

バングラデシュ農村部の女性たちが捉えている 子どもの成長発達

大久保麻矢
(Aya OKUBO)

【要約】

バングラデシュ人民共和国の子どもを持つイスラム教徒の女性、42名を対象とし、フォーカスグループディスカッションと半構造化面接法を使用し、得られたデータをクリップエンドルフの内容分析法を用い分析を行った。女性たちは子どもの発育を促える時に、《年齢的な特徴との比較》、《兄弟間の比較》を行い年齢相当の発育か否かを判断し、《過去との比較》を行うことによって、個人の健康状態の変動を確認していることが考えられた。更に女性たちは子どもの発達において、生後2か月頃までの首の据わり、6か月頃の座位の保持を重要視しており、子どもの病気が疑われる場合、軽症なら《家で様子を見る》対処を選択し、その後《目的に応じ受診場所を変え》ていた。

女性たちは金銭問題や人間関係の複雑さの中でもそれぞれ地域で助け合い子育てを行っていた。子どもの健康状態を母親をはじめとする大人たちがどの様に認識し、その後、病院を受診するまでの過程を明らかにすることは、住民に受け入れられる健康教育につながるのではないかと考える。

キーワード：バングラデシュ人民共和国、農村部、女性、成長発達

1. はじめに

ヒトは、生まれてからすぐにひとりで生活を始めるのではなく、周囲の大人が子どもの未熟さを補い、養護する必要がある¹⁾。特に年少の子どもの場合、多くは自らの健康を意識し行動を取ることは不可能である。その為、母親をはじめとする周囲の大人の認識と行動に頼る必要がある。言い換えると、子どもの状態をどの様に大人が把握し、どの様に対応するかが、その子どもの健康を決める大きな鍵になってくる。

南アジアに位置するバングラデシュは、1人あたりの国民総所得（GNI）が日本の37,180米ドルに対し440米ドルと低く、全人口の36%の人が1日1ドル以下で生活をしており、後発開発途上国のひとつとして数えられている²⁾。国際連合児童基金（United Nations Children's Fund; UNICEF）の保健統計によると、乳児死亡率、5歳未満児死亡率ともに約40年前と比べ改善してきてはいるものの、乳児死亡率56（出生1000対）、5歳未満児死亡率77（出生1000対）と依然として高値である³⁾。更に、バングラデシュでは、国民の

60%以上が今も基本的な医療にアクセスできていない現状が報告されている⁴⁾。基本的な医療に容易にアクセスできない状況では、子どもの健康上の問題への対処は、家庭に拠るところが大きい。また、健康問題が起こる以前に予防することが重要となってくる。実際、バングラデシュにおいても地域を巡回しての健康教育は、政府、非政府組織（NGO）から住民へ積極的に提供されている支援の一つである。しかし、育児はその土地の文化や慣習が深く関係しており、それを理解し内容を指導に組み込んでいなければ、価値観の押しつけにしかならず住民に浸透してはいかない。

そこで、本研究は子どもの健康問題を予防するために行う健康教育の充実を図るために、バングラデシュ農村部において、子どもの直接的養育者である女性たちがどの様に子どもの成長発達を捉え、育児を行っているのかを明らかにすること目的とする。

2. 対象と方法

1) 対象

調査地は、バングラデシュ人民共和国の北西部に位置するA県とし、研究者が青年海外協力隊時に拠点としてT-NGO（T-NGOは農村部の女性の自立を目的に幅広い分野でA県を中心に活動している）の活動範囲47の地域において、以前、研究者が活動していた場所で人間関係が作りやすく、研究者の安全確保のため日帰りできる範囲に限定した。それによりT-NGOの活動場所の中から13地域を選出した。次に、選出した場所の事情に精通した一般医師と共に、13の地域を経済・保健医療・教育の3つの視点から、比較的状况の良い地域（9地域）、比較的状况の悪い地域（4地域）の2つに分類し、単純無作為抽出法を用い対象地域4つを選出した。その後、選出した4ヶ所の地域のメディカルアシスタントに詳細を説明し同意を得、状況の良い地域としてAとC、状況の悪い地域としてBとDに決定した。更に選出した地域は、A地域には50グループ、B地域には39グループ、C地域には39グループ、D地域には45グループのT-NGOの保健医療分野の活動グループがありそこから再度、単純無作為抽出法を行い各地域から1グループ選出した。対象地域から1グループずつ選出した後、フィールドワーカーに同行し、参加したグループの定期ミーティングにて、T-NGOの組合員である子供をもつ農村部の女性A地域28名、B地域50名、C地域45名、D地域30名へ調査内容を説明し、フォーカスグループディスカッションと半構造化面接両方において、進んで協力を受諾してくれたA地域9名、B地域12名、C地域10名、D地域12名を選出して対象とし調査を行った。調査の際、1名が出生後すぐに子供を亡くし子育てをしたことが無かったため分析対象からはずした。幅広い年齢層の意見を聞くために、子どもの年齢・性別は問わなかった。バングラデシュ国民の約9割をイスラム教徒が占めている⁵⁾ことから、イスラム教徒に限定した。

2) 方法

(1) 調査方法

対象に対し、フォーカスグループディスカッション⁶⁾と半構造化面接法⁷⁾を用いた。フォーカスグループディスカッションを初めに行い、ディスカッションを行った女性に対し、後日、半構造化面接を行った。情報収集は公用語であるベンガル語で研究者

本人が行った。すべての調査内容は、研究者が母国語以外で調査をすることでの偏りを最小限にするため、対象者に許可を得てボイスレコーダーに録音した。

(2) 調査期間

調査は以下の期間で行った。

2006年6月16日～9月7日

(3) 分析

対象42名へのフォーカスグループディスカッション、半構造化面接により得たデータを分析対象とした。ベンガル語で研究者が行った面接の録音したデータを、研究者が直接日本語へ翻訳した。解釈が難しい場合は、ベンガル語を母国語とする者に面接内容が判らない範囲内で、助言を求めた。コード化の際には、フィールドメモに記録されていた、対象者の表情、態度なども含め、非言語的コミュニケーションを考慮にいれ、クリッペンドルフの内容分析法⁸⁾を用い分析を行った。

3) 信頼性と妥当性の確保

情報収集の際には、母国語以外でインタビューをするための誤りを最小限にするため、必ず、対象が話した内容を面接者がもう一度言葉を変えて確認し、同意を得られてから次に進む方法を取り、更に面接を2回行うことで、信頼性を高めた。また、ベンガル語から日本語に翻訳する際、解釈が難しい内容は、個人が特定できないよう匿名化し、日本に在住するバングラデシュ人に助言と確認を求めた。分析の妥当性を高めるために複数の国際看護経験者との検討を行った。

4) 倫理

事前に、窓口であるT-NGOの代表に研究の趣旨を説明し同意を得た。対象へベンガル語に翻訳した研究計画書を元に口頭で趣旨を説明し同意書を交わした。また、本研究は群馬大学医学部疫学倫理委員会において承認を得た。

3. 結果

1) 対象の概要

対象である、農村部に住む子どもを持つ女性42名の一覧は表1、対象の概要は表2に示した。

対象者の年齢は18歳から50歳で、平均年齢（平均±SD）は30.9±9.3歳であった。結婚年齢は9歳から

表1 対象の一覧

	年齢	結婚 年齢	就学 年数	夫の 就学年数	夫の 職業	夫の給料 (Taka) 1Taka = 約2円	子どもの 人数	子どもの性別	子どもの年齢	面接 時間	注釈
A-3	45	—	5	10	4	2,000	2	男・女	18・14	50	
A-4	40	—	8	12	2	12,000	3	男・女・男	22・7・15	25	*1
A-5	25	—	10	10	3	10,000	1	男	3	45	
A-6	28	16	10	12	3	10,000	3	男・男・女	13・7・1.6	40	*2
A-7	30	14	12	12	4	3,000	2	男・男	14・9.6	40	*3
A-8	56	16	6	12	7	3,000	5	女・女・男・男・男	39・37・35・32・20	60	
A-9	35	—	0	0	3	20,000	3	男・女・女	22・20・15	35	*4
A-10	35	—	5	12	7	2,500	2	男・女	18・16	55	
B-1	50	13	5	12	7	2,100	7	女・男・女・男・女・女・女	37・30・28・25・23・21・19	70	
B-2	22	17	5	0	5	3,000	1	男	5.7	65	
B-3	28	—	3	0	1	700	2	男・男	9・3.6	55	
B-4	50	17	8	14	4	10,000	4	男・男・女・男	40・35・31・16	45	
B-5	45	15	0	5	5	1,500	3	女・男・女	19・15・5	35	
B-6	35	—	0	0	7	0	1	男	16	60	*5
B-7	25	13	0	5	6	10,000	2	男・男	7・1.10	50	
B-8	35	15	0	0	5	2,500	3	女・男・女	20・15・6	40	*6
B-9	30	15	0	0	1	1,500	2	男・男	10・3.6	35	
B-10	45	—	0	9	1	3,200	5	女・男・女・男・女	45・25・20・18・16	50	
B-11	35	25	0	7	1	5,000	5	女・女・女・男・女	17・15・12・1.6・3.2	50	*7
B-12	20	13	0	0	5	2,000	1	女	18	30	
C-1	39	17	0	8	3	3,000	3	女・男・女	20・18・5	40	*8
C-2	30	18	3	6	1	1,500	3	女・女・女	18・16・4.7	55	
C-3	18	12	8	0	1	1,500	2	女・男	8・3.6	55	
C-4	20	13	5	8	3	2,000	2	女・女	5.5・1.6	55	
C-5	22	13	10	12	3	1,200	2	男・女	0・4.6	50	*9
C-6	24	14	6	6	3	1,800	2	女・女	10・5	40	
C-7	30	14	0	0	1	3,000	3	男・女・男	13・8・5	50	
C-8	30	16	9	12	1	3,000	2	女・女	14・10	50	
C-9	35	22	0	0	5	3,000	5	女・男・女・女・男	20・0・0・10・5.7	60	*10
C-10	25	18	5	5	4	6,000	1	男	3.6	30	
D-1	25	9	4	3	2	4,000	2	女・女	7・0.6	40	
D-2	30	22	9	6	1	3,000	2	男・女	7・5	30	
D-3	48	13	5	—	3	0	3	女・女・女	20・16・13	70	
D-4	26	20	10	4	6	3,000	1	女	2.2	50	
D-5	20	14	10	0	2	10,000	1	女	4.6	30	
D-6	18	11	5	0	2	4,000	1	男	4	30	
D-7	18	10	5	0	7	2,000	1	男	6	60	
D-8	25	16	5	8	4	4,000	2	女・男	12・6	65	
D-9	40	20	0	5	1	1,000	5	男・女・男・女・女	3D・17・9D・12・6	65	*11
D-10	30	15	0	0	1	2,000	3	男・男・女	16・11・4	60	
D-11	30	14	6	5	2	4,000	2	女・男	13・7	85	
D-12	30	16	0	5	7	4,000	2	女・女	12・0	85	*12

その他の収入の理由

1. 土地（野菜、米）
2. 家畜（牛乳、卵、魚）
3. 食事を一緒にする
家族の仕事

夫の職業

1. 農業
2. 公務員
3. 自営業
4. 会社勤め
5. 荷車／人力車運転手
6. 出稼ぎ
7. その他（リタイア、死亡、離婚）

注釈

- * 1. 第2子が7歳で死亡。
- * 2. 第2子が生後7ヵ月で全身に湿疹。
- * 3. A-7とA-8は夫が兄弟。一緒に敷地内に住む。食事は別。
- * 4. 夫が重婚。第2婦人の家族と一緒に敷地内に住む。食事は別。
- * 5. 夫と離婚。
- * 6. 第3子の時妊娠7ヵ月で全身に浮腫が出た。
- * 7. 第1子が15歳で結婚。8ヵ月で子宮内胎児死亡。
- * 8. C-1とC-2は夫が兄弟。一緒に敷地内に住む。食事は別。
- * 9. 第1子分娩時に死亡。
- * 10. 第2、3子分娩時に死亡。
- * 11. 双子。
- * 12. 第2子分娩時に死亡。

表2. 対象の概要

	対象の年齢	結婚年齢	就学年数	夫の就学年数	夫の収入
平均±SD	30.9歳±9.3	15.5歳±6.9	4.3年	5.5年	4,071 (タカ/月)
最小	18歳	9歳	無し	無し	無し
最高	50歳	25歳	10年	14年	20,000 (タカ/月)
	対象の妊娠回数	子どもの人数	授乳継続期間	離乳食開始時期	BMI
平均	2.7回	2.4人	29.1ヶ月	7.9ヶ月	20.1
最小	1回	1人	数日間	数日後	15.8
最高	8回	7人	60ヶ月間	24か月	25.4

25歳で、33人中平均年齢（平均±SD）は15.5歳±6.9歳であった。夫の職業は、農業（11名）が多く、続いて自営業（8名）、会社員・公務員・人力車夫、荷車夫（各5名）であった。収入の平均は月4,071タカ（約8,200円）で、最高20,000タカ（約40,000円）、最低は無収入と現金収入にばらつきが見られた。

2) 調査結果

本文中の『』はカテゴリーを、《》はサブカテゴリーを、〈〉はコードを表す。対象への質問から、フォーカスグループディスカッションと個人面接を合わせ523コード抽出された。コードは33のサブカテゴリーに分類され、サブカテゴリーは10のカテゴリーに分類された。

3) フォーカスグループディスカッション（表3）

39のコードから9のサブカテゴリーへ、更に『健康状態を把握する視点』『子どもの問題への対処行動』『外部要因』『母子密着』『伝統的解釈』の5のカテゴリーに分類された。

フォーカスグループディスカッションにて、子どもの『健康状態を把握する視点』として、『状態の評価』

《年齢的な特徴との比較》《過去との比較》の視点が挙がっていた。子どもの《状態を評価》するために母親である対象は、排泄物の回数・性状等の観察、同年齢の子どもとの肉付きの比較、子どもを抱いた時の感覚などによる体重の変化の把握、食べ物に手を伸ばすか、口に入れるかなどによる食欲の有無の観察を行っていた。また、それにはそれぞれに個人差があることにも触れ、『過去との比較』をすることによって個人の健康状態の変動を捉えるとともに、首が据わらない、6か月頃までに座位が保持できないと将来寝たきりになるなど《年齢的な特徴との比較》をしていた。また、『年齢的な特徴との比較』では、同年齢の子どもとの運動機能の比較もしていた。更に、子どもは座る、歯が生える、歩く時期それぞれに病気になると認識しており、食べ初めの頃は下痢をするが慣れれば良くなるので問題はない、子どもは泣くことで訴えているなどの話も聞かれた。

『子どもの問題への対処行動』では、〈大きくなって首が据わらない〉〈生後6か月を過ぎても座位の保持ができない〉など病気が疑われる場合には『医者受診』を選択していた。しかし、医者は正規の医療教育を受けている医者から無資格の村医者、農村部を巡回するヘルスワーカーと様々な医療者の総称であった。また『呪術師訪問』は、子どもが何をしても泣き止まなかったため、悪霊に捕まえられたと判断し悪霊払いに連れて行ったと語っていた。

母親の育児に影響を与える『外部要因』として『政府のサポート』と『栄養プログラム』が挙がっていた。

『母子密着』では、〈母親の腕の中にいつも子どもがいる〉〈抱けば子どもの体重が分る〉と語られていた。

『伝統的解釈』はフォーカスグループディスカッションのみのカテゴリーであり、〈何を与えても泣き止まなければ悪霊に取り付かれた〉から病院ではなく呪

表3. フォーカスグループディスカッション

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
健康状態を把握する視点	・ 個人の状態 ・ 年齢的な特徴 ・ 過去の健康評価	25
子どもの問題への対処行動	・ 呪術師訪問 ・ 病院受診	3
外部要因	・ 政府のサポート ・ 栄養プログラムなし	3
母子密着	・ 母子密着	3
伝統的解釈	・ 伝統的解釈	5

術師に連れて行かなくてはならない。食べ始めの時、
〈下痢をしたら、腰が軽くなり歩き始めが早くなる〉な
どが語られていた。

4) 個人面接（表4）

484のコードから24のサブカテゴリーへ、更に『健康状態を把握する視点』『子どもの問題への対処行動』『外部要因』『母子密着』『運命』の5のカテゴリーに分類された。

個人面接における子どもの『健康状態を把握する視点』では、『状態の評価』『兄弟間の比較』『年齢的な特徴との比較』『病気との判別』『過去との比較』『現在の健康評価』の5つの視点が挙がっていた。母親はフォーカスグループディスカッションの内容に加え、子どもの動きと熱などの症状の有無をみていることが語られていた。ここで語られている子どもの動きには元気か否かをみる活気の有無と座る、走るなど運動機能の評価の二種類の内容が含まれていた。熱は、体温計での測定ではなく体が熱い、ぐったりとしている等で判断していることが語られていた。『年齢的な特徴との

比較』では〈歯が生える時期は個人差が大きい〉、歩き始める時期は様々であると捉えている一方、食べ始めが遅くなると病気になると語られていた。『病気との判別』では下痢は問題ない下痢と問題の下痢に分けられ、回数や随伴症状で見ていることが語られていた。その他、熱、頭痛、衰弱、振戦などは病気であると捉えていた。母親は、『過去との比較』をすることによって個人の健康状態の変動を捉えるとともに、『兄弟間の比較』を行うことにより、特に食欲の面で不安の表出が多くあった。『現在の健康評価』では、〈お金が無い中では健康〉〈健康だが細い〉など、気になるところはあるものの現状と照らし合わせ評価されていた。

『子どもの問題への対処行動』では、軽症なら『家で見える』は共通しており、その後必要なら直接薬局から薬を購入し投薬する『自己投薬行動』か、『村医者受診』をする、もしくは、『病院受診』『政府のクリニック受診』『資格のある医者受診』を行うなど『目的に応じ受診場所を変え』ていた。選択の理由として交通の便、金銭問題が多く挙がった。

母親の育児に影響を及ぼす『外部要因』は、『予防接種』『政府のサポート』『栄養プログラム』『農村部の女性の特徴』『交通手段』『村医者の存在』『金銭問題』『知識不足』『人間関係』のサブカテゴリーで構成されており、『農村部の女性の特徴』では、多くの仕事があり子育てのみに時間が避けない様子が語られていた。『村医者の存在』では、村医者の利点について、近くにいて、お金がかからない、診察を受けなくても薬がもらえる、きちんとした医者であることが語られていた。『金銭問題』では、病院受診費用を含め、収入の少なさへの不満が語られており、金銭問題は子どもが病気になった時だけではなく、食事、教育すべてに関係していることが話されていた。『理解不足』では、母親を中心とする子どもを取り巻く大人たちの知識不足が子どもに影響を与えることが、特に食事について語られていた。『人間関係』、母親を中心とする子どもを取り巻く大人たちの知識不足が子どもに影響を与えることが、特に食事について語られていた。『人間関係』では、義父母との力関係について、嫁は義父母に意見ができず、嫁である母親だけでは子どもの受診、更には食事の内容も決定ができない環境について語られていた。

『地域ぐるみの育児』では〈いつも子どもを見てい
る〉〈地域の人すべてが子どもについて知っている〉な

表4. 個人面接

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
健康状態を把握する視点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人の状態 ・ 兄弟との比較 ・ 年齢的な特徴 ・ 病気との判別 ・ 過去の健康評価 ・ 現在の健康評価 	230
子どもの問題への対処行動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家で様子を見る ・ 自己投薬行動 ・ 村医者受診 ・ 病院受診 ・ 政府のクリニック受診 ・ 資格のある医者受診 ・ 目的に応じて受診場所を選択 ・ 医者の指示の実施 	137
外部要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予防接種 ・ 政府のサポート ・ 栄養プログラム ・ 農村部の女性の特徴 ・ 交通手段 ・ 医者の特徴 ・ 金銭問題 ・ 理解不足 ・ 人間関係 	81
母子密着	・ 母子密着	15
運命	・ 運命	1

ど、子どもを泣かせたままにせず必ず誰かが抱き上げる環境にあること、またそれが親族だけではなく近所の者であるかもしれないことが語られていた。

『運命』は個人面接のみのカテゴリーであり〈医者でも良くできないことがある〉と語られていた。

4. 考察

1) 子どもの健康状態の把握

女性たちが子どもの健康判断を行う時、大きく2つの視点でとらえられていることが考えられた。発育において、母親は自分の子どもの肉付きと、同年齢（同月齢）の子どもの肉付きとの比較を行うなど《年齢的な特徴との比較》を行っていた。また、《兄弟間の比較》も行っていた。現在、バングラデシュでは乳幼児健康診査が組織化されていないため体重や身長計測は難しい。そのため、母親は視覚などの感覚によって同年齢の子どもとの体つきの比較を行っている他、兄弟を養育した過去の経験との比較によって、現在子どもが年齢相応の発育をしているか否かを判断していることが考えられた。更に、母親は子どもの《過去との比較》をすることによって、個人の健康状態の変動も確認していることが考えられた。

発達においては、生後2か月頃までの首の据わり、6か月頃の座位の保持が目安として挙がっていた。特に、6か月頃までの座位保持困難はその後の寝たきりにつながる語られていた。村を訪問すると、重症心身障害児を養育している家族が多いと感じる。現在、家庭分娩が全体の約9割を占めているバングラデシュにおいて、出産時に仮死で生まれてくる確率は日本より高く、その後も何らかの感染症や高熱で“寝たきり”になる可能性も高い。女性たちは過去の経験から首の据わりが悪かったり、6か月頃までに座位保持困難の子どもがその後“寝たきり”になる可能性が高くなると知っており、その為、これらが子どもの発達をみる大きな指標となっていることが考えられた。また、〈歯が生える時期は個人差が大きい〉、歩き始める時期はさまざまであるなど、発育・発達の中でも比較的個人差が大きいものは、母親が子どもの健康状態を把握するうえで重要視されていなかった。更に《過去との比較》をすることによって《病気との判別》を行っている事が考えられた。

その他、母親は子どもの活気、食欲の有無、排泄物の観察もしており、下痢は問題のない下痢と問題のあ

る下痢に分けて考えていた。これは、回数や随伴症状で判断していたが、乳児期で消化機能が未熟であり、母乳から通常食へ移行する時期の便の性状の変化を抑えていることが考えられた。以上のことから母親は、自らの五感を使い、過去の体験や周囲との比較を行いつつ自分の子どもの健康状態を把握していることが分かった。

2) 子どもの問題への対処行動

『子どもの問題への対処行動』では、病気が疑われる場合に《医者受診》の選択が語られていたが、実際は軽症なら《家で様子を見る》対処をしており、その後《目的に応じ受診場所を変え》ていた。選択の理由として交通の便、金銭問題が多く挙がっていたが、子どもの体調の変化を母親が病気と認識しなかった場合は、悪霊によるものとされ病院受診は選択肢に挙がらず呪術師を訪問していることが分かった。前述したとおり国民の60%以上が今も基本的な医療にアクセスできていない⁹⁾バングラデシュの現状では、手遅れの状態で病院を受診することが多い。本研究では、子どもの家族がただ家で様子をみているわけではなく、病院を受診する前にも様々な対処行動をとっていることが示唆された。受診の遅れの理由をただ交通事情や金銭問題としてあきらめるのではなく、子どもの病気を母親をはじめとする大人たちがどの様に認識、その後、病院を受診するまでの過程を明らかにすることは、住民に受け入れられる健康教育につながるのではないかと考える。また、物理的に簡単に受診をすることが不可能なバングラデシュの現状では、ただ病院で待機をしているだけではなく積極的に農村部に出かけていく医療体制が必要ではないかと考える。

3) 育児に影響を与える要因

バングラデシュの農村部の女性たちは、多くの仕事があり子育てのみに時間が割けない。しかし、地域の人すべてが子どもについて知っており、対象の言葉で表現するなら“母親の手の中にいつも子どもがいる”。このような状況の中で子どもは育てられていた。金銭問題や人間関係の複雑さの中でも女性たちはそれぞれ助け合い子育てを行っていた。

4) 本研究の限界と今後の課題

本研究では、質的研究を手法に用いており研究者自

身が研究道具になることから、そのデータ収集に影響を及ぼしている可能性がある。また、翻訳を文化が異なる人間が行うことで、解釈に影響を及ぼしている可能性がある。今後、それぞれの結果を焦点化していく必要がある。

5. 結論

- 1, バングラデシュの女性たちは、子どもの発育を《年齢的な特徴との比較》,《兄弟間の比較》によって年齢相当か否か判断していた。また,《過去との比較》を行うことによって、個人の健康状態の変動も確認していることが考えられた。
- 2, 女性たちは子どもの発達において、生後2か月頃までの首の据わり、6か月頃の座位の保持を重要視していた。発育・発達の中でも比較的個人差が大きいものは、母親が子どもの健康状態を把握するうえで重要視されていなかった。
- 3, 子どもの病気が疑われる場合、軽症なら《家で様子を見る》対処をしており、その後《目的に応じ受診場所を変え》ていた。
- 4, 子どもの体調の変化を母親が病気と認識しなかつ

た場合は、悪霊によるものとされ病院受診は選択肢に挙げらず呪術師を訪問していることが分かった。

- 5, 金銭問題や人間関係の複雑さの中でも女性たちはそれぞれ地域で助け合い子育てを行っていた。

【引用・参考文献】

- 1) 奈良真美穂ら：系統看護学講座〔専門22〕小児看護学〔1〕小児看護学概論 小児臨床看護学総論5, 医学書院, 2005
- 2) UNICEF：世界子ども白書2006, 財団法人日本ユニセフ協会, 122, 2006.
- 3) 前掲書2, 102.
- 4) Population Census 2001 Bogra. Bangladesh Bureau of Statistics. Bangladesh Bureau of Statistics, 3, 2001.
- 5) 大橋正明, 村山真弓編著：バングラデシュを知るための60章, 29-32, 明石書店, 2004.
- 6) 鈴木潤子：調査的面接の技法〔第2版〕, 48-50, ナカニシヤ出版, 2005.
- 7) 前掲書6, 24-25.
- 8) K・クリッペンドルフ：メッセージの内容分析. 勁草書, 1999.
- 9) 前掲書4, 3.