

不妊治療中の女性に及ぼすストレス因子の分析

西脇 美春

生殖医療の進歩は不妊女性にとって福音をもたらしたが、妊娠できるか否かのグレイゾーンの中で焦燥感を感じるなどストレスフルな状況におかれることが推測できる。そこで、不妊治療中の女性に及ぼすストレス因子を明らかにすることを目的に調査を行った。不妊治療中の女性85名に対してMASによる顕在性不安尺度と自作のアンケートを行ったところ、85名全員の回答を得た。その内、有効な回答は77名(91%)であった。その結果、本人自身のストレス因子は「不妊は残念」「妊娠できるか不安」など自己の妊孕力に関する内容が主であった。治療経過中に妊娠できないことに対する焦燥感、生殖能力の喪失からくる母性機能の劣等感なども因子となっていた。夫との関係では「夫の愛情を失う」「夫のため妊娠したい」などの回答が多く、夫の期待や夫との愛情の亀裂に対する懸念が圧力となり、ストレス因子になっていた。また、両親など家族からの期待に答えられない重圧感が因子になっていることも明らかになった。

キーワード：不妊女性，不妊治療，ストレス因子，家族

1 はじめに

既婚夫婦の10%が不妊であることは世界的に共通である。^{1),2)} しかし、日本においては、結婚は子孫を残すことを主たる目的であるかのように女性自身も夫及び家族、地域社会からも期待されているのが現状である。さらに、結婚後妊娠できない原因の全てが女性にあるかのように扱われることが多い。

結婚後数年を経て妊娠できない場合は、女性自身は自らの内的な圧力により自尊感情や自己の生殖能力の喪失から生じるアイデンティティの低下をもたらし、さらに、夫や親に対する罪障感を招くことが考えられる。^{3),4)}

また、両親や友人の期待が外的な圧力となり、前述の感情をさらに強め、孤独感や悲壮感にとらわれ夫との関係も悪化する可能性がある。^{4),5)}

最近の生殖医療の進歩は不妊治療中の女性に大きな福音をもたらした。しかし、不妊治療中の女性は妊娠が可能か否かの境界であるグレイゾーンにあり焦燥感やストレスフルな状況に陥りやすい。^{4),6),7),8)}

そのような女性への専門家(看護職者)による援助はほとんどなされていない。したがって、適切な援助のあり方を探るための基礎的知見を得るために、不妊治療中の女性の抱える心理・社会的問題からくるストレス因子の内容を明らかにすることを目的に本研究を行った。その結果、ストレスの内容について若干の知見が得られたので報告する。

2 研究方法

J医科大学産婦人科外来へ不妊治療に通院中の女性を対象とし、治療を待っている間に調査目的を説明し同意を得た女性85名に対して、自作のアンケートとMASによる

顕在性不安尺度を手渡し、85名全員からの回答を得た。回答が不十分なもの3名と分娩経験者5名を除外し、77名(91%)を有効回答とした。

3 結果及び考察

調査対象者の背景は、表2に示したように、結婚年齢は20~39歳で平均は26.5歳である。

現在の年齢は、25~43歳で18歳の年齢差があり、平均年齢は33.3歳である。現在の年齢については、森^{7),8)}によれば平均年齢が 34.0 ± 4.3 (SD)で範囲は21~43歳であり、岸田⁹⁾は平均31.8歳と報告しており本研究の結果と近似している。この結果から、不妊と診断された女性は20代から40代に至る広範囲の年齢で平均年齢は32~38歳の女性が治療を受けていることがうかがえる。

初経年齢の平均は12.4歳であり、結婚年齢や初経年齢は全国平均とほぼ同じである。

通院年数は0~13年の開きがあり、平均3.8年である。久島¹⁰⁾は治療期間3年未満が72.6%と報告しており、ほぼ似た通院期間である。森^{7),8)}によれば不妊治療期間は 5.4 ± 3.6 (SD)で、範囲は0~18年となっており治療期間は長い。森の場合は不妊治療の最終手段であるIVF-ETの治療中の女性を対象者にしていることによるのであろう。

婚姻期間は図1に示したように5年未満が20名(26%)、5~10年が47名(62%)、11~16年が9名(15%)で5年以上が77%を占めていた。婚姻期間の平均年数は3.4年で

表1 回答者の背景

項目	最小値	最大値	平均値
結婚年齢	20	39	26.5
現在年齢	25	43	33.3
初経年齢	10	15	12.4
通院年数	0	13	3.8

あり、久島¹⁰⁾の3～4年と近似している。

通院年数が4年弱であり、現在の年齢と結婚年齢の平均年齢差が6.8年であることから結婚3年後から妊娠を意識し、治療を開始したことになる。また、結婚5～10年が62%であり、結婚5～10年が治療の中心となる時期であるといえる。

妊娠経験の有無については妊娠未経験者が59%、妊娠経験者が41%である。

職業の有無については無職が36%、パートタイマーも含め有職者が64%である。

30歳台になり、結婚後3～4を経る頃には妊娠に対する希望が高まることが考えられる。

有職者については久島の報告¹⁰⁾では不妊女性の68.8%が、森の場合^{7),8)}は70.6%が職業についており、本研究の場合よりやや高い結果である。これらの結果から有職者の場合は、結婚後数年して仕事と家事の両立の安定が図られてから、妊娠を希望し始め、妊娠の計画をしたと考えられる。

本研究のMASによる不安尺度の調査結果では、MASの粗点の平均は17.2点で標準偏差は7.4点である。森の報告⁷⁾によればIVF治療群は18.1点であり、いずれも標準レベルである。

しかし、本研究の場合は図2に示したように、不安得点26以上の「高度な不安」が9名(12%)、不安得点22～25の「中等度の不安」が9名(12%)で計18名(24%)の女

性の不安得点が高く、自己不完全感を持っていると考えられる。

人間は、日常的にはある程度の不安をコントロールしながら生きているのが通常である。しかし、不安得点が8以下の女性は13(17%)名であるが、8以下は正常範囲に含まれるものの、不安を現わすのに抵抗を感じて不安得点が低くでただけで、実際には不安がかなり高い症例もあると言われており、要注意のレベルにあると言える。

ストレス因子の内容を女性(回答者)自身のアイデンティティや役割に関するものをまとめると図3に示すようになった。また、対象者のパートナーや家族などからの外圧によるストレス因子の内容は図4に示したようであった。

不妊女性自身のストレスの内「不妊は残念だ」に「その通り」と回答した者が96%で、「どちらかといえばそう」の4%含めると回答者全員が「不妊は残念である」と思っている。この結果は対象者の生殖能力の喪失がストレス因子となり、アイデンティティの低下をもたらしていると言える。これは岸田の報告⁹⁾による「不当感」(40%)に通ずる意識であると考えられる。

第2に多いのが「妊娠できるか不安」であり、「どちらかといえばそう」を含め72%がその通りと答え、不妊という事実を受容している者は少なく、妊娠の可能性に対して不安を抱きながら治療を続けており、治療過程がストレス因子になっていることがうかがえる。

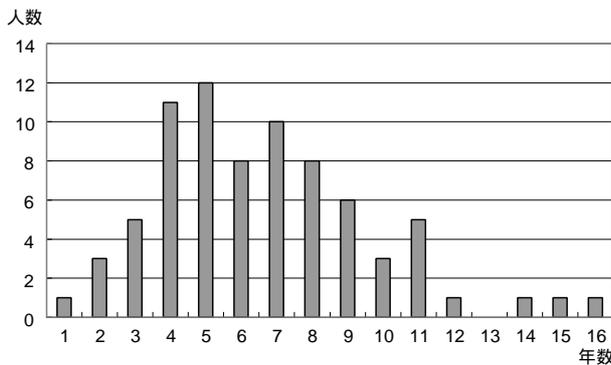


図1 婚姻期間

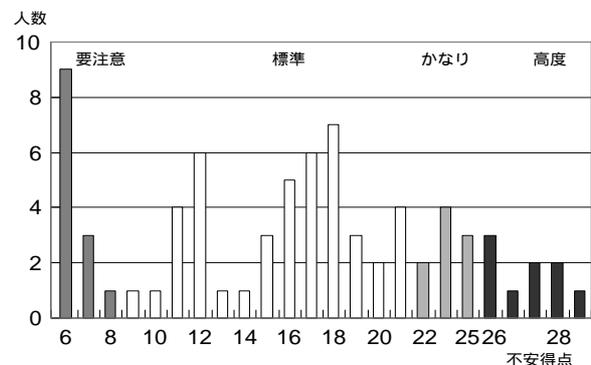


図2 MASによる不安得点

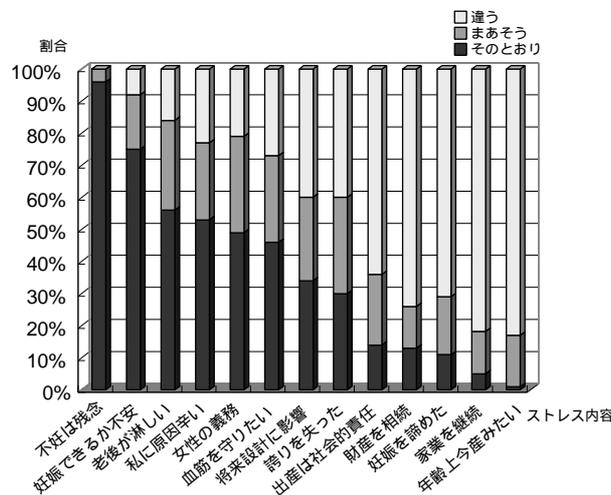


図3 対象者自身のストレス

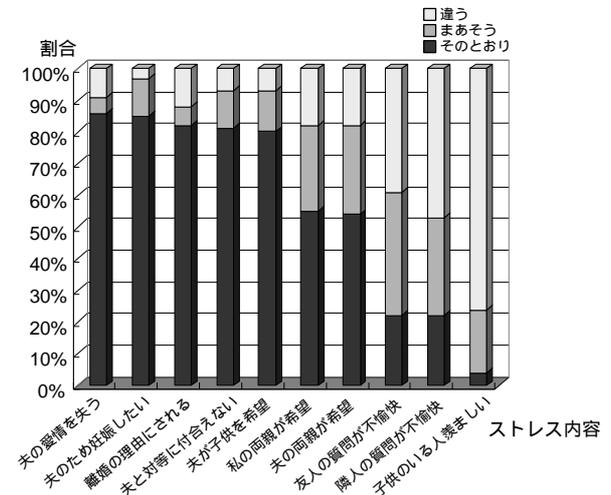


図4 パートナー等からのストレス

赤城⁴⁾によれば、治療経過の心理状態を自らの不妊治療経過の体験から、「不毛感、帰属意識の喪失感」を強調しており、森の第一報⁷⁾でも同様な結果である。また、岸田⁹⁾は「孤独感(60%)、落ち込み(40%)」として報告しており、不妊女性は不妊であることが残念であるという表現の中に種々の感情が交錯していることが考えられる。

その他「老後が淋しい」に対して56%、「私に不妊の原因があり辛い」53%など自己の将来や役割を果たせないことに関する心配をしている。

「財産を相続させたい」や「家業を継がせたい」など後継者を意識している女性は少ない。このことは治療中の女性にとっては、「妊娠できること」が唯一の目標であり、妊娠できるか否かがストレス因子になっていることが考えられる。

パートナーとの関係では、「夫の愛を失う」が86%、「夫のため妊娠したい」が86%、「離婚の理由にされる」が82%、「夫と対等に付き合えない」が82%、「夫が子供を希望している」が81%など、夫とのかかわりに関するこれらの質問全てに80%以上が「その通り」と答えており、この結果から夫の期待に答えられないことが外圧となり、妻としての役割や地位の喪失感及び曖昧さがストレス因子となっていると考えられる。

他のストレス因子としては「両親の期待」が外圧となり、50%以上の回答者が嫁としての地位への不安や娘として親の期待に答えられないことを気に懸けている。

不妊女性の家族など周囲からの重圧に関しては、原口¹¹⁾や久島¹⁰⁾は、家族との関わりの中で責任感を感じながら治療を続けていることを報告している。

これらのことから、不妊女性は自らの内なる圧力と家族、その他からの外圧によるストレスを抱えながら治療を続けている者が多いことを示している。

このことを清水³⁾は、不妊患者は常に子を持っていないことへの焦燥感、ひいては「母性」に対する喪失感、夫や姑に対する責任の重圧が付加されており、その根底にある失望、落胆、劣等感、悲観といった情動的ストレスの存在があることを主張している。

また、Greil¹²⁾が「Infertility and psychological distress: A critical review of literature」に関する文献研究で「不妊経験は社会構造的事情によって条件づけられる」と述べており、この分野の研究の必要性を強調しているように、不妊女性のストレス因子の主たる因子の一つが家族などからによるものであることから、不妊女性を取り巻く周辺の人々が、不妊女性に対してどのように感じ、ど

表2 対象者自身のストレス間の相関

ストレスの内容	ストレスの内容	相関係数(<i>r</i>)
老後が淋しい	女性の義務	0.527
老後が淋しい	血筋を継続	0.401
女性の義務	社会的責任	0.411
血筋を継続	財産相続	0.472
将来設計に影響	誇りを失った	0.465
財産相続	家業を継続	0.472

$\rho = 0$ の仮説の下に、 $n = 77$ のとき、 $P(|r| > 0.370) = 0.001$

表3 パートナー等からのストレス間の相関

ストレスの内容	ストレスの内容	相関係数(<i>r</i>)	有意確立
夫の愛情を失う	対等に付き合えない	0.634	0.001
夫の為妊娠	夫が子供を希望	0.479	0.001
離婚の理由	対等に付き合えない	0.395	0.001
私の両親希望	夫の両親希望	0.694	0.001

表4 対象者自身のストレスと他者からのストレス間の相関

対象者自身のストレス	他者からのストレス	相関係数(<i>r</i>)	有意確立
不妊は残念	夫の為妊娠したい	0.306	0.007
妊娠できるか不安	離婚の理由	0.37	0.001
女性の義務	夫の両親	0.323	0.004
財産相続	夫の両親	0.313	0.006
家業を継続	夫の両親	0.302	0.008

のような関わりをしているかに関する研究が急がれると考える。

回答者自身のストレス因子間の相関係数(*r*)を表2に示したが、相関係数が中程度 $r = 0.401 \sim 0.527$ の項目は「老後が淋しい」と「女性の義務」が、「老後が淋しい」と「血筋を継続」、「女性の義務」と「社会的責任」、「血筋を継続」と「財産相続」、「将来設計」と「誇りを失った」、「財産相続」と「家業を継続」などであった。

この結果から、役割に対するストレスは低かったが、役割を意識している女性は同一人がどの項目にも同じように回答している者が多いといえる。また、老後を意識している人の多くは女性の役割を意識していることがうかがえる。

表3に、夫や家族からのストレス因子間の相関係数を示した。「夫の愛情を失う」と「夫と対等に付き合えない」、「夫の為に妊娠したい」と「夫が子供を希望」、「離婚の理由」と「対等に付き合えない」、「私の両親希望」と「夫の両親希望」は $r = 0.395 \sim 0.694$ と中程度(比較的強い)の相関であった。

なかでも、「夫の愛情を失う」と「夫と対等に付き合えない」の相関係数は $r = 0.634$ と比較的強い相関であり、夫との関わりを圧力として感じている人が多かった。また、「本人の両親」と「夫の両親」の期待に答えたいと答えた者は $r = 0.694$ と強い相関を示し、同一女性が本人の両親と夫の両親の両方からの期待を外圧と感じているケースが多いことがわかる。

外圧の主な因子は、もっとも身近な夫や両親の期待に答えられないことを裏付ける結果であるといえる。

表4に、対象者自身と他者からのストレスとの相関係数を示したが、 $r = 0.302 \sim 0.370$ と弱い相関であり、本人自身のアイデンティティに関することをストレスととらえている人とパートナーなど他者からのものをストレスととらえている人の中には共通性が弱いといえる。

MASによる不安得点とストレス間に相関は見られなかった。

謝辞

調査に協力下さった方々に謝意を表すとともに調査に種々配慮下さった荒木重雄、前自治医科大学助教授(現国際医療情報センター所長)及び寒河江助産婦に感謝申

し上げる。

引用文献

- 1) Menning, B. E. : (1977) Infertility; A guide for the Childless Couple, Prentice Hall, Inc.
- 2) 庄子育子: 不妊患者を対象とした対外授精・胚移植についての意識調査, (1984)母性衛生, 112~117.
- 3) 清水哲也, 千石一雄, (1991)不妊患者への心理的ケア, 助産婦雑誌, 45: 21 - 24.
- 4) 赤城恵子(1991)不妊であることを通して, 助産婦雑誌, 45: 39 - 42
- 5) 杉内明子, 佐藤文彦, 他(199?)不妊症夫婦の精神心理, Sexual Science, 38 - 42.
- 6) 杉内明子, 佐藤文彦, 他(1992)不妊症夫婦の精神心理, 母性衛生, 33: 232 - 235.
- 7) 森恵美, 他(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1報) 不妊治療女性の心理状態について . 母性看護, 35: 332 - 339.
- 8) 森恵美, 他(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2報) 不妊治療女性の心理状態について . 母性看護, 35: 341 - 349.
- 9) 岸田佐智, 体外受精適応となった不妊女性の情緒的反応, (1995)高知女子大学紀要 自然科学編44: 51 - 63.
- 10) 久島衣江, (1991)不妊治療が治療中の女性の心理・生活に及ぼす影響とこれからの看護. 母性看護148 - 151.
- 11) 原口みどり他(1992), 不妊患者が抱える問題 女性の立場から心理面を探る 33: 622.
- 12) Arthur L. Greil, (1997) Infertility and psychological distress; A critical review of the literature, Soc. Sci. Med. 45:1679-1704.

Abstract

Analysis of Stress Factors on Infertile Women under Medical Treatment

Miharu NISHIWAKI

Infertile women under medical treatment are thought to be in a stressful condition by feeling much anxiety over successful of conception.

This study tried to elucidate what factors cause stress on infertile women under treatment. Two kinds of questionnaires were used my own and the MAS's anxiety measures. The were addressed to 85 infertile women under treatment. Satisfactory answers were collected from 77 women (90%). As a result, it was found that main stress factors originate from anxiety with regards to their fertility such as "feeling sorrow for infertility" and "anxiety for success of conception". A sense of urgency originating from unsuccessful conception and a sense of inferiority on maternity originating from loss of reproductive ability also constitute also other stress factors. As to relation with their husbands, they frequently expressed such answers as "anxiety over loss of husband's love" and "desire of conception for husband". This suggests that such factors as expectation of the husband and anxiety over loss of love from husbands cause stress. Expectations of their family or parents also clearly cause stress.

Key words : infertile women, infertility treatment, stress factor, family