

妊娠期におけるドメスティック・バイオレンス

カタオカ ヤ エ ヨ ヤジウ ユ カ リ
片岡 弥恵子* 八重 ゆかり^{2*}
エ ト ウ ヒロ ミ ホリウチ シゲ コ
江藤 宏美^{3*} 堀内 成子^{3*}

目的 DVの程度を測定する尺度である日本語版ISAを用いて、妊娠期女性のDV被害割合を明らかにし、DVのリスクファクターとして背景因子との関係および精神的な健康への影響を探索する。

方法 都心部の1か所の総合病院の産婦人科に通院する妊婦に対し、2003年2月から5月継続的に研究協力依頼を行った。研究依頼時（妊娠14週位）にGHQ30、自尊感情尺度、背景調査用紙、妊娠35週以降に妊娠中の状態を反映させるためにDVの程度を測定する日本語版ISAを実施した。

成績 279人から有効回答が得られた。日本語版ISAにより、妊婦279人中15人（5.4%）がDV陽性と判定された。日本語版ISAの下位尺度である身体的暴力は9人（3.2%）、非身体的暴力は12人（4.3%）であった。DVのリスクファクターとしては、経産婦であること（OR=3.9）、過去の身体的暴力（OR=9.1）の2点が明らかになった。またDVの精神的な健康に及ぼす影響については、一般的疾患傾向、睡眠障害、不安、うつ傾向、自尊感情との関連が認められた。なかでもうつ傾向は、DV陽性の妊婦に約12倍多い（OR=11.5）という結果であった。

結論 DVは妊婦の約5%、つまり20人に1人の割合であり、決して稀なことではないことがわかった。女性の健康に及ぼす影響も危惧されるため、医療においてDV被害の早期発見に向けてのスクリーニング、介入、連携体制を整えることが急務である。

Key words : ドメスティック・バイオレンス, 配偶者虐待, 妊産婦, 有病率, リスクファクター, 精神的健康

1 緒 言

夫や恋人など親密な関係の男性から女性への暴力は、ドメスティック・バイオレンス：Domestic Violence（以下DVと示す）と呼ばれ、女性に対する暴力の中でも最も一般的で、文化を超えた全世界的な社会問題である¹⁾。日本においても2001年4月「配偶者からの暴力の防止および被害者の保護に関する法律」が成立し、DVが女性の人権侵害であることが明記され、国や地方自治体の責

務が規定された。法律に基づき各都道府県に配偶者暴力相談支援センターが設置され、被害者保護に向け緊急状況にも対応しうる体制が整いつつある。

日本のDVの実態は、1999年の総理府による初めての全国無作為抽出調査²⁾によると、成人女性の約14%が「これまでに夫から身体的暴力を受けた経験がある」とし、約5%は「命の危険を感じるくらいの暴力を受けたことがある」と回答した。同調査では、夫からの性的な行為の強要は、約18%にあったことも報告されている。さらに、DV防止法制定後の2003年に行われた内閣府の全国無作為抽出調査³⁾でも、約16%が身体的暴力を受けたことがあると回答しており、さらに成人女性の約20%、つまり約5人に1人は、身体的暴力、心理的脅迫、性的行為の強要のいずれかを受

* 聖路加看護大学 看護実践開発研究センター

^{2*} 東京大学大学院 疫学・予防保健学分野後期博士課程

^{3*} 聖路加看護大学
連絡先：〒104-0045 東京都中央区築地 3-8-5
聖路加看護大学 看護実践開発研究センター
片岡弥恵子

けたことがあると報告されている。

DV被害は、女性の心身社会的な健康に大きな影響を及ぼす。身体的側面では、けがなどの身体的外傷、なかでも頭、顔、首の外傷が多く⁴⁾、STDの感染⁵⁾、性器出血⁶⁾、人工妊娠中絶⁷⁾との関連が示唆されている。精神的な影響は重大であり、外傷後ストレス障害(PTSD)⁸⁾、うつ症状^{8,9)}、自殺企図¹⁰⁾、自尊感情の低下¹¹⁾との関連が報告されている。このようにDV被害は、複合的な心身の健康への影響があり、不定愁訴等にて医療の利用が多いことも問題視されている¹²⁾。また、DVと子どもへの虐待との関連性も指摘されており、DVがある家族の子どもの虐待リスク比は1.7であったことが報告されており¹³⁾、日本においてもDV被害女性の約21%が、加害男性から子どもへの虐待があったと回答している³⁾。

とくに妊娠中の暴力は、女性のみならず胎児の健康にも多大な影響を及ぼす。これまで流産および早産¹⁴⁾、妊娠性糖尿病、妊娠性高血圧、感染、貧血などの妊娠合併症との関連性が報告され^{15~17)}、また暴力がない妊婦に比べ低出生体重児出産リスクが1.4倍高く¹⁸⁾、胎児仮死および死亡が多いという報告もある¹⁹⁾。さらに、DV被害のある妊婦は妊婦健診の受診が遅れたり²⁰⁾、妊娠ならびに育児期において、夫やその他の人からサポートが受けにくいという社会的な影響も報告されている¹⁴⁾。

妊娠は、DVが始まる契機になりやすく、暴力がエスカレートしやすいことが経験的に知られており、欧米では妊娠中のDVの実態調査が多数行われている。各国の妊娠中のDV被害割合については、同定方法、対象特性や調査方法の違いにより0.9から20.1%と幅が認められるが、一般女性での調査と比べ若干高い割合であることが報告されている²¹⁾。

これらの調査で用いられているDV測定尺度は様々であるが、もっとも頻繁に用いられている尺度は、Index of Spouse Abuse (ISA)²²⁾とConflict Tactics Scale²³⁾である。とくにISAは、身体的暴力、精神的暴力および強制的支配関係、性的暴力を示す項目を含み、信頼性および妥当性が確保された標準化尺度であると言える。したがって、新しく開発されるDV測定尺度やスクリーニングツールの基準としても用いられている^{24,25)}。

日本においては、これまで標準化された尺度を用いた妊娠期の女性のDVに関する調査はほとんど報告されていない。そこで本研究は、以下の目的をもって行われた。第一に、上記のISAを邦訳し日本語版 Index of Spouse Abuse (日本語版ISA)を作成し、妊娠期の女性のDVの被害割合を明らかにする。第二に、DVと背景因子の関連および精神的な健康への影響を探るために、日本語版ISAのカットオフポイントを用いてDV陽性と陰性に分け、背景因子(リスクファクター)および精神的な健康への影響を探索することである。

本研究でDVとは、親密な関係の男性から女性への暴力と定義した。親密な男性とは、恋人、元恋人または夫、元夫といった男性パートナーをさす。DVには、身体的暴力、精神的暴力、性的暴力があり、女性の安全や尊厳を脅かす力の行使とみなす。身体的暴力は、外傷など女性に危害を及ぼすかもしれない身体的な力を故意的に使うこと。精神的な暴力とは、女性に対し精神的な危害又は苦痛となる行為、あるいはそうなる恐れのある行為であり、さらに、そのような行為の威嚇・脅しを含む。性的暴力とは、女性の意思に反して、性的な行為を強要すること。また、DVは暴力の種類と頻度によって程度を判定することができる。なお、暴力(Violence)と虐待(Abuse)は、代用語として用いている。

II 対象と方法

本研究は、Kataoka²⁶⁾のDVスクリーニング方法の有効性を検討したランダム化比較試験の際に収集したデータの一部を用いた。

1. 対象

研究施設は、年間分娩数が約1700件の都市部の1か所の総合病院の産婦人科である。対象は、研究施設で妊婦健康診査を受けている妊婦とした。研究協力への組み入れ基準は、日本語の読み書きができること、調査用紙記入時に夫が同席しないことを了承すること、重篤な精神疾患がないこと、研究施設で妊婦健診と分娩を予定していることとした。2003年2月22日から5月30日までの期間に研究施設で分娩の予約を行い、この基準を満たす妊婦全員に研究協力依頼を行った。

研究の依頼は、研究者または看護師の資格を持つ研究補助者が行った。研究の趣旨および方法

を、口頭および文書にて説明し、研究への参加について尋ね、同意が得られたら書面にて署名をもらった。調査用紙への記入は、自尊感情尺度、GHQ30、背景因子調査用紙は、研究依頼を行った時点に行い（妊娠14週から28週）、日本語版ISAは、妊娠中の状態を反映させるため、また1回の調査項目を調整するため、妊娠後期（妊娠35週以降）に入ってから行った。なお、研究の説明では、DVという用語は用いず「妊娠中の夫婦関係に関する調査」という表現を用いた。それは、DV被害者の中にはそれが暴力であるとの認識を持っていない場合も多く、DVという言葉を使うことによって否定的な感情を引き起こしたり、事実を否認する可能性が予測されたからである。本研究の計画は聖路加看護大学研究倫理委員会の審査で承認を受け、その後研究を実施した。

2. 調査項目

1) DVの程度（暴力の種類と頻度）

女性が受けている暴力の種類と頻度からDVを測定し、DV被害割合を明らかにすることを目的にHudsonとMcIntoshが作成したISAの日本語版を以下のような過程で作成した。尚、もう一つの標準化尺度であるStrausのConflict Tactics Scaleの改訂版は、石井ら²⁷⁾によって日本語に翻訳されているが、尺度の各項目の表現が直接的で、妊婦を対象とした本研究で用いることは不適切であると判断した。

(1) Index of Spouse Abuse (ISA)

ISAは、北米で周産期、救急、プライマリーケアなど医療の場におけるDVの調査に広く使用されている^{28,29)}。

ISAは、夫・パートナーである男性から女性に対する暴力の程度を測定する尺度で、下位尺度として、身体的暴力と非身体的暴力から構成される。30項目(身体的暴力11項目、非身体的暴力19項目)、5段階(まったくない1点、ほとんどない2点、ときどきある3点、よくある4点、非常によくある5点)のリカート尺度である。これらの30項目は、それぞれ重み付けされており、標準化された得点として身体的暴力または非身体的暴力にわけて合計される。その範囲は、それぞれ0から100点で、点数が高いほど暴力の程度が高いと判断する。DV陽性または陰性のカットオフポイントは、身体的暴力10点、非身体的暴力25点であり、

それらの点数より高い場合、DV陽性と判定される。

HudsonとMcIntoshの398人の大学生を対象とした調査におけるISAの信頼性係数は、身体的暴力は.90、非身体的暴力は.91であり、妥当性の検討は、因子分析によって身体的暴力と非身体的暴力の2因子構造であることが確認されている²²⁾。

(2) 日本語版ISAの作成過程

まずISAのバックトランスレーションを行い、原文と比較して表現や意味の違いを検討し、日本語訳を修正した。つぎに、女性の大学教員10人に日本語版ISAに回答してもらい、わかりにくい表現、回答しにくい項目について修正を加えた。日本語版ISAの回答所要時間は3分以内であった。

(3) 日本語版ISAの信頼性・妥当性

本研究における日本語版ISAの内部一貫性を示すCronbach's α は、30項目では.92、下位尺度である身体的暴力は.80、非身体的暴力は.90で信頼性が確保された。妥当性の検討は、以下のように行った。まず、ISAと日本語版ISAの構造を比較するために、日本語版ISAについて主因子法、プロマックス回転を用いて因子分析を行った。オリジナルのISAは、身体的暴力と非身体的暴力の2因子構造であったので、日本語版も2因子と仮定して因子分析を行った。その結果、オリジナルのISAと日本語版ISAは、身体的暴力で1項目、非身体的暴力で2項目に因子負荷量0.1以上の違いがみられた以外は、よく似た構造であった。

つぎに、日本語版ISAのカットオフポイントの検討を行った。先ほど述べた因子分析の因子得点を用いてクラスター分析を行った結果、4クラスターに分類したもののうち、2つのクラスターを併せると、ISAのカットオフポイントによる分類とほぼ一致した。したがって、ISAのカットオフポイントを日本語版で用いることが妥当であると判断した。

2) 精神的健康状態

日本語版GHQ30は、ゴールドバーグが開発し、大坊らが翻訳した精神症状およびその関連症状に関する症状の評価、診断を目的とした質問紙である。一般的疾患傾向、身体的症状、睡眠障害、社会的活動障害、不安と気分変動、希死念慮

うつ傾向の6下位尺度から構成され、総合得点範囲は0-28点であり、6/7が健常者との判別の基準となる。また、それぞれの下位尺度に対し、軽度の症状、中等度以上の症状を判別する得点区分が設けられている³⁰⁾。

3) 自尊感情

自尊感情の測定のため、ローゼンバーグが作成した尺度の山本らの邦訳版の自尊感情尺度を用いた。自尊感情とは、自身で自己への尊重や価値を評価する程度のことであり、自尊感情が低いということは、自己拒否、自己不満足、自己軽蔑を表し、自己に対する尊敬を欠いていることを意味する³¹⁾。自尊感情尺度は、10項目の5段階リカート尺度であり、信頼性および妥当性とも多くの研究で支持されている。本研究における自尊感情尺度のCronbach's α は、.82で信頼性が確認された。

4) 背景因子

背景因子は、年齢(20代/30代/40代)、初産(初産/経産)、教育背景(中学卒・高校卒/専門学校・短大卒/大学・大学院卒)、婚姻状況(既婚/未婚)、職業(フルタイム/パートタイム/無)、妊娠中の喫煙(有/無)と飲酒(有/無)、過去の身体的暴力被害(有/無)について回答を求めた。妊娠中の喫煙と飲酒については、「まったくない」という回答を「なし」とし、それ以外は「あり」とした。過去の身体的暴力被害については、過去に恋人など親しい男性から身体的暴力を振るわれたことがあるかという質問を設定した。

3. 分析方法

まず、日本語版ISAの各項目の度数とパーセントを算出した。次に日本語版ISAの合計得点、下位尺度である身体的暴力の得点、非身体的暴力の得点の分布を明らかにするために度数分布を作成し、平均値、分散、中央値を算出した。ISAのカットオフポイントを用いてDVの被害割合を算出した後、陽性群と陰性群の2群に分け、背景因子および精神的健康状況との関係について、名義尺度についてはオッズ比および95%信頼区間、間隔尺度についてはt検定を用いた。GHQ30の下位尺度については、「軽度以上の症状がある群」と「ない群」の2群に分けて分析した。なお、背景因子については、交絡因子を調整するため、強制投入法にて多重ロジスティック回帰分析を用いて調整を行った。

すべての有意水準は、5%で両側検定とした。分析は、統計ソフトSPSS for windows 11.5Jを使用した。

III. 研究結果

2003年2月22日から5月30日までの間に382人の妊婦が研究施設にて分娩予約を行い、適格者は355人であった。うち8人は、研究の説明をすることができず、研究の説明をした者の中の19人は研究協力の同意が得られなかった。日本語版ISAは、転院24人、研究の中断希望者2人、早産2人を除く300人に妊娠35週以降に記入してもらった。そのうち日本語版ISAを完成させた279人を本研究の分析の対象とした。

1. 対象者の特性

研究対象者の年齢は、30代が84人(66.7%)と最も多く、続いて20代が84人、40代が7人であった。初産婦は177人(63.4%)、経産婦102人(36.6%)であり、初産婦の方が多かった。ほとんどが既婚者(98.2%)であった。教育背景は、専門学校・短大卒と大学・大学院卒は43.7%で、中学・高校卒は11.8%であった。職業を持っている妊婦が54.1%、残りは働いていなかった。本研究の対象者は、全国平均と比べると、初産婦の割合が大きく、平均年齢は高い。最終学歴が高く、職業を持っている妊婦が多いといった特徴を持った集団であると考えられる。

2. 日本語版ISAの分布

日本語版ISAの各項目の度数とパーセントを表1に示した。「まったくない」以外の回答の合計が、もっとも多かった項目は、「私をけなす」(43.4%)、「彼の気まぐれに従うことを要求する」(34.1%)、「私が彼の意見に反対すると、非常に怒る」(31.9%)であった。

身体的暴力を示す項目の実数は、「私の顔や頭を平手打ちする」が5人、「私を殺すのではないかというようなことをする」が4人、「拳で私を殴る」が2人、「私が医者にいかななくてはならないくらいひどく殴る」が2人、「凶器(ナイフなど)で私を脅す」は1人であった。

日本語版ISAの合計得点に関しては、身体的暴力と非身体的暴力をあわせた合計得点の範囲は0点から106点で、平均6.7点(SD=11.2)、中央値は3点であった。分布は、正規分布ではなく左

表1 日本語版ISAの各項目の頻度 (n=279)

No.	項 目	1:まったくない	2:ほとんどない	3:ときどきある	4:よくある	5:非常によくある
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1	私のパートナーは、私をけなす。	158(56.6)	85(30.5)	31(11.1)	5(1.8)	0(0)
2	私のパートナーは、彼の気まぐれに従うことを要求する。	184(65.9)	70(25.1)	22(7.9)	2(0.7)	1(0.4)
3	私がパートナーに、飲み過ぎだというと、彼は必ず怒る。	223(79.9)	37(13.3)	17(6.1)	2(0.7)	0(0)
4	私のパートナーは、私が楽しくないまたは好まない性的な行為を強要する。	235(84.2)	38(13.6)	5(1.8)	1(0.4)	0(0)
5	私のパートナーは、彼がやってくべきだと思うときまでに、夕食や家事、洗濯がやっていないと、非常に怒る。	231(82.8)	32(11.5)	14(5.0)	1(0.4)	1(0.4)
6	私のパートナーは、私の友人に嫉妬したり、懐疑的になったりする。	234(83.9)	35(12.5)	9(3.2)	0(0)	1(0.4)
7	私のパートナーは、拳で私を殴る。	277(99.3)	1(0.4)	1(0.4)	0(0)	0(0)
8	私のパートナーは、私にブスだとか魅力がないという。	239(85.7)	28(10.0)	10(3.6)	2(0.7)	0(0)
9	私のパートナーは、私に対し、彼なしでは私はないとも言わないと言う。	235(84.2)	34(12.2)	10(3.6)	0(0)	0(0)
10	私のパートナーは、私を彼の家政婦のように扱う。	236(84.6)	28(10.0)	12(4.3)	3(1.1)	0(0)
11	私のパートナーは、他の人の前で私を侮辱したり、面目をつぶしたりする。	233(83.5)	37(13.3)	9(3.2)	0(0)	0(0)
12	私のパートナーは、私が彼の意見に反対すると、非常に怒る。	190(68.1)	71(25.4)	18(6.5)	0(0)	0(0)
13	私のパートナーは、凶器(ナイフなど)で私を脅す。	278(99.6)	1(0.4)	0(0)	0(0)	0(0)
14	私のパートナーは、家計のための充分なお金を渡すことにけちけちする。	243(87.1)	25(9.0)	11(3.9)	0(0)	0(0)
15	私のパートナーは、知的に見下している。	226(81.0)	40(14.3)	10(3.6)	2(0.7)	1(0.4)
16	私のパートナーは、子どもの面倒をみるために、家にいることを強要する。	219(78.5)	39(14.0)	17(6.1)	3(1.1)	1(0.4)
17	私のパートナーは、私が医者にいかなかったらひどく殴る。	277(99.3)	1(0.4)	1(0.4)	0(0)	0(0)
18	私のパートナーは、私が働いたり、学校にいったりするべきではないと考えている。	236(84.6)	26(9.3)	13(4.7)	4(1.4)	0(0)
19	私のパートナーは、親切な人ではない。	236(84.6)	28(10.0)	13(4.7)	2(0.7)	0(0)
20	私のパートナーは、私が女友達とまよくやっついていくことを望まない。	264(94.6)	12(4.3)	3(1.1)	0(0)	0(0)
21	私のパートナーは、私が意志とは関係なく性交を強要する。	251(90.0)	21(7.5)	6(2.2)	1(0.4)	0(0)
22	私のパートナーは、私に大声をあげたり、怒鳴ったりする。	231(82.0)	35(12.5)	12(4.3)	0(0)	1(0.4)
23	私のパートナーは、私の顔や頭を平手打ちする。	274(98.2)	4(1.4)	1(0.4)	0(0)	0(0)
24	私のパートナーは、酔うと暴力的になる。	269(96.4)	7(2.5)	3(1.1)	0(0)	0(0)
25	私のパートナーは、私をおごて使う。	252(90.3)	22(7.9)	4(1.4)	1(0.4)	0(0)
26	私のパートナーは、私の気持ちを尊重しない。	226(81.0)	40(14.3)	13(4.7)	0(0)	0(0)
27	私のパートナーは、私を弱いものいじめをするかのように扱う。	266(95.3)	10(3.6)	2(0.7)	1(0.4)	0(0)
28	私のパートナーは、私をばえさせる。	255(91.4)	19(6.8)	4(1.4)	0(0)	1(0.4)
29	私のパートナーは、私をバカだと言う。	238(85.3)	28(10.0)	10(3.6)	2(0.7)	1(0.4)
30	私のパートナーは、私を殺すのではないかというふうなことをする。	275(98.6)	3(1.1)	1(0.4)	0(0)	0(0)

に偏った分布であった。身体的暴力得点は、0点から51点の範囲で平均1.47点 (SD=4.1), 中央値0点, 非身体的暴力得点は、0点から55点の範囲で、平均4.9点 (SD=7.8), 中央値は1点であった。同様に、左に偏った分布であった。この分布傾向は、Hudson と McIntosh が米国の妊婦で行なった調査と同様であった²¹⁾。

3. DVの判定

日本語版 ISA のカットオフポイントである身体的暴力10点および非身体的暴力25点以上であったのは、身体的暴力9人 (3.2%), 非身体的暴力12人 (4.3%) であった。身体的暴力のみであったのは3人, 非身体的暴力のみであったのは6人, 身体的および非身体的暴力の両方がありは6人であり, 279人中15人 (5.4%) が「DV陽性」と判定された。

と判定された。

4. 背景因子との関係

日本語版 ISA のカットオフポイントで DV 陽性と判定された「陽性群」15人と陰性と判定された「陰性群」264人の背景因子を表2に示した。有意な差を示したのは、初経産と過去の身体的暴力被害であった。初経産では、経産婦の方に DV 陽性が約4倍 (OR=3.74, 95%CI=1.24-11.27) 多かった。また、過去の身体的暴力被害は、過去に身体的暴力被害があった者の方に約8倍 (OR=7.61, 95%CI=2.11-27.43) 多いという結果であった。すべての項目を投入しロジスティック回帰分析を行った結果、調整オッズ比についても、初経産では経産婦の方が (OR=3.92, 95%CI=1.17-13.20), 過去の身体的暴力ではありと回答

表2 DVと背景要因の関係 (n=279)

		対象者数	DV(身体的+非身体的)		DV割合	OR (95%CI)	調整 OR (95%CI)
			陽性 n=15	陰性 n=264			
		n	n (%)	%			
年齢	20-29	84	6 (40.0)	78 (67.9)	7.1	1.71 (0.58-5.10)	2.52 (0.76-8.37)
	30-39	186	8 (53.3)	178 (95.7)	4.3	1.00	1.00
	40≤	7	1 (6.7)	6 (2.3)	14.3	3.71 (0.40-34.57)	3.13 (0.31-32.16)
	未記入	2	0	2			
初経産	初産	177	5 (33.3)	172 (65.2)	2.8	1.00	1.00
	経産	102	10 (66.7)	92 (34.8)	9.8	3.74 (1.24-11.27)	3.92 (1.17-13.20)
教育背景	中学/高校卒	33	1 (6.7)	32 (12.2)	3.0	1.18 (0.41-3.42) ^b	1.05 (0.34-3.24) ^b
	専門学校/短大卒	122	8 (53.3)	114 (43.5)	6.6		
	大学/大学院卒	122	6 (40.0)	116 (44.3)	4.9	1.00	1.00
	未記入	2	0	2			
婚姻状況	既婚	274	14 (100)	260 (98.9)	5.1	^a	
	未婚	3	0 (0)	3 (1.1)	0		
	未記入	2	1	1			
職業	あり(フルタイム+パートタイム)	151	6 (40.0)	145 (55.3)	4.0	1.00	1.00
	なし	126	9 (60.0)	117 (44.7)	7.1	1.86 (0.64-5.37)	1.67 (0.51-5.41)
	未記入	2	0	2			
妊娠中の飲酒	あり	65	3 (20.0)	62 (23.5)	4.7	0.82 (0.22-3.00)	0.49 (0.12-2.05)
	なし	214	12 (80.0)	202 (76.5)	5.6	1.00	1.00
	未記入	0	0	0			
妊娠中の喫煙	あり	13	0 (0)	13 (4.9)	0	^a	
	なし	265	14 (100)	251 (95.1)	5.3		
	未記入	1	1	0			
過去の身体的暴力	あり	16	4 (26.7)	12 (4.6)	25.0	7.61 (2.11-27.43)	9.14 (2.23-37.46)
	なし	262	11 (73.3)	251 (95.4)	4.2	1.00	1.00
	未記入	1	0	1			

^a 婚姻状態および妊娠中の喫煙において、DV陽性者の未婚および喫煙者が0であったためORは算出してない。

^b 教育背景の中学/高校卒におけるDV陽性者が1人であったため、専門学校/短大卒と併せた人数でORを算出した。

した妊婦の方が (OR = 9.14, 95% CI = 2.23-37.46), 有意に DV 陽性が多かった。

5. DV と精神的健康の関係

表3に, GHQ30と自尊感情尺度を用いた精神的健康状況とDVの関係を示した。GHQ30の下位項目で示される精神的健康状況の中で, DV陽性のオッズ比が有意に1より大きかったのは, 一般的疾患傾向 (OR=3.78, 95%CI=1.17-12.20), 睡眠障害 (OR=5.79, 95%CI=1.28-26.16), 不安と気分変調 (OR=6.29, 95%CI=1.94-20.35), 希死念慮うつ傾向 (OR=11.46, 95%CI=3.34-39.25) であった。また, 2群間でGHQ30の平均合計得点を比較してみると, DV陽性群12.40点 (SD=7.20), DV陰性群6.76点 (SD=

5.31) で, DV陽性群の方が有意に高かった ($t=3.91, P<0.001$)。したがって, DV陽性群の方が, 精神的疾患傾向が高いことがわかった。

自尊感情尺度の平均合計得点は, DV陽性群32.80点 (SD=6.53), DV陰性群37.66点 (SD=5.84) であり, DV陽性群に有意に低かった ($t=-3.12, P=0.02$)。つまり, DV陽性群の方が自尊感情は低いという結果であった。

IV 考 察

1. 妊娠中のDVの広がり

本研究は, 北米でDVに関する調査でよく用いられている Index of Spouse Abuse の日本語版 Index of Spouse Abuse (日本語版 ISA) を作成し,

表3 DV と精神的健康の関係 (n=279)

〈General Health Questionnaire 30〉						
下位尺度		対象者数	DV(身体的+非身体的)		DV割合	OR (95%CI)
			陽性	陰性		
			n=15	n=264		
		n	n(%)		%	
一般的疾患傾向	なし	154	4(26.7)	150(57.9)	2.6	1.00
	軽度・中等度以上の症状	120	11(73.3)	109(42.1)	9.2	3.78(1.17-12.20)
	未記入	5	0	5		
身体的症状	なし	142	4(26.7)	138(52.7)	2.8	1.00
	軽度・中等度以上の症状	135	11(73.3)	124(47.3)	8.2	3.06(0.95-9.86)
	未記入	2	0	2		
睡眠障害	なし	124	2(13.3)	122(52.9)	1.6	1.00
	軽度・中等度以上の症状	150	13(86.7)	137(47.1)	8.7	5.79(1.28-26.16)
	未記入	5	0	5		
社会的活動障害	なし	193	10(66.7)	183(69.8)	5.2	1.00
	軽度・中等度以上の症状	84	5(33.3)	79(30.2)	6.0	1.16(0.38-3.50)
	未記入	2	0	2		
不安と気分変調	なし	187	4(26.7)	183(69.6)	2.1	1.00
	軽度・中等度以上の症状	91	11(73.3)	80(30.4)	12.1	6.29(1.94-20.35)
	未記入	1	0	1		
希死念慮うつ傾向	なし	262	10(66.7)	252(95.8)	3.8	1.00
	軽度・中等度以上の症状	16	5(33.3)	11(4.2)	33.3	11.46(3.34-39.25)
	未記入	1	0	1		
〈自尊感情尺度〉						
			n=15	n=253	t 値	P
自尊感情合計得点		268	Mean = 32.80, SD = 6.53	Mean = 37.66, SD = 5.84	-3.12	0.02

日本における妊娠中のDV被害割合を明らかにすることを目的にして行った。その結果、妊婦の5.4%、つまり約20人に1人は妊娠中のDV被害にあっていることがわかった。身体的暴力に関しては妊婦の3.2%、非身体的暴力（主に精神的暴力）は4.3%に認められた。

全世界的なDVの実態について1963年から1995年までに発表された13論文のレビューでDV被害割合は、0.9%から20.1%と報告されている²¹⁾。米国の大規模な無作為抽出調査³²⁾の結果では、妊婦の8.8%にDVが認められており、日本における本研究の結果とは約3%の違いであることがわかった。したがって、日本における妊婦のDV被害割合は、米国および他の先進国と大きな相違はないと考えられる。

本研究のこれらの結果は、1か所の医療施設からのデータであるため一般化には限界がある。しかしながら、一定期間において組み入れ基準を満たす全妊婦に研究の説明を行い、同意が得られたすべての者に調査を行なった。したがって、本研究が示した妊娠中のDV被害割合の妥当性は、小規模調査ながら比較的高いと考えられる。

さらに、妊婦の約5%にDVが認められたという本研究の結果は、過少評価と推測され、つまり実際はこの割合よりも多いことが予測される。その理由は、本研究の適格者除外基準、たとえば「日本語の読み書きができない」、「調査用紙記入時に夫が同席しないことを了承しない」、「重篤な精神疾患がある」には、DVのリスクファクターとして考えられる項目が含まれていること、DV被害を知られたくないと考えている女性は、調査に協力はしていないことがあげられる。また、DVのスクリーニングツール（Violence Against Women Screen: VAWS）を用いた場合、妊婦の約24%が陽性であったことも報告されており²⁶⁾、DV被害割合5%は、実際よりも少なく見積もった値であると考えられる。

2. 一般女性と妊婦の比較

2003年20歳以上の3,123人の男女を対象とした内閣府が行った全国無作為抽出調査³⁾において、この1年間で「身体に対する暴行を受けた」ことがあるのは、女性の2.9%であったことが報告されている。本研究では、ここ1年間の夫・パートナーからの暴力、つまり妊娠中の身体的暴力は、

日本語版ISAの身体的暴力の基準で3.2%であったことより、妊娠中の方が多いものの、一般女性とほぼ同じ割合であったことが明らかになった。

一方、性的な行為の強要と定義される妊娠中の性的暴力については、日本語版ISAの項目である「意志とは関係なく性交を強要する」が10.0%、「楽しくないまたは好まない性的な行為を強要する」は15.8%の妊婦に認められた。内閣府調査結果での性的暴力（性的な行為の強要）の割合は、成人女性の1.5%であったという結果と比較すると、妊娠中は10倍以上であることが明らかになった。妊娠中は、男性の方が性生活に不満を持っているという調査結果もあり³³⁾、性的暴力が妊娠中に増加する一つの要因となっている可能性が示唆される。

精神的暴力については、質問項目が異なるため単純に比較することは難しいが、内閣府の調査の「恐怖を感じるような脅迫」が0.9%であったのに対し、日本語版ISAの項目「私を殺すのではないかということをする」は1.5%、「私を怯えさせる」が8.6%と妊娠中の方に頻度が高いことが推察される。また、「けなす」、「気まぐれに従うことを要求する」、「夫の意見に反対すると非常に怒る」、「子どもの面倒をみるために、家にいることを強要する」といった言葉の暴力や女性を孤立させる行為は、20%以上の妊婦が経験していた。このような精神的暴力の蓄積は、うつ症状や不安といった精神的な症状の発症要因になりうると考えられる。

3. 医療におけるDV被害者支援

このように妊娠中のDVは、一般的な女性よりも頻度が高く、米国とほぼ同様の被害があるにもかかわらず、日本の周産期施設において適切なケアのプロトコルを用いて、DVのスクリーニングを実施しているところはほとんどない。少なくとも妊婦の5%にDV被害があるという本研究の結果から、年間1000件の出産がある施設だと、50人の妊婦がDVの被害にあっているということになる。これらの被害の多くを、医療者は見逃していることが予測される。

妊娠中にDVをみつけるためのスクリーニングが推奨される理由は、妊娠中にDVの頻度が高いことだけではない。日本においては、妊娠するとほぼ100%の女性が医療施設を利用すること

から、社会的に孤立し、社会資源へのアクセスが阻害されやすいDV被害女性が支援の糸口をみつける機会として妊婦健診が重要な役割を果たすことができると考えられる。欧米では、妊婦健診や一般健康診断がDVのスクリーニングをするのに最も適していると提起している。日本においても妊婦健診で適切なプロトコル³⁴⁾を用いてDVのスクリーニングの実施について検討することが急務であろう。

4. DVのリスクファクター

今回の研究で、DVのリスクファクターとしての背景要因の中では、経産婦であること(OR=3.9)、過去に恋人などの親しい男性から身体的暴力を受けた経験があること(OR=9.1)の2点が明らかになった。初産婦と比べ経産婦にDVが約3倍多かったという結果は、被害女性に短期間に繰り返す妊娠³⁵⁾や妊娠回数が多いという調査報告¹⁵⁾で説明されるだろう。DVの中でも性的な暴力、つまり性行為の強要や避妊に協力しないことは、妊娠の機会を増やすため、2人目の妊娠以降の妊婦にDVが多いということも考えられる。しかしながら、経産婦にDVが多い理由については、交際および結婚からの期間、2回目以降の妊娠と暴力の関係等さらに調査を重ねて、今後検討する必要がある。また、妊娠中にDV被害にあっている妊婦は、過去にも身体的暴力を受けた女性が多いという結果は、Cokerら³⁶⁾の調査結果と一致していた。本研究で明らかになったDVのリスクファクターは、臨床においてDVのスクリーニングに役立てることができる。

5. DVが健康に及ぼす影響

DV被害にあっている妊婦は、約11倍うつ傾向を持つ者が多いことがわかった。DVが精神的な健康に与える影響に関するJonesらのシステムティック・レビュー⁸⁾では、DV被害者の31~84%にPTSD症状が認められ、また暴力を振るわれた期間と程度は、PTSDの程度と関連すること、うつ症状も多いことが明らかにされている。また、本研究と同じGHQを用いたStewartらの調査⁹⁾でも、DV被害女性にうつ傾向が多いことが報告されている。長期にわたる身体的、精神的な暴力によって、社会的に孤立し、自尊心や自己コントロール感が失われ、うつ症状が発症するだろうことは容易に予測できる。今後日本においても、

DVが心身社会的な健康に与える影響に関する詳細な調査を行い、その因果関係を明らかにする必要がある。このような健康への深刻な影響という事実からも、医療での取り組み、特に部門を越えた多職種間との連携の重要性が示唆される。

V 結 論

本研究は、都心部の1か所の医療施設で279人の妊婦を対象に、日本語版ISAを用いて妊娠中のDV被害率を調査した結果、妊婦の5.4%にDVが認められた。身体的暴力は3.2%、非身体的暴力は4.3%であった。DVのリスクファクターとしては、経産婦であることそして過去の身体的暴力の経験があることの2点が明らかになった。精神的健康に及ぼす影響では、うつ傾向が多いことがわかった。

本研究にご協力いただきました妊婦の皆様、研究施設のスタッフの方々に心より感謝申し上げます。本研究は、聖路加看護大学大学院博士学位論文の一部に加筆・修正したものである。なお、本研究は、山路ふみ子専門看護教育研究助成基金から助成を受けた。

(受付 2005. 3. 7)
(採用 2005. 8. 22)

文 献

- 1) Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002; 359 (9313): 1232-7.
- 2) 総理府内閣総理大臣官房男女共同参画室. 男女間における暴力に関する調査. 東京. 2000: 24-29.
- 3) 内閣府男女共同参画局. 配偶者からの暴力に関する調査. 東京. 2003. 79-84.
- 4) Perciaccante VJ, Ochs HA, Dodson TB. Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57(7): 760-3.
- 5) Johnson PJ, Hellerstedt WL. Current or past physical or sexual abuse as a risk marker for sexually transmitted disease in pregnant women. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34(2): 62-7.
- 6) Greenberg EM, McFarlane J, Watson MG. Vaginal bleeding and abuse: assessing pregnant women in the emergency department. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1997; 22(4): 182-6.
- 7) Leung TW, Leung WC, Chan PL, et al. A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients. *Int J Gynaecol Obstet*

- 2002; 77(1): 47-54.
- 8) Jones L, Hughes M, Unterstaller U. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: a review of the research. *Trauma Violence Abuse Rev J*, 2001; 2(2): 99-119.
 - 9) Stewart, DE, Cecutti, A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ*. 1993, 1; 149(9): 1237-8.
 - 10) Thompson MP, Kaslow NJ, Kingree JB. Risk factors for suicide attempts among African American women experiencing recent intimate partner violence. *Violence Vict* 2002; 17(3): 283-95.
 - 11) Curry MA. The interrelationships between abuse, substance use, and psychosocial stress during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998; 27(6): 692-9.
 - 12) Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM. Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more?. *J Fam Pract* 1999; 48(6): 439-43.
 - 13) Tajima EA. The relative importance of wife abuse as a risk factor for violence against children. *Child Abuse Negl* 2000; 24(11): 1383-98.
 - 14) Webster J, Chandler J, Battistutta, D. Pregnancy outcomes and health care use: effects of abuse. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(2): 760-7.
 - 15) Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, et al. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(6): 1760-9.
 - 16) Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, et al. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 103(1): 26-9.
 - 17) McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res* 1996; 45(1): 37-42.
 - 18) Murphy CC, Schei B, Myhr TL, et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 200; 164(11): 1567-72.
 - 19) Dye TD, Tollivert NJ, Lee RV, et al. Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1995; 9(1): 35-47.
 - 20) Dietz PM, Gazmararian JA, Goodwin MM, et al. Delayed entry into prenatal care: effect of physical violence. *Obstet Gynecol* 1997; 90(2): 221-4.
 - 21) Gazmararian JA, Lazorkic S, Spitz AM, et al. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996; 275(24): 1915-20.
 - 22) Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam* 1981; 43: 873-888.
 - 23) Straus, MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam* 1979; 41: 75-88.
 - 24) Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, et al. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997; 277(17): 1357-61.
 - 25) McFarlane J, Parker B, Soeken K, et al. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992; 267(23): 3176-8.
 - 26) Kataoka Y. Effectiveness of two screening methods in a prenatal setting for identifying women experiencing domestic violence: A randomized controlled trial. St. Luke's College of Nursing Doctor Dissertation. Tokyo 2003.
 - 27) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 他. ドメスティックバイオレンス (DV) 簡易スクリーニング尺度 (DVSI) の作成および信頼性・妥当性の検討. *精神医学* 2003; 817-23.
 - 28) Torres S, Han HR. Psychological distress in non-Hispanic white and Hispanic abused women. *Arch Psychiatr Nurs* 2000; 14(1): 19-29.
 - 29) Parker B, McFarlane J, Soeken K, et al. Physical and emotional abuse in pregnancy: a comparison of adult and teenage women. *Nurs Res* 1993; 42(3): 173-8.
 - 30) 大坊郁夫. 日本語版 GHQ. 心理アセスメントハンドブック. 東京: 西村書店, 1993; 319-27.
 - 31) 山本真理子. 自尊感情尺度. 心理測定尺度集 1. 東京: サイエンス社, 1982; 29-31.
 - 32) Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, et al. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. *Matern Child Health J* 2000; 4(2): 85-92.
 - 33) 大井けい子, 富田真理子, 高村寿子. 妊娠期の性生活 妊婦とその夫の姓の認識と満足の違い, 女性心身医学 2002; 7(2): 220-5.
 - 34) 聖路加看護大学女性を中心にしたケア研究会. EBMの手法による周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン2004年度版. 東京: 金原出版.
 - 35) Jacoby M, Gorenflo D, Black E, et al. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *Am J Prev Med* 1999; 16(4): 318-21.
 - 36) Coker AL, Smith PH, McKeown RE, et al. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health* 2000; 90(4): 553-9.

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN DURING PREGNANCY

Yaeko KATAOKA*, Yukari YAJU^{2*}, Hiromi ETO^{3*}, and Shigeko HORIUCHI^{3*}**Key words** : domestic violence, intimate partner abuse, pregnancy, prevalence, risk factor, mental health**Objectives** To determine the prevalence of domestic violence (DV) against women during pregnancy and to identify risk factors for DV and effects on women's mental health.**Methods** Pregnant women from an OB-GYN outpatient clinic at a hospital in an urban area were recruited consecutively from February to May 2003. Women who agreed to participate in the research answered three self-administered questionnaires: the GHQ30, the Rosenberg Self Esteem, and one for demographic characteristics at 14 gestational weeks. In order to determine DV prevalence rate during pregnancy, the Japanese version of the Index of Spouse Abuse (ISA) for measuring severity of DV was provided to those women over 35 gestational weeks.**Results** Two hundred seventy nine women answered all questionnaires. 15 of the 279 respondents (5.4%) were DV positive during pregnancy based on the Japanese version of the ISA. Nine had experienced physical violence, and twelve had non-physical violence. Compared with women who had not experienced DV during pregnancy, DV positive pregnant women were more likely to be multipara (OR = 3.9) and to have experienced physical violence in the past from a different partner (OR = 9.1). Moreover, general illness (OR = 3.8), sleep disturbance (OR = 5.8), anxiety (OR = 6.3), depression (OR = 11.5) and low self-esteem ($P=0.02$) were identified as effects of DV on women's mental health.**Conclusion** Some 5.4% of women in Japan, approximately 1 in every 20, may experience DV during pregnancy. This is associated with parity and a past history of DV as demographic characteristics, and has an adverse impact on mental health, especially depression. Development of a support system for screening, intervention and referral for DV sufferers is urgently needed.

* Research Center for Development of Nursing Practice, St. Luke's College of Nursing

^{2*} St. Luke's College of Nursing, COE research fellow

^{3*} St. Luke's College of Nursing