

—原著—

体外受精を受療している不妊女性の治療継続の経験的プロセス

筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学系
阿部正子

キーワード：不妊女性、体外受精、経験、グラウンデッド・セオリー・アプローチ

体外受精を受療する不妊女性の治療を継続する経験的プロセスを明らかにする目的で、体外受精を2回以上受け、過去に出産経験のない女性不妊症の既婚女性14名にインタビューを行った。その結果、不妊治療を継続している経験的プロセスはM-GTAによる分析により、【希望の継続保証】が【不妊治療の継続】を維持し、【不妊治療の継続】が【希望の継続保証】を維持するという自動運動のような関係を呈していること、そしていずれは治療の終結する時がくるという特徴を有していることが示された。

看護者は不妊治療に通う当事者の「子供がほしい」というニーズを、医療の助けを借りて達成しようとする思いをありのままに受け止め、そして当事者が選択した個々の道程にかかわると同時に、看護者自身も治療の成功に促われていることも承知しつつ、支援する責任を再認識していく必要がある。

I. はじめに

夫婦が妊娠を希望し、避妊をせずに通常の性生活を送っていると2年以内に妊娠する確率は90%であり、残りの10%は“不妊”と向き合うことになる。その場合、親になろうとする夫婦には、自然に任せる、養子縁組によって親になる、医療の助けを借りて不妊という問題を解決するという3つの選択肢があるが、このうち最も多く選ばれるのは医療による解決であり、2001年度の調査では不妊治療患者は466,900人(タイミング法を除く)と推計されている¹⁾。しかし不妊治療の現状として、不妊原因がすべて特定できるわけではなく、また現時点で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20~30%であり²⁾、治療を受けたカップルの半数は子供を得られずに治療を終えていくのが実情である。

不妊治療は絶対に妊娠する保証はなく、また、絶対に妊娠しないこともないという不確実性ゆえに、賭けに似た状況で状況認識(事実判断)が曖昧にならざるを得ないため、不妊治療によって子どもが持てるかもしれないという希望を持ち続ける限り、不妊治療が続けられるという性質を持っている³⁾。そのような不妊治療の継続過程は、当事者の女性にとって不妊である自己のアイデンティティの再構成の変化を伴う過程⁴⁾として経験されたり、体外受精を敢えて繰り返す体験には、「価値の変容化」や「治療目的の二次化」という意味が内包されていること⁵⁾など、不妊治療の継続過程には何かしら意味

が付与されていることが明らかにされている。しかしながら、不妊治療を継続している経験そのもののプロセスの詳細については明らかにされていない。

看護の立場から不妊患者の特性を考えると、生殖生理の側面はもとより、心理社会的側面を重視することが大切であり、生活者としての患者の立場を理解する必要がある。そのため、不妊治療を継続している患者の側の視点から不妊治療の経験を捉えることは、患者の行動パターンとその意味を発見し、患者の理解を深め、それらを踏まえたよりよい治療環境を作り出すことが可能となり、ひいては不妊女性の自己実現に至る過程を支援することにつながると考える。

II. 研究目的

本研究では、体外受精を受療している不妊女性の治療継続の経験的プロセスを明らかにし、生殖医療に携わる看護者の対象理解の促進と援助への示唆を得る事を目的とする。

III. 研究方法

1. 対象者

関西地方のA産婦人科クリニックの不妊外来に通院中で、体外受精を2回以上受け、過去に出産経験のない女性不妊症の既婚女性を対象とした。本研究は、計画書の段階で調査実施施設の病院責任者より調査許可の承認を受けた。対象者の選定に際しては、体外受精実施者リス

トを管理するエンブリオロジストより、上記の条件に合致する対象者をあらかじめ選定していただき、調査者が連絡をとり最終的に14名にインタビューを行った。インタビューを始める前に再度、調査はいつでも参加を取り消すことができること、またそれによる不利益は被らないこと、得られたデータは匿名化すること、データは調査者が責任を持って管理することなどを口頭と文書で説明し、同意を得た。

2. データ収集

データ収集期間は2002年8月から2004年3月で、対象者の希望に合わせて診察の待ち時間、もしくは対象の都合に合わせて日時・場所を決め、1～2時間の面接を実施した。面接の概要は、不妊治療を開始した経緯やそのときの思い、その後の経過での思い、体外受精の決定理由と現在の治療への思いなどを自由に話してもらった。面接内容は対象者の許可を得てテープ録音し、逐語録に記録した。また、病院責任者および対象者の承諾を得て、外来カルテから対象者の治療に関する情報を得た。

3. 分析方法

インタビューデータの分析にはグラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下GT法)を用いた。GT法⁶⁾は、1960年代にアメリカの医療社会学者 Glaser と Strauss によって考案され、データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究法として、医療・看護・福祉といったヒューマンサービス領域において注目されている。この方法に実務者が研究しやすいことや実践的活用に力を置いて木下^{7, 8)}が修正したのが修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下M-GTA法)である。本研究でM-GTA法を用いた理由は、不妊女性の子どもが欲しいと希望して不妊治療を開始し、一般不妊治療から体外受精へと治療方法が変化することは時間的要素を含み、かつ、不妊女性が夫や家族、友人、医療従事者などとの社会相互作用をもつ中で、「不妊治療を継続する経験」はプロセス性を有する営みであることが予測されることから、分析方法としてM-GTA法が適切であると考えた。

分析の要点は、データから分析概念を生成し、最終的に複数の概念間の関係を解釈的にまとめていくことにあつた。一人分のデータを通読し、テーマに関連のありそうな箇所を注目し、注目箇所を対象者の行為や認識に照らして解釈、定義をして概念を命名する。解釈の恣意性を防ぐため類似例と対極例が豊富にあるかを確かめる類似および対極比較を行っていく。概念ができると、概念名・

定義・ヴァリエーション(具体例)からなるワークシートを作成する。修正版では、こうして生成した概念が分析の最小単位である。また、データの解釈について考えついたことは理論的メモとして記録しておく。このように概念を生成しつつ、同時平行で概念間の関係を考え、概念間のまとまりであるカテゴリーを形成していく。分析に際しては、M-GTA 考案者のスーパービジョンおよび概念生成、結果図の作成過程において同研究会メンバーからのグループバイジングを受けている。

概念生成の生成過程をひとつ例示する。たとえば、以下にあげるのは体外受精をどのように決めたのかと質問したときに対象者が語ったことである。“何回か人工授精してもらったんだけど、上手いかわからなかったら体外受精を1回試してみたらっていうことを聞いてたんですよ。まあ、そのままずるずるしてもできひんのやったら1回してみてもいいかなーと思つて。”下線部より筆者は〈曖昧な体外受精の開始〉という概念を生成し、ワークシートを作成した。具体例には同じ内容と解釈できる語りが、他の事例を分析していくごとに追加されていった。またこの概念が当てはまらなかった事例(対極例)も理論的メモに記載していった。

以上のように、この分析方法では質的データの解釈が中心となるため、結果と考察をまとめて報告する。

IV. 結果および考察

1. ストーリーラインの説明および概念図(図1)

まず分析の結果である全体的な流れについて、概念名およびカテゴリー名を用いて説明する。なお、分析の最小単位である概念名は〈 〉、これらの関係から構成されるカテゴリー名は【 】を用いて表す。

体外受精を受療する不妊女性の、治療を継続する経験的プロセスは、【希望の継続保証】が【不妊治療の継続】を維持し、【不妊治療の継続】が【希望の継続保証】を維持するという自動運動のような関係を呈していること、そしていずれは治療の終結するときがくるという特徴を有していた。

結婚後、子どもがほしいと思いつつも一定期間妊娠しないことに不審を抱いた女性は〈他者比較〉を行うことで“子どもがいない”状況に不安を覚え、“子どもをもつこと”に対する身体的・社会的適齢期を強く意識する〈年齢リミット化〉より不妊治療の受診を決める。そして〈不妊治療の始まり〉を基点に、不妊原因の検索と治療が同時平行に進められる中で〈不妊の身体的理由〉の特定と〈治療種類の段階的変化〉を経験することを通じ“普通には妊娠できない”ことを自認していく【不妊の

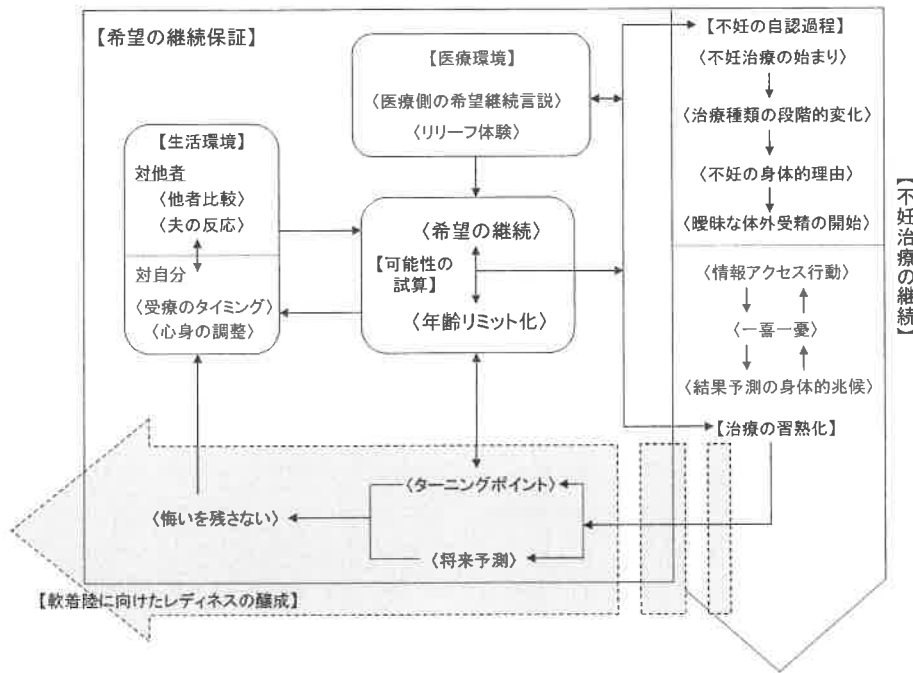


図1. 体外受精を受療している不妊女性の治療継続の経験的プロセスに関する概念図

自認過程】を迎える。治療開始後より【医療環境】からは常に〈医療側の希望継続言説〉が送られるとともに、〈リリーフ体験〉を通して〈希望の継続〉を維持し、【生活環境】においては“子どもがいない”ことに起因するさまざまな葛藤を〈他者比較〉を通して経験したり、〈夫の反応〉を敏感に捉えて〈希望の継続〉を維持する。一方、妊娠の【可能性の試算】の根拠となる〈年齢リミット化〉は、〈希望の継続〉と表裏一体の関係で常に不妊女性の中で意識され、〈受療のタイミング〉や〈心身の準備〉などの調整行動をとりながら、自分を取り巻く他者との折り合いをつけて治療を継続していた。

一般不妊治療の不成功に引き続き、医師は次の段階として体外受精を提案する。一般不妊治療から体外受精への移行に際し、不妊女性は不成功の原因がわからないままに続けてきた治療の経緯を踏まえて〈曖昧な体外受精の開始〉を受け入れる。体外受精はいままでの治療で経験しなかった厳密な治療手順があり、プロセスの途中で上手くいかない場合はそこで治療が終了する。ひとつの手順をクリアするたびに不安と期待感に〈一喜一憂〉するアンビバレントな気持ちの揺れは、〈情報アクセス行動〉を促進したり〈結果予測の身体的兆候〉に敏感となることと連動し、体外受精実施回数の増加を通じて累積された経験知によって【治療の習熟化】が促進されてい

く。また【治療の習熟化】は治療への向き合い方に変化をもたらす転換点となる〈ターニングポイント〉や、子どものいる・いない〈将来予測〉を女性にもたらす一方、治療の終結を見越した〈悔いを残さない〉という治療目的の変化も認められたが、基本的には【不妊治療の継続】を維持する方向に作用していた。しかし一方で、それらはいずれ訪れる治療の終結を示唆する【軟着陸にむけたレディネスの醸成】プロセスの形成を暗示していると推察された。

次に、コアカテゴリーとそれぞれのカテゴリー、概念についての定義とバリエーションの具体例を示す。なお、定義は「」、調査対象者の発言から引用した具体例は“ ”を用いて表す。

2. 不妊治療の開始における経験的プロセス

結婚後、対象者は“子どもはすぐできると思って”いたり“授かりもの”と思い、しばらく様子を見ていたが妊娠の兆候がなく、時間の経過とともに“もうそろそろ子どもがほしい”という育児希望の高まりを経験していた。また、近所の人や会社の上司・同僚から“子どもはまだ?”と問いかけられたり、友人の妊娠・出産の報告等は“あたしより後に結婚していく人たちがみんな(子どもが)出来るし。やっぱり周りもうるさいし。私双子

なんで、余計比べられるし。もうなんか周りがみんなうっとおしいんですよ、早く早くみたいな感じで”と、女性にとって子どもがいない状況が「他者との関わりによって感情が揺さぶられる経験」を引き起こし、その積み重ねが不妊治療の開始や継続の動機付けになっていると解釈し、〈他者比較〉という概念を生成した。

不妊治療を開始するには夫婦の合意が必須条件である。対象者が夫に不妊治療について相談したところ“いや一別に、なんにも言わへんかった”、“そんなまだ早い”っていうか‘まあそのうちできるんじゃないの’みたいな感じで、(夫は)あんまり乗り気ではなかった”といった、否定的ではないものの妻との間に若干の温度差が認められた。しかし治療を開始した後、“子宮内膜症がありますよかっていうことも聞くうちに、主人のほうもそこそこの歳いってるし、私が積極的になってたので、私の気持ちを…思うようにしたほうがいいって感じで、結局は押ししてくれたような形になって”というように、妻から治療の経過報告を受ける中で態度を次第に変化させ、妻と足並みがそろってくるプロセスが認められた。また妻は夫から“会社の同僚の人とかの家に行くと、子どもがもうこんだけになってるとか言って、膝の上のってきよんねやー”という話を聞き“ああやっぱりこの人も本当は(子どもが)欲しいんやな”と、夫の意向を汲み取ることもしていた。このように、妻が敏感にキャッチした「夫の不妊治療への取り組みや考え、態度」が治療の開始や継続の動機付けの要因になっていると解釈し、〈夫の反応〉という概念を生成した。この2つの概念は、不妊女性が暮らす生活の中で起きていることから【生活環境】カテゴリーとしてまとめられた。

このように、子どもを産むことを期待する家族・社会の存在は女性の中で規範に応じたいという欲求の高まりとなり、他者の反応を敏感に捉えることに繋がっていたことは既存の研究結果⁹⁾と同様であった。看護師は、不妊女性の意思決定が他者からの外発的な動機による選択ではないことを確認し、自己コントロール感と自己肯定感の維持を図りながら、女性の自律的選択を支援することが重要である。

3. 【不妊治療の継続】における経験的プロセス

(1) 不妊を自認していくプロセス

挙児希望を叶えるために〈不妊治療のはじまり〉から【不妊治療の継続】が開始される。対象者は治療開始後“これですぐ妊娠できるだろう”という希望を抱き不妊治療に取り組む。一般的には、治療開始の初期は不妊原因の検査と平行して基礎体温やタイミング指導など、身

体的な侵襲の軽い治療を同時に進められる¹⁰⁾。“最初はタイミング指導とか、おなかの中でずっと精子が大丈夫かという検査をしました。4ヶ月目くらいに卵管通過検査をして、そのときにまったく通ってなくてこれはあかんということになって、それで腹腔鏡手術をすることになりました”のように、徐々に「治療を受療すること」を裏付ける医学的診断が付けられ(不妊の身体的理由)が明らかとなり、対象者はそれぞれの〈不妊の身体的理由〉に沿った〈治療の段階的变化〉を経験していた。その後、一般不妊治療による妊娠が認められないとき、医師から“ずっと待ってから(体外受精を)やるよりは1回やってみたらみたいな話があつて”と体外受精への切り替えを薦められる。対象者は“もし妊娠を望むんだら体外受精とか、そんなんしかないって。そういう風に今までできてなんともならなかったからもう最後の賭けやわと思って”と、一般不妊治療によっても妊娠に至らなかった過去を踏まえて“試しにしてみよう”と体外受精を受け入れていた。これを「説明のつかない過去の治療の不成功体験から、新たな治療成功への糸口として体外受精の受療を決めること」と定義し(曖昧な体外受精の開始)という概念を生成した。これら4つの概念は、医学的に不妊原因の診断が下され、治療の客体として自己を認識する【不妊の自認過程】というカテゴリーでまとめられた。

このような【不妊の自認過程】は、不妊や不妊治療に対する女性の認知行動に変化をもたらすものと推察する。丸山¹¹⁾は、病气行動論の視点から不妊治療を受ける女性の認知行動を分類した結果、一般不妊治療から高度生殖補助医療への移行は、不妊女性にとって“不妊”というものを病气として位置づけることから、自己の決断の報酬を社会文化的な価値に転化させていくプロセスであると述べている。以上より【不妊の自認過程】には、治療に対する女性の価値付けの変化が伴うことを踏まえた上で、体外受精の選択が女性の自己実現に繋がる体験になるよう支援することが必要である。

(2) 治療の習熟化プロセス

体外受精・胚移植法(IVF・ET)や顕微授精(ICSI)など高度生殖補助医療は、いままでの一般不妊治療と異なり治療のプロトコルも複雑化し、身体的・精神的・経済的負担も大きい治療法である¹²⁾。そのため、対象者は希望をもって体外受精に望む反面、生活との折り合いがつけられるのかという不安も増大する。そのような不安への対処として“知ってからのほうが心積もりもできる”と治療に関する参考書を購入したり、医療者や不妊の仲

間を通じて情報収集を行っていた。それは「治療に関する情報をいろんな媒体から入手し、不安材料をひとつひとつ情報によって確認していくこと」と定義し、〈情報アクセス行動〉という概念を生成した。体外受精が開始されると対象者は、連日の注射による排卵誘発と卵胞モニタリング、採卵、受精、胚移植、黄体サポート、妊娠判定という幾つもの“ハードル”を経ることとなる。その間にハードルがひとつでも越えられなければその時点で治療は終了する。そのため対象者は“合格発表を待つような心境”といい、これを「治療の最中に妊娠する可能性に希望を抱くと同時に、常に失敗を引き合いに出して悪い結果も予測する、アンビバレントな心の動き」と定義し、〈一喜一憂〉という概念を生成した。その後、幾つものハードルを越えてようやく妊娠判定を待つ段階になった2週間は“あと1週間も残ってるんやけど、何て言うかな、はがれ落ちるような感じが分かるんですよ。あー、もうあかんって”と、結果を予測する身体的兆候に敏感になっており、これを「月経がくることを予感させる身体的兆候から、治療の結果を予測すること」と定義し〈結果予測の身体的兆候〉という概念を生成した。このように、〈情報アクセス行動〉〈一喜一憂〉〈結果予測の身体的兆候〉は体外受精の受療を開始した後、繰り返し経験される一連のプロセスであり、治療上の気がかりな事柄について情報の探索を行うと同時に、身体の変化に敏感となり治療の結果を予測する力を徐々に獲得し、治療結果の予測に習熟していく【治療の習熟化】というカテゴリーとしてまとめられた。

体外受精は治療のプロトコールが厳密で、医療者はともすると、そのプロトコールに則った治療を提供することに集中してしまいがちである。【治療の習熟化】プロセスは、患者の不安への対処行動と捉えられる。看護師は先の見えない患者に代わり、不安や緊張が高まりそうな局面を予測し、説明や情報提供を行う、体や心の仕組みや対処を教えるなど、予防的な関わりを心がけていく必要がある。

4. 不妊治療を継続している【医療環境】における経験的プロセス

【不妊治療の継続】において、不妊女性が医療者と多くの相互作用を経験する場が【医療環境】である。【医療環境】には〈医療側の希望継続言説〉と〈リリース体験〉という2つの概念が存在した。

対象者は希望を抱いて不妊治療を継続しており、この治療でなんとか子どもを授かりたいという思いから前向きな治療の選択を行っていた。一方、医療者側は患者へ

検査結果や治療不成功時の説明を行うときには正しい情報提供に努めると同時に、新たな選択肢を提示する。その結果、対象者は“一応(妊娠反応が)プラスがでたんやでって言われて。だからまあ、次に期待しましょうって言われて。だから全くだめやったわけじゃなくて、一応がんばってはいたんやから、卵の状況もいいし、何回か頑張っているうちには出来るやろうって言われて‘うん、そうか’って思って”と希望を抱いていた。これを「医療側から常に妊娠する可能性を示されることによって、希望の継続が維持されること」と定義し、〈医療側の希望継続言説〉という概念を生成した。不妊治療の特性として、人々が身体的・精神的な疾病を治療して健康な心身を手に入れることよりも、いかに早く確実に(すなわち効率的に)妊娠・分娩を達成するかという点に重点が置かれる¹³⁾との指摘がある。また、新たな選択肢の紹介は不妊のカップルに新たな希望を提供すると共に、可能な限りすべてのことを自分たちはやったかという義務感を感じさせる¹⁴⁾との報告にもあるように、対象者は医療者から常に妊娠の可能性を示す情報提供が繰り返されることにより、不妊治療の継続を前提とした【可能性の試算】を繰り返していた。以上を踏まえて、患者の自律的な意思決定を支援するためには、医療者自身が自分たちの中にある不妊治療の“成功”についての明確な定義を再評価する必要があると思われる。

一方、〈希望の継続〉を支える【医療環境】において対象者は、看護師や検査技師から声をかけてもらい、語れる場を提供してもらった経験から自分を取り戻した感覚を覚え“安心感、満足感”を得る体験をしていた。“この間(体外受精の)3回目が終わって生理が来たときに、検査の人が‘3回ぐらいは結構みんながーって頑張らるけど、3回目があかんかったらフウっと落ち込まはる人がやっぱり多いから’って言って、最後40分ぐらいかな、結構話聞いてもろたりとか。確かにいい時に話を聞いてもらえたなというのをすごく思った”と語り、これを「自分のニーズと医療者側が提供するケアの一致によって、安心感を得ていること」と定義し、〈リリース体験〉という概念を生成した。不妊治療は出口の見えないトンネルと称されるように、患者は先が見えず常に不安定な感覚を抱きながら治療を受けている。そんな中で自分からこうしてほしいといわなくとも、必要時に自分のニーズに見合ったケアが提供されるときに得られる感覚が〈リリース体験〉なのである。メイヤロフ¹⁵⁾は「相手が自分の気持ちを汲んでくれていると知っていると、自分自身、そして自分の世界をもっともっと真に見つめることができる」と述べている。それは看護師が介入の適

時を見極めて患者に働きかけることにより、患者は不妊治療を闇雲に続けることから、自分にとって不妊治療を続ける意味を問いながら、自律的選択ができる方向へと導く可能性を示唆していると思われる。患者を取り巻く【医療環境】において(リリーフ体験)を提供する専門職は患者と身近に接する機会の多い看護職が適任であり、このような機能を更に発揮できるよう専門性を磨くことが重要であると考えられる。

5. 軟着陸に向けたレディネスの醸成プロセス

不妊治療は妊娠、出産によって治療の終結を迎える者や、子どもを得られずに治療を終結する者など、治療によって挙児希望が叶えられたかどうかにかかわらず、いずれは治療を止めていく。そのきっかけとなりうるのが『妊娠できた』という経験であった。結果的には流産に終わったが“自分にも妊娠できるということがわかった”ということが更なる期待を生み出す場合もあれば、“(流産を経験した後)やっぱり気持ち変わったんですけど…今でも少し落ち着いたらまた次は(体外受精を)やってみたいとは思うんですね。やっぱり子供は欲しいっていう気持ちは変わらないんですけど。でも、だめだったときのことも少し、考えておかなきゃだめかなっていう気にもなれるようにもなった”と、今まで焦燥感に駆られて治療を続けていたが、気持ちが変わって子どもがいない将来を想定できるようになったと語る者もいた。これを「治療期間を通じて本人にとって意味深い出来事(妊娠・流産)や治療経験の累積から導き出された経験知を元に、これまでの治療への姿勢や考えに変化が生じたと本人が自覚すること」と定義し、(ターニングポイント)という概念を生成した。また、対象者は治療の継続を通して“もし上手くいけば何月ごろには家族が増えて、にぎやかになってるかなー”と、子どものいる将来像を思い描いたり、“もし今(子どもが)できても、その子が20になったときに私は52か…とかいろいろ考えると。それに主人は更に私より8歳上なんで、定年が…とか現実的なことを考えると、そんなにもういいかっていう気にもなっちゃう”といった、様々な家族像を思い描いていた。ここから「生殖補助医療を利用することによって得られるベネフィットやリスクを組み込んだ家族像を思い描くこと」と定義し、(将来予測)という概念を生成した。

不妊治療の継続の目処については年齢や経済問題などを挙げる者もいたが、ほとんどの対象者は治療の終結時期については明言せず“あのときにもうちょっとやっとならば良かったっていうのだけは、ちょっとかなわなん

なあとあって、‘もういいわ’っていうぐらいはやろうって思う”と語り、ここから「いま治療を中止すれば妊娠する可能性までも放棄することになり、その結果、自分の中に割り切れなさを残すことを危惧する気持ちが強く、自分を納得させる方法として‘やることはやった’という実感が得られるまで治療を継続しようと思っていること」と定義し、(悔いを残さない)という概念を生成した。

このように(ターニングポイント)や(将来予測)には自らの運命を受容し、現実と折り合いをつけていこうとする萌芽のようなものが含まれていた。それは自分なりの納得の仕方を模索する(悔いを残さない)という治療目的の変化を生じさせるきっかけともなっていた。看護者は不妊治療を選択し、真剣に取り組んでいる不妊女性の中にそのような認識の変化が生じる可能性があることを理解した上で、その女性の納得できる治療継続の仕方を共に考え歩む姿勢を示すことが重要であると考えられる。

V. 本研究の限界と課題

本研究の結果は、地方都市にある一不妊治療クリニックにおいて、女性不妊症により体外受精を受療している女性を対象にして限定されたものである。今後は不妊原因や治療の種類、治療期間の違いによる影響についても更に検討する必要がある。また、晩婚化傾向が今以上に進むと予測される将来、不妊治療を受ける女性の高齢化は必須であり、その結果、挙児希望が叶えられずに治療を終えていくカップルが増加する可能性が予測される。今後は【軟着陸に向けたレディネスの醸成】から治療終結にいたるプロセスとその変化の起点を明らかにすることに焦点を当て、女性の生涯発達における新たなアイデンティティの再構築に向けた、生殖医療における看護者の役割と機能を検討することが課題である。

VI. 結論

女性不妊症で体外受精を複数回受療している既婚女性14名にインタビューを行った。その結果、不妊治療を継続している経験的プロセスはM-GTAによる分析により、【希望の継続保証】が【不妊治療の継続】を維持し、【不妊治療の継続】が【希望の継続保証】を維持するという自動運動のような関係を呈していること、そしていずれは治療の終結する時がくるという特徴を有していることが示された。

看護者は不妊治療に通う当事者の「子供がほしい」というニーズを、医療の助けを借りて達成しようとする思いをありのままに受け止め、そして当事者が選択した個々の道程にかかわると同時に、看護者自身も治療の成

功に捉われていることも承知しつつ、支援する責任を再認識していく必要がある。

謝辞

本研究を終えるにあたり、不妊治療中にもかかわらず快く調査にご協力くださいました女性の皆様、およびコーディネートをいただいた施設の皆様に心より感謝申し上げます。また、M-GTA についてご指導いただいた立教大学木下康仁先生と M-GTA 研究会の皆様がこの場を借りて深く感謝申し上げます。

本研究は平成 15・16 年度文部科学研究費補助金(若手 B) 課題番号(15791312)により実施した研究成果の一部である。

引用文献

- 1) 山縣然太郎:平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」報告書
- 2) 橋場剛士, 吉村泰典:生殖補助医療がもたらす周産期医療への影響, 周産期医学, 35(10), 1333-1341, 2005
- 3) 阿部正子:体外受精を継続している不妊女性の治療への思いー不妊治療における意思決定支援のあり方を考えるー, 日本看護学会論文集第 35 回母性看護, 128-130, 2004
- 4) Ellen Frances Olshansky : Identity of self as infertile : an example of theory-generating research, Adv. Nurs. Sci, 9(2), 54-63, 1987
- 5) 加藤啓子, 横尾京子, 中込さと子:不妊女性が体外受精-胚移植を繰り返すことの意味, 日本助産学会誌, 19(1): 19-29, 2005
- 6) Glaser BG, Atrass AL: The discovery on grounded theory: Strategies for qualitative research, Aldine, Chicago(1976)／後藤隆、大出春江、水野節夫訳:データ対話型理論の発見, 新曜社, 1996
- 7) 木下康仁:グラウンデッド・セオリー・アプローチ; 質的実証研究の再生. 弘文堂, 東京, 1999
- 8) 木下康仁:グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践; 質的研究への誘い. 弘文堂, 東京, 2002
- 9) 阿部正子, 宮田久枝, 岡部恵子:女性の体外受精を継続する意思決定における価値体系. 日本看護学会論文集 33 回母性看護, 46-48, 2002.
- 10) 荒木重雄, 浜崎京子編著:不妊治療ガイドンス第 3 版. 97-128, 医学書院, 東京, 2003.
- 11) 丸山マサ美:不妊治療を受けた女性たちの手記の分析 第一報 病気行動のモデルからみた女性の不妊症, 医学哲学医学倫理 15 号, 26-32, 1997.
- 12) 荒木重雄, 福田貴美子編著:体外受精ガイドンス. 32-90, 医学書院, 東京, 2002.
- 13) 東京女性財団:女性の視点からみた先端生殖医療, 東京女性財団, 東京, 2000.
- 14) Ellen Frances Olshansky : Responses of High Technology Infertility Treatment, IMAGE : Journal of Nursing Scholarship20(3), 128-131, 1988
- 15) ミルトン・メイヤロフ／田村真・向野宣之訳:ケアの本質 生きることの意味, 92-102 ゆるみ出版, 東京, 1987

The Study of the experiential process which continues the medical treatment of the infertility woman who has received in vitro fertilization

Masako Abe

(University of Tsukuba Graduate School of Comprehensive
Human Sciences Institute of Nursing Science)

Key words : infertility women, in vitro fertilization, experience, Grounded Theory Approach

Abstract :

The purpose of this research is clarifying the experiential process which continues the medical treatment of the infertility woman who has received in vitro fertilization and obtaining the suggestion to the promotion and assistance of understanding of an infertility patient in nursing. In-depth interviews of 14 infertile women who undergo in vitro fertilization covering the female sterility which does not have delivery experience in the past were conducted in this qualitative study. As a result, having the feature that the time of the experiential process which is continuing infertility treatment being a relation through which it circulates by the dynamic interaction in which [the continuing guarantee of hope] maintains [continuation of infertility treatment], and [continuation of infertility treatment] maintains [the continuing guarantee of hope] by analysis by M-GTA, and someday medical treatment ending comes was shown. Though medical treatment is continued according to the needs of the patient who goes to infertility treatment even if of "wanting a child", it is important to respond to the thought which is going to borrow and attain medical help. A nurse needs to have a new appreciation of the responsibility which is concerned with each route which the infertility patient chose, and is supported. Furthermore, the nurse herself is caught by success of medical treatment must also recognize.