研究報告

喉頭摘出者に対するフォーマルサポートの重要性 —喉頭摘出者患者会会員の場合—

Importance of Formal Support for the Patients after Laryngectomy
—An Analysis of Participants in Self Help Groups

小竹久実子¹⁾, 鈴鴨よしみ²⁾, 甲斐一郎³⁾, 佐藤みつ子⁴⁾, 今留 忍⁵⁾

Kumiko Kotake, Yoshimi Suzukamo, Ichiro Kai, Mituko Sato, Shinobu Imatome

キーワード：喉頭摘出者，フォーマルサポート，心理的適応

Key words : patients after laryngectomy, formal support, psychological adjustment

Abstract

The purpose of this study is to describe formal and informal support (FS and IS, respectively) from various sources, and to examine its relationship between psychological adjustment among the patients after laryngectomy (PAL). 450 patients after laryngectomy who were participating in self-help groups (SHGs) completed the questionnaire including items for social support and a modified Nottingham Adjustment Scale ("NAS-J-PAL"). We used a general linear model to examine the association between social support and psychological adjustment. As a result, insufficient FS from doctor, nurse and counselor as well as the lack of FS system was revealed, despite patients' needs. Social support influenced various adjustment indicators : FS on acceptance to lost voice, and anxiety and depression : in addition to these, IS on self-efficacy, self-esteem and locus of control. It is suggested the absence of continuing care for PAL from FS system might lead to psychological and social maladjustment. Specifically, FS could be effective to promote social integration and IS to accept lost voice.

要 旨

本研究の目的は、喉頭摘出者のフォーマルサポート(FS)とインフォーマルサポート(IS)の実態を明らかにし、心理的適応との関係からその意義を検討することである。喉頭摘出術を受け、患者会(喉摘会)に所属する450名が、ソーシャルサポートに関する質問や喉頭摘出者用 Nottingham Adjustment Scale(NAS-J-PAL)を含む調査票に回答した。ソーシャルサポートと心理的適応の関係の解析には一般線形モデルを用いた。その結果、FSのニーズがあるにもかかわらず、医師・看護師のフォーマルサポートやシステムが不足していることが明らかになった。FSは、「失声の受容」「不安・うつ」と関連した。ISは、これらに加えて「自己効力感」「LOC」「自尊感情」とも関連した。喉頭摘出者に対する継続したFSシステムの不足が、喉頭摘出者の心理社会的な不適応を生じさせる可能性が示唆された。また、FSは喉頭摘出者の社会統合の促進に、ISは失声の受容などの認知的側面に対して重要な役割を果たす可能性がある。

受付日：2005年11月9日 受理日：2006年9月4日

1) 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科基礎看護学 Saitama prefectural University School of Health and Social Services 2) 東北大学医学研究科障害科学 Tohoku University Medical Science 3) 東京大学大学院医学系研究科健康科学 Tokyo University Graduate school of Medicine and Faculty of Medicine 4) 山梨大学大学院医学工学総合研究部基礎看護学 University of Yamanashi Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering 5) 杏林大学保健学部看護学科基礎看護学 Kyorin university School of Health Science

I. はじめに

喉頭摘出を余儀なくされた人にとって、術後の生活にはさまざまな障害がもたらされる。身体的な障害としては、発声機能の消失(以下、失声とする)、永久気管孔造設、それに伴う口腔内・気管孔乾燥および咳や痰の分泌増加、嚥下困難や嗅覚・味覚障害、怒責ができないことによる便秘、入浴の不便さ、頸部の筋肉喪失により重い荷物を持てないこと、頸部の皮膚の脆弱さ、頸部や肩の可動域制限、顔や腕の浮腫傾向などが挙げられる(Armstrong et al., 2001)。心理的障害としては、術前後に受容・不安・抑うつ感情が生じる(Birkhaug et al., 2002; Armstrong et al., 2001)。社会的な障害としては、友人や子ども等との人間関係の変化による孤立、失業、役割喪失などが挙げられている。

これらの障害のうちでも、特に失声は喪失感を伴い、心理的負担が大きい。喉頭摘出者の98.2%が「失声は人生の中でいちばんつらい出来事であった」とし、また91.9%が「近親者の死別よりも失声のほうがつらかった」と感じている(坂谷内ら; 1994)。喉頭摘出者の術前の「心の健康」はうつ患者よりも悪い状態であり(Armstrong et al., 2001)、術後患者の45%にうつ傾向がみられる(Birkhaug et al., 2002)。さらに、失声は生活にとって必要不可欠であるコミュニケーション(入谷, 1975)を障害するため、社会的な負担も大きい。喉頭摘出者の代用音声[食道発声・電気喉頭・気管食道瘻等]獲得状況に関する調査では、「食道発声可能な人」が66.7%であるにもかかわらず、「実際によく使用する人」は42.7%と少なかった(小竹ら, 2005)。発声せずに筆談する者は術後1カ月で61%、術後6カ月でも42%おり、63%がコミュニケーション問題で社会的影響があることが報告されている(Armstrong et al., 2001)。

障害を得た後の社会適応には、障害に対する心理的適応が重要である。失声を受容し喪失感や不安といったさまざまな心理的問題を乗り越えていくことが心理的適応である。鈴鴨ら(2000)は、心理的適応が障害の程度以上に社会適応に影響を与えることを報告している。喉頭摘出者に対しても早期から失声に対する心理的適応への支援を行っていくことが、心理的負担、社会的負担を軽減することに重要な役割を果たすと考えられる。喉頭摘出者への有効な支援はうつ症状を軽減させることが報告されており(Hann et al., 2002; Derk et

al., 2004 a, b; De Leeuw. J et al., 2000)、また、喉頭摘出者にカウンセリングの必要性があることも多くの論文で語られている(Zeine et al., 1999; Salva et al., 1989; Blanchard, 1982)。

声を失うのは入院中であるので、入院時から失声に対するソーシャルサポートが開始されることが望まれる。ソーシャルサポートには、インフォーマルサポート(家族・友人などの非公的サポート)とフォーマルサポート(看護師を含む医療従事者等の公的サポート)がある(Guidry et al., 1997)が、術直後からの継続的サポートの必要性を考えると、システム化されたフォーマルサポートが重要となる。しかしながら、喉頭摘出者に対するフォーマルサポートの実態を報告した研究は、欧米では散見されるが本邦ではみられない。また、フォーマルサポートが喉頭摘出者の心理的適応を支援しているのかどうかは明らかでない。

そこで本研究では、①喉頭摘出者に対するソーシャルサポート、特にフォーマルサポートの実態を明らかにすること、②ソーシャルサポートと心理的適応との関係からフォーマルサポートの意義を検討すること、の2点を目的とした。この研究により得られる結果は、喉頭摘出者に対する心理的適応を高めるための看護のあり方、特に、入院中に看護師が行える看護のあり方を提言するための資料となりうると考える。

本研究では、受障直後だけではなく、さまざまなステージの喉頭摘出者の心理的適応やソーシャルサポートを検討するために、患者会会員を対象とすることにした。退院後の喉頭摘出者の約80%が患者会会員となっている。

なお、本研究では以下のように用語を定義した。

1. 喉頭摘出者とは、喉頭部のがんににより、喉頭を摘出することを余儀なくされ、声帯を失った人のこととした。

2. 本研究では、ソーシャルサポートをインフォーマルなサポートとフォーマルなサポートに分けた。家族・子どもと友人によるサポートをインフォーマルサポートとした。喉頭摘出者患者会・医療機関とそのスタッフ(医師・看護師等)など、公的機関が行うサポートとサービスのことをフォーマルサポートとした。

3. 心理的適応とは、7つの心理的変数(障害の受容、不安・うつ、喉摘者への態度、自尊感情、帰属スタイル、ローカスオブコントロール、自己効力感)がよりよい状態、つまりうつや不安が少なく、自尊感情が高まり、成功を自分の力と考え、必要なことを実行

できるという自信や、それによってよい結果が出るはずだという確信をもち、自己の障害を肯定的に受け止め、他の障害者に対しても肯定的な態度をもっているという状態が、より適応した状態であるとした(Dodds et al., 1991).

4. 喉頭摘出者患者会とは、喉頭摘出者の患者会のことを示す。喉頭摘出者患者会は社団法人であるので公的機関であるとした。

Ⅱ. 研究 方 法

1. 対象

静岡県3カ所、東京都1カ所、長野県4カ所、山梨県2カ所の計10カ所に所属する喉頭摘出者患者会会員565名を対象とした。

2. 調査方法

平成14年6月～8月に、対象者に自己記入式調査票を配布した。一部は集合調査法とし、一部は配票調査法として返信用封筒を同封し郵送による回収を行った。また、各喉頭摘出者患者会の代表者19名を対象に半構造化面接により会の活動状況を聴取した。

3. 調査内容

1) 基本的属性

年齢、性別、術前後の職業、手術内容、術後経過年数

2) ソーシャルサポート

(1) ソーシャルサポートの実態 ①失声時にソーシャルサポートを受けた対象者(喉頭摘出者患者会、医師、看護師、妻または夫、友人、子ども、その他、複数回答可)、②喉頭摘出者患者会の活動状況と内容(発声訓練教室の実施内容と状況、病院との連携、心理的相談の有無、家族の参加状況などを面接にて聴取)

(2) ソーシャルサポートへの満足感(喉頭摘出者患者会、医師、看護師、家族、友人、複数回答可)

(3) 今後希望するサポート(喉頭摘出者患者会、医師、看護師、カウンセラー、家族、友人、その他、複数回答可)

3) 心理的適応

心理的適応の測定には喉頭摘出者用NAS-J尺度(The Nottingham Adjustment Scale-Japan ver-

sion)32項目を使用した(矢口ら, 2004)。この尺度はDoddsら(1993)のNAS尺度を視覚障害者用の日本語版にしたNAS-J(鈴嶋ら, 2001)を改変したものである。NAS-J尺度は障害や慢性疾患への心理的適応を測定する尺度で、質問項目が38項目、7下位尺度からなり、視覚障害用、パーキンソン病用、変形股関節症用などが開発されている。7下位尺度のうち「帰属スタイル」は、他の6下位尺度とは異なる動き方をすることがわかっており(Doods et al., 1994)、Suzukamoら(2006)は心理的適応尺度に含めないことを提唱した。したがって本研究でも、帰属スタイルを省いた以下の6下位尺度を解析に用いた: ①不安・うつ、②失声の受容(自分の障害を肯定的に受け止めているかどうかを測定)、③自己効力感(自分には必要なことを実行できる力があると感じる程度を測定)、④失声障害者への態度(失声障害者に対して肯定的な態度か否定的な態度かを測定)、⑤ローカスオブコントロール(リハビリテーションの正否がどの程度自分の行動によって決まると感じているかを測定)、⑥自尊感情(自分を尊重する気持ちの程度を測定)。評定方法は、不安・うつが4段階評定で、その他の項目は5段階評定である。この尺度は得点が高いほど心理的に適応していることを表す。

4. 分析方法

対象者の基本的属性の記述統計量を求めた。ソーシャルサポートの実態に関する項目は、度数分布を算出した。ソーシャルサポートと心理的適応の関連を検討するために、一般線形モデルを使用して、性、年齢、術後経過年数を調整し、ソーシャルサポート提供源別にサポートの有無で分けられた群の心理的適応下位尺度の平均値を求め、t検定によって平均値の差を検定した。

5. 倫理的配慮

本研究は山梨医科大学倫理委員会に審査を依頼し承認を得た。調査票には本研究の趣旨、個人の不利益および危険性のない調査であること、本研究以外の目的で利用されないように配慮しプライバシーを厳守する旨を明記し、調査参加への同意の得られた対象者から、回収時に署名による同意を得た。

表1 基本的属性 N=450

	mean±S.D(range)	N(%)
年齢	68.7±8.3(45-90)	
性別		
男		403(89.6)
女		47(10.4)
職業		
喉頭摘出前		
有職		304(67.6)
無職		124(27.6)
無回答		22(4.8)
喉頭摘出後		
有職		138(30.7)
無職		278(61.8)
無回答		34(7.5)
術後経過年数		
1年未満		52(12.6)
1～3年未満		128(28.4)
3～5年未満		60(13.3)
5～10年未満		71(15.8)
10年以上		111(24.7)
無回答		28(6.2)
手術内容		
喉頭全摘出術		328(72.9)
食道再建術		64(14.2)
その他		6(1.3)
無回答		46(11.6)

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の基本的属性

450名より調査票を回収した(回収率:79.5%)。対象者の基本的属性を表1に示した。平均年齢は68.7±8.3歳で、男性のほうが403名(89.6%)と多かった。失声による退職者は56名(12.4%)みられた。喉頭摘出者の手術内容は、喉頭全摘出術が328/450名(72.9%)、次いで食道再建術64名(14.2%)の順であった。

2. ソーシャルサポートの実態

1) 失声時のフォーマルサポートの有無

声を失った時に支えとなったフォーマルサポートは、喉頭摘出者患者会が48.7%であり、医師や看護師は、19～30%と低い割合であった。これに対して、インフォーマルサポートでは妻または夫が78.9%と高い割合を示しており、インフォーマルサポートに比べてフォーマルサポートのサポートを受けたと感じる割合が低いことがわかった(表2)。

2) 喉頭摘出者患者会の活動状況

喉頭摘出者患者会の活動は、それぞれの会で異なっ

表2 ソーシャルサポートの実態 N=450

内容	サポートの種類	N(%)
失声時のソーシャルサポート(支えとなった人)		
フォーマルサポート	喉摘会	219(48.7)
	医師	146(32.4)
	看護師	87(19.3)
	その他	30(6.7)
インフォーマルサポート	妻または夫	355(78.9)
	子ども	206(45.8)
	友人	95(21.1)
ソーシャルサポートへの満足感		
満足しているサポート		
フォーマルサポート	喉摘会	203(45.1)
	医師	141(31.3)
	看護師	63(14.0)
	家族	215(47.8)
インフォーマルサポート	友人	99(22.0)
不満であるサポート		
フォーマルサポート	喉摘会	5(1.1)
	医師	17(3.8)
	看護師	7(1.6)
	家族	2(0.4)
インフォーマルサポート	友人	3(0.7)
希望するソーシャルサポート		
フォーマルサポート	喉摘会	159(35.3)
	医師	147(32.7)
	カウンセラー	55(12.2)
	看護師	47(10.4)
	その他	16(3.6)
	家族	139(30.9)
インフォーマルサポート	友人	41(9.1)
	外来相談	125(27.8)
	訪問看護	20(4.4)
希望するシステム	24時間電話相談	19(4.2)
	その他	39(8.7)

※すべて重複選択回答可

た。10カ所の喉頭摘出者患者会すべてに発声訓練教室があるものの、教室開催回数は1月に2回～毎週3回まで等、喉頭摘出者患者会による違いがみられた。また、内容も、発声コンテストを実施し発声の段階を初級～上級までランクづけ昇格させていく方式をとり、それぞれの段階に合わせて訓練をしている会、食道発声に重点を置かずこゝろの場として電気喉頭でコミュニケーションをとっている会などさまざまであった。心理相談が行われていたのは4カ所であった。1カ所では、医師が発声訓練教室(1回/月)時に診療を兼ねて参加しフォローしており、もう1カ所では、食道発声可能な喉摘者の1人が心理相談コーナーを設けて相談を受けていた。また、別の2カ所では、週3回の発声訓練教室の際に毎回看護師が参加して血圧を測定し、心理的相談を受けることが行われていた。上記3カ所以外に、喉頭摘出者患者会と病院との連携はみられなかった。地域によって相談・指導方法が異なる

表3 失声時のフォーマルサポートと心理的適応の関係

N=450

		受容 N=315		不安・うつ N=363		態度 N=363		自己効力感 N=360		LOC N=355		自尊感情 N=362	
		N	平均値	N	平均値	N	平均値	N	平均値	N	平均値	N	平均値
フォーマルサポート													
喉摘会	支えあり	175	30.5	194	20.3	194	11.3	190	10.9	190	7.0	191	6.5
	なし	140	30.0	169	20.2	169	12.1	170	10.9	165	6.9	171	6.4
医師	支えあり	108	31.4	123	20.7	126	11.6	125	11.2	125	7.0	128	6.6
	なし	207	29.6	240	20.0	237	11.9	235	10.8	230	6.9	234	6.5
看護師	支えあり	64	30.7	76	20.6	74	11.9	77	11.2	73	7.0	76	6.5
	なし	251	30.0	287	20.1	289	11.8	283	10.8	282	6.9	286	6.5
インフォーマルサポート													
妻または夫	支えあり	269	30.5	302	20.2	304	11.9	296	11.1	298	7.0	308	6.6
	なし	46	27.7	61	20.0	59	11.4	64	9.9	57	6.6	54	6.0
子ども	支えあり	155	30.5	171	20.5	175	12.1	174	11.1	173	7.1	176	6.7
	なし	160	29.6	192	19.9	188	11.5	186	10.5	182	6.7	186	6.3
友人	支えあり	77	31.2	87	20.8	88	12.4	84	11.5	84	7.2	86	6.8
	なし	238	29.6	276	20.0	275	11.7	276	10.6	271	6.8	276	6.3

※平均値=年齢・性別・術後経過年数で調整した平均

* p<.05 ** p<.01

※ LOC=ローカスオブコントロール

ことから、指導の不徹底さがあること、さらに、地域によっては会員の居住地が遠く、継続して発声訓練ができなくなり獲得が困難となるなどの問題があることなどの意見が聞かれた。また、高齢者は発声獲得困難な傾向があり、若い年齢層は発声獲得が早い、獲得すると会に参加しなくなるため、新たな指導者が育たないといった意見も聞かれた。喉頭摘出者患者会の活動は、会員がボランティアとして実施しており、喉頭摘出者の妻もともに参加し、お茶を配布するなどの支援をしていた。しかし、喉頭摘出者が妻である場合、夫の喉頭摘出者患者会への参加はみられなかった。

3) ソーシャルサポートへの満足感

フォーマルサポートでは、満足しているサポートの提供源として喉摘会を挙げた人の割合が45.1%であったのに対して、医師・看護師のサポートを挙げた人の割合は14.0~31.3%と少なかった。インフォーマルサポートでは、満足しているサポートの提供源として妻または夫のサポートを挙げた人の割合は47.8%であり、すべてのサポート源の中で最も多い割合を示した(表2)。また、不満であるサポートの提供源として挙げた人の割合が最も多かったのは医師(3.8%)であった。

4) 今後希望するサポート

今後希望するサポートでは、フォーマルサポートでは喉頭摘出者患者会と医師を選択した人が、他のサポートに比べて最も多い割合であった(表2)。特に、医師には「手術によって喉頭を取って声を失ったのだから、責任をもって、声を取り戻すところまでの治療をしてほしかった」との意見が聞かれた。看護師に対しては、「あまり期待感をもっていない」、「部屋に閉じこもったまま、家族とも交流をもたないでいる人(喉頭摘出者)がいるので、その人に対する訪問看護をしてほしい」との意見が聞かれた。その他として挙げられたのは、行政・ヘルパー・障害者の職業・関係者との情報交換・総合相談センター等、フォーマルサポートに対するニーズであった。さらに、フォーマルサポートに対するニーズの具体例としては、外来相談窓口設置(27.8%)、訪問看護(4.4%)、インターネット相談、FAX相談、喉摘会訪問、緊急時のセーフティネット、医師・看護師のリハビリ意識の向上、後遺症(術後の心身症状)のケア等が挙げられた。そして、看護師を含む医療従事者が喉頭摘出者に対して、専門的な指導ができるように、定期的な指導者養成研修を設置するなどして、指導および養成を徹底し充実してほしい等の意見が聞かれた。

ら、責任をもって、声を取り戻すところまでの治療をしてほしかった」との意見が聞かれた。看護師に対しては、「あまり期待感をもっていない」、「部屋に閉じこもったまま、家族とも交流をもたないでいる人(喉頭摘出者)がいるので、その人に対する訪問看護をしてほしい」との意見が聞かれた。その他として挙げられたのは、行政・ヘルパー・障害者の職業・関係者との情報交換・総合相談センター等、フォーマルサポートに対するニーズであった。さらに、フォーマルサポートに対するニーズの具体例としては、外来相談窓口設置(27.8%)、訪問看護(4.4%)、インターネット相談、FAX相談、喉摘会訪問、緊急時のセーフティネット、医師・看護師のリハビリ意識の向上、後遺症(術後の心身症状)のケア等が挙げられた。そして、看護師を含む医療従事者が喉頭摘出者に対して、専門的な指導ができるように、定期的な指導者養成研修を設置するなどして、指導および養成を徹底し充実してほしい等の意見が聞かれた。

3. フォーマルサポートと心理的適応との関係

表3に、ソーシャルサポート提供源別にサポートの有無群の心理的適応得点を示した。フォーマルサポートである医師サポートとインフォーマルサポートである妻または夫のサポートがある人は、ない人に比べて失声の受容得点が高かった。フォーマルサポートである医師とインフォーマルサポートである友人のサポートがある人は、ない人に比べて不安・うつが少なかった。喉頭摘出者患者会のサポートがある人は、ない人に比べて失声障害に肯定的な態度得点が低かった。妻

または夫、子ども、友人のサポートがある人は、ない人に比べて自己効力感が高かった。子ども、友人のサポートがある人は、ない人に比べてローカスオブコントロールが高かった。妻または夫、友人のサポートがある人は、ない人に比べて自尊感情が高かった。

上記の結果をまとめると、フォーマルサポートは「失声の受容」、「不安・うつ」、「態度」との関連がみられた。特に、医師のサポートは、「失声の受容」と「不安・うつ」と関連していた。喉頭摘出者患者会のサポートは「態度」と関連していた。看護師のサポートは、影響がみられなかった。これに対して、インフォーマルサポートは「態度」以外のすべての側面と関連していた。

Ⅳ. 考 察

1. ソーシャルサポートの現状

フォーマルサポートである医師・看護師の継続的なサポートが不足しており、またそれを保証するシステムがない実態が明らかになった。病院と喉頭摘出者患者会との連携がほとんどみられなかったことは、入院中のフォーマルサポートから退院後のフォーマルサポートへと継続・連携したサポートがなされていないことを示している。つまり、入院中のフォーマルサポートは退院後の社会適応に対するフォローアップを視野に入れていない可能性が考えられる。看護師を含む医療従事者は、退院後の社会適応を視野に入れて入院中のサポートを構築することが必要であるとともに、退院後は主たるフォーマルサポートとして位置づけられる喉摘会と協力してサポートを行うことで、喉頭摘出者の社会適応を支援する継続したフォローアップができるのではないかと考える。

フォーマルサポートに満足していない人がインフォーマルサポートに満足していない人に比べ多い傾向があり、今後のニーズにおいても外来やインターネット等による24時間相談窓口や緊急時のセーフティネットの設置等の意見から、退院後の喉頭摘出者患者会以外のフォーマルサポートの充実とシステム構築が求められている現状が示唆された。

2. 医師のサポートの重要性

本研究では、フォーマルサポートの提供源を医師、看護師、喉頭摘出者患者会としたが、このうち医師のサポートが最も心理的適応と関連していた。医師のサ

ポートがある群は「失声の受容」と「不安・うつ」の得点が高かった。喉頭摘出者は、手術によって失った声を再度獲得するための手段や今後起こりうる状況、リハビリテーションの情報源などに関する十分な情報の提供を医師に求めており、医師からのサポートがある人はこれらの情報が提供されることによって不安・うつが解消され、障害の受容が高まっているのではないかと考える。その一方で、「不満である」サポートとして医師を挙げた人は17名(3.8%)おり、具体的には手術後のフォローがない(代用音声を獲得するリハビリ方法)ことが挙げられた。また、今後希望するサポートとして医師のサポートを挙げた人は32.7%と多かった。これらのことから、術前後の説明と情報提供などの医師の十分な関与、または、それに代わる術後のサポートおよび情報システムが、喉頭摘出者の不安・うつを軽減し、障害受容を促進する可能性が考えられる。

3. 看護師の役割および専門看護師養成のニーズと医療システムの重要性

先行研究(宮下ら, 2004)では、医療者からのサポートとがん患者の心理的適応の関連性があることが報告されている。しかしながら、本研究において、看護師のサポートと心理的適応との関連がみられなかったのは、入院中の看護において心理的適応を高めるようなケアがなされていないこと、看護師への期待が少ないこと、入院中から適切な指導ができる看護師の不足、退院後へと継続する看護がなされていないことが原因であると考えられる。入院中の看護は主に術後の身体的ケアを中心に行われていると思われるが、患者の心理的適応を高めるためのサポートも、喉頭摘出者に対して入院中から看護が担うべき重要な役割ではないだろうか。術前から適切に指導していける専門看護師の存在も必要であると考えられる。例えば、退院指導として、喉頭摘出者に特有の生活上の問題やその対応に関する情報提供や、食道発声方法の伝授など失声に対するサポートなどを取り入れることや、退院後の継続看護(心理的サポート、発声訓練参加を継続するための定期的なアプローチ、生活上の問題に関する情報提供など)ができる専門看護師の養成も必要であると考えられる。

また、すでに述べたように、喉頭摘出者の外来相談、24時間相談窓口や緊急時セーフティネットなどの希望など、喉摘者の退院後のフォーマルサポートの

医療システム充実が求められている。看護師のサポートもそのシステムの中に位置づけられていくことが望まれる。さらに、先行研究ではカウンセリングの必要性(Zeine et al., 1999; Salva et al., 1989; Blanchard, 1982)が報告されており、本研究においても心理相談へのニーズがみられたことから、フォーマルサポートのシステムに心理専門家のフォローを位置づけていくことも重要であると考ええる。

4. 喉頭摘出者患者会の役割

喉頭摘出者患者会のサポートの有無は、「失声障害への態度」と関連した。喉摘会は今後の生活の情報源であり、同じ境遇の対象が集まっている場所でもある。先行研究(宮下ら, 2004; 金ら, 2000)は、乳がん患者または高齢者において患者同士のサポートシステムが精神健康の維持に重要な役割を果たすことを示した。喉頭摘出者においても、喉頭摘出者患者会への参加によって今後起こりうる状況や失声障害に対しての理解が深まり、不安・うつが解消され、「失声障害への態度」も肯定的になると予想したが、結果は予想に反して喉頭摘出者患者会の支えがない群のほうが「態度」得点が高かった。この原因は、地域によって相談・指導法が徹底していないことや指導者不足等から、精神健康の維持に至るまでの充実感が不足している可能性が考えられる。このことは今後、質的研究でインタビュー調査等を実施して検討していく必要がある。

5. フォーマルサポートの役割

本研究では、失声への心理的適応に対して、フォーマルサポートはインフォーマルサポートとは異なる役割を果たす可能性があることが明らかになった。

フォーマルサポート(医師からのサポート)は、「失声の受容」、「不安・うつ」と関連した。喉摘者は失声によってコミュニケーションが障害され、他者との意思疎通にすれ違いが生じる恐れがある。喉頭摘出者は、他者との関係が変化することに対する不安やうつが大きいものと思われる。

喉頭摘出者の5年生存率は86.5%と高く(井上ら, 2004)、喉頭摘出後に社会に復帰しどのように役割を果たし生活していくのかは重要な課題である。本研究の対象者は、手術前に職業のあった人は71%であったが手術後は33.2%に減少しており、なかでも失声で失職の原因であった者が多かったことから、障害が

社会統合に影響したことがうかがえる。鈴鴨ら(2000, 2006)はNAS-Jの下位尺度を用いて心理的適応のモデルを提唱している。そのモデルは、「行動主体としての自己」(自己効力感とローカスオブコントロール)→「内的自己価値」(不安・うつと自尊感情)→「障害の認容」(受容と態度)というプロセスをたどる3層構造からなる。この3層のうち「内的自己価値」は、障害の程度以上に「社会統合」に強く影響する、つまり、不安・うつが解消され自尊感情が高まることにより、社会適応が促進される可能性を述べている。

フォーマルサポートが不安・うつと関連するということは、フォーマルサポートの充実を図ることによって喉頭摘出者の社会統合を促進できる可能性があると考ええる。

一方で、フォーマルサポートは「行動主体としての自己」(自己効力感、ローカスオブコントロール)と関連しなかった。「行動主体としての自己」は、自ら問題を解決して行動を起こすための認知的側面を表している。現状では医療従事者によるケアが十分ではないために、フォーマルサポートは認知的側面への支援を果たしていないと思われる。また、喉頭摘出者患者会の存在がこの認知的側面と関連しなかったのは、会自体の存在よりも、その中にいるメンバーが近い友人として捉えられたインフォーマルサポートとして認識されているからかもしれない。今後、フォーマルサポートの人的サポート側面を充実させることで、フォーマルサポートも「行動主体としての自己」を高めるような支援となることが期待される。

6. インフォーマルサポートの役割

インフォーマルサポートはフォーマルサポートと異なり、「自己効力感」や「ローカスオブコントロール」と関連した。既述のとおり自己効力感とLOCは「行動主体としての自己」という認知的側面を表す。つまり、障害に向き合うための認知的側面に関しては、家族や友人など近い人々からのインフォーマルサポートが支えとなることを示唆している。Bandura(1977)は、①遂行行動の達成、②代理体験、③言語的説得、④情動的喚起が自己効力感を高めると述べているが、インフォーマルサポートと自己効力感との関連は、家族による言語的説得と友人の存在による代理体験が情動的喚起や遂行行動の達成へと発展し影響を与えているのではないかと推測する。

V. 結 論

フォーマルサポートである医師・看護師の継続的なサポートが不足しており、またそれを保証するシステムがない実態が明らかになった。退院後を見据えた入院中のフォーマルサポートのあり方、専門看護師の養成の必要性、看護師をはじめとする医療従事者のフォーマルサポートと喉摘会のフォーマルサポートとの連携、退院後のフォーマルサポートシステムの構築が必要であることが示唆された。

フォーマルサポートは、「失声の受容」および「不安・うつ」と関連しており、フォーマルサポートの充実を図ることは喉頭摘出者の社会統合の促進に有用である可能性があることが示された。インフォーマルサポートは、「失声の受容」および「不安・うつ」のほかに、「自己効力感」や「ローカスオブコントロール」「自尊感情」と関連しており、障害に向き合うための認知の側面に関しては、インフォーマルサポートが重要であることが示された。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、喉頭摘出者患者会会員を対象とした。対象者は喉摘会に自ら参加しており、喉摘会は発声訓練活動を中心に行っていることから、比較的社会参加に積極的な患者であることが考えられる。ソーシャルサポートの実態については、今回の結果が喉頭摘出者患者会に所属していない喉摘者にあてはまるかどうか、更なる検討が必要である。

また、本研究では、喉頭摘出者患者会のサポートが心理的適応にどのように影響しているかが不明であったため、今後はこの点を質的研究によって明らかにしたい。また、本研究ではソーシャルサポートをフォーマルサポートとインフォーマルサポートとに分類したが、ソーシャルサポートはさらに手段的サポートと情緒的サポートに分けられることが知られている。今後は、この側面を考慮したソーシャルサポートの指標を選択し、サポートの意義をさらに検討していきたい。

謝辞：調査にご協力くださいました銀鈴会・信鈴会・静鈴会・県喉会・声友会の皆様に深く感謝いたします。

文 献

- Armstrong E., Isman K., Kooley P., et al. (2001) : An investigation into the quality of life of individuals after laryngectomy, *Head & Neck*, **23**(1), 16-24.
- Bandura A. (1977) : Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychol. Rev.*, **84**, 191-215.
- Birkhaug E. J., Arstad H. J., Arstad A. K., et al. (2002) : Relation between mood, social support and the quality of life in patients with laryngectomees, *Eur. Arch. Oto-Rhino-Laryngectomy Head & Neck*, **259**, 197-204.
- Blanchard S. L. (1982) : Current practices in the counseling of the laryngectomy patient, *J. Commun. Disord.*, **15**, 233-241.
- De Leeuw JR, De Graeff A, Ros WJ et al. (2002) : Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer : a prospective study, *Psychooncology*, **9**(1), 20-8.
- Derk W., de Leeuw J. R., Hordijk G. J., et al. (2004 a) : Reasons for non-standard treatment in elderly patients with advanced head and neck cancer, *Eur. Arch. Oto-Rhino-Laryngectomy Head & Neck*, **11**, 1-11.
- Derk W., de Leeuw J. R., Winnubst J., et al. (2004 b) : Elderly patients with head and neck cancer : Physical, social and psychological aspect after 1 year, *Acta Oto-Laryngol.*, **124**(4), 509-514.
- Dodds A. G., Bailey P., Pearson A., et al. (1991) : Psychological factors in acquired visual impairment, The development of a adjustment, *J. Visual Impairment & Blindness*, Sep., 306-310.
- Dodds A. G., Ferguson E., Liza N. G., et al. (1994) : The concept of adjustment A structural model, *J. Visual Impairment & Blindness*, Nov-Dec., 487-497.
- Dodds A. G., Flannigan H., Liza N. G. (1993) : The Nottingham adjustment scale, a validation study, *Int. J. Rehabil. Res.*, **16**, 177-184.
- Guidry J. J., Aday L. A., Zhang D., et al. (1997) : The role of informal and formal support networks for patients with cancer, *Cancer Pract.*, **5**(4), 241-246.
- Hann D., Baker F., Dinniston M., et al. (2002) : The influence of social support on depressive symptoms in age and gender differences, *J. Psychosom. Res.*, **52**, 279-283.
- 井上庸夫, 石崎智子, 徳丸晶子他(2004) : 喉頭癌 104 例の臨床統計, *日本気管食道科学学会会報*, **55**(6), 446-453.
- 入谷敏夫(1975) : 言語心理学—コミュニケーションの基礎—, 誠信書房, 東京
- 金恵京, 甲斐一郎, 久田満, 他 1 名(2000) : 農村在宅高齢者におけるソーシャルサポートと主観的幸福感, *老年社会学*, **22**(3), 395-404.
- 小竹久実子, 佐藤みづ子(2005) : 喉頭摘出者のコミュニケーション方法の関係, *日本看護研究学会雑誌*, **28**(1), 109-113.
- 宮下美香, 久田満(2004) : 術後乳がん患者における心理的適

- 応に対するソーシャルサポートの効果, *がん看護*, **9**(5), 453-459.
- Salva C. T., Kallail K. J. (1989) : An investigation of counseling male and female laryngectomees, *J. Commun. Disord.*, **22**, 291-304.
- 坂谷内敏恵, 大平弘恵, 南摩有保美, 他 6 名 (1994) : 喉頭摘出術を受けた患者の心理過程に関する研究 (I) —失声の認識と, 失声受容の契機—, *日本看護研究学会雑誌*, **17**(3), 45-46.
- 鈴鴨よしみ, 福原俊一 (2000) : NAS-J (The Nottingham Adjustment Scale Japanese Version) に関する研究 —心理的適応尺度の開発とその応用: 視覚障害者の場合—, *厚生科学研究費補助金 特定疾患対策研究事業*, 平成 11 年度研究報告書, 131-138.
- 鈴鴨よしみ, 熊野宏昭, 岩谷力 (2001) : 視覚障害への心理的適応を測定する尺度 —The Nottingham Adjustment Scale 日本語版の開発—, *心身医学*, **41**(8), 609-618.
- Suzukamo Y., Ohbu S., Kondo T., et al. (2006) : Psychological adjustment has a greater effect on health-related quality of life than on severity of disease in Parkinson's disease, *Mov. Disord.*, **21**(6), 761-766.
- 矢口久実子, 甲斐一郎, 佐藤みつ子, 他 1 名 (2004) : 改変 Nottingham Adjustment Scale-Japan の喉頭摘出者に対する適用可能性, *日本看護科学会誌*, **24**(1), 53-59.
- Zeine L., Larson M. (1999) : Pre-and post-operative counseling for laryngectomees and their spouses : an update, *J. Commun. Disord.*, **32**, 51-71.