

〔資料〕

出産女性を支援する助産師の共感疲労と関連要因

The prevalence and factors associated with compassion fatigue upon midwives
providing childbirth care

伊藤 道子

ITO Michiko

青森中央学院大学別科助産専攻

論文要旨

【目的】共感疲労は二次的外傷性ストレスと同義語とされており、出産により苦しんでいる女性を支援する可能性をもつ助産師は、共感疲労を生じていることが予測される。本研究の目的は、出産女性を支援する助産師の共感疲労の実態を把握し、関連要因を検討することである。

【方法】A 県の分娩取扱い施設に勤務し、日常的に出産女性を支援している助産師を対象とした。42 施設（42.9%）より研究協力の同意を得て自記式質問紙調査を実施した。調査票の質問項目は、共感疲労を経験した出来事の頻度とストレス強度、改訂出来事インパクト尺度日本語版、勤労者のためのコーピング特性簡易評価尺度、看護師レジリエンス尺度、基本的属性で構成した。共感疲労の評価には、改訂出来事インパクト尺度日本語版得点を用いた。データ分析は、質問項目の記述統計を実施した後、順序変数間の関連は Spearman の順位相関係数、連続変数間の関連は Pearson の相関係数により検討し、改訂出来事インパクト尺度日本語版得点を従属変数として変数増減法による重回帰分析を行った。統計解析は SPSS23.0 を使用し、有意水準を 5% とした。

【結果】回収した 290 名中、共感疲労を経験したことがある 180 名（62.1%）のうち、改訂出来事インパクト尺度日本語版の無回答者を除いた 172 名を分析対象とした。改訂出来事インパクト尺度日本語版得点は平均 16.6 点（標準偏差 14.2）であり、カットオフ値 25 点を超えている人は 49 名（28.5%）であった。重回帰分析により改訂出来事インパクト尺度日本語版得点に関連がみられたのは、流産女性への支援経験頻度、他者への情動発散、役職、視点の転換の 4 項目であった。

【考察】出産女性を支援する助産師は、強い共感疲労経験のリスクを保有している可能性があることを認識する必要がある。

Key words: 助産師、共感疲労、出産

I. はじめに

看護職は、人々が病気を予防し、治療し、管理することで身体的に健康な状態を保つことができるように関わるだけでなく、人間を身体的・心理的・社会的存在として理解し、相互に関係を築きながら健康という目標に寄与することを目指している。他者の情緒的ニーズに応じるには、看護職自身が情緒的な関与をしていかなければならない。苦痛、痛み、トラウマを経験している、または経験したことのある人々への支援は、対人援助職に外傷性ストレス反応を生じさせる可能性があることが報告されている¹⁾²⁾。このような現象を Figley¹⁾ は二次的外傷性ストレスと呼び、「重要他者がトラウマとなる出来事を経験したことを知ることにより、自然に必然的に起こる行動や感情」と定義している。この現象は、トラウマを受けた人あるいは苦しんでいる人を支える、支えようとすることにより生じるストレスであり、中心となる概念は感情移入とトラウマを負った人に曝されること（暴露）の二つであることから、共感疲労という用語が親しみやすい³⁾。

出産女性を支援する援助専門職としての看護職は、助産師である。国際助産師連盟および日本助産学会は、助産実践は「女性とともにある」という概念を反映し、助産師-女性間のパートナーシップが哲学基盤であると声明している。助産師には1対1の相互作用により女性の存在をサポートすることが求められており、これは強い感情移入を伴う相互関係であり、助産実践の専門性として特徴づけられている⁴⁾⁵⁾。陣痛中・出産中の女性は、陣痛の持続に伴い自己の意識が深く変化する状態にあるため、非常に傷つきやすい⁶⁾。また、出産女性の約30%が出産による外傷経験から生ずる外傷性ストレス症状を現し、2～6%の女性が出産後に外傷後ストレス障害に進展していることが報告されている⁷⁾。助産師は、このような出産により傷ついた経験をもつ女性と関わる時には、情緒的ストレス反応である共感疲労を生じていることが予測される。しかし、欧米を中心に看護師の共感疲労についての研究は行われているものの、助産師の共感疲労の研究は国内外を通じても少ないのが現状である。そこで、わが国の出産女性を支援する助産師の共感疲労の実態を把握し、関連要因を検討することを目的として本研究を実施した。出産に携わる助産師の情緒的反応とその関連要因を明らかにすることは、助産師のメンタルヘルスサポートの在り方への示唆が得られると考える。

II. 研究方法

1. 研究対象者

A 県内すべての分娩取扱い病院・診療所 98 施設のうち、研究協力の同意を得た 42 施設 (42.9%) において、日常的に出産女性を支援している助産師を研究対象者とした。

2. 用語の定義

本研究におけるトラウマ、共感疲労を以下のように定義した。

トラウマ：本人が生命への脅威を感じる出来事を経験や目撃によって生じた強い恐怖や無力感、戦慄を伴う精神的衝撃。

共感疲労：トラウマを受けた人あるいは苦しんでいる人を助けること、助けたいと思うことにより生じるストレス。本研究では、二次的外傷性ストレスの定義「重要他者がトラウマとなる出来事を体験したことを知るにより自然に必然的に起こる行動や感情」¹⁾と同義語として扱う。

3. 研究デザイン

無記名自記式質問紙を用いた量的記述的研究

4. 調査期間およびデータ収集方法

2015年9月から11月までを調査期間とした。調査票は、研究協力施設の看護管理者を介して配布を依頼し、個別に返信用封筒を郵送法で回収した。

調査票は、以下の質問項目で構成した。

1) 共感疲労を体験した出来事（研究者作成）

現在勤務している施設で、共感疲労を経験した出来事を選択肢から複数回答で選択してもらった。少なくとも1項目を選択した場合、共感疲労を経験した対象者とした。その対象者には、各出来事で知覚したトラウマの強さを4件法(1 = とても弱い ~ 4 = とても強い)で回答を求めた。

2) 改訂出来事インパクト尺度日本語版⁸⁾（以下、IES-R）

心的外傷性ストレス症状を測定するための自記式質問紙である。浸入（再体験）症状8項目、回避症状8項目、過覚醒症状6項目の計22項目を、5件法（0 = 全くなし ~ 4 = 非常に）で回答を求める。高い得点ほど心的外傷性ストレス症状が強いことを示す構成である。本研究での α 係数は.95であった。

3) コーピング特性簡易評価尺度⁹⁾

勤労者のコーピング特性を評価するための自記式質問紙である。積極的問題解決、問題解決のための相談、気分転換、他者への情動発散、回避と抑制、視点の転換の6因子計18項目を、4件法（1 = ほとんどない ~ 4 = よくある）で回答を求める。高得点の項目および因子は、特定の状況で選択される強いコーピング特性であることを示す構成である。本研究での α 係数は.77であった。

4) 看護師のレジリエンス尺度¹⁰⁾

看護師のレジリエンス（逆境を克服する心理的回復力）を測定するための自記式質問紙である。肯定的な看護への取り組み8項目、対人スキル5項目、プライベートでの支持の存在5項目、新奇性対応力4項目の4因子計22項目を、5件法（1 = いいえ ~ 5 = はい）で回答を求める。高い得点ほどレジリエンスが強いことを示す構成である。本研究での α 係数は.67であった。

5)対象者の基本的属性に関する質問項目（研究者作成）

心的外傷性ストレス症状の強さに関連する要因を調査するために、対象者の基本的属性として、年代、教育背景、臨床経験年数、調査実施施設における勤続年数、勤務形態、通算分娩介助件数、スタッフの配置換えの有無を質問項目とした。

5. 分析方法

質問項目の記述統計分析を行った。連続変数間の関連は、Spearman の順位相関係数により分析した。共感疲労の関連要因の探索は、改訂出来事インパクト尺度得点を従属変数として重回帰分析を行った。有意確率 5%未満を有意差ありとした。解析には、統計パッケージ SPSS Statistics Version 22.0 を使用した。

6. 倫理的配慮

本研究は、北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学部研究科倫理委員会の審査・承認を得て実施した（承認番号：15N023023）。研究対象者には、研究目的と方法、守秘義務、研究への参加拒否と途中辞退の権利、匿名性の保持とデータ管理、成果の公表を文書にて説明した。研究協力への同意は、質問紙の回収をもってみなした。質問紙は無記名自記式質問紙とし、回答後に研究対象者から直接、添付封筒にて返送してもらうことで個人が特定されないように細心の注意を払った。

III. 結果

1. 分析対象者

回収した 290 名中、「苦しんでいる患者を助けること、助けたいと思うことで強い恐怖や無力感、苦痛を感じた経験がある」と回答した 180 名（62.1%）のうち、IES-R の無回答者を除いた 172 名（59.7%）を分析対象者とした。

2. 対象者の属性

対象者の年齢は、30～39 歳 52 名、40～49 歳 55 名が約 6 割を占めた。勤務する医療施設は、病院 97 名、診療所 33 名、地域周産期母子医療センター26 名、大学病院 11 名、総合周産期母子医療センター4 名であった。助産師経験年数は、平均 12.7（標準偏差 8.9）年、現在の施設の在職年数は、平均 9.1(標準偏差 8.0)年であった。師長・副師長・主任等の役職がある対象者は、35 名であった。分娩介助件数は、201 件以上 100 名が約 6 割を占めた。対象者の属性の詳細は、表 1 に示した。

3. IES-R 得点の概要

IES-R 得点は平均 16.6 点(標準偏差 14.2)であり、カットオフ値 25 点以上は 49 名 (28.5%)であった。

4. 対象者の属性と IES-R 得点

対象者の属性別 IES-R 得点は、表 2 に示した。いずれの属性も、IES-R 得点との有意差は認められなかった（表 2）。

表1 対象者の特性（n=172）

属性	カテゴリー	n (%)	平均値	標準偏差	中央値	範囲
年齢	30歳未満	41 (24.1)				
	30－39歳	52 (30.6)				
	40－49歳	55 (32.4)				
	50－59歳	16 (9.4)				
	60歳以上	6 (3.5)				
雇用形態	常勤	156 (91.8)				
	非常勤	14 (8.2)				
医療施設	診療所	33 (19.3)				
	病院	97 (56.7)				
	総合周産期母子医療センター	4 (2.3)				
	地域周産期母子医療センター	26 (15.2)				
	大学病院	11 (5.8)				
助産師経験年数			12.7	8.9	11.5	1-38
現在の施設の在職年数			9.1	8.0	7.0	1-37
役職	あり（師長・副師長・主任）	35 (20.3)				
	なし	137 (79.7)				
助産課程	専門学校	111 (64.5)				
	短期大学専攻科	29 (16.9)				
	大学専攻科	12 (7.0)				
	大学助産師養成課程	12 (7.0)				
	大学院	8 (4.7)				
3ヵ月以内のスタッフ異動	あり	109 (63.4)				
	なし	63 (36.6)				
分娩立ち会い頻度	週1度以下	82 (47.7)				
	週半分以上	83 (48.3)				
	毎日	7 (4.0)				
分娩介助件数	50件未満	20 (11.7)				
	50－100件	16 (9.4)				
	101－150件	22 (12.9)				
	151－200件	16 (7.6)				
	201件以上	100 (58.5)				

表2 IES-R得点分布 (n=172)

属性	カテゴリー	平均値	標準偏差	p値
年齢	30歳未満	17.4	13.2	n.s. ¹⁾
	30－39歳	14.1	13.6	
	40－49歳	16.3	15.4	
	50－59歳	20.9	13.1	
	60歳以上	22.7	19.4	
雇用形態	常勤	16.5	13.9	n.s. ²⁾
	非常勤	16.6	18.7	
医療施設	診療所	14.1	14.3	n.s. ¹⁾
	病院	16.2	14.7	
	総合周産期母子医療センター	19.3	8.8	
	地域周産期母子医療センター	19.8	13.4	
	大学病院	20.8	12.2	
役職	あり（師長・副師長・主任）	19.0	13.2	n.s. ²⁾
	なし	16.0	14.4	
助産課程	専門学校	16.5	15.3	n.s. ¹⁾
	短期大学専攻科	19.5	13.9	
	大学専攻科	12.3	9.9	
	大学助産師養成課程	14.1	10.6	
	大学院	18.9	9.3	
3ヵ月以内のスタッフ異動	あり	17.1	14.2	n.s. ²⁾
	なし	15.7	14.3	
分娩立ち会い頻度	週1度以下	17.3	14.6	n.s. ¹⁾
	週半分以上	16.1	14.0	
	毎日	14.0	13.2	
分娩介助件数	50件未満	19.5	12.0	n.s. ¹⁾
	50－100件	12.6	12.7	
	101－150件	17.2	14.9	
	151－200件	11.7	9.6	
	201件以上	17.0	15.1	

1) 一元配置分散分析

2) t検定

5. IES-R 得点と関連要因

1) 助産師経験年数・現在の施設の在職年数との相関

IES-R 得点と助産師経験年数および現在の施設の在職年数との間に、有意差は認められなかった。

2) 看護師レジリエンス尺度得点との相関

IES-R 得点と看護師レジリエンス尺度得点との相関をみたところ、下位尺度「肯定的な看護への取り組み」($p<0.05$)と「対人スキル」($p<0.01$)は、弱い負の相関を認めた(表3)。

3) コーピング特性簡易尺度得点との相関

IES-R 得点とコーピング特定簡易尺度得点との相関をみたところ、尺度の下位尺度「視点の転換」($p<0.01$)は弱い負の相関を認め、「他者への情動発散」は弱い正の相関の傾向があった(表4)。

表3 看護師レジリエンス尺度得点とIES-R得点の相関 (n=167)

	Pearsonの相関係数
肯定的な看護への取り組み	-0.181 *
対人スキル	-0.203 **
プライベートでの支持の存在	-0.054
新奇性対応力	-0.091

* $p<0.05$, ** <0.01

看護師レジリエンス尺度無回答者は集計から除いた

表4 コーピング特性簡易尺度得点とIES-R得点の相関 (n=169)

	Pearsonの相関係数
積極的問題解決	0.002
問題解決のための相談	-0.105
気分転換	-0.122
他者への情動発散	0.143 †
回避と抑制	0.005
視点の転換	-0.232 **

** $p<0.01$, † $p<0.1$

コーピング特性簡易尺度無回答者は集計から除いた

4) 共感疲労の経験頻度との相関

IES-R 得点と共感疲労の経験頻度との関連をみたところ、弱い正の相関が認められたのは、「流産の妊婦・産婦」($p<0.01$)、「前期破水の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「臍帯脱出の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「骨盤位の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「緊急帝王切開の妊婦・産婦」($p<0.01$)、「遷延分娩の産婦」($p<0.05$)、「肩甲難産の産婦」($p<0.05$)、「新生児の救急蘇生」($p<0.05$)、「妊婦の急変」($p<0.01$)、「産婦・胎児の急変」($p<0.05$)、「新生児の急変」($p<0.05$)、「新生児の死」($p<0.01$)であった(表 5)。

5) 共感疲労のストレス強度との相関

IES-R 得点と共感疲労のストレス強度との関連をみたところ、弱い正の相関が認められたのは、「流産の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「前期破水の妊婦・産婦」($p<0.01$)、「臍帯脱出の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「骨盤位の妊婦・産婦」($p<0.01$)、「死産の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「緊急帝王切開の妊婦・産婦」($p<0.01$)、「遷延分娩の産婦」($p<0.05$)、「新生児の救急蘇生」($p<0.01$)、「妊婦の急変」($p<0.01$)、「産婦・胎児の急変」($p<0.01$)、「新生児の急変」($p<0.05$)、「新生児の死」($p<0.05$)であった(表 6)。

表5 共感疲労の経験頻度とIES-R得点の相関 (n=172)

	n	Spearmanの順位相関係数
流産の妊婦・産婦	149	0.224 **
早産の妊婦・産婦	148	0.149
前期破水の妊婦・産婦	143	0.197 *
臍帯脱出の妊婦・産婦	150	0.187 *
骨盤位の妊婦・産婦	138	0.189 *
死産の妊婦・産婦	144	0.128
緊急帝王切開の妊婦・産婦	153	0.262 **
陣痛誘発・強化により分娩した産婦	148	0.107
遷延分娩の産婦	148	0.196 *
肩甲難産の産婦	148	0.196 *
新生児の救急蘇生	153	0.198 *
妊婦の急変	140	0.237 **
妊婦の死	163	0.005
産婦・胎児の急変	143	0.201 *
産婦の死	164	-0.112
新生児の急変	144	0.206 *
新生児の死	152	0.218 **

* $p<0.05$, ** <0.01

共感疲労のストレス強度無回答者は集計から除いた

表6 共感疲労のストレス強度とIES-R得点の相関 (n=172)

	n	Spearmanの順位相関係数
流産の妊婦・産婦	151	0.176 *
早産の妊婦・産婦	148	0.137
前期破水の妊婦・産婦	143	0.245 **
臍帯脱出の妊婦・産婦	150	0.188 *
骨盤位の妊婦・産婦	138	0.222 **
死産の妊婦・産婦	144	0.165 *
緊急帝王切開の妊婦・産婦	153	0.324 **
陣痛誘発・強化により分娩した産婦	148	0.149
遷延分娩の産婦	148	0.177 *
肩甲難産の産婦	147	0.126
新生児の救急蘇生	153	0.218 **
妊婦の急変	140	0.234 **
妊婦の死	163	-0.035
産婦・胎児の急変	143	0.253 **
産婦の死	164	-0.111
新生児の急変	143	0.200 *
新生児の死	152	0.192 *

* $p<0.05$, ** <0.01

共感疲労の経験頻度無回答者は集計から除いた

6) 共感疲労の経験頻度別 IES-R 得点

共感疲労の経験頻度別の IES-R 得点で有意差が認められたのは、「前期破水の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「骨盤位の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「緊急帝王切開の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「新生児の救急蘇生」($p<0.05$)、「妊婦の急変」($p<0.05$)、「新生児の急変」($p<0.01$)、「新生児の死」($p<0.05$)であった(表7)。

7) 共感疲労のストレス強度別 IES-R 得点

共感疲労のストレス強度別の IES-R 得点で有意差が認められたのは、「流産の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「早産の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「前期破水の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「死産の妊婦・産婦」($p<0.05$)、「緊急帝王切開の妊婦・産婦」($p<0.01$)、「新生児の救急蘇生」($p<0.05$)、「産婦・胎児の急変」($p<0.01$)、「新生児の死」($p<0.01$)であった(表8)

表7 共感疲労の経験頻度とIES-R得点 (n=172)

		人数 (%)	IES-R得点		p値
			平均値	標準偏差	
流産の妊婦・産婦	経験していない	33 (22.0)	10.7	1.7	n.s.
	今までに1回	21 (14.0)	15.1	3.2	
	半年に1～2回	69 (46.0)	19.5	1.6	
	月に1～2回	24 (16.0)	18.1	3.7	
	週に1～2回	2 (1.0)	49.5	5.5	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	
早産の妊婦・産婦	経験していない	28 (18.9)	11.3	9.9	n.s.
	今までに1回	19 (12.8)	14.5	14.4	
	半年に1～2回	65 (43.9)	19.2	13.7	
	月に1～2回	27 (18.2)	16.3	15.0	
	週に1～2回	5 (3.4)	22.8	17.7	
	毎日あるいはほとんど毎日	4 (2.7)	22.5	23.2	
前期破水の妊婦・産婦	経験していない	45 (31.5)	11.2	11.7	0.014*
	今までに1回	16 (11.2)	19.2	13.2	
	半年に1～2回	40 (28.0)	21.1	16.3	
	月に1～2回	28 (19.6)	19.8	11.4	
	週に1～2回	10 (7.0)	12.6	15.6	
	毎日あるいはほとんど毎日	4 (2.8)	23.0	20.7	
臍帯脱出の妊婦・産婦	経験していない	127 (84.7)	15.0	13.8	n.s.
	今までに1回	21 (14.0)	22.4	14.8	
	半年に1～2回	2 (1.3)	18.0	12.7	
	月に1～2回	0 (0.0)	0.0	0.0	
	週に1～2回	0 (0.0)	0.0	0.0	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	
骨盤位の妊婦・産婦	経験していない	83 (60.1)	13.7	13.0	0.012*
	今までに1回	14 (10.1)	25.3	13.3	
	半年に1～2回	24 (17.4)	17.8	14.0	
	月に1～2回	15 (10.9)	22.1	17.2	
	週に1～2回	0 (0.0)	0.0	0.0	
	毎日あるいはほとんど毎日	2 (1.4)	4.5	6.4	
死産の妊婦・産婦	経験していない	55 (38.2)	13.0	11.7	n.s.
	今までに1回	28 (19.4)	15.7	11.4	
	半年に1～2回	58 (40.3)	19.6	17.3	
	月に1～2回	3 (2.1)	10.0	11.1	
	週に1～2回	0 (0.0)	0.0	0.0	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	
緊急帝王切開の妊婦・産婦	経験していない	27 (17.6)	9.9	12.2	0.010*
	今までに1回	16 (10.5)	16.6	10.7	
	半年に1～2回	58 (37.9)	16.8	14.5	
	月に1～2回	46 (30.1)	22.1	14.8	
	週に1～2回	5 (3.3)	22.0	13.6	
	毎日あるいはほとんど毎日	1 (0.7)	0.0	0.0	

一元配置分散分析

表7 (続き) 共感疲労の経験頻度とIES-R得点 (n=172)

		人数 (%)	IES-R得点		p値
			平均値	標準偏差	
陣痛誘発・強化により分娩した産婦	経験していない	32 (21.6)	13.8	14.1	n.s.
	今までに1回	10 (6.8)	14.1	11.7	
	半年に1～2回	35 (23.6)	16.5	12.9	
	月に1～2回	40 (27.0)	22.4	15.6	
	週に1～2回	30 (20.3)	14.9	13.3	
	毎日あるいはほとんど毎日	1 (0.7)	36.0	0.0	
遷延分娩の産婦	経験していない	36 (24.3)	12.8	13.5	n.s.
	今までに1回	18 (12.2)	13.9	9.6	
	半年に1～2回	42 (28.4)	18.2	15.1	
	月に1～2回	34 (23.0)	19.1	15.8	
	週に1～2回	18 (12.2)	20.9	14.9	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	
肩甲難産の産婦	経験していない	97 (65.5)	13.8	11.9	n.s.
	今までに1回	18 (12.2)	18.7	15.0	
	半年に1～2回	28 (18.9)	18.9	15.0	
	月に1～2回	4 (2.7)	29.0	15.5	
	週に1～2回	1 (0.7)	23.0	0.0	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	
新生児の救急蘇生	経験していない	54 (35.3)	12.7	12.6	0.045*
	今までに1回	27 (17.6)	16.1	12.8	
	半年に1～2回	60 (39.2)	20.5	15.5	
	月に1～2回	9 (5.9)	14.8	11.3	
	週に1～2回	3 (2.0)	25.0	23.1	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	
妊婦の急変	経験していない	77 (55.0)	13.7	12.9	0.028*
	今までに1回	30 (21.4)	17.1	14.2	
	半年に1～2回	28 (20.0)	21.4	14.3	
	月に1～2回	4 (2.9)	19.3	16.1	
	週に1～2回	1 (0.7)	44.0	0.0	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	
産婦・胎児の急変	経験していない	56 (39.2)	12.6	12.2	n.s.
	今までに1回	35 (24.5)	18.5	14.6	
	半年に1～2回	43 (30.1)	19.9	14.4	
	月に1～2回	7 (4.9)	16.7	16.9	
	週に1～2回	2 (1.4)	22.0	31.1	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	
産婦の死	経験していない	154 (93.9)	17.0	14.2	n.s.
	今までに1回	9 (5.5)	10.2	13.0	
	半年に1～2回	1 (0.6)	18.0	0.0	
	月に1～2回	0 (0.0)	0.0	0.0	
	週に1～2回	0 (0.0)	0.0	0.0	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	
新生児の急変	経験していない	91 (63.2)	15.1	13.4	0.008**
	今までに1回	23 (16.0)	20.5	15.5	
	半年に1～2回	25 (17.4)	19.2	15.1	
	月に1～2回	3 (2.1)	27.0	12.0	
	週に1～2回	2 (1.4)	47.5	5.0	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	
新生児の死	経験していない	133 (87.5)	15.6	13.9	0.010*
	今までに1回	14 (9.2)	24.3	15.3	
	半年に1～2回	4 (2.6)	22.3	6.1	
	月に1～2回	1 (0.7)	51.0	0.0	
	週に1～2回	0 (0.0)	0.0	0.0	
	毎日あるいはほとんど毎日	0 (0.0)	0.0	0.0	

一元配置分散分析

表8 共感疲労のストレス強度とIES-R得点 (n=172)

		人数 (%)	IES-R得点 平均値		p値
流産の妊婦・産婦	経験していない	33 (21.9)	10.7	9.7	0.025*
	とても弱い	29 (19.2)	16.2	13.7	
	やや弱い	36 (23.8)	21.2	15.1	
	やや強い	44 (29.1)	17.3	14.4	
	とても強い	9 (6.0)	22.8	20.9	
早産の妊婦・産婦	経験していない	28 (18.9)	11.3	10.0	0.026*
	とても弱い	30 (20.3)	19.8	13.1	
	やや弱い	42 (28.4)	14.0	12.7	
	やや強い	40 (27.0)	20.5	16.8	
	とても強い	8 (5.4)	20.6	13.9	
前期破水の妊婦・産婦	経験していない	45 (31.5)	11.2	11.7	0.018*
	とても弱い	41 (28.7)	18.7	13.7	
	やや弱い	41 (28.7)	20.3	15.1	
	やや強い	13 (9.1)	18.9	16.5	
	とても強い	3 (2.1)	26.0	16.1	
臍帯脱出の妊婦・産婦	経験していない	127 (84.7)	15.0	13.8	n.s.
	とても弱い	4 (2.7)	21.5	15.4	
	やや弱い	2 (1.3)	18.5	13.4	
	やや強い	6 (4.0)	22.2	16.0	
	とても強い	11 (7.3)	22.8	15.5	
骨盤位の妊婦・産婦	経験していない	82 (59.4)	13.9	13.0	n.s.
	とても弱い	33 (23.9)	17.9	14.5	
	やや弱い	17 (12.3)	23.8	15.4	
	やや強い	4 (2.9)	25.3	18.3	
	とても強い	2 (1.4)	12.5	17.7	
死産の妊婦・産婦	経験していない	55 (38.2)	12.8	11.7	0.017*
	とても弱い	7 (4.9)	15.1	15.9	
	やや弱い	10 (6.9)	25.6	16.4	
	やや強い	32 (22.2)	13.6	14.1	
	とても強い	40 (27.8)	20.5	15.8	
緊急帝王切開の妊婦・産婦	経験していない	28 (18.3)	9.5	12.1	0.000**
	とても弱い	12 (7.8)	17.6	14.0	
	やや弱い	42 (27.5)	16.3	13.4	
	やや強い	52 (34.0)	18.0	13.8	
	とても強い	19 (12.4)	28.2	14.9	

一元配置分散分析

表8 (続き) 共感疲労のストレス強度とIES-R得点 (n=172)

		人数 (%)	IES-R得点 平均値		p値
陣痛誘発・強化により分娩した産婦	経験していない	32 (21.6)	13.8	14.1	n.s.
	とても弱い	27 (18.2)	15.3	13.9	
	やや弱い	48 (32.4)	18.0	12.6	
	やや強い	33 (22.3)	21.0	16.1	
	とても強い	8 (5.4)	15.4	15.5	
遷延分娩の産婦	経験していない	36 (24.3)	12.8	13.5	n.s.
	とても弱い	24 (16.2)	16.3	13.9	
	やや弱い	39 (26.4)	17.5	14.0	
	やや強い	42 (28.4)	20.6	16.2	
	とても強い	7 (4.7)	14.3	7.8	
肩甲難産の産婦	経験していない	96 (65.3)	14.0	11.8	n.s.
	とても弱い	14 (9.5)	21.0	14.5	
	やや弱い	21 (14.3)	20.4	14.4	
	やや強い	11 (7.5)	14.7	17.2	
	とても強い	5 (3.4)	19.2	17.2	
新生児の救急蘇生	経験していない	55 (35.9)	12.6	12.5	0.023*
	とても弱い	5 (3.3)	20.4	11.9	
	やや弱い	14 (9.2)	20.0	17.3	
	やや強い	38 (24.8)	15.5	12.4	
	とても強い	41 (24.9)	21.8	15.9	
妊婦の急変	経験していない	78 (55.7)	13.5	12.9	n.s.
	とても弱い	5 (3.6)	14.2	9.8	
	やや弱い	13 (9.3)	20.2	12.0	
	やや強い	23 (16.4)	20.5	17.5	
	とても強い	21 (15.0)	20.4	13.4	
産婦・胎児の急変	経験していない	57 (29.9)	12.4	12.2	0.005**
	とても弱い	5 (3.5)	12.0	13.6	
	やや弱い	11 (7.7)	24.8	15.4	
	やや強い	37 (25.9)	16.2	13.4	
	とても強い	33 (23.1)	22.1	15.3	
産婦の死	経験していない	154 (93.9)	17.0	14.2	n.s.
	とても弱い	0 (0.0)	0.0	0.0	
	やや弱い	0 (0.0)	0.0	0.0	
	やや強い	1 (0.6)	0.0	0.0	
	とても強い	9 (5.5)	12.2	12.6	
新生児の急変	経験していない	91 (63.6)	15.1	13.4	n.s.
	とても弱い	4 (2.8)	13.0	11.7	
	やや弱い	8 (5.6)	21.9	16.7	
	やや強い	19 (13.3)	24.3	15.3	
	とても強い	21 (14.7)	20.8	16.4	
新生児の死	経験していない	134 (88.2)	15.8	1.2	0.004**
	とても弱い	0 (0.0)	0.0	0.0	
	やや弱い	2 (1.3)	36.5	4.5	
	やや強い	3 (2.0)	5.0	5.0	
	とても強い	13 (8.6)	26.8	3.4	

一元配置分散分析

8) IES-R 得点の重回帰分析

IES-R 得点を従属変数として変数増減法による重回帰分析を行った。有意に正の影響が認められたのは、「コーピング特性<他者への情動発散>」「役職」「流産女性への支援経験頻度」であり、有意に負の影響が認められたのは、「コーピング特性<視点の転換>」であった（表 9）。

表9 IES-R得点の重回帰分析

変数	標準偏回帰係数 ¹⁾	多重比較 ¹⁾⁴⁾
レジリエンス		
対人スキル	-0.153 †	
コーピング特性		
他者への情動発散	0.222 ***	
視点の転換	-0.186 *	
属性		
役職 ²⁾	0.194 *	
共感疲労の経験		
流産女性への支援経験頻度 ³⁾		
i) ほとんど毎日～週に1～2回	0.298 ***	ii) iii) iv) と有意差*
ii) 月に1～2回～半年に1～2回	0.195 *	i) と有意差*
iii) 今までに1回	0.089	i) と有意差*
iv) 経験していない	0	i) と有意差*
妊婦の急変のストレス強度 ³⁾		
強い	0.102	
弱い	-0.016	
経験していない	0	
調整済みR2乗	0.272	
F値（有意確率）	6.155 (0.000)	

1) F検定 *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, †p<0.1

2) 「役職なし」を基準カテゴリーとしてダミー変数化

3) 「経験していない」を基準カテゴリーとしてダミー変数化

4) 流産女性への支援経験頻度をカテゴリ変数とした共分散分析にBonferroniの方法を適用した

IV. 考察

1. 助産師の共感疲労の経験と IES-R 得点

Beck, LoGiudice, et al.¹¹⁾ は、認定看護助産師の約 7 割が二次的外傷性ストレスを経験していたと報告している。国内の先行研究では、助産師の 84%が就業上最も印象に残る心的外傷体験（二次的外傷性ストレス体験を含む）を記述していた¹²⁾。本研究では、「苦しんでいる患者を助けること、助けたいと思うことで強い恐怖や無力感、苦痛を感じた経験がある」と回答した助産師は 62%であった。分娩を取り扱う施設に就業する多くの助産師は、共感疲労を経験していることが再確認された。

国内の先行研究における看護職の心的外傷体験（二次的外傷性ストレス体験を含む）の

IES-R 得点およびカットオフ値 25 点以上の割合は、一般病院の看護師が平均 6.9 点（標準偏差 8.7）、5.2%¹³⁾、NICU で看取り体験のある看護師が平均 8.4 点（標準偏差 10.6）、9.8%¹⁴⁾、助産師が平均 12.3 点（標準偏差 13.3）、13.7%¹²⁾であった。三次救急医療に従事する看護師は、IES-R 得点のカットオフ値 25 点以上の割合が 16.9%であった¹⁵⁾。本研究で得られた助産師の共感疲労の IES-R 得点およびカットオフ値 25 点以上のハイリスク者の割合は、平均 16.6 点（標準偏差 14.2）、28.5%であり、これらの値よりも高い値であった。海外の先行研究では、分娩室に勤務する看護師の 35%が二次的外傷性ストレス症状を呈しており¹⁶⁾、助産師の 36%が PTSD の診断基準を満たした¹¹⁾と報告している。看護職の中で助産師は、共感疲労のハイリスク者の割合が非常に高いことが示された。

IES-R 得点と共感疲労の経験頻度およびストレス強度が共に弱い正の相関が認められたのは、16 項目の出来事のうち「流産の妊婦・産婦」「前期破水の妊婦・産婦」「臍帯脱出の妊婦・産婦」「骨盤位の妊婦・産婦」「緊急帝王切開の妊婦・産婦」「遷延分娩の産婦」「新生児の救急蘇生」「妊婦の急変」「産婦・胎児の急変」「新生児の急変」の 10 項目であった。わが国の周産期医療の現状はハイリスク妊産婦が増加しており、助産師として緊急時や異常時に早期対応できる実践能力を強化する必要性が指摘されている¹⁷⁾。正常からの逸脱の判断や異常を予測する臨床判断の実施に伴う妊産婦との関わりにより、助産師はストレスを知覚していることが推察された。

2. 助産師の共感疲労の関連要因

助産師の共感疲労の関連要因において有意に正の影響が認められたのは、「コーピング特性<他者への情動発散>」「役職」「流産女性への支援経験頻度」であり、有意に負の影響が認められたのは、「コーピング特性<視点の転換>」であった。

勤労者のためのコーピング特性簡易評価尺度の因子<他者への情動発散>は「問題の原因を誰かのせいにする」「問題に関係する人を責める」「関係にない人に八つ当たりをする」、因子<視点の転換>は「何とかなると希望をもつ」「その出来事のよい面を考える」「これも自分にはよい経験だと思ふようにする」の各 3 項目で構成される。<他者への情動発散>のコーピング特性が強く、<視点の転換>のコーピング特性が弱いと、共感疲労は強いことが示された。Wallbank & Robertson¹⁸⁾は、流産、死産、新生児死亡を経験した医師、看護師、助産師を対象にした研究で、専門職の苦痛を予測する最も強い指標は不適応のコーピング様式であったと報告している。本研究の結果である自分以外の他者を責める、経験をポジティブに認識できないというコーピングは、出来事に対する不適応のコーピングであると考えられ、先行研究と一致した。また、職場環境、特にスーパーバイザーからのサポートの欠如は、不適応のコーピング様式と相関したと報告している¹⁸⁾。加えて、Hunter & Warren¹⁹⁾は、助産師の健康を維持するにはピアサポートと実践に対する内省が有益であったと報告している。このことから、共感疲労を生じる出来事に対処するには、助産師が実践した支援の内省と、内省への取り組みを支える同僚、および精神科医、臨床心理士等の専門職からのサポ

ートが必要であることが示唆された。

一般病院の看護師を対象とした研究¹³⁾では IES-R 得点と役職との関連はなかったが、本研究では師長・副師長・主任等の役職がある助産師は、共感疲労が強いという結果が得られた。本研究の IES-R 得点およびカットオフ値 25 点以上の割合は、この先行研究よりも高かったことから、出産を取り扱う施設に就業する管理者の役割をもつ助産師は、強いストレスを知覚していることが認められた。

流産女性への支援経験頻度が多い助産師は、共感疲労が強いことが示された。Wallbank & Robertson¹⁸⁾は、流産、死産、新生児死亡を経験した医師、看護師、助産師を対象にした研究で、対象者の 55%が侵入（再体験）症状と回避症状で IES 得点のカットオフ値を超えたと報告している。また、河本・田中²⁰⁾は、助産師がペリネイタル・ロスのケア体験に適応していくプロセスの一部として、「児の死に直面した助産師自身のつらさ」を抱き、「何か力になりたい」と思いながらも、「関わり方がわからない」でいたと報告している。医療機関で確認された妊娠の 15%前後が流産になると報告されており²¹⁾、流産は異常妊娠の中でも高い割合を占める。トラウマ臨床に携わる専門家を対象としたメタアナリシスでは、共感疲労のリスク要因の中で最も効果量が多いのは、支援対象者数の割合であったと報告している²²⁾。このことから、流産女性への支援頻度が多いケア環境にある助産師は、共感疲労のリスクを保有していると考えられる。流産・死産女性への支援のトレーニングは、限定されたトレーニングにも関わらず、助産師を含む医療従事者は精神的支援を提供する能力で有益と知覚したと報告している²³⁾。わが国においても、流産女性への支援で生じる可能性のある支援者の心的反応と対処方法を含む専門的トレーニングのシステムを検討する必要があると考える。

Slade²⁴⁾は、トラウマ体験とその反応の特質について理解を深めることは、困難な出来事に引き続いて生じる反応の「正常化」を助け、PTSD に発展する可能性を減らすことができると述べている。今後、助産師は強い共感疲労のリスクを保有している可能性がある援助専門職であることを助産師自身が認識できるよう、助産師養成機関での教育および現任教育における教育内容を検討していくべきであると考ええる。

3. 本研究の限界と課題

本研究は、特定地域を対象とした調査であること、有効分析対象者が 59.7%であることから、得られた結果は普遍的なデータとして解釈するには限界があると考えられる。また、今回は、就業先の離職および分娩を取り扱わない病棟・外来への配置転換の意思について調査していない。助産師の共感疲労が就業に及ぼす影響も検討を必要とする課題である。

V. 結論

1. A 県内で出産女性を支援する助産師の約 6 割は、共感疲労を経験していることが確認された。
2. IES-R 得点のカットオフ値 25 点以上のハイリスク者は 28.5%であり、わが国の看護職の中でも助産師の IES-R 得点は高い値を示した。
3. 助産師の共感疲労の関連要因において、有意に正の影響が認められたのは、「コーピング特性<他者への情動発散>」「役職」「流産女性への支援経験頻度」であり、有意に負の影響が認められたのは、「コーピング特定<視点の転換>」であった。
4. 出産女性を支援する助産師は、強い共感疲労経験のリスクを保有している可能性があることを認識する必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究協力施設の看護管理者、助産師の皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は、JSPS 科研費 JP25463508 の助成によって実施したものであり、第 36 回日本看護科学学会にて発表した。

利益相反

論文内容に関し開示すべき利益相反の事項はない。

文献

- 1) Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress: An overview. In Figley CR, eds. Compassion fatigue Coping with Secondary Traumatic Stress Disorders in Those Who Treat the Traumatized. New York, Brunner-Routledge Inc., 1995, 1-20.
- 2) Rothschild B. Help for the Helper - the Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma. New York, W.W. Norton & Company, 2006.
- 3) Figley CR. 共感疲労 ― ケアの代償についての新しい理解に向けて ―. Stamm BH, eds. 小西聖子, 金田ユリ子訳. 二次的外傷性ストレス ― 臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題. 東京, 誠信書房, 2003, 3-28.
- 4) Fleming VEM. Women-with-midwives-with-women: A model of interdependence. Midwifery. 1998, 14 (3), 137-143.
- 5) Kennedy HP, Shannon MT, Chuahorm U, et al. The landscape of caring for women: A narrative study of midwifery practice. Journal of Midwifery and Women's Health. 2004, 49 (1), 14-23.
- 6) Taylor K. The Ethics of Caring - Honoring the web of life in our professional healing relationships. Santa Cruz, California, Handford Mead Publishers, 1995.

- 7) Olde E, van der Hart O, Kleber R, et al. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical psychology review*. 2006, 26 (1), 1-16.
- 8) Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis*. 2002, 190 (3), 175-182.
- 9) 影山 隆之. BSCP 最終版 (Ver.3) の作成, 平成 14 年度～平成 16 年度科学研究費補助金 (基盤研究 (c) (2)) 研究成果報告書, 2005.
- 10) Ihara H, Ogata H, Inuzuka A, et al. Development and Psychometric Validation of the Resilience Scale for Nurses. *The Japaneses Society of General Hospital Psychiatry*. 2010, 22 (3), 210-220.
- 11) Beck CT, LoGiudice J, et al. A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2015, 60 (1), 16-23.
- 12) 麓 杏奈, 堀内 成子. 混合研究法による助産師の心的外傷体験の実態 PTSD、レジリエンス、心的外傷後成長との関連. *日本助産学会誌*. 2017, 31 (1), 12-22.
- 13) Komachi MH, Kamibeppu K, et al. Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses working in hospitals. *Int J Nurs Pract*. 2012, 18 (2), 155-163.
- 14) 五島 沙織, 涌水 理恵. 看取り体験が NICU 看護師に与える二次的外傷性ストレスの実態とその関連要因. *小児保健研究*. 2020, 79 (4), 353-362.
- 15) 真木 佐知子, 笹川 真紀子, 廣常 秀人, 他. 三次救急医療に従事する看護師の外傷性ストレス及び精神健康の実態と関連要因. *日本救急看護学会雑誌*. 2007, 8 (2), 43-52.
- 16) Beck CT, Gable RK. A Mixed Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Labor and Delivery Nurses. *Jognn-J Obst Gyn Neo*. 2012, 41 (6), 747-760.
- 17) 厚生労働省. 看護基礎教育検討会報告書, 令和元年 10 月 15 日.
<<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>> (2021 年 9 月 22 日)
- 18) Wallbank S, Robertson N. Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2013, 50 (8), 1090-1097.
- 19) Hunter B, Warren L. Investigating resilience in midwifery: Final report. Cardiff, Cardiff University, 2013.
- 20) 河本 恵理, 田中 満由美. 助産師がペリネイタル・ロスのケア体験に適応していくプロセス. *母性衛生*. 2016, 56 (4), 567-575.
- 21) 日本産科婦人科学会. 流産・切迫流産.
<https://www.jsog.or.jp/modules/diseases/index.php?content_id=4> (2021 年 9 月 22 日)
- 22) Hensel JM, Ruiz C, Finney C, et al. Meta-Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stress in Therapeutic Work With Trauma Victims. *J Trauma Stress*. 2015, 28 (2), 83-91.
- 23) Jensen KLB, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. Health professionals' roles and practices in

- supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. Aust New Zealand J Obstet Gynaecol. 2019, 59 (4), 508-513.
- 24) Slade P, Sheen K, Spiby H. Vicarious traumatization in maternity care providers. Edozien LC, O'Brien PMS, ed. Biopsychosocial Factors in Obstetrics and Gynaecology, Cambridge University Press, 2017, 359-367.