

臨床報告

母親役割獲得を促すための妊娠期からの看護支援

～特定妊婦への母親役割獲得理論を用いたアセスメントと看護支援～

緒方あかね

京都第一赤十字病院 看護部

Effective midwife care in promoting the process of maternal role attainment for pregnant woman: Assessment and midwife care of implementing the theory of maternal role attainment for specified expectant mothers (Tokutei-ninpu)

Akane Ogata

Department of Nursing, Japanese Red Cross Kyoto Daiichi Hospital

要 旨

本研究の目的は、特定妊婦とされる女性に、母親役割達成過程のアセスメント指標を用いた妊娠期からの観察とインタビューを含む参加観察を行い、そのプロセスを明らかにし、阻害する要因と効果的な看護支援を検討することである。

研究デザインは参加観察法による事例研究である。研究協力者は、妊婦健診通院中の同意を得られた妊婦4名である。妊娠中期から妊婦健診や産褥早期、産後1か月健診の間に、インタビューや診察場面で、大平¹⁾が試案したものを参考にし、母親役割獲得プロセスのアセスメントと母親役割獲得促進のための看護支援を行った。分析は、質的記述的分析を行った。

その結果、4名に母親役割獲得プロセスに遅延があることが明らかになった。その要因は、①妊娠への自信の無さ、②サポート不足と分析された。分析結果を踏まえ行った継続的かつ個別的な看護支援によって、母親役割獲得のプロセスが促進した。

母親役割獲得達成理論を用いたアセスメントは、役割獲得の状況を明確にし、それに応じた支援には有用である。特定妊婦は複雑な問題抱えており、従来の外来での保健指導に加え、より個別的で継続的な支援が必要である。

Key words : 母親役割獲得, 妊娠期, 看護支援, 特定妊婦

緒 言

厚生労働省は、2011年より若年の妊婦や妊婦健康診査未受診者、望まない妊娠等の妊娠期から継続的な支援を特に必要とする家庭や妊婦を、児童福祉法に特定妊婦と定め、妊娠中からの支援の必要性を提言している。Mercer³⁾は、看護師は「母性サイクルにある女性と継続的で親密な相互作用を最も多くもつ保健専門職であり、また家族と子どもの健康増進に責任を担っている」と述べており、女性が妊娠中や出産後1年の間に受けたある種の援助やケアは、その女性や子どもに長期間影響を与えることができると強調している。母親役割獲得は母親になろうとしている女性の課題であり、胎児への愛着を促進し、母親役割を円滑に獲得出来ること目標とする看護支援は望ましい。同時に、妊娠中から母親役割獲得に困難さを抱えている対象を把握し、適切な看護支援を行う必要がある。

目 的

本研究の目的は、特定妊婦とされる女性に、大平¹⁾²⁾の報告した母親役割達成過程のアセスメント指標を用いた妊娠期からの観察とインタビューを含む参加観察を行い、そのプロセスを明らかにし、阻害する要因と効果的な看護支援を検討することである。

方 法

参加観察法による事例研究である。研究協力者は、外来通院中の、特定妊婦と思われる妊婦で、同意を得られた4名を対象とした。調査手順は、妊娠中期から、妊婦健診や産褥早期(産褥3～4日)、産後1か月健診時に、インタビューや医師診察の中で、母親役割獲得プロセスのアセスメントとその促進のための看護支援を行い参加観察を行った。観察内容や面接での会話や様子をフィールドノートに記載しデータ化し、質的記述的分析を行った。

母親役割獲得モデルと操作的定義

Reva Rubin⁴⁾の概念モデルによると、母親役割獲得プロセスは、“模倣”、“ロールプレイ”、“空想”、“取り込み-投影-拒絶”、“悲嘆作業”の5つの操作を経て進行する。この5つの操作は直線的な進行ではなく、出たり入ったりしながら波

のように進行するものであるが、時間経過として“模倣”が操作の始まりであるとされる。妊娠期はMercer³⁾の役割獲得の4段階の「予期的」であり、母親は役割期待について学び、役割について空想し、子宮内の胎児に話しかけ、役割演技を始める段階であるということから、インタビューでは、この過程を明らかにするようデータ収集を行った。本研究における妊娠期の母親役割獲得モデルは、Reva RubinやMercerを基礎にした大平¹⁾²⁾⁵⁾の論文を参考にした。すなわち以下の5つの視点で事例の観察・分析を行い、インタビューガイドとして活用した。

- 1) “模倣”：母親役割のシンボルや規範的な実践を探し、真似をすること。一般的な妊娠中の摂生を行ったり、模倣のために役割モデルを観察することを含む。
- 2) “ロールプレイ”：パートナー(子ども)を通して母親行動を試行し、自分の力量を試すこと。
- 3) “空想”：自分の子どもや自分自身の状況、経験の可能性を想像すること。
- 4) “取り込み-投影-拒絶”：役割モデルが自分にとってじっくりくるかどうかを投影(吟味)し、じっくりくる場合は取り込み、じっくりこない場合は拒絶する。
- 5) “悲嘆作業”：女性は母親になるプロセスにおいて、過去の自己を見直し、母親になることとは相容れない自己や理想像からの開放を自主的に開始し、妊娠したために出来なかったことや変化することについて考え、嫌だと思ったり諦めたりすること。

倫理的配慮

研究への協力は自由意思であり、強制ではないこと、一度研究協力を同意した後に、研究途中で協力を辞退することも可能であることを、その研究協力への拒否や途中辞退した場合にも、不利益を受けないこと、研究協力者の個人が特定されないように匿名性と守秘性を保証した上で結果の発表に関して、口頭と書面で説明し同意を得た。なお京都橘大学研究倫理審査委員会にて承認(承認番号11-18)を得て実施した。

結 果

1. 研究協力者の属性と背景

研究協力者の属性と背景は表1で示す。

表 1 研究協力者の属性と背景

| | 年齢 | 初・経産 | 婚姻 | 家族構成・特徴 |
|-----|--------|------|-----|---|
| A 氏 | 10 代後半 | 初 | 未 | 独居。両親不在、施設で育つ。16 歳から 1 人暮らし。水商売で生計を立てていた。妊娠を機に生活保護受給開始。キーパーソン姉は階下に住む。パートナーは妊娠後離別したが連絡は取っている。 |
| B 氏 | 30 代前半 | 経 | 既 | 夫と 2 人暮らし。元看護師。子ども病院の勤務経験あり。初期流産、24 週で死産の経験あり。子宮奇形（双角子宮）あり。今回妊娠にあたり不育治療中。 |
| C 氏 | 30 代後半 | 初 | 離・未 | 独居。料亭にて仲居として働く。家族は隣県に在住。以前に 11 年間の他パートナーとの婚姻生活、そのうち 7 年間の不妊治療の経験があった。離婚後 3 年を経過し今回のパートナーと 2 か月という短期間の交際で妊娠に至った。パートナーとは妊娠を機に連絡が取れなくなった。妊娠後期に生活保護を受給した。 |
| D 氏 | 20 代後半 | 初 | 未 | 母と同居。独特のコミュニティで生まれ育った。母と共に生活保護受給者。離婚した実父や姉、弟、親族は全員近所に住む。パートナーとは妊娠が判る前に離別。独特の価値観がある。 |

2. 各研究協力者の母親役割獲得プロセスの特徴
本研究協力者たちの母親役割獲得の特徴は、全体的にみると、全員がある程度母親役割獲得のための行動をしようとするが、母親役割獲得のための模倣や空想が遅い傾向にあった。特に B 氏・C 氏は、模倣や空想が著しく遅い傾向にあった。

1) 「模倣」

A 氏・D 氏は、初回看護支援時からすでに行われていた。周りに妊婦や子育て経験者がいる場合はそこから「模倣」をし、また TV などの視聴覚からも「模倣」がなされていた。一方 B 氏・C 氏は、遅かった。B 氏は、疾病に関する情報収集のみで、役割モデルの接触を避け「模倣」をしないようにしていた。しかし前回死産した 24 週を超え、自分が目標としていた 28 週を過ぎてからは、役割モデルの友人との接触をし、「模倣」をするようになった。C 氏は、周りに相談できる家族や友人等がない状況であった。いわゆる社会的に「孤立」しており、役割モデルの存在がなかった。また雑誌や TV などの媒体からの「模倣」もされていなかった。しかし、妊娠末期になると分娩をきっかけに出産前準備教室への参加や職場の同僚である役割モデルとの接触をするようになり「模倣」が速やかに進んだ。

2) 「ロールプレイ」

A 氏や D 氏は、実際に小さな子どもが周りにいる環境にあり、順調に進行した。特に A 氏は妊娠中の地域保健師による家

庭訪問での保健指導等で、実際に人形等を使った沐浴練習やおむつの交換の練習をしており、ロールプレイを行うことができるようになった。B 氏は看護師であった時の職業としての接触のみであった。C 氏は身近に子どもがおらず、子どもによく目が行くようになるが「ロールプレイ」には発展しなかった。36 週に出産前準備教室に参加し「参加して良かった」と感想を述べるなどしたが、積極的ではなかった。D 氏は「周りの子どもたちの面倒は見てきたし不安もないし、扱い方とか分かる」と発言した。

3) 「空想」

ほとんどの研究協力者が行っていたが、A 氏は、お腹のわが子について空想が盛んに行われていた。B 氏・C 氏は、空想は出来ても胎児へのネガティブな空想が多く、その空想は妊娠末期から産褥期までいろいろな形で現れた。D 氏は、看護支援時に胎児へ話しかけることを促すなどしたが、あまり進行しなかった。

4) 「投影」

A 氏はもともときちんとした母親になりたいと願っており、模倣、ロールプレイ、空想を経て順調にこの段階をたどっていく傾向にあった。B 氏は出来ないまま分娩に至った。C 氏は、妊娠中に、1 人でもすぐに受診出来る様病院の近くに引越す、ネットスーパーに登録するなど、支援者が不在中での出産・育児を見据えて準備行動をした。また、安産を願いながら何かあったら

困ると言う不安から、適切な運動を行わなかったが、妊娠末期になりようやく散歩が出来る様になった。産後の生活へのイメージは、母乳は出ない気がしないなど何とかなると言うなど、楽観的な部分があった。D氏は、妊娠と同時に生活リズムを整えたり食事に気をつけるようになり健康的になった自分を評価していたが、それ以上は「投影」しなかった。

5) 「悲嘆作業」

妊娠末期までに出来たのは、A氏のみであった。B氏は前回の死産の悲嘆作業がなされておらず、今回の妊娠への悲嘆作業が出来なかった。C氏は、身体的な苦痛への悲嘆作業は出来ていたが、母となる自分を取入れるための悲嘆作業は出来なかった。D氏は、独特の価値観の中で生まれ育っており、母になることへの不安もなく悲嘆作業はなかった。

3. 各研究協力者の母親役割獲得プロセスと看護支援

【 】内は研究協力者の言動を表す。本報告では、役割獲得に特に特徴があったA・C氏を明記する。

1) A氏

妊娠中期は、模倣は【友人や地域保健師、TVからの情報】であった。ロールプレイは【育児用品は揃えた】【名前を友人と決めた】と話し、児への愛着行動は取れていると判断し、役割モデルの接触を増やすことを促した。胎動への自覚は「動く」とだけの表現であったが、毎回胎児との相互作用の体験を表現することを促すことで【○の音楽を聞いている時は良く動く、オトコと話している時も動く、たばこ吸ってた時とは違う動き】と表現できるようになり、妊娠末期には【ペットボトル2本分の重さを抱っこしてみる】【泣いている赤ちゃんを抱っこする自分を夢で見る】など具体的に「空想」「取り込み」など行ない、自分なりの表現も出来るようになったことを称賛した。空想に関しては【子どものやりたいようにやらす】と語り、面談を重ねるごとに胎児のイメージ化と自分なりの子育て論を語るようになり、そのことを促し承認するようにした。投影は面談を重ねるご

とに【朝食を摂る】【食品が増える】など、規範的行動が取れたことをさらに承認すると、妊娠末期には【母子手帳を持ち歩くようになった】【適切な下着の着用】【乳房マッサージを毎日する】など出産に向けた積極的かつ的確な行動が出来るようになり、そのことを称賛した。悲嘆作業は【体重増加は嫌】と話したが承認を続けることで、【体重増加は産後の育児で減るから大丈夫】と受け入れる言動が見られた。

2) C氏

11年間の婚姻生活の中で7年間不妊治療後、離婚を経験し、今回パートナーとは2ヶ月という短期間の交際期間で妊娠に至った。妊娠を告げるとパートナーとは連絡が取れなくなった。C氏は、不妊治療をしていた自分が自然妊娠したことへの驚きと喜びがあり、パートナー不在・実家には心配かけたくないと経済的・情緒的にも支援不足状態の中、自分にとって最後の妊娠という思いで妊娠継続していた。【(しんどいことを)考えないほうが(胎教に)良い】【妊娠すれば自然と親になっていくもの】【友人はいない】【横になったら動く】と、自ら役割モデルを遮断し模倣やロールプレイをしていなかったため、不安の受容、役割モデルの探索や胎児の空想、育児用品の準備・出産前教室の参加の促しなどを行った。妊娠末期になってようやく【職場の人に体験談を聞いた】【肌着を見てこれを着るんだなって思う】と語るようになったが、【障害があったらどうしよう】とマイナスの空想も多かった。【悲しい顔を見せないようにしたい】【1人での子育てで困らないように病院の近くに引越した】【ネットスーパーの登録】など産後に備えた具体的な行動は妊娠末期に行った。

考 察

本研究の研究協力者である妊婦に、個別的で継続的に看護支援を実施し、母親役割獲得プロセスにアセスメントし、妊娠中からの効果的な関わりを考察する。

1. 母親役割獲得プロセスの遅延とその要因

1) 母親役割獲得プロセスの遅延

アセスメントした結果、研究協力者の母

親役割獲得プロセスは、大平の報告に比べ遅い傾向にあったが、それぞれのペースで母親役割獲得に向かっていった。また、三澤らの報告⁶⁾から、妊娠週数と母親行動である「出産準備」「赤ちゃん用品準備」「胎児の性別の想像」「子どもの成長の想像」とに関係があるとしているが、その報告週数に比べ、本研究協力者は妊娠末期になっても行動しないか遅い傾向にあった。

2) 母親役割獲得プロセス遅延の要因

母親役割獲得プロセス遅延の要因は、以下の要因があると考えられる。

(1) 妊娠への自信の無さ

妊娠への自信の無さは、特に不妊治療後の妊婦や流産・死産を経験した妊婦に現れやすいと考える。不妊治療後の妊婦は、母親役割獲得の準備期である妊娠期に、妊娠したことをゴールとしてしまう⁷⁾傾向にある。現在はなくても今後生じてくる症状や疾患に対する知識も豊富にあるが、妊娠継続に対しての不安も多くまた強いことから、現在の妊娠を無事に経過することに力点があり、産後の育児については考えられていない⁸⁾と報告がある。また5年以上の不妊治療を受けた後に妊娠した妊婦に抑うつ状態の発現頻度が高くなっている⁹⁾。また流産や死産の体験は、妊婦を「また胎児を失うかもしれない」と不安にさせる。そして、胎児を失った時に余計に傷つきたくないという防御する気持ちを抱かせる。加えて、35歳以上と言う年齢は、高年齢とされ医学的に早産、妊娠高血圧症候群や胎児の染色体異常の発生頻度の上昇などからハイリスク妊婦とされている。しかし、そのリスクは個体差があるが、その不確かな情報は高齢妊婦の心理に大きく影響し、不安状態を作っていると言われている¹⁰⁾。研究協力者B・C氏は、死産の経験、7年の不妊治療の経験、高年齢という要因が、母親役割獲得プロセスを遅延させたと考えられる。森¹¹⁾は、やっと妊娠できたと言う自己が同時に存在した場合、早産への不安を感じ、貴重児なので早産予防、異常への心配をしながら生活し、母乳栄養を希望していても乳房の手入れはしない。

そして自然出産体験を志向し安産を願うが、早産を気にして安産体操や出産準備をあまり積極的にしないと報告しており、本研究においても同様の傾向がみられた。

(2) サポートの不足

ソーシャルサポートには、情緒的サポート、物理的サポート、情動的サポート、経験的サポートの4種類があり、ストレスと健康レベルに影響する直接作用と心身のストレスへの緩和作用があると言われている¹²⁾。特に妊娠出産は、母親になろうとする女性の身体的・心理的・社会的変化に直面する時期であるため危機的状況を起こしやすいと考えられるため、ソーシャルサポートは重要である。稲垣¹³⁾は、妊娠中の心配事全般に対する対処行動で、夫に協力を求めた者が約8割を占めたことは、夫の支援が出産・育児を支える重要な条件であると述べている。また、森¹⁴⁾は、胎動を契機に、胎児や夫となるパートナーとの関わりの中で、出産後の育児の楽しみと心配の空想によって自分なりの母親としての自己を模索すると報告している。このようなことから、研究協力者A・C・D氏ともシングルであり、夫不在のため情緒的サポート不足になりやすかったと考える。特にA氏は、10代と言う若年で、自分も幼児期から両親からネグレクトを受け施設で育った経験があり、自分はきちんとした親になりたいと強く思っていたが、パートナーの浮気で離別した。離別後もパートナーからの身勝手な接触が続き、1人でも育てるといふ思いと子どものためにパートナーの存在が必要かという思いとが交錯し妊娠中はアンビバレンスな状態が続いていた。B氏は既婚者であったが、本人の妊娠への不安と楽観的な夫との気持ちのズレを感じていた。このようなパートナーとの不安定な関係も、情緒的サポート不足となると考えられる。C氏は、離婚後単身で転居しており、友人は同僚以外におらず、家族は隣県に離婚した姉と再婚した実母がいたが、心配をかけたくないと心配事は話せずいた。C氏のように、社会的に

孤立し情緒的サポートもない状況で、かつ経済的問題を抱えている状況は、ソーシャルサポート不足であり、母親役割獲得プロセスの遅延の要因になると考えられる。

また、シングルマザーは経済的に苦しいものが多く、年収300万円以下、入院助産制度利用者、入院費支払い困難者、飛び込み分娩の比率が高いとされ¹⁵⁾、出産後の子育てにおいては、孤独や経済的な不安定さなどから、経済不安、健康不安、養育不安などの問題が発生しやすい。シングルマザーは経済的な問題を抱えつつ、夫不在の中で心配事全般に対する対処行動を実践しなければならない。本研究においても、既婚者B氏以外は、すべて生活保護受給者であったことから、母親役割獲得プロセスの遅延に影響したと考えられる。

2. 母親役割獲得プロセスのアセスメントの意義

本研究協力者に対し、大平¹⁾²⁾⁵⁾が試案した母親役割獲得プロセスのアセスメント表を参考に、アセスメントした。その結果、先行研究の妊婦に比べて、本研究協力者たちは母親役割獲得プロセスに遅延があることがわかった。そして個別的で継続的に母親役割獲得促進するための看護支援を行うことで、遅延しながらでもそれぞれのペースで獲得に向かっていった。母親になろうとしている女性へのアセスメントには、この母親役割獲得理論に基づいたアセスメント手法は有効であると考えられる。しかしそのプロセスをアセスメントするには、面接スキルとさらにプロセス促進のための意図的な看護支援を要すること、また母親役割獲得はその女性の発達過程で、連続したものであり、継続した支援が必要である。そして遅延している妊婦の多くは、その遅延の要因も複数かつ複雑であるため、1度きりの関わりや時間的制約のある中では活用するのは難しく、支援が必要だと思われる妊婦には個別的かつ継続的に関わるのが重要であり、今後検討していく必要が示唆された。

3. 母親役割獲得プロセスに遅延がある妊婦への看護支援

1) 産科外来での看護支援

外来に於ける助産師の役割は、妊婦健康診査と保健指導である。その関わりの中で

子どもへの愛着に問題がありそうな妊婦を察することが出来る看護者には、正確なアセスメントと支援能力を提供することが求められる。しかしながらその気づきが出来ても、対応するための時間の確保が難しいのが現状である。今後妊婦に対するコンサルテーションの在り方なども含めて、看護者に対する教育支援、十分な時間を確保できる配慮が必要である。

2) 関わり場の提供

近年核家族化や孤立した妊婦が多いことで、役割モデル不足と言われている。このため、妊婦が役割モデルと接触できる機会の提供が必要である。また、重要キーパーソンである夫やパートナーからの情緒的サポートを得られるような場とすることも求められると考える。医療施設では関わり場の場として、例えば出産前教育の工夫が出来る。この教室の中で、夫婦間の会話を大切にすることの認識、産後の生活をイメージできるような配慮、児の「泣き」への対応、実際の困りごとが生じた時の対処方法まで、妊婦自身が考えることが出来るような、場の提供が必要であると考えられる。

3) 院内での事例検討会の開催

事例検討会の中で、胎児期から子ども虐待防止の視点でのフォロー体制への検討、小児科や地域へのフォローの在り方など検討し、研鑽していく必要がある。

4) 地域関連機関との連携強化

地域ネットワークの連絡会の開催や事例検討会の開催を定期的に行う。地域機関の関係者が同じ場集り、顔見知りになることは関係の構築にもなる。また連絡回答の場において、地域機関相互の機能の明確化、地域との情報の共有、連携システムの確認をすることが出来るようになる。

結 語

本研究において、母親役割獲得プロセスに課題があるとされた妊婦に対して、大平¹⁾が試案として報告を参考に母親役割獲得プロセスをアセスメントし、そのプロセスを促進する看護支援を行った。その結果対象とした妊婦には、プロセスに遅延があることが分かり、そのプロセスは看護支援により促進していけば遅延しながらも自分た

ちのペースで進行することが分かった。このことから、母親役割獲得プロセスをアセスメントし支援することは、妊娠期から親になる準備を支え、母と子の愛着形成を促し、育児行動を促すことに有効であることが分かった。

研究の限界

本研究は、研究協力者が4名と少なく、一般化するには難しい。今後は多くの事例を検討する必要がある。

謝辞

本研究に当たり、快く研究協力者となって下さった4人の方に心より感謝いたします。なお本研究は、京都橋大学大学院修士論文の一部を、加筆修正したものである。

本論文内容に関連する著者の利益相反はない。

文 献

- 1) 大平光子. 産褥期の母親役割獲得プロセスを促進する看護援助方法に関する研究. 千葉看護学誌 2000; 6(2): 24-31.
- 2) Ramona T. Mercer(1995) / 新道幸恵訳. 看護理論家とその業績 第3版. 医学書院, 2010; 475-487.
- 3) 大平光子. 妊娠期の母親役割獲得過程のアセスメント指標に関する試案. 大阪府立看護大学紀要 2010; 7(1): 29-38.
- 4) Rubin, R (1984) / 新道幸恵, 後藤桂子 訳. ルーヴァ・ルビン母性論—母性の主観的体験. 東京: 医学書院, 1997.
- 5) 大平光子, 前原澄子, 森 恵美. 妊娠期の母親役割獲得価値を促進する看護の検討(第1報)—“模倣”および“ロールプレイ”に対する看護介入—. 母性衛生 1991; 40(1): 152-159.
- 6) 三澤寿美, 小松良子, 片桐千鶴ほか. 初妊婦の母親役割行動に関する研究—Reva Rubinの妊婦の母親役割獲得過程における概念を用いて—. 山形保健医療研究 2004; 7: 23-31.
- 7) 我部山キヨ子. 不妊治療後妊産褥婦とパートナーの特別なニーズと周産期ケアに関する研究. 日本女性心身医学学会誌 2010; 14(3): 268-276.
- 8) 大塚多賀子, 吉良千枝, 小松美和. 不妊治療後妊婦の母親役割獲得の過程. 日本看護学会論文集 32回母性看護 2001; 55-57.
- 9) 大村紀子, 岩谷澄子, 山口陽恵ほか. 不妊治療後妊婦の妊娠初期の抑うつ状態および胎児感情に関する調査. 神戸市看護大学紀要 2003; 22: 119-124.
- 10) 直田幸代, 宮田久枝, 岡部恵子. 高齢初産婦の分娩・妊娠に対する認識—滋賀県下の調査を通して—. 母性衛生 2001; 42(2): 316-323.
- 11) 森 恵美, 坂上明子, 前原邦江ほか. 高度生殖医療後の妊婦の母親役割獲得過程を促す看護介入プログラムの開発. 日本母性看護学会誌 2011; 11(1): 19-26.
- 12) 伊藤道子. 妊娠期から産褥期までの女性の心理・社会的状態とソーシャルサポート. 北海道医療大学看護福祉学部紀要 2006; 13: 1-9.
- 13) 稲垣恵子. 第1子出産・育児を支える心理的・社会的条件—効果的な支援のあり方を考える—. 母性衛生 1998; 9(1): 43-53.
- 14) 森 恵美, 石井邦子, 林ひろみ. 不妊治療後の妊婦における母親役割獲得過程. 日本生殖看護学会誌 2007; 4(1): 26-32.
- 15) 平岡友良. シングルマザーの周産期における医学的および社会的要因の検討. 母性衛生 2006; 46(4): 500-506.