

がんサバイバーの心理的適応尺度の開発

— 信頼性・妥当性の検討 —

Development of the Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors:
Study of its Reliability and Validity

上 田 伊佐子¹⁾²⁾ 雄 西 智恵美³⁾
Isako Ueta Chiemi Onishi

キーワード：がん患者，心理的適応，評価尺度
Key Words：cancer survivors, psychological adaptation, scales

緒 言

がんは近年では医療の進歩に伴い慢性疾患として位置づけられ、がんと診断された後も長期に生きることが可能になってきた。その半面で、がん患者は治療に伴う身体的苦痛や再発・転移のおそれ、不確かさ、家庭・社会生活での役割変化、自己概念の変更などの多くの問題 (Cappiello, Cunningham, Knobf, & Erdos, 2007) を抱えており、ストレス状況にある現状 (Okamura, Yamawaki, Akechi, Taniguchi, & Uchitomi, 2005) はいまなお変わらない。がん患者は「がんサバイバー」と表現されるようになってきた。この用語は1985年のMullan (1985, pp.270-273) の使用に始まり、National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS) の活動が、がん患者を単なる医療の受け手ではなく、がんを乗り越えて生きる主体者へと変換させたといわれている (近藤・嶺岸, 2006)。そして、がんサバイバーへの支援は実態調査や関係探索研究を経て、2000年以降はグループ社会心理学的介入プログラム (Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskis, & Harman, 2007) が開発されるなど、社会心理学的な看護介入方法を構築する時代に入ってきている。

これまでのがんサバイバーの社会心理学的側面の研究の多くは、健康関連QOL (health-related quality of life: HRQL) や、不安や抑うつなどの精神医学的診断指標で測定されてきた。HRQLの向上はがん医療の究極の目標ではあるが、その概念定義はいまだ確立しておらず、身体機能、心の健康、社会生活機能、健康状態に起因する日常役割機能などの多次元的な要素が含まれている (Wilson & Cleary, 1995)。そのため、たとえば抗がん剤の有害事象である神経障害性疼痛のように、モルヒネにも抵抗性を示し治療法がいまだ確立されていない難治性の慢性疼痛に苦し

む人たちのHRQL値は、心理的適応の如何に関係なく相対的に低く評価されてしまう。しかし、たとえば前立腺がん男性の自尊心を低下させるものは、性機能障害そのものではなく、そこからくる負担感であることが明らかにされている (掛屋・掛橋, 2008)。また、Moch (1989) が“health within illness”の存在を、Fitch (2008) ががんサバイバーはがん経験を通して成長できることを述べているように、人はたとえ疾患や治療で身体的機能障害をもったり依存状態にあったとしても、認知的再評価 (Lazarus & Folkman, 1984/1991, p.156) によって心理的に適応できる存在であり続ける。そして、それに至るよう支援することは看護の重要な役割であるといえる。しかし、この心理的適応を評価できる尺度が現存しない。そのことは、QOL尺度と抑うつ尺度を用いた調査では高低差がみられた2集団であっても、質的に調査しなおした結果では両者のがん経験や適応促進因子には共通点があったことを明らかにしたClemmens, Knafel, Lev, & McCorkle (2008) の研究からも読み取れる。

現在、日本では「Mental Adjustment to Cancer Scale日本語版」(MAC) が使用されているが、これはがん患者の「コーピングを測定する目的で開発された」(明智ら, 1997, p.1066) ものであり、この原版 (Watson, et al., 1988) は欧米で作成されている。Hirai, et al. (2008) は日本のがん患者を対象にして「心配」を測定する尺度を作成したが、がんサバイバーの心理的な帰結としての「適応」状態を測定できる尺度は海外文献をみてもあまり見あたらない。以上のことから、がんサバイバーの主体的な生き方を支えていく社会心理学的看護介入に向けてエビデンスを蓄積することが必要とされているまさいま、心理的適応の測定用具の開発が希求されているといえる。そこで本研究

1) 徳島大学大学院保健科学教育部 Graduate School of Health Sciences, Tokushima University, Tokushima, Japan

2) 徳島文理大学保健福祉学部看護学科 Faculty of Health and Welfare, Tokushima Bunri University, Tokushima, Japan

3) 徳島大学大学院医歯薬学研究所 Institute of Biomedical Sciences, Tokushima University Graduate School, Tokushima, Japan

では、がんサバイバーの心理的適応を測定する尺度を開発し、その妥当性と信頼性を検討することを目的とする。

I. 方法

A. 用語の定義

- ①がんサバイバー：再発の徴候や症状がなく治療を終えた長期寛解状態にある人（Carter, 1993, p.355）という見解がある一方で、NCCSは「がんと診断された瞬間に人はがんサバイバーになり、一生サバイバーであり続ける」（Miller／勝俣, 2010, p. 2）と定義している。そこで本研究では、積極的な治療を受けている人だけではなく、症状寛解後も医療を継続し続けるなど、がんから完全に自由になれないでいる人への支援を視野に入れ「がんと診断され、何らかの医療を継続して受けている人」と定義する。
- ②がんサバイバーの心理的適応：「がん診断に始まり、コーピングやがんを生きる経験を通して、自己との関係のもち方や他者との関係を強化しながら、自己のあり方や人生に対する見方に対してバランスをとったり変換したりする努力の結果であり、それはもとを取り戻すだけでなく、成長する・強くなるというポジティブな方向へと進むことができるプロセスである。そして、心理的適応の状態とは心理的安定や心理的well-beingが獲得され、がんとともに生きていくことができるようになっている状態をさす」と定義する。

B. がんサバイバーの心理的適応尺度作成の過程

1. 構成概念の抽出と質問項目の作成

がんサバイバーの心理的適応の構成概念を得るために、1989～2009年の欧米と和文献の90文献をRodgers (2000)の手法を用いて概念分析した。属性として、[取り戻す][ポジティブな][バランスのある][自己関与的な][他者とのつながりのある][変換させる][プロセス]の7カテゴリが抽出された(Ueta, 2012)。これらを尺度の構成概念とし、質問内容がわかりやすい表現になるように逆転項目を織り交ぜて、80の質問項目を作成した。

2. がんエキスパートによる内容的妥当性の検討

がんサバイバーの心理的適応の質問項目としての妥当性を検討するために、がん看護専門看護師とがん看護研究者計10名のエキスパートによる質問紙調査を行い、専門的立場からの助言も得た。「1：全く適切でない」～「4：とても適切である」の4件法で回答を求め、Lynn (1986)の手法を用い、エキスパートの83%以上が3点以上とした

質問項目を適切であると判断した。分析の結果、74項目が適切であると判断され、これをがんサバイバーの心理的適応尺度(The Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors: PACS)原案-74とした。

3. 予備調査による原案の修正

2012年7～8月、乳腺、前立腺、女性生殖器、肺がんの男女35名にPACS原案-74を用いて調査した。有効回答29(回収率82.9%)について表面妥当性を確認し、項目分析後、探索的因子分析による内的整合性を確認した。その結果、6因子構造46項目が選定された。これをPACS原案修正版-46とした。

C. 本調査

1. 研究協力者および調査期間

がんと診断され医療を継続して受けている人とした。がんの種類や病期、年齢、性別は問わないこととし、病名の説明がされ、精神的に異常な混乱をきたしていない人とした。危機理論から鑑みて、がん、および再発の告知から6週間を経過していない人、および終末期患者や心身の苦痛の強い人は除いた。3施設の外来において、2013年7月～12月に調査した。

2. 調査用紙および配布・回収方法

PACS原案修正版-46(回答形式は「1：全く違う」～「4：全くそのとおりだ」の4段階)と、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS: Zigmond & Snaith, 1983/1993)を全員に調査し、それに加えてQuality of Life Questionnaire for Cancer Patients Treated with Anticancer Drugs (QOL-ACD: 江口ら, 1993)を化学療法中の人からランダムに選んで調査し、選ばれなかった人と化学療法を受けていない人にはMACを調査した。属性は、がんの種類、年齢、配偶者、仕事、宗教の有無、治療状況、がん告知からの期間、症状の身体状況、家族や家族以外に相談できる人がいるのかどうかについて尋ねた。

病院責任者あるいは部署責任者に研究条件をみたく人を紹介してもらい、調査を依頼して同意の得られた人に質問紙を手交配布した。調査用紙は設置した回収箱か郵送法にて回収した。無記名自記式質問紙調査とした。

a. HADS

身体疾患を持つ患者に対して不安・抑うつをスクリーニングする14項目、4段階尺度である。信頼性と妥当性は検証され(Kugaya, Akechi, Okuyama, Okamura, & Uchitomi, 1998), DSM-III-Rの大うつ病性障害を外的基準とした感度は82.4%, 特異度は96.3%である。本尺度とHADSは精神医学的に負の相関にあると期待できることから、HADSを採用した。

b. QOL-ACD

日本で開発された薬物療法中のがん患者のQOLを測定する5段階尺度である。信頼性と妥当性は確認されている (Kurihara, et al., 1999)。活動性, 身体状況, 精神・心理状態, 社会性21項目と1つのface尺度の計22項目, 総合QOLと下位尺度ごとの評価ができる。

c. MAC

がんに対するコーピングを測定する40項目, 4段階尺度である。信頼性・妥当性は検証されている。「Fighting Spirit (FS)」「Helplessness/Hopelessness (H/H)」「Anxious Preoccupation (AP)」「Fatalism (F)」「Avoidance (A)」の5下位尺度から構成される。FSは心理的に有益な, H/Hは有害なコーピングである (Akechi, Okuyama, Imoto, Yamawaki, & Uchitomi, 2001) ことから, 今回の心理的適応と関連があると推測して使用した。

D. 分析方法

欠損値頻度, 天井・フロア効果, 修正済み項目合計相関 (I-T相関), 項目間相関分析, G-P分析による項目分析をした。探索的因子分析後に, 検証的因子分析でモデルを作成し共分散構造分析による適合度を確認した。適合度は, GFI (goodness of fit index), CFI (comparative fit index), RMSEA (root mean square error of approximation) を採用した。尺度全体と各因子のCronbach's α 係数から内的整合性を確認した。安定性を確認するために再テストを2週間後に疾患進行や治療変更などの変化がない場合に実施し, 級内相関係数 (ICC: intra-class correlation coefficients) で算出した。妥当性を検討するためにPACSとHADS, QOL-ACD, MACとの相関をみた。概念分析の属性と下位因子の構成から内容的妥当性を検討し, さらにHADS, QOL-ACD, MACの下位因子との (非) 類似性をグラフィカルに確認するために多次元尺度法を用いた。統計解析には『SPSS Statistics 22.0J』, 『Amos 19.0J』を使用した。

E. 倫理的配慮

本研究は, 徳島大学病院臨床研究倫理審査委員会 (承認番号: 1755) と徳島赤十字病院内倫理委員会医療審議部会 (承認日: 2013年7月1日) の承認を受け実施した。研究協力依頼の際には研究者が研究内容を説明し, 調査を行うにあたっての問題がないかどうか研究協力者の反応を注意深く観察した。同時に, 研究参加の任意性と中断 (撤回) の自由および個人情報保護・匿名性の保証, データの保管・廃棄, 治療や看護との無関係性, 研究成果の公表について文書を用いて説明し, 署名にて研究協力の同意を得た。MACの使用にあたっては, 研究者が直接に尺度作成者に使用許可を申し出て, 許可を得た。

II. 結果

301人に調査を依頼し251人から回答を得た (回収率83.4%)。有効回答は238 (有効回答率97.6%) であった。再テストで64人から有効回答が得られた。

A. 研究協力者の属性

属性を表1に示す。平均年齢は65.1 \pm 11.2歳, 56.3%が女性, がんの種類は乳腺28.6%, 肺27.3%, 消化器12.6%, 19種類と多様であった。がん告知から平均48.3 \pm 64.6か月が経過し, 化学療法中は58.4%, 倦怠感を49.2%の人が有していた。パフォーマンス・ステータス (PS) は9割の人が0か1であった。

B. 項目分析

欠損頻度が5%以上のセクシュアリティに関する内容を問う2項目を削除した。天井・フロア効果が認められた23項目のうち17項目を削除し, がんサバイバーの心理的適応の概念上重要な項目である6項目については, ヒストグラムでの偏りが許容範囲内であると判断し, この時点では残した。I-T相関が.2以下は2項目あり, うち1項目は欠損頻度で削除済みであったため, ここでは治療への納得を問う1項目を削除し, 尺度の内部一貫性を確保した。尺度の総得点と各質問項目の相関係数は.28~.71であり, 削除該当項目はなかった。G-P分析として, 尺度の総得点平均の141.6で高・低得点群に分け, *t*検定で比較した。高得点群の平均は157.7 \pm 11.3であり低得点群124.2 \pm 14.0よりも有意に高く ($p < .001$), 項目と総得点が適切に対応していることを確認した。以上, 重複を整理して19項目を削除し, 27項目とした。

C. 探索的因子分析と因子の命名

27項目を主因子法, プロマックス回転により探索的因子分析し, 表2に示した。スクリープロットで4~5の傾きが大きく, 固有値が1以上となる4か5で因子数を検討した。標準偏回帰係数を.45以上とし, 複数の共通因子の影響を排除した単純構造となるように, 他の因子に.30以上の負荷量がある項目を削除した。 α 係数の変化も確認し項目を選定した。この過程で身体機能喪失, 家族や医療者, ソーシャルサポートに関する心理状態の質問が削除された。最終的に18項目4因子構造を採用し, これを「がんサバイバーの心理的適応尺度」(PACS) とした。全体得点によるKolmogorov-Smirnov検定の結果, 帰無仮説が保留されて正規分布であるとみなすことができた ($D = .70$, $KS = 1.08$, $p = .193$)。

各因子の解釈は次のとおりである。第1因子は, 自分の

表1 対象者の概要

		n = 238	
		n	(%)
がんの部位			
乳腺		68	(28.6)
肺		65	(27.3)
大腸・直腸・胃・食道・膵臓		30	(12.6)
子宮・卵巣		26	(10.9)
前立腺		22	(9.2)
腎臓・膀胱・尿管		14	(5.9)
その他		13	(5.5)
属性			
性別	男性	104	(43.7)
	女性	134	(56.3)
配偶者	あり	185	(77.7)
	なし(含死別)	53	(22.3)
就労	あり	85	(35.7)
	なし(含休職)	151	(64.3)
宗教	あり	56	(23.5)
	なし	182	(76.5)
家族の相談者	あり	229	(96.2)
	なし	6	(2.5)
	無記入	3	(1.3)
家族以外の相談者	あり	181	(76.1)
	なし	52	(21.8)
	無記入	5	(2.1)
治療			
化学療法	あり	139	(58.4)
	なし	99	(41.6)
分子標的治療薬	あり	21	(8.8)
	なし	217	(91.2)
放射線治療	あり	34	(14.3)
	なし	204	(85.7)
ホルモン治療	あり	62	(26.1)
	なし	176	(73.9)
症状			
痛み	あり	46	(19.3)
	なし	192	(80.7)
倦怠感	あり	117	(49.2)
	なし	121	(50.8)
末梢神経障害	あり	100	(42.0)
	なし	138	(58.0)
吐き気	あり	27	(11.3)
	なし	211	(88.7)
その他の症状	あり	65	(27.3)
	なし	173	(72.7)
PS	0	105	(44.1)
	1	112	(47.1)
	2	11	(4.6)
	3	10	(4.2)
平均 ± SD			
年齢	65.1 ± 11.2	(35~90歳)	
がん告知からの月数	48.3 ± 64.6	(2~404か月)	

魅力の喪失や不安全感、孤独感など心理的適応がうまくいっていない状態を示す項目から構成され【うまくやれないでいる】と命名した。この因子はすべてが逆転項目で構成されたことから、以後は逆転項目としての得点の読み替えをやめて、この因子得点が高いほど心理的適応がうまくいっていないことを示すことにした。第2因子は、がんとともに生きる自分を受け入れてコントロールするなど、いまの自分をアイデンティティとして組み込んでいることから【がんとともに生きる自分を受け入れている】と命名した。第3因子は、がんになったことに意味を見出し、その経験から成長し新しい自分に気づくという、がん経験を通してより強くなった心理状態を示しており【成長した自分がいる】と命名した。第4因子は、がんの告知によって一時は途切れ、あるいは失いかけていた自己や生活・役割意識を次第に取り戻している心理状態を示していることから【自分を取り戻している】と命名した。

D. 検証的因子分析

探索的因子分析の結果に基づく仮説モデルを図1に示した。抽出された4因子からそれぞれ該当する項目が影響を受け、すべての因子間に共分散を仮定したモデルで分析を行ったところ、GFI = .898, AGFI = .865, CFI = .935, RMSEA = .057であり、パス係数はすべて.4以上 ($p < .001$)であった。以上、仮説モデルは統計学的な許容水準を満たし、探索的因子分析を支持した。

E. 信頼性の検討

尺度全体のCronbach's α 係数は.87、各下位因子は.81~.85であり、内的整合性が確認できた。なお、逆転項目のみで構成された第1因子については、読み替えていた得点をもとの値に戻して α 係数を計算した。再テストとの級内相関係数は【がんとともに生きる自分を受け入れている】は.83 (95%信頼区間: .71~.89), 【成長した自分がいる】は.74 (.57~.84), 【自分を取り戻している】は.88 (.80~.93), 【うまくやれないでいる】は.73 (.56~.84)であり、安定性が確認できた。

F. 妥当性の検討

概念分析の属性と下位因子との構成を確認した。当初の7属性は最終的に4因子になった。[ポジティブな]に属していた質問項目は【成長した自分がある】に、[取り戻す]と[プロセス]に属していた項目は【自分を取り戻している】に、[バランスのある][自己関与的な][変換させる]に属していた項目は【がんとともに生きる自分を受け入れている】に集約された。[他者とのつながりのある]に属していた項目は分析過程で「孤独だ」のみに減じてお

表2 がんサバイバー心理的適応尺度 (PACS) の因子分析

n = 238

因子名・項目	標準偏回帰係数			
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
第1因子 (6項目) 【うまくやれないでいる】 $\alpha=0.81$				
36. 病気で自分の魅力が失われてしまった	.775	-.224	.159	-.072
16. 症状に対して自分ではどうすればよいかわからないでいる	.707	-.068	.128	-.156
46. 先が見えない現実心が折れている	.663	.152	-.157	.107
39. 生きる目的を取り戻せないでいる	.652	.266	-.205	-.042
22. やりたいことと、できないことのバランスがとれないでいる	.634	-.100	.045	.060
29. 孤独だ	.504	-.056	-.022	.080
第2因子 (5項目) 【がんとともに生きる自分を受け入れている】 $\alpha=0.81$				
23. がんであることを受け入れている	.086	.777	.024	-.067
17. がんであっても自分らしくいられる	-.119	.690	-.011	.110
31. 治療も今の生活の一部として取り入れている	.117	.679	.022	-.042
26. がんとどのようにつきあっていくかは自分しだいだ	.012	.577	.198	-.155
40. 気持ちをコントロールできている	-.046	.545	.083	.161
第3因子 (4項目) 【成長した自分がある】 $\alpha=0.83$				
34. がんになったことに意味を見いだしている	-.005	.016	.783	-.019
15. がんに向き合ってきて、人として成長した	-.022	.091	.674	.058
9. 今の方が、満たされていると感じている	-.077	-.011	.665	.165
25. 今まで気づけなかった自分の内面の強さに気づいた	.056	.165	.617	-.099
第4因子 (3項目) 【自分を取り戻している】 $\alpha=0.85$				
6. 社会や家の中での自分の役割を取り戻している	.096	-.096	-.017	1.028
7. ふだんの生活を取り戻している	-.066	-.035	.001	.834
4. だんだんと気持ちが回復してきている	-.020	.154	.161	.516
(因子間相関) 第2因子	.360			
第3因子	.194	.537		
第4因子	.462	.505	.498	

注1) 主因子法-プロマックス回転

注2) 標準偏回帰係数を0.45以上とした。1項目に複数の因子が0.45以上である場合は削除した。

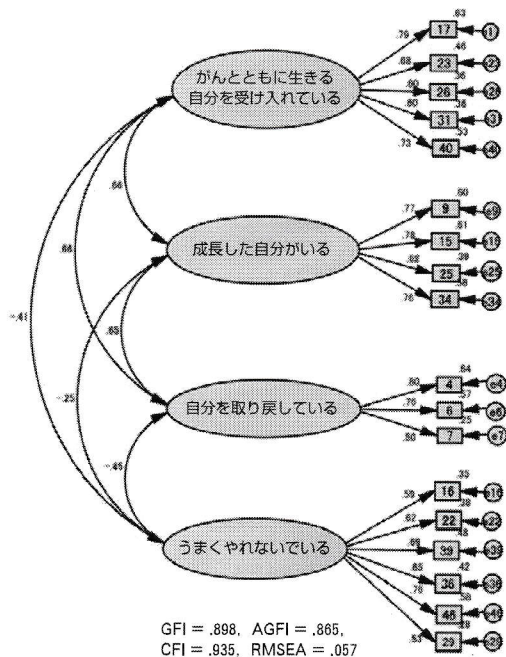


図1 PACSのモデルを仮定した共分散構造分析による標準化推定値

り、逆転項目として作成した項目とともに【うまくやれないでいる】を構成した。属性の枠組みを超えての他因子への散らばりはなかった。

尺度因子間の相関を表3に示した。PACSの【がんとともに生きる自分を受け入れている】【成長した自分がある】【自分を取り戻している】の3因子は、MACのFSと有意な正の相関を示した一方で、MACのH/HおよびHADSの不安および抑うつとは有意な負の相関を示した。QOL-ACDとの関連では「社会性」と【成長した自分がある】を除くすべての項目で有意な正の相関が認められた。一方で【うまくやれないでいる】は他のPACS 3因子とは負の相関を示したほか、MACのFSおよびQOL-ACDのすべてとは負の相関、MACのFSを除く4因子およびHADSの不安および抑うつとは正の相関があった。【がんとともに生きる自分を受け入れている】【成長した自分がある】【うまくやれないでいる】はMACのFと有意な正の相関を示した。

多次元尺度法での出力を図2に示した。これは類似したものを近く、そうでないものを遠くに配置する手法である

表3 がんサバイバーの心理的適応尺度 (PACS) とHADS, QOL-ACD, MACとの相関

		PACS			
		がんとともに生きる 自分を受け入れている	成長した自分がある	自分を取り戻している	うまくやれないでいる
PACS (n = 238)	成長した自分がある	.553 ***			
	自分を取り戻している	.471 ***	.507 ***		
	うまくやれないでいる	-.276 ***	-.191 **	-.375 ***	
HADS (n = 238)	不安	-.403 ***	-.187 **	-.313 ***	.529 ***
	抑うつ	-.411 ***	-.315 ***	-.453 ***	.573 ***
QOL-ACD (n = 103)	活動性	.205 *	.196 *	.504 ***	-.288 **
	身体状況	.283 **	.221 *	.357 ***	-.206 *
	精神・心理状態	.537 ***	.368 ***	.374 ***	-.326 ***
	社会性	.431 ***	.101	.443 ***	-.449 ***
	全体的QOL	.296 **	.239 *	.470 ***	-.449 ***
	QOL-ACD合計	.459 ***	.287 **	.574 ***	-.431 ***
MAC (n = 126)	Fighting Spirit (FS)	.649 ***	.707 ***	.506 ***	-.222 *
	Helpless/Hopeless (H/H)	-.315 ***	-.260 **	-.420 ***	.814 ***
	Anxious Preoccupation (AP)	.053	.086	-.111	.545 ***
	Fatalism (F)	.256 **	.301 ***	.098	.377 ***
	Avoidance (A)	-.034	.139	.001	.229 **

注) Pearsonの相関係数

*** $P < 0.001$ ** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

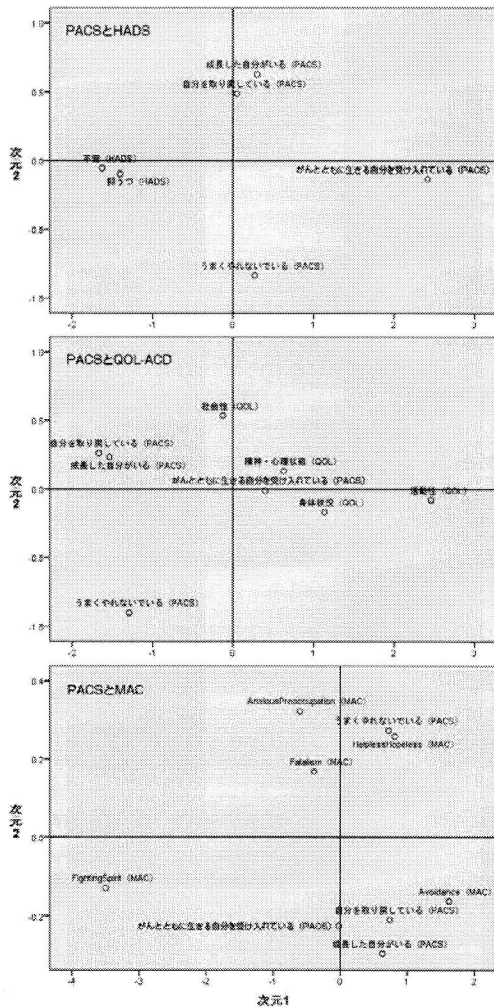


図2 多次元尺度法に基づくPACS, HADS, QOL-ACD, MAC 下位因子の配置図

ことから、PACSと他尺度との(非)類似性を距離や布置から見る事ができる。PACSとHADSは横軸において正負別の領域に位置した。QOL-ACDとの関係では【成長した自分がある】【自分を取り戻している】は「身体症状」「活動性」と横・縦軸ともに真逆に位置し、「精神・心理状態」とは横軸で別領域に位置した。MACとの関係では、FSと【成長した自分がある】【自分を取り戻している】は横軸で別領域に位置し距離も遠いことから、これらは弁別すべきであると解釈できた。一方で【うまくやれないでいる】はQOL-ACDおよびPACSの他3因子とは異なる次元に位置し、MACのH/Hとは同じ領域、APおよびFとの距離も近かった。Kruskal's Stress値は.003~.014、分散を示すRSQはいずれも.99以上であり、この解の妥当性および99%以上の説明力を示した。

III. 考 察

A. がんサバイバーの心理的適応尺度 (PACS) の信頼性と妥当性

PACS全体および下位因子のCronbach's α 係数はいずれも.8以上を示しており、十分な内的整合性を確認することができた。再テストは64人と減じたが、2週間後、疾患進行や治療変更などの変化がないことを確認するなど時間的な安定性を確保した。それによって算出した級内相関係数からは尺度の安定性を確認できており、この点からもPACSの信頼性は確保できたと考えられる。

妥当性については、まず尺度原案の作成段階でがん看護

のエキスパートから内容的妥当性について4件法を用いた客観的な判断を得たこと、がんサバイバーの心理的適応の構成概念と尺度作成後の下位因子との間で整合性がみられたことから、内容的妥当性が確認できたと考えられる。HADS, QOL-ACD, MACとの相関からの妥当性も確認できており、特に精神医学的診断を示す不安・抑うつと負の関連が強く示されたことは、PACSが心理的適応の内容を測定するものとして説得力のある結果が得られている。多次元尺度法からも下位尺度間の(非)類似性は視覚的に解釈可能な位置関係を示しているといえる。さらに検証的因子分析でのモデルの適合度も良好であり、統計学的な説明力も有したことから、PACSは構成概念妥当性を確保していることが支持された。

B. がんサバイバーの心理的適応尺度を構成する因子の特性

今回、抽出されたPACSを構成する4因子のうち心理的適応が良好なことを示したのは3因子であり、次のような特性を有していた。その一つは【がんとともに生きる自分を受け入れている】である。がんサバイバーが治療によって喪失した身体機能(Desnoo & Faithfull, 2006)やアイデンティティの変更を受け入れ(Zebrick, 2000)、うまく折り合いながら(片山・小笠原, 2008)、バランスを見つける(Persson & Hallberg, 2004)ことで心理的安定を得ていることが明らかにされている。この様相をCarter(1993, p.358)は「がんと和解する(came to terms)」という言葉で表現しており、がんである自己との関係性に折り合いをつけて安定性を得る、このこころの状態はがんサバイバーの心理的適応の重要な特徴を示しているといえる。また、がんサバイバーはがんの診断で一度は失われかけた自分を取り戻すことができるようになるといわれている。それは生活(Drake, Falzer, Xistris, Robinson, & Roberge, 2004)や仕事(Amir, Neary, & Luker, 2008)などの日常の営みのほか、生きる意志(Ferrell & Dow, 1996)や生きる目的(Dow, Ferrell, Haberman, & Eaton, 1999)をも含む。Amir, et al. (2008, p.195)は「getting back to normal(正常に戻る)」ということばでそれを表現しており、今回の抽出された【自分を取り戻している】がそれに相当すると考えられる。そして、がんサバイバーは、がん罹患や生きている意味を探ることで自己を成長させて苦しみを乗り越え(Lin, 2008)、がんを切り抜けてきた経験は人をより強く(Persson & Hallberg, 2004)、より成長させる(Peck, 2008)ことが明らかになっている。この【成長した自分がある】は、がんになる前の状態に戻るという次元を超えて、よりポジティブな方向に自分を成長させているがんサバイバーの力強さといえるだろう。以上、PACSは先行研究のがんサバイバーの心理的適応上の解釈とも合致している因子か

ら構成されていることが示された。

既存の他尺度との非類似性から特性をみると、多次元尺度法で【成長した自分がある】【自分を取り戻している】は、QOL-ACDの「精神・心理状態」およびMACのFSと違う領域に位置し距離も離れていた。つまり、これらには関連はあっても弁別されるべき特性を有していると考えられる。なかでも【成長した自分がある】はQOL-ACDの「社会性」との間で、今回唯一、有意な相関を示さなかった。この【成長した自分がある】は、社会的機能には影響を受けず、その人らしく主体的に生き抜くというがんサバイバーの心理的適応の概念の特性を色濃く表す核心的なものであると推測できる。さらに【がんとともに生きる自分を受け入れている】【成長した自分がある】はMACのFS以外にFとも正の相関があった。Fは人生を統合する発達段階にある高齢患者が多用する(Lampic, Wennberg, Schill, Glimelius, Brodin, & Sjöden, 1994)という報告があるが、この2つは、FSのようながんに立ち向かう闘志だけではなく、がんと向かい合うなかでときには柔軟に受け流すこともしながら醸造してきた「しなやかさ」を含んだ心理状態であると解釈できる。以上、PACSのこれら3下位因子は既存のQOLやMACと関係はあるものの、それらとは異なるがんサバイバーとしての特性を有していることが示唆された。

一方で、【うまくやれないでいる】は当初に逆転項目として用意した質問から構成された。PACSの他の3因子およびQOL-ACDの全下位因子、MACのFSとは負の相関を、HADSの不安・抑うつおよびMACのH/H, AP, F, Aとは正の相関を示した。多次元尺度法でもH/Hと同じ領域、APおよびFとの距離も近く、無力感や絶望感、予期的な不安、あきらめなどのネガティブな感情を含有した心理的適応がうまくいかない様相を反映していると解釈できる。今回この【うまくやれないでいる】が抽出されたことにより、PACSではネガティブな状態も把握することが可能になった。

C. がんサバイバーの心理的適応尺度の意義

今回のPACSの開発過程で、セクシュアリティや身体機能喪失、周囲からの支援などで影響を受ける心理状態を示す質問は削除された。これは個人によって差が大きいことが原因ではないかと考えられる。最終的にはがんサバイバーががんとともに生きる自分とどのように向き合うかといったコーピングの結果としての心理的適応状態を示す質問に精製された。しかもそれは、QOLの精神・心理状態やMACのFSとは弁別される特性を有していた。がんである自己との関係性に折り合いをつけた【がんとともに生きる自分を受け入れている】状態や、がんになる

前と同様に【自分を取り戻している】、さらにポジティブに【成長した自分がいる】と思える状態などは、前述した文献 (Peck, 2008) の裏づけからもがんサバイバーの心理的適応を特徴的にとらえたものであるといえる。ここに、PACSが現存のHRQL尺度や不安・抑うつ尺度、コーピング尺度では測りきれなかったがんサバイバーの心理的適応に特化した尺度としてのオリジナリティがあるといえる。がんサバイバーの心理的適応の状態を測定できる尺度が開発されたことから、今後はPACS得点を従属変数とした関係探索研究を進めることにより、がんサバイバーの心理的適応への介入の視点を見出すことが可能になる。また、PACS得点を看護介入の成果評価として適用することにより、がんサバイバーの主体的な生き方への支援が促進されていくことが期待できる。PACSは日本のがんサバイバーが比較的回答しやすい文章表現になっており、また、がんの種類や年齢、性別を問わず幅広い層での使用が可能であると考えられる。

IV. 本研究の限界と今後の課題

分析段階で削除された項目のなかには、がんサバイバーの重要な心理的状态を示す内容であるにもかかわらず、弁別力が低いために削除となる項目が含まれていた。今回は比較的病状が安定した人を対象に調査をしており、この18項目でがんサバイバーの心理的適応を網羅しているとはいえない。したがって、終末期およびがんの告知直後を除く

がんサバイバーを対象にして開発された測定ツールであるということを確認したうえで活用し、その有用性を検証していく必要がある。また、がんの種類や病期、生殖や機能喪失に絡む問題なども心理的適応に影響すると考えられることから、それらを反映できる項目も必要となるであろう。18項目を核として、今後は、がんの種類や病期、男女の特徴を加味した質問をモジュールとして加えたものを追加し、がんサバイバーの心理的適応がより個別的に把握できるように検討を重ねていくことが課題である。

V. 結 論

今回、がんサバイバーの心理的適応を測定する尺度の開発を試みた。その結果、18項目、【がんとともに生きる自分を受け入れている】【成長した自分がいる】【自分を取り戻している】【うまくやれないでいる】の4下位因子からなるPACSが作成された。本尺度は一定の信頼性と妥当性を備えた尺度であることが確認されたことから、今後、臨床で活用されるなかで、がんサバイバーの心理的適応を測定する有用な尺度になり得ることが示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご協力くださいました研究協力者の皆さま、研究のための場を提供していただきました施設の関係者の皆さまに心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究の目的はがんサバイバーの心理的適応を測定する尺度 (The Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors : PACS) を開発し、信頼性、妥当性を検討することである。概念分析とがんエキスパートによる内容的妥当性の検討、予備調査により74項目の原案を作成し、がんサバイバーに調査した。有効回答238を分析した結果、18項目4因子【がんとともに生きる自分を受け入れている】【成長した自分がいる】【自分を取り戻している】【うまくやれないでいる】の尺度が作成できた。Cronbach's α は .87と内的整合性を示し、再テストによる安定性、基準関連妥当性、検証的因子分析による構成概念妥当性も確認できた。以上、PACSは一定の信頼性と妥当性を確保しており、今後、臨床の活用でがんサバイバーの心理的適応を測定する有用な尺度になり得ることが示唆された。

Abstract

The purpose of this paper is to develop the Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors (PACS) and analyse its reliability and validity. We prepared a temporary scale consisting of 74 items based on a concept analysis with expert examination of the content validity, as well as a pilot study. The subjects of the analysis were 238 cancer survivors. Factor analysis extracted the following four factors, comprised of 18 total items: "accepting myself as a patient living with cancer"; "feeling personal psychological growth"; "regaining myself"; and "experiencing a lack of well-being". The reliability of the scale was confirmed by a Cronbach's α internal consistency reliability coefficient of .87 for the 18 items. Test-retest reliability and criterion-related validity were almost satisfactory for all areas. Confirmatory factor analysis was conducted by analysing covariance structures, and the hypothesised statistical model was found to fit the actual data. In conclusion, the reliability and

validity of the PACS were confirmed, and this scale may be suitable for use with cancer survivors, though further refining of the scale is necessary.

文 献

- 明智龍男, 久賀谷亮, 岡村 仁, 三上一郎, 西脇 裕, 福江真由美, 山脇成人, 内富庸介 (1997). Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学*, 12(9), 1065-1071.
- Akechi, T., Okuyama, T., Imoto, S., Yamawaki, S., and Uchitomi, Y. (2001). Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*, 65(3), 195-202.
- Amir, Z., Neary, D., and Luker, K. (2008). Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: a UK perspective. *Eur J Oncol Nurs*, 12(3), 190-197.
- Cameron, L.D., Booth, R.J., Schlatter, M., Ziginskis, D., and Harman, J.E. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 16(3), 171-180.
- Cappiello, M., Cunningham, R.S., Knopf, M.T., and Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clin Nurs Res*, 16(4), 278-293.
- Carter, B.J. (1993). Long-term survivors of breast cancer. A qualitative descriptive study. *Cancer Nurs*, 16(5), 354-361.
- Clemmens, D.A., Knafl, K., Lev, E.L., and McCorkle, R. (2008). Cervical cancer: patterns of long-term survival. *Oncol Nurs Forum*, 35(6), 897-903.
- Desnoo, L. and Faithfull, S. (2006). A qualitative study of anterior resection syndrome: the experiences of cancer survivors who have undergone resection surgery. *Eur J Cancer Care*, 15(3), 244-251.
- Dow, K.H., Ferrell, B.R., Haberman, M.R., and Eaton, L. (1999). The meaning of quality of life in cancer survivorship. *Oncol Nurs Forum*, 26(3), 519-528.
- Drake, D., Falzer, P., Xistris, D., Robinson, G., and Roberge, M. (2004). Physical fitness training: outcomes for adult oncology patients. *Clin Nurs Res*, 13(3), 245-264.
- 江口研二, 栗原 稔, 下妻晃二郎, 堀田知光, 村上 稔, 鈴木紀彰, 石川邦嗣, 小川 浩, 富永 健, 小林国彦, 清水弘之, 坪井康次 (1993). がん薬物療法におけるQOL調査票. *日本癌治療学会誌*, 28(8), 1140-1144.
- Ferrell, B.R. and Dow, K.H. (1996). Portraits of cancer survivorship: a glimpse through the lens of survivors' eyes. *Cancer Pract*, 4(2), 76-80.
- Fitch, M.I. (2008). Living after cancer: challenges in being a survivor. *Can Oncol Nurs J*, 18(1), 47-50.
- Hirai, K., Shiozaki, M., Motooka, H., Arai, H., Koyama, A., Inui, H., and Uchitomi, Y. (2008). Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: development of a Brief Cancer-Related Worry Inventory. *Psychooncology*, 17(12), 1172-1179.
- 掛屋純子, 掛橋千賀子 (2008). 前立腺がん患者の排尿・排便・性功能, 精神的負担感が自尊感情に与える影響. *日本がん看護学会誌*, 22(1), 23-29.
- 片山美子, 小笠原昭彦 (2008). がん患者の入院治療経験によるこころの苦痛と看護介入に関する仮説. *日本看護科学学会誌*, 28(3), 52-58.
- 近藤まゆみ, 嶺岸秀子 (2006). がんサバイバーシップ—がんとともに生きる人びとへの看護ケア. pp.2-12, 東京: 医歯薬出版.
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Okamura, H., and Uchitomi, Y. (1998). Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*, 28(5), 333-338.
- Kurihara, M., Shimizu, H., Tsuboi, K., Kobayashi, K., Murakami, M., Eguchi, K., and Shimozuma, K. (1999). Development of quality of life questionnaire in Japan: quality of life assessment of cancer patients receiving chemotherapy. *Psychooncology*, 8(4), 355-363.
- Lampic, C., Wennberg, A., Schill, J.E., Glimelius, B., Brodin, O., and Sjöden, P.O. (1994). Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncol*, 33(8), 887-894.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984) / 本明 寛, 織田正美, 春木 豊 監訳 (1991). ストレスの心理学: 認知的評価と対処の研究. pp.25-51, 東京: 実務教育出版.
- Lin, H.R. (2008). Searching for meaning: narratives and analysis of US-resident Chinese immigrants with metastatic cancer. *Cancer Nurs*, 31(3), 250-258.
- Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*, 35(6), 382-385.
- Miller, K.D. (2010) / 勝俣範之 監訳 (2012). がんサバイバー—医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす. p.2, 東京: 医学書院.
- Moch, S.D. (1989). Health within illness: conceptual evolution and practice possibilities. *ANS Adv Nurs Sci*, 11(4), 23-31.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New Eng J Med*, 313(4), 270-273.
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., and Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol*, 35(6), 302-309.
- Peck, S. (2008). Survivorship: a concept analysis. *Nurs Forum*, 43(2), 91-102.
- Persson, L. and Hallberg, I.R. (2004). Lived experience of survivors of leukemia or malignant lymphoma. *Cancer Nurs*, 27(4), 303-313.
- Rodgers, B.L. (2000). Concept Analysis: An Evolutionary View. In: Rodgers, B.L. and Knafl, K.A. (Eds.), *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications*. 2nd ed., 77-102, Philadelphia: Saunders.
- Ueta, I. (2012). Concept Analysis of Psychological Adjustment for Cancer Survivors. *17th International Conference on Cancer Nursing (Prague)*.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., and Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*, 18(1), 203-209.
- Wilson, I.B. and Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1), 59-65.
- Zeback, B.J. (2000). Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer Pract*, 8(5), 238-242.
- Zigmond, A.S. and Snaith, R.P. (1983) / 北村俊則 訳 (1993). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度). *精神科診断学*, 4(3), 371-372.

[平成27年5月12日受 付]
[平成27年9月30日採用決定]