リプロダクションと育児を成り立たせる社会・文化的文脈をめぐる研究

平成 14 年度～16 年度　科学研究費補助金
基盤研究Ｃ（１）研究成果報告書
研究課題番号　14510330

平成 17 年 3 月

研究代表者　松岡　悦子
（旭川医科大学）

はじめに

マタニティーブルーズということばを日本で耳にするようになって、20年ほどになる。マタニティーブルーズとは、出産を終えた女性が、無事に赤ん坊が生まれてうれしいはずなのに、産後にいらいらしたり、涙が出たり、ふさぎがちになることを指したことばである。このような症状に注目が集まるようになったのは、1960 年代のアメリカやイギリスであった。その後 1980 年代半ばから、日本でもマタニティーブルーズについての雑誌記事や論文が見られるようになり、今ではマタニティーブルーズのことばは多くの人の知るところとなっている。だが、欧米や日本という産業化した社会ではありがちな症状だとしても、産業化していない社会ではどうなのか、また病院出産ではない医療化されていない出産ではどうなのかについては、議論の分かれるところである。

マタニティーブルーズや産後うつ病のリスク要因については、さまざまなものがあげられているが、ここでは主に出産との関係を明らかにしたいと考えた。なぜならこのような症状は、出産を機に生じたもので、出産は女性の人生での大きなできごとだからである。

この調査報告書は、病院出産した女性と助産所で産んだ女性を、日本とインドネシアの２つの国で同じやり方で調査し、比較したものである。そこには大きく分けて２つの問題意識があった。

一つは、医療化された出産と医療化されない出産で、産後の女性の気分（マタニティーブルーズと産後うつ病）に違いがあるのだろうか。

二つめは、日本とインドネシアという異なる社会を比較することで、マタニティーブルーズや産後うつ病の要因を見いだし、また出産が置かれた社会・文化的コンテクストを明らかにしたいということである。

またこの調査は、ドイツの研究者が国際比較を目的として開始した調査の日本版であり、現在、ドイツ、ドイツ国内のトルコ系移民、ルーマニア、その他の国でも調査を継続中である。いずれそれらの調査が終了した時点で、国際比較を行う予定である。本科研調査の最終年度にドイツの研究者を招き、途中経過の発表を兼ねた国際シンポジウムを行った。その記録もここに載せている。

この科研調査を行うにあたって、日本各地の病院、診療所、助産院の許可をいただき、そこで出産した女性たちに面接をさせていただいた。インドネシアでも同様である。この調査に協力いただいた日本、インドネシアの計 616 人の女性たち、出産施設の方々に感謝を申し上げる。

平成 17 年３月　　松岡悦子

平成14年度～16年度　科学研究費補助金　基盤研究C（1）研究成果報告書

研究課題　　リプロダクションと育児を成り立たせる社会・文化的文脈をめぐる研究
研究課題番号　　14510330

研究組織　　研究代表者　　松岡悦子（旭川医科大学医学部・助教授）
分担研究者　　正高信男（京都大学大学院霊長類研究所・教授）
加納尚美（茨城県立医療大学保健医療学部・助教授）

研究協力者　　土倉玲子（北海道文教大学）
高橋龍尚（旭川医科大学医学部・助教授）

研究経費　　平成14年度　　1,800千円
平成15年度　　1,600千円
平成16年度　　600千円
（平成15年度、16年度については、日本学術振興会　人文・社会科学振会のためのプロジェクト研究事業「豊かな人間像の獲得—グローバリズムの超克」コア研究「産育の現場から」より研究経費の一部を得ている）

調査に協力いただいた出産施設
名古屋第一赤十字病院、守谷第一病院、天使病院、旭川厚生病院
大谷助産院、橋本助産院、山口助産所、守谷助産院、山川助産院バース青葉、
黄助産院、矢島助産院

口頭発表
松岡悦子　Are maternity blues the product of modern hospital birth? An anthropological view. 大雪青年の家　International Symposium on Human Reproduction and Sexuality.　2004年8月16-18日
松岡悦子　「マタニティーブルーズは産業化社会の文化結合症候群か」『健康・医療・身体・生殖に関する医療人類学の応用学的研究』民族学博物館共同研究　2005年1月29日

目　次

はじめに

第１章　出産とマタニティーブルーズおよび産後うつ病の関係をさぐる
　　－日本の場合　・・・・ 4

第２章　出産とマタニティーブルーズおよび産後うつ病の関係を探る
　　－インドネシアの場合　・・・・・・・ 32

第３章　産後の気分の比較文化的考察―日本とインドネシアの比較　・・・・・・・ 56

第４章　リプロダクションとセクシュアリティーの国際シンポジウム
Postpartum Depression and Baby Blues: Evolutionary,
Anthropological and Transcultural Approaches
by Gerhard Dammann, MD., Psych. D.　・・・ 68

The Munich Baby Blues Study: Turkish and Kurdish Women
in Germany　by Maria Delius, MD　・・・ 75

Are Maternity Blues the Product of Modern Hospital Birth?
by Etsuko Matsuoka　・・・ 80

付録１　日本語版質問紙　第１回目　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 83
付録２　日本語版質問紙　第２回目　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 90
付録３　インドネシア語版質問紙　第１回目　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 96
付録４　インドネシア語版質問紙　第２回目　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・105

出産とマタニティーブルーズおよび産後うつ病の関係をさぐる－日本の場合

松岡悦子*　加納尚美　正高信男　土倉玲子
高橋龍尚

研究目的

マタニティーブルーズと産後うつ病に関しては、さまざまな角度からの研究報告がなされているが、その発症頻度、要因、発症の説明などについて多様な見解が出され、意見の一致が見られないという特徴がある。たとえば、マタニティーブルーズの発症頻度については、5-80%という調査結果が出ているが、[1]ほんの５%の発症と80%の発症とでは、大きな開きがあるといわねばならない。また、発症の要因（危険因子）についても、生物学的なホルモンによるとするもの、出産との関連、パートナーとの関係、周産期の重大なできごととの関連、サポートのあるなし、生育歴との関連、住環境や職業との関連など、さまざまなものとの相関が論じられ、また否定されている。[2]さらに、マタニティーブルーズや産後うつ病は、産業化以前の社会の自宅出産ではほとんど見られないことから、それらは産業社会に特有の症状だとする説もあれば、[3]文化や民族を通じて見られるとする考えもある。[4]また、マタニティーブルーズは産後うつ病とは別物とする考えもあれば、うつ病との連続性を指摘する見方もある。このようにマタニティーブルーズや産後うつ病をめぐっては多様な見方が交錯しており、そのいずれもがある視点からこの現象を浮かび上がらせているという点で、この現象のもつ広がりと意味の複雑さを示すものと言えよう。

本研究は、主としてマタニティーブルーズと出産との関連を見るものであり、そこからひいては、マタニティーブルーズを引き起こしにくい出産を考えようとするものである。マタニティーブルーズが出産を契機に一部の人々に発症する症状であることから、出産との関連を見るのはきわめて当然のことに思われる。また、イギリスでYalomによって産後の気分の変調が取りあげられたのが1968年で、その後Pittがmaternity bluesのことばを用いたのが1973年だが、[5]日本でこのことばが知られるようになったのは1980年代の半ばからである。[6]この時間の差は何を意味しているのだろうか。恐らく日本でマタニティーブルーズに相当する現象が顕著になってきたのが、1980年代の半ば以降であり、この差は両国での産科医療の違いや、女性や家族をとりまく社会状況の違いに起因すると思われる。つまり、ホルモンの影響という純粋に生物学的な理由だけではマタニティーブルーズの発症を説明できないとの考えのもとに、本研究では、マタニティーブルーズを主として産科医療との関連でとらえ、考察することを目的としている。

研究方法

産科医療とマタニティーブルーズとの関連をみるために、病院と診療所、助産所で出産した女性508人を対象とした。病院出産群は、旭川厚生病院（北海道）、天使病院（北海道）、名古屋第一赤十字病院（愛知県）、守谷第一病院（茨城県）の４カ所で出産した216人、診療所群は茨城県の椎名産婦人科医院で出産した46人、助産所群は、大谷助産院（大阪府）、橋本助産院（大阪府）、山口助産院（愛知県）、矢島助産院（東京都）、守谷助産院（茨城県）、山川助産院バース青葉（神奈川県）、黄助産院（東京都）で出産した246人である。いずれも、調査者が施設を訪問した際に、出産後3-7日目に相当する褥婦に面談を依頼し、同意の得られた人について、質問紙に基づく半構造化された面接を行った。面接を行った調査者は、助産師、看護大学学生、臨床心理専攻の大学院生、福祉専門の大学非常勤講師、松岡自身である。

これを１回目の質問紙とし、２回目の質問紙

を産後６週目～８週目にこれらの女性に郵送し、返送してもらった。２回目の質問紙に回答したのは365人（回収率71.85%）であった。

１回目の質問紙に基づく面接では、妊娠・出産の状況、受けた処置、家族、住居、職業、産後の母子の接触、授乳方法、産後の手伝いの有無などについて尋ねており、マタニティーブルーズの尺度には、Steinの尺度を用いた。２回目の質問紙では、子どもや夫に対する感情、授乳の仕方、手伝いの有無、出産を振り返っての感想などを尋ね、産後うつ病の尺度としてエジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）を用いている。また、一般的な不安を表す尺度としてSTAIを用いた。２つの質問紙については、報告書付録に載せている。

なおこの質問紙は、ドイツとの国際比較をする目的で、ドイツで作成されたものを日本語に訳し、そこから移民に関する項目など日本の事情に合わない部分を省き、さらにいくつかの項目を付け加えたものである。ドイツ語のオリジナルは、マックスプランク研究所（アンデックス）のProf. Dr. Wulf Schiefenhoevel と現在スイスの大学病院で精神科医をしているGerhard W. Dammann, M.D., Psy.D.が作成したものである。このようにして得られたデータをSPSSを用いて分析した。

研究結果

１．回答者の属性

１回目の回答者508人の出産場所別人数は図１左側、２回目回答者365人の出産場所別割合は右側のとおりである。

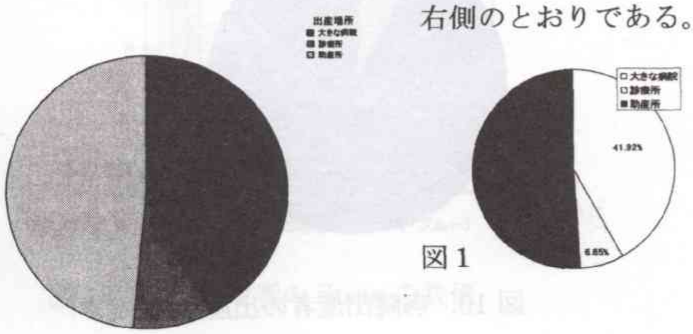


図１

年齢分布

508人の年齢分布については、図１，全体（図２）、出産場所別に分けて病院（図３）、診療所（図４）、助産所（図５）となっている。

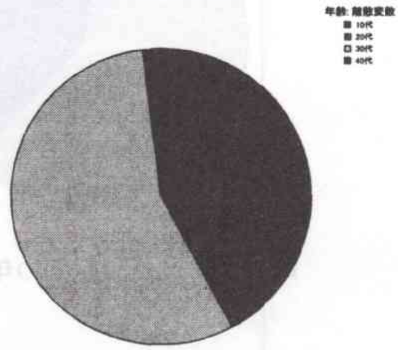


図２．508人の年令　（全体）

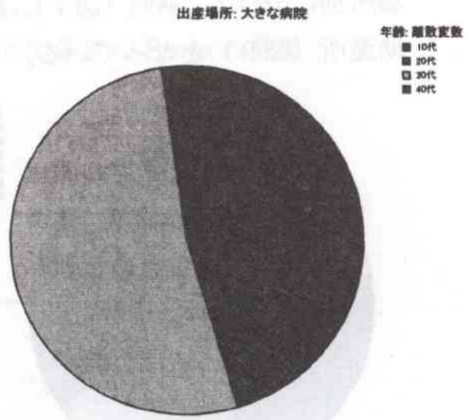


図３．病院出産者の年齢分布

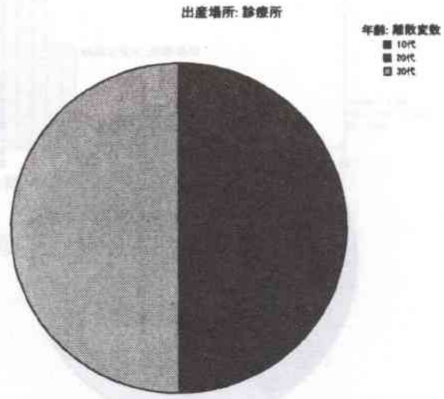


図４．診療所出産者の年齢分布

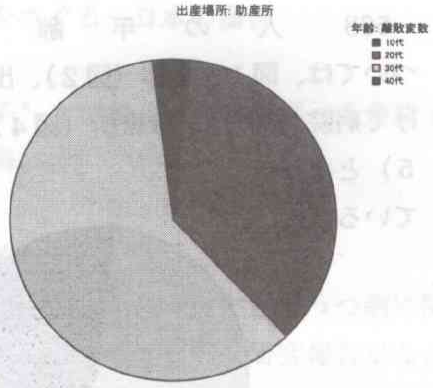


図５．助産所出産者の年齢分布

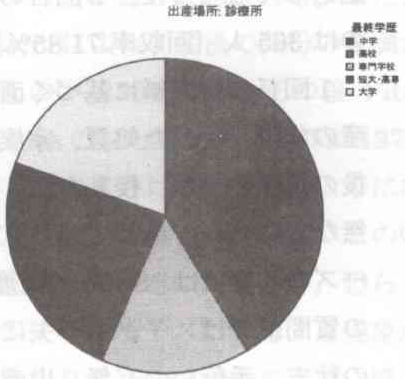


図７．病院出産者の学歴

図８．診療所出産者の学歴

学歴

さらに学歴についても、全体（図６）と出産場所別に分けて、病院（図７）、診療所（図８）、助産所（図９）となっている。

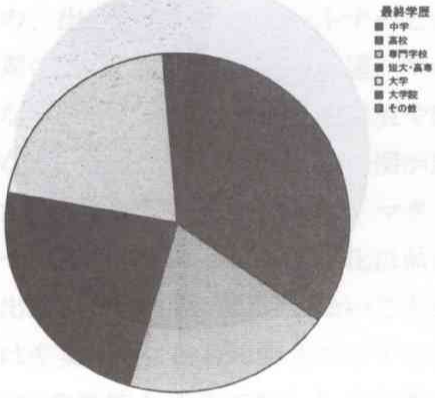


図６．学歴分布（全体）

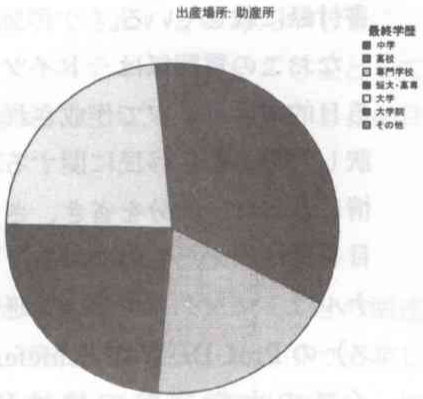
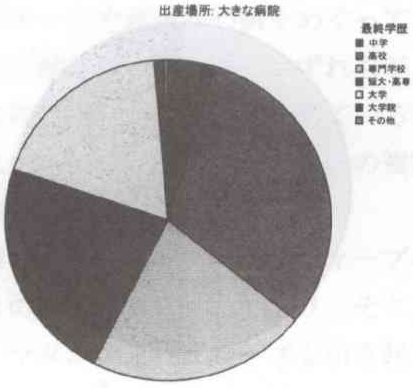


図９．助産所出産者の学歴

出産回数

また、出産回数については、病院（図 10）、診療所（図 11）、助産所（図 12）となっている。



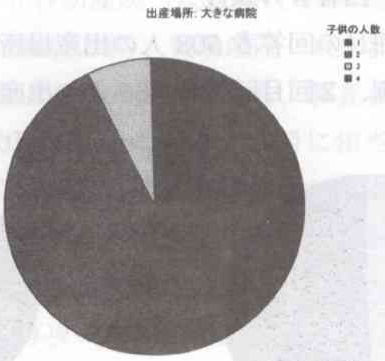


図 10．病院出産者の出産回数

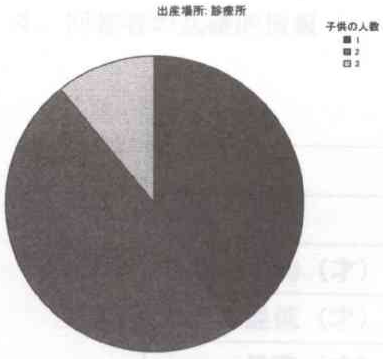


図 11. 診療所出産者の出産回数

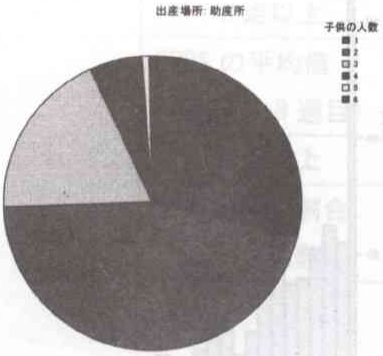


図 12. 助産所出産者の出産回数

2．マタニティーブルーズの数値

産後 3-7 日目に Stein の尺度を用いて、マタニティーブルーズの得点を測った。

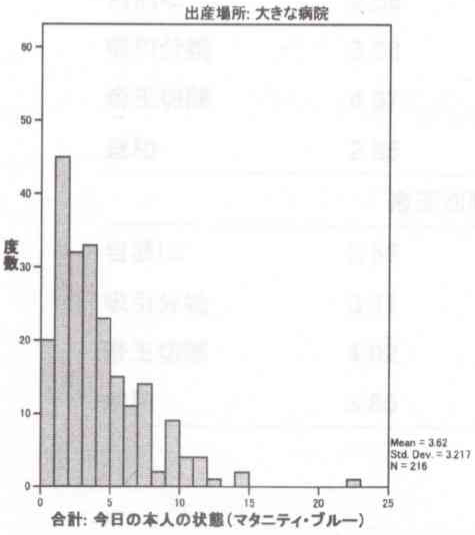


図 13. 病院出産者の Stein の数値

下記は、診療所（図 14）、助産所（図 15）である。

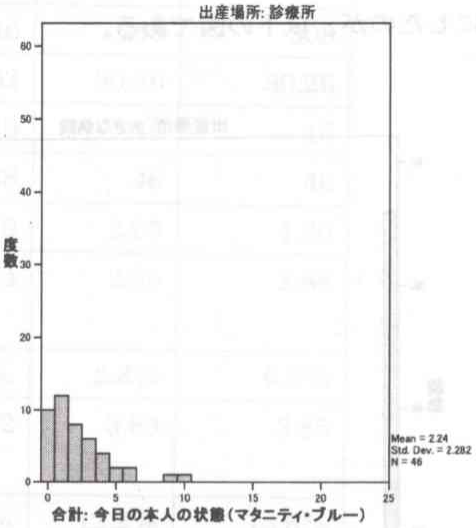


図 14. 診療所出産者の Stein の数値

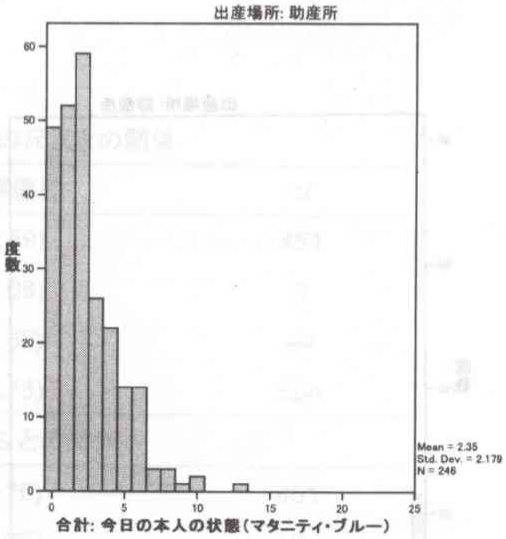


図 15. 助産所出産者の Stein の数値

3．EPDS の数値

出産後 6-8 週目に２回目の質問紙を郵送し、EPDS に記入してもらった。その数値をグラフにしたのが、以下の図である。

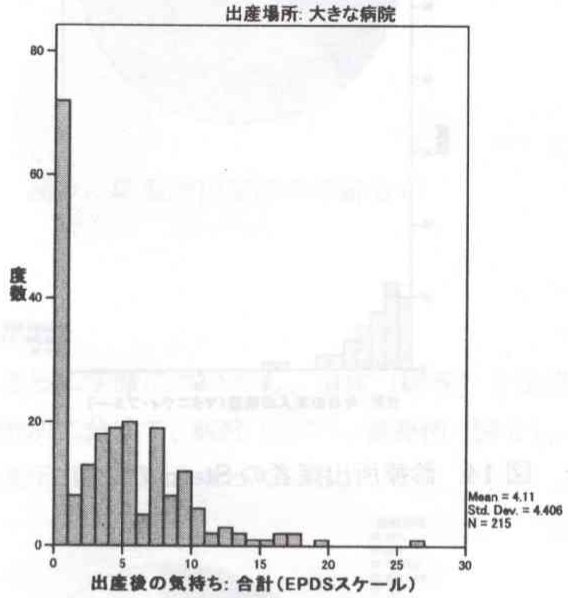


図 16. 病院出産者の EPDS 数値

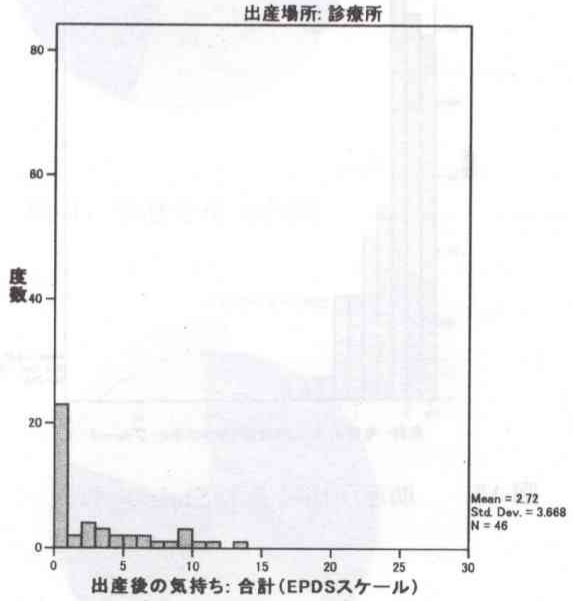


図 17. 診療所出産者の EPDS 数値

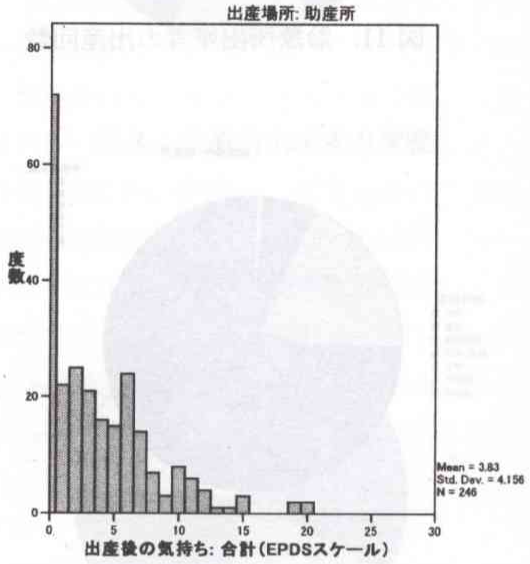


図 18. 助産所出産者の EPDS 数値

4．回答者の基礎的情報

	病院	診療所	助産所	全体
人数（人）	216	46	246	508
年齢　平均（才）	30.06	28.52	30.76	30.26
最低（才）	15	19	16	15
最高（才）	43	38	46	46
平均出産人数(人)	1.52	1.70	2.05	1.80
Stein の平均値（産後 3-7 日目）	3.62	2.24	2.35	2.88
8 点以上	10.6%	4.3%	2.8%	6.3%
EPDS の平均値（産後 6-8 週目）	4.11	2.72	3.83	3.85
9 点以上	15.3%	13%	12.2%	13.6%
帝王切開の割合（人数）	20.6%（43 人）	2.2%（1 人）	0	

5．マタニティーブルーズと産後うつ病に関連する項目

① 帝王切開との関連

表1．．帝王切開の有無とマタニティーブルーズの尺度との関係

	平均値	標準偏差	N
自然に	2.68	(2.59)	451
吸引分娩	3.33	(3.08)	9
帝王切開	4.57	(3.39)	44
総和	2.85	(2.73)	504
帝王切開の有無と EPDS との関係			
自然に	3.85	(4.26)	451
吸引分娩	3.11	(3.22)	9
帝王切開	4.02	(4.19)	44
総和	3.85	(4.23)	504

表 1 のように、マタニティーブルーズに関しては、帝王切開と自然分娩との間に、 $p<.001$ で有意な差があった。しかし、EPDS に関しては、有意な差はなかった。つまり、帝王切開を受けた人は、

マタニティーブルーズの得点が有意に高くなるが、産後うつ病に関しては差はないということである。

② 出産場所との関連

表 2. 出産場所とマタニティーブルーズとの関係

	平均値	標準偏差	N
病院	3.62	(3.22)	215
診療所	2.24	(2.28)	46
助産所	2.35	(2.18)	246
総和	2.88	(2.75)	507
出産場所と EPDS との関係			
病院	4.11	(4.41)	215
診療所	2.72	(3.67)	46
助産所	3.83	(4.16)	246
総和	3.85	(4.23)	507

マタニティーブルーズに関しては、表２に見られるように、病院と＜診療所、助産所＞との間には、有意な差があった。(P<.001) しかし、産後うつ病に関しては、有意差はなかった。つまり、病院で出産した人は、診療所や助産所と比べて有意にマタニティーブルーズの数値が高かったが、産後うつ病に関しては、差がないということである。

③ 出産回数との関連

第１子の出産とそれ以降の出産とでマタニティーブルーズの数値に差があるかを見ると、有意差があった。　第１子　3.48　＞　第２子以降　2.31　　p<.001

EPDS に関しては、第１子 4.36　＞　第２子以降　3.49　p<.05　で有意差があった。

④ 出産場所の影響（第１子のみ、帝王切開を除外して）

第１子と帝王切開の場合、マタニティーブルーズや EPDS の点数が高くなることがわかった。すると、助産所は病院と比べて第１子の出産が少なく、また帝王切開の人もいないために、点数が低く出ている可能性がある。

そこで、これらの影響を除外するために、第１子のみで場所別に数値を比較した。するとマタニティーブルーズに関しては、第１子のみで比較しても、病院の方が助産所よりも有意に数値が高いことがわかる。

表３

第１子のみ	病院 n=120	診療所 n=19	助産所 n=71	P
Stein	4.60	2.84	2.58	病院と助産所の間は p<.001
EPDS	4.73	2.84	4.15	ns

次に、第１子で、かつ帝王切開を受けなかった人について、場所の影響を見てみる。

- Stein: F (2, 181) = 5.80, p = .004
  Tukey: **病院** > **助産所**(p = .003)
- EPDS: F (2, 180) = 1.13, p = .325

表4.

		N	M	SD
Stein	**病院**	94	4.15	(3.57)
	診療所	19	2.84	(2.27)
	助産所	71	2.58	(2.35)
EPDS	**病院**	93	4.62	(5.21)
	診療所	19	2.84	(3.52)
	助産所	71	4.15	(4.41)

マタニティーブルーズについては、病院と＜診療所、助産所＞の間には有意な差があった。つまり、第１子のみで、帝王切開の人を除いても、場所による差があるということである。

⑤ マタニティーブルーズと EPDS の関係

Stein の点数（0～26　８点以上をマタニティーブルーズとした）が８点以上の群とそれ以下の群で、EPDS の点数を比較したところ（ｔ検定)、Stein の点数が 8 以上の群の EPDS の平均は 6.56（SD=7.50)、Stein が８未満の EPDS の平均が 3.67（SD=3.86）で、t(32.12)=－2.17, p<.05 で有意だった。つまり、マタニティーブルーの人は、EPDS の点数も高いことがわかった。

また、Stein と EPDS は、正の相関をしている。 r =.29　(p<.001)

⑥ その他の項目

学歴、夫の出産への立ち会い、帝王切開を予期していたかどうか、１日のうち夫が家を離れている時間、赤ん坊の世話をこれまでにしたことがあるなしは、マタニティーブルーズにも EPDS にも影響しないことがわかった。年齢は、EPDS と正の相関をしていた。また、妊娠中に仕事をしていた人は、していなかった人に比べて EPDS の点数が高かった。

妊娠中に仕事をしていなかった　(4.21)　>　していた　(3.53)

婚姻の状態については、独身か既婚かはマタニティーブルーズに影響していた。

独身 5.25＞既婚 2.84

表5

		N	M	SD
Stein	独身	8	5.25	(7.30)
	既婚者	494	2.84	(2.62)
	離婚/別居生活中	2	5.00	(.00)
	事実婚	4	2.25	(2.06)
EPDS	独身	8	3.50	(9.12)
	既婚者	493	3.84	(4.08)
	離婚/別居生活中	2	9.50	(13.44)
	事実婚	4	2.75	(3.40)

出産場所の違いが、マタニティーブルーズの発症に影響することがわかったが（産後うつ病に関しては、はっきりした違いは認められない）、場所の違いが具体的には何の違いを意味しているのかを知る必要がある。そこで、マタニティーブルーズの点数と相関関係のあった項目を以下に選び出す。（p<.001 のもののみ）

- 処置やケアに関して、自分の意見が尊重された　r=.23***
- 生まれた子どもが元気かどうかそれほど気にならない　r=.18***
- 分娩時間をそれほど長く感じなかった　r=.16***
- 出産は期待したより良かった　r=.28***
- 会陰切開をされない　切開な 2.18 < 切開あり 3.48
- 身体に不快感や痛みがない　ない 1.73< あり 3.18
- 妊娠中に精神的問題がない　なし 2.57 < あり 4.15
- 妊娠中の身体の変化をどう思ったか　心地よい 2.41 < 不快 3.59
- 産後 3-7 日間に母乳のみを与えている　母乳のみ 2.49 <ミルクとの混合 3.41
- 授乳に関して困っていることがない　ない 2.08 < ある 3.59
- 産後 3-7 日間　子どもが同じ布団で寝ている　同じ布団 2.31 < 同じ部屋 3.42 = 別の部屋 3.89
- 退院後のことで心配なことがない　ない 2.02 < ある 3.45

これらの相関している項目を見ると、大きく３つに分類することができる。一つは、出産時の医療介入に関することであり、２つめは、女性の不快感、痛み、満足感や心配などの主観的な感情である。３つめは、子どもとの関係で、授乳のしかたや子どもの眠る場所、子どもとのスキンシップに関することである。ちなみに、出産直後に子どもが母親のお腹の上に置かれたかどうか、また出産後すぐに子どもとのスキンシップがあったかどうかは、上にはあげなかったが、p<.01　で相関していた。そこで、以下ではこの３つの分野からさらに詳しく見ていくことにする。

6．　出産時の医療介入について

出産時の医療介入は、産後の身体の不快感や苦痛に大きく関わっている。たとえば、会陰切開や

裂傷の傷は、産後の身体の苦痛や不快感を増す。また出産時の医療処置が、女性の意見を尊重した上で行われたかどうかは、産後の満足感（自分の意見が尊重されたと思う、出産は期待していたより良かった）に影響する。そこで、出産場所によって回答者の女性たちが受けた医療処置がどのように違っているかを見ていく。

表６は、医療介入の度合いを、出産場所ごとに見たものである。（１回目アンケートの項目　３．病院（助産所）ではどんな処置が行われましたか？　のそれぞれについて、出産場所との間でχ^2検定を行った。その結果、内診の有無　以外のすべての変数で有意な差が見られた。クリステレルの有無については、p<.01だったが、それ以外はすべてp＜.001で有意）

表6. 出産場所ごとの医療介入の頻度（括弧内は比率）

		出産場所			
		病院	診療所	助産所	合計
浣腸	無	163	29	221	413
		(76.2)	(63.0)	(90.9)	(82.1)
	有	51	17	22	90
		(23.8)	(37.0)	(9.1)	(17.9)
	合計	214	46	243	503
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
てい毛	無	100	41	240	381
		(46.9)	(89.1)	(99.6)	(76.2)
	有	113	5	1	119
		(53.1)	(10.9)	(.4)	(23.8)
	合計	213	46	241	500
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
人工破水させる	無	142	17	172	331
		(69.3)	(37.0)	(72.9)	(68.0)
	有	63	29	64	156
		(30.7)	(63.0)	(27.1)	(32.0)
	合計	205	46	236	487
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
分娩監視装置	無	14	0	197	211
		(6.8)	(.0)	(82.1)	(43.0)
	有	191	46	43	280
		(93.2)	(100.0)	(17.9)	(57.0)
	合計	205	46	240	491
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
陣痛促進剤の使用	無	155	39	239	433
		(76.4)	(86.7)	(99.6)	(88.7)
	有	48	6	1	55
		(23.6)	(13.3)	(.4)	(11.3)
	合計	203	45	240	488
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
超音波診断装置	無	161	42	231	434
		(80.1)	(91.3)	(95.9)	(88.9)
	有	40	4	10	54
		(19.9)	(8.7)	(4.1)	(11.1)
	合計	201	46	241	488
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

麻酔や鎮痛剤の使用	無	172	45	240	457
		(86.0)	(97.8)	(100.0)	(94.0)
	有	28	1	0	29
		(14.0)	(2.2)	(.0)	(6.0)
	合計	200	46	240	486
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
クリステレル	無	158	40	223	421
		(80.6)	(87.0)	(92.5)	(87.2)
	有	38	6	18	62
		(19.4)	(13.0)	(7.5)	(12.8)
	合計	196	46	241	483
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
陣痛誘発	無	175	30	236	441
		(88.4)	(65.2)	(98.7)	(91.3)
	有	23	16	3	42
		(11.6)	(34.8)	(1.3)	(8.7)
	合計	198	46	239	483
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
内診	無	11	1	20	32
		(5.5)	(2.2)	(8.2)	(6.5)
	有	189	45	225	459
		(94.5)	(97.8)	(91.8)	(93.5)
	合計	200	46	245	491
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
分娩台に足を固定	無	145	46	239	430
		(74.0)	(100.0)	(99.6)	(89.2)
	有	51	0	1	52
		(26.0)	(.0)	(.4)	(10.8)
	合計	196	46	240	482
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

次に、これらの処置を受けたら１点、なければ０点として各回答者の合計得点をだし、その合計点を場所ごとに比較すると、病院は M=3.90、診療所は M=3.80、助産所は M=1.58 となり、助産所は他の２群よりも有意に点数が低かった。(P<.001)　つまり、助産所は病院や診療所と比べて、上記の医療処置が有意に少ないと言える。また、この合計点とマタニティーブルーズや EPDS との相関を見ると、医療介入の多寡はマタニティーブルーズと相関していた。

Stein: $r = .18$, $p < .001$

EPDS: $r = .01$, $p = .785$

また、会陰切開について、出産の場所ごとに、さらに初産と経産に分けて表したのが表７である。
（帝王切開の人を除いた数値である）

表7.

		無傷	会陰切開あり	裂傷あり	以前の切開痕が裂傷	合計
初産	病院	2	68	23	0	93
		(2.2)	(73.1)	(24.7)	(.0)	(100.0)
	診療所	3	7	9	0	19
		(15.8)	(36.8)	(47.4)	(.0)	(100.0)
	助産所	34	7	30	0	71
		(47.9)	(9.9)	(42.3)	(.0)	(100.0)
	合計	39	82	62	0	183
		(21.3)	(44.8)	(33.9)	(.0)	(100.0)
経産	病院	21	29	26	1	77
		(27.3)	(37.7)	(33.8)	(1.3)	(100.0)
	診療所	10	1	15	0	26
		(38.5)	(3.8)	(57.7)	(.0)	(100.0)
	助産所	114	3	51	7	175
		(65.1)	(1.7)	(29.1)	(4.0)	(100.0)
	合計	145	33	92	8	278
		(52.2)	(11.9)	(33.1)	(2.9)	(100.0)

初産で、無傷で出産を終わる人は、病院では2.2%、診療所では15.8%、助産所では47.9%であり、経産になると、病院では27.3%、診療所で38.5%、助産所では65.1%となっている。逆に会陰切開の割合を見ると、初産では病院で73.1%、診療所で36.8%、助産所では9.9%である。

では次に、この会陰切開のあるなしが、マタニティーブルーズ(MBと略している)やEPDSの数値に関係しているかを見たのが、表8である。下記3群を、Stein得点とEPDS得点に関して一元配置の分散分析を行った。

表8.

		N	M	SD
Stein	無傷	184	2.13	(2.21)
	切開した	115	3.49	(3.28)
	裂傷になったor切開されないが以前の切開痕が裂傷	162	2.75	(2.28)
EPDS	無傷	184	3.40	(3.78)
	切開した	114	4.25	(4.71)
	裂傷になったor切開されないが以前の切開痕が裂傷	162	4.01	(4.39)

分散分析の結果

- Stein: F (2, 458) = 10.17, p < .001
  Tukeyの HSD法: 「無傷」と「切開した」の間にp < .001の有意差、「無傷」と「裂傷になったor切開されないが以前の切開痕が裂傷」の間にp < .10の有意傾向の差、「切開した」と「裂傷になったor切開されないが…」の間にp < .05の有意傾向の差が見られた。
- EPDS: F (2, 457) = 1.62, p = .198

このように、出産場所によって、会陰切開の割合は大きく異なり、さらに会陰切開のあるなしが、産後の女性の気分に影響を与えていることがわかる。

7．　女性の主観的な感情（身体の不快感、痛み、精神的満足感など）

産後 3-7 日目の質問紙の問 13 で、「体にどこか不快なところや痛みを感じるところがありますか。」と尋ね、下記の表７の項目にあるように、「会陰切開（裂傷）後の痛み」「帝王切開後の痛み」・・・などから選んでもらうようにした。それぞれの項目について、病院と助産所で違いがあるかをみたところ、表９のような結果になった。（χ^2検定）

表9. 出産場所ごとの痛み・不快感の頻度（括弧内は比率）

		出産場所		
		病院	助産所	合計
会陰切開（裂傷）後の痛み	無	122	201	323
		(56.5)	(82.0)	(70.1)
	有	94	44	138
P<.001		(43.5)	(18.0)	(29.9)
	合計	216	245	461
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
帝王切開後の痛み	無	181	245	426
		(83.8)	(100.0)	(92.4)
	有	35	0	35
P<.001		(16.2)	(.0)	(7.6)
	合計	216	245	461
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
睡眠	無	169	211	380
		(78.2)	(86.1)	(82.4)
	有	47	34	81
P<.05		(21.8)	(13.9)	(17.6)
	合計	216	245	461
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
排泄	無	167	220	387
		(77.3)	(89.8)	(83.9)
	有	49	25	74
P<.001		(22.7)	(10.2)	(16.1)
	合計	216	245	461
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
腰痛	無	164	170	334
		(75.9)	(69.4)	(72.5)
ns	有	52	75	127
		(24.1)	(30.6)	(27.5)
	合計	216	245	461
		(100.0)	(100.0)	(100.0)

乳房	**無**	147	171	318
		(68.1)	(69.8)	(69.0)
	有	69	74	143
ns		(31.9)	(30.2)	(31.0)
	合計	216	245	461
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
頭痛	**無**	208	236	444
		(96.3)	(96.3)	(96.3)
	有	8	9	17
ns		(3.7)	(3.7)	(3.7)
	合計	216	245	461
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
食欲	**無**	206	242	448
		(95.4)	(98.8)	(97.2)
	有	10	3	13
P<.05		(4.6)	(1.2)	(2.8)
	合計	216	245	461
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
その他	**無**	183	188	371
		(84.7)	(76.7)	(80.5)
P<.05	**有**	33	57	90
		(15.3)	(23.3)	(19.5)
	合計	216	245	461
		(100.0)	(100.0)	(100.0)

表９に見られるように、腰痛、乳房の痛み、頭痛については出産の場所による差はないが、他の部分については、助産所で出産した人は病院で産んだ人よりも、痛みや不快の程度が軽いことがわかる。さらに、これらの痛みがある場合を１点、ない場合を０点として痛みの合計を出し、それを従属変数に、出産場所を独立変数に分散分析を行った。すると、病院の平均は 1.84 に対して助産所は 1.31 となり、助産所は病院よりも有意に得点が低かった(p<.001)。つまり、助産所で産んだ人は、病院で産んだ人ほど痛みや不快感を感じていないと言える。

また、この合計点数とマタニティーブルーズや EPDS の間の相関分析を行った。その結果、不快感や痛みの合計点数は、Stein や EPDS の得点と正の相関にあることがわかった。

Stein　r=.42,　p<.001

EPDS　r=.19,　p<.001

つまり、産後の体の痛みや不快感は出産場所によって異なり、さらにこの痛みや不快感の合計は、マタニティーブルーズとも、また産後うつ病とも相関することがわかった。

また、身体的な不快感や痛みと同様に、精神的な不快感などの感情が、マタニティーブルーズや産後のうつ的な気分に影響していないかを調べた。産後６-８週目の２回目の質問紙において、出産の時の感想を聞いている。その中で EPDS と有意な相関関係にあったのは以下の変数であった。

出産の際に、自分の体は大切に扱われたと思う	−.14**
自分の力で出産したという充実感をもてた	−.12*
スタッフの態度やことばなどに傷つくことがあった	.17***
出産の時に何をされているか分からなくて不安に思う	.10+
赤ちゃんの扱い方について、産後に十分な説明をしてもらった	−.13*
赤ちゃんとうまくやっていける自身をもてた	−.29***
今も、体に不快なところや痛いところがある	.30***
母親になって（であることに）とても満足している	−.34***

これらは、女性が出産の時をふりかえって感じる主観的な気持ちであるが、それが産後うつ病に関連していると言える。なかでも、産後６週間たっても感じる不快感や痛み、出産の時にかけられたことばや示された態度にいやな思いをしたことが、産後の気分影響している。そこで、「スタッフの態度やことばなどに傷つくことがあった」という項目について、「そう思わない」と「そう思う」に分けて、場所別の人数をみたところ、表 10 のようになった。

表 10.「スタッフの態度･言葉に傷つくことがあった」と出産場所

	スタッフの態度等に傷ついたかどうか		
	いいえ	はい	合計
病院	116	16	132
	(87.9)	(12.1)	(100.0)
診療所	16	5	21
	(76.2)	(23.8)	(100.0)
助産所	169	10	179
	(94.4)	(5.6)	(100.0)
合計	301	31	332
	(90.7)	(9.3)	(100.0)

括弧内は比率

病院では 12.1%の人がスタッフの態度などに傷ついたと答え、診療所では 23.8%、助産所では 5.6%となっている。この差が有意かどうかを見るために、「いいえ」と応えた回答者（n=301）と、「はい」とこたえた回答者（n=31）に分けて χ^2 検定を行った。

χ^2 (2) = 9.38, p < .01 で有意。

さらに、「スタッフの態度や言葉に傷つくことがあった」とマタニティーブルーズとの関連をみると、　はい M=4.58 > いいえ M=2.46（Stein の数値）　p<.01 となり、マタニティーブルーズの数値とも関連していることがわかった。「傷ついた」あるいは「傷つかなかった」と応えた人のうち、Stein の数値が８点以上の人（つまりマタニティーブルーズと見なされる人）の割合を比較すると、

傷ついた人のうち　Stein　8 点以上は　19.4%

傷つかなかった人のうち　Stein　8 点以上は　３%　　p<.001

つまり、スタッフの態度に傷ついた人は、有意にマタニティーブルーズになりやすいと言える。

次に、１回目の質問紙の問１３で「出産はあなたの期待したとおりでしたか」と尋ね、「悪かった」「良かった」で応えてもらっている。この項目についても、出産の場所との関連を見てみる。

表 11.「出産は期待した通りだったかどうか」と出産場所

	出産は期待した通りだったか: 離散変数		
	悪かった	良かった	合計
病院	37	126	163
	(22.7)	(77.3)	(100.0)
診療所	10	21	31
	(32.3)	(67.7)	(100.0)
助産所	10	204	214
	(4.7)	(95.3)	(100.0)
合計	57	351	408
	(14.0)	(86.0)	(100.0)

括弧内は比率

病院では、出産が期待より良かったと応えた人は 77.3%、診療所では 67.3%、助産所では 95.3% となっている。この違いについて有意かどうかを見るために、期待と比べて「悪かった」(n=51) と「良かった」(n=351)について、χ^2検定をおこなうと、

χ^2（2）＝34.35, p<.001　　で有意だった。

さらに、期待より悪かった、あるいは良かったという気持ちが、マタニティーブルーズや EPDS の得点に相関しているかを見ると、MB にも EPDS にも有意な効果があった。

MB: 悪かった (M=4.39) ＞ 良かった (M=2.43) , $p < .001$

EPDS: 悪かった (M=5.51) ＞ 良かった (M=3.68) , $p < .05$

以下は、病院と助産所で、出産を振り返っての感想に差があるかどうかを見たものである。これを見ると、助産所の方が女性たちの満足感が高くなっていることがわかる。

出産の際に自分の身体は大切に扱われたと思う　**病院**(4.09) < **助産所**(4.63), p < .001
自分の力で出産したという充実感をもてた　**病院**(3.74) < **助産所**(4.59), p < .001
出産の時に何をされているかわからなくて不安に思うことがあった:病院(2.07) > **助産所**(1.48), p < .001
希望に沿った出産になるようにスタッフが努力してくれた　**病院**(3.84) < **助産所**(4.52), p < .001
赤ちゃんの扱い方について産後充分な説明をしてもらった　**病院**(3.72) < **助産所**(4.04), p < .01
赤ちゃんとうまくやっていける自信をもてた　**病院**(3.66) < **助産所**(4.01), p < .01
家族や医療スタッフからさまざまの援助をうけたと思う　**病院**(4.40) < **助産所**(4.61), p < .05

以上のように、女性が感じる主観的な気持ち（身体の不快感や痛み、出産への満足感や評価）がマタニティーブルーズや産後うつ病と関連していることがわかった。さらに、この身体的および精神的な快不快の感情は、出産場所とも相関しており、助産所出産群は他の群と比べて快の感情が高かった。

8．子どもとの関係（授乳、スキンシップなど）

授乳について見てみると、産後 3-7 日目の質問紙で、母乳をやっていない vs. 母乳のみ vs. ミルクとの混合 vs. ミルクのみ vs. その他を尋ねている。これらを独立変数として、Stein の数値を従属変数とする分散分析を行ったところ、有意な効果があった。

Stein:　母乳のみ（M=2.49）＜ ミルクとの混合（M=3.41）＝ その他（M=4.37）

つまり、出産後 1 週間の間に母乳のみを与えている方がマタニティーブルーズになりにくいということである。場所別の授乳の頻度については、表 12 を参照。（P<.001 で場所による有意差あり）

表 12.　産後 3-7 日目
出産場所ごとの授乳有無の頻度（括弧内は比率）

		出産場所		
		病院	助産所	合計
授乳の有無	いいえ	4	2	6
		(1.9)	(.8)	(1.3)
	母乳のみ	97	217	314
		(44.9)	(88.9)	(68.3)
	ミルクとの混合	86	14	100
		(39.8)	(5.7)	(21.7)
	ミルクのみ	10	0	10
		(4.6)	(.0)	(2.2)
	その他	19	11	30
		(8.8)	(4.5)	(6.5)
	合計	216	244	460
		(100.0)	(100.0)	(100.0)

産後 1 週間以内の時点で、母乳のみの割合は病院では 44.9%であり、助産所では 88.9%となっている。母乳をやっている方がマタニティーブルーズになりにくいとするならば、助産所の方がなりにくいと言える。

産後 1 週間以内に母乳をやっているかどうかは、マタニティーブルーズに影響したが、産後 6-8 週目に母乳を与えているかどうかは、EPDS には効果が見られなかった。２回目の質問紙で、母乳をやっていると応えた n=338 と「いいえ」の回答者 n=20 を EPDS について比較した結果、有意差は見られなかった。（M=5.21, M=5.40）

しかし、２回目の質問紙で授乳に関して問題があるかどうかを尋ねたところ、「いいえ」と応えた人の EPDS は 4.88 なのに対して、「はい」と応えた人は 6.35 で、p<.01 で有意であった。産後 6-8 週目の出産場所ごとの授乳の状況については、表 13 を参照。（P<.001 で場所の有意差あり）

表 13. 産後 6-8 週目
出産場所ごとの授乳有無の頻度(括弧内は比率)

		出産場所		
		病院	助産所	合計
母乳を与えているか	いいえ	15	2	17
		(10.1)	(1.1)	(5.1)
	はい	133	183	316
		(89.9)	(98.9)	(94.9)
	合計	148	185	333
		(100.0)	(100.0)	(100.0)

表 13 によれば、産後 6-8 週目の時点で、母乳を与えていないのは、病院出産をした人では 10 人に 1 人だが、助産所出産をした人では 100 人に 1 人である。

次に母乳にまつわる問題のありなしを見る。産後 6-8 週の時点で出産場所別に母乳を与えているか、与えていたとして問題があるかないか、を見たのが表 14 である。
これについても χ^2 検定の結果有意差あり。　χ^2（4）=19.80, p<.001

表 14. 授乳にまつわる問題の有無の頻度(出産場所別)（産後 6-8 週目）

	母乳と授乳の問題			
	母乳あり＆問題あり	母乳あり＆問題なし	母乳なし	合計
病院	42	90	15	147
	(28.6)	(61.2)	(10.2)	(100.0)
診療所	11	9	3	23
	(47.8)	(39.1)	(13.0)	(100.0)
助産所	56	126	2	184
	(30.4)	(68.5)	(1.1)	(100.0)
合計	109	225	20	354
	(30.8)	(63.6)	(5.6)	(100.0)

さらに、帝王切開を受けた人は経腟分娩をした人に比べて、母乳を与える割合が少ないかどうかを検討する。まず、産後 3-7 日目についてみると、$\chi^2(4)=15.61$, p<.01 で有意な効果があった。

表 15. 帝王切開と産後 3-7 日目の授乳

	授乳の有無					
	いいえ	母乳のみ	ミルクとの混合	ミルクのみ	その他	合計
経腟分娩	5	305	108	7	25	450
	(1.1)	(67.8)	(24.0)	(1.6)	(5.6)	(100.0)
帝王切開	1	17	20	2	4	44
	(2.3)	(38.6)	(45.5)	(4.5)	(9.1)	(100.0)
合計	6	322	128	9	29	494
	(1.2)	(65.2)	(25.9)	(1.8)	(5.9)	(100.0)

括弧内は比率

続けて、産後 6-8 週目について、帝王切開の人と経膣分娩の人を比べたのが表 16 である。その結果、$\chi^2(1)=7.13$, $p<.05$ で有意差な効果があった。

表 16. 帝王切開と産後 6-8 週目の授乳

	母乳を与えているか		
	いいえ	はい	合計
経膣分娩	14	304	318
	(4.4)	(95.6)	(100.0)
帝王切開	5	27	32
	(15.6)	(84.4)	(100.0)
合計	19	331	350
	(5.4)	(94.6)	(100.0)

括弧内は比率

表 15、表 16 から、帝王切開を受けた人は、経膣分娩をした人と比べて、母乳のみの割合が少ないことがわかる。産後 1 週間以内で母乳のみの人は、経膣分娩では 67.8%なのに対して、帝王切開群では 38.6%となっている。また産後 6-8 週目では、母乳を与えているのは経膣分娩で 95.6%だが、帝王切開群では 84.4%になる。

次に、子どもとのスキンシップや子どもに対する感じ方と、マタニティーブルーズや EPDS の数値との関連について見ていく。

まず、まず出産直後のケアについて、Stein の数値をみると、

子どもが母親のお腹の上に置かれた方が(2.58)＜子どもが観察・処置を受けた(3.71)　(p<.05)

産後すぐに子どもと触れあった方が(2.63)＜短い検査の後(3.16)＜1 時間以上たって(6.14)(p<.05)。

次に EPDS についてみると、有意な効果はなかった。

10 分以上、1 時間以下の検査の後(2.94)＜出産後すぐに(3.94), 短い検査の後(3.45)＜1 時間以上の検査の後(8.00)

また、産後 1 週間以内の入院中に、子ども一緒にいる時間の長さと Stein の数値の相関を見ると、負の相関関係があった（r=-.11, p<.05)。つまり、子どもと一緒にいる時間が長いほど、マタニティーブルーズになりにくいことがわかる。

この 1 日に子どもと一緒にいる時間の長さを、病院と助産所で比較すると、有意に差があった。

病院(16.60 時間) ＜ 助産所(23.93 時間)　　p<.001

子どもと一緒にいる時間、Stein, EPDS を従属変数に、出産場所を独立変数に分散分析を行ったところ、

Stein については：　病院 (3.62) ＞ 助産所 (2.35)　p<.001

EPDS については：　病院 (4.11) ＞ 助産所 (3.83)　p=.49　　となった。

子どもと一緒にいる時間が長いほど、マタニティーブルーズになりにくく、病院よりも助産所の方が子どもと一緒にいる時間が長く、マタニティーブルーズの点数も低いことがわかる。

さらに 6-8 週目に、「だいたいどのくらいお子さんとスキンシップしますか」という質問に対して、

「授乳」、「おしゃべり（子どもをあやす)」、「抱っこして歩き回る」の時間を合計し、出産の場所別に見たところ、平均値は以下のようであった。

診療所(8.12 時間、　SD=4.27)

病院（8.37 時間、　SD=4.28)

助産所(10.28 時間、　SD=15.88)

出産場所間に、F(2, 350)= 1.21 で有意差はなし。有意差はないものの、産後 6-8 週目でも、助産所群は他の群と比べて子どもとの接触時間が長くなっている。

次に、EPDS の数値と相関しているものをみると、子どもとの関係に関することが多い。

子供が泣いた時の気持ち: イライラする	**いいえ**(3.74) < **はい**(7.12), p < .01
子供が泣いた時の気持ち: 心配だ	**いいえ**(3.66) < **はい**(4.70), p < .005
子供が泣いた時の気持ち: ストレスを感じる	**いいえ**(3.74) < **はい**(6.74), p < .01
子供に関する懸念: 夜に寝ない	**なし**(3.46) < **あり**(8.07), p < .001
子供に関する懸念: よく泣く	**なし**(3.50) < **あり**(6.98), p < .001
子供に関する懸念: 母親に反応しない	**なし**(3.76) < **あり**(10.29), p < .001
子供に関する懸念: その他	**なし**(3.53) < **あり**(5.25), p < .001

また、EPDS は女性自身の孤独感などの気持ちとも強く関連している。

家にいる時孤独	.49***
家に子どもと2人でいることが負担	.46***
退院後に泣いた	.42***

9．その他の項目

① 夫との関係

まず夫の出産への立ち会いが、Stein や EPDS の数値、あるいはその後の夫婦関係に影響するかをみたところ、相関関係はなかった。(表 17)

- 出産場所で回答者を分割した上で、分娩中の付き添い: 夫を独立変数、Stein 得点, EPDS 得点, 最近の夫婦関係を従属変数とする t 検定を実施。
  - 病院:
    - # Stein: t (204) = −.31, p = .755
    - # EPDS: t (203) = −.43, p = .667
    - # 最近の夫婦関係: t (142) = −.82, p = .416
  - 診療所:
    - # Stein: t (41.71) = −2.01, p = .051
    - # EPDS: t (44) = 1.79, p = .081

最近の夫婦関係: t (23) = .13, p = .896

助産所:

Stein: t (72.72) = -1.38, p = .173

EPDS: t (243) = -1.95, p = .052

最近の夫婦関係: t (183) = .02, p = .982

表 17.

		夫の立ち会い	N	M	SD
病院	Stein	なし	140	3.47	(3.33)
		あり	66	3.62	(2.91)
	EPDS	なし	139	3.94	(4.37)
		あり	66	4.23	(4.54)
	最近の夫婦関係	なし	97	4.12	(1.05)
		あり	47	4.28	(1.06)
診療所	Stein	なし	19	1.53	(1.43)
		あり	27	2.74	(2.64)
	EPDS	なし	19	3.84	(4.25)
		あり	27	1.93	(3.04)
	最近の夫婦関係	なし	13	4.15	(1.14)
		あり	12	4.08	(1.51)
助産所	Stein	なし	42	2.00	(1.74)
		あり	203	2.43	(2.26)
	EPDS	なし	42	2.71	(3.74)
		あり	203	4.08	(4.21)
	最近の夫婦関係	なし	28	4.21	(.96)
		あり	157	4.21	(.88)

夫の立ち合いの有無を出産場所別に整理すると、表 18 のようになる。夫の立ち会いは助産所では 82.9%に見られるが、診療所で 58.7%、病院では 32%である。出産場所と夫の立会いの有無で χ^2 検定にかけると、χ^2 (2) = 120.00, p < .001 で有意。

表 18. 出産場所と分娩中の夫の立ち会い

	分娩中の夫の立ち会い		
	無	有	合計
病院	140	66	206
	(68.0)	(32.0)	(100.0)
診療所	19	27	46
	(41.3)	(58.7)	(100.0)
助産所	42	203	245
	(17.1)	(82.9)	(100.0)
合計	201	296	497
	(40.4)	(59.6)	(100.0)

括弧内は比率

夫が立ち会う割合は、出産場所によって大きく差があるが、夫の立ち会いは夫婦関係やマタニティーブルーズや産後うつ病と相関しないことがわかった。だが、興味深いことに、夫の立ち会いが有りの方が、なしの場合よりも、MBにおいてもEPDSにおいても数値が高いことである（例外は、診療所出産者のEPDS)。夫が立ち会った方が、数値が高い、つまりマタニティーブルーズや産後うつ病の傾向が強くなるというのは、通常の認識とは逆の結果である。一般的には、夫が出産に立ち会う方が、女性にとっては心強く、産後の気分にも良い影響を与えると思いがちだが、現実にはそうではないようである。

また、産後6-8週目に、出産後の夫婦関係の変化を質問している。「出産後から現在までの間に夫婦関係に変化がありましたか？」に対して、「いっそう気まずくなった」「いっそう仲良くなった」「変化なし」から選ぶようになっている。これを出産の場所別に見たのが、表19である。

χ^2 (4) = 1.99, *ns*

表19. 夫婦関係の変化（出産場所別）

	出産後の夫婦関係の変化			
	気まずくなった	変化なし	仲良くなった	合計
病院	9	99	38	146
	(6.2)	(67.8)	(26.0)	(100.0)
診療所	1	18	4	23
	(4.3)	(78.3)	(17.4)	(100.0)
助産所	7	119	49	175
	(4.0)	(68.0)	(28.0)	(100.0)
合計	17	236	91	344
	(4.9)	(68.6)	(26.5)	(100.0)

出産後、夫と前より仲良くなったと答えた人が、助産所で28%と、病院や診療所よりもわずかに多くなっているが、その間の差は有意ではない。どこで産むかが、その後の夫との関係には、影響しないと言える。出産場所も、夫が出産に立ち会うかどうかも、マタニティーブルーズや産後うつ病に影響しないし、その後の夫婦関係にも影響しないことがわかる。また、すでに述べたが、1日のうち夫が家から離れている時間は、マタニティーブルーズにもEPDSにも影響しないことがわかっている。

② 産後のサポート

1回目の質問紙で、「退院後だれか手伝ってくれますか？」と質問している。その答えでは、実母か義理の母と答えた人が、87.2%いた。配偶者と答えた人も19.1%いた。（複数回答あり。割合は全回答者508人に対する割合である。）

表20

助産師からの援助が期待できる	1人(0.2%)
お手伝いさんからの援助が期待できる	6人(1.2%)
実母/義理の母からの援助が期待できる	443人(87.2%)
配偶者からの援助が期待できる	97人(19.1%)
その他	38人(7.5%)

また、その手伝いの期間については、表 20 のようであった。約 65%の人が産後 1 ヶ月間手伝ってもらうつもりだということがわかる。

表 20.

	頻度	比率
1~2 週間	104	(20.47)
3~4 週間	224	(44.09)
5~8 週間	36	(7.09)
9 週間以上	8	(1.57)
同居	73	(14.37)
欠損値	63	(12.40)
合計	508	(100.00)

次に、この実母／義母の手伝いを予定している人と、していないひととでマタニティーブルーズと産後うつ病の数値に差があるかを検討した。Stein および EPDS を従属変数、「実母/義母の手伝いを予定しているかどうか」を独立変数にして、t 検定を実施（平均は表 19)。

- Stein: t (504) = .50, p = .617
- EPDS: t (71.06) = 1.20, p = .233

表 21.

		N	M	SD
Stein	期待できない	63	3.05	(3.44)
	期待できる	443	2.86	(2.64)
EPDS	期待できない	63	4.63	(5.65)
	期待できる	442	3.75	(3.99)

実母／義母の手伝いを予定している人としていない人とに有意差はなかった。

次に、産後 6-8 週目の質問紙で、実際に産後、誰に手伝ってもらったかを尋ね、複数回答で答えてもらった。(割合は、全回答者 508 人に占める割合である)

表 22

実母／義母	350 人 (68.9%)
配偶者	294 人 (57.9%)
お手伝いさん、ヘルパー	9 人 (1.8%)
その他	126 人 (25.2%)

次に、同居している人としていない人とでマタニティーブルーズと EPDS の数値に差があるかを見たが、有意差はなかった。

- Stein: t (443) = 1.32, p = .189
- EPDS: t (442) = .28, p = .778

表 23.

		N	M	SD
Stein	同居	73	2.49	(2.56)
	それ以外	372	2.94	(2.66)
EPDS	同居	73	4.01	(4.67)
	それ以外	371	3.86	(4.09)

また、手伝いの期間が１～２週間の場合と、３週間以上の場合で、マタニティーブルーズや EPDS の数値に差があるかをみた。その結果有意差はなかった。

- Stein: t (370) = 1.77, p = .078
- EPDS: t (369) = .90, p = .371

表 24

		N	M	SD
Stein	1～2週間	104	2.55	(2.61)
	3週間以上	268	3.09	(2.66)
EPDS	1～2週間	104	3.56	(4.02)
	3週間以上	267	3.98	(4.12)

③ 医師の立ち会い

医師の立ち会いと Stein や EPDS の関係を見たのが、表 24 である。(助産所と診療所での出産を除き、病院のみに関してのデータである)

表 25. 病院における MB と EPDS に対する医師付き添いの効果

	分娩中の医師の付き添い	M	SD
Stein	いいえ	2.97	(2.88)
	はい	3.62	(3.25)
EPDS	いいえ	4.87	(4.96)
	はい	3.89	(4.31)

医師の付き添いは、どちらに対しても効果がないことがわかる。

また、病院、診療所を含めて、医師の付き添いとマタニティーブルーズの点数をみると、

付き添いなし　2.43　<　付き添いあり　3.32　　p<.001

となり、医師の付き添いがない方が、マタニティーブルーズの点数が低くなっている。上の表 24 と合わせて、医師の立ち会いが、女性の気分にマイナスの影響を与えているのは、どういう理由であろうか。

夫の立ち会いも、むしろ女性の気分にマイナスの影響を与える傾向があったことは先述したが、この医師に対する反応と同様に、一考を要する結果である。

考察

1．以下にマタニティーブルーズと EPDS の数値に相関があったかどうか調べた主な項目をあげる。（○は相関があったという意味である）

表 26	Stein の数値	EPDS の数値
第１子	○	○
年齢	×	○
出産場所　（病院／助産所）	○	×
帝王切開の有無	○	×
会陰切開あり／無傷	○	×
医療介入の程度	○	×
産後の身体の不快感、痛み	○	○
産後１週間母乳のみ／混合	○	×

上に上げた項目は、それぞれが独立しているわけではなく、相互に関連していることが多い。たとえば、医療介入の程度は、産後の身体の不快感や痛みに直結しており、それは出産場所と強く相関している。また介入の一つである帝王切開は、出産場所とも、また産後１週間の授乳の仕方とも関連している。これらは互いに関連し合いつつ、マタニティーブルーズや EPDS の数値に影響を与えている。したがって、どれかひとつの要素だけを取り出して、それがマタニティーブルーズや産後うつ病に影響しているというものではなく、それぞれは他の項目と互いに相手を支えつつ、マタニティーブルーズや産後うつ病に関係しているというべきだろう。

2．医療介入の多いことは、産後の身体の不快感に大きく関わっている。医療介入は、当然のことながら、助産所では少なく病院では多くなる。産後の身体の不快感は、マタニティーブルーズにも産後うつ病にも相関しており、これを減らすことが産後の女性の気分に大きく影響すると考えられる。助産所は、正常な出産のみを扱い、医療介入をしない場所であるが、正常な出産が増えることが、マタニティーブルーズや産後うつ病を減らすことにつながる。

3．出産後の身体の不快感だけでなく、精神的な満足感やその逆の出産の時の不満感が、女性の産後の気分に影響している。この満足感（出産が期待通りであった、あるいは出産の時にスタッフから傷つけられなかったなど）は、出産場所に関係しており、助産所での出産は女性の満足感を高めていた。

4．帝王切開を受けた人は母乳を与える率が低下し、母乳を与えることが産後のマタニティーブルーズの発症率を下げていることを考えると、帝王切開の率を下げることがマタニティーブルーズの発症を減らすことにつながると言える。

5．産後の手伝いやその期間については、マタニティーブルーズにも産後うつ病にも影響していないようだ。これは、サポートがある方がうつ病が少なくなるとは言えないことを意味するが、それは、サポートがあるのはうつ的な傾向があるからかもしれず、統計的にはサポートのあるなしとうつ的気分のあるなしを関係づけることができないということだろう。うつ的になってひきこもることは、他人のサポートを呼び込むことになるので、サポートのあるなしと、うつ的な気分との相関を統計上見いだすことは無理だと思われる。

6．夫の立ち会い、医師の立ち会いが、女性の気分にプラスの影響を必ずしも与えていないことは、注目に値する。医師の大半が男性であることを考えると、出産への男性の立ち会いは、仮にそれが夫であっても、医師であっても、良い結果にならないということであろうか。同じ医療スタッフである助産師の立ち会いがプラスの効果をもたらしていたことを考えあわせると、興味深い結果である。

7．EPDS の得点については、出産時の医療処置（介入）よりも、産後の子どもとの関係の方が大きく影響していた。それに対して、マタニティーブルーズは、出産との関係が強く出ていた。このようなことから、マタニティーブルーズは、出産のストレスへの反応の側面が強いが、産後うつ病は出産そのものへの心理的反応であるよりは、母子関係や女性をとりまく社会的な状況の影響の方が強いと思われる。[7]

研究協力者

西村もゆ子　（名古屋第一赤十字病院、山口助産所での面接）
小杉真知子　（天使病院での面接）
市川倫子　（大谷助産院、橋本助産院での面接）
西村喜美　（守谷第一病院での面接）
薄井里美、宮澤純子　（守谷助産院、山川助産院バース青葉、黄助産院、矢島助産院での面接）
堀川陽子　（旭川厚生病院での面接）
竹村幸祐　（北海道大学大学院文学研究科　SPSS 分析）

注

＊　この論文についての責任は第一著者の松岡悦子にあります。

1. 岡野禎治　1998　「マタニティーブルーズ」『新女性医学大系 25　正常分娩』中山書店:286-300 による。

2．出産との関連を指摘するもの

Kari-Brith Thune-Larsen & Kirsten Moeller-Pedersen, 1988 Childbirth Experience and Postpartum Emotional Disturbance. Journal of Reproductive and Infant Psychology 6: 229-240

Day S., 1981 Is Obstetric Technology Depressing? Radical Science Journal 12: 14-45

Brown S., Lumley J., and R. Smallm 1994 Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. Australian Journal of Public Health 18(2): 176-184

McIntosh J., 1986 Postnatl blues: A bio-social phenomenon? Midwifery 2: 187-192

周産期のできごととの関係を指摘するもの

Paykel E. S., E. M. Emms, J. Fletcher and E. S. Rassaby 1980 Life Events and Social Support in Puerperal Depression. Brit. J. Psych. 136: 339-346

パートナーや社会経済的状況との関係を指摘するもの

Romito P., Saurel-Cubizolles M., and N. Lelong, 1999 What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. Social Science and Medicine 49: 1651-1661

生育歴との関連を指摘するもの

Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y., Oiji, A. and H. Saito, 1998 Prevalence and Background Factors of Maternity Blues. Gynecol Obstet Invest. 46: 99-104.

総説として

Romito P., 1990 Postpartum Depression and the Experience of Motherhood. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 69, Supplement 154: 5-36

Affonso D., and G. Domino, 1984 Postpartum Depression: A Review. Birth 11(4):231-235

ドールトン、K 『マタニティーブルー：産後の心の健康と治療』誠心書房 昭和57年

Hopkins, J., Marcus, M. and S. Campbell, 1984 Postpartum Depression: A Critical Review. Psychological Bulletin. 95(3): 498-515.

Kumar, R., 1994 Postnatal mental illness: a transcultural perspective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 29: 250-264.

島悟 1994「マタニティ・ブルーズと産後うつ病の診断学」『季刊 精神科診断学』5(3):321-330

3．Stern, G & L. Kruckman, 1983 Multi-desciplinary Perspectives on Post-partum DepressionAn Anthropological Critique. Soc. Sci. & Med. 17(15): 1027-41.

産後のストレスからくる症状を文化との関連で見たものとして他に

Harkness S., 1987 The Cultural Mediation of Postpartum Depression. Medical Anthropology Quarterly. Ns 1(2): 194-209

Becker A., 1998 Postpartum Illness in Fiji: A Sociosomatic Perspective. Psychosomatic Medicine 60: 431-438

Cox J., 1999 Perinatal Mood Disorders in a Changing Culture: A transcultural European and African Perspective. International Review of Psychiatry 11: 103-110

Laughlin C., 1992 Pre-and Peri-Natal Anthropology II: The Purperium in Cross-Cultural

Perspective. Pre-and Peri-Natal Psychology Journal 7(1)

4. Harris, B., 1980 Maternity Blues. Correspondence. Brit. J. Psychiat.136:520-521

Harris, B., 1981 'Maternity Blues' in East African Clinic Attenders. Arch Gen Psychiatry 38: 1293-1295

Howard, R., 1993 Transcultural issues in puerperal mental illness. International Review of Psychiatry 5: 253-260.

Hau, F., and V. Levy, 2002 The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. Journal of Affective Disorders 75: 197-203.

Ifabumuyi, O., and M. O. Akindele, 1985 Post-partum mental illness in Northern Nigeria. Acta psychiatr. Scand. 72:63-68.

Davidson, J., 1972, Post-partum Mood Change in Jamaican Women: A Description and Discussion on its Significance. Brit. J. Psychiat. 121: 659-63.

5. Yalom, I., Lunde, D. T., Moos, R. h., et al 1968 Post-partum blues syndrome: a description and related variables. Archives of General Psychiatry, 18: 16-27.

Pitt,, B., 1973 Maternity blues. British Journal of Psychiatry, 122: 431-433.

6. 高橋三郎 1985 「マタニティ・ブルー」『産婦人科治療』51 巻増刊 p.278-279

高橋三郎 飯田英晴 根来左知代「産褥ブルース症候群」『産婦人科治療』51(4):436-444

我部山キヨ子 成田容子 本多裕 岡崎祐士 1985「マタニティーブルーの臨床的研究：マタニティーブルーの実態調査」『助産婦雑誌』39(7)：38-48

池本桂子 飯田英晴 菊地寿奈美 高橋三郎 高橋清久 １９８６「いわゆるマタニティブルーの調査－その１出現頻度と臨床像－」『精神医学』28(9):1011-1018

前原澄子「マタニティ・ブルーを知ってますか」『婦人公論』９月号 329-335

「特集 マタニティー・ブルーをめぐって」1986『周産期医学』16(3)

岡野禎治 野村純一 蒔田一郎 蒔田晶子 山口隆久 1989「Maternity blues の臨床内分泌的研究」『精神医学』31(7):725-733

佐藤達哉 1989「マタニティー・ブルーズ」『小児看護』12(4):401-408

岡野禎治 1998「産後の精神障害」『日医雑誌』第 119 巻 7 号

岡野禎治 野村純一 越川法子 土居通哉 辰沼利彦 1991「Maternity Blues と産後うつ病の比較文化的研究」『精神医学』33：1051-1058

岡野禎治 2001「うつ、不眠、いらいら、不安」『新女性医学大系 ２妊娠・分娩・産褥の生理と異常』中山書店 p.328-338

「特集 マタニティティブルーズを考える」『ペリネイタルケア』20(6) メディカ出版

7. Levy は、マタニティーブルーズの症状は産後に特有のものではなく、手術後にも同じような症状が認められるとしている。Levy, V., 1987 The Maternity Blues in Post-partum and Post-operative Women. British Journal of Psychiatry 151: 368-372.

出産とマタニティーブルーズおよび産後うつ病の関係を探る－インドネシアの場合

松岡悦子*　正高信男　加納尚美
土倉玲子　高橋龍尚

研究目的

Stern & Kruckman は、マタニティーブルーズが産業化された社会の文化結合症候群だという考えを述べた。[1]つまり伝統的な社会では、妊娠から出産、産後にいたる儀礼によって、人々の注目が女性に集められ、手厚い保護が与えられる結果、女性はマタニティーブルーズを発症することが少ないと、彼らは述べたのである。とくに彼らが強調したのは、伝統的社会に共通してみられる産後の隔離期間であり、これが産業社会で実質的に意味をもたなくなってしまったことが、マタニティーブルーズを産んでいると主張した。

この説を確かめるために、インドネシアの病院と保健センター（Puskesmas）[2]で日本と同じ質問紙を用いて半構造化された面接を行った。日本とインドネシアのデータを比較することで、伝統的な社会ではマタニティーブルーズの頻度が下がるのか、また日本とインドネシアの産育習慣の違いがどこにあるのか、その違いがマタニティーブルーズや産後うつ病の発症の違いに影響しているかを考えることができる。

研究方法

スラウェシ島メナドにて

2002 年にインドネシア、スラウェシ島メナドの病院、RSUP Manado と Puskesmas Bahu において、それぞれ 30 人の褥婦に、産後 2-5 日目に質問紙に基づいた面接を行った。産後 3-7 日目ではなく、2-5 日目となったのは、インドネシアでは３日目で退院することが多いからである。Puskesmas Bahu には通常医師はおらず、助産師のみが出産の介助をしている。面接はインドネシア人女性によってインドネシア語で行われた。

産後 6-8 週目に、３人の面接者が１回目の質問紙の回答者宅を訪問し、同じく半構造化された面接を行った。

ジャワ島ジョクジャカルタにて

インドネシア、ジャワ島中部の都市、ジョクジャカルタの病院（Sardjito 病院、Rachmi Ibu Clinic, Bakti Ibu Clinic, PKU 病院）と Puskesmas Tegarlejo において、それぞれ 26 人と 22 人の褥婦に半構造化された面接を行った。（病院での調査は、2002 年 12 月 11 日～23 日に、Puskesmas については 2004 年６月 28 日～７月４日に行った）面接は、インドネシア人女性の調査助手によって、インドネシア語で行われた。Puskesmas Tegarlejo では、医師が常駐するようになっており、出産も医師と助産師によって行われていた。

6-8 週目には、インドネシア人調査助手がこれらの回答者に質問紙を郵送し、記入後返送してもらった。

質問紙は、日本語のものをインドネシア語に翻訳したものを用いた。Stein と EPDS の尺度については、それぞれ許可をとった上で、英語からインドネシア語に翻訳し、さらに再翻訳を何度か繰り返してインドネシア語版の Stein と EPDS の尺度とした。インドネシア語版の質問紙は、付録の 3-4 を参照のこと。

スラウェシ島での調査は正高信男が行い、ジョクジャカルタについては、松岡悦子が行った。松岡は、ジョクジャカルタの１例を除くすべての面接を、インドネシア人の調査助手と共に行った。

また、松岡は 1999 年に、スラウェシ島の病院および Puskesmas　Bahu での出産を見学させ

てもらい、ジョクジャカルタにおいても　　させてもらった。
Puskesmas Tegarlejo の出産を 2004 年に見学

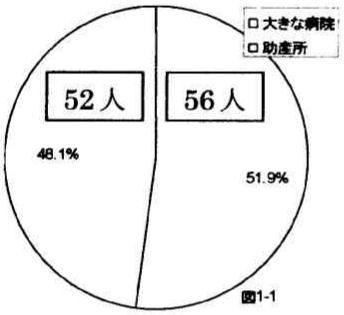
研究結果

1.　　回答者の属性

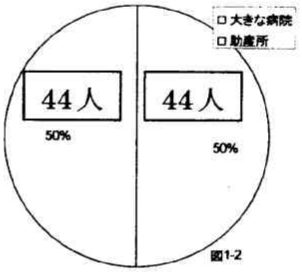
回答者の場所別人数

1回目と2回目の質問紙の回答者をグラフにする。(図 1-1　図 1-2) 2回目アンケートの回答者は病院 44 人、助産所 44 人の計 88 人で、回答率は 81.5%である。

1回目の回答者:108 人



2回目の回答者:88 人



年齢

病院 56 人、Puskesmas　　52 人の年齢分布を表 2 に示す。Puskesmas の方が 20 才代が多く、かつ 40 才代も多くなっている。(表 1)

表1.

	10 代	20 代	30 代	40 代	合計
病院	3	25	26	0	54
	(5.6)	(46.3)	(48.1)	(.0)	(100.0)
Puskesmas	2	36	11	3	52
	(3.8)	(69.2)	(21.2)	(5.8)	(100.0)
全体	5	61	37	3	106
	(4.7)	(57.5)	(34.9)	(2.8)	(100.0)

学歴

学歴を見ると、病院でも Puskesmas でも高校卒が半数を占めるが、病院の場合大学卒も 20%あるのに対して、Puskesmas では大学卒は 5.8%しかなく、中学卒業が 26.9%を占めている。(表 2)

表2.

	中学	高校	短大・高専	大学	大学院	その他	合計
病院	8	27	4	11	2	2	54
	(14.8)	(50.0)	(7.4)	(20.4)	(3.7)	(3.7)	(100.0)
Puskesmas	14	29	0	3	0	6	52
	(26.9)	(55.8)	(.0)	(5.8)	(.0)	(11.5)	(100.0)
全体	22	56	4	14	2	8	106
	(20.8)	(52.8)	(3.8)	(13.2)	(1.9)	(7.5)	(100.0)

出産回数

表３を見ると、病院も Puskesmas も第一子の占める割合はほとんど同じである。しかし Puskesmas は、第三子以上が 21.6%を占めるのに対して、病院では第三子以上は 5.4%であり、病院で産む人たちと Puskesmas で産む人たちとは、社会的な階層が異なることが示唆される。表２の学歴と考えあわせると、病院で産む層は学歴が高く、子どもの数が少なく、Puskesmas 群よりも近代的で豊かな層と思われる。メナドでもジョクジャカルタでも、病院と Puskesmas はどちらも町中にあり、Puskesmas が地理的にへんぴな場所にあるわけではない。したがって両群の褥婦の違いは、村落か都会かという地理的な違いではなく、社会経済的な階層の違いだと思われる。

日本と違って、インドネシアでは病院で産むのは近代的だが、Puskesmas で産むのは近代的でないというイメージがある。実際、Puskesmas は国の建てた施設で、自宅分娩を施設分娩に切り替えるための経過的な施設の意味合いがある。そのため、都会では豊かな人々は大きな病院か、個人の産科クリニックで出産し、比較的豊かでない人々が Puskesmas で出産している。そして Puskesmas では、「健康カード」をもつ貧しい人々の出産費用は無料とされている。そのような背景を踏まえて、表２，表３を見れば、病院と Puskesmas の産婦の属性の違いが明瞭になる。

表3.

	1人	2人	3人	4人	5人	合計
病院	27	26	2	1	0	56
	(48.2)	(46.4)	(3.6)	(1.8)	(.0)	(100.0)
Puskesmas	24	16	6	4	1	51
	(47.1)	(31.4)	(11.8)	(7.8)	(2.0)	(100.0)
全体	51	42	8	5	1	107
	(47.7)	(39.3)	(7.5)	(4.7)	(.9)	(100.0)

2．マタニティーブルーズの数値

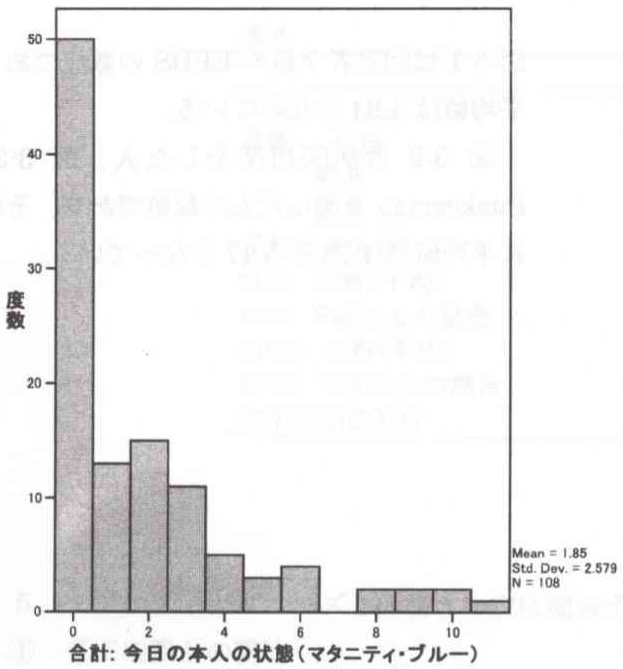


図 2-1

Stein の尺度を、回答者全員（図 2-1）、病院（図 2-2）、Puskesmas （助産所 図 2-3）に分けて記す。Stein の数値の平均は、病院出産者が 2.04、Puskesmas で産んだ人が 1.65 となっている。

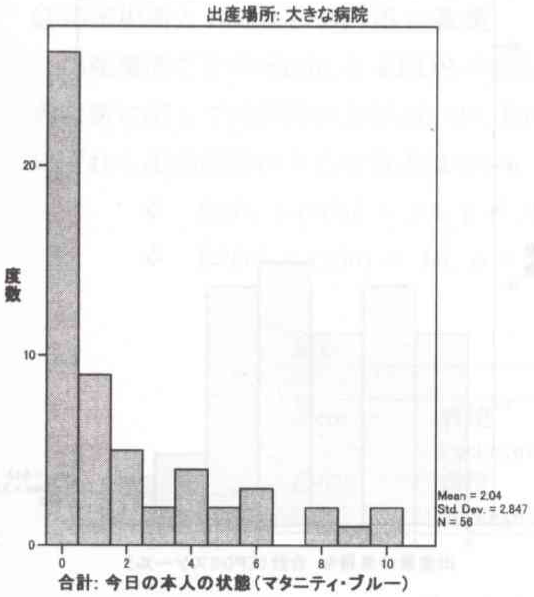


図 2-2

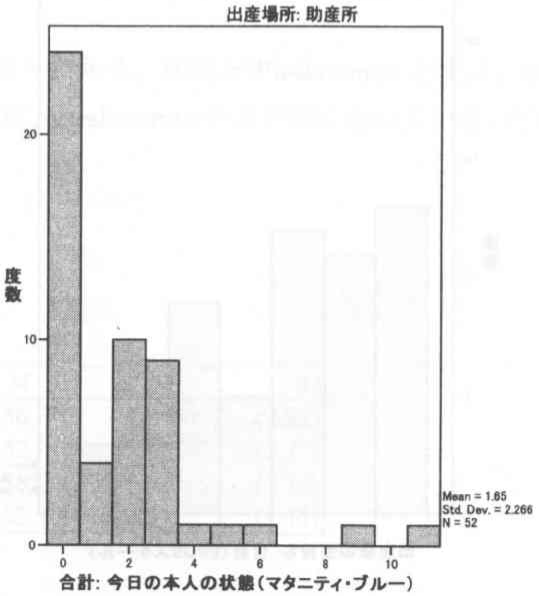


図 2-3

3．EPDS の数値

図 3-1 は回答者全員の EPDS の数値であり、平均値は 4.94 となっている。

図 3-2 は病院出産をした人、図 3-3 は Puskesmas で産んだ人の数値であり、それぞれ平均値は 4.73 と 5.17 となっている。

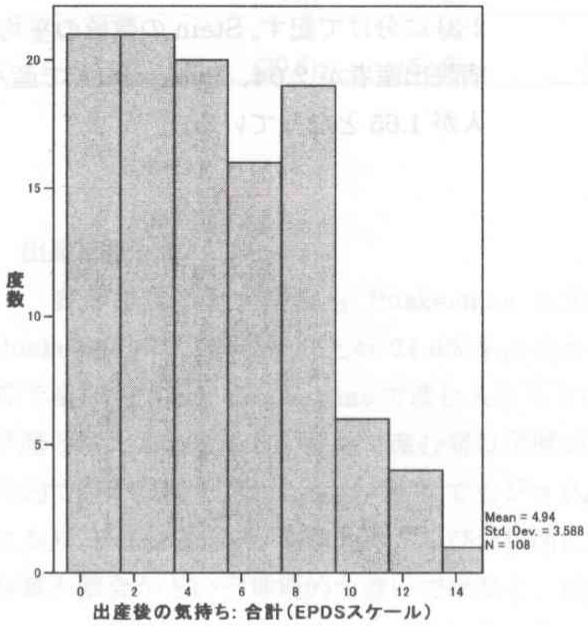


図 3-1

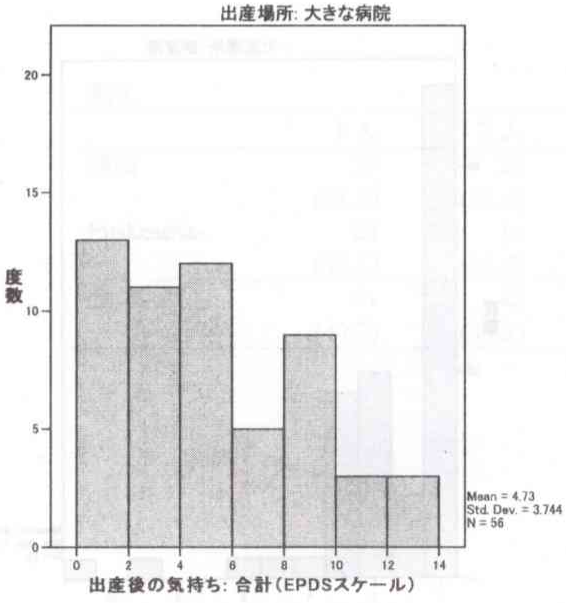


図 3-2

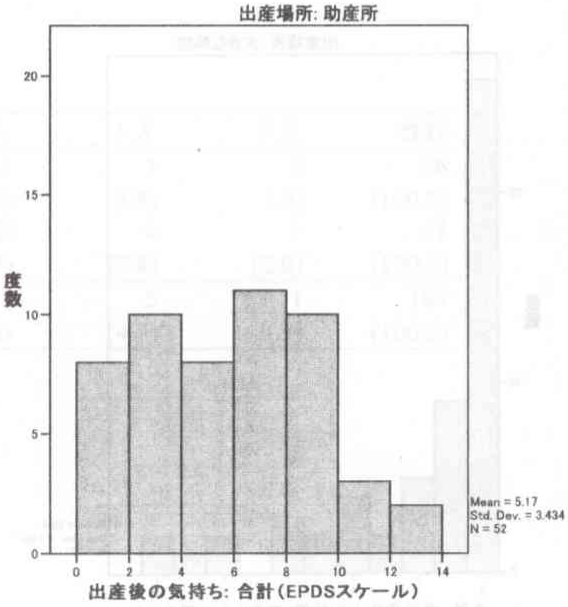


図 3-3

4．回答者の基本的属性のまとめ

表4.

	病院	Puskesmas	全体
人数	56 人	52 人	108 人
年齢　平均	28.65 歳	26.54 歳	27.61 歳
最低	16 歳	17 歳	16 歳
最高	39 歳	44 歳	44 歳
平均出産人数	1.59 人	1.86 人	1.72 人
Stein　点数(平均)	2.04	1.65	1.85
Stein　8点以上の割合	8.9%	3.8%	6.5%
EPDS　点数(平均)	4.73	5.17	4.94
EPDS　9点以上の割合	17.9%	15.4%	16.7%
帝王切開の割合	25.0%	0%	

5．マタニティーブルーズと産後うつ病に関連する項目

①　帝王切開との関連

表5.

		M	SD	N
Stein	自然に	1.53	(2.34)	87
	吸引分娩	3.57	(2.94)	7
	帝王切開	3.00	(3.28)	14
EPDS	自然に	4.74	(3.30)	87
	吸引分娩	4.43	(5.47)	7
	帝王切開	6.50	(4.13)	14

Stein: $F\ (2,\ 105) = 3.82,\ p = .025$

ただし、Tukey の HSD 法による下位検定(多重比較)では、いずれの群間の差も $p > .10$。

EPDS: $F\ (2,\ 105) = 1.55,\ p = .217$

②出産場所と Stein と EPDS の数値

出産場所ごとの Stein と EPDS の数値は表６のとおりである。病院と Puskesmas とでは、Stein の数値に関しては病院の方が高いが、EPDS については、Puskesmas の方が高くなっている。だが、いずれも出産場所による有意差はない。

- ❖ Stein: $t\ (106) = .77,\ p = .445$
- ❖ EPDS: $t\ (106) = .64,\ p = .526$

表6.

		N	M	SD
Stein	病院	56	2.04	(2.85)
	Puskesma	52	1.65	(2.27)
EPDS	病院	56	4.73	(3.74)
	Puskesmas	52	5.17	(3.43)

出産場所によるマタニティーブルーズと産後うつ病の頻度の違いをより正確にみるために、第一子で、かつ帝王切開を除外した人たちの数値を比較したものが表７である。しかし、マタニティーブル

ーズに関しては、帝王切開を除くと病院の数値が下がり、第一子のみになるためにPuskesmasの数値が上がり、結果的に病院とPuskesmasが逆転することになる。そして、場所による有意差はないことがわかった。（表７）

Stein: t (38) = 1.27, p = .211

EPDS: t (38) = 1.62, p = .114

表7

		N	M	SD
Stein	病院	16	1.25	(2.41)
	Puskesmas	24	2.33	(2.78)
EPDS	病院	16	4.81	(3.67)
	Puskesmas	24	6.58	(3.20)

③　出産回数とSteinとEPDSの数値

初産か経産かで、SteinとEPDSの数値に差があるかをみた。いずれの数値も初産の方が高いが、有意に高いと言えるのは、EPDSのみであった。（表８）

- ❖ Stein: t (106) = .1.09, p = .279
- ❖ EPDS: t (106) = 2.18, p = .032

表8.

		N	M	SD
Stein	初産	51	2.14	(2.79)
	経産	57	1.60	(2.37)
EPDS	初産	51	5.73	(3.44)
	経産	57	4.25	(3.60)

④　マタニティーブルーズと産後うつ病の関係

Stein の数値が８点以上（マタニティーブルーズ群）と８点未満に分けて、それぞれの群のEPDSの点数をみた。

- ❖ **8点以上**: n = 7, M = 9.14, SD = 3.29
- ❖ **8点未満**: n = 101, M = 4.65, SD = 3.44
- ❖ t (106) = 3.35, p = .001

Steinの数値とEPDSの数値の相関

- ❖ r = .21, p = .033

マタニティーブルーズになった人は、産後うつ病にもなりやすいと言える。

⑤　年齢とマタニティーブルーズ、産後うつ病の関係

- ❖ Stein: r = .12, p = .230
- ❖ EPDS: r = -.22, p = .024

EPDSと年齢との間には、相関関係があることがわかった。

6. 医療介入の影響について

医療介入の頻度を出産の場所間で比較する。場所間の有意差については、表９に記載したとおりである。

表9.

		出産場所		
		病院	Puskesmas	合計
浣腸	無	36	47	83
		(64.3)	(100.0)	(80.6)
	有	20	0	20
P<.05		(35.7)	(.0)	(19.4)
	合計	56	47	103
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
てい毛	無	39	47	86
		(73.6)	(100.0)	(86.0)
	有	14	0	14
P<.05		(26.4)	(.0)	(14.0)
	合計	53	47	100
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
人工破水	無	35	23	58
		(66.0)	(47.9)	(57.4)
	有	18	25	43
P<.10		(34.0)	(52.1)	(42.6)
	合計	53	48	101
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
分娩監視装置	無	31	47	78
		(64.6)	(100.0)	(82.1)
	有	17	0	17
P<.05		(35.4)	(.0)	(17.9)
	合計	48	47	95
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
陣痛促進	無	26	22	48
		(49.1)	(45.8)	(47.5)
	有	27	26	53
Ns		(50.9)	(54.2)	(52.5)
	合計	53	48	101
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
超音波診断装置	無	32	47	79
		(60.4)	(100.0)	(79.0)
	有	21	0	21
P<.05		(39.6)	(.0)	(21.0)
	合計	53	47	100
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
麻酔鎮痛剤	無	32	46	78
		(68.1)	(97.9)	(83.0)
	有	15	1	16
P<.05		(31.9)	(2.1)	(17.0)
	合計	47	47	94
		(100.0)	(100.0)	(100.0)

クリステ	無	27	25	52
		(50.9)	(51.0)	(51.0)
	有	26	24	50
		(49.1)	(49.0)	(49.0)
	合計	53	49	102
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
陣痛誘発	無	37	40	77
		(71.2)	(85.1)	(77.8)
	有	15	7	22
		(28.8)	(14.9)	(22.2)
	合計	52	47	99
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
内診	無	4	1	5
		(7.5)	(2.0)	(4.8)
	有	49	50	99
		(92.5)	(98.0)	(95.2)
	合計	53	51	104
		(100.0)	(100.0)	(100.0)
分娩台に足を固定	無	36	35	71
		(72.0)	(100.0)	(83.5)
	有	14	0	14
		(28.0)	(.0)	(16.5)
	合計	50	35	85
		(100.0)	(100.0)	(100.0)

上記の医療介入が行われた場合を１とし、合計点数を出して、それを従属変数、出産場所を独立変数として t 検定を実施し、場所間の比較をした。出産の場所によって医療介入の多寡には有意差があることがわかった。（表 10）

❖ $t\ (105) = 5.24,\ p < .001$

表 10.

		N	M	SD
出産時の医療介入の多寡	**病院**	56	4.21	(1.74)
	Puskesmas	51	2.61	(1.39)

次に、医療介入の多寡と Stein や EPDS の数値に相関があるかを見たところ、マタニティーブルーズについても、産後うつ病についても、相関が見られた。

Stein: $r = -.24,\ p = .013$

EPDS: $r = -.22,\ p = .020$

次に表 11 において、会陰切開や裂傷のあるなしを、出産場所ごとに比較した。（帝王切開の人を除いている）場所による違いがあるかを見ると、初産に関してはなかったが、経産については、病院の切開率が高く、助産所は有意に低かった。インドネシアでは、このデータを見る限り、初産であれば Puskesmas でも７割近くが会陰切開を施されている。インドネシアの助産師（ビダン）は、会陰切開も注射もすることができるので、Puskesmas でも医療介入の度合いは高くなりやすいと言えよ

う。しかし、経産婦に関しては、病院では 75%に会陰切開を行っているが、Puskesmas では 37%と低くなっている。

- ❖ 初産: χ^2 (2) = 2.12, p = .346
- ❖ 経産: χ^2 (2) = 7.57, p = .023

表 11

		無傷	会陰切開あり	裂傷あり	以前の切開痕が裂傷	合計
初産	病院	2	13	0	0	15
		(13.3)	(86.7)	(.0)	(.0)	(100.0)
	Puskesmas	7	16	1	0	24
		(29.2)	(66.7)	(4.2)	(.0)	(100.0)
	合計	9	29	1	0	39
		(23.1)	(74.4)	(2.6)	(.0)	(100.0)
経産	病院	4	18	2	0	24
		(16.7)	(75.0)	(8.3)	(.0)	(100.0)
	Puskesmas	13	10	4	0	27
		(48.1)	(37.0)	(14.8)	(.0)	(100.0)
	合計	17	28	6	0	51
		(33.3)	(54.9)	(11.8)	(.0)	(100.0)

括弧内は比率

では次に、会陰切開のあるなしが、マタニティーブルーズや EPDS の数値に関連しているかを見たのが、表 12 である。分散分析の結果、以下のように有意差は見られなかった。

- ❖ Stein: F (2, 87) = 1.16, p = .318
- ❖ EPDS: F (2, 87) = .13, p = .882

表 12.

		N	M	SD
Stein	無傷	26	1.04	(1.48)
	切開した	57	1.86	(2.73)
	裂傷になった or 切開されないが以前の切開痕が裂傷	7	2.00	(1.63)
EPDS	無傷	26	5.08	(3.08)
	切開した	57	4.70	(3.30)
	裂傷になった or 切開されないが以前の切開痕が裂傷	7	4.57	(5.16)

7．痛み、不快感などの女性の感情

出産場所別に、産後 2-5 日目の女性の感じる痛みや不快感を比較したのが、表 13 である。χ^2 検定による p 値を表中に記している。

表 13.

		出産場所		
		病院	Puskesmas	合計
会陰切開後の痛み	無	41	37	78
		(52.6)	(47.4)	(100.0)
	有	15	15	30
P=.833		(50.0)	(50.0)	(100.0)
	合計	56	52	108
		(51.9)	(48.1)	(100.0)
帝王切開後の痛み	無	43	52	95
		(45.3)	(54.7)	(100.0)
	有	13	0	13
P<.001		(100.0)	(.0)	(100.0)
	合計	56	52	108
		(51.9)	(48.1)	(100.0)
睡眠の不快	無	37	49	86
		(43.0)	(57.0)	(100.0)
	有	19	3	22
P<.001		(86.4)	(13.6)	(100.0)
	合計	56	52	108
		(51.9)	(48.1)	(100.0)
排泄の不快	無	45	42	87
		(51.7)	(48.3)	(100.0)
	有	11	10	21
P=1		(52.4)	(47.6)	(100.0)
	合計	56	52	108
		(51.9)	(48.1)	(100.0)
腰痛	無	37	49	86
		(43.0)	(57.0)	(100.0)
	有	19	3	22
P<.001		(86.4)	(13.6)	(100.0)
	合計	56	52	108
		(51.9)	(48.1)	(100.0)
乳房の不快や痛み	無	36	47	83
		(43.4)	(56.6)	(100.0)
	有	20	5	25
P=.001		(80.0)	(20.0)	(100.0)
	合計	56	52	108
		(51.9)	(48.1)	(100.0)
頭痛	無	45	44	89
		(50.6)	(49.4)	(100.0)
	有	11	8	19
P=.620		(57.9)	(42.1)	(100.0)
	合計	56	52	108
		(51.9)	(48.1)	(100.0)
食欲はあるか	いいえ	49	50	99
		(49.5)	(50.5)	(100.0)
	はい	7	2	9
P=.164		(77.8)	(22.2)	(100.0)
	合計	56	52	108
		(51.9)	(48.1)	(100.0)

その他	無	45	46	91
		(49.5)	(50.5)	(100.0)
	有	11	6	17
P=.297		(64.7)	(35.3)	(100.0)
	合計	56	52	108
		(51.9)	(48.1)	(100.0)

病院と Puskesmas で有意差が見られたのは、睡眠、腰痛、乳房であった。(帝王切開は、病院出産者しか経験していないため、これは除外する)

痛みを感じた場合に1点として、合計得点を計算し、場所による違いがあるかを t 検定により確かめたところ、以下の表 14 のようになった。

- t (106) = 5.60, $p < .001$

表14.

	N	M	SD
病院	56	2.25	(1.27)
Puskesmas	52	1.00	(1.03)

ここから、病院で出産した人の方が、痛みや不快感をより多く感じていると言える。

では次に、痛み/不快感の「合計」と Stein, EPDS の相関を見る。

- Stein: r = .24, p = .011
- EPDS: r = .12, p = .237

マタニティーブルーズについては、痛みや不快感と相関していることが分かる。

次に、スタッフのことばや態度に傷つくことがあったかどうかを場所別に見たところ、差はなかった。(表 15)

表 15.

	傷ついていない	傷ついた	合計
病院	24	4	28
	(85.7)	(14.3)	(100.0)
Puskesmas	12	2	14
	(85.7)	(14.3)	(100.0)
合計	36	6	42
	(85.7)	(14.3)	(100.0)

- (傷ついていない vs. 傷ついた)を独立変数に、MB を従属変数に t 検定を実施
- 傷ついた(n = 6, M = 4.67, SD = 4.41) = 傷ついていない(n = 36, M = 1.83, SD = 2.81)
- t (5.70) = 1.52, p = .181
- Stein の数値が 8 点以上の回答者と 8 点未満の回答者に分割
- 傷ついた: Stein 8 点以上は 3 人(50.0%)
- 傷つかなかった: Stein 8 点以上は 3 人(8.3%)

❖ χ^2 (1) = 7.29, p = .029

次に、「出産はあなたの期待したとおりでしたか」という質問に対して、５段階評価で答えてもらったが、「悪かった」方の群と「良かった」方の群とが、出産場所によって偏りがあるかを見たのが表 16-a である。場所間の差はないことがわかる。

✧ χ^2 (1) = 2.20, p = .180

表 16-a.

	出産は期待した通りだったか: 離散変数		
	悪かった	良かった	合計
病院	8	37	45
	(17.8)	(82.2)	(100.0)
Puskesmas	2	30	32
	(6.3)	(93.8)	(100.0)
合計	10	67	77
	(13.0)	(87.0)	(100.0)

括弧内は比率

次に、出産が期待より悪かった、良かったという気持ちがマタニティーブルーズや産後うつ病に影響しているかを見ると、

Stein: r = -.28, p = .008

EPDS: r = -.29, p = .005

となり、出産が期待より悪かったという人ほどマタニティーブルーズの点数も EPDS の点数も高くなっている。以下の表 16-b は、同じことをわかりやすく表にしたものだが、この方法で計算した場合には、マタニティーブルーズのみ相関し、EPDS については相関が見られない。

✧ Stein: t (9.95) = 2.49, p = .032

✧ EPDS: t (10.14) = 1.40, p = .193

表 16-b.

		N	M	SD
Stein	良かった	67	1.16	(2.22)
	悪かった	10	4.20	(3.77)
EPDS	良かった	67	4.22	(3.08)
	悪かった	10	6.40	(4.79)

8．子どもとの関係（授乳、スキンシップなど）

産後すぐの時の授乳の状況を場所別に見たのが、表 17 である。

χ^2 (4) = 9.57, p = .048

表 17.

	病院	Puskesmas	合計
いいえ	1	0	1
	(1.8)	(.0)	(.9)
母乳のみ	43	47	90
	(76.8)	(94.0)	(84.9)
ミルクとの混合	10	1	11
	(17.9)	(2.0)	(10.4)
ミルクのみ	2	1	3
	(3.6)	(2.0)	(2.8)
その他	0	1	1
	(.0)	(2.0)	(.9)
合計	56	50	106
	(100.0)	(100.0)	(100.0)

括弧内は比率

出産直後に関してだが、Puskesmas の方が母乳のみの割合が 94%と高く、病院では母乳のみは 76.8%になっている。そしてミルクのみと、ミルクと混合とを足すと、21.4%となり、5 人に 1 人はミルクをやっていることになる。

だが 6-8 週目になると、「母乳を与えているか」の質問に対して、全回答者が与えていると答えていた。そこで、6-8 週目の時点で、授乳に問題があるかないかを出産場所別に見たのが、表 18 である。

✧ χ^2 (1) = 5.07, p = .044

表18.

	母乳と授乳の問題			
	母乳あり＆問題あり	母乳あり＆問題なし	母乳なし	合計
病院	6	38	0	44
	(13.6)	(86.4)	(.0)	(100.0)
Puskesmas	15	29	0	44
	(34.1)	(65.9)	(.0)	(100.0)
合計	21	67	0	88
	(23.9)	(76.1)	(.0)	(100.0)

括弧内は比率

奇妙なことに、プスケスマスで出産した人の方が、母乳に関して問題を感じている割合が高くなっている。だが、問題の中身を見てみると、「乳首に傷ができて痛い」というのと「母乳の量が少ない」ということであり、メナドの Puskesmas で産んだ人たちがこのように答えている。乳首が痛いことは確かに問題ではあるが、これはほぼ誰しもが授乳を始めたときに通過しなければならない関門のようなもので、「問題あり」にチェックをしなかった人が痛みを感じていないわけではないだろう。つまり、問題として取りあげるかあげないかだけの違いだと考えれば、メナドの Puskesmas で産んだ人たちは正直にはっきりと答えているのであって、Puskesmas の方が問題が多いということではないように思われる。

また、出産直後の授乳の仕方がマタニティーブルーズに影響しているかを見ると、有意差があることがわかった。Tukey の HSD 法で下位検定を行った結果、「母乳のみ」と「ミルクとの混合」の間の差が p く .001 で有意となり、母乳のみを与えている方が、マタニティーブルーズにはなりにくいことがわかる。

$$F\ (2,\ 101) = 8.64,\ p < .001$$

表 19.

	N	M	SD
母乳のみ	90	1.42	(2.03)
ミルクとの混合	11	4.55	(4.50)
ミルクのみ	3	3.00	(2.65)

次に、帝王切開をしたかどうかで、出産直後の授乳の状況に違いがあるかを見たのが、表 20 である。帝王切開をした人は、経膣分娩をした人よりも、母乳のみの割合は少なくなり、ミルクと混合になる割合が高くなっている。しかし、有意差は見られなかった。なお、出産後 6-8 週目の段階では、ミルクとの混合も含めて、全員が母乳を与えていた

✧ $\chi^2\ (4) = 6.46,\ p = .168$

表 20.

	授乳の有無					
	いいえ	**母乳のみ**	**ミルクとの混合**	**ミルクのみ**	**その他**	**合計**
自然に	1	74	7	2	1	85
	(1.2)	(87.1)	(8.2)	(2.4)	(1.2)	(100.0)
帝王切開	0	9	4	1	0	14
	(.0)	(64.3)	(28.6)	(7.1)	(.0)	(100.0)
合計	1	83	11	3	1	99
	(1.0)	(83.8)	(11.1)	(3.0)	(1.0)	(100.0)

括弧内は比率

次に、出産直後に子供が受けたケアと、女性の産後の気分の変化の関連を見る。出産直後に赤ん坊が、「母親のお腹の上に置かれた」「観察、処置」「母親とは別のところで検査」のいずれかの値を持つ回答者に関して、Stein の値を比較した。その上で分散分析を実施（平均等は表 21）。

✧ $F\ (2,\ 92) = 6.24,\ p = .003$

Tukey の HSD 法による事後検定:

❖ **「母親のお腹の…」は、「観察、処置」と p = .008 の差。「母親とは別の…」とは有意差なし**

❖ **「観察、処置」と「母親とは別の…」の差は p < .10。**

表 21.

	N	M	SD
母親のお腹の上に置かれた	24	2.92	(3.05)
観察、処置	66	1.12	(2.10)
母親とは別のところで検査	5	3.60	(3.78)

表 21 によれば、赤ん坊が出産後母親のお腹の上に置かれた人の方が、マタニティーブルーズの点数が高くなり、観察・処置をされた人の方がブルーズの点数は低くなっている。通常、母子の接触が産後すぐになされるほど、母親の気分は上向くと考えられているが、逆の結果となった。この点は理解しづらいところである。

次に、出産直後の赤ん坊とのスキンシップがいつあったかと、マタニティーブルーズと EPDS の数値との関連を見たのが、表 22 である。**その上で、Stein と EPDS を従属変数とする分散分析を実施(平均等は表 22)。**

- ✧ Stein: F (3, 79) = 1.53, p = .213
- ✧ EPDS: F (3, 79) = .60, p = .618

表 22.

		N	M	SD
Stein	出産後すぐに	49	1.53	(2.29)
	短い検査の後(約 5 分~10 分)	30	.73	(1.53)
	10 分以上、1 時間以下の検査の後	2	.50	(.71)
	1 時間以上の検査の後	2	3.00	(2.83)
EPDS	出産後すぐに	49	4.90	(3.44)
	短い検査の後(約 5 分~10 分)	30	4.20	(2.77)
	10 分以上、1 時間以下の検査の後	2	5.00	(1.41)
	1 時間以上の検査の後	2	2.50	(3.54)

出産直後のスキンシップと、マタニティーブルーズや EPDS とは、相関が見られなかった。相関がないだけでなく、この表によれば、出産後すぐに赤ん坊と触れあうことは、5 分後に触れあうことよりも、高いマタニティーブルーズの点数をもたらしている。早期の母子の接触が、母子の絆を作る上で重要という考え方は、普遍性をもたないのだろうか。

次に、入院中に子どもと過ごす時間の多寡と、出産場所との間に相関があるか、さらにそれが女性の気分に影響を与えるのかを見た。

出産場所を独立変数、子どもと一緒にいる時間を従属変数に、 t 検定を実施した。(表 23)

- ❖ t (35.82) = 2.66, p = .012

表 23.

	N	M	SD
病院	34	15.51	(10.51)
Puskesmas	13	22.23	(6.38)

出産場所によって、子どもと過ごす時間には違いがあることがわかる。

病院　15.51 時間　<　Puskesmas　22.23 時間

だが、子供と一緒に過ごす時間と Stein, EPDS との関連をみたが、相関はなかった。

- Stein: r = -.07, p = .644
- EPDS: r = .10, p = .516

また、この子どもと一緒に過ごす時間が、マタニティーブルーズやEPDSの点数と関係しているかどうかを見たが、相関関係はなかった。

さらに、産後6-8週目の子どもとの接触時間が、出産場所と関連しているかどうかを見たのが、表24である。授乳（単位：時間/日），おしゃべり（単位：時間/日），抱っこ（単位：時間/日），およびその合計時間を従属変数に、出産場所を独立変数にt検定を実施（平均等は表24）。

- **授乳**: t (75) = .65, p = .517
- **おしゃべり**: t (61.00) = 2.55, p = .013
- **抱っこ**: t (75) = .17, p = .868
- **合計**: t (77) = 1.47, p = .146

表24.

		N	M	SD
授乳	**病院**	39	6.73	(3.08)
	Puskesmas	38	6.33	(2.25)
おしゃべり	**病院**	39	3.94	(1.27)
	Puskesmas	38	4.95	(2.08)
抱っこ	**病院**	39	2.86	(.80)
	Puskesmas	38	2.89	(1.06)
合計	**病院**	41	12.87	(3.46)
	Puskesmas	38	14.17	(4.38)

数値だけ見れば、助産所の方が病院より長くなっているが、おしゃべりの時間以外は、有意差がないことがわかった。

9．その他の項目

① 夫との関係

まず、夫の出産への立ち会いが、女性の産後の気分や、産後の夫婦関係に影響するかを見たのが、表25である。夫の立ち会いは、マタニティーブルーズにも、EPDSにも相関しないが、6-8週目の夫婦関係には有意な効果を与えていた。病院でもPuskesmasでも、出産に立ち会わない群の方が、産後6-8週目の時点で、夫婦関係をうまくいっているとらえていた。（最近のあなたの夫婦関係はうまくいっていますか？という問9の質問の答えは、気まずい1～うまくいっている5までの5段階評価となっている）

- **病院**
  - Stein: t (54) = .10, p = .925
  - EPDS: t (7.84) = .34, p = .742
  - **最近の夫婦関係**: t (41) = 2.28, p = .028

- Puskesmas
  - Stein: t (49) = 1.93, p = .059
  - EPDS: t (49) = .44, p = .662
  - **最近の夫婦関係**: t (32.00) = 4.98, p < .001

表 25.

			N	M	SD
病院	Stein	**立会い無し**	48	2.02	(2.89)
		立会い有り	8	2.13	(2.75)
	EPDS	**立会い無し**	48	4.83	(3.39)
		立会い有り	8	4.13	(5.72)
	最近の夫婦関係	**立会い無し**	40	4.73	(.72)
		立会い有り	3	3.67	(1.53)
Puskesmas	Stein	**立会い無し**	15	2.47	(2.72)
		立会い有り	36	1.19	(1.86)
	EPDS	**立会い無し**	15	5.60	(4.29)
		立会い有り	36	5.14	(3.00)
	最近の夫婦関係	**立会い無し**	11	5.00	(.00)
		立会い有り	33	4.27	(.84)

次に、1日のうちで夫が家を離れている時間と、マタニティーブルーズや EPDS の数値に相関がないかを見たのが、表 26 であるが、下に見るように相関はなかった。

表 26.

		N	M	SD
Stein	**10 時間未満**	38	2.42	(2.94)
	10~13 時間未満	16	1.06	(1.57)
	自営、自由業	41	1.29	(2.15)
	その他	10	2.80	(2.82)
EPDS	**10 時間未満**	38	4.34	(3.65)
	10~13 時間未満	16	3.81	(2.90)
	自営、自由業	41	5.17	(3.64)
	その他	10	6.70	(2.87)

② 産後のサポート

産後に誰の手伝いを予定しているかを尋ねたのが、表 27 である。複数回答有りで、かつ頻度は全体の 108 人に占める割合である。

表 27	
助産師からの援助が期待できる	4 人(3.7%)
お手伝いさんからの援助が期待できる	12 人(11.1%)
実母/義理の母からの援助が期待できる	68 人(63.0%)
配偶者からの援助が期待できる	57 人(52.8%)
その他	26 人(24.1%)

次に産後に手伝ってもらう予定の期間を尋ねたところ、同居するが大部分を占め、5〜8 週間が13%を占めていた。

表 28.

	頻度	比率
1~2 週間	2	(1.9)
3~4 週間	5	(4.6)
5~8 週間	14	(13.0)
9 週間以上	3	(2.8)
同居	67	(62.0)
欠損値	17	(15.7)
合計	108	(100.0)

では、実際に誰に手伝ってもらったかを 6-8 週目に尋ねたところ、複数回答で答えてもらったのが、以下の表 29 である。(%は 108 人に対する割合)

表 29

実母／義母	75(69.4%)
配偶者	80(74.1%)
お手伝いさん、ヘルパー	2(1.9%)
その他	28 (25.9%)

配偶者が、表 27 で当初予想していた以上に、手伝っていることが分かる。

③ 医師の立ち会い

医師の立ち会いが女性の産後の気分にどのように影響しているかを見た。医師が出産に立ち会うかどうかは、Puskesmas によって大きな差があった。表 30 に見られるように、スラウェシ島のメナドの Puskesmas では 26.7%に医師の立ち会いが見られたのに対し、ジョクジャカルタではほぼ全例の 95.2%に医師の立ち会いがあった。

表 30.

	医師の立会い		
	なし	あり	合計
Sulawesi	22	8	30
	(73.3)	(26.7)	(100.0)
Java	1	20	21
	(4.8)	(95.2)	(100.0)
合計	23	28	51
	(45.1)	(54.9)	(100.0)

括弧内は比率

さらに、医師の立ち会いがマタニティーブルーズに与える影響についてみると、表 31 のように、医師が付き添う方がブルーズの値は高くなっている。

$$t\,(97.25) = 4.12,\ p < .001$$

表 31.

	N	M	SD
医師の付き添いなし	24	.63	(1.06)
医師の付き添いあり	83	2.16	(2.76)

ただし、医師の付き添いを女性たちが不快に感じているのではないことは、医師の付き添いに対して、回答した女性のほとんどが「良かった」と答えていることから明らかである。しかし同時に、医師の付き添いは、以下の表 32 で明らかなように、産後の身体の不快感や痛みと結びついている。このことが、医師の立ち会いによってマタニティーブルーズの得点が押し上げられる一つの理由であろう。ただ説明がつかないのは、医師の立ち会いが必ずしも医療介入の多さとは結びついていないことである。にもかかわらず、医師の立ち会いと産後のからだの不快感とは相関するという結果になっている。

- ✧ **医療介入**: $t\ (90.64) = .53,\ p = .600$
- ✧ **身体の不快感・痛み**: $t\ (105) = 3.79,\ p < .001$

表 32.

		N	M	SD
出産時医療介入の多寡	**付き添いなし**	24	3.58	(.83)
	付き添いあり	82	3.44	(1.96)
産後身体の不快感・痛みの合計	**付き添いなし**	24	.79	(1.22)
	付き添いあり	83	1.88	(1.24)

④ 働くことと EPDS との関係

出産後に働く予定があるかどうかを産後 6-8 週目に尋ねたところ、働く予定がある人とない人とで EPDS の点数に有意差があった。表 33 に見られるように、働く予定のない人の方が、EPDS の点数は低くなっている。

表 33.

	N	M	SD
働く予定なし	61	5.61	(2.82)
働く予定あり	25	7.20	(3.14)

$t\ (84) = 2.30,\ p = .024$

さらに、働く予定のある人に、働き始める時期に満足しているかどうかを尋ねたところ、働くのが早すぎると答えた人の EPDS の点数が高くなっていた。ただし、人数が少ないので、それほどはっきりと差があるとは言えないものの、インドネシアでは産後働きに出ることが、女性にとってはストレスになっているようである。

F (2, 16) = 3.81, p = .044

表 34.

	N	M	SD
はい	11	6.18	(3.09)
早すぎる	7	9.71	(2.21)
遅すぎる	1	5.00	.

⑤ スラウェシ島とジャワ島の違い

同じインドネシアでも、スラウェシ島メナドとジャワ島のジョクジャカルタとでは、妊産婦の学歴や、受けた医療の内容が大きく異なっていた。まず、学歴を比較してみよう。

表 35.

	最終学歴						
	中学	高校	短大・高専	大学	大学院	その他	合計
Sulawesi	17	35	2	2	0	4	60
	(28.3)	(58.3)	(3.3)	(3.3)	(.0)	(6.7)	(100.0)
Java	5	21	2	12	2	4	46
	(10.9)	(45.7)	(4.3)	(26.1)	(4.3)	(8.7)	(100.0)
合計	22	56	4	14	2	8	106
	(20.8)	(52.8)	(3.8)	(13.2)	(1.9)	(7.5)	(100.0)

括弧内は比率

メナドでは、高校卒以下の学歴が 86.6%を占めるのに対して、ジョクジャカルタでは 56.6%となっており、その代わり大学卒以上の学歴が 30.4%を占めている。ジョクジャカルタの病院サンプルには、個人病院が含まれており、そこの出産料金はインドネシアの平均的生活水準を考えると極めて高い。たとえば、帝王切開で最上の部屋に入院すれば、入院費用は 11 万円を越える。ところが同じ個人病院でも、全く何の医療介入もなく、かつ最低クラスの部屋に入院すると、費用は 13633 円である。さらにとりあげてもらう医師を患者が選ぶ場合は、これに 15%の料金が加算される。したがって、このような個人病院で産む人たちは、収入も学歴も社会階層も高い人たちである。

さらに帝王切開率について、病院で産んだ人だけに関して２つの場所を比較すると、スラウェシが 20%に対してジャワ島では 36.4%と、ジャワ島の方が高くなっている。

表 36.

	帝王切開なし	帝王切開	合計
Sulawesi	24	6	30
	(80.0)	(20.0)	(100.0)
Java	18	8	26
	(63.6)	(36.4)	(100.0)
合計	42	14	56
	(75.0)	(25.0)	(100.0)

括弧内は比率

さらに、マタニティーブルーズや EPDS の点数についても両島は異なっていた。

- ✧ Stein: t (75.84) = 4.57, p < .001
- ✧ EPDS: t (69.05) = .57, p = .568

表 37.

		N	M	SD
Stein	Sulawesi	60	.88	(1.82)
	Java	48	3.06	(2.88)
EPDS	Sulawesi	60	5.13	(2.52)
	Java	48	4.71	(4.61)

マタニティーブルーズについてみると、ジャワ島では高く、スラウェシ島ではずいぶん低くなっており、２つの島の間に有意差がある。ただし、EPDS に関しては、有意差はなかった。

考察

1．　以下に、分析した主な項目が、マタニティーブルーズの得点と、EPDS の得点に相関しているかどうかをまとめた。

表 38

	Stein の数値	EPDS の数値
初産／経産	×	○
年齢	×	○
出産場所　（病院／助産所）	×	×
帝王切開の有無	○	×
会陰切開あり／無傷	×	×
医療介入の程度	○	○
産後の身体の不快感、痛み	○	×
産後１週間母乳のみ／混合	○	×
出産が期待通りだったか	○	○

インドネシアでは、出産の場所によるマタニティーブルーズや産後うつ病への影響はなかった。確かに医療介入は病院の方が有意に多く、また不快感の程度も病院出産者の方が高くなっている。しかし、そのことが直接マタニティーブルーズの数値に結びつかないのには、いくつかの理由があると思われる。

一つは、病院での出産が高学歴で豊かな層に多く、病院で産むことが近代的で豊かであることを象徴していることがあげられる。今回の調査対象となった病院は、大学付属病院や大きな総合病院の他に、かなり贅沢な個人病院も含まれている。このような場所のもつプラスのイメージが、医療介入の多寡とは別に、病院出産の値打ちを押し上げ、病院で産むことに付加的な価値を添えている。そのために、医療介入までもが近代化を象徴するものとしてプラスの意味をもって受け入れられたと考えられる。

また Puskesmas の方から見ると、ジョクジャカルタの Puskesmas　Tegarlejo は、2004 年には医師が常駐しており、純粋に助産師のみの施設にはなっていなかった。また助産師のみの施設であったとしても、インドネシアでは助産師が行える医療行為の範囲が日本より広く、Puskesmas でも会陰切開

や、陣痛促進剤の投与が約半数の産婦に行われていた。このように、病院と Puskesmas とでは、病院の方が医療行為が多いとは言っても、Puskesmas でもかなりの医療介入が行われていることが、出産場所によるマタニティーブルーズの違いを生まなかったもう一つの理由であろう。

2．インドネシアでも、医療介入の多いことと産後の身体の不快感は、マタニティーブルーズの数値に相関していた。したがって、これを減らすことが産後の女性の気分に大きく影響すると考えられる。

3．出産が期待していたよりも悪かったと答えた割合は 13%であった。出産が期待していたよりも良かったか悪かったかは、マタニティーブルーズにも EPDS にも影響を与えていた。

4．出産後 2-5 日目の授乳のやり方が、マタニティーブルーズに影響していた。つまり、母乳のみを与える方が、ミルクとの混合よりもブルーズの点数が低いのであり、このことから母乳哺育をすることが精神的にも産後の女性にとって良いことがわかる。だが帝王切開を受けると、経膣分娩をした場合と比べて、産後 2-5 日目の時点で母乳のみを与える率が低くなり、ミルクとの混合が多くなる。そして帝王切開を受けることは、経膣分娩と比べてマタニティーブルーズの数値を押し上げていた。したがって、マタニティーブルーズの点数を低く抑えるためには、帝王切開を避けて経膣分娩をし、母乳哺育をすることが望ましいと言える。

5．出産直後に子どもが受けたケアや子どもとのスキンシップが、マタニティーブルーズや EPDS の値に影響するかを見たが、奇妙な結果になった。通常、出産直後に子どもが女性のお腹の上に置かれる方が、子どもが観察や処置の対象になるよりも、マタニティーブルーズの値を下げると予想されるが、その逆の結果になった。さらに、出産後すぐに子どもとスキンシップをした人の方が、短い検査をして 5-10 分後にスキンシップをした人たちよりも、マタニティーブルーズの値が高かった。有意差はなかったものの、なぜそのような結果になるのか、説明をすることができない。

6．夫の出産への立ち会いは、マタニティーブルーズや EPDS の数値には無相関であり、夫婦関係にはむしろマイナスの影響を与えていた。インドネシアの村落部では、夫は常に出産に付き添っており、夫の立ち会いが新しい現象というわけではない。にもかかわらず、夫の立ち会いが、産後 6-8 週目の妻から見た夫婦関係にマイナスの影響を与えていることは、どのように説明されるのだろうか。

7．産後のサポートについては、実母や夫の母からの援助を 63%の人が期待しており、夫からの援助を約 53%の人が期待していた。実際には、約 70%の人が双方の母親から援助され、74%の人が夫の援助を得ていた。インドネシアでは、 産後に一時的にかも知れないが、同居する人が 67%と高い割合になっている。

8．医師の立ち会いが、マタニティーブルーズの点数を押し上げる結果になっている。医師の立ち会いが、医療介入を増やすわけではないにもかかわらず、医師の立ち会いと産後の女性の不快感や痛みとは相関していた。

9．同じインドネシアでも、スラウェシ島とジャワ島の母集団の間には大きな違いがあり、調査結果にも差があった。このことから集団の選び方によって、結果に大きな違いが出ることが予想された。インドネシアのように、近代化に向けて大きく変化している社会では、都会に住み学歴や収入、社会階層の高い人たちと、村に住み学歴や現金収入に依存しない人たちの間には大きな違いがある。今回の調査対象者はいずれも都会に住む人たちであったが、それでも学歴には大きな格差があり、出産施設の医療内容にも違いが見られた。国内の格差が相当大きいことを感じさせる結果であった。

＊　この論文の責任は第一著者の松岡悦子にあります。

研究協力者

Oh Ayling（日本語をインドネシア語に翻訳、EPDS、Stein の尺度をインドネシア語から英語に翻訳）

Mubarika Nugraheni　（EPDS、Stein の尺度を英語からインドネシア語に翻訳、ジョクジャカルタでの面接）

Sophia 他２人　（スラウェシ島メナドで、病院と助産所での面接）

竹村幸祐　（北海道大学大学院文学研究科　SPSS 分析）

産後の気分の比較文化的考察—日本とインドネシアの比較

松岡悦子*　正高信男　加納尚美　土倉玲子　高橋龍尚

はじめに

マタニティーブルーズや産後うつ病が、通常とは異なる症状として取り出されたのは、1960 年代のアメリカとイギリスにおいてであった。そこで、これらの症状がアメリカやイギリスに特有のものなのか、それとも他の民族、とくに非西欧の民族にも見られるものなのかが議論されることになった。もし、マタニティーブルーズや産後うつ病がホルモンによって引き起こされる生物学的なものならば、民族に関わりなく普遍的に見られる症状であるだろうし、そうではなく社会によって和らげられもし、逆に強められもする社会・文化的なものならば、他の民族には見られない西欧社会に特有のものだということになる。

このような疑問を明らかにするために、これまでにいくつもの調査がなされ、そこでは西欧と共通の尺度を用いて、非西欧の女性たちの産後の精神状態を測定することが行われた。その結果、マタニティーブルーズや産後うつ病は、西欧以外の文化でも見られるとする意見が圧倒的に多くなっている。[1]ただし、これらの調査は、いずれも非西欧社会の病院出産を対象としており、もともとの形である共同体内の自宅出産を対象とはしていない。西欧での出産と西欧以外の出産とを比較するということは、病院化された出産と共同体の内部で行われる自宅出産とを比較するという意味が含まれているとするならば、西欧の病院出産と非西欧社会の自宅出産とを比較する必要がある。なぜなら、非西欧社会の出産というときには、そこでの出産にまつわるさまざまな習俗—とりあげる人や産む姿勢、誰がそばにいて、どのような雰囲気の中で子どもが生まれ、産後どのような儀礼や援助が行われるのか—を含めての非西欧的な出産ということだからである。それなのに、西欧の病院出産と非西欧社会の病院出産とを比較するならば、それはほとんど同じものを比較していることになりかねない。さらには、病院出産という医療化された出産のもつインパクトは、医療に慣れた西欧社会よりも、めったに医療を用いることのない非西欧社会の方が大きいとするならば、病院出産を体験した後の驚きやショックは非西欧の女性の方が大きいとも言える。そうであるならば、仮に出産にまつわる共同体的な行事や習俗が産後の女性の適応を促す可能性があるとしても、医療化された出産のショックがそれをうち消し、結果的に高い率でのマタニティーブルーズや産後うつ病を発症させている可能性がある。したがって、非西欧社会でも産後うつ病などが見られるかという問いに対しては、非西欧社会の自宅出産と、西欧の病院出産とを比較しなければならないと思われる。だが、そのように出産が自宅で共同体の儀礼や作法にしたがって行われるような社会は近年まれになっており、しかも自宅出産では病院のように産婦が一カ所に集められているわけではないので、十分な数のデータを集めにくいという難点がある。そのような理由からか、これまで調べた限りでは、非西欧社会の産後うつ病などの調査は、J. Cox のウガンダでの調査を除いて、すべて病院出産を対象に行われていた。[2]

それに対して人類学者は、さまざまな文化における伝統的な出産を調査して、出産前後に行われる儀礼や習俗が、通過儀礼として女性を妻から母に変える役割を果たしてきたことを明らかにしている。これらの儀礼が、出産という女性にとっての危機的な状況をうまく乗り越えさせる役目を果たしているというのである。伝統的な社会の出産習俗を通覧したところ、共同体で行われる出産では、どの文化も母子を一定期間日常生活から隔離し、一定の方法で休息をとらせてその間他の女性たちの援助を受けることができるようにしている。Stern & Kruckman は、この産後の隔離期間の存在が、マタニティーブルーズや産後うつ病を防止するのに役立っていると述べる。ところが西欧社会は、産後の隔離期間や儀礼をなくし、女性を早期に日常生活に復帰させようとするために、マタニティーブルーズや産後うつ病を産み出していると述べ、それらは西欧社会に特有の文化結合症候群（culture-bound-syndrome）だと述べている。[3]たしかに、伝統社会に埋め込まれた共同体的な出産から、西欧の病院出産を眺めると、産後にかなりの数の女性が泣いたりふさぎ込んだりする現象は、奇妙な症候群だという見方も成り立つ。

そこで以下で、マタニティーブルーズ、産後うつ病、産後精神病をめぐる比較文化の視点からの文献

をとりあげ、これまでになされてきた議論のいくつかを見ておく。その上で、今回行った日本とインドネシアの調査データを比較し、何が明らかになったかを述べることにする。

1．文化と産後の気分障害

出産と関連する精神障害はマタニティーブルーズ、産後うつ病、産後精神病の3つに分類されている。マタニティーブルーズの発症率は5-80%、産後うつ病は3-20%、産後精神病は千人に1-2人とされる。産後精神病はヒポクラテスの時代から記載があり、この150年間発症率が一定し、文化による差もないため、内因性のものと考えられているのに対して、前の2つは社会や文化の影響を受けているとされている。出産は女性の人生の中で大きな意味をもつできごとで、生理的にみれば文化にかかわらす同じものであるが、それが女性にどのように受け取られ、どの程度の衝撃を与えるかは、出産が文化の中でどのように扱われているかによっている。[4]

文化によってこれらの障害の発症率が異なるかどうかを見るためには、ある一定の基準でこれらの障害を診断しなければならないが、それは西洋の診断カテゴリーを他の文化にあてはめて用いることを意味する。つまり、西洋と同じパタンのものを、非西欧においても探すことになるが、そこで問題になるのは、西洋で産み出された診断カテゴリーを異文化にもっていって計ることに意味があるのかということである。なぜなら西洋の診断カテゴリー自体が西洋の文化の産物であり、それは西洋特有の症状に基づいて作られたものかもしれないのに、それを普遍的な基準のように用いて異文化の症状を診断することはできないと考えられるからだ。[5]西洋の診断カテゴリーを異文化に安易に持ち込むことは、A. Kleinmanの述べる"category fallacy"になる可能性がある。[6]このことは、比較文化精神医学の視点から産後の感情障害を研究する人たちの注意すべき点とされていた。だが、異文化にもマタニティーブルーズや産後うつ病があるのか、またあるとすればその発症率はどのくらいかという問いかけは、一定の基準でそれらを計ることなしには得られない答えである。

たとえば産後うつ病の指標となるEPDS尺度を開発したJ. Coxは、ウガンダでも調査を行っているが、彼はこう述べている。「DSM-IXをウガンダ語に訳しても、ウガンダのAmakiroと呼ばれる産後の精神障害を見つけることは難しい。西洋のカテゴリーに基づいていたのでは、非西洋の精神障害を見落としてしまう。」Coxによれば、Amakiroとは赤ん坊を食べようとする衝動で、この障害になるのは妊娠中に妻か夫のどちらかが不倫をしたためだとされている。このような文化に埋め込まれた症状はその文化独自のものであり、西洋のカテゴリーに基づく産後うつ病や産後精神病と一致させることはできないとしている。にもかかわらず、Coxはウガンダの女性にも産後うつ病は見られ、その症状はヨーロッパとよく似ており、発症率もヨーロッパと同じ約10%であると述べている。そして、自宅分娩と施設分娩をした女性たちを比較したところ、どちらも産後うつ病の発症率は同じであることから、産後うつ病が医療化された出産によって引き起こされるとは思えないと述べている。Coxは、産後うつ病はアフリカの伝統的社会にも存在するもので、西洋の文化結合症候群だとは思わないと結論づけている。[7]

それに対して、同じくアフリカのキプシギス社会（かつてケニアの一部だった）を調査したHarknessは、女性たちに直接インタビューした結果、産後うつ病はキプシギス社会には見いだせなかったとしている。キプシギスでは、母になったばかりの女性は人々の注目の的になり、産後にさまざまの規則を守らなければならない代わりに、周囲の人たちからも見守られることになる。たくさんの子どもを産んだ年長の女性は尊称で呼ばれ、女性にとって出産はプラスの意味をもっている。Harknessは、キプシギスでは出産前後の女性は夫とよりも母親と親密な関係を作り、母親に甘えることでより多くのサポートを得、それによって産後うつ病の発症を防いでいるのではないかとしている。[8]

また、フィジーを調査したBeckerは、フィジーにはうつ病を意味することばはあるが、マタニティーブルーズや産後うつ病を意味することばはなく、産後うつ病の発症率は1.3%と非常に低いと述べている。フィジーにはnatadokaと呼ばれる症状があり、これは最初腹痛や頭痛、熱、めまいなどの身体症状で始まり、これになるのは、産後早くから家事を始めすぎたためとされている。Beckerは、natadokaという症状は、女性にとって産後の負担が大きすぎることを文化的に認められた形で表現したものであり、女性が感じている不満を身体化したものだろうと述べている。Beckerは、natadokaが産後うつ病

の身体化された症状なのかどうかはわからないとしつつ、女性は natadoka になることによって、産後早くから家事に戻ることへの抵抗を表現し、かつまわりの人々から同情と援助の手を得ることができるのだと述べている。そういう意味で、natadoka は文化的に認められた idiom of distress （苦悩の表現方法）だとしている。[9]

以上のように見てくると、マタニティーブルーズや産後うつ病を西洋社会の文化結合症候群と見なすかどうかは、文化結合症候群をどのように定義するかにもかかってくる。もともと文化結合症候群は、Yap によって提唱されたことばで、その土地で独特の行動パタンとして認識された劇的な心因反応を指すものとしてとりだされたが、いわば西洋の精神医学者から見て、西洋の分類に当てはまらない非西欧のローカルな行動パタンということになる。[10] だが、あらゆる症状はその文化の中で生じ、文化によって形作られたものだとするならば、すべての症状は文化結合症候群だということになる。[11] そのように考えれば、マタニティーブルーズや産後うつ病を西欧の文化結合症候群だと言うことは何ら奇異なことではなくなるが、そういってしまうことは、他の文化との比較を容易にするよりも、むしろ比較を本質的に不可能とすることになってしまう。そうであるならば、ここで問題とすべきは、産後うつ病が文化結合症候群かどうかではなく、それぞれの社会で現れた産後の障害やある行動パタンが、その社会でどのように説明され、意味づけられているかを明らかにすることであるだろう。その行動パタンが、その社会でもっている意味を問うという文化（医療）人類学的方法に基づいて、それぞれの社会における産後の特異な行動を理解することが必要だと言える。

Littlewood は、ある行動パタンの核には生物学的なものがあり、そのまわりに文化的なものが覆い被さっているという古典的な説明の仕方に対して、すべての行動は文化的に規定されたものだという前提に立つ。そしてすべての行動パタンに、文化的な説明と生物学的な説明の両方が必要だが、その割合は問題となる行動パタンによって異なると考えた。たとえばニューギニアに見られる kuru と呼ばれる症状は、生物学的に説明される部分が大きいのに対して、西洋社会に特有のアノレクシアや登校拒否といった行動は文化的に説明される部分が大きいと述べ、さまざまな行動パタンを生物学的説明と文化的説明を両端とする連続線上のどこかに位置づけて考えることを提唱している。[12]

このように考えると、マタニティーブルーズや産後うつ病は、その命名がすでに西欧のラベルであり、非西欧社会でそれに類するような行動パタンが見られる社会もあれば、ことさらその行動が現地の人々に認識されていない社会もあると言えるだろう。だが、Littlewood が述べるように、非西欧社会への近代医療の浸透の勢いはすさまじく、それによって現地のローカルな見方がどんどん近代医学的な見方に置き換わり、かつてはその社会でプラスの意味を持っていた行動が精神障害と見なされるようになるプロセスが見られる。たとえば、その例として Littlewood はシャーマンによる治療や東南アジアの amok をあげている。したがって、かつては natadoka のように文化に特有の表現形態があったものも、産後うつ病という名称と症状が輸入されるにつれて、女性たちの表す症状が西洋の産後うつ病に近くなっていくと言うことが生じる。マタニティーブルーズということばも、日本で一般に知られるようになったのは 1980 年代からであり、インドネシアでも最近のことであろう。同じジャワ島でも村落に行くと、産後に悲しくなるなど聞いたことがないと女性たちが答えていたのに対して、ジョクジャカルタでは女性たちは、stressi susuda mulahirkan（産後のストレス）という言い方をしていた。出産が病院で近代医学的に行われるようになることで、出産にまつわることばや概念、行動パタンも近代医学的なものに作り替えられていくと言えよう。

以下に述べるインドネシアと日本の比較は、ここで述べた文化的表現型を重視する人類学的なやり方ではなく、西欧のカテゴリーを日本にもインドネシアにも当てはめ、統計的数値で比較しようとするものである。しかし、インドネシアのメナドでもジョクジャカルタでも人類学的調査によって出産を観察し、女性たちにインタビューした結果も踏まえて、できるだけ文化的コンテクストを重視した考察を試みたいと考える。

2．日本とインドネシアの調査データの比較

日本での 508 人とインドネシアの 108 人を対象に行った調査をもとに、日本とインドネシアの比較を行う。

① Stein と EPDS に関する基本的なデータ

表1.

	日本	インドネシア
人数	508 人	108 人
年齢　平均	30.26 歳	27.61 歳
最低	15 歳	16 歳
最高	46 歳	44 歳
平均出産人数	1.80 人	1.72 人
Stein　点数（平均）	2.88	1.85
Stein　8点以上の割合	6.3%	6.5%
EPDS　点数（平均）	3.85	4.94
EPDS　9点以上の割合	13.6%	16.7%
帝王切開の割合（病院のみ）	20.6%	25.0%

この表 1 によれば、Stein の平均値は日本の方が高いが、8 点以上の割合については、それぞれ 6.3%（日本）と 6.5%（インドネシア）で、ほとんど差がない。また、EPDS については日本 3.85、インドネシア 4.94 で、日本よりもインドネシアの方が高く、産後うつ病とされる 9 点以上の割合もインドネシアの方が高くなっている。日本もインドネシアもどちらもアジアに属する非西欧社会であり、マタニティーブルーズの割合は、西欧諸国と比べると非常に低くなっている。日本でマタニティーブルーズが低い理由として、岡野は里帰り分娩の存在をあげ、産後に実母からサポートされる習慣が、女性の精神状態にプラスに働いている可能性を示唆している。[13] 今回の日本の調査では、それを証明することはできなかったが、産後の援助の態勢が日本やインドネシアでは西欧諸国に比べて充実している可能性はある。[14]

日本とインドネシアのマタニティーブルーズと産後うつ病の数値に有意差があるかどうかを見たところ、マタニティーブルーズも産後うつ病も、国による差があることがわかった。さらにマタニティーブルーズについては、病院で産むか助産所で産むかという出産場所による違いがあった。

- ✧ **日本 vs. インドネシアと出産場所を独立変数に、Stein の数値と EPDS の数値を従属変数に、2×3 の MANOVA を実施（平均等は表2）。**
- ✧ **結果**
  - ❖ Stein
    - ▫ **国別の主効果**: $F\ (1,\ 610) = 15.98,\ p < .001$
    - ▫ **出産場所の主効果**: $F\ (2,\ 610) = 5.83,\ p = .003$
    - ▫ **国×出産場所の交互作用**: $F\ (1,\ 610) = 2.47,\ p = .117$
  - ❖ EPDS
    - ▫ **国別の主効果**: $F\ (1,\ 610) = 4.96,\ p = .026$
    - ▫ **出産場所の主効果**: $F\ (2,\ 610) = 1.95,\ p = .143$
    - ▫ **国×出産場所の交互作用**: $F\ (1,\ 610) = .66,\ p = .418$

次に出産場所別に、日本とインドネシアで、Stein と EPDS の数値に差があるかを見たところ、病院でも助産所（インドネシアの場合は Puskesmas）でも、マタニティーブルーズについては、国による差

が見られた。また、助産所については、産後うつ病に関しても日本とインドネシアでは差が見られた。

- **病院**
  - Stein: t (270) = 3.36, p = .001
  - EPDS: t (269) = .97, p = .331
- **助産所**
  - Stein: t (296) = 2.07, p = .040
  - EPDS: t (296) = 2.17, p = .031

表 2.

			M	SD	N
Stein	日本	病院	3.62	(3.22)	215
		診療所	2.24	(2.28)	46
		助産所	2.35	(2.18)	246
		総和	2.88	(2.75)	507
	インドネシア	病院	2.04	(2.85)	56
		Puskesmas	1.65	(2.27)	52
		総和	1.85	(2.58)	108
	総和	病院	3.30	(3.21)	271
		診療所	2.24	(2.28)	46
		助産所	2.22	(2.21)	298
		総和	2.70	(2.75)	615
EPDS	日本	病院	4.11	(4.41)	215
		診療所	2.72	(3.67)	46
		助産所	3.83	(4.16)	246
		総和	3.85	(4.23)	507
	インドネシア	病院	4.73	(3.74)	56
		Puskesmas	5.17	(3.43)	52
		総和	4.94	(3.59)	108
	総和	病院	4.24	(4.28)	271
		診療所	2.72	(3.67)	46
		助産所	4.07	(4.07)	298
		総和	4.04	(4.15)	615

② インドネシアの出産を伝統的な社会の出産と見なせるか

今回、日本とインドネシアを比較しようと考えたのは、日本が産業化された社会であるのに対して、インドネシアは産業化途上にある社会で、出産に関しても伝統的な共同体の要素がまだ残っていると考えたからである。たとえば同じ病院出産であっても、インドネシアの場合、産後に家族や親戚が病院を訪れ、産婦のまわりに常に誰か人がいる状況である。仮に女性が病院で出産しても、家では両親が近所の人を招いて産後の儀礼を行い、伝統的な習俗の何割かを実行していることが多い。また Puskesmas の出産では、家族が出産の間もそばにいて産婦を励まし、産後は産婦と一緒に入院することもある。出産自体についても、Puskesmas では助産師の介助だけで出産が行われて、医療介入が少ないことが、これまでの調査でわかっていた。

ところが、たしかにインドネシアでは、産婦をとりまく家族や親戚の援助は非常に大きく、産婦が一人で放っておかれることはないといってよいぐらい、入院中の産婦は誰か彼かといっしょにいるが、出産をとりまく医療状況は大きく変化しつつあった。帝王切開の率を見るとそのことが端的に示されている。日本では 20%だが、インドネシアでは２都市を平均すると 25%と日本より高くなっている。しか

も、ジョクジャカルタでは36%にも上っている。ジョクジャカルタのある医師は、大学病院に関して「大学病院では若い医師たちに練習させなきゃならないので、帝王切開率が上がるのは仕方ないのだ」と述べていた。また、ジョクジャカルタの Puskesmas では、少し前から大学病院から派遣される医師が出産に立ち会うことになっていたため、Puskesmas では帝王切開ができないだけで、病院との違いがほとんどない状況になっていた。さらに、もともとインドネシアでは、助産師が陣痛促進剤や注射を使用することが認められており、会陰切開も行うことができるために、それらの医療介入の率が病院と同じくらいかむしろ病院より高くさえなっている。そして、それらの医療介入が増えることは良くないこととは考えられておらず、出産がより安全に近代的になることと見なされている。

このような状況を考えると、たしかに伝統的な出産習俗はいまだ健在で、女性はそれによって母親への役割転換を少しは容易にされているかもしれないが、伝統的な出産を成り立たせる社会的文脈である出産介助者との信頼関係や、医療介入のない出産、母子へのマッサージを含む伝統的なケアなどは失われ、むしろ露骨な医療介入が近代化の一環として強力に行われるようになっていた。

ここでは、出産に関して２つの側面を区別する必要があることがわかる。ひとつは習俗の面で、伝統的な儀礼や習俗が母への移行という社会的危機を和らげる役割を依然として果たしているかどうかである。もう一つは医療化の側面で、出産が女性の生理的な機能に従う形で行われているか、それとも医療介入をふんだんに用いる形でなされているかである。インドネシアは、前者については伝統的な側面が生きているといえるが、後者については産業化された社会の病院出産よりもさらに医療化された形になっている面がある。したがって、インドネシアを伝統的な社会の一例として想定した当初のもくろみは、誤りだったことになる。先に、非西欧社会と比較するときに、習俗の面だけでなく医療化の面でも、病院化されていない出産を経験した女性たちとを比較すべきだと述べたが、インドネシアの状況から敷衍するなら、医療化されていない出産を見出すことは、現代では途上国ほど難しいと言えるかもしれない。

③　出産・育児をめぐる習慣や産後のサポートについて

２回目の質問紙で、子どもとの関係や産後のサポートについて尋ねている。日本とインドネシアを比較したものを、別紙の図１～図４に記した。

図１は、子どもに泣かれたときにどのように感じるかを尋ねたものであり（複数回答あり）、日本では「かわいい、いとしい」が多数を占めるが、インドネシアでは「気にならない」が多数を占める。

図２は、子どもに関する心配事を尋ねたもので（複数回答あり）、インドネシアでは「よく泣く」ことが心配の種になっているが、日本では「夜に眠らないこと」と「よく泣く」とがほぼ同じくらいとなっている。

図３は、産後 6-8 週目の時点で、１日のうち授乳、おしゃべり、抱っこにどれくらいの時間をさくかを尋ねたもので、日本もインドネシアも似たような割合になっている。ただし、インドネシアの方がどの行動に関しても日本より多くの時間を費やしており、合計すると子どもと接触する時間は、日本では 9.66 時間、インドネシアでは 13.83 時間となっていた。

図４は、産後に親などから援助をしてもらった期間を尋ねたもので、日本の場合は４週間以下が 65% と大半を占め、同居は約 14%なのに対し、インドネシアでは同居が約 62%と大半を占めている。日本では産後 21 日間は特別の期間という意識があり、それをカバーする範囲の手伝い期間となっているのに対して、インドネシアでは通常 40 日間という産褥の期間が言われてはいるものの、出産を機に同居する割合が高くなっている。しかし、インドネシアの方が産後の援助が手厚いにもかかわらず、EPDS が９点以上の割合は 16.7%と日本より高くなっている。

同居する場合とそうでない場合で、マタニティーブルーズと産後うつ病の数値に差があるかを見たのが表３である。以下に見るように、有意差はどれも明瞭ではないものの、インドネシアでは、同居している群の方がむしろ Stein も EPDS の点数も高い傾向があるという結果になった。言い換えれば、同居していることが、女性のマタニティーブルーズや産後うつ病の傾向を高めていることになり、同居が必ずしも良い結果を招くとは限らないことを示唆している。

- ✧ 同居 vs. それ以外と日本 vs. インドネシアを独立変数に、Stein と EPDS を従属変数に、MANOVA（多変量分散分析）を実施（平均等は表 1）。
- ✧ Stein の数値
  - ❖ 国の主効果: F (1, 531) = 9.84, p = .002
  - ❖ 同居／別居の主効果: F (1, 531) = .02, p = .885
  - ❖ 交互作用: F (1, 531) = 1.97, p = .161
- ✧ EPDS
  - ❖ 国の主効果: F (1, 531) = 1.29, p = .257
  - ❖ 同居／別居の主効果: F (1, 531) = 2.85, p = .092
  - ❖ 交互作用: F (1, 531) = 2.00, p = .158
- ✧ 同時に、日本とインドネシアそれぞれにおける同居／別居の単純主効果も検討
  - ❖ 日本 Stein の数値: 同居 ≒ それ以外, p = .185
  - ❖ 日本 EPDS: 同居 ≒ それ以外, p = .772
  - ❖ インドネシア Stein: 同居 ≒ それ以外, p = .380
  - ❖ インドネシア EPDS: 同居 ≧ それ以外, p = .079

表3.

			M	SD	N
Stein	Japan	同居	2.49	(2.56)	73
		それ以外	2.94	(2.66)	371
		総和	2.86	(2.65)	444
	Indonesia	同居	1.88	(2.51)	67
		それ以外	1.33	(2.41)	24
		総和	1.74	(2.48)	91
	総和	同居	2.20	(2.55)	140
		それ以外	2.84	(2.67)	395
EPDS	Japan	同居	4.01	(4.67)	73
		それ以外	3.86	(4.09)	371
		総和	3.89	(4.19)	444
	Indonesia	同居	5.42	(3.78)	67
		それ以外	3.71	(2.35)	24
		総和	4.97	(3.53)	91
	総和	同居	4.69	(4.31)	140
		それ以外	3.85	(4.01)	395

以上のように、日本とインドネシアの比較を行ったが、いずれの国でも都市部の女性を調査対象としており、マタニティーブルーズに関してはインドネシアの方が低く、産後うつ病はインドネシアの方が高いという結果になった。インドネシアの都市部に関しては、出産の医療化はむしろ日本よりも進んでおり、共同体に根ざした伝統的な形の出産が行われているとは言えないことがわかった。だが、出産をとりまく儀礼に関しては、都市部においても依然として行われているものが多く、また入院中は日本よりもずっと多くの人が産婦と赤ん坊の見舞いに訪れている。病院でも Puskesmas でも産婦が一人になることはないと言ってよいほど、産婦のまわりには必ず誰かが付き添うようになっている。このことが、インドネシアでのマタニティーブルーズの発症率を下げることになっているのかもしれないが、それはここでは証明できなかった。また産後のサポートの期間は日本と比べて長く、同居する割合が高くなっている。だが、同居することで女性が孤独から免れ、産後うつ病になる率が低くなるとは言えないことがわかった。

注

＊　この論文についての責任は第一著者の松岡悦子にあります。

1. Harris, B., 1980 Maternity Blues. Correspondence. Brit. J. Psychiat.136:520-521
   Harris, B., 1981 'Maternity Blues' in East African Clinic Attenders. Arch Gen Psychiatry 38: 1293-1295
   Howard, R., 1993 Transcultural issues in puerperal mental illness. International Review of Psychiatry 5: 253-260.
   Hau, F., and V. Levy, 2002 The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. Journal of Affective Disorders 75: 197-203.
   Ifabumuyi, O., and M. O. Akindele, 1985 Post-partum mental illness in Northern Nigeria. Acta psychiatr. Scand. 72:63-68.
   Davidson, J., 1972, Post-partum Mood Change in Jamaican Women: A Description and Discussion on its Significance. Brit. J. Psychiat. 121: 659-63.
2. Cox, J., 1999 Perinatal mood disorders in a changing culture: a trans-cultural European and African perspective. International Review of Psychiatry. 11: 103-110.
3. Stern, G & L. Kruckman, 1983 Multi-desciplinary Perspectives on Post-partum Depression: An Anthropological Critique. Soc. Sci. & Med. 17(15): 1027-41.
   だが次の論文によれば、伝統的社会において産後の女性が日常労働に復帰するのは、約半数の社会で産後２週間であったと述べている。 Jimenz, M. H. & N. Newton, 1979 Activity and work during pregnancy and the postpartum period: A cross-cultural study of 202 societies. American Journal of Obstetrics and Gynecology 135(2): 171-176.
4. Kumar, R., 1994 Postnatal mental illness: a transcultural perspective. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 29: 250-264.
5. Littlewood, R., 1990 From Categories to Contexts: A Decade of the 'New Cross-Cultural Psychiatry'. British Journal of Psychiatry 156: 308-327.
6. Kleinman, A., 1977 Depression, somatisation and the new 'cross-cultural psychiatry'. Social Science and Medidine 11: 3-10.
7. Cox J. の前掲論文
8. Harkness S., 1987 The Cultural Mediation of Postpartum Depression. Medical Anthropology Quarterly. Ns 1(2): 194-209
9. Becker A., 1998 Postpartum Illness in Fiji: A Sociosomatic Perspective. Psychosomatic Medicine 60: 431-438
   また、 idiom of distress ということばは、Good によって使われるようになった。
   Good B J., 1977 The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. Culture, Mecicine and Psychiatry 1: 25-58.
10. Yap, P M., 1951 Mental diseases peculiar to certain cultures. Journal of Mental Science 97: 313-337.
11. Littlewood, R., 1988 Culture-bound syndromes. In Recent Advances in Clinical Psychiatry. (ed.) Kenneth Granville- Grossman. Churchill.
12. Littlewood, R., 1988、1990 前掲論文
13. Okano, T., 2000 Childbirth and Mental illness: Similarities and dissimilarities between the East and the West. "Postpartum Dysphoria and Depression-Anthropological, Ethnopsychiatric and Evolutionary Dimensions" Oct. 4-7, Bad Homburg, Germany での発表論文。
14. 同じアジアでも香港で行われた調査では、マタニティーブルーズの割合は 44.3%と高くなっている。
    Hau, F., and V. Levy, 2002 The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. Journal of Affective Disorders 75: 197-203.

図1. 子どもに泣かれた時の気持ち

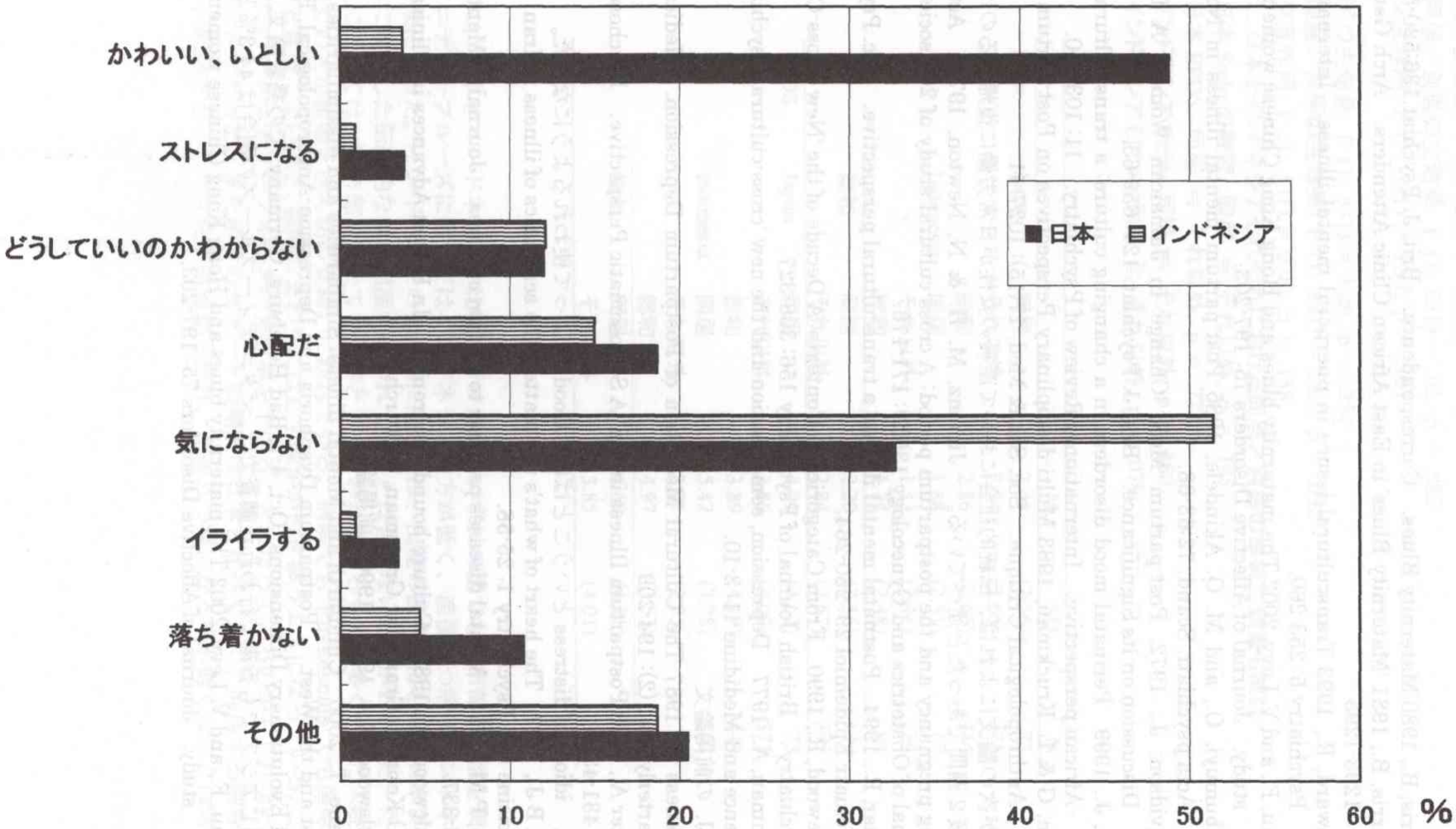


図2. 子どもに関する心配ごと

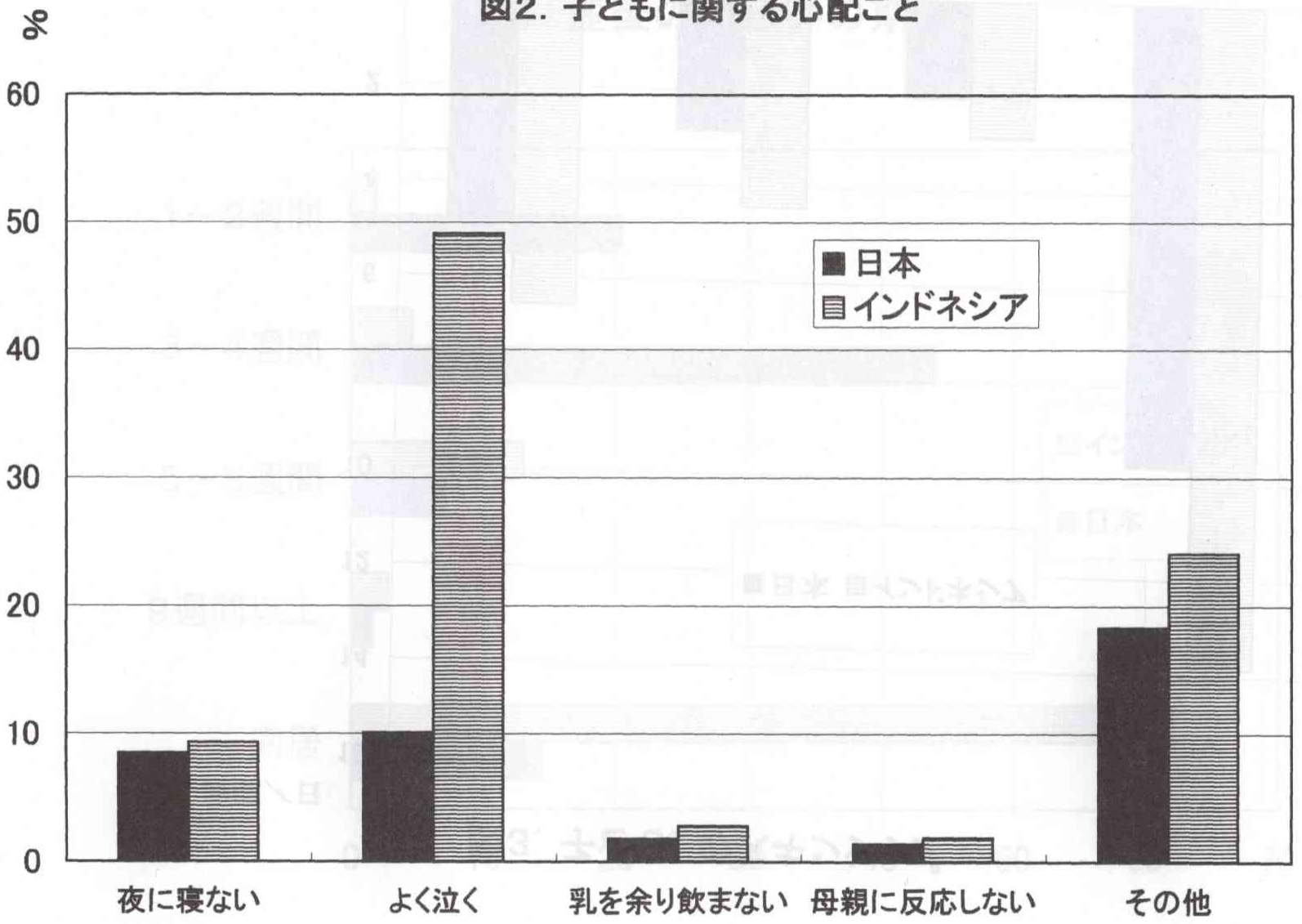


図3. 子どもとのスキンシップ

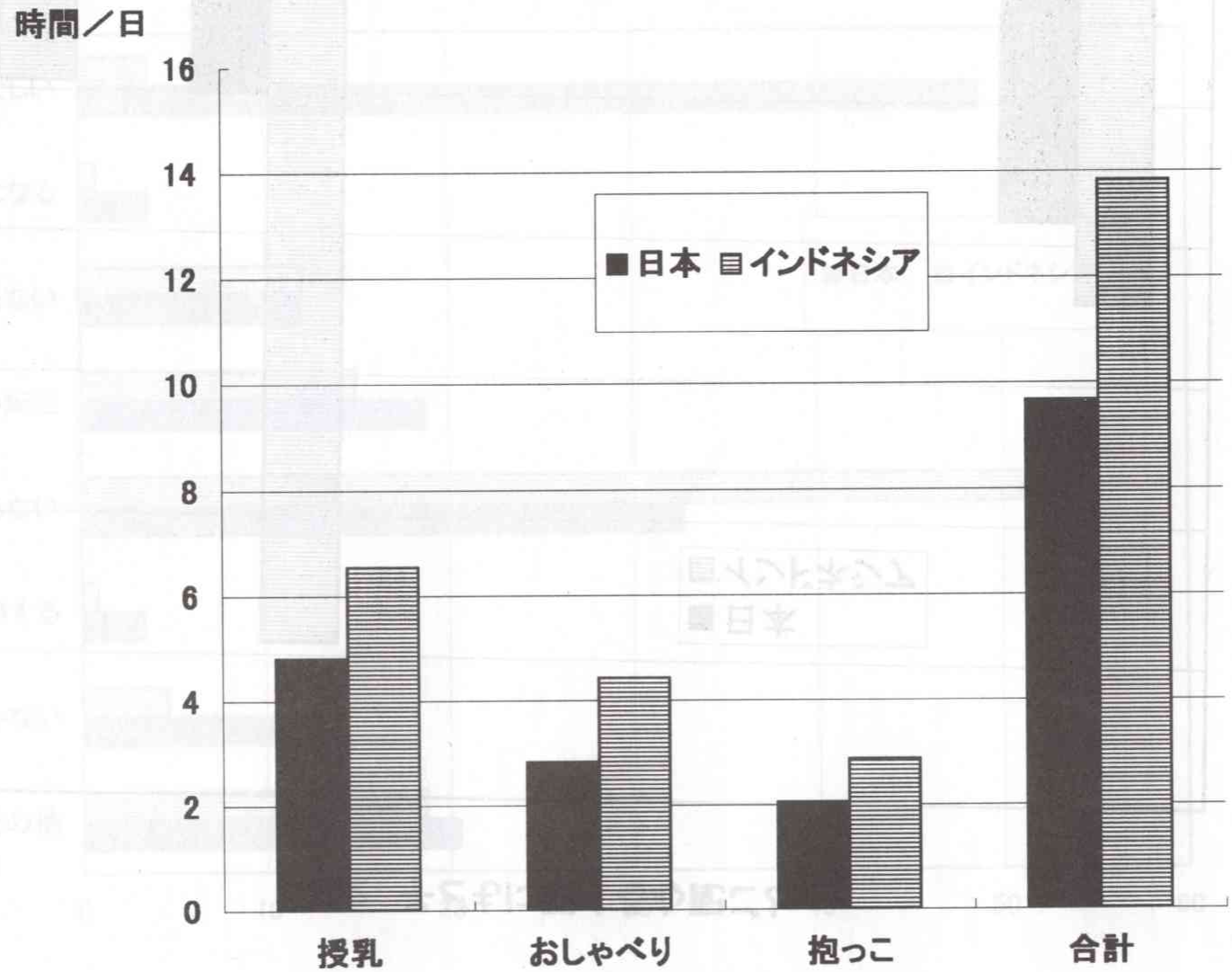
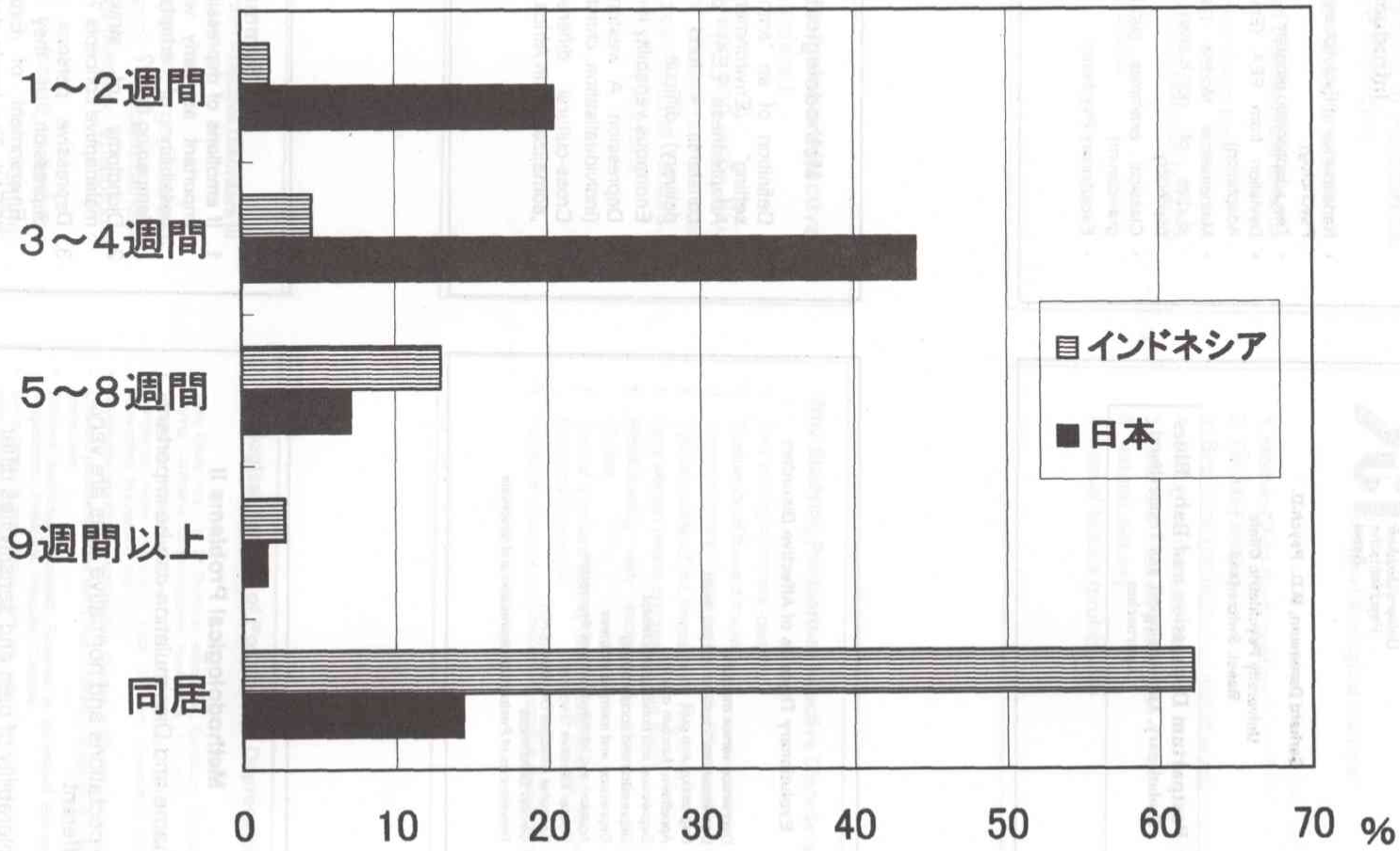


図4. 産後の手伝いの期間



Universitätsklinik Psychiatrische Basel

Gerhard Dammann, M.D., Psych.D.

University Psychiatric Clinic
Basel, Switzerland

Postpartum Depression and Baby Blues

Evolutionary, Anthropological, and Transcultural Approaches

Introduction

- Renaissance of Evolutionary Medicine and Evolutionary Psychology
- The„adaptionistic program"
- Deviation from EEA (Environment of Evolutionary Adaptation)
- Mathematical Models (game theory), ethological studies of non-human primates, cross-cultural psychiatry
- Classical examples (sickle cell anemia, nausea gravidarum)
- Evolutionary Psychiatry

Evolutionary Theories of Affective Disorders

- Depression versus mourning
- Depression and reproduction and death
- Depression and guilt
- Appellative function of grief
- Depression and bonding/attachment
- Depression and social ranking
- Depression and morning sickness
- Agitated and inhibited forms of depression
- Bipolar Affective Disorders
- Seasonal Affective Disorder (SAD)
- Gender Differences
- Prevalences of Postpartum depression and dysphoria

Methodological Problems I

1. Definition of an "anthropological standard setting" (Environment of Evolutionary Adaptedness, EEA) - despite some universal constants - food intake, reproduction, delivery) - difficult.
2. Enormous variability in men
3. Depression: A western (european) concept (individualisation, christian concept of guilt)
4. Cross-cultural differences: For example „somatization" in Africa

Methodological Problems II

- Shame and Dissimulation can be important
- Expectations and normative rules are very different
- Tolerability of pain and sensitivities differ

Summary

1. If emotions of depression and mourning are so important as early warning systems and a possibility of adaptation („radar") why dampening them?
2. Dichotomy of straight adaptive straight maladaptive concepts ?
3. Depressive persons can only "profit" from depression, if they are embeded in an ‚Environment of Evolutionary Adaptedness, (EEA)'. The lonely depressive patient remains unsuccesfull.

Evolutionary Theories of Postpartum Affective Disorders

- Functional adaptive: Appeal to help (social environment)
- Adaptive: Increased preparedness towards infanticide
- Exclusive disorders of Homo sapiens sapiens?
- Hypothesis of rudimental maternal lactating aggression
- ‚Culture Bound Syndrome'

Human Ethological Factors:

1. Mother-Child-Body contact
2. Breast-Feeding
3. Seclusion (protection of disturbance)
4. Social support and advice
5. Gifts and ‚rites de passages'
6. Natural delivery
7. Sexual taboos (prohibition)

Why Studying Postpartum Affective Disorders I

Postpartum Depression and Baby Blues are predestinated disorders to study evolutionary and cross-cultural factors in psychiatry due to different reasons:

Why Studying Postpartum Affective Disorders II

1. Few etiological factors identified
2. Frequency of these disorders
3. Important cross-cultural prevalence differences
4. Typical course of the illness (time sequence)
5. Only women (within procreative age span)
6. Relationsship with sociological, historical, ethological studies
7. Typical standard setting (e.g. breast feeding as biological functional prototype),
8. Negative influence on children's cognitive developement

Why Studying Postpartum Affective Disorders III

- Why such important generational differences occur? (recommended duration of breast-feeding; episiotomy yes or no etc.)
- Every generation is forced to find the optimal solution (reinventing) ecological balance for these survival crucial factors

Etiological Factors of Postpartum Depression

- Baby Blues: day 3 to 10. Duration: some days, Symptoms: Irritability, Crying, Confusion, Sleep-problems. Prevalence 15% - 85%
- Postpartal Depression: week 2 to 12. Duration: some months, Symptoms: major depression (lack of drive, depressive mood, rumination). Prevalence 8% - 15%.
- Nosological significance unclear (one disease or different diseases?)
- Different prevalence rates partly due to different diagnostical criteria (symptoms)
- Different hormones discussed: Elevated or decreased Estrogen, Progesterone, Prolactine, Thyroxine, Cortisole
- Some factors in prior studies identified: prior history of depressions, prior postpartal disorders, premenstrual syndrome, neuroticism, lack of social support, partner problems, life-dissatisfaction bevor childbirth
- O'Hara: "none of the potential causal factors in post-partum depression have been supported unambiguously in the literature".

Munich Baby Blues Study
Aim of the Study

- To identify relevant evolutionary, anthropological and psychosomatic factors influencing the development of postpartal affective disturbances and disorders (depression and dysphoria).

Munich Baby Blues Study
Hypotheses of the Study

- Endocrinological Changes are not the main factors. They should have global occurance.
- Expression of maladaptation (setting of pregnancy, delivery and postpartum phase).
- Relevant factors: Lack of seclusion, body contact, medicalisation, breast-feeding, support satisfaction with life situation
- Aspects of a culture-bound syndrome.

Munich Baby Blues Study
Design of the Study

International multi-centre-study with two pilot-studies

Munich Baby Blues Study
Principal Investigators

- Dr. med. Dipl.-Psych. **Gerhard Dammann**, University Psychiatric Clinic Basel (Switzerland) (till 2000: Technical University Medical School Psychosomatic Outpatient Clinic, Munich)
- Prof. Dr. med. **Wulf Schiefenhövel**, Humanethology, Max-Planck-Society, Andechs, Germany and Institute of Medical Psychology, University of Munich

Munich Baby Blues Study
Medical Doctoral Students

- Dr. med. Christian Strobl, München (Catamnestic Pilot Phase)
- Eva Ackermann, Ärztin, München (German Women)
- Maria Delius, Ärztin, München (Turkish /Kurdish Women in Germany)
- Barbara Stemple, Ärztin, München (Caesarean sectio)
- Sonja Winkler, Ärztin, München (Home birth)
- Tania X. Patrana, Ärztin / Soziologin, München (Columbia)

Munich Baby Blues Study
Psychological Diploma Thesis Students

- Birgit Laner, cand. psych., Innsbruck/Austria
- Mirjam Complojer, cand. psych., Innsbruck
- Katharina Schloeglhofer, cand. psych., Innsbruck
- Silke Ahrer, cand. psych., Innsbruck
- Maria Fellacher, cand. psych., Innsbruck
- Silke Ahrer, cand. psych., Innsbruck

Munich Baby Blues Study
International Cooperation Partners

- Prof. Dr. Etsuko Matsuoka, Asahikawa University Medical School, Japan
- Dr. Carmen Strungaru, Department of Biology, University of Bucharest, Romany

Munich Baby Blues Study
Design of two Pilot Studies

- Qualitative retrospective Interview with 20 women by Wulf Schiefenhövel in Melanesia (Trobriand island).
- Development of a catamnestic questionnaire (585 women) (60% responses), 6 months after childbirth in two different german hospitals (München, Starnberg)

Munich Baby Blues Study
Design of Main Study

- Development of an elaborated Test Battery (Interviewing and Self-Report Questionnaires)
- Including the most important special instrument for the measurement of these disorders
- **Two different time points:**
- Interview day 3 to 5 (evening) after delivery
- Self-report questionnaire 6 weeks later

Munich Baby Blues Study
Groups of Women

Germany

- 100 German women (three different hospitals with different setting conditions)
- 50 women after caesarean sectio (risk pregnancies, primary and secondary sectiones), University Hospital
- 40 women after home birth
- 50 Turkish or Kurdish Women (living in Germany)

Cross-Cultural

- Women in Columbia (Comparision of rural and small town environment)
- Women in an Indian village (relation to baby's gender)

Munich Baby Blues Study
Group of Fathers

- Self-report questionnaires were sent to fathers of the german group (hospital and home delivery) (Adjustment factors of fathers, Couvade Syndrome)

Munich Baby Blues Study
Symposia

- 03.-07. October 2000: Symposium *"Anthropological, Ethnopsychiatrical and Evolutionary Perspectives of Postpartum Affective Disorders"* Bad Homburg. Germany (supported German Research Foundation and Werner Reimers Foundation)
- 24. February 2001: Symposium *"Evolutionary Psychiatry"* in Munich, Technical University Psychiatric Clinic
- 05. July 2002: Symposium *"Personality Disorders: An Evolutionary Perspectiv"*, 5th. ISSPD European Congress on Personality Disorders in conjunction with the 3rd. International Congress on Theory and Therapy of Personality Disorders, Munich, Germany
- 30. October 2002: Symposium *"The Munich Postpartum Study: First Results and further considerations"*, Department of Gynecology, Munich University Hospital
- 16.-18. August 2004: *"International Symposium on Reproduction & Sexuality"*, Organisation Prof. Etsuko Matsuoka University Asahikawa, Japan

Munich Baby Blues Study Publications I

- Dammann, G. (2000a) Psychotherapie der affektiven Störungen im Wochenbett, In: N. Hoffmann & H. Schauenburg (Hrsg.) Psychotherapie der Depression, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, pp. 166-74
- Dammann, G. (2002a) Depressive Symptome aus der Perspektive der Evolutionären Psychiatrie, Nervenheilkunde, 21(3), 132-7
- Dammann, G. & Schiefenhövel, W. (2000a) Psychische Wochenbettstörungen – Neue Ergebnisse der Münchner Postpartum Studie, Homo. Journal of Comparative Human Biology, 51(Suppl.), S20
- Dammann, G. & Schiefenhövel, W. (2000b) Die Münchener Postpartum Studie: Evolutionspsychologische Hypothesen und Design der Untersuchungen, In: M. Schultz et al. (Hrsg.) Schnittstelle Mensch – Umwelt in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft: Proceedings - 3. Kongress der Gesellschaft für Anthropologie (GfA), Cuvillier Verlag, Göttingen, pp. 81-6
- Dammann G. & Schiefenhövel, W. (2001) Wochenbettdepression und Heultage in anthropologisch-transkultureller Forschungsperspektive, In: M. Schultz et al. (Hrsg.) Homo – unserer Herkunft und Zukunft: Proceedings - 4. Kongress der Gesellschaft für Anthropologie (GfA), Cuvillier Verlag, Göttingen, pp. 159-61.

Munich Baby Blues Study: Publications II

- Dammann, G. & Schiefenhövel, W. (Eds.) (2005) Anthropological, Ethnopsychiatrical and Evolutionary Perspectives of Postpartum Affective Disorders, Oxford University Press, New York, in preparation
- Dammann, G., Schiefenhövel, W. & Strobl, C. (1998) Post partum blues and depression - Culture bound syndromes in industrialized societies, Homo. Journal of Comparative Human Biology, 49(Suppl.), S17
- Dammann, G., Ackermann, E., Delius, M., Strobl, C., Stemple, B., Pastrana, T.X., Winkler, S., Dorfner, P. & Schiefenhövel, W. (2001c) The Munich evolution-psychological postpartum study: hypotheses, design, and first results, Archives of Womens Mental Health, 3(Suppl.2), 82
- Delius M. (2003) Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett – eine ungelöste Frage für die Biomedizin. In: A. Wolf & V. Hörbst (Hrsg.) Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche - lokale Antworten. (= Medizinkulturen im Vergleich, Bd. 19), LIT Verlag, Münster
- Förstl, H. & Dammann, G. (2001) (Review) Symposium Evolutionäre Psychiatrie: Die Stammesgeschichte auf der Couch, Neurotransmitter, 12(5), 72-4
- Strobl, C. (2003) Postpartale Dysphorie (Baby-Blues) und Wochenbettdepression. Eine katamnestische Untersuchung von 585 Müttern aus Kliniken in München und Starnberg, Medizinische Dissertation, Technische Universität München

Hypotheses

In our work we emphasize :that it is true pathology, not functionally working disorders, that must be dealt with in the organic arena. Thus, as opposed to the human development driven by human neolithic living conditions (Environment of Evolutionary Adaptedness), industrialized society has imposed such serious changes that the compensation capacity of the human physiology and psyche have been overwhelmed. This has expressed itself, among other ways, in the increase of PPDs in industrialized society. **Postpartum affective disorders are understood as pathological reactions to an increasing distance and alienation from traditional, human-ethologically proven forms of birth and the postpartum period ("culture-bound syndromes").**

Based on earlier studies we submit that traditional childbirth and postpartum setting is characterized by:

1. Generally immediate and mostly permanent body contact between mother and child (over 90% of the day), 2. Early and problem-free latching on and nursing of the child, 3. Protection from disturbances, e.g. the mother is given a protective room, albeit one that she may not leave (seclusion), 4. Support from an experienced woman who helps and advises the mother, 5. Mothers, particularly first-time mothers, are given gifts or are otherwise honored socially to emphasize their honor in the community, 6. Largely natural childbirth (i.e. freely chosen birthing positions, few medical interventions such as episiotomies or analgesic measures)

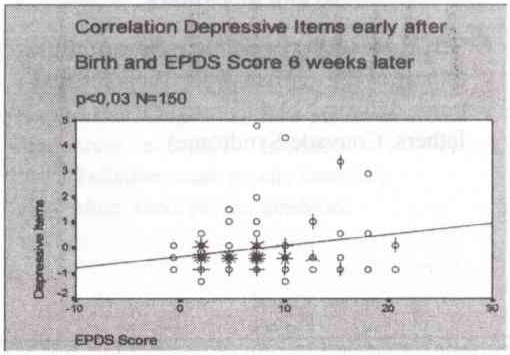
Methods

100 german and 50 turkish or kurdish women were recruited from 4 different hospitals in Munich and it's outskirts . Based on a catamnestic pilot study, we developed an extensive semistructured interview (40 min long) that included items about pregnancy, birthing, breastfeeding, complications, medical interventions, frequency of visitors, etc., in addition to sociodemographic questions. Graduate students interviewed the women in the clinic in the afternoon or early evening on the third, fourth or fifth day. The interview also included items from all relevant instruments measuring postpartum dysphoria. (Pitt, 1973; Stein, 1980; Kendell, 1984; Kennerley & Gath, 1989) Six weeks later, subjects were mailed a self-report questionnaire containing the following standardized instruments: EPDS (Cox 1986), BDI (Beck 1961), State-Trait-Anxiety Inventory (Spielberger 1970), an instrument for social support (SSQT/SSQS; Douglas 1996) as well as an instrument measuring partner problems ("Problem list", Hahlweg 1996) It contains also a part with questions about the situation at home with the baby.

Results I

- After we had asked many questions about the mother's feelings in an oral interview in the early postpartum period including all the items found to be important in literature, we carried out a factoranalysis of the data. We decided to use **6 factors** to classify the items, what appeared to be the minimal number to find useful distinctions of different groups of items. The analysis showed in the following are based on this distinction of items in factors
  Blues Items: Crying, Tearfulness, Mood lability, Feeling oversensible, Feeling overemotional, Feeling sad
  Depressive Items: Feeling unhappy, Not being positive about the future, Not feeling joyful, Not being attentive, Feeling less joy about the baby than expected
  Sleep Items: Cannot sleep well, Cannot find sleep, Feeling disturbed by walking up, Feeling dicouraged
  Irritability: Feeling Irritable, Cannot show feelings, Not having a good mood
  Anxiety: Feeling anxious, Helplessness, Cannot stop thinking, Feeling tense
  Tiredness: Forgetful,Tired
  We consider the Baby blues and PPD to be different entities. As reasons for this we see: the different items could be separated easily by factor analysis and we can see very different correlations for different questions. It is important to rethink if it is adequate to include "depressive" items for measuring the Blues. We cannot answer the question if the depression is specific for the postpartum period, but our data seem to show that more depressive mothers can be separated very early from mothers who do not show these feeling

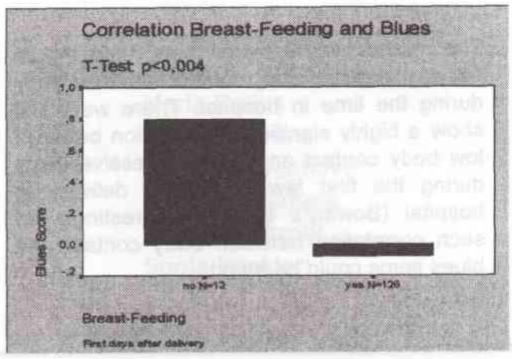
Results I



Results II

There could be shown a correlation between depression (EPDS) 6 weeks after birth and depressive items in the first few days after delivery in hospital. This correlation cannot be seen for the blues items early after delivery.

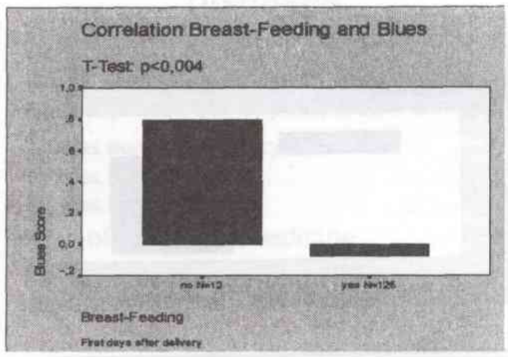
Results II



Results III-IV

There could be shown a correlation between depressive items and breast-feeding and a high correlation between the Items for Blues and for depressiveness worked out in our factor analysis and the breast-feeding. This is interesting, because these high correlations could only be seen for the fact if breast-feeding was done or not. If there were problems with breast-feeding or not did not make any statistical difference concerning the correlation with blues or depressive items.

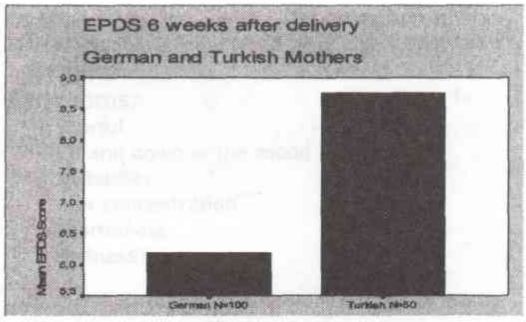
Results III



Results V

Although we used a validated version of the Beck Depression Inventary (BDI) there was a high difference in the mean scores between Turkish and German women. An equal difference can be seen in the EPDS mean scores. It is open to discussion where this transcultural difference comes from. It has to be asked if the style of answering and the openness to talk about feelings is a different one cross-culturally.

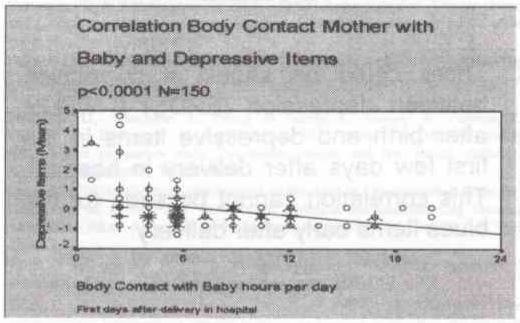
Results IV



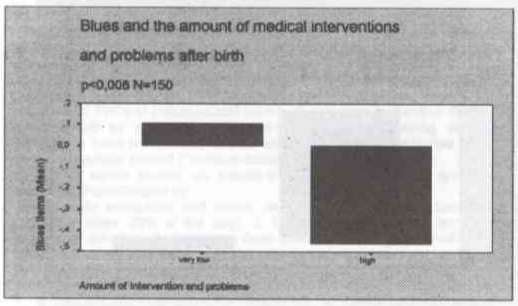
Results VI

The mothers were asked how many hours per day they had body contact with their baby during the time in hospital. There we could show a highly significant correlation between low body contact and high depressive items during the first few days after delivery in hospital (Bowlby's theory). Interestingly no such correlation between body contact and blues items could be found.

Results IV



Results V



Results VII

We separated two groups of mothers concerning the amount of medical interventions during birth and the disturbance in the first postpartum days. Group one had very low interventions, had no problems with breast-feeding and was not disturbed by the number of visitors they had in hospital. Group two scored higher in one of these "disturbance" items. We could show a significant difference between the two groups concerning the mean score of blues items but not in the mean score of depressive items.

The Munich Baby Blues Study Turkish and Kurdish Women in Germany

Maria Delius
Department for Obstetrics and Gynaecology – Großhadern
Ludwigs-Maximilian-University
Munich, Germany

Contributors

Eva Ackermann
Gerhard Dammann
Maria Delius
Tania Pastrana
Wulf Schiefenhövel
Barbara Stemple
Christian Strobl
Sonja Winkler

Psychiatric Disorders in the Postpartum – Historical Background

Hippocrates of Kos (460-375 BC)

First who described psychiatric morbidity in the postpartum period in his "Books on Epidemics".

Milk and blood migrating into the brain were the reasons thought to cause the illness.

Postpartum Mental illness: Caused by a Dysfunction of Secretion of milk and insufficient flow of blood.

Classification of the diseases

Esquirol, France 1838, Marcé, France 1858 classified the severe, psychotic cases (about 1% of postpartum women)

- Cases during pregnancy
- Cases early after birth
- Cases later after birth

Ideas of humoral medicine

The Baby Blues

First description of the phenomenon 1952, First studies 1962

Background:

Knowledge in Endocrinology since the beginning of the 20th century

Female hormones: peak of interest in the 1920ies and 1930ies

Psychological Endocrinology 1950ies

The Blues

Dysphoric mood 3d to 10th postpartum day, transitory, 30-80% of new mothers, no therapy

Symptoms:

- Tearful
- Up and down in the mood
- Irritability
- low concentration
- Fearfulness
- Sadness?

Endocrine Aetiology of the blues

It is thought that hormonal changes are the reason for the blues

It was never possible to prove any endocrine changes as a concrete reason for the blues, though many hormones were tested

Postpartum Depression

Broad Interest beginning in the middle of the 20th century

General assumption that the postpartum period is a vulnerable period for psychiatric morbidity

Child development in focus

Many studies from different research backgrounds testing various hypothesis

Models for the PPD

- Endocrine (atypical depression)
- Evolutionary psychological approaches
- Attachment theories (Bowlby 1969)
- Psychological and sociological approaches (social support, mother role)
- Psychiatric approaches (pragmatic, Development of Screening Instruments like EPDS)
- Feminist approaches (critics on medicalisation)
- Anthropological approaches

Open questions

How are blues and depression connected?

Are Blues and PPD to ends of the same illness or do we find two different disease entities?

Are depressive Symptoms part of the Blues?

Is the PPD a specific entity and how is it linked to birth?

Postpartum Depression?

- Pitt 1968: depressive Symptoms more frequent in pregnancy than in postpartum
- New studies: Depression in 10 % of all women of childbearing age.

Anthropological Approaches

Affective Disorders of the postpartum are not found in every culture.

Rituals of transition, rules and taboos regulate behaviour in the postpartum period.

Pregnancy, birth and the postpartum are seen as a complex

Social context is always important

Postpartum Rituals

- Rituals and Taboos structuring postpartum period
- often 40 days
- Mother has to stay at home, stays with the baby
- Dietary and behavioural restrictions
- Mother has support and does not do daily duties

Traditional postpartum period in Turkey

Stay at home the first 40 days or do not go out in darkness

Mother and baby should not be left alone

Usually female relatives care for the mother

No contact with women who are bleeding

Traditions are not religious, maybe interpreted through religion sometimes

albasti

Illness in the postpartum period in some parts of Turkey.

Caused by a female spiritual being, who is coming to mother and child when they are left alone. The spiritual being is sitting on the woman, making her breathe hardly and feeling anxious.

Episodes described by the women like a bad dream.

Sometimes other djinns are mentioned

Women use clothes of the father, sometimes a little Koran to beware of the spirits

Turkish Migrants in Germany

Migration from Turkey to Germany since the 1950ies for work

Migration from rural areas via Istanbul or Ankara to Germany

Low educational levels

Largest minority in Germany, about 4% in Germany, more in the big cities and certain areas

Now first, second and third generation

Religion: Islam

The Munich Postpartum Study

Interviews with women 3-5 days after birth in 5 Munich hospitals

Women after vaginal delivery, after Caesarean Section, after home-birth, Migrants

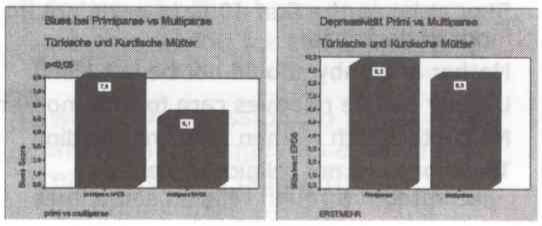
Interviews: medical data (pregnancy, birth, medical history), socio-demographic data, visitors, body-contact with baby, Blues-Instruments

Written questionnaire after 6 weeks: situation at home , Depression-Instruments (EPDS, BDI), State-Trait-Anxiety Inventory, Social Support Questionnaire, Instrument measuring partner problems

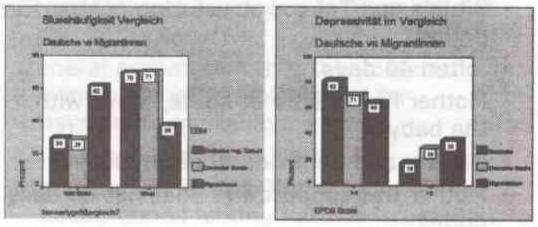
Measuring the Blues

- Instrument from Kennerly and Gath
- Symptom groups through factor-analysis:
  - Primary Blues
  - Depressive Symptoms

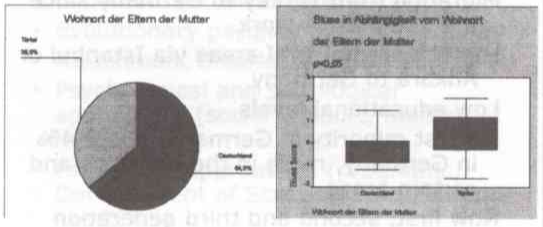
Primiparae vs Multiparae Blues and Depression



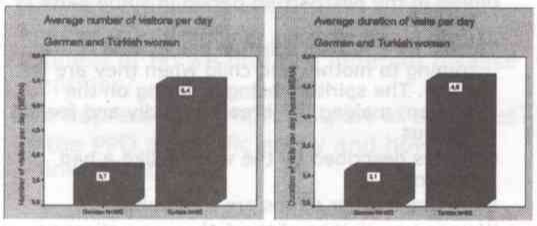
Blues and Depression Intercultural comparison



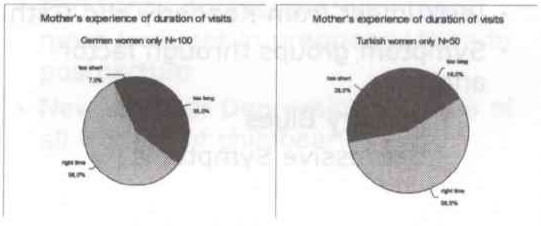
Place of living of grandparents



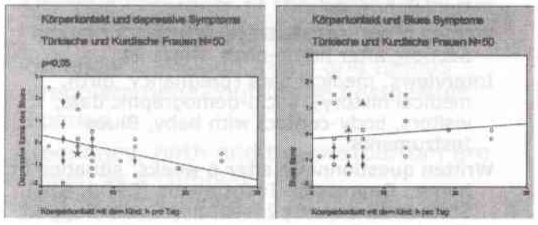
Visitors



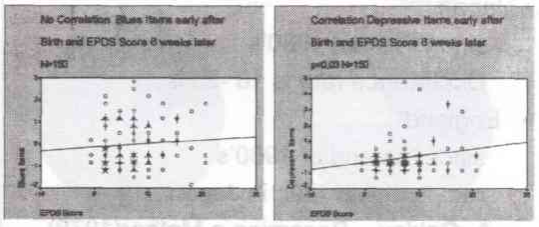
Visitors



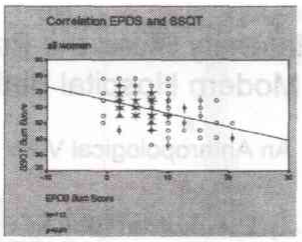
Body-Contact Turkish and Kurdish Women



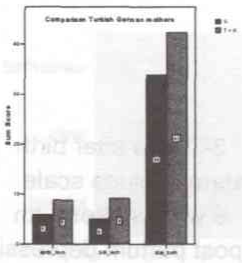
Early Blues and Depressive Items and PPD after 6 weeks



Depression and social support



Depression Scores for German and Turkish/Kurdish mothers



Signifikant Differences for all Instruments between the groups of women

Comparison Migrants and German mothers

In the standard questionnaires most items very significantly different for the two groups of women.

Is it then possible to compare the results?

Conclusion

- Anthropological and historical lens to question our own (biomedical concepts).
- Intercultural comparisons in medicine must be carefully done, because there may underlie very different concepts.
- A sensitive view in clinical work with migrants is very important to recognise specific problems.

Are Maternity Blues the Product of Modern Hospital Birth?

An Anthropological View

EtsukoMatsuoka

Maternity blues

- Japan
  since the mid 1980's
  Occurrence rate is 10 -25%
- England
  since the end of 1960's
  rate is higher than in Japan
  A. Oakley Becoming a Mother(1979)

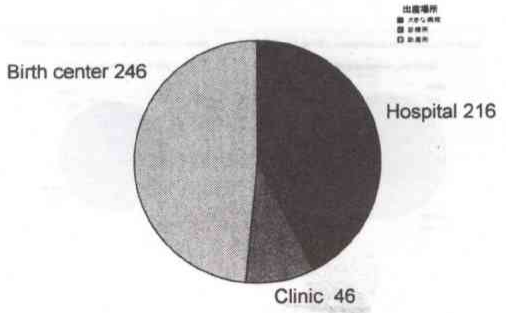
Java, Indonesia

- Birth happens at home delivered by dukun bayi
- Birth is a communal activity
- 153 women responded to the questionnaire
- Nobody ever heard of maternity blues

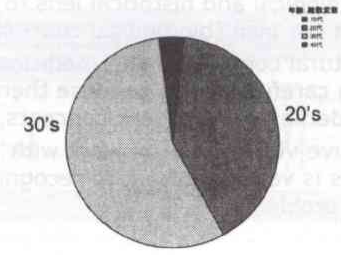
Maternity blues study in Japan

- 508 women
  hospital 216
  clinic 46
  birth center 246
  1st questionnaire 3-7days after birth
  Stein's maternity blues scale
  2nd questionnaire 6 weeks after birth
  EPDS for post partum depression
  STAI

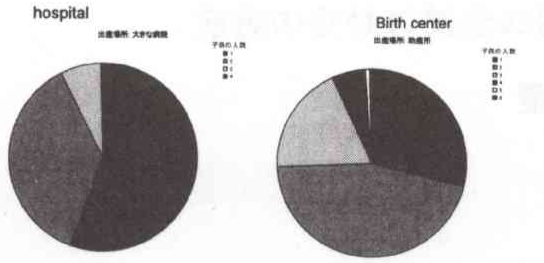
Place of Delivery



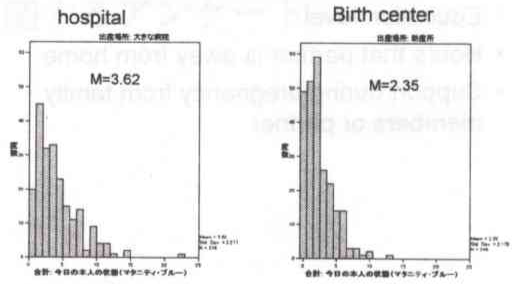
Age of Women

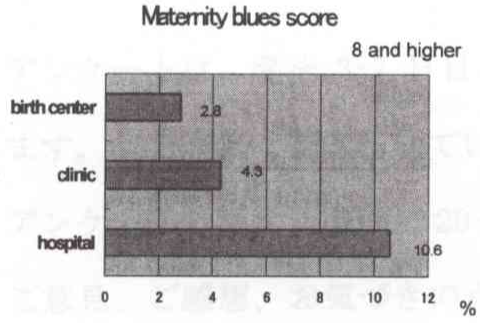


Parity



Maternity blues score





Rate of Cesarean section

- Hospital 20%
- Clinic 2.2%

- Maternity blues score 8 and larger than 8
  Women with CS 4.57
  Women with normal birth 2.68
  ($p<0.001$)

Maternity blues score

Episiotomy No 2.24 < Yes 3.06 ***
Pain or discomfort in the body No 1.73<Yes3.18***
First child No 2.31< Yes 3.48***
Baby on the belly 2.58 < observation 3.71**
Breast milk only 2.49< mixed feeding 3.41***
Doctor's presence No 2.43 < Yes 3.32***
Midwife's presence No4.26< Yes 2.77 *
Trouble during pregnancy No 2.35 < Yes 3.25***

Effect of Work on maternity blues and postnatal depression

- Work during pregnancy and maternity blues score were not significantly corelated.

- Those with work during pregnancy tended to have higher EPDS score after 6 weeks.
  Working 4.29 > not working 3.53
  ($p<0.1$)

Factors with no effect on maternity blues score

- Education level
- Hours that partner is away from home
- Support during pregnancy from family members or partner

付録-1

妊娠・出産を取りまく状況と
産後の女性の気分の変化に関するアンケート
第１回

入院中にご協力いただき、ありがとうございます。
　このアンケートは、妊娠・出産をとりまく状況と、産後の女性の気分の変化の関係を、日本、インドネシア、ドイツで比較しようとするものです。みなさまからいただいたご意見をもとに、よりよい出産前後の環境を考えていきたいと思っています。

★ アンケートは、産後 3-7 日目と産後６週目以降の２回にわたってお願いします。（２回目は郵送させていただきます）

★ アンケートに要する時間は 20-30 分です。

★ ご意見、ご感想、お気づきの点がありましたら、下記にご連絡下さい。

連絡先

松岡悦子　　matsuoka@asahikawa-med.ac.jp

Tel. 0166-68-2717,　Fax. 0166-68-2781

旭川医科大学　社会学

文部省科学研究費基盤研究（C）
「リプロダクションと育児を成り立たせる社会・文化的文脈をめぐる研究」　平成１４年度～１６年度

産後3-7日についての質問票

記入日　　年　月　日

出産について：出産場所　大きな病院　診療所　助産所　自宅

1．分娩は何時間くらい続きましたか？　＿＿＿時間＿＿＿分
g_1_b　（出産時刻）　月　日　時　分

2．入院したのはいつですか？
g_2_a　到着日時　年　月　日　時

3．病院（助産所）ではどんな処置が行なわれましたか？

g_3_a	浣腸	0= いいえ	1= はい
g_3_b	てい毛	0= いいえ	1= はい
g_3_c	人工的に破水させる	0= いいえ	1= はい
g_3_d	分娩監視装置	0= いいえ	1= はい
g_3_e	陣痛促進剤	0= いいえ	1= はい
g_3_f	超音波診断装置	0= いいえ	1= はい
g_3_g	麻酔や鎮痛剤の使用	0= いいえ	1= はい
g_3_h	クリステレル（お腹を上から押す）	0= いいえ	1= はい
g_3_i	陣痛誘発	0= いいえ	1= はい
g_3_j	内診	0= いいえ	1= はい
g_3_k	分娩台に足を固定する	0= いいえ	1= はい

4．予想していた痛みに比べて、現実の痛みはどのように感じられましたか？　g_4
ずっと痛かった　1　2　3　4　5　ずっとましだった

5．出産は自然に進みましたか、それとも手術が必要でしたか？　g_5
1= 自然に　2= 吸引分娩　3= 鉗子　4= 帝王切開　5= その他　＿＿＿＿＿＿

6．その処置について予想していましたか？　g_6
1= 予定されていたこと
2= 予期していた
3= 予期していなかったが、覚悟はしていた
4= まったく予想外であった

7．その処置について聞かされたときの、あなたの反応はどうでしたか？　g_7
とても不安だった　1　2　3　4　5　とても気が楽になった

8．どのような姿勢で分娩しましたか？
1= 仰向けで　2= 上半身を少し起こして　3= 分娩椅子で　4= 四つん這い、しゃがんで
5= ○ その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

9．会陰切開は行なわれましたか？　会陰裂傷になりましたか？　g_9
1= いいえ　2= 切開した　3= 裂傷になった　4．切開されないが以前の切開痕が裂傷

10. 分娩時間をどのように感じましたか？　g_10
とても長く感じた　1　2　3　4　5　とても短く感じた

11. 分娩中にそばにいたのは誰でしたか？　g_11
a 医師　b 助産師　c 看護師　d 夫　e その他：　＿＿＿＿＿＿

12. その付き添いについて、どのように感じましたか？

g_12_a	医師	不快だった	1	2	3	4	5	よかった
g_12_b	助産師	不快だった	1	2	3	4	5	よかった
g_12_c	看護師	不快だった	1	2	3	4	5	よかった
g_12_d	夫	不快だった	1	2	3	4	5	よかった
g_12_e	その他	不快だった	1	2	3	4	5	よかった

13. 出産について

a. あなたが期待した通りでしたか？

ずっと悪かった 1 2 3 4 5 ずっと良かった

b. 受けた処置やケアに関して、あなたの考えが聞いてもらえたと思いますか

自分の意見は尊重された 1 2 3 4 5 自分の意見は尊重されなかった

14. 体にどこか不快なところや痛みを感じるところがありますか。 g_14

1= ない
2= 会陰切開（裂傷）後の痛み
3= 帝王切開後の痛み
4= 睡眠
5= 排泄
6= 腰痛
7= 乳房
8= 頭痛
9= 食欲
10= その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人的データについて：

14. あなたは何歳ですか？ ＿＿＿＿歳 p_14

15. a．配偶者の有無についてうかがいます： p_15

1= 独身 2= 既婚者 3= 離婚／別居生活中 4= 事実婚

b. パートナーがおられる方は、パートナーが仕事で家を離れている時間はどれぐらいですか。家を出てから帰宅するまでの時間をお答え下さい。

1．10時間未満 2．10～13時間未満 3．13～15時間未満 4．15時間以上
5. 自営、自由業 6．その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

16. お子さんは何人いますか？ （この出産を含めて）＿＿＿＿人 男 女 p_16

p_16_1_a （第一子の年齢）＿＿＿＿ p_16_1_g （第一子の性別）＿＿＿＿
p_16_2_a （第二子の年齢）＿＿＿＿ p_16_2_g （第二子の性別）＿＿＿＿
p_16_3_a （第三子の年齢）＿＿＿＿ p_16_3_g （第三子の性別）＿＿＿＿

17. あなたの両親はどこに住んでいますか？ p_17_

a. 1= 同じ家に 2= 同じ市町村内に 3= 100ｋｍ以内に 4．100km以上離れて

b. どのくらいの頻度で連絡を取っていますか？ p_18_

1= 毎日 2= 毎週 3= 月に1-2回 4= ほとんどない

18. 第１子の出産の方はこれまでに１才以下の赤ちゃんを抱いたり、世話したことがありますか。

1. ない 2．仕事上ある（保育士など） 3．何度かある

19. 差し支えなければ、最終学歴を聞かせてください p_19

1= 中学 2= 高校 3= 専門学校 4= 短大・高専 5= 大学 6= 大学院 7= その他

20. 子育てする上で、あなたのお住まいはどうですか？ p_20

a. とても悪い 1 2 3 4 5 とても良い b. 集合住宅 一戸建て

産後の気分

21. 今日のあなたの状態について当てはまるものに○をつけてください。 (G. Stein, 1980)

a. 0 気分はふさいでいない。
1 少し気分がふさぐ
2 気分がふさぐ
3 非常に気分がふさぐ

b. 0 泣きたいとは思わない
1 泣きたい気分になるが、実際には泣かない
2 少し泣けてきた
3 数分間泣けてしまった
4 半時間以上泣けてしまった

c. 0 不安や心配事はない
1 ときどき不安になる
2 かなり不安で心配になる
3 不安でじっとしていられない

d. 0 リラックスしている
1 少し緊張している
2 非常に緊張している

e. 0 落ち着いている
1 少し落ち着きがない
2 非常に落ち着かず、どうしていいのかわからない

f. 0 疲れていない
1 少し元気がない
2 一日中疲れている

g. 0 昨晩は夢を見なかった
1 昨晩は夢を見た
2 昨晩は夢で目覚めた

h. 0 普段と同じように食欲がある
1 普段に比べてやや食欲がない
2 食欲がない
3 一日中全く食欲がない

i.	頭痛がする	はい	いいえ
j.	イライラする	はい	いいえ
k.	集中しにくい	はい	いいえ
l.	物忘れしやすい	はい	いいえ
m.	どうしていいのかわからない	はい	いいえ

スキンシップ

22. お子さんは生まれた直後にどんなケアを受けましたか？ kk_22
1= 母親のお腹の上に置かれた 2= 観察、処置 3= 母親とは別のところで検査
4= 沐浴 5= その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

23. お子さんとの最初のスキンシップはいつでしたか？ kk_23
1= ○ 出産後すぐに
2= ○ 短い検査の後（約５～10分）
3= ○ 10分以上、１時間以下（＿＿分）の検査の後、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ため
4= ○ １時間以上の検査の後、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ため
5= ○ その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

24. スキンシップの時間はどのくらいでしたか？
1= 短い（５分）2= 約30分 3= 30分～１時間 4= １～２時間 5= ２時間以上

25. あなたは、お子さんとのスキンシップに満足しましたか？ kk_25
十分だった 1 2 3 4 5 足りなかった

26. 初めてお子さんを見たときに、どんな気持ちがしましたか。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

子供

27a. 男の子と女の子のどちらを望んでいましたか？ ki_27_a
1= 女の子 2= 男の子 3= どちらでもよかった

28b. 今、子供の性別のことでがっかりしていますか？ ki_28_b
0= ○ いいえ 1= ○ はい

29a. あなたの配偶者はどちらを望んでいましたか？ ki_29_a
1= 女の子 2= 男の子 3= どちらでもよかった

30b. あなたの配偶者は、今、子供の性別のことでがっかりしていますか？ ki_30_b
0= ○ いいえ 1= ○ はい

31. 生まれる前から子供の性別が分かっていましたか？ ki_31
0= いいえ 1= はい

32. お子さんが元気かどうか、気になりますか？ ki_32
気にならない 1 2 3 4 5 とても気になる

33. お子さんが泣いたときには、どのように感じますか？ ki_33
1= 落ち着かない 2= イライラする 3= 泣かれても気にならない 4= 心配だ
5= どうしていいかわからない 6= ストレスを感じる 7= かわいい、いとしい
8= その他

妊娠の状況

34a. 妊娠は計画したものでしたか？ s_34_a
0= ○ いいえ 1= ○ はい

35a. いいえと答えた方は、妊娠して嬉しかったですか？ s_35_a
うれしくなかった 1 2 3 4 5 うれしかった

b. パートナーは、あなたの妊娠を喜びましたか
喜ばなかった 1 2 3 4 5 喜んだ

36a. その妊娠は、長いあいだ待ち望んだものでしたか？ s_36_a
0= ○ いいえ
1= ○ はい、 何ヶ月ほど _____ヶ月 _____年間

37. 妊娠の経過はどうでしたか？
s_37_a ○ 問題なかった
s_37_b ○ 身体上の問題があった：_____
1 出血 2 腰痛 3 吐き気 4 頻尿 5 むくみ
6 流早産 7 体重増加 8 中毒症
9 その他_____
s_37_c ○ 精神的なことで _____

38. 定期的に妊婦健診を受けましたか？ s_38
0= ○ いいえ 1= ○ はい

39. 出産準備クラスなどに参加しましたか？　s_39
　　0= いいえ　　1= はい、配偶者と一緒に　　2= はい、配偶者は同席せずに

40. 妊娠中、充分にサポートしてもらったと感じましたか？
　　○ 家族に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　　s_40_a_1　　a) 実際的に：　いいえ 1　2　3　4　5 とても
　　s_40_a_2　　b) 精神面で：　いいえ 1　2　3　4　5 とても
　　○ 配偶者に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　　s_40_a_1　　a) 実際的に：　いいえ 1　2　3　4　5 とても
　　s_40_a_2　　b) 精神面で：　いいえ 1　2　3　4　5 とても

41. 妊娠中に仕事をしていましたか？　s_41
　　0= ○ いいえ
　　1= ○ はい
　　s_41_a　　職業ですか？：　0= いいえ ／ 1= はい
　　s_41_a_1　（どんな職業ですか）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　　s_41_a_2　週に何時間：＿＿＿時間／週
　　s_41_a_3　妊娠何週間目まで働きましたか？＿＿＿＿＿＿
　　s_41_a_4　仕事は大きな負担でしたか？　いいえ 1　2　3　4　5 負担だった
　　s_41_a_5　仕事に戻るつもりですか　　0=　いいえ　　1=　はい

42. 妊娠中の身体の変化をどのように感じましたか？　s_42
　　とても不快だった 1　2　3　4　5　とても心地よかった

産褥

43. お見舞いに来たのはどなたですか？
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

44. そうしたお見舞いについて、どう感じましたか？
　　w_77_a　　人数が多すぎる 1　2　3　4　5　人数が少なすぎる
　　w_77_b　　時間が長すぎる 1　2　3　4　5　時間が短すぎる

子供の世話

45. お子さんに授乳していますか？　w_45
　　0=　いいえ　　1= 母乳のみ　2= ミルクとの混合　3=　ミルクのみ　4=　その他

46. 授乳について困っていることがありますか？　w_46
　　0= いいえ　　1= はい　　それは＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

47. お子さんはどのように寝ていますか？　　W_47
　　1= 同じふとんで　2= 同じ部屋で　3= 別の部屋で　4= 日中は同じ部屋で／夜間は別室で

48. 一日に平均してどのくらいお子さんといっしょにいますか？　w_48 ＿＿＿時間
　　それはどんなときですか？
　　1= ○ 授乳するときだけに　　3= ○ 子供が泣くとき
　　2= ○ したいときはいつでも　　4= ○ 子供が目覚めているときだけ
　　5= ○ その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

49. 一緒にいる時間はもっと多い方がいいですか、それとも少ない方がいいですか？　w_49
もっと多く 1　2　3　4　5　もっと少ない方がいい

50. 退院後のことを考えると、どうですか？　w_50
とても心配だ　1　2　3　4　5　うまくいくと思っている

51. 退院後だれか手伝ってくれますか？
a　助産師　b お手伝いさん　c 実母（義理の母）　d 配偶者　e　その他＿＿＿＿
どのくらいの期間？＿＿週間

52. 退院後のことで心配なことがありますか？　w_52
0= ○ いいえ　1= ○ はい＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

53. お子さんは自宅のどこで寝ることになりますか？　w_53
1= 子供部屋で　2= 両親の部屋にある子供ベッドで　3= 両親といっしょの布団で
4= その他の場所で：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

54. あなたの生活の中で、これからどんな変化があると思いますか？　w_54

55. 妊娠、出産を振り返ってみてどうでしたか。感想を聞かせてください。

ご協力くださり、ありがとうございました。

２回目のアンケートを６週間後に送らせていただきたいので、宛先とお名前を教えていただけますでしょうか。この住所とお名前は、アンケートの郵送と内容の確認のためだけに使わせていただきます。

・（宛て先）
〒
住所　　市

お名前　　様

お電話

付録-2

出産後の気分の変化にかんするアンケート調査

２回目

入院中に第１回目のアンケートをさせていただきましたが、産後６週間がたち、
２回目のアンケートを郵送させていただきます。
育児でお忙しい中、お時間を取っていただくことに感謝いたします。

アンケートは、２週間以内にご記入の上、同封の封筒にてご返送下さい。
ご不明な点、ご質問がございましたら、下記までご連絡ください。

連絡先
078-8510
旭川市緑が丘東２条１丁目　旭川医科大学 社会学
松岡 悦子
Tel. 0166-68-2717　Fax. 0166-68-2781
matsuoka@asahikawa-med.ac.jp

出産後６週目以降のアンケート

No.

記入日　　年　　月　　日

1．前回面接させていただいて以降、気分に変化がありましたか？

○ いいえ

○ はい　　気分はいつ頃変わりましたか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

どのように変わったのか簡単に説明して下さい：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2．あなたは全部で何日間、病院（助産院）に滞在なさいましたか？　＿＿＿日

3．あなたのお子さんは全部で何日間、病院（助産院）に滞在なさいましたか？＿＿＿日

4．前回、話を聞かせていただいたあとの数日間、あなたはよく泣きましたか？

まったく泣かなかった　1　2　3　4　5　よく泣いた

5．あなたは家でお子さんと二人だけのとき、負担に感じますか？

まったく感じない　1　2　3　4　5　非常に負担に感じる

6．あなたは家にいるときに、孤独に感じますか？

まったく感じない　1　2　3　4　5　非常に孤独に感じる

7．あなたはこれまで、誰かに手伝ってもらいましたか？

どのくらいの期間、手伝ってもらいましたか？

配偶者：a　家事　　b　子供の世話　　c　精神的な支え　＿＿週間

実母：　a　家事　　b　子供の世話　　c　精神的な支え　＿＿週間

友人：　a　家事　　b　子供の世話　　c　精神的な支え　＿＿週間

その他：　どなたですか？＿＿＿＿＿＿　＿＿＿週間

8．手伝ってくれることに関して、どう思いますか。

煩わしい　1　2　3　4　5　とても助かる

9. 最近のあなたの夫婦関係はうまくいっていますか？

気まずい　1　2　3　4　5　うまくいっている

10. 出産後から現在までの間に夫婦関係に変化がありましたか？

○いっそう気まずくなった　○いっそう仲良くなった　○変化なし

どんな点で良くなりましたか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

どんな点で悪くなりましたか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

11. あなたは1日に、だいたいどのくらいお子さんとスキンシップしますか？

○授乳／哺乳瓶　＿＿＿時間／日

○おしゃべり／子供をあやす　＿＿＿時間／日

○抱っこして歩き回る　＿＿＿時間／日

○自分と一緒のベッドで寝る　＿＿＿時間／日

○その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿時間／日

14. あなたはもっとスキンシップしたいと思いますか？

○いいえ　○もうすこし多くてもいい　○もっとずっとたくさんしたい

15. あなたのお子さんはどこで眠りますか？（例えば子供部屋、夫婦の寝室、夫婦のふとん）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

16. あなたは母乳をやっていますか？

○はい　17. 授乳に関して問題がありますか？　○いいえ　○はい

どんな問題ですか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○いいえ　18. あなたは以前は授乳していましたか？　○いいえ　○はい

どのくらいの期間？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

授乳を止めた理由は何ですか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

19. あなたは上手にお子さんをあやしていると思いますか？

全然うまくない　1　2　3　4　5　とてもうまい

20. お子さんについて何か気になることがありますか？

a 子供が夜に寝ない　b 子供がよく泣く　c お乳（ミルク）をあまり飲まない

d 子供があなたに反応しない　e その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

21.お子さんが泣くと、どんなふうに感じますか？

どうしていいかわからなくなる　1　2　3　4　5　しっかり対処できる

22. お子さんと離れているとき、どのように感じますか？

心配で気になる　1　2　3　4　5　解放された気分になる

23. 上のお子さんをお持ちの場合、そのお子さんのことで気になることがありますか？

○ 今回が第一子

○ 気になることがある 1 2 3 4 5 まったく問題はない

24. あなたの生理はもう再開しましたか？ ○いいえ ○はい

25. 今回のお産から現在までをふりかえって、当てはまるところに○をしてください。

	全然そう思わない				とてもそう思う
A 出産の際に、自分の身体は大切に扱われたと思う	1	2	3	4	5
B 自分の力で出産したという充実感をもてた	1	2	3	4	5
C スタッフの態度やことばに傷つくことがあった	1	2	3	4	5
D 出産の時に何をされているかわからなくて不安に思うことがあった	1	2	3	4	5
E 私の希望に沿った出産になるように、スタッフが努力してくれた	1	2	3	4	5
F 赤ちゃんの扱い方について、産後に十分な説明をしてもらった	1	2	3	4	5
G 赤ちゃんとうまくやっていける自信をもてた	1	2	3	4	5
H 今も、身体に不快なところや痛いところがある	1	2	3	4	5
I 出産に際して、家族や医療スタッフからさまざまの援助を受けたと思う	1	2	3	4	5
J 母親になって（であることに）、とても満足している	1	2	3	4	5

２６．あなたはこれから働く予定がありますか。

○ はい a いつから働き始める予定ですか あと＿＿日後 ＿＿週間後 ＿＿年後

b 働き始める時期に満足していますか ○はい ○早すぎる ○遅すぎる

c 働くのは楽しみですか ○ はい ○ いいえ

d 経済的理由で働かねばならないですか ○ はい ○ いいえ

○ いいえ a 可能ならば、働きたいですか。 ○ はい ○ いいえ

２７．あなたは、お祝いのことばや贈り物を受け取りましたか。

予想よりずっと少ない 1 2 3 4 5 予想よりずっと多い

その他、出産や産後の状況について、ご意見、ご感想を何でもお書き下さい。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご出産から今までの間にどのようにお感じになったかをお知らせください。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じられたことに最も近い答えに○を付けてください。必ず10項目に答えてください。

1．笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。
(0) いつもと同様にできた
(1) あまりできなかった
(2) 明らかにできなかった
(3) 全くできなかった

2．物事を楽しみにして待った。
(0) いつもと同様にできた
(1) あまりできなかった
(2) 明らかにできなかった
(3) ほとんどできなかった

3．物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。
(3) はい、たいていそうだった
(2) はい、時々そうだった
(1) いいえ、あまり度々ではない
(0) いいえ、そうではなかった

4．はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。
(0) いいえ、そうではなかった
(1) ほとんどそうではなかった
(2) はい、時々あった
(3) はい、しょっちゅうあった

5．はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。
(3) はい、しょっちゅうあった
(2) はい、時々あった
(1) いいえ、めったになかった
(0) いいえ、全くなかった

6．することがたくさんあって大変だった
(3)はい、たいてい対処できなかった
(2)はい、いつものようにはうまく対処しなかった
(1)いいえ、たいていうまく対処した
(0)いいえ、普段通りに対処した

7．不幸せなので、眠りにくかった。
(3) はい、ほとんどいつもそうだった
(2) はい、ときどきそうだった
(1) いいえ、あまり度々ではなかった
(0) いいえ、全くなかった

8．悲しくなったり、惨めになった。
(3) はい、たいていそうだった
(2) はい、かなりしばしばそうだった
(1) いいえ、あまり度々ではなかった
(0) いいえ、全くそうではなかった

9．不幸せなので、泣けてきた。
(3) はい、たいていそうだった
(2) はい、かなりしばしばそうだった
(1) ほんの時々あった
(0) いいえ、全くそうではなかった

10．自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。
(3) はい、かなりしばしばそうだった
(2) 時々そうだった．
(1) めったになかった
(0) 全くなかった

下に文章がならんでいますから、読んで、今度はあなたのふだんの気持ちを表すように、右の数字に○をつけてください。あまり考え込まないで、ふだん感じているとおりにつけてください。

	ほとんどない	ときたま	しばしば	しょっちゅう
気分がよい	1	2	3	4
疲れやすい	1	2	3	4
泣きたい気持ちになる	1	2	3	4
他の人のように幸せだったらと思う	1	2	3	4
すぐに心が決まらずチャンスを失い易い	1	2	3	4
心が休まっている	1	2	3	4
落ち着いて、冷静で、あわてない	1	2	3	4
問題が後から後からでてきて、どうしようもないと感じる	1	2	3	4
つまらないことを心配しすぎる	1	2	3	4
幸せな気持ちになる	1	2	3	4
物事を難しく考えてしまう	1	2	3	4
自信がないと感ずる	1	2	3	4
安心している	1	2	3	4
危険や困難を避けて通ろうとする	1	2	3	4
憂うつになる	1	2	3	4
満ち足りた気分になる	1	2	3	4
つまらないことで頭が一杯になり、悩まされる	1	2	3	4
何かで失敗するとひどくがっかりして、そのことが頭を離れない	1	2	3	4
あせらず、物事を着実に運ぶ	1	2	3	4
その時気になっていることを考え出すと、緊張したり、動揺したりする	1	2	3	4

ご協力、大変ありがとうございました。このアンケートについてのご質問や、ご意見がありましたら、何でもけっこうですので、下記にお願いいたします。

078-8510 旭川市緑が丘東２条１丁目　　旭川医科大学　社会学　　松岡悦子
matsuoka@asahikawa-med.ac.jp　Tel. 0166-68-2717　Fax. 0166-68-2781

付録-3

Angket Mengenai Perubahan Perasaan Pada Wanita Pasca Bersalin dan Keadaannya Pada Masa Kehamilan dan Persalinan

Pertama

Pertama-tama saya mengucapkan terima kasih atas kerjasama yang Ibu berikan walaupun Ibu sedang dirawat di rumah sakit.

Angket ini adalah sebuah studi mengenai perubahan perasaan pada wanita pasca bersalin dan keadaannya pada masa kehamilan dan persalinan yang akan digunakan sebagai bahan untuk studi banding antara Jepang, Indonesia dan Jerman. Pendapat dari Ibu-ibu semua akan digunakan sebagai bahan pertimbangan guna menciptakan suatu lingkungan yang lebih baik pasca persalinan.

★ Angket ini dilaksanakan dalam dua tahap yaitu pada 3-7 hari setelah persalinan dan enam minggu setelah persalinan. (Angket kedua akan dikirimkan melalui pos)

★ Pelaksanaan angket ini akan memakan waktu 20-30 menit

★ Apabila ada pendapat, saran, kesan dan hal lain yang ingin disampaikan, dimohon menghubungi alamat di bawah ini

Drs. Sophia
Mlalayang I / Dsn. 6,
RT 034, Manado

MATSUOKA Etsuko
Department of Sociology
Asahikawa Medical College
Midorigaoka-Higashi-2-2-1-1
Phone: +81-166-68-2717
Fax: +81-166-68-2781
E-mail: matsuoka@asahikawa-med.ac.jp

Angket Mengenai Perubahan Perasaan Pada Wanita Pasca Bersalin dan Keadaannya Pada Masa Kehamilan dan Persalinan

Pertama

Pertama-tama saya mengucapkan terima kasih atas kerjasama yang Ibu berikan walaupun Ibu sedang dirawat di rumah sakit.

Angket ini adalah sebuah studi mengenai perubahan perasaan pada wanita pasca bersalin dan keadaannya pada masa kehamilan dan persalinan yang akan digunakan sebagai bahan untuk studi banding antara Jepang, Indonesia dan Jerman. Pendapat dari Ibu-ibu semua akan digunakan sebagai bahan pertimbangan guna menciptakan suatu lingkungan yang lebih baik pasca persalinan.

★ Angket ini dilaksanakan dalam dua tahap yaitu pada 3-7 hari setelah persalinan dan enam minggu setelah persalinan. (Angket kedua akan dikirimkan melalui pos)

★ Pelaksanaan angket ini akan memakan waktu 20-30 menit

★ Apabila ada pendapat, saran, kesan dan hal lain yang ingin disampaikan, dimohon menghubungi alamat di bawah ini

Mubarika Nugraheni
E-mail: mubarikadfn@yahoo.com

MATSUOKA Etsuko
Department of Sociology
Asahikawa Medical College
Midorigaoka-Higashi-2-2-1-1
Phone: +81-166-68-2717
Fax: +81-166-68-2781
E-mail: matsuoka@asahikawa-med.ac.jp

Daftar Pertanyaan Mengenai 3-7 Hari Setelah Melahirkan

No. _____

Tanggal Pengisian, Tahun_____ Bulan___ Tanggal___

Tempat persalinan: _____

1. Lamanya persalinan _____Jam _____Menit
   g.1.b Tanggal persalinan Bulan____ Tanggal____ Jam___:___

2. Kapan Ibu masuk rumah sakit/ rumah bersalin/ klinik bidan/ puskesmas?
   g.2.a Tahun_____ Bulan___ Tanggal___ Jam___:___

3. Perawatan apa saja yang diberikan oleh rumah sakit/ rumah bersalin?

g.3.a	Pengosongan usus besar	0= Ya	1= Tidak
g.3.b	Mencukur bulu pubis	0= Ya	1= Tidak
g.3.c	Pemecahan ketuban	0= Ya	1= Tidak
g.3.d	Pemasangan alat pantau kelahiran	0= Ya	1= Tidak
g.3.e	Diberi obat untuk mempercepat kontraksi	0= Ya	1= Tidak
g.3.f	Pemeriksaan USG	0= Ya	1= Tidak
g.3.g	Penggunaan obat bius, Obat penahan rasa sakit	0= Ya	1= Tidak
g.3.h	Penekanan perut dari atas	0= Ya	1= Tidak
g.3.i	Diberi obat penimbul/ perangsang kontraksi	0= Ya	1= Tidak
g.3.j	Pemeriksaan jalan lahir	0= Ya	1= Tidak
g.3.k	Kaki digantungkan pada gantungan yang ada di ranjang untuk bersalin 0= Ya 1= Tidak		

4. Bagaimanakah rasa sakit yang dialami pada saat melahirkan dibandingkan dengan rasa sakit yang dibayangkan sebelum persalinan? g.4
   Sakit sekali 1 2 3 4 5 Tidak terlalu sakit

5. Apakah Ibu melahirkan dengan normal atau diperlukan operasi? g.5
   1= Normal 2= Vaccum 3= forcep (penjepitan pada anak)
   4= Operasi caesar 5= Lain-lain_____

6. Apakah proses persalinan yang Ibu alami tersebut sudah dapat diperkirakan? g.6
   1= Sudah direncanakan sebelumnya
   2= Sudah diharapkan
   3= Tidak diharapkan tetapi sudah siap secara mental
   4= Sama sekali diluar perkiraan

7. Bagaimana perasaan Ibu sewaktu mendengar pemberitahuan dokter mengenai proses persalinan seperti apa yang harus Ibu alami? g.7
   Sangat cemas 1 2 3 4 5 Sangat lega

8. Bagaimana posisi Ibu pada waktu melahirkan? g.8
   1= Terlentang 2= Setengah duduk 3= Duduk di kursi bersalin
   4= Posisi seperti merangkak, atau berjongkok
   5= Lain-lain _____

9. Apakah diadakan pengguntingan perineum? Apakah terjadi robekan pada perineum? g.9
   1= Tidak 2= Digunting 3= Terjadi robekan
   4= Tidak digunting tetapi bekas yang digunting pada persalinan sebelumnya robek kembali

10. Bagaimanakah perasaan Ibu mengenai lamanya persalinan? g.10
   Terasa lama sekali 1 2 3 4 5 Terasa sangat singkat

11. Siapa saja yang mendampingi Ibu selama persalinan? g.11
   a. Dokter b. Bidan c. Perawat d. Suami e. Lainnya: _____

12. Bagaimana pendapat Ibu mengenai orang-orang yang mendampingi selama persalinan?

g.12.a	Dokter	Tidak memuaskan	1	2	3	4	5	Memuaskan
g.12.b	Bidan	Tidak memuaskan	1	2	3	4	5	Memuaskan
g.12.c	Perawat	Tidak memuaskan	1	2	3	4	5	Memuaskan
g.12.d	Suami	Tidak memuaskan	1	2	3	4	5	Memuaskan
g.12.e	Lainnya	Tidak memuaskan	1	2	3	4	5	Memuaskan

13. Mengenai persalinan
   a. Apakah persalinan tersebut sesuai dengan yang anda harapkan?
      Buruk sekali 1 2 3 4 5 Baik
   b. Dalam penanganan dan perawatannya, apakah pihak rumah sakit/ rumah bersalin /Puskesmas menghargai pendapat atau pemikiran Ibu?
      Pendapat saya dihargai 1 2 3 4 5 Pendapat saya tidak dihargai

14. Apakah ada bagian yang Ibu rasakan sakit atau tidak enak? g.14
   1= Tidak ada
   2= Rasa sakit akibat pembukaan (robekan) perineum
   3= Rasa sakit akibat operasi caesar
   4= Tidak enak tidur
   5= kesulitan buang air besar
   6= Sakit Pinggang
   7= Payudara terasa sakit
   8= Sakit kepala
   9= Nafsu makan berkurang
   10= Lain-lain _____

Data Pribadi:

14. Berapakah usia Ibu? _____ Tahun p.14

15. a. Apa status Ibu?
   1= Single 2= Menikah 3=Cerai/ Pisah ranjang
   b. Bagi yang mempunyai pasangan. Berapa lama waktu yang dihabiskan oleh pasangan anda di luar rumah untuk bekerja? Jawablah waktu yang diperlukan dari keluar rumah sampai pulang kembali ke rumah
   1. Kurang dari 10 jam 2. 10-13 jam 3. 13-15 jam
   4. Lebih dari 15 jam 5. Wiraswasta, pekerja bebas
   6. Lain-lain _____

16. Berapa orangkah anak Ibu? __Orang (termasuk yang baru lahir) Laki-laki/Perempuan p.16

p. 16. 1. a (Usia anak pertama) _____ p. 16. 1. g (Jenis kelamin anak pertama _____
p. 16. 1. a (Usia anak kedua) _____ p. 16. 1. g (Jenis kelamin anak pertama) _____
p. 16. 1. a (Usia anak ketiga) _____ p. 16. 1. g (Jenis kelamin anak pertama) _____

17. Dimanakah orang tua Ibu tinggal? P. 17
    a. 1= Tinggal bersama saya 2= Tinggal satu kota/ desa/ kampung
       3= Kurang dari 100 Km 4= Lebih dari 100 Km
    b. Seberapa sering Ibu menghubungi mereka? P. 18
       1= Setiap hari 2= Seminggu sekali
       3= Dua kali sebulan 4= Hampir tidak pernah

18. Bagi Ibu yang baru pertama kali melahirkan, sampai sebelum ini pernahkan Ibu menggendong atau mengasuh anak dibawah 1 tahun?
    1. Tidak pernah 2. Pernah sebagai pekerjaan (pengasuh anak, dsb)
    3. Pernah beberapa kali

19. Apabila tidak berkeberatan, tolong informasikan pendidikan terakhir Ibu. P. 19
    1= SMP 2= SMU/ setingkat 3= Sekolah kejuruan
    4= Diploma 5= Sarjana 6= Pasca Sarjana 7= Lain-lain

20. Menurut Ibu, bagaimanakah keadaan rumah Ibu berkaitan dengan pengasuhan anak?
    a. Sangat tidak baik 1 2 3 4 5 Sangat baik
    b. * kampung * perumahan

Perasaan Setelah Melahirkan:

21. Lingkarilah jawaban yang sesuai dengan keadaan Ibu hari ini. (G. Stein, 1980)

A. 0. Saya tidak merasa tertekan hari ini
   1. Saya merasa sedikit tertekan hari ini
   2. Saya merasa cukup tertekan hari ini
   3. Saya merasa sangat tertekan sehingga terasa menyakitkan

B. 0. Saya tidak merasa ingin menangis
   1. Saya merasa ingin menangis tetapi dapat menahannya
   2. Saya sudah meneteskan sedikit air mata hari ini
   3. Saya sudah menangis selama beberapa menit hari ini tetapi kurang dari setengah jam
   4. Saya telah menangis selama lebih dari setengah jam

C. 0. Saya merasa sudah tidak terlalu cemas dan gelisah dibandingkan dengan biasanya
   1. Dalam beberapa saat pada hari ini saya merasa cemas dan gelisah
   2. Dalam beberapa saat pada hari ini saya merasa sangat cemas dan gelisah
   3. Dalam beberapa saat pada hari ini saya merasa panik

D. 0. Saya merasa tenang dan santai
   1. Saya merasa sedikit tegang
   2. Saya merasa sangat tegang

E. 0. Saya merasa tidak segelisah biasanya
   1. Saya merasa sedikit tegang
   2. Saya merasa sangat tegang dan itu menyebabkan saya susah untuk berkonsentrasi

F. 0. Saya tidak lagi merasa cape seperti biasanya
1. Saya merasa agak lemas dibandingkan dengan biasanya
2. Saya merasa lemas hampir sepanjang hari

G. 0. Saya tidak bermimpi semalam
1. Saya bermimpi semalam
2. Saya terbangun oleh mimpi saya semalam

H. 0. Selera makan saya tidak lebih buruk dari biasanya
1. Selera makan saya tidak sebagus biasanya
2. Selera makan saya memburuk
3. Saya tidak berselera makan hari ini

Apakah hari ini Anda mengalami hal-hal yang tersebut dibawah ini?

I. Sakit kepala	Ya	Tidak
J. Merasa mudah tersinggung	Ya	Tidak
K. Sulit berkonsentrasi	Ya	Tidak
L. Mudah lupa	Ya	Tidak
M. Kebingungan	Ya	Tidak

Kontak Fisik Dengan Bayi:

22. Perawatan apa yang diberikan pada bayi begitu lahir? Kk.22
1= Diletakkan diatas perut ibu 2= Diamati, dibersihkan
3= Diperiksa diruangan lain 4= Dimandikan
5= Lain-lain _____

23. Kapan kontak fisik pertama kali dengan bayi diadakan? Kk.23
1= O Begitu bayi lahir
2= O Setelah diadakan pemeriksaan singkat (5-10 menit)
3= O Lebih dari 10 menit, kurang dari 1 jam (___ menit) setelah bayi diperiksa. Tujuannya agar_____
4= O Lebih dari 1 jam setelah pemeriksaan. Tujuannya agar _____
5= O Lain-lain _____

24. Berapa lama kontak fisik dengan bayi tersebut?
1= Sebentar (5 menit) 2= Kira-kira 30 menit
3= 30 menit sampai 1 jam 4= 1 sampai 2 jam
5= Lebih dari 2 jam

25. Apakah anda merasa puas terhadap kontak fisik dengan bayi tersebut? Kk.25
Puas 1 2 3 4 5 Tidak puas

26. Bagaimana perasaan Ibu ketika pertama kali melihat bayi Ibu?
_____

Perihal Anak:

27a. Anak laki-laki ataukah perempuan yang Ibu dambakan? Ki.27.a
1= Perempuan 2= Laki-laki 3= Yang mana saja

28b. Apakah sekarang ini Ibu merasa kecewa dengan jenis kelamin bayi yang lahir?
0= O Tidak 1= O Ya

29a. Anak laki-laki ataukan perempuan yang didambakan pasangan Ibu? Ki.29.a
1= Perempuan 2= Laki-laki 3= Yang mana saja

30b. Apakah pasangan Ibu merasa kecewa dengan jenis kelamin bayi yang lahir? Ki.30.b
0= O Tidak 1= O Ya

31. Apakah Ibu sudah mengetahui jenis kelamin bayi sebelum lahir? Ki.31
0= Tidak 1= Ya

32. Apakah Ibu mengkhawatirkan kesehatan anak Ibu? Ki.32
Tidak khawatir 1 2 3 4 5 Sangat khawatir

33. Bagaimana perasaan Ibu ketika anak Ibu menangis? Ki.33
1= Tidak tenang
2= Gelisah ingin marah
3= Tidak merasa khawatir walaupun anak menangis
4= Cemas
5= Tidak tahu apa yang harus dilakukan
6= Merasa stres
7= kelihatan lucu, menggemaskan
8= Lain-lain

Perihal Kehamilan:

34a. Apakah Ibu merencanakan kehamilan Ibu? S.34.a
0= O Tidak 1= O Ya

35a. Bagi yang menjawab Tidak, Apakah Ibu merasa gembira dengan kehamilan Ibu? S.35.a
Tidak gembira 1 2 3 4 5 Gembira

b. Apakah pasangan Ibu senang dengan kehamilan Ibu?
Tidak senang 1 2 3 4 5 Senang

36a. Apakah Ibu sudah lama menunggu dan mendambakan kehamilan ini? S.36.a
0= O Tidak
1= O Ya, Berapa lama? ____ tahun ____ bulan

37. Bagaimanakah proses kehamilan Ibu?
s.37.a O Sama sekali tidak ada masalah
s.37.b O Ada sedikit masalah dengan tubuh seperti _____
1 Pendarahan 2 Sakit pinggang 3 Mual
4 Sering buang air kecil 5 Bengkak-bengkak 6 Keguguran
7 Penambahan berat badan 8 Keracunan
9 Lain-lain _____
s.37.c O Secara psikis/ kejiwaan _____

38. Apakah Ibu menjalani pemeriksaan kehamilan secara rutin? S.38
0= O Tidak 1= O Ya

39. Apakah Ibu mengikuti kelas persiapan bersalin? S.39
0= Tidak 1= Ya, bersama pasangan saya
2= Ya, tanpa pasangan saya

40. Apakah Ibu merasa mendapatkan dukungan selama hamil?
○ Oleh keluarga : _____
s.40.a.1 a) Dukungan moral : Tidak 1 2 3 4 5 Sangat didukung
s.40.a.2 b) Dukungan spiritual : Tidak 1 2 3 4 5 Sangat didukung
○ Oleh Pasangan : _____
s.40.a.1 a) Dukungan moral : Tidak 1 2 3 4 5 Sangat didukung
s.40.a.2 b) Dukungan spiritual : Tidak 1 2 3 4 5 Sangat didukung

41. Apakah Ibu tetap bekerja selama hamil? S.41
0= ○ Tidak
1= ○ Ya
s.41.a Apakah itu pekerjaan tetap? 0= Tidak / 1= Ya
s.41.a.1 Jenis pekerjaan _____
s.41.a.2 Berapa jam seminggu? _____ jam/ minggu
s.41.a.3 Sampai minggu yang keberapa dalam masa kehamilan Ibu masih tetap bekerja? _____
s.41.a.4 Apakah pekerjaan tersebut menjadi beban yang besar?
Tidak 1 2 3 4 5 Menjadi beban
s.41.a.5 Apakah Ibu berniat untuk kembali bekerja? 0= Tidak 1= Ya

42. Bagaimana perasaan Ibu terhadap perubahan bentuk tubuh sewaktu hamil? S.42
Sangat tidak suka 1 2 3 4 5 Sangat menyenangkan

Pengucapan Selamat Atas Kelahiran

43. Siapa saja yang datang menjenguk Ibu?
_____

44. Bagaimana perasaan Ibu sewaktu dijenguk?
w.77.a Terlalu banyak orang yang datang 1 2 3 4 5 Terlalu sedikit
w.77.b Waktunya terlalu lama 1 2 3 4 5 Terlalu singkat

Perihal Mengurus Anak:

45. Apakah Ibu menyusui bayi Ibu? W.45
0= Tidak 1= Memberikan ASI
2= Mencampur ASI dengan susu kaleng 3= Hanya susu kaleng
4= Lain-lain

46. Apakah Ibu pernah mengalami kesulitan pada saat menyusui? W.46
0= Tidak 1= Pernah, yaitu _____

47. Dimanakah bayi Ibu tidur? W.47
1= Tidur seranjang 2= Tidur dalam kamar yang sama
3= Tidur di kamar lain 4= Sekamar pada siang hari, di kamar lain pada malam hari

48. Kira-kira berapa jam dalam sehari Ibu bersama-sama dengan bayi Ibu? W.48 ____ jam
Pada saat apa?
1= O Hanya pada saat menyusui
2= O Kapan saja saat saya ingin bersama bayi saya
3= O Pada saat bayi menangis
4= O Hanya pada saat bayi bangun/ tidak tidur
5= O Lain-lain _____

49. Menurut pendapat Ibu, sebaiknya menghabiskan waktu yang panjang bersama bayi ataukah waktu yang pendek?
Lebih panjang 1 2 3 4 5 Lebih baik sedikit

50. Bagaimana perasaan Ibu ketika memikirkan hari-hari setelah keluar dari rumah sakit?
Sangat cemas 1 2 3 4 5 merasa semuanya pasti berjalan lancar

51. Apakah ada yang membantu Ibu setelah keluar dari rumah sakit?
a. Bidan b. Pembantu rumah tangga
c. Ibu kandung/ Ibu mertua d. Pasangan e. Lain-lain _____
Kira-kira berapa lama? _____ minggu

52. Apakah ada hal-hal yang mencemaskan Ibu setelah keluar dari rumah sakit? W.52
0= O Tidak 1= O Ya _____

53. Dimanakah bayi Ibu akan tidur di rumah? W.53
1= Kamar anak 2= Di baby bed yang ada di kamar saya
3= Di ranjang yang sama dengan saya 4= Di tempat lain _____

54. Menurut Ibu, perubahan apa yang akan terjadi dalam kehidupan Ibu setelah ini? W.54

55. Bagaimana kesan Ibu pada kehamilan dan persalinan yang baru Ibu alami?

Terima kasih atas bantuan yang Ibu berikan.
Saya akan mengirimkan lembaran angket yang ke 2, enam minggu kemudian. Oleh karena itu saya mohon kesediaan Ibu untuk menuliskan alamat pada tempat yang telah disediakan dibawah ini. Nama dan alamat Ibu hanya akan dipakai pada saat pengiriman melalui pos dan untuk pengecekan isi dari angket.

Nama :

Alamat :

Kode pos :

付録-4

Angket Penelitian ke 2 Mengenai Perubahan Emosi/ Perasaan yang Dirasakan Setelah Melahirkan

Pertama-tama saya ingin mengucapkan terima kasih atas waktu yang diberikan kepada saya ditengah kesibukan Ibu mengasuh anak. Terima kasih juga untuk bantuannya pada angket pertama yang telah diberikan pada saat Ibu masih berada di rumah sakit. Bersama ini saya mengirimkan angket ke 2 yang menanyakan keadaan Ibu, 6 minggu setelah melahirkan.

Apabila ada hal yang kurang jelas atau ingin ditanyakan, Ibu dapat menghubungi alamat di bawah ini:

Drs. Sophia
Malalayang I / Dsn. 6.
RT 034, Manado

Etsuko Matsuoka
Asahikawa Medical College
1 chome, Midorigaoka 2 Jo, Asahikawa-City
Japan 078-8510
Tel. 001-81-166-68-2717/ Fax. 001-81-166-68-2781
e-mail: matsuoka@asahikawa-med.ac.jp

Angket Penelitian ke 2 Mengenai Perubahan Emosi/ Perasaan yang Dirasakan Setelah Melahirkan

Pertama-tama saya ingin mengucapkan terima kasih atas waktu yang diberikan kepada saya ditengah kesibukan Ibu mengasuh anak. Terima kasih juga untuk bantuannya pada angket pertama yang telah diberikan pada saat Ibu masih berada di rumah sakit. Bersama ini saya mengirimkan angket ke 2 yang menanyakan keadaan Ibu, 6 minggu setelah melahirkan.

Apabila ada hal yang kurang jelas atau ingin ditanyakan, Ibu dapat menghubungi alamat di bawah ini:

Mubarika Nugraheni
E-mail: fifi_theflea@yahoo.com

Etsuko Matsuoka
Asahikawa Medical College
1 chome, Midorigaoka 2 Jo, Asahikawa-City
Japan 078-8510
Tel. 001-81-166-68-2717/ Fax. 001-81-166-68-2781
e-mail: matsuoka@asahikawa-med.ac.jp

Rumah sakit/rumah bersalin/puskesmas/_____

Angket Untuk 6 Minggu Setelah Melahirkan

No. _____

Tanggal pengisian: Tahun_____ Bulan___ Tanggal___

1. Setelah wawancara kita pada waktu yang lalu, apakah ada perubahan pada emosi Ibu?
   - ○ Tidak
   - ○ Ya Kapankah kira-kira perubahaan emosi tersebut terjadi?_____

   Jelaskan secara singkat perubahan tersebut : _____

   _____

2. Berapa hari Ibu berada di rumah sakit/ rumah bersalin/puskesmas? _____ hari

3. Berapa hari bayi Ibu berada di rumah sakit/rumah bersalin/puskesmas? _____ hari

4. Apakah beberapa hari setelah pembicaraan kita waktu itu, Ibu sering menangis?

   Sama sekali tidak menangis 1 2 3 4 5 Sering menangis

5. Apakah Ibu merasa bayi Ibu sebagai beban pada saat Ibu hanya tinggal berdua saja dirumah dengannya?

   Sama sekali tidak merasa sebagai beban 1 2 3 4 5 Sangat terbeban

6. Apakah Ibu merasa kesepian saat berada di rumah?

   Sama sekali tidak merasa kesepian 1 2 3 4 5 Sangat kesepian

7. Apakah ada yang membantu Ibu sampai saat ini?

   Berapa lama Ibu mendapat bantuan?

   Oleh pasangan : a Pekerjaan rumah tangga b Mengurus anak
   c Dukungan spiritual _____ minggu

   Oleh ibu kandung : a Pekerjaan runah tangga b Mengurus anak
   c Dukungan spiritual _____ minggu

   Oleh teman : a Pekerjaan rumah tangga b Mengurus anak
   c Dukungan spiritual _____ minggu

   Selain yang tersebut diatas, siapa yang membantu Ibu?_____ ___minggu

8. Bagaimanakah pendapat Ibu mengenai bantuan tersebut?

   Merepotkan 1 2 3 4 5 Sangat membantu

9. Apakah hubungan suami-istri dalam rumah tangga Ibu belakangan ini berjalan dengan lancar?

Terasa canggung 1 2 3 4 5 Berjalan lancar

10. Apakah ada perubahan dalam hubungan suami-istri dalam rumah tangga Ibu dari setelah melahirkan sampai sekarang?

○ Bertambah canggung ○ Semakin baik/ rukun ○ Tidak ada perubahan

Contohnya dalam hal apakah yang membaik? _____

Contohnya dalam hal apakah yang memburuk? _____

11. Dalam satu hari seberapa sering Ibu mengadakan kontak fisik dengan bayi Ibu?

○ Pada saat menyusui ____ jam/ hari

○ Bercakap-cakap/ meninabobokan anak ____ jam/ hari

○ Menggendong dan mengajak jalan-jalan ____ jam/ hari

○ Pada saat tidur di ranjang yang sama ____ jam/ hari

○ Lain-lain: _____ ____ jam/ hari

14. Apakah Ibu menginginkan hubungan kontak fisik dengan bayi Ibu

○ Tidak ○ Ingin agak sering ○ Ingin lebih sering lagi

15. Dimanakah bayi Ibu tidur? (Contohnya, di kamar anak, di kamar Ibu, di ranjang Ibu)

_____

16. Apakah Ibu memberikan ASI pada bayi Ibu?

○ Ya 17. Apakah ada masalah dalam menyusui? ○ Tidak ○ Ya

Masalah apa? _____

○ Tidak 18. Apakah sebelum ini Ibu menyusui? ○ Tidak ○ Ya

Berapa lama? _____

Mengapa Ibu berhenti menyusui? _____

_____

19. Apakah Ibu merasa trampil dalam menenangkan bayi?

Sama sekali tidak trampil 1 2 3 4 5 Sangat trampil

20. Apakah ada yang Ibu khawatirkan pada bayi Ibu?

a Tidak tidur pada malam hari

b Sering menangis

c Tidak terlalu banyak minum ASI maupun susu kaleng

d Tidak memberikan reaksi pada saya

e Lain-lain : _____

21. Bagaimana perasaan Ibu bila bayi Ibu menangis?

Tidak tahu apa yang harus dilakukan 1 2 3 4 5 Dapat mengatasinya

22. Bagaimana perasaan Ibu ketika berpisah dengan bayi Ibu?

Cemas dan khawatir 1 2 3 4 5 Merasa terbebaskan

23. Bagi yang bukan merupakan anak pertama, apakah Ibu pernah mengkhawatirkan keadaan anak Ibu yang lebih tua?

○ Ini adalah anak pertama

○ Pernah merasa khawatir 1 2 3 4 5 Sama sekali tidak ada masalah

24. Apakah Ibu sudah mulai menstruasi lagi? ○ Tidak ○ Ya

25. Lingkarilah jawaban yang cocok dengan keadaan Ibu saat persalinan sampai sekarang

a Merasa tubuh saya dirawat dengan baik pada saat melahirkan.

Sama sekali tidak merasa demikian 1 2 3 4 5 Saya rasa demikian

b Saya merasakan kesempurnaan karena telah melahirkan dengan tanaga saya sendiri

Sama sekali tidak merasa demikian 1 2 3 4 5 Saya rasa demikian

c Saya pernah merasa sakit hati pada perlakuan staf

Sama sekali tidak merasa demikian 1 2 3 4 5 Saya rasa demikian

d Saya pernah merasa gelisah karena tidak tahu akan diapakan pada saat melahirkan

Sama sekali tidak merasa demikian 1 2 3 4 5 Saya rasa demikian

e Saya merasa staf rumah sakit telah bekerjasama untuk mewujudkan persalinan seperti yang saya harapkan

Sama sekali tidak merasa demikian 1 2 3 4 5 Saya rasa demikian

f Saya merasa telah mendapat penjelasan yang cukup untuk merawat bayi

Sama sekali tidak merasa demikian 1 2 3 4 5 Saya rasa demikian

g Saya yakin dapat merawat bayi dengan baik

Sama sekali tidak merasa demikian 1 2 3 4 5 Saya rasa demikian

h Sampai sekarang saya masih merasakan bagian tubuh yang tidak enak atau sakit

Sama sekali tidak merasa demikian 1 2 3 4 5 Saya rasa demikian

i Saya merasa mendapatkan dukungan baik dari keluarga maupun staf rumah sakit dalam persalinan saya

Sama sekali tidak merasa demikian 1 2 3 4 5 Saya rasa demikian

j Saya merasa sangat puas telah menjadi seorang Ibu

Sama sekali tidak merasa demikian 1 2 3 4 5 Saya rasa demikian

26. Apakah Ibu berencana untuk bekerja setelah ini?

○ Ya a Kapan Ibu akan mulai bekerja? ____ hari lagi ____ minggu lagi ____ tahun lagi

b Apakah Ibu merasa puas dengan dimulainya perkerjaan tersebut?

O Ya O Terlalu cepat O Terlalu lambat

c Apakah Ibu merasa senang akan kembali bekerja?

O Ya O Tidak

d Apakah Ibu diharuskan bekerja karena tuntutan ekonomi?

O Ya O Tidak

O Tidak a Saya ingin bekerja bila memungkinkan O Ya O Tidak

27. Apakah Ibu telah menerima ucapan selamat atau hadiah-hadiah?

Lebih sedikit dari yang dibayangkan 1 2 3 4 5 Lebih banyak dari yang dibayangkan

Selain yang telah disebutkan di atas, tuliskan kesan dan keadaan Ibu mengenai persalinan dan setelah persalinan.

_____

_____

_____

Kami ingin mengetahui bagaimana perasaan Ibu, mengingat Ibu telah mempunyai bayi akhir-akhir ini. Lingkarilah jawaban yang sekiranya mendekati apa yang Ibu rasakan pada 7 hari belakangan ini, dan bukan hanya pada hari ini.

Selama tujuh hari belakangan ini:

1. Saya dapat tertawa dan merasakan kelucuan suatu hal
   (0) Ya, Saya dapat merasakannya sama seperti biasanya
   (1) Tidak terlalu dapat merasakannya
   (2) Tidak dapat merasakannya
   (3) Tidak sama sekali
2. Saya menunggu dengan gembira berbagai macam hal
   (0) Ya, sama seperti biasanya
   (1) Agak kurang dibandingkan dengan biasanya
   (2) Sangat kurang dibandingkan dengan biasanya
   (3) Sama sekali tidak
3. Apabila ada suatu hal yang salah, saya selalu menyalahkan diri sendiri
   (3) Ya, hampir setiap saat
   (2) Ya, kadang-kadang
   (1) Tidak, jarang
   (0) Tidak pernah
4. Saya merasa cemas dan gelisah tanpa suatu alasan yang tepat
   (0) Tidak sama sekali

(1) Jarang sekali

(2) Ya, kadang-kadang

(3) Ya, sering sekali

5. Saya merasa takut dan panik tanpa suatu alasan yang tepat

(3) Ya, sering kali

(2) Ya, kadang-kadang

(1) Tidak, tidak terlalu

(0) Tidak sama sekali

6. Suatu masalah telah menimpa saya.

(3) Ya, hampir tiap saat saya tidak dapat mengatasinya

(2) Ya, kadang-kadang saya tidak dapat mengatasinya sebaik biasanya

(1) Tidak, saya hampir selalu dapat menyelesaikan masalah saya

(0) Tidak, saya selalu bisa menyelesaikan semua masalah saya

7. Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga susah tidur

(3) Ya, hampir setiap saat

(2) Ya, kadang-kadang

(1) Jarang

(0) Tidak sama sekali

8. Saya merasa sedih atau merana

(3) Ya, hampir setiap saat

(2) Ya, sering

(1) Tidak terlalu sering

(0) Tidak sama sekali

9. Saya merasa tidak bahagia sehingga sering menangis

(3) Ya, hampir setiap saat

(2) Ya, sering

(1) Hanya kadang-kadang saja

(0) Tidak pernah

10. Saya pernah mempunyai pikiran untuk melukai diri sendiri

(3) Ya, sering

(2) Ya, kadang-kadang

(1) Pernah

(0) Tidak pernah

Di bawah ini adalah beberapa pernyataan yang digunakan beberapa orang untuk menggambarkan kondisi mereka. Bacalah setiap pernyataan di bawah ini dan lingkarilah angka yang ada disebelah kanan pernyataan yang menunjukkan bagaimana perasaan Ibu biasanya. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah. Jangan menggunakan waktu berpikir terlalu lama dalam menjawab, tetapi pilihlah jawaban yang dapat menggambarkan perasaan Ibu biasanya.

	Hampir tidak pernah	Kadang -kadang	Sering	Hampir selalu
1. Saya merasa nyaman	1	2	3	4
2. Saya cepat lelah	1	2	3	4
3. Saya merasa seperti menangis	1	2	3	4
4. Saya berharap bisa bahagia seperti orang lain.	1	2	3	4
5. Saya seringkali kehilangan kesempatan karena tidak cepat dalam mengambil keputusan.	1	2	3	4
6. Saya merasa tenang	1	2	3	4
7. Saya merasa tenang, tentram dan aman.	1	2	3	4
8. Saya merasa bahwa kesulitan- kesulitan itu bertumpuk-tumpuk hingga tidak dapat ditanggulangi	1	2	3	4
9. Saya terlalu cemas pada suatu hal yang tidak terlalu penting	1	2	3	4
10. Saya bahagia.	1	2	3	4
11. Saya cenderung memperumit masalah	1	2	3	4
12. Saya kurang percaya diri.	1	2	3	4
13. Saya merasa aman.	1	2	3	
14. Saya berusaha menghindari berhadapan dengan krisis atau keadaan yang sulit	1	2	3	4
15. Saya merasa suram.	1	2	3	4
16. Saya puas hati.	1	2	3	4
17. Beberapa pikiran yang tidak penting muncul dalam benak saya dan itu mengganggu saya.	1	2	3	4
18. Saya terlalu memendam kekecewaan dan tidak dapat menghilangkannya dari pikiran.	1	2	3	4
19. Saya adalah orang yang tenang.	1	2	3	4
20. Saya merasa marah dan kacau bila memikirkan hal-hal yang terjadi dan minat saya belakangan ini.	1	2	3	4

Terima kasih atas kerjasama yang diberikan.