

助産師のみで構成される産科病棟での助産師たちの死生観の現状

key word 助産師 死生観 喪失体験 FATCOD-Form B-J
9階東病棟 ○菅原久美子 三橋由梨 佐々木美記 石橋知弥

はじめに

妊娠・出産という人生における一大イベントにおいて、無事に元気な我が子との対面をイメージしている女性・家族がほとんどである。そのような期待が大きい中で、死産という場面はその喪失体験をより大きいものにする。

A病棟は助産師のみで構成されている。年間の分娩件数（経膈・帝王切開・死産を含む）が約550件ある中、死産件数は約5件である。正常分娩や帝王切開術に比べると死産件数は極端に少なく、実際にケアに関わる機会は稀であると言える。それに加え、A病棟では、助産師が経膈分娩や帝王切開術だけでなく、流産処置の介助や入院を担当する機会もあり、流産・死産と向き合う場面がある。

先行研究では、喪失体験に立ち会うことに対しての不安について影響を及ぼしている項目は、助産師の年齢・助産師経験年数・産科病棟経験年数・グリーフケア経験の有無であった¹⁾。加えて、喪失体験のケアを評価する機会や他者の経験の共有の場を持ち、自己効力感を高めることの重要性²⁾も指摘されている。

A病棟においては、先輩がケアをする姿を見て、自分自身のケアに繋げていることが多い。また、患者のケースカンファレンスを行うことはあるが、スタッフの心情を表出したり、共有したりする機会は設けていない。ケアを共有することは、各々の死生観を共有することに通じると考えられる。そこで、A病棟助産師を対象にアンケートを実施し、死生観の現状を把握することを目的として本研究に取り組んだ。

用語の定義

喪失体験：流産、人工妊娠中絶、死産で胎芽・胎児を亡くすこと。

死 生 観：生と死についての自身の考えや受け止め方。個々の信念や宗教観、死別経験、医療者経験年数に影響されるもの。

死 産：妊娠22週以降の死亡胎児の出産とする。

流 産：妊娠22週未満の胎児または母体の病的原因により、妊娠が中断される場合を自然流産、人工的に中断される場合を人工流産とする。

I 研究目的

A病棟助産師の個々の死生観と、喪失体験のケアにあたる際の思いを明らかにする。

II 研究方法

1. 対象

A病棟に勤務する助産師28名

2. 調査期間

平成26年9月～12月

3. 調査方法：

中井らの無記名自記式調査。FATCOD-Form B-J（資料1）（以下FATCOD-B-Jと記載）を用いて調査し、部署内に設置した回収袋で回収、任意での提出ができるよう配慮した。

4. 分析方法

死生観尺度としてFATCOD-B-Jに準じてスコアリングを行う。死生観尺度と属性の分析には2群間ではZ検定を用いて分析を行う。

III 倫理的配慮

東京医科大学医学倫理審査2817号にて承認を得た。対象者には研究の目的、倫理的配慮、及び問い合わせ先を記載した説明文書にて説明し、同意書の記載及び質問紙の記入にて研究同意を得られたと判断した。また、調査対象者の質問紙は回収しプライバシーの保護を厳守した。

IV 結果

アンケートの回収率は92.8%。

勤務経験年数4年未満が8人、4年以上が18人。産科以外の勤務経験有12人、無14人。出産経験有7人、無19人。グリーフケア経験有21人、無5人。FATCOD-B-Jを用いた結果、大項目Ⅰ「死にゆく患者へのケアの前向きさ」では、平均点59.11点（80点満点）、大項目Ⅱ「ケアの認識」では平均点51.11（65点満点）、大項目Ⅲ「死の考え方」の平均点3.65（5点満点）となった。

FATCOD-B-Jの内容の大項目Ⅰ「死にゆく患者へのケアの前向きさ」の16項目のうち、質問番号3の「死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる」で平均点2.96点（5点満点）。質問番号15の「私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる」平均点3.19点（5点満点）と他項目と比べて低い結果であった。

大項目Ⅱ「ケアの認識」の13項目の中では、突

出して低い項目はなく、質問番号 22「死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである。」平均点 4.50 点（5 点満点）と全項目を見ても高い結果であった。

大項目Ⅲ「死の考え方」は 1 項目のみで構成されており、質問番号 10「死にゆく患者が、死を迎え入れる時がある」平均点 3.65 点（5 点満点）であり、特異に差は出なかった。

勤務経験年数、産科以外での勤務経験、出産経験、グリーフケア経験の有無で属性に分け、FATCOD-B-J 尺度を用いて Z 検定を実施した。その結果、各属性共に優位差は見られなかった。

V 考察

妊娠・分娩・産褥期の正常な経過をたどる妊産婦のケアについては学生の頃に学んできた。しかし、喪失体験のケアに関して概論としての学びはあるが、実際に具体的なケアを学ぶ機会は少ない。そのため、就職して初めて死産という喪失体験の場面に立ち会うこととなり、先輩に相談しながら実践し、学んでいくことが多い。

今回の結果から、A 病棟助産師たちは喪失体験にある患者との関わりの中で、ストレスや戸惑い、逃避を感じている。その一方で患者や家族と関わることの必要性があることも感じている。このことから、看護職としての責任感と、その場から逃げ出したい感情との間で葛藤しているということが言える。

はじめに述べたように先行研究では、喪失体験に立ち会うことに対し、助産師としての経験が浅く、グリーフケア等の経験がない者ほど、不安について影響を及ぼす傾向が高くなるとある。我々も経験年数やケアの経験値によって不安が軽減されていくと考えていた。しかし A 病棟内の現状として、各属性が FATCOD-B-J の値と関与しているとは言えなかった。このことから勤務経験年数、産科以外での勤務経験、出産経験、グリーフケア経験の有無で死生観は左右されないということが明らかとなった。

喪失体験のケアにあたる際、スタッフは葛藤を抱えており、感情の表出やケアを共有する機会を設けていく必要がある。今後 A 病棟でも、喪失体験へのケアの向上と死生観を深めていくことを目指し、積極的にカンファレンスや抄読会等を行い、スタッフの心のケアに努めていく必要がある。

本研究では対象人数が少なく施設が限定されている。今後、他施設の助産師へ調査を行うことで、本研究が A 病棟特有の結果であるのか、助産師の特性なのかを調査することが出来るのではないかと考える。

VI 結論

1. FATCOD-B-J の平均点から、A 病棟助産師は看

護職としての責任感と、その場から逃げ出した感情との間で葛藤している。

2. FATCOD-B-J と各属性の検定から、勤務経験年数、産科以外での勤務経験、出産経験、グリーフケア経験の有無で死生観は左右されない。
3. 喪失体験へのケアの向上と死生観を深めていくことを目指し、積極的にカンファレンスや抄読会等を行っていく。

引用・参考文献

- 1) 遠藤礼子ほか. グリーフケアに関わる助産師の不安の程度と不安への影響要因. 母性衛生. 50 (3), 201, 2009.
- 2) 田平百合子ほか. 総合周産期母子医療センターにおける死産ケアの実態～経験年数別の調査～. 母性衛生. 53 (3), 268, 2012.
- 3) 中井祐子ほか. Frommelt のターミナル態度尺度日本語版 (FATCOD-B-J) の因子構造と信頼性の検討－尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで－. がん看護. 11(6), 723-729, 2006.

(資料1)

以下に挙げる質問の目的は、ケア提供者が死にゆく患者へのかかわりの場面において、どの様なことを感じているかを知ることにあります。全ての文は、死にゆく患者またはその家族に対するケアに関係するものです。

「死にゆく患者」とは終末期状態であり、余命が6ヶ月以内と考えられる患者を想定してください。

あなた自身のお考えに最もよく当てはまる番号に○をお付け下さい。30項目全てにご回答をして下さい。

※ 「ケア提供者」とは、家族以外で死にゆく患者のケアをする専門職・非専門職の方のことです。

全くそうは思わない	そう思わない	どちらとも言えない	そう思う	非常にそう思う
-----------	--------	-----------	------	---------

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. 死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 死は人間にとって起こりうる最も悪いことではない。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 死にゆく患者と差し迫った死について話をするをを気まずく感じる。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 私は死にゆく患者へのケアに時間をかけることはあまり好きではない。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 私がケアをしている死にゆく患者が、きっと良くなるという希望を失ったら、私は動揺するだろう。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. 死にゆく患者と親密な関係を築くことは難しい。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 死にゆく患者が、死を迎え入れる時がある。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. 患者から「私は死ぬの?」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに
変えるのが最も良いと思う。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらうべきだ。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. 私がケアをしてきた患者は、自分の不在の時に亡くなって欲しい。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. 私は死にゆく患者と親しくなることが怖い。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. 私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. 死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるように、
家族は心理的なサポートを必要としている。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. 患者の死が近づくにつれて、ケア提供者は患者との関わりを
少なくするべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. 家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. 死にゆく患者の身体的ケアに関する患者自身の要求は、認めるべきではない。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. 家族は、死にゆく患者ができる限り普段通りの環境で過ごせるようにするべきだ。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. 死にゆく患者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その患者にとって
良いことである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. 死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. ケア提供者は、死にゆく患者に融通の利く面会時間を許可するべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. 死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. 死にゆく患者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. 終末期の患者の部屋に入って、その患者が泣いているのをみつけたら、
私は気まずく感じる。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. 死にゆく患者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. 家族に、死にゆくことについて教育をすることは、ケア提供者の責任ではない。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. 死にゆく患者の近くにいる家族のために、しばしば専門職としての仕事が
妨げられると思う。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. ケア提供者は、患者の死への準備を助けることができる。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。