

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 8 日現在

機関番号：32620

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2012～2014

課題番号：24593333

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・社会的適応の経時的変化と介入効果検証

研究課題名(英文) The effectiveness of nursing intervention in supporting psychological adjustment in patients before and after a total laryngectomy

研究代表者

小竹 久実子 (KUMIKO, KOTAKE)

順天堂大学・医療看護学部・准教授

研究者番号：90320639

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 4,100,000円

研究成果の概要(和文)：【研究目的】喉頭部周囲がん患者の術前から退院6ヶ月後までの介入効果を検証することで。【研究方法】対象は喉頭摘出を受ける患者61名(非介入群50名、介入群11名)を対象とした。介入群には、術前にガイドブックと携帯緊急時カードを配布し効果を検討した。【結果】日常役割機能身体と精神は術前から共に低かった。介入群は非介入群より術前から身体状態が不良であった。社会生活機能は介入群のほうが退院後に低かった。【考察】介入群は術前から状態不良である患者の参加がみられた。これはガイドブックと携帯カードが配布されるメリットがあるためと考える。定期的に情報提供と心のケアの介入をしていく必要性が示唆された。

研究成果の概要(英文)：Purpose: The purpose of this study was to examine the effectiveness of nursing intervention in supporting psychological adjustment in patients before and after a total laryngectomy. Methods: The psychological outcomes of 61 patients with circumpharyngeal cancer were measured from the time of admission to six months after discharge. Fifty patients were divided into a control group, and an intervention group(N=11), which were given informational support in the form of a guidebook and the emergency response card. Results: Both groups of patients had low the role physical and emotional functions. The patients in the intervention group had poorer physical functioning than the control group from the preoperative stage to six months after discharge. Consideration: We suggested that the patients need to be provided with information and counseling on a regular basis from the preoperative stage to six months after discharge.

研究分野：がん看護学、在宅看護学

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

1. 研究開始当初の背景

頭頸部周辺のがんは、人が生きる上で重要な感覚器系の機能障害、例えば、食べる(嚥下困難、味覚障害等)、排泄する、眠るといった部分や肉声による会話ができないという問題が生じる。退院後も不安・うつをかかえたまま過ごす状況が報告されている(Campbell et al., 2000, Maclean et al., 2009, Lundstrom, 2009, 小竹ら, 2012)。さらに、放射線化学療法の影響もあり、とじこもりの問題も生じ、喉頭摘出者の QOL の問題がある(Weymuller et al., 2000, Troy Woodard et al., 2007)。このことから治療による副作用や生活への不安も心理的・社会的適応に問題となることが考えられる。

心理的適応においては、申請者ら(2004)が喉頭摘出者用心理的適応尺度を改変し、喉頭摘出者における心理的適応を定義づけた。また、申請者らは、失声障害をもつ喉頭摘出者の心理的適応構造と Social support が心理的適応に影響を与えることを明らかにした(小竹ら, 2008)。だが横断研究のため、因果関係を明らかにすることができていない。そこで申請者らは、術前、退院前、退院 3 ヶ月後、6 ヶ月後、1 年後の経時的変化を観察した。心理的適応の変化がないこと、健康関連 QOL の「心の健康」および「日常生活機能(精神)」、「社会生活機能」の得点が低いままであることを明らかにした(小竹ら, 2012)。このことから、退院 1 年後も心理的・社会的適応の問題があり、不安・うつ状態で過ごしている現状であること、人間的・情動的・技術的サポートが心理的適応に影響していることが明らかになった。原因として喉頭摘出者に対する Social support の体制が不十分であり、継続的な支援がないことが考えられる。

今まで行ってきた研究では、縦断的な研究のための研究チームを組織し、介入前の経時的データを調査してきた。

2. 研究の目的

本研究の目的は、術前から退院 6 ヶ月後まで、ソーシャルサポート介入を行って、心理的・社会的適応の側面から介入の効果を検証し、喉頭摘出者の生活に対する QOL の向上を図ることである。

3. 研究の方法

1) 対象

喉頭摘出術を受ける入院患者 61 名

2) 調査項目

a) 心理的適応: NAS-J-L (Nottingham Adjustment Scale Japanese

Laryngectomized patients version), 心理的適応を以下の 7 側面で定義し測定する尺度(日本語版喉頭摘出者用小竹ら 2004)。(1) 不安・うつ 6 項目、(2) 障害の受容 9 項目(積極的肯定 6 項目、自覚 3 項目)、(3) 喉摘者への態度 4 項目、(4) 自己効力感 3 項目、(5) 自尊感情 3 項目、(6) Locus of control 2 項目 得点解釈は全項目において、高得点ほど心理的適応が高いと解釈する。

b) Social support

Informal support 尺度 [MOS: Medical Outcomes Study] 20 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 et al., 1991))を用いた。

Formal support 尺度 [HPSQ-25: Hospital Patient Satisfaction Questionnaire-25] 13 項目(技術的評価、人間的側面、情動的側面 5 段階評定)(尾藤ら, 2005)を用いた。

c) 健康関連 QOL: SF-36v2 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。

d) 基本的属性

基本的属性として、年齢・性別・家族構成・手術名・手術日・退院日を確認した。

e) 会話手段

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)とその獲得状況を調査した。

f) 患者の健康状態

患者の状態観察の項目として、現在の状態(永久気管孔、顔面及び腕の浮腫、嚥下困難、便秘、頸部の可動域、肩の可動域、嗅覚・臭覚、頸部の皮膚)を調査した。

3) Social support 介入(情報提供サポート: ガイドブック/緊急用携帯カード)

1) 術前にガイドブック 1 冊を提供する。ガイドブックの内容は、社会保障制度、コミュニケーション、入院費用、入院期間、退院後の生活、気管孔・痰、嗅覚・味覚、嚥下、便秘、入浴・洗髪、緊急時の対応、外来受診、マッサージ、リハビリテーションであった。調査時期は、術前・退院前・退院 3 ヶ月後・6 ヶ月後であった。

4) 調査方法

術前と退院前調査は、配票にて実施し、その後の追跡調査は郵送法にて実施する。

全アンケート終了後、同意の得られた対象者に面談を実施し、現在の心身状態や今後希望することを聴取し、サポートに活かす。

5) 除外基準

(1) 調査参加同意が得られない場合、(2) 病状が悪化し、調査の記入が困難な場合、(3) 視覚障害等が生じ、内容を読むことが困難な場合、(4) その他の理由により回答が困難と判断した場合、(5) 対象者が死亡の場合、(6) 90 歳以上の高齢により回答が困難な場合、(7) 住所不明の場合とした。

6) 研究等における倫理的配慮

大学倫理委員会、各病院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。調査用紙は無記名方式とし、個人が特定されないように ID 管理した。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、調査途中でも撤回できること、術式等、退院時の健康状態を

カルテから確認することを説明した。同意する場合、同意書記入を依頼した。

7)分析方法

年齢は、64歳以下と65歳以上の2群に分類した。家族構成は、一人暮らしと家族あり群の2群に分類して分析を行った。

(1)基本的記述統計算出

(2)術前から退院6ヶ月後までの喉頭摘出者の心理的適応、社会的適応、会話手段獲得状況、ガイドブックの重要さ・満足度等を経時的に変化があるか検討：反復測定共分散分析

4.研究成果

A.対象

1)非介入群：調査に同意し回答が得られた66名のうち3回以上回答した50名を分析対象とした。有効回答率75.8%であった。66名のうち6名は状態悪化のためリタイア、手術拒否し自己退院1名、死亡4名、住所不明1名、返答なし4名であった。術後からの同意は4名であった。

2)介入群：同意し回答が得られた12名のうち11名を分析対象とした。1名は調査票返答が得られなかった。

B.基本的属性

1)非介入群

平均年齢66.0±8.3歳、46歳から82歳までの範囲の年齢層であった(Table1)。性別は男性44名(88.0%)、女性6名(12.0%)であり、9:1の割合であった。家族構成は、一人暮らし6名(12.0%)、二人暮らし以上42名(84.0%)、無回答2名(4%)であった。有職24名(48.0%)、無職23名(46.0%)、無回答3名(6%)であった。

2)介入群

平均年齢71.9±9.2歳、59歳から85歳までの範囲の年齢層であった(Table1)。性別は男性9名(81.8%)、女性2名(18.2%)であり、8:2の割合であった。家族構成は、一人暮らし1名(9.1%)、二人暮らし以上10名(90.9%)であった。有職3名(27.3%)、無職6名(54.5%)、無回答2名(18.2%)であった。

Table1.基本的属性

		非介入群		介入群	
		mean ± S.D. (range)	n(%)	mean ± S.D. (range)	n(%)
年齢		66.0 ± 8.3 (46 - 82)	50	71.9 ± 9.2 (59 - 85)	11
性別	男		44 (88.0)		9 (81.8)
	女		6 (12.0)		2 (18.2)
家族構成	1人		6 (12.1)		1 (9.1)
	2人以上		42 (84.0)		10 (90.9)
	無回答		2 (4.0)		
職業	有職		24 (48.0)		3 (27.3)
	無職		23 (46.0)		6 (54.5)
	無回答		3 (6.0)		2 (18.2)

C.会話手段

会話手段において、退院前は両群ともに筆談者90%近くであり、ついでジェスチャーが半数近くみられていた(Table2)。非介入群においては、徐々に電気喉頭使用者が増加し、退院6ヶ月後には51.5%が使用していた。食道発声は退院6ヶ月後においても12.1%にとどまっていた。他に、術前の声を録音しておき、パソコンで発声できるようにする方法やポメラ(電子式筆記用具)などを準備してい

る患者もみられた。

Table2.会話手段(複数回答可)

会話手段(複数回答)	非介入群			介入群		
	退院前	退院3ヶ月後	退院6ヶ月後	退院前	退院3ヶ月後	退院6ヶ月後
	n (%)			n (%)		
食道発声	3 (7.3)	4 (10.2)	4 (12.1)	0	0	0
電気喉頭	3 (7.3)	12 (30.8)	17 (51.5)	0	1 (25.0)	0
筆談	36 (87.8)	21 (53.8)	16 (48.5)	4 (85.7)	4 (100)	1 (50.0)
ジェスチャー	19 (46.3)	10 (26.6)	11 (33.3)	3 (57.1)	2 (50.0)	1 (50.0)
シャウト発声	2 (4.9)	2 (5.1)	2 (6.1)	1 (20.0)	1 (25.0)	1 (50.0)
その他	1 (2.4)	1 (2.6)	0	0	1 (25.0)	1 (50.0)
無回答	1 (2.4)	0	0	1 (20.0)	0	0
n	41	39	33	4	4	2

D.QOL

QOLの結果はTable3-1(非介入群)とTable3-2(介入群)に示す通りである。

Table3-1. QOL(SF36スコア)・心理的適応・ソーシャルサポート得点

	非介入群	術前	退院前	退院3ヶ月後	退院6ヶ月後
		n = 50	n = 41	n = 39	n = 33
		mean ± S.D.	mean ± S.D.	mean ± S.D.	mean ± S.D.
UOL	身体機能(PF_N)	41.3 ± 16.1	32.8 ± 18.8	35.1 ± 19.9	36.2 ± 16.1
	日常役割機能(身体)(RP_N)	38.9 ± 11.0	—	39.4 ± 14.9	31.3 ± 13.1
	体の痛み(BP_N)	49.2 ± 10.6	45.4 ± 10.9	42.3 ± 11.4	48.0 ± 9.5
	全体的健康感(GH_N)	44.7 ± 10.0	44.1 ± 8.4	42.0 ± 10.3	44.5 ± 9.7
	活力(VT_N)	47.4 ± 11.8	44.1 ± 11.7	45.0 ± 12.1	47.2 ± 11.2
	社会生活機能(SF_N)	39.1 ± 16.0	—	35.7 ± 14.0	38.7 ± 12.8
	日常役割機能(精神)(RE_N)	38.4 ± 14.5	—	34.0 ± 13.3	36.7 ± 14.2
	心の健康(MH_N)	43.7 ± 13.8	40.4 ± 12.5	41.6 ± 11.4	43.7 ± 13.7
	不安・うつ	69.1 ± 24.4	73.4 ± 20.8	71.9 ± 25.7	79.0 ± 19.6
	心理的適応	—	44.7 ± 22.1	43.4 ± 24.1	49.2 ± 23.7
Lサポート	受容(積極的肯定)	—	50.8 ± 19.9	53.1 ± 21.4	55.5 ± 17.2
	態度	46.6 ± 18.3	39.2 ± 18.6	42.9 ± 23.4	43.0 ± 20.6
	自尊感情	69.4 ± 23.1	68.7 ± 24.1	59.5 ± 29.2	61.1 ± 29.1
	自己効力感	56.8 ± 26.4	57.1 ± 24.3	52.8 ± 28.8	54.5 ± 24.0
	ロールコントロール	56.4 ± 13.1	64.1 ± 24.1	55.1 ± 23.2	54.2 ± 22.0
	実際のサポート(Tangible)	79.9 ± 23.9	82.0 ± 20.9	83.1 ± 19.8	85.0 ± 22.1
	感情的サポート(Affectionate)	76.0 ± 23.9	81.3 ± 21.2	77.1 ± 22.5	80.3 ± 23.1
	情報・情動的サポート(emotional/informational)	73.0 ± 24.0	76.6 ± 20.8	73.6 ± 22.0	77.1 ± 23.8
	積極的な社会的相互関係(Positive Social Interaction)	72.0 ± 24.5	74.2 ± 21.0	71.3 ± 23.1	76.0 ± 24.6
	MOS総合	74.9 ± 23.7	78.1 ± 20.5	76.0 ± 20.3	79.5 ± 23.0
サポート	技術的サポート	74.0 ± 20.8	83.3 ± 15.1	73.8 ± 16.3	73.3 ± 14.5
	人間的サポート	73.0 ± 19.5	74.8 ± 17.2	72.9 ± 17.2	70.5 ± 19.0
	情報サポート	77.6 ± 17.4	71.3 ± 18.8	70.5 ± 15.9	71.2 ± 18.8
	HPSQ総合	74.2 ± 19.3	74.0 ± 15.6	72.3 ± 15.0	71.9 ± 17.4

介入群のほうが非介入群に比べて、PF(身体機能)が術前から13.1点、退院6ヶ月後には21.9点ほど開きがあり、身体的状態がかなり低い。日常役割機能身体(RP)および精神(RE)も、術前から5~6点、退院6ヶ月後には、26.3点ほど開きがあり、心身ともに状態が低かった。

Table3-2. QOL(SF36スコア)・心理的適応・ソーシャルサポート得点

	介入群	術前	退院前	退院3ヶ月後	退院6ヶ月後
		n = 11	n = 4	n = 4	n = 2
		mean ± S.D.	mean ± S.D.	mean ± S.D.	mean ± S.D.
QOL	身体機能(PF_N)	28.2 ± 19.5	36.2 ± 17.9	39.8 ± 12.2	16.3 ± 43.4
	日常役割機能(身体)(RP_N)	35.8 ± 14.3	—	25.8 ± 13.6	14.2 ± 16.4
	体の痛み(BP_N)	37.6 ± 13.1	45.5 ± 11.4	38.0 ± 4.7	26.3 ± 12.9
	全体的健康感(GH_N)	37.5 ± 3.7	47.5 ± 9.3	44.3 ± 8.5	35.2 ± 3.7
	活力(VT_N)	39.5 ± 9.5	45.3 ± 12.1	40.2 ± 11.4	32.2 ± 11.4
	社会生活機能(SF_N)	32.4 ± 12.2	—	26.4 ± 8.1	24.8 ± 9.1
	日常役割機能(精神)(RE_N)	32.2 ± 16.0	—	26.0 ± 11.0	12.4 ± 8.8
	心の健康(MH_N)	39.2 ± 8.6	39.5 ± 10.7	42.4 ± 8.4	34.4 ± 1.9
	不安・うつ	65.4 ± 18.2	80.0 ± 11.5	73.6 ± 12.3	38.9 ± 55.0
	心理的適応	—	36.7 ± 20.9	47.9 ± 21.9	54.2 ± 41.2
Lサポート	受容(積極的肯定)	—	49.2 ± 27.5	58.3 ± 18.9	41.7 ± 0.0
	態度	44.4 ± 18.3	39.6 ± 7.2	46.4 ± 14.8	40.6 ± 13.3
	自尊感情	60.0 ± 23.5	65.0 ± 16.0	52.8 ± 19.2	62.5 ± 17.7
	自己効力感	57.5 ± 20.6	56.3 ± 21.9	56.3 ± 23.6	70.8 ± 5.9
	ロールコントロール	58.8 ± 13.2	56.8 ± 23.9	58.4 ± 12.0	55.0 ± 35.4
	実際のサポート(Tangible)	73.1 ± 23.9	75.0 ± 7.2	89.6 ± 13.0	71.9 ± 4.4
	感情的サポート(Affectionate)	71.2 ± 24.0	66.7 ± 24.5	79.2 ± 26.0	62.5 ± 17.7
	情報・情動的サポート(emotional/informational)	68.8 ± 24.2	70.3 ± 18.5	81.3 ± 24.3	60.9 ± 19.9
	積極的な社会的相互関係(Positive Social Interaction)	66.3 ± 23.4	64.1 ± 20.0	75.0 ± 28.4	59.4 ± 22.1
	MOS総合	69.7 ± 23.5	69.1 ± 17.6	82.1 ± 26.7	63.8 ± 15.8
サポート	技術的サポート	75.8 ± 12.9	81.7 ± 12.0	70.8 ± 8.3	56.3 ± 8.8
	人間的サポート	68.1 ± 9.6	66.7 ± 14.4	68.8 ± 5.1	53.1 ± 4.4
	情報サポート	71.2 ± 16.0	60.4 ± 12.5	66.7 ± 11.8	50.0 ± 0.0
	HPSQ総合	72.5 ± 12.5	74.6 ± 15.5	68.8 ± 8.1	53.1 ± 4.4

E.健康状態

非介入群においては、医師記録からの情報収集を行った結果、永久気管孔の問題がある患者25.9%、そのうち気管孔周囲の炎症が15.5%を占め、気管内乾燥10.3%、痰分泌増加5.2%みられた(Table4-1)。味覚障害29.3%、嗅覚障害51.7%、頸部や肩の可動域制限が31.0%程度、頸部の皮膚脆弱20%程度あり、

嚥下困難 24.1%、顔面浮腫、便秘がある状態で退院していた。

介入群においては、患者からの回答結果、術前では嚥下困難 72.7%であった(Table 4-2)。

Table4-1.退院前の健康状態(非介入群) n = 58

症状	あり	なし
永久気管孔の問題 (複数回答あり)	15 (25.9)	35 (60.3)
炎症あり	9 (15.5)	
気管孔内乾燥	6 (10.3)	
痰分泌増加	3 (5.2)	
嚥下困難	14 (24.1)	36 (62.1)
便秘	9 (15.6)	40 (69.0)
味覚障害	17 (29.3)	32 (55.2)
嗅覚障害	30 (51.7)	18 (31.0)
顔面浮腫	8 (13.8)	42 (72.4)
腕の浮腫	2 (3.4)	48 (82.8)
頸部の可動域制限	18 (31.0)	31 (53.4)
肩の可動域制限	18 (31.0)	31 (53.4)
頸部の皮膚脆弱	12 (20.7)	37 (63.8)

Table4-2.健康状態(患者回答)(介入群)

症状		術前	退院前 n (%)	退院3ヶ月後	退院6ヶ月後
嚥下困難	有	8 (72.7)	3 (60.0)	2 (50.0)	1 (50.0)
	無	2 (18.2)	1 (20.0)	2 (50.0)	1 (50.0)
便秘	有	2 (18.2)	2 (40.0)	3 (75.0)	2 (100)
	無	8 (72.7)	2 (40.0)	1 (25.0)	0
首・肩の運動障害	有	1 (9.1)	3 (60.0)	4 (100.0)	2 (100)
	無	9 (81.8)	1 (20.0)	0	0
嗅覚・味覚障害	有	3 (27.3)	2 (40.0)	3 (75.0)	1 (50.0)
	無	7 (63.6)	2 (40.0)	1 (25.0)	1 (50.0)
顔・腕の浮腫	有	0	2 (40.0)	1 (25.0)	0
	無	10 (90.9)	2 (40.0)	3 (75.0)	2 (100)
皮膚障害	有		2 (40.0)	3 (75.0)	1 (50.0)
	無		2 (40.0)	1 (25.0)	1 (50.0)
無回答		1 (9.1)	1 (20.0)	0	0
n		11	5	4	2

考察

介入群は、まだデータ数が少なく、個人差がみられているため結論づけることは難しい。非介入群の患者より心身の健康状態が低い患者が参加していた。このことは、ガイドブックや緊急時の対処法が記載されている携帯カードを、今回の参加のメリットとしてお渡ししており、状態が悪くても回答しようという気持ちをもってもらえたものと考えられる。

SFにおいて、介入群の患者のほうが退院3ヶ月後と6ヶ月後に20点台と得点が低いことから、社会復帰できるようにサポートする必要性がある。

先行研究で、部分切除者と喉頭全摘出者の比較において、PF, RP, GH, VT, SF, REで喉頭全摘出者が低い(Weinstein GS et al., 2001)こと、さらに、われわれの前回の研究(2010)においても、術前から継続して低い状態であった。今回の研究では、特に退院3ヶ月後および6ヶ月後まで、最も低い得点で、痛みがあり生活に支障をきたしていたという結果は新しい発見である。また、喉頭全摘出者とアメリカ国民標準値と比較して、PFとRPで有意に低い(Vilaseca et al., 2006)結果が得られているが、本研究の介入群においても退院6ヶ月後まで低い状態が続いていることからサポートの必要性がわかった。さらに、喉頭全摘出術(プロテーシス挿入)喉頭温存者と比較して喉頭全摘出者は、PF, RP, RE, SF, 全般的QOL, BPの項目でよりQOLが低下していた(Boscolo-Rizzo et al., 2008)報告があるが、今回の研究においても、痛みがあり、日常生活に支障をきたして生活していることは同様の結果であると考えられる。

Informal support は、介入群において、退院3ヶ月後までは全体的に上昇し、退院6ヶ月後に下降する傾向があった。特に積極的な社会的相互関係および、情報・情緒的サポート、愛着的サポートが60点前後であることから、医療者側から家族に情報提供し、家族が患者に説明する機会や、患者が抱えている問題を筆談等で傾聴し、思いを受け止めながら、社会復帰できるようサポートすることが大切であると考えられる。家族からのサポートがあるという安心があることで、社会復帰へとつながっていく可能性があることが示唆された。

Formal support は、介入群において、技術的・人間的・情報的サポートが退院6ヶ月後まで下降する傾向がみられた。退院6ヶ月後50点前半であり、非介入群と比べて20点近くの開きがある。このことは、回答者が2名のみであるため、個人差が大きいと思われるが、ガイドブックや緊急用携帯カードをもらえるというメリットから、体調がすぐれない状況でも回答を得られたことが表れていると考える。今回、情報提供のみのサポートであるが、面接を入れながら定期的にサポートしていくことが必要であると考えられる。介入群においては、データ数を増やした上で、今後、結論づけていきたい。

会話手段では、いずれも退院前に筆談9割近くであった。非介入群において、退院3ヶ月後には、3割程度が電気喉頭を使用していた。今回、非介入群において、食道発声が1割程度と少ないことは海外の結果と類似していた(Ida et al., 2009)。これは、退院時もしくは退院後少なくとも3カ月以内の外来受診時に、主治医より、電気喉頭の紹介を受け、その時に電気喉頭を購入し、その後も食道発声を取得する機会がないまま、電気喉頭を会話手段としている人が多いことが考えられる。食道発声は、げっぷを出すようにして発声する方法であり、腹筋が必要であり、毎日の訓練が必要とされる。練習を重ねても、高齢になればなるほど発声が難しくなる。食道発声の指導をしていた喉頭摘出者も腹筋力が弱まり、発声ができなくなるケースも報告されている(小竹ら, 2004)。最近注目されるのが、比較的簡単に発声できるシャント発声である。海外では、食道発声者は11.3%にしかすぎず、シャント発声32名(51.6%)が多い(Maria et al., 2003)。シャント発声者のQOLは、他の代用音声使用者と比較して高い(Birkhaug et al., 2002; Kazi et al., 2007; Law et al., 2009)ことから有効な代用音声の手段である。しかしながら、コストが毎月2万円程度かかることや毎日器具の手入れをする必要があるという課題がある。

今までは話をして済むことが、すぐに伝えられず、助けを求めようと思っても声が出ないため、すぐに誰かを呼べないという問題があげられる。さらに、家族の不安も大きい。

家族が倒れた場合、救急車を呼んでももらえないという恐れを抱いている(小竹ら、2014)。患者や家族が安心して暮らせるように緊急時の対応を明確にしておく必要がある。

【文献】

- Birkhaug E. J., H. J. Arstad et al (2002): Relation between mood, social support and the quality of life in patients with laryngectomees, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck*, 259, 197 - 204.
- 尾藤誠司, 鈴鴨よしみ, 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.
- Boscolo-Rizzo P., Maronato F., Marchiori C., et al(2008): Long-term quality of life after total laryngectomy and postoperative radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy for laryngeal preservation, *Laryngoscope*, 118(2), 300-306.
- Campbell BH, Marbella A, Laybe PM(2000): Quality of life and recurrence concern in survivors of head and neck cancer, *Laryngoscope*, 110(6), 895-906.
- Cathy Donald Sharbourne and Anita L. Stewart (1991): The MOS Social Support Survey, *Social Science & Medicine*, 32(6), 705 - 714
- Claudia Bussian, Dorit Wollbruck, Helge Danker, et al.,(2010): Mental health after laryngectomy and partial laryngectomy: a comparative study, *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 267, 261-266.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310 - 357.
- De Leeuw J.R., De Graeff A. Ros WJ et al (2000): Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: A prospective study. *Psycho-Oncology*, 9, 20 - 28.
- Dodds A. G., Ferguson E., Liza, N. G. et al (1994): The concept of adjustment A structural model, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, Nov-Dec., 487 - 497.
- Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, and Kurokawa K (1998): Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan, *Journal of Clinical Epidemiology*, 51,11, 1037-1044.
- Fukuhara S, Ware J E, Kosinski M, Wada S, Gandek B (1998): Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey, *Journal of Clinical Epidemiology*, 51,11, 1045-1053.
- 福原俊一、鈴鴨よしみ、SF-36v2 日本語版マニュアル (2004): NPO 健康医療評価研究機構、京都。
- Hann D., Baker F., Dinniston M., et al. (2002): The influence of social support on depressive symptoms in age and gender differences, *J Psychosomatic Research*, 52, 279 - 283.
- Ida K.-Y.Law, MPhil; Estella P.-M.Ma, Edwin M.-L. Tiu(2009): Speech Intelligibility, Acceptability, and Communication-Related Quality of Life in Chinese Alaryngeal Speakers, *ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG*,VOL135, No.7, JULY, 704-711.
- Isabel Vilaseca, Amy Y. Chen, Andrea G. Bakscheider(2006): Long-Term Quality of Life after Total Laryngectomy, *Head & Neck*,10(10), 313-320.
- Kazi R., De Cordova J., Kanagalingam J., et al (2007): Quality of life following total laryngectomy: assessment using the UW-QOL scale., *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 69(2):100-6.
- 小竹久実子,岩永和代, 山田雅子他(2014): 喉頭摘出者の退院1年後の生活のしづらさの実態—面接調査から—, 聖路加看護学会, 東京。
- 小竹久実子, 鈴鴨よしみ, 甲斐一郎, 岩永和代他 (2008): 文部科学省・日本学術振興会 平成 19-20 年度科学研究費補助金 課題番号 19592580 (主任研究者) 基盤研究 (C)「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」。
- 小竹久実子, 鈴鴨よしみ, 甲斐一郎, 岩永和代他 (2012): 文部科学省・日本学術振興会平成 21-23 年度科学研究費補助金 課題番号 21592779 (主任研究者) 基盤研究 (C)「喉頭摘出者の心理的・社会的適応の経時的変化とソーシャルサポートの因果関係」。
- 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.
- Law IK., Ma EP., Yiu EM. (2009): Speech intelligibility, acceptability, and communication-related quality of life in Chinese alaryngeal speakers, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 135(7), 704-11.
- Lundström Elisabet, H. B., Munck-Wikland Eva. (2009): Voice Handicap and Health-Related Quality of Life in Laryngectomees: Assessments with the Use of VHI and EORTC Questionnaires. *Folia phoniatrica et Logopaedica*, 61(2), 83-92.
- Maclean J., Cotton S., Perry A. (2009): Dysphagia following a total laryngectomy: the effect on quality of life, functioning, and psychological well-being, *Dysphagia*, 24(3), 314-21.
- Maria Jose Ferrer Ramirez, Enrique Estelles Ferriol, Fernando Guallart Domenech, et al.(2003): Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer, Spain, *Otolaryngeal Head and Neck Surgery*,129, 92-97.
- Suzukamo Y., Ohbu S., Kondo T., Kohmoto J. and Fukuhara S.(2006): Psychological adjustment has a greater effect on health-related quality of life than on severity of disease in Parkinson's disease. *Movement Disorder*, Jun;21(6):7,61-66.
- 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.
- 寺崎明美, 間瀬由記, 小原泉(1997): 老年期喉頭摘出者の代用音声を困難にしている要因, *日本看護研究学会雑誌*, 20(5), 11-20.
- Troy D.Woodard, Agnes Oplatck, Guy J. Petruzzelli.(2007): Life after total laryngectomy - A mesure of long-term survival, function, and quality of life, *Arch Otolaryngol head neck surg*, 133, 526-532.
- Vilaseca I., Chen AY., Bakscheider AG. (2006): Long-term quality of life after total laryngectomy, *Head Neck*, 28(4), 313-20.

W. Derks, J. R. de Leeuw, G. J. Hordijk, et al (2004) : Reasons for non-standard treatment in elderly patients with advanced head and neck cancer, European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck, 11, 1 – 11.

Weinstein GS., El-Sawy MM., Ruiz C., et al (2001) : Laryngeal preservation with supracricoid partial laryngectomy results in improved quality of life when compared with total laryngectomy, Laryngoscope, 111(2), 191-9.

Weymuller EA Jr., Yueh B., Deleyiannis FW., et al (2000) : Quality of life in head and neck cancer, Laryngoscope, 110(3 Pt 3), 4-7.

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.

Zeine L, Larson M. (1999): Pre and post operative counseling for laryngectomees and their spouses: an update, Journal of Communication Disorder, 32, 51 - 71.

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計 2 件)

1) 小竹久実子, 羽場香織 : 看護学生用学習意欲尺度開発, 日本応用心理学会, 39 (3), 197-205, 2014.

2) 岩永和代, 小竹久実子, 羽場香織, 鈴鴨よしみ, 甲斐一郎, 高橋綾 : 喉頭摘出者の QOL に関する文献レビュー, 医療看護研究, 11 (1), 35-44, 2014.

〔学会発表〕(計 7 件)

1) 小竹久実子, 岩永和代, 山田雅子, 羽場香織, 鈴鴨よしみ, 高橋綾, 江口優子 : 喉頭摘出者の退院 1 年後の生活のしづらさの実態 - 面接調査から -, 聖路加看護学会, 20 Sep., 2014.

2) Kumiko Kotake, Kazuyo Iwanaga, Yoshimi Suzukamo, Ichiro Kai, Yuki Nagamatsu, Kaori Haba, Aya Takahashi, Rieko Kawamoto : Factors Related to Social Support and Communication Methods for Psychological and Social Adjustment in Japanese Laryngectomized Individuals: A study of a Self Help Group, 25th International Nursing Research Congress, STTI, Hong Kong, 24 – 28 Jul., 2014.

3) Kazuyo Iwanaga, Kumiko Kotake, Yoshimi Suzukamo, Ichiro Kai, Yuki Nagamatsu, Kaori Haba, Aya Takahashi, Rieko Kawamoto : The Association Between Laryngectomized Patients' Quality of Life and Their Medical Treatment, 25th International Nursing Research Congress, STTI, Hong Kong, 24 – 28 Jul., 2014.

4) Kaori Haba, Kumiko Kotake, Kazuyo Iwanaga, Yoshimi Suzukamo, Ichiro Kai, Yuki Nagamatsu, Aya Takahashi, Rieko Kawamoto : The Influence of Participation in Self – Help Groups on Laryngectomized Patients, 25th International Nursing Research Congress, STTI, Hong Kong, 24 – 28 Jul., 2014.

5) Kumiko Kotake, Kazuyo Iwanaga, Yoshimi Suzukamo, Ichiro Kai, Yuki Nagamatsu, Kaori Haba, Aya Takahashi, Rieko Kawamoto : Factors Affecting the Acceptance of Disability among Patients Who Underwent Total Laryngectomy in Japan: In the Case of Self-Help Group Members, 17th EAFONS

INTERNATIONAL CONFERENCE, Manila, Philippines, 20-21Feb., 2014.

6) Kazuyo Iwanaga, Kumiko Kotake, Yoshimi Suzukamo, Ichiro Kai, Yuki Nagamatsu, Kaori Haba, Aya Takahashi, Rieko Kawamoto : The Association between Laryngectomized Patients' Psychological Adjustment and Their Medical Treatment, 17th EAFONS INTERNATIONAL CONFERENCE, Manila, Philippines, 20-21Feb., 2014.

7) Kaori Haba, Kumiko Kotake, Kazuyo Iwanaga, Yoshimi Suzukamo, Ichiro Kai, Yuki Nagamatsu, Aya Takahashi, Rieko Kawamoto : The Reasons Why Laryngectomized Patients Fail to Participate in a Self Help Group, 17th EAFONS INTERNATIONAL CONFERENCE, Manila, Philippines, 20-21Feb., 2014.

6. 研究組織

(1) 研究代表者

小竹 久実子 (KOTAKE KUMIKO)
順天堂大学・医療看護学部・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・准教授
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

永松 有紀 (NAGAMATSU YUKI)
産業医科大学・産業保健学部・准教授
研究者番号: 20389472

羽場香織 (HABA KAORI)
順天堂大学・医療看護学部・助教
研究者番号: 90419721

川本利恵子 (KAWAMOTO RIEKO)(-2013)
九州大学・医学系研究科・教授
研究者番号: 40144969

山田雅子 (YAMADA MASAKO)(2014)
聖路加国際大学・看護学部・教授
研究者番号: 30459242

宮園真美 (MIYAZONO MAMI)(2014)
福岡県立大学・看護学部・准教授
研究者番号: 10432907

原田朋代 (HARADA TOMOYO)(2014)
久留米大学・医学部・講師
研究者番号: 50398533

(3) 連携研究者

川端 一嘉 (KAWABATA KAZUYOSHI)
癌研有明病院・頭頸部外科・部長
研究者番号: 10204760

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