

表 4 虐待群および非虐待群における各リスク項目の分布

		虐待群 (N=353, 5.4%)		非虐待群 (N=6134, 94.6%)		p
		N	%	N	%	
居住形態	一戸建て	117	33.3	2,417	39.7	0.018
	集合住宅	234	66.7	3,671	60.3	
間取り	1R-2DK	64	19.5	794	13.4	<0.001
	2LDK-3DK	136	41.3	2,037	34.3	
	3LDK-4DK	55	16.7	1,360	22.9	
	4LDK 以上・その他	74	22.5	1,743	29.4	
妊娠中、パートナーからの 言葉による DV	全くなかった	283	80.4	5,457	89.6	<0.001
	まれにあった	38	10.8	392	6.4	
	ときどきあった	27	7.7	211	3.5	
	よくあった	4	1.1	31	0.5	
妊娠中、パートナーからの暴力	全くなかった	345	97.7	6,035	98.9	0.13
	まれにあった	6	1.7	46	0.8	
	ときどきあった	2	0.6	17	0.3	
	よくあった	0	0	6	0.1	
お産の満足度	満足している	263	74.5	5,305	87.0	<0.001
	やや満足している	78	22.1	647	10.6	
	あまり満足していない	9	2.6	110	1.8	
	満足していない	3	0.9	33	0.5	
分娩方法	自然分娩	282	81.5	4,701	77.2	0.17
	無痛分娩	7	2.0	121	2.0	
	予定帝王切開	34	9.8	847	13.9	
	緊急帝王切開	23	6.7	421	6.9	
出生体重	<2500g	309	88.3	5,611	91.8	0.020
	2500g+	41	11.7	499	8.2	
在胎週数	<37 週	316	91.6	5,665	94.1	0.053
	37 週+	29	8.4	353	5.9	
EPDS	9+	149	42.2	1,349	22.0	<0.001
	<8	204	57.8	4,765	77.9	
Bonding 尺度 (0-30 点満点に換算)	<28	238	67.4	2,231	36.5	<0.001
	29-30	115	32.6	3,882	63.5	
泣きへの認識 (よく泣く子だと思う)	あまり・全く思わない	213	60.3	4,754	77.9	<0.001
	ある程度そう思う	99	28.1	1,062	17.4	
	非常にそう思う	41	11.6	290	4.75	

表 5 追加されたりリスク要因の虐待行為に対するオッズ比

	オッズ比	95%信頼区間	p
2LDK以下	1.52	1.20-1.92	<0.001
3LDK以上	ref		
妊娠中のパートナーからの言葉のDVあり	1.49	1.10-2.03	0.010
なし	ref		
お産に不満足	1.54	1.17-2.02	0.002
満足	ref		
低出生体重	1.31	0.92-1.87	0.13
なし	ref		
EPDS 9点以上	1.69	1.32-2.16	<0.001
8点以下	ref		
Bonding尺度 28点以下	2.83	2.20-3.64	<0.001
29-30点	ref		
よく泣くと認識している	1.56	1.22-1.98	<0.001
していない	ref		

図 2 表 5 の予測モデルにおける ROC 曲線

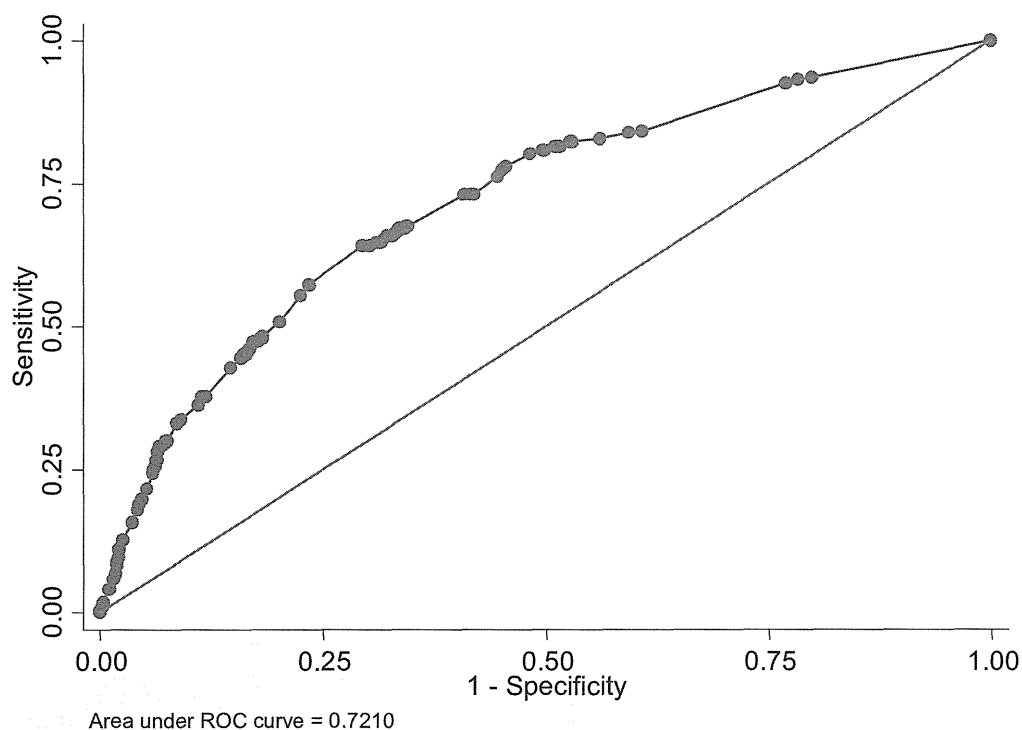


表 6 妊娠時および追加されたリスク要因の虐待行為に対するオッズ比

	オッズ比	95%信頼区間	p
24 歳以下の母親	2.21	1.59-3.08	<0.001
25 歳以上の母親	ref		
初産	1.61	1.25-2.07	<0.001
経産	ref		
妊娠時、うれしくない	1.39	0.98-1.99	0.068
妊娠時、うれしい	ref		
妊娠時うつ症状あり	1.33	1.00-1.64	0.050
うつ症状なし	ref		
2LDK以下	1.28	1.01-1.64	0.042
3LDK以上	ref		
妊娠中のパートナーからの言葉のDVあり	1.35	0.99-1.85	0.059
なし	ref		
お産に不満足	1.50	1.14-1.98	0.004
満足	ref		
EPDS 9 点以上	1.65	1.28-2.12	<0.001
8 点以下	ref		
Bonding尺度 28 点以下	2.76	2.13-3.56	<0.001
29-30 点	ref		
よく泣くと認識している	1.49	1.16-1.90	0.002
していない	ref		

図3 表6の予測モデルにおけるROC曲線

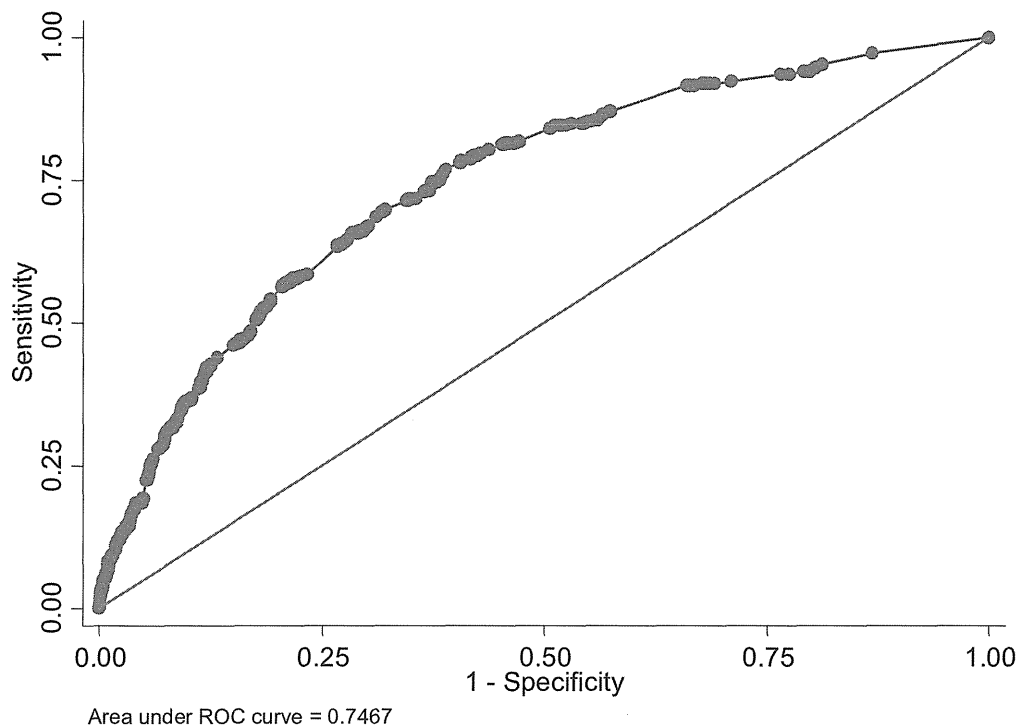


表7 虐待傾向スコアのカットオフ値と感度、特異度、ハイリスク群の割合

カットオフ値	感度	特異度	陽性反応的中率	陰性反応的中率	ハイリスク群の割合
>5	0.82	0.52	8.8%	98.2%	49.4%
>6	0.71	0.66	10.4%	97.6%	36.4%
>7	0.67	0.69	10.9%	97.4%	32.5%
>8	0.52	0.82	13.8%	96.8%	19.8%
>9	0.35	0.90	16.9%	96.2%	11.1%

表 8 愛知県 パープルクライングのポピュレーションアプローチ介入前後の意識の比較
(18歳以上の一般人口男女におけるインターネット調査)

		介入前 (平成24年2月) (N=800)		介入後 (平成25年2月) (N=1600)		p
		N	%	N	%	
性別	男性	394	49.3%	800	50.0%	0.73
	女性	406	50.8%	800	50.0%	
年齢	18歳～19歳	11	1.4%	4	0.3%	0.018
	20歳～29歳	82	10.3%	165	10.3%	
	30歳～39歳	201	25.1%	402	25.1%	
	40歳～49歳	253	31.6%	481	30.1%	
	50歳～59歳	155	19.4%	353	22.1%	
	60歳～69歳	83	10.4%	148	9.3%	
	70歳～79歳	15	1.9%	44	2.8%	
	80歳～82歳	0	0.0%	3	0.2%	
現在、1歳未満の赤ちゃんを 育てていますか。	はい	44	5.5%	64	4.0%	0.095
	いいえ	756	94.5%	1536	96.0%	
過去1年間に、1歳未満の赤 ちゃんの面倒をみたことがあ りますか。	かなりある	109	13.6%	192	12.0%	0.25
	ある	158	19.8%	300	18.8%	
	あまりない	95	11.9%	166	10.4%	
	全くない	438	54.8%	942	58.9%	
パープルクライングという言 葉を知っていますか。	よく知っている	6	0.8%	14	0.9%	0.95
	ある程度知っている	15	1.9%	30	1.9%	
	あまり知らない	54	6.8%	99	6.2%	
	知らない	725	90.6%	1457	91.1%	
生後数週間から赤ちゃんは 泣く事が増加し、生後2、3か 月がそのピークになり、その 後減少すると思いますか。	とてもそう思う	27	3.4%	97	6.1%	<0.001
	そう思う	239	29.9%	534	33.4%	
	そうは思わない	447	55.9%	721	45.1%	
	全く思わない	87	10.9%	248	15.5%	
赤ちゃんの泣き声にとってもイ ライラしたときは、赤ちゃん のそばから離れても良いと 思いますか。	とてもそう思う	34	4.3%	97	6.1%	0.041
	そう思う	242	30.3%	534	33.4%	
	そうは思わない	404	50.5%	721	45.1%	
	全く思わない	120	15.0%	248	15.5%	
泣き止ませるために赤ちゃん をゆさぶることは、良い方 法だと思いますか。	とてもそう思う	10	1.3%	28	1.8%	0.20
	そう思う	179	22.4%	327	20.4%	
	そうは思わない	331	41.4%	725	45.3%	
	全く思わない	280	35.0%	520	32.5%	

赤ちゃんのおかあさまへ



ご出産おめでとうございます。

日々、子育てに奮闘されていることと思います。

現在、子育て支援の一層の充実が求められているところです。このたび、愛知県では、認定 NPO 法人 CAPNA 及び独立行政法人国立成育医療研究センターとともに、県内市町村の協力を得て、子育て中のご家族がどのように感じながら日々過ごされているか、また、赤ちゃんの妊娠中にどのように過ごされていたかについて実態調査をすることとなりました。

この調査結果をよりよい子育て支援や行政サービスに生かしていきたいと考えております。

お忙しい中、大変恐縮ですが、同封の「子育て調査」に御協力いただきますようお願い申し上げます。

「子育て調査」の回収方法

あなたのお住まいの市町村が実施する3～4か月児健診の会場で回収させていただきます。

あらかじめ御記入いただき3～4か月児健診の際、ご持参ください。

なお、調査票にありますが赤ちゃんの出生などについては、母子健康手帳を参考に御記入ください。返送をもって参加の同意とみなします。

また、この調査は無記名です。

個人が特定されることはありませんのでご安心ください。また、調査にご協力いただけない場合でも不利益を被ることは一切ありません。なお、無記名ですので調査参加の撤回ができませんので御了承下さい。

この調査については、お住まいの市町村から直接皆さまにお送りしています。(愛知県、CAPNA、成育医療研究センターは、市町村から皆さまのお名前・住所等の情報の提供は受けておりません。)

また、市町村の3～4か月児健診等で回収いたしますが、調査票の内容について、市町村ではいっさい確認やお答えができませんのでご了承ください。調査について、御不明な点がございましたら、御手数をおかけいたしますが下記の問合せ先まで御連絡ください。

愛知県健康福祉部児童家庭課

【問合せ先】

独立行政法人国立成育医療研究センター研究所 成育社会医学研究部 (担当：藤原^{ふじわら})

電話 03-3417-2663

愛知県健康福祉部児童家庭課 母子保健グループ (担当：幾田^{いくた}、出口^{でぐち})

電話 052-954-6283



B 今回の健診対象となった赤ちゃんを妊娠した時の様子をうかがいます。思い出してお答えください。

1.	妊娠経過は、順調でしたか？	①はい ②いいえ（理由：_____）
2.	今までにお産の経験はありましたか？	①初産 _____ ②経産（出産回数 _____ 回）
3.	今回の妊娠前に、流産や早産等を経験したことはありますか？	①なし ②あり（流産 _____ 回・早産 _____ 回・死産 _____ 回・中絶 _____ 回）
4.	今回の妊娠は不妊治療をしましたか？	①はい _____ ②いいえ _____
5.	今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか？	①うれしかった _____ ②予想外だったがうれしかった _____ ③予想外だったので戸惑った _____ ④困った _____ ⑤なんとも思わない _____ ⑥その他（内容：_____）
6.	お産は、里帰りでしたか？	①はい _____ ②いいえ _____
7.	妊娠時、困った時に助けてくれる人はいましたか？	①はい _____ ②いいえ _____
8.	妊娠時、「困ったこと」「悩んだこと」「不安だったこと」などがありましたか？	①ない _____ ②あり ⇒ ⑦経済的なこと _____ ⑧妊娠・出産について _____ ⑨家族関係のこと _____ ⑩自分の身体のこと _____ ⑪育児の仕方 _____ ⑫夫婦（パートナー）関係のこと _____ ⑬その他（ _____ ）
9.	妊娠時、あなたはタバコを吸っていましたか？	①はい（約 _____ 本/日） _____ ②妊娠してやめた _____ ③いいえ _____
10.	妊娠時、夫（パートナー）や同居中の家族が、同室でタバコを吸っていましたか？	①はい _____ ②いいえ _____
11.	妊娠時、あなたはアルコールを飲んでいましたか？	①はい（内容： _____ 回/週） _____ ②いいえ _____
12.	妊娠前にかかっていた病気や治療していた病気はありますか？	①なし _____ ②あり ⇒ 病名：心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・ 肝炎・こころの病気（うつ病など）・ その他（ _____ ） それはいつ頃からですか？ （ _____ 年頃）・妊娠時治療中だった
13.	妊娠までの1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありましたか？	①はい _____ ②いいえ _____
14.	妊娠中にパートナーから侮辱されたり罵られたことがありましたか？	①全くなかった _____ ②まれにあった _____ ③ときどきあった _____ ④よくあった _____
15.	妊娠中にパートナーとのケンカが原因でケガをするほど叩かれたり殴られたりしたことがありましたか？	①全くなかった _____ ②まれにあった _____ ③ときどきあった _____ ④よくあった _____
16.	今回のお産に満足していますか？	①満足している _____ ②やや満足している _____ ③あまり満足していない _____ ④満足していない _____

C 現在のあなたご自身のことについてお伺いします。

過去7日間にあなたが感じられたことに最も近い答えを右の欄から選んでください。

1.	笑うことができるし、物事のおもしろい面もわかる	①いつもと同様にできる _____ ②あまりできない _____ ③明らかにできない _____ ④全くできない _____
2.	物事を楽しみにして待つことができる	①いつもと同様にできる _____ ②あまりできない _____ ③明らかにできない _____ ④全くできない _____
3.	物事がうまくいかない時、自分を不必要に責める	①常に責める _____ ②時々責める _____ ③あまり責めることはない _____ ④全く責めない _____

最もあてはまると思うものに○をつけてください。

		めったに ない	月に 1～2回	週に 1～2回	週に 3～4回	ほぼ 毎日
12.	お子さんに本を読み聴かせる機会はどのくらいありますか。	1	2	3	4	5
13.	お子さんと一緒に遊ぶ機会（子どもと向き合って過ごすこと）はどのくらいありますか。	1	2	3	4	5
14.	お子さんを連れて公園などへ散歩に行く機会はどのくらいありますか。	1	2	3	4	5
15.	お子さんと同じくらいの月齢の子どもを持つ友人や親戚と、どの程度の頻度で訪問したりされたりしますか。	1	2	3	4	5

過去1か月の間に、行った回数に○をつけてください。

		0回	1回～ 2回	3回～ 5回	6回～ 10回	11回 以上
16.	赤ちゃんが泣いたりぐずったりしてどうしようもないとき、赤ちゃんを安全な場所に寝かせて、その場を離れた事は何度ぐらいありましたか？	1	2	3	4	5
17.	赤ちゃんが泣いたり騒いだりしたとき、赤ちゃんを激しく揺さぶったことは何度ぐらいありましたか？	1	2	3	4	5
18.	赤ちゃんが泣いたり騒いだりしたとき、赤ちゃんの口をあなたの手やクッション等でふさいだことは何度ぐらいありましたか？	1	2	3	4	5

E 経済状況についてうかがいます。

- ①安定している ②まあまあ暮らせている ③やりくりが大変である ④苦しい

F あなたと夫（パートナー）の職業についてうかがいます。

あてはまるものに○をつけてください。

		働いていない (家事専業・失業中・ 学生を含む)	フルタイムで働いている	パートタイムで働いている
1.	あなたの職業	1	2	3
2.	夫（パートナー）の職業	1	2	3

G 子育て支援に関する DVD についてうかがいます

1. 「パープルクライミング」の DVD（赤ちゃんの泣きに関する DVD）をみましたか？ ①2回以上見た ②1回見た ③見ていない
2. 「親と子のふれあい」の DVD をみましたか？ ①2回以上見た ②1回見た ③見ていない

以上です。ご協力ありがとうございました。

この調査について、市区町村では調査票の配付・回収のみご協力をいただいております。
ご不明の点は、お手数ですが下記までお問合せください。

【問合せ先】

愛知県健康福祉部児童家庭課 母子保健グループ（担当：幾田、出口）

電話 052-954-6283

または

（独）国立成育医療研究センター研究所 成育社会医学研究部（担当：藤原）

電話 03-3417-2663

育儿问卷调查表

恭喜您喜获麟儿、喜得千亲。生产以来，您必定是日日含辛茹苦养育着您的孩子。

现今，许多父母都期待着政府能够加强育儿方面的补助，而爱知县在认定 NPO 组织 CAPNA 以及（独）国立成育医疗研究中心的协助下，决定对于正在抚育幼儿的家庭于育儿时的每日生活感受进行实地调查。本单位将根据此调查结果进一步改善各项行政措施。关于贵府幼儿的出生信息请参考母子健康手册上的数据填写完成后，于您现居地的市区町村的三、四个月大之幼儿健检时缴交。填写本问卷大约需要 15 分钟。此为无记名问卷，因此缴交时无需填写您的姓名。此外，若您有任何疑问，请通过本问卷最末页的联络信息与我们联系。

认定 NPO 组织 CAPNA
爱知县健康福祉部儿童家庭课
（独）国立成育医疗研究中心研究所 成育社会医学研究部

A. 请回答关于您的孩子或家人的相关信息。

填写日期 年 月 日

年龄	母亲	父亲	婚姻状况				
	岁	岁	①已婚	②未婚	③离婚	④丧偶	⑤其它
健康保险种类		① 社会保险(协会保险·组合健保·共济组合·船员保险) ②国民健康保险 ③以上皆非					
同住亲属		①母亲 ②父亲 ③兄弟姐妹()个人 ④祖母 ⑤祖父 ⑥其它()个人					
地址		市区町村					丁目 (不需填写番地)
居住形式		①独栋别墅					②单元楼(居住楼层: 楼)
室内隔间		⑩ 1R~1K ⑪ 1DK ⑫ 1LDK ⑬ 2K ⑭ 2DK ⑮ 2LDK ⑯ 3K ⑰ 3DK ⑱ 3LDK ⑲ 4K ⑳ 4DK ㉑ 4LDK 以上 ㉒其它()					
出生情况	出生年月日	年 月 日		性别·人数	①男 ②女 · ①单 ②多()胎		
	出生体重	g		出生周数 (妊娠周数)	周 日		
	分娩方式	① 自然分娩 ② 无痛分娩(于背部注射麻醉药来减轻生产之疼痛的分娩法) ③ 剖腹生产·预定(决定好手术日期后,依照预定日期进行剖腹产的情况) ④ 剖腹生产·紧急(紧急决定必须进行剖腹产的情况)					
婴孩	一个月大时健诊的体重	g (测量日 年 月 日)		一个月大时的 哺乳法	母乳 · 混合 · 配方奶		
	现在年龄	个月		四个月大时的 哺乳法	母乳 · 混合 · 配方奶		
	至四个月大为止曾发生的意外(只要曾经发生过的请全部圈起)	④抱着的时候曾从怀中掉落,或从床上摔落 ⑤曾被刀片或玻璃等割伤 ⑥曾经误食药物、化妆品或清洁剂 ⑦曾经遭遇交通事故 ⑧其它(内容) ⑨手脚曾被门或窗户夹伤 ⑩曾被家中宠物等动物咬伤 ⑪曾被熨斗或是热水烫伤 ⑫眼耳鼻中曾有异物掉入					
	至四个月大前上急诊的次数	次					

B. 以下要请教您怀有本次问卷对象的婴孩时的情形。请就您怀孕当时的印象作答。

1.	您的怀孕过程是否顺利?	② 是 ④ 否 (理由: _____)
2.	此次怀孕前是否有过生产的经验?	① 产 _____ ②经产 (生产次数 _____ 次)
3.	此次怀孕前, 是否曾有流产或早产的经验?	② 无 ③ 有 (流产 _____ 次·早产 _____ 次·死产 _____ 次·堕胎 _____ 次)
4.	此次的怀孕前是否进行了不孕治疗?	① 是 _____ ②否
5.	得知此次的妊娠时您的心情如何?	①很开心 _____ ②很意外但还是很开心 ③很意外所以不知所措 _____ ④很困扰 ④ 什么也没想 ⑥其它 (内容: _____)
6.	您是回到老家待产吗?	7 是 _____ ②否
7.	怀孕期间, 遇到困难时是否曾获得他人的协助?	8 是 _____ ②否
8.	怀孕期间, 是否曾遇到任何 " 困扰 "、" 烦恼 " 或 " 不安 " 等事情呢?	①无 ②有 ⇒ ④经济上的因素 ⑧关于怀孕·生产本身 ⑤家人亲戚的因素 ⑨自己身体状况的因素 ⑥抚育幼儿的方法 ⑩夫妻 (伴侣) 之间的关系 ③其它 (_____)
9.	怀孕期间您是否持续抽烟?	③ (约 _____ 根/日) ②怀孕后即戒烟 ③否
10.	怀孕期间, 丈夫 (伴侣) 或是同住的家人是否在同个房间内吸烟?	① 是 _____ ②否
11.	怀孕期间您是否持续喝酒?	① (内容: _____ 次/周) ②否
12.	怀孕前, 你是否曾经罹患疾病或曾经接受治疗?	①无 ②有 ⇒ 病名: 心脏病·高血压·慢性肾炎·糖尿病· 肝炎·精神疾病 (忧郁症等)· 其它 (_____) 从何时开始罹患/治疗此疾病? (_____ 年左右)·怀孕期间接受治疗
13.	此次怀孕前的一年内, 是否曾经连续两周以上都有 " 睡不着 "、" 烦躁 "、" 常流泪 "、" 任何事都提不起精神 " 等症?	① 是 _____ ②否
14.	怀孕期间, 是否曾遭到伴侣的羞辱或责骂?	③ 全不曾 _____ ②曾发生但次数极少 ③偶尔发生 _____ ④经常发生
15.	怀孕期间, 是否曾经和伴侣争吵而遭到殴打导致您受伤?	③ 全不曾 _____ ②曾发生但次数极少 ② 尔发生 _____ ④经常发生
16.	您对此次的生产过程感到满意吗?	③ 很满意 _____ ②还算满意 ③ 太满意 _____ ④很不满意

C. 以下要请教关于您本身目前的情况。

请在下方右栏的选项选出最接近您过去七日间的感受。

1.	会笑得开怀, 也能感受事物有趣的一面	③ 和平常一样能做到 _____ ②不太能做到 ④ 明显无法做到 _____ ④完全无法做到
2.	能够怀着期待的心情等待事物的到来	③ 平常一样能做到 _____ ②不太能做到 ⑤ 明显无法做到 _____ ④完全无法做到
3.	事情无法顺利进行时, 会过度责备自己	③ 常责备自己 _____ ②偶尔责备自己 ⑥ 不太责备自己 _____ ④完全不会责备自己
4.	会没来由地感到不安与担心	③ 全不会 _____ ②几乎不会 ⑦ 偶尔会 _____ ④经常会

请圈选最符合您的情况的选项。

		非常少	每个月1~2次	每周1~2次	每周3~4次	几乎每日
12.	您多久为小孩读一次故事书呢?	1	2	3	4	5
13.	您和小孩一起游玩(真正陪同孩子一起度过)的频率为多久一次?	1	2	3	4	5
14.	您多久带孩子出门到公园等地方散步一次呢?	1	2	3	4	5
15.	和您一样拥有大约同龄的孩子的亲戚朋友们之间多久互访一次呢?	1	2	3	4	5

请圈选出您在过去一个月内曾经去过的次数。

		0次	1次~2次	3次~5次	6次~10次	11次以上
16.	当婴儿不断哭闹而你已无法可想时,您有几次是将孩子安顿在安全的地方之后自己离开的呢?	1	2	3	4	5
17.	当婴儿不停哭闹时,您有几次是大力摇晃孩子的呢?	1	2	3	4	5
18.	当婴儿不断哭闹时,您有几次是用手或枕头等东西掩盖住小孩的口鼻的呢?	1	2	3	4	5

E. 以下要请教关于您的经济情况。

- ①很稳定 ②还算能够生活 ③很努力在维持家计 ④很痛苦

F. 以下要请教关于您丈夫(伴侣)的职业。

请圈选符合的选项。

		无业 (包括家管·失业中·学生)	全职	兼职
1.	你的职业	1	2	3
2.	丈夫(伴侣)的职业	1	2	3

G. 以下要请教关于有关支援育婴的DVD。

- 1 您观看过“Purple Crying”这部DVD(关于婴儿哭泣 ①看了2次以上 ②看过1次 ③没看过的视频)了吗?
- 2 您观看过“亲子的亲密接触”这部DVD了吗? ①看了2次以上 ②看过1次 ③没看过

本问卷结束。非常感谢您的拨冗协助。

关于本问卷调查,市区町村仅协助处理问卷调查表的分发与收集。
若您有任何疑问,烦请您向下列单位询问。

【联系我们】

(独)国立成育医疗研究中心研究所 成育社会医学研究部 (连络窗口:藤原)
电 话 03-3417-2663

或是

爱知县健康福祉部儿童家庭课 母子保健团体 (连络窗口:几田、出口)
电 话 052-954-6283



B. These questions pertain to the time you were pregnant with the target child. Please answer from memory.

1.	Did the course of your pregnancy go smoothly?	(1) Yes (2) No (Reason: _____)
2.	Had you ever given birth before?	(1)First time (2)Not first time (No. of births: _____ times)
3.	Before this pregnancy, had you ever had miscarriages or premature births?	(1) No (2) Yes (Miscarriage: _____ times / Premature birth: _____ times/ Still birth: _____ times / Abortion: _____ times)
4.	Did you have fertility treatment for this pregnancy?	(1)Yes (2)No
5.	How did you feel when you found out about this pregnancy?	(1) Happy (2) Happy, as it was unexpected (2) Confused, as it was unexpected (3) Troubled (4) Nothing in particular (5) Other (Details: _____)
6.	Did you return to your hometown for delivery?	(1) Yes (2) No
7.	Did you have anyone to help you with problems while you were pregnant?	(1) Yes (2) No
8.	While you were pregnant, was there anything that made you feel "troubled," "upset," or "anxious"?	(1) No (2) Yes⇒(i) Financial matters (ii) Regarding pregnancy/delivery (iii) Family matters (iv) Regarding your own body (v) Childcare methods (vi) Couple- (partner-) related matters (vii) Other (_____)
9.	Did you smoke cigarettes while you were pregnant?	(1) Yes (approx. _____ cigarettes/day) (2)Quit upon pregnancy (3) No
10.	Did you husband (partner) or family members living with you smoke cigarettes in the same room while you were pregnant?	(1) Yes (2)No
11.	Did you drink alcohol while you were pregnant?	(1) Yes (Details: _____ times/week) (2) No
12.	Did you have any illnesses or were you treated for any illnesses before you were pregnant?	(1) No (2) Yes ⇒ Illness: Heart disease/High blood pressure/ Chronic nephritis/Diabetes/ Hepatitis/Mental illness (Depression, etc.)/Other (_____) From around when? (From (year) _____)/During pregnancy treatment
13.	In the year leading up to your pregnancy, did you ever experience periods of "sleeplessness," "agitation," "weepiness," or "lack of motivation" that lasted for two weeks or longer?	(1) Yes (2) No
14.	Were you ever insulted or verbally abused by your partner during pregnancy?	(1) Not at all (2) Rarely (3) Sometimes (4) Often
15.	Were you ever hit or punched to the point of injury due to a fight with your partner during pregnancy?	(1) Not at all (2) Rarely (3) Sometimes (4) Often
16.	Are you satisfied with your current delivery?	(1) Satisfied (2) Somewhat satisfied (3) Not very satisfied (4) Not satisfied

C. These questions pertain to you yourself.

Please select the answer that is closest to how you've felt over the last seven days from the column on the right.

1.	I have been able to laugh and see the funny side of things	(1) As much as I always could (3) Definitely not so much now	(2) Not quite so much now (4) Not at all
2.	I have looked forward with enjoyment to things	(1) As much as I ever did (3) Definitely less than I used to	(2) Rather less than I used to (4) Hardly at all
3.	I have blamed myself unnecessarily when things went wrong	(1) Yes, most of the time (3) Not very often	(2) Yes, some of the time (4) No, never
4.	I have been anxious or worried for no good reason	(1) No, not at all (3) Yes, sometimes	(2) Hardly ever (4) Yes, very often

Please circle the number of times these have occurred over the past month.

		0 times	1-2 times	3-5 times	6-10 times	11 or more times
16.	When your child has been crying and cranky and you don't know what to do, how many times have you laid your child down in a safe place and gone away?	1	2	3	4	5
17.	When your child is crying and making a fuss, how many times have you shaken your child violently?	1	2	3	4	5
18.	When your child is crying and making a fuss, how many times have you used your hand or a cushion, etc. to cover your child's mouth?	1	2	3	4	5

E These questions pertain to your financial situation.

- (1) I am financially stable. (2) I am getting by. (3) I'm having some trouble getting by.
 (4) My financial situation is bad.

F These questions pertain to you and your husband's (partner's) jobs.

Please circle the most appropriate answer.

		Not working (Incl. stay-at-home/between jobs/student, etc.)	Working full time	Working part time
1.	Your job	1	2	3
2.	Your husband's (partner's) job	1	2	3

G These questions pertain to the DVDs to support child care.

- 1 Did you watch the "Purple Crying" DVD (DVD regarding babies crying)? (1) Saw it twice or more (2) Saw it once (3) Haven't seen it
- 2 Did you watch the "Parent-Child Contact" DVD? (1) Saw it twice or more (2) Saw it once (3) Haven't seen it

This is the end. Thank you very much for your cooperation.

For this survey, your local community office is only involved with the distribution and collection of this survey slip.

Please contact the below-listed phone numbers for any questions.

[Contact]

Department of Maternal and Child Health, National Center for Child Health and Development Research Institute (Manager: Dr. Fujiwara) TEL: 03-3417-2663, or

Mother/Child Health Group, Children and Families Division, Department of Health and Public Welfare, Aichi Prefectural Government (Managers: Ikuta, Deguchi) TEL: 052-954-6283



Formulário de Pesquisa sobre Educação Infantil

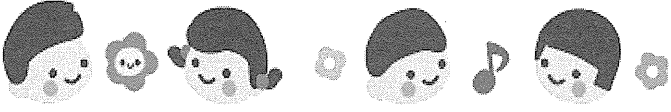
Parabéns pelo nascimento. Acreditamos que seja uma luta diária criar os filhos.

Ultimamente, há uma necessidade maior de apoio à criação dos filhos e com a ajuda da ONG CAPNA e do Centro Nacional para o Desenvolvimento e Saúde da Criança (Org. Indep.) a Província de Aichi decidiu fazer uma pesquisa de campo para saber como a família se sente e está vivendo o dia-a-dia com a criação dos filhos. Pensamos em usar o resultado desta pesquisa para melhorar os serviços públicos prestados. Favor preencher o formulário com informações sobre o nascimento da criança entre outros, baseado na Caderneta Materna e entregar no dia de exame médico de 3~4 meses de sua cidade. Leva-se aproximadamente 15 minutos para responder. Favor entregar sem escrever o nome, pois não há necessidade. Ainda, em caso de dúvidas, favor consultar no telefone mencionado no fim deste formulário.

CAPNA ONG Registrada
Departamento de Saúde e Bem-Estar, Seção Infantil e Familiar
Centro Nac. para o Desenv. e Saúde da Criança (Org. Indep.) Div. de Desenv. Médico Social

A. Responder sobre seu filho e sua família.

Data Ano Mês Dia

Idade	Mãe	Pai	Situação Matrimonial			
	anos	anos	(1) Casado	(2) Solteiro	(3) Divorciado	(4) Falecido (5) Outros
Tipo de seg. saúde		(1) Seguro Social (Associação / Sindicato / Multual / Marinha) (2) Seguro Nacional (3) Nenhum deles				
Coabitantes		(1) Mãe (você) (2) Pai (seu esposo ou companheiro) (3) Irmãos deste filho (Quantos?) (4) Avó (5) Avô (6) Outros (Quem?)				
Endereço		Cidade	Número	(Não é necessário No. Resid.)		
Tipo de Residência		(1) Casa		(2) Prédio (No. Andares: Andar:)		
Plano		(1) 1R~1K (2) 1DK (3) 1LDK (4) 2K (5) 2DK (6) 2LDK (7) 3K (8) 3DK (9) 3LDK (10) 4K (11) 4DK (12) 4LDK ou maior (13) Outros ()				
Situação Nascimento	Data Nasc.	Ano	Mês	Dia	Sexo · No.	(1) Masc. (2) Fem. · (1) Único (2) Fetos ()
	Peso	gr			Semana (idade gestacional)	semanas dias
	Tipo de Parto	(1) Natural (2) Parto sem dor (Injeção anestésica na coluna para tirar a dor) (3) Cesariana · Previsto (No caso de ter ocorrido o parto conforme data pré-definida) (4) Cesariana · Emergencial (Cesariana definida em caso de emergência)				
Criança	Peso no exame de 1 mês	gr		Método de alimentação com 1 mês	Leite materno · Misto · Artificial	
	Idade atual	Meses		Método de alimentação aos 4 meses	Leite materno · Misto · Artificial	
	Acidentes até os 4 meses (marcar corresp. com o)	(1) Derrubou do colo ou caiu da cama (2) Prendeu mão ou pé em portas ou janelas (3) Afogou no banho ou quase (4) Mordido por animais (5) Cortou-se ao mexer em objetos cortantes ou vidro (6) Queimadura por ferro de passar ou água (7) Ingeriu remédio, detergentes, etc por engano (8) Inseriu objetos no olho/ouvido/nariz (9) Sofreu acidente de trânsito (10) Outros (Especificar)				
	No. de atendimento por emergência até 4 meses	vezes				

B. Perguntas sobre a gravidez do bebê examinado desta vez. Favor lembrar e responder.

1.	Teve uma gravidez normal?	(1)Sim (2)Não (Motivo : _____)
2.	Já teve experiência em parto?	(1)Primeiro (2)Múltiplo (No. de Partos _____ vezes)
3.	Antes desta gravidez, teve experiência com aborto espontâneo ou nascimento prematuro?	(1)Não (2)Sim (Aborto Espont. _____ vezes / Prematuro _____ vezes / Natimorto _____ vezes / Aborto _____ vezes)
4.	Fez trat. contra infertilidade para esta gravidez?	(1)Sim (2)Não
5.	Ao saber sobre esta gravidez, como se sentiu?	(1)Feliz (2)Não estava esperando mas me senti feliz (3)Confusa por não estar esperando (4)Com problemas (5)Não pensei em nada (6)Outros (Especificar : _____)
6.	Retornou à sua terra natal para o parto?	(1)Sim (2)Não
7.	Teve alguém perto para ajudar durante a gravidez?	(1)Sim (2)Não
8.	Durante a gravidez, teve sentimentos como «Problemas» «Preocupações» «Inseguranças»? »	(1)Não (2)Sim ⇒ (i)Finanças (ii)Sobre gravidez/parto (iii)Relacionamento familiar (iv)Sobre meu corpo (v)Educação (vi)Relacionamento com esposo (Companheiro) (vii)Outros (_____)
9.	Fumou durante a gravidez?	(1)Sim (No. por dia _____) (2)Parou ao engravidar (3)Não
10.	Durante a gravidez o esposo (companheiro) ou alguém da família fumou no mesmo recinto?	(1)Sim (2)Não
11.	Consumiu bebidas alcoólicas durante a gravidez?	(1)Sim (Especificar: _____ vezes/semana) (2)Não
12.	Teve alguma doença diagnosticada ou fez tratamento medico antes da gravidez?	(1)Não (2)Sim ⇒ Nome da Doença: Doença Cardíaca · Pressão Alta · Inflamação dos rins · Diabetes · Hepatite · Depressão · Outros (_____) Quando? (Aprox. no ano de _____) · Tratei durante gravidez
13.	Até a gravidez, durante 1 ano, teve sintomas seguidos por mais de 2 semanas como «Insônia» «Nervosismo» «Fácil de chorar» «Indisposição»? »	(1)Sim (2)Não
14.	Sofreu insultos ou injúrias do companheiro durante a gravidez?	(1)Nunca (2)Raramente (3)As vezes (4)Muitas vezes
15.	Durante a gravidez, chegou a sofrer ferimentos decorrentes de socos ou tapas deferidos pelo companheiro por motivos de briga?	(1)Nunca (2)Raramente (3)As vezes (4)Muitas vezes
16.	Está satisfeita com esta gravidez?	(1)Satisfeita (2)Pouco satisfeita (3)Não muito (4)Não estou satisfeita

C. Perguntas sobre o seu estado atual.

Favor escolher a resposta mais próxima de seus sentimentos durante os últimos 7 dias.

1.	Consegue rir e ver o lado engraçado das coisas.	(1)Sempre (2)Não muito (3)Claramente não consegue (4)Impossível
2.	Consegue esperar por coisas boas.	(1)Sempre (2)Não muito (3)Claramente não consegue (4)Impossível
3.	Quando as coisas não vão bem, você se se culpa e sente inútil.	(1)Sempre se culpa (2)As vezes se culpa (3)Quase não se culpa (4)Nunca se culpa