

# 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

大釜徳政

神戸市看護大学

## 要旨

本研究は、手術療法を受けた舌がん患者32名を対象として、多重的問題ならびにこれを経験する頻度と社会環境との関連性に焦点を当てた半構造化面接を実施し、得られた資料を質的帰納的に分析した。そしてこの分析から、社会復帰を果たした患者の機能低下、ボディイメージの変化と社会環境との関連性を包含した多重的問題に焦点を当てた生活変容プロセスを理論化した。

舌がん患者の抱える多重的問題は、機能低下、ボディイメージの変化そのものによる問題と社会環境における対人関係との相互作用を包含しており、各環境における中核的問題は基盤的環境、周辺的環境、職務的環境という社会環境の拡大とともに変化した。

基盤的環境における中核的問題は、《世帯構成の差異》から摂食・嚥下・味覚機能低下にまつわる4つの食生活困難モデルが導かれた。また患者がこの問題を認識する頻度は、社会環境の拡大とともに低下した。

そして活動拡大に伴う周辺的環境、職務的環境における中核的問題は、《社会復帰背景の差異》から器質性構音・音声機能低下にまつわる3段階から構成される会話段階モデルとして示された。また患者がこの問題を認識する頻度は、環境の拡大とともに高まった。

さらにそれぞれの《環境移行期》における中核的問題は、ボディイメージの変化にまつわる3つの局面モデルが導かれた。また患者がこの問題を認識する頻度は、各環境移行期に最も高まった。

多重的問題を抱える舌がん患者のQOLは、社会環境の差異や経時的移行により内容が異なり、その関連要因にも違いがあることが示唆された。

キーワード：舌がん、手術療法、多重的問題、生活変容プロセス、社会環境の差異

## I. はじめに

舌がん患者は、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。しかし手術療法をはじめとする集学的治療を受けたがん患者が余儀なくされる様々な問題において、その多重性の検討をめぐっては、国内外、また舌がんのみならず同じ疾病分類に統括されている頭頸部がん、さらには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。従来報告では、機能低下あるいはボディイメージ変化個々の問題にのみ視点があてられ検討がなされてきた経緯がある。このような現況において、治療後も少なからず問題を抱えながら社会生活を送っている患者が、その多重性に焦点があてられ、かつ社会生活に即したりハビリテーション支援を求めていることは明らかであろう (Tanya, L. 2003)。

舌がん患者における術後生活評価に関する研究では、機能低下、顔貌の変化等に付随する多重的問題が患者の退院後における生活全般に多大な影響を与えている

という現況報告がなされている (Jones, A. et al. 2000; Dropkin, J. 2001; Ziegler, L. et al. 2004)。また一方で、舌がん患者のQuality of Life (以下QOLと略す) を検討した結果、その評価に影響を与える何らかの要因が患者の社会復帰後の時間的プロセスおよびその社会環境と高い関連性があることも示唆されている (Marcy, A. et al. 2000; Karnell, L. et al. 2000)。つまり舌がん患者の抱える問題において、その時間的経過および社会環境を踏まえた多重性にまつわる要因が、患者のQOLに何らかの影響を与えていると推測できる。そうであるとすれば、舌がん患者の捉える問題において、その多重性と経時的な社会環境拡大のプロセスとの関連性を明らかにすることにより、患者のQOLに影響する要因についてもその示唆が得られると考えられる。

そこで本研究では、手術療法を受けた舌がん患者の抱える多重的問題の特徴と、社会環境を踏まえた生活変容プロセスを明らかにする。さらに、機能低下、ボディイメージの変化という治療後に生じる問題を発端として、家族・近隣・職場という環境や復帰した職務内容の差異から、患者のQOLに影響する要因およびこれを踏まえたリハビリテーション実施の方向性を検

討する。

## II. 研究目的

手術療法を受けた舌がん患者の摂食・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社会環境との関連性を包含した多重的問題に焦点を当てた生活変容プロセスを理論化することである。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、舌がん患者における社会復帰後の生活変容プロセスの解明を意図していることや患者の抱える多重的問題が社会環境との相互作用に関連すると予測できたことから、質的研究方法の一種であり、Strauss, A. Corbin, J (1990) の提示する Symbolic Interactionism を基盤とした Grounded Theory Approach を採用した。

### 2. 研究対象者の選定

本研究の対象者は、以下の4条件をすべて満たすものとした。

- 1) 初めて舌がんの診断・告知を受け、手術療法（舌可動部半側切除術あるいは舌可動部亜全摘術・頸部郭清・皮弁再建術）を受けた者
- 2) 65歳以下で、就業復帰（正規職員）あるいは専業主婦として復帰している者
- 3) 手術後6ヶ月を経過し5年以内の期間で社会生活（家庭生活を含む）を送る者
- 4) がんの再発・転移の兆候のない者

### 3. データ収集

データ収集は、予備調査をもとに作成したインタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。面接の内容は、①家庭・近隣・職場という社会環境ならびにそこでの対人関係において、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にともなう各々の問題に対する認識、②これらの問題における多重的部分にまつわる体験を認識する頻度と社会環境との関連性、③多重的問題と活動面・社会面における相互作用およびその時間経

過に関する内容を中心とした。

また対象者の同意を得た上で、診療・看護記録より年齢、性別、病期分類・進行分類、既往歴、手術および化学・放射線療法といった治療経過、摂食・嚥下機能、器質性構音・音声機能、職業、家族構成に関するデータを収集した。

### 4. 分析方法

分析の開始にあたり、その焦点を「多重的問題と社会環境との相互作用」、対象者の「多重的問題を認識する頻度と経時的な社会環境変化との関連性」に定めた。

まず多重的問題と社会環境との相互作用においては、ある対象者数人から得た逐語録から多重的問題に関連する具体例を取り上げ、次に他の対象者から得たデータと比較・分類しながらその内容を抽象化し下位カテゴリーとした。さらに下位カテゴリー間の論理的関係を検討しながらコーディングを実施していくと、機能低下、ボディイメージの変化とそれを取り巻く社会環境との相互作用を踏まえた多重的問題がカテゴリーとして導かれた。これらのカテゴリーは対象者の家族構成、社会復帰背景、対象者の置かれる環境およびそこでの対人関係という社会環境の違いに関連する上位カテゴリーによっていくつかのカテゴリーに分類・統合されることが予測された。そしてこれをもとにさらに面接調査を繰り返し、抽象化されたカテゴリーをさらに形成・修正した。

多重的問題を認識する頻度と経時的な社会環境変化との関連性については、Corbin, J. Strauss, A. の提示する病みの軌跡理論 (Woog, P.1992) を基盤としながら分析を行った。この理論は、非統計学的情報を用いながら、病気のもたらす問題を多様に変化する軌跡として図表に表すことができる概念枠組みである。本研究においてもこの理論を用いて、多重的問題が社会環境とともに多様に変化する様相を軌跡モデルとして表した (図1)。多重的問題について、まず逐語録から抽出した対象者の抱える問題に対する認識頻度を表す部分と具体例数に着目しながら継続比較を行い、さらに対象者の問題に対する認識頻度と時間的経緯、社会環境との関係を通して形成されるプロセスをモデルとして導き出し、これを図1のように表した。

## 5. 信頼性・妥当性の確保

本研究では、研究結果を提示してそれが対象者の体験と合致するかを問うという方法で、信頼性と妥当性の両方を確認することとした。

こうした方法で信頼性・妥当性を確認するために、郵送法による質問紙調査を実施した。質問紙の各質問は、研究結果として得られた主要なモデルやカテゴリーを日常的な用語で表現したものについて、それが対象者の体験に合致するかを5段階（1：そう思う、2：どちらかといえばそう思う、3：どちらとも言えない、4：どちらかといえばそう思わない、5：そう思わない）で評価してもらった。

この質問紙調査は、インタビュー、診療・看護記録からの情報収集で協力を得られた対象者32名を対象として実施し、30名から有効回答を得た（回収率93.8%）。また肯定的評価（「そう思う」+「どちらかといえばそう思う」）の割合は、質問項目によって異なるが71.6～100%に達し、80%以上の項目は40問中36問であった。この結果、本研究の結果についてある一定の信頼性・妥当性が確認されたと考えられる。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、愛知県がんセンター倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には、研究参加と中断の自由、匿名性、個人情報守秘性、研究終了後のデータ源の消去、参加を拒否しても不利益を被らないこと等を説明し同意書にて確認した。

# IV. 結 果

## 1. 対象者及び面接の概要

研究対象者は32名であり、その概要は男性19名、女性13名、平均年齢53.6歳（23～64歳）であった。

退院時の嚥下障害スコア（藤本他, 1997）は、平均25.5点（19～36点）、会話機能評価基準（頭頸部腫瘍学会, 1991）にいたっては平均7.1点（5～9点）であり、両者とも中等度の機能低下を示していた。

社会復帰状況は、専業主婦としての復帰が10名、就業復帰が22名であった。就業復帰した対象者の就業内容は、日本標準職業分類（総務庁統計局, 1998）によって分類、表記した。その内訳は、農業職復帰が3名、専門技術職復帰6名、事務・管理職復帰6名、営業・サービス職復帰7名であった。

同居家族構成は、対象者とその配偶者のみの夫婦家族が5家族、対象者と配偶者・子どもとの夫婦家族が11家族、対象者とその配偶者、および既婚子とその配偶者、および彼らの子どもとの拡大家族が9家族、そして単身世帯が7世帯であった。

手術後経過期間は、6ヶ月～1年未満が6名、1年～2年未満が12名、2年～5年未満が14名であった。

1回あたりの面接時間は、65.5分（47～123分）、面接回数は述べ49回であった。

## 2. 分析結果

32名のインタビューおよび診療・看護記録から得た情報を質的帰納的に分析した結果、対象者は摂食・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そのものによる問題と、これらと家族・近隣・職場間などの社会環境における相互作用を包含した内容を多重的問題として捉えていた（表1）。また対象者がこの多重的問題を認識する頻度は、経時的プロセスに伴う社会環境の変化と高い関連性を示していた（図1）。

そこで以下では、対象者の置かれる社会環境の相互作用を踏まえた多重的問題の特徴と、対象者が辿る生活変容プロセス、すなわち対象者が問題を認識する頻度と経時的な社会環境変化との関連性について記述する。なお本文中では、抽象度レベルを高い順に《 》（上位カテゴリー）、【 】（カテゴリー）、『 』（下位カテゴリー）、データ例示部分を { } で示した。

### 1) 基盤的環境（親密的対象）における中核的問題

摂食・嚥下・味覚機能低下にまつわる問題は、家族・親しい友人といった接触頻度が高く親密な他者、すなわち親密的対象を中心として関係が展開される基盤的環境における相互作用と高い関連性を確認した（図1－基盤的環境）。また基盤的環境における対象者の抱える問題を分析した結果、《世帯構成の差異》からこの環境における中核的問題は、摂食・嚥下・味覚機能低下に伴う食生活にまつわる問題であった。そしてその差異から食生活に伴う4つの困難を表すモデルに分類することができた（表1）。

表1. 各環境にみる多重的問題

基盤的環境 (親密的対象)			
上位カテゴリー	上位カテゴリーの下位項目	カテゴリー	下位カテゴリー
世帯構成の差異	調理者復帰 専業主婦復帰型	食生活バランス困難	摂食・嚥下機能中心の食生活から生じる困難 家族中心の食生活から生じる困難 味覚変調による味付け困難
	非調理者復帰 夫婦関係型	食生活甘えにまつわる困難	配偶者に対する甘え確認から生じる困難 配偶者の知識・経験不足から生じる困難 甘え使い分けから生じる困難
		食生活負担回避にまつわる困難	役割緊張の回避から生じる困難 負担回避から生じる摂食・嚥下機能にともなう困難
	単身世帯型	食生活踏襲困難	自己嗜好・習慣的メニュー踏襲困難 既製食品購入の踏襲困難 摂取時間踏襲困難
周辺の環境 (疎遠の対象)・職務的環境 (社内・社外対象)			
社会復帰背景の差異	専業主婦 農業職、専門技術職、事務・管理職 営業・サービス職	意志疎通到達段階	誤聴を予測する上での限界 電話対応上の限界
	就業復帰型 農業職、専門技術職、事務・管理職 営業・サービス職	会話効率・正確性促進段階	会話時間の効率化に対する限界 舌可動の効率化に対する限界 専門用語・話題対応上の限界
	就業復帰型 営業・サービス職	会話流暢性折り合い段階	回復緩慢さにともなう流暢性に対する限界 複雑な会話用件への対応上の限界 渉外・顧客の誤聴回避の限界
3つの環境における移行期			
環境移行期	基盤的環境～周辺の環境(疎遠の対象)	否定的評価を回避する局面	閉鎖的評価の回避 対人緊張的評価の回避 見下し評価の回避
	周辺の環境～職務的環境(社内対象)	会話能力評価を優先する局面	構音機能による職務評価低下の優先性 社内対象の情緒的支援 社内対象の評価的支援
	職務的環境(社内対象～社外対象)	印象評価をコントロールする局面	職務上の業績・目標達成のためのコントロール 渉外・顧客の先入観回避のためのコントロール 有用性アピールとしてのコントロール

## (1) 【食生活バランス困難】

対象者が家族世帯に所属する場合の1つのあり方は、自己の機能低下に伴う食生活管理とともに家族食生活の両者を担う調理者としての役割を持ちながら家庭復帰し、これを調理者復帰としての専業主婦復帰型と呼ぶこととする。この場合、食卓や外食において機能低下中心の自分のための食生活と家族の健康や嗜好を中心とした食生活との兼ね合いを調整する上でいくつかの問題が生じ、これを【食生活バランス困難】と名付けた。例えばある対象者は、{舌がないからうまく噛み砕いたり食事を喉の方に送り込めないでしょ、だからどうしても自分に偏った柔らかい食事になりますね。そうするとメニューも限ら

れるし、そんなものばかりだと家族も嫌になるでしょ。主婦なんだから家族の好みや健康も気になるし、でもまたそれに偏ってしまっても自分の食事がね…}といった『摂食・嚥下機能中心の食生活から生じる困難』、『家族中心の食生活から生じる困難』、このほか食事を作る際に、自己の味覚中心から計量中心の味付けという様相にみる『味覚変調に伴う味付け困難』などを経験していた。

## (2) 【食生活甘えにまつわる困難】

対象者が家族世帯に所属しながら、家庭内役割において調理者の役割を持たずに生活を送る場合を非調理者復帰とする。また夫婦関係の夫のように家計の柱として「外」で働き、食生活

は配偶者に依存するという関係を夫婦関係型とした。この食生活においては、配偶者が対象者のための調理を担当する一方で、対象者本人は、配偶者と食生活にまつわる様々な意見や要望を頻繁にやり取りし、それらを受け入れてもらうという甘えの気持ちを抱く。{夫婦だしね、病気の時なんて甘えが出ちゃうよ。} この「甘え」は、対象者が自己を機能低下による不自由さを持つ病者として認識することで、家庭の調理者役割を持つ配偶者に対して抱く、寛大さを求める感情と捉えることができた。このように、甘えを配偶者に受け入れてもらい、またこの甘えの気持ちを中心にして対象者が食生活を再構築する際に抱える問題を【食生活甘えにまつわる困難】と名付けた。例えば対象者は、{妻もこんな病氣した人の食事つくるの初めてでしょ、だから受け入れ態勢っていうか、わだかまりや気兼ねもあるよ。それを受け入れてもらうところからはじめないと} という『配偶者に対する甘え確認から生じる困難』、また {妻に一年365日、ドロドロしたもん作れただって、そりゃ無理だよ。素人だし頭悩ませるんだらうね。同じメニュー毎日作ってもらっても…。変なもん作って咽せて肺炎になってもね。} という配偶者が実際の調理上の不自由さに圧倒される『配偶者の知識・経験不足から生じる困難』を経験した。さらに {好きなもんとか食べやすいもんとか食べる時間とか、すべてに甘えてたらもう、妻もまいるよ} のように満足できるメニューを調理者に期待することの限界も認識し、その甘えに折り合いをつけようとする上での『甘え使い分けから生じる困難』を克服する努力を重ねていた。

### (3) 【食生活負担回避にまつわる困難】

対象者が家族世帯に所属しながら社会復帰後、息子家族と同居しながら調理は嫁に任せているという関係を非調理者復帰の舅・姑関係型とした。その食生活において、対象者は嫁の負担への危惧を抱き、この危惧感から嫁に対する食生活上の負担をかけないように自己の食生活を試みる。そしてこの場合に対象者が抱える問題を【食生活負担回避にまつわる困難】と名付けた。例えば対象者には嫁に対して {元は赤の他人意

識が残っており、実際に摂食・嚥下機能低下に見合う調理を実践したことの無い嫁に負担をかけることが、家族内における自己の立場をどのように変化させ、また義理の親子関係にどのような影響を及ぼし家庭内の問題に発展するかということを予測する。このような意味において、その調理上の負担をかけないように努める『役割緊張の回避から生じる困難』を経験した。また嫁は、対象者の機能低下により従来の義理の親に配慮した世代別調理が作れなくなる。これに対して対象者は、{普通の食事でもせっかく作ってくれたんだし、出されたものは食べようしますよ。} という姿勢をとることを一つの負担回避と捉えていた。しかし一方で対象者は、{やっぱり普通の食事は喉に送り込めないし口の中に残ってしまってね (中略) 肺炎も怖いし。} という食塊の舌送り込み困難と皮弁再建部の食物残留感、誤嚥の誘発食材や調理に対する問題である『負担回避から生じる摂食・嚥下機能にともなう困難』も抱えていた。

### (4) 【食生活踏襲困難】

世帯構成が単身世帯型の場合、対象者が独身・離婚・配偶者との死別といった状況にあり、自己の食生活の再構築にあたり病気以前の食生活習慣を引き継ごうとする上で、機能低下との不具合から生じる問題を抱えていた。そしてこの問題を【食生活踏襲困難】と名付けた。対象者は誤嚥を誘発させる摂取内容の回避や摂取時間がかかるということから、『自己嗜好・習慣的メニュー踏襲困難』、『既製食品購入の踏襲困難』、『摂取時間踏襲困難』などを経験していた。

こうした4つの摂食・嚥下・味覚機能低下にまつわる食生活上の困難は、対象者の認識頻度と社会環境変化における特徴として図1のA点で示した。この困難は、先述した世帯構成の差異と関連しながら基盤的環境で最も高まり、その後の経時的な社会環境の移行とともにその頻度も低下した。これは基盤的環境において、対象者が生命の根元に関わる食生活にまつわる困難および治療後の再発・身体的負担と食生活との関係に対する関心が集中するためであった。

## 2) 周辺的環境（疎遠の対象）と職務的環境（社内・社外対象）における中核的問題

器質性構音・音声機能低下の問題は、近所付き合いといった比較的接触頻度が低く疎遠な他者、すなわち疎遠の対象を中心としての周辺的環境、さらに職場の上司・部下・同僚といった社内対象と渉外・顧客の対応といった社外対象を中心とした職務的環境との相互作用において関連性が認められた。対象者の活動拡大に伴う周辺的環境および職務的環境の移行により、多重的問題の中核的部分は器質性構音・音声機能低下をはじめとする会話能力にまつわる問題に変化した（図1－周辺的・職務的環境）。またこの問題は、対象者の就業の有無、内容といった《社会復帰背景の差異》と関連しながら、会話能力にまつわる3段階モデルが抽出された（表1）。

### (1) 【意志疎通到達段階】

この段階は、専業主婦復帰型と就業復帰型（農、専門技術、事務・管理、営業・サービス職）を問わず、すべての対象者が社会復帰後の会話能力向上を図ろうとする上で体験する最初の過程である。この1段階では、対象者が近所付き合いのように近隣における疎遠の対象を会話の主な対象とし、自分が発音する言葉の1つひとつを構成する単音節（発語）のなかで部分的に不明瞭な点に着目した上で、それを補足す

る上での意志疎通にまつわる限界を経験した。例えば対象者は、[s] さすせそ、[t] たてと、[r] らるれる、[f] ししゃしゅしょなどについて発語の不明瞭さを認識していたが、対象者はこれらの音を聞き手がどのように誤聴するのかを予測しきれない『誤聴を予測する上での限界』を経験していた。また聞き手の表情を確認できないことから、対象者が相手の発語に対する違和感的反応を読みとれなかったり会話ニュアンスを理解し難い『電話対応上の限界』なども対象者の会話上の限界感であった。

### (2) 【会話効率・正確性促進段階】

この段階は、就業復帰型の対象者が第1段階の意志疎通到達段階の次に辿ることになる。この対象者の場合、会話相手が疎遠の対象を中心とした周辺的環境から社内対象の職務的環境へと拡大することにより、意志疎通の成立だけでは職務上の責任や信頼関係に支障をきたす恐れがでてくる。このため会話の明瞭性、とりわけ効率・正確性に関心を寄せる段階であり、対象者はその促進を図ろうとする上での限界を認識していた。例えば、会話中断、意味内容の修正による会話時間の延長から生じる『会話時間の効率化に対する限界』、補足を繰り返しながらの会話展開が過度の舌可動による疲労や集中力

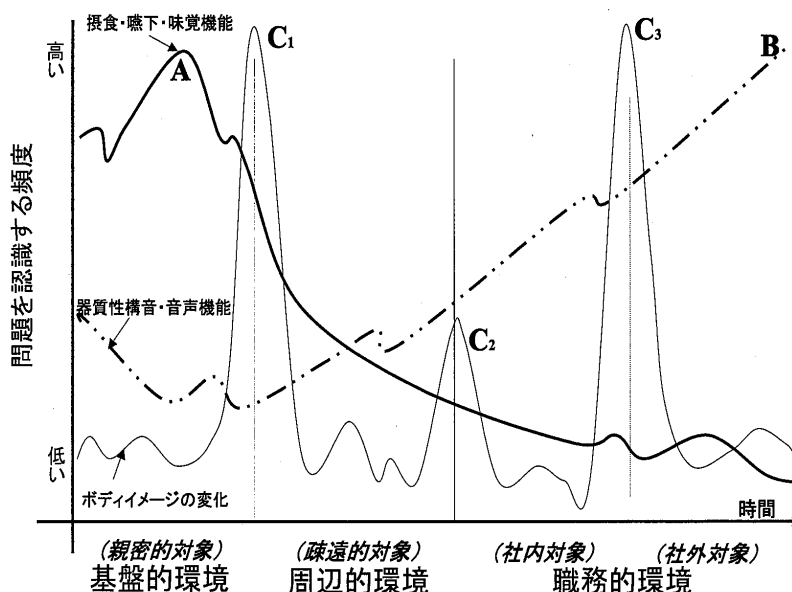


図1. 多重的問題を認識する頻度と経時的な社会環境変化との関連性

の低下を生むことによる『舌可動の効率化に対する限界』、さらに対象者が職場において特有な言葉・話題への正確な対応をする上での『専門用語・話題対応上の限界』が特徴的であった。そして対象者は、時間・舌可動の効率性および会話正確性の向上を図るために、発語の不明瞭部分を含む語を回避しながら誤聴を防ぐ一方、それに代わる代替語による会話を展開させていた。

### (3) 【会話流暢性折り合い段階】

この会話流暢性折り合い段階は、就業復帰型のなかでも営業・サービス職に就く対象者が会話効率・正確性の促進を図る一方で、会話による痛みがなく流暢性に関心を寄せ、これを促進させていく段階である。そしてこの段階で対象者は、会話全体が手術前と同じようになめらかで、聞き手側に違和感を与えないことに対する固執と実際の回復の緩慢さとの狭間で生じる『回復緩慢さにとまらぬ流暢性に対する限界』を強く認識していた。また、会話対象の中心が接触頻度の低い社外対象であることから、話題の共通性に乏しいことによる『複雑な会話要件への対応上の限界』、職務内容が交渉を中心とすることから、自己の会話能力やその特徴を聞き手側が十分に把握していないことを強く認識する『渉外・顧客の誤聴回避の限界』なども確認された。そしてこれらの限界感により、対象者は会話流暢性の可能な限りの獲得とその限界との折り合い、さらには職務環境との再調整といった社会的折り合いをつけようと努力を重ねた。

こうした器質性構音・音声機能低下にまつわる会話能力の3つの段階にみる問題は、就業復帰背景と関連しながら周辺的環境、職務的環境への移行とともに対象者の認識頻度も高まった(図1)。特に営業・サービス職の対象者が移行する社外対象を中心とした職務的環境において最もその頻度が高まった(図1-B点)。

### 3) 環境移行期における中核的問題

ボディイメージの変化にまつわる問題は、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の《環境移行期》にお

ける対人関係との相互作用と関連性が高かった(図1)。またこの中核的問題を環境移行期で捉えると、基盤的環境から周辺的環境への移行期における【否定的評価を回避する局面】、周辺的環境から社内対象を中心とする職務的環境への移行期における【会話能力評価を優先する局面】、職務的環境の中でも社内対象から社外対象へと対人関係が移行する際の【印象評価をコントロールする局面】という3つの局面モデルに分類できた(表1)。

#### (1) 疎遠の対象の【否定的評価を回避する局面】

この局面は、すべての対象者が疾病そのものや対象者の内情に対する理解が浅い疎遠の対象からの可視的变化に対する否定的評価を嫌い、これを避けようとする局面である。

この否定的評価に対する対象者の懸念は、基盤的環境において活動拡大の心構えをする準備期間から実際に周辺環境に活動を広げた直後の短い期間までの移行期にもっとも強まった。これは対象者が、疎遠の対象からの未知の否定的評価への対応に必要な態度や行動を新たに習得する上で、この《環境移行期》を乗り越える必要性を強く認識し、またこの認識が対象者の新たな懸念となっていたためである。例えば対象者は、{近所の人とか、(私を)異常とか無能とかって思われる恐怖感はあるよね、社会から無視されるみたいなの、見て見ぬ振りっていうか} という『閉鎖的評価の回避』、{周りは普段でも(私に)声を掛けたりするのがおっくうになるし逆に緊張するんじゃないかな} という『対人緊張の評価の回避』、さらに{陰で噂とか陰口されているんじゃないか} という『見下し評価の回避』の3つのタイプの否定的評価を予測し、疎遠の対象との接触頻度や活動の限定によりこれらを回避しようとしていた。

#### (2) 社内対象の【会話能力評価を優先する局面】

就業復帰型の対象者は職場での比較的接触頻度の高い社内対象を中心とする職務的環境において、可視的变化に囚われている余裕もなく、また可視的变化自体は職務上直接支障が少ない。したがってこの局面は、対象者の関心が会話能力にまつわる職務評価を大きな問題と捉える様相である。また対象者は基盤的・周辺的環境に

おける就業復帰のための準備期間と復帰直後の《環境移行期》においても、職場で社内対象からのボディイメージの変化にまつわる評価についての懸念を抱く機会は少なかった。その一方で構音機能低下については、職務評価に対する強い懸念を抱いていた。つまり対象者は、{傷があっても仕事はできるんだけど、話せないのは致命的でしょ} という『構音機能による職務評価低下の優先性』を認識する一方で、{会社の連中は、やっぱり応援してくれるよ、同情とか哀れみとかなんて感じしね} という『社内対象の情緒的支援』、{仕事をしっかりやれば、しっかり評価してもらえるのが職場} という『社内対象の評価的支援』という社会的支えを実感していた。

### (3) 社外対象の【印象評価をコントロールする局面】

営業・サービス職として復帰した対象者は、会社外の顧客など社外対象への対応を主な職務内容としていた。こうした対象者の場合、この会社外におけるボディイメージの変化にまつわる評価に対して最も関心を集中させていたのは、顧客や渉外対応をする直前の準備期間と実際の対応を始めた直後の《環境移行期》であった。そして社外対象から受ける評価に対して、対象者は自己の可視的变化が相手に与える印象をコントロールしながら円滑な対人関係を構築しようと試みていた。

このコントロールは、社外対象から否定的評価を受けるといふ対象者の予測に起因していた。またそれは、この否定的評価が職務上の業績や目標到達度に直接的に影響し、これが経済的困難による生活設計の危機をも招くことへの懸念や職務的地位の低下ややりがいといった満足感の消失に対する懸念も抱いていた。このため対象者は、『職務上の業績・目標達成のためのコントロール』、『渉外・顧客の先入観回避のためのコントロール』、さらに自己の『有用性アピールとしてのコントロール』を展開させていた。

こうしたボディイメージの変化にまつわる3つの局面にみる問題は、環境移行期において対象者の認識頻度が高まった(図1-C<sub>1</sub>, C<sub>3</sub>)。しかし

周辺的環境から社内対象を中心とする職務的環境における移行期では、他の移行期に比べ点C<sub>1</sub>, C<sub>3</sub>程の高まりは確認されなかった(図1-C<sub>2</sub>)。これは先述した通り、対象者が職務評価においてボディイメージの変化そのものが直接支障がないと認識することにより、その関心が会話能力に集中したためであった。

## V. 考 察

### 1. 多重的問題とQOL関連要因

多重的問題において、環境の拡大とともに変化するその中核的問題は、機能低下、ボディイメージの変化にまつわる問題と、それを取り巻く家族構成・社会復帰背景・環境移行期という社会環境との相互作用の両方に関連していることが結果に示された。ここから、家族構成・社会復帰背景・環境移行期の差異によって、舌がん患者が捉えるQOLの内容が異なり、さらにそのQOLに関連する要因(以下QOL関連要因と略す)にも違いがあることが考えられる。幾つかの先行研究においては、手術療法を受けた舌がん患者のQOLは摂食・嚥下機能、言語機能の低下、ボディイメージの変化にまつわる問題という身体機能に関連した要因だけでなく、家族・社会面と大きく関わっていることが指摘されている(Linda, L. et al. 1996 ; Cremonese, G. et al. 2000 ; Derks, W. et al. 2004 ; Funk, G. et al. 2004)。

しかしこれらは、そうした機能低下やボディイメージの変化が社会的相互作用を通してどのようなメカニズムで社会・家族面におけるQOLに影響を与えているかという疑問に答えるものではない。したがってここでは、舌がん患者の多重的問題を発端として、社会環境を踏まえたQOL関連要因を検討していく。そして本稿では、舌がん患者の中核的問題の主要な一つとして挙げられ、さらに生命の根元に関わる食生活の問題に絞り、そのQOL関連要因について検討する。

基盤的環境において、摂食・嚥下・味覚機能低下にまつわる問題は、世帯構成の差異から4つの困難に分類され、ここから食生活に対する何らかの支援が患者のQOLと高く関連していると思われる。これは、患者が家族世帯の調理者復帰型の場合、自己の機能低下中心の調理と家族の健康や嗜好を中心と



した調理との兼ね合いを調整する上での問題が生じていた。したがってここでのQOL関連要因は、自己の機能回復中心の調理と家族のための調理とのバランスを保持することと推測される。Rogers, S. et al. (2002) は、女性患者のQOLに関して、摂食・嚥下機能低下と社会的役割との項目間で関連性が高いことを明らかにしているが、この理由を本研究の専業主婦復帰型にの結果からも見て取れる。つまり専業主婦として復帰した女性患者は、自己と家族との調理バランスを保持するために、それらの項目間で関連性が高いと考えられる。

また非調理者の夫婦関係型では、配偶者に対する甘えの気持ちを中心として、夫婦間でその甘えに折り合いをつけながら食生活を再構築する際に抱える困難が確認された。土居ら (1997) によれば、「甘え」は、家族、とりわけ夫婦間といった密接な人間関係上のみで発生する感情であり、アンビバレンスを生じるものである。言い換えれば夫婦間においてその甘えにまつわるアンビバレンスはつきものであり、それらをいかに夫婦間で受け入れていくかが家族機能に影響する。したがって、夫婦関係型として復帰した場合のQOL関連要因は、この甘えをいかに夫婦間で折り合いを付け、患者の機能低下に見合うメニュー調整がなされることにあると思われる。

非調理者の舅・姑関係型では、患者が嫁の調理負担により対人関係が悪化するという懸念を抱くことから、嫁の調理負担を回避しながら食生活を構築するうえで生じる困難であった。したがってここでのQOL関連要因は、嫁の調理負担に対する自己の危惧が拡大しないように、負担回避への努力により嫁との関係を保ちながらその協力を得ることであると考えられる。

そして単身世帯型の場合、病気以前からの習慣化した食生活を踏襲する上での困難であった。したがって患者が摂食・嚥下機能動作にまつわる困難を抱えながらも、病気以前に送ってきた食生活デザインを社会復帰後も取り入れることができれば、そのQOL評価は大きく低下しないと考えられる。

## 2. 問題の認識頻度・社会環境変化とリハビリテーションへの示唆

舌がん患者に対するリハビリテーションは、前節の考察で示唆されたQOL関連要因を取り入れた看

護支援プログラムを開発した上で、これに沿って実施する必要があると考えられる。しかしここで留意すべき点は、その実施のタイミングである。本研究の結果から推測すると、リハビリテーションが効果的に活用されるのは、対象者の多重的問題に対する認識が高まった時期と考えられる。この推測は、Prochaska, J. et al. (1984) が示す、生活の変容過程のポイントでニーズも異なり、これに合わせた支援の必要性を明らかにした理論横断モデルからも裏付けられる。つまり舌がん患者に対するリハビリテーションにおいても、それを実施する対象やタイミングがずれてしまうと、効果的な支援の提供ができなかったり、逆に患者にとって負担になることも懸念されるわけである。

本研究の結果より、患者における食生活の問題に対する認識は、基盤的環境で最も高まり、活動拡大とともに低下した。したがって、摂食・嚥下・味覚機能低下にまつわるリハビリテーションは、この基盤的環境および患者の世帯構成に着目しながらその実施のタイミングに留意する必要があるだろう。また会話能力の問題に対する認識は、周辺的環境、職務的環境という社会環境の拡大とともに高まった。ここから構音機能低下に対するリハビリテーションについては、患者の活動範囲やこれに影響する就業内容に焦点をあて、環境の移行とともにこれを強化することも効果的な実施につながると考えられる。さらにボディイメージの変化にまつわる問題に対する認識は、3つの環境移行期でそれぞれ高まった。したがって、この問題に対する支援では、その移行期をあらかじめ予測した上で、患者のそこでの対人関係における接触頻度や親密さに焦点をあてる必要性があるだろう。

## 文 献

- 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.
- 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.
- 土居健郎 (1997): 「甘え」理論と精神分析療法. 金剛出版.

Dropkin, M.J. (2001): Anxiety, Coping Strategies, and Coping Behaviors in Patients Undergoing Head and Neck Cancer Surgery. *Cancer Nursing*, 24(2), 143-148.

藤本保志, 松浦秀博, 田山二朗他 (1997): 口腔・中咽頭癌治療後嚥下機能評価基準の提案とその評価成績. *日本気管食道科学会雑誌*, 48(3), 234-241.

Funk, G. Karnell, L. Smith, R. et al. (2004): Clinical Significance of Health Status Assessment Measures in Head and Neck cancer. *ARCH OTORARYNGOL HEAD NECK SURG*, 130, 825-829.

Jones, A.S. Fenton, J.E. Husband, D.J. (2000): Performance data and survival in head and neck cancer. *Clin. Otolaryngol*, 25, 396-403.

Karnell, L.H. Funk, G.F. Hoffman, H.T. (2000): Assessing Head and Neck Cancer Patient Outcome Domains. *Head & Neck*, 6-11.

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.

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.

日本頭頸部腫瘍学会編 (1991): 附・治療後機能の判定基準(案). *臨床・病理 頭頸部癌取扱い規約*. 金原出版, 101.

Prochaska, J. Johnson, S. Lee, P. (1984): *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Change*. Homewood, Ill, Dow Jones - Irwin.

Rogers, S. Gwanne, S. Lowe, D. et al. (2002): THE ADDITION OF MOOD AND ANXIETY DOMAINS TO THE UNIVERSITY OF WASHINGTON QUALITY OF LIFE SCALE. *HEAD& NECK*, June, 521-529.

総務庁統計局 (1998): *日本標準職業分類*. 全国統計協会連合会.

Strauss, A. Corbin, J. (1990): *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage Publications, Inc.

Tanya, L. (2003): The ICF: A Proposed Framework for Comprehensive Rehabilitation of Individuals Who Use Alaryngeal Speech. *American Journal of Speech - Language Pathology*, 12, 189-197.

Woog, P. ed. (1992): *The Chronic Illness Trajectory*

Framework - The Corbin and Strauss Nursing Model. Springer Publishing Company, Inc.

Ziegler, L. Newell, R. Stafford, N. et al. (2004): A literature review of head and neck cancer patients information needs, experiences and views regarding decision - making. *European Journal of cancer care*, 13, 119-126.

(受付: 2005.1.31; 受理: 2005.3.15)

## **A study of the multiple problems faced by patients with tongue cancer and their process of lifestyle changes**

Norimasa OGAMA

Kobe city College of Nursing

### **Abstract**

In this study, with the focus on the multiple problems faced by patients with tongue cancer who undergo surgical treatment, including the relationship between functional impairment, changes in body image, and the social environment, we developed a theoretical model for the process of lifestyle changes.

The subjects were 32 patients with tongue cancer who had achieved a return to society. We conducted semistructured interviews with the subjects, focusing on the multiple problems they faced, and the relationship between the frequency with which they experienced these problems and their social environment. Data from these interviews was subjected to qualitative inductive analysis.

The multiple problems faced by patients with tongue cancer included functional impairment, problems due to changes in body image themselves, and interactions with interpersonal relationships in the social environment. The core problems in each environment changed as the environment expanded, from the basic environment to the surrounding environment, and then the working environment.

Four eating difficulties were elicited as core problems in the basic environment, related to "differences in household setup", impairment of eating, swallowing or taste. The frequency of these problems decreased as the social environment expanded.

The core problems associated with an increased range of activity, in the surrounding environment and the working environment, are shown as a speech step model comprising 3 steps, "differences in the background to return to society", and organic dysarthria or dysphasia. The frequency of these problems increased as the environment expanded.

Three aspects of changes in body image were elicited as the core problems at the various "times of changing environment". The incidence of these problems increased at the various times of change.

These results suggest that, in patients with tongue cancer facing multiple problems, quality of life (QOL) varies qualitatively with differences in social environment and changes over time, and there are also differences between patients in associated factors.

**Key words:** tongue cancer, surgical treatment, multiple problems, the process of lifestyle changes, differences in social environment