

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 1 日現在

機関番号：32610

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2013～2014

課題番号：25893231

研究課題名(和文) 緊急帝王切開を受けた女性の産後3～4か月までの心理的プロセスに関する研究

研究課題名(英文) The research about the psychological processes of women who underwent emergency cesarean sections until three or four months after delivery

研究代表者

谷口 綾 (Taniguchi, Aya)

杏林大学・保健学部・助教

研究者番号：30713565

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,000,000円

研究成果の概要(和文)：緊急帝王切開を受けた女性の産後3～4か月までの心理的プロセスを明らかにして、看護支援への示唆を得ることを目的とした。特にPTSD(心的外傷後ストレス障害)につながる可能性のある心理および、育児期早期における出産への思いの推移に注目した。緊急帝王切開後の女性9名に半構造化面接を行い、グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づき分析した。帝王切開に対する意味づけに関連して、〔限界の認識〕と〔育児への気持ちの移行〕をコアカテゴリとする心理的プロセスが見出され、具体的な看護支援への示唆を得られた。

研究成果の概要(英文)：This study aimed to theoretically explain the psychological processes of women who underwent emergency cesarean sections until three or four months after delivery and thus obtain insights for appropriate nursing care. This study focused on what feelings could lead to post-traumatic stress disorder and how such women feel about their delivery through child-rearing. Semi-structured interviews were conducted with 9 Japanese women who had undergone emergency cesarean sections. Data were analyzed using a grounded theory approach. Relating to "finding meaning in a cesarean section" which was found in previous research, two new core categories, "awareness of limits of vaginal delivery" and "a shift of feelings to child-rearing", were found. On the basis of these findings, this study offers concrete suggestions to improve nursing care for such women.

研究分野：看護学

キーワード：緊急帝王切開 心理的プロセス グラウンデッド・セオリー・アプローチ

1. 研究開始当初の背景

帝王切開の割合は世界的に上昇している。日本は諸外国に比べて自然分娩志向が強いものの、近年は帝王切開率が徐々に上昇し、平成 23 年は一般病院で 24.1%、一般診療所で 13.6%となっている(厚生労働省, 2012)。その背景には、産科医療の進歩に伴いハイリスク妊娠が増えたこと、高齢出産の増加、医療訴訟を回避するための安全性への配慮など様々な要因があり、今後も上昇が続くと考えられる。

帝王切開の心理面への影響に関してはこれまで様々な研究が行われてきた。帝王切開を経験した母親は、児が無事に生まれた喜びや安堵感、陣痛からの解放感などの肯定的な感情を抱く一方で、経膈分娩できなかった喪失感、母親としての失敗感、児への罪悪感、帝王切開決定における医療者への不満などの否定的な感情も抱きやすく、産後うつや母子相互関係の構築が遅れるリスクが高いことが報告されている(Clement, 2001; Lobel et al., 2007; Porter M., 2007)。そして、緊急帝王切開は、児の命の危険を感じながら出産に臨む体験が DSM-IV の PTSD 診断基準における外傷的出来事に該当するような体験であることから、正常分娩や予定帝王切開に比べて急性ストレス反応が大きく、近年 PTSD (心的外傷後ストレス障害) との関連も指摘されている(Olde et al., 2006; Ryding et al., 1998; 横手, 2005; Andersen et al., 2011)。

しかし、先行研究は分娩中から分娩後の心理に焦点を当てたものが多く、また予定帝王切開と緊急帝王切開の心理的プロセスの違いに着目したものは見当たらなかった。そのため、研究代表者は帝王切開を受けた 18 名の女性(予定帝王切開 8 名、緊急帝王切開 10 名)に対して半構造化面接を行い、妊娠中から産後 1 か月までの心理的プロセスを理論化した(谷口ら, 2014)。以下〔 〕はコアカテゴリー、〈 〉はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、「 」は対象者の言葉を示す。

その結果、帝王切開を受けた女性は、〈帝王切開に対する心づもり〉と〈帝王切開に対する意味づけ〉のプロセスをたどることで、それぞれ帝王切開に対する〔覚悟〕と〔納得〕に至ることが明らかとなった。緊急帝王切開では心づもりや意味づけをする十分な時間がないため、覚悟も納得もできないまま、「受け入れるしかない」状態で出産に臨む場合もあった。これらの体験は、母子の命に関わる逼迫した状況では PTSD につながる可能性もあると考えられたが、当該研究では逼迫した状況で緊急帝王切開となるケースに行き着くのは難しく、十分な検証には至らなかった。一方、分娩後も意味づけを続けることで、緊急帝王切開であっても、ポジティブな意味を見出して《帝王切開でよかった》と納得できる場合もあった。しかし、育児に追われて忙しい場合、《紛れる》《忘れる》のように意

味づけのプロセスが一時意識下におかれることで、出産に対するネガティブな意味づけが抑え込まれている可能性も考えられた。以上の結果から、今後の課題として、緊急帝王切開のケースを対象を絞り、PTSD との関連や産後 1 か月以降の心理的プロセスについてさらに検証していく必要があることが示された。

PTSD に関しては、外傷的出来事の直後だけではなく、トラウマとなる外傷性ストレスサーに生活環境ストレスサーが加わることで発症のリスクが高まると言われている(American Psychiatric Association, 2000)。育児に伴う心理的ストレス反応は産後 2~3 週に最も高くなるという報告があり(西海ら, 2008)、それ以降に発症する可能性も考えられる。しかし、上記の研究のように育児に追われて忙しいと、逆に出産に対するネガティブな思いが抑え込まれている可能性もある。一方、緊急帝王切開後 1 年半の女性の思い明らかにした研究では、産後 3 か月頃になると徐々に子育てに慣れることで気持ちが落ち着いてくることが示されている(今崎, 2006)。以上を踏まえると、先に挙げた今後の課題を検証するためには、緊急帝王切開を受けた女性を対象にして、まずは産後 3~4 か月までの心理的プロセスとその影響要因を明らかにしていく必要があると考えられる。

2. 研究の目的

緊急帝王切開を受けた女性の妊娠中から産後 3~4 か月までの心理的プロセスを概念化することで、妊娠中から産後にかけての具体的な看護支援への示唆を得ることを目的とする。本研究では、産後 3~4 か月までの心理的プロセスの中でも、特に PTSD につながる可能性のある心理、育児期早期における出産への思いに注目して分析を行っていく。

3. 研究の方法

(1) 研究デザイン

J. Corbin と A. Strauss (2008) のグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。その理由は、本研究が看護支援に対する示唆を得るために、心理的プロセスとその影響要因を明らかにすることを目的としたからである。

(2) 研究対象者

大学附属病院にて、在胎週数 32 週以降に緊急帝王切開で生児を出産した女性とした。逼迫した状況で、覚悟も納得もできないまま緊急帝王切開に臨まざるを得なかった場合に、より PTSD のリスクが高まると考えられるため、緊急帝王切開の中でも、経膈分娩を予定していて急遽緊急帝王切開となったケースを対象とした。一方、出生した児の状態が重篤であった場合は、児の状態が分娩に対する思いに強く影響すると考えたため、児の状態が重篤で長期の入院が予想されるケースは対象外とした。

(3) データ収集方法

対象者に対して、①産褥入院中、②産後 1 か月、③産後 3~4 か月に半構造化面接を行った。面接はインタビューガイドに沿って行い、緊急帝王切開を受けた体験、緊急帝王切開に対する思い、育児に対する思い等に関して、自由に語ってもらった。グラウンデッド・セオリー・アプローチでは、データ収集と分析を並行して進めるため、分析結果を基にインタビューガイドの内容を適宜見直していった。

面接はプライバシーを保護できる個室で実施し、対象者の許可を得て、IC レコーダーに録音した。言葉のニュアンスや雰囲気も重要な情報となるため、面接時の対象者の語調や表情などについて、面接後にフィールドノートに記録した。

また、対象者の基本的背景（年齢、職業、家族構成、分娩歴）と帝王切開までの経過（今回の妊娠・分娩経過、緊急帝王切開の適応理由）、手術経過、術後の母児の経過について、診療録より情報収集した。

(4) データ分析方法

分析手順としては、まず、インタビューデータを逐語録に起こした後、データを切片化してコーディングし、プロパティとディメンションに注目しながら、カテゴリを作っていた。その後、継続比較を通してカテゴリ同士の関係性を検討して、ストーリーラインを作成した。最後にコアカテゴリを見出し、それを基に理論の構築を試みた。

(5) 倫理的配慮

本研究は、杏林大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 459）。対象者の選定にあたっては、産科病棟の当日のコーディネーターから、母児の状態を踏まえて面接に差し支えない対象者を紹介していただいた。対象者には、研究への参加は自由意思で、参加を断ってもその後の診療において不利益を被らないこと、途中で辞退できること、思い出したくないことや話したくないことは無理に話さなくてよいこと、匿名性の保持、プライバシーの保護を保障した。また、データは一定期間保管した後に廃棄すること、研究成果の公表を予定していることを伝えた上で、研究参加に対する同意を得た。なお、外傷的出来事の影響を受けた人々は、外傷的出来事後の早期に、自分に起こる可能性のある反応の知識、つまり自分で行うことのできる対応方法（対処戦略）、周囲に存在する援助を求める方法と、もし必要になったときにいつでもさらなる援助を求めることができるかについて情報提供されるべきであるとされている（エドナラ，2013）。緊急帝王切開の体験は PTSD につながる可能性があるため、対象者には PTSS 症状（トラウマの再体験、回避、過覚醒等）が強い場合には、希望に応じて精神科を受診することもできることを書面にて情報提供した。

4. 研究成果

(1) 対象者の背景

対象者の一覧を表 1 に示す。12 名に研究への参加を依頼し、9 名から同意を得た。そのうち 1 名は、産後 3~4 か月に都合がつかず、産後 6 か月に面接を行った。

対象者の平均年齢は 37.0 歳（25~44 歳）で、全員初産婦であった。緊急帝王切開の適応理由は、胎児機能不全 5 名、分娩停止 3 名、分娩停止と回旋異常 1 名であった。児の状態はいずれも順調であった。産褥入院中の面接は、術後 4~5 日におこなった。面接時間は、産褥入院中が 20~59 分（平均 38.1 分）、産後 1 か月が 12~36 分（平均 22.9 分）、産後 3~4 か月が 9~43 分（平均 26.2 分）であった。

表 1 対象者の背景

	年齢	分娩歴	適応理由	分娩週数
A	25	初	分娩停止、回旋異常	41 週
B	38	初	胎児機能不全	41 週
C	29	初	胎児機能不全	41 週
D	41	初	分娩停止	41 週
E	40	初	分娩停止	40 週
F	40	初	胎児機能不全	41 週
G	33	初	胎児機能不全	38 週
H	43	初	分娩停止	41 週
I	44	初	胎児機能不全	41 週

(2) 緊急帝王切開に対する心理的プロセス

以下〔 〕はコアカテゴリ、〈 〉はカテゴリ、《 》はサブカテゴリ、「 」は対象者等の言葉を示す。

先行研究（谷口ら，2014）で導かれた〈帝王切開に対する意味づけ〉のプロセスに関連して、〔限界の認識〕をコアカテゴリとする分娩中から分娩直後の心理的プロセスと、〔育児への気持ちの移行〕をコアカテゴリとする産後の心理的プロセスの、新たに 2 つのプロセスが導かれた。

① 緊急帝王切開における〈意味づけ〉の起点 - 〔限界の認識〕

医師から《帝王切開の可能性の提示》があると、〈帝王切開の可能性の認識〉が起こる。医師からの提示回数が多く、提示の仕方が明確な程、〈帝王切開の可能性の認識〉は高まる。一方、《分娩進行の停滞》から、女性自ら〈帝王切開の可能性の認識〉を高めることもある。

〈帝王切開の可能性の認識〉が高まると、女性は〈経膈分娩の見通し〉を行う。今後の分娩にかかる時間が長く、体力・気力の余力が少なく、母児の安全の保証が少ない場合、また《経膈分娩への不安》がある場合には、

《経膈分娩の見通し》がつかず、《体力・気力の限界》《母児の安全の危機》を鑑みて、〔限界の認識〕をする。一方、今後の分娩にかかる時間がある程度予想でき、体力・気力の余力があり、母児の安全の保証がある場合、つまり《経膈分娩の可能性》が残っている場合には、〈経膈分娩に向けた努力〉を続ける。

〔限界の認識〕が高まると、女性は〈帝王切開を受ける決断〉をする。この際、限界までの《経膈分娩に向けた頑張りへの満足》が高く、限界を回避して《母児の安全の確保》ができると、帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉が進み、〔帝王切開に対する納得〕ができる。〈体力・気力消耗による思考停滞〉の状態にあると、一人で〈経膈分娩の見通し〉を行うのが難しいため、周りの家族や医療者の〔限界の認識〕に代えて〈帝王切開を受ける決断〉をする場合もある。この場合、分娩後に《分娩経過への疑問》や《経膈分娩の可能性の探究》が生じることがあるが、家族や医療者とのやり取りを通して当時の〈経膈分娩の見通し〉を理解できれば、改めて〔限界の認識〕をして〈帝王切開に対する意味づけ〉を進めることができる。

一方、〈経膈分娩への思い入れ〉は〔限界の認識〕を阻害する。また、帝王切開の緊急度が高いと、〔限界の認識〕がないままに〈帝王切開を受ける決断〉を迫られ、〈帝王切開に対する意味づけ〉もできないまま、〈帝王切開を受け入れるしかない〉状態に陥る場合もある。〈帝王切開を受け入れるしかない〉状態に陥った場合も、家族や医療者から帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉がなされれば、帝王切開までの限られた時間の中で、道理上〔帝王切開に対する納得〕をすることができる。しかし、〈経膈分娩への思い入れ〉を抱えたまま分娩に至るため、「下から産む感覚を味わえなかった」「(児が)産道を通れなかった」のように、《経膈分娩できなかった落胆》《帝王切開になった悔しさ・無念》が残り、〈経膈分娩への未練〉を抱くこともある。また、女性は分娩後も〈帝王切開に対する意味づけ〉を続けて、帝王切開での出産を自分の〔納得〕のいくものにしようとするが、《母児の安全の確保》はできたものの、《経膈分娩に向けた頑張りへの満足》が低かった場合には、ポジティブな〈意味づけ〉が阻害され、《帝王切開となった負い目》を感じて〈経膈分娩への未練〉が強まる。さらに、本研究では対象にたどり着けなかったが、《母児の安全の確保》ができなかった場合には、〈帝王切開に対する意味づけ〉が全くできず、〔帝王切開に対する納得〕もできなくなると考えられる。

②産後のネガティブな〈意味づけ〉の転機—〔育児への気持ちの移行〕

産後、生活の〈分娩から育児への移行〉が起こる。母体の回復が順調で、母乳育児をはじめとする育児や児の成長が順調に進むと、順調に経過している今をもって帝王切開に

対するポジティブな〈意味づけ〉が生じる。〈経膈分娩への未練〉が残った場合でも、ポジティブな〈意味づけ〉が積み重なることで、自分なりに〔帝王切開に対する納得〕に至ることもある。そして、産後の《母としての生活》を重ね、帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉も進むと、やがて〔育児への気持ちの移行〕が起こる。〔育児への気持ちの移行〕が起こると、分娩とは関係ない〈育児の悩みの共有〉等のやりとりが生まれ、文字通り《育児中心の生活》へと移行していく。また、時間と共に〈出産の記憶の希薄化〉が進むため、〈経膈分娩への未練〉は次第に薄らいでいく。

一方、産後の回復に関する知識を持ち合わせておらず、母体の回復が進まず、母乳育児が順調にいかない場合、また児の経過に何らかのトラブルがある場合には、帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉ができず、より順調な経過を辿ったであろう〈経膈分娩との比較〉を通して、〈経膈分娩への未練〉を強める。順調な経過を通して帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉が生じない限り、このプロセスが繰り返されるため、〈経膈分娩との比較〉のループに陥り、〈経膈分娩への未練〉を抱いたまま育児を行うことになる。

5. 考察

(1) PTSDにつながる可能性のある心理

2013年にDSM-Vが発表され、PTSDの診断基準が変更された。変更点の一つに、外傷的出来事の定義が具体化されたことが挙げられる。DSM-IVでは、『実際に生命や身体の統合性が脅かされるような出来事』で『はげしい恐怖、無力感、戦慄のいずれかを感じていること』(金ら, 2004)とされていたが、DSM-Vでは『死亡、重傷を負うこと、性的被害』に限局されている。また、体験後6か月のPTSD症状との関連が重視されるようになった(金, 2012)。これらの変更と、本研究では超緊急帝王切開のような母児の命の危険が非常に高い対象にたどり着くことができなかったことから、PTSDにつながる可能性のある心理に対して、十分な見解を得ることはできなかった。しかし、本研究において、DSM-Vで定義される外傷的出来事につながる可能性のある状況として、〈帝王切開の可能性の認識〕をしてから〈経膈分娩の見通し〕を行う上で、《母児の安全の危機》を強く感じて、〔限界の認識〕が切迫する状況が見出された。トラウマとの関連は(3)で考察する。

(2) 育児期早期における出産への思いの推移

母体の回復、育児、児の成長における順調な経過が、帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉になり、それらが積み重なることで、〔育児への気持ちの移行〕という気持ちの転換が生じることが明らかになった。〈経膈分娩への未練〉のような帝王切開に対するネガティブな〈意味づけ〉があった場合

も、〔育児への気持ちの移行〕が起こると、文字通り《育児中心の生活》を過ごす中で〈経膣分娩への未練〉は薄らいでいく。

しかしこの時、〈経膣分娩への未練〉は消失する訳ではなく、薄らいだけである。そのため、もし母体の回復、育児、児の成長の経過に何らかの問題が発生した場合には、ポジティブな〈意味づけ〉ができなくなり、〈経膣分娩との比較〉のループに陥って、再び帝王切開に対するネガティブな〈意味づけ〉が強まる可能性がある。本研究でも、産後3~4か月時点で帝王切開に対するネガティブな〈意味づけ〉が強まっているケースが見受けられ、ネガティブな気持ちが長期化する可能性が示された。

(3) 得られた成果の国内外における位置づけ

先行研究では、緊急帝王切開がトラウマとなる要因として、【状況に抵抗できない無力感】や【陣痛に屈してしまう無力感】のように、自己および周囲の状況に対するコントロール感の欠如が挙げられ、手術の緊急度がより高い場合や自然分娩を切望していた場合に無力感が起こりやすいとされている(横手, 2005; Somera et al., 2010)。本研究においても、自ら〈帝王切開を受ける決断〉に至らなかった場合、つまり〈経膣分娩への思い入れ〉から【限界の認識】が阻害された場合や、帝王切開の緊急度が高く〈経膣分娩の見通し〉や【限界の認識】を行う時間が十分でなかった場合に、〈帝王切開に対する意味づけ〉を行えないまま〈帝王切開を受け入れるしかない〉状態に陥ることが見出され、同様の結果が示された。研究代表者の先行研究(谷口ら, 2014)でも、帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉ができないまま、母児の救命のために帝王切開を「受け入れるしかない」体験がトラウマにつながると考えたが、本研究では〈意味づけ〉に先立ち【限界の認識】がトラウマと関連している可能性が示された。

一方、研究を計画した当初は、先に挙げた先行研究(谷口ら, 2014)の結果から、育児に追われて忙しい場合、《紛れる》《忘れる》のように、〈意味づけ〉のプロセスが一時意識下におかれることで、帝王切開に対するネガティブな〈意味づけ〉が抑え込まれている可能性を考えた。しかし、本研究では、育児期早期において、帝王切開に対する〈意味づけ〉は母体の回復や育児、児の成長に関連して生じることが示された。これらの順調な経過が、帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉につながることに關しては、【自分と子どもの順調な経過を実感する】ことや【安心できる環境の中で母親としての体験を積み重ねる】ことが【出産体験の認識を修正・統合する】ことにつながるという結果(横手, 2006)と類似する。そして、本研究ではさらに、長期的な思いの推移として、〔育児への気持ちの移行〕という転機が示された。帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉が進

んで〔育児への気持ちの移行〕が起こると、〈経膣分娩への未練〉等のネガティブな〈意味づけ〉が薄らぐが、ポジティブな〈意味づけ〉ができないと、〈経膣分娩との比較〉のループに陥り、ネガティブな〈意味づけ〉が長期化することになる。

(4) 看護支援への示唆

まず、分娩中から分娩直後には、〔帝王切開に対する納得〕ができるように、帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉を促すような支援が求められる。その際、ポジティブな意味を一方向的に付加するだけでなく、女性の〔限界の認識〕の内容・程度を踏まえた上で支援していく必要がある。

緊急帝王切開が決定した時には、女性が〈経膣分娩の見通し〉を行ってどのように感じているかを把握し、【限界の認識】がある場合には、それまでの頑張りをねぎらい、母児の無事を伝えることで、帝王切開に対するポジティブな〈意味づけ〉を促すことができる。一方、〈体力・気力消耗による思考停滞〉の状態にあたり、帝王切開の緊急度が高く、〈経膣分娩の見通し〉を十分に行えない場合には、今後の分娩にかかる時間や女性の体力、母児の安全を踏まえて、医療者としての【限界の認識】から帝王切開が必要な理由を説明し、その上でポジティブな〈意味づけ〉を促す必要がある。この場合には、産後に改めて分娩経過を振り返る機会を設け、緊急帝王切開に至った経緯を明確にして、女性自らが【限界の認識】を行えるように支援する必要がある。また、〈経膣分娩への思い入れ〉があると【限界の認識】が阻害されることが示されたが、妊娠中から分娩に対する気持ちを確認しておくことも必要である。先行研究(谷口ら, 2014)では、〈帝王切開に対する心づもり〉が〈帝王切開の可能性の認識〉から始まることから、妊婦健診や母親・両親学級の際に『妊娠経過が順調でも、急に帝王切開になる可能性は誰にでもあること』を伝えることを提案したが、経膣分娩にならない場合もあることをあらかじめ知っておくことで、〈経膣分娩への思い入れ〉が強くなりすぎないように介入できるとも考えられる。

そして育児期早期においては、〔育児への気持ちの移行〕がスムーズに進むように、母体の回復、育児、児の成長が順調に経過するための継続的な看護支援が求められる。最近では母乳外来や産後ケア等、退院後も継続的にサポートする体制が築かれ、母乳育児をはじめとする育児や児の成長に関する相談への対応が充実しつつある。しかし、母体の回復に關しては、子宮復古や創部の治癒は産褥健診できちんと診察されるものの、創痛や創の残り具合、体型の戻り等まで説明されないことが多い。緊急帝王切開を受けた女性は、経膣分娩用の準備しかしていないため、帝王切開後の経過について知識も物も持っていない。看護者側も帝王切開後の身体的回復に關する知識を増やし、順調な経過を支援してい

く体制を整える必要があると考えられる。

(5) 今後の展望

本研究の限界として、まず対象者の偏りが挙げられる。緊急帝王切開の件数が少なかったことに加え、死産や児の状態が著しく悪かったケース、逼迫した状況で帝王切開になったケースに行きつくことが難しく、理論的飽和に至ることができなかつた。また、研究の計画後に DSM の改訂があり、PTSD の定義が変更された。そのため、PTSD につながる心理を明らかにするためには、上記のような生命の危機に直面したケースを対象とし、さらに産後 6 か月以降の心理まで調査する必要が出てきた。DSM の改訂に伴い、緊急帝王切開と PTSD の関連についても整理し直す必要があり、今後は研究目的や研究デザインを練り直していく必要がある。

参考文献

- Andersen L.B., Melvaer L.B., Videbech P., et al. (2012): Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91(11), 1261-72.
- American Psychiatric Association. (2000) / 高橋 三郎, 大野 裕, 染矢 俊幸 訳 (2003): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引
- Clement S. (2001): Psychological aspects of caesarean section, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 15(1), 109-126.
- Corbin J., Strauss A. (2008) / 操華子, 森岡崇 訳 (2012): 質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 第 3 版, 医学書院, 東京.
- エドナ・B・フォア, テレンス・M・キーン, マシュー・J・フリードマンら編集/飛鳥井望監訳(2013): PTSD 治療ガイドライン第 2 版, 金剛出版, 東京
- 今崎裕子 (2006): 緊急帝王切開を体験した女 1031-1036 性の出産後約 1 年半までの出産に関する気持ち, *日本助産学会誌*, 20(1), 79-88.
- 金吉春, 飛鳥井望, 加藤寛ら(2004): こころのライブラリー(11) PTSD(心的外傷後ストレス障害), 星和書店, 東京
- 金吉春 (2012) : PTSD の概念と DSM-5 に向けて, *精神神経学雑誌*, 114(9), 1031-1036
- 厚生労働省 HP「平成 23 年(2011)医療施設(静態・動態) 調査・病院報告の概況」
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11/\(25.4.12 検索\)](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11/(25.4.12 検索))
- Lobel M., DeLuca R. S. (2007): Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications, *Soc Sci Med*, 64(11), 2272-2284.
- 西海ひとみ, 松田宣子 (2008): 第 1 子育児早期における母親の心理的ストレス反応に影響する育児ストレスとソーシャル・サポートに関する研究. 神戸大学

大学院保健学研究科紀要, 24, 51-64

- Olde E., van der Hart O., Kleber R., et al. (2006): Posttraumatic stress following childbirth: a review, *Clin Psychol Rev*, 26(1), 1-16.
- Patricia L.M. (2011). *Nursing research: A qualitative perspective* (5th ed.). Burlington, Jones & Bartlett Learning.
- Porter M., van Teijlingen E., Chi Ying Yip L., et al. (2007): Satisfaction with cesarean section: qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey, *Birth*, 34(2), 148-154.
- Ryding E. L., Wijma K., Wijma B. (1998): Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women, *Birth*, 25(4), 246-251.
- Somera M. J., Feeley N., Ciofani L. (2010): Women's experience of an emergency caesarean birth, *J Clin Nurs*, 19(19-20), 2824-2831.
- 谷口綾, 大久保功子, 齋藤真希ら (2014): 帝王切開で出産した女性の妊娠中から産後 1 か月までの心理的プロセス—覚悟と納得—, *日本看護科学会誌*, 34, 94-102
- 横手直美 (2005): 緊急帝王切開における女性のトラウマの要因 産褥 1 週間における出産体験の認識からの分析, *母性衛生*, 45(4), 432-438.
- 横手直美, 永田真弓, 宮里邦子. (2006): 緊急帝王切開で生児を出産した女性の『母親としての再起』の認知プロセス 産褥 1 週間における主観的体験の質的分析, *母性衛生*, 46(4), 617-624.

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)

[雑誌論文] (計 0 件)

[学会発表] (計 0 件)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

谷口 綾 (AYA TANIGUCHI)

杏林大学・保健学部・助教

研究者番号 : 30713565