

エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)

母氏名: _____ 実施日 年 月 日(産後 日目)

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部答えて下さい。

1. 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。
() いつもと同様にできた。
() あまりできなかった。
() 明らかにできなかった。
() 全くできなかった。
2. 物事を楽しみにして待った。
() いつもと同様にできた。
() あまりできなかった。
() 明らかにできなかった。
() ほとんどできなかった。
3. 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。
() はい、たいていそうだった。
() はい、時々そうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くなかった。
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。
() いいえ、そうではなかった。
() ほとんどそうではなかった。
() はい、時々あった。
() はい、しょっちゅうあった。
5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。
() はい、しょっちゅうあった。
() はい、時々あった。
() いいえ、めったになかった。
() いいえ、全くなかった。
6. することがたくさんあって大変だった。
() はい、たいてい対処できなかった。
() はい、いつものようにうまく対処できなかった。
() いいえ、たいていうまく対処した。
() いいえ、普段通りに対処した。
7. 不幸せなので、眠りにくかった。
() はい、ほとんどいつもそうだった。
() はい、時々そうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くなかった。
8. 悲しくなったり、惨めになったりした。
() はい、たいていそうだった。
() はい、かなりしばしばそうであった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くそうではなかった。
9. 不幸せなので、泣けてきた。
() はい、たいていそうだった。
() はい、かなりしばしばそうであった。
() ほんの時々あった。
() いいえ、全くそうではなかった。
10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。
() はい、かなりしばしばそうだった。
() 時々そうだった。
() めったになかった。
() 全くなかった。

実施医療機関: _____

赤ちゃんへの気持質問票

母氏名: _____

実施日 年 月 日(産後 日目)

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけて下さい。

- | | ほとんどいつも
強くそう感じる | たまに強く
そう感じる | たまに少し
そう感じる | 全然
そう感じない |
|--|--------------------|----------------|----------------|--------------|
| 1. 赤ちゃんをいとおしいと感じる。 | () | () | () | () |
| 2. 赤ちゃんのためにしないと
いけないことがあるのに、おろおろ
してどうしていいかわからない
時がある。 | () | () | () | () |
| 3. 赤ちゃんが腹立たしくいやになる。 | () | () | () | () |
| 4. 赤ちゃんに対して、何も特別な
気持ちがわからない。 | () | () | () | () |
| 5. 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。 | () | () | () | () |
| 6. 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。 | () | () | () | () |
| 7. こんな子でなかったらなあと思う。 | () | () | () | () |
| 8. 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。 | () | () | () | () |
| 9. この子がいなかったらなあと思う。 | () | () | () | () |
| 10. 赤ちゃんをととても身近に感じる。 | () | () | () | () |

実施医療機関: _____

育児支援チェックリスト

母氏名: _____ 実施日 年 月 日(産後 日目)

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について下記の質問にお答えください。あなたにあてはまる答えのほうに、○をして下さい。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、または、お産の時に医師から何か問題があると言われていませんか？

はい いいえ

2. これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか？

はい いいえ

3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか？

はい いいえ

4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。

- ①夫には何でも打ち明けることができますか？

はい いいえ 夫がいない

- ②お母さんには何でも打ち明けることができますか？

はい いいえ 実母がいない

- ③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？

はい いいえ

5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？

はい いいえ

6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？

はい いいえ

7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり、事故にあったことがありましたか？

はい いいえ

8. 赤ちゃんが、なぜむずかかったり、泣いたりしているのかわからないことがありますか？

はい いいえ

9. 赤ちゃんを叩きたくることがありますか？

はい いいえ

実施医療機関: _____