

## 産後のメンタルヘルスとサポートの実態

玉木 敦子<sup>1)</sup>

### 要 旨

出産は女性や家族にとって喜ばしい出来事である一方で、周産期に何らかの精神健康上の問題により苦悩する女性が少なくないことも知られている。特に産後うつ病の罹患率は約13%と高く、また母親の精神状態は、児の発達などにも影響すると報告されている。しかし、わが国では、産後の精神健康状態やソーシャルサポートの実態について十分に明らかにされておらず、支援体制づくりは今後の課題とされている。そこで今回、産後の女性の抑うつ症状を中心とした精神健康状態とソーシャルサポートの実態およびそれらの関係を明らかにすることを目的として質問紙調査を行った。

A県内3市で実施された4ヶ月乳児健康診査に訪れた母親で、研究協力に応じた女性582名に質問紙を配布し、後日郵送にて329名（回収率56.5%）から回答を得た。質問内容は、背景因子、精神健康状態、非専門的・専門的サポートの実態であった。得られたデータについて、SPSSを用いて統計的に分析した。

結果は以下の通りである。

- 1) EPDS (Edinburgh postnatal Depression Scale) の平均値は5.19 (SD4.40) で、産後うつ病のスクリーニングにおける区分点 (8 / 9 点) 以上だった者は全体の18.5% (61名) であった。
- 2) パートナーや親などの非専門家からのサポート状況については、様々なサポートを得、それに満足を感じている者が多い一方で、自分からは全くあるいはあまり支援を求めないという者が47名 (14.4%) いた。
- 3) 産後に何らかの心身の不調を自覚した者は120名 (36.5%) で、そのうち専門家・専門機関に相談した者は38名であった。
- 4) EPDS得点に有意な影響力を持つ要因は、自尊感情得点、母親役割に対する自己評価得点、パートナーからのサポートに対する満足度、年齢、女性の身体的健康度、子どもの健康状態、義理の親からの「親身に話を聞く」サポート、休息のなさに対するストレス認知であった。

以上から、周産期メンタルヘルスに関する今後の課題や看護の役割として、パートナーや親への教育的関わり、健診を利用した母親への精神的ケア、女性が必要とするときに適切な専門的サポートが受けられるようにすることの必要性について検討した。

キーワード：メンタルヘルス、ソーシャルサポート、抑うつ症状、産後うつ病、精神保健看護

---

1) 兵庫県立大学看護学部 生涯健康看護講座精神看護学

## I. はじめに

出産は女性や家族にとって喜ばしい出来事である一方で、周産期に何らかの精神健康上の問題により苦悩する女性が少なくないことも知られている<sup>1)</sup>。特に産後うつ病は、その罹患率が約13%と高い上<sup>2)</sup>、子どもの発達や行動上の問題、子どもとの愛着関係、また夫の精神状態にも影響することが明らかとなっており、わが国においても、産後うつ病の予防・早期発見・治療への取り組みの推進が明言されている<sup>3)</sup>。しかしながら、産後何らかの精神症状をもつ女性のうち、適切な治療を受けられるのはわずかしかないという報告もあり<sup>4)</sup>、多くの女性は治療あるいはサポートを受けられないまま状況を悪化させていると思われる。その背景には、女性自身の精神障害に対する偏見のために受療行動が遅れるという問題と、抑うつ症状が受療行動を困難にするという病態の特徴のほか、わが国においては、産後うつ病に関して、専門家にさえも適切に認識されていないという問題もある<sup>5)</sup>。さらに、母子保健と精神保健領域が縦割り行政のため二分されていたこと、医療機関と行政との連携が不十分であること、医療においても産婦人科と精神科領域が専門分化していることなど、サポートシステムが十分に整備されていないことの影響も大きい<sup>6)</sup>。以上、様々な課題はあるものの、産後うつ病が、女性自身や子ども・家族、そして社会に及ぼす影響が甚大であることを考えると、それへの対策が早急に必要とされていると言えよう。ただし、わが国では、産後の精神健康状態やソーシャルサポートの実態、およびその関係が十分に明らかにされていないのが現状である。

そこで今回、産後の女性の抑うつ症状を中心とした精神健康状態やソーシャルサポートの実態を明らかにし、周産期メンタルヘルスに関する今後の課題と看護の役割について検討したいと考えた。

## II. 文献検討

### 1. 産後のメンタルヘルスについて

ここでは、産後のメンタルヘルスについて、特に産後うつ病の実態と、産後うつ病を取り巻くサポートシステムの現状について述べる。

うつ病の生涯有病率は、女性の場合20%から25%といわれ、なかでも産後3ヶ月以内に発症する者の割合はそれ以外の時期と比較して高く<sup>7)</sup>、この時期のうつ病予防や早期発見はより重要だと考えられる。ところで2005年度のわが国の出生数は106万7,000人であったが、産後うつ病の罹患率は約13%と報告されていることから<sup>2)</sup>、2005年度だけでおよそ14万人の女性が産後うつ病に罹患していたことになる。

産後うつ病をもつ女性の体験については、いくつか質的研究が行われており<sup>8-12)</sup>、産後うつ病をもつ女性が耐え難い苦しみの中に生きている様子が明らかにされている。また産後うつ病は女性自身の苦しみにとどまらず、子どもの情動的・認知的発達<sup>13, 14)</sup>、子どもの行動上の問題<sup>15)</sup>、母親と子どもの関係性<sup>16)</sup>、夫の精神状態<sup>17, 18)</sup>にも影響することや、児童虐待との関連<sup>19)</sup>が報告されており、社会的に重大な問題であるとの認識が高まってきている。ただし、産後うつ病は発病時期があらかじめ特定できることから、治療や予防的介入が容易である点が特徴という見方もあり<sup>20, 21)</sup>、また早期に発見し、介入することによって改善することがわかっている。

このような状況のなか、わが国においては2000年11月に旧厚生省から発表された「健やか親子21検討会」報告書において、産後うつ病の予防・早期発見・治療への取り組みの推進が明言された<sup>3)</sup>。しかし、縦割り行政の施策のなか、産後の母子精神保健は母子保健と精神保健の間であって未だ十分に機能しているとは言い難く、産後に心の病気に罹患した母親と子どもが地域で活用できる社会的援助はまだ限られている<sup>6)</sup>。したがって産後うつ病をもつ女性の多くは、適切な治療や

ケア、サポートを受けることが出来ずにいるのが現状である。

欧米各国では、産後うつ病に対するシステムづくりが進められており<sup>22)</sup>、なかでも英国は先駆的に周産期精神医療に取り組んでいる<sup>6)</sup>。ただし、同様にサポートシステムが比較的整えられているオーストラリアにおいて、産後何らかの精神疾患を発症した女性がメンタルヘルスサービスを利用できていたのは全体の約3分の1であり、そのうち精神医療の専門家に相談していたのは11%であったという報告もある<sup>4)</sup>。つまり、産後のメンタルヘルスに関するサポートシステムにおいては、ネットワークづくりやサービス内容の充実とともに、乳幼児を抱える女性への配慮や、精神障害に対する偏見を考慮するなど、利用しやすさにつながる工夫も必要であると考えられた。

## 2. 産後のソーシャルサポートについて

ここでは、産後のソーシャルサポートのあり方や精神健康状態への影響について、まず欧米で行われた研究、次に日本を含むアジア圏で行われた研究を検討する。

ソーシャルサポートのあり方が産後の精神健康状態に影響することについては、いくつかの研究で明らかにされている。まず、欧米で行われた研究では、Stempら<sup>23)</sup>が、認知されたソーシャルサポートが多いほど、産後の心理的苦痛は少なかったと報告している。Logsdonら<sup>24-26)</sup>は、ソーシャルサポートの量よりもそのサポートの重要性の方が抑うつ症状に強く影響しており、中でもパートナーとの結びつきの強さは女性の自尊心や産後うつ病に強く関連していたと述べている。パートナーからのサポートが特に抑うつ症状に強く関連することは、O'Hara<sup>27)</sup>、Hallら<sup>28)</sup>によっても報告されている。一方、満足できないパートナーとの関係が産後うつ病からの回復を遅くさせていた<sup>29)</sup>という報告もあり、社会資源はいつもサポータティブとは限らず、ストレスフルな場合もあったことが明らかにされている<sup>30-32)</sup>。Bolgerら<sup>33)</sup>は、人

間関係の葛藤が最も困惑させるストレスラーであると述べている。

日本やアジア圏で行われた研究では、吉田ら<sup>34)</sup>が、産後の女性は夫に対して日常的な家事の援助よりも精神的サポートや新たな役割として出現した子育てへの援助を強く望んでいたと述べている。武田ら<sup>35)</sup>は、産後3ヶ月の日本人女性を対象にした調査で、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、抑うつレベルが明らかに低かったと報告しており、パートナーだけでなく義理の親からの情緒的支援の重要性を示唆している。吉田ら<sup>36)</sup>は、EUとの国際比較文化研究の一部として、女性とキーパーソン（夫、祖母、専門家：精神科医、小児科医、産科医、ヘルスプランナー）の周産期メンタルヘルスに関する受け止め方の比較を行った。そこでは、日本において、標準的生活と医学的技術は高く西洋化されているが、一方で出産については伝統的な考えと習慣にまだ従っているという、日本特有の状況があると述べており、ソーシャルサポートを考える上で、文化的特性を考慮する必要性を示唆している。Hung<sup>37)</sup>は台湾人女性を対象とした産後うつ病に関する調査において、中国文化特有の信念などから特に家族からのサポートが非常に重要であると述べている。

以上のように、産後のソーシャルサポートのあり方は女性の精神健康状態に大きく影響しており、特に夫からのサポートが重要な役割を果たしていることは明らかである。また伝統的な考えや習慣が残っている日本においては、夫だけでなくその他の家族員からのサポートの影響も大きいと考えられる。さらにサポートはいつもサポータティブとは限らず、ストレス源となる可能性があることが明らかとなった。

## 3. 産後うつ病の関連要因

ここでは、産後うつ病の予測因子について、欧米で行われた心理社会的要因に関する研究、日本を含むアジア圏で行われた心理社会的要因に関す

る研究、生物学的要因に関する研究を文献検討した。

産後うつ病の予測因子について、O'Haraら<sup>2)</sup>とBeck<sup>38, 39)</sup>が欧米で行われた研究を中心にメタ分析を行っている。それによると、O'Haraらは妊娠時の精神・心理的問題、夫婦関係、ソーシャルサポート、ストレスフルなライフイベント、社会的状況を予測因子として報告しており、またBeckは、産前のうつ病、自尊心、子育てのストレス、産前の不安、生活上のストレス、ソーシャルサポート、夫婦関係、うつ病の既往、新生児の気質的な難しさ、マタニティ・ブルーズ、結婚状態、社会経済的状態、計画外の／望まない妊娠を予測因子として報告している。その他の要因については、新生児の過活動・痙攣の起こしやすさ・落ち着きのなさ<sup>40)</sup>が産後うつ病を有意に予測していたと報告されている。

吉田ら<sup>41)</sup>は、日本人女性を対象にした研究で、子どもの誕生というライフイベントと産後うつ病の関連についての知見をまとめている。その中で、育児に関連した特異な脆弱性と組み合わせられたとき、出産そのものがうつ病発症にライフイベントとして作用すると述べている。また上田ら<sup>42)</sup>は、新生児の病気や入院が産後うつ病に有意に関係していたと述べている。Huang<sup>43)</sup>は、イギリス人女性と台湾人女性を比較したとき、産後うつ病の罹患率はほぼ同じだったが、台湾人女性の場合はパートナーとの関係性、自信が産後うつ病に有意に関連し、一方イギリス人女性の場合、母親の新しい役割への適応との間に有意な関係を認めたと報告している。

産後は急激な内分泌変化を伴う時期であることから、うつ病の生理学的要因について、これまでに多種のホルモンに関する神経学的研究が活発に行われているが、一定の所見は得られていない<sup>21, 44, 45)</sup>。また、産後うつ病を呈する者とそうでない者との間に、分娩前後の血中の甲状腺マイクログロブリン抗体の存在が発症を予測した<sup>46)</sup>という報告があるが、今のところ自己免疫疾患とうつ

病の関連性については不明である<sup>21)</sup>。

以上のように、産後うつ病の発症にはpsycho-bio-social、多様な要因が関連しており、特に子育て、夫婦関係のあり方、母親役割への適応など出産期特有の要因が影響していることがわかった。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究目的

本研究の目的は以下の通りである。

- 1) A県内に居住する産後4ヶ月の女性の精神健康状態の実態について明らかにする。
- 2) 産後の女性の非専門的・専門的サポートの実態について明らかにする。
- 3) 産後の女性の抑うつ症状への影響要因を明らかにする。
- 4) 1)～3)の結果をふまえ、周産期メンタルヘルスに関する今後の課題と看護の役割について検討する。

#### 2. 用語の定義

本研究で用いた用語の定義については表1に記すとおりである。

#### 3. 研究デザイン

本研究は、産後の女性を対象にした質問紙法による調査研究である。なお、質問紙の回収は郵送法とした。

#### 4. 調査方法

##### 1) 対象者

A県内の3市が実施した4ヶ月乳児健康診査に訪れた女性のうち、研究協力に応じた者。なお、調査期間は2003年2月～3月であった。

##### 2) 調査内容

本研究の調査内容は、以下の通りである。

- ・背景因子：年齢、出産経験、出産方法、教育歴、家族構成、年収、就業状況、身体的健康度、子

表1 用語の定義

用語	定義
メンタルヘルス	心の健康を守ること。心の不健康を予防し、心の障害や病気からの回復を早め、より健康な心を作ること*
精神健康状態	産後の女性の心の健康状態。抑うつ症状、自尊感情、母親役割に対する自己評価、精神健康状態に対する主観的評価、ストレス認知によってあらわされるもの
抑うつ症状	抑うつ症状の程度。The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)によって評価されたもの
自尊感情	自分自身を価値のある優れた存在と見る態度に伴う感情。自尊感情尺度によって評価されたもの
母親役割に対する自己評価	今回生まれた児の母親としての役割に対する自己評価。100点満点として得点化されたもの
ストレス認知	下記の要因に対して産後の女性がストレスだと認知する程度 ①子育てに関すること(授乳、子どもへの接し方、子の健康状態や成長に関すること、子の気質)、②自身の健康状態、睡眠・休息不足、③自分の時間がないこと、④出産による容姿の変化、⑤性に関する問題(セックス、避妊)、⑥パートナーとの人間関係、⑦義父母との人間関係、⑧実父母との人間関係、⑨その他の人間関係、⑩家計に関すること、⑪その他
非専門的サポート	産後の女性がパートナー、実親、義理の親、その他の非専門家から受ける情緒的・実質的・情動的サポート。実際に得ているサポートの程度とサポートに対する満足度で評価される。里帰りの有無を含む
専門的サポート	女性が、メンタルヘルスおよび子育てに関する専門家や専門機関から受ける情緒的・実質的・情動的サポート。周産期メンタルヘルスに関する教育や指導を含む

\*出典:小林司. カウンセリング事典. . 東京, 新曜社, 1993, 208-210.

の健康度

- ・精神健康状態について：抑うつ症状、自尊感情、精神健康状態に関する自己評価、母親役割に対する自己評価、産後のストレス認知
- ・非専門的サポートについて：パートナー、実親、義理の親からのサポートの程度と満足度、パートナーや親以外の非専門家からのサポートの有無、非専門的サポートを求める行動、里帰りの有無と満足度
- ・専門的サポートについて：専門的サポートを求める行動、周産期メンタルヘルスに関する教育や指導を受けた経験

なお、抑うつ症状についてはEPDS (the Edinburgh Postnatal Depression Scale)<sup>47)</sup>の日本語版<sup>48)</sup>を、また自尊感情についてはRosenbergが開発した自尊感情尺度の日本語版<sup>49)</sup>を用いて測定した。その他の質問項目については、今回あらたに作成した。作成した質問内容の妥当性について、精神看護学および母性看護学の専門家から評価を得た。

以下に、EPDSと自尊感情尺度について記す。

### ① The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

EPDSは、一般人口およびプライマリケアにおける産後うつ病のスクリーニングを目的として開発された10項目からなる自記式尺度である。各項目は4段階(0-3)で評定され、得点化し、その合計点(0-30)で評価される。スクリーニングテストとしての有用性にはコンセンサスが得られており<sup>50)</sup>、現在では世界で20言語以上に翻訳され、様々な臨床場面で使用されている。日本語版については、非妊産婦の再テスト法とCronbachの $\alpha$ において高い信頼性が証明され、また区分点を8/9とした場合の鋭敏度0.75、特異度0.93と高い妥当性も得られており、日本語版の臨床的有用性も確認されている<sup>48)</sup>。

### ② 自尊感情尺度

自尊感情尺度は10項目からなる自記式尺度で、各項目について「あてはまる」から「あてはまらない」の5段階で評定し、それぞれ5~1点として10項目の評定を単純加算することで得点化する。得点可能範囲は10~50である。この尺度は質問項

目が少なく実施が容易である上、1次元性が確認されており、信頼性・妥当性ともに高く、有用な尺度として評価されている。

### 3) プレテスト

乳幼児の母親5名の協力を得てプレテストを行い、明快性、質問の適切性、回答しやすさを評価し、その結果を基に質問紙を修正した。

## 5. 統計的手法

得られたデータについて、SPSSversion14.0統計パッケージを用いて分析した。抑うつ症状への各要因の影響を分析するために、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。なお、質的変数はすべてダミー変数に変換して重回帰分析を行った。

## 6. 倫理的配慮

研究への参加は対象となる人の自由意志を尊重し、研究目的・方法、拒否や中断の権利等について、依頼文と口頭で十分に説明した。また、質問紙調査は無記名とし、研究協力を拒否する場合は質問紙の提出の必要がない旨を説明した。得られたデータは、対象者のプライバシー保護に十分留意して、保存および処分することにした。なお、本研究は研究計画書を兵庫県立看護大学研究倫理委員会に申請し、承認を得た後に実施した。

## IV. 結 果

### 1. 対象者の背景因子

A県内の3市が実施した4ヶ月乳児健康診査に訪れた女性で、研究協力に応じた者582名に質問紙を配布し、後日郵送にて回収したところ、329名から回答を得た。回収率は56.5%であった。

対象者の背景因子を表2に示す。

### 2. 精神健康状態について (表3)

#### 1) 抑うつ症状について

EPDS得点の平均値は5.19、標準偏差4.40、中

央値4.12で、最小値は0、最大値は24であった。産後うつ病のスクリーニングにおける区分点(8/9)以上だった者は61名(18.5%)であった。

#### 2) 自尊感情について

自尊感情得点の平均値は34.30、標準偏差7.10、中央値34.77で、最小値は11、最大値は50であった。

#### 3) 母親役割に対する自己評価について

「今回生まれたお子さまの母親として、100点満点で、あなたは今、自分に何点をつけますか?」という問いにより、母親役割に対する自己評価を得点化するように求めた。得点の平均値は73.61点、標準偏差17.16、中央値77.48点で、最小値は5点、最大値は100点であった。

表2 対象者の背景因子

(N=329)			
変数			
年齢(平均)		30.40歳 (SD4.30)	
出産経験 (人)	初産	166	50.5%
	経産	161	48.9%
	不明	2	0.6%
出産方法 (人)	経膈分娩	258	78.4%
	帝王切開	69	21.0%
	不明	2	0.6%
教育歴 (人)	中学卒業	13	4.0%
	高校卒業	125	38.0%
	短大卒業	99	30.1%
	大学卒業	66	20.1%
	その他	26	7.9%
家族構成 (人)	夫婦と子のみ	301	91.5%
	親と同居	28	8.5%
年収 (人)	400万円未満	101	30.7%
	400万円以上	216	65.6%
	不明	12	3.6%
就業状況 (人)	無職	262	79.6%
	有職	67	20.4%
身体健康度 (人)	良好	105	31.9%
	普通	135	41.0%
	やや不良	75	22.8%
	不良	5	1.5%
子の健康度 (人)	良好	207	62.9%
	普通	95	28.9%
	やや不良	19	5.8%

表3 産後の女性の精神健康状態

(N=329)				
変数	平均値	標準偏差	中央値	得点範囲
EPDS得点	5.19	4.40	4.12	0-24
自尊心	34.30	7.10	34.77	11-50
母親役割に対する自己評価	73.61	17.16	77.48	5-100
精神健康状態に対する自己評価(人)	良好	70	21.3%	
	普通	179	54.4%	
	やや不良	59	17.9%	
	不良	13	4.0%	

4) 精神健康状態に関する自己評価について

女性自身の精神健康状態に対する自己評価について、4件法で尋ねた。その結果、精神的健康について「やや不良」または「不良」と回答した者は72名(21.9%)で、4人~5人に1人は精神健康状態が不良であると自己評価していた。

5) 産後のストレス認知について

産後のストレス要因として文献検討から選定した14項目をあげ、それぞれについてどの程度ストレスと感じているか4件法で尋ねた。得られた結果を図1に示す。ストレスを「いつも感じる」と回答した者が多かった項目は、上位から「容姿の変化」77名(23.4%)、「時間のなさ」76名

(23.1%)、「家計」69名(21.0%)、「義理の親との関係」62名(18.8%)、「休息不足」61名(18.5%)であった。

3. 非専門的サポートについて

1) パートナー、実親、義理の親からのサポートの程度

パートナー、実親、義理の親からどの程度サポートが得られているかについて、8つのサポート項目それぞれを4件法で評定するように求めた。得られた結果を図2~図4に示す。

パートナーからのサポートについて、「子育てに関する相談」や「子育ての手伝い」など、子育てへの直接的な援助については80%以上の女性が「いつも」あるいは「ときどき」サポートを得ていると回答していた。ただし「いつも得られている」と回答した者が半数以上だった項目は「子育てに関する相談」のみであった。また、「つらさをわかってくれる」、「話を親身になって聞いてくれる」、「頑張りや努力を認めてくれる」については3割以上がサポートを「あまり」あるいは「まったく」得ていないと回答し、「家事を手伝ってくれる」については、42.3%の女性が「あまり」あ

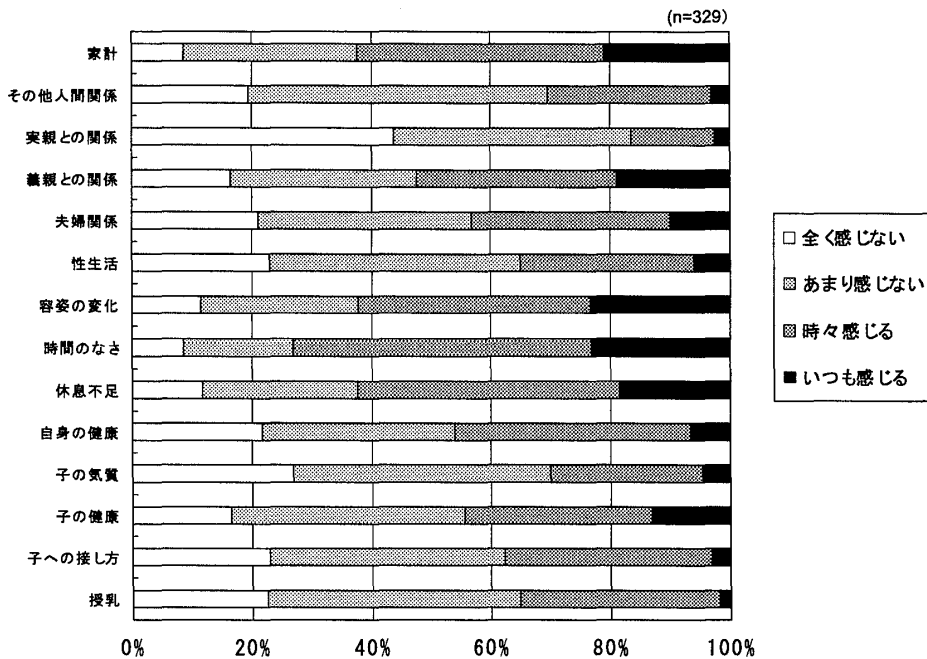


図1 産後のストレス要因

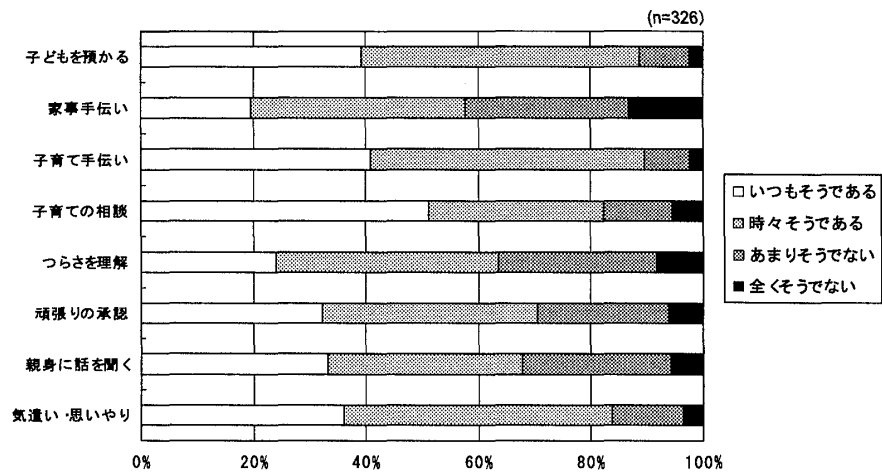


図2 パートナーからのサポート状況

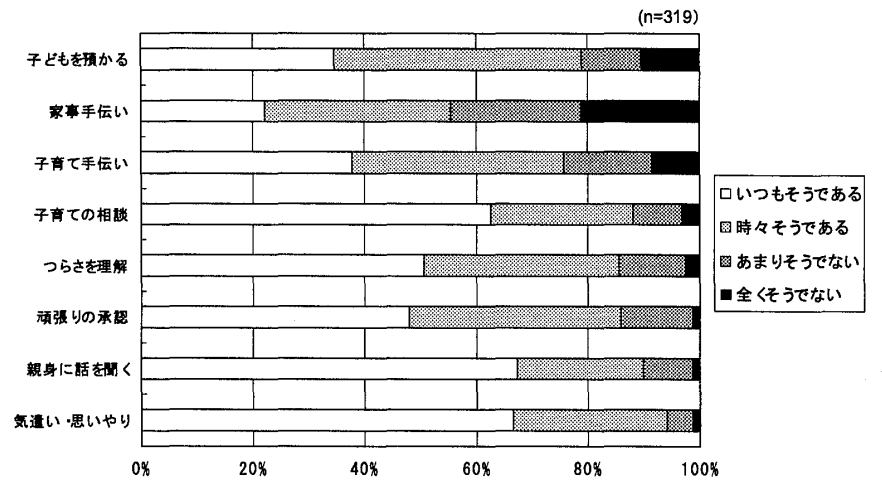


図3 実親からのサポート状況

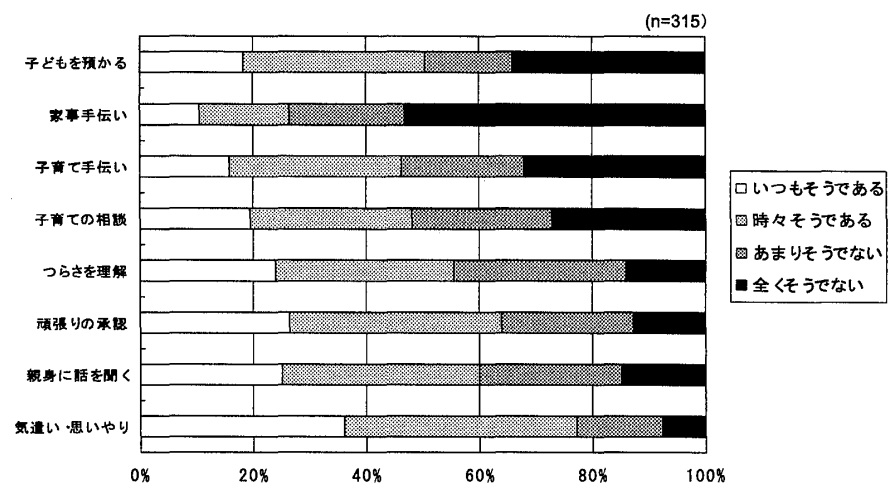


図4 義理の親からのサポート状況



るいは「まったく」サポートを得ていないと回答していた。したがって夫からのサポートが十分得られているとは言い難く、特に家事援助や情緒的サポートは多くの女性が得られていないという結果であった。

実親からのサポートは「家事の手伝い」以外は70%以上がそれぞれのサポートを得ていると回答しており、特に情緒的サポートは80%以上が実親から得られていると答えていた。

義理の親からのサポートについては、各サポート項目について25%（「家事援助」）から74%（「気遣い」）の女性がサポートを得ていると回答していたが、実親やパートナーからのサポートに比較し、得られていると回答した者の割合は小さかった。特に家事援助は73.6%が「まったく」あるいは「あまり」得ていないと回答しており、子育ての実質的な援助や子育てに関する相談については5割以上が、また「気遣ってくれる」以外の情緒的サポートについては約4割が「まったく」あるいは「あまり」得ていないと答えていた。

2) パートナー・実親・義理の親からのサポートに対する満足度

パートナー・実親・義理の親からのサポートに対する満足度について、相手からのサポートを総合的にみて「とても満足」「まあまあ満足」「やや

不満」「とても不満」の4つのうちいずれか1つで評定するように求めた。実親からのサポートに対して「とても満足」と回答した者は170名（51.7%）、「まあまあ満足」と回答した者は121名（39.0%）だったが、パートナーからのサポートに「とても満足」と回答した者は77名（23.4%）、「まあまあ満足」と回答した者は159名（49.7%）、義理の親のサポートに対して「とても満足」と回答した者は65名（19.8%）、「まあまあ満足」と回答した者は149名（48.2%）であった。

自由記載欄には、「義理の親はあまり干渉しないので『まあまあ満足』とした」「義理の親にあまり期待していないので『まあまあ満足』とした」という回答がみられた。

3) パートナー・親以外の非専門家からのサポートの有無

パートナー・親以外の非専門家からのサポートについて、パートナー・実親・義理の親からのサポートの下位項目と同じ項目で、その有無をたずねた（図5）。情緒的サポートについては80%以上の者が「ある」と回答していたが、「子育てを実際に手伝ってくれる」、「家事を手伝ってくれる」、「子どもをみていてくれる」などの実質的サポートについて「ある」と回答した者は半数以下であった。

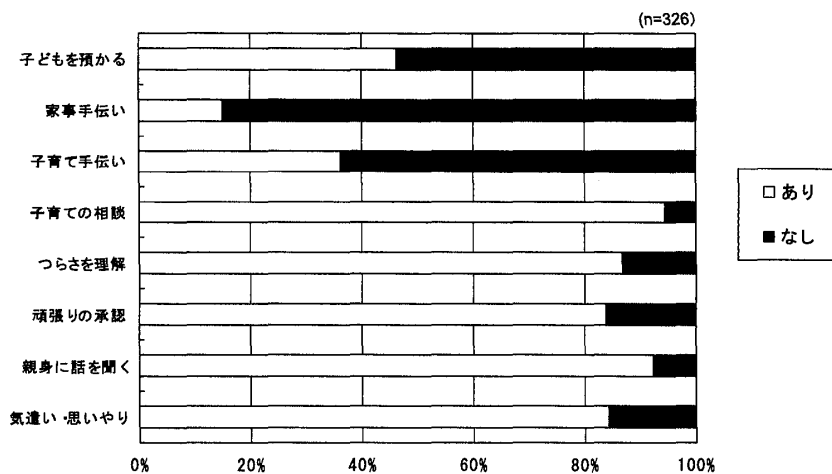


図5 パートナー・親以外の非専門家からのサポート状況

#### 4) 非専門的サポートを求める行動

パートナーや親あるいは友人や知人といった非専門的サポートについて「サポートしてもらいたいと思ったとき、あなたから援助を求めることはありますか」という問いに対し「たいてい求める」「ときどき求める」「あまり求めない」「全く求めない」の4つから1つを選択して回答するよう求めた。その結果、「たいてい求める」115名(35.0%)、「ときどき求める」165名(50.2%)、「あまり求めない」33名(10.0%)、「全く求めない」14名(4.3%)であった。

サポートを「たいてい求める」と答えなかった者212名を対象にその理由を複数回答でたずねた結果、上位にあがった理由は「相手に対して気兼ねがある」114名(53.8%)、「相手が忙しい」93名(43.9%)、「援助を求めたい相手が遠くにいる」81名(38.2%)、「自分が援助を求めたい時間と相手の都合の良い時間が合わない」78名(36.8%)であった。その他、自由回答欄には、「ほとんどの人は1人で耐えている」、「甘えずにやっていこうと思っている」、「親に負担をかけたくない」、「安心して(子どもを)任せられない」、「自分でやりたい」という理由が記載されていた。

#### 5) 里帰りの有無と満足度

対象者329名のうち、「里帰りした」と回答した者は210名(63.8%)、「里帰りしなかった」と回答した者は117名(35.6%)であった。

里帰りした210名に里帰りの満足度を尋ねた結果、「とても満足」89名(42.6%)、「まあまあ満足」99名(47.4%)、「やや不満」17名(8.1%)、「とても不満」4名(1.9%)であり、里帰りした者の多くは里帰りに満足していた。

### 4. 専門的サポートについて

#### 1) 専門的サポートを求める行動

産後、ストレスによって心身に不調が生じた経験の有無を尋ねたところ、「ある」と回答した者120名(36.5%)であった。そのうち、専門的な

機関や専門家に相談したことがあると回答した者は38名(31.7%)であった。具体的な相談先を複数回答でたずねた結果、相談先は上位から保健師13名、助産師11名、産科医7名であり、精神科医に相談した経験があると回答した者は1名であった。

専門機関に相談しなかった理由について自由回答を求めたところ、「身近な人に相談できたから」、「相談するほどではないと思った」、「そのうち良くなると思った」、「夫や親に相談できた」、「時間的に余裕がなかった」、「どこへ相談すればよいかわからなかった」、「精神科を受診するには勇気がいる」、「夫に(精神科受診は)やめてくれと言われた」、「恥ずかしいから」などの理由が記載されていた。

なお、EPDS得点が9点以上だった61名のうち、24名(39.3%)は「心身の不調がない」と回答し、またEPDS得点が9点以上でかつ「心身の不調がある」と回答した35名のうち23名(65.7%)は専門的機関に相談していなかった。

#### 2) 周産期のメンタルヘルスに関する教育や指導を受けた経験

周産期のメンタルヘルスに関する教育や指導を受けた経験について、「ある」と回答した者は76名(23.1%)、「ない」と回答した者は251名(76.3%)であった。「ある」と回答した者76名に、指導や教育を受けた場所を複数回答で尋ねた結果、「母親学級」が62名、「両親学級」が14名、「その他」が10名であった。

### 5. 抑うつ症状への影響要因について

抑うつ症状に対して、今回調査した各変数をもつ影響力をみるために、EPDS得点を従属変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った。なお、質的変数はすべてダミー変数に変換して分析を行った。得られた結果を表4に示す。

EPDS得点に有意な影響力をもつ変数は、標準化係数の大きいものから、自尊感情得点( $\beta =$

表4 産後の抑うつ症状への影響要因

要因	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	20.296	1.864		10.887	0.000
自尊感情	-0.194	0.031	-0.324	-6.185	0.000
パートナー満足度	1.792	0.467	0.181	3.839	0.000
母親役割自己評価	-0.061	0.013	-0.236	-4.650	0.000
身体健康度	1.227	0.482	0.124	2.544	0.012
年齢	-0.158	0.048	-0.151	-3.254	0.001
義親話を聴くサポート	-1.024	0.425	-0.114	-2.408	0.017
子の健康度	2.220	0.864	0.123	2.570	0.011
休息のなさ	0.881	0.431	0.096	2.044	0.042

従属変数: EPDS得点

## 分散分析

	平方和	自由度	平均平方	F値	有意確率
回帰	2330.68	8	291.34	27.02	0.000
残差	2825.41	262	10.78		
全体	5156.10	270			

## モデル集計

R	R <sup>2</sup>	調整済みR <sup>2</sup>	推定値の標準誤差
0.672	0.452	0.435	3.284

-0.324,  $p < 0.01$ )、母親役割に対する自己評価得点 ( $\beta = -0.236$ ,  $p < 0.01$ )、パートナーからのサポートに対する満足度 ( $\beta = 0.181$ ,  $p < 0.01$ )、年齢 ( $\beta = -0.151$ ,  $p = 0.001$ )、女性の身体的健康度 ( $\beta = 0.124$ ,  $p = 0.012$ )、子どもの健康状態 ( $\beta = 0.123$ ,  $p = 0.011$ )、義理の親からの「親身に話を聴く」サポート ( $\beta = -0.114$ ,  $p = 0.017$ )、休息のなさに対するストレス認知 ( $\beta = 0.096$ ,  $p = 0.042$ )であった。回帰式は1%水準で有意性が認められ ( $F = 27.02$ ,  $p < 0.01$ )、寄与率は43.5%であった。

## V. 考 察

## 1. 産後の女性の精神健康状態の実態

今回対象となった女性のEPDS得点の平均値は  $5.19 \pm 4.40$  で、うつ病のスクリーニングにおける区分点 (8/9) 以上だった者は61名 (18.5%) であった。これらの結果は先行研究とほぼ一致していた<sup>48, 51)</sup>。今回の調査においても、18.5%の産後の女性が抑うつ状態にあったことは、産後のメンタルヘルス対策の重要性をあらためて示唆するものと考えられる。

産後の女性のストレス要因としては、今回調査した14項目うち、ストレスを「いつも感じる」と回答した者が多かった項目は、上位から「容姿の変化」、「時間のなさ」、「家計」、「義理の親との人間関係」、「休息不足」であった。「義理の親との人間関係」以外は、客観的に評価しやすい要因をより強くストレスと感じている可能性がある。「義理の親との人間関係」については、子どもが誕生したことにより、義理の親と関わる機会が増えることや、子育てをめぐる価値観の違いや葛藤によってストレスと感じやすくなるのではないかとと思われる。

## 2. 産後の女性のメンタルヘルスに関する非専門的・専門的サポートの実態と満足度について

## 1) 非専門的サポートについて

今回、パートナーからのサポートの程度は全体的にみて不十分であるにも関わらず、満足度は比較的高かった。この結果の背景には、パートナーの仕事の忙しさがあるのかもしれない。平成13年社会生活基本調査<sup>52)</sup>によると、20歳後半から30

歳代、40歳代の男性の週全体の仕事時間は7時間30分／日を超えており、また平日11時間以上仕事をする男性の割合は平成8年よりも上昇している。したがって、サポートしようにも、パートナーにその時間的・心理的余裕がないことを女性自身が現実として理解していることが、満足度の高さに反映されているのではないかと考えられる。また、家事関連時間に関する調査では、平成3年度以降、男女差は縮小傾向にあるものの、依然男女差は大きく、20歳後半から30歳代の女性は1日に平均4～5.5時間家事関連行動をするという結果に対し、同年代の男性はわずか20～25分という結果であった。したがって、家事や育児をほとんどしない日本の男性像が平均的なものであることが、満足度の評価に影響したのではないかと考えられる。

実親からのサポートについて、対象者のうち63.8%の女性は里帰りをしており、また里帰りした者の約90%が満足であると回答していた。また里帰りの有無にかかわらず、実親からのサポートを得ていると答えた割合は高かった。実親からのサポートへの満足度も、約9割の女性は「満足」であると回答しており、ほとんどの女性にとって実親は重要なサポート源であるといえよう。

今回の結果からは、女性にとって義理の親は重要なサポート源ではあるが、パートナーや実親と比較すると重要度は低いことが伺われた。しかし、義理の親からのサポートに対する満足度は20.6%が「とても満足」と答え、「まあまあ満足」まで含めると68.6%という結果であった。実際に得られているサポートに比較し、満足度が高くなっているのは、自由記載にみられたように、義理の親との心理的葛藤や期待度の低さも影響したためではないかと思われる。

パートナーや親以外の非専門家からのサポートについては、情緒的サポートはいずれも80%以上の女性が「ある」と答えていたが、子育ての実質的な援助は63.8%、家事援助は85%、「子供を預かってくれる」は53.7%が「なし」と回答していた。つまり情緒的サポートはほとんどの女性がパー

トナーや親以外の非専門家からも得ているが、実質的サポートについてはあまり得られていないということがわかった。今回調査を行った地域が比較的都市圏にあり、また対象となった女性の90%以上が核家族であったことから、コミュニティにおける人間関係の希薄さが予測されるが、そのことが今回の結果に影響したのかもしれない。女性自身の相手への安心感や親近感がなければ、子育てや家事援助といった実質的サポートを得ることは困難であろうと推測されるからである。実質的サポートを得ている割合がパートナー、実親、義理の親、その他の非専門家の順に低くなっているのも、物理的な近さだけではなく、関係性における安心感、つまり安心して甘えられる度合いや信頼感の強さが関係しているのではないかと考える。

以上のように、多くの女性は夫や親、あるいはそれ以外の非専門家から様々なサポートを得られていると回答していたが、一方で、「まったくそうでない」という回答が0名であった項目はなく、たとえばパートナーからの気遣いが「まったくなく」と回答した者が12名、パートナーが「まったく」育児をサポートしないと回答した者も8名いた。少数ではあるが、それらの女性の育児の負担や心理的負担は計り知れず、重点的なケアを検討する必要があるだろう。

パートナーや親あるいはそれ以外の非専門的サポートを必要とした時に、「たいてい求める」と回答した女性は35%であった。一方で「あまり求めない」あるいは「全く求めない」と回答した女性は14%であった。「たいてい」求めない理由の上位には、他者に対する気兼ねや気遣いがあげられており、サポートを求めることに対する女性の心理的葛藤が伺える結果であった。産後の生活の中でストレスを感じたり、子育てを大変に感じていたとしても、自由回答にみられたように、周囲から甘えていると思われたくない、他者に迷惑をかけたくないという理由で援助が求められなかったり、あるいは「安心して(子どもを)任せられない」、「自分でやりたい」などの思いが援助の求

めにくさの背景にあるのかもしれない。

## 2) 専門的サポートについて

今回の調査では、ストレスによって心身の不調があると認知した人のうち、専門家に相談したことがある人はわずか3分の1以下であった。一方で、女性の認知した健康レベルと抑うつ症状のレベルは必ずしも一致していなかった。うつ状態になると認知力や判断力が低下することからも、女性の心身の不調に対しては専門的な判断が必要となる場合も少なくない。また「そのうち良くなると思った」という理由で専門的サポートを求めなかった結果、うつ病が遷延化する例が報告されている<sup>5)</sup>。したがって女性の精神健康状態を早期に正確にアセスメントし、必要に応じて専門機関に相談できるようなシステムが必要であることを今回の結果は示唆していると考ええる。また「どこへ相談すればよいかわからない」ために専門家に相談できない女性が存在した背景には、情報提供不足やサポートシステムの不備といった問題があると思われる。さらに、「うつ病」や「精神疾患」に対する偏見が専門家への相談の求めにくさに影響していることも伺われたことから、今後女性自身だけでなく、コミュニティを対象とした啓発活動も必要であると考ええる。

一方で、少数ではあったが、相談先としてあげられた専門家として最も多かったのは、保健師や助産師であった。看護職の多くは女性であることや、家庭訪問や健診の機会があるため、産後の女性にとって身近な存在であることがその理由のひとつではないかと考える。また看護職は子育てや生活に視点をおいて関わることも、相談のしやすさにつながっているのかもしれない。産後うつ病の予防に焦点を当てた介入でも、看護職がケアを行うことによって高い効果が得られたという報告もあり<sup>53)</sup>、今後も看護職の果たす役割は大きいと考える。

## 3. 産後の抑うつ症状への影響要因

EPDS得点を従属変数とした重回帰分析の結果、

産後の抑うつ症状には、自尊感情と母親役割に対する自己評価が最も強く影響していた。この結果は先行研究<sup>39), 43)</sup>とも一致しており、産後の精神健康状態を保持し、またうつ病を予防する上で女性の自尊感情や母親役割に対する自己評価を高めることの重要性があらためて示唆された。しかし、多くの女性は子育ての経験が少なく、子育てに関する情報はたくさんあるものの、過剰な傾向にあり、さらに女性の母親世代とは社会構造や子育てに関する価値観も大きく変化している。今回調査対象になった女性の多くは核家族であり、また少子化の影響で他の母親仲間の身近な体験から子育てや自分自身の生活に関する対処方法を学ぶ機会も少ないと思われる。したがって多くの女性は手探りで子育てを行っているのが実情であろう。一方で、育児は生得的な母性に支えられているものであるという社会的通念は根強く、母親として社会から期待されていることを精神的に負担に感じる女性も少なくない<sup>54)</sup>。そのような中、自尊感情や母親としての自己評価を高めることは容易なことではないと推測される。今回、年齢も抑うつ症状に有意に影響していたが、若年者は経験や適応力が十分でないことが結果に反映したのかもしれない。産後の女性を援助する際には、子育てを大変に思うことや不安を感じることを否定的にとらえることなく、また女性の頑張りを認め、女性自身の子育てを「それでよい」と保証しながら働きかけること、それによって自尊感情や自己評価を高める配慮が求められるだろう。

次に抑うつ症状に対して影響力が大きかった要因はパートナーからのサポートに対する満足度であった。パートナーからのサポートが精神健康状態に強く影響することは内外の先行研究でも明らかにされており、また特に満足度に影響力が強かったことについてはLogsdonら<sup>24)</sup>の報告とも一致する。パートナーからのサポートを考える際、女性がパートナーにどのようなサポートを望んでいるのか、女性の思いを尊重することによって、より効果的なサポートのあり方が導けるのではないだ

ろうか。

また、今回の結果では、義理の親からの情緒的サポートが女性の抑うつ症状に有意に影響しており、その重みはパートナーからのサポートに対する満足度と大きく変わらない大きさであった。義理の親からの情緒的サポートが抑うつ症状に関係していたことは日本人女性を対象にした先行研究とも一致していた<sup>35)</sup>。先述の通り、実際に得ている義理の親からのサポートの程度は、パートナーや実親からのサポートと比較すると重要性が低いと考えられるものであった。しかし、伝統的な考え方や習慣が残る日本では、義理の親との関係性が実際の関わりの程度以上に影響力を持つことを今回の結果はあらためて示したものと考える。日本人女性が産後に精神的健康を保つ上で、義理の親との関係を良好に保ち、情緒的サポートを得られるような配慮や関わりは非常に重要であると考ええる。

女性自身の身体的健康度も抑うつ症状に有意に影響していた。また重みはやや低いものの、「休息のなさ」へのストレス認知も有意な影響力を持っていた。言うまでもなく、身体的な疲労はうつ病の原因となり、また症状のひとつでもある<sup>55)</sup>。産後の女性は急激な身体的変化、授乳、寝不足、新しい生活環境の中で疲労しがちであり、抑うつ症状を生じやすい状態と言えよう。産後の女性が適切に休息でき、また身体的健康を維持することは精神健康状態を保つ上でも重要である。

最後に、子どもの健康状態の影響力は、抑うつ症状に対して女性自身の身体的健康度とほぼ同じ重みを持っていた。今回は、4ヶ月健診に来訪した女性を対象としており、したがって母子ともにある程度以上健康であったと思われる。それにも関わらず子どもの健康状態が抑うつ症状に有意に影響していたということは、産後の女性にとって乳児のたとえわずかな健康状態の変化も精神的な不安定さにつながる可能性を示しているものとも考えられる。子どもの健康に関する適切な情報や安心できる小児医療システムは、母親の精神健康

状態を保持する上でも重要であると思われる。また、上田ら<sup>42)</sup>の先行研究結果で、新生児の病気や入院が産後うつ病を有意に予測していたという報告もあることから、病児をもつ母親へのメンタルヘルスケアを充実させることも必要であろう。

#### 4. 周産期メンタルヘルスに関する今後の課題と看護の役割について

今回の結果をもとに、周産期メンタルヘルスに関する今後の課題と看護の役割について考察する。

##### 1) パートナーへの教育的関わり

今回の結果においても、先行研究同様に、産後の女性の精神健康状態には、パートナーからのサポートが非常に重要であることが示唆された。パートナーが女性をサポートするためには、まず子育て期にある男性の仕事の忙しさの緩和や、育児休暇を取得することの促進など社会全体で取り組むべき課題もあるだろう。また、パートナーから実質的なサポートが十分得られない状況であっても、情緒的サポートを得られるようにすることも重要であろう。しかし、周産期のメンタルヘルスに関する教育や指導を受けた経験があった者は23.1%のみで、両親学級に至ってはわずか4%であり、周産期における夫への教育・指導は不十分であると言わざるを得ない。今後まず看護者が取り組むべき課題であると考ええる。

##### 2) 親への教育的関わり

産後の精神健康状態には、パートナーだけでなく親からのサポートも重要であることが、今回の結果から示唆された。なかでも義理の親の情緒的サポートは抑うつ症状に有意に影響していたことから、パートナーだけではなく、親を含めて周産期メンタルヘルスについて教育・指導することも女性の精神的健康を維持・増進する上で効果的であると考ええる。親に直接関わるのが困難な場合には、リーフレットなどの用具を準備するなどの工夫も必要だろう。

### 3) 健診を利用した母親への精神的ケア

今回の調査では、子どもの健康状態が、母親の抑うつ症状に有意に影響していた。したがって児の健康状態を聴きながら、母親の健康状態にも関心をもって援助することで、母親に対してもより早期に適切なケアを提供することができるのではないだろうか。

### 4) 女性が必要とするときに適切な専門的サポートが受けられるようにすること

産後に抑うつ症状を呈する女性が専門的サポートを十分に受けられていない実態は、国内外で報告されているが、今回の調査でも同様の結果が得られた。したがって、女性が必要とするときに適切な専門的サポートが受けられるよう、行政としてシステムを整備すること、看護職をはじめとする専門家が産後うつ病に対する認識を高めること、女性自身が産後のメンタルヘルスに関する知識や情報を十分に得られるように教育・指導の場を設けること、女性や女性を取り巻く周囲の人々の偏見を少なくできるよう、地域住民を含めた啓発活動などが必要であろう。

また、産後の女性が求めるケアを提供するためには、メンタルヘルスに関する知識と抑うつ症状がある人への関わりの技術、さらに女性に安心感や信頼感を与えることができるような雰囲気や誠実な態度、また子育てを始めた女性の生活を十分理解した関わり等が求められる。これらは精神看護の専門家が担いよう働きであり、したがって周産期メンタルヘルスにおいて、精神看護の専門家は重要な資源であると考えられる。

## 5. 研究の限界と今後の課題

今回の調査はA県内の3市で行ったものであり、今回の結果だけで産後の女性の精神健康状態およびソーシャルサポートの実態について結論づけることはできない。また今回新たに作成した質問紙は、内容妥当性について精神看護学、母性看護学の専門家から意見を得、さらにプレテストにより

表面妥当性について検討を加えたが、信頼性・妥当性の検討はまだ十分であるとはいえない。

しかし、産後の女性の精神健康状態とサポートの実態を明らかにした研究は、わが国においてまだ十分でないことから、本研究の結果は、今後の周産期メンタルヘルスのあり方を検討する上で貴重なものであると考える。

## VI. 結 論

A県内3市における産後の精神健康状態とサポートに関する実態について、4ヶ月乳児健康診査に訪れた母親329名を対象に調査を行った。主な結果は次の通りである。1) EPDSの平均値は5.19 (SD4.40) で、産後うつ病のスクリーニングにおける区分点(8/9点)以上だった者は全体の18.5% (61名)であった、2) パートナーや親などの非専門家からのサポート状況については、様々なサポートを得、それに満足を感じている者が多い一方で、自分からは全くあるいはあまり支援を求めないという者が47名(14.4%)いた。自分からサポートを求めない理由には、相手に対する気兼ねや気遣いをあげる者が多かった、3) 産後に何らかの心身の不調を自覚した者は120名(36.5%)で、そのうち専門家・専門機関に相談した者は38名であり、精神科を受診した者は1名であった。ただし、専門家・専門機関への相談とEPDS得点の高低とは必ずしも一致していなかった、また251名(76.3%)の女性は産後のメンタルヘルスに関して教育や指導を受けた経験がないと回答していた、4) EPDS得点に有意な影響力を持つ要因は、自尊感情得点、母親役割に対する自己評価得点、パートナーからのサポートに対する満足度、年齢、女性の身体的健康度、子どもの健康状態、義理の親からの「親身に話を聞く」サポート、「休息のなさ」に対するストレス認知であった。

以上から、周産期メンタルヘルスに関する今後の課題や看護の役割として、パートナーや親への教育的関わり、健診を利用した母親への精神的ケ

ア、女性が必要とするときに適切な専門的サポートが受けられるようにすることの必要性について検討した。

本研究は、兵庫県立看護大学平成14年度特別調整研究助成制度を受けて行ったものである。

## 謝 辞

本研究に多くの方々からご協力をいただきました。お忙しい中、貴重な情報を提供してくださいました産後の女性の皆さま方に深く感謝いたします。また研究実施に当たって、ご協力くださいました各市保健センターの職員の方々に心よりお礼申し上げます。さらに、ご指導いただきました兵庫県立大学の南裕子副学長、山本あい子教授、三重大大学の岡野禎治教授、東邦大学の高木廣文教授に深謝いたします。

## 引 用 文 献

- 1) 岡野禎治；岡崎祐士. メンタルヘルスケア. 産科と婦人科. 67(4), 2000, 513-519.
- 2) O'Hara, M.W. ; Swain, A.M. Rates and risk of postpartum depression : A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 1996, 37-54.
- 3) 旧厚生省 健やか親子21検討会. 母子保健の2010年までの国民運動計画. 健やか親子21検討会報告書. 2000.
- 4) Andrews, G. et al. Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of psychiatry*. 179, 2001, 417-425.
- 5) 岡野禎治. 妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究：入院施設における産後うつ病治療の現状. 平成10年度厚生省科学研究報告書, 37-40.
- 6) 岡野禎治；Brokington, I.F. 地域における母子精神保健サービス. 産科と婦人科. 67(5), 2000, 642-648.
- 7) Cox, J.L. et al. A controlled study of onset, duration, and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*. 163, 1993, 27-31.
- 8) Beck, C.T. The lived experience of postpartum depression : A phenomenological study. *Nursing Research*. 41(3), 1992, 166-171.
- 9) Beck, C.T. Teetering on the edge : A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research*. 42(1), 1993, 42-48.
- 10) Beck, C.T. Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research*. 45(2), 1996, 98-104.



- 11) Chan, S.W. et al. A qualitative study of the experiences of group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. *Journal of Advanced Nursing*. 39(6), 2002, 571-579.
- 12) Ugarriza, D.N. Postpartum depressed women's explanation of depression. *Journal of Nursing Scholarship*. Third Quarter, 2002, 227-233.
- 13) Beck, C.T. The effects of postpartum depression on child development : A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 12(1), 1998, 12-20.
- 14) Murray, L. et al. The socio-emotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 40, 1999, 1259-1271.
- 15) Beck, C.T. Maternal depression and child behavior problems : a meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 29(3), 1999, 623-629.
- 16) Stein, A. et al. The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*. 158, 1991, 46-52.
- 17) Deater-Deckard, K. et al. Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. *American Journal of Psychiatry*. 155(6), 1998, 818-823.
- 18) Lovestone, S. ; Kumar, R. Postnatal psychiatric illness : The impact on partners. *British Journal of psychiatry*. 163, 1993, 210-216.
- 19) 萱間真美ほか. 児童虐待の危険因子 : 一般人口の母親から見た自分・夫婦・社会・わが子. *精神科診断学*. 12(4), 2001, 425-435.
- 20) Cox, J.L. Postnatal depression : a serious and neglected postpartum complication. *Baillieres' Clinical Obstetrics and Gynecology*, 3, 1989, 839-855.
- 21) 岡野禎治. 産後うつ病. *臨床精神医学*, 29(8), 2000, 953-959.
- 22) Sobey, W.S. Barriers to postpartum depression prevention and treatment : A policy analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 2002, 331-336.
- 23) Stemp, P.S. et al. Psychological distress in the postpartum period : The significance of social support. *Journal of Marriage and the Family*. 48, 1986, 271-277.
- 24) Logsdon, M.C. et al. Social support and postpartum depression. *Research in Nursing & Health*. 17, 1994, 449-457.
- 25) Logsdon, M.C. et al. The link of social support and postpartum depressive symptoms in african-american women with low incomes. *MCN*, 25(5), 2000, 262-266.
- 26) Logsdon, M.C. ; Usui, W. Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women. *Western Journal of Nursing Research*. 23(6), 2001, 563-574.
- 27) O'Hara, M.W. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*. 43, 1986, 569-573.
- 28) Hall, L.A. et al. Self-esteem as a mediator of the effect of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*. 45(4), 1996, 231-238.
- 29) Steinmetz, J.L. et al. Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51, 1983, 331-337.

- 30) Hall, L. A. et al. Quality and quantity of social support as correlates of psychosomatic symptoms in mothers with young children. *Research in Nursing & Health*. 10, 1987, 287-298.
- 31) Rook, K.S. The negative side of social of social interaction : Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46, 1984, 1097-1108.
- 32) Tilden, V.P. ; Gaylen, R.D. Cost and conflict : The darker side of social support. *Western Journal of Nursing Research*. 9, 1984, 9-18.
- 33) Bolger, N. et al. Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57, 1989, 808-818.
- 34) 吉田安子ほか. 妊娠期・出生後2年間の女性の心理・社会的状態に関する調査：第2報 産褥早期の心理・社会的状態. *日本女性心身医学会雑誌*. 6(1), 2001, 100-107.
- 35) 武田文ほか. 産後の抑うつとソーシャルサポート. *日本公衆衛生雑誌*. 45(6), 1998, 564-571.
- 36) 吉田敬子ほか. 日本における周産期精神医学(3)：理解と認識；国際比較文化研究から. 小椋力編. 精神障害の予防をめぐる最近の進歩. 東京, 星和書店, 2002, 296-297.
- 37) Hung, C.H. The effect of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing*. 36(5), 2001, 676-684.
- 38) Beck., C.T. A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research*. 45(4), 1996, 225-230.
- 39) Beck., C.T. Predictors of postpartum depression : An update. *Nursing Research*. 50(5), 2001, 275-285.
- 40) Murray, L. et al. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Development Medicine and Child Neurology*. 38, 1996, 109-119.
- 41) 吉田敬子；山下洋. ライフイベントとしての子どもの誕生. *精神科治療学*. 15(8), 2000, 851-856.
- 42) 上田基子ほか. 日本における周産期精神医学(2)：産後うつ病の女性の地域におけるスクリーニングと介入に関する研究. 小椋力編. 精神障害の予防をめぐる最近の進歩. 東京, 星和書店, 2002, 294-295.
- 43) Huang, Y. ; Mathers, N. Postnatal depression-biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 33(3), 2001, 279-287.
- 44) Harris, B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood : Working towards strategies for prophylaxis and treatment. *British Journal of psychiatry*. 164, 1994, 288-292.
- 45) Harris, B. et al. Maternity blues and major endocrine changes : Cardiff puerperal mood and hormone study II. *British Medical Journal*. 308(9), 1994, 949-952.
- 46) Harris, B. et al. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *British Medical Journal*. 305, 1992, 152-156.
- 47) Cox, J.L. et al. Detection of postnatal depression : Development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of psychiatry*. 150, 1987, 782-786.
- 48) 岡野禎治ほか. 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表 (EPDS) の信頼性と妥当性. *精神科診断学*. 7(4), 1996, 525-533.
- 49) 山本真理子ほか. 認知された自己の諸側面の構造. *教育心理学研究*. 30, 1982, 64-68.

- 50) Murray, L. ; Carothers, A.D. The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *British Journal of Psychiatry*. 157, 1990, 288-290.
- 51) 吉田敬子ほか. 乳幼児期の子どもを持つ母親の<育児不安>と神経症症状との関連. *メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集*. 11, 1999, 147-151.
- 52) 総務省. 平成13年度社会生活基本調査. 総務省統計局. 2002.
- 53) MacArthur, C. et al. Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth : cluster randomized controlled trial. *Lancet*. 359 (9304), 2002, 378-385.
- 54) 吉田敬子. 母子と家族への援助. 東京, 金剛出版, 2000, 97-98.
- 55) 融道男; 岩脇淳監訳. *カプラン臨床精神医学ハンドブック第2版*. 東京, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2003, 132-154.

# Postnatal Mental Health and Social Support

TAMAKI Atsuko<sup>1)</sup>

## Abstract

Postnatal depression affects approximately 13% of all women. It is widely recognized to negatively influence mother-child interaction, children's development, and the mental health of husbands. However the actual conditions of postnatal mental health, social support, and the relation between the two has not been demonstrated adequately among Japanese mothers. Development of a mental health support system for perinatal women is of crucial importance in Japan.

This study investigates the actual conditions of postnatal mental health, social support, and the relation between mental health and the availability of support to postnatal mothers after 4 months. Data was collected from 329 postnatal Japanese mothers. Depressive symptoms, self-esteem, postnatal stress, and demographic data were assessed via administering a questionnaire.

The following four results were obtained.

- 1) 61 women (18.5%) scored 9 or more on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
- 2) 47 women didn't seek support despite needing it.
- 3) 120 women felt out of shape during the postnatal stage, however only 38 women consulted with medical professionals, and 251 women did not receive any education about mental health in the perinatal period.
- 4) EPDS scores were significantly effected by the following factors : self-esteem, emotional support from husbands, self-appraisal as a mother, physical condition, age, emotional support from their parents-in-law, the health status of their babies, and inadequate rest.

These results suggest that improving the mental health service at a political level, development of professional knowledge about postnatal mental health, and more education for perinatal women, partners, parents and community, are required.

Key words : mental health ; social support ; depressive symptom ; postnatal depression ; mental health nursing

---

1) Mental Health-Psychiatric Nursing, College of Nursing Art and Science, University of Hyogo