

バングラデシュ農村女性のリプロダクティブ疾患の有病率、 QOL, 健康希求行動に関する研究

Prevalence, quality of life, health seeking behavior of
reproductive morbidity among women in rural Bangladesh

井本敦子¹⁾・ビートル・ス・アム・ウエン・バ・ガ・²⁾・本田純久¹⁾・松山章子³⁾

本研究はバングラデシュ国における産科瘻孔、子宮脱、尿失禁の有病率およびQOL、ならびに健康希求行動の阻害要因を明らかにすることを目的とした。本稿では、結果の一部である産科瘻孔を経験した女性のQOLについて報告する。

本調査は38名の瘻孔経験者を対象に、日常生活における病気の影響についてインタビューを行い、質的に分析した。その結果、【瘻孔発症に至る難産の過程で関わる多様なケア・プロバイダーの存在】、【変容する夫との関係】、【妻、母という役割喪失による自己尊厳の低下】、【瘻孔発症後にも継続する妊娠と死産】、【失禁症状や臭いの露見回避への対処】、【社会的スティグマと宗教的義務の不履行に関わる苦しみ】、【治療希求模索過程でのさらなる経済的困窮】の7つのカテゴリーが抽出された。産科瘻孔を患った女性は身体的苦痛もさることながら、夫、家族、社会との関係性、そして信仰において多大な苦難を経験し、経済状況も悪化していた。したがって、瘻孔女性には全人的な支援を提供することが重要と考える。

The purpose of this study was to investigate the prevalence, QOL, and factors affecting health seeking behavior for obstetric fistula, uterine prolapse, and urinary incontinence in Bangladesh. In this report, we present a part of the study regarding the QOL of women who have experienced obstetric fistula. Thirty eight women were interviewed and the interview data was analyzed qualitatively. In total seven categories were derived from the data: various care providers involved in the process of the obstructed delivery leading to obstetric fistula, change of the relationship with the husband, decreased self-esteem due to loss of role as a wife and mother, continuing pregnancy and stillbirth after fistula occurrence, social stigma and suffering from inability to fulfill religious duties, coping strategies to deal with leakage and odor, and increasing economic hardships during the treatment seeking process.

In conclusion, the women with fistula not only suffer physically, economically but also in their relations with their spouse, family, and other social relationships. Moreover, fistula leads to their further impoverishment. Therefore, it is important to recommend holistic support to them.

Key Words: obstetric fistula, Bangladesh, QOL, experiences, reproductive morbidity

Atsuko Imoto¹⁾, Beatrice Ambauen-Berger²⁾, Sumihisa Honda¹⁾, and Akiko Matsuyama³⁾

1)長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 2)LAMB Hospital, Integrated Rural Health & Development, Bangladesh 3)長崎大学大学院国際健康開発研究科

1)Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University, 2)LAMB Hospital, Integrated Rural Health & Development, Bangladesh, 3)Graduate School of International Health Development, Nagasaki University

1. 背景

バングラデシュ国（以下「バ」国）では、女性の健康問題における優先課題として、妊産婦死亡率の削減に取り組んでおり、近年大きな改善がみられた。一方、死に至らない、妊娠出産に関わる影響に関しては、ほとんど関心が払われていない。一人の死亡につき他に20-30人が急性あるいは慢性的の疾患や障がいを経験し、しばしば後遺症を残すと言われる¹⁾。その代表的疾患の一つに産科瘻孔がある。主に難産を起因とし、膣と膀胱あるいは直腸に穴ができる病気である。死産を伴うことが多く、女性には尿や便の失禁症状が残る。緊急産科ケアが整っていないアフリカや南アジアを中心に200万人、バ国では7万人いると推定されている²⁾。

瘻孔女性のQOLは慢性的な失禁症状とその臭いにより、身体的苦痛に加え、別居や離婚、周囲からの差別や孤立など、社会生活も著しく阻害される。孤立によって経済的困窮に陥る女性も少なくない。瘻孔の大半は手術で治療できるが、疾病に関する理解の欠如や経済的理由などでしばしば治療が遅れる³⁾。

アフリカにおいては、これまで産科瘻孔のQOLや治療行動に関する調査が多く行われているが、バ国では、いまだ実態が十分に明らかではない。本研究ではバ国において産科瘻孔を患った女性のQOLについて質的調査を行ったので、本稿ではその結果の一部を報告する。

2. 対象と方法

瘻孔ケアを提供している、バ国北西部のミッションホスピタルとダッカ市のNGO施設の協力を得

て38名の瘻孔経験者を合目的に選定し、瘻孔に関わる経験について半構造化インタビューを行った。インタビュー内容を録音し、英語に翻訳した逐語録を作成した。逐語録を意味内容からコード化し、継続的比較法を通じて分析を行いさらに抽象度の高いカテゴリーを抽出した。

3. 結果

対象者の概要

対象者は農村部出身でイスラム教徒、年齢は19歳-55歳、既婚者が63%、離婚・別居者が29%であった。結婚時年齢が17歳以下の女性が71%、10年以上の罹患期間を有する女性が半数以上であった。(表1)

分析の結果、【瘻孔発症に至る難産の過程で関わる多様なケア・プロバイダーの存在】、【変容する夫との関係】、【妻、母という役割喪失による自己尊厳の低下】、【瘻孔発症後にも継続する妊娠と死産】、【失禁症状や臭いの露見回避への対処】、【社会的スティグマと宗教的義務の不履行に関わる苦しみ】、【治療希求模索過程でのさらなる経済的困窮】の7つのカテゴリーが抽出された。

【瘻孔発症に至る難産の過程で関わる多様なケア・プロバイダーの存在】

対象者の多くが自宅出産を試み、難産の過程で伝統的産婆や（資格のない）村医者、ホメオパス医療師、看護師等の多様なケア・プロバイダーが出産（多くは死産）に関与し、最終的に自宅または病院で出産するまでに長時間を要していた。

【変容する夫との関係】

瘻孔の治療を受けるために病院へ行く途中で夫

表 1. 対象者の背景

	年齢	婚姻状況	教育レベル	瘻孔罹患時の 出産回数	出産場所	結婚時年齢	子の有無	罹患期間
1	45	別居	なし	1	自宅	15	無	10-12 年
2	50	既婚	不明	2	自宅	不明	有	15 年
3	35	離婚	初等教育未修了	1	自宅	10-15	有	20 年
4	55	離婚	なし	1	病院	15	無	20 年
5	40	既婚	なし	4	病院	20	有	6 年
6	45	既婚	なし	2	病院	12	有	15-16 年
7	27	既婚	初等教育	2	病院	19	有	4 ヶ月
8	49	既婚	なし	5	病院	13	無	15-16 年
9	32	既婚	初等教育	2	病院	12	有 (養子)	12 年
10	24	別居	初等教育未修了	2	病院	17	無	5 年
11	30	既婚	初等教育未修了	1	他人の家	16	有 (養子)	10-12 年
12	55	死別	なし	6	病院	不明	有	16-17 年
13	45	別居	なし	5	自宅	10-15	有	6 ヶ月
14	25	既婚	初等教育未修了	2	病院	18	有	6 ヶ月
15	30	離婚	なし	1	自宅	16-17	無	14 年
16	35	既婚	なし	4	診療所	17	有	10 年
17	30-35	既婚	初等教育未修了	6	病院	10	有	16 年
18	24	既婚	初等教育	1	病院	19	有	3-4 ヶ月
19	40	離婚	初等教育	1	自宅	13	無	19 年
20	20	離婚	初等教育	2	病院	17	無	7 ヶ月
21	25	離婚	初等教育	1	病院	17	無	4 年
22	50	既婚	なし	1	自宅	15	有	25 年
23	45	既婚	なし	1	自宅	7	有 (養子)	30 年
24	45	既婚	なし	7	病院	16	有	5 年
25	27	既婚	初等教育未修了	3	病院	18	無	3 年
26	32	既婚	初等教育未修了	1	病院	16	有	15 年
27	40	死別	なし	5	病院	16-17	有	8-9 年
28	30-35	既婚	なし	3	病院	20	有	1 年
29	19	既婚	初等教育未修了	1	病院	15	無	2 ヶ月
30	22	既婚	初等教育	1	病院	19	無	4 ヶ月
31	20	既婚	初等教育未修了	2	病院	17	無	1.5 年
32	20	既婚	なし	1	病院	14	無	2 年
33	36	既婚	初等教育	1	病院	15	有	16 年
34	35	既婚	初等教育	1	病院	17	無	13 年
35	40	別居	なし	2	病院	13	無	15 年
36	50	死別	なし	1	自宅	14	無	20-25 年
37	22	別居	初等教育	1	病院	15	有	3 年
38	45	既婚	なし	5	病院	12	有	7 年

に捨てられるという場合もあれば、女性が自ら離婚を申し出るケースもあった。また、イスラム教徒として妻を複数娶ることができる夫が連れてきた2番目の妻と同居を強いられたり、逆に、医師から瘻孔治療後も妊娠の可能性が低いと告げられた女性が夫の将来を考え、2番目の妻との結婚を自分でアレンジした者もいた。

瘻孔に罹って5-6ヶ月後、夫は再婚した。～中略～私が瘻孔に罹ったから夫は再婚したのだと思った。あとからそのことを知ったので、ど

うすることもできず受け入れるしかなかった。
(32歳女性)

【妻、母という役割喪失による自己尊厳の低下】

慢性的な尿失禁ならびに、尿失禁と難産に関連した症状により、性生活を営めない、もう子どもを生むことができない、家事が十分にこなせない、といった言葉が語られた。夫や家族、地域社会から期待されている妻あるいは母としての役割が果たせず、自分は無価値で役に立たない存在ととらえていた。

【瘻孔発症後にも継続する妊娠と死産】

瘻孔発症後に尿失禁や性交時痛などで性生活を自ら止めてしまう場合もあれば、性行為時にひどくなる尿もれに対してビニールや布を敷いて対処しながら性生活を継続し、妊娠、死産を繰り返す場合もある。

【社会的スティグマと宗教的義務の不履行に関わる苦しみ】

対象者は、家族や親類、隣人から muturi (おねしょ) や harap manush (悪い女) といった蔑んだ言葉で呼ばれた。また「向こうへ行け」「悪い人間だからそんな病気になった」「もう産めないのだから何の価値もない」といった言葉を浴びせられ、夫から暴力を受けたり、同居する義理の両親から心理的あるいは身体的虐待を受ける者もいた。女性たちは屈辱や悲しみ、絶望を感じ、多くは、人との接触を避けたと述べている。また、尿もれという身体的汚れによってアッラーの神へ祈りを捧げる一日5回の礼拝という宗教的義務を果たすことができないことを大きな精神的苦痛と語る女性も多い。

尿がずっと出ているのにどうやってお祈りできるというの！1日に4回も5回も服を着替えずなくちゃいけない。私の体は清潔じゃないのにどうやってお祈りできるのかって村の人たちや両親から言われた。(19歳)

【失禁症状や臭いの露見回避への対処】

失禁症状と臭いにより、病気が他者へ知られないように、女性が着用するサリーの布で作ったナプキンの使用や飲食の制限、社会との接触を絶つことで対処していた。

【治療希求模索過程でのさらなる経済的困窮】

瘻孔発症後、多くの女性は伝統医療師、ホメオパス医療師、病院など多様な医療従事者にケアを求めている。その過程で借金を重ね、治療費工面のために、病気を抱えたまま工場勤めをする者も

おり、元々貧困に喘ぐ女性が更なる経済的困窮に陥る状況も明らかになった。

4. 考察

先行研究の多いアフリカにおいては、産科瘻孔発症による別居・離婚率の平均は36% (95% CI, 27%–46%) と報告されており⁴⁾、離婚による社会的疎外と経済的困難の深刻さが示唆されている。一方、著者がバ国北部で113人の女性を対象に実施した研究では、瘻孔術後女性の別居・離婚率(死別含む)は25.7%とアフリカにおける先行研究結果と比較すると離婚率はそれほど高くない⁵⁾。イスラム教が多数派であるバ国では、必ずしも離婚という形態を取らないで、女性が家族や地域で疎外される状況が起きている可能性がある。本研究で明らかになったように、夫が新たに2番目の妻を娶り同居を強いる、あるいは義理の両親が心理的、身体的虐待を行うことで女性を家から追い出し別居となる例もある。また、疾病そのものの理解が欠如しているため、妻の役割としての性生活を継続して妊娠、死産を繰り返す事例もあった。

瘻孔という疾病に対する社会的スティグマや差別に関しては、アフリカの研究結果^{6) 7)}と同様に、本研究でも家族や地域社会から差別的発言や扱いを受けている状況が明らかになった。さらに、尿もれによる身体的な汚れのために宗教的義務が果たせないという、イスラム教徒として精神的苦痛を多くの女性が語っている。このような外部からの差別的扱いと、宗教という精神的支柱を脅かす苦痛が瘻孔女性の心理面に大きく影響していることがわかった。

結論として、産科瘻孔を患った女性は身体的苦痛もさることながら、夫、家族、社会との関係性、そして信仰において多大な苦難をもたらし、経済状況も悪化することが明らかとなった。産科瘻孔ケアには瘻孔の治療に加え、こういった文化的社会的側面および経済面への影響を理解し、全人的な支援が必要である。

[文献]

- 1) Firoz T, Chou D, von Dadelszen P, Agrawal P, Vanderkruik R, Tunçalp O, Magee LA, Van Den Broek N, Say L, Maternal Morbidity Working Group. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ*. 2013;91(10):794-6.
- 2) World Health Organization. Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development. WHO Geneva. 2006;4.
- 3) Bellows, Ben, Rachel Bach, Zoe B, Charlotte W. Barriers to obstetric fistula treatment in Low-income Countries: a systematic review. Nairobi: Population Council. 2015; 13-15.
- 4) Ahmed S, Holtz SA. Social and economic consequences of obstetric fistula: Life changed forever? *Int J Gynaecol Obstet*. 2007; Nov;99 Suppl 1:S10-5
- 5) Imoto A, Matsuyama A, Beatrice Ambauen-Berger, Honda S. Health-related quality of life among women in rural Bangladesh after surgical repair of obstetric fistula. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; Jul;130(1):79-83.
- 6) Khisa Anne M, Nyamongo Isaac K. Still living with fistula: an exploratory study of the experience of women with obstetric fistula following corrective surgery in West Pokot. *Reprod Health Matters*. 2012;20(40):59-66.
- 7) Roush KM. Social implications of obstetric fistula: an integrative review. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54:e21-33.