

病弱児と健康児における病気の類概念

小 畑 文 也*

(昭和62年10月30日受理)

要 旨

病弱児と健康児の「病気」のカテゴリーの形成、および内容を、発達による変化と子どもの経験による差異の2側面から検討することを目的として、調査研究を実施した。調査は自由想起、記述法によるもので、対象児は小学校3年から6年までの健康児80名と病弱児108名(喘息児69名、腎炎・ネフローゼ児39名)の計188名であった。各対象児群毎にNelsonによる反応産出量を基にした指標を算出、検討した結果、健康児群と病弱児群の「病気」のカテゴリーは低学年では明確な、一貫した違いはないものの、高学年になると、病弱児群のカテゴリーの方が広いが、妥当性の低いものになることが分かった。また、反応内容の分析においては、健康児は自分や周囲の人が経験した比較的身近な病気でカテゴリーを形成すること。喘息児も「喘息」に反応は集中するものの、健康児と似通った反応パターンを持っていることが認められたが、腎ネフ児の場合は自分の病気も含めて、重篤な病気に反応が集中する傾向が認められた。全体的に見て、加齢による変化、つまり学年間の差異は平均反応数の増加等の量的なものにとどまり、カテゴリーの性格や内容等の質的变化に顕著なものは見られなかった。小学校中学年から高学年にかけての「病気」の概念の変化には、いわゆる発達の要因より、子どもの経験の関与の方が大きいように思われる。

KEY WORDS

chronically ill children 病弱児

concept of illness 病気の概念

I 問 題

日常生活のリズムを破壊し、時には死の恐怖さえも与える「病気」は、我々人間にとって大きな関心事の一つである。不幸にも病気にとらわれた時、それに対する関心は極度に増大する。例えば、インフルエンザに罹患した時、頻繁に行われる計熱は、この病気に対する関心を端的に反映したものであろう。計熱という行為そのものによって病気が治癒することはないが、我々はこの行為によって自己の身体に関する情報を集め、自己の内にある病気を監視する。

対処行動理論では脅威、あるいはストレッサーに関する情報量を重視する。つまり、効率的な対処行動はその脅威に関する豊富な情報からもたらされ、曖昧な情報は時として、非効率的な対処行動の原因となる(Lazarus, 1966)。脅威という言葉が病気に置き換えた場合も同様のことが言えよう。自己の病気や身体的な状況に関して的確な情報がもたらされない場合は、心理的に不適応を生ずる可能性が高くなるであろうし、また、医療の上でもマイナスの面が多く

* 障害児教育講座

なろう。これは特に、癌などの致死疾患の患者に対する病名告知が問題となるゆえんである。

病弱児の場合、この問題は致死疾患に限らず、より一般的で身近なものになる。特に、年少の子どもにとっての病気は、入院に伴う親からの別離や治療に伴う苦痛など具体的な脅威をもたらすものでありながらも、その本質に関する知識は乏しく、その概念も大人とは大きく異なっていることが予想される。病気に関する情報が提供されたとしても、その情報を解釈し理解するための受け皿としての能力が十分に発達していないのである。これは、腎疾患や糖尿病など、自分で闘病生活をコントロールする必要がある子どもにとっては、深刻な問題となる。

子どもの、病気に関連する概念の発達に関しては、比較的多くの報告がある。Eiser (1984) はこれらの報告を概観して、一般に子どもは病気を「罰」と考える段階から、徐々に「感染」について理解しはじめ、11歳前後には感染症以外の病気に関してもその原因を理解し、大人とほぼ同じ段階に到達するとしている。文化的、宗教的土壌の異なるわが国にこの知見をそのまま適用することは困難であるが、それ以外にもこの知見の適用にはいくつかの問題があるように思われる。なぜなら、これらの研究は子どもの病因の同定に焦点をあてており、「病気」そのものの概念の外延 (extension) には言及していないためである。従って、例えば「どうして病気になるのか?」、あるいは「どうしたら病気がよくなるのか?」と子どもに聞いた場合、その刺激語としての「病気」の持つ意味は、大人とも、また子ども同士でも発達段階の違いにより大きく異なる可能性がある。極論すれば、異なる概念について質問し、異なる回答を得たとしても、それは当然のことなのであり、そこで得られた年齢間差を即座に発達的变化と見なすことには無理があると言えよう。

さらに、病弱児における「病気」の概念の内容を考えてみた場合、それが健康児と異なるのも、当然のことのように思われる。さきの Eiser によれば、病気の概念について、病弱児と健康児を同じパラダイムで比較検討した研究は極めて少ないようであるが、これも病弱児にとっての「病気」と健康児にとっての「病気」の、そのそれぞれの概念の外延が明確でなく、一般的な調査法ではアプローチしにくい課題であることに起因しているように思われる。

そこで、本研究では、類概念としての「病気」、即ち子どもにとっての「病気」のカテゴリーの広がり、内容を、その発達的变化、および、病弱、健康という子どもの状態による差異の2側面から検討し、その類似点や相違点を明らかにすることを目的とする。

II 方 法

調査対象：病弱児、健康児共、小学校3年から6年までの児童を対象とした。健康児は、各学年毎に男子10名女子10名の計80名であった。病弱児は喘息児69名、腎炎・ネフローゼの児童39名を対象とした。対象児の総計は188名であった。対象児の内訳は Table 1 を参照していただきたい。質問紙

Table 1 対象児の内訳

	中 学 年 (3, 4年生)	高 学 年 (5, 6年生)
健 康 児	40 (20)	40 (20)
喘 息 児	35 (13)	34 (14)
腎 ネ フ 児	22 (9)	17 (6)

() 内は女子

法による調査であるため、書字能力が十分でない1年生は対象外とした。また、2年生は、実際には調査を実施したが、結果の吟味をしたところ、回答の信頼性が乏しいと判断されたため

分析の対象からは除外した。

調査時期：健康児に関しては1986年10月，病弱児に関しては1986年10月～1987年9月に調査を実施した。なお，流行性疾患の影響を避けるために冬季の調査は行わなかった。

手続き：各学年毎にクラスルームにて集団で調査を実施した。質問紙には「あなたの 知っている びょうき(病気)の なまえを できるだけ たくさん下の らんの 中に かいて 下さい。」という教示と，記入欄が用意されており，調査者が教示を読んだ後，子どもに回答させた。回答のために要した時間は約10分であり，それ以上の回答が得られないと調査者が判断した時点で調査を打ち切った。

分析の方法：

(1) 反応産出量による分析 Nelson (1974) を基に以下の指標を設定した。①平均反応数，②共有率 (index of commonality, 以下 IC)，③種類一見本比 (type/token ratios, 以下 TTR)，④不適切反応者率，⑤不適切反応産出率。IC は全体の反応数が第3位までの病名に占める各個人の第1位，第2位，第3位反応の割合であり，TTR は全反応数に占める病名の数の割合である (不適切反応も含む)。IC はいわば，カテゴリーの凝集性を示す指標となるのに対し，TTR はカテゴリーの多様性を示す指標となる。不適切反応者率は各対象児グループにおいて，病名として不適切な反応を産出した者の割合であり，この場合，産出した反応の中に，不適切なものが一つでもあった場合，不適切反応者とした。また，不適切反応産出率は，各対象児グループの総反応数に占める不適切反応の割合である。

なお，不適切反応は大学院生以上の研究者7名の協議を基に選定されたもので，その内容は以下のものであった。「明かな誤答 (例えば骨折，怪我など)」，「器官名 (例えば，心臓，腎臓などで，盲腸等一般に病名として使用されているものは除いた)」，「症状 (例えば発熱，頭痛など)」，「伝染病，公害病などの上位概念で，一般には病名と見なされないもの」。

以上の各指標は3，4年生の中学年群，5，6年生の高学年群の年齢群別，および，健康児，喘息児，腎ネフ児の各群別に算出した。

(2) 反応内容による分析 対象児の反応の内容をより具体的に検討するために，各対象児グループで出現頻度が上位10位以内の病名の出現比率，およびそのそれぞれの病名の第1位，第2位，第3位反応としての出現比率を求め，これを分析のための指標とした。また，特異な反応や不適切反応の内容にも注目した。

III 結 果

反応産出量による分析

各指標の算出結果を Table 2 に示した。以下，各指標に関して，その結果を説明するが，指標の数値の性格上，推計学的検討に適さないものもあり，これらの指標に関してはグラフのアイ・インスペクションを基に検討を行った。

(1) 平均反応数について：各対象児群毎の平均反応数を Fig.1 に図示した。この平均反応数に関して，2 (学年) × 3 (子どもの状態，健康，喘息，腎ネフ) の2要因分散分析を行った結果，学年および子どもの状態による有意な主効果が見いだされた (学年 $F(1, 182) = 22.8$, $P < .01$ ；子

Table 2 病気のカテゴリーに関する各指標

グ ル ー プ		平均反応数 (S D)	レンジ	I C	T T R	不 適 切 反応者率	不 適 切 反 応 率
健 康 児	中学年	7.15(1.61)	5-12	0.60	0.18	0.50	0.09
	高学年	12.05(1.61)	6-21	0.45	0.16	0.45	0.07
喘 息 児	中学年	12.80(5.94)	1-23	0.52	0.20	0.60	0.16
	高学年	17.35(5.94)	4-33	0.59	0.19	0.66	0.11
腎ネフ児	中学年	10.22(5.21)	1-20	0.60	0.30	0.32	0.09
	高学年	18.59(3.73)	11-22	0.48	0.31	0.62	0.14

どもの状態 $F(2,182)=67.8$, $P<.01$)。続いてライオン法により平均値対の多重比較を行ったところ、喘息高学年群と腎ネフ高学年群、喘息低学年群と腎ネフ低学年群、喘息低学年群と健康高学年群、腎ネフ低学年群と健康低学年群、腎ネフ低学年群と健康高学年群のそれぞれの間には平均反応数の有意な差は見られなかったが、他の全ての平均値対の間には有意な差が認められた(いずれも $P<.05$)。つまり、平均反応数は一様に年齢が高くなると増加するが、特に高学年では病弱児群の平均反応数が健康児群の平均反応数より有意に高かった。また、喘息児群と腎ネフ児群の間にはいずれの年齢群においても平均反応数の有意な差は見られなかった。

(2) ICについて：各対象児群のICの変化をFig. 2に図示した。健康児群と腎ネフ児群は中学年、高学年共ほぼ同じ比率を示し、中学年から高学年にかけて減少する傾向を示した。これに対し、喘息児群の比率は中学年から高学年にかけて若干の増加傾向を示した。

(3) TTRについて：各対象児群のTTRの変化をFig. 3に図示した。健康児群と喘息児群はほぼ同じ比率で、中学年から高学年にかけて微減傾向を示した。腎ネフ児群のTTRは健康児群、喘息児群と比較すると高く、中学年から高学年にかけて微増傾向を示した。年齢による変化は健康児群、喘息児群が微減、腎ネフ児群が微増と、それぞれ逆の傾向を示

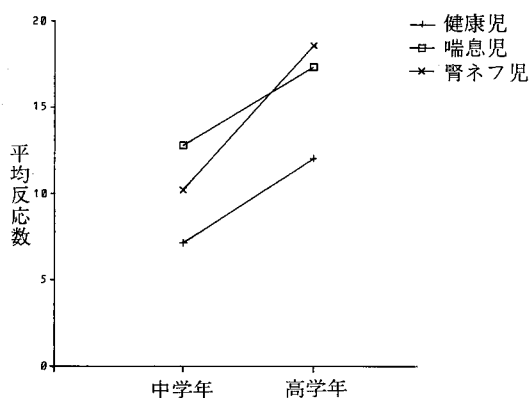


Fig. 1 各対象児群における平均反応数

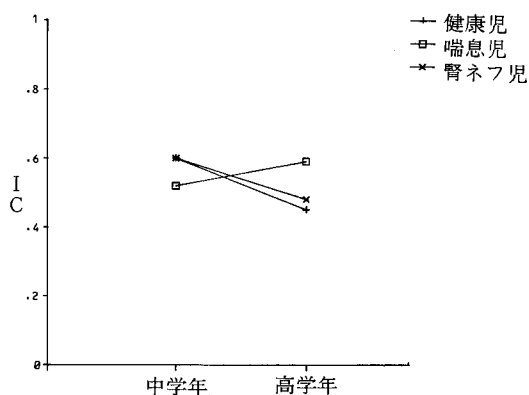


Fig. 2 各対象児群におけるIC

したが、各群の年齢による変化はきわめて小さいものであった。

(4) 不適切反応者率について：各対象児群の不適切反応者率の変化を Fig.4 に示す。これに関して、子どもの状態による各群内で、学年による比率の差を検討してみたところ、腎ネフ児群において有意な差が見いだされ($\chi^2=4.174, df=1, P<.05$)、さらに各学年群内で子どもの状態による比率の差を検討した結果、中学年の喘息児群と腎ネフ児群の間で有意な差が見いだされた($\chi^2=4.293, df=1, P<.05$)。つまり、腎ネフ児群の不適切反応者率は中学年では喘息児群と比較して低く、高学年になると上昇し喘息児とほぼ同じ比率を示すことがわかった。また、病弱児群と健康児群の差という点に注目してみると、統計的に顕著な差とはいえないが、高学年では病弱児の方が健康児より不適切反応者率が高い傾向が見られた(喘息児×健康児 $\chi^2=2.909, df=1, P<.1$ ；腎ネフ児×健康児 $\chi^2=2.874, df=1, P<.1$)。

(5) 不適切反応産出率について：各対象児群の不適切反応産出率の変化を Fig.5 に示す。全体として大きな差は見られないが、健康児群、喘息児群が中学年から高学年にかけて微減傾向を示しているのに対し、腎ネフ児群は微増傾向を示した。また、健康児群より病弱児群の方が平均して不適切反応産出率が高かった。

なお、不適切反応者率が低く、それに対して不適切反応産出率が顕著に高い場合は一人の反応者が多くの不適切反応を産出していることになるが、本研究では明確にそのパターンを示した対象児群はなかった。

反応内容の分析

(1) 産出病名について

各対象児群別に出現頻度上位10位の病名の出現率、および、その内の第1位、第2位、第3位反応としての出現率を算出した結果を Table 3 に示した。

(a) 健康児群：上位3位は順位の入れ替わりはあるもの、いずれの学年群も「盲腸」、「風邪」、

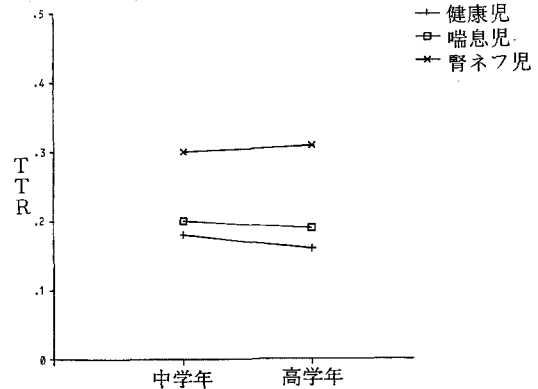


Fig. 3 各対象児群における TTR

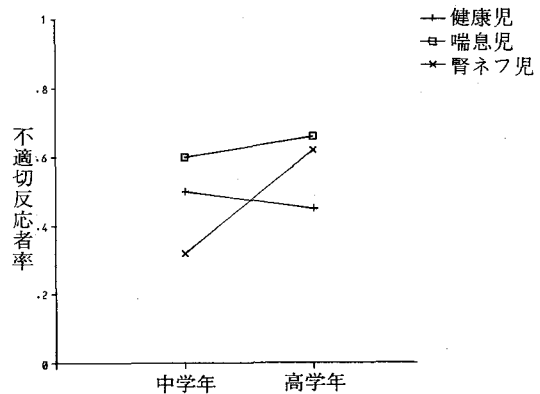


Fig. 4 各対象児群における不適切反応者率

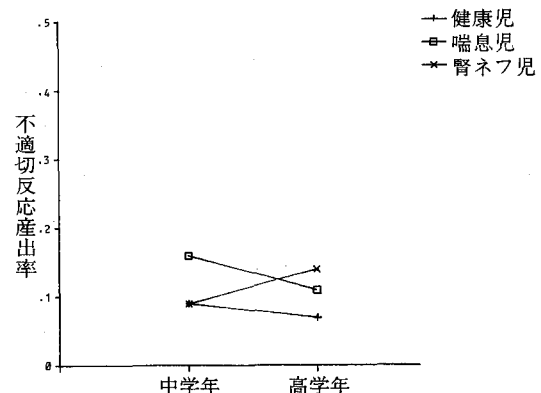


Fig. 5 各対象児群における不適切反応産出率

「癌」であった。10位までの病名を見ると、低学年群では「癌」以外は子どもにとって比較的身近な病気であった。高学年群では、「心臓病」や「白血病」のように致死疾患や慢性疾患が上位10位の中に入ってくる。

(b) 喘息児群：中学年群，高学年群共に「喘息」の出現率が最も高い。順位の入れ替わりはあるが，上位4位はいずれの学年群も「喘息」，「おたふく」，「腎臓病」，「エイズ」であった。また上位10位までをみても，順位は「じんましん」と「はしか」の入れ替わりはあるが，その病名の内容は低学年群，高学年群共に同一であった。

(c) 腎ネフ児群：低学年群，高学年群共に「ネフローゼ」の出現率が最も高かった。低学年群の場合は「ネフローゼ」以外にも，「慢性腎炎」，「腎臓病」，「腎炎」と自己の病気に関連する病名の出現率が高かったが，高学年では「ネフローゼ」以外は上位10位にそれらの病名は出てこなかった。

Table 3 各対象群の主な反応内容

順位	健康児		喘息児		腎ネフ児	
	中学年	高学年	中学年	高学年	中学年	高学年
1	盲腸 95(48)	風邪 83(20)	喘息 97(89)	喘息 97(79)	ネフローゼ 77(64)	ネフローゼ 94(65)
2	風邪 70(58)	盲腸 83(13)	おたふく 80(23)	風邪 82(38)	エイズ 55(14)	風邪 76(29)
3	癌 70(35)	癌 65(40)	腎臓病 77(23)	エイズ 79(35)	慢性腎炎 50(32)	心臓病 76(24)
4	水疱瘡 60(32)	心臓病 58(20)	エイズ 74(20)	おたふく 77(9)	心臓病 50(18)	癌 76(18)
5	おたふく 48(23)	白血病 58(18)	水疱瘡 71(9)	腎臓病 71(41)	癌 50(0)	喘息 76(12)
6	中耳炎 48(10)	アボロ病 58(3)	風邪 66(20)	癌 71(32)	喘息 45(32)	エイズ 71(12)
7	はしか 40(15)	水疱瘡 55(18)	癌 66(9)	肺炎 68(9)	腎臓病 41(36)	結核 59(6)
8	じんましん 40(5)	おたふく 48(23)	心臓病 50(17)	水疱瘡 68(0)	結核 41(9)	盲腸 59(6)
9	肺炎 38(13)	肺炎 40(13)	肺炎 40(11)	心臓病 53(12)	糖尿病 41(5)	糖尿病 59(0)
10	アボロ病 30(13)	はしか 40(10)	じんましん 34(7)	はしか 53(3)	腎炎 32(32)	おたふく 47(6)

数字は出現率，()内は第1位～第3位反応としての出現率

以上，子どもの状態による群別に，その反応の内容を見てきたが，全対象児群に共通して10位以内に出現している病名は「癌」のみであった。また，一つの群では11位以下であったが，他の群では10位以内に入っているものとしては「風邪」，「心臓病」，「おたふく」があった。

(2) 不適切反応，特異反応について

各対象児群別に出現度数が上位3位であった不適切反応の内容と出現度数を Table 4 に示した。腎ネフ中学年群は全ての不適切反応が度数1であったため，表から除外した。病弱児群では「便秘」，「下痢」，「熱」などの症状を病名として記入したものが多く，健康児群では症状以外に，明らかな誤答や一般には病名と見なされない上位概念も不適切反応として目立った。年齢別に見てみると，出現度数が上位の反応に関しては，病弱児群，健康児群とも中学年，高学年の間で大きな差は見られなかったが，中学年群では典型的な不適切反応に集中する傾向があるのに対し，高学年群では不適切反応の種類が多く多様である傾向が見られた。特異反応と

Table 4 主な不適切反応の内容

		1位	2位	3位
健康児	中学年	伝染病(5)	腹痛(5)	便秘(4)
	高学年	便秘(5)	失明(5)	骨折(3)
喘息児	中学年	熱(10)	湿疹(6)	下痢(5)
	高学年	仮病(6)	熱(4)	下痢(4)
腎ネフ児	中学年	—	—	—
	高学年	便秘(4)	下痢(3)	腹痛(2)

()内は度数

しては喘息児のみで見られた「仮病」があげられる。高学年では最も出現頻度の高い不適切反応であったが、低学年でも3名が「仮病」を病気としてあげていた。

IV 考 察

平均反応数、IC、TTRはそれぞれ、各対象児群における「病気」のカテゴリーとしての広がり、凝集性、多様性を示している。広がりとは多様性は意味的に混同しやすい言葉であるが、例えば、対象児群の各成員の反応数が多く、平均反応数が高いとしても、それぞれが同じ病名を産出していた場合、TTRは比較的低い値となる。言葉をかえれば、平均反応数は「病気」のカテゴリーの絶対的な大きさを示すのに対し、TTRはその中での反応のバラツキを示す指標である。また、凝集性とは具体的には、各対象児群で典型的とされた病名に対して、成員個人の反応がどの程度一致しているかを示すもので、視点をかえれば「病気」というカテゴリーの安定性を示す指標ともいえよう。

不適切反応者率、不適切反応産出率は、子どもの「病気」のカテゴリーの妥当性を反映するものである。ただしこの場合、医学的な妥当性というより、むしろ、成人の想起する一般的な「病気」との近似性を示す指標であるといえよう。

以上の前提を基にして考えると、病弱児群、健康児群共に加齢に伴い「病気」のカテゴリーは広がるが、健康児群と比較すると病弱児群の方が「病気」のカテゴリーの広がりが大きいといえよう。カテゴリーの凝集性という点から考えると、喘息児群の場合、加齢によってそれが高まるのに対し、健康児群と腎ネフ児群はむしろ拡散していく方向にあるといえる。カテゴリーの多様性に関しては、健康児群、喘息児群と比べて腎ネフ児群がより多様なカテゴリーを形成しているといえるが、年齢による変化はほとんど見られない。また、カテゴリーの妥当性という点でみると、高学年の腎ネフ児群が低学年と比較すると、よりその妥当性を減じていることがわかる。また、高学年群では健康児群より病弱児群の方がカテゴリーの妥当性が低い傾向が見られる。

Nelson (1974) は、5歳児、8歳児を対象に「花」、「野菜」等の一般的概念に関する聞き取り調査を実施し、平均反応数が加齢に伴い増加し、TTR、不適切反応者率、不適切反応産出率は逆に減少すること、また、ICは年齢による定まった変化はないが対象となる概念によって差が生じると報告している。本研究では、対象児の年齢が若干高いものの、健康児のデータは中学年から高学年にかけて、Nelsonの結果と同様の変化を示している。しかしながら、この結果に従い、平均反応数が高く、TTR、不適切反応者率、不適切反応産出率が低い群が発達的により上位にあるとすると、子どもの状態による比較においては矛盾が生じることとなる。なぜなら、高学年において平均反応数が最も高い腎ネフ児群はTTR、不適切反応者率、不適切反応産出率においても最も高い値を示し、反対に平均反応数が最低であった健康児群はTTR、不適切反応者率、不適切反応産出率も最も低い値を示しているためである。このため、Nelsonの結果をもとに病弱児と健康児の「病気」の概念の発達の程度の差を知ることは困難である。これは本研究の対象群が健康児、喘息児、腎ネフ児と「病気」に関する経験が様々なものから構成されていることに由来するように思われるが、さらに発達の程度という一次元的な差異から、発達の質的な違い、あるいはその様相の違いという二次元的な差異に目を向ける必要があるよう

に思われる。この点から考えると、特に高学年において平均反応数、IC、TTR、不適切反応者率、不適切反応産出率のすべての指標が病弱児群>健康児群となっていることは注目すべきであろう。この結果を解釈すると、病弱児群は健康児群と比較すると、「病気」に関するカテゴリーの広がりが大きく、凝集性は高いが、その反応は多様でありカテゴリーとしての妥当性も低いことになる。本研究における高学年群は Piaget のいう形式的操作期、あるいは具体的操作期からの転換期であるといえるが、健康児群の諸指標が加齢により順当な変化をしていることを考えると、病弱児のデータは病気に関しての情報の過剰によって引き起こされた転換期の混乱と受け取ることもできよう。ただし、先に述べたように、多様性と凝集性、および不適切反応産出率に関しては指標となったデータの性格上、推計学的な検討を行っていないため、この反応パターンを病弱児の典型的なものとするには若干の危険があるようにも思われる。

反応内容の分析結果を見ると、子どもが課題に対して、自己の経験を基に反応していることがわかる。喘息児群は「喘息」が、また腎ネフ児群は「ネフローゼ」が、出現率、および第1～3位反応としての出現率共に最も高いことから、これは明かである。先に述べたように病弱児群のカテゴリーの凝集性が健康児群と比較して高いのも、このように自己の病気に第1～3位反応が集中したためであろう。また健康児群においても、「風邪」や「盲腸」など自分や周囲の人間が経験した病気に関しての反応が多い。ただし、病弱児と健康児ではその経験そのものが異なるために、反応の内容にも違いが見られる。これは特に健康児と腎ネフ児の間で顕著であり、健康児群は比較的身近な一過性の病気の出現頻度が高いのに対し、腎ネフ児群は慢性疾患の出現率が高い。特に腎ネフ児の低学年では、他の対象児群においては典型的なものである「風邪」や「おたふく」等の軽度の病気の出現比率が極めて低く、出現率10位以内の病気は全て慢性疾患、あるいは致死疾患である。喘息児は「喘息」の出現率が高いことを除いては、その反応パターンは健康児のものと似通っているように思われる。一般的に考えると喘息より腎ネフの方が病気としては深刻であると思われ、この反応内容も腎ネフ児の経験の厳しさを物語っているものと考えられる。

学年による反応内容の変化は、子どもの状況によって様々で、喘息児群の場合はほとんど変化が見られないのに対し、健康児群は高学年になると「白血病」や「心臓病」のように病気としてより重篤なものの記述が出てくるようになる。これは、子どもが自分自身の経験から離れた病気をもそのカテゴリーの中に取り入れることが多くなることや、「死」に対する興味の高まりを反映しているように思われる。また、腎ネフ児群は低学年では「ネフローゼ」、「慢性腎炎」、「腎臓病」、「腎炎」といういわば同一のクラスに属する病名が同時に10位以内に入っているが、高学年ではこれが「ネフローゼ」のみとなる。これは高学年においてクラスの包含関係(inclusion)が明確になり、重複した反応が減少したためと思われる。

さらに、反応内容の分析で見逃せないことは、マスメディアの影響である。新聞やテレビに取り上げられることの多い「癌」が全ての対象児群で10位以内に入っていることも、この一つの現れであろうが、さらに象徴的なことは健康児群で出現率が低かった「エイズ」が病弱児群では全て10位以内に入っていることである。この結果に関しては、調査の実施時期を考慮する必要がある。健康児の調査を実施した時期と、病弱児の調査を終了した時期とでは、1年弱の間隔があるが、その間に「エイズ」の問題は多くのマスメディアに取り上げられ、このことが調査の結果に大きく反映されたものであろう。その意味では本研究の対象児は病弱児、健康児のそれぞれで一種のコフォートを形成していることにもなり、今後の研究へ向けての反省点

となろう。ただし、この結果が明らかに示すことは、病弱児は病気に関する報道に関心を持っていることである。病気が比較的軽度な子どもにとっては、これが大きな問題となることは少ないであろうが、致死疾患の子どもの場合、周囲の大人はその子どもにもたらされるマスメディアからの情報に十分注意する必要があるように思われる。

不適切反応の内容に関しても、年齢による大きな差は見られないように思われる。むしろ、子どもの状態による違いが大きい。健康児では様々な種類、次元の不適切反応が混在しているのに対し、病弱児の場合、その不適切反応の内容が、多くは症状の記述であり、さらにそれが加齢によっても減少せず、反対に増加傾向を示している。このことは注目しなければならない結果であろう。現に病気に直面している子どもにとっては、病気は症状そのものであり、日常生活においても、すでに確定した病名より、その症状に目が向くのは当然のことのように思われる。また、病弱児においては明かな誤答が少なかったことから考えても、健康児と比較して病弱児の「病気」に関する概念が未成熟であるとすることは不可能であるように思われる。

なお、特異反応として喘息児の「仮病」があげられたが、喘息が心因的な要素の大きい病気であることを考えると、興味のもたれる結果である。彼らは実際に症状を持ちながらも、周囲の大人から、それを気のせいと説明されてきた経験が多かったのではないだろうか。ここでは正確なことは言えないが、子どもによっては、「仮病」は心因によってもたらされる症状につけられたラベルであるのかもしれない。

V 結 論

「病気」の原因の同定を指標とした過去の研究を概観すると、病弱児の「病気」の原因に関する認知や、その発達的变化は健康児のそれと、大きな差異はないと結論するもの（Simeonsson, Buckley & Monson 1979 ; Brewster 1982）と、病弱児の方が未成熟であるとするもの（Caradang 1976 ; Myers-Vando, Steward, Folkins & Hines 1979 ; Bibace & Walsh 1980）の2者に分けられる。これらの研究は先にも述べたように、同じ方法で病弱児と健康児とを比較したものではないので、結果の一般化には問題があるが、いずれにせよ病弱児が発達的により進んでいると結論づけた研究は無かった。本研究で指標としたものは、病因の同定ではなく、「病気」という概念の広がり、内容であったが、先行研究と同様に病弱児の「病気」に関する概念の発達の程度が健康児のそれより進んでいると積極的に結論づける証左は得られなかった。しかしながら、同時にそれが遅れていると結論づけることも不可能であろう。Bibace & Walsh は病弱児において病気に関する概念形成が遅れる理由として、病気の経験が圧倒的な情緒の問題をもたらし、それによって病気に関する概念形成が抑制されるとしているが、病弱児に情緒の問題を持ちやすい者が多いことは事実であるにせよ、その問題が病気に関連する事象の認識を抑制しているとは考えられない。直接的な反証とはならないが、本研究の結果を見る限りでも喘息児は「喘息」、腎ネフ児は「ネフローゼ」や「腎炎」などの反応が極めて多く、自己の病気に積極的に関心を持っている様子が伺われる。ただし、その発達が遅れておらず、なおかつ、進んでもいないとしても、それは病弱児群と健康児群の「病気」のカテゴリーが同一であることを示すものではない。この場合、発達レベルの違いというより、子どもの経験による質的な差異に着目する必要があるだろう。この点について、本研究の結果としていえる主な点を

まとめると、以下のようになろう。

①健康児群と病弱児群の「病気」のカテゴリーは中学年では明確な、あるいは一貫した違いはない。②高学年になると病弱児群の「病気」のカテゴリーは健康児より広いが、妥当性の点では劣る。③その反応内容は健康児は自分や周囲の人が経験した比較的身近な病気が中心であるのに対し、病弱児の場合、自分の病名に集中する。④特に腎ネフ児の場合、慢性の、あるいは重篤な疾患名の反応が健康児より多く、喘息児の場合は「喘息」に反応が集中すること以外は、健康児の反応内容と比較的似通ったものであった。

以上の結果に関する若干の考察は既に述べたが、より正確で詳細な考察のためには、さらに多元的な調査が必要とされよう。

参 考 文 献

- 1) Bibace, R., & Walsh, M. E. (1980). Development children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66, 913-917.
- 2) Brewster, A. B. (1982). Chronically ill hospitalized children's concepts of their illness. *Pediatrics*, 69, 355-362.
- 3) Caradang, M. L. A., Folkins, C. H., Hinec, P. A., & Steward, M. S. (1979). The role of cognitive level and sibling illness in children's conceptualization of illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 474-481.
- 4) Eiser, C. (1984). *The psychology of childhood illness*. New York: Springer-Verlag.
- 5) Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw-Hill.
- 6) Myers-Vando, R., Steward, M. S., Folkins, C. H., & Hines, P. A. (1979). The effects of congenital heart disease on cognitive development, illness, causality concepts and vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 617-625.
- 7) Nelson, K. (1974). Variations in children's concepts by age and category. *Child Development*, 45, 577-584.
- 8) Simeonsson, R., Buckley, L., & Monson, L. (1978). Conceptions of illness causality in hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology*, 4, 77-84.

Class Concepts of Illness in Chronically Ill Children and Health Children

Fumiya OBATA

ABSTRACT

This study is the investigation of the class concepts of illness in chronically ill children and health children. The survey that requests free description of the name of illness was carried out for 80 health children and 108 chronically ill children (asthma and renal disease). Age of the sample was between 9 to 12 years old. The results were analyzed from the view points of the developmental change and the difference of child conditions. In lower age, the category of illness have no clear difference between health children and chronically ill children. While in higher age, the category of chronically ill children was wider but less valid than health children. The contents of responses differ between health children and renal disease children. Renal disease children produced severer illness name than health children. Conditions of children are seemed to have stronger effects on the concept formation of illness than developmental factor.