

St. Luke's International University Repository

Caring that Mother Experienced ini NICU - Focus on Family Centered Care (FCC) -

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 土屋, 由美子, Tsuchiya, Yumiko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00015011

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



— 原 著 —

NICUにおいて母親が経験したケアの実際

—Family centered care (FCC) に焦点をあてて—

土 屋 由美子¹⁾

抄 録

本研究の目的は、NICUにおける母親へのケアの実態について、FCCの概念を用いて調査し、Donabedianによるケアの質評価の方法に基づきケアが及ぼす母親への成果を探索することである。

本研究は、倫理の原則に基づき行われ、過程変数の測定道具には、研究者が作成した「NICUにおけるFCC質問紙」を用いた。成果変数には、患者信頼尺度、自尊感情尺度、ケア満足度を用いた。208部配布し、ケア過程の実態を調査し、ケア結果との関係を分析した結果、FCCの視点からみたNICUでの母親に対するケアは、「子どもからのメッセージを共有する」「子どもを護りたい気持ちに応える」「母親と子どもとの間の障壁を低くする」「母親を歓迎する」「母親へのいたわり」の5つの要素で構成されていた。これらFCCの考えを反映した構成要素の合計得点の平均は、59.9 (SD = 10.0) 点であり、「かなりそう思う」とする回答が多かった。この合計得点は、ケア満足度および母親の看護師に対する信頼を示す得点と有意な正の相関関係が認められた。5つの構成要素に含まれる、「子どもからのメッセージを共有する」「子どもを護りたい気持ちに応える」「母親へのいたわり」の3要素は、ケアの満足度と母親の看護師に対する信頼を示す得点に影響を及ぼしていることが認められた。一方、子どものNICU退院後3ヶ月の時点において、母親の自尊感情得点とケア要素の間に、関係性は認められなかった。

本研究で示されたケアの実態と成果から、看護師はケアパートナーとしての母親を支えるだけでなく、よりエンパワーしていくことを共通理解し、子どもへのケア場面でどのように生かしていくのかについて医療スタッフ間で検討を続ける必要があると考えられた。

キーワード：NICU, Family-centered care (FCC), 質評価

I. はじめに

未熟児の両親のNICU入室が許されるようになったのは、1970年代に入ってからであり、それまでは感染管理の理由から入室を拒否され、親の役割は器械によって取って代わられていた。その後、parentingへの関心の高まりとともに、早期分離による親子関係への影響が重要視され、面会の質と量は大きく変化した。子どもと家族の健康に対する認識が広まり、NICUにおける援助の対象は子どもだけでなく親子であるとの考えが支持されるようになった。そして今日では、family-centered care (以下、FCCと略す)へと発展してきている (Plaas, 1994)。FCCの実践において家族は、子どもに病気や障害があろうと普遍で不可欠な存在であり、子どもに関する医学的倫理的問題の意思決定の役割と、

子どもの身体的精神的ニーズにあった最良のケアを提供する力をもっているとされている。FCCとは、子どもに最良のケアを提供するために、専門家がこのような家族に対して情報を提供し、協働してケア計画立案から評価までを行うことができるよう働きかけていくことである (INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE, 2007)。

Johnson (1995) は、NICUにFCCが受け入れられてきている理由として、専門家の親の役割に対する認識の高まりだけでなく、専門的な技術的熟練を強調するあまり、未熟児や重症の新生児へのケアが、子どもや家族にとって重要な情緒的、発達の、現実的なニーズにあっていなかったことへの気づきをあげている。また、Meyerら (1994) の両親に対する個別的な介入研究の結果は、子どものケアに家族を巻き込むことが母親の抑うつや子

受付日 2007年2月2日 受理日 2008年2月29日

1) トヨタ記念病院

どもとの関係によいことを示し、FCCの効果を示すものであった。一方で、看護師はFCCを構成する要素は実践に不可欠であると認識しているが、実践に結びついていないとする報告もある (Petersen, et al., 2004)。日本においてもカンガルーケアの実施や面会時間の拡大の結果、母親が子どもを肯定し受容する感情を示す得点の上昇や、両親の潜在的なニーズへのスタッフの気づきがあったとの報告がされている (小倉, 宮元, 1999; 二俣他, 1997)。

以上のようなことからFCCはNICU看護の質を検討するうえで重要な視点ととらえることができる。質評価の枠組みとしては、Donabedian (1969) により、ケア要素を構造、過程、結果に分類し体系化されている。

しかしながら、FCCの定義は明確ではなく、親子にとっての意義については、十分な検討が必要であるといえる。またFCCが海外で発展してきていることから、日本での受け手によるケア評価をもとに、NICUにおけるケアの現状を知ることから始める必要があるだろう。

したがって本研究では、FCCが日本のNICUにおいてどのように取り入れられているのかを調査し、受け手にとってどのような成果をもたらしているのかを探索することを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究対象と手順

対象は、子どもがNICUに2週間以上入院し、退院後1ヶ月以上12ヶ月未満を経過した、150名程度の母親とした。関東近郊の7ヶ所のNICUを有する施設において、研究者は子どもの現在の状態が落ち着いていること、母親が研究の趣旨を理解し主体的に調査に参加できること、研究参加が心身の負担とならないこと、の3点を医師または看護師と相談したうえで自記式質問紙を配布し、郵送法で回収した。

質問紙記入の時期については、退院後1ヶ月以上12ヶ月未満とした。Hamelinら (1997) によるNICU退院後の母親へのニーズ調査では、子どもの最初の誕生日においても母親は入院中での経験について鮮明に記憶していたことが述べられ、Holditch-Davisら (2000) も、看護師との関係に関わる調査では安全性を配慮するうえで、むしろある程度の時間経過が必要であると指摘していることから、実態に基づいたデータが得られる期間と判断した。

調査期間は、2001年7～11月中旬とした。

2. 測定用具

1) 構造変数

母親と子どもおよび入院していたNICU施設のデモグラフィックデータを収集した。

2) 過程変数

NICUにおけるFCC質問紙は、文献検討より抽出されたFCCの重要要素をもとに作成し、内容妥当性の検討を行った結果、3つのカテゴリー「母親への理解と尊重」「コミュニケーション」「協働」と、〈母親の役割と能力への理解〉と〈母親の経験への理解〉、〈母親の意思決定への支持的態度〉と〈情報の提示〉、〈ケア目標と計画の共有〉と〈共にケアを行う〉の6つのサブカテゴリーから構成されるものとした。様式は45項目の4段階のリカート尺度とし、得点が高くなるほどFCCの考え方を反映した、子どもにとって最良のケアを行っていることを示すようにした。

質問紙の因子分析による構成概念妥当性の検討結果は、はじめの理論的な構成概念と異なったものとなったが、NICUにおける母親へのケア実態を反映し、また潜在的な母親のニーズや今後のケアの方向性を考えるうえで十分な示唆を得られるものと考えられた。内的整合性を示す全体の α 係数は0.89で、信頼性は支持されていた。

以上より、構造および成果変数との関連性の分析には、新しい5因子の因子ごとの合計得点を過程変数として用いた。因子構造については結果で述べる。

3) 成果変数

NICUの看護師に対する信頼は、岡谷 (1994) が作成した患者信頼尺度 (以下、PTS尺度と略す) を用いて測定した。本研究では治療対象と研究対象が異なるため、いくつかの質問項目を作成者の承諾を得て変更し、27項目に対する回答結果を分析対象とした。信頼性を示す α 係数は0.96であった。

未熟児の親が共通して経験する自尊心の傷つきの程度は、菅 (1984) の自尊感情尺度 (以下、SE尺度と略す) を用いて測定した。本研究における α 係数は0.86であった。

患者満足度は、visual analog scaleを用い、点数が高いほどケアへの満足度が高いということとした。

3. データ分析

統計ソフトSPSSver10.0J for Windowsを使用し、変数ごとの基本統計量の算出を行った。さらに変数間の関係の分析には、分散分析、単回帰分析、重回帰分析を行った。なお、検定の有意水準は5%とした。

III. 倫理的配慮

研究協力の依頼は、倫理の原則を遵守して行った。検診担当医師または看護師長に対して、研究の主旨の説明を口頭および文書で行い、研究の対象となる母親に対して研究の主旨と内容、研究への協力は自由意志であること、得られたデータは研究以外にはいっさい使用しないこと、データは統計的に処理され、匿名性が保持されること、研究参加による子どもの治療上の不利益はないこ

と、について口頭および文書にて説明し、質問紙の返送をもって研究協力の受諾とした。

なお、本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て行われた。

IV. 結果

質問紙は208部配布し、128部回収（回収率62%）し、無回答項目のあるものを除いた114名を有効回答（有効回答率89%）とした。さらに、そのなかのプライマリナースがいなかった対象8名（7%）のケア内容や看護師との関係性に対する回答は、プライマリナースがいた対象106名（93%）と同質とはいえないこと、その有無で層別化するのは困難であることから除外した。したがって、本研究での分析対象は、プライマリナースをもつ106名とした。

1. 対象の属性

対象は、初産婦が62名（59%）経産婦が44名（41%）であった。平均年齢は31.1（SD=4.0）歳であり、初産婦は30.3（SD=4.3）歳、経産婦は32.2（SD=3.4）歳であった。流産および死産経験のある対象は28名（26%）、子どものNICU入院経験のある対象は9名（9%）であった。NICUに入院した子どもについては、単胎が89例（84%）、双胎が13例（12%）、品胎が4例（4%）であった。出生週数の平均は33.4（SD=4.6）週であり、37週未満は75例（71%）であった。出生体重の中央値は1,773g（範囲510～4,950）であった。入院日数の中央値は37.5日（範囲14～310）であり、退院後日数の中央値は93日（範囲25～310）であった。NICU施設において面会の制限がなかったと回答したのは14名（13%）であった。

2. NICUにおける母親に対するケア過程（表1）

NICUでの母親に対するケアの構成要素を明らかにするために、FCC質問紙の回答結果について因子分析を行った。主因子法を用いて因子抽出後、バリマックス回転を行った。その結果、20項目からなる5因子が抽出された。累積寄与率は50.3%であった。第1因子（約12%）以外の各因子の寄与率は、ほぼ等分であった。

第1因子は、母親の子どもの世話に対する率直な感想や子どもについての気づきについて話す機会を、意図的に看護師が提供し、子どもに関する事柄への意味づけや表現を母親なりに子どもをとらえていることとして認めていることを示している。また看護師は、それらに対して否定や評価するのではなく、母親の子どもへの理解を深めることや積極的なケア参加につなげていこうとすることを示している。

したがって第1因子は、看護師が一方的に子どもからのメッセージを代弁して伝えるのではなく、看護師と母親が互いに受け取った「子どもからのメッセージを共有

する」ことに重点をおいた実践内容であると解釈した。

第2因子は、治療や器械が子どもにとっていかに重要であり、最優先されることであるか母親は理解しているが、同時に治療や器械をつけることに伴う子どもの苦痛や不快感などの負担を少しでも減らしたい気持ちをもつことに応えるものである。また看護師が、器械や治療に任せるだけでなく子どもが最良の状態でいられることを助けたい、自分の面会や世話などが子どもの負担にならないようにしたい、という母親の「子どもを護りたい気持ちに応える」想いに応える実践内容であると解釈した。

第3因子は、NICUに入院することにより生じた子どもと母親との距離を少しでも縮め、子どもとの時間を自由にもちたいといった母親の潜在的なニーズに配慮したものである。看護師の実践は、スケジュールや規則が絶対ではなく、調整し「母親と子どもとの間にある障壁を低くする」ことを示していると解釈した。

第4因子は、子どもの周りの器械やそれらが発する音や目の前で動くモニター画面などにより、面会に行っても居場所はないが、それでも子どもに会いたいと思うのは母親として当たり前であり、面会をためらう必要はないことを母親に伝えている。「母親を歓迎する」ことで、母親の親としての成長、自信や自覚を促す実践であると解釈した。

第5因子は、子どもの出生からNICU入院までに経験した母親の心理的な圧迫感や傷つきに対して、看護師が十分認識し母親の負担や癒しの過程を促すよう働きかけるものであり、看護師の「母親へのいたわり」を示す項目であると解釈した。

5因子の合計得点の平均は、59.9（SD=10.0）点であり、「かなりそう思う」の回答が多かった。また、20～80点の得点範囲において、最小値は32点、最大値は80点であった。これらの結果から、今回FCCを構成する要素から抽出された実践は、対象施設のほとんどで行われていたことがわかった。

3. 母親に対するケアの成果

患者信頼尺度得点（以下、PTS得点と略す）の平均は、81.0（SD=14.1）点であり、「かなりそう思う」の回答が多かったことがわかった。また27～108点の得点範囲において、最小値は48点、最大値は108点であった。

自尊感情尺度得点（以下、SE得点と略す）の平均は26.7（SD=5.4）点で、10～40点の得点範囲において最小値は14点、最大値は40点であった。20点以下の低得点群は13名（12%）であり、30点以上の高得点群は28名（26%）であった。

母親のNICUにおける満足度の平均は80.0（SD=16.5）点であった。最小値は7点、最大値は100点であった。

表1 「NICUにおけるFCC質問紙」因子分析

因子	質問項目	1	2	3	4	5
子どもからのメッセージを共有する	看護師とお互いが気づいた子どもの様子を伝え合い、子どもの世話について話し合った。	0,732	0,200	0,163	0,064	0,196
	看護師は私への用件がすむと、必ず私にわからないことはないか聞いてくれた。	0,614	0,150	0,055	0,170	0,139
	看護師は私と話す時間がもてるよう努力してくれていた。	0,510	0,250	0,182	0,383	0,022
	私が生子どもに触れ、声かけしたときの子どもの反応を認めてくれた。	0,499	0,188	0,090	0,224	0,293
	初めて子どもの世話をするとき、看護師はいつもそばにいて子どもと私に声をかけてくれた。	0,463	0,187	0,133	0,444	0,093
	看護師の説明から子どもの感情や表情が少しずつ豊かになっていくのがわかった。	0,401	0,312	0,318	0,035	0,236
子どもを護りたい気持ちに応える	器械のアラームが鳴ったとき、なぜ鳴ったか説明してくれた。	0,327	0,683	0,186	0,011	0,067
	私が生になることに対しては、必ず返答してくれた。	0,159	0,559	-0,013	0,419	0,111
	保育器や子どもについている器械がなぜ必要か説明してくれた。	0,193	0,535	0,389	0,312	0,027
	医師からの子どもについての話を一緒に聞き、私が聞きたいことを聞くことができるようにしてくれた。	0,253	0,507	0,277	0,165	0,159
	子どもを一人の人間として大切にしてくれた。	0,122	0,440	-0,081	0,387	0,247
ある障壁を低くする	子どもの発達を促すよう声かけし触れる時間を十分もつことができるよう1日のスケジュールを共に考えた。	0,153	0,278	0,726	-0,052	0,147
	面会や授乳のためにNICUの規則と私の都合の調整をしてくれた。	-0,045	0,015	0,700	0,131	0,195
	搾乳の方法・回数など子どもの授乳量に合わせた面会時間を共に考えた。	0,227	0,058	0,577	0,068	0,079
母親を歓迎する	面会時、看護師は必ず私が子どものそばにいられるよう、居場所を確保してくれた。	0,113	0,086	0,070	0,698	0,043
	子どもの母親としていつも私に接してくれた。	0,194	0,140	0,149	0,498	0,399
	質問するといつもわかりやすく同じ目線で説明してくれた。	0,409	0,269	0,046	0,451	0,039
たわわり	面会時、子どもと私のプライバシーを守ってくれた。	0,081	0,054	0,139	-0,004	0,804
	NICUで私が緊張しないようにいつも気を遣ってくれた。	0,191	0,131	0,143	0,162	0,553
	私が生子どものことで落ち込んだとき、何も言わずそばにいてくれた。	0,303	0,106	0,311	0,114	0,456
負荷量平方和の合計		2,48	2,02	1,98	1,88	1,70
寄与率 %		12,38	10,10	9,88	9,41	8,50
累積寄与率 %		12,38	22,47	32,35	41,75	50,26

表2 ケア要素および合計得点とケア成果の相関係数

	SE得点	PTS得点	満足度得点
子どもからのメッセージを共有する	0.01	0.71**	0.68**
子どもを護りたい気持ちに応える	0.11	0.69**	0.65**
母親と子どもとの間にある障壁を低くする	0.00	0.40**	0.38**
母親を歓迎する	-0.08	0.64**	0.55**
母親へのいたわり	0.06	0.56**	0.52**
ケア得点の合計	0.04	0.81**	0.76**

** p<0.01

4. ケア過程と成果の関連 (表2)

1) ケア過程と満足度得点

「子どもからのメッセージを共有する」「子どもを護りたい気持ちに応える」「母親と子どもとの間にある障壁を低くする」「母親を歓迎する」「母親へのいたわり」とケア要素合計得点は、満足度得点と有意な高い正の相関 ($r=0.38 \sim 0.76$) が認められた。

2) ケア過程と患者信頼尺度 (PTS 尺度)

「子どもからのメッセージを共有する」「子どもを護りたい気持ちに応える」「母親と子どもとの間にある障壁を低くする」「母親を歓迎する」「母親へのいたわり」とケア要素合計得点は、PTS 得点と有意な高い正の相関 ($r=0.40 \sim 0.81$) が認められた。

3) ケア過程と自尊感情尺度 (SE 尺度)

各ケア要素の得点ならびにケア要素の合計得点は、SE 得点に対して無相関を示し、母親の自尊感情と得点の間には関係性は認められなかった。

5. ケア過程の及ぼすケア成果への影響 (図1,2)

成果変数に対する各要素の影響の大きさを比較するために、SE 得点、PTS 得点および満足度得点を基準変数とし、各要素の得点を説明変数として重回帰分析を行った。

満足度得点に対しては、「子どもからのメッセージを共有する」が最も強く、次いで「子どもを護りたい気持ちに応える」「母親へのいたわり」が影響を及ぼしていた。

これら3要素は、ケアの満足度得点の58%を説明していた。PTS 得点に対しては、「子どもを護りたい気持ちに応える」が最も強く、次いで「子どもからのメッセージを共有する」「母親へのいたわり」そして「母親を歓迎する」が影響を及ぼしていた。これら4つの要素は看護師への信頼を示すPTS 得点の68%を説明していた。

V. 考察

1. NICU における母親へのケアの様相

1) 母子関係の形成に関連したケア

Sammons ら (1990) は、母親がNICUでの治療場面で経験する、両面価値的な感情にどのように向き合えばいいのか、といった困惑に対して、看護師の及ぼす影響は大きいとしている。「子どもからのメッセージを共有する」が示す母親に対する看護師の働きかけは、双方向的で対話的なものであり、橋本 (1996) が述べた母親と子どもの関係形成の自然な過程を支えることに適ったものであると考えられる。また、看護師が母親の解釈を改めるのではなく認めることは、看護師とは異なるかもしれない母親なりの子どもへの関わり方や関係づくりを支持するものであり、Raines (1998) のインタビュー結果と一致する。看護師にとっては、木下 (1997) が看護師の知っている子どもの知識を伝えるだけでなく、母親の反応や気持ちを察して伝えることにより、母親の気持ちを知ることができていた、としているように、母親自身

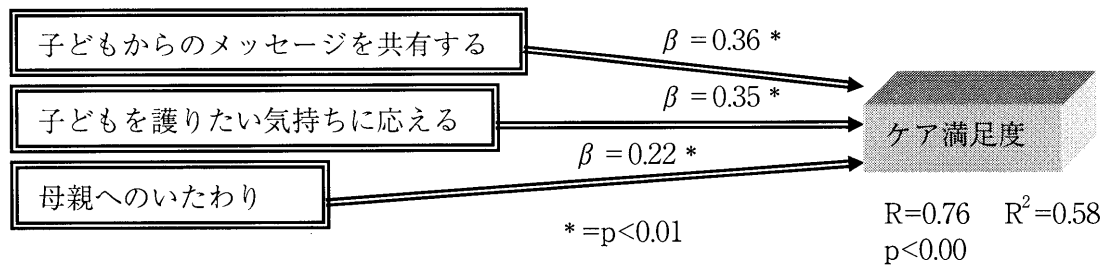


図1 ケア満足度に影響を及ぼすケア要素

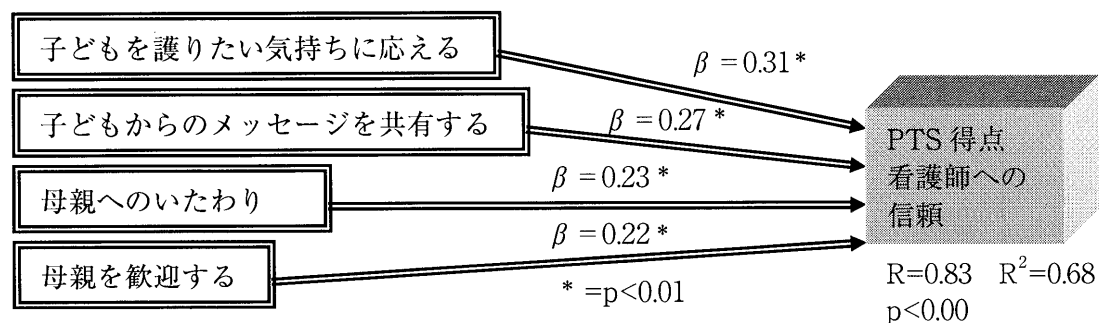


図2 患者信頼 (PTS) 得点に影響を及ぼすケア要素

のニーズを知る機会となっていると考えられた。

「子どもを護りたい気持ちに応える」での看護師の対応は、Turrill (1999) の示した母親と子どもが家族として適応していく最初の段階として、子どもを一人のアイデンティティをもった人間としてとらえ、自分が護るべき家族の一員と認識し接することを促す関わりであると考えられた。

「母親を歓迎する」での看護師の関わりは、Ashmann (1994) が示した、両親が子どもにとって自分たちを取るに足らないと感じている場合において、必要不可欠な役割をもつとして安心させることにつながるものである。母親が精神的なよりどころを見出せるような看護師の働きかけを示しているといえる。

2) 母親自身へのケア

橋本 (1996) は、母親にとっての子どもがNICUに入院することのもつ意味を、親として深く傷つき、子どもに対して罪責感と将来の不安を抱くことであるとしている。Turrill (1999) は、看護師が子どもの両親との最初の接触において十分な感情を表現しコミュニケーションする能力がないと、両親は看護師に対して何を期待し、何を期待できないか、誰が子どもの所有者かを決めてかかってしまうかもしれないと述べている。

「母親へのいたわり」は、母親が安全を感じ、看護師との関係性を築く最初の段階となる要素と考えられる。

3) NICUの構造や体制に関連したケア

Rushton (1990) は、FCCの実践への移行を成功させるための基本戦略を述べるにあたり、その障害としてスタッフの態度や組織の構造ならびに方針をあげている。障害となるスタッフの態度としては、家族をケアに巻き込む目的や子どもへの貢献度を信用していないこと、子どもへのケアの成果へのコントロールを失うことへの恐れをあげている。組織の構造ならびに方針に関する障害については、その責任と職責あるいは自由裁量権がはっきりしていないことをあげている。Mooreら(2003)も、家族を面会者ではなくケアパートナーとすることを難しくしているのは、組織の面会規則であると述べている。「母親と子どもとの間にある障壁を低くする」での看護師は、個々の母親の子どもに対する能力や価値への自らの判断に基づき、多様な背景をもつすべての母親が子どもへのケアに、その能力や力を発揮できるよう促していたと考えられる。

このような規則に対する看護師の対応は、看護師による個々の母親の子どもに対する能力や価値への判断だけでなく、子どもの状態に対する的確な判断に基づくものであり、看護師の能力やケアへの自信により左右されるものであると考えられる。

2. ケアがもたらす母親への成果・意義

Marino (2000) は、両親が満足を示した子どもに対する看護師のケアは、両親や子どものニーズや好みに合

わせたものであったと報告している。子どもを手元におくことができないことや治療を受けている光景を目にし、自らに対して劣等感や罪悪感をもつことから、母親のSE得点は影響を受けると予測した。

しかし、今回の結果で示されたSE得点は、ケア要素の合計得点のどれとも相関関係を示さず、予測する変数としても選択しなかった。McGrathら(1992)は、母親の自尊感情の強化につながる臨床での関わり方の検討において、子どもの健康状態が母親のSEに影響を及ぼす重要な要素であると指摘している。

本研究では、子どもの状態が落ち着いていると判断された母親を対象としていたため、ケアの実態がSEに反映されなかったと考えられた。

VI. FCCの実践への提言

NICUにおける母親へのケアは、母親が子どもにとっての価値や役割を母親自身が見出し獲得していくことを支えるものであり、子どもにとっての重要なケア提供者として母親をエンパワーするために重視すべきであると考える。

看護師の母親の役割や力に対する理解や尊重を、面会制限廃止などの子どもへのケアに取り入れていくには、制限や課題があり、FCCの適用にあたっては、NICUの体制や規則の見直し、ケアの責任の所在や求められる看護師の能力についての検討を行い、医療スタッフ間で共通理解する必要があると考えられる。

看護師はケアパートナーとしての母親を支えるだけでなく、その役割と能力を強化し母親と共に行う子どもへのケア場面で、どのように生かしていくのかについて考えていく必要があると考える。

謝辞

本研究に快く協力して下さった皆様、ご指導くださいました聖路加看護大学堀内成子教授に謝意を表します。なお、本論文は2001年度聖路加看護大学大学院修士論文の一部を加筆修正したものであり、第7回聖路加看護学会学術大会で報告いたしました。

引用文献

- Donabedian,A.(1969).Part-II SOME ISSUES IN EVALUATING THE QUALITY OF NURSING CARE. *American Journal of Public Health*, 59(10),1833-1836.
- 二俣ゆみ子, 他(1997). カンガルーケア実施による母親の対児感情の変化. *日本新生児看護研究会誌*, 4, 15-20.
- 橋本洋子(1996).新生児集中治療室(NICU)における親と子へのこころのケア. *こころの科学*, 66, 27-31.

- Hamelin,K.,et al.(1997).INTERVIEWING MOTHERS OF HIGH-RISK INFANTS What are they support needs? *THE CANADIAN NURSE*, JUNE, 35-38.
- Holditch-Davis,D., Miles,MS.(2000).Mothers' Stories about Their Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*,19(3),13-21.
- INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE(2007). *PATIENT-AND FAMILY-CENTERED CARE CORE CONCEPTS*.
<http://www.familycenteredcare.org/pdf/Coreconcepts.pdf>
- Johnson,B.H.(1995).Newborn Intensive Care Units Pioneer Family-centered Change in Hospitals across the Country. *Zero to Three*, June/July,11-17.
- 木下千鶴(1997).早産児の母親と看護師のNICUでの相互作用場面における意味の検討.*日本助産学会誌*,11(1), 33-43.
- Marino,B.L.,Marino,E.K.(2000).Paren'Report of Children's Hospital Care:What it Means for Your Practice. *Pediatric Nursing*,26(2),195-198.
- McGrath,M.M.,Meyer,E.C.(1992).Maternal Self-Esteem: From Theory to Clinical Practice in a Special Care Nursery. *Children's Health Care*,21(4),199-205.
- Meyer,F.C.,et al.(1994).Family-Based Intervention Maternal Psychological Well-being and Feeding Interaction of Preterm Infants. *Pediatrics*,93(2),241-246.
- Moore,K.A.,et al.(2003).Implementing Potentially Better Practice for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units:Successes and Challenges. *Pediatrics*,Apr,e450-460.
- 小倉弘子,宮元のり子(1999).面会時間自由化によって明らかになった両親の潜在的ニーズ.*日本新生児看護学会誌*, 6(1), 39-43.
- 岡谷恵子(1994).看護婦-患者関係における信頼を測定する質問紙の開発-信頼性・妥当性の検定-. 1994年度聖路加看護大学大学院博士論文.
- Petersen,M.F.,et al.(2004).Family-Centered Care:Do We Practice What We Practice? *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal nursing*,33(4),421-427.
- Plaas, K.M.(1994).The Evolution of Parental Roles in the NICU. *Neonatal Network*,13(6),31-33.
- Rushton,C.H.(1990).Strategies for family-centered care in the critical care setting.*Pediatric Nursing*,16(2),196-199.
- Raines,D.A.(1998).Values of mothers of low birth weight infants in the NICU.*Neonatal Network*,17(4),41-46.
- Sammons,W.A.H.,Lewis,J.M.(1985).PREMATURE BABIES;A Different Beginning(第1版). 小林登, 竹内徹 監訳(1990). 未熟児-その異なった出発. 79-116.東京: 医学書院.
- 菅佐和子(1984).SE(Self-Esteem)について.*看護研究*,17(2),117-123.
- Turrill,S.(1999).Interpreting family-centered care within neonatal nursing.*Paediatric Nursing*,11(4),22-24.

Caring that Mother Experienced in NICU -Focus on Family Centered Care(FCC)-

Yumiko Tsuchiya
(TOYOTA Memorial Hospital)

This study was carried out to reveal the actual state of care for mothers in the NICU using the concept of Family-Centered Care (FCC) and to explore the effect of care, based on the method of assessing the quality of care developed by Donabedian.

This study was conducted ethically, using the "FCC Questionnaire for the NICU" created by the author, as a tool to measure process variables. The patient-trust scale, the self-esteem scale, and the level of care satisfaction were used to measure outcome variables. Two hundred and eight questionnaires were distributed and the actual state of the care process was examined. As a result of analyzing this state's relationship to care outcomes, care for mothers in the NICU consisted of, from the perspective of FCC, five components: "share messages from the child," "respond to the sense of wanting to protect one's child," "lessen the barrier between the mother and child," "welcome the mother's presence," and "consideration for the mother." The average total score for these components reflecting FCC concepts was 59.9 (SD=10.0), and many respondents said "the nurses indeed do so". This total score had a significant correlation with scores indicating the level of care satisfaction and the mother's level of trust in nurses. It was found that three components of "share messages from the child," "respond to the sense of wanting to protect one's child," and "show consideration for the mother" affected scores indicating the level of satisfaction with care and the mother's level of trust in nurses. In contrast, there was no association noted between the mother's self-esteem score and care components three months after the child left the NICU. Based on these findings, it is suggested that medical staff should examine how nurses can not only support the mother as a care partner but also have a shared understanding of how to better empower the mother, and how this understanding can be put to use in the care setting for the child.

Keywords: NICU, Family-centered care (FCC), quality evaluation