

St. Luke's International University Repository

Nursing Care of Female Victims of Sexual Assault and Violence: A Hospital-based Questionnaire Survey

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 片岡, 弥恵子, 下谷, 恵子, 加納, 尚美, Kataoka, Yaeko, Shitaya, Keiko, Kano, Naomi メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014915

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



— 原 著 —

性暴力・暴力被害女性への看護に関する実態調査

片岡 弥恵子¹⁾, 下谷 恵美²⁾, 加納 尚美³⁾, 大竹 眞裕美⁴⁾

要 旨

目的：日本における性暴力・暴力被害女性への看護・医療の実態を看護者の視点から明らかにする。さらに、被害女性を看護する際の困難性に関する分析を行うことを目的にした。

方法：本調査は、便宜的に抽出した関東 10 ヶ所の病院に勤務する女性の看護者 1528 名に対し、自記式の質問紙を用いて横断調査を行った。調査期間は、1998 年 12 月から 1999 年 4 月であった。調査内容は、どのような性暴力・暴力被害女性への看護の経験があるか、初めて性暴力・暴力被害者をケアしたときの状況、実施した看護ケア、看護者の体験についての質問を設定した。

結果：1005 名から回答が得られた（有効回収率 66.0%）。202 名（20.1%）の看護者が、性暴力または暴力被害女性に対する看護の経験を持っていた。被害女性は、精神科、産婦人科、救急外来をはじめ様々な診療科に受診または入院しており、身体的な外傷の治療、性感染症・妊娠の検査、緊急避難が主な目的であった。看護者は、被害女性に対する精神的なケアに注意が向けられていたが、連携や情報提供はほとんど行われていなかった。被害女性への看護ケアに関する教育を受けたことがある看護者は 1 割程度であった。初めて被害女性を看護した際の困難性は、「看護ケアへの不安全感」、「同じ女性としての脅かし」、「被害との距離」の 3 つの因子で構成されていた。「同じ女性としての脅かし」は、二次的外傷性ストレスに類似するものであった。

結論：性暴力・暴力被害女性をケアすることは稀なことではないにもかかわらず、ほとんどの看護者が教育を受けていないという現状であった。適切なケアを提供するための看護者へのトレーニング、具体的な看護ケアが示されたプロトコルの作成、看護者へのサポートシステムを含めた医療における被害女性の支援システムの構築が今後必要である。

キーワード

性暴力, 女性への暴力, 看護者, 二次的外傷性ストレス, 調査

I. 緒言

性暴力被害の実態は、警察庁の統計¹⁾によると、平成 14 年の強制わいせつの認知件数は 9476 件であり、強姦の認知件数は 2357 件となっている。これらの数は、ここ数年間で急激に増加しているが、実際の性暴力被害の数との間にはまだ大きな隔たりがあることが指摘されている。総理府の全国無作為抽出調査（2000）²⁾によると、「おどされたり、押さえつけられたり、凶器を用いたりして、いやがっているのに性的な行為を強要された経験」がある女性は 6.8% であり、言い換えれば成人女性の 20 人に 1 人は、性暴力被害にあってることが

わかってきた。さらに同調査では、配偶者からの暴力について、「命の危険を感じるくらいの暴力」を受けたことがあるのは女性の 5%、「いやがっているのに性的な行為を強要される」ことがあったのは 18% にのぼることを報告している。

性暴力および暴力被害は、女性の健康に長期にわたる深刻な影響を及ぼす。精神的な影響については、強姦被害者の約半数に外傷後ストレス障害（PTSD）の発症がみられることが明らかにされており³⁾、自然災害等と比べ最も高率である⁴⁾。さらに強姦被害は、大うつ病、自殺企図、高率の解離反応など多様な精神症状を起こすことが報告されている⁵⁾。また、ドメスティック・バイオレンスなどの長期にわたる慢性的な暴力は、PTSD、うつ症状、自尊心低下⁶⁾⁷⁾⁸⁾、頭痛・腰痛・下腹部痛などの慢性痛の要因となり⁹⁾¹⁰⁾、不定愁訴にて医療の利用が多いことも注目されている¹¹⁾。身体的側面に関しては、全身や性器の外傷、性感染症、妊娠および人工妊娠中絶が多いことなど様々な健康への影響が報告されている¹²⁾¹³⁾。

受付日 2004 年 2 月 13 日 受理日 2004 年 4 月 23 日

1) 聖路加看護大学看護実践開発センター

2) 財団法人精神医学研究所付属 東京武蔵野病院

3) 茨城県立医療大学

4) 福島県立医科大学

さらに性暴力被害には、社会的なスティグマと言われるように社会一般に存在する偏見や蔑視によって心身の健康状態の回復が妨げられている。例えば性暴力被害者は、「強姦は暗い夜道で知らない男によって引き起こされる」、「被害者にも落ち度がある」、「本当にいやなら最後まで抵抗するはずだ」といった人々のなかで根深い思いこみ（強姦神話）によって、被害を受けた側にもかかわらず責任や落ち度を問われ、被害によって受けた傷や苦痛を増大させる¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。

このような心身社会的な健康問題を持つ性暴力および暴力被害女性に対する医療の役割は、外傷の治療、性感感染症や妊娠の検査および予防に加え、危機介入およびカウンセリング、法医学的な証拠採取、他の支援機関の紹介など多岐に渡る¹⁷⁾。医療の場における被害女性への支援は、医師、看護職、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど様々な職種が協働して行うが、看護者は、被害女性の健康状態を統合的にアセスメントする能力、コーディネーターとして機能を持っており、さらに女性が多い職種であることからきわめて重要な役割を持つと考えられる。米国では、1980年代からSexual Assault Nurse Examiner（性暴力被害専門看護師）が養成され、その活動が多数報告されている¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾。

また、性暴力・暴力被害は、被害者本人のみならず、ケア提供者にも影響を及ぼすことが問題視され始めている。この現象は、二次的外傷性ストレス（Secondary Traumatic Stress）と呼ばれ、ケア提供者が被害者をケアする中で、恐怖、怒り、絶望といった女性と同一の体験をし、PTSDの症状を示す可能性があることが指摘されている²¹⁾。看護職は、被害者への直接的なケアを行うため二次的外傷性ストレスを受けるリスクが高いと言われているが²²⁾、これまで性暴力や暴力被害女性を看護する際の問題や困難性に関する調査はあまり行われていない。

日本においては、これまでのところ看護者に対する性暴力をはじめ女性への暴力に関する十分な教育は行われておらず、医療施設においても被害女性への支援の取り組みは非常に遅れている。被害にあった女性への医療のシステム化はおろか、看護ケアのスタンダードを示すガイドラインやプロトコルも普及していない。医療において被害女性への支援体制を確立させていくためには、まず性暴力・暴力被害女性への看護および医療の現状を明らかにする必要がある。そこで本研究の目的は、性暴力および暴力被害女性に対し、どのような看護や医療が行われているかという実態を明らかにすることである。加えて、被害女性に接し、看護する中で起こる二次的外傷性ストレスを踏まえ、被害女性を看護することの困難性について明らかにし、看護の役割や今後の方向性を見出すことを目的に行った。

II. 研究方法

1. 用語の定義

性暴力被害とは、人が望まない性的な行為のすべてを言い、キスすること、さわること、つかむことがそれだけで単独に行われたり、または性交を伴って行われる場合を含む。強姦とは、本人が望まない性交をさす。英語の「Rape」は、意味も含めて強姦と同意語であるため、強姦と訳して使用した。暴力被害とは、第三者によって女性に加えられる身体的な暴力行為と定義した。

2. 研究の対象

便宜的に抽出した関東4都県（東京都、埼玉県、神奈川県、茨城県）にある10ヶ所の病院（総合病院8ヶ所、精神科主体の病院1ヶ所、産婦人科主体の病院1ヶ所）に勤務する女性の看護者1528名である。対象者には、研究の主旨、匿名性の保証、研究協力の自由、諾否は不利益を被らないことを文書にて説明し、調査用紙の返送をもって研究の同意とみなした。

3. 調査期間

1998年12月から1999年4月であった。

4. 調査方法

調査用紙は、各病院の看護部長宛てに送付し、看護部から各看護者への配布を依頼した。回収はすべて個別郵送とし、個人名、施設名とも無記名とした。

調査は、自記式質問紙調査法をもちいた。調査の内容を以下に示す。

1) 性暴力・暴力被害女性に対する看護の経験

これまでどのような性暴力および暴力被害女性への看護の経験があるかについて回答を求めた。性暴力の具体的な内容をあらわす質問項目は、VanDijkら²³⁾、性暴力研究会²⁴⁾、小西²⁵⁾の調査項目を参考に10項目を設けた。また、性暴力以外の暴力被害は、東京都²⁶⁾の調査項目を参考に11項目を設定した。各項目に「事例あり」「疑わしい事例あり」「事例なし」の3つの選択肢を設け回答を求めた。

2) 被害女性への看護の実際

これまで性暴力または暴力被害女性に対する看護の経験があると回答した看護者には、初めて被害女性と接し、看護した時の状況および体験等について以下の3点を質問した。初めて被害女性を看護した体験を特定した理由は、二次的外傷性ストレスを受ける可能性が高く、看護する中で困難性が高い、または問題が発生しやすいことを予測したためである。

(1) 性暴力・暴力被害女性への看護を行った時の状況

被害女性が受診した診療科および目的について質問した。

(2) 実際に行った看護ケアの内容

その時行った看護ケアの内容について、10項目を設け複数回答で回答を求めた。

(3) 被害女性を看護した時の体験

看護者が性暴力・暴力被害女性と接し、看護する中で生じる困難性について明らかにするため質問項目を作成した。質問項目は、既存文献の検討ならびに研究者らが行った「性暴力被害女性への看護を行ったときの体験」に関する7名の看護者を対象としたフォーカスグループインタビューの質的データを検討し、性暴力・暴力被害女性への看護の困難性に関する11項目を作成した。各質問項目は、5段階リッカート尺度（非常にそう思う1点、ややそう思う2点、どちらでもない3点、あまり思わない4点、全く思わない5点）である。得点が低いほど、困難性が高い方向に設定した。

3) 性暴力・暴力被害女性に対する看護者の役割についての意識

看護の役割に対する意識として、「看護ならではの役割がある」、「プライバシーに関わることなので看護の介入は困難である」、「現在のところ看護としての役割はない」の3つの選択肢を設けた。さらに、具体的な看護の役割の内容、看護を実践するために必要な事項について回答を求めた。

4) 対象の特性

対象の特性は、「年齢」、「勤務場所」、「職種」、「性暴力被害に関する学習の有無」の4項目を設けた。性暴力被害に関する学習ありと回答した者には、学習場所について複数回答で回答を求めた。

5. 分析方法

各質問項目について基本統計量を算出した。また、被害女性への看護の困難性についての分析は、主因子法プロマックス回転による因子分析を行った。データ解析は、統計パッケージ SPSS 9.0 J for Windows を使用した。

III. 結果

1005名の看護者から回答が得られ、有効回収率は66.0%であった。

1. 対象の特性 (表1)

平均年齢は34.4 (SD=10.4) 歳、平均臨床経験年数は11.5 (SD=9.6) 年であった。職種は、ほとんどが「看護師」(72.8%) であり、「准看護師」と「助産師」が10%程度ずつ含まれていた。勤務場所は、「内科」、「産婦人科」、「外科」、「精神科」が10から20%ずつであり、「その他」(22%) に含まれるのは、手術室、人間ドック、混合病棟、看護部など多岐に渡っていた。性暴力被害女性への看護ケアに関する学習の機会については、83%の者は「なし」と回答した。「あり」と回答した者の中で学習の場所については、「看護基礎教育」、「自己学習」、「院内研修」の順であった。

表1 対象者の特性

特性	
平均年齢	34.4 歳 (21-71, SD=10.4)
平均臨床経験年数	11.5 年 (1-39, SD=9.6)
職種	
看護師	732 名 (72.8%)
准看護師	123 名 (12.2%)
助産師	116 名 (11.6%)
保健師	4 名 (0.4%)
未記入	30 名 (3.0%)
勤務場所	
内科	167 名 (16.6%)
産婦人科	164 名 (16.3%)
外科	139 名 (13.8%)
精神科	107 名 (10.7%)
小児科	64 名 (6.4%)
救急外来	20 名 (2.0%)
その他	229 名 (22.8%)
未記入	115 名 (11.4%)
性暴力被害者への看護に関する学習	
あり	100 名 (10.0%)
学習場所 ^a	
看護基礎教育	36 名
自己学習	25 名
院内研修	20 名
院外研修	13 名
自主グループ	10 名
なし	829 名 (82.5%)
未記入	76 名 (7.5%)

N=1005

^a性暴力被害者への看護に関する学習場所については複数回答

2. 性暴力・暴力被害女性への看護ケアの経験

202名(20.1%)の看護者が、性暴力・暴力被害女性への看護の経験があると回答した。看護者がケアした被害女性が受けた性暴力被害の内容について、図1に示した。「疑いのある事例」と「事例あり」を合わせると、10%以上の看護者がケアの経験を持っていたのは、「夫あるいはパートナーが避妊に協力しないため妊娠する不安がある」110名(11.0%)、「むりやり性交された」100名(10.0%)であった。次いで「子どもの時に性暴力を受けたことがある」87名、「夫あるいはパートナーに中絶を強要された」84名、「むりやり性器をさわられた」76名といった被害の順であった

また、暴力被害に関しては、10%以上の看護者が経験していたのは、「顔や体を平手打ちされたり、げんこつで殴られた」202名(20.1%)、「物を投げつけられた」

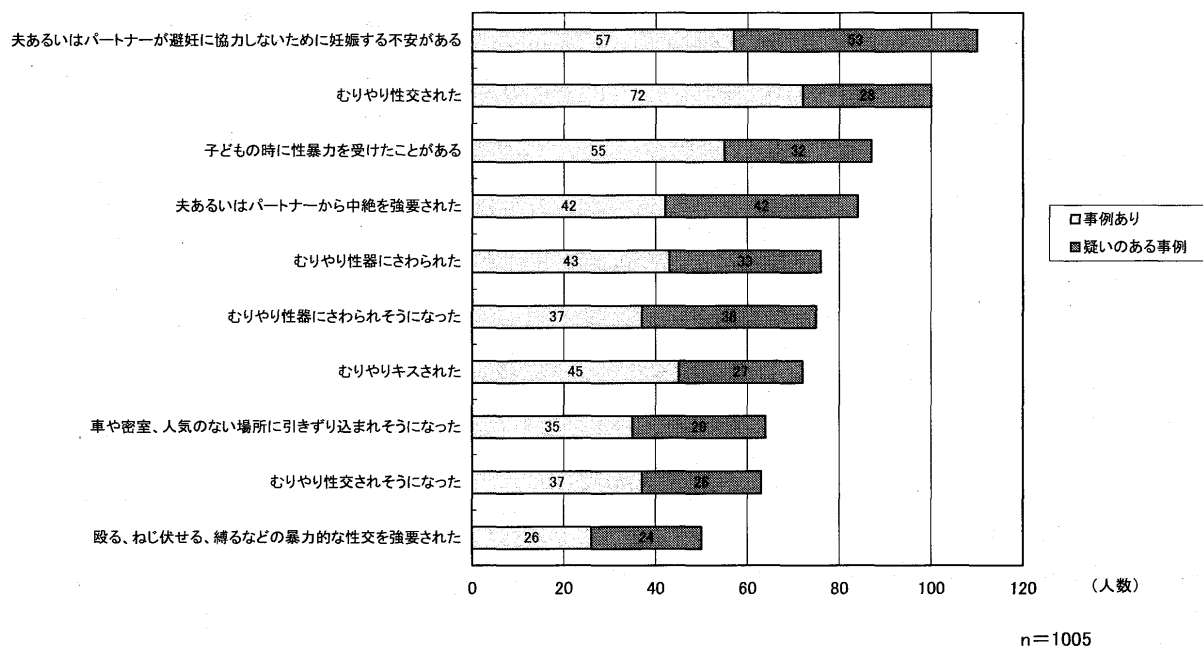


図1 被害女性が受けた性暴力の内容

148名(14.7%)、「足で蹴られたり、突き飛ばされた」137名(13.6%)、「胸ぐらや肩をつかまれたり、腕をつかんでねじあげられた」121名(12.0%)、「髪の毛をひっぱられたり、つかんで引きずられた」120名(11.9%)という被害にあった女性への看護ケアであった(図2)。

「疑いのある事例」と「事例あり」の割合については、「事例あり」つまり看護者が被害を確定していた割合が「疑いのある事例」よりも全体的に多かった。特に「事例あり」が「疑いのある事例」よりも2倍以上多かった項目は、「むりやり性交された」と「顔や体を平手打ちさ

れたり、げんこつで殴られた」であった。逆に、「疑いのある事例」の方が多かったのは、性暴力では「むりやり性器をさわられそうになった」であり、暴力では、「首をしめられた」、「刃物を突き付けられた」であった。

3. 性暴力・暴力被害女性への看護の実際

1) 性暴力・暴力被害女性への看護を行った時の状況

被害女性が受診または入院していた診療科は、精神科(20.0%)、産婦人科病棟(17.5%)、産婦人科外来(12.1%)、救急外来(11.1%)の順であった。

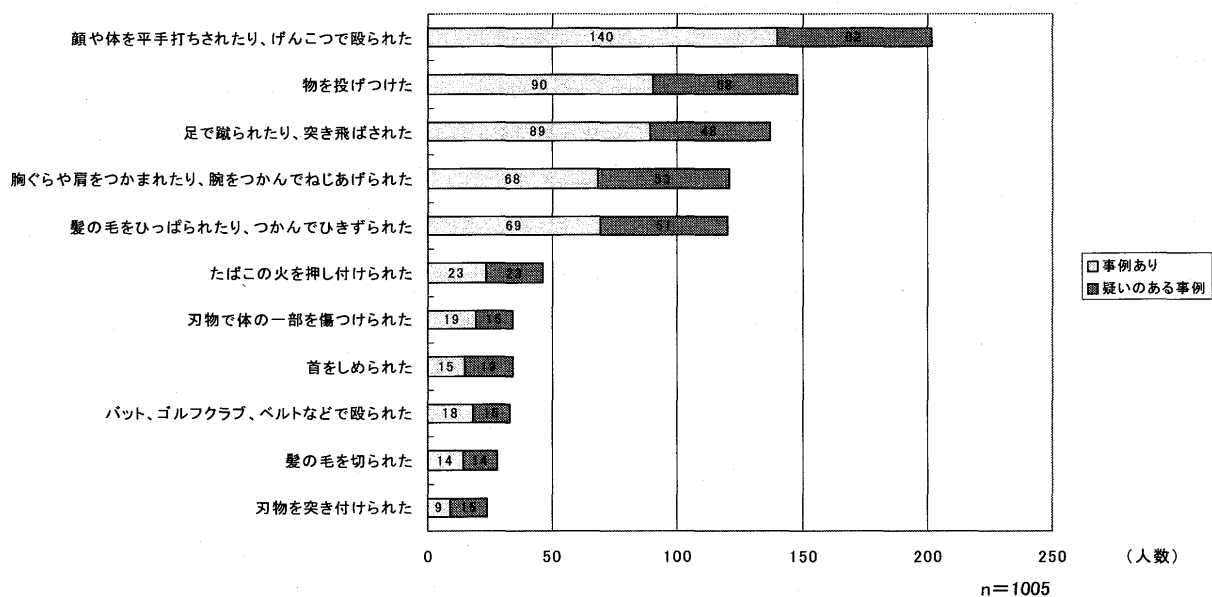


図2 被害女性が受けた暴力の内容

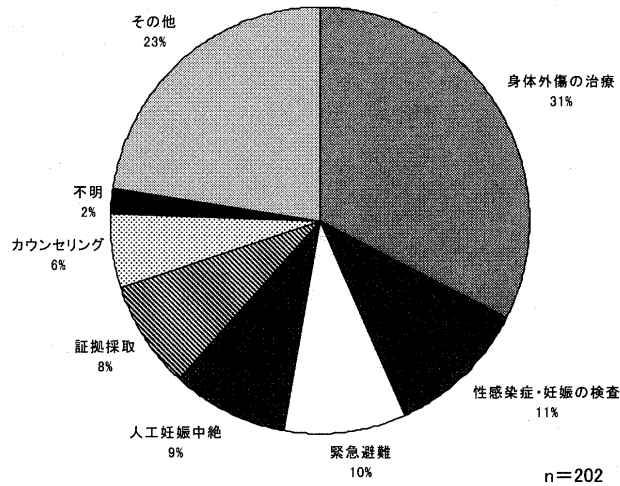


図3 被害女性の受診・入院目的

被害女性の受診および入院目的を図3に示したが「身体外傷の治療」が31%でもっとも多く、次いで「性感染症・妊娠の検査」、「緊急避難」、「人工妊娠中絶」、「法医学的な証拠採取」であった。

2) 実際に行った看護ケアの内容

看護者が行った看護ケアの内容について複数回答で回答を求めたところ、「女性の話を傾聴した」、「女性のプライバシーが守れるように環境を整えた」、「身体外傷のケアを行った」が多く、一方「法医学的な証拠採取した」、「シェルターや福祉事務所につなげるなど、女性の安全を確保できるように調整した」、「他の支援団体の紹介など情報を提供した」は少数であった(図4)。

3) 初めて被害女性を看護した時の体験

性暴力・暴力被害女性を看護した時の困難性を示す11項目のうち、3点(どちらでもない)未満であった項目は、「暴力を受けた女性に同情し、かわいそうになった」(M=1.8,SD=0.8)、「実際に起こった暴力の現実直面して驚いた」(M=2.3,SD=1.2)「もっとよいケアができたのではないかと後悔した」(M=2.5,SD=1.0)、「同じ女性として自分の身にもふりかかることを考え怖くなった」(M=2.6,SD=1.2)、「自分に知識がなく、何をしていたかわからず困った」(M=2.6,SD=1.1)、「私の手には負えないと無力感を感じた」(M=2.8,SD=1.0)であった。

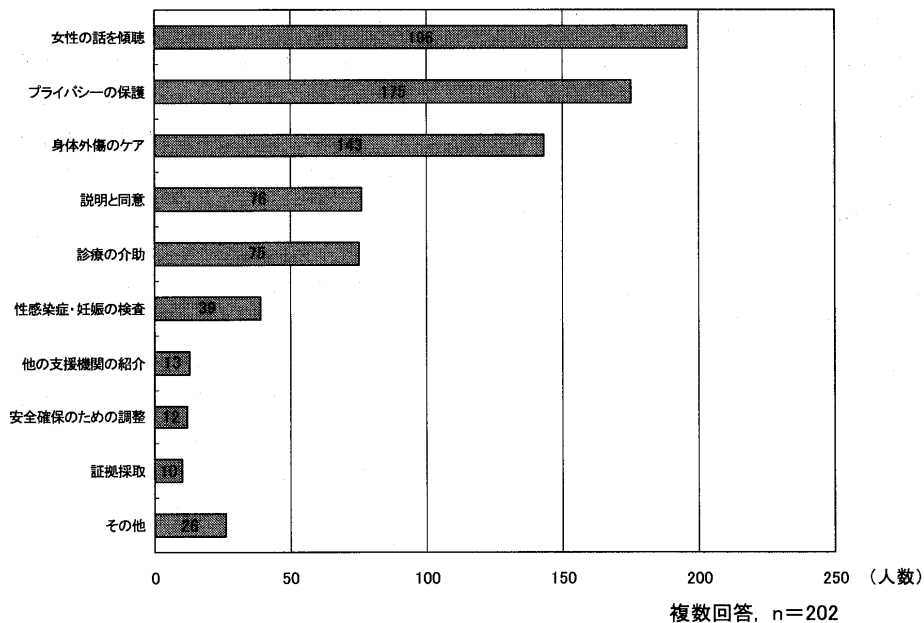


図4 被害女性への看護ケアの内容

表2 被害女性への看護の困難性に関する因子分析の結果 (プロマックス回転)

項目	第1因子	第2因子	第3因子	平均	標準偏差
第1因子：看護ケアへの不安全感					
もっとよいケアができたのではないかと後悔した	0.777	0.317	-0.272	2.53	1.04
私の手には負えないと無力感を感じた	0.693	0.303	-0.073	2.83	1.02
自分に知識がなく、なにをしていいか困った	0.660	0.393	-0.183	2.64	1.12
被害にあった女性の気持ちがわからないのでケアするのは難しかった	0.537	0.147	0.165	3.19	1.14
病院に検査等の準備がなく混乱した	0.473	0.130	0.151	3.76	0.99
第2因子：同じ女性としての脅かし					
暴力を受けた女性に同情し、かわいそうになった	0.243	0.814	-0.318	1.79	0.80
同じ女性として自分の身にふりかかえることを考え怖くなった	0.425	0.531	-0.153	2.59	1.16
実際に起こった暴力の現実に直面し驚いた	0.406	0.470	-0.327	2.26	1.21
第3因子：被害との距離					
よくあることだ、仕方ないことだと感じた	-0.111	-0.279	0.679	4.14	0.94
個人的な問題なので看護者にできることはないと感じた	0.009	-0.212	0.653	3.86	1.04
被害を受けた女性がうそをついているのではないかと疑った	0.256	-0.048	0.293	3.94	1.02
負荷量の二乗和	2.671	1.350	0.549		
寄与率	24.277	12.269	4.991		
累積寄与率	24.277	36.547	41.537		
第1因子					
第2因子	0.416				
第3因子	-0.119	-0.394			

これら11項目で示した被害女性を看護した時の困難性に関する構造を明らかにするために、主因子法・プロマックス回転を用いて因子分析を行った結果、3因子が抽出された。第1因子の寄与率は24.3%であり、第2因子は12.3%、第3因子までの累積寄与率は41.5%であった。第1因子は、「看護ケアへの不安全感」を示す5項目で構成された。被害女性への看護を行ったが、必要な知識や経験がないため難しく、後悔や無力感など不安全感を残しているという内容で示された。物的な準備不足のため混乱を生じたという内容も含まれていた。第2因子は、「同じ女性としての脅かし」を示す3項目で構成された。女性の被害の様子を目の当たりにすることで、自分の身に置き換えてみて、驚いたり、怖くなったりすることが示されていた。第3因子は、「被害との距離」であり、性暴力・暴力被害と自分との距離を置くことを示しており、低得点の場合は、被害女性に対して看護の役割はなく、仕方ないとのあきらめや女性の訴える被害を疑う気持ちが含まれていた。

看護の困難性を示す11項目については、尺度としての内部一貫性が乏しかったため (Cronbach's $\alpha = .56$)、合計得点と対象の特性等との関係性の探索は行わなかった。

4. 性暴力・暴力被害を受けた女性に対する看護の役割

80.5%の看護者が「看護ならではの役割がある」と回答し、17.5%が「プライバシーに関わる事なので看護の介入は困難である」と答えた。具体的な看護の役割については、「精神的なケアを行う」(88.1%)、「女性のプライバシーが守れるように環境を整える」(84.7%)「身体外傷のケアを行う」(66.3%)という意見が多かった。

看護を実践するために必要だと思うことに関しては、「看護およびカウンセリングのためのスキルトレーニング」(74.3%)、「基本的知識を得る講習会」(65.4%)、「他職種とのネットワーキング」(55.9%)と回答された。

VI. 考察

1. 性暴力・暴力被害女性への看護の実態

本調査の結果から、20%以上の看護者が様々な性暴力・暴力の被害にあった女性に対する看護ケアを行っていることがわかった。性暴力・暴力被害女性をケアすることは、看護者にとって稀な体験ではなく、日常的に遭遇する可能性があることを示唆している。

被害女性が受けた性暴力および暴力の内容については、性暴力被害では、パートナーが避妊に協力しないため妊娠する不安がある女性やむりやり性交されたという被害にあった女性、または子どもの時に性暴力を受けた女性への看護ケアを経験していた人が多かった。暴力被害に関しては、平手打ちされたり、殴られたといった暴力被

害にあった女性をケアした経験のある看護師は5人に一人であることがわかった。これらの結果は、総理府²⁾や東京都²⁵⁾の調査における頻度の高い性暴力・暴力の内容とは異なっていた。本調査の結果からは、医療施設を利用する可能性の高い性暴力または暴力被害の内容が明らかにされたと言することができる。

さらに、精神科に勤務する看護師が、もっとも多く被害女性へのケア経験があったことが明らかになった。性暴力や性的虐待のトラウマは、長期間にわたって精神的な問題を引き起こすことはよく知られており²⁷⁾、また精神疾患を持つ患者の中には身体的ならびに性的暴力の背景を持っていることが多いことも報告されている²⁸⁾。したがって、精神科勤務の看護師に性暴力・暴力を受けた女性へのケア経験が多いという本調査の結果は、これらの結果に裏付けられるであろう。産婦人科は、性暴力被害にあった時に性感染症や妊娠の検査、法医学的な証拠を採取する目的で受診する可能性が高いと考えられ、一方救急外来は、身体的暴力の場合に身体外傷の治療のため受診する女性が多いと考えられる。しかし、被害にあった女性が受診する診療科は多岐に渡っていることより、これらの限定した診療科のみではなく、どの科においても女性が適切なケアを受けられるように看護や医療を整備していく必要がある。

性暴力・暴力を受けた女性に対して、半数近くの看護師が「女性の話を傾聴する」、「環境を整える」、「身体外傷のケア」といった看護ケアを行っていた。また、インフォームドコンセントに心がけていた看護師も少なからずいた。北米の救急外来の看護師を対象とした調査では、強姦被害者は危機状態にあると位置付けながらも、心理よりも身体的なケアを重視していたという結果が報告されている²⁹⁾。本調査の結果では、看護師は女性の話を傾聴する、インフォームドコンセント、プライバシーへの配慮等心理的側面に対して重要視していることがわかった。一方、他機関との連携や情報提供など、ケアプロトコルやリソースに関する情報が必要となる事項については、ほとんど行われていなかった。この結果より、原則的なケアに関するガイドラインや必要な情報を盛り込んだ看護プロトコルの作成が急務であると考えられる。

2. 被害女性を看護する際の困難性

初めて被害女性に接し、看護ケアを行う際には、知識や経験がないため適切な看護ケアが提供できなかったことへの不全感に加え、看護師自身が女性の受けた性暴力や暴力の現実と直面し、同じ女性としての脅かしを受けたり、逆に被害女性との距離を置くといった困難性があることがわかった。適切な看護ができなかったことへの不全感、トレーニングやプロトコルによって解決する可能性が高いが、同じ女性としての脅かしや被害女性と距離を置くといった二次的外傷性ストレスと言われるケア提供者が受ける代理トラウマに類似した困難性は、ケ

ア提供者の安全を確保することが第一に考慮され、スーパービジョン³⁰⁾、ケア提供者の同士のピア・グループ³¹⁾が有効であると報告されている。今後、被害女性へのケアシステムの中には、看護師へのサポートシステムを組み入れていくことが必須であると考えられる。

3. 看護師への教育およびトレーニング

性暴力・暴力被害女性に対する看護について学習する機会があった人は、1割程度であった。学習した場所については、半数が看護基礎教育と回答しており、半数が講演会への参加など継続教育にあたる学習であった。予想以上に多くの看護師に被害女性への看護ケアの経験があり、さらに看護ケアを行うに際しての困難性を考慮すると、看護師への教育や学習の機会を作ることが第一の課題であろう。

看護師への教育およびトレーニングでは、性暴力・暴力被害に対する看護師自身の認識を深め、被害女性の心身社会的な側面を含んだトータルな理解、的確な看護ケア、適切な情報提供およびネットワーキングを含んだ内容が必要であると考えられる。

また今回の調査で、多くの看護師がカウンセリングスキルや女性への暴力に関する基礎知識を得たいと考えていることがわかった。この結果を基盤に、基本的知識を提供する講習会やカウンセリングスキルトレーニング等の内容を含めたトレーニングを行っていく必要があるだろう。

4. 研究の限界と今後の課題

本調査は、関東4都10ヶ所の病院の幅広い診療科に勤務する看護師を対象としているが、全国にわたる無作為抽出調査ではないため、結果の一般化には問題を残している。また近年、DV防止法をはじめ女性に対する暴力に関する法律が制定され、看護師の認識も変化していることが予測される。本調査は、横断調査にて一時点の看護の実態を示したが、今後社会状況にあわせて継続して調査していく必要があるだろう。さらに、性暴力・暴力被害女性を看護する際の困難性についての分析を行うために、妥当性と信頼性の高い測定用具を作成して、実態を把握することが今後の課題と言えよう。

VII. 結論

看護師の20%は、性暴力・暴力被害女性への看護ケアの経験があることがわかった。被害女性は、様々な診療科に受診または入院しており、身体的な外傷の治療、性感染症・妊娠の検査、緊急避難が主な目的であったが、それらは多岐にわたっていた。看護師は、被害女性に対し、精神的なケアに注意が向けられていたが、連携や情報提供はほとんど行われていなかった。被害女性への看護ケアに関する教育を受けた看護師は1割程度であったことより、適切なケアが提供されるための看護師へのト

レーニング, 具体的な看護ケアが示されたプロトコルの作成, 看護者へのサポートシステムを含めた医療における被害女性の支援システムの構築が今後の課題であろう。

謝 辞

本調査にご協力いただきました看護者の皆様, 貴重なご意見をいただきましたクローバーの会の皆様に心よりお礼申し上げます。

なお, 本調査は1998年度東京女性財団からの研究助成のもと実施しました。

引用文献

- 1) 法務省法務総合研究所. (2004) 犯罪白書 (平成15年版) (pp.5, 10). 東京: 国立印刷局.
- 2) 総理府男女共同参画室. (2000). 男女間における暴力に関する調査. Retrieved January 8, 2004, <http://www.gender.go.jp>.
- 3) Kessler, R. C., Sonnenga, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- 4) 佐藤志穂子, 小西聖子. (1999). 犯罪被害と心的外傷. *アディクションと家族*, 16(1), 18-24.
- 5) 小西聖子. (1999). 被害者学—最近の知見. *精神医学*, 41(5), 460-467.
- 6) Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Viol*, 14, 99-132.
- 7) Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: a review of the research. *Trauma Violence and Abuse A Review Journal*, 2(2), 99-119.
- 8) Silva, C., McFarlane, J., Parker, B., Reel, S., & Soeken, K. (1997). Symptoms of post traumatic stress disorder in abused women in a primary care setting. *Journal of Women's Health*, 6(5), 543-552.
- 9) McCauley, J., Kern, D. E., Kololdner, K, et al. (1995). The "Battering syndrome" prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*, 123, 737-746.
- 10) Coker, A. L., King, M. J., McKeown, R. E., & Smith, P.H. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health*, 90(4), 553-559.
- 11) Watts, C., & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 359(9313), 1232-1237.
- 12) Girardin, B. W., Faugno, D. K., Seneski, P.C., Slaughter, L., & Whelan, M. (1997). *Color atlas of sexual assault*. Missouri: Mosby.
- 13) Webster, J., Stolz, T. A. & Sweett, S. (1994). Domestic violence in pregnancy. A prevalence study. *Med J Aust*, 161(8), 466-470.
- 14) Alexander, C. S. (1980). The responsible victim: Nurses' perceptions of victim of rape. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(March), 22-33.
- 15) Damrosh, S. P., Gallo, B., Kulak, D., & Whitaker, C. M. (1987). Nurses' attributions about rape victims. *Research in Nursing & Health*, 10, 245-251.
- 16) Gallop, R., Mckeever, P., Toner, B., Lancee, W., & Lueck, M. (1995). The impact of childhood sexual abuse on the psychological well-being and practice of nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(3), 137-145.
- 17) 佐々木静子. (1999). 性暴力と医療の役割. *公衆衛生*. 63(8), 537-544.
- 18) Ciancone, A. C., Wilson, C., Collette, R., & Gerson, L. W. (2000). Sexual assault nurse examiner programs in the United States. *Annals of Emergency Medicine*, 35(4), 353-357.
- 19) Ledray, L.E. (1992). The sexual assault nurse clinician: A fifteen-year experience in Minneapolis. *Journal of Emergency Nursing*, 18(3), 217-222.
- 20) Ledray, L.E. & Arndt, S. (1994). Sexual Assault Victim: A new model for nursing care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(2), 7-12.
- 21) Stamm, B.H. (1999). Secondary traumatic stress, 小西聖子, 金田ユリ子訳, 二次的外傷性ストレス, 誠信書房, 3-28.
- 22) Clark, M.L. (1998). Nurses, indirect trauma, and prevention. *Image*, 30(1), 85-87.
- 23) VanDijk, J.M., Mayhew, P. & Killias, M. (1991). *Experience of crime across the world*. Kluwer Law and Taxation Publishers, 32-41.
- 24) 性被害研究会. (1996). 調査「女性が受ける性的被害と警察に求める援助」第一次報告書.
- 25) 小西聖子. (1997). 日本の大学生における性被害の調査. *日本=性研究会会議会報 JASS Proceedings*, 18(2), 28-47.
- 26) 東京都生活文化局. (1998). 「女性に対する暴力」調査報告書.
- 27) Weaver, P. L., Varvaro, F.F., Connors, R., & Regan-Kubinski, M. J. (1994). Adult survivors

- of childhood sexual abuse, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 32(12), 19-25.
- 28) Doob, D. (1989). Female sexual abuse survivors as patients: Avoiding retraumatization, *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(4), 245-251.
- 29) Cochrane, D. A. (1987). Emergency nurses' attitudes toward the rape victim, *AARN Newsletter*, 43(7), 14-18.
- 30) 前掲書 21) pp. 62-74.
- 31) 前掲書 21) pp. 76-86.

Nursing Care of Female Victims of Sexual Assault and Violence -A Hospital-based Questionnaire Survey-

Yaeko Kataoka

(St. Luke's College of Nursing, Research Center for Development of Nursing practice)

Emi Shitaya

(Tokyo Musashino Hospital, A Juridical Foundation the Institute of Clinical Psychiatry)

Naomi Kano

(Ibaraki Prefectural University of Health Science)

Mayumi Ohtake

(Fukushima Medical University)

Objectives: The purpose of this survey was to document the nurses' practice for female victims of sexual assault or violence. In addition, we analyzed the difficulties and problems that nurse had with the care of the victims.

Methods: We conducted a cross-sectional survey of 1528 nurses who were working at hospitals around Tokyo from December, 1998 to April, 1999. Nurses completed self administered, anonymous questionnaire including how many female victims they had cared for; the type of outpatient clinic or ward where victims went where they received nursing care; what kind of experience nurses had with the victim. The return rate was 66.0 % (1005).

Results: Of the 1005 nurses, 202 (20.1%) provided care to female victims of sexual assault or violence. Psychiatry, OBGYN, and emergency department nurses reported they had provided care for victims more than the other nurses. The reasons why victims attended clinics were injury, to test for STD and pregnancy, or to be safe. Nurses focused on mental health care for victims, but not on providing resource information and referrals. Only 10 % of nurses had received education for the care for victims of sexual assault. Lack of knowledge and skills in caring for victims, secondary traumatic stress due to hearing the victims' experience and lack of empathy or keeping a distance from the victim caused a barrier in caring for victims of sexual assault or violence.

Conclusion: Providing some care for female victims of sexual assault or violence was common in health care settings in Japan, however, most nurses were not adequately trained. As a result of this study, it is clear we need to develop a care protocol for victims including appropriate training for nurses. In addition, we should establish the support system for nurses to prevent secondary traumatic stress.

Key Words

sexual assault, violence against women, nurse, secondary traumatic stress, survey