平成 25 年度
博士論文

# 未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験と育児をめぐる心理社会的要因

筑波大学大学院人間総合科学研究科

ヒューマン・ケア科学専攻

田村知栄子

# 目次

第１章　序論 ..... 1
第１節　子育てにまつわる母親の問題 ..... 2
　第1項　本邦における育児不安の歴史的概観 ..... 3
　第2項　育児不安の背景および要因 ..... 4
　第3項　育児に対する肯定的な感情 ..... 12
第２節　妊娠・出産にまつわる母親の問題 ..... 14
　第1項　産後うつ病と出産時との関連 ..... 14
　第2項　妊娠・出産体験の母親への影響 ..... 15
第３節　研究目的 ..... 22
　第１項　本論文の目的 ..... 22
　第2項　概念的定義 ..... 23
　第3項　本論文の構成 ..... 25

第２章　未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験記憶と自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知との関連（研究　Ⅰ） ..... 26
　第１節　研究背景 ..... 27
　第２節　研究の目的 ..... 29
　第３節　作業仮説 ..... 29
　第４節　研究の倫理的配慮 ..... 30
　第５節　方法 ..... 31
　第６節　分析 ..... 38
　第７節　結果 ..... 39
　第８節　考察 ..... 44
　第９節　小括 ..... 48

第３章　未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験とその記憶と育児体験認知との関連（研究Ⅱ） ..... 49
　第１節　研究背景 ..... 50
　第２節　研究の目的 ..... 52
　第３節　作業仮説 ..... 52
　第４節　研究の倫理的配慮 ..... 53
　第５節　方法 ..... 54

第６節　分析 ..... 60
第７節　結果 ..... 61
第８節　考察 ..... 68
第９節　小括 ..... 73

第４章　未就学児をもつ母親の妊娠・出産記憶と自己イメージ、育児体験認知との関連（研究　Ⅲ） ..... 75
第１節　研究背景 ..... 76
第２節　研究の目的 ..... 78
第３節　作業仮説 ..... 78
第４節　研究の倫理的配慮 ..... 79
第５節　方法 ..... 80
第６節　分析 ..... 82
第７節　結果 ..... 83
第８節　考察 ..... 86
第９節　小括 ..... 88

第５章　総合考察 ..... 89
第１節　妊娠・出産体験と育児中の母親の心理社会的要因 ..... 90
第２節　未就学児をもつ母親の自己イメージの重要性 ..... 92
第３節　妊娠期からの母親支援としての自己イメージ変容支援の可能性 ..... 94

第６章　総括 ..... 99
第１節　本研究の要約 ..... 100
第２節　本研究の意義 ..... 105
第３節　本研究の限界と今後の課題 ..... 106

引用・参考文献 ..... 107
業績 ..... 137
謝辞 ..... 139
巻末資料

# 第１章

# 序論

## 第一節　子育てにまつわる社会的問題

近年、母親と子どもを取り巻く社会的環境が大きく変化している。まず、妊娠・出産期に注目すると、出産の医療化の進展である。出産時の安全性が重視され、出産における医療介入の成功により医療化が確立された（品川、1983）。このような産科医療の大きな変革は、乳児死亡率や妊産婦死亡率の低下などの大きな利点をもたらしたが、お産をめぐる医療訴訟などの増加や経腟分娩の不確定的要素などから医師の下での「管理できるお産」へと変革していった。出産の医療化は母子に安全な出産をもたらし、本邦の周産期死亡率の低さは世界においても有数となった。しかしながら、出産が医療介入を施す、つまり出産を病態とみなすことにより、出産する女性の心理的ケアが軽視されている傾向が顕在化していることも指摘され始めた（常盤・杉原、1998）。

次に、出生率の低下である。本邦における 2011 年（平成 23）の出生数は 105 万 698 人であった。合計特殊出生率（一人の女性が一生に産む子供の平均数）は、2005 年（平成 17）には 1.26 にまで減少したが、景気が回復したことや 30 代後半である団塊ジュニアの駆け込み出産などの理由により、2006 年（平成 18）以降上昇方向へ転じ、2009 年（平成 19）には 1.37 となった。また、2011 年（平成 23 年）には、1.39 であった。しかしながら、現在の人口を維持するために必要な 2.08 を大きく下回っていることは確かである。出生率の低下の原因として挙げられることは、結婚の晩婚化による母親の高齢化、非婚化である。さらに第 2 子出産意欲の低下、そして子どもをもたないという選択の女性も指摘されている。子どもがおらず、かつ子どもがほしくないと思っている女性の理由として、「子どもを一人前に育てるのは難しい」との回答が多かった（本田、2005）。また、第 2 子以降を出産した母親は、「子どもの将来は明るい」と思っているのに対し、第 2 子以降を出産していない母親は、子どもの将来についてそのように思っていなかった（樋口ら、2004）。このことから、現代社会における子育ての困難さや母親としての負担の予測が出産を躊躇させており、こうした否定的な予測を軽減する必要があるのではないかと考えられる。

育児期に着眼すると、少子化が深刻化する一方で、虐待問題への取り組みも急務となっている。児童虐待相談件数は年々増加しており、平成 24 年度では 66807 件（速報値）になり過去最多となっている。児童虐待のリスク要因として、実母の「育児不安」、「養育能力の低さ」、「衝動性」の割合が高いことが報告されている。つまり、母親の否定的な情動が虐待へと発展していくと考えられる。子育てをしていく中では、不安や怒りなど否定的な情動が喚起される場面が多いと推測される。この情動の軽減が虐待予防となりえる。ま

た、虐待に至らないまでも子育てに悩みをもつ母親は多く、乳児健診における 8 割の母親が育児不安を訴えているとの報告（平海、2006）もある。これらのことから、深刻な虐待に至る前に不安や困難を抱く親に対しての支援は、重要な課題であると考えられる。

### 第 1 項　本邦における育児不安の歴史的概観

子育てに困難を感じる母親の状態を表現する際に、日本では育児不安、育児困難感、育児ストレスという用語が用いられている。これに対して海外では、育児ストレス（parenting stress）や母親の心理的苦痛(maternal distress)という用語によって、子育てにまつわる困難感が取り扱われている。

近年、日本において育児に関する母親の心理な問題が取り沙汰され始めたのは、1970 年代からである。1970 年代は子殺しや母子心中が問題にされ、その原因として、しばしば育児ノイローゼが挙げられた。たとえば、1971（昭和 46）年版厚生白書によれば「児童の養育について自信の持てない両親もふえている。一部の母親は、育児ノイローゼが高じて心中に走る場合すらある。」と報告している。児童の生命が断たれた事例は昭和 45 年 1 月～昭和 46 年 4 月までの期間に 72 件、1 か月平均 4.5 件生じたとされている（全国養護施設協議会調べ）が、なかでも母親の育児ノイローゼは、原因として大きな比重を占めている。また、1979（昭和 54）年版厚生白書は、核家族の場合、「特に重要な相談相手たる姑の活用もほとんど行われておらず、夫と相談する度合が高くなっている」「このような場合、未経験な母親ほど育児についての不安が高まることが容易に想像され、これが高じれば、例えば育児ノイローゼといった不幸な現象を引き起こす要因ともなりやすい」と述べている。

このように、1970 年代には、育児に自信のない母親や不安を持つ母親が問題にされ、それが高じると育児ノイローゼになると捉えられていた。こうした育児に関する不安は、1980 年代にはいり、「育児不安」と言われるようになる。たとえば、1980（昭和 55）年版厚生白書は、「妊娠や育児に関する正しい知識の欠如や育児不安をもつ母親の増加」を指摘している。山根（2000）によれば、育児不安など、「母親の心理や育児を行う当事者のもつ社会関係に焦点をあてた実証研究」が 1980 年代以降に本格的に定着したと述べている。そして、この頃から育児不安に関する定義およびその尺度開発などの研究がなされるようになった。尺度開発においては、「一般的疲労感」や「一般的気力の低下」、「育児気力

の低下」などからなる育児不安感（牧野、1982)、「育児満足」や「育児不安」などからなる育児困難感（川井ら、2000)、「アイデンティティの喪失に対する脅威」や「育児に対する社会からの圧迫感」などからなる育児ストレス（清水、2001）などが挙げられる。これらの尺度は、育児をする中で多くの母親が否定的感情を抱いていることに着目し、その感情を測定しようとしている。

そして、2000 年前後に再び育児不安が問題視されるようにになった。それは、児童虐待の「増加」をもたらした原因・背景として、育児不安が指摘されるようになったからである。児童相談所で、児童虐待に関する統計を取り始めたのは 1990（平成 2）年である。徐々に相談件数が増え、1998（平成 10）年以降、急増する。こうした相談件数の増加を背景に、2000（平成 12）年には、「児童虐待の防止等に関する法律」（児童虐待防止法）が制定される（2004 年改正)。朝日新聞でも、2000 年から 2004 年にかけて、虐待に関する記事が大幅に増える。つまり、2000 年前後に、児童虐待が大きな社会問題になることによって、その原因としての育児不安もまた社会的な関心を集めるようになった。

このような社会情勢の中で､母親の育児不安の軽減が着目されるようになった｡そこで、育児不安をかかえる母親の実態調査がおこなわれるようになった。乳幼児健診を受診した親子への調査から、幼児期の子を持つ母親の 7 割が育児不安を訴えている（平海、2006）との報告している。また、縦断調査の結果から、3 歳児をもつ母親で育児不安を抱える者が 20 年前に 42%だったのに対して 76%に増加している（原田、2006）ことが報告されている。以上のことからも、育児不安は、多くの母親が抱えていると言える。このように増加し続ける育児不安であるが、そこで改めて、育児不安とは何なのかその背景や原因を整理する必要がある。

第２項　育児不安の背景および要因

育児不安という概念の定義は様々にされている。まず、育児不安という概念を初めて明確化した牧野(1982)によれば､「育児行為の中で一時的あるいは瞬時的に生じる疑問や心配事ではなく、持続し蓄積された不安の状態である」としている。さらに、大日向（2002）は「子どもの成長発達の状態に悩みを持ったり、自分自身の子育てについて迷いを感じたりして、結果的に子育てに適切にかかわれないほどに強い不安を抱いている状態」と定義している。つまり、育児不安とは、母親が育児にまつわる状態において見通しのなさや不安を感じることだと言える。育児不安の背景・要因としては、厚生労働白書の説明によれ

ば、「核家族化」「都市化」「少子化」といった説明に加えて、母親をめぐる社会環境や心理状態などが指摘されているのが特徴的である。つまり、育児不安とは、母親の心理状態が関連していることが示唆されている。

育児不安の研究を概観すると、これらの研究は、医学と心理学の両方面から行われている。医学面では、Maternity Blues や産後うつ病及び虐待との関連で論じられることが多い。最近では、妊娠・出産期との関連についても論じられるようになった。

これらの研究では、不適切な養育を行いやすい母親の背景として母親の精神疾患や、母親自身が幼児期に自分自身が不適切な養育を受けた経験（世代間伝達）を有しているといった要因が挙げられている。また、子ども側の原因としては、低出生体重児、発達障害や行動障害を有するために養育に手がかかる、ないしは育てにくい子どもの存在が指摘されている（松井ら、1990；吉田 1999）。

心理学の面では、母親自身の愛着パターン、つまり母親と子どもとの関係性やソーシャルサポートの資源の有無についてや、母親自身のアイデンティティの獲得およびそれにまつわるストレスに関しての心理要因を検討している。

これらの研究を概観した結果、育児不安とつながる要因は、１）母親自身のメンタルヘルスや内的要因、２）育児環境、３）子どもの要因の３つに分類が可能である。しかしながら、３）子どもの要因は母親の認知の仕方によるところが大きいと指摘されている。よって、育児不安の原因とは、母親自身の特徴（内的要因）と母親をめぐる環境の原因（外的要因）に分けられる。

### ２－１　育児不安の外的要因

育児不安が高まる要因として、社会からの孤立化が挙げられる。とくに専業主婦に育児不安が多くみられるのは、社会的ネットワークを充分に活かせないためではないかと指摘されている。

社会的ネットワークからの支援は、ストレスを軽減させる効果があるとスミスら(Smith and Hobbs, 1966)が主張して以来、ストレス対処に心理社会的支援がきわめて重要であると認識されるようになった。心理社会的支援には、経済的に頼りになったり、手伝いや情報が得られる手段的支援認知と、安心感や信頼感が得られたり、自分を評価して自信や希望をもたせてくれる情緒的支援がある。

社会的ネットワークは、ストレス下にある人を支援するはたらきがあるだけではなく、

ストレス反応自体を軽減させる効果もある。自分は対処能力が低いと感じていても、周囲の人からの支援があると思えるだけで、ストレスは軽減される。

Gore(1978)は、数週間失業状態にある人達に調査をおこなっている。その結果、配偶者から情緒的に支援されていると感じる人は、自分を責めることはなく、コルステロール値も低かった。しかし、支援されていないと感じる人は、抑うつ気分が高かった。社会的ネットワークは、死亡率を低下させるはたらきもある。Berkman and Syme(1979)による 9 年間の追跡調査では、社会的ネットワークの多い人は少ない人に比べて、死亡率は 2 分の 1 から 4 分の 1 だった。

育児にも以上と同じような研究報告がされている。父親が母親の気持ちや生活一般について興味を持ち理解を示していることが母親のストレス軽減に大きな影響をもつ（牧野、1982)、祖父母の非手段的サポートが育児不安を軽減させる（唐田、2008)、同居している夫の母または実の親からの援助や助言が育児への自信を支える（伊藤、1983）など、情緒的・手段的サポートの必要性が強調されている。

ソーシャルサポートは抑うつ、不安、身体的な症状など個人の経験する不快な主観的状態の軽減（海老原ら、2004；吉永ら、2007)、日常的なストレスの解消（Belsky, 1984）につながるといわれている。特に、未就学児の母親は、育児ストレッサーに対する回避が困難なことが多く、育児ソーシャルサポートが緩和要因として作用する可能性が高いと報告している（渡辺、2000)。手島・原口（2003）によれば、地域のサポートとして、子育ての専門家によるサポートや、子どもが遊べる場所や母親同士が話せる環境のサポートがある場合には、育児不安が低いことが報告されている。

そして、このような一連の研究の成果は、専業主婦に対する支援や、一時保育、遊び場、ネットワークづくりなど、子育てに対する社会的な支援制度を組織化し、拡充することにつながってきたと言える。

柴原（2003）は、母子保健事業が、乳幼児の疾病や障害の発見などの個別的な対策から、母子の心身の健康を守り子育て支援までを視野に入れた健康志向型へと変化していったと述べている。太田（2003）は、乳幼児健診の場における母親の育児不安や虐待の恐れのあるケースへの対応に関する調査を行い、乳幼児健診が母子のニーズや SOS を把握する貴重な機会であることを確認している。ここ数年、どの月齢の健診においても 90％前後と受診率が高いことをみても、乳幼児健診が大変有効である。問題点は、母の体調や夫に関する悩みについては、関連の相談機関につなぐ時間的な余裕や支援システムがない、フォロー

の必要がない場合でも、育児相談に結びつけるまでの時間がかかり、虐待の兆候を把握しても迅速な対応ができないなどを指摘している。また母親の訴え・相談から育児不安や虐待につながる事例を理解するための共通のチェックリストやスケールがない、乳幼児健診の後のフォロー状況や母子の行方を管理・記録する母子管理票が機能していない、記録を基にしたその後のフォローの流れやシステムが構築されていないなども指摘している。

檜垣（2001） は、保育所で実施されている「地域子育て支援センター事業」の親子教室に参加した母親へのアンケートから、この親子教室が、母親にとっての子育てに関する楽しさの体験を保障していること、親同士で育児不安を軽減できること、保育園の子育て文化や方法が伝わること、などを挙げており、加えて、保育園が開放され、地域の人々にとって気軽に利用できる場所となることが期待される、と述べている。鑑（2003）は、育児不安を抱えている親の中には、他人に話を聴いてもらうことによって精神的に安定し、子どもの発達に合わせた育児を行うことができるようになり、自分が抱えている問題に気づき、うまく解決できるようになる母親も多い。そのような親の気づきを支えるために、保育士には親として育っていくプロセスを踏めるような支援能力と、問題の深刻さを読み取り、保護者が必要としている援助を理解し、支援する能力が求められる、と述べている。

前田（2003）は、地域の母親たちによって構成される育児ネットワークが提供できるサポートには、偏りがあると、主張している。育児ネットワークが提供できるサポートには、育児に関連したサポートに限定される傾向があり、母親役割から離れた個人的な問題には十分に対応できないと考えられ、育児期女性の個人としての発達を保障するためには、地域の母親ネットワークの形成のみならず、母親役割から離れた関係の維持・開発も支援すべきである。

このように周囲からの支援といったソーシャルサポートが、育児中の母親にとって重要であるにもかかわらず、育児不安を訴える母親が減少しない現状を鑑みると、社会的支援やソーシャルサポートの充実以外にも、育児不安の他の原因に対する支援法があるのではないかと考えられる。実際に、手島ら（2003）の報告では、育児ストレス尺度の開発を通して、育児不安と関連しているのは、育児ソーシャルサポート以外に育児観もあるとの結果が得られている。このことは、最近は多種多様な育児書などの影響により必要以上に、育児観・子ども観が植えつけられ、母親はこうあるべきだという自分自身の母親としての意識が強すぎたり、また夫や周囲からの期待による「母親の役割」を押しつけられたりすることで、その通りにならない苛立ちも育児不安の原因になっているのではないかと推察

している。このような見解からも、育児不安を軽減するためには、社会的支援やソーシャルサポートの提供だけでは有用ではないと考えられる。そこで、育児不安の原因として、母親の個人内要因に着目し、その原因に着目した支援の必要があると考えた。

### ２－２　育児不安の内的要因

育児不安の母親側の内的要因は様々な要因が検討されており、上述したように医学・心理学の側面から研究されている。育児不安や育児困難感の内的要因として、井田（2013）が育児困難感を文献より概念分析した結果、人格形成の基盤となる性格と自分の経験した妊娠、分娩の捉え方が影響するとした。そこで、本論文では母親の妊娠・出産期体験との関連、母親の性格として自己イメージ・個性に着目していきたい。

#### ① 母親の自己イメージと育児不安との関連

自己イメージとは、「人が自分自身を客体化したときに、自分自身に抱いている考え（東ら、1995）」や「行動の内的準拠枠（基準）（片野、2001）と言われている自己概念の構成要素の一つである。この自己イメージとは、主体的な自我が認める全体的な自己であり、比較的恒常的であると言える。梅津ら（1981）は、人がどのような行動をとり、行うかは自分自身に抱いている自己イメージに左右されることが多いと述べている。

育児においてもこの自己イメージが関連していると考えられ、自尊感情や自己効力感などで測定されている。その結果、育児不安の強さには、自尊感情や自己効力感などの自己イメージが関連する（渡邉・篠原、2010, Brown et al., 1986, Belsky 1984, 川井ら、1994, Bloomfield and Kendall, 2012, Jones and Prinz, 2005, Sevigny and Loutzenhiser, 2009）ことが報告されている。例えば、育児に対する自己効力感は母親役割を促進させ子どもの行動や発達に肯定的に影響する(Coleman and Hidebrant, 2000)。育児に対する高い自己効力感は、育児に適応的であり暖かい環境を与え(Donovan et al., 2005)、育児に没頭でき(Mash and Johnson, 1983)、活動的な対処方法で育児への挑戦をすることができる(Wells-Parker et al., 1990)。

育児不安について明確にした川井ら（1994）は、育児不安の因子として「不安・抑うつ感因子」と「育児困難感因子」を抽出した。「不安・抑うつ因子」は子どもへの現在の不安、現在の心配、気になる行動、対人関係等、広範囲にわたる背景を持っていると報告し

ている。しかし、「育児困難感因子」は子どもの状態と関わりなく、母親の育児上の不安を示すとした。それは、母親としてのみ存在することでの欲求不満や焦燥感を表しているとし、その本態は、母親自身の自己信頼心のなさ、無能感、無力感であると述べている。つまり、母親自身が自分をどのように捉えているかという認知が、育児上の不安と関連していることが示されている。

さらに原口ら（2005）は、育児不安が高いと自己肯定感が低いという結果を示した。この調査では、母親自身がもつ3側面（家庭人としての自分、社会人としての自分、個人としての自分）の理想と現実の構成割合に生じたギャップと育児不安との関連を調査した。母親の家庭人としての自分の構成割合が理想に比べて現実が上回れば上回るほど、そして、個人としての自分の構成割合が理想に比べて現実が下回れば下回るほど育児不安が喚起されやすいと報告した。つまり、社会で求められている母親像にあわせ、自分らしさを押し殺してしまっている母親は育児不安が高いことを示している。橋田（2000）は母親役割に着目しており、母親役割に対する達成感は、母親役割に対する受容感と自分自身に対する受容感と関連していると報告している。このことは、自分自身への評価（認知的枠組み）と母親としての評価が、自分のなかでの評価基準となることを示している。以上のことから、育児困難、育児不安や母親役割の遂行には、母親自身が自分自身をどのように捉えるかという認知的枠組み、つまり自己イメージが関連していると考えられる。

ここで否定的な自己イメージと肯定的な自己イメージについての概念を整理する。否定的な自己イメージとは、「他者報酬追求型」と呼ばれ、幼少期から養育者へ服従、依存、我慢、病気、世話などをし、こうした態度をとることによって養育者からの情緒的結びつき（愛着）を得てきたイメージ記憶に基づく行動特性をもつ。例えば、自分の気持ちを抑える自己抑制型、周りの察しを求める対人依存型などがある。これらの特性は、他者からの承認を得ようとする他者報酬型の自己イメージをもちやすく、社会的自己で生きるため、緊張や不安を伴いやすく、ストレスを蓄積しやすい。また、他者の評価を得るために自分の本当の感情を抑圧しやすく、自己否定するためにうつ気分が強まる（宗像、2010）。特に多くの人は、幼い時から親が求める、社会的に求められた期待を実現するために他者報酬追求型の自己で生きていると言われる（宗像、2008）。

一方、肯定的な自己イメージとは、「自己報酬追求型」と呼ばれる。幼少期から無条件に愛され、情緒的結びつきを得てきたイメージ記憶があり、自分の気持ちを率直に

表現できる自己表現型、精神自立型、自己肯定型などがある。これらの特性は、自己報酬型の自己イメージ脚本をもつ。これらの特性はあるがままの自己で生きることになるので、ストレスを累積しにくい。自己報酬を得ることに依拠した行動をとるため、愉しさ、興味、感動、決意、達成感、成長、自己満足、感謝、共感などの自己報酬を獲得しやすい（宗像、2010）といわれる。自己報酬追求型の自己イメージをもつ母親であれば、自分を肯定的にとらえ、周りに自己表現して支援を得ながら育児に取り組むことができるだろうと推察する。

女性が母親になり育児をしていく中で、視野の広まりや物事に対する柔軟さが獲得され、さらに運命などの受容などを意識するようになる（柏木ら、1994）といわれている。つまり、自分自身に対する自己イメージも妊娠・出産というライフイベントを通すなかで肯定的な変化があるとされてきた。しかしながら、小野寺（2003）による妊娠後期から出産後3年までの母親の自己概念の変化に関する縦断調査では、出産後3年間では自己概念は目立って変化していなかった。さらに、出産後は自尊感情が低下したことを報告している。この結果は、現代社会において、育児に関わることが必ずしも個々人の自信や安定した自尊感情の源泉にはならないことを示している。つまり、育児を通して自己イメージは変化することはない。しかしながら、先行研究が示すように、育児不安と自己イメージは関連がある。よって、肯定的な自己イメージをもつことが、育児への不安感や困難感を低下させると推察する。

② 親の個性と育児不安との関連

養育初期の母子関係における母親自身の個性の影響は、例えば母親の感情表現、特に抑うつが乳児との相互作用に及ぼす影響についての研究によって示されている(Hernandez-Reif et al., 2006)。

さらに、母親の個性の影響は、母親がわが子について評定する Carey の ITQ (Infant Temperament Questionnaire)への 回答において、乳児を difficult と知覚する母親と easy と知覚する母親の特徴を比較検討した一連の研究によっても示唆されている。

ITQ は、Thomas and Chess らの乳児気質研究をモデルにして作成された質問紙である。すなわち、Chess et al.,(1963)は、乳幼児の気質と発達に関するニューヨーク縦断研究を行い、主として、面接によって、乳児の気質、活動性、規則性、積極性、順応性、反応の強さ、敏感性、気分の質、気の散り易さ、執着性の 9 カテゴリーによって分類した。そして、乳児における機嫌の悪さ、食事・睡眠・排泄の不規則さ、刺激に対する過度の反応、環境の変化に対する嫌悪と順応の遅さを、後の子ども時代の問題行動をおこす危険性がある「扱いにくい」気質パターンとした。

その研究に基づいて、Carey(1970)は、母親が自分の子どもである乳児に対して質問紙(ITQ)で回答するようにした。ITQ が、乳児の気質研究に広く活用されているが、検査者が直接に子どもを観察するのではなく、母親が自分の子どもを「扱いにくい」と回答することに大きな意義があった。要するに、母親が自分の子どもをどのように認知しているかがこの研究の目的であった。結果として、自分の子どもを「扱いにくい」とする ITQ への回答は、子どもの気質よりも母親の個性の方が強く影響していることが示された。

Bates et al.,(1979)は、322 人の 4 か月から 6 か月の母親に対して調査を行った。経産婦で外向性の母親が、「扱いやすい」と評定する傾向を見出した。その結果、母親の性格が乳児に対する扱いにくさの認知に影響しているかもしれないと述べている。

育児不安が高い母親は、不安傾向をもち（佐々木・清水、1986)、柔軟性が低く（数井ら、1998)、親和性が低く（大森、 2010)、ストレスマネジメント能力が弱い（Duggan et al., 2007） といった特徴が挙げられている。

③育児不安と妊娠・出産体験との関連

現代社会において、妊娠・出産の体験は多様化しているため、育児中の母親への心理的影響が論議されるようになった。恒次ら（1999）は、育児困難感の高さと「妊娠・産褥期の問題」と関連があると報告している。一般にマタニティーブルーズなどを代表とする産

褥期の抑うつ症状が産後数日や数か月で解消されるとしたが、実際はその時期をうまく乗り越えられなかった母親が育児期においてもその積み残された課題に直面しているのではないかと考えた。嶋松・高山（2004）は、乳児を養育する母親 20 名に面接調査をおこなった結果、育児困難感が高い母親は妊娠・分娩体験に否定的感情を持つことを明らかにした。この感情は母親自身が妊娠・分娩の際にリスクを知らされなかったこと、母体搬送されたこと、早産になったことがなかなか受け止められず引きずってしまうとしている。反対に、肯定的な感情をもつ母親はリスクを知らされており、それに充分注意をしながら日常生活にかかわっていることが報告されている。つまり、妊娠期からの医療スタッフや周囲が、妊娠・出産に関する不安を軽減するようなサポートをする必要があると考える。同様な結果として、山口ら（2008）の研究では、育児困難感の高い母親は「妊娠中の異常があった」ことが示された。内容としては、切迫早産、切迫流産、妊娠高血圧症候群が主であった。これらは、妊娠中の生活の仕方、心身の状態と大きく関連しており、妊娠中のリスクを減らすことが育児困難感の軽減となりえることを示している。

以上のことから、妊娠・出産の体験は育児不安感や困難感と関連している。育児不安感や困難感を軽減するためにも、妊娠期や産後の母親へのサポートが必要であると示唆された。

第 3 項　育児に対する肯定的な感情

育児に対して否定的感情を抱くことは、育児期にある親ならば誰でも経験することである(Dearter-Deckard, 2004)。育児不安もマイナスの影響ばかりではなく、不安があるからこそ、子供の問題や変化に対応することができるという調査結果（大日向、1989）があり、この否定的感情さえも肯定的に受け止める見解もある。

育児不安や困難を感じる母親たちでも、育児に対して必ずしも否定的であるだけでないといえる。たとえば、子どもや育児に対する肯定的な感情を抱いているという点では、どの世代の母親たちも変わりがないという指摘がある（柏木、2003)。「子どもがかわいくてたまらないと思うこと」と思う母親は 90%を超えている。しかしながら、育児に対して不安や心配事があると答えた母親も 70%近くいる。このことは、子どもはかわいらしいし愛情を喚起させるが、反対に育児に対して不安になってしまうなど、育児に対して肯定的な感情と否定的な感情の両方を併せもっているといえる。

こうした肯定的な感情と育児不安との関係について住田（1999）は、「育児は母親の肯定的感情が基底をなしている」と指摘している。そして、「誰もがある程度の育児不安を

抱えるが、育児への肯定感情が確固としているために、育児不安が喚起されることはなく、それによる混乱も生じないが、育児不安が喚起され、育児への肯定的感情を上回るようになると、両者のバランスが崩れ、結果的に不安状況に陥ることになる」と説明している。つまり、育児への肯定的感情を高めることにより、育児不安を軽減することができると考えられる。

育児への肯定的感情の一つである母親の幸福感は、自尊感情に影響されていると述べられている（Cheng and Furnham, 2000）。自尊感情を高め自らの幸福感を実感することは、親としての在り方に肯定的に影響し、またさらに、それが自らの自尊心や幸福感に肯定的に影響する、といった相互的関係性があるといえる。親としての行動に有効であるばかりでなく、親としての行動と幸福感が相互に関係しあっている。このことから、自尊心などの母親の自己イメージを高めることは、育児への肯定的感情を高める支援となりうると推察できる。

## 第２節　妊娠・出産にまつわる母親の問題

### 第１項　産後うつ病と出産時との問題

産後うつ病を中心とした周産期のメンタルヘルスに関する研究は、最近 20 年余りに欧米を中心として精神医学的研究が進められ、その結果、発症率や好発時間、発症関連要因などが解明されてきた。産後うつ病の発症率は 10%～15%と高いことが指摘された(O'Hara, 1986)。また、産後うつ病の母親の影響についても言及されるようになった。母親の産後うつ病やうつ症状はその女性と家族に著しく有害な影響がおよぼされ(Goodman, 2004)、母親役割や母子関係が危うくなる(Goodman, 2004)との指摘がある。また、母親の産後の抑うつ状態は、乳児との絆を阻害するため（Murray et al., 1996; Martins and Gaffan 2000)、愛着関係が築きにくいと考えられる。うつ状態の母親は、子どもとの応答に繊細さに欠け、子どもに否定的な認知を持つ(Goodman and Gotilb, 1999; Cicchetti and Toth, 1998; Weinberg and Tronick 1998; Feldman 2007)。この繊細さの欠如は、その子どもたちの学童期、青年期の認知や社会的感情の表出の低さと関連がある(Murray et al., 2011; Beck, 1998; Weinberg and Tronick, 1998; Cooper et al., 2003; Kim-Cohen et al., 2005)。

母親の産後の抑うつ状態は、子どもの長期間にわたり影響があると報告されている。子どもの認知、神経学的、社会および感情の成長に否定的な影響を与える(Feldman 2007; Murray and Cooper, 1997)。そして、子どもに長期の精神病の発達のリスクを高め(Cicchetti and Toth, 1998; Murray and Cooper, 1997)、後の人生のいくつかの時点でうつ病を発症しやすい(Cicchetti and Toth, 1998)。

産後うつ病のリスク要因は、精神科既往歴、家族や友人などからのサポートの欠如、妊娠前後から出産までに経験するライフイベントなどが報告されている。さらに、近年の産科医療における医学的介入との関連も指摘されている。帝王切開や鉗子・吸引分娩は産後機能を消失させ(Lydon-Rochelle et al., 2010)産後 5 日後、5 週間後、3 ヶ月後のうつ病のリスクを大幅に上昇させる(Boyce and Todd, 1992; Bick and MacArthur, 1995)。帝王切開や鉗子・吸引分娩を体験した母親は、乳児との絆が結びにくく、また産後の気分障害などがみられやすく(Glazenar 1997; Gjerdingen et al., 1993)、乳児へのイライラ感や怒りをより感じていた(Mercer and Ferketich , 1994)。

以上のことから、出産時の医学的介入は産後うつ病のリスクを増大させ、子どもへの否定的な影響があると考えられる。

第２項　妊娠・出産体験の母親への影響

２－１出産体験の自己評価について

近年までの出産体験への評価は医療サービスを提供する側の視点から構成されており、母親自身の出産に対する評価は含まれていなかった。しかしながら、出産は母親の主観的な体験（Rubin, 1984）であるため、医学的にはたとえ正常な分娩であったとしても心理的には否定的体験だったと認識される場合がある(Mackey, 1998 ; Sadlar et al., 2001)。つまり、出産体験を母親がどのように受け止めたかが重要になる。ManCrea and Wright（1999）は、出産体験の自己評価は、出産期におけるケアの質の重要な指標であり、母親への精神的影響が大きいとした。産後の母親の精神状態を良好に保つことは児童虐待の防止や子どもの発育に影響するため出産体験の自己評価の重要性が示されるようになった。Fawcett et al.,（1992）は、出産体験を肯定的に評価している母親は、自らの分娩所要時間を実際よりも短く、否定的であった母親は実際より長かったと感じていたと報告している。また、出産体験の肯定的な自己評価は、分娩にかかった時間よりも陣痛の強さと関連していた。さらに、 分娩が短時間に終了しても、 出産した本人が、 産痛に対処できなかったと認識した場合には、出産は否定的に認識された。逆に、分娩が長時間かかったとしても、産痛緩和法の決定に積極的に関与できたと認識した場合には満足度は高かった。このことは、母親が自分の出産を自分の力で乗り越えたという認識、出産に対する自己効力感が高いと出産満足度が高くなると指摘している。つまり、出産体験を肯定的に評価するためには、母親自身の自己効力感などの自己イメージが重要となる。

Mercer(1981, 1985)と Rubin(1984)は、よい出産体験は母親の自尊心などの自己イメージを高め､産褥早期の母子作用のポジティブに影響する可能性があることを指摘している。しかし、反対に悪い出産体験は自尊心を低下させ、乳児との愛着を阻害する。つまり、よい出産体験は産後の母子にポジティブに影響する。また、予期していなかった帝王切開など産科手術を受けた母親は、経腟分娩した母親に比べて出産体験を否定的に受け止めており、子どもに対して敵意を表したり、愛着を示さなかったりする傾向があることが報告されている(Cranley et al., 1983; 堀内ほか、1987; 堀内ほか、1989; Mercer et al., 1983)。このことも、予期しない分娩は母親の自己効力感を低め、分娩が思う通りにいかなかったという無能感を強める。しかし、帝王切開による否定的感情に対して出産体験の意味づけを行う心理的ケアがなされれば、母親の愛着行動が直接阻害されることはないという報告もある(Field and Widmayer, 1980)。この意味づけとは、出産の受け止め方を変えること、

つまり出産への認知の変容である。実際、意味づけとは否定的な出産により低下した自尊心を高める援助である。つまり、自尊心など自己イメージを変容することによって出産体験を肯定的な認知へと変容できると考える。

Sadlalr et al.（2001）は、分娩中の産科処置は満足と関連しない、産科的介入に至った経過や手続きを母親がどのように感じるかが重要であったと報告し、異常分娩であったか産科処置が実施されたかどうかよりも、母親が出産体験をどのように評価しているかがケアの指標として有効であると主張している。Seguin et al.（1989）は、出産体験の満足に関連のある要因として、経腟分娩の場合は、予想以上の強い陣痛、産科的介入への満足、分娩中のケア決定への参加への満足をあげ、帝王切開分娩の場合は、与えられた説明への満足、帝王切開に対する計画性、合併症に対する追跡をあげている。Creedy et al.（2000）は、分娩中の産科的介入とケアについての不満足は出産後のトラウマに関連していたと報告し、出産体験の自己評価が産後の心理的不健康のアセスメント視点になり得ることを示唆している。想像した分娩と現実の分娩に矛盾があると、出産に対する嫌悪感や拒否感、緊張をもたらす。そして、その結果自分に対する認識も否定的になり得る。予想と現実のずれが大きければ大きいほど否定的な出産体験となり、自尊心が傷つけられ、精神障害を招く可能性があることが指摘されている（Lowe，1993)。

以上のことから、出産の形態よりも出産体験をどのように評価するかが母親に影響することが示されている。また、出産体験をどのように評価するかは自己イメージと関連しているのではないかと考える。

### ２－２　出産体験の自己評価に影響を及ぼす要因

ここでは、出産体験の自己評価に影響を及ぼすと考えられる産科的要因、 心理・社会的要因についての先行研究を概観していく。

出産体験の満足に関連する産科的要因と心理・社会的要因については、多くの研究が報告されている（例えば、Sadler et al., 2001；Waldcnstron et al., 1996)。

産科的要因について、Norr et al.,（1977）は、 分娩合併症（遷延分娩、胎児切迫仮死、過強陣痛、微弱陣痛）と難産は出産体験の苦痛を増強し、母親の否定的感情を強めると述べている。また、出産経験（初産婦あるいは経産婦)、分娩所要時間の長さ、産痛の強さ、産科処置、分娩様式（経腟分娩、選択的帝王切開分娩、緊急帝王切開分娩）は出産体験の満足度に影響を及ぼすことが多くの研究で明らかにされている（例えば，Fawcett et　al.,

l992；Sadler et a1., 2001；Seguin et al.,1989)。それらの主なものは緊急帝王切開や異常分娩と産科スタッフの対応に関する記述であった（CranIey et al，1983；Fawcett et a1., 1993；Marut et al., 1979；Mercer, 1983)。帝王切開分娩であった母親は経腟分娩した人よりも出産体験を否定的にとらえる傾向がある（Affonson and Stichler, 1980)。 産科手術による出産を体験した場合、自分は分娩の苦痛に耐えられなくて上手く子どもを産むことができなかったと落ち込んでしまう傾向が指摘された。また、緊急時における医療従事者の心ない言動は生々しく長期に記憶されているという報告があり（我部山ら、2001；Simkin，1991)、 出産体験の自己評価に多大な影響を及ぼすことが強調されている。出産体験の自己評価について初産婦と経産婦を比較した研究では、初産婦の方が否定的にとらえる傾向があった（我部山ら、2001；Green et al.，1990；Waldenstron et a1.,1996)。心理的要因については、 分娩経過中に適切な情報と説明が与えられたり、呼吸法やリラックス法などの産痛緩和対処法を使って産痛をコントロールできたという感情を持った母親は、出産体験に対する満足や肯定的認識が高いことが明らかにされている（Green et al.,1990；Mercer et al.,1983；Norr et al.，1977；Sadler et al, 2000； Waldenstron et al., 1996)。また、適切な情報の提供と説明、処置やケアの決定への参加、助産師の 1 対 1 によるケア、産婦のそばに寄り添う助産師（doula） の存在は母親に満足感を与えるとされる（Sadler et al，2001; Waldenstron et a1.,1996)。 一方、出産に対する強い不安は出産体験の満足感を損ねる要因になることが報告されている（Green et al，1990)。つまり、産科スタッフの産婦の不安を取り除くような適切な対応が、出産体験への満足と結びつくと考えられる。また、Tipping（1981）は、出産時の孤独は死に直面するような恐怖として作用するとし、産科スタッフの母親に対する関わりの重要性を指摘している。Rubin（1984）は、母親が出産中にスタッフの世話を十分に受けることが新生児への十分な世話につながると述べている。

社会的要因として、夫のサポートと出産体験の自己評価との関係についての研究によると、 夫の分娩中の励ましは、出産中の自己管理に影響を及ぼす要因として認識されている（Mackey，1995)。夫からのサポートは、 出産時おこなう呼吸法やリラックス法を行う母親の援助にとても重要であり、夫に親密性を感じている女性は、夫と出産経験を共有していると考えられている（Norr et al., 1977)。また、出産体験の全体的に満足度が高い母親は、夫が積極的に出産に参加していたと報告していた(Hart, 1997)。

さらに社会的要因として、常盤（2003）によれば、信頼できる医療スタッフの存在の有

無が、出産体験の満足度と産後うつ傾向の規定要因となると述べている。こ

さらに、出産準備クラスへの参加は、出産体験の肯定的な認識に有意に関連する（例えば，Charles et al., 1978 ; Norr et al.，1977)。準備クラスの参加者は分娩中に鎮痛剤や麻酔の使用が少ないという見解が報告されている（例えば、Bennett et al.,1985 ; Timm, 1979)。Norr et al.,（1977）は、 249 名の褥婦を対象に産後 1 ～3 日に出産準備クラスへの参加と出産体験について面接調査と質問紙調査を実施した。出産準備（ラマーズ法）クラスへの参加と産痛コントロールのための呼吸法の使用（r＝.67）と夫の援助（r＝.54）との間に高い相関が示された。また、ラマーズクラスで教えられた産痛コントロールテクニックの使用効果と夫の援助は、夫への親密性を感じることと有意な相関（r=.27）があると報告している。以上の結果から、このような出産準備クラスの参加も、出産体験の満足度と関連していると推察される。

出産満足とは､｢肯定的態度あるいはイベントに対する効果的な反応｣と説明されており、満足(satisfaction)は、出産体験に対してどのような感情を抱いているかを評価することに役立ち、認知(perception)は、どのように知覚されたかを認識できるという(Bramadat and Drieger, 1993)。出産体験をどのように認識するかに対しては、産科スタッフの関わり方などとの関連性が示されてきたが、そのようなソーシャルサポートをどのように認識するかは自己イメージが関連しているのではないかと考える。

２－３出産体験の記憶について

出産にまつわる記憶とその想起については大きく議論されており、特に医療介入や陣痛の痛みに焦点がおかれている(Walderstrom, 2003)。出産の記憶は、次の子どもへの出産意欲への影響、産後の母親の精神状態に長期間の影響があることが示されている(Simkin, 1991; Wijima et al., 1997)。産痛への対処がコントロールできなかったときにもたらされる心理的結果としてのマイナス感情、つまり敗北感や自信の喪失、挫折感、恐怖、うまく子どもを産むことができなかったという劣等感や罪悪感などは、長期にわたって記憶され想起されるという報告がある（恵美須，1990 ; 我部山，1993 ; Simkin,1992 ; 和田，1986)。

出産にまつわる記憶は､非常に正確に想起されると報告されている。しかしながら、その想起には個人差が生じるとの報告もある。Simkin(1991)は、出産後 14-20 年後に

質問紙調査と面接調査をおこない、その記憶の厳密さについて報告した。しかしながら、出産において否定的な体験をした女性は、時間とともにその記憶を否定的に増長させていることも報告している。また、同様の研究として Bennette(1985)は第 2 子を出産した母親は、第 1 子の出産を否定的に認知するようになっていると報告した。そして、出産体験の否定的体験は、記憶として長く続くことも報告されている（我部山ら、1998; 大久保、1998; Simkin, 1991）。

## ２－４　自伝的記憶としての妊娠・出産体験

妊娠・出産は女性にとって大きなライフイベントであり、その出来事が長期的に記憶される。この記憶は自伝的記憶として分類される。わたしたちは日常生活をおくる中で、様々な出来事を経験している。その経験には、非常に小さく些細なことから、非常に重要な出来事まで含まれている。そして何らかのきっかけで、それらの記憶は「思い出」として想起されたり、他者に語られたりする。このように、わたしたちが日常的に経験する、出来事に関する記憶の総体を、自伝的記憶（autobiographical　memory）という。Tulving（1983）の分類に従えば、自伝的記憶は宣言的記憶として扱われ、事象の記憶であるエピソード記憶（episodic memory）の一種であり、時間や場所、そのときの感情などが含まれている。しかし、自伝的記憶には従来の長期記憶の理論では説明できない独自の現象が含まれている。何らかのきっかけがあって想起された自伝的記憶は、その人が経験した出来事そのもののコピーではなく、様々な要因によって歪められた結果の記憶である。例えばトラウマ体験者の記憶は多くの場合抑圧され、意識的に思い出せないことがあるが、回想された記憶が事実とは異なる偽りの記憶（false memory）であったことが判明し、社会問題に発展したことがあった（Woodward, 1994）。このように自伝的記憶は、態度や動機から選択的に想起されたり、忘却されたりすることにより、想起時に再構成されると言われる。自伝的記憶には3つの機能があり、自己像の一貫性の維持や自我同一性発達のための機能を「自己機能」、他者との社会的関係を形成するための機能を「社会機能」、将来に向けて自己を動機付けたり、自分の価値観や態度を確認するための機能を「指示機能」というが、こうした機能を果たす際、自伝的記憶が経験した出来事そのものである必要性はなく、むしろ、心理的に現実であることの方が重要であるとされる（Pillemer, 2003）。従って、想起された自伝的記憶を事実として見るのではなく再構成されたものとして理解し、再構成的想起に影響を与える要因やそのメカニズムを探るこが非常に重要である。自伝的記憶

の再構成的想起に影響を与える要因として、これまで様々な要因が検討されてきた。そして、想起時の気分状態が大きく影響していることが報告されるようになった。

不安などの否定的な気分状態下では、自伝的記憶を否定的な方向に再構成するために通常よりも否定的な記憶を想起しやすいことは、多くの研究で証明されてきた。例えばNikendei et al., (2005）は、否定的な気分状態における、否定語の処理についての研究を行った。その結果、否定的な気分状態にある人は、そうでない人よりもより否定語を選択的に処理することが明らかになった。またMoritz et al., (2005）は記憶実験の中で、抑うつ気分状態の参加者と健康的な気分状態の参加者の、記憶想起課題の成績を比較した。その結果、抑うつ気分の参加者は健康的な気分状態の参加者に比べて、感情的な気分状態を喚起しない課題の記憶想起成績は劣ったが、感情的な課題、特に否定的な単語の想起においては、両者の成績にほぼ違いはなかった。これらの結果から、想起時の気分状態が否定的である場合、想起内容も否定的なものに再構成されることが推察される。以上のことから、妊娠・出産時の記憶と想起は気分状況、育児中の不安な感情のもとでは否定的に構築されるのではないかと考える。

自伝的記憶の再構成に関わる要因には以上のような気分状態が考えられているが、自己に関わる記憶の想起メカニズムや再構成的想起のメカニズムについては、認知心理学や精神分析学などの知見から様々な報告がなされている。自伝的記憶の想起には情報バイアス、schema（スキーマ）との関連性が考えられる。認知的な枠組みをスキーマと呼び、スキーマによって様々な経験の記憶は構造化され、それらの記憶を想起する際に内容が変容し、再構成が行われるとした。Macaulay et al .,（1993）もこの考え方を用い、感情スキーマによって、個人の経験の記憶処理にバイアスがかかることを明らかにしている。またBeck（1971）は、スキーマが個人の経験のフィルターとして働くことを主張し、スキーマの概念を基にしたうつへのアプローチを行った。うつ状態の人はうつ的スキーマを形成しており、何らかの出来事が起こるとそのスキーマと一致した方法で記憶が選択的に記銘され、また解釈・想起される際にもそのスキーマと一致したものになるとした。うつ状態の人の自伝的記憶が、そうでない人のものと比較して否定的なものになることは、Williams and Broadbent（1986）の研究以降注目されるようになり、様々な研究により結果が報告されている（Lemogne et al, 2006）。これらの結果をスキーマモデルで考えるならば、否定的なスキーマを持つ場合、自伝的記憶が記銘時・想起時にネガティブなものへと再構成されると解釈できる。特に、自伝的記憶は自己概念の形成において重要な役割を果たすことか

ら（Conway,1993）、自己に関する概念つまり自己イメージが自伝的記憶の再構成的想起に影響を及ぼすことが考えられる。本研究では、自己イメージと記憶との関連に着目した。Conway et al.(2004)は、自伝的記憶は長期記憶に保存されている自己イメージを介して想起し、そして自己イメージに結びついた目標の行動へと活性していくとした。このことから、否定的な自己イメージを有している母親は妊娠・出産期の記憶も否定的に再構成されるのではないかと考えた。

## 第３節　研究目的

### 第1項　本論文の目的

本研究では、未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験、育児体験認知、自己イメージの関連や影響について検証することが目的である。

これまでの先行研究を概観した結果、妊娠・出産体験が、母親のウェルビーイングに影響していることが明らかになっている。しかしながら、未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験と育児体験認知との関連は検証されていない。また、診療録の記録と母親の妊娠・出産体験の記憶との関連の検証の必要性もあると考えた。さらに、妊娠・出産体験や育児体験認知には、母親の自己イメージが関連していると考え検証することにした。以上の関連を検証した上で、妊娠・出産体験や自己イメージが育児体験認知に及ぼす影響についても検証する。

研究のすすめ方として、研究課題Ⅰでは、未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験の記憶と育児体験認知との関連、妊娠・出産体験の記憶と自己イメージとの関連、育児体験認知と自己イメージとの関連を検証する。研究課題Ⅱでは、診療録の妊娠・出産体験の記録と本人の妊娠・出産体験の記憶との関連の検証をおこなう。研究課題Ⅲでは、妊娠・出産体験や自己イメージが育児体験認知に及ぼす影響を検証する。

これらの研究結果から、妊娠期における母親の新たな支援の示唆を得たい。

第 2 項　概念的定義

1)　自己イメージ

自分が自分のことをどのように認知し、感じるかである。宗像（2006）によれば、自己イメージは過去の経験を自分の解釈によって固定化した記憶のことで、その記憶が自分だと同一化したものであると述べている。本研究ではさまざまな先行研究を鑑み、自己肯定感や自信感また自分の考えや気持ち表出に関する自己の評価といった自己イメージをとりあげた。肯定的な自己イメージとは、自分に自信があり周囲に自分の意見を言える自分とする。否定的な自己イメージとは、自分に自信がないために周囲にあわせ自分らしさを抑えている自分とする。

2) 育児不安

出産後の母親の否定的な状態を表す言葉として、「育児不安」、「育児ストレス」、「育児困難感」、「育児疲労」、「マタニティー・ブルーズ」、「産後うつ病（産後精神病）」などの多くの言葉が使用されている。

「育児不安」と「育児ストレス」は、研究によってさまざまに定義されている。育児不安と育児ストレスを同じ概念として扱っているもの（田中、1997; 難波、1999; 吉田、1999; 清水、2000)、親をわずらわさせる育児中の子どもの反応(difficult baby、動き、泣き、気質、様々な項目)を育児ストレッサーとして捉え、その育児ストレッサーによって引き起こされる親の心の状態（ストレス反応）を育児不安とするもの（牧野、1982; 難波、1999; House, 1975)、ストレスは人間と環境の相互作用であり、脅威を知覚するとストレッサーが不安反応にむすびつくとしているもの（スピルバーガー、1983）など、ストレス（ストレッサー）と不安の定義によって様々に定義されている。

「育児困難」については、日常の子育てに起因する育児へのとまどい（困惑)、子どもへの否定的感情や態度からなる心性としている（川井ら、1994 ; 1995)。

「育児疲労」についても、一般的疲労感、一般的気力の低下、育児気力の低下などから引き起こされる状態としており、育児不安、育児ストレス、育児疲労はおなじもの、または強く関連して引き起こされる状態であるとされている(牧野、1982、1988; 坂間、1999)。また、母親のアイデンティティの喪失に対する脅威や育児に対する圧迫感によるものなどその感情は多様である（清水、2001)。このように先行研究においても、これらの言葉を明確に分けて使用しておらず、各研究でそれぞれに多義的な概念をこれらの言葉に付与し、使用している傾向がある。

本研究では、「育児不安」「育児ストレス（ストレッサー)」、「育児疲労」、などを全て含む言葉として「育児不安」と表記していく。そして、「育児不安とは、育児にまつわる日常の出来事に見通しのない状態である。」と定義する。

3）育児体験認知

育児不安や困難を感じる母親たちでも、育児に対して必ずしも否定的であるだけでないといえる。たとえば、子どもや育児に対する肯定的な感情を抱いているという点では、どの世代の母親たちも変わりがないという指摘がある（柏木、2003)。「子どもがかわいくてたまらないと思うこと」と思う母親は 90%を超えている。しかしながら、育児に対して不安や心配事があると答えた母親も 70%近くいる。このことは、子どもはかわいらしいし愛情を喚起させるが、反対に育児に対して不安になってしまうなど、育児に対して肯定的な感情と否定的な感情の両方を併せもっているといえる。

育児に対してのアンビバレントな感情を抱くこととして、「育児にまつわる肯定的な感情および否定的な感情を体験する一連の出来事」として育児体験認知とする。本研究では、日常の育児にまつわる見通しのなさや感じ方、育児に関しての行動の遂行や実行の予測ができるかという感じ方、母親として日頃の子どもをどのように受け止めているかや感じ方を育児体験認知とした。

4）妊娠・出産体験記憶

妊娠中には妊娠前にはなかった身体的な現象がおきやすい。その中にはマイナートラブルと呼ばれ、重篤な症状でない限り母子ともに影響を及ぼさないとされる症状がある。代表的なものとしては、つわりなどがある。また、メジャートラブルと呼ばれるものには、母子ともに影響を及ぼすため、医師の管理が必要である。切迫流産、子宮不正出血、妊娠高血圧症候群、母親の病気（てんかん、統合失調症）などがあげられる。また、医療介入が必要とされる出産では、帝王切開、鉗子・吸引分娩、硬膜外麻酔、陣痛促進剤の使用などがある。カルテに記載されるトラブルや異常出産としては、難産、分娩遷延、逆子、低体重児の出産、前期破水、早産、仮死出産、さい帯巻絡、分娩時異常出血、胎盤早期剥離、陣痛異常、さい帯の異常などが挙げられる。

本研究では、以上のマイナートラブル、メジャートラブル、医療介入出産や妊娠・出産にまつわる出来事の記憶を総称して、妊娠・出産体験記憶とする。

### 第 3 項　本論文の構成

本論文は全 6 章で構成されており、各章の概観は以下の通りである。

第 1 章では、既述したとおり、母子をめぐる大きな問題点として育児期や出産期の問題点を述べた。まず、育児期の問題として育児不安をとりあげ、その原因となる母親の個人内要因を検討した。次に、出産期においては、出産期の問題と産後うつとの関連や出産の自己評価に関する研究を概観した。また、出産体験の記憶について自伝的記憶の概念を取り上げた。

第 2 章（研究Ⅰ）では、未就学児をもつ母親の妊娠・出産トラブル体験記憶と心理社会的要因との関連性を明らかにすることを課題とする。未就学児をもつ母親について、自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知と妊娠・出産トラブル体験記憶との関連性について量的に検証する。

第 3 章（研究Ⅱ）では、未就学児をもつ母親の実際の妊娠・出産トラブル体験とその記憶との関連を課題とする。未就学児をもつ母親の医療機関における妊娠・出産期の診療録をもとに、実際の妊娠・出産トラブル体験とその記憶の想起が育児体験認知と関連しているかを量的に検証する。

第 4 章（研究Ⅲ）では、未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験の記憶と自己イメージ、育児体験認知との関連性や影響を明らかにするために因果モデルを構築することにした。

第 5 章では、本論文の目的に基づき本研究の総合考察を行う。

第 6 章では各章の総括をおこない、本研究で得られた結果をもとに未就学児をもつ母親の心理社会的背景をまとめる。さらに、今後に向けて新たな研究内容の示唆を提示する。

# 第２章　妊娠・出産体験記憶と自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知との関連（研究Ｉ）

## 第１節　研究背景

妊娠・出産の体験やその後に続く育児は女性にとって大きなライフイベントである。育児期に注目すると、現在、わが国では育児に不安を訴える母親が多く報告されている（平海，2006)。育児不安は児童への心身への負の影響があることや（渡辺、2000 ; Maselko et al., 2011)、児童虐待へと発展することが指摘されている（内山、1997)。以上のことから育児不安を軽減することは緊要な問題といえる。

妊娠・出産および育児は女性にとって、また次世代にとっても重要なことであるが、それぞれ別の文脈で述べられることが多い。しかし、育児不安を抱える母親は妊娠・出産を否定的に捉えているという大日向（1983）の指摘のように、直接的な関連性があるのではないかと考える。また、妊娠・出産体験に関しては母親への短期間及び長期間、肯定的及び否定的に影響する(Simkin, 1991)との報告がある。例えば、否定的な出産体験は、産後のうつ状態のリスクを上昇させる(Rubertsson et al., 2003; Righwtti-Veltema et al., 2002)。このように、妊娠・出産体験の重要性を指摘されながらも育児中の母親の心理的背景との直接的に関連を示す研究は少ない。そこで本研究では、育児中の母親の妊娠・出産体験の記憶と育児体験認知や自己イメージとの関連を検証することにした。

育児中の母親にとって、妊娠・出産の記憶は、自伝的記憶の一つである。自伝的記憶の想起には情報バイアス、schema（スキーマ）との関連性が考えられる。認知的な枠組みをスキーマと呼び、スキーマによって様々な経験の記憶は構造化され、それらの記憶を想起する際に内容が変容し、再構成が行われるとした。Macaulay et al .,（1993）もこの考え方を用い、感情スキーマによって、個人の経験の記憶処理にバイアスがかかることを明らかにしている。またBeck（1971）は、スキーマが個人の経験のフィルターとして働くことを主張した。何らかの出来事が起こるとそのスキーマと一致した方法で記憶が選択的に記銘され、また解釈・想起される際にもそのスキーマと一致したものになるとした。このような概念はうつ状態の人々を対象としたWilliams and Broadbent（1986）の研究によれば、うつ状態の人は健康状態の人々より否定的な体験を想起しやすいと報告し、様々な研究により同様な結果が報告されている（Lemogne et al, 2006）。これらの結果をスキーマモデルで考えるならば、否定的なスキーマにより記銘時・想起時に否定的な自伝的記憶を想起しやすくなると言える。特に、自伝的記憶は自己概念の形成において重要な役割を果たすことから（Conway,1990）、自己に関するスキーマは自伝的記憶の再構成的想起に影響を

及ぼすことが考えられる。本研究では、スキーマと似た概念として自己イメージに着目した。自分に自信がなく周囲の協力を得るために自分を押し殺している否定的な自己イメージをもつ母親は妊娠・出産体験も否定的な情報として記憶されやすいと考える。

次に、記憶と気分との関連である。抑うつ状態などの否定的な気分状態下では、自伝的記憶を通常よりも否定的に想起しやすいことは、多くの研究で証明されてきている。例えばNikendei et al., (2005) は、否定的な気分状態にある人は、そうでない人よりもより否定語を選択的に処理することが明らかになった。これらの結果から、想起時の気分状態が否定的である場合、想起内容も否定的なものへと選択されることのではないかと考える。これらのことから、育児に自信がなく不安を抱いているという育児に対して否定的な感情をもつ母親は、自分の妊娠・出産期をトラブルがあってつらかったというように否定的に想起するのではないかと推察する。

本来、妊娠・出産は女性にとって人間的成長をする重要な時期であると言われている(Rubin, 1981)。このことからも、その後に続く育児に対しても大きな意義があると考え、育児中の母親が妊娠・出産体験をどのように記憶し、その記憶がどのような要因と関連しているかを解明することが必要と考えた。

## 第 2 節　研究の目的

未就学児をもつ母親の妊娠・出産にまつわる記憶と自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知とどのように関連するかを量的分析により検証する。

## 第 3 節　作業仮説

本研究の目的を達成するために、以下の仮説を設けた。

仮説 1．　妊娠・出産トラブル体験記憶と育児体験認知とは関連がある。

仮説 2.　妊娠・出産トラブル体験記憶と否定的な自己イメージは関連している。

仮説 3.　育児体験認知と自己イメージは関連している。

## 第 4 節　本研究の倫理的配慮

調査は、研究協力を依頼した市の承諾を得た上で行われた。調査対象に対しては、質問紙郵送の時に、以下の内容について説明した文章を同封した。

① 研究の目的・意義を明確に伝えた。

② 対象のプライバシーを厳守し、本研究以外の目的にデータを使用しない。

③ データの管理は、研究者自身が特定のパソコンで行い、データが外に流出する可能性はない。

④ 研究の発表の際は、データは数値化・平均化して扱い、個人が特定されることはない。

⑤ 答えたくない内容については回答しなくてもよい。

⑥ 本研究は、筑波大学大学院人間総合科学研究科研究倫理委員会（課題番号：第 21-335 号）の承認を受けた。

## 第 5 節　方法

### Ⅰ　研究デザイン

本研究は、質問紙による横断的記述研究である。

### Ⅱ　調査期間および対象

A・B・C・D・E 市の全公立幼稚園・保育園に通う乳幼児の母親 14434 名を対象として行われた。調査は 2006 年から 2010 年 9 月に、自記式質問紙調査法で行っている。調査票の配布は、託送法にて各園に委託し、乳幼児数分の調査票を個別の封筒で準備し、担当者から対象者に配布している。調査票の回収は、対象者が記入後、幼稚園および保育所においては各園設置の回収箱に投函し、各園でまとめた上、返信用封筒に入れて研究者側に郵送された。調査の趣旨について紙面上で説明し、任意の協力を元に実施すると共に、回答拒否をしても構わない旨、またデータのプライバシーの保護には十分注意を払うことを伝えている。研究の同意については、施設長には同意書を提出いただいた。また、調査対象者においては調査票の提出をもって同意されたものとすると伝えてある。調査票は 5 市 150 園に配布され、配布総数は 13118 部（内訳：A 市 1011 票、B 市 3309 票、C 市 2718 票、D 市 5115 票、E 市 965 票）である。回収数は 7443 票（回収率 56.7%、内訳：A 市 516 票、B 市 1825 票、C 市 1836 票、D 市 2758 票、E 市 508 票）であった。回収された調査票から性別と年齢が未記入のものと男性回答者のもの出産年齢が 50 歳以上であったものを除き、6950 票（有効回答率 53.0%）を分析対象とした。

本章で扱う調査の一部は、平成 16 年度～18 年度科学研究費補助金基盤研究（B）（2）カウンセリング法による健康継続行動の遠隔支援システム開発に関する研究－地域住民の生活習慣病予防と患者および予備軍の支援のために－研究代表者橋本佐由理の研究として収集したデータおよび平成 23 年度～25 年度科学研究費補助金萌芽的挑戦研究　妊娠期のパートナーシップの改善による子育て支援－研究代表者橋本佐由理の研究を用いる。

Ⅲ　調査項目、ならびに測定尺度

１．属性

一般属性：年齢、パートナーの年齢、同居家族人数

２．心理測定尺度

1）自己イメージに関する認知を測定する尺度

①自己価値感

Rosenberg（1965）が開発したものを宗像（1987）が日本語版として開発したもので、自分に対してどのくらい良いイメージを持っているかを測定する。「だいたいにおいて自分に満足している」、「ときどき自分がてんでだめだと思う」など全 10 項目の 3 件法である。採点方法は、自己への肯定的評価項目について「大いにそう思う」、「そう思う」、と回答した場合に 1 点、「そう思わない」と回答した場合に 0 点を与える。一方、自己への否定的評価項目について「そう思わない」と回答した場合に 1 点、「大いにそう思う」、「そう思う」と回答した場合に 0 点を与える。得点が高いほど、自分に対して満足し、肯定的にとらえていると解釈し、その自己イメージは自分に満足し自信を持っているといえる。10 項目 10 点満点であり、評価基準は、0～6 点は低い、7～8 点は中程度、9～10 点は高いとされる。信頼性と妥当性については、宗像ら（1987）によって検証されている。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は、0.77 であった。

②自己抑制型行動特性

宗像（1996）が開発したもので、他者から嫌われないように自分の気持ちや考えを抑える傾向や自己表出が出来るかなどの自己イメージを測定する。「自分の感情を抑えてしまう方だ」、「思っていることを安易に口に出せない」など 10 項目の 3 件法である。採点方法は、「いつもそうである」と回答した場合に 2 点、「まあそうである」と回答した場合に 1 点、「そうではない」と回答した場合に 0 点を与える。得点が高いほど自己抑制が高く、このような行動特性は、人に嫌われないよう、仲間はずれにならないよう、周りに合わせ本音を抑え、いつも怖さや不安を抱え、自分らしさがないと感じている。10 項目 20 点満点であり、評価基準は、0～6 点は弱い、7～10 点は普通（日本人社会には適応していても自分らしさがない）、11～14 点はやや自己抑制が強い、15 点以上はとても自己抑制が強いとされる。信頼性と妥当性は、橋本ら（2003）によって検証されている。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.75 であった。

2）他者イメージを測定する尺度

①情緒的支援ネットワーク

宗像（1996）が開発したもので、家族からの情緒的支援をどのくらい認知しているかを測定する。「会うと落ち着き安心できる人」、「つね日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人」など 10 項目の 2 件法である。採点方法は、「いる」と回答した場合には 1 点、「いない」と回答した場合には 0 点を与える。得点が高いほど、周りからの支援を認知できていると解釈する。10 項目 10 点満点であり、評価基準は、0～5 点は低く、周りの支援をあきらめているといえ、6～8 点は中、9～10 点は高く、自分を認め愛してくれている人がいることを感じているとされる。信頼性と妥当性は、橋本ら（2003）によって検証されている。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は、0.91 であった。

②手段的支援ネットワーク

宗像（1996）が開発したものを参考に、育児中の母親が家族からの手段的支援をどのくらい認知しているかを測定する。「経済的に困っている時、頼りになる人」、「あなたが病気で寝込んでいる時に、身の回りの世話をしてくれる人」など 5 項目の 2 件法である。採点方法は、「いる」と回答した場合には 1 点、「いない」と回答した場合には 0 点を与える。5 項目 5 点満点であり、得点が高いほど、周りからの支援を認知できていると解釈する。信頼性と妥当性は、橋本ら（2003）によって検証されている。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は、0.77 であった。

③両親からの幼少期の養育認知尺度

幼少期の両親からどのように接してもらっていたかの認知を測定する尺度である。「いつもやさしかった」などのポジティブな態度の 7 項目および「いつも厳しかった」などのネガティブな態度の 7 項目から成り立っており全 14 項目の 4 件法である。採点方法は、ポジティブな評価項目には「大変そう思う」と回答した場合には 4 点、「そう思う」と回答した場合には 3 点、「あまりそう思わない」と回答した場合には 2 点、「そう思わない」と回答した場合には 1 点を与える。一方、ネガティブな評価項目には「大変そう思う」と回答した場合には 1 点、「そう思う」と回答した場合には 2 点、「あまりそう思わない」と回答した場合には 3 点、「そう思わない」と回答した場合には 4 点を与える。得点範囲は、

14～56 点であり点数が高いほどポジティブな認知をしているとする。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.86 であった。

3）育児体験認知を測定する尺度

①日頃の子どもの様子

川井ら（1991）が開発したもので、日頃の子どもの様子をどのように捉えているかを測定する。「活発である」、「生き生きしている」、「落ち着きがない」などの全 12 項目、4 件法である。採点方法は、子どもの様子を肯定的に認知する項目については、「あてはまる」と回答した場合には 4 点、「ややあてはまる」と回答した場合には 3 点、「ややあてはまらない」と回答した場合に 2 点、「あてはまらない」と回答した場合には 1 点と採点する。また、否定的に認知する項目については、「あてはまる」と回答した場合には 1 点、「ややあてはまる」と回答した場合には 2 点、「ややあてはまらない」と回答した場合に 3 点、「あてはまらない」と回答した場合には 4 点と採点する。得点範囲は 12～48 点で計算され、得点が高いほど日頃の子どもの様子を肯定的に認知していると解釈される。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.76 であった。

②育児不安感

奥富ら（2007）が開発したもので、子育てに対する不安感を測定する。「子育てに困惑を感じている」、「子どもの事でどうしたら良いか分からなくなることがよくある」などの全 13 項目の 4 件法である。子どもに対する苛立ち感、子育てに対する見通しのなさ、子どもに対する気がかりの 3 つの下位尺度から構成される。採点方法は、「ほとんどない」と回答した場合には 4 点、「ときたま」と回答した場合には 3 点、「しばしば」と回答した場合には 2 点、「しょっちゅう」と回答した場合には 1 点を与える。得点範囲は 13～52 点で計算され、得点が高いほど不安が強いと解釈する。基準関連妥当性は自己価値感尺度（宗像、1987）および特性不安尺度（水口ら、1991）との相関が示されている。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.85 であった。

③育児自信感

奥富ら（2007）が開発したもので、子育てに対する自信感を測定する。「何があっても子どもに対して、大きな声を出さないでいられる」、「日頃から子どもの良いところを、よくほめている」など全 10 項目、4 件法である。採点方法は、「自信がない」と回答した場合には 1 点、「あまり自信がない」と回答した場合には 2 点、「まあ自信がある」と回答した場合には 3 点、「自信がある」と回答した場合には 4 点を与える。得点範囲は 10～40 点

で計算され、得点が高いほど自信が高いと解釈される。基準関連妥当性は自己価値感尺度（宗像、1987）および特性不安尺度（水口ら、1991）との相関が示されている。
本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.81 であった。

３．妊娠・出産トラブル体験記憶

妊娠・出産にまつわるメジャートラブルやマイナートラブルと呼ばれる体験やカルテや母子手帳に記載される体験の 22 項目（表 1-1）について、「ある/なし」で回顧法により回答を求めた。

| | 妊娠・出産トラブル体験記憶 |
|---|---|
| 1 | 難産・遅産 |
| 2 | 逆子 |
| 3 | 低体重児の出産 |
| 4 | 早期破水 |
| 5 | 鉗子分娩・吸引分娩 |
| 6 | 帝王切開 |
| 7 | 陣痛促進剤の使用 |
| 8 | 分娩時の全身麻酔 |
| 9 | 早産 |
| 10 | 切迫流産 |
| 11 | 仮死出産 |
| 12 | 子宮不正出血 |
| 13 | 母親の病気（てんかん、高血圧、糖尿病、統合失調症など） |
| 14 | へその緒が巻きつく(さい帯巻絡) |
| 15 | 妊娠高血圧症候群 |
| 16 | 胎位・体勢の異常 |
| 17 | 分娩時異常出血 |
| 18 | 胎盤早期剥離 |
| 19 | 異常破水 |
| 20 | 陣痛異常 |
| 21 | さい帯の異常 |
| 22 | 悪阻（つわり） |

表 1-1　妊娠・出産トラブル体験記憶の項目(22 項目)

## 第 6 節　分析

本対象者全体の自己イメージ、他者イメージ、妊娠・出産トラブル体験記憶や育児体験認知を概観するために以下の分析をおこなった。また、分析には統計ソフト SPSS vers. 21 を使用した。なお有意水準は 5%未満とした。

1)対象者の基本属性の特徴

対象者の基本属性の平均値や最小値、最大値を把握した。

2)対象者の自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知の実態について

各心理尺度の平均値や最小値、最大値を把握した。

3）妊娠・出産トラブル体験記憶の実態について

妊娠・出産トラブル体験記憶の平均値や最小値、最大値、中央値を把握した。

4）妊娠・出産トラブル体験記憶と心理尺度との関連

妊娠・出産トラブル体験記憶の数と各心理尺度との関連を検討するために Spearman の相関分析をおこなった。また、妊娠・出産トラブル体験記憶のない群をなし群、該当記憶が 1 つでもある群をあり群として対応のない t 検定をおこなった。

## 第 7 節　結果

### 1)対象者の基本属性

①母親の年齢

母親の平均年齢は 34.0（±4.7）歳であった。

②パートナーの年齢

平均年齢は 36.2（±5.5）歳であった。

③家族の人数

範囲は 2 人から 12 人であった。平均人数は 4.4（±1.2）人であった。

④子どもの人数

範囲は 1 人から 9 人であった。平均人数は 2.0（±0.8）人であった。

表 1－2　対象者の基本属性

n=6950

| | 最小値 | 最大値 | 平均値 | SD |
|---|---|---|---|---|
| 本人年齢(歳) | 18 | 50 | 34.01 | 4.71 |
| 配偶者年齢(歳) | 20 | 64 | 36.15 | 5.51 |
| 家族人数(人) | 2 | 12 | 4.38 | 1.24 |
| 子どもの人数(人) | 1 | 9 | 2.02 | 0.78 |

2）対象者の自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知の実態について

（1）自己イメージについて

対象の自己価値感の平均点は 5.57（±2.56）点、中央値は 6 点であった。尖度は-0.82 であり、また歪度は-0.16 であることから正規分布が示された。自己抑制型行動特性の平均点は 9.32（±3.32）点、中央値は 9 点であった。尖度は 0.30 であり、また歪度は-0.41 であることから正規分布が示された。

（2）支援認知について

対象の情緒的支援認知の平均点は 7.92（±2.96）点、中央値は 10 点であった。尖度は-0.82 であり、また歪度は-1.40 であることから正規分布は示されなかった。手段的支援認知平均点は 3.99（±1.44）点、中央値は 5 点であった。尖度は-0.78 であり、また歪度は-1.36 であることから正規分布は示されなかった。幼少期の養育認知の平均点は 39.96（±7.16）点、中央値は 40 点であった。尖度は 0.94 であり、また歪度は 0.93 であることから正規分布が示された。

（3）育児体験認知について

対象の日頃の子どもの様子の平均値は、38.37（±4.83）点、中央値は 39 点であった。最小値は 15 点、最大値は 48 点であった。尖度は-0.09 であり、また歪度は-0.32 であることから正規分布が示された。育児不安感の平均値は 22.87（±5.95）点、中央値は 22 点であった。最小値は 13 点、最大値は 50 点であった。尖度は 0.30 であり、また歪度は-0.20 であることから正規分布が示された。育児自信感の平均値は、26.92（±4.12）点、中央値は 27 点であった。最小値は 10 点、最大値は 40 点であった。尖度は-0.20 であり、また歪度は 0.09 であることから正規分布が示された。

表 1－3　対象者の自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知の実態

| | | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 中央値 | SD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 自己イメージ | 自己価値感 | 0 | 10 | 5.57 | 6 | 2.56 |
| | 自己抑制型行動特性 | 0 | 20 | 9.32 | 9 | 3.32 |
| 他者イメージ | 情緒的支援認知 | 0 | 10 | 7.92 | 10 | 2.96 |
| | 手段的支援認知 | 0 | 5 | 3.99 | 5 | 1.44 |
| | 幼少期の養育認知 | 14 | 56 | 39.96 | 40 | 7.16 |
| 育児体験認知 | 日頃の子どもの様子 | 15 | 48 | 38.37 | 39 | 4.83 |
| | 育児不安感 | 13 | 50 | 22.87 | 22 | 5.95 |
| | 育児自信感 | 10 | 40 | 26.92 | 27 | 4.12 |

3）妊娠・出産トラブル体験記憶の実態について

対象の妊娠・出産トラブル体験記憶の平均値は 1.74（±1.55）点、中央値は 1 点であった。最小値は 0、最大値は 16 であった。尖度は 2.7 であり、また歪度は 1.2 であることから正規分布をしていなことが示された。

表 1－4 妊娠・出産トラブル体験記憶の実態

| | 最小値 | 最大値 | 平均値 | 中央値 | SD |
|---|---|---|---|---|---|
| 妊娠・出産トラブル体験記憶 | 0 | 16 | 1.74 | 1 | 1.55 |

4）妊娠・出産トラブル体験記憶と心理尺度との関連

4-1　妊娠・出産トラブル体験記憶と心理尺度との相関

妊娠・出産トラブル体験記憶の多さと各尺度との相関係数を算出したところ、表 1－5 に示す結果が得られた。妊娠・出産トラブル体験記憶は、自己イメージを測定する尺度の自己価値感とは負の相関(r=-.04, p<.001)があり、自己抑制型行動特性では正の相関(r=.05, p<.001)があった。他者イメージを測定する尺度のなかで情緒的支援認知(r=-.02, n.s.)は相関がみられず、手段的支援認知では負の相関(r=-.03, p<.001)、幼少期の養育認知においては負の相関(r=-.06, p<.001)が認められた。日頃の子どもの様子では負の相関(r=-.06, p<.001)がみられ、また育児不安感では正の相関(r=.10, p<.001)、育児自信感では負の相関(r=-.04, p<.001)がみられた。

表 1-5　妊娠・出産トラブル体験記憶と心理尺度との Spearman の順位相関係数

n＝6953

| | トラブル体験記憶 | 自己価値感 | 自己抑制型行動特性 | 情緒的支援認知 | 手段的支援認知 | 幼少期の養育認知 | 日頃の子どもの様子 | 育児不安感 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| トラブル体験記憶 | 1 | | | | | | | |
| 自己価値感 | -.044 ** | 1 | | | | | | |
| 自己抑制型行動特性 | .046 ** | -0.33 ** | 1 | | | | | |
| 情緒的支援認知 | -.023 | 0.28 ** | -0.16 ** | 1 | | | | |
| 手段的支援認知 | -.030 * | 0.18 ** | -0.11 ** | 0.60 ** | 1 | | | |
| 幼少期の養育認知 | -.058 ** | 0.20 ** | -0.06 ** | 0.20 ** | 0.17 ** | 1 | | |
| 日頃の子どもの様子 | -.060 ** | 0.30 ** | -0.10 ** | 0.20 ** | 0.13 ** | 0.17 ** | 1 | |
| 育児不安感 | .098 ** | -0.48 ** | 0.26 ** | -0.22 ** | -0.16 ** | -0.19 ** | -0.43 ** | 1 |
| 育児自信感 | -.040 ** | 0.39 ** | -0.07 ** | 0.21 ** | 0.14 ** | 0.15 ** | 0.35 ** | -0.48 ** |

**p<.001，*p<.05

4-2　妊娠・出産トラブル体験記憶のあり・なしと心理尺度との群間比較

妊娠・出産トラブル体験記憶の差についての結果を表 1－6 に示した。自己価値感においては、なし群があり群に比べて有意に高かった(t=3.03, p<.05)。自己抑制型行動特性においてもなし群があり群に比べて有意に低かった(t=-3.21, p<.01)。情緒的支援認知、手段的支援認知および幼少期の養育認知については有意な差が認められなかった。日頃の子どもの様子はなし群があり群に比べて有意に高く(t=3.24, p<.001)、育児不安感はなし群があ

り群に比べて有意に高かった(t=-6.06, p<.001)。育児自信感はなし群があり群に比べて有意に高かった(t=2.70, p<.01)。

表 1－6　妊娠・出産トラブル体験記憶のありとなし群の心理尺度の平均値の比較

| | トラブル記憶なし群 (n=1600) | | トラブル記憶あり群 (n=4876) | | t値 | 有意水準 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 平均値 | SD | 平均値 | SD | | |
| 自己価値感 | 5.74 | ± 2.54 | 5.52 | ± 2.57 | 3.03 | p<.05 |
| 自己抑制型行動特性 | 9.09 | ± 3.26 | 9.39 | ± 3.34 | −3.21 | p<.01 |
| 情緒的支援認知 | 7.92 | ± 2.98 | 7.92 | ± 2.96 | 0.00 | n.s. |
| 手段的支援認知 | 4.02 | ± 1.42 | 3.98 | ± 1.44 | 0.87 | n.s. |
| 幼少期の養育認知 | 40.15 | ± 7.14 | 39.90 | ± 7.17 | 1.19 | n.s. |
| 日頃の子どもの様子 | 38.71 | ± 4.69 | 38.26 | ± 4.86 | 3.24 | p<.001 |
| 育児不安感 | 22.08 | ± 5.68 | 23.12 | ± 6.02 | −6.06 | p<.001 |
| 育児自信感 | 27.16 | ± 4.16 | 26.84 | ± 4.11 | 2.70 | p<.01 |

## 第８節　考察

1）対象者の基本属性について

母親の平均年齢は 34.03（±4.72）歳であった。全国の第一子の出産年齢が平均 29.7 歳である（厚生労働省　平成 21 年度）。本研究の対象の子どもの年齢は 0～6 歳であるため、出産した際の年齢を考えると、未就学児をもつ母親の年齢は平均的ではないかと考える。

2）対象者の自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知の実態について

各尺度の平均値から、自己価値感においては 5.57±2.56 点と低めであり自分に自信がもてない現状がうかがえた。また、自己抑制型行動特性の平均点は 9.32±3.32 点であり、日本人社会には平均的に適応できうるが、そもそも日本人の自己抑制度は平均的に高いため自分らしさがない状態と考える。自分の思いを抑えて周りに合わせることや、顔色をうかがうというような項目に示されるように物事の判断基準を他者に求めてしまうといえる。このことから､育児中においても自分の子どものあるがままの姿を受け入れるのではなく、他者と比較しながら子育てをしているのではないかと考える。以上のことから、育児中の母親の自己イメージは自分に自信が持てないために、周囲からの評価を得ようとするために自分自身を抑えるという否定的な自己イメージを抱いていると推察できた。情緒的支援ネットワークは、家族が 7.92±2.96 点と高めであり、身近に自分を精神的に応援してくれる支援者はいると認知していることがうかがえた。しかしながら、上記の否定的な自己イメージを抱いていることから、自分の思いを抑え行動する傾向のために、支援を得るために自分を抑えてしまっているとも考えられる。

対象の育児不安感の平均値は 22.87±5.95 点とやや高く､育児に見通しのなさをもっている母親が多いことがうかがえた。先行研究が示す、乳児健診において育児不安を訴える母親は８割であるとの報告（平海、2008）を支持する結果といえる。川井ら（1994）によれば、育児不安が高い母親は、自分自自身が母親としてのみ存在することでの欲求不満や焦燥感があると言われている。しかしながら、その根底にあるのは、母親自身の自己信頼心のなさ、無能感、無力感であると述べている。つまり、育児不安とは育児に対する問題ではなく、母親本人が自分に抱いている否定的な自己イメージであるといえる。本対象においても、自己価値観と育児不安感は、先行研究（奥富ら、2007）と同じく負の相関が認められた。宗像（2000）は「自分自身への自信の低下から不安に陥りやすくなる」と述べている。つまり、自己価値感の低さが、育児不安の根底にあるのではないかと推察する。

しかしながら、育児に対して否定的感情を抱くことは、育児期にある親ならば誰でも経

験することである(Dearter-Deckard, 2004)。育児不安や困難を感じる母親たちでも、育児に対して必ずしも否定的であるだけでないといえる。育児の根本的感情は肯定的であり（住田、1999)、育児を通して親としての幸福感や子どものかわいらしさを体験していく（柏木、2003)。本研究においても、育児自信感の平均値は、26.92±4.12 点、日頃の子どもの様子の平均値は、38.37±4.83 点であり、育児に対する肯定的な認知もあることも示された。育児に不安を抱えつつも、子どもの心身状態を肯定的に認知し親としての自信を得ていくという傾向がみられた。先行研究からも、育児への肯定的感情の一つである母親の幸福感は自尊感情に影響されている（Cheng and Furnham, 2004）と論じられている。奥富ら（2007）は育児自信感と自己価値感に正の相関を認めており、本研究でも同様の結果であった。自尊感情を高め自らの幸福感を実感することは、親としての在り方に肯定的に影響し、またさらに、それが自らの自尊心や幸福感に肯定的に影響する、といった相互的関係性があるといえる。親としての行動に有効であるばかりでなく、親としての行動と幸福感が相互に関係しあっている。このことから、自尊心などの母親の肯定的な自己イメージを高めることは育児への肯定的感情を高める支援となりうるのではないかと考える。

3）妊娠・出産トラブル体験記憶の実態について

対象の妊娠・出産トラブル体験記憶の平均値は 1.74（±1.55）点であった。ほとんどの母親が妊娠・出産トラブル体験の記憶を有していることも示された。また最小値は 0、最大値は 16 という結果から個人差が多いこともうかがえた。妊娠・出産体験の記憶は、ほぼ正確に想起するとの報告(Novell et al., 1987; Niven, 1988)もあるが、個人によって想起する内容が事実と異なるとの報告もある。Waldenstron et .,(2003)によれば、出産体験は産後一年後には 24%の母親がより否定的に想起したとの報告もある。本研究では、回顧法の調査であり、母親の記憶のみを調査しているためその記憶が実際の妊娠・出産体験のトラブルの事実と一致するとは断定できない。

4）妊娠・出産トラブル体験記憶と心理尺度との関連

4－1 妊娠・出産トラブル体験記憶と育児体験認知との関連

妊娠・出産トラブル体験記憶のある母親は育児不安感が高く、育児自信感も低く、日頃の子どもの様子も否定的に認知していた。妊娠・出産トラブル体験記憶があることは、妊

娠・出産体験の否定的な体験とも言える。育児困難感が高い母親は、妊娠・出産体験の問題と関連しているとの報告があり（恒次ら、1999)、このような先行研究の内容を支持している。また、不安な気分状況下では、記憶を否定的に再構成しやすいと示されている(Nikendei et al., 2005; Glascher and Brassen, 2005）ことからも、本結果では育児に対して否定的認知があると、自分自身の妊娠・出産にたいしてもトラブルがありつらかったという否定的な記憶として想起しやすいのではないかと考えた。

妊娠・出産トラブル体験記憶があるという事は、実際にそのトラブルがあったか否かは断定できないが、母親自身の妊娠・出産トラブルの実際の体験と考えることもできる。先行研究からも妊娠･出産における基礎的リスク(妊娠高血圧症候群､出産時の大量出血など)を抱えた母親は出産満足度が低くなると言われている(佐藤ら、2007)。出産時の医療介入は出産体験を否定的に捉えるとの報告もある（Affonson and Stichler,1980)。これらの出産体験の否定的体験が育児困難感を生じさせるとの指摘や(竹原ら、2008; 平海、2006)、出産時の体験を当事者がどのように捉えたかにより、育児ストレスなどを引き起こしやすくなるとの見解(Mercer, 1981; Waldertorn et al., 2004)があり、本研究もそのような見解を支持していると考える。妊娠・出産期というライフイベントにおいてトラブルを抱え、そのトラブルを上手く乗り越えられなかったという無力体験が蓄積され、その後に続く育児期において見通しのない不安感となるのではないかと推察できる。

4－2　妊娠・出産トラブル体験記憶と自己イメージとの関連

次に、妊娠・出産トラブル体験記憶と自己イメージとの関連である。否定的な自己イメージが妊娠・出産トラブル体験記憶がある事と関連するとの見解を得られた。

自分に自信がなく周囲の協力を得るために自分を抑えているという否定的な自己イメージをもつ母親は、妊娠・出産体験もトラブルがあったという否定的な情報として記憶されていた。自伝的記憶は、自己概念の形成において重要な役割を果たすことから（Conway,1990）、自己に関するイメージが自伝的記憶の再構成的想起に影響を及ぼすと考えられる。以上のことから、自分に自信がなく周囲にあわせている自分といった否定的な自己イメージを抱いている母親は、妊娠・出産体験を想起する際にその否定的な自己イメージというフィルターを通して想起するのではないかと考える。その結果、妊娠・出産期においても、自分の価値を見いだせずに自信を失う経験として想起するためにトラブルがあったという否定的な記憶として、想起されやすいのではないかと推察する。

同時に、妊娠・出産期に否定的な自己イメージを抱いていたために、妊娠・出産期にお

けるトラブルとなる身体症状を作りだしたとも考えられる。先行研究から、否定的な自己イメージは、不安と関連し身体症状を作りだすとの報告（奥富・宗像、2001）もあり、妊娠・出産期に否定的な自己イメージを抱いている母親は、妊娠・出産というライフイベントに対して不安を抱きやすく、ストレス対処ができないために身体症状に現れやすいのではないかと推察する。

また、先行研究から否定的な出産体験は自尊心を下げ、傷つける(Rubin, 1984； Lowe, 1993)とも言われている。本研究でも妊娠・出産期にトラブルが多かったため、予期していなっかったトラブルや医療介入など、本来自分自身が望んでいた妊娠・出産の形から離れてしまった可能性が高い。また、自分の理想とするお産ではなく、周囲の意見に従わざるをえなかったとも考えられる。そのため、出産というライフイベントを自分自身の力でコントロールできなかったという無力感を感じているのではないかと推察する。そのような無力感が、自分自身の価値を下げ、自分自身の言いたいことを周囲に言えずに我慢する、という否定的な自己イメージを抱くようになったきっかけになったと考える。

本研究では、回顧法の調査であったために妊娠・出産トラブル体験記憶が実際の体験なのかそれとも記憶のみであるかが限定できない。また、一時点の調査であるために因果関係も説明できない。妊娠・出産トラブル体験記憶が実際の体験かそれとも記憶が関連するのかを検討する必要性があると考えた。

## 第９節　小括

本章では、未就学児をもつ母親の妊娠・出産にまつわる記憶と自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知とどのように関連するかを量的分析により検討した。

作業仮説のまとめ

仮説１．　妊娠・出産トラブル体験記憶と育児体験認知とは関連がある。

育児不安感が高く、育児自信感も低く、日頃の子どもの様子の認知も否定的な母親は、妊娠・出産期トラブル体験記憶がある。

仮説 2.　妊娠・出産トラブル体験記憶と否定的な自己イメージは関連している。

妊娠・出産トラブル体験記憶がある母親は、自分に自信がなく周囲にあわせ自分を抑えるという否定的な自己イメージを抱いていた。

仮説 3.　育児体験認知と自己イメージは関連している。

育児体験認知が否定的な母親は、否定的な自己イメージと関連していた。

研究の課題と限界

本研究は一時点による調査であったため、妊娠・出産トラブル体験が記憶のみであるのかそれとも実際の体験であったかについて検証できない。母親の自己イメージや育児体験認知に関連するのが「妊娠・出産トラブルを実際に体験したこと」なのか「妊娠・出産トラブルを体験したと記憶していること」なのかを今後明らかにする必要があると考える。

# 第３章　未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験とその記憶の想起と育児体験認知との関連（研究　Ⅱ）

第1節　研究背景

現在、母親が出産をどのように捉えているかという研究が多くなされている。それらは、否定的な出産体験認知は産後うつ病のリスクを増加させ、将来の妊娠・出産動機の低下に繋がる(Pnag et al., 2008)との報告や、過去の妊娠・出産に満足していない母親は満足している母親より子どもに対する虐待感を示す頻度が約 1.6 倍との指摘（中村、 2001）を報告している。反対に、出産における自己評価の高さは母性意識を発達させ子どもへの愛着を高めるなどがある（常盤・杉原、1999）。これらのことは、妊娠・出産の体験を否定的に認知すれば、育児への負の影響があるが、妊娠・出産体験を肯定的に認知すれば、正の影響があることを示している。

さらに、育児と妊娠・出産体験との関連として肯定的な出産体験は産後の育児困難感を軽減するなどの心理社会的研究（佐藤ら、2008; 竹原ら、2008）の報告がある。そして、育児に不安が高い母親は妊娠・出産体験を否定的に捉えていると言われている（大日向、1995）。また、出産時の医療介入の多さがマタニティーブルーズにつながるとの報告（松岡・加納、2010）もあり、医療介入の多さが否定的な出産体験となり、産後の心理的に否定的な影響があることも報告されるようになってきた。これらのことより、妊娠・出産体験と産後の母親の心理状態との関連性が示されてきているが、このような体験が実際の体験が関連するのか、それともその体験の認知や記憶が関連しているのかが明確ではない。また、育児中の母親とその妊娠・出産体験と直接的な関連性を示す報告は少ないと言える。そこで、本研究では、育児中の母親の心理社会的要因とその母親の診療録からの実際の妊娠・体験とその記憶のどちらかかがより関連しているかを検討していく。

先行研究から、妊娠・出産時のそのものの体験だけではなくその記憶や想起についても母親への心理的影響があると言われている(Simkin, 1990)。これらの研究は、特に陣痛の痛みに焦点をおかれている。Waldenstrom and Schytt (2008)によれば、出産体験を肯定的に認知している母親は陣痛の痛みなどを少なく評価し、その出来事を忘却する傾向にある。また、反対に出産体験を否定的に認知している母親は陣痛の痛みを強かったと評価しその出来事の記憶は長年にわたり記憶されるという。つまり、妊娠・出産のトラブルがあったと記憶している母親はその体験を否定的に認知しているのではないかと考える。それらの記憶の想起には非常に個人差が大きいという報告がある(Waldenstrom, 2003)が、どのような要因が想起に影響されているかは解明されていない。

しかしながら、今までの研究は、出産直後の母親へ自分のお産を「満足のいくお産であ

ったか？」「自分の思うようなお産が出来たか？」などのように主観的指標で評価する研究が多く（常盤・杉原、1999）、客観的な医学的データとの照合が少ない。また、それらの目的は産後うつ病のスクリーニングを目的とした調査が多く（海老根ら、2007）、育児中の母親の認知との関連を示す研究は少ない。

帝王切開などの医療介入は、PTSD との関連で多く研究がなされて（例えば Cranely et al., 1989 など）おり、母親への否定的な心理的影響が報告されている。本研究では、医療介入以外の妊娠・出産のトラブル体験が育児体験認知と関連しているかを検討していく。そのためには、客観的指標として妊娠・出産期の診療録を参照し、検証をおこなう。育児中の母親の妊娠・出産記憶と差異がないか、そしてその差異があった場合には何と関連しているかを検討していく。

## 第 2 節　研究の目的

妊娠・出産の体験が育児体験認知と関連があるかを検討する。また、妊娠・出産体験とその想起に差異が生じるかを検討する。

## 第 3 節　作業仮説

本研究の目的を達成するために、以下の仮説を設けた。

仮説１．実際の妊娠・出産トラブル体験と育児体験認知とは関連がある。

仮説２．実際の妊娠・出産トラブル体験とその記憶には差が生じる。

仮説３．妊娠・出産トラブル体験記憶と育児体験認知は関連がある。

## 第 4 節　本研究の倫理的配慮

調査は、研究協力を依頼した医院の承諾を得た上で行われた。調査対象に対しては、質問紙郵送の時に、内容について説明した文章を同封した。

本研究は、筑波大学大学院人間総合科学研究科研究倫理委員会（課題番号：第 21-335 号）の承認を受けた。

## 第 5 節　方法

### Ⅰ　研究デザイン

本研究は、2009 年に産科医院を通して質問紙調査を行った。対象者の了解のもとに、妊婦健診および出産時のカルテの照合を行った。

### Ⅱ　調査期間および対象

質問紙発送は 2009 年 9 月から 10 月に実施した。カルテデータとの照合は、2009 年 12 月から 2010 年 6 月に行われた。

自記式質問紙調査法で行っている。調査票の配布は、託送法にて医院に委託し、乳幼児数分の調査票を個別の封筒で準備し、医院の協力担当者から対象者に郵送し配布した。調査票の回収は、対象者が記入後、郵送により研究者に返信を求めた。調査は医院の施設責任者からの承諾を得て実施された。調査の趣旨について紙面上で説明し、任意の協力をもとに実施すると共に、回答拒否をしても構わない旨、またデータのプライバシーの保護には十分注意を払うことを伝えている。

対象は A 県 Y 医院において過去 5 年間（2004 年～2008 年）に出産した母親 713 名であった。調査票の配布総数は、乳幼児数分の 1316 部であった。回収数は 702 票（回収率 53.7%）であった。回収された調査票には性別と年齢が未記入のもの、また父親が回答したものがあり、有効な調査票は 690 票（有効回答率 51.6%）であった。さらに、その中で、分娩中に救急搬送された 8 名の母親はカルテ照合が不可能なため除き、682 票を分析対象とした。

2009 年調査に協力いただいた Y 医院で出産された乳幼児をもつ母親 713 名については 2010 年 6 月から 9 月に同内容の調査を行った。対象者一人一人の調査結果を追跡できるよう、2009 年の調査票と同じ対象者であることが識別できる番号を封筒の内側に書き記した上で 2010 年調査票を配布した。2010 年の前向き調査の対象者への配布総数は 691 部（回収数 356，回収率 51.5%）であった。

また、分析対象者の妊娠・出産期におけるカルテデータを比較するために調査票を配布した中の住所不定以外の未返答者 386 名を比較対象とした。

本章で扱う調査は、平成 16 年度～18 年度科学研究費補助金基盤研究（B）（2）カウンセリング法による健康継続行動の遠隔支援システム開発に関する研究－地域住民の生活習慣病予防と患者および予備軍の支援のために－研究代表者橋本佐由理の研究として収集し

たデータ、平成 21 年度筑波大学ステップアップ支援経費　愉しい育児のためのストレスマネジメントプログラムとコーチャー育成システムの開発－研究者代表者橋本佐由理の研究として収集したデータ、および平成 23 年度～25 年度科学研究費補助金萌芽的挑戦研究妊娠期のパートナーシップの改善による子育て支援－研究代表者橋本佐由理の研究として収集したデータを用いる。

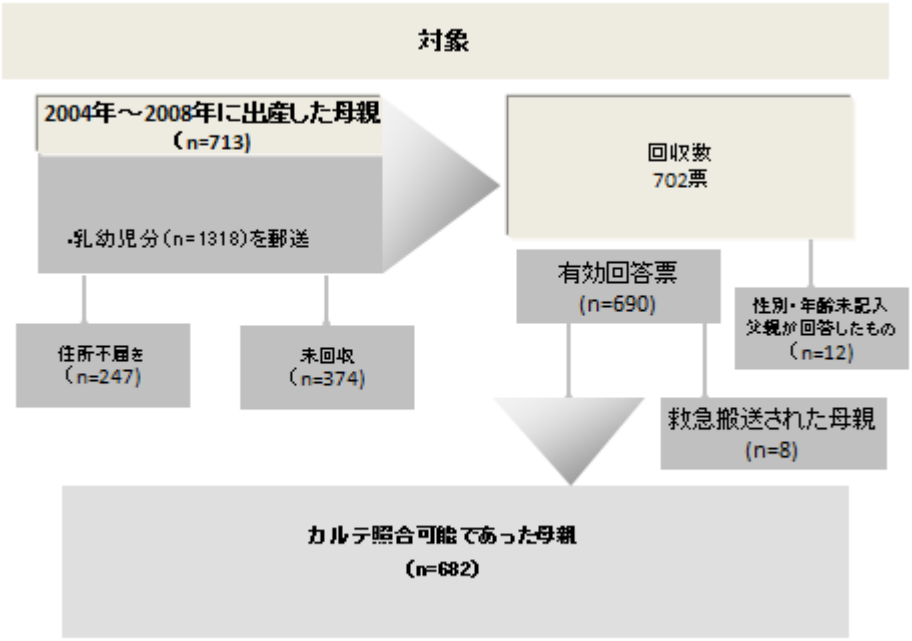



図 2-1　Y 医院対象者のチャート表

Ⅱ－２対象医院の特徴

本対象医院は「お産は自然であるべき」との方針の下に運営されている。通常の産科医療とは異なる点があるため以下に、その特徴を述べていく。

①分娩台を使用しない

畳のある部屋でのフリースタイルでの出産を推奨している。医師も白衣ではなく、作務衣などを着用し妊産婦に過度な緊張をさせないとの配慮からである。

②母児同室である。

出産から退院まで母児同室である。

③母乳哺育率が高い。

退院までの母乳哺育率は、99%とのことである。

④医学的介入はなるべく行わない。

帝王切開、陣痛促進剤の使用、会陰切開、吸引分娩などは極力おこなわない。

また、分娩監置装置の着用もしない。

⑤妊娠中から積極的に体を動かせる。

妊娠中からの食事指導として「なるべく自然なもの(マクロビオティック)をとる」と指導される。また、一日にスクワット 300 回、3 時間以上の散歩などの指導もされる。

⑥「古屋」での労働

医院内には、「古屋」と呼ばれる茅葺の江戸時代の古民家が移築されている。ここで、薪割りや雑巾がけなどの労働を行わせる。この労働が妊婦に必要なマタニティエクササイズともなる。そして、この労働を通して妊婦同士が顔見知りとなり社会的ネットワークを作ることができる。

⑦同窓会でのネットワーク

先述したように「古屋」での労働を通して友人をつくることによって産後においても友人として育児上の悩みなどを相談し合える。この医院で出産した母親の同窓会「産屋の会」が存在している。このネットワークを通して、イベントなどの開催を行っている。

対象医院では、医学的介入をおこなわない自然分娩が約 2 万件を越え、日本でも自然分娩を推奨する産院の草分け的存在（吉村、2009; 吉村、2010）といわれている。

３．心理測定尺度

以下は、自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知に関係した心理尺度である。

１）自己イメージを測定する尺度

①自己価値感

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は、0.773 であった。

②自己抑制型行動特性

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.774 であった。

２）他者イメージを測定する尺度

①情緒的支援ネットワーク

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は、0.897 であった。

②手段的支援ネットワーク

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は、0.891 であった。

③両親からの幼少期の養育認知尺度

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.865 であった。

３）育児体験認知を測る尺度

①日頃の子どもの様子

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.748 であった。

②育児不安感

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.856 であった。

③育児自信感

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.828 であった。

４．妊娠・出産トラブル体験（診察データを参照）と出産状況

研究Ｉの妊娠・出産トラブル体験記憶から医療介入処置を抜いた 18 項目（表 2-1）をカルテデータに基づき、「ある/なし」で得点化した。また、在胎週数、出生時体重、早産の有無、さい帯巻絡の有無、アプガースコア（1 分後・5 分後）、分娩所要時間、分娩時出血量、産科処置有無、胎位方向（正常胎位・逆子）、妊娠高血圧症候群の有無、立ち合い出産の有無、合併症の有無、悪阻の有無をカルテの診察データより収集した。

| | 妊娠・出産マイナー・メジャートラブル |
|---|---|
| 1 | 難産・遅産 |
| 2 | 逆子 |
| 3 | 低体重児の出産 |
| 4 | 早期破水 |
| 5 | 早産 |
| 6 | 切迫流産 |
| 7 | 仮死出産 |
| 8 | 子宮不正出血 |
| 9 | 母親の病気（てんかん、高血圧、糖尿病、統合失調症など） |
| 10 | へその緒が巻き付く（さい帯巻絡） |
| 11 | 妊娠高血圧症候群 |
| 12 | 胎位・体勢の異常 |
| 13 | 分娩時異常出血 |
| 14 | 胎盤早期剥離 |
| 15 | 異常破水 |
| 16 | 陣痛異常 |
| 17 | さい帯の異常 |
| 18 | 悪阻（つわり） |

表 2-1　妊娠・出産にまつわるマイナー・メジャートラブル体験

５．妊娠・出産トラブル体験記憶

妊娠・出産トラブル体験 18 項目（表 2-2）について、「ある/なし」で回顧法により回答を求めた。

| | 妊娠・出産マイナー・メジャートラブル |
|---|---|
| 1 | 難産・遅産 |
| 2 | 逆子 |
| 3 | 低体重児の出産 |
| 4 | 早期破水 |
| 5 | 早産 |
| 6 | 切迫流産 |
| 7 | 仮死出産 |
| 8 | 子宮不正出血 |
| 9 | 母親の病気（てんかん、高血圧、糖尿病、統合失調症など） |
| 10 | へその緒が巻き付く（さい帯巻絡） |
| 11 | 妊娠高血圧症候群 |
| 12 | 胎位・体勢の異常 |
| 13 | 分娩時異常出血 |
| 14 | 胎盤早期剥離 |
| 15 | 異常破水 |
| 16 | 陣痛異常 |
| 17 | さい帯の異常 |
| 18 | 悪阻（つわり） |

表 2-2　妊娠・出産トラブル体験記憶

## 第 6 節　分析

本研究の目的を明らかにするために以下の分析をおこなった。

1）対象者の属性の特徴

出産当時の母親の年齢、配偶者の同居の有無、配偶者の年齢、同居家族人数、子どもの人数について、度数分布を確認した。平均値や最小値、最大値を把握した。

2）対象者の出産状態について

対象の特徴を把握するために、分娩所要時間、分娩時出血量、アプガースコアの平均値や最小値、最大値を求めた。

3）対象者の比較検討

本調査対象者の妊娠・出産時の特徴を明らかにするために、住所不届き以外の理由で調査票に返答しなかった群と比較検討するために新生児のアプガースコア 1 分後、分娩所要時間、分娩時出血量、妊娠・出産トラブルの多さを t 検定によって算出した。

3)カルテ上の実際の妊娠・出産トラブルと記憶との差異を検討するために 4 群にわけ一元配置分散分析をおこなった。多重比較は Tukey(k)によっておこなった。

なお統計ソフトは SPSS ver.21 を使用し、有意水準を 5 %未満とした。

## 第 7 節　結果

### Ⅰ回収状況

送付数 1318 のうち宛先不明で戻った調査票は 227 票であった。それ以外の理由で、未回収数は 347 票(26.4%)であった。

### Ⅱ対象者の属性の特徴

#### 2-1　対象者の年齢

出産時の年齢は平均 31.5 歳(±4.4)であった。また、35 歳以上出産のものは全体の 23.6%であった。

#### 2-2　在胎週数

在胎週数の平均は 39.2 週であった。

#### 2-3　出生時体重

出生時体重の平均は 2978.7g であり、全国平均の出生時体重(男児:3010g、女児:2910g)とほぼ同じであった。しかしながら、低出生体重児(2500g 未満)が占める割合は 8.1%であり、全国での割合 9.6%よりやや下回っていた。

#### 2-4　早産の有無

早産の割合は 2.0%であった。

#### 2-5　さい帯巻絡の有無

さい帯巻絡は 29.7%の分娩にみられた。

#### 2-6　アプガースコア

アプガースコアの一分後の平均値は 9.0(±1.2) 、五分後の平均値は 9.7(±0.7)と良好であった。

#### 2-7　分娩所要時間

分娩所要時間は、13.2 時間であった。分娩所要時間は個人差が大きいとのことであるが、初産婦は 30 時間未満、経産婦で 15 時間未満が正常とされることからほとんどの産婦が正常時間内に出産していた。

#### 2-8　分娩時出血量

分娩時出血は、平均 433.8(±314.6)ml であった。異常出血と言われる 500ml 以上は、29.7%が該当した。

#### 2-9　産科処置の有無

産科処置（鉗子分娩・吸引分娩）を施されたのは 5.4%であった。

2-10　胎位方向

正常胎位は 93.1%であり、逆子は 5.7%であった。

2-11　妊娠高血圧症候群の有無

妊娠高血圧症候群を発症した妊婦は全体の 2.3%と低かった。また、ほとんどの妊婦が出産までに症状が改善していた。

2-12　立ち合い出産の有無

立ち合い出産は 85.7%であった。対象医院では、立ち合い出産の希望をとっているためほとんどの妊婦が希望していた。立ち合いできなかった対象者は、夫が単身赴任している、上の子の面倒をみているなどの理由が多かった。

表 2-3　対象者の出産状況

| | 平均値 | | SD | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|---|---|
| 出産年齢(歳) | 31.47 | ± | 4.39 | 15 | 46 |
| 在胎週数(週) | 39.21 | ± | 1.41 | 30 | 43 |
| 出生児体重(g) | 2978.73 | ± | 358.70 | 1910 | 4100 |
| アプガースコア1分後 | 8.99 | ± | 1.21 | 3 | 10 |
| アプガースコア5分後 | 9.73 | ± | 0.69 | 5 | 10 |
| 分娩所要時間(分) | 791.75 | ± | 956.49 | 35 | 6748 |
| 分娩時出血量(ml) | 433.77 | ± | 314.58 | 45 | 2200 |

２．分析対象者の比較検討

２－１．対象医院の母親と他集団(研究Ｉの対象群)の母親との比較

自己イメージに関してはＹ医院の母親の方が自己価値感(t=-12.25, p<.001)が有意に高く、自己抑制型行動特性(t=3.09, p<.005)も有意に低かった。他者イメージに関しても、情緒的支援認知(t=-8.16, p<.001)および手段的支援認知(t=-8.16, p<.001)が有意に高かった。幼少期の養育認知(t=-0.79)には有意な差が認められなかった。育児体験認知に関しては、日頃の子どもの様子(t=-10.83, p<.001)および育児自信感(t=-12.85, p<.001)が有意に高く、育児不安感(t=9.09, p<.001)は有意に低かった。

表 2-4 対象医院の母親と他集団の母親との比較

| | Y医院群:a (n=678) | | 一般群:b (n=6664) | | t値 | 有意水準 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 平均値 | SD | 平均値 | SD | | |
| 自己価値感 | 6.77 | ± 2.41 | 5.57 | ± 2.56 | −12.25 | p<.001 |
| 自己抑制型行動特性 | 8.91 | ± 3.29 | 9.32 | ± 3.32 | 3.09 | p<.005 |
| 情緒的支援 | 8.74 | ± 2.37 | 7.92 | ± 2.96 | −8.16 | p<.001 |
| 手段的支援 | 4.40 | ± 1.06 | 3.99 | ± 1.44 | −9.21 | p<.001 |
| 幼少期の養育認知 | 40.20 | ± 7.67 | 39.96 | ± 7.16 | −0.79 | n.s. |
| 日頃の子どもの様子 | 40.35 | ± 4.46 | 38.37 | ± 4.83 | −10.83 | p<.001 |
| 育児自信感 | 29.07 | ± 4.35 | 26.92 | ± 4.12 | −12.85 | p<.001 |
| 育児不安感 | 20.69 | ± 5.82 | 22.87 | ± 5.95 | 9.09 | p<.001 |

２－２．調査票返答者と非返答者との出産状況の比較検討

Y 医院において調査票を返答してきた母親 674 名と住所不届き以外で返答しなかった母親 386 名を比較検討した。アプガースコア１分後、分娩所要時間、分娩時の出血量においては有意な差が認められなかった。しかしながら、カルテデータの妊娠・出産におけるトラブルにおいては調査票に返答した母親の方が有意に高かった(t=-3.54, p<.001)。

表 2-5　調査票返答者と非返答者との比較

| | 返信あり群 (n=674) | | | 返信なし群 (n=386) | | | t値 | 有意水準 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 平均値 | | SD | 平均値 | | SD | | |
| アプガースコア1分後 | 8.99 | ± | 1.21 | 9.02 | ± | 1.10 | 0.45 | n.s. |
| 所要時間（分） | 791.75 | ± | 956.49 | 821.69 | ± | 1068.96 | 0.47 | n.s. |
| 出血量（ml） | 433.77 | ± | 314.54 | 440.39 | ± | 304.97 | 0.33 | n.s. |
| 妊娠・出産のトラブル（件） | 1.35 | ± | 1.17 | 1.11 | ± | 1.01 | −3.54 | p<.001 |

２．妊娠・出産体験とその記憶との差異と各尺度との関連

カルテデータからの実際の妊娠・出産体験とそして想起された認知との差異において 4 群にわけた。すなわち 1)カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがありかつ想起した記憶においても認知もある群、2) カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがあるが想起した記憶には認知がない群、3) カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがないが想起した記憶に認知がある群、4) カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがなくかつ想起した記憶の認知もない群である。

表 2-6　カルテデータと記憶とのグループ分け表

| | カルテデータ | 想起された認知 |
|---|---|---|
| 1. | あり | あり |
| 2. | あり | なし |
| 3. | なし | あり |
| 4. | なし | なし |

以上の 4 群において各尺度において一元配置の分散分析をおこなった。

その結果、測定尺度の自己価値感、自己抑制型行動特性、情緒的支援認知、手段的支援認知、幼少期の両親認知、日頃の子どもの様子に関しては各群ごとに有意な差はみられなか

った。育児不安感においては、2）カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがあるが想起した記憶には認知がない群に比べて 3）カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがないが想起した記憶に認知がある群が有意に低かった(F=2.71, p<.05)。

育児自信感においても 2）カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがあるが想起した記憶には認知がない群に比べて 3）カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがないが想起した記憶に認知がある群が有意に高かった(F=2.61, p<.05)。

表 2-7　妊娠・出産体験とその記憶による群間の比較

| | カルテ・記憶ともにあり群:a (n=322) | | カルテあり・記憶なし群:b (n=165) | | カルテなし・記憶あり群:c (n=108) | | カルテ・記憶ともになし群:d (n=62) | | F値 | 有意水準 | 多重比較 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 平均値 | SD | 平均値 | SD | 平均値 | SD | 平均値 | SD | | | |
| 自己価値感 | 6.64 | ± 2.41 | 6.84 | ± 2.42 | 6.67 | ± 2.60 | 6.95 | ± 2.20 | 0.45 | n.s. | |
| 自己抑制型行動特性 | 8.99 | ± 3.15 | 9.00 | ± 3.49 | 8.96 | ± 3.39 | 8.55 | ± 3.48 | 0.33 | n.s. | |
| 情緒的支援認知 | 8.65 | ± 2.42 | 8.98 | ± 2.22 | 8.70 | ± 2.70 | 8.68 | ± 2.31 | 0.73 | n.s. | |
| 手段的支援認知 | 4.43 | ± 1.06 | 4.50 | ± 0.85 | 4.21 | ± 1.26 | 4.32 | ± 0.15 | 1.75 | n.s. | |
| 幼少期の養育認知 | 40.49 | ± 7.41 | 40.29 | ± 8.09 | 40.25 | ± 8.09 | 38.40 | ± 6.36 | 1.35 | n.s. | |
| 日頃の子どもの様子 | 40.35 | ± 4.45 | 40.47 | ± 4.48 | 40.37 | ± 4.42 | 39.92 | ± 4.69 | 0.23 | n.s. | |
| 育児不安感 | 20.98 | ± 5.93 | 19.70 | ± 5.38 | 21.45 | ± 6.43 | 20.03 | ± 4.48 | 2.78 | $p<.05$ | b<c |
| 育児自信感 | 28.92 | ± 4.37 | 29.86 | ± 4.23 | 28.50 | ± 4.38 | 28.82 | ± 4.53 | 2.61 | $p<.05$ | b>c |

さらに、有意差のあった 2 群(1．カルテデータあり・記憶なし群と 2．カルテデータなし・記憶あり群)において一年後の 2010 年度の心理特性を比較するために t 検定をおこなった。その結果、育児自信感のみが 1．カルテデータあり・記憶なし群が有意に高かった(t=2.67, p<.05)。

表 2-8　1．カルテデータあり・記憶なし群、2．カルテデータなし・記憶あり群の一年後の比較

| | カルテあり・記憶なし群 (n=82) | | カルテなし・記憶あり群 (n=55) | | t値 | 有意水準 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 平均値 | SD | 平均値 | SD | | |
| 自己価値感 | 6.99 | ± 2.41 | 6.93 | ± 2.68 | 0.13 | n.s. |
| 自己抑制型行動特性 | 8.94 | ± 3.29 | 8.65 | ± 3.42 | 0.50 | n.s. |
| 情緒的支援認知 | 9.06 | ± 2.18 | 8.30 | ± 3.07 | 1.56 | n.s. |
| 手段的支援認知 | 4.49 | ± 0.97 | 4.13 | ± 1.35 | 1.70 | n.s. |
| 日頃の子どもの様子 | 40.39 | ± 4.98 | 40.02 | ± 4.56 | 0.44 | n.s. |
| 育児不安感 | 19.60 | ± 5.99 | 20.18 | ± 5.78 | 0.56 | n.s. |
| 育児自信感 | 30.37 | ± 5.06 | 28.16 | ± 4.39 | 2.67 | p<.05 |

## 第 8 節　考察

### Ⅰ回収状況について

対象者への発送および回収は産院を通して行った。住所不届きの対象者が多かったことは、出産にともない、家族数の変化に対応し、また遊び場や学校など求める居住環境の変化に対応して転居が行われるためと考えられる（総務省統計局調べ、 2011)。住所不届き以外で未回収であった方々は、平成 21 年以降に出産している方も多く、現在乳児を育てているため多忙のために返信ができなかったと考えられる。

### Ⅱ対象者の属性の特徴について

本対象者の基本属性は、年齢などは全国平均とあまり変わらなかった。しかしながら、早産が平均よりは少ないことは本対象医院で早産が少ないということではなく、早産になってしまったために他の病院へ転院した可能性も大きい。また、低出生体重児が全国平均(9.6%)より割合が少ない(8.1%)ことも同様のことではないかと考えられる。さい帯巻絡は29.7%であり、平均的である。さい帯巻絡は多くの場合は無症状で出産することができる。まれに、分娩時に高度さい帯圧迫が起こり、胎児機能不全（胎児ジストレス）が引きおこされるが、本対象ではそのような症状はみられなかった。

アプガースコアも良好（1 分後：8.99±1.21、5 分後：9.73±0.69）であり、乳児が良好な状態で出産したと考える。

分娩所要時間においては、大きな個人差がみられた。遷延分娩（初産婦 30 時間、経産婦 15 時間を超える分娩）となると、母体の体力の温存や子宮筋疲労による弛緩出血を防ぐためにも陣痛促進剤の適用や帝王切開などの医学的処置が施されるケースが多い。対象医院では、そのような医療介入をおこなっていなかった。また、分娩所要時間の平均は 13.2 時間であり平均的であった。

分娩時の出血量は、平均が 300ml であることから個人差は大きいものの対象医院の 433.77ml は多いのではないかと考える。カルテ上の記載では弛緩出血が多かった。弛緩出血の原因は、多数考えられるが遷延分娩による全身の疲労が挙げられる。先ほども述べたが、対象医院では陣痛促進剤などを使用していないために、分娩時間が長くなることから弛緩出血の割合が多いのではないかと考えられる。

対象医院において鉗子・吸引分娩による産科処置の低さ(5.4%)は、対象医院の特徴一つであると考えられる。

また、胎位方向であるが逆子（骨盤位）は 5.4%であった。妊娠後期（40 週）に逆子で

ある割合は 3～5%であることからほぼ全国平均である。それよりやや上回っているのは、対象医院が逆子でも自然分娩をおこなっているために、逆子でも経膣分娩を望む妊婦が来院している状況もあるのではないかと考える。

妊娠高血圧症候群の対象者も少なかった(2.3%)。重症の場合には、特別な診療や入院などが必要であるために他院に転院せざるをえなかったかもしれない。

パートナーの立会い出産は 85.7%であり、非常に高い割り合いであった。日本では 1980 年代からパートナー立会い出産・分娩が広まってきた（堀口、1991)。パートナーが出産に立ち会うことの利点は、１）産婦が精神的安定を得られる、２）産科スタッフの分娩室での行動、努力をパートナーに理解してもらえる、３）異常時、その場で、パートナーに発生過程を確認し、納得してもらえる、４）夫婦の絆が強まる、５）生命誕生の感動を共有できる、６）パートナーが父親になることを自覚し、育児へスムーズに移行できることが挙げられている（永井ら、1988；関根、1999)。対象医院においては、パートナーのみならず上の子や実母などが立ちあっている。そのような中で、出産をすることは産婦によりリラックスさせることができたのではないかと考える。また、このような大きなライフイベントにおいての情緒的、手段的支援を家族から得られたことはこれからの育児をする上で産婦に大きな自信に繋がると考えられる。

以上の結果から、佐藤ら（2007）によれば、吸引分娩、会陰切開などは出産満足度を低下させる要因であり、助産所的ケアは出産満足度を向上させる。さらに、竹原ら（2009）の結果からも、同様のことを述べている。これらの先行研究の結果を鑑みると、本対象者は出産満足度の測定はおこなっていないが、出産満足度の高い集団ではないかと推察できる。

## Ⅲ　対象者の比較検討

他市の母親と比較して、本対象者は自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知が良好であった。本対象医院は、自然分娩を推奨しており母親の主体性を重んじている（吉村、2011)。このような出産形態は、出産満足度が高いとの報告があり（竹原ら、2009)、本対象者も出産満足度が高い母親ではないかと推察される。また、出産満足度が高い母親は、育児に困難を生じにくいため、本対象者も出産満足度が高いために育児に自信があり不安が低いと考えられる。また、西野（2006）の自然出産をした母親たちからのインタビューによれば、自然出産をした母親たちは、出産を通して母性を発達させるための通過儀礼の

役割を担っていると報告している。本対象者も自然出産をしたことにより、出産を自分で乗り越えたことによる自信が、育児への肯定的な認知と関連しているのではないかと考える。

本対象者の肯定的な自己イメージは、肯定的な出産体験と関連しているのではないかと考える。Mercer (1985)によれば、肯定的な出産体験は自尊心に肯定的な影響があるとしている。本対象者も肯定的な出産体験が、自己イメージに肯定的な影響があったのではないかと考える。Niven（1983）も出産を自分で対処できたという感覚、とりわけ陣痛の痛みを乗り越えた達成感は自己効力感を高めるとしている。本対象者は、自然分娩によって出産した達成感から、肯定的な自己イメージに変容したとも考えられる。しかしながら、一時点の比較検討であるため出産が母親にどのような影響をあたえたかの因果関係は推定できない。元来、肯定的な自己イメージの母親が、本対象医院を選択した可能性もある。肯定的な自己イメージの母親は、出産に対しても自分で乗り越えるという自信を持ち、そのことを周囲に主張できたために、本対象医院のような自然分娩を推奨する産院を選択する自己決定をしているのではないかと推察する。

調査票返答群と非返答群においては､前者が妊娠･出産トラブル体験が有意に多かった。このことは､対象者が妊娠･出産トラブルが少なかった母親だけが返答したことにならず、調査対象者に偏りが少なかったと推察できた。

Ⅳ　実際の妊娠・出産体験とその想起についての各尺度との関連

妊娠・出産体験は大きなライフイベントであり、長期間にわたり正確に想起できるとの報告がある。しかしながら、本結果からその記憶を想起する群と想起しない群に差が出た。後者の群の方が育児不安感も有意に低く、育児自信感も有意に高かった。

妊娠・出産体験は、育児中の母親にとって、自伝的記憶(autobiographical memory)の 1 つといえる。自伝的記憶とは「これまでの生涯を振り返って想起する個人的経験に関するエピソードであり､その個人に直接的なかかわりのある過去の出来事に関する記憶である。」（神谷、1994）。自伝的記憶はエピソード記憶の特殊例である。それは単なる事実の再生ではなく、体験の意識的再現であり、イメージと情緒が伴う。「望ましい自己像」の一貫性を維持するために、「記憶の再構成」が行われることもある(Wilson and Ross, 2003)。本研究では、育児が楽しい、母親としての自信があるという自分にとって望ましい母親像を描いている母親は、過去の妊娠・出産体験を振り返った時にトラブルがあったとしても、

自分自身の力で乗り越えられ、克服できたために、トラブルがなかったと肯定的に想起しているのではないかと推察する。また、自伝的記憶は自己概念の形成において重要な役割を果たす(Conway,1990)ため、妊娠・出産体験にトラブルがなかったにも関わらずトラブルがあったという否定的な記憶があると、母親としての自分に対して自信を失い、育児に見通しがなく不安を抱きやすくなるのかもしれない。

本研究では、以上のように育児体験認知に関しては差がみられたが、自己イメージにおいては差がみられなかった。研究Ｉの結果からは、トラブル体験記憶がある母親は否定的な自己イメージを抱いていた。その結果から考えると、本研究においてもトラブルがあったと記憶していた母親は、否定的な自己イメージを抱いているのではないかと推察できたが、本結果からは示されなかった。その理由として、本研究の対象者と他集団の母親との違いではないかと考える。その違いについて、以下の通りではないかと推察する。本研究の対象者は他の対象者と比較して、自己イメージも肯定的であり、育児体験認知も肯定的であった。本研究の対象医院は自然分娩を推奨しているため、その医院を選択して来院する母親は、自分自身の力で出産を乗り越えたいという自信を持ち、周囲にもその気持ちを伝えられるという自己イメージをもともと持っていたのではないかと推察する。また、実際に医療介入をおこなわずに出産したために、自分自身の力でコントロールし乗り越えられたという自信が、育児に対しても見通しをつきやすく、母親としての自信感が高まっているのではないかと考える。以上の推察から、本研究対象のようにもともと自己イメージが良く、育児体験認知も肯定的な母親でも妊娠・出産体験の記憶によって差が生じるということは、一般的な母親ではさらに差が生じやすいのではないかと考えられる。

一年後の追跡調査では、育児自信感のみ有意差がみられた。育児に対する自信感は、2009年度つまり一年前における妊娠・出産期の肯定的な記憶と関連があるのではないかと考える。肯定的な記憶の想起は、それが主観的な「ハロー効果」となり肯定的な感情に影響すると言われている(Niven et al., 2000)。つまり、2009年度の妊娠・出産のトラブルがあったにも関わらず、そのトラブルがなかったという肯定的な記憶は、一年後の母親の育児への自信感にも影響していると推察できる。妊娠・出産の肯定的な記憶は、育児に対しても肯定的な認知を促すのではないかと考える。また、育児不安感においては、有意な差が認められなかった。先行研究からも、子どもの加齢とともに育児不安感は変化する（神馬、1982）ことが指摘されている。妊娠・出産体験を否定的に記憶している群においても、子どもの年齢とともに育児に見通しがつくようになり育児不安感は低下したのではないかと

考える。

## 第８節　小括

妊娠・出産の体験が育児体験認知と関連があるかを検討する。また、妊娠・出産体験とその想起に差異が生じるかを検討した。

作業仮説のまとめ

仮説１．実際の妊娠・出産トラブル体験と育児体験認知とは関連がある。

診療録からの妊娠・出産トラブル体験と、母親の妊娠・出産トラブル体験記憶との関連を検討したところ、カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがありかつ想起した記憶においても認知がある群と、カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがなくかつ想起した記憶の認知もない群間において育児体験認知は有意な差が認められなかった。つまり、診療録上の妊娠・出産トラブルと育児体験認知との関連は見出されなかった。しかしながら、カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがあるが想起した記憶には認知がない群と、カルテデータにおいて妊娠・出産時にトラブルがないが想起した記憶に認知がある群においては、育児体験認知に有意な差が認められた。このことにより、カルテに記載された事実よりも、トラブルがあると記憶してしまうことが育児体験認知と関連していた。

仮説２．実際の妊娠・出産トラブル体験とその記憶には差が生じる。

妊娠・出産体験をネガティブに想起する（トラブルがあったと想起する）母親とポジティブに想起（トラブルがなっかたと想起）する母親がいた。

仮説 3．妊娠・出産トラブル体験記憶と育児体験認知は関連がある。

妊娠・出産体験をポジティブに思い込んでいる母親は育児に不安が少なく、自信が高かった。また、一年後においても育児自信感を高く維持していた。

研究の課題と限界

本研究の限界として、対象医院も一医院であり医学的産科処置をおこなっていないため現在の一般的な産科医療を反映しているとは言い難い。こうした施設特性が、調査結果に反映されていることから、この結果をもってわが国の妊娠期や出産期の体験について一般化できないと考える。また、診療録は医療者などの主観的な記載も含まれていることから、

診療録の記録が客観的な事実であるとは言い難い。しかしながら、本研究から、実際に妊娠・出産体験にトラブルがあったかよりも、母親がその出来事をトラブルとして記憶していることが、育児体験認知と関連しているとの新たな知見が導きだされた。

# 第４章　未就学児をもつ母親の妊娠・出産記憶と自己イメージ、育児体験認知との関連（研究Ⅲ）

## 第１節　研究目的

現在、わが国では育児に不安を訴える母親が多く報告されている（平海，2006）。育児不安は、児童への心身への負の影響があることや（渡辺、2000；Maselko et al., 2011）、児童虐待へと発展することが指摘されている（内山、1997）。この背景を受けて、1980 年代から多くの研究がなされてきた（牧野、1983、1985; 渡辺、2000）。それらの研究は、社会的サポートの低さや環境について言及し、本邦政府も健やか２１などの施策をおこないサポートや環境の充実をはかってきた。しかしながら、そのような施策を充実させても育児不安を訴える母親が一向に減少しない。そこで、育児不安の背景には、周囲からのサポートだけではなく母親自身の要因も関連するのではないかと推察される。

育児不安が高い母親側の要因として、妊娠・出産期の否定的認知があると言われている(Green et al., 1990; Ayers et al., 2006)。否定的な出産体験は、産後うつ病のリスク要因にもなる。これまでの研究は、その関連性を指摘してされてきたにもかかわらずどのような要因がその認知と関連しているかは解明されていない。例えば、Simkin の研究によると、出産体験の心理的結果としてもたらされる否定的感情は、敗北感、挫折感、恐怖、うまく子どもを生むことができなかったという罪悪感として心に刻まれ、長期にわたって生々しく記憶される。出産体験が肯定的に受けとめられれば、成長体験となり、母親意識が発達する。しかし、否定的感情が残ると、自尊感情が低下し産後のうつ状態や育児困難感を招くことがあるため、出産体験を傾聴し、出産体験の振り返りと意味づけを援助する必要があるとした。しかしながら、実際の臨床現場では傾聴のための充分な時間を得れない。また意味づけに関しては、どのように具体的に支援していくかの手段が解明されていない。本研究の第 2 章において、妊娠・出産期の記憶と自己イメージ、育児体験認知との関連性が認められた。しかしながら、妊娠・出産期の記憶そのものが育児体験認知に関わるのか、自己イメージとどのように関連しているかが明らかにされなかった。今後の母親支援の示唆を得るためにも、妊娠・出産の記憶と自己イメージ、育児体験認知の因果モデルを構築することができるのではないかと考えた。

育児不安を抱える母親が多い現状の中で、ソーシャルサポートの提供、専門家による養育スキルを獲得するための支援が行われてきた。既存の育児支援は、現代社会の育児をとりまく環境調整のために知識やスキル、サポートといった資源の提供により、適切な養育行動の向上を図ろうとしているが、十分な効果が得られていない。神田・山本（2001）は、地域の支援センターによる子育て支援事業に参加した母親たちの意識調査をおこなった。

その結果、参加者は支援センターへの満足度は高かったにも関わらず、参加した後でも育児への不安やイライラ感は消失しなかった。このことは、新たな視点の育児支援の必要性を示唆しているといえる。育児不安や養育態度の背景には、母親の自己イメージが関連していると言われている。例えば、自己価値感や自己効力感の低さが影響する（田中ら、1996; Brown et al., 1986; Belsky, 1984; 川井ら、1994）ことが指摘されている。これらの結果は、母親自身が自己イメージの変容が育児支援にとっての新たな可能性を示していると考える。小嶋（2008）の研究によれば子育て中の母親は自分自身の「気持ちの持ち方」の変更によって現状を改善しようとした。このことからも、親自身も自分自身のあり方、つまり自己イメージを通して、そして育児の現状をマネジメントする術を必要としていることがうかがえる。

以上のことから、本章では、母親の自己イメージと育児体験認知との関連性を量的分析により検討する。そして、この結果を明らかにし、自己イメージ変容に主眼をおいた支援の示唆を得たいと考えた。

## 第 2 節　研究の目的

妊娠・出産にまつわる記憶が育児中の母親との自己イメージ、育児体験認知とどのように関連しているかモデルを構築し検証をおこなう。また、自己価値感の高さが肯定的な育児体験認知の予測因子となりうるかを前向き調査によって検証する。

## 第 3 節　作業仮説

妊娠・出産にまつわる記憶と未就学児をもつ母親の自己イメージや育児体験認知との関連を明らかにするために、以下の仮説を設けた。

仮説 1.　妊娠・出産の記憶と自己イメージとは関連がある。

仮説 2.　妊娠・出産の記憶、自己イメージおよび育児体験認知を取り入れた構造モデルで、それらの関連性が説明できる。

仮説 3.　自己価値感が一年後の育児体験認知と関連する。

## 第 4 節　本研究の倫理的配慮

研究 I と同じである。

本研究は、筑波大学大学院人間総合科学研究科研究倫理委員会（課題番号：第 21-335 号）の承認を受けた。

第 5 節　方法

Ⅰ　研究デザイン

本研究は、質問紙による横断的記述研究および縦断的記述研究である。

Ⅱ　調査期間および対象

１）　モデル構築は、研究Ⅰと同じ対象者である。

２）前向き調査の対象は研究Ⅱと同じ対象者である。A 県 Y 医院において過去 5 年間（2004 年～2008 年）に出産した母親 713 名については、2010 年 6 月から 9 月に同内容の調査を行った。対象者一人一人の調査結果を追跡できるよう、2009 年の調査票と同じ対象者であることが識別できる番号を封筒の内側に書き記した上で 2010 年調査票を配布した。2010 年の前向き調査の対象者への配布総数は 691 部（回収数 356，回収率 51.5%）であった。分析対象者は 341 名であった。

表 3－7－1　前向き調査対象者の基本属性

n=342

| | 最小値 | 最大値 | 平均値 | SD |
|---|---|---|---|---|
| 本人年齢(歳) | 24 | 50 | 35.80 | 4.15 |
| 配偶者年齢(歳) | 24 | 60 | 37.60 | 5.43 |
| 家族人数(人) | 3 | 9 | 4.33 | 1.26 |
| 子どもの人数(人) | 1 | 6 | 1.99 | 0.88 |

Ⅲ　調査項目

１．属性

一般属性：年齢、パートナーの年齢、同居家族人数

２．心理測定尺度

1)自己イメージに関する認知を測定する尺度

①自己価値感

研究Ⅰと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は、0.77 であった。

②自己抑制型行動特性

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.75 であった。

2)他者イメージを測定する尺度

①情緒的支援ネットワーク

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は、0.91 であった。

②手段的支援ネットワーク

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は、0.77 であった。

3)育児体験に関する認知を測る尺度

①日頃の子どもの様子

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.76 であった。

②育児不安感

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.85 であった。

③育児自信感

研究Ｉと同じである。

本研究における信頼性係数 Cronbach の α 係数は 0.81 であった。

３．妊娠・出産にまつわる記憶

①妊娠・出産トラブル体験記憶

研究Ｉと同じである。

②出産時の気持ち

出産時の気持ちを振り返って、「うれしかった」、「うれしかったが、不安だった」、「とても不安だった」、「おぼえてない」の 4 件法で回答してもらった。

## 第 6 節　分析

### （1）妊娠・出産記憶と自己イメージ、育児体験認知との関連―共分散構造分析によるモデルの検討

本研究では、妊娠・出産記憶および自己イメージが育児体験認知に影響を与えていると予想した。さらに、妊娠・出産体験記憶には研究 I の結果から自己イメージを介して育児体験認知に影響があると予想した。

### （2）自己価値感の群分けによる前向き調査による分析

2009 年度に調査した自己価値感の得点により 3 群に分け、2010 年度の育児体験認知との関連を群間差での比較検証をおこなうために一元配置分散分析を実施した。

分析には統計ソフト SPSS ver.21 と Amos ver.21 を用い、有意水準を 5 %未満とした。

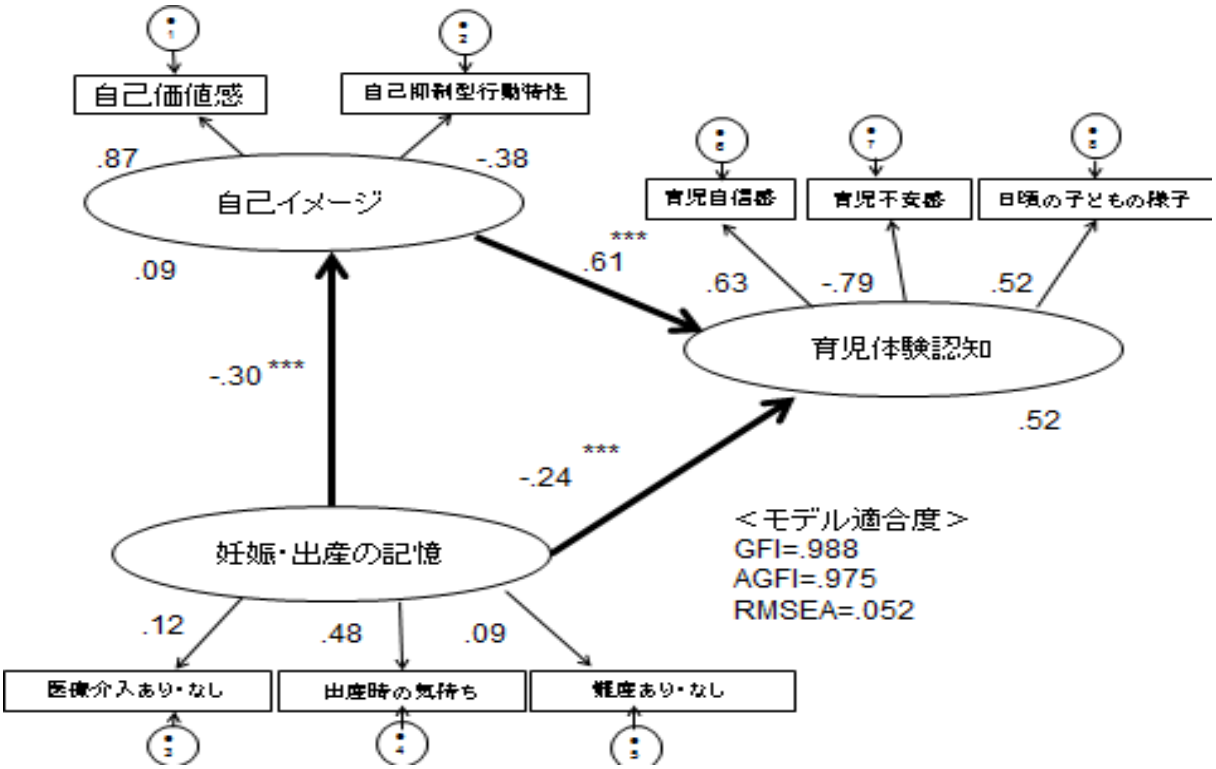
## 第 7 節　結果

### １）母親の妊娠・出産記憶、自己イメージ、育児体験認知に関する共分散構造モデルについて

母親の自己イメージや妊娠・出産体験記憶と育児不安に関する共分散構造モデルを図 3-1 に示した。背景要因の検討は、育児不安に関する心理社会的要因の因果モデルを構築し、共分散構造分析によって当てはまりを検討した。因果モデルは、研究 I の結果を基に構築した。モデル構築にあたり妊娠・出産トラブル体験記憶の項目から「帝王切開」、「鉗子・吸引分娩」、「陣痛促進剤の使用」の３項目をまとめ「医療介入あり・なし」の観測変数とした。そして、医療介入あり・なし（2 件法を投入）、難産あり・なし（2 件法を投入）と出産時の気持ち（4 件法を投入）の３つの観測変数からなる潜在変数を「妊娠・出産記憶」とした。そして自己価値感と自己抑制型行動特性の 2 つの観測変数からなる潜在変数を「自己イメージ」とした。育児不安感と育児自信感、日頃の子どもの様子の３つの観測変数からなる潜在変数を「育児体験認知」とした。母数の制約は、誤差変数から観測変数へのパスの全てを 1 に固定した。

未就学児をもつ母親の自己イメージ脚本と育児不安との関連を検討するために共分散構造分析を行ったところ、潜在変数「妊娠・出産の記憶」は「自己イメージ」に影響を与え（$\beta$=-.30、p<.001）、「育児体験認知」へも影響を与えていた（$\beta$=-.24、p<.001）。そして、潜在変数「自己イメージ」は「育児体験認知」に強い影響を与えていた（$\beta$=.61、p<.001）。

モデルの適合度を示す、GFI は.988、AGFI は.975、RMSEA は.052 となり、このモデルの当てはまりは良好であった。




***=p<.001

図 3－7－1　母親の妊娠・出産記憶、自己イメージ、育児体験認知に関する共分散構造モデル

ⅱ）自己価値感の群分けによる前向き調査による分析

2009 年調査の自己価値感得点を 3 分位で低群・中群・高群の 3 群に群分けした。一元配置分散分析により、3 群の 2010 年調査時点の各尺度値の平均値の差を検定したところ、全ての尺度で有意な差が認められた。

2009 年に自己価値感が高い者は、2010 年調査時点で日頃の子どもの様子を肯定的に認知しており（p<.001）、育児不安感は低く（p<.001）、育児自信感が高かった（p<.001）。

表 3-7-2　2009 年度の自己価値感 3 群による 2010 年度の育児体験認知との関連

| | 2009年度自己価感 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 高群:a(n=129) | | 中群:b(n=110) | | 低群:c(n=100) | | F値 | 有意水準 | 多重比較 |
| 2010年度調査 | 平均値 | SD | 平均値 | SD | 平均値 | SD | | | |
| 日頃の子どもの様子 | 41.86 | ± 4.26 | 40.32 | ± 3.93 | 38.47 | ± 5.12 | 15.78 | p<.001 | a>b>c |
| 育児不安感 | 17.45 | ± 3.94 | 19.08 | ± 3.90 | 23.27 | ± 6.92 | 37.30 | p<.001 | a<b<c |
| 育児自信感 | 31.44 | ± 3.72 | 29.94 | ± 3.82 | 27.02 | ± 4.62 | 34.44 | p<.001 | a>b>c |

## 第 8 節　考察

本章では、未就学児をもつ母親の妊娠・出産記憶、自己イメージと育児体験認知との関連を検証した。妊娠・出産の否定的な記憶は育児体験認知に対して負の影響があったが共分散構造分析の結果より直接的な影響よりも、自己イメージを介しての影響の方が強いことが示された。育児不安が高い母親側の要因として妊娠・出産期の否定的認知があると言われており(Green et al., 1990; Ayers et al., 2006)、育児不安を軽減するためには妊娠・出産体験に主眼をおいた介入が必要であると言われている。本結果から、妊娠・出産体験の記憶は自己イメージを介しているため、自己イメージを変容することにより、妊娠・出産体験の評価も肯定的になるのではないかと考える。

共分散構造分析により、未就学児をもつ母親の自己イメージと育児体験認知に関する因果モデルを検討した結果から、肯定的な自己イメージがあると育児に対しても肯定的な認知をしていることが明らかになった。住田（1999）によれば、「育児は母親の肯定的感情が基底をなしている」と指摘しており、育児への肯定的感情を高めることにより育児不安を軽減できることを述べている。また、Cheng and Furnham (2004）によれば育児への肯定的感情の一つである母親の幸福感は自尊感情に影響されているとされ、本研究においても母親の高い自己価値感の育児への肯定的な認知との影響が示された。このような肯定的な自己イメージの母親は、育児上で不安や戸惑いを抱える場面があっても、すぐに幸せを見出すことができると考える。母親が自分に自信をもち価値を見出すようになるためには、肯定的な自己イメージへの変容支援が有効ではないかと考える。

また、前向き調査の結果、高い自己価値感を抱いている母親は一年後も育児に対して育児に自信があり、育児に戸惑うこともなく、子どもをかわいいと思うような肯定的な認知をしていた。このことからも肯定的な自己イメージは、一年後の肯定的な育児体験認知の予測因子となることがうかがえた。肯定的な育児体験認知を促すためにも、母親への自己イメージ変容支援が母親支援としての新たな重要な視点であることを示唆している。

既存の育児支援は、スキルや知識の提供による認知の変容が図られてきたが、育児不安の軽減、行動変容は十分に見られていない側面がある。また、Armstrong（1999）の 6 ヶ月に渡る家庭訪問や Huebner（2002）の全 8 回に渡る親教育などのように長期間の支援であり、脱落率の多さが目立つ上、十分な効果が見られていない。出産期においても傾聴するなど臨床現場では時間がかかるような支援が多い。このことからも短期間で充分な効果が得られるような支援が必要である。

また既存の支援の多くは保健師・助産師・心理士・精神科医などの専門家によって行われている。非専門家（子育てボランティアや保育士）や母親自身が活用できるような支援方法も必要である。そのためには、支援方法を構造化し、誰でも安全に使用できることが重要である。

現存の育児支援は、代わりの育児の担い手を得て解決しようとする他力本願の対処が多く、育児支援としては課題が多い。母親にとって子どもを育てることは人間性を豊かにするもの（清水、2006）と言われており、母親本人が育児を通して自分自身の問題解決をおこない自己成長に繋がると考える。したがって、母親が自分自身を見つめ、育児への対処能力を高める支援が望ましい。そこで、自己イメージ変容支援を通して母親自身が自分への理解を深められると考える。先行研究（眞﨑ら、2011）では、母親への自己イメージ変容支援をおこなった結果、育児不安軽減が報告されている。この支援では、母親自身への理解を深めている。また、イメージ法も活用し、自己イメージの改善をおこなっている。その結果、同じようなストレスフルな状況でも余裕をもって、育児に対応できるようになったとの質的な結果も得られている。このことは、自己イメージが改善されたことによって、感受性の認知が変容できたのではないかと推察している。既存の支援では、サポートの提供といった環境の変容やスキルや知識の提供といった、解釈性の認知の変容を図るものが多い。自己イメージ変容支援は、物事への感じ方、つまり感受性の認知の変容をすることである。妊娠・出産期という大きなライフイベントのなかで、感受性の認知が変容すれば、たとえストレスフルな状況であったしても、的確にその状況を乗り越えることが出来るのではないかと推察する。

## 第８節　小括

妊娠・出産にまつわる記憶と未就学児をもつ母親の自己イメージや育児体験認知との関連を明らかにすることを検討した。

仮説 1.　妊娠・出産の記憶と自己イメージとは関連がある。

否定的な妊娠・出産の記憶は、自己イメージへ負の影響があった。

仮説 2.　妊娠・出産にまつわる記憶、自己イメージおよび育児体験認知を取り入れた構造モデルで、それらの関連性が説明できる。

妊娠・出産の記憶は自己イメージを介して、育児体験認知に影響していた。

仮説 3.　自己価値感が一年後の育児体験認知と関連する。

高い自己価値感の母親は一年後においても育児体験認知が肯定的であった。

本研究の限界

構築したモデル立脚は横断調査に基づいたものである。従って、仮説に基づく因果モデルを立脚し構築したとしても、それは決して因果関係を断定することにはならない。また、育児中の母親を分析する際、どの要因を分析するかは重要な点である。母親の年齢、子どもの年齢、子どもの数、婚姻状況、家族の人数などが育児中の母親の心理状態に影響するが、今回の横断調査はそのような要因が全て混在しているものであり、本研究の分析手法の限界がある。

# 第５章　総合考察

## 第 1 節　妊娠・出産体験と育児中の母親の心理社会的要因との関連

本論文は未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験、特に記憶と心理社会的要因との関連について検討した。

本研究の結果から、妊娠・出産トラブル体験記憶がある母親は、その記憶がない母親と比較して育児不安感が高く、育児自信感も低く、日頃の子どもの様子も否定的に認知しているとの見解を得た。

まず、妊娠・出産トラブル体験記憶は実際にそのトラブルがあったか否かは明確ではないが、母親自身の妊娠・出産期におけるトラブルが実際に体験したことであったと推察できる。先行研究によれば、妊娠・出産における基礎的リスク（妊娠高血圧症候群、出産時の大量出血など）を抱えた母親は出産満足度が低くなる（佐藤ら、2007）、と言われている。また、このような出産体験の否定的体験が、育児困難感を生じさせるとの指摘や（竹原ら、2008; 平海、2006）、出産時の体験を当事者がどのように捉えたかにより、育児ストレスなどを引き起こしやすくなるとの見解（Mercer, 1981; Waldertorn et al., 2004）がある。本研究では、妊娠・出産期にトラブルがあったために、出産満足度が低下し、育児に対する否定的認知になったのではないかと推察する。また、妊娠・出産にまつわるトラブルは、母子ともの生命を脅かすような危機感や恐怖をつくりだすであろうことが想像できる。そのような恐怖感が母親の心理状態にも影響する可能性がある。そして、このような体験を上手く乗り越えられなかったという無力体験が蓄積され、その後に続く育児期においても、見通しのない不安感となるのではないかと推察できる。

次に、現在の育児体験認知が否定的であるために、妊娠・出産期もトラブルがあったと想起しているとも考えられる。先行研究においても、育児困難感が高い母親は、妊娠・出産体験の問題と関連しているとの報告や（恒次ら、1999）、育児不安が高い母親は妊娠・出産を否定的に捉えていた（大日向、1999）との見解を支持している。つまり、育児に対する困難感や不安感が、妊娠・出産期に対しての否定的な認知を作りだすのではないかと考える。母親の育児に対しての見通しのなさや自信のなさ、子どもに対する否定的認知やストレスの多い状況が、妊娠・出産という過去の体験をトラブルが多くてつらかったという認知をしているのではないかと考える。そのような妊娠・出産期への否定的認知は、第 2 子出産動機を低減するであろうと予測できる。現在、社会問題となっている第 2 子出産意欲を向上させるためにも、妊娠・出産期の否

定的認知を変容することが緊要な課題と言えるであろう。

以上のように本研究では、多くの示唆を得られたが、回顧法の調査であったため、それが妊娠・出産トラブル体験記憶が実際の体験かそれとも母親の記憶であるかが明確でなかった。先行研究からも、妊娠・出産の体験そのものが母親のウェルビーイングに影響する見解や、妊娠・出産に対する母親自身の認知が母親のウェルビーイングに影響するとの 2 つの見解がある。そこで、実際の妊娠・出産の体験が関連するのか、それともその記憶が関連しているかを明確にする必要性あると考えた。そこで、実際の診療上のデータと本人の記憶を照合することにし、実際の妊娠・出産体験かその記憶がより育児に関連しているかを検証した。

本研究の新たな知見として、実際に妊娠・出産期にトラブルがあったか否かではなく、トラブルがあったと母親が記憶してしまうことが、育児体験認知と関連しているとの結果が導きだされた。実際の妊娠・出産トラブル体験がなかったにも関わらず、そのトラブルがあったと記憶していた母親は、育児不安感が高く育児自信感も低かった。従来の先行研究では、妊娠・出産体験は大きなライフイベントであるため、長期間にわたり正確に想起できると報告されていた。しかしながら、本結果からはその記憶は正確ではなく、個人によって差が生じるとの結果が得られた。この結果は、トラブルがあるという医療者の認識よりも、母親本人がトラブルがあったと記憶してしまったことが育児体験認知に関連していると示唆された。先行研究では、「望ましい自己像」の一貫性を維持するために、「記憶の再構成」が行われることもある(Wilson and Ross, 2003)と言われている。本研究では、育児が楽しい、母親としての自信があるという望ましい母親像を描いている母親は、妊娠・出産体験もトラブルがないという肯定的な記憶に再構成されたのではないかと推察できる。また、自分の力で妊娠・出産のトラブルを乗り越えられたために、そのトラブルがなかったというように想起しているのではないかと推察する。同時に、自伝的記憶は自己概念の形成において重要な役割を果たす(Conway,1990)ことから、妊娠・出産体験のトラブルがあったという否定的な記憶があると、妊娠・出産期を上手に乗り超えられなかった自分と捉え、現在の母親としての自分に自信を失い不安を抱きやすく自分自身の課題に直面しているのではないかと考える。

また、本研究では一年後の追跡調査をおこなった。その結果、育児自信感のみ有意差がみられた。育児に対する自信感は、妊娠・出産期の肯定的な記憶の想起と関連が

あるのではないかと考える。記憶の肯定的な想起はそれが主観的な「ハロー効果」となり肯定的な感情に影響する(Niven et al., 2000)ことから、妊娠・出産の肯定的な記憶は一年後の母親の育児への自信感に繋がると推察できた。妊娠・出産期にトラブルがなく自分自身の力で乗り越えられたという達成感や、妊娠・出産期を愉しく過ごせたという肯定的な記憶は、育児においても育児を愉しみながら見通しを得られるという肯定的な認知を促すのではないかと考える。

妊娠・出産期は、心身ともに変化する時期でありそれに伴うメジャートラブルやマイナートラブルも生じやすい。また、母子ともの生命の安全性を重視するためにも医学的介入も必要である。このような事実は避けられないが、これらのことが出産体験を否定的な体験として捉えてしまう母親もいる。妊娠・出産体験にトラブルがあったと否定的に記憶してしまうことが、その後に続く育児へと否定的に関連すると本研究では示された。以上の見解から、その記憶には、どのような要因が関連しているか検討する必要性があるのではないかと考えた。また、妊娠・出産のトラブル記憶が育児に不安感を抱いている母親をスクリーニングする一つの手段にもなり得ると推察できた。

## 第2節　未就学児をもつ母親の自己イメージの重要性

本研究から、未就学児をもつ母親の心理社会的要因には母親が自分自身に抱く自己イメージとの関連性が導きだされた。

まず、妊娠・出産トラブル体験記憶と自己イメージとの関連が示された。自分に自信がなく周囲の協力を得るために自分を抑えているという否定的な自己イメージをもつ母親は、妊娠・出産体験もトラブルがあったという否定的な情報として記憶されていた。自己に関するイメージは、自伝的記憶の再構成的想起にバイアスとなり影響を及ぼすことが言われている。これらのことから否定的な自己イメージが記憶を想起する際に認知的バイアスとなり、妊娠・出産体験においてもトラブルがあるという否定的な記憶として想起されると考える。自分に自信がなく周囲にあわせるために自己を抑えるという否定的な自己イメージが、妊娠・出産体験を想起した際に、自分に自信がないが故に妊娠・出産もトラブルがあり、つらい体験となって、それを乗り越える

ことが出来なかったという喪失感があるのではないかという推察もできた。

同時に、妊娠・出産期に否定的な自己イメージを抱いていたために妊娠・出産期におけるトラブルとなってしまう身体症状を作りだしたとも考えられる。先行研究から、否定的な自己イメージは、不安と関連し身体症状を作りだすとの報告（奥富・宗像、2001）もあり、妊娠・出産期に否定的な自己イメージを抱いている母親は妊娠・出産というライフイベントに対して不安を抱きやすく、その結果ストレス対処が上手にできないために、身体症状として現れやすかったのではないかと推察する。また、否定的な自己イメージがあるために他者からの支援認知が出来ないために、トラブルを的確に対処できずにストレスを作りだし、それがまた身体症状となる負の循環があることも推測できる。

また、先行研究から否定的な出産体験は自尊心を下げ、傷つける(Rubin, 1984；Lowe, 1993)とも言われている。本研究でも妊娠・出産期にトラブルが多かったため予期せぬ医療介入など、自分自身が想像していた妊娠・出産の形から離れてしまった可能性が高い。その妊娠・出産が自分の理想とするものとかけ離れてしまったために、喪失感や絶望感があったことも推測されるそのため、一人でその体験を乗り越えられなかったと感じ、自分自身の力を信頼できずに自分自身の価値を下げ、自分自身の言いたいことを周囲に言えずに我慢するという否定的な自己イメージを抱くようになったかもしれないと考える。

共分散構造分析により否定的な妊娠・出産の記憶は育児に対しても負の影響があったが共分散構造分析より直接的な影響よりも、自己イメージを介しての影響が強かった。そして肯定的な自己イメージは育児に対しても肯定的な認知を促進することが明らかになった。育児への肯定的感情の一つである母親の幸福感は自尊感情に影響されている（Cheng and Furnham, 2004）と言われており、本研究からも育児への肯定的な認知は自分自身への高い価値感などの肯定的な自己イメージが影響しているとの結果であった。また、前向き調査の結果、高い自己価値感を抱いている母親は一年後も育児に対しても肯定的な認知をしていた。

自分に自信があり、自分の考えを周囲に主張できるという肯定的な自己イメージの母親は妊娠・出産期という大きなライフイベントで不安が生じても自分の力を信じ、的確に周囲に支援を得やすく自分自身で乗り越えられたという達成感を得られやすいのではないかと考える。そのような成功体験が育児にも影響しているのではないかと

考えられる。肯定的な自己イメージの母親は、自分に自信があるため子どもに過度な期待や他者と比較することなく子どものあるがままの姿を受け入れるために不安を生じにくい。不安がなく、育児に見通しが立てば、本来の育児体験の基盤感情となる育児に対する肯定的感情が促され、母親としての自分を愉しめることができる。母親としての肯定的感情が自分自身の肯定的な自己イメージを促すという相互関係も想定でき正のサイクルが生じると考えられる。

さらに、自己に対する肯定的な自己イメージは程度の差はあれそれぞれが持ち合わせていることが考えられ、測定尺度全体の点数だけではなく、一つ一つの設問が意味することにも注目する必要性もあると考える。また、本研究では自己イメージを自己価値感と自己抑制型行動のみで測定した。自己イメージには、自己効力感や自尊感情、自己肯定感などもあるため、他の尺度を用いた検討も必要性であると考える。

## 第 3 節　妊娠期からの母親支援としての自己イメージ変容支援の可能性

本研究の結果を踏まえ、妊娠期からの母親支援としての自己イメージ変容支援についての可能性を述べる。

妊娠期の母親のメンタルヘルスは重要であり、産後うつ病の予防や育児不安・児童虐待の予防に繋がると考えられ、さらには、妊婦のストレスは子どもに長期的な影響を与えるとの研究報告からも妊婦のメンタルヘルスを良好にすることは幸福な次世代へと結びつくと考えられる。つまり、妊娠期からの母親支援は非常に重要であり、先行研究からもその充実が必要であると言われている（櫃本、2006）。しかしながら、現在の我が国における妊娠期の母親学級は、育児不安軽減や母親本人のメンタルヘルス向上のためを意図されている教室は、30～40%しかなく、ほとんどの母親教室では、お産、栄養、歯に関する情報提供、母親同士の交流などの仲間づくりに主眼が置かれている（佐藤、2006）。これらの支援は気軽に参加でき知識を得られ、また仲間を得ることによって孤独を回避できるなどの効果は得られるがメンタルヘルスの向上などは難しい。心理介入に関しても、ピアサポート、認知行動療法、非指示的療法をベースにしたものであり、それらの効果は短期的であるとの報告である。育児不安が高い母親側の要因として妊娠・出産期の否定的認知があると言われており(Green et al., 1990; Ayers et al., 2006)、育児不安を軽減するためにも妊娠・出産体験に主眼をおいた支援の必要性があると言われている。出産期の産

後においては、出産体験を傾聴し、出産体験の振り返りや意味づけをおこなっている。この意味づけも、出産に対する知識を与えることが多い。このような支援方法では臨床現場では時間がかかり非現実的であると言える。また、どのような出産体験をしようとも自分自身でその体験に価値を見出し、尊重できるような支援が必要である。これら次世代支援にも繋がる母親支援としての枠組みのなかで、本論文が提唱する視点は自己イメージの概念、すなわち本人の自分自身への思い込みからなる一連の行動様式、構造的な要因としての見方である。

本研究の結果から、妊娠・出産の否定的な記憶は育児に対しても負の影響があったがその直接的な影響よりも、自己イメージを介しての影響が強かった。妊娠・出産体験の記憶は自己イメージを介しているため、自己イメージを変容することによって妊娠・出産体験の評価も高くなるのではないかと考える。

共分散構造分析により、未就学児をもつ母親の自己イメージと育児体験認知に関する因果モデルを検討した結果から、肯定的な自己イメージであると育児に対しても肯定的な認知を促していることが明らかになった。育児への肯定的感情の一つである母親の幸福感は自尊感情に影響されており（Cheng and Furnham, 2004）、本研究からも育児への肯定的な認知は自分自身への高い価値感などの肯定的な自己イメージが影響しているとの結果であった。肯定的な自己イメージの母親は、育児上で不安や戸惑いを抱える場面があっても、すぐに幸せを見出すことができると考える。母親が自分に自信をもち価値を見出すような自己イメージへの変容支援が有効ではないかと考える。また、前向き調査の結果からも、高い自己価値感がある肯定的な自己イメージの母親は一年後も育児に対して肯定的な認知をしていた。このことからも肯定的な自己イメージが育児に対して肯定的な認知を促すと考えられる。

以上の結果から、自己イメージ変容支援が妊娠期からの母親支援としての可能性を示していると推察できる。しかしながら、既存の支援の多くは保健師・助産師・心理士・精神科医などの専門家によって行われている。以上のような専門家以外にも、保育士や子育てボランティア、母親自身が活用できるような支援方法も必要である。また、専門家による支援は、育児のスキルや情報、知識の提供が多くを占めている。しかしながら、母親に自信がないと自分の価値で判断できないために、それらの知識や情報を有効に活用できないばかりか、他者からの評価基準ばかりが気になり、却って不安を高めることにもなりうると考える。また、否定的な自己イメージの母親は、自

分の否定的な認知の枠組みで物事を捉えるために、子どもの行動を否定的に受け止めてしまうため、子どもに対して否定的な感情になり、否定的な態度や行動となりうると推察できる。そこで、母親の自己イメージ変容支援をおこなうことにより、子どもを肯定的に受容することが可能となり、愛情深く接することが出来ると考えられる。

自己イメージ変容支援について先行研究を概観すると、身体疾患をもつ患者への有用性が示されている。心因性視覚障害者への介入効果（樋口・宗像、2002）では、心因性視覚障害と診断された児童に自己イメージ変容支援の介入をおこなった結果、コントロール群では有意な視力の改善がみられなかったのに対し、介入群では自己イメージの改善、および視力の改善がみられたことが報告されている。心因性視覚障害の患者は否定的な自己イメージを抱いていることからも、肯定的な自己イメージに変容したことによって視力が改善したのではないかと考察されている。また、樋口ら（2005）は、心因性視覚障害者とその親への自己イメージ変容支援もおこなった。この報告では、患者自身の自己イメージ変容支援だけではなく、さらに環境要因としての家族が素直に愛し合えるよう、親への自己イメージ変容支援もおこなっている。その結果、患者の自己イメージが変容され視機能が改善している。このことは、親が肯定的な自己イメージをもつことにより、子どもへ本来の慈愛力が発揮され、子どもはありのままの自分の存在を肯定されたことが、視機能が改善に繋がったと推察している。

また、糖尿病患者への自己イメージ変容支援による血糖値の改善効果も報告されている（向笠ら、2010；橋本・樋口、2010；樋口・橋本、2010）。向笠ら（2010）は、否定的な自己イメージがストレスや血糖値の悪化と関連すると考え、2 型糖尿病の患者に集団および個別介入をおこない、HbA1c 値の改善を報告している。否定的な自己イメージの認知がストレスを作り出し、ストレスの持続が血糖値を悪化していると考え、自己イメージの変容が必要として、介入をおこなっている。その結果、肯定的な自己イメージが、ストレス耐性を強化したために、ストレスが軽減し、HbA1c 値が改善されたのではないかと推察している。橋本（2011）は、これまでの医療モデルである治療モデルでは限界があり、患者の自己イメージ変容を通して生き方変容までかかわる重要性があると述べており、自己イメージ変容支援が新たな患者へのケアの一つとなる可能性があることを述べている。

さらに、育児不安軽減のための自己イメージ変容支援の有用性も報告されている（矢島・橋本、2007；眞﨑ら、2011；眞﨑ら、2012）。矢島・橋本（2008）の介入では子

育て中の母親への集団介入において、自己イメージ変容支援をおこなった。介入後においては自己イメージの改善、育児不安感の軽減、育児自信感の向上と睡液中コルチゾル値が有意に低下したとの結果を得られている。また、育児自信感の改善は 3 か月後にも維持されており、自己イメージ変容支援の持続効果についても確認されている。また眞﨑ら（2011）は、未就学児をもつ母親の自己イメージ変容支援をおこない、ストレス軽減支援ができたと報告している。肯定的な親イメージが、肯定的な自己イメージやメンタルヘルスと関連するとの量的調査（橋本ら、2004）の結果を踏まえ、自己イメージに影響する親イメージの変容を促すイメージワークをおこない、肯定的な自己イメージへの変容をおこなっている。その結果、1 か月後においても、育児不安感の低下や育児自信感の改善などの持続効果がみられている。この介入方法は、一回につき 2 時間であること、介入方法が構造化されているために再現性が高いことが挙げられる。また、このイメージワークでは、参加者が一人ずつワークシートに書きながらおこなうため、自分自身での気づきも得やすいのではないかと考える。さらに、このワークシートを見直すことにより、さらなる自己理解を促すことも考えられる。本支援では、母親自身の親のイメージを改善することにより、自己イメージを改善し、ストレスへの感受性の認知が改善されたために、育児不安の軽減に繋がったと推察している。

妊娠期から育児期においては、自分の身体の変化や育児にまつわるストレスが多くそのストレスを回避することは困難である。ストレスがあったとしても、それを上手に乗り越えるための支援法が必要である。従来の母親支援は新たな知識やスキルを提供するという解釈性の認知（考え方）の変容を図るものである。自己イメージ変容支援は、解釈性の認知を変容するのではなく、感受性の認知（感じ方）を変容すると考えられる。また、本支援法は持続効果もあり、介入時間も短いことから従来の両親学級の一講座として、実施しやすいのではないかと考える。妊娠期や出産期は、新たな生命を迎えることによって、母親自身の自己成長欲求が高まる時期であるため、そこで自己イメージ変容支援をおこない、肯定的な自己イメージを得ることが出来ればその後の育児にも見通しがつきやすいのではないかと推察できる。肯定的な自己イメージがあると、自分のなかでの価値基準を尊重することができ、他者からの評価を気にすることがなくなり、また他者への過剰な期待をすることもなくなるためにストレスが軽減すると推察する。その結果、育児を愉しみ、子どもへの慈愛力が発揮されると考える。そのよう

な母親の子どもは、ありのままの自分の存在が肯定されることによって、子ども自身も自分らしい生き方ができるという、良循環な世代間伝達ができるのではないかと推察する。既存の支援に加え、自己イメージ変容支援を新たに加えることによって、次世代へ結びつく支援法になるのではないかと考える。

# 第６章　総括

## 第１節　本研究の要約

### 第1項　研究Ｉ

本研究では未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験にまつわるトラブル体験記憶、自己イメージ、他者イメージ、育児体験認知との関連性について量的に検証をおこなった。

妊娠・出産トラブル体験記憶がある母親は、育児不安感が高く、育児自信感も低く、日頃の子どもの様子も否定的に認知しているとの結果が得られた。

本研究の結果から、妊娠・出産トラブル体験記憶がある母親は、その記憶がない母親と比較して育児不安感が高く、育児自信感も低く、日頃の子どもの様子も否定的に認知しているとの見解を得た。

まず、妊娠・出産トラブル体験記憶は実際にそのトラブルがあったか否かは明確ではないが、母親自身の妊娠・出産期におけるトラブルが実際に体験したことであったと推察できる。先行研究によれば、妊娠・出産における基礎的リスク（妊娠高血圧症候群、出産時の大量出血など）を抱えた母親は出産満足度が低くなる（佐藤ら、2007)、と言われている。また、このような出産体験の否定的体験が、育児困難感を生じさせるとの指摘や（竹原ら、2008; 平海、2006)、出産時の体験を当事者がどのように捉えたかにより、育児ストレスなどを引き起こしやすくなるとの見解(Mercer, 1981; Waldertorn et al., 2004)がある。本研究では、妊娠・出産トラブルがあったために、出産満足度が低下し、育児に対する否定的認知になったのではないかと推察する。妊娠・出産にまつわるトラブルは、母子ともの生命を脅かすような危機感や恐怖をつくりだすであろうことが想像できる。そのような恐怖感が母親の心理状態にも影響する可能性がある。そして、このような体験を上手く乗り越えられなかったという無力体験が蓄積され、その後に続く育児期において見通しのない不安感となるのではないかと推察できる。

次に、現在の育児体験認知が否定的であるために、妊娠・出産期もトラブルがあったと想起しているとも考えられる。先行研究においても、育児困難感が高い母親は、妊娠・出産体験の問題と関連しているとの報告や（恒次ら、1999)、育児不安が高い母親は妊娠・出産を否定的に捉えていた（大日向、1999）との見解を支持している。つまり、育児に対する困難感や不安感が、妊娠・出産期に対しての否定的な認知を作りだすのではないかと考える。母親の育児に対しての見通しのなさや自信のなさ、子どもに対する否定的認知やストレスの多い状況が、妊娠・出産という過去の体験をトラブルが多くてつらかったという認知をしているのではないかと考える。そのような妊娠・出産期への否定的認知は、第

2 子出産動機を低減するであろうと予測できる。現在、社会問題となっている第 2 子出産意欲を向上させるためにも、妊娠・出産期の否定的認知を変容することが緊要な課題と言えるであろう。

また、妊娠・出産トラブル体験記憶がある母親は否定的な自己イメージを抱いていた。本研究では、育児中の母親に自分自身の妊娠・出産体験を回顧法によって調査した。つまり、育児中の母親にとって妊娠・出産期の体験記憶は自伝的記憶の 1 つと考えられる。自伝的記憶はスキーマ、自分の認知的枠組みとの関連性が指摘されている。このスキーマに似た概念として自分をどのように捉えているかという自己イメージの概念を本研究では用いた。本研究では、自分に自信がなく周囲の協力を得るために自分を押し殺している否定的な自己イメージをもつ母親は、妊娠・出産体験もトラブルがあったという否定的な情報として記憶されていた。自伝的記憶は自己概念の形成において重要な役割を果たすことから（Conway, 1990）、自己に関するスキーマは自伝的記憶の再構成的想起に影響を及ぼすことが考えられる。自分に自信がなく周囲にあわせるために自己を抑えるという否定的な自己イメージが、妊娠・出産体験を想起した際に、自分に自信がないが故に妊娠・出産もトラブルがあり、つらい体験となって、それを乗り越えることが出来なかったという喪失感があるのではないかという推察もできた。

以上のように本研究では、多くの示唆を得られたが、回顧法の調査であったため、それが妊娠・出産トラブル体験記憶が実際の体験か、それとも母親の記憶が育児体験認知により関連するかが明確でなかった。先行研究からも、妊娠・出産の体験そのものが母親のウェルビーイングに影響する見解や、妊娠・出産に対する母親自身の認知が母親のウェルビーイングに影響するとの 2 つの見解がある。そこで、実際の妊娠・出産の体験が関連するのか、それともその記憶が関連しているかを明確にする必要性あると考えた。そこで、実際の診療上のデータと本人の記憶を照合することにし、実際の妊娠・出産体験かその記憶がより育児に関連しているかを検証した。

第2項　研究Ⅱ

本研究では、未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験とその記憶と育児体験認知について、特に診療録とその記憶との関連に差異がないかについて検証した。妊娠・出産体験は大きなライフイベントであり、長期間にわたり正確に想起できるとの報告がある。本研究の結果から、診療録の記録と本人の記憶には差がみられた。診療録にトラブルがあったにも関わらずその記憶を想起しない群と診療録にはトラブルがなかったにも関わらず、トラブルがあったという記憶を想起しない群に有意な差がみられた。後者の群の方が育児不安感も有意に低く、育児自信感も有意に高かった。

先行研究では、「望ましい自己像」の一貫性を維持するために、「記憶の再構成」が行われることもある(Wilson and Ross, 2003)と言われている。このことから本研究では、育児が楽しい、母親としての自信があるという自分にとって望ましい母親像を描いている母親は、妊娠・出産体験もトラブルがなく乗り越えられた記憶として想起しているのではないかと推察する。また、自伝的記憶は自己概念の形成において重要な役割を果たす(Conway,1990)ため、妊娠・出産体験の否定的な記憶、つまりトラブルがなかったにも関わらずトラブルがあった記憶があると、母親として妊娠・出産期もトラブルに対処できなかったととらえ、育児に自信がなく見通しが立ちにくい状態であることがうかがえた。

一年後の追跡調査では、育児自信感のみ有意差がみられた。育児に対する自信感は、2009年度の肯定的な記憶の再構成と関連があるのではないかと考える。肯定的な記憶の想起はそれが主観的な「ハロー効果」となり肯定的な感情に影響すると言われている(Niven et al., 2000)。つまり、2009年度の妊娠・出産の肯定的な記憶の想起は一年後の母親の育児への自信感にも影響していると推察できる。妊娠・出産の肯定的な記憶は育児にたいしても肯定的な認知を促していると考えられた。

第 3 項　研究Ⅲ

本研究では、未就学児をもつ母親の妊娠・出産記憶、自ｊｊ己イメージと育児体験認知についてモデル構築をして検証した。そのモデルから、今後の妊娠・出産期からの育児支援の示唆を得ることを目的とした。

妊娠・出産の否定的な記憶は、育児に対しても負の影響があったが共分散構造分析より直接的な影響よりも、自己イメージを介して影響が強かった。育児不安が高い母親側の要因として妊娠･出産期の否定的認知があると言われており(Green et al., 1990; Ayers et al., 2006)、育児不安を軽減するためにも妊娠・出産体験に主眼をおいた必要であると言われている。本結果から、妊娠・出産体験の記憶は自己イメージを介しているため自己イメージを変容することによって妊娠・出産体験の評価も肯定的に変化する可能性があると考える。

共分散構造分析により未就学児をもつ母親の自己イメージと育児体験認知に関する因果モデルを構築した結果から、肯定的な自己イメージであると育児に対しても肯定的な認知をしていることが明らかになった。育児への肯定的感情の一つである母親の幸福感は自尊感情に影響されており（Cheng and Furnham, 2004）、本研究からも育児への自信や、子どもをかわいいと思うような肯定的な認知は、母親の自分自身への高い価値感などの肯定的な自己イメージと関連しているとの結果であった。肯定的な自己イメージの母親は、育児上で不安や戸惑いを抱える場面があっても､すぐに幸せを見出すことができると考える。よって、母親が自分に自信をもち価値を見出すような自己イメージへの変容支援が有効ではないかと考える。

また、前向き調査の結果、高い自己価値感を抱いている母親は一年後も育児に対して肯定的な認知をしていた。このことからも、肯定的な自己イメージが肯定的な育児体験認知に影響するであろうことが考えられ、自己イメージを変容支援が育児支援の新たな視点である可能性を示唆している。

既存の育児支援は、スキルや知識の提供による認知の変容が図られてきたが、育児不安の軽減、行動変容は十分に見られていない側面がある。また、長期間の支援であり、脱落率の多さが目立つ上、十分な効果が見られていない。出産期においても傾聴をおこなうなど臨床現場では時間がかかるような支援も多い。このことからも短期間で充分な効果が得られるような支援が必要である。

また既存の支援の多くは保健師・助産師・心理士・精神科医などの専門家によっておこ

なれている。非専門家（子育てボランティアや保育士）や母親自身が活用できるような支援方法も必要である。そのためには、支援方法を構造化し、誰でも安全に使用できることが重要である。

## 第２節　本研究の意義

本研究は、未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験から育児体験認知を横断的および縦断的に調査した研究である。現在、母親の出産に対する評価などの研究がなされており、その体験の認知が育児中の母親のウェルビーイングに影響があるとされている。出産に対する評価は、たとえ客観的には肯定的な出産体験であっても本人が否定的に捉える場合もある。そのため出産体験を肯定的に受け止めるための支援の重要性が指摘されている。現在までの研究は出産体験の評価に関する研究は出産直後との関連が多く、育児中の母親の心理社会的要因と関連した研究は少ない。そこで本研究では、妊娠から育児を通しての母親を永続的な視野で検討した。また、出産体験の受け止め方、認知の違いには、母親が自分自身をどのように捉えているかという自己イメージが関連しているのではないかと考えた。出産意欲を高めるためにも肯定的な出産体験の評価が重要であり、本研究からは妊娠・出産体験を肯定的に認知するためには肯定的な自己イメージが必要であるとの結果が導き出された。さらには、育児不安を訴える母親の背景には自己イメージの重要性が指摘されている。しかし、育児不安が解消されない現状から、新たな育児支援の方向性を考えた。本研究では、未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験の評価や育児体験には母親の自己イメージが重要であり、新たな育児支援として自己イメージ変容支援が有効ではないかと指摘したことに意義があると考える。

## 第３節　本研究の限界と今後の課題

### １）量的分析における対象者の範囲の拡大

本研究は量的調査によっておこなわれた。その限界としてサンプリングの偏りやセレクションバイアスが考えられる。特に、研究Ⅱでは対象医院も一医院であり医学的産科処置をおこなっていないため現在の一般的な産科医療を反映しているとは言い難い。こうした施設特性が、調査結果に反映されていることから、本研究の結果をもってわが国の妊娠期や出産期の体験について一般化できない。しかしながら、このような弱点はあるものの、回収率の高さや縦断研究もおこなったことから、それらを克服でき信頼性の高い結果になり得たと考える。

### ２）妊娠・出産トラブルを病態として扱ったことの限界

本研究では、妊娠・出産トラブルを病名や症状などで測定した。同じ病態でも、本人がそれをどのように感じるかがより母親の自己イメージや育児体験認知と関連するとも考えられる。したがって、同じ病態でも母親本人がどのように受け止めたことも検討していく必要がある。

### ３）横断研究における因果モデル立脚の限界

第３章で構築したモデル立脚は横断調査に基づいたものである。従って、仮説に基づく因果モデルを立脚し構築したとしても、それは決して因果関係を断定することにはならない。また、育児中の母親を分析する際、どの要因を分析するかは重要な点である。母親の年齢、子どもの年齢、子どもの数、婚姻状況、家族の人数などが育児中の母親の心理状態に影響するが、今回の横断調査はそのような要因が全て混在しているものであり、本論文の分析手法の限界がある。

### ４）自己イメージ変容支援による介入方法の検討

今回の結果を踏まえ、肯定的な自己イメージを認知できることが妊娠・出産に対してや育児に対して肯定的な認知を促すかの介入方法の検討を含めた評価を行う必要がある。今後、妊娠期の母親に介入し産後の育児などにどのような効果を与えるかなどの検討を長期的に行うことで、本研究がより意義あるものとなると考える。

## 【引用・参考文献】


Affonso DD, Stichler JF. (1980)Cesarean birth: women's reactions. *American Journal of Nursing, 80(3):* 468-470.

Agnafors S, Sydsjö G, Dekeyser, L, Svedin, C. (2012). Symptoms of depression postpartum and 12 years later-associations to child mental health at 12 years of age. *Maternal and Child Health Journal,* 111-118.

Allen V, Baskett, T, O'Connell C, McKeen D, Allen A. (2009). Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. *Obstetrics and Gynecology, 113(6);* 1248-1258.

Ayers S, Ayers. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth, 28(2)*; 111-118.

Ayers S, Joseph S, McKenzie M, McHarg K, Slade P, Wijma K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 29(4)*; 240-250.

Ballard CG, Ballard. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry, 166(4)*; 525-528.

Barbadoro P, Cotichelli G, Chiatti C, Simonetti M, Marigliano A, Di Stanislao F, Prospero E. (2012). Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. *Women Health, 52(4)*; 352-368.

Bennett A, Bennett. (1985). Antenatal preparation and labor support in relation to birth outcomes. *Birth, 12(1)*; 9-16.

Belsky J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development, 55(1)*; 83-96.

Bennett A. (1985). The birth of a first child: do women's reports change over time? *Birth, 12(3);* 153-158.

Bick DE, MacArthur C. (1995).Attendance, content and relevance of the six week postnatal examination. *Midfery, 11(2);* 69-73.

Blackman JA. (1988). The value of apgar scores in predicting developmental outcome at age five. *Journal of Perinatology, 8(3)*; 206-210.

Bloomfield L, Kendall S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research & Development, 3(4)*; 364-372.

Bödecs T, Horváth B, Szilágyi E, Gonda X, Rihmer Z, Sándor J. (2011). Effects of depression, anxiety, self-esteem, and health behaviour on neonatal outcomes in a population-based hungarian sample. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 154(1)*; 45-50.

Boyce PM, Todd AL. (1992).Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Medical Journal of Australia,57(3);* 172-174.

Brown GW, Andrews B, Harris T, Adler Z, Bridge L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psycholgical Medicine, 16(4)*; 813-831.

Bryanton J, Gagnon A, Hatem M, Johnston C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: Results of a prospective cohort study. *Nursing Research, 57(4)*; 252-259.

Bryanton J, Gagnon A, Hatem, Johnston C. (2009). Does perception of the childbirth experience predict women's early parenting behaviors? *Research in Nursing Health, 32(2)*; 191-203.

Bydlowski M. (1978). A psychological manifestation unknown within paediatrics : The posttraumatic obstetric neurosis. *Perspectove Psychiatry, 4*; 321-328.

Caravale B, Allemand F, Libenson M. (2003). Factors predictive of seizures and neurologic outcome in perinatal depression. *Pediatric Neurology, 29(1)*; 18-25.

Carey WB. (1970). A simplified method for measuring infant temperament. *Journal of Pediatry, 77(2)*; 188-194.

Cheng H, Furnham A. (2000). Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry Epidemiol, 35(10);* 463-470.

Chess S, Thomas A, Rutter M, Birch HG. (1963). Interaction of temperament and environment in the production of behavioral disturbances in children. *American Journal of Psychiatry, 120; 1*42-148.

Cicchetti D, Toth SL. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist, 53(2)*; 221-241.

Coleman PK, Hidebrant KH. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations, 49;* 13-24.

Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 65(6);* 1243-1258.

Conway MA. (1993). Emotion and memory.*Science, 261(5119)*; 369-370.

Conway MA, Meares K, Standart S. (2004). *Images and goals.Memory. 12(4);* 525-531.

Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry, (182);* 412 -419.

Cranley MS, Hedahl KJ, Pegg SH. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research, 32(1);* 10-15.

Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. (2001). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth, 27(2);* 104-111.

Deater-Deckard K. (2000). Parenting and child behavioral adjustment in early childhood: a quantitative genetic approach to studying family processes. *Child Development,* 468-484.

Dimateo MR, DiMatteo. (1993). Narrative of birth and the postpartum : Analysis of the focus group responses of new mothers. *Birth, 20(4)*; 204-211.

Donovan W, Leavitt L, Taylor N. (2005). Maternal self-efficacy and experimentally manipulated infant difficulty effects on maternal sensory sensitivity: a signal detection analysis. *Devlopmental Psycholgy, 41(5)*; 784-798.

Duggan A, Caldera D, Rodriguez K. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse, *Child Abuse & Neglect, 31;* 801-827.

Fawcett J, Pollio N, Tully A. (1992). Women's perceptions of cesarean and vaginal delivery: another look. *Research in Nursing & Health, 15(6);* 439-446.

Feldman R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psycholgy and Psychiatry, 48(3-4);* 329-354.

Ford E, Ayers S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders, 23(2);* 260-268.

Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen I. (2012). Maternal preference for cesarean delivery: Do women get what they want? *Obstetrics and Gynecology, 120(2);* 252-260.

Galler J, Ramsey F, Harrison R, Taylor J, Cumberbatch G, Forde V. (2004). Postpartum maternal moods and infant size predict performance on a national high school entrance examination. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 45(6);* 1064-1075.

Gilbert W, Hicks S, Boe N, Danielsen B. (2003). Vaginal versus cesarean delivery for breech presentation in California: A population-based study. *Obstetrics and Gynecology, 102(5);* 911-917.

Gjerdingen DK, Froberg DG, Chaloner KM, McGovern PM. (1993). Changes in women's physical health during the first postpartum year. *Archives of Family Medicine, 2(3)*; 277-283.

Goodman JH. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*、*33(4)*; 410-420.

Goodman SH, Gotlib IH. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review,106 (3);* 458 -490.

Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(2);* 269-274.

Goyal D, Wang E, Shen J, Wong E, Palaniappan L. (2012). Clinically identified postpartum depression in asian american mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing;* 408-416.

Glazener CM. (1997). Postpartum problems. *British Journal of Hospital Medicine,58(7);* 313-316.

Green J, Green. (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth : A prospective study of 825 women. *Birth, 17(1);* 15-24.

Haga S, Lynne A, Slinning K, Kraft P. (2011). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences;* 458-466.

Hernandez-Reif M, Field T, Diego M, Vera Y, Pickens J. (2006).Happy faces are habituated more slowly by infants of depressed mothers. *Infant Behavior Development, 29(1);* 131-135.

Jones TL, Prinz RJ. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. *Clincal Psycholgy Review, 25(3)*; 341-363.

Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, Pawlby SJ, Caspi A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry, 62(2);* 73-81.

Lederman RP, Lederman. (1979). Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nursing Research, 28(2);* 94-97.

Lowe NK. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 25(1);* 82-92.

Lydon-Rochelle MT, Cahill AG, Spong CY. (2010). Birth after previous cesarean delivery: short-term maternal outcomes. *Seminars in Perinatology, 4(4)*; 49-57.

Mackey MC. (1995). Women's evaluation of their childbirth performance. *Maternal Child Nursing Journal, 23(2);* 57-72.

Martins C, Gaffan EA. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. J*ournal of Child Psycholgy and Psychiatry, 41(6)*; 737-746.

Mash EJ, Johnston C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children.*Journal of Consultation Clincal Psycholgy, 51(1)*; 86-99.

McCrea BH, Wright ME. (1999). Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing, 29(4);* 877-884.

McCarthy F, Khashan A, North R, Moss Morris R, Baker P, Dekker G, Kenny L. (2011). A prospective cohort study investigating associations between hyperemesis gravidarum and cognitive, behavioural and emotional well-being in pregnancy. *Plos One, 6(11);* e27678-e27678.

McManus BM, Poehlmann J. (2012). Maternal depression and perceived social support as predictors of cognitive function trajectories during the first 3 years of

life for preterm infants in wisconsin. *Child Care Health and Development, 38(3);* 425-434.

Meijer J, Bockting CLH, Beijers C, Verbeek T, Stant AD, Ormel J, Burger H. (2011). PRegnancy outcomes after a maternity intervention for stressful EmotionS (PROMISES): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials, 12*; 151-157.

Mercer, RT. (1983). Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing Research, 32(4);* 202.

Mercer RT, Ferketich SL. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing Resarch,43(1)*; 38-43.

Murray L. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Devlopment, 67(5);* 2512-2526.

Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. (1996). The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Pychiatry, 37 (8 )*; 937 -935.

Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50(5);* 60-70.

Nikendei C, Dengler W, Wiedemann G, Pauli P. (2005). Selective processing of pain-related word stimuli in subclinical depression as indicated by event-related brain potentials. *Biological psychology, 70(1);* 52-60.

Niven CA, Murphy-Black T. (2000). Memory for labor pain: a review of the literature.*Birth, 27(4)*; 44-53.

Norr KL, Block CR, Charles A, Meyering S, Meyers E. (1977). Explaining pain and enjoyment in childbirth. *Journal of Health and Social Behavior,18(3);* 72-75.

O'Hara MW. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry, 43(6);* 569-573.

Oladapo O, Sotimehin SA, Ayoola Sotubo, O. (2009). Predictors of severe neonatal compromise following caesarean section for clinically diagnosed foetal distress. *West African Journal of Medicine, 28(5);* 327-332.

Pang M, Leung T, Lau T, Hang Chung T. (2008). Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: Follow-up of a longitudinal observational study. *Birth, 35(2);* 121-128.

Rosenberg M. (1962). The association between self-esteem and anxiety. *Journal of Psychaiatry Resarch, 1*; 35-52.

Rubin R. (1977). Binding-in in the postpartum period. *Maternal Child Nursing Journal, 6(2)*; 67-75.

Rubin R. (1984). *Maternal Identity and the Maternal Experience,* New York : Springer Pub. Co.

Sadler LC, Sadler. (2001). Maternal satisfaction with active management of labor, A randomized controlled trial. *Birth, 28(4);* 225-235.

Sawyer A, Ayers S. (2009). Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology Health, 24(4)*; 457-471.

Séguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D. (1989). The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth, 16(3)*; 109-113.

Sevigny PR, Loutzenhiser L. (2010). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child Care Health Development, 36(2)*; 179-189.

Simkin P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth, 18(4);* 203-210.

Simkin P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth, 19(2);* 64-81.

Sluijs A, Cleiren MP, Scherjon S. Wijma K. (2012). No relationship between fear of childbirth and pregnancy delivery outcome in a low risk dutch pregnancy cohort delivering at home or in hospital. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology,* 545-555.

Subramanian S, Katz K, Rodan M, Gantz M, El Khorazaty N, Johnson A, Joseph J. (2012). An integrated randomized intervention to reduce behavioral and psychosocial risks: Pregnancy and neonatal outcomes. *Maternal and Child Health Journal, 16(3);* 545-554.

Swain JE, Tasgin E, Mayes LC, Feldman R, Constable RT, Leckman JF. (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal of Child Psycholgy and Psychiatry, 49(10);* 1042-1052.

Tan P, Vani S, Lim B, Omar S. (2010). Anxiety and depression in hyperemesis gravidarum: Prevalence, risk factors and correlation with clinical severity.

*European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 149(2);* 153-158.

Tulving E. (1983). *Elements of episodic memory,* Oxford : Clarendon Press.

Uguz F, Gezginc K, Kayhan F, Cicek E, Kantarci, A. (2012). Is hyperemesis gravidarum associated with mood, anxiety and personality disorders: A case-control study. *General Hospital Psychiatry, 34(4);* 398-402.

Waldenström U. (2004). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth, 30(4);* 248-254.

Waldenström U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth, 31(2);* 102-107.

Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Sköld M, Wall S. (1996). The childbirth experience: A study of 295 new mothers. *Birth, 23(3);* 144-153.

Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample.*Birth, 31(1);* 17-27.

Weinberg MK, Tronick EZ. (1996). Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face. *Child Development, 67(3);* 905-914.

Wells-Parker E, Miller DI, Topping JS. (1990). Development of control-of-outcome scales and self-efficacy scales for women in four life roles. *Journal of Personality Assessment. 54(3-4);* 564-575.

安藤智子. (2006). 幼稚園児をもつ夫の帰宅時間と妻の育児不安の検討: 子どもの数による比較. *小児保健研究, 65*(6), 771-779.

荒木勤. (2008). *最新産科学, 正常編, 改訂第 22 版,* 文光堂.

井関敦子. (2010). 実母からの授乳・育児支援のなかで娘が体験した思いと、その思いに関係する要因. *母性衛生, 5 い 0*(4), 672-679.

井田歩美. (2013). わが国における「母親の育児困難感」の概念分析 −Rodgers の概念分析法を用いて−. *ヒューマンケア研究学会誌, 4*(2), 23-30.

板橋家頭夫. (2002). 「育児不安の軽減に向けた低出生体重児のあり方に関する研究」. *平成 14 年度研究報告書.*

伊吹麻里, 中村歩美, 中野真希, 室谷絵理子, 河野益美, 柴田真理子, et al. (2005). 核家族における乳幼児期の母親の育児不安: 育児不安に影響する人的環境要因. *藍野学院紀要, 18*, 105-111.

岩谷望. (2008). 大学病院を出産場所に選択した妊婦の指導へのニーズに関する研究（母子保健・訪問指導 1 母親学級, 第 49 回日本母性衛生学会総会). *母性衛生, 49*(3), 235.

海老原亜弥, 秦野悦子. (2004). 保育園・幼稚園児を育てる母親の育児負担感: ストレッサー, コーピング, ソーシャル・サポートの関係. *小児保健研究, 63*(6),

660-666.

恵比寿文江．(1990)．経産婦の出産体験について－特に過去の出産が影響している体験の内容分析－．*日本助産学会誌，4*(1), 27.

大久保功子．(1998)．出産に関する主観的認知と子育て中の女性の心の健康得点の経験的変化と再テスト信頼性の検討．*神戸大学医学部保健科学紀要，14*，17-23.

太田由香里，柴原君江．(2003)．乳幼児健診における親の育児上の問題と福祉と保健の統合化．*人間福祉研究，5*, 87-98.

太田由加里. (2008)．子どもの虐待死予防における乳幼児健診の意義と役割--未受診者の調査から．*田園調布学園大学紀要，3*, 51-62.

大日向雅美. (1982)．母親の子供に対する愛着-夫に対する愛着との関連性について-．*母性衛生，23*(2), 8-15.

大日向雅美. (1988)．*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，*川島書店.

大日向雅美. (2001). <報告>21 世紀の子育て支援を考える：母性神話の解放を求めて（第 20 回医療短大研究会）．*東北大学医療技術短期大学部紀要，10*(2), 167-168.

大日向雅美. (2002)．発達心理学の立場から（特別企画　育児不安）-- (育児不安とは

何か--その定義と背景). *こころの科学, 103*、10-15.

大森彩子. (2010). 母親の育児不安およびパーソナリティと有効な子育て支援の関連. *日本女子大学大学院人間社会研究科紀要, 16*, 173-188.

岡野禎治(2007). 【周産期の症候・診断・治療ナビ】　産科編　症候ナビゲーション その他　うつ、不安などの精神疾患. *周産期医学, 37*(増刊), 161-164.

岡山久代. (2002). 妊婦の胎児への愛着に対する実母ならびに夫との関係の影響: パス解析による因果モデルの検討. *日本看護研究学会雑誌, 25*(5), 15-25.

奥富庸一, 宗像恒次. (2001). 胎生期・周産期・乳幼児期の心的外傷イメージと心身健康の共分散構造分析. *気づき癒し行動変容へのカウンセリング,* 7, 130-135.

奥富庸一, 橋本佐由理, 池田佳子. (2007). 「育児自信感」および「育児不安感」の尺度作成に関する研究. *メンタルヘルスの社会学, 13*, 38-49.

小野寺敦子. (2003). 親になることによる自己概念の変化. *発達心理学研究, 14*(2), 180-190.

数井みゆき, 無藤 隆, 園田菜摘, 宇佐美美芳子. (1994). 母親の育児ストレス: 子どもの行動特徴と家族社会的要因との関連. *日本教育心理学会総会発表論文集, 36,* 10.

鑑さやか. (2003). 保育者養成における児童虐待の意識調査. *日本保育学会大会研究論文集, 56*, 106-107.

柏木惠子, 若素子. (1994). 「親となる」ことによる人格発達: 生涯発達的視点から親を研究する試み. *発達心理学研究, 5*(1), 72-83.

加藤則子. (2007). 平均出生体重減少に関与する社会医学的側面. *日本周産期・新生児医学会雑誌, 43*(4), 857-860.

川井尚. (1993). 育児不安に関する基礎的検討. *日本総合愛育研究所紀要, 30,* 27.

川井尚, 恒次欽也, 庄司順一. (2000) .育児不安のタイプとその臨床的研究(7)子ども総研式・育児支援質問紙(ミレニアム版)の手引きの作成. *日本子ども家庭総合研究所紀要, 37,* 159-180.

唐田順子. (2008). 乳幼児をもつ母親のサポート状況と育児不安との関連: 病産院サポートを含めた分析. *母性衛生, 48*(4), 479-488.

我部山キヨ子, 堀内寛子 , 脇田満里子, 入澤みち子. (2001). 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, 42*(4), 591-598.

北村亜希子. (2011). 低出生体重児の母親がもつ育児不安の要因の検討: 子どもが NICU 入院中と退院後の比較. *母性衛生,51*(4), 694-703.

國清恭子, 阿部祥子, 土江田奈留美, 中島久美子, 常盤洋子. (2004). 育児期の母親の出産体験と心理的健康に関する研究. *The KITAKANTO medical journal* . *54*(2), 125-135.

厚生省. (1971). 厚生白書　国民健康調査（昭和 45 年度 No.24）.

厚生省. (1979). 厚生白書（昭和 54 年度版）.

厚生省. (1980). 厚生白書（昭和 55 年度版）.

厚生省.(1999).　1990 年度出生の超低出生体重児 9 歳時予後の全国調査集計結果. 厚生科学研究「周産期医療体制に関する研究」平成 11 年度研究報告書, 97-101.

厚生省. (1998). 全国母子家庭等実態調査の概要.

厚生労働省. (2005). 「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」第 1 次報告.

厚生労働省. (2012). 厚生の指標速報.

小嶋玲子. (2008). 母親たちの努力に添う子育て支援を考える--子育ての現状に対する母親たちの改善努力から. *桜花学園大学保育学部研究紀要,（6）*, 1-13.

河野順子. (2011). 母親が抱える育児不安に関する要因--子どもの育てにくさ、母親

の認知様式、父親の育児参加をめぐって.*東海学園大学紀要, 16*, 55-64.

櫻谷眞理子. (2001/02). 子育てに関心をもてない母親・父親. *児童心理, 745,* 34-38.

坂井摂子. (2010). 育児不安研究の現状と課題. *現代社会文化研究, 49*, 83-100.

佐々木英子, 清水凡生. (1986). 乳児をもつ母親の育児不安について. *小児保健研究, 45*(3), 290-293.

佐藤喜美. (2010). 妊娠期からの継続した心理的支援が周産期女性の不安・抑うつに及ぼす効果. *母性衛生, 51*(1), 215-225.

佐藤ゆき, 加藤忠明, 伊藤龍子, 顧艶紅, 掛江直子. (2007). 出産満足度と出産時ケアとの関連. *小児保健研究, 66*(3), 465-471.

佐藤ゆき, 加藤忠明, 伊藤龍子, 顧艶紅, 掛江直子. (2008). 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, 67*(2), 341-348.

澤田敬. (2005). 幼児に対する母親の非統制的養育行為の実態と関連要因--母親のライフスタイルによる特徴. *子どもの虐待とネグレクト, 7*(2), 209-221.

澤田敬, 菊地義洋. (2004). 周産期からの育児混乱・虐待予防（特集 子ども虐待予防に助産師はどうかかわれるか). *助産師, 58*(3), 12-19.

品川信. (1983). 日本における出産の場所に関するもう一つの問題. *弘前醫學,*

*35*(2), 162-166.

柴原君江. (2004). 育児問題の変遷と地域における支援活動. *人間福祉研究, 6*, 27-46.

篠原郁子. (2008). 母親の mind-mindedness と母子相互作用および 9 ヵ月乳児の共同注意の発達. *京都大学大学院教育学研究科紀要*, *54*, 234-246.

庄司順一. (2008). 子どもに対する母親の結びつき（特集 アタッチメント). *子どもの虐待とネグレクト*, *10*(3), 315-321.

鈴宮寛子, 山下洋, 吉田敬子. (2008). 周産期における虐待予防活動の課題--周産期精神保健の技術研修と継続支援システム構築の取り組みから. *子どもの虐待とネグレクト, 10*(1), 109-117.

三鉆泰代, 濱口佳和. (2010). 幼児期の子どもをもつ母親の育児不安と養育スキルおよび子どもの問題行動との関連. *日本教育心理学会総会発表論文集*, *12*(2), 250-260.

嶋松陽子 , 高山知美. (2004). 双子を養育する母親の育児困難態とその要因 . *保健科学研究誌, 1,* 35-42.

清水嘉子. (1999). 母親の育児ストレス研究(2)育児事情の検討. *日本看護研究学会誌, 22(3)*, 304.

清水嘉子, 西田公昭. (2000). 育児ストレス構造の研究. *日本看護研究学会雑誌, 23(5)*, 55-67.

清水嘉子, 伊勢 カンナ. (2006). 母親の育児幸福感と育児事情の実態. *母性衛生, 47(2)*, 344-351.

住田正樹. (1999). 母子の育児不安と夫婦関係. *子ども社会研究, 5*, 3－20.

竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也, 三砂ちづる. (2007). 出産体験尺度作成の試み. *民族衛生, 73*(6), 211-224.

竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也, 三砂ちづる. (2008). 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"とはどういうものか? *母性衛生, 49*(2), 275-285.

竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也, 三砂ちづる. (2009). 出産体験の決定因子: 出産体験を高める要因は何か? *母性衛生, 50*(2), 360-372.

竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也, 三砂ちづる. (2009). 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. *日本公衆衛生雑誌, 56*(5), 312-321.

田中昭夫. (1994). 保育園児の母親への育児援助に関する基礎的研究 - その蓄積的

疲労徴候と育児不安を軽減するために. *保育学研究, 32,* 107-115.

田中望. (1996). 幼児を保育する母親の育児不安を軽減する要因の検討. *家庭教育研究所紀要, 18,* 61-68.

田辺(西野)けい子. (2006). 〈出産の痛み〉に付与される文化的意味づけ--「自然出産」を選好した人々の民族誌 (エスノグラフィー). *日本保健医療行動科学会年報, 21*, 94-109.

田辺けい子. (2008). 「自然な出産」の医療人類学的考察. *日本保健医療行動科学会年報, 23*, 89-105.

辻河昌登. (2009). 世代間伝達に関する精神分析学的考案 (II). *京都大学大学院教育学研究科紀要, 55,* 253-265.

田村知栄子, 眞﨑由香, 宗像恒次, 橋本佐由理.（2012）. 乳幼児を持つ母親の育児体験認知と自己イメージ、支援認知との関連. *日本保健医療行動科学会年報, 27,* 200-212.

恒次欽也, 庄司順一, 川井尚. (1999). いわゆる育児不安に関する調査研究 (1) : 「育児困難感」の規定要因に関する研究. *愛知教育大学研究報告.教育科学, 48*, 123-129.

手島聖子. (2003). 乳幼児健康診査を通した育児支援: 育児ストレス尺度の開発. *福岡県立大学看護学部紀要, 1*, 15-27.

手島聖子, 原口 雅浩. (2004). 育児不安の構造. *久留米大学心理学研究, 3*, 83-88.

寺松みどり. (2010). 母親の育児不安を軽減するための一考察--社会参加の視点から. *名古屋市立大学大学院人間文化研究科人間文化研究, 13,* 57-73.

常盤洋子, 杉原一昭. (2000). 出産体験と理想とするお産についての内容分析. *群馬保健学紀要, 20*, 81-88.

常盤洋子. (2002). 出産体験の自己評価に影響を及ぼす要因の検討 ： 初産婦と経産婦の違い, *群馬保健学紀要. 22,* 29-39.

常盤洋子, 杉原一昭, 藤生英行. （2000）. 資料 出産期における母親意識の発達に関する研究--出産体験の内容分析 . *カウンセリング研究, 33*(2), 181-188.

常盤洋子. (2003). 出産体験の自己評価と産褥早期の産後うつ傾向の関連. *日本助産学会誌, 17*(2), 27-38.

利島保. (1987). 妊婦の心理と母性形成過程. *ペリネイタルケア, 6(5)*, 413-419.

中井葉子, 尾崎暢希, 大平寛子, 常松寛子, 芳賀裕子, 森睦美, 中村定男. (1993). 分娩の満足に関する一考察—妊娠中に意図する分娩と分娩体験との一致度による満

足—. *京都大学医療技術短期大学部紀要, 13*, 37-50.

中村肇. (1999). 「1990 年度出生の超低出生体重児 9 歳時予後の全国調査結果」. 平成 11 年度厚生化学研究（子ども家庭総合研究事業）「周産期医療体制に関する研究」報告書.

中村馨. (1970). 特集/早産をめぐる諸問題：人工動態統計よりみた低出生体重児出生率の年次推移-未熟児は増えているのか-. *産婦の世界, 42,* 37-45.

難波茂美. (1999). 産褥期の母親が感じているサポート・葛藤の特徴とストレス反応との関連. *岡山県立大学保健福祉学部紀要, 6*, 1-8.

野口真貴子. (2002). 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, 15*(2), 7-14.

間三千夫, 関根剛, 中嶋和夫. (2000). 母親の育児不安感に関する構成概念のモデル化. *信愛紀要, 40,* 49-57.

橋本佐由理, 宗像恒次. (2003). ヘルスカウンセリングセミナーの教育効果の評価-第 9 報-. *ヘルスカウンセリング学会年報, 9,* 67-76.

橋本佐由理, 樋口倫子, 中野智美. (2004). 両親イメージが自己イメージに与える影響に関する調査研究. *日本保健医療行動科学会年報, 19,* 121-138.

橋本佐由理, 井坂美香, 樋口倫子. (2005). 中学生における両親イメージが自己イメージおよび精神健康に与える影響に関する研究. *ヘルスカウンセリング学会年報, 11,* 31-40.

橋本佐由理, 奥富庸一, 宗像恒次. (2008). 調査研究委員会報告 ヘルスカウンセリングセミナーの教育効果の評価（第 14 報). *ヘルスカウンセリング学会年報, 14*, 65-85.

橋本佐由理, 樋口倫子. (2010). 糖尿病患者への SAT 法介入による血糖値改善効果の検討（第 17 回日本未病システム学会学術総会論文集）. *日本未病システム学会雑誌, 16*（2）, 307-310.

橋本佐由理. (2011). 糖尿病患者の生き方支援：支援技術研究の立場から（心身に効く技術と理論の統合）--（生き方変容の支援技法）. *日本保健医療行動科学会年報, 26*, 49-60.

長谷川喜久美. (2008). 助産師の妊娠中からの母親へのかわわり--事例を通して（特集 子ども虐待への看護職の対応視点). *子どもの虐待とネグレクト, 10(2)*, 166-174.

長谷川文, 村上明. (2005). 出産する女性が満足できるお産: 助産院の出産体験ノートからの分析. *母性衛生, 45*(4), 489-495.

原口由紀子，松浦治代，矢倉紀子，佐々木くみ子， 笠置綱.(2005). 母親の個人としての生き方志向と育児不安との関連. *小児保健研究, 64*(2), 265-271.

原田なをみ，片平起句，森田ひろみ.(2009). 産後の抑うつ感情の変化と愛着形成・被養育体験との関連　産褥早期から産後 3～4 ヶ月までの縦断的調査より. *母性看護, 40*, 114-116.

檜垣博子.(2001). 保育所における子育て支援に関する一研究--「地域子育て支援センター事業」における「親子教室」の母親アンケートを中心に. *大阪女子短期大学紀要, 26*, 79-89.

樋口倫子，宗像恒次.(2002). 心因性視覚障害の SAT イメージ療法，*日本保健医療行動科学学会年報, 17,* 16-30.

樋口倫子，橋本佐由理.(2003). 対人援助職者のソーシャルスキル尺度の開発のための予備的研究--対人援助職を目指す学生を対象として *日本保健医療行動科学会年報, 18,* 173-189.

樋口倫子，宗像恒次，橋本佐由理.(2005). 親への SAT 療法を併用した心因性視覚障害の治療過程～自己イメージスクリプトの変化の視点より～. *ヘルスカウンセリング学会年報, 11,* 51-62.

樋口倫子, 橋本佐由理. (2010). 糖尿病患者へのライフ・キャリア変容支援による HbA1c 改善効果--集団アプローチによる効果を中心に（第 17 回日本未病システム学会学術総会論文集）. *日本未病システム学会雑誌, 16（2）*, 303-306.

平海光夫. (2006). 乳幼児健診で見られた育児不安の検討. *生活科学論叢, 37,* 31-37

藤田大輔, 金岡緑. (2002). 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, 49(4),* 305-313.

堀内成子, 島田啓子, 鈴木美哉子, 毛利多恵子, 谷口通英, 多賀佳子, 宮里邦子.(1997). 出産を体験した女性が評価する妊産褥期のケアの質. *日本助産学会誌, 11*(1), 9-16.

前田尚子. (2003). 育児期女性におけるパーソナル・ネットワークの構造効果--サポート・ストレス・関係充足度. *家族関係学, 22*, 33-44.

牧野カツコ. (1982). 乳幼児をもつ母親の生活と＜「育児不安」＞. *家庭教育研究紀要, 3,* 43-56.

牧野カツコ. (1985) : 乳幼児をもつ母親の「育児不安－父親の生活及び意識との関連. *家庭教育研究所紀要, 6,* 11-24.

眞崎由香, 田村知栄子, 宗像恒次, 橋本佐由理. (2011). 乳幼児を育てている母親へのストレス軽減支援. *ヘルスカウンセリング学会年報, 17*, 41-50.

眞崎由香, 田村知栄子, 奥富庸一, 池田佳子, 宗像恒次, 橋本佐由理. (2012). SAT 療法による乳幼児をもつ母親の育児不安の支援. *ヘルスカウンセリング学会年報, 18*, 1-10.

眞崎由香, 橋本佐由理, 奥富庸一, 池田佳子. (2011). 就学前幼児を育てている母親の自己イメージと育児不安との関連. *小児保健研究, 70*(6), 725-730.

松井一郎. (1991). 未熟児の虐待ハイリスク因子. *厚生省心身障害研究班平成元年報告書.*

松岡悦子. (2010). 出産時の医療介入とマタニティーブルーズとの関連の検討. *母性衛生, 51*(2), 433-438.

松島京. (2006). 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*, *11*, 147-159.

松田茂樹. (2007). 育児不安が出産意欲に与える影響. *人口学研究, (40)*, 51-63.

松野洋子, 伊東和子. (1995). 初産婦における出産体験の形成過程: 4 事例の分析を

とおして. *母性衛生, 36*(2), 266-273.

向笠京子, 橋本佐由理, 樋口倫子, 中嶋茂, 金城瑞樹, 宗像恒次. (2010). 2 型糖尿病患者への SAT 法介入によるメンタルヘルスと HbA1c 値の検討. *メンタルヘルスの社会学, 16,* 26-34.

宗像恒次. (1986). 病気の心理社会因と保健行動. *日本保健医療行動科学会, 1,* 15-34.

宗像恒次, 高臣武史, 河野洋二郎, デビッド・ベル, リンダ・ベル. (1987). 日米青少年の家庭環境と精神健康に関する比較研究. *昭和 62 年度厚生省科学研究報告書.*

宗像恒次. (2006). *SAT 療法,* 金子書房.

宗像恒次. (2006). 鍵概念 イメージスクリプト. *日本保健医療行動科学会年報, 21,* 245-254.

宗像恒次. (2007). *遺伝子を味方にする生き方,* きこ書房.

宗像恒次, 鈴木 浄美, 橋本佐由理, 鈴木克則. (2007). *SAT 法を学ぶ,* 金子書房.

宗像恒次, 小林啓一郎. (2007). *健康遺伝子が目覚めるがんの SAT 療法,* 春秋社.

宗像恒次. (2008). 生き方革命をサポートする SAT の健康心理療法. *ヘルスカウンセリング学会年報, 14,* 1-10.

水上明子, 谷口まり子, 馬場直美. (1994). 産後の母親の育児不安. *熊本大学教育学部紀要, 人文科学 43*, 89-97.

毛利瑞穂, 數川悟, 竹村祥恵, 引網純一, 成瀬優知. (2005). A 県における乳幼児を育てる母親の精神健康調査. *日本社会精神医学会雑誌, 13*(3), 105-115.

矢島京子, 橋本佐由理. (2007). 子育て中の母親のストレス軽減と育児自信感支援に関する介入研究. *ヘルスカウンセリング学会年報, 13,* 47-57.

山口忍, 荒賀直子, 丸井英二. (2008). 1 歳児をもつ母親の育児困難感が活力と心の健康に及ぼす影響. *医療看護研究, 4*(1), *1*10.

山根真理. (2000). 育児不安と家族の危機. *家族問題 ： 危機と存続*, ミネルヴァ書房.

吉田敬子. (1999). 児童精神科の広がり-周産期精神医学の立場から-. *精神医学, 41,* 1317-1323.

吉田敬子. (1999). 周産期女性とデプレッション. *産婦人科の実際, 48*, 1925-1935.

吉田敬子. (2006). 胎児期からの親子の愛着形成（特集 子どもの心（1)) -- (子ども

の心を育む). *母子保健情報, 54*, 39-46.

吉田敬子. (2008). 愛着理論と精神分析の架け橋--Peter Fonagy が乳幼児精神保健へもたらした理論と臨床応用（特集 小児看護に生かす乳幼児精神保健). *小児看護, 31*(6), 727-732.

吉田弘道.（2012）.育児不安研究の現状と課題. *専修人間科学論集. 心理学篇 2,* 1-8.

吉永茂美, 岸本長代. (2007). 乳児をもつ母親の育児ストレッサー, ソーシャル・サポートとストレス反応との関連: 初産婦と経産婦の比較から. *小児保健研究, 66*(6), 767-772.

吉村正. (2006). *しあわせなお産をしよう: 自然出産のすすめ*, 春秋社.

吉村正. (2008). *「幸せなお産」が日本を変える*, 講談社.

吉村正. (2011). *幸せな自然出産のすすめ: 産む力を高める*, 家の光協会.

ロジャース. (1966). ロジャース全集, 第 2 巻, カウンセリング（佐治守夫 Trans.), 岩崎学術出版.

渡邊香, 篠原ひとみ. (2010). 産褥一ヶ月時の母親の育児不安と Self-esteem との関連. *秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要, 18*(2), 71-79.

渡邉茉奈美. (2012). 「育児不安」の再検討: 子ども虐待予防への示唆. 東*京大学大*

*学院教育研究科紀要，51*, 191-202.

渡辺久子．（2000）．*母子臨床と世代間伝達,* 金剛出版

和田サヨ子．(1986)．出産の想起(Review)による産婦の妊娠出産過程における情緒の分析－出産時の喪失体験を中心にして－．*日本看護学学会誌，6(3)*，11－21.

## 【業績】

（１） 学位論文

田村知栄子：母親の育児不安と幼少期記憶および自己イメージスクリプトとの関連（筑波大学大学院　人間総合科学研究科　修士論文）

（２）学術論文

1. 田村知栄子，眞﨑由香，宗像恒次，橋本佐由理：乳幼児を持つ母親の育児体験認知と自己イメージ、支援認知との関連. 日本保健医療行動科学会年報, Vol.27 200-212, 2012.06
2. 眞﨑由香，田村知栄子，奥富庸一，池田佳子，岡野眞規代，中村多恵子，宗像恒次，橋本佐由理：ＳＡＴ療法による乳幼児をもつ母親の育児不安への支援，ヘルスカウンセリング学会年報，Vol.18 1-9，2012.09
3. 眞﨑由香，田村知栄子，宗像恒次，橋本佐由理：乳幼児を育てている母親へのストレス軽減支援，ヘルスカウンセリング学会年報，Vol.17 41-49，2011.09

（３）学会発表

1. 田村知栄子，眞﨑由香，橋本佐由理：口頭発表　未就学児をもつ母親の妊娠・出産体験記憶と自己イメージ、育児体験認知との関連，第 28 回日本保健医療行動科学会学術大会，東京，2013.06.23
2. Yuka Masaki, Chieko Tamura, Sayuri Hashimoto, Tsunetsugu Munakata ：Oral Session　Supportive psychological intervention for stress reduction of preschool mothers, The 3rd International Conference of SAT Health Counseling, CHIBA Japan, 2011.09.17
3. Chieko Tamura, Yuka Masaki, Sayuri Hashimoto, Tsunetsugu Munakata ：Oral Session　The relationship between the perceived stress relating to pregnancy and child-birth, mothers'reared experience and maternal mental health, The 3rd International Conference of SAT Health Counseling, CHIBA Japan, 2011.09.17
4. 田村知栄子，眞﨑由香，宗像恒次，橋本佐由理：ポスター発表　乳幼児を持つ母親へ

の SAT イメージ療法介入の内的変化の検討～妊娠・出産トラブル認知の高い母親の事例を通して～，第 18 回ヘルスカウンセリング学会学術大会，千葉，2011.09.17

5. 岩永由香，田村知栄子，橋本佐由理：ポスター発表　乳幼児をもつ母親の気質とマルトリートメント傾向の関連，第 26 回日本保健医療行動科学会学術大会，大阪，2011.06.12
6. 田村知栄子，岩永由香，橋本佐由理，宗像恒次：ポスター発表　妊娠・出産期認知とマルトリートメント傾向との関連，第 26 回日本保健医療行動科学会学術大会，大阪，2011.06.12
7. 橋本佐由理，岩永由香，田村知栄子：口頭発表　乳幼児をもつ母親のマルトリートメント傾向と子育てをめぐる心理社会的要因の関連，第 26 回日本保健医療行動科学会学術大会，大阪，2011.06.12
8. Yuka Iwanaga, Chieko Tamura, Sayuri Hashimoto: Oral Session　Supportive psychological intervention for maternal stress reduction of pre-school mothers, The 2nd International Conferrence of SAT Health Counseling, CHIBA, 2010.09.18
9. Chieko Tamura, Yuka Iwanaga, Youichi Okutomi, Sayuri Hashimoto, Tsunetugu Munakata: Oral Session　The relationship between the perceived stress relating to pregnancy and child-birth,birth weight and maternal mental health, The 2nd International Conferrence of SAT Health Counseling, CHIBA, 2010.09.18
10. 田村知栄子，岩永由香，宗像恒次，橋本佐由理：ポスター発表　気質と妊娠・出産体験、育児との関連，第 17 回ヘルスカウンセリング学会学術大会，千葉，2010.09.18
11. 岩永由香，田村知栄子，橋本佐由理：ポスター発表　乳幼児をもつ母親への育児不安軽減と虐待予防支援，第 25 回日本保健医療行動科学会学術大会，前橋，2010.6.12-13
12. 田村知栄子，岩永由香，奥富庸一，橋本佐由理，宗像恒次：ポスター発表　妊娠・出産時のトラブル記憶と育児不安との関連，第 25 回日本保健医療行動科学会学術大会，前橋，2010.6.12-13

（4）賞罰

1. 住友生命　第 6 回　「未来を強くする子育てプロジェクト」　女性研究者支援受賞 2013.3

謝辞

学位論文をまとめるにあたり、謝辞を記します。

まず、調査にご協力をいただいたお母さまがたに深く感謝申し上げます。また、協力を頂いた機関の方々や産院の院長である吉村正先生を始めとするスタッフの方々、岡野眞紀代さん、中村多恵子さんの協力がなくてはこの研究は成り立つことがありませんでした。この場をお借りして、感謝申し上げます。そして、女性研究者奨励賞を賜り、研究助成をして頂いている住友生命さまにも感謝いたします。

指導教官であり共同研究をおこなってきた橋本佐由理先生には、多くの時間をさいていただきました。いつもあたたかい眼差しのなか、終始貴重なご指導を賜りました。この紙面では語り尽くせませんが、心より感謝の言葉を申し上げます。副査にあたられた水上勝義先生は論文の細かい構成までを指導していただき感謝申し上げます。柳久子先生は、学位論文としての論理の本筋を指摘していただくと同時に、励ましをたくさんいただき感謝申し上げます。江守陽子先生は、ご専門の立場からの細かい指摘や多くの示唆を含む貴重なアドバイスを頂き感謝申し上げます。すべての先生方に、深く感謝を申し上げるとともに、この貴重な学びを今後に活かして参りたいと思っております。また、修士論文の指導教官でありました筑波大学名誉教授の宗像恒次先生には、研究の最初の一歩を押し出していただき深く感謝申し上げます。

また、研究をするにあたり様々なサポートをしてくださった事務の方々、研究室の秘書の亀田美穂さんにも謝意を申し上げます。そして、同じ研究室の諸先輩方からのアドバイスがなかったら、研究を続けることが出来ませんでした。共同研究者の眞﨑由香さんには、いつもあたたかい笑顔で応援していただき、心より感謝申し上げます。同じ研究室で、学位論文を執筆という同じ立場の吉田美和子さんには、いつも適切なサポートや暖かい励ましをいただき、感謝いたします。また、修士からの同級生で今回同じ時期に学位論文提出という立場であった、伊藤千春さんとはお互いを励まし合いながらここまで到達できました。ありがとうございます。

最後に、私の家族に感謝申し上げます。生活面でのサポートや私が生まれてから一番応援してくれた母・憲子にあらためて感謝いたします。普段は、なかなか感謝の言葉を言えませんが、この場を借りて心より感謝の言葉を申し上げます。父・勝にも私が多忙の中で、娘の相手をしてくれたことに感謝いたします。また、娘の璃々子はこの研究の源泉であると同時に私の人生のインスピレーションの存在です。忙しくて、なかなかママらしくなか

ったと思うのですが、いつも素直な愛情を表現してくれて本当にありがとう。また、この謝辞を書いているこの日に愛犬であるプッチンが天国に召されました。なんだか、私の学位論文の完成を見届けてくれたようで涙がとまりません。

私を支えてくれた全ての人に感謝申し上げます。

平成 26 年 3 月 2 日

田村　知栄子