

## ハイリスク児の継続ケアに関する研究 —母親のソーシャル・サポートとその他の関連要因の分析—

土取洋子 間野雅子\* 浜田恭子\* 前原和美\* 井村幸代\*

**要旨** NICUを退院したハイリスク児の母親66人に、退院後3日目に電話訪問を行い、育児状況を把握して、実施した退院指導を再検討した。電話訪問を行った母親に、ソーシャル・サポート、対児感情、疲労度に関する質問紙調査を、退院当日、退院後3日目と1週間目に行い、退院後3日目の母親の疲労度の予測因子を抽出した。収集したデータは、コンピュータ入力し、SPSS9.0で統計学的分析を行い、以下の結果を得た。

1) 電話訪問で、育児の対処困難を訴えたものは、授乳21人(31.8%)、臍・皮膚のケア14人(21.2%)であり、夜泣き・睡眠は7人(10.6%)で、排泄は6人(9.1%)のみであった。2) 母親のソーシャル・サポートは、母親の家族のサポート人数が多く認知されており、医療職のサポートは、情動的サポートのみであった。母親のサポートの認知度は、心理的サポートが5.49人で最も多く、情動的サポート4.32人、実際のサポート3.81人、経験的サポートは2.10人であった。3) 退院後3日目の母親の疲労度を予測するために、母親の年齢、子どもの性別、入院日数、母親の心理的サポートの人数、夫の援助が有意に強い予測因子として抽出された( $R=0.791$ , 調整済み $R^2=0.500$ ,  $p<0.01$ )。4) 母親の疲労度は、退院当日5.02、退院後3日目6.77、1週間目7.50と高まった。一方、対児感情の拮抗指数は、退院当日16.79、退院後3日目16.33、1週間目13.44と低下し、母子の愛着が形成されていた。

**キーワード:** ハイリスク児、ソーシャル・サポート、電話訪問、対児感情、Maternity

### I. はじめに

Bowlby, J. は、母子関係の始まりを、「愛着行動」を獲得する人生最初の重要な時期と捉え、「愛着」という鍵概念を用いて、母親の役割を明確にしている<sup>1)</sup>。母親にとって、出産後の数ヶ月間は、新たに養育能力を獲得し、母親役割に適應するための試練の時である。特に、産褥期は、通常産後6～8週間続き、褥婦にとって身体的変化のみならず、実際に自分の子どもを胸に抱き、授乳することによって、母性意識を高め、新しい生命を育てるという認識と、母親としての自己受容が迫られる時期である。母親は、母親役割獲得のプロセスで、新生児の要求を理解することを学び、ニーズに応じることができるようになる。このような母親の育児に対するコーピン

グ能力には、母親と子どもの両方の特性が影響していると言われている<sup>2,3,4)</sup>。母子関係が成功するためには、母親の健康、役割の制約、孤立感、そして夫との関係など、母親のソーシャル・サポートが関与していると言われ<sup>5)</sup>、また、Mercer, R.T., Ferketich, S. は、ストレス、ハイリスク妊娠、結婚生活状況、ソーシャル・サポート、そして養育能力などの要因の中で、ソーシャル・サポートが母子の愛着形成に強い関連があることを明らかにしている<sup>6,7)</sup>。一方、ハイリスク児の母子関係については、Klaus M.H. ら<sup>8)</sup>の先駆的研究があるが、わが国においても、生後まもなくNeonatal Intensive Care Unit (NICU)に収容されたハイリスク児に対して、母子分離を余儀なくされた影響が最小限になるように、母子の絆を強める努力が払われてきた。たとえ

ば、面会時間にタッチング<sup>9,10)</sup>を促したり、コット移床後は、母親による直接母乳を推進し、退院前母子同室<sup>11)</sup>も行っている。しかし、退院直後の緊張や興奮を体験し、家庭に帰って1週間を過ぎる頃から、母親は、授乳や夜泣きなど、対処困難な育児ストレスに悩みながら、心身の疲労を感じるようになる<sup>8)</sup>。この母親の疲労は、養育行動にも現れて、母親の不安定な情緒が、子どもに伝播し、母子相互作用に影響を及ぼすことがある<sup>8)</sup>。ひとたび、早期の母子関係に歪みが生じると<sup>12,13)</sup>、恵まれない環境の中で、成育後の発達障害<sup>7)</sup>や問題行動<sup>14)</sup>、あるいは虐待<sup>15,16)</sup>など現代社会の病理へと発展し、生命にかかわる事態に至ることもあり、保健医療の専門職として、予防的介入の検討が急務である。私たちは、臨床の場で、退院を間近にした母子の愛着形成を育み、母親に適切な養育能力を教育することを目的に、入院中の児に残された看護上の問題点を中心に、個別指導を行ってきた。しかし、退院後の母子のニーズに答えることができたか、現在のニーズは何か、また、母親を支える家族関係や、退院後の生活環境について把握する必要性を感じていた。本研究は、NICUを退院していくハイリスク児とその母親及び家族を対象とした、縦断的な研究プロジェクトの第一段階として、以下の4点を目標としている。①NICU退院後（退院当日の緊張や不安が緩和され、家庭での育児の現実に直面し、戸惑いを感じ始める）3日目に、病院での指導内容が育児に生かされているか電話訪問<sup>17)</sup>を行い、家庭におけるハイリスク児に対する母親の育児状況を把握する。②母親のソーシャル・サポート、対児感情と疲労度を質問紙を用いて把握し、③電話訪問を行った退院後3日目の母親の疲労度に影響すると考えられる、母子の特性、ソーシャル・サポート、その他の要因との関連を明らか

にする。そして、④母親の対児感情、疲労度について、退院当日、退院後3日目、1週間目の変化を知り、電話訪問を行った3日目の有意性を確認する。以上の結果から、母子のニーズに即応した医療機関から地域への継続ケアのあり方を検討し、家族支援システム構築をめざした研究の基礎資料とする。

## II. 研究方法

本研究の研究デザインは、電話訪問で聞き取った質的データの内容分析(Holsti, O.R.の分析法<sup>16)</sup>)、及び3種類の質問紙による調査研究である(表1)。

1. 調査期間：平成11年3月1日～平成11年7月31日

2. 研究の対象

対象は、平成11年3月1日～平成11年7月31日の間に、国立岡山病院NICUを退院したハイリスク児(外科疾患を除く)66人とその母親(精神疾患、精神症状のある者を除く)であった。対象の背景は、子どもの特性(性別、出生順位、単・多胎、出生体重、在胎週数、アプガースコア、入院期間、症状と治療、診断名、栄養法)及び母親・家族の特性(両親の年齢、妊娠・分娩歴、平均同居家族数、家族形態、退院先)、その他診療録から収集した情報は、表2,3のとおりであった。

3. 倫理的配慮

対象者への倫理的配慮として、病棟スタッフが母親に質問紙を依頼する時に、調査目的、調査結果は目的以外に用いないこと等を具体的に説明し、口頭で同意を得た。同意が得られた対象者は、質問紙に記名回答し、退院後3日目に行う電話訪問の承諾を得た。

4. 測定用具

1) ソーシャル・サポート：母親のソーシャル・

表1. 研究デザイン

時間経過	退院当日 →	退院3日目 →	退院1週間目
調査場所 (質問紙回収方法)	病院 (直接回収)	退院	家庭 (郵送法)
母子の特性に関する情報	・ 周生期情報 ・ 入院中の子どもの情報 ☆	電話訪問(半構成的質問紙) ・ 育児状況(育児対処状況 ☆ 楽しさ、夫の援助 ☆)	★ 従属変数 ☆ 独立変数
使用した尺度	① 疲労度(No1) ② 対児感情(No1) ③ ソーシャル・サポート ☆ (機能的内容で4種)	① 疲労度(No2) ★ ② 対児感情(No2)	① 疲労度(No3) ② 対児感情(No3)

表2. 子どもの特性 (n=66)

出生体重(平均±SD) (g)	2,844.4 ± 489.1	
超低出生体重児	1人(1.5%)	
極低出生体重児	0人(0.0%)	
低出生体重児	13人(19.7%)	
成熟児	52人(78.8%)	
Apgarスコア(1') (平均±SD)	8.3 ± 1.5	
在胎日数(平均±SD) (日)	271.6 ± 15.5	
在胎週数	正期産児	55人(83.3%)
	早産児	11人(16.7%)
性別	男	34人(51.5%)
	女	32人(48.5%)
出生順位	第1子	33人(50.0%)
	第2子	23人(34.8%)
	第3子	8人(12.1%)
	第4子	2人(3.0%)
単・多胎	単胎	63人(95.5%)
	多胎	3人(4.5%)
入院日数(平均±SD) (日)	21.9 ± 19.7	
症状と治療	有	無
けいれん	3人(4.5%)	63人(95.5%)
光線療法	31人(47.0%)	35人(53.0%)
眼底所見	8人(12.1%)	58人(87.9%)
呼吸障害	38人(57.6%)	28人(42.4%)
酸素使用	36人(54.5%)	30人(45.5%)
人工呼吸	2人(3.0%)	64人(97.0%)
診断名	感染症	19人(28.8%)
	呼吸器疾患	10人(15.2%)
	仮死・胎便吸引症候群	9人(13.6%)
	消化器疾患	6人(9.1%)
	先天性心疾患	3人(4.5%)
	内分泌代謝疾患	3人(4.5%)
	染色体異常	2人(3.0%)
	黄疸	2人(3.0%)
	先天奇形	1人(1.5%)
	胎児発育不全	1人(1.5%)
	その他	10人(15.2%)
	退院時の栄養法	母乳
混合乳		22人(33.3%)
人工乳		2人(2.2%)

表3. 母親・家族の特性 (n=66)

父親の年齢(平均±SD) (才)	31.2 ± 6.9	
母親の年齢(平均±SD) (才)	28.5 ± 5.0	
母親の年代	10 ~ 19歳	2人(3.0%)
	20 ~ 29歳	37人(56.1%)
	30 ~ 39歳	26人(39.4%)
	40 ~ 49歳	1人(1.5%)
妊娠異常の有無	有	41人(62.1%)
	無	25人(37.9%)
分様娩式	経膈分娩	49人(74.2%)
	帝王切開	17人(25.8%)
家族人数(平均±SD) (人)	4.0 ± 1.1	
家族形態	核家族	52人(78.8%)
	複合家族	14人(21.2%)
退院先	自宅	38人(57.6%)
	実家	28人(42.4%)

サポートの質の測定には、Cronenwett, L.R.<sup>18,19)</sup>が、House, J.S.<sup>20)</sup>のソーシャル・サポートの概念に基づいて作成した調査用紙Social Network Inventory (SNI) を、喜多<sup>21)</sup>が邦人用に改訂した日本版を用い、さらに満足度の評価法は、以下のように点数化した。本研究の調査用紙では、母親の認知する4種類のサポートについて、心理的サポート、実際のサポート、情動的サポート、経験的サポートと表現した。満足度の程度は、7段階尺度として、非常に満足している(3点)、満足している(2点)、どちらかという満足している(1点)、どちらとも言えない(0点)、どちらかという不満である(-1点)、不満である(-2点)、むしろ迷惑である(-3点)とした。ネットワーク・メンバーのグループ化については、夫、母親の両親、姉妹、兄弟、祖父母などは「母親の家族」、叔母、叔父、従姉妹、従兄弟、姪、甥などは「親戚」、夫の両親、姉妹、兄弟、祖父母などは「夫の家族」とした。母親がサポート源として認知しているネットワーク・メンバーを、4種類のサポートの認知度として人数を求めた(退院当日測定)。

2) 対児感情 : 花沢の対児感情評定尺度<sup>22)</sup>を用いて測定した。この尺度は、児に対する肯定的な形容詞が接近項目として14項目、否定的な形容詞が回避項目として14項目、交互に並んでいる。採点法は、非常にそのとおり(3点)、そのとおり(2点)、少しそのとおり(1点)、そんなことはない(0点)と4段階である。母親にはその時の自分の気持ちに一番近いものを4段階の中から選択してもらい、接近項目と回避項目の点数を別々に加算して、各々総合点を算出し、接近得点、回避得点とした。両者とも42点満点で、接近得点は、児を肯定し、受容する接近感情を、回避得点は児を否定し、拒否する回避感情を表している。点数が高いほどその感情が強いことを示している。拮抗指数は回避得点を接近得点で除し、100倍したもので、個人の中で両感情がどの程度拮抗しているかを表す指標である<sup>23)</sup>。すなわち、接近感情が高揚する、あるいは、回避感情が減弱されることで、接近-回避感情の拮抗度は低下するという方法で、愛着を数量化した(退院当日、退院後3日目と1週間目に測定)。

3) 疲労度 : 助産領域の研究文献<sup>24,25)</sup>を参考に、産褥期の母親の状況を考慮し、疲労度の尺度には、日本産業衛生学会の「自覚症状しらべ<sup>26)</sup>」をもとに、

前橋ら<sup>27,28,29)</sup>が作成した「疲労自覚症状しらべ」を用いた。項目構成は、Ⅰ群「眠気とだるさ」10項目、Ⅱ群「注意集中の困難」10項目、Ⅲ群「局在した身体違和感」10項目の3群からなり、症状の程度を問う形式になっている。質問紙に答える母親の負担を考慮し、30項目の中から各群5項目ずつ選出し、計15項目で再構成した。3群の疲労の程度については、全くない(0点)～顕著にみられる(6点)の7段階で回答を求めた。著者が、女子大生103人を対象に、前橋らの「疲労自覚症状調べ」と、今回の質問紙を用いて実施した調査において、「疲労自覚症状調べ」の内部一貫性を示すCronbachの $\alpha$ 信頼性係数は、Ⅰ群 0.86、Ⅱ群 0.84、Ⅲ群 0.76であった。「疲労自覚症状調べ」と、今回用いた質問紙とのピアソンの相関係数は、Ⅰ群 0.785、Ⅱ群 0.638、Ⅲ群 0.542であった(退院当日、退院3日目と1週間目に測定)(資料1)。

### 5. 調査方法

- 1) 電話訪問情報シートを作成し、母子の周生期の情報を児が入院中に記入した。
- 2) 退院当日までに、ソーシャル・サポートの質問紙を母親に記入してもらい、回収した。
- 3) 対児感情と疲労度の質問紙は、病棟スタッフが、退院当日に母親に回答してもらい、退院後3日目と1週間目の回答を依頼した。
- 4) 退院時指導を行った病棟スタッフは、指導内容、その時の母親の様子を記録した。
- 5) 電話訪問は、退院後3日目に、対象者全員に半構成的質問紙を用いて行い、聞き取った内容を詳細に記録した(資料2)。
- 6) 質問紙は、児が1ヶ月受診時に外来で、または郵送法で回収した。回収率は、ソーシャル・サポート59人(89.4%)、対児感情46人(69.7%)、疲労度44人(66.7%)であった。

### 6. データの分析方法

電話訪問の内容は、母親とNICUの看護者との言語的相互作用をとおして、聞き取った子どもの状態、母親の育児状況(楽しさ、夫の援助、育児対処状況)をコーディングした(資料3)。得られたデータは、その他の量的データとともにコンピュータ入力し、統計ソフトSPSS 9.0で、記述統計、反復測定による一元配置分散分析、重回帰分析を行った。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 電話訪問内容の分析結果

1) 退院指導項目と育児状況は、表4に示した。退院指導を行った項目は、授乳:28人(42.4%)、排泄:55人(83.3%)、臍のケア:29人(43.9%)、皮膚のケア:48人(72.7%)、夜泣き・睡眠:6人(9.1%)であった。そのうち授乳について、対処困難な21人では、母親の乳房トラブルが3人(14.3%)で、10人(47.6%)は、排気の仕方と吐乳に関することであり、8人(38.1%)は、哺乳量や人工乳の追加についての相談であった。排泄の問題は、60人(90.9%)は便通がよく、肛門刺激や浣腸を行うことも少なかった。臍・皮膚のケアは対処困難が14人(21.2%)あったが、退院後もみられた症状としては、湿疹12人(18.2%)、臀部発赤18人(27.3%)、臍の浸潤8人(12.1%)、黄疸1人(1.5%)、落屑1人(1.5%)であった。夜泣きなど睡眠については、退院指導を行ったのは6人で、7人(10.6%)が対処困難を訴えていた。

表4. 退院指導内容と育児状況 (n=66)

	授乳	排泄	臍の ケア	皮膚の ケア	夜泣き 睡眠
退院指導件数	28 (42.4%)	55 (83.3%)	29 (43.9%)	48 (72.7%)	6 (9.1%)
育 児 状 況	問題解決	45 (68.2%)	60 (90.9%)	52 (78.8%)	59 (89.4%)
	対処困難	21 (31.8%)	6 (9.1%)	14 (21.2%)	7 (10.6%)

2) 電話訪問で、「どのくらい休息がとれているか」という問いに、自発的に母親が答えた休息に関連するキーワードは、「育児の手伝い」13人、「夜」14人、「夜の手伝い」3人、「きょうだいの世話」2人であった。それらに関連づけて、自分自身の睡眠時間や家事に要する時間、育児の大変さ、休息がとれないなどの訴えが聞かれた。子どもの睡眠のリズムが母親の休息に影響している場合もあったが、授乳と睡眠を関係づけて話した母親が9人いた。また、睡眠、抱っこと授乳とを一連のケアとして、哺乳後も眠らない子どもに対し、「抱っこしたら落ち着く」「抱っこしてあやしていれば眠る」「抱っこしてお乳あげたりすると泣き止む」と、子どもの反応を

みながら、かかわり方を工夫していた。

3) 退院後の家族の変化については、回答があった21人中、「上の子との関係」を話したのは、9人(42.9%)と比較的多かった。退院後3日目のきょうだいの反応は、「パニック」「少し泣く」「甘える」「驚く」「かわいがってくれる」「赤ちゃん返り」「めずらしがる」など様々であったが、対処に困っている訴えはなかった。

4) 育児の楽しさでは、「どちらかと言えば楽しい」2人(3.1%)、「楽しい」が32人(50.0%)、「とても楽しい」は5人(7.8%)であり、6割以上の方が育児は楽しいと答えた。

5) 夫の援助については、40人が手伝ってくれると答えた。母親の言葉から、「かわいがってくれる」3人(7.5%)、「協力してくれる」2人(5.0%)、「手伝ってくれる」35人(87.5%)であった。「手伝ってくれない」と答えた15人は、その理由について、「やり方がわからない」4人(26.7%)、「夫が不在」6人(40.0%)、「仕事が忙しい」4人(26.7%)で、その他として、夫は育児に「興味がない」と答えた母親も1人(6.7%)いた。

2. 質問紙調査の結果

1) 母親のソーシャル・サポート

NICU退院時に母親がサポートとして認知したメンバーについて、サポート源(メンバーグループ)別に集計し、各々の平均値を求めた(表5)。母親の家族は平均3.40人±1.29(SD)で、夫の家族が2.38

表5. ソーシャル・サポートの人数 (n=59)

メンバーグループ	人数 (%)	平均値 ± SD
身内メンバー	349 (70.9)	
母親の続柄		3.40 ± 1.29
夫	58 (11.8)	
子ども	16 (3.3)	
実父	38 (7.7)	
実母	51 (10.4)	
実兄弟	5 (1.0)	
実弟	5 (1.0)	
実姉	11 (2.2)	
実妹	17 (3.5)	
実祖父	2 (0.4)	
実祖母	10 (2.0)	
合計	213 (43.3)	
夫の家族		2.38 ± 1.32
義父	43 (8.7)	
義母	51 (10.4)	
義兄弟	10 (2.0)	
義弟	2 (0.4)	
義姉	14 (2.8)	
義妹	10 (2.0)	
義祖父	1 (0.2)	
義祖母	5 (1.0)	
合計	136 (27.6)	
親戚	20 (4.0)	1.82 ± 1.54
友人	113 (23.0)	2.72 ± 1.34
医療職	3 (0.6)	1.00
職場関係	2 (0.4)	1.00
その他	5 (1.0)	1.00
合計	492 (100.0)	

人±1.32(SD)であり、親戚1.82±1.54(SD)で、友人が2.72±1.34(SD)と比較的多く、医療職、職場関係が1人ずつであった。母親が、認知したサポートの平均人数を種類別に見ると、心理的サポートは5.49人±2.52(SD)と最も多く、ついで情理的サポート4.32人±2.40(SD)、実際のサポート3.81人±1.97(SD)で、経験的サポートは2.10人±2.08(SD)で有意差があった(Kruskal Wallis検定, p<0.01)(図1)。

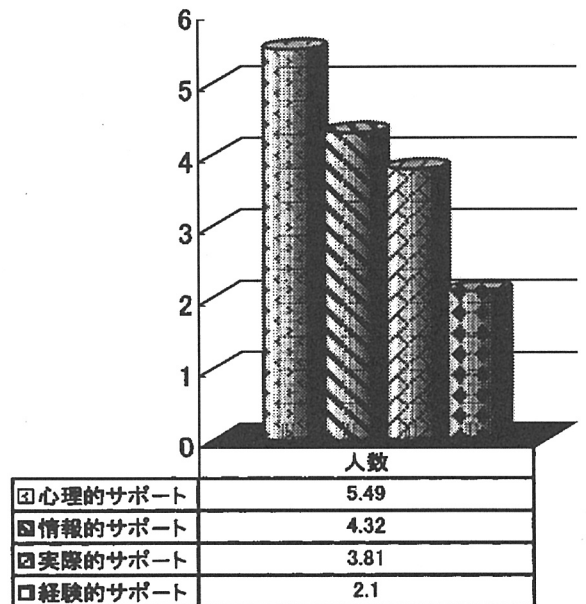


図1. 各サポート提供者の平均人数 (n=59)

表6. ソーシャル・サポートの満足度 (n=59)

メンバーグループ	総人数	百分率	平均値 ± SD	
心理的サポート	母親の家族	187	53.9	2.57 ± 0.69
	夫の家族	108	31.1	2.25 ± 0.80
	親戚	16	4.6	2.19 ± 0.91
	友人	34	9.8	2.35 ± 0.60
	医療職	0		
	職場関係	1	0.3	2.00
	その他	1	0.3	2.00
合計	347	100.0	2.43 ± 0.74	
実際のサポート	母親の家族	138	59.2	2.03 ± 0.93
	夫の家族	82	35.2	2.21 ± 0.94
	親戚	6	2.6	2.33 ± 0.82
	友人	6	2.6	1.17 ± 1.33
	医療職	0		
	職場関係	1	0.4	2.00
	その他	0		
合計	233	100.0	2.24 ± 0.95	
情理的サポート	母親の家族	114	44.4	2.46 ± 0.77
	夫の家族	60	23.3	1.98 ± 0.93
	親戚	8	3.1	1.75 ± 0.89
	友人	68	26.5	2.09 ± 0.81
	医療職	3	1.2	2.33 ± 1.15
	職場関係	2	0.8	2.00 ± 0.00
	その他	2	0.8	1.50 ± 0.71
合計	257	100.0	2.21 ± 0.85	
経験的サポート	母親の家族	36	28.1	2.17 ± 1.08
	夫の家族	23	18.0	2.00 ± 0.85
	親戚	4	3.1	1.50 ± 0.58
	友人	62	48.4	1.98 ± 0.71
	医療職	0		
	職場関係	1	0.8	2.00
	その他	2	1.6	2.50 ± 0.71
合計	128	100.0	2.03 ± 0.85	

4種類のサポートについて調べた満足度をメンバーグループ別にみると、心理的サポートの満足度は2.43±0.74(SD)、实际的サポート2.24±0.95(SD)、情動的サポートは2.21±0.85(SD)であり、経験的サポート2.03±0.85(SD)であった。母親が認知した医療職のサポートは、心理的、实际的、経験的サポートとしては認知されず、情動的サポートとして3人のみであった(表6)。

2) 母親の対児感情

対児感情は、回答が得られた46名の母親を対象とし、退院当日、退院後3日目と1週間目の調査結果について表7にまとめた。まず、接近得点について見ると、退院当日は30.04±5.90(SD)であるのに対し、3日目が30.70±7.22(SD)、1週間目は30.93±7.93(SD)であった。回避得点は、退院当日4.87±3.01(SD)で、3日目4.83±3.21(SD)、1週間目は3.87±2.91(SD)と、退院後1週間で有意に低下した。これらの変化によって、拮抗指数は、退院当日16.79±10.88(SD)、退院後3日目16.33±11.27(SD)、1週間目13.44±11.92(SD)と有意に低下した(Wilcoxonの符号付き順位検定、ボンフェーニの不等式利用)。

表7. 母親の対児感情 (n=46)

質問紙調査日	退院当日	退院3日目	退院1週間目
	平均値 ± (SD)	平均値 ± (SD)	平均値 ± (SD)
接近得点	30.04 ± 5.90	30.70 ± 7.22	30.94 ± 7.93 NS
回避得点	4.87 ± 3.01	4.83 ± 3.21	3.87 ± 2.91 *
拮抗指数	16.79 ± 10.88	16.33 ± 11.27	13.44 ± 11.92 **

\*p<0.05 \*\*p<0.01

3) 母親の疲労度

母親の疲労について、退院当日は、「話をするのが嫌になる」7人(15.2%)、「めまいがする」5人(10.9%)、「気分がわるい」は4人(8.7%)であり、1週間目までの調査日のうちで、いずれも退院当日が最も多く、母親の精神的緊張がうかがえた。一方、退院当日に、「ねむい」と答えた母親は18人(39.1%)であったが、退院後3日目には34人(73.9%)と増え、1週間目には、「ねむい」33人(71.7%)、「横になりたい」37人(80.4%)あった。「肩がこる」「腰が痛い」という「局在した身体違和感」も、退院当日から次第に訴えが多くなり、退院後1

週間目に、「肩がこる」23人(50.5%)、「腰が痛い」22人(47.8%)であった。退院後1週間の母親の疲労度の変化を表8に示した。3群の症状別にみても、I群. 眠気とだるさ、III群. 局所的な身体の違和感は、有意差があった(Friedman検定)。しかし、多重比較の結果、III群. 局所的な身体の違和感には差がなかった(Wilcoxonの符号付き順位検定、ボンフェーニの不等式利用)。

表8. 母親の疲労度 (n=44)

	退院当日	退院3日目	退院1週間目
	平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD
I. 眠気とだるさ	1.84 ± 1.79	2.98 ± 1.62	3.20 ± 1.79 ***
II. 注意集中の困難	1.39 ± 1.70	1.59 ± 1.77	1.82 ± 2.06 NS
III. 局所的な身体の違和感	1.80 ± 2.01	2.14 ± 1.65	2.59 ± 2.05 *
疲労度(合計)	5.02 ± 4.71	6.77 ± 4.26	7.50 ± 4.78 **

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

3. 退院後3日目の母親の疲労度に関連する要因の分析結果

退院後3日目の母親の疲労度を予測するために、独立変数として、母親の年齢、子どもの性別、出生順位、入院日数、母親の心理的サポートの人数、夫の援助、育児対処状況を投入する重回帰分析(強制投入法)を行った。その結果、母親の年齢、子どもの性別、入院日数、母親の心理的サポートの人数、夫の援助が有意に強い予測因子として抽出された(R=0.791, 調整済みR<sup>2</sup>=0.500, p<0.01)(表9)。

表9. 重回帰分析の結果

変数	偏回帰係数 (標準誤差)	標準 偏回帰係数	t 値	有意確率
(定数)	-11.060(4.728)		-2.339	.029
母親の年齢	.444(.149)	.482	2.975	.007
性別	-5.277(1.507)	-.584	-3.502	.002
出生順位	-1.326(.854)	-.257	-1.552	.136
入院日数	.440(.124)	.573	3.540	.002
心理的サポート	-.913(.282)	-.476	-3.241	.004
夫の援助	4.469(1.414)	.458	3.161	.005
育児対処得点	-.302(.462)	-.100	-.654	.520

(重相関係数 0.791, 自由度調整済み決定係数 0.500, p<0.01)

まず、子どもの特性は、性別をみると、男児をもつ母親の方が、疲労度は低く(標準偏回帰係数  $\beta = -0.584$ ,  $p < 0.01$ )、子どもの入院日数は、長くなるほど母親の疲労度は高かった( $\beta = 0.573$ ,  $p < 0.01$ )。

次に、母親の特性として、母親が高年齢になると、疲労度も高くなる正の相関があった。出生順位と、

疲労度は有意な関連はみられなかった。母親のソーシャル・サポートについては、退院時に母親が心理的サポートが得られると認知した人数が多いほど、退院後3日目の母親の疲労度は低かった。夫の援助は、退院後3日目に母親が認知している育児に対する夫の援助を確認したが、母親の疲労度と夫の援助の有無は正の相関があった。

#### 4. 退院当日から、1週間目までの疲労度と対児感情(拮抗指数)の変化

母親の疲労度と対児感情のいずれにも回答が得られた44人を対象に、1週間の変化を調べた(Friedman検定)。母親の疲労度の総スコアの平均値は、退院当日が $5.02 \pm 4.71$ (SD)、3日目が $6.77 \pm 4.26$ (SD)、1週間目が $7.50 \pm 4.78$ (SD)であり、3日目から徐々に増強する傾向がみられた。このように、育児の疲れが増す一方で、花沢による質問紙を用いて得られた対児感情の結果は、拮抗指数が退院当日は $16.09 \pm 1060$ (SD)、3日目が $16.04 \pm 11.11$ (SD)、1週間目には $13.02 \pm 11.91$ (SD)と有意に減少した(図2)。

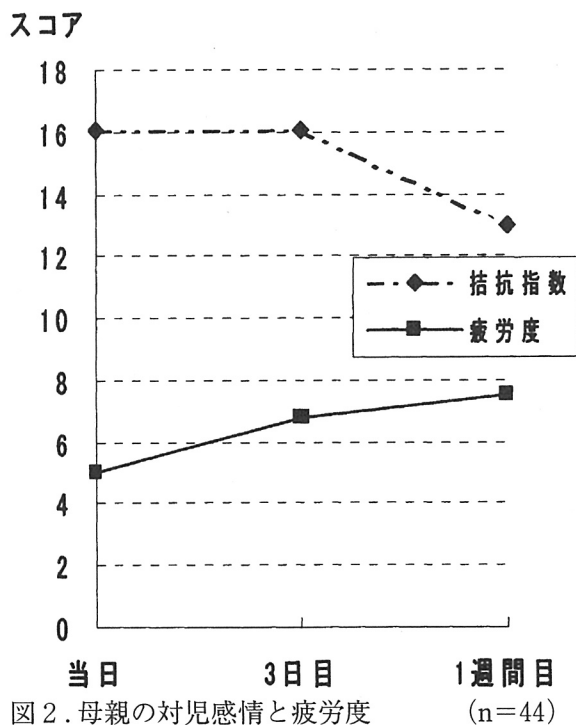


図2. 母親の対児感情と疲労度 (n=44)

#### IV. 考 察

本研究では、ハイリスク児のNICU退院後3日目に、電話訪問を行い、聞き取った内容をもとに、母親の育児状況を把握するとともに、疲労に関する重

回帰分析を行った。対象の中には、退院直後の緊張と役割の変化にとまどい、実際育児を行って初めて退院時には気づかなかった不安を訴えた母親がいた。母親が訴えた対処困難な問題は、わずかな専門家の助言で問題解決できる内容もあり、また、従来の指導内容では、母親のニーズにそぐわない点も明らかにされた。例えば、退院指導項目の中で、排泄に関する問題は、ほとんど解決されており、対象のニーズに応じて適宜指導を行うことでよいが、夜泣きや睡眠に関する訴えは比較的多く、照明・騒音など入院環境の改善も含めて、今後研究的に取り組んでいく必要がある。

対児感情の質問紙調査の結果で、退院後1週間に拮抗指数が低下し、電話相談で、6割以上の母親が、育児は「楽しい」と答えたことは、育児ストレスの緩和、順調な母親役割獲得が考えられる。Ludington-Hoe<sup>30)</sup>は、NICUを退院するハイリスク児の母親に期待される養育能力の要素を2つの用語で表わしている。一つは、情緒的要素(maternicity)であり、もう一つは、身体上の世話(mothering)である。maternicityとは、母性固有の特徴であり、それは子どもが自分の人生にとって、非常に重要な部分を占めていると感じる心の動きである。maternicityには、温かさ、献身、保護、子どもが健全に育つことを願う心、母子関係が持続することへの楽しい期待などの感情が含まれている。また、Tarkka<sup>31)</sup>は、初めて母親になった人たちが、子どものニーズを認識することを学び、応じることができるよう援助することが、専門家の重要な役割であることを明らかにした。今回の調査では、母子の愛着形成は花沢の対児感情評価尺度を用いて測定した。NICUにおける退院指導プログラムとして、新生児の行動発達、母子の情緒的なかわりや関係性のアセスメントが必要であり、「愛着」と「maternicity」の概念の明確化とともに、測定用具の検討が今後の課題である。

母親のソーシャル・サポートの結果から、退院後3日目の母親の疲労を強く予測する要因は、心理的サポートの人数であった。また、多くの母親にとって、主な援助者は、夫、すなわち子どもの父親であった。自分の夫を重要なサポート・パーソンとみなしている女性は、母親の役割に容易に適応していきことができると言われ<sup>32)</sup>、母性行動の変化は、子ど

もが乳児期の場合は、ソーシャル・サポートと関連があると報告されている<sup>6,33)</sup>。退院後3日目に、「ねむい」と答えた母親が34人(73.9%)いたことは、授乳のために夜間の睡眠が十分得られないことが、疲労の原因であったと考えられる。前橋ら<sup>27)</sup>は、乳幼児をもつ母親の疲労感について、生活リズムの乱れ、気分転換をする時間の有無などの関連を明らかにしている。今回の対象者のうち、52人(78.8%)が核家族であったが、28人(42.4%)は、退院先が実家であった。また、質問紙調査の結果、母親は祖父母もまた、重要なサポート・パーソンであると認知していることが確認できた。以上のことから、家族の援助が得られ、母親が日中でも授乳の合間に休めたり、気分転換できる環境づくりを、入院中から退院指導の一端として、家族とともに取り組んでいくことが重要である。

退院後3日目に疲労度が高かった母親は、電話訪問で、夫の援助を受けていると答える場合が多かった。坂間ら<sup>34)</sup>は、育児ストレスの規定要因に関する研究において、3歳以下の子どもをもつ母親の場合、夫からのサポート感は、育児ストレスの中でも、負担・犠牲感および不満感・不全感を低める方向に影響していたと報告した。吉田らは、第1子、1・2ヶ月児の母親の育児不安は、夫のサポートと低い相関関係が認められたと報告している<sup>35)</sup>。子どもの年齢、地域性など異なる要因も多いが、今後縦断的研究において、退院後早期の母親の育児不安、その他の関連要因<sup>36)</sup>に関する質問紙の検討を行いたい。今回の結果から、ハイリスク児の母親にとって、心理的サポートがエネルギーを与え、育児の疲労を軽減させる可能性が示唆された。しかし、実際の利用場面では、インフォーマルサポート・ネットワークは、適切な場合にはストレスの緩和につながるけれど<sup>37)</sup>濃厚すぎる場合はかえって、未熟児の母親の失敗感や児の遅れを感じさせるなどのストレスとなることを指摘する報告もある<sup>38)</sup>。Matsuo-Mutoら<sup>39)</sup>は、ハイリスク児の場合、母親のストレス軽減には、専門家の働きが重要であり、これらを母親が積極的に利用する必要性を指摘している。母親が自分に適したソーシャル・サポート、社会資源などを利用していき、すなわち、Philippの報告<sup>40)</sup>によるサポート調整力が大きく影響してくる。NICUに入室した時から、継続して看護ケアを提供した看護

職が、その実践をとおして観察した事実をもとに、将来のリスクを予測して、地域の保健医療機関へ連携していくことは<sup>41)</sup>、臨床から始まる保健活動として重要である<sup>42)</sup>。特に、心理的サポートが乏しい母親には、対象のニーズに応じた個別的な心のケアが必要となる。早期にリスク要因をアセスメントし、母子のニーズに即時に対応することが、子どもたちの発達支援として重要であることは、私たちも体験的に実感している。

ハイリスク児の母親が、退院直後最も頼りになるのは、NICUの看護職や医師であり、電話訪問<sup>43)</sup>やフォローアップ外来での相談活動である。医療関係者からのサポートは、産科領域の先行研究によると認知度は低いものの、妊婦から最も高い満足度を得られるサポートとして評価されており<sup>21)</sup>、また、フィンランドにおける保健婦のサポートに関する研究では、情緒的なサポートは最も頻回であり、子どものケアをする母親のコーピングと、弱い相関関係があったと報告されている<sup>30,44)</sup>。今回の研究で、退院後3日目に電話訪問をしたことがきっかけとなり、その後、母親から育児相談の電話が、時々病棟にかかることがある。退院後は、遠慮が伴い、連絡がとりにくかったNICUを、母親が身近に感じることができるようになったことはわずかな前進であった。さらに、医療職のサポートとして役割を発揮し、地域への継続ケアに生かしていきたい。

最後に、近年母親の育児不安が社会的問題として論点になっていることについて、特にハイリスク児の場合、入院直後の医療機器に囲まれた環境や子どもの乏しい反応により、母子の愛着を形成することがむずかしい状況にある<sup>45)</sup>。通常、救命が目的で緊急入院となるハイリスク児の身体的スクリーニングプロトコルは、退院までに実施されてきた。しかし、情緒や精神発達及び家族にかかわる問題については、段階を追って、適切な時期に評価することはむずかしい状況である。これは、急性期の多忙な看護ケアの中で、子どもの成育過程における長期的目標に関する看護介入を、評価するという考えが、実践的に未だ浸透していない結果であろうか。母親の育児不安や養育能力をアセスメントし、記録に残して、さらに介入に活用していくという循環は、母子のヘルスプロモーションとして重要である。本研究の縦断的調査の試みは、21世紀の育児支援評価シス



テム構築への布石として、NICUから地域への橋わたしとなるよう、研究の成果を生かしていきたい。

## V. 結 論

### 1. 結語

NICUを退院したハイリスク児の退院後3日目に電話訪問を行い、育児状況を把握した。退院指導内容の授乳、臍・皮膚のケア、夜泣き・睡眠について、対処困難を訴えたものが少なくなかった。退院後3日目の母親の疲労度は、母子の特性と、母親の心理的なソーシャル・サポートの影響を受けていた。退院後1週間は、母親の疲労度は増加した。一方、対児感情の回避得点及び拮抗指数は減少し、母子の愛着は形成されていた。母親のソーシャル・サポートの人数が少ない場合は、育児不安や対処困難への影響を考え、継続ケアに必要な情報を入院中に把握し、退院後予期される育児ストレスに対して、早期より個別的な家族支援のあり方を検討することも重要と考える。今後、ハイリスク児のケアの質を保証し、退院時に残される問題を最小限にすること。また、母親の不安を軽減し、母子の愛着を育む情緒的サポート、母親の養育能力を高める個別的な援助を退院指導プログラムに生かし、子どもの発達支援の原動力となるよう日々研鑽を重ねたい。

### 2. 本研究の限界と課題

訪問で聞き取った質的データと、3種類の質問紙を使用して量的分析を行った。質問紙調査の対象者は50人余りと少なく、今後、対象者数を増やして信頼性を高める必要がある。使用した質問紙について、SINは、妊・産・褥婦を対象として開発途上にあり、中でもハイリスク児の母親を対象とした尺度として、信頼性・妥当性は明らかにされていない。ソーシャル・サポートは、独立変数として、しばしば統計学的分析に用いられるため、実践的にも簡便で的確な測定ができ、かつ数量化に耐えうる尺度の開発が期待される。また、NICUから地域への継続ケアをシステム化する上では、対象のニーズを把握するために、子どもと家族の発達段階に応じた尺度が必要である。

母親の疲労度に関する尺度は、ハイリスク児を出産した母親の産褥期の場合は、罪責感、不安などの心理的反応と身体的変化が複雑に影響し、今回使用した項目を洗練する必要がある。母親がNICU退院

後のハイリスク児の育児を継続する過程で、自覚する諸症状に関する質的研究も重要であり、下位尺度を作成するために、さらに対象者数を増やし、信頼性・妥当性を検討していく必要がある。本研究において、退院後3日目という早期に電話訪問を行い、退院直後の母親の実態を把握することができた。しかし、電話訪問で得られた情報を重回帰分析の独立変数とし、3日目の疲労度を従属変数とした、科学的な根拠は明確ではない。また、順位尺度を変数として重回帰分析に適用した点、尺度の信頼性・妥当性に関する厳密な統計学上の問題について、今後、独自の研究方法論の開発に向けて、発展的に検討していく必要がある。

### 付記：

本研究の対象となって下さいましたお母様方に、また、本調査の実施にあたり、ご協力、ご助言下さいました、国立岡山病院小児科、吉尾博之先生、横井順子先生、岩本あづさ先生、及び病棟スタッフの皆様様に深謝致します。

## 文 献

- 1) Bowlby, J.(1969). 黒田実郎, 大羽素, 岡田洋子訳(1976). 母子関係の理論① 愛着行動. 岩崎学術出版社.
- 2) Ventura, J.N.(1986). Parent coping, a Replication. *Nursing Research*, 35(2): 77-80.
- 3) Marcer, R.T.(1990). Predictors of family functioning eight months following birth. *Nursing Research*, 39: 76-82.
- 4) Pridham, K.F., Chang, A.S., and Chiu, Y. M. (1994). Mother's parenting self-appraisals: The contribution of perceived infant temperament. *Research in Nursing and Health*, 17: 381-392.
- 5) Grace, J.T.(1993). Mothers' self-reports of parenthood across the first 6 months postpartum. *Research in Nursing and Health*, 19: 431-439.
- 6) Mercer, R.T., Ferketich, S.(1994). Predictors of Maternal Role Competence by Risk Status. *Nursing Research*, 43(1): 38-43.

- 7) Bee, H.L., Hammond, M.A., Eyres, S.J., Barnard, K.E., and Snyder, C. (1986). The impact of parental life change on the early development of children. *Research in Nursing and Health*, 9: 65-74.
- 8) Klaus, M.H., Kennell, J.H. (1976). 竹内徹, 柏木哲夫監訳(1979). 母と子のきずな 母子関係の原点を探る. 医学書院.
- 9) Field, T.M., Grizzle, F., Scabidi, F., Abrams, S., et al(1996). Massage Therapy for Infants of Depressed Mothers. *Infants Behavior and Development* 19: 107-112.
- 10) Olson, M., Sneed, N., Lavia, G., Bonadonna, R., Michel, Y.(1997). Stress-induced immunosuppression and therapeutic touch. *Alternative Therapies*, 3(2): 68-74.
- 11) 中村真由美、笠則義、溝口由美子他 (1996). 未熟児センター退院前の母子同室の有用性. *日本小児科学会雑誌*, 100(1): 67-71.
- 12) Fomufod, A.K.(1976). Low birth weight and early neonatal separation as factors in child abuse. *Journal of the national medical association*, 68: 106-109.
- 13) Spitz, R.N.(1945). Hospitalism inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- 14) 高木俊一郎(1991). 小児心身症の発症機序とその特徴. *小児の心身症*, 33: 6-11.
- 15) 松井一郎他 (1986). 「親子関係の失調に関する社会病理的研究小児医療の場における被虐待児の実態」厚生省心身障害研究「家庭保健と小児の成長・発達に関する総合的研究」昭和61年度研究報告書: 147-155.
- 16) Cowen, P.S.(1999). Child Neglect: Injuries of Omission. *Pediatric Nursing*, 25(4): 401-418.
- 17) Caplan, S.E., Orr, S.T., Skulstad J.R. et al (1983). After- Hours Telephone Use in Urban Pediatric Primary Care Centers. *Am J Dis Child*, 137, Sept: 879-882.
- 18) Cronenwett, L.R. (1985). Network Structure, Social Support, and Psychological Outcomes of Pregnancy. *Nursing Research.*, 34(2): 83-99.
- 19) Cronenwett, L.R. (1985). Parental Network Structure And Perceived Support After Birth of First Child. *Nursing Research*, 34 (6): 347-352.
- 20) House, J.S., Robbins, C. and Metzner H. L. (1982). The Association of Social Relationships and Activities with Mortality. *American Journal of Epidemiologys*, 116: 123-140.
- 21) 喜多淳子(1997). 妊婦が認知するソーシャル・サポートとソーシャル・ネットワークの質についての検討 (第1報) - ソーシャル・サポート源および下位概念 (4種類への分類) を用いた検討 - . *日本看護科学会誌*, 17(1) : 8-21.
- 22) 花沢成一(1992). 母性心理学. 医学書院: 85-120.
- 23) 笹本優佳、橋本洋子、正木宏、堀内勁(1998). カンガルーケアが早産の母子の行動、関係性発達におよぼす効果について. *小児保健研究*, 57(6) : 809-816.
- 24) 大久保功子、新道幸恵、高田昌代(1999). 出産における女性の心の健康とその関連要因. *日本看護科学学会*, 19(2) : 42-50.
- 25) 工藤尚文他(1996). 「マタニティーブルーズの発症に關与する産科的諸因子」. 平成8年度厚生省心身障害研究「これからの妊産褥婦の健康管理システムに関する研究」研究報告書: 44-50.
- 26) 日本産業衛生協会、産業疲労研究会(1970). 産業疲労の「自覚症状しらべ」1970年についての報告. *労働の科学*, 25: 12-33.
- 27) 前橋明、石井浩子、渋谷由美子、中永征太郎 (1999). 乳幼児をもつ母親の健康管理に関する研究. *小児保健研究*, 58(1) : 30-36.
- 28) 芝誠貴、前橋明(1998). 幼少児をもつ母親の就労開始前の疲労度と生活状況 - (第一報) 保育園登園時の疲労スコア別にみた分析 - . *幼少児健康教育研究*, 7(1) : 12-21.
- 29) 前橋明、緒方正名(1993). 児童用疲労自覚症状しらべの作成 - 第1報 質問文の検討 - . *川崎医療福祉学会誌*, 3(2) : 75-86.
- 30) Ludington-Hoe, S.M.(1977). Postpartum Development of Maternity. *American*

- Journal of Nursing, 77(7): 1171-1174.
- 31) Marja-Terttu Tarkka, Marita Paunonen, Pekka Laippala.(1999). Social Support Provided by Public Health Nurses and the Coping of First-Time Mothers with Child Care. *Public Health Nursing*, 16(2): 114-119.
- 32) Crockenberg, S., McCluskey, K.(1986). Changing in maternal behavior during the baby's first year of life. *Child Development*, 57: 746-753.
- 33) Majewski, J. (1987). Social support and the transition to the maternal role. *Health Care for Women International*, 8: 397-407.
- 34) 坂間伊津美、山崎喜比古、川田智恵子(1999). 育児ストレインの規定要因に関する研究. *日本公衆誌*, 46(4) : 250-261.
- 35) 吉田弘道、山中龍宏、巷野悟郎他 (1999). 育児不安スクリーニング尺度の作成に関する研究 -1・2か月児の母親用思索モデルの検討-. *小児保健研究*, 58(69) : 697-704.
- 36) Cronenwett, L.R.(1982). Father Participation in Child Care: A Critical Review. *Research in Nursing and Health*, 5: 63-72.
- 37) Beckman, P.J., Pokorni, J.L. (1988). A longitudinal study of families of preterm infants: change in stress and support over the first two year. *J Special Education*, 22: 55-65.
- 38) Zarling, C.L., Hirsch, B.J., Landry, S. (1988). Maternal social networks and mother-infant interaction in full-term and very low birth weight, preterm infants. *Child Development* 59: 178-185.
- 39) Matsuo-Muto, H., Ishikawa, M., Futamura, M., et al(1993). Difference in maternal stress for singleton and twins-case of low birth weight children-. *Proceeding to the 1993 International Congress of Health Psychology*: 263.
- 40) Philipp, C.(1984). The relationship between social support and parental adjustment to low-birth weight infant, *Social Work*: 547-550.
- 41) Alba Mitchell, Colleen Van Berkel (1993). Comparison of Liaison and Staff Nurses in Discharge Referrals of Postpartum Patients for Public Health Nursing Follow-Up. *Nursing Research*, 42(4): 245-249.
- 42) Keith, A. Crnic, Mark T. Greenberg, Arlene S. Ragozin, et al. (1983). Effect of Stress and Social Support on Mothers and Premature and Full-Term Infants. *Child Development*, 54(1-2): 209-217.
- 43) 永瀬春美、杉下知子(1994). 乳幼児を持つ親が受診後に抱く疑問や不安と電話相談の役割. *小児保健研究*, 53(6) : 777-784.
- 44) Tuovi Hakulinen, Pakka Laippala, Marita Paunonen et al(1999). Relationships between family dynamics of Finnish child-rearing families, factors causing strain and received support. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2): 407-415.
- 45) Candice Feiring, Nathan A.Fox, John Jaskir and Michael Lewis(1987). The Relation Between Social Support, Infant Risk Status and Mother-Infant Interaction. *Developmental Psychology*, 23(3): 400-405.
- 46) Holsti, O.R. (1969). *Content analysis for the social Sciences and humanities*. Reading, MA : Addison-Wesley (Content analysis).

資料1

お母さまの疲労度調査

氏名 \_\_\_\_\_

I. 眠気とだるさ II. 注意集中の困難 III. 局所的な身体の違和感の諸症状について、退院当日、退院3日目、退院1週間目の程度を、0：全くない～、6：顕著にみられるまでの7段階でおたずねします。その日の体調はどの程度か、下記の線上で適当な箇所、○印をつけてお答えください。また、例の中から、調査日に感じる症状すべての番号を、( )の中に書いてください。

I. 眠気とだるさ

例) ①頭がおもい、②全身がだるい、③頭がぼんやりする、④ねむい、⑤横になりたい

全くない 0 1 2 3 4 5 6 顕著にみられる

1. 退院当日 月 日 ( ) \_\_\_\_\_  
 2. 退院3日目 月 日 ( ) \_\_\_\_\_  
 3. 退院1週間目 月 日 ( ) \_\_\_\_\_

II. 注意集中の困難

例) ①話をするのがいやになる、②いらいらする、③気がちる、④物事が気にかかる  
 ⑤ちょっとしたことが思い出せない

全くない 0 1 2 3 4 5 6 顕著にみられる

1. 退院当日 月 日 ( ) \_\_\_\_\_  
 2. 退院3日目 月 日 ( ) \_\_\_\_\_  
 3. 退院1週間目 月 日 ( ) \_\_\_\_\_

III. 局所的な身体の違和感

例) ①頭がいたい、②肩がこる、③腰がいたい、④めまいがする、⑤気分がわるい

全くない 0 1 2 3 4 5 6 顕著にみられる

1. 退院当日 月 日 ( ) \_\_\_\_\_  
 2. 退院3日目 月 日 ( ) \_\_\_\_\_  
 3. 退院1週間目 月 日 ( ) \_\_\_\_\_

資料2

1. 「いかがですか?」
  2. 「どのくらい休息がとれていますか?」「息抜きの時間がありますか?」
  3. 「お尋ねになりたいこと、心配なことがありますか?」
  4. 指導内容の確認  
 \*この時期の心配事には、次のようなものがある。  
 ・授乳 ・排泄 ・睡眠 ・皮膚の様子 ・その他の育児の悩み
  5. 「退院されてから、ご家族にとって、何か変化がありましたか?」
  6. 「～ちゃんは、家に帰って何か変わったことがありますか?」
  7. 「～ちゃんと過ごす時間が楽しいですか?」
  8. 「～ちゃんが、どうして泣いているかわかりますか? 何が必要か、どんなふうに判断していますか?」(夜泣きはどうか? 夜泣きしたらどうするか?)
  9. 「ご主人は、よく手伝ってくれますか?」
  10. 「周囲の人と育児に対する考え方(価値観)が違って困ることはありませんか?」
  11. 「もしも、保健婦さんの訪問予定がありましたら、おしえてください。」
- 初回訪問：平成11年 月 日 ( 保健所・保健センター)

資料3<sup>46)</sup>

1. 楽しさ.....楽しいとはいえない(0),  
 どちらかといえば楽しい(1),  
 楽しい(2), とても楽しい(3)
2. 夫の援助.....手伝ってくれない(0),  
 手伝ってくれる(1)
3. 育児対処状況... 困っている (-1),  
 どちらでもない、無回答 (0),  
 解決している、または  
 特に問題ないといっている (1)

## Social Support of Mothers with High Risk Infants and Development of Maternicity : Shifting Care into the Community

YOKO TSUCHITORI

MASAKO MANO \*, KYOKO HAMADA\*, KAZUMI MAEHARA\*, SACHIYO IMURA\*

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science,  
 Okayama Prefectural University,  
 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-1197, Japan

\* Department of Pediatrics, Children's Medical Center, National Okayama Hospital  
 2-13-1 Minamikata Okayama-shi Okayama 700-8566, Japan

**Key words:** High risk infants, Social support, Telephone visiting  
 Maternal attachment, Maternicity