

乳幼児を養育する母親の育児不安と首尾一貫感覚 (SOC), ソーシャルサポートとの関連

西地令子^{*1)}, 田中千絵²⁾, 今村桃子³⁾, 竹元仁美⁴⁾

1) 大阪青山大学健康科学部看護学科, 2) 聖マリア学院大学看護学部看護学科,
3) 国際医療福祉大学看護学部福岡看護部, 4) 東京純心大学看護学部看護学科

Relationships among the mental status, maternal anxiety, social support, and sense of coherence in Japanese mothers who are caring for infants

Reiko NISHICHI¹⁾, Chie TANAKA²⁾, Toko IMAMURA³⁾, Hitomi TAKEMOTO⁴⁾

¹⁾Faculty of Health Science, Osaka Aoyama University

²⁾Faculty of Nursing St. Mary's College

³⁾Faculty of Fukuoka Nursing University of Health and Welfare

⁴⁾Faculty of Nursing Tokyo Junshin University

Summary The purpose of this study was to examine relationships among various mental and social factors such as mental health status, maternal anxiety regarding their children's situation, social support, and the sense of coherence (SOC) among Japanese mothers. Thirty-nine subjects (collection rate: 75.5%) completed the 30-item version of the Japanese General Health Questionnaire (GHQ), the Japanese STAI, 13-item version of SOC and some other questionnaires related to child care, and the salivary cortisol levels of all subjects were examined. Fifteen unmarried females comprised the control group for this study.

The results showed no significant difference in any of the parameters except for age. Therefore, the SOC score of the subjects was found to correlate with the GHQ score and the State-Anxiety (SA) and Trait-Anxiety (TA) scores of the STAI, whereas no association was observed regarding the SA in the control group. Furthermore, the results showed that the mothers' interaction with other mothers affected the SA, their association with their husband and their SOC affected the TA, the TA was related to the SA, and the SA was found to directly correlate with the GHQ.

In conclusion, this study suggested that both the mental status and the anxiety of Japanese mothers were associated with the social support to the mother and SOC.

Keywords: maternal anxiety, mental health status, sense of coherence, social support, salivary cortisol
育児不安、精神的健康度、首尾一貫感覚、ソーシャルサポート、唾液コルチゾール

諸言

現在の母親の育児背景として、核家族化、少子化の問題とともに地域社会の人間関係の希薄化など、多くの問題が指摘されている。その結果、母親に育児ストレスや不安が生じ、これらは精神的健康を損なうだけでなく¹⁾、深刻な社会問題である育児放棄や虐待につながる可能性もある^{2,3)}。さらに、母親の育児ストレスや不安は、児の精神的発達等への悪影響の可能性も示唆されている²⁾。

このため、行政施策の健やか親子21の第2次では、子育て支援体制と虐待防止予防の強化が図られている⁴⁾。さらに行政施策に加えて、調査研究による育児ストレスやうつ傾向・不安等の要因の究明、それに基づいた育児支援やサポート体制のさらなる構築が求められている。

母親の育児ストレスや不安に関する研究は、これまで多様な観点から研究が行われてきた。日下ら⁵⁾は、育児に関わるストレスを構造化し、育児ストレスが多様な要因から生じることを明らかにした。そして、

ほとんどの母親が育児をストレスとして感じていることを報告した⁵⁾。さらに、長期にわたるストレスは母親に悪影響を与え、抑うつにつながる可能性も示唆されている^{1,6)}。

特に、乳幼児を養育する母親は育児ストレスや不安が高い上⁴⁾、精神的健康度が低い傾向が多数の研究によって示されている⁷⁻¹⁰⁾。その中でも障害児や低体重児等を養育する母親は健常児の母親と比較して不安やストレスが高く、精神的健康度も低いことが報告されている¹¹⁻¹³⁾。つまり、養育する児の状況・状態は母親のストレス等の要因の1つである。

一方、ストレスや不安および精神的健康度の母親側の要因として育児負担感やストレスに対する対処法が着目されている。岡田ら¹⁵⁾の研究では、母親の育児負担感が精神的健康に与える影響を構造的に表し、母親の育児負担感が精神的健康度に与える影響を明らかにした。また、母親のストレスへの対処法や行動等と精神的健康度との関連性が他の研究でも示されている¹⁶⁻¹⁹⁾。さらに、Sense of Coherence (首尾一貫感覚:以下「SOC」)と育児不安との関連があることが報告され、注目されている²⁰⁻²²⁾。SOCはストレス対処において人が有する基礎的な能力とされるが²³⁾、近年では不安や精神的健康度だけでなく、メンタルヘルスにおいて重要な因子であるとされる。本田ら²²⁾の研究は、このSOCの研究を活かし、健康診査において母親の心理的側面のスクリーニングに利用する検討が行われ、その有用性を示した。

さらに、母親を取り巻く家族との関係性や地域の支援体制などの育児環境に焦点をあてた育児ストレス研究が増加している。その中でも、夫の育児協力やコミュニケーションなど、特に夫との関係性が母親の育児ストレスや不安に影響することが報告されている²⁴⁻²⁷⁾。夫婦のコミュニケーションや夫からの情緒的サポートが、母親の育児不安を軽減することが示唆されている²⁴⁻²⁷⁾。大北ら²⁸⁾は、母親への手段的サポートよりも情緒的サポートの方が育児不安の軽減に繋がることを報告している。さらに、母親の社会的ネットワーク²⁸⁾や育児に関する相談¹⁹⁾等もストレスや不安を軽減することが示されている。園部ら²⁹⁾によると、母親のネットワークの多さが児の発達と関連するなど、夫や周囲からのサポート体制の重要性が唱えられている。

しかしながら、これまでの母親の精神的健康度や不安は児の状況、SOCおよび夫や周囲からのソーシャルサポートなど各要因との個別の関連であり、これらの総合的な関連は明らかにされてこなかった。また、

母親と児を養育してない未婚女性との比較は少なく、母親の精神的健康度や不安の高低が育児中の女性に特有であると断定ができない。

これらに加えて、唾液コルチゾールとストレスとの関連性は明らかになっているが³⁰⁻³¹⁾、母親や妊婦を対象としたものは少なく、乳幼児を養育する母親を対象にしたものは非常に少ない³²⁾。母親への質の高いケアがコルチゾールを軽減するという報告もある³³⁾。一方で妊婦を含む母親の不安や精神的健康度とコルチゾールとの関連が示されていないという研究結果もみられ³⁴⁾、未だ一致した見解が得られていない。

したがって、本研究では、乳幼児を養育する母親の精神的健康度および不安と母親の特性、児の状況、ソーシャルサポートおよびSOCとの関連性、各因子間の影響を検証することを目的とした。さらに、乳幼児を養育する母親の精神的健康度、不安状況および唾液コルチゾールレベルを未婚女性と比較することによって、母親の精神的健康度や不安状況が特有なものか否かを明らかにすることも目的の1つとした。

研究方法

1. 研究対象者および期間

2008年2月28日～4月10日の期間中に、A市の育児支援センター3カ所を利用した3歳児未満の乳幼児を養育する母親を対象とした。対象者は、この期間中に調査員が当該センターで研究の主旨・内容について口頭および文書で説明を行った際、対象の選定に適合した母親53人のうち、研究同意書の提出およびアンケート調査票等の回答が得られた者は40人(回答率75.5%)とした。回答者の中で1名は一人親世帯のため除外し、39人を分析対象者とした。さらに、コントロール群(以下「未婚女性群」として、未婚で育児・出産経験のない看護短大専攻科女子学生15人を選出した。

全ての調査の研究期間は、2008年2月28日～平成21年3月31日であった。

倫理的配慮として、対象者に書面および口頭にて研究目的および方法、参加は自由であること、研究同意後もいつでも中止でき、断っても一切不利益を生じないことを説明した。本研究は、研究開始時に著者達が所属した大学の倫理委員会の承認を得て実施した。

2. 調査内容

1) 対象者の属性、特性、児の状況、育児環境調査

質問紙は下記についての自記式（質問紙）調査票を作成し、実施した。調査内容は①対象者の属性および特性：教育歴、職業の有無、家族形態、児の人数、②児に関する心配等の状況、③育児上で困ること、④ソーシャルサポート：夫の育児や家事への協力度とその満足度、夫の相談の頻度や夫の対応等、夫以外の育児協力の有無、近隣の同年代の児の有無とその保護者との交流、遊び場の有無である。

2) 心理評価

精神的健康度の評価は、30項目の General Health Questionnaire（以下「GHQ30」）を使用した。GHQは自記式で回答を得て、回収後に評価を行った。GHQ30は、下位尺度A 一般的疾患傾向、B 身体症状、C 睡眠障害、D 社会的活動障害、E 不安と気分障害、F 希死念慮とうつ傾向の6項目から構成され、GHQの得点化はGHQ方式（0-0-1-1）で算出した³⁴⁾。GHQ30の総得点（以下「GHQ総合点」）は7点以上で症状があるとされ、得点が高いほど症状が強いとされている³⁵⁾。GHQには他のバリエーションもあるが、GHQ60は質問数が倍であり、児の状況やソーシャルサポートの質問も含めると非常に多い質問票となるため、対象者の負担軽減のため、この項目に近い精神的健康度としてGHQ30を選択した。

不安尺度は、日本語版状態・特性不安検査 State-Trait Anxiety Inventory（以下「STAI」）³⁶⁾を使用した。STAI検査は、状態不安（State-Anxiety: 以下「SA」）と特性不安（Trait-Anxiety: 以下「TA」）の2つの評価が行える³⁵⁾。このため、現在の不安状態と特性としての不安を分けて評価できる。女性のcut off pointはSA得点が42点以上、TA得点では45点以上が「高い」と評価される³⁵⁾。したがって、本研究でもこれに従い、SA得点が42点以上を「SA高」、それ未満を「SA低」とした。同様に、TA得点が45点以上を「TA高」とし、それ未満を「TA低」とした。

3) 志向性の評価

対象者の志向性の評価として、AntonovskyのSOCの日本語短縮版13項目を使用し評価を行った^{23,37)}。SOC尺度では、7件法で点数化され、点数が高いほどSOCが高いとされる^{23,37)}。SOCは、Comprehensibility（把握可能感）、Manageability（処理可能感）、Meaningfulness（有意味感）の3つの要素から構成され、幼年期において基本的な特性が備わるとされている^{23,37)}。さらに、SOCは人生における

重大な外傷体験や、日々のストレスに対して個人が独自の方法で対処できるような働きがあるとされている^{23,37)}。つまり、SOCはストレス対処において人が有する基礎的な能力とされ²³⁾、さらに、SOCは不安や精神的健康度などのメンタルヘルスにおいて重要な因子であるとされるため、対処行動や性格等の基礎であるとして使用した。

4) 唾液コルチゾール検査

ストレスのバイオマーカーとして、心理検査に追加して唾液コルチゾール検査を実施した。唾液コルチゾールは、非侵襲性の生理学検査であり、ストレスや不安等との関連性が報告されている³⁸⁾。起床後30分前後が高く^{39,40)}、唾液の採取は、早朝起床後30分（採取時間範囲：5時30分～7時30分）に2日間連続で採取するよう対象者に依頼した。採取した唾液はすぐに冷凍保存し保冷剤を入れた保冷パック材に入れて提出することを依頼した。冷凍のまま保管された唾液は、検査機関SRL（株式会社エスアールエル）の社員が当日に回収して検査を行った。唾液コルチゾール検査はSRL社に委託し、RIA 硫酸塩析法が採用された。唾液コルチゾール検査結果の2日間の平均値を分析に使用した。

3. 統計解析

統計分析手法として、割合の差の検定は χ^2 検定、平均の検定はt検定を用いて検定を行った。各変数間の関係はSpearmanの順位相関係数を用いた。年齢補正はロジスティック回帰分析を使用して調整を行った。

さらに、本研究の変数関係をみるために、相関、重回帰分析の結果から初期モデルを設定し、データの適合度共分散構造分析で算出した。初期モデルの適合度が不良なパスを削除・追加してモデルを改良し、適合度のよいモデル（Comparative Fit Index: CFI \geq 0.95, Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA $<$ 0.05）を採用した。

すべての統計的有意水準は0.05とした。統計解析ソフトは、SASW Statistics version18.0解析およびAmos17.0を使用した。

結果

1. 3歳児未満の乳幼児を養育する母親と未婚女性の特性・属性および心理検査、SOC、唾液コルチゾールの比較

3歳児未満の乳幼児を養育する母親（以下「対象」）39人と未婚女性群15人の属性を表1・特性に示す。対象群の平均年齢は、31.1（SD = 3.5）歳であった。一方、未婚女性群の平均年齢は、23.7（SD = 4.3）歳であり、対象群が有意に高かった（ $p < 0.01$ ）。対象群の児数は、「1人」が56.4%、「2人以上」が43.6%であった。対象群の家族形態は、「核家族」が84.6%、「両親と同居家族」が15.4%であった。

対象群と未婚女性群の心理検査結果、SOCおよび唾液コルチゾールレベルの比較を表2に示す。対象群のGHQ総合点の平均値は7.0（SD = 5.2）と高く、半数が精神的健康不良であることを示した。またSA得点の平均値は

表1 対象者等の属性

	対象群 n=39		未婚女性群 n=15		p値
	平均値	SD	平均値	SD	
年齢平均	31.1 ±	3.5	23.7 ±	4.3	<0.01
年齢構成					
25～29歳	14	(35.9%)	11	(73.3%)	
30～34歳	17	(43.6%)	3	(20.0%)	
35～39歳	8	(20.5%)	1	(6.7%)	
児の人数					
1人	22	(56.4%)			
2人以上	17	(43.6%)			
対象児の年齢平均(月)	15.8 ±	10.6			
家族形態					
核家族	33	(84.6%)			
親と同居家族	6	(15.4%)			
教育歴					
高校卒	6	(15.4%)			
専門学校卒	14	(35.9%)	15	(100.0%)	
短大卒	7	(17.9%)			
大学卒	12	(30.8%)			

※平均値 ±SD

表2 対象者と未婚女性の心理検査結果、SOCおよび唾液コルチゾールレベルの比較

項目	対象群 n=39		未婚女性群 n=15		p値
	平均値	SD	平均値	SD	
	*人数	%	*人数	%	
GHQ30結果					
GHQ総合点	7.0	(5.2)	6.8	(3.9)	.88
A 一般化疾患傾向	1.6	(1.3)	1.3	(1.0)	.58
B 身体的症状	1.1	(1.1)	1.1	(1.0)	.99
C 睡眠障害	2.0	(1.4)	1.4	(1.2)	.20
D 社会的活動障害	0.8	(.8)	0.8	(1.3)	.93
E 不安と気分変動	1.5	(1.8)	1.8	(1.9)	.55
F 希死念慮うつ傾向	0.1	(.3)	0.3	(1.0)	.47
精神的健康*	20	(51.3%)	8	(53.3%)	1.00
精神的健康不良*	19	(48.7%)	7	(46.7%)	

※平均値の差はt検定、割合の差は χ^2 検定を使用

43.1（SD = 9.3）、TA得点では45.6（SD = 10.7）と高く、SA高にある者は56.4%、TA高である者は46.2%であった。

対象群のGHQ総合点、下位項目得点および精神的健康不良の割合は未婚女性群とそれらと有意な差ではなかった。さらに、SATIのSA得点、TA得点では両者に有意な差は観察されなかった。対象群のSA高の率は、未婚女性群に比較して低い傾向を示したが、有意な値ではなかった。また、SOC得点および唾液コルチゾールレベルでも、対象群と未婚女性群の間に有意な差はなかった。

2. 対象者の属性、特性、児の状況およびソーシャルサポートにおける精神的健康度と不安状況の比較

対象者の属性、特性、児の状況およびソーシャルサポートにおける精神的健康度の比較を表3および表4に示す。

児の状況において、「発達異常」、「発熱のしやすさ」、「定期受診の病気」、「ゆったりタイプ」とであると回答した者はそうでない者に比較して、GHQ総合点が高い傾向を示したが、精神的健康不良の割合では有意な値は観察されなかった。

夫のサポートにおいて、「育児協力への満足」をしていない者はしている者に比較してGHQ総合点が有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。また、「育児協力への満足」をしていない者はそうでない者に比較して、精神的健康不良の割合が高い傾向を示したが、有意な差はなかった（ $p = 0.06$ ）。

その他の項目では、GHQ総合点および精神的健康の不良の割合に有意な差は観察されなかった。

3. 対象者の属性、特性、児の状況およびソーシャルサポートにおける不安状況の比較

対象者の属性、特性、児の状況およびソーシャルサポートにおけるSA得点値、SA高の割合およびTA得点およびTA高の割合の比較を表5および表6に示す。

1) 対象者の属性、特性、児の状況におけるSAとTAの比較

児の状況で、「発達異常」、「定期受診の病気」、「心配事」がある者はそうでない者に比較してSA得点が高い傾向を示し、SA高の割合も高い傾向であったが有意差は認められなかった。他の項目においても有意な差は観察されなかった。

一方TAでは学歴で大卒等が高校卒に比較してTA得点が有意に高く（ $p < 0.01$ ）、TA高の割合も有意な差が観察された（ $p < 0.05$ ）。児の状況では、

表3 対象者の属性、児の状況における精神的健康度の比較 (n=39)

	全体 GHQ総合点		精神的健康不良		
	人数	平均値 (SD)	p値	人数 (%)	p値
母親の属性					
年齢					
30代	25	7.3 (5.5)		12 (48.0%)	
20代	14	6.6 (4.7)	.74	7 (50.0%)	.95
職業					
無	27	6.8 (5.0)		13 (48.1%)	
有	12	7.6 (6.8)	.70	6 (50.0%)	.65
教育歴					
高校卒	6	7.0 (3.7)		4 (66.7%)	
大卒等	33	7.0 (5.5)	.99	15 (45.5%)	.34
家族形態					
核家族	33	7.2 (5.2)		17 (51.5%)	
親と同居	6	6.2 (5.8)	.67	2 (33.3%)	.41
児の状況					
養育児の人数					
2人以上	17	6.9 (5.2)		8 (47.1%)	
1人	22	7.1 (5.4)	.93	11 (50.0%)	.86
発達異常の有無					
無	37	6.8 (5.0)		18 (48.6%)	
有	2	12.0 (7.0)	.17	1 (50.0%)	.97
入院既往の有無					
無	31	7.5 (5.5)		16 (51.6%)	
有	8	5.4 (3.8)	.32	3 (37.5%)	.47
発熱しやすさの有無					
無	36	6.7 (5.1)		16 (44.4%)	
有	3	10.7 (8.0)	.22	2 (66.7%)	.49
定期受診の病気の有無					
無	34	6.8 (5.0)		16 (47.1%)	
有	5	8.6 (6.9)	.48	3 (60.0%)	.59
食事の心配事の有無					
無	26	6.7 (5.6)		12 (46.2%)	
有	13	7.6 (4.6)	.63	7 (53.8%)	.65
心配事(食事以外)の有無					
無	19	6.1 (4.9)		7 (36.8%)	
有	20	8.0 (5.5)	.26	12 (60.0%)	.15
ゆったりタイプ					
無	29	6.4 (5.1)		13 (44.8%)	
有	10	8.8 (5.6)	.22	6 (60.0%)	.41
動き回るタイプ					
無	22	6.6 (4.7)		11 (50.0%)	
有	17	7.6 (6.0)	.56	8 (47.1%)	.86

※平均値の差はt検定、割合の差は χ^2 検定を使用

「発達異常」の項目でそうで児がある者はない者に比較して、TA 得点が有意に高く ($p<0.05$)、TA 高の割合も高い傾向であったが有意な値ではなかった。この他、「発熱のしやすさ」、「定期受診の病気」、「心配事」の項目でそうである者はない者に比較して、TA 得点が高く、TA 高の割合が高い傾向を示したが有意な値ではなかった。

他の項目では有意な差は観察されなかった。

2) 対象者のソーシャルサポートにおける SA と TA の比較

SA に関して、「育児協力への満足」、「家事協力への満足」、「育児の相談」、「夫の相談対応」の4項目でそうでない者はある者に比較して SA 得点が有意に高

かったが、SA 高の割合では「育児協力への満足」、「育児の相談」、「夫の相談対応」、「夫との育児意見が一致」が有意な差が認められた。また、「他の母親との交流」がない者はある者に比較して、SA 得点が有意に高く ($p<0.01$)、SA 高でも多い傾向を示した ($p=0.05$)。

TA においては、「育児協力への満足」と「育児の相談」の項目でしていない者はしている者に比較して、TA 得点が有意に高く ($p<0.01$)、TA 高の割合も有意に高かった ($p<0.05$)。また、「育児相談の対応」と「育児意見の一致」の項目でしていない者はいる者に比較して、TA 得点が有意に高く、TA 高の割合も高い傾向を示した。「家事協力への満足」の項目では、していない者はいる者に比較して、TA 得点が有意に高

かったが ($p<0.05$)、TA 高の割合には差がなかった。一方、「他の母親との交流」がない者はある者に比較して、TA 高の割合は有意に高かったが ($p<0.05$)、TA 得点は有意な差ではなかった。

4. 対象者の属性、特性、児の状況およびソーシャルサポートにおける SOC および唾液コルチゾールレベルの比較

対象者の属性、特性、児の状況およびソーシャルサポートにおける SOC 得点と唾液コルチゾールレベルの比較を表 7 および表 8 に示す。

SOC の比較において、対象者の児の状況では、「定期受診の病気」がある者はそうでない者に比較して、やや SOC 得点が低い傾向を示したが有意な値ではなかった。ソーシャルサポートにおける比較では、夫の「育児協力の満足」、「家事協力への満足」、「相談対応」、「育児意見の一致」した者はそうでない者に比較して、SOC 得点が有意に高かった ($p<0.05$)。他の項目では有意な差は観察されなかった。

一方、唾液コルチゾールにおいては、夫への「育児に関する相談」の項目でしない者はする者に比較して、唾液コルチゾールレベルが高い傾向を示したが有意な値ではなかった。他のすべての項目で唾液コルチゾールレベルは有意な差は観察されなかった。

5. 対象者の精神的健康度、不安状況と SOC および唾液コルチゾールレベルとの関連

対象者の精神的健康度、不安状況、SOC および唾液コルチゾールレベルとの関連を表 9 に示す。GHQ 総合点と SA 得点、TA 得点の間や ($r=0.591$, $p<0.001$; $r=0.500$, $p<0.01$)、SA 得点と TA 得点の間には正の相関が観察された ($r=0.773$, $p<0.001$)。一方、SOC 得点は、年齢および唾液コルチゾールレベル以外の GHQ 総合点、SA 得点、TA 得点と有意な負の相関関係が観察された ($r=-0.564$, $p<0.01$; $r=-0.550$, $p<0.01$; $r=-0.653$, $p<0.001$)。

唾液コルチゾールと GHQ 総合点、SA 得点、TA 得点および SOC 得点との関連で、いずれの項目も有意な関連は認められなかった。

表 4 対象者のソーシャルサポートにおける精神的健康度の比較 (n=39)

	全体 GHQ総合点			精神的健康不良			
	人数	平均値	(SD)	p値	人数	(%)	p値
夫のサポート							
夫の育児協力の有無							
有	35	6.5	(5.3)		15	(42.9%)	
無	3	11.3	(3.5)	.13	3	(100.0%)	.06
夫の育児協力への満足度							
満足	17	4.9	(3.9)		5	(29.4%)	
満足していない	20	8.5	(5.9)	.03	12	(60.0%)	.06
夫の家事協力の有無							
有	18	6.7	(5.3)		7	(38.9%)	
無	19	6.9	(5.4)	.88	10	(52.6%)	.40
夫の家事協力への満足度							
満足	17	5.4	(5.1)		5	(29.4%)	
満足していない	18	7.5	(5.2)	.24	10	(55.6%)	.12
夫へ育児に関する相談の有無							
相談する	34	6.4	(5.2)		15	(44.1%)	
殆どしない	4	11.3	(4.5)	.08	3	(75.0%)	.24
夫の育児に関する相談対応							
聞いてくれる	31	6.5	(5.3)		13	(41.9%)	
聞いてくれない	7	8.9	(5.0)	.29	5	(71.4%)	.16
夫との育児意見の一致							
一致している	26	6.8	(4.8)		12	(46.2%)	
そうでない	11	7.8	(6.3)	.59	6	(54.5%)	.64
夫以外のサポート							
夫以外の育児協力の有無							
有	20	7.3	(6.0)		10	(50.0%)	
無	18	6.5	(4.5)	.65	8	(44.4%)	.73
近隣との交流							
有	23	7.5	(4.7)		13	(56.5%)	
無	14	6.3	(6.2)	.50	5	(35.7%)	.16
他の母親との交流							
有	32	6.4	(5.0)		14	(43.8%)	
無	7	9.3	(6.2)	.19	4	(57.1%)	.57

※平均値の差は t 検定、割合の差は χ^2 検定を使用

6. 育児におけるソーシャルサポート、SOC と不安状況、精神的健康度の関連モデル

これまでの結果および相関、重回帰分析の結果から初期モデルを設定し、育児におけるソーシャルサポート、SOC と SA、TA および精神的健康度の関連モデルを作成した。欠損値があるデータは「平均と切片の推定」分析に取り入れ対象者すべてを分析対象とした。不安や精神的健康度に影響する可能性のある要因を初期モデルに設定し、パスを削除・追加してモデルを改良し、データの適合度を共分散分析で算出した。児の状況との関連はすべての係数が有意な値が算出されなかったため、児の状況をモデルから削除した。また、このモデルは、SOC は人生における重大な外傷体験や日々のストレスに対して個人が独自の方法で対処できるような働きを持つとされる Antonovsky²²⁾ の SOC 理論と SOC の先行研究結果をベースに作成した。図 1 (CFI = 0.986、RMSEA = 0.046) のモデルの標準化係数の p 値はすべて

表5 対象者の属性、特性、児の状況における状態不安、特性不安の比較 (n=39)

	全体			SA			TA			TA高			
	人数	平均値	(SD)	p値	人数	%	p値	平均値	(SD)	p値	人数	%	p値
母親の属性													
年齢													
30代	25	43.1	(10.0)		13	52.0%		45.3	(11.2)		10	40.0%	
20代	14	42.1	(8.4)	.74	8	57.1%	.76	46.2	(10.0)	.80	7	50.0%	.55
職業													
無	28	42.2	(7.7)		15	53.6%		45.7	(13.1)		13	46.4%	
有	11	44.1	(13.0)	.58	6	54.5%	.96	45.7	(13.0)	.97	4	36.4%	.57
教育歴													
高校卒	6	39.0	(5.8)		2	33.3%		39.2	(2.8)		0	0.0%	
大卒等	33	43.4	(11.2)	.29	19	57.6%	.27	46.8	(11.2)	<.001	17	51.5%	.02
家族形態													
核家族	33	42.8	(9.6)		17	51.5%		45.1	(10.5)		14	42.4%	
親と同居	6	42.5	(8.2)	.95	4	66.7%	.49	51.7	(12.6)	.22	3	50.0%	.73
児の状況													
養育児の人数													
2人以上	17	42.3	(8.0)		9	52.9%		44.6	(10.4)		7	41.2%	
1人	22	42.7	(10.4)	.89	12	54.5%	.92	45.7	(10.8)	.75	10	45.5%	.79
発達異常の有無													
無	37	42.5	(9.5)		19	51.4%		44.7	(10.2)		15	40.5%	
有	2	48.0	(2.8)	.42	2	100.0%	.18	62.5	(5.0)	.02	2	100.0%	.10
入院既往の有無													
無	31	42.5	(9.9)		16	51.6%		45.6	(11.2)		14	45.2%	
有	8	43.8	(7.2)	.74	5	62.5%	.58	45.6	(9.2)	.99	3	37.5%	.70
発熱しやすさの有無													
無	36	42.4	(9.7)		18	50.0%		45.2	(10.6)		15	41.7%	
有	3	45.7	(6.7)	.57	2	66.7%	.61	52.0	(13.1)	.30	2	66.7%	.43
定期受診の病気の有無													
無	34	42.0	(9.6)		17	50.0%		44.6	(10.1)		14	41.2%	
有	5	48.0	(5.8)	.18	4	80.0%	.21	52.4	(13.2)	.13	3	60.0%	.43
食事の心配事の有無													
無	26	41.2	(8.0)		13	50.0%		44.1	(9.0)		11	42.3%	
有	13	45.8	(11.3)	.16	8	61.5%	.50	48.6	(13.4)	.22	6	46.2%	.82
心配事(食事以外)の有無													
無	19	40.4	(7.8)		8	42.1%		43.3	(9.0)		7	36.8%	
有	20	45.0	(10.3)	.13	13	65.0%	.15	47.9	(11.9)	.13	10	50.0%	.41
ゆったりタイプ													
無	29	42.5	(10.2)		14	48.3%		44.8	(10.2)		12	41.4%	
有	10	43.4	(6.8)	.80	7	70.0%	.24	48.1	(12.1)	.40	5	50.0%	.64
動き回るタイプ													
無	22	42.1	(7.9)		12	54.5%		43.9	(9.1)		10	45.5%	
有	17	43.5	(11.2)	.65	9	52.9%	.92	47.8	(12.4)	.26	7	41.2%	.79

※平均値の差はt検定、割合の差は χ^2 検定を使用

0.05未満であり有意な値である。関連モデルでは、「TA」は「夫との信頼関係」(-0.66)と「SOC」(-0.69)から影響を受けることを示している。また、「SA」は「他の母親との交流」(-0.43)と「TA」(0.78)の影響を受けることが示されている。さらに、「SA」は「精神的健康の不良」(0.57)に移行するという関連が観察された。

考察

1. 母親の精神的健康および不安状況

本研究結果では、3歳児未満の乳幼児を養育する母親のGHQ総合点の平均値が高く、約半数が精神的健康不良であることを示した。また、不安尺度のSA得点およびTA得点の平均値が高く、同様に約半数がSA高、TA高に属することが示された。

本研究における対象者のGHQ総合点の平均値は7.0点であり、及川ら⁹⁾の研究のGHQ総合点の7.6点、毛利ら¹⁰⁾の8.5点よりも低い傾向を示した。しかしながら、いずれも母親のGHQ総合点が7点以上と高い傾向を示し、精神的健康不良が約半数を占めた点では同様であり、これまでの研究を支持する結果となった。一方、不安状況については、島田⁴¹⁾の母親330人を調査した研究で、SA得点が40.6、TA得点が40.0であった。本研究の対象者はSA得点が43.1、TA得点45.6であり、TAはやや高いもののほぼ同様の結果を示している。

しかしながら、対象群のGHQ総合点、SA得点、TA得点と精神的健康の不良やSA高、TA高の割合、および唾液コルチゾールレベルのすべてにおいて未婚女性群との間に有意な差はなかった。これまでに母親と未婚女性とを比較した研究は見当たらないが、未婚

表6 対象者のソーシャルサポートにおける状態不安、特性不安の比較 (n=39)

	全体			SA得点			SA高			TA得点			TA高		
	人数	平均値	(SD)	p値	人数	%	p値	平均値	(SD)	p値	人数	%	p値		
夫のサポート															
夫の育児協力の有無															
有	35	48.0	(9.4)		18	51.4%		45.3	(10.7)		15	42.9%			
無	3	42.1	(9.5)	.31	2	66.7%	.61	52.0	(13.0)	.30	2	66.7%	.43		
夫の育児協力への満足度															
満足	17	37.8	(7.5)		5	29.4%		40.1	(7.0)		4	23.5%			
満足していない	20	46.6	(9.4)	<0.01	14	70.0%	.01	51.0	(11.2)	<0.01	13	65.0%	.01		
夫の家事協力の有無															
有	18	41.2	(9.7)		8	44.4%		43.7	(10.7)		8	44.4%			
無	19	43.4	(9.3)	.49	11	57.9%	.41	47.0	(10.6)	.35	8	42.1%	.89		
夫の家事協力への満足度															
満足	17	38.8	(8.2)		6	35.3%		42.2	(9.2)		5	29.4%			
満足していない	18	45.9	(9.9)	.03	12	66.7%	.06	49.9	(11.7)	.03	11	61.1%	.06		
夫へ育児に関する相談の有無															
相談する	34	41.2	(8.3)		16	47.1%		44.1	(9.7)		13	38.2%			
殆どしない	4	54.3	(11.6)	<0.01	4	100.0%	.045	60.0	(10.2)	<0.01	4	100.0%	.02		
夫の育児に関する相談対応															
聞いてくれる	31	40.6	(8.4)		13	41.9%		43.2	(9.0)		12	38.7%			
聞いてくれない	7	51.4	(9.3)	<0.01	7	100.0%	<0.01	57.4	(10.9)	<0.001	5	71.4%	.12		
夫との育児意見の一致															
一致している	26	41.3	(7.8)		11	42.3%		42.5	(7.1)		10	38.5%			
そうでない	11	47.3	(10.8)	.07	9	81.8%	.03	54.6	(12.4)	<0.01	7	63.6%	.16		
夫以外のサポート															
夫以外の育児協力の有無															
有	20	42.7	(8.1)		12	60.0%		46.3	(9.9)		9	45.0%			
無	18	42.3	(10.9)	.95	8	44.4%	.34	45.3	(11.9)	.79	8	44.4%	.97		
近隣との交流															
有	23	43.0	(8.5)		12	52.2%		44.7	(9.1)		11	47.8%			
無	14	42.6	(11.1)	.90	8	57.1%	.94	48.1	(13.3)	.36	6	42.9%	.64		
他の母親との交流															
有	31	40.7	(8.2)		14	45.2%		44.6	(10.5)		11	35.5%			
無	7	51.1	(10.3)	<0.01	6	85.7%	.05	51.3	(10.9)	.14	6	85.7%	.02		

※平均値の差はt検定、割合の差は χ^2 検定を使用

女性群とした学生を対象とした研究をみると、渡辺⁴²⁾の2,981人の大学生のGHQ総合点は8.7点と高く、半数以上が精神的健康不良を有することが報告されている。本研究における未婚女性群も看護系短期大学の専攻科学生であり、精神的健康不良者が半数以上で同様の結果を得ている。さらに、柴田ら⁴³⁾の看護学生を対象とした研究では、看護学生のGHQ総合点は同様に7点以上と高く、精神的健康を損なう要因として実習や試験からくるストレスが報告されている。以上のことから、対象群および未婚女性群の両者とも精神的健康度が低く、差異が認められなかったと考える。

一方、不安状況における両群の差は、SA得点やSA高の割合では、未婚女性群の年齢が対象群と比較して有意ではないものの高い傾向が示された。これは、成人女性のSA得点、TA得点は年齢が若いほど高い傾向を示すことが関連しているとも考えられる³⁶⁾。また、本江ら⁴³⁾の看護学生を対象とした研究では、SA得点53.4点、TA得点は50.1点と高く、本研究の看護学生の未婚女性群のSA得点の47.3点、TA得点48.2点はこの時期の学生では逸脱した値ではなかった。一方、対象群では、先行研究の不安の結果に比較

して高い傾向を示している。つまり、未婚女性群が対象群に比較してSA点が高かったことは年齢だけが要因であると考えられるかもしれない。

本研究結果で、対象者のGHQ総合点、SA得点、TA得点およびSOC得点との関連では、すべてにおいて有意な負の相関関係が認められた。特に、SOC得点とTA得点との関連性が強かった。SOCはこれまでの多くの研究によって精神的健康や不安との関連性が示されている。SOCと精神的健康度との関連については、 $r=0.67$ (Becker, 1994)、 $r=0.76$ (Zika, Chamberlain, 1992)と報告されている³⁷⁾。さらに、不安状況との関連でも、TAと中等度以上の相関関係 $r=-0.85$ (Frenz, 1993)、 $r=-0.53$ (Karvets et al, 1993)が報告されている³⁷⁾。したがって、本研究の対象群のSOCと精神的健康度およびTA得点との相関関係はこれらの先行研究によっても支持される。不安の特性であるTAとSOCの関連性が強いということは、日々育児に伴うストレスに直面している対象者の不安の状態のSAの方が、他の因子の影響を受けやすいということを示唆している。つまり、対象者のSAは、児の状況、ソーシャルサポート等の影響やTAおよび

SOC の特性を受けながら変動していると考えられる。

以上のことから、対象群と未婚女性群の両者に差異がなかったことで、対象者である母親の精神的健康度や不安状況が未婚女性と同等であるとも結論づけられない。つまり、母親の精神的健康度や不安状況の高低より、むしろその要因分析が重要であり、状態不安への影響要因や心理評価相互の関連の検証が重要であることが再確認された。

2. 母親のソーシャルサポート等の影響因子、および精神的健康度、不安状況と SOC との関連

本研究結果は、対象者の特性では、大卒等が高卒に比較して TA 得点が有意に高く、TA 高の割合も有意に高かった。また、児の状況でも発達異常や発熱のしやすさ、定期受診の病気、ゆったりタイプなどにおいて GHQ 総合点、SA 得点、TA 得点が高い傾向がみられたが、児に発達異常がある者の TA 得点以外は有意な関連はなかった。さらにこれ以外の属性や児の状況の項目においては、精神的健康度や不安との有意な関連はなかった。一方、ソーシャルサポートの状況において、夫の育児協力における

満足度と精神的健康度には有意な関連がみられた。さらに、夫の育児協力の満足度、家事協力への満足度、夫の相談対応、夫と育児意見が一致と SA および TA との間においては有意な関連がみられた。これは夫の実際の育児協力よりもそれに対する満足度や相談対応、育児意見など夫に対しての認知や満足が母親の精神的健康度や不安状況に影響を与えられと考えられる。また、他の母親との交流の有無と SA、TA との間に有意な関連もみられ、これが母親の不安を軽減している可能性も示唆された。その上、育児協力への満足度や夫とのコミュニケーション等が良好なものは、SOC 得点が有意に高いことが認められ、夫との関係性と SOC との関連が示された。

表7 対象者の属性、特性、児の状況における SOC 得点と唾液コルチゾールレベルの比較 (n=39)

	SOC得点			唾液コルチゾール $\mu\text{g/dL}$		
	人数	平均値	(SD)	p値	平均値 (標準偏差)	p値
母親の属性						
年齢						
20代	25	53.2	(9.4)		.65 (.09)	
30代	14	55.2	(8.9)	.54	.62 (.40)	.67
職業						
無	27	54.0	(8.6)		.64 (.24)	
有	12	55.6	(10.2)	.61	.60 (.26)	.65
教育歴						
高校卒	6	57.5	(6.0)		.61 (.26)	
大卒等	33	53.9	(9.4)	.37	.63 (.24)	.87
家族形態						
核家族	33	55.3	(9.1)		.63 (.26)	
親と同居	6	50.3	(7.7)	.22	.63 (.13)	.98
児の状況						
養育児の人数						
2人以上	17	54.5	(8.4)		.68 (.20)	
1人	22	54.5	(9.7)	.99	.72 (.14)	.25
発達異常の有無						
無	37	55.1	(8.9)		.62 (.25)	
有	2	44.5	(3.5)	.11	.72 (.14)	.60
入院既往の有無						
無	31	54.5	(9.2)		.63 (.27)	
有	8	54.0	(8.7)	.90	.62 (.11)	.93
発熱しやすさの有無						
無	36	54.6	(9.2)		.62 (.26)	
有	3	49.5	(3.5)	.45	.68 (.14)	.68
定期受診の病気の有無						
無	34	55.5	(8.8)		.63 (.26)	
有	5	48.2	(8.3)	.09	.64 (.14)	.94
食事の心配事の有無						
無	26	55.0	(7.4)		.65 (.25)	
有	13	53.4	(11.8)	.63	.57 (.24)	.36
心配事(食事以外)の有無						
無	19	55.7	(7.7)		.67 (.28)	
有	20	53.3	(10.2)	.43	.59 (.20)	.32
ゆったりタイプ						
無	29	55.3	(9.3)		.63 (.25)	
有	10	52.2	(8.0)	.35	.63 (.23)	.99
動き回るタイプ						
無	22	55.5	(8.6)		.61 (.26)	
有	17	53.1	(9.6)	.44	.65 (.23)	.69

※平均値の差は t 検定、割合の差は χ^2 検定を使用

育児におけるソーシャルサポート、SOC と不安状況、精神的健康度の関連モデルでは、夫のサポート等が SOC へ、SOC が TA に繋がり、SA はその TA と他の母親との交流から影響を受け、SA は精神的健康度に繋がることを示唆された。前述の結果においては、SOC、夫とのサポート等と SA との関連が示された。しかしながら、関連モデルによって、SOC と SA および精神的健康との関連は直接的な関連でないことが示唆された。

種子田ら²⁴⁾の父親のサポートと精神的健康をみた研究では、夫の情緒的サポート、手段的サポート、情動的サポートに分けられ、精神的健康度に有意に寄与しているのは情緒的サポートのみであった。さらに、

村松²⁶⁾の研究においても、夫の情緒的サポートは育児不安を軽減することを明らかにしている。また、石ら²⁶⁾は、母親側のコミュニケーションスキルに着眼し、コミュニケーションを「記号化：自分の意図や感情を相手に正確に伝えるスキル」、「解説：相手の意図や感情を正確に読み取るスキル」、「統制：感情をコントロールするスキル」の3つの次元に分類した。同研究は、母親の「記号化」スキルが高いほど夫からサポートを受けていると認知し、その結果として育児不安が低減されることが示されている²⁶⁾。本研究結果でも、夫の育児や家事の協力の事実よりも、その協力に対する母親の満足度や相談への対応など、母親の夫の言動に対する受けとめや認知が不安状況に関連し、それが精神的健康にも影響している結果が示された。また、夫への相談や育児意見の一致など、夫との関係性が不安状況に影響することが示され、このことは育児ストレスや不安と夫とのコミュニケーションや信頼関係に関わる先行研究の結果を支持している²³⁻²⁶⁾。特に、石ら²⁵⁾の「記号化」、「解説」「統制」と同様に、夫婦コミュニケーションスキルにおいては、把握可能感、処理可能感、有意味感の3つの要素からなるSOCに強く関連すると考えられる。母親と夫とのコミュニケーション能力やその認知が育児不安に影響するということは²⁶⁾、不安が夫との関係性やSOCに関連するという本研究結果を支持している。本田ら²²⁾は、SOCが育児に対する認知に影響することを示している。さらに、穴井ら²¹⁾の研究では、母親の交流等の介入後はSOCの変化は有意ではなかったものの、育児不安は軽減しSOCと育児不安の負の相関関係が強まったことを報告している。本研究結果も、母親の育児不安とSOCの先行研究と同様に、SOCとサポート認知や育児不安は関連があることが

表8 対象者のソーシャルサポートにおけるSOC得点と唾液コルチゾールレベルの比較(n=39)

	SOC得点				唾液コルチゾール $\mu\text{g/dL}$		
	人数	平均値	(SD)	p値	平均値	(SD)	p値
夫のサポート							
夫の育児協力の有無							
有	35	55.2	(8.9)	.32	.63	(.25)	.71
無	3	49.7	(9.5)		.58	(.15)	
夫の育児協力への満足度							
満足	17	59.3	(7.4)	<0.01	.64	(.32)	.70
満足していない	20	50.2	(8.2)		.61	(.18)	
夫の家事協力の有無							
有	18	56.3	(9.0)	.40	.58	(.23)	.43
無	19	53.6	(9.1)		.65	(.24)	
夫の家事協力への満足度							
満足	17	58.9	(8.5)	.02	.63	(.31)	.99
満足していない	18	51.2	(8.5)		.63	(.19)	
夫へ育児に関する相談の有無							
相談する	34	55.3	(7.1)	.72	.70	(.28)	.08
殆どしない	4	54.2	(10.6)		.56	(.18)	
夫の育児に関する相談対応							
聞いてくれる	31	56.9	(7.4)	<0.01	.63	(.25)	.98
聞いてくれない	7	45.9	(9.7)		.63	(.22)	
夫との育児意見の一致							
一致している	26	57.5	(7.0)	<0.01	.62	(.26)	.77
そうでない	11	47.9	(9.3)		.65	(.20)	
夫以外のサポート							
夫以外の育児協力の有無							
有	20	54.4	(7.6)	.82	.69	(.19)	.10
無	18	55.1	(10.8)		.56	(.29)	
近隣との交流							
有	23	56.2	(7.7)	.28	.64	(.29)	.71
無	14	52.8	(10.4)		.61	(.15)	
他の母親との交流							
有	32	55.9	(8.6)	.13	.66	(.25)	.11
無	7	50.1	(9.6)		.49	(.17)	

※平均値の差はt検定、割合の差は χ^2 検定を使用

表9 対象者の年齢、心理検査、SOCおよび唾液コルチゾールの相関係数(n=39)

	年齢	GHQ総合点	SA得点	TA得点	SOC得点	唾液コルチゾール
年齢	1.000					
GHQ総合点	.01	1.000				
SA得点	.11	.591 **	1.000			
TA得点	.11	.500 **	.773 ***	1.000		
SOC得点	.05	-.564 **	-.550 **	-.653 ***	1.000	
唾液コルチゾール	.052 ns	-.020 ns	-.152 ns	.101 ns	-.013 ns	1.000

p<0.01, *p<0.001、相関係数はSpearmanの順位相関係数を用いた。

示唆された。

一方、園部ら²⁸⁾の母親の社会的ネットワークと育児不安の関連研究では、乳児前期と幼児早期の個々のネットワークの多さと育児ストレスとの間に負の関連があることが報告されている。本研究では、ネットワークの量的関係は検証していないが、他の母親との交流が状態不安と負の有意な関連が示された。つまり、他の母親との交流が状態不安を軽減するという先行研究に支持される結果を得た。

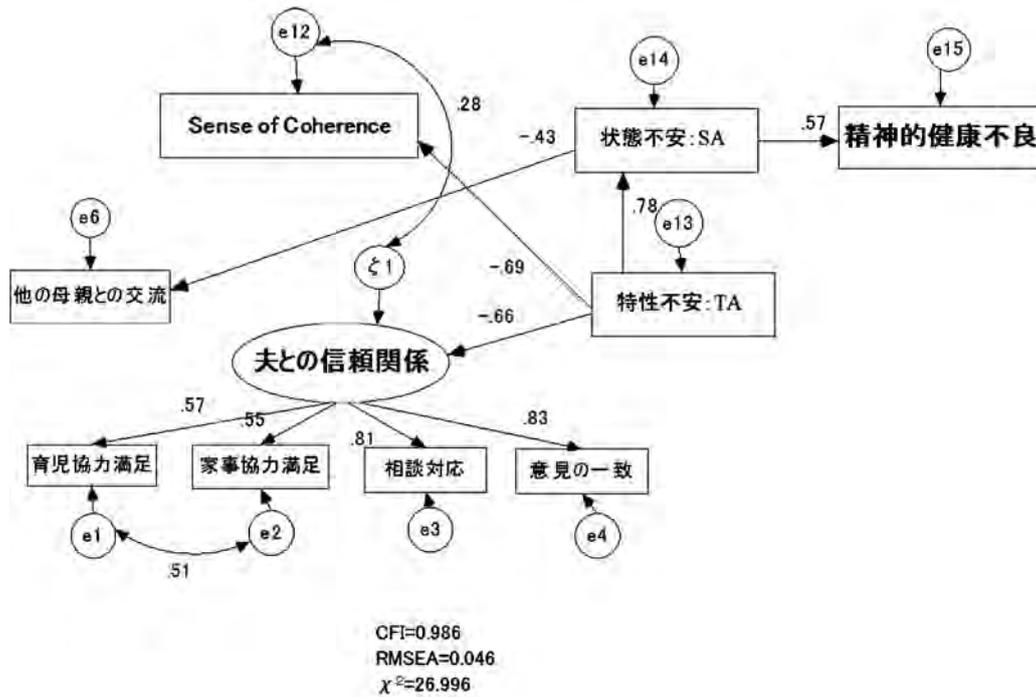


図1 育児におけるソーシャルサポート、SOC と不安状況、精神的健康度の関連モデル

さらに、本研究結果で得た育児におけるソーシャルサポート、SOC と不安状況、精神的健康度の関連モデルでは、夫の育児・家事協力への満足度や相談対応等の「夫との関係や信頼度」と「SOC」は「TA」に影響し、「SA」は「他の母親との交流」を受けながらも「TA」に依拠していると解釈される。そして「SA」は「精神的健康度」に繋がるという関連のモデルを捉えた。また、本研究の関連モデルは Antonovsky のモデル²²⁾をベースにして作成したが、Antonovsky²³⁾は SOC を基本的な特性は幼少期に既に備わるとしながらもその後の人生経験での汎抵抗資源を得て生成されていく面と汎抵抗資源を取り込みストレスに対処する能力の2つの面をモデルで示している^{23,37)}。モデルの汎社会資源は、ソーシャルサポート等含む個人の環境や社会資源すべてであり、SOC の強さによってその資源を取り込み、外傷体験や日々のストレスに対して個人が独自の方法で対処するとされる²³⁾。つまり、日々における夫のサポートの認知は母親の汎抵抗資源となり、TA には抑制的に働き、SOC も TA に影響している。また、TA は SA へ、SA は精神的健康不良に繋がるモデルは、ストレス等への対処の失敗の連続が健康破綻に繋がることを示した Antonovsky のモデル²²⁾によって支持される。

一方、本研究結果での他の母親との交流は SA に直接的に影響する因子であることが示されたが、SOC と直接的な関連はなかった。つまり、他の母親との交

流は、一時的あるいは臨時的なサポートとして、母親に認知され不安を軽減する可能性が考えられる。しかしながら、連続した母親の交流は汎抵抗資源の一つとなりうる可能性も否定できない。いずれにしても、本研究結果は、育児における母親の精神的健康や不安は、夫や他の母親のソーシャルサポートや SOC の影響が強いことが示唆された。

3. 唾液コルチゾールと各要因及び心理検査結果との関連

本研究結果では、唾液コルチゾールレベルに関しては、その心理評価結果とも有意な関連が認められなかった。これは、Sikkema et al.³⁴⁾の研究結果の不安やうつ傾向とコルチゾールと関連がないという研究結果を支持している。その後の研究で、高い産後ケアにおける母親のコルチゾールの減弱やうつ傾向の軽減の報告もある⁴⁵⁾。しかし、最近の介入研究によって、うつ傾向は有意に減弱をしてもコルチゾールレベルには変化がなかったことが報告されている⁴⁶⁾。さらに、コルチゾールレベルは胎盤の影響があり⁴⁷⁾、産後の一定期間では母親のストレス検査としては適切でないと考えられる。わが国でも産後うつスコアや STAI などの得点とコルチゾールとの関連はなかったことが報告され⁴⁸⁾、本研究結果は支持されたと考えられる。しかしながら、出産早期の母親への質の高いケア効果としてコルチゾールレベルの減弱が確認されている^{33,45)}。つまり、妊娠期や早期からの母親への質の高い

ケアは母親のストレスの軽減に繋がる可能性もあり、ケア体制の構築の重要性は再認識できた。

ただ、唾液検査が研究者の管理下ではない上、1日に早朝1回のみで2日間連続で検査を実施するといったプロトコルには今後検討する必要性が生じた。唾液コルチゾールは半減期も速く、前日の睡眠や心身状況にも影響される報告もある^{38-40, 49-51)}。今後は、採取した検体管理と1日数回の検査等のプロトコルの見直しによる調査研究が必要である。

本研究にはいくつかの研究の限界がある。主要な限界の1つとして、横断的研究であり、精神的健康度および不安等と母親のソーシャルサポート等およびSOCとの関連の因果関係を明白にできないことである。2つ目には、対象者が支援センターを利用する母親であり限定されてしまうことである。しかも、その対象数は非常に少なく、偏りのある結果とない得ることも否定できない。今後は、さらに多くの人数を対象とした介入研究や縦断的研究によるさらなる検証が必要である。

結語

本研究結果は、3歳児未満の乳幼児を養育する母親の精神的健康度や不安については未婚女性と明らかかな差は認められなかったが、その心理状態に至る経緯は異なることが示された。さらに、その母親の精神的健康度は低く、不安が高い傾向が示された。また、母親の精神的健康度と不安は、SOCと夫のサポートによって母親の不安の特性へ、さらに不安の特性と他の母親の交流が不安の状態に影響して、精神的健康度に繋がることが示唆された。したがって、育児不安の軽減や精神的健康度の改善のためには、夫の育児協力や相談対応、他の母親の交流の機会の増加等による育児におけるソーシャルサポートの強化が有効であると考えられる。さらに、乳幼児を養育する母親は妊娠期からのケアや介入による不安や精神的健康度への支援、また特性不安の改善のために、SOC介入への方略の構築が必要であると結論づけられた。

謝辞

今回の研究は聖マリア学院大学のFD委員会の研究補助を受けて実施しました。また、本研究にご協力を頂いたK市子育て支援部児童保育課、子育て支援センターのスタッフの方々および調査に参加頂いた保護

者の方々に感謝申し上げます。

文献

- 1) Geifand M, Teti M, Fox R. Sources of parenting stress for depressed and non-depressed mother of infant. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1992, 21,262-72.
- 2) Arimoto A, Murashima S. Child-rearing anxiety and its correlates among Japanese mothers screened at 18-month infant health checkups. *Public Health Nurs*. 2007,24,101-10.
- 3) Cyranowski JM, Swartz HA, Hofkens TL, Frank E. Emotional and cardiovascular reactivity to a child-focused interpersonal stressor among depressed mothers of psychiatrically ill children. *Depress Anxiety* 2009, 26,110-6.
- 4) 厚生労働省健やか親子推進協議会. 健やか親子21第2次. 厚生労働省.
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000067539.pdf>. (2016年10月30日アクセス)
- 5) 日下部典子, 坂野雄二. 育児に関わるストレスの構造に関する検討. *ヒューマンサイエンスリサーチ*. 1999,8,27-39.
- 6) 佐藤達成. 育児に関連するストレスと抑うつ重症度との関連. *心理学研究*. 1994,64,409-16.
- 7) 加藤道代, 津田千鶴. 育児初期における養育意識・行動の縦断的研究. *小児保健研究*. 2001,60,780-6.
- 8) 舟越和代, 榮玲子, 小川佳代, 野口純子, 三浦浩美, 松村恵子. 乳幼児期の子どもをもつ母親の育児ストレス(第2報) - 対象特性からみた育児ストレス -. *香川県立短期大学紀要*. 2003,5,17-24.
- 9) 及川裕子, 久保恭子, 刀根洋子. 乳幼児を持つ親の精神的健康状態 -GHQ (General Health Questionnaire) 調査とPBI (Parental Bonding Instrument) の関連を通して -. *WHS*. 2004, 3, 79-86.
- 10) 毛利瑞穂, 藪川悟, 竹村祥恵, 引綱純一, 成瀬優知. A県における乳幼児を育てる母親の精神健康調査. *日社精医誌*. 2005,13,105-15.
- 11) 齊藤和恵, 川上義, 今泉岳雄, 赤松洋, 前川喜平. 極低出生体重児の2歳児における発達の特徴と養育態度の関連について. *小児保健研究*.

- 1995,54,706-11.
- 12) 香川スミ子, 西田真由子, 杉山厚子他. 障害児を持つ母親の精神的健康度 (1) 乳幼児期と学童期の比較. 総合福祉. 2004/03,1:33-4.
 - 13) 石野晶子, 松田博雄, 加藤英世. 極低出征体重児の保護者の育児不安と育児支援体制. 小児保健研究. 2006,5:675-83.
 - 14) 川崎道子, 宮地文子, 佐々木明子. 育児不安・育児ストレスの測定尺度開発に関する文献検討 (1983～2007年). 沖縄県立看護大学紀要. 2008,9,53-60.
 - 15) 岡田節子, 荒川裕子, 種子田彩, 中島和夫. 母親の育児負担感と精神的健康の関連性. 静岡県立短期大大学院研究紀要. 2003, 17,115-26.
 - 16) 間三千夫, 筒井孝子, 中島和夫. 母親の育児ストレス・コーピングと精神的健康の関係. 和歌山信愛女子短期大学紀要. 2002,42,54-8.
 - 17) 澤田瑞也, 鈴木求美子, 土屋智子, 服部舞. 育児ストレスへの対処スタイルに関する研究 - 精神的健康との関係 -. 神戸海星学院大学研究紀要. 2004,43,81-9.
 - 18) 清水嘉子. 母親の養育ストレスへの対処. 日本道徳性心理学研究. 2005,19,13-20.
 - 19) 清水嘉子. 母親の育児ストレスにおける相談と対処の実態とその関連性. 小児保健研究. 2007,66,54-60.
 - 20) 穴井千鶴, 園田直子, 津田彰. 首尾一貫感覚からみた育児期女性 (1) - 育児不安との関連について -. 久留米大学紀要. 2003,2,71-6.
 - 21) 穴井千鶴, 園田直子, 津田彰. 「自分の生き方」をテーマにした育児期女性への心理的支援 - Sense of Coherence からのアプローチ -. 久留米大学紀要. 2006,5,29-40.
 - 22) 本田光, 宇座美代子. 一次スクリーニングにおける SOC (首尾一貫感覚) の使用可能性の検討 - 3 歳児を持つ親の SOC と育児に対する心理的側面との関連性より -. 日本看護研究会雑誌. 2010,33,101-7.
 - 23) Antonovsky A.(1987) / 山崎 喜比古, 吉井 清子監. 健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム. 2000. 3-39, 東京: 有信堂.
 - 24) 種子田綾, 中島和夫. 父親の育児サポートと母親の精神的健康の関係. 子ども家庭福祉学. 2004,4,11-7.
 - 25) 丸山智子, 吉田安子, 杉山厚子. 妊娠期・出産後 2 年間の女性の心理・社会的状態に関する調査 第 4 報産後 2 年目の夫婦関係と育児および心身の状態. 日本女性心身医学雑誌. 2004,9,74-81.
 - 26) 石曉玲, 桂田恵美子. 夫婦間コミュニケーションの視点からの育児不安の検討 - 乳幼児を養育する母親を対象とした実証的研究. 母性衛生. 2006, 47,222-9.
 - 27) 村松十和: 育児中の母親の心理 (衝動的感情と育児不安) と夫との関係に関する研究. 三重看護学誌. 2006,8,11-20.
 - 28) 大北真弓, 杉本陽子. 早産期を持つ母親の不安とソーシャルサポートとの関連 - 妊娠期・児の入院期・育児期 -. 三重看護学雑誌. 2011,13,9-21.
 - 29) 園部真美, 白川園子, 廣瀬たい子, 寺本妙子, 高橋泉, 平松真由美, 斉藤早香枝, 山崎道子, 三国久美, 岡光基子. 母親の社会的ネットワークと母子相互作用, 子どもの発達, 育児ストレスに関する研究. 小児保健研究. 2006,62,405-14.
 - 30) Karanikas EI, Garyfallos G. Role of cortisol in patients at risk for psychosis mental state and psychopathological correlates; *A systematic review. Psychiatry Clin Neurosci.* 2015, 69, 268-82.
 - 31) Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Mur Villar N, García García I, Rodríguez López MA, Ortégón Piñero A, Cortés Castell E. Salivary cortisol as an indicator of physiological stress in children and adults; *A systematic review. Nutr Hosp.* 2014,29, 960-8.
 - 32) Duthie L, Reynolds RM. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis in pregnancy and postpartum: influences on maternal and fetal outcomes. *Neuroendocrinology.* 2013, 98, 106-15.
 - 33) Severi FM, Prattichizzo D, Casarosa E, Barbagli F, Ferretti C, Altomare A, Vicino A, Petraglia F. Virtual fetal touch through a haptic interface decreases maternal anxiety and salivary cortisol. *J Soc Gynecol Investig.* 2005, 12, 37-40.
 - 34) Sikkema JM, Robles de Medina PG, Schaad RR, Mulder EJ, Bruinse HW, Buitelaar JK, Visser GH, Franx A. Salivary cortisol levels and anxiety are not increased in women destined to develop preeclampsia. *J Psychosom Res.* 2001, 50, 45-9.
 - 35) 中川泰明, 大坊郁夫. 日本語版 GHQ 精神的健康度の手引き. 1-34, 東京: 日本文化科学社, 1985.
 - 36) Spielberger,C.D.(1966)/ 水口公信, 下中順子, 中 J. Osaka Aoyama University. 2016, vol. 9

- 里克治 (1991). STAI 使用手引き, 東京: 三京房 1966.
- 37) Sack M., Lamprecht F. / 橋爪誠訳. 健康生成論の理論と実際 - 心身医療, メンタルヘルス・ケアにおけるパラダイム転換 - .161-171. 東京: 三輪書店, 1987(2004).
- 38) Vedhara K, Miles J, Bennett P, Plummer S, Tallon D, Brooks E, Gale L, Munnoch K, Schreiber-Kounine C, Fowler C, Lightman S, Sammon A, Rayter Z, Farndon J. An investigation into the relationship between salivary cortisol, stress, anxiety and depression. *Biol Psychol.* 2003, 62, 89-96.
- 39) Scheer FA, Buijs RM. Light affects morning salivary cortisol in humans. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999,84, 3395-8.
- 40) Hodgson N, Freedman VA, Granger DA, Erno A. Biobehavioral correlates of relocation in the frail elderly salivary cortisol, affect, and cognitive function. *J Am Geriatr Soc.* 2004, 52, 1856-62.
- 41) 島田三恵子. 育児中の母親の不安に関する研究 -STAI 得点と属性との関連. 母性衛生 1990, 31, 221-8.
- 42) 渡辺登. 質問紙法による大学生の精神健康調査. 社会精神医学. 1992,15,269-75.
- 43) 柴田文子, 井上真弓, 江藤和子. GHQ 精神健康度調査にみる看護学生のストレス状況とその背景. 日本看護学会論文集, 地域看護. 2008, 39, 188-90.
- 44) 本江朝美, 高橋ゆかり, 桑田恵子, 杉山洋介, 谷山牧, 益子直紀, 吉岡一実. 看護学生の不安に対する認知的評価と Sense of Coherence との関連. 上智大学看護学紀要. 2009, 5, 2-11.
- 45) Engert V, Efanov SI, Dedovic K, Duchesne A, Dagher A, Pruessner JC. Perceived early-life maternal care and the cortisol response to repeated psychosocial stress. *J Psychiatry Neurosci.* 2010,35, 370-7.
- 46) Newham JJ, Wittkowski A, Hurley J, Aplin JD, Westwood M. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression; a randomized controlled trial. *Depress Anxiety.* 2014, 31, 631-40.
- 47) Seth S, Lewis AJ, Saffery R, Lappas M, Galbally M. Maternal Prenatal Mental Health and Placental 11β -HSD2 Gene Expression: Initial Findings from the Mercy Pregnancy and Emotional Wellbeing Study. *Int J Mol Sci.* 2015, 16, 27482-96.
- 48) Shimizu A, Nishiumi H, Okumura Y, Watanabe K. Depressive symptoms and changes in physiological and social factors 1 week to 4 months postpartum in Japan. *J Affect Disord.* 2015, 179, 175-82.
- 49) Leproult R, Copinschi G, Buxton O, Van Cauter E. Sleep loss results in an elevation of cortisol levels the next evening. *Sleep.* 1997, 20,865-70.
- 50) Vreeburg SA, Zitman FG, van Pelt J, Derijk RH, Verhagen JC, van Dyck R, Hoogendijk WJ, Smit JH, Penninx BW. Salivary cortisol levels in persons with and without different anxiety disorders. *Psychosom Med.* 2010,72, 340-7.
- 51) Anjum B, Verma NS, Tiwari S, Singh R, Mahdi AA, Singh RB, Singh RK. Association of salivary cortisol with chronomics of 24 hours ambulatory blood pressure/heart rate among night shift workers. *Biosci Trends.* 2011,5,182-8.