

疾病時における行動の社会的・文化的側面

——食生活とらい——

尾 坂 良 子

Social and Cultural Aspects of Behavior during Illness.

——Diet and Leprosy——

Ryoko OSAKA

ABSTRACT: In India, religion exerts a profound influence over all aspects and details in life of both Hindus and Muslims, and there are many religious regulations in their lives respectively. Difference in the influence of these two religions on their followers could be observed distinctly in the diet. This study is focused on the change of both Hindus and Muslims in their food style before and after the onset of the disease.

The subjects of this study were 529 Hindus and 171 Muslims randomly selected from the leprosy patients who have visited the Leprosy Patients Welfare Society Old Mahapalika Building in the suburb of Agra City, U.P. State, India during 6 weeks from July to August in 1984 and 1985. They were directly interviewed concerning the place of their residence, disease and hygienic practices.

Of the 426 Hindu males, 251 were vegetarians at the time of the interview, of whom 74 had converted to the vegetarianism after the onset of disease. Number of the converted patients are appropriately 17.4% of the male Hindus and 29.5% of the Hindu vegetarians. In females, the corresponding values were 13.6% and 21.2% respectively.

Of the 137 male Muslims, only 5.8% were originally vegetarians, and 10.2% converted to the vegetarianism after the onset which is estimate 63.6% of the vegetarians. None of the 34 female Muslims were originally vegetarians, and 6(17.6%) converted to the vegetarianism after the onset of the disease.

Particularly in Hindus many patients with leprosy converted from a non-vegetarian to a vegetarian diet after the onset of the disease. These observations indicated the concept of disease among the Indian population and the

京都大学医療技術短期大学部看護学科

Division of the Science of Nursing, College of Medical Technology, Kyoto University.

1987年7月31日受付

deeprooted influence of the ancient Indian medicine such as that described in Ayuru-Veda.

Key word: food style, northern India, Leprosy, religion, direct interview technique.

はじめに

健康と疾病という問題を考えるとき、当然、人間の生理学的構成面と共に、人間が生活している地域社会の社会的・文化的並びに物理的環境との密接な関連性は無視できないであろう。

ある特定の疾病に関して人々がどのような保健行動を長い期間にわたってつくりあげてきたかは興味深い問題である。ここでは「らい」という歴史的にも複雑で長い経過をたどってきた疾病をとりあげ、本疾病の現実の場における人々の行動を探ぐってみる。

保健行動の社会的・文化的側面にかんがみ、特に社会階層内、家族内慣習など、更には宗教が大きな影響力をもつ国々においての宗教とそれに対する信仰を基盤とする価値観は、疾病の予防、治療などの実行行動に対して、どのような影響を与えているであろうか。

これらの問題をインドの国の、通常は食生活を含む日常生活全般にわたり、かなり強い宗教的規制がみうけられるヒンドゥー教徒、回教徒において、「らい」という疾病の発現によって食生活がどのように変化し、また、それが保健行動にどのような影響を及ぼすかについて、北インドのある地域に限って調査し分析した。インドにおける本疾病の現状を社会・文化との関連において把握することは、さまざまな保健教育の基礎をなす部分に対して多くの示唆を与えるものであろう。

対象及び方法

1984年と1985年のいずれも7月から8月にわたる計6週間、インド共和国、U. P. 州、アグラ市に滞在し、アグラ市郊外にある Leprosy Patients Welfare Society Old Mahapalika Build-

ing において、外来診療のために訪れる患者から無作為に700名を抽出し対象とした。

調査方法は診療前または診療後の患者に対し、面接による直接聞きとり方式によった。

調査内容は対象者の性別・年齢・病型等基礎的な項目から、宗教、居住地域、職業、疾病と保健行動（食生活、家族と子供等）、疾病と治療行動（受療の認識、民間療法等）に至る広範囲のものであった。

本報では対象者の食生活の形態を非菜食主義者群、菜食主義者群に分け、本疾病発病前と発病後における食生活の変化の実態と、宗教及びカーストを背景にもつインドの人々において本疾病が食生活の変化に及ぼしたと考えられる影響について、分析、考察する。

結果と考察

1. 対象群の特性

対象者は男性563名、女性137名の計700名であった。その性比は4:1で男性の比率が高かった。また、対象者の年齢は9才以上であり、全体として20才代後半から40才代前半の範囲にはいる対象者が多かった。

宗教的にみると、ヒンドゥー教徒529名、回教徒171名で、その比は3:1であった。インド全体の比率はヒンドゥー教徒82.7%回教徒11.2%であり、これに比較すると本対象者における回教徒の比率は高いといえよう。

居住地域別では、ヒンドゥー教徒群に比して回教徒群では都市部に居住する対象者が高率であった。これらに関する分析および対象群のその他の特性については既に報告した¹⁾。

2. 性別、宗教別による食生活に対する本疾病の影響

対象者の性および宗教の視点から本疾病の発

Table 1: Distribution of the patient according to religion and food style

religion sex food style	Hindu		Muslim	
	male	female	male	Female
vegetarian	177 41.5%	52 50.5%	8 5.8%	—
non-vegetarian	74 (29.5%)	14 (21.2%)	14 (63.6%)	6
vegetarian	17.4%(29.7%)	13.6%(27.5%)	10.2%(10.9%)	17.6%
non-vegetarian	175 41.1%	37 35.9%	115 83.9%	28 82.4%
Total	426	103	137	34

現がその食生活にどのような影響を与えたかについて検討した。

ヒンドゥー教徒男性群において本調査時に菜食主義者であったのは251名で、これは当該群の59%に相当した。このうち74名(17%)は健康時には非菜食主義者であり、本疾病発現の後に菜食主義に移行したものであった。この比率は菜食主義者群の約30%にあたり、また、発病前の非菜食主義者群に対しても同一比率を示した。ヒンドゥー教徒男性群においては、もともとの菜食主義者群と調査時の非食主義者群はほぼ同数であった。

ヒンドゥー教徒女性群では、調査時の菜食主義者は66名で、これの当該群に対する比率は64%であった。この値は男性の値に比してやや高いものであった。このうちもともとの菜食主義者は52名(50%)であり、この値も男性群における該当する値より約9%高いものであった。ヒンドゥー教徒においては女性に菜食主義者が多いようであった。本疾病発現後に菜食主義に移行したのは14名で、当該群の約14%にすぎず、この値は男性に比べてやや低値であった。また、本調査時に菜食主義であった群における非菜食主義からの移行したその比率は21%で、これも男性に比べて低値であった。このことは一般に家庭において、食生活に関しても主導権をもつのは女性よりもむしろ男性(夫または家長)であることを暗示しているであろう。本報では女性に菜食主義者が多かったが、本疾病発現によって食生活をかえる、つまり非菜食主義から菜食

主義へ移行した数は男性より少なかった。女性が患者の家庭では、配偶者及びその他の家族はおよそ健常であると推察されるので、食生活を変更するか否かに関しても男性(夫または家長)の意見が優先するのではないだろうか。

回教徒男性群においては、もともとの菜食主義者は8名にすぎず、本疾病発現後に非菜食主義からの移行は14名(10%)で、大部分(84%)は非菜食主義者であった。従って本調査時の菜食主義者群の過半数(64%)は本疾病発現後に食習慣を移行したものであった。回教徒女性群においては、もともとの菜食主義者はみられず、調査時の菜食主義者6名はすべて非菜食主義者から移行したものであった。調査時の非菜食主義者は男性で84%、女性では82%であり、ほとんど差がみられなかったことは、ヒンドゥー教徒と比べて特徴的であった(表1)。

インドでは、ヒンドゥー教徒及び回教徒のいづれにおいても日常生活全般に、更に細部にわたって宗教が影響力をもち規制している。ヒンドゥー教、回教の両宗教において、よく知られているように厳格な食物に関する禁忌があり、特に食肉についての前者の牛肉、後者の豚肉は絶対的禁忌である^{2,3)}。しかし、回教徒においては、豚肉をのぞけば食肉の種類についてそれ程きびしい規制のないことが、前述のように回教徒においてももともとの菜食主義者が少いことから推察されるであろうが、ヒンドゥー教徒の場合、カーストによっては極めて厳格な規制がみられる。最高カーストにおいては牛乳を除い

て全くの菜食主義であり、卵すら食べない程である。これに反し、他のカーストでは規制はそれほど嚴重ではなく、例えば、比較的上層のカーストでも羊肉だけが許されるといったことがある。下層カーストになる程、食生活は自由になり、食肉における制限はほとんどなくなる。一方、動物（家畜）に接触する機会ができるだけ少ないこと、また、肉食を絶対に食べないことが最高であるという考え方が、特に上層カーストにおいてみられるが、これは家畜を屠殺したり、皮革を扱ったりするのは下層カーストの職業であるとする考え方と表裏の関係にあり、特にヒンドゥー教徒間においては根強いもののようなのである⁴⁾。

ヒンドゥー教徒における菜食主義の内容（摂取可能な食物の種類）と、回教徒におけるそれとの間には相違があるのかも知れないが、同一地域社会における両宗教の混在をみると、両宗教それぞれにおける菜食主義の内容には大きな差がないとみなしてよいであろう。

本疾病発病後、非菜食主義から菜食主義に移行した例は前述した如くであるが、逆の方向への積極的な移行、つまり、菜食主義から非菜食主義への移行はみられなかった。ヒンドゥー教徒では高いカーストほど肉食を忌避することは明らかであるし、回教徒においても食肉の種類による忌避をもつが、ヒンドゥー教徒、回教徒ともに「本疾病に対する疾病観・治癒への期待観」が、人々の共有する認識においての行動と相俟って⁵⁾、基本的に非菜食主義から菜食主義への移行の方向を決定しているように思われる¹⁾。

3. 居住地域による食生活に対する本疾病の影響

ここでは性別によって、居住地域のちがいによる影響は一般に左右されないものとして、男女別での検討はおこなわなかった。また、特に対象女性群が少数であったことにもよる。

対象者の居住地域の相違によって、本疾病の食生活に対する影響がどのように左右されるかについて検討した。ヒンドゥー教徒において、健康時の非菜食主義者が、本疾病の発現後に菜

Table 2: Distribution of the patient who have changed food sytle according to location of residence and religion

residence	religion	Hindu	Muslim
urban		25/105 23.8%	5/11 45.5%
rural		63/212 29.7%	15/17 88.2%

食に移行したのは男女88名で、このうち25名は都市部居住者、63名は農村部居住者であった（表2）。それぞれの対象群に対する比率は、前者で24%、後者で約30%であり、農村部居住者に菜食主義に移行した比率がやや高かった。回教徒では20名で、そのうち5名は都市部居住者、15名は農村部居住者であった。それぞれの対象群に対する比率は前者が約46%、後者が88%で後者に高率であった。この値はヒンドゥー教徒群のそれぞれの値に比較していづれも高値であった。両宗教を通じて本疾病発現後に食生活の形態を変えた数は農村部居住者に多いことがわかった。

インド、特にその大部分（約88%）を占める農村地域においては固有の伝統医学（Ayurvedic medicine）が住民の日常生活に深く根をおろしており、本報での対象者の多くは、近代医学による治療をうける一方で、日常生活における保健行動の基盤はあくまでも宗教及び伝統医学の考え方をもとりいれているということであった⁶⁾。

近代医学ではその一分野として衛生学が考えられてきたが、5000年の歴史をもつといわれる古代インドのアユルヴェーダでは、衛生学の一分野として医学があるという基本的な考え方を示しており、そこでは常に人間の生命、生存、生活の総体を問題としてきた^{7,8)}。

病気は偶発的・身体的・精神的及び自然の四種類に分類されており、それぞれの状態に対しての食餌療法及び食の摂生法について詳細に記録されている。特に食物は「温」と「冷」に分類されているが、食生活に対してのこれらの考え方が、今尚、人々の生活の中に根づいていることがわかった^{9,10,11)}。

食生活の状態は個人の健康に大いに影響を与

Table 3: The reason of changing food style

reason	religion	Hindu	Muslim
patients		24 27.3%	4 20.0%
traditional medicine		16 18.2%	4 20.0%
friend, neighbour		14 15.9%	2 10.0%
family		11 12.5%	4 20.0%
him-, her-self		10 11.4%	6 30.0%
priest		9 10.2%	—
physician		4 4.5%	—
Total		88	20

えるものであるから、本疾病発現後の非菜食主義から菜食への移行という方向づけは基本的にヒンドゥー教および衛生学をその出発点とするインドの伝統医学によっていると考えることができよう。

4. 本疾病発現後、食生活を変更した要因

本疾病発病以前、健康時には非菜食主義であったが、発病後に菜食主義に移行した理由、動機等について検討した。菜食主義に移行した理由は、本病の発現により特に顕著な症状の出現したことが、全体として直接の要因となっていた。このように食生活を変更したことについては、患者自身の意志で積極的になされた場合と、患者をとりまく様々な人々、または社会的な知識によりなされた場合とがあった。ヒンドゥー教徒のうちで発病以後、菜食主義に移行したのは88名であったが、そのうちで最も高い比率を示したのは、同病の患者からの情報による場合であり、約27%であった(表3)。同病の患者の助言は、その実体験により大きな心理的支持及び影響をもつものと思われる。インドの伝統医学を学んだアユルヴェーダ医師の助言によるものは約18%で、この両者でおよそ45%を占めた。この場合は前述したように、個人の健康状態にかんがみ助言がおこなわれたと思われる。患者自身が決定したのは11%にすぎず、ヒンドゥー教徒群では患者に身近な周囲の人々が大きな影響をもつことがわかった。また、ヒンドゥー教を代表するともいえる僧侶の助言をうけている人がおよそ10%であったが、非菜食主義から菜食

主義への移行の方向決定に、ヒンドゥー教の地域社会に対する伝統的な影響力のみではなく、現在のヒンドゥー教そのものも積極的に行動していることを示すといえよう。近代医学を学んだ一般医師による助言は4.5%であった。

回教徒では対象者数が20名と少ないので、一般的な傾向を反映するかどうかは疑問であるが、30%は自己の意志で菜食主義への移行を決定していた。アユルヴェーダ医師による助言うけたとする20%、同病の患者または家族の助言による比率はそれぞれ20%でありこの場合、特にインドの伝統医学が強い影響力をもっていたとはいえなかった。回教徒にはアユルヴェーダによるものとは別の医学大系があるのでここではそれを指すものと思われる。

ヒンドゥー教、回教のいずれもが人々の食習慣上の価値観に顕著な影響力を及ぼしており、更にアユルヴェーダ医学の影響も大きく、本疾病患者の食生活を変更させる要因となっていた。一方、人間がある食物を摂取するか否かを決める時に生理的要因としての感覚も大きく作用するのではないと思われる。特に本疾病のように慢性的経過をたどり、長期的管理を必要とされる疾病の場合、発病にともなう疾病体験は体調の変化、生理的機能の一般的低下等による自覚的、他覚的な現象に対して、「どういう食物が良く、どういう食物が消化しにくく、なにが病気の誘因になりやすいか」等のが慣習的及び主観的、感覚的な要素が食物についての組合せを決定しているのではないかということである。そこでは当然、宗教、アユルヴェーダの基本的な考え方と相俟って、人々の生活体験から蓄積された知識が食物選択に関しての人間の合目的な選択の基盤となっているのではないかと推察される¹²⁾。

結 語

インドではヒンドゥー教徒、回教徒のいずれも日常生活の全般に、更に細部にわたって宗教が極めて影響力をもち、多くの規制があった。両宗教の影響の差は食生活に関しても明瞭に示

された。特にヒンドゥー教徒では、本疾病の発現後に多くの患者が食生活を非菜食主義から菜食主義に移行させていた。このことによって、インドの人々の疾病観と、アユルヴェーダ医学の影響が日常生活の中に深く浸透していることが明確にされた。

宗教の戒律と食物の忌避（特に動物性食物）は、生理学的側面からみても、健康と疾病との関係において深い意義をもつものである。

人々が健康の不調を自覚しはじめた時、その保健行動は、その人々が日常生活の中で蓄積した過去の経験によって決定されるであろう。同じ様にその人々が生活している地域社会の社会的・文化的背景も、個人の認識や行動への動機づけに影響するものである。

らいという疾病のように感情的・社会文化的影響が典型的かつ明瞭に認められる疾病では、患者の生理学的現象の変化だけではなく、人々が生活している集団、社会の社会的・文化的・心理的変容も考慮されていなければならないであろう。

文 献

- 1) 尾坂良子：らいに対するらい患者の考え方，北部

インドにおけるらい患者の分析・京都大学医療技術短期大学部紀要第6号，88-95，1986。

- 2) 鯖田豊之：肉食の思想，p 93-124，中公新書，東京，1977。
- 3) 荒 松雄：ヒンドゥー教とイスラム教，p. 70-84，岩波新書，東京，1977。
- 4) Abbe J. A. Dubois: (Henry K. Beauchamp) Hindu Manners, Customs and Ceremonies, Oxford University Press, p. 14-80, 1958.
- 5) 尾坂良子：北部インドにおけるらいの社会・医学的背景，日本らい学会雑誌，56巻，1号，掲載予定。
- 6) J. E. Park & K. Park: Text Book of Preventive and Social Medicine, p. 388-396, M/S Banarsidas Bhanot, India, 1983.
- 7) 福永勝美：仏教医学事典，補・ヨーガ，p. 99-176，雄山閣，東京，1980。
- 8) 伊藤和洋：アユルヴェーダ，古代インド医学と薬草，p. 15-80，楽游書房，東京，1980。
- 9) 丸山 博：アユルヴェーダ概論，飲食物の巻，日本医事新報，No. 147，24-25，1975。
- 10) 同上，NO. 148，30-31，1975。
- 11) 同上，NO. 149，30-31，1975。
- 12) 豊川裕之：講座現代と健康，食生活と健康，4，p. 24-55，大修館書店，東京，1977。