

報 告

不妊手術を受けたパキスタン人女性の意思決定過程に関する研究

A study about decision making process of the Pakistani women who have undergone sterilization

橋本志麻子, 岡部 恵子, 森 淑江

Shimako Hashimoto, Okabe keiko, Mori yoshie

キーワード：不妊手術, 意思決定, リプロダクティブ・ヘルス, パキスタン人

Key words : sterilization, decision making, reproductive health, Pakistani

要 旨

本研究は不妊手術を受けたパキスタン人の意思決定過程に影響する要因を明らかにすることを目的として、不妊手術を受けたパキスタン人女性 16 名を対象に半構成的面接法により調査した。逐語録より不妊手術の意思決定に関係する文脈を抽出し、内容分析を用いて分析した。分析の結果【結婚・出産・育児の状況】【不妊手術への思い】【不妊手術決定に向かう際の夫との関係性】【イスラム教】【行政サービスや周囲の人たちとの関わり】の 5 つのカテゴリーが生成された。

I. はじめに

わが国では少子化や不妊症が問題となり、一方、開発途上国では人口増加が問題となっている。どちらもリプロダクティブ（生殖）という個人的な問題でありながら、国家をあげて解決に取り組まなければならない問題である。1994 年の国際人口・開発会議（カイロ会議）において、公式に提唱されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツは「人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力をもち、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを決める自由をもつことを意味する」（外務省、1996）と定義され国際共通語になり、人口政策の焦点がマクロ（国家）からミクロ（個人）、特に女性に移った。開発途上国の人口を減らすという目的で家族計画プログラムに永久的避妊法の不妊手術が組み込まれ、多くの開発途上国の国家政策として先進国の資金援助を受け、現在でも行われている（Trombly,2000）。カップルの希望に合わせた広範囲で安全かつ効果的な家

族計画手段の情報とサービスを保証するというリプロダクティブ・ヘルス・サービスへの転換は軌道にのらず女性のニーズに対応しきれていない国々が少なくない。

世界の避妊方法実施の内訳は、避妊法利用者の 26 % が女性不妊手術、19 % が IUD（子宮内避妊器具）、15 % がピル（経口避妊薬）という結果がでており（WHO,1994）女性がどのような避妊方法を選ぶかはその人のおかれているライフステージに左右され、若い女性は妊娠と性感染症の両方を防ぐ手段を必要としているが、欲しい数の子どもを産み終えた年上の女性は長期間あるいは永久的に有効な避妊方法を求める（国連人口基金、1995）。保健施設から離れたところに住む女性も、長期間有効な手段を選択する可能性が考えられる。開発途上国ではカイロ会議以降も子どもの数を決定する権利、子どもを産む時期を決定する権利が犠牲になっており、女性自身が望む以上の頻回な妊娠・出産により不健康を被っている女性が少なくない。

リプロダクティブ・ヘルスの文化人類学分野では、

Caldwell ら（1982）が南インドの生殖に関する認識について調査し、夫婦は家族計画ワーカーの勧めにより、自分たちの選択で避妊方法を決定していることや不妊手術は体を弱める原因と認識していることを明らかにしている。Nichter ら（1989）の研究ではスリランカ人の避妊方法は伝統的な生殖に関する考え方に基づいた方法であり、生殖の民族的な考え方を無視した家族計画教育は効果を発揮していないと主張している。リプロダクティブにおける人口統計学的研究は発展しているが、リプロダクティブの意思決定についての文化人類学的研究は十分にされていない（Browner と Carolyn, 1990）。家族計画に関する研究において人口統計学的研究が数多く報告され、家族計画実行率と女性の教育の関連などが明らかになっている（Baveja, 2000）。家族計画サービスに関する研究では、Inaoka ら（1999）がイエメンにおいて定期的に家族計画クリニックへ訪れるかどうかは家族計画サービスの満足度と関係があり、満足度の低さは副作用の説明やケアが提供されなかったことや他の避妊方法の選択についてアドバイスが得られないことによるものであったと報告している。しかし、避妊方法や不妊手術の意思決定についての研究は数少なく、妊娠・出産という役割を担う女性の視点から、永久的避妊法である不妊手術の意思決定の過程を調査することで、女性がよりよいに避妊方法を選択するためにどのような障壁が存在するのかについて示唆を得られるのではないかと考える。

パキスタンの 2003 年の総人口は 1 億 5730 万人で、世界第 6 位であったが人口増加が進んでおり 2050 年には世界第 4 位に順位を上げると予測されている（国連人口基金, 2005）。そのため人口政策を進めているが合計特殊出生率 1995 - 2000 年は 5.03（国連人口基金, 1999）、2000-05 年は 5.08（国連人口基金, 2005）である。隣国バングラデシュの避妊実行率は 54% であるが、パキスタンは 28% と低い（国連人口基金, 2002）。パキスタンにおける避妊法の内訳は国連統計局の 2000-01 年の調査によると女性不妊手術が 6.9% で最も多く、次いでコンドームが 5.5%、第 3 位に IUD 3.5%、第 4 位が避妊注射 2.6%、第 5 位がピル 1.9% である。近隣のアジア諸国に比べて GNI（国民総所得）は高いものの、乳児死亡率、妊産婦死亡率、女児の就学率は低い。また、パキスタン人女性は南西アジアの慣習である女性隔離（パルダ）（山根ら, 2003）（喜多村, 2003）により定期的にあるいは望んだ時に外出できない状況である。このような背景によりパキスタン人女性は、避妊方法の選択の意思決定にさまざまな制約を受けているのではないかと考えられた。

本研究では不妊手術を意思決定した過程をパキスタ

ン人女性から聞き取り、意思決定に影響する要因を明らかにすることを目的とした。女性側の個別的な経験、主観的な考えや判断を質的データとして収集し、帰納的に分析する。また、女性がもつ希望や考えを中心に置くため本研究では意志決定ではなく意思決定とした。

II. 研究方法

1. 対象の選定

1) 対象地域

パキスタンの人口福祉省管轄の家族計画センターは 1969 か所あり（Population Reference Bureau, 2002）、首都イスラマバードには 25 ケ所ある。イスラマバード内の家族計画センターの 2005 年 4 ～ 6 月の不妊手術件数を調査し、A 村が最も多かったため対象地域とした。

2) 対象者

対象とする女性は「不妊手術後 1 週間から 3 ヶ月経過し、ウルドゥ語が理解できる女性」とした。Caldwell ら（1982）の研究から宗教により不妊手術の認識の違いが明らかにされているため、宗教はイスラム教に限定した。パキスタンでは見知らぬ人が家庭へ突然訪問しても受け入れられることは難しいため、A 村の家族計画ワーカーに対象者の紹介をしてもらった。家族計画ワーカーとともに対象者宅へ訪問し 22 名に調査依頼をし、16 名の同意を得た。

2. 面接方法と面接内容

面接方法は半構成的面接法で、面接内容は以下のとおりである。

i 対象の基本的属性、ii 妊娠・出産、子どもについて、iii 避妊方法・不妊手術について、iv 不妊手術決定までの経緯について、v 身体健康について、vi 不妊手術における夫・家族との関わりについて、vii 避妊、不妊手術の宗教的側面について、viii 家族計画センターの人物との関わりや社会的側面について、ix 経済的側面について、x 法的側面の認識についての 10 項目である。

面接は対象者の自宅を訪問しウルドゥ語で行った。面接時間は最短 24 分間から最大 108 分間であった。面接は 1 人あたり 2 回行った。2 回目の面接はデータの信頼性確保のために初回面接時に聞き取った内容の確認をするためと情報不足を補うことが目的である。対象者の許可を得て、IC レコーダーに録音した。録音されたウルドゥ語の面接内容は、研究者が日本語に翻訳し逐語録を作成し分析対象のデータとした。また、翻訳の際に意味の曖昧な部分が生じた場合にはウルドゥ語学教師から適宜指導を受け、2 回目のインタビュー時に対象者へ確認を行った。

3. 調査期間

2005年8月4日から9月28日.

4. 倫理的配慮

パキスタン人口福祉省および内務省から正式に文書にて本研究の許可を得た. 本研究の目的・方法と収集した個人データは研究の目的のみに使用し, 個人名等は特定されないように秘密を厳守することを口頭で対象者の理解にあわせて日常的で平易な言葉を使い説明した. パキスタンの家族内での決定構造を配慮し, 対象者およびその家族が納得した上で研究に参加できるようにその場での返答は求めず, 後日, 再度参加の有無を聞き文書での同意も得た. 説明書及び同意書は, 率直で日常的な言葉で作成しウルドゥ語に翻訳した.

本研究は群馬大学医学倫理委員会(臨床研究)において, 承認を受けた.

5. 分析方法

分析には Krippendorff の内容分析(1998)を用いた. 面接を録音したウルドゥ語の音声を研究者が日本語に翻訳し逐語録として言葉に書き換えた. 逐語録から不妊手術の意思決定の過程に関係する文章を取り出し, 中心的意味を簡潔に示しコードとした. コードを集め, 類似性や相違性を検討しサブカテゴリーを命名した. サブカテゴリーから抽象度の高いカテゴリーを作成した. 分析の全過程において国際看護の専門家である研究指導者からスーパーヴィジョンを受けた.

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景

対象者の平均年齢は 33.8 歳で, 対象者の夫の平均年齢は 40.0 歳であった. 子どもの数の平均は 4.6 人であった. 就学年数は未就学が 5 名, 2-3 年間が 4 名, 5 年間が 6 名, 9 年間が 1 名であった. パキスタンでは小学校 5 年間, 中学校 2 年間, 高等学校 2 年間という教育制度である. 不妊手術前に使用していた避妊法は, 避妊していなかった者が 4 名, コンドームのみが 5 名, IUD とその他の避妊法を経験している者が 6 名, ピルとコンドームを使用していた者が 1 名であった(表 1).

2. 不妊手術の意思決定過程に影響した要因

不妊手術の意思決定過程に関するコードは 2,277 コードであった. 分析の結果 21 のサブカテゴリー, 5 つのカテゴリーが生成された. カテゴリーは【】, サブカテゴリーは『』, コードは〈〉, 語りの内容は「」で表記する.

1) 【結婚・出産・育児の状況】(表 2)

このカテゴリーは『結婚における親の影響』『夫や家族との関係性』『避妊するかしないかについての夫との話合いの状況』『現在の子どもの数になったいきさつ』『出産の状況』『育児についての自分の思い』の 6 つのサブカテゴリーで構成され, 出産の具体的な体験や結婚前後の親との関係について語られた. 『結婚における親の影響』から対象者の〈結婚は親が決めた〉もので〈親戚内

表 1 対象者の背景

no	年齢	夫の年齢	結婚年齢	子ども数	流産・死産、 子どもの死亡体験	職業	夫の職業	収入額* (1ヶ月)	就学年数	使用していた避妊方法
1	30	35	17	4	なし	主婦	肉体労働	10000	3年間	ピル コンドーム IUD
2	35	36	12	3	1回流産 2人死亡	主婦	内装業	10000	なし	なし
3	34	50	16	5	なし	主婦	運転手	10000	なし	コンドーム
4	34	36	13	4	1回流産	ハウスキーパー	商店勤務	5000	5年間	コンドーム
5	28	45	20	5	なし	主婦	無職	0	9年間	なし
6	38	40	16	5	なし	主婦	事務職	4000	3年間	なし
7	33	39	14	6	1回死産	主婦	事務職	6000	5年間	コンドーム
8	38	40	17	5	1回流産	主婦	事務職	5000	5年間	コンドーム IUD 注射
9	26	36	12	5	なし	主婦	肉体労働	不定期	なし	コンドーム
10	35	40	16	4	1回流産	主婦	運転手	3000	2年間	なし
11	30	40	14	4	なし	主婦	運転手	6000	なし	ピル コンドーム IUD
12	35	40	15	5	1回死産	主婦	ガードマン	15000	5年間	コンドーム
13	31	36	13	4	1回流産	主婦	軍人	6000	なし	IUD 注射
14	40	43	17	5	1回流産 1回死産 1人死亡	主婦	牧畜	4000	2年間	IUD ピル
15	40	44	24	4	1回流産	縫製教師	事務職	7000	5年間	コンドーム IUD
16	35	40	13	6	1回流産	主婦	肉体労働	10000	5年間	ピル コンドーム

* 収入額の単位は現地通貨のルピー: 1 ルピーは日本円で約 2 円

表 2 【結婚・出産・育児の状況】のカテゴリーの構成

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	コード数
結婚・出産・育児の状況 (984)	結婚における親の影響 (99)	結婚は親が決めた	(43)
		親戚内結婚	(31)
		夫と結婚後初対面	(25)
	夫や家族との関係性 (244)	夫婦関係は良好	(155)
		夫とは良い時悪い時もある	(19)
		義父母や実母と良い関係/不仲	(70)
	避妊するかしないかについての夫との話合いの状況 (153)	話合いにより決定	(70)
		話合いをしていない	(43)
		夫がきめる	(40)
	現在の子ども数になったいきさつ (160)	希望していた子ども数	(53)
		数は考えてない	(44)
		家族が望む子ども数	(41)
		希望数より多く出産	(22)
	出産の状況 (208)	分娩の状況 (異常/正常)	(146)
		出産場所 (家/ 病院)	(47)
		出産時の思い	(15)
	育児についての自分の思い (120)	養育費の負担感	(70)
		きちんとした養育の必要性の認識	(50)

結婚〉であり〈夫と結婚後初対面〉という状況があった。『避妊するかしないかについての夫との話合いの状況』では、対象者は数人の子どもを産んだ後に避妊について〈話合いにより決定〉していた。しかし、〈話合いをしていない〉や、話合いではなく〈夫が決める〉こととして「そういうことは夫が決めることだ」と語る対象者もいた。『現在の子ども数になったいきさつ』から、対象者は自分の〈希望していた子ども数〉があるが、〈家族が望む子ども数〉の思いにより〈希望数より多く出産〉していた。一人の対象者は「義父母が子どもは多いほうがいいというから自分は3人と思っていたけど、もう一人産んだ」と語り、家族や夫の希望により実際に産み育てる対象者が希望する子ども数は受け入れられていない現状があった。

2) 【不妊手術への思い】(表 3)

このカテゴリーは『不妊手術前の避妊法に対する経験と思い』『不妊手術を決めた理由』『女性が不妊手術を受けるという認識』の3つのサブカテゴリーから構成され、避妊方法として不妊手術を選んだ思いについて語られた。『不妊手術前の避妊法に対する経験と思い』では対象者は避妊法を経験し〈IUD・ピル・注射は副作用があつてつらかった〉と体調の変調を語った。『不妊手術を決めた理由』では〈子どもを増やしたくない〉という理由の他に〈不妊手術以外の避妊法の定期的通院の困難さ〉では家事・育児の多忙さや、病院に行く場合には必ず付き添いが必要であることが語られた。『女性が不

妊手術を受けるという認識』では、対象者は「男は家計を支える責任があるから手術を受けさせない、女は家にいて時間が自由になるから手術が受けられる」と語り、〈不妊手術は女性が受けるもの〉と認識しており、ある対象者は「不妊手術は私が受ける」と言い切った。

3) 【不妊手術決定に向かう際の夫との関係性】(表 4)

このカテゴリーは『夫婦の話合いの状況』『夫を説得』『夫の許可』の3つのサブカテゴリーから構成され、対象者と夫が不妊手術を決定するまでの過程について語られた。『夫婦の話合いの状況』は〈私の希望を伝えた〉ことで〈夫婦の話合い〉が始まったことや、「夫から不妊手術を受けてほしい」と言われたことや、〈夫が受けると言ってくれたが私が受けた〉というように不妊手術決定に向かう際の夫との話合いのやり取りについて語られた。9名の対象者が不妊手術の希望を夫へ言い、7名の対象者は夫から言われたことが語られた。『夫を説得』は不妊手術の希望があり夫と話合いをした際不賛成であったため対象者が夫を説得したことについて語られた。『夫の許可』は最終的に夫が許可を出し、自分が不妊手術を受けられたことについて語られた。

3) 【イスラム教】(表 5)

このカテゴリーは『子どもが産まれるのは神の意志』『避妊・不妊手術に対する宗教的意見の相違』『不妊手術に対する懺悔と罪悪感』『宗教上の子どもを産み育てることについての考え方』の4つのサブカテゴリーで構成された。パキスタンでは1969年より避妊を目的とし

表3 【不妊手術への思い】の Kategorii の構成

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	コード数
不妊手術への思い (595)	不妊手術前の避妊法に対する経験と意思 (290)	IUD・ピル・注射は副作用があつてつらかつた	(157)
		コンドームを使つていた	(49)
		避妊をしたけど妊娠した	(32)
		避妊は感覚的に好きではないから避妊しない	(41)
		避妊の意義	(11)
	不妊手術を決めた理由 (147)	子どもを増やしたくない	(67)
		不妊手術以外の避妊法の定期的通院の困難さ	(38)
		周りの女性みんなが受けているから	(20)
		子育て・避妊具にかかる経済的な問題	(6)
		医療者/ 家族に言われて	(16)
	女性が不妊手術を受けるという認識 (158)	不妊手術を夫には受けさせられない	(40)
		不妊手術は女性が受けるもの	(26)
		不妊手術は私が受けるもの	(36)
		不妊手術への不安	(31)
		不妊手術はいい	(25)

表4 【不妊手術決定に向かう際の夫との関係性】の Kategorii の構成

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	コード数
不妊手術決定に向かう際の夫との関係性 (235)	夫婦の話し合いの状況 (105)	夫婦の話し合い	(58)
		私の希望を伝えた	(18)
		夫から言われた	(16)
		夫が受けると言ってくれたが私が受けた	(13)
	夫を説得 (75)	子どもを希望して夫は不賛成であつたが説得した	(53)
		不賛成だったが説得した	(22)
	夫の許可 (55)	夫が許可をくれた	(37)
		行政ワカや親族の意見を聞いて許可をくれた	(18)

表5 【イスラム教】の Kategorii の構成

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	コード数
イスラム教 (213)	子どもが産まれるのは神の意志 (88)	神が子どもを与える	(67)
		妊娠・出産は神の力	(12)
		子どもの性別は神が決める	(9)
	避妊・不妊手術に対する宗教的意見の相違 (67)	避妊・不妊手術は罪	(32)
		避妊・不妊手術は罪とは言っていない	(11)
		避妊・不妊手術は人によって意見が違う	(7)
		不妊手術は仕方がないこと	(17)
	不妊手術に対する懺悔と罪悪感 (46)	不妊手術に対する懺悔	(24)
		不妊手術に対する罪悪感	(5)
		神の加護	(17)
	宗教上の子どもを産み育てることについての考え方 (12)	イスラムでは子どもが増えたほうがいい	(6)
		イスラムでは子どもはきちんと養育しなければならない	(6)

た不妊手術は合法とされている。『不妊手術に対する懺悔と罪悪感』で対象者は「避妊・不妊手術は罪であり毎日懺悔して罪の意識を感じている、だけど神は許してくれている」と懺悔し神に許しを請う祈りを行っていることが語られた。一方で『避妊・不妊手術に対する宗教的

意見の相違』では対象者は「イスラムでは避妊・不妊手術について何も言っていない」、「人の意見は違うのでそれぞれの考えでいい」と語った。〈神が子どもを与える〉〈妊娠・出産は神の力〉と対象者は語り、生殖についての根本的な考え方として『子どもが産まれるのは神の意

志』のサブカテゴリーが生成された。

4) 【行政サービスや周囲の人たちとの関わり】(表 6)

このカテゴリーは『家族計画 / レディヘルスワーカーの自分への働きかけ』『家族計画 / レディヘルスワーカーの夫への働きかけ』『近隣女性への情報収集』『親類の不妊手術の経験や意見への関心』『その他の避妊方法についての情報源』の 5 つのサブカテゴリーで構成された。『家族計画 / レディヘルスワーカーの自分への働きかけ』では、家族計画ワーカーが不妊手術を受ける前後にどの

ように説明したりケアしたかについて語った。『家族計画 / レディヘルスワーカーの夫への働きかけ』では家族計画ワーカーが夫へ働きかけ、「家族計画ワーカーが勧めるから夫が（不妊手術を）許可してくれた」と語る対象者もいた。『近隣女性への情報収集』『親類の不妊手術の経験や意見への関心』から、対象者は周囲の人々から不妊手術の情報を得て、身近な人が不妊手術をどう考えているかについての関心が語られた。

表 6 【行政サービスや周囲の人たちとの関わり】のカテゴリーの構成

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	コード数
行政サービスや周囲の人たちとの関わり (250)	家族計画/レディヘルスワーカーの自分への働きかけ (144)	働きかけの肯定意見	(130)
		働きかけの批判意見	(14)
	家族計画/レディヘルスワーカーの夫への働きかけ (28)	夫への働きかけの様子	(28)
		近隣女性から話を聞いた	(21)
	近隣女性への情報収集 (44)	近隣女性の避妊・手術の様子	(13)
		近隣女性と避妊・手術の話はしない	(10)
		親類が経験した不妊手術の話を聞いた	(12)
	親類の不妊手術の経験や意見への関心 (16)	親類の不妊手術に対する賛成意見	(4)
		その他の避妊方法についての情報源 (18)	テレビ・ラジオでも避妊のことを聞いた
			(18)

2

IV. 考察

1. パキスタン人女性の不妊手術の意思決定過程に影響する社会状況

不妊手術を受けたパキスタン人女性の意思決定過程に影響する要因は【結婚・出産・育児の状況】【不妊手術への思い】【不妊手術決定に向かう際の夫との関係性】【イスラム教】【行政サービスや周囲の人たちとの関わり】の 5 つのカテゴリーで構成されていた。

【結婚・出産・育児の状況】から親の決めた結婚後、夫と初めて対面し、子どもをいつ産むか何人産むか、避妊をどうするかという夫婦の話合いは結婚当初から行われていないか、もしくは夫が決めていた。話合いを行っている対象者でも【不妊手術への思い】の『IUD・ピル・注射は副作用があつてつらかった』とあるように対象者の健康障害が生じた後に話合いが行われていた。現在でもパキスタンの小学校では性教育の科目がなく(山根ら, 2003), このような社会的要因が話合いの機会を遅らせていると推察された。【イスラム教】の〈神が子どもを与える〉という考えも、妊娠・出産を計画的に考えることの妨げになっていたと考えられる。

『結婚における親の影響』により、妻である対象者の〈希望する子ども数〉は受け入れられていない状況があった。義父母の影響力の強さはパキスタンでの結婚が土地や財産の分散を避けるために、血縁関係もしくは同一部族内で家族の利益を考え両親が結婚を決めるのが一般的

である(山根, 2003) ためと考えられる。この婚姻慣習は対象者の不妊手術の意思決定過程に強く影響している文化的要因であると考えられる。また、女性隔離の習慣により女性一人で外出することができないため、家事・育児に忙しい対象者が自分の空いた時間に簡単に外出できないという現実を表し、一回で済む不妊手術へ向かわせ『女性が不妊手術を受けるという認識』ができたと推察された。

対象者と夫の立場を表すものとして【不妊手術決定に向かう際の夫との関係性】のカテゴリーや『女性が不妊手術を受けるという認識』があり、最終決定権は夫にあり、自分よりも夫の存在に価値を置く認識として表現されていた。パキスタンのイスラム法において離婚は夫の望む時に宣言されるため、妻の地位を不安定にしている状況(桑原ら, 2002) や、イスラム教の経典コーランにおいて「男の方が女よりも一段高い」(井筒, 1992) ものであり妻(女)は夫(男)に従うという規範があり、男性主導の家族思想が根強く残っていることが夫との関係性として表れた。

しかし、イスラム社会が家父長制であるという風潮はイスラム教によるものと考えられているが反論する社会学者もおり、真のイスラム教は人権と女性の尊厳を認めているが、イスラム教国の男性政治家によりイスラム教の女性は従順であるべきものとしている点に目をむけ、男性社会の権力を強化したかったと述べている(メルシーニー, 2003)。不妊手術の決定においても、『夫

の許可』が必要であるパキスタンでは宗教だけではなく、イスラム教国の男性主導の社会的、政治的な影響も含まれていると考えることができる。カイロ会議におけるリプロダクティブ・ヘルス／ライツ行動計画の原則では、セクシャリティー及び生殖の分野や、あらゆるレベルで女性の意思決定能力を強化するために女性の地位向上が求められている（外務省 1994）。

【イスラム教】の『子どもが産まれるのは神の意志』から示されるように対象者が考える家族計画には夫婦の決定以前にイスラム教における神による出産コントロールがあると推察され、家族を計画的に築くという考えと相反しているように思える。しかし経典コーランでは授乳を2年間と定めており、予言者の言行録ハディースでは、「大家族にならないよう気をつけよ」「予言者は膣外射精をやめるように命じていない」（牧野, 2001）。とあり避妊を禁止する聖句は存在しない（藤田, 2002）。同じイスラム教徒であっても、永久的避妊法である不妊手術の解釈として対象者の意見が二極に分かれて表現された。

【行政サービスや周囲の人たちとの関わり】では行政サービスのワーカーが不妊手術前に関わることで不妊手術の意思決定を促進していた。対象者が「家族計画ワーカーが勧めるから夫が（不妊手術を）許可してくれた」と語り夫の意思決定の促進にも影響していた。また、周囲の人の不妊手術についての情報や、不妊手術に対する意見を知ることが不妊手術の意思決定過程に影響していた。

2. パキスタンにおけるリプロダクティブ・ヘルスの課題

本研究の結果からパキスタン人女性である対象者の不妊手術を受ける意思決定過程は夫や家族との関係性だけでなく、伝統的な習慣や宗教などの社会・文化的背景や政治的な要因も影響が及んでいることが推察された。

避妊方法の選択や子どもを産む産まない選択は女性の一生にかかわる重要な意思決定であるが、夫婦関係の社会規範の影響を受け不妊手術を自ら望むことで対象者なりの不妊手術決定に対する納得が伺えた。不妊手術を受けたことへの不満を示すコードは見い出されず、対象者は出産したい子ども数について希望があるが、不妊手術決定以前の生殖や避妊に対する意思決定が尊重されていない現状を受け入れているとも考えられる。しかし、望まない妊娠の低減や出産間隔の改善のための家族計画の推進は妊産婦や乳幼児の健康の改善に密接な関係があるため、母子保健という観点からも解決すべき課題である。また、避妊法の利用を広げるだけでなく、女性自身の生殖に対する意思決定が尊重される社会づくりが大きな課題である。夫婦間だけでなく社会全体における女性の地位向上のための具体的な政策が必要である。

日本では第二次世界大戦後に受胎調節指導員制度ができ、多くの助産師は母体の健康を最も危惧していたため受胎調節指導員となり個別の指導を行い、保健師は集団へ知識や情報を伝えるという連携が出来上がり、両者による連携が日本の家族計画を成功させた重要な鍵となったといわれている（国際協力機構, 2004）。開発途上国では医療施設や従事者などの基本的な保健医療の環境が大きく異なりそのまま日本の経験を応用することは難しいが、日本の経験を踏まえ国際協力機構ではベトナムにおいて助産師の再教育や地域活動と併せてリプロダクティブ・ヘルス分野の援助を行い、家族計画国際協力財団ではネパールにおいて家族計画と寄生虫予防を組み合わせた取り組み（国際協力機構, 2004）により功を奏している。

国際看護の実践には文化の多様性を認識することが必要であり、さらに対象となる人々の文化を尊重する姿勢が求められる（国際看護研究会, 1999）。パキスタンにおいては、保健医療システムだけでなく政治、経済、教育などのあらゆる状況を理解し、女性自身が生殖や避妊に対する意思決定が尊重されていない現状を受け入れてしまっている点をふまえる必要がある。その上で日本の経験を柔軟に活用しつつ文化に適応したサービスを提供することが重要である。

V. 結語

不妊手術を受けたパキスタン人女性の意思決定過程に影響する要因は【結婚・出産・育児の状況】【不妊手術への思い】【不妊手術決定に向かう際の夫との関係性】【イスラム教】【行政サービスや周囲の人たちとの関わり】の5つのカテゴリーで構成されていた。

文 献

- Browner&Sargent (1990) :Anthropology and Studies of Human Reproduction. Medical Anthropology-Contemporary Theory and Method-Praeger, Westport.
- Caldwell et al (1982) :The Causes of Demographic Change in Rural South India - A Micro Approach - Population and Development Review, 8 (4) ,689-727.
- E.INAOKA.et al (1999) : Correlates of visit regularity among family planning clients in urban Yemen Advances in Contraception, 15,257-274.
- ファティマ・メルニーシー (2003) :ヴェールよさらば - イスラム女性の反逆 -. 心泉社, 東京.
- 藤田純子 (2002) : 中東イスラム世界の人口・家族・経済 - 多角的視座導入の試み -, 平成 13 年度国際協力機構准客員研究員報告書, 国際協力機構, 東京.

- 外務省監訳（1996）：国際人口・開発会議「行動計画」，世界の動き社，東京。
- 井筒俊彦（1992）：井筒俊彦著作集 7 コーラン，中央公論社，東京。
- 喜多村百合（2003）：現代南アジア 5 社会・文化・ジェンダー，東京大学出版会，東京。
- 国際看護研究会（1999）：国際看護学入門，医学書院，東京。
- 国際協力機構（2004）：日本の保健医療の経験 - 途上国の保健医療改善を考える -，国際協力総合研修所，調査研究グループ調査研究報告書，東京。
- 国連人口基金（1995）：世界人口白書 1995，ジョイセフ，東京。
- 国連人口基金（1999）：世界人口白書 1999，ジョイセフ，東京。
- 国連人口基金（2002）：世界人口白書 2005，ジョイセフ，東京。
- Krppenndorff（1998）：メッセージ分析の技法「内容分析への招待」- 人間科学研究法ハンドブック -，ナカニシヤ書店，京都。
- 桑原尚子，田中由美子，大沢真理（2002）：開発とジェンダー - エンパワーメントの国際協力，国際協力出版，東京。
- 牧野信也訳（2001）：ハディース 5 イスラーム伝承集成，中央公論新社，東京。
- Nichter M.A& M.Nichter（1989）：Cultural Notions of Fertility in South Asia and their Impact on Sri Lanka Family Planning Practices, Anthropology and International Health, Asian Case Studies, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- Population Reference Bureau（2002）：Family Planning Worldwide 2002 Data Sheet. <http://www.prb.org>.
- R. Baveja, et al（2000）：Evaluation Contraceptive Choice Through the Method -Mix Approach. Contraception, 61,113-119.
- Stephen Trombly（2000）：優性思想の歴史-生殖への権利-，明石書店，東京。
- WHO（1994）：Contraceptive Method Mix -Guidelines for policy and service delivery - WHO, Albany.
- 山根聡，広瀬崇子，小田尚也（2003）：パキスタンを知るための 60 章，明石書店，東京。
- 山根聡（2003）：パキスタン国別援助研究会報告書，国際協力機構，東京。