

【研究ノート】

帝王切開分娩の出産体験に関する文献検討

竹 内 佳寿子

I. 緒 言

本国の帝王切開（帝切）率は、1985 年の 5% から 2014 年の 24.8%（厚生労働省，2016）と上昇し、その背景には不妊治療による多胎の増加や出産年齢の高齢化などのハイリスク妊婦の増加、骨盤位経膈分娩の減少など社会的理由の複合的な理由が挙げられる（竹内，2013）。また、全体の帝切の 3 分の 1 を占める反復帝切は、予定帝切の適応理由の 1 番であり（田中，2007）増加傾向にある。予定帝切と緊急帝切の割合は 57% と 37%（厚生労働省 平成 27 年社会医療診療行為別調査）であり、予定帝切は前述した理由もあり、増加傾向にある。

帝切の出産体験は、母親に *negative feeling*（否定的感情）をもたらし、出産の満足度を低下させ、喪失体験となることが多く（Marut, 1979）否定的な受け止めが、産後うつや PTSD（外傷後ストレス障害）とも関連する（Ryding, et al., 1998）ことは知られている。さらにこのような体験が母子関係や育児へ影響を及ぼすことも報告されている（Reynold, 1997）。同様に研究者自身も臨床実践において帝切を受けた女性の喪失体験や母親役割を適切にとることが困難な例を多く体験しており、心理的ケアの必要性を強く感じている。

Mercer, R. T (1981) は、多くの女性は出産後に出産を想起しながら出産体験を統合し、意味づけを行うことで出産体験を肯定的に受け止め、母親としての自己概念を確かなものにしてはじめて育児が行えると述べている。Field, T. M (1980) もまた、帝切による否定的感情に対して出産体験の意味づけを行う心理的ケアがなされれば、母親の愛着行動が直接阻害されることはないと報告しており、出産体験の意味づけへの援助の必要性を主張している。しかしながら、その後の出産体験のとらえ方や出産体験の意味づけに関する研究の多くは経膈分娩を体験した女性を対象に行なわれたものであり、喪失感を体験しやすいと報告されている帝切体験者を対象とした研究は少ない。

同じ帝王切開の中でも緊急帝切による出産体験は、トラウマの要素を含んでいることが明らかとなっており（横手，2005）、ケアについてクリティカルパスに反映されにくい精神的ケアをどのようにシステム化していくかが課題である（横手，2009）と示唆されている。

以上により、帝王切開をした女性の出産体験がどのようなものか、また、同じ帝切であっても緊急帝切と予定帝切の違いに海外文献を含め文献検討を行い、明らかにする必要がある。

そこで、本論文では、文献検討により帝切（中でも予定帝切）の出産体験について主観的な体

験について明らかにする。そのことにより、帝王切取者に対する効果的なケアに関する研究に有効な変数を得ることを目的とする。

II. 文献検討の方法

文献検索は、国内文献については GeNii CiNii (論文情報ナビゲータ)・医学中央雑誌、海外文献については、CINAHL・MEDLINE にて実施した。キーワードは、国内文献については「出産体験」「予定帝王切開術」「体験」、海外文献については (elective or scheduled or planned) and (caesarean or cesarean) section、(experience) とし、査読有の英語論文を指定し、年代等は設定せずに論文を検索した。

III. 文献検討の結果および考察

その結果、国内文献は 32 件、海外文献は 65 文献 (1960 年～2016 年) の計 97 文献が検出された。その中から帝王切開の出産体験をどうとらえているかという体験の記述がなされ、学術論文の形式が整っている国内文献 9 件、海外文献 38 件の論文を選んで概観した。抽出した 47 論文を、内容別にまとめた。文献レビューの過程を図 1 に示す。

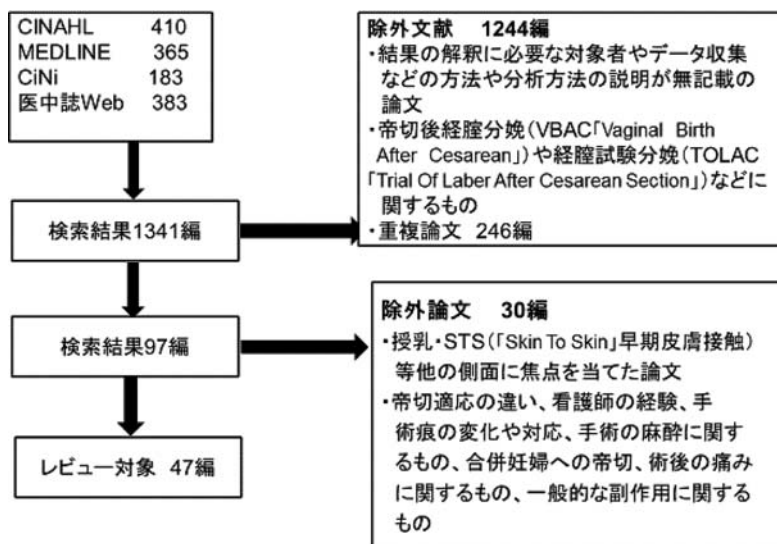


図 1 本レビューの過程

1. 文献の概要

1) 出版年および国

対象論文の出版年は、1990 年 6 件、2000 年代 22 件、2010 年代が 19 件だった。国名はアメリカ 5 件、スウェーデン 3 件、オランダ・カナダ・イギリス 2 件、他はオーストラリア、スイス、フ

インランド、ノルウェー、ギリシャなどであった。国内文献に関しては、日本であった。

2) 研究対象者の背景

対象論文を初産婦でみると、初産婦のみが対象とされている文献が3件で、他はすべて初産婦の混合であった。また、帝王切開の種類（緊急・予定）については、帝王切開（緊急・予定）を扱った文献は9件、全ての出産様式と比較している文献が35件で予定帝王切開のみを扱った文献は3件であった。また、年齢についても高齢初産婦（40歳）を除外している文献が1件あったが、その他はとくに制限されていなかった。

3) 研究方法

研究デザインは、海外文献では量的研究のみ15件、ミックスメソッド7件、メタ統合1件、文献レビュー・システマティックレビュー各1件、介入研究1件、質的研究12件（グラウンデッド・セオリー3件、内容分析8件、現象学1件）であり、国内文献は量的研究のみ3件・ミックスメソッド1件、質的研究4件、文献検討1件であった。

2. テーマ別文献検討結果および考察

1) 「出産体験」の定義

出産体験を明らかにする目的で行われている研究は多くあるが、その定義は、「情緒を伴うもの」としてとらえられているのみで、明確な定義を示していない文献が多い。常盤（2006）は、47文献中を対象にした「出産体験」の自己評価についての文献レビューで、6文献しか「出産体験」を定義されていなかったと報告している。これは、「体験」という概念が、広義となるため、ある現象に注目しそれが何かを明らかにする過程で具体化して定義することが困難なためではないかと考える。

① 「体験」の概念

「体験」の概念について初めて定義したのは、ドイツの哲学者ディルタイであり、1910年に生の哲学において「体験（Erleben, Erlebnis）」概念は最も重要な概念の一つであり「体験の実在性」と「体験の有意義性」の関係が特徴とされた（西村編，2003）。その後、ハイデッガーや現代の哲学的解釈学に大きな影響を与え、現在も「体験の実在性」と「体験の有意義性」についての議論が哲学・心理学領域で議論が深まっている。教育学領域では、「体験」が価値観を内在した概念とし、「体験」とは何かを問うことは、すなわち「良い体験」とは何か、を問うことなのである（青山，2006）としている。そして教育学領域では「良い体験」について議論を深め、「豊かな体験」を目指すとしている。

② 「体験」「経験」の違いと定義

一方、看護領域では、英文献の「experience」の訳が「体験」「経験」であることから、質的研究で「体験」「経験」のテーマの文献は多いが、それぞれを明確に定義して用いている文献は少なく、体験や経験の違いについて明確に示した文献も少ない現状がある。そのことについて中井は「看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析」の研究の中で、実際にどのよ

うな概念のもとに使用されているのかを質的デザイン 34 文献をもとに Hasse らの Simultaneous Concept Analysis 法で分析し明らかにしている (2007)。その結果、「体験」「経験」の定義を示した文献はそれぞれ 1 文献のみであり、収集されたデータや結果から判断した概念から導かれた定義は次の通りである。「体験」とは〈身体性〉を備えた〈関係的存在〉である人間が、〈不確かな状況〉で出会った〈印象に残る出来事とそのときの心身の状態〉、特に〈限定された時期の身体的感覚と反応〉であり、結果として〈発達的变化〉〈自己受容〉〈肯定的感情〉〈否定的感情〉〈自己の存在意味の見出し〉〈関係の再構築〉〈習得・熟達〉を示す現象が見出されるもの、「経験」は〈不確かな状況〉で生じた〈印象に残る出来事とそのときの心身の状態〉、特に認識・感情・欲望・価値観などの〈内面的変化〉や〈主観的にとらえたあるがままの状態〉であり、結果として〈自己受容〉〈関心〉〈問題への対峙〉〈確信〉〈再構築〉〈習得・熟達〉を示す現象が見出されるものとされた (中井, 2007)。

このことから、「出産体験」とは、妊娠し出産という身体性を備えた、社会・家族との関係的存在である人間が出産という限定された不確かな状況で出会った印象に残る出来事とその時の心身の状態であり、〈発達的变化〉〈自己受容〉〈肯定的感情〉〈否定的感情〉〈自己の存在意味の見出し〉〈関係の再構築〉〈習得・熟達〉が該当し、「経験」よりも「体験」の概念が妥当である。

③ 予定帝切の出産体験の定義

前述にて体験の定義が「限定された時期」と示されているが、出産のどの時期を示すのかの定義についても経陰分娩と帝切では経過が異なるため、区別して示す必要がある。

経陰分娩の場合、「出産体験」の定義として、多くの文献で「分娩開始から出産後 2 時間の経過の中で、産婦の情緒を伴った体験」(Lomas, 1987; 恵美須, 1990; 宮中, 1995; 我部山, 1996; 常盤, 今関, 2000; 2006; Waldenström, Borg, 1996) とされている。

しかし、帝切についてはほとんど定義がされていない。唯一、横手 (2005) が緊急帝切の出産体験について「緊急入院・分娩入院から帝切終了」までとしている。陣痛発来後の緊急帝切であれば、分娩開始後以降となり、陣痛発来前の緊急帝切であれば緊急入院からとしていることは、妥当である。しかし、予定された帝切の場合はどの時期を限定する体験かを明らかにされていないが、出産体験を考える場合、その現象がどの時期かと限定する必要がある。自身の予定帝切の女性の出産体験のとらえかたについての質的研究では、出産体験について「帝切の可能性を感じた時点から帝切後のインタビュー (入院中) まで」とした。女性の語りの多くは、帝切を受け入れるまでの妊娠期と痛みや授乳に関する産褥期の体験が占めていた。しかし、「体験」の定義に照らすと、妊娠期の受け入れるまでの経過は、関連する要因ではあるが、出産体験そのものではない。緊急帝切の「入院以降」としていることを参考に考えると、予定帝切の前日に入院した時点から、が妥当であると考えられる。帝切後のどこまでとするかは、帰室時まで、あるいは経陰分娩が第 4 期まで、24 時間までが多いことも鑑み、考慮すると帝切の場合は、帰室後は家族や児との面会があるが、その後は麻酔の覚醒状況や絶食や第一歩行など術後の体験も加わるため、出産体験そのものではないと考える。そのため、帰室後 2 時間が妥当であると考えられる。

④ 予定された帝切の用語について

「予定帝切」「選択的帝切」という言葉は、日本ではどちらも同様の意味で使用されている。しかし、産科婦人科用語集・用語解説集（改訂第3版）や、厚生労働省の定める平成28年度診療報酬点数には「選択的帝切」のみが示されている（日本産科婦人科学会，2008；厚生労働省，2016）。しかし、Tully（2014）も帝切の質的研究の考察の中で「選択」という用語は誤解を招く可能性があり、医学用語では、選択は医学的に必要な場合に、手術が予定されていることを意味するが、一般的には選択肢や、妊産婦の「母が要請する帝切」（CDMR「Cesarean Delivery Maternal Request」）との誤解が生じる可能性もあり、「要請」は不適切な用語である可能性もあるため、注意が必要であると述べている。そのため、選択肢として要請した帝切と明確に区別して、医学的な適応のある予定された帝王切開ということを対象として示すために、今回は予定帝切の用語を使用することとする。

3. 予定帝切の出産体験

予定帝切についての研究論文では、妊娠期と帰室後以降の体験を明らかにした文献が多く、帝切の手術中の体験について明らかにした文献も断片的で、入院から帝切後2時間までのすべての時期の体験を網羅して明らかにした文献はなかった。このことから、予定帝切の出産体験の明確な定義がされていないため、帝切の手術中の体験がほとんど明らかになっていないことがわかる。そのため、「予定された帝切の出産体験」に該当する断片的な内容を含め、術中の体験を焦点化した質的研究の海外文献3件と国内文献2件から予定された帝切の出産体験を明らかにする。

1) 入院から手術室出棟の体験

入院時については、多くの文献で明らかにされていない。しかし、国内文献に対象者全員が「恐怖・不安と楽しみ」の両方の気持ちであり（2016，竹内）、入院時のスタッフの対応についても、注意深く感じて「さんざん待たされた挙句、一斉に話しかけられ、素早くするように求められた。出産までに7か所を移動する間、人間性を奪われ、あちこちに動いて何をすべきかを言われるのみだった。」（Bayes, 2012）というように、予定入院であっても、不安や恐怖が増強し、機械的な対応に人間性を無視されたと感じていることから、入院時には女性は感受性が高く、この時の対応が出産体験の始まりであることを認識して関わる必要があることがわかる。

手術室への出棟時、多くの女性が覚えておらず、様々な感情を持ちつつ、どう行動したか覚えていない（2016，竹内）。この理由として2つのことが考えられる。Affonso は、出産体験について思い起こせない事象（“missing pieces”）（1977）があり、そのことが産褥早期に葛藤、怒りを生じさせる原因になると指摘しており、この可能性がある。もう一点の可能性として、peritraumatic dissociation（前トラウマ解離状態）の解離性健忘があり、この peritraumatic dissociation は、解離性障害や PTSD の前症状であり、この二つの違いは、「闘争・逃走」か、「固まり・麻痺」（Olde, 2005；金，2009）である。原因として急激な恐怖の体験が挙げられ、帝切の女性

にも出棟時に高まる急激な恐怖があることから、当てはまる可能性があると考えられる。入院時から、環境が変化する中、帝切への不安や恐怖があり、緊張が高いまま出棟している可能性もあり、「覚えていない」ということから出棟時の不安や恐怖が PTSD・急性パニック症状につながる可能性があり、「誰でも持つ不安や恐怖」としてとらえることの危険性を示唆している。

2) 手術室入室から麻酔導入まで

手術室入室時、不安や恐怖に自分を奮い立たせながら、児に会える期待を持って手術に挑んでいる (2016, 竹内)。海外文献からは、パニックの女性にケアを行った体験を示し入室時の多くの必要なタスクがある中でも、女性が安心できるようなケアが必要である (Guittier, 2014) としている。

恐怖が一番強くなる時期は、麻酔投与時が最大となり、閉腹 (外科的処置終了) 時に下がり、その後下がり続ける (Keogh, Hughes, Ellery et al., 2005; Hepp, Hagenbeck, Burghardt et al., 2016) とされている。その時の体験として、手を握るなどのスタッフの対応に恐怖心を軽減していること (Yokote, 2008) その一方で、スタッフの言葉によって傷ついたと感じました (Fenwick et al., 2003) などと医療専門家の否定的な言語、態度、行動も多く語られており (Fenwick et al., 2003; 2009; Fries, 2007; Liamputtong & Watson, 2006; Porter et al., 2007; Redshaw & Hockley, 2010)、周囲の状況を敏感に感じ、出産体験として後々まで覚え傷ついていることがわかる。

3) 手術開始時から児出生後まで

手術開始時は、程度の差はあるが恐怖を持っており、早く終わらせたいと願っている (Pura, 2013; 竹内, 2016)。また、帝切の術中の不安について示された文献からは、8割以上が術中、不安に感じており、不安の原因は、児の状態・一般的な限定できない不安・硬膜外麻酔が順に3割程度 (Blüml, 2012) であり、多くの女性が漠然とした不安を術中感じている。

児娩出時の感覚は、児娩出は揺れや押す感覚としてとらえ、娩出したことを感じる事ができず、児の泣き声で出生を知っている (Bayes, 2012; 竹内, 2016)。その一方で児娩出時、経験したことのない身体の揺れや圧迫を感じ、術野が見えないこともあり、恐怖も強くなるが、すべての医療従事者は児の出生に注目しているため、女性の恐怖が強く、パニックをおこしそうになったり、嘔気が強くなったり、海外文献では手術が進む中で不随意的揺れる運動 (震え) など、心理状況や過呼吸等に気付かれず、女性一人で深呼吸して、対応している (Bayes, 2012; 竹内, 2016)。児の出生時から直後は児の出生への感動や喜びを感じ、STS (Skin To Skin 早期皮膚接触) 時に再度喜びが強くなっている。しかし、周囲が忙しく業務をする中で、その感動や喜びをともに喜ぶ家族もスタッフもおらず、一人喜びをかみしめ、術野を心配し、泣くのを自己でやるなど手術途中であることも影響し、喜びに浸りきれていない。一方、STS をしなかった女性は、児との対面後の分離後、赤ちゃんから離れ、自分の叫び声に無関心であるという感情の例を挙げている (Puia, 2013)。このように、児の出生時と出生後の失われた数分の時間は、感情の変化と産後の否定的な感情に影響し、これは生後 10~14 週までつづき、自らの出産経験として統合するのに苦労していた (Bayes, 2012)。女性は、児が産まれた後、児の泣き声に反応し、五感

で互いを確かめ、相互に反応し、愛着を形成していく。しかし、帝切の女性は、児の泣き声に対して、身体も動かさず、声をかけることもできず、ただ、泣き声を聞くのみで「何もできない」と感じ、母親としての初めての児への関わりができないことが、その後の児への関心に影響しているのではないかと考えられる。

4) 児の退室から母の帰室・児との面会の体験

児の退室時について、児の出生で「終わった」「もう少し」という思いを持っていること、恐怖もあること、手術室内で医療従事者は手術終了へ向かっている中、女性は周囲の状況を見ながら過ごしていること、出産である帝切の途中で児のみ退室することについても、さびしいと感じていることがわかる (Bayes, 2012; 竹内, 2016)。

閉腹時は、感覚が苦痛であることや、嘔気や眠気があり、他の文献からも、「役に立たないと感じました。私ができることは、彼らが手術を行うことができるようにそこにあるだけ。」(Somera et al., 2010)「手術中できるのは、手術中、リラックスして静かに辛抱強く待つこと、こうすることで手術しやすくなると信じて、ふるまおうとするが失敗した」『外科医のために「安定した作業面」を維持しようと試みたが、不随意的な運動が起こり抑止できず失敗した。医師も落胆した表情だった』(Bayes, 2012) というように、予測していない身体への反応に対応できないことや、手術中に何もできないことから、失敗や無力感を引き起こしている。また、「求められるようふるまうよう努力すること」が役割の一つであると感じて行動しようとするが、うまくできず失敗したと感じている (Bayes, 2012)。さらに、女性は「手術患者」として求められるようにふるまう中で、自分の手術に協力すべきであると考えていることも明らかになっているが、過換気症状や、体温の変化や麻酔薬の副作用である不随意的な動きは、女性が止め得るものではなく、医療スタッフが対処すべきことである。

5) 手術全体に関する体験

①術中の不可視性(見えてないように感じる)と、女性への影響

「誰かが入ってきて自分を無視して、スタッフに他の患者について話した。」「始まったんですか?と聞くと、麻酔科医の表情が変わり、笑顔でうなずき、手術が始まったことを知った。」「手術中、生産ラインのように、女性は手術台にいながら、麻酔室で待っているように感じる」(Bayes, 2012)「自分が無視して扱われていると感じました」(Fenwick et al., 2003)「赤ちゃんが苦しんでいたので、陣痛中の医師や学生の助産師のカジュアルな態度は、何が起こっていたかについての情報はほとんど与えられていませんでした。誰も私には何も伝えなかった」(Porter et al., 2007; Puia, 2013) というように、意識下であるために、周囲の状況やスタッフの状況も認識していること、自分が存在しないかのような感覚を持ったことを示している。さらに、他の文献では、最も怖い体験として「手術開始後、深呼吸と言いつつ聞かせたが、途中で調子が変であることに気づき、パニックになった。しかし、話せなかった。だれもそんな私に気付いてなかった。立ち会っている夫に助けを求めたが、医師が血圧のことを夫に言ったが、私には何も言わなかった。また、「恐怖に包まれ、自然に固まっていて筋肉を動かすことができず、自分自身の中に閉

じ込められたように感じた」と言っており、このように「凍結（かたまる）」してその状態を取り消すことができないことは強直性不動（Tonic immobility）とされ、この状態は避けられないものとして認識され、恐怖を惹起する状況に対する無抵抗（条件）の反応として定義されている（Bovin, Hyman, Gold, et al., 2008）。手術時は、多くの医療スタッフは手術の対応や女性の全身状態の観察等に追われ、女性の心理面に配慮した対応ができず、恐怖を持ちながら、自己にて深呼吸などで対応していること、対応できず、パニックになっけていても気づいてもらえないことがわかる。そして、その恐怖が強くなり、自己にて対応ができなくなると強直性不動（Tonic immobility）となる可能性もあり、これは、前述した peritraumatic dissociation（前トラウマ 解離状態）と関連している（Abrams et al., 2009）と言われている。Peritraumatic dissociation は、非常にストレスの多いイベント中に発生する認識されている状態で、その経験は、環境の意識、記憶、アイデンティティまたは知覚の通常統合された機能の中断を含む（American Psychiatric Association, 1994）。他の症状の中でも、peritraumatic dissociation は、自己低下した周囲の認識と分離の断片化として経験される可能性を示し（Bryant, 2007）ており、さらに、非参加観察と女性との対話からも、これがまさにこの研究で女性に起こっていたことを強く示唆している（Bayes, 2012）。

②予想外の感覚の経験

帝切中の感覚について「私は、誰もそこにはいないかのように、体なしの頭のように、プラスチックで作られたかのように感じました。それは変な感じだった」「私は、もう一つの世界にいた気分でした。完全にパラレルワールドにあり、完全に別の世界にいるように感じました」（Guittier, 2014）というように硬膜外鎮痛またはエンドルフィンに起因する感覚の認識は、帝切中、潜在的に嫌悪的な感覚性知覚がある。これらの認識は主にボディ制御の喪失に関連し、さらに不快感や不安感を高めた精神的なコントロールの喪失に関連し、さらに解離症状とも関連する可能性もある。

③手術の感覚

帝切を体験した女性が、手術の感覚をどのようにとらえるのかについては、「手術時は痛くはないけど、お腹触られてる気持ち悪い感じ」（竹内, 2016）「私の体の中で動く手の感覚－私はいつもそれを「掻き集める痛み」と言いました」（Porter et al., 2007）というような言葉で表現しており、意識下での手術のため、多くの感覚を感じている。

3. 出産体験に影響する因子

1) 妊娠中帝切分娩の不安・恐怖

妊娠や出産は、女性にとって不安や恐怖を伴う体験であると言われている。予定帝切などの帝切が経膈分娩と異なる点は、腹部を切開する外科的な侵襲を伴うということであり、健康な身体や臓器を切開することは児を得るためであっても特有の不安や恐怖が存在すると考える。さらに、予定帝切は、妊娠中に帝切で出産することが決まっているため、心身共に準備ができると言

われているが、決まっているが故の不安や恐怖もあると考える。手術前の不安の内容として、児のリスク、麻酔が効かないなど麻酔および関連する合併症、一般的な外科的処置・医療処置に対する恐怖（切られる恐怖、注射される恐怖）、帝王切開中に動けないこと、痛み、術後のつらさ、母の生活の変化（Victor, 2012；Wiklund, 2008；谷口, 2014）がある。この中で、児のリスクについては経膈分娩でも持つ不安だと考えるが、麻酔や、外科的処置、帝切中に動けないことなどが、帝切特有の不安であると考え。この帝切特有の不安については、選択帝切では帝切の一連の流れを事前に説明し、理解を得ることが可能であり、知識を得ることで軽減できる。谷口（2014）は帝切の可能性を感じた瞬間から帝切への心身の準備である〈心づもり〉のプロセスが始まるとし、〈手術への恐怖〉は〈心づもり〉の阻害要因になるとしている。また、不安・恐怖の多くは、知識と準備の不足で強化される（Puia, 2013）ため、帝切の可能性を感じた瞬間から、心身共に準備ができるよう、正しい知識を提供し、不安や恐怖の軽減が必要である。

2) 帝切の可能性を感じた時からの女性の準備

帝切の可能性を感じた時から女性は、心の準備〈心づもり〉を行い、覚悟を決めて帝切を肯定的に捉えるよう努力する。まず、インターネット・本・帝王切開経験者等にアクセスして、手術への不安を和らげる情報を集め、手術で大変な思いをしないための事前対処として、医師に相談したり、自身に「痛くない」と言い聞かせて入念に事前対処しようとし、最後に手術に対して腹をくくることで〔覚悟〕を決める（谷口, 2014；竹内, 2016）。そして、この覚悟を決める段階で、自然分娩を望んでいた場合はまず、帝王切開と自然分娩を比較して、《帝王切開のメリットの認識》と《帝王切開のデメリットの払拭》を行い。帝王切開を肯定的に捉えようとし、予定がわかって準備できること、腹部の創痛を経膈の会陰の創痛に代わるものとし、帝王切開のメリットが大きく認識された場合には、「むしろ帝王切開の方がいいな」のように、帝王切開に対する期待が生まれることもあり、帝王切開を肯定的に捉えるようになる（谷口, 2014）。しかし、帝切の可能性を感じてから、覚悟を決めるまでのプロセスはその人の経験や価値観、周囲の意向によっても異なる。そのため、このプロセスが順調に進み、肯定的に帝切を捉え、覚悟をきめることができるようその人に合わせた必要な情報提供や支援が必要であると考え。

3) 帝切についての教育

帝切で産むことへの納得、覚悟ができて、帝切の一連の流れについて、知識として情報を得て理解し、準備できることは困難であることが文献で示されている（Bayes, 2012；Graham, 1999）。

その理由の一つは、経膈出産の体験者によって細かく語られる「出産ストーリー」のように、帝切の出産体験を聞く機会が少ないこと、また、話を聞いても帝切を覚悟するまでの経過を長く話すことが多く、帝切の一連の流れ、手術室内での出来事を話すことが少ないためであると考え。妊娠中に受けた帝切に関する主な情報源は、自己学習と医療専門職が同じ割合（39～41%）であり（Graham, 1999）、周囲の経験者・家族・姉妹からの情報等が入っていないことから、帝切について情報を得る方法が限られていることがうかがえる。

2点目の理由は、事前に教育をされていても、理解し、知識として獲得できない可能性が挙げられる。妊娠中に情報パンフレットを用い標準化された患者教育形式を行った後、帝切の経過と手順について問う研究では、帝切の具体的な手順を記述できる女性は4分の1に過ぎず、女性の約半数(52.1%)が漠然としていた他の22.9%は、全く記述することができなかった。さらに、硬膜外麻酔は72.9%が答えたが、カテーテル法や児の娩出過程などの他の詳細はほとんど答えられなかった。しかし、54.2%が十分情報を得たと答え、8.3%のみが十分に情報を得られなかったと答えた(Victor, 2012)。この原因として、女性の妊娠週数や心の準備状況や情報を得たい内容と合致しなかったことや、女性の理解度の違いが影響しているのではないかと考える。また、集団指導でも、内容の多くが経陰分娩に関する内容であるため「出産クラスでは、明らかに、大多数は自然分娩が主要な方法で、自分がそうでないので、帝王切開が二流の出生のように見られると思い、そう思うために準備したと思いました。」(Fenwick et al., 2009)。というように、出産のクラスに出席したにもかかわらず準備が十分であると認識できていない。さらに、帝切予定の女性は妊娠中、出産クラスの参加が経陰予定の女性に比べて少ない($p < 0.001$) (Wiklund, 2007) ことから、帝切予定の女性にとって、経陰予定の女性と同じ集団指導を受けることは、十分な情報が得られず、準備ができないと認識されていると言える。そのため、内容が不十分と感じ、集団指導への参加が少ないことも帝切予定の女性が出産への準備不足・情報不足となっていることが一因であると考えられる。

また、予定帝切では、手術予定日の前日入院し、入院日にクリティカルパスに沿って説明を行う施設が多い(横手, 2009)が、この前日の説明についても「パスのオリエンテーションを口で言われるのが全部覚えなあかんから大変。」と、入院生活や手術までの手順などを聞くことで不安を覚えること(竹内, 2016)、また、前もって説明の時間があって、きちんと外科手術を受ける「良い」患者を演じようとしても想像と実際の挙動と治療を手術室で反映することが非常に困難である(Bayes, 2012)ことも示されており、初めての帝切の場合は手術室・手術台という未知の空間の中で、腰痛麻酔の姿勢や、帝切の一連の流れがイメージできない可能性もあり、帝切を経験している場合でも前回の状況を明確に覚えていることは少ないため、同様に求められている行動を手術室という特殊な状況の中でとることが困難であることがわかる。また、帝切中の児娩出時、母親がどのような感覚を持つのかについても、「テーブルの決められた位置で、魚のように内臓を取り出されていたように感じた」(Fenwick et al., 2003)「私が常にある私の体の中に働いている手の感じは、それを『魚の内臓を取り出す』よう (Porter et al., 2007)「押されてるより、乗り物に乗って揺らされてる感じでベットが動いている感じがしました」(竹内, 2016)と表現されることについても、情報として提供することが少ないが、その感覚が産後のみでなく、数年後の反復帝切時に「あのお腹のもじよもじよした感じがずっと残って嫌なんです」と語る女性もいることから、女性の立場にたった情報提供内容の検討や対処が必要である。

このように、予定された準備できるはずの帝切でも、女性は帝切後に帝王切開出生の準備ができていなかったと感じること、また、否定的な出生の認識は、コミュニケーションの不足だけで

なく帝王切開出生についての事前知識の不足によっても引き起こされる (Fenwick et al., 2003; Fries, 2007; Kealy, Small, & Liamputtong, 2010; Porter et al., 2007; Redshaw & Hockley, 2010; Yokote, 2008) ことを示している。一方、妊娠中に情報提供され十分な情報を受け、選択的帝王切開を受けた女性は、十分な情報を受けたことに満足する (Graham, 1999) ことから、情報提供を重ねて行ったり、十分な情報提供をすることは、女性の満足につながる事がわかる。その反面、「入院後も手術中も誰も実際に座って話したことはない。私はそれが将来何が起こるかを意味するかを考え私はまだ動揺します。質問があります」(Fenwick et al., 2009) のように、女性は医療従事者と話すことを求め、質問することで不安や恐怖を軽減しようとしている。妊娠期のみならず、帝王切開直前まで情報提供が必要であるが、入院して緊張した状況の中で、多くの情報を一度に示され、一方的な教育となっていること、そして、情報提供の内容や量・時間についても不足している情報も含め検討が必要である。

4) 意思決定

助産師の意思決定への支援については、国際助産師連盟 (ICM) 倫理綱領の中で「助産師は、一人一人の女性とのパートナーシップを築き、女性が情報を得た上での意思決定や、発展する医療ケアに関する計画への同意、自己の選択による結果への責任を引き受けられるように、関連情報を共有する。」と示されている。

本国では、出産様式においては医学的適応のみ帝王切開が選択されるため、出産様式について自己で意思決定したと認識することが困難であると考えられる。特に、緊急帝王切開では心の準備 (心づもり) をする十分な物理的・心理的余裕がないため、帝王切開に対する「覚悟」を決めず、ポジティブな (意味づけ) を行おうとするが、ポジティブな (意味づけ) ができないまま「受け入れるしかない」状態で出産に臨む場合もあり (谷口, 2014)、帝王切開決定時についても「彼らが意思決定プロセスに対する支援が欠如しているのを感じた。」(Fenwick et al., 2003) 「帝王切開の必要性を説明する際に危険と死などの用語を使用された。その言葉で、彼ら (医療スタッフ) が帝王切開の準備のために (私は) 野放しにされたと感じた。最悪の事態であり、意思決定の不足があった。」と述べた。(Tully, 2013) とあり、母児の命の危険があるような逼迫した状況で、心の準備もできないまま臨まざるを得ないと感じる緊急帝王切開だからこそ、外傷的出来事として PTSDにつながる可能性もある。さらに、それが計画されたか、計画されてなかったかどうかにかかわらず、帝王切開の必要は女性に無力感を感じさせ (Fenwick et al., 2003)、予定帝王切開の女性は帝王切開分娩を「選ばなければならなかった」「骨盤位が戻らなかったために、医師の指示で帝王切開した」と答える (Tully, 2013) ほとんどの女性は、帝王切開分娩を回避したいと思っていたが、状況を考えると必要だった (Gamble et al., 2007, Unterscheider et al., 2011, Klein, 2012) など、帝王切開について自己の意思決定できたと認識することが困難である一方で、必要性も理解していることがわかる。

5) 出産体験の受けとめ

(1) 予定帝王切開の出産体験の受けとめについて

予定帝切の受け止めについては、国内の文献は厳密に自己評価尺度を使用したものは少ない。その中で、予定帝切のみを対象としたインタビュー調査では、全員が最終的には「満足」（竹内, 2016）と語っており質問用紙にて「満足」かを尋ねた調査で、過半数は「満足」しており（飯沼, 2002）満足などの肯定的な評価が上回っている。その一方、自由記載したものを肯定的・否定的に分類した結果では肯定的受け止め4割、否定的受け止め5割（和智, 2007）という結果や、自由記載でも肯定的4割、否定的1割、肯定・否定の混在が約半数（上條, 1993）という結果となっており、肯定的と否定的の両極の思いを混在したものであるとも言え、予定帝切の出産体験が「満足」の一言で表せない体験であるともいえる。

海外の文献でも、帝切に満足81.3%、満足していない6.3%であり、満足と答えのうち27%が他者へ薦めない（Victor, 2012）という結果もある。

また、出産の評価について、「満足度」は、有用な指標ではないと言われており（Sofaer, Firminger, 2005；Crow, Gage, Hampson, et al. 2002）、その理由として「ハロー効果」（健康な児を得たことで、他の否定的な側面がすべてなくなること）（Erb, Hill, Houston, 1983；Simkin, 1992；Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, 2004）があることや、出産について満足していると言い、不満を示すことはほとんどない（Dodd, Pearce, Crowther, 2004）ことも示され、また、出産に満足していると評価した女性でも曖昧性を含んでいる。（村上, 2001）と言われていたことから、予定帝切の出産体験を明らかにした上でどのような評価項目が妥当であるかを検討する必要がある。

（2）緊急・予定帝切の出産体験の受け止め「失敗の認識」

質的研究では、帝切についての受け止めで最も多いのは「失敗」である。失敗の内容は、予定・緊急を含んだものでは、骨盤位が頭位に戻ることを「失敗」（Tully, 2013）「正常な分娩」「自分の体の機能」の「失敗」（Fenwick et al. 2009）、帝切が「通常の出産」から逃げ出すことの汚名だと感じる（Tully, 2013）、帝王切開をしたという事実が適応理由にかかわらず、失敗の感情がある。（Fenwick et al, 2003, Herishanu-Gilutz et al, 2009；Kealy et al, 2010；Liamputtong & Watson, 2006；Redshaw & Hockley, 2010；横手, 2008）失敗は自分の身体に対しての期待を大きく損ねる（Puia, 2013）というように、とらえている。一方、予定帝切に限定すると「良い手術患者」「母親」の役割をとることについて「失敗」（Bayes, 2012）と示されている。

その他、予定・緊急帝切した女性の経験では「すべてが非常にうまくいったが、これにもかかわらず、私はそれを非常に、光が多い冷たいノイズに満ちていたことを感じていました」（Guitier, 2014）ととらえた文献があり、予定帝切では、「私は帝王切開とは決して考えなかった（中略）すべてがうまくいった妊娠期間を経て、それが起こった」（Tully, 2014）と示されている。このことについても、正常な分娩を失敗したことから「異常」だという概念となり、自分の出産物語を語れないことから孤独の感情へとつながる（Puia, 2013）との考察を立てている文献もある。さらに、他の文献からも帝切の体験が「肝要な人生経験を逃した」こと（Porter, 2007）、「重要な人生経験を逃した」こと（Fenwick, 2003）と示されており、得るよりも逃したという体

験であることがわかる。

(3) 緊急帝王切の出産体験の受けとめ

緊急帝王切の出産体験は、緊急事態での帝王切の決断・母児の命について危険を認識し、一方、報われない陣痛・フラッシュバック・経膈分娩をあきらめざるを得ないことに苦しんでいる。トラウマの要素を含み、PTSD になる可能性もある。(横手, 2005, 常盤, 2002) と示されている。さらに、緊急帝王切は後悔と不満の出産体験であり、その原因としてコミュニケーションの不足、手術室の恐怖、医療チームの不信、制御の喪失などがあり要因としてケア提供者の不足または不完全な信頼 (Paul, 2016) があるとも示されている。

6) 看護の方向性

帝王切の女性への看護について述べられているものは2編のみであったが、「説明と情報提供」「受け止めに関連する背景やバースプランの調整」「母の体調と希望に合わせた育児支援」「出来事や感情表出の促しと客観化」(椎谷, 坂上, 山本, 2015) や事前準備の重要性にとどまり、予定帝王切独自の看護が必要なのか等の具体的な示唆も示されていなかった。

IV. 結 論

今回、「帝王切開分娩の出産体験」について文献検討から以下の事が明らかとなった。

- 1) 予定帝王切の「出産体験」の定義について定義されておらず、時期についても他の出産様式と異なるにもかかわらず共通認識されていなかった。今回この定義と時期を文献レビューにより導いた。
- 2) 予定帝王切の出産体験については、出産体験そのものの内容と出産をどうとらえたかについて、十分に明らかになっていない。
- 3) 緊急帝王切や経膈分娩に比較して、明らかにされている内容が少なく、関心も少ない可能性を示した。
- 4) 予定帝王切の女性は、PTSD や産後うつ等のリスクも緊急帝王切と同様に高く、心理社会的な側面からも看護の必要性は高いと考察された。

そのため、今後、さらに対象数を増やし、精度の高い質的な研究にて体験を明らかにし、看護の方向性を検討する必要がある。また、唯一、予定帝王切は、他の出産様式と違い、妊娠中から出産様式が決定している。そのため、妊娠期の準備をすることが必要となるが、今回の文献レビューでは妊娠期の準備が十分でなく、出産様式の決定を「自己で意思決定した」という認識が乏しい可能性があることがわかった。このことより、妊娠期に適切な教育を受ければ、正しい知識を得て、「心づもり」「納得」ができ、不安や恐怖が軽減できる可能性があり、出産体験とも関連すると考えられ、今後さらに研究をおこなう必要がある。

引用文献

- Bayes, S. (2012). Off everyone's radar 'Australian women's experiences of medically necessary elective caesarean section. *Midwifery*, 10, 10-16.
- Betrán, A. P., Merialdi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Look, P. V., Wagner, M. (2007). Rates of caesarean section : analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 21, 98-113.
- Blüml, V., Stammer-Safar, M., Reitingner, A. K., Resch, I., Naderer, A., Leithner, K. (2012). A Qualitative Approach to Examine Women's Experience of Planned Cesarean. *JOGNN : Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41 (6), 82-90.
- Bryanton, J. (2008). Predictors of Woman's Perceptions of the Childbirth Experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 24-34.
- Cavallaro, F. L., Cresswell, J. A., França, G. V., Victoria, C. G., Barros, A. J., Ronsmans, C. (2013). Trends in caesarean delivery by country and wealth quintile : cross-sectional surveys in southern Asia and sub-Saharan Africa. *World Health Organization*, 91 : 914-22.
- Fenwick, J., Gamble, J., & Mawson, J., (2003). Women's experiences of Caesarean section and vaginal birth after caesarian : A birthrates' initiative. *International of Nursing Practice*, 9, 10-17.
- Fenwick, S., Holloway, I., & Alexander, J. (2009). Achieving normality, The key to status passage to motherhood after a caesarean section. *Midwifery*, 25, 554-563.
- Field, T. M., Widmayer, S. M. (1980). Developmental follow-up of infants delivered by Caesarean section and general anesthesia. *Infant Behavior and Development*, 3 (3), 253-264.
- Fries, K. S. (2007). African American women and the experience of unplanned cesarean delivery : A phenomenological study. Unpublished manuscript. Retrieved from <http://digitalcommons.uconn.edu/dissertations/AAI3276617/>
- 堀内成子 (1987). 帝王切開分娩における母子相互作用に関する研究 (第2報) - 帝王切開分娩産婦の心理的喪失体験の分析. *周産期医学*, 17(3), 429-435.
- 堀内成子 (1989). 帝王切開分娩における母子相互作用に関する研究 (第3報) - 子どもへの愛着行動に及ぼす母親の心理的喪失体験の事例分析. *周産期医学*, 19(2), 273-278.
- Kealy, M. A., Small, R. E., & Liamputtong, P. (2010). Recovery after caesarean birth : A qualitative study of women's accounts in Victoria. Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(47), 1-11.
- 上條陽子 (1999). 帝王切開分娩産婦の受けとめと満足感. *母性衛生*, 40(1), 68-71.
- 飯沼博朗 (2002). 帝王切開分娩産婦の受けとめと満足感. *周産期医学*, 32(1), 73-76.
- 近藤潤子 (1986). 帝王切開分娩における母子相互作用に関する研究 (第1報) 帝王切開分娩産婦の心理に関する文献的考察. *周産期医学*, 16(4), 599-609.
- 厚生労働省 平成26年医療施設の動向 (平成28年8月10日アクセス) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/>
- 国清恭子 (2004). 育児期の母親の出産体験と心理健康に関する研究. *The KITAKANTO Medical Journal*, 54, 125-135.
- 國崎絢子 (2011). 帝王切開分娩に対する思い・希望に関する調査 ; 初回帝王切開患者と前回帝王切開患者を比較して. *日本看護学会論文集 母性看護*, 41, 100-103.
- Marut, J. S., Mercer, R. T. (1979). Comparison of Primiparas' Perceptions of Vaginal and Cesarean Births. *Nursing Research*, 25(5), 260-266.
- Mercer, R. T. (1981). The Nurse and Maternal Tasks of Early Postpartum. *MCN*, 6, 341-345.
- 中野美佳 (2011). 肯定的出産体験をもたらすための看護 - 出産体験の想起・統合を促す看護の効果の検証 -. *母性衛生*, 52(1), 111-119.
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography : Synthesizing qualitative studies*. Newbury Park, CA : Sage.

- Olde, E., van Hart, O., Kleber, R., van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth : A review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1-16.
- Porter, M., Teijlingen, E., V. Yip, L. C., & Bhattacharya, S. (2007). Satisfaction with cesarean section : Qualitative analysis of openended questions in a large postal survey. *Birth*, 34, 148-154.
- Puia, Denise. (2013). A Meta-Synthesis of WOMEN'S Experiences of CESAREAN BIRTH. *MCN : The American Journal of Maternal Child Nursing*, 38(1), 41-47.
- Ryding, E. L., Wijma, K., Wijma, B. (1998). Experiences of emergency cesarean section : A phenomenological study of 53 women. *Birth*, 25(4), 246-251.
- Ryding, E. L., Wijma, K., Wijma, B. (1998). Psychological impact of emergency cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Psychosom Obstet Gynaecol*, 19(3), 135-44.
- 竹内正人. 帝王切開のすべて, 出版社名メディカ出版, 2013年1月
- 竹内佳寿子 (2016). 骨盤位適応による選択的帝王切開を受けた初産婦の出産体験のとらえかた. *母性衛生学会誌*, 57(2), 483-490.
- 谷口綾 (2014). 帝王切開で出産した女性の妊娠中から産後1か月までの心理的プロセス-覚悟と納得-, *日本看護科学会誌*, 34, 94-102.
- 東野妙子 (1988). 初回帝王切開分娩の婦人の喪失と悲嘆過程の分析. *日本看護科学会誌*, 8(2), 17-32.
- 常盤洋子, 國清恭子 (2006). 出産体験の自己評価に関する研究の文献レビュー. *Kitakanto Med J*, 56 : 295~302
- 田中政信 (2007). 帝王切開後経膈分娩 (VBAC). *産婦人科の実際*, 56(9), 1365-1368.
- Tully, K. P., Ball, H. L. (2013). Misrecognition of need : Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social Science & Medicine*, 85, 103-111.
- 和智志げみら (2007). 帝王切開分娩で出産した母親の産褥早期のマターナルアタッチメントの検討 ; 計画群と緊急群との比. *北里看護学誌*, 1-12.
- 横手直美 (2005). 緊急帝王切開における女性のトラウマの要因 : 産褥1週間における出産体験の認識からの分析. *母性衛生*, 45(4), 432-438.
- 横手直美, 渡邊実香 (2009). 日本における帝王切開分娩時のケアの現状 : クリニカルパスに関する文献的検討から. *母性衛生*, 49(4), 492-498.
- Yokote, Naomi (2008). Women's experiences of labor, surgery and first postnatal week by an emergency cesarean section. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 22(1), 37-48.

[たけうち かずこ 育成看護学 (母性)]