

不妊の女性の不妊治療に対する「認知」に関する文献研究

阿部正子¹⁾, 宮田久枝²⁾

1) 新潟県立看護大学, 2) 滋賀医科大学医学部看護学科

A Survey of the Literature on the Infertile Women's Perception to Infertility Treatment

Masako ABE¹⁾, Hisae MIYATA²⁾

1) Niigata College of Nursing, 2) Shiga University of Medical Science

Summary Fertility care, in the populations across the world, seems to be on the increase with the development of Assisted Reproductive Technology. After a certain couple wish to have a baby and turn out to be infertile, the process to continue infertility treatment differs from couple to couple. Much literature has been published about the recognition of infertility and the emotional reactions connected to undergoing treatment and the initial finding out that one or both of the couple is infertile, factors to affect such reactions, uneasiness and stress as a result of the treatment, and how a woman perceives the treatment.

Statistics show that it's mostly women who undergo the infertility treatment. In order to clarify how a woman perceives the infertility treatment, I searched both domestic and foreign literature published over the past 20 years (168 matched in Japana Centra Revuo Medicina, 146 matched in the Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) using key words of infertility, nursing and women. From those I collected the information regarding women's reactions while they are undergoing infertility treatment. The following is the summarization of perception towards the treatment of infertile women undergoing infertility treatment.

要約 生殖補助医療技術の発達と一般化に伴い、不妊治療を受ける人口は増加しているが、カップルにおいて挙児を希望し不妊症と分かってから不妊治療を継続していく過程はそれぞれに異なる。これまでの研究では、その過程においての不妊という事実への反応、その反応に影響をおよぼす要因、治療に伴う不安やストレス、そして治療への取り組み等が報告されている。

そこで、まず統計学的に最も多い不妊の女性を対象とし、その女性が不妊治療をどのように認知しているのかを明らかにするため、過去 20 年間の国内外の文献を不妊症、看護、女性を Key words に検索（医学中央雑誌 168 件、Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature : CINAHL146 件）、その中から、不妊治療を受けている女性の治療中の反応に関するものを集め、不妊の女性が不妊治療を継続している状況での治療に対する認知としてまとめた。

Key words	不妊症	infertility
	女性	women
	不妊治療	infertility treatment
	認知	perception

はじめに

生殖補助医療技術の発達と一般化に伴い、不妊治療を受ける人口は増加しているが、カップルにおいて挙児を希望し、不妊症と分かってから不妊治療を継続していく過程はそれぞれに異なる。これまでの研究では、その過程においての不妊という事実への反応、その反応に影響をおよぼす要因、治療に伴う不安やストレス、そして治療への取り組み等が報告されている¹⁻⁵⁾。

臨床においては、不妊の女性が20年以上の不妊治療歴を持つ場合がある。このように不妊治療は、不妊の女性にわずかでも妊娠の可能性を与える医療であるがために、長年にわたって受療するという結果となる。

そこで、まず統計学的に最も多い不妊の女性を対象とし、その女性が不妊治療をどのように認知しているのかを明らかにするため、過去20年間の国内外の文献を不妊症、看護、女性をKey wordsに検索(医学中央雑誌168件、Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature : CINAHL146件)、その中から、不妊治療を受けている女性の治療中の反応に関するものを集め、不妊の女性が不妊治療を継続している状況での治療に対する認知としてまとめた。また、不妊の女性の不妊治療を継続していく意思決定を明らかにするための課題を提言する。

1. 不妊治療を受けている女性の背景

1) わが国における不妊治療の変遷

生殖補助医療技術(Assisted Reproductive Technology 以下ARTとする)の歴史⁶⁾は、英国で性交障害のカップルに人工授精を行い、出産に成功した18世紀にまでさかのぼる。その後、1960年代にhMGやクロミフェンなどの排卵誘発剤が開発され、排卵障害による不妊の治療が可能となった。1970年代には卵管のマイクロサージャリーが行われるようになり、卵管障害を持つ婦人も妊娠できる可能性が増えてきた。そして、1978年に英国で初めて体外受精・胚移植による児が誕生した。わが国でも、1983年に体外受精による妊娠例が報告され、それ以降のARTの発展、普及は目覚ましい。

体外受精・胚移植に限らず不妊治療は、カップルの間に子供が欲しいと強く願っている者が妊娠することを目的として治療を受ける。現在その数は28万5千人と推定され、そのうちARTを受けている人は

3万2千人との報告がある⁷⁾。また、1999年における総出生児数の100人に1人が体外受精で生まれていることから⁸⁾、生殖医学の進歩に伴う技術の発達と、不妊治療施設の増加により不妊治療を受ける機会が増えたことは、全ての不妊のカップルに高い妊娠・出産の可能性を提供しているかのようなのである。現時点では不妊治療の最終段階とされている体外受精での妊娠率は、過去10年間大きな上昇はなく20%前後であり⁹⁾、単に最終段階というのではなく、それぞれの原因によって使い分けられるようになってきている。平成12年3月現在で体外受精登録施設数は474施設を数え、そのうち80%において何らかの体外受精・胚移植が実施された¹⁰⁾。治療周期総数は増加傾向を示し、前年度よりも1万周期以上の増加が認められた¹¹⁾。

2) 不妊治療の現状

現在、診断技術の高度化によって不妊全体の約9割は不妊原因が限定できるようになった。男性の不妊症においては、造精機能障害や精子輸送障害などが挙げられるが、根本的な治療法がないために、治療開始の比較的早い時期に体外受精や顕微受精など高度生殖医療が施される傾向がある¹²⁾。女性の不妊症においては、自覚症状がある場合には、結婚前からあるいは思春期からという早い時期から治療がおこなわれる場合もある。そして、原因の検索と治療が段階的に進む傾向があるため、治療期間が長期化することもある。カップル双方の不妊症においては、男性女性両者共に治療が必要であり、男女間の治療上の調整が必要とされるので、治療期間は長期化する傾向にある。このように女性が受ける不妊治療は、不妊原因別により受診行動や治療経過が異なる。また、不妊原因は数多くあり、1人で2つ以上の要因が重なっていることもしばしば認める¹³⁾。

一般的な不妊治療のプロトコールは、患者の身体的・経済的負担の少ない順で治療法を選択する傾向にある。治療開始初期は不妊原因の検査と基礎体温、タイミング指導など負担の軽いものから検査と治療を同時に進め、同一の治療法が6ヶ月毎に見直される¹⁴⁾。その後、不妊原因が見つかった場合はその治療と同時に経口排卵誘発剤、hCG-hMG療法、黄体ホルモン充填療法などが併用される。一般不妊治療によっても妊娠に至らない場合、また卵管通過障害や抗精子抗体陽性、男性因子による不妊症など「こ

の方法以外では妊娠成立が困難な不妊症患者」は体外受精・顕微授精の適応¹⁵⁾とされている。特に、男性不妊の治療法として顕微授精の実施率が最近急速に伸びているが、不妊原因の多くが性染色体の数の異常や、遺伝子の欠損に起因する場合が多く、同じ遺伝形質をもった児が誕生する可能性があるため、不妊症が遺伝病といわれる時代が来ることも危惧されている¹⁶⁾。加えて、ARTの発達に伴い第3者からの卵・精子提供による体外受精や借り腹、代理母など、倫理的、法的な問題をも含む技術であるために、その普及については慎重であるべきだとの意見も見られる¹⁷⁻²⁰⁾。また、ARTは保険診療対象外であり、1回の体外受精にかかる費用は30万円前後と高額になる²¹⁾。また、ホルモン注射をし卵巣機能を人工的に調整する²⁰⁾ことから、1年間で実施できる回数が限られ、女性の性周期に合わせるために時期を待たないとできない治療法である。

平成10年度厚生省の調査²²⁾では、体外受精・胚移植施行までの治療期間は、不妊検査・治療を受けていない症例については3～5年であり、いままでに他の不妊治療を受けたが妊娠しない症例においては1～3年であった。最近では、晩婚化の進行という社会事情から²³⁾、不妊外来を訪れる初診時年齢も高くなる傾向がある。そのため臨床現場では、単に不妊原因だけではなく年齢も考慮に入れた個別的な診断と治療が行われている²⁴⁾。

3) 不妊治療上の課題

(1) 治療による副作用が生じること

排卵誘発法は排卵障害に対する治療として有効であり、ARTに先駆けて行われることが多い。その反面、hMG+hCG療法では同時に多数の卵胞が成熟し、卵巣が腫大し、腹水や胸水が貯留する卵巣過剰刺激症候群(ovarian hyperstimulation syndrome 以下OHSSとする)を起こすことがある²⁵⁾。OHSSが重症化すると血液循環動態に影響を与え、血栓症や呼吸障害を起こすこともあり、治療を受ける女性への身体的負担が大きい。また、排卵誘発剤の影響やARTで複数の受精卵を子宮に移植することで、三つ子や四つ子など多胎の頻度が飛躍的に高くなる。多胎妊娠では胎児数が多くなるほど妊娠合併症のリスクは高くなり、早産による未熟児やその結果起こる児の障害のリスクも高くなる^{26、27)}。

(2) 治療の効果が不確実であること

不妊治療には、①それぞれの不妊のカップルに対し、すべての不妊原因を調べることは難しい、②不妊原因として複数の因子が関与していることが多く、その中のいくつかを是正したとしてもすべて正常になったとは言い切れない、③不妊原因の中には、卵の卵管への取り込み、受精、胚(受精卵)の発育、胚の卵管への移送など治療できない部分がある、④男女の生殖機能は一定とは限らず、射精から着床までのいろいろな因子が正常に働いたときのみ妊娠するという偶発性が関与する、⑤治療法の有効性を明確にすることが難しい、などの理由から、長期間治療しても治療の効果が現れないことがあるといわれており²⁸⁾、不妊治療の効果には絶対の確実性がないといえる。

(3) 主として女性に治療が行われること

不妊治療においては明らかとなっている疾患だけが不妊原因だとは言い難いことや、妊娠に対する偶発性の影響があるため、疾患の原因に対して行われる内服や手術といった一般的な疾患の治療の考えとは異なる点が強調されている²⁹⁾。また、排卵、受精、着床といった一連の過程が女性の体内で行われるということが、不妊原因がなんであれ女性への医療処置を必要とすることの一因となる。

2. 不妊の女性の不妊治療に対する認知

1) 女性の背景—ジェンダー、社会文化的背景や母性理念—

カップルの育児希望の背景にはジェンダーアイデンティティや日本の社会文化的背景、母性理念などがある。大日向³⁰⁾は、特に日本において母性は生得的であり、母性は絶対的なもの、崇高なものであるという社会通念があり、価値的なシンボルとしての機能を与えられてきたと述べている。そして、子供がいてこそ夫婦であり、家族だとする家族観がいまだに根強いことを指摘している。それ故に柘植³¹⁾は、社会学の立場から不妊治療を受けている女性に面接調査を行い、ジェンダーアイデンティティと育児希望との関連を指摘している。それによると、女であるということはすでに「産む存在」として扱われるため、不妊は当然のことができないという自己の身体に対する否定感、欠損感を生み出すと述べている。千葉ら³²⁾は、107名の不妊治療中の女性に質問紙と面接による調査を実施し、因子分析を行った結果、母性理念の肯定的項目得点と不妊に伴う感情(抑う

つ・怒りに関する因子、罪悪感や悲哀感に関する因子、自分をコントロールできないこと)に正の相関があったと報告している。

一方、海外でも同様の指摘がなされている。Olshansky³³⁾は15組の既婚夫婦と2人の既婚女性を対象に面接調査を行った結果として、挙児希望の背景には妊娠したり親になることを想像するという象徴的リハーサルが影響するが、それは子供時代から始まり社会文化的な影響下で生じると述べている。Downey³⁴⁾は、文化・宗教的に子供をもつことに高い価値を置いているところでは(不妊)カップルの失望感や罪悪感は強いと指摘している。

以上から、女性にとって不妊であるということを認めたい状況が存在するため、自分の女性性への否定的な感情を打ち消そうとすることにより、不妊治療の動機や治療を継続するという背景があると考えられる。

2) 不妊の女性の治療経過に伴う反応

不妊治療は女性の月経周期に沿っておこなわれる。Olshansky³⁵⁾は、不妊治療を受けている夫婦は、彼らが治療を始めたとき、いつ新しい治療が試されるかという期待を感じている。しかし、治療が月経周期(治療)ごとに不成功であるときに絶望する。このように不妊治療は希望および絶望を募らせるサイクルだと述べている。

次に、治療経過に沿って不妊の女性を理解しようとする研究においては、本邦では中東ら³⁶⁾、千葉ら³⁷⁾、野澤³⁸⁾が、海外ではBlenner³⁹⁾、Craig⁴⁰⁾、Shandelowskyら⁴¹⁾、Olshansky⁴²⁾が報告している。

まず、期間に伴う不妊や治療についての知覚のプロセスについてBlenner³⁹⁾は、不妊夫婦25組を対象に面接を行い、不妊や治療に対する知覚のプロセスには8つのステージがあることを明らかにした^{註(1)}。このうち、もっとも長いのはStage4の「治療に気持ちが集中し、妊娠するための努力に没頭する段階」であった。また、Craig⁴⁰⁾は、カウンセリング治療の観点から不妊カウンセリング段階を3段階にわけ、不妊であるクライアントの心理状態を分析し、カウンセリングの目的・内容などを示している^{註(2)}。

不妊の女性が治療を継続する中で体験していることについて、Shandelowskyら⁴¹⁾は不妊治療に通う女性26人を対象に面接を行った。結果、不妊体験は3種類に分類され、そのうちのひとつが、月経周期による時間設定や生殖期の時間制限の存在などの「時

間性」であったと報告している。

不妊治療の経過に伴っての人格形成についてはOlshansky⁴²⁾が概説している。それによると、不妊原因が判明し治療が開始された時に不妊というアイデンティティが正式なものとなる。そして、それが自己の中核となって不妊以外のアイデンティティを持ちにくくし、余計に不妊に対する感情を冷静に処理できなくなることが多いと述べている。そして、不妊治療に積極的になることで不妊というアイデンティティを脱ぎ捨てようとし、その過程には、不妊を克服すること、不妊を回避すること、不妊と折り合いをつけることという3つのモードがあることを明らかにしている。

以上より、不妊の女性は月経周期ごとに期待と絶望という情緒的变化を経験し、このサイクルの積み重ねが新しい治療への期待を高める要因と推測する。そして、新しい治療が紹介される毎に妊娠への期待が喚起されるため、結果として不妊治療が長期化すると考える。また、不妊治療を継続する背景には、不妊の女性の自己の生殖期間の認知や不妊治療経過に伴う人格形成過程の存在が考えられた。

一方、本邦では中東ら、千葉ら、野澤が治療期間が及ぼす不妊の女性のニーズや新しい治療への態度、心理反応への影響について報告している。中東ら³⁶⁾は、外来通院および入院中の不妊治療患者55名にアンケート調査を行った。結果、治療初期には「治療すれば妊娠できるのか」「不妊の原因は何か」「どんな検査、治療をするのか」「治療期間はどのくらいか」「検査・治療に痛み、苦痛はあるのか」「費用はどのくらいか」など不安を抱いていた。そして、9割以上の者は不妊治療が必要であると医師より告げられた後、子供ができるなら治療を受けようと前向きであったと報告している。千葉ら³⁷⁾は、不妊治療を継続している107名の女性に面接調査を実施し、不妊治療を受けている女性の治療への姿勢について治療期間に関わらず、ほとんどの者が積極的であり、特に、治療期間が4年以上の群では「新しい治療をしたい」という欲求が高まる傾向がみられたと報告している。野澤³⁸⁾は、416名の不妊治療に通う女性を対象に自尊心感情と治療経過との関連性について調査した。結果、治療期間5年未満のものはそれ以上のものよりも自尊感情が有意に高かったと述べている。

時期が進めば治療の段階が進む。最終段階の体外

受精を受療している女性を理解しようとする研究には、平山ら⁴³⁾、森ら⁴⁴⁾、阿部ら⁴⁵⁾、Olshansky⁴⁶⁾が報告している。

平山ら⁴³⁾は、3回以上体外受精を受療した106組のカップルを対象にアンケート調査を行った。結果、体外受精を繰り返す状況のなかで、女性は治療に対して非常に積極的で、かつ、体外受精が不成功に終わった後の再治療への一番のきっかけとしては、「子どもが欲しい」「医学の進歩・他の治療法に対する期待」「可能性に対する期待」「設定した期限」等であった。また、体外受精をいつまで続けるのかという治療継続の目途について主体的に決めている者は3割強ほどで、治療終結時期を「医師に言われるまで」または「わからない」という者は約半数であった。一方、治療を続ける過程において、治療の中止を考えたことのある患者は6割にのぼり、その理由として、繰り返される陰性の結果や治療の行き詰まりを挙げるものが多かったと報告している。森ら⁴⁴⁾は、もし今回妊娠しなかった場合は「次回も受ける予定あり」が8割を超え、すでに次も体外受精を受けるつもりで今の体外受精を受けていることが推測された。また、妊娠しなかったあとの人生設計を夫婦で話し合っているにもかかわらず、それでも諦められないという者もいたと報告している。阿部ら⁴⁵⁾は、宮本の意味決定過程の概念に依拠し、不妊の女性の体外受精継続の意思決定プロセスにおける価値判断までに焦点を絞り、質的研究を行った。結果、不妊の女性においては“こうあるべきだ”という規範があり、その規範とともに欲求も働くこと述べ、このような価値体系の規範と欲求の連動による作用が、治療を継続するという意思決定につながっていることを報告している。Olshansky⁴⁶⁾は、高度生殖医療を選択している夫婦の心理的課題の1つに、体外受精を受けている夫婦は新しい治療法が紹介されると、その治療を受けることに関して両面価値的（アンヴィバレンツ）な気持ちを抱きつつも、「自分たちは今の医療の限界まで全てを試したか」と義務感を負わされているように感じると指摘している。

以上より、体外受精を継続している女性の治療への反応は明らかにされている。しかし、治療継続あるいは中止の意思決定プロセスについては調査されていない。女性の心理反応が不妊治療期間に沿って変化しているならば、体外受精の回数による変化をも含めて明らかにする必要があると考える。

3) 不妊原因による認知の違い

不妊症とは、2年以上正常な性生活を営んでいても妊娠成立が認められない場合と定義される⁴⁷⁾が、臨床的には1年以上の不妊期間が認められれば診断治療を開始するのが一般的である⁴⁸⁾。また、子供ができない状態であっても医療機関を受診し、診断を受けなければ不妊症とは言わない。挙児を望み自ら医療機関に受診して初めて不妊症という診断名のもとに不妊治療を受けるのである。女性あるいはカップルが不妊かもしれないという漠然とした疑いを抱く場合、女性の不妊の認知や治療経過が不妊原因によって異なる。

不妊原因が女性にある場合、月経異常などの自覚症状を伴うことが多く、そのため、結婚前から不妊の可能性を疑い治療を始めている者もいる。平成11年に不妊患者の自助グループが行ったアンケート調査⁴⁹⁾によると、不妊治療を始めるきっかけは「なかなか妊娠しなかったから」が最も多く、次いで「月経や基礎体温について心配」「流産を経験したから」などであり、「子宮内膜症があった」「卵巣嚢腫の手術をした」など、婦人科系疾患の既往がある場合も受診動機となっていた。一方、不妊原因が男性にある場合は、まずは女性から治療が開始され、その経過の中で男性因子が発見されるという特徴があるために、女性不妊の場合よりも確定診断が遅くなる。

また、不妊であることを知ったときの反応について赤城⁵⁰⁾は、医学的な不妊原因の診断は不妊の認知を確定的にするため、当事者の心理に少なからず影響を及ぼすと同時に“そんなはずはない”という不妊を否定する心理が強く働いていると述べている。Domarら⁵¹⁾は、不妊原因が明らかになっている女性は、不妊原因が説明されていない、または診断されていない女性より、有意に高いうつ状態を持っていたと報告している。一方、野澤⁵²⁾は、原因を特定されていない者は自尊感情得点が低い傾向があったと報告しており、Domarの調査とは異なる心理状況を報告している。

不妊原因の違いによる認知への影響について、伊藤ら⁵³⁾は、「子供ができないのは私が悪い」と自分を責める傾向にあるのは女性不妊因子群に有意に高いと報告している。千葉ら⁵⁴⁾は、女性因子群は男性因子群、両性因子群とくらべて「自分は不完全だと感じている」と答えたものが有意に高率であり、心理検査（PFスタディ）では女性因子群に「障害優位

型」が、両性因子群には「欲求固執型」がもっとも高く、他群と有意差が認められ、不妊原因が本人にあるか否かで葛藤の処理パターンが異なってくる可能性を示唆している。

森ら⁵⁵⁾は、不妊女性の心理と情緒的サポート源の特徴を明らかにするために、体外受精を受けている102名の女性に面接をおこなった。結果、不妊原因別での有意差は認められなかったが、女性因子群で相談相手を持たない者が多い傾向が見られたと述べている。

以上より、特に女性不妊症で治療を受けている女性は自己を責める傾向があり、相談相手も少なくソーシャルサポートを受けにくい状況にある。そのため、不妊原因による特徴をより詳細に明らかにしていく必要がある。

4) 不妊治療を受けているカップルの反応

不妊治療は夫婦で臨むため、不妊症のカップルはいままでより親密に絆を結ぶといわれている⁵⁶⁾。それは彼らが子供を持つという共通の目標を分け合い、その目標を達成しようとする対策・方法を立てるからである。その一方で、不妊の影響は妻と夫とでは異なるとの報告もある。

Hirschら⁵⁷⁾は不妊がアイデンティティや結婚生活に及ぼす影響について、不妊夫婦と非不妊夫婦で質問紙を用いて比較検討している。結果、非不妊夫婦（対照群）に比べ、不妊夫婦では男性性が高く、性的満足が低かった。また、不妊夫婦間での比較では、夫より妻の一般的満足が低く、妊娠のための投資が増すと妻の自己尊重は減少するが、夫のそれは増加するというものだった。不妊という状況にあるということは、それとはまだ無縁に生活している夫婦に比べ、自己概念や夫婦の関係に **negative** な影響を受ける傾向がある。そして、夫に比べ、妻への影響が大きいことが明らかにされた。

森ら⁵⁸⁾は妻8名、夫2名に面接を行い、生活上遭遇する問題として「排卵日にうるさいと寝てしまう。女からは言いにくい」「夫もわかってきているのでいつだよと言ってくれる」など夫との関係で言及するものがいたと報告している。不妊治療の方針での一致・不一致では、「もしかしたら子供はできないかもしれないと思っているが、夫はいつかできと思っている」「治療に協力して欲しいのに協力的ではない」「夫は体外受精をするなら非配偶者間人工授精を望むというが、自分は体外受精を望み、養子縁組の

ほうがいい」など、夫婦間の治療に対する認識の相違を抱えつつ、治療を継続している状況を明らかにしている。夫について言及されたことでもっとも多かったことは、「はっきり言いたくないのだろうか」「直接気持ちを言わない」「話し合ったことはない」「聞いてみたことはない」などで、不妊や治療に関する夫の思い、意見を妻が知りにくい、知っていない状況があることが推測された。信岡⁵⁹⁾は体外受精を受けている女性8名に、体外受精を受けることをめぐり女性が経験していることを目的に現象学的アプローチを用いて9つのテーマを明らかにした。その中で、体外受精は夫婦で取り組むものであると感じているが、夫が妻の気持ちを優先し体外受精に協力してくれる場合と、夫の気持ちよりも妻の気持ちを優先するが、夫は何もしようとしないとの異なる語りが聞かれた。そして、全員が最終的に体外受精を続けるか否かの決断を、夫は自分にゆだねるであろうと話していた。また、「自分たち夫婦の子どもができる可能性があるゆえに、体外受精は終わりのつけ難い治療であると感じている」とのテーマも見出され、子供がいる生活への希望から子供がいない生活という新しい希望に転換することの難しさを示していると考ええる。

以上より、不妊治療は夫婦の合意に基づいて行われるが、治療経過の中で夫と妻の認識が異なったり、夫婦間での意思の疎通が図られにくい状況が存在していることが推測された。

3. 不妊の女性の不妊治療に対する認知への課題

不妊治療は、不妊のカップルが挙児への希望を持ち続ける限り続行されるものである。これまでの研究結果においては、治療継続が意思決定された状態のみが報告されており、それぞれの不妊の女性の意思決定プロセスを明らかにする必要がある。意思決定について宮本⁶⁰⁾は、「知識体系」に基づいた事実判断と「価値体系」に基づいた価値判断によって目標設定を行い、選択肢を抽出し、最終的にひとつを選ぶプロセスであるとしている。不妊の女性の不妊治療をどのように判断し（事実判断）、価値判断とともに治療継続の意思決定をしているのかは、それぞれの女性によって意味が異なる。それには、不妊の女性の生殖補助医療に関する知識に基づく事実判断を明らかにし、価値判断との相乗効果によってされる

意思決定プロセスを明らかにする必要がある。

カップルには育児への希望がある。Travelbee⁶¹⁾は希望 (hope) を、目的到達あるいは目標達成の欲望によって特徴付けられた精神状態であり、人間行動を動機づけるひとつの要因であると定義している。この場合、「子供を持つ」ということは希望である。しかし、それぞれの人生の中で不合理な希望は希望とは言い難い。不妊治療における不妊の女性やカップルの希望を見極め、希望の転換を図る関わりも重要となる。不妊治療の継続という意思決定がいかに行われているのかを明らかにし、これを見極めることが早急の課題である。

註

- (1) Blenner が明らかにした不妊の知覚の 8 つのステージとは、医学的な診断以前に気づき始める段階 (Stage1: Dawning of awareness)、診断を受けて事実直面する段階 (Stage2: Facing a new reality)、治療に対して希望と決心を抱く段階 (Stage3: Having hope and determination)、治療に気持ちが集中する段階 (Stage4: Intensifying treatment)、エネルギーが枯渇し情動的に痛々しく、螺旋を描くように気持ちが下降する段階 (Stage5: Spiralling down)、不妊の問題を解き放っていく段階 (Stage6: Letting go)、治療を中止し、他のことに関心を移す段階 (Stage7: Quitting and moving out)、焦点を転換する段階 (Stage8: Shifting the focus) である。
- (2) 1 段階は不妊症に気づいて受診し、不妊症の精査が実施されていく時期 (6 ヶ月～2 年未満) であり、情報の提供とクライアントの罪悪感、不安、恐れ、怒りなどの気持ちを浄化させること、クライアントによる意思決定を円滑にすることを目的としてカウンセリングを行うことを提案している。
第 2 段階では、新しい治療についての意思決定をしたり、不妊に関連した心理社会的な問題を解決しようと努力したりしている夫婦のカウンセリングを行う時期で (2 年～5 年)、不妊夫婦は子供を持つために努力することになる。
第 3 段階はさらに利用できる不妊治療がなくなり、子供のいない状態に適応していて、不妊問題を心理社会的に解決しようとしている夫婦が含まれる。この段階には 5 年以上の不妊経験のある人たちが入る。

引用文献

- 1) 赤城恵子：不妊状態の女性の心理，ペリネイタルケア 第 17 巻夏季増刊，294-298，1998.
- 2) Domar, A. D.: The prevalence and predictability of depression in infertility women. Fertility and Sterility, 58(6), 1158-1163, 1992.
- 3) 岸田佐智：体外受精適応となった不妊女性の情緒的反応，高知女子大学紀要 自然科学編，44，51-63，1994.
- 4) 長岡由紀子：不妊治療を受けている女性の抱えている悩みと取り組み，日本助産学会誌，14(2)，18-27，2001.
- 5) Davis, D. C., Drearman, C. N.: Coping Strategies of Infertile Women, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 20(3), 221-228, 1991.
- 6) 青野敏博：わが国の生殖補助医療の現状. 助産婦雑誌，56(2)，9-13，2002.
- 7) 久保春海：生殖補助医療 (ART) の現状と問題点，日本産科婦人科学会雑誌 54(1)，48-49，2002.
- 8) 前掲書 6)
- 9) 日本産婦人科学会 平成 12 年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告. 日本産科婦人科学会誌，53，1426-1473，2001.
- 10) 菅沼信彦：生殖医療 試験管ベビーから卵子提供・クロン技術まで，名古屋大学出版会，73-74，2001.
- 11) 藤一郎：平成 10 年度診察・研究に関する倫理委員会報告「平成 9 年度分の体外受精・胚移植等臨床実施成績および平成 11 年 3 月における登録施設名」，日本産婦人科学会雑誌，51(6)，361-367，1999.
- 12) 高井泰，堤治，武谷雄二：不妊症総論，周産期医学，30 (9)，1111-1117，2000.
- 13) 前掲書 12)
- 14) 荒木重雄：最新不妊治療のすべて，助産婦雑誌，53 (3)，16，1999.
- 15) 日本産婦人科学会会告：体外受精・胚移植に関する見解ならびにその解説，1983.
- 16) 永井聖一郎，星和彦：男性不妊症の診療と進歩，産婦人科治療，83 (1)，35-40，2001.
- 17) 石原理，木下勝之：配偶子提供 IVF サロゲートの実際と必要性，産婦人科治療，83(1)，75-80，2001.
- 18) 吉村泰典：日産婦ガイドラインと今後の法的規制，産婦人科治療，83 (1)，81-86，2001.
- 19) 五味淵秀人：諸外国における生殖医療に対する法的対応，産婦人科治療，83 (1)，87-91，2001.
- 20) 矢内原巧：不妊治療の実態および不妊治療技術の適用に関する研究，平成 9 年度厚生省心身障害研究「不妊治療のあり方に関する研究」1998.
- 21) 森恵美：不妊女性の健康問題 女性の看護学—母性の健康から女性の健康へ—，メジカルフレンド社，281-291，2000.
- 22) 前掲書 20)
- 23) 大沢真知子：女性のキャリア形成と出生の変化，統計，51(3)，28-34，2000.
- 24) 久慈直昭，吉村泰典：不妊原因と現状，周産期医学，27(6)，737-741，1997.
- 25) 竹林浩一，高倉賢二，後藤栄ほか：OHSS，臨床産婦人科，54(4)，602-607，2000.

- 26) 日本産婦人科学会会告:「多胎妊娠」に関する見解, 1996.
- 27) 菅沼信彦, 若原靖典, 小谷美幸: 多胎妊娠, 臨床産婦科婦人科, 54(4), 608-614, 2000.
- 28) 荒木重雄: 最新不妊治療のすべて, 助産婦雑誌, 53(3), 15-21, 1999.
- 29) 前掲書 28)
- 30) 大日向雅美: 母性の研究, 川島書店, 1988.
- 31) 柘植あづみ: なぜ子供がほしいのか 不妊治療とジェンダー, 保健婦雑誌, 52(7), 528-581, 1996.
- 32) 千葉ヒロ子, 森岡由起子, 柏倉昌樹ほか: 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, 1996.
- 33) Olshansky, E. F.: Identity of self as infertile: an example of theory-generation research, *Advanced Nursing Science*, 9(2), 54-63, 1987.
- 34) Downey, J. et al.: Infertility and the New Reproductive Technologies; Psychological Aspects for Women's Health Care, American Psychiatric Press Inc, 193-206, 1993.
- 35) Olshansky, E.: Response to high technology infertility treatment. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(3): 128-131, 1988.
- 36) 中東啓子, 山本澄子, 稲田通子ほか: 不妊治療患者の治療過程における心理・社会的特性—意識調査より—, 日本看護学会集録 第26回母性看護, 5-7, 1995.
- 37) 千葉ヒロ子, 森岡由起子, 柏倉昌樹ほか: 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, 1996.
- 38) 野澤美江子: 不妊治療を受けている女性の自尊感情に関する研究, 山梨県立看護大学紀要 3(1), 11-26, 1997.
- 39) Blenner, L. L.: Passage Through Infertility Treatment - A Stage Theory, *Image Nurs Sch*, 22(3), 153-158, 1990.
- 40) Craig, S.: A Medical model for infertility counseling, *Australian Family Physician*, 19(4), 491-501, 1990.
- 41) Shandelowsky, M. Pollock, C.: Women's Experiences of Infertility, *Image J Nurs Sch*, 18(4), 140-144, 1986.
- 42) 前掲書 33)
- 43) 平山史郎, 吉岡千代美, 出口美寿恵ほか: ART に対する患者の心理, 日本受精着床学会雑誌, 15, 145-149, 1998.
- 44) 森恵美, 森岡由起子, 斎藤英和: 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, 1994.
- 45) 阿部正子: 複数回の体外受精を受け続けている女性の意思決定, 滋賀医科大学大学院医学系研究科 修士論文, 2002.
- 46) 前掲書 35)
- 47) 鈴木秋悦監修/ 不妊治療ガイド バイオテクノロジーからラボワークまで, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 1-2, 1999.
- 48) 木元正和, 森岡信之, 深谷孝夫: 女性不妊症における診断, *Perinatal Care* 新春増刊, 10-26, 2001.
- 49) フィンレージの会: 新・レポート不妊—不妊治療の実態と生殖技術についての意識調査報告, 2000.
- 50) 前掲書 1)
- 51) 前掲書 2)
- 52) 前掲書 38)
- 53) 伊藤久美子, 良村貞子: 体外受精治療中の患者の考えと外来看護に関する一考察, 看護総合科学研究会誌 1(1), 18-26, 1998.
- 54) 前掲書 37)
- 55) 森恵美, 遠藤恵子, 前原澄子: 不妊女性の心理と情緒的なサポート源の特徴—体外受精を受けている女性を対象として—, 日本看護科学学会誌 14(3), 356-367, 1994.
- 56) Davis, D. C.: Actions and Reactions of infertile women to infertility. Doctoral diss., University of Alabama at Birmingham., Bierkens, P. 1975. Childlessness from the psychological point of view. *Bull. Menninger Clin.* 39, 177-182, 1984.
- 57) Hirsch, A. H., Hirsch, S. H.: The Effect of Infertility on Marriage and Self-Concept, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 18(1), 13-20, 1989.
- 58) 森明子, 村本淳子: 不妊夫婦の治療生活および夫婦関係の認知に関する分析, 日本助産学会誌 第11回学術集会集録, 10(2), 141-144, 1997.
- 59) 信岡利枝, 鈴木敦子: 体外受精・胚移植を受けることをめぐり女性が経験していることに関する研究, 看護学統合研究, 2(2), 25-40, 2001.
- 60) 宮本真巳: セルフケアを援助する 感性を磨く技法 3, 日本看護協会出版会, 59, 1996.
- 61) Joyce Travelbee: *Interpersonal Aspects of Nursing* (Second Edition), 1971/ 長谷川浩, 藤枝知子訳: 人間対人間の看護, 医学書院, 東京, 1974.