

東邦大学学術リポジトリ

Toho University Academic Repository

| | |
|-----------|---|
| タイトル | アトピー性皮膚炎をもつ思春期の子どものスキンケア継続力獲得に向けた看護介入 |
| 作成者（著者） | 大屋, 晴子 |
| 公開者 | 東邦大学 |
| 発行日 | 2019.09 |
| 掲載情報 | 東邦大学大学院看護学研究科 博士論文 内容の要約. |
| 資料種別 | 学位論文 |
| 内容記述 | 主査：出野慶子 / タイトル：アトピー性皮膚炎をもつ思春期の子どものスキンケア継続力獲得に向けた看護介入 / 著者：大屋晴子 / 本文ファイル：要約 |
| 著者版フラグ | ETD |
| 報告番号 | 32661甲第970号 |
| 学位授与年月日 | 2019.09.26 |
| 学位授与機関 | 東邦大学 |
| メタデータのURL | https://mylibrary.toho-u.ac.jp/webopac/TD28196614 |

第1章 序論

小児アレルギー疾患の治療は、治療薬の開発と普及に伴い自宅における症状管理が可能となり、重症な発作や症状増悪時の短期入院による治療を除いては定期的な外来診療が中心である。発作や症状増悪時は、治療薬により早期に改善ができるようになったが、日常生活における発作予防や改善した状態を維持することは、現在でも困難であることが問題視されている。近年の小児アレルギー疾患の増加により、医師による外来診療時間は限られており、また看護師による個別性に合わせた介入は十分に行われていない現状がある。

小児アレルギーの主な疾患として挙げられるアトピー性皮膚炎 (Atopic Dermatitis, 以下 AD と略す) は、「増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ」と定義され、痒みを主症状とする慢性再発性炎症性皮膚疾患である (古江ら, 2009)。学童期以降の AD は、寛解または症状の改善がみられる場合もあるが、第二次性徴による心身の変化、環境の変化に伴う症状の増悪が生じやすい時期であることが特徴である。この時期は、乳幼児期と異なり学校生活が中心となり、治療の中断や症状悪化時のみの不定期な受診となる場合が多く、成人期まで症状が継続し、難治性となる場合が多い (古江ら, 2007)。また、学童期以降は乳幼児期から症状管理を行ってきた保護者から子どもへのセルフケア移行期である。しかし、この時期は大人からの一方的な指導を受け入れにくく、子どもの思いや考えを把握した上での状況に合わせた介入でなければ、子ども自身が理解した上での実践にはつながらない。

AD 患者は思春期において AD 症状や治療に対して「(症状が) 見た目に出ていたからいじめられた」「気にしないようにした」等の思いがあったことや保護者からも「アレルギーだから」「皮膚が弱いから」とあきらめるしかないと言われる体験をしていた (大屋, 2018)。このような体験は子どもの成長発達上にさまざまな影響を及ぼす結果となる。町野 (2012) は、カウンセリングを受ける AD の子どもの心理的状況を「治るわけがない」という歪み (思い込み) があり、「治った自分」のイメージが薄いことから治療目標を喪失していると述べている。

AD 関連のガイドラインでは、AD をもつ子どもに対する介入は、疾患の理解やスキンケア技術向上への介入に加えて、心理面へのアプローチの必要性が示されている (片山ら, 2012; 小牧ら, 2006; 安藤ら 2002)。

AD をもつ子どもは、長期にわたる治療経過において、症状管理の必要性と方法は理解できていると考えられるが、環境変化や成長に合わせた自己管理を子ども自身が考える機会やこれまでに疾患や治療への思いや考えを表現する機会がなかったことが推測される。

これまでの慢性疾患をもつ学童を対象にしたセルフケア行動の確立に向けた介入研究では、疾患に関する知識の付与、自己管理技術の向上による自己効力感を高める介入による効果が明らかにされている。しかし、それらの研究は、介入期間中の症状改善はみられ

るが、介入後にセルフケアを実践している子どもの思いや中断、逆戻りの要因に焦点をあてた継続に関する検証はなされていない。特に思春期の子どもは、生活習慣の変化、友人関係による心理面への影響が大きいことから中断や逆戻りのリスクが高く、他の疾患と同様の介入では継続は困難であることが予測できる。そこで、従来の医療者からの一方的な説明や指導ではなく、AD をもつ思春期の子どもが主体的に症状管理を継続できる看護介入の検討が重要であると考え本研究に着手する。

第2章 文献検討

I. ADの主な原因

ADは乳児期から成人に至るどの年齢においても初発または再発する疾患であり、年齢区分による特徴がある(図1)。乳幼児期は、食物、汗、乾燥、掻破、物理化学的刺激(せっけん、洗剤、衣類)、細菌、真菌などが、原因・悪化因子となり、食物アレルギーに関与するものが多いことが報告されている(Kijima A, et al, 2012; Caleb K, et al, 2009)。学童期以降は、食物関与のものは減少し、ダニなどの吸入アレルゲンの影響が強くなり、学校生活、受験、人間関係、家族関係等の心理社会的ストレスの関与が報告されている(Kimyai-Asadi, et al, 2001; Kilpelainen M, et al, 2002; Lammintausta, et al, 1991; Al' Abadie, et al, 1994, 益子ら 2002)。第2次性徴期は、性ホルモン分泌が、コントロールされておらず、体温上昇、皮脂分泌量の増加する時期と乾燥する時期が混在することによる症状の悪化の可能性が高い。

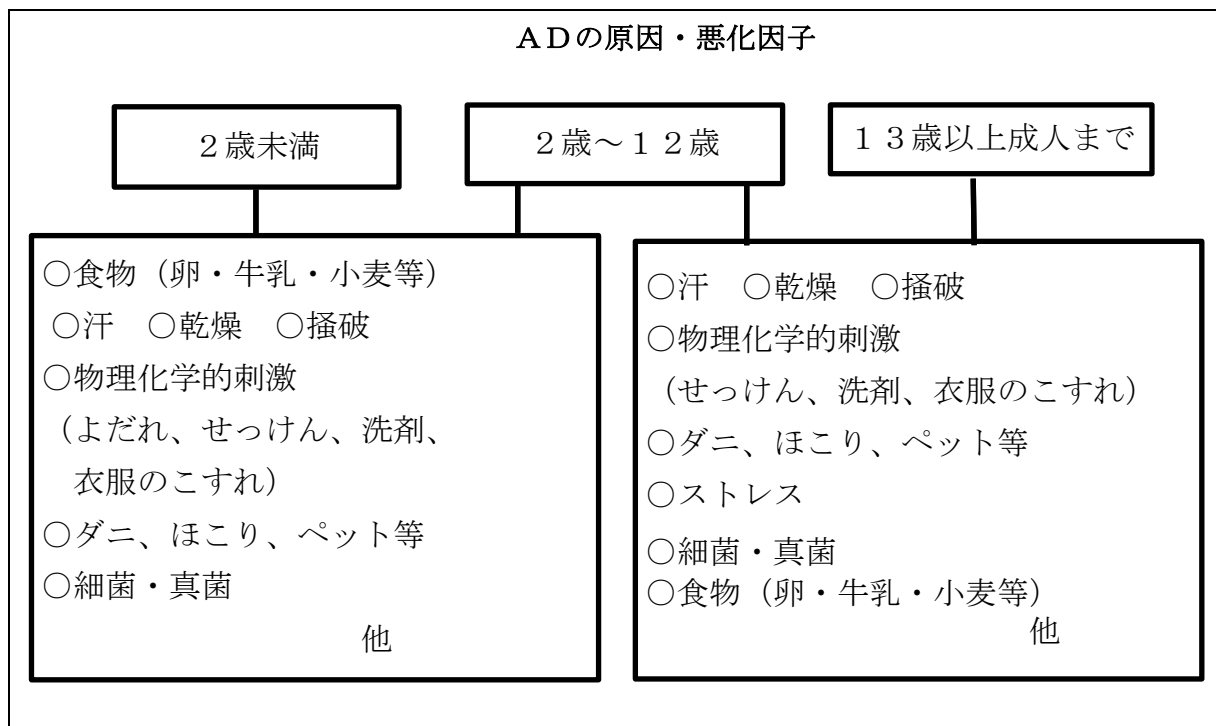


図1 アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2015 (片山, 河野, 2015)

II. 小児アトピー性皮膚炎の疫学調査

近年における子どものアレルギー性疾患に関する調査は、ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) Phase I (Williams H, Robertson C, Stewart A, et al, 1999)により 56 か国で実施されている。ISAAC の調査結果では、AD の有症率は全体で 6~7 歳は 7.3%, 13~14 歳は 7.4%であった。日本は、6~7 歳は 16.9%, 13~14 歳で 10.5%と平均よりも高いことが報告されている。有症率の高い国は、スウェーデン、フィンランド、イギリス、日本、オーストラリア、ニュージーランドで工業先進国に多い。

日本における平成 12~14 年調査 (山本, 2003) の全国調査では、6~7 歳と 13~14 歳の有症率は ISAAC と同値であり、全体で 13.7%であった。2005 年に 6 歳~14 歳を対象とした東京で実施された調査では、AD の有症率は 10.9~19.6%であった (Misaki F, et al, 2011)。全国調査は 2009 年に北海道, 東京, 大阪, 福岡の 4 地区で実施されている (Saeki H, et al, 2009)。

AD 症状の寛解に関する調査 (河野, 2009 ; Ohshima Y, et al, 2002) では、乳児期に発症した AD 症状は、幼児期までには、半数以上が症状改善し、30%強が消失することが報告されており、適切なスキンケアが悪化予防となることが明らかにされている。また小児期の AD は寛解率も高く、年齢により減少すると考えられるが、成長発達する過程において、発達段階により発症因子や悪化因子が異なることから寛解と増悪を繰り返すことも示されている。さらに家族にアレルギー疾患がある場合は、AD の有症率が高いことが、先行研究により明らかとなっている (Roger K, et al, 2008; Ohshima Y et al, 2002 ; Kapoor R, et al , 2008)。近年の AD の治療は、親世代の AD の治療法とは大きく変化していることから子どもの症状や管理方法が気になってもどのようにサポートすべきかについて、不安や戸惑いが生じることが考えられる。

AD の子どもの経時的推移の実態調査では、国内の皮膚科 525 施設および小児科 681 施設に通院する AD 患者に実施され、悪化の時期は、小学校入学前と中学性の時期との二峰性を示していた (古江ら; 2007)。中学生の時に悪化した理由としては、「勉強が大変になった」「クラブ・習い事を始めた」の回答がもっと多かった。また自由回答として「ストレス」「薬の不使用、効かなくなった」「汗をかく量が増えた、汗をかく時期にひどくなる」「受験、進学、就職」などが挙げられていた。これらの結果から、AD 症状はさまざまな環境の変化に影響を受けており、症状が改善した時期には悪化のリスクを予測していないことが考えられた。子ども自身が、さまざまな悪化の要因から自分に起こりやすいことを認識した上で対処方法を検討する必要がある。

舟木ら (2012) の外来における調査において、低年齢層と高年齢層 (7 歳~15 歳) を比較すると高年齢層は、スキンケアが不十分であることが報告されている。外来を受診する

学童期の子どもたちは、スキンケアができていない理由として、「面倒だから」「朝は忙しいから」「忘れてしまう」という言葉が多く聞かれる。保護者も同様に「急いでいるから仕方ない」と思い、促す言葉をかけない「促しの言葉をかけても子どもが言うことをきかない」という状況である。かゆみの対処に関する調査では、「搔く」という回答が70%以上と最も多く、かゆみを減らす工夫として「薬を飲む、ぬる」が最も多く、「清潔にする」「保湿」は少数であり、スキンケアが不十分であった。また、ADであることで困っていることとして「かゆみがあって集中できない」63.4%、「塗り薬を使うのが面倒」44.6%、「恥ずかしい」29.2%であった（古江ら, 2007）。外来治療を受けているにもかかわらず、かゆみが強いということが長期間続くことは、治療のメリットを感じられていないことや医師の指示通りにスキンケアが実践されていないことも考えられる。

ADについて、医師に聞きたいことは、「薬の副作用」36.5%、「薬の効果」28.5%、「現在行われているもの以外の治療法」21.5%であった。ADをもつ子どもの多くがステロイド剤を使用していることから、薬の副作用に対する不安があると考えられる。外用薬の目的や副作用を正しく理解しないままに使用することは必要量が塗布されないことにつながり、症状が改善されずに「薬が効かなくなった」という思いとなる。ADをもつ学童期の子どもが医師の診察を受ける場面では、保護者が主体となり質問をしており、子ども本人が薬についての質問や相談をすることはほとんどない。特に現在の治療薬以外の治療法に関する質問は、幼少期から担当している医師との関係性からも聞きづらさが生じることが考えられる。

Ⅲ. ADの基本的治療

最新のアトピー性皮膚炎ガイドラインでは、ADの基本的治療は、①原因・悪化因子の探索と対策、②皮膚機能異常の補正（スキンケア）、③薬物療法の3点である。治療における最終目標は、症状があっても軽微で日常生活に支障がなく、薬物療法もあまり必要としないレベルである。しかしこのレベルに到達しない場合でも、症状があっても日常生活に支障をきたす急速な悪化がおこらない状態を維持することが必要である。原因・悪化因子に対する対策とスキンケアで改善しない場合は薬物療法が必要となり、その際には皮膚の炎症の抑制としてステロイド外用薬とタクロリムス軟膏が使用される。外用薬に加えて、必要に応じて補助的に抗ヒスタミン薬および抗アレルギー薬の内服が行われる（片山ら,2015）。

ADの薬物治療において、ファーストラインであるステロイド外用療法であるが、十分に行われない患者側の要因として①ステロイド外用療法の習熟不足、②ステロイド忌避、の2つの場合があげられており、症状悪化、コントロール不良となっている（檜垣, 2013）。

ステロイド忌避の原因として、1990年代におけるステロイドの副作用の誤解からステロイド恐怖症の患者が増加したとされる。ステロイド恐怖症の患者が考えている外用薬の副作用は、「顔が丸くなる」「骨がもろくなる」「著明な色素沈着」「皮膚が象のように硬くなる」であり、マスコミに広められ、アトピービジネスの氾濫となり、ガイドラインが作成された（江藤,2009）。しかし、近年においてもステロイド忌避は存在しており、小児ADの保護者のステロイド外用薬に対する認識の調査において、ステロイド忌避がある場合は、62.3%がステロイドのイメージが悪く、外用薬の自己中断歴が57.7%であった。受診前の認識において、ステロイド忌避がある場合は67.1%の保護者が、ステロイド忌避のない場合でも48.9%の保護者が、何らかの皮膚への副作用が心配と回答している。またステロイド忌避のある患者の特徴として、代替医療を好み、患者は女兒に多く、父親にADの既往があり、病院を頻回に変えていることが報告されている（Kijima R, et al, 2013）。保護者もADである場合は、症状や治療の過去の体験が影響することが考えられることから保護者の治療に対する正しい理解と医療者と共に子どものセルフケアを支援する必要がある。

近年、再燃をよく繰り返す皮疹に対して、ステロイド外用薬やタクロリムス軟膏により速やかに炎症を軽減し寛解導入した後に、保湿外用薬によるスキンケアに加え、ステロイド外用薬やタクロリムス軟膏を定期的に（週2回など）塗布し、寛解状態を維持するプロアクティブ（proactive）療法が行われるようになった（加藤ら,2018；川島ら,2007）。近年の新しい外用薬や従来の塗布方法とは異なる治療を子どもや保護者が理解し、受け入れられるような支援が必要である。

IV. アレルギー疾患をもつ子どもへの指導

近年、小児アレルギー疾患の増加および小児アレルギー疾患の治療に関するガイドラインの改正（片山ら,2012；宇理須,他,2012）に伴い、専門家による症状管理に関する指導の必要性が示された。2009年より、小児のアレルギーエデュケーター（Pediatric Allergy Educator, 以下PAEと略す）認定制度が開始された。PAEの役割は、患者・家族のアドヒアランスを高め、できるだけ症状のない状態にコントロールし、QOLを向上・維持できるように患者教育を行うことである。そのためにアレルギー疾患に関する高度な知識とコミュニケーションスキルや患者教育の基礎となる理論・スキルを身につける必要があるとされ、患者・家族への教育場面では基礎理論として保健信念モデル、社会的認知理論、多理論統合モデルが推奨されている（益子ら,2013）。近年、PAE認定看護師は増加しているが、アレルギー疾患をもつ子どもは年齢の幅が広く、他のアレルギーを併発していることが多い。病態や症状が多様であることから個別性に合わせた継続的な指導は時間を要する困難な状況であると考えられる。

AD をもつ思春期の子どもは、症状改善のために何らかの行動をしているが、また中断や逆戻りの可能性が高いことが考えられる。対象者がどのような時に逆戻りが起きやすいかについて、野口（1998）は、①ネガティブな情動の時（ストレスフルな状況）、②健康的な習慣を行っていかうという動機が低くなった時、③特定の目標を失った時、④周りからのサポートが得られない時、⑤人間関係で葛藤状態にある時、⑥以前その行動をとっていた場所や状況に再び身を置いた時と述べている。これらの状況は、身体の変化、環境変化が著しい思春期の子どもにおいては起こる可能性が高いことが考えられる。

V. AD 症状が子どもに及ぼす影響

1. 第二次性徴期による AD 症状への影響

思春期は、幼児期と比較すると皮脂の分泌機能の低下により、皮膚は次第に乾燥傾向になり、皮疹が軽快する症例も数多くあるが、家庭内から学校へと行動範囲が広がることは皮膚の刺激となる要因も多様化し悪化リスクも高くなる。思春期以降、皮膚は性ホルモンの影響で皮脂の分泌が増加し、脂漏や痤瘡が生じやすくなり、皮疹はそれらと重なることで顔面の皮疹は複雑になる（片山ら,2015）。第二次性徴期に伴う性ホルモンの分泌による皮膚の状態が変化として、黄体期の女性ホルモンの分泌および男性ホルモンの分泌は、皮脂分泌量の増加をきたし痒みを増強させる。成人の AD 女性の月経周期とスキンケアに関する調査では、月経周期に合わせたスキンケアが有効であることが示されている（カルデナスら,2012）。思春期の子どもは男女ともに性ホルモンの分泌は不安定な時期であることから、皮膚の状態も変化しやすいことを理解した上でスキンケアを継続する必要がある。

2. AD 症状による生活習慣および心理面への影響

強い痒み症状は、睡眠や食事、活動に関する生活習慣において問題が生じやすい。睡眠に関しては、入眠時間の延長や中途覚醒による睡眠不足や睡眠の質の低下等の問題があげられる。学校生活が中心である小学高学年から中学生の子どもの睡眠の問題は、学業への影響、精神面の不安定による友人関係への影響が考えられる。健康な児童の生活習慣と敵意・攻撃性との関係の調査において、敵意や攻撃性との関連がみられたのは主として睡眠問題であることが報告されている（大芦ら, 2002）。近年、子どもの睡眠に関する問題が増加している状況において、慢性的な症状とともに生活する子どもは、より困難な状況であると考えられる。

食事に関しては、AD をもつ子どもは乳幼児期に食物アレルギーの既往をもつ場合もあり、重症例では、学童期以降も除去している場合もある。幼少期の食物アレルギー反応による皮疹の出現の体験や長期間の食物の除去は、偏食につながることも考えられ、アレルギー

ギーが改善された思春期においても食生活に影響を及ぼしていることも考えられる。

活動に関しては、運動時の体温上昇や発汗に伴い、痒みの増強および不快感による搔破行動から症状が悪化する場合がある。そのことが運動不足につながることも考えられている。このような症状による思うようにいかない体験の繰り返しは、症状改善への諦めや行動変容への意欲低下につながると考えられる。また、強い搔痒は、搔破を誘発し皮膚の悪化をもたらし、さらに搔痒を増強し、itch-scratch cycle となる。思春期以降も症状が継続すると長期間の搔破行動による特徴的な皮疹が形成され、搔破行動が習慣となる場合が多い。成人期における嗜癢的搔破行動は、改善することが困難となるため、小児期からの早期介入が重要となる。小林（2000）の成人を対象とした調査では、痒みがなくても搔破行動をする目的として「気が紛れる」「気持ちの切り替えがつく」などの精神的効果や「搔くほど心地よいものはない」「陶酔感がある」などの精神的快感を意識しており、習慣的な搔破行動には精神的依存が生じており、コントロールを欠いた状態であり、嗜癢搔破行動である。またこの嗜癢搔破行動は、患者が無意識であることから、患者が嗜癢搔破行動を自覚するようなアプローチをすることにより症状の改善がみられていたことが報告されている（檜垣ら,2001）。

3. ストレスと AD 症状の関連性

ストレスと皮膚症状の関連では、免疫機能が低下し皮膚状態が悪化し、またその皮膚状態によりストレスを高めることになり悪循環となる（Firdaus S.D,2013）。思春期は、顔面、頸部、上下肢と症状が見える部分に出現することから、友人からの評価を重視する思春期において、友人に見える部分の症状の出現は、心理社会的なストレスとなると考えられる。学童期の子どもが AD であることで困っていることに対する調査では、「友達にからかわれた」や「恥ずかしい」が増加していた（瀧川ら, 2005）。

ストレスフルなライフイベントと症状の関係に関する調査では、家族に重病者がいることや両親の離婚は、アレルギー疾患の子どもとの症状と関連があり、子どもの年齢が大きくなるにつれてその関連が強いことが報告されている（Kilpelainen M, et al, 2002）。思春期の子どもは自分自身の問題だけではなく、家族の状況も考えることができるようになるため、ストレスが生じる可能性が高い。片岡ら(2001)は、外来通院患者における調査において、中学生では 10%、高校生 17%が年間 30 日以上、学校を欠席しており、学齢が上がるにつれて長期化する傾向がみられることが報告している。症状が改善後も登校できていないことやいじめについても小学生で 38%、中学生で 22%、高校で 17%が、友人から症状のために嫌な思いをしたと回答している。益子(2001)は、思春期の AD 患者で不登校を合併している場合は、治療に対する知識不足、セルフケアが不十分であることが多いことが述べられている。学童期以降の AD 症状による心理面への影響は大きく、皮膚症状のみの治療

ではなく、心理社会的なアプローチの必要性が示唆されている。

VI. 慢性疾患をもつ子どもに関する研究

1. 自尊感情に関する研究

AD は乳幼児期から発症し、寛解率が高いが身体の成長、環境の変化等さまざまな要因により、再び発症することや症状が悪化することが多い慢性疾患である。慢性疾患をもつ子どもは幼少期より疾患による身体への影響だけではなく、心理社会的に影響を受けていると考えられる。慢性疾患の子どもは健康な子どもとの比較において、健康児よりも慢性疾患患児の方が日常生活におけるストレスが高いことが報告されている（中村ら,1996）。また慢性疾患をもつ子どもは自尊感情が低いと考えられるため、Rosenberg や Pope らの自尊感情尺度を用いた調査が行われている。Pope A らの「子ども用 5 領域自尊心尺度」を用いた調査は、I 型糖尿病患児と健康な高校生との比較において、患児の方が家族尺度の得点が低いことが報告されている（平野ら,1999）。山本らが翻訳した Rosenberg の自尊感情尺度（山本ら,1982）を用いた糖尿病患者の自尊感情の調査では、自尊感情が高い患者は、低い患者よりも血糖コントロールが良く、外来受診の重要性の認識が高いことが報告されている（中村ら,1999）。これらの先行研究から、慢性疾患をもつ子どもの自尊感情を高めるような介入が、子どものセルフケア能力を高めることにつながる事が考えられる。

2. 健康関連 QOL に関する研究

WHO は、QOL を「個人が生活する文化や価値観のなかで、生きることの目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」と定義している。成人用の QOL 質問紙は国際的に標準化された WHOQOL, SF-36, EuroQOL などが開発されているが、子どもの QOL の概念は成人の QOL の概念とは質的に異なることや文化的背景を考慮する必要があるとされている。1990 年より子どもの健康関連 QOL 研究が増加している。慢性疾患をもつ子どもは健康関連 QOL に影響があることから、小児がん、喘息児、てんかん児を対象とした QOL 質問紙が開発されている。

学校適応を含めた日常生活全般の健康度や適応度を測定する指標として、ドイツ Bullinger ら開発した Kid-KINDL を根本,他（2005, 2007）が翻訳した小学生用, 中学生用, 親用として「小学生版 QOL 尺度」「中学生版 QOL 尺度」がある。開発した QOL 尺度は、1. 身体的健康；2. 情動的 Well-being；3. 自尊感情；4. 家族；5. 友達；6. 学校生活の 6 領域について、各 4 項目合計 24 項目で構成されている。なお病児にも適用できるように Disease Model 6 項目が別で準備されている。

健康な中学生を対象とした中学生版 QOL 尺度を用いた調査では、母親からみた子ども

の得点の方が子ども自身の得点よりも有意に高く、特に自尊感情については、母親は子どもよりも 30 点以上も高くなっていた。母親が子どもの自尊感情を認識するのは最も難しい領域であり、QOL 得点を大きく左右している領域であると示されている（根本，他，2007）。健康群とアレルギー疾患群との比較では QOL 得点では有意差はなかったが、下位領域の「身体的健康」「学校生活」において有意差がみられた（柴田ら，2003）。

3. 慢性疾患をもつ子どもと保護者のアドヒアランスに関する研究

学童期の喘息児の吸入と内服薬に関するコンプライアンス調査（山田ら，2005）において、医師による指示と実際との間に相違があった。また、小児は発達段階に応じて患児が医療従事者に望む協働のあり方が大きく変化すると述べている。子どもは、長期間治療していることにより自己管理ができるようになるのではなく、成長発達とともに治療に対する理解や思いも変化することをふまえた支援でなければ、個別性にあった治療の継続はできないと考えられる。山田ら（2005）は、ACI コンプライアンス領域下位尺度の得点においてコンプライアンス低得点群は、「動機」「ケアの成果」「看護師の支援」「医師の支援」「両親の支援」の 5 つの下位尺度においてコンプライアンス低得点群の得点が有意に低く、これらをも高めるアプローチが必要であることが示唆された。医師、看護師および両親の支援が重要であることは、先行研究において明らかとなっているが、具体的な支援内容を明らかにした研究は少ない。「動機」についてもどのように動機づけが有効であるかについて検証されていない。治療に対する動機づけのためには、患者が求めていることに応じて援助することであり、タイミングに応じた適切な指導と日常生活で無理なく実践できる学習指導を行うことが自己効力感を高め、自己管理を維持することになる（坂野ら，2002）。子どものニーズと生活に合わせた適切な指導を行うためには、個別の指導が効果的であると考えられる。

家族への指導は、コンプライアンスを高めることが重視されていたが、医療者からの指示に従うコンプライアンスからアドヒアランスを向上させる患者教育が重要視されている。WHO では、2003 年に継続的な介入が必要な治療法のアドヒアランスに関しての知見が示されている（Adherence to Long-Term Therapies- Evidence for Action. WHO, 2003）。適切な治療を提供しても患者・家族が実行しなければ効果は得られないことから行動の変化を伴う患者教育が求められる。

長期間の管理を必要とする慢性疾患の学童期の子どもに対して、医療者からの一方的な指示によるコンプライアンスは効果的ではなく、子どもが主体的に治療に関わるアドヒアランスを高めることが必要である。慢性疾患をもつ子どもと保護者の服薬管理のアドヒアランスに関する調査は、抗精神薬、移植後の免疫抑制薬、喘息治療薬に関するものであり、治療薬の効果は理解できているが長期に使用することによる治療薬の副作用に不安がある

ことが示されている(藤岡ら,2009;漆館ら,2003;永江ら,2011;飯尾ら,2011;藤本,2014)。

アレルギー疾患をもつ子どもと保護者のアドヒアランスの向上に関する研究のほとんどが、喘息児の服薬や吸入に関するものである。喘息児と保護者のアドヒアランスを高める介入研究は、パソコンを利用したテイラー化教育の成果が報告されている(飯尾,他,2014)が、これらの介入研究は、介入後の経過を評価したものではない。

4. 社会的学習理論を活用した慢性疾患をもつ子どもに関する研究

健康や病気のコントロールに関して、Rotter(1966)の社会的学習理論における Locus of Control 概念をもとにした健康領域に関する Health Locus of Control (以下 HLC と略す)がある。Locus of Control とは、人が自己の行動とその結果の関係に関して抱く一般的期待ないし信念とされている。Rotter は、成果の有無だけではなく、何がその成果をもたらしたかが、その後の行動に影響するととらえている。セルフケア教育において、HLC が広く適用されている。HLC は尺度化され、健康行動や病気の予防行動の予測に用いた研究がなされている。国内では田辺(1997)が開発した小児用 HCL 尺度が広く適用されている。田辺(1997)の小児用 HCL 尺度は、Thmpson(1987)による Children's Health Locus of Control Scale および児童の健康・病気概念に関する研究を参考に作成され、信頼性、妥当性の検証の結果 18 項目の尺度が用いられている。対象者は 10 歳から 15 歳に用いることを目的として作成されている。内的統制(7 項目)、他者統制(6 項目)、偶然・運命的統制(5 項目)の 3 下位尺度で構成されている。田辺(1997)は、①内的統制：行動の自己責任、つまり人の健康問題の解決が自らの努力のあるなしによることが大きいこと ②他者統制：医師、看護師、家族、友人の力、薬など自己外在的なものに左右されること ③偶然・運命的統制：運命、好機、幸運、偶然の所産、つまり偶然や運によるもので予測できないことが考えられると各下位尺度について説明している。小児慢性疾患患児と健康児との HCL の比較では、内的統制は学年が進むにつれて低下し、中学に入ると健康児と比べても低下しており、自己の健康に対する統制の自信のなさを示していることが報告されている。また他者統制は、小学生は健康児よりも有意に高く、中学 3 年生は健康児の方が強い傾向があったことを報告している(田辺,1998)。Bandura (1977)は、ある特定の行動に対するセルフ・エフィカシーが、個人の将来の行動に対して長期的な影響力をもっていることを示している。学童期・思春期の子どもの行動変容を促す目的において自己効力感を高めることが着目されており、自己効力感を高める支援内容の検討や介入後の自己効力感の測定を評価の指標とされている。小学校 5 年～6 年生の健康な子どもへの食育に関する研究では、介入後に自己効力感が高くなっていた(槌本ら,2010)。メンタルヘルスを目的とした運動を促す介入研究においても運動によるメンタルヘルスへの影響が示されており、自己効力感の得点も増加している(石井ら,2013 ; 和氣ら,2006)。学童期の肥満の子どもへの生活習

慣改善や運動に関する介入研究では、介入後に改善がみられた子どもは自己効力感が増加し、生活習慣の改善がみられたことが示されている（丸山,2014；二宮ら,2013；二宮ら,2011,仲村ら,2006）。生活習慣に関連した健康障害をもつ思春期の子どもと親への看護援助に関する介入研究では、介入後の自己効力感の得点の増加がみられ、病状の改善がみられていたが、介入後3か月後に改善していた子どもでも6か月後、1年後と徐々に病状が悪化していく傾向がみられており、継続的に看護介入が必要であることが示唆されている（二宮ら,2009）。自己効力感を高める支援が学童・思春期の子どもの行動変容を促すことは明らかにされているが、その行動が継続されることは困難であり、継続への看護支援の検討が課題であるといえる。

小児神経性食欲不振症の学童後期の子どもへの介入研究では5段階のクリニカルパスの個別性に合わせて患児と話し合いを通して、自己効力感を高める心理的アプローチを実施し、徐々にステップアップすることが病気への理解を深め、信頼関係を構築する手がかりとなることを示唆している(小柳,2005)。思春期の子どもへの心理的アプローチでは、子どもとの話し合いにより、支援目標の範囲内で柔軟に対応していくことも重要であることが考えられる。

HLCと自己効力感およびソーシャルサポートとの関連では、自己効力感が高い群の方が、内的統制と他者統制が低群と比較するとHCL高いことが示されている(舟越ら,2002)。肥満児童と非肥満児童のHCLの比較では、外的統制は非肥満群に高得点であり、偶然・運命的統制は肥満群に高かった(木村,1999)。飯尾(2012)は、学童期の子どもを対象としたアレルギー疾患に関する保健授業の効果を教育前、教育後、フォローアップで測定し、他者統制の改善はみられたことを示している。

以上のことから、慢性疾患をもつ子どもは身体だけではなく心理的な影響を受けていることから、セルフケア確立を困難にしている状況がある。またその影響は各発達段階において異なり、成長とともに心理的影響が増大することが示されている。慢性疾患をもつ子どものセルフケア確立に向けての支援は、症状管理の知識や技術のみの指導では継続は困難であることから心理的な支援として自己効力感を高める介入を含むことが有効であると考えられる。

Ⅶ. ADをもつ子どもの家族に関する研究

1. AD症状が家族に及ぼす影響

主なAD症状は、強い痒みを伴う湿疹であり、乳幼児期から発症する。乳児からの発症は、親にとっての心理的な負担は大きく、特に育児の中心となる母親の育児への不安や困難感が強いと考えられる。ADに関する先行研究は、乳幼児期の子どもの親を対象とした

調査であり、育児ストレスを測定している。主に育児ストレスの測定には、**Parenting Stress Index (PSI)**が用いられている。乳幼児期の子どもをもつ母親の育児ストレスは、**PSI**の総点、子どもの特徴に関わるストレス、親の特徴に関わるストレスともに**AD**群と対照群に有意差は認められなかった（カルデナスら,2008；都筑ら,2006；浅野ら,1999）。近年は核家族化が進み、育児不安が強いことが問題となっており、健康な乳幼児での母親の場合でも育児ストレスが高い時期である。育児ストレスが高い乳幼児期に子どもが**AD**であることは、より生活困難度が高いことが考えられる。都筑ら（2006）の乳幼児期の子どもをもつ母親の調査において、**AD**群と対照群の比較では、スキンケア、睡眠、食事、環境整備の4項目すべてが**AD**群の方が困難度は高かった。スキンケアは入浴および部分浴による清潔保持とその後の毎回の軟膏塗布が実施される。これらのケアは、時間がかかるだけでなく丁寧な軟膏塗布が必要となることから母親には負担が大きい。杉浦他（2014）の調査においても同様に痒みの症状によって、子どもが入眠困難や途中覚醒となることからその状況を共にする母親自身も睡眠を妨げられる。0歳から6歳の**AD**の子どもの親に**CADIS**（Childhood Atopic dermatitis Impact Scale）を用いた**QOL**と子どもの睡眠障害に関する調査では、子どもの痒みによる睡眠障害が親の**QOL**に影響があり、**AD**の重症度にも関連があることが報告されている（Sarah L, et al,2005）。

食事は乳幼児期の特徴として、食物アレルギーも多いことから除去食を調理するために食品の選択、栄養管理の難しさ、家族との別献立となるストレスがあると考えられる。

土取（2010）は、除去品目が多い食物アレルギー児の場合、疲労スコアは高く、そのことが家族のストレスになるようであれば子どもにとっても好ましい影響ばかりとはいえないと述べている。また3歳児を養育する母親の疲労はライフスタイルの健康さと負の相関があり、食物アレルギー児の母親の場合、疲労はより強い傾向があった。

環境整備は、**AD**の原因、誘因としてのハウスダスト、ダニを避けるための家の掃除や寝具への配慮等があげられ、日中のほとんどの時間を子どもの生活の世話を費やす日々である母親には、普段以上の厳密な掃除はかなりの負担となっている。

重症度と育児ストレスとの関連では、重症度が高くなるほど「子どもの機嫌の悪さ」「子どもに問題を感じる事」が高くなっていた。「子どもの機嫌の悪さ」は、強い痒みがあるために子どもが不機嫌となっていることが考えられる。先行研究結果から、**AD**をもつ乳幼児期の子どもの家族に及ぼす影響は明らかにされているが、学童期以降の子どもと家族に関する調査は少ない。子どもの成長発達は著しく、各発達段階において、身体的心理的に変化があることから学童以降の子どもと家族の思いを明らかにする必要がある。

2. **AD**をもつ子どものセルフケアの変化

慢性疾患をもつ乳幼児期の子どもの家庭での症状管理は親が行っているが、幼児期後半

からは、子どもの発達に合わせたセルフケアができるように病院および家庭において指導が必要とされる。学童期以降は、学校で過ごす時間が増加することからも自己管理ができるようになることが望ましく、セルフケア確立にむけた看護介入は重要である。岡ら（2003）は、子どものセルフケア促進に向けたアプローチでは、行動指示や指導ではなく、患者自身が症状を認知・評価し、対処を決定する意思決定者としての役割を重視することが必要であると述べている。しかし、子どものセルフケアの確立は時間を要することであり、親による支援は不可欠である。齊藤（2009）は、養育者は、子どもに病態を説明していることは少なく、子どもの年齢にかかわらず日々のセルフケア行動を行動レベルの声かけとなり、意味づけまではできていないことを報告している。親自身が病態を理解していない場合は、子どもが理解できるような説明を行うことができていないことが考えられる。子どもの成長発達の変化に合わせて、子どもだけではなく親のサポートに関する支援も重要となる。また、AD のセルフケア行動を評価する基準は、視覚でとらえる皮膚症状と主観に基づくかゆみがベースであり、客観的な指標を用いることは難しいため、発達段階に応じた多様な視点でセルフケア行動とその成果を捉えるような指標を検討する必要がある（齊藤，2009）。

3. AD をもつ子どもと保護者との関係性に関する研究

乳児期発症の AD の場合において、愛着形成への影響、母子分離のしにくさなどが指摘されている。周りの人にいろいろ言われるのが辛い、哀れみをかけられたくないなどの理由で子どもを外出させなくなっている例もあり、母子分離しにくくなっている（土屋ら,1998）。大矢（2004）は湿疹による乳児とのスキンシップの減少に対して、乳児が愛着関係を求めるための掻破行動となり、またその行動を見た多くの母親が代わりに掻く行動をとる傾向がある。子どもにとっては、いいスキンシップの機会であるが、このことが親子のアトピーネガティブストレスサイクルが固定される要因となることを指摘している。学童期以降の AD の子どもの親の養育態度に関する調査において、大脇ら（2002）は、健康な子どもの親と比べて AD の子どもの親は、子どもの皮疹や痒みの状態が悪いと親は統制的な養育態度をもつ傾向があり、重症度との関連があることが報告されている。

大矢（2000）は、AD 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見がちであると述べている。乳幼児期からの治療が育児にも影響を与えていることから、親のさまざまな思いがあることが考えられる。浅野ら（1999）は AD の乳幼児をもつ母親の育児困難のタイプは、「セルフケア修正良好群」「セルフケア修正不足群」「セルフケア修正不足潜在群」「コントロール困難群」「受性劣化群」の5群に分類し、母親のタイプ別分類を活用した効果的な看護介入の必要性を示唆している。乳幼児期において母親に対して必要な介入がなされなかった場合には、問題となっている育児困難や AD

の管理は、学童以降にも継続されることが考えられる。学童期以降も AD 症状が継続している子どもの中には、乳幼児期に適切な介入を受けていないことも含まれているとも考えられる。益子（2001）は、症状が継続していることや子どもの問題行動が起きると多くの母親は、これまでの闘病を含めた子育てに対して、努力しても成果が得られなかった罪悪感・後悔などのネガティブな感情を強め、症状悪化と親子関係の悪循環を引き起こすことから、このような親子に対しては、ストレスケアを行うことで、症状の改善と親子関係を改善できること示している。

4. AD をもつ子どもの保護者への介入研究

AD の管理のための多職種による親への教育プログラムの実施において、介入後は、症状管理への自信につながったことや親の健康関連 QOL が高くなったことが報告されている（Staab D, et al ,2002）。AD の子どもと親への教育プログラムにおいても心理的 wellbeing、社会生活、治療に対する信頼、情緒的コーピング、病気の受容の 5 つの QOL 項目に改善がみられていた。対照群と介入群において、治療に対する信頼、情緒的コーピング、病気の受容の 3 項目に有意差がみられた（Staab D, et al , 2006）。舟木ら（2012）は、外来における看護として、皮膚の洗浄方法、外用薬の塗布方法に関するスキンケア指導を継続する必要性を述べている。また、短期教育入院による養育者への介入研究（二村, 他,2009）において、実演式のスキンケア指導の効果として、特に外用薬の使用量は、医師から指示された量よりも少なかったが、正しい使用量がわかったことで症状改善につながったことが報告されている。

カルデナスら（2011）は、乳幼児の養育者に対する 3 か月間の看護支援プログラムとして、スキンケアパンフレット、スキンケア日記、実演式スキンケア指導、皮膚水分量測定器具を用いた症状評価の効果を検討し、AD 患者の皮膚状態やスキンケアの実施状況を観察し、個別指導を継続することの重要性が実証されている。スキンケア日記は、医師への質問や相談に活用でき、外来での効果は高い反面、記入を忘れることや皮膚状態の測定に対する負担感があることが報告されている。

以上のことより、子どもの AD 症状は、保護者に及ぼす影響は強く、育児不安が大きいことや保護者中心の症状管理、スキンケアの実践は負担が大きいことが考えられる。また子どもと保護者との関係性にも影響を与えていることが示されている。

AD をもつ子どもの保護者への介入に関する先行研究により、皮膚の洗浄と外用薬の正しい使用方法に関する実演式のスキンケア指導の有効性が明らかにされている。このことから、発症時のスキンケア指導が不十分であり、家庭におけるスキンケア方法が正しく行われていないことが考えられる。保護者が正しい方法でスキンケアが実践されないこ

とやステロイド忌避などの治療への理解がないことは、セルフケア移行期の子どもも誤った方法で習得する可能性が高い。親子の関係性に問題が生じている場合には、セルフケア確立は困難となる。

VIII. 国内のADをもつ学童期以降の子どもを対象にした介入研究

近年におけるADをもつ学童期以降の子ども、または子どもと保護者の両者への介入研究は、ほとんどが1事例への介入研究であり、スキンケアの指導後に症状の改善がみられたことが報告されている(籠,2012; 田中ら,2014)。複数事例の介入研究では小学校の休み時間にシャワー浴を実施した成果(望月ら, 2005)、外来スキンケア指導の効果を報告されたものであった(舟木ら, 2012)。齊藤(2009)は、学童・思春期のADの子どもの疾患の理解とセルフケア行動の意味づけおよび養育者がどのような関わりをしているのかを明らかにすることで、発達段階に応じたセルフケア行動の自立への看護援助の必要性を示している。また、福田(2010)は、患者・家族へ外来看護師に望む情報内容の調査から看護師の情報提供の役割を示している。

介入研究の介入期間は2か月から1年であり、指導回数は1回~4回であった。研究参加者の研究中断に関する記載はなく、継続的な評価の報告はなかった。介入内容はスキンケアの方法の指導が中心であり、生活習慣改善に関する指導や子どもの心理面への介入の評価に関する報告はなかった。ADをもつ子どもへの介入に関する会議録では、2009年よりPAE認定制度が開始に伴いPAEの実践報告が増えているが、実践報告の多くは、乳幼児の保護者へのスキンケア指導の実践に関するものであった。スキンケア方法についての指導を中心とした事例報告であり、心理的介入に焦点をあてた報告はない。思春期の子どもがスキンケアを継続するためには、医療者側からのスキンケアの技術教育だけではなく、子どものニーズをふまえた上で、子どもが主体的に症状管理を選択できるための看護介入を検討することは不可欠である。

IX. 問題の陳述

ADをもつ思春期の子どもの多くは、スキンケアが必要であることは理解できているが、生活習慣の乱れやストレスが、皮膚症状に影響を与えることへの認識は低いと考えられる。特に就寝時間が遅く、起床時間が遅くなる子どもは朝のスキンケアがほとんどできていない。思春期は、保護者主体症状管理からセルフケア確立に向けた移行期であることから、症状悪化時に薬を塗布すれば治るという意識ではなく、自分の症状に合ったスキンケアの意義を子ども自身が理解した上で、スキンケアを継続するためのサポートが重要である。

AD をもつ思春期の子どもは、これまでの治療経過において、原因・悪化因子となるアレルギーが除去や成長による症状の変化に合わせたステロイド外用薬のランクの変更や中止、再開を繰り返しながら長期的に治療を受けている。症状が改善している時期であっても保湿剤の塗布や皮膚の清潔保持は、毎日継続することが必要であるが、生活において習慣的に適切なスキンケアが実践されていないことが予測される。スキンケアは、継続によりその効果が現れるものであり、短期間では効果を感じにくく、数日間の中断では悪化に気づきにくいことから継続への意欲を保ちにくい問題を有している。

AD をもつ子どもに関する研究は、乳幼児をもつ保護者の育児不安の調査が多く、学童以降の子どもと親を対象とした調査は少ない。保護者の育児に対する不安は、乳幼児期の子どもだけではなく、学童期以降の子どもにおいても幼少期とは異なる不安があることが考えられるが、その不安内容および具体的な支援内容は示されていない。アレルギー疾患は、家族歴が高く、保護者自身も AD である場合も多く、現在の AD 治療は、保護者自身が受けた AD 治療とは異なることから子どもの治療に対する戸惑いや不安が子どもへのセルフケアの移行にも影響を及ぼすと予測される。

以上のことから、AD をもつ思春期の子どもの症状管理への思いや考えを把握した上でスキンケアの知識と技術の獲得のみではなく、継続することに着目した個別的な看護介入の検討が必要であると考えられる。

第3章 研究目的と研究の意義

I. 研究目的

AD をもつ思春期の子どもがスキンケア継続力を獲得するための支援内容を検討することを目的とした。

II. 用語の操作的定義

1. スキンケア

スキンケアとは、アトピー性皮膚炎診療ガイドライン（片山一朗監修，2015）においてスキンケアの要点として挙げられている内容を参考に本研究におけるスキンケアとは「皮膚の清潔，外用薬による皮膚の保湿・保護，かゆみへの対処（掻破予防）およびそれらを行うための日常生活の調整」とする。

2. スキンケア継続力

「自己のスキンケア実践状況を振り返り、皮膚症状の改善・維持に向けて実施可能な目標を設定して、スキンケア実践を繰り返す力」とする。

3. 思春期

日本産婦人科学会の定義では、「性機能の発育（乳房発育・恥毛発育など）に始まり、初経を経て第二性徴の完成と月経周期がほぼ順調になるまでの期間で、現在の日本人の場合、平均的に 8.9 歳から 17.18 歳の間とする」と定義されている。また、WHO による定義は 10～19 歳である。本研究では、第二性徴期開始後より身体の変化が最も著しい時期であり（大山，2004）、心理社会的に環境の変化が大きい時期である小学 5 年生から中学 3 年生を対象とする。

III. 研究の意義

小児 AD の看護研究は、思春期の子どもを対象とした看護介入に関する先行研究は少なく、効果的な看護介入内容は明らかにされていない。本研究による思春期の子どものスキンケア継続力を獲得する支援内容を検討することは、思春期の特徴をふまえた外来における看護介入への示唆を得ることができる。AD をもつ思春期の子どもが現在のスキンケアに関する知識や技術の確認をした上で学習することは、曖昧な知識を認識し根拠に基づいたスキンケアの知識・技術の習得となる。自己のスキンケア実践を自己評価し、継続に向

けた目標を設定することは、AD 症状改善、悪化予防につながり、子どもが主体的に実施可能な目標設定し、達成できる体験は、スキンケア実践の継続意欲を高めることが期待できる。

第4章 看護介入内容の検討

I. スキンケアの継続に影響する要因

1. 思春期の特徴および環境の変化による要因

AD の子どものスキンケアに関する調査では、低年齢よりも高年齢（7歳から15歳）はスキンケアが不十分であることが報告されている（舟木ら,2012）。AD 症状悪化に関する調査では、最も悪化した時期は小学校高学年であり、その原因として「薬が効かなくなった」「クラブ・習い事を始めた」「勉強が大変になった」が多く、自由回答では「ストレス」「薬の不使用」「汗をかく時期」「受験・進学」があげられていた（古江ら,2007）。学童後期から中学生は、学校生活時間が長く、加えて学習や部活の時間の増加が理由として考えられる。また、思春期は第二次性徴に伴う身体変化が著しい時期であるため、これまで使用していた薬剤と同様の効果が得られない可能性から「薬が効かなくなった」という回答につながっている。小学校高学年から中学生は、本来は定期的に受診が必要な時期であるが、自己判断で治療を中断してしまうことや適切な治療ができていないことによる症状の悪化につながっていることが考えられる（古江ら,2007）。

AD 成人患者が治療を中断する理由に関する調査では、外用薬の治療の中断の主な理由として「忘れてしまう」「面倒」「以前より良くなったと感じる」と報告されている（Murota.H, et al, 2015）。思春期の療養体験の調査では、外用薬の塗布に対して、「朝は時間がないから塗れない」「自分で塗れないのを頼むのが面倒」とい思いがあり、薬を塗ることで「ベタベタする」「薬がテカるのが恥ずかしい」「薬を塗るとかゆくなる」などの思いがあった（大屋,2018）。これらの調査から、成人期のAD患者もスキンケアが習慣化されていない状況があり、小児期におけるスキンケア継続力獲得が課題であると考えられる。

2. 治療薬に対する不安（ステロイド忌避）

治療薬を継続使用しない理由として、ステロイド薬に対する不安や不信によるステロイド忌避が考えられており、医師の指示通りの使用ができていない。子どもおよび保護者が考えているステロイドの副作用については、様々な誤解があることが報告されている。（古江ら,2007；舟木ら, 2012；江藤,2009；檜垣, 2013）。

檜垣（2013）は、ステロイド外用療法が十分に行われない患者側の要因として、①ステロイド療法の習熟不足 ②ステロイド忌避の2つをあげている。ステロイド外用療法の習熟不足としては、外用量が足りない、外用回数が少ない、外用部位や皮疹の程度に応じた適切な効力のものが用いられていないなどがあるとしている。ステロイド忌避については、ステロイド忌避に結びつく過去の不快な体験から医療不信になっていることも述べ

ている。AD の子どもの保護者自身が AD であり、ステロイド治療を経験している場合も多い。保護者が治療を受けた時期は、ステロイド薬は現在と比較して種類が少ないことや薬物治療以外の治療であるスキンケアの方法が十分ではなかったことが考えられる。このように症状に合った治療法ではなかったことから、症状が改善されないことや副作用を強く受けた体験があることが考えられる。現在は治療薬の研究開発による症状に合わせた種類の増加とともに、アレルギー検査によるアレルギーの特定と除去がなされているが、保護者にとっては自己の体験のイメージが強いことが考えられる。江藤（2009）は、2008年にAD診療ガイドラインによりEBMに基づいた指針が示される以前は、ステロイドの副作用に関する誤解のためにステロイド忌避が流行した背景があり、患者および家族だけではなく、医療者も十分に理解していない現状があったことが示されている。乳児期に発症したADの子どもの症状管理の中心であった保護者は、現在の治療指針とは異なる説明を受けている可能性は高く、子どもの成長に合わせて変更していくことは困難であったことも考えられる。ステロイドの副作用の不安が、外用薬の使用量や回数へ影響していることも報告されている（古江ら,2007；舟木ら,2012；藤本,2014）。

3. 心理的要因

心理的な理由として、町野（2012）は、ADの子どものカウンセリングにおいて「治るわけがない」という疾患認識の歪み（思い込み）があり、「治った自分」の現実的なイメージが薄く、治療目標を喪失していることを共通の本音として報告している。AD症状の特徴として、様々な原因による増悪と寛解を繰り返すことから、医師の指示通りの治療を継続していたにも関わらず、症状が悪化した体験が意欲の低下やあきらめにつながっていることが推測される。「治った自分」がイメージできないことは、治ったと自覚できるまでの継続ができていない場合や幼少期の体験であるために記憶にないことも考えられる。学童期以降の子どもが症状によって「友達にからかわれる」「恥ずかしい」ということが困ることとして報告されている（瀧川ら,2005）。思うように改善しない症状によって起こる不快なことが重なることも意欲の低下につながる。自己の行動による成功体験が少なく、自己効力感が低いことも考えられる。川原ら(1997)は、成人期AD患者に一般性セルフ・エフィカシー尺度（以下GSESと略す）を調査した結果、健常者を対象とした平均値よりも低値を示していたことが報告されている。思春期は、成人期に向けてセルフケアを確立する重要な時期であり、この時期の体験が成人期におけるスキンケアの実践に影響を及ぼすことが考えられる。

Bandura（1997）は、学齢期における課題に対するコントロールの失敗の繰り返しは、無力感を生み出すと述べている。また、成功体験は制御できるという予期を引き起こすが、何度も失敗すると制御予期が弱まり、逆に何度も成功したために強固な可能予期が、でき

あがったあとでは、たまに失敗してもあまり否定的な影響を受けなくなると述べている (Bandura,1979)。AD をもつ子どものセルフケア移行期においては、失敗体験の繰り返しによる負の影響を最小限とし、成功体験を繰り返し得られるような介入が必要である。

学童後期の子どもを対象に自己効力感に焦点をあてた健康増進プログラムの研究において4週間の支援を実施し、支援後3か月後においても生活習慣が維持されていたことが報告されている (劉,2011)。

以上のことから、AD をもつ思春期の子どもがスキンケアを継続できない理由は、現在の自分の症状や治療、今後の症状悪化リスクに関する曖昧な知識や技術に加えて、これまでの療養体験からの不安や思い等の心理的な要因が考えられる。

II. スキンケア継続力の獲得に向けた介入内容の検討

スキンケア継続力の獲得に向けた介入として、①スキンケア実践の自己評価②スキンケアの修正の検討③実施可能な目標設定に対する介入内容 (表1) とする。

1. スキンケア実践の自己評価

各介入時に対象者が「実施できたこと」「実施できなかったこと」について自己のスキンケアを振り返ることができるように面談を実施する。AD 患者の望むソーシャルサポートにおいて、有益な内容として「AD に関する話を聞く」「理解 (病気の理解・気持ちの理解)」が示されている (神庭ら,2009)。これまでに自己のスキンケアを振り返る機会がないことが考えられるため、症状やスキンケア実践の評価につながるように具体的な内容を振り返ることができるようにする。

各介入前にスキンケアに関する知識と技術の自己評価は、自分自身で理解できている点、曖昧な点を認識するとともにスキンケアの継続に必要な知識と技術を理解することになり、他者からの評価ではなく自ら気づくことができる。介入後の知識と技術の自己評価は、介入期間の実践の成果と今後の課題点を認識できることが考えられる。各介入時に症状評価およびスキンケア実践の自己評価ができるように介入する。思春期はさまざまな要因による症状の変化が考えられることから、自分の症状を把握し、その症状に合わせたスキンケアを検討することが重要となる。AD 症状評価は、症状の部位別に程度 (発赤)、痒みの程度、乾燥とし、チェックシートを用いる。

2. スキンケアの修正の検討

スキンケアの実践の振り返りによる自己評価をふまえて、自分のスキンケアを見直し、修正できるように支援する。実施の有無だけではなく、「実施できたこと理由」「実施できなかった理由」を考えることは、自分のスキンケアの方法の見直しだけではなく、生活時間や環境の変化による影響要因についても明確となり、より具体的な対策の検討となる。

3. 実施可能な目標設定

各介入時に実践の振り返りと自己評価をふまえた「今日からできる目標」目標設定を支援する。山田ら（2009）は、思春期の喘息患者と医療者との協働的關係について、①【対話】のプロセスによって目標を共有すること②【信頼關係】を基盤として協働すること③患者自身【責任感】をもつことであるとし、医療者は問題の明確化と目標設定を助け、役割遂行をエンパワメントしていくことの重要性を示唆している。対象者の振り返りと自己評価をふまえて、「今日からできる」と対象者自身がイメージできた内容を目標設定できるように支援する。

表1 スキンケア継続力の獲得のための介入と評価指標

| スキンケア継続に関する要素 | 介入時期 | 介入 | 評価方法 ツール | 評価指標 |
|---------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| スキンケア実践の自己評価 | 介入前後 | *対象者による自己確認 スキンケア知識 スキンケア技術 | チェックリスト | 介入前後比較（点） |
| | 介入1 | *PC学習 *観察学習 | | |
| | 介入1 介入2 介入3 | *症状の自己評価 *面談 *前回の目標達成度 | 症状セルフチェックシート 面談シート1 面談シート2 | シート記録内容 記述内容 目標達成度（点） |
| スキンケアの修正の検討 | 介入1 介入2 介入3 | *面談 | 面談シート1 面談シート2 | 記述内容 |
| 実施可能な目標設定 | 介入1 介入2 介入3 | *面談 | 面談シート1 面談シート2 | 記述内容 目標への自信（%） |

Ⅲ. 自己効力感を高める看護介入

スキンケアが継続できない理由として、心理的な要因に対する介入としてスキンケア継続力を獲得するための各介入内容に自己効力感を高める4つの情報源をふまえた介入とする(表2)。

Bandura (1977) は、ある特定の行動に対する自己効力感が、個人の将来の行動に対して長期的な影響力をもっていることを示している。学童期・思春期の子どもの行動変容を促す目的において自己効力感を高めることが着目されており、自己効力感を高める支援内容の検討や介入後の自己効力感の測定を評価の指標とされている。人の行動を決定する要因には、「先行要因」「結果要因」「認知的要因」の三者があり、これらの要因が絡み合っ、人と行動、環境という三者間の相互作用が形成されている。自己効力感が増化する情報源として「遂行行動の達成」「代理経験」「言語的説得」「情動的喚起」が示されている(Bandura, 1977)。坂野ら(2013)は、4つの自己効力感の変動に影響を及ぼす情報源について「遂行行動の達成」は、振る舞いを実際に行い、成功体験をもつことである。ある行動をうまく行って成功感を感じたあとでは、同じ行動に対する遂行可能感は上昇し、「またできるだろう」という見通しが上昇する。逆に失敗感を感じた行動に対しては、あとの遂行可能感は下降する。「代理的经验」は、他人の行動を観察することで、これなら自分にもできそうと感じることである。「言語的説得」は、ことばを用いて行動生起の確立を変化させることであり、暗示や自己教示を遂行行動の達成や代理的经验に補助的に付加することによって、自己効力感を上げたり、下げたりすることができる。心理教育において自己の症状に関する客観的な知識を獲得していくことで自己効力感の上昇がみられるとしている。「情動的喚起」は生理的に体験してみることで、自己の生理状態と情動的な喚起状態を知覚することが自己効力感の変動に影響すると述べている。

1. 遂行行動の達成

成功体験は、個人的な能力の信念、目標の選択やそれへのかかわりなどに影響を与え、自分の能力に対する判断が高ければ高いほど、自分の立てる目標も挑戦的になっていくことが多い(Bandura, 1986)。ADをもつ子どもは心理的な問題によって治療目標を喪失している場合が多く、自分の治癒イメージを持つことが困難である(町野,2012)。成功体験は、制御できるという予期を引き起こすが、何度も失敗すると制御予期が弱まり、逆に何度も成功したために強固な可能予期が、できあがったあとでは、たまに失敗してもあまり否定的な影響を受けなくなると述べている(Bandura,1979)。子どもが「自分でスキンケアができた」という成功体験の蓄積のために、スキンケアの実践を振り返りから「今日からできる目標」の設定ができるように支援する。スキンケアを振り返ることで、同じようにす

ればできるという自信につながることを考えられる。またできなかつた場合には、「なぜできなかつたのか」「どのようにすればできるのか」を振り返り、「こうすればできる」という意欲となるように治癒イメージを持てるように支援する。スキンケアの継続に対する自信をもち、意欲的にスキンケアができるためには、最初から高い目標を掲げるのではなく、評価指標が明確となる「今日からできる目標」を達成する体験を積み重ねながら、長期的な目標に近づいていくことができるようにする。

2. 観察学習

観察学習とは、人が他の人の行動を見たり、その人が受ける働きかけに接したりするとき起こるものであり、定義され自己効力感、結果予期を高めるものと示されている（Bandura, 1977）。ADをもつ思春期の子どもが自分のスキンケアの振り返りや曖昧な知識や技術の補足学習となり、他者の観察後に自分のスキンケアを振り返り、確認することは自己の行動の客観的評価につながることを期待できる。スキンケアを観察し学習することは「このやり方ならば自分でもできるかもしれない」と思うことや正しいスキンケアの方法を学習するだけでなく、間違えやすい方法（誤解している内容）を視覚的に観察することは、自分の方法を評価し修正することができると考えられる。

3. 言語的説得

ADの子どもはスキンケアを実践したことに対して、できていないことや痒みによる搔破行動を注意されることが多く、その実践を称賛される経験は少ないことが考えられることから、子どもができていないこと、努力していることを評価していることを子ども自身が認識できるための支援をする。また思春期の子どもは成人期に向けての準備として、他者からの強化だけではなく、自己強化ができるようにする。

1) 言語的フィードバック

Bandura（1977）は、費やされた労力の総量や課題の困難さの判断といった帰属の要因は、自己効力感を通じて間接的に遂行行動に影響を与えることを示している。また、高橋（2001）は、フィードバックが含む情報の違いが子どもの達成動機づけに与える影響は発達段階において違いがあることを示しており、年齢とともに能力についてのフィードバックよりも努力についてのフィードバックを受けた子どもの方が動機づけを高めることを示している。また、学年が上がるにつれて、社会的な比較（他者との比較）のフィードバックよりも熟達についてのフィードバックをされた子どもの方が動機づけを高めることが示されている（Corpus, J, et al, 2006）。

本研究では、思春期の子どもを対象とすることから、子どもが自己のスキンケア実践を振り返ることができるように、できたか否かの結果ではなく、その要因を考えることがで

きるように原因帰属のフィードバックを行い、結果や能力に対してではなく、継続のための努力についてのフィードバックとする。研究者からの継続への励ましや称賛は、子どもの励みとなり今後の意欲にもつながることが期待できる。

2) 自己強化

自己強化とは、自ら設定した基準に達した時、自らコントロールできる報酬で、自分の行動を強めたり維持したりする過程である。また、強化は罰を与えないことも強化であると考えられる (Bandura, 1977)。

幼児期は、保護者からの報酬や称賛によるものが有効であり継続することが可能であるが、思春期は、他者からの強化だけではなく、自己報酬を自己で発案することを支援することで長期的に継続でき、成人期に向けての準備となることが考えられる。これらは、自分の状況に合わせた自己調整力を高めることになる。また、スキンケアが十分にできなかった場合や症状悪化の場合であっても、子どもが罰として受けとめるような指導や注意を与えることがないようにする。スキンケアができなかった原因の振り返りを支援する。自己強化として、自分を自分で励まし称賛できるように、実践に対する目標をもつことができるように支援する。

4. 情動的喚起

AD をもつ子どもは、長期間の治療の経過においてスキンケアは実践しているが、その実践の根拠については、理解できていないことが考えられる。実践の根拠の理解を促す支援が必要であるが、パンフレット等の文書や口頭での説明だけでは、思春期の子どもは関心をもちにくく、習得することは困難であると考えられる。スキンケアの根拠につながる体感、イメージすることが可能となり、理解を促すことになる。また、これまでの症状の改善と悪化の繰り返し体験から、自分にはできないという思い込みが強いため「できないのは自分が悪いのではなく、自分が立てた目標が良くなかった」と振り返ることができるような介入とする。

AD の薬物治療は、ファーストラインであるステロイド外用薬であるが、十分に行われていない患者側の要因として①ステロイド外用薬の習熟不足、②ステロイド忌避の2つがあげられている(檜垣, 2013)。ステロイド療法の副作用への不安がある場合についても知識と技術の確認を行うことで、不安な内容を明らかにした上での支援を検討する。思春期の特徴から一方的な知識の付与、技術指導とならないために子ども自身で確認し、学習を受けたい内容を選択できるようにする。

AD 症状が悪化した時期の多くが、学童後期から中学生であり、高年齢層の方がスキンケアは不十分で、かゆみの対処もできていなかった (古江ら, 2007 ; 舟木ら, 2012)。スキンケアの方法がわかっているにもかかわらずその根拠となる知識の理解は不足していることが考えられる。

これまで保護者が中心となりスキンケアをしてきたことから、セルフケア移行期に正しい知識と方法が指導されていない可能性や曖昧な知識のままに実践されて、現在の症状に合っていないことも考えられることから、現在の知識の確認と補足学習が必要である。また今後の身体の変化や環境変化に伴う症状の悪化リスクは、理解できていないことが考えられる。学童後期以降の症状悪化のリスクとして、様々なストレスがあげられている。AD患者へのエゴグラムを用いた調査において、自他肯定型が小学生 46.7%，中高生 17.2%となることから、思春期以降は自己否定型が多かった。また半数以上が日常生活のストレスにより症状が悪化するという回答であった(太田,1998)。思春期のストレスは友人関係、受験や進学のための学習のストレスが大きいと考えられている。現在のスキンケアの実践を自己評価するだけでなく、リスク回避ができているのかを評価に対する介入として、一般的な今後の環境の変化に合わせた症状管理に関する学習を行う。

バイオフィードバックとは、自己の生体の情報を生体自身に返すことであると定義され、生体の反応や行動を調節・制御し、変容させる可能性がある(廣田,2011)。子どもが自分のスキンケア実践を振りかえり、今後の実践に活かす支援とする。スキンケアの効果を体感することやスキンケアに関する知識・技術の獲得において、方法の根拠を実際に視覚的に確認することができることで、理解を促すことにつながる事が考えられる。AD 症状である皮膚の乾燥については、症状が悪化する前に保護・保湿が必要であるが、自覚症状がない状態では、その程度に気づくことができない。皮膚水分率の測定により、皮膚の乾燥状態を数値で表すことは、子どもの関心を高めることにつながる。皮膚水分測定は、子ども自身が器械で皮膚の水分率を簡単に測定できることから、関心をもち実施できることが考えられる。

表 2. 本研究における自己効力感を高める情報源と誘導方法

| | |
|------------------------------------|--|
| 自己効力感が変化する情報源と誘導方法 (Bandura, 1977) | 本研究における自己効力感を高めるための方略 |
| 遂行行動の達成 | <p>【目標設定】 現在のスキンケアの実践の振り返りから、達成可能な目標「今日からできる目標」を子どもが主体的に設定できるように支援する。</p> |
| 代理的体験 | <p>【観察学習】 他者（研究者）より、スキンケアに必要な物品を用いた方法を学習する。</p> |
| 言語的説得 | <p>【言語的フィードバック】 子どもがスキンケア実践の結果ではなく、実施できた要因、実施できなかった要因を振り返りができるための原因帰属のフィードバックを行い、スキンケアの継続に対する努力についてのフィードバックを行う。</p> <p>【自己強化】 子どもが目標達成したことによる自己の利益に気づき継続への意欲となる機会を設ける。</p> |
| 情動的喚起 | <p>【バイオフィードバック】 子どもがスキンケアの根拠を視覚的に体験できるようにする。 スキンケア物品に触れることで実際のイメージできるように説明する。</p> |

第5章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究は、ADをもつ思春期の子どものスキンケアの継続力を獲得する過程に焦点をあて、検討することから縦断的介入研究とする。スキンケアの継続には、AD症状の悪化要因が多様であることや第二次性徴による心身の変化、環境変化に対応した実践力の習得と継続への自信をもつことが必要である。ADをもつ思春期の子どもへの看護介入は、自分のスキンケア実践の振り返り、自己のスキンケアと症状評価をふまえた次回への目標設定ができる過程を支援することが有効であると考えられることから縦断的介入を実施する。また、縦断研究の長所は、データ収集を反復して行うことで、視点や行為のパターンが記録でき、ものごとの展開とプロセスをもっとも一貫して捉えることを可能にする（Flick, 2011）ことから選択した。

II. 研究参加者

1. 研究協力施設

本研究では、最新のAD治療ガイドラインに基づく治療が行われている小児アレルギー科および皮膚科クリニックとする。入院施設をもつ病院施設内の小児アレルギー科および皮膚科は、予約制による定期的な治療がおこなわれている場合が多い。または入院治療が必要な重症例および他の基礎疾患をもつ子どもが多いと考えられる。本研究における看護支援が必要である対象者は、主に通院治療している医療施設は地域の自宅近くの診療所であることが考えられることから設定した。

2. 対象者の条件

- 1) ADの治療を1年以上継続治療している。
- 2) 2か月に1回の外来受診を必要としている。
- 3) 日本語で会話ができ、読み書きができる。
- 4) 保護者の同意が得られた子ども
- 5) 小学校5年生から中学3年生

除外基準は、入院治療が必要な重症ADをもつ子どもとした。

思春期のADの子どもは、第二次性徴期の心身の著しい変化に伴い、症状にも影響を受けることからスキンケアの見直しをする時期である。セルフケア確立に向けた看護介入の必要性が高いと考えられるため、対象者の年齢を選定した。また本研究の介入は、自己のスキンケアの実践の振り返り内容を評価し、子ども自身で目標設定することから、自己の

評価ができるようになる小学校高学年とした（高橋,他,2004）。現在スキンケアを自分で実施可能な健康状態である対象者の治療背景は、症状の変化が著しく個人差が大きいため、症状の重症度の評価は行わうが、対象者の重症度は特定しない。乳幼児期に寛解することが多いが、学童後期までに寛解に至らずに症状を繰り返し、1年以上外来治療を受けている場合は、重症度の変化があつたとしても同様の要因が考えられる。治療期間の選定は、治療期間1年以上経過し、現在も継続治療が必要である子どもとする。症状の変化が大きく、1年以内に症状が消失することがあるが、1年間継続して治療している場合は、症状の軽減と増悪を繰り返しており、治療の変更や指導が必要な場合であると考えられている。

3. 対象者の人数

本研究における対象者の人数設定において、舟木ら（2012）の調査を参考に対象者数を設定した。舟木ら（2012）の調査は、外来におけるADの子どもへのスキンケアの指導の縦断的介入研究であり、高学年層7歳から15歳の対象者は7名であった。また主な小児慢性疾患である糖尿病、腎疾患、肥満をもつ子どもへの面接法を用いた介入研究（丸山ら, 2014；二宮ら,2003；安藤ら,2003）では、対象者数が10名以内を対象とした介入による評価であった。国内外の学童期肥満介入研究では、中断率が記載されていた26件のうち半数が10～40%未満であった（田久保, 2015）。ADの子どもへの介入に関する先行研究で中断率が示されている研究はない。以上のことから、舟木ら（2012）の調査および慢性疾患をもつ子どもの先行研究を参考に中断率を20%程度と設定し、本研究は約12名を目標とした。

4. 介入期間の設定根拠

ADの定期的な外来診療は、診察および外用薬の処方約2か月毎に行われる。ADは季節によるアレルゲンの変化、気温、湿度や学校生活における環境の変化等の影響を受ける疾患であることから、1回ではスキンケアの継続力の評価ができない。スキンケアの方法の指導の実際と評価に関する調査では、スキンケア指導後に症状の改善がみられたことが報告されている（籠,2012；田中ら,2014）。これらの研究は1回のみ介入による評価であり、スキンケアの継続を評価ではない。以上のことから、スキンケア継続力を高める介入を検討するためには、複数回の介入による調査期間が必要であることから3回の介入が実施できる約6か月間とした。

5. 対象者の募集方法・選定方法・依頼の手続き

東邦大学倫理委員会承認後、研究施設責任者へ研究協力依頼を行った。

1) 研究協力施設の責任者および担当医師へ研究概要について、研究依頼文を用いて説明

し同意書に署名を得た（資料 1）。

2) 研究協力施設にポスターによる対象者募集の許可を得て、外来待合室に研究参加者募集のポスターを掲示した（資料 2）。

3) 研究者は、調査日に研究協力施設から指定された場所に待機する。待機場所をポスターに明記し、研究参加希望者の保護者が直接、研究者に申し出ることができるようにした。

6. 対象者からインフォームド・コンセントを得る方法

1) 研究者に申し出があった保護者と対象者へ対象者（小学生用）（中学生用）（資料 3,4）および保護者用（資料 5）各々の研究依頼文を用いて説明を行い、不明な点は追加説明を行った。

2) 子どもと保護者の両者から研究参加に同意が得られた場合は、同意書（資料 6,7,8）に署名を得た。同意書は同じものを 2 通作成し、各 1 通は保護者に渡した。研究協力者である子どもの同意書も保護者に渡し、1 通は研究者が保管した。

3) 同意書に署名後も研究参加を辞退および研究途中でも中断、中止することも自由であることを子どもにわかる言葉を用いて説明した。同意書と一緒に同意撤回書（資料 9,10,11）を手渡した。同意の撤回は電話、郵便、メールで可能であることを伝えた。

Ⅲ. 看護介入方法

1. 調査内容

1) 基本調査

対象者の年齢、性別、学年、家族構成、アレルギー歴、治療薬、生活時間を聴取する（資料 12）。生活時間は、AD による強い痒み症状は、睡眠や食事、活動に関する生活習慣において問題が生じやすい。睡眠に関しては、入眠時間の延長や中途覚醒による睡眠不足や睡眠の質の低下等の問題があげられる。学校生活が中心である小学高学年から中学生の子どもの睡眠の問題は、学業への影響、精神面の不安定からの友人関係への影響が考えられる。健康な児童の生活習慣と敵意・攻撃性との関係の調査において、敵意や攻撃性との関連がみられたのは主として睡眠問題であることが報告されている（大芦，他，2002）。特に就寝時間が遅く、起床時間が遅くなる子どもは朝のスキンケアがほとんどできていないことから、生活時間および睡眠状況への影響をベースライン時および終了時に調査した。

2) スキンケアに関する知識

思春期の AD の子どもはスキンケア方法や必要性は理解できているが、その方法の根拠についての理解は不十分であることが継続できない要因となっている。スキンケアに

関する知識の確認を行い、ベースライン時と終了時に比較分析した。スキンケア知識チェックシート（資料 13）を用いて、対象者が記入した。選択肢は「知っている」「だいたい知っている」「あまり知らない」「知らない」の 4 段階とする。知識チェック項目は、小児アレルギーエドゥケーターテキスト（日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会編，2013）における AD 患者教育に必要とされる項目に準じた。作成した知識チェックシートは、小児アレルギー専門医にスキンケアを継続するために必要な知識項目としての妥当性の確認を受けた。研究者はアレルギーエドゥケーター基礎講習（2014）を受講済である。

3) スキンケア技術

スキンケアに関する技術チェックシートは、AD 診療ガイドライン 2015（片山ら，2015）および小児アレルギーエドゥケーターテキスト実践編（日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会編，2013）に記載されている継続的支援のための「スキンケアチェック表」の 9 項目を用い、対象者が自己確認できるように 4 段階による回答欄を作成した。スキンケア技術は、技術チェックシート（資料 14）を用いて、対象者が記入する。選択肢は「できる」「だいたいできる」「あまりできない」「できない」の 4 段階とした。

4) 症状セルフチェック内容

AD の疾患特性からさまざまな要因による症状が変化する。自分の症状に合ったスキンケアを行うために対象者が皮膚の症状をセルフチェックでき、目標設定に活用することができることを目的とした。セルフチェックは、皮疹の状態（発赤および乾燥）、掻痒を確認するシートにした（資料 15）。対象者がわかりやすいように身体前後のイラストに発赤の部位には、赤色のシール、乾燥している部位には緑のシール、痒みがある部位には、黄色のシールを貼付するように説明した。痒みの部位は、シールの中に痒みの程度を 10 段階で記入できるようにした。

国内外で最も採用されている国際的な重症度判定基準である SCORAD（SCORing Atopic Dermatitis）の指標は、皮疹の範囲、各皮疹の要素の重症度（紅斑、浮腫／丘疹、滲出／痂皮、苔癬化、掻破痕、皮膚乾燥）および、自覚症状（痒み、不眠）を点数化するものであり、痒みのスケールは 10 段階である。医師が行う診察時の問診は、痒みの主訴を 10 段階で評価するため、対象者の発達段階をふまえて、混乱が生じないように診察時と同様の評価指標とした。また自分の症状を報告できることは、症状管理のセルフケア能力を高めることにつながることから、本研究における痒みの程度は 10 段階評価とした。

5) スキンケア実践の振り返りおよび目標設定内容

スキンケア実践の振り返りをとおして、スキンケア継続に向けた次回までの目標を子どもが考えることができること目的とした。自己効力感は、自分の努力により達成でき

たと評価されることで高められ、繰り返しフィードバックされることで、与えられた課題を達成するための意欲が増進する（金ら,1996；坂野ら,2002）。スキンケア継続への意欲高めるフィードバックを行い、実施できたこと実施できなかったことの要因を自ら考え、次への対策を子どもが主体的に検討することを支援するために、面談シート 1（資料 19）に沿って面談を実施した。

スキンケアを継続する自信は、10 cmの Visual Analogue Scale (Maxwell.C,1978) (以下 VAS と略す)を用いる。VAS スコアは 100 mmを 100 点に換算し、得点化し評価するツールである。スキンケアを継続するための目標に対する自信および実践の振り返りから VAS を用いて、対象者が自己評価した。得点が高いほど継続への自信「自分にもできそう」および実践の振り返りから「自分にもできた」という自信を評価する。VAS は、介入研究の評価指標の 1 つとして、AD をもつ子どもへの外用薬遵守状況評価（森上ら, 2015）や慢性疾患をもつ子どもの療養行動評価（中村他,1999）として用いられている。

本研究は、スキンケアの実践内容を記入する面談シート 1(資料 19)と目標設定内容、VAS を含む面談シート 2 (資料 20) を用いて、実践の振り返り内容および次回までの目標設定内容とその目標に対する自信の程度を調査した。

6) 自己効力感

慢性疾患をもつ学童以降の子どもは、自尊感情や自己効力感が低値傾向を示していることから、子どもの自己効力感を高めるための介入内容が検討され、介入による自己効力感の得点の増加が示されている。また、自己効力感の得点が増加することにより、症状改善や生活習慣の改善が報告されている。（二宮ら,2009；中村ら,1999）。本研究は、対象者の把握および介入前後において自己効力感を測定し、対象者の特性に合わせた介入内容の検討の指標とした。GSEC-R 児童用一般性セルフ・エフィカシー尺度（福井ら, 2009）を用いた（資料 15）。GSESC-R は、小学校 3 年生以上の児童・生徒を対象とした標準化されたものである。一般性セルフ・エフィカシー尺度（GSES）の児童・生徒用である。児童が一般的にセルフ・エフィカシーをどの程度高く、あるいは低く認知する傾向にあるかについて、一般的なセルフ・エフィカシーの強さを測定する 18 項目から構成される質問紙である。回答は「はい」「どちらかといえばはい」「どちらかといえばいいえ」「いいえ」の 4 件法であり、得点は、18 点から 72 点である。各因子の合計得点が高いほど一般性自己効力は高い。

2. 調査方法およびデータ収集方法

看護介入の実施およびデータ収集手順は、図 2 に示す。

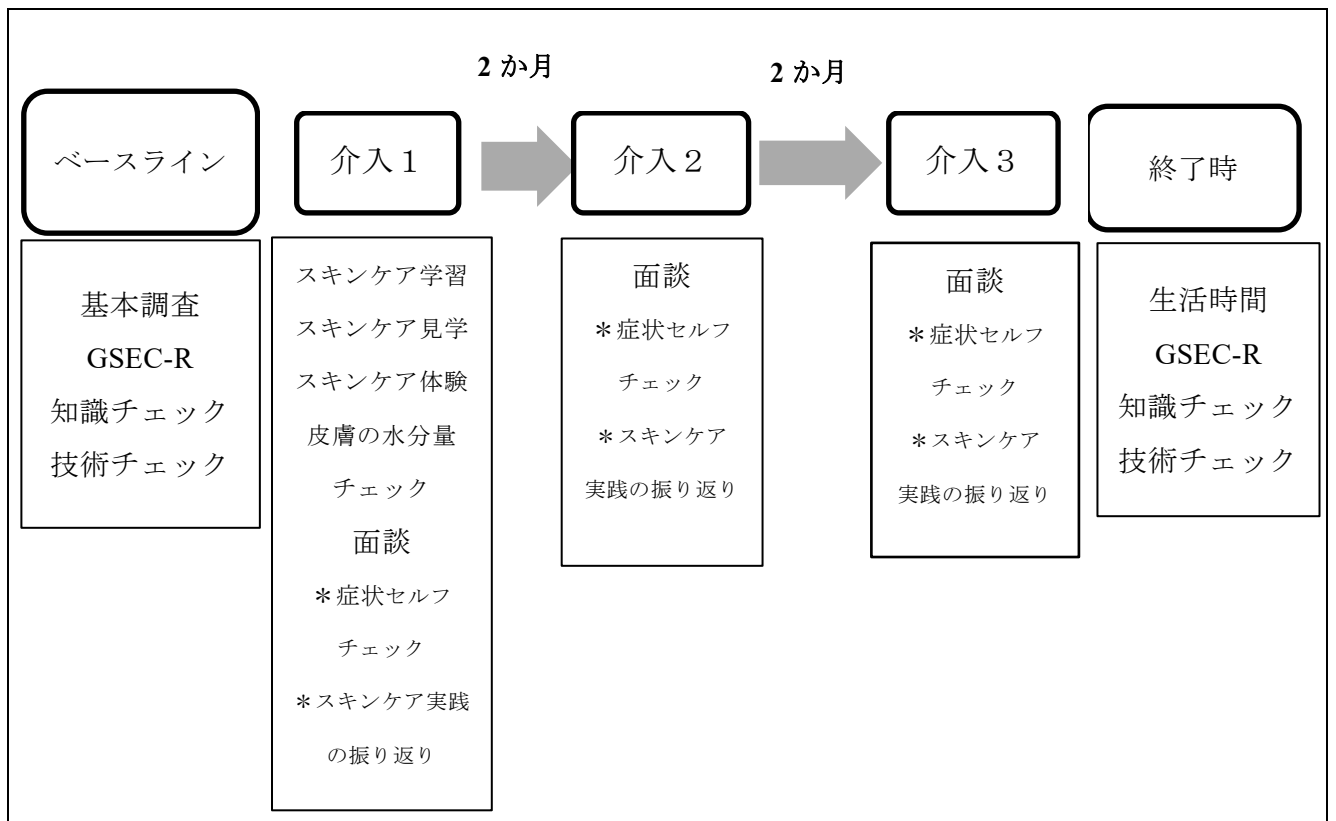


図 2 データ収集手順

【ベースラインおよび終了時（所要時間 15 分）】

1) 基本調査

ベースライン時は、年齢、学年、家族構成、外用薬、睡眠状況、生活時間とし、終了時は、外用薬、睡眠状況、生活時間を研究者が対象者から聴取し記入した（資料 12）。

2) スキンケア知識・技術の確認

基本調査後に知識チェックシート（資料 13）および技術チェックシート（資料 14）の記入方法を対象者に説明し、対象者が記入した。

3) 自己効力感測定

基本調査、知識および技術確認後に GSEC-R 児童用一般性セルフ・エフィカシー尺度の記入方法を対象者に説明し、対象者が記入した。

【各介入時】

1) 介入 1 回目

(1) スキンケア学習（所要時間 15 分）

スキンケアに関する知識は、パーソナルコンピュータタブレット（以下 PC タブレットとする）を用いて、待合室の座席にて学習する。学習内容は、AD 診療ガイドライン 2015（片山，2015）および小児アレルギーエドゥケーターテキスト実践編（日

本小児難治喘息・アレルギー疾患学会編，2013)の内容から作成した。また、文部科学省学習要領小学生4年生の理科および保健の学習内容を確認し、対象者の発達段階に合わせた内容とした。研究協力施設の担当医師に治療方針に影響がないかを事前に確認し、許可を得た上で実施した。スキンケアの知識は、根拠を中心とした内容を学習する。思春期は、第二次性徴による心身の変化に加えて、学校生活において変化が著しいことから、AD症状にさまざまな影響を及ぼす可能性が高い。現在は症状管理ができていたとしてもそれらのリスク要因を理解した上での対策を検討しておく必要がある。症状悪化のリスク要因は、現在の生活環境により個人差が大きく、子ども自身が、今後起こりうる状況を予測して考えることができるようにリスクに関する内容を含んだ。症状悪化のリスク要因の例として、①体調不良、②進級・受験・進学、③人間関係のストレス、④季節の変化による症状への影響とした(資料16)。

(2) スキンケア見学 (所要時間 10 分間)

研究者による実践を対象者が見学する「スキンケア見学」を実施した。他者の実践から自己の実践の振り返りおよび「自分にもできそうだ」というイメージや意欲を高めることを目的とした(資料17)。スキンケア見学の内容は、「せっけん泡立て方」「洗い方・拭き方」「薬のぬり方」の順に実施した。

(3) 皮膚の水分量チェック (所要時間 5 分)

バイオフィードバックとして、皮膚の状態を子どもが正しく評価することや皮膚の洗浄後に速やかに薬を塗布することの根拠を視覚的に理解することを目的に皮膚水分量計(インテグラル社)を用いて測定を行った(資料18)。皮膚水分量計は、市販品を購入して使用する。測定方法は、皮膚に3秒間ずつ3回あてることで測定できることから痛みが生じることや接触部位の皮膚に影響がない安全な機器である。

<皮膚水分量測定手順>

①対象者が「乾燥が強いと思う部位」と「そう思わない部位」を前述の手順で皮膚水分量計を用いて比較測定する。対象者が乾燥している皮膚の状態を数値により、体感することを目的とした。

②体験学習の洗浄直後、3分後、5分後と比較測定し、洗浄後に迅速に外用薬を塗布する目的と効果を視覚的に確認することを目的とした。

(5) 症状セルフチェック (5 分間)

症状セルフチェックシート(資料15)を用いて、対象者が記入した。

①セルフチェックの方法を対象者に説明した。

②発赤の部位に赤色シール、乾燥部位に緑シール、痒み部位に黄色シールの貼付と痒みの部位の黄色シールに痒みの程度を10段階で該当する数字を記入は、対象者が行った。痒みがない状態を「0」とし、痒みの強度により数字が大きくなることを説明

した。

(6) 面談 (所要時間 15 分)

①面談シート 1 (資料 19) に沿って面談を実施し、研究者が記録する。現在のスキンケア実践内容、困難に思うことについて、対象者に話してもらい、その内容を研究者がシートに記録する。

②次回までに子どもができそうと思う目標を子どもと共に検討する。スキンケアに関する知識や技術の自己の振り返りや PC 学習をふまえて、「今日からできること」を目標とできるようにする。今日から達成できる小さな目標であり、対象者が負担と感ずる目標とならないようにした。

③目標に対する自信の程度および実践内容に対する自信については、100 mm の VAS スケールを用いて、「自信がない」を「0」とし、「とても自信がある」を「100」とし、100 mm の直線上のどの位置にあたるかを対象者に○印をつけてもらう。0 より○印までの距離を VAS 値 (mm) とする。

2) 介入 2 回目 (所要時間 25 分)

(1) 症状セルフチェック (5 分間)

症状セルフチェックシート (資料 15) を用いて、前回同様に対象者が記入し、症状のシールを貼付した。

(2) 面談 (所要時間 15 分)

①前回の目標に対する実践内容を中心にできたこと、できなかったことへの工夫や対策についての対象者に話してもらいその内容を面談シート 1 (資料 19) に研究者が記録した。

②面談シート 2 (資料 20) を用いて、前回の目標に対する達成度を「達成できた」を「100」とし「達成できなかった」を「0」とし、VAS スケールを用いて、対象者が記入した。

③「今日からできる目標」の設定は、前回同様に設定した。

④次回の目標に対する自信の程度は、100 mm の VAS スケールを用いて、「とても自信がある」を「100」とし「自信がない」を「0」とし 100 mm の直線上のどの位置にあたるかを対象者が○印を記入した。0 より○印までの距離を VAS 値 (mm) とした。

⑤前回の目標に対する実践の振り返りをふまえて、スキンケアを継続するための「今日からできる目標」を対象者が考え目標設定できるようにした。

3) 介入 3 回目 (所要時間 25 分)

介入 2 回目と同様に実施後、終了時調査 (面談後 15 分間) を行った。

IV. 看護介入の評価

本研究において考案した AD をもつ思春期の子どもがスキンケア継続力を獲得するための看護介入を実施し得られたデータを分析し、下記の内容を評価した。

1. スキンケア知識および技術

対象者が記入したスキンケア知識チェックシート，スキンケア技術チェックシートの得点を用いて、介入前後の比較分析を行った。スキンケア知識項目 15 項目（各項目 1 点から 4 点）、技術項目 9 項目の各項目（各項目 1 点から 4 点）の各項目の自己評価の得点を介入前後において比較した。

2. スキンケアの実践内容

各介入時の面談シート 1（資料 19）面談シート 2（資料 20）の記録データを用いてスキンケアの振り返り内容および目標設定内容を介入 1 回目から 3 回目までの経過を比較し、個別分析および全体分析を行った。

1) 個別分析

各対象者の面談シート 1・2 の記録データを各介入時別に抽出し、個別の経過を図（図 4-1～4-8）に示し、経過内容を個別記録とする。対象者別の経過記録から、(1) スキンケア実践の自己評価 (2) スキンケアの修正の検討 (3) 実現可能な目標設定の 3 つの視点に着目し個別分析を行った（表 3）。

(1) スキンケア実践の自己評価

介入 1 回目では、対象者が「現在のスキンケア状況（保護者によるサポート状況を含む）」、「スキンケアにおいて困っていること、面倒に思うこと」について、振り返りを通して、実践内容や気づいた点について、発言した内容を分析した。研究者からの時間、場所や場面等の問いかけを受けて、自己のスキンケア実践の内容に気づくことができたかを評価した。介入 2 回目以降は、前回設定した目標に対して①実施できたこと②実施できなかったこと③保護者のサポート内容について、対象者が自己のスキンケア実践で気づいたことについての発言を分析し、前回の目標に対して、対象者が症状の自己評価をふまえて、主体的に自己の振り返りができたかを評価指標とした。

(2) スキンケアの修正の検討

介入 1 回目は「現在のスキンケアで困っていることや面倒に思うこと」について「なぜ、そのように思うのか」についての対象者の発言内容を分析し、現在のスキンケアにおいて、実施できていないことや実施しにくいと感じている要因を自ら考えることができたかを評価指標とした。また、その要因をふまえて「どうしたらできるのか」を検討できたかを評価した。介入 2 回目以降は、対象者の前回設定した目標に対する「実施できた理由」「実施できなかった理由」に対する発言を分析した。対象者が自己のスキ

ケアに影響する要因を考え、自分の症状や生活に合わせた見直しや修正を検討できたかを評価指標とした。

(3) 実施可能な目標設定

介入 1 回目は、スキンケア知識と技術の自己確認、PC 学習、観察学習および現在のスキンケア実践の振り返りをふまえて、対象者が今日から自分ができると思うスキンケア内容についての発言を分析し、対象者が自ら考えた「今日からできる目標」を設定できたかを評価した。介入 2 回目以降は、対象者が前回の目標に対する実践の振り返りによる自己評価と見直しや修正で考えられた発言を分析した。対象者が自己選択、自己決定した「今日からできる目標」が設定されたかを評価した。

2)全体分析

対象者 8 名の個別分析結果を各介入時別の看護支援と対象者の結果から看護介入による対象者のスキンケアの実践の経過を類似性および個別性に着目し、看護介入内容有用性を検討した。全体分析の結果から①スキンケア実践の自己評価②スキンケアの修正の検討③実施可能な目標設定について、AD をもつ思春期の子どもがスキンケアを獲得する上で必要な支援について分析を行った。

3. 症状の自己評価

AD は、疾患の特性からさまざまな要因により、症状が変化することから、対象者が症状のセルフチェックができ、その症状に合わせたスキンケアの工夫ができることを目的として使用した。各介入時に記入した症状セルフチェックシート（資料 15）と面談シート 1（資料 19）および面談シート 2（資料 20）とともに比較分析した。

4. 自己効力感測定値

対象者の特性を把握し、介入前後において自己効力感の変化を測定し、対象者の自己効力感の傾向に合わせた介入内容を検討する評価指標とする。GSEC-R 児童用一般性セルフ・エフィカシー尺度を用いてベースライン時と終了時に測定した。

「安心感」「チャレンジ精神」の項目の各々測定値が「高い傾向」「普通」「低い傾向」「非常に低い」4 段階について、GSEC-R の分析方法のマニュアルに沿って分析した。

表3 面談による介入評価の指標

| | 介入1回目 | 介入2回目 | 介入3回目 |
|------------------|--|---|---|
| 自己評価 スキンケア実践の | ①現在のスキンケア状況 (サポート状況を含む) ②困っていることや 面倒に思うこと *上記内容について 気づき表現することができる。 | 前回設定した目標に対して ①実施できたこと ②実施できなかったこと ③保護者のサポート内容 *上記内容について 具体的な内容を表現することができる。 | 前回設定した目標に対して ①実施できたこと ②実施できなかったこと ③保護者のサポート内容 *上記内容について 具体的な内容を自ら表現することができる。 |
| 修正の検討 スキンケアの | 「困っていることや面倒に思う」理由について考えることで、自己のスキンケアの見直しや修正を検討できる。 | 前回の目標に対する ①実施できた理由 ②実施できなかった理由 *スキンケアに影響する要因を検討し、修正ができる。 | 前回の目標に対する ①実施できた理由 ②実施できなかった理由 *自らスキンケアに影響する要因を検討し、修正ができる。 |
| 実施可能な目標設定 | スキンケア知識・技術の自己確認と学習および現在のスキンケアの振り返りをふまえた 「今日からできる目標」が設定できる。 自分が発案した目標を自筆で記入できる。 | スキンケアの見直し・修正をふまえた 「今日からできる目標」が設定できる。 自分が発案した目標を自筆で記入できる。 | スキンケアの見直し・修正をふまえた 「今日からできる目標」が設定できる。 自分が発案した目標を自筆で記入できる。 |

V. 倫理的配慮

1. 倫理審査申請

本研究は、日本看護協会「看護研究のための倫理指針」を遵守し、東邦大学看護学部倫理委員会の倫理審査を受け承認後に研究協力施設の管理者の許可を得た。

2. 研究協力者の保護

1) 協力への任意性の保障

(1) 対象者の保護者への説明と同意を得る方法

研究依頼文および口頭で研究目的、研究内容、分析内容、結果の公表、調査への参加は自由意思であること、研究中断・中止が可能であること、回答できない、回答したくない内容は回答しなくてよいこと、プライバシーの保護の方法、データの取扱いおよび破棄の方法の説明を行った。研究参加に同意が得られた場合は、同意書に署名を得た。同意書は2通作成し、対象者および保護者の同意書各1通は、保護者に渡した。1通は研究者が保管する。また同意書に署名後も中止が可能であり、研究の中止・中断による医療サービスにおける不利益がないことを説明し、同意撤回書（資料9、10、11）を同意書への署名の際に渡した。同意の撤回は、電話、郵便およびメールで行うことができることを説明した。

(2) 対象者への説明と同意を得る方法

本研究に協力することに対する保護者の同意が得られた研究対象者のみに研究依頼を行った。対象者への説明は、依頼文に加え口頭にて研究目的、研究内容、分析内容、結果の公表、調査への参加は自由意思であること、調査中断・中止が可能であること、回答できない、回答したくない内容は回答しなくてよいこと、プライバシーの保護の方法、データの取扱いおよび破棄の方法の説明を行った。研究に関する同意が得られた場合は、同意書に署名を得た。同意書は2通作成し、対象者および保護者の各1通は、保護者に渡した。1通は研究者が保管した。また同意書に署名したあとでも中止が可能であり、その場合において、医療サービスを受ける際に不利益がないことを説明した。同意撤回書（資料9、10、11）について説明し、保護者に渡した。同意の撤回は、電話、郵便およびメールで行うことができることを説明した。上記の内容を対象者が理解できるように発達段階に合わせたわかりやすい説明内容とした。

2) 途中撤回の保障

本研究に対する承諾をした後であっても参加を中止することができることを研究承諾前に文書および口頭にて説明を行った。研究中断時の連絡方法を研究依頼文書に記載した。対象者または保護者のどちらかの同意撤回希望があれば中止とし、同意撤回書は、研究参加同意書の署名の際に渡した。中断するための連絡は、電話、電子メール、郵便

による方法とし、対象者および保護者が簡易的に行えるようにした。

3) 協力者のプライバシーおよび個人情報の保護

対象者を特定できないように施設名に関連のないアルファベット（例：A 病院）とした。対象者の氏名が特定できないように氏名と関連性のないアルファベットを用いて、データ収集時の記録や保管を行った。論文作成時においても個人や調査施設が特定できないように記載し、対象者に関するすべてのデータは、研究者および分析者および研究指導者のみが取り扱った。

4) 問い合わせ等の方法と対応

研究に関する不明点、疑問点がある場合に研究者への連絡方法を文書および口頭で説明を行い、対象者が簡便にできる方法が選択することができるようにした。研究期間は対応できるように電話、郵便、電子メールでの対応を可能とした。対象者および保護者へ渡す文書全てに研究者の連絡先を記載した。

5) 協力者への謝礼

研究参加者は、30分から90分（初回のみ90分）の時間的拘束が生じるため、1回の面談につき1000円分の図書カードを謝礼とした。外来受診は保護者の付き添いがない場合もあることから、対象者に謝礼を渡すことについて、研究参加同意を得る際に保護者に許可を得た。謝礼の選択理由は、対象者が学習に活用できる図書購入が適していると判断した。

6) 代諾者の選定

研究対象者は、未成年者（小学5年生から中学3年生）であることから、代諾者は、子どもの父母とした。子どもに対して、発達段階に合わせた研究に関する説明を実施するが、詳細についての理解不足や研究期間内での中断等の判断ができない可能性があるために子どもの保護者の承諾を得た。

7) 研究協力に伴って予想される利益、不利益・危険およびその防止・対応措置

(1) 利益

研究対象者は、研究に参加することにより、自分の疾患および症状管理の必要性を理解することができることが考えられる。また症状による生活習慣への影響を理解することにつながり、成長発達や環境変化に合わせたセルフケア能力を向上は、スキンケアを継続する習慣の獲得につながることを考えられる。面談による自己の振り返りは、これまでの自分の疾患に対する思いを表現する機会となることが考えられる。研究参加において謝礼として図書カードを得ることで学習のための教材を購入することができる。

(2) 不利益・危険

研究対象者は、外来受診時に診察以外に面談や学習を行うことから、時間的拘束が

生じる。待ち時間を活用や対象者の希望時間に合わせて調整した。診療以外の時間超過を最小限とした。面談時に自己の振り返りを実施するために、できていなかった部分を考える時間は、心理的負担となる可能性がある。自己の振り返りが、マイナス面だけにならないよう配慮し、今後の改善のための振り返りとなり、できていた部分にも気づけるようにする必要がある。スキンケアの知識や技術の自己評価は、これまでの自分の実践の不足点や間違いに気づくこともあり、心理的な負担につながることを考えられる。本研究は知識や技術のテストではないことを事前に説明を行うとともに間違いや不足が悪いことではなく、改善点、工夫点を考える機会として考えられるように発達段階に合わせた適切な言葉も用いて説明を行った。また、研究参加がストレスとなり、アトピー性皮膚炎の症状悪化の原因となる可能性がある。対象者の心理的負担にならないように十分に配慮し、対象者の態度や行動の変化に早期に気づけるように観察し、対応した。対象者へ中断・中止ができることを伝えるとともに、保護者が、研究参加が子どもの心理的負担になっていると感じられる場合には、研究者に連絡をしてもらうように研究参加の同意を得る際に説明した。

8) 研究に伴う健康被害の補償

対象者が実施するスキンケアに関する知識と技術の学習内容は、担当医師の許可を得て実施する。本研究は、スキンケアに関する説明は実施したが、身体的侵襲がある介入は実施していない。

3. 研究に使用する資料

1) 資料の匿名化

本研究に用いる対象者の情報は、対象者および代諾者の許可を得た上で用い、資料は匿名化した。匿名化する資料は、基本調査時の質問項目にて、本人から直接情報を得た情報（性別、学年、生活時間）、面談データ、知識・技術チェックシート、症状セルフチェックシート、自己効力感尺度の質問紙データを匿名化した。匿名化の方法は、対象者および研究施設に関連のない番号またはアルファベットとした。本研究は対象者の個別性に合わせた看護介入の検討の目的を含むことから、対象者のデータは個別分析と全体分析を行った。そのために連結可能匿名化とする。連結可能匿名化することから対応表を作成し、対応表は、調査順に番号を付記した。匿名化の対応表は、基データ類と同じ鍵を使用する保管庫ではない場所に保管した。保管および電子データについては暗号化した。

2) 資料の保存と廃棄

匿名化したデータは、研究開始から論文作成まで研究者以外は取り扱わず、研究で得られた全ての資料は、研究者の所属施設内のセキュリティ管理された研究室内の施錠

付保管庫に厳重に保管した。PC 上でデータを入力、分析は、研究者の所属施設内のセキュリティ管理された研究室内のみで行った。研究データは、接続しない PC において保存した。本研究で得られた、すべてのデータは、研究者および分析者のみが取扱った。データはファイル保存の際は、パスワードを使用し暗号化して保存した。データ紛失防止のために研究室内 PC ハードディスク、ロック付 USB メモリーおよび CD-R 個々の計 3 か所に保存した。携帯移動できる PC には保存せず、資料の保管は、研究終了後 5 年間保管し、破棄する。論文作成終了後に紙類、CD-R は裁断機または溶解ゴミとして処分する。USB メモリーはデータ消去後本体も処分する。

4. 研究結果の開示・公表

研究結果は、複数名を対象とすることから個人のみの結果を開示することはできないため、本人および代諾者への開示はしない。本研究で得られた結果は、関連学会において発表および論文発表する。

この博士論文は、学術誌に掲載予定である。

従って、結果および考察は、論文が学術誌に掲載されたのちに公表する。

文献

- Al' Abadie, Kent G, Gawkrödger J (1994) : The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions, *British Journal of Dermatology*, 130, 199-203.
- 浅野みどり, 石黒彩子, 兼松百合子(1999):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, *日本看護医療学会誌*, 1(1), 9-18.
- 安藤満代, 田村三穂(2003):慢性腎疾患患児と母親への心理学的介入事例, *The kitakanto Medical Journal*, 53(2), 47-53.
- 安藤哲也, 野田啓史, 羽白誠, 寺尾浩 (2002) :アトピー性皮膚炎, *心身症診断・治療ガイドライン 2002*, 西間三馨(編), 協和企画.
- 青木直子 (2014) : ほめられた経験によって動機づけが高まる理由, *藤女子大学人間生活学部紀要*, 51 ; 39-48.
- Bandura A (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84,191-215.
- Bandura A / 原野広太郎監訳 (1979): 社会的学習理論 人間理解と教育の基礎, 金子書房.
- Bandura A , et al,/ 本明寛, 野口京子監訳 (1997): 激動社会の中の自己効力, 金子書房.
- Caleb Kelly, Venu Gangur (2009): Sex Disparity in Food Allergy: Evidence From the PubMed Database, *Journal of Allergy*; 15985-7.
- カルデナス暁東,西尾ゆかり,福井奈央,他 (2012) :アトピー性皮膚炎女性の月経周期におけるスキンケアとメイクアップの現状とニーズ, *大阪医科大学看護研究雑誌*, 2, 29-39.
- カルデナス暁東, 町浦美智子, 末原紀美代 (2011) :乳幼児期の軽症アトピー性皮膚炎患者バリア機能の改善をもたらす看護支援プログラムの効果, *小児保健研究*, 70 (6) ,737-743.
- カルデナス暁東, 末原紀美代 (2008) :アトピー性皮膚炎を持つ両親の育児ストレスと育児の実態, *大阪府立大学看護学部紀要*, 14 (1), 9-16.
- Diener, E, Fujita, F (1995): Resources, personal strivings, and subjective well-being, A nomothetic and idiographic approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 68,926-935.
- 江藤和子, 橋本雄幸 (2012) :中学生の飲酒行動の実態と親子で学ぶ飲酒防止プログラムの提案, *小児保健研究*, 71 (3) ,443 - 449.
- 江藤隆史 (2009) : アトピー性皮膚炎とステロイド外用療法, *医学のあゆみ*, 228 (1), 80-86.
- 舟木由乙世, 小澤恵, 平光美子,他 (2012) :アトピー性皮膚炎患児に対する外来スキンケア指導の効果, *日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌*, 10 (3), 293-298.
- 舟越和代,小川佳代,三浦浩美,他 (2002) : 小児の Health Locus of Control に関する研究 自

- 己効力感とソーシャルサポートの関連,香川県立医療短期大学紀要,3,79-84.
- 二村昌樹, 伊藤浩明, 尾辻健太,他 (2009): 乳幼児アトピー性皮膚炎患者に対する短期教育入院「スキンケアスクール」の効果, アレルギー, 58 (12), 1610-1618.
- Flick, U / 小田博志 (監訳) (2011): 新版 質的研究入門—<人間の科学>のための方法論, 春秋社, 168.
- Firdaus S Dhabhar (2013): Psychological stress and immunoprotection versus immunopathology in the skin, Clinics in Dermatology, 31, 18-30.
- 藤岡寛, 上別府圭子 (2009): 小児慢性疾患児における服薬の意志決定プロセスに関する質的研究, 68 (6), 654-661.
- 藤本雅之 (2014): 当科通院中の小児気管支喘息患者における吸入ステロイド服薬アドヒアランス, 京都医学会雑誌, 61 (1), 21-25.
- 福田典正, 福田由紀美, 廣田直子, 他 (2010): 当院患者アンケートに見る看護外来の在り方, 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌, 8(3), 222-230.
- 古江増隆, 川島眞, 古川福実, 他 (2007): アトピー性皮膚炎の経時的推移に関する調査研究, 臨床皮膚科, 61(3), 286-295.
- 古江増隆, 佐伯秀久, 古川福美, 他 (2009): アトピー性皮膚炎診療ガイドライン, 日皮会誌, 119, 1505-1534.
- 福井至, 飯島政範, 小山繭子, 他 (2009): GSESC-R 児童用一般性セルフ・エフィカシー尺度, ころネット株式会社.
- 服部祥子 (2010): 生涯人間発達学 第2版, 医学書院, p.95.
- 檜垣祐子 (2013): Corticosteroid-phobia と心身医学的アプローチ, 薬局, 64(6), 124-129.
- 檜垣裕子 (2011): 思春期のアトピー性皮膚炎—心身医学的アプローチ—, 思春期学, 29 (1), 123 - 128.
- 檜垣祐子, 有川順子, 吉原伸子, 他 (2001): 重症アトピー性皮膚炎における搔破行動および心理社会的負荷の関与について, 日本皮膚科学会誌, 111(5), 837-842.
- 廣田昭久 (2011): バイオフィードバックとは何か: 心理学に基づいたその定義に関する考察, バイオフィードバック研究, 38 (2), 91-94.
- 飯尾美沙, 大矢幸弘, 森澤豊, 他 (2011): 喘息患児を養育している保護者の服薬アドヒアランスに影響を与える要因, アレルギー, 60 (5), 593-603.
- 飯尾美沙 (2012): 小学5年生を対象としたアレルギー疾患に関する保健授業の効果, 小児保健研究, 71(3), 427-434.
- 飯尾美沙, 竹中晃二, 成田雅美, 他 (2014): 気管支喘息患児の保護者を対象としたテーラー化教育プログラムの開発および効果の検証, アレルギー, 63(2), 187-203.
- 石井香織, 柴田愛, 足立稔, 他 (2013): 子どもの身体活動および座位活動がメンタルヘルスに及ぼ

- す影響を解明するための縦断的研究,健康医科学研究助成論文集 28 号,10-19.
- 籠正子(2012):アトピー性皮膚炎を持ち治療方法を錯誤していた患児と家族との関わり,日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌,10(3),259-269.
- 片岡葉子 (2001) : 学齡期アトピー性皮膚炎と不登校,日本医師会雑誌,126, 52.
- 片岡葉子 (2008) : 思春期アトピー性皮膚炎, 小児科診療, 71 (7) ,89-94.
- 片山一朗, 河野陽一 (2015) : アトピー性皮膚炎診療ガイドライン, 協和企画.
- 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二 (1996), 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エスティームとストレス反応との関連, 心身医学, 36. 499-505.
- 加藤則人, 大矢幸弘, 池田政憲, 他 (2018) アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2018, 日本皮膚科学会誌, 128 (12), 2431-2502.
- Kapoor R, Menon C, Hoffstad O, et al (2008): The prevalence of atopic triad in children with physician-confirmed atopic dermatitis, *J American Acad Dermatol*, 58, 68-73.
- 神庭直子, 松田与理子, 柴田恵子,他 (2009) 成人アトピー性皮膚炎患者の望むソーシャルサポート, 健康心理学研究, 22 (1), 1-13.
- 川島眞, 沼野香世子, 石崎千明 (2007) : アトピー性皮膚炎患者の皮膚生理学的機能異常に対する保湿剤の有効性.日本皮膚科学会誌, 117, 969-977.
- 川原健資, 山本晴義, 江花昭一,他 (1997): 成人型アトピー性皮膚炎の心身医学的研究(第1報) -特に重症度・経過から見た心理学的特徴の検討, 心身医学,37.337-346.
- Kojima R, Fujiwara T, Matsuda A, et al (2013): Factors Associated with Steroid Phobia in Caregivers of Children with Atopic Dermatitis, *Pediatric Dermatology*, 30(1), 29-35.
- Kijima A, Murota H, Takahashi A, et al (2012) : Prevalence and Impact of Past History of Food Allergy in Atopic Dermatitis, *Allergology International* ;12-OA-0468.
- 木村留美子 (1999) : 肥満児童と非肥満児童の Health Locus of Control 比較,金沢大学医学部保健学科紀要,23(2),1-6.
- Kimyai-Asadi, Usman A, (2001): The role of psychological stress in skin disease, *J Cutan Med Surg*; 5, 140-5.
- Kilpelainen M, Koskenvuo M, HeleniusH, et al (2002): Stressful life events promote the manifestation of asthma and atopic diseases, *Clin Exp Allergy*, 32, 256-63.
- 小林美咲(2000) : アトピー性皮膚炎患者の搔破行動の検討, 日本皮膚科学会誌,110(3), 275-282.
- 河野陽一(2009) : アトピー性皮膚炎の発症および悪化因子の同定と発症予防・症状悪化防止のための生活環境整備に関する研究, 平成 18~20 年度総合研究報告書, 1-11.
- 小牧元, 久保千春, 福土審 (編) (2006) : 心身症診断・治療ガイドライン 2006, 協和企画.
- Lammintausta K, Kalimo K, Raitala R, et al (1991): Prognosis of Atopic Dermatitis: A Prospective Study in Early Adulthood, *international Journal Dermatology*, 30(8),563-568.

- 劉新彦 (2011) : 学童期の健康増進プログラムの開発と実施, 自己効力感に焦点を当てた生活習慣の介入, 千葉看護学会誌, 17(2), 21-30.
- 益子育代 (2001) : カウンセラーとして学んだこと, アトピー性皮膚炎と不登校, 子どもの健康科学, 2(1), 30-37.
- 益子育代, (2002) : 思春期アトピー性皮膚炎患者の母子関係の改善とコンプライアンスの向上, 心身医学,42 (3) ,187-195.
- 益子育代 (2013) : 小児アレルギーエドゥケーターテキスト実践編 - 患者教育総論 -, 小児難治喘息・アレルギー疾患学会編, 診断と治療社, 5-7
- 町野友美 (2012) : 小児アレルギー疾患の全人的医療, 疾患認知と受容を援助する取り組みについて 心理士の立場から, 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌, 10(3), 305-308.
- 丸山浩枝,二宮啓子,宮内環,他(2014): 1年間の生活習慣改善プログラムがもたらした肥満の子どもへの効果、肥満度、自己効力感、ソーシャルサポート、生活習慣の認識・行動の変化, 神戸市看護大学紀要, 18,19-27.
- 松寄くみ子, 根本芳子, 柴田玲子,他 (2007) :日本における「中学生版 QOL 尺度」の検討, 日本小児科学会雑誌, 111(11), 1404-1410.
- Maxwell, C (1978): Sensitivity and accuracy of the Visual Analogue Scale: A Psycho-Physical Classroom Experiment, British Journal of Clinical Pharmacology, 6; 15-24.
- Misaki F, Yukihiro O, Masayuki A, et al, (2011): Age-related Prevalence of Allergic Diseases in Tokyo Schoolchildren, Allergology International; 60:509-515.
- 望月博之(2005): 群馬県におけるアトピー性皮膚炎児の小学校でのスキンケアの有用性について, ぐんま小児保健, 63, 22-23.
- Mueller, C, M, Dweck, C, S (1998): Praise for intelligence can undermine children's motivation and performance, Journal of Personality and Social Psychology, 75;33-52.
- Murota.H, Takeuchi.S, Sugaya.M, et al, (2015): Characterization of socioeconomic status of Japanese patients with atopic dermatitis showing poor medical adherence and reasons for drug discontinuation, Journal of Dermatological Science, 79, 279-287.
- 永江誠治, 本田純久, 花田裕子 (2011) : 児童思春期精神科医療における子どもの服薬アドヒアランスへの影響要因に関する予備的研究, 日社精医誌, 20, 302-315.
- 仲村将典,藤村透子,阿久津智美,他(2006): Play Station2 を利用した全身運動による身体活動と運動有能感,臨床スポーツ医学,23(2), 199-205.
- 中村伸枝, 兼松百合子, 武田淳子,他 (1996) : 慢性疾患患児のストレス, 小児保健研究, 55(1), 55-60.
- 中村伸枝, 兼松百合子, 今野美紀,他 (1999) : 小児期発症のインスリン非依存型糖尿病患者の病気および療養行動に対する認識と自尊感情, ソーシャルサポートとの関連, 千葉大

学看護学部紀要, 21, 17-24

根本芳子, 松寄くみ子, 柴田玲子,他 (2005): 「小学生版 QOL 尺度」を用いた子どもと母親の認識の差異に関する検討, 小児の精神と神経, 45 (2) 159-165.

根本芳子, 松寄くみ子, 柴田玲子,他 (2007): 「中学生版 QOL 尺度」を用いた子どもと父母の認識の差異に関する検討, 小児の精神と神経, 47(3), 147-154.

日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会編 (2013): 小児アレルギーエドゥケーターテキスト 基礎編, 診断と治療社.

日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会編 (2013): 小児アレルギーエドゥケーターテキスト 実践編, 診断と治療社

二宮啓子, 丸山浩枝 (2009): 生活習慣に関連した健康障害をもつ思春期の子どもと親への看護援助の効果, 神戸市看護大学紀要, 13, 3-9.

二宮啓子,丸山浩枝,宮内環,他 (2011):学童期における1年間の生活習慣改善プログラムの効果,神戸市看護大学紀要,15,25-34.

二宮啓子,丸山浩枝,宮内環,他 (2013):1年間の生活習慣改善プログラムが学童の肥満度、自己効力感、ソーシャルサポート、生活習慣の認識・行動に及ぼす変化,日本小児看護学誌,22(3),25-33.

野口京子(1998): 第2章 健康的な生活習慣をつくる, 健康心理学, 金子書房, 166-175.

野間口千香穂,草場ヒフミ,藤丸千尋,他(2006):中学生のセルフケア行動と親のセルフケア支援に対する認識との関連,南九州看護研究誌,4(1),13-22.

大芦治, 曾我祥子, 大竹恵子,他 (2002): 児童の生活習慣と敵意・攻撃性との関係について, 学校保健研究, 44, 166-180.

太田展生(1998): アレルギー疾患ーアトピー性皮膚炎の治療-精神神経系の関与とその対策, 小児科臨床, 51: 2014-2022.

岡美智代, 伊波早苗, 滝口成美,他 (2003): 行動変容を促す技法とその理論・概念的背景, 看護研究, 36(3), 213-223.

岡美智代 (2018): 行動変容を促す看護. 医学書院.

Ohshima Y, Yamada A, Hiraoka M, et al. (2002): Early sensitization to house dust mite is a major risk factor for subsequent development of bronchial asthma in Japanese infants with atopic dermatitis: results of a 4-year follow up study. *An Allergy Asthma Immunology*, 89,265-270.

大山建司 (2004): 思春期の発現, 山梨看護学雑誌, 13 (1), 3-8.

大矢幸弘 (2004): 小児アトピー性皮膚炎の治療 心理・行動科学療法, 皮膚の科学, 3, 76-80.

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, アレルギー・免疫,

7(8), 84-91.

大脇淳子, 佐藤みつ子, 比江島欣慎 (2002) : アトピー性皮膚炎の親の疾病認知と養育態度との関連, 山梨医科大学紀要, 19, 17-24.

大屋晴子(2018):アトピー性皮膚炎患者の思春期における療養体験,思春期学, 36(3-4), 36-43.

Pope A.W, McHale S.M, Craighead W.E (1988): Self-Esteem with Children and Adolescents; 高山巖訳 (1992) ,自尊心の発達と認知行動療法, 岩波学術出版

Robert, K, Yin / 近藤公彦訳, (2011) : 新装版ケース・スタディの方法 第2版, 千倉書房, 53-60.

Robert P. Hawkins, Matthew Kreuter, Kenneth Resnicow, et.al (2008): Understanding tailoring in communicating about health, Health Education Research, 23(3); 454-466.

Roger K, Chandrakala M, Ole H, et al (2008): The prevalence of atopic triad in children with physician-confirmed atopic dermatitis, Journal an Academic Dermatol, 58(19), 68-73.

Rotter, J.B (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Psychological Monograph, 80(1), 1-28.

Saeki H, Oiso N, Honma M, et al (2009) : Comparison of prevalence of atopic dermatitis in Japanese elementary schoolchildren between 2001/2002/and2007/2008,J Dermatol ;36, 512-4.

坂野雄二, 前田基成 (2013) : セルフ・エフィカシーの臨床心理学, 北大路書房.

Sarah L, Christine L, Ilona J, et al (2005) : The Price of Pruritus, Arch Pediatr Adolesc Med, 159; 745-750.

Stabb D, Rueden U, Kehrt R, et al (2002): Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis, Pediatric Allergy and Immunology, 13, 84-90.

Staab D, Diepgen T, Fartasch M, et al (2006): Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomized controlled trial, BMJ, 332(2); 933-6.

齊藤千晶 (2009) : 学童・思春期のアトピー性皮膚炎をもつ子どものセルフケア行動の意味づけと養育者の関わり, 千葉看護学会会誌, 15(1),1-8.

柴田玲子, 根本芳子, 松寄くみ子, 他 (2003) : 日本における Kid-KINDL^R Questionnaire (小学生版 QOL 尺度)の検討, 日本小児科学会雑誌, 107(11)、1514-1520.

高橋道子, 藤崎眞知代, 仲真紀子,他 (2004) : 子どもの発達心理学, 新曜社, 151.

瀧川雅浩, 川島眞, 古江増隆, 他 (2005) : 小児アトピー性皮膚炎患者保護者アンケート調査, 臨床皮膚科, 59 (3), 323-329.

- 田久保由美子(2015)：家族を含めた学童期の肥満に対する介入の現状と看護職の役割に関する文献検討,小児看護学会誌,24(2),79-87.
- 田中裕也,岡藤郁夫,檜林成之,他(2014)：環境アレルゲン急速免疫療法を契機にアドヒアランスを改善した複数のアレルギー疾患を持つ思春期女児例,日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌,12(3),294-297.
- 田辺恵子 (1997)：小児用 Health Locus of Control 尺度の信頼性、妥当性の検討,日本看護化学学会誌,7(2),54-61.
- 田辺恵子 (1998)：小児慢性疾患児の Health Locus of Control の測定 健康児との比較,日本看護科学学会誌,8(3),56-66.
- 玉浦有紀,赤松利恵,武見ゆかり (2010)：体重管理における誘惑場面の対策尺度の作成,栄養学雑誌,68(2),87-94.
- 田村敦子 (2012)：慢性疾患をもつ思春期の患者が療養行動の一部として情報を獲得する意味とその構造,日本小児看護学会誌,21(1),24-31.
- Thompson B, Webber, L., Berenson, G (1987): Children's beliefs about sources of health; A reliability and validity study, Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 20 (2), 80-88.
- 土取洋子 (2010)：食物アレルギー児を養育する母親の疲労とライフスタイルに関する考察小児保健研究,69(3);423-431.
- 土屋憲子,天富美弥子(1998)：除去食療法中のアトピー性皮膚炎児の心性—描写からの考察,大阪教育大学紀要,46,93-117.
- 都筑知香枝,石黒彩,浅野みどり,他(2006)：アトピー性皮膚炎の子どもをもつ母親の育児ストレス,日本小児看護学会誌,15(1),25-31.
- 槌本浩司,森谷梨,荒川義人,他(2011)：地域に在住する小学生を対象にした「天使 21 世紀子ども食育教室」が食生活・食行動に及ぼす効果,天使大学紀要,11,1-10.
- 漆館千恵,長内亜希子,佐藤織江,他(2013)：小児肝移植における免疫抑制剤の管理状況,よりよい自己管理を目指して,移植,49(1),40-45.
- 宇理須厚雄(2012)：食物アレルギー診療ガイドライン第1章定義と分類,日本小児アレルギー学会誌,26(2),290-294.
- 和氣綾美,山本浩二,藤塚千秋,他(2006)：中学校期の心の健康に及ぼす運動の影響と学校の工夫について,川崎医療福祉学会誌,16(2),247-259.
- Williams H, Robertson C, Stewart A, et al (1999): Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Childhood, J Allergy Clin Immunol; 103:125-38.
- 山田知子,浅野みどり,石原彩子,他(2009) 思春期における喘息患児と医療者との協働的な関

係，日本看護医療学会雑誌，11（1）6-14.

山田知子，石黒彩子，三浦清世美,他（2005）：気管支喘息をもつ思春期学童のコンプライアンス，日本看護医療学会雑誌，7(1)，26－33.

山本昇壯（2003）：アトピー性皮膚炎の患者数の実態および発症・悪化に及ぼす環境因子に関する研究，平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金，免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業研究報告書：第 1 分冊，71-77.