

原 著

都市部の妊婦における夫婦関係と産科履歴および身体的・
心理社会的要因との関連：妊娠への適応の観点からカワムラ キョウコ タマウエ マミ
川村 恭子* 玉上 麻美*

目的 都市部における妊娠中の夫婦への支援について示唆を得るため、妊娠への適応の観点からみた夫婦関係と、妊婦の産科履歴、および身体的・心理社会的要因、特性との関連を明らかにすることを目的とした。

方法 関西地域の4指定都市で開催されたA公益財団法人主催の産前教室に参加した妊婦に対し、特性、産科履歴、身体的・心理社会的要因、日本語版 Prenatal Self-Evaluation Questionnaire [夫との関係] (J-PSEQ) を問う無記名自記式質問紙調査を実施した。778人に調査を依頼し、413人 (53.1%) から回答を得た。除外基準を適用し、388人 (有効回答率93.9%) を分析対象として、J-PSEQ得点による夫婦関係の不良群と普通・良好群の2群化を行い、ロジスティック回帰分析により、妊娠への適応の観点からみた夫婦関係に関連する要因を検討した。

結果 J-PSEQ得点による2群は、不良群93人 (24.0%)、普通・良好群295人 (76.0%) であった。ロジスティック回帰分析の結果、不良な夫婦関係に対するオッズ比 (信頼区間) は、「不妊治療による妊娠」2.54 (1.38-4.66), 「怒りやすく、イライラする」3.55 (1.86-6.78), 「夫の健康状態：やや悪い」3.54 (1.06-11.87) であった。経済面、夫の労働状況、サポート不足を最もストレスに感じる要因と記述したのは、夫婦関係が不良な妊婦に多かった。普通または良好な夫婦関係に関連する要因は、妊婦に身体的不快症状があること、里帰り出産をしないこと、夫の産後休暇取得、夫の良好な健康状態であった。

結論 都市部における妊娠への適応の観点からみた不良な夫婦関係に関連する要因は、不妊治療による妊娠、妊婦の怒りや苛立ち、夫の健康不良であることが示された。専門職者は妊娠期にこれらの夫婦への支援を焦点にする必要がある。

Key words : 妊婦, 夫婦関係, 適応, 不妊症, 怒り, 夫の健康

日本公衆衛生雑誌 2023; 70(5): 289-299. doi:10.11236/jph.22-040

I 緒 言

子どもの出生は家族のこの上ない大きな喜びになる一方で、初めて親になる夫婦、ならびにカップル (以下、夫婦と記す) が、妊娠や出産による親への移行期に危機的状況となり、不和や別居、離婚に至ることが示され¹⁾、親への移行期の夫婦は、親ではない夫婦に比べ、夫婦関係満足度が著しく低下することが明らかにされている²⁾。

わが国の周産期における夫婦関係の先行研究では、夫婦関係満足度^{3,4)}、夫婦の親密性⁵⁾の側面から検討され、妊娠期には、夫婦のコミュニケーション⁴⁾が重要であるとされる。また、妊娠中の夫婦関係は周産期の女性の抑うつに関連し⁵⁾、夫、ならびにパートナー (以下、夫と記す) が妊娠期に相談者あるいは協力者として機能しないことは、産後に母親が虐待への不安をもつことにつながると報告されている⁶⁾。上記のとおり、妊娠中の夫婦関係は周産期の女性の精神的健康や産後の育児に影響を及ぼすため、親への移行期の出発として非常に重要である。

妊娠期の夫婦関係の関連要因を夫婦間調整の観点から検討した岩尾ら⁷⁾は、パートナーの受容、経済・生活の充実、夫の支援・信頼、良好な人間関係、出産・育児への期待を明らかにした。また、妊

* 大阪公立大学大学院看護学研究科
責任著者連絡先：〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町
1-5-17
大阪公立大学大学院看護学研究科先進ケア科学領域
生体行動ケア科学・ウィメンズヘルスケア科学
川村恭子

婦は妊娠による身体的・心理的・社会的変化に適応し、出産や子育てに備えることを求められるため、妊娠への適応の観点から夫婦関係の関連要因が検討され^{8,9)}、経妊婦の妊娠初期の状態不安が報告されている⁸⁾。しかしながら、妊娠期の夫婦関係に焦点をあてた研究^{7~9)}は少ないため、妊婦の夫婦関係と身体的・心理社会的側面や特性との関連について、妊娠への適応の観点から検討する必要がある。

一方、近年わが国では女性の社会進出に伴い、晩婚化や妊娠の高年齢化¹⁰⁾、妊娠先行型結婚の増加¹¹⁾、不妊治療の増加¹²⁾など周産期の様相は著しく変化してきた。国外の研究では、不妊治療による妊娠が夫婦それぞれに影響を及ぼすことが示され¹³⁾、わが国の質的研究においては、不妊治療後の妊婦は夫婦関係の隔たりを感じていること¹⁴⁾、夫に対する否定的な感情が出産後も継続すること¹⁵⁾が示唆されている。しかし、不妊治療後の妊娠と妊娠中の夫婦関係の関連を検討した国内の研究^{14~16)}は限られており、これまでに産科履歴と妊娠期の夫婦関係との関連を量的研究により検討した報告はみあたらない。

そこで、本研究では、都市部における妊娠中の夫婦への支援について示唆を得るため、妊娠への適応の観点からみた夫婦関係と、妊婦の産科履歴、および身体的・心理社会的要因、特性との関連を明らかにすることを目的とした。親への移行期の始まりである妊娠中の夫婦に対する支援の方向性を示すことは、妊婦や生まれてくる子どもの健康にとって重要であり、公衆衛生上も有益である。

II 研究方法

1. 研究対象者

関西地域の4指定都市で開催されたA公益財団法人主催の産前教室に参加した妊婦を対象にした。778人に質問紙を配布し、413人(回収率53.1%)から回答を得た。選択基準は、初めて子育てをする予定であること、日本語の読み書きができることとし、除外基準は、多胎妊娠、精神疾患の既往、夫と非同居とした。回答を得た413人のうち、双胎妊娠2人、精神疾患4人、夫と非同居3人、尺度項目に欠損を有する16人を除く388人(有効回答率93.9%)を分析対象とした。

2. 調査方法

調査期間は、2018年7月から9月であった。A公益財団法人の承諾を得て、研究者が文書と口頭により研究の趣旨を説明し、研究の同意を得られた妊婦に無記名自記式質問紙の回答を依頼した。後日郵送、ならびに一部の質問紙は当日会場で回収した。

3. 調査内容

1) 対象者の特性

対象者の特性は、対象者の年齢、夫の年齢、家族形態、婚姻状況、対象者の就労状況、既往歴、喫煙、飲酒について尋ね、既往歴の内容は自由記述とした。夫の健康状態は、「とても良い」、「良い」、「やや悪い」、「悪い」の中から選択してもらった。

2) 産科履歴

産科履歴は、現在の妊娠週数、妊娠回数、不妊治療による妊娠であるか、流産や死産の経験を尋ね、妊娠の希望は望んでいた妊娠かを尋ねた。今回の妊娠中の異常は異常の有無を尋ね、異常の内容を自由記述とした。

3) 身体的・心理社会的要因

身体的・心理社会的要因は、身体症状として妊娠後に感じている身体的不快症状の有無を尋ね、症状の内容は自由記述とした。

精神症状は、精神症状の有無を尋ね、精神症状の内容は妊娠の高年齢化を考慮し、日常、妊婦が感じ表現できる症状を明らかにするため、小山¹⁷⁾による簡易化更年期指数を参考に、「寝つきが悪い、眠りが浅い」、「怒りやすく、イライラする」、「くよくよ、憂うつになる」、「その他(自由記述)」を尋ねた。

心理社会的要因は、現在の収入、ならびに将来の生活費に対しての心配の有無、日常のストレスの有無を尋ね、ストレスの内容は、最もストレスに感じることを自由記述とした。夫以外の相談相手は、夫以外に親身になって相談ののってくれる人の有無を尋ねた。里帰り出産は、里帰り出産するか、しないかを尋ね、産後の夫の休暇取得は、産後に夫がまとまった休暇を取得するかについて、「1週間以上取得する」、「1週間未満取得する」、「相談している」、「まだ相談していない」、「取得しない」の中から選択してもらった。

4) 妊娠への適応の観点からみた夫婦関係

夫婦関係の測定尺度は、Lederman¹⁸⁾が妊婦の妊娠への適応状態を評価する尺度として開発し、岡山¹⁹⁾が翻訳した日本語版 Prenatal Self-Evaluation Questionnaire の7つの下位尺度のうちの一つである[夫との関係](以下、J-PSEQと記す)を使用した。J-PSEQは夫の適応反応をどのように受けとめているかについて妊婦の語りから明らかにされ¹⁸⁾、夫との相互作用、夫からのサポート、および夫とのコミュニケーションパターンについて、妊婦が感じる夫との関係性から評価する^{18,19)}。尺度項目は7項目で構成され、回答は、「4点:まったくそのとおり」から「1点:まったくちがう」の4件法による。合計得点は7~28点となり、妊婦と夫との

関係における妊娠への適応が低いほど高得点になる。岡山ら¹⁹⁾により信頼性・妥当性は検証され、本研究における Cronbach の α 係数は0.81であった。なお、本研究では翻訳者の承諾を得て J-PSEQ を使用した。

4. 分析方法

J-PSEQ 得点の分布は正規性が認められないため、ノンパラメトリック検定による解析とした。J-PSEQ 得点については、妊婦と夫との関係における妊娠への適応が低いほど夫婦関係が不良であるものとし、カットオフ値は、永田ら⁹⁾の研究結果を参考に、J-PSEQ 得点の15点以上を J-PSEQ 不良群、14点以下を J-PSEQ 普通・良好群とした。なお、J-PSEQ の逆転項目に関しては点数を反転させ分析を行った。

「既往歴の内容」、ならびに「妊娠中の異常の内容」は、疾病、傷害及び死因の統計分類²⁰⁾に基づき分類し、妊娠後に感じている「身体的不快症状の内容」は、新川ら²¹⁾を参考に、消化器系、泌尿器・生殖器系、関節運動器系、全身性、循環器・血管運動神経系、皮膚・口腔・感覚器系、その他に分類した。里帰り出産は、「里帰り出産する」に対象者の親と同居している者を含んだ。産後の夫の休暇取得は、「1週間以上取得する」、「1週間未満取得する」、「相談している」を「取得する・相談中」とし、「まだ、相談していない」、「取得しない」を「取得しない・相談未」とした。

統計学的解析は、単変量解析として、カテゴリ変数には χ^2 検定、または Fisher の正確確率検定、連続変数には Mann-Whitney の U 検定を行い、対象者の特性、産科履歴、および身体的・心理社会的要因について J-PSEQ 得点による2群間を比較した。

次に、多変量解析は J-PSEQ 得点の2群を従属変数とした変数増加法によるロジスティック回帰分析を行った。本研究では、探索的に夫婦関係の関連要因を検討するため、独立変数は単変量解析の結果 $P < 0.222$ であった項目を選択した。この項目に加え、一部の独立変数、および調整変数は臨床の見地から選択した²³⁾。つまり、独立変数には、不妊治療に関連すると考えられる、「対象者の年齢」、「夫の年齢」を投入し、調整変数には、妊娠の進行による心身への影響や妊娠への適応を考慮して、「妊娠週数」を、経済面と夫婦関係の関連を指摘した先行研究⁷⁾を参考に、「現在の収入の心配」を投入した。なお、欠損値は解析に含めず、基準カテゴリーは、「夫の健康状態」は「良い」を、「身体的不快症状」は「なし」を基準とし、これら以外の変数は人数の多い方を基準とした。分析に先立ち、投入した変数

間の多重共線性について、VIF (Variance Inflation Factors) が2以上でないことを確認した。

最もストレスに感じる要因は、対象者に「最もストレスに感じることを尋ねて記載していただいた自由記述回答を10項目に分類した。10項目は、Witt ら²⁴⁾の報告を参考にし、身体症状、精神症状、対人関係、対象者の労働・雇用、夫の労働・雇用、児関連、家計・経済、生活環境、サポート不足、その他とした。対象者は、複数の分類に属する回答を記述していたため、10項目のそれぞれの「あり・なし」について、J-PSEQ 得点による2群間を単変量解析によって比較した。次いで、10項目のうち有意差のみられた項目において、J-PSEQ 不良群が示した夫に関する記述内容を抜粋した。

統計解析には、IBM SPSS Statistics 28.0 for Windows を用い、 $P < 0.05$ を統計学的に有意とした。

5. 倫理的配慮

研究の意義、目的、方法、研究への参加は任意であること、匿名性を守ること、無記名自記式質問紙の回答と提出によって同意とすることなどを文書に明記し、産前教室に参加した妊婦に口頭で説明した。本研究は、大阪市立大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した(2018年6月25日承認)。

III 研究結果

1. 分析対象者の概要

分析対象者の特性、および産科履歴を表1に示した。分析対象者の年齢は31 [21-44] 歳(中央値 [範囲]; 以下、同様に記す)、夫の年齢は33 [21-66] 歳であった。「夫の健康状態」は、やや悪いが17人(4.4%)であり、表2に示すように、夫の年齢階級による比較で有意差は認められなかった。産科履歴の妊娠週数は、29 [14-39] 週であり、妊娠期別では、妊娠中期143人(36.9%)、妊娠後期245人(63.1%)であった。「不妊治療による妊娠」は、治療ありが108人(28.1%)であり、分析対象者の年齢階級による比較は表3に示した。年齢が35歳から39歳と40歳以上では不妊治療ありが有意に多く、30歳未満では不妊治療ありが有意に少なかった。

分析対象者の J-PSEQ 得点の結果は、J-PSEQ 不良群が93人(24.0%)、J-PSEQ 普通・良好群が295人(76.0%)であった。

身体的・心理社会的要因は表4に示し、「里帰り出産」、および「産後の夫の休暇取得」の妊娠期別による比較は表5に示した。「里帰り出産」は、里帰り出産するが250人(65.3%)、しないが133人(34.7%)であり、妊娠期別による比較で有意差は

表1 分析対象者の特性および産科履歴—J-PSEQ得点2群間の比較—

項目	カテゴリー	全 体 (n=388)	J-PSEQ		P
			不良群 (n=93)	普通・良好群 (n=295)	
〈対象者の特性〉					
年齢 (歳)		31[21, 29, 34, 44]	31[22, 29, 34, 44]	31[21, 29, 34, 43]	0.698 ^{a)}
年齢階級	30歳未満	134(34.5)	33(35.5)	101(34.2)	0.997 ^{b)}
	30~34歳	167(43.0)	39(41.9)	128(43.4)	
	35~39歳	71(18.3)	17(18.3)	54(18.3)	
	40歳以上	16(4.1)	4(4.3)	12(4.1)	
夫の年齢 (歳)		33[21, 30, 37, 66]	32[21, 29, 36, 52]	33[21, 30, 38, 66]	0.078 ^{a)}
夫の年齢階級	30歳未満	93(24.1)	28(30.1)	65(22.2)	0.336 ^{b)}
	30~34歳	137(35.5)	33(35.5)	104(35.5)	
	35~39歳	93(24.1)	21(22.6)	72(24.6)	
	40歳以上	63(16.3)	11(11.8)	52(17.7)	
家族形態	核家族	369(95.6)	85(92.4)	284(96.6)	0.086 ^{c)}
	拡大家族	17(4.4)	7(7.6)	10(3.4)	
婚姻状況	既婚	380(98.2)	89(96.7)	291(98.6)	0.364 ^{b)}
	未婚	7(1.8)	3(3.3)	4(1.4)	
就労状況	フルタイム勤務	147(38.0)	35(37.6)	112(38.1)	0.115 ^{b)}
	パートタイム勤務	58(15.0)	20(21.5)	38(12.9)	
	無職	182(47.0)	38(40.9)	144(49.0)	
既往歴	あり	44(11.4)	7(7.6)	37(12.6)	0.187 ^{c)}
	なし	341(88.6)	85(92.4)	256(87.4)	
喫煙	吸わない	365(94.6)	85(92.4)	280(95.2)	0.293 ^{c)}
	以前吸っていた	21(5.4)	7(7.6)	14(4.8)	
飲酒	飲まない	378(97.9)	88(95.7)	290(98.6)	0.096 ^{b)}
	週に2~3回飲む	8(2.1)	4(4.3)	4(1.4)	
	夫の健康状態	とても良い	205(53.0)	25(26.9)*	
良い	165(42.6)	57(61.3)**	108(36.7)*		
やや悪い	17(4.4)	11(11.8)**	6(2.0)*		
J-PSEQ得点		12[7, 9, 14, 24]	16[15, 16, 18, 24]	10[7, 8, 13, 14]	<0.001 ^{a)}
〈産科履歴〉					
妊娠週数		29[14, 26, 33, 39]	29[17, 27, 34, 38]	29[14, 26, 33, 39]	0.401 ^{a)}
妊娠回数	初回	311(80.2)	73(78.5)	238(80.7)	0.740 ^{b)}
	2回目	75(19.3)	20(21.5)	55(18.6)	
	3回目	2(0.5)	0(0)	2(0.7)	
不妊治療による妊娠	治療あり	108(28.1)	35(37.6)	73(25.0)	0.018 ^{c)}
	治療なし	277(71.9)	58(62.4)	219(75.0)	
流産の経験	あり	73(18.8)	20(21.5)	53(18.0)	0.446 ^{c)}
	なし	315(81.2)	73(78.5)	242(82.0)	
死産の経験	あり	6(1.5)	0(0)	6(2.0)	0.343 ^{b)}
	なし	382(98.5)	93(100)	289(98.0)	
妊娠の希望	望んでいた	373(96.1)	87(93.5)	286(96.9)	0.138 ^{c)}
	望んでいなかった	15(3.9)	6(6.5)	9(3.1)	
妊娠中の異常	あり	76(19.7)	13(14.0)	63(21.5)	0.112 ^{c)}
	なし	310(80.3)	80(86.0)	230(78.5)	
妊娠早期の出血および 切迫流産, 切迫早産	あり	42(10.9)	10(10.8)	32(10.9)	0.964 ^{c)}
	なし	344(89.1)	83(89.2)	261(89.1)	

数値はn(%), または, Median [min, 25%tile, 75%tile, max] で示した。

無回答は分析に含めなかった。

^{a)} Mann-Whitney の U 検定, ^{b)} Fisher の正確確率検定, ^{c)} χ^2 検定による。

* 調整済み標準化残差が-1.96以下のセル, ** 調整済み標準化残差が1.96以上のセルを示す。

表2 夫の健康状態—夫の年齢階級による比較—

夫の年齢階級	全体 (n=386)	夫の健康状態			P
		とても良い (n=204)	良い (n=165)	やや悪い (n=17)	
30歳未満	93(24.1)	51(25.0)	38(23.0)	4(23.5)	0.538
30~34歳	137(35.5)	77(37.7)	57(34.5)	3(17.6)	
35~39歳	93(24.1)	47(23.0)	41(24.8)	5(29.4)	
40歳以上	63(16.3)	29(14.2)	29(17.6)	5(29.4)	

数値はn(%)で示した。

Fisherの正確確率検定による。

夫の健康状態が悪いと回答した者はいなかったため、記載は省略した。

表3 不妊治療による妊娠—分析対象者の年齢階級による比較—

対象者の年齢階級	全体 (n=385)	不妊治療による妊娠		P
		治療あり (n=108)	治療なし (n=277)	
30歳未満	132(34.3)	23(21.3)*	109(39.4)**	<0.001
30~34歳	166(43.1)	44(40.7)	122(44.0)	
35~39歳	71(18.4)	33(30.6)**	38(13.7)*	
40歳以上	16(4.2)	8(7.4)**	8(2.9)*	

数値はn(%)で示した。

Fisherの正確確率検定による。

* 調整済み標準化残差が-1.96以下のセル, ** 調整済み標準化残差が1.96以上のセルを示す。

認められなかった。「産後の夫の休暇取得」は、妊娠中期、妊娠後期ともに取得しないが最も多かった。次に多かったのは、妊娠中期では相談している、妊娠後期では1週間未満取得するであり、いずれも有意に多く認められた(表5)。

2. J-PSEQ得点2群に関連する要因

1) 単変量・多変量解析

J-PSEQ得点による2群間の比較において、単変量解析を行った結果を表1、表4に示した。単変量解析によりJ-PSEQ不良群において有意に多く認められたのは、分析対象者の特性の「夫の健康状態：良い、やや悪い」、産科履歴の「不妊治療による妊娠：治療あり」(表1)、身体的・心理社会的要因の「怒りやすく、イライラする：あり」、「くよくよ、憂うつになる：あり」、「夫以外の相談相手：なし」であった(表4)。一方、J-PSEQ普通・良好群において有意に多く認められたのは、「夫の健康状態：とても良い」(表1)、「里帰り出産：しない」、「産後の夫の休暇取得：取得する・相談中」であった。しかし、「現在の収入の心配」、ならびに「将来の生活費の心配」は有意差が認められなかった(表4)。

次に、多変量解析による結果を表6に示した。多変量解析において、J-PSEQによる不良な夫婦関係に関連する要因をオッズ比(信頼区間)で示すと、「夫の健康状態：やや悪い」3.54(1.06-11.87)、「不妊治療による妊娠：治療あり」2.54(1.38-4.66)、「怒りやすく、イライラする：あり」3.55(1.86-6.78)であった。普通または良好な夫婦関係に関連する要因は、「夫の健康状態：とても良い」、「身体的不快症状：あり」、「里帰り出産：しない」、「産後の夫の休暇取得：取得する・相談中」であった。

しかし、単変量解析で有意差のみられた「くよくよ、憂うつになる：あり」、「夫以外の相談相手：なし」は、調整後の分析においては有意差が認められなかった。

2) 最もストレスに感じる要因の分類

表7に示すように、最もストレスに感じる要因について単変量解析を行った結果、J-PSEQ不良群において有意に多く認められたのは、「夫の労働・雇用：あり」、「家計・経済：あり」、「サポート不足：あり」であった。このうち、「夫の労働・雇用」を要因としたJ-PSEQ得点不良群の記述では、「夫の帰宅時間」、「夫が仕事で不在がち」、「夫の帰宅が0時前後と遅い」、「夫の家事への協力が無い」といった夫の労働時間やワーク・ライフ・バランスの不均衡が記されていた。

IV 考 察

1. 分析対象者の特徴

人口動態統計²⁵⁾によると、2018年に第1子を出産した母親の平均年齢は30.7歳、父親の平均年齢は32.8歳であり、本研究の分析対象者と夫の年齢はほぼ同様であった。家族形態は、全国調査²⁶⁾と比較すると、核家族世帯が多く、里帰り出産する者の割合は、首都圏の調査報告²⁷⁾と同程度であり、これらは都市部の妊婦の特徴と考えられた。夫の産後休暇取得は、全国調査²⁸⁾における末子の出産退院後から出生2か月以内の夫の休暇取得状況と比較すると、本研究結果の産後休暇を取得しない夫の割合はほぼ同程度であった。

不妊治療に関しては、2015年の出生動向基本調査¹²⁾によると、不妊を心配したことがある夫婦の割合は増加し、実際に不妊の検査や治療を受けたことがある(または現在受けている)子どものいない夫婦は28.2%であった。また、不妊治療を行う施設は首都圏や関西地域などの都市部に集中している²⁹⁾。以上より、本研究において不妊治療による妊娠が高率であったのは、不妊治療施設が集中する都市部の妊婦を対象としたことが影響していると推察された。

表4 分析対象者の身体的・心理社会的要因 —J-PSEQ 得点2群間の比較—

項目	カテゴリー	全体 (n=388)	J-PSEQ		P
			不良群 (n=93)	普通・良好群 (n=295)	
身体的不快症状	あり	235(60.7)	50(53.8)	185(62.9)	0.115 ^{a)}
	なし	152(39.3)	43(46.2)	109(37.1)	
身体的不快症状の内容					
消化器系症状	あり	103(27.0)	23(25.0)	80(27.6)	0.626 ^{a)}
	なし	279(73.0)	69(75.0)	210(72.4)	
泌尿器・生殖器系症状	あり	12(3.1)	4(4.3)	8(2.8)	0.493 ^{b)}
	なし	370(96.9)	88(95.7)	282(97.2)	
関節運動器系症状	あり	78(20.4)	19(20.7)	59(20.3)	0.949 ^{a)}
	なし	304(79.6)	73(79.3)	231(79.7)	
全身性症状	あり	55(14.4)	12(13.0)	43(14.8)	0.671 ^{a)}
	なし	327(85.6)	80(87.0)	247(85.2)	
循環器・血管運動神経系症状	あり	54(14.1)	10(10.9)	44(15.2)	0.302 ^{a)}
	なし	328(85.9)	82(89.1)	246(84.8)	
皮膚・口腔・感覚器系症状	あり	31(8.1)	8(8.7)	23(7.9)	0.815 ^{a)}
	なし	351(91.9)	84(91.3)	267(92.1)	
その他の身体的不快症状	あり	4(1.0)	1(1.1)	3(1.0)	1.000 ^{b)}
	なし	378(99.0)	91(98.9)	287(99.0)	
精神症状	あり	289(75.3)	71(76.3)	218(74.9)	0.781 ^{a)}
	なし	95(24.7)	22(23.7)	73(25.1)	
精神症状の内容					
寝つきが悪い、眠りが浅い	あり	243(63.4)	54(58.1)	189(65.2)	0.216 ^{a)}
	なし	140(36.6)	39(41.9)	101(34.8)	
怒りやすく、イライラする	あり	99(25.8)	36(38.7)	63(21.7)	0.001 ^{a)}
	なし	284(74.2)	57(61.3)	227(78.3)	
くよくよ、憂うつになる	あり	65(17.0)	23(24.7)	42(14.5)	0.022 ^{a)}
	なし	318(83.0)	70(75.3)	248(85.5)	
その他の精神症状	あり	4(1.0)	0(0)	4(1.4)	0.576 ^{b)}
	なし	380(99.0)	93(100)	287(98.6)	
現在の収入の心配	あり	114(29.8)	32(34.4)	82(28.3)	0.260 ^{a)}
	なし	269(70.2)	61(65.6)	208(71.7)	
将来の生活費の心配	あり	224(58.5)	59(63.4)	165(56.9)	0.265 ^{a)}
	なし	159(41.5)	34(36.6)	125(43.1)	
日常のストレス	あり	135(35.8)	38(41.8)	97(33.9)	0.174 ^{a)}
	なし	242(64.2)	53(58.2)	189(66.1)	
夫以外の相談相手	あり	369(95.6)	85(91.4)	284(96.9)	0.024 ^{a)}
	なし	17(4.4)	8(8.6)	9(3.1)	
里帰り出産	する	250(65.3)	75(81.5)	175(60.1)	<0.001 ^{a)}
	しない	133(34.7)	17(18.5)	116(39.9)	
産後の夫の休暇取得	取得する・相談中	132(34.4)	18(19.6)	114(39.0)	<0.001 ^{a)}
	取得しない・相談未	252(65.6)	74(80.4)	178(61.0)	

数値は n (%) で示した。

無回答は分析に含めなかった。

^{a)} χ^2 検定, ^{b)} Fisher の正確確率検定による。

表5 里帰り出産および産後の夫の休暇取得—妊娠期別による比較—

項目	全体 (n=388)	妊娠期別		P
		妊娠中期 (n=143)	妊娠後期 (n=245)	
里帰り出産				
する	250(65.3)	87(62.1)	163(67.1)	0.329 ^{a)}
しない	133(34.7)	53(37.9)	80(32.9)	
産後の夫の休暇取得				
取得しない	221(57.6)	83(59.3)	138(56.6)	0.012 ^{b)}
まだ相談していない	31(8.1)	10(7.1)	21(8.6)	
相談している	37(9.6)	22(15.7)**	15(6.1)*	
1週間未満取得する	74(19.3)	19(13.6)*	55(22.5)**	
1週間以上取得する	21(5.5)	6(4.3)	15(6.1)	

数値はn(%)で示した。

無回答は分析に含めなかった。

^{a)} χ^2 検定, ^{b)} Fisherの正確確率検定による。

*調整済み標準化残差が-1.96以下のセル, **調整済み標準化残差が1.96以上のセルを示す。

J-PSEQ得点の結果については、市町村主催の産前教室に参加した初産婦を調査対象者に含んだ永田ら⁹⁾の結果と本研究結果はほぼ類似した値であった。

2. 妊婦の産科履歴と夫婦関係の関連

本研究の妊婦の産科履歴と夫婦関係の関連では、不妊治療によって妊娠した妊婦と夫との関係は自然妊娠に比べ不良であった。不妊治療後の夫婦関係に関する国外の研究では、1回目の生殖補助医療による妊娠が、妊婦では夫婦のコンセンサスと結束力の低下に関連し、夫では性的愛情の低下に関連するという妊婦と夫それぞれへの影響が指摘されている¹³⁾。また、Allanら³⁰⁾の文献レビューによると、不妊治療後は、自然妊娠に比較し夫婦関係の満足感が低いことが指摘されており、夫婦関係において自然妊娠とは異なるニーズがある可能性が示唆されている。国内の産科施設で行われた質的研究の結果からは、不妊治療後の妊婦が非常に複雑な心境をもち、夫婦関係の隔たりを感じていること¹⁴⁾、不妊治療時に妊婦が感じた夫に対する否定的な感情が産後も継続していることが示されている¹⁵⁾。

本研究結果からは、不妊治療後の夫婦関係は自然妊娠よりも悪く、不妊治療が妊娠後の夫婦関係を不良にする可能性があり、妊婦の夫との関係における妊娠への適応が低いことが示唆された。本研究結果は、国内の質的研究で散見された不妊治療による妊娠と夫婦関係の関連性を実証するものとする。今後、保険適用の拡充によって不妊治療の経済的負担が軽減されると、治療施設の多い都市部では、不妊治療による妊娠がさらに増加すると予想される。したがって、都市部ではとくに、不妊治療後の夫婦間

表6 J-PSEQに関連する要因のロジスティック回帰分析

項目	B	OR (95%CI)	P
妊娠週数	0.03	1.03 (0.97-1.09)	0.344
現在の収入の心配	-0.16	0.85 (0.46-1.56)	0.599
夫の健康状態：とても良い	-1.43	0.24 (0.13-0.44)	<0.001
やや悪い	1.27	3.54 (1.06-11.87)	0.040
不妊治療による妊娠	0.93	2.54 (1.38-4.66)	0.003
身体的不快症状	-0.86	0.42 (0.24-0.76)	0.004
怒りやすく、イライラする	1.27	3.55 (1.86-6.78)	<0.001
里帰り出産	-1.37	0.25 (0.13-0.51)	<0.001
産後の夫の休暇取得	-0.76	0.47 (0.24-0.91)	0.025

N=355

Nagelkerke R²=0.322, 判別率79.2%

従属変数：J-PSEQ得点2群(0：普通・良好群；n=268, 1：不良群；n=87)

調整変数：妊娠週数(実数), 現在の収入の心配(0：なし, 1：あり)

独立変数：対象者の年齢(0：30~34歳, 1：30~34歳以外の各階級), 夫の年齢(0：30~34歳, 1：30~34歳以外の各階級), 家族形態(0：核家族, 1：拡大家族), 就労状況(0：無職, 1：フルタイム; 0：無職, 1：パートタイム), 既往歴(0：なし, 1：あり), 飲酒(0：飲まない, 1：週に2~3回飲む), 夫の健康状態(0：良い, 1：とても良い; 0：良い, 1：やや悪い), 不妊治療による妊娠(0：治療なし, 1：治療あり), 妊娠の希望(0：望んでいた, 1：望んでいなかった), 妊娠中の異常(0：なし, 1：あり), 身体的不快症状(0：なし, 1：あり), 怒りやすく、イライラする(0：なし, 1：あり), くよくよ、憂うつになる(0：なし, 1：あり), 日常のストレス(0：なし, 1：あり), 夫以外の相談相手(0：あり, 1：なし), 里帰り出産(0：する, 1：しない), 産後の夫の休暇取得(0：取得しない・相談未, 1：取得する・相談中)

解析は変数増加法を用い、表内に記載のない独立変数は除外されたことを示す。

B：偏回帰係数, OR：オッズ比, 95%CI：95%信頼区間

のコミュニケーションや夫のサポートに対する支援の必要性をアセスメントすることが求められる。加えて、不妊治療による医療介入が妊娠後の夫婦関係に及ぼす影響について、国外で行われてきたような詳細な検討を試みる必要があるといえる。

3. 妊婦の身体的・心理社会的要因と夫婦関係の関連

本研究結果における妊婦の身体症状と夫婦関係の関連は、他の要因により調整されることで示され、

表7 最もストレスに感じる要因の分類
—J-PSEQ得点2群間の比較—

項目	全体 (n=388)	J-PSEQ		P
		不良群 (n=93)	普通・ 良好群 (n=295)	
身体症状	あり	44(11.8)	8(8.9)	0.326 ^{a)}
	なし	329(88.2)	82(91.1)	
精神症状	あり	11(2.9)	1(1.1)	0.472 ^{b)}
	なし	362(97.1)	89(98.9)	
対人関係	あり	25(6.7)	6(6.7)	0.988 ^{a)}
	なし	348(93.3)	84(93.3)	
対象者の 労働・雇用	あり	21(5.6)	6(6.7)	0.624 ^{a)}
	なし	352(94.4)	84(93.3)	
夫の労働・ 雇用	あり	6(1.6)	4(4.4)	0.032 ^{b)}
	なし	367(98.4)	86(95.6)	
児関連	あり	15(4.0)	3(3.3)	1.000 ^{b)}
	なし	358(96.0)	87(96.7)	
家計・経済	あり	11(2.9)	6(6.7)	0.017 ^{a)}
	なし	362(97.1)	84(93.3)	
生活環境	あり	9(2.4)	4(4.4)	0.228 ^{b)}
	なし	364(97.6)	86(95.6)	
サポート 不足	あり	3(0.8)	3(3.3)	0.014 ^{b)}
	なし	370(99.2)	87(96.7)	
その他の ストレス	あり	5(1.3)	2(2.2)	0.598 ^{b)}
	なし	368(98.7)	88(97.8)	

数値はn(%)で示した。

無回答は分析に含めなかった。

a) χ^2 検定, b) Fisherの正確確率検定による。

身体的不快症状のある妊婦は、普通または良好な夫婦関係であった。不快な身体症状は妊娠による特有のものであるため注目されることは少なく、この関連性を支持する報告はみあたらないが、本研究結果からは、身体的不快症状を夫が見聞きすることにより、妊婦とのコミュニケーションが増え、夫のサポートが引き出される可能性が示唆された。または、夫婦関係が悪くない場合、妊婦はより自分自身の身体に関心を寄せるようになることが推察された。

妊婦の精神症状と夫婦関係との関連では、妊婦に怒りや苛立ちのある方が夫婦関係は不良であった。妊婦の精神症状と夫婦関係に関する国外の研究では、妊婦には涙もろい、イライラする、興奮する、怒る、悲しくなるなどの症状が出現し、夫は妊婦の気分を理解できず困惑し、関係を築けず落胆することが明らかにされ³¹⁾、周産期の女性の抑うつ症状に加え、怒りにも焦点をあてることの重要性が示唆されている³²⁾。国内では、妊婦の抑うつ症状と夫婦関係との関連が指摘されているが⁵⁾、本研究結果からは、不良な夫婦関係は妊婦の抑うつ症状よりも怒り

や苛立ちと強く関連し、怒りや苛立ちは不良な夫婦関係を予測する要因である可能性があり、怒りや苛立ちのある妊婦は夫との関係において妊娠への適応が低いことが示唆された。今後、怒りの表現や抑制に関する質的研究が行われる必要はあるが³²⁾、専門職者は妊婦の抑うつに焦点をあてるだけでなく、怒りや苛立ちにも目を向け、夫婦それぞれがどのように対処しているかを確かめ、安定した夫婦関係が築かれるよう支援していくことが求められる。

次に、本研究結果における心理社会的要因と夫婦関係の関連では、妊婦が現在の収入や将来の生活費に不安のあることは夫婦関係と関連がみられなかった。一方、家計や経済面、夫の労働時間やワーク・ライフ・バランスの不均衡、サポート不足に対して最もストレスを感じるとしたのは少数ではあったが、夫婦関係が不良な妊婦に多かった。岩尾ら⁷⁾は、経済・生活の充実と夫婦関係の関連について報告しているが、その関連の程度は強いものではなかった。本研究結果からは、研究対象者が産前教室に自ら参加し研究に協力した者であり、比較的収入の高い者が多く含まれている可能性が考えられ、夫婦関係の予測には家計や経済面、夫の労働状況、サポート不足に関する強いストレスを加味して検討する必要があることが示唆された。

他の心理社会的要因と夫婦関係との関連では、里帰り出産しない妊婦、産後に夫が休暇を取得する、あるいは取得を相談中とした妊婦の夫婦関係は不良ではなかった。里帰り出産はわが国の伝統的慣習であり、産後の心身の休養の場であるものの、里帰り出産した夫婦の方が不安定な関係であったとの報告がみられる³³⁾。本研究結果からは、里帰り出産しないとした妊婦とその夫は、産後の生活を見据えた夫婦のコミュニケーションを交わすようになり、夫のサポートも得られやすくなる傾向にあることが推察された。

夫の産後休暇取得については、内閣府による全国調査²⁸⁾により、夫が産後に休暇を取得する夫婦の方が、家庭生活や仕事に関わる多方面のコミュニケーションが良好であることが示されており、本研究もこれに類似した結果と考える。夫の産後休暇取得には職場の環境整備が必要であることが指摘されており²⁸⁾、労働環境としては、2021年6月に育児・介護休業法が改正され、男性の育児休業取得促進のための子の出生直後の時期における柔軟な育児休業の枠組み(男性版産後休暇)が新設されている³⁴⁾。夫婦が親への移行期を危機的状況に陥ることなく、ともに育児をスタートできるよう男性の産後休暇が今後広く推進されることを期待したい。

4. 夫側の要因と夫婦関係の関連

本研究では妊婦の特性として主に妊婦側の要因を検討したが、夫側の要因として、年齢と体調を検討した。その結果、夫の体調の良し悪しが夫婦関係に関連し、夫の体調が悪い場合、夫婦関係は不良であり、妊婦の夫との関係における妊娠への適応が低いことが示唆された。加えて、年齢が40歳以上の夫だけでなく、20歳代、30歳代の夫にも健康状態が悪い者がみられた。国外の研究においては、夫婦関係と夫の精神的健康が関連し、夫は多くのガイダンスやサポートを希望しているにもかかわらず、保健医療従事者のアプローチは妊婦を中心とし、夫が目されることは少ないと指摘されている³⁵⁾。国内では、多くの研究が産後や育児期の父親を対象とし、近年では父親の産後うつ³⁶⁾の報告がみられる。2020年の調査報告³⁶⁾では、妊娠期にも父親のメンタルヘルスのスクリーニングやケアを行う必要があることが示唆されているが、妊娠期の先行研究の多くは、夫は妻の支援者として調査され、夫の健康にはほとんど焦点が当てられていない。

したがって、専門職者は、夫婦関係に影響する可能性のある要因として妊娠期の夫の健康状態にも留意し、妊婦のみでなく夫の健康面への支援の必要性を判断する必要があることが示唆された。

5. 本研究の限界

本研究は横断調査のため妊娠前の夫婦関係は明らかではなく、変数間の関係に明確な方向性を見いだせず、多変量解析のアウトカム頻度が10%以上であるためオッズ比の過大推定の問題があること³⁷⁾に留意する必要がある。また、都市部の産前教室で行った調査のため、サンプルバイアスを否定できず、町村部では医療環境の相違により異なる結果が導かれる可能性がある。そして、夫婦関係は妊婦の認識を調査しており、先行研究^{7,8)}で妊娠期の夫婦関係に関連するとされた要因を検討に含めておらず、夫側の要因は十分検討できていない。しかしながら、都市部における妊娠への適応の観点からみた夫婦関係と、妊婦の産科履歴、および身体的・心理社会的要因、特性との関連について、先行研究では十分に検討されてこなかった要因を含めて検討した。今後はサンプル数を増やし、不妊治療による医療介入と夫婦関係との関連について、さらなる研究を試みたい。

V 結 語

本研究により、都市部における妊娠への適応の観点からみた夫婦関係と、妊婦の産科履歴、および身体的・心理社会的要因、特性との関連を検討した。その結果、普通または良好な夫婦関係に関連する要

因は、妊婦に身体的不快症状があること、里帰り出産をしないこと、夫の産後休暇取得、夫の良好な健康状態であった。不良な夫婦関係に関連する要因は、不妊治療による妊娠、妊婦の怒りや苛立ち、夫の健康不良であった。経済面の不安と夫婦関係の関連は認められなかったが、経済面、夫の労働状況、サポート不足を最もストレスに感じる要因と記述したのは、夫婦関係が不良な妊婦が多かった。専門職者は妊娠期において、不妊治療による夫婦への影響、妊婦の怒りや苛立ちの症状とそれに対する夫の関与の様子、夫の健康状態や労働状況を把握し夫婦への支援を行うことが有用であると考えられる。

心身の負担の大きい妊娠期に、本研究にご協力いただきました妊婦の皆様、研究の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいました研究協力機関の関係者の方々に感謝いたします。

両著者ともに開示すべき COI 状態はありません。

受付	2022. 4.18
採用	2022.11.24
J-STAGE早期公開	2023. 2.10

文 献

- 1) Cowan CP, Cowan PA. カップルが親になるとき [When Partners Become Parents: The Big Life Change for Couples] (山田昌弘, 開内文乃, 訳). 東京: 勁草書房. 2007; 1-125.
- 2) Lawrence E, Rothman AD, Cobb RJ, et al. Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology* 2008; 22: 41-50.
- 3) 堀口美智子. 「親への移行期」における夫婦関係: 妊娠期夫婦と出産後夫婦の夫婦関係満足度の比較を中心に. *生活社会科学研究* 2000; 7: 81-95.
- 4) 杉 有希, 香取洋子. 第1子出生前後における夫婦関係の変化の実態とその影響要因の検討: 妊娠後期から産褥期に焦点をあてて. *母性衛生* 2017; 58: 296-305.
- 5) 岩藤裕美, 無藤 隆. 産前・産後における夫婦の抑うつ性と親密性の因果関係: 第1子出産の夫婦を対象とした縦断研究から. *家族心理学研究* 2007; 21: 134-145.
- 6) 中板育美, 佐野信也. 産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究: 子ども虐待防止の視点から. *小児保健研究* 2012; 71: 737-747.
- 7) 岩尾侑充子, 斎藤ひさ子. 妊娠期の夫婦関係に関連する要因. *日本助産学会誌* 2012; 26: 40-48.
- 8) 岡山久代, 高橋真理. 初・経妊婦の状態不安に関する研究: 妊娠初期・中期・末期における心理・社会的側面の適応状態の影響. *日本看護医療学会雑誌* 2005; 7: 18-25.
- 9) 永田智子, 石田貞代, 山下麻実. 初産婦の妊娠期における心理社会的適応状態と職業キャリア成熟の関連. *日本健康医学会雑誌* 2017; 26: 74-79.

- 10) 厚生労働省. 平成30年我が国の人口動態. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf> (2022年4月2日アクセス可能).
- 11) 厚生労働省. 令和3年度出生に関する統計の概況. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/syussyo07/index.html> (2022年4月2日アクセス可能).
- 12) 国立社会保障・人口問題研究所. 第15回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査). 2015. http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou15/gaiyou15html/NFS15G_html08.html(2022年4月2日アクセス可能).
- 13) Repokari L, Punamäki RL, Poikkeus P, et al. Ante- and perinatal factors and child characteristics predicting parenting experience among formerly infertile couples during the child's first year: a controlled study. *Journal of Family Psychology* 2006; 20: 670-679.
- 14) 原田さゆり, 森 恵美. 不妊治療後の妊婦の妊娠末期における自分自身に対する認知. *日本生殖看護学会誌* 2014; 11: 29-36.
- 15) 野内香純, 永見桂子. 不妊治療後第一子の育児期にある夫婦の関係性変容の様相. *母性衛生* 2018; 58: 557-566.
- 16) 森 千春, 我部山キヨ子. 不妊治療後の妊産婦とその家族に関する文献レビューと今後の研究の方向性: 周産期における心理的問題の特性と援助のポイント. *京都大学医学部保健学科紀要: 健康科学* 2008; 4: 75-83.
- 17) 小山嵩夫. 更年期 閉経外来 更年期から老年期の婦人の健康管理について. *日本医師会雑誌* 1993; 109: 259-264.
- 18) Lederman RP. Relationship to the Husband or Partner, Methods of Assessment. *Psychosocial Adaptation in Pregnancy: Assessment of Seven Dimensions of Maternal Development*. 2nd ed. New York: Springer. 1996; 110-151, 274-308.
- 19) 岡山久代, 高橋真理. 日本語版 Prenatal Self-Evaluation Questionnaire の開発. *日本女性心身医学会雑誌* 2002; 7: 55-63.
- 20) 厚生労働省. 疾病, 傷害及び死因の統計分類: ICD-10 (2013年版) 準拠内容例示表. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/sippeit> (2022年4月2日アクセス可能).
- 21) 新川治子, 島田三恵子, 早瀬麻子, 他. 現代の妊婦のマイナートラブルの種類, 発症率及び発症頻度に関する実態調査. *日本助産学会誌* 2009; 23: 48-58.
- 22) Kats MH. 医学的研究のための多変量解析 第2版: 標準一般化線形モデルから一般化推定方程式まで: 最適モデルの選択, 構築, 検証の実践ガイド [Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians and Public Health Researchers Third Edition] (木原正博, 木原雅子, 訳). 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル. 2020; 93-94.
- 23) VanderWeele TJ. Principles of confounder selection. *European Journal of Epidemiology* 2019; 34: 211-219.
- 24) Witt WP, Litzelman K, Cheng ER, et al. Measuring stress before and during pregnancy: a review of population-based studies of obstetric outcomes. *Maternal and Child Health Journal* 2014; 18: 52-63.
- 25) e-Stat 政府統計の総合窓口. 人口動態調査 人口動態統計 確定数 出生. 2018. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411609> (2022年4月2日アクセス可能).
- 26) 厚生労働省. 国民生活基礎調査. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa18/dl/02.pdf> (2022年4月2日アクセス可能).
- 27) ベネッセ教育総合研究所. 産前産後の生活とサポートについての調査レポート. 2015. <http://berd.benesse.jp/jisedai/research/detail1.php?id=4704> (2022年4月2日アクセス可能).
- 28) 内閣府. 男性の子育て目的の休暇取得に関する調査研究. 2019. <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/r01/zentai-pdf/index.html> (2022年4月2日アクセス可能).
- 29) 厚生労働省. 不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関リスト(都道府県・指定都市・中核市別). 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/000697077.pdf> (2022年4月2日アクセス可能).
- 30) Allan HT, van den Akker O, Culley L, et al. An integrative literature review of psychosocial factors in the transition to parenthood following non-donor-assisted reproduction compared with spontaneously conceiving couples. *Human Fertility* 2021; 24: 249-266.
- 31) Blanchard A, Hodgson J, Gunn W, et al. Understanding social support and the couple's relationship among women with depressive symptoms in pregnancy. *Issues in Mental Health Nursing* 2009; 30: 764-776.
- 32) Ou CH, Hall WA. Anger in the context of postnatal depression: an integrative review. *Birth* 2018; 45: 336-346.
- 33) 久保恭子, 岸田泰子, 及川裕子, 他. 出産前後の里帰りが父子関係, 父性, 夫婦関係に与える影響と支援方法. *小児保健研究* 2012; 71: 393-398.
- 34) 厚生労働省. 育児・介護休業法について. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000130583.html> (2022年4月2日アクセス可能).
- 35) Baldwin S, Malone M, Sandall J, et al. Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: a systematic review of first time fathers' experiences. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 2018; 16: 2118-2191.
- 36) Nishigori H, Obara T, Nishigori T, et al. The prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms of fathers at one and 6 months postpartum: an adjunct study of the Japan Environment & Children's Study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2020; 33: 2797-2804.
- 37) Grant RL. Converting an odds ratio to a range of plausible relative risks for better communication of research findings. *BMJ* 2014; 348: f7450.

Association of marital relationships with obstetrical history and physical and psychosocial factors of pregnant women in urban areas: A cross-sectional analysis from the perspective of adaptation to pregnancy

Kyoko KAWAMURA* and Mami TAMAUE*

Key words : pregnant women, marital relationships, psychosocial adaptation, infertility, anger, husbands' health

Objectives This study aimed to determine the association of marital relationships with pregnant women's obstetrical history, physical and psychosocial factors, and characteristics of women and husbands from the perspective of adaptation to pregnancy. Moreover, it sought to offer suggestions regarding support for couples during pregnancy in urban areas.

Methods We distributed self-reported questionnaires to pregnant women who participated in antenatal classes, organized by Public Interest Incorporated Foundation A, in four designated cities in the Kansai region of Japan. We investigated women's obstetrical history, physical and psychosocial factors, and characteristics of women and husbands using the Japanese Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (Relationship with Husband) (J-PSEQ). Of the 778 women, 413 (53.1%) responded. After applying the exclusion criteria, 388 participants were eligible for analysis (valid response rate: 93.9%). Based on their J-PSEQ scores, participants were divided into two groups: poor marital relationship and normal or good marital relationship. Logistic regression analysis was performed to examine the factors related to the quality of marital relationships from the perspective of adaptation to pregnancy.

Results Based on the J-PSEQ scores, 93 (24.0%) participants were categorized into the poor marital relationship group, and 295 (76.0%) were categorized into the normal or good marital relationship group. For the poor marital relationship group, the logistic regression analysis showed that the odds ratios (confidence intervals) for "pregnancy after infertility treatment," "easily angered and irritated," and "husband's health: somewhat poor" were 2.54 (1.38–4.66), 3.55 (1.86–6.78), and 3.54 (1.06–11.87), respectively. Women who described household finances, husbands' working conditions, and lack of support to be the most stressful factors were more likely to have poor marital relationships. The factors associated with normal or good marital relationships included women experiencing physical discomfort, women not engaging in *Satogaeri Shussan* (staying at women's parents' homes before and after birth), husbands taking paternity leave after childbirth, and husbands having good health.

Conclusions This study revealed that the factors associated with poor marital relationships in terms of adaptation to pregnancy were pregnancy after infertility treatment, anger and irritation in women, and poor health of husbands. Healthcare professionals may need to focus more closely on supporting such couples in urban areas during pregnancy.

* Graduate School of Nursing, Osaka Metropolitan University