

研究種目：基盤研究 (C)
研究期間：2007～2008
課題番号：19592580
研究課題名 (和文) ソーシャルサポートによる喉頭摘出者の心理的適応と QOL への影響に関する研究
研究課題名 (英文) The existence of the social support influences psychological adjustment and QOL among the patients after Laryngectomy
研究代表者
小竹 久実子 (KOTAKE KUMIKO)
自治医科大学看護学部・准教授
研究者番号：90320639

研究成果の概要：「研究目的」喉頭摘出者の心理的適応の構造とソーシャルサポート及び QOL の影響を明らかにすることである。

「研究方法」対象は、東京 A 会の喉頭摘出者会会員で平成 17 年度に会員登録されている 1445 名全員、九州 B 会の平成 19 年度の喉頭摘出者会会員 383 名に郵送調査法にて行った。調査内容は、喉頭摘出者用心理的適応尺度 (NAS-J-L)、インフォーマルサポート尺度 (MOS)、フォーマルサポート尺度 (HPSQ-25)、QOL 尺度 (SF-36)、年齢、性別、職業、術後経過年数、会話手段について調査した。倫理的配慮に関しては、調査は任意であることを説明し、同意が得られた場合にのみ調査票を送付してもらう手続きをとった。分析方法は、共分散構造分析にて検討した。

「結果」喉頭摘出者の心理的適応構造を共分散構造分析にて検討したところ、東京及び九州いずれも、3 層構造モデル (GFI=.979, AGFI=.946, GFI=.971, AGFI=.926) が最も適合度が高かった。潜在変数”自分が行動主体である認識” (観測変数：ローカルオブコントロール、自己効力感) が高まると、”障害の受容” (受容、態度) が高まり、”内面的な自己価値” (不安・うつ、自尊感情) が高まるという心理的適応構造が示唆された。さらに、ソーシャルサポートであるインフォーマル・フォーマルサポートの変数を投入して、共分散構造分析にて検討したところ、いずれも、潜在変数”自分が行動主体である認識” に影響していた。基本的属性としては、平均年齢 70.6 歳 (東京)、71.7 歳 (九州) であった。性別比は 9:1 の割合で男性が多かった。術後経過年数は、東京では術後 1 年以上、九州では 1 年未満からを対象とし、20 年以上の対象もみられた。失声のため退職となった人は 17.4% (東京)、14.1% (九州) を占めた。

「考察」自分が何か行動をおこそうとする感覚が高まることが重要で、自分の価値を見出すのは障害受容が高まった後という結果と考えられる。本研究結果の構造の意味することは、時間の流れを待ってただ機会が来ることを待つのではなく、自分が何もできない人間ではなく何か行動を起こすことができるのだという感覚を高め、まずは行動してみるという意識を持つことが、心理的適応を高める第 1 歩と考えられる。そこから成功体験を積み重ねることで障害を受容できる。障害受容が高まれば、自分自身の人としての価値を見出していける可能性を示唆している。“自分が行動主体である認識”が高まるようなサポートが重要であることが示唆された。この潜在因子は自分の意識の持ち方によって行動が決まるという感覚が高まることで、自己効力感及びリハビリテーション意欲を向上させていく因子である。自ら何かしようという感覚をもてるようなサポートが必要であることが考えられる。

交付額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
平成 19 年度	2,000,000	600,000	2,600,000
平成 20 年度	1,500,000	450,000	1,950,000
年度			
年度			
年度			
総計	3,500,000	1,050,000	4,550,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・臨床看護学

キーワード：喉頭部周囲がん、喉頭摘出者、心理的適応、ソーシャルサポート、QOL

1. 研究開始当初の背景

日本における口腔・咽頭・喉頭がん(以後、喉頭部周囲がんと呼ぶ)の罹患数は約 13,000 例であり (Matsuda. T et al., 2008)、そのおおよそ 1/10 が喉頭摘出術によって失声という障害をもつ。喉頭部周囲がん罹患率は 20 年間上昇し続け 3 倍増となっており、最近では下咽頭がんによって喉頭全摘出術を行う人が増加している現状であること、2015 年の喉頭がん患者数推定値は年間 4600 名と推測されていることから (吉野,2002)、喉頭全摘出術を受ける対象は減少することはないと考えられる。また、アメリカにおける頭頸部罹患率はがん全体の 4%で、2004 年においては 10270 例が喉頭がん、2500 例が下咽頭がんであった (Cancer facts & figures, 2007)。日本もアメリカも年間 10000 例以上が喉頭部周囲がん罹患していることは重大な問題である。

喉頭部周囲のがんにより喉頭摘出を余儀なくされた方々は、生活の質に影響を及ぼしている恐れがある。その中でも長期的に、かつ、重大な問題点は、手術後の失声によるコミュニケーション障害である。失声は自分の声を喪失することによって自己概念を喪失しやすく、さらに他者とのコミュニケーショ

ンが音声では困難となるため社会的役割喪失にもなりやすい。著者ら(2006)は、心理的適応に食道発声獲得が影響していることを報告している。また、喉頭摘出者のうつ傾向があり、術前でも「心の健康」はうつ患者よりも悪い状態である(Armstrong E et al., 2001)ことが報告されている。特に、喉頭摘出後まもなくうつ傾向がみられている

(Birkhaug. E. J et al., 2002)。さらに、喉頭摘出者のソーシャルサポートの体制が整っておらず、継続支援ができていないことが問題である。著者ら(2006)は、喉頭摘出者に対し継続したフォーマルサポートはほとんどみられず、インフォーマルサポートとの連携も見られない実態を明らかにし、サポートの充実を図ることが社会統合の促進に有用である可能性を示唆した。しかし、具体的にどのようなサポートが必要であるのかが明らかにされていない。ソーシャルサポートによって心理的適応と QOL の関連性を明らかにした研究はみられない。

2. 研究の目的

喉頭摘出者の心理的適応の構造とソーシャルサポート及び QOL の影響を明らかにすることである。

3. 研究の方法

1) 対象と調査方法

対象は、東京 A 会の喉頭摘出者会会員で平成 17 年度に会員登録されている 1445 名全員、九州 B 会の平成 19 年度の喉頭摘出者会会員 383 名に郵送調査法にて行った。

2) 調査項目

心理的適応を測定する尺度として、喉摘者の心理的適応を測定する尺度 NAS-J-L

(Nottingham Adjustment Scale Japanese version, Laryngectomy) (小竹ら, 2004) を用いた。NAS-J-L は、視覚障害への心理的適応を測定する尺度として開発された NAS

(Dodds A et al., 1991; 鈴嶋ら, 2002) を、喉頭摘出者用に改変した尺度である。(1) 不安・うつ 6 項目、(2) 障害の受容 9 項目 (自覚 3 項目、積極的肯定 6 項目)、(3) 喉頭摘出者への態度 4 項目、(4) 自己効力感 3 項目、(5) 自尊感情 2 項目、(6) ローカスオブコントロール 3 項目。各下位尺度の得点が高いほど心理的適応が高いと判断する。

ソーシャルサポートは、インフォーマルサポート尺度として、MOS: Medical Outcomes Study20 項目 (情緒/情動的サポート、実際のサポート、愛着サポート、積極的社会交流サポート 5 段階評定) (Cathy Donald et al., 1991) を用いた。フォーマルサポートを測定する尺度として、HPSQ-25: Hospital Patient Satisfaction Questionnaire-25 の 10 項目 (技術的評価、人間的側面 5 段階評定) (尾藤ら, 2005) を用いた。

QOL 尺度は、SF-36v2 日本語版の 36 項目 (1) 身体機能(PF) (2) 日常役割機能(身体)(RP) (3) 日常役割機能(精神)(RE) (4) 身体の痛み(BP) (5) 社会生活機能(SF) (6) 全体的健康感(GH) (7) 活力(VT) (8) 心の健康(MH) を用いた。

基本的属性は、年齢・性別・術後経過年数・家族構成・手術名・手術日を確認した。

コミュニケーション方法として、会話手段 (食道発声・電気喉頭・シャント発声・筆談・

ジェスチャー) とその獲得状況と会話時間数を調査した。社会的適応を確認する指標の一部として、社会復帰の有無 (職業の有無と内容・家庭内の役割の内容)、患者会参加の有無と回数/月を調査した。

3) 分析方法

対象の特徴を把握するために、基本的記述統計量を算出した。次に、喉摘者の心理的適応の構造モデルを共分散構造分析にて検討した。2 つのモデルを仮定し、モデルの適合度を比較した。モデル 1: 先行研究で示されている視覚障害への心理的適応モデル

(2000) と同様に 3 つの潜在変数からなり、“行動主体としての自己” が“内的自己価値” に影響し、さらに“障害の受容” に影響するという 3 層構造を示す、モデル 2: 上記の 3 つの潜在変数の関連の順番が異なるモデルを想定し、“行動主体としての自己” が“障害の認容” に影響し、“内的自己価値” に影響する、3) 相関モデル: 3 つの潜在因子は互いに相関関係を示す。モデル 1 は、日本の視覚障害者の研究によって示されたモデルである。モデル 2 は、上記のモデルの解析に先立ち、NAS-J-L では「障害の受容」下位尺度がさらに「自覚」と「積極的肯定」の 2 つに分かれるため、両者を投入し検討した。以上の分析で全て不適解を示した場合にはさらに探索分析を行うこととした。さらに、構造モデルへの会話手段の影響を検討するために、会話手段を食道発声及びシャント発声の方法を使用する群と筆談・ジェスチャー・EL を使用する群の 2 群に分けて、構造モデルとサポートとの影響を検討した。そして、心理的適応構造モデルのどの段階にフォーマルサポートとインフォーマルサポートが影響しているかを共分散構造分析にて検討した。

4) 研究等における倫理的配慮

研究等の対象となる個人の人権の擁護と

して次の点を行った。(1)A 大学倫理委員会に審査を依頼し承認を得て、倫理的に配慮することを保障した研究であることを、調査書に明示した。(2)無記名方式とし、個人が特定されないように配慮した。(3)調査の目的・予想される効果・調査の方法・回収方法・調査内容・研究結果の公表・問合せ先を明示した。(4)調査内容には、声を失うことに対して質問があり、不快な思いをする可能性があることを説明した。(5)同意書記入、又は、郵送での回答用紙送付によって同意されたものとみなすことを説明した。

4. 研究成果

1) 対象

東京では、調査票を郵送した 1445 名中、除外対象となったのは 131 名であった。その内、死亡 52 名、住所不明者 71 名、入院中 6 名、高齢のため回答困難者 1 名、介護 4 のため回答困難者が 1 名であった。1314 名のうち同意が得られて回答した対象は 679 名であり、回収率 51.7%であった。九州では、調査票を郵送した 383 名中同意が得られて回答した対象は 220 名であった。除外対象となったのは 21 名であった。死亡は 6 名、住所不明者 15 名であった。回収率 60.8%であった。

2) 基本的属性

基本的属性は Table1. に示す通りである。

		東京		九州	
		N = 679	N(%)	N = 220	N(%)
年齢	mean ± S.D. (range)	70.6 ± 8.3 (40 - 94)	668	71.7 ± 9.8 (39 - 95)	211
			1		9
性別					
	無回答				
	男	604 (89.0)		193 (87.8)	
	女	66 (9.7)		19 (8.6)	
	無回答	9 (1.3)		8 (3.6)	
家族構成					
	1人	59 (8.7)		16 (7.3)	
	2人	340 (50.1)		114 (51.8)	
	3人	131 (19.3)		37 (16.8)	
	4人	68 (10.0)		22 (10.0)	
	5人以上	63 (9.3)		21 (9.6)	
	無回答	18 (2.6)		10 (4.5)	
現在の職業					
	有職	204 (30.0)		58 (26.4)	
	無職	442 (65.1)		134 (60.9)	
	無回答	33 (4.9)		28 (12.7)	
有職者の職業					
	フルタイム	77 (11.3)		22 (10.0)	
	パートタイム	29 (4.3)		5 (2.3)	
	専業主婦	31 (4.6)		5 (2.3)	
	休職中	6 (0.9)		8 (3.6)	
退職した理由					
	定年退職	218 (32.1)		61 (27.7)	
	失業のため退職	118 (17.4)		31 (14.1)	
	その他	37 (5.4)		2 (0.9)	
	無回答	163 (24.0)		86 (39.1)	
術後経過年数					
	1年未満	0 (0)		28 (12.7)	
	1~3年未満	98 (14.4)		37 (16.8)	
	3~5年未満	100 (14.7)		28 (12.7)	
	5~10年未満	181 (26.7)		52 (23.6)	
	10年以上	206 (30.3)		48 (21.8)	
	20年以上	70 (10.3)		11 (5.0)	
	無回答	24 (3.5)		16 (7.3)	
手術内容					
	喉頭全摘出術	502 (74.0)		168 (76.4)	
	食道再建術	148 (21.8)		29 (13.2)	
	その他	9 (1.3)		2 (0.9)	
	無回答	20 (2.9)		21 (9.5)	

3) 喉頭摘出後の会話方法

東京では、食道発声 349 名(51.4%)、電気喉頭 (以後、EL と称す) 100 名(14.7%)、筆談 43 名(6.3%)の順であった。筆談又はジェスチャーを使用している人は合計 62 名(9.1%)みられた。ジェスチャーのみを使用している人は 5 名(0.7%)であった。

九州では、食道発声 63 名(28.6%)、EL53 名(24.1%)、筆談 18 名(8.2%)の順であった。筆談又はジェスチャーを使用している人は合計 10 名(4.5%)みられた。ジェスチャーのみを使用している人は 2 名(0.9%)であった。東京と対象を比較するために術後 1 年未満の対象を除いた場合、食道発声 56/150 名(37.3%)、EL46 名(30.6%)、筆談 12 名(8.0%)の順であった。

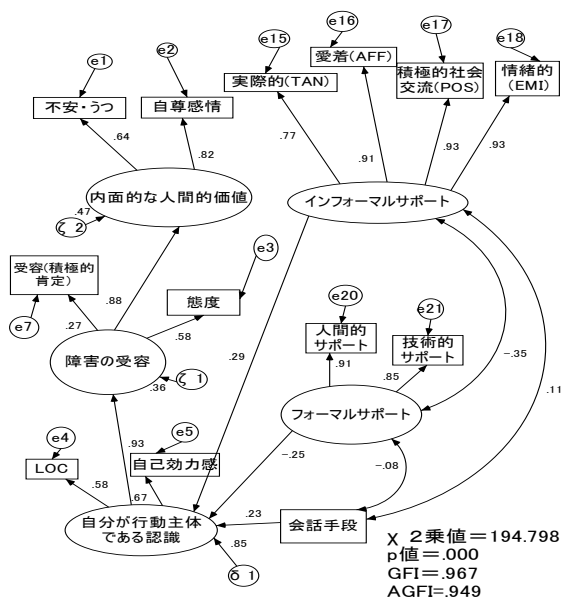
4) QOL・心理的適応・ソーシャルサポート
QOL・心理的適応・ソーシャルサポート得点は Table2. に示した。

Table2 喉頭摘出者のQOL(SF-36)・心理的適応・ソーシャルサポート得点

	東京		九州		p値
	N = 679		N = 220		
	mean ± S.D. (range)	median	mean ± S.D. (range)	median	
身体機能(PF)	79.5 ± 19.5 (5.0 - 100)	85.0	74.6 ± 23.8 (0 - 100)	81.3	.003
日常役割機能(身体)(RP)	74.1 ± 26.4 (12.5 - 100)	81.3	67.9 ± 28.2 (0 - 100)	68.8	.003
体の痛み(BP)	75.8 ± 24.2 (3.5 - 100)	74.0	72.5 ± 25.7 (0 - 100)	74.0	.074
全体的健康感(GH)	61.4 ± 19.5 (5.0 - 100)	62.0	57.7 ± 19.9 (5 - 100)	57.0	.020
活力(VT)	67.5 ± 20.9 (25.0 - 100)	68.8	62.8 ± 23.5 (0 - 100)	62.5	.006
社会生活機能(SF)	75.6 ± 26.3 (12.5 - 100)	81.3	70.1 ± 26.1 (0 - 100)	75.0	.007
日常役割機能(精神)(RE)	77.1 ± 26.9 (33.3 - 100)	83.3	71.3 ± 29.0 (0 - 100)	75.0	.007
心の健康(MH)	73.2 ± 20.0 (30.0 - 100)	75.0	67.1 ± 21.3 (5 - 100)	68.8	.001
不安うつ	85.3 ± 17.0 (5.6 - 100)	88.9	82.1 ± 18.6 (5.6 - 100)	83.3	.023
受容(自覚)	83.7 ± 12.7 (50.0 - 100)	83.3	84.8 ± 13.6 (50.0 - 100)	83.3	.312
受容(積極的肯定)	79.2 ± 11.3 (50.0 - 100)	75.0	73.5 ± 10.0 (50.0 - 100)	70.8	<.0001
態度	47.2 ± 23.0 (0 - 100)	43.8	43.0 ± 22.6 (0 - 100)	37.5	.033
自尊心	66.4 ± 21.9 (0 - 100)	68.8	66.7 ± 22.4 (12.5 - 100)	68.8	.886
自己効力感	62.2 ± 24.0 (0 - 100)	66.7	63.3 ± 25.0 (0 - 100)	75.0	.886
ローカスオブコントロール	62.4 ± 24.5 (0 - 100)	62.5	58.6 ± 24.0 (0 - 100)	62.5	.058
心理的適応総合点	69.3 ± 12.6 (30.2 - 100)	69.9	66.9 ± 12.9 (15.6 - 100)	66.7	.036
実際のサポート(Tangible)	83.4 ± 20.2 (0 - 100)	87.5	83.3 ± 21.4 (6.3 - 100)	93.8	.968
イ					
愛着的サポート(Affectionate)	80.0 ± 20.2 (0 - 100)	83.3	80.1 ± 22.2 (0 - 100)	83.3	.983
サン					
情報・情緒的サポート	76.3 ± 20.8 (6.3 - 100)	78.1	77.7 ± 21.8 (0 - 100)	81.3	.398
ポ					
情緒的/情報的(emotional/informational)					
積極的な社会的相互関係	76.7 ± 21.0 (0 - 100)	75.0	75.4 ± 22.3 (0 - 100)	75.0	.480
ト					
積極的な社会的相互関係					
マ					
(Positive Social Interaction)					
ル					
MOS総合	79.0 ± 19.2 (5.3 - 100)	81.6	80.0 ± 20.0 (1.3 - 100)	82.9	.589
ボ					
技術的サポート	24.9 ± 15.7 (0 - 100)	25.0	27.6 ± 17.6 (0 - 95.8)	25.0	.039
ル					
人間的サポート	29.5 ± 17.9 (0 - 100)	25.0	30.1 ± 18.2 (0 - 100)	25.0	.654
ト					
人間的サポート	27.3 ± 16.1 (0 - 100)	25.0	29.2 ± 17.7 (0 - 100)	25.0	.139

(5) 喉頭摘出者の心理的適応構造へのソー

シャルサポートの影響



※会話手段：規準1→EL、筆談、ジェスチャー 2→食道発声、シャント発声
 Fig.1. 心理的適応構造へのソーシャルサポートと会話手段の影響

心理的適応構造に影響がみられなかった因子を除外し、会話手段とソーシャルサポートの影響を検討した。結果、会話手段は前述同様、インフォーマルサポート及びフォーマルサポートともに、自分が行動主体である認識に影響を与えていた(Fig.1)。インフォーマルサポートはプラスの影響で、フォーマルサポートはマイナスの影響であった。また、インフォーマルサポートとフォーマルサポート間の相関は-.35と負の関係であった。障害の受容及び内面的な人間的価値の潜在因子にサポートの影響はみられなかった。

[考察]

喉摘者の心理的適応構造は、自分が行動主体である認識から障害の受容へ、そして内面的な人間的価値へとつながる3層構造が最も適合度を示した。時間の流れを待ってただ機会が来ることを待つのではなく、自分が何もできない人間ではなく何か行動を起こすことができるのだという感覚を高め、まずは行動してみるという意識を持てることが、心

理的適応を高める第1歩と考えられる。

フォーマルサポートがマイナスの影響を示したことは、サポートがあると心理的適応できないということではなく、自分が行動主体である認識を弱めるような関わりとなつて有効ではないサポートとなっている恐れが考えられること、喉摘者の意識が医療者に依存的となり、自分主体で行動をして行こうという意識になっていない恐れがあることが考えられる。また、フォーマルサポート得点がかかなり低い値を示していたことから、実際にサポートが必要な時にサポートが得られていない、サポートがあっても有効ではない可能性が高い。

本研究の限界は、縦断調査ではないため、因果関係を確定できないことである。今後の課題として、入院前から退院後まで経時的に変化をたどり、実際にどのような心理的適応構造となるかを明らかにしていく必要がある。

[結論]

喉摘者の心理的適応構造は、自分が行動主体である認識が高められると、障害の受容が高められ、内面的な人間的価値を高められるという心理的適応構造モデルを示した。食道発声やシャント発声のほうが、筆談・ジェスチャー・ELよりも、自分が行動主体である認識を高められ心理的適応が促進される可能性が示された。ソーシャルサポートは、“自分が行動主体である認識”に影響していた。

<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.
 尾藤誠司, 鈴嶋よしみ, 福原俊一(2005): 入院患者用満足度尺度の開発—下位尺度と項目の再設定と検証: HPSQ-25からHPSQ-13へ—, *医療マネジメント学会雑誌*, 6(2), 423 - 427.

Blanchard, S.L (1982) : Current practices in the counseling of the laryngectomy patient, Journal of Communication Disorder, 15, 233 - 241.

Cathy Donald Sharbourne and Anita L. Stewart (1991) : The MOS Social Support Survey, Social Science & Medicine, 32(6), 705 - 714

Dodds, A.G., Flannigan, H., Liza, N.G (1993) : The Nottingham adjustment scale, a validation study, International Journal of Rehabilitation Research, 16, 177 - 184.

福原 俊一, 鈴鴨 よしみ (2004) : SF-36v2 日本語版マニュアル : NPO 健康医療評価研究機構, 京都.

小竹久実子, 鈴鴨よしみ, 甲斐一郎他 (2006) : 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-, 日本看護科学学会雑誌, 26 (4) ,46 - 54.

小竹久実子, 佐藤みつ子 (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.

矢口久実子, 甲斐一郎, 佐藤みつ子他 (2004) : 改変 Nottingham Adjustment Scale-Japan の喉頭摘出者に対する適用可能性, 日本看護科学学会雑誌, 24 (1), 53 - 59.

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計 件)

[学会発表] (計 2件)

①小竹久実子、鈴鴨よしみ、甲斐一郎、岩永和代、高橋綾、寺崎明美、喉頭摘出者の心理的適応構造モデル、平成 20 年 12 月 13 日、第 28 回日本看護科学学会学術集会

②小竹久実子、鈴鴨よしみ、甲斐一郎、高橋綾、喉頭摘出者の心理的適応の術後経過年数による差異、平成 19 年 12 月 8 日、第 27 回日本看護科学学会学術集会

[図書] (計 件)

[産業財産権]
○出願状況 (計 件)

○取得状況 (計 件)

[その他]

6. 研究組織

(1) 研究代表者

小竹 久実子 (KOTAKE KUMIKO)
自治医科大学看護学部・准教授
研究者番号 : 90320639

(2) 研究分担者

鈴鴨よしみ (SUZUKAMO YOSHIMI)
東北大学大学院医学系研究科・講師
研究者番号 : 60362472

甲斐一郎 (KAI ICHIRO)
東京大学大学院医学系研究科・教授
研究者番号 : 30126023

岩永和代 (IWANAGA KAZUYO)
福岡大学医学部・講師
研究者番号 : 40461537

高橋綾 (TAKAHASHI AYA)
埼玉県立大学保健医療福祉学部・講師
研究者番号 : 70331345

寺崎明美 (TERASKI AKEMI)
福岡大学医学部・教授
研究者番号 : 50163910

(3) 連携研究者

山形然太郎 (YAMAGATA ZENTARO)
山梨大学大学院医学工学総合研究部・教授
研究者番号 : 10210337

中川尚志 (NAKAGAWA NAOSHI)
福岡大学医学部・教授
研究者番号 : 70274470

川端一嘉 (KAWAWBATA KAZUYOSHI)
癌研有明病院・頭頸科部長
研究者番号 : 10204760