

平成30年6月29日現在

機関番号：28002

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2015～2017

課題番号：15K11724

研究課題名(和文)10代母親の看護支援必要度測定尺度の開発

研究課題名(英文) Development of assessment tools used by nurses to identify high-risk teenage mothers

研究代表者

賀数 いづみ (Kakazu, Izumi)

沖縄県立看護大学・看護学部・准教授

研究者番号：50316220

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,800,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は10代母親のハイリスク者を判別するために妊娠期、出産直後、産後1か月の3時点で看護師が活用するアセスメントツール、すなわち、3種類の「10代母親看護支援必要度尺度」を開発することであった。順次混合研究法でまず、文献検討と医療従事者を対象としたインタビュー調査から母親用3種類・医師用・助産師用の質問紙を作成した。次に、それらを用いての質問紙調査から妊娠期73人、出産直後75人、産後1ヶ月65人、医師66人、助産師67人から回答を得た。統計解析の結果、各15項目からなる「妊娠期用尺度」、「出産直後用尺度」及び18項目の「産後1か月用尺度」の原案を作成、各尺度の信頼性が確認された。

研究成果の概要(英文)：The objective of this study was to develop the assessment tools that nurses use to identify high-risk teenage mothers at three points of pregnancy, immediately after childbirth, and the first month after birth. A sequential mixed method was used. First, we decided a risk assessment framework through literature review and interviews with five doctors and five midwives, then five questionnaires for teenage mothers at the three point, doctors and midwifery nurses were made. Next, we conducted a total of 5 questionnaire surveys with them, and 75 pregnant mothers, 75 mothers immediately after childbirth, 65 mothers at 1 month after birth, 66 doctors, and 67 midwifery nurses completed them.

As results of the statistical analysis, the original drafts of 15 items of "scale during pregnancy", 15 items "scale at immediately after birth", and 18 item "scale at one month after birth" were prepared, and the reliability of each scale confirmed.

研究分野：母性保健看護

キーワード：10代母親 若年妊娠 若年出産 看護支援必要度 尺度

1. 研究開始当初の背景

(1) A 県の 10 代母親の割合は全国の 2.3 倍と高率を継続しており、県内の母子保健上の重要な課題の一つである。近年、児童福祉法において養育支援の必要な特定妊婦に若年妊婦が位置づけられ支援の必要性の法的根拠が示されている。

10 代母親の支援は次世代育成に直接影響するため、マニュアルではなく対象者に必要な支援が届くための方法の開発が必要である。彼らが医療機関の前に立ったときに優先的に支援が必要かどうかの判別は医師や看護職者に委ねられているが、10 代母親に特化した尺度はないのが現状である。産科医療施設は総合病院から診療所など様々であり、10 代母親全数にきめ細かく支援するには医療人材資源に限界がある。10 代母親の多様性を理解し、支援が優先的に必要な、逃してはいけない 10 代母親を判別し、支援することは看護職者の重要な役割であり、有用な尺度の開発が求められている。妊婦健診や出産では、特殊な例以外、必ず看護職者(助産師)との関わりがあることから看護職者が活用できる尺度開発を目指すことにした。

なお、本研究では 10 代女性が妊娠、出産、産褥のどの時期であっても 10 代母親と称する。

(2) A 県内産科医療施設を対象に実施した筆者らの予備調査(賀数ら、2010)では、県内の一年間の 10 代母親 439 人の約 42% にあたる 185 人を対象としたデータ分析をした。その結果、どちらか一方が法的に婚姻年齢に達しないカップルが 10% 程度あること、さらに、助産師が支援困難とする 10 代母親には「10 代での妊娠・出産の繰り返し」、「DV、ネグレクト疑い」、「実母から支援がない」などの事例があった。また、「産後入院中の様子から母親になれないと危惧していたが、1 か月健診では落ち着いて母

親役割を果たしていた」という支援がうまくいったとする事例もあり、一口に 10 代母親といっても多様な姿がみられた。

2. 研究の目的

本研究の目的は、社会生態学的観点から 10 代母親のハイリスク者を判別するのに有用な 3 種類の尺度「10 代母親看護支援必要度測定尺度」(妊娠期用・出産直後用・産後 1 か月用)を開発することであった。

3. 研究の方法

本研究は 2 段階研究で構成した。

1) 第 1 段階研究

目的：ハイリスク者を特定する評価指標の枠組みを決め、質問紙調査票を作成することである。

(1) 文献検討

国内外の文献から 10 代母親に関連ある評価指標(変数)を抽出し、社会生態学的モデルの中でもミクロシステムと発達する個人の力に焦点をあてて評価指標枠組み(案)を作成した。国内外の文献から、10 代母親に関連ある評価指標(変数)を抽出、分類した結果から 基本情報(属性含む)、身体的側面、保健行動、心理的側面、社会的側面の 5 つの領域から評価指標の枠組みを構成した。

(2) 医師・看護職者への面接調査

10 代母親を日常的に診療、看護する経験豊富な産科医と助産師各 5 人を対象に、筆者らが作成したインタビューガイドをもとに「10 代母親に関する臨床の評価指標について」半構成面接調査を行った。了解を得て録音し、作成した逐語録から「10 代母親の臨床の評価指標」と思われる項目を抽出した。上記で作成した評価指標の枠組み(案)に照らして、「10 代母親看護支援必要度測定尺度」の「妊娠期用」「出産直後用」「産後 1 か月用」の 3 時点の調査票(案)を作成した。さらに信頼性・妥当性の検証のための医療職者(医師・看護職者用)の各

調査票（案）を作成した。

各調査票（案）は面接調査に協力した医師1人、助産師2人から構成される専門家によるレビューを経て、「10代母親の看護支援必要度測定尺度」（妊娠期用）（出産直後用）（産後1か月用）3種と10代母親を担当した「医師用」、「看護職者用」各1種の調査票を決定した。併せて既存尺度を10代母親用の調査票に組み合わせることを検討した。

（3）各調査票の作成

10代母親用

最終的に「10代母親用看護支援必要度測定尺度」の「妊娠期用」調査票は基本情報11項目、質問20項目から構成し、「出産直後用」は基本情報7項目、質問22項目とした。標準化されている既存尺度は、首尾一貫感覚、ストレス対処力といわれる Sense of Coherence : (以下 SOC : 13項目5件法) (戸ヶ里泰典,山崎喜比古 2005)、日本版エンジンバラ産後うつ病自己評価票(10項目)(以下 EPDS) (岡野禎治ら 1991)で構成した。

「産後1か月用」は基本情報8項目、質問18項目に SOC、EPDS、日本語版修正退院後の親の心配事と課題を測定する尺度(以下 : JRTQ:17項目)(Boykove & Kenner 2012,日本語版 : 上原 & 前田 2015)を加えた調査票を作成した。

医師用・看護職用調査票

医師・看護職者用の各調査票は、基本情報以外の共通質問項目に医師及び看護職者の面接調査結果を参考に筆者らが作成した「10代母親個人の力」を評価する(5項目)「退院後の支援必要度」評価(6項目)の合計11項目とした。医師用の調査票には「妊娠リスクスコア」(久保隆彦ら 2009)を含めた。看護職者用の調査票は共通質問項目に加えて「パートナーや家族(親)などとの関係性」の評価(6項目)「産後の育児状況」評価(5項目)「パートナーや家

族の支援状況」評価(6項目)の合計28項目、5段階評価とした。両方の調査票の最後には「10代母親のリスクの程度」の総合評価を(1:リスクはほとんどない~5:非常にある)5段階評価し、評価理由について自由記述欄を設けた。

2) 第2段階研究

第1段階で作成した調査票を用いて、10代母親へ「妊娠期」「出産直後」「産後1か月」の3時点において縦断的に無記名自記式質問紙調査を行った。「妊娠期用」は妊娠22週以降、調査に同意を得られた妊婦に、妊婦健診の待ち時間を利用して調査票の記入を依頼、封書で回収した。「出産直後用」は産後4日目以降、退院が決定した頃に調査票の記入を依頼、封書にて回収した。「産後1か月用」も健診時の外来待ち時間を利用して記入を依頼、同様に封書で回収した。

「医師用」や「助産師用」への調査は、調査に協力した10代母親を担当した医師および助産師各1人に、出産後の退院決定の頃、調査票への回答(無記名自記式)を依頼し、封書で回収した。

施設での調査は調査協力施設毎に看護職の調査協力者を得て、対象者への調査票の配付等を行い、回収された封書をまとめて研究者へ郵送もしくは研究者が直接受け取る方法で回収した。調査票と封筒には番号をつけて各時期の調査票、医師・助産師の調査票との連結がわかるように工夫した。

本研究は研究代表者の所属する大学の研究倫理委員会の承認、協力施設の研究倫理委員会の承認を受けて実施した。

10代母親に対しては、初回調査協力の依頼時に研究目的・方法について文書および口頭で説明し、同意書を取り交わした。18歳未満には保護者の署名も依頼した。医師や看護職者には、施設への調査協力依頼時に説明会を開催し、研究目的及び方法を文書及び口頭で説明し、調査票への初回回答

時に同意書を取り交わした。調査については匿名性の保持と調査協力を拒否しても不利益が生じないこと、同意後でも調査協力の辞退が可能であることなどを保証した。

4. 研究の成果

1) 第1段階研究

面接調査の対象者は5施設(病院3, 診療所2)の産科医5人(臨床経験:6~40年, 年齢:30~60代)助産師5人(臨床経験:7~33年, 年齢:30~50代)の計10人であった。

得られた10代母親の臨床の評価指標は、基本的情報4項目の他、全体で70項目であった。得られた評価指標を分類した結果、評価枠組みの表現を一部変更した。

新たな評価枠組みは基本情報(共通情報)のほか、「身体的側面(保健行動を含む)」、

「心理・社会的側面」、「家族・パートナーの力(ミクロシステム)」、「母親個人の力」の4つの下位尺度からなる多次元尺度を仮定した。ここでいうミクロシステムとは、Bronfenbrenner's モデルの同心円の中心にいる個人と直接相互作用し影響を与えあう資源をミクロシステムとしており、本研究ではそのミクロシステムの一部である家族・パートナーに焦点を当てた。

最終的には「10代母親用看護支援必要度測定尺度」の「妊娠期用」は基本情報11項目、質問20項目、「出産直後用」は基本情報7項目、質問22項目で作成した。「産後1か月用」は基本情報8項目、質問18項目とした。

2) 第2段階研究

作成した尺度の信頼性と妥当性を検証するために、県内離島を含む12医療施設に通院している10代母親と彼らを担当した産科医及び助産師各1人を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。質問紙の回収数は、妊娠期の母親73人、出産後の母親75人、1か月健診時の母親65人、医師66

人、助産師67人から回答を得た(全体回収率76.9%)。また、5種類全ての調査票を回収できた者は75人中48人であった(64%)。

(1) 対象者の属性

「妊娠期用」の調査結果から、10代母親の平均年齢17.79歳(SD1.17)、各年齢の内訳は15歳:3人(4.1%)、16歳:7人(9.9%)、17歳:19人(26%)、18歳:17人(23.3%)、19歳:27人(37%)であった。学生は高校生18人(24.7%)であった。有職者10人(13.7%)、既婚者32人(43.8%)、未婚者39人(53.4%)、そのうち入籍予定者は24人(61.5%)であった。パートナーの年齢範囲は16~36歳、平均20.7歳(SD4.53)であった。

(2) 医師・看護職のリスク評価

医師の平均臨床経験年数は19.5年(SD12.5)、助産師は14.1年(SD9.9)であった。

リスク評価は5段階評価で「1:リスクはまったくない~5:非常に高い」で回答を求めた。医師は平均2.88(SD0.94)、助産師は平均3.22(SD0.892)で、助産師の方が有意に高く評価していた($\chi^2=11.804, df=1, p=0.01$)。リスク評価の内訳は、医師と助産師では「リスクはまったくない:2人(2.3%) vs 1人(1.2%)」「あまりない」23人(26.7%) vs 13人(15.1%)「どちらともいえない」16人(18.6%) vs 33人(38.4%)、「高い」18人(20.9%) vs 19人(22.1%)、「非常に高い」1人(1.2%) vs 6人(7%)であった。

(3) 10代母親の調査

因子分析の結果

[妊娠期用]

因子分析では「妊娠期用」は2因子5項目が抽出された。抽出された因子は【不健康な生活リズム】(2項目)【パートナー関係】(3項目)でCronbach's α 係数は全体で0.651、全体の累積寄与率71.024%、因子

間の相関係数は.646であった。

「出産直後用」

「出産直後用」は2因子6項目が抽出された。抽出された因子は【家族・パートナーの出産への思い】(3項目)【退院後の赤ちゃんとの生活への思い】(3項目)でCronbach' α 係数は全体で0.666、全体の累積寄与率69.31%、因子間の相関係数は.168であった。

「産後1か月用」

「産後1か月用」は2因子7項目が抽出された。抽出された因子は【母親の健康と気がかり】(3項目)【パートナー・友人関係と経済】(4項目)でCronbach' α 係数は全体0.58、全体の累積寄与率59.8%、因子間の相関係数は.097であった。

以上か、確認的因子分析において3種類の各モデルは容認できる適合度を有していた。

重回帰分析結果

医師、助産師、または医師と助産師統合のリスク評価をそれぞれ従属変数とし、その他の調査項目を独立変数として3時点別に重回帰分析を実施した。その結果、得られた複数のモデルは(調整済み決定係数:.928~.736)であった。

「妊娠期用」

「医師のリスク評価」を従属変数としたとき、説明変数を「将来に肯定的」「妊娠後のパートナーの変化(夜遊びが減った)」「パートナー関係の満足度」「(私の)責任者はパートナー」「妊娠中の入院経験」「パートナーは協力的」の6項目のモデルが得られた(調整済み決定係数: R^2 .902)。

従属変数を「助産師のリスク評価」した場合は「問題解決能力」「家族関係への気持ち」「朝食時間」「月収」の4項目モデルが得られた(調整済み決定係数: R^2 .826)。

従属変数を「医師と助産師の統合評価」とした場合、「将来に肯定的」「妊娠後のパートナーの変化(夜遊びが減った)」「家族

関係への満足度」「月収」「責任者はパートナー」の5項目モデルが得られた(調整済み決定係数: R^2 .928)。

「出産直後用」

従属変数「医師のリスク評価」の場合、「妊婦健康診査の受診状況」「妊娠中の経過」「退院後の生活の不安」「退院後の赤ちゃんとの生活イメージ」「出産後助ける人:実母」「退院後の生活費は実父母が負担」「本人の特性合計」の7項目モデルが得られた(調整済み決定係数: R^2 .753)。

従属変数「助産師のリスク評価」の場合、「育児支援の必要性」「妊娠回数」「パートナーとの関係」の3項目モデルが得られた(調整済み決定係数: R^2 .740)。

「医師と助産師の統合評価」では「自分の将来に肯定的」「妊娠回数」「妊婦健診受診状況」「月収」「退院後の生活の不安」「手本にする人」の6項目モデルが得られた(調整済み決定係数: R^2 .839)。

「産後1か月用」

従属変数「医師のリスク評価」の場合、「自分の将来に肯定的」「家族関係の満足度」「パートナーが協力的」「妊娠回数」「育児支援の必要性」「手本とする人」の6項目モデルが得られた(調整済み決定係数: R^2 .864)。

従属変数「助産師のリスク評価」では、「妊娠回数」「自分の将来に肯定的」の2項目モデルが得られた(調整済み決定係数: R^2 .819)。

従属変数「医師と助産師の統合評価」の場合、「家族の応援」「助ける人はパートナー」「妊娠回数」「自分の将来に前向き」の4項目モデルが得られた(調整済み決定係数: R^2 .877)。

(4) 医師・助産師の調査票

「医師用」は2因子が抽出されそれぞれ【退院後の支援の必要性】(4項目)と【母親個人の力】(2項目)と命名した。それぞれのCronbach' α 係数は.909、.943、全体で.852、全体の累積寄与率81.356%、因子

間の相関係数は.457であった。

「助産師」は3因子が抽出され、それぞれ【母親個人の力】(5項目)【退院後の支援の必要性】(4項目)【将来志向と個人の力及びパートナーの状況】(4項目)と命名した。それぞれの Cronbach' α 係数は、.933, .892, .889、全体で.839、全体の累積寄与率 73.431%、因子間の相関係数は.405であった。両方とも確認的因子分析ではモデルとして容認できる適合度を有していた。

(5) 標準化された尺度

標準化された尺度の SOC と EPDS は「医師のリスクスコア」、「助産師のリスクスコア」に有意に相関していた。「医師のリスクスコア」と産後の SOC スコア、産後1か月のスコアは両者ともに弱い負の相関 ($r = -.381, p = 0.003, r = -.435, P = 0.002$) であった。助産師のリスク評価と妊娠中の SOC スコアは負の相関 ($r = -.289, p = 0.023$) があつた。また、妊娠リスクスコアは医師のリスク評価と弱い正の相関を示した ($r = .327, p = 0.012$)、EPDS については産後と1か月で医師のリスク評価と弱い相関を示した ($r = .358, p = 0.003, r = .358, p = 0.005$)。JRTQ は弱い負の相関がみられた ($r = -.320, p = 0.025$)。

これらの結果から得られた複数のモデルを重回帰分析(調整済み決定係数: .928 ~ .736)及び因子分析(Cronbach' α : .591 ~ .852)から、「妊娠期用」の構成項目は15変数、「出産直後用」は15変数、「産後1か月用」は18変数が得られる項目とする原案を作成した。さらに、「母親個人の力」は SOC 尺度を、「身体的側面」「心理・社会的側面」は妊娠リスクスコア及び日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票等の既存尺度を併用することが有用との結論に至った。

信頼性の検証では、再テストの実施も考

慮されたが、対象者の負担を考え、今回は実施しなかった。今後、対象者数を増やすとともに、産後1年~2年の縦断調査も加え、予測的妥当性の検証ができるようにし、さらに精選された有用な尺度を完成するための調査を続けていく必要がある。

引用文献

Boykova, M& Kenner, C: Transition from hospital to home for parents of preterm infants. J perinatal Neonatal Nus, 26 (1), 81-87; quiz 88-89; 2012, doi:10.1097/JPN.0b013e318243e948
戸ヶ里泰典、山崎喜比古:13項目5件法 Sense of Coherence の信頼性と因子的妥当性の検討,民族衛生 71, 168-182, 2005.
岡野禎治,村田真理子,増地聡子,玉木領司,野村純一,宮岡等,北村俊則;日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性、精神科診断学 7(4),525- 533,1996.

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[学会発表](計1件)

賀数いづみ、前田和子

「10代母親の支援必要度を判断するための臨床評価指標 産科医・助産師への面接調査から」第58回日本母性衛生学会(神戸)2017.

6. 研究組織

(1) 研究代表者

賀数 いづみ (KAKAZU Izumi)

沖縄県立看護大学・保健看護学研究科
准教授

研究者番号: 50316220

(2) 研究分担者

前田 和子 (MAEDA Kazuko)

千葉科学大学 看護学部 教授

研究者番号: 90190298

(3) 研究協力者

徳山 千登世 (TOKUYAMA Chitose)

大城 まゆみ (OOSHIRO Mayumi)