

[短 報]

乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかにするための パイロットスタディ (第2報)

大城真理子¹⁾ 神里みどり²⁾

キーワード：乳がん患者、受診遅延、パイロットスタディ

Key words : breast cancer patients, delay of help seeking behavior, pilot study

I. はじめに

乳がん治療に携わる医師や看護師に実施したヒアリングから、乳房の異常を認識しつつも重症化して受診に至る者の存在が医療の場で問題とされていることが明らかになった。近年の研究では、受診遅延の問題は生命予後のみならず治療における自己効力感 (Chang et al, 2014) やアドヒアランスの低下にも影響することが示唆されており (中島ら, 2004)、その後の治療プロセスにおいても受診遅延の問題を検討することは重要である。乳がん患者の受診遅延に関する研究のねらいは、遅延を予防するための効果的な援助や介入方法を提示し、受診遅延者を減少させることにある。看護援助の方法を構築するには、まず乳がん患者の受診遅延の関連要因を明らかに

することが重要である。そこで、筆者らは本邦における乳がん患者の受診遅延の関連要因の特定に向けて研究に取り組んできた。第1報では、受診遅延の関連要因を測定するための質問紙を評価することを目的に研究を実施した。結果、受診遅延の実情を反映するためには、患者の声を反映する必要性が明らかになった。そこで、患者の状況に見合った受診遅延の変数を選択するため、筆者らは乳がん患者に面接調査を実施し質問紙を改訂した。第2報である本研究は、改訂した質問紙を用いたパイロットスタディであり、本邦における乳がん患者の実情に見合った受診遅延の関連要因を明らかにすることを目的とした。

表1. 第1報と第2報の研究構成の違い

	第1報	第2報
目 的	受診遅延の関連要因を検証する質問紙を評価し今後の課題を提示することである。	本邦における乳がん患者の実情に見合った受診遅延の関連要因を明らかにすることである。
調査場所	沖縄県南部に位置する総合病院	沖縄県中部に位置する総合病院
調査人数	16人	22人
概念枠組み	Judgement to delayモデル (Facione, 2002)に「楽観性」の概念を加えて構成した。 既存の変数を用いた質問項目と、質問項目に関する自由記載の項目で構成した。	Judgement to delayモデル (Facione, 2002) 第1報を通して得られた課題をふまえ、面接調査を実施したうえで患者の語りにより改訂した質問紙を用いた。
質問紙	全91項目 【基本的属性】 ・年齢・職業・年間収入・最終学歴・家族形態 ・信仰・身近な乳がん経験者の有無 【問題の認識】 ・乳房の異常に気づいたきっかけ ・乳房の異常に気づききっかけとなった症状 ・受診までの期間の捉え方 ・ヘルスリテラシー尺度 【健康習慣】 (自作) ・乳がん検診受診状況・子宮がん検診受診状況 ・自己検診状況・他疾患での通院状況 ・民間療法の利用状況 【情動反応】・日本語版STAI 【信念】 ・日本語版Brief COPE尺度・生活行動に対する保健行動の優先性尺度 【社会との関係性】 ・情緒的支援ネットワーク尺度 【医療機関との距離】 ・医療機関との距離を測定するツール 【楽観性】 ・改訂版楽観性尺度	全64項目 【基本的属性】 ・年齢・職業・年間収入・最終学歴・ <u>婚姻状況</u> ・家族形態・身近な乳がん経験者の有無 【問題の認識】 (自作) ・乳房の異常に気づいたきっかけ ・乳房の異常に気づききっかけとなった症状 ・受診までの期間の捉え方 ・ <u>乳房の異常に気づいた際の乳がん疑い</u> 【健康習慣】 (自作) ・乳がん検診受診状況・子宮がん検診受診状況 ・他疾患での通院状況・民間療法の利用状況 【情動反応】 (自作)・ <u>不安・恐怖の程度</u> 【信念】 ・日本語版Judgement to delay尺度 【社会との関係性】 ・相談の有無・簡易版家族生活力量アセスメントスケール 【医療機関との距離】 ・ <u>居住地</u>

第2報で変更のあった質問項目を下線で示す

- 1) 沖縄県立看護大学大学院博士後期課程
- 2) 沖縄県立看護大学

II. 研究方法

研究方法の記述に際して、第1報と第2報との研究構成の違いについて表1に示した。

1. 研究の枠組み

Judgement to Delay モデル(以下、J-Delay モデル)(Facione, 2002)は乳がん患者の受診行動に関連する「問題の認識」、「健康習慣」、「情動反応」、「信念」、「社会との関係性」、「医療機関との距離」の6つの概念で構成される。「問題の認識」は、症状に関する知識やリスク評価を踏まえ、症状等を問題だと認識することを示す。「健康習慣」は、日々のセルフケアやがん検診の受診状況を示す。「情動反応」は、乳房の異常や治療に対する感情的な反応を示す。「信念」は、治療に対する考え方やスピリチュアリティを示す。「社会との関係性」は、社会や家族における役割期待を示す。「医療機関との距離」は医療機関までの物理的・心理的距離を示す。本研究では、J-Delay モデルを理論的モデルとして研究枠組みを構成した。なお、本研究の実施に先立ち実施した文献検討から受診遅延の問題を検討する際には、地域性を考慮することが重要であることが示された(大城ら, 2015)。

J-Delay モデルは、米国で開発されたモデルであり、モデルの活用の際に、本邦の地域性を考慮する必要がある。欧米では受診遅延は社会と個の関係の中で生じると捉えられているが、アジアでは社会との調和の中で身近な者と一緒になって受診を決定する傾向があり、「社会との関係性」に対する捉え方が米国とアジアで異なる(大城ら, 2015)。そこで、本研究ではJ-Delay モデルの構成概念の1つである「社会との関係性」について、アジア諸国で特徴的な概念であるソーシャルサポート(Lam et al, 2009)の視点を含めて受診遅延の関連要因を検証した。

2. 対象者

研究対象者は2015年11月24日から12月2日の間に、沖縄県にあるB総合病院の乳腺外科外来に来院した女性乳がん患者で、以下の基準を満たす者とした。適格基準は、①患者が成人であること、②乳がんの診断・告知を受けてから3ヶ月以上5年未満であること、である。除外基準として、主治医または看護師が精神状態、認知機能、コミュニケーションに障害があると判断した者は対象から除外した。調査期間中、28人が選定条件に合致したが6人が不参加を表明し、同意の得られた22人に調査を実施した。同意の得られなかった理由は「身体的負担2人」「時間的負担1人」「不明3人」であった。B病院の乳腺外科外来には初診・再診を含めて1日平均20人の乳がん患者が来院する。

3. 調査方法

調査方法は、無記名の自記式質問紙調査によるデータ収集とした。質問紙調査は診察の待ち時間に実施し、対象者の同意を得た上で回答終了後に研究者が直接その場で回収した。

4. 質問紙構成の手順

本パイロットスタディの前に乳がん患者21人(遅延9人・非遅延12人)を対象に個人面接を行い、研究の枠組みに沿って質問紙の原案を作成した。次に、質問紙の原案を用いて乳がん患者12人にプレ調査を実施した。その結果を踏まえてがん看護に精通した看護研究者間で改善点を検討した。第1報の質問紙は全91項目で構成していたが、質問数が多いことが課題として挙げられた。よって、第2報では高齢者でも20分以内で回答出来るように質問項目の絞り込みを行い、最終的に全64項目で質問紙を構成した。詳細な質問項目の改訂については、下記の調査内容と併せて記述する。

5. 調査内容

患者が乳房の異常に気づいた時点から初めて乳腺外科を受診した日までの期間について「3ヶ月未満」、「3ヶ月以上」で尋ねた。「3ヶ月未満」と回答した者を「非遅延群」、「3ヶ月以上」と回答した者を「遅延群」とした。なお、乳房の異常に気づいてから3ヶ月以上の遅延は乳がん5年生存率に影響することから(Richards et al, 1999)、遅延と非遅延のカットオフポイントを3ヶ月に設定した。分析した項目は以下の通りである。

1) 基本的属性等

年齢、職業、年間収入、婚姻状況、家族形態、身近ながん経験者の有無について尋ねた。先行研究(Unger et al, 2012)を参考に知識レベルを最終学歴で評価した。医療機関までの距離を評価するために、居住地について「北部」、「中部」、「南部」の3肢から単一回答を得た。第1報では、信仰についても尋ねたが、面接調査の中で信仰についての語りは得られなかったため本研究では削除した。一方、面接調査から離婚による経済的な困難により遅延に至ったとの語りが得られたことから、本研究では婚姻状況の項目を追加した。

2) 問題の認識

乳房の異常に気付いたきっかけについて「自分(または家族)」、「乳がん検診」、「その他の検査」の3肢から単一回答を得た。また、乳房の異常に気づくきっかけとなった症状について「しこり」、「しこり以外の症状」、「症状はなかった」の3肢から単一回答を得た。さらに、受診に至るまでの時間の認識について「すぐに受診した」、「まあすぐに受診した」、「少し遅れた」、「とても遅れた」の4件法で尋ねた。その他、乳房の異常に気づいた際に、乳がんを疑ったか否かについて「疑った」、「半信半疑」、「疑わなかった」の3肢から単一回答を得た。

3) 健康習慣

がん検診(乳がん・子宮がん)の受診状況、他疾患での通院の有無、民間療法利用の有無について尋ねた。第1報では、乳房の自己検診状況について尋ねたが、自己検診状況と遅延・非遅延は関連しないことが明らかになったため、質問項目から削除した。

4) 情動反応

第1報では、日本語版 STAI を用いて、不安・恐怖に対する個人内特性を測定した。しかし、面接調査から受診遅延については個人内特性よりも乳房の異常に気づいた際、不安や恐怖をどの程度感じ、対処したかが重要であることが明らかになった。よって、本稿では自作のリッカートスケールを用い、恐怖について「1点:非常にこわかった」から「7点:全くこわくなかった」までの7件法で尋ねた。不安についても同様に7件法で尋ね、それぞれ中央値をカットオフ値とし、高群・低群に分類し評価した。本来は、既存の尺度を用いることが望ましいが、現時点で受診時の恐怖・不安を回顧的に測定する尺度の開発はなされておらず、自作のスケールを用いざるを得なかった点は研究の限界である。

5) 信念

第1報では、日本語版 Brief COPE 尺度と生活行動に対する保健行動の優先性尺度を用いて信念を測定した。事前に実施した面接調査の結果も踏まえると、信念の中でも受診に対する考え方に焦点を絞って、遅延者の考え方の特徴を示すことが受診遅延の問題の解決には有用である。よって、本稿では受診に対する信念を測定するため、日本語版 Judgement to Delay Scale (以下、日本語版 J-Delay 尺度)を用いた。日本語版 J-Delay 尺度の質問項目は、「病院へ受診することを一番の優先順位にした」など受診遅延者に特徴的な考え方で構成され、受診に対する信念や判断・行動を測定する。回答は「1点:はい」、「0点:いいえ」で尋ね、合計得点を算出した。得点が高い程、遅延しやすい信念や判断・行動特性にあると解釈する。日本語版 J-Delay 尺度は、筆者らが日本語版尺度の作成手順に準じて(岡谷ら, 1996)、原作版(Facione, 2002)を改訂したものである。尺度の使用と日本語版の改訂は原作者から許諾を得た。改訂箇所は次の通りである。①面接調査で抽出された本邦と欧米の文化的差異をふまえて1項目を修正、2項目を追加し計17項目で構成した。②米国で開発された原作版は一般者を対象に受診遅延のリスクを測定するが、筆者らは乳がん患者を対象に遅延・非遅延と信念や判断・行動との関連を測定する。よって、乳がん患者が自分の状況をイメージしながら回答出来るように質問項目の表現と時制について修正した。日本語版尺度の妥当性については、質問項目の修正過程で乳がん患者、乳がん医療に携わる看護師、研究者と検討した。原作版との内容の整合性について、原文を伏せたうえで職業翻訳家2人によるバックトランスレーションを行い、各項目の適切性について原作者の最終確認を得た。日本語版の Cronbach's α 係数は 0.91 であり、高い内的整合性を有した。

6) 社会との関係性

第1報では、社会との関係性を測定するために情緒的支援ネットワーク尺度を用いたが、面接調査から支援ネットワークの広さではなく、問題が生じた際に一緒になって問題に向き合える人がいるかどうか重要であることが明らかになった。特に、家族による支えが重要であった。よって、本研

究では他者への相談の有無と、簡易版家族生活力量アセスメントスケール(家族ケア研究会, 2002)の「健康問題対処力(1領域, 5項目)」を用いて健康問題が生じた際の家族の人間関係等を評価した。質問項目の一部の表現について、乳がん患者の置かれている実情をより反映するように、乳がん患者の意見をふまえて、次の通りに修正した。①原作版の質問項目「率直な会話やコミュニケーションができています」を本研究では「病気について率直な会話やコミュニケーションができています」へ修正、②原作版の質問項目「家族員の欲求と家族全体の課題は、だいたい折り合いがついている」を本研究では「自分が求める支援と家族から得られる支援は、おおむね一致する」へ修正した。スケールの使用および修正について原作者の許諾を得た。回答は「1点:はい」、「0点:いいえ」で尋ね、合計得点を算出した。評価はアセスメントスケールの評価方法に従い(家族ケア研究会, 2002)、「0点:家族力量充足度 0%」、「1点:家族力量充足度 20%」、「3点:家族力量充足度 60%」、「4点:家族力量充足度 80%」、「5点:家族力量充足度 100%」を割り当てた。家族力量充足度が高いほど、家族の関係性が良好であると解釈する。本スケールの Cronbach's α 係数は 0.86 であり、高い内的整合性を有した。

6. 分析方法

受診遅延の関連要因を探るため遅延群と非遅延群で比較した。統計学的方法は、クロス集計については Fisher の直接確率法を用いた。Kolmogorov-Smirnov 検定によりデータの正規性が確認出来たため t 検定を用いた。解析には統計パッケージ SPSSver23.0 を使用し、有意水準は 5% (両側検定) とした。

7. 倫理的配慮

調査は沖縄県立看護大学倫理審査委員会(承認番号 15005)、B 病院倫理審査委員会(承認番号 H27第24号)の承認を得た。対象者には調査目的、方法、調査が当該施設での治療や看護と中立であり拒否や中断の権利があること、プライバシーの保護遵守について研究者が説明し同意を得た。回答終了後に謝礼として対象者へ 500円分の商品券を提供した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の基本的属性

対象者の基本的属性についての結果を表2に示す。対象者22人の年齢分布は 58.6 ± 16.2 (範囲 43-73) 歳であった。全体のうち、遅延群は 40.9% (n = 9)、非遅延群は 59.1% (n = 13) であった。職業について「なし」と回答した者は、遅延群 (100%, n = 9) が非遅延群 (63.6%, n = 5) に比べ有意に高かった (p=0.006)。世帯収入と遅延・非遅延で有意差を認めなかったが (p=0.07)、遅延群の 88.9% (n = 8) が「年収 300 万円未満」に属していた。

表2 対象者の基本的属性

		全体 N=22 (100%)	遅延群 N=9 (40.9%)	非遅延群 N=13 (59.1%)	n(%)
年齢一歳+		58.6 ±16.2	58.7 ±8.8	61.1 ±8.3	0.68
職業	あり	8 (36.4)	0 (0.0)	8 (61.5)	0.006
	なし (主婦含む)	14 (63.6)	9 (100.0)	5 (38.5)	
年間収入	300万未満	14 (63.6)	8 (88.9)	6 (46.2)	0.07
	300万以上	8 (36.4)	1 (11.1)	7 (53.8)	
最終学歴	小・中学校	2 (9.1)	0 (0.0)	2 (15.4)	0.66
	高校	15 (68.2)	7 (77.8)	8 (61.5)	
	専門学校	2 (9.1)	1 (11.1)	1 (7.7)	
	短期大学	1 (4.5)	0 (0.0)	1 (7.7)	
	大学	2 (9.1)	1 (11.1)	1 (7.7)	
居住地	北部圏	4 (18.2)	1 (11.1)	3 (23.0)	0.62
	中部圏	18 (81.8)	8 (88.9)	10 (76.9)	
婚姻状況	未婚	5 (22.7)	2 (22.2)	3 (23.1)	0.24
	既婚	9 (40.9)	2 (22.2)	7 (53.8)	
	離死別	8 (36.4)	5 (55.6)	3 (23.1)	
家族形態	一人暮らし	5 (22.7)	2 (22.2)	3 (23.1)	1.00
	家族同居	17 (77.3)	7 (77.8)	10 (76.9)	
身近な乳がん 経験者の有無	あり	12 (54.5)	6 (66.7)	6 (46.2)	0.42
	なし	10 (45.5)	3 (33.3)	7 (53.8)	

★ Fisherの直接確率法による。†はt検定による。

‡居住地について「北部」「中部」「南部」の3件法で尋ねた。南部圏に居住する者は0人であった。

2. 遅延・非遅延に関連する要因

遅延・非遅延に関連する要因についての結果を表3に示す。乳房の異常に気づいたきっかけは、遅延群の全員 (n=9) が「自分(または家族)」、非遅延群の61.5% (n=8) が「乳がん検診」と回答し、有意差を認めた (p=0.005)。乳房の異常に気づくきっかけとなった症状については、遅延群の77.8% (n=7) が「しこり」と回答したが、非遅延群の46.2% (n=6) が「症状はなかった」と回答し、遅延・非遅延の2群間で有意差を認めた (p=0.04)。

乳房の異常に気づいた際、乳がんを疑ったか否かの質問に対して、遅延群の77.8% (n=7) が「半信半疑」であったと回答した。一方、非遅延者の46.2% (n=6) は乳がんを「疑わなかった」と回答し、2群間で有意差を認めた (p=0.03)。乳房の異常に気づいた際の恐怖については、恐怖を感じた「高群」が、それぞれ遅延群の66.7% (n=6)、非遅延群の76.9% (n=10) を占め、2群間で差を認めなかった (p=0.66)。乳房の異常に気づいた際の不安についても同様に2群間で差を認めなかった (p=0.66)。がん検診受診状況については、乳がん検診を「年に1回」受診している者の割合は遅延群 (11.1%, n=1) が非遅延群 (76.9%, n=10) に比べて有意に低かった (p=0.005)。子宮がん検診についても、同様に「2年に1回」受診をしている者の割合は遅延群 (18.2%, n=2) が非遅延群 (81.8%, n=9) に比べて有意に低かった (p=0.014)。乳房の異常に気づいた際の他者への相談状況については、「相談しなかった」と回答した者の割合は有意ではなかったが、遅延群 (66.7%, n=6) が非遅延群 (23.1%, n=3) に比べ高い割合を占めた (p=0.08)。遅延群で相談をしなかったと回答した6人のうち、66.7% (n=4) が「家族に心配をかけたくない」ことを理由に挙げた。一方、

非遅延群の76.9% (n=10) が自分の状況について「相談した」と回答した。

IV. 考察

本研究では乳がん患者の受診遅延者は全体の40.9%を占めた。国外での研究 (Facione, 1993) や筆者らがこれまでに実施した研究では (大城ら, 2016)、受診遅延者の占める割合は25~34%であり、先行研究と比較すると、本調査対象における遅延者の割合はやや高い傾向にあった。年収では、遅延群と非遅延群との間で統計学的に有意差は認めなかったが、遅延者の88.9%が年収300万円未満に属していた。筆者らがこれまでに実施した先行研究でも、遅延者全員が世帯年収300万円未満に属しており、そのうち8割が無職であった (大城ら, 2016)。諸外国で実施された研究でも低い経済状況は、受診の阻害要因であることが明らかになっており (Unger et al, 2009)、受診遅延の問題を検討する際に女性の経済状況を考慮することは重要である。乳房の異常に気づいたきっかけには、非遅延群の約半数が症状はなかったと回答した。一方、遅延群の全員がしこりなどの自覚症状をきっかけに3ヶ月以上経過して受診に至っていた。乳がん・子宮がん検診の受診状況をみると、遅延群の約6割が検診を全く受けたことがなかったと回答しており、先行研究と同様に日頃のがん検診の受診状況が早期受診の鍵であった (大城ら, 2016)。しかし、本研究において遅延群の全員が無職と回答していたことや約9割が年収300万円未満に属していたことを考慮すると、遅延者にとって経済的な側面も含め、がん検診の機会が得られにくい実態が存在する可能性がある。乳がんに対する問題の認識では、乳房の異常に気づいた際、遅延群も非遅延群と同程度に恐怖や不安を感じており、遅延群の約7割が乳がんの可能性について「半信半疑」だと

表3 遅延・非遅延に関連する要因

	遅延群 N=9 (40.9%)	非遅延群 N=13 (59.1%)	n (%)	p値☆
乳房の異常に気付いたきっかけ				
自分(または家族)	9 (100.0)	4 (30.8)		0.005
乳がん検診	0 (0.0)	8 (61.5)		
その他の検査	0 (0.0)	1 (7.7)		
乳房の異常に気づききっかけとなった症状				
しこり	7 (77.8)	4 (30.8)		0.04
しこり以外の症状	2 (22.2)	3 (23.1)		
症状はなかった	0 (0.0)	6 (46.2)		
受診までの期間の捉え方				
すぐに受診した	1 (11.1)	12 (92.3)		0.01
まあすぐに受診した	2 (22.2)	1 (7.7)		
少し遅れた	2 (22.2)	0 (0.0)		
とても遅れた	4 (44.4)	0 (0.0)		
乳房の異常に気づいた際の乳がん疑い				
疑った	1 (11.1)	2 (15.4)		0.03
半信半疑	7 (77.8)	2 (15.4)		
疑わなかった	1 (11.1)	6 (46.2)		
無回答	0 (0.0)	3 (23.1)		
異常に気づいた際の恐怖†				
高群	6 (66.7)	10 (76.9)		0.66
低群	3 (33.3)	3 (23.1)		
異常に気づいた際の不安‡				
高群	6 (66.7)	10 (76.9)		0.66
低群	3 (33.3)	3 (23.1)		
乳がん検診				
年に1回	1 (11.1)	10 (76.9)		0.005
数年受けていない	2 (22.2)	2 (15.4)		
全く受けていない	6 (66.7)	1 (7.7)		
子宮がん検診				
2年に1回	2 (18.2)	9 (81.8)		0.014
数年受けていない	1 (11.1)	3 (23.1)		
全く受けていない	6 (66.7)	1 (7.7)		
他疾患での通院				
あり	2 (22.2)	5 (38.5)		0.65
なし	7 (77.8)	8 (61.5)		
民間療法の利用				
あり	1 (11.1)	4 (30.8)		0.36
なし	8 (88.9)	9 (69.2)		
他者への相談の有無				
あり	3 (33.3)	10 (76.9)		0.08
なし	6 (66.7)	3 (23.1)		
家族生活力量アセスメントスケール¶				
家族力量充足度 0%	0 (0.0)	1 (7.7)		0.36
40%	1 (11.1)	0 (0.0)		
80%	2 (22.2)	1 (7.7)		
100%	6 (66.7)	11 (84.6)		
日本語版J-delay尺度§	7.67 ± 4.6	1.7 ± 0.6		0.66

☆ Fisherの直接確率法による。

† 「1点：非常にこわかった」から「7点：全くこわくなかった」までの7段階で回答を求めた。中央値3点をカットオフ値とし、高群・低群に分類した。

‡ 「1点：非常にこわかった」から「7点：全くこわくなかった」までの7段階で回答を求めた。中央値3点をカットオフ値とし、高群・低群に分類した。

¶ 全5項目。「1点：はい」「0点：いいえ」で配点。得点範囲は0~5点。家族力量充足度0% (0点)、20% (1点)、60% (3点)、80% (4点)、100% (5点)を割り当てた。家族力量充足度が高いほど、家族の関係性が良好であると解釈する。

§ 全17項目。得点範囲は0~17点。項目1・5・15は逆転項目で「0点：はい」「1点：いいえ」、それ以外は「1点：はい」「0点：いいえ」で配点。得点が高いほど、遅延しやすい信念や判断・行動であると解釈する。

認識していた。しかし、遅延群の約6割は自分の置かれている状況について誰にも相談しなかったと回答しており、その理由として家族に迷惑をかけたくなかったことを挙げていた。アジア諸国で実施された研究では、他者への症状開示や相談状況が受診行動に影響を与えることが報告されており (Taib et al, 2011)、本研究においても同様の結果を得た。以上のことから、乳房の異常に気づいた際に第三者に相談す

ることは受診遅延を回避する糸口になり得る可能性が示された。日本語版J-Delay尺度を用いて受診に対する信念や判断・行動を測定した結果、原作版 (Facione, 2002)と同様に遅延群と非遅延群では、考え方や行動に違いがあったことから、看護職者が遅延群に特徴的な考え方や行動に着目し、評価をすることは遅延予防のスクリーニングをする上で有効だと考える。

本研究の限界として、パイロットスタディであり調査施設を沖縄県の1つの総合病院に限定したため、それ以外の地域や病院の乳がん患者と特性が異なる可能性がある。

V. 結論

本邦における乳がん患者の受診遅延には、無職であることや、がん検診未受診であることが関連した。今後は医療機関の規模やカバー率、立地等の条件を考慮した対象施設の選定を行い、サンプルサイズを増やした研究を実施する。

謝辞：本研究にご協力くださいました対象者の皆様、調査施設の関係者の皆様に心より感謝致します。本研究は、山路ふみ子専門看護教育研究助成基金による助成を受けて実施した。また、本稿の一部について第36回日本看護科学学会学術集会で発表した。

利益相反：本研究による利益相反は存在しない。

引用文献

- Chang HJ, Chen WX, Lin EC, Tung YY, Fetzter S, Lin MF.(2014). Delay in seeking medical evaluations and predictors of self-efficacy among women with newly diagnosed breast cancer: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1036-47.
- Facione NC. (1993). Delay versus help seeking for breast cancer symptoms: a critical review of the literature on patient and provider delay. *Social science & medicine*, 36(12), 1521-1534.
- Facione NC. (2002). The J-Delay scale: a measure of the likelihood of patient delay in breast cancer. *Res Theory Nurs Pract*, 16(2), 103-118.
- 国立がんセンターがん対策情報センター.(2006.)がん情報サービス. <http://ganjoho.jp/public/index.html> (2015年9月21日現在).
- 家族ケア研究会.(2002).家族生活力量モデルアセスメントスケールの活用法. 初版. 医学書院.
- Lam WW, Tsuchiya M, Chan M, Chan SW, Or A, Fielding R. (2009). Help-seeking patterns in Chinese women with symptoms of breast disease: a qualitative study. *J Public Health(Oxf)*, 31(1), 59-68. doi:10.1093/pubmed/fdn088.
- 中島信久, 泰温信, 松岡伸一, 伊藤東一, 横山良司, 本多昌平, 高岡和夫, 福田由布子, 伊藤律子, 森田真由美, 佐野文男. (2004). 局所進行乳癌(T4乳癌)患者における

- 受診遅延の背景と治療上の問題点に関する心理社会的検討, 緩和医療学. 6(3), 45-50.
- 大城真理子, 神里みどり.(2015).乳がんの受診遅延に関する文献検討. 沖縄県立看護大学紀要,16,109-116.
- 大城真理子, 神里みどり.(2016). 乳がん患者における受診遅延の関連要因を検証する質問紙の評価:パイロットスタディ. 沖縄県立看護大学紀要,17,117-126.
- 岡谷恵子,河口てる子.(1996).尺度・測定用具開発のプロセス, および日本語版作成(日本語訳)の手順. 日本看護科学学会誌, 16(1),21-27.
- Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. (1999).Influence of delay on survival in patients with breast cancer:a systematic review. Lancet, 353(9159),1119-1126.
- Taib NA,Yip CH,Low WY. (2011).Recognising symptoms of breast cancer as a reason for delayed presentation in Asian women-the psycho-socio-cultural model for breast symptom appraisal:opportunities for intervention. Asian Pac J Cancer Prev,12(6),1601-1608.
- Unger-Saldana K,Infante-Castaneda C.(2009).Delay of medical care for symptomatic breast cancer:a literature review. Salud Publica Mex,51(2),s270-285.
- Unger-Saldana K,Pelaez-Ballestas I,Infante-Castaneda C. (2012). Development and validation of a questionnaire to assess delay in treatment for breast cancer. BMC Cancer,12.