

## 不妊症女性の抑うつ傾向と顕在性不安の検討：K6, MAS を使用して

江見弥生 1, 2), 藤原順子 2), 中塚幹也 1, 2, 3)

1)岡山大学大学院保健学研究科

2)岡山県不妊専門相談センター「不妊・不育ところろの相談室」, 3)岡山大学病院産科婦人科

### [目的]

不妊症の女性では、繰り返される流死産経験に伴う悲しみから、抑うつ傾向が認められる可能性がある<sup>1, 2)</sup>。また、その後も次回の妊娠に対して不安を抱えている場合が多いことも予測される。そこで、本研究では、不妊症外来受診者の抑うつ傾向と顕在性不安を評価し、それぞれに対する影響因子を検討した。

### [方法]

2008年5月～2010年1月、岡山大学病院産婦人科不妊症外来を受診し、本研究の目的及び、参加の有無が今後の治療に影響しないことなどを説明し、同意の得られた不妊症女性91名を対象とし、初診時に、自己記入式質問紙調査を施行した。また、抑うつ状態の評価には、古川らの日本語版 K6 を、顕在性不安の評価には顕在性不安尺度 (Manifest Anxiety Scale : MAS) を使用した。対象の年齢は、 $33.0 \pm 4.4$  [21～43] 歳、既往流死産回数は、 $2.9 \pm 1.4$  [1～7] 回、生児獲得症例は20名 (22.0%) であった。

### [結果]

K6 のスコアは、平均は  $5.7 \pm 4.8$  [0～21] 点であり、5 点以上 (25%以上が気分障害または不安障害に該当するとされる) の症例は23名 (25.3%)、9 点以上 (50%以上が気分障害または不安障害に該当するとされる) の症例は22名 (24.2%) であった。MAS (顕在性不安尺度) のスコアは、不安障害領域と判断する22点以上の症例は10名 (11.0%)、うつ病領域と判断する27点以上の症例は3名 (3.3%) だった。今回の対象の K6 のスコアと MAS のスコアとの間には相関が認められた ( $r=0.51$ ,  $p<0.01$ )。

年齢と各尺度のスコアとの関連についてみると、年齢と K6 との間には相関は認められなかったが、年齢と MAS との間には、ごく弱い相関が認められ ( $r=0.22$ ,  $p<0.04$ )、年齢が高くなるにつれ、性格的な不安傾向は弱くなると考えられた。高齢妊娠・出産の区切りとなる35歳で対象を2群に分け、各尺度のスコアを比較した場合、K6 では、34歳以下 ( $n=57$ ) は  $5.1 \pm 4.3$ 、35歳以上 ( $n=33$ ) は  $6.8 \pm 5.5$ 、また、MAS では、それぞれ  $15.9 \pm 6.0$  と  $15.4 \pm 6.4$  であり、K6, MAS の両尺度のスコアともに、両群間に有意差は認められなかった。また、年代別で比較しても、K6 では、20代 ( $n=18$ ) が  $5.6 \pm 4.7$ 、30代 ( $n=68$ ) が  $5.8 \pm 4.8$ 、40代 ( $n=5$ ) が  $5.8 \pm 6.4$  であり、各群間に有意差は認められなかった。MAS では、20代 ( $n=18$ ) が  $18.1 \pm 6.9$ 、30代 ( $n=68$ ) が  $15.4 \pm 5.7$ 、40代 ( $n=5$ ) が  $11.8 \pm 6.5$  であり、40代では他の2群に比較して低スコアであったが、症例数が少なく有意差は認められなかった。

流死産回数と各尺度のスコアとの関連についてみると、流死産回数と K6 との間には相関は認められなかったが、MAS との間にはごく弱い相関が認められ ( $r=0.22$ ,  $p<0.04$ )、流死産回数が増えると、不安傾向も強まると考えられた。

また、今回の対象を習慣性流産と判断される流死産回数3回までとそれ以上で2群に分

けて各尺度のスコアを比較すると、K6では、流死産回数3回以下の群(n=71)は5.6±4.3、4回以上の群(n=20)は6.3±6.3であり、両群間に有意差は認められず、MASでは、各15.1±5.3、17.8±8.2であり、やはり両群間に有意差は認められなかった。

生児の有無と各尺度のスコアとの関連をみるため、対象を生児の有無で2群に分けて各尺度のスコアを比較したが、K6では、生児なし群(n=71)は5.7±4.9、生児あり群(n=19)5.7±4.4であり、両群間に有意差は認められず、MASでは、それぞれ15.1±5.9と18.0±6.5であり、生児あり群の方が高スコアであるものの有意差は認められなかった。

さらに背景を細分化するため、流死産回数と生児の有無で対象を4群に分けて各尺度のスコアを比較すると、K6では、流死産4回以上かつ生児あり群は他の群に比較して、有意差は認められないものの高スコアであった。MASでは、流死産4回以上かつ生児あり群は他の3群に比較して、有意に高スコアであり、この群では不安傾向が強いことが判明した(表1)。

表1. 流死産回数・生児の有無とK6, MASのスコア

| 流死産回数 | 3回以下                   |                        | 4回以上                   |                            |
|-------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|
|       | なし<br>(n=55)           | あり<br>(n=16)           | なし<br>(n=16)           | あり<br>(n=4)                |
| K6    | 5.7±4.5                | 5.1±3.6                | 5.9±6.3                | 7.8±7.0                    |
| MAS   | 14.9±5.5* <sup>1</sup> | 16.1±4.8* <sup>2</sup> | 15.9±7.3* <sup>3</sup> | 25.3±7.9* <sup>1*2*3</sup> |

\*1 : p<0.005, \*2 : p<0.04, \*3 : p<0.03

#### [考察]

今回の調査で、不育症外来を受診している女性の中には、気分障害や不安障害の可能性のある症例や、うつ病領域に入る症例が比較的高率に含まれていることが判明した。流死産後数ヶ月の間に紹介され、あるいは、自発的に当院不育症外来を受診した症例に対しては、うつ病発症のリスクが高いことを考慮した対応が必要である。

流死産回数4回以上で生児のある群は、MASのスコアが有意に高く不安傾向が強いことが明らかとなったが、この4回以上の流死産は全て、最初の生児獲得後に経験していた。このことは、必ずしも子どもがいることで精神的な問題が緩和されているとは限らないことを示しており、問題なく出産した後に流死産を繰り返し経験したことで、自分の身体の変化を感じ、不安が増強される可能性も考えられる。

#### [結論]

不育症外来を受診者に対して、K6やMASは短時間で回答でき、K6は抑うつ傾向の有無を、MASは性格的な不安傾向を把握する上では有用であり、年齢、妊娠歴、生児の有無などとも関連する可能性がある。今後の不育症の精神的支援への活用を考慮している。

#### [文献]

- 1) 矢富茜, 久下さくら, 三谷久美子, 奥村永里子, 難波沙由里, 米藤由貴, 江見弥生, 中塚幹也. 流・死産後の環境と不育症女性の心理. 岡山県母性衛生 25 : 50-51, 2009.
- 2) 大谷友夏, 因來実里, 秦久美子, 佐藤久恵, 永井真寿美, 中塚幹也. 流産・死産のグリーフケア: 母親と医療スタッフの捉え方. 日本不妊カウンセリング学会誌 7 : 57-58, 2008.