

## 人工妊娠中絶前後の心理的反応と 心のケアに関する研究の現状と課題

常盤 洋子<sup>1)</sup> 土江田 奈留美<sup>1)</sup> 渡辺 尚<sup>2)</sup>

(2003年9月30日受付, 2003年12月26日受理)

**要旨:** 本論文の目的は, 人工妊娠中絶前後の心理的反応と心のケアに関する先行研究のレビューを行い, 人工妊娠中絶によって妊娠を終結する女性の心のケアのあり方に関する研究を概観し, 研究課題を見出すことである。文献検索に使用されたキーワードは"abortion", "psychological", "care"であった。MEDLINE, 医学中央雑誌を中心に文献検索を行い, 過去5年間に発表された文献を選んで概観した。その結果, 人工妊娠中絶前後の心理的反応と心のケアに関する研究課題を見いだすことができた。主な研究課題として, ①中絶前後の心理的反応と適応に関する調査, ②人工妊娠中絶後の心のケアについて中絶前から中絶後にかけての縦断的研究, ③人工妊娠中絶後の心のケアに関する医療現場の実態を調査, ④ケアを実践する側の問題点の明確化をあげることができた。

**キーワード:** 人工妊娠中絶, 心理的反応, 心理的ケア, レビュー

### 1. はじめに

わが国の2,000年における人工妊娠中絶(以下, 中絶)の件数は, 約34万1,000件で, 同年の出生数は約119万人であった<sup>1)</sup>。出生数に対する中絶件数の割合は29%となり, 20歳未満と20歳代で増加傾向にある。特に, 20歳未満の実施率(女子人口千対)は1992年より減少する傾向にあったが2000年は12.1%で過去最多となった<sup>2)</sup>。また, 佐藤<sup>3)</sup>の報告によると, わが国の未婚者(10代, 20代)の性行動は活発化しているが, 女性のキャリア志向, 自立志向が高まり, 晩婚, 非婚化傾向が増大している現代の女性のライフスタイルにおいて, 恋人としての交際が必ずしも結婚に結びつかず, 妊娠しても中絶に至る率が高いことが指摘されている。近年の中絶の動向について, 木村ら<sup>4)</sup>の報告によると, 10歳代と40歳代の妊娠は, その半数以上が中絶に至っており, 昭和60年1月から平成8年までの12年間に三楽病院の産婦人科外来を訪れ中絶を希望した579人(既婚者393人; 68%, 未婚者186人; 32%)の実態調査によると, 「中絶処置の危険性を理解している」は, 既婚者78%, 未婚者68%であった。また, 毎日新聞社の「第23回全国家族計画世論調査」<sup>5)</sup>によると, 既婚女性の4人に1人は中絶経験者であり, その約40%は複数回の中絶経験者であることが明らかにさ

れている。また, 無条件で中絶を認める容認派は, 1970年の8.6%から1994年には26.3%に増加しており, わが国の世論は中絶を選択することについて寛大な態度を示す傾向がある。

林<sup>6)</sup>が東京, 千葉, 埼玉にある大学病院を含む6つの病院の産婦人科外来を訪れた20~50歳の女性1,220人を対象に実施した「人工妊娠中絶の実態に関する調査」によると, 妊娠回数に対する中絶の割合は, 初回妊娠754件のうちの142件(19%), 2回目の妊娠527件のうちでは67件(13%), 3回目の妊娠260件のうちでは51件(20%), 4回目の妊娠119件のうちでは35件(30%), 5回以上の妊娠62件のうちでは19件(32%)は中絶していた。初回妊娠で中絶になった理由は, 「未婚」が50%近くに達し, 次いで「予定外の妊娠」, 「経済的理由」があげられ, この3つの理由で70%以上を占めた。2回目妊娠の中絶の理由は, 「未婚」が30%を占め, 「病弱, 高齢」, 「胎児の異常」が10%以上の項目としてあがっている。3・4回妊娠の中絶の理由は, 「子どもはほらない」, 「予定外の妊娠」が最も多かった。中絶を受けた施設で心身の健康について満足・納得できる説明を受けた人は29%, 以降の避妊について満足・納得できる説明を受けた人は21%であった。

<sup>1)</sup>群馬大学医学部保健学科 <sup>2)</sup>自治医科大学産婦人科

以上、わが国の近年における人工妊娠中絶の実態を概観すると、中絶の全体件数は減少傾向にあるが、出生数に対して中絶の占める割合は約30%であること、10歳代・20歳代の中絶件数は増加していること、既婚者の4人に1人は中絶経験者であり、反復中絶経験者が多いという実態が明らかにされた。中絶後の女性の半数は、喪失、後悔、罪悪感、自責の感情を抱くといわれており<sup>7)</sup>、多くの女性は子どもを殺したという気持ち乗り越えられず<sup>8)</sup>、中絶外傷症候群 (abortion trauma syndrome) や中絶後外傷 (postabortion trauma) 等、長期間に及ぶ心身の健康障害に陥る可能性が指摘されている<sup>9)</sup>。そのような状況の中で中絶経験者の生物人口的、社会的背景についての実態調査は報告されているが、心理的問題に関する調査報告はほとんどなされていない。これらの中絶による心理的問題を踏まえて多くの研究者が中絶を受ける女性への心のケアの必要性を指摘しているが<sup>10)11)12)13)</sup>、中絶によって妊娠を中断する女性の心理、中絶後の心理的反応、中絶を受ける女性への援助の実態については十分な調査が行われているとはいえない。女性のリプロダクティブヘルス/ライツの視点から、初回中絶の予防に努めることは必須であるが、反復中絶を予防する見地からも中絶後の心のケアに関する検討が急務といえよう。

そこで、中絶後の心のケアのあり方に関する具体的な検討の手がかりを得る目的で中絶前後の心理的反応と心のケアに関する先行研究のレビューを行った。

文献検索は、先行のレビュー論文<sup>14)15)</sup>を参考に、中絶の心理的反応と心のケアに関する研究を示唆すると考えられるkey wordを3つ ("abortion", "psychological", "care") 抽出し、MEDLINE, 医学中央雑誌を中心に検索した。その結果、1970年～2000年までの論文187件が検出された。その中から過去5年間に発表された論文と中絶前後の心理的反応と心のケアのあり方について記述されている複数の論文に引用されている文献、国内の中絶後の心理とケアについて記述されている文献を選んで概観した。

## 2. 先行研究のレビュー

### 1) 中絶前後の心理的反応に関する研究の現状

中絶前後の心理的反応に関する主な研究については表(1)～(3)にまとめた。Major et al.<sup>16)</sup>は、中絶を受けた女性の中には、自然災害やレイプと同様な外傷後心的障害 (PTSD) を経験する患者が存在することを指摘し、中絶後の心理的問題への適応について縦断的研究の必要性を主張した。そして、レイプではな

く、望まない妊娠の結果、妊娠初期に中絶を受ける女性442人を対象に、中絶前1時間、中絶後1時間・1ヶ月後・2年後に中絶後のネガティブ感情 (悲嘆, 失望, 自責, ブルー, 落ち込み, 喪失感) とポジティブ感情 (幸福, うれしい, 満足) について追跡調査を実施した。その結果、中絶から2年後、418人中301人 (72%) は、自らの決定に満足していた。440人中315人 (72%) は、中絶は女性たちにとって不利益より利益であったと報告しており、386人中308人 (80%) はうつ状態ではなかったが、6人 (1%) はPTSDであったと報告している。また、自尊感情は中絶前から中絶後に高まるが、時間の経過によってネガティブ感情が増大し、中絶決定についての満足度は減少することを明らかにした。心の傷つきは中絶直後よりも時間が経過したところに自覚されることが示唆され、中絶後の心理的ケアの必要性を指摘している。

鈴井ら<sup>17)</sup>は、わが国の中絶数が多いにもかかわらず、中絶を経験した女性に対する心理状態やケアに関する研究が少ないことを指摘して、中絶を受けるために産科外来を受診した女性42人を対象に、中絶を経験した女性の不安の経時的変化について調査を実施した。中絶前、中絶直後、中絶後3ヶ月、中絶後6ヶ月にうつ状態 (SDS) と不安 (STAI) の経時的変化を分析した。その結果、うつ状態は、中絶前より中絶直後は低くなるが、3ヶ月後、6ヶ月後では高くなり、不安の程度は、中絶直前より中絶直後は低くなるが、中絶直後より3ヶ月後では高くなることが確認された。また、うつ状態の項目別では、中絶前と中絶後では「憂うつ, 悲哀」, 「涕泣」, 「心悸亢進」, 「疲労」, 「混乱」, 「精神運動性減退」, 「焦燥」, 「不決断」に有意差が認められた。中絶直後と3ヶ月後では、「焦燥」, 「不決断」, 「自己過小評価」, 「空虚」に有意な得点差が示された。これらの結果をもとに、中絶前から中絶後にかけて継続したカウンセリングの必要性と、心身両面に対する経過説明の重要性を指摘している。

Kitamura et al.<sup>18)</sup>は、産婦人科外来に来院した妊娠12週未満の日本人の妊婦635人を対象に、中絶の予測要因を検討するために、医学的・心理社会的要因を独立変数とし、初回中絶と反復中絶を従属変数とした判別分析を実施した。「ヘビースモーカー」, 「望まれない妊娠」, 「低い教育レベル」は中絶未経験群と中絶群を識別した。また、「結婚前の同棲期間の長さ」, 「ヘビースモーカー」, 「16歳未満における母親との別離」, または、「死別」, 「母親の不適切な養育態度」, 「人的サポートの欠如」は反復中絶に至る要因として認められた。これらの予測変数を使って中絶未経験群と初回中

表1 人工妊娠中絶後の心理的反応に関する主な研究のまとめ(1)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
1	Major et al., 2000	レイプではなく、望ましくない妊娠の結果、妊娠初期に中絶を受ける女性、442人。	中絶前1時間、中絶後1時間、中絶後1ヶ月、中絶後2年	*ネガティブな感情(悲嘆、失望、自責、ブルー、ふさぎ込み、喪失感) *ポジティブな感情(幸福、嬉しい、満足)	自尊感情は中絶前から中絶後に増加するが、時間の経過によってネガティブ感情が増加し、中絶決定の満足度は減少する。中絶前の心理的状态は、中絶後の心理的状态の予測要因となることが明らかにされた。
2	鈴木江三子ら, 2001	中絶を受けるために受診した48人中、同意の得られた42人。 手術直後(1週間後)29人、3ヶ月後13人、6ヶ月後13人。	*調査時期(術前、術直後、3ヶ月、6ヶ月) *妊娠経験(初産・経産)	*うつ尺度: SDS *不安尺度: STAI	SDSは、術前より術直後は低くなるが、3ヶ月、6ヶ月では高くなる。STAIは、術直前より術直後は低くなるが、術直後より3ヶ月では高くなることが確認された。
3	Kitamura et al., 1998	妊婦健診で来院した12週未満の635人。年齢28(SD4.3)、103(16.2%)が過去に1回の中絶経験、32(5.0%)が2回の中絶、15(2.4%)が3回以上。	*Early experiences (original 25 Parental Bonding Instrument; PBI) *Obstetric history	*初回中絶 *繰り返し中絶	初回中絶と繰り返し中絶は喫煙習慣と現在の望まない妊娠によって予測できる。一方、繰り返し中絶は、結婚前に同棲していた期間が長かった、挙式していない、喫煙習慣、16歳前の母親との別離、あるいは母親を亡くした経験、母から受けた不適切な養育態度が予測要因として確認された。

絶群、反復中絶群を識別することができたことから、中絶の頻度は妊娠に対するネガティブな態度だけでなく健康行動により予測できると考察している。

Kishida<sup>19)</sup>は、中絶を希望している日本人の女性66人を対象に、中絶前と中絶直後の不安感情の変化と規定要因を調査した。中絶前と中絶直後の状態不安はかなり高い有意な相関が示された( $r=.74$ ,  $p<.001$ )。重回帰分析の結果、「結婚の有無」、「結婚期間」、「中絶に対する保守的な態度」は状態不安を説明する規定要因として抽出された。状態不安を規定するそれらの

要因による説明率は、中絶後は.57、中絶前は.20で、状態不安を説明するために投入された独立変数によって説明される分散は中絶前より中絶後のほうが高い比率であった。また、中絶後状態不安を最も規定する要因として「中絶に対する保守的な態度」が確認された( $\beta=-.295$ )。

Cozzarelli<sup>20)</sup>は、中絶をストレスイベントととらえ、妊娠12週未満の291人を対象に、ストレスイベントへの適応に影響を及ぼす要因を検討した。ストレスイベントへの適応を測定する用具(主な従属変数)として、

表1 人工妊娠中絶後の心理的反応に関する主な研究のまとめ(2)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
4	Kishida, 2001	中絶を求めている66人 10代: 3%, 20-29歳: 49%, 30-39歳: 46%, 40以上: 2% 既婚: 55%, 未婚: 45%	* 中絶前 * 中絶後 * 既婚・未婚、結婚あるいは同棲期間、中絶に対する態度	* 不安尺度(状態不安尺度20項目) * 特性不安は調査していない(中絶前後の不安の前後に視点を当てるため) * Cronbach's $\alpha$ . 99	中絶前後の不安は高い相関であった( $r=.74$ )。中絶後状態不安は、配偶者関係、結婚の期間、および一般の中絶への保守的な態度とかなり関係づけられていた。中絶後状態不安を予測する要因として中絶への保守的な態度が抽出された( $\beta=-.295$ )。
5	Cozzarelli, 1993	* 妊娠12週未満の336人。 年齢平均; 23.3歳、カトリック; 45%、プロテスタント44%、白人; 66%、独身; 75%、高卒; 71%、以前に中絶経験なし; 59%	* 中絶時期(中絶前、中絶直後、中絶後3週間)	* Self-esteem Scale * Life Orientation Test * Self-Mastery Scale * Self-Efficacy Scale * Center for Epidemiological Studies-Depression Subscale(CES-D)	自尊感情、楽天主義、コントロール知覚、うつ尺度は高い相関を示した( $r=.46-.67$ )。自己効力感、自尊感情( $r=.46$ )、楽天主義( $r=.44$ )、コントロール知覚( $r=.43$ )と正の相関、うつ状態と負の相関( $r=-.58$ )が認められた。うつ気分は中絶直後よりも3週間後に有意に低い。うつ状態は自己効力感と心理的適応の予測要因となる。自己効力感と中絶直後の適応は3週間後の適応の予測要因になることが確認された。

自尊感情を測定するSelf-Esteem Inventory, 楽天主義を測定するLife Orientation Test, コントロール知覚を測定するSelf-Mastery Scale, 自己効力感を測定するSelf-Efficacy Scale, うつ状態を測定するCenter for Epidemiological Studies Depression Subscale (CES-D)が使用された。中絶後において自己効力感、自尊感情( $r=.46, p<.001$ ), 楽天主義( $r=.44, p<.001$ ), コントロール知覚( $r=.43, p<.001$ )と正の相関、う

つ状態と強い負の相関( $r=-.58, p<.001$ )を示した。また、中絶直後の適応は3週間後の適応を予測する要因であることが確認された。この知見は、Major et al.<sup>21)</sup>の主張と一致している。しかし、中絶前後の心理的变化についての検討においてうつ状態は中絶直後よりも3週間後に有意に低いと報告しており、鈴木<sup>22)</sup>の主張と反対の見解を示している。

Russo et al.<sup>23)</sup>は、中絶は深刻でネガティブな心理的

表1 人工妊娠中絶後の心理的反応に関する主な研究のまとめ(3)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
6	Russo et al., 1992	5,295人、22-30歳(M=25.7歳)、白人89.4%、黒人26%、その他4.6%、既婚者48.5%、未婚37.2%、14.4%別居・離婚・未亡人	* 1回中絶経験者 * 繰り返し中絶経験者 * 中絶を経験していない女性 * 望まれた出産経験者 * 望まれない出産経験者 * 子どもの数 * 望まれた出産回数 * 望まれない出産回数	Self-Esteem Scale RSE87; $\alpha = .86$ RSE87; $\alpha = .84$	低所得、貧困、低い教育レベルは望まれない妊娠回数と有意に関連していた。1回中絶経験者、中絶を経験していない女性、繰り返し中絶経験者間の自尊感情の比較では、1回中絶経験者が最も高かった。繰り返し中絶者は2つのグループよりも有意に低かった。低い自尊感情は、貧困、教育レベル、望まれない妊娠と関連づけられた。繰り返し中絶は、子どもの数と望まれない出産と関連していることが認められた。

不健康をもたらす可能性があるという問題を指摘し、5,295人を対象に、中絶を経験していない女性と中絶経験者のwell-beingについて比較検討を行った。具体的には3つの観点から検討された(①中絶経験者のwell-beingは中絶経験を持たない女性より低いか、②中絶後のwell-beingを規定する産科的要因、心理・社会的要因はなにか、③well-beingは過去の中絶からの時間的経過と関連があるか)。Well-beingの測定には、Self-Esteem Scaleが使用された。中絶未経験者、初回中絶経験者、反復中絶経験者のwell-beingの比較では、初回中絶経験者が最も高い自尊感情を示した。反復中絶者は2つのグループよりも有意に自尊感情が低かった。中絶経験者の低い自尊感情を規定する要因として「貧困」、「低い教育レベル」、「望まれない妊娠」が抽出された。現在の中絶後のwell-beingは過去の中絶経験からの時間的経過と関連はなかった。反復中絶は、「子どもの数」と「望まれない出産」と関連していることが確認された。

以上、先行研究の概観から中絶前後の心理的反応に関する研究は、中絶によるストレスへの適応の測定に関する研究と中絶によるネガティブな心理的健康の予測に関する研究に分類することができる。それらの心理的反応の測定に使用されている主な尺度に注目すると、ストレスへの適応を課題とする研究では、不安尺度(STAI)とうつ尺度(Self-Rating Depression

Scale; SDS, Center for Epidemiological Studies Depression Subscale; CES-D), 自己効力感尺度(Self-Efficacy Scale)が使用されている。これらの尺度の研究に対する有用性については以下のように説明できる。

Spielberger<sup>24)</sup>によって開発されたSTAI(State Trait Anxiety Inventory; 状態-特性不安検査)は、不安を状態不安と特性不安に分けて検討することができるという特徴を持っている。そして、特性不安の高い人は低い人よりも多くの事態を脅威と知覚する傾向があり、ストレス状況下で強い状態不安を示す傾向がある<sup>25)</sup>。これらのことから、STAIはストレス状態における不安の程度を反映することが考えられる。したがって、中絶というストレスイベントにおける状態不安と特性不安を測定する指標として有効であるといえよう。

福田らは<sup>26)27)</sup>、Zung<sup>28)</sup>のSDS(自己評価式抑うつ尺度)の日本版を作成し、その信頼性と妥当性を検討した。その結果、簡易な抑うつ性尺度として有効に利用できると結論づけている。また、正常者のSDS得点は、うつ症状の有無を判定するというより、それぞれの質問に対する応答が被験者の気分や心理的、身体的健康感の投影であると考察している。中絶者に対するSDS得点は、中絶に対する気分や心理的、身体的健康感の投影であると解釈することができる。

Self Efficacy Scaleは、中絶を受けた女性が自己の行動遂行可能性についてどのような見通しを持って行動を生起させているかの目安となる変数としての意味があり、中絶によるストレスへの対処あるいは問題解決可能性のレベルをアセスメントする一つの指標といえよう。

中絶によるネガティブな心理的健康を課題とする研究では、主として自尊感情尺度 (Self-Esteem Scale) が使用されている。自尊感情が高いということは、自分を「これでよい (good enough)」と感じることを意味し、自尊感情が低いということは、自己拒否、自己不満足、自己軽蔑を示し、自分が観察している自分に対して尊敬を欠いていることを意味している。自己の価値に対する感情という意味において、自尊感情は心理的健康の基盤をなすと考えられる。中絶を決定した自己、中絶を受けた自己について、自分を「これでよい」と感じることができるか (自尊感情) を測定することによって心理的健康をアセスメントする一つの指標を得ることができるといえよう。

これらの尺度は、中絶によってストレス状況にある女性の心理的反応を反映しており、心理的健康を評価する一つの道具として利用することが可能であろう。

心理的健康をアセスメントするための心理的反応を測定する尺度の有効性は独立変数によって規定される。表 (1) から (3) に記した変数によって従属変数を説明することができていることから、心理的反応を測定する際の独立変数として有効であると考えられる。特に、「年齢」、「既婚か未婚か」、「パートナーとの関係性」、「中絶に対する態度」、「望まれた妊娠か、望まれない妊娠か」、「子どもの数」は中絶前後の心理的健康を規定する変数であると考えられる。また、「性交頻度」、「教育レベル」、「低所得」は、反復中絶、自尊感情に影響する<sup>29)</sup>という報告があるが、それらの変数を質問項目に採用する場合には十分な倫理的配慮を必要とする。

## 2) 中絶後の心理的ケアに関する研究の現状

中絶後の心理的ケアに関する主な研究については表 2 (1) ~ (3) にまとめた。

中絶後の心理的ケアに関する研究について国内外の研究を検索した結果 (1970~2000年)、MEDLINEでは186件抽出されたが、医学中央雑誌CD-ROMでは1件であった。これは、わが国では中絶後の心理的ケアに関する研究がほとんどなされていないことを示唆している。

中絶後の心理的ケアについて、岸田は<sup>30)</sup>、女性が産

まない選択をした場合の情報提供やサービスの提供に関する研究が少ないことを指摘し、中絶を受ける女性66人を対象に、中絶前 (65人)、中絶当日 (58人)、中絶後1週間以内 (37人)、中絶後2ヶ月 (10人) を対象に、中絶前後に必要な援助のニーズを調査している。中絶前は医療者からの精神的援助、中絶後は医療者から健康に関するアドバイスを受けることがニーズとして確認された。また、中絶前後よりも1週間後以降に不安や罪悪感が増すという感情の変化をとらえているが、そのことについてどのような情報提供やサービスの提供が必要かということについては言及されていない。

Berger et al.<sup>31)</sup>は、反復中絶の増加率が多くの子国で報告されているという問題を指摘し、初回・反復中絶の心理、態度、避妊行動パターン、社会的属性の関連を調査し、中絶の自己決定過程におけるカウンセリング介入のあり方を検討するための示唆を提供した。対象者の15%は自分が妊娠したことをパートナーに話していなかった。また、中絶者のパートナーの17%は、中絶の日程を知らされていなかった。中絶についてパートナーと話し合った割合は有意に初回中絶者に多く、反復中絶者の45%は自分だけで決定していた。中絶決定について医療者の援助があった割合はわずかに1%であった。また、Muller et al.<sup>32)</sup>は、中絶前後にカウンセリングを受ける女性283人を対象に、中絶前1時間、中絶後30分、中絶後3週間に中絶前後の心理と中絶後の適応に関する要因を調査した。中絶後3週間での適応は中絶後30分の適応と正の高い相関 ( $r=.55, p<.001$ ) を認め、カウンセリングによる介入は中絶前後の適応を支援する可能性が高いことが示唆された。これらの結果と中絶前後の心理に関する研究において中絶前、中絶直後の罪悪感、自責、不安、うつ状態は中絶後の適応の予測要因であるという見解<sup>33)34)35)36)37)</sup>をあわせて考えると、中絶前から中絶直後にかけての心理的ケアの重要性が浮き彫りにされる。

中絶後の心のケアにおけるカウンセリングにおいて女性のQOL (Quality of life) を支援するために、①中絶を受ける女性の自己決定を支援すること、②女性自身が自らの健康 (well-being) に関わる問題を解決できるように問題解決過程における支援が求められる<sup>38)</sup>。つまり、女性が中絶を受ける、あるいは受けたことによって自分にとっていま何が問題なのかに気づき、問題解決に向けて自分は何をすればよいかのかわかり、そのために必要な行動をとる過程において医療者の援助が求められているといえよう。

Bluestein et al.<sup>39)</sup>は、中絶前のうつ状態は家族関係

表2 人工妊娠中絶後の心理的ケアに関する主な研究のまとめ (1)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
1	岸田泰子, 2000	中絶を受ける女性 66 人。	中絶前、中絶直後、中絶後 1 週間	*受けたい援助 *感情 (不安、怖れ、うつ、腹立たしさ、罪悪感) の変化	受けたい援助は、中絶前は、「医療者からの精神的援助」、中絶後は、「医療者からの健康に関するアドバイス」であった。中絶前後よりも 1 週間後以降に「不安」や「罪悪感」が増えるという感情の変化が確認された。
2	Berger et al., 1984	中絶を求めている 580 人。 平均在胎週数 8.1 週	初回中絶、反復中絶	*physical complaints *Emotional adjustment *Cognitive functioning *避妊法	反復中絶者は、初回中絶者に比べて年齢が高く、既婚者が多く、法的中絶について寛容で、性交回数が多いが、避妊はほとんど実行していなかった。反復中絶者の 45% は自分自身で決定していた (初回中絶者は 33%)。中絶決定について医療者の援助があった割合は 2 つのグループにおいてわずかに 1% であった。中絶との関連要因としてカップルの関係、同棲状態、心身症と不眠症傾向が確認された。
3	Pope et al., 2001	望まない妊娠のためにカウンセリングを求めた 14~21 歳の 96 人の若い女性。 22 人 (37%) が中絶既往を持っていた。	18 歳未満と 18-21 歳、 中絶時期 (中絶前と中絶後)	<中絶前> うつ尺度 (BDI, ) Emotion Scale 決定の困難性 <中絶後> 自己決定への安堵感 うつ尺度 (BDI) Emotion Scale STAI (不安尺度) Self-esteem Stress 尺度	18 歳未満は 18 歳以上より有意に中絶の決定において不快を示した。18 歳未満、18 歳以上に関わらず、うつ状態は中絶直後よりも 4 週間後に有意に低いことが示され、パートナーとの関係に満足していない程度は中絶後適応と関連していた。

(特にパートナーとの関係) の不満足を反映していると考え、妊娠初期 (妊娠 6~8 週) に中絶を希望している女性 304 人を対象にうつ状態と家族関係における不満足の関係性を調査した。うつ状態と家族関係の不満

足度は有意な相関を示した ( $r = -.31, p < .001$ )。若年、パートナーとのコミュニケーション困難、中絶を選択したことへの不満、妊娠の拒絶は、家族不満足得点とうつ得点を上昇させる要因として寄与しているこ

表2 人工妊娠中絶後の心理的ケアに関する主な研究のまとめ(2)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
4	Mueller et al., 1989	中絶前のカウンセリングを受ける女性 283 人。 (年齢 14-40 歳、平均 22 歳。 学生 34%、有職者 40%、主婦 10%。 独身 80%、子どもがいない 66%、中絶既往無し 66%)	カウンセリング介入(関与的、予想対処、コントロール)	5つの非難尺度、7件法(自己特性、自己行動、状況、他人、変化)、対処のための自己効力感認識、直後適応(身体的苦痛、気分、ネガティブ予想の適応、うつ得点)、3週間後適応(身体的苦痛、気分、ネガティブ予想の適応、うつ得点)、自己効力感尺度	中絶後適応は中絶直後の適応(気分、ネガティブ結果予想、BDI)と高い正の相関( $r=.55$ )が確認され、中絶直後のよりよい適応は3週間後の適応を予測することが示唆された。対処予想介入に割り当てられた女性は対照群の女性より、うつ状態、身体的苦痛、予期されたネガティブな結果は有意に低い。中絶直後に self-efficacy が低い人よりも高い人のほうが有意に予想されたネガティブ結果が少なく、低いうつ状態が示され、実験的な介入が中絶後適応を促進したことが明らかにされた。
5	Bluestein et al., 1993	中絶クリニックで妊娠初期(6~12週)に中絶を希望している女性 304 人。	年齢、結婚の有無、学歴、妊娠歴、避妊用具使用の有無、妊娠に対する拒絶、妊娠についてコミュニケーション困難度(パートナー、両親、友人など)	CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) 家族関係の不満足度 (Family APGAR Scale)	CES-D スコアと Family APGAR スコア、若年、低学歴、拒否的な感情に高い相関( $p<0.001$ )があった。また、健康への主体性の低さと未婚、うつ症状には有意な相関( $p<0.01$ )がみられた。さらに、CES-D スコアとパートナーとのコミュニケーション困難、避妊用具の使用、中絶を選択したことへの不満とも相関があった( $p<0.05$ )。 Family APGAR スコアと CES-D スコア、家族関係不満足、強いうつ状態は強い相関を示した。

とが示唆された。また、Major et al.<sup>40)</sup>の研究では、女性は中絶の意思決定に際してパートナーを最も頼りにしており、中絶についてパートナーに話したが満足しなかったケースは心理的適応度が低かったという結果を報告し、自己決定過程におけるパートナーの存在の重要性を指摘している。

Mueller et al.<sup>41)</sup>はカウンセリング介入について実験研究を実施した。対象者は、中絶を受ける前にカウンセリングを受ける女性283人で、カウンセラーによっ

て無作為に実験的介入群(関与介入群、対処予想群)と対照群に分けられた。実験的介入群が対照群よりもうつ状態、身体的苦痛、予期されたネガティブな結果は有意に低かった。また、関与介入群よりも対処予想群のほうがうつ状態、予期されたネガティブな結果は有意に低いという結果を得ている。さらに、対処予想群の方が他の2つの群に比べて中絶直後の self-efficacy 得点が有意に高く、self-efficacy 得点が高い群のほうが低い群よりも中絶後のうつ状態が低く、予期

表2 人工妊娠中絶後の心理的ケアに関する主な研究のまとめ(3)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
6	Smith et al., 1999	14～21歳までの中絶を希望しクリニックを訪れた6～12週の女性63人。	*年齢、民族、宗教、学年*9つの調査場面	* Beck Depression Inventory * Impact of Event Scale * Self-Esteem Scale	t検定の結果、中絶に比べて年齢、喫煙、宗教、学歴、民族については有意に話しやすかった。また、中絶に比べて家族の収入、oral sex, anal sexについては有意に話にくかった。教室で記入したアンケートを書くことが最も話にくかった。また、電話インタビューより自宅でのインタビューの方が話しやすかった。
7	Brenda et al., 1990	妊娠初期に中絶クリニックを訪れた283人。 14 - 40歳；平均22%、学生34%、有職者40%、主婦10%、無職16%。独身女性80%、出産経験無66%、初回中絶66%	年齢、人種、宗教、職業、学歴 結婚の有無 出産経験、中絶経験、避妊用具使用の有無	Perceived self - efficacy measure、 Social support measure、Adjustment measure、BDI 尺度	サポートはパートナー(85%)、友人(66%)、家族(40%)の順だった。3つのサポートがあった女性は家族よりパートナーや友人を頼りにしており、意思決定に際してはパートナーを最も頼りにしていた。全てのサポートとself-efficacyは正の関連があった。しかし、それぞれのサポートと心理的適応度とは直接的な関連はなかった。つまり、社会的サポートはself-efficacyを介して心理的適応に関与していると予測できる。中絶についてサポーターに話したがサポートに満足しなかったケースは心理的適応度が低かった

されたネガティブな結果が少なかった。これらの結果は、中絶前から女性の自己決定を支援する援助が必要であることを示唆している。

Pope et al.<sup>42)</sup>は、若年の女性は中絶後ネガティブな反応を示すリスクが高いという見解をもとに、望まない妊娠のためにカウンセリングを求めた18歳未満と18歳以上21歳未満の思春期女性96人を対象に、中絶後のネガティブな感情をもたらす要因について調査を実施した。18歳未満の群は18歳以上の群よりも有意に中絶の決定に不快を感じていた。また、18歳未満、18歳以上に関わらずパートナーとの関係での満足度は中絶後

の適応と関連していた。

Smith et al.<sup>43)</sup>は、思春期の女性にどのような方法で調査することがより率直な対象者の反応を把握できるかを特定することを目的に調査を実施した。対象者は、14～21歳までの中絶を希望しクリニックを訪れた妊娠6～12週の英語が話せる女性63人。対象者には、クリニックで妊娠相談をしているときに研究への参加同意が得られ、属性、妊娠診断時の精神状態、妊娠時の状況などについて最初のインタビューが実施された。その後、4週間後に2回目のインタビューを行い、Self-Esteem Scale, The Beck Inventoryなどの心理テ

ストが実施された。また、9つの調査場面設定で、中絶を含む喫煙、飲酒、宗教、学歴、民族など18の話題について、大変話しやすいから話しにくいまでの4段階評価が求めた。9つの調査場面とは、①自宅インタビュー：インタビュアーが質問紙記入する、②自宅アンケート、③自宅のパソコンを使用しアンケートに記入、④電話インタビュー、⑤大学所属の調査者による自宅でのインタビュー、⑥学校で記人を求められている自記式アンケートに記入、⑦学校で無記名の自記式アンケートに記入、⑧クリニックで記人を求められている自記式アンケートに記入、⑨クリニックで無記名の自記式アンケートに記入という設定である。中絶を含む18の話題で話しやすさについてt検定が実施された結果、中絶に比べて年齢、喫煙、宗教、学歴、民族については有意に話しやすかった。中絶に比べて家族の収入、oral sex、anal sexについては有意に話しにくかった。また、教室でのインタビューが一番話しにくく、電話インタビューよりも自宅でのインタビューのほうが話しやすかった。Smith et al.<sup>44)</sup>の研究は、中絶の問題についてより正確なデータを収集するためにはプライバシーの保護に留意する必要がある、その調査法について参考になる結果を提供している。

### 3. 今後の研究の課題

中絶前後の心理的反応と心のケアに関する先行研究の概観から、以下5つの中絶後の心のケアのあり方に関する研究の課題を得ることができた。

- ①わが国では人工妊娠中絶後の心のケアに関する研究がほとんどなされていないことから中絶前後の心理的反応と心のケアに関する基礎的研究が必要である。
- ②中絶後の心のケアの現状と問題点の把握をするために、中絶を受ける、あるいは受けた女性を対象にした中絶前後の心理的反応と適応に関する調査が必要である。心理的反応と適応については、心理尺度(不安尺度；STAI、うつ尺度；Self-Rating Depression Scale：SDS、Center for Epidemiological Studies Depression Subscale：CES-D、自己効力感尺度；Self-Efficacy Scale、心理的健康感尺度；SUBI)が従属変数として有効である。また、年齢、職業、所得、学歴、結婚状態(未婚か既婚か)、妊娠状態(望まれた妊娠か否か)、パートナーとの関係(同姓期間、妊娠について話し合い、中絶についての話し合い)、子どもがいるか、中絶についての態度は独立変数として重要であることが示された。また、一般化できる知見を得るため

に大きなサンプル数を確保する必要がある。

- ③調査方法については、中絶に関わる健康問題については被験者のプライバシーにかかわる問題が多いことから、質問紙法による量的分析に合わせて、事例研究による詳細な分析が期待される。
- ④中絶後の心のケアについては、中絶前からの継続的なケアが求められていることが多くの研究によって明らかにされていることから、中絶前から中絶後にかけての縦断的研究が求められる。
- ⑤人工妊娠中絶後の心のケアに関する医療現場の実態を調査し、ケアの実践する側の問題点を明確にする必要がある。

### おわりに

本研究は、平成15年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)研究「望まない妊娠、人工妊娠中絶を防止するための効果的な避妊教育プログラムの開発に関する研究」の一環として実施した。

### 引用文献

- 1) 厚生統計教会. 厚生指標 国民衛生の動向. 2002; 49: 57-58.
- 2) 厚生労働省雇用均等、児童家庭局母子保健課. 母子保健の主なる統計, 東京: 母子保健事業団 2001: 82-85.
- 3) 佐藤龍三郎. 我が国における人工妊娠中絶の要因についての人口学的検討—特に有病率、性行動、避妊との関連— 厚生省心身障害研究 望まない妊娠等の防止に関する研究平成7年度研究報告書, 2000; 25-30.
- 4) 木村好秀, 菅睦雄. 人工妊娠中絶の動向. ペリネイタルケア, 1998; 17: 116-125.
- 5) 毎日新聞社人口問題調査会, 編. 「平等・共生」の新世紀へ, 第23回全国家族計画世論調査, 1996.
- 6) 林謙治. 人工妊娠中絶の実態に関する調査, 厚生省心身障害研究 望まない妊娠等の防止に関する研究, 平成6年度研究報告書, 1999; 40-46.
- 7) Zolse, G. & Blacker, C.V. The psychological complications of therapeutic abortion. *British Journal of Psychiatry* 1992; 160: 742-749.
- 8) Lask, B. Short term psychiatric sequelae to therapeutic termination of pregnancy. *British Journal of Psychiatry* 1975; 126: 173-177.
- 9) Speckhard, A. & Rue, V. Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues* 1992; 18: 95-119.
- 10) Adler, N.E., David, H.P., Major, B.N. & Roth, S.H., Rusoo, N.F., Wyatt, G.E. Psychological responses after abortion. *Science* 1990; 48: 247-248.
- 11) Erikson, R.C. Abortion trauma: Application of a conflict model. *Pre- and Perinatal Psychology Journal* 1993; 8:

- 33-44.
- 12) Hulme, H. Therapeutic abortion and nursing care. *Nurs Times* 1983; 79: 54-60.
  - 13) Rogers, J.M. & Adams, d.w. Therapeutic abortion: Multidisciplined approach to patient care from a social work perspective. *Canadian Journal of Public Health* 1973; 64: 254-259.
  - 14) 前掲書, 10).
  - 15) 前掲書, 7).
  - 16) Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, L., Zubek, J. & Richards, C., Wilhite, M., Cramzow, R.H. 2000 Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry*. 57, 777-784.
  - 17) 鈴木江三子, 柳修平, 三宅馨 2001 人工妊娠中絶を経験した女性の不安の経時的変化. *母性衛生*, 42. 394-400.
  - 18) Kitamura, T., Toda, M.A., Shima, S. & Sugawara, M. 1998 Single and repeated elective abortions in Japan: a psychosocial study. *Jornal Psychosom Obstet Gynecol*, 19, 26-134.
  - 19) Kishida, Y. 2001 Anxiety in Japanese women after elective abortion. *JOGNN*, 30, 490-495.
  - 20) Cozzarelli, C. Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and social psychology* 1993; 65: 1224-1236.
  - 21) 前掲書, 16).
  - 22) 前掲書, 17).
  - 23) Russo, N.F. & Zierk, K.L. Abortion, childbirth, and women's well-being, *Professional psychology*. *Professional psychology: Research and practice* 1992; 23: 269-280.
  - 24) Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. and Lushene, R.E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press: Palo Alto, California, 1970.
  - 25) Spielberger, C.D. Anxiety as an emotional state. In C.D. Spielberger(ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research*(vol.1). Academic Press: New York. 1972 : 23-49.
  - 26) 福田一彦, 小林重雄. 自己評価式抑うつ性尺度の研究, *精神神経学会誌* 1973 ; 75 : 673-679.
  - 27) 福田一彦, 小林重雄. 日本語版SDS 自己評価式抑うつ性尺度Self-rating Depression Scale. 三京房 1983.
  - 28) Zung, W. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
  - 29) 前掲書, 23).
  - 30) 岸田泰子. 若年者の人工妊娠中絶前後に必要とされる援助に関する一考察. *思春期学*, 2002 ; 20 : 266-272.
  - 31) Berger, C., Gold, D., Andres, D., Gillette, P. & Kinch, R. Repeat abortion: Is it a problem?. *Family planning perspectives* 1984; 16: 70-75.
  - 32) Mueller, P. & Major, B. Self-Blame, Self-Efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and social psychology* 1989; 57: 1059-1068.
  - 33) 前掲書, 10).
  - 34) 前掲書, 16).
  - 35) 前掲書, 17).
  - 36) Kishida, Y. Anxiety in Japanese women after elective abortion. *JOGNN* 2001; 30: 490-495.
  - 37) 前掲書, 20).
  - 38) 宗像恒次. 新行動変容のヘルスカウンセリング 自己成長への支援. 東京: 医療タイムス社, 1997 : 7-39.
  - 39) Bluestein, B., & Rutledge, C.M. Family relationships and depressive symptoms preceding induced abortion. *Family Practice Research journal* 1993; 13: 149-156.
  - 40) Major, B., Cozzarelli, A., Marie, A., et al. Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59: 452-463.
  - 41) 前掲書, 32).
  - 42) Pope, L.M., Adler, N.E. & Tschann, J.M. 2001 Postabortion psychological adjustment: are minors at increased risk?. *Journal of Adolescent Health*, 29, 2-11.
  - 43) Smith, L.B., Adler, N.E. & Tschann, J.M. 1999 Underreporting sensitive behaviors: The case of young women's willingness to report abortion. *Health Psychology*, 18, 37-43.
  - 44) 前掲書, 43).

## Psychological response and mental care concerning before and after induced abortion: An integrative review of the literature.

Yoko TOKIWA<sup>1)</sup>, Narumi DOEDA<sup>1)</sup>, and Takashi WATANABE<sup>2)</sup>

**Abstract :** We reviewed the previous literature of psychological response and mental care concerning before and after induced abortion. This integrative review is to survey the mental care for women who terminated their pregnancies with induced abortion and to explore the need for further research on this subject. We searched into the published literatures for past five years with the keywords "abortion", "psychological", "care" on mainly MEDLINE and Igaku-chuo Zasshi. The review produced the following studies; ①a survey in regards to psychological response and adjustment before and after induced abortion, ② a study about mental care from before through after induced abortion, ③an investigate into the actual clinical field, ④These studies reveal the problems in attitude toward caregivers of women who have induced abortion.

**Key words :** induced abortion, psychological response, mental care, review

---

<sup>1)</sup> School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Gunma University

<sup>2)</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Jichi Medical School