

NICU入院児の母親における母親意識の発達

前 盛 ひとみ¹ ・ 日 下 隆²

本研究は、NICU入院を経験した低出生体重児の母親における母親意識の発達を検討することを目的とした。7名の母親を対象に半構造化面接を行い、妊娠期からNICU入院を経て、育児期に至るまでの主観的体験を検討した。その結果、【身体的・心理的安全性の保持】、【子どもの医療的な現状に伴う揺れ動き】、【わが子のイメージの揺れ動き】、【「親としての自己」の構築／再構築】、【育児の喜びと責任】、【サポート体制の構築】の6つのカテゴリ・グループが見出された。カテゴリ分析および事例分析を踏まえ、NICU入院を経験した低出生体重児の母親は、①急性期には特に、子どもに関するポジティブ・ネガティブな感情の揺れ動きを体験し、アンビバレントな状況にあること、②子どもに対するポジティブ・ネガティブなイメージが、母親の罪責感や親役割へのコミットメント等の感情体験と関係していること、③母親の経験や問題を共有する他者がいることが、母親が自分の経験を捉え直し、ポジティブな側面を見出す契機となり得ること、の3点が示唆された。

キー・ワード：低出生体重児、NICU、親意識、母子関係

問題と目的

通常、女性は、妊娠・出産・育児を通して、身体感覚レベル・心理社会的レベルにおける様々な変化を体験し、母親として適応していく。しかし、このような大きな変化を体験するプロセスの中で、突然の出産を余儀なくされたり、発達の遅れや障害の可能性を知らされる母親は通常よりも多くの困難に直面することとなる。

NICU入院児または低出生体重児の親子の発達過程や心理的な変容過程についてはすでにいくつかの報告がなされている（例えば、池内・内藤、2009；富永、2010）。NICU入院初期に焦点を当てた山本（2009）の研究では、子どもが

NICUに入院すると【NICU入院のショック】と【子どもの身体に対する懸念】を抱くが、医師からの病状説明や子どもに直接接触する体験を通して【生命の保障による安堵】を得、【母性性の表れ】とされる行動が出現することが報告されている。なお、このプロセスにおいて、【生命の保障による安堵】が得られない場合には母子関係の構築に支障をきたす可能性があることが示唆された。また、小池（2009）は、超低出生体重児の両親の家族形成過程を【家族が危機的状況を乗り越えるまでの時期】、【子どもと家族の相互作用が促進されるまでの時期】、【家族として子どもを迎え入れる時期】の3つの時期に分けて捉えており、超低出生体重児の両親

1 香川大学教育学部

2 香川大学医学部

が、子どもの生存、予後、障害への危惧を経験しながら、子どもとの相互作用を進展させていくプロセスを示した。さらに、飯塚(2013)は、低出生体重児の母親における母子分離体験に焦点を当てた分析を行った。その結果、母子分離に伴い子どもとの間に心理的な距離が発生するが、抱っこや授乳等によって母親としての実感が生じ、一時的な母子分離は容易に克服できる可能性があること、一方で出産に伴うトラウマティックな傷つき体験と自責の念は、繰り返し蘇ることが示されている。これらの研究に示されるように、子どもがNICUに入院した経験のある母親は、子どもの生命への憂慮、出産にまつわる罪責感といったネガティブな感情を経験しながらも、子どもとの相互作用のなかで愛着関係を発達させていくことが明らかとなっている。

ところで、近年、家族研究の領域では、「親意識、親アイデンティティ、親としての研究」の重要性が強調されるようになってきた(須川、2010)。中でも、病児を育てることによる親の発達について興味深い見解が示されている。例えば、先天性心疾患児の両親において、罪責感の強さと親としての肯定的な変化を自覚する程度が正の相関関係にあることが明らかとなっている(白石ら、2006)。この結果を受け、須川(2010)は、病児を育てること、さらには罪責感を持つことが親としての成長の自覚につながるという、より複雑な成長の道が存在することを指摘している。

低出生体重児の親においても、子どもに対して「満足に生んでやれなかった」という強い罪責感を抱いていることが指摘される一方で、母

親の子どもに対する罪責感、母親としての役割を促進する面もあることが報告されている(永田、2010)。

これらを踏まえると、親子としての出会いの時期に、子どもの生命の危機に直面する女性が母親意識を発達させていくプロセスは、より複雑な様相を帯びていることが想定される。そのため、予期せぬ形での出産や子どもの危機的事態がもたらす母親へのネガティブな影響だけでなく、その経験のネガティブ・ポジティブ両面をより包括的に捉え直し、母親意識の発達を検討する必要があると考えられる。以上を踏まえ、本研究の目的は、低出生体重児の母親において、母親としての意識の発達過程を具体的に検討することである。子どもの生命危機に伴う困難な経験と母親としての意識の発達とにどのような関係があるのか、母親の体験の複雑な様相を記述することにより、子どもがNICUに入院した母親を心理的に支える要因を医療従事者や援助者が理解し、臨床実践への示唆が得られるだろう。

方法

調査協力者 低出生体重児の母親7名。在胎30週未満の早期産であり、NICUに2カ月以上入院した経験をもっていること、調査時点で子どもに明らかな後遺障害が認められていない者に限定した。母親の平均年齢は29.0歳(22歳-35歳)であった。協力者の詳細なプロフィールをTable 1に示す。Dさんを除く全員が妊娠経過の中で管理入院の経験があったが、Cさん、Gさんは、出産直前は自宅で通常の生活を送っていた。

Table 1 調査協力者のプロフィール

協力者	母親の年齢	子の性別	出生体重(g)	在胎週数	NICU収容期間(月)	初産・経産	出産直前の管理入院
Aさん	30代	男	900	26	4	経	有
Bさん	20代	女	1400	28	2	経	有
Cさん	20代	男	600	26	3	初	無
Dさん	20代	男	1200	28	2.5	初	無
Eさん	20代	男	700	26	3	初	有
Fさん	20代	男	800	25	3	経	有
Gさん	20代	男	1600	29	2	初	無

協力者の子どもはすべて同じ病院（総合周産期母子医療センター）のNICUに入院した経験を持っていた。この病院では、NICU退院後、約1週間以上の小児科病棟での母子同室入院を推奨しており、本研究の協力者も、1週間～1カ月程度の母子同室入院を経験していた。なお、筆者はNICU入院中に協力者と面識があり、子どもの医療的な状況の経過については共有されていた。

手続き 退院から1カ月以上経過した母親に筆者から直接本研究への協力を依頼した。同意の得られた母親に対し、各1回の半構造化面接を行った。面接所要時間は90～110分であった。調査面接では、「妊娠期」、「NICU入院期」、「NICU退院後」の3つの時期に整理しながら、時系列に沿って語ってもらった。質問項目は、①妊娠・出産をめぐる気持ち、②子どもの医療的な状況の経過、③子どもおよび親としての自分についての気持ち、④家庭内外のサポート、⑤NICUで必要だと思うサポート、という5つの柱から構成された。

分析方法 ①録音された発話データをもとに作成された逐語記録を2～3回程度読み直し、データの読み込みを行った。②逐語記録から、単一の意味内容を持つようなまとまりを同定し、切片化を行った。語りの総数は、608個であった。③それぞれの切片に対し、その意味内容を的確に示すようなラベリングを行った。④協力者全員の切片化されたデータを読み比べ、「子どもおよび母親としての自分についてどのような気持ちが語られているか」、「心理的な対処やサポートとして有効なものは何か」という視点から、類似の内容のものをまとめ、そのまとまりに名前をつけてカテゴリを生成した。第一段階で得られたカテゴリ数は81個であった。⑤さらに、④で得られたカテゴリから、内容的に共通の上位概念でまとめられる複数のカテゴリをまとめると、24個のサブ・カテゴリが編成された。⑥再び逐語記録を読み返し、⑤で得られたサブ・カテゴリがどのような文脈で語られているかを検討した。時期の対応と、一つの文脈の中でポジティブな体験と

ネガティブな体験が語られていることを考慮した上で、内容的に共通の上位概念でまとめた結果、最終的に6個のカテゴリ・グループ（以下、CG）が得られた。⑦本研究の「母親意識がどのように発達・変容していくのか」という目的に即して、時系列および心理的な変化が生じる流れを検討し、サブ・カテゴリおよびCGの関連図を作成した。

結果と考察

分析の結果、【身体的・心理的安全性の保持】、【親としての自己の構築／再構築】、【子どもの医療的な現状に伴う揺れ動き】、【わが子のイメージの揺れ動き】、【育児の喜びと責任】、【サポート体制の構築】の6つのCGが見出された。サブ・カテゴリと語りの例、および時期との対応は、Table 2の通りである。また、各CGの関連図をFigure 1に示した。以下に、妊娠期、NICU入院期、NICU退院期（母子同室入院の時期も含まれる）の3つの時期に即して、カテゴリ分析の結果および代表事例を示し、低出生体重児の母親意識の発達について考察する。

I. 妊娠期

(1) カテゴリ分析の結果

妊娠期は、胎内の子どもと一体になっている時期であり、母親自身の身体の状態めぐって苦痛や不安、混乱が体験されやすい。妊娠経過の異常を指摘され、管理入院下に置かれた母親は、身体的にも心理的にも安全性を脅かされやすく、母親は【身体的・心理的安全性の保持】に努めていた。まず、母体としての自分の＜身体的コントロール感の喪失＞は、胎内の子どもの状態や出産について強い不安を生じさせる。＜子どもの命を喪失する不安＞や、出産後の子どもの健康状態に関してネガティブな想像をせざるを得ない場合も見られた。こうした状況に対して、母親は、考えすぎないことや、自分の置かれている状況や辛さを書き出すといった行為によって＜不安のコントロール＞を試みたり、胎内の子が生きており、一日一日を無事に

Table 2 カテゴリーと語りの例

時期	カテゴリー・グループ	サブ・カテゴリー	語りの例
妊娠期	身体的・心理的安全感の保持	身体的コントロール感の喪失	トイレ行ったら、羊水が出たり、ナプキンについていたりしたら、もう不安、すごい不安で…。(A)
		情緒的混乱	寝られないし、いつこの子の心拍がおかしくなるかも分らないし、みたいな感じ。常に緊張した状態と、自分を責めるのと。(B)
		子どもの命を喪失する不安	もし今回同じようなことがあったら、母体より赤ちゃんを優先してほしいですっていう話はしたことがあります。(E)
		現在・未来の不確かさに伴う不安・混乱	ああ私今25週やとか、一週間一週間が、もう何て言うんだらう、無事に目覚めたみたいなの。毎日毎日が。(A)
		安全であることの確認	(その時期の支えになったのは) 確実にお腹で今動いてくれていること。ああ、死んでいない。今、生きている。(B)
		不安のコントロール	日記を書きました。ストレスが結構なくなるというか。辛い、みたいなのを全部日記に。(F)
		出産後の未来への希望	(同じ病棟に) 入院していた妊婦さんが看護師さんで、300グラム台の子とかでも助かってるから大丈夫よって教えてくれて、いける！みたいな感覚で。(F)
母子分離期	子どもの医療的現状に伴う揺れ動き	子どもの病状をめぐる不安・緊張	自宅で酸素をつけないといけない子もいたりするので、自分の子がそうなったときに、ちゃんと受け止めて育てていけるのかという不安は。やはり何かあるたびに。(G)
		子どもの病状の認識	(看護師から子どもの状態を聞いて)「ああ、今日は良かったんや、ちょっと前進できたんやな」とか、「ああ、やっぱりしんどいんだな、無理していたのかな」とか。(B)
		子どもの成熟・治療の進展への安堵	(人工呼吸器の) 管が抜けたときは嬉しかった。(F)
母子分離期	わが子のイメージの揺れ動き	未熟で脆弱な子ども	胎児に見えて、かわいそうだったけど。うわっとか言うよりは、もっとお腹にいたほうがよかったなっていうのはあった。(F)
		生命力・能動性のある子ども	一番初めに産声とかは上げないだろうと言われていたけれど、1回泣いて、その声が聞こえたから、この子は大丈夫だなみたいな。そのときはちょっと勇氣。(G)
		子どもへの愛着	1200gか1300gくらいのときに初めて抱っこして。めっちゃかわいいと思って。(C)
母子分離期	「親としての自己」の構築／再構築	出産に伴う身体的苦痛	(出産後自分がショック状態になり) それからしばらくはちょっときつかったですね。体の持って行きようがないというか。(E)
		罪責感	辛いとか悲しいっていうよりは申し訳ない。こんな早くに生んでしまって。(E)
		親役割をこなせない自分	完全にこっちでお世話になっているし、「私がブツツと音信不通になっても、この子は別にここで…。私の意味って何？」とか考え出して。(B)
		親役割へのコミットメント	今、NICUに入院しているその子におっぱいをあげるとい、それが今、私にとっての責任、親なんだ、今やるのがそれなんだと。(B)
育児期	育児の喜びと責任	自分の経験への捉え直し	お腹の中にあと一カ月いで出産してたら思えなかったことをいっぱい思わせてくれましたね。辛い目もしましたが、でもその分周りの結びつきも強くなったなと思って。(D)
		育児に伴う不安	転棟しても(母乳を)4グラムとかしか飲まんし。すごい時間かかるし。本当に飲めよんかな、とか。(C)
		理解・予測	心臓とヘルニアのことはひたすら心配やったけど、心配することが集中されていたから、気持ちの整理はつきやすかった。(B)
		育児の責任を引き受ける	まあ、自分が気をつけてがんばったら、なんとかなるかな。呼吸とかはどうにもできないから。(A)
育児期	サポート体制の構築	子どもと共にいる喜び	(子どもが傍に) おるだけで、ああ、幸せやなと思って。ここまでこれたんが、まず幸せやし、一緒におれることが。(D)
		他児の母親との体験の共有	その子(小児科病棟入院中に会った他児の母親)とは、子どもが産まれてきた週数もよく似ていて、「今こういうことができるようになった」とか、「こういうときはどうしたらいいんだらう」みたいな(相談をする)。(G)
育児期	サポート体制の構築	医療的バックアップ体制への信頼	何かあったらとりあえずNICUに電話をくださいとか、そういうバックグラウンドがあったんで(B)

注) 母子分離期のカテゴリーは、協力者によっては育児期にも認められた。

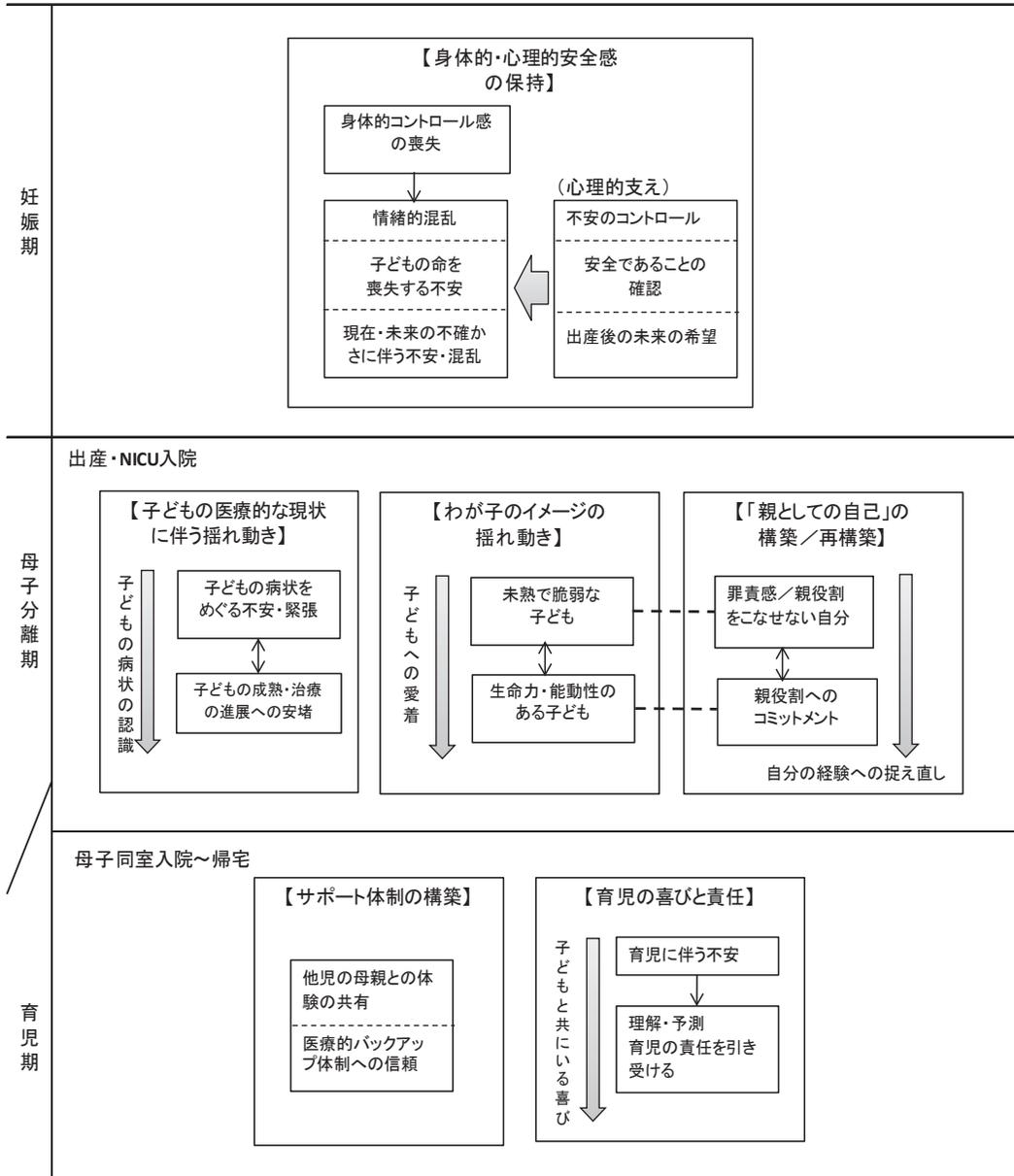


Figure 1 各カテゴリーグループの関連図

終えたという「安全であることの確認」を行うことで心理的に対処していた。また、自分と類似した状況に置かれた母子の情報を取り入れたり、健康な子どもを出産することを想像することを通して、「出産後の未来への希望」を持つことが母親の心理的な支えとなっていた。

(2) 代表事例

Aさんは、これまでの妊娠経験の中で数回流

産を経験していたため、胎内の子が死んでしまうのではないかと不安を持っていたという。高度な医療設備の整っている医療機関に紹介され、管理入院となったが、在胎20週で破水してしまった。以前、流産した際「産んだときに死んでる子を見せてくれるわけですよね。すべてできてる状態。体が。ほんまに赤ちゃん。」と思った体験があり、「ずっと（不妊治療を）頑

張ってきたし、これが最後の妊娠って思ったからどうしても産みたかった」と、出産を希望した。しかし、医師からは重い障害が残る可能性が伝えられ、「本当に育てていけるのか」と、産むかどうかの決断にも迷いが生じたという。出産に関して医師と何度も話し合いを重ねる中で、新生児科医の「とりあえずこの子に任せたらいい。生まれたいときに生まれてくるから。」という言葉に救われ、「私この子を産んでもいいんだ」という気持ちになった。

寝たきりの生活となるが、毎日「(赤ちゃんが)生きてるか」「心臓が止まっていないか」と不安で、気分の浮き沈みが激しかったという。あるとき、医師から、出産時に帝王切開の必要性がある場合、帝王切開をするかどうかの意志確認があった。Aさんは「帝王切開をしないと(赤ちゃんは)死んでしまうのにどうしてそんなことを聞くんだろう」と疑問に思い、それを看護師に尋ねると、「生まれてきても障害が残るからかなあ」と言われた。その言葉に強いショックを受けたAさんは、新生児科医と話すことを希望した。その際、「お母さんのお腹の中に入れてくれるほうがこの子にとってもいいし、障害の率も下がる」と言われ、「頑張ろうって思えた」、「私がじっとして、陣痛が来ずに30週とかいけたら、普通の子が生まれるんだ」、「希望が見えた」という。インターネットで自分と類似した状況の母親のブログを見ること、胎児の心音を確認してもらうことが日課となり、一週ごとに「無事に目覚めた」という思いで出産の日まで過ごしていた。26週で出産し、初めてわが子に会ったときには、「よかった。生きてた。この子は大丈夫。生きられる。」と思ったという。

(3) 妊娠期の母親の主観的体験

妊娠経過の深刻な異常を指摘された場合、母胎や胎児が突然危険な状態に陥ったり、早産を余儀なくされる可能性を想定しなければならず、それは母親自身のコントロールできる範囲を超えて生じ得る事態である。この危機的事態に対して積極的な行動によって解決することはできず、治療に耐えて母胎の体調管理に努める

ことが母親としての主な仕事となる。そのため、現在の状況に自分が対処できているという手応えを感じにくい。また、妊娠期には胎内の子どもを直接観察したり、働きかけることはできず、異常が発見されても、その原因を明らかにできないことが珍しくない。こうした状況に伴い、今後の経過を予測できない不安や、子どもの死や障害を予期することに伴う恐怖を強く抱いている。つまり、母親は、妊娠中の現在においても、出産後の未来を想像しても、“わからない”、“予測できない”という不確かさの中にいる。特に、Aさんのように、過去に流産・死産といったトラウマティックな喪失体験があったり、妊娠経過の異常が深刻な場合、母親の安全感は脅かされやすいと考えられる。

この時期の母親にとっては、子どもが胎内で生きている状態を確実に感じ、一日一日を無事に終えたことを確認する、というように、“現在の状況は安全であり、一步一步前進している”と確認できることが心理的な支えとなっている。そして、子どもを胎内に保とうと治療に耐える母親の現在の努力が、子どもの生命と健康を守っており、出産後の肯定的な未来へつながっているという希望を保てることが重要と考えられる。

II. 母子分離期(NICU入院期)

(1) カテゴリー分析の結果

NICU入院期には、出産を契機として、子どもの生命や健康を守り、成長を促進する役割が母親から医療へと移行する。この時期は、親としての自分や治療される子どもをめぐる母親の体験は3つのCGから構成されていた。

CGの一つ目は、【子どもの医療的な現状をめぐる揺れ動き】である。NICU入院児の親がまず求められるのは、子どもが現時点で抱えている医療的な問題と必要な治療を理解し、選択することである。NICUに入院している以上、生命危機の状態にあり、時には医療従事者さえもいつどういう事態に転ぶか予測ができなかったり、死の危険性といったシビアな病状を伝えなければならぬ。このような医療的な現状に母

親はその都度心理的な衝撃を受け、「いつ何が起こるか分からない」と＜子どもの病状をめぐる不安・緊張＞の状態にあった。子どもが少しずつ成熟したり、治療が進展すると、それに伴い母親は＜子どもの成熟・治療の進展に伴う安堵＞を得る。しかし、安堵した直後に子どもの状態が悪化したり、再び濃厚な医療が必要となるといった状況を経験することにより、母親は不安・緊張と安堵を揺れ動いていた。その中で、母親自身も子どもの病状について調べたり、積極的に医療従事者に尋ねたり、自分の眼で子どもの状態をチェックするという＜子どもの病状の認識＞に向けた主体的な動きが生じていた。

次に、【わが子のイメージの揺れ動き】というCGが見出された。NICU入院初期は、子どもは気管内挿管や輸液の管理下に置かれることが多い。通常の“赤ちゃん”のイメージとはかけ離れたわが子は、＜未熟で脆弱な子ども＞として捉えられる。一方で、子どもが治療される姿や、子どもの動きや反応を観察すること、皮膚接触をもつことを通して、「生きている」、「頑張っている」というようなく生命力・能動性のある子ども＞というポジティブなイメージが母親に生じていた。子どもをめぐるこの二つのイメージは段階的に変容していくのではない。むしろ母親の中で同時に共存しており、子どもの医療的な現状や母親の情緒的混乱の程度が影響して、どちらか一方のイメージが強く意識化されることが推察された。さらに、子どもへの接触欲求や自分の子であるという実感が確かなものになるにつれて、＜子どもへの愛着＞が形成されていた。

第三のCGは、【親としての自己の構築／再構築】である。＜出産に伴う身体的苦痛＞が回復してくると、未熟で脆弱な子どもとの対面に伴い、「申し訳ない」という出産をめぐる強い＜罪責感＞を抱き、「親なのにできることがない」と＜親役割をこなせない自分＞にも直面していた。このように「親としての自己」のイメージが深く傷つき、情緒的には混乱していながらも、医療従事者の勧めに応じる形で、「母乳を持っていくのが仕事」、「触ることで安心させてあげら

れるかな」など、親としてできることの模索が始まる。その際、子どもの生命力や能動性を感じ取ることが、＜親役割へのコミットメント＞の契機となっていた。さらに、子どもが急性期を過ぎた頃には、出産や親としての自分について深く内省したり、治療される子どもと向き合うことを通して、早産や子どものNICU入院を捉え直すようなく自分の経験の捉え直し＞が行われていた。

(2) 代表事例

Bさんは、在胎27週で緊急入院となった。切迫早産の治療による身体的な苦痛も強く、「早く産んでしまいたい」気持ちと「このまま（お腹に）持たせないとこの子の命が」という気持ちの間で葛藤していた。入院して約1週間後に自然分娩で出産。NICUでの初回面会では、「へえ、小さいな。赤ちゃん。これ誰の子？」という感覚で、自分の子どもという実感はなかった。産科で正規産児やその母親、出産前の妊婦を見た後、改めてわが子に会うと、「（出産時に切迫早産の治療から）やっと解放されると思って、あんなぐったりした小さい子どもを産んでしまって、結局病院に任せてしまった」と自分を責めた。「親なのにこの子のことが何もわからない」という無力感にも苛まれた。さらに、Bさんは、妊娠中は第一子の世話に懸命だったため、「この子とあまり対話してなかった」ことに気づく。「お腹の中で私にずっとしがみついていたのに、私はこの子をしっかり見ていなかった」と、生まれたわが子のことを考え続けた。一方で、わが子が保育器の中で自分の指を「ものすごい力で握った」瞬間、その生命力を感じたのだという。そして、自分を責めることに疲れた頃、わが子や家族がそれぞれ頑張っている姿が見えるようになった。後悔や罪責感を引きずってはいらぬものの、「私が悔やんでHの体が改善されるか」というと、そうじゃない。今NICUに入院しているこの子におっぱいをあげるのが、私の親としての責任だ」という気持ちに「引っ張ってもらった」という。ミルクの量が増える、呼吸器や保育器の酸素濃度が下がる、抱っこができる、保育器から出る、という

ように、少しずつ成長していく赤ちゃんの姿を感じ、Bさんは次第に、早産についても「Hはそういう人生のスタートの仕方だったんだな」、「この子の生き方は前向きですずっと前進している」と思うようになった。わが子がNICUを退院し、小児科病棟での母子同室入院となり、一緒に生活するようになると、「やっぱり私はお母さんなんだ」という実感を深めていった。同じ病室に入院していたNICU出身の子どもの母親同士でも交流が深まり、辛さや悩みを共有することで安心感が得られたという。

(3) NICU入院期の母親の主観的体験

早産を経験した母親は、妊娠が突然中断され、目の前にいる赤ちゃんがわが子であるという実感を持ちにくい。子どもと出会えた喜びよりも、子どもの生命の憂慮、「満身に産んでやれなかった」という母親としての深い傷つきなど、ネガティブな感情が母親の意識を大きく占める。中でも、出産直後や子どもの病状が悪化した際に母親に体験されるのは、「申し訳ない」という子どもへの罪責感である。Bさんの事例では、「ぐったりした小さい子」という＜未熟で脆弱な子ども＞のイメージが生じるに伴って罪責感は生じている。しかし、その後の経過では、罪責感に苦しむ中でわが子について深く考え、情緒的にコミットしていくプロセスが始まっていることが見出せる。このように、罪責感、未熟で脆弱なわが子と、望むような出産ができなかった親としての自分に向き合うからこそ生じる感情でもあると考えられた。

一方、現実の子どもとの関係の中で、「自分の指をものすごい力で握った」というように、子どもの生命力や能動性を感じ取ることが、子どもの医療的な現状に伴う不安をコントロールしようと努める、母親としての役割や責任を意識する、といった建設的な努力へと向かう契機となっている。

以上のように、NICU入院期には、子どもの医療的な状況が変動しやすいため、母親は【子どもの医療的現状に伴う揺れ動き】、【わが子のイメージの揺れ動き】、【親としての自己の構築／再構築】、という3つのテーマをめぐって、

ポジティブな感情とネガティブな感情を繰り返しやすいことが示唆された。

Ⅲ. 育児期(母子同室入院～退院)

(1) カテゴリー分析の結果

NICUを退院すると、母親の育児技術獲得を目的とした母子同室入院を経て、退院することとなる。これに伴い、子どもの生命や健康を守り、成長を促す役割の主体が母親へと移行する。この時期の母親の体験は、2つのCGから構成されていた。

一つめのCGは、【育児の喜びと責任】である。子どもにつきっきりで世話をするという事態に、母親は、子どもの呼吸が止まって死んでしまうのではないかと、母乳やミルクを飲めずにきちんと育ててくれないのではないかと、といった＜育児に伴う不安＞を抱える。しかし、共に生活し、世話をしていく中で、子どもの状態や対処法を理解したり、退院後の生活がある程度予測できるようになっていた(＜理解・予測＞)。そして、不安はありながらも＜育児の責任を引き受ける＞覚悟を持ち、同時に＜子どもと共にいる喜び＞を感じていた。

二つ目のCGは、【サポート体制の構築】である。母子同室入院の時期には、小児科病棟内で他の入院児やNICU出身の子どもの母親たちと出会う機会が得られやすい。こうした機会を通して、母親は、他児の母親と辛さや不安を共有したり、困難な経験をしているのが自分だけではないことに気づいていた(＜他児の母親との体験の共有＞)。また、家庭で育児をするにあたり、「何かあったらNICUに電話すればよい」という＜医療的バックアップ体制への信頼＞が、母親に安心感を与えていた。

しかし、母子同室入院においては、NICU退院後、子どもの発達の経過が順調であり、育児技術の獲得に特別な困難を感じないタイプ(A、B、D、E、F)と、子どもの発達の経過が順調でなく、育児への不安を強く感じるタイプ(C、G)の2つのタイプがあると考えられた。

(2) 代表事例

Cさんには妊娠初期から様々な予想外の身体

症状があった。母体を薬や治療でコントロールしていたが、早産になることは予測していなかったという。26週で突然子癇発作が起こり、緊急帝王切開で出産。出産した記憶も感覚もなかったが、初回面会の際、子どもの小さな手足だけが見えて「申し訳ない」という思いで涙が出たという。未熟なわが子は「エイリアンみたいで「かわいいと思えなかった」。「未熟児の中でも私の子は小さい」という思いもあり、触るのも怖かったが、子どもの体重が増え、触る感覚が変わってくると、「かわいい」「触りたい」という思いが徐々に沸いてきた。初めて抱っこしたときは「あったかい。すごい小さいんだけど、生きてるんだなと思った」という。しかし、子どもが保育器から出る際には、嬉しさだけでなく、「こんなに小さいのに、保育器の外に出て大丈夫？」という不安も強かった。NICUを退院し、母子同室入院へと移行する際も「こんな体重で本当に大丈夫？」「先生にも見捨てられたらどうしよう」と一層不安になったのだという。母子同室入院となってからも、子どもは母乳を口から飲むことが難しく、誤嚥したことを契機に、以前のように経管チューブを通して母乳を注入することになった。Cさんは「申し訳ない。ちゃんと産んでいたらこんなことにならなかったのに」と自分を責めた。退院後はチューブの取り替えを母親がしなければならないと指導されたが、「絶対できない」「チューブでしか飲めないのは嫌」と思った。しかし、「こんなこと考えていても、Iちゃんが一番頑張ってる。Iちゃんにこんな気持ちが伝わる」と、気持ちを立て直した。「かわいいと思えたから頑張れた」という。加えて、小児科病棟で重症な病気の子どもたちの存在を知ったり、同室の母親仲間や家族の励ましに助けられたことにより、「私は特別小さいと思っていたけど、そうでもない。逆にここまで障害がなく来られたのが奇跡だ」と思うようになった。

(3) NICU退院後の母親の主観的体験

NICUを退院するという事は、これまで高度な医療に守られていた環境から子どもが出ていくことを意味している。そのため、NICU退

院の前後には、母親が子どもの生命と健康を守る責任を全面的に引き受けていくことが課題となる。子どもの発達が順調であれば、育児に伴う不安は、子どもと共に過ごす中で具体化されていく。“気をつけるべきこと”と“気にしても仕方がないこと”とが区別され、母親に「自分が対処できる」という感覚が育まれ、育児の責任を引き受ける覚悟ができるようになる。

一方、Cさんのように、母親の予想より子どもの発達の経過が順調に進まなかったり、体調のコントロールが困難な場合には、母親が再度罪責感を抱えることがある。急性期を脱してもなお、母親が出産をめぐる罪責感を抱くことは留意すべき点であろう。この場合、具体的な育児技術を指導することに加え、母親に対する情緒的なサポートが必要である。今回の調査協力者から有効なサポートとして最も多くあげられたのが、似た状況に置かれた子どもの母親たちからのサポートであった。子どもとの関係に深くコミットしていたNICU入院期とは異なり、この時期には、母子を取り巻く環境に対して母親の視界が開かれている。Cさんのように、自分以外にも困難な経験をしている子どもや母親の存在に気づくことは、自分の置かれている状況や困難さ、自分の経験を捉え直す機会となる。また、母親仲間との交流の中で、自分の頑張りが認められたり、傷つきや不安、焦りを共有することにより、医療従事者や家族から得られるサポートとは質の異なる安心感が得られている。

総合考察

本研究では、低出生体重児のわが子がNICUに入院した経験をもつ母親における母親意識の発達過程について検討した。母親が子どもとの関係を発達させていく中で、子どもへの罪責感や無力感といったネガティブな感情を抱きながらも、現実の子どもとの関係を通して子どもの生命力や能動性を感じ取り、親役割へとコミットしていくプロセスは、これまでの先行研究から得られた知見と一致している(小池、2009; 飯塚、2013など)。しかし、母親の体験のネガ

ティブ・ポジティブ両面を包括的に捉え、その複雑な様相を見出すことに焦点を当てて分析を行った結果、本研究では以下のことが見出された。

まず、妊娠期は、胎内の子どもと一体になっている時期であり、母親自身の身体の状態をめぐって、身体的・心理的に安全であると確認することが重要であることが見出された。そして、出産すると、子どもと直接対面できるようになり、それに伴って母親の子どもに対する感情がより明確に体験される。

NICU入院に伴い、子どもは母親の力の及ばない範囲で治療されたり、成熟を促される状況に置かれる。また、急性期には子どもの医療的な状態が大きく変動しやすい。こうした状況の中で、母親は、NICU入院中には特に、ポジティブな感情とネガティブな感情が同時に共存したり、ポジティブな体験とネガティブな体験が周期的に繰り返されていることが推察された。例えば、「抱っこは嬉しかったけど、(直後に子どもが感染症となり)触るのは恐ろしくなりました。自分のせいかなあっていうのがあった。」(A)と、子どもと接触できる嬉しさを感じた直後に不安や緊張を抱えざるを得ないという体験や、「会いたくなかった。いえ、会いたいとは思うんです。でも点滴いっぱい入ってるし、怖いし、かわいそうと思って。」(C)と、子どもへの愛着を感じつつも未熟な子どもの姿に怖れを抱く、といった体験である。つまり、NICU入院期には特に、ポジティブ-ネガティブ両方の感情が同時に共存するアンビバレントな状態にあることが推察された。障がいを持つ赤ちゃんの親について、橋本(2011)は、アンビバレントな思いが共存するのは当然であり、アンビバレンスを抱えたままでも子どもと向き合うことができれば、親と子の関係性は少しずつ発達を始める、と述べている。本研究の各事例においても、子どもが急性期を脱して成熟し、子どもへの愛着が確かになっていくに従い、アンビバレントな感情の揺れ動きが次第に小さくなったり、母親が自分のネガティブな感情に対処しやすくなっているプロセスが示唆さ

れた。

ただし、育児期に至ってもなお、子どもの体調悪化といった事態に遭遇すると、母親は再び出産をめぐる罪責感を体験する。これは、低出生体重児の母親において、「子どもが急性期を過ぎ落ち着いた状態になっている時点においても、妊娠・分娩・出産に伴うトラウマティックな傷つき体験と早産に対する自責の念は、癒えることなくことあるごとに湧き上がってきていた」という飯塚(2013)の報告と一致している。

ここで、罪責感が生じるプロセスについて、考察を加えたい。本研究では、母親が目の前の子どもを、<未熟で脆弱な子ども>というイメージで捉えたときに、出産をめぐる罪責感を抱くことが示唆された。このとき、「もっとお腹の中にいさせてやったらあんな辛い目しなくていいのになって、もうそればかり。」(D)という語りに示されるように、罪責感が語られる文脈には、“子どもの身体的苦痛への共感”が含まれている。こうした語りは、目の前の未熟で痛々しい姿の子どもに自分の気持ちを重ね、子どもの身になって痛みを感じる、つまり子どもに対する同一化のプロセスが始まっていることを示していると考えられる。先天性心疾患児の母親における病の経験プロセスを検討した須川(2010)は、母親の抱く罪責感について、「病気という困難さに向き合う子ども」に向き合い続けるからこそ母親に生じる感情である」と述べている。つまり、罪責感は、一見してネガティブな感情であっても、目の前の子どもと、親としての自分に向き合うことで生じる感情として理解することができる。

ただし、現実には子どもが未熟で痛々しい姿であることに刺激されて罪責感が生じる場合もあれば、現実には子どもは成熟・発達が進んでいるにもかかわらず、母親の罪責感や傷つきが深いからこそ、子どもにネガティブなイメージが投影される場合もあると考えられる。後者の場合には特に、母親への心理的なアプローチが必要となると考えられる。なお、母親が罪責感から気持ちを立て直す契機となるのが、<生命力・能動性のある子ども>のイメージが生じる

ことも、注目すべき点であろう。傷ついた母親の目に映る“頑張っている”子どもの姿が、母親に再び子どもや親としての自分に向き合う力を与え、親役割へのコミットメントを促す。このように、母親の子どもに対するポジティブ・ネガティブなイメージの揺れ動きが、母親の感情状態と強く関係していると考えられた。

それでは、母親が罪責感を始めとした苦しい感情の渦中にいるときには、どのような心理的な援助が有効なのだろうか。子どもへの罪責感に苦しんだCさんは、その時期を振り返って「過去を振り返るだけ振り返って、落ち込んで、それを終えてからでないと同向きになりきれない。あまりにも出産のテンポが早すぎた。いったん止まって自分で考えたい。自分がやったこと（早く産んでしまったこと）を呑み込もうと思っていたのかな」と意味づけている。この語りからは、混乱の中にいる母親が、“自分が今、何を経験しているか”を整理し、受け止めるという心理的作業の必要性がうかがわれる。Stern et al (1998)によると、特別な配慮の必要な赤ちゃんの親への援助として最も重要なのは、「自分が何を経験しているかを探り、それを他の誰かと共有する道を見つけること」であるという。そして、その際に最も助けとなるのが、この独特の状況に精通している専門家や似た状況に置かれる親たちの存在である (Stern et al, 1998)。本研究では、似た状況に置かれた母親たちと体験を共有することが、母親が自分の経験を捉え直し、ポジティブな側面を見出す契機として示された。自身の辛い経験のポジティブな側面を重視することは、アンビバレントな考えを持ちつつも、子どもの気持ちに寄り添いやすくすると言われている (須川, 2010)。NICU入院中の急性期には主にNICUの医療従事者や援助者と、そして実際に育児が始まる時期には、似た状況に置かれた母親たちと、問題や経験を共有することが母親の心理的な支えとなると考えられる。母親が、繰り返されるポジティブ・ネガティブな体験に揺れながらも、子どもとの関係性を発達させていくための「心理的に安全」(橋本, 2011)な場を形成すること

が何よりも重要であろう。

最後に、本研究の限界と今後の課題について述べる。本研究の協力者には、低出生体重児の中でも明らかな後遺障害がある子どもの母親は含まれていない。母親意識の発達には、子どもの生命力や能動性を感じ取ることが重要な契機となり得ることが示唆されたが、今後は、障害のために反応性が乏しい子どもや、退院後も濃厚な医療的ケアを必要とする子どもの母親など、対象を広げて母親意識の発達を検討する必要がある。また、本研究では、母子関係に焦点を当てた分析を行ったが、家族を含めた周囲の人々との関係の中でNICU入院児の母親への具体的な心理的サポートを検討することも重要であると考えられる。

引用文献

- 小池伝一 (2009). NICU入院期間中の超低出生体重児の両親の家族形成過程 日本新生児看護学会誌, **15**, 20-27.
- 橋本洋子 (2011). NICUとこころのケア—家族のこころによりそって 第2版 メディカ出版
- 飯塚有紀 (2013). NICU入院を経験した低出生体重児の母親にとっての母子分離と母子再統合という体験 発達心理学研究, **24**, 263-272.
- 池内和代・内藤直子 (2009). 超低出生体重児を持つ母親のナラティブ (語り) と母親に対するケア 香川大学看護雑誌, **13**, 43-54.
- 永田雅子 (2010). 周産期のこころのケア 遠見書房
- 白石裕子・松浦賢長・山懸然太郎 (2006). 先天性心疾患児を持つ両親の抱く「罪責感」と「親としての変化」との関連 小児保健研究, **65**, 230-237.
- 須川聡子 (2010). 先天性疾患児の母親にとっての病の経験プロセス—病児を育てる親としての変化— 家族心理学研究, **24**, 89-102.
- Stern, D.N., Stern, N.B. & Freeland, A. (1998). *The Birth of a Mother: How the Motherhood Experience Changes You Forever* The Miller Agency: New York 北村婦美 (訳) 母親になるということ—新しい「私」の誕生 創元社
- 富永説子 (2010). 低出生体重児の母親の心理過程 安田女子大学文学研究科紀要, **15**, 91-109.

山本正子 (2009). M-GTA を用いたNICU入院初期の
児をもつ母親の子どもの受容プロセスの研究 母
性衛生, **49**, 540-547.

付記：本研究は科学研究費補助金(若手研究B,
課題番号23730657)を受けて行われた。