

# 頭頸部がん患者の抱える問題における 多重性と術後生活評価に関する検討

大釜徳政

神戸市看護大学

## 要 旨

頭頸部がん患者の抱える問題における多重性は、摂食・嚥下・味覚機能低下、器質性構音・音声機能低下、術後侵襲に伴うボディイメージの変化を発端として、これらと患者の置かれる社会環境要因、個人要因、時間的要因を包含する問題が絡み重なり合う状態として捉えることができた。また頭頸部がん患者の術後生活評価においても、その多重性から影響を受けると考えられた。そこで本稿は、頭頸部がん患者の抱える問題の多重性と術後生活評価に注目した関連文献を検討しながら、1.問題の多重性を構成する要因と術後生活評価についての整理、2.多重性を踏まえた術後生活評価に関する概念モデルの試案について順次論考した。1.については、問題の多重性を構成する社会環境要因、個人要因、時間的要因ごとに、各要因と患者の術後生活評価との関連性を検討した。2.については、既存のQOL概念モデルを参考にしながら、多重性と術後生活評価およびこれらに影響する要因との関連性を示した。

キーワード：頭頸部がん、多重性、術後生活評価

## I. 緒 言

頭頸部がん患者は、手術療法により摂食・嚥下・味覚機能低下、器質性構音・音声機能低下、また術後侵襲に伴うボディイメージの変化とこれらに付随した何らかの要因を含む多重的問題を抱えると推測される。欧米では現在までに、頭頸部がん患者の術後生活評価について幾つかの研究が報告されている。既に1970年代後半から、機能低下、顔貌の変化等に付随する問題が、他のあらゆるがん疾患患者と比較した場合に最も強調される問題として位置づけられてきており、現在に至るまで幾つかの同様の研究がある (Dropkin, J. 2001; Marcy et al. 2000; Langius, M. 1994; Denning, H. et al. 1982; Marian, J. et al. 1978)。また、特にそうした問題が頭頸部がん患者の退院後における術後生活評価に多大な影響を与えているという現状報告がなされている (Rodriguez, C. et al. 2004)。

しかし手術療法を受けた頭頸部がん患者が余儀なくされる様々な問題において、その多重性と術後生活評価との関連性をめぐっては、国内外、また頭頸部がんのみならず他の疾病分類にまで範囲を広げてみても十分な検討がなされていない。従来の報告では、機能低下あるいはボディイメージの変化個々の問題にのみ視点があてられながら術後生活評価の検討がなされてきた経緯がある。

筆者は、これまでの頭頸部がん患者における国内外の関連文献を検討した結果、患者の抱える問題の多重性は摂食・嚥下・味覚機能低下、器質性構音・音声機能低下、ボディイメージの変化とこれらを発端として生じる何らかの問題であろうと推測できた。例えば患者の抱える摂食・嚥下・味覚機能低下、器質性構音・音声機能低下、ボディイメージの変化の問題は、社会復帰後の活動拡大に伴う社会環境要因の変化、時間経過にともなう価値的变化という時間的要因との関連性が高く、機能低下やボディイメージの変化を発端とする社会環境や時間的経過にまつわる問題が患者の生活評価に影響を与えている (Happ, M. et al. 2005)。また機能低下やボディイメージの変化にまつわる問題と年齢・性差という個人要因との間に関連性が認められ、さらに年齢差そのものが直接的に患者の自尊感情に影響を与えるということも示唆されている (Derks, W. et al. 2004)。

このように頭頸部がん患者の抱える問題は、摂食・嚥下・味覚機能低下、器質性構音・音声機能低下、ボディイメージの変化とこれらを発端として生じる社会環境要因、個人要因そして時間的要因に関連すると考えられる。つまり患者の抱える問題における多重性は、機能低下やボディイメージの変化の問題と、患者の置かれる社会環境要因、個人要因、時間的要因を包含する問題が絡み重なり合った状態として捉えることがで

きる。

一方、術後生活評価に関する研究は、既存の量的・質的研究から導かれる頭頸部がん患者の生活評価を検討した結果、それが家族・職場やソーシャルサポートといった社会環境要因、心理・認知面に関わる性格特性、年齢、性差、教育水準、経済状態、霊的・実存面といった個人要因などと関連性が高いという報告がある (Dropkin, M. 2001; Cremonese, G. et al. 2000)。また患者の QOL は、時間的経過とともにその内容が変化することも示唆されている (大釜, 2005; Andrew, D. et al. 2004; David, N. et al. 1999)。

つまり、頭頸部がん患者の術後生活評価においても社会環境要因、個人要因そして時間的要因などに影響を受けると考えられる。

以上のことから、頭頸部がん患者の抱える問題の多重性ならびに術後生活評価、さらに両者の関連性を明らかにしようとする場合、いずれも社会環境要因、個人要因そして時間的要因という3要因に焦点を当てる必要があることがわかる。そうであるとするならば、機能低下、ボディイメージの変化の問題と3要因にまつわる問題が複雑に絡み合って多重性を構成し、さらにその多重性が患者の QOL をはじめとする術後生活評価に影響しているとも考えられるわけである。

したがって、頭頸部がん患者の術後生活評価を検討するときは、そうした問題の多重性に十分配慮する必要がある。さらに今後、多重性を踏まえた問題と術後生活評価との関連性やそのメカニズムが明らかになることで、これまで十分に論じられてこなかった頭頸部がん患者の術後生活のありようを理解し、その理解を看護実践に反映できると考えられる。

そこで本稿では、既存の頭頸部がん患者の抱える問題や術後生活評価に関する研究の幾つかを紹介しながら、1.問題の多重性を構成する3要因と術後生活評価についての整理、2.多重性を踏まえた術後生活評価に関する概念モデルの試案について順次論考することとしたい。

## II. 問題の多重性を構成する3要因と術後生活評価についての整理

### 1. 社会環境要因と術後生活評価との関連性

頭頸部がん患者は、先述した摂食・嚥下・味覚機能低下、器質性構音・音声機能低下そしてボディメー

ジの変化という身体症状を発端とする問題により社会的孤立に追い込まれる可能性がある (Machin, J. et al. 1998)。またこのような現況を発生させる原因が、問題の多重性を構成する要因の一つである社会環境要因であるといわれている (Talmi, P. 2002 ; Hammerlid, E. et al. 1999)。つまり摂食・嚥下・味覚機能低下、器質性構音・音声機能低下そしてボディイメージの変化という身体症状と社会環境要因が多重性を構成し、患者の術後生活評価に大きな影響を与えていると考えられる。

摂食・嚥下・味覚機能低下を抱える患者は、[口唇閉鎖]、[食塊形成]、[口腔保持]、[食物残留]、[食塊送り込み]、[嚥下]、[味覚]、[肺合併症]などの問題を抱える (鎌倉他, 2000)。

Charles, M. et al. (1997) は、頭頸部がん術後2ヶ月から8年までの患者54名における術後生活評価を調査している。この結果、先述した摂食・嚥下機能低下の内容や程度が高い患者が、必ずしもその人が捉える生活評価までも低いという現象を生じさせる訳ではないことを明らかにしている。これについて、Charlesらは家族との関係が評価を低下させなかった一因となっている可能性が高いとしている。さらに摂食・嚥下機能低下を抱える舌がん患者の術後生活評価は、家族構成の違いによっても影響を受ける (大釜, 2005)。

つまり摂食・嚥下・味覚機能低下を発端として、家族構成の違いや家族からの支援の有無ならびに家族との相互作用上の問題点が、患者の抱える問題の多重性を構成し、さらにその相互作用から得られる支援やソーシャルサポートの有無や内容・方法などが術後生活評価に影響を与えていると考えられる。そして家族との相互作用から得られる具体的サポート内容・方法が患者のニーズにそぐわなかったり十分得られない場合、患者は機能低下を発端とする家族という社会環境要因を問題の多重性的一部分として認識すると考えられる。特に患者は機能低下を抱えながら社会生活を送る上で、食事の摂取時間、日常の調理形態、嚥下訓練食と嗜好食品との折り合いのバランス、摂食環境、外食時の周囲からの視線といった問題を抱え、これらの問題を解決するための家族からの支援の有無・内容が術後生活評価に大きく関連しているようである (大釜, 2003)。

器質性構音・音声機能低下において、David, T. et al. (1999) は言語機能と職場・雇用との関連性が高いことを明らかにしている。Stewart, G et al. (1998)

は、頭頸部がん患者の持つ構音・音声機能低下が直接的に、患者の術後生活評価に影響を及ぼすとしている。

このDavidらやStewartらの研究結果を踏まえると、構音・音声機能低下は、職場・雇用という社会面と関連しながら問題の多重性を構成し、さらに頭頸部がん患者の術後生活評価に直接的に影響していると推測される。

構音・音声機能低下を発端とする職場・雇用面を踏まえた問題の多重性は、患者の会話におけるアクセント、スピード、会話パターン、相手の聞き取り能力、態度、会話の行われる場面、患者の職業復帰背景などの社会環境要因も少なからず関連すると言われている(滝尻他, 2000)。近年では、職業復帰背景やその活動範囲と術後の言語機能との関係が、患者の術後生活評価に影響するという報告もみられるようになってきている(大釜, 2005; Andrew, D. et al. 2004; Theurer, J. et al. 2003; 鈴木他, 2002)。

とりわけ職場環境においては、患者の社会的立場が複雑に絡み合い、コミュニケーション状況はより多次的様相を呈すると思われる。そして構音・音声機能低下という身体症状だけでなく、これらと社会環境要因が問題の多重性を構成し、患者の術後生活評価に大きく影響していると考えられる。

頭頸部がん患者におけるボディイメージの変化は、その疾病分類に含まれる上顎歯肉がん、上顎洞がん、下顎歯肉がん、口唇がん、舌がんなどの術後にみられるように、その顔貌変容は著しい(Dropkin, J. 2001 etc.)。このボディイメージの変化を抱えながら社会生活を送ることによって、患者は自己概念の崩壊、鬱的

症状、不安といった心理的苦悩を少なからず経験し、社会的孤立に追い込まれる場合もある(Breitbart, W. et al. 1988; Bronheim, H. 1994)。しかし一方で、患者の中には心理的苦悩を抱えながら社会参加する者もいるという(Callahan, C. 2004)。

鈴木ら(2002)は、このような社会参加の態度の二極化を生じさせる一因が、社会環境による患者の対人関係にあると指摘する。この対人関係による他者の反応・評価に対する患者の認知が、社会参加の態度に大きく影響すると考えられる。つまり、患者が他者からの肯定的反応・評価を認知すれば社会参加が進み、反対に否定的評価であれば社会的孤立に陥るということである。また対人関係における接触頻度や親密さも、その二極化と高く関連していると考えられている。すなわち、患者の対人関係上の接触頻度や親密さの程度が、社会参加の活動範囲を決める要素であるわけである。さらに、二極化が最も生じやすい時期は、患者の活動拡大の心構えをする準備期間から実際に活動を広げた直後の短い期間までという報告もある(大釜, 2005)。

これらのことから、ボディイメージの変化の問題を発端として多重性を構成する要因は、患者の対人関係における接触頻度や親密さの程度にまつわる社会環境要因であると考えられる。そして二極化のうち、社会参加が進めば患者の術後生活評価は高まるだろうし、逆に活動の制限が大きくなればその評価も低下するだろう。また患者の生活評価は、ある一定範囲の活動制限があっても、そのなかでの対人関係の親密度を高めることによって評価が低下しないとの報告もある(宮田, 1996)。

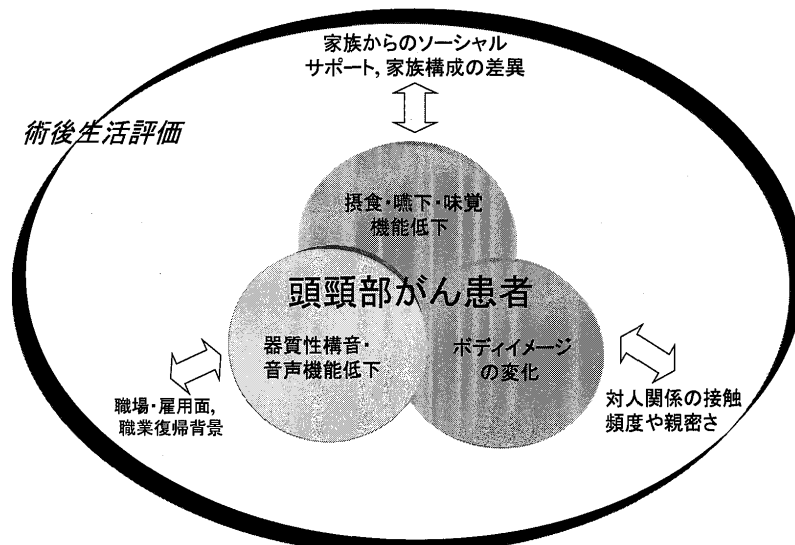


図1. 頭頸部がん患者の多重性を構成する社会環境要因と術後生活評価

以上、これまでの関連文献を踏まえて、社会環境要因の中でも、家族からの支援や家族構成の違いは摂食・嚥下・味覚機能低下と関連しながら問題の多重性を構成し、それらが術後生活評価に影響を与えていると考えられる。さらに職場・雇用面、職業復帰背景の違いは器質性構音・音声機能低下と、そして対人関係の接触頻度や親密さはボディイメージの変化と関連しながら問題の多重性を構成し、それらが術後生活評価に影響を与えていると考えられる。そしてこの概要を図1. にまとめた。

## 2. 個人要因と術後生活評価との関連性

がんに罹患することは良性疾患とは根本的に異なり、生命を脅かされるという極めて衝撃的な体験の一つである。手術後の症状や機能低下の自覚、転移病巣から予後に対する不安やその認知などの段階で否認、怒り、取引、抑鬱、受容といった心理的な反応が繰り返される。またこれらの各段階でうまく対処や適応（コーピング）ができるかどうか、良好な術後生活評価の維持にとって重要となることが考えられる。この患者の心理・認知面に関わる個人要因として、性格特性、年齢・性差、経済状態・教育水準、霊的・実存面などがある（Dropkin, M. 2001; Nishimura, K. et al. 1998 ; Mcsweeny, J. et al.1982）。

頭頸部がん患者においても、心理・認知面に関わる個人要因が術後生活評価と関連し、心理・認知面の安寧やそのための対処が良好であったり、反対にうまくいかないことにより、患者の捉える術後生活評価も改善あるいは悪化するとされている（Robinson, E. et al. 1996）。そしてこの術後生活評価に影響を与えるのは、心理・認知面に関わる個人要因と見なされ、これらの要因が患者の抱える問題の多重性と関連していると考えられる。

狩野他（2000）は、口腔機能低下やボディイメージの変化を抱える患者の心理・認知面の問題が患者個人の性格特性に大きく左右されることを示唆している。さらにこれらの問題を解決し、術後生活評価を改善するためには、医療者が患者の精神状態をいかに把握し働きかけたかによるとされる。つまり、患者が身体面と性格特性を発端とする問題の多重性を認識しないあるいはそれを弱めるためには、医療者側の教育・情緒的サポート、サイコセラピーなどの介入が有効であるとされている（Fawzy, I. 2000 ; Moorey, S. et al. 1994）。

頭頸部がん患者に対する治療において、手術療法の対象年齢は年々高まっている。そして年齢の差によって患者の捉える術後生活評価も変化するという（Sarini, J. et al. 2001 ; Hirano, M. et al. 1998）。

Derks, W. et al. (2004) は、手術療法を受けた45-60歳と70歳以上の患者を対象として術後の生活評価を調査している。彼らの報告によると、45-60歳の患者の生活評価は術後経過とともに顕著な改善を示すが、反対に70歳以上の患者の場合はその改善が緩やかとしている。これは70歳以上の患者の場合、摂食・嚥下・味覚機能低下、器質性構音・音声機能低下といった身体症状の回復が緩慢によることから、心理・認知面での評価も低いと考えられる。Hirano, M. et al. (1998) は、このような高齢で手術を受けた頭頸部がん患者に対して、術後生活評価を改善するための心理・認知療法を取り入れ、ある一定の効果を上げている。つまり、高齢で手術療法を受けた患者は、身体症状を発端として心理・認知面での対処やコーピングについての問題を抱えやすいと推測される。したがって高齢者の場合、この身体症状と年齢にまつわる個人要因が問題の多重性を構成すると考えられる。しかし術後生活評価は心理・認知面に対する医療的介入によってある一定の改善が見込めると思われる。

性差医療について、これまでの医療は男性をモデルに展開されてきた。性差を考慮した医療・研究は90年代米国で始まり、我が国でも徐々に広まりつつあるという（天野, 2005）。頭頸部がん領域では、発がん因子が飲酒・タバコと極めて関連性が高いため、患者の7割が男性であり女性患者が少ないとされてきた（Moore, S. et al. 2000）。このような理由から、頭頸部がん患者の性差についての関連文献も極めて少ない。

しかし近年、女性の飲酒量の増加や喫煙率の向上から、頭頸部がんに罹患する女性が増加している（頭頸部癌学会, 2005）。頭頸部がん領域において、特に術後侵襲の大きさや再健術によるボディイメージの変化が、男性だけでなく女性の抱える問題としてクローズアップされていくことも予測される。そして性差によって、身体変貌が患者の捉える心理・認知面における問題の多重性と関連する可能性も出てくるだろうし、術後生活評価も性差によって異なる可能性もある。したがって今後は、頭頸部がん領域においても性差に配慮した調査を積み重ねていく必要がある。

頭頸部がん患者の経済状態やこれまで受けてきた教

育水準が、患者の術後生活評価と高い関連性があることが幾つかの関連文献で報告されている (Fu-Min Fang, et al. 2003 ;光藤他, 2001 ; 山本他 2000 etc.)。

これらの報告では、口腔機能が良好であれば必ずしも術後生活評価も向上するわけではなく、口腔機能が良好であっても生活評価が不良の場合が認められるという。これは、経済的不安定な生活を強いられるという理由から、精神的な不安を抱くためとされている。一方、口腔機能低下が顕著であっても経済的安定が保たれる場合は、生活評価も中等度を推移しながら患者の精神状態も良好な場合が多いという。またこのような結果を導く一因として、患者の教育水準と収入との高い関連性も注目されている (Fu-Min Fang, et al. 2003)。

このように、術後の経済的状态やこれに影響を与えるであろう教育水準が患者の生活評価と高い関連性を持つと考えられる。したがって頭頸部がん患者においては、経済状態や教育水準レベルの低さという個人要因が患者の抱える問題の多重性を構成していると考えられる。反対に経済状態や教育水準がある一定のレベルに保持できれば、口腔機能低下が認められても、心理・認知面での問題の多重性を構成する要因につながる可能性は低くなると考えられる。

霊的・実存面と術後生活評価の関連文献は、他のがん疾患と同様、頭頸部がんにおいてもその数は膨大である。またその内容は、例えば QOL 尺度を用いて、霊的・実存面の評価が高い得点を示した場合に患者の

QOL も高いといった心理・認知面と生活評価との関連性を調査した報告 (Linda, D. 1996 etc.), スピリチュアルケア, カウンセリングなどの医療的介入が患者の霊的・実存面に及ぼす効果とその検証 (Robinson, E. et al. 1996 etc.), 信仰する宗教の有無が心理・認知面や術後生活評価に影響するという報告 (George, P. 1990) など, その内容も多様である。いずれの調査も霊的・実存面が患者の精神状態や術後生活評価に影響することを示唆しており, これにより医療的介入の有無, 宗教の信仰の有無に関連する個人要因が問題の多重性を構成していると考えられる。

以上, 個人要因である性格特性, 年齢・性差, 経済状態・教育水準, 霊的・実存面が患者の抱える心理・認知面の問題と関連していると考えられる。またこれらの個人要因が多重性を構成する問題となる可能性を持ち, 患者の術後生活評価に影響することがうかがえる。さらに性格特性, 年齢・性差, 経済状態・教育水準, 霊的・実存面という要因個々が患者の術後生活評価に影響するだけでなく, 要因どうしも何らかの関連性を持ちながら問題の多重性を構成している可能性もある。

これまでの関連文献を踏まえて, 問題の多重性を構成する個人要因と術後生活評価との関連性における概要を図 2. にまとめた。

### 3. 時間的要因と術後生活評価との関連性

がん医療の中でも外科的治療の分野では, 根治性の

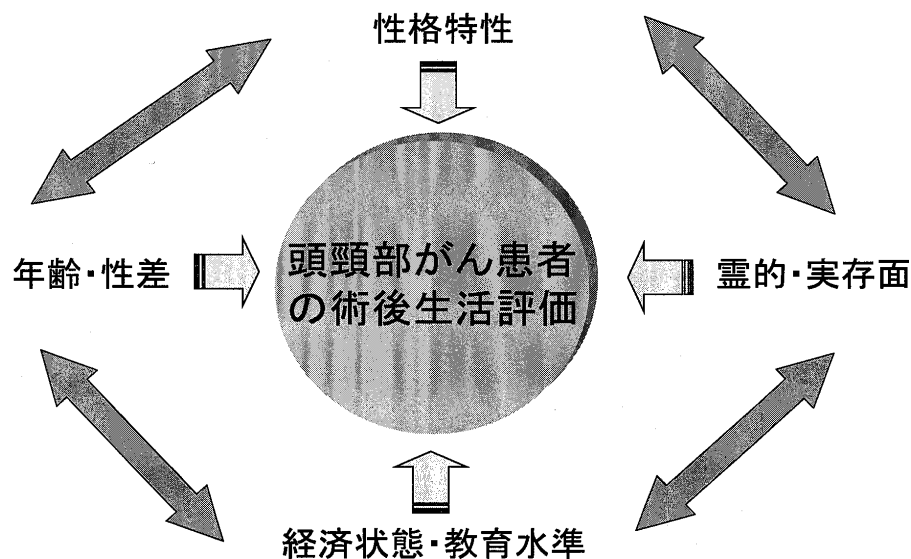


図 2. 頭頸部がん患者の多重性を構成する個人要因と術後生活評価

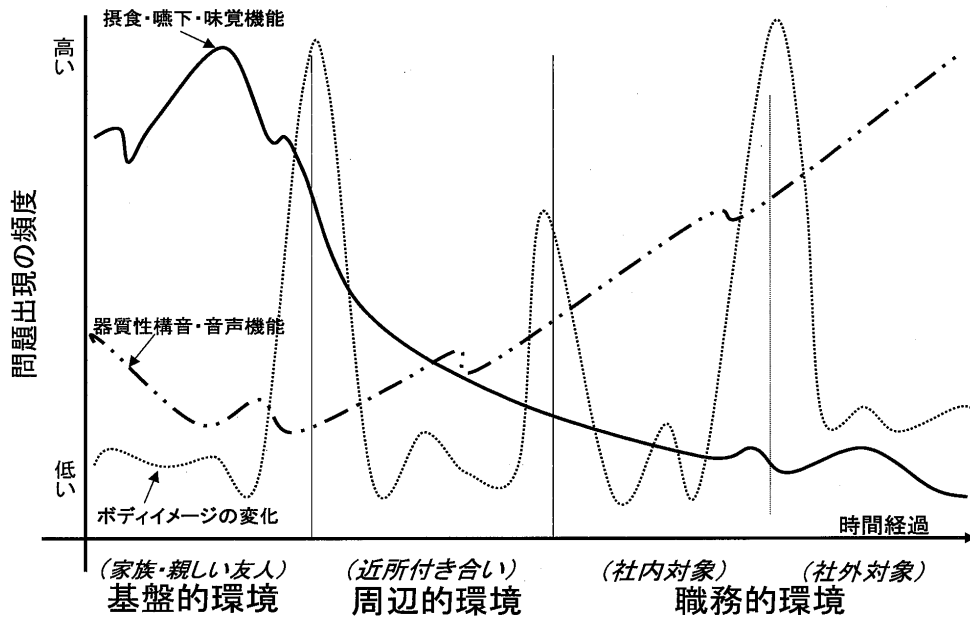


図3. 問題の出現頻度と経時的な社会環境変化との関連性

みならず患者の術後の生活評価を尊重するという認識にいたった医療が強く求められている。また患者の抱く術後生活評価が、時間的要因に大きく影響を受けることも示唆されている (Derks, W. et al. 2004 ;)。

これらのことは、頭頸部がん領域においても例外ではなく、口腔機能低下、ボディイメージの変化にともなう術後の様々な問題を抱える患者に対して、社会生活を良好に送るための医療的介入が重要とされている。また患者が社会生活を送る上で、時間的要因がその術後生活評価に大きく影響を与えているという。例えば

頭頸部がん患者の生活評価は、術直後の短期的な低下はあるものの、長期的にみると評価の良い状態がづくという報告 (Cremonese, G. et al.2000 ;David, T.et al.1999) がその例であろう。つまり術直後から社会生活を送るまでの経過に沿って、頭頸部がん患者の捉える術後生活評価は時間的要因とともに変化すると考えられる。

この経時的に患者の術後生活評価が変化する理由として、時間経過とともに口腔機能の改善が生活の質を向上させるという推測がある。例えば頭頸部がんの術

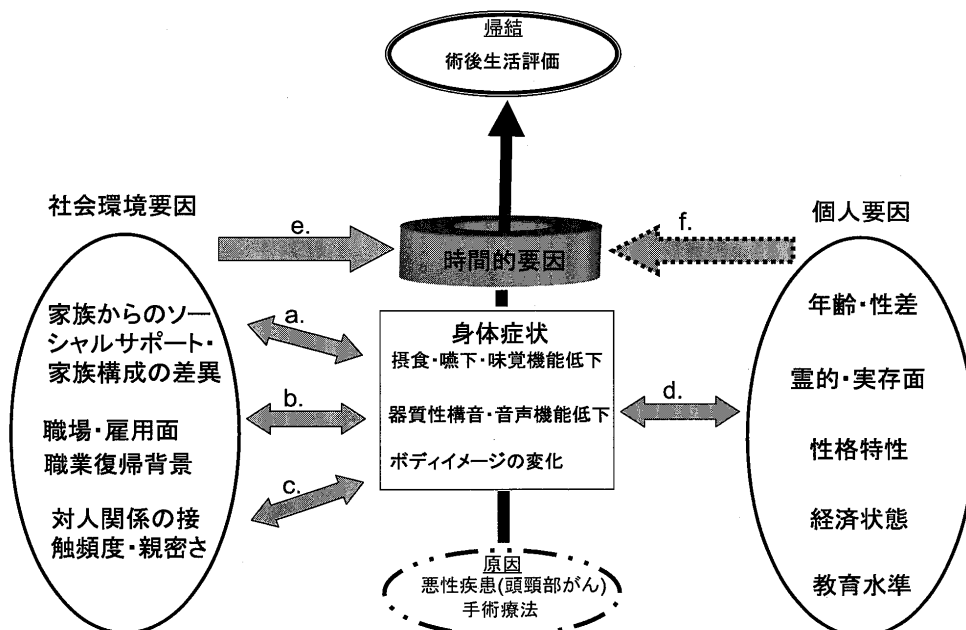


図4. 多重性を踏まえた術後生活評価に関する概念モデルの試案

後機能は約6ヶ月で安定するとされており(今野他, 1988), 頭頸部がん患者の生活評価も術後6ヶ月を目途に改善すると予測できる。しかし頭頸部がん領域における術後生活評価の関連文献を見てみると, 一概に術後6ヶ月経過頃から評価が改善しているわけではなく, 一方で他のなんらかの時間的要因が働いていることを示唆する文献もある(Happ, M. et al. 2005)。

筆者は, 術後の頭頸部がん患者の抱える多重的問題と時間経過との関連性を調査してきた。この調査から図3のとおり, 患者の抱える問題の出現頻度と経時的な社会環境変化との関連性が明らかになっている。その詳細は別稿(大釜, 2005)を参照されたいが, この図から患者の抱える問題は, 時間経過にともなう活動範囲拡大による社会環境変化により, 患者の認識する問題の内容や頻度も変化することが読みとれる。また図3は, 患者の抱える問題が摂食・嚥下・味覚機能低下, 器質性構音・音声機能低下, ボディイメージの変化と時間的要因や社会環境要因と多重的に構成されていることも予測させる。したがって患者の術後生活評価が変化するのは, 時間的要因によって患者の抱える問題の内容・頻度が変化したり, 時間経過とともに活動範囲がひろがり, 社会環境要因が変化することで問題が複雑かつ多重的に絡み合っているためと考えられる。そしてこれらの多重性が, 患者の術後生活評価に影響していると考えられる。

関谷(1998)は, 周手術期から術後2年の期間にある頭頸部がん患者7名に対して, 患者の捉える主観的な生活評価について縦断的にインタビュー調査を行っている。この研究によると, 患者は時間経過にともない機能低下やボディイメージの変化にまつわる問題を周囲に呈示して理解を求める必要性に直面する。さらにはそのような自分に対する周囲の反応を窺い知りその思いを察し, 同時に, 患者自身の対処方法の獲得や機能低下の程度に関連した身体状況に影響されながら, 周囲の反応に対してさまざまな思いを抱きつつ, 対人関係を維持しようとする。そして, この一連の経時的な対人関係の流れが, 患者の捉える主観的な生活評価と大きな関連があるという。

以上, 時間的要因が頭頸部がん患者の抱える問題と関連しており, またこの要因が多重性を構成するとともに術後生活評価に影響することがうかがえる。

### Ⅲ. 多重性を踏まえた術後生活評価に関する概念モデル試案

手術療法を受けた頭頸部がん患者の抱える問題の多重性と術後生活評価に影響する要因を関連文献からみると, 図4.に示す概念モデルが試案された。このモデルの試案は, 白田(2004)の提示する食道がん患者のQOL概念モデルを参考にしながら, これに多少の修正を加えたものである。白田も示すとおり, 患者の身体面の問題を発端として社会環境要因, 個人要因, 時間的要因などが術後生活評価に影響すると予測されること, またKnippenberg, T. (1992)やSpector, N. (2002)の示す理論をもとに, 生活評価の原因, 帰結とこれに関連する要因を検討した結果, 図4.のモデルが導かれた。

図4. a.の矢印は, 身体症状の摂食・嚥下・味覚機能低下と社会環境要因の家族との相互作用, 家族構成の違いが患者各々の問題の多重性を構成し, そして家族支援・ソーシャルサポートの有無・内容などが生活評価に影響を与えることを示す。b.は, 器質性構音・音声機能低下と職場・雇用面, 職業復帰背景が問題の多重性を構成し, 患者の会話能力と職業復帰背景の差異が生活評価に影響することを示す。c.は, ボディイメージの変化と患者の対人関係における接触頻度・親密さに関わる社会環境要因が多重性を構成し, 相手からのボディイメージの変化に対する反応・認知が生活評価に影響を与えることを示す。d.は, 機能低下やボディイメージの変化と個人要因とが問題の多重性を構成しながら, 患者の生活評価に影響を与えていることを示す。e.は, 社会環境要因と時間的要因とが問題の多重性を構成しながら, 患者の生活評価に影響を与えていることを示す。a.b.c.d.e.の関連性の概要は, 前節で述べたとおりである。f.の点線矢印は, 先の関連文献からは明らかとなっていないものの, 関連性が高いと推測される概念間を示した。

## 文 献

- 天野恵子(2005): 性差医療. 真興交易医書出版部.
- Andrew, D. Palmer and Minnie S. Graham. (2004): The Relationship Between Communication and Quality of Life in Alaryngeal Speakers. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 28(1), 6-24.

- Breitbart, W. Holland, C.(1988): Head and Neck Cancer. In J. C. Holland & J. Rowland(Eds.), Handbook of Psychosocial Oncology. New York , 232-239, Oxford University Press.
- Bronheim, H.(1994): Psychotherapy of the Otolaryngology Patients. General Hospital Psychiatry, 16, 112 - 118.
- Callahan, C.(2004): Facial Disfigurement and Sense of Self in Head and Neck Cancer. Social Work in Health Care, 40(2), 73-87.
- Charles, M. L. Lion, L. Jack, M. Gluckman(1997), Survival, Function, and Quality of Life After Total Glossectomy. Laryngoscope, 107, 1316-1321.
- Cremonese, G. Bryden, G. Bottcher, C. (2000): Multidisciplinary Team Approach to Preservation of Quality of Life for Patients Following Oral Cancer Surgery. ORL - Head and Neck Nursing, 18, 6-11.
- David, T. Netscher, D. Ricard, A.Meade, D. (1999): Quality of Life and Disease -Specific Functional Status Following Microvascular Reconstruction for Advanced (T3 and T4) Oropharyngeal. PLSTIC AND RECOSTRUCTIVE SURGERY, 1628-1634.
- Dening, C. (1982), Head and Neck Cancer : Our Reactions. Cancer Nursing, 5(4)269-273.
- Derks, W. Leeuw, R. Hordijk, G. et al.(2004): Quality of Life in Elderly Patients with Head and Neck Cancer One Year after Diagnosis. Head & Neck, December, 1045-1052.
- Dropkin, M.J. (2001): Anxiety, Coping Strategies, and Coping Behaviors in Patients Undergoing Head and Neck Cancer Surgery. Cancer Nursing, 24(2), 143-148.
- Fawzy, I. (1994): Psychosocial Interventions for patients with Cancer : What Works and What does not ? Eur J Cancer, 35(11), 1559-1564.
- Fu-Min Fang. Yi-Tien Liu. Yeh Tang.(2003): Quality of Life as a Survival Predictor for Patients with Advanced Head and Neck Carcinoma Treated with Radiotherapy. American Cancer Society, 100(2), 425-432.
- George, P. Argerakis, S.(1990): Psychosocial Considerations of the Post-Treatment of Head and Neck Cancer Patients. Dental Clinics of North America, 34(2), 285-305.
- Hammerlid, E. Persson, O. Sullivan, M. et al. (1999): Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. Otolaryngol-Head-Neck-Surg, 120(4)507-516.
- 花出正美, 佐藤禮子(2001):頭頸部がん治療後5年未満の人々のクオリティ・オブ・ライフ. 日本看護科学学会誌, 21(1), 40-50.
- Happ, M. Roesch, K. Kagan, H. : Patient Communication Following Head and Neck Cancer Surgery: A Pilot Study Using Electronic Speech-Generating Devices. Oncol-Nurs-Forum, 2005 32 (6) 1179-87.
- Hirano, M. Mori, K.(1998): Management of Cancer in Elderly: Therapeutic Dilemmas. Otolaryngol Head Neck Surg, 118, 110-114.
- 今野昭義, 花沢秀(1998):口腔癌切除後の舌・口腔底再建術と術後の構音機能および咀嚼機能の評価. 秋田医学, 18, 453-475.
- 鎌倉やよい (編集):嚥下障害ナーシングーフィジカルアセスメントから嚥下訓練へ. 医学書院, 2000.
- 狩野岳史, 砂川元, 平塚博義他 (2000): 舌扁平上皮癌患者の術後口腔 機能と QOL に関する臨床的研究. Ryukyū Med. J., 19(2), 69-78.
- Knippenberg, T. (1992): Quality of Life in Patients with Respected Oesophageal Cancer. 139-145.
- 光藤健司, 林康司, 山本憲幸他 (2001): 頭頸部癌患者における手術後の社会生活変化に関する検討ーアンケートによる調査ー. 日本口腔科学学会雑誌, 50(1), 1-9.
- Kowalski, P. Alcantara, S. Magrin, J. et al. (1994): A Case control Study on Complications and Survival in Elderly Patients Undergoing Major Head and Neck Surgery. Am J Surg, 168, 485-490.
- Langius, R.N. (1994): Functional Status and Coping in Patients with Oral and Pharyngeal Cancer Before and After Surgery. Head & Neck, 16, 559-568.
- Linda, L. Zimmerman, G. Cella, D. Long, S. (1996): Quality of Life and Functional Status Measures in Patients With Head and Neck Cancer. ARCH OTORARYNGOL HEAD NECK SURG, 122, 482-487.
- Machin, J. Shaw, C. (1998): A multidisciplinary approach to head and neck cancer. Eur-J-Cancer-Care, 7(2), 93-96.
- Marcy, A.L. Stracks, L. C. Pamela, B.(2000): How do Head and Neck Cancer Patients Prioritize Treatment Outcomes Before Initiating Treatment ? Journal of Clinical Oncology, 18(4), 877-884.
- Marian, L. Sheed, D. (1978): Disability Rehabilitation in Head and Neck Cancer Patients After Treatment. Head & Neck Surgery, 52-58.
- 宮田留理(1996): 顔に変形を生じた人々の自己呈示ー頭頸部



- 癌の手術を受けて－看護研究, 29(6), 35-46.
- Moore, S. Johnson, N. Pierce, A. Wilson, D.(2000): The epidemiology of tongue cancer : a review of global incidence. *Oral Diseases*, 6, 75-84.
- Moorey, S. Greer, S. Watson, M.(1994): Adjuvant Psychological Therapy for Patients with Cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 218-228.
- 日本頭頸部腫瘍学会編 (2005):附・治療後機能の判定基準(案). 臨床・病理頭頸部癌取り扱い規約. 金原出版, 101.
- 大釜徳政(2005): 舌がん患者の抱える多重的問題と生活変容プロセスに関する研究, 神戸市看護大学紀, 9, 23-33.
- 大釜徳政(2003): 手術療法を受けた舌がん患者における社会復帰後の生活変容に関する研究. 日本看護科学学会学術集会講演集 23, 481.
- Robinson, E. Rumsey, N. Partridge, J.(1996): An Evaluation of the Impact of Social Interaction Skills Training for Facially Disfigured People. *Br-J-Surg*, 49(5), 281-289.
- Rodriguez, C. Mcmillan, S. Yarandi, H.(2004): Pain Measurement in Older Adults With head and Neck Cancer and Communication Impairments. *Cancer Nursing*, 27(6), 425-433.
- Sarini, J. Fournier, C. Lefebvre, L. et al.(2001): Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in Elderly Patients : A Long -Term Retrospective Review of 273 Cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 127, 1089-1092.
- 関谷正美(1998):手術療法を受けた頭頸部がん患者の主観的な生活評価に関する研究－周手術期から術後2年間の変化のパターン. 日本赤十字看護大学紀要, 12, 34-50.
- 白田久美子(2004): 周手術期看護における Quality of Life (QOL) の概念及び測定方法－食道がんで手術を受ける患者の場合－. 大阪市立大学看護短期大学紀要, 6, 3-8.
- Spector, N. (2002): Quality of Life and Symptoms After Surgery for Gastroesophageal Cancer. A Pilot Study, 120-125.
- Stewart, G. Chen, A. Carol, B. Stach, M.(1998): Outcomes Analysis of Voice and Quality of Life in Patients with Laryngeal Cancer. *ARCH OTORARYNGOL HEADNECK*, 124, 143-148.
- 鈴木浩美, 岩田浩子 (2002): 容貌変容・機能障害を生じた頭頸部癌患者の社会参加に関連する要因とその構造. 日がん看誌, 16(2), 56-67.
- 滝尻源太郎, 熊倉勇美 : 口腔・中咽頭がんのリハビリテーション－構音障害, 摂食・嚥下障害. 59-136, 医歯薬出版株式会社, 2000.
- Talmi, P. (2002): Quality of life issues in cancer of the oral cavity. *J-Laryngol-Otol*, 116 (10), 785-790.
- Theurer, J. Martin, R(2003): Effects of Oral Cancer Treatment : Speech, Swallowing, and Quality of Life Outcomes. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 27(4), 190-201.
- 山本憲幸, 光藤健司, 林康司他(2000): 口腔癌患者における手術後の社会生活変化に関する検討(第1報). 日本口腔腫瘍学会誌, 12(3), 105-106.

(受付: 2005.11.30; 受理: 2006.1.31)

## Study of a postoperative lifestyle assessment scale for the multiplicity of problems faced by patients with head and neck cancer

Norimasa OGAMA

Kobe City College of Nursing

### Abstract

A multiplicity of problems that patients with head and neck cancers face was identified, involving difficulties with chewing and swallowing, impaired sense of taste, dysarthria and dysphonia of organic origin, and changes in body image associated with the invasiveness of surgical procedures as origin. Various other attendant factors, such as social environmental factors, individual factors and temporal factors, interact with these problems. The results of postoperative lifestyle assessments also indicated that patients are affected by such a multiplicity of problems. In this paper, I have conducted a survey of the relevant literature, with the emphasis on the multiplicity of problems faced and postoperative lifestyle assessment, and discussed: 1) systematization of factors contributing to the multiplicity of problems and postoperative lifestyle assessment; and 2) the development of a conceptual model for a postoperative lifestyle assessment scale based on the multiplicity of problems faced. For the former, I examined the relationship between factors, and postoperative lifestyle assessment of patients using each factor. For the latter, with reference to existing QOL conceptual models, I examined correlations between the multiplicity of problems, postoperative lifestyle assessment, and also the affecting factors.

**Key words:** head and neck cancer, multiplicity, postoperative lifestyle assessment scale