

シニア・リサーチフェロー  
研究成果報告書

平成 28 年 4 月 28 日 提出

公益財団法人 がん研究振興財団  
理 事 長 高 山 昭 三 殿

報告者氏名： 富田 真紀子



研究課題：婦人科がん患者のライフスタイル実態調査とその支援に関する研究  
(テーマ)

研究期間：自 平成 27 年 8 月 1 日

至 平成 28 年 3 月 31 日

研究指導者：氏名 高橋 都



公益財団法人 がん研究振興財団



# シニア・リサーチフェロー 研究成果報告書

国立がん研究センターがん対策情報センター  
がんサバイバーシップ支援部  
富田 真紀子

## 研究報告

### シニア・リサーチフェロー期間中の研究について 『婦人科がん患者のライフスタイル実態調査とその支援に関する研究』

#### 研究要旨

がん患者における健康行動研究では、喫煙、過度の飲酒、食生活の偏り、運動不足等の生活習慣が、再発や二次がん、生活習慣病、抑うつなどと関連していることが指摘されている。その一方で、個人が望ましい健康行動を行うには、自らの生活習慣改善の必要性が正しく認知できているかも重要視されている。本報告の目的は、我が国での先行研究が少ない婦人科がん患者を対象として、生活習慣改善の必要性の認知と健康行動およびQOLとの関連を検討することである。

平成27年2月～平成28年1月に、関東地区4病院婦人科外来を受診した20歳以上の卵巣がん・子宮頸がん・子宮体がんの患者（転移・再発は除く）を対象とし、外来で調査票を配布、郵送にて回収を行った。健康状態、食習慣（食物摂取頻度調査）、身体活動量（世界標準化身体活動質問票第2版日本語版）、睡眠時間、生活習慣改善の必要性の認知、生活習慣改善の協力者、健康関連QOL（SF8）、抑うつ（K6）、倦怠感（Cancer Fatigue Scale）、個人属性などを質問した。

調査票は454名に配布し、有効回答数385名（84.8%）であった。対象者の平均年齢は56.53歳（SD=11.89）、診断名（複数回答）は子宮体がん（41.2%）、子宮頸がん（37.9%）、卵巣がん（24.5%）であった。生活習慣の改善の「必要がある」と回答した人は68.2%であり、生活習慣改善の協力者（複数回答）は夫・パートナーが54.5%と最も多く、医師（6.0%）、看護師（2.6%）は少なかった。生活習慣改善の必要性の認知を従属変数としたロジスティック回帰分析では、食習慣が悪く（OR=0.91）、身体活動量が少なく（OR=0.99）、規則正しい睡眠が取れていない（OR=0.67）ほど生活習慣改善の必要性を感じていた（いずれも $p<.05$ ）。生活習慣改善必要性の認知と健康状態の相関分析では、生活習慣改善の必要性を強く感じている者ほど、身体的健康度が低く（ $r=-0.18$ ）、精神的健康度が低く（ $r=-0.22$ ）、倦怠感が強く（ $r=0.29$ ）、ストレスの自覚度が強く（ $r=0.28$ ）、抑うつ感が高い（ $r=0.22$ ）という結果となった（いずれも $p<.05$ ）。

生活習慣改善の必要性を感じている婦人科がん患者は多く、必要性を感じている者は健康行動の実施状況や心身の健康状態が良くない傾向にあった。今後、具体的な生活習慣改善に向けた支援方法の検討が必要であることが示唆された。

※本研究は、国立がん研究センターがん研究開発費(H25-A-18)の助成を受けた。

## 共同研究者

---

高橋 都	国立がん研究センターがん対策情報センター がんサバイバーシップ支援部長
加藤 友康	国立がん研究センター中央病院 婦人腫瘍科 医長
宮城 悅子	横浜市立大学附属病院産婦人科 部長
宇津木 久仁子	がん研究会有明病院婦人科 副部長
米山 剛一	日本医大武藏小杉病院 女性診療科・産科 部長
酒井 瞳	近畿大学医学部附属病院 腫瘍内科 助教
勝俣 範之	日本医科大学武藏小杉病院 腫瘍内科 教授
小熊 祐子	慶應義塾大学スポーツ医学研究センター 准教授

## 1 目的

---

個人の日常的な健康行動（運動など身体活動、食生活、ストレス対策、飲酒、喫煙など）は心身の健康の維持・改善、健康寿命の延伸、QOLの向上と関連していることが指摘されている。がん経験者に特化した健康行動研究では、喫煙、過度の飲酒、食生活の偏り、運動不足といった生活習慣が、再発や二次がん、生活習慣病、抑うつなどと関連していることが報告されている。

また、その一方で、望ましい健康行動実施のためには、個人の力のみでは難しい部分があり、具体的な健康支援だけではなく、本人のモチベーションを高め、維持していくような働きかけも不可欠であることが報告されている[1-3]。その中で、個人が望ましい健康行動を実施するための第一段階として、自らの健康危機や病気への脆弱性を適切に認知することの重要性が指摘されている[4, 5]。

健康行動に関する研究や理論は多く報告され、がん患者を対象とした研究も見受けられるが[6-8]、婦人科がん患者を対象とした研究は極めて少ない。がん患者の社会生活におけるQOL向上を促進するためにも、健康行動の支援を行うことは重要であり、また、望ましい身体活動や食生活などを実施には治療の副作用や手術後の身体状態が影響するので、それぞれのがん患者に特化した健康行動サポートを検討することが必要となる。婦人科がん治療の影響として経験されやすい浮腫・むくみ、排尿障害などは身体活動の阻害要因となりやすく[9, 10]、こうした疾患特性に配慮し、健康支援を行っていくことが不可欠となる。

以上から、本研究は我が国での先行研究が少ない婦人科がん患者を対象として、1. 初期治療を終えた婦人科がん患者の健康行動の実態と、その促進要因・阻害要因を明らかにすること、2. 婦人科がん患者の健康行動と健康状態やQOLとの関連を明らかにすることを目的としているが、本報告では、

1. 婦人科がん患者の健康行動の実態を明らかにすること
2. 健康行動の実態と健康危機感（生活習慣改善必要性の認知）との関係を明らかにすること
3. 生活習慣改善必要性の認知が高い者の健康状態を明らかにすること

を目的とし、結果の分析・考察を行うものである。

## 2 方法

---

平成27年2月～平成28年1月に、関東地区4病院婦人科外来を受診した20歳以上の女性がん患者を対象とし、無記名自記式質問紙調査を実施した。詳細は以下のとおりである。

### 1) 対象者の選定

#### [適格基準]

- ・卵巣がん（腹膜がん、卵管がんを含む）、子宮頸がん、子宮体がんの外来患者
- ・卵巣がん、子宮頸がん、子宮体がんともにFIGO stage I～III stage
- ・根治的な局所療法（手術、放射線、化学放射線療法）が終了して3か月以上経過していること
- ・年齢：20歳以上 年齢の上限は定めない
- ・ECOG：performance status0-2
- ・主治医による臨床診断があれば、組織学的確定診断は必須ではない

#### [除外基準]

- ・転移・再発例

- ・既往疾患・併存疾患により主治医から運動制限を指導されている患者
- ・主治医により参加が不適当と判断された患者
- ・婦人科がんの遠隔転移(stage IV)、再発症例に関しては、病状が身体活動に影響を及ぼす可能性があり、また積極的な健康行動の改善による健康増進のメリットが少ないと考えられるため除外

## 2) 調査方法

調査実施の手順は以下のとおりである。

- ① 研究協力医が、当日受診患者のうち適格基準を満たす者をリストアップする。
- ② 研究協力医は適格対象患者に対し、研究の趣旨を書面に基づき口頭で説明する。
- ③ 調査票の受け取りを了承した患者に対し、
- ④ 研究協力医師から調査セット（依頼状・調査票・返信用封筒）を手渡す。
- ⑤ 研究協力医師は調査票を患者に渡した後、
- ⑥ 外来終了後に医師記入票（患者の臨床情報を記入）に記載する。  
※ 医師記入票と調査票には同じ番号がふられており、分析の際に両データを用いる。
- ⑦ 研究協力医師は、医師記入票をデータセンターに送付した後、患者氏名と番号の対応リスト表をシュレッド廃棄する。
- ⑧ 患者は調査票に回答し、事務局あてに返信用封筒を用いて記入済み調査票を返送する。

## 3) 調査項目

医師記入票：病期、手術の有無、子宮摘出方法、卵巣残存の有無、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清の有無、ホルモン補充療法の有無、放射線治療の有無・照射方法、化学療法の有無

本人用調査票：個人属性、健康関連 QOL(Medical Outcome Study MOS 8-Item Short-Form Health Survey: SF8[11])、抑うつ状態 (K6[12])、倦怠感 (Cancer Fatigue Scale[13])、世界標準化身体活動質問票日本語版第2版 (GPAQ)、食関連 QOL[14]、望ましい食行動の自己効力感尺度[15]、食物摂取頻度調査、飲酒、喫煙、睡眠、ストレス、がん患者用自己効力感尺度[16]、ソーシャルサポート尺度[17]、浮腫・むくみの状況、排尿困難 (Urological Distress Inventory Short Form[18]) など

分析には IBM SPSS Statistics Desktop Version 22.0 を使用した。

## 4) 倫理面への配慮

研究に関するすべての研究者は、ヘルシンキ宣言（世界医師会）の精神、および「疫学研究に関する倫理指針」（平成19年文部科学省・厚生労働省告示第1号）に従い、研究実施前には国立がん研究センター研究倫理審査委員会の承認を得た。

インフォームドコンセントについては、調査票配布にあたり、調査の主旨や説明文を調査票表文に記載し、そこには調査は強制ではなく拒否した場合も一切の不利益が生じないこと、研究を公表する際は個人を特定できるような情報は一切公表せず、回収された調査票に記載されたデータは統計的に処理・分析することを明記し、研究への協力については、調査票の回答・返信をもって同意取得とした。

### 3 結果

調査票は 454 名に配布、有効回答数は 385 名（有効回答率 84.8%）であった。

#### 1) 個人属性と臨床的背景

対象者の平均年齢は 56.53 歳（SD=11.89）、診断名（複数回答）は子宮体がん（41.2%）、子宮頸がん（37.9%）、卵巣がん（24.5%）であった。対象者の主な個人属性を表 1、臨床的背景を表 2 に示す。

表 1 個人属性

	N	%		N	%
<b>年齢</b>			<b>世帯年収</b>		
20 歳代	1	0.3%	120 万円未満	21	5.5%
30 歳代	26	6.8%	120～240 万円未満	36	9.4%
40 歳代	86	22.3%	240～360 万円未満	40	10.4%
50 歳代	94	24.4%	360～480 万円未満	38	9.9%
60 歳代	112	29.1%	480～600 万円未満	61	15.8%
70 歳代	47	12.2%	600～720 万円未満	33	8.6%
80 歳代	5	1.3%	720～840 万円未満	28	7.3%
不明・無回答	14	3.6%	840 万円以上	87	22.6%
<b>婚姻状況</b>			不明・無回答	41	10.6%
未婚	56	14.5%	<b>同居者（複数回答）</b>		
既婚	272	70.6%	ひとり暮らし	42	10.9%
離別・死別	51	13.2%	夫・パートナー	269	69.9%
不明・無回答	6	1.6%	父	22	5.7%
<b>学歴</b>			母	44	11.4%
中学校卒	20	5.2%	義父	2	0.5%
高校卒	152	39.5%	義母	10	2.6%
専門・専修学校卒	56	14.5%	きょうだい	17	4.4%
短大・高専卒	69	17.9%	子ども	162	42.1%
大学・大学院卒	84	21.8%	孫	17	4.4%
不明・無回答	4	1.0%	その他親族	2	0.5%
<b>職業</b>			その他	1	0.3%
フルタイム勤務	80	20.8%	不明・無回答	4	1.0%
アルバイト・パート	73	19.0%			
自営業・自由業	30	7.8%			
無職	187	48.6%			
その他	12	3.1%			
不明・無回答	3	0.8%			

表2 臨床的背景

		N	%
病期	I期	231	60.0%
	II期	67	17.4%
	III期	85	22.1%
	不明・無回答	2	0.5%
診断名（複数回答）	卵巣がん	89	23.1%
	子宮頸がん	138	35.8%
	子宮体がん	150	39.0%
	不明・無回答	21	5.5%
手術の有無	手術を行っている	332	86.2%
	手術は行っていない	52	13.5%
	不明・無回答	1	0.3%
手術方法	単純子宮全摘	167	43.4%
	準広汎子宮全摘	78	20.3%
	自律神経温存広汎子宮全摘	26	6.8%
	広汎子宮全摘	55	14.3%
	子宮は摘出していない	13	3.4%
	不明・無回答	46	11.9%
卵巣残存の有無	卵巣は残存していない	308	80.0%
	卵巣は両側/片側残存	49	12.7%
	不明・無回答	28	7.3%
骨盤リンパ節郭清の有無	あり	202	52.5%
	なし	170	44.2%
	不明・無回答	13	3.4%
傍大動脈リンパ節郭清の有無	あり	55	14.3%
	なし	314	81.6%
	不明・無回答	16	4.2%
放射線治療の有無	放射線治療を行っている	76	19.7%
	放射線治療を行っていない	307	79.7%
	不明・無回答	2	0.5%
化学療法の有無	化学療法を行っている	196	50.9%
	化学療法を行っていない	182	47.3%
	不明・無回答	7	1.8%
最後に終了した治療の種類	手術	169	43.9%
	放射線治療	65	16.9%
	化学療法	139	36.1%
	不明・無回答	12	3.1%
ホルモン補充療法の有無	行っている	43	11.2%
	行っていない	331	86.0%
	不明・無回答	11	2.9%

## 2) 健康行動の実施

対象者の日常的な健康行動の実施状況について、表3、4、5に示す。

表3 飲酒・喫煙・睡眠

		N	%
飲酒機会	ほとんどない	212	55.1%
	1週間に1回以下	59	15.3%
	1週間に2~3日	46	11.9%
	1週間に4~5日	28	7.3%
	ほぼ毎日	32	8.3%
	不明・無回答	8	2.1%
1回の飲酒量	1合未満	276	71.7%
	1合~2合未満	55	14.3%
	2合~3合未満	25	6.5%
	3合~4合未満	8	2.1%
	4合~5合未満	3	0.8%
	5合以上	1	0.3%
がん診断後の飲酒量の変化	不明・無回答	17	4.4%
	増えた	5	1.3%
	変わらない	265	68.8%
	減った	99	25.7%
がん診断後の喫煙量の変化 (喫煙経験者 N=85)	不明・無回答	16	4.2%
	吸わない	293	76.1%
	今も吸っている	27	7.0%
	吸っていたが今は吸わない	58	15.1%
規則正しい睡眠	不明・無回答	7	1.8%
	変わらない	26	30.6%
	減った	38	44.7%
	不明・無回答	21	24.7%
	ほとんどできていない	20	5.2%
	あまりできていない	68	17.7%
	少しできている	144	37.4%
	かなりできている	143	37.1%
	不明・無回答	10	2.6%

表4 食物摂取量頻度

食物	頻度	N	%
ごはん	日に 2 食以上	218	56.6%
	日に 1 食	125	32.5%
	週に 4~5 回	30	7.8%
	それ以下	9	2.3%
肉	ほぼ毎日	44	11.4%
	週に 4~5 回	122	31.7%
	週に 2~3 回	176	45.7%
	それ以下	41	10.6%
魚	ほぼ毎日	38	9.9%
	週に 4~5 回	73	19.0%
	週に 2~3 回	214	55.6%
	それ以下	58	15.1%
卵	ほぼ毎日	71	18.4%
	週に 4~5 回	72	18.7%
	週に 2~3 回	167	43.4%
	それ以下	73	19.0%
大豆・大豆製品	ほぼ毎日	144	37.4%
	週に 4~5 回	98	25.5%
	週に 2~3 回	111	28.8%
	それ以下	30	7.8%
牛乳・乳製品	ほぼ毎日	200	51.9%
	週に 4~5 回	62	16.1%
	週に 2~3 回	74	19.2%
	それ以下	49	12.7%
緑黄色野菜	日に 2 食以上	159	41.3%
	日に 1 食	135	35.1%
	週に 4~5 回	70	18.2%
	それ以下	20	5.2%
その他の野菜	日に 2 食以上	175	45.5%
	日に 1 食	128	33.2%
	週に 4~5 回	61	15.8%
	それ以下	14	3.6%
いも類	ほぼ毎日	11	2.9%
	週に 4~5 回	60	15.6%
	週に 2~3 回	197	51.2%
	それ以下	117	30.4%
くだもの	ほぼ毎日	149	38.7%
	週に 4~5 回	69	17.9%
	週に 2~3 回	84	21.8%
	それ以下	81	21.0%

表5 身体活動量

	平均値	中央値	最小値	最大値
仕事の身体活動 (METs・時/週)	10.15	0	0	300
移動の身体活動 (METs・時/週)	14.30	10	0	196
余暇の身体活動 (METs・時/週)	7.77	0	0	300
座位時間 (分/日)	371.70	330	0	1080

## 3) 身体活動の阻害要因

対象者が、普段運動しない理由、気になって運動ができない状況については、「時間がない」「仕事で疲れている」が共に25.2%と最も多く、次に「現在の活動量で十分」23.9%、「面倒である」21.3%であった（表6）。

表6 普段運動しない理由、気になって運動ができない状況（複数回答）

	N	%
現在の活動量で十分	92	23.9%
時間がない	97	25.2%
仕事で疲れている	97	25.2%
他にしたいことがある	57	14.8%
仲間がいない	17	4.4%
指導者がいない	12	3.1%
面倒である	82	21.3%
施設・設備を利用しにくい	47	12.2%
身体のしびれがある	39	10.1%
むくみがある	43	11.2%
治療の副作用で身体がだるい	10	2.6%
排尿の困難がある	16	4.2%
がんが悪化するのではないかと不安になる	7	1.8%
運動は疲れるので	30	7.8%
運動するのは好きではない	68	17.7%
その他	60	15.6%
不明・無回答	31	8.1%

#### 4) 生活習慣改善の必要性、協力者、情報

現在、生活習慣改善の必要性を感じているかどうかについては、「感じている」人が 66.7%であった（表 3）。生活習慣を改善しようとした時の協力者については、「夫・パートナー」が 54.5%と最も多く、次に「子ども」32.5%、「友人・知人」25.7%であった（表 4）。

また、健康や生活習慣改善に関する情報を、通常どのような手段で得ているかについては、テレビが 80.3%と最も多く、次に「インターネット」47.0%、「友人・知人」43.6%であった（表 5）。

健康や生活習慣改善のために必要な情報に関する自由記述では、「どのような運動をどのくらい行つたらよいのか、わからない」「情報が多くて、自分に何があっているのかわからない」などの困惑や、「医療者に相談して、患者である自分にあった行動を行いたいが、どこに相談したら良いかわからない」「情報が氾濫しているので医療者からの確実な情報がほしい」「自分でわからないうことが多いので、医療者からのアドバイスがほしい」などの医療者からの情報提供の希望、「他のがん患者がどのような生活をしているか知りたい」などの同じ病気の人からの体験談の希望などの意見がみられた。

表 7 生活習慣改善必要性の認知

	N	%
ほとんど感じていない	31	8.1%
あまり感じていない	88	22.9%
少し感じている	176	45.7%
かなり感じている	81	21.0%
不明・無回答	9	2.3%
合計	385	100%

表8 生活習慣改善の協力者（複数回答）

	N	%
<b>夫・パートナー</b>	<b>210</b>	<b>54.5%</b>
父（義父）	13	3.4%
母（義母）	41	10.6%
<b>子ども</b>	<b>125</b>	<b>32.5%</b>
きょうだい	44	11.4%
その他の家族・親戚	14	3.6%
同僚	14	3.6%
同じ病気の友人・知人	19	4.9%
<b>友人・知人</b>	<b>99</b>	<b>25.7%</b>
近所の人	5	1.3%
医師	23	6.0%
看護師	10	2.6%
その他の医療スタッフ	14	3.6%
誰もいない	45	11.7%
その他	6	1.6%
不明・無回答	13	3.4%
<b>対象者数</b>	<b>385</b>	

表9 健康や生活習慣改善に関する情報の入手先（複数回答）

	N	%
<b>テレビ</b>	<b>311</b>	<b>80.8%</b>
新聞	154	40.0%
雑誌・書籍	153	39.7%
<b>インターネット</b>	<b>181</b>	<b>47.0%</b>
<b>友人・知人</b>	<b>168</b>	<b>43.6%</b>
家族	98	25.5%
医師	67	17.4%
看護師	10	2.6%
その他の医療スタッフ	8	2.1%
特に情報を得ていない	11	2.9%
情報を必要としていない	5	1.3%
その他	6	1.6%
不明・無回答	6	1.6%
<b>対象者数</b>	<b>385</b>	

## 5) 健康行動の実施と生活習慣改善必要性の認知との関連性

日常的な健康行動の実施が、生活習慣改善必要性の認知にどのような影響を与えていたかを検討するため、説明変数に年齢、病期、飲酒機会、喫煙（0：喫煙中、1：非喫煙）、規則正しい睡眠、身体活動量（METs・時/週）、座位時間、食物摂取頻度、従属変数に生活習慣改善必要性の認知（0：感じていない、1：感じている）としロジスティック回帰分析を行った（表10）。統計的有意差が認められたのは睡眠、身体活動量、食物摂取頻度であり、規則正しい睡眠時間がとれておらず（OR=0.67）、身体活動量が少なく（OR=0.99）、食習慣が良くない（OR=0.91）ほど、生活習慣改善の必要性を感じているという結果となった（すべてp<0.05）。

表10 生活習慣改善必要性の認知を従属変数としたロジスティック回帰分析

	OR	OR の 95% 信頼区間	
		下限	上限
年齢	0.98	0.96	1.01
病期	0.81	0.59	1.11
飲酒機会	1.16	0.79	1.70
喫煙	1.10	0.37	3.28
睡眠	0.67 *	0.48	0.92
身体活動量（METs・時/週）	0.99 *	0.99	1.00
座位時間（分/日）	1.00	0.99	1.00
食物摂取頻度	0.91 *	0.85	0.97

\* p<.05, OR=オッズ比

## 6) 生活習慣改善必要性の認知と健康状態

生活習慣改善必要性の認知と健康状態との関連を見るために、生活習慣改善必要性の認知と身体的健康（SF8）、精神的健康（SF8）、倦怠感、浮腫・むくみ、ストレスの自覚、抑うつ感との相関係数の算出を行った（表11）。統計的有意差が認められたのは、身体的健康、精神的健康、倦怠感、ストレスの自覚、抑うつ状態であり、生活習慣改善必要性を強く感じている者は身体的健康度が低く（r=-0.18）、精神的健康度が低く（r=-0.22）、倦怠感が強く（r=0.29）、ストレスの自覚度が強く（r=0.28）、抑うつ感が高い（r=0.22）という結果となった（すべてp<0.01）。

表11 生活習慣改善必要性の認知との相関係数

相関係数		
身体的健康	-0.18	**
精神的健康	-0.22	**
倦怠感	0.29	**
浮腫・むくみ	-0.02	
ストレスの自覚	0.28	**
抑うつ感	0.22	**

\*\*p<0.01

## 4 考察

---

本研究は、現在も解析進行中であり、本報告書の内容は結果の一部にすぎないが、重要な知見が得られた。

身体活動の阻害要因としては、「時間がない」「仕事で疲れている」など日常生活でのゆとりのなさがあげられていたが、こうした状況でも手軽に取り組め、かつ長期に渡り継続可能なエクササイズや、生活の中での活動量を上げる工夫の提案をしていくことが必要と考えられる。

また、生活習慣改善の必要性を感じている者は多く、全体の 66.7 % となった。生活習慣を改善したいと思った時に協力してくれそうな人についての質問では、「夫・パートナー」「子ども」と家族が協力者となることが多く、続いて「友人・知人」であり、「医師」、「看護師」などの医療スタッフをあげる者はわずかであった。一方で、健康や生活習慣改善に関する情報の入手先については「テレビ」「インターネット」という身近なマスメディアの利用が多かったが、「友人・知人」も 43.6% みられた。生活習慣改善の協力者、情報入手先の上位に「友人・知人」が入っていることからも、婦人科がん患者の生活習慣改善に向けた人的支援資源としては、家族だけでなく友人・知人も大きな役割を果たしていることが明らかとなった。40~60 歳の一般的女性を対象とした更年期に関する情報収集についての調査研究では、健康情報の入手先としてテレビが最も多く、次に友人・知人であり、医療関係者という回答は全体の 20% 程度であったという結果が出ており[19]、本研究の結果と共通している。健康とソーシャルサポートに関する研究では、積極的に健康行動を実施するためには家族や友人・知人のサポートが重要となることが指摘されており[20-22]、本人への支援だけでなく、家族、友人・知人のサポートの考慮した健康支援を検討していく必要がある。その一方で、本研究の対象者は婦人科がん患者であり、健康や医療に関しては一般の人よりも慎重な配慮が必要になる部分も考えられる。対象者の自由記述からも、健康に関する情報が氾濫しているので、医療者からの情報提供を求める意見もみられており、今後、医療者が患者の生活習慣改善、健康行動の実施にどのように関わっていくかも検討していく必要性があると考えられる。

ロジスティック回帰分析の結果から、生活習慣改善の必要性を感じている者は、睡眠、身体活動量、食事などの実際の生活習慣も良くないということが明らかとなった。そして、生活習慣の必要性を感じている者は心身の健康状態も良くなく、倦怠感、ストレスの自覚も高いことが明らかとなった。これから、患者本人が生活習慣改善必要性を感じている場合には、何らかの支援が必要となる状況であることが示唆される。患者の QOL 向上のためにも、医療者が行う患者への生活習慣改善のための支援方法を検討し、患者に働きかけていくことが重要であると考えられる。

今後は更に解析を進め、健康行動促進要因・阻害要因、健康行動と QOL の関連性などを明らかにしていく予定である。

## 5 参考文献

---

1. 竹中晃二: 行動変容 健康行動の開始・継続を促すしきけづくり: 財団法人 健康・体力づくり事業財団; 2008.
2. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991; 50: 12.
3. Montano DE, Kasprzyk D: Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In: *Health Behavior and Health Education; Theory, Research, and Practice*
- 4edn. Edited by Glanz K, Rimer B, Viswanath K; 2008.
4. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion : AJHP* 1997; 12: 38-48.
5. Rosenstock IM. Why people use health services. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44: Suppl:94-127.
6. Mosher CE, Lipkus I, Sloane R et al. Long-term outcomes of the FRESH START trial: exploring the role of self-efficacy in cancer survivors' maintenance of dietary practices and physical activity. *Psycho-Oncology* 2013; 22: 876-885.
7. Gjerset GM, Fossa SD, Courneya KS, Skovlund E, Thorsen L. Exercise behavior in cancer survivors and associated factors. *Journal of Cancer Survivorship-Research and Practice* 2011; 5: 35-43.
8. Demark-Wahnefried W, Clipp EC, Morey MC et al. Lifestyle intervention development study to improve physical function in older adults with cancer: Outcomes from Project LEAD. *J Clin Oncol* 2006; 24: 3465-3473.
9. 高倉聰, 吉沢いずみ, 安保雅博, 落合和徳. 【がん合併症の管理】 リンパ浮腫. 痘と化学療法 2011; 38: 528-533.
10. 山本佐保, 田中繁宏. 日本人若年女性の運動中の腹圧性尿失禁に関する検討. 日本臨床スポーツ医学会誌 2014; 22: 336-342.
11. 福原俊一, 鈴鴨よしみ. SF8 日本語マニュアル. NPO 健康医療評価研究機構 2004; 1: 15-89.
12. Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008; 17: 152-158.
13. Okuyama T, Akechi T, Kugaya A et al. Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19: 5-14.
14. 會退友美, 赤松利恵, 林美美, 武見ゆかり. 成人期の食に関する主観的 QOL(subjective diet-related quality of life(SDQOL))と食知識、食習慣の関連 男女による比較検討. 栄養学雑誌 2013; 71: 163-170.
15. 武見ゆかり. 「若年成人への栄養・食教育の診断・評価指標に関する総合的研究」. 厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業 平成10年度～12年度総合報告書 2001.
16. 塚本尚子. がん患者用自己効力感尺度作成の試み. 看護研究 1998; 31: 198-206.
17. 野口裕二. 高齢者のソーシャルサポート--その概念と測定. 社会老年学 1991; p37-48.

18. Yoshida M, Murayama R, Ota E *et al*. Reliability and validity of the Japanese version of the pelvic floor distress inventory-short form 20. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 1039-1046.
  19. 上田真寿美. 更年期女性の望む健康支援とその情報収集行動に関する研究. *母性衛生* 2008; 49: 57-64.
  20. 高橋和子, 工藤啓, 山田嘉明 *et al*. 生活習慣病予防における健康行動とソーシャルサポートの関連. *日本公衆衛生雑誌* 2008; 55: 491-502.
  21. 渡辺和広, 大塚泰正. 自己効力感、ソーシャルサポート、環境的要因、および職場の要因を用いた労働者の余暇時の身体活動モデルの構築. *行動医学研究* 2014; 20: 17-23.
  22. Ishii K, Shibata A, Oka K. Environmental, psychological, and social influences on physical activity among Japanese adults: structural equation modeling analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010; 7: 61.
-

## **シニア・リサーチフェロー期間中の研究成果を、今後研究にどのように役立てたいと考えているか。**

本研究の結果から、がんを経験したことにより、再発等の不安を抱えながらも、どのような運動、食事をとれば健康増進となるのか、がん経験のない人と同じ生活習慣でよいのかどうかなどの対象者の迷いや希望、そして健康行動に関するニーズの高さが明らかとなった。本研究の結果は、まだ解析の途中であるため、今後更なる解析によって健康行動と健康状態と関連、また本報告書で取り上げなかった自己効力感、ストレスコーピング、ソーシャルサポートなどの関連を多角的に検討していく予定である。そして、これらの結果から婦人科がん患者向け健康増進プログラムの開発や支援ツールへの活用、ニーズに即した情報提供のあり方への提言を行い、婦人科がん患者の QOL 向上に貢献していきたいと考えている。