

2013 年度東邦大学大学院看護学研究科看護学専攻博士論文

文化的コンピテンシーを視座とするラオスの産後プラクティスに関する
看護の探索的研究

A Study on Nursing for Postpartum Practices in Lao P.D.R. from the Viewpoint of Cultural
Competency

佐山 理絵
Rie SAYAMA

2013 年度東邦大学大学院看護学研究科看護学専攻博士論文

文化的コンピテンシーを視座とするラオスの産後プラクティスに関する
看護の探索的研究

A Study on Nursing for Postpartum Practices in Lao P.D.R. from the Viewpoint of Cultural
Competency

ND10004 佐山 理絵

指導教員

主査：高木 廣文	東邦大学看護学部	教授
副査：齋藤 益子	東邦大学看護学部	教授
副査：近藤 麻理	東邦大学看護学部	教授

2014 年 2 月 6 日提出

博士論文要旨

看護学研究科看護学専攻 国際広域保健・地域看護学 分野	学籍番号 ND10004 氏名 佐山 理絵
論文題目	文化的コンピテンシーを視座とするラオスの産後プラクティスに関する看護の探索的研究
<p>【研究の背景】</p> <p>出産や育児期は人類の長い営みの中でのその普遍性から、固有の文化が強く影響する。ラオスでは産褥期に、ユーファイ、カラムキンという慣習が広く実施されている。ユーファイは産後の数日～1ヵ月間、炭の側もしくは炭の上にベッドをしつらえ過ぎさなければならぬという行動制限を伴う慣習であり、カラムキンは産褥期に食物禁忌にともなう食事制限を行うという慣習である。産後プラクティスは、独自の文化やビリーフに基づいて行われるもので、産褥期を正常から逸脱する事なく経過するために必要であると考えられている。</p> <p>看護職は、文化的に特有な時期の女性に対し、文化への感受性をもち、文化的コンピテンシー（文化的能力：文化への理解対応能力）を高め、文化を考慮した効果的な関わりを実践する必要がある。それはその後の女性のライフサイクルや家族に対しても影響を及ぼす重要なものとなる。特有な文化が深く関わる場面の多い妊娠・出産・産褥・育児期において、看護職が文化的コンピテンシーを担保し、文化を考慮する看護の視点に立った看護支援を展開することは必要不可欠である。本研究はラオスの産後プラクティスという事象を通し、特に母性分野における看護職の文化的コンピテンシー、そして emic な見方と etic な見方の両方から生み出される文化的コンピテントな看護の概念や理論を探索するものである。</p> <p>【研究目的】</p> <p>ラオスの産後プラクティスについて、看護職が実践している退院にむけた褥婦への指導といった看護や、看護実践に至るまでの経過などを調査し明らかにする。また看護職の文化的コンピテンシーや文化を考慮して行われる看護について、概念や理論を探索的に明らかにすることを狙いとした。</p> <p>【研究方法】</p> <p>解釈的アプローチによるマイクロエスノグラフィーを基にした探索的研究デザインである。フィールドはラオス国立総合病院産科病棟褥婦入院棟で、研究参加者はそこで勤務する看護職 18 名と褥婦である。フィールド調査はラオ語を用いて参加観察とインタビューを実施した。フィールドで得られたデータから MAXQDA を用いてフィールドノートを作成して分析し、概念化してとらえ理論を構築した。分析は調査と平行し循環的に行った。</p> <p>【倫理的配慮】</p> <p>研究参加者には、研究者自身や研究の内容、方法について説明し同意を得て実施した。本研究は、東邦大学看護学部倫理審査委員会と（承認番号：23037）、ラオス国</p>	

保健省倫理審査委員の承認を得て（承認番号：53/NECHR）実施した。また研究者にとって異文化での研究となるので当該国の文化に十分配慮した研究活動が行うようにした。

【結果】

看護職はさまざまな事例や専門職としての知識をとおして、産後プラクティスは健康に悪影響をもたらすおそれがあることを認識している。しかし同時に、産後プラクティスを実施することは、褥婦そして人々に大きな意味があることも認識していた。褥婦に対する指導では、産後プラクティスの再構成と調整という看護を実践していた。カラムキンについて、「食禁忌にもとづく食事制限」という褥婦の行動を認めつつ褥婦の健康を害さないように、さらに下痢や浮腫などの疾病を予防するという西洋医学的根拠に矛盾しないものに食事制限の内容を再構成していた。またユーファイは、火を用いた「保温」という行動を認めつつ、創部の治癒の遅れや火傷といった健康弊害の予防を図るよう開始時期や火の程度といった具体的方法を調整する内容を指導していた。

【考察】

看護職がもつ産後プラクティスに対する認識には、予測する健康弊害から実施を否定するという認識と、褥婦と他者との関係や文化的価値から実施を肯定せざるをえないという認識が存在し、看護職に内在的なコンフリクトが生じていた。専門的知識や西洋医学的根拠による etic な意味づけにより、健康弊害が予測される産後プラクティスは実施すべきではなく禁止するというものがあつた。一方、家族や近親者が母子に関わり支援するという「儀式としてのユーファイ」といった他者との関わりや民族医学的効果という emic な意味づけにより産後プラクティスの文化的価値を理解し、それを実施せざるをえない褥婦の状況を認識していた。

専門的知識と文化的価値の認識という内在的コンフリクトに対し看護職は、それらを別次元に存在するものとせず、有機的にとらえて共存し融合することを考えていた。褥婦に対する指導では、専門的知識に基づいて「禁止」したとしても、禁止の先にあるものを見据えて「禁止では終わらない」と考える。積極的に勧めることはしないが産後プラクティスの存在や実施を認め、そのうえで「やるのならどのようにやるべきか」という健康を脅かさない方法を新たに見だし、それを褥婦に伝えていくほうがよいと考えるのである。カラムキンについては、「食禁忌にもとづく食事制限」という褥婦の行動を認めつつ褥婦の健康を害さないように、さらに下痢や浮腫などの疾病を予防するという西洋医学的根拠に矛盾しないものに食事制限の内容を再構成していた。また、ユーファイは、火を用いた「保温」という行動を認めつつ、創部の治癒の遅れや火傷といった健康弊害の予防を図るよう、開始時期や火の程度といった具体的方法を調整する内容を指導していた。褥婦に対する指導では、産後プラクティスの再構成と調整という文化的コンピテントな看護を実践していることが明らかになった。

A Study on Nursing for Postpartum Practices in Lao P.D.R. from the Viewpoint of Cultural Competency

[Background]

Because childbirth and child-rearing practices are universal in human history, indigenous customs strongly influence them throughout the world. In Laos, many women during the puerperal period follow practices known as *Yu-fai* and *Kalam-kin*. *Yu-fai* is a custom wherein the mother must remain in bed next to or over a charcoal fire for a few days to one month following birth, and *Kalam-kin* is the custom of dietary restriction accompanying food taboo. Both practices are considered necessary for mothers to have no abnormalities during the puerperal period and are based on unique cultural practices and beliefs. Therefore, nurses must be sensitive to the distinct cultural aspects of each woman during and after childbirth, and it is necessary to raise cultural competency, and to practice effective relation in consideration of culture. It becomes important for influencing to a subsequent female life cycle and family. It is necessary to develop the nursing support from a viewpoint of nursing which a nurses collateralizes cultural competency and takes culture into consideration at a pregnancy, delivery, confinement, and child-rearing. This study was to explore the concept and theory of Laotian nurses' cultural-competent nursing, which are produced from both an emic and an etic viewpoint, and cultural competency through the postpartum practice in Laos.

[Objectives]

Postpartum practices in Laos regarding instructions to puerperant mothers before leaving the hospital were investigated and clarified. Moreover, this study aimed at clarifying the concept and theory of cultural competency of nurses and cultural congruent nursing exploratorily.

[Methods]

An exploratory study designed to assess the influences of microethnographic requirements on an interpretive basis. The study participants were puerperant women and 18 nurses from the puerperant ward of Laos National General Hospital, who were interviewed in a field study via a participatory observation and an ethnographic interview in the Lao language. Field notes were written, analyzed, conceptualized, and used to build a theory using MAXQDA Qualitative Data Analysis Software from the field-obtained data. Analyses were cyclically conducted along with the investigations.

[Ethical Considerations]

Research participants were explained the aim and methods of research, and consent was obtained and carried out. This research was approved by Research Ethics Committee of Faculty of Nursing, Toho University (approval number: 23037) and National Ethics Committee for Health Research, Council of Medical Sciences, Ministry of Health, Laos (approval number: 53-/NECHR). Since it was a research in foreign culture for the researcher, she performed the research activities taking the culture of the country into consideration.

[Results]

It is common knowledge among experienced nurses that postpartum practice has a possibility of bringing about bad health influences. However, at the same time, nursing professionals also recognize that traditional postpartum practice has an important meaning for puerperant mothers and their societies. With regard to instruction to the puerperants, nursing recall restructuring and accommodation of postpartum practices was assessed. Based on the findings of *Kalam-kin* on the dietary restriction of food contraindications of puerperants, the nurses restructured the contents of dietary restrictions, although inconsistent with Western medicine, according to established recommendations to prevent illnesses, such as diarrhea and edema so that health of the puerperant is not compromised. Moreover, the practice of *Yu-fai* embraces the concept of “keeping warm,” which involves the use of fire, adjusted by the duration and size of the flame to ensure against unfavorable outcomes, such as delayed recovery and/or injured or burnt body parts of the mother.

[Discussion]

Recognition by nurses of postpartum cultural practices is often negatively interpreted because of preconceived unfavorable outcomes; therefore, recognition of accepted practices with regard to cultural value systems will cause inherent conflicts. Professional expertise or an etic view based on Western medicine conceptualizations may forbid rather than promote cultural postpartum practices. In contrast, the practice of *Yu-fai* as a ceremony by family and close relatives to support the mother and child gives meaning to the emic and ethnic medicinal effects; therefore, nurses must understand the cultural values of postpartum practices, particularly among puerperants obligated to maintain certain cultural practices.

The nurses realize that the above-mentioned factors exist together and merge them organically despite the inherent conflict between professional knowledge and recognition of cultural values. In puerperant education, even if a cultural norm forbids practices based on professional expertise, the nurses consider the benefit to the patient whether or not “it is not finished as prohibition” in face of potential issues following such prohibition. Although some practices do not positively recommend, nurses must consider whether it is better to intervene to avoid potential health hazards to the mother and infant. Regarding the acceptance of patients following *Kalam-kin* accepting the dietary restriction based on food contraindications of the puerperants, the restricted dietary contents were restructured on the basis of Western medicine to prevent illnesses, such as diarrhea and edema, so as to not compromise the health of the puerperant. Regarding the practice of *Yu-fai*, which centers around the action of “keeping warm,” the nurses accommodate it by changing the duration or size of a fire to prevent undesirable effects, such as the delay of recovery of an injured or burnt body part. This study showed that the Laotian nurses practice cultural-competent nursing to restructure and accommodate postpartum practices in the instruction to the puerperants.

研究課題名：

文化的コンピテンシーを視座とするラオスの産後プラクティスに関する看護の探索的研究

目次

第1章 序論.....	1
I. はじめに	1
II. 問題提起	3
III. 研究背景	3
IV. 用語の説明	6
1. 文化的コンピテンシー (Cultural Competency)	6
2. 産後プラクティス	6
第2章 研究目的.....	7
I. 研究目的	7
1. 研究目的	7
2. 研究課題 (問い)	7
II. 研究の意義	7
第3章 文献検討.....	9
I. コンピテンシー	9
1. コンピテンシーとは	9
2. 日本の看護におけるコンピテンシー	11
II. Transcultural Nursing と文化的コンピテンシー.....	12

1. Transcultural Nursing	12
2. 文化を考慮した看護ケアと文化的コンピテンシー	12
3. 文化的コンピテンシーに関する看護研究	15
1. ラオス概観	17
2. ラオスの保健医療状況と母子保健の概観	18
1) 保健医療	18
2) 母子保健	18
3. ラオスの看護職	19
1) 看護教育	19
2) その他	20
IV. 産後プラクティス	22
1. 世界の産後プラクティス	22
1) 各国・地域の産後プラクティス	23
2) 日本の産後プラクティス	27
2. ラオスの産後プラクティス	27
1) 産後プラクティス	27
2) 産科医療・産科看護と産後プラクティス	28
3) 産後プラクティスと看護	30
第4章 先行研究結果.....	32
I. ラオスにおける産後プラクティス	32
1. 高齢者への調査	33
2. Reproductive Health Age 女性への調査	33
3. 看護職に対する調査	33
II. タイにおける産後プラクティス	34
1. 高齢者への調査	35
2. Reproductive Health Age 女性への調査	35

第5章 研究方法.....	36
I. 研究デザイン	36
II. 本研究の理論的前提	37
1. 認識論における3つのメタアプローチの中の解釈的アプローチ	37
2. 本研究で解釈的アプローチを選択する理由	38
III. エスノグラフィー	39
1. エスノグラフィー	39
2. 本研究でエスノグラフィーを用いることの適切性	40
3. エスノグラフィー (Doing Ethnography) の具体的手順	40
1) フィールドワーク	41
2) 分析方法	43
3) エスノグラフィーを書く	44
IV. 研究方法	45
1. フィールド調査	45
1) 研究協力病院の概要	45
2) フィールドとする病棟	45
3) フィールド選択の理由	45
2. 研究参加者と研究期間	46
3. 具体的なフィールド調査方法および分析方法	46
1) 研究者が研究で用いる言語	46
2) 研究協力者	46
3) フィールド調査	47
4) 分析方法	51
4. 研究実施における手続き	52
5. 研究の信頼性と妥当性	53
1) 異文化での研究実施による言語の問題	53
2) データ収集、分析におけるスーパーヴィジョン	53
V. 倫理的配慮	55
1. 異文化における倫理的配慮	55
2. 研究参加者に対する倫理的配慮	55
1) 実施上の手続き	55

2) 研究参加者の保護	57
3) 予想される利益、不利益・危険およびその防止・対応措置	58
4) 問い合わせ等の方法と対応	58
5) 研究結果の開示・公表	59
第6章 結果	60
I. 研究参加者	61
II. 産科病棟褥婦入院棟の全体像、文化	63
1. 褥婦入院棟の全体像	63
2. 褥婦の入院生活	64
3. 褥婦入院棟における看護職	65
4. 人と人のかかわり	66
III. 受け継がれている産後プラクティス	68
1. 受け継ぐ社会と文化	68
1) 伝統医療	68
2) 産後プラクティスと宗教	69
3) 産後プラクティスとジェンダー	70
2. 産後プラクティスの実施	71
1) 実施方法	71
(1) カラムキン	71
(2) ユーファイ	74
2) 実施による健康弊害	76
3) 産後プラクティスを受け継ぐわけ	78
(1) 健康への影響	78
(2) 産後プラクティスをすすめる周囲	82
4) その他の産後プラクティス	82
IV. 専門的知識と文化的理解のコンフリクトと共存	84
1. 看護職として褥婦に伝えるべきことを習得する	84
1) 指導内容の習得	84
(1) 資料でふれられている産後プラクティス	84

(2) 看護教育や病棟で学ぶ産後プラクティスへの看護	85
2. 専門的知識と文化的理解	88
1) 産後プラクティスは健康を阻害する	88
(1) 産後プラクティスは健康によくない、必要ない	88
(2) 予測する健康弊害に基づいて禁止する	90
2) 産後プラクティスを行う意味の認識	93
(1) ユーファイはよいこともある	93
(2) 褥婦と他者の関係の中にある産後プラクティス	94
3) 産後プラクティスの調整と再構成の試み	98
(1) 専門的知識と文化的理解のコンフリクト	98
(2) 看護職が実践する産後プラクティスの調整と再構成の試み	100
第7章 考察	109
I. 文化を理解することと専門職であることのコンフリクト	110
1. 専門職として考える褥婦の健康	110
2. 産後プラクティスの意味と文化を理解すること	112
3. 儀式としてのユーファイ	113
3. 文化を理解することと専門職であることの間でのコンフリクト	116
II. コンフリクトから生まれる文化的コンピテントな看護	119
1. 専門的知識に基づいた看護の先にあるものを見据える	119
2. 専門的知識と文化的理解のコンフリクトと共存（融合）	120
3. 文化に柔軟で新しい、文化的コンピテントな看護	121
III. 現代に求められる産褥期における文化的コンピテントな看護	126
1. 妊娠出産にまつわる慣習の盛衰	126
2. ラオスの産後プラクティスは受け継がれていくのか	128
3. 産褥期に求められる文化的コンピテントな看護	129
第8章 結論	132

研究の限界と今後の課題

謝辞

引用文献

参考文献

添付資料

- 資料 1 研究協力依頼書（研究機関）
- 資料 2 研究協力依頼書（看護職）
- 資料 3 研究協力依頼書（褥婦）
- 資料 4 同意書（看護職）
- 資料 5 同意書（褥婦）
- 資料 6 研究に関する説明ポスター
- 資料 7 研究協力依頼書（看護職） ラオ語
- 資料 8 研究協力依頼書（褥婦） ラオ語
- 資料 9 同意書（看護職） ラオ語
- 資料 1 0 同意書（褥婦） ラオ語
- 資料 1 1 研究に関する説明ポスター ラオ語

第1章 序論

I. はじめに

女性のライフサイクルにおいて、妊娠・出産・産褥及び育児期は重要なポイントとなる。心身に大きな変化が表出し、女性はそれに対応していかなければならない時期であり、さまざまな文化において、妊娠・出産は女性の人生における危機の時ととらえられている（松岡, 1985）。また出産や育児にまつわるこの時期は、人類の長い営みの中でのその普遍性から、固有の文化が強く影響する。世界中の地域で、独自の文化がうみだし育んださまざまなビリーフや慣習が、女性や家族の考えと行動に大きく影響を及ぼしている。

研究者は、2002年から2年間、ラオス人民民主共和国（以下、ラオス）において助産師活動に従事する機会をもち、その中で、異文化における妊娠・出産・育児に関する現地の人々の独自の考えや慣習に多く触れた。特に、ラオスで広く実施されている Postpartum Practice（以下、産後プラクティス）について、当初は実施する女性の考えやプラクティスの実施内容など不明なことが多く困難を感じた。

ラオスでは産褥期に、ユーファイ、カラムキンという慣習が広く実施されている。ユーファイは、産後の数日～1ヵ月間、炭の側もしくは炭の上にベッドをしつらえ過ぎさなければならぬという行動制限を伴う慣習である。カラムキンは産褥期に一定期間、食物禁忌にともなう食事制限を行うという慣習で、その制限内容は村や家族によって様々である。ラオスの産後プラクティスは、独自の文化やビリーフに基づいて行われるもので、西洋医学もしくは近代科学が定義するところのエビデンスに基づいた今日の産後のケアとは大きく異なる内容である。しかしラオスの女性は、自身のアイデンティティを保ち、産褥期を正常から逸脱する事なく経過するために必要であると考えており、プラクティスを実施することが重要であると捉えていた。

しかし研究者自身のラオスでの活動の中で、産後プラクティスが褥婦の健康に影響を及ぼしたのではないかと推測される事例に遭遇したことがある。自宅を出産した女性が、産後数日後に体調不良を家族に訴えたが、医療機関を受診することなく自宅で死亡した。死亡の報告を受けて家庭訪問し家族と面接したところ、褥婦の体調不良は認知していたが、「外出はできない」などといった行動制限を伴う産後プラクティスであるユーファイを実施中だったため病院に連れて行くことができなかった、という答えだった。家族はユーファイを実施することが体調改善をもたらすと信じており、もしかしたら褥婦自身もそう捉えていたかもしれない。遺体はすで

に茶毘にふされており、死亡原因を特定することはできなかった。この事例では、褥婦の死亡原因は特定できず産後プラクティス実施の影響も推測の域をでない。しかし研究者は、伝統的文化的な事象である産後プラクティスの実施や、それを実施している女性への看護職としての関わりの難しさを経験した。研究者は、慣習等に表れる対象の文化を十分理解し対応することが看護を行ううえで重要であると考えたとともに、看護職は、伝統的文化的価値観と専門的知識の両方の観点から、産後プラクティスといった慣習そして文化に向き合わなければならないことを感じた。特に出産およびそれに関連する時期は文化の影響が大きくあらわれる特有な時期である。妊産褥婦そして人々の健康を保持するために、看護職は文化を大切に捉えながらも、専門職として看護支援を見出さなければならないのである。

患者の情報を得てアセスメントし看護ケアを決定する際、看護職は専門的見方(emicな見方)と人々の見方(eticな見方)の両方をもたなければならない(Leininger, 1995)。また、専門的見方と人々の見方の双方をバランスよく持ちうることも重要であり、専門的見方に偏ってしまうと対象を全人的にとらえケアすることはできなくなってしまうだろう。専門職として科学的根拠に基づいた看護を実践するのが専門的見方であるとするなら、人々の見方として文化や慣習を看護職がどのように捉え、実践に結びつけるのか。専門的見方をもちながら、人々の見方である文化を考慮したうえで、看護を見だし実践する看護職とその看護について検討することが必要であると考えた。そして、研究者が看護と文化について考えるきっかけとなったラオスの産後プラクティスという事象を通し、看護職と産褥入院中の褥婦を対象に退院に向けた指導といった看護実践の内容や、看護職の文化や慣習のとらえ方、看護の実施に至るまでの経過などをフィールド調査し、看護職の文化的コンピテンシーや文化を考慮して行われる看護について探索的に研究し明らかにしたいと考えた。

日本においても文化的コンピテンシーや文化を考慮した看護は、看護職にとって重要な課題となる。日本に居住している人々は、一見同じ日本語を話し同じような食事をする同一文化の集団と捉えられがちであるが、年代や出身地が異なれば日常に用いる言葉や食事、生活習慣や嗜好も異なることはよく知られている。研究者も、ある地方での看護実践時、急変した患者が懸命に訴える「痛み」を表すその地方独特の言葉(方言)が理解できずに慌ててしまい猛省した経験がある。さらに、在日外国人は増加しており、差異の多少はあっても日本も多様な文化をもつ人々の集団であることは間違いない。また、特有な文化が深く関わる場面の多い周産期においては、戌の日の腹帯や出生後のお宮参りといった今でも人々に多く実践されているポピュラーな慣習から、沖縄地方における産後に母体を暖める慣習などまで、多くの文化や慣習が存在

する。母性分野では、医療介入などの専門的見方と文化や慣習などの人々の見方が混じり合い存在している状況が多くある。

さまざまな文化そして見方が混在する現代、看護職が対象の文化を知り理解することや文化的コンピテンシーをもつことは、看護の原点となる対象を理解すること、特に母性分野における文化を考慮した看護において重要なポイントとなると考える。

II. 問題提起

現代では、世界規模で国や地域を越えて人々が行き交い、さまざまな文化が共存するのが当然となっている。日本においても、高齢社会や在日外国人の増加、外国人看護師の受け入れなどによって、看護職がその対象を観るとき、文化の差異や多様性を感じる場面は多い。現在の西洋医学を礎とした看護は、科学的根拠そしてエビデンスベースドナーシングに拠るものが主流である。それらに依拠せず、時には相反する、しかし人々を理解するうえで重要となる、健康や疾病に対して実践される文化や慣習に対して、専門職である看護職がどのようにとらえ看護や実践に結び付けていくのか。Leininger は、看護婦が多様な価値観や信念、および看護・健康・ケアリング・ウェルネス・病気・死・障害についてのさまざまな考え方をもち人々を相手に効果的に働き、機能するためには、多様な文化を理解することが不可欠である (Leininger, 1995) と述べている。現代はボーダーレスの時代である。世界中の人々、つまりあらゆる年代のさまざまな背景を持った人々が、文化の垣根を越えて関わり合っている中、看護職は文化的コンピテンシーをもち、文化を考慮した看護に基づいた支援を見出すことが必要である。

ラオスの産後プラクティスという文化、慣習をとおして、看護職そして看護と文化的コンピテンシーについて検討する必要があると考えた。

III. 研究背景

ラオスは、東南アジアに位置する、タイ、ベトナム、カンボジア、ミャンマー、中国に囲まれた内陸国である。国土の4分の3は山岳部で、雄大な山々とメコン川に恵まれた美しい自然あふれる国である。面積は236,800平方キロメートルと日本の本州ほどの大きさである (綾部ら, 1996)。

ラオスの特に低地ラオ人において、母子の健康に重要な時期となる妊娠・出産・産褥期、その中でも産褥期に、ユーファイ、カラムキンという産後プラクティスが広く実施されている。ユーファイとは、直訳すると「火に居る」という意味であり、褥婦

は産後の数日～1ヵ月間、炭の側もしくは炭の上にベッドをしつらえそこで過ごさなければならぬという慣習である。ベッドの側では常に火を絶やさず、伝統薬である薬草茶を煮出し、褥婦は井状の大きな椀でそれを飲む。そしてラオス人は通常お湯ではなく水を用いて身体の清潔保持を行う事が多いが、この期間の褥婦はお湯で1日に3～4回体を洗う。カラムキンとは産褥期に一定期間食物禁忌にとまなう食事制限を行うという慣習で、制限内容は家族や地域によってさまざまである。

西洋諸国においては、これらのラオスにおける産後プラクティスについて必要ないと考えられているという。産後は通常の食事をし、炭の上に横たわるべきではなく、休息はそれぞれの状態に応じて助言され、運動をすることによって筋力の回復も促されるとしている (Xayxana, 2006)。しかしこのようなプラクティスは、母子の健康に対する重要な文化的ビリーフに関連する事象であり、安易に中止を促すといった関わりで結論づけるのは難しい。ラオスの女性たちは、産褥期という危機的な状況を正常から逸脱する事なく経過する為に、産後プラクティスは必要であると考えている。産後プラクティスは、その文化が生みだし、その文化に合致し、さらにその文化で育まれてきた重要な事象なのである。

Kim-Godwin は、多くの国で女性が文化的ビリーフに根ざした産後プラクティスを実践している (Kim-Godwin, 2003) ことを指摘している。温冷のバランスを考える中医学が基盤となっている産後プラクティスはアジアの多くの地域で実施されている。また、産後の子宮復古を促す早期離床とは反対の褥婦の行動制限や、褥婦が摂取する食品を制限する食禁忌や食事制限は世界のいたるところでみられる慣習である。

これまでの研究では、西洋文化の中に存在する異文化として、独自の文化をもつ移民のビリーフや産後プラクティスに焦点をあて検討されたもの (Wadd, L., 1983 ; Jambunathan, J., 1995 ; Garcia ら, 1996 ; Matthey, S. ら, 2002 ; Thornton, P. L. ら, 2006 ; Hjelm, K. ら, 2007 ; Noble, A. ら, 2009 ; Mann, J. R. ら, 2010 ; Redshaw, M. ら, 2011) や、西洋文化以外のさまざまな国や地域における、伝統的な文化にもとづいた産後プラクティスについて研究され明らかになっている。

女性のライフサイクル全体をとおして重要なポイントとなる時期であり、さまざまな文化において女性の人生における危機の時ととらえられている妊娠・出産・産褥・育児期は、人類の歴史において長く営まれてきた事象であるため、それぞれが生み育んできた特有な文化が深く関わる時期であることがわかる。また2000年に、国連によって策定されたミレニアム開発目標では、目標5「妊産婦の健康の改善」が他の開発目標から顕著に遅れをとっているが、文化の影響を受けやすいこうした時期の女性の健康改善に対し、社会経済的な環境整備や文化などへのアプローチの必要性が指摘されている。

産後プラクティスと看護のかかわりについては、ベトナム人がアメリカで出産した際に、ベトナム人とその家族が異文化をもつ者として看護職に求めるケアについて検討されている中で産後プラクティスについても言及している (Wadd, L., 1983)。また、ラオスと近似した文化をもち、ユーファイやカラムキンなどの産後プラクティスが広く実践されている東北タイにおいて、看護師の産後プラクティスに関するピリフを調査した研究がある。そこでは、対象となった 182 名の看護師のうち 48% が伝統的な産後プラクティスを是認しており、褥婦の水牛肉摂取を禁止するといった褥婦の食事制限について (カラムキンの一部) も、20% の看護師が同意していることが明らかになっている。しかし、看護職によって健康教育の実施や母乳栄養に関する支援が行われていることは明らかになっているが、産後プラクティスについて支援を行っているかなどは明らかになっていない (Kaewsarn, P., 2003)。

看護職は、文化的に特有な時期の女性に対し、文化への感受性をもち、文化的コンピテンシー (文化的能力: 文化への理解対応能力) を高め、文化を考慮した効果的な関わりを実践する必要がある。それはその後の女性のライフサイクルや家族に対しても影響を及ぼす重要なものとなる。

文化的コンピテンシーについて、21 世紀の看護界にとって重要であるという主張がある (Carmichael, 2011)。文化的コンピテンシーという考えは発信されてからまだ日が浅く、今後普及させていくという状況である。これまでの研究では、学部学生や大学院生、臨床看護師などを対象にした文化的コンピテンシーに関する教育に関する研究や (Hunter, 2008; Krainovich-Miller ら, 2008; Gebru ら, 2008; KMaddalena, 2009; Amerson, 2010)、異文化をもつ対象への文化的コンピテンシーをもった看護実践を検討したもの (Petrucka ら, 2007; Suh ら, 2009; Castro ら, 2009; Noble ら, 2009; Berlin ら, 2009; Hermanns, 2011) がある。しかし、日本において文化的コンピテンシーに焦点をあてた看護研究はみられなかった。

さまざまな文化が混在する現代では、看護職が対象の文化に焦点をあてて十分に知り理解することは、看護の原点となる対象を全人的に理解することにおいて重要な点となる。日本においても、同じ日本語を話し同じような食事をする同一文化の集団と捉えられがちであるが、年代や出身地が異なれば言葉や食事、生活習慣や嗜好も異なる。また在日外国人は年々増加しており、日本の看護職が、程度の差はあるものの異なった文化をもつ人々を看護の対象とする機会は少なくない。

これまで、「異文化をもつ対象が実施する産後プラクティス」という文脈での看護については多く検討されていることが分かる。しかし、対象とほぼ同じ文化背景をもつ看護職の、文化的な事象である産後プラクティスへの看護について研究しているも

のは少ない。また、看護職の文化的コンピテンシーに着目し、妊娠・出産・産褥・育児にまつわる慣習、特に産後プラクティスに関する看護ケアについて看護職がどのように考え実践しているのかを明らかにした研究はみられなかった。

特有な文化が深く関わる場面の多い妊娠・出産・産褥・育児期において、看護職が文化的コンピテンシーを担保し、文化を考慮する看護の視点に立った看護支援を展開することは必要不可欠である。本研究はラオスの産後プラクティスという事象を通し、文化的コンピテンシーや文化を考慮した看護の概念構造や理論を見出すものである。特に母性分野における看護職の文化的コンピテンシー、そして、emic な見方と etic な見方 (Leininger, 1995) の両方から生み出される文化的コンピテントな看護、もしくは文化を考慮した看護は当該国に限らず有用なものであると考える。

IV. 用語の説明

1. 文化的コンピテンシー (Cultural Competency)

文化的コンピテンシーとは、文化的領域における能力およびその能力が保持されていることをさす。具体的には、文化的コンピテンシーは、看護職が多様な文化的背景を持った個人、家族、コミュニティという文化的なコンテクストの中で、有効に活動していくことを継続的に努力する「プロセス」であり、文化および関連する事象への理解力とそれに対応することができる能力である。

2. 産後プラクティス

産後プラクティスとは、出産後、主に女性が経験する特有な文化や伝統に基づいて、その地域もしくは民族で広く継承、実施されている一連の行動様式である。

(1) ユーファイ

ラオスにおいて、主に低地ラオ人に実施されている産後プラクティスの一つで、その語の意味は「火に居る」ということであり、炭等を用いた保温行動である。通常、褥婦は数日～1 ヶ月間ほど炭の側で過ごしその間行動は制限される。

(2) カラムキン

ラオスにおいて主に低地ラオ人に実施されている産後プラクティスの一つで、出産後一定期間、摂取できる食事内容を制限すること、もしくは食物禁忌を遵守することである。期間は離乳を終える頃までが対象である。

第2章 研究目的

I. 研究目的

1. 研究目的

本研究は、ラオスにおいて実施されている産後プラクティスについて、看護職が実践している退院にむけた褥婦への指導といった看護の実践や、文化や慣習のとらえ方、看護の実践に至るまでの経過などをフィールド調査し明らかにする。また、ラオスの看護職の文化的コンピテンシーや文化を考慮して行われる看護について、概念や理論を探索的に明らかにすることを狙いとした。

2. 研究課題（問い）

エスノグラフィーでは、データ収集を進めると同時に、研究課題を見直し洗練させることが必要となる。本研究では、フィールド調査をすすめる過程において、当初に想定していた研究課題について、フィールドの状況や得られたデータに合わせて都度見直し洗練させ、以下のような研究課題で取り組んだ。

- a. 産後プラクティスに関する看護はどのように実践されているのか
- b. 文化や慣習に基づいて行われる産後プラクティスに関して、自らも同様の文化を保持する立場でありながら、専門職として勤務し褥婦や家族に接する看護職はどのようにそれらの事象をとらえているのか
- c. 看護職の文化的コンピテンシーを視座としたうえで、産後プラクティスという文化的な事象に関し、看護を実践するに至るまでの過程や、退院にむけた褥婦への指導などの看護の内容決定にはどういった要件が影響しているのか

II. 研究の意義

現代はボーダーレスの時代であり、世界中の人々が文化の垣根を越えて関わり合っている中、文化を考慮する看護の視点に立った看護支援は、特有な文化が深く関わる場面の多い妊娠・出産・産褥・育児の場面において必要不可欠である。日本でも、戌の日の腹帯や出生後のお宮参りといったポピュラーな慣習や、沖縄地方における産後に母体を暖める慣習などが存在する。また、在日外国人への支援等、文化を考慮した

看護の必要性は高い。本研究は、ラオスの産後プラクティスという事象を通し、文化的コンピテンシーや文化を考慮した看護の概念構造や理論を見出すものである。本研究で明らかになることは、特に母性分野における看護職の文化的コンピテンシー、そして、専門的な見方と人々の見方の両方から生み出される文化を考慮した看護について当該国に限らず有用なものであると考える。明らかになった概念構造や理論モデルは、文化を考慮した看護ケアの具体的方策を見いだすこと、および文化を考慮した看護に関する文化的コンピテンシー獲得のための教育開発などといった、文化と看護に関する研究や実践の基礎資料となると考える。

第3章 文献検討

I. コンピテンシー

1. コンピテンシーとは

本研究では、文化的コンピテンシーを視座としている。まず、主にビジネスの場での人材確保や育成などの場面で発展してきた「コンピテンシー」についてまとめる。

コンピテンシーという語は1950年代に実施された研究がきっかけで誕生したといわれている。新生児は、お乳を求める意思を示し、母親の乳首を探し、乳首をとらえ、吸啜するという一連の行動をとることが必要となる。そのためには母親のこと自分の位置関係を認知し、自身に備わっている力を総合的に用いる能力が求められる。この能力のことをコンピテンシーと称した(操, 2013)。

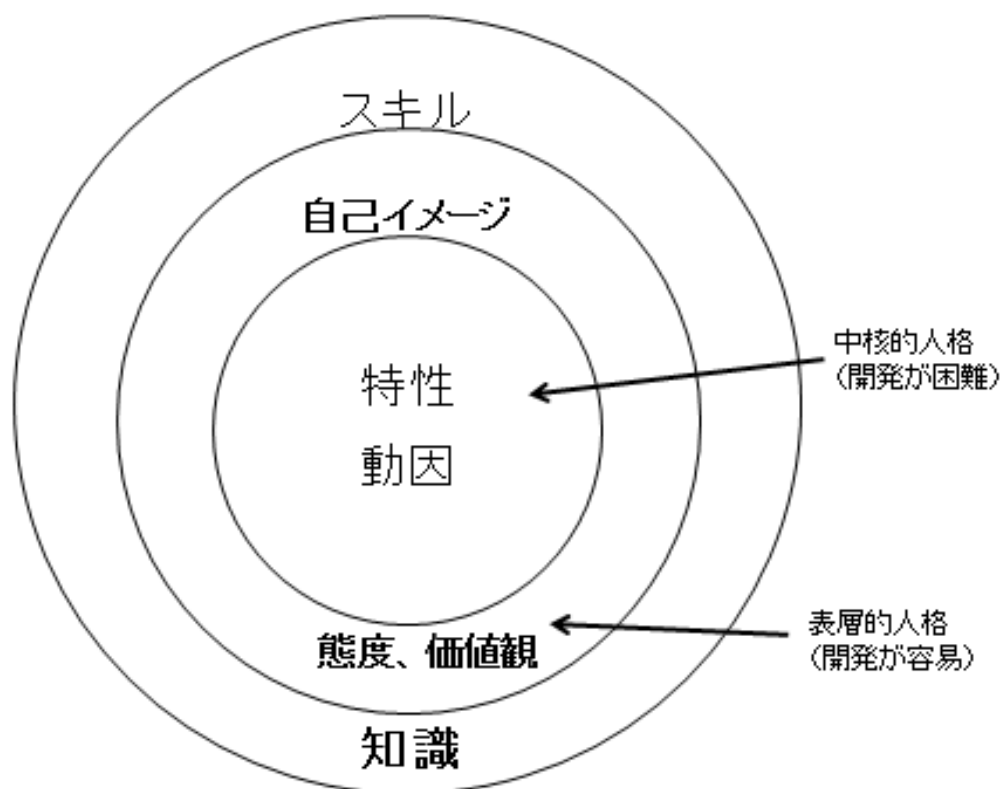
アメリカにおいて1970年代から職業や職務に関する個人の資質に関する研究が始まり、行動特性の違いが業績という結果に大きく影響を与えるということから、行動特性の違いが着目され、コンピテンシーという概念が広がることになった(操, 2013)。コンピテンシーは、選考、キャリア開発、業績評価、人材開発といったか広範な分野に活用可能な人材マネジメントに用いられている(Spencerら, 2001)。Spencerは、コンピテンシーの定義を「ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性」と定義しており、コンピテンシーを冰山モデルと同心円モデルに表しているが、ここではより捉えられやすい同心円モデルを用いて説明する(図1)。

コンピテンシーの定義にある「基準に照らして」は、ある程度の尺度や基準に基づいて測定する場合に、コンピテンシーは実際に、だれがすぐれた成果を生み、だれがおそまつな成果に終わるかを予見し得るということの意味する。「原因として関わる」は、コンピテンシーはある種の行動や成果の原因となり、予見し得ることを意味する。また「根源的な特性」は、コンピテンシーは個人の性格のかなり深い、永続的な部分を占め、さらにかかなり広い範囲の状況や職務タスクにおける行動を予見できるということの意味する(Spencerら, 2001)。つまり、コンピテンシーは、ある職務や状況に関して、一定の基準を用いて評価される結果を予見することに用いることができる、行動や成果の原因となる個人の性格における永続的で深い部分といえる。

また、Spencerは、コンピテンシーにおける「根源的特性」を「さまざまな状況を越えて、かなり長期間にわたり、一貫性をもって示される行動や思考の方法」として

いるとともに、コンピテンシーの特性を5つに分けて説明している（図1）。コンピテンシーの表層である知識とスキルは比較的開発しやすく、この部分を訓練することはコスト効果性が高い。一方、中核的な動因と特製に関わるコンピテンシーは評価することも開発することも難しい。中間的な自己イメージ（指呼確信といった態度や価値観）に関するコンピテンシーは、かなりの時間と困難は伴うけれども、訓練など前向きな開発経験を通じて変容が可能であると述べている（Spencerら、2001）。

図1 コンピテンシーの同心円モデル



P14 Spencer LyleM.ら(2001)コンピテンシー・マネジメントの展開：導入・構築・活用ソース，
生産性出版より引用

ただ、コンピテンシーは包括的で多義的な概念であり、一言で言い表すことは難しいという側面もある。「能力」という語句は、日本語では多種多様な能力要素を想定しようとするが、心理学における「能力」観は限定的であり、「知的能力 (cognitive ability) 」もしくは「知能 (intelligence) 」と呼ばれる知的な側面だけに焦点をあててきた。心理学における「能力」は、意欲面や行動面、技能面などを含めて幅広く考えることはない。しかし日本の特にビジネス場面においては、「能力」を「仕事を行うために発揮される幅広い能力」としてとらえており、それを「職務遂行能力 (職

能)」と呼んでいる。アメリカにおいても、心理学者が「能力」を「知能」だけに矮小化・限定してしまうことを嫌ってコンピテンシーが用いられており、もっと幅広い有能さを評価したいという動きが働いていた。日本で日常に使う「職務遂行能力」についての考え方を過不足なくとらえる科学的に十全な概念がコンピテンシーである（山口，2009）。

2. 日本の看護におけるコンピテンシー

コンピテンシーという語句は、日本においては「職務遂行能力」とほぼ同じ概念であることは述べたが、看護分野では、「（看護）実践能力」と訳されることも多い。また、「臨床実践能力」「到達度」「～に求められる能力」「～に必要とされる能力」という語句を用いた文献もかなり発表されている（操，2013）。しかし、看護職の職能や能力をコンピテンシーという語句を用いて研究・実践している文献は少ないが、「看護実践能力」という語句を、「看護に関する competence、competency、あるいはこれらの複数形で表される概念を包含するもの」として用いて、その概念を研究した論文がある。そこでは、看護コンピテンシーは看護の職務のできる看護師の看護行為を支える資質や能力であり、看護コンピテンスはそれらの行動の前提となる潜在的な能力である。コンピテンシーは行動特性であり、それを可能にする技術や能力がコンピテンスであるとしており（松谷ら，2010）、看護実践能力についてコンピテンシーとコンピテンスに区別し記述していた。

II. Transcultural Nursing と文化的コンピテンシー

1. Transcultural Nursing

文化について、Spradly は「人々が経験を解釈し、行動を起こすために使う習得された知識」である (Spradly, 1980) とし、また Transcultural Nursing の創始者である Leininger は、「学習され、伝承された価値観や信念、および慣習」(Leininger, 1995) としている。文化には人間の生活のなかの広く様々な内容が含まれるが、看護を实践するうえで重要となる人々の考えや行動に大きく影響を及ぼしている。それに着目し、理論化して発展させ、Transcultural Nursing という領域を創出したのが Leininger, Madeleine である。異文化を対象とした看護を指すものとして Cross-cultural Nursing という語を用いることもあるが、ここでは Leininger がその理論の中で用いている Transcultural Nursing を用いる (Andrews ら, 2008)。

Leininger は、精神障害をもつ小児のケアに携わるなかで患者と看護職がもつ文化的相違に気づいた。そこで小児の行動に影響を及ぼす文化的背景に着目し、看護と同様に、行動や社会的背景といった様々なものを含む対象としての人間を研究する文化人類学を学び看護に活かすことを進めた (Leininger, 1995 ; 牛尾, 2004)。国際化がすすみ、様々な文化が存在し関わり合う現代では、看護職が専門職として対象のニーズに合った質の高い看護を実践するにあたって、多様な文化をもつ人々の価値観や信念を理解することが不可欠である。そうした多様な文化を理解し考慮した看護について考え、研究し、実践していくことが Transcultural Nursing である。

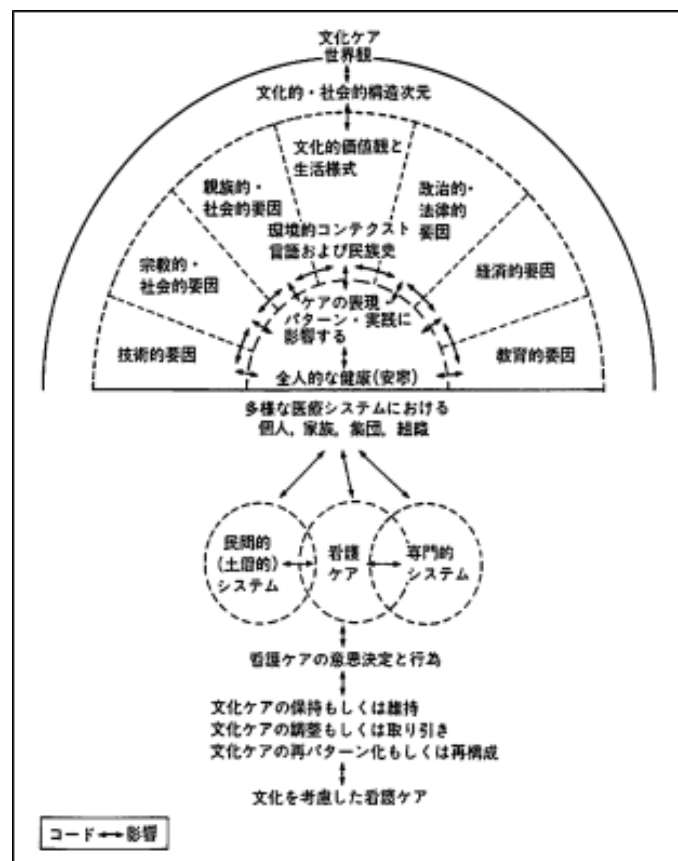
2. 文化を考慮した看護ケアと文化的コンピテンシー

Leininger は、文化を考慮した看護ケア (Culturally Congruent Care) について、有意義で有益で満足感をもたらすようなヘルスケアまたは安寧のためのサービス提供、もしくは支持するために、個人、集団、組織の文化的価値観、信念、生活様式に合わせて行われる援助的かつ支持的で、能力を与えるような行為または意思決定を意味するとしている (Leininger, 1995)。

Leininger は、文化を考慮した看護ケアを捉え 実践するために、文化的背景に焦点をあてて看護ケアを考える理論である文化ケア理論 (Theory of Culture Care) を構築した。文化ケア理論の最終的な目標は、専門的見方 (emic な見方) と人々の見方 (etic な見方) の両方の観点から、ケアに影響する事象を発見し、記録し、解釈し、説明し、さらに予測することである (Leininger, 2002)。さらに、人々に利益をもたらす文化を考慮した看護ケアを実践するための、看護の意思決定と行為を導くもの

として、①文化ケアの保持もしくは維持、②文化ケアの調整もしくは取引、③文化ケアの再パターン化もしくは再構成、という3つの様式をあげている。こうした文化的背景に焦点をあてて看護についてモデル化したものがサンライズモデル（図2）である。

図2 サンライズモデル



P47 Leininger, M. M. (1995). レイニンガー看護論 医学書院 より引用

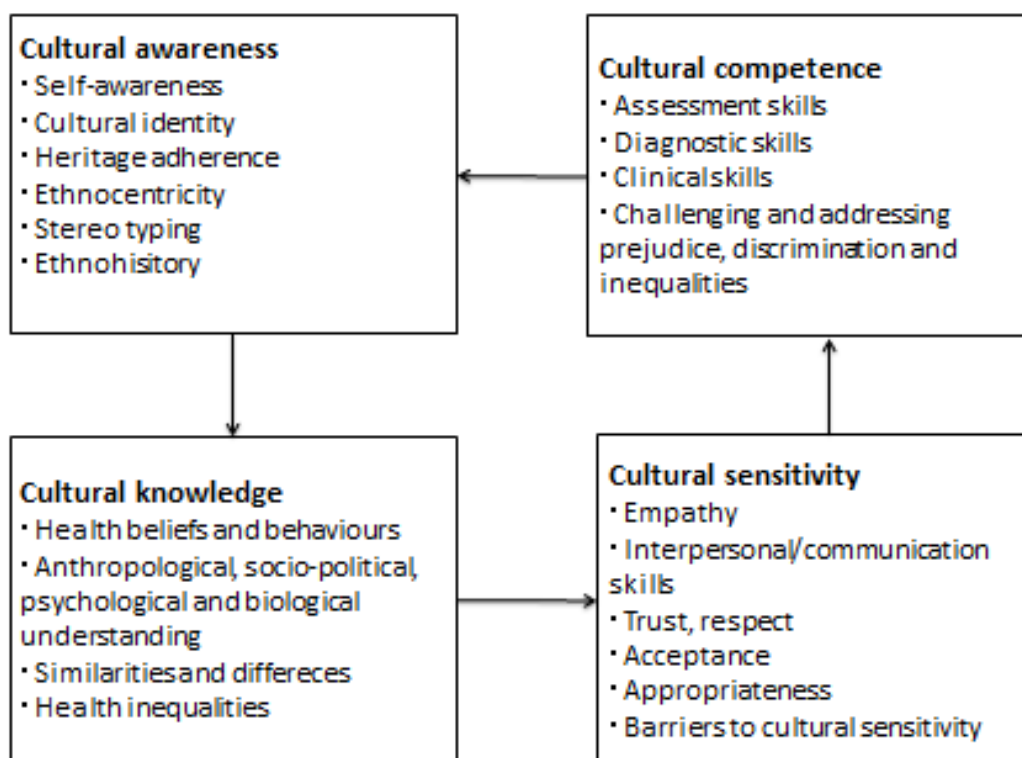
文化を考慮した看護ケアは、看護職によって実践される看護に焦点があたるが、文化的コンピテンシーとは、文化的領域における能力およびその能力が保持されていることをさす。具体的には、文化的コンピテンシーは看護職が多様な文化的背景を持った個人、家族、コミュニティという文化的なコンテクストの中で、有効に活動していくことを、継続的に努力する「プロセス」であり、文化および関連する事象への理解力とそれに対応することができる能力であり、その能力が保持されているなかで行われるのが文化的コンピテントな看護 (Cultural Competent Nursing) やケアである。

文化的コンピテントな看護の前に、看護職はまず自身の文化をアセスメントする必要がある。自身の家族や自分自身のもつ文化を深く見つめ、はじめて他者の文化をア

セメントすることが可能となる。そして看護の実践には、対象の文化的なアセスメントが重要な基盤となる。文化的コンピテンシーそして文化を考慮した看護には、アセスメント力、コミュニケーション力、宗教への理解などさまざまなスキルが必要となる。異文化とコミュニケーションする力、アイコンタクトやタッチング、時には静寂などの非言語的コミュニケーションを用いること、対象との効果的な距離のとり方、性別とジェンダー、そして言語など多様なスキルを用いて文化を考慮した看護は実践されるのである（Andrews ら，2008）。

Papadopoulos らは、文化的コンピテンシーを「人々の文化的信念や行動様式、ニーズを考慮し、有益なヘルスケアを提供することができる能力」と定義している。文化的コンピテンシーは、プロセスでありアウトプットでもあるとしており、1995年に、学生の文化的コンピテンシー習得の助けとするため、文化的コンピテンシー（Cultural Competence）のモデルを、Transcultural Nursing 教育のための看護研究を基に作成し発表している（図3）。

図3 The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for developing cultural competence



P10 Papadopoulos I. ら (2006), Transcultural health and social care : development of culturally competent practitioner, Churchill Livingstone/Elsevier より引用

文化的コンピテンシー (Cultural competence) の構成概念及び、それにつながる知識や技術を習得するための構成概念と段階について、Cultural awareness、Cultural knowledge、Cultural sensitivity と 3 つの概念を用いて Model for developing cultural competence を表している。文化的コンピテンシーは、個人的および専門職としての生活 (人生) をとおして、絶えず付加され、習得していく知識と技術の統合から産まれるものであるとしている (Papadopoulos ら, 2006)。

3. 文化的コンピテンシーに関する看護研究

文化的コンピテンシーという考えを看護のパラダイムに積極的に組み込んでいくことは、21 世紀の看護界にとって重要であるという主張がある (Carmichael, 2011)。文化的コンピテンシーという考えが発信されてからまだ日が浅く、今後普及させていくという状況であり、2005 年以降の研究報告が多い。

看護教育において文化的コンピテンシーに焦点をあてた報告がいくつかみられた。大学院の文化的コンピテンシーに関する教育に構成主義を用いた実践報告 (Hunter, 2008) や、看護学生の文化的アウェアネスを Cultural Awareness Scale を用いて調査し、文化的コンピテンシーに関する教育のファーストステップとしたものなど

(Krainovich-Miller ら, 2008) がある。またスウェーデンにて、文化的コンピテンシーケアを実践することを目指して行われる基礎看護教育の到達目標について学生の視点から研究した報告では、学生の Transcultural Nursing に関する経験が重要であるとしている (Gebru ら, 2008)。

また、看護実践を検討した報告もいくつかみられた。アメリカとカナダの病院に勤務する看護職の文化的コンピテンシーやその理解について研究したものでは、文化的コンピテンシーに関する研修や教育を受けたものが文化的アウェアネスや文化への感受性が高まっていることが明らかになっている (Schim, 2005)。さらに、パーキンソン病患者への文化的コンピテンシーケアに関する報告では、慢性期の患者にとってその社会的背景を理解するために文化的コンピテンシーは必然であると述べている (Hermanns, 2011)。

看護実践に関する報告では、異文化をもつ対象への文化的コンピテントな看護を検討したものも多い。アメリカでのアジア系移民を対象に看護研究を実践する際の留意すべき文化的コンピテンシーについてまとめたもの (Suh ら, 2009) や、アメリカのラテン系患者の満足度とナースプラクティショナーの文化的コンピテンシーの関連を調査し、同じラテン系でスペイン語を話すナースプラクティショナーにおいては、患者の満足度が高まっていると報告しているものがあつた (Castro ら, 2009)。

日本では、看護研究には文化的コンピテンシーもしくはカルチュラルコンピテンシー(cultural competency)に焦点をあてたものはなかった。児童福祉の分野において、多国籍・無国籍居住者の多い地域の児童相談所を対象に、個人の文化や文化的集団における差異に配慮してサービスを提供できる力量を調査したものがあり、多文化対応のための研修整備の必要性を示唆している(高橋ら, 2009)。

Ⅲ. ラオスにおける看護・医療

1. ラオス概観

ラオス（ラオス人民民主共和国）は東南アジアに位置する。タイ、ベトナム、カンボジア、ミャンマー、中国に囲まれた内陸国で、国土の4分の3は山岳部である。雄大な山々とメコン川に恵まれた美しい自然あふれる国で、面積は236,800平方キロメートルと日本の本州ほどの大きさである。首都であるビエンチャンと16の県がある。行政区分は小規模なほうから、村、郡、県である。

人口は約630万人（国連人口基金, 2011）であり、首都ビエンチャンは約75万人である。49もの民族が存在すると言われる多民族国家であるからか、首都への人口集中は比較的すすんでいない。人口を人々の住む高さによって分類しており、海拔400m以下に住む人々を低地ラオ人、山の中腹に住む人々を山腹ラオ人、海拔800m以上の高地に住む人々を高地ラオ人としている。1980年代の政府の調査では低地ラオ人、山腹ラオ人、高地ラオ人の人口比率は56%、34%、9%であった。国家の中枢を担っているのは、ラオス全人口の約半分強を占めると言われる低地ラオ人のラオ族で、国語としてラオ語が教授されている。国の主たる産業は農業、林業などの第一次産業であり工業化の程度は低い。ラオスの抱える大きな問題は貧困であり、国連の基準で世界の最後発国の一つに分類されている（綾部ら, 1996 ; Department of Statistics, Ministry of Planning and Investment, Laos, 2009）。

ラオスの歴史は1900年代になって大きく動いている。1975年、パテートラオ軍によるビエンチャンの攻略により王国政府は崩壊し、国家形態は人民民主主義共和国へと変容し現在に至っている。それまでの、アメリカやフランスの介入による悲惨な結果から、ラオス人民民主共和国の成立宣言によって国家統一を回復したが、それはベトナムへの追随という犠牲を伴っており、独立は部分的であった。ラオスに財政的な援助を行っていたソビエト連邦の崩壊によって、アジアでの力関係も変化し、1997年には東南アジア諸国連合（Association of South-East Asian Nations:ASEAN）に加入した。ラオスは統一し独立したとみなされるようになったが、パテートラオによる国家の成立は、エリートを含む新たな人々の流出を招いておりナショナルアイデンティティーは未だ脆弱である（Stuart-Fox, 2010）。

ラオス、特に低地ラオ人では14世紀以来、南伝上座部仏教が信奉されている。1975年の革命当初、政府は仏教教団に不信を抱き、僧侶の托鉢を禁止する等の抑圧を実施したが、伝統的慣行の存続を熱望する民衆の前にその措置を解いた事がある。それからも、ラオスの人々が強い伝統的価値意識を持っている事がわかる。人々は村や家庭

内では常にその社会内での上下関係を意識し、それは日常の呼び名にも反映されている。年長者にはそれに応じた呼び方で話しかけなければならない、それに対して年長者もそれらしく振舞わねばならない。また現代、女性中心の家制度が存在するわけではないが、親の面倒を見てかなりの家や土地を相続するのは末娘が多い(綾部ら, 1996)。

2. ラオスの保健医療状況と母子保健の概観

1) 保健医療

ラオスの保健医療システムは、保健省を頂点として、県の保健局、郡保健局・郡病院、ヘルスセンターとなっている。中央病院では高度な医療も実施されているが、郡病院やヘルスセンターでは施設や器材、人的資源も十分でない状況も多く見られる。医薬品が不足している、診療時間内なのにスタッフがいない等により、公的医療サービスに対する信頼度も低い事も問題である。また、人々はその身近な医療として伝統医療・医薬品を用いている事も多い。伝統医療と西洋医療の併用は国策ともなっている(西澤ら, 2003)。

ラオスの保健指標を以下に示す。

表1 ラオスの保健関連諸指標 (世界人口白書, 2011)

初等教育就学率	男 84% 女 81% (2009)
中等教育就学率	男 39% 女 33% (2010)
15-24 歳人口の識字率	男 89% 女 79% (2008)
都市人口の割合	33%(2010)
平均寿命	男 66 歳 女 69 歳 (2010-2015 の年平均)
1.25 ドル未満/日で生活する人口の割合	44%(2008)

人々の貧困、医療サービスの人的および物的不足、多民族国家であること、山間部が多いことなどから、ラオスの保健医療は、東南アジアの近隣諸国に比べても低い水準である。特に、農山村部の状況は厳しく、医療サービスを受けることが著しく困難である地域も多い。健康上の問題としては、マラリア、デング熱、急性呼吸器感染症、胃腸炎などの感染症、周産期死亡、不発弾による事故、交通事故などがあげられる(小西ら, 2004)。

2) 母子保健

ラオスの母子保健状況について、5歳未満児死亡率は 58.6 (出生千対, 2009)、妊産婦死亡率は 580 (出生 10 万対, 2008) と依然として高値の水準となっている。他の

東南アジア諸国と比較しても高値であり、特に妊産婦死亡率は高い値となっている。その要因ともなり得る合計特殊出生率は2.5(2010～2015の平均)と減少傾向であり、国連ミレニアム開発目標の目標5「妊産婦の健康の改善」の達成に向けて、施設内分娩が推奨されている。しかし、専門技能者の立会いの下での出産は20%にとどまっており、妊娠・出産期に専門職による十分なケアを受けられていない状況が、妊産婦の高い死亡率に結びついているといえる。ラオスでは、健康に対して十分な保護が必要である母子を取り巻く環境は決してよくない(国連人口基金, 2011)。

3. ラオスの看護職

1) 看護教育

2003年までラオスの看護教育は大変複雑な状況であった。1960年以来、中学校卒業で入学できる准看護師や助産師を養成する看護学校、3年制の正看護師コース、医師の補助的な役割を担う補医師(看護職の枠組みには入らない)を養成するコースなど教育期間や場所などさまざまなコースができてはなくなり、入れ代っていった。

1985年に、ビエンチャンに医療短期大学が設置され正看護師コースはそこに移管されたが、2003年までは援助機関によって教育内容や期間が異なってしまうという複雑な状況は継続したため、現在の病院で勤務する看護職はその教育背景は多様である。3か月の研修を受けたものから、3年の教育を受けたものといったあらゆる教育背景の看護職が混在している状況である。

保健省の改革のもと、2003年より高等教育後の2.5年看護教育に統一され、首都とルアンパバーン、カムアン、サワナケット、チャンパサックの地方5県に保健学校を設置し教育が始まった。この地方5県の保健学校は、日本の政府開発援助によって整備された。同時に、ブリッジコースとして、主に中堅看護師が看護学士を取得できるための2年4か月のコースが開始し、中央病院や地方の県立病院などから選抜された学生が学んでいる(小西ら, 2004)。2013年現在、高等教育後の看護教育は2.5年から3年に変更されている。

2010年9月には、ラオス国内初の看護の大学教育を行う場所として、国立保健科学大学内に医学部や薬学部といった医療系学部とともに看護学部が設置された。現在、中央病院の中堅看護師および保健科学大学の教員から選抜されたものが、主にタイの大学院に進学し、数名の修士課程修了者が帰国し勤務している。

ラオスは、こうした複雑な看護教育システムがこれまで混在してきたため、医療機関で働く看護職もその教育背景によって階層化されている。看護職はその学歴から初級(サントン、lower level)、中級(サンカーン、middle level)、上級(サンスーン、higher level)に区分され給与体系や役割区分、人事などに影響している。中級

は医療短期大学および地方に所在する保健学校での2.5年以上の課程を修了した者で、初級はそれより短い看護基礎教育課程を経た者をさす。上級は修士課程を修了した者などが該当する。

2) その他

ラオスでは、「看護」そのものの概念が確立されていないのが大きな問題といえる。看護職はどのような教育を受け、どのような位置づけの職業で、どのような業務を担うのかといった看護にまつわる基本となるものが、国内で整理、批准されていなかった。そのため、看護基準などが策定されず、個々の看護職が実践する看護もまちまちだったといえる。またもともと入院患者であっても、身の回りの世話は看護職ではなく家族が行うものであるという文化が根強く、現在でも患者の日常生活の世話は、看護職ではなく付き添う家族が行うのが一般的である。病院には給食施設が病院内にないため、食事時になると中庭や病院の廊下などで家族が煮炊きし、患者の食事の準備をしていたりする。また、家族自身で、患者をストレッチャー移送するといった光景がみられる。

ラオスに派遣された青年海外協力隊員の報告書などを、看護の差異という視点で調査した高田らの研究でも、「感染予防の技術」、「症状・生態機能管理技術」、「与薬の技術」に関するものは日本と看護技術が異なるという記述がみられている。また仏教や精霊信仰の影響で、「ストレッチャーは頭から移送する」、「患者が病院で死亡することはよくないので、亡くなる前に帰宅する」といったこともあり、伝統や信仰などが看護の内容に影響しているといえる（高田ら, 2010）。

また、日本の「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」のようなものがなく、看護教育の標準化がされていないことも問題となっていた。日本の国際協力事業団

(Japan International Cooperation Agency: JICA)は、2005年から5年間にわたって、保健省をカウンターパートに「看護助産人材育成強化プロジェクト」という技術協力プロジェクトを展開し、行政へのアプローチとして「看護助産師規則」を制定し、さらに安定した看護教育の充実化を図った。しかしいまだ、ラオスには、看護職の免許制度は存在せず、看護協会のような、看護職の職能団体は存在しない（小西ら, 2004 ; JICA Project for Human Resource Development of Nursing/Midwifery, 2008, 2009, 2010）。

ラオスの看護職は医療施設で勤務する際、さまざまな勤務形態をとらざるをえないことも問題となっている。ラオスは社会主義国であり病院は全て国公立であるが、国家予算の制限から、病院で勤務する看護職がすべて国家公務員である正職員として雇用されているわけではない。一般的に短大もしくは大学を卒業して希望の病院に就職するには、まずその病院にボランティアとして在籍し無給で勤務する必要がある。一

定の期間を経たのち、国家ではなく病院個々の財務より給与が支払われる契約職員となる。そして、その勤務が評価されるとはれて国家公務員である正職員となり、国家からの給与が支払われる。無給のボランティアといっても、正職員と同様に勤務している。あるいはより早く評価され職員となるために、頻回な当直や雑務などを進んで行い病院に対して大きな貢献をしていることもある。また無給ボランティアにかぎらず、公務員である正職員であっても支払われる給料は十分ではなく、看護職として得られる給料だけでは生活を賄うことができないことが多い。そのため、市場での物売りや農業などを勤務後に行うなど複数の仕事をもっていることも珍しくない。

このような背景からか、高等教育を終えて2.5年もしくは3年の看護基礎教育を修了した学生であっても、看護職に従事しないという選択をするものも少なくない。将来的には、より良い待遇を求めて、先進国への看護師移動による頭脳流出も問題になるのではないかと危惧される。

IV. 産後プラクティス

1. 世界の産後プラクティス

慣習とは、古くから伝えられて引き継がれてきた習わしやしきたりであり、その中には妊娠や出産に関するものも含まれ、その社会が出産や新しい生命の誕生に対してどのような観念を持ち、臨んできたかを反映したものといえる（小川ら, 1988）。妊娠・出産・産褥・育児とそれにまつわる人々の考えには、人類の歴史におけるそれらの普遍性から、その社会の文化や慣習といった伝統的なものが大きく影響している。そして人々の考えは伝承されビリーフとなり、文化的な慣習の実行として具現化している。

産褥期には、多くの国や地域で産褥期の女性が、産後プラクティスを実践しており（Kim-Godwin, 2003）、日本においても産育習俗の一部として多くの伝統文化や慣習が存在する。

産後プラクティスやそれにまつわるビリーフは、文化に基づいて生まれ構築されている（Brettel ら, 2004）が、これまでは主に西洋とそれ以外という文化区分に基づいて多くの検討がされてきた（Kim-Godwin, 2003）。特に、移民受け入れなどによって多文化が国内に共生する欧米文化圏では、産褥期の看護を実践する看護職にとって喫緊の問題となり、移民してきた人々がもつ独自の文化による妊娠や出産にまつわるプラクティスに関してさまざまな検討がされてきた。

特にアメリカは海外で生まれ育って移民してきた女性も多いことから、妊娠出産育児に関する文化的ビリーフや慣習がその民族的背景などによって多様であるという特徴がある。そのため、医療職者は文化的コンピテンシーをもって関わらなければならないと言われており（Garcia ら, 1996）、様々な民族について研究が行われている。ソルトレイクに住むベトナムから移民した家族に焦点をあて産後の特殊な食生活や「冷え」を回避する生活などを明らかにしているものや（Wadd, L., 1983）、ウィスコンシンでモン族の育児中の女性にインタビューを行い、産後の鶏肉を食べるという食習慣や産後養生の方法について（Jambunathan, J., 1995）研究しているものがあつた。また、中南米からの移民が多いアメリカではラテン系の女性にも焦点をあてている研究があつた。妊産婦の肥満や2型糖尿病予防の観点から、デトロイトに住むスペイン語を用いて生活しているラテン系の移民女性の調査研究では、妊娠期産褥期とも家族や近隣者からのインフォーマルな情報や支援が影響しているとしているが

（Thornton, P. L. ら, 2006）、カリフォルニアに住むラテン系アメリカ人妊産褥婦を調査し、妊娠産褥期のストレスについてカトリック信仰による宗教的スピリチュアルなものは影響はないと言及している（Mann, J. R. ら, 2010）。また、アメリカにはユダヤ

系の人々も多く暮らしているが、ユダヤ系の人々が産後に実践する慣習やそれにまつわるユダヤ教の法を解説している（Noble, A. ら, 2009）研究もみられた。

また、オーストラリアに移民した中国人女性にインタビューし、産後は摂取する食事や生活も「温」を大切にすることを明らかにしたものや（Matthey, S. ら, 2002）、イギリスにおいて、白人と黒人もしくは少数民族の産後3か月の女性に出産における心配ごとなどを調査して比較し、民族的な違いがあることを明らかにしているものもあった（Redshaw, M. ら, 2011）。

また移民ではないが、妊娠糖尿病に罹患した産後3か月の女性にスウェーデンとイランやイラクといった中東でインタビューして比較し、その健康や病気に関するビリーフを研究して将来の糖尿病罹患に対するリスク認識の違いを明らかにしたものがあった（Hjelm, K. ら, 2007）。

さらに西洋文化以外のさまざまな国や地域における、伝統的な文化にもとづいた産後プラクティスについて研究され明らかになっている。

1) 各国・地域の産後プラクティス

さまざまな国や地域、民族で産後プラクティスが実践されている。アジア圏では主に、中医学の考えに基づき温冷のバランスを重要視した結果生まれたプラクティスが多く実践されている。水分の摂取や接触の制限や、身体の保温などである。褥婦の身体は分娩による出血で「冷」の状態にあるとされる。それを「温」の状態にし、身体を回復させるために保温行動などが実践される。

また内容は多様であるが、褥婦が摂取する食事内容に制限をかけるなど、食事摂取に関するプラクティスも多くみられる。

褥婦の身体回復を目的とし、産後養生のため行動制限をする地域も多くある。一次産業、特に農業を生業とする地域では、その重労働から褥婦を守り、児とともに過ごすことができるようにという周囲からの配慮がプラクティスとして受け継がれているという一方、地域の精霊信仰など宗教的意味合いを持つこともある。

以下に、主に国名で区分して産後プラクティスについて記載する。産後プラクティスは地域によって異なる場合もあり、一概にその国において全国的に実践されているものではない。

（1）韓国

産後プラクティスにおいて、西洋以外の文化で大切にされていることは「温と冷のバランス」だということ。韓国においても温冷のバランスは重要視されていて、産褥期に体を冷やすことはよくないとされる。アメリカで出産を経験した韓国出身の女性は産

褥直後、看護師から多量の出血を補うものとして多量の冷水を飲むように勧められ困惑した、という (Kim-Godwin, 2003)。

産後の養生は「産後調理」と呼ばれ、冷たい水に触らない、歯を磨かない、固いもの、辛いものを食べないなどの注意事項がある。中医学の伝統を基盤にしているとされるが、独自のものとしてワカメスープを毎日摂取するというものがある。21 日間は、褥婦は暖かくしてゆっくりと休養をとり外出を避けて過ごす (Park ら, 1991 ; 小浜, 2009)。

(2) 中国

中国では、産後一カ月に及ぶ褥婦の養生があり「坐月子 (Doing Month)」と呼ばれる。歯を磨いてはいけない、髪をとかしてはいけない、風呂に入ってはいけない、冷たい水を飲んではいけない、冷たい水に触ってもいけない、温かい物を食べる、スリッパではなく足をくるむ履物を履く、頭を布で包んでいなければならない、締め切った部屋にいるなどして風に当たらないようにする、などさまざま決まりがある。これらの考え方には中医学に根差している (Holroyd, E. ら, 1991 ; 小浜, 2009)。

中国文化圏として台湾で、伝統的な産後プラクティスに関する知識を褥婦と看護職に調査した研究では、知識は看護職よりも褥婦のほうが多く持っているが、両者とも産後プラクティスには肯定的な考えであることが明らかになっている (Tien, 2004)。

(3) モンゴル

モンゴルでは、産後の休養期間は特になくという人もいれば、一定期間を「ガム (gamu)」とって、特別な期間だという人もいる。この間は外出せず、帽子をかぶって風に当たらないようにし、冷たい水に触らないようにするといった習慣がある (小浜, 2009)。

(4) タイ

タイでは、ラオスと近似した文化をもつイサーン地方と呼ばれる東北部において産後プラクティスが実施されている。ラオスにおいて実施されている産後プラクティスと呼称と内容はほぼ同様で、炭等を用いた保温行動と行動制限と、出産後一定期間、摂取できる食事内容を制限するプラクティスがある (Whittaker, 1999 ; 野村ら, 2007)。2000 年に行われた 500 名のタイ女性を対象にした研究では、78.8%が食事制限を、65.8%が炭等を用いた保温行動を実践していることが明らかになっている (Kaewsarn ら, 2003)。また看護師の産後プラクティスに関するビリーフを調査した研究では、対象となった 182 名の看護師のうち 48%が伝統的な産後プラクティスを是認しており、褥婦の水牛肉摂取を禁止するといった褥婦の食事制限について (カラムキンの一部) も、20%の看護師が同意していることが明らかになっている (Kaewsarn ら, 2003)。

(5) ベトナム

ベトナムの健康に関するビリーフや慣習は、thuoc nam という南ベトナムの伝統医学と、thuoc bac という中医学を基盤とした北ベトナムの伝統医学とアメリカやフランスが持ち込んだ西洋医学の3つの考えに影響を受けている。産褥期では、産後の100日間は特別な期間とされ、その間は歯ブラシで歯を磨いてはいけない、本を読んではいけない、シャワーは避け蒸気浴をする、髪の毛を洗ってはいけない、スープ類は食べないなどの習慣がある (Wadd, 1983 ; 小浜, 2009)。

(6) マレーシア

マレーシアにおいても、出産は体液循環に大きな影響を与えるという考えから、温冷のバランスが重要であるとされている。他のアジア地域と同様に、褥婦は体を温めねばならないという考えがある (Manderson, 1981)。産後、母体は赤ん坊と血液と hot な体液を出してしまったため約40日間 cold な状態になるとされ、炉で暖めた石をお腹の上に乗せ、下から炉で暖めるベッドに横になるという母体を暖めるような処置が行われる (松岡, 1985)。

(7) インドネシア

多民族国家であるインドネシアでは、産後の過ごし方も様々である。産後は、産婆やマッサージを専門とする女性によるマッサージを受け、伝統薬を煎じて飲む。また、子宮の戻りがよくなるようにと腹部に長いさらしをまき、食事は身体を温めるといわれているものを摂取する (小浜, 2009)。

(8) カンボジア

カンボジアでも、温冷のバランスをとるという考えからいくつかの産後プラクティスが実施されている。ラオスやタイと同様に、竹のベッドをしつらえ炭で体を温めて養生するものや、肉やパームシュガーを使用した Khaw や Borbor と呼ばれる褥婦向けの特別な食事などがある。また産褥期の合併症として心身に異常をきたすという Toas と呼ばれる状態があり、間違った食事や、産後に活動を開始するのが早すぎることによって発現するという (White, 2002, 2004)。

(9) ネパール

ネパールでは、褥婦を「ストウケリ (sutkeri)」と呼ぶ。その呼称を用いられる期間が産後の養生期間であり、その間家事や農作業はやらず、無塩バター、ご飯、野菜入りの肉スープなど特別な食事を摂る (小浜, 2009)。

(10) インド

インドのシッキム地方の母親を対象にした産後の食事摂取に関する研究で、産褥期には牛乳や動物性蛋白質などの特別な食事を摂取するとしたものが86%であった。一方、緑の野菜や果物などを食禁忌とするとしたものが65.3%であったことから、褥婦の食事には慣習が影響していることが分かる (Mukhopadhyay ら, 2009)。

(11) トルコ

トルコの産後プラクティスは、魚や羊肉などの食禁忌とともに、Bulmac と呼ばれるデザートやブドウとバターを合わせたジュースを飲むなどの特別な食事の摂取などが報告されている。また褥婦が新生児に行う慣習として、新生児をきつく縛ったり、塩水で沐浴したりといったことがある (Ayaz, 2008 ; Geckil, 2009)。

(12) ヨルダン

2005年に母親を対象に実施された研究では、92.5%が産後の合併症を予防するために積極的な活動をせず、床上安静を長期間保つことを産後プラクティスとして信じていることが明らかになっている (Jarrah, 2007)。

(13) ナイジェリア

北部ナイジェリアには、行動制限、伝統によった温浴、暖かな部屋での養生、土地の塩を用いた粥の摂取などの産後プラクティスが広く実施されている (Iliyasu, 2006)。中でも伝統によった温浴は、Wankan Jogo と呼ばれ、伝統的産婆によって出産後すぐに行われるという。その温浴によって重度の火傷を負った症例も報告されている (Ezem, 1980)。

(14) ケニヤ

ケニヤのポコット族では、褥婦はさまざまな産後プラクティスを実施しなければならない。産後数日は、自分の衣服と新生児以外に触れることは許されず、身の回りの世話はほかの女性が行う。この間外出することはできず、Kolika と呼ばれる独自の服を身に着け、夫も含めた男性を目にすることは許されない。また産後は Lekatiet というベルトを腹部に巻き、これは子どもが歩くようになるまで外すことができない。また肉入りスープは摂取できないなどの食禁忌も存在する (O' Dempsey, 1988)。

(15) メキシコ

メキシコでは、産褥期には果物や野菜などを食べないという食禁忌の慣習が存在する。1998~1999年の調査では、約半数の女性が産後の食事制限を行っていたという報告がある (Santos-Torres, 2003)。

(16) グアテマラ

グアテマラでは、母体が冷えると母乳が冷え子どもが病気になるとの考えから、産婦は頭をスカーフで覆い、セーターを着て暗い部屋に寝るという (松岡, 1985)。

(17) アマゾン地方

南米の東アマゾン地方では、産後の40~41日間を resguardo と呼び、行動制限や食禁忌といった産後プラクティスが実施されている。2008年の研究では、多くの女性がそうした産後プラクティスを実践していることが明らかになっている (Piperata, 2008)。

2) 日本の産後プラクティス

日本においてもさまざまな産後プラクティスが存在する。食事や日常生活行動に関することなど内容は多岐にわたるが、國分の2002年の調査では、周囲からの助言に対する慣習の実行は、食事に関しては100%であった。一方、産育儀礼に関してはやや低くなっているものの81%が実行していた(國分ら, 2005)。

諸外国でも多く見られた褥婦の行動制限の推奨は日本でもみられ、長鶴の1999年の調査では、産後養生に関して周囲から助言をうけたものは86%で、産後の一定期間は床上安静もしくは外出を控える、といった内容であった(長鶴, 2001)。近代にいたるまで、出産は穢れとみなされ、日常生活から離れた産屋で出産し、産後の復古を促す期間、養生して家事や仕事をしない風習が残っており(宮中, 2007)、それは褥婦に休養をとらせるという意味での行動制限となっていた(松岡, 2008)。

さらに、沖縄地方に「ジール(地炉)」と呼ばれる「産後に母体を暖める慣習」が広く伝承されてきた(鈴木, 2003)。

2. ラオスの産後プラクティス

1) 産後プラクティス

母子の健康に重要な時期となる妊娠・出産・産褥期、その中でも産褥期に、ラオス国の特に低地ラオ人において、ユーファイ、カラムキンという産後プラクティスが広く実施されている。2000年の調査では、ユーファイは91.3%、カラムキンは79.3%の者が実施したと答えている(沼澤, 2001)。また、2005年にBarnesらが、首都ビエンチャンで、妊婦健診の受診率が高く、病院出産率も高い女性を対象にした調査では、ユーファイは97%、カラムキンは90%が実施しており、8.3%の産後の母親が体重不足であることが明らかになっている(Barnesら, 2007)。2006年に佐山がビエンチャンで実施した調査でも、ユーファイの実施率は95.3%、カラムキンの実施率は81.9%であり(佐山, 2012)、ラオスでも近代化がすすむ2000年代においても、産後プラクティスの実施率に大きな変化はなく推移し、現在でも広く実施されていることが分かる。

ユーファイとは、直訳すると「火に居る」という意味であり、褥婦は産後の数日～1ヵ月間、炭の側もしくは炭の上にベッドをしつらえ、そこで過ごさなければならないという慣習である。ベッドの側では常に火を絶やさず、伝統薬である薬草茶を煮出し、褥婦は井状の大きな椀でそれを飲む。そして、ラオス人は通常お湯ではなく水を用いて身体の清潔保持を行う事が多いが、この期間の褥婦はお湯で1日に3～4回体を洗う。褥婦は一定期間火のそばで過ごすことによって、悪露の排泄を促し身体の回復を助長させるといい、火で炙ることによって子宮が乾き、避妊効果があるという(嶋

澤, 2009)。ユーファイ実施の目的は、体力回復や子宮復古、リラックスなどがあげられ、産褥期の復古を促進するための民間的ケアという概念で実施されている(佐山, 2012)。

亜熱帯に属するラオスにおいて、炭の側で常に過ごす事は女性にとって苦痛にもなり得るのではないかと予測されるが、ユーファイを実施中の褥婦を訪問してみると、適度な保温がされ、心地よい暖かさによって褥婦や新生児がリラックスしている事もある。逆に、母は汗を流して表情には疲労が顕著に見られ、背部を露出して炭にあたっているため、真っ赤に腫れ上がり、児には汗疹が出現、健康な研究者自身もその場に身を置いているのが辛いと感じたほどの状況もあった。また、ベッドの下におかれた炭による背部や臀部の熱傷や、熱発、産後の会陰創傷の治癒の遅れなどによって病院に運ばれてくるといった事例もある。さらに、定められた期間の慣習実行により屋外へ出ることが許されず、産後健診等の専門職によるケアやフォローを受けることが阻害される理由ともなり(佐山, 2005)、凶らずも死亡してしまう事例もあった。しかし沼澤は、当初、日中の気温が40℃近くにも上がる気候の中での保温行動に対して健康障害が多いのではないかと考えていたが、調査の結果からはそのような認識は伺えず、伝統的な意味だけではない健康に対する価値観としての意義を見出している(沼澤, 2001)としている。

カラムキンとは、産褥期に一定期間、食物禁忌にともなう食事制限を行うという慣習である。褥婦が病気に罹るのを防ぐと言われ、この慣習を実施しなければ、家族は褥婦が病気に罹るだろうと心配するのである(Xayxana, 2006)。禁忌や制限内容は各村・家庭において多種多様であるが、香りの強い野菜や肉などが制限される事が多い。中には、塩と一部の野菜、もち米だけしか摂取出来ないとした褥婦もあり、内容によっては母乳栄養に悪影響を与えてしまう事にもなりかねない。事実、栄養摂取不良による貧血にユーファイによる脱水が重なり、母乳分泌が減少して低出生体重児の体重増加不良が見られた事例もあった(佐山, 2005)。カラムキンの実施目的は、「ピット」と呼ばれる産褥期の心身の異常な状態を予防するため大きいという(佐山, 2012)。「ピット」という状態になると、身体は弱り、精神に異常をきたし、重症になると死に至ることもあるという。「ピット」がもたらす精神異常には、短気になる、多弁になる、好色な行動をとる、村中を徘徊する、などといったさまざまな考えや伝承がある。女性たちはそうした「正常ではない」状態になることを現在も強く恐れていることから、それを予防するカラムキンの重要性が伝承されている。

2) 産科医療・産科看護と産後プラクティス

ラオスにおける専門技能者の立会いの下での出産は20%にとどまっており(国連人

口基金，2011）、とくに医療機関も少なくアクセスも難しい地方では、施設内で医療介入のもと出産している女性はいまだ少数である。しかし、国連ミレニアム開発目標の目標5「妊産婦の健康の改善」の達成に向けて、施設内分娩が推奨されており、都市部においては施設内分娩を積極的に選択する傾向が増えてきている。

ラオスでは、妊婦健診は世界保健機構の指針どおり4回以上の受診が推進されており、比較的安価で受診することができる。また、地域にもっとも近い医療機関であるヘルスセンターや郡病院で妊婦健診を行うことができるため、女性は自宅に近い機関で健診を受けていることが多い。しかし、小さなヘルスセンターや、設備や人材が未整備である郡病院では分娩を受け入れることができない。また、正常分娩は介助できてもハイリスク事例などは対応することができないため、都市部では国立病院や県病院といった総合病院で出産することを選択する、もしくは搬送されるといったことが多くみられる。つまり、多くの妊産婦は妊婦健診の受診施設と分娩施設が同一ではないという状況である。

多くの産婦は陣痛が発来してのち、出産を希望する病院へ向かう。病院で出産をすることができた場合も、日本と比べると入院期間はごく短期間である。ラオスの多くの病院の産褥入院はほぼ24時間以内となっている。しかし、夜間に退院することは困難であるので、夜間に出産した褥婦も含めて問題がなければ翌朝もしくは翌日の午後の早い時間に退院する。帝王切開分娩などの異常分娩はこの限りではなく、事例に応じた入院期間となる。

また、入院期間をより短くしてほしいという家族や褥婦本人の希望がある。産科入院に限らないが、病院には給食施設がないことが一般的であり、食事は付き添う家族や親族が準備して入院患者に与えている。一部の国立病院では、希望者だけの有料のサービスとして、主食となるもち米のみ提供する施設を有していたときもあったが、現在は経済的に継続困難となっている。外食文化があまり発達していないラオスでは、病院の敷地内で入院患者や自分たちのために煮炊きを行う家族の様子も散見される。また、清潔を保つためのシャワーなどの施設も十分ではないなかで、清潔や排泄の介助は主に付き添う家族の役目となっている。そのため入院患者には24時間体制で家族が付き添うことが必要となり、その家族にとって経済的はもちろんのこと身体的にも負担となりうる。また、ベッドの間にはカーテンなどでの仕切りはなく、プライバシーが保てる空間は少ないため、褥婦自身も住み慣れた自宅への早い帰宅を希望することは必定である。

さらに、産後プラクティスにはできるだけ早く、可能であれば産後すぐより開始したほうがよいという考えがある。産褥入院中は、病院のベッド上で過ごすため炭による「火」にあたることができない。そのため、少しでも早くユーファイを開始するた

めに、褥婦や家族は早い帰宅を希望する。また、カラムキンの産褥入院中の実施には、分娩直後の褥婦が摂取する食事は、入院に付き添う家族が準備するため、バランスのとれた十分な量の食事を病院側が管理することはできていない。このように産褥入院の短期化は、さまざまな背景からより要望が拡がり、それを受ける形で医療施設側でも促進されているといえる。

3) 産後プラクティスと看護

ラオスの主な総合病院では、病院で出産した場合、退院前に看護職から退院後の生活やセルフケアについて褥婦への指導が実施されることが多い。

2010年10月に、ラオスの産科病棟で勤務する看護職10名を対象に佐山が実施した調査では、看護職も褥婦とほぼ同じ文化背景をもつ状況であるため、産後プラクティスが人々に広く浸透していて現代でも実施されていることや、実施方法、目的などを認識しており、自らの出産時には実践している人も多いことが分かった。また、「プラクティスを中止するよう指導する」「炭の温度を低くする等、実施方法緩和を勧める」「プラクティスの積極的実施を奨励する」というように、看護職それぞれが異なった見解をもちさまざまな内容の看護や指導を行っていることが明らかになった。

こうした看護職それぞれが異なった看護を行う現状には、ラオスの現在の看護教育の中では産後プラクティスについて学習する機会が不確定な状況であることが影響しているといえる。ラオス国立保健科学大学看護学部助産科の教員は、看護教育課程内において、産後プラクティスについて全く教えていないという教員と、主に産後の休養と食事というテーマの中で産後プラクティスにもふれている教員とが存在する。前者は、看護倫理や退院指導、患者指導といった内容を教授するなかで産後の生活についてふれることはあるが、ユーファイやカラムキンといった産後プラクティスについて言及することはないとしている。一方、看護師が行う産後退院指導（母乳栄養、育児指導、母親の栄養摂取、家族計画、産後の休養）のなかで産後プラクティスについてふれているという教員も、あくまでEvidence Based Medicineにのっとり内容で特に文化を考慮するといった教育ではないという。これらのことから、ラオスの看護教育では、人々に広く実践されている産後プラクティスについて積極的には教えてはいることが分かる。

看護基礎教育修了後の勤務先の病院でも、産後プラクティスについて研修などでとりあげられることはないという。そのため、看護職は産後プラクティスに対して、一般の女性と同じようにその地域に暮らし文化を保有する人間としてさまざまな考えを抱いている一方、専門職としての看護の知識をもって、褥婦への指導などといった看護を個人個人で見だし、実践していかなければならない。褥婦の退院後の生活に、

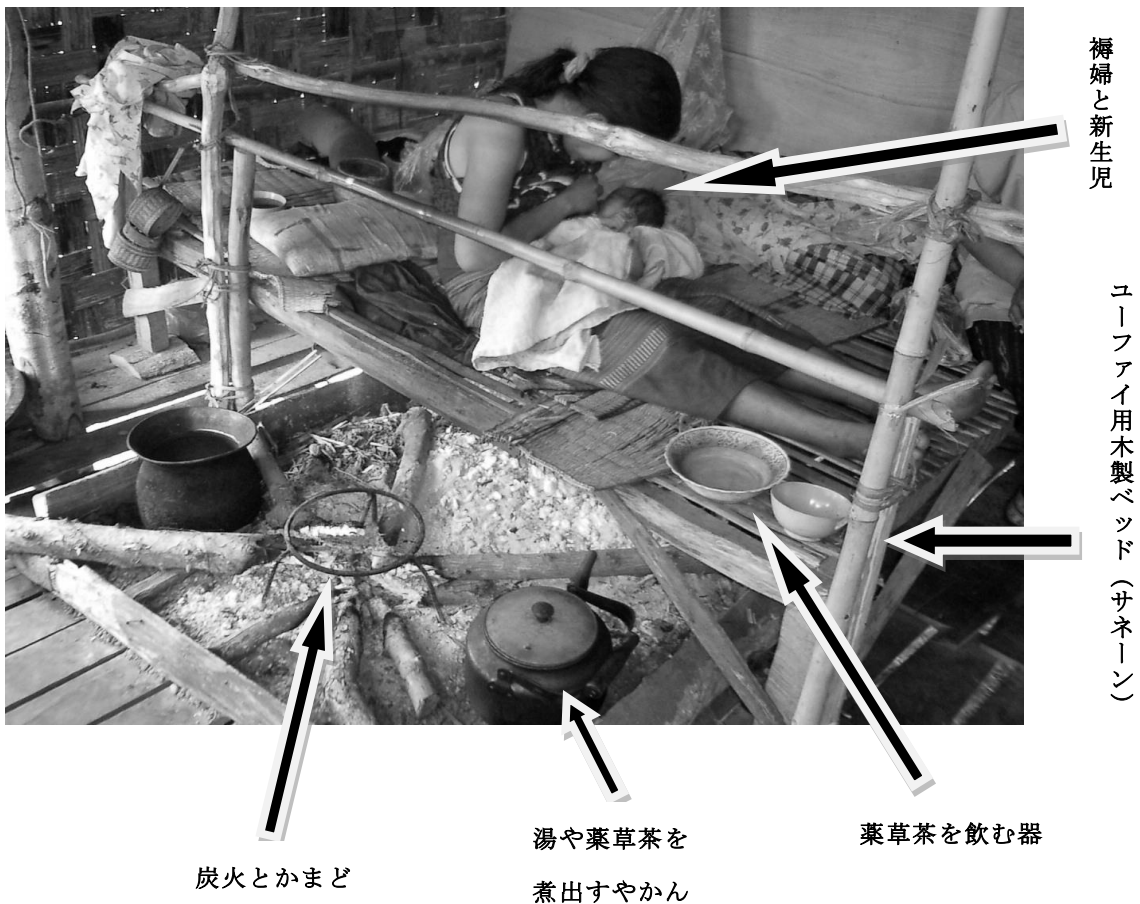
産後プラクティスが大きく影響することを看護職は認知しており、退院指導で触れるなどしているが、具体的な看護の内容は一様ではないのである。

第4章 先行研究結果

研究者は、2005年より、ラオスの産後プラクティスについて研究に取り組んでいる（佐山ら、2005；佐山、2012）。また、隣国で近似した文化圏であるタイの一部においても、ラオスと同様の産後プラクティスが実施されている（Whittaker, 1999；Kaewsarnら、2003；野村ら、2007）。ラオスに比べて経済的に発展しており、保健医療分野でも開発が進んでいるタイにおいて、産後プラクティスはどのようにとらえられ実践されているのかを検討するため、タイでの研究も取り組んできた（佐山、2009；佐山、2010）。本章では、これまでの研究で明らかになったことを述べる。

I. ラオスにおける産後プラクティス

図4 ラオスのユーファイの様子



1. 高齢者への調査

高齢者は、家族や地域において、文化や慣習などの伝統的な事象に関するキーパーソンである。ラオスにおける産後プラクティスの実態と、高齢者の産後プラクティスに関する考えを明らかにすることを目的とし2009年7月に、ラオスの首都ビエンチャンにて、65歳以上の女性高齢者10名を対象に半構造的面接法を用いて、聞き取り調査を行った。

産後プラクティスの実施理由として、ユーファイは子宮復古や心身のリラックスといった産後の養生をすすめるものや、その後の人生の健康増進のためとするものが多くあがった。一方、食事制限や食物禁忌であるカラムキンは、「ピット」と呼ばれる産褥期の心身の異常な状態を予防するため大きいという（佐山，2012）。「ピット」という状態になると、身体は弱り、精神に異常をきたし、重症になると死に至るといい、特に、精神面で異常をきたすことを問題視していた。また、病院などの施設で出産できない状況では、産後プラクティスは必須であるという考えと共に、病院出産した場合のプラクティスの実施状況は変容してきているとするものもあった。

2. Reproductive Health Age 女性への調査

生殖年齢にあり、出産やそれにとまなう文化や慣習を、現在実践している年代である Reproductive age 女性に調査を実施した。ラオスにおける産後プラクティスの実態と、考えを明らかにすることを目的とし、2010年6月に、ラオスの首都ビエンチャンにて、Reproductive age 女性10名を対象に半構造的面接法を用い聞き取り調査を行った。

ユーファイの実施目的は、高齢者と同様に子宮復古や、長寿などがあがった。また、直近で経験し記憶しているためか、ユーファイによる暑さや行動制限に苦痛を感じていることが分かった。さらに、カラムキンは、やはり「ピット」と呼ばれる産褥期の心身の異常な状態を予防するため大きいという考えが多く、医療の近代化が進んでいると思われる世代においても、そうした西洋医学では説明が難しい症状は伝承され、人々が恐れていることが分かった。

3. 看護職に対する調査

ラオスの産科病棟で働く看護職が、産後プラクティスについてどのようにとらえているかを明らかにすることを目的とし、2010年10月に、看護職10名を対象に半構造的面接法を用い聞き取り調査を行った。

看護教育の中では産後プラクティスについて学習する機会はなく、勤務先の病院でも研修などでとりあげられることはなかった。そのため看護職も、産後プラクティス

に対して、一般の女性と同じようにさまざまな考えを抱いている一方、専門職として病院で褥婦に、出産後の生活についてなど指導しなければならない。そのため、「プラクティスを中止するよう指導する」「炭の温度を低くする等、実施方法緩和を勧める」「プラクティスの積極的实施を奨励する」など、看護職によって全く異なった見解でのケアや指導を行っていることが明らかになった。

II. タイにおける産後プラクティス

図5 タイのユーファイの様子



1. 高齢者への調査

タイにおける産後プラクティスの実態と、伝統医療医と高齢者の産後プラクティスに関する考えを明らかにすることを目的とし、2009年2月に、ラオスと国境を接するタイ北部パヤオ県において、伝統医療医1名と高齢者10名を対象に半構造的面接法を用い、産後プラクティスの実施方法や考えについて聞き取り調査を行った。また、伝統医療医により設定された産後プラクティスの場にて、実施する様子を参加観察法にて調査した。

産後プラクティス実施の理由に子宮復古、創傷治癒、身体及び精神のリラックス、母乳栄養の改善などをあげており、産後プラクティスが代替医療的要素も含まれる民間的ケアであることが分かった。また、自らの親族には慣習の実施を勧めるという高齢者が多かった。

2. Reproductive Health Age 女性への調査

Reproductive age 女性の産後プラクティスに関する考えを調査することを目的とし、2009年12月にタイ北部パヤオ県において、Reproductive age 女性10名を対象に半構造的面接法を用い、聞き取り調査を行った。

reproductive age 女性は、慣習には肯定的で、近親者の指導のもと実施していることが多かったが、ユーファイでは炭や火を使わないなど、実施方法の穏健化も進んでいることが分かった。また、「プラクティスを実施しなかったことにより将来の健康維持に不安を感じる」、「専門職者による病院での指導と家族からの教えの違いに困惑する」などがあり、長年の教えは無視できるものではないという価値観のもとで、「変化」に対応していく必要がある現代の女性の状況が明らかになった。

第5章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究は、解釈的アプローチによるマイクロエスノグラフィーを基にした探索的研究デザインで実施した。

マイクロエスノグラフィーに基づくフィールド調査は、ラオス国立総合病院産科病棟褥婦入院棟で実施し、研究参加者はそこで勤務する看護職と褥婦である。

産後プラクティスに関して、主に褥婦のベッドサイドで実施される退院に向けた褥婦への指導といった看護について参加観察を行った。また、文化や産後プラクティスへの看護に関する看護職のとらえ方などについて、エスノグラフィックインタビューを実施した。インタビューは、短時間で行われた看護の内容やそれに対する看護職の考えを聞くインフォーマルなインタビューと、産後プラクティスについての考えなどを聞くフォーマルインタビューを実施した。インフォーマルインタビューは主に病棟の空き部屋で看護業務に支障がないように確認してから行った。フォーマルインタビューは、病棟外の病院看護部の個室か病棟会議室を使用し、看護業務に支障のない空き時間などに実施した。

褥婦は看護の場面における観察の対象となった。また、フィールド調査による観察をうけて、必要と判断した場合は褥婦にも、病棟の空き部屋を使って、診療や看護に支障がない時間にインタビューを行った。

分析は調査と平行して行い、フィールドで得られたデータを、文化的コンピテンシーを視座として概念化してとらえ、理論的テーマと結びつけ理論を構築した。

II. 本研究の理論的前提

1. 認識論における3つのメタアプローチの中の解釈的アプローチ

研究方法論を導き出すにあたり、考慮すべきメタ理論となる社会的事実の認識様式には、論理実証主義的アプローチと解釈的アプローチ、批判的アプローチが存在する（表 2）。今日の看護学研究において、量的（定量的）研究とよばれる研究手法は論理実証主義的アプローチに依拠し、質的（定性的）研究と呼ばれる多くのものは、解釈的アプローチと批判的アプローチを前提としている。質的研究の中でも、国際協力分野など、当事者参加を前提とした研究では、アクションリサーチといった批判的アプローチによるものが多くみられるが、主だった質的研究は解釈的アプローチを基盤にしているといえる。

表 2 3つのメタアプローチの比較（箕浦, 2009）

	論理実証主義的アプローチ	解釈的アプローチ	批判的アプローチ
研究の目的	行動や社会を律している普遍的な法則の定立 知見の一般化	特定状況における行動の規則性を理解し共有する 知見の比較	結果を分析し、不平等をあばき、解放のスタンスを育む
研究の焦点	観察可能な行動に着目 客観的に「測る」ことに力点	行動や状況に埋め込まれた意味に着目 「分かる」ことに力点	不平等な社会構造や抑圧のパターンを「変えていく」ことに力点
研究のプロセス	条件統制をしてノイズを除去し、因果関係を把握することが中心 変数操作が主な研究技法	人と人、人と状況やモノとの相互作用やそこで伝達される意味を分析し、理解することが中心	隠された権力による統制を明らかにする
研究者のスタンス	客観的であること 研究対象者との間に距離をとる	調査参加者の居る場に参与。主観的であることを厭わない	研究者は、対象から学ぼうとする学習者、かつ批判的意識の覚醒を促す教師
対象者の位置づけ	研究者の指示に従う受動的な存在	研究対象者は能動的な協力者	一緒に学ぶ学習者 研究者にとっての教師
主なデータ収集法	数量的データを得るための実験や調査	質的データを得るためのフィールドワーク	質的、量的どちらのデータでもかまわない

実証主義では人間行動を支配している普遍的な法則を発見することが研究目的であり、観察可能な行動を正しく測るため条件を統制することを重視してきた。その最たるものが実験室実験である。実証主義では、社会的現実は見ようと同じに見える

本質的なものとしてそこに実在していると考え、再現可能な一定の手続きで明白な証拠を得て理論的に説明できると、その発見された事実を「客観的」とするという合意が共有されてきた(箕浦, 1999)。

解釈的アプローチや批判的アプローチには、客観的世界なるものがあるという前提はなく、どのような観点に立って眺めるかで、社会的事実はさまざまな相貌を見せるとする。また、解釈的アプローチは、人々がどのような思い込みの世界に生きているのか、その構築された世界を描くことに主眼をおくが、批判的アプローチは、人々の意識を縛っている諸力を明らかにし、現状を変革していく力を人々が得ることを重視し、当事者参加型アクションリサーチは、批判的アプローチに依拠している(箕浦, 2009)。

解釈的アプローチは、特定の状況における人間行動にみられる規則性に関する理解の共有や、人々が生きている社会をどう解釈し構築するかを知ることを研究の目的とする。研究における意味を研究者と対象者がともに理解すること(箕浦, 1999)が重要とされる。研究対象者は意味の共同構築者として能動的にかかわり、研究者は研究対象者の環境に身を置き、共感しながら文脈ごと理解する。解釈的アプローチは、行動の社会的・文化的文脈の特殊性に注意を払い、具体的に人々が生きている意味世界を研究するため3つのことを前提としている。第1の前提は、発達の主体と文脈は相互に依存し合っているので分析の単位は、個人ではなく文脈とその中の個人であるという、「意味や発達状況依存性」。第2の前提は、「意味創出プロセスは能動的か情動的である」。第3の前提は、言語はさまざまな見方をすり合わせたり、現実を共有する際の一番重要な道具であり、意味理解の鍵をにぎると言う「言語の意味構成力」である(箕浦, 1999)。

2. 本研究で解釈的アプローチを選択する理由

本研究は、文化と生活、そして医療・看護という文脈で行われる産後プラクティスを看護職がどうとらえ、理解し、看護を実践しているか、その世界全体を探索的に明らかにすることを目的としている。そこでは、客観的に数量的なデータを測ることなどによって因果関係を把握し、普遍的な法則を見出すことは目的とはならないため、実証主義的アプローチは選択しない。また、不平等な社会構造や抑圧のパターンを変えていくことに力点をおく批判的アプローチもそぐわない。

人と人、人と文脈の意味や相互作用を分析し、明らかにすることを目的とする解釈的アプローチ、及び、その主なデータ収集法である質的なデータを得るためのフィールドワークを選択することとした。

Ⅲ. エスノグラフィー

1. エスノグラフィー

文化人類学で発展し用いられてきた研究方法であるエスノグラフィーは現在、社会学や心理学、教育学そして看護学という人間科学の多くの分野で用いられてきている。エスノグラフィーとは、文化を記述する仕事であり、その中心的な目的は、現地の人々の視点から別の生活の仕方を理解することである (Spradly, 1980)。また、エスノグラフィーとは、他者の生活世界がどのようなものか、他者がどのような意味世界に生きているかを描くことである (箕浦, 1999)。

もともと、多様な民族を研究する学問分野である「民族学」の意味で使われていたエスノグラフィーであるが、その後、異なった民族の詳しい記述という意味に限定して用いられるようになった。その起源は、ニューギニアでフィールドワークを行い、「クラ」という現地語でよばれる一種の交易について現地の文脈の中で理解をすすめた、Malinowski の「西太平洋の遠洋航海者」である (Malinowski, 1967)。

今日、文化人類学では、エスノグラフィーというと、フィールドワークの報告書としての民族誌という意味と、研究のプロセスとしての方法論という意味の2つの理解が存在する。「フィールドワーク」を方法論として詳説する議論もある (箕浦, 1999、佐藤, 2008) が、質的研究分野では、エスノグラフィーとは方法論をさし (小田, 2010)、研究における成果としての報告書ではなく研究のプロセスをさすことから、本研究でも研究方法論としての意味をもつ「エスノグラフィー」を用いることとする。

エスノグラフィーが対象とする研究の範囲はさまざまである。国家レベルの文化を記述しようというマクロなものから、ある大学の1個のドアにまつわる文化の研究といった極小さい単位で行われるミクロなものまで存在する。研究となる社会単位は、研究範囲が大きいほうから、複雑な社会、複数のコミュニティ、単一のコミュニティ、複数の社会集団、単一の社会集団、複数の社会的状況、単一の社会的状況となり、広い範囲を扱うものがマクロエスノグラフィーで、より狭い範囲を扱うものがマイクロエスノグラフィーである (Spradly, 1980)。つまり、一定の社会構造のなかで展開する人間行動に着目してデータをとるフィールドワークを行い報告することがマイクロエスノグラフィーである。

マクロエスノグラフィーは、長期間にわたって複数の研究者がかかわることが必要となるが、マイクロエスノグラフィーは比較的短期間で行うことができる。しかし、必要となる研究の段階は異なるものではない。マイクロな次元に焦点をあてたマイクロエスノグラフィーでは、フィールドを支配している意味を読み解いたり、社会的相

互行為のなかで、その意味がどのように出現しているか、プロセスを探るものである。また、マイクロ・マクロ連携モデルでは、マイクロな次元で展開する諸事象がどのようなマクロな諸力によって枠づけられているかにも注意を払う（箕浦, 1999）。

また、Spradly は、文化を、人々が経験を解釈し行動を起こすために使う習得された知識、と定義しているが、この概念は、シンボリック相互作用論が依拠する3つの前提にも多くの共通点があるとしている（Spradly, 1980）。第1の前提は、「人間は、ものごとが自分に対して持つ意味にのっとって、そのものごとに対して行為する」というものである。第2の前提は、「ものごとの意味は、個人がその仲間と一緒に参加する社会的相互作用から導き出され、発生する」であり、第3の前提は「意味は、個人が、自分の出会ったものごとに対処するなかで、その個人が用いる解釈の過程によってあつかわれたり、修正されたりする」ということである（Blumer, 1991）。シンボリック相互作用論では、意味は人々の相互作用の過程で生じたものとする。ものごとの意味は、他者が個人に対して行為する行為の様式から生じ、他者の行為がその個人にとってのものごと（その意味）を定義するように作用する。つまり、意味は社会的産物であるとしている。人間の行動を意味によって説明し、人と人、人とものごと、人と状況の相互作用（文脈）から理解しようとするシンボリック相互作用論は、エスノグラフィーの考え方と近似しているといえる。

2. 本研究でエスノグラフィーを用いることの適切性

エスノグラフィーの核心は、行為や出来事が、研究者が理解をしようとしている人々にとってどのような意味をもつのかという、意味への関心である。言葉で表現されるものとされないものという複雑な意味体系を含め、人々は意味を理解し、行動をおこし、自分と他者を理解している。こうした意味体系が人々の文化を構成しているのであり、エスノグラフィーとは文化に関する理論を指している（Spradly, 1980）。

ラオスの産後プラクティスという文化や慣習に影響を受ける事象に焦点をあて、ラオス、産後プラクティス、褥婦、看護職、家族、日常生活など、さまざまな人やモノ、状況が相互に作用する文脈における看護を考える本研究では、人々にとっての意味とそれが構成する文化を記述するというエスノグラフィーの目的に合致していると考えられる。

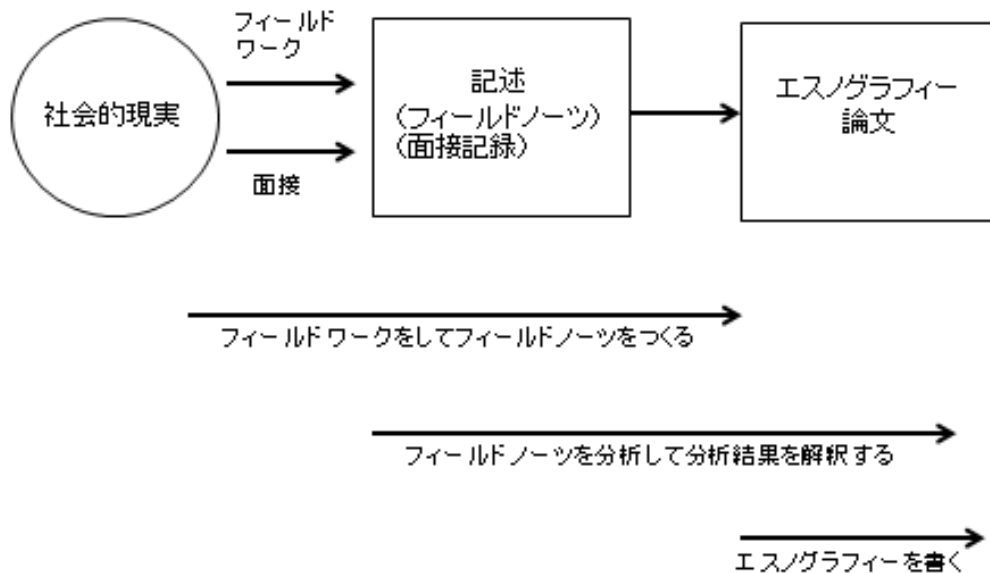
3. エスノグラフィー（Doing Ethnography）の具体的手順

エスノグラフィーでは、問いをたてること、調査（フィールドワーク）を行うこと、分析の3つは状況によりからみあって進むものである（図6）。初期の段階でたてた問いは、フィールドワークが進むにあたってより洗練され、具体的になっていく（小

田, 2010)。また分析により得られた概念や理論が正しいかどうか、フィールドに戻っての検証や、理論的サンプリング、比較は必ず行われるべきである(箕浦, 2009)。そのため、エスノグラフィーによる研究のプロセスは直線ではなく、循環的なものとなることを念頭におくが、ここでは、フィールドワークと分析方法に分けてその手順について論じる。

本研究はここで論じる手順にそっておこなったが、具体的な実施手順は次項「IV. 研究方法」で述べる。

図6 研究のプロセス



P42 箕浦 (1999), フィールドワークの技法と実際 マイクロエスノグラフィー入門, ミネルヴァ書房より引用, 佐山が改変

1) フィールドワーク

フィールドワークは、現地に行ってデータをとってこることであり、人と人の行動、もしくは人とその社会および人が創り出した人工物との関係を、人間の営みのコンテキストをなるべく壊さないような手続きで研究する手法をさす(箕浦, 1999)。

(1) フィールドエントリー

フィールドエントリーとは、フィールドとなるサイトを訪ねて、そこで人間関係を

築く継続的なプロセスである。フィールドワークの場に関する情報を集め、さらに有効な人間関係（ラポール）を築く努力をする。

（２）フィールド全体の観察

フィールドの全体像を把握し、記述する。研究の問いは考えずに、フィールドの見取り図を描いたり、登場人物を同定したり、人間関係を理解することに努める。この時期に、何が研究の主題となりうるか再考し、発見する必要がある。観察した内容は文章、絵や図として書き留め、正確にフィールドノートとして記録する（小田，2010）。

（３）エスノグラフィックインタビュー

人々の意味世界を明らかにするために、エスノグラフィックインタビューでは、記述的質問、構造的質問、対照的質問を時期と内容に応じて行う必要がある（Spradly, 1979）。記述的質問は、フィールドワークの基礎をつくるものだが、構造的質問（見いだした概念やカテゴリーの意味関係を問うもの）や対照的質問（見いだした概念やカテゴリーを類似性や相違性に基づく質問、対比的質問ともいう）は全体の状況をある程度把握したあとでさらに分析をすすめるために用いる。

（４）問いの設定

フィールド全体がある程度見直せるようになったら、フィールドに入る前に描いていた研究課題（問い）を見直す必要がある。問いの見直しは、フィールドワーク実施期間中継続的に行われるべきである（浅井，2006）が、その際に文献検討から知見を得ることもある（山本，2007）。

（５）焦点観察

データ採集のユニットの定義を決め、観察する事象の境界を明確にし、一貫した方針でより焦点を当てて観察を行う。たとえば、「産科病棟」という大きなフィールドを観察したのち、研究の問いを洗練させ絞り込んだ結果、その問いの焦点があたっている「産後1日目の退院指導」というユニットを焦点観察していく、といったことである。観察は、フィールドの全体を把握する全体観察から焦点観察、ある程度の分析及び概念化がすすんだあとの選択的観察といった方向で進むが、最後まで全体観察と焦点観察は継続される（Spradly, 1980）。

（６）問いの確定

フィールド全体の観察から焦点観察を終え、概要を理解したうえで、さらに問いの見直し、洗練を行う。フィールドノートに繰り返し現れるものごとに着目し、文化的カテゴリーを見出す。この時点で問いは、より概念的で抽象的なものに組み換え、観察のユニットもより焦点を絞ったものとなる。

（７）理論的サンプリング

理論的サンプリングとは、仮説生成のためのデータを収集し、分析する一連のプロ

セスであり、次にどのようなデータをどこで集めるかを定める手続きである。理論に関係深いカテゴリーとその属性を発見するため、問いに関係がありそうなものごとをフィールドノートから拾い、比較対比することで類似点から概念的カテゴリーを同定したり、カテゴリーの属性を描き出したり、カテゴリーが出現する条件を特定したり、バリエーションを同定したりする。理論的にサンプリングをして、理論構成を変えていく方法である（箕浦，1999）。

2) 分析方法

エスノグラフィーの分析の中核は意味を読み取り概念に置き換えるコーディングであるが、分析に耐えうるようなフィールドノートが存在することが前提である（箕浦，2009）。また、フィールドワークと分析は常に循環的に実施される。

(1) データの確認

自ら作成したフィールドノートや文献など、分析を始める前にどのようなデータをどのような形式で持っているかを確認する。

(2) 第1次コーディング（オープンコーディング）

分析の対象となるフィールドノートを通読し、あらたにテーマの書き出しなどを行ったあと、オープンコーディングを行う。オープンコーディングとは、フィールドノートの記述を概念に置き換えていく作業で、意味の単位ごとに区切り、それぞれに概念（コード）を付与する。コーディングにおいて、よく使われるのは「グラウンデッドセオリーアプローチ」と、「繰り返し現象に着目する方法」である（箕浦，2009）。

グラウンデッドセオリーアプローチは、Grazer と Strauss によって考案された研究方法論で、エスノグラフィーにおける文化の概念と近似した理論である、シンボリック相互作用論を理論的前提としている（Strauss，1999）。グラウンデッドセオリーアプローチによる質的な分析方法は、分析が間違った方向に進まないように規制がかかり、自然に理論産出に向かってすすむことができる（戈木，2006）。

「繰り返し現象に着目する方法」は、フィールドノートに繰り返し現れる文脈をユニットとしてオープンコーディングを行うもので、先行研究の知見からも分析の方向性を導こうとするものである（箕浦，2009）。

(3) 焦点的コーディング及びアクシャルコーディング

焦点的コーディングで得られるアクシャルコードは、オープンコーディングを比較・対比・修正・整理することで生成されるより抽象度の高い上位のコアカテゴリーである（箕浦，2009）。焦点的及びアクシャルコーディングの方法は、グラウンデッドセオリーアプローチ（戈木，2006/2008）といった積み上げ式にアクシャルコードを得る方法や、先行研究や既存の理論からカテゴリーを借りてきてデータを分析するも

のがある（箕浦，2009）。

（４）仮説の生成：カテゴリー間の関係を見つける

軸足コードに使われたカテゴリー間の関係を浮かびあがらせ、仮説を形成する。

（５）シーケンス分析

フィールドノーツ全体を見直し、形成した仮説に適合しない事象がないか、外れる事例がないか探す。ここで理論的サンプリングを行う。

（６）分析結果の解釈：理論を生み出す

仮説という自分の知見を先行研究と比較検討し、フィールドよりも大きな理論的枠組みのなかで解釈する。解釈するとは、フィールドノーツを分析することで得られた知見を理論的に考察することである。マクロなもの介在が疑われるときは、マクロの視点を取りこんだ理論枠組みを使い、先行研究と比較検討し、理論を生み出す。

３）エスノグラフィーを書く

フィールドワークで集めたデータを分析・解釈した報告書がエスノグラフィーである（箕浦，1999）。エスノグラフィーを書く目的は、そのフィールドを知らない読者に対して、フィールドの人々がどのような意味世界に生きているのかを理解してもらうことである。研究者の理解を他者に伝えるものがエスノグラフィーである（箕浦，2009）。

エスノグラフィーの文章には、一般性から個別性への移行に伴って区別できる6つのレベル（普遍的な陳述、異文化間の記述的な陳述、社会または文化的な集団に関する一般的な陳述、ある特定の文化的場面に関する一般的な陳述、文化的領域に関する具体的な陳述、具体的な出来事の陳述）がある（Spradly, 1980）。

導入部では、フィールドワークで取り上げる主題についての一般的な理論陳述や先行研究のレビューをする。次いで、フィールドワークを採用した理由と限界について書き、フィールドワークを実施した場所や対象とした人々についての一般的な説明を書く。フィールドについての、歴史的社会的な説明が必要な場合もある。

本体部では、分析結果とそれについての解釈を同じセクションで書く場合と、分析結果の提示部分と解釈を別々のセクションにかき分ける場合の2種類があるが、本研究では後者を選択した。テーマに沿った分析のエッセンスを示すようなエピソードがある場合は、フィールドノーツから抜粋して論文に挿入した。

IV. 研究方法

1. フィールド調査

1) 研究協力病院の概要

本研究の協力病院は、ラオスの首都ビエンチャンに立地する国立病院である。本病院は、外来、救急外来、内科病棟、外科病棟、精神科病棟等を有す 450 床を抱える総合病院である。1 日当たり外来患者は約 900～1000 名、入院患者は 280～300 名である。

大学附属病院ともなっており、医師や看護師の臨地実習といった教育や、地方や郡部で勤務する医療職の現任教育の場としての機能も有している。

本病院の看護職は交代勤務を行っているが、多くの病棟が朝から翌朝までの 24 時間交代シフトとなっている。24 時間シフトによる看護職の労働負荷を考慮して、近年では 8 時間及び 12 時間での交代シフトの導入が進められており、救急外来では 8 時間交代シフトが導入されている。しかし多くの病棟では、看護職人員数の不足や公共交通機関がないことなどによる通勤の難しさなどから 24 時間シフトのままとなっている。

2) フィールドとする病棟

フィールドとする病棟は、国立病院の産科病棟の褥婦入院棟である。産科病棟は病院の 2 階に位置し、大きく分娩室と褥婦入院棟に分かれている。看護職は、産科病棟全体で 1 単位であり、分娩室と褥婦入院棟を日にち単位のローテーションで勤務している。

褥婦入院棟は、帝王切開後褥婦 1 室、正常産後褥婦室 9 室（個室 5 室、2 人部屋 2 室、大部屋 2 室）、陣痛待機室 1 室となっており、合計 33 床の病棟である。本研究では対象外であるが分娩室には、陣痛室 1 室、診察室、超音波検査室と分娩台を 2 台要する分娩室がある。

病棟に勤務する看護職は、研究者が調査を行った 2012 年 10 月～2013 年 9 月においてのべ 22 名であった。その他、産科医師 6 名と数名の清掃職員が勤務している。

3) フィールド選択の理由

本病院および病棟をフィールドとして選択した理由は、分娩介助の取扱件数が多いことである。本病棟では、年間約 300 件の出産件数がありほぼ毎日分娩取扱いがあるため、褥婦が常に入院している。施設内分娩が少なく、また施設で分娩したとしても正常出産後の産褥入院が 1～2 日間であるラオスでは、褥婦が常にまた複数入院している施設は少ない。フィールドで観察などを行い、看護職へのインタビュー調査などを

実施する際、研究課題となる産後プラクティスに対する看護に多く触れることのできる環境はフィールド選択において重要な条件となった。

またラオスの看護職は、受けてきた基礎看護教育課程が内容も年数も多様であり、さらに病院に勤務している場合の雇用形態も国家公務員となる有給の正職員や病院単位で雇用される契約職員、無給のボランティアとさまざまである。

本病院では、完全に無給のボランティアは存在せず、全員が何らかの報酬を受け取って勤務している看護職である。また、看護部には6名の看護職が在籍し、看護業務管理や人事、現任教育などを専業で行っており、管理も充実して実践されている。ラオスでは慢性的な医師不足から、地域の保健医療機関には看護職のみが配置されていることもあり、簡単な診療も看護職が担うことを求められているのが現状である。しかし、看護管理体制が確立しており、報酬をしっかりと得られる状態で勤務する本病院の看護職は、看護の本来業務に十分従事することができており、産褥期の看護を観察することができる環境であると考えたため選定した。

2. 研究参加者と研究期間

研究参加者は、産科病棟に勤務する看護職18名であった。また、産褥入院中の褥婦も重要な研究参加者となった。また、褥婦27名（初産婦16名、1回経産婦7名、2回経産婦3名、3回経産婦1名）にはインタビューを実施した。

本研究におけるフィールド調査は、2012年10月から2013年9月の1年間実施した。フィールドには9回訪問し、1回につき約5～10日フィールド調査をおこなった。

調査と分析は連結し交互に実施した。

3. 具体的なフィールド調査方法および分析方法

1) 研究者が研究で用いる言語

研究者は、ラオスで2年間助産師活動を行い、現在も定期的に訪問しているため、ラオスの国語であるラオ語での会話や読み書きに問題はない。フィールド調査では、現地語であるラオ語を用い、メモなどから作成するフィールドノートはラオ語と研究者の母国語である日本語を用いた。研究参加者に提示する書類はラオ語を使用した。研究をすすめるうえで必要となったラオス保健省や病院などに提出する書類において、英語での提出が求められる際にはそれに従い英語を用いた。

2) 研究協力者

本研究では、ラオスにおける看護と日本語とラオ語の翻訳に関し、2名の協力を得て実施した。

ラオスにおける看護について、研究協力病院の副院長（前看護部長、研究協力病院における看護職の統括責任者）に研究協力者（以下、研究協力者 A）を依頼した。研究協力者 A は、看護教育にも教員として携わっており、タイの大学で修士課程を修了しているため、看護研究に関する知識がある。研究者とはこれまでに7年間、看護研究の協働をしており、よい信頼関係のもと、十分な支援が得られた。

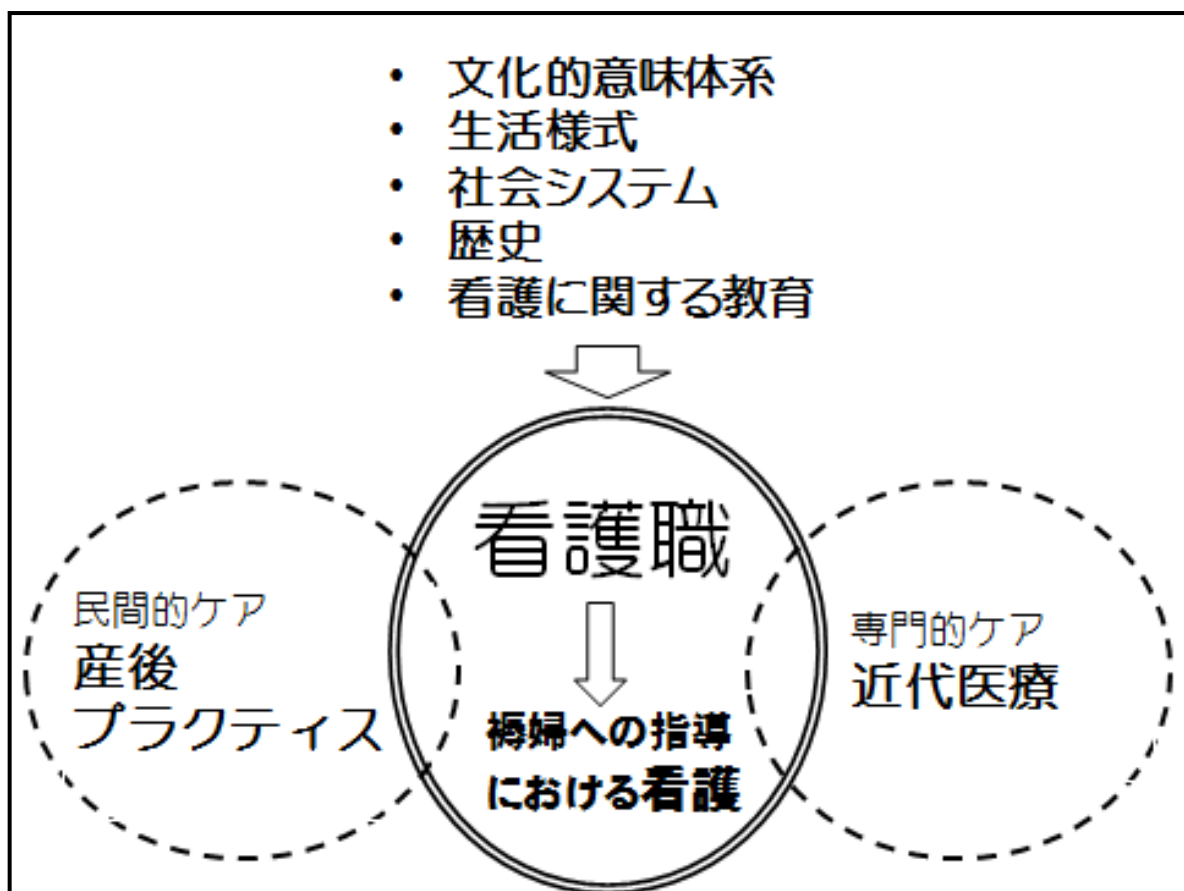
翻訳ならびに言語的な支援については、ラオス国立大学の教員であるラオス人（以下、研究協力者 B）に依頼した。研究協力者 B はラオ語が母国語であるが日本語が堪能である。説明書や同意書とともに、得られたデータをフィールドノートにまとめ分析していく過程において支援を得た。研究協力者 B は医療関係者ではなく、研究フィールドとなる病院にも一切の関わりはない。

3) フィールド調査

(1) 研究枠組みと参加者

本研究の枠組みについて図7に示す。

図7 研究の枠組み



本研究は、文化的意味体系や社会システム、歴史という様々な要因に影響されつつ、教育を受けて専門職として勤務している産科病棟での看護職が、産後プラクティスという民間的ケアと近代医療による専門的ケアのはざまで褥婦に対してどのような指導そして看護を実践しているのかということに焦点をあてた。

本研究の研究参加者は、産科病棟に勤務する看護職 18 名と、看護の対象である褥婦であった。主に看護職が産後プラクティスについてなど褥婦の産後の生活についてふれる機会となる、褥婦への退院にむけての指導といった教育指導の場面が対象となった。褥婦は看護の場面における観察の対象となった。褥婦への指導は決まった時間に行われているわけではなく、回診後から退院までなどの空いた時間を使って行われていた。また、フィールド調査によって研究者が褥婦の考えを聞く必要があると判断した場合は褥婦にもインタビューを行った。

産後プラクティスや、専門職としての知識の拠り所となる近代医療・看護も重要な情報となった。また、産科病棟での看護実践、看護ケアというミクロな次元で展開する諸事象がどのようなマクロな諸力によって枠づけられているかにも注意を払う（箕浦, 1999）必要がある。文化的意味体系や社会システム、歴史等についても研究対象となるため、現地および国内で文献の収集などを行った。

（２）フィールドエントリー

東邦大学看護学部倫理審査委員会の倫理審査承認後（承認番号 23037）、研究協力者 A に電子メールおよび電話にて研究計画、倫理的配慮について説明を行った。また、研究協力病院を訪問し研究計画の打ち合わせを直接行った。

研究協力病院での研究実施には、ラオス国保健省倫理審査委員会（Council of Medical Sciences, National Ethics Committee for Health Research, Ministry of Health, Lao P. D. R.）の承認が必要であるため必要書類を提出した。倫理審査承認後（承認番号 53/NECHR）、研究協力病院長に保健省の許可書とともに依頼文書（資料 1）を提出し調査への理解と協力を得た。その後、研究協力病院看護部長より研究実施病棟である産科病棟看護師長を紹介していただき、研究計画や倫理的配慮について事前にオリエンテーションを行い、了承を得た。

次にフィールドとなる産科病棟の看護職全員に、日本で看護師と助産師の資格を持ち、ラオスでも助産師としての活動経験がある大学院生として研究の受け入れを依頼した。まず研究協力依頼書（資料 2、7）を病棟カンファレンスの際に閲覧してもらったのち、病棟を訪問した。そこで、看護師全員に個別に研究の趣旨について口頭で説明し、同意書（資料 4、9）への署名にて研究参加の同意を得た。

入院している褥婦には、研究のため日本の看護職が病棟に滞在していることや研究についてのポスター「産後の入院をされる方とご家族の皆様へ」（資料 6、11）を、研究期間中病棟内にある掲示板に掲示した。

また、フィールド調査で研究者が病棟を訪問している期間に入院している褥婦については、分娩後、担当看護師から研究者の存在と研究実施について褥婦に伝えてもらい、口頭で同意を得た。研究実施日の朝、褥婦全員の許可が得られた褥室にのみ、研究者が訪室し自己紹介を行い、再度口頭でポスター（資料 6、11）の内容を説明し、同意を得た。また、研究者が直接褥婦に話を聞くなどする場合は、正常に経過している褥婦のみとし、説明書を用いて再度研究の趣旨等を説明し了解を得られた者に同意書（資料 5、10）への署名にて研究参加の同意を得た。

エスノグラフィーのフィールド調査は、人と人の行動、もしくは人とその社会および人が創り出した人工物との関係を、人間の営みのコンテクストをなるべく壊さないような手続きで研究する手法をさす（箕浦，1999）ため、外国人である研究者もできるかぎり現地の社会や関係、営みを壊さずにフィールドエントリーする必要があった。

褥婦入院棟のラオス人看護職は、日勤者は白のツーピースタイプの白衣を着用し、ナースキャップを身に着けていた。研究者は、ラオス人の女性医師と同様にラオス人女性にとって公式な衣服となるシン（巻きスカート）の上に、ラオスで仕立てた白衣の上衣を着用しフィールドで行動した。また髪型なども一般的なラオス人女性のそれと同様にすることで、ラオスにおいて敬意を払った身だしなみを保つように努めた。

フィールドエントリー時は、研究参加者と信頼関係そして有効な人間関係（ラポール）を築くことができるように接するよう努め、病棟の雰囲気慣れることを第一とした。まず研究参加者である看護職すべてを把握し、昼食や休憩時間を共に過ごすなどすることによって研究内容に入る前に全員と打ち解けて話をすることができるように行動した。

次に、フィールドの全体像を把握し、記述していく作業を行った。褥婦入院棟の見取り図をフィールドノートにまとめ確認し、病棟全体の1日の流れや週間予定、業務分担、看護職個人の背景、当直チームの構成など病棟の全体像を把握していった。看護職の褥婦へのかかわりや、人間の動きや関係を理解することに努め、すべての行動や言動、その際の表情に留意して観察した。観察した内容は、まず病棟で、研究参加者の眼に触れないような場所で速やかにメモをした。言語は、日本語及び現地語であるラオ語を用いた。その日のうちに、文章、絵や図として書き留め、正確にフィールドノートとして記録し、収集したデータの蓄積や分析には、質的データ分析ソフトで

ある MAXQDA（佐藤，2008）を用いた。

この時期は、何が研究の主題となりうるか再考し、明確にするよう努めるため、当初予定していた研究課題を常に見直すとともに、継続的に見直していった。

（3）エスノグラフィックインタビュー

研究参加者の意味世界をより明らかにするために、エスノグラフィックインタビューを参与観察と常に平行して実施した。インタビューは、依頼して承諾を得られた研究参加者に、プライバシーの守れる場所（病棟の空き部屋、看護部の個室）で半構造的面接法を用いて実施した。

看護職には、褥婦への指導後にその内容などについて確認するためなどに聞くインフォーマルインタビューと、産後プラクティスのとらえ方や看護について聞くフォーマルインタビューを実施した。インフォーマルインタビューは業務に支障がない範囲で短時間、退院指導終了時に可能な限り毎行行った。

フォーマルインタビューは、フィールド調査をとおして洗練させた研究課題にそって実施した。対象によって回数が異なる場合も考えられたが、フォーマルインタビュー回数は各看護職 3～6 回（平均 3.8 回）となり、1 回につき 15 分程度実施した。

看護職のフォーマルインタビューは承諾を得て録音し、得られたデータからスクリプト作成しフィールドノートとした。

また参与観察を実施して必要であると考えた際には、産後プラクティスや退院後の生活などについて、27 名の褥婦に各数分間のインタビューを実施した。得られたデータをすぐにメモに取り、MAXQDA を用いてフィールドノートを作成した。

（4）焦点観察、インタビュー

研究課題が焦点化されるにしたがい、観察する事象の境界を明確にし、一貫した方針でより焦点を当てて観察を行った。特に研究課題に合致し、具体的に焦点をあてるため、看護職へのフォーマルインタビューを実施した。

（5）資料や記録類

産後プラクティスに関する看護を実践する看護職に影響している事象を、専門的および文化社会的にとらえるために、資料や記録類を収集した。

実践の看護の場である病棟では、看護職が参考としている図書や冊子などの資料や、看護職や臨地実習にくる看護・助産学生が使用する教科書類を収集した。看護大学では看護・助産教育で用いられている教科書や保健省が発行した妊産褥婦の健康に関する冊子などを収集した。また、ラオス女性同盟図書館では、ジェンダー、女性の健康

に関する文化・社会的な事象について触れている図書や冊子を収集した。

(6) 調査内容

エスノグラフィーでは、データ収集を進めると同時に、研究課題を見直し洗練させることが必要となる。本研究では、フィールド調査をすすめる過程において、当初に想定していた研究課題について、フィールドの状況や得られたデータに合わせて都度見直し、洗練させ、以下のような研究課題で取り組み調査をすすめた。

- a. 産後プラクティスに関する看護はどのように実践されているのか。
- b. 文化や慣習に基づいて行われる産後プラクティスに関して、自らも同様の文化を保持する立場でありながら、専門職として勤務し褥婦や家族に接する看護職はどのようにそれらの事象を捉えているのか。
- c. 看護職の文化的コンピテンシーを視座としたうえで、産後プラクティスという文化的な事象に関し、看護を実践するに至るまでの過程や、退院にむけた褥婦への指導などの看護の内容決定にはどういった要件が影響しているのか。

各研究課題における具体的調査内容と方法を以下に示す。

- a. 褥婦への指導といった場面における実際の産後プラクティスに関する看護、特に指導は具体的にどのような内容でどのように行われているのか（観察）。
- b. 文化に基づいて行われる産後プラクティスに関して、専門職として及び個人としてはどのようにそれらの事象を捉えているのか（観察、インタビュー）。
- c. 文化を考慮して看護を実践するに至るまでの過程や、褥婦への指導といった看護の内容決定にはどういった要件が影響しているのか。産後プラクティスに関する知識や考え、文化に対する認識、社会や歴史、環境など（インタビュー、資料や記録類）。

4) 分析方法

フィールド調査で得られたデータは速やかにフィールドノートにし、意味を読み取り概念に置き換えるコーディング（オープンコーディング、焦点的コーディング）を、MAXQDA を用いて調査とともに循環的に実施し分析した。

分析はフィールドノートを繰り返し熟読し、オープンコーディングを行った。オープンコーディングでは、グラウンデッドセオリーアプローチ（Strauss, 1999）と「繰り返し現象に着目する方法」（箕浦, 2009）を参考にし、得られたデータから帰納的アプローチで分析を行った。さらに、コードの類似性に着目して抽象度を高めカテゴリーを見いだす作業を行った。

焦点的コーディング（アクシャルコーディング）では研究課題を念頭におき、より抽象度の高いコアカテゴリーを見いだした。ここでは、グラウンデッドセオリーアプローチ（Strauss, 1999）と先行研究や既存の理論からカテゴリーを借りてきてデータを分析する（箕浦, 2009）方法を参考にし、帰納的および演繹的アプローチをもとに分析した（佐藤, 2008）。

次に、焦点的コーディングに用いられたカテゴリー及びカテゴリー間の関係をツリー形式で考え理論を導いた。また、フィールドノーツ全体を見直し、適合しない事象がないか、外れる事例がないか探すシーケンス分析を行うとともに、比較や理論的サンプリングを行った。

先行研究と比較検討し、フィールドよりも大きな理論的枠組みのなかで解釈し、理論を生み出した。

4. 研究実施における手続き

1) 研究協力者 A に、電子メールおよび電話にて研究計画について説明を行った。また、研究計画、倫理的配慮について事前にオリエンテーションを行い、本調査実施中に得られた情報については確実に守秘する事について了承を得た。

2) 研究協力病院を訪問し、研究計画の打ち合わせを行うとともに、研究協力病院での研究実施には、ラオス国保健省倫理審査委員会（Council of Medical Sciences, National Ethics Committee for Health Research, Ministry of Health, Lao P.D.R.）の承認が必要であるため必要書類を提出した。

3) 倫理審査承認後、研究協力病院長に保健省の許可書とともに依頼文書（資料 1）を提出し調査への理解と協力を得た。

4) 研究で用いる依頼書や同意書（資料 2～6）について、研究協力者 B に協力を仰ぎ、日本語から正確で文化上失礼のないラオ語に翻訳（資料 7～11）し、内容を研究協力者 A に確認していただいた。

5) 研究協力病院看護部長より研究実施病棟である産科病棟看護師長を紹介していただき、研究計画や倫理的配慮について事前にオリエンテーションを行い、了承を得た。

6) フィールドとなる産科病棟の看護職全員に、日本で看護師と助産師の資格をもち、ラオスでも助産師としての活動経験がある大学院生として研究の受け入れを依頼した。まず研究協力依頼書（資料 2, 7）を病棟カンファレンスの際に閲覧してもらったのち、病棟を訪問した。そこで、看護師全員に個別に研究の趣旨について口頭で説明し、同意書（資料 4, 9）への署名にて研究参加の同意を得た。同意書は 2 部作成し、研究参加者に 1 部渡した。

7) 調査は業務に支障のないように実施し、業務を常に優先した。面接は師長もしくは

は主任といった管理者の許可を得て時間を設定した。プライバシーの保護を考慮して空き病室や会議室、看護部の個室で実施し、その際研究者と対象者以外の入室は避けた。

8) 入院している褥婦には、研究のため日本の看護職が病棟に滞在していることや研究についてのポスター「産後の入院をされる方とご家族の皆様へ」（資料 6、11）を、研究期間中病棟内にある掲示板に掲示した。

また、フィールド調査で研究者が病棟を訪問している期間に入院している褥婦については、分娩後、担当看護師から研究者の存在と研究実施について褥婦に伝えてもらい、口頭で同意を得た。研究実施日の朝、褥婦全員の許可が得られた褥室にのみ、研究者が訪室し自己紹介を行い、再度口頭でポスター（資料 6、11）の内容を説明し、同意を得た。また、研究者が直接褥婦に話を聞くなどする場合は、正常に経過している褥婦のみとし、説明書を用いて再度研究の趣旨等を説明し了解を得られた者に同意書（資料 5、10）への署名にて研究参加の同意を得た。同意書は 2 部作成し、研究参加者に 1 部渡した。

5. 研究の信頼性と妥当性

1) 異文化での研究実施による言語の問題

本研究のフィールド調査の対象となるラオス人民民主共和国で用いられている言語はラオ語である。研究者は、ラオ語での日常会話が可能となって 11 年経過し読み書きにも問題はない。その間、助産師活動や教育・研究活動をラオ語を用いて継続し専門用語なども習得するように努めている。そのため、繰り返す翻訳による意味のとり違いを回避するため、仲介する言語として英語などの他言語を用いることはせず、日本語とラオ語で研究を進めていった。ただし、保健省や病院など、書類の提出などで英語での表記を求められる時はその限りではなく、英語で対応した。

説明書や同意書とともに、得られたデータをフィールドノートにまとめ分析していく過程において、必要時に研究協力者に翻訳支援を依頼した。

エスノグラフィーの記述は日本語で行っているが、言語的文化的に日本語での説明が難しく、意味内容が日本語ではとらえられないと判断される言葉は、ラオ語の発音からカタカナで表記したものを用いた。その際、言葉の説明は日本語でできるだけ補完するようにした。

2) データ収集、分析におけるスーパーヴィジョン

本研究におけるスーパーヴィジョンには、匿名化されたデータであるフィールドノートを使用する。フィールド調査及び分析の進行と並行して、指導教員から複数回の

スーパーヴィジョンを受けた。

さらに、分析内容の解釈について、ラオスの看護・助産、フィールド調査における文化人類学的視点、質的研究のデータ収集や分析方法について、専門家から助言およびスーパーヴィジョンを受けた。また、研究協力者 A や看護部には、匿名化されたフィールドノーツを用いた分析内容の報告を行い、ラオスの看護といった側面から分析解釈についてフィードバックを得た。さらに同専攻の大学院生とともに定期的にデブリーフィング・セッションを行い調査分析の洗練に努めた。

またデータ収集の信頼性と分析の妥当性を担保するため、研究参加者となる看護職には面接の都度これまでの面接内容の確認を行うとともに、分析結果をもとにディスカッションしメンバーチェックアップを行った。

V. 倫理的配慮

1. 異文化における倫理的配慮

研究課題となる産後プラクティスについて、ラオスではタブー視されているといった問題はないが、研究者にとって外国での調査実施であること、また、調査内容が伝統的な慣習という地域の文化に深く関わるものであるため、異文化での調査活動実施について十分留意するように努めた。具体的には、挨拶や会話において対象にあった呼称や敬語を必ず使用することや、常に受容的に接し、インタビュー等では決して回答を誘導しないこと等を忘れずに実施した。研究者はラオスに2年在住した経験がありその後も約9年間活動を継続しているため、当該国の文化は体感しているものであるが、それらを再度反芻し、研究協力者に常にアドバイスを求め、対象集団のもつ文化に十分配慮した研究活動が行えるようにした。

フィールド調査では、場に参加する人々に不安・不信感を持たせる事のないよう、場面にあった服装を着用し、常に理解出来るラオ語を使用する事を徹底し、研究に関する質問などは研究者に尋ねる事が出来るようにした。また、同意書や依頼書等書類の文面についても、ラオスで研究協力者 A および B にラオ語訳の確認を依頼し、十分理解でき、かつ失礼のない表現で行えるようにした。

また、異文化での研究実施であり、得られたデータの分析が研究参加者の文脈と解離することがないように、看護職にはフィールド調査を開始後の分析途上からフィードバックし内容を確認しながら研究結果を導き出すようにした。またその際、個人が特定されない研究結果の公表について内容と合わせて再度確認した。

2. 研究参加者に対する倫理的配慮

1) 実施上の手続き

(1) 研究協力者 A に、電子メールおよび電話にて研究計画について説明を行った。また、研究計画、倫理的配慮について事前にオリエンテーションを行い、本調査実施中に得られた情報については確実に守秘する事について了承を得た。研究協力者 A は、フィールドとなる病院の副院長であるため、研究開始後は調査に携わることができない旨を説明した。

(2) 本研究は、東邦大学看護学部倫理審査委員会の倫理審査承認（承認番号 23037）を受けて実施した。

(3) 研究協力病院担当省庁であるラオス国保健省倫理審査委員会へ倫理審査を申請し、承認を得て（承認番号 53/NECHR）実施した。

(4) 研究協力者 B には、書類の翻訳やフィールドノーツの日本語訳への支援を依頼した。研究協力者 B は、フィールドとなる病院には一切関わりがない。フィールドノーツには匿名化されたデータのみ使用し、知り得た情報の秘密保持を遵守するよう説明した。

(5) 研究協力病院長に依頼書(資料 1)を用いて説明し、承認を得たうえで実施した。

(6) 看護部長から研究フィールドである産科病棟の看護師長を紹介してもらい、研究計画、倫理的配慮について事前にオリエンテーションを行い、フィールド訪問の承認を得た。

(7) フィールドとなる産科病棟の看護職全員に、日本で看護師と助産師の資格をもち、ラオスでも助産師としての活動経験がある大学院生として研究の受け入れを依頼した。まず研究協力依頼書(資料 2、7)を病棟カンファレンスの際に閲覧してもらったのち、病棟を訪問した。そこで、看護師全員に個別に研究の趣旨について口頭で説明し、同意書(資料 4、9)への署名にて研究参加の同意を得た。同意書は 2 部作成し、研究参加者に 1 部渡した。

(8) 産褥入院患者の背景はさまざまで、民族や使用言語も多様である。ラオスでは、初等教育の充実が図られているが、中には小学校を卒業していないものも含まれると予想され、会話でのコミュニケーションには問題がなくとも、読み書きが難しい褥婦にもふれた。また、研究は朝から夕方にかけて実施するが、産後 12 時間以内とごく短期間で退院する場合(たとえば夜間に出産した場合、翌朝には退院してしまうこともある)が正常出産の場合はほとんどであるため、朝のごくわずかな時間しか褥婦と接することができないことも多かった。それらの理由から、入院褥婦全てに研究者が説明し同意書を得ることは困難であったため、入院している褥婦には、研究のため日本の看護職が病棟に滞在していることや研究についてのポスター(資料 6、11)を、病棟内に掲示板に掲示した。

また、研究実施期間に入院している褥婦については、分娩後、担当看護師から研究者の存在と研究実施について褥婦に伝えてもらい口頭で同意を得た。その際、研究について質問があった場合、もしくは研究への参加を拒否する場合は、担当看護師、師長もしくは管理者に伝えることができるよう明記し仲介を依頼した。参加拒否の場合は、当該褥婦が入院している褥室には研究者は立ち入らないように予定していた。研究実施日の朝、褥婦全員の許可が得られた褥室に研究者が訪室し自己紹介を行い、再度口頭でポスター(資料 6、11)の内容を説明し同意を得た。

また、研究者が直接話を聞くなどする場合は、正常に経過している褥婦のみを対象とした。出生後 24 時間以内もしくは出産 1 日目での退院にむけて褥婦への指導が実施

される場合は正常に経過していると判断し、説明書を用いて再度研究の趣旨等を説明し了解を得られた者に同意書（資料 5、10）への署名にて研究参加の同意を得た。同意書は 2 部作成し、研究参加者に 1 部渡した。

2) 研究参加者の保護

研究協力はいくまで自由意思であることを、書面と口頭で説明した。研究に協力しない場合でも、業務上の不都合及び研究協力期間にて提供される医療やケアには影響しない旨を伝えた。看護職の参加者には、研究結果は勤務評価などには一切関係がないことを説明し、依頼書に明記した。さらに、研究協力の中断について、研究協力依頼時、書面と口頭で説明を行い、同意撤回書を配布した。

研究参加者は、同意撤回書を提出するか、研究中止したい旨を研究者か看護部職員、研究参加者が褥婦の場合には産科病棟の看護職に伝えてもらえばいつでも辞退することができることを説明した。同意を撤回した場合でも、業務上の不都合及び研究協力期間にて提供される医療やケアには影響しない旨を伝えた。また、途中撤回した研究参加者はフィールド調査の対象にはならないが、同じ病棟に研究者は滞在するため、挨拶などの日常のコミュニケーションは継続することと予定した。

研究途上での同意撤回を申し出た研究参加者のデータは、撤回の時点で完全に消去することとした。

フィールド調査は業務や入院生活に支障のないように実施し、治療やケアを常に優先するようにした。インタビューは師長もしくは主任といった管理者の許可を得て時間を設定した。プライバシーの保護を考慮して空き病室や会議室といった個室で実施し、その際研究者と対象者以外の入室は避けた。

研究によって得られた内容は、本研究以外の目的には使用せず、収集したデータには、個人が特定される内容は一切記載しない。研究参加者には番号とアルファベットを用いた記号を付与し、それらを用いた匿名を用いて管理する。データは、研究者が責任を持って管理する。認証が必要な媒体に保存し、他者が閲覧する可能性のある非施錠の場所やコンピューター本体内のメモリには保存していない。データ分析中は、パソコンを介してインターネット接続は行わなかった。ただし、研究途中にあっては、分析内容の確認などのために個人とデータの連結は可能な状態にしておく必要があるため、個人情報と匿名化するための番号および記号とを連結するための符号表を作成し、他のデータとは別の媒体に保存した。

研究結果は、本論文を作成後、さらに学会誌等に投稿をする予定である。そのため、得られたデータは、学会誌への論文掲載が確定するまで保存することとする。その間、録音音声と記録は番号で管理し、連結可能匿名化を行う。掲載確定後、データは破棄、

紙媒体での記録は、シュレッダーにて細かく裁断し廃棄する。

3) 予想される利益、不利益・危険およびその防止・対応措置

研究参加者が本研究から直接得られる利益はないが、謝礼として、研究に参加した看護職には、研究に同意していただいてから研究者による本研究でのフィールド訪問終了までの期間の研究参加に対して、20 アメリカドル（昼食約 10 回分の食費に相当）を支払う。謝礼は研究についての説明をし、同意書をいただいた際に支払った。ただし、面接の回数の多少や途中辞退による謝金の変更はしなかった。

同意書に署名し、インタビューを行った褥婦にはインタビュー後に 2 アメリカドル（昼食約 1 回分の食費に相当）を支払った。

不利益として、看護職が研究に参加した場合、研究者がフィールド調査を行っていることでの戸惑いを感じたり、産後プラクティスやその看護についてインタビューで尋ねることで、専門職としての知識と自らがもつ伝統的な文化との間で困惑を感じる可能性があった。それらを回避するために、フィールドワークを開始する際に、エントリー段階で研究参加者と研究内容に限らないさまざまな会話をするなどして、まず十分なラポールを築いていくように努めた。また、インタビュー時などは、参加者の考えをそのまま受け取るように態度や言葉遣いを、必ず支持的なものにするようにつとめ、批評的な相槌などは一切用いなかった。

褥婦は、外国人である研究者が入院病棟でフィールドワークを行っていることに戸惑いを覚える可能性があった。服装や髪型など病棟で極度に目立つことのないように留意し、研究者が現地の言葉でコミュニケーションが可能であることを伝え、質問がある場合はすぐに尋ねてもらえるようにした。

また、インタビューなどで時間を割いていただく際は、看護職の業務や、入院中の生活、診療などに支障の出ない範囲とし、必ず師長もしくは管理者の許可を得て時間を設定した。

4) 問い合わせ等の方法と対応

本研究の連絡先として、看護職には、東邦大学看護学部の代表電話番号と研究者のメールアドレスを伝えた。また、褥婦には、東邦大学看護学部の代表電話番号と研究者のメールアドレスを伝えるが、国際電話や e-mail を用いての問い合わせは、一般のラオス人にとっては困難であり現実的ではないため、研究協力病院の看護部長の連絡先を明記し、そちらを通して問い合わせが可能にした。問い合わせには可能な限り早急に対応するように心得た。

5) 研究結果の開示・公表

研究に参加した看護職には、フィールド調査開始後の分析の途上から、研究内容を逐次フィードバックし確認した。また、希望者には研究者に連絡してもらい論文抄録を文書にて開示、口頭で必要箇所は説明した。

また、褥婦には、住所制度や郵便物流、通信システムなどが確立していないラオスにおいては、事実上情報の開示は困難である。しかし、研究参加者は後日、研究協力病院看護部にて論文抄録の閲覧が可能であるように依頼し、研究協力依頼書にも明記した。

本研究は、研究論文もしくは学会での公表を予定している。公表の場においても、個人を特定できるような方法や手段は用いず配慮すること、研究内容・結果の匿名性は守られる事を予め研究参加者に説明、研究依頼書に明記し、公表に関して了解を得た。また看護職には、分析のフィードバック時に内容と合わせて公表について再度確認した。

第6章 結果

フィールド調査での観察および研究参加者へのインタビューや、マクロな視点で収集した文献および資料によるデータなどから研究課題を洗練し、そのテーマにそって結果を見いだした。ここでは、以下のテーマに沿って結果を記述する。

- I. 研究参加者
- II. 産科病棟褥婦入院棟の全体像、文化
- III. 受け継がれている産後プラクティス
- IV. 専門的知識と文化的理解のコンフリクトと共存

また、インタビュー内容や収集資料などフィールドノーツをそのまま記載した部分は、行を替え**ゴシック体、太字**で記載した。

インタビュー内容で得られたデータは、看護職は文末括弧内に **(A)** のようにアルファベットで参加者を示し、褥婦は **(褥婦)** とした。さらに、観察で得られた指導の様子などのデータは、看護職の発言の文頭に **A:** といったように記載し、褥婦の発言には文頭に**褥婦:** と記載した。フィールドノーツのままであると内容が掴みにくい箇所は **(括弧)** で内容を補った。

I. 研究参加者

研究参加者となった看護職について表3にまとめた。産科病棟に所属するすべての看護職が研究参加者となったが、業務内容が病棟管理であり褥婦や患者に直接看護をおこなうことはない病棟師長と進学中で不在の3名は研究参加者から除外した。

看護職はアルファベットを用いた匿名で記載する。また、その属性の詳細を記述することで個人が特定される可能性があるため、年齢は年代のみとした。また、研究実施期間途中で復職した者、病棟を離れた者もいたがその時期と理由は記述しないこととした。

表3 研究参加看護職の属性

NO.	名	主任※1	EDUCATIONAL BACKGROUND	年代※2	出産経験	備考
1	A		Middle level of Nurse※3	40代	有	
2	B		Middle level of Nurse	50代	有	
3	C		Middle level of Nurse	50代		
4	D		Middle level of Nurse	20代		
5	E		Middle level of Nurse	20代		
6	F		Middle level of Nurse	20代		
7	G		Middle level of Nurse	20代		途中離棟
8	H	○	Bachelor of Midwifery※4	50代		副師長
9	I		Middle level of Nurse	20代		
10	J		Middle level of Nurse	40代	有	
11	K		Middle level of Nurse	20代		
12	L		Middle level of Nurse	20代		
13	M		Middle level of Nurse	20代		途中離棟
14	N		Middle level of Nurse	50代	有	
15	O		Middle level of Nurse	20代		
16	P	○	Bachelor of Midwifery	50代		
17	Q	○	Higher level of Midwifery※5	40代	有	途中復職
18	R	○	Higher level of Midwifery	40代	有	途中復職

※1 主任は、当直チームにおけるリーダーを担う。

※2 研究参加に同意した時点での年齢をもとにしている。

※3 Middle level of Nurse は、2.5年もしくは3年の医療技術短期大学（保健科学大学の前身）における課程を修了した者。

※4 Bachelor of Midwifery は、旧ソビエト連邦への留学により課程を修了した者。

※5 Higher level of Midwifery（上級助産師）は、現任助産師を対象としたより高度な技術と知識をもつ助産師を育成するための1.5年課程を修了した者。

産科病棟に所属する看護職は 22 名で、師長 1 名（研究参加対象外）、副師長 1 名、主任 4 名（副師長兼職 1 名含む）、看護師 14 名、進学中の看護師が 3 名（研究参加対象外）であった。表 3 に、研究参加者となった看護職 18 名についてまとめた。研究期間の途中から復職して参加した者 2 名、途中で離棟した者は 2 名である。

教育歴は Middle level of Nurse がもつとも多く 14 名である。その他、旧ソビエト連邦にて Bachelor of Midwifery を修了した者 2 名、Middle level of Nurse を修了したうえで病院で看護業務に従事しその後 Higher level of Midwifery を修了した者 2 名であった。年代は 20 代 9 名、40 代 4 名、50 代 5 名であった。参加者の看護職の中で出産経験がある者は 6 名だった。

また、産褥入院中で看護職から看護をうけている褥婦も重要な研究参加者となった。褥婦 27 名（初産婦 16 名、1 回経産婦 7 名、2 回経産婦 3 名、3 回経産婦 1 名）には数分間のインタビューも実施した。

II. 産科病棟褥婦入院棟の全体像、文化

ここでは、本研究のフィールドとなった産科病棟褥婦入院棟について把握した全体像や文化を、病棟のさまざまな側面から記述する。

1. 褥婦入院棟の全体像

総合病院の2階に位置する産科病棟は分娩室と褥婦入院棟に分けられている。分娩室の入り口には大きな木製の扉があり、その中は病棟関係者や褥婦と、必要と判断されて付き添う家族しか立ち入ることはできない。分娩室（広義）には、陣痛室1室（4床）、診察室、超音波検査室と分娩台を2台要する分娩室（狭義）がある。子宮口が全開大し分娩第2期となつてから産婦は陣痛室から分娩台のある分娩室に移動する。分娩室の奥には帝王切開術などが行われる手術室とリカバリー室があるが、看護単位は別となっている。分娩室（広義）の扉の前の病院廊下はやや広くなっており、そのスペースには椅子が並べてあって家族の待合室として使われている。分娩件数の多い本院では、多くの時間は分娩中の産婦と新生児の誕生を待つ家族で埋まっている。

褥婦入院棟は、その家族待合スペース（病院廊下）を隔てて分娩室の逆側にある。陣痛発来で入院した産婦は、分娩が進行していなければひとまず褥婦入院棟の陣痛待機室に入室する。その後、子宮口開大4～5cmまで進行すると待機室から分娩室内陣痛室に移動する。分娩後はストレッチャーにて分娩室から褥婦入院棟の褥婦室に移送される。褥婦入院棟には、帝王切開後褥婦室1室、正常産後褥婦室9室（個室5室、2人部屋2室、大部屋2室）、陣痛待機室1室が配置されており、合計33床の病棟である。個室と2人部屋にはエアコンがあるが大部屋にはエアコンはなく扇風機のみである。

病棟にはほかに、看護室（ナースステーション）、医師執務室、会議室、看護職当直室、トイレなどがある。また、管轄が異なるが正常新生児室もあり基本的に午前中のみNICUからのスタッフが所在し、新生児の診察や沐浴などを行っている。褥婦入院棟の看護職は主に看護室に詰めていることが多い。

各病室には水洗（手動水洗、使用後はため水を桶で汲んで流す）のトイレが設置されている。この場所はトイレだけではなく水場という位置づけであり、その中で手洗いや洗面、水浴び（ラオスではお湯ではなく水浴びで身体を洗浄するのが一般的である）、食器洗いなども行う。ベッドは固定式でギャジアップすることはできない。ベッドの高さは簡単には調整することができないつくりで、褥婦用ベッドはかなり高めの位置で固定されており、褥婦がベッドに腰掛けた状態で床に足をつけることはで

きないほどの高さである。シーツは院内統一の深い緑色のものが用いられているが、褥婦用ベッドには悪露の排出に備えて緑シーツの上にエンジ色のゴム製横シーツが敷かれている。各ベッド間にカーテンなどはなくプライバシーの確保は難しいが、処置時などは部屋の入口に目隠しとして布製パーテーションを置くようにしている。各ベッドに床頭台と椅子が1つずつ設置してある。家族の面会人数も多くまた長時間にわたるため、多くの家族はベッド横の床にゴザをしいて荷物をおくなどし思い思いに過ごしている。

2. 褥婦の入院生活

分娩後、ストレッチャーで運ばれてきた褥婦は退院までを褥室で過ごす。正常に経過している褥婦は分娩後24時間以内に退院するが、ほとんどの褥婦が出産1日目の午前中に診察をうけそのまま退院となる。

病院は家族の面会時間を取り決めているが、ラオスでは入院患者の身の回りの世話は多くの場面で家族がおこなうこともあり、午前中の回診時間などを除いて家族の誰かがずっと褥婦に付き添っている。またその面会家族も1名ということは少なく、複数の家族に褥婦が囲まれているような様子もみられる。病院には給食施設がないため、褥婦の食事の支度なども家族が行う必要がある。さらに、産後で体調が完全ではない褥婦のトイレまでの付き添いや新生児の世話など身の回りの世話をするため、家族が退院まで褥婦と新生児とともに病院に寝泊まり付き添っている。そのため、ベッドサイドには、炊飯器やポット、持参した簡易ベッドや布団などの寝具といった家族の生活用具なども置かれていることが多い。

分娩後2時間以内には分娩室で看護職指導のもと直接母乳が開始される。分娩後2時間は褥婦と新生児は分娩室で経過観察され、その後ともに褥室に移送されそのまま母子同床となる。看護職により母乳育児の重要性に関する指導はあるが、産後すぐに母乳の分泌が充分にあることはまずないため、多くの褥婦および家族は哺乳瓶を準備して持参し、啼泣が活発な新生児にはタイ産の人工ミルクや白湯を与えている。新生児は布で幾重にもスワドリングされ、おむつなどはあてず、排尿や排便があった場合は汚れた部分の布を交換する。出生1日目の午前中の早い時間に正常新生児室にて沐浴を受けるとともに、新生児科の医師による診察及びBCGとB型肝炎の予防接種を受け問題なく経過していれば退院となる。

褥婦は、分娩終了後は分娩室で褥婦が持参した成人用おむつやシンをあてられて入室する。月経時には、現代ではラオスの女性も特に都市部ではナプキンを使用していることが多いが、産後には日本で一般的に用いられているようなナプキンや清浄脱脂綿を外陰にあてることはあまりない。ラオスの女性が日常的に履いている巻きスカー

トのシンの中には、いわゆる産褥用のシン（黒色ベースで赤や黄色の横縞模様が入っている、硬めの綿素材のもの）があり、市場で購入できる。分娩直後から悪露の排出がやむまではそういったシンを幾重かにして外陰から臀部にかけてあてていることが多く、汚れたら交換する。歩行が可能になったら排泄は室内のトイレで行う。ラオスではもともと排尿排便後はトイレトペーパーを用いず、水で外陰や肛門周囲を洗浄するため、褥婦もトイレにて水を用いて外陰を洗浄する。

入院中の食事は家族が準備するが、カラムキンもあるため、米飯と醤油や豚肉を干して綿花状にして甘めに味付けしたもの（常温保存が可能で手軽に扱え、パンや米飯とともにタイやラオスではよく食されているもの）など簡単な内容ですませていることが多い。

3. 褥婦入院棟における看護職

看護職は産科病棟全体で1単位であり、分娩室と褥婦入院棟をローテーションして勤務している。師長と健康上の理由から当直を行わないスタッフを除いて4グループ（各グループ4名程度）に分かれ、日勤と24時間の当直勤務を行うというグループシフト体制であり、師長は個人単位の勤務表を作成する必要はない。2グループは日勤で主に褥婦入院棟での通常業務担当、1グループは朝8時から翌朝8時までの24時間当直で分娩室業務担当、1グループは当直明け（休みとみなす）となり、それが毎日ローテーションしていく。4日に1回は、自分の所属するグループが当直勤務となりその翌日が当直明け（休み）という分かりやすいシフト体制になっている。各グループのリーダーは主任であり、ベテランの看護職が担っている。

当直は24時間勤務であるが交代で休憩をとっており、仮眠もとることができる。当直の看護職は主に分娩室に所在し、分娩がない時間帯などは分娩室の空き空間に簡易ベッドを広げて仮眠をとるか、当直室で休んでいる。また、褥婦入院棟にある看護職当直室には浴室やベッド、台所や食事も摂れる休憩場所の機能も備わっており、勤務中の空き時間に食事や水浴びなども交代でおこなっている。

日勤は主に褥婦入院棟の担当となる。午前中はせわしなく業務をこなす様子がみられ、帝王切開後の創部包帯交換、医師回診の付き添い、正常褥婦悪露交換、退院に向けた指導、看護記録記入、伝票や退院許可書、出生証明書などの記載、実習医学看護学生の指導などを分担して行っている。一方、午後は処置などもおちつき看護室でゆったりと書類整理や片付け業務などをおこなう様子もみられる。

褥婦入院棟の管理は病棟師長がおこなっている。師長は主に褥婦入院棟の看護室に所在し、入退院・検査処置・処方箋・出生証明書などの書類の整理、看護部や病院管理部との連絡調整、入退院管理、物品管理などの業務を担当している。産科の医師も、

執務室はあるものの実際の業務は看護室でおこなっていることが多い。看護職と連携をとってともに業務をすすめているとともに、業務が落ち着いた際には看護師と談笑するなどしている。医師と看護職合同の病棟カンファレンスは毎週1回開催され、問題があった場合などのケースカンファレンスや院内外の研修に参加した者の報告、医師やベテラン看護職からの指導の場になっている。

分娩室の管理は副師長でもある主任が担当しており、当直業務の合間などに行っている。さらに、看護職の技術や知識など専門的な案件については副師長が担当責任者となっていて、HIVなどの感染症やリプロダクティブヘルスに関するものなど院内外への研修も副師長が多く参加している。

ラオスの病院で勤務する看護職には病棟間での異動はほとんどなく、入職してから55歳(60歳程度まで延長している者もいる)で定年を迎えるまで同じ病棟に勤務することが一般的である。産科病棟の看護職もほとんどが産科のみの職務経験である。

4. 人と人のかかわり

ラオスの人々は年上そして目上の立場の人を大変敬う文化をもっており、産科病棟の看護職も同様である。若手の看護職にとって医師および先輩看護職の存在は大きく、日常的に敬意を示す必要がある対象であり、指示されたことにはすぐに反応し実行する。目上の人間である医師や先輩看護職に対して意見を強くのべたり反論したりすることはない。また、病棟内のこまごました雑用はすべて若手看護職が行っている。かといって病棟内においてスタッフ間の雰囲気は常に緊張しているというわけではなく、先輩からの指示が絶対である分、ベテランの看護職は若手の看護職の面倒をよくみている。たとえば、各症例への対応についてこまめに相談を受け助言をしたり、若手看護職がどの部屋でどのような業務にあたっているのかといった動きを把握して逐次助言したりするなどしていた。

また、休憩中の食事時も、個別に準備するわけではなく多くは先輩がまとめて入手(購入)した食材を皆で協力して調理し、食べている。その時もさまざまな話題を楽しみながら、家族のような雰囲気で楽しそうに食事をしている様子がみられた。さらに、季節の行事や女性の日などの祝日などのイベント時は医師と看護職合わせた病棟スタッフ全体での宴会などが催され、若手もベテランも仲良く楽しい時間を共有している。病棟異動がほとんどないラオスでは、長年にわたり同じメンバーと勤務していることになり、その分お互いをよく知っており家族のような空気が生まれている。

ラオスでは一般に呼称としては、名字ではなく名前を用いることが多い。その名前も長く呼びかけづらいことも多いので、親しい者同士はニックネームを用いていることもしばしばみられる。また、年上や目上にあたる人には名前の前に敬称を付け、敬

意と親密さを示すことが普通である。たとえば、目上の女性に呼びかける時は相手と自分の年齢の差や社会的地位などを鑑みて、「ウアイ（お姉さん）」「メー（お母さん）」「パー（おばさん）」「メートゥー（おばあさん）」といった意味をもつ語句を名前の前につける。病棟の看護職同士でも、年下に当たるものが先輩を呼ぶときは「メー」や「ウアイ」、「パー」といった敬称を用いていた。逆に、先輩が若手に呼びかける時や同年代同士での会話では親しみをこめて、名前そのままやニックネームを用いるなどしていた。

ラオスの目上の人を敬う文化は、医療職と患者の関係にも影響している。医療職は国家公務員であり、国民の9割が農業に従事しているラオスにおいては知識階級であり、特権階級といえる。また、ラオスの病院ではパターナリズム的文化があるといえ、患者および家族は外部からの訪問者であり、その場におけるいわゆる主人は医療職である。そのため患者は医師や看護職の言うことに従いつつ、大変気を使って過ごしているようにみえる。

褥婦入院棟では、褥婦は、医師はもちろんであるが看護職にも敬意を払っており、年下と思われる若手看護職にも「タンモー（医師という意味であるが、広く医療およびその従事者に用いる語）」と敬称を用いて呼びかけていた。若手看護職が褥婦に呼びかける際には、「ウアイ（お姉さん）」といった敬称を用いているが、年上にあたる褥婦であっても会話や指導の内容は指示的なものが多かった。

褥婦や家族から看護職に何かを依頼するときなども、とても遠慮がちな態度であった。例えば、すでに退院した褥婦の家族が村役場に提出する出生証明書に不備があったので、看護職に新たに記載を依頼しようと看護室を訪れたときのことである。その際にも、看護室をノックして普通にすぐ入室するということはない。かなり遠慮がちに弱くノックしたあと、ゆっくりと扉をあける。中にいる看護職に入室を促されて入るものの、緊張した様子で依頼事を伝える。それに対して看護職が「担当が今いないから、また午後に来て」と言うと、「はい」と言って外にでていく。書類の不備を指摘したり、「何時になるのか」と確認したりもせずそのまま退出した。

中には治療や産後の生活についてなど質問を看護職に尋ねる褥婦もいるがその数は少なく、看護職に褥婦や家族が自ら積極的に意見を述べたり、指示に反したりするようなことはまずみられなかった。

Ⅲ. 受け継がれている産後プラクティス

1. 受け継ぐ社会と文化

産後プラクティスは、褥婦が生活の場で実践し受け継いでいる慣習である。その受け継がれている産後プラクティスを具体的および俯瞰的に理解するために、慣習を実施する褥婦を取り巻く社会や文化についてここで述べる。

1) 伝統医療

産後プラクティスは、出産後の女性の健康にまつわる伝統的慣習である。ラオスには同じように、人々の健康や生活を守り改善するために用いられる伝統医療が人々の生活の近くにあり、それらは西洋医学とは別の考えに基づいて存在し受け継がれている。

郊外に住んでいる人々は、伝統医療医を信じていることが多いですね。伝統医療医は、霊的なものをつかって病気を治すといいます。伝統医療医は、霊を飼っていて、それを使って治すというの聞いたことがあります。(Q)

伝統医療医は、霊的なものや天界のものを使って治療する人もいます。伝統医療は、仏教に関連もしますが、もっと大きな信心によるものでしょう。(P)

後発開発途上国であるラオスは保健医療分野でも開発が遅れている。郊外に暮らす人々は、病院が少ないことに加えて、道の悪さや公共交通機関の未整備などにより病院へのアクセスそのものが難しく、医療といえば伝統医療が身近であるために担い手である伝統医療医を慕っていることも多い。看護職も、人々が保健医療においても伝統的なものを強く信じていることを知っている。また、伝統医療医は霊的に病気を治すという西洋医学とは異なった根拠や方法を用い、さらに、伝統医療はラオスの国教である上座部仏教（原始仏教）に依拠するものではなくもっと大きな土着の信仰（＝精霊信仰）に基づいている、と述べている。

また、伝統医療以外にもラオスの人々はさまざまな民間的ケアや民間療法を用いている。

薬草サウナやマッサージもラオス人は好き。自分もいったことがあります。サウナは、暑くて汗をかいて身体が軽くなり、気持ちよくなる。薬草茶は、産後の人に良く用いられます。母乳の出がよくなる、食欲が出る、といった作用で飲む人がいる。血圧や糖尿病に

効くという薬草も売っています。(R)

R 看護師は、サウナやマッサージなどがラオスの人々の生活に根づいているとともに、自分もそうした伝統療法を利用してその効果も実感している、と語った。ラオスのサウナは、薬草を蒸して上がった蒸気を狭い部屋にためるというスチームサウナが一般的である。薬草サウナはいたるところにあり、お寺が運営しているものもある。

ラオスでは薬草 (Herb) も、人々に身近であり多く利用されている。薬草はサウナに用いられるものや煎じてお茶にして飲むものなど多種多様に存在し、人々が生活のあらゆる場面で利用している。血圧や糖尿病といった慢性疾患に効くというものから産後の女性が母乳分泌促進のために服用するものまで、多くの種類が簡単に手に入る。薬草は、伝統医療医に相談して処方してもらうか、市場などで薬効の説明書きがついた袋に入れられて売られているものを買って求めることができる。街中の市場では、郊外の人々が自ら採取した薬草を、現金収入を得るために売りに来ていることもある。

2) 産後プラクティスと宗教

ラオスでは伝統医療が信じられ多くの人々が生活の中で用いているが、それらは多く土着の精霊信仰に基づいているという。それでは、伝統医療と同じように慣習として広く受け継がれている産後プラクティスは、ラオスの国教であり人々の生活に大きく影響している仏教とは関係ないのだろうか。

ユーファイやカラムキンは仏教には関係ないです。精霊を信仰している人やベトナム人もユーファイしている人もいますので。(Q)

ラオス人であれば、キリスト教徒もユーファイやカラムキンをやっていると思います。ラオス人は仏教徒が多いですが、産後プラクティスは宗教とは関係ないところで実施されています。(R)

Q 看護師や R 看護師は、産後プラクティスは仏教には関係しないと述べた。それらの根拠は、精霊信仰やキリスト教徒など他の宗教の信者もユーファイを行っているからであった。産後プラクティスは、宗教的信仰というよりも、人々の生活に密着した信心から行われている。

ただし、ラオスのリプロダクティブヘルスに関する資料には、ユーファイは仏教に関連していると考えられる記述があった。「ユーファイ」は「ユーカム」ともいうこ

とがある。「ユー」は「居る」という意味で、「ファイ」は「火」である。一方、「ユーカム」の「カム」は、サンスクリット語からきた語である。

「カム」の意味は「To be in Pain」（「業」とも訳される、原始仏教で用いられたパーリ語では「Kamma」）。その考えに基づくと、産後の女性は To be in Pain な状態でバランスが良くない状況である。女性を構成する 4 つの要素が妊娠期に乱されているという（Ministry of Public Health Lao PDR, 1994）。

「カム（業）」はサンスクリット語が起源であり仏教用語である。「ユーファイ（ユーカム）」の仏教からの影響や宗教的意味は否定できない。

3) 産後プラクティスとジェンダー

産後プラクティスは、女性のみが実践する出産にまつわる慣習である。そしてそれは主に家庭で行われる。そのため、女性というジェンダーや、家庭や家族における女性の状況を看護職にたずねた。

家族で一番えらいのは・・・父ですね。（J）

家族の中では一般的には男性のほうがえらい。（A）

家長は男性になるものです。でも夫に言いたいことは言えますよ。（R）

A看護師、J看護師、R看護師は現在夫がいないものもいるが、全員子どもがいる。ラオスでは家長は男性であり、女性より男性のほうが家庭では上位の立場にあると述べている。

ラオス人の家族では、男性の方が女性より上位でした。でも、現代は女性も仕事もするし、同じような立場になってきていると思います。娘が実父母の面倒を見ることが多いですが、財産分与などは家族によっていろいろです。夫が婿にはいることも多いです。嫁の家に夫と一緒に住むことも多い。（Q）

女性より男性のほうが家庭内の立場が上であるという語りがあったが、ラオスでは末娘が家を継ぐという女系の伝統があり、不動産や家業などは名義も含めて娘が継ぎ男性は婿入りすることも多い。姉妹がいる男性は、実家は姉妹が継ぐので結婚したら

実家をでて相手の家に住むということが多くみられる。また、Q 看護師はラオスの家庭では男性上位から男性女性同等の立場になってきているといい、現代の女性の社会進出により家庭内での夫婦関係も変化しているとしている。R 看護師も夫に言いたいことは言えると述べている。

また、産後プラクティスという女性の健康にまつわる慣習ではそのイニシアティブをとるのはもっぱら女性であるとも語った。

産後、一番いろいろ慣習について言ってきたのは実母です。男性は産後の慣習に関しては基本的に無関心。ふつうは母親がいろいろ助言します。ほとんどの場合は、母親が夫（息子）に指示をしてユーファイのベッドをつくったり、火をおこさせたりします。年長の女性が慣習の具体的内容なども決定します。（N）

私はユーファイをしなかったので、実母がとても怒りました。（J）

ユーファイをするときは、夫婦だけの家庭だったので特に誰にも何も言われなかったです。夫も何も言わずに私の言うとおりにしてくれました。（B）

N看護師やJ看護師は出産経験がある。自身の産後の経験では産後プラクティスには母親などの女性の関与が大きく、助言や意思決定なども母親がおこなっていたと述べている。逆に、男性は産後プラクティスには積極的に関与してこないという。しかし、産後プラクティスではベッドを作ったり、火をおこしたりという力のいる土木作業が必要になる。そういった場の設置や火や炭の手入れなどは男性の仕事であり、母親や妻に頼まれて手伝っている。

2. 産後プラクティスの実施

1) 実施方法

(1) カラムキン

カラムキンとは、産褥期に一定期間、食物禁忌にともなう食事制限を行うという慣習である。禁忌や制限内容は各村・家庭において多種多様であるが、褥婦および看護職が理解する具体的実施方法について調査した。

入院中の褥婦に、カラムキンの実施方法についてたずねた。

産後は家族にいいと言われるまで、カオチャオ（うるち米ごはん、一般家庭での主な主食はうるち米ではなくもち米）、ムーヨー（豚肉をミンチにしたものを味付けし、蒸しあげ

て作るラオス風ハム)、醤油(ラオスでは魚醤のほうが一般的)しか食べてはいけないとされています。(褥婦)

本褥婦は初産婦だった。まだ自分自身での実施経験はないが、食事制限の内容は細かく認知していた。

カラムキンは1か月間行います。最初はカオチャオと少しのスープだけしか食べない。何日かたってから、肉や魚も食べることができます。「キウ」と感じる肉は、ずっと食べてはいけないですが・・・。(褥婦)

1 経産の褥婦。前回はカラムキンをし、今回も行うという。

その家庭や村によってカラムキンによる食物禁忌や制限の内容、期間はさまざまである。実施方法に関する褥婦の理解も一様ではなく、それぞれの実施内容に基づいた理解をしている。

また、禁忌とされるものに、褥婦が「キウ」と感じるものというのがある。「キウ」はにおいに用いられる形容詞であり、よいにおいには用いず、においがきつくて臭いと感じるときなどに用いられる。排泄物や腐敗したものが臭いと感じるときに用いられるのは「メン」という形容詞であり、「キウ」は薬臭かったり、ガス臭かったりするときなどに用いて、臭さを類別して表現している。そうして表される「キウ」な臭さを褥婦が感じるものは、食すことによって健康を害してしまうとしてカラムキンでは禁忌とされる。

産後は、干し魚と塩だけ食べるというのがあります。10～15日間のユーファイをしている間は、干し魚、塩、米と薬草茶だけで過ごします。(K)

カラムキンでは、米、ムーフォーイ(豚肉を乾燥させてほぐしたもの)、醤油などだけ食べる人が多いです。(E)

米とショウガだけ、とか。ビタミンとかそういうのは全く足りてないです。(L)

K 看護師、E 看護師、L 看護師ともに20代の若手看護職であるが、カラムキンの実施方法は知っていた。K 看護師は、カラムキンの実施方法について「干した魚と塩ともち米」だけという厳しい食事制限をおこなう方法をあげた。E 看護師とL 看護師も、カラムキンでは主食となる米と味をつける目的の醤油もしくは少しの副菜のみで過ご

すと語り、禁忌となる食材が多く栄養摂取がかなり制限される方法が行われているのを知っていた。食禁忌の内容について、O看護師とH看護師は、

家族や母親が褥婦に食べさせないものには、鳥やアヒルのスープがあります。本当は全く問題ないのだろうけど、昔はいろんなものを食べてはいけないとされていました。塩やごはん、しょうがなどだけしか食べてはいけなかったのです。(O)

O看護師は、20代で出産経験はないにもかかわらず、どのようなものが食禁忌となるかを知識としてもっていた。

褥婦は、肉を食べることはできません。スープなどはのみず、水分のないものを好んで食べます。(H)

H看護師は副師長であり、ベテラン看護職である。病棟の技術的な部門の責任者として働き多くの外部研修などにも参加している看護職で、出産経験はない。H看護師はこのように、カラムキンでは肉やスープを禁忌とされることが多いと述べた。摂取できる食物には、米や干した魚や肉など水分が少ないものがあり、禁忌とされる食物にはスープなどの水分を多く含むものや肉類などがあつた。一方、

カラムキンは発酵食品のみです。(褥婦)

というように、制限される食品が少ないとする褥婦も存在し、厳しい食禁忌や食事制限は変容してきている部分もあることが分かる。さらに、

カラムキンの食事制限内容はもともといろいろで、ラオルム(低地ラオ人)とラオスーン(高地ラオ人)では食事制限の内容も違います。ラオルムは、スープは食べませんが、民族によっては、産後は鶏肉のスープだけ食べるといった人たちもいます。(K)

とK看護師は述べ、民族や居住する地域によってカラムキンの内容が大きく違うということを理解していた。研究対象となった看護職は全員がラオルムであるが、ラオスは多民族国家であり、入院する褥婦にはラオスーンなどの他民族も多い。水分を含むスープはラオルムでは禁忌となり厳しく制限されるが、他の民族ではそれのみを摂取するとい。カラムキンでは厳しい食事制限をされることもあるが、禁忌とされる食品に統一性はない。

(2) ユーファイ

ユーファイとは、直訳すると「火に居る」という意味であり、褥婦は一定期間、炭の側もしくは炭の上にベッドをしつらえ、そこで過ごさなければならないという産後の養生と行動制限をおこなう慣習である。

褥婦はユーファイをする期間について、10日間～2か月間とかなりさまざまな長さをあげている。また、その期間は何回目の出産かによっても異なる。

ユーファイは、1人目の子のときは1か月間だったので今回も同じくらいします。(褥婦)

1回目のユーファイは3週間、今回は2週間くらいの予定です。(褥婦)

1人目のときはユーファイを27日間しました、今回は10日間くらいです。(褥婦)

と1回経産婦である褥婦は今回もユーファイを行うことが前提で語り、出産を重ねるにつれてユーファイの期間は短くなるものとしていた。それについてA看護師は以下のように説明した。

ユーファイの日数は、1人目よりも2人目の方が短くなります。上の子を敬うということで、ユーファイする日数はだんだん短くするものです。(A)

またその期間の数え方について、

1人目の出産時、最初の10日間は火を使わず、その後7日間だけユーファイしました。でも一応「ユーファイ17日間」ということになるようです。(褥婦)

というように、炭火を用いずに養生している期間も含めてユーファイとして期間を決めることもあるとする褥婦もいた。

出産を経験した看護職に、ユーファイの場の設定や褥婦の過ごし方など具体的方法についてたずねた。

ユーファイは、1人目は30日間、2人目は20日間しました。でも、きちんとユーファイしたわけではなく、普通に寝て、離れたところに炭火をおいていただけ……。夜は火もおとしました。一般的な厳しいユーファイとは違う方法だったので1か月間でも問題なかったです。(R)

R 看護師は、自分は厳しくユーファイを実施しなかったので 30 日間という長い期間でも問題なかったが、一般的なユーファイの方法はそれとは異なると述べた。

普通のユーファイでは、サネーン（ユーファイに用いる竹製の目が粗いベッド、ユーファイ用に準備し作成されることが多い）の下に炭火をおいてあたるのと、もうひとつお湯を沸かすために火をおこしておきます。お湯はたくさん飲んで、さらに 1 日に 3 回も 4 回もお湯を浴びます。ユーファイ中は、シャンプーや歯磨きもだめ、という人もいて不潔で汚いです。新生児の頭も洗ってはいけないという人もいて、赤ちゃんも汚くなってしまいます。（R）

さらに、B 看護師も自らの経験をもとに、ユーファイの場の設定について説明した。

1 人目は 25 日間、2 人目は 20 日間、3 人目は 15 日間ユーファイをしました。ベッドを少し高めにつくって、腰回りからおしりにあたるようにベッドの下に炭をおいたのと、ベッドの横に薬草茶やお湯をつくるための鍋をかけるかまど火をつくりました。なので、普通は火を 2 つつくっておくことになります。ベッドの下の火の強さは人それぞれですが、それが強すぎると問題になって、病院にくるようなことになりますね。（B）

ユーファイでは、褥婦の体を温めるためにベッドの下や横におかれる炭火のほかに、お湯を沸かす炭火もかたわらにおこしてあることが多い。沸かされたお湯は、褥婦はあたたかいお湯や薬草茶ををたくさん飲むべきとされているため飲用に用いる。また、ラオスでは水浴びで身体を洗浄するのが一般的であるが、褥婦はお湯を用いるためそれに用いられる。

ユーファイ中はお湯をたくさんのみますし、お湯ではなく薬草茶の場合もあります。薬草茶は、「ピットカム予防」「母乳分泌促進」などいろんな効き目があります。市場に伝統医療医がいるので、そこから薬草は買ってきます。あと、ユーファイ中は何回もお湯を浴びます。ユーファイは暑いので、暑くなったらお湯をあびて、火に戻ってを繰り返して……。人によっては、シャンプーや歯磨きも制限されますね。石鹸も使ってはいけないということもあります。産後なのに不潔になってしまいます。ユーファイは暑くてつらいです……。（B）

B 看護師は、伝統医療に基づき褥婦は薬草茶を飲むとしている。薬草茶は伝統医療医によって処方されたもので、「母乳分泌促進」といった具体的な薬効を求めて服用

している。また、「ピットカム予防」にも薬草茶を飲むとしている。「ピットカム」は、産褥期に起こる心身が異常な状態（不健康な状態）のことをさして、ラオスの褥婦は「ピットカム」になることを強く忌避している。これについては、後ほど詳述する。

また、シャンプーや歯磨き、石鹸の使用を制限することもあり、ユーファイによって褥婦の清潔が保てない場合があるとしている。

2) 実施による健康弊害

前項までに述べたように、産後プラクティスの具体的実施方法はさまざまであるが、中には厳しい食事制限や長い期間の保温や行動制限を求められるものがある。B 看護師はユーファイの実施によって褥婦の清潔が保てない場合があるとし、さらに自身も経験があり、ユーファイは暑くてつらかったと述べた。カラムキンやユーファイといった産後プラクティスによって、褥婦にもたらされてしまう健康弊害について看護職にたずねると、Q 看護師は事例をあげて語った。Q 看護師は、主任もつとめ周囲からの信頼も厚いベテラン看護師であり、上級助産師課程を修了している。

もともと知り合いだった人がうち（の病院）で出産して。退院後に、めまいがして具合が悪いと電話があったので、家まで様子をみにいったことがありました。そしたら、閉めきった部屋でユーファイをしていて息苦しいくらいで・・・退院したらすぐにユーファイしたらしいです。扇風機を使っているから、炭が部屋中に舞ってしまっていて、窓も開けずに、扉もしめきったままでした。ユーファイの火で葉っぱを燃やしていたから火も強くなってしまっていて。褥婦だけではなく、いっしょにいた夫も具合が悪いと言いました。たぶん、閉めきった部屋でユーファイをしていたので酸素欠乏になったのでしょう。部屋を閉め切らずに、窓を開けて換気するようにはいましてし、赤ちゃんにも酸素が足りないと言えないと伝えました。でも、風にあたると「ピットカム」になるといいました。（Q）

ユーファイでは火を用いるが、火をおこし続けたうえに締め切った部屋で換気ができず、褥婦や夫も体調不良を訴えてい事例をあげた。また火をおこすことはそれ自体をコントロールすることも難しいと同時に、残った炭が堆積することで褥婦と新生児の療養環境の清潔を保つことも難しくなる。

ユーファイ中に褥婦が寝ている時、家族が炭に風をおくって火を強くするというケースがあって、机や家具などの周囲もろとも焼けてしまった、といったこともありました。（Q）

また、産後プラクティスが原因となり褥婦が体調を崩して再入院した事例もある。

以前はユーファイで具合が悪くなって病院に来る人も多く、腰から背中が(火傷で)全部ただれてしまっている人もいたくらいです。(H)

ある褥婦は、おしりにやけどして、外陰は感染してしまって嫌なおいがでていました。「だるいだるい」と言っていましたね・・・ユーファイはつらかっただろうけど、耐えなければいけなかったのでしょうか。米と塩しか食わず、だるくなって病院にきたと言っていました。(K)

K 看護師は、20代の若手であり勤務経験が長いわけではないが、ユーファイによる健康被害で入院してきた事例を受け持った経験があった。ユーファイではベッドの下に炭火をおくこともある。そこで臥床している褥婦はその熱によって背部や臀部に火傷を負ってしまうことがある。また、ユーファイはカラムキンと同時に実施されることが多いため、相乗的な体調の悪化をもたらすことがある。

「ピットカム」になったと言って入院してきた人がいましたが、疲労で起き上がれず、40度あまりの熱が出ていました。夫に話をきいたら、ユーファイの火をかなり強く当てていたことが分かり、ごはんもほとんど食べていない、と。義母が、自分が経験したように(褥婦にも)しろ、と言ったらしいです。このケースでは、会陰の創部も離解してしまいました。(O)

ユーファイによってもたらされる可能性がある健康被害には、炭火の熱による火傷、炭などによって衛生的な環境を保てないことによる主に外陰創部の感染、暑さによる消耗や疲労などがある。またそうした状況のなか、カラムキンによって褥婦は食事制限をしているため栄養が十分ではなく、疲労感の増強や、外陰創部の治癒が遅れひどいと離解してしまう。また、バランスの良い食事が摂取できていないうえに、ユーファイで多量にお湯をのむことは褥婦に貧血をもたらし、母乳分泌にも悪影響を与え新生児の健康も脅かしてしまう。

ただこうした、産後プラクティスによる健康被害の事例も減ってきているという。

10年前ころは危ない事例がたくさんありました。産後4~5日の褥婦でお尻はただれて、高い熱がでて、外陰が感染して臭う・・・そんな事例もしょっちゅうありました。でも今はそうした事例はたまにしかみられないです。(O)

褥婦も知識が増えたとし、看護師もたくさん指導するようになって理解してきているんだと思います。(H)

ただ、産後プラクティスによる健康被害は実施による直接的なものだけではない。

病院では産後 24 時間は入院することになっていますが、早くユーファイしたいといって早期退院をせがむ褥婦もいます。(M)

ユーファイは家庭で行われるため、その実施のために早く退院したいと希望する褥婦もいる。ユーファイを早く実施したいという思いをもつ褥婦にとっては、24 時間という短い入院期間であっても長く感じてしまうことになるのである。

また、C 看護師はある死亡事例を語った。

5 年前には死亡例がありました。郡病院でお産をし帰宅したけれど、そのあと米と塩しか食べておらず、胃腸の具合が悪くなり下痢をした……。でも病院にはいかず、家族は市販の薬を飲ませていました。最後には尿も便も出なくなりいよいよ郡病院に連れて行ったようです。当初、家族は病院に行くことを許さなかったそうで……。本院に搬送されてきて ICU にはいりましたが、死んでしまいました。子どもは 4 人もいたのに……。2 時に郡病院で出産して、8 時に帰宅し、夜になって具合が悪くなって郡病院に戻ったそうです。次の日にうちに運ばれてきたけれど、夜には亡くなってしまいました。(G)

ユーファイは、保温のみならず行動制限をとる産後養生の慣習でもある。家族は、褥婦を火から離さないように、体調不良が認められても病院に連れて行く（＝家の外に出る）ことは嫌忌する。死亡の主因が産後プラクティスとはいえないが、さまざまな要因の 1 つとして関わっている。看護職はこうした産後プラクティスがもたらしうる健康被害を、実際受け持った事例の経験から強く認識していた。

3) 産後プラクティスを受け継ぐわけ

(1) 健康への影響

カラムキンという食事制限や、温暖で時には大変な暑さという気候の中でのユーファイという保温行動は、それを実施するものにとっては厳しいものとなりうる。にもかかわらず、褥婦は産後プラクティスを受け継ぎ実施する。産後プラクティスの実施には、さまざま理由が存在するからである。

家族が、いろんなものを食べてしまうと、(外陰の)傷が汚くなる、くっつかないというので、米と塩とショウガしか食べていません。(褥婦)

看護師の指導で、何を食べているのか聞かれた褥婦はこのように答えた。給食施設がないラオスの病院では、家族が持ってきたものしか食べることができない。また、産後プラクティスを実施しないことによって自分の身体によくないことが起こるのではないかというネガティブな理由が、食事制限であるカラムキンには多く認識されていた。

もし果物を食べてしまうと子宮の戻りが悪くなると考えています。(G)

褥婦は、いろんな食事をすると(外陰の)傷がくっつかなくなると信じているようです。(G)

というように、カラムキンをしないと産後の復古に悪影響がでてしまうという理由があり、それらは「傷がくっつかない」「子宮の戻りが悪くなる」という具体的ものである。また、食禁忌を守らないと「ピットカム」になるという。前述した「キウ」と褥婦が匂いを嗅いで感じるものを食べたとき、または家族や親戚が経験的に禁忌としているにもかかわらずそれを食べると「ピットカム」になってしまう。

水牛肉を発酵させたものを食べて「ピットカム」になると聞きました。村にも「ピットカム」になった人を見たことがあるので・・・。(褥婦)

村で「ピットカム」になった人をみたことがあります、「キウ」なものを食べたという、顔色悪くだるそうにしていました。(K)

褥婦は、カラムキンをしない、食禁忌を守らないことによって「ピットカム」になることを恐れているという。「ピットカム」という状態になると、身体は弱り、精神に異常をきたし、重症になると死に至るとされている。またK看護師は「ピットカム」になった人を村でみたと言及し、そういった状態になる人が身近に存在し、その分恐れも大きい。しかし、看護職は「ピットカム」という状態を知っていると同時に疑問をもっている。

カラムキンは「ピットカム」にならないために行うものです。(N)

「ピットカム」は病気ではないし、人々が考えているだけ。たぶん、食事が足りなくてふらついてしまったりとか、そういう状態だと思います。(Q)

「ピットカム」になるのが怖い、と褥婦は言いますが「ピットカム」って何なのか、医学的には分からないですね。(J)

褥婦は「ピットカム」になるのが怖いといってカラムキンをします。でも、「ピットカム」になったと言って、頭痛、めまい、だるさを訴える人もいます。食べなければ、当然だるくなるのに。「ピットカム」が怖くて、食欲もないという人もいるくらいです。(H)

看護職は、「ピットカム」という病状が存在することは知っておりそれを予防するため人々はカラムキンを実施することを理解している。一方、それは伝統的および文化民俗的な病状であるにとらえ、食事制限などによっておこる体調不良をそう呼称しているだけなのではないか、と考えている。

また、自身の健康によいことがもたらされるというポジティブな理由による産後ブラクティスの実施は、主にユーファイにみられた。

ユーファイはからだの健康増進のために行います。(褥婦)

ユーファイをすると傷の治りがよくなる。(褥婦)

ユーファイをする理由は、早い子宮復古には必要なことだからです。(褥婦)

ユーファイすると年をとっても元気でいられると聞きました。(褥婦)

褥婦は、ユーファイを実施する理由には、子宮復古および傷の治癒を促進するという産後の身体の復古に関する具体的なものと、より大まかで長期的な健康改善、増進をあげた。ユーファイは、近々の自らの健康のみならず、将来の健康に備えて行われるものという側面もある。褥婦のこうした理解を看護職も認識している。

お年寄りも、ユーファイすると健康になるといいますね。背中や腰も痛めづらくなって、ずっと働くことができる、と。郊外に暮らす人たちは農家で重労働だから・・・。大変な

仕事でもずっとできるようにユーファイをする必要がある、と信じているようです。(R)

ユーファイをしたら元気になると思っているのでは・・・。高齢になったときに病弱にならずに健康が維持できると思っているのだと思います。(P)

産後の褥婦はかなり血も失っていて弱っているので、霊がやってきてその精気を奪ってしまうと信じているお年寄りもいます。ユーファイをしていればそういったこともなく、年老いてからも健康でどこも悪くなったりすることもなく過ごせるといいます。(F)

F 看護師は、20代で出産経験がないものの、年寄りや家族の伝統的なビリーフについて知識をもっていた。

看護職は、ユーファイは褥婦としての健康のみならず、その女性の将来的な健康に良い影響があるという理由が存在すると語った。またこうした理由には年長者の信心が受け継がれているという考えだった。

ユーファイの目的をお年寄りに聞いたことがあります。ユーファイをして暑くなると、汗がたくさんでるので水分がたくさん摂取できるのでよい、と。あと血流をよくするという目的があると聞きました。血流がよくなると、めまいがおこならないと考えられているようです。(H)

褥婦はユーファイをして、汗をかいてたくさんお湯をのむと母乳の分泌がよくなると考えています。(J)

ユーファイは、出産のときに腕を使ってふんばると、腕の血管や神経を痛めてしまうのでそれを治す目的というの聞いたことがありますよ。(Q)

看護職は、ユーファイがもたらす褥婦の身体へのよい影響について人々がさまざまな種類の具体的見解をもって信じているということを確認している。

現代の女性であっても、ユーファイすると健康が増進すると信じています。1人目はユーファイせず、2人目はユーファイをして体調を比較したという褥婦がいましたが、ユーファイをしたほうが気持ちよかったと言っていました。汗がよく出て体が回復していく感じだったそうです。(I)

20代のI看護師は自身に出産経験はないが、実際に経験した褥婦から、ユーファイで得られた心地よさについて聞いたことがあると語った。

ラオスの女性は、産後プラクティスの実施は産後の女性の健康に影響を及ぼし、それは将来的な女性の健康にも達するというビリーフをもっている。看護職もそうした女性たちのビリーフを、自らの経験や褥婦の言葉から詳細に認識していた。

(2) 産後プラクティスをすすめる周囲

産後プラクティスを受け継ぎ実施していく理由は褥婦の中にだけ存在するというわけではなく、家族や周囲のすすめがその実施には大きく影響する。2回経産婦である褥婦は、

ユーファイは15日間する予定です。家にいる年寄りがしろというので、するしかありませんね。(褥婦)

褥婦は、産後プラクティスを実施する理由や方法といった情報を主に家族や周囲の年長者から得る。ラオスの人々は年長者や目上の人をしっかりと敬うべきであるという考えをもっており、そうした人々から教示そして指示されたことは遵守しなければならない。

自分の母親が伝統にそって、母親自身もやってきたことだから。私もやらないわけにはいかない・・・。(褥婦)

家族や母が、伝統にしたがって慣習を実施するように、と言います。みんなが同じように長年にわたって実施してきたことだから、私もする必要があるのです。(褥婦)

何のためにユーファイをするのかはよくわからないのですが・・・。慣習だからやります。(褥婦)

敬うべき年長者がすすめることであるから産後プラクティスは実施する。さらに、彼らが受け継ぎ実施してきたことであることから、自らも同じように実施すべきであるという考えで産後プラクティスは受け継がれていくのである。

4) その他の産後プラクティス

ラオスには、ユーファイとカラムキン以外にも産褥期における伝統的慣習や民間的

ケアが存在することが分かった。

バナナの皮に塩をぬって、そのうえにそのまま座るとい人もいます。傷の消毒になるといって信じているようです。傷に沁みたりはしなくて、冷たくて気持ちいいと・・・。お湯で塩水をたらいにつくって、そこに外陰をひたすというのは、今でも・・・街中でもやる人がいますね。あと、お湯に塩をいれて煮立ててその蒸気の上に座るようにして、外陰にあてるといものもあります。(B)

会陰の創部を治癒するために塩を用いるという方法が広く実施されていると B 看護師は語った。

また、新生児を布できつめに巻くように包む「スワドリング」は褥婦や家族のみならず看護職によっても実施されている。新生児は出生直後から、顔だけがでた状態になるように布できつめに巻かれる。

赤ちゃんが寒くないように、出生後すぐの赤ちゃんはきつく布で巻きます。赤ちゃんはおなかの中であっかい水に包まれていたので、生まれてきたら外で寒くなってしまうから・・・。(H)

赤ちゃんは、母親のおなかの中にいるときは狭くてきつい状態だったわけで、生まれてきて外にでてでも同じ状態にしてあげる必要があるので、布できつく巻きます。(R)

スワドリングの理由として「寒くないように」という新生児の低体温を予防する医学的理由をあげている。しかし、R 看護師は、「胎内での体勢を維持する」という理由も語った。看護職も一様に、西洋医学に拠った理由のみで病院での看護を実践しているわけではないのである。

IV. 専門的知識と文化的理解のコンフリクトと共存

1. 看護職として褥婦に伝えるべきことを習得する

研究対象となった看護職は、全員が短大および専門学校での基礎看護教育課程を修了している。看護職が産後プラクティスへの看護を生み出し実践するための礎となる専門的知識の習得に焦点をあて、資料や基礎看護教育および病棟での学びについてまとめる。

1) 指導内容の習得

(1) 資料でふれられている産後プラクティス

ラオ語で書かれた看護教育の教科書や資料は少なく、製本されたものを学生や看護職が各自持っているわけではない。教科書や資料は、保健科学大学の図書室や病棟の書庫に保存されており、看護職はそれらを必要時に閲覧している。

外国語で書かれた教科書を、内容はそのままラオ語に翻訳されているだけのものもあり、ラオス独自の文化や慣習について詳しく述べられているものはさらに少なかった。その中で、産後プラクティスについて触れているものには以下のような記述があった。

保健省衛生予防局が2004年に出版した「母子保健の支援手順（ラオ語）」には、褥婦への具体的支援方法と内容の中に伝統的慣習に関する記述がみられた。

伝統に基づいてユーファイを実施する褥婦には、以下のように指導する。

- ・ユーファイを実施する場所は空気の流れをよくしなければならない
- ・火は熱くしすぎてはいけず、身体の調子をよくするために温かい程度にする
- ・米と塩やショウガだけ食べるというカラムキンをしてはならず、十分な食事をする

(ラオス保健省衛生予防局, 2004)

国の保健医療を司る保健省が、伝統的な産後プラクティスを人々が実践していることを認知しているとともに、特にユーファイに関してはその中で禁止をしていないことが分かる。

また、WHOが2008年に編纂した「地域での助産；助産教員のための指導手引 基礎課程（ラオ語）」は助産を教える教員のための手引きだが、「ビリーフ、伝統的慣習そしてカラムキン」という章が設けられている。その中には、学生が地域で、伝統的

慣習を実践する褥婦に指導を行うといった実習を指導するための実践的内容が記述されている。

地域の女性や人々がもつ伝統的慣習を理解するため、学生はカラムキンなどの褥婦によって実施されている伝統的慣習を、以下の4つに分類する。

- ・実施によって利益がある
- ・どちらでもない（安全や健康を阻害しない）
- ・よく分からない、確信がない
- ・危険である

慣習の例を挙げて分類すると以下のようになる。

「卵を食べてはいけない」「牛の糞を外陰に塗布する」：危険である

「時間が経った残飯を食べるのは避ける」：実施によって利益がある

「（創部の治癒のために）足を閉じて座る」：どちらでもない

「出血や発熱の治療のために薬草を用いる」：確信がない

学生は、伝統的慣習はどのように女性の健康に影響を与えるのか理解する必要がある。

(WHO, 2008)

この中では、学生が地域で助産を展開する際には、伝統的慣習を最初から否定するのではなく、まずその内容を十分に理解し、そのうえで健康に対する影響を評価させることを推奨している。

また、「卵を食べてはいけない」というカラムキンに関し危険と評価しており、食禁忌という慣習には否定的な記述があった。しかし、ユーファイ時に服用することが多い薬草茶は「確信がない」という分類だったが、炭火にあたるというユーファイの保温行動や行動制限に関しての具体的な記述はなかった。

（2）看護教育や病棟で学ぶ産後プラクティスへの看護

教科書や資料には産後プラクティスに関する記述は少なかった。看護職は、その看護基礎教育課程や現任教育という専門職としての学びのなかで、産後プラクティスについて教員や先輩からどのような知識を得たのであろうか。

上級助産師課程では「ユーファイは禁止」と習いました。（Q）

上級助産師のカリキュラムでは、産後プラクティスについても学びました。慣習は禁止することはできないので、ユーファイは穏やかに実施するように指導すると教わりました。

(R)

Q 看護師、R 看護師は、継続教育として 1.5 年間の上級助産師課程を修了している。上級助産師課程は、産科での経験がある看護職を対象により高度で専門的な助産について学ぶコースである。本研究の対象となった看護職の中でこのコースを修了しているのは Q 看護師と R 看護師の 2 名のみであるが、コース内での産後プラクティスについての学びには両者の語りに違いがあった。

また、看護基礎教育課程における産後プラクティスに関する教育も、看護職によってさまざまに記憶されていた。

看護学校（学校 A）では褥婦への保健指導は勉強したけれど、とくに慣習については習わなかったです。（I）

看護学校（学校 B）では慣習については特に習っていません。（F）

看護学校（学校 B）では慣習については話があったと思います。「ピットカム」と何か？について習った気がする・・・。「ピットカム」はほとんどカラムキンによる栄養不良や貧血、疲労で起こると習いました。（O）

F 看護師と O 看護師はともに 20 代で同じ学校を卒業しているが、産後プラクティスに関する教育の有無に関しては同一の見解ではなかった。学校で教員から習ったと答える者と習っていないと答える者の両方がおり、看護基礎教育課程での産後プラクティスの教育は実際にどのようなものなのかは、明確にならなかった。

病棟で現任教育として看護職が産後プラクティスについて知識を得る機会があるのかという点について、病棟における技術的な部門を統括している H 看護師（副師長）にたずねた。

病棟では、（産後プラクティスについて）セミナーなどで現任教育をしているわけではないです。ほとんどはこの先輩看護師が実際に褥婦に指導したり、話したりしていることを聞いてそこから学んで、自分で実践しているのだと思います。（H）

H 看護師は病棟で産後プラクティスに関する勉強会や看護の内容を統一するための取り組みなどを行っているわけではないと語った。しかし、若手の看護師などは先輩の指導の様子から学んで自身の看護に結び付けているという。

どこかの先生から（産後プラクティスに関してはこう指導しろと）聞いた、という記憶もないです。たぶん、ここの看護師たちが、退院してユーファイをして会陰の創部が離解してしまって再入院になったという事例をいくつかみて、ユーファイは会陰創部治療には悪影響だと思ったりして……。それで、会陰が治癒する10日間はまずユーファイをしないで、治ってからするようにという指導したりするようになったのだと思います。（H）

病棟で実践されている産後プラクティスに関する指導の内容は、資料や学校などで習ったものではない。病棟の看護職が、産後プラクティスによって健康を害してしまった褥婦の事例といった経験から独自に考えて見いだしたものであるとした。

また、若手であるD看護師とI看護師は、

「産後7～10日間したらユーファイをしていい」というのは他の看護師が言っていたのを聞きました。（D）

褥婦には、「ユーファイしてもいい？」と聞かれるので、どのように指導するかは、病院で勉強しました。（I）

と語り、産後プラクティスに関する指導内容は周囲の看護職から学んで実践に活かしていることが分かる。一方、産後プラクティスに関する理解は、若手看護師といえどもその経験や文化的知識から十分に持ち合わせていることが分かった。

ユーファイの方法は変わってきている人もいるけど、まだ昔ながらの熱いユーファイをしている人もいます。（D）

私の実家は山奥で田舎です。ユーファイしているときは食べ物がとても制限されて、干した魚と塩ともち米だけで10～15日間すごすこともあります。こういうのは、専門職としてはよくないと思うけど、絶対に実施をしなければいけません。ユーファイはするな、ということもできますけど、家に帰ったら家族が「ユーファイしろ」というので……。私の親戚でさえもまだユーファイをしているというのに、（褥婦に）禁止なんてできません。（K）

K看護師は、農村部出身の20代の看護職である。ラオスは保健医療分野の開発が遅れており、農村部では病院へのアクセスに困難が伴うことも多い。そうした地域では、都市部に比べると疾病時などは伝統医学に基づく民間的な療法が第一選択となることも多く、人々の信心も強い。D看護師も20代であり、卒業間もないような年齢の若い看護職にとっても産後プラクティスは身近に存在するとともに、その出身地によっては人々の強いビリーフも実感している。

2. 専門的知識と文化的理解

1) 産後プラクティスは健康を阻害する

看護職の、専門職としての知識が依拠するところは、現代の看護及び看護教育の基盤となっている近代西洋医学であるといえる。西洋医学をもとに産後プラクティスをとらえると、『Ⅲ. 受け継がれている産後プラクティス 2. 産後プラクティスの実施 2) 実施による健康弊害』で述べたように産後プラクティスは健康を阻害するといえる。

また看護職は、産後プラクティスを実施することによって健康が阻害されてしまった事例を経験している。それらの事例と専門職としての知識を合わせみて看護職は、産後プラクティスの実施は健康を阻害するおそれがあると述べた。

(1) 産後プラクティスは健康によくない、必要ない

看護職は、そもそも産後プラクティスは褥婦にとって必要な行動ではなく、さらに健康によくないものであると語った。

ユーファイはしなくていいものだと思います。できればユーファイさせたくないし、したくなければしなくていいものです。褥婦は、普通に休息していればよいのですから…。

(C)

C 看護師は褥婦は休息していればよいので、ユーファイはしなくてもいいものであり必要ないとした。

ユーファイはいいことはないし、土や炭を使うので汚くなってしまう…。褥婦も体力を奪われてしまいます。(Q)

会陰を縫合したばかりでユーファイすると傷の治りがよくない (M)

Q 看護師は出産経験があり、自身もユーファイを実施している。しかし、ユーファイを実施することにより暑さによる消耗や創部への影響があると述べた。一方カラムキンについても、

何でもよく食べないと、母乳の出が悪くなるし、疲れてしまう。(K)

産後プラクティスを実施すると新生児の栄養状態までもわるくなります。(P)

カラムキンは身体を疲れさせて弱くしてしまいます。めまいも起きるからよくないと思います。(H)

カラムキンはよくない。出産ただけで、熱があるわけでもないし母乳も出さなきゃいけないのに。栄養の点でもカラムキンはよくないです。(A)

と、栄養摂取が充分でないことによる母親自身の健康への影響から、それが母乳分泌不足を引き起こして新生児の健康にまで悪影響を及ぼすと語った。

カラムキンとユーファイではカラムキンのほうが健康に悪いです。(F)

また、F 看護師はカラムキンとユーファイでは、カラムキンのほうが栄養上の理由から健康に悪い影響を及ぼすと語った。看護職はさまざまな事例を経験し、産後プラクティスに関して健康によくないといった考えをもっている。

では、自らの産褥期においては産後プラクティスに関してどういった選択をしたのか。出産経験のある看護職にたずねた。

ユーファイはしなかったです。なので実母はすごく怒りました。産後は木でつくったベッドを作り休みましたけど、炭には一切あたらなかったです。だって、ラオスは暑い国だからユーファイする必要はないですから。ユーファイすると暑すぎる、って分かってるからしませんでした。そしたら、母が怒ってしまって……。ユーファイしないから、って言って、何も言わずに家をでて市場に行っちゃったりしました。なんでユーファイしないんだと何度も怒られて、そのあと育児もまったく助けてくれなかったし、食事の面倒もみてくれなかったです。ごはん、塩、ショウガをもってきて食べろと言われたが、私はそれも食べなかった。母は、とても慣習を大切にしていたんだと思います。年寄はいうことを聞かないと怒ってしまいますね。年寄は、ユーファイすると、子宮が早く乾く、母乳の出が

よくなる、と考えているようです。母が助けてくれないので、食事の支度は自分でしました。(J)

自分は帝王切開で分娩でしたので、ユーファイせずに休養だけとりました。親戚、家族はユーファイしろといったが、暑くてできないと言いました。エアコンの効いた部屋で過ごしました、ははは。(N)

亜熱帯気候で暑い国であるラオスで、さらに火を用いてあたためるというユーファイは必要ないとJ看護師とN看護師はユーファイをすることはなかった。ただ両者とも家族からの実施のすすめはあり、実施しないことはそれに反することとなった。

3人子どもを産みましたが、1人目は25日間、2人目は20日間、3人目は15日間ユーファイをしました。ユーファイといっても小さい炭を使った熾火をつかって、とても弱く穏やかにやりましたね。夜間は炭を外して普通に寝ていましたし。カラムキンは一切しないで、普通に食事を摂りました。本当はユーファイしなくてもよかったと思うけれど、家族親戚の言いつけや慣習を守るということで実施しました。長い間受け継がれてきた慣習だから信心もあるし……。実施しなければいけないのです。(B)

一方B看護師は、ユーファイはしなくてもよかったと思っているが、家族の言いつけそして慣習を守るという気持ちがあり、ユーファイを実施していた。しかしその際も火を弱くし、夜間は炭を外すなどして方法を調節している。また、J看護師もB看護師もカラムキンはせず、食事は普通に摂取したと話した。看護職は自らの産褥期において産後プラクティスは必要ないととらえ、実施しないか実施したとしても方法を変更、調整して実施していた。

看護職は、産後プラクティスの実施によって健康が阻害されるおそれがあることを認識している。また、出産の経験がある看護職は、自身の産後の過ごし方に関する選択としてその実施には積極的ではなかった。

(2) 予測する健康弊害に基づいて禁止する

看護職は、退院に向けた指導を褥婦に行う場面で、特にカラムキンについて具体的に例をあげて指導し、産後プラクティスの実施を禁止していた。

ラオスの病院には給食施設はないため、褥婦が入院中に摂取している食物は家族が持参したものでありその内容や量はさまざまである。看護職も各褥婦の食事内容までは把握していない。L看護師は、褥婦にまず「何を食べているのか」をたずね、食事

について指導した。

L：何を食べているの？

褥婦：塩とごはんとショウガだけしか食べていません。家族がそれしか食べさせてくれないので・・・。

L：果物、野菜など何でも食べていいですよ。母乳の出をよくするためにも、自分の健康のためにもいろいろと食べなければいけません。

その場に家族はいなかった。L看護師は20代の若手看護職である。L看護師の話に褥婦はうなずいていた。L看護師は、何を食べているかを聞くことで、褥婦がすでにカラムキンを実施しているのかどうかを知り、そのうえで「健康のため」「母乳分泌のため」と理由をあげてカラムキンをしないように指導した。

L看護師にカラムキンに関する指導についてたずねた。

何でも食べていいと指導するようにしています。食事の制限はしてはいけないと指導するけど家に帰ったら、家族や年寄りの言われるとおりにしちゃっていると思います。ごはん
とショウガだけ、とか・・・それでは、ビタミンとか重要な栄養、そういうのは全然足り
てないです。褥婦が食べたものは母乳として新生児の健康にも影響するので、いろいろな
栄養を十分に摂取することが大切です。だからカラムキンは禁止と指導するようにしてい
ます。(L)

L看護師は、カラムキンによる食事制限によって母乳そして新生児の健康にも影響を与えると考え、禁止と指導していると語った。ただ、食事の制限はしてはいけないと指導をしても退院後は家族などの指示があって十分な栄養をとるのは難しいと思っている、とも語った。

また、E看護師は指導のなかで褥婦と会話しながら、摂取すべき食べ物にふれていた。

E：家に帰ったら家族にいろいろと言われるだろうが、ちゃんと食べるように。病院の薬
をのんでいけば大丈夫なので、べつに薬草茶はのむ必要はないです。病院で処方される薬
をきちんと飲んでいけば大丈夫ですから。肉・野菜・魚など何でも食べていいですよ。ビ
タミンを十分に摂るためにも果物も食べるようにしてください。

褥婦：果物を食べてもいいのですか？

E：もちろんいいです！

褥婦：果物は食べてはいけないと思っていました。誰に言われたわけでもないけれど、ダメだと思っていました。

E 看護師は、カラムキンについては家族からのすすめに従うことがないように、そして何でも食べてよいと指導していた。また、E 看護師が果物を食べることをすすめると褥婦は反応し、「食べてもいいのか？」と聞き返していた。褥婦は産褥期には果物を食べてはいけないと思っていたと語った。

I 看護師や G 看護師も、褥婦に「母乳への影響」を交えてカラムキンについて指導していた。

I：カラムキンはしてはいけません。カラムキンをして食事を制限すると母乳の出がよくなります。果物、ジュースも摂って大丈夫。自分が食べたものが母乳になるのだから、いろいろと何でも食べるようにしてください。肉・魚も何でも食べてよいし、鳥スープも食べていいのです。塩とごはんだけという食事ではダメです。

G：子どもは母親の母乳をのんで育つから、母親が栄養をたくさんとらないと子どもも大きくなれないということ。母親が醤油とごはんだけだったら、子どももそれだけしか食べていない、ということです。果物でもなんでも食べていいですし、カラムキンはしなくていいものです。

G 看護師は、1つの褥室に褥婦を5名とその付き添い家族13名を集めて退院に向けた指導を行っていた。その中でカラムキンについて触れると褥婦から食べていいものに関して矢継ぎ早に質問がでた。

G：褥婦は何でも食べることができますし、果物でも何でも食べていいです。カラムキンをする必要は全くありません。ただし、発酵食品、辛いもの、しょっぱいもの、酒、コーヒー、薬は食べてはいけないものになります。

褥婦：オバルチン（Ovaltine、ココア風味の嗜好飲料）は飲んでもいいのでしょうか？

G：もちろんいいです、牛乳も大丈夫。

褥婦：スープはのんでもいいのですか？

G：いいですよ、しょっぱいのは避けた方がいいですが・・・。

褥婦：野菜は？

G：何でも食べていいです、野菜を制限しては絶対にダメです。

家族：味の素は？

G:大丈夫！ははは。

カラムキンでは、「塩と米とショウガだけ」などと食べられるものが極端に少ないか、禁忌となるものが細かく決まっていることが多い。そのため、褥婦は看護師から何でも食べられると聞いたうえでも、具体的に「何を食べてもいいのか」について質問していた。家族は同席したが看護師の指導に否定的な様子や言動はまったくなく、母親とみられる家族も質問に加わるなどしていた。一方、この指導の中ではユーファイについて触れる時間は短く「衛生的なものを身に着けてユーファイするように」と話すのみで禁止することはなく、褥婦や家族からも質問はあがることはなかった。

本研究において、看護職による指導の場を観察した中では「ユーファイは禁止」という指導をおこなっている場面はなかった。しかし、一部の看護職はインタビューで、「ユーファイは禁止」という指導をすることがあると語った。

会陰縫合をたくさんしたので、褥婦にはユーファイはしてはいけないと話します。(F)

ユーファイは基本的にはやらないように、と指導しています。(P)

と、F 看護師は会陰縫合をした創部への影響を理由に褥婦にはユーファイはしてはいけないと話すとした。看護職は、西洋医学に基づいた専門職としての知識をもとに、会陰縫合部への悪影響といった健康への影響を避けるため、産後プラクティスについて禁止という指導を行うこともあると語った。

2) 産後プラクティスを行う意味の認識

看護職は、さまざまな事例や専門職としての知識をとおして、産後プラクティスは健康に悪影響をもたらすおそれがあることを認識している。しかし同時に、産後プラクティスを実施することは、褥婦そして人々に大きな意味があることも認識している。

(1) ユーファイはよいこともある

カラムキンはその実施によって予測される健康弊害が、母乳分泌不良そして新生児にまで影響を及ぼしかねないとして、看護職は禁止という指導を行っていた。一方ユーファイについては、インタビューで実施によってもたらされる「よいこと」もあるのだ、と語られた。

現代でも、自宅出産した褥婦には傷が早く乾燥して、よく治るようにユーファイをすすめます。病院で出産した褥婦は、薬で傷はよくなっているのでユーファイは必要ないです

が・・・。つまり、病院の薬とユーファイは同じような効能があるということです。ユーファイは行う方法によっては健康によいことがあるのです。(P)

P 看護師は主任をつとめるベテラン看護職であり、ソビエト連邦で助産学の学士を取得している。しかし、ラオスの伝統的な考えに基づいて「病院の薬とユーファイは同じような効能がある」と語った。ユーファイを実施することによって、薬を飲むことで得られる薬効のような、健康に対する良い「効きめ」があると認識している。

また、Q 看護師はユーファイが特別な場所にベッドをしつらえて褥婦や新生児を休養させる産後の養生という側面を捉えて次のように語った。

産後プラクティスはよくないものだけど、いい面もあります。いい面は、ユーファイしていると夫と離れて休養することで性交渉をもたなくて済みます。もし夫と一緒に寝ていたら、夫に乞われて産後すぐから性交渉しなくてはいけないうらうと思います。(Q)

ユーファイを実施しているということは、女性が産褥期という特別な時間にあるということを示すことであり、周囲にもそれが明瞭になることで休養、養生することができるという側面もある。

P 看護師、Q 看護師とも主任をつとめる。産科病棟内ではベテラン看護師である 2 人がユーファイの有益性を認識しているのである。

(2) 褥婦と他者の関係の中にある産後プラクティス

産後プラクティスは褥婦が単独で決定し行うわけではない。カラムキンについては、産後日の浅い褥婦は家族に食事の準備をしてもらわなければならない、食事内容も支援してくれる家族の意図が反映される。

一方、ユーファイは、場の設定や維持に多くの知識と人手が必要であることに加え、ユーファイにとまなういろいろな「出来事」や「儀式」が絡み影響する。褥婦と家族や周囲の人々という他者との関係の中で、ユーファイは独特の重要な意味をもち実施されており、それを看護職も重視している。

褥婦から「年寄りがカラムキンやユーファイをしろというからしなければいけない」と言われたことがあります。慣習だから実施しなければならないのだと知りました。(H)

ユーファイは、年寄りや家族がやれというからやらざるをえないでしょう。褥婦は家族と生活しているのだから家族のいうことに従わなければなりません。家族から「ユーファイ

しないと身体が痛みやすくなる」と言われればせざるをえないのです。(Q)

ラオスでは、年長者や目上の人には敬い、その指示には従うべきであるという考えがある。退院して家に帰ったラオスの褥婦は家族に支援してもらおうと同時に、年長の家族から産後プラクティスの実施をすすめられたら、たとえ看護職から何を指導されていたとしても家族の指示やすすめを断ることはできない。

R 看護師はとくに母親の関与が大きいと語った。

褥婦は、母親に逆らうことは難しいので、産後プラクティスに関する指導で重要なのは母親だと思います。指導のとき、母親たちも聞いていると「わかりました」と言いますが、家に帰ったら自分たちの思うようにきっちりと慣習を実施させているでしょう。母親たちは、長い間信じてきたことを産後プラクティスとして実践していて、もしユーファイやカラムキンを褥婦がしなかったら、本当に具合が悪くなってしまうと信じています。強いビリーフからそう行動しているのです。病院でちょっと言われただけではそのビリーフを変化させるのは難しいでしょう。(R)

家族の言うことを聞かないと、もし具合が悪くなったら「言うことを信じずにユーファイしないから具合が悪くなった」と(褥婦は)言われてしまう…。だから言うことを聞かなければいけない。ユーファイをしないと(褥婦の)面倒をみない、という母親もいるでしょう。ユーファイはやらないわけにはいかないのです。(P)

褥婦は家に帰ったら家族がいます。おばさん、お母さん、おばあさんのいうことを聞かなければなりません。みな、何人も子ども生んできていますが、みなユーファイをしてきているのです。自分がやったように、自分の娘にも慣習をやってほしいと思うものですから。(E)

20代のE看護師も、周囲の強い思いがある中で褥婦は退院後の生活を送るということを考えていた。

家族やその思いについて母親やおば、祖母たちは褥婦にとって年長者であり、出産の先輩であり、産後の生活の支援者でもあるため、褥婦にとってキーパーソンであるといえる。そうした褥婦に影響を与える女系の家族が、強いビリーフをもって自らも実施し、よい効果があると信じている産後プラクティスを褥婦に勧めた場合、褥婦はそれに従うものであると語った。年長の家族の勧めや指示に従うことは文化的に当然であり絶対である。さらに、家族の勧めに従わないと、褥婦は産後の生活に家族から

の支援を受けられなくなるおそれもある。産後 24 時間ほどで退院する褥婦、特に年が若い初産婦にとってそれは精神的にも肉体的にも大変なリスクであり負荷となる。

ただ、ユーファイを実施することは、褥婦と周囲との関係においてカラムキンにはない別の側面もあることが語られた。

ユーファイしているときは、親せきや知人がきて「リンパイ(カードゲームによる賭け事)」します。もしユーファイしないと、「リンパイ」をするために集まってきた親せきや村の人が「なんでユーファイしないんだ、身体が丈夫じゃなくなってしまう」と言って責めるでしょう。(R)

ラオスでは賭け事は禁止されている。しかし、トランプカードを用いて少額の金銭を賭けて遊ぶ「リンパイ」と呼ばれるカードゲームは、ユーファイ時と葬式時に限ってのみ人々によって広く行われている。その期間は当局によって摘発されることもない。

ユーファイ（出生時、産後）や葬式という人生の節目に「リンパイ」が行われる理由は、「リンパイ」をして皆で集まって騒ぐことによって魂に霊が近付いて取りついてしまうのを防ぐ、というものである。

お葬式の時も参列者が「リンパイ」します。「リンパイ」することによって、弱い母子や死んだ人のところに霊が近付いてとりつかないように、みんなで集まって声をだして騒ぐようにするのです。(N)

ユーファイを実施する褥婦を訪れ「リンパイ」することは、人々が母子を守ろうとする気持ちの表れであるが、同時にカードによる賭け事を楽しむことは娯楽性にも富んでいる。ユーファイ中の褥婦のそばは、堂々と賭け事に興じることが出来る場と機会を人々に提供するのである。

ユーファイはカラムキンよりも重要です。病院の職員でさえ 1 週間でもいいからユーファイをします。ユーファイは、絶対にしなければいけないものです。ユーファイしているときは家族、親せき、知人が「リンパイ」しにくるので、みんなが集まるよい機会になります。もしユーファイしなければ、「ユーファイしないとリンパイできないよー！」と責められますし……。(K)

若手である K 看護師は、ユーファイは重要であると語った。ユーファイを実施しな

いということは、ただ慣習を実践しないという褥婦だけの問題ではない。ユーファイをするということは、「リンパイ」という楽しみに満ちた場と機会を周囲の人々に提供するという意味ももつのである。

褥婦からは「何日したらユーファイしてもいい？」と聞かれます。褥婦には「やらない」という選択はないのです。ユーファイは儀式をとまいません。儀式は人々の手前もあるためやらないわけにはいかない。ユーファイは炭にあたるだけのものではなく、始めるときなどに儀式がありそれをするのも重要なのです・・・。(F)

また、ユーファイの実施には儀式がともなうとF看護師は語った。そうした儀式の存在も、褥婦がユーファイを実施する理由になっている。

ユーファイが終わった後に、長老がよい日を選んで「スークワン（魂を助ける）」という儀式を行います。「スークワン」は母子の健康を祈って行われますが、出産をすると、出血もたくさんするし魂が弱まって失われると考えられています。そうして弱った母子の魂をよいものにしようという儀式です。多くの人が産後にスークワンを行っています。(R)

ユーファイには、始める時の儀式と終える時の儀式（スークワン）があり、それには家族や親戚、近隣の人々など多くの人々が参加する。若手のE看護師も儀式的にユーファイを行う人がいると語った。「母子の健康を祈る」という周囲の厚意のあらわれであるそれらの儀式を実施することは、文化的に意味があり価値があると人々に信じられている。

褥婦の中には、火を使わないで儀式的にユーファイを行っている人もいます。慣習を行っているという表現だけ、です。現代の女性は、ユーファイは自分のためというより、信じている家族のために儀式的に行っている人もいます。(E)

ユーファイは、褥婦単独で行われるものではなく周囲との関係のなかで実施されるものであり、「リンパイ」といった周囲の人々の活動にも影響をする。そして儀式を行うという文化的儀礼の側面もあり文化的価値が存在する。ユーファイを実施する意味は、ただ単に産後の保温や養生といったことだけではなく、周囲の人々がもつ強いビリーフとそうした人々と褥婦の関係のなか存在するのである。

年長者や周囲の人間との協調を大事にするラオスでは、褥婦にとって周囲の強いビリーフにもとづく勧めに従わないことは難しい。また、看護職はこうした褥婦と他者

の関係のなかで産後プラクティスが実施されていることを理解している。そして特にユーファイは、他者が広く関与する慣習であるということ、そして儀礼という文化的意味をもつ産後プラクティスには文化的価値があるということも認識しているのである。

3) 産後プラクティスの調整と再構成の試み

看護職は、専門的知識でとらえる産後プラクティスによる健康への影響と、産後プラクティスが持つ特徴や文化的価値の両方を認識し理解している。そのうえで、産後プラクティスに対してどのような考えをもち、看護職として何を褥婦に伝えていくのだろうか。

(1) 専門的知識と文化的理解のコンフリクト

看護職は、褥婦と他者の関係の中で実施されている産後プラクティスは、文化的に重要な意味をもち、価値があると理解している。0 看護師は、褥婦はユーファイに対して「実施しない」という選択肢はもっていないと述べた。

ユーファイはしなくてもいいものです、という指導をするときもありますが・・・。そう言ってもあまり意味がないです。どうせ(褥婦は)ユーファイをしてしまうので・・・。退院してすぐにユーファイをする褥婦もいます。(0)

0 看護師は「ユーファイはしなくてもいい」という指導は意味がないと語った。看護職がユーファイについてどのような指導をおこなっても、褥婦はユーファイをするというからである。

禁止しても・・・だめです。禁止しても褥婦の行動は変わらないでしょう。(R)

ユーファイは禁止できません。ユーファイを禁止しても、行動変容はできないだろうし。だからユーファイするときは炭を弱く、あまり厳しくないようにと話します。ユーファイはゆるやかにやる分には大丈夫ですし・・・。ユーファイを禁止することはできません。(H)

看護職はユーファイを禁止したところで行動変容には至らないと語った。

健康を脅かされ再入院となった事例や西洋医学に拠った専門的知識から考えると、産後プラクティスは、ユーファイとカラムキンの両方とも褥婦には勧められるものではないという認識をもっている。一方、年長者や周囲の人間との協調を大事にするラ

オスでは、周囲の強いビリーフにもとづく勧めがあると従わざるを得ない。さらに儀礼という文化的意味をもつユーファイは他者が関与するため、褥婦が実施しないという選択肢はないとも捉えている。

看護職がもつ産後プラクティスに対する認識の中で、産後プラクティスに対して否定的なものとなる西洋医学に基づく専門的知識と、逆に肯定的なものとなる人々がとらえる産後プラクティスの文化的価値を理解することという、2つの認識が存在している。それらの認識は産後プラクティスの実施という点から考えると相反している。予測する健康弊害から実施を否定するという認識と、褥婦と他者との関係や文化的価値から実施を肯定せざるをえないという認識の両方が同時に存在し、看護職には内在的なコンフリクトが生じている。

ユーファイは健康にはよくないです。でもやらないことは家族が許さないだろうと思います。(P)

火を強くしてユーファイをして、さらにカラムキンをすると健康を害します。肉も食わずに、皮膚も火傷をしてしまう・・・。そんな状況であっても、家族や年寄りの勧めることに対して看護師が「ダメ」と言うことは難しいのです。(N)

看護師は慣習が健康に悪いことは分かっています。でも、「するな」と言ったら、逆にそのまま実施してしまっただけで傷がくつつかないこともあるかもしれない。それより、もしやるのならどのようにやるべきかを話した方がいい。慣習を理解したうえで「7～10日間我慢したあとにユーファイをしてもいい」というほうがいいのです。(G)

家族にも親戚にもユーファイはすすめたことはないですね。でも伝統、慣習なのでやらないわけにはいかないです。なので、火を強くしないでユーファイするようにと話しています。(L)

P 看護師や G 看護師は、産後プラクティスは健康に悪影響を及ぼすことは分かっていると語っている。それでは単純に産後プラクティスを実施しなければよいというわけではなく、実施しないという選択肢をもつことはないという褥婦の状況や文化的背景も同時に理解している。また、G 看護師と L 看護師は若手で出産経験はないが、ベテランの P 看護師、N 看護師と同じような認識を持っていた。

また、褥婦に産後プラクティスを禁止することは意味がないだけでなく、人々ももつ文化を理解してない看護職として褥婦や家族からの信頼を失い、関係が悪化する

懸念もあった。

ユーファイは慣習でずっと続いてきたことだから禁止しても実施してしまいます。禁止しただけでは看護師のことを信用してくれなくなってしまいます。(H)

もし「禁止」とだけいったら、「あの看護師はよくない」といわれてしまうでしょう。(F)

「(産後プラクティスを)やってはいけない」とだけいうと、看護師は文化や慣習を理解していないことになってしまいます。(G)

「ユーファイするな」とだけ指導すると、褥婦も家族もいやな気持ちになるでしょう・・・。褥婦の父母や親戚が信じて、継続して行ってきたことを否定することになってしまいますから。(A)

産後プラクティスを禁止するという指導をすることによって、褥婦や家族は「あの看護師は文化や慣習を理解していない」と捉えてしまうと語った。そしてそれは、産後プラクティスの文化的意味や価値を看護職が理解していないという評価になり、そうした看護職は信用されないという。

産後プラクティスを実施すると健康が弊害されるおそれがある。しかし、文化的価値をもつ産後プラクティスを否定・禁止することは褥婦や家族からの信頼を失いかねない。また、産後プラクティスは、重要な文化的意味をもち周囲との関係の中で実施されており、看護職が実施しないようにと「禁止」を指導したとしても褥婦は家族の勧めで実施する。

看護職は、こうした産後プラクティスに関する専門的知識と文化的価値の理解という内在的コンフリクトに対し、専門的知識と文化的理解を別次元に存在するものとせず、有機的にとらえて共存する道をとった。そこで褥婦に対する指導においては、専門的知識に基づいて「禁止」したとしても慣習を否定はせずに、禁止の先にあるものを見据えて「禁止では終わらない」と考えるのである。

(2) 看護職が実践する産後プラクティスの調整と再構成の試み

看護職は、産後プラクティスに関し専門的知識に基づく否定と文化的価値の理解に基づく肯定という内在的コンフリクトをもつ。そして、褥婦や家族、周囲との関係から慣習に対する指導について禁止の先をみすえて「禁止では終わらない」と考える。

カラムキンの実施は、栄養摂取が充分でないことにより母親自身の産後復古に悪影響を与えかねないことはもとより、母乳分泌不足により新生児の健康にも悪影響を及ぼしかねず、ユーファイよりも健康弊害が大きいという看護職の認識があった。そうした認識のもと、カラムキンに関しては、『1) 産後プラクティスは健康を阻害する (2) 予測する健康弊害に基づいて禁止する』で述べたように看護職は褥婦に何を食べているのかを聞いたうえで、「カラムキンはしてはいけない」「何でも食べてよい」という「禁止する」指導をしていた。

以下は、看護師が褥婦に対して行った指導の内容である。

A: 熱があるわけでも、具合が悪いわけでもないのだから、カラムキンはしないでください。出産はふつうのことだから、食事を制限する必要はありません。

B: カラムキンはしてはいけないです。卵、肉、魚何でも食べてよいのです。

E: 母乳栄養に悪影響だからカラムキンはしてはいけません。たくさんいろいろなものを食べるようにしてください。家に帰ったら家族にいろいろと言われるだろうが、ちゃんと食べるように。病院の薬をのんでいれば大丈夫ですから・・・。

F: カラムキンをしてはいけないです。痩せてるのだから、十分栄養をとらないとまた病院に来なければいけない状況になります。果物、野菜など何でも食べていいし、妊娠時と全く同じ食生活でいいです。

F: カラムキンはしてはいけません。鳥やアヒルのスープをのむようにしましょう。塩と醤油で味付けしたスープをのむようにしてください。空芯菜でも何でも野菜は食べてよいですし、水をたくさん飲んでください。ジュースでもなんでもいいです。栄養のあるものを何でも食べてよいのです。家族が食べてはダメ、といっても気にせず食べるように。

というように、カラムキンをするとどうなってしまうのかといった具体的な例示をあげたり、母乳栄養に言及するといった理由を述べたりしてカラムキンをしないように話していた。B 看護師は病棟で最も年上の看護職であるが、やはりカラムキンは禁止と指導していた。

しかし看護職は、専門的知識に基づき具体的な理由をあげつつカラムキンをしないようにすすめるものの、周囲との関係の中にあるラオスの褥婦の状況からその遵守は難しいことを理解している。そこで、看護職は「カラムキン」という産後プラク

ティスを禁止だけではなく、その実施方法や理由から再構成した内容を補完して指導していた。

カラムキンは、食禁忌にともなう食事制限の慣習である。食禁忌の内容は褥婦や家族、土地によってさまざまであるが、『Ⅲ. 受け継がれている産後プラクティス 2. 産後プラクティスの実施 3) 産後プラクティスを受け継ぐわけ (1) 健康への影響』で述べたように、主に「ピットカム」といった状況にならないために、もしくは産後に異常な症状が出現しないように、褥婦が匂いを嗅いで「キウ」と感じるもの、もしくは「キウ」と感じるとされているものは食べてはいけないとされている。それに対して看護職は、文化的理解に基づいてカラムキンという産後プラクティスの本質である「食禁忌にもとづく食事制限」という褥婦の行動を認める。そして、専門的知識に基づいて、西洋医学的根拠に矛盾しない内容の「褥婦に勧める食禁忌」を指導するのである。

看護職は、カラムキンを再構成して、制限すべき食事内容を褥婦に以下のように指導していた。

A: 果物でも何でも食べてよいです、カラムキンはしてはいけないです。発酵食品、塩辛いものはカラムしてもよいですよ。

B: カラムキンはする必要はないですが、辛いもの、しょっぱいもの、発酵するもの、酔っぱらうものは食べたらダメ。何でも食べると母も子も元気になります。

D: 産後は発酵食品としょっぱい物は食べてはいけません。これらは食べずにカラムキンしてください。

F: 発酵食品、辛いもの、ビール、酒は摂取してはダメです。それ以外は全部食べても大丈夫です。

A 看護師は、カラムキン禁止という指導とともに、「発酵食品と塩辛いものはカラムしていい（禁忌していい）」という指導を同時に行っていた。

酒やビールは、母乳栄養への影響から褥婦の摂取は避けるべきものである。

発酵食品には、主にラオスの食事の味つけに多く用いられている調味料であるナムパー（魚やイカを塩で発酵させてつくる魚醤、日本の東北地方にある「しょつつる」やベトナムのニョクマムにも似ている。）や、パーデーック（ラオス近辺独特の調味料で、主に淡水魚を用いて甕で塩につけて発酵させてつくる。ナムパーと違って濾過

しないため色は濁っており発酵臭も強く、塩分もつよい。ラオス人はナムパーよりパーデーックのほうがコクがあつておいしいと言い好んで用いる。しかし、ラオスと似た食文化圏であるタイでは、臭くてとても食べられないと言うことがある独特の調味料である。)がある。また、淡水魚をバナナの皮で包んで味付けしそのまま発酵させたものを惣菜として食べるソムパー(豚肉で同じように作るソムムーもある)や青菜の漬物であるソムパックなども含まれる。ラオス人は発酵食品を好んで食するが、特にパーデーックやソムパーは淡水魚をそのまま発酵させたもので衛生的に問題がある場合もあり、食あたりなどによる下痢の大きな一因とされていて、体調が万全でない人や小児や高齢者は食すべきでないと考えられている。

また、ラオスの食事はトウガラシを大量にいれてとても辛くするものが多く、もともとの「辛い食事」をさす閾値が諸外国と比べて高いといえる。一般的なラオス人は、1人前のパパイヤサラダを作るのに生のトウガラシをそのままつぶして5~6個入れる。慣れない者がそうした辛い食事を食べると舌が痛く、体温があがり汗がふきでて、下痢になってしまうほどである。

なぜ、上記のように「辛いもの」「塩っ辛いもの」「発酵食品」といった食事を制限するように(=カラムキンするように)指導するのかを看護職にたずねた。

カラムキンについては、「カラムキン」という言葉を使わないようにしています。発酵食品、しょっぱいもの、辛いものといった下痢の原因となる食品は食べないようにという指導をしています。(J)

カラムキンについてはこうしろああしろとは言わず、発酵食品など下痢になるものを食べるなどだけ言います。(P)

カラムキンは、しょっぱい物、辛い物、発酵食品、臭いものは食べてはいけないと話します。褥婦はまだ弱っているので、辛い物やしょっぱい物を食べると下痢を起こしてしまう人もいるでしょう。(I)

というように、褥婦が発酵食品を食べることで下痢になるのを避けるべきという考えからである。また、

産後に浮腫がある人は、ナムプラーや醤油などのしょっぱい物はとらないようにしなければなりません。(P)

というように、塩分が強いものを褥婦が食べると浮腫を引き起こすという西洋医学的根拠を語った。しかしE看護師は、

発酵食品、辛い物、しょっぱい物、お酒などはダメです。辛い物や発酵食品は食べると母乳を飲んだ新生児が下痢をしてしまうので。(E)

と、西洋医学においては正しいとはいえないが、辛い物や発酵食品を食べると褥婦ではなく母乳を飲んだ新生児が下痢をしてしまうと語った。

E看護師のような語りもあったが、看護職はカラムキンという食事制限の慣習を「ピットカム」といった文化的なものを根拠とする褥婦の不健康な状態ではなく、下痢や浮腫といった西洋医学で捉えられる健康問題を予防するために、実施すると述べていた。人々が生活する場の衛生環境がまだ充分だとはいえないラオスでは、下痢という健康問題は身近に起こるものであると同時に、食あたりによる下痢は体力をひどく消耗させるものである。特に、小児では重篤な下痢によって生命を脅かされてしまう例もある。そうした、人々の身近にありつつも十分に気をつけなければならない下痢という症状を引き起こしかねない「辛いもの」「塩っ辛いもの」「発酵食品」などを、産後の回復期にある褥婦に食べないようにすすめることは、ラオスの食事情や特徴からすると、西洋医学的にみても理にかなっている指導である。

指導を通して看護職は、自身がカラムキンという産後プラクティスを知り理解していることを褥婦に伝えているという意味もある。また、カラムキンを構成する「食禁忌にもとづく食事制限」という褥婦の行動を認めつつ、褥婦の健康を害さないように、さらに下痢や浮腫などの疾病を予防するという西洋医学的根拠に矛盾しない内容に、プラクティスの内容を再構成して褥婦に伝えているのである。

ユーファイについても看護職は、専門的知識をもとに褥婦には禁止と伝えることがあった。しかし、ユーファイのもつ文化的意味や実施する褥婦と周囲との関係をとらえ、「禁止できない」「否定や禁止はしない」とも考えていた。

禁止しても・・だめですね。禁止しても(褥婦の)行動はかわらないです。ユーファイは健康を害するものですが、禁止はできません。(R)

ユーファイは慣習だし、人々がずっと継続してきたものだから禁止はしないです。人々のユーファイに対する信心は深いので・・ユーファイを禁止することはできません。(H)

R 看護師や H 看護師は、ユーファイに対する人々の強いビリーフを理解し、その実施の方法によっては健康を害してしまうユーファイであっても「禁止できない」「禁止はしない」と語った。

ユーファイは禁止（と指導）したとしても、家に帰ったら実施してしまう褥婦たちの現実にあっているとは思えません。なので 10 日間したらユーファイしてもいい、と言っています。（D）

D 看護師は、たとえユーファイを禁止しても褥婦は家に帰ったらユーファイするので、「禁止する」といった指導は褥婦の現実に即していないと述べた。そして「10 日間したらユーファイしてもいい」というユーファイの実施方法を褥婦に伝えている。

看護師はユーファイが健康に悪いことは分かっています。でも、「するな」と言ったら、そのまま実施してしまっただけで傷がくっつかないこともあるかもしれない。それより、もしやるのならどのようにやるべきかを話した方がいい。慣習を理解したうえで「7～10 日間我慢したあとにユーファイをしてもいい」というほうがいいと思うのです。（G）

G 看護師は、看護職がもしユーファイを「禁止」とだけ指導した場合、褥婦はその指導には従わずにこれまでの慣習どおりにユーファイを実施してしまうとした。またそうしたユーファイの実施は外陰創部の治癒の遅れといった健康への悪影響を及ぼしかねない。そのため、慣習を理解したうえで、「7～10 日間我慢したあとにユーファイをしてもいい」といった方法を指導した方がいいと語った。

また、L 看護師は、ユーファイをすすめることはないが、結局やらなければならないユーファイに対して、「火を強くしない」という方法を話している。

家族にも親戚にもユーファイはすすめたことはないですし、ユーファイはするな、と話しています。でも伝統、慣習なのでやらないわけにはいかないです。なので、火をつよくしないでユーファイするようにと話しています。（L）

また、ベテランである Q 看護師や P 看護師は、褥婦の状況に合わせて指導するという。

ユーファイはしないように、とまず伝えます。中には理解してくれる人もいますので。でも、「じゃあ火の場所を変えればいいのか？」とか、「ユーファイはしたい」「どうす

ればユーファイできるのか」を詳しく聞いてくる褥婦がいます。そういった質問をしてくる人には、10日間したらユーファイしてもいいがベッドの下には火をいれなくて火は弱めでやるように、と指導します。指導に対する褥婦の反応で、実際の指導は決めています。

(Q)

指導の前に家族構成をきいて、もし夫婦だけであればユーファイもカラムキンもしないよう指導します。もし家族と一緒に住んでいる場合はユーファイをしないわけにはいかないので、10日間したらユーファイしてもいいと指導します。ユーファイはマイルドにやる分には問題ないでしょう。(P)

Q 看護師は、褥婦にまずユーファイは「禁止」と伝えるという。そのうえで、ユーファイに関して「質問がある」といった、ユーファイをしないという選択肢をもっていないと思われる褥婦には、ユーファイの実施時期と火の強さについて指導する。

P 看護師は家族構成に着目している。家族と一緒に住んでいる場合はユーファイをしないという選択肢はないので、健康を害さない方法を指導する。

ユーファイはよくないからしなくていいと指導すると、褥婦が「家族がしないことは許してくれない」と言ってくるので、7～10日間したらユーファイしていいといいます。薬も飲んでいるのだし、ユーファイはしなくていいと話しますが、家族が許してはくれないという人が多いです。(I)

禁止をすることもあるけど、どうせ実施をやめることができないのなら、穏やかにユーファイするように言います。ユーファイを禁止する、もしくは何も言わないこともできますが、それだとこれまでどおり強い火で実施してしまうでしょう。看護師は新しい方法を提示する必要があるのです。炭を離れたところにおくなど、健康を害さないようにする方法を伝えます。(R)

専門的知識やこれまでの事例から、ユーファイを実施することによって出現する可能性がある健康被害を考慮して「ユーファイは禁止」と看護職が指導したとしても、褥婦の行動は変わらず、ユーファイを実施する。一方、禁止しても褥婦の行動は変わらないとして、最初から「禁止」もせず、そのまま何も伝えないもしくはこれまでの方法を推奨していくと、重篤な健康被害を引き起こしてしまう可能性がある。そこで看護職は、自らの専門職としての知識や経験と産後プラクティスに関する文化的知識から、ユーファイを積極的に勧めることはしないが、ユーファイという産後プラクテ

イスの存在や実施を認め、そのうえで「やるのならどのようにやるべきか」という健康を脅かさない方法を新たに見だし、それを褥婦に伝えていくほうがよいと捉えている。

そして看護職は、退院前の指導で褥婦に対してユーファイの実施方法について具体的な指導をしていた。

L:ユーファイは穏やかにやってもよいです。できれば10日間たってからユーファイするようにしてください。

E:ユーファイは退院後急いでしてはいけません。(会陰を)縫合しているので、その傷が治るのは10日間くらいかかります。それくらいたってからユーファイを始めるようにしてください。ユーファイするときも、火を強くしてはダメで、弱めの穏やかな火にしてください。ユーファイは慣習だからしてもいいけれど……。臀部には火をあてないようにして火を弱くすること。

G:ユーファイは10日間してから実施していいです。ユーファイは1週間だけ。ユーファイの火は強すぎないようにしてください。「熱い」火は使わないで、弱めの火を用いること。家に帰ってもユーファイを強くやりすぎではいけないです。ユーファイを強くやりすぎると、火傷するし会陰の傷もくっつかないですよ。

F:ユーファイをするときは、炭火はベッドの下ではなく、横におくように。炭が外陰についてしまったら感染をおこしてしまいます。

看護職は指導のなかでユーファイの実施方法について、「7～10日間してからユーファイを実施する」という開始時期を遅らせる内容と、「火は強くなりすぎないように穏やかにする」という、ユーファイで用いる火の程度に関して言及し褥婦に注意を喚起していた。

臀部の下に火を当てたりせずに、あくまで腰や背中を温めるぐらいの保温であれば問題ないのでは……。 (K)

もしどうしてもユーファイをしたくて我慢できなかつたら、7～10日間したらしてもいいと話しています。7日間くらいしたら、縫合した糸も溶けて傷もほぼ治るので……。でも、火を強くしてはいけません。aさん(入院中の褥婦)は、ユーファイで臀部を火

傷して会陰の傷も離解してしまって入院しています。本当はユーファイしないほうがいい、と伝えても家族や年寄と一緒にいるからユーファイしないわけにはいかないと褥婦は言います。そういう場合には、まずよく家族と話すように伝えます。看護師が「ユーファイしないほうがいい」と言っていたと伝えて、それでもどうしようもないのであれば、縫合しているのだからそれが治る10日間まってから、火を弱くしてユーファイするように言います。(1)

ユーファイは本来だと産後すぐを開始するが、看護職はベテランも若手もその開始を7~10日間遅らせるようにと指導している。開始時期を遅らせる理由は、会陰の創部が治癒するまではユーファイはしないほうがよいという考えによる。また、ベッドの下に炭火をおいて褥婦の体を温めるがその火を強くしすぎないようという指導は、火の程度を調整することで、熱による火傷や暑さによる脱水を予防しようというものである。ユーファイがもつ、褥婦を火を用いて温めるといった「保温」という行動は担保したまま、創部の治癒の遅れや火傷といった健康弊害の予防を図る指導を行っていた。看護職は産後プラクティスの実施方法は理解したうえで、健康を害することがないように調整した内容を指導している。

看護職は、産後プラクティスの実施を否定する専門的知識と肯定する文化的価値の双方を認識しているという内在的コンフリクトに対し、専門的知識と文化的理解を別次元に存在するものとせず、有機的にとらえて共存することとした。そこで褥婦に対する指導では、専門的知識に基づいて「禁止」したとしても、禁止の先にあるものを見据えて「禁止では終わらない」と考える。

そして褥婦に対する指導では、産後プラクティスの再構成と調整という看護を実践していた。カラムキンについては、「食禁忌にもとづく食事制限」という褥婦の行動を認めつつ褥婦の健康を害さないように、さらに下痢や浮腫などの疾病を予防するという西洋医学的根拠に矛盾しないものに食事制限の内容を再構成していた。また、ユーファイは、火を用いた「保温」という行動を認めつつ、創部の治癒の遅れや火傷といった健康弊害の予防を図るよう、開始時期や火の程度といった具体的方法を調整する内容を指導していた。

第7章 考察

本研究は、文化的コンテクストの中で生まれ育まれ受け継がれてきたユーファイ、カラムキンというラオスで広く実施されている産後プラクティスと、それに対する看護に焦点をあてた。文化や慣習に基づいて行われる産後プラクティスに関して、看護職がどのようにそれらをとらえ認識し、看護を見だし実践しているのかを明らかにした。

産後プラクティスに関する看護職の認識には、専門的知識にもとづく産後プラクティスの否定と文化的理解に基づく肯定という内在的なコンフリクトが生じていた。そして、こうした内在的なコンフリクトに対し、専門的知識と文化的理解を別次元に存在するものとせず有機的にとらえて共存・融合する道を取り、退院にむけた褥婦に対する指導では、産後プラクティスの再構成と調整という看護を実践していることが明らかになった。

ここでは、『Ⅰ．文化を理解することと専門職であることのコンフリクト』、『Ⅱ．コンフリクトから生まれる文化的コンピテントな看護』としてまとめ、そこからさらに『Ⅲ．現代に求められる産褥期における文化的コンピテントな看護』について考察した。

I. 文化を理解することと専門職であることのコンフリクト

1. 専門職として考える褥婦の健康

カラムキンとユーファイという産後プラクティスは文化的な慣習であるが、褥婦の健康にも影響をおよぼすことがある。そそれに対する看護職の専門職としての理解について考察する。

カラムキンは食禁忌にともなう食事制限であり、褥婦の栄養状態に影響を及ぼすことが考えられる。産褥期においては特にバランスのとれた十分な栄養を摂取して母体の産後復古につとめる必要がある。出産は出血を伴うことから褥婦は貧血に陥りやすいが、母親の栄養摂取が不良であると貧血状態の改善がすすまない。また、分娩によって会陰部などに傷がある場合、母体の栄養状態が良好でないとその治癒は遅れ、縫合されていたとしても離解してしまうことも考えられる。

母親の栄養摂取状況は母乳分泌量に影響を及ぼす。授乳によって母親はエネルギーを喪失するが、それは1日の母乳分泌量を850mlとした場合、乳汁を産生するエネルギーや授乳活動そのものに費やされるエネルギーも考慮して870kcalとなる（一條ら、1997）。また、乳汁分泌によってタンパク質やカルシウム、鉄など重要な栄養素も喪失しがちであるため、日本では授乳期の母親は、非妊時の栄養所要量に対して350kcalの栄養付加をバランスよく摂取することが勧められている（厚生労働省、2010）。

カラムキンは産褥早期から食事制限を行う慣習であるため、褥婦が母乳分泌に必要な栄養摂取ができない状態になると、母乳分泌量が増えない、低下するという影響が考えられる。母乳分泌が足りないことによって、それを栄養源とする新生児の健康にも影響を及ぼしてしまう。カラムキンは、褥婦だけにとどまらず新生児の健康状態にも悪影響を与えるおそれがある。A看護師が、「カラムキンはよくない。出産しただけで、熱があるわけでもないし母乳も出さなきゃいけないのに。栄養の点でもカラムキンはよくないです」と述べているように、カラムキンの実施は母親そして新生児への健康によくない影響があると、看護職は認識している。

また、ラオスは後発開発途上国であるが、亜熱帯気候により農業は盛んで人々が食物不足による厳しい飢饉におちいることは少なく、都市部においてはまずない。特に都市部では外食産業も増えてきており、一般の人々がさまざまな食事を自由に楽しむことができるようになってきている。豊かな食物がある中でのカラムキンという食事制限は実施する現代の褥婦にとって、好きなものが食べられない、もしくは米と塩だけなど少ない食材しか食べられないというように、我慢を強くしいられるものである。

ユーファイについてC看護師は「10年前ころは危ない事例がたくさんありました。

産後 4～5 日の褥婦でお尻はただれて、高い熱がでて、外陰が感染して臭う」と、ユーファイによって火傷を負った褥婦の事例を語っていた。亜熱帯気候であるラオスは 1 年中をとおして温かい気候であり、山間部を除いて暑季にはうだるような厳しい暑さが 1 日中続くこともある。温暖で、時には座っているだけでも汗が吹き出すような大変な暑さという気候の国で、竹のベッドの下に炭火をおいて、そのベッドで休むユーファイという保温行動はそれを実施するものにとっては暑く厳しいものとなりうる。さらに、火が強すぎる場合には熱で火傷を負ってしまうこともある。

またユーファイは、保温のみならず行動制限をとまなう産後養生の慣習でもある。褥婦を火から離すことはよくないとされており、期間中は外出はせずほとんどの時間をベッドの上で過ごして養生する。日本においても産後養生や節制をする習慣は残っている（長鶴, 2002）。助産師による産後の生活指導でも 4 週間をかけて徐々に日常生活行動を拡大していくようにと褥婦には伝えられ、1 カ月健診で回復が順調であると確認されてからのち普通の生活に戻すとしていることが多い（青木ら, 2002）。産後 21 日でいわゆる床上げといわれ、ふだんの家事や買い物を開始し、退院後 4 週目以降に妊娠前の日常生活が可能であるという復帰の目安があげられている（我部山ら, 2013）。しかし荒木は、退院後の生活は自分のペースに合わせ徐々に妊娠前の生活に戻していくよう指導するとし（荒木, 2008）、養生の必要性は欧米ではさほど認知されていないという（小浜, 2009）ことから、西洋医学的根拠によっても、産後養生の期間については確固とした指針はみられないのが現状である。ただ、ユーファイの期間は長いと 1 カ月間にもわたり、その間ほぼベッドの上で過ごすという状態は褥婦の体力低下を招いてしまうことが考えられる。さらに、例えば産後に体調不良が出現しても家の外に出て病院に行ったりすることは、火から離れて外気にふれることになるため難しいことになる。

さらに、ユーファイとカラムキンという慣習は両方とも早期産褥期から行われる慣習であり、同時期に並行的に実施されることが多い。そのため、30 度もしくは 35 度以上といった暑い気温の中で、炭火にあたり汗を大量にかいて消耗している褥婦が摂取する食事は米と塩だけ、ということにもなりかねない。ユーファイによって通常の褥婦よりもエネルギーを消費している状態であるにもかかわらず、十分な栄養が摂取できないことは、会陰創部の治癒の遅れや消耗による全身状態の悪化などを引き起こしかねず、2 つの慣習の相乗的な健康への影響も場合によってはみられるだろう。

看護職は、ユーファイの火による熱で腰から背部に熱傷を負ってしまった褥婦や疲労や発熱、会陰創部の離解といった産褥入院事例を記憶しており、そうした危険性を理解していた。ユーファイやカラムキンを人々が実施していることを知るとともに、

こうした産後プラクティスがもたらしうる健康弊害を、西洋医学に基づいた専門的知識や実際に受け持った事例の経験から強く認識しているのである。

2. 産後プラクティスの意味と文化を理解すること

産後プラクティスは病院で実施されることはないが、看護職にその実施方法をたずねると詳細に語る事ができた。看護職は自らの出産時や居住する地域内でそうした産後プラクティスに接する機会があり、食禁忌にともなう食事制限であるカラムキンと、火を用いた保温と行動制限というユーファイについて、方法やそれを実施する褥婦の様子を理解していた。さらに看護職は、専門職としての立場からみて産後プラクティスがもたらす可能性がある健康弊害を理解していた。

しかし、産後プラクティスに関する理解はそれだけではなかった。看護職として西洋医学的根拠、つまりコスモポリタンな科学 (McElroy ら, 1995) に基づいてその健康弊害を認識しているのが etic なカテゴリーによる理解であり意味づけであるとするれば、産後プラクティスの文化的理解や価値の認識という意味づけは現地の文化体系の内側にある人々のカテゴリーによる emic な意味づけであるといえる

(Leininger, 1995)。看護職は、人々が産後プラクティスという文化に基づく慣習を実施するのは、人々の文化体系に基づいた重要な理由があることを認識しており、etic などとらえかたと同時に、emic な立場でも産後プラクティスをとらえ理解していた。その認識について以下に考察する。

カラムキンは食事を制限する慣習であるが、それは食事の量を制限するというものではなく、褥婦が食べてはいけないものがあるという食禁忌の考えに基づいて、摂取できる食材が制限されるものである。その摂取できない食事、禁忌となる食材や制限する期間はその家族や村などによってさまざまである。また、禁忌とされるものに、褥婦が「キウ」と感じるものというのがある。「キウ」な臭さを褥婦が感じる食材は、それを食すことによって健康を害してしまうとしてカラムキンでは禁忌とされている。そして褥婦は、食禁忌を守らないことによって褥婦が「ピットカム」になることを恐れているという。「ピットカム」という状態になると、身体は弱り、精神に異常をきたし、重症になると死に至るとされている。しかし、看護職は「ピットカム」という人々がおそれる状態を知っていると同時に、疑問をもっていた。「ピットカム」という状態は、カラムキンによる食事制限によって全身状態が落ちている状態ではないか、と Q 看護師や H 看護師は述べているが、J 看護師は「『ピットカム』になるのが怖い、と褥婦は言いますが『ピットカム』って何なのか、医学的には分からないですね」と述べ、西洋医学的根拠では説明がつかない病態だとしている。

それでは、カラムキンを実施しないことによって起こるとされている「ピットカム」

とはどのようなもので、それは褥婦の病的な状態なのだろうか。医療人類学では、疾病、病い、病気を以下のように定義している。疾病 (disease) とは、生物医科学的な観点から定義されたものであり、病い (illness) とは、1人ひとりの人間が自分の体験を説明するのに使う文化的カテゴリーである。病気 (sickness) とは、特定の社会において病いにある人が従うことを期待されている役割、すなわち病者役割である。そして McElroy は、このように定義すると、対応する疾病がないのに病いであったり、病いでないのに疾病であったりという人がいる可能性があるとしている (McElroy ら, 1995)。つまり、「ピットカム」は文化的カテゴリーから導かれた病いであり、その「ピットカム」になった褥婦は「ピットカムになった褥婦」という病者役割を担っている病気の状態にある、ということになる。しかし、生物医科学的な観点、つまりここでいう自分たちの文化の外側でも適応するコスモポリタンな医学つまり西洋医学的な観点からすると「ピットカム」の状態は疾病ではないという説明ができ、西洋医学に基づく専門的知識をもつ看護職が、説明がつかないと疑問をもつことが当然であることが分かる。

McElroy はさらに、人間集団はそれぞれ健康を維持するための情報、役割、技術の文化体系に対するアクセスを持っているが、概念を決定するのは社会であり、そのようなシステムを民族医学体系と呼ぶ、としている。民族医学体系には、専門家、非専門家を問わず、病気や健康、出産、栄養や死ということについて、人々がもっている知識や考え方すべてが含まれる (McElroy ら, 1995)。さらに Landy は、民族医学を、あらゆる社会の保健体系でそれぞれの地域の価値観や、伝統、考え方、生態学的適応のパターンの基盤のもとに行われているものとしている (Landy, 1977)。カラムキンをしないことによって出現する「ピットカム」という病いは西洋医学ではなく、文化や社会、人々の知識や考え方、地域の伝統などに拠った民族医学に基づくものであるといえる。

西洋医学的根拠に基づいて、カラムキンの実施による健康弊害を認識している看護職であったが、文化的理解や価値など人々の視点にたつて「病いの予防」のために実施するという民族医学的な知識や理解も同時に持っていることが明らかになった。一方ユーファイについては、別の特徴を看護職はとらえていた。ユーファイの実施には家族や近しい親戚のみならず近隣の人々など多くの他者が関わっている、という emic な意味づけに基づく認識である。次項で詳しく考察する。

3. 儀式としてのユーファイ

ユーファイは、褥婦が摂取する食事の制限を行うというカラムキンとは異なり、褥婦単独で行われるものではなく周囲との関係のなかで実施されるという特徴をもつ

である。「リンパイ」といった人々にとって娯楽的要素がある場と機会を提供し、さらにユーファイの開始と終了時に「スークワン」という文化的儀礼を執り行う。

「スークワン」は「バーシー・スークワン」もしくは「バーシー」ということもあるラオス古来の儀式である。ラオスの人々はクワンという魂に関する諸観念を有してきた。生きている人間の身体には32の魂（クワン）が宿り、それは病気やショックで弱るとされる。弱まった魂は当人の関係者が集って強化してやらなくてはならない（ラオス文化研究所，2003）。これが「バーシー・スークワン」という魂の強化儀礼であり、「リンパイ」をしに人々が集まってくるのもこの理由からである。こうした魂の観念に基づく儀礼は仏教起源ではなく（Ngaosyvathn, 1990）、ラオスの伝統的宗教によるものとされる。しかし、ヒンドゥ教の影響により儀礼化されバラモン僧によって執行されていた儀式での役割が、現代は仏教の僧侶によって執り行われており（ラタナヴォンら，2003）仏教との関連は強いという。また、子どもが生まれると、精霊が家にはいつてきて母子に危害を与えないように、そして母子の魂が体内に留まるように「（バーシー・）スークワン」を行う。そしてユーファイ（ユーカム）が終わった後、再び「（バーシー・）スークワン」を行い、母子の健康を祈願する。ユーファイの前後で行われる「スークワン」という儀式は、魂を救い向上させさらに強くすることにより母子の健康を祈るという重要な文化的意味をもつものである。

ユーファイを実施するという事は、ただ単に産後の保温や養生だけを意味するものではない。人々がもつ強い文化的ビリーフに従い、それに基づいた「スークワン」や「リンパイ」という儀式や場を褥婦や家族、そして周囲の人々が共有、協働して執り行うという一連の儀礼的な要素が含まれる。そこには、E看護師が「褥婦の中には、火を使わないで儀式的にユーファイを行っている人もいます。慣習を行っているという表現だけ、です。現代の女性は、ユーファイは自分のためというより、信じている家族のために儀式的に行っている人もいます」と述べるように、民間的な療法という枠にはとどまらない「儀礼、儀式としてのユーファイ」が存在する。

さらに、ユーファイの実施を支援する褥婦の家族の視点で考えてみると、別の意味での「儀式としてのユーファイ」が存在することが分かる。アメリカでは1960年代までの数十年間は、子どもの呼吸器の問題を軽減するために扁桃とアデノイドの切除が手術で行われたが、術中や術後の副作用や合併症で多くの子どもが死亡していた。しかし扁桃やアデノイド切除の効果について意見が変わり始めてからも多くの親たちはこの処置を希望した。こうしたことをGlasserらは、「親が子どもの持続する病気に対して、自分は『何かをやった』のだという気持ち」を持つための「儀式としての手術」であるとした（Glasserら，1980）。

ユーファイは、その実施に際して火の準備や竹のベッドをしつらえるなど大掛かり

な作業が必要である。また、実施中も火をたやさないように炭を足したり、湯を沸かしたりとユーファイそのものの維持に手がかかるうえに、褥婦は基本的にはベッドの上で養生しているので、日ごろ褥婦がおこなっていた食事や洗濯などの家事全般や、新生児のおむつの洗濯などを家族の誰かが担わなければならない。そして、見舞いにきた人々が「リンパイ」をしている間はそうした客人を接待し、ユーファイ終了時に行われる「スークワン」では儀式の準備や、大勢の人がやってくるのでその対応もしなければならない。つまり、ユーファイをするということは、それに付随する儀式なども含めて家族が多大な労力を費やしてそれを支援しているということである。

家族は、ユーファイの実施は産後の復古を促進し、さらに将来的な女性の健康増進にも影響するという文化的なビリーフのもとに、褥婦にユーファイの実施を勧める。McElroy は、どの民族医学的体系にも経験に基づく治療法があつて、儀式や魔法がその大半である体系においてもこのような治療法は効果の高いことが多い (McElroy ら, 1995) と述べている。ラオスの、産後プラクティスを実施するという文化からみると、その民族医学的体系においてユーファイは効果が得られるものであるといえる。それに加えて、心身共に弱い状態である母子を守るために、褥婦のユーファイ実施を支援するという具体的行動を家族がとることは、「弱い母子に対して十分に支援した」という気持ちをもつための「儀式としてのユーファイ」という意味もあるのではないだろうか。ユーファイは、家族や近親者が母子に関わっていきたいという気持ちの表れであり、「他者の役に立ちたい」という人々の欲求がユーファイを実施し、さらに受け継いでいく大きな原動力になっているのではないだろうか。さらに、それは見舞いや儀式のために訪れた周囲の人々にも、そうした家族の褥婦への配慮を示すという意味があるのだと考える。

母子を守りたいという強い思いがユーファイ実施の支援という行動として表れる結果、家族にとっての「儀式としてのユーファイ」がある。ユーファイを褥婦がしないということは、そうした支援を家族がしていないということ、そしてそれを他者が知ることになりうるため、家族は強くその実施を勧め、褥婦にとっても「実施をしない」ということは難しい選択になるのである。

ユーファイには、褥婦だけでなく家族、そして周囲の人々が関与するという、産後の保温や養生だけではなく文化的ビリーフに沿った儀式・儀礼的な意味がある。さらに、ユーファイを実施することは、褥婦を支援する家族にとっても、褥婦と新生児に十分な支援をしたという行動を示すという重要な意味がある。そうした背景のなか、褥婦はユーファイを実施することを、家族や周囲の人々から強く勧められる。社会に身を置くラオスの人々は常時自分の社会内の上下関係を意識しており (綾部ら, 1996)、年長者を敬い周囲の人間との協調を大事にするラオスでは、褥婦にとって周囲の強い

勧めに従わないことは難しい。

看護職は、ユーファイは特に他者が広くそして強く関与する慣習であるということ、そして儀式・儀礼という文化的意味や価値をもち、その実施は家族にとっても重要なことだと認識しているのである。

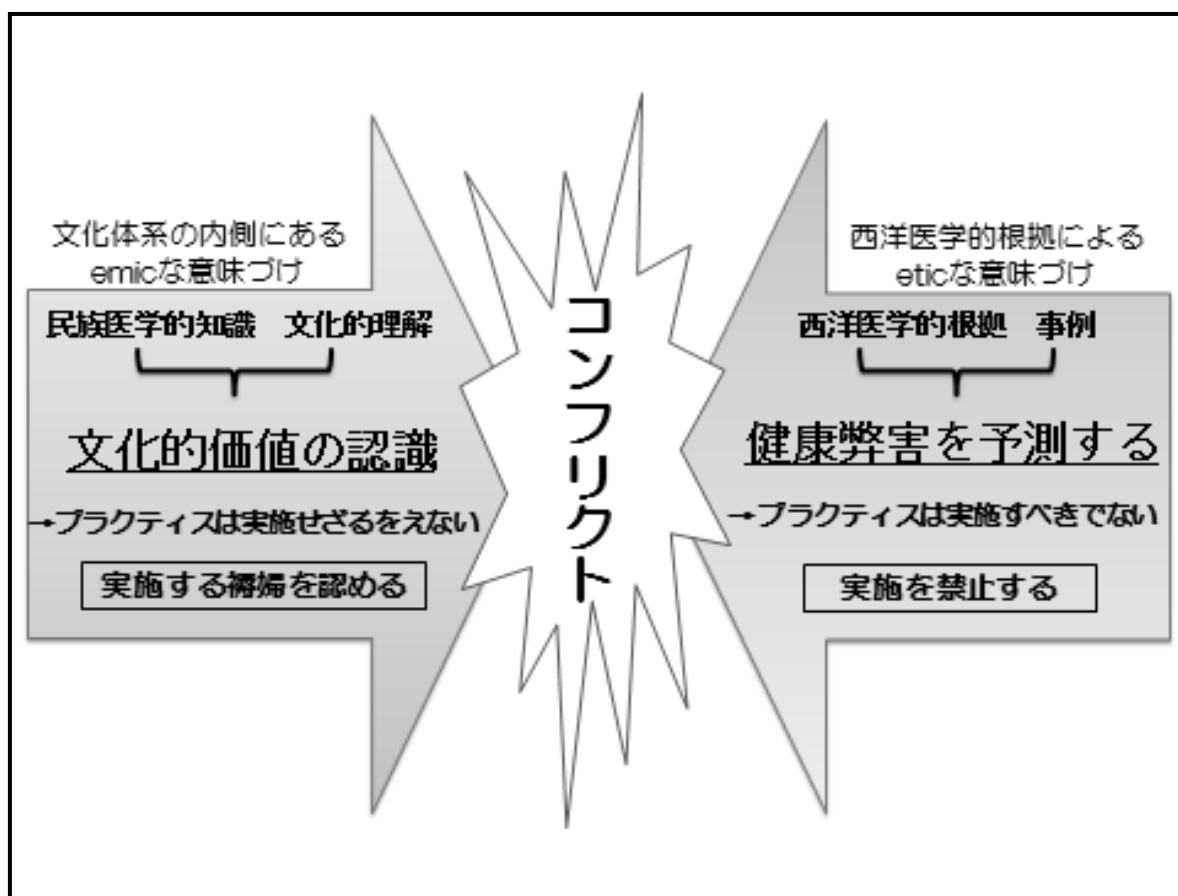
3. 文化を理解することと専門職であることとの間のコンフリクト

看護職は、健康を脅かされ再入院となった事例や西洋医学に拠った専門的知識から産後プラクティスをとらえると、ユーファイとカラムキンの両方とも褥婦には勧められるものではないという認識をもっている。一方、褥婦の周囲に存在する家族や人々は産後プラクティスに対して民族医学的な強いビリーフを持っていることも認識している。年長者を敬い、周囲の人間との協調を大事にするラオスでは、周囲の強い勧めには従わざるを得ない。さらに他者も参加しつつ行われる、褥婦や新生児を守ろうという儀礼としての意味をもつユーファイは文化的に価値があることも認識している。

看護職がもつ産後プラクティスに対する認識には、2つの理解が存在していることが分かった。西洋医学に基づく専門的知識に拠った「産後プラクティスは健康によくないのでやるべきではない」という慣習実施に否定的なものと、逆に人々がとらえる産後プラクティスの文化的価値の理解に拠った「人々が勧める慣習だからやらざるをえない」という慣習を実施する褥婦を認めるものである。それらの認識は、産後プラクティスの実施という点から考えると相反している。

こうした両方は満たせない複数の欲求（意見、態度、要求、信念、価値など）が同時に存在している状態のことをコンフリクト（葛藤）という（森谷ら，2010）。看護職がもつ産後プラクティスに対する認識の1つは、専門的知識や自らが経験した火傷や創部離解などの事例といった西洋医学的根拠による etic な意味づけにより、健康弊害が予測される産後プラクティスは実施すべきではなく禁止するというものである。一方、民族医学的知識や年長者を敬う文化の理解といった文化体系の内側にある emic な意味づけにより、産後プラクティスの文化的価値を認め、産後プラクティスは実施せざるをえないため、実施する褥婦を認めるという認識も存在する。予測する健康弊害から実施を否定するという認識と、褥婦と他者との関係や文化的価値から実施を肯定せざるをえないという認識の両方が同時に存在し、看護職には内在的なコンフリクトが生じている。看護職の産後プラクティスに対する認識と内在するコンフリクトについて図8に示す。

図8 産後プラクティスに対する認識に内在するコンフリクト



Lewinは、コンフリクトを「接近—接近型」、「接近—回避型」、「回避—回避型」に分類した。「接近—接近型」は両方の欲求を満たしたいが両方は満たせないもの、「接近—回避型」は一方は満たしたいけれど一方は避けたいというもの、「回避—回避型」は両方とも避けたいというコンフリクトである (Lewin, 1957)。看護職がもつ内在的コンフリクトは、Lewinの分類によれば「接近—接近型」である。看護職は産後プラクティスに関する褥婦への指導において、「産後プラクティス実施を禁止する(したい)」という考えと、「産後プラクティスを実施する褥婦を認める(認めたい)」という認識(欲求)を自己の内側にもつ。コンフリクトは保健医療分野では、医療職者間のコンフリクトを解決してより有益で効率のよい業務や組織運営を行うという管理側の視点で研究がされている (Dreachslinら, 2006) が、ここで明らかになったコンフリクトは看護職の内側に存在するものであり、看護職もそこにコンフリクトが生じているという認識はもっていないものである。

N看護師は、「火を強くしてユーファイをして、さらにカラムキンをすると健康を害します。肉も食べずに、皮膚も火傷をしてしまう・・・。そんな状況であっても、家族や年寄りの勧めることに対して看護師が「ダメ」と言うことは難しいのです」と語った。看護職は、その文化の構成員として文化的価値や背景を理解していると同時に、専門職として産後プラクティスの実施による褥婦の健康弊害を予防したいという思いがある。そこで、産後プラクティスに対する認識で生じた自身に内在するコンフリクトから、それを乗り越えていく看護を見いだす必要があるのである。

II. コンフリクトから生まれる文化的コンピテントな看護

1. 専門的知識に基づいた看護の先にあるものを見据える

産後プラクティスを実施すると健康が弊害されるおそれがあるため、産後プラクティスは禁止という指導が必要だと認識する看護職であるが、産後プラクティスは重要な文化的意味をもち周囲との関係の中で実施されており、文化的価値をもつことも認識している。そこで、産後プラクティスを禁止した場合の先にある褥婦の状態をとらえようとする。「『（産後プラクティスを）やってはいけない』とだけいうと、看護師は文化や慣習を理解していないことになってしまう」とG看護師は語った。産後プラクティスを禁止するという指導をすることによって、褥婦や家族は「あの看護師は文化や慣習を理解していない」ととらえてしまい、そうした看護職は信用されないという。また、P看護師は、「ユーファイは健康にはよくないです。でもやらないことは家族が許さないだろうと思います」と述べている。年長者を敬い周囲の人間との協調を大事にするラオスでは、周囲の強い勧めには従わざるを得ず、産後プラクティスを実施しないという選択肢をもつことはないという褥婦の状況があることも看護職はよく認識しているのである。

R看護師はユーファイについて、「禁止してもだめです。禁止しても褥婦の行動は変わらないでしょう」と語り、K看護師も「ユーファイはしないほうがいい、と話してもユーファイを実際にしない人は少ないです。私の言うことを信じていないのではなくて、家族や伝統や慣習を信じる心が強いのだと思います」と語った。看護職が、西洋医学的根拠によるeticな意味づけで産後プラクティスをとらえ、健康弊害が出現するのを避ける為に実施しないようにと「産後プラクティスの禁止」を指導したとしても、褥婦は家族の勧めや文化的背景から産後プラクティスを実施するのである。このように看護職は、「禁止」という専門知識に基づいた指導の先にあるものを見据えている。そして、禁止したとしても褥婦の行動は変容せず、褥婦は産後プラクティスを実施するだろうととらえている。

そこで看護職は、褥婦や家族からの信頼を失わずに、褥婦に対してより有益な内容を指導するため、専門的知識に基づいて「禁止」したとしても慣習を否定はせずに、「禁止はできない」そして「禁止では終わらない」と考えるのである。

看護職の産後プラクティスに対する認識には、専門的知識と文化的理解の2項の対立というコンフリクトが内在する。そのうえで褥婦に有益な看護を実践するために、「禁止」という専門的知識に基づく看護の先にあるものを見据えるのである。

2. 専門的知識と文化的理解のコンフリクトと共存（融合）

看護職の産後プラクティスに関する認識には、専門的知識と文化的価値の理解というコンフリクトが内在していた。しかし看護職は、褥婦に有益となるような看護を実践するために、専門的知識と文化的理解という相容れることが難しい事柄をそれぞれ別次元に存在するものとせず、共存する方策はないかと考えていた。

G 看護師は、「看護師は慣習が健康に悪いことは分かっています。でも、「するな」と言ったら、逆にそのまま実施してしまっって傷がくつつかないこともあるかもしれない。それより、もしやるのならどのようにやるべきかを話した方がいい。慣習を理解したうえで『7～10日間我慢したあとにユーファイをしてもいい』というほうがいいのです」と語った。専門的知識やこれまでの事例から、ユーファイを実施することによって出現する可能性がある健康弊害を考慮して「ユーファイは禁止」と看護職が指導したとしても褥婦の行動は変わらず、ユーファイを実施する。一方、禁止しても褥婦の行動は変わらないとして、最初から「禁止」もせずそのまま何も伝えない、もしくはこれまでの方法を推奨していくと、重篤な健康弊害を引き起こしてしまう可能性がある。そこで看護職は、自らの専門職としての知識や経験と産後プラクティスに関する文化的知識から、積極的に勧めることはしないが、産後プラクティスの存在や実施を認め、そのうえで「やるのならどのようにやるべきか」という健康を脅かさない方法を新たに見だし、それを褥婦に伝えていくほうがよいととらえたのである。

こうした西洋医学的根拠および専門的知識のみに拠った看護ではなく、文化や社会背景も理解し対象を全人的にとらえた看護を実践する、もしくはそうした試みの過程は、看護職が文化的コンピテンシーを担保して、産後プラクティスとそれを実施する褥婦をとらえていると考えられる。Papadopoulos らは、文化的コンピテンシーを「人々の文化的ビリーフや行動様式、ニーズを考慮し、有益なヘルスケアを提供することができる能力」と定義している (Papadopoulos ら, 2006)。本研究でラオスの看護職は、産後プラクティスに対する人々のビリーフや実施する内容などを考慮して、褥婦に有益な看護を提供しようとしていた。

文化的コンピテンシーにつながる知識や技術を習得するための構成概念には、Cultural awareness、Cultural knowledge、Cultural sensitivity がある (Papadopoulos ら, 2006)。看護職は、産後プラクティスという文化的慣習を、自らも構成員となっている文化体系の中にあるものとして認知しており (Cultural awareness)、実施方法や民族医学的理由、人々のビリーフを理解していた (Cultural knowledge)。そして、慣習を実施したい、家族に勧められるのでせざるをえないという褥婦の気持ちに sensitivity をもって共感した (Cultural sensitivity)。その結果、文化的コンピテンシーを担保し、専門的知識と文化的理解というコンフリクトを乗り越え、それら

を共存させ融合するという看護を試みるのである。

さらに、Lavizzo-Moury らは、文化的コンピテンシーは、ある特有な人々がもつ、健康に関連するビリーフや文化的価値、疾病と予防、治療（療法）の効果という3つの要素に関する認識と統合によって表されるが、最も重要な点は通常分離してとらえられるこうした3つの要素をまとめて統合したものであるということである、と述べている（Lavizzo-Moury ら, 1996）。文化的な意味づけによる健康に関連するビリーフなどの emic なカテゴリーに存在するものと、疾病に関する知識や治療の効果といった etic なカテゴリーにあるものは通常分けてとらえられるものである。というのも、前者は、人々の中に存在するものであり、後者は医療の世界では医師や看護師といった専門職の中に存在するものであるからである。しかし、文化的コンピテンシーにおいては、そうした分離して考えられがちである要素を包含し、統合することが求められる。ラオスの看護職は、emic なカテゴリーに存在する文化的な産後プラクティスに対する民間的ケアの効果へのビリーフと etic なカテゴリーに存在する疾病などの健康弊害、西洋医学に拠った産後ケアの効果の双方をとらえて統合し、それらが共存できる新たな看護を見いだそうとしていた。さらにユーファイでは、家族や近親者が母子に関わり支援するという「儀式としてのユーファイ」が大きな意味をもち、それは看護職の文化的コンピテンシーにも影響を与えていることが明らかになった。

また、Papadopoulos らは、文化的コンピテンシーは、個人的および専門職としての生活（人生）をとおして、絶えず付加され、習得していく知識と技術の統合から生まれるものである（Papadopoulos ら, 2006）と述べている。文化的コンピテンシーは看護職が文化的なコンテキストの中で、有効に活動していくことを、継続的に努力する「プロセス」でもある。ラオスの看護職は「文化的コンピテンシー」というプロセスのなかで、褥婦や家族といった看護の対象を考え、専門的知識や文化的理解の対立という内在するコンフリクトの要素それぞれを、別次元に存在するものと分離してとらえることはせず有機的にとらえる。そして、専門的知識と文化的理解の双方を共存させ融合する看護を見いだしていこうと試みているのである。

3. 文化に柔軟で新しい、文化的コンピテントな看護

ラオスの看護職は、褥婦に有益となる看護を実践するため、文化的コンピテンシーという継続するプロセスをもつことで、専門的知識と文化的理解の双方が共存し融合する看護を生み出していた。さらに、産後プラクティスの中でもカラムキンとユーファイの異なる性質をとらえており、その差異を実践する看護にも反映していた。

食事を制限するというカラムキンの実施は、栄養摂取が充分でないことにより母親

自身の産後復古に悪影響を与えかねない。また母親の栄養不良やバランスの偏りから母乳分泌不足を引き起こし新生児の健康にも悪影響を及ぼしかねず、F 看護師が「カラムキンとユーファイではカラムキンのほうが健康に悪いです」と述べるように、ユーファイよりも健康弊害が大きいという看護職の認識があった。

しかし看護職は、専門的知識に基づき具体的な理由をあげつつカラムキンをしないようにすすめるものの、周囲との関係の中にあるラオスの褥婦の状況からその遵守は難しいことを理解している。そこで、看護職はカラムキンについて禁止するだけではなく、その実施方法や民族医学的理由から、カラムキンという産後プラクティスを再構成しその内容を補完して指導していた。カラムキンは、食禁忌にともなう食事制限の慣習である。それに対して看護職は、カラムキンという産後プラクティスの本質的な実施方法である「食禁忌にもとづく食事制限」という褥婦の行動を認めたいうで、西洋医学的根拠に矛盾しない内容の「褥婦に勧める食禁忌」を指導するのである。

Leininger は「文化ケア」を、安寧や健康を維持したり、人間の条件や生活様式を高めたり、病気や障害や死に対処しようとする個人または集団を援助し、支持し、能力を与えるような主観的および客観的に学習され伝承された価値観、信念、パターン化された生活様式である、としている。そしてさまざまな文化圏での研究から、文化ケアに対する看護の判断、意思決定、行為は、emic なケアの知識と etic なケアの知識の併用にに基づき、「文化ケアの調整もしくは取り引き」、「文化ケアの再パターン化もしくは再構成」、「文化ケアの保持もしくは維持」という3つの様式を導く、と述べている。ラオスの産後プラクティスはLeininger の定義によると、文化ケアであるといえる。さらにLeininger は、「文化ケアの再パターン化もしくは再構成」とは、クライアントが生活様式を変化させ修正して、新しくこれまでとは異なる有益なケアパターンを身につけられるように援助する専門的行為であり、この場合、クライアントの文化的価値観やビリーフを尊重しながら、変化が遂行される以前よりも有益もしくは健全な生活様式をもたらすことができる、と述べている (Leininger, 1995)。

本研究で看護職は、カラムキンという文化ケアを「食禁忌にもとづく食事制限」であることを理解していた。その中で、カラムキンの実施理由である「ピットカム」という病いの予防のための「食禁忌」という民族医学的理由と、褥婦の行動として現れる「食事制限」という行為を認めていた。そして、褥婦の健康を害さないように、さらに下痢や浮腫などの疾病を予防するという西洋医学的根拠に矛盾しない内容に「食禁忌」の内容をアレンジして伝え、それに基づいた「食事制限」を指導していた。こうした看護は、看護職が産後プラクティスの内容を、その民族医学的理由や実施方法などを理解したうで、褥婦にとって有益で健全なものとなるように、再構成して褥婦に伝えていたと考えられる。

ユーファイについても看護職は、健康弊害が予測されるという専門的知識をもとに褥婦には禁止と伝えることがあった。しかし、ユーファイには、褥婦だけでなく家族、そして周囲の人々が関与するという「儀式としてのユーファイ」という大きな意味がある。ユーファイのもつ儀式としての文化的価値や他者からの強い関与、そして民族医学的理由をとらえ、「禁止できない」「否定や禁止はしない」とも考えていた。さらに、禁止しても褥婦の行動は変わらないとして、最初から「禁止」もせず、そのまま何も伝えないもしくはこれまでの方法を推奨していくと、重篤な健康弊害を引き起こしてしまう可能性があることも理解していた。そこで看護職は、ユーファイを積極的に勧めることはしないが、ユーファイという産後プラクティスの存在や実施を認め、そのうえで「やるのならどのようにやるべきか」という健康を脅かさない方法を新たに見だし、それを褥婦に伝えていくほうがよいととらえた。

L 看護師は、「家族にも親戚にもユーファイはすすめたことはないですし、ユーファイはするな、と話しています。でも伝統、慣習なのでやらないわけにはいけません。なので、火を強くしないでユーファイするようにと話しています」と語っていた。看護職は、etic な立場からユーファイを勧めることはないという一方、退院前の指導で褥婦に対して、ユーファイという文化ケアを認めたくえ健康弊害が起きないような具体的実施方法について指導をしたほうがよいと考えるのである。その方法には、「火を強くしない」というほかにも、「7～10 日間してからユーファイを実施する」という開始時期を遅らせる内容があり、それは、会陰の創部が治癒するまではユーファイはしないほうがよいという考えに拠ったものである。これらは、ユーファイがもつ褥婦を火を用いて温めるといった「保温」という行動は担保したまま、創部の治癒の遅れや火傷といった健康弊害は予防するという方法であり、看護職は産後プラクティスの実施方法は理解したうえで、健康を害することがないように調整した内容を指導していることが分かった。

Leininger は、「文化ケアの調整もしくは取り引き」とは、特定の文化をもつ人々が専門的ケア提供者による有益もしくは満足感をもたらすような健康上の成果を求めて他の事柄との関係を調整し取引するのを助けるような専門的行為と意思決定である、と述べている。「文化ケアの調整もしくは取り引き」は、精神的ニードや家族間接触といったことについて調整が期待される場合に用いられることが多い。イスラム教徒の家族で、その一員が病気になった時には家族全員がそのケアにあたることが大切だと考えられている場合などに、家族ができるだけ有益で満足の得られるケアができるように計画を立て調整する必要がある、と例をあげている (Leininger, 1995)。

本研究では、看護職はユーファイに対してその家族や他者の関与や儀式的意味という特徴を認識し、その実施に理解をしていた。しかし、「保温」という行動は担保し

たうえで、健康弊害は予防するという調整をした実施方法を指導していた。これはユーファイという産後プラクティスを調整するという看護実践であることが分かる。ユーファイのもつ儀式としての文化的価値や他者からの強い関与、そして民族医学的理由はカラムキンのそれとは異なる。そのため、カラムキンでみられた「再構成」ではなくユーファイを「調整」していた。カラムキンとユーファイについて、その実践される看護とそれに関与する事柄を表4にまとめた。

表4 ユーファイとカラムキンの看護に関わる要因の比較

	他者の関与	民族医学的 実施理由	予測する 健康弊害	禁止の 程度	看護
カラム キン	少ない 食事の世話をす る家族など	「ピットカム」予防 ＝病いの予防	強い	強い	再構成
ユー ファイ	多い 家族や親戚 見舞や儀式に参 加する人々	産後や将来にむけた 健康増進	有	有	調整

カラムキンは母乳を介して新生児にまで影響し、ユーファイよりも予測される健康弊害が強いと看護職は認識しており、その分禁止の程度も強く、見いだされた看護もカラムキンを再構成するという大きな修正を伴うものであった。一方、ユーファイは、儀式としての文化的意味や他者の関与が強く、その民族医学的实施理由も健康増進という前向きなものであり、看護はユーファイを実施する際の方法の調整であった。

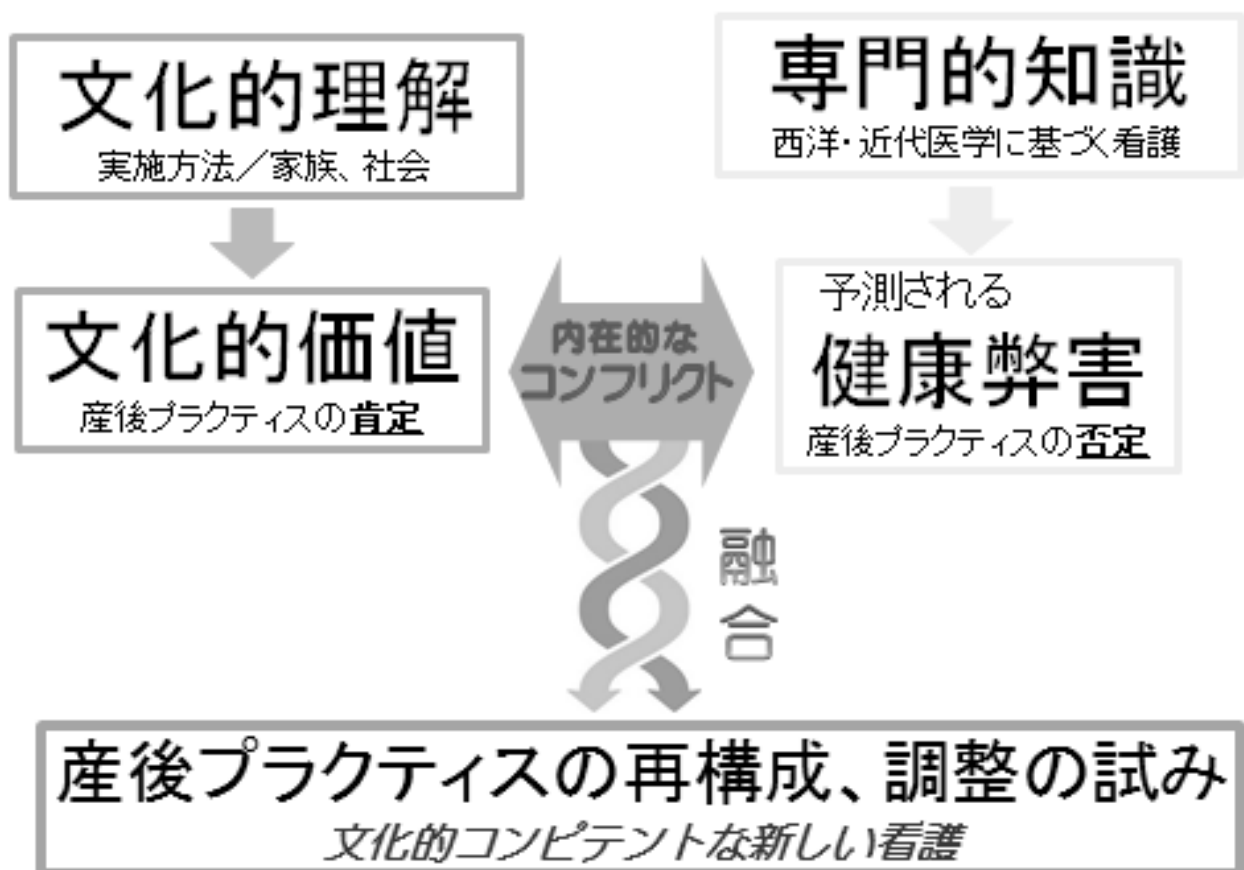
このように、カラムキンには「再構成」、ユーファイには「調整」という試みのもと、看護職は文化に柔軟な新しい看護を生み出し褥婦に指導していることが明らかになった。文化的コンピテンシーというプロセスの中で、産後プラクティスという文化的事象を emic な民族医学的理由や儀式としての文化的意味と etic な専門的知識の双方から理解することによって、看護職が褥婦に有益となり満足するような文化的コンピテントな看護を実践するために、産後プラクティスという文化ケアの特異性にそった看護を見いだしているのである。

看護職は、産後プラクティスの実施を否定する専門的知識と肯定する文化的価値の双方を認識しているという内在的コンフリクトに対し、専門的知識と文化的理解を別

次元に存在するものとせず、有機的にとらえて共存することを考えた。そして褥婦に対する指導では、カラムキンについては「食禁忌にもとづく食事制限」という褥婦の行動を認めつつ褥婦の健康を害さないように、さらに下痢や浮腫などの疾病を予防するという西洋医学的根拠に矛盾しないものに食事制限の内容を再構成していた。またユーファイは、火を用いた「保温」という行動を認めただうえで、創部の治癒の遅れや火傷などの健康弊害を予防するために、開始する時期や用いる火の程度を調整するという具体的実施方法を指導していた。

こうして、産後プラクティスの再構成と調整という、文化的理解と専門的知識を融合した文化的コンピテントな新しい看護を生み出し実践しているのである（図9）。

図9 コンフリクトから生まれる文化的コンピテントな看護



Ⅲ. 現代に求められる産褥期における文化的コンピテントな看護

1. 妊娠出産にまつわる慣習の盛衰

産後や妊娠出産に関連して行われる慣習や習俗は世界各地で実践されているものであり、日本においても現代に受け継がれているものから、ほとんど失われたものまでさまざまである。ラオスのユーファイに近似したプラクティスとして、鈴木は、沖縄に「ジール（地炉）」と呼ばれる「産後に母体を暖める慣習」があった、としている（鈴木，2003）。沖縄では「産室」は、圍爐（いろり）の設備がある部屋を使用し、出産が済むと直ちに爐に火を焚付けて部屋を暖め、嬰兒の枕元には山刀など刃物を備えて魔除けにする。そして産室の表の部屋に夜伽（ヨートギ）、すなわち不寝番（ねずのぼん）をしている。夜通し火を焚くことと嬰兒をみまもるのが任務で悪魔の進入を防ぐ。火を焚くのは6日間で、7日目には爐を離れる（島袋，1932）。「ジール」という語句は、産後に母体を暖める慣習ではなく、沖縄の伝統的家屋の中心部あたりにおかれる茶竈や出産の際に火を焚く石で囲いがしてある爐をさす。沖縄の儀式や行事にはヒヌカン（火の神）への信仰があり、ヒヌカンは家に幸福、豊作、大漁、健康を授け、不幸や災難、病気をふせいでくれるといい、現在まで多くの母親たちに受け継がれているという（仲村，2013）。ラオスのユーファイも火を用い母子を守ろうとする産後の慣習であるが、沖縄の慣習は土着のヒヌカンへの信仰に基づいて行われていることであり、方法などは共通点があるものの実施理由には異なる点があることが分かる。

しかし、沖縄のこうした慣習は1950～60年代まで残っていたが、家庭分娩から施設分娩へと移行する中で実施されなくなった。出産にまつわるものではないが、同じように沖縄で施設分娩が増えたと同時に衰退した慣習に、乳幼児に行われた瀉血がある。これは、家族や近しい人々によって、乳幼児期に子どもの肩甲部などの皮膚をカミソリを用いて線状に切り、芭蕉の中身の芯で部位を拭くことで出血量を増加させる、といった慣習で、瀉血が乳幼児の貧血や死亡をもたらしていたにもかかわらず、1960年代までは実施されていた（稲福，1969）。瀉血が実施されなくなった理由として仲村は、戦後の復興が始まり、病院や診療所が増加して、妊産婦指導や小児診療の中で医療職者が瀉血の危険性について指導し禁止してきたためだとしている（仲村，2013）。乳幼児の瀉血という著しい健康弊害を起こす慣習は、医療職者の努力によって消失した。そして沖縄の出産にまつわる慣習も、家庭分娩から施設分娩への移行という出産の医療化が進んだことによって、専門的医療職が介入したことにより衰退したといえるだろう。

一方、現代に残る慣習も存在する。日本には妊娠5か月に入った最初の戌の日に「腹帯」をつけ、そして妊娠中は何らかの腹帯を着用して過ごすという、現代でも受け継がれている出産にまつわる慣習がある。腹帯の起源は、神功皇后が三韓征伐のとき懐妊していたため、鎧の下に腹帯をして出陣し、戦に勝ち、無事に安産をしたと言い伝えられているので、それにあやかって広く妊娠中に腹帯を巻くようになったと言われている（関口，1998）。こうした腹帯の慣習は日本特有のものであり、その当否は江戸時代中頃から医療を職にする人々によってさかんに論じられており、現在の専門家の間でも賛否両論がある。杉立は、その効用として保温や外圧から胎児を守るといった実用的な面も考えられなくもないが、宮古島では腹帯の代わりに魚の尾びれを干したものを巻き結んだりという習俗が伝えられていたりもすることから呪術的なものであると思われ、腹帯を巻くことによって母親としての自覚をもって行動することを促したというのがこの慣習の根にあるのではないかとしている（杉立，2002）。このようにそこに確固たる etic な意味づけ、つまり医学的な根拠がないものであっても、慣習として emic な意味づけによって受け継がれているものが存在する。

出産にまつわるものではないが、女性の健康にまつわる慣習としてアフリカの広い地域で行われてきた女性性器切除（女子割礼）がある。女性性器切除は女性の健康を脅かす虐待であるとされ、スーダンでは、女性の割礼は非合法であり行った産婆は投獄される。しかし、この習慣は続いており、宗教の指導者たちはもっと簡単な形での処置を呼びかけているが効を奏していない（Gruenbaum, 1982）。こうした女性に対する割礼は若い女性を虐待するものであるのに、女性自身が家族からの非難を恐れて強く要求しているという。個人の身体健康には適応性がないものであるにもかかわらず、社会的宗教的な理由から実施されているのである（McElroy ら，1995）。沖縄の乳幼児の瀉血も、それを子どもに実施した母親への調査では、瀉血は子どもの健康を脅かすものであるが、実母や姑の強い勧めに逆らえずに行ったという理由があがっている（仲村，2009）。女性は、家族や周囲の人々からの強い影響をうけて慣習の実施を行っていることが分かる。

こうした慣習は、それを実施することによる西洋医学的にみた健康弊害の度合いもその存続に関わってくるのではないかと考える。ラオスの産後プラクティスでも、看護職の禁止したほうがよいととらえる程度は、予測される健康弊害が大きいカラムキンのほうがユーファイよりも強かった。沖縄の乳幼児に対する瀉血といった健康弊害が強い慣習においては、専門職は文化的価値と自らのもつ専門的知識をとらえたとき、コンフリクトではなく専門的知識という一方のみを尊重するという選択をするのではないだろうか。反例として、腹帯といったそれを実施することによって顕著な健康弊害はないものは現代にも受け継がれている。ただし、健康弊害が著しい女性性器切除

は、アフリカ圏においていまだ残っているのも現状である。慣習実施による etic なカテゴリーでとらえる健康弊害の強弱は看護職の認識に影響を及ぼすと考えられる。しかし、そのみではなく、emic なカテゴリーでとらえる女性と家族や周囲との関係、社会的宗教的そして文化的理由、さらに、よりマクロな視点でとらえる医療の開発・近代化の程度といったものも関与してくるのである。

2. ラオスの産後プラクティスは受け継がれていくのか

本研究で看護職は、ユーファイやカラムキンという産後プラクティスを文化的に理解しその文化的価値を認識しており、西洋医学的根拠に拠ってそれを単純に排除もしくは否定するのではなく、共存、融合する看護を実践していた。専門的医療職である看護職がそうした理解、認識をもつラオスの産後プラクティスは、人々によって今後も受け継がれていくのだろうか。

沖縄ではその地域に、出産は施設で行い専門医療職者が介入するものであるという etic なものが強く流入してきたとき、emic なものである産後に母体を暖めるという慣習は衰退してしまったといえる。同様に、後発開発途上国であるラオスでは今後保健医療分野の開発はすすみ、出産もより医療化していくことが考えられ、産後プラクティスは沖縄の慣習のように変容していくかもしれない。本研究でも、看護職が産後プラクティスの従来のものとは異なる新たな実施方法を指導していることが明らかになった。こうした専門職による産後プラクティスへの指導がすすんでいくことは、沖縄の乳幼児の瀉血が現代では消失しているように、人々の慣習実施行動にも変容を起こしていくことになるだろう。

また、若手の看護職は「創部が治癒する 7～10 日間はユーファイしない」「褥婦の身体に悪影響と思われるものを食禁忌とする」といった、新たな実施方法のアイデアを先輩の看護実践などから学び習得しているだろう、と副師長である H 看護師は語った。若手である D 看護師も「産後 7～10 日間したらユーファイをしていい、というのは他の看護師が言っていた」と語っており、新しい実施方法のアイデアは先輩看護師の実践から学んでいることが分かる。一方、若手看護師とのインタビューでは、自らの知識や経験から産後プラクティスに関する文化的理解や価値の認識があり、それに拠って慣習は禁止せずに新たな方法を指導していることが語られていた。産後プラクティスに関する指導内容などを他の看護職から学ぶことがあっても、文化的価値の理解に対する看護職の認識に世代間の大きな差異はみられなかった。ラオスでは現代でも広く産後プラクティスが実施されており（佐山，2012）、若手の看護職の周囲にも身近に存在している。そのため、現時点では看護職の認識に世代間での差異はみられなかったと思われるが、社会の開発、保健医療分野の発展といった今後の社会状況の

変化は、看護職間の認識に世代間の差異をもたらし、それが産後プラクティス指導内容に影響を及ぼしていくことにもなると考えられる。

ただ、ラオスの看護職は、eticなカテゴリーにあるものとemicなカテゴリーにあるものの両方を認識し看護にあたっていた。現代では、家庭で行われる儀礼や行事は家族や親族の絆を深める意味でも重要であり、出産や育児にまつわる儀礼や風習を探索し、母子の生活理解につなげ絆を深めるより良い儀式や風習を取り入れようという考えもある（儀間ら、2009）。ラオスのユーファイも、家族や近親者が母子に関わり支援するという「儀式としてのユーファイ」が大きな意味をもっており、それはこの産後プラクティスが今後も受け継がれていく大きな礎となるのではないだろうか。

これまで述べたように、今後ラオスの産後プラクティスは、マクロそしてミクロ両方の状況の変化から変容していくことが考えられる。しかし、文化的コンピテンシーは看護職が文化的なコンテクストの中で、有効に活動していくことを継続的に努力する「プロセス」である。その常に動き変化するプロセスの中で、ラオスの看護職は「新たな」文化的コンピテントな看護を生み出していくに違いない。

3. 産褥期に求められる文化的コンピテントな看護

文化的コンピテンシーおよび文化的コンピテントな看護に関する研究の多くは、多くアメリカで実践されてきた。それは、アメリカが人種や民族、宗教、文化の多様性がある国であり、そういったものが要因となり医療やヘルスケアの不均衡が生まれている、(Dreachslinら、2013)という指摘に基づいているといえる。Dreachslinらは、ヘルスケアを提供する者は、多様性というコンテクストの中で患者中心のケアを行うために必要な文化的コンピテンシーと、多様性を理解しマネジメントする能力を常に向上させていく必要があるとも述べている（Dreachslinら、2007）。現代はボーダーレスの時代であり、世界中の人々が文化の垣根を越えて関わり合っている。日本でも在日外国人への支援等、異文化を考慮した看護の必要性は高く、特有な文化が深く関わる場面の多い妊娠・出産・産褥・育児の場面において文化的コンピテンシーを担保した看護は必要不可欠である。アメリカのThe Center for Disease Control (CDC)は、コンピテンシーは考え方や姿勢だけではなく知識や実践的技術も含むと指摘している（Dreachslinら、2013）。文化的コンピテンシーは文化に対する考え方や姿勢だけではなく、それをいかに実践に活かすことができるか、またそうした技術を担保できるのかが重要であるのである。

さらに本研究では、異文化をもつ対象に対する看護ではなく、同文化の構成員である看護職と褥婦という関係における看護に焦点をあてた。そこで看護職は、そのetic

な立場と、文化の構成員であるという emic な立場から、内在的コンフリクトが生じることが明らかになった。文化に焦点をあてて看護を考える際、異文化をもつ対象に対して、いかにその文化を考慮して看護を実践するかということが論じられることが多いが、本研究では同文化間でもこのようにコンフリクトが内在することが分かった。同じ文化をもつと思われる看護の対象であっても、専門的な知識をもつ看護職はコスモポリタンな医学である西洋医学を礎に思考するといった、emic な人々の思考とは別のカテゴリーを保持しているのである。ただし、コンフリクトが内在するということは、専門的知識と同様に文化的な理解も十分に踏まえているということでもある。そうして文化的事象を注意深くみることができるからこそ、より褥婦に有益で文化に柔軟な新しい看護を実践しようというベクトルが生まれるのではないだろうか。

妊娠・出産・育児期は人類の長い営みにおけるその普遍性から、固有の文化が強く影響する時期であり、世界中の地域で独自の文化がうみだし育んださまざまなビリーフや慣習が、女性や家族の考えと行動に大きく影響を及ぼしている。特に、産褥期は、出産の医療化が進んだ現代においても、出産というピンポイントで医療専門職の介入がある etic な場面は終わり、母親は家庭に戻り家族や周囲の人々と過ごす時期であるため、伝統的な文化や慣習といった emic なものが残存しやすい環境となる。そうした emic な状況にある褥婦、もしくは退院後にそうした環境になるであろう入院中の褥婦に対し、看護職は専門職としての知識で看護を実践すると同時に emic な意味づけによる文化的理解をもって看護を実践していかなければならない。

近代西洋医学による根拠はあくまで医療職側がもち提示する根拠である。看護の対象となる人々はその生活の中で、文化的に受け継がれてきたケアや民族医学的効果、そして周囲の人々との関わりを大きな拠り所として生きている。Emic なものが残存しやすい産褥期に求められる文化的コンピテントな看護には、まず看護職の文化的事象の認識が必要でありそのためには十分で継続的な文化的知識の担保が不可欠である。そして、近代西洋医学と文化的事象のどちらか一方に拠るのではなく、コンフリクトを恐れずに両者をとらえたうえで、褥婦そして家族に心身ともに有益となる看護を生み出し実践していくことが産褥期に求められる文化的コンピテントな看護であると考える。

出産の医療化は、妊産婦死亡数を減少させ、より安全な出産を生み出した。と同時に、人々がその歴史の中で長く育んできた、家族や周囲の人々が母子を守ろう、支援しようという文化的価値のある伝統や慣習をそぎ落としてきてしまったのではないだろうか。そして、こうしたことはラオスといった開発途上国のみならず、施設内分娩

が 100%に近い日本のような先進国でもいえることである。妊娠・出産・育児にかかわる日本の看護職は、Evidence Based Medicine もしくは Nursing のもと、安全であることを最優先に etic な体系そしてそれにもとづく看護に偏りすぎてはいないだろうか。母子が孤立せず、より安全でしかも安寧でもある産褥期を過ごすために、看護職はどのような立ち位置にあったとしても、emic な視点を忘れずに持ち続け、etic な視点とバランスをとりながら、文化的コンピテントな看護を実践することが必要なのである。

第8章 結論

本研究は、文化的コンテクストの中で生まれ育まれ受け継がれてきたユーファイ、カラムキンというラオスで広く実施されている産後プラクティスと、それに対する看護に焦点をあてた。文化や慣習に基づいて行われる産後プラクティスに関して、看護職がどのようにそれらをとらえ認識し、看護を見だし実践しているのかを明らかにした。

看護職がもつ産後プラクティスに対する認識には、予測する健康弊害から実施を否定するという認識と、褥婦と他者との関係や文化的価値から実施を肯定せざるをえないという認識の両方が同時に存在し、看護職には内在的なコンフリクトが生じていた。専門的知識や自らが経験した火傷や創部離解などの事例といった西洋医学的根拠による etic な意味づけにより、健康弊害が予測される産後プラクティスは実施すべきではなく禁止するというものがあった。一方、家族や近親者が母子に関わり支援するという「儀式としてのユーファイ」といった他者との関わりや民族医学的効果という emic な意味づけにより産後プラクティスの文化的価値を理解し、それを実施せざるをえない褥婦の状況を認識していた。

産後プラクティスの実施を否定する専門的知識と肯定する文化的価値の双方を認識しているという内在的コンフリクトに対し、看護職は、専門的知識と文化的理解を別次元に存在するものとせず、有機的にとらえて共存し融合することを考えていた。褥婦に対する指導では、専門的知識に基づいて「禁止」したとしても、禁止の先にあるものを見据えて「禁止では終わらない」と考える。積極的に勧めることはしないが産後プラクティスの存在や実施を認め、そのうえで「やるのならどのようにやるべきか」という健康を脅かさない方法を新たに見だし、それを褥婦に伝えていくほうがよいと考えるのである。カラムキンについては、「食禁忌にもとづく食事制限」という褥婦の行動を認めつつ褥婦の健康を害さないように、さらに下痢や浮腫などの疾病を予防するという西洋医学的根拠に矛盾しないものに食事制限の内容を再構成していた。また、ユーファイは、火を用いた「保温」という行動を認めつつ、創部の治癒の遅れや火傷といった健康弊害の予防を図るよう、開始時期や火の程度といった具体的方法を調整する内容を指導していた。褥婦に対する指導では、産後プラクティスの再構成と調整という文化的コンピテントな看護を実践していることが明らかになった。

本研究では異文化をもつ対象に対する看護ではなく、同文化の構成員である看護職

と褥婦という関係における看護に焦点をあてた。同じ文化をもつと思われる看護の対象であっても、専門的な知識をもつ看護職はコスモポリタンな医学である西洋医学を礎に思考するといった、emic な人々の思考とは別のカテゴリーを保持しており、コンフリクトが内在することが分かった。ただし、コンフリクトが内在するということは、専門的知識と同様に文化的な理解も十分に踏まえているということでもある。そうして文化的事象を注意深くみることができるからこそ、より褥婦に有益で文化に柔軟な新しい看護を実践しようというベクトルが生まれるのである。

妊娠・出産・育児期は人類の長い営みにおけるその普遍性から、固有の文化が強く影響する時期であり、世界中の地域で、独自の文化がうみだし育んださまざまなビリーフや慣習が、女性や家族の考えと行動に大きく影響を及ぼしている。特に産褥期は、伝統的な文化や慣習といった emic なものが残存しやすい環境となる。そうした emic な状況にある褥婦、もしくは退院後にそうした環境になるであろう入院中の褥婦に対し看護職は、emic な視点を忘れずに持ち続け、etic な視点とバランスをとりながら、文化的コンピテントな看護を実践することが必要なのである。

研究の限界と今後の課題

本研究はラオスで広く実施されている産後プラクティスと、それに対する看護に焦点をあてた。看護職がもつ産後プラクティスに対する認識には、産後プラクティスの実施を否定する専門的知識と肯定する文化的価値の双方を認識しているという内在的コンフリクトがあった。看護職は、それらを別次元に存在するものとせず、有機的にとらえて共存し融合することを考えていた。そして、褥婦に対する指導では、産後プラクティスの再構成と調整という文化的コンピテントな看護を実践していることが明らかになった。

本研究で明らかになったことは、ラオスのある病院の産科病棟というマイクロで限局的なフィールドをとおしたものである。ラオスは後発開発途上国であり、都市部と農村部といった国内の保健医療の格差も大きく、これからも継続的な発展・開発が見込まれている。こうした中で、産後プラクティスとそれに対する看護職の認識も地域によって違うことは推測でき、さらに今後変容していくことが考えられる。今後は、マイクロには長期的な歴史的視点、そして開発や社会状況の変化といったマクロの視点でも継続的に研究していく必要がある。

ラオスの産後プラクティスは、実施方法によっては褥婦や新生児の健康を害してしまうことがあることは明らかである。医療専門職として褥婦や新生児の健康を守るために、プラクティス実施による医学的根拠に基づいた健康への影響をより具体的に明らかにし、それを予防するような看護の開発に取り組んでいく必要がある。

また、本研究では同じ文化をもつと思われる看護の対象であっても、専門的な知識をもつ看護職はコスモポリタンな医学である西洋医学を礎に思考するといった、emicな人々の思考とは別のカテゴリーを保持しており、コンフリクトが内在することが分かった。Transcultural Nursing およびその研究は人種、文化のつぼであるアメリカや欧州で多く行われていることもあり、異なった文化をもつ対象を看護するといった文脈で行われることが多い。同文化を背景にした場合、看護職が内在する専門的知識と文化的理解のコンフリクトは異文化の場合と比較して小さいものであるかもしれない。しかし、コンフリクトが内在するという事は、専門的知識と同様に文化的な理解も十分に踏まえているということでもある。異文化を対象にしたものにとどまらない、さまざまな看護実践の場面を想定した文化的コンピテンスーおよび文化的コンピテントな看護に関する研究に取り組んでいくことが必要なのである。

謝辞

1998年春、東邦大学医療短期大学の学生だった私は、旅行ではじめて友人とともにラオスを訪問しました。ビザを取得するのにも苦勞してやっと入国したラオスは、首都であっても道が舗装されていないような大変のどかな国で、人々はやさしく、異国からきた旅人である私たちにとっても親切にしてくださったのを覚えています。2002年からラオスに深くかかわる機会をもち、研究の種を拾ってから9年あまりにわたってこのラオスで実践されている産後プラクティスについて継続的に取り組んできました。外国人である私がこうして長い期間にわたって研究をつづけ、特にこの博士課程における研究では1年間にわたり何度もフィールドに足を運ぶことができました。それはひとえに、協力そして参加してくださったラオスの皆さまのご厚情によるものだと思います。

2002年からずっと支援してくださっているA病院の副院長そして看護部のみなさまには、研究のみならずラオスでの滞在の隅々までお気遣いいただきました。そして、本研究に参加してくださった産科病棟のみなさま、褥婦と家族のみなさまは、外国人である私を快く受け入れてくださいました。看護職のみなさまとは、食事やさまざまな行事などもご一緒する機会をもつことができました。フィールド調査の最終日、あたたかく私を送り出してくださいました皆さまの笑顔は忘れることができません。この研究は、ラオスのみなさまのご厚意なくしては遂行することはできませんでした。

東邦大学大学院看護学研究科教授の高木廣文先生には、本研究の全過程にわたりご指導、ご支援いただきました。また、齋藤益子先生、近藤麻理先生には、計画段階から丁寧で詳しいご指導をいただきました。手厚く支持的なご指導は私を強く支えたとともに、先生方のご様子は、私はこのような研究者、教育者になりたいと思う存在であり、研究に取り組むモチベーションの礎となりました。

慶應義塾大学の戈木クレイグヒル滋子先生には、グラウンデッドセオリーアプローチのゼミを通して、質的研究についてご指導いただきました。ゼミを通して、質的研究の面白さ奥深さを知るとともに、ゼミに参加している皆さまには多くの刺激をいただきました。

神戸市看護大学の嶋澤恭子先生には、多くの文献や知識そしてラオスの助産や文化といった側面からさまざまなご助言、ご支援をいただきました。

沖縄における産育習俗について、今帰仁歴史文化センターの仲原弘哲先生からご支援いただき、多くの情報を得ることができました。

東邦大学大学院のゼミでは、鈴木良美先生そして東邦大学大学院看護学研究科の学

友のみなさまに、さまざまなアドバイスをいただきました。時にはともに悩み、考えてくださり私を励ましてくださいました。

それ以外にも、ここに書き記すことができないほど多くの皆さまに支えられて、こうして形にすることができたラオスでの研究でした。

皆さまに心より感謝申し上げます。

引用文献

- Amerson, R. (2010). The impact of service-learning on cultural competence. *Nursing Education Perspectives*, 31(1), 18-22.
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2008). *Transcultural concepts in nursing care* (5th ed.) Wolters Kluwer Health.
- Ayaz, S., & Efe, S. Y. (2008). Potentially harmful traditional practices during pregnancy and postpartum. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 13(3), 282-288.
- Barennes, H., Simmala, C., Odermatt, P., Thaybouavone, T., Vallee, J., Martinez-Aussel, B., et al. (2009). Postpartum traditions and nutrition practices among urban lao women and their infants in vientiane, lao PDR. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63(3), 323-331.
- Berlin, A., Nilsson, G., & Tornkvist, L. (2010). Cultural competence among swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing & Health Sciences*, 12(3), 381-391.
- Blumer, H. (1991). シンボリック相互作用論 パースペクティブと方法 [Symbolic Interactionism Perspective and Method] 勁草書房.
- Bretell, C. B., & Sargent, C. F. (2004). *Gender in cross-cultural perspective* (4th ed.) Prentice Hall.
- Carmichael, T. B. (2011). Letter to the editor: Cultural competence: A necessity for the 21st century. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(5), 5-6.
- Castro, A., & Ruiz, E. (2009). The effects of nurse practitioner cultural competence on latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(5), 278-286.
- Department of Statistics, Ministry of Planning and Investment. (2010). *Statistical year book 2009*
- Dreachslin, J. L. (2007). Diversity management and cultural competence: Research, practice, and the business case. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 52(2), 79-86.
- Dreachslin, J. L., & Kiddy, D. (2006). From conflict to consensus: Managing competing interests in your organization. *Healthcare Executive*, 21(6), 8-14.
- Dreachslin, J. L., Gilbert, M. J., & Malone, B. (2013). *Diversity and cultural competence in health care : A systems approach* Jossey-Bass.

- Ezem, B. U., & Otubu, J. A. (1980). A complication of a traditional puerperal practice in nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 18(5), 383-384.
- Garcia Coll, C., & Magnuson, K. (1996). Cultural differences in beliefs and practices about pregnancy and childbearing. *Medicine and Health, Rhode Island*, 79(7), 257-260.
- Gebru, K., Khalaf, A., & Willman, A. (2008). Outcome analysis of a research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in sweden--a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 348-356.
- Geckil, E., Sahin, T., & Ege, E. (2009). Traditional postpartum practices of women and infants and the factors influencing such practices in south eastern turkey. *Midwifery*, 25(1), 62-71.
- Glaser, M., & Gretel H., P. (1980). *The medical merry-go-round*. New York: Redgrave Publishing Company.
- Gruenbaum, E. (1982). The movement against clitoridectomy and infibulation in sudan. *Medical Anthropology*, 13(2), 4-12.
- Hermanns, M. (2011). Culturally competent care for parkinson disease. *The Nursing Clinics of North America*, 46(2), 171-80, v-vi.
- Hjelm, K., Bard, K., Berntorp, K., & Apelqvist, J. (2009). Beliefs about health and illness postpartum in women born in sweden and the middle east. *Midwifery*, 25(5), 564-575.
- Holroyd, E., Twinn, S., & Yim, I. W. (2004). Exploring chinese women's cultural beliefs and behaviours regarding the practice of "doing the month". *Women & Health*, 40(3), 109-123.
- Hunter, J. L. (2008). Applying constructivism to nursing education in cultural competence: A course that bears repeating. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 19(4), 354-362.
- Iliyasu, Z., Kabir, M., Galadanci, H. S., Abubakar, I. S., Salihu, H. M., & Aliyu, M. H. (2006). Postpartum beliefs and practices in danbare village, northern nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology : The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 26(3), 211-215.
- Jarrah, S., & Bond, A. E. (2007). Jordanian women's postpartum beliefs: An exploratory study. *International Journal of Nursing Practice*, 13(5), 289-295.
- JICA Project for Human Resource Development of Nursing/Midwifery. (2009). Annual report JICA project for human resource development of Nursing/Midwifery; delivering quality, serving communities nurses leading primary health care 2008/2009

- JICA Project for Human Resource Development of Nursing/Midwifery. (2010). Annual report: Delivering quality, serving communities nurses leading primary health care
- Johnstone, M. J., & Kanitsaki, O. (2007). Health care provider and consumer understandings of cultural safety and cultural competency in health care: An Australian study. *Journal of Cultural Diversity*, 14(2), 96-105.
- Kaewsarn, P., Moyle, W., & Creedy, D. (2003). Thai nurses' beliefs about breastfeeding and postpartum practices. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 467-475.
- Kaewsarn, P., Moyle, W., & Creedy, D. (2003). Traditional postpartum practices among Thai women. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 358-366.
- Kim-Godwin, Y. (2003). Postpartum beliefs & practices among non-western cultures. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(2), 74-79.
- Krainovich-Miller, B., Yost, J. M., Norman, R. G., Auerhahn, C., Dobal, M., Rosedale, M., et al. (2008). Measuring cultural awareness of nursing students: A first step toward cultural competency. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 19(3), 250-258.
- Landy, D. (1977). *Culture, disease, and healing : Studies in medical anthropology* Macmillan; Collier Macmillan.
- Lavizzo-Mourey, R., & Mackenzie, E. R. (1996). Cultural competence: Essential measurements of quality for managed care organizations. *Annals of Internal Medicine*, 124(10), 919-921.
- Leininger, M. M. (1995). レイニンガー看護論 文化ケアの多様性と普遍性 [Culture Care Diversity & Universality: A theory of nursing] (稲岡文昭, 石井邦子, サチコクラウス, 筒井真優美 & 渡辺久美子 Trans.). 医学書院.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing; concepts, theories, research & practice* (3rd ed.) McGraw-Hill.
- Leukai, X. (2006). Good diet vital for new mothers. *Vientiane Times*,
- Lewin, K., 1890-1947, 相良, 守, & 小川, 隆. (1957). パーソナリティの力学説 [A dynamic theory of personality : selected papers]. 東京: 岩波書店.
- Maddalena, V. (2009). Cultural competence and holistic practice: Implications for nursing education, practice, and research. *Holistic Nursing Practice*, 23(3), 153-157.
- Malinowski, B. (2010). 西太平洋の遠洋航海者 : メラネシアのニュー・ギニア諸島における、住民たちの事業と冒険の報告 [Argonauts of the western Pacific] (増田義郎 Trans.). 講談社.
- Manderson, L. (1981). Roasting, smoking and dieting in response to birth : Malay confinement in cross-cultural perspective. *Social Science & Medicine. Part B, Medical*

Anthropology, 15(4), 509-520.

- Mann, J. R., Mannan, J., Quinones, L. A., Palmer, A. A., & Torres, M. (2010). Religion, spirituality, social support, and perceived stress in pregnant and postpartum hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 39(6), 645-657.
- Matthey, S., Panasetis, P., & Barnett, B. (2002). Adherence to cultural practices following childbirth in migrant chinese women and relation to postpartum mood. *Health Care for Women International*, 23(6-7), 567-575.
- McElroy, A., Townsend, P. K., 丸井英二, 杉田聡, 春日常, & 近藤正英. (1995). 医療人類学 : 世界の健康問題を解き明かす [Medical anthropology in ecological perspective]. 東京: 大修館書店.
- Ministry of Public Health Lao PDR. (1994). Report on cultural views on reproduction and main factors influencing contraceptive use in lao PDR
- Mukhopadhyay, S., & Sarkar, A. (2009). Pregnancy-related food habits among women of rural sikkim, india. *Public Health Nutrition*, 12(12), 2317-2322.
- Ngaosyvathn, M. (1990). Individual soul, national identity: The baci-soukhuan of the lao. *Sojourn*, 5(2), 283-307.
- Noble, A., Engelhardt, K., Newsome-Wicks, M., & Woloski-Wruble, A. C. (2009). Cultural competence and ethnic attitudes of midwives concerning jewish couples. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 38(5), 544-555.
- Noble, A., Rom, M., Newsome-Wicks, M., Engelhardt, K., & Woloski-Wruble, A. (2009). Jewish laws, customs, and practice in labor, delivery, and postpartum care. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 20(3), 323-333.
- O' Dempsey, T. J. (1988). Traditional belief and practice among the pokot people of kenya with particular reference to mother and child health: 2. mother and child health. *Annals of Tropical Paediatrics*, 8(3), 125-134.
- Papadopoulos, I., Helman, C., & Purnell, L. (2006). *Transcultural health and social care : Development of culturally competent practitioners* Churchill Livingstone/Elsevier.
- Park, K. J., & Peterson, L. M. (1991). Beliefs, practices, and experiences of korean women in relation to childbirth. *Health Care for Women International*, 12(2), 261-269.
- Petrucka, P., Bassendowski, S., & Bourassa, C. (2007). Seeking paths to culturally competent health care: Lessons from two saskatchewan aboriginal communities. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmieres*, 39(2), 166-182.

- Piperata, B. A. (2008). Forty days and forty nights: A biocultural perspective on postpartum practices in the amazon. *Social Science & Medicine* (1982), 67(7), 1094-1103.
- Redshaw, M., & Heikkila, K. (2011). Ethnic differences in women's worries about labour and birth. *Ethnicity & Health*, 16(3), 213-223.
- Santos-Torres, M. I., & Vasquez-Garibay, E. (2003). Food taboos among nursing mothers of mexico. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 21(2), 142-149.
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2005). Cultural competence among ontario and michigan healthcare providers. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 37(4), 354-360.
- Spencer, L. M., Spencer, S. M., 1950-, 梅津, 祐, 成田, 攻, & 横山, 哲. (2001). コンピテンシー・マネジメントの展開 : 導入・構築・活用 [Competence at work : models for superior performance]. 東京: 生産性出版.
- Spradly, J. P. (1979). *The ethnographic interview* Wadsworth, cengage learning.
- Spradly, J. P. (2010(1980)). 参加観察法入門 [Participant Observation] (田中恵美子, 麻原きよみ Trans.). 医学書院.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999). 質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリーの開発の技法と手順 第2版 [Basics of Qualitative Research; Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory] (操華子; 森岡崇 Trans.). 医学書院.
- Stuart-Fox, M., 1939-, & 菊池, 陽. (2010). *ラオス史*. 東京: めこん.
- Suh, E. E., Kagan, S., & Strumpf, N. (2009). Cultural competence in qualitative interview methods with asian immigrants. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 20(2), 194-201.
- Thornton, P. L., Kieffer, E. C., Salabarría-Pena, Y., Odoms-Young, A., Willis, S. K., Kim, H., et al. (2006). Weight, diet, and physical activity-related beliefs and practices among pregnant and postpartum latino women: The role of social support. *Maternal and Child Health Journal*, 10(1), 95-104.
- Tien, S. F. (2004). Nurses' knowledge of traditional chinese postpartum customs. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 722-732.
- Wadd, L. (1983). Vietnamese postpartum practices. implications for nursing in the hospital setting. *JOGN Nursing; Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 12(4), 252-258.
- White, P. M. (2002). Crossing the river: Khmer women's perceptions of pregnancy and postpartum. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 239-246.
- White, P. M. (2004). Heat, balance, humors, and ghosts: Postpartum in cambodia. *Health*

Care for Women International, 25(2), 179-194.

- Whittaker, A. (1999). Birth and the postpartum in northeast thailand: Contesting modernity and tradition. *Medical Anthropology*, 18, 215-242.
- ラオス保健省衛生予防局. (2004). 母子保健の支援手順
- ラオス文化研究所. (2003). ラオス概説 めこん.
- 一條元. (1997). 母子にすすめる栄養指導. 吹田: メディカ出版.
- 仲村 美津枝. (2013). 沖縄の文化が織りなす看護と看護研究 沖縄で継続されている出産・育児に関する風習. *日本看護研究学会雑誌*, 36(1), 8-11.
- 仲村 美津枝, 儀間 繼子, 玉城 陽子, 大嶺 ふじ子, 宮城 万里子, 島尻 貞子, et al. (2009). 沖縄で行われた乳幼児の瀉血の実態と推移. *日本助産学会誌*, 22(3), 357.
- 佐山理絵. (2009). タイ王国パヤオ県における産後慣習. *母性衛生*, 50(3), 115.
- 佐山理絵. (2010). タイ王国パヤオ県における産後習慣、高齢者と reproductive age 女性への調査. *母性衛生*, 51(3), 172.
- 佐山理絵. (2012). ラオスにおける産後プラクティスの実施状況に関する研究. *母性衛生*, 52(4), 516-521.
- 佐山理絵, & 丹野かほる. (2005). ラオス・ヴィエンチャン市での産後家庭訪問における母子の健康問題分析. *国際保健医療*, 20(Suppl.), 186.
- 佐藤郁哉. (2008). Qda ソフトを活用する 実践質的データ分析入門 新曜社.
- 佐藤郁哉. (2008). 質的データ分析法; 原理・方法・実践 新曜社.
- 儀間 繼子, 宇座 美代子, 仲村 美津枝, 大嶺 ふじ子, 玉城 陽子, 古謝 安子, et al. (2009). 沖縄県の 60 歳以上の出産体験者が行った育児に関する風習について. *日本看護科学学会学術集会講演集*, 29 回, 319.
- 国連人口基金. (2011). 世界人口白書 2011.
- 國分真佐代, & 大石恵美子. (2005). 初産婦の産育に関わる慣習の実行程度. *聖隷クリストファー大学看護短期大学部紀要*, (27), 33-41.
- 宮中文字子. (2007). いまでも使えるそのエッセンス 未来に伝えたい産育習俗 出産と籠もり産屋. *ペリネイタルケア*, 26(12), 1237.
- 小川富士子, 石橋佳子, & 宮里和子. (1988). 妊娠・出産をめぐる慣習の伝承と変容 桧原村(白倉・上川乗地区). *母性衛生*, 29(1), 15-28.
- 小浜正子. (2009). 変わるアジアの妊娠・出産 産後の養生. *ペリネイタルケア*, 28(5), 510-513.
- 小田博志. (2010). エスノグラフィー入門 <現場>を質的研究する 春秋社.
- 小西清美, & 草間朋子. (2004). ラオス人民民主共和国の看護教育の過去・現在・将来. *大分看護科学研究*, 5(2), 34-37.
- 山口裕. (2009). コンピテンシーとチーム・マネジメントの心理学 朝倉書店.

- ・ 山本直美. (2007). 「居場所のない人びと」の共同体の民族誌 : 障害者・外国人の織りなす対抗文化 明石書店.
- ・ 島袋源一郎. (1932). 沖縄案内 (新版 ed.) 沖縄図書;青山書店
- ・ 嶋澤恭子. (2009). 「タマサート」な産後養生ーラオス. アジア遊学, 119, 54-61.
- ・ 戈木クレイグヒル滋子. (2006). グラウンデッド・セオリー・アプローチ 理論を生み出すまで 新曜社.
- ・ 操華子. (2013). Practice note 実践の根拠と臨床知を探る ナースのキャリア・ディベロップメントにつながる 看護職に求められるコンピテンシーとは. ナーシング, 33(9), 98-103.
- ・ 杉立義一. (2002). お産の歴史 : 縄文時代から現代まで 集英社.
- ・ 松岡悦子. (1985). 出産の文化人類学; 儀礼と産婆 海鳴社.
- ・ 松岡知子. (2008). いまでも使えるそのエッセンス 未来に伝えたい産育習俗 産後の肥立ち. ペリネイタルケア, 27(2), 193.
- ・ 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子, 佐居由美, 卯野木健, 大隈香,. (2010). 看護実践能力概念、構造、および評価. 聖路加看護学会誌, 14(2), 18-28.
- ・ 森谷寛, & 赤塚大. (2010). 医療・看護系のための心理学 (改訂版 ed.). 東京: 培風館.
- ・ 横尾京子, 石井邦子, 我部山キヨ子, 武谷雄二, 中林正雄, & 堀内茂子. (2013). 助産診断・技術学 (第5版 ed.) 医学書院.
- ・ 沼澤広子. (2001). ラオスにおける産褥期の慣習に関する調査 yu-fay と kalam について. 公衆衛生研究, 50(4), 270.
- ・ 浅井亜紀子. (2006). 異文化接触における文化的アイデンティティのゆらぎ ミネルヴァ書房.
- ・ 澤信善, 古川久継, & 木内行. (2003). ラオスの開発と国際協力 めこん.
- ・ 牛尾裕子. (2004). レイニンガー 「文化」に着目した質の高いケアの追及. 看護管理, 14(7), 603-607.
- ・ 稲福盛輝. (1969). 沖縄における民間療法の瀉血に関する調査研究-1-瀉血への関心度について. 民族衛生, 35(1), 33-37.
- ・ 第一出版編集部. (2005). 日本人の食事摂取基準 : 厚生労働省策定. 東京: 第一出版.
- ・ 箕浦康子. (1999). フィールドワークの技法と実際 マイクロエスノグラフィー入門 ミネルヴァ書房.
- ・ 箕浦康子. (2009). フィールドワークの技法と実際Ⅱ 分析・解釈編 ミネルヴァ書房.
- ・ 綾部恒雄, & 石井米雄. (1996). もっと知りたいラオス 弘文堂.
- ・ 荒木勤. (2008). 最新産科学 (改訂第22版 ed.). 東京: 文光堂.
- ・ 野村真利香, 高橋謙造, ワラポン・チェッダブット, & 丸井英二. (2007). 東北タイにおける、出産にまつわる食禁忌とユーファイ. 国際保健医療, 22(1), 27-34.
- ・ 鈴木琴子. (2003). 沖縄地域における産後の伝統的習慣について 産後の慣習「ジール(地炉)」

にみる地域比較. 日本助産学会誌, 16(3), 230-231.

- ・ 長鶴美佐子, & 宮里和子. (2001). 褥婦の動静に関する民間的ケアの実態 非専門職による助言の分析から. 母性衛生, 42(4), 528-538.
- ・ 関口允夫. (1998). 理想のお産とお産の歴史 : 日本産科医療史. 東京; 東京: 日本図書刊行会; 近代文芸社(発売).
- ・ 青木康子, 加藤尚美, & 平澤美恵子. (2002). 助産診断・技術学 (第3版 ed.). 東京: 日本看護協会出版会.
- ・ 高橋重宏, 庄司順一, 才村純, 山本恒雄, 有村大士, 板倉孝枝, et al. (2009). 児童相談所におけるカルチュラル・コンピテンスに関する研究. 日本子ども家庭総合研究所紀要, 45, 3-36.
- ・ 高田恵子, 森淑江, 辻村弘美, 宮越幸代, 栗原千絵子, & 長嶺めぐみ. (2010). 日本と開発途上国の看護の差異に関する研究 ラオスで活動した青年海外協力隊員への面接と報告書の分析. The Kitakanto Medical Journal, 60(1), 31-40.

参考文献

- ・ アジア遊学；アジアの出産 リプロダクションから見る文化と社会 (2009). 勉誠出版.
- ・ Alabi, E. M. (1990). Cultural practices in nigeria. Newsletter (Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children), (9)(9), 6-7.
- ・ Banda, Y., Chapman, V., Goldenberg, R. L., Stringer, J. S., Culhane, J. F., Sinkala, M., et al. (2007). Use of traditional medicine among pregnant women in lusaka, zambia. Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.), 13(1), 123-127.
- ・ Charles O, F. (1961). The diagnosis of disease among the subanun of mindanao. American Anthologist, 63(1), 113-132.
- ・ Chenowethm, L., Jeon, Y. H., Goff, M., & Burke, C. (2006). Cultural competency and nursing care: An australian perspective. International Nursing Review, 53(1), 34-40.
- ・ Clifford, J., & Marcus, G. 文化を書く [Writing culture : the poetics and politics of ethnography] (春日直樹, 足羽與志子, 橋本和也, 多和田裕司, 西川麦子 & 和辻悦子 Trans.).
- ・ Corbin, J., & Strauss, A. (2008). Basics of qualitative research (3rd ed.) Sage publications.
- ・ Covington, L. W. (2001). Cultural competence for critical care nursing practice. Critical Care Nursing Clinics of North America, 13(4), 521-530.
- ・ Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (1998). 方法としてのフィールドノート (佐藤郁哉, 好井裕明 & 山田富秋 Trans.). 新曜社.
- ・ Foronda, C. L. (2008). A concept analysis of cultural sensitivity. Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society, 19(3), 207-212.
- ・ Frusti, D. K., Niesen, K. M., & Champion, J. K. (2003). Creating a culturally competent organization: Use of the diversity competency model. The Journal of Nursing Administration, 33(1), 31-38.
- ・ Gasquet, B. d., Charrin 山内, 由, & Mottin 丹羽, 康. (2012). 妊娠・出産でもっと輝く女性のからだのケアガイド : 妊産褥婦の不安と疑問の解消にそのまま使える q&a [Bien-être et maternité]. 大阪: メディカ出版.
- ・ Guerrero, M. L., Morrow, R. C., Calva, J. J., Ortega-Gallegos, H., Weller, S. C., Ruiz-Palacios, G. M., et al. (1999). Rapid ethnographic assessment of breastfeeding practices in periurban mexico city. Bulletin of the World Health Organization, 77(4), 323-330.

- Holroyd, E., Katie, F. K., Chun, L. S., & Ha, S. W. (1997). "Doing the month": An exploration of postpartum practices in chinese women. *Health Care for Women International*, 18(3), 301-313.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2004). アクティブ・インタビュー 相互行為としての社会調査 [The Active Interview] (山田富秋, 兼子一, 倉石一郎 & 矢原隆行 Trans.). せりか書房.
- Hulme, P. A. (2010). Cultural considerations in evidence-based practice. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(3), 271-280.
- Itina, S. M. (1997). Characteristics of traditional birth attendants and their beliefs and practices in the offot clan, nigeria. *Bulletin of the World Health Organization*, 75(6), 563-567.
- Jambunathan, J. (1995). Hmong cultural practices and beliefs: The postpartum period. *Clinical Nursing Research*, 4(3), 335-345.
- Jordan, B. (2001). 助産の文化人類学 [Birth in four cultures] (宮崎清孝, 滝沢美津子 Trans.). 日本看護協会出版会.
- Klein, S., Miller, S., & Thomson, F. 助産師のためのテキストブック
- Kokko, R. (2011). Future nurses' cultural competencies: What are their learning experiences during exchange and studies abroad? A systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 19(5), 673-682.
- Leininger, M. M. (Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend). Greyden Press.
- Leininger, M. M. (1997). 看護における質的研究 [Qualitative Research Methods in Nursing] 医学書院.
- Leininger, M. M. (1997). Ethnonursing research method essential to discover and advance asian nursing knowledge. [民族看護学の研究方法 アジアにおける看護知識の発見と発展のために] *看護研究*, 30(2), 93-118.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality; A worldwide nursing theory* (2nd ed.) Jones and Bartlett Publishers.
- Leishman, J. (2004). Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing Standard* (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987), 19(11), 33-38.
- Liamputtong, P. (2004). Giving birth in the hospital: Childbirth experiences of thai women in northern thailand. *Health Care for Women Internatioal*, 25(5), 454-480.
- Lock, M. (2005). 更年期 日本女性が語るローカル・バイオロジー みすず書房.
- Manderson, L. (1987). Hot-cold food and medical theories: Cross-cultural perspectives. *Social Science & Medicine* (1982), 25(4), 329-417.
- Mayberry, L. J., Affonso, D. D., Shibuya, J., & Clemmens, D. (1999). Integrating cultural

values, beliefs, and customs into pregnancy and postpartum care: Lessons learned from a hawaiian public health nursing project. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 13(1), 15-26.

- Musaiger, A. O. (1996). Food habits of mothers and children in two regions of oman. *Nutrition and Health* (Berkhamsted, Hertfordshire), 11(1), 29-48.
- Nakano, A. M., Beleza, A. C., Gomes, F. A., & Mamede, F. V. (2003). Care during postpartum "confinement." beliefs and taboos in a group of puerperal women. [O cuidado no "resguardo": as vivencias de crenças e tabus por um grupo de puerperas] *Revista Brasileira De Enfermagem*, 56(3), 242-247.
- Noble, L. M., Noble, A., & Hand, I. L. (2009). Cultural competence of healthcare professionals caring for breastfeeding mothers in urban areas. *Breastfeeding Medicine : The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 4(4), 221-224.
- Randhawa, G., Owens, A., Fitches, R., & Khan, Z. (2003). Communication in the development of culturally competent palliative care services in the UK: A case study. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(1), 24-31.
- Ray, M. A. (2010). *Transcultural caring dynamics in nursing and health care* Davisplus.
- Schensul, J. J., Lecompte, M. D., Nastasi, B. K., & Borgatti, S. (1999). *Enhanced ethnographic methods* Altamira press.
- Schumacher, G. (2010). Culture care meanings, beliefs, and practices in rural dominican republic. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(2), 93-103.
- Sibley, L. M., Hruschka, D., Kalim, N., Khan, J., Paul, M., Edmonds, J. K., et al. (2009). Cultural theories of postpartum bleeding in matlab, bangladesh: Implications for community health intervention. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 27(3), 379-390.
- Taylor, R. A., & Alfred, M. V. (2010). Nurses' perceptions of the organizational supports needed for the delivery of culturally competent care. *Western Journal of Nursing Research*, 32(5), 591-609.
- Wang, X. L., Wang, Y., Zhou, S. Z., Wang, J., & Wang, J. L. (2007). Puerperal practice pattern in a rural area of north china. *Beijing Da Xue Xue Bao. Yi Xue Ban = Journal of Peking University. Health Sciences*, 39(2), 140-144.
- Waxler, N. M., Anderson, J. M., Richardson, E., & Chambers, N. A. (2005). *Cross-cultural caring* (2nd ed.) UBCPress.
- 中林雅子. (2005). 口蓋扁桃摘出術およびアデノイド切除後の疼痛に伴う学童の体験. *日本看護科学会誌*, 25(2), 85-93.
- 中谷文美. (2003). 「女の仕事」のエスノグラフィ バリ島の布・儀礼・ジェンダー 世界思

想社.

- ・ 五十嵐世津子. (2002). 「日本産育習俗資料集成」からみた不妊忌避. 母性衛生, 43(1), 73-80.
- ・ 今津ひとみ., & 加藤尚美. (2006). 産褥・新生児 (第2版 ed.). 東京: 医歯薬出版.
- ・ 佐藤郁哉. (2002). フィールドワークの技法 問いを育てる、仮説をきたえる 新曜社.
- ・ 厚生労働科学研究妊娠出産ガイドライン研究班. (2013). 科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン 金原出版.
- ・ 城ヶ端初子, 藤原聡子, 中島小乃美, & 井上康子. (2008). マデリン m. レイニンガーの文化的ケア理論に基づく看護援助に関する試論. 大阪市立大学看護学雑誌, 4, 11-19.
- ・ 宮中文字子. (2008). いまでも使えるそのエッセンス 未来に伝えたい産育習俗 胞衣. ペリネイタルケア, 27(10), 1050.
- ・ 宮中文字子. (2008). いまでも使えるそのエッセンス 未来に伝えたい産育習俗 お七夜. ペリネイタルケア, 27(8), 810.
- ・ 宮中文字子. (2008). いまでも使えるそのエッセンス 未来に伝えたい産育習俗 添い寝. ペリネイタルケア, 27(6), 616.
- ・ 宮中文字子. (2008). いまでも使えるそのエッセンス 未来に伝えたい産育習俗 乳付け. ペリネイタルケア, 27(3), 311.
- ・ 寺岡保佳, & 西村正子. (1998). 産育習俗 兵庫県(淡路島)の調査. ペリネイタルケア, 17(8), 747-752.
- ・ 嶋澤恭子. <出産>を経験するということ: モン・クメールの人々と近代的出産. Unpublished 熊本大学大学院社会文化研究科,
- ・ 戈木クレイグヒル滋子. (2008). 実践グラウンデッド・セオリー・アプローチ 現象をとらえる 新曜社.
- ・ 戈木クレイグヒル滋子. (2008). 質的研究方法ゼミナール 増補版 グラウンデッドセオリーアプローチを学ぶ 医学書院.
- ・ 日本文化人類学会. (2011). フィールドワーカーズ・ハンドブック 世界思想社.
- ・ 望月経子. (2008). 海外での土地柄に適した保健活動 看護の「ともしび」の点灯 ラオスにおける「看護助産規則」策定をとおして. 保健の科学, 50(11), 771-775.
- ・ 松岡知子. (2008). いまでも使えるそのエッセンス 未来に伝えたい産育習俗 七五三. ペリネイタルケア, 27(9), 910.
- ・ 松岡知子. (2008). いまでも使えるそのエッセンス 未来に伝えたい産育習俗 食い初め. ペリネイタルケア, 27(7), 712.
- ・ 松沢和正. (2008). 臨床で書く: 精神科看護のエスノグラフィー 医学書院.
- ・ 根室直美. (2003). ジェンダーで読む健康/セクシュアリティ 健康とジェンダーII 明石書店.
- ・ 森谷寛之 & 赤塚大輔. (2010). 医療・看護系のための心理学 (改訂版 ed.). 東京: 培風館.

- ・ 永井里恵, & 西村正子. (1997). 産育習俗 愛媛県南予地方の調査. ペリネイタルケア, 16(4), 365-370.
- ・ 深澤圭子. (2005). 健康行動に関わる家庭内文化の伝承 祖母・母・娘三世代への聞き取りから. 札幌医科大学保健医療学部紀要, (8), 93-97.
- ・ 稲岡文昭. (1997). レイニンガー看護論 わが国にとっての意義. 看護研究, 30(2), 89-92.
- ・ 草柳浩子. (2004). 子どもと大人の混合病棟における看護師の抱える困難さ. 日本看護科学会誌, 24(2), 62-70.
- ・ 藤原ゆかり. (2008). Culturally congruent care の概念分析. 日本助産学会誌, 22(1), 7-16.
- ・ 西村正子. (2002). 産育習俗史(第 i 報) 広領域からみた妊娠・分娩・産褥期における日常生活行動. 母性衛生, 43(2), 243-254.
- ・ 西村正子. (2002). 産育習俗史(第 ii 報) 広領域からみた食生活行動と乳汁分泌促進法. 母性衛生, 43(2), 255-268.
- ・ 西村正子, & 貞岡美伸. (1997). 産育習俗 盛岡市周辺の調査. ペリネイタルケア, 16(11), 1077-1081.
- ・ 長鶴美佐子, 高橋真理, & 宮里和子. (2002). 産後の摂生に関する民間的ケアの母-娘における世代間伝承. 日本母性看護学会誌, 2(2), 21-29.
- ・ 高田恵子, 森淑江, 辻村弘美, 宮越幸代, 栗原千絵子, & 長嶺めぐみ. (2010). ラオスの助産技術 青年海外協力隊へのインタビューと報告書の分析. 埼玉県立大学紀要, 11, 1-10.

添付資料

(資料1)

Rie SAYAMA
Doctor course student
Graduate School of Medicine, Toho University
Tel.:+81-×××××× Fax:+81-××××××
E-mail.: ××××××

Month, 2012

Dear Sir,

Director

××× Hospital , Lao P.D.R.

Request for Permission

On behalf of the Study on “**A Study on Nursing for Postpartum Practices in Lao P.D.R. from the Viewpoint of Cultural Competency**”, I, Rie SAYAMA, Researcher, would like to ask for your kind cooperation and permission in undertaking this Study, which is undergoing as a thesis for my doctorate, graduate school of medicine, Toho University.

I am a Japanese national currently working as a assistant professor of international health and nursing, Faculty of Nursing, Toho University, and also a doctor course student of graduate school of medicine, Toho University, Tokyo, Japan. I had experience as a Japanese volunteer (JOCV) at the Saysetta district hospital from December 2001 to December 2004 for two years. And I also had experience as short-term ex-JOCV at Vientiane capital health office from February to March 2006 and as short-term expert at Project for Human Resources Development of Nursing/Midwifery, Ministry of Health from April to May 2006.

The purpose of this letter is to ask for your permission to conduct a survey at ××× hospital. This study project is being conducted for my doctorate thesis as “A Study on Nursing for Postpartum Practices in Lao P.D.R., From the Viewpoint of Cultural Competency ”. All information from the survey will be used strictly for research purposes.

I would like to ask you to support me for my study project activities. I will really appreciate you for your kindness and generosity.

The details of the research as follows:

Project: A Study on Nursing Care for Postpartum Practices in Lao P.D.R., From the Viewpoint
of Cultural Competency

Period: from Month , 2012

Sites: OB/GYN section, ××× hospital

Subjects: Nurses who work at OB/GYN section and puerperas

-Cc: Nursing Department

研究への参加ご協力をお願い

私は、東邦大学看護学部に勤務し、国際保健看護学を担当する佐山理絵です。また、現在、東邦大学医学部看護学研究科博士課程で学んでおり、研究に取り組んでおります。

ラオス人民民主共和国では、産後、「ユーファイ」や「カラムキン」という慣習が、人々に広く実践されています。これらの産後プラクティスは、ラオスの伝統的文化や考えに基づいて長年実践されているものであり、ラオスの女性たちにとって大変重要な事柄であるといえます。世界にもこうした産後プラクティスは多くみられますが、そうしたプラクティスを看護職がどのようにとらえ、看護を実践しているか明らかにした研究はみられませんでした。そこで今回、産後プラクティスと看護について考えていくため、××病院産科病棟においてフィールドワークを実施し研究することにいたしました。フィールドワークでは、入院中の産褥婦に対する看護職のケア、産後プラクティスに関するお考えや指導などの内容を、病棟での参与観察とインタビューを行って調査する予定です。具体的には、病棟で皆様の退院指導などの看護支援の様子を観察させていただき、その場でお話を伺ったり、時間をとってお考えなどについて質問したりさせていただきたいと思っております。

- 研究への参加は皆様の自由意志であり、辞退されても不利益を受けることはありません。研究のいかなる段階でも参加の中止は可能です。
- 研究調査実施につきましては、皆様の業務や治療に支障のないように実施いたします。
- 個人が特定されないよう、研究によって得られたデータは匿名で扱います。
- 研究結果は、個人の評価や勤務評価とは一切関係ありません。
- 研究で得られた内容は本研究以外には用いません。データは研究者が厳重に保管し、研究終了後は責任を持って消去いたします。
- インタビュー時には、同意が得られれば内容を録音させていただきます。
- 本研究は、博士論文としてまとめ、研究結果を学会や雑誌に公表させていただくことがあります。また、ご希望がありましたら報告書抄録を参加者の皆様にもお渡しいたします。
- 研究参加者には、全期間で20アメリカドルの謝礼をお渡しいたします。

皆様には研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。研究に対するご意見・ご質問がありましたら、下記の連絡先までお知らせください。

東邦大学大学院医学研究科 看護学専攻博士課程

佐山 理絵

電話：+81-××××××××××（日本語） +81-××××××××××（ラオ語）

メール：××××××××××

<指導教員>

東邦大学大学院医学研究科 高木廣文

研究への参加ご協力をお願い

私は、日本の東邦大学大学院で学んでいる佐山理絵と申します。8年ほど前に2年間ほどビエンチャンの病院で勤務しておりました。

私は、ラオス人民民主共和国での、産後の「ユーファイ」や「カラムキン」という慣習に興味をもち、××病院の産科病棟で研究をしております。この研究をとおして、伝統的文化として大切にされている慣習とそれに対するよりよい看護を考えていきたいと思っております。

研究では、××病院の産科病棟での看護師と皆さんの様子を観察させていただき、産後プラクティスについて、お話をうかがわせていただきたいと思います。

- 研究への参加は皆様の自由意志であり、辞退されても、病院での治療やケアなどあらゆる点で、不利益を受けることはありません。
- 研究のいかなる段階でも参加の中止は可能です。
- 研究調査実施につきましては、入院生活や治療に支障のないように実施いたします。
- 個人が特定されないよう、研究によって得られたデータは匿名で扱います。
- 研究で得られた内容は本研究以外には用いません。データは研究者が厳重に保管し、研究終了後は責任を持って消去いたします。
- インタビュー時には、同意が得られれば内容を録音させていただきます。
- 本研究は、博士論文としてまとめ、研究結果を学会や雑誌に公表させていただくことがあります。また、ご希望がありましたら、後日報告書のまとめを〇〇病院看護部にて閲覧可能ですので、お問い合わせください。
- 研究参加者には、2アメリカドルの謝礼をお渡しいたします。

皆様には研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。研究に対するご意見・ご質問がありましたら、下記の連絡先までお知らせください。

< 日本 連絡先 >

東邦大学大学院医学研究科看護学専攻博士課程 佐山 理絵

指導教員：東邦大学大学院医学研究科 高木廣文

電話：+81-××××××××××（日本語） +81-××××××××××（ラオ語）

メール：××××××××××

< ラオス 連絡先 >

××病院 看護部

Ms. ××××

電話：××××××××××

研究への協力に関する同意書

東邦大学看護学部

高木 廣文 殿

私は、研究『文化的コンピテシーを視座とするラオスにおける産後プラクティスに関する看護の研究』について研究者より文書により以下の内容について説明を受け、その意義、方法等について十分理解しました。ついで、私の自由意志に基づいて、この研究に参加することに同意します。

- この研究の目的と方法
- この研究への参加の自由，取り止めの自由が保障されていること
- この研究参加協力者のプライバシーの保障について
 - 個人情報管理、保護の方法
 - 研究成果の公表等の方法
- インタビューの内容や研究結果はこの研究以外には使用しないこと
- インタビューの内容や研究結果は個人の評価には一切関係のないこと
- 連絡または相談窓口について

(参加協力者)

(同意日)

氏名： _____ 年 月 日

(署名)

(説明を行った研究者)

東邦大学大学院医学研究科
看護学専攻博士課程

氏名： _____

電話： +81-xxxxxxx (日本語) +81-xxxxxxx (ラオ語)

メール： xxxxxxxx

<指導教員>

東邦大学大学院医学研究科 高木廣文

研究への協力に関する同意撤回書

東邦大学看護学部

高木 廣文 殿

私は、研究『文化的コンピテシーを視座とするラオスにおける産後プラクティスに関する看護の研究』に協力することについての同意を撤回したいので、お知らせいたします。

(参加協力者)

(同意撤回日)

氏名： _____ 年 月 日

(署名)

(同意の撤回を確認した研究者)

東邦大学大学院医学研究科

看護学専攻博士課程

氏名： _____

電話： +81-×××××××× (日本語) +81-×××××××× (ラオ語)

メール： ××××××××

<指導教員>

東邦大学大学院医学研究科 高木廣文

研究への協力に関する同意書

東邦大学看護学部

高木 廣文 殿

私は、研究『文化的コンピテシーを視座とするラオスにおける産後プラクティスに関する看護の研究』について研究者より文書により以下の内容について説明を受け、その意義、方法等について十分理解しました。ついで、私の自由意志に基づいて、この研究に参加することに同意します。

- この研究の目的と方法
- この研究への参加の自由、取り止めの自由が保障されていること
- この研究参加協力者のプライバシーの保障について
 - 個人情報管理、保護の方法
 - 研究成果の公表等の方法
- インタビューの内容や研究結果はこの研究以外には使用しないこと
- インタビューの内容や研究結果は個人の評価には一切関係がなく、治療やケアには影響しないこと
- 連絡または相談窓口について

(参加協力者)

(同意日)

氏名： _____ 年 月 日

(署名)

(説明を行った研究者)

東邦大学大学院医学研究科
看護学専攻博士課程

氏名： _____

電話： +81-xxxxxxx (日本語) +81-xxxxxxx (ラオ語)

メール： xxxxxxxx

< 指導教員 >

東邦大学大学院医学研究科 高木廣文

研究への協力に関する同意撤回書

東邦大学看護学部

高木 廣文 殿

私は、研究『文化的コンピテシーを視座とするラオスにおける産後プラクティスに関する看護の研究』に協力することについての同意を撤回したいので、お知らせいたします。

(参加協力者)

(同意撤回日)

氏名： _____ 年 月 日

(署名)

(同意の撤回を確認した研究者)

東邦大学大学院医学研究科

看護学専攻博士課程

氏名： _____

電話： +81-×××××××× (日本語) +81-×××××××× (ラオ語)

メール： ××××××××

<指導教員>

東邦大学大学院医学研究科 高木廣文

産後の入院をされる方とご家族の皆様へ

ご協力のお願い

- 私は、日本の東京にある東邦大学大学院で学んでいる佐山理絵と申します。
- 私は、ラオス人民民主共和国での、産後の「ユーファイ」や「カラムキン」という慣習に興味をもち、××病院の産科病棟で看護に関する研究をしております。
- そのため、看護師とともに、診察や処置、看護などの場面にたちあわせていただき、様子を観察させていただきます。
また、同意を得て、お話をうかがわせていただくこともあります。
- 研究への参加は皆様の自由意志です。辞退される場合は、遠慮なく病棟の看護師にお伝えください。いつでも参加の中止は可能です。
- 研究調査実施につきましては、入院生活や治療に支障のないように実施いたします。
- 研究によって個人のお名前などが公表されることはありません。

研究に対するご意見・ご質問がありましたら、研究者か病棟の看護師まで、もしくは下記連絡先までお知らせください。

<日本 連絡先>

東邦大学大学院医学研究科 看護学専攻博士課程学生

佐山 理絵

電話：+81-×××××××× (日本語) +81-×××××××× (ラオ語)

メール：××××××××

(指導教員 東邦大学大学院医学研究科 高木廣文)

<ラオス 連絡先>

××病院 看護部

Ms. ××××

電話：××××××××

ຂໍຮ້ອງເພື່ອການຄວາມຮ່ວມມືການຄົ້ນຄ້ວາ

ຂ້າພະເຈົ້າຊື່ວ່າຊະຢະມະຣິເອະ ເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບຂະແໜງພະຍາບານສຸຂະພາບນາໆຊາດທີ່ຄະນະວິທະຍາສາດການພະຍາບານມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ. ໃນເວລາດຽວກັນໃນປັດຈຸບັນກໍແມ່ນນັກສຶກສາປະລິນຍາເອກດ້ານການພະຍາບານຄະນະວິຊາວິທະຍາສາດການແພດມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ.

ໃນປະເທດສ.ປ.ປ ລາວ, ພາຍຫຼັງຄອດ ໂດຍທົ່ວໄປ ປະຊາຊົນແມ່ນມີປະເພນີແລະພຶດຕິກຳໃນການ “ຢູ່ໄຟ” ແລະ “ຄະລຳກິນ” ຢ່າງກວ້າງຂວາງ. ພຶດຕິກຳຫຼັງຄອດເຫຼົ່ານີ້ຖືວ່າເປັນວັດທະນະທຳທີ່ມີການສືບອດມາແຕ່ດົນນານ, ແລະເວົ້າໄດ້ວ່າມັນໄດ້ກາຍເປັນວິທີປະຕິບັດອັນສຳຄັນອັນໜຶ່ງຂອງຊີວິດແມ່ຍິງລາວ. ແນ່ນອນໃນໂລກຂອງພວກເຮົາກໍມີຫຼາຍປະເທດທີ່ມີພຶດຕິກຳຫຼັງຄອດທີ່ແຕກຕ່າງກັນໄປແຕ່ໃນລະດັບການຄົ້ນຄ້ວາເພື່ອສ້າງຮວມໃຫ້ເປັນ ຄວາມຮູ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການພະຍາບານແລ້ວແມ່ນຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການປະຕິບັດເທົ່າທີ່ຄວນ. ດັ່ງນັ້ນຂ້າພະເຈົ້າຈຶ່ງມີຄວາມສົນໃຈກັບພຶດຕິກຳຫຼັງຄອດຂອງແມ່ຍິງລາວ, ຈຶ່ງຢາກມາຂໍດຳເນີນການສຳຫຼວດຂໍ້ມູນພື້ນຖານ (Field work) ຢູ່ພະແນກປະສູດໂຮງໝໍ × ×. ໃນການສຳຫຼວດຂໍ້ມູນນີ້, ຈະມີການເກັບກຳກ່ຽວກັບການຮັບຮູ້ຂອງແມ່ມານທີ່ມາໂຮງໝໍ, ຄວາມຄິດທີ່ກ່ຽວກັບພຶດຕິກຳຫຼັງຄອດແລະເນື້ອໃນການແນະນຳຈາກໂຮງໝໍ, ການສັງເກດທົ່ວຕົກປະສູດ, ການຊຸ່ມສຳພາດແລະອື່ນໆ. ໃນທາງປະຕິບັດທີ່ເປັນຮູບປະທຳນັ້ນ, ຈະໄດ້ມີການສັງເກດສະພາບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການພະຍາບານແລະການຊີ້ນຳແກ່ແມ່ລູກອ່ອນທີ່ອອກໂຮງໝໍໄປ, ໃນເວລາດຽວກັນຂ້າພະເຈົ້າກໍຢາກຈະຂໍໄດ້ເວົ້າແລະຊັກຖາມກັບຄົນເຈັບຕາມເວລາທີ່ເໝາະສົມ. ໃນນັ້ນຫຼັກການໃນການເຂົ້າຮ່ວມມືດັ່ງນີ້:

- ຜູ້ທີ່ໃຫ້ການຮ່ວມມືໃນການຄົ້ນຄ້ວາທຸກຄົນແມ່ນເຂົ້າຮ່ວມດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ, ຢູ່ໃນຂັ້ນຕອນຂອງການຖືກສຳພາດ ທ່ານໃດຢາກໂຈະການໃຫ້ຂໍ້ມູນເມື່ອໃດກໍໄດ້, ທັງໝົດນັ້ນຈະບໍ່ໃຫ້ເກີດຜົນທາງລົບໃດໆຕໍ່ທ່ານ.
- ໃນການສຳຫຼວດຂໍ້ມູນ ແມ່ນຈະຕ້ອງຫຼີກລ່ຽງການສ້າງອຸປະສັກໃຫ້ແກ່ການເຮັດວຽກແລະການປິ່ນປົວຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ.
- ເພື່ອຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ຖືກສຳຫຼວດ, ຊື່ຜູ້ຖືກສຳຫຼວດຈະບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນເອກະສານຂໍ້ມູນ.
- ຕໍ່ກັບຜົນການຄົ້ນຄ້ວາ, ການປະເມີນຕາມບຸກຄົນແລະການປະເມີນຕາມໜ້າທີ່ງານແມ່ນຈະຖືກແຍກບໍ່ໃຫ້ກ່ຽວຂ້ອງກັນ, ດັ່ງນັ້ນ ຈະບໍ່ມີຜົນຕໍ່ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ.
- ເນື້ອໃນທີ່ໄດ້ຈາກການຄົ້ນຄ້ວານີ້, ແມ່ນຈະບໍ່ມີການນຳໃຊ້ໃນທີ່ອື່ນ. ຜູ້ຄົນຄ້ວາຈະຕ້ອງຮັກສາຂໍ້ມູນໄວ້, ພາຍ ຫຼັງການຄົ້ນຄ້ວາ ຈະຕ້ອງມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ນັ້ນ.
- ໃນເວລາສຳພາດ, ຖ້າທ່ານເຫັນດີແມ່ນຢາກຂໍໃຫ້ມີການປັນທຶກສຽງ.
- ການຄົ້ນຄ້ວານີ້, ເປັນການຄົ້ນຄ້ວາເພື່ອສ້າງໃຫ້ເປັນບົດວິທະຍານິພົນປະລິນຍາເອກ ດັ່ງນັ້ນຈະໄດ້ມີການສະເໜີບົດຄົ້ນຄ້ວານີ້ ແກ່ສະມາຄົມວິທະຍາສາດແລະລົງພິມໃນວາລສານວິທະຍາສາດໃດໜຶ່ງ. ຈາກນັ້ນ ແມ່ນຈະໄດ້ສົ່ງບົດເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ກັບຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມທຸກຄົນ, ຕາມຕ້ອງການ.
- ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄ້ວາ ຫຼືຖືກສຳພາດ, ຈະໄດ້ຮັບເງິນສົມມະນາບຸນຄຸນເປັນຈຳນວນ 20 ໂດລາອາເມລິກາ.

(資料 7 - 2)

ດັ່ງນັ້ນຈຶ່ງສະເໜີມາຍັງທ່ານເພື່ອຊາບ, ແລະຂໍໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນການຮ່ວມມືການຄົ້ນຄ້ວານີ້ດ້ວຍ.
ຖ້າທ່ານໃດ ທີ່ຢາກປະກອບຄໍາຄິດເຫັນ ຫຼືຊື່ກຖາມໃດໆ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ໄປຕາມທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ.

ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ, ສະຖາບັນປັນດິດວິທະຍາດ້ານການແພດ ມະຫາປັນດິດວິທະຍາສາດການພະຍາບານ,
ຊະຢະມະ ຣີເອະ

ອາຈານຜູ້ຊີ້ນຳ: ຕາກາກິ ຮີໂຣຟິມິ ສະຖາບັນຄົ້ນຄ້ວາວິທະຍາສາດການແພດ ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ

ໂທລະສັບ: +81-×××××××××× (ພາສາຍີ່ປຸ່ນ), +81-×××××××××× (ພາສາລາວ)

ອີເມລ: ××××××××××

ຂໍຮ້ອງເພື່ອການຄວາມຮ່ວມມືໃນການດຳເນີນການຄົ້ນຄ້ວາ

ຂ້າພະເຈົ້າ ຊື່ວ່າ ຊະຍະມະ ຣິເອະ ເປັນນັກສຶກສາປະລິນຍາເອກ ທີ່ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ ປະເທດ ຍິນປຸ່ນ, ເມື່ອປະມານ 8 ປີ ກ່ອນໜ້ານີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມາເຮັດວຽກຢູ່ບັນດາໂຮງໝໍໃນວຽງຈັນເປັນ ເວລາ 2 ປີ.

ໃນປະເທດ ສ.ປ.ປ ລາວ, ພາຍຫຼັງຄອດ ໂດຍທົ່ວໄປ ປະຊາຊົນແມ່ນມີປະເພນີແລະພຶດຕິກຳໃນການ “ຢູ່ໄຟ” ແລະ “ຄະລຳກິນ” ຢ່າງກວ້າງຂວາງ. ພຶດຕິກຳຫຼັງຄອດເຫຼົ່ານີ້ ຖືວ່າເປັນວັດທະນະທຳທີ່ມີການສືບ ທອດມາແຕ່ດົນ ນານ, ແລະເວົ້າໄດ້ວ່າມັນໄດ້ກາຍເປັນວິທີປະຕິບັດອັນສຳຄັນອັນໜຶ່ງຂອງຊີວິດແມ່ຍິງ ລາວ. ໃນການຄົ້ນຄ້ວາ, ແມ່ນຈະໄດ້ມີການຮ່ວມມືກັບພະຍາບານ ແລະພວກທ່ານ ໃນການຂໍຊັກຖາມ ແລະສຳຫຼວດພຶດ ຕິດກຳແລະຄວາມເຂົ້າໃຈຫຼັງການຄອດຢູ່ຕຶກ ປະສູດ ໂຮງໝໍ × × × × ×, ໃນນັ້ນ ຫຼັກການທີ່ຈະປະຕິບັດມີດັ່ງນີ້:

- ຜູ້ທີ່ໃຫ້ການຮ່ວມມືໃນການຄົ້ນຄ້ວາທຸກຄົນແມ່ນເຂົ້າຮ່ວມດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ, ການສຳພາດຈະ ຫຼີກລ່ຽງການເປັນອຸປະສັກຕໍ່ກັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານຢູ່ໂຮງໝໍ, ຈະບໍ່ໃຫ້ເກີດຜົນທາງລົບໃດໆ ທ່ານ.
- ໃນລະຫວ່າງການສອບຖາມຂໍ້ມູນ ທ່ານຢາກໂຈະໃຫ້ສຳພາດເມື່ອໃດກໍໄດ້.
- ໃນການສຳຫຼວດຫຼືສຳພາດ, ຈະດຳເນີນໂດຍບໍ່ໃຫ້ລົບກວນການມາໂຮງໝໍ ການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.
- ເພື່ອຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ຖືກສຳຫຼວດ, ຊື່ຜູ້ຖືກສຳຫຼວດຈະບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນເອກະສານຂໍ້ມູນ.
- ຕໍ່ກັບຜົນການຄົ້ນຄ້ວາ, ການປະເມີນຕາມບຸກຄົນແລະຕາມໜ້າທີ່ແມ່ນຈະຖືກແຍກບໍ່ໃຫ້ກ່ຽວຂ້ອງ ກັນ,
- ເນື້ອໃນທີ່ໄດ້ຈາກການຄົ້ນຄ້ວານີ້, ແມ່ນຈະບໍ່ມີການເປີດເຜີຍໃນທີ່ອື່ນ. ຜູ້ຄົນຄ້ວາຈະຕ້ອງຮັກສາຂໍ້ ມູນໄວ້ເປັນ ຢ່າງດີ, ແລະຈະຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຜົນບໍ່ດີທີ່ເກີດຂຶ້ນຕາມມາ.
- ໃນເວລາສຳພາດ, ຖ້າທ່ານເຫັນດີແມ່ນຢາກຂໍໃຫ້ມີການປັນທຶກສຽງ.
- ການຄົ້ນຄ້ວານີ້, ເປັນການຄົ້ນຄ້ວາເພື່ອສ້າງໃຫ້ເປັນບົດວິທະຍານິພົນປະລິນຍາເອກ ດັ່ງນັ້ນຈະໄດ້ມີ ການສະເໜີບົດຄົ້ນຄ້ວານີ້ ແກ່ສະມາຄົມວິທະຍາສາດແລະລົງພິມໃນວາລສານວິທະຍາສາດໃດໜຶ່ງ. ຈາກນັ້ນ ແມ່ນຈະໄດ້ສົ່ງບົດເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ກັບຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມທຸກຄົນ, ຕາມຄວາມຕ້ອງການ.
- ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄ້ວາຫຼືຖືກສຳພາດ, ຈະໄດ້ຮັບເງິນລົມມະນາບຸນຄຸນເປັນຈຳນວນ 2 ໂດລາອາເມ ລິກາ.

ດັ່ງນັ້ນ ຈຶ່ງສະເໜີມາຍັງທ່ານເພື່ອຊາບ, ແລະຂໍໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນການຮ່ວມມືການຄົ້ນຄ້ວານີ້ດ້ວຍ. ຖ້າທ່ານໃດ ທີ່ຢາກປະກອບຄຳຄິດເຫັນ ຫຼືຊັກຖາມໃດໆ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ໄປຕາມທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ. ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ, ສະຖາບັນບັນດິດວິທະຍາດ້ານການແພດ ມະຫາບັນດິດວິທະຍາສາດການພະຍາບານ, ຊະຍະມະ ຣິເອະ

ອາຈານຜູ້ຊີ້ນຳ: ຕາກາກິ ຮິໂຣຟິມິ ສະຖາບັນຄົ້ນຄ້ວາວິທະຍາສາດການແພດ ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ

(資料 8 - 2)

ໂທລະສັບ: +81-×××××××××× (ພາສາຍີ່ປຸ່ນ), +81-×××××××××× (ພາສາລາວ)

ອີເມລ: ××××××××××

<ປະເທດລາວ>

ໂຮງໝໍ ××××××××××, ພະແນກພະຍາບານ

ນາງ ××××××××××

ໂທລະສັບ: ××××××××××

ໜັງສືຕົກລົງຮ່ວມມືການຄົ້ນຄ້ວາ

ຮຽນ ທ່ານ ສາດສະດາຈານ ທາກາກິ ຮິໂຣຟິມິ

ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ ຄະນະວິຊາພະຍາບານສາດ

ຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນຜູ້ທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄ້ວາ (ຜູ້ຖືກສຳພາດ)ທີ່ກ່ຽວກັບ “ພຶດຕິກຳແລະການພະຍາບານຕໍ່ກັບແມ່ຫຼັງຄອດຕາມວັດທະນະທຳຄົນລາວ”, ແມ່ນໄດ້ຮັບການອະທິບາຍກ່ຽວກັບເນື້ອໃນການຄົ້ນຄ້ວາ ຕາມຫົວຂໍ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ທຸກປະການ. ບົນພື້ນຖານຄວາມສະໝັກໃຈຂອງຕົນເອງ, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຂົ້າປະກອບສ່ວນເພື່ອເຮັດໃຫ້ບົດຄົ້ນຄ້ວາມີຄວາມສົມບູນ.

- ຈຸດປະສົງ ແລະວິທີການຂອງການຄົ້ນຄ້ວາບົດນີ້
- ຄວາມເປັນອິສະລະໃນເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄ້ວາ, ໄດ້ຖືກຮັກສາຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໃຫ້ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ
- ກ່ຽວກັບການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ຖືກສຳພາດ
ການຈັດການກັບຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນ, ວິທີການໃນການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ
ວິທີການປະກາດຜົນການຄົ້ນຄ້ວາ
- ຜົນແລະເນື້ອໃນບົດສຳພາດ ຈະບໍ່ເປີດເຜີຍໄປບ່ອນອື່ນ
- ຜົນແລະເນື້ອໃນບົດສຳພາດ ຈະບໍ່ເປັນການຕີລາຄາສ່ວນບຸກຄົນ ຄົນໃດຄົນໜຶ່ງ
- ກ່ຽວກັບການຕິດຕໍ່ ແລະປົກສາ

ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ

ວັນເດືອນປີ ຕົກລົງ

ລາຍເຊັນ.....

ວັນທີ.....ເດືອນ.....ປີ.....

ຊື່ແລະນາມສະກຸນ:.....

ຜູ້ດຳເນີນການຄົ້ນຄ້ວາ ທີ່ໃຫ້ຄຳອະທິບາຍ

ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ ນັກສຶກສາປະລິນຍາເອກການພະຍາບານສາດ

.....

ຊື່ແລະນາມສະກຸນ:.....

ໂທລະສັບ: +81-×××××××××× (ພາສາຍີ່ປຸ່ນ), +81-×××××××××× (ພາສາລາວ)

ອີເມລ: ××××××××××

ອາຈານຜູ້ຊີ້ນຳ: ຕາກາກິ ຮິໂຣຟິມິ

ສະຖາບັນຄົ້ນຄ້ວາວິທະຍາສາດການແພດ ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ

ໜັງສືຍິນຍອມຕົກລົງຮ່ວມມືການຄົ້ນຄວ້າ

ຮຽນ ທ່ານ ສາດສະດາຈານ ທາກາກິ ຮິໂຣຟິມິ
ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ ຄະນະວິຊາພະຍາບານສາດ

ຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນຜູ້ທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄວ້າ (ຜູ້ຖືກສຳພາດ)ທີ່ກ່ຽວກັບ “ພຶດຕິກຳແລະການ
ພະຍາບານຕໍ່ກັບແມ່ທັງຄອດຕາມວັດທະນະທຳຄົນລາວ”, ແມ່ນໄດ້ຍິນຍອມແລະສະໝັກໃຈເຂົ້າຮ່ວມ
ການຄົ້ນຄວ້າ, ໃຫ້ສຳພາດ. ດັ່ງນັ້ນ ຈຶ່ງໄດ້ລົງລາຍເຊັນໄວ້ເປັນຫຼັກຖານ.

ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ

ວັນເດືອນປີ ຕົກລົງ

ລາຍເຊັນ.....
ຊື່ແລະນາມສະກຸນ:.....

ວັນທີ.....ເດືອນ.....ປີ.....

ຜູ້ດຳເນີນການຄົ້ນຄວ້າ ທີ່ໃຫ້ຄຳອະທິບາຍ
ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ ນັກສຶກສາປະລິນຍາເອກການພະຍາບານສາດ

.....
ຊື່ແລະນາມສະກຸນ:.....

ໂທລະສັບ: +81-×××××××××× (ພາສາຍີ່ປຸ່ນ), +81-×××××××××× (ພາສາລາວ)

ອີເມລ: ××××××××××

ອາຈານຜູ້ຊີ້ນຳ: ຕາກາກິ ຮິໂຣຟິມິ

ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິທະຍາສາດການແພດ ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ

ໜັງສືຕົກລົງຮ່ວມມືການຄົ້ນຄ້ວາ

ຮຽນ ທ່ານ ສາດສະດາຈານ ທາກາກິ ຮິໂຣຟິມິ

ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ ຄະນະວິຊາພະຍາບານສາດ

ຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນຜູ້ທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄ້ວາ (ຜູ້ຖືກສຳພາດ)ທີ່ກ່ຽວກັບ “ພຶດຕິກຳແລະການພະຍາບານຕໍ່ກັບແມ່ທັງຄອດຕາມວັດທະນະທຳຄົນລາວ”, ແມ່ນໄດ້ຮັບການອະທິບາຍກ່ຽວກັບເນື້ອໃນການຄົ້ນຄ້ວາ ຕາມທິວຂໍ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ທຸກປະການ. ບົນພື້ນຖານຄວາມສະໝັກໃຈຂອງຕົນເອງ, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຂົ້າປະກອບສ່ວນເພື່ອເຮັດໃຫ້ບົດຄົ້ນຄ້ວາມີຄວາມສົມບູນ.

- ຈຸດປະສົງ ແລະວິທີການຂອງການຄົ້ນຄ້ວາບົດນີ້
- ຄວາມເປັນອິສະລະໃນເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄ້ວາ, ໄດ້ຖືກຮັກສາຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໃຫ້ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ
- ກ່ຽວກັບການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ຖືກສຳພາດ
ການຈັດການກັບຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນ, ວິທີການໃນການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ
ວິທີການປະກາດຜົນການຄົ້ນຄ້ວາ
- ຜົນແລະເນື້ອໃນບົດສຳພາດ ຈະບໍ່ເປີດເຜີຍໄປບ່ອນອື່ນ
- ຜົນແລະເນື້ອໃນບົດສຳພາດ ຈະບໍ່ເປັນການຕີລາຄາສ່ວນບຸກຄົນ ຄົນໃດຄົນໜຶ່ງ, ບໍ່ເປັນຜົນກະທົບຕໍ່ກັບ ການປິ່ນປົວ ຫຼືການຮັກສາພະຍາບານໃດໆ
- ກ່ຽວກັບການຕິດຕໍ່ ແລະປົກສາ

ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ

ວັນເດືອນປີ ຕົກລົງ

ລາຍເຊັນ..... ວັນທີ.....ເດືອນ.....ປີ.....

ຊື່ແລະນາມສະກຸນ:.....

ຜູ້ດຳເນີນການຄົ້ນຄ້ວາ ທີ່ໃຫ້ຄຳອະທິບາຍ

ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະນັກສຶກສາປະລິນຍາເອກການພະຍາບານສາດ

.....

ຊື່ແລະນາມສະກຸນ:.....

ໂທລະສັບ: +81-×××××××××× (ພາສາຍີ່ປຸ່ນ), +81-×××××××××× (ພາສາລາວ)

ອີເມລ: ××××××××××

ອາຈານຜູ້ຊີ້ນຳ: ຕາກາກິ ຮິໂຣຟິມິ

ສະຖາບັນຄົ້ນຄ້ວາວິທະຍາສາດການແພດ ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ

ໜັງສືຍິນຍອມຕົກລົງຮ່ວມມືການຄົ້ນຄວ້າ

ຮຽນ ທ່ານ ສາດສະດາຈານ ທາກາກິ ຮິໂຣຟິມິ
ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ ຄະນະວິຊາພະຍາບານສາດ

ຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນຜູ້ທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄວ້າ (ຜູ້ຖືກສຳພາດ)ທີ່ກ່ຽວກັບ “ພຶດຕິກຳແລະການ
ພະຍາບານຕໍ່ກັບແມ່ທັງຄອດຕາມວັດທະນະທຳຄົນລາວ”, ແມ່ນໄດ້ຍິນຍອມແລະສະໝັກໃຈເຂົ້າຮ່ວມ
ການຄົ້ນຄວ້າ, ໃຫ້ສຳພາດ. ດັ່ງນັ້ນ ຈຶ່ງໄດ້ລົງລາຍເຊັນໄວ້ເປັນຫຼັກຖານ.

ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ

ວັນເດືອນປີ ຕົກລົງ

ລາຍເຊັນ.....
ຊື່ແລະນາມສະກຸນ:.....

ວັນທີ.....ເດືອນ.....ປີ.....

ຜູ້ດຳເນີນການຄົ້ນຄວ້າ ທີ່ໃຫ້ຄຳອະທິບາຍ
ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ ນັກສຶກສາປະລິນຍາເອກການພະຍາບານສາດ

.....
ຊື່ແລະນາມສະກຸນ:.....

ໂທລະສັບ: +81-×××××××××× (ພາສາຍີ່ປຸ່ນ), +81-×××××××××× (ພາສາລາວ)

ອີເມລ: ××××××××××

ອາຈານຜູ້ຊີ້ນຳ: ຕາກາກິ ຮິໂຣຟິມິ

ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິທະຍາສາດການແພດ ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ

ເຖິງ ທຸກທ່ານຜູ້ທີ່ມາໂຮງໝໍພາຍຫຼັງຄອດ

ຂໍຮ້ອງເພື່ອໃຫ້ການຮ່ວມມື

- ຂ້າພະເຈົ້າ ຊື່ ຊະຢະມະ ຣິເອະ ກຳລັງສຶກສາທີ່ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ ທີ່ໂຕກງວ ປະເທດຍີ່ປຸ່ນ.
- ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມສົນໃຈກ່ຽວກັບພຶດຕິກຳຫຼັງຄອດ ໂດຍສະເພາະແມ່ນປະເພນີການ “ຢູ່ໄຟ” ແລະ “ຄະລຳກິນ” ທີ່ມີໃນປະເທດລາວເຮົາ, ຊຶ່ງບັດຈຸບັນກຳລັງຮ່ວມກັນກັບຕົກປະສູດໂຮງໝໍ××× ເພື່ອດຳເນີນການຄົ້ນຄ້ວາ ກ່ຽວກັບການໃຫ້ການພະຍາບານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຫົວຂໍ້ດັ່ງກ່າວ.
- ດ້ວຍເຫດນັ້ນ, ໃນນາມເປັນທັງນັກພະຍາບານ ໃນຖານະຜູ້ທີ່ເຄີຍເຮັດວຽກກັບໂຮງໝໍມາ, ຈຶ່ງຢາກຂໍສັງເກດ ສະພາບການພຶດຕິກຳຫຼັງຄອດກັບພວກທ່ານ. ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ກໍຢາກຂໍຊັກຖາມ ເພື່ອສ້າງຄວາມເຂົ້າໃຈກັບພວກທ່ານໃນນະທີ່ນີ້ດ້ວຍ.
- ສຳລັບຜູ້ທີ່ໃຫ້ການຮ່ວມມືໃນການສອບຖາມ ແມ່ນເປັນໄປແບບຕາມໃຈ, ດັ່ງນັ້ນ ຈຶ່ງບໍ່ໃຫ້ເກງໃຈ ໃນການຕອບຄຳຖາມ. ຖ້າທ່ານຈະຢຸດຫຼືໂຈະການໃຫ້ຂໍ້ມູນເມື່ອໃດກໍໄດ້.
- ໃນການສຳຫຼວດຫຼືສຳພາດເພື່ອການຄົ້ນຄ້ວານີ້, ແມ່ນຈະດຳເນີນໂດຍບໍ່ໃຫ້ເປັນອຸປະສັກຕໍ່ກັບການເຂົ້າໂຮງໝໍ ການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.
- ຈະບໍ່ມີການເປີດເຜີຍ ຊື່ ຫຼືຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານຕໍ່ພາຍນອກ.

ຖ້າທ່ານໃດມີຄຳຄິດເຫັນ ຫຼືມີຂໍ້ຊັກຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ສອບຖາມໄປຍັງນັກຄົ້ນຄວ້າຫຼືພະຍາບານ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ກັບການຄົ້ນຄ້ວານີ້ ຕາມທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

<ປະເທດຍີ່ປຸ່ນ>

ມະຫາບັນດິດວິທະຍາສາດການແພດ ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ
ຊະຢະມະ ຣິເອະ

ໂທລະສັບ: +81-×××××××××× (ພາສາຍີ່ປຸ່ນ), +81-×××××××××× (ພາສາລາວ)

ອີເມລ: ××××××××××

ອາຈານຜູ້ຊີ້ນຳ: ຕາກາກິ ຮິໂຣຟິມິ ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າວິທະຍາສາດການແພດ ມະຫາວິທະຍາໄລໂຕໂຮະ

<ປະເທດລາວ>

ໂຮງໝໍ ××××××××××, ພະແນກພະຍາບານ
ນາງ ××××××××××