# アトピー性皮膚炎児の親の疾病認知と養育態度との関連

大脇淳子[1)]，佐藤みつ子[2)]，比江島欣慎[3)]

アトピー性皮膚炎児の療養行動は，親の対処に左右される。先行研究では，親の心理的要因とアトピー症状の関連の報告はあるが，養育態度に着目した研究は少ない。本研究は，学童期アトピー性皮膚炎児の親の疾病認知と養育態度の関連を検討し，看護介入のあり方の検討を目的とする。アトピー専門外来に通院中の学童児の親（平均年齢40.7±3.5歳）44名に罹病期間，主観的重症度などの疾病認知，養育態度（鈴木ら：1985）を調査した。結果，主観的重症度は皮疹・かゆみの気になる度合と関連がみられた。養育態度は健康な子どもの親と比べ統制的なかかわりの傾向がみられ，重症ほど受容的・子ども中心的かかわりを，逆に軽症，主観的重症度が低いほど責任回避的，統制的かかわりの傾向がみられた。以上から，重症化を予防するためには，軽症時から親の受容的・子ども中心的かかわりの養育態度を支援する患児参加型の看護介入が必要であることが示唆された。

**キーワード：**　学童期，アトピー性皮膚炎児，疾病認知，養育態度

## Ⅰ　緒言

アトピー性皮膚炎は，乳幼児期に約80%が発症するが，約10%前後は学童期以降に再発し，成人型に移行，難治化する傾向がある[1)]と言われている。また，近年増加傾向[2)]にあり皮疹が顔面・頸部などに出現し難治であるために社会的な問題[3)]になっている。アレルゲンの除去，スキンケアなどの治療やケアの教育は，患児の管理能力の未熟さから養育者である親（主に母親）に行われる傾向がある。患児の療養行動は，親の対処に左右される場合が多いといっても過言ではない。

アレルギー性疾患の一つであるアトピー性皮膚炎の場合，治療の途中で保護者が医療機関を変更し，治療が中断することによって症状が悪化し，最初から治療をやりなおさなくてはならなかった例がしばしば見受けられる。アトピー性皮膚炎児の適切な療養行動を維持するためには，養育者である親の疾病認知を明らかにする必要がある。

アレルギー性疾患児をもつ養育者の療養行動に関する先行研究は，気管支喘息患児を対象とした研究[4),5)]が多く，アトピー性皮膚炎児を対象にした研究は少ない。また，アトピー性皮膚炎児をもつ養育者の療養行動に関する研究では，乳幼児をもつ親や思春期の心理的要因とアトピー症状の関連の報告[6-8)]はあるが，学童児を対象とした研究，親の養育態度との関連に着目した研究はきわめて少ない。

そこで，本研究は養育者である親のアトピー性皮膚炎児の疾病に対する認知の程度を把握し，影響要因の一つとして考えられる養育態度との関連を検討することから看護介入のありかたを検討する。

1）杏林大学保健学部母子看護学・助産学教室
2）人間科学・基礎看護学講座
3）数理情報科学

## Ⅱ　研究目的

1．アトピー性皮膚炎児の親の疾病認知の程度と養育態度の特徴を明らかにする。
2．両者の関連から看護介入のありかたを検討する。

## Ⅲ　研究方法

### 1　調査対象

Y県下，都内大学病院・総合病院のアトピー専門外来および皮膚科専門クリニックに通院中の小学4～6年生児童（以下患児）の親70名である。

### 2　調査方法

平成13年7月31日～11月30日に，半構成面接法と自記式質問紙によるアンケート調査（一部郵送法）を実施した。事前に主治医より病状を考慮した協力可能な対象者の選択を依頼し，診察終了後の会計の待ち時間を利用して行った。調査協力の同意を得る際は，研究者が書面を用いて研究の趣旨説明を行い，研究の目的，調査内容，調査に要するおよその時間，匿名性の保持，得られた情報の守秘義務，自由意志での参加，協力が得られない場合の不利益を受けない旨を説明し，承諾を得て行った。対象施設に対しては，事前に研究計画書を持参し，研究の主旨説明を行い協力を依頼し，承諾を得た。

### 3　調査内容

1）対象の属性：年齢，職業，患児の年齢，性別，発病時期と罹病期間，主治医による重症度診断（日本皮膚科学会基準：1994[9)]，以下重症度），合併症の有無と疾患名，2）疾病認知：病名，合併症の有無と種類，患児の皮疹の程度（以下主観的重症度），患児の病名認知の有無，患児に対する主な情報提供者，主治医から患児への治療・ケア説明経験の有無（以下患児の治療・ケア参加

経験と患児への説明希望の有無），3）養育態度（鈴木：1985)についてである。

養育態度尺度は，小嶋[10]の親の養育態度に関する調査が基となり，鈴木ら[11]によって開発されたものである。これは，親子関係を親の養育態度ととらえた3つの下位尺度，「受容的・子ども中心的かかわり尺度」「統制的かかわり尺度」「責任回避的かかわり尺度」によって，親の養育態度を評価する尺度である。幼児から中学生を対象とした調査の主成分分析で妥当性・信頼性の検討[12]も実施されている。評価方法は，子どもに愛情をもち子ども中心的なかかわりをする「受容的・子ども中心的かかわり尺度」，子どもを言いつけどおりに従わせようとする「統制的かかわり尺度」，子どものいいなりで一貫性のないしつけをする「責任回避的かかわり尺度」の3下位尺度，30項目からなる質問紙で「たしかにそうだ：5点」から「全くそうではない：1点」の5段階で回答する。

### 4　分析方法

統計ソフトJAMP INによる記述統計，分散分析，$\chi$ 2乗検定を行い，重症度や主観的重症度，養育態度など連続性の変数の検定にはCochran-Mantel-Haenszel検定を行った。また，尺度の信頼性の検定には，統計ソフトSPSS 10.0 J for Windowdsを使用した。有意水準は$p<.05$とした。

## Ⅳ　結果

### 1　対象の属性

回収率71.4%（50名），有効回答率は88%であり44名を分析対象とした。親は母親が43名（99.8%）で，1名のみ父親であった。平均年齢は，40.7±3.5歳であり，職業は主婦18名（40.9%），パートタイム19名（43.2%）であった。患児の平均年齢は10.9±1.2歳であり，性別は女児22名，男児22名（50.0%）で同じ割合を占めた。疾病の内訳は，31名（70.5%）がアトピー性皮膚炎を単独に罹患していた。合併症で最も多かったのは気管支喘息11名（25.0%）であった。他のほとんどはアレルギー性疾患（鼻炎，結膜炎等）であり，主治医の診断と一致していた。主治医による重症度の診断は軽症8名（18.2%），中等症23名（52.3%），重症13名（29.6%）であり，比率は軽症2：中等症5：重症3を示した。罹病期間の平均は8.5±0.3（範囲：0.5－12）年であった。通院形態は33名（75.0%）が定期的に通院しており，その頻度は2週間に1回（60.5%），1ヶ月に1回（13.2%）の順であった。

### 2　親のアトピー性皮膚炎に対する認知

「患児は病名を知っている」と答えた親は40名（90.9%）であり，主な情報提供者は親32名（80%），主治医2名（5%），親と主治医の両方は6名（15%）であった。性別では，病名の認知に性差はほとんどみられなかったが，主な情報提供者が親である女児の場合17名（77.2%）は，男児の親15名（68.2%）を上回った。親の主観的重症度の判断は5段階のうち「悪い」19名（43.2%），「とても悪い」4名（9.1%），「よい」9名（20.5%），「とてもよい」1名（0.2%）であり，「悪い」が「よい」のおよそ2.5倍であった。性別では，女児の親は「悪い」11名（50%），「とても悪い」1名（4.5%），「よい」2名（4.6%）であり，男児の親は「悪い」8名（36.4%），「とても悪い」3名（13.6%），「よい」7名（20.5%），「とてもよい」1名（4.5%）と答え，有意な差はみられなかった。また，患児のかゆみが気になる度合は「とても気になる」33名（75%），少し気になる11名（25%）であり，全員が気になると答え，性差はみられなかった。また，属性と皮疹・かゆみの気になる度合との関連はみられなかった。

### 3　「患児の治療・ケア参加経験」に対する親の認知

患児が医師から病気や治療・ケアの説明を受けた経験の有無（「患児の治療・ケア参加経験」）に対する親の認知は「薬の飲み方・塗り方の説明」36名（81.8%），「病気の説明」35名（79.6%），「スキンケアの説明」35名（79.6%），「皮疹の悪化原因の説明」30名（68.2%）の順であった。性別では，女児の親の「患児の治療・ケア参加経験」の割合に対する認知は，「皮疹の悪化原因の説明」17名（77.3%），「スキンケアの説明」16名（72.7%），「薬の飲み方・塗り方の説明」16名（72.7%），「病気の説明」15名（68.2%）の順であり，男児の親は「病気の説明」20名（90.9%）・「薬の飲み方・塗り方の説明」20名（90.9%），「スキンケアの説明」19名（86.4%），「皮疹の悪化原因の説明」13名（59.1%）の順であった。男児の親の方が「病気の説明」，「薬の飲み方・塗り方の説明」，「スキンケアの説明」の参加経験の割合が高く，女児は「皮疹の悪化原因の説明」に対する患児の参加経験の割合が高かった。また，医師から患児へ直接説明を希望する親の割合は39名（88.6%）であり，女児18名（81.8%），男児21名（95.5%）ともに高かった。男児の親が女児の親に比べ，全ての項目において患児の治療・ケア参加経験の割合が高く，特に「病気の説明」は差がある傾向がみられた（$p=.06$）。

### 4　アトピー性皮膚炎児の親の養育態度の特徴

養育態度尺度の信頼性係数は0.71であった。養育態度の平均得点と各項目別得点結果を表1-1，表1-2（鈴木ら：1985）に示した。「患児の悩みや心配事を理解している」「患児がこわがっている時には安心させてやる」などの「受容的・子ども中心的かかわり」50点満点中の平均得点は35.2±3.7点であり，「子どものした悪いことは，みな何らかのかたちで罰を与えるべきだと思う」「子どもに，何事にもどんなふうにしたらよいかをことこまかにいいきかせる」などの「統制的かかわり尺度」50点満点中の平均得点は37.5±3.8点であり，「子どもが同じ事をしても，時には叱ったり，ほうっておいたりしてしまう」「子どものために作った決まりを，よく変える」などの「責任回避的かかわり尺度」50点満点中

表 1-1　アトピー性皮膚炎児の親の養育態度の平均得点

| | 親全体　n＝44<br>Mean ±SD | 女児　n＝22<br>Mean ±SD | 男児　n＝22<br>Mean ±SD |
|---|---|---|---|
| 受容的・子ども中心的かかわり | 35. 2±3. 7 | 35. 1±3. 9 | 35. 2±3. 5 |
| 統制的かかわり | 37. 5±3. 8 | 37. 7±3. 9 | 37. 4±3. 8 |
| 責任回避的かかわり | 23. 2±5. 5 | 22. 0±5. 2 | 24. 3±5. 7 |

表 1-2　健康な子どもの親の養育態度尺度の平均値

n＝962

| | 母親<br>Mean ±SD |
|---|---|
| 受容的・子ども中心的かかわり | 37. 8± 8. 7 |
| 統制的かかわり | 28. 4± 9. 5 |
| 責任回避的かかわり | 22. 5± 9. 1 |

注）鈴木ら[11]（1985）に基づき筆者が作成

の平均得点は，23.2±5.5 点であった。性別では，女児の「受容的・子ども中心的かかわり尺度」得点の平均は 39.14±3.91 点，「統制的かかわり尺度」得点は 37.68±3.94 点，「責任回避的かかわり尺度」得点は 22.05±5.19 点であった。男児の「受容的・子ども中心的かかわり尺度」得点の平均は 39.18±3.47 点，「統制的かかわり尺度」得点は 37.41±3.76，「責任回避的かかわり尺度」得点は 24.3±5.65 点であった。「受容的・子ども中心的かかわり尺度」，「統制的かかわり尺度」，「責任回避的かかわり尺度」得点は，属性（患児の年齢，性別，親の年齢や職業）と関連はみられなかった。

5　疾病認知と重症度・主観的重症度の関連

属性や疾病認知と重症度・主観的重症度の関連について Cochran-Mantel-Haenszel 検定の結果を表 2 に示した。重症ほど親の主観的重症度は悪くなる傾向がみられ

表 2　属性・疾病認知と重症度・主観的重症度の関連

n＝44

| 項 目 | 内　容 | 重症度(p 値) | 主観的重症度(p 値) |
|---|---|---|---|
| 属 性 | 年齢 | p=.57 | p=.69 |
| | 職業 | p=.37 | p=.31 |
| | 罹病期間 | p=. 01 | p=.02 |
| | 重症度 | | p=.01 |
| 疾病認知 | 患児の病名認知の有無 | p=.15 | p=.08 |
| | 主観的重症度 | p=.01 | |
| | 皮疹・かゆみの気になる度合い | p=.21 | p=.05 |
| | 患児の治療・ケア参加経験 | | |
| | :病気の説明 | p=.02 | p=.38 |
| | :スキンケアの説明 | p=.02 | p=.04 |
| | :薬の飲み方・塗り方の説明 | p=.85 | p=.23 |
| | :皮疹の悪化原因の説明 | p=.01 | p=.04 |
| | 主治医から患児への説明希望 | p=.17 | p=.01 |

注）下線は有意差の方向性を示す。（＋）方向に有意差あり
重症度；主治医による診断
主観的重症度；患児の皮疹やかゆみ症状に対する親の主観的判断

た（p=.01）。親の年齢や職業と重症度・主観的重症度の関連はみられなかったが，罹病期間が長くなるほど重症度は高く（p=.01），主観的重症度は悪い傾向がみられた（p=.02）。また，皮疹・かゆみの気になる度合と重症度は関連がみられなかったが（p=.21），主観的重症度が悪いほど（p=.05），病名を知っていると認知する親ほど（p=.06），皮疹・かゆみを気にする傾向がみられた。

患児の治療・ケア参加経験に対する親の認知と重症度・主観的重症度の関連では，重症ほど「病気の説明」（p=.02），「スキンケアの説明」（p=.02），「皮疹の悪化原因の説明」（p=.01）の参加経験の割合が高い傾向がみられ，「薬の飲み方・塗り方の説明」は関連はみられなかった。主観的重症度との関連では，「悪い」と判断する親ほど「スキンケアの説明」（p=.04）や「皮疹の悪化原因の説明」（p=.04）の参加経験の割合が高い傾向がみられた。

### 6　養育態度と重症度・主観的重症度との関連

養育態度と重症度・主観的重症度との関連についてのCochran-Mantel-Haenszel 検定の結果を表 3 に示した。「受容的・子ども中心的かかわり尺度」の中では，重症ほど「子どもにたびたび話しかける」（p=.02），「自分にとって子どもは何より大切だ」（p=.02）に関連があり，同様に主観的重症度が悪いほど「自分にとって子どもは何より大切だ」（p=.03）に関連がみられた。逆に「統制的かかわり尺度」の中では，軽症ほど「子どものした悪いことは，みな何かのかたちで罰を与えるべきだと思う」（p=.01），また主観的重症度がよいほど「子どもの行儀をよくするために罰を与えるのは正しいことだと思う」傾向があった（p=.03）。「責任回避的かかわり尺度」では，軽症ほど「その時の気分しだいで，子どもにきまりを押し通したり，ゆるめたりする」傾向（p=.02）が，主観的重症度がよいほど「子どもが同じ事をしても，時には叱ったりほうっておいたりしてしまう」（p=.05），「子どものために作った決まりを，よく変える」傾向がみられた（p=.01）。

皮疹・かゆみが「とても気になる」よりも「少し気になる」親の養育態度は，「責任回避的かかわり」になる傾向がみられた（p=.03）。また，疾病の中で「アトピー性皮膚炎の単独罹患」患児の親の養育態度は，「責任回避的かかわり」の傾向がみられた（p=.008）。

## V　考察

### 1　親の「患児のアトピー性皮膚炎」に対する主観的重症度の判断基準

親の主観的重症度が悪いほど皮疹やかゆみを気にする度合が多い傾向がみられたことから，親の主観的重症度の判断のひとつに，皮疹やかゆみの気になる度合いを基準としている可能性がある。高森[13]は「痒みはアトピー性皮膚炎の主要な症状であり，掻爬により，症状の悪化を来すことから，かゆみをコントロールすることは治療上大切なこと，…（中略）…，アトピー性皮膚炎の痒み発現にはヒスタミン以外の痒みメカニズムも関与している可能性が推定される」と述べている。また，浅川[14]は，アトピー性皮膚炎の乳幼児をもつ母親の育児困難感に関する研究のなかで，アトピー性皮膚炎のこどもとそうでないこどもとの生活困難度は，痒みの困難感に有意差があり，また，親は「行き詰まり感」や「不全感」などの悲観的な育児困難さが「スキンケア」，「痒みへの対処」とに関連があったと報告している。このことは，アトピー性皮膚炎のかゆみが，親にとって養育する上での困難さを感じさせる要因であることを示していると言えよう。

親の主観的重症度の判断と主治医による重症度の診断の一致は，罹病期間の長期化に伴い，親と医師の二者間の通院形態になりやすく，親自身の医師からの情報量が増えるためと考える。従って，親の重症度の判断基準が適切でなければ，子どもは不適切な治療・ケアの方法を親から伝授されることになる。また，親の 6 割は内服薬・軟膏の処方などの目的で患児を伴わず 2 週間～1 ヶ月に 1 回の頻度で定期的に通院し，医師から情報を得ている一方で，患児は病気の悪化がなければ学校生活が優先され，親と同じ情報量を医師から得られにくい現状がある。その結果，医師からの情報は親からの間接的な情報に頼らざるを得ない。医師もまた患児に関する情報は親を介した間接的なものとなり，患児の状態を正確に把握できない。医師は治療・ケアの説明も親に対して行うために，疾病の管理を親に頼らざるを得ない。こうした患児不在の間接的な診療形態が患児の治療・ケアの管理に影響し，悪化につながる可能性は否定できない。現在，多くの総合病院の専門外来の診療体制は，診療時間の制約など課題は多い。しかし，親の 9 割は医師から患児への直接説明を希望しているのであり，主観的重症度が悪いほど治療・ケアの説明に参加させたいと希望する親が多く存在する。このことからも，看護師は軽症時から病名だけでなく，患児自身がもっとも苦痛とするコントロール困難な皮疹・かゆみの原因，メカニズムや予防方法などについて，患児の理解力にあわせた認知が期待できるよう説明の仕方を工夫するなど，患児参加型の看護介入を行う必要がある。

### 2　親の疾病認知と養育態度との関連

養育態度尺度の 3 下位尺度それぞれの平均得点を総得点で割った割合（%）を図 1 に示した。統制的かかわりの養育態度をもつ親は 75%，受容的・子ども中心的にかかわりの養育態度をもつ親は 70.4%，責任回避的かかわりの養育態度をもつ親は 44.1%であった。健康な子どもの親（鈴木ら：1985）と比べ統制的なかかわりの養育態度をもつ傾向がみられた。また，患児のアトピー性皮膚炎が重症であるほど親は，たびたび患児に話しかけ，自分にとって患児が何より大切と考え，受容的で子ども中心のかかわりの養育態度をもつ傾向がある。また，患児が悪いことをしたら何らかの形で罰を与えるべきとする統制的かかわりの養育態度の傾向があるなど，患児との関わりをそれぞれの親が工夫しながら対処していることが推察される。「統制的かかわり尺度」は，主観的重症度や重症度と関連がみられ，主観的重症度が悪いと

**表 3　養育態度尺度と重症度・主観的重症度の関連**

n＝44

| 項目 | 内　容 | 重症度（p 値） | 主観的重症度 |
|---|---|---|---|
| 受容的・子かどかもわ中り心尺的度 | 1.子どもの悩みや心配ごとを理解している | p=.46 | p=.10 |
| | 2.どもと一緒に外出や旅行をするのが好きだ | p=.31 | p=.79 |
| | 3.子どもにたびたび話しかける | **p=.02** | p=.07 |
| | 4.子どもがこわがっている時には安心させてやる | p=.86 | p=.08 |
| | 5.うちで子どもと楽しい時間を過ごす | p=.59 | p=.89 |
| | 6.子どもが喜びそうなことを,いつも考えている | p=.55 | p=.69 |
| | 7.子どものことに,じゅうぶん気を配っている | p=.14 | p=.79 |
| | 8.自分のことは我慢しても，子どものためにしてやることがよくある | p=.70 | p=.90 |
| | 9.自分にとって，子どもが何より大切だ | **p=.02** | **p=.03** |
| | 10.私の全生活は，子どもを中心に動いている | p=.76 | p=.58 |
| 統制的かかわり尺度 | 1.子どもに対しては,決まりをたくさんつくり,それをやかましく言わなければいけないと思う | p=.82 | p=.15 |
| | 2.子どものした悪いことは，みな，何かのかたちで罰を与えるべきだと思う | **p=.01** | p=.09 |
| | 3.こどもが外から時間どおりに帰ってくるようにいつもさせている | p=.63 | p=.41 |
| | 4.子どもの行儀をよくするために罰を与えるのは,正しいことだと思う | p=.23 | **p=.03** |
| | 5.子どもを,自分の言いつけどおりに従わせている | p=.66 | p=.97 |
| | 6.子どもに,何事もどんなふうにしたらよいかを,ことこまかにいいきかせる | p=.37 | p=.70 |
| | 7.子どもがすべきことをちゃんとしてしまうまで何回でも指示する | p=.90 | p=.33 |
| | 8.子どもには,できるだけ私の考えどおりにさせたい | p=.52 | p=.49 |
| | 9.子どもがいいつけどおりにするまで,子どもを責めたてる | p=.16 | p=.76 |
| | 10.子どもに,自分で物事を決めさせることはあまりない | p=.99 | p=.93 |
| 責任回避的かかわり尺度 | 1.子どもが同じ事をしても，時には叱ったりほうっておいたりしてしまう | p=.13 | **p=.05** |
| | 2.やってはいけないと私がいったことを子どもがしていてもだまって見ていることがある | p=.69 | p=.62 |
| | 3.その時の気分しだいで，子どもにきまりを押し通したり，ゆるめたりする | **p=.02** | p=.32 |
| | 4.子どものために作った決まりを，よく変える | p=.71 | **p=.01** |
| | 5.きまりを守るようにと，子どもに強くいう日もあれば，忘れている日もある | p=.35 | p=.60 |
| | 6.. 子どもの言いなりになる方だ | p=.48 | p=.92 |
| | 7.子どもが物を欲しがると，だめだといえない | p=.66 | p=.59 |
| | 8.子どもが悪いことをしても，あまりとがめだてしない | p=.69 | p=.86 |
| | 9.言いつけに対して子どもが不平をいうと，言いつけを取りやめることがある | p=.58 | p=.72 |
| | 10.子どもにがんばられて，子どもの考え通りになりやすい | p=.86 | p=.93 |

注）下線は有意差の方向性を示す。（－）方向，（＋）方向 に有意差あり
重症度；主治医による診断
主観的重症度；患児の皮疹やかゆみ症状に対する親の主観的判断

判断する親は統制的かかわりの養育態度をもつ傾向がみられた。このことから，主観的重症度や皮疹・かゆみの気になる度合いが親の養育態度を変化させている可能性がある。

養育態度と患児のパーソナリティの発達が関与することについて，星野[15]は，「統制的（支配的）に育てられた患児たちは，礼儀正しく，正直で，注意深いといった特性を持ちながら同時に権威に服従的で，依存的で自己表現が下手である」と述べている。また，Korsh ら[16]は病気の子どものを持つ母親に関する研究において，子どもが病気になったのは自分の責任であると感じる母親が多いと報告している。患児の皮疹やかゆみの状態が悪いと親は統制的かかわりの養育態度をもつ傾向があり，患児の皮疹やかゆみの変化，患児の訴えに対する関心が

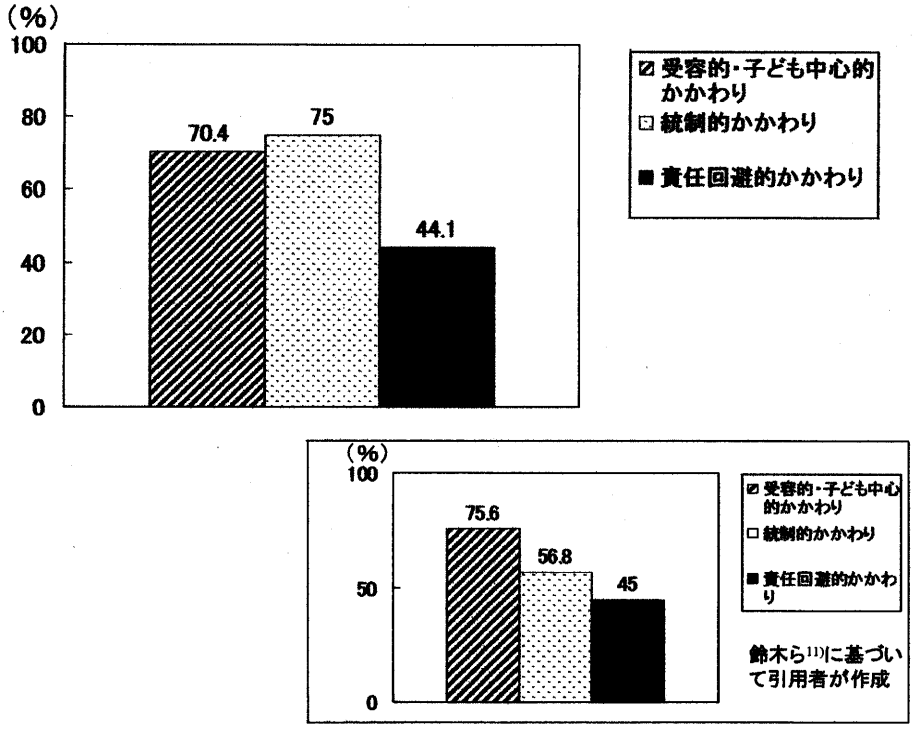


**図 1　アトピー性皮膚炎児と健康な子どもの親の養育態度尺度の比較(得点%)**

高まる可能性は高い。親は，病状の悪化により患児自身の治療・ケアへの参加は強く望む一方で，罹病期間の長期化による療養責任を感じやすいために，実際の治療・ケアの対処行動のイニシアチブを親自身がとる傾向にあるのではないかと推測する。さらに，アトピー性皮膚炎の親は，患児に対して義務感が強く，几帳面になりがち，また，否定的な側面をみがちである[17]と言われている。看護師は，患児参加の看護介入を行うことで，療養責任の強さから親の価値観が一方的で押しつけにならないように配慮し，アトピー性皮膚炎児の肯定的な側面をみることで，患児のサポーターとしての役割が担えるよう指導することが必要である。

## Ⅵ　結論

1）親の主観的重症度の判断基準は，罹病期間，皮疹・かゆみの気になる度合いから判断しており，患児自身を治療・ケアに参加させたい希望は重症，主観的重症度が悪いほどが高かった。

2）養育態度尺度の平均得点は「受容的・子ども中心的かかわり尺度」35.2±3.7 点，「統制的かかわり尺度」37.55±3.8 点，「責任回避的かかわり尺度」は 23.30±5.5 点であり、健康な子どもの親と比べ統制的なかかわりの養育態度をもつ傾向がみられた。

3）患児が重症な親ほど受容的・子ども・中心的かかわりの養育態度を，逆に軽症，主観的重症度が低い親ほど責任回避的かかわり，統制的かかかわりの養育態度をもつ傾向がみられた。

以上より，患児のアトピー性皮膚炎の重症化を予防するためには，軽症時から親の受容的・子ども中心的かかわりの養育態度を支援する，患児参加型の看護介入が必要であることが示唆された。

本研究では，学童期アトピー性皮膚炎児の親の疾病認知と養育態度の特徴，両者の関連が明らかになった。しかし，対象者が少なく一般化するには限界があるため，今後調査対象を増やし，さらに検討する必要がある。

**謝辞**

今回の調査に快くご承諾いただきました皆様方に心よりお礼申し上げます。

**引用・参考文献**

1）岩田力（2000）アレルギー疾患 －アトピー性皮膚炎，気管支喘息－，小児内科，32(12)，2123-2128.

2）杉浦久嗣，梅本尚可，出口英樹，村田雄峰，田中敬子，澤井孝之，尾本光祥，内山賢美，桐山貴至，上原正巳（1997）学童期及び青年期アトピー性皮膚炎の有病率，皮膚科臨床，39(11): 1669-1671.

3）清水良輔（1998）アトピー性皮膚炎の精神身体医学的背景と対策，アレルギーの臨床，18(9): 17-20.

4）斎藤禮子（2001），気管支喘息の乳幼児をもつ母親の認識と家庭における対応，小児保健研究 60(3): 385-390.

5）松岡真里，丸光惠，武田淳子，他（1998）気管支喘

息患児の親のライフスタイルに関する研究，千葉大学看護学部紀要 20: 59-68.
6）佐伯輝子，堤由紀子，野田真理子（1997）心理的問題で難治化したアトピー性皮膚炎児の看護，小児看護，20(8): 963-970.
7）大矢幸弘（2000）アトピー性皮膚炎の心理分析，小児アトピー性皮膚炎（親の心理も含めて）アレルギー・免疫，7(8): 84-91.
8）高橋陸，松嵜くみ子，松本清子，石井浩子，渡辺郁子，赤澤明（1996），思春期におけるアトピー性皮膚炎児の自己評価とストレス，心身医学，36(7): 624-625.
9）日本皮膚科学会（1994）アトピー性皮膚炎の定義・診断基準，日本皮膚科学会誌，104: 176.
10）小嶋秀夫（1969）親の行動の質問紙の項目基準におけるバッテリー間因子分析，金沢大学教育学部紀要，18: 55-70.
11）鈴木眞雄，松田惺，永田忠夫（1985）植村克彦，子どものパーソナリティ発達に影響を及ぼす養育態度・家族環境・社会的ストレスに関する測定尺度構成，愛知教育大学研究報告，34: 139-152.
12）永田忠夫，松田惺，鈴木眞雄，植村克彦（1984）養育態度に関与するデモグラフィ・家族関係・社会的ストレス要因析，愛知県立看護短大大学雑誌，16: 45-56.
13）高森健二（2000）かゆみの機序とその対策，小児科診療，1: 65-71.
14）浅野みどり，三浦清世美，石黒彩子（1999）アトピー性皮膚炎に伴う育児困難と適応感，日本小児看護学会誌，8(2): 6－139.
15）星野仁彦・本田教一（1996）ライフステージ別・精神面接法児童期 親の養育態度調査，被虐待体験調査，家族機能検査，臨床精神医学，12: 189-196.
16）Korsh BM・Negrete VF（1972）Docter-patient Communication, Sci Am, 227: 661.
17）前掲書 7）
18）Schafer ES（1965）Children's reports of parental Behavior: An inventry Child Development, 36, 413-424.
19）Sharon Smith Rainmer, MD（2000）Managing Pediatric Atopic Delmatitis, Clinical pediatrics, 39(1), 1-14.
20）宮地良樹，永倉俊和（2000）アトピー性皮膚炎－コンサイスアップデイト－メディカルビュー社，東京.

## Abstract

# Relation between disease awareness and attitudes of parents whose children suffer from atopic dermatitis in their later childhood

**OHWAKI Junko[1], SATO Mitsuko[2] and HIEJIMA Yoshimitsu[3]**

Treatment of children afflicted with atopic dermatitis is affected by how their parents deal with it. Many past studies reported the relation between parents' mental factors and atopic dermatitis. But there are only few studies focusing on their parenting attitudes. This study examined the relation between disease awareness and parenting attitudes or parents whose children have atopic dermatitis. The goal was to determine how they could work most effectively with nursing. The survey was conducted with questionnaire covering the disease period, subjective severity of disease, control of treatment and care, and parenting attitudes (Suzuki,etc: 1985)- among 44 parents (average age: 40.7 years old ±3.5 years) whose children have been treated at hospitals specializing in atopic dermatitis. Results showed that the subjective severity of the disease was related to the level of efflorescence and itching. Looking at parenting attitudes, the parents showed a tendency toward regimental relations with their children, compared to others whose children are healthy. The parents whose children are more severely afflicted showed a tendency to be more receptive and focus on their relationships with the children. On the other hand, the parents whose children have more milder cases and less severe symptoms tended to avoid responsibility and had more regimented relations with the children. In conclusion, this study suggests the necessity of nursing that involves both the parents and their children and promotes receptive, child-focused relationships.

Key words: Late childhood, atopic dermatitis, disease awareness, parenting attitudes

1) Depertment of Maternal and Child Nursing and Midwifery Nursing, School of Health Sciences, Kyorin University
2) Human Science and Fundamentals of Nursing
3) Mathematical and Information Sciences