核家族化の進行、女性の社会進出等の社会の変化に伴い、家族のあり方や養育者および子どもを取り巻く環境に大きな変化が起き、子育てを担う役割として、新しい父親像のあり方が模索され (大和ら 2008)、父親の子育て参加や協力の重要性が徐々に問われるようになってきた。

このような研究の流れや、1990 年度の「1.57 ショック」を契機に、出生率の低下や子どもの数の減少が問題として認識され、仕事と子育てしやすい環境づくりに向けて対策の検討が開始された。様々な少子化対策のなかで父親の育児参加の必要性が取り上げられ、自治体・企業などが「子育て支援連携事業」(内閣府 2017)として参画し、「子育てを楽しみ自分自身も成長する男性」と定義した「イクメン」(厚生労働省 2018)が発信されるようになり、男性の育児が啓発されている。また第 4 次男女共同参画基本計画(内閣府 2015)により、女性の社会進出・活躍が期待されるようになり、父親の育児参加がこれまで以上に求められるようになった。さらに『子どもと家族を応援する日本』重点戦略検討会議においても、夫・妻両側のワーク・ライフ・バランスの実現を重点戦略に掲げ、取り組みを進めていく方針が固められ(国民衛生の動向 2009)、制度や政策面から支援体制の整備を開始した。結果、6 歳未満の子どもをもつ父親の 1 週間あたりの育児時間が年々増加していること(総務省 2017)、共働き家庭の増加に伴い、男女平等意識や家庭・育児に男性の意識の変化してきていること(三澤ら 2020)、そして今後の仕事と家庭の両立支援に関する調査(厚生労働省 2008)では、育児休業制度を利用したいと考えている男性が 3 割を超えていることを報告している。さらに内田(2012)は、外来受診の場面では、父親が患児を連れてくる機会の増加が見られ、入院の場面でも、父親が患児に付き添うようになってきていると報告している。このような家族を取り巻く社会の変化に伴い、子どもが養育期であるの男性の育児に対する参加意識は高まり、現実的に家族の中でその役割が必要とされ、父親の役割も多様化していることが推察された。

第 3 節 慢性疾患患児の父親のストレス認知

慢性疾患患児の父親は、患児や家族に対して大きな不安や失望などの複雑な思い(Clark et al. 1999)や、仕事への懸念(Pohlman 2005, 原口 2018)、経済的な責任感(Lee et al. 2009)を抱き、自分自に価値を見出すことができない経験をしていた(Hollywood et al. 2011)。さらに、ストレスサーに対して自己完結型の問題対処方略を取り、心情を吐露して他者にサポートを求めることが苦手である(Katz 2002, Heaman 1995)否定的な心理的特性があった。一方で、妻や患児を気遣う心理(Sullivan-Bolyai et al. 2006)をはじめ、患児を陰からサポートしようとしたり(Gower et al. 2017)、自分自身を保ち、患児のために「立ちあがろう」とする心理(Johansson et al. 2012) など、父親・夫としての役割を果たそうとする(Ramos et al. 2018)特性があった。また一定の時間が経過すると、父親は一般的な父親と変わらない生活を送り、それ以上の活力や社会への働きかけをする一面があること(原口 2018)や、父親の感じる負の感情と自己成長には正の相関があり(Kim 2015)、そして、現実から逃避しようとする対処行動と相反し、積極的に問題を解決しようとする前向きな対処行動を

とることが明らかになっている(原口ら 2019)。

このように、ストレス状況下において、慢性疾患患児の父親は、不安や失望、困難感等を経験し、さらに仕事への影響や家族生活の変化に対して否定的な認知を抱いていた。一方で、慢性疾患患児の父親は、父親・夫として、患児や妻を支えようと前向きに役割を果たそうとし、今までの経験を社会に還元していきたいとの肯定的な認知を抱いていた。さらに父親は今まで経験したことを通して自己成長につなげていた。これらのことから、慢性疾患患児の父親の否定的な認知だけではなく、肯定的な認知特性に着目することで、ポジティブサイコロジーアプローチに基づく看護が有用となる可能性があると考えた。

第4節 positive psychology approach に基づく慢性疾患患児の父親の Sense of Coherence (SOC)

ストレス状況下においても、ストレスや危機的状況の人々がもつネガティブ(否定的)な面に着目して、それを回避することよりも、ポジティブ(肯定的)な面に着目し、それを伸ばすことを一層重要視するという視点が positive psychology approach であり、その哲学的基盤に健康生成論がある。アメリカの保健社会学者である Antonovsky(1987/山崎ら監訳 2001)が、ナチスドイツの強制収容所での過酷な経験をしたにもかかわらず、その後も前向きに生きつづけ、健康を保つことができて人々に着目し、健康生成論を提唱した。それ以前の医学では、「病気はどのようにして作られるのか」という疾病生成論の視点から、病気を予防あるいは早期発見して治療につなげる方向で捉えてきた。一方健康生成論は、「健康はいかにして作られるのか」「健康はどのように維持、増進されるのか」という視点に立つ。Antonovsky(1987)は、過酷なストレスに曝されながらも、なお健康を保持し、場合によっては、それを人生と人間的成長の糧にしている人々がいる事実(人生を“coherence one”)と、そういう人々が共通にもつ特性や要因は一体何なのかということに注目し、それが健康生成論の原点となった。健康生成論の新しい発想は、世界の保健、医療、看護、福祉、心理、教育といったヒューマンサービス分野の広範な学問と実践に、人々がもつネガティブ(否定的)な面に着目しそれ以上に、ポジティブ(肯定的)な面に着目し、それを伸ばすことに力に注ぐという、サービスを必要としている人々への新しい見方、考え方、接近のしかたの重要性を広く認識させることにつながった。その後、WHO(世界保健機構)の 1986 年オタワ憲章で宣言されたヘルスプロモーション(World Health Organization 1986/島内訳 1990)は、Antonovsky の健康生成論をヘルスプロモーションの哲学的基礎であると位置づけた(Kickbush 1996)。そしてストレスフルな経験が及ぼすポジティブな内的変容であるストレス関連成長(Park et al. 1996)、逆境に直面した人が、そのつらい経験のなかになんらかのベネフィット(利点)があったとを感じることを主観的な概念であるベネフィット・ファインディング (千葉 2016)、障害者や問題当事者の強さや強み・長所への働きかけを重要視するストレングス・アプローチ(白澤 2007)等、positive psychology approach に影響を広げた。

そして、Antonovsky は、健康生成論の中核概念に首尾一貫感覚(Sence of Coherence: 以下 SOC)を置き、SOC を「その人に浸しみわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって世界規模の志向性」と定義した(1987/山崎・吉井監訳, 2001)。自分の生きている世界は一貫して筋道が通っており、自分が人生で直面する様々な出来事を理解し今後を予測して対処していく

ことに、生きる意味や生きがいを感じることができるといった、個人の人生観や世界観を表現している。さらに Antonovsky(1987)は、ストレスは日常にあまねく存在するものとして捉えられるべきであるとし、このストレスに曝された生体が緊張の状態に陥った場合に、それを処理できるかどうかは、健康要因である汎抵抗資源(Generalized Resistance Resources: 以下 GRRs)の動員力ともいえる SOC にかかっていると述べている。GRRs はストレスを乗り越えるために有益な資源のことであり、主に社会経済的地位(学位、職業、経済状態)、社会関係、遺伝的素因、家庭環境(養育環境)等が挙げられている。さらに SOC がストレスや危機から自らを守るだけでなく、それらを自らの成長や発達の糧にしていくストレス対処・健康生成力であり、人生の健康要因であるとしている。

SOC は、以下の 3 つの下位概念から成り立っている。

把握可能感(comprehensibility)は、生活をしていく中で出会う様々な出来事について、ある程度予測でき、その出来事が今後ようになっていくか、どのようなものかについても説明できるような能力、感覚であり、外的刺激に直面したとき、その刺激を認知的に理解できるものとして捉えている程度として考えることができる。幼少期の親との信頼関係や生育家庭の規範が大きく影響してくるといわれている。このように、ストレスフルな状況に直面しても、今何が起きているのかがわかることや、この先どうなるのかが予測できることで、一貫して自分自身を保つことができる。

処理可能感(manageability)は、日々の生活を送るなかで、出会う出来事を乗り越えたり、やり過ぎたりするときに必要な自分の周りのモノや人、道具、立場、自分の内面にあるもの等(汎抵抗資源)を、引き出すことができる確信的な感覚である。Antonovsky(1987)は処理可能感を作り出す経験を「過大負荷と過少負荷のバランス」のとれた経験としている。「過大負荷」はストレスによって負担であると感じてしまう経験のことであり、一方で「過少負荷」はストレスがなく対処する必要がなく、資源を使用するかどうかわからない状況のことである。ここでの「ストレス」は、人間が生きていくなか常に存在するもの(生活の場、職場、地域などのあらゆる場などにも絶えず存在しているもの)であり、「資源」は、人間関係やその人を取り巻くサポートやサポート体制等をさす。このように、自分の直面するストレスフルな出来事に対して、自分で何とかできそうだと思えることや、何とかするためにはどこにどんな助けを求めればよいかがわかることで、立ち向かうことができる。

有意味感(meaningfulness)は、人生や生活を送る中で出会った出来事に対して、その出来事が自分にとって意義があり価値があると見出すことができる感覚であり、ストレスへの対処や日々の生活にやりがいや意味が感じられることである。Antonovsky(1987)は、この価値観を自分のなかで変換するだけでなく、人生経験として「結果形成への参加」という経験が重要としている。この感覚を向上させるためには、本人による主体的な日々の努力の継続と左記のような考え方が本人の生活パターンとして定着することを促し支援し続けるようなサポート体制を維持していくことが重要であるとされている。このように、自分が直面するストレスフルな出来事を「これは自分にとって意味がある」「これを乗り越えることは人生にとって意味がある」と信じることで、乗り越えてみると意欲につながる。

把握可能感、処理可能感、有意味感が高いことは、直面する困難な出来事を何が起きているか「わかる」ため、自分でなんとか「できる」と感じ「意味がある」からやってみようと思え、ストレスに対して柔軟に対応し乗り越えていくことができる。つまり SOC が高ければ、困難に直面したときのス

トレスに柔軟に捉え、対処できるため、同じストレスのもとでも健康を維持することができる。そして把握可能感、処理可能感、有意味感の順に、一貫性のある人生経験、過小負荷—過大負荷のバランス、意思決定への参加についてのそれまでの人生経験により形成されるとしている。また SOC では信頼のおける他者や環境の存在や良質な人生経験の積み重ねが重要であり、それらは SOC を構成する 3 つの要素を高め、良質な人生経験を重ねることでさらに高められるとされている (Antonovsky 1987)。

本研究では、慢性疾患患児の父親が日々の生活のなかで起こる様々な困難を、良質な人生経験として重ねることや父親を取り囲む資源環境が整うことで、SOC を高めてゆくことができ、そして父親が困難に直面したときのストレスに柔軟に捉え、対処できるため、同じストレスのもとでも健康を維持できると考えた。そこで、positive psychology approach の 1 つである、SOC に着目することとした。

第 5 節 看護学における SOC 研究および慢性疾患患児の父親の SOC 研究の動向

SOC の働きとして、ストレスに対して柔軟かつ適切に対処する力、病気や障害があっても人生や生活の質を低下させることなく過ごすことを可能にする力があるとされている(山崎 2008)。看護学や精神保健学分野では、レジリエンス(resilience: 弾力性)(Rutter 1985)や、強烈なストレスに曝されたり逆境下におかれたりした人々に、PTSD(心的外傷後ストレス障害)などのネガティブかつ圧倒的な影響とともに見いだされたストレス関連成長(stress-related growth)など(Siegel et al. 2000)、positive psychology を代表する概念の 1 つとして SOC 理論の研究が取り組まれてきた。SOC は国内外問わず、多くの研究が取り組まれている。

戸ヶ里(2009)によると、2009 年までの国内外の研究(137 件)を概観したところ、研究デザインでは横断研究(95 件)がもっとも多く、縦断研究(23 件)、質的研究(15 件)、介入研究(5 件)であった。また SOC の位置づけとしては、独立変数として研究(97 件)をしたものが多く、従属変数(13 件)、相関(13 件)などであった。研究対象者としては、「患者・家族」(97 件)、「市民」(25 件)、「看護師・看護学生」(16 件)であった。

SOC を独立変数とした研究では、Ezer ら(2006)は、前立腺がん患者の妻を対象とし、手術あるいは放射線療法の施行前から治療プロトコルが終了し安定する施行後 3 ヶ月までの追跡を行い、3 ヶ月後の心理社会的適応状況および気分と、3 ヶ月間のそれぞれの変化に及ぼす要因の検討を行った。それによると SOC とその後の変化は、診断後 3 ヶ月の心理社会的適応や精神状態に影響し、さらに SOC の向上は心理社会的適応や精神状態の向上につながっているということが示された。この論文では、SOC の上昇に繋がるケアを介入していく必要性に言及している。また Moon ら(2006)は、これまでの病の経験と SOC に関する研究成果から、病気の人の SOC を強化の方向に導く関わり方を提供し、病を乗り越えるための方法について示唆をしている。たとえば、病気に関する情報提供や療養生活への支援、病気経験を意味づけることである。このような支援は、看護が患者に対して行ってきたケアと類似している部分がある。そして、病というストレスに対して良質な人生経験を患者に提供し、患者自身の病気経験プロセスの意味づけの援助を包含していることから、患者の SOC を形成・強化を促すものであると考えられる。よって、SOC を把握し、その

維持・推進を支援することは重要である。

このように、多くの研究で、SOC と精神状態や QOL などの関連性を示し、支援の必要性を述べている一方で、SOC を従属変数にした研究や SOC に関する介入研究は少ない現状である。

次に慢性疾患患児の親を対象とした先行研究を概観すると、親の SOC が育児ストレスや育児負担に及ぼす影響(Raif et al 1993)や親の SOC が慢性疾患患児の病状や QOL との関連性(Groholt et al., 2003)を明らかにしている。5 歳以下の発達障害児の両親 80 名を対象にし、親の SOC が育児ストレスや育児負担に及ぼす影響に関する研究(Raif et al 1993)では、親の SOC と家族や友人によるインフォーマルなソーシャルサポートには、育児ストレス認知と障害児施設への入所意向を低める効果があることや SOC が親のストレスマネジメント力や介護負担への対処力を予測する機能があることを報告している。さらに、親の SOC が慢性疾患患児の病状や QOL(Groholt, et al., 2003)にどのように関連しているかを検証した研究では、北欧 5 か国の 2 歳から 17 歳の子どもを持つ両親 9524 名を対象としていた。結果、子どもの健康に問題がない親で SOC が低い親の割合は 22.5%であったのに対して、慢性的な健康問題をもつ親で SOC が低い者の割合は 27.7%とわずかに高い傾向にあること($p<.001$)を明らかにしている。このように慢性疾患患児の両親を対象にし、SOC とストレスや QOL がどのように関連しているかは明らかになっているが、慢性疾患患児の父親の SOC に限局した研究は少なく、ストレスが父親の精神健康に及ぼす影響や父親の SOC と社会資源等の関連性、そして慢性疾患患児の父親のストレスが自身の精神健康に及ぼす影響に対して、SOC がどのようなに関連しているのか等、明らかになっていない。

そこで、本研究では、慢性疾患患児の父親の精神健康に及ぼす影響や社会との関連性などをより明瞭になるよう、健常児の父親を含め、慢性疾患患児の父親の精神健康にストレスがどのように関連するのか、慢性疾患患児の父親のストレスが精神健康に及ぼす影響に対して、SOC がどのように関連するのか、そして慢性疾患患児の父親の SOC にソーシャルサポートがどのように関連しているのかを明らかにし、父親への理解を深め、看護の示唆を見出す一助になると考えた。

このような現状を踏まえ、慢性疾患患児の家族である父親もまた看護の対象と捉え、適切なケアを提供するために、慢性疾患患児の父親について多角的に理解する必要がある。そしてケアや理解に基づいて、リプロダクションサイクルを視野に入れた成育医療・看護につなげていく必要がある。成育医療とは、患者やその家族を中心した総合的、継続的医療に対するニーズに応えるため、胎児から小児、思春期を経て出産・育児に至るまでのライフサイクルを見通したリプロダクションサイクルを対象とした総合的かつ継続的医療を目指し、これまでの診療の枠を越え、ライフサイクルという新しい概念に基づいた医療である(柳沢 2002)。成育看護とは、胎児期・乳幼児期から子どもと家族の将来をも見据えて、総合的(身体面のみならず、心理・社会的側面も積極的に支援すること)、継続的(常に子どもと家族の過去・現在・将来を視野に入れた支援をすること)にケアを行うことである。すなわちライフステージとライフサイクルを視野に入れて、その“ひと”らしい生き方ができるような支援をすることと定義している(駒松 2005)。

以上より、本研究の「問い」は次の 3 点である。

- 1) 慢性疾患患児の父親の精神健康にストレスがどのように関連しているのか。
- 2) 慢性疾患患児の父親のストレスが自身の精神健康に及ぼす影響に対して、SOC がどのように関連しているのか。
- 3) 慢性疾患患児の父親の SOC にソーシャルサポートがどのように関連しているのか。

第1章 本研究の目的と意義

第1節 本研究の目的

本研究は、第一に、慢性疾患患児の父親と健常児の父親を含め、慢性疾患患児の父親の精神健康にストレスがどのように関連するか、第二に、慢性疾患患児の父親のストレスが精神健康に及ぼす影響に対して、SOC がどのように関連するか、第三に、慢性疾患患児の父親のSOC にソーシャルサポートがどのように関連するのかを明らかにすることを目的としたうえで、看護の示唆を得ること、そしてリプロダクションサイクルを視野に入れた成育看護の質の向上につなげることとした。

第2節 本研究の意義

診断・治療技術の向上や医療設備の充実により、慢性疾患患児は、医療を必要としながらも成長できるようになった一方で、生涯にわたる長期的な管理を必要とし、様々な問題に直面することとなる。また、家族は、育児や医療処置などの療養生活を送る上での困難など、多くの問題を抱える。さらに家族を取り巻く社会の変化に伴い、父親が積極的に育児に取り組むようになってきている現状がある。しかし、先行研究を概観すると、慢性疾患患児の父親に関する研究は限局し、患児や母親を中心に看護が提供されていることが多く、父親への支援が十分であるとはいえない。

以上のような状況を踏まえ、本研究では、慢性疾患患児の父親に焦点を当て、患児やその家族の身近に存在する看護者が、リプロダクションサイクルを視野に入れ、家族の一員である父親に視点をむけることで、父親への理解を深め、看護の示唆を見出す一助になると考えた。さらに成育看護・医療の質の向上にも貢献できると考えた。

第2章 研究方法

第1節 本研究における用語の操作的定義

1. 慢性疾患患児

本研究では、小児慢性特定疾病対策事業(厚生労働省 2019)における「慢性疾患を抱える子どもとその家族への支援の在り方(報告)」(厚生労働省 2018)を参考に、慢性疾患を「16 疾患群に該当する疾患、または医療的処置やケアを必要とし、罹患により長期的な生活上の制限や管理を要する疾患」と操作的に定め、その定義に該当する疾患を有する児を慢性疾患患児とした。

2. 健常児

本研究では、上記 16 疾患群に該当する疾患、または医療的処置やケアを必要せず、罹患により長期的な生活上の制限や管理を要さないうえで、日常生活を過ごしている子どもと定義した。

3. ストレッサー

本研究では、「慢性疾患患児の父親が、日常生活上の出来事や刺激的な状況、あるいは刺激的な環境を引き出すもの」と定義した。

4. ストレス認知

本研究では、「慢性疾患患児の父親が、生得的、経験的にもっている情報に基づいて抽出した外界からの情報と既存の情報とを関係づけることで、ストレッサーとして父親自身が認知したもの」と定義した。

第2節 研究デザイン

横断研究デザイン

第3節 調査方法

1. 研究対象者

慢性疾患患児の父親 70 名と健常児の父親 70 名を対象とした。

慢性疾患患児の父親の選定条件として、小児慢性特定疾病対策事業(厚生労働省 2019)における「慢性疾患を抱える子どもとその家族への支援の在り方(報告)」(厚生労働省 2018)を参考に、16 疾患群に該当する疾患または医療的処置やケアを必要とし、罹患により長期的な生活上の制限や管理を要する疾患を有し、現在在宅療養生活を送っている 0～16 歳の児の父親とした。調査依頼時に、患児が入院中である者は除外した。

健常児の父親の選定条件として、子どもが関東地域近郊の保育園、幼稚園、小学校、中学校に通う 0～16 歳の児の父親とした。

なおサンプルサイズは、研究目的に則り、効果量を中程度とし、検出力 0.8、有意水準 5%した

場合を想定した場合 63 名以上 (Cohen 1992)、また独立変数×10 以上がサンプル数の基準 (Altman et al. 1999)に基づいて算出した。

第 4 節 データ収集方法

1. データ収集法

クローズ型インターネット法および郵送法による無記名自記式質問紙調査

2. データ収集期間

2020 年 4 月～2020 年 8 月

3. データ収集の実際

慢性疾患患児の父親および健常児の父親に対して、以下の手続きで行った。

- 1) 慢性疾患患児の父親への依頼は、慢性疾患患児の親で結成された患者会 4 団体、訪問看護ステーション 2 施設、療育センター 2 施設の代表者に対して、研究の趣旨を調査依頼書に基づいて、口頭で説明した。健常児の父親への依頼は、関東近郊の保育園、幼稚園、小学校、中学校および本研究の「健常児」の定義に基づき、16 疾患群に該当せず、または医療的処置やケアを必要せず、日常生活を過ごしている子どもに関する NPO 法人 2 施設の 6 施設・団体の代表者に対して、電話にて研究の趣旨を調査依頼書に基づいて、口頭で説明した。
- 2) 研究協力に関する承諾を得た後、代表者に対して研究の趣旨に関する調査依頼書を郵送し、各団体の代表者より、研究対象候補者に、入力フォームへアクセスできる URL を記した調査協力依頼書を渡していただいた。なお、研究対象候補者が参加を承諾したか否かについては、セルフヘルプグループには開示しないこととした。なお、代表者からの承諾後でも、研究対象候補者を選定する前であれば、同意撤回することは可能とした。
- 3) 研究対象候補者には、以下の内容を調査協力依頼書に記載し、回答をもって同意とみなした。
 - (1) 研究の名称、趣旨、目的、意義、方法、研究期間、無記名調査であること
 - (2) 当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けていること
 - (3) 参加は自由意思であり強制するものではなく、参加拒否の権利があること
 - (4) オンラインおよび郵送法で回答し、提出をもって研究参加に同意したものとすること
 - (5) 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスクとその対応
 - (6) 回収されたデータの厳密な管理や研究目的以外ではデータを使用しないこと
- 4) 慢性疾患患児の父親 425 名、健常児の父親 536 名、合計 961 名が研究対象候補者となり、クローズ型インターネット法および郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。

4. 調査項目

本研究では、以下の調査項目に基づく質問紙を作成し、データ収集を行った。

1) 父親の基本属性(慢性疾患患児の父親、健常児の父親)

年齢、家族構成、職業、経済状況、育児時間、父親のソーシャルサポートをたずねた。ソーシ

サルサポートに関する指標には **Modified Medical Outcome Study social support survey** (以下 **mMOS-SS**)を使用した。**mMOS-SS** は、地域住民や慢性疾患をもつ患者が有するソーシャルサポートを測定するために開発された **MOS-SS(19 項目 5 件法)**を精選、簡略化した尺度である。8 項目から成り立ち、得点範囲は、**8～40 点**であり、得点が高いほど、サポートが充実していることを意味する。尺度としての信頼性・妥当性は既に確認されている(Togari et al 2016)。

2) 子どもの基本属性(慢性疾患患児の父親、健常児の父親)

年齢、性別、就学状況をたずねた。

3) 子どもの病気に関する属性(慢性疾患患児の父親)

病名、入院・手術回数、外来受診頻度、医療処置の有無および療養状況、学校生活管理指導表の区分(**A:在宅医療・入院が必要、B:登校は出来るが運動は禁止、C:軽度運動可、D:中等度の運動可、E 禁:強い運動不可**)をたずねた。

4) 父親の精神健康 (慢性疾患患児の父親、健常児の父親)

父親のストレス反応を表わす精神健康の指標として、**Kessler 6 scale** (以下 **K6**)をたずねた。**K6** は、抑うつ度を測定できる尺度である。6 項目から成り立ち、得点範囲は、**0～24 点**であり、得点が高いほど精神健康度が不良であることを意味する。尺度としての信頼性・妥当性は、確認されている(Furukawa et al. 2008)。

5) 父親の人生満足度 (慢性疾患患児の父親、健常児の父親)

父親の人生満足度として、**The Satisfaction With Life Scale** (以下 **SWLS**)をたずねた。**SWLS** は、**Diener ら(1985)**に幸福感概念として定義され、人生満足感を得点として測定することができる。5 項目から成り立ち、得点範囲は、**5-35 点**であり、得点が高いほど、人生の本質的な幸福度が高いことを意味する。尺度としての信頼性・妥当性は確認されている(角野 1994)。また本研究では、父親の人生の主観的評価に関する指標でありストレスラーとして、**SWLS** を用いることとした。人の心理の **positive** な側面に注目した研究の中心概念である主観的ウェルビーイング(**subjective well-being**)は、感情的側面と認知-判断的側面に分かれる。後者が人生に対する満足(**life satisfaction**)であり、自ら選んだ基準に基づき、過去-現在-未来にわたる人生の主観的評価と定義される。父親は、患児の病状に対する不安や父親役割の重責感、社会での孤立感等、否定的な認知をしながらも、自身の経験に意味づけを行い(過去)、患児が生きている現実などに充実感(現在)や患児、家族の未来の目標を意識し(未来)、そして社会のなかで自分自身の存在価値を見出すような肯定的な認知を抱いていた。つまり父親は自身の基準に基づき、人生を主観的に評価していた。**Lazarus ら(1984)**は、ストレスラーを「ストレスや情動反応を生み出す日常生活上の出来事や慢性的な要求、環境的な要求」としている。つまり、慢性疾患患児の父親は、自身の主観的評価に基づき、日常生活上の出来事や状況、環境だけではなく、患児が病気である事実が自分自身の人生に対して幸福感や生きがい感に悪影響を受け、不幸な気持ちや今後の人生に対して生きがいを持つことができない可能性があり、それをストレスラーとして主観的評価をしているのではないかと推察された。また父親が今までの経験に対して否定的な認知を抱くことで **SWLS** の得点は低値になることが想定された。そこで本研究では、父親の人生の満足度を複合的なストレスラー指標の 1 つとして捉えることとした。

6) 父親の **SOC**(慢性疾患患児の父親、健常児の父親)

父親のストレス認知指標として、Sense of Coherence(以下日本語版 SOC-13)をたずねた。日本語版 SOC-13 は、Antonovsky が 1987 年に作成した首尾一貫感覚尺度をもとに山崎ら(2001)が開発した SOC-13 日本語版短縮版スケールであり、13 項目(把握可能感:5 項目、処理可能感:4 項目、有意味感 4 項)から成り立つ。SOC はストレスフルな出来事・状況にさらさながらも心身の健康を守り、成長を糧にかえて、健康に生きていくことを可能にする力を測定する尺度である。得点範囲は、13-91 点であり、得点が高いほどストレスな出来事に柔軟に対処していることを意味する。尺度としての信頼性・妥当性は既に確認されている(Togari et al. 2008)。

第 5 節 データ分析方法

初めに、対象者の基本属性、慢性疾患患児の基本属性について記述統計を算出し、Mann-Whitney's U 検定、Fisher's 正確確率検定で、慢性疾患患児の父親と健常児の父親との 2 群比較を行った。

次に各尺度の基本統計量を算出し、Mann-Whitney's U 検定、t 検定で、慢性疾患患児の父親と健常児の父親との 2 群比較を行った。また各尺度の全体項目、下位項目に信頼統計量を算出した。

「ストレスサーが慢性疾患患児の父親の精神健康にどのように関連しているのかを明らかにする」(研究目的 1)ため、慢性疾患患児の父親および健常児の父親 137 名を先行研究(Kessler et al. 2003)に基づき、精神健康得点の抑うつ度高群(K6 得点 5 点以上)と抑うつ度低群(K6 得点 4 点以下)に分割し従属変数とした。そして、以下に示す変数を独立変数として、ステップワイズ法によるロジスティック回帰分析を行った。独立変数は、各変数との相関および基本属性に基づき、年齢(40 歳未満:0、40 歳以上:1)、同居人数(3 名以下:0、4 名以上:1)、子どもの人数(2 名以下:0、3 名以上:1)、育児休業取得の有無(無:0、有:1)、慢性疾患患児の有無(医療児:0、健常児:1)、第 1 子就学状況(未就学:0、小学校以上:1)、子どもの入院頻度(2 回未満:0、2 回以上:1)、子ども手術回数(2 回未満:0、2 回以上:1)、子どもに必要な医療処置数(3 回未満:0、3 回以上:1)、子どもの通院回数(月 1 回未満:0、月 1 回以上:1)、学歴(中学・高校・専門学校卒 0、大学・大学院卒=1)、業種別(専門・技術職以外:0、専門・技術職:1)、個人年収(650 万円未満:0、650 万円以上:1)、世帯年収(800 万円未満:0、800 万円以上:1)の 2 群に区分した。

次に「慢性疾患患児の父親のストレスサーが自身の精神健康に及ぼす影響に対して、SOC がどのように関連しているかを明らかにする」(研究目的 2)ため、慢性疾患患児の父親 51 名を先行研究(山崎ら 2008)に基づいて SOC 得点の高群(SOC 得点 58 点以上)と低群(SOC 得点 57 点以下)に分割したうえで、精神健康を従属変数とした。ストレスサー指標である人生満足度を、先行研究(角野 1994)に基づいて低ストレスサー群(SWLS 高群)(SWLS 得点 23 以上)、高ストレスサー群(SWLS 低群)(SWLS 得点 22 以下)の 2 群に区分した独立変数としたうえで 2 元配置分散分析を行った(図 1)。

そして「慢性疾患患児の父親の SOC にソーシャルサポートがどのように関連するのかを明らかにする」(研究目的 3)ため、慢性疾患患児の父親および健常児の父親 137 名を分析対象とし、スピアマンの順位相関分析および単回帰分析を行った。SOC および下位尺度である把握可能感、処

理可能感、有意味感をそれぞれの従属変数とし、ソーシャルサポートおよび下位尺度である道具的サポート、情緒的サポートを独立変数とした。

統計解析には、SPSS Statistics Ver.28 および EZR Ver4.0.3 を用い、統計学的有意水準を 5%とした。

第 6 節 倫理的配慮

本研究は、東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会の承認(31-57B)を得て実施した。研究への参加・協力は対象者の自由意思を尊重し、本研究に参加しなくても不利益は被らないこと等を文書で説明した。調査は看護研究における倫理指針(2007)および人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(2015)に準拠し、個人情報保護の観点から、管理されるデータは、セキュリティ対策のため、ウイルス対策ソフトを用い、データを保存する際には、必ずパスワードをつけて厳重に管理する等、個人情報の流出防止に努めた。なお本研究における開示すべき COI はない。

第3章 結果

慢性疾患患児の父親 51 名(回収率 12.0%、有効回答率 100.0%)、健常児の父親 88 名(回収率 16.4%、有効回答率 97.7%)、全数 139 名(回収率 14.4%、有効回答率 98.5%)より回答を得た。有効回答数より、分析対象者は 137 名(慢性疾患患児の父親 51 名、健常児の父親 86 名)であった。

第1節 慢性疾患患児の父親および健常児の父親に関する基本属性、各変数における基本統計量

1. 対象者の基本属性(表 1)

年齢について、平均年齢 40.53 ± 5.98 歳であり、第1子の平均年齢 7.98 ± 4.90 歳であった。育児時間について、8割近くの父親が平日1日あたり3時間以下であった。また休日には、4時間以上に約7割の父親が育児に時間を費やしていた。第1子就学状況について、就学児 59.1%、未就学児 40.9%であり、第1子から第4子以降まで、保育園・幼稚園の割合が最も高く、次いで小学校、中学校となっており、慢性疾患患児の父親と健常児の父親との間に統計学的有意差を認めた($p < .001$)。個人収入及び世帯年収について、 645.59 ± 287.77 円、 814.48 ± 349.80 円であった。また世帯年収においては、慢性疾患患児の父親と健常児の父親との間に統計学的有意差を認めた($p = .012$)。

2. 慢性疾患患児に関する基本属性(表 2)

疾患の分類について、本研究対象者の患児は、アレルギー疾患が一番多く($n=19$, 22.6%)、次いで心疾患($n=17$, 20.2%)、呼吸器疾患($n=15$, 17.9%)となった。疾患の有無では、第一子に多く($n=46$, 68.7%)、第一子以外は約30%程度であった。患児の入院頻度、手術回数について、それぞれ平均 7.48 回、5.29 回であった。患児の通院頻度について、平均 10.7 回と約 1-2 か月の頻度であった。患児の医療処置として、内服($n=44$, 37.6%)が一番多く、次いで吸入($n=18$, 15.4%)、外用薬($n=17$, 14.5%)となっていた。学校管理指導表では、E 禁($n=5$, 16.7%)であり、厳しい運動制限を受けている患児がいた。これは心疾患の患者を中心にみられた。一番多い回答は、「わからない」($n=20$, 66.7%)であった。

3. 本研究における各尺度の基本統計量および信用性統計量(表 3)

1) mMOS-SS

本研究の対象者の平均得点は 30.67 ± 8.12 、道具的サポート得点 15.86 ± 4.46 、情緒的サポート得点 14.85 ± 4.24 であった。慢性疾患患児の父親と健常児の父親との比較では、すべての項目において、統計学的な有意差は認められなかった。信頼性統計量は、全体項目の Cronbach's α 係数は 0.92 であり、下位項目の道具的サポートの Cronbach's α 係数は 0.90、情緒的サポートの Cronbach's α 係数は 0.89 であった。

2) K6

本研究の対象者の平均得点は 4.34 ± 4.20 であった。慢性疾患患児の父親と健常児の父親との比較では、統計学的な有意差は認められなかった。信頼性統計量は、全体項目の Cronbach's α 係数は、0.87 であった。

3) SWLS

本研究の対象者の平均得点は 22.88 ± 5.66 であった。慢性疾患患児の父親と健常児の父親との比較では、統計学的な有意差は認められなかった。信頼性統計量は、全体項目の Cronbach's α 係数は 0.84 であった。

4) SOC-13

本研究の対象者の平均得点は、 58.40 ± 9.44 であった。また下位尺度の得点では、把握可能感は 22.67 ± 4.92 、処理可能感は 17.34 ± 3.97 、有意味感は 18.38 ± 2.58 であった。慢性疾患患児の父親と健常児の父親との比較では、統計学的有意差は認められなかった。信頼性統計量は、全体項目では、Cronbach's α 係数は 0.72 であった。下位項目では、把握可能感の Cronbach's α 係数は 0.66、処理可能感の Cronbach's α 係数は 0.51、有意味感の Cronbach's α 係数は 0.53 であった。

第 2 節 ストレッサーと父親の精神健康との関連(表 4)

精神健康を従属変数にしたロジスティック回帰分析の結果、慢性疾患児がいること(OR:0.286, 95%CI:0.109-0.755, $p=.011$)、子どもに必要な医療処置数が 3 つ以上であること(OD:4.903, 95%CI:1.368-17.570, $p=.015$)は、父親の精神健康の不良さに有意に関連していた。

第 3 節 慢性疾患患児の父親のストレッサーが精神健康に及ぼす影響と SOC との関連(図 2)

2 元配置分散分析の結果、低ストレッサー下では、精神健康は SOC 両群で有意差がみられなかった($p=.258$)が、高ストレッサー下では、SOC 低群の精神健康は有意に悪化し($p=.038$)、かつ SOC 高群よりも有意に不良であった($p=.016$)。

第 4 節 父親の SOC とソーシャルサポートとの関連(表 5)

SOC を従属変数にした単回帰分析とスピアマンの順位相関分析の結果、ソーシャルサポート($\beta=.219$, $p=.010$; $r=.201$, $p=.018$)、ソーシャルサポートの下位因子である道具的サポート($\beta=.190$, $p=.026$; $r=.187$, $p=.028$)、情緒的サポート($\beta=.218$, $p=.010$; $r=.184$, $p=.032$)でそれぞれ有意な正の関連性を認めた。また SOC の下位因子において処理可能感では、ソーシャルサポート($\beta=.241$, $p=.005$; $r=.199$, $p=.020$)、ソーシャルサポートの下位因子である道具的サポート($\beta=.205$, $p=.016$; $r=.172$, $p=.049$)、情緒的サポート($\beta=.245$, $p=.004$; $r=.181$, $p=.035$)でそれぞれ有意な正の関連性を認めた。有意味感では、道具的サポート($\beta=.179$, $p=.037$; $r=.205$, $p=.016$)と有意な正の関連性を認めた。

第4章 考察

本研究を通して、慢性疾患患児の父親であることは精神的なストレスであることが明らかになった一方で、SOC にはストレスが精神健康に及ぼす影響に対して緩衝効果があることも明らかになった。これらのことから、日々の生活のなかでストレスに曝される慢性疾患患児の父親にとって、精神健康を良好に維持するうえで SOC が重要であることが明らかになり、positive psychology approach の1つである SOC 理論に基づく支援の方策が有用である可能性が示唆された。

さらに、慢性疾患患児の父親の SOC には道具的サポートだけではなく、情緒的サポートを含めたソーシャルサポートの充実が有意に関連していることが明らかになった。慢性疾患患児の父親のストレスや心理的特性を理解した上で、問題解決のための情報提供支援だけではなく、心情を表出したり、他者とのつながりを実感できたりするような支援の重要性が示唆され、その思いに沿った看護援助を行っていく上で意義があると考えられる。

以下、「本研究の対象者の特徴」、「ストレスと父親の精神健康との関連」、「慢性疾患患児の父親のストレスが精神健康に及ぼす影響と SOC との関連」、「父親の SOC とソーシャルサポートとの関連」について考察し、「慢性疾患患児の父親への SOC 理論に基づく支援の方策」を検討する。

第1節 本研究における対象者の特徴

本研究の対象者の平均年齢は、 40.5 ± 5.9 歳であり、第1子の平均年齢 7.9 ± 4.9 歳であった。2019 年日本の父親の第1子誕生時の平均年齢 32.8 歳であり(厚生労働省 2020)、2019 年度合計特殊出生率 1.36 であった(厚生労働省 2020)。この傾向と本研究の対象者を比較すると、全国の父親の第1子誕生時の平均年齢とほぼ同数であり、さらに子どもの人数 1.8 ± 0.8 人と合計特殊出生率と比較すると多い傾向にあった。第1子就学状況について、就学児 59.1%、未就学児 40.9%であり、父親の平均年齢から、第1子の年齢を想定すると、就学児の割合が多くなると想定された。個人収入について、日本の男性の平均年収は 545.0 万円(国税庁 2019)、さらに日本の世帯年収 551.6 万円であり、児童がいる世帯は、743.6 万円となっている(国税庁 2019)。また慢性疾患患児の父親と健常児の父親の間には、世帯年収に有意な差を認めた。このことから、本研究の対象者は、経済面において、比較的余裕のある世帯であり、特に健常児の父親のほうが経済的に豊かであることが推察された。

本研究における各尺度の基本統計量および信用性統計量の結果より、ソーシャルサポートは、本研究の対象者は、子どもを持つ父親を対象にした先行研究(Togari et al. 2016)と比較し、平均得点、下位項目の得点ともに、ほぼ数値は同値であった。人生満足度は、本研究対象者の年齢としては、先行研究(角田 1994)と比較し、ほぼ同値であった。ストレス認知は、本研究における対象者の平均年齢 40 歳であり、SOC 平均得点 58.4 ± 9.4 であった。大規模調査を行っている先行研究(山崎ら 2008)とほぼ同様の傾向にあった。さらに下位項目についても、全体項目と同様の傾向にあった。精神健康は、本研究対象者の平均得点は 4.3 ± 4.2 であり、先行研究(Fukuhara et al. 2008)

の平均得点は 3.6 ± 3.9 でありとやや高値であり、比較的抑うつ度が高い集団であると推察された。また信頼統計量の結果より、本研究の対象者は、すべての尺度において Cronbach's α 係数が 0.70 以上であり、尺度の内的整合性が高いと考えられる。以上のことから、基本属性や基本統計量の傾向を踏まえると、全国的な父親の集団と同様の傾向にあり、大きな偏りのある集団ではないことが明らかになった。

慢性疾患患児の入院頻度及び手術回数に関しては、それぞれ平均 7.4 ± 10.6 回、 5.3 ± 5.2 回であった。疾患分類でもあるように、心疾患や呼吸器疾患等、入院のための検査入院や複数回にわたり手術が必要なる疾患等があるため、比較的多い入院頻度、手術回数になっていることが推察された。通院頻度に関して、1-2 か月の頻度であった。疾患分類でもアレルギーや心疾患など、定期的に診療を必要とする疾患が上位を占めていることから、比較的高い頻度での通院回数になっていると考えられた。医療処置について、疾患の分類でも上位を占める心疾患や呼吸器疾患に関連し、長期的に治療を要するという観点から、内服が最も多いことが推察された。その他、酸素療法や吸引、経管栄養、中心静脈栄養など、複数の医療処置を必要とする児が多くいることも明らかになった。学校管理指導表について、E 禁(16.7%)は、心疾患を中心に認められた。ただ「わからない」(66.7%)と回答した父親が多数であった。これは普段から患児の処置やケアにあたっているものの、実際学校生活という社会生活を送る部分については、父親が患児の生活のことを把握しきれていない、また小学校以上になることで、その部分についての情報を収集する必要性がないと認識している可能性も示唆された。以上のことから、在宅にて比較的高度な医療処置を必要し、定期的に通院や入院を要していることから、慢性疾患患児としての特徴を一定程度反映した集団であると考えられる。

第 2 節 ストレッサーと父親の精神健康との関連

ロジスティック回帰分析の結果より、父親の精神健康に与えるストレッサーとして、慢性疾患患児の父親であること、子どもの医療処置数が有意に関連しているが明らかになった。先行研究 (van Oers et al. 2014) では、慢性疾患患児の父親は、健常児の父親よりも不安や失望が強く、育児や日々の生活などがストレッサーとして影響していることを報告している。本研究の父親においても、慢性疾患患児の父親であることは、父親のストレッサー因子であることが考えられ、日々の生活のなかで、ストレッサーに曝されながら、精神健康に影響を及ぼしていると推察された。

第 3 節 慢性疾患患児の父親のストレッサーが精神健康に及ぼす影響と SOC との関連

本研究の結果より、低ストレッサー下での精神健康は SOC 両群で有意な差はなかったが、高ストレッサー下では、SOC 低群の精神健康は有意に悪化し、さらに SOC 低群は SOC 高群よりも有意に精神健康が不良であった。このことから、SOC にはストレッサーが精神健康に及ぼす影響に対して緩衝効果があることが明らかになった。SOC はストレッサーの評価を行い、汎抵抗資源(GRRs)を動員し、ストレッサーの対処の成功をもたらす機能を有している。都内一般住民男性(高山ら 1999)、日本人代表サンプル調査(山崎 2003)、情報産業労働者(Ohta et al. 2015)などを対象とし

た先行研究では、ストレス緩衝効果について明らかにしている。また健康やウェルビーイングへの直接効果に関する縦断研究は、大学生(Tagari et al. 2008)、自衛隊新規隊男性(小林, 2017)、切迫早産の妊婦(Kagami et al. 2015)を対象に行われており、SOC と精神健康との関連を明らかにしている。このことから、高ストレス下にある慢性疾患患児の父親において、高い SOC は父親自身のストレスが精神健康に及ぼす影響に対して緩衝効果をもつことが示唆された。

第 4 節 父親の SOC とソーシャルサポートとの関連

本研究の結果より、ソーシャルサポート、ソーシャルサポートの下位因子である道具的サポート、情緒的サポートでそれぞれ有意な正の関連性を認めた。さらに SOC の下位因子である処理可能感との間にもソーシャルサポート、道具的サポート、情緒的サポートでそれぞれ有意な正の関連性を認めた。さらに有意味感の間では、道具的サポートで有意な正の関連性が認められた。先行研究(Kobylianskii et al. 2018)において、父親のストレスとして、経済面での負担があることが報告されている。Antonovsky(1987)は、資産があること、職業があること、ソーシャルサポートあることは、ストレスに対する有力な汎抵抗資源であるとし、SOC では信頼のおける他者や環境が重要であり、それらは SOC を構成する 3 つの要素を高めるとしている。また道具的サポートは、具体的な情報や資金などの物理的な支援を得られるサポートであり、そのようなサポートが充実していると生活における生きがいや自身の存在意義を感じることに繋がると有意味感や高い SOC との関連が明らかになっている(山崎ら 2017)。本研究の父親についてもソーシャルサポートが重要な汎抵抗資源の 1 つであることが示唆された。

さらに、本研究の結果から、慢性疾患患児の父親の SOC には、情緒的サポートが有意に関連することが明らかになった。本研究結果より、SOC には情緒的サポートの強さが有意に関連していることが明らかになったことは、今後定量的分析をする際、明確かつ客観的指標の 1 つの知見になったと考える。また父親の心理的特性として自身の感情を吐露することが苦手であり、十分な支援を受けることができていない可能性が示唆されている(原口ら 2019)。このような父親に対して、SOC 理論における汎抵抗資源の考えに基づき、問題を解決するための情報による支援や金銭的をはじめとする物理的な支援等の外的資源だけではなく、周りの人に話を聴いてもらったり、共感してもらう等の情緒的サポートを含めた内的資源も重要であると考えられる。

第 5 節 慢性疾患患児の父親への SOC 理論に基づく支援の方策

本研究から、慢性疾患患児の父親のストレス認知において、SOC は父親自身のストレスに対して緩衝効果をもつこと、父親の SOC に外的資源だけではなく内的資源等のソーシャルサポートの充実が有意に関連していることが明らかになった。このことは、SOC 理論に基づく支援の方策に有用である可能性を示唆するものであると考えられた。以下、SOC 概念に基づく看護の示唆を示す。

慢性疾患患児の父親は、必要な情報を取り入れることで、患児の病状の変化や今後起こりうる事態を把握し、さらに父親自身の制御可能感を高めることができる(Arockiasamy 2008)。また、Antonovsky(1987)は、欲求に対応するためには、それらの欲求が何であるか(把握可能)という明確な像をもつことが必要であると述べている。さらに慢性疾患患児の父親の対処行動の特徴として、

医師へ質疑したり、医学関連の文献や書籍で自ら情報を得ようとする(Starke et al. 2002)など、具体的に問題解決しようとする傾向も明らかになっている(Mc Neil 2004)。また患児の診断後、最初の 1 年間は、父親に対して、医療者は、変化した生活状況を理解した上で、心理的サポートを行うことが重要であることが報告されている(Iversen et al. 2018)。よって、看護師は、患児が病気であると診断された時期から、父親が患児の病気に関する情報収集に勤しみ、その後の様々な困難に対応していくため、的確な情報提供を行うことや周囲との人との意見の一致を確認する等、父親が状況を把握できるように早期からの支援していくことが必要であることが示唆された。

慢性疾患患児の父親は、周囲の GRRs(汎抵抗資源)を適切な時期に引き出し、自分で何とかできる自信あるいは確信の感覚、すなわち処理可能感の機能と共通すると解釈できる。父親は慢性疾患患児の父親として、GRRs を充分に利用できてコントロールできているため、妻への配慮をし、患児を取り巻く医療、環境に対して充足感を感じていると考えられた。父親の GRRs とは、医師、医療機関、自らの保健行動、妻、認知の意識的な変更等、多岐であった。慢性疾患患児の父親は、状況の把握に努めながら、患児や妻、そして自分自身について考えるようになり、その後、社会全体へ視点が移行していく様相がうかがえた(原口ら 2019)。このことから、父親を取り巻く家庭や環境を把握したうえで、適切な社会的資源を提供していくことの重要性が示唆された。また父親は独立した存在ではなく、文化的、社会的な存在であり、家族、コミュニティ、文化などの社会的影響を受ける存在であるといわれている(Cabrera et al. 2015)。つまり、父親が社会との相互作用のなかで影響を受けやすい存在であるとともに、社会を含めた支援をしていく対象であると捉え、慢性疾患患児とその家族が社会の構成員として、社会全体で支援していくことが重要であると考えられる。さらに本研究結果より、外的な資源だけではなく、情緒的サポートのように内的資源の提供も必要性も示唆された。処理可能感の機能には、外的な資源の動員だけではなく、これまでの慢性疾患患児の父親としての人生経験が、内的な資源の動員として関連しており、看護師は父親自身が培ってきた経験に基づく考え方にも視座を置き、支援していくことも重要であると考えられる。

慢性疾患患児の父親は、「慢性疾患患児の父親として生きていく」と決断したことは、健康生成論の健康要因の 1 つであり、今後の生活に希望をもつことは、慢性疾患患児の父親として生きていくこれからのを支える希望や動機であり、有意味感に由来すると考えられた。慢性疾患患児の父親は、父親としての成長を実感し、親として代わることない愛情を抱き、そして社会へ自分の経験を還元していきたい等、有意味感につながっていた。SOC では信頼のおける他者や環境が重要であり、それらは SOC を構成する 3 つの要素を高めるとしている(Antonovsky 1987)。このことから、慢性疾患患児の父親は、日々の生活なかで起こる様々な困難な出来事を何が起こっているのか「わかる(把握可能感)」ため、自分を取り囲む資源環境を用いてなんとか「できる(処置可能感)」と感じ、「意味がある(有意味感)」からやってみようと思えるように、SOC の下位概念が相互に関係していること、および SOC が慢性疾患患児の父親としての経験によって形成・強化されていく可能性が高いことを示唆している。慢性疾患患児の母親は、患児の病気を肯定的に受け止め、前向きに生きようとしていること(Schneider et al. 2011)、医療従事者だけではなく、家族、地域ネットワークなどの様々な人々との関わり(ソーシャルサポート)によって、生活の満足感が向上すること(Svavarsdottir et al. 2014)が明らかになっており、ソーシャルサポートなど多くの支えの中、困難な状況を乗り越え、自分の経験を肯定的な意味付けをしていることが明らかになっている。本研究の

父親も、母親の心理傾向と同様に、父親としての成長を感じながら、前向きに自身の経験を肯定的に捉えていた可能性がある。父親を対象とした研究では、不安・悲しみ・心配・困難といった否定的な項目に着眼した研究が多く、十分に明らかにはなっていない中、父親への支援を検討するうえでは、貴重な知見の 1 つであると考えられる。さらに慢性疾患患児の父親は、否定的な認知を抱きながらも、経験を肯定的に捉え、今までの経験を社会に還元していきたいとのニーズがあった(原口 2018)。父親は独立した存在ではなく、文化的、社会的な存在であり、家族、コミュニティ、文化などの社会的影響を受ける存在であるといわれている(Cabrera et al. 2015)。つまり、父親が社会との相互作用のなかで影響を受けやすい存在であるとともに、社会を含めた支援をしていく対象であると捉える必要があると考えられた。よって、慢性疾患患児の父親の経験に対して、意味づけを促していくことも看護師の重要な役割であると考えられる。

SOC は良質な人生経験を重ねることで高められるとされている。慢性疾患患児の父親は、患児が病気であるとの診断を受けてから、今日に至るまで様々なストレスの影響を受けてきた。ストレスが繰り返し訪れるなかで、慢性疾患患者の父親が経験をつみながら成長する過程は、SOC を醸成していく機会であるといえる。そしてその結果、慢性疾患患児の父親が日々の生活のなかで起こる様々な困難を、良質な人生経験として重ねることができれば、SOC を高めてゆくことも可能であると考えられる。また父親への支援計画を立案するうえで、共通する重要なステップの 1 つとして対象の状況や全体像の把握する必要がある。薬害 HIV 感染被害者を対象とした研究(溝田 2010)では、外傷後成長(PTG)やストレス関連成長を参考にポジティブ、ネガティブの変化を調査したところ、新しい生きがいや人生の楽しみ、物事の考え方にネガティブな変化を見せる人が多いことを明らかにしている。このことは、おかれた状況によっては、ネガティブな変化を生じる人が多くなる可能性を意味している。よって、対象者のおかれている状況を十分に把握しないうえで、ポジティブな変化をもつような支援を行うことは適切ではないと考えられる。そのことから父親の状況や全体像をアセスメントするためには、ストレス認知やストレス関連成長のプロセスの枠組みである positive psychology approach の 1 つである SOC を応用し、どの部分が共通し、どの部分が逸脱しているのか、この評価を通じて対象者のニーズを抽出することが可能になると考える。

本研究の結果より、父親の SOC には情緒的サポートの強さが有意に関連することが明らかになった。父親の心理的特性や対処行動により、父親は母親よりも悲観的な症状を訴えないこと(Hechler et al. 2011)、自分自身を積極的に表現しないこと(Rodrigues et al. 2007)、困難な状況から逃避しようとする事(Peck et al. 2005)、母親は困難な状況に対して周囲と協同して解決していくようになるのに対して、父親は対処行動を変化しないこと(Svavarsdottir et al. 2014)等が報告され、十分な支援を受けることができていない可能性が示唆されている(原口ら 2019)。また日本における男性・父親像に関する固定概念により、社会だけでなく医療の場面においても、父親は大丈夫であると過大評価されてきた背景がある(小松ら 1999, Bradford 1997, Bailey-Pearce et al. 2018)。さらに医療従事者が「父親は母親を支える支援者」であるという認識を抱いており、その結果、父親は「自分はサイドラインに取り残されている」と感じてしまっていたとの報告もされている(Deeney et al. 2012, Helth et al. 2013)。このような背景を踏まえ、父親には、SOC 理論における汎抵抗資源の考えに基づき、問題を解決するための情報による支援や金銭的をはじめとする物理的な支援等の外的資源だけではなく、周りの人に話を聴いてもらったり、共感してもらう等の情緒的サポートを含

めた内的資源も重要である。先行研究より、父親が不安を強く感じているときに医療者が積極的に関与することは、父親の不安を軽減する方略であるとされていること(Blankenship et al. 2015)、さらに父親には、医療者からの患児に関する情報提供に対するニーズ(Gaeten et al. 2013)や、自分の体験を共有したいとのニーズ(Arockiasamy et al. 2008)があること、そして患児の診断後より父親への心理的サポートの必要性があること(Iversen et al. 2018)が明らかになっている。さらに、SOCでは信頼のおける他者や環境が重要であり、それらはSOCを構成する3つの要素を高めるとしている(Antonovsky 1987)。このことから、医療者は、父親の心理的特性を理解した上で、医療者による情報提供・共有の機会を作っていくこと、父親が心情を吐露できるような語りの場を設けること、そして共感や他者とのつながりを実感できるような情緒的なサポート支援を行っていくことが重要な役割であると考ええる。さらに日本における男性・父親像の固定概念による文化的背景の影響も父親が十分な支援を受けることができない要因の1つであると考えられる。今後、このような現状を踏まえ、医療者は、慢性疾患患児の家族である父親を含め、リプロダクションサイクルの視野に基づいた成育看護・医療につなげていく必要性がある。

第6節 本研究における限界と今後の課題

本研究は横断研究であるため、因果関係について示すものではない。今回明らかになった関連因子の因果関係や他のストレスが父親の精神健康に及ぼす影響を明らかにするためにも、今後縦断的な調査を行う必要がある。

本研究はサンプル数が少なかったため、一般化するには限界があった。今後は、より多くの父親に協力してもらえるように、社会情勢や心理的負担を十分考慮したうえで、追加のサンプリング依頼をする等、回収方法を工夫したさらなる調査が必要であると考ええる。

本研究対象者は、患者会に所属している父親もあり、慢性疾患の医療に関する意識が高い者である可能性があった。また疾患の重症度や分類等、慢性疾患患児に関するすべてを網羅することの限界があった。今後は対象となる疾患群を拡大するとともに、依頼先の団体・施設を十分に検討した上で調査を行う必要がある。

本研究では、慢性疾患患児の父親に対してSOCが重要であることが明らかになった。今後はSOC理論に基づいた具体的な介入や、その介入による効果を検証する等の実証研究を行っていくことが求められる。

終章 結論

慢性疾患患児の父親の SOC について以下の 3 点が明らかになった。

1. 父親の精神健康に与えるストレスとして、慢性疾患患児の父親であること、子どもの医療処置数の多さが有意に関連していた。
2. 慢性疾患患児の父親において、SOC にはストレスが精神健康に及ぼす影響に対する緩衝効果があった。
3. 慢性疾患患児の父親の SOC には、道具的サポートだけではなく、情緒的サポートを含めたソーシャルサポートの充実が有意に関連していた。

以上のことから、positive psychology approach の 1 つである SOC 理論に基づく支援の方策が有用である可能性が示唆された。さらに父親の心理的特性を理解した上で共感や他者のつながりを実感できる情緒的サポートの重要性が示唆された。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきましたお父様方、お忙しい時間の合間を縫って、さまざまな調節をしてくださった団体および施設の代表者の方々に心よりお礼申し上げます。

博士論文執筆に際し、ご指導賜りました東京医療保健大学大学院看護学研究科 竹内朋子教授に心から感謝申し上げます。

また、研究の枠組みや方法などについてのご助言だけではなく、研究に対する姿勢や妥協せず頑張ることの大切さを教えてくださいました、東京医療保健大学大学院看護学研究科長 大島久二教授、東京医療保健大学東が丘看護学部長 山西文子教授、および東京医療保健大学看護学研究科博士課程の教職員の皆様、主査、副査の先生方に深く感謝いたします。

最後に、本研究を振り返り、多くの方々のご助言・ご支援・励ましなしには、本研究をまとめることが出来なかったと感じております。皆様への感謝の気持ちとともに、今後とも研究者として努力を重ねてまいりたいと思います。

文献

- Altman D, G., Andersen P, K. (1999). Calculating the number needed to treat for trials where the outcome is time to an event. *BMJ*, 319(7223): 1492-1495.
- Antonovsky A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers. / 山崎喜比古, 吉井清子訳(2001). *健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム*. 有信堂高文社, 東京.
- Arockiasamy V., Holsti L., Albersheim S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*, 121(2): e215-222.
- Bailey-Pearce O., Stedmon J., Dallos R., Davis G. (2018). Fathers' experiences of their child's life-limiting condition: An attachment narrative perspective. *Clinical child psychology and psychiatry*, 23(3): 381-397.
- Blankenship A., Harrision S., Brandt S., Joy B., Simsic J. M. (2015). Increasing parental participation during rounds in a pediatric cardiac intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 24(6): 532-538.
- Bowlby J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*: 637-638.
- Bradford R. (1997). *Children, families and chronic disease*. Routlege, London.
- Cabrera N. J., Tamis-Lemonda C. S. (2015). *Handbook of Father Involvement* (2nd edition). Routledge, London.
- Cashin G.H., Small S.P., Solberg S.M. (2008). The lived experience of fathers who have children with asthma: a phenomenological study. *Journal of Pediatric Nursing*. 23(5): 372-385.
- Catastini P., Di., Marco S., Furriolo M., Genovese C., Grande A., Iacinti E., et al. (2016). The prevalence of anxiety and depression in Italian patients with cystic fibrosis and their caregivers. *Pediatric Pulmonology*, 51(12): 1311-1319.
- 千葉理恵 (2016). “ベネフィット・ファインディング:精神疾患をもつ人々を対象とした研究をもとに”. 宅香菜子編. *PTGの可能性と課題*. 金子書房, 東京.
- Clark S. M., Miles M. S. (1999). Conflicting responses: The experiences of fathers of infants diagnosed with severe congenital heart disease. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 4(1): 7-14.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Deeney K., Lohan M., Spence, D., Parkes J. (2012). Experiences of fathering a baby admitted to neonatal intensive care: a critical gender analysis. *Social science & Medicine*. 75(6): 1106-1113.
- Diener E., Emmons R. A., Larsen R, J., Griffin S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *The Journal of Personality Assessment*, 49(1): 71-75.
- Farley L. M., DeMaso D. R., D'Angelo E., Kinnamon C., Bastardi H, Hill C., E, Blume E. D., et al. (2007). Parenting stress and parental post-traumatic stress disorder in families after pediatric heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 26(2): 120-126.
- Freud S. (1925). *Some Psychological Consequences of the Anatomical Distinction Between the Sexes*. Standard Edition, London.

- Ezer H., Richerd N., Bouchard L., Souhami I., Saad F., Aprikian A., et al. (2006). Adaption of wives to prostate cancer following diagnosis and 3 month after treatment: A test of family adaptation theory. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7): 827-838.
- Furukawa T. A., Kawakami N., Saitoh M., Ono Y., Nakane Y., Nakamura Y., et al. (2008). The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(3): 152-158.
- Gaeten L., Naznany L., Matze B., Bühner C. (2013). Polit study of experiences and needs of 111 fathers of very birth weight infants in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 33: 65-69.
- Goble L. A. (2004). The impact of a child's chronic illness on fathers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 27(3): 153-162.
- Gower C., Higgins A., Doherty N., McCormack D. (2017). Understanding the experiences of fathers of children with congenital heart disease: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology*, 22(11): 1447-1457.
- Groholt E. K, Stigum H, Nordhagen R., Köhler L. (2003). Is parental sense of coherence associated with child health? *European Journal of Public Health*, 13(3): 195-201.
- 原口昌宏, 仁尾かおり, 藤澤盛樹 (2017). 先天性心疾患児の親が考える 子どもが病気を理解するために親としてできること. *小児保健研究*, 76(1), 18-24.
- 原口昌宏 (2018). 先天性心疾患の子どもの出生から幼児期までに父親が抱く思い. *日本小児看護学会*, 27, 57-64.
- 原口昌宏, 竹内朋子 (2019). 慢性疾患患児の父親の心理的特性および対処行動に関する国内外の文献レビュー. *日本小児看護学会誌*, 28, 240-247.
- Heaman J. D. (1995). Perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental disabilities: A comparison of mothers with father. *Journal of Pediatric Nursing*, 10(5): 311-320.
- Hechler T., Vervoort T., Hamann M., Tietze A. L., Vocks S., Goubert L., et al. (2011). Parental catastrophizing about their child's chronic pain: are mothers and fathers different?. *European Journal of Pain*, 15(5): 1-9.
- Helth T. D., Jarden M. (2013). Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles. *Journal of Neonatal Nursing*, 19: 114-121.
- Hollywood M., Hollywood E. (2011). The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 17(1): 32-40.
- Hovey J. K. (2005). Fathers parenting chronically ill children: concerns and coping strategies. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28(2): 83-95.
- 池田雄二郎, 佐伯和子 (2018). 父親の親役割に対する母親の満足感と関連する要因. *日本公衆衛生看護学会誌*, 7(3), 119-126.
- 入江亘, 塩飽仁, 鈴木裕子, 井上由紀子 (2018). 慢性疾患を抱える子どもをもつ親の就労実態および健康関連 QOL (Quality of Life) との関連. *北日本看護学会誌*, 21(1), 1-11.
- Iversen A. S., Graue M., Haugstvedt A., Råheim M. (2018). Being mothers and fathers of a child with

- type 1 diabetes aged 1 to 7 years: a phenomenological study of parents' experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1): 1487758.
- 岩田裕子 (1998). 父親についての文献研究. 筑波医療技術短期大学部研究報告, 19, 9-20.
- Johansson A., Anderzen-Carlsson A., Ahlin A., Andershedet B. (2012). Fathers' everyday experiences of having an adult child who suffers from long-term mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2): 109-117.
- 景光正明 (2015). 家族と社会の未来を創る育児性を身につける指導の工夫. 沖縄県立総合教育センター研究収録, 58, 1-11.
- 唐田順子 (2008). 乳幼児を持つ母親のサポート状況と育児不安との関連. *母性衛生*, 48(4), 479-488.
- 加藤邦子, 石井クンツ昌子, 牧野カツコ, 土谷みち子 (2002). 父親の育児かかわりおよび母親の育児不安が 3 歳児の社会性に及ぼす影響—社会的背景の異なる 2 つのコホート比較から. *発達心理学研究*, 13(1), 30-41.
- Katz S., Krulik T. (1999). Fathers of children with chronic illness: Do they differ from fathers of healthy children?. *Journal of Family Nursing*, 5(3): 292-315.
- Katz S. (2002). Gender differences in adapting to a child's chronic illness: a causal model. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(4): 257-269.
- Kickbush I. (1996). Tribute to Antonovsky : What creates health?. *Health Promotion International*, 11(1): 5-6.
- Kim M. Y. (2015). Factors Influencing Posttraumatic Growth in Fathers of Chronically ill Children. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(6): 890-899.
- 木村愛, 月野木ルミ, 遠藤公久, 石田千絵 (2019). 小児慢性特定疾病がある医療的ケア児における就学の有無別にみた支援ニーズの実態 : 2017 年医療的ケア児実態調査 (特集 未成年). *厚生指標*, 66(13), 8-14.
- 小林道 (2017). 青年期男性の SOC(sense of coherence)が自衛隊入職後の抑うつ症状に及ぼす影響. *日本公衆衛生雑誌*, 64(3), 150-155.
- Kobylianskii A., Jegathesan T., Young E., Fung K., Huber J., Minhas R. S. (2018). Experiences of Inner-City Fathers of Children With Chronic Illness. *Clinical Pediatrics*, 57(7):792-801.
- 国民衛生の動向 (2009). 厚生指標増刊, 56(9), 97-99.
- 国税庁 (2019). 平成 30 年分民間給与実態統計調査結果. 2021 年 12 月 12 日アクセス.
<https://www.nta.go.jp/information/release/kokuzeicho/2019/minkan/index.htm>
- 駒松仁子 (2005). キャリーオーバーと成育医療, そして成育看護. *小児看護*, 28(9), 1070-1075.
- 小松美穂子, 岩田知子 (1989). 新生児を亡くした両親の悲しみの分析. 筑波大学医療技術短期大学部研究報告, 10, 23-34.
- 厚生労働省 (2018). イクメンプロジェクトのご案内, 2022 年 1 月 23 日アクセス.
https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/ikumen_shiryou/dl/ikumen_gaiyou.pdf
- 厚生労働省 (2008). 今後の仕事と家庭の両立支援に関する調査, 2021 年 12 月 12 日アクセス.
www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/dl/s0520-9a.pdf

- 厚生労働省 (2019). 小児慢性特定疾病対策の概要, 2021 年 12 月 12 日アクセス,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000078973.html>
- 厚生労働省 (2018). 慢性疾患を抱える子どもとその家族への支援の在り方(報告), 2022 年 1 月 23 日アクセス.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000032555.html>
- 厚生労働省 (2015). 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針, 2021 年 12 月 12 日アクセス.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000153339.pdf>
- 厚生労働省 (2020). 出生順位別にみた年次別父・母の平均年齢. 2021 年 12 月 12 日アクセス.
<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411609>
- Lamb M. E. (1975). Fathers: forgotten contributors to child development. *Human Development*, 18: 245-266.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984)/ 本明寛, 春木豊, 織田正美監訳 (1991). ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究. 実務教育出版, 大阪.
- Lee T. Y., Lin H. R., Huang T. H., Hsu C. H., Bartlett R. (2009). Assuring the integrity of the family: being the father of a very low birth weight infant. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 512-519.
- Lynn D. B. (1974)/今泉信人, 黒川正流, 生和秀敏, 浜名外喜男, 吉森護訳(1981). 父親—その役割と子どもの発達. 北大路書房, 京都.
- McNeill T. (2004). Fathers' experience of parenting a child with juvenile rheumatoid arthritis. *Qualitative Health Research*, 14(4): 526-545.
- 三澤綾香, 中野隆司 (2020). 世代による両親像の変化. *山梨学院短期大学研究紀要*, 40, 169-179.
- 溝田有里 (2010). 薬害 HIV 感染からいまままでに得たもの. 井上洋士, 伊藤美紀子, 山崎喜比古編. 健康被害を生きる:薬害 HIV サバイバーとその家族の 20 年. 頸草書房, 東京.
- Moons P., Norekval T. M. (2006). Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? : A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1): 16-20.
- 内閣府 (2015). 第 4 次男女共同参画基本計画(平成 27 年 12 月 25 日決定), 2022 年 1 月 23 日アクセス.
https://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/4th/
- 内閣府 (2017). 自治体・企業・NPO による「子育て支援連携事業」全国会議, 2022 年 1 月 23 日アクセス.
<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/relation/index.html>
- 中山美由紀, 三枝愛 (2003). 1 歳 6 か月児をもつ母親に対する父親の育児支援行動. *母性衛生*, 44(4), 512-520.
- 日本看護協会 (2007). 看護研究における倫理指針. 日本看護協会出版会, 東京.
- 西村あをい, 稲葉裕, 小林八代枝 (2008). 先天性疾患児と後天性疾患児の母親の育児ストレスの分析. *順天堂大学医療看護学部医療看護研究*, 4(1), 29-33.

- 納富史恵, 兒玉尚子, 藤丸千尋 (2010). 入院中の慢性疾患患児を持つ両親のコーピング行動. 小児保健研究, 69(6), 756-763.
- 扇野綾子, 中村由美子 (2010). 慢性疾患患児を育てる母親の心理的ストレスおよび生活の満足感に影響を与える要因. 日本小児看護学会誌, 19(1), 1-7.
- Ohta M., Higuchi Y., Yamamoto T. S., Kumashiro M., Sugimura H. (2015). Sense of coherence modifies the effect of over work on mental health. *Journal of Occupational Health*, 57(3): 297-301.
- Park C. L., Cohen, L. H., Murch R. L. (1996). Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. *Journal of Personality*. 64(1): 71-105.
- Peck B., Lillibridge J. (2005). Normalization behaviours of rural fathers living with chronically-ill children: an Australian experience. *Qualitative Health Research*, 9(1): 31-45.
- Perloff J. K., Warnes C. A. (2001). Challenges posed by adults with repaired congenital heart disease. *Circulation*, 103(21): 2637-2643.
- Parson T. (1954). The father symbol: An appraisal in the light of psychoanalytic and sociological theory. Harper & Row, New York.
- Pohlman S. (2005). The primacy of work and fathering preterm infants: findings from an interpretive phenomenological study. *Advances in Neonatal Care*, 5(4): 204-216.
- Raif R., Rimerman A. (1993). Parental attitudes to out-of-home placement of young children with developmental disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research*, 16(2): 97-105.
- Ramos R. M., Nóbrega V. M. D., Fernandes L. T. B., Machado A. N., Collet N. (2018). Paternal care to children and adolescent with chronic disease: maternal perception. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3): e0006.
- Rodrigues N., Patterson J. M. (2007). Impact of severity of a child's chronic condition on the functioning of two-parent families. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(4): 417-426.
- Rutter M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.
- Schneider M., Steele R., Cadell S., Hemsworth D. (2011). Differences on psychosocial outcomes between male and female caregivers of children with life-limiting illnesses. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(3): 186-199.
- Sekizuka-Kagami N., Keiko Shimada K., Noriko Tabuchi N., Hiroyuki Nakamura H. (2015). Association between the sense of coherence 13-item version scale score of pregnant women in the second trimester of pregnancy and threatened premature birth. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 20(2): 90-96.
- 白澤政和編 (2007). ストレングスモデルによる介護予防ケアマネジメントー理論と実際. 中央法規出版, 東京.
- Siegel K., Schrimshaw E. M. (2000). Perceiving benefits in adversity: Stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, 51(10): 1543- 1554.
- Snyder C. R., Lopez S. J. (Eds) (2002). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press, London.

- 総務省 (2017). 平成 28 年社会生活基本調査:生活時間に関する結果, 2022 年 1 月 23 日アクセス.
<https://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/index.html>
- Starke M., Möller A. (2002). Parents' needs for knowledge concerning the medical diagnosis of their children. *Journal of Child Health Care*, 6(4): 245-257.
- Sullivan-Bolyai S., Rosenberg R., Bayard M. (2006). Fathers' reflections on parenting young children with type 1 diabetes. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(1): 24-31.
- 角野善司 (1994). 人生に対する満足尺度 (the Satisfaction With Life Scale[SWLS]) 日本版作成の試し. 日本教育心理学会第 36 回大会発表論文集, 192
- Svavarsdottir E. K., Rayens M. K., McCubbin M. (2005). Predictors of adaptation in Icelandic and American families of young children with chronic asthma. *Family & Community Health*, 28(4): 338-350.
- Svavarsdottir E. K., Sigurdardottir A. O., Tryggvadottir G. B. (2014). Strengths-oriented therapeutic conversations for families of children with chronic illnesses: findings from the Landspítali university hospital family nursing implementation project. *Journal of Family Nursing*, 20(1): 13-50.
- 高山智子, 浅野祐子, 山崎喜比古, 吉井清子, 長阪由利子, 深田順, 他 (1999). ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚(sense of coherence: SOC)と精神健康に及ぼす影響. *日本公衆衛生雑誌* 46(11), 965-976.
- 戸ヶ里泰典 (2009). 看護学領域における SOC 研究の動向と課題. *看護研究*, 42(7), 491-503.
- Togari T, Yamazaki Y, Nakayama K., Kimura C., Sasaki T. (2008). Construct validity of Antonovsky's sense of coherence scale: Stability of factor structure and predictive validity with regard to the well-being of Japanese undergraduate students from two-year follow-up data. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, 74(2): 71-86.
- Togari T, Yokoyama Y. (2016). Application of the eight-item modified medical outcomes study social support survey in Japan: a national representative cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 25: 1151-1158.
- 鳥井哲史編 (2006). ポジティブ心理学—21 世紀の心理学の可能性. ナカニシヤ出版, 京都.
- 内田貴之 (2012). クリティカルな状況にある子どもの父親への支援. *小児看護*, 35(10), 1322-1327.
- van Oers H. A., Haverman L., Limperg P. F., van Dijk-Lokkart E. M., Maurice-Stam H., Grootenhuis M. A. (2014). Anxiety and depression in mothers and fathers of a chronically ill child. *Maternal and Child Health Journal*, 18(8): 1993-2002.
- Ware J., Raval H. (2007). A qualitative investigation of fathers' experiences of looking after a child with a life-limiting illness, in process and in retrospect. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4): 549-565.
- World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. / 島内憲夫訳(1990). ヘルスプロモーション WHO:オタワ憲章. 垣内出版, 東京.
- 山本多喜司 (1991). 発達心理学用語辞典. 北大路書房, 京都.

大和礼子, 斧出節子, 木脇奈智子 (2008). 男の育児・女の育児－家族社会学からのアプローチ. 昭和堂, 東京.

山崎喜比古 (2003). ストレスの進行と防止の過程徹底分析. 日本人のストレス実態調査委員会編. データブック NHK 現代日本人のストレス. 日本放送出版協会, 東京.

山崎喜比古監修/戸ヶ里泰典編 (2017). 健康生成力 SOC と人生・社会. 有信堂高文社, 東京.

山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編 (2008). ストレス対処能力 SOC. 有信堂高文社, 東京.

柳沢正義 (2002). 成育医療の概念とその背景. 小児看護, 25(12), 1567-1570.

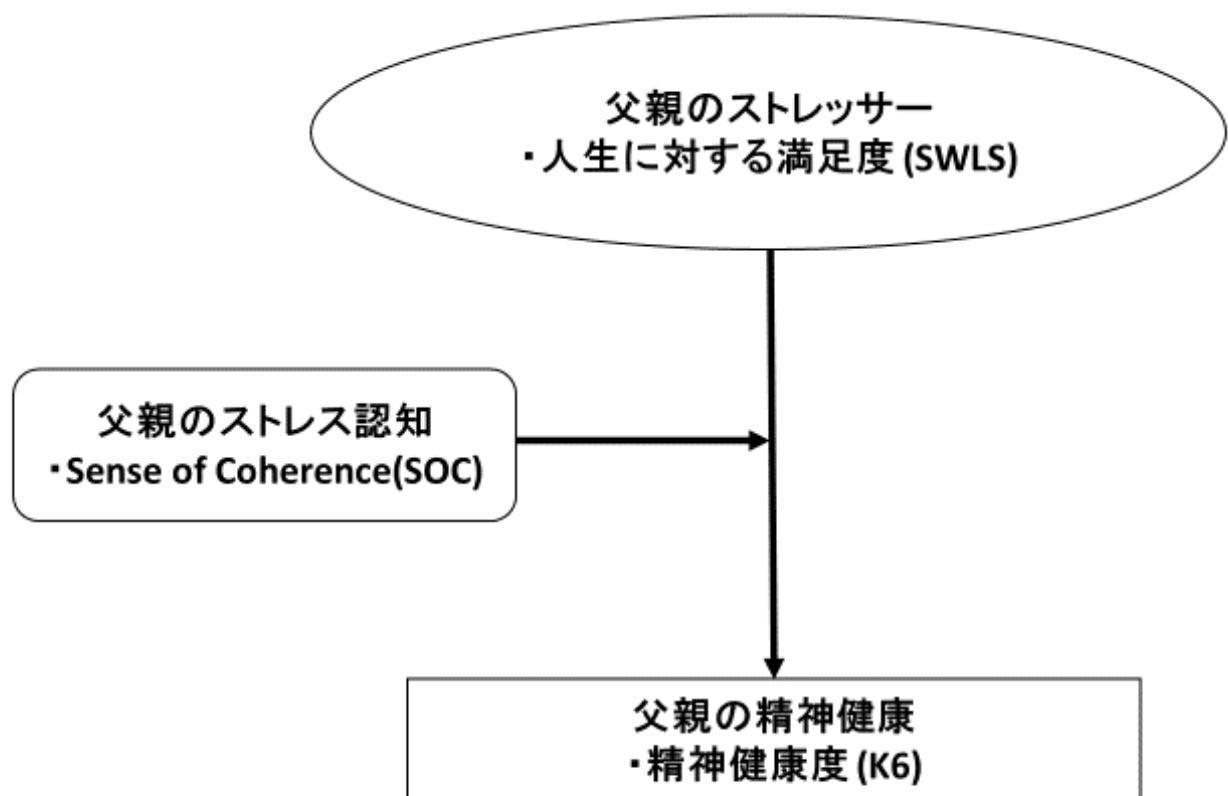


図1 分析方法(研究目的2:分析モデル)

表 1 対象者の基本属性

項目	全体(n=137)		慢性疾患患児の父親(n=51)		健常児の父親(n=86)	p値
	人数(%)または		人数(%)または		人数(%)または	
	平均値±標準偏差		平均値±標準偏差		平均値±標準偏差	
年齢(歳) ^a	137(100.0)		51(37.2)		86(62.7)	.270
	40.53±5.98		41.56±6.32		39.94±5.76	
配偶者						
あり	137(100.0)		51(37.2)		86(62.7)	
なし	0(0.0)					
同居人数(名) ^a	3.88±1.05		4.09±1.17		3.76±0.95	.232
子どもの人数(名) ^a	1.85±0.84		2.00±0.89		1.77±0.80	.141
平均育児時間(1日あたり) ^b						
平日	3時間以下	111(81.0)	37(27.0)	74(54.0)	.098	
	4時間以上	26(19.0)	14(10.2)	12(8.8)		
休日	3時間以下	44(32.1)	15(10.9)	29(21.2)	.705	
	4時間以上	93(67.9)	36(26.3)	57(41.6)		
育児休業等の取得 ^b						
あり	111(81.0)		43(31.3)		68(49.7)	.649
なし	26(19.0)		8(5.8)		18(13.2)	
第1子						
年齢(歳)	7.98±4.90		9.86±4.67		6.79±4.97	
性別	男性	76(55.5)	27(19.7)	49(35.8)		
	女性	61(44.5)	24(17.5)	37(27.0)		
就学状況 ^b						
未就学児(保育園・幼稚園)	56(40.9)		11(8.0)		45(32.9)	<.001
就学児(小学校以上)	81(59.1)		40(29.2)		41(29.9)	
最終学歴 ^b						
中・高等学校・専修(専門)・高等専門学校	37(27.0)		18(13.1)		19(13.9)	.108
大学・大学院	100(73.0)		33(24.1)		67(48.9)	
業種別 ^b						
専門職・技術職	78(56.9)		34(24.8)		44(32.1)	
専門職・技術職以外	59(43.1)		17(12.4)		42(30.7)	
個人年収(円) ^a	645.59±287.77		641.76±337.69		647.91±254.94	.457
世帯年収(円) ^a	814.48±349.80		729.80±361.17		865.89±334.49	.012

a Mann-Whitney's U 検定

b Fisher's 正確確率検定

表 2 慢性疾患患児の基本属性

		n=51
項目		人数(%)または 平均値±標準偏差
疾患の分類 (※複数選択)	悪性新生物	2 (2.4)
	腎疾患	1 (1.2)
	呼吸器疾患	15 (17.9)
	心疾患	17 (20.2)
	内分泌疾患	4 (4.8)
	膠原病	1 (1.2)
	先天性代謝異常	0 (0.0)
	血液疾患	2 (2.4)
	免疫疾患	0 (0.0)
	神経・筋疾患	4 (4.8)
	消化器疾患	4 (4.8)
	染色体・遺伝疾患	6 (7.1)
	皮膚疾患	1 (1.2)
	骨系疾患	0 (0.0)
	脈管疾患	0 (0.0)
	アレルギー疾患	19 (22.6)
	その他	8 (9.5)
出生順位別療養状況 (※複数を含む)	第1子	46 (69)
	第2子	13 (19)
	第3子	7 (10)
	第4子	1 (1.5)
入院頻度(※検査入院含む 総計回数)		7.48±10.66
	2回以上	31 (61)
	2回未満	20 (39)
手術回数(※カテーテル検査も含む 総計回数)		5.29±5.24
	2回以上	21 (41)
	2回未満	30 (59)
通院頻度	年間	10.7±16.58
	1回以上/月	19 (37)
	1回未満/月	32 (63)
医療処置 (※複数選択)	酸素療法	7 (6.0)
	吸引	9 (7.7)
	導尿	0 (0.0)
	経管栄養	6 (5.1)
	中心静脈栄養	4 (3.4)
	血糖測定	3 (2.6)
	インシュリン注射	1 (0.9)
	内服	44 (37.6)
	外用薬	17 (14.5)
	吸入	18 (15.4)
	腹膜透析	0 (0.0)
	人工呼吸器管理	0 (0.0)
	疼痛管理	0 (0.0)
	その他	8 (6.8)
	医療処置3つ以上	18 (35)
	医療処置3つ未満	33 (65)
学校管理指導表 (※小学生以上が対象 n=33)	A(在宅医療・入院が必要)	0 (0.0)
	B(登校はできるが運動は不可)	1 (3.3)
	C(軽度運動可)	0 (0.0)
	D(中等度の運動可)	1 (3.3)
	E禁(強い運動不可)	5 (16.7)
	その他	6 (20.0)
	わからない	20 (66.7)

表 3 本研究における各尺度の基本統計量

尺度	全体(n=137)		慢性疾患患児の父親(n=51)		健常児の父親(n=86)		p値
	平均値±標準偏差	中央値(四分位範囲)	平均値±標準偏差	中央値(四分位範囲)	平均値±標準偏差	中央値(四分位範囲)	
ソーシャルサポート(mMOS-SS) ^{a,c}	30.67±8.12	33(26-37)	29.62±8.65	32(25-36)	31.20±7.84	33(26.75-37)	.381
道具的サポート	15.86±4.46	17(13.5-20)	15.49±4.45	16(11-18)	16.08±4.48	16(13-18)	.478
情緒的サポート	14.85±4.24	16(12-18)	14.74±4.36	16(13-20)	14.91±4.18	17.5(14-20)	.541
精神健康度(K6) ^{a,d}	4.34±4.20	3(1-6)	4.56±5.17	3(0-6.5)	4.22±3.54	4(1-6)	.510
人生満足度(SWLS) ^{a,e}	22.88±5.66	24(19-28)	23.08±6.15	25(18-28)	22.77±5.40	24(20-27)	.529
ストレス認知(SOC) ^{b,f}	58.40±9.44	58(53-65)	58.10±9.85	58(52.5-63.5)	58.58±9.25	57(53-65)	.980
把握可能感	22.67±4.92	23(15-20)	22.52±4.76	23(19-25.75)	22.76±5.04	23(19.25-26)	.989
処理可能感	17.34±3.97	17(15-20)	17.41±4.38	17(15-20)	17.38±3.77	17(15-19)	.964
有意味感	18.38±2.58	18(17-20)	18.37±2.75	18(16-20)	18.43±2.49	18.5(17-20)	.902

a Mann-Whitney's U 検定

b t 検定

c ソーシャルサポート(mMOS-SS) 得点範囲 8-40、道具的サポート: 得点範囲 4-20、情緒的サポート: 得点範囲 4-20

d 精神健康度(K6): 得点範囲 0-24

e 人生満足度(SWLS): 得点範囲 5-35

f ストレス認知(SOC): 得点範囲 13-91、把握可能感: 得点範囲 5-35、処理可能感: 得点範囲 4-28、有意味感: 得点範囲 4-28

表 4 父親の精神健康度(K6^{ab})とストレスターとの関連

n=137						
項目		オッズ比	95%信頼区間			p値
慢性疾患患児の有無						
	有	1.000				
	無	0.286	0.109	—	0.755	.011
子どもに必要な医療処置数						
	2つ以下	1.000				
	3つ以上	4.903	1.368	—	17.570	.015
子どもの人数						
	2名以下	1.000				
	3名以上	2.446	1.011	—	5.919	.047

a 精神健康度(K6):精神健康に関する指標であり、抑うつ度を測定する

b 従属変数:K6 高群(5 点以上):n=55, K6 低群(4 点以下):n=82

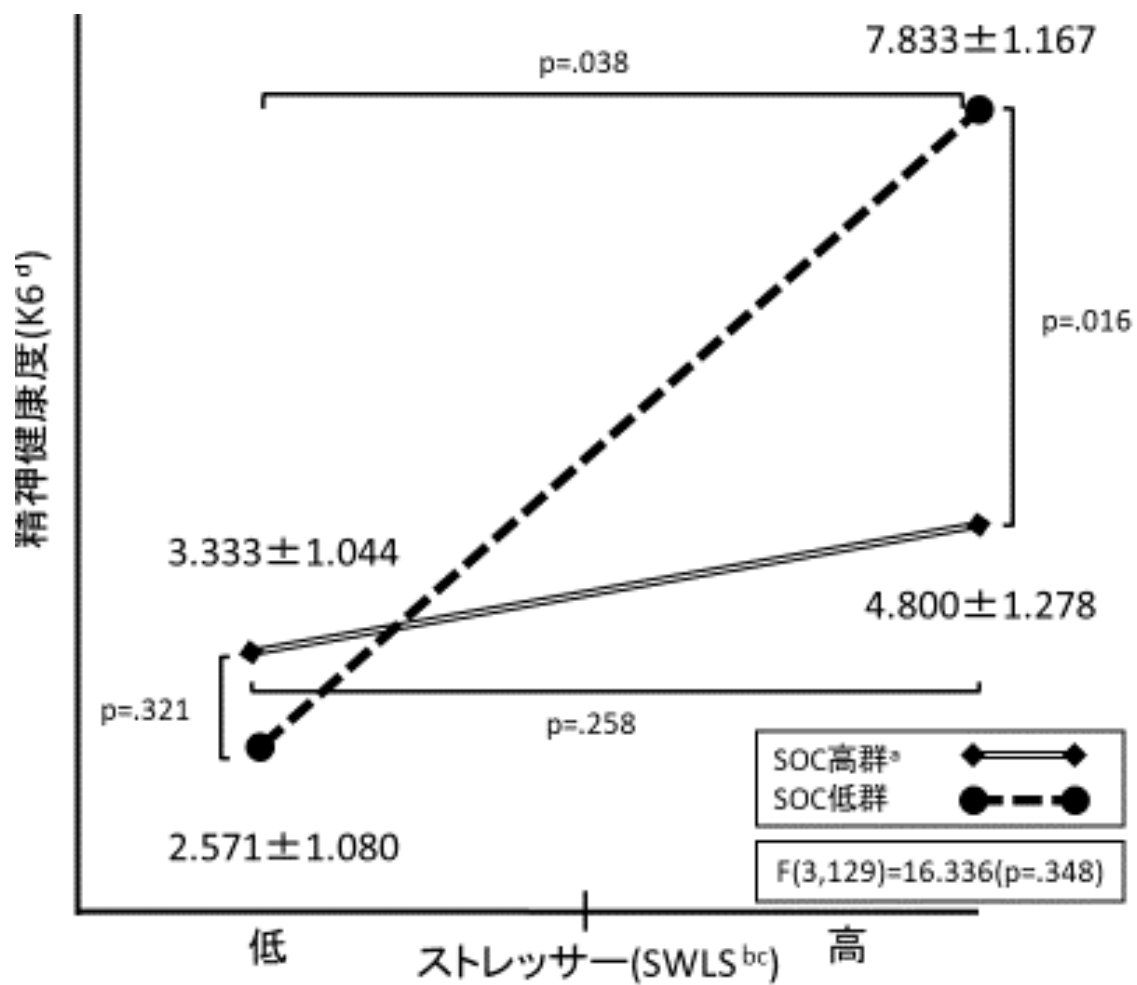


図2 慢性疾患患児の父親の精神健康度へストレスが及ぼす影響に対するSOCの緩衝効果

- a 高群(58-81 点):n=26,低群(35-57 点):n=25
- b 人生満足度(SWLS):高値ほど人生満足度が高く、ストレスが低いことを表す
- c 高群(23 点以上):n=29,低群(22 点以下):n=22
- d 精神健康度(K6):高値ほど抑うつ度が高くなり、精神健康度が不良であることを表す

表 5 父親の SOC とソーシャルサポートとの関連^a

n=137

項目	SOC合計				把握可能感				処理可能感				有意味感			
	標準化係数 ^b	p値	スピアマンの 順位相関係数	p値	標準化係数 ^b	p値	スピアマンの 順位相関係数	p値	標準化係数 ^b	p値	スピアマンの 順位相関係数	p値	標準化係数 ^b	p値	スピアマンの 順位相関係数	p値
mMOS-SS合計 ^c	.219	.010	.201	.018	.138	.109	.124	.149	.241	.005	.199	.020	.141	.102	.162	.055
道具的サポート	.190	.026	.187	.028	.105	.226	.134	.121	.205	.016	.172	.049	.179	.037	.205	.016
情緒的サポート	.218	.010	.184	.032	.154	.073	.113	.191	.245	.004	.181	.035	.081	.347	.107	.217

a 従属変数: SOC 合計、SOC の各下位尺度(把握可能感、処理可能感、有意味感)

b 単回帰分析

c Modified Medical Outcome Study social support survey: ソーシャルサポート指標、各下位尺度(道具的サポート、情緒的サポート)