

## 豊かな出産体験がその後の女性の育児に及ぼす心理的な影響

タケハラ ケンジ ノグチ マキ コ  
竹原 健二\* 野口真貴子<sup>2\*</sup>  
シマネ タクヤ ミサゴチ ツル  
嶋根 卓也<sup>3\*</sup> 三砂ちづる<sup>4\*</sup>

**目的** 本研究では豊かな出産体験がその後の女性の育児に及ぼす心理的な影響について明らかにすることを目的に、出産体験と産後うつ、母性意識、育児困難感の関連を検討した。

**方法** 本研究は2002年5月～2003年8月の期間に、5つの施設で分娩をしたすべての女性2,314人のうち、条件を満たした1,004人を分析対象としたコホート研究である。本研究では出産直後の女性に対して実施したベースライン調査、産後4か月、9か月、2年6か月、3年時に実施した計4回のフォローアップ調査のデータを用いた。質問項目として、出産体験、母性意識、育児困難感、産後うつを測定する尺度を用いた。すべてのデータは調査員が診療録からの転記、および質問票を用いた直接面接によって収集された。

**結果** 出産体験尺度の得点が高い女性は、産後の母親役割に対して肯定的に捉えられるようになり、育児不安や育児ストレスが軽減することが明らかになった。出産体験と産後うつの関連については、二変量解析においてのみ、弱い関連が示された。

**結論** 本研究を通じて、女性がより豊かな出産体験をすることは、自身の母親役割の受容に対する否定感や、児に対する攻撃衝動性を抑制することにつながるということが明らかにされたことから、育児不安や育児ストレスの軽減、児童虐待の予防に対して、妊娠・出産時からの関わりも重要であることが示唆された。今後は出産体験を高めるような決定因子が明らかにされ、具体的なケアや介入方法が提言されることが望まれる。

**Key words** : 出産体験, 育児不安, 母性, 産後うつ, 縦断研究

### I 緒 言

近年、女性が満足できるようなお産や、主体的なお産といった、出産の質的な側面が注目されるようになってきた。厚生労働省も健やか親子21において、「妊娠・出産について満足している者の割合」を100%にすることを目標に掲げており<sup>1)</sup>、直近の調査によると、その割合は91.4%にのぼると報告されている<sup>2)</sup>。

出産に対する満足度は、産後数か月の女性の不安・抑うつを抑制することや、母子関係、次の妊娠に対する意欲などに影響を与えていると言われている<sup>3~7)</sup>。このように、出産時の質的な側面は、産後の女性に心理的な影響を及ぼすことがうかがわれ

る。しかし、出産に対する満足度に関する先行研究を含めても、出産体験が数年後の母子に及ぼす影響に関する定量的な研究はほとんど行われていない。

近年、従来の「快適」、「満足」といった出産の捉え方とは異なる、豊かな出産体験のありようが、質的研究だけでなく<sup>8,9)</sup>、量的研究によっても示されてきている<sup>10)</sup>。また、そのような豊かな出産体験を定量的に測定する心理尺度が作成されている<sup>11)</sup>。しかし、女性がこうした豊かな出産体験をすると、どのような影響が現れるのか、ということについては明らかにされていない。

そこで、本研究では豊かな出産体験がその後の女性に及ぼす心理的な影響について明らかにすることを目的に、出産体験と産後うつ、母性意識、育児困難感の関連を検討した。

### II 研究方法

#### 1. 研究デザイン

本研究は、「豊かな出産体験」がその後の母子の身体的・精神的健康状態に及ぼす影響を明らかにするためにデザインされたコホート研究の一部であ

\* 国立成育医療センター研究所成育政策科学研究部

<sup>2\*</sup> 東京女子医科大学看護学部

<sup>3\*</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部

<sup>4\*</sup> 津田塾大学学芸学部

連絡先：〒157-8535 東京都世田谷区大蔵 2-10-1

国立成育医療センター研究所 成育政策科学研究部

竹原健二

る。本研究では出産直後の女性に対して実施したベースライン調査、産後4か月、9か月、2年6か月、3年時に実施した計4回のフォローアップ調査のデータを用いた。

## 2. 対象

2002年5月～2003年8月の期間に、5つの調査対象施設（助産所4、および産院1）で出産したすべての女性2,314人のうち、母子ともに健康状態が良好であり、かつ、研究への協力が得られた1,453人（助産所399人、産院1,054人）を対象とした。本研究では調査対象である1,453人のうち、ベースライン調査のみ受諾した者や、双子を出産した者、帝王切開で出産した者、質問項目に複数の欠損値があった者を分析対象から除外し、最終的に1,004人（助産所370人、産院634人）を分析対象とした（表1）。

分析対象者における、それぞれのフォローアップ調査時の継続者の割合は、産後4か月では81.3%、産後9か月は68.5%、産後2年6か月は54.7%、産後3年は55.5%であった。脱落の主な理由は育児、職場復帰などによる多忙による回答拒否や、転居や連絡先の変更による追跡不能などであった。施設による脱落理由については、大きな違いはみられなかった。

## 3. データ収集

本研究のベースライン調査のデータは、診療録からの転記と、調査票を用いた構造化面接調査によって収集された。ベースライン調査、フォローアップ調査ともに、常時20人前後の調査員がデータを収集した。調査に先立ち、調査員に対して本研究の目的や調査項目の意味、個人情報保護に関する説明とインタビューの実習などを含む2日間のトレーニングを実施し、本研究に対する理解や面接のプロセスとインタビューのスキルについて標準化を図った。

データ収集は、調査員が同意の得られた対象者のカルテからデータを転記した。その後、出産後数日以内に、対象者が入院している施設内において、調

査員による1対1の構造化面接調査を実施した。

4度のフォローアップ調査のデータは主に1対1の構造化面接調査によって収集した。既存の尺度を用いた項目についてのみ、先行研究との整合性をとるために自記式質問票を用いて回答を得た。

## 4. 質問項目

本研究では、コホート研究のベースライン調査時に、診療録から対象者の年齢や分娩歴、妊娠・分娩中の経過に関するデータを得た。出産体験尺度の項目は、構造化面接によって、ベースライン調査時にのみ尋ねた。産後4か月時と9か月時のフォローアップ調査時に産後うつ、産後2年6か月時に母性意識、産後3年時に育児困難感について自記式質問票を用いて尋ねた。

出産体験尺度は本研究と同じコホート研究のデータを用いて、出産体験を定量的に評価することを目的として、経産分娩をした者を対象に作成された尺度である。その信頼性と妥当性はすでに確認されている<sup>11)</sup>。この尺度は「①幸福因子」、「②ボディセンス因子」、「③発見因子」、「④あるがまま因子」という4つの因子の計18の出産体験を尋ねる項目によって構成されている。それぞれの項目について、「はい=1点」、「いいえ=0点」の2値変数によって尋ね、得点が高いほど、豊かな出産体験をしたことを表すとされている。

産後うつは、Coxらのエジンバラ産後うつ病評価尺度<sup>12)</sup>（EPDS：Edinburgh Postnatal Depression）の日本語版<sup>13)</sup>を用いて測定した。EPDSは4件法を用いた10項目から構成されている。わが国におけるEPDSのカットオフ値は8/9と言われているが、国や研究によって幅がみられる。また、日本語版の著者も13/14をカットオフ値にすることの有用性を近年、新たに指摘しているなど<sup>14)</sup>、様々な見解が示されている。こうした現状に対して、EPDSのスコアを連続変数として活用した研究もみられる<sup>15)</sup>。そこで、本研究でもEPDSの得点について、探索的に連続変数とみなして用いることとした。

表1 各フォローアップ調査における分析対象者数の推移

	ベースライン	産後4か月	産後8か月	産後2年6か月	産後3年
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
産院	634(63.1)	481(75.9)	405(63.4)	319(50.3)	310(48.9)
助産所	370(36.9)	335(90.5)	283(76.5)	230(62.2)	247(66.8)
合計	1,004(100.0)	816(81.3)	688(68.5)	549(54.7)	557(55.5)

※ベースライン時の％はベースライン調査時の分析対象者数の合計を100.0%とする

※フォローアップ調査時の％はベースライン調査時のそれぞれの施設の分析対象者数を100.0%としたときの、継続者数の割合とする

母性意識については、大日向らが作成した「母性意識尺度」<sup>16)</sup>を用いた。この尺度は母親役割受容の肯定感(MP得点)と否定感(MN得点)の2因子構造(各6項目、計12項目)である。それぞれの項目について4件法(1~4点)で尋ね、因子ごとに項目の数値を単純加算した上で、項目数の6で除した得点を用いた。

育児困難感については、子ども総研育児支援質問紙3-6歳児用<sup>17,18)</sup>の育児困難感Ⅰ「心配・困惑・不適格感」の11項目中9項目、育児困難感Ⅱ「ネガティブな感情・攻撃衝動性」の7項目中4項目を使用した。それぞれの項目について4件法で尋ねた。原版では単純加算した粗点をもとに5段階の標準得点に換算し、複数の成分の結果から総合的に判断するものの、本研究では、一部の項目しか用いていないため、便宜的に単純加算をした粗点を用いることとした。

### 5. 本研究における出産体験の定義

従来、「主体的なお産」や「満足のあるお産」が出産の快適性を表す代表的な指標として考えられてきた。イギリスで1993年に打ち出された「Changing Childbirth<sup>19)</sup>」における「コントロール」の概念では、分娩中に女性が心身をコントロールできると感じられることが重要であると捉えられている。その後の研究でも、分娩時に女性が心身の状態を、ケア提供者による管理ではなく、自らが管理できることは出産の満足度につながるという文脈で、肯定的に評価され、研究が重ねられてきた<sup>20~23)</sup>。

本研究で用いた出産体験尺度は、分娩台に拘束されたかどうか、自由に身体を動かしたかどうか、といった心身の管理の状況ではなく、幸せな気持ちになれたか、自分の身体の中で起きていることを感じ取れたかといったことや、お産によって、女性が新たな自分を発見できたか、ありのままに身を委ねることができたか、といった体験の有無を測るための尺度である(表2)。出産体験尺度の質問項目は、女性が分娩時にどのような体験をしたのか、ということに焦点が当てられており、分娩時にどのようなケアを受けたか、受けたケアについてどのように感じたか、ということとは含まれていない。なぜなら、分娩時に受けたケアや、ケア提供者の態度といった事柄は出産体験の決定因子になりうる事柄であり、出産体験を測定する尺度の項目に含まれることは適切ではないと考えられるからである。

上記のように、本研究における出産体験とは、従来の「主体的なお産」、「満足できるようなお産」の体験ではなく、「豊かな出産体験」の体験そのものと定義し、その測定に最適な出産体験尺度を用いた。

表2 出産体験尺度の質問項目一覧

- |   |
|---|
| 1) お産は楽しかったですか                          |
| 2) お産は気持ちよかったですか                        |
| 3) お産の間は幸せな気持ちでしたか                      |
| 4) お産の後すぐ、また産みたいと思いましたか                 |
| 5) お産の間、自分をコントロールできたと思いますか              |
| 6) お産の間、自分のペース、リズムを感じられましたか             |
| 7) お産の間、自分を信じることができましたか                 |
| 8) 自分らしいお産だったと思いますか                     |
| 9) お産の間、自分の体の中で起きていることがわかりましたか          |
| 10) お産の間、気持ちはゆったりとしていましたか               |
| 11) お産をしたことで、知らなかった自分に出会えたという気持ちがありましたか |
| 12) お産は自分を見つめることだと感じましたか                |
| 13) お産の間、自分の境界線がないような気持ちになりましたか         |
| 14) 何か大きな力が働いていて、それに動かされているような気がしましたか   |
| 15) お産の間、こんなこともしていたというように自分の行動に驚きましたか   |
| 16) お産の間に自然に出てくる声を無理に抑えずに出せましたか         |
| 17) お産の間、喜怒哀楽の感情をそのまま出せましたか             |
| 18) お産の時にありのままの自分を出せたと思いますか             |

### 6. 倫理的配慮

本研究のデータ収集を開始した時点では、疫学倫理指針も施行されておらず、所属研究機関にも倫理審査委員会が設けられていなかった。そのため、本研究の実施に先立ち、各調査施設の責任者に対して、本研究の目的や方法を説明した上で調査協力の承諾を得た。

対象者である女性の募集に際しては、出産数日後に調査員が対象者と直接面接をおこない、研究の目的や調査協力の自由、個々の調査結果を調査協力施設のスタッフが見ることはできないことなどについて十分に説明をした上で、調査協力に関する同意書に署名を得た。

本研究では多くの個人情報扱うため、個人情報の取り扱いに関する調査員のトレーニングに時間をかけ、その監督に努めた。調査協力施設の現場スタッフには、各施設で出産した産婦に対して、本研究の調査員が訪ねてくることの説明のみを依頼した。

対象者の募集や調査の実施といった、データ収集に関するすべての作業は、本研究の調査員によって行われた。その他のデータ分析などについては、調査員は関わっていない。

## 7. 分析方法とその手順

対象者の属性や、本研究で使用した4つの尺度の得点の分布を確認したところ、EPDS以外の尺度の得点の分布は正規分布に近似していると考えられた。そこで、二変量解析に際して、出産体験尺度とEPDSの関連についてはSpearmanの順位相関係数を算出し、出産体験尺度と母性意識尺度、および育児困難感I・IIについては、Pearsonの相関係数を算出した。

次に、EPDSの得点を連続変数のまま従属変数に用い、年齢などの属性、出産体験尺度の得点を独立変数とする重回帰分析を行った。変数投入法には強制投入法を用いた。母性意識尺度の2つの因子得点と育児困難感の2つの因子得点についても、同様に各尺度の得点を従属変数、属性や出産体験尺度の得点を独立変数とする重回帰解析を実施した。多変量解析で補正をする項目は、年齢、分娩歴、調査協力施設、収入、学歴、分娩様式、児の性別、出生時体重といった母子の属性に関する項目とした。さらに、先行研究において<sup>24-27)</sup>、ソーシャルサポートの有無や、その認知が育児中の母親の育児不安などの心理状態に影響を及ぼすことが指摘されていることから、パートナーの有無、困ったときに相談できる人や場所の有無を補正項目に加えた。解析に際して、質的変数はダミー変数に置き換えた。VIF値(Variance Inflation Factors)を用いて投入した変数間での多重共線性を検討した。

なお、本研究で用いる有意水準は5%とした。統計解析にはSPSS16.0J for Windowsを使用した。

## III 研究結果

### 1. 対象者の属性と尺度の得点

対象者の平均年齢は30.8歳、パートナーがいる者が991人(98.7%)であった。既往歴があったものが279人(27.8%)、切迫流早産や貧血などの妊娠中の経過異常がみられたものが411人(40.9%)であった。分娩様式は正常分娩が940人(93.6%)、吸引・鉗子分娩が64人(6.4%)であった。対象者の出生児については、性別は男児が52.1%、女児が47.9%であった。平均在胎日数は278日(標準偏差SD:11)、平均体重が3064g(SD:405)であった(表3)。

出産体験尺度の平均得点はベースライン時では10.9点(SD:3.3点)であった。その後、フォローアップできた継続者のベースライン時における出産体験尺度の平均得点を確認したところ、4回のフォローアップ時のいずれも、ベースライン時の出産体験尺度の平均得点は11.0点から11.1点の間の値を示

表3 対象者とその児の属性に関する項目

		n (%)
〈母親に関する項目〉		
年齢		30.8±4.6
分娩歴	あり	524(52.2)
	なし	480(47.8)
分娩施設	助産所	370(36.9)
	産院	634(63.1)
収入	500万円未満	362(39.4)
	500万円以上	557(60.6)
学歴	高卒以下	317(31.6)
	短大・大学以上 <sup>a</sup>	686(68.4)
分娩様式	正常分娩	940(93.6)
	吸引・鉗子分娩	64(6.4)
パートナーの有無	あり	991(98.7)
	なし	13(1.3)
既往歴 <sup>b</sup>	あり	279(27.8)
	なし	725(72.2)
妊娠経過異常 <sup>c</sup>	あり	411(40.9)
	なし	593(59.1)
〈児に関する項目〉		
児の性別	男児	523(52.1)
	女児	481(47.9)
在胎日数		278±11
出生時体重		3064±405
1分後アプガースコア		8.9(4-10)
5分後アプガースコア		9.5(8-10)

<sup>a</sup>: 専門学校卒も含む, <sup>b</sup>: 循環器系, 泌尿器系, 婦人科系, 外科系疾患などを含む, <sup>c</sup>: 切迫流産, 切迫早産, 貧血, 胎児発育不良などを含む

※年齢, 在胎日数, 出生時体重については平均値±標準誤差

※アプガースコアについては平均値(最小値-最大値)

した。

EPDSの得点の中央値は、産後4か月時が3.0点(25-75%点:2.0-6.0点)、産後9か月時が3.0点(1.0-6.0点)であった。EPDSの得点が9点以上だったものは、産後4か月時が96人(11.8%)、産後9か月時65人(9.5%)であった。母性意識尺度の平均得点は37.1点(SD:5.1点)であった。そのうち、MP得点の平均得点が3.2点(SD:0.5点)、MN得点が1.9点(0.5点)であった。育児困難感I「心配・困惑・不適格感」の平均得点が18.6点(SD:3.9点)、育児困難感II「ネガティブな感情・攻撃衝動性」の平均得点が8.5点(SD:2.3点)であった。

### 2. 出産体験と産後の心理的指標に関する二変量解析

出産体験と産後の女性の心理的指標として用いた産後うつ、母性意識、育児困難感の相関関係につい

表4 出産体験と産後の心理的影響に関する相関関係

	出産体験	
	相関係数	P
EPDS		
産後4か月	-0.077	0.028 <sup>b</sup>
産後9か月	-0.014	0.715 <sup>b</sup>
母性意識		
MP	0.252	<0.001 <sup>a</sup>
MN	-0.199	<0.001 <sup>a</sup>
育児困難感		
心配・困惑・不適格感	-0.217	<0.001 <sup>a</sup>
ネガティブな感情・攻撃衝動性	-0.161	<0.001 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>: Pearson <sup>b</sup>: Spearman

て検討したところ、出産体験尺度の得点と母性意識尺度のMP得点とは正の弱い相関 ( $r=0.252, P<0.001$ ), MN得点とは負の弱い相関が認められた ( $r=-0.199, P<0.001$ )。育児困難感I「心配・困惑・不適格感」とは ( $r=-0.217, P<0.001$ ), 「ネガティブな感情・攻撃衝動性」とは ( $r=-0.161, P<0.001$ ) の弱い負の相関が確認された。産後4か月時のEPDSの得点とは非常に弱い負の相関がみられたものの ( $r=-0.077, P<0.028$ ), 産後9か月時のEPDSの得点とは相関がみられなかった ( $r=-0.014, P=0.715$ ) (表4)。

### 3. 出産体験と産後の心理的指標に関する多変量解析

産後の心理状態に関する尺度の得点を従属変数に、出産体験尺度の得点や属性などの項目を独立変数とした重回帰分析を行ったところ、出産体験尺度の得点とEPDSの得点には関連が認められなかった(表5)。同様に、出産体験尺度の得点は母性意識尺度のMP得点と正の関連がみられ、MN得点とは負の関連がみられた(表6)。育児困難感における「心配・困惑・不適格感」と、「ネガティブな感情・攻撃衝動性」はともに、出産体験尺度の得点と負の関連があることがうかがわれた(表7)。出産体験とこれら3つの産後の心理的指標に関する重回帰分析の結果を表8にまとめた(表8)。

困った時に相談できる人がいないと、4か月時のEPDSや育児困難感I「心配・困惑・不適格感」の得点が高まることがうかがわれた。高学歴の者、女児を出生した者ほど母性意識尺度のMP得点が高く、母親の年齢が低いほど育児困難感II「ネガティブな感情・攻撃衝動性」が高まることなどが示された。

## IV 考 察

### 1. 出産体験が産後の女性にもたらす影響

本研究の結果から、女性が豊かな出産体験をすることは、母親になったことで自身の成長を感じられたり、充実感を得られたりするようになるなど、母親役割に対してより肯定的に捉えられるようになることが認められた。また、育児に対する自信が高まったり、子どもに対して穏やかに接することができるようになったりするなど、育児に対する不安や困難感が軽減することが明らかになった。

育児不安や育児ストレスなど、母親が精神的に不安定な状態だと母子関係や児の心身の発達に好ましくない影響を与えることが複数の先行研究によって示されている<sup>27~29</sup>)。児童相談所における児童虐待相談の件数は増加の一途をたどっているように<sup>30</sup>), 育児放棄や暴力といった児童虐待は深刻な社会問題になってきている。本研究を通じて、女性がより豊かな出産体験をすることが、自身の母親役割の受容に対する否定感や児に対する攻撃衝動性を抑制する方向に作用することが明らかにされたことから、育児不安や育児ストレスの軽減、児童虐待の予防に対して、育児中の女性に対するサポートや環境整備だけでなく、妊娠・出産時からの関わりも重要であることが示唆された。

### 2. 出産体験が産後の女性に影響をもたらすことが示されたことの意義と今後の可能性

妊娠・出産時の安全性と快適性の両方を担保することを目指して、医療介入やサポートのあり方に関する様々な議論が行われてきた<sup>31</sup>)。その“快適性”を検討する際に、女性が自身の妊娠・出産に対して満足するということが、いわゆる“お産の満足度”が快適性の代替指標として用いられることが少なくない。しかし、先行研究では、女性は出産を安全に終わることができる、出産の満足度は高くなることとされている<sup>32</sup>)。実際に、子どもが健康であることの影響もあり、満足度の得点の平均値がほぼ満点を示している研究も見受けられる<sup>33</sup>)。「健やか親子21」の中間評価においても、満足感には出生した子どもの健康状態、すなわちお産における安全性による影響が強すぎるのではないかとされている<sup>34</sup>)。このように、妊娠・出産時の快適性を“満足度”で測定することの問題点が指摘されている。

出産と保健医療の関わりを振り返ると、母子の安全性を高めるという理由により、お産が過剰に医療化されたことと、それによる弊害に対する批判として、妊娠・出産時の快適性の概念が注目されるようになった、という経緯がある<sup>31</sup>)。こうした経緯や、

表5 出産体験と産後4か月時・9か月時のEPDSに関する重回帰分析

	EPDS (4か月時) n=748				EPDS (9か月時) n=630			
	$\beta$	b	(95%信頼区間)	P-value	$\beta$	b	(95%信頼区間)	P-value
出産体験	-0.067	-0.078	(-0.171-0.015)	0.099	-0.040	-0.042	(-0.135- 0.050)	0.367
年齢	-0.059	-0.051	(-0.120-0.017)	0.143	-0.046	-0.038	(-0.108- 0.032)	0.289
分娩歴	0.007	0.050	(-0.534-0.633)	0.867	0.069	0.463	(-0.118- 1.043)	0.118
分娩施設	0.015	0.116	(-0.501-0.733)	0.712	0.008	0.056	(-0.551- 0.663)	0.856
収入	-0.073	-0.152	(-0.317-0.013)	0.070	-0.006	-0.011	(-0.176- 0.153)	0.893
学歴	-0.055	-0.167	(-0.394-0.060)	0.149	-0.085	-0.237	(-0.464- -0.009)	0.041
分娩様式	0.001	0.018	(-1.093-1.130)	0.974	-0.039	-0.537	(-1.650- 0.576)	0.344
パートナーの有無	-0.060	-0.251	(-5.549-0.530)	0.105	-0.024	-0.997	(-4.377- 2.383)	0.563
困ったときに相談できる人や場所の有無	0.108	3.085	( 1.045-5.125)	0.003	0.058	1.871	(-0.641- 4.382)	0.144
児の性別	-0.063	-0.474	(-1.011-0.062)	0.083	0.019	0.129	(-0.407- 0.666)	0.191
児の出生時体重	0.067	0.001	( 0.000-0.001)	0.070	0.053	0.001	( 0.000- 0.001)	0.636

b: 回帰係数,  $\beta$ : 標準化回帰係数, 95%信頼区間は回帰係数の信頼区間とする。2値変数などには, ダミー変数を用い, 分娩歴 (0: なし, 1: あり), 分娩施設 (0: 助産所, 1: 産院), 分娩様式 (0: 正常, 1: 鉗子・吸引), パートナー (0: いる, 1: いない), 相談できる人 (0: いる, 1: いない), 児の性別 (0: 男, 1: 女) とする。

EPDS (4か月時) のモデル:  $R^2=0.046$  Adj  $R^2=0.031$ . EPDS (9か月時) のモデル:  $R^2=0.026$  Adj  $R^2=0.009$ .

表6 出産体験と産後2年6か月時の母性意識に関する重回帰分析

	母性意識: MP 得点 n=480				母性意識: MN 得点 n=495			
	$\beta$	b	(95%信頼区間)	P-value	$\beta$	b	(95%信頼区間)	P-value
出産体験	0.254	0.245	( 0.150-0.340)	<0.001	-0.164	-0.148	(-0.236- -0.061)	0.001
年齢	0.042	0.033	(-0.041-0.107)	0.380	-0.093	-0.066	(-0.133- 0.000)	0.051
分娩歴	-0.010	-0.059	(-0.648-0.530)	0.845	0.047	0.270	(-0.273- 0.813)	0.330
分娩施設	0.065	0.400	(-0.218-1.019)	0.204	0.080	0.461	(-0.108- 1.030)	0.112
収入	-0.037	-0.066	(-0.236-0.105)	0.450	0.039	0.064	(-0.093- 0.221)	0.426
学歴	0.137	0.120	( 0.113-0.585)	0.004	-0.047	-0.112	(-0.330- 0.106)	0.312
分娩様式	0.022	0.588	(-0.878-1.433)	0.637	0.046	0.546	(-0.515- 1.607)	0.313
パートナーの有無	0.026	1.000	(-2.477-4.478)	0.572	-0.037	-0.137	(-4.610- 1.880)	0.409
困ったときに相談できる人や場所の有無	-0.021	-0.818	(-4.227-2.591)	0.637	0.070	2.567	(-0.618- 5.752)	0.114
児の性別	0.094	0.580	( 0.034-1.127)	0.038	-0.067	-0.382	(-0.886- 0.122)	0.138
児の出生時体重	0.024	0.000	( 0.000-0.001)	0.595	-0.020	0.000	(-0.001- 0.000)	0.658

b: 回帰係数,  $\beta$ : 標準化回帰係数, 95%信頼区間は回帰係数の信頼区間とする。2値変数などには, ダミー変数を用い, 分娩歴 (0: なし, 1: あり), 分娩施設 (0: 助産所, 1: 産院), 分娩様式 (0: 正常, 1: 鉗子・吸引), パートナー (0: いる, 1: いない), 相談できる人 (0: いる, 1: いない), 児の性別 (0: 男, 1: 女) とする。

母性意識: MP 得点のモデル:  $R^2=0.085$  Adj  $R^2=0.063$ . 母性意識: MN 得点のモデル:  $R^2=0.072$  Adj  $R^2=0.051$ .

上述の満足度に対する指摘を踏まえると, 妊娠・出産の快適性の評価は安全性からできる限り独立していることが望ましいのではないだろうか。快適性が安全性から独立した状態で評価されることによって

初めて, 妊娠・出産にとって非常に重要な「安全性と快適性の両立」という議論を科学的に行うことが可能になると考える。

本研究では, お産の安全性とはできる限り独立し

表7 出産体験と産後3年時の育児困難感に関する重回帰分析

	育児困難感(心配・困惑・不適格感) n=505				育児困難感(ネガティブな感情・攻撃衝動性) n=508			
	$\beta$	b	(95%信頼区間)	P-value	$\beta$	b	(95%信頼区間)	P-value
出産体験	-0.193	-0.240	(-0.385- -0.121)	<0.001	-0.175	-0.126	(-0.195- -0.056)	<0.001
年齢	-0.046	-0.046	(-0.138- 0.046)	0.326	-0.104	-0.060	(-0.113- -0.006)	0.030
分娩歴	-0.058	-0.461	(-1.197- 0.276)	0.220	0.047	0.212	(-0.219- 0.642)	0.334
分娩施設	0.011	0.086	(-0.684- 0.855)	0.827	-0.056	-0.254	(-0.705- 0.196)	0.268
収入	0.009	0.021	(-0.190- 0.233)	0.845	-0.036	-0.047	(-0.171- 0.077)	0.455
学歴	0.001	0.004	(-0.289- 0.298)	0.977	0.020	0.038	(-0.133- 0.209)	0.662
分娩様式	0.054	0.889	(-0.578- 2.357)	0.234	0.079	0.747	(-0.098- 1.591)	0.083
パートナーの有無	0.046	2.340	(-2.091- 6.771)	0.300	-0.013	-0.391	(-2.984- 2.202)	0.767
困ったときに相談できる人や場所の有無	0.129	5.098	( 1.718- 8.478)	0.003	0.075	1.716	(-0.263- 3.694)	0.089
児の性別	-0.042	-0.333	(-1.014- 0.349)	0.338	-0.059	-0.269	(-0.666- 0.129)	0.708
児の出生時体重	-0.008	-0.001	(-0.001- 0.001)	0.849	-0.017	-0.001	(-0.001- 0.000)	0.185

$b$ : 回帰係数,  $\beta$ : 標準化回帰係数, 95%信頼区間は回帰係数の信頼区間とする。2値変数などには, ダミー変数を用い, 分娩歴(0:なし, 1:あり), 分娩施設(0:助産所, 1:産院), 分娩様式(0:正常, 1:鉗子・吸引), パートナー(0:いる, 1:いない), 相談できる人(0:いる, 1:いない), 児の性別(0:男, 1:女)とする。

育児困難感(心配・困惑・不適格感)のモデル:  $R^2=0.082$  Adj  $R^2=0.061$ . 育児困難感(ネガティブな感情・攻撃衝動性)のモデル:  $R^2=0.057$  Adj  $R^2=0.036$ .

表8 出産体験と産後の心理的指標に関する重回帰分析のまとめ

	$R^2$	調整済 $R^2$	$\beta$	b	(95%信頼区間)	P-value
EPDS						
産後4か月時	0.046	0.031	-0.067	-0.078	(-0.171- 0.015)	0.099
産後9か月時	0.026	0.009	-0.040	-0.042	(-0.135- 0.050)	0.367
母性意識						
MP得点	0.085	0.063	0.254	0.245	( 0.150- 0.340)	<0.001
MN得点	0.072	0.051	-0.164	-0.148	(-0.236- -0.061)	0.001
育児困難感						
心配・困惑・不適格感	0.082	0.061	-0.193	-0.240	(-0.385- -0.121)	<0.001
ネガティブな感情・攻撃衝動性	0.057	0.036	-0.175	-0.126	(-0.195- -0.056)	<0.001

補正項目: 年齢, 分娩歴, 収入, 分娩施設, 学歴, 分娩様式, パートナーの有無, 困ったときに相談できる人や場所の有無, 児の性別, 出生時体重。

た指標として, 出産体験尺度を用い, 産後の女性の心理的状态に与える影響が明らかにされた。よって, 妊娠・出産時の快適性を担保することは, 単に妊娠・出産時の女性に対してのみならず, 産後の女性と子どもの双方においても, 望ましい影響がもたらされることが示されたと言えよう。

先行研究では, 助産所で出産した女性の方が, より豊かな出産体験をしていると言われており<sup>8~10)</sup>, 継続的なケアや, 妊産婦と医療従事者の信頼関係といったことと, 出産体験との関連が示唆されている。しかし, 出産体験の決定因子については, ほと

んど明らかにされていないのが現状である。より多くの女性が豊かな出産体験をできるようにするため, 具体的な方法を明らかにするためにも, 決定因子の特定は急務かつ重要であると考えられる。

### 3. 研究の限界と今後の課題

本研究では, 対象者は多くの女性が豊かな出産体験をしていると考えられた分娩施設を選び, それらの施設において, ある期間に出産をした女性全員に調査協力を依頼している。本研究の対象施設となった産院も母と子を中心に考えた自然なお産に積極的に取り組んでいることで知られている産院である。

そのため、一般集団に比べ、本研究の対象者は良い出産体験をした者の割合が高い集団になっている可能性は高いものと推測される。

本研究の対象者は経膈分娩によって出産した者に限定されている。そのため、帝王切開によって出産した女性の出産体験や、その影響については言及できない。コホートの対象者における、産後3年の時点での継続者の割合は約55%と決して高くない。助産所で出産した者に比べ、産院で出産した対象者の継続率が低くなっており、対象者の研究に対する関心の大きさが継続率に影響している可能性があるかと推測される。また、本研究の対象者は、出産体験尺度<sup>1)</sup>を作成した対象者と同一集団である。これらのことから、本研究で示された結果は一般化可能性の限界があることや、選択バイアスの影響を受けている可能性は否定できない。本研究が示した結果の普遍性を検証するためにも、帝王切開をした女性なども含めた異なる集団を対象とした研究の実施が望まれる。

出産体験と産後の女性の心理状態に関するコホート研究はほとんど行われていない。本研究の解析に際して、育児期の女性の心理状態に強い影響を及ぼすと考えられている、ソーシャルサポートに関する項目のみを用い、出産体験と育児期の女性の心理状態の関連について探索的に検討を行った。そのため、本研究の結果が未知の交絡因子の影響を受けていることも考えられる。今後は、同様な研究を積み重ね、多変量モデルに投入する変数についても、さらなる検討が必要だと考えられる。

本研究の対象者における母性意識尺度の得点を他の先行研究の得点と比べると、ほとんど違いがみられない研究もあるものの<sup>35)</sup>、本研究の対象者のMP得点はやや高く、MN得点がやや低い傾向が確認された<sup>36,37)</sup>。EPDSについても、4か月時にEPDSの得点が9点以上の者は先行研究と比べて、若干低い割合を示した<sup>2,38)</sup>。このように、先行研究の対象集団に比べて、産後の心理状態は若干、良い傾向にあることから、育児不安が大きいなど、精神的に不安定な対象者ほど脱落しやすかったとも考えられる。しかし、ベースライン調査時の対象者全員と、4度のフォローアップ調査時における継続者のベースライン調査時の出産体験尺度の平均得点には、違いがほとんど認められなかった。このことは、上記の選択バイアスが生じていたとしても、その影響は本研究で得られた結果の一般化可能性が限定されるにとどまり、本研究で認められた関連性が損なわれるとは考えにくい。

わが国では、出産体験について産後6年時まで追

跡した先行研究もあるが<sup>39)</sup>、女性の出産体験に対する評価の推移に焦点が当てられている。また、出産体験が産後1年以内の抑うつに対して影響を及ぼすことはすでに明らかにされている<sup>7)</sup>。しかし、出産体験が産後の女性にもたらす中・長期的な影響については明らかにされていない。海外の先行研究においても、出産体験が女性の心理にもたらす影響に関する追跡研究はほとんど行われていない。これらのことから、上記のような研究の限界はあるものの、本研究で得られた知見の独創性や意義は大きいものと考えられる。

すべての女性がより良い出産体験ができるようになり、産後の母子を含めた家族に対して望ましい影響がもたらされるようになることが期待される。

## V 結 語

女性は「豊かな出産経験」をすることによって、母親役割の受容について肯定的になるとともに、育児における不安や不適格感、攻撃衝動性が軽減・抑制されることが明らかになった。

本研究にご参加くださいました対象者の皆様、ご協力いただきました調査施設の産院・助産所の関係者の皆様に心からお礼申し上げます。本研究は、平成13年度厚生労働科学子ども家庭総合研究事業「妊娠、出産状況がADHDの発症に及ぼす影響—バースコホート研究デザイン（主任研究者：小林秀資）」および、平成14～17年度厚生労働科学特別研究事業「妊娠、出産状況がその後の母子の健康に与える影響に関する研究（主任研究者：三砂ちづる）」の一環として行われました。

（受付 2008. 5. 7）  
（採用 2009. 3. 12）

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 健やか親子21. 2000.
- 2) 平成17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）報告書. 健やか親子21の推進のための情報システム構築および各種情報の利活用に関する研究（主任研究者 山縣然太郎）2006.
- 3) Morris-Thompson P. Consumers, continuity and control. *Nurs Times* 1992; 88(26): 29-31.
- 4) Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 1990; 17(1): 15-24.
- 5) Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001; 28(2): 111-118.
- 6) Waldenström U. Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth* 2003; 30(4): 248-254.

- 7) 佐藤ゆき, 加藤忠明, 伊藤龍子, 他. 出産満足度と育児中の母親の不安抑うつとの関連. 小児保健研究 2008; 67(2): 341-348.
- 8) 野口真貴子. 女性に肯定される助産所出産体験と知覚知. 日本助産学会誌 2002; 15(2): 7-14.
- 9) 長谷川 文, 村上明美. 出産する女性が満足できるお産: 助産所の出産体験ノートからの分析. 母性衛生 2005; 45(4): 489-495.
- 10) 竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也, 他. 助産所と産院における出産体験に関する量的研究: “豊かな出産体験”とはどのようなものか?. 母性衛生 2008; 49(2): 275-285.
- 11) 竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也, 他. 出産体験尺度作成の試み. 民族衛生 2007; 73(6): 211-224.
- 12) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-786.
- 13) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 他. 日本版エジンバラ産後うつ病調査票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学 1996; 7: 523-533.
- 14) 岡野禎治, 杉山 隆, 西口 裕. プライマリケアにおける産後うつ病のスクリーニングシステムについて. 母性衛生 2007; 48(1): 16-20.
- 15) 平成17年度厚生労働科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究) 報告書. 周産期母子精神保健ケアの方策と効果判定に関する研究 (主任研究者 北村俊則) 2006.
- 16) 大日向雅美. 母性の研究—その形成と変容の過程: 伝統的母性観への反証. 東京: 川島書店, 1988.
- 17) 日本子ども家庭総合研究所・愛育相談所, 編著. 子ども総研式・育児支援質問紙の利用手引き. 東京: 母子保健事業団, 2003.
- 18) 川井 尚, 庄司順一, 千賀悠子, 他. 育児不安に関する臨床的研究 V: 育児困難感のプロフィール評定質問紙の作成. 日本子ども家庭総合研究所紀要 1998; 35: 98-132.
- 19) Department of Health. Changing Childbirth. London: The Stationery Office, 1993.
- 20) Waldenstrom U, Borg IM, Ollson B, et al. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. Birth 1996; 23(3): 144-153.
- 21) Fowles ER. Labor concerns of women two months after delivery. Birth 1998; 25(4): 235-240.
- 22) Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. Midwifery 1999; 15(1): 40-46.
- 23) Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. J Adv Nurs 2004; 46(2): 212-219.
- 24) 藤井加那子, 永井利三郎. 育児期にある母親の育児満足感に影響する因子: 子育て不安の認識の有無による違い. 小児保健研究 2008; 67(1): 10-17.
- 25) 藤田大輔, 金岡 緑. 乳幼児を持つ母親の精神的健康度に及ぼすソーシャルサポートの影響. 日本公衆衛生雑誌 2002; 49(4): 305-312.
- 26) McVeigh CA. Investigation the relationship between satisfaction with social support and functional status after childbirth. MCN Am J Matern Child Nurs 2000; 25(1): 25-30.
- 27) Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, et al. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. Child Development 1996; 67(5): 2512-2526.
- 28) Feldman R, Eidelman AI, Rotenberg N. Parenting stress, infant emotion regulation, maternal sensitivity, and cognitive development of triplets: a model for parent and child influences in a unique ecology. Child Development 2004; 75(6): 1774-1791.
- 29) 西原玲子, 服部律子, 小林葉子, 他. 母親の育児不安と双生児の精神運動発達との関連性の検討. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53(11): 831-841.
- 30) 厚生労働省. 平成18年度児童相談所における児童虐待相談対応件数等. 平成18年度社会福祉行政業務報. 2007.
- 31) 松島 京. 出産の医療化と「いいお産」: 個別化される出産体験と身体の社会的統制. 立命館人間科学研究 2006; 11: 147-159.
- 32) Harvey S, Rach D, Stainton MC, et al. Evaluation of satisfaction with midwifery care. Midwifery 2002; 18(4): 260-267.
- 33) Waldenstrom U. Continuity of carer and satisfaction. Midwifery 1998; 14(4): 207-213.
- 34) 厚生労働省. 健やか親子21中間評価報告書. 2006.
- 35) 高橋有里. 乳児の母親の育児ストレス状況とその関連要因. 岩手県立大学看護学部紀要 2007; 9: 31-41.
- 36) 遠藤恵子, 佐藤幸子, 三澤寿美, 他. 山形県に住む母親の母親役割の受容と性役割感に対する意識. 山形保健医療研究 2003; 6: 17-24.
- 37) 桑名佳代子, 細川 徹. 1歳6か月児をもつ親の育児ストレス(1): 母親の育児ストレスと関連要因. 東北大学大学院教育学研究科研究年報 2007; 56(1): 247-263.
- 38) 平成13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) 報告書. 産後うつ病の実態調査ならびに予防的介入のためのスタッフの教育研修活動 (主任研究者 中野仁雄) 2002.
- 39) 我部山キヨ子, 堀内寛子, 脇田満里子, 他. 出産体験の評価に関する縦断的研究: 産後6年までの出産体験の評価の推移. 母性衛生 2001; 42(4): 591-598.

## The positive psychological impact of rich childbirth experiences on child-rearing

Kenji TAKEHARA<sup>\*</sup>, Makiko NOGUCHI<sup>2\*</sup>, Takuya SHIMANE<sup>3\*</sup>, and Chizuru MISAGO<sup>4\*</sup>

**Key words** : Childbirth experience, Parenting anxiety, Motherhood, Postnatal depression, Longitudinal study

**Objective** The purpose of this study was to investigate the psychological implications of emotionally enriching childbirth experiences for problems such as awareness of motherhood, postnatal depression, and parenting stress among women after childbirth.

**Method** All women who gave birth at five study centers (four birthing homes and one maternity hospital) during May 2002 and August 2003 were asked to participate in the cohort study. All 2,314 women were approached and 1,004 eligible women agreed to take part. Analyses were conducted using a baseline survey and four follow-up surveys conducted at 4 months, 9 months, 2 and a half years, and 3 years after childbirth. The questionnaire included four scales to evaluate the subjects' childbirth experiences, awareness of motherhood, postnatal depression, and parenting stress and difficulties. Data were collected via structured interviews and transcription from medical records.

**Results** Bivariate and multivariate analysis indicated that women who had good childbirth experiences had positive feelings concerning motherhood and parenting stress and anxiety were lower. Bivariate analysis also indicated that childbirth experience had an inverse relationship with postnatal depression.

**Conclusions** This study revealed that having good childbirth experiences inhibits negative awareness of motherhood and abusive behavior towards children. These results show that it is important for mothers to be provided with appropriate care during pregnancy and labor for preventing child abuse and parenting stress and anxiety. More research is needed to identify the determinants of childbirth experiences and to make specific recommendations for appropriate care and intervention.

---

<sup>\*</sup> Department of Health Policy, National Research Institute for Child Health and Development

<sup>2\*</sup> Department of Nursing, Tokyo Women's Medical University

<sup>3\*</sup> Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health

<sup>4\*</sup> Faculty of Liberal Arts, Tsuda College