

喉頭摘出患者の失声の受け入れに関する検討

— Profile of Mood States, Self-Esteem の分析から —

廣瀬 規代美¹⁾ 布施 裕子²⁾ 藤野 文代³⁾

(2002年10月1日受付, 2002年12月19日受理)

要旨: 本研究の目的は、喉頭摘出患者の手術前後における失声の受け止め方と認識について明らかにし、手術前後の情緒状態及び自尊感情の側面を含め失声の受け入れに対する看護援助について考察することである。喉頭摘出予定患者を対象に、手術前後の計2回、半構成面接と気分プロフィール検査(POMS), Self-Esteem質問紙(SE)を用いて自己記入式質問紙調査、看護記録からのデータ収集を行った。面接内容についてコード化・カテゴリー化し、手術前後のPOMS得点及びSE得点を検討し、以下の結果を得た。

- 1) 患者は、告知以後、失声による不安や悲しみといった脅かしの中で喉頭摘出術を自己決定し、手術前から失声への心の準備がされたことで、手術後失声という現実を冷静に受け止め、第二の人生に向けて前向きな態度がみられた。
- 2) 失声の受け入れは、患者の人生における対人関係やコミュニケーションの程度、社会的役割や趣味、職業、性格等が影響していた。
- 3) POMS得点は、「抑うつ—落ち込み」「混乱」が、手術前に比べ手術後に低値を示した。
- 4) 自尊感情を示すSE得点は、手術前後において著名な変化はみられなかった。

以上の結果から、喉頭摘出患者が早期に失声を受け入れ、社会復帰するための看護援助は、(1)手術の自己決定を含め、手術前から失声に対する心の準備状態を把握し、手術後の心理変化を捉え共有すること、(2)人生における職業や社会的役割、趣味、性格等から、コミュニケーション障害の重みを共有すること、(3)患者の置かれた状況をフィードバックし、人生のあり方を共に考えるコミュニケーションが必要である。

キーワード: 喉頭摘出患者, 失声の受け止め方, POMS (Profile of Mood States), Self-Esteem, がん看護

【はじめに】

喉頭がんは、全悪性腫瘍の1~2%と少なく¹⁾、頭頸部がんの20~30%を占め、60歳以上の男性に多い。頭頸部領域は、音声言語、呼吸、咀嚼、嚥下、嗅覚、味覚、聴覚といった人間が生きていくための社会生活上重要な様々な機能を備え、感情表現やコミュニケーションのうえで、身体部位の中でも心理的に重要な部位である。

喉頭がん患者は、喉頭全摘出により失声や永久気管孔造設によるボディイメージの変化等を余儀なくされる。喉頭全摘出は、解剖学的や生理学的、心理学的な変化をもたらす²⁾、残りの人生に、言語的なコミュニケーションばかりでなく、心理・社会的に深刻な結果

を生じやすい³⁾。中でもコミュニケーションの主体である声を失い、自尊心の低下や対人関係における精神的負担が大きくなることが考えられる。そこで、喉頭摘出患者の立場から喉頭摘出術前後における失声の受け入れについて把握したうえで手術前から患者の心理に合った看護介入が必要であると考えた。

また、McNairら⁴⁾が開発したPOMS (Profile of Mood States), Rosenberg, MのSelf-Esteem⁵⁾は、看護研究において幅広く臨床で活用されてきた⁶⁻⁸⁾。失声患者に対しても、POMSの変化に適した看護介入を検討したいと考えた。

本研究の目的は、喉頭全摘出患者が手術前から手術後において、失声をどのように受け止め、認識してい

¹⁾群馬大学大学院医学系研究科

²⁾群馬県立がんセンター看護部

³⁾群馬大学医学部保健学科

るのかを明らかにするとともに、手術前後の情緒状態及び自尊感情の側面を含め喉頭摘出患者の失声の受け入れに対する看護援助について考察することである。

【方 法】

1. 用語の定義：本研究の「失声の受け入れ」とは、喉頭がんにより喉頭摘出を余儀なくされた喉頭摘出予定患者の手術前及び喉頭摘出術後における失声に対する認識・思い・態度とする。

2. 対象：本研究の主旨を説明し、研究参加に同意を得た以下の要件を満たした4名とした。

- 1) 医師より告知され、喉頭摘出術を予定されている患者。
- 2) 音声または筆談による会話が可能である。
- 3) 精神疾患の既往がなく、調査時点で精神症状がないと医師または看護師が判断している。
- 4) 医師が、研究参加可能な身体的・精神的症状であると判断している。

3. 調査方法

1) 半構成面接調査：「失声に対する具体的な思い・認識・態度について」半構成的質問紙を用い、手術前後の計2回実施した。1回目；手術前1～5日、2回目；手術後12～14日である。手術後面接については、筆談にて実施し、記述内容に関して対象者にその意味内容を確認した。

2) 自記式質問紙調査：市販（金子書房）の気分プロフィール検査⁴⁾（Profile of Mood States, 以下POMSとする）及び、Self-Esteem⁵⁾の質問紙（以下、SE尺度とする）について、手術前後計2回の面接時に実施した。

POMS⁴⁾は、McNairによって開発された気分を評価するテストである。単一の状態を評価するのではなく、「緊張—不安（Tention-Anxiety）」「抑うつ—落ち込み（Depression-Dejection）」「怒り—敵意（Anger-Hostility）」「活気（Vigor）」「疲労（Fatigue）」「混乱（Confusion）」の6つの気分を同時に測定できる。また、SE尺度は、Rosenberg,Mの10項目からなる管⁵⁾訳の質問紙で、4段階評価の合計によりSE得点とする。この質問紙は自己に対する肯定的または否定的な態度

を示す自尊感情を測定できる。

3) 基礎資料の収集：看護記録、診療記録から個人特性、治療内容、治療法に関する医師の説明内容等のデータを収集した。

4. 分析方法

テープに録音した内容を逐語録に起こし、面接内容から失声に対する認識・思い・態度に関する記述内容をコード化し、意味の類似性においてカテゴリー化を行った。カテゴリーについては、2名の研究者間で内容及び妥当性の検討を行った。また、手術前後のPOMSの6尺度得点及びSE得点について比較検討した。

5. 倫理的配慮：文書と口頭にて研究の目的、研究参加・拒否についての自由の保証と内容の守秘・個人特定を避けることへの配慮について説明し、同意を得た。面接については、個室で行い、手術前面接内容は、対象者の承諾を得てテープに録音した。

【結 果】

1. 対象者の属性とPOMS・SE得点について

対象者の属性は、表1に示した通りである。いずれも男性で、事例Aは現場作業員、事例Bは元営業担当・自治会長役員、事例Cは元会社員・カラオケ协会会长、事例Dは元公務員・織物研究指導といった職業・趣味をもっていた。

事例毎の喉頭摘出前後のPOMSの6尺度得点を表2に示した。事例Aでは、「抑うつ—落ち込み」「怒り」「活気」において手術前に高値を示した。一方、「疲労」は手術後高値を示し、「緊張—不安」「混乱」において手術前後の得点の変化は認められなかった。事例Bでは、「抑うつ—落ち込み」「怒り」において手術前に高値を示していた。一方、「緊張—不安」「活気」「疲労」「混乱」において手術後に高値を示していた。事例Cでは、「緊張—不安」「抑うつ—落ち込み」「怒り」「混乱」において手術前に高値を示していた。一方、「活気」「疲労」において手術後に高値を示していた。事例Dについては、「緊張—不安」「抑うつ—落ち込み」「怒り」「疲労」「混乱」において、手術前に高値を示していた。

表1 対象者の属性

対象	年齢	性別	治療内容	職業	趣味
A	50代	男	喉頭全摘出術	現場作業員	特になし
B	60代	男	喉頭全摘出術、術後放射線療法	元営業担当	自治会役員
C	60代	男	喉頭全摘出術	元会社員	カラオケ协会会长
D	70代	男	喉頭全摘出術、再発	公務員	織物研究・指導

SE得点における手術前後の比較を表3に示した。手術前後において著名な変化はみられなかったが、事例Bを除く3事例で手術前に比較し、手術後の得点がやや低値を示した。

識・思い・態度について分析した結果を表4-1・2に示した。

1) 手術前

手術前インタビューにおいて、《失声による身体的・心理社会的脅かし》《失声と治療への期待と葛藤》《対人関係に対する模索》《意思伝達への思索》《手術後の生活への準備》の5カテゴリーが導き出された。

《失声による身体的・心理社会的脅かし》は、〈失声の認識と現実への漠然とした不安〉〈失声に対する悲しみ〉〈意思伝達の困難さへの不安〉〈仕事・趣味への影響〉の4サブカテゴリーからまとめられた。事例BCDは「失声について認識したつもりだが、現実に直面してみないとわからない」「現実に直面すると不安が増強するかもしれない」「失声への不安」「言葉が

2. 失声に対する認識・思い・態度について

手術前及び手術後面接の内容を、失声に対する認

表2 POMS得点における手術前後の比較

事例		A	B	C	D
不安	前	37	37	42	53
	後	37	45	40	42
抑うつ	前	43	48	55	59
	後	40	46	49	42
怒り	前	44	44	40	45
	後	37	40	38	42
活気	前	38	48	40	37
	後	28	58	53	38
疲労	前	35	43	41	51
	後	45	48	43	37
混乱	前	40	44	51	59
	後	40	47	38	43

表3 SE得点における手術前後の比較

事例		A	B	C	D
SE	前	38	31	31	35
	後	37	35	29	32

表4-1 失声に対する認識・思い・態度のカテゴリー表 (手術前)

経過	コード	サブカテゴリー	カテゴリー
手術前	今手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B) 手術が終わったあとが怖くて(B)	失声の認識と現実への漠然とした不安	失声による身体的・心理社会的脅かし
	話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B) 話せなくなると悲しい(B)	失声に対する悲しみ	
	言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B) 言葉が伝わりづらくて不安(B)	意思伝達の困難さへの不安	
	失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A) 失声に慣れていない(A)	仕事・趣味への影響	
	声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B) 声帯機能が正常で治療への希望と葛藤(B)	声帯機能正常と治療への希望と葛藤	失声と治療への期待と葛藤
	喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A) 喉頭を治さないとどうしようもない(A)	手術への意思決定	
	失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B) 失声後の友人との関係の模索(B)	対人関係に対する模索	対人関係に対する模索
	失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B) 失声後の新たな意思伝達の方法について模索し前向きな態度(B)	意思伝達への思索	意思伝達への思索
	食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B) 食道発声への意欲(B)	代用発声獲得への意欲・関心	
	第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B) 第2の人生への意欲(B)	第2の人生への意欲 趣味を失うことへの苦痛の予測 後職後退への覚悟	手術後の生活への準備
	仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B) 仕事を辞めたい(B)	新たな生き甲斐への前向きな態度	

* A B C Dは事例を示す

表4-2 失声に対する認識・思い・態度のカテゴリー表 (手術後)

経過	コード	サブカテゴリー	カテゴリー
手術後	失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A) 失声後の意思伝達は困らない(A)	意思伝達の現実認知	意思伝達の現実認知
	失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B) 失声後の意思伝達は難しい(B)	意思伝達の困難さ	意思伝達の困難さ
	食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B) 食道発声練習への意欲(B)	代用発声獲得への意欲	人生への再構築
	仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A) 仕事への意欲(A)	社会復帰への再構築	

* A B C Dは事例を示す

無くなることで、面倒な事が起こるかもしれない」という〈失声の認識と現実への漠然とした不安〉や、「話せないことが辛い」「話をしないことが考えられない」「言葉が無くなるのが悲しい」等の〈失声に対する悲しみ〉を抱いていた。さらに、「筆談による意思伝達は説得力がない」「筆談だと自分の伝えたいことが伝わらなかつたりすることが不安」等〈意思伝達の困難さへの不安〉がみられた。一方、事例ADでは、「声が出ないことは辛くはない」「仕事への影響はなく怖くはない」等、失声に対する〈仕事・趣味への影響〉は強く示されなかった。

《失声と治癒への期待と葛藤》は、〈声帯機能存続と治癒への希望と葛藤〉〈手術への意思決定〉の2サブカテゴリーからまとめられた。4事例すべてにおいて、手術を受け入れる上で「声帯を残してもらえれば一番いい」「手術後も声のでるといい」「声が出ている状況の中で喉頭摘出が受け入れられない」等の〈声帯機能存続と治癒への希望と葛藤〉や、「声が出なくてもいいから完治したい」「喉頭を治さないことにはどうしようもない」等〈手術への意思決定〉する態度が見られた。

《対人関係に対する模索》は、事例BCDの「友達とどうやって関わりをもっていこうか」「退院してから人との接し方が辛い」等からまとめられた。

《意思伝達への思索》は、〈意思伝達への思索〉〈代用発声獲得への意欲・関心〉の2サブカテゴリーからまとめられた。事例BCDは、「言葉がでないから何かを書いておいたほうがいいのかからカードを作った」「これから電話の対処の仕方を考える」等の〈意思伝達の思索〉や、「手術後患者会に参加したい」「少しでもしゃべれるようになりたい」「食道発声も大きな声のでるんですか」等の〈代用発声獲得への意欲・関心〉の態度が認められた。

《手術後の生活への準備》は、〈第二の人生への意欲〉〈趣味を失うことへ苦痛の予測〉〈役職後退への覚悟〉〈新たな生き甲斐への前向きな態度〉の4サブカテゴリーからまとめられた。事例BCは、「第二の人生を送るつもりで頑張る」「歌が歌えなくなるのが辛い」「会長役を降りるようお願いしたい」等の〈第二の人生への意欲〉〈趣味を失うことへの苦痛の予測〉〈役職後退への覚悟〉が認められた。また、4事例すべてにおいて「仕事を終えることが目標」「何か役に立つようなことをやっていきたい」「何か生き甲斐をみつきたい」等の〈新たな生き甲斐への前向きな態度〉が認められた。

2) 手術後

手術後筆談については、《意思伝達の現実認知》《意思伝達の困難さ》《人生への再構築》の3カテゴリーが導き出された。

《意思伝達の現実認知》は、事例ACDの「ジェスチャーや筆談はあまり困らない」「覚悟を決めてあったので声が出ないことには驚かない」等からまとめられた。

《意思伝達の困難さ》は、事例BCDの「筆談やジェスチャーは難しい」「自分の伝えたいことが伝わらない」「これまでの会話のようにうまくいかない」「友人との知識交換が出来なくなることを恐れている」等からまとめられた。

《人生への再構築》は、〈代用発声獲得への意欲〉〈社会復帰への再構築〉の2サブカテゴリーからまとめられた。事例BCDは、「患者会に入会して頑張っていくつもりです」「発声練習をしようと思う」等の〈代用発声獲得への意欲〉が認められた。また、4事例すべてにおいて、「技術を教えて後継者を育てなければならない」「何でも自分でやっていかないと、甘えてはいられない」「今までのやり残した仕事がある」等の〈社会復帰への再構築〉の態度が認められた。

【考 察】

喉頭摘出患者の失声の受け入れに対する内容とPOMS, Self-Esteem, 看護援助の視点から考察する。

はじめに、失声の受け入れについて考察する。患者は、喉頭がんであることの告知以後、失声による不安や悲しみといった脅かしの中で失声と、がんを克服し治癒を期待し揺れ動く苦悩の心理状況において手術を自己決定した。

失声の受け入れに対する認識・態度の内容として、手術前から《失声による身体的・心理社会的脅かし》《対人関係に対する模索》《意思伝達への思索》が認められた。これは、赤松ら⁹⁾が報告した喉頭摘出後の生活のストレスと感ずる内容である【自己像の脅かし】【機能性の変化】【関係性の揺らぎ】と類似した結果であった。しかし、今回の結果では、手術前から手術後本来あるべき姿を失うことへの不安や悲しみを抱え、心理的に脅かされていたことが明らかとなり、患者の置かれた経過からみると赤松らの報告とは異なり手術前から精神的苦痛を強いられていることがわかった。さらに、手術後に効果的なコミュニケーションが行えないというコミュニケーション障害を予測し、手術を目前に控え、失声に対する苦痛や対人関係に対するストレスを感じていたと考えられる。坂谷内ら¹⁰⁾は、「失声が人生の中で辛い出来事であった」「近親者の死

より失声の方が辛かった」といった患者の失声に対する心理を報告している。喉頭摘出による失声は、患者にとって人生最大の出来事であり、生命との比較に値するほどの深刻な危機的状況であるとともに、手術前から脅威的な存在となることが考えられる。

今回、元営業で職業柄日常会話を欠かす事がなかった事例Bやカラオケを趣味としていた事例Cのように、「声」を失うことは「声を失う人生など考えられない」と人生において予測もしなかった出来事であり、失声という脅威的な現実と直面し精神的な苦痛は図りしれないものとなった。また、事例Dは、研究や技術面での内容が問われる職業であり、失声が仕事内容や対人関係に直接的に影響を与えるものではなく、仕事・趣味への影響は事例BCほど強く示さなかった。しかし、再発後の喉頭摘出であり時間的経過における失声の覚悟や諦めという思いをもつにも関わらず、失声という現実の悲しみに苦悩し、失声の受け入れへの精神的ダメージの大きいことが示唆された。一方、事例Aのように、職業上失声や会話が仕事内容を左右するほどのものでなく、性格的にも無口であり、日常生活上会話が少なかった事例については、手術前から比較的落ち着いた失声への受け入れができていたと考えられる。

以上のことから、失声の受け入れは、患者自身の人生における対人関係やコミュニケーションの程度、さらに声や会話に関連する社会的役割や趣味、職業が影響するものと考えられる。

しかし、4事例ともに、手術後は、失声という現実と直面しながらも、目標を持ち前向きに現実を受けとめようとする態度がみられていた。

次に、自己決定の視点から考察する。4事例は、ともに声帯機能存続への願い・希望をもつ一方で、「治さないことにはどうにもならない」「治りたい一心で」「完治したい」等治療への期待から喉頭摘出術を自己決定した。特に、事例BCは、衝撃的ながんの告知を受け、「頭が真っ白になった」「ショックだった」「手術を決めるまでは眠れなかった」等、がん告知による危機的状況の中で、喉頭摘出という選択を迫られ、声帯機能存続と治療への期待と葛藤という精神的ダメージは大きなものとなった。また、事例Dは、再発ということから喉頭摘出への覚悟はしていたものの、喉頭摘出に伴う失声という現実と直面し、ストレス反応とも思われる蕁麻疹が全身に出現した。しかし、いずれの事例とも、手術選択という危機的状況を克服し、喉頭摘出を自己決定した。「治療の意思決定は生きることへの参加に基づくものである¹¹⁾」との報告と同様、

患者の生きることへの希望が、《失声による身体的・心理社会的脅かし》《失声と治療への期待と葛藤》といった精神的苦痛を伴う状況において喉頭摘出を自己決定する源に成り得たと考える。

また、手術を後悔した者は、手術後の依存状態に強い不安を抱き¹²⁾、手術に後悔していない者はQOLの満足度が高い^{13,14)}という報告がある。4事例ともに、手術後「後悔はない」という言動があり、この言動からも苦悩の末、手術を自己決定したことに満足し、失声という新たな障害の受容へと態度を変容する様相が考えられる。さらに「障害の肯定的な受け止め方は、術前における自己決定の有無が関与する¹⁵⁾」との報告と同様、手術の自己決定や生きることへの希望が手術後の失声の受容に大きく関与する重要な要因になり得ると示唆される。

次に失声の心の準備の視点から考察する。手術の自己決定後、事例BCDは、《対人関係に対する模索》《意思伝達への思索》等、失声後の対人関係や意思伝達等のコミュニケーションに対する対処方法を模索しながら前向きに考える態度がみられた。さらに、失声後趣味をあきらめ、役職後退等の覚悟を決める一方、第二の人生に向け代用発声獲得への意欲・関心等へと失声を前向きに受け入れようとする心構えをし《手術後の生活への準備》をする態度が明らかになった。また、生活上失声をする事にそれほど支障を来すことがなく、他の事例と比較し失声に対する執着が強くなかった事例Aについても、手術前から「仕事を終えることが目標」と「新たな生き甲斐への前向きな態度」がみられ《手術後の生活への準備》をしていた。

手術後、失声が現実のものとなり、事例Aはこれまでの人生においても会話が少なかった事も影響し「意思伝達は困らない」と「意思伝達の現実認知」した。事例Bは、「手術後の失声をわかっている、現実は大変」と失声の現実の厳しさに直面するとともに、自分の伝えたい事が伝わらないもどかしさ等「意思伝達の困難さ」を自覚していた。事例CDは、手術前から「覚悟を決めてあったので、障害については驚かない」と手術後の自分の置かれた状況を冷静に受け止めることができた一方で、「自分の思いが伝わらない」という「意思伝達の困難さ」を感じていた。しかし、4事例ともに、それぞれの失声という障害における困難を受け入れ、第二の人生に向けて趣味の変更等新たな生き甲斐を見いだすよう《人生への再構築》への態度が認められた。

以上から、手術前に失声後の困難を予測し、失声に対する覚悟と、失声を受け入れようとする前向きな姿

勢を持ち失声後の生活への準備が出来ていたことで、混乱やパニックといった危機的状況に陥ることなく冷静に失声という現実を直視することができたと考える。「患者自身が経験するだろう出来事に対して納得したかたちでの情報やイメージを持つことで、患者は出来事に前もって予行演習することができ、恐怖や不安の軽減につながる¹⁶⁾」との報告がある。この報告からも、手術前から手術後変化する生活に向けた心構えや準備状態が失声の受け入れに大きく関与するものと示唆される。

また、「喉頭がん患者のQOL評価が最も高く、喉頭全摘出患者は、食道発声法や電気発声器による発声法の修得により満足度は意外に障害されていない¹⁷⁾」との報告のように、失声の心の準備だけではなく、失声という喪失を現実のものとしながらも、代用発声による第二の声獲得への期待や意欲が障害克服への一要因とも考える。

次に情緒状態を示すPOMSの視点から考察する。POMS得点については、事例A C Dの「抑うつ—落ち込み」「混乱」が手術前に比較し、手術後に低値を示していた。事例Bについては、「抑うつ—落ち込み」は事例A C Dと同様に手術後に低値を示していたが、「混乱」が手術後に高値を示した。「グループカウンセリング後、POMS得点の抑うつ・混乱が高かった人が低下していた」と保坂ら¹⁸⁾の報告がある。今回、カウンセリングを試みてはいないが、手術前の面接によるカウンセリング効果や自分の置かれた状況を振り返ることができたことや、手術前から失声に対する心構えをし、人生の再構築をしようとして社会復帰に向けて前向きに考える態度をとることができたことが影響していると考えられる。一方、事例Bの「混乱」については、「声のでないことがわかっていても、現実は大変」という言動から、失声の現実の厳しさに圧倒され、意思伝達の困難さを痛感し苦悩している状況が反映されたものと考えられる。いずれにせよ、今回の結果から、患者自身が自分の置かれた状況をフィードバックすることが、手術前後における患者の情緒状態を安定させるために有効であると考えられる。

次に自尊感情を示すSelf-Esteemの視点から考察する。事例Bを除き手術後に低値を示した。手術後SE得点が上昇したとする松田ら¹²⁾の結果とは異なった。高島¹⁹⁾は、「【体調の不良感】【困難を乗り越えられない苦悩】【障害へのとらわれ】が否定的なボディイメージへ影響を与え、障害の受容は、その人にとっての喪失体験の意味によって様々である」と報告している。今回の対象者においては、事例Bが喉頭摘出後放射線療

法を併用したが、重篤な副作用もなく回復へと向かった。それ以外の対象者については手術後順調な経過を辿り、大きな体調不良を訴えることはなかった。また、苦悩の中で、手術を自己決定し、手術を乗り越えた安心感と手術前から失声に対する心の準備が出来ていたことで、失声という喪失体験を肯定的に捉えようとする態度が反映したのと考えられる。この結果からも、手術の自己決定や手術前からの失声に対する心の準備をすることは、肯定的なボディイメージへ導くことができると示唆される。先行研究において喉頭摘出患者は、代用発声獲得によりQOL評価が高いという一方で、会話に対する心配や困難を抱え²⁰⁻²³⁾、代用発声に不自由さを感じたり、人と話すことに対し敬遠したり、コミュニケーション障害が患者のQOLに影響を及ぼす一要因である²³⁾等、失声はコミュニケーションという重要な手段を失い対人関係が阻害され、精神的な外傷が大きい²⁴⁾。

本研究の結果から、患者は、喉頭がんの告知以後、喉頭摘出術に対する自己決定までに苦悩・葛藤といった心理的な危機的状況において喉頭摘出を自己決定していることが明らかになった。また、自己決定の有無や手術前の失声の心の準備状態が、手術後失声を肯定的に受け入れるために大きく関与することが示唆された。

最後に、失声の受け入れに対する看護援助の視点から考察する。喉頭摘出後の患者が、早期に失声を受容し、社会復帰へ向かうための看護援助として、患者が喉頭摘出術をどのようなかたちで納得し自己決定をしたのか、自己決定までの苦悩・葛藤といった複雑で揺れ動く心理状態を捉え共有することが重要である。特に、失声の受け入れには、その人の人生における職業や社会的役割、趣味等が影響を及ぼす一要因となることが示唆された。失声を受け入れるための看護援助の第一歩として、その人の歩んできた人生における職業や社会的役割、趣味、性格等から、失声や会話が及ぼす対人関係におけるコミュニケーション障害の重みを共有することが必要であると考えられる。さらに、手術の自己決定過程での生きることへの希望や人生の目標を含め、手術前から失声に対する心の準備状態を把握し、手術後までの心理的变化を捉えることは、失声を肯定的なボディイメージとして早期に受容するための看護援助として重要であると考えられる。また、面接によるカウンセリング効果も示唆され、手術前から手術後において、患者自らが自分の置かれた状況をフィードバックし、喉頭摘出後の人生のあり方を共に考える必要性が示唆された。

本研究の限界は、喉頭摘出予定者である患者4名を対象とし、対象人数が少なく失声の受け入れに関する内容の普遍性までを問うことはできなかったことである。今後データ収集を継続し、さらに内容を吟味し、妥当性を検討する必要がある。また、喉頭摘出患者は、退院後もなお困難を要し失声を受容するまでに時間がかかると言われている。今回は、手術前・手術後における患者の失声に対する受け入れに焦点をあて分析を行った。しかし、患者が早期に失声を受容し、社会復帰できるよう看護援助するためには、告知以後手術の自己決定及び手術後の患者の失声・ボディイメージの変化に対する患者心理を手術前から退院後までを含め、患者の視座からさらに詳細に検討することが必要であると考えられる。

【謝 辞】

本研究において、御協力頂きました患者の皆様、病院スタッフの皆様に深く感謝致します。

【文 献】

- 1) 切替一朗他. 新耳鼻咽喉科学. 東京: 南江堂, 1989: 566-586.
- 2) Doyle, P.C. Foundations of voice and speech following laryngeal cancer. San Diego, CA: Singular: 1994
- 3) Girmore, S. The physical, social, occupational, and psychological concomitants of laryngectomy. In R.L. Keith & E.L. Darley (Eds.), Laryngectomy Rehabilitation, 3rd ed. Austin: 1994: 395-486.
- 4) 横山和仁, 荒木俊一. POMS手引き. 東京: 金子書房, 1994: 5-17.
- 5) 管佐和子. SE (Self-Esteem) について. 看護研究 1984; 17: 21-27.
- 6) 藤崎 郁. 看護学におけるボディ・イメージ研究の現状と展望. 看護研究 1996; 29: 39-51.
- 7) 横山和仁, 荒木俊一, 川上憲人ら. POMS (感情プロフィール検査) 日本語版の作成と信頼性及び妥当性の検討. 日本公衛雑誌 1990; 37: 913-918.
- 8) 赤林朗, 横山和仁, 荒木俊一他. POMS (感情プロフィール検査) 日本語版の臨床応用の検討. 心身医; 31: 577-582.
- 10) 赤松伴子, 矢野真理, 岡本安代他. 喉頭全摘出術を受けた患者の生活におけるストレス—通院時のインタビューを通して—. 第30回日本看護学会集録 (成人看護Ⅱ) 1999: 42-44.
- 9) 赤松伴子, 矢野真理, 岡本安代他. 喉頭全摘出術を受けた患者の生活におけるストレス—通院時のインタビューを通して—. 第30回日本看護学会集録 (成人看護Ⅱ) 1999: 42-44.
- 10) 坂谷内敏恵, 南摩有保美, 大平弘恵他. 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 1994; 17: 45-46.
- 11) Kraus PL. Body image, decision making, and breast cancer treatment. Cancer Nursing 1999; 22: 421-428.
- 12) 松田好美, 佐藤禮子. 喉頭摘出術を受ける患者の看護—失声の受容過程を中心に—. 日本がん看護学会誌 1990; 4: 21-24.
- 13) 飯田たけ, 西尾充代, 八神由香他. 喉頭摘出術を受けた患者のQOLに影響を及ぼす要因. 日本がん看護学会誌 1991: 79-82.
- 14) 安藤美紀, 飯田たけ, 岡田浪子他. 喉頭全摘出術を受けた患者の心境の変化がQOLに及ぼす影響. 第22回看護学会集録 (看護総合) 1991: 161-164.
- 15) 鈴木弘美, 松井和子. 手術によって容貌が変容した頭頸部がん患者の社会参加とその関連要因. がん看護 2002; 7: 161-165.
- 16) Glavasovich M., et al. Information needs of patients who undergo surgery for heads and neck cancer. Canadian Oncology Nursing 1995; 5: 9-11.
- 17) 小野勇, 金子剛, 海老原敏他. 頭頸部癌患者の quality of life. 癌の臨床 1988; 34: 1065-1071.
- 18) 保坂隆. がんどころ. がん患者のこのころのケアとそのしくみ. 東京: テンタクル, 2001: 98-125.
- 19) 高島泉. 喉頭摘出者のBody Imageに関する研究—否定的なBody Imageを持つ人々に焦点をあてて—. 日本看護科学会誌 1994; 14: 314-315.
- 20) 白井潔子他. 喉頭全摘出術を受ける患者の心理過程についての—考察—. 第20回日本看護学会集録 (成人看護) 1989: 91-94.
- 21) 木村紀美, 清川浩美, 米内山千賀子他. 喉頭前摘出術を受けた患者の心理状態. 日本看護研究学会雑誌 1989; 12: 9-14.
- 22) 稲葉昌美, 井上真由美, 人見康子他. 喉頭全摘出患者と家族の退院後のコミュニケーションの実態とその想い—アンケート調査を試みて—. 第21回看護総合 1990; 44-46.
- 23) 飯田たけ, 西尾充代, 八神由香他. 喉頭摘出術を受けた患者のQOLに影響を及ぼす要因. 日本がん学会誌 1991; 5: 79-82.
- 24) Stuart, I.G. The psychosocial concomitants of laryngectomy. Laryngectomy Rehabilitation. Edited by Robert, L.X., Frederic, L.D. New York, Proid, 1986: 466-467.

Nursing Support of the Laryngectomy Patients in Accepting Loss of Voice

— Through Analysis of Profile of Mood States and Self-Esteem —

Kiyomi HIROSE¹⁾, Hiroko FUSE²⁾ and Fumiyo FUJINO³⁾

Abstract : The purposes of this study are to identify acceptance and recognition of aphony of laryngectomy patients before and after surgery and to develop nursing care for acceptance based on perioperative mood status and self-esteem of the patients. Semi-constitutive interviews, self-reporting questionnaire using profile of mood states (POMS) and self esteem (SE) were conducted on the laryngectomy patients before and after surgery and data were collected from their nursing records as well. The results of the interview were coded and categorized and average scores of POMS and SE were analyzed.

The results show:

- 1) The patients made decision on laryngectomy in the state of anxiety and grief of loosing voice when the diagnosis and treatment options were told. They were, however, prepared for loosing voice before the surgery and could accept the reality of postoperative aphony, which contributed to their positive attitude after the surgery.
- 2) Degree of acceptance of aphony depends on their interpersonal relationship, degree of communication, social role, interests, occupation and personality.
- 3) POMS scores in "depression" and "confusion" decreased after surgery.
- 4) SE scores representing self-esteem showed no statistically significant difference before and after surgery.

Based on these results, the authors found that the nursing support of laryngectomy patients for early acceptance of aphony and social rehabilitation requires:

- 1) understanding of preoperative preparedness of aphony including autonomy for surgery and of postoperative psychological changes, 2) sympathy for postoperative communication disorder based on their life history (occupation, social role, hobbies and personality) and 3) provision of feedback and communication to discuss life.

Key words : laryngectomy patients, acceptance of aphony, profile of mood states, self-esteem, cancer nursing

¹⁾ Student, Graduate School in Medicine, Gunma University

²⁾ Department of Nursing, Gunma Prefecture Cancer Center

³⁾ Department of Health Science, School of Medicine, Gunma University