

## 要旨

【目的】ブルキナファソ（以下ブ国）では母子保健の向上を保健政策の目標の一つに掲げ取り組んでいるが、農村部における母子保健指標が著しく悪く、母子の健康にかかる地域間格差縮小に向けた介入方法の開発が不可欠である。本研究ではブ国の母子の健康格差縮小に向け、相互支援を基盤とした母子保健向上のためのプログラム開発にかかる理論的基盤の構築と、看護職者の役割にかかる提言抽出のため、量的横断研究を用いてブ国農村部における金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連を探索することを目的とした。

【方法】ブ国 T 保健区の農村部に暮らす 20～45 歳の女性に対面式の質問紙調査を実施し、実子の 5 歳未満での死亡経験と家族計画のアンメットニーズを目的変数としたロジスティック回帰分析を行った。【結果】563 人（有効回答率 100%）を分析対象とした。対象者の金融講の加盟率は 14.4%で、金融講加盟群の相互支援量は、合計・獲得型・提供型の全てで非加盟群に比べ有意に高かった。支援内容別では、経済的支援の獲得と提供等で加盟群が非加盟群より有意に平均値が高かった。支援者のパターンの特徴では、金融講加盟群では支援者なしの割合が少なく、相互支援の対象の選択肢が多様な傾向が示された。また、金融講加盟群は動物性蛋白質の摂取頻度が高く、なかでも講メンバーから支援を獲得している女性は家族計画を除く健康増進行動を採用している傾向が示された。多変量解析の結果では、実子の 5 歳未満での死亡経験は、30 歳以下の群で施設分娩の実施、単婚と負の関連にあり（それぞれ  $OR=0.050$  (95%CI; 0.005-0.519)、 $OR=0.387$  (95%CI; 0.156-0.961)）、31 歳以上の群では夫の教育歴と負の関連があった（ $OR=0.326$  (95%CI; 0.109-0.975)）。家族計画のアンメットニーズは産前健診の実施、夫の出稼ぎと負の関連にあった（それぞれ  $OR=0.470$  (95%CI; 0.258-0.856)、 $OR=0.332$  (95%CI; 0.173-0.637)）。いずれの分析でも母子の健康アウトカムと金融講加盟および相互支援量との間に有意な関連は示されなかった。

【結論】本研究の結果、金融講を通じた相互支援と母子の健康アウトカムとの間に有意な関連はなかったが、対象地域において女性が金融講に加盟することは、個人レベルの相互支援やネットワークの広がり、経済的エンパワー、そして健康増進行動の採用に寄与する可能性が示された。以上から、ブ国農村部において母子の健康増進を支援する際には、看護職者が金融講を含む相互扶助活動の特性を分析し、組織間の協働を促すことで、健康課題の解決に寄与する地域の潜在能力を引出していくことの必要性が示唆された。(1150 字)

### Abstract

**Purpose:** Burkina Faso is tackling towards Maternal and Child Health (MCH) improvement as one objective of health policy. However MCH status is extremely poor, notably in rural area. The aim of this study was to explore the association between mutual support through Accumulating Savings and Credit Associations (ASCAs) and MCH in rural Burkina Faso through quantitative cross-sectional research in order to build a theoretical foundation for the program development to improve MCH based on mutual support and to extract recommendations relating to the role of nursing professionals for health inequality reduction. **Methods:** A questionnaire survey was conducted to women aged 20–45 years living in the rural village of health district T. We performed logistic regression analysis. **Results:** A total 563 subjects effectively responded the questionnaire (100%). The ratio of respondents belonging to ASCAs was 14.4%. Quantity of mutual support (total, acquisition and provision) was greater in ASCA membership. Among different social support type, financial support acquisition and provision were greater in ASCA membership. Regarding characteristics of support source pattern, those who responded “no supporter” was fewer in ASCA membership and ASCA membership had a variety of supporters than in those who was not. ASCA membership have been statistically taking more animal protein, and among membership those who received support from member of ASCA tended to accept health promotive behavior except family planning. Regarding the experiences of death of children aged under five years, in the group aged 30 years or under, there was a negative association with facility based delivery and monogamy (OR=0.050 [95%CI: 0.005–0.519] and OR=0.387 [95%CI:0.156–0.961], respectively). In the group aged 31 years or over, there was a negative association with the educational background of the husband (OR=0.326 [95%CI: 0.109–0.975]). Regarding unmet needs in family planning, there was a negative association with the antenatal care attendance and migrant labor by the husband (OR=0.463 [95%CI: 0.217–0.988] and OR=0.145 [95%CI: 0.071–0.294], respectively). In all analyses, no significant relationship was seen between MCH outcomes and membership of an ASCA or mutual support. **Conclusion:** Although there is no relationship between MCH outcomes and mutual support through ASCA, the results revealed that ASCAs had a potential to contribute to foster mutual support and networks, economic empowerment and acceptance of health promotive behaviors of women. For the MCH promotion, it is necessary for nursing professionals to enhance the capabilities of community to resolve the health issues by analyzing the characteristics and promoting coalition among different mutual support organizations such as ASCAs. (412words)