

〔原著論文〕

ハイリスク児をもつ母親の育児ストレスと育児支援の検討 —NICU退院後1年以上経過した早期産低出生体重児について—

田中 克枝¹⁾、鈴木 千衣²⁾、古溝 陽子²⁾、
板垣ひろみ³⁾、鈴木 幸恵²⁾、半澤ハル子³⁾

要 旨

本研究の目的はNICU入院経験のある子どもの母親（ハイリスク群）と正常産児の母親（健常児群）における育児ストレス、育児サポート状況等を比較し、今後のハイリスク児の家族支援の方法について検討することである。ハイリスク群（NICU退院後1年以上経過している3歳以下の子どもの母親、 $n=15$ ）とコントロール群（同地域の1歳6か月健診を利用した正常産児の母親、 $n=273$ ）の比較をした。子どもの外来受診時、研究趣旨や方法を説明し、自記式質問紙を配布、郵送法にて回収した。また、量的データの結果の関係性を理解するため、母親4名のみ面接調査を実施した。結果として、ハイリスク群はコントロール群と比べ、育児ストレス（日本版PSI得点）は「総得点」、「子ども側」、「親側」の全て有意に高いものであった（ $p<0.01$, $p<0.05$ ）。下位項目では特に「C6:子どもに問題を感じる（ $p<0.001$ ）」「C2:子どもの機嫌の悪さ（ $p<0.01$ ）」が高かった。育児ストレスの高い要因や出産から育児にいたる思い、支援の必要性について検討したので報告する。

キーワード：育児ストレス（PSI）、NICU入院経験、ハイリスク児、育児支援

I. はじめに

近年、周産期・新生児医療の進歩、特に新生児集中治療室（NICU：neonatal intensive care unit）の導入により、ハイリスク新生児の救命や身体的予後も目覚ましいものがある¹⁾。しかしながら、超低出生体重児（出生時体重1,000g未満）の場合、死亡率は減少したが後障害発生率は15～20%と大きな変化はみられないと指摘されている²⁾。また、極低出生体重児（出生時体重1,500g未満）の6歳時の追跡調査（546例）の家庭訪問で問題行動やビネー式知能検査を行った結果では、平均知能は正常であったが約22%にADHD（注意欠陥・多動障害）やチックなどが出現するという報告もある³⁾。ハイリスク乳幼児は明らかな発達・発育上の異常が認められない場合でも、正常成熟児とは異なった成長経過をとることが多く、それゆえ両親をはじめとした養育者の不安は募る⁴⁾。また、NICUにおける早期母子分離期間や救命のための処

置（愛他的痛み）は子ども虐待のマイナスのカードになり得る⁵⁾。そのため、NICUでの看護も救命の援助だけではなく、子どもの後の成長発達のためのディベロプメンタルケア、家族関係にむけた援助のファミリーケア、カンガルーケアなどが行われるようになってきた。

現在、正（満）期産成熟児の母親においても少子・核家族化、親の育児経験不足、地域の連携の希薄化など育児ストレス・育児不安をきたしやすいと言われている。まして、早期産低出生体重児の場合、NICU入院という母子分離期間があり、母子関係の愛着形成が阻害されやすかったり、母親は小さく産んだという自責の念にかられたりする。さらに子どもの健康問題や将来への成長の不安があるなど、母親の育児ストレスが高いと予測される。

NICU退院直後の母親の育児ストレスや支援の研究として、入院施設の助産師・看護師から母乳栄養の継続や退院1週間後の電話訪問の育児支援の内容、有効性の報

1) 弘前医療福祉大学保健学部看護学科（〒036-8102 弘前市小比内3-18-1）

2) 福島県立医科大学看護学部（〒960-1295 福島市光が丘1）

3) 福島県立医科大学附属病院（〒960-1295 福島市光が丘1）

告されている⁶⁾⁷⁾。また、NICU 退院直後から修正9か月時まで数回、家庭訪問を行い、子どもの Cue とステート調整法を用いた支援の介入研究⁸⁾などがある。しかし、NICU 退院後1年以上経過したハイリスク児の育児ストレスと育児支援について論じている研究は少ない。

そこで、本研究の目的は、子どもがNICUの入院経験があり、家庭での養育を1年以上している母親の育児ストレスを明らかにすることである。NICU 退院後1年以上経過した早期産低出生体重児の母親と正期産成熟児の母親の育児ストレスを比較検討する。また、育児のサポート状況、支援体制や子育てへの思いを明らかにし、育児支援の時期・方法を検討することを目的とする。

II. 研究方法

1. 調査対象

東南北部のF大学付属病院のNICUを退院し、家庭での養育が1年以上あり、3歳以下の子どもをもつ母親21名である。

2. データ収集期間

平成17年10月～平成19年3月

3. 調査方法

1) 質問紙調査

子どもがNICU退院後フォローアップの外來受診時、外來主治医の許可のある母親に研究趣旨と方法を口頭と紙面で説明し、自記式質問紙を配布した。承諾の得られた母親のみアンケート用紙を郵送法にて回収した。質問紙調査は基本的に無記名であるが、面接可能な場合は氏名と連絡先を記入してもらった。調査項目は以下の通りである。

(1) 育児ストレス

育児ストレスについては、日本版PSI (Parenting Stress Index) を使用した。PSIは米国の心理学者Abidin, R (1983)⁹⁾によって開発されものを基にして、兼松ら¹⁰⁾が日本版PSIを作成した。自記式質問紙であり、『子どもの特徴に関わるストレス』38項目(7下位尺度)と『親自身に関わるストレス』40項目(8下位尺度)の計78項目で構成されている。項目毎に5段階のリッカートスケールによる自記式質問紙である。得点が高いほど育児ストレスが高いことを意味する。尺度の信頼性・妥当性は奈良間ら¹¹⁾によって、検証されている。

(2) 属性

- ①母親の属性：年齢、学歴、職業、兄弟数、子どもの数、喫煙の有無など
- ②家族の属性：夫の年齢、夫の学歴、夫の職業、喫煙の有無、家族形態など

③子どもの属性：性別、年齢、出生順位、出生体重、健康状態

④その他：妊娠・出産時の状況、夫、両親など家族、友人、近隣の人などの育児サポート、育児サークル加入の有無など

(3) 分析方法

統計解析はSPSS 17J for Windows を用いて行った。ハイリスク群と健常児群(同地域の1歳6か月健診を受診していた子ども・正期産成熟児の母親、n=273)¹²⁾との育児ストレス得点の平均値の差の検定(Mann-WhitneyのU検定)、属性の比較は χ^2 検定またはFisher's 直接確率検定を行った。

2) 面接調査

質問紙調査の回答者の中で面接の了承の得られた母親に対して、出産時、子どもがNICU入院していた頃、退院後から現在までの「子どもへの思い」、「援助・支援に対する思い」、「サポート状況」について、半構成的面接を行った。調査場所は自宅または病院施設内で90分～120分程度行い、了解を得て録音し、逐語録を作成し、内容分析を行った。

3) 倫理的配慮

調査対象者には、研究趣旨を伝え、調査協力しない場合もなんら不利益をこうむらないことを、参加は自由意思であることを口頭と書面にて説明し、承諾を得た。また、個人が特定されないように匿名性の保持、研究協力の同意の撤回とインタビュー中の中断の権利の保障、目的以外にデータを使用しないこと、結果の公表時にも匿名性を確保した。なお、本研究は平成17年度の福島県立医科大学倫理委員会の承認を得てから、実施した。

III. 結果

質問紙調査は15名の母親から回答が得られ(回収率：71.4%)、面接調査は4名の母親(脳性麻痺児2名、健常児2名)、それぞれを分析対象とした。

1. 対象の属性(表1)

出生時体重はハイリスク群が平均1156.3±618.4g、健常児群3053.1±376.2gであった。対象者(ハイリスク群)15名のうち10名(66.7%)は1000g未満の超低出生体重児であった。子どもの平均月齢は29.6±6.5、在胎週数36週未満の早産児が80%、現在の子どもの健康状態(治療中)の率は33.3%であった。その他、ハイリスク群と健常児群の属性を表1に示した。子どもの月齢はハイリスク群が健常児群より高く(Mann-WhitneyのU=11.0、p<0.001)、出生体重はハイリスク群より健常児

群が高く (Mann-Whitney の $U=24.0, p<0.001$)、早産児の率はハイリスク児群が高く (Fisher の直接確立検定、 $p<0.001$) や子どもの治療中の率もハイリスク群が有意に高率であった (Fisher の直接確立検定、 $p=0.008$)。

2. 育児ストレス (表2)

ハイリスク群と健常児群の育児ストレス (PSI 得点) を比較したところ、総得点 ($p<0.01$) であり、ハイリスク群の平均 211.7 ± 36.9 点、健常児群平均 183.9 ± 33.7 点で、ハイリスク群は健常児の 85 パーセントイル値 (カットオフ値) 以上の高い値であった。また、子どもの側面 ($p<0.01$)、親の側面 ($p<0.05$) のいずれにおい

ても、ハイリスク群の育児ストレス得点の方が有意に高かった。特に子どもの側面の下位尺度が有意に高く、「C6: 子どもに問題を感じる ($p<0.001$)」、「C2: 子どもの機嫌の悪さ」と「C5: 親につきまとう/人に慣れにくい」 「C3: 子どもが期待どおりに行かない」と「C7: 刺激に過敏に反応/ものになれにくい」 ($p<0.05$) の項目で有意にハイリスク群が健常児群より高かった。また、「親の側」の下位尺度では「P2: 社会的孤立 ($p<0.01$)」、「P6: 退院後の気落ち」と「P7: 子どもに愛着を感じにくい」と「P8: 健康状態」の3下位尺度はハイリスク群が有意に高かった。

表1. ハイリスク群と健常児群の属性の比較

項目	ハイリスク群 (n=15)	健常児群 (n=273)	p
子どもの月齢 (月)	29.6±6.5	18.1±0.5	***
子どもの出生時体重 (g)	1156.3±618.4	3053.1±376.2	***
在胎週数 (36 週未満の率)	80.0%	0.0%	***
子どもの性別 (男児の率)	53.3%	51.3%	
子どもの健康状態 (治療中の率)	33.3%	8.5%	**
子どものきょうだい数	1.7±0.7	1.7±0.8	
母親の年齢 (歳)	32.4±6.2	30.8±4.3	
母親の有職率	26.7%	35.4%	
核家族率	53.3%	64.1%	

Mann-Whitney の U 検定、 χ^2 検定または Fisher's 直接確立検定
* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

表2. ハイリスク群と健常児群との PSI 得点平均値の比較

PSI 項目	ハイリスク群 N=15		健常児群 N=273		U 値	p 値
	中央値 (10パーセ ンタイル値)	90パーセ ンタイル値)	中央値 (10パーセ ンタイル値)	90パーセ ンタイル値)		
育児ストレス(PSI) 総得点	226.0 (145.0	254.0)	184.9 (142.0	234.2)	1095.0	0.003 **
子どもの特徴に関わるストレス	96.0 (64.0	123.6)	81.0 (61.0	99.0)	995.0	0.001 **
C1: 親を喜ばせる反応が少ない	11.0 (8.0	19.4)	11.0 (8.0	16.0)	1546.5	0.121 n.s.
C2: 子どもの機嫌の悪さ	21.0 (16.2	25.4)	17.0 (12.0	23.0)	1010.5	0.001 **
C3: 子どもが期待どおりに行かない	12.0 (5.6	20.4)	9.0 (5.0	13.0)	1235.5	0.011 *
C4: 子どもの気が散りやすい/多動	14.0 (7.4	19.0)	15.0 (10.0	19.0)	1585.0	0.155 n.s.
C5: 親につきまとう/人に慣れにくい	15.0 (10.2	19.8)	12.0 (8.0	16.0)	1209.0	0.008 **
C6: 子どもに問題を感じる	13.0 (4.6	16.8)	8.0 (4.0	12.0)	775.5	0.000 ***
C7: 刺激に過敏に反応/ものになれにくい	10.0 (6.2	15.8)	9.0 (5.0	12.0)	1336.5	0.025 *
親自身に関わるストレス	116.0 (81.0	152.4)	102.0 (77.4	132.0)	1338.0	0.027 *
P1: 親役割によって生じる規制	25.0 (11.4	32.0)	22.0 (14.0	30.0)	1684.0	0.272 n.s.
P2: 社会的孤立	20.0 (14.6	28.0)	16.0 (10.0	23.0)	1069.0	0.002 **
P3: 夫との関係	12.0 (6.2	24.4)	11.0 (5.0	18.0)	1720.5	0.326 n.s.
P4: 親としての有能さ	21.0 (15.6	26.2)	21.0 (16.0	26.0)	2000.0	0.936 n.s.
P5: 抑うつ・罪悪感	10.0 (4.6	16.4)	10.0 (6.0	14.0)	1775.5	0.420 n.s.
P6: 退院後の気落ち	11.0 (4.6	15.6)	8.0 (5.0	14.0)	1405.0	0.045 *
P7: 子どもに愛着を感じにくい	8.0 (3.6	11.0)	6.0 (4.0	9.0)	1295.5	0.017 *
P8: 健康状態	8.0 (6.0	9.4)	6.0 (4.0	11.0)	1392.0	0.040 *

Mann-Whitney の U 検定 * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

3. 面接調査の結果 (図1)

図1は出産時のアクシデントから、今後の見通しまで語ってもらったものをまとめたものである。出産時についてはどの母親も時間をかけて話し、切迫早産や児の心音が聞こえなくなるという緊急分娩、緊急帝王切開の分娩のため、自分の描いていた出産ではないことを語っていた。そのことで、もっと早く受診していたら、安静にしていたらなど、自分を責め、出産後は泣いてばかりいたなど自責の念が聞かれた。NICU入室の最初はチューブや保育器の器械や子どもの小ささに自分の赤ちゃんはどうなるんだろうと思ったが、面会を繰り返し、日数がたつにつれ、モニターの機械の意味までわかるようになった。医療者の対応ではNICU時には手厚くよかったこと、GUC (growing care unit、継続保育室) に行くと見放された感じがしたこと、今考えると普通だが何気ない言葉かけで傷ついたことなどが話された。沐浴や授乳など技術習得に苦勞した、子どもの健康状態に一喜一憂し、家族からのサポート、特に夫からの心理的サポートが心強かったり、同じような境遇 (同じぐらいの小ささ、障害の有無) のピアサポートの有無によって異なるが、

NICUで知り合ったお母さんと今でも連絡をとって情報交換している人もいた。退院してからは子どもの健康状態や障害の有無で今後の見通しも違ってくる。障害がなくても、健診を受けて指導されても自分の子は違うと感じたり、何か月に何をするという育児書があてはまらない、訪問保健師がきてくれ、いろいろ話をして安心したが細かな相談はしなかった、NICU病棟に電話をした時、〇〇ちゃんねとか言われるだけで安心した、定期診察は同じ先生で心強かったなど子どもの状態を理解してくれて指導や支援されることを望んでいた。「子どもの機嫌の悪さ」は主に寝付きの悪さを挙げていて、夜中に泣いてばかりで、抱っこをしたままおろせなかった、またお風呂がいやがって大泣きしたことなど語られた。

IV. 考察

1. 育児ストレスについて

ハイリスク群と健常児群の比較においてはハイリスク群の方が有意に高かった。PSIの85パーセンタイル値以上であることは、特に今回、超低出生体重児が7割であり、障害など現在治療中がハイリスク群の方に有意に

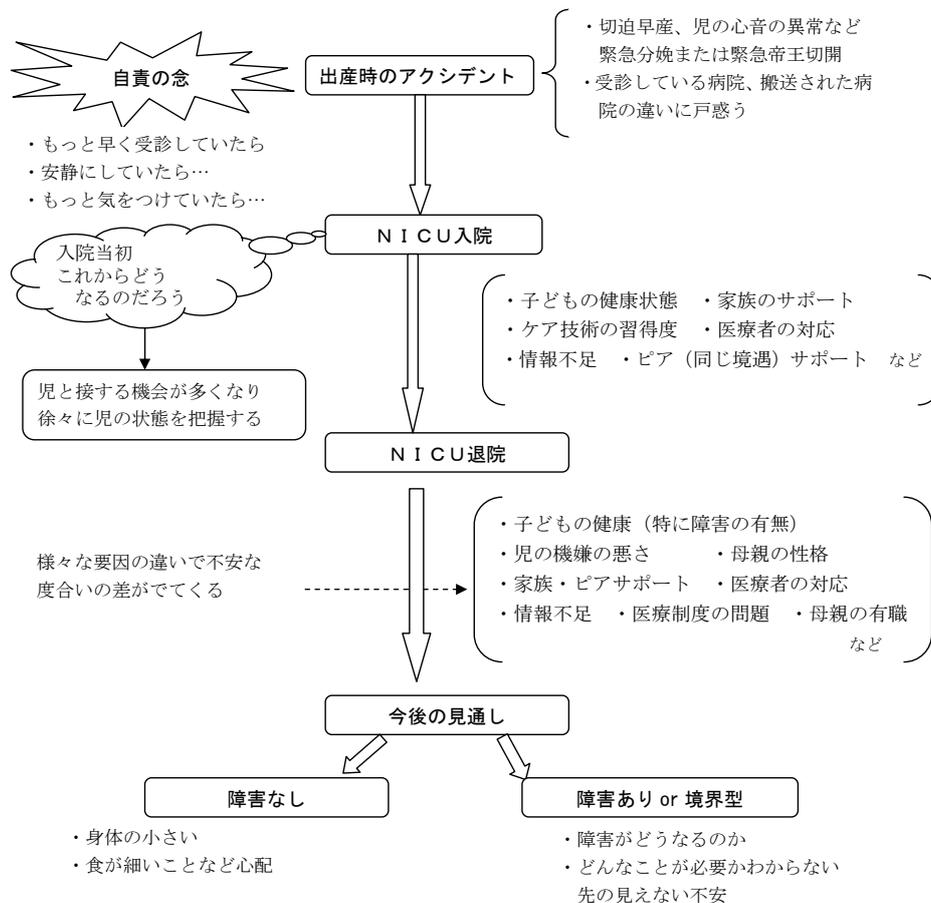


図1. 出産から今後の見通しまでの母親の思い、関係する要因

高いためと考えられる。渡部ら¹³⁾の極低出生体重児の現状と支援についての研究でも、800g未満の子どもは有疾患率が高く、母親の不安や悩みも特に高かったと報告されている。日本版PSIのマニュアル本¹⁰⁾の示されている子どもが慢性疾患に罹患した場合も母親の育児ストレスは有意に高いものであり、子ども側の下位尺度が5項目において有意に高いものであり、本研究も「子ども側」の5項目であり、下位尺度項目では「子どもに問題を感じる」「子どもが期待どおりいかない」「親につきまとう人に慣れにくい」など共通であった。しかし、異なる下位尺度項目は、慢性疾患児は「親を喜ばせる反応が少ない」「子どもの気が散りやすい/多動」に有意であったが、本研究では「子どもの機嫌の悪さ」と「刺激に敏感に反応する/ものに慣れにくい」に有意差があった。そのことは、NICU退院して1年以上経過している今回の事例ではあるが、子どもの寝かせ方や入浴、離乳食など子どもの機嫌が悪くなり、どのように扱ったらよいか、わからない、育児書に書いてないという言動と一致し、親の育児能力がまだ十分でなかったと考えられる。

また、Landryら¹⁴⁾の早産児のハイリスク児、ローリスク児と満期産の子どもの比較した研究では早産児の特にハイリスク児は親に対するサインが明確でないと指摘している。今回は親を喜ばせる反応は健常児群と変わりなく、子どもがポジティブなサインを表出していることを示している。しかし、本研究の事例は病気または障害をもち、病院に通院している子どもが3割もいるため、子どもに問題を感じ、成長の不安や見通しの立たないことへのストレスは大きいと考えられる。子どもに障害がない場合、寝返り、立ち上がり、歩行など粗大運動が他の子どもより遅れているが、できるようになることによって親の不安もひとつずつ解消していったと語られた。子どもの成長を通して、育児方法もその子どもにあったやり方を学び、自信につながっていったと思われる。

また、親側の「社会的孤立」もハイリスク群が有意に高いものであった。これは先天性の二分脊椎児の母親の育児ストレス¹⁰⁾の結果と同じであった。頻繁に通院を必要としたり、自分の子どもと同じような状態の子どもの母親と知り合いもなく、子どもの世話が思うようにいかない、子どもが生まれる前は就職していたが、子どもにかかりきりになるため、生活が規制されていることが要因に挙げられる。

2. ハイリスク児の家族支援の時期、方法について

面接調査の結果から、母親はNICU入院時からの主治医や看護師は子どもを理解しているため、相談内容も具体的内容になると語っていた。NICU退院にむけて、病院施設と地域保健師の引き継ぎが行われ、継続支援が実

施されている。しかし、地域における実際の援助は保健師自身の個人の力量にまかされているところがあり、保健師の訪問もNICU退院後1～3か月の間に行われており、いろいろな相談や会話をする場合と、ささいな相談事は控える場合とが見られた。山本らはNICU退院の子どもの母親の対児感情などの調査から、子どもがNICU入院中の母親の接近得点は満期産児より有意に低いが、退院後3か月頃には両者に有意な差がなく、退院3か月頃には満期産の母親と同じレベルに到達できる母親が多いと述べている¹⁵⁾。また、渡部らは子どもが入院中で母親のみが退院した時期と子どもも退院した時期に最も家庭訪問や支援を望んでいる人がいると報告している¹³⁾。北欧福祉国家であるフィンランドでは、生物学的あるいは社会的不利な条件を持つ子どもに対しての介入時期は、鈴木らの報告¹⁶⁾では、出生後2～3週間で最初の家庭訪問をして、1か月、2か月、6か月と早期介入がなされている。本研究でも、子どもが入院中に同じ子どもの境遇の仲間（ピア）と仲良くなれる場合はよいが、NICUで出会った母親に子どもの状態が違うかもしれないと声をかけなかった母親もいた。そのような場合は子どもの入院中から支援を希望しており、できるだけ早期からの介入支援が望ましいと考えられる。

施設によっては親の会を企画・運営したり、情報提供、勧誘している。今後もピアサポートは育児ストレスの面から有効だと考えられる。しかし、障害児の母親は私の子どもはNICUの親の会の小さく生まれた子どもと違うので遠慮したと話していた。障害児または境界型の子どもの母親には、なるべく早期から個別の家庭訪問をして、そのケースのニーズに合わせた支援が必要である。フィンランドのように、2～3週間に最初の家庭訪問は理想的であるが、支援にかける制度、予算、人材の問題もある。今後、どのような家族が早くからの支援が必要であるか、さらなる検討が必要である。

3. 研究の限界と今後の課題

今回の調査はNICU入院経験のある児の母親15名を対象にし、超低出生体重児が66.7%と多かった。外来でリクルートしたこともあり、退院1年以上経過した症例は少なく、データ数が少なかった。また、今回研究協力の得られた家族は家族サポートがしっかりできているケースが多く、夫の心理的サポートがあったり、近隣に実家がある、実家や嫁ぎ先の家族のサポートのとれている事例が多かった。ハイリスク児(障害児や超低出生体重児)は家族機能に問題が生じることが多いと報告されている。しかし、研究を了承してくれた家族は家族機能に良好な方が多く、家族機能に問題を抱えた方は研究の協力が得られにくい傾向があり、そのようなバイアスがある

かもしれない。そのため今回の結果を一般化するには限界がある。データ数も少ないため、今後、NICU 退院後の障害児と健常児を区別しデータ数を増やし、さらに分析することによって、ハイリスク児の家族支援のよりよい方法を検討していきたいと考える。

V. 結 論

1. NICU 入院経験のあるハイリスク群（低出生体重児と障害児）と健常児群の育児ストレス（日本版 PSI 得点）の比較では、ハイリスク群が健常児群より有意に総得点、子ども側、親側の得点で有意に高かった ($p < 0.01$, $p < 0.05$)。特に「子どもに問題を感じる ($p < 0.001$)」の下位尺度項目の育児ストレスが高かった。本研究の対象者は超低出生体重児が6割と多く、障害児や慢性疾患などの現在治療中が3割と高かったことは要因として考えられる。
2. NICU 退院後の育児支援は、母親のみ退院した時から子どもが退院した2～3週間以内の早期から始めることが効果的である。
3. 障害児や境界型の子どもの母親への援助も早期に個別家庭訪問を行い、個別のニーズにあった支援が必要である。

謝 辞

本研究にご協力いただきましたお母様方とF大学病院小児科外来の医師、看護師の皆様に感謝申し上げます。

なお、本研究の一部は、第28回日本看護科学学会学術集会において発表した。

(受理日 2011年2月17日)

引用文献

- 1) 山南貞夫：ハイリスク新生児のフォローアップの現状 新生児期および新生児センターからの育児支援の必要性. *Neonatal Care*, 20(10): 10-15, 2007.
- 2) 仁志田博司：【デベロプメンタルケア】 デベロプメンタルケアとは. *周産期医学*, 33(7): 793-796, 2003.
- 3) Whitaker, A.H., Rossem, R.V., Feldman, J.F., et al: Psychiatric outcomes in low-birth weight children at age 6 years: Relation to neonatal cranial ultrasound abnormalities, annual progress in child psychiatry and child development. Hertzog, M.E., Farber, E.A., ed., Brunner/Mazel: 153-172, 1998.
- 4) Anderson, L.B., Bakeman, R. et al: Joint engagement and the emergence of language in children with autism and down syndrome, *J Autism Dev Disord*, 39: 84-96, 2009.
- 5) 小泉武宣：NICU入院と子ども虐待. *周産期医療*, 36(8): 941-946, 2006.
- 6) 武市洋美：NICUにおける母乳育児支援 母乳育児を継続しながら退院を迎えられるようにNICU退院後の母乳育児支援 助産婦による家庭訪問の経験から. *日本未熟児新生児学会雑誌*, 22(2): 194-195, 2010.
- 7) 佐長由香, 高島由美子, 村上恵理他：2500g以下の出生児を持つ母親の育児不安 退院1週間後の電話訪問の現状から. *中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌*, 5: 229-232, 2009.
- 8) 草薙美穂：地域における看護支援－早産・低出生体重児への看護支援－. *小児看護*, 31(6): 767-772, 2008.
- 9) Abrin, R.R.: *Parenting Stress Index manual*. 1st ed, Pediatric Psychology Press, 1983.
- 10) 兼松百合子, 荒木暁子, 奈良間美穂他：PSI 育児ストレスインデックス手引き. 東京：雇用問題研究所, 2006.
- 11) 奈良間美保, 兼松百合子, 荒木暁子他：日本版 Parenting Stress Index (PSI)の信頼性・妥当性の検討. *小児保健研究*, 58(5): 610-616, 1999.
- 12) 田中克枝, 板垣ひろみ, 古溝陽子他：福島県における1歳6ヶ月児を持つ母親の育児ストレス－育児ストレス程度の地域比較とA市における関連要因－. *福島県立医科大学看護学部紀要*, 10: 9-21, 2008.
- 13) 渡部 朋, 白畑範子, 田村晃他：極低出生体重児出生の現状と支援に関する研究. *岩手県立大学看護学部紀要*, 8: 19-29, 2006.
- 14) Landry, S.H., Smith, K.E., et al: A responsive parenting intervention: the optimal timing across early childhood for impacting maternal behaviors and child outcome. *Dev Psychol*, 44(5): 1335-1353, 2008.
- 15) 山本美佐子, 水島禮子, 掘込和代他：NICUに入院した子どもの母親の対児感情と母親意識の変化と特徴－入院時から退院後1年間における変化と満期産児の母親との比較. *北海道衣料大学看護福祉学部学会誌*, 3(1): 7-14, 2007.
- 16) 鈴木香代子, 廣瀬たい子：わが国とフィンランド・デンマークの看護職による低出生体重児/早産児の育児支援. *小児保健研究*, 68(5): 566-574, 2009.

Parenting stress of mothers of a high risk infant who has an experience of being hospitalized in NICU

Katsue Tanaka¹⁾ Chie Suzuki²⁾ Yuko Furumizo²⁾ Hiromi Itagaki³⁾
Sachie Suzuki²⁾ Haruko Hanzawa³⁾

1) Department of Nursing, School of Health Sciences, Hirosaki University of Health and Welfare

2) School of Nursing, Fukushima Medical University

3) Fukushima Medical University Science Hospital

Abstract

The present study aimed to clarify parenting stress of mothers of a child who has an experience of being hospitalized in NICU, as well as the situations of childcare support provided by family, neighbors and specialists. Mothers (n=15) who have a child of three years old or under who lived at home for a year or more after leaving the NICU were compared with a control group (mothers of a healthy child living in the same community, n=273). When they visited for a follow-up consultation, the concept of the research was explained orally and by an explanatory paper and a questionnaire form which they held in themselves was given, which was then collected by mail. In addition, four people were interviewed, though only four, in order for us to understand the relation of the results of the quantitative data. As a result, the subject children indicated the higher scores significantly than the control group, which are the total scores of childcare stress (PSI Japanese version) for both child side and parent side ($p<0.01$, $p<0.05$). As for the sub-items, the scores of "I feel something is wrong with the child ($p<0.001$)" and "Bad mood of the child ($p<0.01$)" were particularly high. Factors for high parenting stress, how they have been thinking since the child's birth to the present and necessity for support were discussed, which will be reported on.

Key words: parenting stress index (PSI), high risk infants, hospitalized in NICU, support parenting