冊子体に、表記上のミスが多かったため、修正版を掲載しております。

ヒューマン・ケア研究　第19巻　第2号
2019年3月　139-152頁

Journal of Human Care Studies Vol.19 No.2
March 2019, pp 139-152

報告・資料

わが子がNICUに入院した母親の看護者による傷つき体験

木村 晶子 *

Hurtful lived experiences from the nursing staff to mothers whose infants were admitted to the NICU

Akiko Kimura

Abstract

Objectives：This study clarified the hurtful experiences of mothers during their pregnancy, delivery, postpartum, and neonatal intensive care unit（NICU）periods based on their narratives and their context.

Method：This study used a narrative approach study design. The participants consisted of five mothers belonging to mother-child clubs who were discharged from the NICU. Data were obtained twice from narrative-generated questions for each mother.

Results：The mothers indicated that their hurtful lived experiences were caused by the nursing staff's words, nurses' routine, and environment. They also indicated various concerns and needs regarding their infants. As for the postpartum maternity ward, an isolated room without visitors and the lack of support in their daily routine add to the hurtful lived experiences of mothers in the ward.

Conclusion：Mothers of infants admitted to the NICU go through many hurtful lived experiences from their interactions with the nursing staff. Nursing staff who have knowledge of these hurtful experiences and with a mature understanding of their context are in the best position to contribute towards improving care for these mothers.

Keywords: Nurse-patient relationship, Hurtful lived experience, Neonatal Intensive Care Unit, Mother, Narrative

Ⅰ．問題と目的

我が国では不妊治療による多胎の増加、重篤な疾病をもつ子どもの増加により、出生直後より新生児集中治療室（Neonatal Intensive Care Unit：以下NICU）に入院する児が増えている（藤村，楠田,2007）。

Kaplan&Maison（1960）は、未熟児を出産した母親の反応を心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic stress disorder：以下PTSD）として捉えた。彼らのアプローチは、Caplan（1960,1965）の危機理論が適用できる。この危機理論は、わが子がNICUに入院した母親が健康な子どもの母親とは異なり危機的状況におかれることが検証された（Drotar, 1975; 深谷,2006a; 深谷,2006b; Klaus&Kennel,1982/1985,pp.221-325）。

PTSDの観点から概観すると、極低出生体重児（＜1500g,Very low birth weight：以下VLBW）の21人の母親の23%にPTSDの症状が認められた。PTSDと関係があったのは、児の体重、疾病の重症度、NICU在院日数、母親―新生児の関係であった（Feeley, Phyllis, Cormier, et al.,2011）。Greene, Rossman, Patra, et al.（2015）も、VLBWの母親

*　前聖路加国際大学（Former St.Luke's International University）
受領2018.5.15　受理2018.11.4

69名を対象に質問紙調査を行った。NICU退院の2週間前にはThe Center for Epidemiological Studies-Depression Scale（CES-D,17）において、うつ症状（p＜.01）、The Spielberger State-Treat Anxiety Inventory（STAI,18）において、不安症状（p＜.001）、高い不安症状（p＜.01）が認められた。また、生後3～5日後に89名の母親と41名の父親に行われたAcute Stress Disorder Scale（ASD）では、34.9%（n=30）で急性ストレス症候群の症状が見られた。その内訳は、解離76.7%、再体験72.1%、回避77.9%、過覚醒81.4%だった（Lefkowitz, Baxt, Evans, 2010）。The Perinatal Risk Inventory（PERI, カットオフ値5）では、アプガースコア、在胎週数、体重、頭部の発達などにつき調べ、正期産0.2に対して、早産5.8と、周産期におけるリスクが早産では高い（Forcada-Guex, Borghini, Pierrehumbert, et al., 2011）。Holditch-Davis,Bartlett.,Blickman&Miles.（2003）は、児の修正週数6か月で、PTSDに関する半構成インタビューを行った。PTSDの症状の、再体験、回避、過覚醒のうち、対象となった30名の母親全てに少なくとも1つのPTSDの症状があり、12名には2つ、16名には3つの症状があった。PTSDの数も、母親の心理的well-beingに関連していた。再体験を報告した母親は、「突然思い出すとすぐに憂鬱になり、気分が悪くなる」と述べた。回避では、「私は何も思い出さない」、過覚醒では子どもに対して過保護になり、「子どもが亡くなったり、病気になったりという全般的な不安への恐れや、睡眠障害の持続」を話した。以上より、VLBW、早産の母親では、PTSDの症状を呈しやすい。

Aagaard&Hall（2008）は、NICUに入院した早産児の母親の体験に関する14文献をメタ統合し、困難な状況から上向きになっていく5つのメタファーを報告した。1つ目は母子関係【彼ら（NICUのスタッフ）の赤ちゃんから私の赤ちゃんへ】、2つ目は母性の発達【本当の普通の母親になることへの努力】、3つ目は不穏な新生児室の環境【前景から背景へ】、4つ目は母親の世話と役割を取り戻す方法【黙って警戒することからアドボカシーへ】，最後に母親-看護師関係【おしゃべりを通して質問に答え続けることから知識の共有へ】であった。初期の段階では、ただでさえ母親らは傷つきやすい状況にあることがわかり、看護者が母親を傷つけてしまう可能性が高い時期であるといえる。

一方、NICUの看護者は、逃げ出したい気分や自分が発する言葉の重圧感などによる「親とかかわることの不安」を体験している（安藤，岡部,2006）。産科病棟の看護者は、「母親にあわせたケアがしたい」が、「思いを聴くことの難しさ」を感じている（木村,2009）。わが子がNICUに入院した母親の体験を看護者が知ることは、急務の課題である。とくに、看護者とのかかわりにおける母親の傷つき体験を知ることは、看護者が母親を傷つけることを減らし、危機的状況にある母親へのケアの向上に寄与するものと考える。

よって、本研究の目的は、わが子がNICUに入院した母親の、妊娠、分娩、産褥期での看護者とのかかわりにおける傷つき体験を母親の語りを通して、その文脈と共に明らかにすることとする。

用語の操作的定義

傷つき体験：危機的状況にある母親の、看護者との関係による怒り、孤立、絶望、不安、不当な扱いなどへの心理的反応である。

Ⅱ．研究方法

1. 理論前提および研究デザイン

本研究は、Caplan（1960）、Caplan, Mason, et al.（1965）の危機理論を理論前提とし、研究デザインはナラティブ・アプローチにより行った。

Caplan（1960）、Caplan, Mason, et al.（1965）は、危機を次のように定義する。危機とは、「一定期

間にわたる行動上ならびに心的な混乱状態である。（中略）様々な手段によって人は危機を招いている要因を処理し、再び安定した状態を取り戻す」。この危機理論は、早産児の両親の反応（Caplan, Mason,Kaplan,1965）で検証された。本研究は、子どもがNICUに入院した母親が「行動上ならびに心的な混乱状態」をたどってきたことを前提とする。尚、看護者は、危機理論の中で、人が困った出来事に直面して、自分一人の力では対応、問題解決できないと感じたときに、頼ることができ、身近にいてすぐ利用できるような人をいうソーシャルサポートとしてあげられている（小島,2004）。

個人の体験をありのままに記述していく研究方法には、現象学的アプローチとナラティブ・アプローチがある。現象学的還元が求められる現象学的アプローチは、理論前提をもつ本研究に適さない（Dowling, 2007）。

2. 研究協力者

1）本研究の協力者は、以下の条件を満たす5名とした。

(1) 出産直後よりわが子がNICUに入院した経験のある母親。

(2) 出産直後から母親が産科病棟入院中、子どもがNICUに入院中の看護者とのかかわり場面について記憶しており、話す意思のある方。

(3) 本研究に同意を得られた方。

なお、出産後の年数は問わなかった。産後の経過年数よりも、母子の愛着形成ができ、研究内容に視点を向けても大丈夫で、語ることが可能な状況にあることを重視した。

2）選出基準は、わが子がNICUに入院した体験につき、何度も内省をし、インタビューを受けている間に心理的不穏になったとしても自ら助けを求められる方であり、周産期の専門家である臨床心理士に研究の主旨を説明し、複数の親の会への仲介を依頼した。後日研究者へ連絡のあった母親5名を研究協力者とした。

3. 方法論

本研究はCreswell（2007,pp.55-57）による5つの手順に沿ったナラティブ・アプローチにより行う。

1）本研究は、NICUにわが子が入院した経験をもつ少人数の母親を対象にして、看護者とのかかわりについて状況を含めて細かく話を聞くことを目的とし、ナラティブ・アプローチが適した。

2）研究協力者は、日記や写真をとっておいている方もおられ、可能な場合、研究者も見せて頂いた。また、研究者は個別のインタビューの時間を設けて、日記、写真の事柄も含め、インタビュー中あるいは終了後に、フィールドノーツを記述した。

3）これらのストーリーの文脈についての情報を収集した。ストーリーの文脈をより深く理解するために、妊娠・分娩経過などの情報を得た。

4）わが子がNICUに入院した母親が体験したストーリーを集め、母親にとって看護者とのかかわりを含めた体験の鍵となる要素は何かを分析し、ストーリーを再記述した（restory）。

5）研究協力者に分析結果を確認して頂き、「NICUに入院した子どもの母親の看護者による傷つきの体験」のストーリーを作り上げた。

4. データ収集方法

Flick（2007/2011,pp.420-426）によれば、ナラティブ・インタビューは、ナラティブ生成質問を研究協力者に向けることで始まる。本研究では、「あなたがご妊娠してから産科病棟やNICUでの看護者とのかかわりがどのように進んでいったのか、お話し下さい。」という質問を行った。

5. データ分析方法

データ分析は、Creswell（2007,pp.156-157）による6つの視点により行った。

1）録音したテープをおこして逐語録を生成した。

2）逐語録を読み欄外にノーツを書き、主要なコードをかたちづくった。

3)ストーリーや目的となる体験を記述し、順を追って位置づけた。
4)ストーリーを明らかにし、事実誤認がないか研究協力者に確認した後本質を表現し、文脈的な題材を明らかにした。
5)ストーリーのより大きな意味を解釈した。
6)プロセス、理論、そして生活の特徴のユニークさや全体的なものに焦点をあてて、語りを示した。

6. 研究の真実性

本研究では、Holloway&Wheeler(2002/2006,pp.246-261)が示す、質的研究における真実性を確保するための7つの方略を参考に、以下の手続きをとった。

1)インタビュー内容を解釈する前に、研究協力者に逐語録を提示し、内容に意見を求めた。
2)データから起こったテーマやパターンを支持するデータだけでなく、反例となるデータがないか調べるために、一つひとつのテーマを特定した都度すべての研究協力者の逐語録を読み返した。
3)助産学の専門家、周産期の母子の心理の専門家、質的研究の専門家による指導を受けた。
4)研究の専門家(助産学、臨床心理学、社会学)に計画、データ分析、執筆の指導を受けた。
5)研究進行中に研究者が、見たりきいたりしたことを記録した。
6) NICUに子どもが入院した母親の病院での状況が詳しくわかるように、文脈を大切に記述した。
7)データ収集、分析、解釈、執筆の期間を通して研究者は、自らの考えや感情について振り返り、記述しておいた。

7. 倫理的配慮

1)研究協力を研究者から依頼する段階において、口頭と文書により以下の6項目の内容を説明し、文書により同意を得た。

(1)研究は自由意思であること。
(2)研究において個人が特定されることはないこと。
(3)研究協力を途中で中止する場合は、文書の郵送により、いつでも中止できること。その場合、それまでに得たデータはすべて慎重に破棄すること。
(4)研究協力者は、研究に参加してもしなくても何の不利益もないこと。
(5)研究協力者に精神的な負担が生じた場合、仲介者である臨床心理士に指示を仰ぎ、カウンセリングを受けられるように調整するなどの対策を講じること。
(6)インタビューの内容は、論文として公表すること。

2)研究者はインタビューの過程において、研究協力者の心理的状態には細心の注意をはらう。
3)本研究は、計画を聖路加看護大学(現聖路加国際大学)倫理審査委員会の承認を得てからデータ収集を開始した(承認番号09-033)。

Ⅲ. 結果

1. 研究協力者の紹介

研究協力者は、現在NICU退院後の親子の会に所属する母親5名である。研究協力者の属性を表1に示す。

それぞれの研究協力者が看護者をどのように感じたり思っていたのかのナラティブにつき下記に記す。

1) A氏

A氏は、双胎を妊娠したときから、子どもを救える病院に通院し、出産し、医療スタッフに対して信頼していた。

初めて(わが子に)触るとき、どこ触っていいのかなと思ったけど、他のお子さんを看護師さんが触っているのを見たら、どこ触ってもいいんだなって思った。

と、A氏にとってNICUの看護者は育児のお手本のような存在だった。

2) B氏

表1　研究協力者の属性

研究協力者	出産からの経過年数	出産時年齢	出産時週数	妊娠・分娩経過
A	13年	28歳	26週0日	初産婦。双胎。25週6日に腹痛のため受診し入院。子宮収縮抑制剤の点滴を受けるが陣痛発来、子宮口開大し、帝王切開術。全身麻酔のため、出産時に子どもに会えなかった。
B	17年	34歳	30週2日	初産婦。品胎。出産前の3週間ほど入院し、絶対安静で過ごした。帝王切開術。
C	8年	31歳	33週	初産婦。妊娠高血圧症候群。8ヶ月頃に定期健診時に血圧が高く、血液検査の結果も悪く、子どもが小さいので、母胎搬送されその日のうちに帝王切開術。
	4年	36歳	32週	1回経産婦。妊娠高血圧症候群。胃痛で念のため受診すると血圧が200mmHgで入院し、1週間くらいで予定の帝王切開で出産する。一人目の時とは別の病院。
D	10年	28歳	26週5日	初産婦。腹痛で、通っていた個人病院から総合病院へ紹介受診する。子宮口が8cm開大しており、さらに救急車で別の病院へ運ばれ帝王切開術。子ども達は出生した病院とは別の病院へ搬送される。
E	13年	28歳	24週2日	1回経産婦。24週1日に腹部緊満のため受診し、点滴を投与されるが翌朝、子宮口が全開大。救急車でNICUのある病院へ搬送、子宮収縮剤の点滴を投与され、スタッフの多い時間帯に出産するほうがよいという方針で、陣痛促進剤の点滴を投与し、経膣分娩。

看護師さんにしてほしいこと、自分からは言えないですね。（品胎それぞれの3つの日記を胸に抱いて涙し、その日記を研究者に見せながら）例えば、体重やミルクの量、書いてある日と書いてない日があるでしょう。書いてある日は、看護師さんが教えて頂けた時で、書いていない日は教えて頂けなかった日なんです。

3）C氏

帝王切開（術）になるとき、ある助産師さんが、「昨日も夜勤でね」とか世間話をしてくれたとき、ほっとしました。日常に戻れたというか。

NICUで、ほっとかれたっていうか、そっとしてくれたんだと思うんですけど。もうちょっと「どうですか？」とか声掛けしてくれたら話しやすかった。

4）D氏

（児の生死や状態について）こっちから聞けないんだからあっち（看護者側）から教えてくれたっていいですよね（怒った口調で）。

5）E氏

（看護者に）「おっぱい出なくなっちゃって」って言ったら、「あぁ、いいですよ。飲めるようになるまで何か月かかるかわかんないし」って。「でも、おっぱいって大事なんですよね？」って言った

ら、「大事でも、出ないものは仕方ないですから」って。

E氏は「ちょっと様子みましょうか」という感じで、看護者のほうからマッサージに来てくれればよかったと振り返った。

2. データ収集

データ収集は、2009年7月から10月までに1名につき2回ずつ行った。場所は研究協力者の利便性に合わせて、研究協力者の自宅、ホテルの一室、地域の保健福祉センター、飲食店の個室で行った。

3. 語りの実際

研究協力者は出産から4年～17年経過していたが、細部まで鮮明に覚えており、10年たってやっと話せるようになったという方もいた。

研究協力者の語りの実際を、より大きな意味ごとに下記に述べる。また結果は時系列に沿って、妊娠期、出産期、産褥期：産科病棟、産褥期：NICUの順に記述する。

1) 妊娠期

(1) 不用意な言葉に、子どもへの不安が増す

E氏は、24週1日のときにお腹が張るので、かかりつけの開業医を受診した。医師より「このままお産が進んでしまえば、未熟児受け入れ病院に送らなければいけません」と言われたが、引っ越してきたばかりのE氏には、受け入れ病院がどこかもわからなかった。

E氏の語り：「低出生体重児の受け入れ施設ってどこなんでしょうかね？」って聞いたら、ここら辺のちょっと大きい病院の名前を言われて、「でも、今生まれたらアウトだ」って言われたんです。（か細い声で）それで「アウトってどういうことなんだろう」って思って。怖くて聞けなかったんですけど。そのアウトっていうのは、生きられないっていうことなのか、それとも元気には育たないってことなのかとか、色々思いましたけど。

2) 出産期

(1) 誰も何も知らせてくれない

E氏が出産したとき、助産師、産科医、小児科医がいたが、誰もが無言だった。子どもは泣かずにすぐに新生児の医師が待機する保育器に運ばれ、Eさんには，わが子が生きているのかどうかさえわからなかった。

E氏の語り：それで，「生きてますか？」って聞くのは，すごい怖くて聞けなくて。「男の子だったのか女の子だったのかをとりあえず聞こう」と思って。「女の子ですよ」とか小児科の先生から言われて。そしたら産科の先生が、「女の子、生命力が強いから、きっと大丈夫だよ」って言われたから、「生きてるんだなぁ」っていう感じで。

3) 産褥期：産科病棟

(1) 大切に扱われない

①母子同室の母子と同様に子どもを連れてくると言われる

授乳室で搾乳するように言われて、搾乳していたA氏に、看護者は「赤ちゃん連れてきますね」と言った。「どうやって連れてこれるのかな」と思いながら「ひょっとしたらNICUと棟がどこかで繋がっているのかな」と子どもに会えることを期待した。

A氏の語り：なんだかウロウロしてるから、「あれ、これはちょっと引継ぎうまくいってなかったのかな」って。もう、（怒った口調で）声かけないでいたんですけど、でも、どうも伝わっていないみたいだなって思ったので、「すみません今、NICUにいるんですけど」って言ったら、「じゃぁ、あとから見に行きましょうね」って言われて。「もう、しょうがないかぁ」「NICUからは連れてはこれないよなぁ」って。（中略）普通に元気だったら、怒ってたかもしれない。

心身ともに疲れ果てていたA氏には，怒る元気もなかった。

②搾乳しようと授乳室に行ったら鍵が閉まって

いた

D氏も、普通の母子のペースで動く看護者に落胆させられていた。D氏は、授乳室で搾乳をするように言われていた。そのとき病棟に、入院している褥婦は3人全員、別の病院に子どもが搬送されていた。D氏たちは3人で搾乳をしようと授乳室へ行ったところ、搾乳の時間のはずが鍵が閉まっていた。

D氏の語り：「あれ？開いてない」みたいな。どうしていいかわからなくて、哺乳瓶持ってうろうろしてたんですけど。で、開けてもらって入りましたけど、なんか嫌な感じでしたね。赤ちゃんがいれば、そんなことないですよね？結構嫌だったですね。（怒った口調で、早口で）

開けてもらって入ったものの、子どもが離れている自分たちの存在を忘れられていたと感じた。

(2) ルーティン・ワークによる傷つき

E氏は，産科病棟での入院中には母子同室の母親のペースと一緒では暮らせないと話し、どのように過ごしたかったかを具体的に語った。

E氏の語り：産んでから1週間ぐらいっていうのは、やっぱりそっとしておいてほしいかな。もっとじっくり自分におこったことと向き合わせてもらいたい。（中略）もう産科の1週間とかって忙しいですよね。退院指導もあるし3時間毎の授乳があって、その合間に食事と検温とお風呂とかもあって。でも、そういう時間の流れじゃなくてもいいはずなので。赤ちゃんがいないわけだから。

(3) 言葉による傷つき

①なぜ腹部緊満に気づかなかったのかという言葉に傷つく

D氏は、出産後、「ちゃんとお腹に入れて、産んであげられなかった」と思っていた。それに追い討ちをかけるような看護者の言葉があった。

D氏の語り：「お腹はったでしょう？」って言われても、どれがお腹のはりなのかわからないですよ。はじめてのお産だしね。今考えるとって振り返るのはできますけど、その当時仕事もしていたし、暮らすのでいっぱいいっぱいで。「なんで気がつかなかったの？」っていう言葉って、（やや大きな声で）グサッときますよね。そうゆうのって、すごく残るんですよね。

②「当分乳搾りだ」という言葉に傷つく

A氏は搾乳し、他の母親や看護学生から「おっぱいたくさん出るの」と聞かれても、「NICUにいるの」と答えていた。

A氏の語り：そこに引率してる先生が赤ちゃん抱っこして側にきて、「当分乳搾りだね」って言われて。「それは自分でわかってるよ！」って思ってたんですけど（中略）「まさか他人からそんなこと言われるとは」って。（A氏は涙ぐんだ。）

(4) 初回面会での傷つき

①泣くだろうからハンカチを持っていくように言われくやしい

出産後5日くらい経ってようやく外出許可をもらって初回面会に行くことになったD氏に、看護者は「ハンカチ持っていきな」と言った。

D氏の語り：助産師さんか知りませんけど、「ハンカチ持って行きな、皆泣いて帰ってくるから」って。そうやって言われたことがすっごく嫌で、「絶対泣かないで帰ってくる」と思って、意地になって帰ってきた記憶がありますね。「何でそんなこと言われなきゃいけないんだろうな」って。

D氏はただでさえ出産に対して「ちゃんと産めなかった」「母親失格だ」と思い、「他のお母さんたちに負けた」という敗北感でいっぱいだった。そこに看護者からの「ハンカチ持っていきな」という言葉に、さらに敗北感を刺激された。子どもに会う前から、絶対泣くと決めつける看護者にくやしさを感じ腹が立った。

②あっさりと行くように言われ、子どもに会っ

たときのショックが増えた

E氏は出産した次の日に，他の母親が授乳している横で、「うち、ちっちゃかったから入院しちゃって～」などと言いながら搾乳をした。

E氏の語り：「搾りました」って言ったら助産師さんが、「じゃぁそれを持って行って赤ちゃんに会ってくれば？」って言ったんですよ。で、「あぁそうですか」って言って。それでスタスタと、「すいません。昨日産んだEですけど」って言ったら、看護師さんが「どうぞどうぞ」って。それもすごいあっさりで。

あっさりと面会を促され、早くわが子に会いたい気持ちで保育器を覗き込んだ途端、E氏は「なぜ一人で来てしまったんだろう」と後悔した。

E氏の語り：もう、ガーンっていう感じで、一人で呆然と立ちつくしてましたよ。なんかほんとに、床が抜けるんじゃないかと思うぐらい、奈落の底に落ちるような感じで。（ブログに）E.T.みたいだった。早くそこから離れたかった。

(5) 一人部屋でも、誰かが見守ってくれているサインが欲しかった

ナースステーションから一番遠い6人部屋を一人で使うことになったBさんは、訪問者のいない部屋で一人で過ごしていた。

B氏の語り：人が通って、「見てるよ」っていうサインをしてくれるだけでもいいんですよ。一番奥で誰も通らない部屋で、一人で6人部屋にいるっていうの、ものすごく辛いですね。（涙ぐみ）私がそのときに何をしてたかっていうと、ドヴォルザークの新世界。CDウォークマンを持ち込んで、それをずーっと聴いてましたね。（中略）「よし！よし！」って、「これから新しい世界に行くんだ」って自分で鼓舞してたのかもしれない。

4) 産褥期：NICU

(1) 何を言われても、自分が責められているように感じる

E氏が一人で初回面会に来て、目の前のわが子の姿に呆然として「ほんとにこの子が自分の子なのか」と思っているところに、NICUの看護師がやってきた。

E氏の語り：看護師さんが来て、矢継ぎ早に「なんか無理したんですか？」とか「仕事してたんですか？」とか。「何でこんなことになっちゃったと思うの？」って怒られているような気分になってしまって。

看護師から矢継ぎ早に質問され、E氏は自分のせいで小さな子どもを産んでしまったという思いを強め、1分から2分くらいしか子どもの前にはいられなかった。最初のNICU訪問でこのような質問攻めにあったことで、E氏はその後も「自分が失敗したから看護師さんたちに迷惑かけちゃってる」という気分になり、NICUは居心地の悪い空間となってしまった。13年経った今となってみればNICUの看護師に悪気はなかったとわかるけれど、その時のE氏はショックのただ中にいたため、責められている気持ちになっていた。

(2) ぎすぎすした空気が流れるNICU看護者の些細な行動に神経がはりつめた

D氏は、医師と看護者の関係がピリピリしていると感じ取っていた。そこはD氏にとって、「ぎっすぎす」であり、看護者の行動はD氏の神経をとがらせた。

D氏の語り：N（ICU）にいるときって、すごく神経はりつめていて、例えば看護記録みたいなものを、（NICUに）行くと必ずひっくり返されたりするじゃないですか。（早口で）それに「何か悪いことが書いてあるんじゃないか」とか。後ろのほうでこそこそ話をしていたら「自分のことを言われてるんじゃないか」とか、「この子のことを言われてるんじゃないだろうか」とか。その子に集中していそうで周りのことにも結構はりつめているんですよね、N（ICU）の中って。

4. 再ストーリー化（restoring）

再ストーリー化は、NICUに子どもがいる母親ならではの体験を中心に、語りを時系列に沿って下記の通り記述した。

妊娠中期、お腹が張り、看護者の「今生まれたらアウト」という一言に、母親は生きられないっていう意味かと疑問を持ったが、それはあまりにも辛辣な疑問で、とても答えを求められるようなものではなかった。

出産時、分娩室には助産師、産科医、小児科医がいたが、皆無言で、母親にはわが子が生きているのかさえわからなかった。

出産後の産科病棟では普通の母子に合わせたルーティンケアがなされた。しかしNICUに子どもがいる母親にとっては、もうそういうところから落伍しているのだから普通の母子の時間の流れじゃなくてもいいと思えた。また、一番奥の広い部屋を一人で使うことになり、誰も訪室することもなく、一人で音楽を聴くしかなかった。誰かに「見守られている」というサインが欲しかった。

NICUにいるわが子への初回面会では、看護者から行くようとあっさり言われることで、わが子に会ったときのショックが増した。床が抜けるんじゃないかと思うぐらい、奈落の底に落ちるように感じた。だからと言って、「泣くだろうからハンカチ持っていきな」という言葉に、くやしさを感じた。

看護者の、「なぜ腹緊に気づかなかったのか」という言葉に傷ついた。また、搾乳時に「当分乳搾りだ」という言葉に、まさか他人からそんなことを言われるとはと傷ついた。

NICUは母親にとって、「ぎっすぎす」の空気が流れる場所であって、看護者の些細な行動に神経がはりつめた。そして「何か無理したんですか？」とか、「仕事してたんですか？」という看護者の言葉が、「何でこんなことになっちゃったと思うの？」と聞こえ、自分が責められているように感じた。

5.「言葉」の意味

再ストーリー化より、看護者の「言葉」が危機状態をたどる母親の心理状態に影響することが浮き彫りになった。言葉がなければ、ほっとかれている気持ち、孤独にさせる。かといって、不用意な言葉は母親を傷つけ、10年以上経っても心に残る。

Ⅴ．考察

1. 看護者の言葉による傷つき

妊娠24週で腹部緊満があり、未熟児受け入れ施設に転院しなければならなくなったE氏に看護者は、「今生まれたらアウト」と言い放った。E氏には、「アウト」というのが、生死のことなのか、元気には育たないということなのかわからなかったが、とても聞けなかった。生まれたときにも、わが子が生きているのか聞くのはあまりにも恐くて、生存を聞くことも難しかった。橋本（2011,p25）は、ケアのあり方として、まず当たり前の「出会い」ができるように、そして、障害について伝えるときは事実を正確に伝え、「推測」は「推測」として、「わからないこと」は「わからないこと」と伝えると述べている。看護者は、「今生まれたらアウト」という推測を伝えるのではなく、確かなこと、不確かなことを分けて伝えることが必要で、それにはまず、関係性を築くことが重要だったと考える。また、「もしかすると子どもは亡くなるかもしれない」という非常にシビアな、母親にとってはあまりにもショックで発言の真意を聞けないような一言を不用意に発してはならない。

産褥期、D氏もまた、看護者の「何で気づかなかったの？」という不用意な言葉に傷つけられていた。A氏も看護学生の指導教員に「当分乳搾りだ」という言葉に傷つけられていた。NICUに入院している子どもの母親はただでさえ傷つき、危機状況にあるため、看護者の不用意な言葉かけは慎むべきである。

E氏はまた、NICUで看護者から「何か無理したんですか?」と言われたことが、「なんでこんなことになっちゃったと思うの?」と怒られている気分になっていた。危機状況にある母親には、何を言っても責めていることになりかねない。

Diekelmann（2002/2006,pp.221-222）によると、自宅分娩後に子どもに呼吸器系の疾患が現れたので、子どもは特別ケア乳児病棟に、母親は産後病棟に入院した翌日,看護者が「自宅分娩の失敗例」だと言った。この看護者は言葉の力に気づいていないために何の悪気もなかったかもしれないと述べている。看護者は、自らの言葉のもつ力を意識して母親らとかかわらなければならない。

また橋本（2011,p.52）は、親と子の関係性について、次のように述べている。親と子の関係性の発達について、「何をしてあげたらいいのか」「なんて声をかけたらいいだろう」と考えがちであるのだが、親と子の関係性は、「居心地よく親と子が共にいる時間を重ねる」ことによって、自然に発達していくものである。決して何か言葉を無理にみつけて声をかけるというものではない。

2. 情報のニーズ

E氏は出産時にわが子が生きているのかさえわからなかったが、「生きてますか?」と聞くのはあまりにも恐くて聞けなかった。De Rouck&Leys（2009）の,NICUに入院した子どもの両親の情報とニーズに関する78文献のレビューでは、病状が重い急性期は、児の生存可能性に関する情報がニーズとしてあげられている。児の生死にかかわる事柄は非常に辛辣で話す方も話される方も辛いが、母親にとっては情報のニーズは高く、話し方、かかわり方を工夫して知らせるべきであると考える。悪い知らせを伝えるがんの告知では、SPIKES（Setting：場の設定、Perception：病状認識、Invitation：患者からの招待、Knowledge：情報の共有、Emotions：感情への対応、Strategy and summary：戦略と要約）が提唱され、世界的にも注目されている（Baile,W.F., Buckman, R., Lemzi, R., et al.,2000）。NICUにこどもが入院している母親へ、悪い知らせを伝えなければならないときも看護者は、情報の共有や感情への対応をどのように行うと良いか、考慮すべきである。

3. 子どもがNICUに入院していることへの配慮の不足

搾乳したA氏に看護者は、母子同室と勘違いをして「赤ちゃん連れてきますね」と言った。しかしNICUからは連れてこられず、A氏には怒る元気もないほど疲労困憊していた。NICUに入院する母親は、帝王切開で出産することが多く、身体的にも初期には傷が痛んだり体力が低下していたりする。それに加え心理的には危機的状況にあり、疲労困憊の状況であることを知っておく必要がある。

またD氏が出産した病院では、入院していた3人とも別の病院に子どもが搬送されていた。3人で搾乳しようと授乳室に行ったところ、鍵が閉まっていた。「赤ちゃんがいればそんなことはないですよね」とD氏は振り返った。このような対応は、NICUに子どもが入院している母親にとって、不必要な嫌な思い、そして、その根底にある「自分の子どもはNICUに入院している」、「自分のせい」という気持ちに繋がる。

4. ルーティンによる傷つき

E氏は、産科での母子同室のペースでは暮らせないと述べ、「もっとじっくり向き合わせてもらいたい、赤ちゃんがいないわけだから」と語った。Attree（2001）は、34人の急性期の患者と7人の親族をグランデット・セオリーで研究し、看護者の'Not so Good'のケアとしてルーティン・ワークを挙げている。「すべてが同じ…みんなそれをされる…同じことを」という語りでルーティン・ワークを述べている。とりわけ産科病棟は、正常な母児の日課となっており、わが子がNICUに入院した母親には合っていない。

5. 初回面会における配慮不足

E氏は、初回面会にあっさりと行くように言われ、子どもに会ったとき、「もうガーンっていう感じで。一人で呆然と立ち尽くしていましたよ」と語った。井上（2000）は、超低出生体重児の母親の初回面会について現象学的研究をし、NICUの機械の音は子どもの生命を脅かすものであり、看護者は忙しく話ができない存在であることを報告している。NICUへの母親の初回面会は、産科病棟の看護者が付き添うなどの配慮が必要であると考える。

6. 隔離による傷つき

B氏は、一番奥で，誰もこない部屋で一人でいることの辛さを語った。産褥期、子どもの状態が重篤であるとき、なるべく他の子どもの泣き声がきこえない個室をなんとか用意する。しかし、「そっとしておく」ことで母親は孤独になり、ものすごく辛くなるのである。がんの患者を対象とした質問紙調査では、孤独を感じている患者は、孤独ではない患者に比べて、痛み、うつ、疲労の症状が重かったと述べる（Jaremka, Andridge, Christopher, et al.2014）。褥室の看護者は，母親がとても辛いのはわかっていながら、「赤ちゃんの話もどの程度していいんだろう」、「どこまで踏み込んで赤ちゃんの話ってしていいのか」、「どうしたらいいのかなぁ」と、うやむやなままでいて、子どもの様子にはあまり触れていなかった（木村,2009）。また看護者は、せっかく眠れている時なのに訪室しては申し訳ないと考え、ドアの外から伺って、静かなときには訪室していなかったかもしれない。看護者は、言葉や態度で相手（母親）に見守っていることが届く配慮をしなければならないと考える。

7. NICUという環境による傷つき

D氏にとってNICUは、ぎすぎすする場であった。井上（2000）は現象学的研究で、NICUの環境は母親にとって、「機械が多くて病院じゃないみたい」と母親は機械の多さに驚き、さらに機械から発せられる音により緊張感、恐ろしさを感じると報告している。ぎすぎすしているようにみえる医師、看護者も含めて、NICUの環境は母親にとって傷つきやすい環境である。

8. 10年たってようやく話せるようになることについて

本研究では、10年たってようやく傷つき体験について話せるようになった方もいた。このことから、周産期での危機状態の出来事は心に残り、なおかつ目の前の育児に精一杯の時期には表に出しにくいという背景があると考える。だからこそ、傷つき体験は避けるべきであり、看護者はとくに言葉に気をとめなければならない。

Ⅵ. 研究の限界

本研究の母親達の語りは、出産から4年～17年経過しており、結果を現在の状況にあてはめるには限界がある。また、今後は子どもの疾病の種類により母親の体験が異なるか知るために、母子手帳での確認が必要である。本研究は、母性看護・助産学、社会学の専門家に継続的に指導を受けながら進めたが、質的研究の分析は、研究者自身の経験知に左右されるという限界がある。

Ⅶ. 結語

わが子がNICUに入院した母親らは、看護者とのかかわりの中で、看護者の言葉、ルーティン・ワーク、そして環境による傷つき体験をしていた。このような母親は自分からしてほしいことを言えない、傷つきやすい存在であるという理解と共に、傷つき体験の知識を看護者が持てば、母親へのケアの改善に寄与することが期待される。

謝辞

本研究にご協力くださいましたお母様方に、心

より感謝いたします。ご指導賜りました聖路加国際大学大学院、聖路加助産院マタニティケアホームの堀内成子教授、元聖路加国際大学大学院の伊藤和弘教授に深謝します。研究協力者への窓口、心理的負担へのバックアップを引き受けて下さった山王教育研究所臨床心理士の橋本洋子先生に感謝します。

本稿は、2011年度聖路加看護大学博士論文の一部を加筆したものであり、内容の一部を第15回聖路加看護学会にてポスター発表した。

引用文献

Aagaard,H.&Hall,Elisabeth.O.C.（2008）. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit：A Meta-Synthesis. *International Pediatric nursing,* 23（3）, e26-e36.

安藤晴美 , 岡部恵子（2006）. 親子関係形成に向けての面会に関するNICU看護師の思い . 山梨大学看護学会誌 , 4（2）, 47-57.

Attree, M.（2001）. Patients' and relatives' experience and perspectives of 'Good' and 'Not so good' quality care, *Journal of advanced nursing,* 33（4）, 456-466.

Baile, W.f., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., Kudelka, A.P.（2000）. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news：Application to their patient with cancer, *The Oncologist,* 5, 302-311.

Caplan,G.（1960）. Patterns of parental response to the crisis of premature birth, *Psychiatry,* 23, 365-374.

Caplan,G., Mason, E., Kaplan,D.M.（1965）. Four studies of crisis in parents of prematures. *Community mental health journal,* 1, 149-161.

Creswell,J.W.（2007）. Qualitative Inquiry and Research Design：Choosing Among Five Approaches. Sage.

Diekelmann,N,L.（2002）.First, do no harm：Power, oppression and violence in healthcare. University of Wisconsin Press.

（ディケールマン ,N,L. 堀内成子（監修）（2006）. あなたが患者を傷つけるとき—ヘルスケアにおける権力 , 抑圧 , 暴力. エルゼビアジャパン . 221-222.）

De Rouck & Leys,M.（2009）. Information needs of parents of children admitted to a Neonatal Intensive Care Unit：A review of the literature（1990-2008）. *Patient education and counseling.* 76（2）,159-173.

Dowling,M.（2007）. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International journal of nursing studies,* 44, 131-142.

Drotar,D.,Baskiewioz.,Irvin,N.,Kennell,J.H.,Klaus,M.M.（1975）. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation：hypothetical model. *Pediatrics,* 56, 710-717.

Feeley,N., Zelkowitz,P., Cormier,C., Charbonneau,L., Lacroix, A., Papageorgiou, A.（2011）. Posttraumatic stress among mothers of very low birthwewight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Nursing Research,* 24, 114-117.

Flick,U.（2007）.Qualitative sozialforscung. Reinbek bei Hamburg.

（フリック ,U. 小田博志 , 山本則子 , 春日常 , 宮地尚子（訳）（2011）. 質的研究入門. 春秋社. 420-426.）

Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, François, A., Muller-Nix,C.

（2011）. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Hum Dev*. 87, 21-26.

藤村正哲 , 楠田聡 .（2007）.NICU の必要病床数の算定に関する研究 . 厚科子ども家庭周産期ネット藤村班 , 1-6.

深谷久子 , 横尾京子 , 中込さと子（2006a）.Drotar らの先天奇形を持つ子どもを出産した親の反応仮説モデルの分析 . 日本新生児看護学会誌 ,12（1）, 9-20.

深谷久子 , 横尾京子 , 中込さと子（2006b）.Drotar らの先天奇形を持つ子どもを出産した親の反応仮説モデルの検証 . 日本新生児看護学会誌 ,12（1）, 21-32.

Greene, M.M., Rossman, B., Patra, K., Kratovil, A.L. Janes, J.E., Meier, P.P.（2015）.Depressive, anxious and perinatal post-traumatic distress in mothers of very low birth weight infants in the NICU. *Journal of developmental & behavioral pediatrics,* 36（5）, 362-370.

橋本洋子（2011）. NICU とこころのケア第2版. 大阪, p25,p.52, メディカ出版 .

Holditch-Davis,D., Bartlett, T.R., Blickman, A.L., Miles. M.S.（2003）. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *JOGNN*,32（2）, 161-171.

Holloway,I.& Wheeler,S.（2002）／野口美和子（2006）. ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで 第2版. 東京 , 246-261, 医学書院 .

井上みゆき（2000）. 超低出生体重児を生んだ母親の初回面会の体験 . 日本看護学会論文集小児看護 ,31, 71-73

Jaremka,L.M., Andridge, R.R., Fagundes,C.P., Alfano,C.M., Povoski,S.P., Lipari, A.M., et al.（2014）. Pain, depression, and fatigue：Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology*,33（9）, 948-957.

Kaplan,D.N.& Maison,E.A.（1960）. Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder. *American journal of orthopsychiatry*, 30, 539-552.

木村晶子（2009）. ハイリスク児の母親とかかわる助産師の体験 . 日本助産学会誌 , 23（1）, 72-82.

Klaus, M. & Kennel, J.（1982）／竹内徹 , 柏木哲夫 , 横尾京子（1985）. 親と子のきずな. 東京 ,221-325, 医学書院 .

小島操子（2004）. 看護における危機理論・危機介入. 東京 , 金芳堂 .

Lefkowitz, D.S., Baxt, C., Evans, J.R.（2010）. Prevalence and correlates of post-traumatic stress and postpartum depression in Parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit（NICU）. *Journal of clinical psychology in medical settings,* 17, 230-237.