

ボディ・イメージ・アセスメント・ツールの開発

藤崎 郁*

Development of “Body Image Assessment Tool”

Kaoru Fujisaki, MN, RN.

Kobe City College of Nursing, Fundamentals of Nursing Dept., Hyogo, Japan

Summary

In principle, any person faced with illness or injury will undergo an alteration of body-image.

To be most effective in helping patients adjust to body-image disturbances in any clinical situations, it is necessary to first identify their whole state of body-image. The purpose of this research was to develop a comprehensive, reliable, useful and practical assessment tool for screening body-image disturbances of patients.

Conceptual framework of this research, body-image is presumed as integrated into body-perception, body-expectation and body-appraisal, and the three constructs influenced each other. On this premise, this research assumed five operational concepts of body-image, “Body-cathexis”, “Body-boundary”, “Body-depersonalization”, “Body-control”, “Body-esteem”, based on an explanatory model of body-image disturbances.

The five categories of individual's body-image states were assessed by 43 item concepts operationalized self-response questionnaire. Based upon the item-pools, a 4-point scale Body Image Assessment tool (BIAT) was developed.

In order to examine and select items, and evaluate BIAT's reliability and validity, the following three steps were taken. First, test-retest method was carried out on 46 schoolteachers at 3 weeks' intervals also on 92 patients with internal common disease for reliability. Third, for construct validity and content validity, BIAT was examined on 20 learned experts having knowledge and scientific point of view about body-image.

The result was that BIAT was reduced to 27 items.

* 神戸市看護大学基礎看護学講座

ボディ・イメージ・アセスメント・ツールの開発

The definitive BIAT yielded satisfactory estimate of test-retest reliability between first data and second data by Pearson's product from the test-retest method ($\gamma=0.76^*$ for Body-cathexis, $\gamma=0.44^*$ for Body-boundary, $\gamma=0.67^*$ for Body-depersonalization, $\gamma=0.78^*$ for Body-control, $\gamma=0.75^*$ for Body-esteem, * $p<0.001$).

The definitive BIAT's internal concurrent reliability was assured by the test for the patients ($\alpha=0.89$ for Body-cathexis, $\alpha=0.85$ for Body-boundary, $\alpha=0.76$ for Body-depersonalization, $\alpha=0.84$ for Body-control, $\alpha=0.90$ for Body-esteem).

Concurrent validity was examined by comparing the definitive BIAT with Body-Cathexis Scale ($\gamma=0.33^*$ for Body-cathexis, $\gamma=0.16$ for Body-boundary, $\gamma=0.18$ for Body-depersonalization, $\gamma=0.60^{**}$ for Body-control, $\gamma=0.46^{**}$ for Body-esteem, ** $p<0.001$, * $p<0.01$). It seemed evident that BIAT was adequate for judging individual's body-image state.

The results of these surveys assured that BIAT was reliable and valid body-image assessment tool. Using BIAT, patient's body-image could be easily and precisely, assessed; individual's body-image disturbances intervened in effectively.

キーワード

ボディ・イメージ body-image

ボディ・イメージの障害 body-image disturbance

ボディ・イメージ・アセスメント・ツール Body Image Assessment Tool

ボディ・カセクシス・スケール Body-Cathexis Scale

自己概念 self-concept

I はじめに

ボディ・イメージとは人が自分の身体についてもつ心象であり、それは自分の身体に関係するあらゆる知覚と経験によって形成され、相互作用のなかで絶えず修正され変化していく観念であるとされている¹⁾。

原理的には、すべての病気や傷害によってボディ・イメージの問題が起こりうると考えられるにもかかわらず、これまでには、ボディ・イメージの問題は、乳房や子宮などの臓器の切除やアノレキシアなど一部の疾患や手術などにおいてのみ、経験的・直観的に対処されてきたきらいがある。本研究では、こうい

った現状を開拓するために、あらゆる状況に対応できるようなボディ・イメージのアセスメントツールの開発を目的とする。

II 研究の背景

1. ボディ・イメージ研究の歴史的推移²⁾

ボディ・イメージについての臨床研究は、臨床外科学の創始者といわれるパレ (Paré, A.) による16世紀の幻影肢・幻肢痛の記述から始まり、近代医学の誕生と発展とともにフランス、イギリス、ドイツ、アメリカと舞台を移し、主に精神病理学や神経学、心理学の分野で考察が行われてきた^{3~5)}。

1920年にイギリスの神経学者ヘッド (Head, H.) によって深部感覚に基づく身体図式 (body schéma) の概念が提示されて以来、神経学的には感覚・知覚の異常がボディ・イメージの障害として位置づけられた。続くシルダー (Schilder, P.) は、1935年にヘッドの身体図式の概念を踏まえたうえで、精神医学、神経病学、精神分析学、哲学、社会学などの包括的概念としてボディ・イメージを体系化し、それ以降、次々とその機構を明らかにした^{5~9)}。1940年代まで、分裂病などの精神疾患や特異な神経疾患の身体知覚や認識の異常の解明が主な目的であったボディ・イメージ研究は、このころから、臨床心理学やその周辺領域にまで拡大し、概念自体にも新たな意味づけと広がりがみられてくる。

1950年代には、心理学者のフィッシャーとクリーヴランド (Fisher, S. & Cleveland, S.E.) が身体境界 (body boundary) の概念を提示し¹⁰⁾、境界浸透度を得点化する方法を開発した。1964年には、ホロウィッツ (Horowitz, M.J.) らが身体空間 (body space) の考え方から身体緩衝帯 (body buffer zone) についての研究を行った¹¹⁾。また、ボディ・イメージの障害を「認識と知覚の不一致の引き起こす葛藤」¹²⁾とする身体知覚 (body perception/perceived body) の概念や、「身体あるいは身体部分へのリビドーの集中と充当の異常」⁵⁾と考

える身体カセクシス (body cathexis) の概念の確立も試みられている。

1970年代以降になると、この時期、学問体系を整理し実践の基盤となる理論を構築することを希求していた看護学において、ボディ・イメージの概念は、身体の構造・機能・外見に変化を生じた患者の喪失や適応、あるいはリハビリテーションの視点から注目され始めた。特に、1973年に全米看護診断分類会議（現北米看護診断分類会議）によって、「ボディ・イメージの障害 body image disturbance」が看護診断ラベルとして公式に採択されて以来^{13,14)}、理論書や教科書の中でボディ・イメージの重要性について頻繁に言及されるようになり、ボディ・イメージは自己概念 (self-concept) の一構成概念として位置づけられることが一般的となつた^{15~17)}。また、同じく自己概念の構成概念とされる自己尊重 (self-esteem) との密接な関連についても盛んに研究されている^{16~22)}。

1980年代以降は、看護学の進出に伴って研究の対象も拡大され、最近では、精神・神経疾患だけでなく、身体の急激な変化を伴う外科的な領域をはじめ、いくつかの慢性疾患やがんを中心として内科的領域でもボディ・イメージについて検討されるようになってきた。特に、ストーマ造設や気管支喘息、リウマチ性疾患など、身体症状や機能をコントロールすることが難しい疾患に関して、ボディ・イメージの問題を指摘する文献も多く見られる^{23~26)}。

2. 包括的概念モデル構築の試み

そのような状況の中で、看護学の領域では、ボディ・イメージの概念を包括的にまとめ、あらゆる対象に適用しようとする動きが見られるようになり、1977年、ブラウン (Brown, M.S.) によって、初めてボディ・イメージの概念モデルが提示された²⁷⁾。彼はボディ・イメージを、「最深層の器質的身体経験」、「行動的（動作的）身体経験」、「位置的身体経験」という3層の身体経験 (body experience) からなると規定し、様々な環境因子や他者との相互作用によって経時的に変化していくものであることを強調している。このモデルは抽象的であるためその後の臨床的な検証には使われていないが、疾患や病態に

かかわらずボディ・イメージ全体を包括的に説明するという意味で画期的な試みであった。

1990年になると、看護学者プライス（Price, B.）によって新たなボディ・イメージの概念モデルが発表された²⁸⁾。プライスの規定では、「理想身体」、「現実身体」、「表現身体」の三角形によってボディ・イメージは均衡が保たれており、三角形のバランスが崩れた状態がボディ・イメージの変調（alterations in body image）である。

このモデルが提示されたことにより、ボディ・イメージとその変調についての説明と看護介入の方向性の検討が、概念モデル上で具体的に可能となった。しかし、たとえば、身体境界が不明瞭となった分裂病患者や、肥満であることは認識しているがやせようとは思っていない肥満患者の場合のように、典型的なボディ・イメージの障害であるとされているにもかかわらず、プライスの三角形はむしろある種のバランスを保ったままのケースもある。これまでの研究によると、前者は身体境界の透過性亢進状態¹⁰⁾、後者は身体に対する態度（attitude）の変調²⁹⁾としてボディ・イメージ研究の重要なテーマとなっており、プライスの三角形ではボディ・イメージの障害全体を説明することはできないということがわかる。

また、プライスのモデルでは、「理想身体」、「現実身体」、「表現身体」の3要素間の関係性を問題としているが、本来力動的に変化するものである関係性自体を操作的に定義したり、検証したりすることは非常に難しく、このモデルも具体的に分析や検討を行うにはやはり次元が高すぎて、その後の具体的な実証研究にはほとんど活用されていない。

3. いくつかの測定用ツールと臨床研究

これまでボディ・イメージを測るためにいくつかのツールが開発されているが、そのなかで最もよく用いられているのは、1953年に心理学者のセコードとジュラード（Secord, P.F. & Jourard, S.M.）が開発した『ボディ・カセクシス・スケール Body Cathexis Scale』³⁰⁾である。カセクシス（cathexis）とは、

本来、リビドーの集中と充当を意味する精神分析学の用語であるが、このスケールは、46項目の身体に関する名詞（たとえば、目、鼻、胃腸のはたらき、健康、睡眠など）についての満足度を5段階で問うリカートスケールである。

測定者間誤差が少なく量的な調査が可能なこのスケールが開発されたことによって、研究対象が拡大し、実際の臨床において調査・研究が進んだことは事実である。具体的には、乳房切除術^{31,32)}、ストーマ造設術^{33,34)}、思春期の脊柱側弯矯正³⁵⁾、脳腫瘍³⁶⁾、慢性閉塞性肺疾患³⁷⁾、多発性硬化症による重篤な身体的障害³⁸⁾、授乳³⁹⁾などによってボディ・イメージが障害されることが確認され、逆に、高齢者のボディ・イメージのあり方がその人の健康状態に影響することが立証された⁴⁰⁾。その他にも化学療法による脱毛群と非脱毛群の比較⁴¹⁾、正常体重群と肥満治療を受けている群、受けていない群の比較⁴²⁾、慢性関節リウマチと全身性エリテマトーデスとの比較¹⁸⁾などの検討も行われている。

しかし、身体各部の満足感を「ボディ・カセクシス」と呼ぶことが妥当かどうか、またそれだけをもってボディ・イメージの指標とするべきかどうかは疑問である。また、たとえば乳房切除や四肢切断などの限定された局所に原発するボディ・イメージの障害の程度や深さが、各部の満足感の単純合計という得点化の方法によって十分に反映できるのかという問題も指摘されるところである。

1950年代には、心理学者のフィッシャーとクリーヴランドによって『身体境界スコア Body Boundary Score』が確立され、ボディ・イメージの概念に身体境界という新たな側面が加えられた¹⁰⁾。この方法はロールシャッハ・テストのなかで、防壁スコアと浸入スコアによって境界浸透度を得点化するもので、2人は慢性関節リウマチ患者の研究を皮切りに、分裂病やがん、ストレス性の疾患（心身症）などの患者を研究し、病気とボディ・イメージの関係を明らかにしようとした。しかし、この方法は、ロールシャッハ・テストについての専門的知識を必要とするために一般的な使用は難しく、1980年以降は精神科医や心理療法士による骨盤・生殖器のがんや乳がんについての若干の報告が見られるのみで^{31,43)}、後続研究は多くない。

また、1990年には、トマス・キャッシュ（Cash, T.F.）らの手で『身体-

自己関係質問票 Body-Self Relations Questionnaire』が開発された⁴⁴⁾。この調査票は、摂食障害患者や肥満患者などを対象に、その後も信頼性・妥当性の検討が重ねられている^{45~49)}。しかし、身体の表現や外見（Appearance）にかかわる部分が強調されているのに比べて、身体機能や運動性がそれほど重視されていないという特徴をもつため、一般的の身体疾患や身体障害をもつ患者への適用は難しい。

その他には、ボディ・カセクシス・スケールを下敷きにして作られた『ボディ・イメージ・態度スケール Attitude to Body Image Scale』⁵⁰⁾や、周手術期の患者を対象とする『ボディ・イメージ・スケール Berscheid, Walster, and Bohrnstedt Body Image Scale』⁵¹⁾、それを乳房切除患者用に縮小した『(ポリヴィの) ボディ・イメージ・スケール Body Image Scale』⁵²⁾、ビジュアル・アナログ・スケールの応用版の『ボディ・イメージ・ビジュアル・アナログ・スケール Body Image Visual Analogue Scale』⁵³⁾などがスケールとして開発されているが、大半が開発に伴う単発の研究か開発者グループによる使用にとどまっており、内容的にも、限られた疾患や状況を想定したものが多く、ボディ・イメージの一側面のみを問うものとなっている。

4. ボディ・イメージ研究における今後の課題

以上のように、ボディ・イメージの概念はその対象範囲も広く、成り立ちは複雑である。そのため、ボディ・イメージは今もって明確な統一概念とはなっていないだけでなく^{1,4)}、専門ごとに独自の解釈に沿って、バラバラに研究が進められているのが現状である。

最近では看護学の領域でその研究対象が大幅に拡大し、限定された疾患や状況における特殊な概念としてボディ・イメージをとらえるのではなく、広く病むこと全般のなかで考えようとする傾向が見られてきてはいるが、まだ概念として十分体系化しておらず、いくつかの主要概念を説明するうえでの副次的な用語として用いられているだけのことも多い。また、今までにいくつかの概念モデルの構築と測定用ツールの開発がなされているものの、病む人のボディ・

イメージのあり方や有効な介入について具体的に検討するためには、どれも十分とはいえない。

臨床においては、患者のボディ・イメージは常に不安定であり、時には援助を必要としているが、その状態が見えにくく判断しにくいため、ボディ・イメージにかかわる問題は重要とされながらも、つい見過ごされがちである。患者の身体の変化に伴うボディ・イメージのダイナミクスを見守り、必要なときに適切な介入を行うためにはボディ・イメージのメカニズムを具体的に明らかにし、有効な介入を考えていいくことが不可欠である。

以上のような状況を考えると、当面の課題は、概念全体を網羅し実証研究の枠組みとなりうるボディ・イメージの概念モデルを構築することと、検証に用いることのできる有効な測定用ツールを開発することであろう。

III 研究の枠組み

そこで本研究では、これまでの研究を踏まえたうえで、新たなボディ・イメージの概念モデルを仮説として提示し、続いて、仮説モデルを概念枠組みとした測定用ツールを開発することを試みる。ツールの開発に際しては、暫定的に作成したツールをテスト・リテスト群と内科一般患者群に試し、ツール作成に必要とされる手続きを踏む^{54～57)}。

今回の研究は、概念の整理とツールの作成が主な目的であるため、ツールの基盤となる仮説モデルに関しては、改めて調査を行ったうえで検証と検討を行うつもりである。

仮説モデルと連動したツールは、今後の概念モデルの検証と洗練のために必要なものであると同時に、安全で簡便なスクリーニング用のアセスメントツールとして、臨床現場での日常的な実用化を目指して開発する。

IV ボディ・イメージ概念モデルの構築

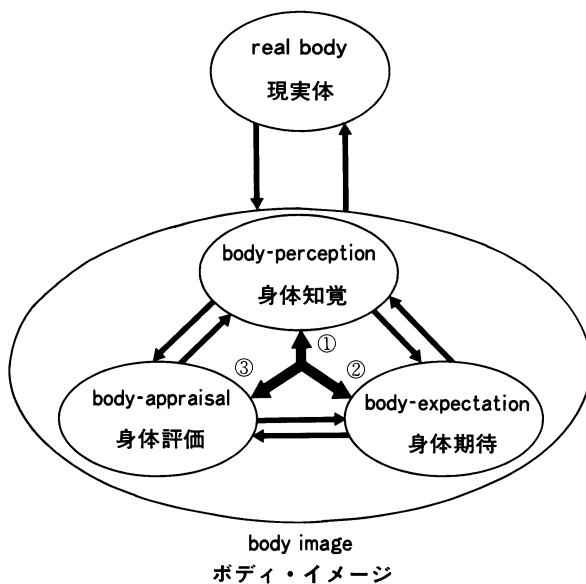
1. ボディ・イメージの構成的概念モデル

文献検討と入院患者へのインタビューによる予備調査(1)をもとに、ボディ・イメージを、「自分の持つ“ありうべき姿”に照らし合わせた結果、身体に対して下される判断であり、現実の身体に対する知覚と評価のプロセスを経た観念である」と定義し、「身体知覚」、「身体期待」、「身体評価」の3つの構成概念の相互関係で形成される認識の総体であると規定する（図1）。

身体知覚（body-perception）とは現実の身体に対する自己の知覚像であり、身体期待（body-expectation）とは身体に対する理想と経験の統合体、身体評価（body-appraisal）とは身体に対する自己の評価の結果である。そうすると、ボディ・イメージの障害（body image disturbance）は3つの構成概念間の不調和であり、それぞれの構成概念が他の2つと相互的に作用し合い、影響し合うなかで起こっている一種の変調状態であると考えられる。

2. ボディ・イメージの障害の説明モデル

まず、「身体知覚」のベクトルの変調として（①の方向軸）、うまく自分の身体を知覚することができないで、身体の境界が不明瞭になる「身体境界の変調」と、知覚した身体を自分の中に統合することができず、からだが自分のものでなくなったように感じる「身体の離人化」が理論的に導かれる。次に、「身体期待」のベクトルからは（②の方向軸）、自分の身体に対して極端に敏感もしくは鈍感になる、あるいは、身体に対するこだわりが異常に強くなったり逆に身体をかえりみなくなる「身体カセクシスの変調」が導かれる。続いて、「身体評価」のベクトルからは（③の方向軸）、身体の不安定さに振り回されて自分のからだが思うようにならないと感じ、身体を信頼することができなくなる「身体コントロール・身体信頼感の変調」と、自分の身体に満足できなかった



《用語の定義》

現実体 (real body)

現実の身体であり、知覚される対象としての実在である。

身体知覚 (body-perception)

現実体に対する自己の知覚像である。

身体期待 (body-expectation)

自分が理想とする身体像（身体理想像：ideal body）と、これまで経験してきた身体のあり方（身体経験像：experienced body）との統合体であり、自己の認識する身体の「ありうべき姿」である。現実体に対する知覚と評価の基準となりうる。

身体評価 (body-appraisal)

現実体に対する自己の判断と位置づけであり、そのプロセスは、身体知覚に基づき身体基準を物差しとして下される。

図1 ボディ・イメージの構成的概念モデル

りからだを大切な欠けがえのないものと認識できなくなる「身体満足感・身体尊重の低下」が導かれる。

3. 5つの操作概念

以上の理論的組立から、ボディ・イメージ概念を規定する5つの操作概念とその定義を以下のように規定した。

1) 身体境界 (body-boundary)

身体境界とは、身体と外界との境界に関する知覚である。身体境界の障害には、幻影肢などの「固定された身体境界の知覚」と、身体空間が拡大したり縮小したりする「動的な身体境界の知覚」の2つの側面があるが、身体境界が障害されると、いずれの場合でも、身体と外界との透過性は亢進する。

2) 身体の離人化 (body-depersonalization)

身体の離人化とは、身体あるいは身体の一部が自分のものでないような感覚をもったり、それらが自分らしさを失ってしまい、生き生きとした自己一体性が失われた状態をいう。身体の離人化は、異物感や身体疎外感を伴う。

3) 身体カセクシス (body-cathexis)

身体カセクシスとは、リビドーすなわち心的エネルギーの、身体に対する異常な移動と充当を意味する。心的エネルギーの移動と充当が過剰な場合、身体に対する極端な興味や関心、意識の集中、過敏性や固執などの症状を示し、過小な場合は、身体に対する無関心、無頓着、忘失などの症状がみられる。

4) 身体コントロール (body-control)

身体コントロールとは、身体の状態を自分でコントロールできているという感覚をいう。不安定な身体症状や機能などのために身体に対するコントロール感が低下すると、身体への信頼感も低下して、逆に自分が身体にコントロールされているように感じるようになる。

5) 身体尊重 (body-esteem)

身体尊重とは、自分自身の身体に対する価値判断であり、身体を是認し、価値あるもの、尊いもの、冒すべからざるものとして尊重する感覚をいう。身体に関する否定的な経験を何度も繰り返すことによって、身体への自信は失われていき、そのたびに身体についての満足感は低下する。

V アセスメントツールの開発

1. アセスメントツールの作成

先に導いた5つの操作概念ごとに、5カテゴリーのアイテムプールを作成した。その際、質問の内容が特定の疾患や状況に限定されない包括的なものとなるよう配慮し、できるだけ多くの質問項目を用意した。

アイテムプールをもとに作成するアセスメントツールは自記式・單一回答形式とした。また、回答の簡便性と信頼性などの利点を考えてリカート法を採用し、中立的な回答を避けるために4段階評点法とした。得点化の方法については、シグマ値法と簡便法とでその結果にほとんど影響がないとされていることから簡便法を採用した⁵⁸⁾。選択肢は文脈によって、「よくそんなことがある」「ときどきそんなことがある」「あまりそんなことはない」「まったくそんなことはない」という頻度を問うものと、「まったくそのとおり」「どちらかというとそのとおり」「どちらかというとちがう」「まったくちがう」という各自の傾向を問うものとを用意し、質問項目が否定文の場合は得点を逆に換算したうえで、間隔尺度に準じてパラメトリックな分析を行えるようにした。

また、回答時間やワーディング、質問の配列については、入院患者と外来患者を対象に、インタビューを併用した予備調査(2)を実施したうえ修正を加え、特に質問の配列は、回答の容易さと回答の際の思考の流れを考慮して、操作概念ごとに、「身体カセクシス」、「身体境界」、「身体の離人化」、「身体コントロール」、「身体尊重」の順とした。

2. 内容的妥当性の検討

臨床において、ボディ・イメージの障害のハイリスク群に接する機会が多く、その状態をよく理解していると思われる婦長・主任クラスの熟練看護婦7名と、心療内科、外科、精神科、一般内科の医師6名、ボディ・イメージに関連する

領域に対して知識と科学的視点をもつ看護・保健学領域の研究者7名に内容的妥当性の検討を依頼した。その際、仮説として立てた概念モデルの説明とその根拠についても概略を送付し、構成概念妥当性の吟味も併せて依頼した。その結果は概念モデルにすでに反映済みである。

内容的妥当性の検討の結果、設定したアイテムプールはほぼ支持された。しかし、いくつかの項目については複数の有識者の分類に同様の混乱が生じていたため、その項目については、続く標本調査の結果と合わせて再度検討することとした。全般的に見ると、「身体カセクシス」、「身体コントロール」、「身体尊重」の3つのカテゴリーにおいて、項目によっては選別が難しい傾向にあった。

3. 標本調査の方法

統いて、作成したアセスメントツールの信頼性・妥当性を確認し、同時に質問項目を選択する目的で、2つの標本調査を実施した。調査に際しては、年齢・性別・現病歴・既往歴からなる基本調査票と、併存的妥当性の検討のためのセコードとジュラードのボディ・カセクシス・スケールを、アセスメントツールと合わせて1つの調査票とし、すべてのデータ解析には、Statistical Package for the Social Science (SPSS/PC+) を用いた。

調査①は、同一施設で働く46名の教職・事務職就労者を対象に、テスト・リテスト法によるツールの経時的安定性を検討する目的で行われた。調査票は、調査依頼状とともに直接対象者に配布し、3週間の間隔をおいて2回目の調査を実施した。調査期間は、平成7年9月11日～16日（第1回）、および10月2日～10月5日（第2回）であった。

調査②は、250床規模の総合病院において、調査協力者であるA医師の一般内科外来を受診した92名の患者を対象に、一般的な病気をもつ患者に対するツールの内的整合性と併存的妥当性の検討を目的として1回のみ行われた。調査票と調査依頼状は、A医師より調査についての説明と依頼を行ったのち直接手渡しで配布され、郵送法にて調査者のもとに回収された。調査票配布は平成7年9月後半のA医師の3回の外来日とした。

表1 対象の属性

	A群	B群
年齢幅	22～59歳	28～90歳
平均年齢	36.7歳	60.1歳
男性人数	16人(34.8%)	44人(57.9%)
女性人数	30人(65.2%)	32人(42.1%)
合計人数	46人	76人

4. 対象の属性

調査①においては46名（100%），調査②においては76名（82.6%）の有効回答を得た。対象の属性を表1に示す。

5. 質問項目の選択

1) Test-retest reliabilityの検討（表2）

調査①で得られた2回の得点について，単項目ごとの相関を検討した結果，5%水準において有意な相関が得られなかった項目はQ17, 18, 23, 27の4項目，1%水準でQ8, 14, 37の3項目であった。

それぞれのクロス表を確認すると，Q27，およびQ8と37はばらつきが多く，2回の回答の一致率も低かったため，安定性を欠く質問項目であると判断し，ツールのアイテムから除外した。

また，Q23の一致率は93.5%と高値であったが，1回目には全員が同一の回答をしたために分散がまったくなく，2回目との相関係数を算定することができなかった。同様に，Q17と18は一致率がそれぞれ91.3%，95.7%とこれも高値であったが，やはり回答の9割以上が1つの選択肢に集中したためほとんど分散がなく，わずかな違いが相関係数に響いて有意な相関が出なかった。内容的には，いずれもそれぞれの操作概念を直接反映する，欠くことのできない設問であり，症状をもつ特殊な対象を想定した設問であって，大半が健常者であるこの調査の結果だけではこれらを除外する根拠とはなりえないと判断し，そ

表2 Test-retest reliabilityの検討と質問項目の選択

カテゴリー	No.	項目	単項目の相関係数	削除項目
body-cathexis	Q 1	まわりの人から、からだのことに関して少し気にしてしまうといわれる	.683***	
	Q 2	からだの調子や見た目が気になって、外出するのがおっくうになったり、人前にはできるだけ出たくない	.596***	
	Q 3	からだの調子や見た目が気になって、仕事や家事や勉強が手につかない	.525***	
	Q 4	からだの調子や見た目が気になって、眠れない、または、悪い夢を見る	.451**	削除
	Q 5	からだの調子や見た目が気になって、趣味や旅行、遊びなどを心から楽しむことができない	.608***	
	Q 6	からだの調子や見た目が気になって、異性の前に出るとりラックスできない	.637***	
	Q 7	自分のからだ、またはからだのある部分を見たくない、あるいはとても見ることができないと思う	.526***	削除
	Q 8	自分のからだ、またはからだのある部分をみんなに見てもらいたいと思う	.267*	削除
	Q 9	自分のからだ、またはからだのある部分にさわりたくない、あるいはさわることができない	.423***	
	Q 10	からだの調子や外見に一喜一憂するほうである	.542***	削除
	Q 11	自分のからだやその一部が人と違っていると思い知らされる	.513***	削除
	Q 12	他の人の視線が自分のからだに集中しているように感じて、不安になる	.512***	
	Q 13	体型や外見にこだわるほうである	.620**	削除
body-boundary	Q 14	手や足や乳房など、あるはずのないからだの部分があるように感じたり、痛みを感じる	.268*	
	Q 15	手や足など、からだのある部分の存在を忘れてしまったり、それがあることに驚いたりする	.505***	
	Q 16	自分のからだと外の世界とがはっきりと区別できないと感じる	.647***	
	Q 17	自分のからだが、無限に大きくなってしまうように感じる	-.039	
body-esteem	Q 18	自分のからだが、だんだん小さくなつて消えてしまうように感じる	-.022	
	Q 19	からだやその一部がしびれたり、感覚が無くなったりする	.755***	削除
	Q 20	自分のからだ、またはからだのある部分が自分のものでなくなったように感じる	.541***	
	Q 21	からだの中に、自分とは違う何か(だれか)が存在しているように感じる	.490***	
body-depersonalization	Q 22	自分のからだのどこかが、からだから切り離されたように感じる	.699***	
	Q 23	自分のからだやその一部が死んでしまったように感じる	—	
	Q 24	からだの調子によって、気分だけでなく自分の生活や毎日の予定が左右される	.606***	
	Q 25	自分のからだについては、自分でコントロールできると思う	.707***	削除
body-control	Q 26	からだについて医者などの専門家に相談してもなかなかうまくいかないと思う	.403**	
	Q 27	いろいろな治療法や健康法を試しても、結局からだのことは自分の手に負えないと思う	.211	削除
	Q 28	調子の波はあっても、自分のからだのことについてはおおむね自信がある	.423**	削除
	Q 29	からだの調子が少々悪いことがあると、すぐにパニック(どうしてよいかった ^{わからぬ} 状態)になる	.621***	
body-control	Q 30	自分のからだについて、自分でも、いつどこでどんな状態になるかわからず不安である	.640***	
	Q 31	たとえ今日からだの調子があまあまあ良くても、その状態は長くは続かないと思う	.748***	
	Q 32	自分の今のありのままのからだで満足している	.539***	削除
	Q 33	自分のからだが好きである	.511***	削除
body-control	Q 34	自分のからだ、またはからだの一部分を取り替えたいと思う	.660***	削除
	Q 35	からだの状態や見た目さえ今と違っていれば、もっとすばらしい人生があるのにと思う	.471***	
	Q 36	自分のからだを恥ずかしいと思う、または、からだの中で恥ずかしいと思う部分がある	.613***	
	Q 37	完全でないところはあっても、自分のからだはかけがえのないものだと思う	.299*	削除
body-control	Q 38	自分のからだが無くなってしまえばいい、からだごと消えてしまいたいと思う	.384**	削除
	Q 39	自分のからだ全体やどこか特定の部分に対して、人前で引け目を感じる	.640***	
	Q 40	自分のからだ、あるいはからだのどこか特定の部分に比べて、他の人のそれがうらやましくねたましい	.610***	
	Q 41	自分のからだやその一部のことを考えると、ついつい気持ちが暗くなる	.368**	
body-control	Q 42	からだのことについて人から意見されたり口出しされると、イライラした気分になる	.469**	
	Q 43	からだのことを考えると、悲しくなったり自分が嫌いになったりする	.564***	削除

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.1

表3 Internal consistencyの検討

	項目選択前(43項目) の信頼性係数	項目選択後(27項目) の信頼性係数
body-cathexis	0.91	0.89
body-boundary	0.85	0.85
body-depersonalization	0.66	0.76
body-control	0.81	0.84
body-esteem	0.88	0.90

のまま3項目を残すこととした。同様に、幻肢痛・幻影肢について問うQ14も、内容的に見て、操作概念の規定上削除できない項目であるため、このまま残した。

2) Internal consistency の検討（表3）

調査②で得たデータによって、一般的な病気をもつ患者に対する信頼性係数 Cronbach' α をカテゴリーごとに算出したところ、「身体の離人化」の $\alpha = 0.66$ を除く4カテゴリーにおいて、十分な内的整合性の保証のための目安とされる0.8を超える値となった⁵⁹⁾。

3) 質問項目の見直しと決定

これらの結果を踏まえ、有識者による内容的妥当性の検討と予備調査(2)時のインタビューの結果をも含めて、項目の見直しを行った。その際、カテゴリーごとのバランスや実証研究において使用しやすい全体の項目数を考慮して、各カテゴリー5項目ずつの合計25項目程度をひとつの目安とした。

まず、Q4と19はボディ・イメージというよりも身体症状を問う設問と混同されやすく、特にQ19は加齢の影響を強く受ける傾向が見られたため削除した。続いて、Q10, 13, 25, 28, 32, 33は表現もあいまいで漠然としており、操作概念に焦点が絞りにくいため削除した。また、Q7, 11, 34, 38, 43は、被験者のボディ・イメージに関する無意識の部分を直接的に抉る質問であり、場合によっては被験者の否認を誘発し、調査自体に対して拒否感やある種のバイアスを生じることもありうるとして、削除とした。

このような過程を経て、最終的に27の質問項目が選択され、アセスメントツ

ールは、5カテゴリー27アイテムのボディ・イメージ・アセスメント・ツールとしてまとめられた。

6. ボディ・イメージ・アセスメント・ツールの信頼性・妥当性の検討

1) Test-retest reliability (表2)

前の項で検討したとおり、分散がほとんどあるいはまったくないために比較できなかった3項目を除き、最終的に選択したすべての項目において、少なくとも5%水準で有意な相関が立証され、同時にカテゴリーごとの比較では、すべてにおいて0.1%水準で有意な相関が示された。よって、このツールは十分な経時的安定性、再現性を備えており、その意味での信頼性は高いといえる。

2) Internal consistency (表3)

質問項目を絞り込む前の段階で信頼性係数の値が低かった「身体の離人化」についても、項目の見直しによって $\alpha=0.76$ とまとまりがよくなり、すべてのカテゴリーにおいて、新たな尺度開発のための基準とされる0.7を上回った⁶⁰⁾。よって、一般的な病気をもつ患者に対するツールの内的整合性は保証され、信頼性は確保された。

3) Concurrent validity (表4)

その利点と限界を踏まえたうえで、最も一般的で分析の容易なボディ・カセクシス・スケールを試験的に併存的妥当性の検討に用いた。

内科一般患者に対する相関係数をカテゴリーごとに見ると、「身体コントロール」、「身体尊重」の順に中等度の相関が $\geq 0.1\%$ 水準で証明されたが、「身体カセクシス」については1%水準で軽度の相間にとどまった。前述したように、ボディ・カセクシス・スケールは身体各部の満足感を得点化したスケールであり、構成概念妥当性や得点化の方法、ネーミングについては、いくつかの問題もあることを考えれば、この結果はむしろ当然といえよう。

また、「身体境界」と「身体の離人化」ではそもそも相関が立証されなかつたが、そのことは、この2つのカテゴリーが被験者の無意識のレベルを大きく反映するものであるのに対して、ボディ・カセクシス・スケールが身体各部の

表4 Criterion-related validityの検討

	Body Cathexis Scaleとの相関係数
body-cathexis	.333**
body-boundary	.160
body-depersonalization	.175
body-control	.598***
body-esteem	.461***

*** p < 0.001 ** p < 0.01

満足感という比較的表層の意識に焦点を絞ったものであることを考え合わせると納得される。むしろ、これらの結果は、ツールを新たに開発することの意義とボディ・イメージ・アセスメント・ツールのオリジナリティを裏づけるものといえる。

VI おわりに

本研究では、ボディ・イメージの臨床研究を総括し、新たな包括的概念モデルを提示するとともに、それを概念枠組みとしたアセスメントツールの開発を試みた。だが、ツールはこれで完成したというわけではない。今後は、様々なタイプのボディ・イメージの障害が想定される被験者を対象として、より大規模な標本調査を実施し、ツールの信頼性・妥当性の再検討と標準化を行っていくつもりである。そして、そのなかで、操作概念間の関係式を明らかにして概念モデルの検証と洗練を図っていくとともに、あらゆる患者に対して実際の臨床現場の中で日常的に用いることのできるスクリーニング用のアセスメントツールとしてこのボディ・イメージ・アセスメント・ツールを実用化し、改良を加えていきたいと思っている。

もちろん、このツールは、疾患や状況を限定しないことを前提に開発されているため、あくまでスクリーニング用のものである。臨床で1人1人の患者のアセスメントに使用する場合は、確定診断のために個別のフォーカスアセスメントが不可欠ではある。しかし、ボディ・イメージをアセスメントできるほど

の信頼関係がまだ確立していなかったり、アセスメントに必要なコミュニケーション技術と十分な時間を医療者がもたなかったり、概念の理解が不十分であったりといった理由から、従来は手をつけられずにいたこの問題への介入の第一歩として、まずはスクリーニングを行うことがツールの開発によって可能となることは確実である。

本稿は、伊藤幸子教授（現山口県立大学看護学部教授）の指導のもと、平成7年度北里大学大学院看護学研究科における修士号の学位論文として提出したもの一部を抜粋し、加筆・訂正したものである。

文 献

- 1) McCloskey, J.C.: How to make the most of body image theory in nursing practice, Nursing76, 6(5): 68-72, 1976.
- 2) 藤崎郁：臨床研究におけるボディ・イメージ概念の成り立ちに関する歴史的研究, 看護研究, 29(2) : 57-68, 1996.
- 3) ゴーマン, W.(村山久美子訳)：ボディ・イメージ—心の目でみるからだと脳—, 誠信書房, 1981.
- 4) 秋本辰雄・秋山俊夫：第三部 補遺 (稻永和豊監修, 身体の心理学 身体のイメージとその現象, 星和書店, 1987, p.204-334).
- 5) シルダー, P. (稻永和豊監修)：身体の心理学 身体のイメージとその現象, 星和書店, 1987.
- 6) Schilder, P. (translated by Glueck, B.) : Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry, Nervous and Mental Disease Publishing, Washington,D.C., 1935.
- 7) Schilder, P.: Goals and Desires of Man : A Psychological Survey of Life, Columbia Universities Press, New York, 1942.
- 8) Schilder, P.: Mind: Perception and Thought in their Constructive Aspects, Columbia Universities Press, New York, 1942.
- 9) Schilder, P. (translated by Corvin, G.) : The Nature of Hypnosis, International Universities Press, New York, 1956.
- 10) Fisher, S. & Cleveland, S.E.: Body image and personality, Van Norstrand, Princeton NJ, 1958.
- 11) Horowitz, M.J., Duff, D. & Stratton, L.: Body-buffer zone, Archives of general psychiatry, 11:651-656, 1964.
- 12) Federn, P.: Ego Psychology and the Psychoses, Basic Books, New York,

1953.

- 13) NANDA : NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 1992-1993, North American Nursing Diagnosis Association, Philadelphia, 1992.
- 14) 若村智子・近田敬子：北米看護診断協会（NANDA）の役割，臨牀看護，20(5)：589-592, 1994.
- 15) Champion, V.L., Austin, J.K. & Tzeng, O.: Assessment of relationship between self-concept and body image using multivariate techniques, Issues in Mental Health Nursitn, 4:299-315, 1982.
- 16) Drench, M.E.: Changes in body image secondary to disease and injury, Rehabilitation Nursing, 19(1):31-36, 1994.
- 17) LeMone, P.: Analysis of a human phenomenon:self-concept, Nursing Diagnosis, 2(3):126-130, 1991.
- 18) Cornwell, C.J. & Schmitt, M.H.: Perceived health status, self-esteem and body image in women with rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus, Research in nursing & health, 13:99-107, 1990.
- 19) Goldberg, P., Stolzman, M. & Goldberg, H.M.: Psychological considerations in breast reconstruction, Annals of Plastic Surgery, 13(1):38-43, 1984.
- 20) Orr, D.A. & Smith, G.M.: Body image, self-esteem, and depression in burn-injured Adolescents and young adults, Journal of burn care & rehabilitaion, 10(5):454-461, 1989.
- 21) Manne, S.L., Girasek, D. & Ambrosino, J.: An evaluation of the impact of a cosmetics class on breast cancer patients, Journal of Psychosocial Oncology, 12(1/2):83-99, 1994.
- 22) Rubin, R.: Body image and self esteem, Nursing Outlook, 16:20-23, 1968.
- 23) ソルター, M. (前川厚子訳) : ボディ・イメージと看護, 医学書院, 1992.
- 24) Ignatavicius, D.D.: Meeting the psychosocial needs of patients with rheumatoid arthritis, Orthopedic Nursing, 6(3):17-21, 1987.
- 25) デービス, A.J. (神郡博・正田美智子監訳) : 4 ボディ・イメージ, 患者の訴えーその聴き方と応え方, 医学書院, 1988, p.107-142.
- 26) 鈴木秀男: イメージの病い モデルとしてのぜんそく, 清水弘文堂, 1985.
- 27) Brown, M.S. (Bower, F.L.ed) : Normal development of body image (Introduction to the concept of body image), p.1-106, John Wiley & Sons, New York, 1977.
- 28) Price, B.: A model for body-image care, Journal of Advanced Nursing, 15 :585-593, 1990.
- 29) Cronan, L.: Management of the patient with altered body image, British Journal of Nursing, 12(5):257-261, 1993.
- 30) Secord, P.F. & Jourard, S.M.: The appraisal of body-cathexis:Body-Cathexis and the self, Journal of Consulting Psychology, 17(5):343-347, 1953.

- 31) Sewell, H.H. & Edwards, D.W.: Pelvic genital cancer: Body image and sexuality, *Frontiers of Radiation Therapy and Oncology*, 14:35-41, 1980.
- 32) 真壁玲子・中西睦子: 乳房切除術を受けた患者のボディ・イメージ変容に関する研究, *日本赤十字看護大学紀要*, 7:10-20, 1993.
- 33) Klopp, A.L.: Body image and self-concept in persons with stomas, *University of Illinois at Chicago, Health Sciences Center Ph.D.*, 1988.
- 34) Klopp, A.L.: Body image and self-concept among individuals with stomas, *Journal of Enterostom Therapy*, 17:98-105, 1990.
- 35) Valentine, L.E.: Alteration in the body image of adolescent females braced as a treatment adolescent idiopathic scoliosis, *The Catholic University of America 1991 D.N.SC.*, 1991.
- 36) Mulnard, R.A.: Factors related to body image appraisal associated with receiving treatment for a malignant brain tumor, *University of San Diego 1991 D.N.SC.*, 1991.
- 37) Nicholas, P.K. & Leuner, J.D.: Relationship between body image and chronic obstructive pulmonary disease, *Applied Nursing Research*, 5(2):83-88, 1992.
- 38) Samonds, R.J. & Cammermeyer, M.: Perceptions of body image in subjects with multiple sclerosis:A pilot study, *Journal of Neuroscience Nursing*, 21(3): 190-194, 1989.
- 39) Hughes, R.B.: Satisfaction with one's body and success in breastfeeding, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 7:141-153, 1984.
- 40) Janelli, L.M.: The impact of health status on body image in older women, *Rehabilitation Nursing*, 13(4):178-180, 1988.
- 41) Baxley, K.O., Erdman, L.K., Henry, F.B. & Roof, B.J.: Alopécia:Effect on cancer patients' body image, *Cancer Nursing*, December, p.499-503, 1984.
- 42) White, J.H. & Schroeder, M.A.: Femininity, image, feminism and a decision to seek treatment in obese women, *Health Care for Women International*, 17:455-467, 1986.
- 43) Sanger, C.K. & Reznikoff, M.: A comparison of the psychological effects of breast-saving procedures with the modified radical mastectomy, *Cancer*, 15(48) :2341-2346, 1981.
- 44) Cash, T.F. & Pruzinsky, T.: Body images: Development, deviance, and change, *Guilford, New York*, 1990.
- 45) Cash, T.F. & Green, G.K.: Body weight and body image among college women: Perception, cognition, and affect, *Journal of Personality Assessment*, 50 :290-301, 1986.
- 46) Cash, T.F., Winstead, B.A., & Janda, L.H.: Body image survey report:The great American shape-up, *Psychology Today*, 20(4):30-44, 1986.

- 47) Cash, T.F.: Body-image affect:Gestalt versus summing the parts, *Perceptual and Motor Skills*, 69:17-18, 1989.
- 48) Brown, T.A., Cash, T.F. & Lewis, R.J.: Body-image disturbances in adolescent female binge-purgers:A brief report of the results of a national survey in the U.S.A., *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30:605-613, 1989.
- 49) Brown, T.A., Cash, T.F. & Mikulka, P.J.: Attitudinal body-image assessment :Factor analysis of the body-self relations questionnaire, *Journal of Personality Assessment*, 55(1/2):135-144, 1990.
- 50) Strang, V.R. & Sullivan, P.L.: Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period, *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, July/August, p.332-337, 1985.
- 51) Berscheid, E., Walster, E. & Bohrnstedt, G.: Body image: A Psychology Today questionnaire, *Psychology Today*, 6(2):57-64, 1972.
- 52) Polivy, J.: Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164(2):77-87, 1977.
- 53) Mock, V.: Body image in women treated for breast cancer, *Catholic University of America*, 1987.
- 54) 青井和夫監修: 社会調査の基礎 (ライブラリ 社会学6), サイエンス社, 1983.
- 55) 古谷野亘・長田久雄: 実証研究の手引き, ワールドプランニング, 1992.
- 56) ポーリット, D.F. & ハングラー, B.P. (近藤潤子監訳) : 看護研究 原理と方法, 医学書院, 1994.
- 57) 東京大学医学部保健社会学教室編: 保健・医療・看護調査ハンドバック, 東京大学出版会, 1992.
- 58) Likert, R.: A technique for the measurement of attitudes, *Archives of psychology*, 140, 1932.
- 59) Carmines, E.G. & Zeller, R.A.: Reliability and validity assessment, Sage Publications, Beverly Hills, 1979.
- 60) 羽山由美子: 精神障害者の社会適応モデル 生活の満足と自己価値に関するパス解析 (第2部), 看護研究, 25(3):32-53, 1992.
-