

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

大城真理子 神里みどり

Evaluate the questionnaire to verify the influencing factors of delay
of help seeking behavior in breast cancer patients: A pilot study

Mariko Oshiro, Midori Kamizato

沖縄県立看護大学，紀 要 第17号別刷

2016年3月

JOURNAL of
Okinawa Prefectural College of Nursing No.17
March 2016

報告

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

大城真理子¹ 神里みどり²

【背景】受診遅延の現象には、国の文化や経済状況の影響も大きいとされるが、本邦における研究は皆無の状況にある。そこで、沖縄における受診遅延の影響要因を検証するために、パイロットスタディを実施した。

【目的】本研究の目的は、パイロットスタディの結果を検証し、今後の課題や質問紙の修正箇所を明示することであった。

【方法】対象は沖縄県内で乳がん治療を行っている1施設において、乳腺外科に通院中の診断・告知後3ヶ月から5年が経過した女性乳がん患者であった。横断的自記式質問紙調査であり、内容は患者の基本属性、健康習慣、知識や信念、サポート状況等であった。

【結果と考察】16人から回答を得た。受診遅延者は約3割を占めていた。遅延群は非遅延群に比べて年齢が高い傾向にあった。世帯収入は、遅延群は全て年収が300万円以下の群に属していた。また、既存の尺度を用いて受診までの期間と各項目の関連をみた。自由記述から得られたコメントを含めて検討した結果、既存の尺度では、受診遅延の実情を反映する結果は得られないことが明らかになった。

【結論】受診遅延の現象を高い精度で測定するためには、患者からのインタビューにより、得られた内容を質問紙に反映させ、受診遅延の影響要因を明らかにしていくことが今後の課題である。

キーワード：乳がん患者、受診遅延、質問紙、パイロットスタディ

I. はじめに

昨今、マンモグラフィ検診等の精度も向上し、乳がんは早期発見が可能になった。また、初期治療の多様化や医療技術の進歩に伴い、乳がんの5年生存率は90.5% (国立がんセンター, 2006)、早期乳がんで発見された場合の10年生存率は90%以上 (日本乳癌学会, 2011) と高値で推移している。そんな中、しこり等の乳房症状を自覚していた、あるいは乳がん検診で異常を指摘されたにも関わらず、適切な時期に医療機関を受診せずに重症化に至る者の存在が先行研究で指摘されている (中島ら, 2004)。筆者らが行った文献検討によると、乳がん患者の受診遅延に関する研究は、なぜ受診が遅れるのかといった要因検討が中心であり、これまで国外で数多くの研究がなされてきている。また、受診遅延の現象には、国の文化や経済状況の影響

も大きいことが示されている (大城・神里, 2015)。しかし、本邦における受診遅延の研究は十分な蓄積がなされておらず、国外で実施された研究の知見が本邦でも適応可能か否かは明らかではない。社会文化的特徴を踏まえた看護援助を構築するためにも、本邦における受診遅延の影響要因を明らかにすることは、当該分野の課題である。そこで、本調査に先立ち、乳がん患者の受診遅延の影響要因を検証するために質問紙を構成し、パイロットスタディを実施した。本研究の目的は、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を評価し、今後の課題を提示することである。

II. 用語の操作的定義

3ヶ月以上の受診の遅延は、乳がんの5年生存率に有意に影響することから (Richards et al, 1999)、本研究では、先行研究と同様に遅延と非遅延のカットオフポイントを3ヶ月と設定した。そこで、遅延を「患者が乳房の異常に

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

気付いてから医療機関を受診するまでの期間が3ヶ月以上」、非遅延を「患者が乳房の異常に気付いてから医療機関を受診するまでの期間が3ヶ月未満」と定義した。なお、乳房の異常に気づくとは、患者が乳がんの特徴的なしこり等の症状により通常の乳房の状態と何か違っていると自覚した事象、または検診などで指摘され、異常に気づいたことを指す。

Ⅲ. 概念枠組み

乳がん患者の受診行動に影響する要因をモデルで示した判断の遅延モデル (Judgment to delay Model : 以下 J-Delayモデル) (Facione, 2002) を基盤に研究の枠組みを構成した。J-Delayモデルは、欧米諸国を中心に発展し、「健康問題の評価」「知識と信念」「情動反応」「健康習慣」「医療機関との距離」「優先事項の存在」の6つの概念から構成される。今回、日本でモデルを活用するため、文化的背景を考慮し、アジア諸国で実施された受診遅延の研究で主要な概念であるソーシャルサポートを追加した (Lam et al, 2009)。また、先行研究では、今後の研究課題として、楽観性を考慮する必要性についても示唆されていることから (Facione.N・Facione.P, 2006)、本研究では概念枠組みに楽観性を追加し、計8つの概念で枠組みを構成した。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者

平成27年9月7日～14日の調査期間中に沖縄県内にあるA病院の乳腺外科に通院中の20歳以上の女性乳がん患者を対象とした。対象選択は、乳がんの診断・告知を受けて3ヶ月から5年未満の女性で、質問紙への回答が可能である者とした。選択条件に合致した者は22人であったが、調査に先立ち、研究説明を実施した段階で調査拒否を表明した6人を除外した。承諾の

得られなかった6人の理由は、「自分のことを知られたくない2人」、「時間的に負担である2人」、「不明2人」であった。以上をふまえて、調査参加に同意が得られた16人を研究対象とした。なお、A病院の乳腺外科は、初診・再診を含めて、1日平均30人の乳がん患者が来院する施設である。

2. 調査方法

調査方法は、質問紙調査からのデータ収集とした。質問紙調査は、診察の待ち時間に実施してもらい、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。

3. 質問紙構成の手順

概念枠組みを基盤に、がん看護に精通した看護研究者のスーパーバイズを受け、質問紙を構成した。次に、大学院生3人に意見を聞き、質問紙の修正を重ねた。さらに、沖縄県内の乳がん患者会のメンバー10人を対象にプレ調査を実施し、質問紙の表面妥当性を確認するとともに、追加修正を行った。最終的に、公衆衛生学の研究者2人に本質問紙の妥当性について確認し、パイロットスタディを実施した。

4. 調査項目

調査項目は全91項目から構成された無記名による自記式質問紙であった。使用した尺度については、研究実施前に原作者および出版社に直接許可を得た。また、質問紙には質問項目に関する自由記載の欄を設けた。質問紙の回答に要した時間は約25～40分であった。

1) 基本属性

年齢、雇用状況、年間収入、最終学歴、家族形態、居住地、信仰、身近な者のがん経験の有無の8項目について情報を得た。

2) 健康問題の評価

患者が最初に乳房の異常を自覚した時期から初めて乳腺外科を受診した日までの期間を「3ヶ月未満」「3ヶ月以上」の2件法で尋ねた。他疾患で通院・入院中だった者については、乳腺外科へ受診した時期を受診日とした。受診までの時間の認識については「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件法で回答を求めた。その他、乳房の異常に気付いたきっかけや症状の有無、受診に至った理由など計6項目について尋ね、病院受診までの経験に関する基本的な情報を得た。

3) 知識と信念

健康情報を理解し、活用するための知識を評価するために、ヘルスリテラシー尺度を用いた (Ishikawa et al, 2008; 石川, 2011)。本尺度は、機能的リテラシー、批判的リテラシー、伝達的リテラシーの3つの下位尺度から構成される。今回、自記式質問紙での調査を実施したため、読み書きを評価する機能的リテラシーを除いた、伝達的・批判的リテラシー9項目のみに焦点を当てた。「1点:全く思わない」から「4点:強く思う」の5件法で回答を求めた。得点が高い程、リテラシーが高いと評価した。

信念の測定には、日本語版Brief COPE尺度 (大塚; 2008) を用いた。看護研究者や乳がん患者会メンバーとの検討を重ねた結果、24の下位尺度のうち、「気晴らし」「否認」「アルコール・薬物使用」「肯定的再解釈」「計画」「受容」「宗教・信仰」「自己非難」の8つの下位尺度に絞って質問項目を構成した。1下位尺度あたり2項目で、「まったくそうしない」から「いつもそうする」の4件法で回答を求めた。下位尺度ごとの合計を算出し、得点が高い程、その対処傾向にあると評価した。

4) 情動反応

日本語版STAI(State-Trait Anxiety Inventory)の特性不安を用いて不安傾向を測定した (清水, 2004)。特性不安は、ストレス反応に対して状態不安を喚起させやすい傾向であり、比較的安定した個人内特性を13項目で評価する。ふだん、一般にどの程度の状態かを「決してそうでない」から「いつもそうである」までの4件法で回答を求めた。合計得点を算出し、得点が高い程、不安が高いと評価した。

5) 健康習慣

がん検診 (乳がん・子宮がん) の受診状況や自己検診の有無、他疾患での通院状況、民間療法の利用状況の5項目について回答を求めた。

6) 医療機関との距離

医療機関との距離を測定するツールを開発者の許可を得た上で、筆者らが日本語に翻訳をして使用した (Cancer Research UK, 2009)。ツールは「病院に行って医師に診てもらうのは、とても躊躇する」など9項目で構成される。さらに、患者会メンバーの意見により「どこの病院に行けば良いか迷う」の1項目を質問項目に追加した。「とてもそう思う」「そう思う」「そう思わない」の3件法で回答を求めた。

7) 優先事項の存在

保健行動を他の生活行動より優先させようという態度を測定する「生活行動に対する保健行動の優先性尺度」を用いた (宗像, 2005)。4項目から構成され、回答は4件法で得点を算出した。得点範囲は4~16点で、点数が低い程、保健行動の優先性が高いと評価した。

8) 情緒的サポート

支援状況を測定する「情緒的支援ネットワーク尺度」を用いた (宗像, 2005)。10項目から

構成され、回答は2件法で「1点:いる」「0点:いない」とし、合計点を算出した。8点以上は支援が多く関係が「よい」、6～7点は支援が「普通」、5点以下は支援が少なく関係が「悪い」と評価した。

9) 楽観性

改訂版楽観性尺度 (the revised Life Orientation Test) を用いた (坂本・田中, 2002)。楽観性と悲観性の2つの下位尺度から構成され、ダミー4項目を含む計10項目からなる。「非常にあてはまる」から「全くあてはまらない」の5件法で回答を求め、得点が高い程、楽観的および悲観的傾向にあると評価した。

5. 分析方法

記述統計、および受診遅延の影響要因を探るため、遅延群と非遅延群の2群間で比較を行った。統計学的方法として、平均値の比較についてはKolmogorov-Smirnov検定により正規性を確認した上でt検定を実施した。クロス集計についてはFisherの直接確率法を用いた。解析には統計パッケージSPSS ver 23.0を使用し、有意水準5%で検定を行った。自由記載については、質問項目の課題を抽出する視点で分析を行った。

6. 倫理的配慮

沖縄県立看護大学倫理審査委員会(承認番号:15005)ならびに研究対象施設であるA病院倫理審査委員会の承認(承認番号:H27-01)を得て実施した。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口頭で説明し、調査への参加について同意を得た。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。

V. 結果

1. 対象の属性

対象16人の概要は、全体でみると、平均年齢は58.6 (SD16.2, Range 28-83)歳であり、年間の世帯年収300万円以下の者が10人(62.5%)、沖縄本島南部に居住している者が11人(68.8%)であった。受診までに要した期間でみると、遅延群が5人(31.3%)、非遅延群が11人(68.8%)であった。遅延群と非遅延群との比較では、遅延群の平均年齢が66.4 (SD16.3, Range43-83)歳、非遅延群が55.1 (SD15.6, Range28-81)歳であり、有意差は認められなかった ($p=0.23$)。世帯収入では、遅延群は全ての者が年収300万円以下の群に属していた (表1)。

2. 各項目と受診期間

健康問題の評価についてみると、非遅延群では、最初にしこりに気づいて来院した者が63.6% (7人)であった。一方、遅延群では、しこり以外の症状が最初の症状となる傾向にあり、最初に出現する症状は受診までの期間に影響していた ($p=0.03$)。受診までの期間についての捉え方は、遅延群では全員が遅くなったと回答していた。非遅延群では8割以上の者がすぐに受診したと回答しており、両群で有意な差が認められた ($p=0.005$)。これまでの検診の受診状況についてみると、遅延群では、乳がん検診を全く受けたことがないと回答した者が8割、子宮がん検診、自己検診においても、それぞれ、全員が全く受けたことがないと回答していた。特に、子宮がん検診の受診状況については、遅延群・非遅延群との間で、有意に差が認められた ($p=0.009$)。なお、日頃の自己検診については、両群ともに7割以上の者が全く実施していないと回答していた。また、乳房の異常に気付いた際、他の疾患で医療機関に通院していた者は両群ともに6割を占めていた

表1 対象者の属性

		n (%)			
		全体 n=16 (100%)	遅延群 n=5 (31.3%)	非遅延群 n=11 (68.8%)	p値
年齢-歳		58.6 ± 16.2	66.4 ± 16.3	55.1 ± 15.6	0.23★
職業					
	正規雇用	5 (31.3)	1 (20.0)	4 (36.4)	0.73
	非正規雇用	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (9.1)	
	自営業	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (9.1)	
	主婦	5 (31.3)	2 (40.0)	3 (27.3)	
	無職	4 (25.0)	2 (40.0)	2 (18.2)	
年間収入					
	300万未満	10 (62.5)	5 (100.0)	5 (45.5)	0.11
	300~500万	5 (31.3)	0 (0.0)	5 (45.5)	
	500~1,000万	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (9.1)	
	1,000万以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
学歴					
	小学校	1 (6.3)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.11
	中学校	4 (25.0)	1 (20.0)	3 (27.3)	
	高校	2 (12.5)	0 (0.0)	2 (18.2)	
	専門学校	2 (12.5)	0 (0.0)	2 (18.2)	
	短期大学	4 (25.0)	3 (60.0)	1 (9.1)	
	大学	3 (18.8)	0 (0.0)	3 (27.3)	
	大学院	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
家族形態					
	未婚・一人暮らし	2 (12.5)	1 (20.0)	1 (9.1)	0.78
	未婚・家族同居	5 (31.3)	2 (40.0)	3 (27.3)	
	既婚・一人暮らし	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (9.1)	
	既婚・家族同居	8 (50.0)	2 (40.0)	6 (54.5)	
居住地					
	沖縄本島・北部	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.48
	沖縄本島・中部	5 (31.3)	1 (20.0)	4 (36.4)	
	沖縄本島・南部	11 (68.8)	4 (80.0)	7 (63.6)	
	中核離島	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	小規模離島	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
信仰					
	特定の宗教	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.71
	祖先崇拝	3 (18.8)	1 (20.0)	2 (18.2)	
	なし	13 (81.3)	4 (80.0)	9 (81.8)	
身近な人の乳がん経験					
	あり	3 (18.8)	2 (40.0)	1 (9.1)	0.21
	なし	13 (81.3)	3 (60.0)	10 (90.9)	

★についてはt検定、それ以外はFisherの直接確率検定による。

(表2)。知識・信念、不安、医療機関との距離、優先事項の存在、情緒的サポート、楽観性について既存の尺度およびツールを用いて測定したが、遅延群・非遅延群との間に有意な差は認められなかった(表3)。

3. 自由記述

自由記述からは、質問紙に関して「高齢者に

は内容が難しい(A氏, 非遅延群)」、「同じ内容が続くと疲れる(B氏, 非遅延群)」等のコメントが寄せられた。また、自分自身の状況について「家族の健康状態なども考慮しなければならず、自分の病気のことだけを考える状況にない(C氏, 遅延群)」という記述も寄せられた。C氏の保健行動の優先性尺度を見ると、「病気になると、他のことを犠牲にしても、休養しようと

表2 受診までの期間と各項目

	遅延群 n=5	非遅延群 n=11	p 値☆	n(%)
最初に気づいた症状				
しこり	1 (20.0)	7 (63.6)		
乳房の痛み	2 (40.0)	1 (9.1)	0.03	
他の不快症状	2 (40.0)	0 (0.0)		
症状はなかった	0 (0.0)	3 (27.3)		
受診までの期間の捉え方				
すぐに受診した	0 (0.0)	9 (81.8)	0.005	
遅くなった	5 (100.0)	2 (18.2)		
乳がん検診				
年に1回	1 (20.0)	4 (36.4)		
半年に1回	0 (0.0)	1 (9.1)	0.4	
必要時	0 (0.0)	2 (18.2)		
全く受けていなかった	4 (80.0)	4 (36.4)		
子宮がん検診				
2年に1回	0 (0.0)	6 (54.5)		
必要時	0 (0.0)	3 (27.3)	0.009	
全く受けていなかった	5 (100.0)	2 (18.2)		
自己検診				
1ヶ月に1回	0 (0.0)	0 (0.0)		
2・3ヶ月に1回	0 (0.0)	1 (9.1)	0.43	
半年から1年に1回	0 (0.0)	2 (18.2)		
全くしていなかった	5 (100.0)	8 (72.7)		
他疾患での通院				
通院していた	3 (60.0)	7 (63.6)	0.65	
通院していなかった	2 (40.0)	4 (36.4)		
民間療法				
利用した	1 (20.0)	1 (9.1)	0.54	
利用しなかった	4 (80.0)	10 (90.9)		

☆Fisherの直接確率検定による。

表3 受診までの期間と尺度

	遅延群 n=5	非遅延群 n=11	p値	Cronbach's α 本研究	Cronbach's α 原作
ヘルスリテラシー尺度★					
伝達のヘルスリテラシー	13.8 ± 3.9	13.4 ± 4.5	0.88	0.80	0.77
批判的ヘルスリテラシー	10.3 ± 2.2	8.8 ± 4.4	0.43	0.83	0.65
日本語版Brief COPE尺度†					
気晴らし	5.0 ± 2.0	5.2 ± 1.0	0.81	0.58	0.46
否認	3.8 ± 1.3	4.0 ± 1.5	0.76	0.69	0.69
アルコール・薬物使用	2.5 ± 1.0	3.3 ± 1.8	0.32	0.95	0.91
肯定的再解釈	5.5 ± 1.0	5.4 ± 1.8	0.86	0.69	0.70
計画	6.3 ± 1.3	6.2 ± 1.3	0.93	0.75	0.67
受容	6.0 ± 0.0	5.8 ± 1.2	0.62	0.18	0.63
宗教・信仰	4.5 ± 1.7	4.7 ± 1.7	0.83	0.88	0.64
自己非難	4.0 ± 1.6	4.1 ± 1.6	0.93	0.85	0.74
日本語版STAI †	24.3 ± 7.1	26.0 ± 9.5	0.71	0.89	0.85
医療機関との距離‡	27.2 ± 2.6	26.6 ± 2.7	0.70	0.51	—
生活行動に対する保健行動の優先性尺度¶	9.0 ± 1.2	7.7 ± 3.1	0.27	0.82	0.66
改訂版楽観性尺度					
楽観性	7.6 ± 1.7	7.9 ± 2.6	0.78	0.58	0.62
悲観性	5.8 ± 1.7	5.0 ± 1.8	0.49		
情緒的支援ネットワーク尺度-n(%)★★					
良い	4 (80.0)	8 (72.7)	0.53 ††	0.92	0.90
普通	0 (0.0)	2 (18.2)			
悪い	1 (20.0)	1 (9.1)			

t検定による。但し、††はFisherの直接確率法による。

★ 伝達のヘルスリテラシー (5項目) の得点範囲は4~16点、批判的ヘルスリテラシー (4項目) の得点範囲は5~20点。

† 下位尺度 (各2項目) の得点範囲は、2~8点。

‡ 全13項目、得点範囲は13~52点。

¶ 全10項目、得点範囲は10~30点。

|| 全4項目、得点範囲は4~16点。

★★ 得点範囲は楽観性 (ダミーを除く3項目) 3~15点、悲観性 (ダミーを除く3項目) 3~15点。

★★★ 全10項目、良い ≥ 8点、普通 6~7点、悪い ≤ 5点。

する方である」「健康のために無理をしない方である」の質問について「まあそうである」と回答していたが、自由記述では、自分の健康のことだけに専念したいが出来ない状況について記述されていた。

VI. 考察

少ないサンプルサイズであったものの、本研究において受診遅延者は全体の約30%を占めており、海外の研究と同様の割合であった (Facione, 1993)。また、有意ではなかったものの、遅延群は非遅延群に比べて年齢が高い傾向にあり、全員が世帯年収300万円以下に属していた。いずれも先行研究を支持する結果で

あった (Unger-Saldana・Infante-Castaneda, 2009)。さらに、遅延群は非遅延群に比べてがん検診を受けていないと回答する者が有意に多く、日頃の健康への意識と受診遅延との関連が示された。しかし、なぜ受診が遅延するのかといった具体的な項目について、遅延群と非遅延群との間で有意差は認めなかった。楽観性を評価する改訂版楽観性尺度については、内的整合性が0.58と低い数値となった。楽観性は、比較的新しい概念であり、先行研究では、楽観性の捉え方については文化によって異なり、本邦に合った尺度の開発が今後の課題とされている (外山, 2013)。以上の状況をふまえると、既存の尺度を用いて受診遅延の楽観性を評価す

ることは現段階では難しいと考える。また、本研究では、信念を日本語版Brief COPE尺度で評価した。個々のコーピング方法が明らかになったが受診行動とは関連が薄く、受診行動に関する信念は、既存の尺度ではなく、患者の語りから得られる独自の価値や考えをふまえて測定することが望ましい。医療機関との距離を測定したツールについても、内的整合性は0.51と低さが目立った。今回の結果から、患者が具体的にどのような点で医療機関との距離を感じ、それが受診行動に影響しているのかを明確にした上で質問項目を構成することが必要である。また、生活行動に対する保健行動の優先性尺度について、自由記述との整合性を評価したところ、遅延者は自己の保健行動を優先したくても、出来ない状況に置かれていることが明らかになった。以上の結果からも、患者の語りから質問紙を構成し、事象を測定できるように修正を重ねることが今後の課題である。

本研究は、本邦で最初の受診遅延の影響要因を検討した研究であり、その意義は大きいと考えるが、パイロットスタディの実施に際して、いくつかの限界があった。第1に、サンプルサイズが少ないことにより、本来の関連性を見落とした可能性がある。第2に、無作為抽出によるサンプルの選定ではなかったため、対象者の選定において選択バイアスが生じた可能性がある。第3に、乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの経験について、後方視的調査を行ったことにより、情報収集の精度についての問題も考えられる。第4に、調査の説明段階で、時間的負担を理由に拒否を表明した者が2人いたことから、患者の負担にならないような調査の工夫が必要である。以上をふまえて、今後の課題として、より代表的なサンプリングを実施し、調査回答者を増やした調査研究を実施する必要があると考える。

VII. 結論

乳がん患者の受診遅延には、年齢や年収、日頃の健康への意識などが影響していた。しかし、各項目との関連について検討した結果、受診遅延の現象を既存の尺度で測定することの限界も示された。今後の課題として、受診遅延の現象を高い精度で測定するために、患者の語りを反映した質問紙の改善が必要である。

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。

利益相反：本研究による利益相反は存在しない。

引用文献

- Cancer Research UK.(2009) Cancer Awareness Measure(Breast-ACM) toolkit.http://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/health_professional_cancer_awareness_measure_toolkit_version_2.1_09.02.11.pdf. (2015年 9月 22日現在)
- Facione, N. C. (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, N. C. (2002). The J-Delay scale: a measure of the likelihood of patient delay in breast cancer. *Res Theory Nurs Pract*, 16(2), 103-118.
- Facione, N. C., & Facione, P. A. (2006). The cognitive structuring of patient delay in breast cancer. *Soc Sci Med*, 63(12), 3137-3149. doi:10.1016/j.socscimed.2006.08.014
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, commu-

- nicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879. doi:10.2337/dc07-1932
- 石川ひろの. (2011). ヘルスコミュニケーションとヘルスリテラシー. *保健医療社会学論集*, 22(2), 16-21.
- 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)
- Lam, W. W., Tsuchiya, M., Chan, M., Chan, S. W., 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
- 宗像恒次.(2005). 最新行動科学からみた健康と病気 (第1版第15刷), 株式会社メヂカルフレンド社, 東京.
- 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 (T 4 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.
- 日本乳癌学会. (2011) : 全国乳がん患者登録調査報告2011年次症例. <http://www.jbcs.gr.jp/people/nenjihoukoku/2010nenji.pdf> (2015年9月22日現在)
- 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.
- 大塚泰正. (2008). 理論的作成方法によるコピーング尺度 : COPE. *広島大学心理学研究* (8), 121-128.
- Richards, M. A., Westcombe, A. M., Love, S. B., Littlejohns, P., & Ramirez, A. J. (1999). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*, 353(9159), 1119-1126.
- 坂本真二, 田中江里子. (2002). 改訂版楽観性尺度(the revised Orientation Test)の日本語版の改訂. *The Japanese Journal of Health Psychology*, 15(1), 59-63.
- 清水秀美. (2004). STAI日本語版. 堀洋道, 心理測定尺度Ⅲー心の健康をはかる<適応・臨床>-(初版第5刷), 183-187, 株式会社サイエンス社, 東京.
- 外山美樹. (2013). 楽観・悲観性尺度の作成ならびに信頼性・妥当性の検討. *心理学研究*, 84(3), 256-266.
- Unger-Saldana, K., & Infante-Castaneda, C. (2009). Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud Publica Mex*, 51 Suppl 2, s270-285.

Evaluate the questionnaire to verify the influencing factors of delay of help seeking behavior in breast cancer patients: A pilot study

Mariko Oshiro¹, Midori Kamizato²

[Background] Although the effect of cultural and economic influences are considered as a huge factor of the delay of help seeking behavior, there have not been enough any research done regarding this issue in Japan.

[Purpose] The aim of the study was to evaluate the questionnaires of the pilot study in order to verify the influencing factors of delay of medical care in breast cancer patients.

[Methods] The target of this study was female patients diagnosed with breast cancer who were at least three months to 5 years post-diagnosis. Participants were recruited from one hospital in Okinawa.

[Result] The data was obtained from sixteen breast cancer patients. Approximately 30% of them were found to be delayers. Most of the delayers tend to higher age, and all 16 targets belong to the group of that the annual income is under 3 million yen. The relationship between each factors and the delay of help seeking behavior was examined with present scale. Additionally, by evaluate comments which were obtained from the free description type answer question, it was found that the present scale is not accurate enough to illustrate actual circumstance of the delay of help seeking behavior.

[Conclusion] It was suggested that, in order to measure the phenomena of the delay of help seeking behavior accurately, possible influencing factors needs to be clarified by the help of questionnaire and qualitative interviews of patients.

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

¹ Doctoral Course, Okinawa Prefectural College of Nursing

² Okinawa Prefectural College of Nursing