きょうだい児におけるストレス反応とソーシャルサポートおよびセルフエスティームの関連

尾形明子・瀬戸上美咲・近藤　綾

Stress reaction, social support and self-esteem of siblings of children with a chronic illness

Akiko Ogata, Misaki Setoue, and Aya Kondo

本研究では，病気のきょうだい（病弱児）をもつ子ども（きょうだい児）32名を対象に，ソーシャルサポートとセルフエスティームが，ストレス反応に及ぼす影響を検討した。きょうだい児は一般的な同世代の子どもに比べて，ややセルフエスティームが低く，親からのソーシャルサポートの知覚も低かった。また，セルフエスティームの高いきょうだい児は，セルフエスティームが低いきょうだい児に比べて，ストレス反応が低かった。さらに，セルフエスティームが低い場合は，親からのソーシャルサポートがストレス反応の低減に影響していた。ソーシャルサポートとセルフエスティームがストレス反応に及ぼす影響過程についてパス解析を行ったところ，ソーシャルサポートは，セルフエスティームを介して間接的にきょうだい児のストレス反応を低減させていることがわかった。また，きょうだい児が病弱児よりも年下である場合，病弱児が入院中である場合，きょうだい児が病弱児の病名を知らない場合は，心理的問題を抱えやすいことが示された。

キーワード：きょうだい児，ストレス反応，ソーシャルサポート，セルフエスティーム

問題

家族の一員である子どもが病気に罹患すると，病気に罹患した子ども（以下，病弱児）はもちろんのこと，その家族全体の生活が大きく変化する。親は，家や病院で病弱児のケアやサポートをすることとなり，それに加え，病気の心配や自責感といった心理的苦痛，仕事や家事といった日々の役割など多くの負担を抱えることとなる。その中で，病弱児にきょうだい（以下，きょうだい児）がいる場合，きょうだい児も様々な心理的問題を抱えることが指摘されている。慢性疾患児のきょうだい児を対象としたメタ分析では，きょうだい児は，健康なきょうだいをもつ子どもに比べて，心理的問題を抱えていることが多く，特に抑うつや不安といった内在化問題を抱えていることが示されている（Sharpe & Possiter, 2002）。我が国においても，太田・小野・太田・松井（1992）や新家・藤原（2007）によって，きょうだい児の情緒面，行動面，身体面での問題が報告されている。また，

きょうだい児の心理的問題には，性別や誕生順位，病気の重症度も影響することが指摘されている（Silver & Frohlinger-Graham, 2000; 新家・藤原，2007）。

西尾・筒井（1996）のきょうだいが入院した経験を持つきょうだい児を対象とした面接調査によると，きょうだい児は，親が病弱児に付き添うことで，寂しさや不安を感じるとともに，家の手伝いなどが増えて友だちと遊びに行けなかったことを報告している。また，入院しない場合でも，親の注目は病弱児に向けられることが多くなり，これまで得られていた親からのケアやサポートがなくなったり，きょうだい児が担う家庭内の役割が変化するなど，これまでとは異なる生活をおくることとなる。このような生活の変化は，それ自体がきょうだい児にとってストレスフルなものであることに加え，親や友だちといった子どもにとって重要なソーシャルサポート源との接触を減らすことにもなりうる。重要な他者との接触の機会の減少は，きょうだい児が抱える心配や不安，考えや気持ちを話す機会が減ることであり，その結果，心理的問題を抱えやすいとも考えられる。

ソーシャルサポートとは，その人を取り巻く他者（家族，友人，同僚，専門家など）から得られる様々な形の援助のことであり（嶋田，1993），その援助者のことを，サポート源とよぶ。ソーシャルサポートは，ストレス反応を軽減させることがわかっており，健康な子ども，虐待児や病弱児といった様々な子どもの心理的適応に，ソーシャルサポートが関係していることが多くの研究から示されている（Barrera, Fleming, & Khan, 2004; 岡安・嶋田・坂野，1993；嶋田，1993）。小中学生を対象としたソーシャルサポートとストレス反応の研究では，母親と友だちをサポート源としたソーシャルサポートがストレス反応に対して特に重要な効果をもつことがわかっている（岡安他，1993；嶋田，1993）。きょうだい児におけるソーシャルサポートについては，Barrera et al. (2004)や鈴木（1996）により，ソーシャルサポートを高く知覚しているきょうだい児は，抑うつや不安，問題行動，ストレス反応といった心理的不適応が少ないことが示されている。

さらに，きょうだい児の友人関係については，メタ分析をはじめ，きょうだい児が友人関係に困難を抱えていることが示されている（Sharpe & Possiter, 2002）。中野（2002）は，きょうだい児には，仲間との交流が難しくなったり，病弱児のことで友だちから仲間はずれにされたり，病弱児のことを友人に話せないといった問題を抱えうることを指摘している。さらに，中野（2002）は，きょうだい児の中には，小学校高学年から中学生になると，病弱児の存在を友だちに隠すようになる者もおり，学校でも家庭でも安らぎの場がない時期があることも指摘している。以上のことから，家族に病弱児のいるきょうだい児は，親や友だちをはじめとした周囲からのソーシャルサポートを得にくい状況にあり，そのため心理的問題を抱えうることが考えられる。

このように，きょうだい児が心理的問題を抱えやすいことが報告されている一方で，病気をもったきょうだいがいるという経験を通して成長していくことは，きょうだい児の自尊心や自己概念，共感性や責任感といった要因においてポジティブな効果を及ぼすという研究もある（Sidhu, Passmore, & Baker, 2006; Sloper, 2001）。中野（2002）は，きょうだい児が親の励ましを受けながら，病弱児の世話を行うということにより，家族の絆や家族の責任を果たしたことの重要性を学び，これらを通して，きょうだい児のセルフエスティームが高まると述べている。セルフエスティームとは，自己肯定的または否定的な態度のことであり，自己受容を意味するものである（桜井，2000）。

きょうだい児であることによる心理面へのポジティブな効果については質的研究で指摘されているものがほとんどであり，我が国においては，きょうだい児のセルフエスティームについては実証的に検討されていない。そのため，きょうだい児は，一般の子どもと比較してセルフエスティームが高いのかどうか検討する必要があるだろう。

ところで，細田・田嶌（2009）では，ソーシャルサポートが自己肯定感を高めることを明らかにしている。このことから，ソーシャルサポートは，直接的にきょうだい児の心理適応に影響しているだけでなく，セルフエスティームを高め，その結果心理適応に影響する可能性があると考えられる。そこで，本研究では，きょうだい児のストレス反応に対してソーシャルサポートおよびセルフエスティームがどのような過程で影響を及ぼすか検討することを目的とする。

これまできょうだい児のソーシャルサポートについて検討した研究は，サポート源を特定せず，親，教師，友だちなど他者からの総合的なものとしており，サポート源別での検討はなされていない。入院や通院の付添いや病弱児の身体面，生活面のケアに力を注がないとならない病弱児を抱えた親の生活を考えると，親からのきょうだい児に対するソーシャルサポートを高めることだけでなく，親戚や友だちや教師，病院スタッフといったきょうだい児を取り囲むサポート源がきょうだい児の心理適応に与える影響についても検討し，より多くのきょうだい児の心理的問題を緩和，予防する支援方法について考えていくことが必要である。

また，Sharpe & Rossister （2002）によると，きょうだい児の心理的問題を扱った研究において，きょうだい児自身を対象とした研究と保護者がきょうだい児について回答した研究を比較したところ，保護者によるきょうだい児の心理的問題の報告はきょうだい児自身の報告に比べ，深刻に過大評価されていた。これは，保護者がきょうだい児の反応に対して敏感になっていたり，逆に過保護になっているために生じている可能性がある。我が国のきょうだい児の心理的問題に関する実証的研究については，太田他（1992）や新家・藤原（2007）など保護者の報告によるものが多いことから，きょうだい児を対象とした研究が求められる。

そこで，本研究では，きょうだい児自身を対象に，きょうだい児の心理適応に影響する要因として，親，親戚，友だち，教師，病院スタッフといった5つのサポート源からのソーシャルサポートとセルフエスティームをとりあげ，ソーシャルサポートとセルフエスティームがストレス反応に及ぼす影響について検討することを目的とする。

方法

調査対象者　小児がんや軟骨無形成症等で現在，通院中または入院中の病弱児のきょうだい児（小学4～6年生と中学生）を対象に，無記名式の質問紙調査を実施した。75名に質問紙を配布し，返送された32名を分析対象とした。回収率は42.7%であった。

手続き　子どもの慢性疾患に関わる様々な親の会に調査依頼をし，協力を得られた会を通じて，きょうだい児の保護者に質問紙を郵送，あるいは直接配布した。回収方法は，きょうだい児が質問紙回答後，きょうだい児自身が返信用封筒にて郵送するようにした。

調査項目　対象者には次の質問項目に回答してもらった。

1）ストレス反応尺度

三浦・上里（2002）によって作成された中学生用ストレス反応測定尺度を用いた。この尺度は，20 項目からなり，「ぜんぜんちがう」～「そのとおりだ」の 4 件法で回答を求めるものであり，得点が高いほど，ストレス反応が強いことを示している。また，「不機嫌・怒り」「無気力」「抑うつ・不安」「身体的反応」の 4 下位尺度から構成されている。

2）ソーシャルサポート尺度

岡安・嶋田・坂野（1993）によって作成された中学生用ソーシャルサポート尺度を用いた。この尺度は 16 項目から成り，「絶対ちがう」～「きっとそうだ」の 4 件法で回答を求める。得点が高いほど，サポートへの期待が高いことを示している。本研究では，サポート源として「お父さん・お母さん」「親戚の人（祖父母・おじ・おば）」「友だち」「病院の人」「学校の先生」の 5 者を設定し，それぞれについて 16 項目回答するようにした。

3）セルフエスティーム尺度

桜井（2000）によって作成されたローゼンバーグ自尊感情尺度日本語版を用いた。この尺度は，10 項目から構成されており，「はい」～「いいえ」の 4 段階で評定し，本研究では，得点が高いほど自尊感情が高いことを示している。

4）フェイス項目

フェイス項目として，①対象者の年齢，②対象者の性別，③同居している家族成員，④病弱児との年齢関係（兄姉か弟妹か），⑤病弱児の病状（現在入院中かどうか），⑥病弱児の病名についての認識（病名を知っているかどうか），⑦病弱児の病気について友達に話す程度（「よく話す」～「話さない」の 4 件法）について回答を求めた。

結果

1．　対象者の特徴

対象者の属性について Table1 に示した。

また，対象者のストレス反応尺度，セルフエスティーム尺度，ソーシャルサポート尺度の得点を Table2 に示した。これらの尺度得点について，一般中学生を対象とした先行研究と差があるかどうかを検討するため，1 サンプルの t 検定を行った。その結果，セルフエスティーム得点と親からのソーシャルサポート得点は，先行研究より低く，その得点差は有意傾向であった（セルフエスティーム：$t(31) = -1.7326, p < .10$，親からのソーシャルサポート：$t(31) = -1.8091, p < .10$）。

2．　対象者の特徴によるストレス反応，セルフエスティーム，ソーシャルサポートの検討

対象者の特徴によって，ストレス反応，セルフエスティーム，ソーシャルサポートの各尺度得点が異なるかどうかを調べるため，きょうだい児の性別，病弱児との年齢関係，病弱児の病状，病弱児の病名についての認識の有無による各尺度得点の違いを t 検定によって検討した。その結果，きょうだい児が男児である場合，女児よりもセルフエスティームが高い傾向にあった（$t(30) = 1.904, p < .10$）。次に，病弱児がきょうだい児の弟妹にあたる場合よりも，兄姉にあた

Table1 きょうだい児の特徴

変数	
対象者の年齢	12.8±1.59 歳
性別　男	11 名（34.4%）
女	21 名（65.6%）
病弱児との年齢関係：兄・姉	20 名（62.5%）
弟・妹	12 名（37.5%）
病弱児の病名：軟骨無形成症	22 名（68.8%）
小児がん	5 名（15.6%）
糖尿病	5 名（15.6%）
同居家族：両親と同居	17 名（53.1%）
片親と同居	1 名（3.1%）
親（両親、片親）と祖父母と同居	14 名（43.8%）
病弱児の病状：現在入院中	8 名（25.0%）
病名についての認識：知っている	14 名（43.8%）
知らない	18 名（56.2%）
病弱児の病気について友だちに話す程度	
よく話す	5 名（15.6%）
少し話す	5 名（15.6%）
あまり話さない	14 名（43.8%）
話さない	8 名（25.0%）

る場合，つまりきょうだい児が病弱児よりも年下である場合にストレス反応合計得点が有意に高い傾向にあり，下位尺度のうち「身体的反応」は有意に高かった（ストレス反応合計：$t(30) = -1.880$, $p < .10$，身体的反応：$t(30) = -2.761$, $p < .05$）。また，年下のきょうだい児は年上であるきょうだい児に比べてセルフエスティーム得点が有意に低かった（$t(30) = 2.128$, $p < .05$）。病弱児が入院中のきょうだい児については，そうでないきょうだい児よりもセルフエスティームが低い傾向にあり（$t(30) = 1.8167$, $p < .10$），親からのソーシャルサポートの知覚が有意に低かった（$t(30) = 2.2738$,

Table2　本研究の各尺度得点の平均値、標準偏差と先行研究の比較

測定変数	平均値	標準偏差	先行研究
ストレス反応			三浦・上里（2002）
合計得点	18.41	8.16	16.38
不機嫌・怒り	4.09	3.04	4.84
無気力	5.03	3.58	4.80
抑うつ・不安	4.16	2.96	3.45
身体的反応	3.12	2.55	3.29
セルフエスティーム	25.59†	7.63	桜井（2000） 27.93
ソーシャルサポート			岡安他（1993）
親	45.62†	10.71	母：49.05 父：43.84
親戚	42.75	12.58	—
友だち	47.12	10.74	45.98
病院の人	25.88	13.43	—
学校の先生	42.75	12.03	39.25

† $p < .10$

$p < .05$）。病名の認識については，病弱児の病名を知っているきょうだい児は，知らないきょうだい児に比べて有意に高く，友人からのソーシャルサポートを知覚していた（$t(30) = -2.3125, p < .05$）。また，病弱児の実際の病名（軟骨無形成症，小児がん，糖尿病）および病弱児の病気について友達に話す程度による各尺度得点の違いについて，1 要因の分散分析によって検討したところ，病弱児の病気の種類および病弱児の病気について友だちに話す程度による各尺度得点の違いはみられなかった。

3．　ストレス反応，セルフエスティーム，ソーシャルサポートの関連

ストレス反応，セルフエスティーム，ソーシャルサポートの各尺度得点間の相関を Table3 に示した。

まず，セルフエスティームとソーシャルサポートがストレス反応に与える影響を検討した。その際，セルフエスティーム得点と親からのソーシャルサポート得点の相関が高かったことから，多重共線性の問題を回避するため，まず，セルフエスティーム得点の中央値により対象者をセルフエスティーム高群と低群に分け，群別にソーシャルサポートがストレス反応に及ぼす影響を重回帰分析により検討した。その結果，セルフエスティーム高群では，どのサポート源によるソー

Table3 ストレス反応、セルフエスティーム　ソーシャルサポートの各変数間の相関

	不機嫌・怒り	無気力	抑うつ・不安	身体的反応	SE	親 SS	親戚 SS	友だち SS	病院の人 SS	学校の先生 SS	SS
SR	.656***	.745***	.777***	.392*	-.675***	-.620***	-.327†	.162	-.082	-.041	.349†
不機嫌・怒り		.234	.406*	.140	-.525**	-.436*	-.439*	-.151	.062	-.234	-.339†
無気力			.526**	.007	-.652***	-.602***	-.238	-.321†	-.354*	-.151	-.479**
抑うつ・不安				.219	-.484**	-.374*	-.098	-.197	.087	.097	-.124
身体的反応					-.122	-.148	-.041	.097	.128	.157	.062
SE						.700***	.309†	.386*	.299†	.308†	.573**
親 SS							.496**	.422*	.314†	.215	.696***
親戚 SS								.250	.063	.551**	.690***
友だち SS									.244	.272	.614***
病院の人 SS										.521**	.651***
学校の先生 SS											.765***

Note.　SR＝ストレス反応合計点，SE＝セルフエスティーム，親 SS＝親からのソーシャルサポート，親戚 SS＝親戚からのソーシャルサポート，友だち SS＝友だちからのソーシャルサポート，病院の人 SS＝病院の人からのソーシャルサポート，学校の先生 SS＝学校の先生からのソーシャルサポート，SS＝ソーシャルサポート合計点

† $p < .10$,　* $p < .05$,　** $p < .01$,　*** $p < .001$

シャルサポート得点もストレス反応の合計点に影響していなかったが，セルフエスティーム低群では，親からのソーシャルサポートのみがストレス反応の合計点に対して有意な負の影響をもっていた。同様の結果が，ストレス反応の下位尺度である「無気力」に対してもみられた（Table4）。他のストレス反応の下位尺度については，どのソーシャルサポートの影響は有意ではなかった。

次に，ストレス反応に対し，ソーシャルサポートが直接的に，あるいは，セルフエスティームを介して間接的に与える影響について検討した。ただし，本研究では対象者が少ないことから，5つのサポート源を扱うという多くの変数に基づく複雑な分析には適さないことから（豊田，2003），まず，5 つのサポート源のソーシャルサポート得点を主成分分析により圧縮することとした。主成分分析の結果，5 つのサポート源が 1 つの主成分に統合され（Table5），また，α係数は .71 であった。したがって，全てのサポート源のソーシャルサポート得点を合計したソーシャルサポート得点を分析に用いることとし，ソーシャルサポート合計得点が直接的に，あるいは，セルフエスティームを介して間接的にストレス反応に与える影響を構造方程式モデリングによるパス解析を行った。分析の結果，ソーシャルサポートからストレス反応合計点への直接的なパスが有意でなかったため，このパスを消去して再度分析した。最終的な結果を Figure 1 に示した。適合度指標は，χ^2（1）＝.123，p= .726，GFI＝.997，AGFI＝.984，RMSEA＝.000 であり，データのモデルの適合度については良好であった。パス解析により，ソーシャルサポートはセルフエスティー

Table4　セルフエスティームの高低別ソーシャルサポートがストレス反応に及ぼす影響

	ストレス反応合計点		無気力	
	SE 高群	SE 低群	SE 高群	SE 低群
ソーシャルサポート				
親	.095	-.589*	.126	-.221†
親戚	-.398	-.005	-.009	.009
友だち	-.089	.137	-.089	.042
病院の人	-.138	-.120	-.006	-.141
学校の先生	.529	-.063	-.048	.039
adjusted R^2	-.035	.509	-.032	.550
F	.893	3.904*	.899	4.427*
N	17	15	17	15
目的変数の平均値	16.12	27.73	3.18	7.13

†$p<.10$,　*$p<.05$,

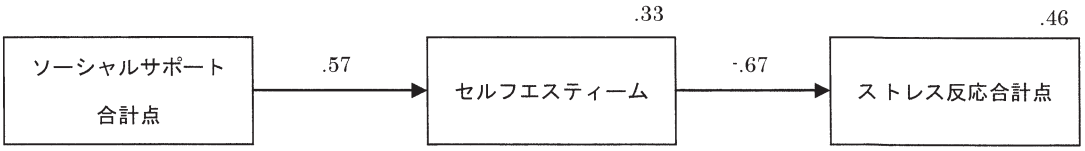
SE=セルフエスティーム

ムを強めており，このセルフエスティームを介して間接的に，ストレス反応を低減させていることがわかった。ストレス反応の 4 下位尺度についても同様の分析を行った結果，ソーシャルサポート合計点からは，どのストレス反応の下位尺度にも有意なパスはひかれず，また，身体的反応を除いた 3 下位尺度は，セルフエスティームを介して低減していた。ストレス反応の下位尺度である「不機嫌・怒り」，「無気力」，「抑うつ・不安」におけるモデルのパス係数および適合度は Table6 に示した。

Table5

ソーシャルサポート尺度の主成分分析の結果

ソーシャルサポート源	負荷量
学校の先生	.76
親	.72
親戚	.72
友だち	.62
病院の人	.60
負荷量の平方和	2.35
寄与率	47.03



$\chi 2$（1）=.123、p= .726，GFI=.997，AGFI=.984，RMSEA=.000, AIC= 10.123

Figure 1 ソーシャルサポート、セルフエスティームがストレス反応に及ぼす影響のパス図

Table6 ストレス反応の下位尺度におけるパス係数とモデルの適合度

ストレス反応	SS→SE	SE→ストレス反応	χ^2	GFI	AGFI	RMSEA	AIC
不機嫌・怒り	.57***	-.53***	.093	.998	.988	.000	10.093
無気力	.57***	-.65***	.902	.981	.887	.000	10.902
抑うつ・不安	.57***	-.48**	1.452	.970	.822	.121	11.452

Note. SS=ソーシャルサポート合計点，SE=セルフエスティーム

$^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$

考察

本研究では，病弱児をきょうだいにもつきょうだい児のストレス反応にソーシャルサポートおよびセルフエスティームが及ぼす影響を検討した。

まず，本研究から得られたきょうだい児の特徴としては，一般の中学生に比べて，セルフエスティームと親をサポート源とするソーシャルサポートが低い傾向にあった。したがって，Sidhuet al.（2006）といった一部の先行研究で報告されていた，きょうだい児であることによるセルフエスティームにおけるポジティブな効果は，本研究では得られず，きょうだい児であることで心理的負担があることが示唆された。

また，きょうだい児が病弱児よりも年下である場合に，ストレス反応のうち，特に身体的反応が強く，セルフエスティームが低いことがわかった。年上のきょうだい児に比べて年下のきょうだい児は，病弱児の後に誕生したことから，親からの注目が少なく，困難を抱えやすいことが指摘されている（Howe, 1993）。また，年下でありながらも，病弱児をケアする，サポートするといった役割を求められたり，家事を任されるといった立場になり，このような役割の逆転や家で課せられる責任の大きさに心理的問題を抱えることがあるともいわれている（Lobato, Faust, & Spirito, 1988）。本研究では，ストレス反応のうち，「身体的反応」にのみ，きょうだい児が年上か年下かによる差があり，他の下位尺度については年齢による差はみられなかった。このことから，年下のきょうだい児のストレスは身体的反応として表出することが多いと考えられる。また，年下のきょうだい児は，年上のきょうだい児に比べて，セルフエスティームが低いことから，年下のきょうだい児のセルフエスティームを高めるような環境が十分整備されていないことが推察され，Lobato et al.（1988）の指摘するような関係や役割の変化が影響しているのかもしれない。

ソーシャルサポートとセルフエスティームがストレス反応に及ぼす影響については，まず，相関分析より，ストレス反応と，親からのソーシャルサポートおよびセルフエスティームの間に中程度の負の相関がみられた。また，重回帰分析の結果，セルフエスティームが高いきょうだい児では，ソーシャルサポートによるストレス反応への影響はなかったが，セルフエスティームが低いきょうだい児では，親からのソーシャルサポートがストレス反応を低減させていた。また，セルフエスティーム高群は低群に比べて，ストレス反応が非常に低かった。これらのことから，セルフエスティームが高いきょうだい児は，低いきょうだい児に比べて，ソーシャルサポートに関係なくストレス反応が少なく，セルフエスティームが低いきょうだい児の場合は，親からのソーシャルサポートが多くある場合にストレス反応が低減することが示唆された。

さらに，パス解析によって，ソーシャルサポートとセルフエスティームがどのようにストレス反応に影響するかを検討したところ，ソーシャルサポートは直接的にストレス反応を低減させるのではなく，セルフエスティームを介してストレス反応を低減させることがわかった。Weiss（1974）は，ソーシャルサポートは愛着や安全感，愛されているという気持ち，自己価値の確認につながると述べており，また，細田・田嶌（2009）では，ソーシャルサポートが自己肯定感を高めることを明らかにしている。したがって，他者からのソーシャルサポートによって，セルフエスティームといったきょうだい児自身の自己に対する肯定的感情や自己受容が高まり，ストレス反応が軽減すると考

えられる。

本研究では，サンプル数が少なかったため，ソーシャルサポートのストレス反応に対する直接的，間接的影響の検討においては，サポート源による比較を行うことができなかった。ただし，病弱児が入院中のきょうだい児は，親からのソーシャルサポートに対する知覚が低く，セルフエスティームも低い傾向にあった。このことから，きょうだいが入院中のきょうだい児は，ストレス反応が高まりやすい状況にあるといえる。子どもが入院している場合は，親が付き添うことが多く，親自身がきょうだい児をサポートするのは困難である。そのため，親以外からのソーシャルサポートを充実させることで，きょうだい児のセルフエスティームを高め，心理的不適応を緩和，予防する必要がある。

さらに，本研究では，きょうだい児が，病弱児の病名を知っている場合，病名を知らないきょうだい児に比べて，友だちからのソーシャルサポートを高く知覚していた。また，友だちからのソーシャルサポートとセルフエスティームには有意な正の相関があった。細田・田嶌（2009）や三浦・上里（2002）において，友だちからのソーシャルサポートや友人関係は，子どもの自己肯定感やストレス反応に大きく影響していることが示されている。したがって，本研究では直接的に検討はできなかったものの，きょうだい児が病弱児の病名を知らないことは，友だちからのソーシャルサポートを得にくい状況にし，きょうだい児のセルフエスティームを低め，ストレス反応を高める可能性があると考えられる。新家・藤原（2007）においても，病弱児の病状をきょうだい児に説明しているかどうかが，きょうだい児の情緒面，身体面，行動面の問題に影響していることを示している。きょうだい児は病弱児の病気について知らないことで，友だちからのソーシャルサポートを得にくいだけでなく，家族の中で孤立感や疎外感をもつとも考えられ，きょうだい児にも病弱児の病気について，年齢に応じた説明をしていくことが重要であると考えられる。

本研究では，病院の人と学校の先生からのソーシャルサポートについては，セルフエスティームやストレス反応との関係はほとんどみられなかった。特に，病院の人をサポート源としたソーシャルサポート得点の平均値は，他のサポート源に比べて，非常に低く，きょうだい児は，病院スタッフからのソーシャルサポートをほとんど得ていないことが明らかになった。今後，病弱児に関わっている病院スタッフからも，家族支援のひとつとして，きょうだい児に対しても支援がなされることが求められる。また，教師からのソーシャルサポートはきょうだい児にとって知覚されているものの，学校の先生がきょうだい児のストレス軽減に貢献しているとはいえなかった。教師よるきょうだい児へのソーシャルサポートの内容についても検討していく必要があるだろう。

最後に，本研究の限界点として，まず，サンプル数が少ないことが挙げられる。そのため，サポート源を要因に組み込んでソーシャルサポートがセルフエスティームを介してストレス反応に及ぼす影響を検討することができなかった。また，きょうだい児の年齢や性別，病弱児の病気の特徴によっても，きょうだい児の心理適応は異なることが指摘されていることから，今後，サンプル数を増やして検討していく必要がある。また，本研究では，ソーシャルサポートの内容による違いは検討できなかった。今後，どのサポート源からどのような内容のソーシャルサポートがきょうだい児のストレス反応を軽減させるかを検討することにより，より具体的に，きょうだい児を支援する方

法を考えていくことができるだろう。

このような限界点はあるものの，本研究では，きょうだい児本人を対象に，きょうだい児に対するソーシャルサポートは，きょうだい児のセルフエスティームを高め，心理不適応を緩和，予防することが示唆された。欧米では，きょうだいに対するサポートグループの効果も示されており（Houtzager, Groontenhuis & Last, 2001），今後，我が国においても，きょうだい児に対する心理的支援が充実することが望まれ，さらなるきょうだい児の心理適応に関する実証的研究が蓄積されることが望まれる。

引用文献

Barrera, M., Fleming, C. F., & Khan, F. S. (2004). The role of emotional social support in the psychological adjustment of siblings of children with cancer *Child: care, health and development*, **30**, 103-111.

細田　絢・田嶌誠一（2009）. 中学生におけるソーシャルサポートと自他への肯定感に関する研究　教育心理学研究，**57**，309-323.

Houtzager, B.A., Grootenhuis, M.A., & Last, B. F. (2001). Supportive groups for siblings of pediatric oncology patients: impact on anxiety. *Psycho-Oncology,* **10**, 315-324.

Howe, G.W. (1993). Siblings of children with physical disabilities and chronic illnesses: Studies of risk and social ecology. In Z. Stoneman & P.W. Berman (Eds.), *The effects of mental retardation, disability, and illness on sibling relationships: Research issues and challenges,* pp. 185- 213. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Lobato, D., Faust, D., & Spirito, A. (1988). Examining the effects of chronic disease and disability on children’s sibling relationships. *Journal of Pediatric Psychology,* **13**, 389-407.

三浦正江・上里一郎（2003）．中学生におけるストレスマネジメントプログラムの実施と効果の検討　行動療法研究，15，45-59.

中野綾美（2002）．健康障害をもつ子どものきょうだいを支える看護アプローチ　小児看護，25，459-465.

西尾美和・筒井真優美（1996）．患児の入院に対する同胞の気持ち　小児看護，**27**，11-13.

岡安孝弘・嶋田洋徳・坂野雄二（1993）．中学生におけるソーシャルサポートの学校ストレス軽減効果　教育心理学研究，**41**，60-70.

太田にわ・小野ツルコ・太田武夫・松井優美子（1992）．小児の母親の付添による入院が家族に及ぼす影響―家に残された同胞の精神面への影響　岡大医短紀要，**3**，55-61.

桜井茂男（2000）．ローゼンバーグ自尊感情尺度日本語版の検討　発達臨床心理学研究，**12**，65-71.

Sharpe, D., & Possiter, L. (2002). Siblings of Children With a Chronic Illness: A Meta-Analysis, *Journal of Pediatric Psychology*, **27**, 699-710.

Sidhu, R., Passmore, A., & Baker, D. (2006) The effectiveness of a peer support camp for siblings of children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, **47**, 580-588.

Silver, E. J., & Frohlinger-Graham, M. J. (2000). Brief report: Psychological symptoms in healthy female

siblings of adolescents with and without chronic conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, **25**, 279-284.

嶋田洋徳（1993）．児童の心理的ストレスとコーピングの過程－知覚されたソーシャルサポートとストレス反応の関連―　ヒューマンサイエンスリサーチ，**2**，27-44.

新家一輝・藤原千恵子（2007）．小児の入院と母親の付添が同胞に及ぼす影響―同胞の情緒と行動の問題の程度と属性・背景因子との関連性－　小児保健研究，**66**，561-567.

Sloper, P. (2000). Experiences and support needs of siblings of children with cancer. *Health & Social Care in the Community*, **8**, 298-306.

鈴木泰子（1996）．病気の子どもの同胞におけるソーシャルサポート，ストレスの認知，コーピングの結果の関係　日本看護学会誌，**16**，67-68.

豊田秀樹（2003）．共分散構造分析 疑問編―構造方程式モデリング　朝倉書店

Weiss, R. S. (1974). The provision of social relationships. In Z. Rubin(Ed.) *Doing Unto Others,* pp. 17-26. Pren- tice Hall, Englewood Cliffs, NJ, USA.