

平成28年度シニア・リサーチフェロー

# 研究成果報告書

平成29年4月28日 提出

公益財団法人 がん研究振興財団  
理事長 堀田 知光 殿

報告者氏名： 富田 眞紀子



研究課題：婦人科がん患者の健康行動がQOLに与える影響とその支援に関する研究  
(テーマ)

研究期間： 自 平成28年4月1日

至 平成29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 眞紀子

## 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

「婦人科がん患者の健康行動が QOL に与える影響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。

婦人科がん患者の健康行動、治療の悪影響（浮腫・むくみ、排尿困難、倦怠感）と QOL の関係性を明らかにするために、共分散構造分析を用いて因果モデルを構築した。その結果、婦人科がん患者が健康行動を実施するには周囲からのサポートと本人の自己効力感が重要であること、健康行動を実施することで、浮腫・むくみ、排尿困難、倦怠感といった婦人科がんの治療の悪影響が軽減され、また、直接 QOL を向上させることが明らかとなった。今後の婦人科がん患者の支援として、本人が健康行動を継続できるような周囲からのサポートを提供すること、そして、本人のやる気や自信などの自己効力感を高めるような働きかけや教育、情報提供を行うなどが有効となること考えられる。

※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 科長
宮城 悦子	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	日本医大武蔵小杉病院 女性診療科・産科 部長
酒井 瞳	近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門 助教
勝俣 範之	日本医科大学武蔵小杉病院 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。がん経験者は一般の人よりも健康リスクが高いために[1, 2]、積極的な健康行動の実施が望まれる。がん経験者における健康行動では、乳がん患者研究でエクササイズによるQOLや倦怠感の改善[3]、身体活動実施によって倦怠感の減少、心肺機能の向上、筋肉量の増加、身体機能の向上、QOLの向上[4]などが報告されている。また、乳がん患者、結腸がん患者の研究では、身体活動によってがんの再発率の低下や生存率の向上が報告されている[2, 4]。また、The American Cancer Societyでは、がん経験者のQOL改善、健康維持のための食生活、身体活動を推奨するガイドラインを発表している[5]。このように、がん経験者にとって、積極的な健康行動をとることの利益が報告される一方で、がん経験者の活動量の低さが報告されている。例えば、がん患者は活動量が低く、一日の座位時間が長いこと、診断後に身体活動量が1/3に減ってしまい、治療後もなかなか元の活動量に戻らないこと、がん経験者の25-30%しか身体活動をしていないことなどが指摘されている[1, 4]。そして、この身体活動量の低さはがんのステージや診断後経過期間に関係なく、がん経験者の30-60%は診断前は活動的であっても、診断後に元のレベルまでもどらないことも指摘されている[4]。がん経験者はより健康的なライフスタイルやエクササイズのプログラムに関心が高い[6, 7]のに、実際には積極的な健康行動を実施することは非常に難しいものとなる。健康行動における理論では、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おり[8-10]、がん経験者に対しても健康行動支援が必要である。がん経験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、それぞれのがん経験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。

このようにがん経験者の健康行動に関する研究も進んできているが、乳がん、大腸がん、前立腺がんなどの一部のがん種に限定されており、婦人科がん患者を対象とした研究は極めて少ない現状である[6, 11, 12]。以上から、本研究は先行研究が少ない婦人科がん患者を対象として、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、調査を行った。

## 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～IIIstage
- ・ 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 status 0-2
- ・ 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相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ことも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つき口頭で説明する。
- 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[13])、抑うつ状態 (K6[14])、倦怠感 (Cancer Fatigue Scale[15])、世界標準化身体活動質問票日本語版第 2 版 (GPAQ)、食関連 QOL[16]、望ましい食行動の自己効力感尺度[17]、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[18]、ソーシャルサポート尺度[19]、浮腫・むくみの状況、排尿困難 (Urological Distress Inventory Short Form[20]) など

分析には IBM SPSS Statistics Desktop Version 23.0 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。

（以下、結果表は全て N=385）

#### 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 食物摂取量頻度

食物	頻度	%	食物	頻度	%
ごはん	日に2食以上	56.6%	牛乳・乳製品	ほぼ毎日	51.9%
	日に1食	32.5%		週に4~5回	16.1%
	週に4~5回	7.8%		週に2~3回	19.2%
	それ以下	2.3%		それ以下	12.7%
肉	ほぼ毎日	11.4%	緑黄色野菜	日に2食以上	41.3%
	週に4~5回	31.7%		日に1食	35.1%
	週に2~3回	45.7%		週に4~5回	18.2%
	それ以下	10.6%		それ以下	5.2%
魚	ほぼ毎日	9.9%	その他の野菜	日に2食以上	45.5%
	週に4~5回	19.0%		日に1食	33.2%
	週に2~3回	55.6%		週に4~5回	15.8%
	それ以下	15.1%		それ以下	3.6%
卵	ほぼ毎日	18.4%	いも類	ほぼ毎日	2.9%
	週に4~5回	18.7%		週に4~5回	15.6%
	週に2~3回	43.4%		週に2~3回	51.2%
	それ以下	19.0%		それ以下	30.4%
大豆・大豆製品	ほぼ毎日	37.4%	くだもの	ほぼ毎日	38.7%
	週に4~5回	25.5%		週に4~5回	17.9%
	週に2~3回	28.8%		週に2~3回	21.8%
	それ以下	7.8%		それ以下	21.0%

表4 望ましい食行動（望ましい食行動の自己効力感尺度）

	かなりできる	少しできる	あまりできない	不明・無回答
朝食を毎日食べる	77.4%	9.9%	10.6%	2.1%
栄養のバランスを考えて食べる	42.1%	47.5%	8.3%	2.1%
野菜をたくさん食べる	55.6%	34.0%	8.8%	1.6%
油脂を控える	39.2%	46.0%	13.2%	1.6%
和食中心にする	41.6%	43.6%	12.7%	2.1%
肉と魚のバランスをとる	33.2%	48.3%	16.4%	2.1%
外食時に栄養成分表示を利用する	11.2%	31.4%	55.3%	2.1%
食品購入時に栄養成分表示を利用する	18.4%	41.3%	37.7%	2.6%
食品購入時に安全性を考えて選択する	54.3%	35.3%	8.6%	1.8%



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

表6 十分な睡眠時間：「睡眠時間を十分にとれていると感じていますか」

	%
かなり不十分である	8.8%
どちらかといえば不十分である	35.3%
どちらかといえば十分とれている	38.7%
かなり十分とれている	13.5%
不明・無回答	3.6%

表7 規則正しい睡眠：「毎日決まった時間に寝ることができていますか」

	%
ほとんどできていない	5.2%
あまりできていない	17.7%
少しできている	37.4%
かなりできている	37.1%
不明・無回答	2.6%

### 3) ソーシャル・サポート

ソーシャル・サポートとして、ソーシャル・サポート尺度への回答（表8）、生活習慣を改善しようとした時の協力者について（表9）を示す。

表8 ソーシャル・サポート尺度（複数回答）

	夫・パートナー	家族・親族（夫以外）	友人、知人、近隣の人	誰もいない
心配事や悩み事を聞いてくれる人	50.9%	6.2%	52.7%	3.9%
あなたに気を配ったり思いやりたりしてくれる人	55.3%	73.2%	51.4%	1.8%
あなたを元気づけてくれる人	45.7%	66.5%	60.8%	2.9%
あなたをくつろいだ気分にしてくれる人。	42.9%	56.1%	47.5%	6.8%
もし仮に、あなたが病気で数日間寝込んだ時に、看病や世話をしてくれる人	55.6%	66.8%	10.4%	6.2%
もし仮に、あなたが病気で1ヶ月くらい寝込んだ時に、看病や世話をしてくれる人	53.5%	72.2%	9.9%	5.5%
留守の時やちょっとした用事を頼める人	50.4%	62.3%	24.7%	6.8%
まとまったお金が必要になった時に貸してくれる人	47.8%	67.0%	4.9%	5.7%

表9 生活習慣改善の協力者（複数回答）

	N	%
夫・パートナー	210	54.5%
父（義父）	13	3.4%
母（義母）	41	10.6%
子ども	125	32.5%
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%
友人・知人	99	25.7%
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%
対象者数	385	

#### 4) 治療の悪影響

治療の悪影響として、排尿困難（表9）、倦怠感（表10）、浮腫・むくみの程度（表11）を示す。

表9 排尿困難

	いいえ	困っていない	少し困っている	困っている（中くらい）	非常に困っている	不明・無回答
普段、頻尿になっていますか？	63.6%	9.1%	19.0%	4.9%	1.6%	1.8%
普段、尿意切迫感（排尿せずにはいられない強い尿意）とともに尿がもれることがありますか？	71.4%	4.7%	15.8%	4.2%	1.6%	2.3%
普段、咳、くしゃみ、笑うなどで尿がもれますか？	61.3%	9.9%	20.0%	4.4%	2.3%	2.1%
普段、尿が少量、もれることがありますか？	69.4%	10.6%	11.7%	3.9%	2.3%	2.1%
普段、尿がうまく出ないことがありますか？	79.5%	7.5%	7.0%	2.6%	1.3%	2.1%
普段、下腹部や外陰部に痛みや不快感がありますか	71.2%	11.2%	11.9%	2.6%	1.3%	1.8%

表10 倦怠感

	いいえ	すこし	まあまあ	かなり	とても	不明・無回答
疲れやすいですか	10.4%	36.1%	32.5%	11.9%	6.5%	2.6%
横になっていたと感じますか	29.4%	36.1%	22.9%	7.3%	2.6%	1.8%
ぐったりと感じますか	53.0%	24.9%	12.7%	4.7%	2.3%	2.3%
不注意になったと感じますか	40.3%	33.0%	14.0%	7.0%	2.6%	3.1%
活気はありますか	11.7%	14.0%	48.6%	16.9%	6.5%	2.3%
身体がだるいですか	40.0%	33.2%	13.0%	8.3%	3.4%	2.1%
言い間違いが増えたように感じますか	38.4%	38.2%	11.9%	6.5%	2.6%	2.3%
物事に興味をもてますか	6.5%	17.7%	38.4%	23.6%	11.7%	2.1%
うんざりと感じますか	41.6%	35.8%	13.5%	5.2%	1.3%	2.6%
忘れやすくなったと感じますか	17.4%	43.4%	19.5%	13.5%	4.2%	2.1%
物事に集中することはできますか	5.2%	11.2%	50.6%	22.1%	8.6%	2.3%
おっくうに感じますか	19.0%	40.5%	24.9%	10.1%	3.1%	2.3%
考える速さは落ちたと感じますか	21.6%	35.6%	21.8%	14.5%	4.2%	2.3%
がんばろうと思うことができますか	3.9%	12.2%	42.1%	29.4%	10.4%	2.1%
身の置き所のないようなだるさを感じますか	68.6%	15.6%	9.1%	3.4%	1.3%	2.1%

表 11 浮腫・むくみの程度

浮腫やむくみなどの症状はほとんどない	51.2%
皮膚を押すと、指のあとが残ることがあるが、すぐ元に戻る	27.3%
皮膚を押すと、指のあとが残る、数十秒してから元に戻る	14.0%
上記の症状が進行し、皮膚が硬くなって、皮膚を押してもあとが残らなくなっている	2.1%
さらに進行し、皮膚の色が変わったり、象の皮のように硬くなっている	0.3%
不明・無回答	5.2%

## 5) QOL

QOLとして、K6（抑うつ尺度）、SF8の下位尺度である身体的健康、精神的健康の記述統計を表12に示す。

表12 QOL尺度の記述統計

	平均値	中央値	最小値	最大値
K6	4.03	3.00	.00	21.00
SF8_身体的健康	51.01	52.55	24.78	66.71
SF8_精神的健康	46.57	47.96	16.75	64.19

## 6) 健康行動の実施と QOL

婦人科がん患者の特性と、健康行動の実施、QOLとの関係性を検討するため、共分散構造分析によるモデル構築を行った。まず、健康行動として、「身体活動」「食生活」「睡眠」の3つの潜在変数を仮定し、身体活動には「余暇の身体活動量（METs・時/週）」「一日の座位時間」を観測変数として使用した。食生活は望ましい食生活に関するセルフ・エフィカシー尺度の合計得点を「望ましい食行動」、食物摂取量頻度の合計得点を「食物摂取頻度」として使用した。睡眠は「規則正しい睡眠」「十分な睡眠時間」を使用した。健康行動に影響を与える要因として、個人要因として「自己効力感」、環境要因として「ソーシャルサポート」を仮定し、「自己効力感」にはがん患者用自己効力感尺度の下位尺度「感情統制の効力感」「日常生活の効力感」を使用した。「ソーシャルサポート」にはソーシャルサポート尺度の下位尺度「情緒的ソーシャルサポート」「手段的ソーシャルサポート」および「生活習慣改善の協力者がいない」を使用した。婦人科がん患者のQOLに影響を与える要因として「治療の悪影響」を潜在変数として仮定し、UDI6尺度の合計得点を「排尿困難」、Cancer Fatigue Scaleの総得点を「総合的倦怠感」、浮腫・むくみの程度を「浮腫・むくみ」として使用した。そして、「QOL」という潜在変数を仮定し、SF8の下位尺度「身体的健康」「精神的健康」およびK6合計得点を「抑うつ状態」として使用した。仮説として、「ソーシャルサポート」「自己効力感」が「健康行動」を促進し、「健康行動」は「治療の悪影響」を軽減するとともに「QOL」を向上させ、「治療に伴う悪影響」は「QOL」を低下させるという関係性を仮定し、因果モデルを構築した。その結果を図1に示す。

このモデルの適合度指標は、Normed Fit Index (NFI) = 0.844、Comparative Fit Index (CFI) = 0.906、Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.055 であり、モデルとデータの適合は許容範囲にあると考えられる。

「健康行動」から「睡眠 ( $\beta=0.37$ )」「身体活動 ( $\beta=0.35$ )」「食生活 ( $\beta=0.22$ )」と正のパスが引かれ、「規則正しく、十分な睡眠を取ること」、「余暇の身体活動量を増やし、座位時間が短いこと」、「望ましい食生活を送り、さまざまな食物摂取頻度が高いこと」、という健康行動のまとまりがみられた。「健康行動」には「ソーシャルサポート ( $\beta=0.10$ )」「自己効力感 ( $\beta=0.89$ )」と正のパスがひかれ、周囲からのサポートが得られることと、本人の自己効力感の高さが健康行動実施に影響するといえる。「健康行動」から「治療の悪影響」に負のパス ( $\beta=-0.78$ )、「QOL」に正のパス ( $\beta=0.89$ ) が引かれ、健康行動を実施することで、治療に伴う悪影響が軽減され、また、QOLを向上させるという関係となった。「治療の悪影響」は「浮腫・むくみ ( $\beta=0.16$ )」「排尿困難 ( $\beta=0.38$ )」「総合的倦怠感 ( $\beta=0.89$ )」であり、「総合的倦怠感」の値が最も高かった。そして、「治療の悪影響」から「QOL」には負のパス ( $\beta=-0.31$ ) が引かれ、治療に伴う悪影響が QOL を低下させるという関係となった。

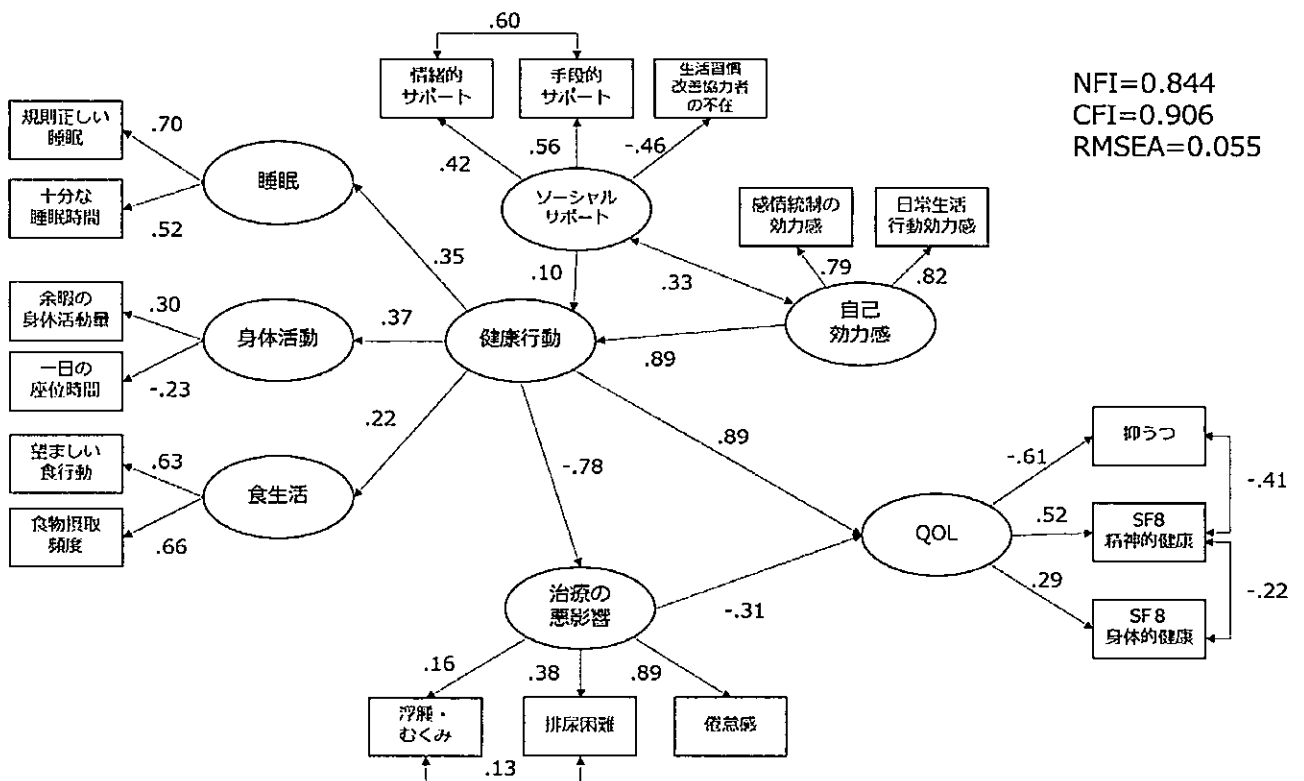


図1 健康行動と QOL に関する共分散構造分析

#### 4 考察

---

本研究では、婦人科がん患者の健康行動、治療における悪影響（浮腫・むくみ、排尿困難、倦怠感）と QOL の関係性を明らかにするために、共分散構造分析を用いて因果モデルを構築した。因果モデルの結果からは、婦人科がん患者が健康行動を実施するには周囲からのサポートと本人の自己効力感が重要であるといえる。「ソーシャルサポート」から「健康行動」へのパスが  $\beta=0.10$  と低めではあるが、これは本研究で使用したソーシャルサポート尺度が日常生活での相談相手や手助けしてくれる人についての質問項目であり、健康行動のサポートに特化した質問内容ではないことが影響していると考えられる。しかし、「ソーシャルサポート」と「自己効力感」には 0.33 の相関も得られており、婦人科がん患者の健康行動実施に周囲からのサポートが重要となるといえるだろう。また、健康行動を実施することで、浮腫・むくみ、排尿困難、倦怠感といった婦人科がんの治療による悪影響が軽減され、また、直接 QOL を向上させるという関係となった。一方で「治療による悪影響」は「QOL」に負のパスとなっており、健康行動によって治療による悪影響が軽減されたとしても、やはり治療による悪影響を経験することは婦人科がん患者の QOL を低下させるといえる。しかし、「健康行動」から「QOL」へは  $\beta=0.89$  と非常に高い係数が得られており、婦人科がん患者の QOL を向上については、健康行動の積極的実施が重要となることが示唆された。

以上から、本研究では、婦人科がん患者の健康行動が、治療に伴う悪影響の軽減と QOL の向上に重要な役割を果たすことが明らかとなった。そして、健康行動実施の際には、本人の自己効力感などの個人的要因も重要となるが、周囲からのサポートが得られることも重要となることも明らかとなった。よって、今後の婦人科がん患者の支援として、本人が健康行動を継続できるような周囲からのサポートを提供すること、そして、本人のやる気や自信などの自己効力感を高めるような働きかけや教育、情報提供を行うなどが有効となること考えられる。

今後は、本研究の結果を活用し、具体的な支援方法などについて検討を行っていく予定である。

## 5 参考文献

---

1. Williams K, Steptoe A, Wardle J: Is a cancer diagnosis a trigger for health behaviour change? Findings from a prospective, population-based study. *Br J Cancer* 2013, 108:2407-2412.
2. Gjerset G, Fosså S, Courneya KS, Skovlund E, Thorsen L: Exercise behavior in cancer survivors and associated factors. *J Cancer Surviv* 2011, 5:35-43.
3. George SM, Alfano CM, Wilder Smith A, Irwin ML, McTiernan A, Bernstein L, Baumgartner KB, Ballard-Barbash R: Sedentary behavior, health-related quality of life, and fatigue among breast cancer survivors. *Journal of physical activity & health* 2013, 10:350-358.
4. Blaney JM, Lowe-Strong A, Rankin-Watt J, Campbell A, Gracey JH: Cancer survivors' exercise barriers, facilitators and preferences in the context of fatigue, quality of life and physical activity participation: a questionnaire-survey. *Psychooncology* 2013, 22:186-194.
5. Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J, Courneya KS, Schwartz AL, Bandera EV, Hamilton KK, Grant B, McCullough M, et al: Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin* 2012, 62:243-274.
6. Tyrrell A, Keats M, Blanchard C: The Physical Activity Preferences of Gynecologic Cancer Survivors. *Oncol Nurs Forum* 2014, 41:461-469.
7. Andrykowski MA, Beacham AO, Schmidt JE, Harper FW: Application of the theory of planned behavior to understand intentions to engage in physical and psychosocial health behaviors after cancer diagnosis. *Psychooncology* 2006, 15:759-771.
8. 竹中晃二: 行動変容 健康行動の開始・継続を促すしかけづくり. 財団法人 健康・体力づくり事業財団; 2008.
9. Ajzen I: The Theory of Planned Behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991, 50:12.
10. 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 4 edition*. Edited by Glanz K, Rimer B, Viswanath K; 2008
11. Bifulco G, De Rosa N, Tornesello ML, Piccoli R, Bertrando A, Lavitola G, Morra I, Di Spiezio Sardo A, Buonaguro FM, Nappi C: Quality of life, lifestyle behavior and employment experience: a comparison between young and midlife survivors of gynecology early stage cancers. *Gynecol Oncol* 2012, 124:444-451.
12. Stevinson C, Faught W, Steed H, Tonkin K, Ladha AB, Vallance JK, Capstick V, Schepansky A, Courneya KS: Associations between physical activity and quality of life in ovarian cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2007, 106:244-250.
13. 福原俊一, 鈴嶋よしみ: SF8 日本語マニュアル. NPO 健康医療評価研究機構 2004, 1:15-89.
14. Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, Uda H, Nakane H, 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.
15. Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Shima Y, Maruguchi M, Hosaka T, Uchitomi Y: 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.

16. 會退友美, 赤松利恵, 林芙美, 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.
17. 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.
18. 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.
19. 野口裕二: 高齢者のソ-シャルサポート--その概念と測定. 社会老年学 1991:37-48.
20. Yoshida M, Murayama R, Ota E, Nakata M, Kozuma S, Homma Y: Reliability and validity of the Japanese version of the pelvic floor distress inventory-short form 20. Int Urogynecol J 2013, 24:1039-1046.



**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、婦人科がん患者が積極的な健康行動をとることが、治療に伴う浮腫・むくみ、排尿困難、倦怠感などの悪影響を緩和するとともに、QOLを直接向上させることが示された。そして、婦人科がん患者が継続的な健康行動を実施していくためには、本人の動機づけや自己効力感などを高めるサポートや、周囲の人の情緒的、手段的サポートも重要となることが明らかとなった。よって、今後の婦人科がん患者への支援として、健康行動を維持できるような働きかけを行うこと、その際には本人だけでなく、周囲の人のサポートが得られるかどうかも念頭に置くことなどが重要であると考えられる。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。