の援助不安尺度得点の高得点群（H 群）と低得点群（L 群）を独立変数とし、うつ傾向尺度得点と自尊感情得点を従属変数としてｔ検定を行った（表 11-1、表 11-2)。医師と看護師に対するそれぞれの援助不安尺度得点の平均値（M）と標準偏差（SD）を基準に、M+1/2SD 以上をＨ群、M-1/2SD 以下をＬ群とした。

医師に対する援助不安とうつ傾向との関連では、汚名への心配（ｔ(67)=4.38,p<.001）と呼応性への心配（ｔ(63)=2.88,p<.01）においてＨ群がＬ群に比べて有意にうつ傾向尺度得点が高く、相談場面への心配ではＨ群がＬ群よりもうつ傾向が高い傾向が示された（t(62)=1.98,p<.10）（表 11-1)。

医師に対する援助不安と自尊感情との関連では、援助不安の 3 つの領域すべてにおいてＨ群がＬ群よりも自尊感情が低いことが示された（表 11-1)。

看護師に対する援助不安とうつ傾向、自尊感情との関連では、援助不安の 3 つの領域すべてにおいてＨ群がＬ群よりもうつ傾向尺度得点が高く、自尊感情が低いことが示された（表 11-2)。

医師・看護師に対する援助不安が強い場合は、うつ傾向や自尊感情が低下する状況におかれていることが推察され、人工妊娠中絶を受ける女性が医師や看護師に援助を求める際に精神的苦痛を感じている可能性があると考えられる。人工妊娠中絶を受ける女性が医師・看護師に抱く援助不安を軽減できる配慮が必要であるといえよう。

5．人工妊娠中絶を受けた女性の被援助志向性と術後にもらったサポートとの関連

1）被援助志向性得点と術後のサポート得点の相関と平均値の差

人工妊娠中絶を受けた女性の被援助志向性は術後にもらったサポートを予測するかを検討する目的で被援助志向性得点と術後にもらったサポートの相関係数を求めた（表 12)。

人工妊娠中絶を受けるにあたって援助を求める４つの領域（「人工妊娠中絶が体に与える負担について知りたいとき」、「パートナーとの関係で問題を感じたとき」、「人工妊娠中絶や助言がほしいとき」、「自分の健康状態（体調が悪いなど）のことで気になることがあったとき」）における被援助志向性と術後にもらったサポートの相関は、「人工妊娠中絶が体に与える負担について知りたいとき」が最も高かった（r=.50,p<.001)。「パートナーとの関係で問題を感じたとき」の相関が最も低かった（r=.31,p<.001)。

人工妊娠中絶を受けるにあたっての身体的問題など医学的問題や情報については被援助志向性（援助を求める気持ち）が高い場合、もらったサポートも高いが、パートナーとの関係で問題を生じたことについては被援助志向性は低く、もらったサポートも少ないことが示唆された。

2）４領域における被援助志向性と術後もらったサポートの関連

人工妊娠中絶を受けるにあたって援助を求める４つの領域（「人工妊娠中絶が体に与える負担について知りたいとき」、「パートナーとの関係で問題を感じたとき」、「人工妊娠中絶

や助言がほしいとき、自分の健康状態（体調が悪いなど）のことで気になることがあったとき」）ごとに、被援助志向性得点と術後のサポート得点を従属変数として、対応のあるｔ検定を行った。術前の被援助志向性得点と術後のサポート得点の平均点と標準偏差、t 値、df 値、有意水準を表 13-1～13-4 に示す。

（1） 人工妊娠中絶がからだに与える負担について知りたいとき

「人工妊娠中絶がからだに与える負担について知りたいとき、」の被援助志向性得点と術後にもらったサポート得点の平均値と標準偏差、ｔ検定の結果を表 13-1 に示す。

主治医、主治医以外の医師、看護師については、被援助志向性の平均得点は 2.18～4.17 であった。主治医、主治医以外の医師、看護師についての術前術後の対応のあるｔ検定の結果では、被援助志向性得点より術後のサポート得点は有意に低いことが示された。術前に医師や看護師に対して援助を求めたい気持ちはあるが、術後のサポートはそれほど得られていないことが示唆された。

パートナーについては、被援助志向性の平均得点は 3.45、術後に得られたサポートの平均得点は 3.20 で、術前術後の対応のあるｔ検定では有意差は認められなかった。パートナーに求めた援助については術後のサポートが得られていることが考えられた。

実母、きょうだい、友人・知人については、被援助志向性の平均得点は 2.41～2.90、術後にもらったサポートの平均得点は 1.41～2.36 で、術前術後の対応のあるｔ検定では有意な得点差が認められ、被援助志向性得点よりも術後にもらったサポート得点が有意に低いことが示された。実母、きょうだい、友人・知人については援助を求めたい気持ちはあるがそのことについて術後に得られたサポートは少ないことが示唆された。

被援助志向性の平均得点が最も高いのは主治医（M=4.17, SD.96）で、最も低いのは職場の人・学校の先生（M=1.71, SD.90）であった。術後にもらったサポートの平均得点が最も高いのはパートナー（M=3.20, SD1.39）で、最も平均得点が低いのは職場の人・学校の先生（M=1.41, SD.87）であった。被援助志向性の平均得点と術後にもらったサポートの平均得点の差が最も大きかったのは主治医（ｔ値=13.3）であった。

この結果は、「人工妊娠中絶がからだに与える負担について知りたい」ことについて、医師と看護師に対して援助を求めているが、サポートはあまり得られていないことを示唆していると言える。また、援助者については、医師からの援助において被援助志向性と得られたサポートの得点差が大きいことから、医師から得られる援助が少なく，期待はずれ感をもたらしている可能性が大きいことが推察される。

（2） パートナーとの関係で問題を感じたとき

「パートナーとの関係で問題を感じたとき、」の被援助志向性得点と術後にもらったサポート得点の平均値と標準偏差、ｔ検定の結果を表 13-2 に示す。

被援助志向性の平均得点のレンジは 1.77～

2.83で、主治医、主治医以外の医師、看護師へ相談したい程度は5段階評価の半分の 2.5以下であった。最も被援助志向性の平均得点が高い援助者はパートナー（M=3.71, SD1.26）で、最も低い援助者は主治医以外の医師（M=1.77, SD.96）であった。術後にもらったサポートの平均得点のレンジは 1.41～3.01で、最も高い得点の援助者はパートナー（M=3.01, SD1.55）で、最も低い援助者は主治医（M=1.41, .76）であった。パートナーとの関係で問題を感じたとき主治医や看護師に対する被援助志向性は低いことが明らかにされた。

被援助志向性の平均得点と術後にもらったサポートの平均得点の対応のあるｔ検定では、主治医以外の医師を除いて全ての援助者について有意な得点差が認められた。最も得点差が大きい援助者は医師で（ｔ値=8.47)、次いで看護師（ｔ値=6.0）であった。パートナーとの関係で問題を感じたとき医師や看護師に援助を求める気持ちはあるが術後のサポートはあまり得られていないことが予測される。

（3） 人工妊娠中絶について情報や助言がほしいとき

「人工妊娠中絶について情報や助言がほしいとき、」の被援助志向性得点と術後にもらったサポート得点の平均値と標準偏差、ｔ検定の結果を表13-3に示す。

被援助志向性の平均得点のレンジは1.81～4.22 で、主治医（M=4.22, SD.98)、看護師（M=3.37, SD1.08）で高い得点であった。術後にもらったサポートの平均得点のレンジは、1.45～2.79で、最も高い得点の援助者はパートナー（M=2.79, SD1.42）で、最も低い得点の援助者は主治医以外の医師(M=1.45, SD.90)であった。被援助志向性の平均得点と術後にもらったサポートの平均得点の対応のあるｔ検定では、全ての援助者について有意な得点差が認められ、看護師（ｔ値=11.5）と主治医（ｔ値=11.1）の平均値の差が大きいことが示された。人工妊娠中絶について、看護師や医師に情報や助言を求めても得られたサポートは少ないことが示唆された。

（4）自分の健康状態（体調が悪いなど）のことで気になることがあったとき

「自分の健康状態（体調が悪いなど）のことで気になることがあったとき、」の被援助志向性得点と術後にもらったサポート得点の平均値と標準偏差、ｔ検定の結果を表13-4に示す。

被援助志向性の平均得点のレンジは1.94～4.26 で、最も得点の高い援助者は主治医（M=4.26, SD=1.01）で、次いで、パートナー（M=3.93, SD=1.11)、看護師（M=3.42, 1.13）であった。最も低い得点の援助者は、職場の人・学校の先生（M=1.94, SD1.09）であった。

術後にもらったサポートの平均得点のレンジは1.47～3.18で、最も得点が高い援助者はパートナー（M=3.18, SD1.38）で、最も得点の低い援助者は主治医以外の医師（M=1.47, SD.97）であった。

被援助志向性の平均得点と術後にもらったサポートの平均得点の対応のあるｔ検定では、全ての援助者について有意な得点差が認めら

れ、主治医（t 値=11.1）、看護師（t 値=10.9）において平均値の差が大きい。

自分の健康状態で気になることがあったとき、身近にいるパートナーに援助を求めている実態が明らかにされた。主治医や看護師に援助を求めているが、得られたサポートは期待はずれになっていることが推察された。

3）被援助志向性、術後にもらったサポートと未婚・既婚、職業の関連

被援助志向性得点と術後にもらったサポート尺度得点を従属変数とし、未婚か既婚かを独立変数として t 検定を実施した（表 14-1、表 14-2）。

被援助志向性では、「パートナーとの関係で問題を感じたとき」（$t(91)=2.04$, $p<.05$）と「人工妊娠中絶について情報や助言がほしいとき」（$t(92)=2.22$, $p<.05$）において、既婚者よりも未婚者が有意に被援助志向性が高いことが示された。また、「人工妊娠中絶がからだに与える負担について知りたいとき」についても未婚者のほうが有意に被援助志向性が高い傾向があることが示された（$t(91)=1.89$, $p<.10$）（表 14-1）。

術後にもらったサポートでは、「人工妊娠中絶がからだに与える負担について知りたいとき」において未婚者の方が既婚者よりも有意に術後にもらったサポート得点が高い（$t(90)=2.30$, $p<.05$）。「人工妊娠中絶について情報や助言がほしいとき」においても未婚の人が術後にもらったサポート得点が高い傾向がある（$t(93)=1.70$, $p<.10$）（表 14-2）。

以上の結果から、未婚者の場合、人工妊娠中絶についての決断や術後の不安について被援助志向性が高いことが予測される。未婚者が人工妊娠中絶に関する情報や助言を求めたり、パートナーとの関係について悩みを相談しやすい環境作りが望まれよう。

職業によって被援助志向性得点と術後にもらったサポート得点に差があるかを検討する目的で、被援助志向性得点と術後にもらったサポート得点を従属変数とし、就業体制を独立変数として一元配置分散分析を行った。被援助志向性、術後にもらったサポートのいずれも就業体制による有意な得点差はなかった。

6．援助不安と術後にもらったサポートの関係

援助不安を軽減することが，どの程度，人工妊娠中絶を受けたのサポートの量を増加させるかを検討することを目的に，術後のサポート得点を従属変数とし、主治医と看護師に対する援助不安得点を要因とした一要因分散分析を行った。ここでは、術前の援助不安得点の平均値（M）と標準偏差を基準とし、M＋1/2SD 以上を高得点群（H 群）、M－1/2SD 以下を低得点群（L 群）、その中間を中間群（M 群）とした。表 15-1 と表 15-2 には主治医と看護師に対する援助不安得点群別のサポート得点の平均得点と標準偏差、F 値と有意水準を示した。多重比較は Tukey HSD 法を用いた。

（1）医師に対する援助不安と術後にもらったサポートの関連

「人工妊娠中絶がからだに与える負担について知りたいときのサポート」の領域におい

ては、呼応性の心配のサポート得点への主効果が認められた（F[2,89]=5.17, p<.01）。多重比較の結果、L群よりもM群、H群のサポート得点が低いことが示された。

「パートナーへの問題を感じたときのサポート」でも呼応性への心配の主効果が有意であった（F[2,90]=3.93, p<.05）。多重比較ではL群よりH群においてサポート得点が低いことが示された。

「人工妊娠中絶についての情報・助言へのサポート」では、汚名への心配において術後サポートの有意な主効果の傾向が示された（F[2,90]=2.47, p<.10）。呼応性への心配では有意な主効果が認められた（F[2,90]=6.27, p<.01）。多重比較の結果、援助不安得点がL群よりもH群でサポート得点が低いことが示された。

「健康状態のことで気になることへのサポート」においても、汚名への心配のサポートへの有意な主効果の傾向が見られた（F[2,90]=3.23, p<.05）。呼応性への心配においては有意な主効果が認められた（F[2,90]=4.85, p<.05）。多重比較の結果、援助不安がL群よりもM群、H群のサポート得点が低いことが示された。

以上の結果から、術後にもらったサポートの4つの領域において、医師に対する呼応性への心配が強い場合にサポートが得られていないと考えられる。人工妊娠中絶を受けた女性が医師のサポートを得られるようにするためには、医師に対する呼応性への心配を低めるような介入をすることが必要である。呼応性への心配とは，具体的には，医師は相談した問題を理解，解決できない，相談すると悪い影響が出る，医師は、医療者なので、人工妊娠中絶を受けた女性の問題は理解できないなどに代表される心配である。こうした呼応性への心配を低める一つの例として，人工妊娠中絶の際に，医師が提供できるサービスをあらかじめ説明するといったことが考えられる。

また、人工妊娠中絶についての情報・助言と健康状態のことで気になることへの医師のサポートを強化するためには、医師に対する汚名への心配を低めるような介入をすることが必要である。汚名への心配とは具体的には，医師に相談したら、私は問題のある女性だと思われる，医師に相談したら、特別扱いされる，私は、医師に相談にのってもらう価値のない人間だ，医師に相談したら、私のことを「自分で問題を解決できない弱い人間だ」と思われるなどの項目で構成されている。汚名への心配に対する介入の例として，人工妊娠中絶の際に持つ不安を説明し，こうした不安を持つことは人工妊娠中絶を受ける女性自身に原因があるのではないことや，人工妊娠中絶のときはこうした不安を持つことは当然であることを説明することが考えられる。

（2）看護師に対する援助不安と術後にもらったサポートの関連

「人工妊娠中絶がからだに与える負担について知りたいときのサポート」領域では、呼応性への心配の術後もらったサポートへの主効果が有意であった（F[2,92]=3.56, p<.05）。多重比較による各得点群の有意な差は認めら

れなかった。

「パートナーへの問題を感じたときのサポート」領域は術後もらったサポートの主効果は認められなかった。

「人工妊娠中絶についての情報・助言へのサポート」領域では、呼応性への心配の術後もらったサポートへの有意な主効果が認められた（F[2,92]=3.21,p<.05)。また、相談場面への心配（F[2,93]=2.43,p<.10）と汚名への心配（F[2,91]=2.91,p<.10）の術後もらったサポートへの有意な主効果の傾向が示された。多重比較の結果、L 群より H 群においてサポート得点が低いことが示された。

「健康状態のことで気になる事へのサポート」領域では、汚名への心配の術後もらったサポートへの有意な主効果が示された（F[2,89]=4.73,p<.05)。多重比較の結果、L 群より M 群において術もらったサポート得点が低いことが示された。

「人工妊娠中絶がからだに与える負担について知りたいときのサポート」と「人工妊娠中絶についての情報・助言へのサポート」の領域において、看護師に対して、呼応性への心配が強い場合、サポートが得られない状況におかれることが示唆された。呼応性への心配は，看護師は私が相談した問題を解決できない，看護師は私が相談した問題を理解してくれない，看護師は、医療者なので、人工妊娠中絶を受けた女性の問題は理解できないなどの項目から構成されている。こうした呼応性への心配を低める一つの例として，人工妊娠中絶の際に，看護師が提供できるサービスをあらかじめ説明するとことが考えられる。

また、「健康状態のことで気になる事へのサポート」領域では、汚名への心配が強い場合はサポートが得られにくい状況にあることが予測される。汚名への心配は，看護師に相談したら特別扱いを受ける，看護師に相談していることを私の友達が知ったら私は友達を失う，私は看護師に相談にのってもらう価値のない人間だ，看護師に相談したら私のことを「自分で問題を解決できない弱い人間だ」と思われるなどの項目で構成されている。汚名への心配に対する介入の例として，人工妊娠中絶の際に持つ不安を説明し，不安を持つことは人工妊娠中絶を受ける女性自身に原因があるのではないことや，人工妊娠中絶のときは不安を持つことは当然であることを説明することが考えられる。

4）未婚・既婚、職業による援助不安得点の差

未婚・既婚別と職業における援助不安得点の平均値の差を表 16 と表 17 に示した。援助不安得点は、未婚・既婚、職業による有意な差は認められなかった。

7．主治医，看護師からのもらったサポートに影響を与える要因

最後に，主治医，看護師からのもらったサポートに影響を与える要因を明らかにする。本研究の目的は主治医，看護師の人工妊娠中絶手術の際の援助サービスを検討することであった。そのためには，現在までに検討してきた援助不安や被援助志向性が人工妊娠中絶を受けた女性のもらったサポートにどの程度

影響を与えるのかを明らかにする必要がある。

従属変数をもらったサポート，独立変数を相談場面への心配，汚名への心配，呼応性への心配，自尊感情，被援助志向性と設定した。自尊感情を独立変数に投入したのは，援助を求めることは自尊感情に脅威であるという指摘（Nadler, 1998）があるためである。

結果は表 18-1, 18-2 に示したとおりである。主治医では，全ての領域で呼応性の心配とサポートが負の関連，被援助志向性とサポートが正の関連であった。主治医からのサポートを高めるためには，呼応性の心配に配慮すると同時に，被援助志向性を高めることが大切であるといえる。

看護師では，「パートナーとの関係で問題」，「自分の健康状態（体調が悪いなど）のことで気になることがあったとき」の二つの領域では，重回帰式が有意ではなかった。ここでは，「人工妊娠中絶が身体に与える影響」，「人工妊娠中絶についての情報や助言」の領域における重回帰分析の結果について述べる。「人工妊娠中絶が身体に与える影響」については被援助志向性とサポートが正の関連，「人工妊娠中絶についての情報や助言」については，汚名への心配とサポートが負の関連，被援助志向性とサポートが正の関連であった。

主治医と看護師を比較すると，看護師の R^2 が低く重回帰式が有意でない領域があり，主治医と看護師からもらったサポートの構造が異なることが明らかになった。しかしながら，主治医では被援助志向性と汚名への心配，看護師では一部であるが，呼応性への心配の影響が認められ，主治医と看護師では，影響のある援助不安の因子が異なる可能性が示唆された。主治医については，医師は相談した問題を理解，解決できない，相談すると悪い影響が出る，医師は、医療者なので人工妊娠中絶を受けた女性の問題は理解できないなどの項目に関する心配を低くすることを心がけること，看護師に対しては，看護師に相談したら特別扱いを受ける，看護師に相談していることを私の友達が知ったら私は友達を失う，私は看護師に相談にのってもらう価値のない人間だなどの汚名への心配を低くすることが，患者のサポートを受け易い状況を作り出すことに繋がる可能性がある。

［全体的考察］

人工妊娠中絶の心のケアのマニュアル作成のために有用な知見について，調査結果から考察したい。

人工妊娠中絶を受けることにあたっての心配は「自分のからだ」，「自分の健康」、「後悔しないか」であった。こうした不安を医療者がどの程度軽減できるかについて検討する必要がある。

次に，術前のうつ傾向や自尊感情は術後の精神的健康を予測することが示唆された。この結果を，中絶後の女性の半数は喪失感、後悔、罪悪感、自責の感情を抱き（Zolese & Blacker, 1992），子どもを殺したという気持ちから中絶外傷症候群（abortion trauma syndrome）や中絶後外傷（postabprtion traume）等、精神的な健康障害に陥る可能性があるという報告（Speckhard & Rue, 1992）とあわせて考えると，術前のケアが大切であ

ると言える。また，うつ傾向は，人工妊娠中絶前より中絶後に低くなることが示された。鈴井ら（2001）の報告によると，うつ傾向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。Major ら（2000）もうつ傾向について同じ様な見解を報告している。本調査の結果と先行研究の報告から，人工妊娠中絶前から中絶後にかけて継続したカウンセリング的介入の必要性が示唆された。更に，人工妊娠中絶を受けた理由によって術前術後の心理的反応の違いが認められた。未婚者では，パートナーのすすめによって人工妊娠中絶を受けた場合に術後のうつ傾向が強く，術前術後の自尊感情が低いことが示された。これは，Pope ら（2001）のパートナーとの関係に満足していない女性はうつ傾向が強いという見解と一致している。未婚者の場合パートナーとの関係を考慮した関わりが臨まれよう。既婚者の場合は，もう子どもはいらないことから中絶に至った場合、術前のうつ傾向が低く自尊感情が高いことが示された。これは，中絶の意志決定に満足していることによる心理的反応であると考えることができる。女性の中絶を受けるに至った経緯をふまえて心理的反応をアセスメントし，中絶を受ける自己決定を支援する援助の必要性が示唆される。

更に，人工妊娠中絶のからだへの負担や自身の健康，人工妊娠中絶に情報や助言が欲しい場合，被援助志向性が高い女性は精神的に健康であることが示唆された。被援助志向性を高め，サポートを得られるようにすることが中絶を受ける女性の精神的な健康を高めることに繋がることが示唆された。

次に術前の被援助志向性と術後のもらったサポートとの相関関係から，人工妊娠中絶を受けるにあたっての身体的問題，医学的問題については，被援助志向性ともらったサポートの相関が高かった。このことは，こうした問題について被援助志向性を高めることで中絶を受ける女性自身が受ける援助の量を増やす可能性を示唆するものである。しかし，援助者を細かく見ていくと，主治医，主治医以外の医師，看護師については，4 領域にある程度共通して，被援助志向性が高くてももらったサポートが低いという結果となった。これは，現在の医療現場において被援助志向性の高い女性に対してもサポートが供給されていない可能性が考えられる。被援助志向性の高い患者（中絶を受ける女性）が援助を求めたとき，適切なケアができる体制を整える必要がある。

被援助志向性と未婚・既婚，職業などのﾃﾞﾓｸﾞﾗﾌｨｯｸ要因との関連を検討したところ，未婚者の方が総じて被援助志向性が高いことが示された。被援助志向性の先行研究によると，インフォーマルなサポート源がない人はフォーマルなサポートに援助を求めることが指摘されている（水野・石隈，1999）。未婚者は，身近にサポートを求める人がいないために援助を求める傾向にあるのかも知れない。

援助不安ともらったサポートの関係では，医師，看護師ともに呼応性，汚名への心配が強いとサポートの量が少ないことが示された。人工妊娠中絶の際に，患者（中絶を受ける女性）が抱く不安や心配について十分に説明し，こうした不安や心配は中絶を受ける女性自身

に原因があるわけではないこと，こうした不安や心配を医師や看護師の前で開示することが，中絶を受ける女性への評価を低めることはないことなどに時間をかけて，パンフレットなどを用いて説明し（汚名への心配の低減），こうした不安や心配に対して医師や看護師が提供できるサービスをあらかじめ説明する（呼応性への心配の低減）といったことが考えられる。また，國清ら（2003）の人工妊娠中絶に対する看護者の葛藤についての報告によると，現場にいる看護師は，人工妊娠中絶を受ける女性に対して「避妊すべき」「もっと考えるべき」「やめさせたい」と女性を攻める気持ちがある一方、「かわいそう」「気持ちにより添いたい」と女性を受容する気持ちと「仕方ないが何てことをするの」と共感する気持ちと攻める気持ちが同時に存在するアンビバレントな気持ちを持っている。人工妊娠中絶に関わるときの葛藤については，個人的には，「苦しい気持ち」「マイナスな感情」「関わりたくない」気持ちを持ちながら，看護者としては，「仕事・患者だと割り切る」「患者の今後を考える」「精神的ケアがしたい」という気持ちがある。このような現場における看護師の葛藤は，医師にも共通する葛藤である可能性があり，医療者が中絶を受ける女性に抱いている自己の価値観を認識して，無意識に女性を責めることがないように留意する必要があろう。

最後に，術後のもらったサポートに影響を与える要因の分析では，主治医に対しては，被援助志向性を高めること，呼応性の心配を低くすることが大切であり，看護師に関しては限定的な関連であるが，被援助志向性を高めることと汚名への心配を低くすることが大切であることが明らかになった。

［参考文献］

Ciarrochi, J., Deane, F.P., Wilson, C.J. & Rickwood, D. 2002 Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: the relationship between low emotional competence and low intention to seek help. British Journal of Guidance & Counseling, 30, 173-188.

Deane, F.P. & Chamberlain, K. 1994 Treatment fearfulness and distress as predictors of professional psychological help-seeking. *British Journal of Guidance and Counseling*, 22, 207-217.

Fischer, E. D. & Farina, A. 1995 Attitude toward seeking professional psychological help; A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368-373.

星野命 1970 感情の心理と教育（二） 児童心理， 24, 1445-1477.

Kuhl, J., Jarkon-Horlick, L., & Morrissey, R.F. 1997 Measuring barriers to help-seeking behavior in adolescents. Journal of Youth & Adolescence.

26, 637-650.

國清恭子・土江田奈瑠美・中島久美子・兼子めぐみ・大和田信夫・常盤洋子　2003　人工妊娠中絶に対する看護者の葛藤　群馬保健学紀要, 24, 43-51.

Kushner, M.G. & Sher, K.J. 1989 Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology Research and Practice*, **20**, 251-257.

Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, L., Zubek, J. & Ricards, C. Wilhite, M., Cramzow, R. 2000 Psychological responses of women after first-trimiester abortion. Arch Gen Psychiatry, **57**, 777-784.

水野治久・石隈利紀　1999　被援助志向性, 被援助行動に関する研究の動向　教育心理学研究, **47**, 530-539.

Nadler, A. 1998 Relationship, esteem, and achievement perspectives on autonomous and dependent help seeking. Karabenick S. A. (ed.) *Strategic Help Seeking: Implications for learning and teaching*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.: Mahwah. 61-93.

Phillips, M.A. & Murrell, S.A. 1994 Impact of psychological and physical health, stressful events, and social support on subsequent mental health help seeking among older adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, **62**, 270-275.

Pipes, R.B., Schwarz, R. & Crouch, P 1985 Measuring client fears. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **53**, 933-934.

Raviv. A., Sill, R., Raviv, A. & Wilansky, P. 2000 Adolescents' help-seeking behavior: The difference between self- and other-referral. Journal of Adolescence. **23**, 721-740.

Rickwood, D.J. 1995 The effectiveness of seeking help for coping with personal problems in late adolescence. Jounral of Youth and Adolescence, **24**, 685-703.

Rickwood, D.J. & Braithwaite, V.A. 1994 Social-psychological factors affecting help seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine*, **39**, 563-572.

Rosenberg, M. 1965 *Society and the adolescent self image*. Princeton University Press :Princeton, N.J.

Schonert-Reichl, K.A. & Muller, J.R. 1996 Correlates of Help-Seeking in Adolescence. Journal of Youth and Adolescence, **25**, 705-731.

Speckhard, A. & Rue, V. 1992 Postabortion syndrome: An emerging public health concern. Journal of Social Issues, **18**, 95-119.

鈴井江三子・柳修平・三宅肇　2001　人工妊娠中絶を経験した女性の不安の経時的変化　母性衛生, 42, 394-400.

山本真理子・松井豊・山成由起子　1982　認知された自己の諸側面の構造　教育心理学

研究, **30**, 64-68.

Zolese, G. & Blacker, C. V. 1992 The psychological complications of therapeutic abortion. British Journal of Psychiaty, **160**, 742-749.

人工妊娠中絶を受ける女性の心のケアに関するアンケート
—人工妊娠中絶を受ける女性のサポートのために—

参考資料

1. 人工妊娠中絶を受ける女性の心のケアに関するアンケート調査集計：図および表

2. 調査用紙

集計：図および表

表１　医師に対する援助不安尺度の主成分分析結果（バリマックス回転後）

	第１主成分 相談場面への心配	第２主成分 汚名への心配	第３主成分 呼応性への心配
C15. 医師に相談すると何でも聞かれそうで嫌だ	.832	.224	.255
C16. 医師に相談すると、わたしが、言いたくないことまでいわれそうで心配だ	.812	.285	.218
C17. もし、医師に相談して、医師から怒られたり、注意されたとき、どうしたら良いのかわからない	.809	.251	.116
C07. 医師に相談したことについて秘密が守られるかどうか心配だ	.662	.218	.242
C14. 医師にわたしの問題をうまく伝えられるか心配だ	.620	.199	.148
C10. 医師に相談したら、わたしは問題のある女性だと思われる	.291	.824	.249
C11. 医師に相談したら、特別扱いを受ける	.296	.805	.196
C09. 私は、医師に相談にのってもらう価値のない人間だ	.209	.802	.259
C06. 医師に相談したら、私のことを「自分で問題を解決できない弱い人間だ」と思われる	.373	.645	.356
C08. 医師に相談していることを、私の友達が知ったら、私は友達を失う	.199	.639	.189
C02. 医師は私が相談した問題を解決できない	.190	.193	.876
C03. 医師は私が相談した問題を理解してくれない	.302	.238	.818
C01. 医師に相談したら、手術あるいはその後の回復に悪い影響が出る	.087	.342	.678
C05. 医師は、医療者なので、人工妊娠中絶を受けた女性の問題は理解できない	.315	.222	.647
固有値	7.085	1.386	1.173
寄与率（%）	50.608	9.990	8.376
累積寄与率（%）	50.608	60.508	68.884

表２　看護師に対する援助不安尺度の主成分分析結果（バリマックス回転後）

	第１主成分 相談場面への心配	第２主成分 呼応性への心配	第３主成分 汚名への心配
D16. 看護師に相談すると、わたしが、言いたくないことまでいわれそうで心配だ	.870	.283	.251
D15. 看護師に相談すると何でも聞かれそうで嫌だ	.839	.325	.270
D17. もし、看護師に相談して、看護師から怒られたり、注意されたとき、どうしたら良いのかわからない	.808	.170	.199
D07. 看護師に相談したことについて秘密が守られるかどうか心配だ	.553	.351	.440
D02. 看護師は私が相談した問題を解決できない	.280	.869	.247
D03. 看護師は私が相談した問題を理解してくれない	.265	.860	.125
D05. 看護師は、医療者なので、人工妊娠中絶を受けた女性の問題は理解できない	.247	.676	.396
D11. 看護師に相談したら、特別扱いを受ける	.219	.278	.799
D08. 看護師に相談していることを、私の友達が知ったら、私は友達を失う	.302	.051	.781
D09. 私は、看護師に相談にのってもらう価値のない人間だ	.176	.465	.718
D06. 看護師に相談したら、私のことを「自分で問題を解決できない弱い人間だ」と思われる	.367	.536	.576
固有値	6.489	1.075	.938
寄与率（%）	58.993	9.771	8.529
累積寄与率（%）	58.993	68.764	77.293

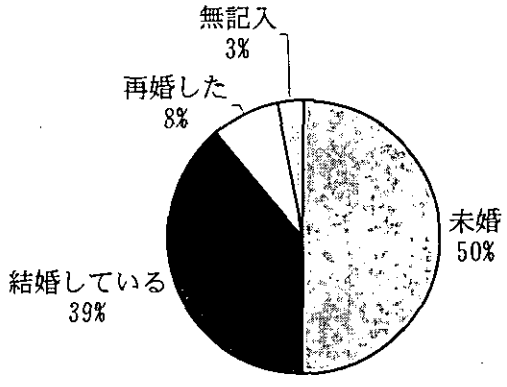

図1. 対象者の婚姻関係(n=100)

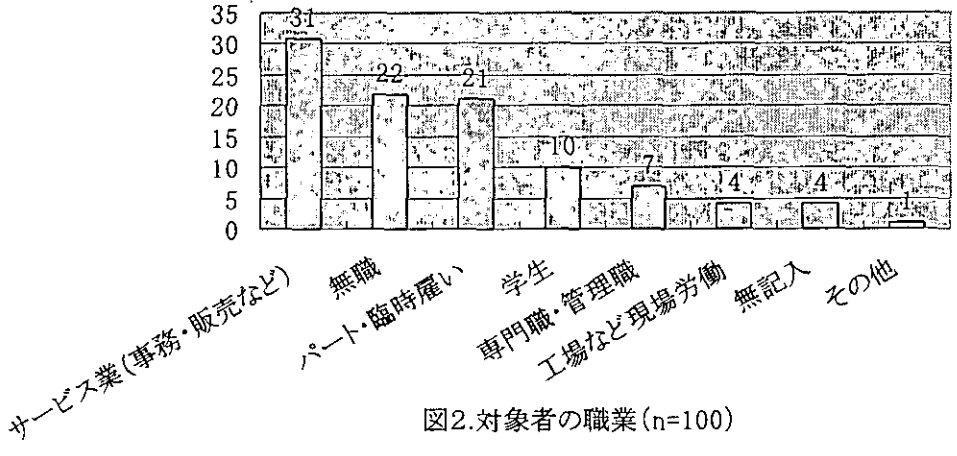

図2.対象者の職業(n=100)

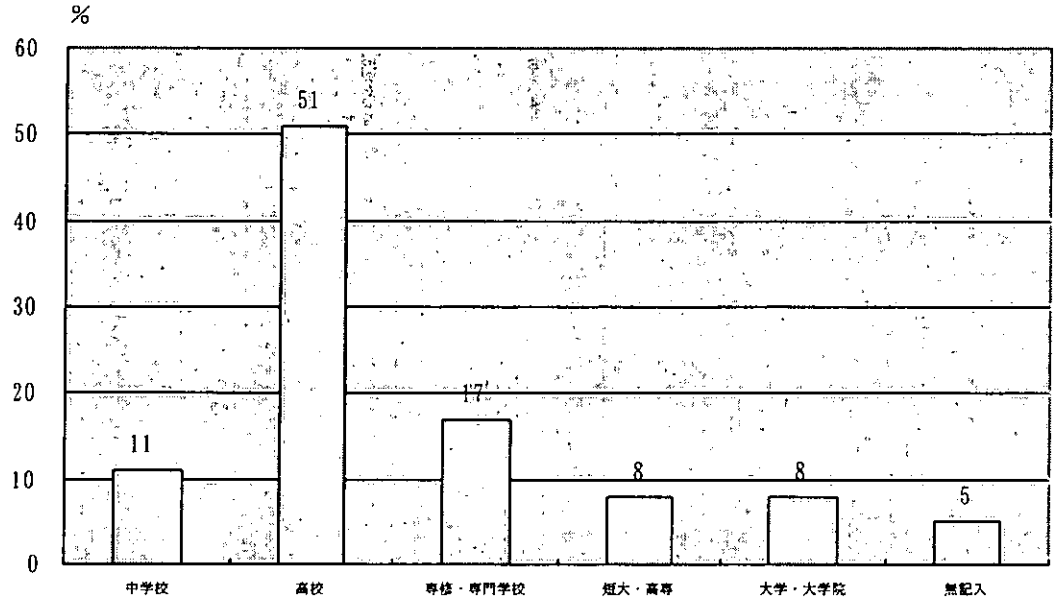

図3. 対象者の最終学歴（n=100）

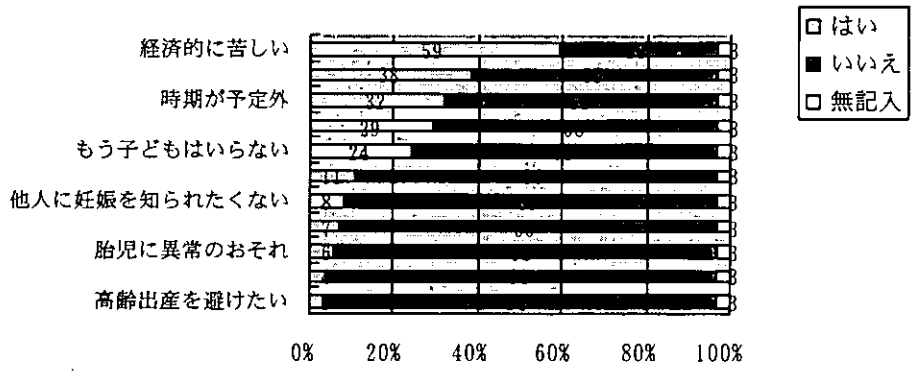

図4. 人工妊娠中絶を受けた理由（n=100）［複数回答可］

表３　未婚者と既婚者別にみた人工妊娠を受けた理由の割合の比較

人工妊娠中絶の理由		未婚		既婚		カイ二乗検定
		人数（名）	割合（%）	人数（名）	割合（%）	
もう子どもはいらない	はい	3	6	21	45.7	***
	いいえ	47	94	25	54.3	
時期が予定外	はい	17	34	14	30.4	ns
	いいえ	33	66	32	69.6	
結婚していない	はい	34	68	4	8.7	***
	いいえ	16	32	42	91.3	
経済的に苦しい	はい	28	56	31	67.4	ns
	いいえ	22	44	15	32.6	
住宅事情	はい	2	4	5	10.9	ns
	いいえ	48	96	41	89.1	
仕事(学業)が続けられない	はい	21	42	7	15.2	**
	いいえ	29	58	39	84.8	
他人に妊娠を知られたくない	はい	5	10	3	6.5	ns
	いいえ	45	90	43	93.5	
夫(パートナー)のすすめ	はい	7	14	4	8.7	ns
	いいえ	43	86	42	91.3	
病弱、健康に不安	はい	0	0	4	8.7	*
	いいえ	50	100	42	91.3	
高齢出産を避けたい	はい	0	0	3	6.5	ns
	いいえ	50	100	43	93.5	
胎児に異常のおそれ	はい	2	4	4	8.7	ns
	いいえ	48	96	42	91.3	

***p<.001，**p<.01，*p<.05，ns 有意差なし

表4　職業別にみた人工妊娠中絶を受けた理由の割合の比較

人工妊娠中絶の理由		常勤者 人数(名)	常勤者 割合(%)	パートタイム 人数(名)	パートタイム 割合(%)	無職 人数(名)	無職 割合(%)	学生 人数(名)	学生 割合(%)	カイ二乗検定
もう子どもはいらない	はい	11	26.2	5	23.8	8	36.4	0	0	ns
	いいえ	31	73.8	16	76.2	14	63.6	10	100	
時期が予定外	はい	14	33.3	7	33.3	5	22.7	5	50	ns
	いいえ	28	66.7	14	66.7	17	77.3	5	50	
結婚していない	はい	21	50	6	28.6	4	18.2	7	70	*
	いいえ	21	50	15	71.4	18	81.8	3	30	
経済的に苦しい	はい	21	50	14	66.7	18	81.8	5	50	†
	いいえ	21	50	7	33.3	4	18.2	5	50	
住宅事情	はい	2	4.8	3	14.3	2	9.1	0	0	ns
	いいえ	40	95.2	18	85.7	20	90.9	10	100	
仕事(学業)が続けられない	はい	13	31	6	28.6	0	0	8	80	***
	いいえ	29	69	15	71.4	22	100	2	20	
他人に妊娠を知られたくない	はい	6	14.3	0	0	1	4.5	1	10	ns
	いいえ	36	85.7	21	100	21	95.5	9	90	
夫(パートナー)のすすめ	はい	4	9.5	2	9.5	3	13.6	2	20	ns
	いいえ	38	90.5	19	90.5	19	86.4	8	80	
病弱、健康に不安	はい	1	2.4	1	4.8	2	9.1	0	0	ns
	いいえ	41	97.6	20	95.2	20	90.9	10	100	
高齢出産を避けたい	はい	1	2.4	2	9.5	0	0	0	0	ns
	いいえ	41	97.6	19	90.5	22	100	10	100	
胎児に異常のおそれ	はい	2	4	4	8.7	2	4	4	8.7	ns
	いいえ	48	96	42	91.3	48	96	42	91.3	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, †p<.10, ns 有意差なし

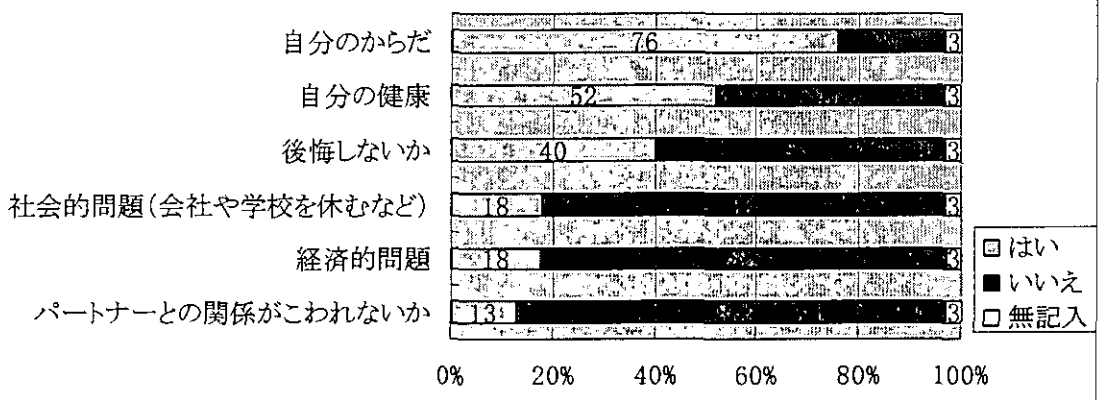

図5. 人工妊娠中絶を受けることに当たっての心配

表 5　未婚者と既婚者別にみた人工妊娠を受けるにあたっての心配の割合の比較

人工妊娠中絶を受けるにあたっての心配		未婚 人数（名）	未婚 割合（%）	既婚 人数（名）	既婚 割合（%）	カイ二乗検定
自分の健康	はい	27	54	24	52.2	ns
	いいえ	23	46	22	47.8	
自分のからだ	はい	41	82	34	73.9	ns
	いいえ	9	18	12	26.1	
後悔しないか	はい	22	44	18	39.1	ns
	いいえ	28	56	28	60.9	
経済的問題	はい	7	14	8	17.4	ns
	いいえ	43	86	38	82.6	
社会的問題（会社や学校を休むなど）	はい	15	30	3	6.5	**
	いいえ	35	70	43	93.5	
パートナーとの関係がこわれないか	はい	7	14	6	13	ns
	いいえ	43	86	40	87	

**p<.01, ns 有意差なし

表 6　職業別にみた人工妊娠中絶を受けるにあたっての心配の割合の比較

人工妊娠中絶を受けるにあたっての心配		常勤者		パートタイム		無職		学生		カイ二乗検定
		人数（名）	割合（%）	人数（名）	割合（%）	人数（名）	割合（%）	人数（名）	割合（%）	
自分の健康	はい	22	52.4	10	47.6	11	50	7	70	ns
	いいえ	20	47.6	11	52.4	11	52.4	3	30	
自分のからだ	はい	32	76.2	13	61.9	21	95.5	8	80	*
	いいえ	10	23.8	8	38.1	1	4.5	2	20	
後悔しないか	はい	13	31	9	42.9	11	50	7	70	ns
	いいえ	29	69	12	57.1	11	50	3	30	
経済的問題	はい	6	14.3	5	23.8	4	18.2	0	0	ns
	いいえ	21	50	7	33.3	4	18.2	5	50	
社会的問題（会社や学校を休むなど）	はい	12	28.6	4	19	0	0	1	10	*
	いいえ	30	71.4	17	81	22	100	9	90	
パートナーとの関係がこわれないか	はい	6	14.3	3	14.3	2	9.1	2	20	ns
	いいえ	36	85.7	18	85.7	20	90.9	8	80	

*p<.05，ns 有意差なし

表7　術前術後のうつ傾向と自尊感情の相関

	術前うつ傾向	術後うつ傾向	術前自尊感情
術前うつ傾向	-		
術後うつ傾向	.75(***)	-	
術前自尊感情	-.60(***)	-.55(***)	-
術後自尊感情	-.56(***)	-.72(***)	.81(***)

***p<.001

表8　術前術後におけるうつ傾向尺度得点・自尊感情尺度得点の差

	平均値(SD)	うつ傾向尺度得点	t値	df	有意確率
うつ傾向	術前(n=92)	18.28 (5.12)	3.08	91	**
	術後(n=92)	17.10 (5.37)			
自尊感情	術前(n=93)	27.95 (5.49)	1.02	92	ns
	術後(n=93)	28.30 (5.31)			