

原 著

不妊治療にかかわる看護師の ストレスと対処

Stressors and coping mechanisms of nurses caring for patients undergoing treatment for infertility

森 明 子 (Akiko MORI)*¹

有 森 直 子 (Naoko ARIMORI)*¹

村 本 淳 子 (Junko MURAMOTO)*²

要 約

本研究は、不妊治療にかかわる看護師のストレスと対処の実態を明らかにすることを目的とした。不妊治療実施施設で不妊患者の看護にかかわっている看護師を対象とした。963名の看護師から有効回答を得た不妊看護に関する自記式質問紙24項目中、2項目の記述データの内容分析を行った。ストレスに関する記述をした者は409名、対処に関する記述をした者はそのうちの365名であった。うち、ストレス状況に対処していない・対処できないとした者は51名であった。看護師のストレスは5カテゴリ・19サブカテゴリに分類され、中でも「不妊治療の提供システムと関連するストレス」の頻度が最も高かった。看護師のストレスの多くは生殖医療の診療システム上の問題、不妊看護の分野の未成熟さ、そして生殖医療の倫理的問題などと関連していた。看護師の対処は6カテゴリ・28サブカテゴリに分類され、中でも「不妊看護の性質と関連する対処」の頻度が最も高かった。看護師の対処の多くは看護活動・行為そのもので行われていた。

キーワード 生殖医療, 生殖補助技術, 不妊看護, 看護職, ストレス, 対処

Abstract

The aim of this research was to identify major sources of stress and coping mechanisms of nurses caring for patients undergoing treatment for infertility. All 963 nurses (registered nurses, public health nurses, and nurse-midwives) working in centers providing treatment for infertility in Japan received questionnaires; 409 of the 963 identified and describes sources of stress; of these, 365 described their coping mechanisms.

*¹ 聖路加看護大学 (St. Luke's College of Nursing)

*² 三重県立看護大学 (Mie Prefectural College of Nursing)

2002年2月14日受付 2002年6月10日採用

Sources of stress were classified into five categories and 19 sub-categories. The most frequently identified stressor was the system for providing infertility treatment. Other frequently mentioned stressors were problems in the immaturity of the field, and ethical problems.

Six coping strategies with 28 sub-categories were identified. Fifty-one nurses said that they simply denied their stress or were unable to cope with it. From the responses it seems that nurses appear to cope best with natural treatments for infertility. Many indicated that their coping was supported by being able to engage in nursing activities and behavior.

Key Words Reproductive Medicine, Reproductive Technologies, Infertility Nursing, Nursing Professional, Stress, Coping

I はじめに

生殖補助技術の開発・普及とともに、これらによる不妊治療を実施する医療施設は漸増している。不妊治療を受ける患者・家族に対し、施設内で行われている看護の現状・課題は何であろうか。

先行研究において、看護役割機能の因子の一部「他職種との共同」や「患者の相談にのる」などと、不妊治療にかかわる看護者のもつストレスの程度は相関関係がみられ、これらの役割を果たしていると評価した者ほどストレスが高かった(森, 1998)。すなわち、看護者のストレスは不妊看護におけるケアの質と関連性のある重要な視点であると思われた。

本研究の目的は、不妊治療にかかわる看護者の意識するストレスに焦点を当て、看護者のストレスとこれに対する対処の実態を明らかにすることである。ここでいうストレスとは、不妊の患者の看護上、看護者によってストレスとみなされた事柄をさし、そのストレスはジレンマを含むものと定義する。不妊治療には生殖補助技術による治療も含まれ、看護者が自覚するストレスのなかにはさまざまなジレンマによって引き起こされるものが含まれることが予測されたため、ジレンマをストレスのくくりの中でとらえるものとした。

II 方 法

1. 対 象

不妊治療実施施設で不妊の患者の看護にかかわっている看護者を対象とした。

2. データ収集方法

不妊の患者の看護に関連するストレスとその対処について自由記述してもらったデータを分析の対象とした。

O'Mara (1995) の看護専門職の4つの役割機能「代弁・代理 (Advocacy)」「共同・協調 (Collaboration)」「調整 (Coordination)」「ネットワークング (Networking)」を参考に作成した不妊の看護における役割機能、看護上のストレスおよび対処を含む看護、患者・看護者自身の価値観等に対する意識、そして看護者の属性など計24項目で構成された無記名・自記式質問紙中、「不妊の患者の看護と関連するストレスやジレンマ」があると回答した者に対し、「それはどのようなものか」および「それに対してどのように対処しているか」の2項目の自由記述をデータとした。

3. 調査の手順

生殖医学登録参加実施施設一覧(日産婦誌48巻12号, 1996年12月, pp.1195-1196)および出産情報誌に掲載された不妊治療施設のリストを参照し、全国都道府県を網羅するようにして、病院および診療所の計264か所に依頼した。調査に関する説明を文書で依頼し、承諾の得られた施設に質問紙を郵送した。データは匿名性を厳守することを約束した。研究の遂行にあたっては倫理的原則を遵守した。調査期間は1997年10月から同年11月までであった。

4. データ分析方法

不妊の患者の看護に関連するストレスおよび対処について、それぞれ自由記述された文章の内容

分析を行う。まとまりのある意味のとれる最小の文もしくは文節を分析の単位として抽出し、分類し、カテゴリ化をはかる。カテゴリに分類された内容の頻度(件数)を出す。信頼性の確保のために、不妊看護の研究歴があり、内容分析の経験をもつ研究者3名で意見の一致をみるまで協議を重ね、決定した。

III 結 果

1. 対象の背景

1,898部配布し、個別郵送で963名(50.7%)より有効回答を得た。うち、ストレスに関する自由記述の回答者は409名(42.4%)、対処に関する回答者は365名(32.6%)であり、ストレス自由記述回答者のなかに対処自由記述回答者の占める割合は89.2%であった。対象の背景を表1に示した。

対象は助産婦が多く6割を占め、准看護婦は最も少なく1割であった。大学病院と一般病院の勤務者で9割を占め、診療所の勤務者は約1割にとどまった。外来勤務者が6割を占めていた。

2. 看護者がもつストレス

看護者のストレスに関する自由記述を表2に示した。出現率は「不妊治療の提供システムと関連するストレス」がおよそ4割を占めて最も高く、次の「患者・家族との対人関係と関連するストレ

ス」と「不妊看護の性質と関連するストレス」が2割ずつで、合わせるとおよそ8割に達した。

1) 不妊治療の提供システムと関連するストレス

①患者とかかわりをもつための時間・場所・人手がない：“相談にのれる時間の余裕、部屋がない”“コミュニケーションが取れないうちに退院してしまう”“多数の患者に対し、看護職が少ないので十分なかかわりができない”など、入院期間の短さ、話をする場所のなさ、マンパワー不足で多忙であるなどにより、不妊の患者とのかかわりがもてないというものであった。

②妊産婦がいることで気を遣う：“周りが妊婦なので気を遣う”“胎児心音を聴いたり、赤ちゃんを見たりして患者が悲しいのではないかという思いがある”“不妊と産科のどちらともケアしにくい”など、不妊の患者を妊産婦のいる同じ外来や病棟でケアすることは、看護者にとってもストレスになっていた。

③プライバシーを保護しにくいことで気を遣う：“プライバシー保護の点から、言葉かけや対応に気を遣う”“授精台がカーテン1枚で仕切られているだけでプライバシーが守られない”“パートナーのプライバシーの対応をも考慮した個別の場所がない”など、不妊治療ゆえに、ことにプライバシーを保護するの必要を理解してはいるものの、実際は行にくい現状を表していた。

④不適切な診療体制で対応が難しい：“医師が患者との間でのみ時間外診療の予約を取り、病棟で行うので、事務当直、看護職、薬局など振り回されるような印象が強い”“採精室がないことが問題”“体外受精専用の処置室がなく安らいだ雰囲気がない”“設備面が不十分で患者が辛い思いをしている”など、時間外診療を必要とすることや従来の設備仕様のままで不妊治療を提供するため、対応しにくいというものであった。

⑤異なる看護ニーズをもつ患者間で優先度が拮抗する：“重症患者がいると不妊患者に手をかける比重が軽くなってしまう”“手術患者や末期患者に比べ重症感が少ないためにかかわりが薄くなる”など看護の重要性は意識しながらも現実には優先度が低くなりがちであること、その一方で、“不妊の患者からの電話に対応するのに他の患者への看護を中断しなければならない”“急な体外

表1 対象者の概要

年 齢	平均34.7歳 (Renge22-65, SD=8.7)		N=409
現在働いている資格	助産婦	253人(61.8%)	N=409
	看護婦	116人(28.4%)	
	准看護婦	40人(9.8%)	
勤務施設	大学病院	202人(49.4%)	N=409
	病 院	165人(40.3%)	
	診療所	42人(10.3%)	
勤務部署	病 棟	127人(31.1%)	N=409
	外 来	241人(58.9%)	
	病棟・外来の両方	41人(10.0%)	
勤務年数	平均5.8年 (Renge0.08-24, SD=5.0)		N=409

表2 不妊治療施設の看護師のストレスの内容

(484件/409人)

カテゴリー		件数	%
不妊治療の提供システムと関連するストレス	患者とかかわりをもつための時間・場所・人手がない	74	18.0
	妊産婦がいることで気を遣う	59	14.4
	プライバシーを保護しにくいことで気を遣う	23	5.6
	不適切な診療体制で対応が難しい	15	3.6
	異なる看護ニーズをもつ患者間で優先度が拮抗する	10	2.4
	小計	181	44.2
患者・家族との対人関係と関連するストレス	患者の苦悩・負担を直に感じる	41	10.0
	患者の気質に対する不快さ	39	9.5
	家族関係に対応するのが難しい	19	4.6
	小計	99	24.2
不妊看護の性質と関連するストレス	妊娠不成立時・長期不妊の患者に対する看護が難しい	52	12.7
	精神面を個別的に看護することが難しい	19	4.6
	看護の方法・範囲が分からない	19	4.6
	リスク・倫理的問題への懸念・責任を感じる	4	0.9
	小計	93	22.7
看護師個人の背景と関連するストレス	自分と価値観の異なる患者を看護することが難しい	34	8.3
	自分の学習・力量の不足を感じる	33	8.0
	結婚・妊娠など同性としての経験が看護に影響することへの懸念	9	2.2
	小計	76	18.5
チーム関係やメンバー役割と関連するストレス	医師と患者の強い関係のために関わりにくい	15	3.6
	医療者間のコミュニケーション・連携が不足している	9	2.2
	医師の治療方針に疑問を感じる	6	1.4
	不妊治療・医師と患者の間の調整が難しい	4	0.9
	小計	34	8.3

受精の介助を行うことは、他の入院患者を受け持っている上に仕事量が増えてストレスだ”など、優先して行わなければならないこともあることを示していた。

2) 患者・家族との対人関係と関連するストレス

①患者の苦悩・負担を直に感じる：“通院と仕事の狭間で苦しむ人を見ていること”“世間はなぜ不妊の人を傷つける言動をするのかと思う”“治療費が高いので何とかならないか”など、患者の苦悩や負担を目の当たりにしていること、いたたまれない気持ちになることなどを示していた。

②患者の気質に対する不快さ：“体外受精の回数を重ねるうちに、だんだんわがままになる患者への対応に不快な思いをする”“あまり神経質だと接していて疲れる”“独特の気質があり、対応す

ることの難しさがある”など、患者側の特性ゆえに不快な思い、対応の難しさを感じると表明していた。

③家族関係に対応するのが難しい：“夫婦・家族間のことを聞くことでこれらの関係がうまくいかなくならないかが心配で十分相談にのれない”“夫が治療に消極的なとき、どのように指導していけばよいのか”“患者は子がいなくてもよいと考えているのに周囲の人が望んでいるとき”など、患者と家族へのかかわりの難しさを示していた。

3) 不妊看護の性質と関連するストレス

①妊娠不成立時・長期不妊の患者に対する看護が難しい：“体外受精がうまくいかなかったときの看護が課題である”“妊娠につながらないケース

の精神状態をフォローするタイミングのはかり方が難しい”“少しの可能性にも賭けたい思いやあきらめたいという思いをもつ患者にどのような対応がよいのか考えさせられる”など、不妊の患者の悩みに対する具体的な看護の難しさを表していた。

②精神面を個別的に看護することが難しい：“患者が求めるケアは個々に違うような気がして難しい”“他人に相談しにくいことなので精神面の看護が大切であるが対応の難しさを感じる”など、精神的な支援に対する患者個々のニーズが高いにもかかわらず応えきれない現状を示していた。

③看護の方法・範囲がわからない：“不妊の患者のケアがはつきりつかめず、何をすべきか日々悩む”“どのように声をかけたらよいかわからない”“訴えの少ない患者にどこまで踏み込んでよいかわからない”などであり、不妊看護の実践がわからないために踏みとどまっているというものであった。

④リスク・倫理的問題への懸念・責任を感じる：“重症の卵巣過剰刺激症候群患者の看護に不安を感じる”“治療や副作用に関する質問や問い合わせに対し、的確に答えなければならぬことに責任を感じる”“多胎妊娠への減数手術があるが合法的には認められていないことである”“妊娠は喜ばしいが、多胎妊娠の管理と未熟児出産後の管理がたいへんである”というものであった。

4) 看護者個人の背景と関連するストレス

①自分と価値観の異なる患者を看護することが難しい：“子を熱望する気持ちはわかるが治療内容がエスカレートしてしまっただろうか”“子をもつこと以外に生き方があると思うのでそのことに必死になるのはどうかと思う”“個人的な価値観が違い看護に限界を感じる”など、看護者個人の価値観とのジレンマであった。

②自分の学習・力量の不足を感じる：“不妊治療についての知識が浅く、患者に聞かれても答えられない”“勉強不足で患者の満足のいく対応ができない”などが看護者自身のストレスになっていた。

③結婚・妊娠など同性としての経験が看護に影響することへの懸念：“未婚のため不妊かどうかもわからずほんとうにわかってあげられないのではと思う”“妊婦の身で対応するのが患者の気持ちを考えると申し訳ない気がする”“不妊で悩んだ

ことがなく十分に思いを汲んであげられているか不安”など、個人の経験が患者理解や患者の心理に影響することを気にかけていた。

5) チーム関係やメンバー役割と関連するストレス

①医師と患者の強い関係のためにかかわりにくい：“患者と医師との間だけで診療・治療が進み、あまり看護者が入り込めない”“医師と密接な結び付きがあり、看護者に何を期待しているのか把握しにくい”など、患者－医師関係ゆえにかかわりにくいというものであった。

②医療者間のコミュニケーション・連携が不足している：“医師－看護者の連携が少ない”“外来－病棟の連絡がうまくいかず患者に迷惑がかかる”“医師間のコミュニケーションが不足している”“医師を含めたカンファレンスがなく患者の背景や治療方針が把握しにくい”などがあつた。

③医師の治療方針に疑問を感じる：“医師の中には妊娠すればよく、その後のフォローをしない人がいる”“治療や検査の適応に疑問を感じる”“患者のニーズと治療方針が合致していない”などが看護者のストレスになっていた。

④不妊治療・医師と患者の間の調整が難しい：“医師の患者への説明が難しすぎて患者は看護婦に聞いてくる”“医師から説明を聞いているはずの患者に質問され、同席していないので医師に確認に行くと、さっき説明したと言われ、間を行ったり来たりしてしまう”“患者の意見や要望が医師に伝わっていない様子で患者に不満が残っている”など患者と医師との間をつなぐ調整の役割遂行上のストレスがあつた。

3. ストレスに対する看護者の対処

看護者の対処に関する記述を表3に示した。出現率は「不妊看護の性質と関連する対処」が最も高くおよそ4割を占め、次の「不妊治療の提供システムと関連する対処」を合わせると6割を超えた。「対処していない・できない」は3番目に多く、その回答者は51名(13.9%)いた。

1) 不妊看護の性質と関連する対処

①患者の話聴き、コミュニケーションをはかる：患者相談の場などシステムの有無にかかわらない通常の診療の場で対話をもととする対処がみられた。

表3 ストレスに対する看護者の対処の内容

(377件/365人)

カテゴリー		件数	%
不妊看護の性質と関連する対処	患者の話を聴き、コミュニケーションをはかる	74	20.2
	患者の意向・希望に添う	20	5.4
	リラックスし、話しやすい雰囲気を作る	13	3.5
	初診時、入院時、出会った時に情報収集する	10	2.7
	検査・治療について説明する	10	2.7
	患者のそばにいて、一緒に考える	7	1.9
	希望をもつように励ます	6	1.6
	診察・治療の受け方、治療中の生活について助言する	4	1.0
	処置に伴う苦痛の軽減をはかる	2	0.5
	看護研究する	1	0.2
	小計	147	40.2
不妊治療の提供システムと関連する対処	部屋・場所を配慮する	45	12.3
	プライバシーを保護する	13	3.5
	診療・看護体制をつくる	10	2.7
	患者とかかわりをもつ時間をつくる	9	2.4
	患者にシステムについて予め説明し、理解を求める	7	1.9
	待ち時間を短縮する配慮をする	3	0.8
小計	87	23.8	
対処していない、対処できない		51	13.9
チーム関係やメンバー役割と関連する対処	メンバー間のコミュニケーションをはかる	23	6.3
	メンバーと共に学び合う	10	2.7
	医師と患者間のコミュニケーションを円滑にするよう介入する	8	2.1
	他施設と連携しながら対応する	4	1.0
	医師に説明してもらう	2	0.5
	小計	47	12.8
看護者個人の背景と関連する対処	自己研鑽を積む	15	4.1
	さまざまな価値観を患者に伝える	7	1.9
	患者の価値観を尊重する	6	1.6
	価値観を区別し、割り切る	4	1.0
	不妊に関する啓発的行動をとる	2	0.5
	小計	34	9.3
患者・家族との対人関係と関連する対処	深入りしない、避ける	6	1.6
	夫・家族とコミュニケーションをとり、サポートを強化する	5	1.3
	小計	11	3.0

②患者の意向・希望に添う：患者中心の対応をしようとする対処がみられた。

③リラックスし、話しやすい雰囲気をつくる：“話しかけてみる”“気持ちのリラックスのしかたを患者と話し合う”“待ち時間などにこちらから挨拶し、治療以外の話をしてみる”など、患者のリラックスを促し、患者が話をしやすくなるよう

配慮するという対処をしていた。

④初診時、入院時、出会った時に情報収集する：“初診患者の対応は問診から次回の説明まで同じ看護者が行うようにする”“初診時、患者の気持ちをできるだけ引き出すようにしている”“入院時のアナムネを綿密にとる”など、初回のかかわりを大切に扱おうとする対処がみられた。

⑤検査・治療について説明する：“説明書を渡し、検査や注射の説明をする”“治療内容の説明を十分にする”“質問に誠意をもって答える”“患者の知識が正しくないときは修正する”など、説明を充実させようとする対処がみられた。

⑥患者のそばにいて、一緒に考える：“なぜ子どもが欲しいか、子どもは自分にとってどれだけ必要か、一緒に考えるようにしている”“同性としての立場でそれぞれの患者の問題を共に考える姿勢でいたい”など、人として寄り添い、一緒に考えようとする対処がみられた。

⑦希望をもつように励ます：“焦らず希望を捨てないこと”“次回もがんばりましょうと励ます”など、治療とその成果に関する患者の希望が失われないようにかかわりをもつ対処がみられた。

⑧診察・治療の受け方、治療中の生活について助言する：“質問したいことをメモに書いてくるとよいこと、(看護者に答えられないことは)診察時に聞いてみるとよいことなど伝える”“自分自身の意思、夫との話し合いを大切にするように伝える”“子宮内膜症を進展させないような日常生活の指導をする”“治療において、患者が生活設計を立てられるようにと考えて看護する”であり、患者・家族の対処能力やセルフケアの強化という視点での働きかけによる対処を認めた。

⑨処置に伴う苦痛の軽減をはかる：“体外受精などの介助では痛みに気遣う”“人工授精時に足袋を用い、配慮する”であり、診療現場でみられる患者の心身の苦痛を軽減する対処であった。

⑩看護研究する：“アンケート調査を行い、患者の苦悩や看護に関する意識を知り、ようやく正面から患者と向き合うことができるようになった”であり、研究活動による対処であった。

2) 不妊治療の提供システムと関連する対処

①部屋・場所を配慮する：“説明などの場所の工夫をしている”“妊婦と同室にならないように配慮する”などの対処であった。

②プライバシーを保護する：“同室者がいるときにプライバシーに関することは聞かない”“プライバシーに触れる話になるときは必要時、席をはずすようにしている”などの対処であった。

③診療・看護体制をつくる：“今後、診療体制を改善する検討を重ねていこうと考えている”“不妊

治療に関する情報提供、仲間づくりを目的とした不妊教室の設置を医師に打診している”“不妊専門に診療の介助にあたるナースが配置されるようになった”など、システムづくりによる対処であった。

④患者とかかわりをもつ時間をつくる：“できるだけ時間をつくる努力をする”“相談の時間をとるようにしている”など、看護者個人のケアに患者とかかわりをもつための時間枠を設定することによる対処であった。

⑤システムについてあらかじめ説明し、理解を求める：“妊婦と同じ病棟に入院することについて入院時に説明とおわびを入れている”“検査・治療前に説明し、明確に伝え、承諾を得る”“医療者側として、してほしい点を話すようにしている”“規則を守るよう指導する”“約束をした時間を守るよう注意する”など、事前の説明でシステムの了承を得るか、または患者側に治療や診療システムに合わせるよう、求めることで対処するというものであった。

⑥待ち時間を短縮する配慮をする：“予約票を作成し、待ち時間の短縮に努めている”“医師と相談して待ち時間の短縮に心がけている”などであった。

3) 対処していない・対処できない

“何もしていない”“何も努力していない”“対処できない”などとする対処であった。

4) チーム関係やメンバー役割と関連する対処

①メンバー間のコミュニケーションをはかる：“医師や外来との連携を密にするため定期ミーティングをもつ”“対応やケアについて医師と相談する”“医師に要望を出す”“診察の場面に立ち会い、医師から情報を提供してもらう”“ケースカンファレンスを行い、意見交換する”などの対処であった。

②メンバーと共に学び合う：“先輩からアドバイスをもらう”“経験年数の多い主任、婦長に相談にのってもらっている”“仲間と意見交換する”“医師と勉強会を開く”などの対処であった。

③医師と患者間のコミュニケーションを円滑にするよう介入する：“治療に関しては医師との話し合いの場をもてるよう配慮する”“医師との間に立って対処する”などの対処であった。

④他施設と連携しながら対応する：“他院との連携をもちながら援助する”“紹介先の医師との話し合いで解決するようにしている”，あるいは患者のニーズと治療方針が合致していない場合、看護師として感じるジレンマに対し，“信頼関係が成立している患者から相談を受けたときで、その方法しかないと判断できる場合には他施設を紹介することがある”というもので、他機関を念頭に入れたケアによる対処であった。

⑤医師に説明してもらう：“電話の対応はできるかぎり医師にまわしている”“医師からムンテラしてもらっている”など医師依存による対処であった。

5) 看護師個人の背景と関連する対処

①自己研鑽を積む：“本を読む”などの“自己学習”や“学会参加などにより、よりよい看護の提供に心がけている”“院外の研修会に参加した”などの自己開発による対処であった。

②さまざまな価値観を患者に伝える：“自分だけが不妊であり、悩んでいるわけではないことを話す”“他の生活、生き方もあることなどを指導する”など、看護師がさまざまな価値観があることを伝えるような対処であった。

③患者の価値観を尊重する：“本人の気持ちを尊重する”など患者の価値観を尊重しようとする対処であった。

④価値観を区別し、割り切る：“個人個人の考え方があると、自分に言い聞かせている”“見守るしかないとなりきった”“自分の価値観で物事をとらえないようにしているが、自分なりの考えはしっかりもつ”など、看護師自身の価値観のとらえかたに関する対処であった。

⑤不妊に関する啓発的行動をとる：“一般の人にも正しい不妊知識を知らせる”“より多くの人に不妊の当事者の辛い気持ちを理解してもらえるよう情報を広げたい”など、不妊看護の立場からの対社会的な対処であった。

6) 患者・家族との対人関係と関連する対処

①深入りしない、避ける：“できるだけかかわりをもたない”“表面的なかかわりにとどまっている”“あまりかかわらないよう逃げている”などであった。

②夫・家族とコミュニケーションをとり、サポー

トを強化する：“夫や姑の理解を得るため、何度となく説明、話し合いをもつようにする”“患者の精神的サポートのため、夫に話を聞いてもらう”“夫と面接時によく話をする”など患者・カップルを中心に家族への働きかけによる対処であった。

IV 考 察

1. 生殖医療の診療システム上の問題

看護師のストレスは「不妊治療を提供するシステムと関連するストレス」が半数近くを占め、最も多かった。この背景に日本の生殖医療の診療システムの問題があげられよう。日本産科婦人科学会は平成12年4月に「生殖補助医療の実施施設の設定条件と実施医師の要件について」を会員に向け通知した（日本産科婦人科学会，2000）。しかし、これに示された基準は努力目標とされ、診療機関の設備・体制に関する規制として機能するものではない。診療の対象とする患者の不妊状態のレベル、治療法やそのプロトコル、施設・設備等のハード面、職種・人材・教育研修等のソフト面などいずれも現状は不統一で、施設により多様である。医療機関でのヒアリングを行い、医師の診断や治療方針の標準化の欠如を指摘した調査がある（江原，長沖，市野川，2000）。これは、治療法の選択やステップアップが行われる基準などが医師によりばらばらであること、また、患者に明確に示されていないことも多く、患者の苦痛を増大させている重要な問題の1つであることを指摘している。研究者らのわずか7か所の聞き取り調査においても体外受精・胚移植を受けるのに入院を必要とする・しない、入院した場合にどの病棟に入るか、採卵や胚移植をどの場所（部屋）で受けるか、採卵や胚移植の際にどの部署の看護師が直接ケアにあたるかなど幾通りもみられた（森，1999）。多くの施設で不妊だけでなく一般婦人科や産科の診療も同じ場所で同じ医療者によって、同じ時間に行われていることが珍しくない。医師は比較的「不妊治療担当」というような形で固定化されていることが少なくないが、看護師はそのような分業性をとらないことが多い。不妊の患者が妊産婦や病氣療養者とは異なるニーズをもちな

がら、同じ空間に時を同じくして存在すると、看護者の役割葛藤を生み、あいまいなものにし、配慮が行き届かないことで看護者は苦しむことになる。

先進国の生殖医療システムをみると、例えば英国の場合、「ヒトの受精と胚研究に関する法律 (Human Fertilization Embryology Act: HFEA)」に基づいた実施要綱 (Code of Practice) により、施設のスタッフ、設備、患者に提供すべき情報、同意に必要な条件、カウンセリング等についての基準を満たした場合に認可され、年1回査察を受け、指導される。また、Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) は、エビデンスに則った不妊の診断・治療に関するガイドラインを作成し、医学的観点からの患者管理の指針を示している。米国の場合は、日本と同様、法による規制はなく、American Society of Reproductive Medicine (ASRM) が不妊の患者の診療・管理、生殖補助技術の適用などに関する種々のガイドラインを作成している。また、近年、不妊ケアの質を高め、患者のニーズを満たすための看護職のかかわり方としてプライマリケアナーシングの重要性が指摘されている (McCullom, 1996; Norbryhn, 2000)。不妊治療は、専有の診療設備と適正な診断・治療の指針をもって行い、看護者も専門的なトレーニングを受けた特定の者が固定して継続的にかかわりをもつようなシステムがケア提供者・消費者双方にとって望ましいと考える。

対処の面では、システム上の制約がある中でも、患者のために場所やプライバシーの配慮、対話のための時間づくりなどを行い、改善に向けた努力も認められた。しかしながら「不妊治療を提供するシステムと関連するストレス」の頻度が最も高かったのに対し、最も頻度の高かった対処が「不妊看護の性質と関連する対処」であったことを照らし合わせると、診療システム上の問題を看護活動・看護行為によって対処している可能性がうかがわれた。看護だけ、あるいは看護者個人のレベルでの取り組みではますます看護者のストレスやジレンマを増強させかねないとも言えよう。診療システム上の問題は組織や社会の問題としてとらえ、その枠組みのレベルで改善されるように

働きかけていく努力も必要である。

2. 看護者の対応を難しくさせている不妊看護の分野の未成熟さ

「不妊看護の性質と関連するストレス」はストレスのカテゴリで3番目に多かった。その内容は不妊看護それ自体の性質と現状を物語っていると思われる。まず、医学モデルと看護モデルの違いである。医学モデルでは不妊は疾患であり、挙児を希望する女性を当然のごとく診断・治療にもちこむ。これに対し看護モデルではその女性の生活・一生のトータルな状況から心身の健康をとらえようとする。看護者は医師から診療を補助する役割を期待されつつ、患者・家族の尊厳を守り、苦悩を和らげ、リラックスを導くといった役割に価値をおいている。限られた時間・空間・マンパワーのなかでこの2つの役割を果たさなければならない。このような状況もまた「役割のあいまいさ (Role Ambiguity)」, 「多大な仕事量 (Heavy Workload)」を生み、看護者のジレンマやストレスにつながる (Rausch, 1996)。

次に、患者の心理的ケアに対するニーズが高いことがある。この点は、「患者・家族との対人関係と関連するストレス」がストレスのカテゴリで2番目に高頻度でみられたことから指摘できる。身体的ケアに対するニーズに比べ、目に見えにくく、ニーズアセスメントをするには生殖生理や生殖補助医療に関する知識だけでなく、不妊の患者の心理に関する知識も学び、対象者を全人的に理解できること、またケアするためには信頼関係の確立を必要とし、コミュニケーションやカウンセリングのスキルが求められる。患者の気質のとらえ方にみる看護者の反応の背景には、やはりまだ患者の心理の理解という点で教育的アプローチの余地があるのではないと思われるし、同時に患者の苦悩を直に感じるストレスにさらされる看護者のメンタルヘルスも重要視していく必要があるだろう。特に不妊治療が長期に及んでいるとき、妊娠不成立周期に帰したときなどの看護はストレスとみなされ、難しいとみられることが明らかとなった。

また、看護者は患者とのかかわり方やかかわる範囲がわからないとし、それゆえのかかわりにく

さがみられた。このように不妊看護に求められる能力の明確化と教育とが未整備であることも看護師のストレスに大きく関与しているであろう。まず看護師がどのような責任範囲・レベルでかかわることを「不妊看護」とするかについて、もっと議論されていく必要がある。それを明確にすることで現在すでに行われている看護に適正な評価を与えること、今後必要な教育を検討することが可能になると考える。特に、今回の結果では、対象の多くが助産婦であったことから、助産教育における不妊への支援のあり方が重要な課題であろう。「不妊看護の性質と関連する対処」は4割を占める最も多い対処カテゴリだった。患者の話を聴き、コミュニケーションをはかることや患者の意向、希望に添うという対処が上位を占めており、そこには患者中心の考え方がみられる。また、件数は少なくとも治療中の生活面の援助や治療の受け方のアドバイス、処置に伴う苦痛の軽減などのケアが対処としてみられた。これらは看護師に適任のケアであり、よりいっそう、看護の機能として意識強化していく必要性がある。

3. 看護師のストレスや対処を左右する背景

生殖補助医療には生命保護や人間の尊厳、大人と子の利益などの倫理的問題が伴う。ストレスの内容から、患者を尊重したかかわりがもてないとき、患者の価値・選択と自己の価値観が相容れないとき、また、女性の利益を考えたときに技術の適用は利益を増すのか、不利益となるのか、あるいは親の権利か子の権利かといった権利・利益における判断の際などにストレスやジレンマが引き起こされていた。生殖医療が抱える倫理的問題は看護師のストレスやジレンマをもたらしやすいと言えよう。患者の治療プロセスにおける支援、患者の治療の中断や中止の意思決定にかかわるときの態度などは微妙である。例えば治療を受けることを決定したとき、患者に希望は必要であるが非現実的で過度な期待をもつことは避けなければならない。今後も治療を受けるかどうか迷っているようなとき、希望をもつよう励ますことは患者のニーズに沿わない場合もあるだろう。看護師にはバランスのとれた人権感覚と倫理教育が必要である。

チーム関係やメンバー役割におけるストレスは最も少なかった。これはすでに何らかの対処が行われているためにチーム関係が保たれストレスが少ないと考えることもできるだろう。しかし、先行研究(森, 1998)によれば、他職種との共同において看護師としての役割を果たしていると評価した者ほどストレスが高く、ストレスやジレンマは医療チームの一員として看護を行うからこそ生じるのではないかとの検討がなされた。これに基づけばストレスが少ないということは、チームにおける共同に対する看護師の意識や行動自体まだまだあまり展開されていないということも考えられる。「医師と患者の強い関係のためにかかわりにくい」ということがストレスであった一方、「医師に説明してもらおう」という対処があった。この対比からは、かかわりにくいのでますます依存するという悪循環、もしくはかかわりたいが引き受けられないという矛盾など推測される。実際、患者に対し医療者の関与や説明を必要とする状況には医師が行うのが妥当な場合のほかに、看護師にも行える場合、看護師がより適切である場合、あるいは他の職種が行うのが適切である場合などがあるだろう。このようにチーム医療としての生殖医療がまだ発展途上である状況もまた看護師のストレスと対処を左右すると思われた。チーム医療のあり方と看護師の態度を問う必要があると考える。

さらに「対処していない・できない」とした者が1割以上もあったことに対しては、回答の状況の中には真に何もできない状況もあったであろうし、何もできないことを認めることが大切な場合もあることを踏まえたうえで、これも一つの対処の形とみなし、この背景にある原因と対処法を探ることが重要であると考えられる。稲岡ら(1988)は看護師の無力体験は医師に比べて顕著に多いこと、仕事上の相談者による仕事生活のサポートが医師に比べ不足していることを指摘した。

今回の調査ではサポートの状況を知るには限界があり、他の原因に関しても検討はできない。しかし、対処の中にはチーム内コミュニケーションをはかる、共に学びあうなどがみられ、このような対処を強化することは仕事上のサポートにつながり、患者との対人関係上のストレスなどに関しても有効ではないかと考える。

結果全体を鑑みて、看護者のストレスを緩和し適切な対処を強化していくような管理・教育の体制づくりが必要である。Mahlstedt (2000) は生殖医療にかかわるナースのためのストレス対策(スキル)を「個人」・「スタッフ」・「患者」の3つの柱による枠組みで提供する。「個人」ではリフレーミング、価値を区別すること、ストレスを自覚すること、現実的な期待をもつこと、バランス、精神集中を挙げている。「スタッフ」ではスタッフ間の違いや葛藤は避けられないと認めることとコミュニケーションの2つを挙げている。「患者」では「High Tech/High Touch」の概念(ハイテクノロジーであるほどハイタッチのケアが必要であるということ)、苦悩の役割(患者の苦悩の経験を前向きに肯定的にとらえること)、「成功」の定義(人生の成功は妊娠成立ととらえない)を挙げている。看護者のストレス軽減のためのこのような系統的な考え方も役に立つであろう。

今回の調査は、診療所に勤務する看護者からの回答が1割と少なく、施設のもつシステムの特性や対象となった看護職の資格などの面で偏りがあることは否めない。設備・環境を含む診療システムとそこで働く看護者の背景との関連をより明確にしなが、看護者のストレスを分析することを今後の課題としたい。

V 結 論

1. 不妊治療にかかわる看護者のストレスは5カテゴリ、19サブカテゴリに分類された。看護者のストレスの多くは生殖医療の診療システム上の問題と不妊看護の分野の未成熟さと関連していた。
2. 不妊治療とかわる看護者のストレスに対する対処は6カテゴリ、28サブカテゴリに分類された。看護者の対処の多くは不妊看護の活動・行為そのものでなされていた。
3. 看護者のストレスや対処を左右する背景に生殖医療の抱える倫理的問題、チーム医療としての生殖医療がまだ発展途上である状況があることが示唆された。
4. 対処カテゴリの一つとして「対処していない・できない」に回答した者が1割以上あり、

不妊治療にかかわる看護者のストレスを緩和し、対処を強化・支援していくサポートや不妊看護を行う上での管理・教育の整備の必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました看護者の皆さまに心より感謝いたします。

なお、本研究は平成10年度厚生科学研究費(子ども家庭総合研究事業)補助金を得て行った研究の一部であり、第13回日本助産学会学術集会において発表したものである。

引用文献

- 江原由美子, 長沖暁子, 市野川容孝 (2000). 女性の視点からみた先端生殖技術, 東京女性財団, 180-202.
- 土居健郎監修, 宗像恒次, 稲岡文昭, 高橋徹, 川野雅資 (1988), 燃えつき症候群—医師・看護婦・教師のメンタル・ヘルス—, 85-95, 東京, 金剛出版.
- Mahlstedt, P.P. (2000). Stress reduction skills for nurses. In Thirty-third annual postgraduate program: Course 7 Update in REIN: keeping up with changing times (pp.33-39). American society for reproductive medicine.
- McCullom, M.I. (1996). The nurse as patient advocate and counselor. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America*. 7(3). 483-493.
- 森明子, 有森直子, 村本淳子 (1998), 看護婦・助産婦等の不妊治療を受ける患者・家族への関わりに関する調査—看護の役割機能に焦点をあてて—, 厚生省心身障害研究 不妊治療の在り方に関する研究 平成9年度研究報告書, 17-33.
- 森明子, 有森直子, 岸田佐智, 福井トシ子, 村本淳子 (1999), 不妊治療を受けている患者・家族に対する看護支援ガイドラインの作成とネットワークの構築に関する研究—ガイドライン作成に向けた現状分析: 看護者のジレンマ・ストレスに関する内容分析および提供されている看護とその環境に関する分析—, 平成10年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書(第2/6), 273-284.
- Norbryhn, G. et al. (2000). Establishment of a primary care nursing team in a rapidly expanding multi-site reproductive endocrine center. *Fertility and Sterility*. 74 (3S). 8.
- 日本産科婦人科学会 <http://jsog.or.jp> [2001-11-25]
- O'Mara, A. (1995). Communicating with other health professionals. In Arnold, E., Boggs K.U. (ed.), *Interpersonal relationships—professional communication skills for nurses* (pp.513-541). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Rausch, D.T. (1996). Providing care for the caregiver. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America*. 7(3). 623-636.