

地域がん患者会参加者における会の援助機能評価と ベネフィット・ファインディングおよびメンタルヘルスとの関連

黄 正国・荒井佐和子・兒玉憲一

(2013年10月3日受理)

The Relations among Evaluation of Supportive Functions of Community-based Self-help Groups for Cancer Survivors, Benefit Finding and Mental Health

Zhengguo Huang, Sawako Arai and Kenichi Kodama

Abstract: The relations among evaluation of supportive functions (ESF) of community-based self-help groups (SHGs) for cancer survivors, benefit finding (BF), and mental health were investigated. Members of SHGs for cancer survivors ($n=314$) completed a questionnaire inquiring their background. They also responded to several scales, including the ESF Scale, BF Scale-Revised, and the 28 item Japanese version of General Health Questionnaire (GHQ28). Results indicated that the ESF of SHGs had a direct buffering effect on BF domains. Moreover, ESF of SHGs and BF were significantly mediated by age, time since diagnosis, participation status, and the role in SHGs. Results also indicated a significant relationship between most BF domains and “social activity obstacles” subscale of the GHQ28. These findings suggested that participation in self-help groups was helpful for increasing BF and BF played a role in recovering the mental health of cancer survivors.

Key words: self-help group, cancer survivor, benefit finding

キーワード：セルフヘルプ・グループ、がん体験者、ベネフィット・ファインディング

問題と目的

近年、医療技術の進歩と国のがん対策の実施によって、がんの早期発見・早期治療が推進され、全がんにおける5年生存率の平均は56.9%と着実に向上している。がんと宣告されたあとも長期生存するがん体験者が年々増え（がんの統計編集委員会, 2012）、がんは急性期のエピソードを持つ慢性疾患であるという認識が定着しつつある。一方、がん体験者は、がんによる身体機能の喪失や、治療の副作用などの身体的な苦痛だけではなく、再発の不安、ボディイメージの変容などの心理的な苦痛を抱えている。さらに、仕事を失うなど社会的地位や人間関係の変化など社会的困難にも

直面する。このように、長期生存しているがん体験者は複雑な悩みを抱えている（砂賀・二渡, 2008）。このようなことを背景に、医療従事者によるサポートに加えて、がん体験者が中心になって企画・運営する地域がん患者会（以下、患者会）が全国各地で立ち上げられ、地域で暮らしているがん体験者の心のケアの場となっている（黄・中岡・兒玉, 2012）。患者会は、がん体験者のニーズに基づいて自発的に展開されるため、様々な活動が行われている。患者会は、医療従事者が運営するサポートグループ（以下SG）と比べて、内容が多様で、会の援助機能も多岐にわたる。黄・兒玉・荒井（2013）は、患者会参加者による会の援助機能評価尺度を作成し関連要因を検討した（詳細は、

「方法」を参照)。それによると、会の援助機能を高く評価している人ほど会への満足度が高いこと、会の役割を担当している人はそうでない人より、また積極的に会の活動に参加する人ほど、それぞれの会の援助機能を高く評価していることが明らかになった。

一方、室田・武居・神田(2013)は、質的分析によって、がん体験者が患者会への参加を通して、がんによって損なわれた社会的な役割を再度獲得し、新たな生きる意味を模索するプロセスを明らかにした。特に、このプロセスの中で、がんの恩恵という側面を見出すことが不可欠のステップであると指摘した。海外では、「がんの恩恵」を心理学的にとらえるため、ベネフィット・ファインディング(以下BF)という概念が提唱されている。BFとは、がんなど逆境体験を通して生じる自己に対する認知の肯定的変化である。BFと主観的健康感、セルフ・エフィカシーや積極的なコーピングとの関連が指摘されている(Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006)。黄・荒井・兒玉(投稿中)は、患者会参加者用BF尺度改訂版を作成し、その信頼性と妥当性を確認した(詳細は、「方法」を参照)。

そこで、本研究では、上記の援助機能評価尺度と患者会参加者用BF尺度改訂版を用いて、参加者による会の援助機能評価とBFとの関連を検討し、患者会の自己評価や自己点検の方法に関する基礎的な知見を得ることを第1の目的とする。その際、参加者の属性、参加状況などの関連要因が援助機能評価とBFの関連にどのような影響を及ぼしているのかを明らかにする。

ところで、がん体験者が患者会に参加することで、孤独感からの解放、心理的な葛藤の解消、大きな安堵感などメンタルヘルス面の改善を示唆する質的研究もある(高橋, 2003)。しかし、患者会参加者のメンタルヘルスと援助機能評価との関連に関する量的な検討は見当たらない。そこで、本研究では、General Health Questionnaire (GHQ)の短縮版GHQ28を用いて、患者会参加者の援助機能評価とメンタルヘルスとの関連を検討することを第2の目的とする。

方 法

分析対象者 全国のがん患者会代表者を対象とした調査(黄他, 2012)で回答が得られた119団体に、各会の参加者を対象とする質問紙調査の協力を依頼した。承諾を得られた20団体の参加者761名を対象に無記名自記式質問紙を各代表者経由で配布し、郵送法で376名から回答が得られた。そのうち記入漏れのない314名を分析対象者とした(有効回答率41.3%)。調査時期は2012年8月から9月であった。

質問紙の構成 質問紙の構成は、以下の通りであった。①回答者の属性：性別、年齢、罹患年数、治療状況、がんの種類。②患者会の参加状況(参加年数、参加頻度、参加した活動の種類数、会の役割を担当しているかどうか)。③患者会援助機能評価尺度(黄他, 2013)：「学ぶ場としての機能(以下、学ぶ機能)」、「支え合う場としての機能(以下、支え合う機能)」、「社会参加の場としての機能(以下、社会参加機能)」、「成長を促進する場としての機能(以下、成長促進機能)」の4下位尺度からなり、参加者が会の心理社会的な援助機能をどう評価しているかを測定する。21項目、4件法で回答を求めた。④患者会参加者用BF尺度改訂版(以下、BFS-R)(黄他, 投稿中)：「がんになってから現在まで」を想起期間として、自分自身のポジティブな変化についての認識を尋ねる尺度。26項目、4件法で回答を求めた。「肯定的人生観の獲得(以下、肯定的人生観)」、「人間としての人格的な成長(以下、人格的成長)」、「家族への愛情の深まり(以下、家族愛)」、「友人関係の広がり(以下、友人関係)」、「感謝の念の深まり(以下、感謝)」、「宗教心の活性化(以下、宗教心)」の6下位尺度からなる。⑤日本版精神健康調査票GHQ28(中川・大坊, 1985)：「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的活動障害」、「うつ傾向」の4下位尺度からなる。計28項目、4件法で回答を求めた。得点が高いほど精神的健康度が低いことを示す。

倫理的配慮 本研究は、広島大学大学院教育学研究科の研究倫理審査を受けた。質問紙の表紙に、患者会名や個人名を公表しないこと、将来医学・心理学分野の学術誌に発表する可能性のあること等を明記し、回答者の承諾を得た。

結 果

分析対象者の属性の概要 Table 1に示すように、314名のうち、男性9人(2.9%)、女性305人(97.1%)。平均年齢は59.8歳($SD=10.1$)、平均罹患年数は8.8年($SD=7.0$)であった。がんの種類の内訳は乳がん265人(84.4%)と最も多く、次いで血液がん22人(7.0%)、消化器がん9人(2.9%)の順であった。現在の治療状況は、「治療なし」が最も多く128人(40.8%)、次いで「ホルモン療法」80人(25.5%)、「化学療法」33人(10.5%)の順であった。乳がんは、がんと診断された女性の19.2%を占めるほど罹患率が高く、5年生存率が88.0%で最も高い(がんの統計編集委員会, 2012)。また、乳がん患者会は、日本のがん患者会のなかで歴史が長く、参加者も多く、地域で最も活発に活動を展開している(砂賀・二渡, 2008)。このような状況が、

本研究に反映され、乳がん体験者からの回答が多かったと考えられる。

参加状況の概要 Table 1に示すように、患者会への平均参加年数は6.9年 ($SD=5.6$)。参加頻度は、「8、9割参加」が最も多く71人 (22.6%)、次いで「6、7割参加」57人 (18.2%)、「2、3割参加」46人 (14.6%)の順であり、参加頻度にバラつきがあった。参加した活動の種類数は、「5種類以下」は164人 (52.2%)、「6種類以上」は150人 (47.8%)であった。「会の役職を担当している」と答えた人は80人 (25.5%)であった。

援助機能評価、属性とBFの関連 援助機能評価尺度の各下位尺度、属性とBFS-Rの各下位尺度との関連を検討するために、援助機能評価尺度の各下位尺度得点を平均値によって高群と低群に分け、BFS-Rの各下位尺度を従属変数として、援助機能評価各下位尺度 (高群、低群) × 年齢 (64歳以下、65歳以上) × 罹患年数 (10年以下、11年以上) の3要因分散分析を行った。

(1)「学ぶ機能」(高群、低群) × 年齢 (64歳以下、65歳以上) × 罹患年数 (10年以下、11年以上) の3要因分散分析を行った。その結果、①「肯定的人生観」では、「学ぶ機能」($F(1,306)=16.21, p<.01$)と罹患年数 ($F(1,306)=3.99, p<.05$)の主効果が有意であった。年齢の主効果と交互作用は有意ではなかった。②「人格的成長」では、「学ぶ機能」の主効果が有意傾向 ($F(1,306)=3.33, p<.10$)、年齢 ($F(1,306)=5.29, p<.05$)、罹患年数 ($F(1,306)=10.07, p<.01$)の主効果が有意であった。さらに、「学ぶ機能」と罹患年数の交互作用が有意であった ($F(1,306)=8.78, p<.01$)。そこで交互作用について検討したところ、罹患年数10年以下の群のみ、「学ぶ機能」の単純主効果が有意であった ($F(1,306)=16.08, p<.01$)。また、2次交互作用が有意であった ($F(1,306)=9.83, p<.01$)。単純・単純主効果を検討したところ、年齢が64歳以下で「学ぶ機能」が高い群では、罹患年数11年以上群が10年以下群より「人格的成長」が高かった ($F(1,306)=5.11, p<.05$)。③「家族愛」では、「学ぶ機能」の主効果に有意傾向があった ($F(1,306)=3.59, p=.06$)。年齢、罹患年数の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用が有意であった ($F(1,306)=3.97, p<.05$)。単純・単純主効果を検討したところ、年齢が64歳以下で罹患年数が10年以下の群では、「学ぶ機能」の評価が高い群が低い群より「家族愛」が高かった ($F(1,306)=4.91, p<.05$)。④「友人関係」では、「学ぶ機能」($F(1,306)=14.15, p<.01$)と罹患年数 ($F(1,306)=5.20, p<.05$)の主効果が有意であった。年齢の主効果と交互作用は有意ではなかった。⑤「感謝」では、「学ぶ機能」($F(1,306)=23.15,$

$p<.01$)の主効果が有意であった。年齢と罹患年数の主効果および交互作用は有意ではなかった。⑥「宗教心」では、「学ぶ機能」、年齢、罹患年数の主効果および交互作用は有意ではなかった。

(2)「支え合う機能」(高群、低群) × 年齢 (64歳以下、65歳以上) × 罹患年数 (10年以下、11年以上) の3要因分散分析を行った。その結果、①「肯定的人生観」では、「支え合う機能」($F(1,306)=16.93, p<.01$)と罹患年数 ($F(1,306)=4.05, p<.05$)の主効果が有意であった。年齢の主効果と交互作用は有意ではなかった。②「人格的成長」では、「支え合う機能」($F(1,306)=7.75, p<.01$)、罹患年数 ($F(1,306)=8.41, p<.01$)の主効果が有意であった。年齢の主効果に有意傾向があった ($F(1,306)=3.51, p<.01$)。また、2次交互作用に有意傾向があった ($F(1,306)=3.28, p<.10$)。単純・単純主効果を検討したところ、年齢が64歳以下で「支え合う機能」が高い群では、罹患年数11年以上群が10年以下群より「人格的成長」が高かった ($F(1,306)=9.16, p<.01$)。③「家族愛」では、「支え合う機能」($F(1,306)=5.77, p<.05$)の主効果が有意であった。年齢と罹患年数の主効果および交互作用は有意ではなかった。④「友人関係」では、「支え合う機能」($F(1,306)=36.16, p<.01$)、罹患年数 ($F(1,306)=4.99, p<.05$)の主効果が有意であった。年齢の主効果に有意傾向があった ($F(1,306)=2.75, p<.10$)。交互作用は有意ではなかった。⑤「感謝」では、「支え合う機能」($F(1,306)=16.72, p<.01$)の主効果が有意であった。年齢と罹患年数の主効果および交互作用は有意ではなかった。⑥「宗教心」では、「支え合う機能」の主効果に有意傾向があった ($F(1,306)=3.11, p<.10$)。年齢、罹患年数の主効果が有意ではなかった。また、「支え合う機能」と年齢の交互作用が有意であった ($F(1,306)=3.97, p<.05$)。単純主効果を検討したところ、年齢が65歳以上の群では、「支え合う機能」の単純主効果が有意であった ($F(1,306)=5.00, p<.05$)。

(3)「社会参加機能」(高群、低群) × 年齢 (64歳以下、65歳以上) × 罹患年数 (10年以下、11年以上) の3要因分散分析を行った。その結果、①「肯定的人生観」では、「社会参加機能」($F(1,306)=25.25, p<.01$)と罹患年数 ($F(1,306)=4.40, p<.05$)の主効果が有意であった。年齢の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用が有意であった ($F(1,306)=9.83, p<.01$)。単純・単純主効果を検討したところ、年齢が64歳以下で「社会参加機能」が高い群では、罹患年数11年以上群が10年以下群より「肯定的人生観」が高かった ($F(1,306)=8.15, p<.01$)。②「人格的成長」では、「社会参加機能」($F(1,306)=24.92, p<.01$)、罹患年数 ($F(1,306)=7.35,$

$p<.01$)の主効果が有意であった。年齢の主効果に有意傾向があった($F(1,306)=3.16, p<.10$)。交互作用は有意ではなかった。③「家族愛」では、「社会参加機能」の主効果が有意であった($F(1,306)=12.26, p<.01$)。年齢、罹患年数の主効果と交互作用が有意ではなかった。④「友人関係」では、「社会参加機能」($F(1,306)=16.83, p<.01$)と罹患年数($F(1,306)=6.60, p<.05$)の主効果が有意であった。年齢の主効果と交互作用は有意ではなかった。⑤「感謝」では、「社会参加機能」($F(1,306)=7.08, p<.01$)の主効果が有意であった、年齢と罹患年数の主効果および交互作用は有意ではなかった。⑥「宗教心」では、「社会参加機能」、年齢、罹患年数の主効果および交互作用は有意ではなかった。

(4)「成長促進機能」(高群,低群)×年齢(64歳以下,65歳以上)×罹患年数(10年以下,11年以上)の3要因分散分析を行った。その結果,①「肯定的人生観」では、「成長促進機能」の主効果が有意であった($F(1,306)=25.16, p<.01$)。罹患年数の主効果に有意傾向があった($F(1,306)=3.08, p<.10$)。年齢の主効果と交互作用は有意ではなかった。②「人格的成長」では、「成長促進機能」($F(1,306)=11.69, p<.01$)、罹患年数($F(1,306)=8.85, p<.01$)、年齢($F(1,306)=4.37, p<.05$)の主効果が有意であった。「成長促進機能」と罹患年数の交互作用に有意傾向があった($F(1,306)=3.00, p<.10$)。単純主効果を検討したところ、年齢が65歳以上の群では、「成長促進機能」の単純主効果が有意であった($F(1,306)=5.00, p<.05$)。また、2次交互作用が有意であった($F(1,306)=5.01, p<.01$)。単純・単純主効果を検討したところ、年齢が64歳以下で「成長促進機能」が高い群では、罹患年数11年以上群が10年以下群より「人格的成長」が高かった($F(1,306)=6.46, p<.05$)。③「家族愛」では、「成長促進機能」の主効果が有意であった($F(1,306)=7.00, p<.01$)。年齢、罹患年数の主効果と交互作用が有意ではなかった。④「友人関係」では、「成長促進機能」($F(1,306)=14.35, p<.01$)と罹患年数($F(1,306)=5.41, p<.05$)の主効果が有意であった。年齢の主効果と交互作用は有意ではなかった。⑤「感謝」では、「成長促進機能」($F(1,306)=10.33, p<.01$)の主効果が有意であった。年齢と罹患年数の主効果および交互作用は有意ではなかった。⑥「宗教心」では、「社会参加機能」、年齢、罹患年数の主効果および交互作用は有意ではなかった。

援助機能評価、参加状況とBFの関連 援助機能評価尺度の各下位尺度、参加状況とBFS-Rの各下位尺度との関連を検討するために、援助機能評価尺度の各

下位尺度得点を平均値によって高群と低群に分け、BFS-Rの各下位尺度について、援助機能評価各下位尺度(高群,低群)×参加頻度(高群,低群)×参加した活動の種類数(高群,低群)の3要因分散分析を行った。

(1)「学ぶ機能」(高群,低群)×参加頻度(高群,低群)×参加した活動の種類数(高群,低群)の3要因分散分析を行った結果,①「肯定的人生観」では、「学ぶ機能」の主効果が有意であった($F(1,306)=19.23, p<.01$)。参加頻度と参加した活動種類数の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用が($F(1,306)=11.46, p<.01$)で有意であった。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「学ぶ機能」の高群が低群より「肯定的人生観」が高かった($F(1,306)=17.94, p<.01$)。②「人格的成長」では、「学ぶ機能」($F(1,306)=8.19, p<.01$)と参加した活動の種類数($F(1,306)=5.77, p<.05$)の主効果が有意であった。参加頻度の主効果と交互作用は有意ではなかった。③「家族愛」では、「学ぶ機能」の主効果に有意傾向がみられた($F(1,306)=3.35, p<.10$)。参加頻度と参加した活動種類数の主効果が有意ではなかった。また、2次交互作用が有意であった($F(1,306)=6.03, p<.05$)。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「学ぶ機能」の高群が低群より「家族愛」が高かった($F(1,306)=5.23, p<.05$)。④「友人関係」では、「学ぶ機能」($F(1,306)=12.10, p<.01$)と参加した活動の種類数($F(1,306)=7.31, p<.01$)の主効果が有意であった。参加頻度の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用に有意傾向があった($F(1,306)=3.42, p<.10$)。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「学ぶ機能」の高群が低群より「友人関係」が高かった($F(1,306)=9.31, p<.01$)。⑤「感謝」では、「学ぶ機能」($F(1,306)=23.36, p<.01$)の主効果が有意であった。参加頻度と参加した活動種類数の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用が($F(1,306)=5.67, p<.05$)で有意であった。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「学ぶ機能」の高群が低群より「感謝」が高かった($F(1,306)=11.59, p<.01$)。⑥「宗教心」では、「学ぶ機能」、参加頻度と参加した活動種類数の主効果および交互作用は有意ではなかった。

(2)「支え合う機能」(高群,低群)×参加頻度(高群,低群)×参加した活動の種類数(高群,低群)の3要因分散分析を行った。その結果,①「肯定的人生観」では、「支え合う機能」の主効果が有意であった

($F(1,306)=14.21, p<.01$)。参加頻度と参加した活動種類数の主効果と交互作用は有意ではなかった。②「人格的成長」では、「支え合う機能」の主効果が有意であった ($F(1,306)=7.07, p<.01$)。参加頻度と参加した活動種類数の主効果は有意ではなかった。また、「支え合う機能」と参加した活動の種類数の交互作用が有意であった ($F(1,306)=4.12, p<.05$)。単純主効果を検討したところ、「支え合う機能」高群では、参加した活動の種類数の単純主効果が有意であった ($F(1,306)=8.02, p<.01$)。③「家族愛」では、「支え合う機能」の主効果に有意傾向があった ($F(1,306)=2.86, p<.10$)、参加頻度と参加した活動種類数の主効果と交互作用が有意ではなかった。④「友人関係」では、「支え合う機能」 ($F(1,306)=23.63, p<.01$) と参加した活動の種類数 ($F(1,306)=4.58, p<.05$) の主効果が有意であった。参加頻度の主効果と交互作用は有意ではなかった。⑤「感謝」では、「支え合う機能」の主効果が有意であった ($F(1,306)=18.35, p<.01$)。参加した活動種類数の主効果に有意傾向があった ($F(1,306)=3.86, p<.10$)。参加頻度の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用に有意傾向があった ($F(1,306)=2.88, p<.10$)。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「支え合う機能」の高群が低群より「感謝」が高かった ($F(1,306)=13.47, p<.01$)。⑥「宗教心」では、参加した活動の種類数の主効果に有意傾向があった ($F(1,306)=2.76, p<.10$)。「支え合う機能」と参加頻度の主効果および交互作用は有意ではなかった。

(3)「社会参加機能」(高群,低群)×参加頻度(高群,低群)×参加した活動の種類数(高群,低群)の3要因分散分析を行った。その結果,①「肯定的人生観」では、「社会参加機能」の主効果が有意であった ($F(1,306)=15.58, p<.01$)、参加頻度と参加した活動種類数の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用が ($F(1,306)=14.48, p<.01$) で有意であった。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「社会参加機能」の高群が低群より「肯定的人生観」が高かった ($F(1,306)=17.94, p<.01$)。②「人格的成長」では、「社会参加機能」 ($F(1,306)=23.91, p<.01$) と参加した活動の種類数 ($F(1,306)=5.60, p<.05$) の主効果が有意であった。参加頻度の主効果は有意ではなかった。また、「社会参加機能」と参加した活動の種類数の交互作用が有意であった ($F(1,306)=3.99, p<.05$)。単純主効果を検討したところ、「社会参加機能」高群では、参加した活動の種類数の単純主効果が有意であった ($F(1,306)=8.02, p<.01$)。③「家族愛」では、「社会参加機能」の

主効果が有意であった ($F(1,306)=9.73, p<.01$)。参加頻度と参加した活動種類数の主効果および交互作用が有意ではなかった。④「友人関係」では、「社会参加機能」 ($F(1,306)=7.37, p<.01$) と参加した活動の種類数 ($F(1,306)=7.52, p<.01$) の主効果が有意であった。参加頻度の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用に有意傾向があった ($F(1,306)=7.82, p<.10$)。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「社会参加機能」の高群が低群より「友人関係」が高かった ($F(1,306)=7.25, p<.01$)。⑤「感謝」では、「社会参加機能」 ($F(1,306)=4.33, p<.05$) の主効果が有意であった。参加頻度と参加した活動種類数の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用が有意であった ($F(1,306)=9.82, p<.01$)。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「社会参加機能」の高群が低群より「感謝」が高かった ($F(1,306)=11.08, p<.01$)。⑥「宗教心」では、「社会参加機能」、参加頻度と参加した活動種類数の主効果は有意ではなかった。「社会参加機能」と参加した活動の種類数の交互作用に有意傾向があった ($F(1,306)=3.42, p<.10$)。単純主効果を検討したところ、「社会参加機能」高群では、参加した活動の種類数の単純主効果が有意であった ($F(1,306)=8.02, p<.01$)。

(4)「成長促進機能」(高群,低群)×参加頻度(高群,低群)×参加した活動の種類数(高群,低群)の3要因分散分析を行った。その結果,①「肯定的人生観」では、「成長促進機能」の主効果が有意であった ($F(1,306)=22.96, p<.01$)。参加頻度と参加した活動種類数の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用に有意傾向があった ($F(1,306)=3.49, p<.10$)。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「成長促進機能」の高群が低群より「肯定的人生観」が高かった ($F(1,306)=14.17, p<.01$)。②「人格的成長」では、「成長促進機能」 ($F(1,306)=15.90, p<.01$) の主効果が有意であった。参加した活動の種類数の主効果に有意傾向があった ($F(1,306)=3.76, p<.10$)。参加頻度の主効果と交互作用は有意ではなかった。③「家族愛」では、「成長促進機能」の主効果に有意傾向があった ($F(1,306)=3.80, p<.10$)。参加頻度と参加した活動種類数の主効果および交互作用が有意ではなかった。④「友人関係」では、「成長促進機能」 ($F(1,306)=12.65, p<.01$) と参加した活動の種類数 ($F(1,306)=6.79, p<.05$) の主効果が有意であった。参加頻度の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用に有意傾向があった

($F(1,306)=3.68, p<.10$)。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「成長促進機能」の高群が低群より「友人関係」が高かった ($F(1,306)=12.40, p<.01$)。⑤「感謝」では、「成長促進機能」($F(1,306)=8.80, p<.01$)の主効果が有意であった。参加頻度と参加した活動種類数の主効果は有意ではなかった。また、2次交互作用が有意であった ($F(1,306)=6.85, p<.01$)。単純・単純主効果を検討したところ、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、「成長促進機能」の高群が低群より「感謝」が高かった ($F(1,306)=13.65, p<.01$)。⑥「宗教心」について、「成長促進機能」、参加頻度と参加した活動種類数の主効果および交互作用は有意ではなかった。

援助機能評価、役職担当とBFの関連 援助機能評価尺度の各下位尺度、会の役職担当とBFS-Rの各下位尺度との関連を検討するために、援助機能評価尺度の各下位尺度得点を平均値によって高群と低群に分け、BFS-Rの各下位尺度について、「援助機能評価各下位尺度」(高群, 低群)×役職担当(有群, 無群)の2要因分散分析を行った。

(1)「学ぶ機能」(高群, 低群)×役職担当(有群, 無群)の2要因分散分析を行った。その結果、①「肯定的人生観」では、「学ぶ機能」の主効果が有意であった ($F(1,310)=27.75, p<.01$)。役職担当の主効果に有意傾向があった ($F(1,310)=2.95, p<.10$)。交互作用は有意ではなかった。②「人格的成長」では、「学ぶ機能」($F(1,310)=10.28, p<.01$)と役職担当 ($F(1,310)=6.50, p<.05$)の主効果が有意であった。交互作用は有意ではなかった。③「家族愛」では、「学ぶ機能」の主効果に有意傾向があった ($F(1,310)=3.10, p<.10$)。役職担当状況の主効果と交互作用が有意ではなかった。④「友人関係」について、「学ぶ機能」の主効果が有意であった ($F(1,310)=20.43, p<.01$)。役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。⑤「感謝」では、「学ぶ機能」($F(1,310)=34.92, p<.01$)の主効果が有意であった。役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。⑥「宗教心」では、「学ぶ機能」、役職担当の主効果および交互作用は有意ではなかった。

(2)「支え合う機能」(高群, 低群)×役職担当(有群, 無群)の2要因分散分析を行った。その結果、①「肯定的人生観」では、「支え合う機能」の主効果が有意であった ($F(1,310)=20.22, p<.01$)。役職担当の主効果 ($F(1,310)=3.64, p<.10$)と交互作用 ($F(1,310)=3.17, p<.10$)に有意傾向があった。単純主効果を検討したところ、「支え合う機能」高群では、役職担当有群が無群より「肯定的人生観」が高かった ($F(1,310)=9.13, p<.10$)。②「人格的成長」では、「支え合う機能」

($F(1,310)=9.66, p<.01$)と役職担当 ($F(1,310)=7.51, p<.01$)の主効果が有意であった。交互作用は有意ではなかった。③「家族愛」では、「支え合う機能」の主効果に有意傾向があった ($F(1,310)=2.85, p<.10$)。役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。④「友人関係」では、「支え合う機能」の主効果が有意であった ($F(1,310)=33.51, p<.01$)。役職担当の主効果 ($F(1,310)=3.28, p<.10$)に有意傾向があった。交互作用は有意ではなかった。⑤「感謝」では、「支え合う機能」($F(1,310)=24.15, p<.01$)の主効果が有意であった。役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。⑥「宗教心」について、「支え合う機能」の主効果が有意であった ($F(1,310)=3.98, p<.05$)。役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。

(3)「社会参加機能」(高群, 低群)×役職担当(有群, 無群)の2要因分散分析を行った。その結果、①「肯定的人生観」では、「社会参加機能」の主効果 ($F(1,310)=27.01, p<.01$)と役職担当の主効果 ($F(1,310)=5.25, p<.05$)が有意であった。交互作用に有意傾向があった ($F(1,310)=3.10, p<.10$)。単純主効果を検討したところ、「社会参加機能」高群では、役職担当有群が無群より「肯定的人生観」が高かった ($F(1,310)=8.35, p<.10$)。②「人格的成長」では、「社会参加機能」($F(1,310)=28.61, p<.01$)と役職担当 ($F(1,310)=8.04, p<.01$)の主効果が有意であった。交互作用は有意ではなかった。③「家族愛」では、「社会参加機能」の主効果が有意であった ($F(1,310)=11.84, p<.01$)。役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。④「友人関係」では、「社会参加機能」($F(1,310)=21.82, p<.01$)、役職担当状況の主効果 ($F(1,310)=4.51, p<.05$)の主効果、交互作用 ($F(1,310)=4.88, p<.05$)が有意であった。単純主効果を検討したところ、「社会参加機能」高群では、役職担当有群が無群より「友人関係」が高かった ($F(1,310)=3.54, p<.10$)。⑤「感謝」では、「社会参加機能」($F(1,310)=11.61, p<.01$)の主効果が有意であった。役職担当状況の主効果と交互作用が有意ではなかった。⑥「宗教心」では、「社会参加機能」の主効果、役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。

(4)「成長促進機能」(高群, 低群)×役職担当状況(有群, 無群)の2要因分散分析を行った。その結果、①「肯定的人生観」では、「成長促進機能」の主効果が有意であった ($F(1,310)=26.40, p<.01$)。役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。②「人格的成長」では、「成長促進機能」($F(1,310)=14.73, p<.01$)と役職担当 ($F(1,310)=5.94, p<.05$)の主効果が有意であった。交互作用は有意ではなかった。③「家族愛」では、

地域がん患者会参加者における会の援助機能評価と
ベネフィット・ファインディングおよびメンタルヘルスとの関連

「成長促進機能」, 役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。④「友人関係」では, 「成長促進機能」の主効果が有意であった ($F(1,310)=21.77, p<.01$)。役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。⑤「感謝」では, 「成長促進機能」の主効果が有意であった ($F(1,310)=13.01, p<.01$)。役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。⑥「宗教心」について, 「社会参加機能」の主効果, 役職担当の主効果と交互作用が有意ではなかった。

援助機能評価とBFおよびメンタルヘルスの関連
相関分析を行ったところ, 援助機能評価尺度の各下位

尺度とBFS-Rの各下位尺度の間に, 弱いもしくは中程度の関連がみられたが, 援助機能評価尺度の各下位尺度とGHQ28の下位尺度の間に直接な関連が認められなかった (Table 2)。一方, BFS-R各下位尺度とGHQ28の下位尺度の「社会的活動障害」との間に弱い相関がみられた (Table 3)。援助機能評価とBF及び「社会的活動障害」との関連を明らかにするために, 援助機能評価の各下位尺度, BFS-Rの各下位尺度, GHQ28の下位尺度の「社会的活動障害」の7項目を顕在変数にし, さらにそれぞれに対応する3つの潜在変数として「援助機能評価」, 「BF」, 「社会的活動障害」

Table 1
属性と参加状況

項目		度数 (%)	
性別	男性	9人 (2.9%)	
	女性	305人 (97.1%)	
病名	乳房	265人 (84.4%)	
	その他	血液	22人 (7.0%)
		消化器	9人 (2.9%)
		婦人科	5人 (1.6%)
		呼吸器	3人 (1.0%)
		頭頸部	2人 (0.6%)
		不明	8人 (2.5%)
治療状況	治療なし	186人 (59.2%)	
	治療中	ホルモン療法	80人 (25.5%)
		化学療法	33人 (10.5%)
		放射線療法	5人 (1.6%)
		代替療法	2人 (0.6%)
		緩和ケア	2人 (0.6%)
		手術	1人 (0.3%)
不明	5人 (1.6%)		
平均年齢 (SD)		59.7歳 (10.1)	
平均罹患年数 (SD)		8.9年 (7.0)	
平均参加年数 (SD)		6.9年 (5.6)	
参加頻度	全部参加	26人 (8.3%)	
	8, 9割参加	71人 (22.6%)	
	6, 7割参加	57人 (18.2%)	
	4, 5割参加	40人 (12.7%)	
	2, 3割参加	46人 (14.6%)	
	1割程度	35人 (11.1%)	
	1割以下	39人 (12.4%)	
	参加した活動の種類数	5種類以下	164人 (52.2%)
6種類以上		150人 (47.8%)	
役職担当状況	役職を担当している	80人 (25.5%)	
	役職を担当していない	234人 (74.5%)	

Table 2
援助機能評価尺度の各下位尺度と BFS-R の各下位尺度及び GHQ28 下位尺度との相関 (r)

	BFS-R						GHQ28			
	肯定的 人生観	人格的 成長	家族愛	友人 関係	感謝	宗教心	身体的 症状	不安と 不眠	社会的活 動障害	うつ 傾向
学ぶ機能	.35**	.24**	.21**	.33**	.32*	.08	-.03	-.04	-.16	-.11
支え合う機能	.32**	.23**	.20**	.40**	.32**	.10	-.05	-.01	-.07	-.09
社会参加機能	.36**	.41**	.23**	.33**	.20**	.07	-.11	-.08	-.13	-.09
成長促進機能	.42**	.38**	.25**	.39**	.29**	.07	-.06	-.02	-.15	-.09

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 3
BFS-R の各下位尺度と GHQ28 下位尺度との相関 (r)

	身体的症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向
肯定的人生観	.02	.02	-.35**	-.03
人格的成長	-.08	-.08	-.35**	-.13*
家族愛	-.08	-.18**	-.25**	-.18**
友人関係	-.07	-.05	-.30**	-.14*
感謝	.02	-.00	-.18**	-.06
宗教心	.12*	.08	-.06	-.02

* $p < .05$, ** $p < .01$

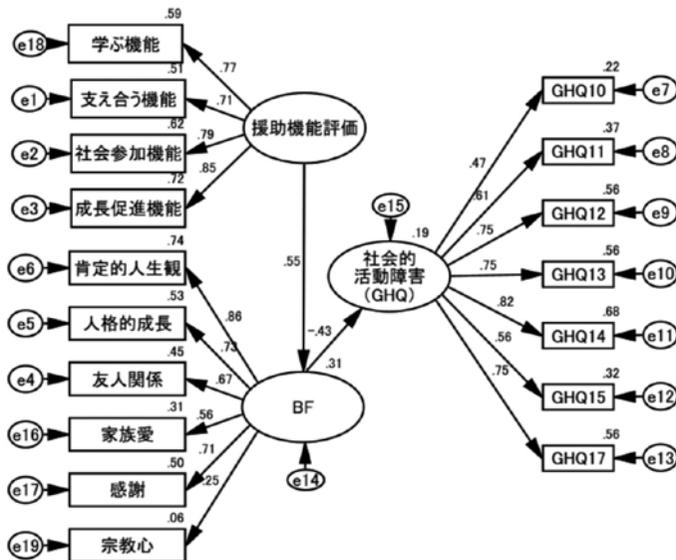


Figure 1. 援助機能評価と BF および GHQ28 の社会的活動障害との関連

を仮定して共分散構造分析を行った。「援助機能評価」から「BF」への効果と「BF」から「社会的活動障害」への効果を想定してモデルを検討したところ、潜在変数と仮定した「援助機能評価」から「BF」に有意なパスが認められた ($\beta = .55, p < .01$)、また、「BF」から「社会的活動障害」に有意なパスが認められた ($\beta = -.43, p < .01$)。モデルの適合度指標の値は、GFI=.90、AGFI=.86、CFI=.91、RMSEA=.08であり、データとモデルは概ね適合していることが示された (Figure 1)。

考 察

本研究では、援助機能評価尺度や BFS-R を患者会の自己評価や自己点検に役立てるための基礎的な知見を得ることを目的として、援助機能高群と低群において BF やメンタルヘルスの得点に差があるかどうか検討した。その際、2変数の関係に、参加者の年齢、罹患年数、役職経験の有無、参加頻度、参加活動数などの属性等が関連することが明らかになったので、この点を考察する。

援助機能評価と BF の関連 参加者の BRS-R の下位尺度を従属変数、機能評価尺度の下位尺度得点および属性等を独立変数とした分散分析の結果、援助機能評価尺度の下位尺度得点高群は低群より BFS-R の下位尺度得点が高いことが明らかになった。自分が参加している患者会の援助機能を高く評価している人はそうでない人より、自己に対する認知の肯定的変化を体験していた。これは、Schulz & Mohamed (2004) の結果と一致していた。ただ、これだけでは、患者会の自己評価や自己点検の方法に関する有益な示唆は得られない。そこで、属性等に交互作用が認められた結果に注目し、考察を試みた。

まず、「学ぶ機能」を高く評価し年齢が64歳以下の群では、罹患年数11年以上群が10年以下群より「人格的成長」、「家族愛」が高かった。また、「支え合う機能」を高く評価し年齢が64歳以下の群では、罹患年数11年以上群が10年以下群より「人格的成長」が高かった。「社会参加機能」を高く評価し年齢が64歳以下の群では、罹患年数11年以上群が10年以下群より「肯定的人生観」が高かった。「成長促進機能」を高く評価し年齢が64歳以下の群では、罹患年数11年以上群が10年以下群より「人格的成長」が高かった。64歳以下で罹患年数が11年以上の参加者とは、本研究の場合、40代、50代で乳がんと診断されたと考えられる。早くも中年期にがんの診断を受け11年以上再発転移の不安を抱えながら生きていることが BF と関連していた。秋本・橋野・富迫 (2001) は、比較的若くしてがんと診断さ

れた者は、ショックや混乱の中から自己を客観的に見詰め、新たな決意をもって辛い体験を糧に前向きに成長していこうとする力を備えていると述べている。また、11年以上生存した場合、医学的には原発がんが完治したとみなされることが多く、医療機関による支援が少なくなる。その一方、加齢により再発転移や重複がんの罹患への不安が高くなる。このような人々にとって、患者会はさまざまな面で援助的な場であり、そのような援助があるからこそ BF をより多く体験できたと考えられる。

なお、本研究では、患者会への参加状況も調査した。「学ぶ機能」高群で参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、そうでない群より「肯定的人生観」、「家族愛」、「友人関係」、「感謝」が高かった。「支え合う機能」と「社会参加機能」高群では、参加した活動の種類数の多い群は低い群より、「人格的成長」が高かった。また、「支え合う機能」高群で参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、そうでない群より「感謝」が高かった。「社会参加機能」高群で参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、そうでない群より「肯定的人生観」、「友人関係」、「感謝」が高かった。「成長促進機能」高群で参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群では、そうでない群より「肯定的人生観」、「友人関係」、「感謝」が高かった。このように会の援助機能を高く評価している群では、参加頻度が高く参加した活動種類数も多い群はそうでない群より BF をより多く体験していた。水野 (1997) は、地域で生活するがん体験者の健康について質的研究を行い、がん体験者の心身の健康を維持するには、分かち合える、自分の中のものを出発できる、自分を案じてくれていると思える他者と場の存在が重要だと報告した。本研究の結果から、患者会へ積極的に参加することで、心のよりどころとなる他者と場を得ることができ、そのことで患者会の援助機能を高く評価し、自己認知の肯定的変化等の心理的成長が得られたと考えられる。

また、「支え合う機能」高群では、役職担当有群が無群より「肯定的人生観」が高かった。「社会参加機能」高群では、役職担当有群が無群より「肯定的人生観」が高かった。「社会参加機能」高群では、役職担当有群が無群より「友人関係」が高かった。このように参加者の中でも会の役職を引き受けた者は、患者会で自分自身の社会的存在感を確認し、自分の役割を再獲得し、肯定的人生観と人格的成長が得られたと考えられる。高橋 (2003) によると、多くの参加者が会の活動の中で役割感覚を味わえることは患者会の最大の特徴であるという。そうであるならば、より多くの参加者

が役職を経験できるような組織や運営が望まれる。

このように、援助機能評価とBFの関連に、年齢、罹患年数、役職担当の有無、参加頻度、参加活動数が関連していることが明らかになった。このことは、援助機能評価が高ければBFが高くなるという単純な関連があるのではなく、参加者の属性等が複雑に関連することを示している。こうした属性等は、すでに黄他(2013)で援助機能評価に、黄他(投稿中)でBFS-Rにそれぞれ密接に関連することが明らかになったが、援助機能評価とBFとの関連も規定することが明らかになったことは本研究の成果の1つである。

援助機能評価下位尺度とBFS-R下位尺度およびGHQ28の関連 室田他(2013)は、がん体験者は患者会に参加することを通して、がんの恩恵を見出すことが新たな社会的役割感覚を獲得するための重要な要因であると指摘している。本研究では、援助機能評価がメンタルヘルスに直接的に及ぼす影響は確認できなかったが、BFがメンタルヘルスの向上に重要な役割を担うことが示唆された。すなわち、患者会の援助機能評価がBFという心理的適応要因を媒介し、メンタルヘルスに間接的な影響を及ぼしている可能性が考えられる。この点は、今後縦断的なデータを蓄積して、より緻密な検討を行う必要である。また、前述したように、援助機能評価とBFとの関連、またBFとメンタルヘルスの関連は、参加者の属性や参加状況によって複雑に影響されていた。本研究ではサンプルサイズの関係で、分析対象者の属性別にモデルを検討することはできなかった。今後、データを拡充し、モデルの精緻化を進める必要があると考えられる。

本研究の限界と今後の課題 本研究の分析対象者のほとんどは女性で、その多くが乳がん体験者であった。これはわが国のがん患者会の現状を反映し、患者会研究としては貴重な成果が得られた。ただ、がん体験者の全体像を把握する観点からは、男女比やがんの種類において大きな偏りがあったと言える。今後がん体験者研究として発展させるためには、乳がん患者会以外のがん患者会参加者のデータを拡充するための努力や工夫が必要がある。また、本研究では、参加者の個人属性等を絡めた分析はできたが、会の規模や活動状況などの会の属性を絡めた分析ができなかった。今後は、患者会の規模や活動内容等に関する項目も含めて質問し、援助機能評価とBFとの関連を参加者要因と会の要因の両面から分析していく必要があると考えられる。

【付記】

1. 本研究は、平成24年度日本学術振興会科学研究補

助金基盤研究(C)「がん医療現場の臨床心理士と患者会の協働を促すコミュニティ心理学的試み」(研究代表者兒玉憲一)の一環として行われた。

2. 質問紙調査にご協力いただいた全国のがん患者会の代表者及び参加者の皆様に感謝申し上げます。

【引用文献】

- 秋本葉子・橋野恭子・富迫里美(2001). 卵巣癌・子宮癌で手術及びその後の治療を受けている患者の闘病体験と回復過程 30代の女性6名のインタビューをもとに 臨床看護研究の進歩, 12, 174-183.
- がんの統計編集委員会(2012). がんの統計〈2012年版〉. 公益財団法人がん研究振興財団. http://ganjoho.jp/data/professional/statistics/backnumber/2012/cancer_statistics_2012.pdf (2013年8月6日取得)
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- 黄 正国・兒玉憲一・荒井佐和子(2013). がん患者会参加者による会の援助機能評価とその関連要因の検討 *Palliative Care Research*, 8, 225-232.
- 黄 正国・兒玉憲一・荒井佐和子(投稿中). 地域がん患者会参加者のベネフィット・ファインディングとメンタルヘルス指標との関連 心理臨床学研究
- 黄 正国・中岡千幸・兒玉憲一(2012). がん患者会代表者のコミュニティ援助機能評価とベネフィット・ファインディングの関連, 広島大学大学院教育学研究科紀要第三部教育人科学関連領域, 61, 49-158.
- 水野道代(1997). 地域社会で生活するがん体験者にとっての健康の意味とその構造 日本看護科学会誌, 17, 48-57.
- 室田紗織・武居明美・神田清子(2013). がんサバイバーがセルフヘルプ・グループでの活動を通じて新たな役割を獲得するプロセス *The Kitakanto medical journal*, 63, 125-131.
- 中川泰彬・大坊郁夫(1885). 日本版GHQ精神健康調査票手引 日本文化科学社 pp. 57-66.
- Schulz, U., & Mohamed, N. E. (2004). Turning the tide: Benefit-finding after cancer surgery. *Social Science and Medicine*, 59, 653-662.
- 砂賀道子・二渡玉江(2008). がん体験者の適応に関する研究の動向と課題 群馬保健学紀要, 28, 61-70.
- 高橋 都(2003). がん患者とセルフヘルプ・グループ当事者が主体となるグループの効用と課題 ターミナルケア, 13, 357-359.