

20. 性と生殖に関する集団指導・健康教育(性教育)について2001年に実施しましたか。

① 実施した

② 実施しない(問23へ)

21. 20で①と答えた方は、1年間(2001年)の実施状況を下記該当欄にご記入ください。

区分	場 所	対象者	1年間のトータル 人数	回数
医療・ 保健機 関	病院 診療所 助産所 保健所 市町村など (該当に○をつけて ください)	妊婦		
		産後・育児期		
		両親		
		思春期		
		更年期		
		老年期		
		その他		
地 域	小学校	小学校低学年(3年生未満)		
		小学校高学年(4年生以上)		
	中学校	学年別		
		全校生		
	高 校	学年別		
		全校生		
	専門学校・大学 (看護学授業以外)	各種専門学校		
		短大・大学		
	各種講演会	子供を持つ親		
		成熟期(一般)		
更年期				
老年期				
その他()				

22. 21で①と答えた方は、下記の教育内容の領域にすべて○印をつけてください。

- | | | |
|--------------------|-----------------------|--------------|
| ① 思春期の性意識と性行動 | ② 思春期の生理(第2次性徴:男子・女子) | ③ 性器の解剖・生理 |
| ④ 性機能(性ホルモン動態)について | ⑤ 生命の創造(誕生) | ⑥ 生命倫理 |
| ⑦ 妊娠・分娩について | ⑧ 人工妊娠中絶 | ⑨ 男女交際 |
| ⑩ 性感染症 | ⑪ 男女交際 | ⑫ 性交について |
| ⑬ 月経異常について | ⑭ マスターベーション・包茎等について | ⑮ 更年期の性について |
| ⑯ 低用量ピルについて | ⑰ コンドームの正しい使い方について | ⑱ IUDの知識について |
| ⑲ 性の自立について | ⑳ その他 | |

23. 低用量ピルが解禁されて以来、助産師(受胎調節実地指導員)活動時、ピルの販売権の必要性を感じたことがありますか。

- ① ある ② ない(問24へ)

23

→①あると感じた方はどのような理由からですか。(複数回答)

- a 医療機関(産婦人科)受診に抵抗感がある e 即、指導効果につながらない場合
 b 医療機関受診には費用がかかる f 具体的な指導につながりにくい時
 c 気楽にかかれる医療機関が身近にない g 他の避妊法が使えないケースの場合
 d 受診する時間がない h 住民のニーズに応じて、いつでもどこでも気軽に渡せる

23-1

--	--	--	--	--	--	--	--

24. 活動経験を通して受胎調節を受ける対象のニーズとしてどの時期が多いですか。

多い時期順に3つ選んでください。

- 1 乳幼児期の子供をもつ親 5 婚前期(未婚者)
 2 学童期(思春期前期) 6 既婚者
 3 中学生(思春期) 7 更年期
 4 高校生(思春期)

24

1	2	3

25. 受胎調節を受ける対象のニーズについて最も多い内容から順に3つを選んでください。

- 1 低用量ピルの内服に関する知識
 2 IUDの具体的な内容に関する知識
 3 性感染症の知識
 4 男性の生殖生理に関する知識
 5 女性の生殖生理に関する知識
 6 性に関する全般的な知識
 7 コンドームの使用法
 8 妊娠のメカニズム(受胎のメカニズム)

25

1	2	3

26. 受胎調節実地指導を推進していくために障害となっている点があれば、あなたの置かれた立場から該当するものすべてに○印をつけてください。

- 1 受胎調節実地指導員自身が指導員としての強い自覚がない
 2 対象の各時期のニーズがある時にコンタクトのとれる地域と施設の連携システムがない
 3 受胎調節実地指導適任者(助産師)が地域に不足している
 4 一般住民も医療従事者も家族計画・受胎調節という基本的用語、業務に親しんでいない
 5 受胎調節実地指導員の社会的評価が低い

26-1
 26-2
 26-3
 26-4
 26-5

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

人工妊娠中絶後の心のケアの在り方に関する研究

分担研究者平成14年度総括

佐藤郁夫（自治医科大学医学部産婦人科学教室）

研究協力者

常盤洋子・土江田奈留美（群馬大学医学部保健学科）、渡辺 尚（自治医科大学産婦人科）、角田哲男（日光市民病院産婦人科）、赤堀彰夫（あかほり産科婦人科）、木村孔三（木村クリニック）、臼井謙一（臼井医院）、西平守美（玉戸レディースクリニック）、高橋 勉（高橋レディースクリニック）、真中千明（真中医院）、佐山雅昭（樹レディースクリニック）、工藤祝子（自治医科大学附属病院産科病棟）

A. 研究目的

分担研究「人工妊娠中絶後の心のケアの在り方に関する研究」について述べる。リサーチクエスションは、①人工妊娠中絶を経験する女性の心理状況はいかなるものか；②どのような援助、指導が必要か；③その援助、指導を望まない妊娠、人工妊娠中絶を防止のいかに繋げるか；の3点である。

B. 研究方法

これに対する初年度の研究は、？ 先行研究の検討、？ 栃木県における10代妊娠に関するアンケート調査、？ 医療機関へのアンケート調査の3項目とした。

C. 研究結果および考察

？ 先行研究の検討

中絶前後の心理的反応と心のケアに関する先行研究の概観から、以下5つの中絶

後の心のケアのあり方に関する具体的な検討の手がかりを得ることができた。1) わが国では人工妊娠中絶後の心のケアに関する研究がほとんどなされていないことから中絶前後の心理的反応と心のケアに関する基礎的研究が必要である。2) 中絶後の心のケアの現状と問題点の把握をするために、中絶を受けるあるいは受けた女性を対象にした中絶前後の心理的反応と適応に関する調査が必要である。心理的反応と適応については、心理尺度（不安尺度；STAI、うつ尺度；Self-Rating Depression Scale；SDS、Center for Epidemiological Studies Depression Subscale；CES-D、自己効力感尺度；Self-Efficacy Scale、心理的健康感尺度；SUBI）が従属変数として有効である。また、年齢、職業、所得、学歴、結婚状態（未婚か既婚か）、妊娠状態（望まれた妊娠か否か）、パートナーとの関係（同姓期間、妊

娠について話し合い、中絶についての話し合い)、子どもがいるか、中絶についての態度は独立変数として重要であることが示された。また、一般化できる知見を得るために大きなサンプル数を確保する必要がある。3) 調査方法については、人工妊娠中絶に関わる健康問題については被験者のプライバシーにかかわる問題が多いことから、質問紙法による量的分析に合わせて、事例研究による詳細な分析が期待される。4) 人工妊娠中絶後の心のケアについては、中絶前からの継続的なケアが求められていることが多くの研究によって明らかにされていることから、中絶前から中絶後にかけての縦断的研究が求められる。5) 人工妊娠中絶後の心のケアに関する医療現場の実態を調査し、ケアの実践する側の問題点を明確にする必要がある。

? 栃木県における 10 代妊娠に関するアンケート調査

栃木県における 10 代妊娠に関するアンケート調査の結果は以下のとおりであった。全部で 109 の対象医療施設に調査票を配布し、54 施設(49.5%)より回収され、その 54 施設における 20 歳未満の妊娠終了者の総数は 660 名で、そのうち 451 例と、約 2/3 が中絶に至っていることがわかった。中絶となった 451 名のうち、調査に同意し回答が得られたのは 300 名(回答率 66.5%)で、この 300 名について、特に術後の心理状態に関連する内容に絞って検討した。中絶することを保護者に相談した者は全体の約半数、中絶の方針は 82.7%の者が自分の意志で決定しているが、自分自身の気持ちに反して中絶の決定がなされている場合も少なからず存在した。中絶について、

45.3%の者が「すべきではない」と回答し、「しかたがない」が 27.0%、「本人の自由」と回答した者が 6.0%存在した。「今後、妊娠を二度としたくない」と答えた者は 7 名(2.3%)であり、この 7 名は中絶後何らかの精神的身体的苦痛により、妊娠に対してネガティブな感情をもった者であるといえる。少なくともこの 7 名は中絶後の心のケアを必要とする例であるということになる。中絶後に「からだのこと」に 18.3%、「こころの問題」に 9.0%の者が、不安を抱えていることが明らかとなった。不安や悩みに関する専門の相談機関を 39.3%の者が必要であると回答した。

この調査は、10 代という限られた世代での調査であったが、中絶症例 300 例の回答を分析できたことで、意味のある結果であると判断する。この調査より、中絶後にとくに積極的にこころのケアを必要とする症例は必ずしも多くはないが、必要とする症例も存在することが明らかとなった。このような症例をどのようにピックアップし、どの機関で、誰が中心となって、どのような内容のケアを行うのかを決めていくことが今後の課題となる。

? 医療機関へのアンケート調査

産科を標榜する 9 医療機関に対して、「人工妊娠中絶後の心のケアについてのアンケート調査」を実施した。人工妊娠中絶後の心のケアについて、積極的に配慮、指導を試みている施設が 4 施設あり、「罪悪感」、「自責の念」、「中絶を否定的に捉える」という気持ちを持つことのないように指導、カウンセリング、フォローアップがなされていた。反復中絶者に対しては、その背景、原因を考慮した上で、リスクを説明し、避

妊指導、保健指導をとする施設が5施設、それ以外に反復中絶者でない場合よりも避妊指導を特に強く行っているとする施設が3施設あった。若年者に対して、特に配慮していると回答したのは7施設あった。避妊に加えて性感染症予防についても指導している施設がそのうち3施設あった。人工妊娠中絶後の避妊指導は全9施設で行われていた。

「人工妊娠中絶後の嚴重な心のケア」がすべての症例に必要なわけではなく、各病院、診療所のマンパワーから考えても、それは困難である。それを必要とするのはどのような症例かを決める基準を設定することが必要である。そのような症例を適切にピックアップすることによって、高率的で十分なケアができることが期待できる。そのことを考慮し、今後の課題として以下のことがあげられる。心のケアが必要な症例どのように選出し、そのような症例に対

して誰がそれを担当するのが適切か。手術を施行した医療施設内で行うべきか。それ以外に別の機関を設けるべきか。心のケアの内容をどうするか。各症例のポイントをどのようにピックアップし、それに対してどのように対応するか。

D. 結語

本分担研究の初年度においては、特にリサーチクエスション①に重点を置き、先行研究の検討から開始し、10代の中絶経験者の調査、医療機関の実態調査を合わせて行った。次年度以降は、リサーチクエスション②③へ重点を移していく予定である。ことにリサーチクエスション③の、その援助や指導が、望まない妊娠と人工妊娠中絶の防止に本当に繋がるのかどうか、という点を熟慮した上で、指導者のマニュアル作成に着手したいと考えている。

人工妊娠中絶前後の心理的反応と心のケアに関する

先行研究レビュー

群馬大学医学部保健学科

常盤洋子

群馬大学医学部保健学科

土江田奈留美

自治医科大学産婦人科

渡辺 尚

1. はじめに

わが国の2,000年における人工妊娠中絶件数は、約34万1,000件で、同年の出生数は約119万人であった(国民衛生の動向, 2002)。出生数に対する中絶件数の割合は29%となり、20歳未満と20歳代で増加傾向にある。特に、20歳未満の実施率(女子人口千対)は1992年より減少する傾向にあったが2000年は12.1で過去最多となった(厚生労働省:母子保健の主なる統計)。また、佐藤(2000)の報告によると、わが国の未婚者(10代、20代)の性行動は活発化しているが、女性のキャリア志向、自立志向が高まり、晩婚、非婚化傾向が増大している現代の女性のライフスタイルにおいて、恋人としての交際が必ずしも結婚に結びつかず、妊娠しても人工妊娠中絶(以下、中絶)に終わる率が高いことが指摘されている。近年の中絶の動向について、木村ら(1998)の報告によると、10歳代と40歳代の妊娠は、その半数以上が中絶という妊娠の終結に至っている。昭和60年1月から平成8年までの12年間に三楽病院の産婦人科外来を訪れ中絶を希望した579人(既婚者393人;68%、未婚者186人;32%)の実態調査によると、「中絶処置の危険性を理解している」は、既婚者78%、未

婚者68%であった。また、毎日新聞社の「第23回全国家族計画世論調査」によると、既婚女性の4人に1人は中絶経験者であり、その約40%は複数回の中絶経験者であることが明らかにされている。無条件で中絶を認める容認派は、1970年の8.6%から1994年には26.3%に増加しておりわが国の世論は中絶を選択することについて寛大な態度を示す傾向がある。

林(1999)が東京、千葉、埼玉にある大学病院を含む6つの病院の産婦人科外来を訪れた新患患者20~50歳の女性1,220人を対象に実施した「人工妊娠中絶の実態に関する調査」によると、1回目の妊娠754件のうちの中絶数は142件(19%)、2回目の妊娠では67件(13%)、3回目の妊娠では51件(20%)、4回目の妊娠では35件(30%)、5回以上の妊娠では19件(32%)であった。初回妊娠で中絶になった理由は、「未婚」が50%近くに達し、次いで「予定外の妊娠」、「経済的理由」があげられ、この3つの理由で70%以上を占めた。2回妊娠の中絶の理由は、「未婚」が30%を占め、「病弱、高齢」、「胎児の異常」が10%以上の項目としてあがっている。3・4回妊娠の中絶の理由は、「子どもはほらない」、「予定外の妊娠」が最も多く認識されていた。

中絶を受けた施設で心身の健康について満足・納得できる説明を受けた人は29%、以降の避妊について満足・納得できる説明を受けた人は21%であった。

以上、わが国の近年における人工妊娠中絶の実態を概観すると、中絶件数は1955年の約117万件をピークに2,000年には約34万件に減少している。全体件数は減少傾向にあるとはいえ、出生数に対して中絶の占める割合は約30%であること、10歳代・20歳代の中絶件数は増加していること、既婚者の4人に1人は中絶経験者であり、繰り返し中絶経験者が多いという実態が明らかにされた。10歳代、20歳代、30歳代の出産年齢にある女性の中絶率の高さは妊娠が出生力に貢献しないことを示唆しており、深刻な少子化に悩むわが国において重大な問題といえよう。そのような状況の中で中絶経験者の生物人口的、社会的背景についての実態調査についての報告はなされているが、心理的問題に関する調査報告はほとんどなされていない。女性のリプロダクティブヘルス/ライツの視点から、初回中絶の予防に努めることは必須であるが、繰り返し中絶を予防する見地からも中絶後の心のケアに関する検討が急務といえよう。

中絶後の女性の半数は、喪失、後悔、罪悪感、自責の感情を抱くといわれており (Zolese et al., 1992)、多くの女性は子どもを殺したという気持ちを乗り越えられず (Lask, 1975)、中絶外傷症候群 (abortion trauma syndrome) や中絶後外傷 (postabortion trauma) といわれるような長期間に及ぶ心身の健康障害に陥る可能性が指摘されている (Speckhard et

al., 1992)。これらの中絶による心理的問題を踏まえて多くの研究者が中絶を受ける女性への心のケアの必要性を指摘しているが (たとえば, Adler et al., 1990; Erikson, 1993; Hulme, 1983; Rogers et al., 1973)、中絶によって妊娠の終結に至る女性の心理、中絶後の心理的反応、中絶を受ける女性への援助の実態については十分な調査が行われているとはいえない。

そこで、ここでは、中絶後の心のケアのあり方に関する具体的な検討の手がかりを得る目的で中絶前後の心理的反応と心のケアに関する先行研究のレビューを行った。

文献検索は、先行のレビュー論文 (Adler et al., 1990; Zolese, et al., 1992) を参考に、人工妊娠中絶の心理的反応と心のケアに関する研究を示唆すると考えられる key word を 3 つ ("abortion"、"psychological"、"care") 抽出し、MedLine、医学中央雑誌を中心に検索した。その結果、1970年～2000年までの論文187件が検出された。その中から過去5年間に発表された論文と中絶前後の心理的反応と心のケアのあり方について記述されている複数の論文に引用されている文献、国内の中絶後の心理とケアについて記述されている文献を選んで概観した。

2. 先行研究の概観

1) 人工妊娠中絶前後の心理的反応に関する研究の現状と課題

中絶前後の心理的反応に関する主な研究については Table 1 (1)～(3)にまとめた。Major et al. (2000)は、中絶を受

けた女性の中には、自然災害やレイプと同様な外傷後心的障害（PTSD）を経験する患者が存在することを指摘し、中絶後の心理的問題への適応について縦断的研究の必要性を主張した。そして、レイプではなく、望まない妊娠の結果、妊娠初期に中絶を受ける女性 442 人を対象に、中絶前 1 時間、中絶後 1 時間・1 ヶ月後・2 年後というアセスメントポイントを設定して、中絶後のネガティブ感情（悲嘆、失望、事跡、ブルー、落ち込み、喪失感）とポジティブ感情（幸福、うれしい、満足）について追跡調査を実施した。その結果、中絶から 2 年後、418 人中 301 人（72%）は、自らの決定に満足していた。440 人中 315 人（72%）は、中絶は女性たちにとって不利益より利益であったと報告しており、386 人中 308 人（80%）はうつ状態ではなかったが、6 人（1%）は PTSD であったと報告している。また、自尊感情は中絶前から中絶後に高まるが、時間の経過によってネガティブ感情が増大し、中絶決定についての満足度は減少することを明らかにした。心の傷つきは中絶直後よりも時間が経過したところに自覚されることが示唆され、中絶後の心理的ケアにおけるフォローの必要性を指摘している。

鈴木ら（2001）は、わが国において中絶数が多いにもかかわらず、中絶を経験した女性に対する心理状態やケアに関する研究が少ないことを指摘して、中絶を受けるために産科外来を受診した女性 42 人を対象に、中絶を経験した女性の不安の経時的変化について調査を実施した。術前、術直後、術後 3 ヶ月、術後 6 ヶ月にうつ状態（SDS）と不安（STAI）の経時的変化を分析した。その結果、うつ状態は、術前より

術直後は低くなるが、3 ヶ月後、6 ヶ月後では高くなり、不安の程度は、術直前より術直後は低くなるが、術直後より 3 ヶ月後では高くなることが確認された。また、うつ状態の項目別では、術前と術後では「憂うつ、悲哀」、「涕泣」、「心悸亢進」、「疲労」、「混乱」、「精神運動性減退」、「焦燥」、「不決断」に有意差が認められた。術直後と 3 ヶ月後では、「焦燥」、「不決断」、「自己過小評価」、「空虚」に有意な得点差が示された。これらの結果をもとに、術前から術後にかけて継続したカウンセリングの必要性と、心身両面に対する経過説明の重要性を考察している。

Kitamura et al. (1998) は、産婦人科外来に来院した妊娠 12 週未満の日本人の妊婦 635 人を対象に、中絶の予測要因を検討するために、医学的・心理社会的要因を独立変数とし、初回中絶と繰り返し中絶を従属変数とした判別分析を実施した。「ヘビースモーカー」、「望まれない妊娠」、「低い教育レベル」は中絶経験なし群と中絶群を識別した。また、「結婚前の同棲期間の長さ」、「ヘビースモーカー」、「16 歳未満における母親との別離、または、死別」、「母親の不適切な養育態度」、「人的サポートの欠如」は繰り返し中絶を特徴づける要因として認識された。これらの予測変数を使って中絶経験なし群と初回中絶群、繰り返し中絶群を識別することができたことから、中絶の頻度は妊娠に対するネガティブな態度だけでなく健康行動により予測できると考察している。

Kishida (2001) は、中絶を希望している日本人の女性 66 人を対象に、中絶前と中絶直後の不安感情の変化と規定要因を

調査した。不安感情は、STAI の状態不安尺度が使用された。中絶前と中絶直後の状態不安はかなり高い有意な相関が示された ($r=.74, p<.001$)。重回帰分析の結果、「結婚の有無」、「結婚期間」、「中絶に対する保守的な態度」は状態不安を説明する規定要因として抽出された。状態不安を規定するそれらの要因による説明率は、中絶後は.57、中絶前は.20 で、状態不安を説明するために投入された独立変数によって説明される分散は中絶前より中絶後のほうが高い比率であった。また、中絶後状態不安を最も規定する要因として「中絶に対する保守的な態度」が確認された ($\beta=-.30$)。

Cozzarelli (1993) は、中絶をストレスイベントととらえ、妊娠 12 週未満の 291 人を対象に、ストレスイベントへの適応に影響を及ぼす要因を検討した。ストレスイベントへの適応を測定する用具 (主な従属変数) として、自尊感情を測定する Self-Esteem Inventory、楽天主義を測定する Life Orientation Test、コントロール知覚を測定する Self-Mastery Scale、自己効力感を測定する Self-Efficacy Scale、うつ状態を測定する Center for Epidemiological Studies Depression Subscale (CES-D) が使用された。中絶後において自己効力感は、自尊感情 ($r=.46, p<.001$)、楽天主義 ($r=.44, p<.001$)、コントロール知覚 ($r=.43, p<.001$) と正の相関、うつ状態と強い負の相関 ($r=-.58, p<.001$) を示した。また、3 つの personality 変数 (自尊感情、楽天主義、コントロール知覚) は、自己効力感に直接的効果をもたらす。パス分析の結果、personality 変数は自己効力感を介して心

理的適応を規定する。うつ状態は自己効力感と心理的適応に直接的効果をもたらすことが明らかにされ、心理的適応の予測要因として認識された。中絶直後の適応は 3 週間後の適応を予測する要因であることが確認された。この知見は、Major et al (2000) の主張と一致している。しかし、中絶前後の心理的变化についての検討においてうつ状態は中絶直後よりも 3 週間後に有意に低いと報告しており、鈴木 (2001) の主張と反対の見解を示している。

Russo et al. (1992) は、中絶は深刻でネガティブな心理的不健康をもたらす可能性があるという問題を指摘し、5,295 人を対象に、中絶を経験していない女性と中絶経験者の well-being について比較検討を行った。具体的には 3 つの観点が検討された (①中絶経験者の well-being は中絶経験を持たない女性より低いか、②中絶後の well-being を規定する産科的要因、心理・社会的要因はなにか、③well-being は過去の中絶からの時間的経過と関連があるか)。Well-being の測定には、Self-Esteem Scale が使用された。中絶経験を持たない女性、1 回中絶経験者、繰り返し中絶経験者の well-being の比較では、1 回中絶経験者が最も高い自尊感情を示した。繰り返し中絶者は 2 つのグループよりも有意に自尊感情が低かった。中絶経験者の低い自尊感情を規定する要因として「貧困」、「低い教育レベル」、「望まれない妊娠」が抽出された。現在の中絶後の well-being は過去の中絶経験からの時間的経過と関連はなかった。繰り返し中絶は、子どもの数と望まれない出産と関連していることが確認された。

以上、先行研究の概観から中絶前後の心理的反応に関する研究は、中絶によるストレスへの適応の測定に関する研究と中絶によるネガティブな心理的健康の予測に関する研究に分類することができる。それらの心理的反応の測定に使用されている主な尺度に注目すると、ストレスへの適応を research question とする研究では、不安尺度 (STAI) とうつ尺度 (Self-Rating Depression Scale ; SDS , Center for Epidemiological Studies Depression Subscale ; CES-D)、自己効力感尺度 (Self-Efficacy Scale) が使用されている。

不安は一面においての反応であって何らかの刺激や事態によって喚起された一過性の情動状態である。不安はまた、不安が高い人とか低い人というように比較的安定したパーソナリティ特性 (あるいは傾向) でも表現される (岸本ら, 1986)。つまり、不安の研究では状態不安と特性不安を区別してアセスメントされる必要がある。Spielberger (1970) によって開発された STAI (State Trait Anxiety Inventory ; 状態-特性不安検査) は、不安を状態不安と特性不安に分けて検討することができるという特徴を持っている。状態不安は一過性の情動状態と定義され、個人が脅威と知覚した環境において高まるといわれている (岸本ら, 1986)。特性不安は、不安傾向 (anxiety proneness) における比較的安定した個人差 (どの程度の範囲の刺激自体を危険あるいは脅威と知覚しやすいかの個人差、そのような脅威に対する状態不安の喚起しやすい個人差) である。Spielberger (1972) によると、特性不安

の高い人は低い人よりも多くの事態を脅威と知覚する傾向があり、ストレス状況下で強い状態不安を示す傾向がある。前田ら (2000) は、中高年看護師 161 人を対象に、STAI を用いて看護師のストレスと不安状態の関係を調査した。STAI 高得点群は低得点群よりもほとんどのストレス項目について有意に強くストレスを自覚していたことを明らかにし、中高年看護師におけるストレス自覚は不安状態と関連していたという見解を示した。山口ら (2000) は、悪性新生物に対する化学療法によるストレスに関する予備的研究において、非ホジキンリンパ腫 5 症例における化学療法 (CHOP 療法) 時の不安程度の変動を STAI を用いて測定した。CHOP 療法後 4 事例について STAI 得点が高値を示したと報告し、抗腫瘍剤がストレスラーとして不安の程度に影響する可能性を示唆した。これらの研究から、STAI はストレス状態における不安の程度を反映することが考えられる。したがって、中絶というストレスイベントにおける状態不安と特性不安を測定する指標として有効であるといえよう。

福田ら (1973, 1983) は、Zung (1965) の SDS (自己評価式抑うつ尺度) の日本版を作成し、その信頼性と妥当性を検討した。その結果、簡易な抑うつ性尺度として有効に利用できると結論づけている。また、抑うつ性の弁別性と意味について、SDS 得点は主たる対象であるうつ病患者の平均点にその基準を求めるのが妥当であり、それからの隔たりで理解することで、うつ状態の改善の程度を判定する補助として用いることができると述べている。また、正常者の SDS 得点は、うつ症状の有無を判定す

るといふより、それぞれの質問に対する応答が被験者の気分や心理的、身体的健康感の投影であると考察している。中絶者に対する SDS 得点は、中絶に対する気分や心理的、身体的健康感の投影であると解釈することができる。

Bandura (1977) は、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信を「自己効力 (self-efficacy)」と定義している。東條ら (2001) は、ある行動を起こす前に個人が感じている「自己遂行可能感」が self-efficacy であると述べ、松田 (2000) は、self-efficacy の概念について、「自分が行為の主体であると確信していること、自分の行為について自分がきちんと統制しているという信念、自分が外部からの養成にきちんと対応しているという確信である」と説明している。self-efficacy が上昇すれば、それ以降の行動遂行の確率が上昇することが多くの研究によって示されている (たとえば、Bandura, 1982; 前田, 1987)。Bandura (1977) によると、self-efficacy は、ある特定の場面で遂行される特定の行動に影響を及ぼす (つまり、当面の行動選択に直接的な影響を及ぼす) ことと、個人や行動に対して長期的な影響を及ぼすことが指摘されている。また、認知された self-efficacy が高いほど行動遂行に費やす努力 (積極性) は増すという見解も示されている (Bandura, 1985)。Kanfer et al. (1983) によると、うつ状態にあるものはないものに比べて self-efficacy を低く認知する傾向があり、うつ状態は self-efficacy が低く認知された状態に対応していることを示唆してい

る。また、笹川ら (1992) の self-efficacy と自己統制感 (Locus of Control: LOC) の関連に関する研究では、self-efficacy は、LOC における努力や自己決定感と相関が高いことが示されている。これらの見解は、Cozzarelli, (1993) の self-efficacy は中絶後の心理的適応の予測要因になるという知見を支持する。つまり、Self Efficacy Scale は、中絶患者が自己の行動遂行可能性についてどのような見通しを持って行動を生起させているかの目安となる変数としての意味があり、中絶によるストレスへの対処あるいは問題解決可能性のレベルをアセスメントする一つの指標といえよう。

中絶によるネガティブな心理的健康を research question とする研究では、主として自尊感情尺度 (Self-Esteem Scale) が使用されている。遠藤ら (1974) は、自尊感情 (self-esteem) について、「個人の自己の価値についての知覚」ととらえ、遠藤 (2000) は、「自己に対する評価感情で、自分自身を基本的に価値あるものとする感覚」と定義している。Rosenberg (1965) は、自尊感情を自己に対する肯定的または否定的な態度であると考え、人が自分自身を尊敬し、価値ある人間であると考える程度を測定する尺度 (Self-Esteem Scale) を作成した。自尊感情が高いということは、自分を「これでよい (good enough)」と感じることを意味し、自尊感情が低いということは、自己拒否、自己不満足、自己軽蔑を示し、自分が観察している自分に対して尊敬を欠いていることを意味している。遠藤 (2000) によると、自分自身の存在や生を基本的に価値あるものとして評価し信

頼ることによって、人は積極的に経験を積み重ね、満足感を持ち、自己を肯定的に受容する。自己の価値に対する感情というような意味において、自尊感情は心理的健康や適応の基盤をなすと考えることができる。中絶を決定した自己、中絶を受けた自己について、自分を「これでよい」と感じることができるか（自尊感情）を測定することによって心理的健康をアセスメントする一つの指標を得ることができるといえよう。

不満足な感情はストレス感情を高め、充実感や満足感など心理的健康感の障害を招くことがある（大野ら、1995）。心理的健康感を測定する尺度にWHOが開発した心理的健康感尺度（Subjective Well-being Inventory; SUBI）がある。それは心理的健康感と心理的不健康感から構成される自己記入式質問紙で、①満足感、②達成感、③自信、④至福感、⑤近親者の支え、⑥社会的な支え、⑦家族との関係、⑧精神的なコントロール感、⑨身体的不健康感、⑩社会的なつながりの不足、⑪人生に対する失望感から構成される。大野ら（1995）は、SUBIを用いて精神科患者群と非患者群の心理的健康感と不健康感の関係が異なることを明らかにした。これは、SUBIはストレス状況におかれた人間の反応を評価する一つに指標として機能することを示唆しており、中絶前後の心理的健康感を測定する尺度としても利用できると考えられる。

これらの尺度は、中絶によってストレス状況にある女性の心理的反応を反映しており、ストレスへの適応を評価する一つの道具として利用することが可能であろう。

心理的健康、ストレスへの適応をアセスメントするための心理的反応を測定する尺度の有効性は独立変数によって規定される。Table 1（1）から（3）に記した変数によって従属変数を説明することができることから、心理的反応を測定する際の独立変数として有効であると考えることができよう。特に、年齢、既婚か未婚か、パートナーとの関係性、中絶に対する態度、望まれた妊娠か、望まれない妊娠か、子どもの数は中絶前後の心理的健康、ストレスへの適応を規定する変数であると考えられる。また、性交頻度、教育レベル、低所得は、繰り返し中絶、自尊感情を規定するという報告がある（たとえば、Russo et al., 1992）が、それらの変数を質問項目に採用する場合には十分な倫理的配慮を必要とする。

2) 人工妊娠中絶後の心理的ケアに関する研究の現状と課題

中絶後の心理的ケアに関する主な研究についてはTable 2（1）～（3）にまとめた。

中絶後の心理的ケアに関する研究について国内国外の研究の現状を概観するためにMedLine、医学中央雑誌CD-ROMを使って「人工妊娠中絶（abortion）、心理（psychological）、ケア（care）」をkey wordに検索した結果（1970～2000年）、MedLineでは186件抽出されたが、医学中央雑誌CD-ROMでは1件であった。これは、わが国では中絶後の心理的ケアに関する研究がほとんどなされていないことを示唆している。また、サンプル数が少ないため一般化された知見とはいえない。

中絶後の心理的ケアについて、岸田は(2000)、女性が産まない選択をした場合の情報提供やサービスの提供に関する研究が少ないことを指摘し、中絶を受ける女性66人を対象に、中絶前(65人)、中絶当日(58人)、中絶後1週間以内(37人)、中絶後2ヶ月(10人)を対象に、中絶前後に必要な援助のニーズを調査している。中絶前は「医療者からの精神的援助」、中絶後は「医療者からの健康に関するアドバイス」がニーズとして確認された。また、中絶前後よりも1週間後以降に「不安」や「罪悪感」が増すという感情の変化をとらえているが、そのことについてどのような情報提供やサービスの提供が必要かということについては言及されていない。

Berger et al. (1984)は、繰り返し中絶の増加率が多くの国で報告されているという問題を指摘し、初回・繰り返し中絶の心理、態度、避妊行動パターン、社会的属性の関連を調査し、中絶の自己決定過程におけるカウンセリング介入のあり方を検討するための示唆を提供した。対象者の15%は自分が妊娠したことをパートナーに話していなかった。また、中絶者のパートナーの17%は、中絶の日程を知らされていなかった。中絶についてパートナーと話し合った割合は有意に初回中絶者に多く、繰り返し中絶者の45%は自分だけで決定していた。中絶決定について医療者の援助があった割合はわずかに1%であった。また、Muller et al. (1989)は、中絶前後にカウンセリングを受ける女性283人を対象に、中絶前1時間、中絶後30分、中絶後3週間に中絶前後の心理と中絶後の適応に関する要因を調査した。中絶後適応は中絶

直後の適応と正の高い相関($r=.55$, $p<.001$)が確認され、中絶前後の適応を支援するカウンセリング介入への示唆を明らかにした。これらの結果と中絶前後の心理に関する研究において中絶前、中絶直後の罪悪感、自責、不安、うつ状態は中絶後の適応の予測要因であるという見解(Adler et al., 1990; Major et al., 2000; 鈴木ら, 2001; Kishida, 2001; Cozzarelli, 1993)をあわせて考えると、中絶前から中絶直後にかけての心理的ケアの重要性が浮き彫りにされる。

中絶後の心のケアにおけるカウンセリングにおいて女性のQ.O.L. (Quality of life)を支援するために、①中絶を受ける女性の自己決定を支援すること、②女性自身が自らの健康(well-being)に関わる問題を解決できるように問題解決過程における支援あるいは援助が求められる(宗像, 1997)。つまり、中絶を受ける女性、あるいは受けた女性が、中絶を受けるあるいは受けたことによって自分にとっていま何が問題なのかに気づき、問題解決に向けて自分は何をすればよいのかがわかり、そのために必要な行動をとる過程において医療者の援助が求められているといえよう。

Bluestein et al. (1993)は、中絶前のうつ状態は家族関係(特にパートナーとの関係)の不満足を反映していると考え、妊娠初期(妊娠6~8週)に中絶を希望している女性304人を対象にうつ状態と家族関係における不満足の関係を調査した。うつ状態と家族関係の不満足度は有意な相関を示した($r=-.31$, $p<.001$)。若年、パートナーとのコミュニケーション困難、中絶を選択したことへの不満、妊娠の拒絶は、

家族不満足得点とうつ得点を上昇させる要因として寄与していることが示唆された。また、Brenda et al. (1990) の研究では、女性は中絶の意思決定に際してパートナーを最も頼りにしており、中絶についてパートナーに話したが満足しなかったケースは心理的適応度が低かったという結果を報告し、自己決定過程におけるパートナーの存在の重要性を指摘している。

Mueller et al. (1989) はカウンセリング介入について実験研究を実施した。対象者は、中絶を受ける前にカウンセリングを受ける女性 283 人で、カウンセラーによって無作為に実験的介入グループ（関与介入グループ、対処予想グループ）とコントロールグループに分けられた。実験的介入グループがコントロールグループよりもうつ状態、身体的苦痛、予期されたネガティブな結果は有意に低かった。また、関与介入グループよりも対処予想グループのほうがうつ状態、予期されたネガティブな結果は有意に低いという結果を得ている。さらに、対処予想グループのほうが他の 2 つのグループに比べて中絶直後の self-efficacy 得点が有意に高く、self-efficacy 得点が高いほうが低いグループよりも中絶後のうつ状態が低く、予期されたネガティブ結果が少なかった。これらの結果は、中絶前から女性の自己決定を支援する援助が必要であることを示唆している。

Pope et al. (1993) は、若年の女性は中絶後ネガティブな反応を示すリスクが高いという見解をもとに、望まない妊娠のためにカウンセリングを求めた 18 歳未満と 18 歳以上 21 歳未満の思春期女性 96 人

を対象に、中絶後否定的感情をもたらす要因について調査を実施した。18 歳未満のグループは 18 歳以上のグループよりも有意に中絶の決定に不快を感じていた。また、18 歳未満、18 歳以上に関わらずパートナーとの関係についての満足度は中絶後の適応と関連していた。

Smith et al. (1999) は、思春期女性の中絶件数は多いにもかかわらず、心理・社会的な具体的な問題が把握できていない状況を指摘し、思春期の女性にどのような方法で調査することがより率直な対象者の反応を把握できるかを特定することを目的に調査を実施した。対象者は、14～21 歳までの中絶を希望しクリニックを訪れた妊娠 6～12 週の英語が話せる女性 63 人。対象者には、クリニックで妊娠相談をしているときに研究への参加同意が得られ、属性、妊娠診断時の精神状態、妊娠時の状況などについて最初のインタビューが行われている。その後、4 週間後に 2 回目のインタビューを行い、Self-Esteem Scale、The Beck Inventory などの心理テストが実施された。また、9 つの調査場面設定について、中絶を含む喫煙、飲酒、宗教、学歴、民族など 18 トピックスについて、大変話しやすい～話しにくいまでの 4 段階評価が求められた。調査場面は、①自宅インタビュー：インタビュアーが質問紙記入する、②自宅アンケート、③自宅の PC 使用しアンケートに記入、④電話インタビュー、⑤大学所属の調査者による自宅でのインタビュー、⑥学校で記入を求められている自記式アンケートに記入、⑦学校で無記名の自記式アンケートに記入、⑧クリニックで記入を求められている自記式アンケート

に記入、⑨クリニックで無記名の自記式アンケートに記入の9つが設定された。中絶と他の17トピックスで話しやすさについてt検定を行った結果、中絶に比べて年齢、喫煙、宗教、学歴、民族については有意に話しやすかった。中絶に比べて家族の収入、oral sex、anal sexについては有意に話しにくかった。また、教室で記入してアンケートに記入する場面でのインタビューが一番話しにくく、電話インタビューよりも自宅でのインタビューのほうが話しやすかった。Smith et al. (1999)の研究は、妊娠、中絶に関わるデリケートな問題についてより正確なデータを収集するための調査法について参考になる結果を提供している。

3. 先行研究の概観から得られた示唆

中絶前後の心理的反応と心のケアに関する先行研究の概観から、以下5つの中絶後の心のケアのあり方に関する具体的な検討の手がかりを得ることができた。

1) わが国では人工妊娠中絶後の心のケアに関する研究がほとんどなされていないことから中絶前後の心理的反応と心のケアに関する基礎的研究が必要である。

2) 中絶後の心のケアの現状と問題点の把握をするために、中絶を受けるあるいは受けた女性を対象にした中絶前後の心理的反応と適応に関する調査が必要である。心

理的反応と適応については、心理尺度（不安尺度；STAI、うつ尺度；Self-Rating Depression Scale；SDS、Center for Epidemiological Studies Depression Subscale；CES-D、自己効力感尺度；Self-Efficacy Scale、心理的健康感尺度；SUBI）が従属変数として有効である。また、年齢、職業、所得、学歴、結婚状態（未婚か既婚か）、妊娠状態（望まれた妊娠か否か）、パートナーとの関係（同姓期間、妊娠について話し合い、中絶についての話し合い）、子どもがいるか、中絶についての態度は独立変数として重要であることが示された。また、一般化できる知見を得るために大きなサンプル数を確保する必要がある。

3) 調査方法については、人工妊娠中絶に関わる健康問題については被験者のプライバシーにかかわる問題が多いことから、質問紙法による量的分析に合わせて、事例研究による詳細な分析が期待される。

4) 人工妊娠中絶後の心のケアについては、中絶前からの継続的なケアが求められていることが多くの研究によって明らかにされていることから、中絶前から中絶後にかけての縦断的研究が求められる。

5) 人工妊娠中絶後の心のケアに関する医療現場の実態を調査し、ケアの実践する側の問題点を明確にする必要がある。

Table 1 人工妊娠中絶後の心理的反応に関する主な研究のまとめ (1)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
1	Major et al., 2000	レイプではなく、望ましくない妊娠の結果、妊娠初期に中絶を受ける女性、442人。	中絶前1時間、 中絶後1時間、 中絶後1ヶ月、 中絶後2年	*ネガティブな感情（悲嘆、失望、自責、ブルー、ふさぎ込み、喪失感） *ポジティブな感情（幸福、嬉しい、満足）	自尊感情は中絶前から中絶後に増加するが、時間の経過によってネガティブ感情が増加し、中絶決定の満足度は減少する。中絶前の心理的状态は、中絶後の心理的状态の予測要因となることが明らかにされた。
2	鈴井江三子ら, 2001	中絶を受けるために受診した48人中、同意の得られた42人。 手術直後（1週間後）29人、3ヶ月後13人、6ヶ月後13人。	*調査時期（術前、術直後、3ヶ月、6ヶ月） *妊娠経験（初産・経産） 主な独立変数 主な独立変数	*うつ尺度：SDS *不安尺度：STAI	SDSは、術前より術直後は低くなるが、3ヶ月、6ヶ月では高くなる。 STAIは、術直前より術直後は低くなるが、術直後より3ヶ月では高くなることが確認された。

Table 1 人工妊娠中絶後の心理的反応に関する主な研究のまとめ (2)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
3	Kitamura et al., 1998	妊婦健診で来院した12週未満の635人。年齢28(SD4.3)、103(16.2%)が過去に1回の中絶経験、32(5.0%)が2回の中絶、15(2.4%)が3回以上。	*Early experiences (original 25 Parental Bonding Instrument; PB 1) *Obstetric history	*初回中絶 *繰り返し中絶	初回中絶と繰り返し中絶は喫煙習慣と現在の望まない妊娠によって予測できる。一方、繰り返し中絶は、結婚前に同棲していた期間が長かった、挙式していない、喫煙習慣、16歳前の母親との別離、あるいは母親を亡くした経験、母から受けた不適切な養育態度が予測要因として確認された。
4	Kishida, 2001	中絶を求めている66人 10代: 3%, 20-29歳: 49%, 30-39歳: 46%, 40以上: 2% 既婚: 55%, 未婚: 45%	*中絶前 *中絶後 *既婚・未婚、結婚あるいは同棲期間、中絶に対する態度	*不安尺度(状態不安尺度20項目) *特性不安は調査していない(中絶前後の不安の前後に視点を当てるため) *Cronbach's α . 99	中絶前後の不安は高い相関であった($r=.74$)。中絶後状態不安は、配偶者関係、結婚の期間、および一般の中絶への保守的な態度とかなり関係づけられていた。中絶後状態不安を予測する要因として中絶への保守的な態度が抽出された($\beta = -.295$)。

5	Cozzarelli, 1993	* 妊娠12週未満の336人。年齢平均; 23.3歳、カトリック; 45%、プロテスタント44%、白人; 66%、独身; 75%、高卒; 71%、以前に中絶経験なし; 59%	* 中絶時期(中絶前、中絶直後、中絶後3週間)	* Self-esteem Scale *Life Orientation Test *Self-Mastery Scale *Self-Efficacy Scale *Center for Epidemiological Studies-Depression Subscale (CES-D)	自尊感情、楽天主義、コントロール知覚、うつ尺度は高い相関を示した ($r=.46-.67$)。自己効力感は、自尊感情 ($r=.46$)、楽天主義 ($r=.44$)、コントロール知覚 ($r=.43$)と正の相関、うつ状態と負の相関 ($r=-.58$)が認められた。うつ状態、気分は中絶後よりも3週間後に有意に低い。パス分析の結果、自己効力感は個性変数の媒介変数として心理的適応を規定する。うつ状態は自己効力感と心理的適応の予測要因となる。自己効力感と中絶直後の適応は3週間後の適応の予測要因になることが確認された。
---	------------------	---	-------------------------	---	--