

産後の抑うつとソーシャルサポート

武田 文* 宮地 文子*
山口 鶴子* 野崎 貞彦*

目的 産後3カ月の母親における抑うつ状態、ならびにそれがどのようなあるいは誰からのソーシャルサポートと関わっているのかを、明らかにする。

方法 1993年10月に、東京都区内5カ所の保健（相談）所で3~4カ月乳児健診を受診した母親300人を対象として、属性・抑うつ状態・ソーシャルサポートに関する自記式質問紙調査を実施した。属性・ソーシャルサポートと抑うつとの関連性について、一元配置分散分析およびピアソンの積率相関係数により検討し、さらに、属性をコントロールした上でのソーシャルサポートと抑うつとの関連性について、重回帰分析により検討した。

成績 抑うつ得点は、平均値が37.3±7.5点で、40~47点（軽度）が73人（28.5%）、48点以上（中等度以上）が27人（10.5%）であった。年齢・子供の人数・学歴・家族類型・仕事の有無をコントロールした上で、抑うつ得点と単独で有意な関連が認められたのは、以下の変数であった：夫が「心配事や悩みを聞いてくれる」、「あなたに気を配ったり思いやったりしてくれる」、「授乳や食事の世話をしてくれる」頻度、夫の親が「出産や育児、子供の発達に関して心配事を相談できる」、「子守りや子供の遊び相手をしてくれる」頻度、夫および夫の親からの情緒的サポート得点。これらのサポートの状況が良いほど、抑うつ状態は少なかった。一方、自分の親・近所の人・友人からのサポートは、抑うつと関連がなかった。

結論 本調査対象集団の抑うつレベルは、一般市民女子と同様であった。夫からの情緒的サポートならびに夫の親からの情緒的・手段的サポートが多いほど、抑うつレベルは明らかに低かった。よって、抑うつ予防の上では、母親と家族がサポートの重要性を理解し家族によるサポートを向上させることや、母親自身も対処能力を向上させることが、重要と考えられた。この観点から、①母親学級・両親学級・育児学級等における夫婦を対象としたメンタルヘルス教育の実施、②新生児訪問・3~4カ月健診・育児相談等の個別面接時における、夫婦関係や家族のサポートに関するカウンセリングの実施、といった母子保健施策の必要性が示唆された。

Key words : 産後の抑うつ, 夫からの情緒的サポート, 家族のサポート, SDS

I はじめに

産後におこる精神障害の一つに、抑うつがあげられる。このうち、産後3~10日に発症するいわゆるマタニティブルーは一過性であるのに対し¹⁾、それ以降に発症するもの（本稿では以後「産後の抑うつ」とよぶ）は長引く傾向にあることが指摘されている²⁾。後者の発症時期については、Kumarらの妊娠中から産後4年までの調査成績によると産後3カ月時点で最も多く²⁾、我が国でも産後1~3カ月¹⁾、あるいは産後3~6カ月³⁾に多い

と報告されていることから、産後3ヶ月前後がピークとみられる。産後の抑うつは、母子関係や子供の健康・発達に大きな影響を及ぼす⁴⁾ことが指摘されており、母子保健上の重要な問題といえる。

その要因については、①属性（年齢^{3,5-7)}、収入^{7,8)}、②産科学的要因（出産回数³⁾、妊娠中・出産後の身体的症状^{5,9)}、帝王切開等の分娩状況^{3,10)}、出生児の性³⁾や障害¹⁰⁾）、③精神・心理的要因（精神疾患歴^{7,11)}、性格傾向^{1,5)}、子供への憂慮⁹⁾、マタニティブルー³⁾、妊娠中の抑うつ¹¹⁾）、④社会環境的要因（ライフイベント¹⁾、夫婦関係^{1,2,12,13)}、ソーシャルサポート^{4-7,11,14-19)}）等、さまざまな報告がみられる。これまでのところ、

* 日本大学医学部公衆衛生学教室
連絡先：〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1
日本大学医学部公衆衛生学教室 武田 文

海外では、④社会環境的要因のうち夫婦関係や夫からのソーシャルサポートが、抑うつに関連要因として唯一コンセンサスを得ている¹⁴⁾。一方、我が国では、マタニティブルーに比べて産後の抑うつを扱った研究^{1,3,5)}は少なく、その要因についてもソーシャルサポートをはじめとする社会環境的要因との関連⁵⁾は、ほとんど検討されていない。

近年、わが国の母子保健においては、母親の精神健康を維持増進する上でソーシャルサポートが重要な柱とされ、さまざまな施策が展開されている。これらの施策を適切かつ効果的に提供していく上では、母親の精神健康がどのようなあるいは誰からのサポートと関わっているのかについて、実証的に検討することが必要と思われる。そこで、産後3カ月の母親における抑うつ状態を明らかにするとともに、ソーシャルサポートとの関連について、検討した。

II 研究方法

1. 対象と方法

1993年10月に、東京都区内5カ所の保健(相談)所における3~4カ月乳児健診を受診した母親300人を対象として、自記式の質問紙調査を実施した。健診1日目に調査票を配付して持ち帰り、健診2日目に持参する方法で行い、回収数は271(回収率90.0%)であった。なお、調査を実施した5つの保健(相談)所における当該年度の3~4カ月乳児健診受診率は、94.7%、99.8%、98.2%、89.7%、93.7%と、いずれも高率であった。したがって、本調査対象集団は、当該地域における産後3カ月の母親を代表する集団とみなしてよいと思われる。

2. 調査項目

調査項目は、属性(年齢・子供の人数・学歴・仕事の有無・家族類型・住居形態・現住所での居住年数)・抑うつ状態・ソーシャルサポートとした。

抑うつ状態は、Zung自己評価式抑うつ尺度(以下SDS)²⁰⁾によって測定した。これは、20項目の問に対する4段階の応答についての合計得点(20~80点)で抑うつ状態を把握するもので、我が国でも一般的に使用されており、職域では臨床的所見との対応が検証されている²¹⁾。本調査対象者におけるSDSの信頼性について、Cronbachの

α 係数を算出したところ、0.82と充分高かった。

ソーシャルサポートは、情緒的サポート3項目(①心配事や悩みを聞いてくれる、②あなたに気を配ったり思いやったりしてくれる、③出産や育児・子供の発達や病気に関して心配事を相談できる)、手段的サポート4項目(①家事(炊事・掃除・洗濯)を手伝ってくれる、②授乳や食事の世話をしてくれる、③おむつ替えや着替え・トイレの世話をしてくれる、④子守りや子供の遊び相手をしてくれる)を設定した。これら7つのソーシャルサポートに関して、夫・自分の親・夫の親・近所の人・友人がそれぞれどうであるかを、「しばしば」、「ときどき」、「あまりない」、「ない」で選択させ、各々3~0点と得点化した。さらに、情緒的サポート3項目の合計得点(情緒的サポート得点:0~9点)ならびに手段的サポート4項目の合計得点(手段的サポート得点:0~12点)を、算出した。

3. 分析方法

分析は、SDSに関する回答が完全であった256人(有効回答率85.3%)に関して、以下の手順で行った。

属性と抑うつとの関連性は、年齢・子供の人数・現住所での居住年数については抑うつ得点とのピアソンの積率相関係数により、学歴(「中学・高校」、「専門学校・短大」、「大学以上」)・仕事の有無(「あり」、「なし」)・家族類型(「核家族」、「核家族でない」)・住居形態(「アパート」、「マンション」、「一戸建て」、「その他」)については抑うつ得点に関する一元配置分散分析により、検討した。

ソーシャルサポートと抑うつとの関連性については、夫・自分の親・夫の親・近所の人・友人それぞれに関する9つのソーシャルサポート得点と抑うつ得点間で、ピアソンの積率相関係数を算出した。

さらに、属性要因をコントロールした上で、どのようなあるいは誰からのソーシャルサポートが抑うつに関連するのかについて検討するため、9つのソーシャルサポート項目ごとに、抑うつ得点を目的変数とする重回帰分析を行った。説明変数は、各ソーシャルサポート項目ごとの夫・自分の親・夫の親・近所の人・友人からのサポート得点相互の関連性が小さいことを確認した上で、これ

ら5つのサポート得点および年齢・子供の人数・学歴・家族類型・仕事の有無を、投入した。その際、年齢・子供の人数については実数を、学歴(「中学・高校」=参照カテゴリ)、家族類型(「核家族でない」=0)・仕事の有無(「なし」=0)についてはダミー変数を用いた。そして、重回帰分析結果から、属性要因をコントロールした後の各ソーシャルサポート得点の標準化偏回帰係数を観察した。

III 結 果

1. 対象者の属性と抑うつ状態

調査対象者の属性は、表1のとおりである。抑うつ得点は、平均値が 37.3 ± 7.5 点で、40~47点(軽度)が73人(28.5%)、48点以上(中等度以上)が27人(10.5%)であった。

2. 抑うつに関連要因

抑うつ得点と属性との関連を検討したところ、家族類型のみ関連が認められ、核家族の方が抑うつ得点が低かった(表1)。次に、ソーシャルサポートとの関連を検討したところ、夫・自分の親・夫の親が「心配事や悩みを聴いてくれる」、「あなたに気を配ったり思いやったりしてくれる」頻度ならびに情緒的サポート得点、夫・夫の親が「出産や育児、子供の発達に関して心配事を相談できる」、「おむつ替えや着替え、トイレの世話をしてくれる」頻度、友人があなたに気を配ったり思いやったりしてくれる」頻度が、抑うつ得点と有意な負の相関関係を示した(表2)。これに対し、近所の人からのサポートは関連がなかった。

さらに、年齢・子供の人数・学歴・家族類型・仕事の有無をコントロールした上で検討した結果、自分の親および友人からのサポートと抑うつとの関連性は消失した。抑うつ得点と単独で有意な関連が認められたのは、夫が「心配事や悩みを聴いてくれる」、「あなたに気を配ったり思いやったりしてくれる」、「授乳や食事の世話をしてくれる」頻度、夫の親が「出産や育児、子供の発達に関して心配事を相談できる」、「子守りや子供の遊び相手をしてくれる」頻度、ならびに夫・夫の親からの情緒的サポート得点であった。これらのサポート得点が高いほど、抑うつ得点は低かった(表3)。

表1 属性と抑うつとの関連

変 数	n	
年齢	256	-.034
子供の人数	256	-.021
現住所での居住年数	256	-.045
学歴		
中学・高校	107	38.7±7.9
専門学校・短大	94	36.8±7.3
大学以上	55	35.5±6.7
仕事の有無		
あり	55	37.6±8.2
なし	201	37.3±7.4
家族類型		
核家族	217	37.3±7.3
核家族でない	39	37.8±8.9*
住居形態		
アパート	66	36.7±7.0
マンション	105	37.9±7.9
一戸建て	52	36.1±7.7
その他	31	39.3±6.9

* : $p < 0.05$

表中の数値は、「年齢」、「子供の人数」、「現住所での居住年数」に関しては、抑うつ得点とのピアソンの積率相関係数、それ以外の変数に関しては、抑うつ得点平均値および標準偏差を示す。

IV 考 察

1. 属性と抑うつ状態

1993年に実施された全国調査²²⁾から1歳児の母親の属性をみると、年齢構成は「30歳以上」が54.0%、学歴は「大学以上」が10.4%、仕事は「あり」が27.7%、家族類型は「核家族」が70.6%、子供の人数は「1人」が45.4%となっている。これと比較すると、本調査対象集団は、核家族世帯が多く、学歴が高い傾向にあると思われた。

先行研究における産後の抑うつ有病率は、7%から30%にわたりばらつきがみられている²³⁾。その理由の一つは、インタビュー、各種の自己評価式調査票、医師による診断、というように、各研究により測定尺度が多岐にわたっているためと考えられる²³⁾。本研究では測定尺度としてSDSを用いたが、これについては臨床的所見との対応が検証されており²¹⁾、本調査対象集団における信頼性も高かった。SDSを用いた先行研究によると、イスラエルでは産後1~2カ月の抑うつ軽度

表2 ソーシャルサポートと抑うつに関連 (ピアソンの積率相関係数)

ソーシャルサポート ^{a)}	1	2	3	4	5	6	7	8	9
夫から	-.32**	-.29**	-.20*	-.11	-.04	-.16*	-.13	-.31**	-.12
自分の親から	-.19*	-.21**	-.10	-.02	-.01	-.09	-.03	-.19*	-.04
夫の親から	-.20*	-.29**	-.20**	-.08	-.05	-.18*	-.06	-.27**	-.10
近所の人から	-.04	-.10	-.05	.01	.07	-.05	-.01	-.07	.00
友人から	-.07	-.16*	-.06	.04	.04	-.06	-.02	-.11	.00

*: p<0.01 ** : p<0.001

表中の数値は、ソーシャルサポート得点と抑うつ得点間におけるピアソンの積率相関係数を表す。

a) ソーシャルサポートの9項目は、それぞれ下記の内容を表す。

1. 心配事や悩みを聞いてくれる
2. あなたに気を配ったり思いやりったりしてくれる
3. 出産や育児、子供の発達や病気に関して心配事を相談できる
4. 家事(炊事・掃除・洗濯)を手伝ってくれる
5. 授乳や食事の世話をしてくれる
6. おむつ替えや着替え、トイレの世話をしてくれる
7. 子守りや子供の遊び相手をしてくれる
8. 情緒的サポート得点
9. 手段的サポート得点

表3 ソーシャルサポートと抑うつに関連 (抑うつ得点を目的変数とした9つの重回帰分析結果)

ソーシャルサポート ^{a)}	1	2	3	4	5	6	7	8	9
夫から	-.276***	-.155*	-.131	-.088	-.137*	-.047	-.089	-.212***	-.102
自分の親から	-.085	-.061	.011	.011	.026	.017	-.039	-.053	-.011
夫の親から	-.081	-.148	-.166*	-.082	-.091	-.072	-.168*	-.155*	-.116
近所の人から	.064	.034	-.025	.011	.028	.058	-.023	.023	.017
友人から	-.054	-.088	-.019	.013	.049	.019	.006	-.045	.021
決定係数 (R ²)	.15***	.13***	.11**	.06	.07	.06	.09*	.16***	.07

*: p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

表中の数値は、年齢・子供の人数・学歴・家族類型・仕事の有無をコントロールした後の、各ソーシャルサポート得点の標準化偏回帰係数を表す。

a) 9つの重回帰分析には、それぞれ下記のソーシャルサポート得点を投入した。

1. 心配事や悩みを聞いてくれる
2. あなたに気を配ったり思いやりたりしてくれる
3. 出産や育児、子供の発達や病気に関して心配事を相談できる
4. 家事(炊事・掃除・洗濯)を手伝ってくれる
5. 授乳や食事の世話をしてくれる
6. おむつ替えや着替え、トイレの世話をしてくれる
7. 子守りや子供の遊び相手をしてくれる
8. 情緒的サポート得点
9. 手段的サポート得点

が31.5%で中等度以上が16.7%¹²⁾、イギリスでは産後6週間の抑うつ軽度が16.5%で中等度以上が5.5%²⁴⁾、我が国では産後3~10日のSDS平均得点が38.1点¹⁰⁾となっている。また、一般女子に関しては、広島市民成人女子(20~49歳)においてSDS平均得点が37.9²⁵⁾、京都市立小学校女性教師

(20~50歳代)においてSDS平均得点が40.8点で抑うつ中等度以上が18.0%、と報告されている²⁶⁾。

本成績では、SDS平均得点が37.3±7.5点、抑うつ軽度が28.5%、中等度以上が10.5%であった。調査時期が各研究によってまちまちであるため厳密な比較が困難であるが、本調査対象集団の

抑うつレベルは、イギリスの産後6週間時点の成績より高く、広島市民成人女子や産後3~10日時点とほぼ同程度で、小学校女性教師やイスラエルの産後1~2カ月の成績よりやや低いといえる。産後の抑うつ有病率に関してはこれまで、年齢等の属性が同様の一般女子と比べて差がない⁸⁾との指摘があり、本結果はこれとほぼ同様の傾向を示した。

また本成績では、属性の中では家族類型にのみ、抑うつとの関連が認められた。先行研究では、年齢が関連あり^{5~7)}、なし⁸⁾、収入が関連あり^{7,8)}、属性変数はいずれも関連なし²⁷⁾等、属性と抑うつとの関連性についてさまざまな異論があり、今後さらに検討が必要である。

2. 抑うつとソーシャルサポートの関連

1) 夫によるサポート

海外の研究では従来、夫・友人・実親・義親からのソーシャルサポートと産後の抑うつとの関連が、検討されてきた。このうち、夫からのソーシャルサポートが抑うつとの要因としてほぼコンセンサスを得ているが¹⁴⁾、これを夫婦間のコミュニケーション等を主体とする情緒的サポートと、育児と家事の援助等を主体とする手段的サポート、といった内容別にみると、大きく2つの論旨に分けられる。

一つは、両者ともに抑うつとの関連要因とするものである。すなわち、産後6週での抑うつには、夫とのコミュニケーション不足ならびに夫からの援助の欠如が関連している⁶⁾、産後2カ月では夫からの手段的・情緒的ソーシャルサポートの程度がいずれも抑うつと明らかに関連しており、抑うつ者では夫と話したいことを自由に話せない・必要なときに役に立たない・育児支援を頼りに出来ないと答えていた¹⁷⁾、産後3カ月の抑うつとの要因は夫の情緒的サポートと夫の家事参加に関する満足感であった⁷⁾、等の報告がみられている。

もう一つは、夫の情緒的サポート、および夫に対する感情・夫との親密さ・夫婦関係や結婚生活への満足感といった、感情的要素を抑うつ要因の中心として強調したものである。夫の情緒的・手段的サポートと産後の抑うつとの関連についての研究をレビューしたGjerdingenら¹⁹⁾によると、それらの多くは、夫の情緒的サポートと結婚への満足感が産後の精神健康に関連することを報告して

いた。これに類するものに、産後1カ月時点では抑うつとの最大の原因は夫との親密さであり、夫を親密に感じているほど抑うつが少なかった¹³⁾、産後1~2カ月時点では夫婦関係が不良であると抑うつ得点が有意に高かった¹²⁾、産後3~4カ月時点ではメンタルヘルスが不良なグループは、結婚生活と夫に対して明らかに失望しており夫との親密さが低かった¹⁸⁾、産後4年間の追跡調査ではサポートの欠如からくる夫との感情的不安定と子供を持つことに対する疑問が抑うつとの主要因であった²⁾、等の知見がある。

本成績では、夫からのサポートの中でも特に情緒的サポートが抑うつと関連しており、夫が心配事や悩みを聴いてくれたり、気を配ったり思いやったりしてくれるほど、また夫からの情緒的サポート得点が高いほど、抑うつ得点は低かった。他方、手段的サポートに関しては、夫が授乳や食事の世話をしてくれるほど抑うつ得点が低かったものの、これ以外の項目では抑うつとの関連が認められなかった。細見ら⁵⁾も、産後3~4カ月における夫の家事・育児に対する協力態度は妻の抑うつと関連がなかったとしており、本成績と類似している。これらは、夫からのサポートの中では、手段的側面よりも情緒的な側面が、産後の抑うつに強く関連する事を示唆している。したがって、我が国における産後の抑うつと夫のサポートとの関連性は、前述した2つの論旨のうち、感情的要素が重要とする後者に近い可能性が考えられた。

2) 夫以外の者によるサポート

一方、夫以外の者からのソーシャルサポートと産後の抑うつとの関連については、実親のサポートが関連あり^{16,17)}、なし²²⁾、義親のサポートが関連あり¹⁷⁾、友人のサポートが関連あり¹⁶⁾、なし¹⁷⁾等、さまざまな報告が見られている。

本成績では、夫の親からの情緒的・手段的サポートが、産後の抑うつと単独で関連していた。すなわち、夫の親に産後や育児・子供の発達や病気に関して心配事を相談できたり、夫の親が子守りや子供の遊び相手をしてくれたりするほど、また、夫の親からの情緒的サポート得点が高いほど、抑うつ得点は低かった。一方、自分の親・近所の人・友人からのサポートはいずれも関連がなかった。

以上のことから、夫からの情緒的サポートなら

びに夫の親からの情緒的・手段的支持が、産後の抑うつ要因である可能性が示唆された。しかしながら、本調査対象集団は、都市部在住で核家族世帯や高学歴者が多い、という特質を持つことに留意すべきである。すなわち、本成績の一般化には慎重を期すべきであり、さらに実証的検討を重ねる必要がある。

3) 因果関係についての解釈—研究の限界—

ところで、産後の抑うつとソーシャルサポートの関連については、いくつかの解釈が考えられる。

その一つは、ソーシャルサポートが抑うつのリスクを減らす、との解釈である。先行研究においては、妊娠中から産後にかけてのストレス・抑うつ・ソーシャルサポートの三者関連として「ソーシャルサポートはストレスから生じる抑うつのバッファとして機能する」との論旨展開が、比較的多く見受けられる。支援的な夫婦関係が出産のストレスから生じた抑うつをやわらげる働きをする¹⁴⁾、夫との良い関係によるサポートが、妊娠・出産・産後に関連するストレスさらに抑うつの危険性を減らす²²⁾、といったものである。さらには、ライフチェンジに遭遇したときに、ソーシャルサポートを探求し適切な予防行動をとる能力のある者は、当然抑うつになりにくい⁴⁾、との見方もある。

これと逆に、抑うつがソーシャルサポートの欠如を招く、との解釈もある。すなわち、抑うつにより周囲や社会との接触から遠ざかりその結果サポートをうける可能性が少なくなる¹³⁾、自分自身の精神状態がソーシャルサポートを受けうる程度に影響を及ぼす⁷⁾、といった解釈である。

さらにまた、抑うつ状態の者は夫との関係をより否定的な観点でみる傾向がある²²⁾、つまり、抑うつとソーシャルサポートの関連は主観によるバイアスが回答結果に表出したものである、との見方も提示されている。

このように、ソーシャルサポートと抑うつの因果関係については、さまざまな解釈が考えられる。しかしながら、本研究は横断調査によるものであり、ソーシャルサポートと抑うつの時間関係が明らかでないため、因果関係の推定は困難である。この点を解明する上で、今後の縦断研究による検討が望まれる。

3. 母子保健における抑うつ予防対策

産後の抑うつに罹患した母親は子供に対して否定的・屈折した感情をもつ傾向があることが指摘されている²⁾。Fleming¹⁵⁾によると、産後3カ月において抑うつの母親はそうでない母親よりも、子供への話しかけやあやしかけが少ない。また、4年半のフォローアップスタディから、産後の抑うつはその後の抑うつのリスクを高め、さらに子供の問題行動のリスクも高める²⁰⁾ことも報告されている。さらに、母子関係への影響だけでなく、家族のすべてに対する健康的な対応と愛情を脅かす^{14,23)}ことも指摘されており、家族すべての健康を維持する上で、産後の抑うつの発症予防は重要といえる。

本結果からは、産後の抑うつのリスク削減には、友人や近隣関係といった地域レベルではなく、家族レベルでのサポートが重要な役割をもつことが示唆された。また、前原の調査結果においても、子育てに必要な条件として、母親は家族のサポートや夫の意識改革を強く希望している²⁹⁾。したがって、抑うつ予防策の第一には、母親と家族が、産後の抑うつと家族からのサポートとの関連について理解し、こうしたサポートを向上させることが必要である。第二には、母親自身も産後におけるストレス対処能力を向上させることが必要である。先行研究では、産前のサポートへの期待と産後の実際にうけるサポートの知覚との間のずれが抑うつの発症に影響を及ぼすこと¹³⁾、産後に配偶者のサポートの減少を経験することが多いこと¹⁶⁾、報告されている。すなわち、ソーシャルサポートへの期待と現実のギャップも抑うつにかかわる要因の一つとみられるため、母親自身においても、状況を客観視する、夫婦間の意志疎通をはかる、といった適切な対処行動をとることが重要と思われる。

ところで、産後の抑うつのリスクファクターの一つに、妊娠中のうつ兆候¹¹⁾も報告されていることから、妊娠中からの予防が必要といえる。母子保健は母性のみならず父性の健全な育成もめざすものであり³⁰⁾、平成9年に施行された改正後の母子保健法では、市町村の母子保健事業のうち妊娠・出産・育児にかかわる保健指導の対象に、妊産婦の配偶者も加えられた³¹⁾。よって、具体的な施策として、母親学級・両親学級・育児学級等の機

会に、夫婦を対象として先に述べた予防策の2点を柱とするメンタルヘルス教育を実施することが望まれる。また、集団教育だけでなく、新生児訪問・3~4カ月健診・育児相談等の個別面接時に、夫婦関係や家族からのサポートについてカウンセリングを行うことも効果的と考えられる。

母親のメンタルヘルスの維持増進において、保健専門職のはたすべき役割にはさまざまなものがあるが、「家族によるサポートの向上」を支援するという点では、教育やカウンセリングが、最も重要で効果的な役割と思われる。今後の課題として、従来の「母子」のみならず「夫婦」、「家族」まで視野に入れたアプローチの内容や方法について、さらに検討していくことが望まれる。

本調査を実施するにあたり、ご協力頂いた練馬保健所・大泉学園保健相談所・光が丘保健相談所・牛込保健所・梶谷保健所の皆様に深謝致します。本研究の一部は、平成5年度厚生省心身障害研究「少子化時代に対応した母子保健事業に関する研究」の「母子保健領域における健康教育に関する研究」において実施した。

(受付 '97.11. 5)
採用 '98. 4.13)

文 献

- 1) 佐野信也, 土居通哉. 産後うつ病. 日本臨床 1994; 52: 1279-1284.
- 2) R. Kumar, K. M. Robson. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit. J Psychiatry* 1984; 144: 35-47.
- 3) 岡野禎治, 野村純一. マタニティブルーと産後うつ病. *臨床精神医学* 1989; 18: 1513-1520.
- 4) J. Hopkins, M. Marcus and S. B. Campbell. Postpartum depression: a critical review. *Psychological Bulletin* 1984; 95(3): 498-515.
- 5) 細見 潤, 西川良子, 林チエ子, 他. 産褥婦のメンタルヘルスのための支援体制づくりに関する研究 第1報; 産褥期のうつ状態に関するアンケート調査. *保健婦雑誌* 1991; 47: 735-742.
- 6) E. S. Paykel, E. M. Emms, J. Fletcher, et al. Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry* 1980; 136: 339-346.
- 7) D. K. Gjerdingen, K. M. Chaloner. The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. *The Journal of Family Practice* 1994; 38(5): 465-472.
- 8) Susan B. Campbell, Jeffrey F. Cohn. Prevalence and correlates of postpartum depression in first time mothers. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100(4): 594-599.
- 9) 池本桂子, 飯田英晴, 菊池寿奈美, 他. いわゆるマタニティブルーの調査—その1. 出現頻度と臨床像一. *精神医学* 1986; 28(9): 1011-1018.
- 10) 伊藤光弘, 菅のみ子, 高橋留利子, 他. 産褥期の抑うつ状態に影響を及ぼす要因の探索. Zung自己評価式抑うつ尺度を用いて. *精神医学* 1993; 35(11): 1223-1229.
- 11) J. P. Watson, S. A. Elliott, A. J. Rugg, et al. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry* 1984; 144: 453-462.
- 12) L. Dimitrovsky, M. Perez-hirshberg, R. Itskowitz. Depression during and following pregnancy: quality of family relationships. *The Journal of Psychology* 1987; 121(3): 213-217.
- 13) M. C. Logsdon, A. B. McBride, J. C. Birkimer. Social support and postpartum depression. *Research in Nursing & Health* 1994; 17: 449-457.
- 14) I. H. Gotlib, V. E. Whiffen, P. M. Wallace, et al. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100(2): 122-132.
- 15) A. S. Fleming, E. Klein, G. Corter. The effect of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J. Child Psychiat* 1992; 33(4): 685-698.
- 16) J. A. Richman, V. D. Raskin, C. Gaines. Gender roles, social support, and postpartum depressive symptomatology. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 139-147.
- 17) M. W. O'Hara. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 569-573.
- 18) G. E. Robinson, M. P. Olmsted, D. M. Garner. Predictors of postpartum adjustment. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1989; 80: 561-565.
- 19) D. K. Gjerdingen, D. G. Froberg, P. Fontaine. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Family Medicine Special Articles* 1991; 23(5): 370-375.
- 20) Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
- 21) 川上憲人, 小泉 明. 職場における自己評価式抑うつ尺度の妥当性について. *産業医学* 1986; 28: 360-361.
- 22) 厚生省大臣官房統計情報部. 平成5年度人口動態社会経済面調査報告 出生—1歳児を持つお母さんの子育て環境—. 厚生統計協会, 1994.
- 23) D. B. Boyer. Prediction of postpartum depression. *NAACOGs Clin Issues Perinat Wom Health Nurs*

- 1990; 1: 359-368.
- 24) J. Hayworth, B. C. Little, S. B. Carter, et al. A predictive study of post-partum depression: some predisposing characteristics. *British Journal of Medical Psychology* 1980; 53: 161-167.
- 25) 更井啓介. 一般住民の抑うつ症状に関する調査—Zung 自己評価式抑うつ尺度を通じて (第3報). 広島県都市住民の抑うつ症状の実態について. *広島医学* 1980; 33: 131-141.
- 26) 忠井俊明, 金井秀子. 女性教師の抑うつとその要因に関する研究. *学校保健研究* 1993; 35: 79-87.
- 27) M. W. O'Hara, D. J. Neunaber, E. M. Zekoski. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology* 1984; 93: 158-171.
- 28) L. H. C. Phillips, M. W. O'Hara. Prospective study of postpartum depression: 4 1/2-year follow-up of woman and children. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100(2): 151-155.
- 29) 前原澄子. 少子時代の母子保健. *保健の科学* 1996; 38(6): 360-364.
- 30) 清水美登里. 少子時代に向けて, わが国の行政施策. *保健の科学* 1996; 38(6): 365-367.
- 31) 松谷有希雄. 新しい母子保健法の理念. *公衆衛生* 1996; 60(1): 9-13.

POSTPARTUM DEPRESSION AND SOCIAL SUPPORT

Fumi TAKEDA*, Fumiko MIYAJI*, Tsuruko YAMAGUCHI*, Sadahiko NOZAKI*

Key words: Postpartum depression, Emotional support from husband, Support from family, SDS

Objectives To ascertain the state of a mother's depression three months after childbirth and to what sort of or to whose social support it is related

Method In October 1993, a questionnaire survey was conducted on the attributes, state of depression by Zung Self-rating Depression Scale, and social support of 300 mothers who received health examinations of their 3 to 4 months' old infants at five health centers in Tokyo. Relationship between depression and social support of 256 mothers (rate of valid answer 85.3%) was examined by one-way analysis of variance, Pearson's product moment correlation coefficient and multiple regression analysis.

Results The depression score averaged 37.3 points, with 73 persons (28.5%) scoring 40 to 47 points (light) and 27 persons (10.5%) scoring 48 or more points (medium level or higher). The following were the variables which individually showed a significant relationship to the depression score after controlling for age, education, number of children, type of family, and whether or not the mother was working: The emotional support score from the husband and his parents, such as the frequency in which the husband "listened to the mother's worries and anxieties", "was attentive or considerate to the mother" and "helped in feeding the child", the frequency in which the husband's parents "could be consulted on worries the mother had about childbirth, child care and child development" and "nursed and played with the child". It was found that the better the state of such support, the less the state of depression. On the other hand, support from the mother's parents, neighbors, and friends had no bearing on depression.

Conclusion The level of depression of the surveyed group was the same as that of the general female public. Postpartum depression was related to emotional support from the husband and emotional and practical support from the husband's parents. Therefore, from the aspect of preventing depression, we believe it is important that, firstly, the mother and family should understand the importance of support and improve the support by the family, and, secondly, the mother herself should improve her ability to cope.

* Department of Public Health, Faculty of Medicine, Nihon University