

がん患者の心理社会的サポートサービスの利用に 対する態度尺度作成の試み

マツイ トモコ
松井 智子*1*2

目的 がん患者を対象とした心理社会的サポートサービスの利用に対する態度尺度を作成し、心理社会的サポートサービスの利用行動との関連を明らかにすることを目的とした。

方法 対象要件を満たす960名のがん患者にインターネットによるアンケート調査への参加を依頼し、有効回答が得られた712名を対象として分析を行った。712名のうち、男性351名（49.3%）、女性361名（50.7%）、平均年齢は58.1歳（標準偏差＝11.9）であった。

結果 作成した尺度は、「利用後のポジティブな結果期待」「主観的規範」「スティグマに対する抵抗感」「利用後のネガティブな結果に対する懸念」「援助要請に対する抵抗感」の32項目5因子からなり、信頼性および妥当性が確認された。各因子の合計得点と利用ステージとの関連を検討した結果、利用経験がない人は「利用後のポジティブな結果期待」が低く、「スティグマに対する抵抗感」「利用後のネガティブな結果に対する懸念」「援助要請に対する抵抗感」のネガティブな方向の要因が高かった。また、「主観的規範」については特に無関心期において低いことが示された。

結論 本研究の結果より、作成した尺度の有用性が示された。また、各行動変容のステージによって心理的特徴が異なることが示され、今後の利用促進のための介入法の開発に向けて有益な知見が得られたと考えられる。

キーワード 心理社会的サポートサービス、援助要請行動、がん患者

I 緒 言

近年、がん患者の心理面や社会的な問題の改善に対して有益な心理社会的サポートサービスがわが国においても徐々に増加してきた。本研究では、精神（腫瘍）科や心療内科、がん相談支援センター、カウンセリングやサポートグループなどを総称したものを心理社会的サポートサービスとする。わが国では、上記のような心理社会的サポートサービスが用意されているにも関わらず、特に精神科や心療内科においては10%強のがん患者しか利用していない¹⁾²⁾。また、今後治療の進歩によって外来がん患者が

増加することが予測されるが、外来がん患者は入院がん患者よりも医療スタッフの配慮が届きにくいことが推察される。そのため、問題を抱えたがん患者が能動的に心理社会的サポートサービスを利用する能力、助けを求める能力を高めることが必要であると考えた。このような心理社会的サポートサービスの利用行動は援助要請行動（Help-seeking behavior；以下、HSB）の分野で研究がなされている。HSBとは「個人が問題の解決の必要性があり、もし他者が時間・労力・ある種の資源を費やしてくれるのなら問題が解決、軽減するようなもので、その必要のある個人がその他者に対して直接的に

* 1 日本学術振興会特別研究員 * 2 大阪大学大学院人間科学研究科

援助を要請する行動である」として定義されている³⁴⁾。がん医療の分野においても、欧米を中心に心理社会的サポートサービスの利用に対する援助要請行動に関連する要因は多岐にわたって報告されてきているが⁵⁾、日本における研究はほとんどない。しかしながら、HSBは状況を考慮する必要性が指摘されている⁶⁾ため、日本における調査研究が必要であるといえる。

また、がん検診やストレスマネジメントといった健康行動の促進に関する研究分野では、行動変容理論の1つであるトランスセオレティカル・モデル (Transtheoretical model; 以下、TTM)⁷⁾⁸⁾をベースにしたテーラードメッセージを用いた介入研究⁹⁾¹⁰⁾やワークブックを用いた行動変容の介入研究¹¹⁾が行われており、その効果が報告されている。そこで本研究では、この考え方をがん患者の心理社会的サポートサービスの利用場面に応用することを目指し、特にTTMの中心的な概念である行動変容段階に着目した。これは、人間の行動変容のステージを準備性や実行期間によって6つのステージに分類したもので、対象者がどのステージに属しているかによって、適切な介入が異なるとされる。各ステージにおいてがん患者の「心理社会的サポートサービスの利用行動」の生起に関連する心理的要因を明らかにすることで、問題を抱えたがん患者の援助要請行動を促進するためのより効果的なサービスの開発が可能となるだろう。

そこで本研究では、まず日本人がん患者を対象として心理社会的サポートサービスの利用に対する態度尺度を作成することを目的とした。欧米の研究では、計画的行動理論 (Theory of Planned Behavior; TPB)¹²⁾に基づいた、がん患者の援助要請行動に対する態度尺度が作成されている¹³⁾。わが国では、学生や一般人を対象とした研究において、援助要請に対する態度、援助要請の期待や不安 (コスト) を測定する尺度や、援助要請行動スタイルなどを測る尺度が作成されている¹⁴⁾⁻¹⁷⁾。しかしながら、がん患者を対象とした尺度はほとんど作成されていない。また、尺度開発に加えて、ステージと心理社会的サポートサービスの利用に対する態度や心理

的苦痛の程度との関連を検討し、日本人がん患者の心理社会的サポートサービスの利用に対する心理的特徴を見いだすことを目的とした。

Ⅱ 方 法

(1) 対象者および手続き

本研究は、(株) インテージが保有する、2015年7月の時点で過去1年以内にかんのために診察を受けかつ通院したことがあるがん患者パネルを利用し、インターネット調査を行った。この対象者パネルに対して、さらに以下のスクリーニング調査を行い対象者の選定を行った。まず、現在の状況が(1)「1入院中」「2 普段は自宅で生活しているが、治療等のため5日未満の入院中」「3 外来通院中 (経過観察中も含む)」のうち、2または3と回答したものである。また、本論文は2回にわたる縦断調査のTime1のデータを用いたが、対象者の選定基準として(1)に加え、(2)「本研究は2回目の調査を約半年後に計画しています。2回目の調査にご協力いただけますか?」と尋ね、「はい」と回答したものであった。上記2つの条件を満たした参加者に対して本調査の協力を依頼し、インターネット上で20~30分程度のアンケート調査 (本調査) を行った。スクリーニング調査は2015年11月11日-12日、本調査は2015年11月17-19日に実施した。スクリーニング調査に参加した1,331名のうち、対象要件を満たす960名に調査を依頼し、712名の有効回答が得られた (有効回答率74.2%)。

(2) 倫理的配慮

本調査は、すべて(株) インテージに委託し実施した。調査画面にて本研究の主旨を調査会社より説明し、回答をした場合同意を得たと見なした。個人情報には調査会社の規定に基づき調査会社で管理され、研究担当者が得るデータには参加者の個人情報が含まれない仕組みとなっている。また、調査会社の規定に基づいた方法で参加者から結果の開示請求を受けることとしている。なお、本研究は、大阪大学大学院人間

科学研究科行動学系研究倫理委員会の承認後に実施した（承認番号：人行27-017，承認年月日：2015年10月26日）。

(3) 測定内容

1) 患者背景情報

患者の背景情報は、年齢、性別、同居人、婚姻状況、診断からの期間、がん種、治療状況について尋ねた。また、全身状態はKarnofsky Performance Status尺度（KPS）を用いて尋ねた。

2) 心理社会的サポートサービスの利用ステージ

Prochaska⁷⁾を参照し、問題の認識の段階や心理社会的サポートサービス利用に対する準備性に基づき各ステージの定義をし、以下のように質問をした。まず心理社会的サポートサービスの利用経験を尋ね、利用経験があるものには「あなたは、心理社会的サポートサービスを現在も継続利用し、6カ月以上経過していますか？」と利用状況を尋ね、以下の選択肢から選んでもらった。「6カ月以上継続利用している」は維持期、「利用しているが6カ月経っていない」は行動期、そして「今は利用していない」は逆戻り期に該当する。また、利用経験がないものに対しては、「今後、上記のような心理社会的サポートサービスを利用する予定はありますか？」と尋ね、以下の選択肢より回答してもらった。「1カ月以内に心理社会的サポートサービスを利用しようと思っている」は準備期、「6カ月以内に心理社会的サポートサービスを利用しようと思っている」および「問題を解決したいと思っているが、心理社会的サポートサービスを利用することを決めていない」は関心期、「問題はあがるが、心理社会的サポートサービスを利用するほどのものではない」および「問題はあがる。または、自分は困っていないが周りの人から問題を指摘される」は無関心期に該当する。

3) 心理社会的サポートサービスの利用に対する態度

本研究では、Attitudes to seeking help after

cancer (ASHCa)¹³⁾の17項目に加え、援助要請期待尺度および援助要請不安（コスト）尺度¹⁴⁾¹⁵⁾の各因子から因子負荷量の高さと内容を考慮して2～3項目ずつ、そして著者のインタビュー調査の結果をもとにさらに9項目を追加し検討した。これらの項目は、著者を含む心理学専攻の学生3名（うち1名は精神保健福祉士、別の1名は看護師の資格を持つ）によって検討された。ASHCaの和訳は、著者を含む心理学専攻の学生2名（うち1名は精神保健福祉士の資格を持ち、別の1名は英語に堪能であった）およびアメリカの大学に所属する日本人教員1名、そして英語に堪能な教員1名によってなされた。バックトランスレーションは唐沢トランスレーションサービスに委託した。バックトランスレーション後の尺度を作成者に確認してもらい使用許可を受けた。また、本研究に合わせて表現の一部に修正を加えた。教示文は「心理社会的サポートサービスの利用についてあなたの気持ちやお考えをお聞かせください。※ここで、心理社会的サポートの専門家とは、心理社会的サポートサービスに従事する医師、看護師、心理士、ソーシャルワーカー、相談員等の総称とします。がん患者のみなさまの心理的・精神的苦悩や社会的問題の解決を支援する体制を総称して『心理社会的サポートサービス』とします」であり、46項目について「1点：全くそう思わない」～「5：非常にそう思う」の5件法で評価してもらった。

4) がん患者の心理的苦痛

がん患者の心配評価尺度（Brief Cancer-Related Worry Inventory；以下、BCWI¹⁸⁾：がん患者の心配評価尺度は、がんに関連した心配事の内容や心配の大きさを評価するための15項目3因子からなる自己評価式の尺度で、各項目0（全く心配がない）～100（非常に心配である）で評価される。心配事の大きさはそれぞれの項目の合計得点を計算したものとなる。それぞれの因子は、将来に対する心配（6項目）、身体に関する心配（4項目）、社会や対人関係に関する心配（5項目）である。

日本語版Hospital Anxiety and Depression

Scale (HADS)¹⁹⁾²⁰⁾ : HADSは不安(7項目)と抑うつ(7項目)の2因子, 合計14項目で構成される自己評価式のアセスメントツールである。それぞれ, 0-3点で評価され, 各因子で取り得る最大得点は21点である。心理的苦痛の評価には合計得点を用いることが推奨されており, そのカットオフ値は適応障害が10/11, 大うつ病が19/20とされている¹⁹⁾。

(4) 統計解析

得られたデータの統計解析には, SPSS 24.0 for Mac, SPSS AMOS 23.0 for Windowsを用いた。

Ⅲ 結 果

(1) 対象者の属性

有効回答の得られた712名のうち, 男性351名(49.3%), 女性361名(50.7%)であった。平均年齢は, 58.1歳(標準偏差=11.9)であった。がん種の割合については, 乳がん202名(28.4%), 前立腺がん103名(14.5%), 大腸がん90名(12.6%)の順に多かった。その他の基本属性を表1に示す。

(2) 心理社会的サポートサービスの利用に対する態度

心理社会的サポートサービスの利用に対する態度46項目について項目分析を行った。選択肢のうち1つに60%以上の偏向回答がみられた項目, 歪度または尖度が1以上または-1以下の項目, そして天井効果または床効果の見られた平均点4点以上と2点以下の項目を削除した。その結果, 4項目が削除され, 残りの42項目に対して主因子法プロマックス回転による探索的因子分析を実施した。固有値が1以上, 共通性0.2以上, そして1つの因子に対する因子負荷量が0.35以上という基準に加え, 解釈可能性を考慮し, 最終的に32項目, 5因子の尺度となった(表2)。なお, 共通性の低さより「他者からのサポートが自分には必要なかったということがわかったら, 私は気持ちが楽になるだろ

表1 対象者の属性情報

	平均値/ 人数	標準偏差/ %
年齢(歳)	58.1	11.9
性別(女性)	361	50.7
同居人内訳		
配偶者	504	70.8
子ども	253	35.5
子どもの配偶者	6	0.8
孫	10	1.4
父母・義父母	108	15.2
祖父母・義祖父母	1	0.1
きょうだい	21	2.9
その他	6	0.8
独居	96	13.5
婚姻状況		
既婚	520	73.0
未婚	104	14.6
離別	56	7.9
死別	32	4.5
診断からの期間		
診断からの期間(月)	56.6	55.4
5年未満	473	66.4
5年以上	239	33.6
がん種(複数回答)		
乳がん	202	28.4
肺がん	34	4.8
胃がん	60	8.4
肝がん	18	2.5
大腸がん	90	12.6
腎がん	18	2.5
前立腺がん	103	14.5
膀胱がん	21	2.9
卵巣がん	16	2.2
子宮頸がん	32	4.5
子宮体がん	24	3.4
血液のがん	24	3.4
脳腫瘍	6	0.8
その他のがん	129	18.1
治療経験		
手術	478	67.1
化学療法	233	32.7
放射線療法	187	26.3
ホルモン療法	232	32.6
その他	77	10.8
全身状態(Karnofsky Performance Status)		
正常である。症状もない	408	57.3
軽い症状はあるが, 普通の生活はできる	195	27.4
いくつかの症状はあるが, 努力をすれば普通の生活はできる	81	11.4
身の回りのことは自分でできるが, 普通の生活をしたり, 仕事をするとはできない	17	2.4
身の回りのことはほとんど自分でできるが, とときき介助が必要である	10	1.4
身の回りのことをするのにかなりの介助が必要である	1	0.1

う」「心理社会的サポートのために, 専門家にどのように相談するかについての情報が十分でない」「私は, 心理社会的サポートのために専門家に相談する金銭的余裕がない」, 因子負荷量の低さにより「私は, 疲れすぎて, あるいは気分が優れなくて, 心理社会的サポートのために専門家に相談することができない」「私は, 他者の言葉を聞き入れるほどの余裕がない」「心理社会的サポートサービスを利用すると,

表2 がん患者の心理社会的サポートサービスの利用に対する態度尺度の項目および因子分析の結果

	I	II	III	IV	V
I 利用後のポジティブな結果期待					
心理社会的サポートの専門家は、良いアドバイスをしてくれるだろう	0.82	-0.04	0.08	-0.14	0.09
心理社会的サポートの専門家に相談すると、自分についての理解が深まるだろう	0.77	-0.05	0.08	-0.12	0.00
心理社会的サポートの専門家は、話を聞いて気持ちを楽にさせてくれるだろう	0.75	-0.09	0.02	-0.09	0.05
心理社会的サポートの専門家は、自分に適した治療法や対処をしてくれるだろう	0.74	-0.04	0.04	-0.09	0.06
心理社会的サポートの専門家に相談すると、専門家の話し方や聞き方を学べるだろう	0.66	-0.16	0.03	0.00	0.03
心理社会的サポートサービスを利用すると、必要な情報が得られるだろう	0.63	0.00	-0.18	0.15	-0.02
心理社会的サポートサービスを利用することは、がんの治療や予防に効果的に働くことにつながるだろう	0.62	0.04	0.02	0.00	0.00
心理社会的サポートサービスを利用すると、安心感が得られるだろう	0.55	0.18	-0.10	0.06	-0.13
心理社会的サポートのために専門家に相談することは、私にとって有益であるだろう	0.46	0.14	-0.06	0.18	-0.20
心理社会的サポートのために専門家に相談することは、前向きな良い経験であるだろう	0.44	0.21	-0.20	0.21	-0.21
II 主観的規範					
がんの治療を担当する主治医やスタッフは、私に心理社会的サポートのために専門家へ相談してほしいと思っている	-0.06	0.86	0.09	-0.11	0.07
がんの治療を担当する主治医やスタッフは、私は心理社会的サポートのために専門家へ相談するべきだと考えている	-0.08	0.83	0.09	-0.04	-0.04
私にとって大切な人の多くは、私は心理社会的サポートのために専門家へ相談するべきだと考えている	0.05	0.78	0.03	-0.04	0.06
私にとって大切な人の多くは、必要であれば心理社会的サポートのために専門家に相談するだろう	0.29	0.41	-0.14	0.11	0.06
III スティグマに対する抵抗感					
心理社会的サポートサービスを利用することで身近な人からの評価が悪くなるだろう	-0.01	-0.01	0.87	0.03	-0.09
もし私が心理社会的サポートサービスを利用していることを知られたら、周りの人は私のことを自分で問題を解決できない弱い人間だと思うだろう	-0.01	-0.05	0.86	0.05	-0.07
もしも私が心理社会的サポートサービスを利用していることを周りの人に話したら、私のことを嫌いになったり見下したりする人が出てくるだろう	0.03	0.02	0.82	0.04	-0.06
私が心理社会的サポートサービスを利用すると、大切な人に迷惑をかけるだろう	-0.09	0.11	0.67	0.05	0.00
私が心理社会的サポートサービスを利用すると、がんの治療を担当する主治医やスタッフが不快な思いをするだろう	-0.06	0.16	0.52	0.13	0.01
IV 利用後のネガティブな結果に対する懸念					
心理社会的サポートの専門家は、私の価値感を共有してくれないだろう	-0.20	0.00	-0.06	0.74	-0.06
心理社会的サポートの専門家は、私の問題をわかってくれないだろう	-0.17	-0.03	0.02	0.72	-0.04
心理社会的サポートサービスを利用すると、私が話したくないことまで話させられるだろう	0.10	-0.13	0.25	0.62	0.01
心理社会的サポートサービスを利用すると、相談した人以外の人（例えば、主治医や家族）へ相談内容が伝わってしまうだろう	0.12	0.03	0.14	0.57	0.05
心理社会的サポートサービスを利用すると、知りたくない情報や聞きたくないことも耳にしまうだろう	0.17	-0.02	0.11	0.52	0.12
心理社会的サポートサービスを利用すると、今の生活スタイルで私を変えたくないこと、または今すぐには変えられないことを無理に変えさせられるだろう	0.06	-0.07	0.32	0.52	0.04
私の問題について、私以上に誰もわからない	-0.04	0.00	-0.16	0.38	0.29
V 援助要請に対する抵抗感					
心理社会的サポートのために専門家に相談することは私にとって困難である	0.03	0.04	-0.10	0.03	0.84
心理社会的サポートのために専門家に相談することは辛い経験になるだろう	0.06	0.05	0.13	0.03	0.75
私は、心理社会的サポートのために専門家に相談するのは気が進まない	-0.11	0.00	-0.23	-0.01	0.75
私は、サポートを求めると、自分を見失うと思うだろう	0.06	0.07	0.17	0.11	0.59
私は、サポートを求めることは弱いことだと思う	-0.06	0.03	0.30	0.01	0.48
私は他者に指示されるのは好きではない	-0.10	-0.08	-0.16	0.31	0.38
因子間相関					
I	-				
II	0.34	-			
III	-0.33	0.27	-		
IV	-0.35	0.12	0.55	-	
V	-0.46	-0.12	0.47	0.47	-

今までのものの考え方や感じ方を根本的に変えさせられるだろう」を削除した。そして2つ以上の因子に対して因子負荷量が0.35以上を示したことにより、内容の重複と判断し「私は、心理社会的サポートのために専門家に相談する時間がない」「心理社会的サポートの専門家は、問題を解決してくれるだろう」「心理社会的サポートの専門家は、自分の代わりに周りの人に働きかけてくれるだろう」「心理社会的サポートの専門家は、何とかしてくれるだろう」という4項目を削除した。回転前の5因子解での累

積寄与率は59.47%であった。

5因子の内容の特徴と命名については以下のとおりであった。第1因子は、心理社会的サポートサービスを利用した場合に得られるポジティブな結果に対する期待を表しており、「利用後のポジティブな結果期待（10項目）」と名付けられた。第2因子は、心理社会的サポートサービスの利用に関して患者本人の周囲の大切な人がどのように思っているかを表す「主観的規範（4項目）」と名付けた。第3因子は、心理社会的サポートサービスの利用に伴う他者か

らのネガティブな評価や他者への迷惑に対する懸念を表す「スティグマに対する抵抗感（5項目）」と名付けた。第4因子は、心理社会的サポートサービスを利用した場合に得る可能性のあるネガティブな結果に対する懸念を表しており「利用後のネガティブな結果に対する懸念（7項目）」と名付けた。そして、第5因子は、他者への援助要請自体に対する抵抗感を表す「援助要請に対する抵抗感（6項目）」と名付けた。

因子の信頼性として、内的整合性を検討するためCronbachの α 係数を算出した。その結果、「利用後のポジティブな結果期待」： $\alpha = 0.89$ 、「主観的規範」： $\alpha = 0.82$ 、「スティグマに対する抵抗感」： $\alpha = 0.89$ 、「利用後のネガティブな結果に対する懸念」： $\alpha = 0.82$ 、「援助要請に対する抵抗感」： $\alpha = 0.84$ であり、すべての因子において0.80以上という高い数値が得られた。また、尺度全体の信頼性は、 $\alpha = 0.81$ であった。さらに、この5因子のモデルについて確証的因子分析を行った結果、GFI=0.819, CFI=0.855, RMSEA=0.074という適合度指標が得られ、

十分とはいえないまでも、適合性が得られたと判断した。

(3) 対象者の利用ステージにおける該当数

何らかの心理社会的サポートサービスの利用経験がある人は111名（15.6%）であった。現在の利用状況について尋ねた結果、「今は利用していない」と回答した逆戻り期の者が68名（61.3%）で最も多く、「6カ月以上継続利用している」という維持期が35名（31.5%）、そして「利用しているが6カ月以上は経っていない」という行動期が8名（7.2%）で後に続いた。一方で、利用経験がない人は601名（84.4%）であった。今後の利用予定（意図）について尋ねた結果、「問題はない。または、自分は困っていないが周りの人から問題を指摘される」を選択した者が最も多く314名（52.2%）であった。次いで、「問題はあるが、心理社会的サポートサービスを利用するほどのものではない」が224名（37.3%）、「問題を解決したいと思っているが、心理社会的サポートサービスを利用することを決めていない」が61

表3 利用ステージと心理社会的サポートサービスの利用に対する態度, BCWI,

	1) 無関心期 (N = 538)		2) 関心期 (N = 62)		3) 行動期 (N = 8)		4) 維持期 (N = 35)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
心理社会的サポートサービスの利用に対する態度								
利用後のポジティブな結果期待	33.2	4.9	33.5	5.9	36.9	4.6	36.2	6.3
主観的規範	10.0	2.8	11.6	2.4	12.4	3.4	13.4	2.9
スティグマに対する抵抗感	11.0	3.2	12.5	3.9	10.4	2.4	12.1	4.5
利用後のネガティブな結果に対する懸念	19.4	4.2	22.2	4.7	18.4	3.2	19.2	5.3
援助要請に対する抵抗感	15.5	4.0	16.6	4.9	11.5	3.3	13.2	4.7
BCWIおよびHADS								
BCWI_合計	557.3	296.8	963.5	280.9	842.5	197.8	919.4	316.9
BCWI_将来に対する心配	258.7	134.9	429.0	123.9	377.5	95.0	416.9	139.7
BCWI_身体に関する心配	121.6	84.9	228.5	84.0	202.5	59.0	228.9	96.6
BCWI_社会や対人関係に関する心配	177.0	106.6	306.0	104.7	262.5	89.9	273.7	113.3
HADS_合計	8.6	6.5	18.9	6.2	12.3	7.2	18.7	9.5
HADS_不安	4.3	3.3	9.7	3.6	5.9	4.0	9.4	4.1
HADS_抑うつ	4.3	3.7	9.3	3.6	6.4	3.8	9.3	5.9

注 1) ** $p < 0.001$
 2) BCWI : Brief Cancer-Related Worry Inventory (がん患者の心配評価尺度)
 3) HADS : 日本語版 Hospital Anxiety and Depression Scale

名(10.1%)、「1カ月以内に心理社会的サポートサービスを利用しようと思っている」および「6カ月以内に心理社会的サポートサービスを利用しようと思っている」がそれぞれ1名(0.2%)であった。つまり、無関心期538名(89.5%)、関心期62名(10.3%)、準備期1名(0.2%)であった。

(4) 利用ステージと心理社会的サポートサービスの利用に対する態度との関連

因子ごとに平均得点を算出した結果を表3に示す。作成した尺度と利用ステージの関連を検討するため、一元配置の分散分析を行った。なお、準備期は1名であったため分析から除外した。その結果、すべての因子において利用ステージ間の得点差は1%水準以下で有意となった。Tukey法(5%水準)による多重比較の結果、「利用後のポジティブな結果期待」においては、無関心期より維持期の方が有意に高かった。「主観的規範」においては、無関心期は関心期、維持期、逆戻り期より有意に低く、維持期は関心期および逆戻り期より有意に高かった。

HADSの関連

5) 逆戻り期 (N=68)		F値	P値	多重比較 Tukey法 (5%水準)
平均値	標準偏差			
34.7	5.4	4.598	0.001**	1) <4)
11.6	3.4	19.63	0.000**	1) <2), 4), 5) 1), 2), 5) <4)
10.5	3.7	4.33	0.002**	1), 5) <2)
18.8	5.1	6.413	0.000**	1), 4), 5) <2)
13.0	4.2	11.071	0.000**	3), 4), 5) <1) 3), 4), 5) <2)
709.7	330.7	37.648	0.000**	1) <2), 4), 5) 1) <5) <2), 4)
313.7	137.3	33.167	0.000**	1) <2), 4), 5) 1) <5) <2), 4)
170.1	97.4	34.626	0.000**	1) <2), 4), 5) 1) <5) <2), 4)
225.9	124.7	26.517	0.000**	1) <2), 4), 5) 1) <5) <2)
12.5	9.2	47.279	0.000**	1) <2), 4), 5) 1) <5) <2), 4)
6.5	4.4	49.779	0.000**	1) <2), 4), 5) 1), 3), 5) <2) 1) <5) <2), 4)
6.0	5.4	32.923	0.000**	1) <2), 4), 5) 1) <5) <2), 4)

「スティグマに対する抵抗感」では、関心期は無関心期および逆戻り期より有意に高かった。

「利用後のネガティブな結果に対する懸念」においては、関心期が無関心期、維持期、逆戻り期より有意に高かった。そして、「援助要請に対する抵抗感」では、無関心期は行動期、維持期、逆戻り期より高く、そして関心期もまた行動期、維持期、逆戻り期より有意に高かった。

(5) 利用ステージと心理的苦痛との関連

BCWI¹⁸⁾と日本語版HADS¹⁹⁾²⁰⁾の平均得点を算出した結果を表3に示す。BCWIの下位尺度およびHADSと利用ステージの関連を検討するため、一元配置の分散分析を行った。なお、準備期は1名であったため分析から除外した。分析の結果、すべての因子において利用ステージ間の得点差は1%水準以下で有意となった。Tukey法(5%水準)による多重比較の結果、BCWI合計得点、BCWI(将来に対する心配)、BCWI(身体に関する心配)、HADS合計得点、そしてHADS(抑うつ)において、無関心期は関心期、維持期、逆戻り期よりも有意に低く、逆戻り期は関心期および維持期より有意に低かった。BCWI(社会や対人関係に関する心配)においては、無関心期は関心期、維持期、逆戻り期よりも有意に低く、関心期は逆戻り期より有意に高かった。そしてHADS(不安)では、無関心期は関心期、維持期、逆戻り期よりも有意に低く、逆戻り期は関心期および維持期より有意に低く、さらに行動期が関心期より有意に低かった。

IV 考 察

本研究は、がん患者の心理社会的サポートサービスの利用に対する態度を測定する尺度を作成することを目的とし、「利用後のポジティブな結果期待」「主観的規範」「スティグマに対する抵抗感」「利用後のネガティブな結果に対する懸念」「援助要請に対する抵抗感」の5因子32項目からなる尺度が作成され、信頼性および妥当性が確認された。さらに、利用ステージ

と本尺度、および心理的苦痛との関連を検討した結果、利用ステージごとでの心理的特徴が見いだされ今後の研究に向けて有益な知見が得られた。

本研究で作成された尺度において、ポジティブな方向性の項目は、主観的規範の項目以外すべて「利用後のポジティブな結果期待」にまとめられ、ネガティブな方向性のものは3つの因子に分かれた。つまり、日本人がん患者の心理社会的サポートサービスの利用に対する態度は、具体的な有益性を期待しているというよりは漠然としたポジティブな態度、一方でネガティブな方向性には具体的な態度、そして他者がどのように思っているかという主観的規範で構成された。また、心理社会的サポートサービスの利用経験者における尺度得点の傾向は、ポジティブな要因の得点が高く、ネガティブな要因が低い傾向にあった。一方で、心理社会的サポートサービスの利用経験のない無関心期または関心期に該当する人はその反対の傾向にあった。これは、先行研究と類似した結果である¹³⁾²¹⁾。また、McDowellら²¹⁾は、援助要請に対するポジティブな態度が利用意図を媒介して実際の利用へ影響することを報告している。

以上より各利用ステージに対して以下のような介入が可能であると考えられる。本研究において、無関心期に該当する人の心理的苦痛は全体的に他の利用ステージより低く、特にHADSの平均値は適応障害のカットオフ値¹⁹⁾以下であることが示された。したがって、困った時に心理社会的サポートサービスを利用できるよう、身の回りにサービスが存在しているという情報を提供しておく方が良いであろう。つまり、必要になった時に心理社会的サポートサービスの存在が意識上にのぼるように、普段から患者の目につくところにチラシやポスターを設置するといったことができるであろう。しかしながら、無関心期の中には、心理的苦痛の程度が高く適応障害やうつ病に該当する者も含まれることが推察される。したがって、実際の介入を考える際には、同じ無関心期でも2つのグループに分けることでより効果的な介入が可能となると考えられる。

関心期に該当する者は、心理的苦痛の程度が高く、HADSの平均値は適応障害のカットオフ値¹⁹⁾以上であった。「利用後のポジティブな結果期待」について、平均値に有意差はないものの利用経験者のステージと比較すると低い傾向にあるため、ポジティブな結果期待が促されるような介入が望まれる。特に、BCWIの社会や対人関係に関する心配の平均値が他の利用ステージよりも高いため、こういった問題についても心理社会的サポートサービスを利用することが可能であり、解決される可能性があるという具体的な情報を患者に知らせることも有益であると推察される。さらに、ネガティブな方向性の3つの因子の平均得点が他の利用ステージと比較して高いため、合わせてこれらを低下させる介入も必要であるだろう。また「主観的規範」は先行研究においても重要な要因として報告されている⁵⁾。本研究において、関心期では維持期よりも「主観的規範」が低いことが示されているため、チラシやポスターを通じた介入だけでなく、治療に関わるスタッフや家族が心理社会的サポートサービスに対する理解を深め、患者に利用を勧めることが有効であると推察される。

心理社会的サポートサービスは検診の受診や喫煙行動とは異なり、問題が解決されたら必ずしも継続的に利用する必要はない。しかしながら、逆戻り期において利用が必要な状態にも関わらず中断してしまった人もいるだろう。本研究の結果より、逆戻り期の心理的苦痛の程度は関心期や維持期よりは低いが無関心期より高い傾向があり、HADSのカットオフ値¹⁹⁾に基づくとその平均値は適応障害に該当する。逆戻り期におけるネガティブな方向性の3因子の平均値は利用中のステージ、つまり行動期および維持期と同程度あり、「利用後のポジティブな結果期待」の平均値は利用中のステージよりも低いことから、心理社会的サポートサービスを利用しても満足のいくものではなかった可能性がある。また、「主観的規範」の結果より、関心期と同程度であることから、自分自身が利用しなくても良い状態であると判断している可能性も

低いことが推察される。したがって、逆戻り期に該当する人に利用を勧める際は、ポジティブな結果期待を促すこと、他者から勧めることが有用であると考えられる。

本研究の限界として、まず、インターネットによる質問紙調査であったため、インターネットを利用できるというサンプルの偏りがあったと考えられる。次に、準備期や行動期は発言した人数が少なく、十分に検討できなかった点が挙げられる。しかしながら、日本人がん患者を対象とした心理社会的サポートサービスの利用に対する態度尺度を作成し、利用ステージごとの心理的特徴を明らかにしたという点において、本研究の意義は大きいと考えられる。今後、本研究の結果を活かし、それぞれの利用ステージに向けた利用促進のための効果的な介入が開発されることが望まれる。

謝辞

本研究は、JSPS科研費JP15J02668の助成を受けて実施した。また、本研究の実施にあたりご支援いただきました佐藤眞一先生、権藤恭之先生、平井啓先生、宅香菜子先生、安元佐織先生、酒井悠希さん、長谷川素子さん、肥後克己さん、久保田彩さんに心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) Fujisawa D, Park S, Kimura R, et al. Unmet supportive needs of cancer survivors in an acute care hospital in Japan—A census study. *Supportive Care in Cancer* 2010; 18: 1393-1403.
- 2) 松下年子, 松島英介, 野口海, 他. がん患者の心の支えと相談行為の実際—がん患者およびサバイバーを対象としたインターネット調査より—. *Japanese journal of general hospital psychiatry* 2010; 22: 35-43.
- 3) DePaulo BM. Perspectives on help-seeking. In: DePaulo BM, Nadler A, Fisher JD, editors. *New directions in helping. Vol.2 Help-seeking*. New York: Academic Press; 1983.
- 4) 森岡さやか. メンタルヘルス領域における援助要請研究の動向と新たな可能性への提言. *東京大学大学院教育学研究科紀要* 2007; 47: 259-67.
- 5) Matsui T, Taku K. A Review of Posttraumatic Growth and Help-Seeking Behavior in Cancer Survivors: Effects of Distal and Proximate Culture. *Japanese Psychological Research* 2016; 58: 142-62.
- 6) 島田泉, 高木修. 援助要請を抑制する要因の研究 1: 状況認知要因と個人特性の効果について. *社会心理学研究* 1994; 10: 35-43.
- 7) Prochaska JO, Carlo C, DiClemente, et al. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist* 1992; 47: 1102-14.
- 8) Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promotion* 1997; 12: 38-48.
- 9) Hirai K, Ishikawa Y, Fukuyoshi J, et al. Tailored message interventions versus typical messages for increasing participation in colorectal cancer screening among a non-adherent population: A randomized controlled trial. *BMC public health* 2016; 16: 1-8.
- 10) Rakowski W, Ehrich B, Goldstein MG, et al. Increasing Mammography among Women Aged 40-74 by Use of a Stage-Matched, Tailored Intervention. *Preventive Medicine* 1998; 27: 748-56.
- 11) 津田彰, 堀内聡, 金ウイ淵, 他. 多理論統合モデル (TTM) にもとづくストレスマネジメント行動変容ステージ別実践ガイド. *久留米大学心理学研究* 2010; 9: 77-88.
- 12) Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50: 179-211.
- 13) Steginga SK, Campbell A, Ferguson M, et al. Socio-demographic, psychosocial and attitudinal predictors of help seeking after cancer diagnosis. *Psycho-Oncology* 2008; 17: 997-1005.
- 14) 中岡千幸, 児玉憲一. 大学生の心理カウンセリングに対する援助要請不安尺度と援助要請期待尺度の作成. *心理臨床学研究* 2011; 29: 486-91.
- 15) 伊藤詩菜, 松田康, 加藤弘通. 援助要請行動生起における援助要請期待尺度と心理的コスト尺度の信頼性・妥当性の検討. *子ども発達臨床研究* 2015; 7: 5-12.
- 16) 大島みどり, 久田満. 心理専門職への援助要請に対する態度尺度の作成: 信頼性と妥当性の検討. *コミュニティ心理学研究* 2010; 13: 121-32.
- 17) 永井智. 援助要請スタイル尺度の作成. *教育心理学研究* 2013; 61: 44-55.
- 18) Hirai K, Shiozaki M, Motooka H, et al. Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a brief cancer-related worry inventory. *Psycho-Oncology* 2008; 17: 1172-9.
- 19) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 1998; 28: 333-8.
- 20) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica* 1983; 67: 361-70.
- 21) McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, et al. Prospective predictors of psychosocial support service use after cancer. *Psycho-Oncology* 2011; 20: 788-91.