

# 「切迫早産妊婦の安静」の概念分析

平田良江<sup>1)</sup> 名取初美<sup>1)</sup>

## 要 旨

安静は健康上の様々な問題に用いられる一般的な医学介入である。しかし安静の特質、定義は不明瞭であるため、切迫早産妊婦の安静の有効性を評価することを妨げている。

そこで「切迫早産妊婦の安静」について Walker & Avant の手順を参考に概念分析し、妊婦にとっての安静の意味、概念の構造を明確にすることを目的に研究を行った。その結果「切迫早産妊婦の安静」の概念の属性には、「妊婦の役割意識」と「専門家のリスク回避意識」が認められ、両者が胎児への利益を期待し乏しい利益とリスクのバランスを取りながら選択されている治療法であった。以上から、切迫早産妊婦の安静とは『切迫早産妊娠における症状を改善するために行われる根拠が確立していない治療法であり、乏しい利益とリスクのバランスを取りながら胎児への効果を期待して行われている方法』と定義した。切迫早産妊婦が安静を保持することの根拠が確立されていないことから、その検証が今後の大きな課題である。

キーワード：切迫早産妊婦 安静 概念分析

## 1. はじめに

我が国では年間の出生数の減少や合計特殊出生率の低下がみられ、深刻な社会問題となっている一方で、全出生数に占める早産児の割合は2000年5.4%、2008年5.8%と増加傾向にある<sup>1)</sup>。早産の予知や予防法および切迫早産の治療方法が進歩した現在でも早産は増加している<sup>2)</sup>。これらの傾向は諸外国でも同様で、アメリカでは1999年には約12%に達しており<sup>3)</sup>、1981年以降約20%の増加と報告されている<sup>4)</sup>。

治療の一つとして、切迫早産をはじめ preterm PROM(preterm premature rupture of membranes: PPRM)、頸管無力症、前置胎盤、妊娠高血圧症候群、その他出血、胎児発育遅延、などさまざまなハイリスク妊婦に対して安静が指示されており<sup>5)</sup>、アメリカにおいては年間およそ18%の妊婦が妊娠中に安静を指示されたとの報告もある<sup>3)</sup>。しかし、単胎切迫早産妊婦での安静の効果は、ほとんどの文献で否定的な見解が定着しつつある<sup>7)~12)</sup>。コクランレビューでも、切迫

早産防止のために広く推奨されている病院や家での安静を支持する根拠がない<sup>10)</sup>ことから、アメリカ産婦人科学会は公式意見として早産予防のためのベッド上安静には適切なエビデンスがないと発表した<sup>13)</sup>。加えて、安静の弊害には血栓塞栓症、骨量の低下、心臓血管・筋肉の機能低下、身体的不調といった身体的問題<sup>11)14)15)</sup>、不安、抑うつ、気分不快、ストレスといった精神的問題<sup>15)</sup>、家族や社会からの疎外感によるストレス<sup>16)17)</sup>などがあると報告されている。さらに児への影響として、安静は母親の体重増加を抑制し、結果的に胎児の成長を制限するリスクを増加させている可能性が示唆されている<sup>18)</sup>。このように切迫早産妊婦に対する安静療法に否定的意見が多い中においても、切迫早産妊婦への安静療法は先進諸国において継続され続けている。その要因として、安静にしても胎児に問題は起こらないこと、安静を指示しないと医師の怠慢を指摘されること、伝統的性役割が存在することがあるのではないかという指摘や、継

(所 属)

1) 山梨県立大学看護学部 母性看護学領域

続していた安静という医療サービスを変化させることや、ケア提供が合理性よりもむしろ過去からの慣習に基づいているため変更することの困難さが指摘されている<sup>19)</sup>。

しかし、反対に切迫早産以外のハイリスク妊娠では安静療法は有効であるという報告が多い。骨盤位の胎胞脱出・骨盤位の完全破水、警告出血を繰り返す前置胎盤の場合は十分な安静が必要とされている<sup>2)</sup>。また、多胎妊娠では安静にした方が児の出生体重が多いという報告もある<sup>20)</sup>。一方では高血圧の妊婦における安静は、血圧上昇を抑えたが、出生した児の体重と在胎週数は差がなかった<sup>21)</sup>という結果と、血圧の変化に対する十分な根拠は得られなかったという<sup>22)</sup>相反するものが示されている。以上の結果から、切迫早産妊婦にとっての安静療法は有効であると結論しがたく、今後の調査・検討により根拠を示していく必要性が迫られている<sup>23)24)</sup>。

安静は健康上の様々な問題に用いられる一般的な医学介入である。身体の調子が悪く感じたときには「横になって十分休む」という方法が伝統的に用いられてきている。しかし、安静の特質、定義は不明瞭である<sup>19)</sup>。また、研究上での安静の定義の一貫性のなさが安静の有効性を評価することを妨げ<sup>5)</sup>、安静の定義が明確でないことは安静保持の最適な期間を定義づけられないことにもつながり、関連した研究が進まない<sup>25)</sup>、といった指摘が聞かれている。このような混沌とした状況のなか、妊婦は医師や助産師からの安静の程度と内容の具体的指導がないために困惑し<sup>3)</sup>、医療者も指導内容をどう伝えたらよいのか困惑している状態である<sup>19)</sup>。

そこで今回「切迫早産妊婦の安静」について概念分析し、構造を明確にすることで、周産期における切迫早産妊婦に対する看護実践や研究における応用性を検討することを目的に研究を行った。

## II. 研究方法

本研究では Walker et al.<sup>26)</sup>による概念分析の手順に従い、以下のプロセスで検討を行った。

### 1. データ収集方法

研究論文では和文献では「医学中央雑誌」(1990-2010)を用いて「妊婦」「安静」をキーワードに原著論文を検索した。海外文献については「PubMed」(1990-2010)「CINAHL」(1990-2010)を使用し「pregnancy」「Bed rest」をキーワードに原著論文を検索した。検索の結果重複しているもの、会議録、ごく短い報告を除き計43文献(和文献:医学・リハビリテーション学2文献、看護学1文献、英文献:医学15文献、看護学25文献)を収集、分析対象とした。

### 2. 分析方法

- 1) 他の学問領域における「安静」という概念の使われ方を概観する。
- 2) 関連概念と比較し、安静という概念の性質を見出す。
- 3) 切迫早産妊婦の安静の先行要件とその概念がもたらす帰結を記述する。
- 4) 切迫早産妊婦の安静の概念を定義し1)~3)の結果を踏まえ、概念の理解を深めるためのモデルケースを作成する。
- 5) 切迫早産妊婦の安静に関する先行研究から、妊婦の安静に関する看護実践や研究上の応用について検討する。

## III. 結果

### 1. 安静という概念の用いられ方

安静という概念は医学、リハビリテーション学、看護学で主に用いられている。

#### 1) 安静の一般的な捉え方

広辞苑<sup>27)</sup>によると安静とは「静かでおちついていること。特に、病氣療養中静かにしていること」とあり、日本国語大辞典<sup>28)</sup>では「安らかに静かなこと。静かに落ち着くこと。また、そのさま。(病気を治すため)体をあまり動かさないうで、静かに寝ていること」とある。また、病態が重篤な時や進行性のときは全ての疾患に安静は重要であり、病氣療養に伴い身体を横たえるという意味で身体的な側面に焦点を当てているといえる。

## 2) 歴史的背景

病気の治療としての安静は、紀元前5世紀ギリシャ医学の最高峰ヒポクラテスに遡る。「身体に痛みを感じた場合に休息することで身体の全てのバランスを回復させることができる。」<sup>19)</sup>というヒポクラテスの言葉にかかわらずとも人間は身体に不調を感じた場合には横になって休むというケアを日常的に行っていることは容易に想像できる。

19世紀後半、Hintonが活動制限を治療のひとつとして取り上げた<sup>5)</sup>が、近代社会の人々は収入が途絶えることを恐れ、病んでもめったに安静にはしなかった。つまり経済重視のためより安静にすることで収入減を恐れ、浸透していかなかったといえる。安静や活動制限を治療として規定することについては1800年代から討論されているが、それがいつから妊婦に適用されたかは不明である<sup>5)</sup>。産後の褥婦の安静に関していえば、欧米の歴史上1900年代に出産前の健康管理導入後、産後のベッドでの休養が一般的になった。出産後数週間横になることは、子どもを出産したヴィクトリア王朝時代の女性たちにとっては標準的なことであった。そのイギリス人がアメリカ本土に移住したときから、産後のベッド上安静は北米から、全世界に広がり、そして文化として定着した<sup>19)</sup>。

現存する我が国最古の医書である丹波康頼撰、「医心方：第二十二巻胎教出産篇」<sup>29)</sup>には、妊娠経過と安静に関する記述は認められなかった。

身体的不調に関連し身体を横たえるという行為は古代より行われており、また産後の安静は1900年代以降欧米では一般的なことであった。しかし、妊婦の安静に関しては定かではない。つまり、他の疾患による身体の不調と同様に考えられ浸透してきたのではないかと推測される。

## 3) 医学・リハビリテーション学における安静

医学・リハビリテーション学では安静は疾病の快復を目的として、各臓器の負担を軽減しエネルギーの消費をできるだけ抑えるように静かにしていること<sup>30)</sup>で、臥床安静という表現もあ

り、床上安静、Bed安静と同義語である。これらは本人の離床能力をADLから規定したのではなく、即ち離床できないのではなく、病態の悪化を防ぐために安静が治療のひとつとして必要な状態に適応されていることを示している。

安静には絶対安静、床上安静（活動を抑え疾患からの回復を助けるためベッドで横になった位置を維持すること。以前には結核・心筋梗塞・他の疾患に広く用いられた：ステッドマン医学辞典<sup>31)</sup>）、室内安静、病棟内安静、屋内安静、屋外安静という分類がある。また、安静が治療手段として用いられるときには、安静と運動の比率を定めてスケール化を行い、安静度と表現している。安静度は最初、結核の化学療法が確立する以前の自然療法の一つとして、結核予防会・国立療養所で検討され、使用されたのが始まりである。Ⅰ～Ⅷ度に分類されており、他の疾患にも適用されている。Ⅰ度は絶対安静で常に臥床し、Ⅱ度は床上安静で時々ベッドに座ることができる。Ⅲ度は短時間の離床が可能になる。Ⅳ度は病棟内歩行、屋内歩行、Ⅴ度は屋外歩行が可能になり、入院患者に適応されるのはⅠ～Ⅴ度までである。Ⅳ度は普通の人々の50%の生活が可能で半日勤務、帰宅後2時間の安静、睡眠8時間以上とるなど、Ⅳ度以上は就業条件を中心に安静度の生活規準表ができています。

安静を治療の一環と位置づけて、安静度や日課表の考え方の規準を作成する基盤になってきたものは、結核予防会がX線所見を中心に決めた結核患者のための療養生活日課表と療養している人の生活規準であった。

## 4) 看護における安静

安静とは心身を平静な状態に保つこと。身体的・精神的活動によるエネルギーの消耗あるいは負荷を最小限にすることによって、各臓器への循環血液量を増やし、疾病や傷害の進行を抑え、回復過程を促す。安静はその度合いによって絶対安静、床上安静、また特定部位の安静などに区別される<sup>32)</sup>。休息の一種で、身体的エネルギーの消費を少なくし、病人の症状の悪化を

防ぎ、疾病の回復を早めるためにとる方法<sup>33)</sup>と定義している。

ここでいう絶対安静はすべての身辺介助を必要とし、終日ベッドで仰臥しているものをいう。便所や洗面時のみは歩行してもよいが、1日30分程度のベッド上起坐以外はベッドで過ごす場合を床上安静という<sup>34)</sup>。医学領域における結核治療のための安静度を看護ケアの側面から検討したものと思われる。

安静を要する状態とは、運動障害があり歩行その他のADLの動作自体ができないために起きている現象ではなく、運動負荷による疾患の悪化を防ぐために必要な状態である。つまり、安静状態の患者は運動能力が欠ける状態ではないが、ADLの制限状態は存在するといえる。安静を要する患者のQOLを考えた場合、ADL制限は心理的社会的問題につながる。病態の改善を考えつつも、安静は必要最小限度が望ましいといえる。しかし、看護学における安静状態に伴う心理的・社会的研究は少ない。看護師による研究としては安静が守られているか、安静に伴う苦痛はどうなっているかの報告<sup>35)</sup>にとどまっている。

疾患や傷害は身体に生じた問題であるが、その状況を受け止める看護の対象となる統一体としての人間の心理状態に影響を及ぼすことはいうまでもない。また、安静を保持することにより生ずる制限された状態は対象のQOLの質を低下させる。これが心理面にも影響を与えるため、看護においては身体の安静だけでなく、精神面での安静も重要視されていると考える。

## 2. 安静の関連概念

①安静度：疾患の悪化を防ぐために、これ以上運動負荷をかけてはいけないという規準である。安静の度合いをいう。患者の疾病の種類や症状の程度に応じて絶対安静、床上安静、特定部位の安静などの度合いがある<sup>32)</sup>。つまり、病気療養中に患者が守るべき安静の程度、範囲と考えることができる。

②休息・休養：活動を一時中断してゆっくりす

ること（短時間で言う疲労回復のやり方）をいうことが多い。睡眠をとったり、活動を一定時間休むこと（長時間かけて言う疲労回復のやり方）と合わせて、「休養」とよばれる。休養は、身体的・精神的疲労の回復を行い、活動のために必要な体力や気力を増進させるもので、活動に不可欠である<sup>32)</sup>。

③日常生活行動・動作：人間が成長・発達し、社会生活を調和のとれた状態で営むためになされ、その人らしさを形づくっている行動の総称である。具体的には、呼吸する、食べる、排泄する、眠る、移動する、生産的な活動をする、身体の清潔を保つ、意志や感情を表現する、信念を守る、などをいう。普遍的な要素を多く含み、その人らしさを形づくる非常に個人的なもの。日本リハビリテーション医学会では(1976)「ひとりの人間が独立して生活するために行う基本的な、しかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体動作群をいう」「この動作群は、食事、排泄などの目的を持った各作業（目的動作）に分類され、各作業はさらにその目的を実施するための細目動作に分類される」活動は人間の精神、身体の働きによるもので、それ自体は目的的であり、環境への働きかけである。活動は個体と環境の相互作用でもあり、ときとして環境が活動の制約条件となる<sup>36)</sup>。

## 3. 安静の特質

今までの文献検討の結果安静の定義として、「疾病や傷害の進行、悪化を抑え心身の快復を促すために用いられる治療的介入」とする。

## 4. 切迫早産妊婦の安静の先行要件と帰結(図1)

### 1) 先行要件

切迫早産の原因としては、絨毛膜羊膜炎を中心とした子宮内感染症、前期破水、子宮頸管無力症など多数のものが報告されている。早産発症の主要因としては絨毛膜羊膜炎が早産の半数以上に認められることら、それに関する適切な治療が求められている。それ以外にも切迫早産のリスク因子は多数存在し、その原因や重症度

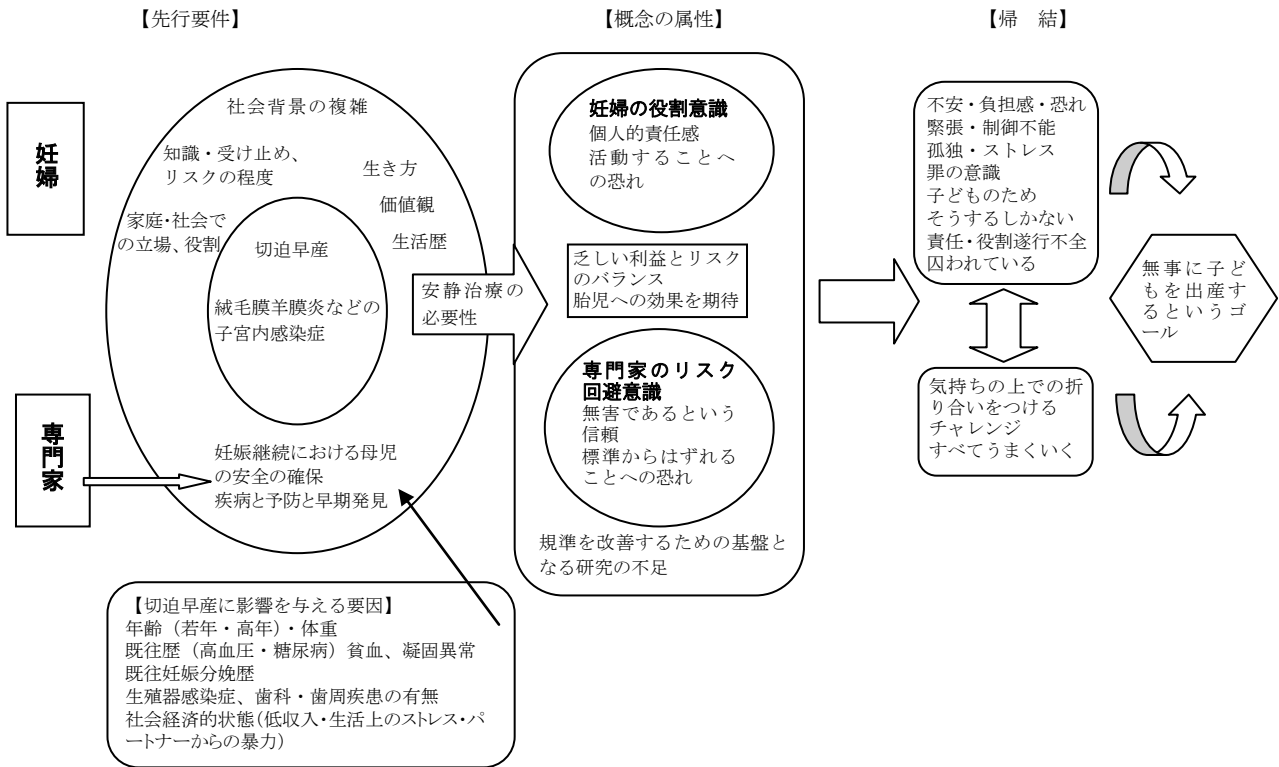


図1 「切迫早産妊婦の安静」の概念モデル

は一律ではない<sup>2)</sup>。

また、安静に影響を与える要因は一人ひとり異なり、しかもその人の生活歴や価値観、生き方、家庭や社会での立場や役割などに関わるものであり、極めて個別性が強い<sup>34)</sup>。社会背景は複雑化し、個人による知識・受け止め方も異なる。そのような中で、医療専門家は妊娠継続における母児の安全の確保、疾病の予防と早期発見に努めている<sup>8)11)24)40)</sup>。

## 2) 帰結

安静治療を選択し実行した妊婦は、不安・負担感・恐れ、緊張・気持ちの制御不能、孤独・ストレス、罪の意識、子どものためそうするしかない、責任・役割遂行不全、囚われているといった様々な感情を有している<sup>14)41)~43)</sup>。家族と離れ入院生活を送っていても、家で安静を余儀なくされた場合であっても、同様の傾向が認められているが、不安に関しては家庭で安静にしている妊婦よりも、入院安静妊婦の方が有意に強い<sup>44)</sup>。一方その状況を受け止め、「子どもをお腹に入れておくことが自分の仕事」と気持ち

の上での折り合いをつけ、この体験をチャレンジと考え、すべてうまくいくと思うことで妊娠期間を乗り越えようとしている<sup>17)42)</sup>。いずれも無事に子どもを出産するというゴールに向かい、妊娠継続のための努力を行っているといえる。

## 5. 切迫早産妊婦の安静の定義とモデルケース

### 1) 妊婦の安静の定義

切迫早産妊婦は、無事に出産するという個人的責任感から自身の注意深さを訓練し、活動することへの恐れを抱いている<sup>42)</sup>この根底には妊婦の母親役割意識が存在するといえる。一方、専門家は胎児や妊婦に対し安静が無害であるという信頼と、安静を指示しないということが標準から外れるという恐れから、安静に固執している<sup>19)</sup>。安静という規準を改善するための基盤となる研究の不足から、その指示を変更させる可能性は低い<sup>19)</sup>。安静には医療リスクだけでなく、患者・家族の社会的経済的負担が存在し、ほとんどの医療者が安静による効果は最少と思いつつ、未知の利益と既知のリスクのバランスを取りながらあいまいさの中で妊婦に勧め、結

果として妊婦に方法を選択させている現状<sup>23)</sup>には専門家のリスク回避意識が存在するといえる。

以上から切迫早産妊婦の安静とは『切迫早産症状を改善するために行われる根拠が確立していない治療法であり、乏しい利益とリスクのバランスを取りながら胎児への効果を期待して行われている方法』と定義する。

## 2) モデルケース

妊婦が切迫早産症状を指摘された時から、専門家から最も一般的な治療法である安静が提示される。妊婦自身が自己の身体状況をどの程度把握し、その治療法を受け入れるかどうかの選択には、専門家とのやりとりが欠かせない。

### 【ケース①】

Aさん(初産)は初めての妊娠で不安も多かったが、適宜準備を行い1つ1つ対処していた。妊娠後期に入り、絨毛膜羊膜炎を指摘され切迫早産との診断を受けた。子宮頸管の開大、出血、腹部緊満を認め緊急入院となり、絶対安静の期間を得て小康状態となった。その後点滴治療を行い感染傾向は消失し退院、自宅療養となったが、家での生活範囲(家事全般)や活動範囲をどこまで広げて良いのかわからず困惑している。また、外来通院しても「お腹が張ったら横になって安静にしてくださいね」と言われるだけで、具体的な生活上の指導がないことも困惑を増加させている。「お腹は時々張るのですが、できるだけ動かないように家でじっとしています。家のことは何もできません。」

### 【ケース②】

Bさん(経産)は前回切迫早産の既往がある女性。上の子どもの世話もあり、今回の妊娠中はできるだけ切迫早産での入院を避けたいと考えている。妊娠初期から自己の身体の変化に留意し、妊婦健康診査を定期的を受け、医師や助産師との話の中で折り合いをつけ、自分自身の活動を制御しながら妊婦生活を送っている。活動や安静に関する具体的な指導はないものの、自分の動きと腹部緊満や出血といった切迫早産関連の症状に注意を払いながら、自分で生活全

般を整えている。「張りっぽいなあと思ったら休むようにしているけど、これくらいは大丈夫とか、ちょっときついかもという感覚がなんとなくわかります。上の子もいるし入院はできるだけ避けたいから、自分の身体と相談しながら生活しています。出産までは期間が限られているし、楽しまないよね。」

切迫早産妊婦の安静は自身の病態、生き方、価値観、生活歴、家庭・社会での役割や立場が影響する。ケース①は初めての妊娠で切迫早産の診断と緊急入院という状況を十分理解できず、急性期を脱して自宅安静となるものの、安静指示と自分の身体状況への影響が不明で、自分がどのように過ごすことが良いのかわからず、とりあえず「安静」を保持することが自分の役割であるにとらえ実行している。ケース②は自身の過去の切迫早産の経験から、今回も切迫早産と診断される可能性を想定し、受診時に適宜専門家とのやりとりを行う中で折り合いをつけ、生活の中うまく安静を取り入れている。無事に子どもを出産するというゴールに向けて取り組んでいる。

## 6. 妊婦の安静に関する研究

### 1) 妊婦の安静の定義(表1)

切迫早産、切迫早産以外のハイリスク妊娠で安静を強いられている女性を対象にした43文献中、安静に関して何らかの表現で定義しているものは表1の9文献であった。それ以外は特に定義されていなかった。定義があったとしても統一性がなく、活動範囲や制限のタイプ、時間・継続する日数といった具体的な説明もない<sup>25)</sup>。統一されたな定義をすることで安静の効果が示されれば安静に関連した研究結果の比較が可能となり、治療効果の有無が明らかになると考える。

### 2) 安静治療の今後と看護者に求められること

切迫早産妊婦の安静に関しては今後、ベッド上安静の効果とベッド上安静を指示することの効果を検証するための適切な研究が求められて

表1 ハイリスク妊婦の安静の定義

文献	安静の定義
Fox et al <sup>23)</sup>	ベッド上安静 1日あたりより1~2時間、家または病院内の浴室の使用、入浴、簡単な歩行を1日あたり1~2時間とする
Schroeders <sup>16)</sup>	1日あたり20時間~24時間をベッド上で過ごすこと。浴室でのシャワー利用は時々許可、診察のための外出は許可とする
Abenheim et al <sup>40)</sup>	入浴は許可、1日の大部分をベッド上左側または右側臥位で過ごすこと
Sciscione <sup>5)</sup>	ベッド上安静は活動制限となった女性に適応されるもっとも一般的な条件である。まだ安静に関する基本的な定義はない。1日3時間くらいの休養、1日1~2時間のベッド上安静、入浴以外はベッド上安静など様々
Lang et al <sup>24)</sup>	仕事の制限および性生活の制限
Maloni <sup>45)</sup>	絶対安静: 体位変換は可能だが1日中ベッド上で過ごすこと。(2日または2日以上) 部分的な安静: 1日のうちの一部分で2日または2日以上完全な安静ではないもの 正常: 家や病院での制限がないこと
Maloni <sup>46)</sup>	トイレ以外はベッド上安静
Dunn <sup>47)</sup>	分離、監禁を伴うベッド上安静で、家もしくは病院での活動制限とされる。
Gupton et al <sup>14)</sup>	絶対安静: 体位変換は可能だが1日中ベッド上で過ごすこと。(2日または2日以上) 部分的な安静: 1日のうちの一部分で2日または2日以上完全な安静ではないもの 正常: 家や病院での制限がないこと

いる<sup>10)</sup>。ここでいう安静とは入院安静だけでなく、家庭における安静も含める。また、カナダやオーストラリアでは、妊婦が病院や家で安静にすること、それらを実行しないで自由に過ごすことが、出産にどのような影響を与えるのかを将来的に研究する必要があると指摘され始めている<sup>25)</sup>。いずれにしても安静周囲の有意義な研究を行い、一般化できる標準的な定義を持つことが必要である<sup>5)</sup>。安静にすることの根拠が明確になれば、それが専門家の意識を変え、慣習として行われてきている安静の指示に変化をもたらすことが期待できる。

また、一方で妊婦の立場に立ったケアを提唱する助産師が、女性たちのために役割を果たすには、安静のリスクと利益と同様、根拠を基に妊婦や家族を教育することで、安静治療に対抗することができる<sup>25)</sup>。妊婦が安静を指示されてもそれに対する必要な知識と自身の状態を理解し、治療のメリット・デメリットも含め専門家と意見交換でき納得して治療を選択していただけるための教育を助産師は行わなければならない。

## 8. 結論

「切迫早産妊婦の安静」の概念分析の結果、以下のことが明らかになった。

1. 「切迫早産妊婦の安静」の概念の属性には、「妊婦の役割意識」と「専門家のリスク回避意識」が認められ、両者が胎児への利益を期待し、乏しい利益とリスクのバランスを取りながら選択されている治療法であった。以上から、切迫早産妊婦の安静とは『切迫早産における症状を改善するために行われる根拠が確立していない治療法であり、乏しい利益とリスクのバランスを取りながら胎児への効果を期待して行われている方法』と定義する。
2. 「切迫早産妊婦の安静」の先行要件には妊婦を取り巻く社会背景の複雑化、妊婦自身の生活歴や価値観、生き方、家庭や社会での立場や役割、知識・病識、リスクの程度があり、異常妊娠を改善するため医療専門家は妊娠継続における母児の安全の確保、疾病の予防と早期発見に努めている。一般的な治療として安静が選択されることで、多くの精神的問題が生じるが、気持ちを切り替えることで、出産というゴールに向かうことができていた。
3. 切迫早産妊婦が安静を保持することの根拠が確立されていないことから、その検証が今後の大きな課題となっている。

引用参考文献

- 1) 厚生統計協会(2010): 国民衛生の動向
- 2) 平野秀人(2005): 早産 その管理と方法, メディカ出版
- 3) Goldenberg R. L et al(1994): Bed rest in pregnancy, *Obstetrics & Gynecology*,84(1),131-136.
- 4) Iams J(2003): Prediction and early detection of preterm labor, *Obstetrics & Gynecology*,101(2),402-413
- 5) Sciscione A.C(2010): Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*,232,e1-e5
- 6) 日本産婦人科学会、日本産婦人科医会編：産婦人科診療ガイドライン：産科編 2008、6-7.
- 7) Goldenberg R. L et al(1998): Prevention of premature birth, *The New England Journal of Medicine*, (30),313-320.
- 8) Spong C.Y(2007): Prediction and prevention of recurrent spontaneous preterm birth, *Obstetrics and gynecology*,10(2part1),405-415.
- 9) Yost N.P(2005): Hospitalization for women with arrested preterm labor a randomized trial, *Obstetrics and gynecology*,106(1),14-18.
- 10) Sosa C et al(2004): Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth *Cochrane Database Syst Rev* No.1, PageCD003581
- 11) Witcher P.A(2002): Treatment of preterm labor, *Journal of Perinatal and Nursing*,16(1),25-46.
- 12) Moore M.L(2003): Preterm labor and birth: What have we learned in the past two decades?, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*,32(5),638-649.
- 13) ACOG committee(2006): Committee opinion, *Committee Ethiccs*(352),1-7.
- 14) Gupton A(1997): Bed rest from the perspective of the high-risk women, *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*,26(4),423-30.
- 15) Maloni J.A(2002): Astronauts & pregnancy Bed Rest, *Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses*,6(4),320-323.
- 16) Schroeder C.A(1996): Women's experience of bed rest in high-risk pregnancy, *Journal of Nursing Scholarship*, 28(3),253-258.
- 17) Price S(2007): The spiritual experience of high-risk pregnancy, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*,36(1),63-70.
- 18) Maloni J.A(2004): Antepartum bed rest: Maternal weight change and infant birth weight , *BIOLOGICAL RESEARCH FOR NURSING*,5(3),177-186.
- 19) Sprague A.E(2003): The evolution on bed rest as a clinical intervention, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*,33(542)-549.
- 20) Skrablin S. et al(2002): Hospitalization vs. outpatient care in the management of triplet gestation. *International journal of Gynecology & Obstetrics*,77,223-229.
- 21) Crowther C.A et al(1992): Dose admission to hospital for bed rest prevent disease progression or improve fetal outcome in pregnancy complicated by non-proteinuric hypertension?, *Journal of Obstetrics & Gynecology*.99. 13-17.
- 22) Meher S et al(2005): Bed rest with or without hospitalization for hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* No.4, PageCD003514
- 23) Fox N.S et al(2009): The recommendation for bed rest in the setting of arrested preterm labor and premature rupture of membranes, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, (200),165-1~6.
- 24) Lang C.T et al(2009): Goals and strategies for prevention of preterm birth: an obstetric perspective, *Pediatric clinics of North America*.56(3),537-563.
- 25) Maloni J.A(2010): Antepartum bed rest for pregnancy complication: Efficacy and safety for preventing preterm birth, *BIOLOGICAL RESEARCH FOR NURSING*, 12(2),106-124.
- 26) Walker L.O& Avant K.C(1995): Strategies for theory construction in nursing(3rd ed.), Norwalk, CT-Appleton & Lange.
- 27) 新村出編(2008): 広辞苑, 岩波書店
- 28) 北原保雄編 (2005) : 日本国語大辞典, 小学館
- 29) 横佐知子(1995): 医心方第二十二巻胎教出産篇, 筑摩書房
- 30) 石川朗他 (2004) : 安静の弊害を検証する, 56(19),40-47.
- 31) ステッドマン医学大辞典編集委員会(2002): ステッドマン医学辞典, メジカルビュー社
- 32) 見藤隆子編(2003): 看護学事典, 日本看護協会出版会
- 33) 内菌耕二編(2003): 看護学大辞典, メジカルフレンド社
- 34) 井上幸子編(1997): 看護の方法 (2) 日常生活行動の援助技術, 日本看護協会出版会
- 35) 森美智子(1999): 床上安静の必要性に関する研究, 風間書房
- 36) 千野直一編(2009): 現代リハビリテーション医学, 金原出版
- 37) 母子衛生研究会 (2007) : 母子保健の主なる統計
- 38) Rideout S.L(2005): Tocolytics for preterm labor, *Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses*,9(1),58-61.
- 39) Badr L.K et al(2005): Precursors of preterm birth: comparison of three ethnic groups in the middle east and the United States, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*,34(4),444-452.



- 40) Abenhaim H.A et al (2008) :Evaluating the role of bedrest on the prevention of hypertensive diseases of pregnancy and growth restriction, *Hypertention in pregnancy* ,27,197-205.
- 41) Maloni J.A(2002): Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women an bed rest, *Nursing research*, 51(2),92-99.
- 42) MacKinnon K(2006):Living with the threat of preterm labor: Women’s work of keeping the baby in, *Journal of Obstetric,Gynecologic, and Neonatal Nursing*35(6), 700-708.
- 43) Richter M S,et al(2007):Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patients, *Journal of Obstetric,Gynecologic, and Neonatal Nursing*,36(4), 313-318.
- 44) Stainton M.C(2006): Women’s responses to two models of antepartum high-risk care: Day stay and hospital stay, *Women and Birth*,19,89-95.
- 45) Maloni J.A(1993): Physical and psychosocial side effect of antepartum hospital bed rest, *Nursing research*, 42(4),197-203.
- 46) Maloni J.A(2005): Postpartum symptoms after antepartum bed rest, *Journal of Obstetric,Gynecologic, and Neonatal Nursing*,34(2),163-171.
- 47) Dunn L.L(2007): Spiritual well-being, anxiety, and depression in antepartal women on bed rest, *Issues in Mental Health Nursing*,(28),1235-1246.
- 48) ACOG committee(2001): Assesment of risk factors for preterm birth, *ACOG Practice Bulletin*,(31),709-715.
- 49) Althabe A et al(2005): Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage, *Cochrane Database of Systematic Reviews*,18(2),CD003576.
- 50) Carrie L. A(2002): The “virtual focus group”: using the Internet to reach pregnant women on home bed rest, *Journal of Obstetric,Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(4),418-427.
- 51) Croteau A et al (2007): Work activity in pregnancy, Preventive measures, and the risk of preterm delivery, *American Journal of Epidemiology*,166(8),951-965.
- 52) Gallo A.M(2008): Sleep characteristics in hospitalized antepartum patients, *Journal of Obstetric,Gynecologic, and Neonatal Nursing*,37(6),715-721.
- 53) Goulet C(2001): A randomized clinical trial of care for women with preterm labour: home management versus hospital management, *CMAJ*,164,985-91.
- 54) Karen M(2006): Living with the threat of preterm labor: Women’s work of keeping the baby in, *Journal of Obstetric,Gynecologic, and Neonatal Nursing*,35(6), 700-708.
- 55) Magdalena S. R(2007): Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patients, *Journal of Obstetric,Gynecologic, and Neonatal Nursing*,36(4), 313-318.
- 56) Maloni J.A(2005): Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy,28,16-26.
- 57) Maloni J.A(2006)Multiple gestation: Side effects of antepartum bed rest, *BIOLOGICAL RESEARCH FOR NURSING*,8(2),115-128.
- 58) Maureen H(1998): Perceptions of Bed rest by women with high-risk pregbacies: A comparison between home and hospital, *BIRTH*,25(4),252-258.
- 59) May K.A(2001): Impact of prescribed activity restriction during pregnancy on women and families, *Health care for women international*,22,29-47.
- 60) Park Y.K(1991): Effects of maternal postural change from supine to left-lateral on tocolysis, *Maternal cardiac function and pulsatility index of uterine artery, Japan society of obstetrics and gynecology*,43(6),647-654.
- 61) R.Jeanne Ruiz(1998): Mechanisms of full-term and preterm labor: Factors influencing uterine activity, *Journal of Obstetric,Gynecologic, and Neonatal Nursing*,27(6),652-660.
- 62) 田村俊次(1997): 妊婦運動と母体循環動態の変動に関する研究, *日本産婦人科学会雑誌*,49(7),399-406.

# “Bed rest of a threatened premature labor” : A Concept Analysis

HIRATA Yoshie, NATORI Hatsumi

key words: threatened premature labor, bed rest, concept analysis