

原 著

ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態と
ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する
助産師の学習ニーズ

河本恵理, 田中満由美

山口大学大学院医学系研究科母子看護学 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : ペリネイタル・ロス, 父親, ケア, 実態, 学習ニーズ

和文抄録

本研究の目的は、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態及びペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズを明らかにすることである。

中国地方及び九州地方の総合病院の産科に勤務し、ペリネイタル・ロスのケア経験がある助産師318名に無記名自記式質問紙調査を実施し、郵送法で回収した。

分析対象は197名であった。ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア29項目において、実施頻度及び実施自立度が3割未満であった項目は「カウンセラーを紹介する」「遺伝相談に関する情報を提供する」「退院後に相談できる窓口を紹介する」「退院後、継続的に関わる」「セルフ・ヘルプグループを紹介する」の5項目であった。また、「父親の悲嘆プロセスを説明する」は実施率6割未満、自立してできる助産師も5割にとどまっていた。妻を支えるためのケアについては高い実施率であったが、いつも実施しているのは2割であり、恒常的なケアとして実践されている割合は低かった。

9割の助産師が父親へのケアに困難感を抱いていたが、ほとんどの助産師が父親へのケアが必要であると認識していた。また、助産師の96%が父親への

ケアに対する学習を希望しており、父親の悲嘆プロセスや父親が望むケア等ペリネイタル・ロスを経験した父親の理解につながる知識の他に、具体的な関わり方等ケア技術に関する学習ニーズがあった。

以上のことから、助産師に対して、父親の悲嘆のプロセスや父親のケア・ニーズについて教育する必要性が示唆された。また、妻を支えるためのケアを実践できるような支援が必要であると示唆された。さらに、父親への関わり方等ケア技術向上に向けた支援が必要であると示唆された。ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師への教育の充実が望まれる。

I. 緒 言

ペリネイタル・ロス（流産・死産・新生児死亡）を経験した母親の悲嘆のプロセスは1～2年持続する¹⁾といわれ、不安、抑うつ、PTSDなどメンタルヘルスの問題との関連や次の子どもへの愛着障害が指摘されている^{1, 2)}。また、ペリネイタル・ロスは父親にとっても大きなできごとであり、父親は我が子の死に大きな衝撃を受け³⁾、死産後の次の妊娠時にも精神的に影響を受けている⁴⁾と報告されている。さらに、夫婦間への影響として、夫婦関係の悪化、離婚などが指摘されている⁵⁾。そのため、ペリネイタル・ロスを経験した母親だけでなく父親へのケアも重要である。

ペリネイタル・ロスのケアに関して、我が国においては、イギリスのセルフ・ヘルプ・グループ SANDS (Stillbirth and Neonatal Death Society) によって作成されたペリネイタル・ロスのケアガイドライン⁶⁾が翻訳されているが、このガイドラインには父親独自のケアについては記述されていない。また、我が国の助産師基礎教育において、2000年頃までに発行された教科書には、流産・死産を経験した母親の理解に努めることに重点が置かれてはいたが具体的な看護援助についての記載はなく⁷⁾、2000年以降、ケアの内容を選択するのは両親であることや具体的なグリーフワークが提示され始めた⁸⁾。2009年以降、母親のケア・ニーズに沿った具体的なケア例が提示され⁹⁾、子どもを亡くした母親だけでなく、夫婦関係への影響についても記載されるものもでてきた⁹⁾が、父親への影響は明確に記述されていない。さらに、母親のケア・ニーズに基づいたケアについての記載が中心であり、父親へのケアについては明確に示されておらず、助産師基礎教育において、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアについて学習する機会は皆無に等しい。

また、太田¹⁰⁾によりペリネイタル・ロスのケアに携わる看護者を対象とした教育プログラムが開発され、実施されているが、主に母親のケア・ニーズに基づいて作成されたプログラムであり、父親の悲嘆の特徴にふれてはいるものの、父親の悲嘆のプロセスやケア・ニーズ、父親へのケアの詳細については含まれていない。

河本らは、ペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズには、「悲しみを増強させない配慮」「父親の気持ちへの共感」など13項目があり、これらは《父親自身の悲しみへのケア》《父親であることを実感できるケア》《妻を支えるためのケア》《妊娠・出産についての情報提供》の4カテゴリーに分類されたことを報告している¹¹⁾。しかし、助産師が父親のケア・ニーズに添ったケアを提供できるような「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」は開発されていない。

また、ペリネイタル・ロスを経験した母親と家族を対象としたケアの実態は報告されているが^{12, 13)}、これらの先行研究において父親は家族の中に含まれており、父親へのケアの実態を明らかにした研究は

みあたらない。そこで、ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態及びペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズを明らかにすることを目的として本研究を実施し、「ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師教育プログラム」開発への示唆を得る。

Ⅱ. 用語の定義

本研究において、ペリネイタル・ロスとは、妊娠12週以降の自然死産、新生児死亡とする。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

量的実態調査研究

2. 研究対象者およびデータ収集方法

研究対象者は、中国地方及び九州地方の総合病院の産科に勤務し、ペリネイタル・ロスのケア経験がある助産師とした。なお、看護管理者としての立場にある看護師長は、ペリネイタル・ロスのケアに直接携わる機会が少ないと考えられるため、対象から除外した。調査対象施設104施設の看護部長宛てに調査依頼書を送付し、調査協力の得られた26施設の助産師318名に質問紙を配布した。本研究は無記名自記式質問紙調査とし、回収は郵送法とした。調査期間は2017年2月25日から2017年6月30日であった。

3. 調査項目

1) 対象者及び所属施設の属性

対象者の年齢、助産師経験年数、ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケア経験件数および年間実施件数、所属施設の属性（周産期医療機関の機能、年間分娩件数、ペリネイタル・ロスを経験した母親の入院期間）について調査した。

2) 所属施設におけるペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアの現状

看護手順の有無とその記載内容、カンファレンス実施状況、ペリネイタル・ロスのケアに用いる物品の準備状況の3項目について調査した。

3) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態

河本らの研究¹¹⁾によって明らかになったペリネイタル・ロスを経験した父親のケア・ニーズに加え

て、太田¹⁴⁾による「死産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ」、イギリスのセルフ・ヘルプグループSANDS (Stillbirth and Neonatal Death Society) によって作成された周産期の喪失に関するガイドライン「周産期の死一流産・死産・新生児死亡一死別された両親へのケア⁶⁾」, 「赤ちゃんを亡くした両親への援助¹⁵⁾」を参考にペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア (以下、父親へのケア) 29項目を抽出した。また、父親へのケア29項目は、「父親自身の悲しみへのケア」(12項目), 「父親であることを実感できるケア」(8項目), 「妻を支えるためのケア」(4項目), 「妊娠・出産についての情報提供」(2項目), 「退院後の悲しみへのケア」(3項目) の5カテゴリーに分類された。カテゴリー分類する際は、助産学研究者と共に解釈が一致するまで分類を続け、妥当性の確保に努めた。

父親へのケアに対する実施頻度は、4段階尺度(「いつも実施している」, 「時々実施している」, 「たまに実施している」, 「全く実施していない」)を用いて評価した。また、父親へのケアに対する実施自立度に関しては、「一人で行うことができるか」の問いに対して、4段階尺度(「非常にそう思う」, 「まあまあそう思う」, 「あまりそう思わない」, 「全くそう思わない」)を用いて評価した。父親へのケア困難感は4段階尺度(「いつも感じる」, 「時々感じる」, 「たまに感じる」, 「感じたことは全くない」)を用いて評価した。

4) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する意識・学習ニーズ

父親に対するケアの必要性とその理由、父親へのケアに対する学習経験の有無、父親へのケアに対する学習意欲とその理由、学習希望内容とした。

4. 分析方法

分析にはStat Flex Ver.6を使用した。助産師経験年数と両親へのケア経験件数の相関についてはスピアマンの順位相関係数の検定を行った。父親へのケア29項目に対する実施頻度、ケア実施自立度、父親へのケア困難感の有無について、両親へのケア経験件数10件未満と10件以上での群分けを行い、 χ^2 検定、Fisherの直接確率計算法を行った。岡永¹²⁾の先行研究より、ケア経験件数10件を区切りとして、周産期の喪失を経験した女性やその家族に対するケア

の実施頻度に有意差を認めた項目があることから、本研究においても両親へのケア経験件数10件を区切りとして群分けして比較した。有意水準は5%とした。父親へのケア29項目に対する実施度は、「いつも実施している」「時々実施している」「たまに実施している」を「実施あり」群, 「全く実施していない」を「実施なし」群として群分けした。また、ケア実施自立度は、「非常にそう思う」「まあまあそう思う」を「一人で実施できる」群, 「あまりそう思わない」「全くそう思わない」を「一人で実施できない」群として群分けした。父親へのケア困難感は、「いつも感じる」「時々感じる」「たまに感じる」を「困難感あり」群, 「感じたことは全くない」を「困難感なし」群として群分けした。

自由記載の項目は意味内容の類似性に従って内容をカテゴリー分類し、助産学研究者と共に解釈が一致するまで分析を続け、信頼性・妥当性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の審査・承認を得て実施した(管理番号428)。研究対象者に対して、本研究の目的、方法、研究参加の任意性、個人情報保護などについて同意説明文書を用いて説明した。また、質問紙の回収をもって、研究への同意が得られたものとした。

IV. 結 果

助産師198名より質問紙を回収した(回収率62.3%)。このうち、欠損値の多かった1名を除く197名を分析対象とした(有効回答率99.5%)。

1. 対象者の属性

対象者の平均年齢 36.0 ± 9.0 歳(23歳~57歳)、助産師経験平均年数 11.0 年 ± 7.8 年(1~36年)であった。両親へのケア経験件数は、「10件未満」74名(37.6%)、「10件以上」123名(62.4%)であった。両親へのケア年間実施平均件数は 3.6 ± 3.3 件/年(0~20件/年)であった。助産師経験年数と両親へのケア経験件数の間にはやや強い正の相関が認められた($r=0.533$, $p=0.000$)。所属施設の周産期医療機関の機能は、総合周産期母子医療センター93名(47.3%)、地域周産期母子医療センター68名(34.5%)、どちらでもない

32名 (16.2%), 無回答4名 (2.0%)であった。所属施設の年間分娩件数は、「300件未満」30名 (15.2%), 「300件以上500件未満」89名 (45.2%), 「500件以上800件未満」51名 (25.9%), 「800件以上1000件未満」12名 (6.1%), 「1000件以上」11名 (5.6%), 無回答4名 (2.0%)であった。所属施設におけるペリネイタル・ロスを経験した母親の平均入院期間は、分娩前 1.8 ± 2.1 日 (0~21日), 分娩後 2.6 ± 1.5 日 (1~10日)であった。

2. 所属施設におけるペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアの現状

ペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアに関する看護手順あり155名 (78.7%), 看護手順なし40名 (20.3%), 無回答2名 (1.0%)であった。看護手順の記載内容 (複数回答) として最も多かった項目は、「死産・死亡に関する公的手続きの方法」143名 (92.3%), 続いて「グリーフ・ケアの具体例 (名前を付ける・抱っこする・手型や足型を残す等)」128名 (82.6%), 「社会資源」74名 (47.7%), 「母体の身体的変化」69名 (44.5%), 「母親の悲嘆過程」63名 (40.6%), 「乳房ケア」62名 (40.0%), 「退院後に所属する施設で提供するサポート」37名 (23.9%), 「サポートグループについての情報提供」37名 (23.9%), 「父親の悲嘆過程」16名 (10.3%), 「グリーフ・ケアに必要な物品」2名 (1.3%), 「入院中の生活について」1名 (0.6%), 「分娩の準備」1名 (0.6%), 「お別れ会について」1名 (0.6%)の順であった。

カンファレンス実施状況について、いつも実施している53名 (26.9%), 時々実施している63名 (32.0%), たまに実施している49名 (24.9%), 全く実施していない29名 (14.7%), 無回答3名 (1.5%)であった。カンファレンスに参加する職種 (複数回答) は、助産師164名 (99.4%), 看護師95名 (57.6%), 看護師長87名 (52.7%), 産婦人科医師25名 (15.1%), 臨床心理士10名 (6.1%)の順であった。カンファレンス内容 (複数回答) として最も多かったのは、「母親・家族へのケアの方向性」105名 (63.6%), 続いて「母親の悲嘆過程についての情報共有とアセスメント」79名 (47.9%), 「家族から母親へのサポート体制についての情報共有とアセスメント」35名 (21.2%), 「母親・家族の希望に添ったケアについて」22名 (13.3%)などの順であった。

施設におけるペリネイタル・ロスのケアに関する物品について、準備している187名 (94.9%), 準備していない9名 (4.6%), 無回答1名 (0.5%)であった。

3. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態

1) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア 29項目に対する実施頻度 (図1)

「父親自身の悲しみへのケア」として7割以上が「実施している」項目は、「妻と亡くなった児と共に過ごせる環境を調整する」196名 (99.5%), 「希望時、医師からの説明の場を調整する」196名 (99.5%), 「父親の疑問に答える」195名 (99.0%), 「父親の悲しみを共感する態度で接する」192名 (97.5%), 「他の妊産褥婦の声が父親に届かないよう配慮する」190名 (96.4%), 「父親を避けなくて普通に接する」188名 (95.4%) 「他の新生児の声が父親に届かないよう配慮する」188名 (95.4%), 「父親が自分自身の感情を表出できるよう関わる」178名 (90.4%), 「父親と共に児にケアを行う」158名 (80.2%), 「父親と共に今回の妊娠・分娩、児のことを話す」147名 (74.6%)の10項目であった。一方、「父親の悲嘆プロセスを説明する」112名 (56.9%), 「カウンセラーを紹介する」23名 (11.7%)であった。

「父親であることを実感できるケア」8項目全てにおいて、7割以上が「実施している」と回答した。その内訳は、「埋葬・供養に関する情報を提供する」194名 (98.5%), 「児に会うことを提案する」193名 (98.0%), 「児を抱くことを提案する」190名 (96.4%), 「児に会う意義を伝える」180名 (91.4%), 「遺品を残せることについて助言する」170名 (86.3%), 「児の記念品を渡す」162名 (82.2%), 「写真を撮ることを提案する」153名 (77.7%), 「名前を付けることを提案する」140名 (71.1%)であった。

「妻を支えるためのケア」として7割以上が「実施している」項目は、「死産後の妻の身体的変化を説明する」180名 (91.4%), 「妻を支援する方法を説明する」169名 (85.8%), 「妻の悲嘆プロセスを説明する」149名 (75.6%)の3項目であった。また、「次の妊娠における妻の影響を説明する」131名 (66.5%)であった。それぞれの項目について、「い

つも実施している」は1割～2割であり、いつも実施している割合は低かった。

「妊娠・出産についての情報提供」における実施頻度は、「分娩前に分娩経過や胎児の状態を説明する」187名（94.9%）、「遺伝相談に関する情報を提供する」46名（23.4%）であった。

「退院後の悲しみへのケア」では、「退院後に相談できる窓口を紹介する」47名（23.9%）、「退院後、継続的に関わる」41名（20.8%）、「セルフ・ヘルプグループを紹介する」40名（20.3%）であった。

両親へのケア経験件数別と父親へのケア実施頻度との間に差がみられた項目は「児を抱くことを提案する」1項目のみであり（ $p=0.03$ ）、ケア経験10件未満では「実施している」68名（91.9%）、ケア経験10件以上では122名（99.2%）であった。

2) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア 29項目に対する実施自立度 (図2)

「父親自身の悲しみへのケア」として7割以上が「一人で実施できる」項目は、「希望時、医師からの説明の場を調整する」192名（97.5%）、「妻と亡くなった児と共に過ごせる環境を調整する」189名（95.9%）、「父親の悲しみを共感する態度で接する」188名（95.4%）、「父親を避けないで普通に接する」182名（92.4%）、「他の妊産褥婦の声が父親に届かないよう配慮する」178名（90.4%）、「他の新生児の声が父親に届かないよう配慮する」178名（90.4%）、「父親の疑問に答える」176名（89.3%）、「父親と共に児にケアを行う」168名（85.3%）、「父親が自分自身の感情を表出できるよう関わる」154名（78.2%）の9項目であった。一方、「父親と共に今回の妊娠・分娩、児のことを話す」135名（68.5%）、「父親の悲嘆プロセスを説明する」108名（54.8%）、「カウンセラーを紹介する」30名（15.2%）であった。

「父親であることを実感できるケア」8項目全てにおいて、7割以上が「一人で実施できる」と回答した。その内訳は、「児に会うことを提案する」188名（95.4%）、「児を抱くことを提案する」184名（93.4%）、「埋葬・供養に関する情報を提供する」181名（91.9%）、「遺品を残せることについて助言する」178名（90.4%）、「児に会う意義を伝える」172名（87.3%）、「児の記念品を渡す」172名（87.3%）、「名前を付けることを提案する」148名（75.1%）、「写真を撮ることを提案する」147名

（74.6%）であった。

「妻を支えるためのケア」として7割以上が「一人で実施できる」項目は、「死産後の妻の身体的変化を説明する」167名（84.8%）、「妻を支援する方法を説明する」138名（70.1%）の2項目であった。その他、「妻の悲嘆プロセスを説明する」135名（68.5%）、「次の妊娠における妻の影響を説明する」125名（63.5%）であった。

「妊娠・出産についての情報提供」における実施自立度は、「分娩前に分娩経過や胎児の状態を説明する」170名（86.3%）、「遺伝相談に関する情報を提供する」31名（15.7%）であった。

「退院後の悲しみへのケア」では「退院後に相談できる窓口を紹介する」45名（22.8%）、「退院後、継続的に関わる」43名（21.8%）、「セルフ・ヘルプグループを紹介する」34名（17.3%）であった。

ケア経験件数別と父親へのケア実施自立度との間に差がみられた項目は、「希望時、医師からの説明の場を調整する」「妻と亡くなった児と共に過ごせる環境を調整する」「他の妊産褥婦の声が父親に届かないよう配慮する」など13項目であり、ケア経験10件以上の助産師はケア経験10件未満のものよりも一人で自立して実施できていた（ $p<0.05$ ）。

3) ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する困難感

父親へのケアに対する困難感あり175名（88.9%）、困難感なし17名（8.6%）、無回答5名（2.5%）であった。ケア経験件数別でみると、ケア経験10件未満では困難感あり67名（90.5%）、ケア経験10件以上では108名（87.8%）であり、ケア経験件数別とケア困難感の間に有意差はなかった（ $p=0.81$ ）。

困難さの内容（複数回答）で最も多かったのは、「父親と関わる時間を設けること」78名（44.6%）であり、続いて「父親の思いを把握すること」58名（33.1%）、「父親に必要なケアがわからない」25名（14.3%）などの順であった（表1）。

4. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する意識・学習ニーズ

ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに関して、学習経験あり63名（32.0%）、学習経験なし134名（68.0%）であった。学習場面（複数回答）は、施設外での研修会35名（55.6%）、施設内での勉強会20名（31.7%）、助産学生時代の講義15名

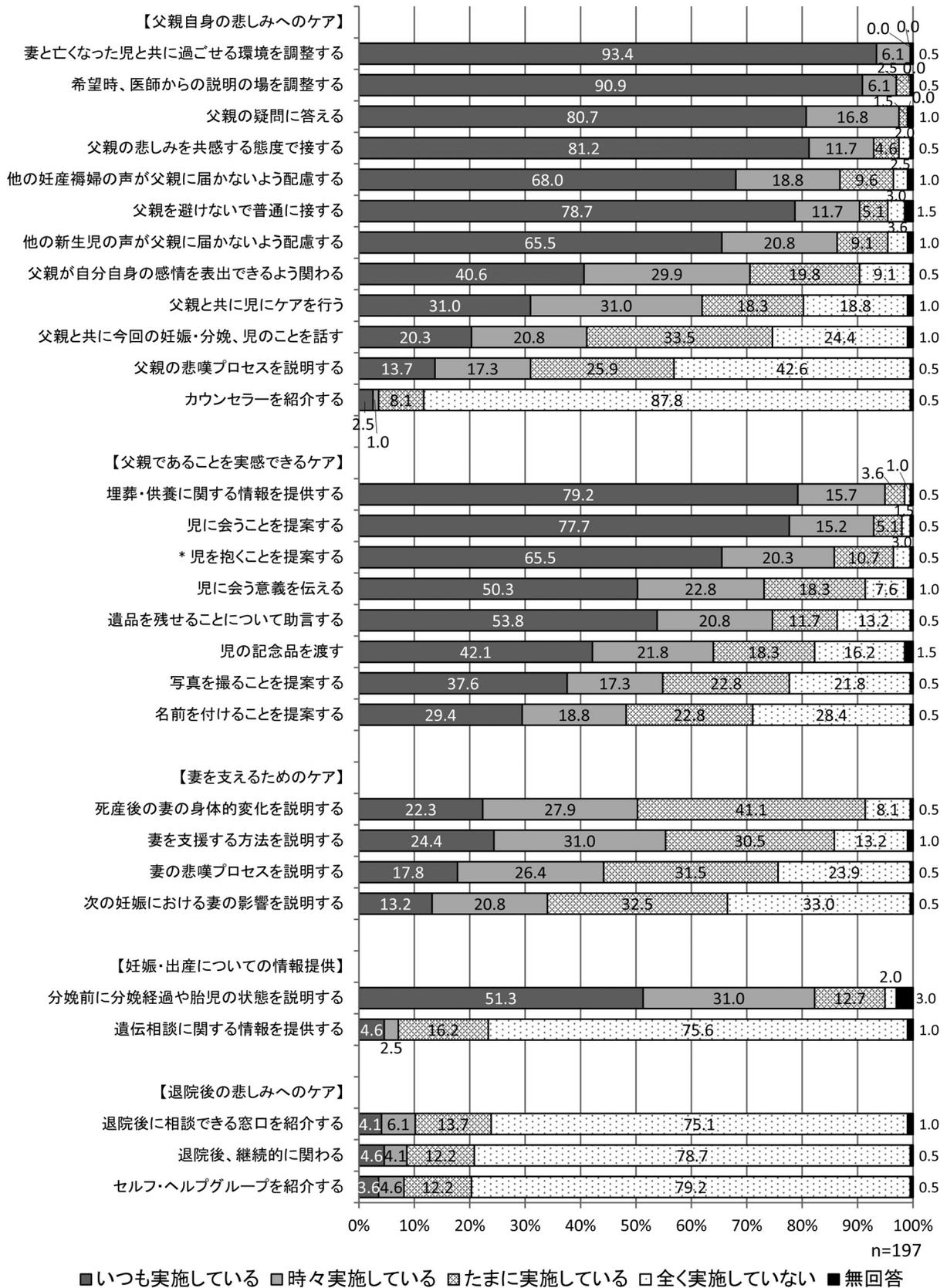
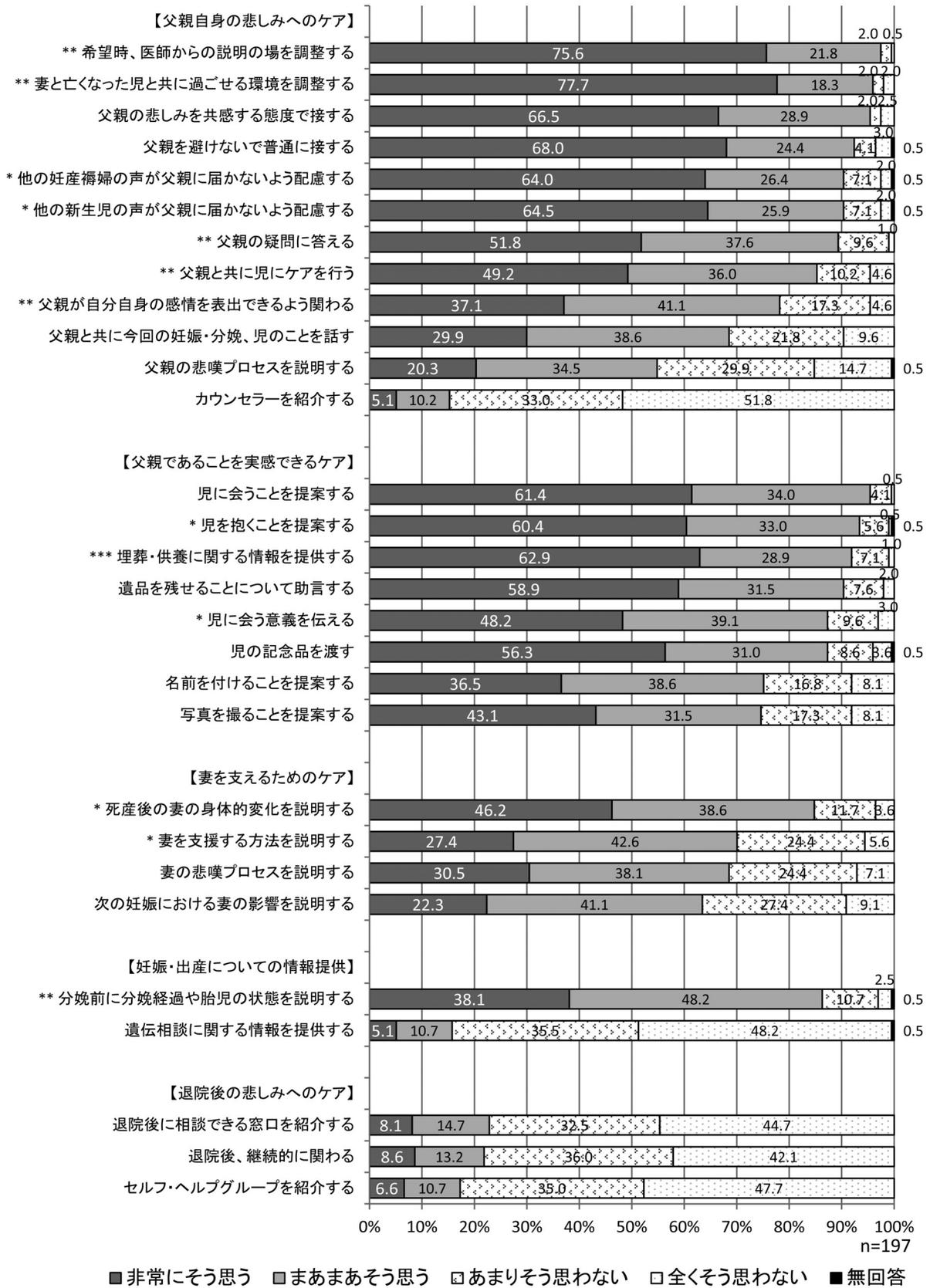


図1 ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア実施頻度

ケア経験件数別で有意差のある項目 *p<0.05



ケア経験件数別で有意差のある項目 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

図2 ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア実施自立度

表1 ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの困難さの内容

n=175		
困難さの内容	人	%
父親と関わる時間を設けること	78	44.6
父親の思いを把握すること	58	33.1
父親に必要なケアがわからない	25	14.3
父親の思いや希望を引き出すこと	16	9.1
父親への対応に自信がない	5	2.9
母親と父親の気持ちの差を感じる	5	2.9
母親へのケアで精一杯で父親に関われない	2	1.1
助産師自身がつらくて父親に関われない	1	0.6

(複数回答)

表2 ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する学習希望理由

n=190		
学習希望理由	人	%
父親へのケアについて学習する機会が少ないため	47	24.7
父親のケアは必要であるため	33	17.4
父親へのケア方法を知りたいから	32	16.8
父親への関わりに悩んでおり、自信がないため	30	15.8
父親の心理やケア・ニーズがわからないから	15	7.9
父親へのケアは不十分であると感じるから	14	7.4
日常のケアに役立てたいため	12	6.3
父親へのケアを学ぶことで夫婦を支えることに繋がるから	10	5.3
父親へのケアを学ぶことで母親を支えたいから	6	3.2
事例が多くない・経験が少ないため	4	2.1
他施設での取り組みを知りたいため	2	1.1

(複数回答あり)

表3 ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する学習希望内容

n=190		
学習希望内容	人	%
父親への具体的な関わり方 (声のかけ方等)	100	52.6
父親の悲嘆プロセス	75	39.5
父親の望むケア内容	22	11.6
父親と母親の悲嘆プロセスの違い	14	7.4
セルフ・ヘルプグループについて	13	6.8
父親の体験談を聴きたい	13	6.8
他施設での取り組み	12	6.3
父親から母親へのサポート方法	9	4.7
父親への精神的ケア	8	4.2
退院後の父親への支援方法	8	4.2
父親の感情の引き出し方	7	3.7
父親と母親との関わり方の違い	4	2.1
夫婦への関わり方	4	2.1
次回妊娠に対する父親の思い	2	1.1
父親へのケアを行った場合の効果	2	1.1

(複数回答あり)

(23.8%), その他3名(4.8%)であった。学習内容(複数回答)として最も多かったのは「父親の悲嘆過程」31名(49.2%), 「父親に必要なケア」16名(25.4%), 「両親へのケア」9名(14.3%), 「父親と母親の悲しみの違い」8名(12.7%), 「父親の体験談を聴く」4名(6.3%), 「他施設でのケアの取り組み」2名(3.2%), 「妻を支えるためのケア」1名(1.6%)であった。

父親へのケアについて、必要と思う196名(99.5%), 必要と思わない0名(0.0%), 無回答1名(0.5%)であった。父親へのケアが必要と思う理由(複数回答)として最も多かったのは、「我が子を失い、悲嘆を経験しているため」59名(30.1%)であり、続いて「父親の悲しみを表出できる場が少ないため」34名(17.3%), 「夫婦でお互いを支え合うことができるようにするため」32名(16.3%), 「母親の支援者としての父親を支える必要があるため」21名(10.7%), 「ケアの対象は母親に集中しやすいため」20名(10.2%), 「我が子を亡くした親としてケアの対象であるから」17名(8.7%), 「妻を支える役割負担が大きい」13名(6.6%), 「ペリネイタル・ロスは夫婦関係に影響を及ぼすため」10名(5.1%)などの順であった。

父親へのケアに対する学習意欲について、学習希望あり190名(96.5%), 学習希望なし5名(2.5%), 無回答2名(1.0%)であった。学習希望理由(複数回答)として最も多かったのは、「父親へのケアについて学習する機会が少ないため」47名(24.7%)であり、続いて「父親のケアは必要であるため」33名(17.4%), 「父親へのケア方法を知りたいから」32名(16.8%), 「父親への関わりに悩んでおり、自信がないため」30名(15.8%)などの順であった(表2)。学習希望内容(複数回答)として最も多かったのは、「具体的な関わり方(声のかけ方等)」100名(52.6%)であり、続いて「父親の悲嘆プロセス」75名(39.5%), 「父親の望むケア内容」22名(11.6%)などの順であった(表3)。

V. 考 察

1. 所属施設におけるペリネイタル・ロスを経験した両親へのケアの現状

本研究において、所属施設におけるペリネイタル

ル・ロスを経験した両親へのケアに関する看護手順について、8割の助産師が準備されていると回答していた。約10年前に実施された藤村ら¹⁶⁾や米田ら¹⁷⁾の調査では、マニュアルの整備はそれぞれ2割にとどまっており、現在では多くの助産師が看護手順の整備された環境でケアを提供していることが明らかになった。看護手順記載内容については、死産に関する公的手続き方法、グリーフ・ケアの具体的内容がそれぞれ8割以上を占めていた。しかし、母親の悲嘆過程や乳房ケアについては4割、退院後のサポート体制やサポートグループに関する情報提供は2割、父親の悲嘆過程に至っては1割であり、母親や父親の悲嘆のプロセスやケア・ニーズに対する理解を深める内容は少ないことが明らかになった。

また、8割の助産師がカンファレンスを実施していると回答し、多くの助産師は対象の情報共有とケアの方向性を確認することができ、他のスタッフと相談しながらケアを提供できる環境にあることが示唆された。また、ケアに必要な物品の準備についても95%が準備していると回答し、助産師は物品が準備された環境でケアを行っていることが明らかになった。以上のことから、多くの助産師はケア環境が整備されている中で両親へのケアを実施していると考えられた。

2. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアの実態及び父親へのケアに対する意識

父親自身の悲しみへのケアについて、他の妊産褥婦や新生児の声が父親に届かないように配慮する等、父親の悲しみを増強させないような環境の調整や、「父親の悲しみを共感する態度で接する」「父親を避けないで普通に接する」など父親に接する上で必要な助産師の態度については95%以上の助産師が実施していた。同様に自立して実施できる助産師も9割以上を占めていた。また、助産師は、感情表出を促すような関わりや父親と関わるきっかけづくりを心掛けており、父親と関わろうと努めていることがうかがえた。「希望時、医師からの説明の場を調整する」「父親の疑問に答える」についても高い実施率であり、子どもを亡くした父親と真摯に向き合おうとする助産師の姿勢がみられた。

一方、「父親の悲嘆プロセスを説明する」の実施率は6割未満、自立してできる助産師も5割にとどまっていた。今村は、父親の悲しみは表面化されず、

時に父親自身も気づき得ないほどであったと述べている³⁾。父親特有の悲嘆の特徴を父親自身も理解し、自分の感情に対処できるようにするために、父親の悲嘆のプロセスを説明することは必要であると考えられる。また、助産師教育において、父親の悲嘆のプロセスや悲嘆の特徴について教育していく必要性が示唆された。

カウンセラーの紹介については、実施率も自立度も共に1割と低かった。米田の調査においても、看護者が行う周産期の死のケアの中で、心理的専門家の紹介の実施度は5%と低かったと報告されており、心理的ケアの専門家との連携不足が指摘されている¹³⁾。父親が必要とする際に心理的専門家との連携が取れるよう、体制の整備が望まれる。

父親であることを実感できるケアについては、全ての項目で7割以上が実施しており、同様に自立度も高かった。「児を抱くことを提案する」の実施頻度については、ケア経験件数別で有意差がみられたものの、ケア経験件数が少ない助産師も9割以上が実施しており、助産師は父親にとって必要なケアとして実践していた。助産師は日頃から母子関係や父子関係の形成を促す支援を行っており、死産時においても父親になることを実感できるケアを実践することができていたと考えられる。

妻を支えるためのケアについては高い実施率であった。しかし、いつも実施しているのは2割にとどまっており、恒常的なケアとして実践されている割合は低かった。また、子どもを亡くした父親は、父親と夫の両方の役割を果たしていたと報告されており³⁾、父親としての役割を果たすためのケアに加えて、父親が妻を支えることができるよう支援が必要である。そのため、助産師に対して、妻を支えるためのケアの必要性についての認識を深めてケアに取り組めるよう支援が必要であると示唆された。

妊娠・出産についての情報提供について、「分娩前に分娩経過や胎児の状態を説明する」は、95%の助産師が実施しており、自立して実施できるものも9割近かった。しかし、「遺伝相談に関する情報を提供する」については23%の実施率と低く、自立して実施できるのも15%と低かった。父親によっては、次子への影響を心配することもある。父親が希望した際には、遺伝相談に関する情報を提供したり、遺伝カウンセリングにつなげるなどの支援が必要であ

る。また、助産師は遺伝に関する知識を学習しておく必要があると考える。

退院後の悲しみへのケアについては、全ての項目において25%未満の実施率及び自立度であった。米田の調査¹³⁾においても、母親や家族に対する退院後の継続的関わりは1割、サポートグループの紹介は5%の実施状況であり、退院後に向けてのケアはあまり実施されていなかったと報告されている。父親の悲嘆は遅れて出現することもあるといわれており¹⁸⁾、セルフ・ヘルプグループの紹介等、退院後に父親が利用できる資源について情報を提供することは、父親の悲しみが増した際に救いとなると考える。また、退院後に相談できる窓口の整備等、退院後の継続した関わりができる体制の整備が必要であると示唆された。

ケア経験件数の少ない助産師は、ケア経験件数の多い助産師に比較して、自立してできない項目が13項目あった。また、助産師経験年数と両親へのケア経験件数の間にやや強い正の相関がみられており、助産師経験年数もケア実施頻度や実施自立度に影響を及ぼしていると考えられる。ペリネイタル・ロスは突然起こることが特徴的である。ケアが必要な際、ケア経験の少ない助産師が父親のケア・ニーズに沿ったケアに取り組めるように、助産師教育において、父親の悲嘆のプロセスやケア・ニーズについて伝え、事例を用いたシミュレーションやロールプレイを用いた教育を行う必要性が示唆された。

9割の助産師が父親へのケアに対する困難さを感じていた。本研究においては、ケア経験件数別のケアの困難感に差はみられず、ケア経験件数によらず助産師は父親へのケアに困難さを抱えていたことが明らかになった。

短い入院期間の中で、父親へのケアについてはほぼ全員が必要と考えており、父親に関わる必要性は理解しているものの、父親と関わる時間が限られていることから、父親の思いやケア・ニーズを把握すること、希望を引き出すことが難しいと考えていると推察された。父親へのケアについて実施頻度や自立度は高かったが、ほとんどの助産師が父親へのケアの困難さを抱えており、迷いながらケアを行っていることが考えられた。

また、父親へのケアについての学習経験があるものは3割のみであり、学習経験が少ないことも父親

へのケアに対する困難さに影響を与えていると考えられる。父親の悲嘆の特性やケアについて体系化されておらず、学習機会が少なかったため、助産師は父親への関わり方への自信のなさや苦悩を抱きながらケアしていると推察された。

3. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケアに対する助産師の学習ニーズ

父親へのケアに対して96.4%に学習意欲があり、父親へのケアに対する助産師の学習ニーズは高いことが明らかになった。

学習希望内容としては、父親の悲嘆プロセスや父親の望むケア内容、父親の体験を聴きたいなど父親の理解につながる内容を希望していた。また、父親への具体的な関わり方等ケア技術に関する学習ニーズも高かった。さらに、他施設での取り組みについて知りたいというニーズもあり、ケアに関する情報交換の機会を設けることは、助産師のケアの幅を広げることに繋がると考える。

VI. 結 語

1. ペリネイタル・ロスを経験した父親へのケア29項目において、実施頻度及び実施自立度が3割未満であった項目は「カウンセラーを紹介する」「遺伝相談に関する情報を提供する」「退院後に相談できる窓口を紹介する」「退院後、継続的に関わる」「セルフ・ヘルプグループを紹介する」の5項目であった。また、「父親の悲嘆プロセスを説明する」は実施率6割未満、自立してできる助産師も5割にとどまっていた。妻を支えるためのケアについては高い実施率であったが、いつも実施しているのは2割であり、恒常的なケアとして実践されている割合は低かった。
2. 9割の助産師が父親へのケアに困難感を抱いていたが、ほとんどの助産師が父親へのケアが必要であると認識していた。
3. 助産師の96%が父親へのケアに対する学習を希望しており、父親の悲嘆プロセスや父親が望むケア等ペリネイタル・ロスを経験した父親の理解につながる知識の他に、具体的な関わり方等ケア技術に関する学習ニーズがあった。
4. 助産師に対して、父親の悲嘆のプロセスや父親のケア・ニーズについて教育する必要性が示唆

された。また、妻を支えるためのケアを実践できるような支援が必要であると示唆された。さらに、父親への関わり方等ケア技術向上に向けた支援が必要であると示唆された。ペリネイタル・ロスを経験した父親のケアに対する助産師への教育の充実が望まれる。

研究の限界

本研究の対象者は、総合周産期母子医療センターまたは地域周産期母子医療センターで勤務しているものが8割であり、ハイリスク妊娠・分娩を取り扱っている助産師が大半を占めていた。また、助産師経験の豊富な集団であった。そのため、ペリネイタル・ロスのケア経験件数が比較的多く、ペリネイタル・ロスのケアへの意識が高い集団であると考えられ、ケア実施頻度やケア実施自立度に影響を及ぼしている可能性がある。

引用文献

- 1) Badenhorst, W, Hughes, P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007; 21 (2) : 249-259.
- 2) Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2005; 34 : 630-638.
- 3) 今村美代子. 死産・新生児死亡で子どもを亡くした父親の語り. *日本助産学会誌* 2012; 26 : 49-60.
- 4) Turton P, Badenhorst W, Hughes P, et al. Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *British Journal of Psychiatry* 2006; 188 : 165-172.
- 5) 竹ノ上ケイ子, 佐藤珠美, 辻 恵子. 自然流産後の夫婦が感じた関係変化とその要因－体験者の記述内容分析から－. *日本助産学会誌* 2006; 20 : 8-21.
- 6) 竹内 徹訳. 周産期の死－流産・死産・新生児死亡－死別された両親へのケア. メディカ出版, 大阪, 1993.
- 7) 新道幸恵. 母性・父性をめぐる諸問題. 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編, 助産学大系第3巻助産の基礎理論Ⅱ, 日本看護協会出版会. 東京, 1991; 491-495.
- 8) 井端美奈子. ハイリスク産婦へのケア. 武谷雄二, 前原澄子編, 助産学講座6助産診断・技術学Ⅱ, 医学書院. 東京, 2002; 114-120.
- 9) 太田尚子. 子どもを亡くした親へのケア. 遠藤俊子編, 助産師基礎教育テキスト第7巻ハイリスク妊産褥婦・新生児へのケア, 日本看護協会出版会. 東京, 2009; 293-298.
- 10) 太田尚子. ペリネイタル・ロスのケアの基盤となるもの. *助産雑誌* 2015; 69 : 186-190.
- 11) 河本恵理, 田中満由美. ペリネイタル・ロスを経験した父親の適応プロセスとケア・ニーズ. *山口医学 (印刷中)*.
- 12) 岡永真由美. 流産・死産・新生児死亡にかかわる助産師によるケアの現状. *日本助産学会誌* 2005; 19 : 49-58.
- 13) 米田昌代. 周産期の死の「望ましいケア」の実態およびケアに対する看護者の主観的評価とその関連要因. *日本助産学会誌* 2007; 21 : 46-57.
- 14) 太田尚子. 死産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ. *日本助産学会誌* 2006; 20 : 16-25.
- 15) 梅津祐良, 梅津ジーン訳. ドナ・ホーフマン・ユイ, ロジャー・フランク・ユイ. 赤ちゃんを亡くした両親への援助. メディカ出版大阪, 大阪, 1990.
- 16) 藤村由希子, 安藤広子. 岩手県における死産, 早期新生児死亡に対するケアの実態調査. *岩手県立大学看護学部紀要* 2004; 6 : 83-91.
- 17) 米田昌代, 田淵紀子, 坂井明美. 周産期の死のケアに関する看護師の知識とケア環境の実態. *石川県看護雑誌* 2008; 5 : 11-20.
- 18) Vance JC, Boyle FM, Najman JM, et al. Couple distress after sudden infant or perinatal death: A 30-month follow up. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2002; 38 : 368-372.

Perinatal Loss And Providing Care to Fathers : Educational Needs of Midwives

Eri KAWAMOTO and Mayumi TANAKA

Maternal/Child Nursing, Yamaguchi University
Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami
Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

This study aimed to clarify the care currently provided to fathers who had experienced a perinatal loss of their baby and what midwives think they need to learn for their perinatal loss care.

We conducted an anonymous self-administered questionnaire survey to 318 midwives with experience of perinatal loss care working at obstetrics in general hospitals.

A total of 197 valid responses were analyzed. Out of 29 care items, the items provided by less than 30% of midwives and by a sole midwife were ; referral to a counselor, providing

information about genetic counseling, referral to post-discharge support contact, continued support after discharge, and referral to self-help group. In addition, less than 60% of midwives explained father's grief process and only 50% conducted this process alone. Many midwives provided information on how to support the grieving mother, however, only 20% performed it constantly.

Ninety percent of midwives had difficulty providing care to fathers but understood the need for quality care for fathers. Ninety-six percent of midwives hoped to learn about fathers' grief process and the required care as well as useful techniques by undertaking perinatal loss education.

The study suggests the needs to conduct education to midwives about fathers' grief process and necessary care and to assist fathers to support the grieving mothers. The study also suggests that midwives need support to develop their skill of providing perinatal loss care by undertaking relevant, enriching education.