

HIV 自己イメージ尺度(HIVSIS)の信頼性と妥当性の検討 ー予防的介入プログラムの開発に役立つ尺度の作成ー

飯田 敏晴

明治学院大学大学院

いとう たけひこ

和光大学

井上 孝代

明治学院大学

キーワード：ヒト免疫不全ウィルス、後天性免疫不全症候群、自己イメージ、尺度

Reliability and validity of the HIV self image scale:

The development of a scale that aids the designing of community based prevention
and intervention program of HIV/AIDS

IIDA Toshiharu

Meiji Gakuin University

ITO Takehiko

Wako University

INOUE Takayo

Meiji Gakuin University

The number of people living with HIV/AIDS has been increasing in Japan. In the present study, HIV Self-Image Scale (HIVSIS), a scale to measure self-image based upon the assumptions that one is infected with HIV, was developed. The purpose of developing HIVSIS was to utilize it when designing a community based HIV prevention and/or intervention program. In Study 1, the items for HIVSIS were generated based on the free-text data collected from 263 university students. In Study 2, exploratory factor analysis was conducted and four factors were extracted: social isolation, physical vulnerability, changes in attitude toward life, and intimacy. The reliability of HIVSIS was assessed using Cronbach's coefficient alpha. Results showed sufficient internal consistencies for the scale (0.81, 0.78, 0.83, and 0.76 for subscales; 0.78 for the whole scale). In Study3, the validity of HIVSIS was examined by comparing it to perceived community stigma, perceived social support, HIV/AIDS related knowledge, general self efficacy, and voluntary intention to seek for counseling and HIV antibody test. The results showed HIVSIS had sound concurrent validity between the variables.

Keywords : human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome, self image, scale

問 題

ヒト免疫不全ウイルス（以下、HIV とする）感染症の早期発見は、個人にとっては後天性免疫不全症候群（以下、AIDS とする）の発症を防ぐことにつながり、社会にとっては感染拡大を防ぐことにつながる重要な課題である。そのために、早期発見に資する HIV 抗体検査・相談（以下、エイズ相談とする）の利用を促進することは、コミュニティ心理学の基本的関心事である。

厚生労働省エイズ動向委員会(2010)によると、平成 21 年の新規 HIV 感染報告数は 1021 人であり、感染経路の内訳は、同性間性的接触で 694 人(約 68%)、異性間性的接触で 210 人(約 21%)、静注薬物使用で 5 人(約 0.5%)、その他で 34 人(約 3%)、不明で 78 人(約 8%)であった。年齢別では、特に 20 歳代から 30 歳代に多かった。また新規 AIDS 発症者数は 420 人であり、感染経路の内訳は、同性間性的接触で 202 人(48%)、異性間性的接触で 128 人(30%)、静注薬物使用で 3 人(約 0.7%)、その他で 15 人(約 4%)、不明で 71 人(約 2%)であった。年齢別では、30 歳台以上に多かった。

HIV の感染経路の多くは性的接触である。未治療の場合、HIV に感染してから AIDS 発症までの平均潜伏期間は 10 年である。従って、AIDS 発症及び感染拡大を防いでいくためには、性行為を行う全ての男女がリスク集団であるという認識のもと、特に感染機会が多い 10 代から 20 代の若年層を対象とした予防的な介入プログラムが必要と言える。

予防的な介入プログラムは、はじめに標的となる健康行動の決定要因を特定し、次に決定要因の変容を促すように計画し、実行していく必要がある (Fisher & Fisher, 1992)。HIV 感染症、AIDS の予防について言及するならば、標的となる健康行動は、性行為時のコンドーム使用やエ

イズ相談の利用である。その理由は、日本での感染経路の報告が主に性的接触によるものであること、また“いきなりエイズ”という言葉があるように感染に気づかず AIDS を発症してから病院を受診する事例が後を絶たない事にある (エイズ動向委員会, 2010)。こうした健康行動の決定要因を明らかにすることが必要であるが、コンドームの使用に関する研究は多く (例えば、北川・臼井・西上・篠崎ほか, 2009 など)、エイズ相談を扱った研究は少ない (例えば、高本・深田, 2008 など)。日本で、エイズ相談を実施する機関は主に保健所である。これは、無料で利用することができ、匿名性も守られている。保健所におけるエイズ相談の年次報告では、平成 21 年度の利用人数は減少していた。当時、その理由として、新型インフルエンザ感染拡大に伴うエイズ相談窓口の縮小が一因として考えられていた。しかし、平成 22 年度の利用人数も減少しており、他の要因の関与も十分に考えられる。もし利用人数の減少が続けば、早期発見がより困難となるばかりか、さらなる感染拡大にも繋がる懸念される。こうした状況を改善するためには、エイズ相談を提供する者の視点だけでなく、エイズ相談を利用する者の視点に立つ必要がある。すなわち、エイズ相談にまつわる利用者の身体的・行動的問題に着目し、保健・医療機関、または各種の電話相談窓口などへの援助要請行動 (help-seeking behavior) に焦点を当て、健康行動の決定要因を明らかにして、より相談を求めやすい環境を整備していかなければならない。

1990 年代後半、HIV 感染症は、適切な治療管理下であれば AIDS の発症を防ぐことが出来る慢性疾患として扱われるようになった。なぜならば、数々の抗ウイルス作用のある薬が発見・開発され、それらを内服することによって HIV

の増殖を抑える治療法が確立されたためである。従って、治療法の確立以前と比べて、HIV 陽性者の平均余命は著しく改善した (Lohse, Hansen, Pedersen, Kronborg *et al.*, 2007)。しかし、依然として偏見や差別は存在し、HIV 陽性者が社会的弱者の立場にあることに変わりはない (Herek, Capitano, & Widaman, 2002; 飯田・いとう・井上, 2010)。

近年、こうした偏見や差別が感染拡大の原因となっていることが指摘されている (Kalichman & Simbayi, 2003)。Babaloa (2007) は、人々が、所属する集団内で HIV 感染症や AIDS が正当化できない否定的なものとして扱われていることを知るほど、エイズ相談を利用しようとする意思が弱くなることを見出した。つまり人々が、自身の HIV 感染を疑った際、周囲からの汚名付け (Stigmatization) を恐れ、エイズ相談を利用しようとしないのである。

日本でのエイズ相談の利用を扱った研究は数少なく、高木・深田 (2008) のエイズ教育を受けた経験者を扱った研究などがあげられる。海外では、感染リスクの高い性行動との関連を検討したものが多く (例えば、Bond, Lauby, & Batson, 2005 など)。これらはエイズ相談を利用する際の決定要因として、観察学習、パーソナリティ変数、類似した脅威の先行経験を扱っている。しかし、Babaloa が見出したような、エイズ相談を利用し、HIV が陽性であることがわかった際に自身が周囲の環境からどのような影響を受けるかといった視点は含まれていない。

ところで、人間は、様々な選択肢からより望ましい結果を得られる可能性が高い行動を選ぶことは十分に想定できる。清水・下斗米・風間 (2005) は、大学生の職業選択行動に関する研究で、就業前に予期する、就業後に自己が置かれる状況や周囲から受けるであろう影響を、就業

自己イメージと命名し、概念化を試みている。これはエイズ相談の場合でも同様に、感染判明前に利用する際には、感染判明後の自己の生活ぶりや自己の姿を思い描き、周囲から受けるであろう影響を予測すると考えられる。そして、その結果を否定的に見積れば見積もるほど、エイズ相談を利用しようとする意思が弱くなることが予測される。そこで、飯田・伊藤・井上 (2009) は、清水・下斗米・風間 (2005) の就業自己イメージの概念を援用して、HIV 感染判明後の自己が置かれる状況や周囲から受けるであろう影響を、HIV 感染想定時の自己イメージと命名した。この研究では、首都圏の大学生 263 人を対象として自由記述式の調査も行っており、「もし、HIV に感染したとしたら、自分またはその周囲にどのような変化があると思いますか」という教示文によって得られた自由記述文に対して数量化Ⅲ類を実施した。その結果、次のような 3 次元が抽出された。第 1 次元は、「対自的自己」か「対他的自己」のどちらかが対照的に想像される次元である。すなわち、現在の自己と比較して、望ましくない姿を具体化した自己 (対自的自己) か、他者にとって HIV 陽性者として存在する自己 (対他的自己) である。第 2 次元は、それまでの自己の諸側面が「断絶」または「連続」で想像される次元である。第 3 次元は、自己に対する周囲からの「拒絶」と「受容」という評価を想像する次元である。こうした結果は、HIV に感染することが自己の独自性と過去との連続性、そして社会や他者から承認されている受容感を損なう疾患として認識されていることを示すものである。すなわち、HIV 感染症という疾患は、アイデンティティを極端に脅かすものとして認識されているのである。Babaloa (2007) が示したように、こうした認識の程度が強いほど、エイズ相談の利用意思は低下

すると考えられる。そして、期待しない、または望ましくない変容である<自己の独自性と過去との連続性の断絶>、<受容感の喪失>を簡易に測定できる尺度があれば、次の 2 点において重要な役割を果たすことが期待できる。第 1 に、HIV 感染想定時の自己イメージを捉えることで、HIV の予防的な介入プログラムを実施する際に、導入法やプログラム内容の決定に貢献できる。すなわち、HIV に感染することを、自身のアイデンティティを脅かすものとして極端に否定的に捉えている者には、エイズ相談の利用を勧める前に、否定的な認知の変容を促すことから始める必要がある。第 2 に、HIV 感染症、AIDS の予防的な介入プログラムは、エイズ相談の利用といった健康行動を促進するプログラム (HIV 感染予防教育) であると同時に、HIV 陽性者への共感・理解を促進するプログラム (共生教育) でなければならない (武田, 1993 ; 高本・深田, 2008 ; 飯田・いとう・井上, 2010)。従って、HIV に感染することに対する認識のどの側面が、どの程度、どのように変容することで、エイズ相談を利用しようとする意思に影響を及ぼすかを明らかにすると同時に、HIV 陽性者への共感・理解との関連についても実証的な検証を行っていく必要がある。

以上から、HIV 感染想定時の自己イメージを測定できる尺度を作成することは、予防的な介入プログラムの開発という視点から重要であると言える。本研究では、飯田・伊藤・井上(2009)で収集された自由記述文をもとに、HIV 自己イメージ尺度 (HIV Self Image Sale: HIVSIS) を作成し、尺度の信頼性および妥当性を検討することを目的とする。

本論文における全ての調査は、第 1 著者の所属する大学院専攻委員会による倫理的側面についての検討及び承認の上で実施した。

研究 1 : HIVSIS の原案

目 的

HIV 自己イメージ尺度 (HIVSIS) の原案 (以下、 β 版) を作成する。

方 法

1. 調査参加者と手続き

調査は、2009 年 4 月、首都圏私立 A 大学の講義後に実施した。その際、調査協力の可否は自由なものであり、授業の評価とは関係がないことを説明した。その後、209 名に質問紙を収めた封筒を配布した。1 週間後、118 名からの回答を得た。記載に不備があるものを除く 112 名 (男 27 名、女 85 名、平均年齢 18.34 歳 (標準偏差 .69)) を分析対象とした。

2. 倫理的配慮

調査内容が人の生死に関わる問題なので、調査参加者の心理的負担を出来る限り軽減するために次のことを行った。質問紙及びその他の書類は全て 1 つの封筒に収めることで、参加者が不本意に人の生死に関わる情報に接触することを避けた。封筒を配布する前、調査者は、参加者に対して調査は HIV/AIDS に関わる内容であること、封筒の受取は任意であり拒否しても不利益にならないことを説明した。そして、封筒の配布後、同封の質問紙とは別の紙面を用いて、次の 4 つの事項を説明した。第 1 に質問紙記入は任意であって、記入を拒否しても不利益とならないこと、第 2 に個人は特定しないこと、第 3 に研究以外の目的には使用しないこと、第 4 に記入後の質問紙は同封の封筒に入れ、両面テープで閉じた上で、1 週間後に回収箱に投函するよう説明した。さらに、1 週間後の回収時、エイズ相談を受けられる近隣の機関の案内文と知識普及啓発を目的とした冊子を全ての受講生

が出入りをする教室出口に留置した。

3. 質問紙

飯田・伊藤・井上(2009)で収集した大学生 263 人の自由記述文をもとに、54 項目からなる原案の尺度を作成した。次に、心理学を専攻とする大学院生 4 人が、尺度の各項目を意味内容が同一のものあるいは非常に類似したものを同一項目として分類した。その結果、2 項目が削除され、52 項目となった。次に、別の研究協力者 2 人(大学院心理学専攻修士課程修了者)が、尺度項目の日本語表現の適切さについて検討し、項目文章の修正作業を行った。最後に、別の心理学系研究者 6 名(博士後期課程大学院生 1 名、病院勤務の臨床心理士 2 名、病院感染症科において HIV/AIDS に関わる心理臨床活動を専従とする臨床心理士 1 名、大学教員 2 名)により、作成された項目の内容が、HIV 感染判明後の自己が置かれる状況や周囲から受けるであろう影響について尋ねたものかどうか、また項目内容が抽象的な表現であることで、回答者にとって理解しがたいものとなっていないか、ということについて検討した。その結果、2 項目を新たに追加し 54 項目となった。

質問紙の教示は「もしあなたがヒト免疫不全ウイルス (HIV) に感染したとしたら、どのような状況になると思いますか。各項目について、あなたの意見にあてはまるものを 1 つだけ選んで○をつけてください」である。それぞれの質問項目に対して、1.「全くそう思わない」、2.「ほとんどそう思わない」、3.「どちらかといえばそう思わない」、4.「どちらともいえない」、5.「どちらかといえばそう思う」、6.「かなりそう思う」、7.「非常にそう思う」の 7 件法で回答させた。

結 果

54 項目の平均値と標準偏差を算出して天井効果を確認した結果、不適切な 12 項目を除外した。次に主因子法プロマックス回転による探索的因子分析を行った。固有値 1.0 以上を示していたのは、12 因子であり累積寄与率は 58.08%であった。再度、各指定因子数での固有値の減衰と累積寄与率に着目して指定の因子数を除々に減らしていった。その結果、解釈可能な 4 因子解を採択した。因子負荷量が.35 以下の項目、及び、2 つ以上の因子に因子負荷量が.30 以上を示した 12 項目を除外した。最終的に、第 1 因子 10 項目、第 2 因子 9 項目、第 3 因子 5 項目、第 4 因子 6 項目、合計 30 項目から構成される HIVSIS (β 版)を作成した。第 1 因子は<社会的隔絶 ($\alpha=.83$)>、第 2 因子は<身体的物理的負担 ($\alpha=.80$)>、第 3 因子は<親密性 ($\alpha=.82$)>、第 4 因子は<生活態度変容 ($\alpha=.76$)>と命名した(累積寄与率は 41.4%)。因子間相関は、.02 から.59 の値であった。

各因子の下位項目の平均値は、社会的隔絶因子は 4.57 点(標準偏差 1.06)、身体的物理的負担因子は 5.25 点(標準偏差.91)、親密性因子は 4.84 点(標準偏差 1.31)、生活態度変容因子は 5.34 点(標準偏差 1.03)であった。

以上が、研究 2 で用いる尺度 (β 版) の決定方法である。

研究 2 : β 版から HIVSIS の確立へ

目 的

HIVSIS (β 版) の因子構造と信頼性を検証する。本研究は、予防的な介入プログラムの計画と実施、及び効果測定と評価に役立つ実用的な尺度を開発することが目的である。従って、研究 2 は、研究 1 で示された因子構造を出来る限り損なわずに尺度の項目数を減らすことで、簡

便性及び実用性のある尺度を開発することが目的である。

方 法

1. 調査参加者と手続き

調査は、2009年6月から同年7月に、首都圏内6校の公・私立大学に在籍する大学生1234名を対象に実施した。内訳は、私立A大学（研究1とは別の対象者）229名、私立B大学420名、私立C大学219名、私立D大学163名、私立E大学95名、公立F大学108名であった。研究1と同様の手続きによって、476部を回収した（回収率35%）。未記入や回答に極端に偏りがあるものを除いた435名（男130名、女284名、不明21名）を分析の対象とした（有効回答率91.3%）。平均年齢は19.23歳（標準偏差1.44）であった。

2. 倫理的配慮

研究1と同様の手続きにより配慮を行った。

3. 質問紙

1) 研究1で作成した30項目7件法で構成されるHIVSIS。

2) HIV/AIDS についての社会的なイメージを把握するために、先行研究を参考にして「一般に、人は、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）や後天性免疫不全症候群（AIDS）に対して、どのように感じ、どのような反応を示すと思いますか。下線部に出来るだけ詳しく書いてください。」と教示し、自由記述式の回答を別紙で収集したが、本論文の分析対象でないため論じない。

結果と考察

1) 探索的因子分析による HIV 感染想定時の自己イメージの構造と信頼性の検討

30項目の平均値と標準偏差を算出して天井効果を確認した。結果、3項目を除外した。次に、主因子法プロマックス回転による因子分析を行った。固有値の減衰（6.69、3.27、1.71、1.64、1.29・・・）から、4因子構造が妥当であると判断した。各因子での質問項目を確認すると研究1と同じ構造を示していた。

そこで再度、主因子法でプロマックス回転による因子分析を行った。そして、次の3つの基準にあてはまる項目を削除した。第1に項目の因子負荷量が.50未満の項目、第2に2つの因子にまたがって因子負荷量が.30以上を示した項目、第3に共通性が.20以下の項目である。合計12項目が除外の対象となった。残った15項目に対して、再び因子分析（主因子法・プロマックス回転）を行った（Table 1）。回転後の4因子で、15項目の全分散を説明する割合は、53.46%であった。

第1因子（5項目）は、「ひきこもる」「大学から遠のく」といった感染後に社会との接触を避けようとする自己を想像していることから、＜社会的隔絶＞と命名した。

第2因子（4項目）は「病気にかかりやすくなる」「病気が治りにくくなる」といった感染後に身体が脆弱になる自己を想像していることから、＜身体的脆弱性＞と命名した。

第3因子（3項目）は、「出来る限り楽しい生活を送ろうとする」「出来るだけ自分がしたいことをする」といった、制限されるという生活に陥りながらも、そのなかで前向きに生きていこうとする自己を想像していることから、＜生活態度変容＞と命名した。

第4因子（3項目）は、「結婚が出来なくなる」、「恋人が出来なくなる」といった親密な他者との関係の喪失を予期していることから、＜親密性＞と命名した。

Table 1 HIV 自己イメージ尺度(HIVSIS)の因子分析結果^{1), 2), 3)}

項目名	I	II	III	IV	V^2	Av. (SD)
I 社会的隔絶 ($\alpha = .81$)						
ひきこもる	.87	.03	-.03	-.12	.68	3.89(1.74)
大学から遠のく	.75	-.09	.05	-.05	.47	3.85(1.73)
まわりの人の目が気になる	.58	.02	.07	.10	.41	5.32(1.60)
まわりの人と距離を置いて付き合う	.55	.03	-.04	.03	.35	4.63(1.48)
まわりの人と気まずくなる	.54	.12	-.05	.20	.53	4.86(1.50)
II 身体的脆弱性 ($\alpha = .78$)						
病気にかかりやすくなる	-.15	.88	-.06	-.01	.69	4.90(1.54)
病気が治りにくくなる	-.08	.63	-.01	.20	.48	4.92(1.43)
身体に痛みが走る	.15	.64	-.02	-.08	.47	4.14(1.48)
熱が出る	.21	.54	.12	-.11	.38	4.21(1.44)
III 生活態度変容 ($\alpha = .83$)						
出来るだけ楽しい生活を送ろうとする	-.10	.07	.88	-.01	.83	5.46(1.41)
出来るだけ自分がしたいことをする	.07	-.02	.79	.00	.60	5.38(1.33)
悔いの残らないような生活を送ろうとする	.04	-.05	.72	.06	.51	5.50(1.47)
IV 親密性 ($\alpha = .76$)						
結婚が出来なくなる	.04	-.04	-.01	.84	.72	4.74(1.71)
恋人が出来なくなる	.09	-.03	-.02	.75	.62	4.82(1.66)
性行為が出来なくなる	.10	.05	.08	.57	.29	5.69(1.42)
固有値	3.91	1.98	1.17	.96		
寄与率	26.08	13.20	7.78	6.40		
累積寄与率	26.08	39.28	47.06	53.46		
因子間相関		II	III	IV		
	I	.42	-.16	.50		
	II		.03	.35		
	III			-.13		

Note: 1)主因子法(プロマックス回転後)、2)N=435(男130名、女284名、不明21名)、3)尺度全体の信頼性係数は、 $\alpha = .79$

因子間の関連について検証した。生活態度変容因子は、身体的脆弱性因子との間では関連はほとんどなく、さらに、他の2つの因子とも、-.13、-.16の値と弱かった。その他の因子間には、.35から.50の値であった。

尺度の信頼性を検証するために、クロンバックの α 係数を算出した。その結果、社会的隔絶因子は.81、身体的脆弱性因子は.78、生活態度

変容因子は.83、親密性因子は.76であった。また尺度全体での α 係数は.79であった。以上から十分な信頼性が得られたと言える。

各因子の下位項目の平均値は、社会的隔絶因子は4.51点(標準偏差1.22)、身体的脆弱性因子は4.54点(標準偏差1.13)、生活態度変容因子は5.44点(標準偏差1.21)、親密性因子は5.08点(標準偏差1.31)であった。

Table 2 HIVSIS 下位因子の得点における性差

因子名	男性	女性	<i>t</i> 検定
社会的隔絶	4.46 (1.26)	4.54 (1.17)	<i>t</i> (412) = -65, <i>n.s.</i>
身体的脆弱性	4.59 (1.21)	4.51 (1.11)	<i>t</i> (412) = .64, <i>n.s.</i>
生活態度変容	5.20 (1.35)	5.56 (1.13)	<i>t</i> (412) = -2.76, <i>p</i> < .01
親密性	5.09 (1.36)	5.09 (1.30)	<i>t</i> (412) = -.02, <i>n.s.</i>

注) 各因子で項目の得点を加算し、項目数で除した平均点(標準偏差)を用いた。

2) 確認的因子分析による因子構造の検討

探索的因子分析で明らかになったモデルの適合度を検証するために、確認的因子分析を行った。結果、AGFI=.88、GFI=.92、RMSEA=.08 であった。4 因子で構成された HIVSIS の構造はデータにまずまず適合したモデルであることが示された。

3) HIVSIS の下位因子における男女差

HIVSIS の 4 因子の得点の性差について検証した。検定の結果、生活態度変容因子にのみ、男女の得点に有意な差が認められた ($t(412) = -2.76, p < .01$)。つまり、男性より女性の方が、HIV 感染想定時、生きることに向きにとらえようとする傾向が強かった。その他の因子においては有意な差は認められなかった (Table 2)。

研究 3 : HIVSIS の妥当性 目 的

HIVSIS の併存的妥当性を検証する。妥当性を検証する指標としては、一般性セルフ・エフィカシー (坂野・東篠, 1986)、知覚されたソーシャル・サポート (久田・千田・箕口, 1989)、HIV 感染/AIDS に関する知識 (Carey & Schroder, 2002)、知覚されたコミュニティ・スティグマ

(Visser, Kershaw, & Makin *et al.*, 2008) との相関係数を用いる。エイズ相談を利用する際の決定要因として位置づけられることからエイズ相談意思との予測的妥当性も検討した。

一般性セルフ・エフィカシーとの間では、セルフ・エフィカシーが高い者ほど、「出来る限り楽しい生活を送ろうとする」、「出来るだけ自分がしたいことをする」といった項目で測定される生活態度変容因子の得点が高いと予測される。

知覚されたソーシャル・サポートへの期待との間では、その期待が強い者ほど、HIV に感染しても、サポート資源からの援助をしてもらえる、と想像すると考えられる。このため、知覚されたソーシャル・サポート尺度の得点が高い人ほど、社会的隔絶因子、親密性因子の得点が低いと予測される。

HIV/AIDS に関する知識との間では、その知識が豊富な人ほど、感染後の身体は脆弱にならないと予測すると考えられる。以上から、HIV/AIDS に関する知識の得点が高い人ほど、身体的脆弱性因子の得点が低いと予測される。

知覚されたコミュニティ・スティグマの間では、その知覚が強い人ほど、社会的隔絶や親密な対人関係の喪失を想像すると考えられる。

以上から、知覚されたコミュニティ・スティグマ尺度の両因子の得点が高い人ほど、社会的隔絶因子、親密性因子の得点が高いと予測される。

方 法

1. 調査参加者と手続き

調査は、2009年12月から2010年1月に、関東、中部、近畿地方の大学生を対象に行った。研究協力者（質問紙配布者）を募り、その研究協力者の友人や知人の大学生に質問紙を収めた封筒を配布した。配布数は198部であった。調査参加者は、あらかじめ切手が貼付された封筒を用いて、第1著者の所属機関共同研究室気付で返送した。結果、89部が回収された（回収率45%）。記入漏れ等を除く、84名（男性26名、女性58名）を分析対象とした。平均年齢は21.29歳（標準偏差1.07）であった。

2. 倫理的配慮

研究協力者は調査参加者に、紙面を用いて調査協力は任意であり匿名で回答することを説明した。さらに、調査協力終了後に開封する書類があることを説明した。調査協力後に空ける封筒には、疾患に関する知識、検査を受けられる機関の名称と連絡先が掲載された書類が収められていた。さらに、質問紙の送付締切日（2010年1月末日）を過ぎた直後に、調査参加者が疾患に対する適切な知識を得ることを目的として、希望者に調査概略及びHIV/AIDSに関する情報提供冊子を配布した。

3. 質問紙の構成

1) 研究2で作成したHIVSIS: 15項目、7件法。2回の予備調査を経て尺度が作成され、「社会的隔絶（5項目）」、「身体的脆弱性（4項目）」、「親密性（3項目）」、「生活態度変容（3項目）」

の4因子構造であった。本調査での内的整合性は、順に $\alpha = .79$ 、 $.83$ 、 $.80$ 、 $.78$ であった。

2) 一般性セルフ・エフィカシー尺度（坂野・東篠, 1986）: 16項目からなる質問紙。「Yes」（1点）、「No」（0点）で回答を求め、得点が高いほど一般性セルフ・エフィカシーの程度は高い。本尺度は信頼性と妥当性が検証されている（坂野・東篠, 1986; 嶋田・浅井・坂野ほか, 1994）。本研究での内的整合性は、 $\alpha = .75$ であった。

3) 知覚されたソーシャル・サポート尺度（久田・千田・箕口, 1989）: 17項目、4件法。サポート資源の設定は、「知人・友人」からのサポート期待の量を測定した。教示文は、久田ら（1989）と同様に行い、1.「絶対ちがう」、2.「たぶん違う」、3.「たぶんそうだ」、4.「きっとそうだ」の4件法で尋ねた。本研究での内的整合性は、 $\alpha = .92$ であった。

4) HIV/AIDSに関する知識尺度: Carey & Schroder (2002)の作成したHIV-KQ18を、10年以上、英語を公用語とする国に滞在した者が作成した訳文を、日本語表現としての適切さ、原文との照合について、研究協力者6名（大学教員2名、博士後期課程の大学院生3名、修士課程修了の研究生1名）で検討してもらい、日本の状況になじまないと考えられた1項目を削除した。最後に、医師2名（HIV/AIDSの治療を専門とする医師1名、HIV陽性者の診療に携わったことのある精神科医師1名）が、質問内容の医学的な適切さについて検討した結果、1項目を削除した。以上の検討によって全16項目となった。質問紙の教示文は、「次の記述文について、記載された内容が正しいと思えば「1」、誤っていると思えば「2」、わからないと思えば「3」に○をつけてください」である。それぞれの質問項目に対して、1.「正しい」、2.「間違っている」、3.「わからない」の選択肢による回答を求めた。正答の数が多い人ほ

ど、HIV/AIDS に対して高い知識を示す。本調査では、3.「わからない」と回答した項目は誤答とした。正答数を算出したところ、16 項目の平均点は 11.02 点であり、標準偏差は 2.76 点であった。

5) 知覚されたコミュニティ・スティグマ尺度 (Visser, Kershaw, & Makin *et al.*, 2008) : 10 年以上、英語を公用語とする国に在住した者が Visser らの作成した Perceived Community Stigma Scale の原版 12 項目の訳文を作成した。さらに、研究協力者 6 名 (大学教員 2 名、博士後期課程の大学院生 3 名、修士課程修了の研究生 1 名) により、作成された項目の内容が、原版と内容が等しいか否か、日本語表現として適切かどうか、Visser らの知覚されたコミュニティ・スティグマの概念定義に沿ったものであるかどうか、を確認した。最後に、日常的に HIV 陽性者と関わっている専門家 3 人 (専門医 1 人、臨床心理士 1 人、精神科医師 1 人) が、質問内容の適切さについて検討し、すべての項目に賛同した。原版の尺度は、非難・判断因子 (Blame & Judgment) と社会的距離因子 (Social distance) の 2 因子で構成されている。Visser ら (2008) の地域住民を対象とした質問紙調査によって、内的整合性の値は、非難・判断因子が .80、社会的距離因子が .79、尺度全体が .87 と十分な信頼性が示され、さらに、HIV が陽性である知人の存在や HIV/AIDS に関する知識が高いことで両因子の得点が高いことが見られ妥当性が確認されている。質問紙の教示文は、「一般に人は、ヒト免疫不全ウイルス (HIV) や後天性免疫不全症候群 (AIDS) に対して、どのように感じ、どのような反応を示すと思いますか。各項目についてあなたの意見にあてはまるものを一つだけ選んで○をつけてください」である。それぞれの質問項目に対して、1.「全くそう思わない」、2.「どちらかといえばそう思わない」、3.「どちらかといえばそう思う」、4.「非常にそう思う」の 4 件

法で回答させた。得られたデータに対して、因子分析 (主因子法プロマックス回転) を施行した。非難・判断因子を測定する項目のうち、「人は HIV に感染している人のことをあまり気にかけない」は、他の項目と比べて全く異なったものを測定している可能性が示唆されたため (共通性 (初期値) 、.17) 、この項目を除外して再度因子分析を施行した。固有値の減衰 (4.22、2.42、.87・・・) から、非難・判断因子と社会的距離因子の 2 因子構造が妥当であると判断した。この結果と原版の尺度項目と比較したところ、除外した項目を除いて全て同じ項目から因子が構成されていた。本研究での内的整合性の値は、非難・判断因子で、 $\alpha = .79$ 、社会的距離因子で、 $\alpha = .88$ であった。

6) エイズ相談意思 : Apanovitch, McCarthy, & Salevey (2003) が、Prochaska, DiClemente, & Norcross (1992) を参考に作成したものをを用いた。エイズ相談利用に対する意思を尋ねる 2 項目である。まず、利用意思を尋ねる項目として、「あなたは、この一年以内に、地域の保健所 (保健センター) や医療機関で、HIV 感染/エイズに関する相談をしたり、検査を受けたりしようと、どの程度考えていますか? 1 を「しない」、5 を「する」としたときに、当てはまる数字に一つだけ○をつけてください。」と尋ねた。そして、1.「しない」、2.「おそらくしない」、3.「わからない」、4.「おそらくする」、5.「する」の 5 件法で回答させた。次に相談時期を尋ねる項目として、「前の設問で、2 から 5 までの数字を選択された方にお尋ねします。いつ頃しようと考えていますか? あてはまる数字に一つだけ○をつけてください。」を尋ねた。そして、1.「来週中」、2.「一カ月以内」、3.「半年以内」、4.「一年以内」の 4 つの選択肢から回答させた。利用意思を尋ねる項目で、1.「しない」を選択した者は、相談時期を尋ねる項目において

自動的に5.「しない」と評定した。意思得点の算出においては、2問目の得点を逆転項目とした上で1問目の得点と合算し、項目数で割った平均点を用いた。なお、Apanovitch ら(2003)の調査において、上記の手続きにより得られた2項目の相関係数は、 $r=.76$ と非常に高い値が得られている。本研究での相関係数は、 $r=.84$ であり、エイズ相談意思得点の平均値は、男性が1.5点(標準偏差.73)、女性が1.8点(標準偏差.77)であった。

結果と考察

HIVSIS の各因子と各尺度の得点の相関係数を求めたものが Table 3 である。分析には、各因子項目の合計得点の平均値を用いた。

一般性セルフ・エフィカシーとの間では、生活態度変容因子 ($r=.28, p<.01$) との間に有意な弱い相関が見られ、予測と一致していた。

知覚されたソーシャル・サポートとの間では、社会的隔絶因子 ($r=-.25, p<.05$)、生活態度変容因子 ($r=.26, p<.01$) との間に有意な相関があり、予測とほぼ一致していた。しかし、親密性因子との間では相関が弱く ($r=-.09, n.s.$) 予測と反していた。予測に反した結果が得られた理由は、ソーシャル・サポート尺度は知人・友人からのサポー

ト期待を測定しているが、HIVSIS の親密性因子は、恋人・配偶者との関係について測定しているために、サポート提供者の相違によって生じたと考えられる。

HIV/AIDS に関する知識尺度 (HIV-KQ18) との関連は、身体的脆弱性因子 ($r=.20, p<.05$) との間に有意な弱い相関があり予測と反していた。本研究での予測は、HIV/AIDS に関する知識が適切な人ほど、感染後の身体を脆弱に捉えないというものであった。予測に反した結果が得られた理由として、Carey *et al.* (2002) の作成した知識を測定する項目が「成人が HIV に感染することを食い止めるワクチンがある(誤った知識)」「女性は生理中に性行為を行えば HIV に感染しない(誤った知識)」といった感染予防に関わる知識によって構成されているために生じた可能性がある。高本・深田(2008)は、大学生を対象とした質問紙調査の報告で、HIV に感染することへの深刻さを強く認知している人ほど HIV/AIDS に対する知識が高いことを報告している。つまり、HIV に感染することで、身体が脆弱となり、深刻な事態に陥ると認識している人ほど、感染を防ぐための知識が高かった可能性がある。

Table 3 HIV 自己イメージ尺度(HIVSIS)における下位因子と基準変数との関連

下位因子名	項目数	尺度得点		知覚スティグマ		ソーシャルサポート	HIV感染/AIDSに関する知識	セルフエフィカシー	エイズ相談意思
		平均値	標準偏差	非難・判断	社会的距離				
社会的隔絶	5	4.45	1.08	.25 *	.53 ***	-.25 *	-.04	-.14	-.14
身体的脆弱性	4	4.79	1.28	.24 *	.19 *	-.03	.20 *	-.15	.10
生活態度変容	3	5.80	1.03	-.06	.13 *	.26 **	.13	.28 **	.17
親密性	3	5.56	1.24	.18	.34 **	-.09	.14	-.08	.02

Note : * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ $N = 84$ (男28名、女56名)

知覚されたコミュニティ・スティグマとの関連は、非難・判断因子（社会的隔絶因子： $r=.25$, $p<.05$ ；身体的脆弱性因子： $r=.24$, $p<.05$ ）、社会的距離因子（社会的隔絶因子： $r=.53$, $p<.01$ ；親密性因子： $r=.34$, $p<.01$ ）との間に有意な相関が見られ予測とほぼ一致していた。HIVSIS の身体的脆弱性因子との間で正の相関が見られたことは、身体的に脆弱なことが社会的に望ましくないことと認識しているからこそ処罰性を強く見積もった可能性がある。

以上、各尺度との相関関係は予測と概ね一致していたことから、HIVSIS の併存的妥当性は確認されたと言える。

最後に、エイズ相談意思との関連について、HIVSIS の下位尺度との相関係数を算出したところ有意な相関は見られなかった。本研究で尋ねたエイズ相談意思は、エイズ相談の利用に対する現在の意思を尋ねている。結果は、男性が 1.5 点（標準偏差.73）、女性が 1.8 点（標準偏差.77）と極めて低かった。なぜ、エイズ相談に対する利用意思は低いのだろうか。第 1 にエイズ相談の利用方法や場所等に対する認識不足が挙げられる。第 2 に HIV 感染に対する生起確率認知の低さが考えられる。第 3 に HIV 感染が性感染症であるがゆえ、検査を受検することは、自身の性行動を他者にさらけ出すことである。そこで、検査を受検しようとしなない理由として、エイズ相談をすることが恥ずかしい、保健所に入りづらいといった抵抗感が高い可能性がある。今後、こうした視点を加味して検討していきたい。研究 3 の結果をまとめると、HIVSIS の併存的妥当性は確認されたが、予測的妥当性は、今回の調査では見られず今後の課題となると考える。

総合的考察

1. HIV感染想定時の自己イメージ尺度の開発

本研究の目的は、HIV感染想定時の自己イメージを測定できる尺度（HIVSIS）を作成し、その信頼性と妥当性を検証することであった。飯田・伊藤・井上(2009)をふまえて、HIV感染想定時の自己イメージを「HIV感染想定時に、感染判明後の自己が置かれる状況や周囲から受けるであろう影響を、感染判明前に予期したイメージ」と定義し、HIVSISを作成した。因子分析の結果、HIVSISは、社会的隔絶、身体的脆弱性、生活態度変容、親密性、の4つの下位尺度から構成されていた。そしてHIVSISの併存的妥当性を検証するために、一般性セルフ・エフィカシー、知覚されたソーシャル・サポート、HIV/AIDSに関する知識、知覚されたコミュニティ・スティグマとの関連を検討した。その結果、各尺度との間には、弱いもしくは中程度の相関があった。これらのことから、HIVSISは信頼性と、ある程度の内容的妥当性、併存的妥当性が確認されたと判断できる。

また、簡便性及び実用性のある尺度の開発を目的として行った研究 2 では、研究 1 とは異なり、単一の大学機関でなく複数の大学で実施した。このため研究 2 の調査に参加した大学生は、研究 1 と比べて、より多様な心理的・社会的背景を有していたと考えられる。この点は、今後、本尺度を使用して予防的介入プログラムを開発する際に、有益となると考えられる。なぜならば、予防的介入の対象となる集団または個人における HIVSIS の得点と、研究 2 でのデータを比較することは、プログラムの内容を決定する過程に寄与すると考えられるからである。

2. 尺度の利用可能性

HIVSISは、以下の3点の特徴から、HIV/AIDS の予防的な介入において有用である。

第1に、学生がHIVSISに回答することで、HIVの感染の可能性を実感をもって捉えるきっかけとなる。HIVSISは、HIVに感染することで、自己の諸側面がどのように変容するのかを予測しているのかを明確にする。普段、自分がHIVに感染することを想定することに乏しい学生にとって、HIVへの感染を自分のこととして捉えることは意義がある。それは、HIVに対して防衛的な動機を形成することが、エイズ相談の利用や、コンドームの使用といった健康行動の生起に必要と考えられるからである。

第2に、HIV/AIDSに対する反応を吟味することにより、予防的介入プログラムをより精緻化(テーラーメイド)できる。研究2の結果に基づけば、社会的隔絶因子において極端に否定的に捉えている者には、知人・友人からのサポート期待を上昇させるような心理教育的介入や、その他の因子についても、HIV/AIDSに関する知識の獲得や知覚されたコミュニティ・スティグマの低減を促すために計画された各種メディアへの接触を促すことによって、その変容が期待できる。

第3に、実施が簡便で、信頼あるデータを収集できる。日本での学生を対象とした予防的な介入においては、大学構内での検査イベントや学園祭等(徳久・木村・松竹・山田, 2009; 郭・岡・大平・柿沼ほか, 2009)で実施されることが多い。本尺度は、項目数が15項目と比較的少なく、こうした場所でも僅かな時間で実施可能である。質問内容に対して回答が容易で侵襲性が少ないので、項目数の多さや社会的望ましさによって生じる回答の偏向を防ぎ、信頼あるデータを収集できると考えられる。以上のように、予防的介入プログラムを計画・実施していくうえで、導入方法やプログラムの決定にHIVSISが大きく寄与できると考えられる。

3. 今後の課題

今後の課題としては、第1に尺度の予測的妥当性の問題がある。研究3では現在のエイズ相談の利用意思を尋ねたが尺度との相関係数は低かった。対象者のエイズ相談意思得点の低さが天井効果を生み、実際の相関係数を低下させた可能性がある。また、人の援助要請を扱った研究において、男性より女性の方が、心理的問題の援助要請が高いことが報告されている(水野・石隈, 1999)。今後エイズ相談意思を尋ねる際には、測定方法の工夫とともに性差の検討を行う必要があるだろう。第2に対象者の問題がある。本研究では大学生を対象としたが、HIVの感染拡大及びエイズ相談の利用が喫緊の課題となっている年齢層の全てを対象としたわけではない。今後、大学生以外の年齢層を対象に研究を行う必要があるだろう。第3にHIVSISが仮想的感染事態を想像させている点である。研究3の調査参加者のエイズ相談意思の得点が低かったように、多くの大学生はHIV感染を疑うという状況を想定しづらかった可能性がある。今後、実際のエイズ相談の利用者を対象とした調査を行い、本研究結果と比較を行う必要がある。第4に調査方法の問題がある。本論文で扱った研究課題は、調査内容が人の生死に関わる問題なので調査参加者の心理的負担を出来る限り軽減する必要がある。このため回収ボックスや郵送での回収方法を採用した。結果として、回収率は35%から57%であり高いとは言えず、標本抽出に偏りが生じている可能性は否めない。結果の解釈においては限定的にとらえなければならないだろう。今後、こうした研究課題を実施する際の方法論を検討し、より工夫していく必要がある。

こうした課題を経た後に、先行研究でエイズ相談意思との関連が指摘されてきた変数との比較を行うことは興味深い。つまり、エイズ教育を受

けた経験 (高本・深田, 2008)、検査受検前の感染リスクの高い性行動 (Bond *et al.*, 2005) といった他の要因と比較する調査を行い、エイズ相談意思の決定要因を明らかにする必要がある。その上で、エイズ相談を促進するような予防的介入プログラムの開発、実践、評価をしていくことが望ましい。

引用文献

- Apanovitch, A.M., McCarthy, D., & Salovey, P. 2003 Using message framing to motivate HIV testing among low-income, ethnic minority women. *Health Psychology*, **22**, 60-67.
- Babaloa, S. 2007 Readiness for HIV testing among young people in Northern Nigeria: The roles of social norm and perceived stigma. *AIDS Behavior*, **11**, 759-768.
- Bandura, A. 1977 Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**, 191-215.
- Bond, L., Lauby, J., & Batson, H. 2005 HIV testing and the role of individual- and structural-level barriers and facilitators. *AIDS Care*, **17**, 125-140.
- Carey, M.P., & Schroder, K.E. 2002 Development and psychometric evaluation of the brief HIV knowledge questionnaire. *AIDS Education & Prevention*, **14**, 172-182.
- Fisher, J.D. & Fisher, W.A. 1992 Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, **111**, 455-474.
- Herek, G.M., Capitanio, J.P., & Widaman, K.F. 2002 HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, **92**, 371-377.
- 久田満・千田茂博・箕口雅博 1989 学生用ソーシャル・サポート尺度作成の試み(1) 日本社会心理学会第 30 回大会発表論文集, 143-144.
- 飯田敏晴・伊藤武彦・井上孝代 2009 想像されたヒト免疫不全ウィルス感染後の自己イメージ尺度の作成 日本応用心理学会第 76 回大会発表論文集, 57.
- 飯田敏晴・いとうたけひこ・井上孝代 2010 日本の大学生における HIV 感染経路に関する知識と偏見との関連—性差に焦点をあてて応用心理学研究, **35**, 81-89.
- 郭晃彰・岡慎一・大平勝美・柿沼章子・小林尚貴・中澤陽介 2009 早稲田大学構内における HIV 迅速抗体検査の実施に関する考察と示唆 日本エイズ学会誌, **11**, 516.
- Kalichman, S.C., & Simbayi, L.C. 2003 HIV testing attitude, AIDS stigma, and voluntary HIV counseling and testing in a black township in Capetown, South Africa. *Sexually Transmitted Infections*, **79**, 442-447.
- 北川信一郎・臼井忠男・西上祐子・篠原忠義・中村正樹・藤橋春美・中司眞二・三宅健市・石川和弘・松井祐佐公 2009 京都市の保健所における HIV 抗体検査の受検者のリスク行動、リスク行動、感染不安、HIV/STD 関連知識の検討 日本エイズ学会誌, **11**, 231-237.
- 厚生労働省エイズ動向委員会 2010 平成 21 エイズ発生動向年報—委員長コメント—平成 22 年 5 月 27 日, AIDS Prevention Information Network : API-Net エイズ予防情報ネット, <http://api-net.jfap.or.jp/status/2009/09nenpo/coment.pdf>
- Lohse, N., Hansen, A.B., Pedersen, G., Kronborg, G., Gerstoft, J., Sørensen, H.T., Vaeth, M., & Obel, N.S. 2007 Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. *Annals of*

- Internal Medicine*, **146**(2), 87-95.
- 松竹梓・徳久義治・木村妃南子・山田治 2009
エイズカフェ参加者におけるコンドーム使用
セルエフィカシー尺度の検討 日本エイ
ズ学会誌, **11**, 518.
- 水野治久・石隈利紀 1999 被援助志向性、被
援助行動に関する研究の動向 教育心理学
研究, **47**, 530-539.
- Parker, R., & Aggleton, P. 2003 HIV and AIDS
related stigma and discrimination: A conceptual
framework and implication for action. *Social
Science & Medicine*, **57**, 13-24.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C.
1992 In search of how people change.
Applications to addictive behaviors. *The
American Psychologist*, **47**, 1102-1114.
- 坂野雄二・東篠光彦 1986 一般セルフ・エフ
ィカシー尺度作成の試み 行動療法研究,
12, 73-82.
- 嶋田洋徳・浅井邦二・坂野雄二・上里一郎 1994
一般性自己効力感尺度 (GSES) の項目反応
理論による妥当性の検討 ヒューマンサイ
エンスリサーチ, **3**, 77-90.
- 清水裕・下斗米淳・風間文明 2003 大学生の
就業自己イメージ尺度作成の試み 社会心
理学研究, **20**, 191-200.
- 高本雪子・深田博己 2008 HIV 対処行動意思
と HIV 感染者・AIDS 患者への態度に及ぼ
す AIDS 情報の効果 対人社会心理学研究,
8, 23-33.
- 武田敏 1993 知識だけに終わらない AIDS 教
育 教育と医学, **41**, 668-673.
- Visser, M.J., Makin, J.D., & Lehobye, K. 2006
Stigmatizing attitude of community towards
people living with HIV/AIDS. *Journal of
Community & Applied Social Psychology*, **16**,
42-58.
- Visser, M.J., Kershaw, T., Makin, J.D., & Forsyth,
B.W.C. 2008 Development of parallel scales to
measure HIV-related stigma. *AIDS Behavior*,
12, 759-771.
- Visser, M.J., Makin, J.D., Vandormael, A., Sikkema,
K.J., & Forsyth, B.W. 2009 HIV/AIDS stigma
in a South African community. *AIDS Care*, **21**,
197-206.

脚 注

1. Appendix HIV 自己イメージ尺度 (HIVSIS)

1) 社会的隔絶

ひきこもる
大学から遠のく
まわりの人の目が気になる
まわりの人と距離を置いて付き合う
まわりの人と気まづくなる

2) 身体的脆弱性

病気にかかりやすくなる
病気が治りにくくなる
身体に痛みが走る
熱が出る

3) 生活態度変容

出来るだけ楽しい生活を送ろうとする
出来るだけ自分がしたいことをする
悔いの残らないような生活を送ろうとする

4) 親密性

結婚が出来なくなる
恋人が出来なくなる
性行為が出来なくなる

謝 辞

本研究は、日本コミュニティ心理学会若手学
会員研究・実践活動奨励賞研究金の補助を受け
た。論文を作成するに当たり、調査にご協力い

ただきました大学生の皆様へ深謝致します。また、本研究に貴重なご助言をくださった明治学院大学の金沢吉展先生に厚くお礼を申し上げます。

す。なお本研究の一部は、日本応用心理学会第76回大会、第24回日本エイズ学会学術集会・総会で発表した。

著者連絡先：飯田 敏晴

〒108-8636 東京都港区白金台 1-2-37

明治学院大学大学院心理科学研究科

Tel/Fax : 03-5421-5522

E-Mail : toshiiida@gmail.com