

不妊治療を行う人々にとっての子どもを産む意味

おか だ けい こ
岡 田 啓 子

〈要 旨〉

「子どもをもつこと」への意味づけは、自然妊娠をした者と不妊治療経験を経て妊娠した
者で異なるのだろうか。本稿では、不妊治療経験者が子どもをもつことに対してどのよう
な意味を付与し治療に向かうのか、また、その意味づけが不妊治療期間に感じるストレス
の違いを説明するのにか示すことを目的に、質問紙調査による検討を行った。不妊治療経験
をもつ男性、女性ともに、自分たちは子どもを迎える準備が整っているという認識や、子
どもをもつことによって夫婦の絆が強まり、子どもをもつことで自身も成長するという意
味づけが自然妊娠群よりも強いことが伺えた。また、子どもをもつことに対する意味づけ
は不妊治療中のストレスや夫婦関係にも影響を与えることが示唆された。不妊治療者を支
援するにあたり、不妊治療を受ける者としてひとくくりにするのではなく、その治療背景
を踏まえた支援が不妊治療期間にある者の心理的支援に役立つと考えられた。

〈キーワード〉

不妊治療、子どもをもつ意味、生殖性

I. 問題と目的

不妊症とは“生殖年齢の男女が妊娠を希望し、普通の性生活を2年間送っているにもかかわらず妊娠の成立をみないこと”とWHOによって定義されている。しかし、この定義は“妊娠を希望”しているのにも関わらず、“一定期間妊娠しない”という動的な状態が症状として扱われており、そこには“妊娠を希望しなければ”不妊ではないという曖昧さがつきまとう。

1980 年中頃まで器質的に明らかな原因がある不妊を除いて、不妊は母性への無意識的な抵抗によって生じる心因性仮説が主とされてきた。こうした仮説に基づき不妊群と非不妊群のパーソナリティについて比較検討が行われたが有意差は認められず、次第に心因性仮説は支持されなくなった。その代わりにストレスが原因となって不妊となるのではないかという仮説が検討されるようになったが、この仮説も否定され¹⁾²⁾、現在では不妊が心理的要因によって生じないことは明らか

とされている。

不妊の原因や治療については科学的根拠のない言い伝えがつきまってきた。Menning (1977)は当時、アメリカにおいて流布していた不妊に関する一般的な言い伝えとして以下の6つをあげている³⁾。それは①女性が原因である、②心理的要因によって引き起こされる、③不治のものである、④性的障害を伴う、⑤養子をとると妊娠する、⑥不妊は人口調節のために引き起こされた自然淘汰の一つであるというものである。日本においても同様である。男性の不妊原因は問題にされず、一律に女性が原因であるとされ、古くは愚管抄において子どもを産まない女性が“石女(うまずめ)(=不生女)”と呼び名がつけられ忌み嫌われていた⁴⁾。さらに、跡継ぎをつくることが優先された社会において“嫁して3年、子なきは去る”など、結婚して3年または7年して子ができないことを離婚の理由とされる地方も多かった。そのため、子どものない女性が、妊婦の座ったあとへ座ると妊娠する、また胎盤がまだ温かいうちに踏むと妊娠する、もらい子を育てると子どもが授かる(種子)、人に知られないように産(うぶ)飯(めし)を食べるとよいなどのさまざまな言い伝えも生まれた。

このような言い伝えはなぜ生じたのだろう。これまでの歴史の中で結婚から妊娠という経過は社会的、宗教的、文化的に支持されてきた。古代においては子を産み、土地を肥やすことは生き延びるために不可欠かつ当然のことであった。近代社会では社会システムを永続的に継続させるために子どもは必要な存在であり、それが伝統であると何の疑いを持たれることもなかった。だからこそ1900年代まで、女性はバースコントロールや中絶とは無縁な存在であり、“結婚している女性が出産し、子育てを行う”というルールだけが唯一存在していたのである。しかし、第2次フェミニズム運動が始まると“子どもをもつこと”や“母性”への社会的意味づけが揺らぎ始めた。この運動における中心的な役割を果たしたHollingworth(1916)は、“social guardian: 社会的要請”が女性を母性や社会の期待に沿わせるようにしていると指摘した⁵⁾。なお、social guardianとは社会通念、法律、教育、習慣、芸術、女性の価値付けにおける社会の傾向や結婚生活における女性の役割などを示している。

このsocial guardianは現代の日本においても、結婚、妊娠、出産、育児という一連の流れが当たり前である風潮として存在している。特に日本では、子孫や跡取りとしての意識や結婚して子どもをもったら一人前とみなす社会通念が根強く残っている。また、血統を重んじる意識も強く、血のつながりを重視するあまり、養子縁組を選択するカップルも少ない。不妊であることは社会におけるスティグマとして位置づけられていると言えよう。

加えて、妊娠は精神分析学において成人の発達として自然と生じるものであるとされてきた。Freudは自身の理論の中で、女性は“ペニス羨望”から開放されるために子ども(理論上では男児)を産み育てることで欠落感を埋め合わせるとしている。こうしたFreud,Sの主張はEriksonのアイデンティティ発達におけるジェネラティヴィティは主に子どもを育てることによって養われるとする発達段階説に引き継がれており、また、家族心理学においても新婚期の次に子どもの誕生と育児期が置か

れていることを考える⁶⁾⁷⁾と、結婚-妊娠-出産-育児(子の成長)のライフコースを辿ることが発達するための前提とされている。このような状況の中、不妊症の人々はどこに位置づけられるのだろうか。

身体的、精神的、経済的に負担の大きい不妊治療を受けるという決断のためには、子どもをもつことへの積極的な意味づけが必要とされる。本研究では不妊治療経験者が子どもをもつことに対してどのような意味を付与し治療に向かうのか、また、その意味づけが不妊治療期間に感じるストレスの違いを説明するのか明らかにすることを目的とする。

Ⅱ. 方法

1. 調査協力者とその属性

現在、妊娠 6 ヶ月～ 10 ヶ月までの女性とそのパートナーの協力を得、うち、妊娠中の子どもが第 1 子の 132 組(女性 125 名、男性 114 名)を調査協力対象とした。

対象者の属性は女性が平均年齢 31.9 歳(SD 3.73)、男性が平均年齢 33.3 歳 (SD 4.96)であった。平均結婚月数は 31.86 ヶ月(SD: 31.42 ヶ月, range 0 ヶ月-165 ヶ月)である。

調査対象者のうち、不妊治療経験をもつ者(以下不妊治療群とする)は男性 14 名、女性 30 名、自分が不妊ではないかと疑ったことのある者(以下不妊疑い群とする)は男性 12 名、女性 29 名、不妊を疑ったことのない者(以下自然妊娠群とする)は男性 87 名、女性 71 名であった。

不妊治療経験を有するカップルに関する属性として、平均治療期間は 17.24 ヶ月(SD:13.77 ヶ月, range 1 ヶ月-60 ヶ月)であり、不妊原因は男性不妊 6 組、女性不妊 10 組、原因不明 11 組、その他(HLA 不適合、セックスレスなど)1 組であった(重複回答あり)。また、現在の妊娠までに経験した治療方法として、タイミング法 21 組、排卵誘発のための服薬 15 組、排卵誘発のための注射 12 組、その他服薬 6 組などすべてのカップルが一般不妊治療を受け、一般不妊治療が成功せず、高度生殖補助医療(ART)を受けたカップルは 11 組(人工授精:AIH10 名、体外受精:IVF-ET6 名、顕微授精 :ICSI5 名)であった。

2. 調査方法および調査時期

2009 年 1 月-9 月に東京近郊の一政令指定都市の A 保健センターおよび B 保健センターで行われる母親学級および両親学級の参加者、都内のマタニティヨガスクールに依頼したほか、知人を通じて配布を行い、郵送による回収を行った。また、不妊経験者支援を目的とする NPO 法人にも依頼し、web 上による質問紙調査も実施した。なお、web 上による質問紙調査の回答者はすべて不妊治療経験者であり、女性 8 名、男性 3 名の計 11 名である。

3. 質問紙の構成

1) 子どもをもつ意味

柏木・永久(1999)⁸⁾が作成した子産みの理由を参考に、子どもを欲しいと思った理由について

18 項目を設定し、1)と同様の4件法にて回答を求めた。柏木・永久(1999)は母親を対象にこの尺度を作成したため、女性でなければ答えられない項目(例;女性として妊娠・出産を経験したかった)などを除外し、項目の表現を一部改めて用いることとした。

2) 不妊治療期間のパートナーとの親密さ

野沢(2004)⁹⁾による質問紙のうち、不妊治療に関する親密さを質問する項目 12 項目を採用し、4 件法にて回答を求めた。

3) 不妊治療期間のストレス

小泉ら(2005)¹⁰⁾では不妊検査や治療場面における女性のストレスについて尺度を構成しているが、白井(2007)¹¹⁾にあるような、生活していく中で生じるソーシャルプレッシャーや人との比較による落ち込みに関する項目が含まれていない。そこで、小泉らの尺度を参考に、日常生活で感じるソーシャルプレッシャーに関する質問 5 項目と他者との比較による落ち込みに関する 4 項目を加え、新たに不妊治療期間に生じるストレスを測る質問紙を作成した。

4. 調査内容の分析

子どもをもつことへの意味づけを明らかにするため、SPSS(Ver.17.5)を用いて探索的因子分析(重み付けのない最小二乗法、プロマックス回転)にて分析後、Amosにて確認的因子分析(重み付けのない最小二乗法)を実施した。

その後、これらの分析によって明らかにされた因子構造を基に、各因子得点を求め、それぞれの独立変数(性別、不妊治療経験の有無)に関してのt検定を行い、不妊治療経験が治療に向かう理由について検討した。また、こうした治療に向かう理由が治療中のストレスに与える影響についても検討を行った。

Ⅲ. 結果

1. 因子分析

妊娠期、育児期それぞれに回答を求めた子どもをもつ意味に関する 18 項目について 4 件法による回答を求めた。得られたデータをSPSS(Ver.17.5)を用いて重み付けのない最小二乗法、プロマックス回転による因子分析を行った結果、4 因子を抽出した。因子の抽出は固有値.30 以上を基準として 3 項目を削除し、15 項目を採用した。第 1 因子は結婚したら子どもをもつのがあたりまえと思ったからなど 5 項目から構成される「(次の世代への)継承」、第 2 因子は子どもが好きだからなど 4 項目から構成される「子への意味づけ」、第 3 因子は二人だけの生活を十分に楽しんだからなど 4 項目から構成される「外的要因」、第 4 因子は夫婦の絆が強まるといったからなど 2 項目から構成される「夫婦のための子ども」とそれぞれ命名した(表 1)。

表1 子どもをもつ意味 探索的因子分析

	F1	F2	F3	F4
C8 結婚したら子どもをもつのがあたりまえと思ったから	.77	.05	-.13	-.02
C10 次の世代をつくることは、人としてのつとめだから	.77	.08	-.16	.06
C7 跡継ぎが必要だったから	.64	-.27	.25	-.04
C16 自分の子孫を残したかったから	.62	.08	.04	-.01
C13 子どもを産み、育ててこそ一人前だと思ったから	.46	.20	.05	.14
C17 子どもが好きだから	.03	.78	-.11	-.16
C3 子どもを産み育ててみたいと思ったから	-.09	.66	.10	-.08
C9 子育ては生きがいになるだろうと思ったから	.16	.53	-.01	.09
C18 子育てで自分が成長すると思ったから	-.03	.48	.27	.07
C14 二人だけの生活を十分楽しんだから	-.16	-.03	.73	.01
C2 経済的ゆとりができたから	.02	.08	.47	.00
C15 親が楽しみにしていたから	.29	-.09	.46	.04
C6 友人に子どもをもつ人が多くなったから	.15	.17	.44	-.10
C12 夫婦の絆が強まると思ったから	-.12	.15	.02	.86
C11 パートナーが子どもを欲しがったから	.13	-.25	-.03	.68
累積寄与率	30.62	38.32	42.68	46.48
α係数	.81	.73	.65	.67
因子間相関				
F1		.44	.53	.48
F2			.51	.63
F3				.53

探索的因子分析によって抽出された因子構造が妥当であるか検討を行うため、Amos (Ver.8)を用いて構造方程式モデリングによる検証的因子分析を実施し、探索的因子分析によって得られた因子構造に従って、下位項目群に潜在因子を仮定し分析を行った(図1)。

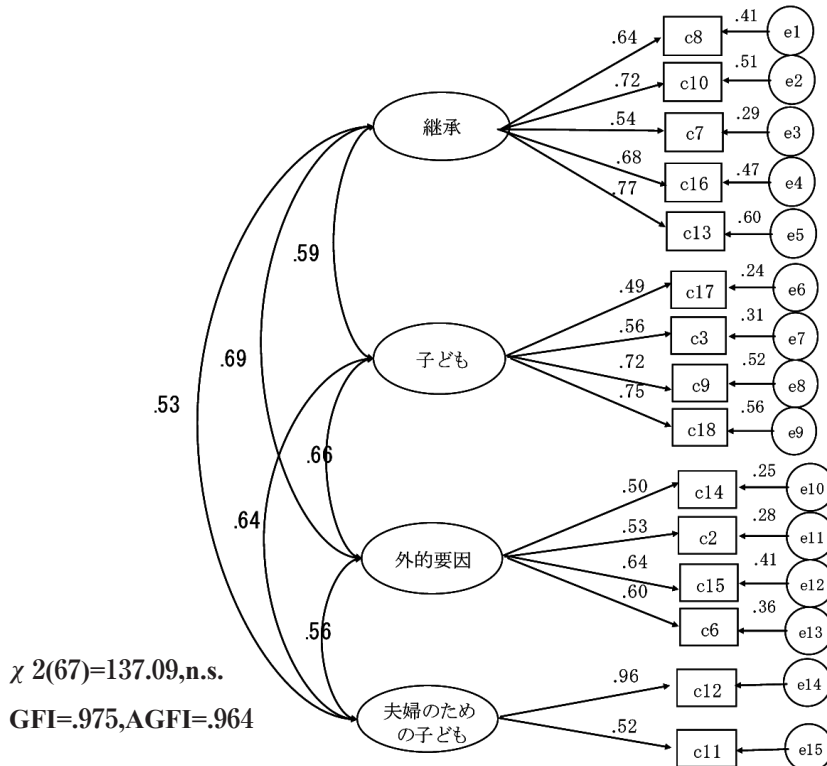


図1 子どもをもつ意味 検証的因子分析

分析の結果、GFI=.975,AGFI=.964と因子モデルのデータに対するあてはまりは十分であると考えられた。なお、潜在因子から下位項目へのパス係数はすべて有意なものである。また、下位尺度ごとの信頼性係数(α 係数)も「(次の世代への)継承」で.81,「子への意味づけ」で.73,「外的要因」で.65,「夫婦のための子ども」で.67であることから、本研究ではこの因子モデルを採用することとした。

2. 性別ごとの不妊治療経験群と自然妊娠群との相違

不妊治療経験が子どもをもつ意味づけに違いをもたらすのか検討するため、子どもをもつ意味4因子を従属変数として、男女それぞれの自然妊娠群と不妊治療群の2群におけるt検定を行った。なお、男性自然妊娠群におけるそれぞれの信頼区間は継承では95%CI[10.56 11.57], 子への意味づけでは95%CI[10.39 11.16], 外的要因では95%CI[7.20 7.81], 夫婦のための子どもでは95%CI[4.98 5.43]であった。一方、男性不妊治療群におけるそれぞれの信頼区間は、継承では95%CI[11.12 13.62], 子への意味づけでは95%CI[10.70 12.85], 外的要因では95%CI[7.86 9.57], 夫婦のための子どもでは95%CI[5.46 6.37]であった。

また、女性自然妊娠群におけるそれぞれの信頼区間は継承では95%CI[10.35 11.18], 子への意味づけでは95%CI[11.82 12.47], 外的要因では95%CI[8.10 8.69], 夫婦のための子どもでは95%CI[4.80 5.21]であった。一方、女性不妊治療群におけるそれぞれの信頼区間は、継承では95%CI[10.55 12.51], 子への意味づけでは95%CI[12.39 13.64], 外的要因では95%CI[8.83 10.20], 夫婦のための子どもでは95%CI[5.15 6.02]であった。

(1) 男性

「継承」,「子への意味づけ」,「外的要因」,「夫婦のための子ども」について有意差が認められ($t(163)=2.05, p<.05, d=0.44$, $t(166)=2.27, p<.05, d=0.45$, $t(166)=3.56, p<.001, d=0.75$, $t(37.76)=2.97, p<.01, d=0.58$), 不妊治療群の男性は自然妊娠群の男性よりも子どもをもつことに対し、意味づけを行っていることが示された(表2)。

表2 不妊治療経験の有無と子どもをもつ意味(男性)

	不妊経験	N	平均値	SD	t値(df)
継承	不妊群	24	12.96	3.96	2.05 (163)*
	自然妊娠群	141	11.23	3.79	
子への意味づけ	不妊群	24	12.25	3.15	2.27 (166)*
	自然妊娠群	144	10.78	2.90	
外的要因	不妊群	24	9.33	2.51	3.56 (166)***
	自然妊娠群	144	7.51	2.29	
夫婦のための子ども	不妊群	24	6.08	1.28	2.97 (37.76)**
	自然妊娠群	144	5.20	1.69	

*** $p<.001$ ** $p<.01$, * $p<.05$

(2) 女性

「子への意味づけ」,「外的要因」,「夫婦のための子ども」について有意差が認められた($t(176)=2.00, p<.05, d=0.33, t(176)=3.58, p<.001, d=0.57, t(175)=2.20, p<.05, d=0.36$)。不妊治療群の女性は自然妊娠群の女性よりも自己をとりまく状況や夫婦の絆を深めるため、さらに、子どもをもつことによる自己の成長を考えることによって子どもを望む傾向があることが示された(表3)。

表3 不妊治療経験の有無と子どもをもつ意味(女性)

	不妊経験	N	平均値	SD	t値(df)
継承	不妊群	51	11.73	3.80	.19(45.30)
	自然妊娠群	127	10.79	3.36	
子への意味づけ	不妊群	51	13.08	2.39	2.00(176)*
	自然妊娠群	127	12.26	2.50	
外的要因	不妊群	51	9.73	2.61	3.58(176)***
	自然妊娠群	127	8.31	2.30	
夫婦のための子ども	不妊群	50	5.72	1.63	2.20(175)*
	自然妊娠群	127	5.13	1.61	

*** $p<.001$ ** $p<.01$, * $p<.05$

3. 治療経験ごとの性差

不妊治療経験群, 自然妊娠群それぞれにおいて, 子どもをもつ意味に性差があるかを検討するため, 子どもをもつ意味4因子を従属変数とし, 男性, 女性の2群におけるt検定を行った。

(1) 自然妊娠群

「子への意味づけ」,「外的要因」について有意差が認められた($t(269)=4.47, p<.001, d=0.54, t(269)=2.84, p<.01, d=0.34$)。自然妊娠群において, 女性は男性よりも子どもを産み育てられる環境にあるのか, また, 子をもつことによる自己の成長を考える傾向があることが示された(表4)。

表4 性差による子どもをもつ意味(自然妊娠群)

	性別	N	平均値	SD	t値(df)
継承	男性	141	11.23	3.79	1.02(266)
	女性	127	10.79	3.36	
子への意味づけ	男性	144	10.78	2.90	4.47(269)***
	女性	127	12.26	2.50	
外的要因	男性	144	7.51	2.29	2.84(269)**
	女性	127	8.31	2.30	
夫婦のための子ども	男性	144	5.20	1.69	.37(269)
	女性	127	5.13	1.61	

*** $p<.001$ ** $p<.01$

(2) 不妊治療群における子をもつことへの意味づけ

子どもをもつ意味について, 性差による検討を行ったが有意差は認められなかった。

4. 不妊治療期間のストレスとの検討

不妊治療経験をもつ者を対象に, 不妊治療期間のストレスが子どもをもつことへの意味づけに差異を与えるのか検討するため, 子どもをもつ意味4因子の因子得点に従ってそれぞれ高群

低群の2群に分け、岡田(2010)¹²⁾によって示された治療中のストレス3因子(「家族との関係」,「治療・妊娠への不安」,「(子どもをもつ)周囲との比較」)の因子得点を従属変数とするt検定を行った。

継承因子得点高群におけるそれぞれの信頼区間は家族との関係では95%CI[7.11 8.89], 治療・妊娠への不安では95%CI[11.22 12.87], 周囲との比較では95%CI[9.25 11.37]であり, 低群におけるそれぞれの信頼区間は家族との関係では95%CI[5.56 7.37], 治療・妊娠への不安では95%CI[10.83 12.91], 周囲との比較では95%CI[9.60 11.68]であった。子への意味づけ因子得点高群におけるそれぞれの信頼区間は家族との関係では95%CI[6.51 7.98], 治療・妊娠への不安では95%CI[11.82 13.16], 周囲との比較では95%CI[9.96 11.65]であり, 低群におけるそれぞれの信頼区間は家族との関係では95%CI[5.97 8.81], 治療・妊娠への不安では95%CI[9.11 12.02], 周囲との比較では95%CI[8.07 11.06]であった。外的要因因子得点高群におけるそれぞれの信頼区間は家族との関係では95%CI[6.55 8.22], 治療・妊娠への不安では95%CI[11.41 12.99], 周囲との比較では95%CI[9.89 11.70]であり, 低群におけるそれぞれの信頼区間は家族との関係では95%CI[6.05 8.15], 治療・妊娠への不安では95%CI[10.39 12.67], 周囲との比較では95%CI[8.58 11.15]であった。夫婦の子ども因子得点高群におけるそれぞれの信頼区間は家族との関係では95%CI[6.42 8.20], 治療・妊娠への不安では95%CI[11.59 13.16], 周囲との比較では95%CI[9.95 11.95]であり, 低群におけるそれぞれの信頼区間は家族との関係では95%CI[6.27 8.22], 治療・妊娠への不安では95%CI[10.33 12.56], 周囲との比較では95%CI[8.73 10.88]であった。

不妊治療ストレス第1因子「家族との関係」について,「(次の世代への)継承」高群(41名)と低群(32名)の2群間に有意差が認められた($t(67.26)=2.35, p<.05, d=0.55$) (表5)。

表5 子どもをもつ意味「継承」得点と不妊治療期間のストレス

	継承	N	平均値	SD	t値(df)
家族との関係	低群	32	6.56	2.93	2.35(67.26)*
	高群	41	8.20	2.98	
妊娠・治療への不安	低群	31	11.61	3.36	.80(70)
	高群	41	12.17	2.56	
子どもをもたない自分	低群	32	10.78	3.33	.27(71)
	高群	41	10.56	3.51	

* $p<.05$

また, 不妊治療ストレス第2因子「妊娠・治療への不安」について,「子どもへの意味づけ」高群(19名)と低群(54名)の2群間, および「夫婦のための子ども」高群(43名)と低群(29名)の2群間について有意差が認められた($t(70)=2.80, p<.01, d=0.23, t(69)=2.03, p<.05, d=0.48$) (表6, 表7)。

表6 子どもをもつ意味「子への意味づけ」と不妊治療期間のストレス

	子への意味づけ	N	平均値	SD	t値(df)
家族との関係	低群	19	7.68	3.37	.34 (71)
	高群	54	7.41	2.96	
妊娠・治療への不安	低群	18	10.33	3.11	2.80 (70)**
	高群	54	12.46	2.68	
子どもをもたない自分	低群	19	10.05	3.54	.90 (71)
	高群	54	10.87	3.38	

** $p < .01$

表7 子どもをもつ意味「夫婦のための子ども」と不妊治療期間のストレス

	夫婦のための子ども	N	平均値	SD	t値(df)
家族との関係	低群	29	7.48	2.91	.12 (70)
	高群	43	7.40	3.16	
妊娠・治療への不安	低群	28	11.04	3.07	2.03 (69)*
	高群	43	12.44	2.71	
子どもをもたない自分	低群	29	9.97	3.16	1.33 (70)
	高群	43	11.05	3.55	

* $p < .05$

以上より、子どもをもつ意味として継承を強く意識する者は、治療中の家族との関係をストレスに感じやすく、子どもをもつことによる自己の成長や子どもをもつことで夫婦の絆をより強めるという意識が強いものは、妊娠・治療への不安が高いことが示された。

5 不妊治療期間の夫婦関係との検討

不妊治療経験をもつ者を対象に、子どもをもつことへの意味づけによる不妊治療期間の夫婦関係の差異をみるために、子どもをもつ意味4因子をそれぞれ高群低群の2群に分け、岡田¹²⁾によって示された不妊治療期間の夫婦関係3因子(「状況の共有」、「感情の共有」、「治療の理解」)の各因子得点を従属変数としたt検定による検討を行った。継承因子得点高群におけるそれぞれの信頼区間は状況の共有では95%CI[12.56 14.19]、感情の共有では95%CI[12.63 14.30]、治療の理解では95%CI[6.83 7.52]であり、低群におけるそれぞれの信頼区間は状況の共有では95%CI[13.07 14.52]、感情の共有では95%CI[13.18 14.82]、治療の理解では95%CI[6.70 7.67]であった。子への意味づけ因子得点高群におけるそれぞれの信頼区間は状況の共有では95%CI[13.28 14.52]、感情の共有では95%CI[13.53 14.80]、治療の理解では95%CI[6.96 7.54]であり、低群におけるそれぞれの信頼区間は状況の共有では95%CI[11.60

13.79]、感情の共有では95%CI[11.27 13.78]、治療の理解では95%CI[6.82 7.70]であった。外的要因因子得点高群におけるそれぞれの信頼区間は状況の共有では95%CI[13.13 14.46]、感情の共有では95%CI[13.13 14.57]、治療の理解では95%CI[6.97 7.54]であり、低群におけるそれぞれの信頼区間は状況の共有では95%CI[12.20 14.13]、感情の共有では95%CI[12.42 14.51]、治療の理解では95%CI[6.97 7.55]であった。

夫婦のための子ども因子得点高群におけるそれぞれの信頼区間は状況の共有では95%CI[13.43 14.48]、感情の共有では95%CI[13.35 14.78]、治療の理解では95%CI[7.23 7.71]

であり、低群におけるそれぞれの信頼区間は状況の共有では95%CI[12.22 14.19]、感情の共有では95%CI[12.26 14.31]、治療の理解では95%CI[6.49 7.39]であった。

「夫婦のための子ども」高群(43名)と低群(28名)の2群間において、不妊治療期間の夫婦関係「状況の共有」($t(43.70)=2.48, p<.05, d=0.61$)、「治療の理解」($t(40.30)=2.31, p<.05, d=0.57$)に有意差が認められた(表8)。

表8 子どもをもつ意味「夫婦のための子ども」と不妊治療期間の夫婦関係

	夫婦のための子ども	N	平均値	SD	t値(df)
状況の共有	低群	28	12.75	2.69	2.48(43.70)*
	高群	43	14.23	2.07	
感情の共有	低群	29	12.90	2.97	1.89(70)
	高群	43	14.12	2.49	
治療の理解	低群	29	6.90	1.40	2.31(40.30)*
	高群	43	7.56	.80	

* $p<.05$

以上より、子どもをもつことで夫婦の絆をより強めるという意識が強い者は、治療中、状況の共有や治療の理解を行う傾向が高いことが示された。

Ⅳ. 考察

1. 子どもをもつことへの意味づけ

柏木ら⁸⁾は40代、60代の女性を対象に検討した子どもをつくった理由について「情緒的価値」「条件依存」「自分のための価値」「社会的価値」「子育て支援」の5因子を抽出しているが、本研究では4因子に一部再構成された。「条件依存」は「外的要因」として、「自分のための価値」は「子への意味づけ」としてほぼその因子が保持されたが、子どもを次世代につなぐ存在と意味づけることは同時に「当たり前」であると認識していることがうかがえた「継承」因子、また、配偶者の希望に沿う形で子どもを望み、そうすることで夫婦の絆を深めようとする「夫婦のための子ども」は本研究によって見出された。

2. 治療経験の有無と子どもをもつことへの意味づけ

不妊治療経験をもつ男性、女性ともに、自分たちは子どもを迎える準備が整っているという認識や、子どもをもつことによって夫婦の絆が強まり、子どもをもつことで自身も成長するという意味づけが自然妊娠群よりも強いことが伺えた。

不妊治療を受けた経験のある男性は、自然妊娠によって子どもを得た男性よりも子どもをもつことに対して多くの意味を見出していることが示された一方、女性に関して自然妊娠群と不妊治療群において「(次の世代への)継承」という意味づけに差はみられなかった。これまでになされてきた事例報告において、不妊治療経験者が強くもつとされてきた継承するための子どもという意味づけ

は、不妊治療経験の有無に関わらず子どもを望むすべての女性にとって“プレッシャー”となることが予想される。

自然妊娠群では女性は自分が子どもをもつことで自らが成長するという意識や子育ての環境、条件について、男性よりも重い意味づけを行っていることが示された。多くの先行研究によって示されているように、妊娠や出産は女性にとって大きなライフイベントである。こうしたライフイベントによる自分や家族の成長が阻害されぬよう、子育てをするのにふさわしい環境が整うという前提条件を基に、子どもをもつことを現実的に考えるのではないだろうか。

一方、不妊治療群において性差は認められなかった。治療を受ける選択やステップアップに際し、なぜ治療を受けるのか、なぜ子どもを望むのかという点について自らに問い、カップル間でも話し合いを行うことが多いと考えられる。こうした行為を通じ、妊娠・出産はカップルが目標とするライフイベントとして共通に位置づけられていくと推測された。

3. 治療ストレスと子どもをもつことへの意味づけ

本研究では子どもをもつことへの意味づけが、治療中に感じるストレスや治療中の夫婦関係に影響をもたらすことも明らかとなった。

子どもをもつことに自分の子孫を残して次世代を育てることが当然であるという意味づけを行う者は、治療中の家族との関係によって生じるストレスを強く感じていた。自分の血を受け継ぎ、同時に、家を継ぐ子どもを望む中では、配偶者の治療に積極的ではない態度や双方の両親からの「孫はまだか?」という問いに敏感に反応することは想像に難くない。継ぐための子どもを得るために治療を受ける自分とそれに協力的ではない配偶者、子どもを得ることができない自分と後継ぎを望む双方の両親といった構造が治療中のストレスが生じる要因であると考えられた。

子どもをもつことで自分自身の成長が見込めると考える者は妊娠・治療への不安を強く感じていた。彼らは子どもを育てることにEriksonのいう第7段階の発達課題である“世代性”という価値を強く付与していると考えられる。“世代性”とは、「次世代を導き、確立することへの関心」や「新しい存在や新しい製作物や新しい概念を生み出すこと」であると定義される。したがって、万が一、子どもをもたない人生を選択しなくてはならなくなったとき、自分自身を成長させるためには子育て以外の何かが必要であると考え、子育てとは異なる形で育成(部下を育てる、自分の仕事を引き継ぐ)といった行為に結びつくことも予想される。

そして子どもをもたない自分に強いストレスをもつ者ほど、自分たちは子どもを育てるための環境が整っていると感じている傾向が強いことが示された。全体として不妊治療群は子どもを迎えるための準備が整っていることを強く意識していたが、妊娠や子育てに向けての準備が万端であるのにもかかわらず、子どもを授からない自分という対比的構造は自らの欠落感を感じさせることにつながると考えられる。

4. 治療中の夫婦関係と子どもをもつことへの意味づけ

子どもをもつことへの意味づけは治療中の夫婦関係にも影響をもたらしていることが示された。

夫婦のための子どもを授かるために夫婦間において治療状況を共有したり、受けている治療について共通の理解をもつことは不可欠であるため、それが反映されたと考えられる。同時に、こうした子どもをもつことへの意味づけが治療中の夫婦関係のあり方を予測することも示された。

ただし、治療中の感情を夫婦で共有する程度と子どもをもつことへの意味づけに差異は認められなかった。治療に向かう理由に関係なく、不妊であることや治療を受けることに起因する辛さ、悲しさを自分だけが抱え込まずに、その心情を配偶者に吐露し、互いの感情を受け止め、共有することでその辛さを軽減していると考えられた。

V. 総括

岡堂⁷⁾は家族ダイナミクスは結婚に始まり、時とともに変動しながら一定の経過 (family process) をたどりながら変化するものであるとし、家族ダイナミクスの発達に関わる要因として、夫婦の連帯性、子どもの養育と社会化、家族危機 (family crisis) への対応能力の3つを挙げている。夫婦の連帯性は結婚の初期から第1子の誕生までに強化されるとしており、不妊はこの時期に生じる大きな家族危機である。この危機を夫婦の連帯によって乗り切ろうとすることは、家族ダイナミクスの発達を促すと予想される。不妊は夫婦の関係性を破壊させることにもなるが、関係性を深化・成熟させる可能性ももつ。不妊というできごとが夫婦にとって自分たちの関係性を見つめ直し、その後の人生を考えさせる契機となった場合、たとえ子どもをもつことが叶わなくとも、夫婦関係は深化・成熟することは可能となるのだろう。

さらに、治療動機となる子どもをもつことへの意味づけを把握することは治療期間に認識されやすいストレスについて予測することが可能となる。不妊治療者としてひとくりにするのではなく、その治療背景の理解が不妊治療期間にある者の心理的支援を行うときに重要な意味をもつ。

ただし、不妊治療者が危機を乗り越えるための子どもをもつことへの過度の意味づけを行う可能性もある。彼らの目標である妊娠、出産は必ず叶えられるものではない。彼らを心理的に支援していくためには、子どもを授かった場合の人生設計と同時に、夫婦も家族の形態の一つであるということに気づきをもたらし、授からなかった場合の人生設計や子どもをもたない自己への肯定的な意味づけや夫婦関係の再構築にも目を向けた長期的な視野をもった支援を行うことも求められる。

柏木ら⁸⁾は1人っ子の親にそれ以上産まない理由も問うている。そこでは自分のことをする時間がなくなる、生活のリズムを崩したくない、また子育てをするのが億劫といった、親自身の個人生活や時間を重視し、優先する態度や子育てによって親が負う心理的経済的負担感などが子どもを少なくする方向に動いていると結論づけている。そして、女性が母親であるだけではもはや充足しえず、高い自尊を保持することも不可能であり¹³⁾、医学の進歩が子産みを親の選択・決定とすることをほぼ完全に可能とし、母親になることは人生の選択になったとしている。こうした“子どもを望み、

なんの障害もなく自分の希望通りに産むことができた”者からは、子どもをもたない者はどのように映るのだろう。自分の意に反して子どもをもつことが叶えられないというよりも、自分の意思に従って子どもを産まない選択をしているかのように映ることもありうる。

社会において子どもをもたないことがいかなるイメージを持たれているのか、また、不妊治療を受けることがどのように思われているのか、こうしたイメージによって不妊治療者が抱えるスティグマについても今後検討が必要とされる。

〈引用参考文献〉

- 1) Berg,BJ and Wilson,J.F.:Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. *Fertility and Sterility*,53(4),pp654-661,1990.
- 2) Edelman,R.J.& Connolly,K.J.:Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology*,59,pp209-219,1986.
- 3) Menning,B.E.: *Infertility: A Guide for the Childless Couple*. Prentice Hall. 1977,p201.
- 4) 慈円著, 大隅和雄翻訳:愚管抄 全現代語訳,講談社学術文庫,2012,p448.
- 5) Hollingworth: Social devices for impelling women to bear and rear children. *American Journal of Sociology*,22,pp 19-29,1916.
- 6) Haley,J. 佐藤悦子訳:家族療法－問題解決の戦略と実際,川島書店,1985,p257.
- 7) 岡堂哲雄:家族心理学講義,金子書房,1991,p302.
- 8) 柏木恵子,永久ひさ子:女性における子どもの価値 今,なぜ子を産むか,教育心理学研究, 47(2),pp170-179,1999.
- 9) 野沢美江子: 不妊治療を受けているカップルの親密さを測定する尺度の開発, 看護研究, Vol.3, No.7, pp595-605, 2004.
- 10) 小泉智恵他: 不妊検査・治療における女性のストレス, 周産期医学, 35(10), pp1377-1383, 2005.
- 11) 白井千晶: 不妊当事者の人間関係－夫婦関係を中心に, 保健医療社会学論集, 18(1), pp25-37, 2007.
- 12) 岡田啓子:不妊および不妊治療がもたらすストレスと治療中の夫婦関係,生涯発達心理学研究 2, pp.54-64,2010.
- 13) 岡崎奈美子,柏木恵子: 女性の非伝統的職業選択・継続における家庭要因の検討,日本教育心理学会総会発表論文集,35,pp333,1993.