

より高度な不妊治療を継続し出産に至った女性の体験

岡永真由美 藤島由美子^{1*} 北村 郁子^{2*}

神戸市看護大学, ^{1*} 神戸市立中央市民病院, ^{2*} 前神戸市立中央市民病院

要 旨

不妊治療は、ある治療段階で妊娠に至らない場合は、より高度な治療段階へと移行する。本研究は、不妊治療でのステップアップをしながら治療を継続し、出産に至った女性の体験を明らかにすることを目的とした。便宜的抽出法により高度生殖補助医療による治療後に妊娠・出産・育児を経験した10名の女性に研究協力を依頼した。対象は、研究参加に同意を得た8名の女性である。調査は半構成的面接を実施し、治療を継続する女性の気持ちに焦点を当てて該当する文脈を抽出し、カテゴリーとして整理した。8名の女性の不妊治療期間は1～4年で、不妊治療のうち人工授精は0～12回、体外受精は1～5回の治療を受けていた。治療継続をした女性は、治療継続に向けて気持ちを自ら引き上げる状況を説明する『見通しをつける』『バランスを保つ』『新たな治療段階への覚悟をかためる』『前治療段階からの解放感』、その一方で治療継続に伴い落ち込んでいく気持ちを説明する『月経ごとの強い落ち込み』『治療継続への躊躇』『現段階治療の限界を認識する』というカテゴリーに分類できた。その背景には『女性の気持ちを尊重してくれる夫の存在』があった。治療の倫理性と育児への希望の間でゆれる『治療継続への躊躇』は、治療から時間を経過した女性であっても未だ語れない体験である。看護者は、生活者としての女性を尊重すると共に、不妊治療継続への躊躇や治療の倫理性に直面した際のカップルの決定を支える看護ケアの可能性を検討することが課題である。

キーワード：女性、不妊、治療継続、高度生殖医療

I. 緒 言

矢内原ら（1999）の調査によると、全国で28.5万人が不妊治療を受けていると推計され、全出生児数の約120名に1名は体外受精に関連した生殖技術を受けた子どもと考えられている。不妊症には一度も妊娠しない原発不妊と、過去に妊娠・分娩の経験のある婦人がその後妊娠しない状態になった続発性不妊に分けられている（日本産婦人科学会、1997）。一組の夫婦が妊娠するには、配偶子形成、排卵、受精、着床そして妊娠の維持という過程が必要である。これらの過程のどこかが中断されることによって不妊状態になるが、その原因はそれぞれの夫婦によって多様性がある。

例えば、Hendershoら（1982）は、女性の年齢と妊娠期待度との関連に着目した。彼らの調査によると、避妊をしない状態での1年後の妊娠の期待度は、20歳代は80%前後であるが、30歳代後半は50%に低下していた。年齢に注目するのであれば、我が国の夫婦の初婚年齢が1990年に夫28.4歳、妻25.9歳であったところ、2003年には夫29.4歳、妻27.6歳と男女とも上昇傾向にある（厚生統計協会、2005）。よって過去13年間の夫婦の初婚年齢から、カップルごとの妊娠に至る確率は低下していることが推測できる。さらに、結

婚から第一子出生までの期間が1990年は1.66年であったところ、2003年には2.00年と延長傾向にあることから（厚生統計協会、2005）、第一子を出産する年齢はより高齢化している。

不妊治療は、ある治療段階で妊娠に至らない場合は、高度な治療段階へと移行する。荒木ら（2003）は、治療段階には配偶子操作は精子のみとする一般不妊治療と、卵または胚の操作を含む高度生殖医療の2種類を提示した。具体的には一般不妊治療には、タイミング療法、次いでタイミング療法と排卵誘発剤併用、人工授精（Artificial Insemination by Husband, 以降 AIH とする）がある。そして高度生殖医療（Assisted Reproductive Technology, 以降 ART とする）には体外での配偶子操作をする体外授精がある。各治療段階は夫婦にとって、子どもを産む、というお互いの意思と、治療継続に関する決定を再確認しあう機会といえる。高度な治療段階へのステップアップに至る女性は、今までの治療に失望感を持つものの、次の段階の治療には妊娠への期待や不安を抱き、さらに治療を継続するか否かの選択を迫られている。

A病院産婦人科外来にある不妊相談室（2000年9月より相談業務開始）では、不妊治療における新たな治療段階への移行（以降、治療ステップアップとする）

時期に注目し、治療の情報提供と同時に、女性や家族の治療への戸惑いや不安を表出できるよう相談を受けている。これまで、体外受精を体験している女性の気持ちに焦点を当て、治療への取り組みや心理的ストレス、夫婦間の治療への姿勢について明らかにされてきた (Olshansky, 1987; Olshansky, 1988; 森ら, 1994; 森ら, 1996; 岸田, 1996; 千葉ら, 1996; 陳ら, 1999)。しかしながら、治療ステップアップ前後の女性の体験に焦点を当てて記述した研究は少ない。そこで本研究では、より高度な不妊治療へステップアップしながら、治療を継続し、出産に至った女性の体験を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

研究デザインは、高度生殖補助医療による治療後に妊娠・出産・育児を経験した女性の体験を、女性の語りを通して帰納的に探索する質的記述研究である。不妊治療女性は、治療経過中の不安が強く、治療への焦燥感を持ちつつ治療を継続していること、悲観的な妊娠への見通しをする等、とても複雑な心理状態である (森ら, 1994)。また、女性は外来での治療を継続しているため、治療中の研究参加への意思決定は困難であると予測した。そのため、高度生殖補助医療の結果妊娠した女性に、より高度な不妊治療にステップアップした前後の体験を語っていただくことにした。

対象者はB県在住の過去2年以内にA病院での高度生殖補助医療の結果妊娠し、出産した女性10名を便宜的サンプリングによって抽出した。研究協力者と知り合う手続きとして、不妊相談室担当の外来看護師より、抽出された女性に研究内容と協力の依頼を文書で行った。その際、研究者による面接への協力も依頼した。

データ収集は、研究協力の承諾を得た8名の女性に半構成的面接方法にて行った。主な面接内容は、①治療ステップアップ時の気持ち、②女性が感じたステップアップ時のパートナーの気持ち、③印象に残った治療段階への気持ち、④治療に踏み切るに至ったきっかけ等とした。面接場所および時間帯は、協力者の自宅で希望する時間帯に行った。データ収集期間は、2003年2月から6月であった。面接内容は許可を得て録音およびメモをとり逐語録とした。

逐語録は、より高度な不妊治療にステップアップし

ながらも治療を継続する女性の気持ちに焦点を当てて、該当する文脈を抽出した。治療ステップには、一般不妊治療での基礎体温および排卵誘発剤によるタイミング法からAIHへ、AIHからARTとに分類される。まず、それぞれの女性にとってこれらの治療段階における気持ちのゆれや、新たな治療段階への決断に到ったきっかけにまつわる語りを、ありのままに取り上げた。次に、女性個々の各治療段階および、治療全体の体験からステップアップ時全般の特有な規則性やプロセスに注目した。さらに、同様の治療段階にある他の女性の言葉と対比させることによって、カテゴリーとして整理した。

本研究の協力者は、過去のステップアップ時の気持ちや場面を思い起こすため、印象に残った場面前後の状況が不鮮明になりやすい。そのため、データの信頼性を確保する手順として、研究協力者の語りにおける背景を理解するために、治療当時の状況や研究協力者の言動を、協力者の許可を得て、不妊相談記録を参照した。またその際関わった外来看護師と共に、ステップアップ前後の女性のおかれた状況の理解を深めた。抽出されたカテゴリーは、不妊女性の看護に5年以上携わる看護師2名とカテゴリーの妥当性を検討した。

倫理的配慮として、調査前に文書にて研究目的、研究参加、途中辞退の自由、秘密の保持、不参加・途中辞退であっても、現在および将来の治療や看護ケアに影響が無いことを保障し、署名による研究参加の同意を得た。文書による研究趣旨の説明には、宛名書きした返信用封筒を同封し、1ヶ月後をめどに同意するかどうかの返答を依頼した。研究参加に同意を得た女性には、再度、口頭での説明を実施した。調査前に神戸市看護大学倫理委員会の承認を得た (2002年7月9日)。

III. 結果

1. 属性

面接調査に協力を得た女性8名を協力者とした (表)。協力者の治療開始年齢は、25~34歳、不妊治療期間は1~4年、平均治療期間は1年10ヶ月であった。面接時間は25~110分で、平均70分であった。不妊原因は、機能性不妊3名、卵管閉塞4名、男性不妊1名であった。AIHは0~12回、ARTは1~5回であった。協力者8名のうち5名は月経不順や下腹部痛を主訴と

表 研究協力者の属性

	治療開始 年 齢	治療期間 (月)	人工授精 (回)	体外受精 (回)	婦人科手術歴	不妊原因
A	27	16	3	3	約5年前に他院で不妊治療。治療中断後妊娠し、自然流産	機能性不妊
B	33	18	5	3	右卵巢腫瘍摘出	機能性不妊
C	34	24	4	1	結婚後すぐに近医で不妊治療するが、中断	両側卵管閉塞
D	30	48	12	5	腹腔鏡下卵管癒着剥離	機能性不妊
E	31	12	なし	2	第一子不妊、子宮外妊娠	卵管狭窄
F	25	18	3	1	チョコレート嚢腫、両卵巢腫瘍摘出、片側卵管開口術	子宮内膜症 片側卵管閉塞
G	32	24	7	3	なし	乏精子症
H	29	30+@他院	11	3	腹腔鏡、卵管鏡	両側卵管狭窄

して過去に婦人科受診経験があった。8名のうち2名は育児を希望し過去に他院での不妊治療を試みたものの、妊娠に到らず治療を中断していた。

2. カテゴリーの抽出

8名の女性が各治療段階でステップアップしながらも治療を継続する気持ちに焦点を当てて検討したところ、『見通しをつける』『バランスを保つ』『月経ごとの強い落ち込み』『治療継続への躊躇』『現段階治療の限界を認識する』『新たな治療段階への覚悟をかためる』『前治療段階からの解放感』『女性の気持ちを尊重してくれる夫の存在』の8つのカテゴリーが抽出された。文中の『』はカテゴリー、女性の言葉への研究者の補足説明は()で示した。

2-1) 見通しをつける

全ての女性は受診までに1~6年間基礎体温によって妊娠のタイミングを図っていた。婦人科受診をするにあたり、治療にはAIHを含めた生殖補助技術が必要であろうと予測していたため、治療全般への抵抗感に関連する気持ちはほとんど無かったと述べる女性がいた。

人工授精はね、すっと受け入れたんです。本とかもちょっと読んでたんですけど。こういうのもしなくちゃいけないやろうなみたいな感じで(D: タイミングからAIH)。

マイナスイメージは無かったんだけど。(受診が)遅れただけで。一番最初(産婦人科に)行った時点で、(妊娠は)無理ですって言われるか、体外受精しましょかって言われるか、そういうつもりで行ったんですよ。・

・6年間出来なかった。(医師から治療を)どうしますかって言われたけど、タイミングは飛び越して下さいって言ったんですよ。人工授精から。だぶん基礎体温つけたりとかしてたので。わざわざ病院に行って、また同じことするのもなっているもなっているのがあったので(G: タイミングからAIH)。

私の年齢も、今逃したら一生子どもが出来ないって、危機感があったんだと思うんですよ。私の場合は、卵管がだめっていわれたから、卵管を使う人工授精の場合は、むりやろなって。自分の中で、たぶんばつ印。って思ってたから。(AIH)の結果には、あんまり期待もしなかったし、がっかりもなかったかな(C: AIHからART)。

2-2) バランスを保つ

治療中は、特定の相談者を身近にもつ女性が多かった。しかしながら妊娠できなかった辛さへの対処は、代替療法や食事や運動によって健康増進に心がける、不妊に関する本やインターネットなどで情報収集するなど、できるだけ自ら解決し、自己コントロールが取り戻せるように努力していた。さらに治療結果への期待をできるだけ低くおさえて治療を継続する女性もいた。

鍼灸をしていて思ったんですけど。それ自体がね、効いてるかどうかなんて、はっきりとはわからないけど。不妊治療でない、ぜんぜん関係ない、違うところですよ。ね。・・・体の緊張とかねあるから、そういうのが取り除ける。・・・ぜんぜん関係無い人で、しかも体をわかっている人だからこそ、自分と大事な橋渡し。(E: タイミ

ングから排卵誘発)

これしたら(妊娠)できるかなって言う期待が30%くらいあって、他は先生頑張ってもらわな。・・・不妊治療をしんどいって思ったことはなかったんですよ。しんどいって思ったら負けるような気がして。自分が努力してもどうにもならんことってあるわあとか・・・ストレスを感じたらその都度やめようって自分で言い聞かせて。(A: AIH から ART)

2-3) 月経ごとの強い落ち込み

女性なりに見通しをつけた治療であっても、月経前の妊娠への期待と緊張感の高まりの繰り返しによって、次第に追い詰められる気持ちになっていた。治療経過で、手術によって不妊原因を解決できたと期待を高めた女性は、月経前の緊張感をより強く感じていた。

手術して、卵管も(癒着もとれて)きれいにしたからということで、これでやってみたいな感じで思ったんですよ。そこからしんどかったですね。・・・高温期のね、あの辺がすごくしんどくて。体温が下がっているのに、これは絶対違うって、もう一回測ったりとか。おかしいですよ。寝れなかった。次の日の朝が怖くて。生理が来るんじゃないかって。微妙な神経がもうすごい行ってるんでしょね、この辺(下腹部)にね。(D: AIH から ART)

2-4) 治療継続への躊躇

女性は人工的な妊娠や治療への後ろめたさや治療継続にむけて選択の余地を残せない苦しい思いを抱えていた。その結果、治療継続に躊躇しながらも、主治医から治療限界の引導を渡されない限りは治療を中断するという選択にいたれない気持ちもあった。

(治療を)やめる勇気が無かったですね。やめないといけないという自分がいたんですけど、身体はやめた方が楽なだけで、精神的には、やめるともっと辛い、続けている方がまだまし、みたいなね。・・・何か原因があったらねえ、例えば先生から、可能性がほとんどないとか言われるとか、そう言われたらやめてたと思うんですけど(B: AIH から ART)

努力してどうにかなるものなら、どんな努力でもするけどね、そうじゃないからね、待たなきゃいけない。・・・このままずっと暗い気持ちのままいるのかなあって。

赤ちゃんを手に抱く、抱かないというよりは、自分の踏ん切りがつけられるんだらうかという。・・・納得いかないままずっと人生を過ごしていくんだらうかというのが、一番怖かったですね。治療自体が苦しいんじゃないんですよ、孤独感が一番苦しい。話しても話しても、結局自分だから。それが一番苦しい。拭い去れないんです。流産した人でさえも羨ましかった。(E: タイミングから排卵誘発剤)

2-5) 現段階治療の限界を認識する

女性は妊娠できなかった結果を重ね、心身の緊張は極限に達していた。妊娠できない事実を突きつけられた女性は、負い目や引け目を感じ自らを追い詰め、現段階治療の限界を認識せざるを得ない状況にあった。

体外受精をしようかって時に先生から「Fさん、いっぱいいいやと思うから(治療を)やめるか、次のステップを考えた方がええ」って言われて。主人も「俺もいっぱいいいやなと思ってる、今日(先生から今後の治療のことを)言われへんかったら俺の方から言おうと思ってた。後で一人でも病院来て先生に相談しようと思ってた」って。私をまん中に挟んでふたりで。その時初めて病院で泣きそうになりましたね。(F: AIH から ART)

生理が来る前って、お腹がちょっと痛くなったりとか徴候があったんですね。尿検査してもらうまでに、今回もあかんわっていうのが、ずっと続いてたから。何かある日突然、診察室の扉の前で、あしんどって思ったんですよ、先生何か、もう、ちょっと疲れてきたんですけどって言ったら、それやったら、次のステップに進むかみたいな感じで。延々と続けること自体にね、精神的に疲れてたんで。若ければ、もうちょっと頑張ったのかも知れないけど。(G: AIH から ART)

2-6) 新たな治療段階への覚悟を固める

医師から体外受精をする必要性を持ち出された際に絶望、動揺し、ショックをうけるものの、治療継続にむけて気持ちを切りかえていた。女性によっては経済的側面から、回数を決めて体外受精に臨む者と、1, 2回の治療で妊娠できると楽観的な予測をする者がいた。また、治療当初から人工的な治療への抵抗感や後ろめたさを感じつつ治療を継続している女性もいた。

苦勞せずにというか、自然にできるだろうと思ってたんですけど、タイミング治療でなかなか出来なくて、・・・

それまで、AIHとか、ARTとかでも、人工的なものはするつもりはないと、アンケートには答えてたんですよ。(医師より)だったらするか、人工的にね、切り替えていった方がいいように言われたので、はじめて真剣に考えたんです。悪いところはもう取ったし、可能性的には難しくないんで、と言われたので、じゃあ、それでって。その時は、確信があったんで進めてもらおうと思って人工授精には踏み切れたんですけど。(B：タイミングからAIH)

体外受精というのは、ずうっと上の話で、私には関係ないというか。本を読んでても、体外受精のところは読んでなかったくらい。体外受精のことを聞いたときに、涙がすごいでちゃって。とうとうここまで来てしまったかみたいな感じでの。ショックと。あまり人前で泣いたりとかはしないんですけどね。・・・体外受精も1回やればできるみたいな感じで思ってたんですね。(D：AIHからART)

体外受精の費用とかも聞いて、もう頭に最後まで入れてたんで、体外受精しようって。・・・ここやったら〇万くらいって。それでできるんやったら1回やってみよかって。他人のものを使うって訳じゃないし、手助けがなかったら出来へんのんやったら手助けをしてもらった方がいいって言う考えです。(A：AIHからART)

2-7) 前治療段階からの解放感

高度生殖医療の必要性を予測していた女性は、医師から体外受精を切り出された時に、治療そのものへの抵抗感はなく、現在の治療への解放感や安堵に似た気持ちを描べていた。

先生にそれ(AIH)を言われた時も私も主人も抵抗はなかったですね。やっぱりきたかっていう感じやってみたいです主人は。先生に任せたものを私もまだやろうという意欲があるんやったらいいかな。先生から言われた瞬間にハイじゃ次！みたいな。他の人が受けるような体外受精という言葉にショックはなかったですね。うん全然。(F：AIHからART)

自分の中で決めてたというか、先生には悪いんですけど、AIHは無理やと思うと、自分の中でね。排卵障害があって、卵管鏡でも、もうひとつきっちり通らんかったって言われたので、だめちゃうかあって、最後の1回2回

くらいは。だから、体外受精をしようといわれたときには、何かこう、すっきりしたというか、体外受精、えええって悩む時期なんだろうけど。(H：AIHからART)

何かある日、突然、診察室の扉の前で、ああ、しんどって思ったんですよ、・・・ああ、しんどって思った時点で、もう何か、次って。ステップアップして。次頑張るみたいな。気持ちで。先生をととも信頼していたので、それをお願いしますっていう感じ。(G：AIHからART)

2-8) 女性の気持ちを尊重してくれる夫の存在

4名の女性は、不妊状態を疑い自らの判断で婦人科受診をしていた。医療従事者から、不妊の原因や検査について説明を受け、夫婦で治療に取り組む必要性を再認識する女性もいた。全ての女性は、治療の主導権は自分にあったと明言し、夫は協力的で女性の気持ちを尊重していた。夫は、治療説明時には必ず同席をし、夫婦で治療に臨む姿勢であった。夫の態度への受け止め方は、精一杯の気配りに感謝する、男女間の相違なのでこれ以上は夫には期待しないなど、個人差があった。

わかりきれるということは無いとは思うけど。生理が来て一晩中泣き明かすような時があれば、ずっと背中をさすってくれましたね。・・・男女間の相違というか、認識できない部分っていうのが、感じ取っていたから。彼にわかってもらおうとか、そういうことは思わないようにしました。・・・出来ないならできないなりに、出来たなら出来たなりに、やっていけばいいというタイプの人なので。私が決定した物事に対しての危険率とかね、体に対する危険率とか、子どもたちに対する危険率とか。そういったことは、必ず彼は、医師に確認するなり、勉強したりしたけど。必ずしてましたね(E)。

私の気持ちを第一にしてくれたのが、経済的なこととかも後回しにして、続けたいんだったらもう、とことんやるっていう感じでね。協力してくれたというか(B)。

IV. 考 察

1. ステップアップしながらも治療を継続した女性の気持ち

本研究は、8名の女性のタイミング治療から高度生

殖医療までの各治療ステップアップをしながらも治療継続をする気持ちに焦点を当て、『見通しをつける』『バランスを保つ』『月経ごとの強い落ち込み』『治療継続への躊躇』『現段階治療の限界を認識する』『新たな治療段階への覚悟を固める』『前治療段階からの解放感』そして、治療全般を通して『女性の気持ちを尊重してくれる夫の存在』の8カテゴリーを抽出した。これらのカテゴリーは『女性の気持ちを尊重してくれる夫の存在』を背景に置き、『月経ごとの強い落ち込み』『治療継続への躊躇』『現段階治療の限界を認識する』という落ち込んでいく気持ちにありながらも、『見通しをつける』『バランスを保つ』『新たな治療段階への覚悟を固める』『前治療段階からの解放感』という引き上げる気持ちによってステップアップしながら治療を継続した女性の体験が明らかになった(図)。

長期にわたり不妊治療を継続する女性の心理状態には、治療の結果への期待が高まる一方で、月経毎に追いつめられ、希望と失望が繰り返される状況にある(Olshansky, 1988; Blenner, 1990; 森ら, 1994; 森ら, 1996; 岸田, 1996)。そして、女性は固有の対処行動をとることによって自己コントロールを取り戻

す努力をしていることが明らかになっている(Olshansky, 1987; 岸田, 1987; 陳ら, 1999)。本研究においても女性は、落ち込んでいく気持ちに対し『見通しをつける』『バランスを保つ』ことによって自己コントロールを試みていた。その一方で、女性はステップアップしながらも治療を継続する際には、人工的な妊娠に対する治療への倫理性を『治療継続への躊躇』『新たな治療段階への覚悟を固める』の間で迷いつつ、次の治療段階へと気持ちをつないでいた。

本研究の協力者は、基礎体温によって自らの体の変化を見つめ、治療にまつわる情報収集から、自分に必要な治療への見通しを立てて婦人科受診をしていた。女性が自分に必要と考える治療は、前向きに、気持ちの抵抗はほとんどなく取り組んでいた。しかしながら、治療経過が長びくにつれ夫を含めた特定の相談者に頼るばかりではなく「妊娠への期待を自ら30%に抑える(A)」など、できるだけ落ち込みから、コントロール感を取り戻すように努力していた。これらの対処法は、岸田ら(1987)が抽出した対処行動のうち、治療全般を通じた情報収集で具体的な解決方法を模索することに共通する態度であった。さらに治療継続に向け

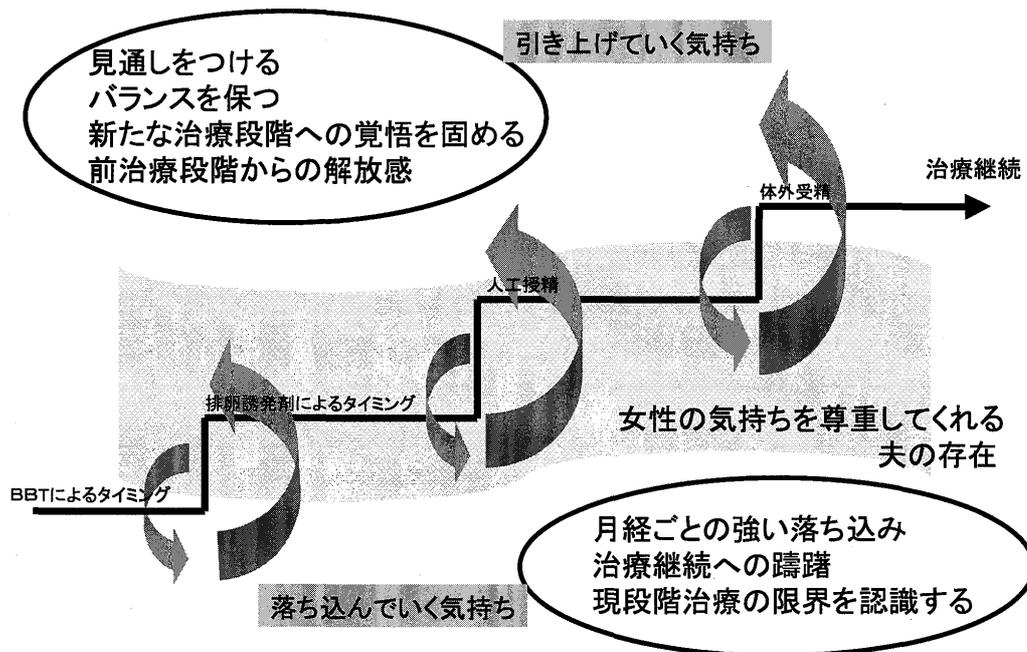


図 ステップアップをしながらも治療を継続する女性の気持ち

でのバランスを取ろうとする態度は、森ら (1994) が指摘した、高不安群ほど治療に積極的で、悲観的な見通しをする一側面ともいえる。

本研究協力者の女性全員が、治療の主導権は自分にあると明言し、すべての夫は女性の意思を尊重し協力する姿勢であった。不妊原因を男性因子と診断された協力者は1名のみであった。そのため不妊原因によって、治療に関する意思決定の方向性に伴う心身の負担度は女性に偏らざるを得ない状況である。阿部ら (1999) は、治療に対し、妻が納得できるまでという夫が40.4%と、治療から一步引いた状態であると示唆している。本研究協力者の多くが女性主体の不妊治療となったため、夫は消極的な態度というよりも、妻の意思を尊重し見守るという態度になったのであろう。夫は『月経ごとの強い落ち込み』『妊娠できない自分を追い詰める』妻を見守り、心理的、経済面でのサポートに努めていた。このことは夫婦が相互に思いを推しはかり、夫婦間のバランスを保つことで治療継続へ引き上げる気持ちの一助となっていたと考える。

2. 治療継続をする女性へのケア

女性は、各治療段階で治療を継続するかどうかの迷いや、妊娠できるかの不安を感じていた。その一方で女性なりの治療への見通しをつけ、治療に向かう気持ちに集中させることで、ステップアップしながら治療を継続していた。Goffman (1963/石黒, 2001) は、親密な問柄にしか影響を及ぼさない、社会的に認められないスティグマの一つとして不妊を挙げ、アイデンティティへの影響を指摘した。例えば『治療継続への躊躇』として「やめる勇気がなかった、体はやめたほうが楽だけど、精神的にはやめるともっと辛い(B)」と語っていた。この気持ちは、小笹 (1995) が指摘するような、妊娠に至らない自責感やショックを感じつつ、倫理的側面での戸惑いの気持ちに共通するとも考えられた。Bさんは、治療当初から人工的な妊娠への抵抗を感じながら、治療継続を選択せざるを得ない葛藤と常に向きあい、さらに医療従事者に自分の気持ちを打ち明ける余裕のないまま、治療継続している状況であった。

最も女性の身近にいる外来看護師は、個々の女性の不妊体験や治療の意味づけは、何か、あるいは何に影響されているのかを、日々の関わりから把握することができる。森ら (1997) は、不妊治療を受ける女性や

家族への看護者としてのかかわりとして、相談に乗る、医師と女性をつなぐ、協働を示した。女性と家族、医師と外来看護師がチームとして、納得のできる治療への選択を支え、女性を中心としたケアとは何かを常に問い続けることが必要である。不妊患者支援のためのガイドライン (2001) で指摘するように、月経周期に基づく治療を余儀なくされる女性であっても、地域で日常生活を営む社会の一員である。女性と関わる時間は限られていても、外来看護師は、生活者としての女性と向き合うこと、治療継続に関する自己決定を支えること、女性や治療に来院する夫婦との対話を促すこと、緊張感の解放につながるエンパワーメントを視野に入れることで、外来看護ケアの質の向上を目指すことができる。

本研究の限界として、サンプリングの偏りに伴う、カテゴリーの一般化に課題がある。不妊治療中の女性は、心理的な不安定さと自尊心の低下した状態におかれている。そのため、倫理的な配慮から治療を継続する女性を対象者とせず、過去2年以内に高度生殖医療によって妊娠・育児をしている女性を対象者とした。今後は対象施設と対象人数を増やし、カテゴリーの飽和化にむけてさらなるデータの蓄積が必要である。

治療の倫理性と育児への希望の間でゆれる『治療継続への躊躇』は、治療から時間を経過した女性であっても、未だ語れない体験でもある。今後はステップアップしながらも不妊治療を継続するカップルへの治療継続への躊躇や治療の倫理性に直面した際のカップルの決定を支える看護ケアの可能性を検討することが課題である。

V. 結論

8名の不妊治療を経験した女性が、タイミング治療から高度生殖医療までの各治療ステップアップをしながらも治療を継続した体験を検討した。治療継続に向けて気持ちを自ら引き上げる状況を説明する『見通しをつける』『バランスを保つ』『新たな治療段階への覚悟をかためる』『前治療段階からの解放感』というカテゴリーが抽出できた。その一方で治療継続に伴い落ち込んでいく気持ちを説明する『月経ごとの強い落ち込み』『治療継続への躊躇』『現段階治療の限界を認識する』というカテゴリーに分類できた。これらの背景には『女性の気持ちを尊重してくれる夫の存在』があっ

た。

謝 辞

本研究にご協力頂き、さまざまな体験を丁寧に語ってくださった8名の女性の皆様に心より感謝申し上げます。本研究の一部はFifth International Nursing Research Conference(Japan Academy of Nursing Science)で発表した。本研究は、平成14年度神戸市看護大学共同研究費(臨床)の助成を受けて行ったものの一部である。

文 献

- Blenner, J.L.(1990): Passage through infertility treatment: a stage theory, *IMAGE*, 22(3): 153-8.
- Goffman, E. (1963)/石黒毅(2001): スティグマの社会学, せりか書房, 98-100.
- Hendershot G.E., Mosher, W.D., Pratt, W.F.(1982): Infertility and age: an unresolved issue, *Family Planning Perspective*, 14: 287.
- Olshansky E.F.(1987): Identity of self as infertile: an example of theory- generating research, *Advanced in Nursing Science*, 9(2): 54-63.
- Olshansky, E.F.(1988): Responses to high technology infertility treatment, *IMAGE*, 20(3): 128-131.
- 阿部福子, 渡邊知佳子(1999): 妻の不妊治療に関する夫の理解・協力の現状と心理, 第30回母性看護: 14-16.
- 荒木重雄, 浜崎京子編(2003): 不妊治療ガイドランス 第3版, 医学書院, 19.
- 千葉ヒロ子, 森岡由起子, 柏倉昌樹他(1996): 不妊症女性の治療継続に伴う精神心理的研究, *母性衛生*, 37(4): 497-508.
- 不妊患者支援のための看護ガイドライン作成グループ編(2001): 不妊患者支援のための看護ガイドライン-不妊の検査と治療のプロセス-, 7.
- 岸田佐智, 近藤潤子(1987): 体外受精適応となった不妊女性の対処行動, *看護科学学会誌*, 7(2): 120-121.
- 岸田佐智(1996): 体外受精適応になった不妊女性の情緒的反応, *高知女子大学紀要*, 44: 51-63.
- 財)厚生統計協会(2005): 国民衛生の動向, 厚生指標, 52(9): 40-43.
- 森明子, 有森直子, 村本淳子(1997): 看護婦・助産婦等の不妊治療を受ける患者・家族へのかかわりに関する調査-看護の役割機能に焦点を当てて-, 厚生省心身障害研究「不妊治療のあり方に関する研究」平成9年度研究報告書: 17-33.
- 森明子, 有森直子, 村本淳子(1996): 不妊治療を受けている女性の治療・生活・家族に関する認識を構成する因子の分析, 厚生省心身障害研究「不妊治療のあり方に関する研究」平成8年度研究報告書: 13-21.
- 森恵美, 森岡由起子, 齊藤英和(1994): 体外受精・胚移植法による治療患者の心身医学的研究(第一報)-不妊治療女性の心理状態について-, *母性衛生*, 35(4): 332-340.
- 日本産婦人科学会編(1997): 産科婦人科用語解説集 第二版, 金原出版株式会社, 175.
- 小笹祐子, 渡辺芳美, 高橋美津子(1995): 体外受精により妊娠・出産に至った患者の心理的過程の分析, 第26回母性看護: 9-11.
- 陳 東, 森恵美(1999): 不妊治療を受けている女性の対処と適応状態との関連について, *千葉看護学会誌*, 5(2): 7-12.
- 矢内原巧, 山縣然太郎, 田原隆三他(1999): 生殖補助医療技術に対する患者の意識に関する研究: 全国調査から, 平成11年度厚生科学研究費助成金(子ども家庭総合研究事業)報告書: 750-766.

(受付: 2005.11.30; 受理: 2006.1.31)

Infertile Women's Experiences Who Have Continuously Received Reproductive Treatment, of Which Medical Technique Steps Up, and Finally Succeeded in Deliverance

Mayumi OKANAGA, Yumiko Fujishima*, Ikuko KITAMURA**

Kobe City College of Nursing, *Kobe City General Hospital, **Ex Kobe City General Hospital

Abstract

When fertility treatment does not work as planned and the women do not conceive at a certain point, further step up treatment is given to them. This study aims to explore infertile women's experiences in regard of continuous undergoing to ART (Assisted Reproductive Treatment) for which medical techniques gradually step up. Ten women who have experienced pregnancy, delivery, and childbearing after going through ART (Assisted Reproductive Treatment) were selected with the expedient sampling method. The subjects were eight women who agreed to cooperate with our study. Semi-constitutive interview was performed and women's emotional feelings during the treatment were mainly observed, and the results were categorized.

Their length of treatment ranged from one to four years, the frequency for Artificial Insemination by Husband ranged from 0 to twelve times, and the frequency for in vitro fertilization during ART ranged from one to five times. From their stories who had continuous treatment, we categorized emotional contradictions: "harmonizing anticipation of conception", "maintaining emotional balance," "learning to accept new treatment," and "releasing the distress to have step up treatment" were ones they necessarily managed. On the other hand, they explained anxieties of "attacks of depression accompanying each menstruation," "wavering emotion and indecisiveness over continuation of treatment," and "realization of limitations of treatment." Also tenderness of their partner's supportive attitude influenced them effectively. As for "indecisiveness over continuous treatment," which was caused by wavering feelings between ethics of fertility treatment and anticipation, she still was not able to talk about it, even though having succeeded in deliverance. The findings suggest that nurses and midwives should respect women knowing they are usually centered in the family. Moreover, nurses and midwives should learn how to approach the couple who are confronting ethical issues in going through the treatment, and should try hard to respect a couple's choice.

Key words: Infertility, Women, Continuous Treatment, Assisted Reproductive Technology