

Psychotherapy for Women with Difficulties in Mothering)

- Nayak, M. B. & Milner, J. S. (1998) Neuropsychological functioning : comparison of mothers at high-and low-risk for child physical abuse. *Child abuse & Neglect*, 22(7), 687-703.
- Pollock, H. & Percy, A. (1999) Maternal Antenatal Attachment Style and potential fetal abuse, *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1345-1357.
- Sedlak, A. J., & Broadhurst, D. D. (1996) Third national incidence study on child abuse and neglect. Washington, DC:U. S. *Department of Health and Human Services*.
- 内山 絢子 (2000) 児童虐待の実態分析 現代刑事法, 18, 15-23.
- 鈴宮 寛子・山下 洋・吉田 敬子 (2003) 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害—自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討—, 精神科診断学, 14(1), 49—57.
- (Hiroko Suzumiya, Hiroshi Yamashita, Keiko Yoshida)
- Wekerle, C., & Wolfe, D. A. (1998) Windows for preventing child and partner abuse: Early childhood and adolescence. In P. K. Trickett&C, J. Schellenbach(Eds) *Violence against children in the family and the community(pp339-369)Washikgton , DC: A m e r i c a n Psychological Asociacion*.
- 山下 洋 (2003) 産後うつ病と Bonding 障害の関連 精神科診断学, 14(1), 41-48.
- (Hiroshi Yamashita)
- Zung, W. W. (1965) A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Table 1 母親の就労状況（生後2年時）

	人数	割合
専業主婦	54	79.4%
育児休業中	1	1.5%
パート就労	7	10.3%
フルタイム就労	5	7.4%
未記入	1	1.5%

Table 2 子どもと遊ぶ時間（生後2年時）

	人数	割合
4時間以上	27	39.7%
3時間くらい	10	14.7%
2時間くらい	19	27.9%
1時間くらい	6	8.8%
30分	5	7.4%
未記入	1	1.5%

Table 3 家族形態（生後2年時）

	人数	割合
核家族	54	79.4%
同居	13	19.1%
その他	1	1.5%

Table 4 関連変数の相関

		妊 娠 期			生 後 2 歳				
		胎児愛着	抑うつ	虐待傾向	ボンディング障害				
					全体	否定的感情	怒りと拒否	自信と不安	子への攻撃
妊 娠 期	胎児愛着	—	-.10	-.10	-.25 *	-.26 *	-.12	-.30 *	-.02
	抑うつ	-.10	—	.16	.34 **	.35 **	.21	.31 *	.20
2 歳	虐待傾向	-.10	.16	—	.39 ***	.30 *	.39 **	.27 *	.48 ***

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Table 5 抑うつ陽性群と抑うつ陰性群における平均値比較

	陽性群	>	陰性群	d f	t 値
	(N=29)		(N=32)		
ボンディング障害	51.57 11.82		45.47 9.19	59.00	2.25 *
虐待傾向	30.64 4.77		29.63 6.49	58.00	0.63

下段は標準偏差を示す

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

Table 6 胎児愛着高群と胎児愛着低群における平均値比較

	高群	<	低群	d f	t 値
	(N=35)		(N=28)		
ボンディング障害	44.49 7.74		50.04 11.91	61.00	-2.23 *
虐待傾向	29.09 5.61		30.3 6.28	60.00	-0.80

下段は標準偏差を示す

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

親行動および抑うつについての自己評価表作成の試み

名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター・教授

氏家達夫

1. 親行動について

目的

この研究の目的は、親行動スクリーニングテストの開発とそれを活用した親行動の自己評価システムの開発である。

現在、乳幼児をもっている親の中に親として適切な養育行動をうまくとれない親が数多く存在している。そのような親に対して、具体的に問題点を伝え、そして必要に応じて親としての適切な行動を形成するための教育的アプローチをすることが、親に対するもっとも実質的な育児支援になると考えられる。そのような試みは、親の育児能力を向上させるだけでなく、育児に対する負担感や自分自身に対する不信感や不安を軽減する効果ももつと考えられる。

親の不適切な行動は、子どもの心身の健康な発達にさまざまな悪影響を及ぼす。最近の乳幼児精神医学の進展や発達障害に対する早期療育体制の充実にともない、子どもの発達上の問題を早期発見するためのスクリーニングテストが開発され、子どもの発達上の問題を早期に発見し、的確に対応する上で大きな効果を上げてきている。しかし、乳幼児精神医学や発達心理学的に重要な問題の多くは、養育環境の劣悪さや不適切さによって生み出される。したがって、子どもの発達上の問題を予防し、解決するためには、子どもの問題を早く見つけることだけでは十分ではなく、なるべく早く養育環境の問題を見つけ出し、必要な改善を図ることが非常に重要になる。

しかし、実際に健診や発達相談の場で利用できる、親行動の問題点を多角的に測定するための簡便で、妥当性の高いツールは存在していない。また、育児に自信を持ってない親に対して、具体的に問題点を指摘し、その問題を改善するための情報提供の仕組みや教育プログラムは存在していないといってもよい。そこでこの研究では、親行動の問題を多角的に測定し、その結果に基づいて親に的確な情報を提供し、親自身による親行動の問題のセルフモニタリングのための仕組みを開発する。

方法

調査対象者

調査対象は、名古屋市近郊の T 市に在住する母親であった。4 ヶ月、1 歳半、3 歳の健診参加者、2 歳児童の「すくすく教室」の参加者、それに保育園児の母親である。回答者は 1,118 名であった。調査対象の平均年齢は 30.73 歳(年齢範囲は 19 歳～53 歳、SD は 4.45)であった。子どもの性別は、女兒が 567 名、男児が 527 名、無回答その他 24 名であった。第 1 子が 570 名、第 2 子が 395 名、第 3 子が 101 名、第 4 子以降が 19 名、無回答その他が 33 名であった。初産年齢は、20 歳未満が 48 名、20 歳～24 歳が 300 名、25 歳～29 歳が 517 名、30 歳～34 歳が 209 名、35 歳以上が 37 名、無回答は 7 名であった。初産の平均年齢は 26.45 歳 (SD4.25) であった。

変数

親行動尺度

親行動を 4 つの側面で捉えた。各 3 項目で、合計 12 項目。それに、ポジティブ項目を加えて 20 項目とした。各側面の質問項目は以下のとおりである。関わり方がわからない：子どもの期限の変化が予測できず、困ったこと；子どもをどうしつければよいのかわからなくなったこと；子どもにどう関わればよいのかわからなかったこと。子どもに対する腹立ち：子どもにまわりつかれて、腹が立ったこと；子どもが泣き、腹が立ったこと；子どもが失敗したことで、腹が立ったこと。子どもに対する拒否感情：子どものせいで、生活が不自由になったと思ったこと；子どもがいなければよいのに、と思ったこと；子どもの世話をするのが面倒だと思ったこと。体罰・意地悪：子どもをからかったり、意地悪したりして、子どもの機嫌を壊してしまったこと；口でいってもわからないので、体罰を与えたこと；子どもを叩いたりつねったり冷たい仕打ちをしてしまったこと。

夫への不満

夫への不満は、夫は話を親身になって聞いてくれない、夫を頼りにしていない、結婚生活に満足していない、の 3 項目で測定した。

ストレス

ストレスは、子育てやお子さんのことで悩みや困り事がある、自分自身のことで悩みや困り事がある、まわりの人とのことで悩みや困り事がある、むしゃくしゃしたときお子さんにあたることもある、毎日の生活で精一杯で心に余裕がない、の 5 項目で測定した。

傷つきやすさ

傷つきやすさは、何かあると考え込んでしまう、いろいろなことを要領よくこなす(逆転)、周りの人に気がねしてしまう、パニックになりやすい、些細なことでくよくよする、の 5 項目で測定した。

ストレス

結果と考察

親行動の4側面の度数分布

親行動の4つの側面（関わり方がわからない、子どもに対する腹立ち、子どもに対する拒否感情、体罰・意地悪）の度数分布を表1に示した。

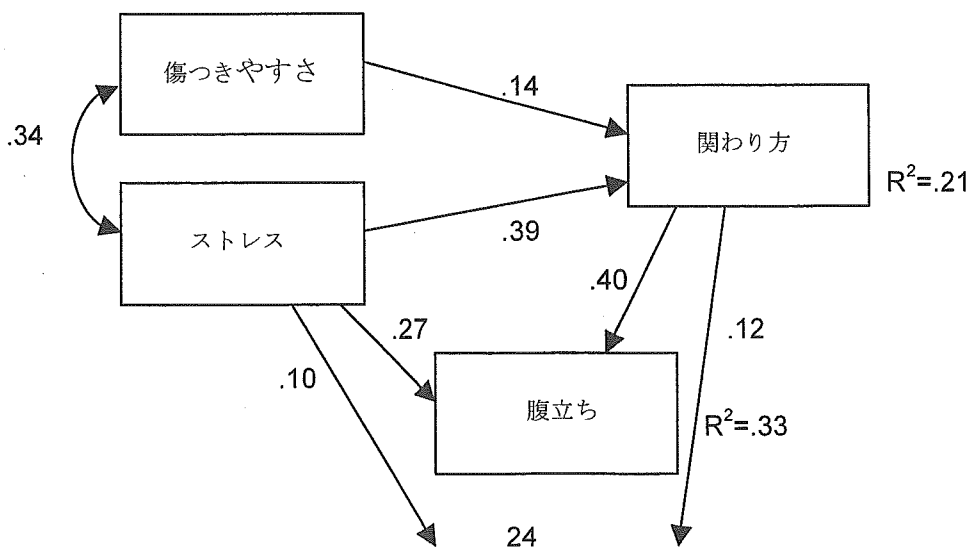
親行動の問題の発生モデル

子どもに対する拒否感情と体罰・意地悪を従属変数とし、母親の年齢、子どもの年齢、抑うつ、ストレス、傷つきやすさ、夫への不満、子どもに対する腹立ち、関わり方がわからない、を予測変数としてパス解析を行った。その結果、子どもに対する拒否感情と体罰・意地悪を1つのモデルに組み込むことができなかったため、2つのモデルを立てた。

モデルのテストに、構造方程式モデルを用いた。

表 1-1. 親行動の4側面の度数分布

	体罰	拒否	腹立ち	関わり方
0	284 (26.5%)	390 (36.2%)	125 (11.7%)	157 (14.7%)
1	194 (18.1%)	192 (17.8%)	130 (12.2%)	166 (15.5%)
2	173 (16.1%)	200 (18.6%)	179 (16.7%)	177 (16.6%)
3	127 (11.8%)	115 (10.7%)	160 (15.0%)	174 (16.3%)
4	119 (11.1%)	67 (6.2%)	146 (13.7%)	128 (12.0%)
5	58 (5.4%)	39 (3.6%)	108 (10.1%)	93 (8.7%)
6	68 (6.3%)	31 (2.9%)	104 (9.7%)	73 (6.8%)
7	30 (2.8%)	20 (1.9%)	46 (4.3%)	45 (4.2%)
8	7 (0.7%)	6 (0.6%)	28 (2.6%)	31 (2.9%)
9	13 (1.2%)	16 (1.5%)	43 (4.0%)	25 (2.3%)
計	1073	1076	1069	1069



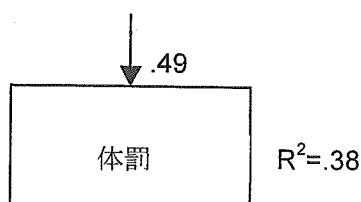


図 1-1. 体罰・意地悪のパスモデル

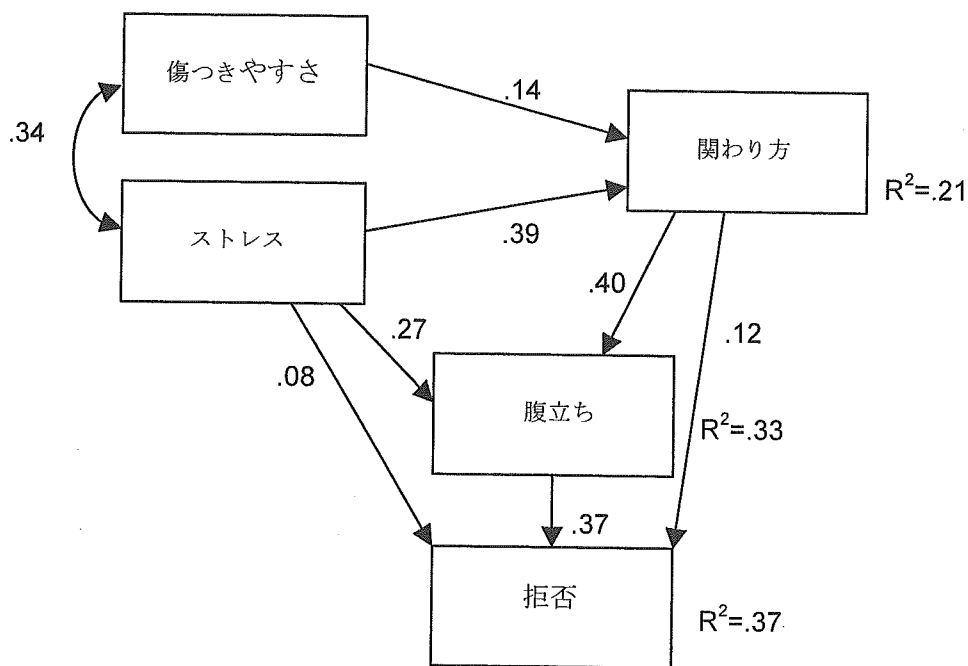


図 1-2. 子どもに対する拒否のパスモデル

いずれのモデルも、適合度が十分に高く、満足できるモデルであることが示された。

このモデルから、子どもに対する拒否感情や体罰・意地悪は、おもには子どもに対する腹立ちから起こると予想される。子どもに対する腹立ちは、それを構成する項目の内容から判断して、おそらく子どもの問題が関与していると思われる。

モデルから、子どもに対する拒否感情や体罰・意地悪が、子どもにどのように関わったらよいかわからないという問題とストレスによっても引き起こされていることがわかる。したがって、子どもとの関わり方についての情報提供、たとえば子どもの信号の読み方とか子どもの扱い方についての情報提供やそれを実行するためのスキル学習や練習の機会の提供が効果的であろう。

腹立ちや子どもとどう関わっていいかわからないという心理の背景には、累積したストレスがある想像される。ストレスが、子どもに介入するタイミングや介入方略を誤らせる可能性もあるから、ストレスの低減と効果的な対処の習得も必要だろう。

度数分布からわかるように、子どもに対する腹立ちは相対的に多くの母親で経験されて

いる。したがって、おそらく腹立ちをなくすことはむずかしい。むしろ、腹が立っても不適切な行動をとったり感情をもったりしないための条件を考えた方がよいかもしれない。

親行動の判定基準

母親に、自身の親行動の問題をフィードバックするためには、親行動の問題を一定の判定基準で判別する必要がある。そこで、分布と得点の意味にもとづいて、子どもに対する拒否感情と体罰・意地悪を、問題のない水準（安全）、少し問題がある水準（黄信号）、問題がある水準（赤信号）の3つに分類する基準を決めた。

子どもに対する拒否感情と体罰・意地悪はそれぞれ0～9に分布する。問題のない水準は、0～2に設定した。1項目あたりの平均が1未満であり、該当する行動がほとんど見られないことを意味している。少し問題のある水準は、3～5に設定した。この値は、1項目あたりの平均が1以上2未満であり、該当する行動が数回まではいかないが1・2回以上あったことを意味している。問題がある諮詢は、6以上に設定した。この値は、1項目あたりの平均が2以上であり、該当する行動が数回以上あったことを意味している。

表 1-2. 体罰・意地悪および子どもに対する拒否感情の判定基準別頻度

	体罰	拒否
安全	652 (60.8%)	782 (72.7%)
黄色信号	304 (28.3%)	211 (19.6%)
赤信号	119 (11.1%)	73 (6.8%)
計	1073	1076

体罰・
親は約
なり問題

意地悪の黄色信号以上の母
40%になる。この数値はか
かもしれない。10人に4人

が、過去1ヵ月の間に1・2回以上子どもに体罰を与えたり冷たい仕打ちをしたりしていることになる。

体罰・意地悪に比べて、子どもに対する拒否感情はやや少なく、黄色信号以上の母親は約25%であった。それでも、4人に1人は、過去1ヵ月の間に1・2回以上、子どもに対して拒否感情をもったことになる。

表 1-3. 子どもに対する腹立ちと体罰・意地悪および子どもに対する拒否感情の関係

		子どもに対する腹立ち		
		0～2	3～5	6～9
体罰・ 意地悪	安全	364 (84.7%)	227 (55.5%)	52 (23.6%)
	黄色信号	57 (13.3%)	158 (38.6%)	85 (38.6%)

	赤信号	9 (2.1%)	24 (5.9%)	83 (37.7%)
子どもに 対する拒 否感情	安全	387 (89.3%)	306 (74.8%)	82 (37.3%)
	黄色信号	39 (9.1%)	94 (23.0%)	84 (38.2%)
	赤信号	4 (0.9%)	14 (3.4%)	55 (25.0%)

子どもに対する拒否感情と体罰・意地悪との関係で、子どもに対する腹立ちの判定基準値を決めた。子どもに対する腹立ちの基準値は、安全が 0～2、黄色信号が 3～5、赤信号が 6 以上。

表 1-3 からわかるように、子どもに対する腹立ちが安全圏の場合、体罰・意地悪も拒否感情も、大部分が安全圏に収まる。子どもに対する腹立ちが黄色信号の場合、体罰・意地悪と拒否感情のいずれも、黄色信号の可能性が高まる。体罰・意地悪では、13.3→38.6 で、およそ 3 倍に跳ね上がるし、拒否感情も 9.1→23.0 で 2 倍強になる。子どもに対する腹立ちが赤信号の場合、体罰・意地悪と拒否感情のいずれも赤信号になる可能性が高まる。体罰・意地悪では、2.1 と 5.9→37.7 になってしまうし、拒否感情でも、0.3 と 3.4→25.0 になる。関わり方がわからない、の判定基準は、0～2 であれば安全、3 と 4 であれば黄色信号、5 以上なら赤信号というものである。

表 1-4. 関わり方がわからないと子どもに対する腹立ちとの関係

		関わり方がわからない		
		0～2	3～4	5～9
子どもに 対する腹 立ち	安全	294 (59.4%)	92 (30.1%)	43 (16.2%)
	黄色信号	171 (34.5%)	145 (48.7%)	94 (35.5%)
	赤信号	30 (6.1%)	61 (20.5%)	128 (48.3%)

ストレスも子どもに対する腹立ちを予測する要因であると考えられたが、(モデルの係数の低さから予想されるように) あまりセンシティブな要因ではないようである。ストレスの判定基準は、抑うつのとくと異なった値を設定した方がよいようだ。ストレスが 0～2 では安全、3 と 4 で黄色信号、5 で赤信号である。

表 1-5. ストレスと子どもに対する腹立ちの関係

		ストレス		
		0～2	3～4	5
子どもに 対する腹 立ち	安全	474 (90.1%)	276 (73.0%)	57 (48.3%)
	黄色信号	32 (6.1%)	74 (19.6%)	39 (33.1%)
	赤信号	20 (3.8%)	28 (7.4%)	22 (18.67%)

親行動の自己診断シートのイメージ

上述の結果にもとづいて、親行動についての自己診断シートの構成を想定すると、次のようになる。第1に、子どもに体罰を与えているかどうかとか子どもに対して拒否感情を持っているかどうかを直接質問する必要はないかもしれない、ということ。まずは、子どもに対する腹立ちが低ければ、子どもに体罰を与えたり子どもを拒否したりしている可能性はとても低いということになる。一方、それが高ければ子どもに体罰を与えたり拒否したりしている可能性が高いことになる。

第2に、子どもに対する腹立ちは、ストレスで生まれる場合と関わり方がわからないために生まれる場合がある。それぞれの要因の高さを知ること、必要なアドバイスが違くと予想される。ストレスが多いため子どもに腹を立てやすくなっているとすれば、問題を予防したり解決したりするのに、まずは母親のストレスを解消することを考えることが有効だろう。一方、関わり方がわからずにイライラしている場合には、母親に必要な知識やスキルを与えることが重要となる。

2. 抑うつについて

抑うつの尺度

抑うつの測定には、10項目を用いた。家族や友だちから励ましてもらっても気分が晴れないということがありますか、憂鬱だと感じることがありますか、何をしてもおっくうだと感じることがありますか、過去のことについてくよくよ考えてしまうことがありますか、やるべきことがあるのに手につかないことがありますか、毎日が辛いと思いますか、急に泣き出したくなることがありますか、悲しいと感じることがありますか、みんなが自分を嫌っていると感じることがありますか、まわりの人がよそよそしい（自分に冷たい）と思うことがありますか。

回答形式は、全くない、少しある、かなりある、いつもある、の4点尺度であった。採点に当たっては、全くない→0、少しある→1、かなりある→2、いつもある→3とした。10項目の合計点を抑うつ得点とした。抑うつ得点の度数分布を表2-1に示した。

表2-1. 抑うつ得点の度数分布

	度数	有効パーセント	累積パーセント		度数	有効パーセント	累積パーセント
0	137	12.63	12.63	14	15	1.38	94.10
1	127	11.71	24.33	15	9	0.83	94.93
2	109	10.05	34.38	16	9	0.83	95.76
3	107	9.86	44.24	17	8	0.74	96.50
4	95	8.76	53.00	18	9	0.83	97.33
5	86	7.93	60.92	19	5	0.46	97.79
6	74	6.82	67.74	20	6	0.55	98.34

7	75	6.91	74.65	21	5	0.46	98.80
8	53	4.88	79.54	22	3	0.28	99.08
9	52	4.79	84.33	23	1	0.09	99.17
10	35	3.23	87.56	24	1	0.09	99.26
11	21	1.94	89.49	25	1	0.09	99.35
12	23	2.12	91.61	28	1	0.09	99.45
13	12	1.11	92.72	30	6	0.55	100

抑うつ基準値について

基準値を 8 と 9 の間に設定する。根拠は、20 項目版での基準値 16 点の半分。

この基準によれば、抑うつ的な人はサンプルの 20%にも及ぶことになるが、この数値はおそらくそれほど高いものではない。

抑うつの発生モデル

抑うつの発生モデルとして、先行研究やこのサンプルでの相関パターンから、図 2-1 に示したモデルを想定した。その結果、抑うつがストレスの量、傷つきやすさ、夫への不満の 3 要因でかなりよく説明できることがわかった。

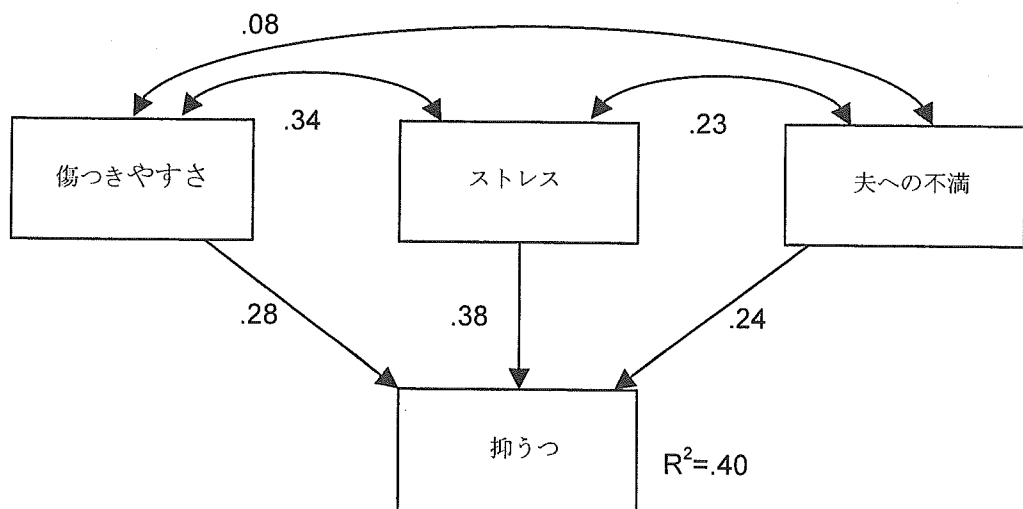


図 2-1. 抑うつの発生モデル

このモデルにしたがえば、抑うつ的な人を、ストレスの量、傷つきやすさ、夫への不満の 3 要因で予測することができる。

そこで、わかりやすさと作業の単純化を狙って、ストレスの量、傷つきやすさ、夫への不満の 3 要因を 2 分割（高、低群）した。ここで、夫への満足が他の 2 要因と効果の方向が反対になるので、2 分割にあたり高低が逆にした。分割の基準はそれぞれ次のとおりで

あった。

ストレスの量と傷つきやすさはいずれも 0-3→1 (低)、4-5→2 (高)、夫への不満 (満足していると高得点になるので、得点を逆転させた) は 3→1 (低)、0-2→2 (高)。

ストレスの量の 2 群の比率は、1 が 70.1%、2 が 29.9%。傷つきやすさは、1 が 70.2%、2 が 29.8%。夫への不満は、1 が 81.2%、2 が 18.9%。

次に、抑うつ得点に対して、2 分割した 3 要因のクロス集計 (ストレスの量×傷つきやすさ×夫への不満) を行った。その結果を表 2-2 示した。

3 要因ともない人 (少ない人) の抑うつ率は 5.6%。どれか 1 つだけが高い人の抑うつ率は 10%台になる。ストレスだけの人で 20%、傷つきやすさだけでは 13.6%、夫への不満だけだと 19.4%。2 つの要因が高い人たちでは、抑うつ率は 40%前後に跳ね上がる。ストレスと傷つきやすさでは 44.7%、ストレスと夫への不満では 40.5%、傷つきやすさと夫への不満では 34.8%。3 要因とも高い人では抑うつ率が 81.8%にもなる。

表 2-2. ストレス、傷つきやすさ、夫への不満と抑うつとの関係

ストレス	傷つきやすさ	夫への不満	非抑うつ	抑うつ	抑うつ率%
低群	低群	低群	421	25	5.6
		高群	50	12	19.4
	高群	低群	102	16	13.6
		高群	15	8	34.8
高群	低群	低群	84	21	20.0
		高群	25	17	40.5
	高群	低群	47	38	44.7
		高群	8	36	81.8

抑うつの自己診断シートのイメージ

上述の結果にもとづいて、抑うつについての自己診断シートの構成を想定すると、次のようになる。第 1 に、抑うつそのものを測定しなくてもよいかもしれない、ということ。

3 要因を質問し、その回答を一定の基準で分類して、1 つも高がないとすれば、抑うつの恐れは低いといえる。2 つ高がある場合には要注意。3 割から 4 割の人が抑うつの可能性がある。3 つとも高い人は、抑うつのであると判断してよい。

第 2 に、高い要因によって、アドバイスが違ってくる、ということ。

それぞれのケースで考えられる対応の方向性は次のとおり。

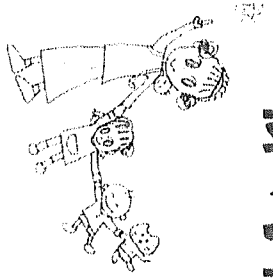
ストレスだけが低い人：ストレスの軽減とストレス処理能力の増加を図る措置が必要であろう。

傷つきやすさだけが低い人：自分で抱え込みすぎないようにすること、自己効力感 (自

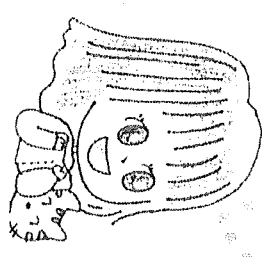
信)をもつようになること、などが必要だろう。

夫への不満だけが高い人：単に手助けがないだけではない可能性がある。むしろ、夫婦関係の問題（葛藤の存在）である可能性がある。しかし、この問題に対する介入は非常にむずかしいかもしれない。

私の子育て見つけよう!



このアンケートは、あなたの子育てタイプを知ろうとするものです。良い・悪いではなく、これからの子育てに生かしていただけるような内容になっていきます。この機会に、自分の子育てを再確認してみませんか?



東海市役所 子育て課
 お問い合わせ：東海市
 子育て総合支援センター
 TEL: 052-689-1177
 FAX: 052-689-2630

2. 自分について知ろう?

お名前(フリガナ) _____

お名前(ローマ字) _____

〒 _____ 市町村 _____ 番地 _____

TEL. _____ FAX. _____

性別 男 女

年齢 _____

職業 _____

学歴 _____

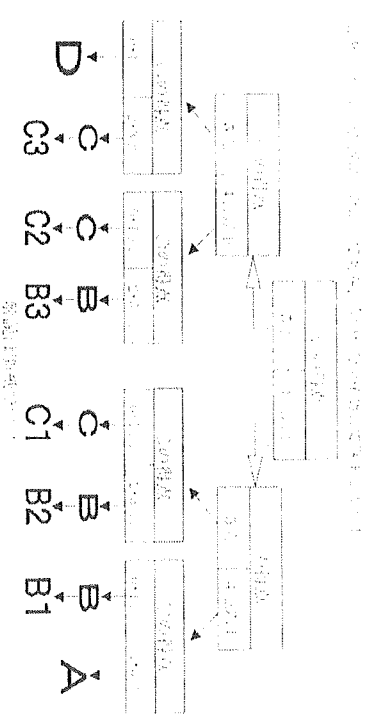
収入(月) _____

子育ての経験 あり なし

子育ての経験がある場合は、お子さんの年齢を記入してください。

1歳未満	1歳以上2歳未満	2歳以上3歳未満	3歳以上4歳未満	4歳以上5歳未満	5歳以上6歳未満	6歳以上7歳未満	7歳以上8歳未満	8歳以上9歳未満	9歳以上10歳未満	10歳以上11歳未満	11歳以上12歳未満	12歳以上13歳未満	13歳以上14歳未満	14歳以上15歳未満	15歳以上16歳未満	16歳以上17歳未満	17歳以上18歳未満	18歳以上19歳未満	19歳以上20歳未満	20歳以上21歳未満	21歳以上22歳未満	22歳以上23歳未満	23歳以上24歳未満	24歳以上25歳未満	25歳以上26歳未満	26歳以上27歳未満	27歳以上28歳未満	28歳以上29歳未満	29歳以上30歳未満	30歳以上31歳未満	31歳以上32歳未満	32歳以上33歳未満	33歳以上34歳未満	34歳以上35歳未満	35歳以上36歳未満	36歳以上37歳未満	37歳以上38歳未満	38歳以上39歳未満	39歳以上40歳未満	40歳以上41歳未満	41歳以上42歳未満	42歳以上43歳未満	43歳以上44歳未満	44歳以上45歳未満	45歳以上46歳未満	46歳以上47歳未満	47歳以上48歳未満	48歳以上49歳未満	49歳以上50歳未満	50歳以上51歳未満	51歳以上52歳未満	52歳以上53歳未満	53歳以上54歳未満	54歳以上55歳未満	55歳以上56歳未満	56歳以上57歳未満	57歳以上58歳未満	58歳以上59歳未満	59歳以上60歳未満	60歳以上61歳未満	61歳以上62歳未満	62歳以上63歳未満	63歳以上64歳未満	64歳以上65歳未満	65歳以上66歳未満	66歳以上67歳未満	67歳以上68歳未満	68歳以上69歳未満	69歳以上70歳未満	70歳以上71歳未満	71歳以上72歳未満	72歳以上73歳未満	73歳以上74歳未満	74歳以上75歳未満	75歳以上76歳未満	76歳以上77歳未満	77歳以上78歳未満	78歳以上79歳未満	79歳以上80歳未満	80歳以上81歳未満	81歳以上82歳未満	82歳以上83歳未満	83歳以上84歳未満	84歳以上85歳未満	85歳以上86歳未満	86歳以上87歳未満	87歳以上88歳未満	88歳以上89歳未満	89歳以上90歳未満	90歳以上91歳未満	91歳以上92歳未満	92歳以上93歳未満	93歳以上94歳未満	94歳以上95歳未満	95歳以上96歳未満	96歳以上97歳未満	97歳以上98歳未満	98歳以上99歳未満	99歳以上100歳未満
------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------

自分のタイプを見つけてみましょう!!



県内版

子育ての傾向チェック

母親向け自己診断シート

豊後市作成 心理状態も判定



子育ての傾向や心
理状態が自分では
把握できないと悩
む方も少なくない
です。子育ての傾
向チェックシート
は、子育ての傾向
を把握し、子育て
の悩みや不安を
解消するための
ツールです。この
シートは、子育て
の傾向や心理状
態を判定するた
めに作成された
ものです。子育て
の傾向や心理状
態を判定するた
めに作成された
ものです。子育て
の傾向や心理状
態を判定するた
めに作成された
ものです。

誰かに話を聞いて欲しいとき・・・
子育て総合支援センターにお出かけ下さい。
心身の健康を維持しましょう。

相談したいとき

- 育児・妊婦相談（産前産後子育て本館）
妊婦相談、子育て不安、子育て相談
子育て電話相談 In:052-689-7600
- 子育て総合支援センター
保健師、栄養士、保健師、子育て相談
家庭児童相談室 In:052-689-1889
- 母子・父子相談 In:052-689-2111
ひとり親家庭の自立支援相談
女性のための悩み相談（初期）
IV 女性問題（産後）相談センター
内務専用 In:052-603-9111
- 教育相談 In:052-621-6900
学校生活等の相談（子育てセンター）
育児もよし、キャリアアップ In:052-62-6555
高知大学子育て支援センターでの
教育相談 In:052-21-1900

あひまひにのぞく

- 子育て広場（子育て場）
おかしな村、加古川市民館、鶴舞センター
○子育てサロン（申込制）
地域の活動の場です
○親子遊び方教室
由緒各児童館で開催
○児童館 地域の遊び場です
児童館は、保護者同士の利用
が出来ます

育児について知る

- 子育て育児講座（産前産後）
○幼児期家庭教育セミナー
○お産の後の生活や育児に関する相談
子育ての悩みや不安を解消するための
講座です。

友達を作ろう

- 保育園子育てサークル
地域の子育てでの仲間作り
を促しています。
各保育園にお問い合わせ
ください。

ちよんて いっしょ

- 緊急一時保育 市の自治体
保護者の病気や急な用事で
一時保育が必要な場合、
ファミリー・サポート・センター
子育ての補助として、相談し
ていただくことができます。
In:052-689-2626

ナレス医療に

お近くの市立病院、公民館
前ではさまざまな事業やサークル
が、お話し、体験、参加したいとき、
趣味、健康、子育てに関する
各館へお問い合わせください。

平成17年度 厚生労働科学研究費（子どもか低層剛健級事業）

（分担）研究報告書

母親の抑うつと母親から子どもへの愛着に関する縦断研究 妊娠中期から産後1ヶ月まで

分担研究者 金子一史

名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター

【問題と目的】

従来、出産後の母親は精神的に不安定になりやすいことは、広く知られていた。なかでも発症頻度が高く臨床的介入が必要なものに、産後うつ病がある。産後うつ病の頻度は、およそ10-15% (Kumar et al., 1984; Watson et al., 1984) とされている。

これに対して、妊娠期は出産後に比べて比較的安定していると考えられていた。しかし近年の研究では、妊娠期も出産後と同様に母親は精神的に不安定になりやすい事が示されている。研究用診断基準 (the Research Diagnostic Criteria) を用いた研究では、妊娠期における母親のおよそ10%が、うつ病の診断基準を満たした (Kitamura, et al., 1993; O'Hara, et al., 1984)。加えて、妊娠期のうつ病は、産褥期のうつ病に比べて頻度が高いという報告もある (Demyttenaere, et al., 1995; Gotlib, et al., 1989; Evans, et al., 2001)。日本においては、妊娠期の抑うつに関する研究はいくつかみられる(萩野ら, 2006; Kitamura et al., 1993, 1996a; Sugawara et al, 1999; Honjo et al., 2003)。ところが、妊娠期から産後まで追跡して検討しているものは、極端に少ない。

一方、母親から子どもへの愛着形成については、妊娠期から既に始まっており、妊娠期の胎児への愛着は、出産後の愛着を予測する (Cranley, 1981; Condon et al., 1997)。また、妊娠産褥期の抑うつは、胎児および乳児への愛着の形成を阻害することが示唆されている (Buist et al., 2003; Condon et al., 1997; 萩野ら, 2006; Nagata et al., 2000)。近年問題となっている児童虐待の背景には、両親から子どもへの愛着形成の要因も関与している事を考慮すると、両親が子どもに対して形成する愛着の問題は重要であるに

もかかわらず、日本における研究は非常に限られている。

そこで本研究では、母親の抑うつと愛着との関連を、妊娠期から縦断的に検討することとする。また本研究では、妊娠産褥期の母親の抑うつと、胎児・乳児への愛着形成に関連する要因として、ソーシャルサポートを取り上げる。妊娠産褥期の抑うつに対して欧米では、パートナーとの親密性や母親が利用できるサポート全体の量が重要視されている（例えば、Robertson et al, 2004など）。一方日本では、出産を迎える母親の実の母親が、自分の娘の妊娠出産に対して、物質的にも心理的にもサポートすることが、よく認められる。日本においては、実の両親から妊娠出産においてサポートを受けられるかどうかは、母親の体力的な負担や、ひいては母親のメンタルヘルスに影響することが、十分に考えられる。ところが、パートナーとの関係に比べて、実の両親からのサポートに注目した研究は、世界的にもほとんど見あたらない。

以上より、本研究の目的は、母親の抑うつと愛着との関連を、妊娠期から縦断的に検討することであった。あわせて、出産を迎える母親の実の両親からのサポートが、母親の抑うつや、胎児・乳児への愛着形成に関連するかどうかを検討する。本研究では、妊娠中期から産後1ヶ月にかけて検討する。

II. 方法

1. 対象者

対象者は、名古屋大学医学部附属病院産科を1998年9月から2004年4月までに受診し、妊娠中期（妊娠12週～20週）と出産後1ヶ月の2度の質問紙調査に協力した母親169名であった。対象者の平均年齢は30.8歳（SD=4.1, 20歳～41歳）であった。専業主婦は104名（68.4%）、パートタイム就労が16名（10.5%）、フルタイム就労が29名（19.1%）であった。高齢出産や合併症などの理由で47.2%が、妊娠中期の時期にハイリスク外来を受診していた。妊娠期の調査時点で、既に子どもを持っている母親は、41.4%であった。（初回妊娠の母親は、40.6%であった）。出産時の在胎週数は、38.9週（S.D.=1.3, 34週～42週）であった。出生児の性別は、男子が48.6%、女子が51.4%であった。出生児の平均出生体重は、2993.9g（S.D.=357, 2060g～4176g）であった。帝王切開は39名（23.1%）、難産だったと答えた母親は20名（11.8%）であった。

2. 尺度および質問紙の構成

抑うつ 抑うつ感情を測定する尺度として、Edinburgh Postnatal Depression

Scale; EPDS (Cox et al, 1987)の日本語版である, 日本語版エジンバラ産後うつ病自己評価票(岡野ら, 1996)を使用した. EPDSは全10項目から構成されており, 4件法で評定する. 合計は0点から30点である. これに加えて, Zung's Self-rating Depression Scale (SDS ; Zung, 1965)の日本語版(福田ら, 1973)を使用した. SDSは全20項目から構成されており, 4件法で評定する. 合計は20点から80点である. SDSは, 周産期に関連して変動する身体症状を含んでおり(Sugawara et al, 1999), 妊娠産褥期における抑うつを過大視しているという指摘がある(萩野ら, 2006). しかし, これまでの先行研究で多く用いられてきたことを考慮し, 本研究でも参考に用いることとした. EPDSとSDSは, 妊娠期および産後1ヶ月の両時期に施行された. いずれの尺度も, 得点が高いほど抑うつ傾向が高いことを示す. なお, 抑うつ尺度が質問紙に加えられた時期については, それぞれ異なっていた. 産後1ヶ月のEPDSについては, 研究開始時点(正確には最初の研究対象者が出産した1999年2月)より, 実施された. SDSについては研究開始1年後の1999年9月より, 妊娠期のEPDSについては同年12月より質問紙に加えられた. したがって, 有効回答人数は, 妊娠期SDSが114名, 妊娠期EPDSが108名, 産後1ヶ月SDSが123名, 産後1ヶ月EPDSが168名であった.

愛着 妊娠期では, 胎児への愛着を測定する尺度として, Antenatal Maternal Attachment Scale; AMAS (Honjo et al, 2003)を使用した. AMASは合計8項目から構成されており, 4件法にて評定する. 合計は8点から32点となる. α 係数は.77と十分な値を示した. 産後1ヶ月では, Postpartum attachment scale (Nagata et al, 2000)の下位尺度の Core maternal attachmentを使用した. Core maternal attachmentは, 合計11項目から構成されており, 4件法にて評定する. 合計は11点から44点である. α 係数は.87と十分な値を示した. いずれの尺度も, 得点が高いほど胎児および乳児への愛着が高いことを示す.

サポート 妊娠出産について相談や支えになってくれる人はどのくらいいるか, (1)夫 (2)夫の両親 (3)実家の両親 (4)きょうだい (5)友人の中から, 当てはまるものを全てを挙げるように求めた.

3. 手続き

名古屋大学医学部附属病院産科外来を受診した妊娠12週から20週の母親に対して, 口頭および書面によって研究に関する説明を行い, 書面による同意を得られた対象者に対して質問紙への回答を求めた. 妊娠期では, 診察前の待ち時間に質問紙への回答

を求めた。産後1ヶ月では、産科健診時に質問紙への回答を依頼して回収した場合と、後日郵送にて回答を依頼して回収した場合の両方が含まれていた。本研究は、名古屋大学医学部倫理委員会の承認を得ている（承認番号：173）。

【結果】

抑うつ陽性者の頻度

日本語版EPDSのカットオフポイントは、8/9である（岡野ら，1996）。妊娠期において、EPDS得点が陽性の9点以上となった者は、108名中13名（12.0%）であった。産後でのEPDS得点陽性者は、167名中24名（14.4%）であった。妊娠中および産後1ヶ月の両時点のEPDSに欠損なく答えた107名のEPDSにおける陽性陰性の推移を図1に示す。妊娠中では、13名（12.1%）が、抑うつ陽性となっていた。そのうち、4名（3.7%）は、産後1ヶ月の時点でも抑うつ陽性となっていた。なお、妊娠期は抑うつ陰性であった94名のうち11名（11.7%）は、産後1ヶ月の時点で抑うつ陽性となっていた。また、妊娠期は抑うつ陽性であった13名のうち9名（69.2%）は、産後1ヶ月の時点で抑うつ陰性となっていた。

日本語版SDSでの、妊娠期および産後1ヶ月のカットオフポイントは、42/43である（Kitamura et al, 1994）。妊娠期にSDS得点が陽性の43点以上となった者は、47名（41.6%）であった。産後1ヶ月のSDS得点陽性者は、39名（31.7%）であった。

抑うつの変化

妊娠中のEPDS得点の平均は、4.38（S.D.=3.4），産後1ヶ月のEPDS得点の平均は4.71（S.D.=4.2）であった。妊娠中と産後1ヶ月で抑うつ得点に変化が認められるかどうか、対応のあるWilcoxon検定を行った。その結果、妊娠中と産後1ヶ月でEPDS得点に有意な差は認められなかった（ $Z=-0.24$, ns）。

妊娠中のSDS得点の平均は41.48（S.D.=6.6），産後1ヶ月のSDS得点の平均は39.25（S.D.=7.2）であった。妊娠中と産後1ヶ月で抑うつ得点に変化が認められるかどうか、対応のあるWilcoxon検定を行った。その結果、妊娠中のSDS得点は、産後1ヶ月のSDS得点よりも、有意に高くなっていた（ $Z=-2.67$, $p<.01$ ）。

抑うつ尺度間の相関を、表3に示す。EPDSとSDSの同時期における相関は、妊娠中が $r=.52$ 、産後が $r=.63$ と、それぞれ高い相関が認められた。妊娠中と産後の間の抑うつ得点の相関は、EPDSが $r=.34$ 、SDSが $r=.32$ となっていた。

愛着の安定性

妊娠中と出産後の愛着尺度得点について、相関係数を算出した。その結果、妊娠中のAMAS得点と、産後のCMAS得点との間に、有意な正の相関が認められた($r=.45$, $p<.001$)。

抑うつと愛着との関連

妊娠期のSDS得点は、妊娠期の愛着得点および産後1ヶ月の愛着得点との間に、負の相関が見られた(それぞれ, $r=-.26$, $p<.01$; $r=-.19$, $p<.05$)。産後1ヶ月のEPDS得点は、産後1ヶ月の愛着得点との間に、負の相関が見られた($r=-.35$, $p<.001$)。産後1ヶ月のSDS得点は、産後1ヶ月の愛着得点との間に、負の相関が見られた($r=-.45$, $p<.001$)。

サポートの有無が、抑うつおよび愛着に及ぼす影響

妊娠期において、実家の両親を妊娠出産において支えになってくれると選択した母親は、選択しなかった母親に比べて、妊娠期のEPDS得点および産後1ヶ月のSDS得点が、共に低くなっていた(それぞれ, $t(97)=-2.53$, $p<.05$; $t(115)=-2.08$, $p<.05$)。同様に、実家の両親を妊娠出産において支えになってくれると選択した母親は、選択しなかった母親に比べて、妊娠期の愛着得点および産後1ヶ月の愛着得点が、共に高くなっていた(それぞれ, $t(155)=2.52$, $p<.05$; $t(155)=2.54$, $p<.05$)。

その他のサポートについては、きょうだいを選択した母親は、選択しなかった母親に比べて、妊娠期の愛着得点が有意に高くなっていた($t(154)=-2.31$, $p<.05$)。その他、夫、夫の両親、友人の選択の有無によって、愛着得点および抑うつ得点には、有意な違いは認められなかった。

【考 察】

抑うつについて

EPDSによる抑うつ陽性者の出現率は、妊娠期で12.0%、産後1ヶ月で14.3%であった。妊娠期における母親の抑うつに関する先行研究では、抑うつの頻度は12~16%である(萩野ら, 2006; Kumar et al., 1984; Kiramura et al., 1993; Matthey et al., 2000)。また、産後の出現率もおおよそ10~15%と報告されている(Kumar et al, 1984; Watson JP et al, 1984)。本研究の結果は、これらの先行研究の結果を支持するものであった。したがって、妊娠期および産後の時期に、多くの母親が抑うつ的になっていると考えられる。

ただし、本研究では、抑うつ尺度のみを使用しており、精神医学的面接を行って