

〔報 告〕

喉頭全摘出術を受けた患者を支える配偶者が 患者との生活に適応するプロセス

松田 裕美¹⁾ 古瀬みどり²⁾

要 旨

本研究は、喉頭全摘出術を受けた患者（以後、喉摘者）の配偶者が患者との生活に適応するプロセスを明らかにすることを目的とした。耳鼻咽喉科外来通院中の術後6ヵ月以上3年以内の喉摘者の配偶者10名を研究対象とし、半構成的面接法によるデータ収集を実施した。データは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づき分析した。その結果、7カテゴリーと15概念が生成された。喉摘者を支える配偶者が喉摘者との生活に適応するプロセスには、【障害認識】、【言語コミュニケーション認識】、【喉摘者との関係性】、【夫婦のあり様】があった。【喉摘者との関係性】には、【密着】、【見守り】、【距離化】があり、配偶者の適応とともに変化していった。この変化には【言語コミュニケーション認識】が関係していた。この認識に対応した支援を行うことで、配偶者は〈“常にいるなという安心感”〉を抱き、【喉摘者との関係性】は喉摘者の自立を促進する【距離化】へと移り変わった。一方、【障害認識】が〈発声教室参加へのハードル〉と変化した配偶者は〈思い描いていた術後生活とのギャップ〉を感じていた。さらに、喉摘者との〈コミュニケーションをあきらめ〉、〈夫婦関係の低迷〉を感じていた。以上のことから配偶者の適応を支援するには、どのような【障害認識】や【言語コミュニケーション認識】を抱いているのかをアセスメントし、それに対応した支援をしていくことが重要と示唆された。

キーワード：喉頭全摘出術、配偶者、生活適応、適応プロセス

1. 緒 言

喉頭がん、下咽頭がん、頸部食道がんの患者の外科的治療には喉頭全摘出術が含まれる。喉頭全摘出術を行うと、永久気管孔による言語機能障害や痰喀出困難、味覚・嗅覚の喪失、嚥下機能障害、怒責ができないことによる排便困難、頸部の筋肉の喪失による機能障害など日常生活に影響が生じる（Noonan, Hegarty, 2010；森山, 2002）。また、喉頭がん、下咽頭がんは、喫煙と過度の飲酒が原因と言われており、男性に多く、好発年齢は60～70歳代である（森山, 2002；佐藤, 2014）。これは家族の発達段階

では成熟期にあたる。近年、家族形態の変化により核家族化がすすみ、成熟期は子供が独立し夫婦2人だけの生活になることが多い（鈴木, 渡辺, 2012）。また、がん患者の治療法や療養の決定には、配偶者が重要な役割を担うこと（大久保, 2013）が報告されている。そのため、喉頭全摘出術を受けた患者（以後、喉摘者）が術後QOLを維持しながら日常生活を送っていくには、配偶者が術後の機能障害に適応し患者を支えることが必要となる。

喉頭全摘出術後の看護に関する先行研究では、失声に伴う音声リハビリテーション（長瀬, 澤田, 2009）やボディイメージの受容プロセス（廣瀬, 中西, 青山他, 2005）、QOL（花出, 2003）に関する文献など患者に焦点を当てたものがほとんどであり、家族

1) 山形大学医学部附属病院

2) 山形大学医学部看護学科

に焦点を当てた研究（名取，宮澤，辻他，2006；早川，嶺岸，2012；中嶋，森本，原川他，2003）は少ない。栄養指導，吸引や吸入の指導，試験外泊を行っても医療処置や気管孔管理があることで家族の不安は強く，コミュニケーション障害よりも入浴や食事など日常生活について不安を抱く家族がいることも報告（名取他，2006；大竹，田代，齋藤他，2004）されている。つまり術後は喉摘者のみならず家族も生活様式の変容を余儀なくされる。実際に，入院中自宅での生活イメージができないまま退院し，自宅での生活に困難を感じる家族も多いと思われる。また，喉摘者は失声に伴うコミュニケーションの障害により抑うつ症状を引き起こすことが多い（酒井，1994）。喉摘者は家族という社会の中で生活を送っており，中でも配偶者は喉摘者にとっての一番身近な支援者となる。失声という障害を抱えた喉摘者との生活に配偶者が適応できるよう支援することは，喉摘者の社会復帰を後押しすることにもつながるのではないかと考えた。しかしながら，家族や配偶者の適応という視点での報告はされていない。

そこで本研究では，喉摘者を支える配偶者が喉摘者との生活に適応するプロセスを明らかにすることを目的とした。

なお本研究における配偶者の生活の適応とは，喉摘者との生活が安定し，現在の状況が通常の日常生活と思えるようになったこととした。

II. 対象と方法

1. 対象者

対象者はA病院耳鼻咽喉科外来通院中の術後6カ月以上3年以内の喉摘者の配偶者10名とした。対象の選択にあたっては，医師より告知を受け，日常生活が自立しており，意思疎通が図られ，本研究参加に同意したものを条件とした。対象者および喉摘者の概要は表1に示した。

2. 研究期間

平成27年3月から12月。

表1. 対象の概要

喉摘者との関係（年代）	同居家族の有無	術後期間	喉摘者の現在のコミュニケーション手段
妻（60代）	有	8か月	電気式人工喉頭
妻（60代）	有	3年	食道発声
妻（60代）	無	1年	食道発声
夫（70代）	無	3年	食道発声
夫（70代）	無	2年半	電気式人工喉頭 筆談
妻（40代）	無	1年	電気式人工喉頭
妻（60代）	無	8か月	筆談
妻（70代）	無	3年	筆談
妻（60代）	有	1年半	電気式人工喉頭
妻（60代）	無	6ヵ月	電気式人工喉頭

3. 調査の手続き

該当する喉摘者を主治医より外来受診時に紹介してもらい，喉摘者とその配偶者に対し研究者が書面と口頭にて本研究の趣旨の説明を行った。後日，本研究参加に同意した対象者に面接調査を実施した。喉摘者のみが来院した場合，喉摘者に研究者が書面と口頭で説明を行い，配偶者に伝えてくれるように依頼した。後日，研究者が電話にて研究の趣旨の説明を行い，同意の得られた対象者に面接調査を実施した。対象者の都合に合わせて面接の日時と場所を決定した。面接時間は60分程度とし，A病院の個室を使用した。喉摘者の同席を希望した対象者4名は同席のもと面接を実施した。

4. データ収集方法

半構成的面接法による調査を行った。会話の内容は対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。面接内容は，医師より喉頭全摘出術について説明を受けてから現在に至るまでの喉摘者との日常生活についてである。手術を受けることについてどのように思ったのか，入院中また退院後どのようなことに困ったか，どのようにして困難に対処したのか，喉摘者との現在の生活をどのように感じているのかについて具体的に話をしてもらった。

5. 分析方法

データの分析は，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach: M-GTA）（木下，2007）に基づき実施した。

M-GTAでは変化や動きを指してプロセスとい

い、分析焦点者を中心とした人間の相互作用の変化や動きを明らかにしていく。喉摘者は永久気管孔による言語機能障害や痰喀出困難、味覚・嗅覚の喪失、嚥下機能障害、怒責ができないことによる排便困難、頸部の筋肉の喪失による機能障害などの影響を受け、日常生活を送っている。喉摘者と暮らす配偶者も同様にそれらの症状に対応しながら、日常生活を送っている。喉摘者との生活に適応していく過程には喉摘者や他の家族員、喉摘者を取り巻く医療者、患者会会員など、様々な人間との相互作用があると考えられる。そのため、人間の行動、他者との相互作用を説明できるM-GTAが分析に適していると判断した。

M-GTAでは分析テーマと分析焦点者を設定する。分析テーマの設定とは、データに密着した分析を行うために研究テーマをGrounded on dataの分析がしやすいところまで絞り込むことである。本研究の分析テーマは『喉摘者との日常生活の中で起こっていることをどのように感じ、対処してきたのか』である。次に、分析焦点者とは分析結果の中心となる人間のことであり、データを解釈するときはその人間から見ればどういう意味になるのかという観点で考えていくことになる。本研究の分析焦点者は『喉摘者と生活を共にし最も身近な存在である配偶者』とした。

分析にあたって、ICレコーダーに録音した面接内容から逐語録を作成した。作成した逐語録から分析テーマに関係のありそうな部分に着眼し、概念を生成した。概念とは分析の最小単位を示す。分析ワークシートを使用し、概念、概念の定義、ヴァリエーション、理論的メモを記載した。定義はデータから解釈した概念の意味を表したもので、この内容によって概念名が検討される。ヴァリエーションは概念生成の基となったデータを示している。理論的メモは概念以外の分析上で生じた疑問や解釈の内容をまとめたものである。概念や定義は追加されるヴァリエーションとの関係で的確に表現されるよう補足修正、または削除し、新たな概念生成を行っ

た。解釈が恣意的に進まないよう、他の面接データとの類似、対極の視点で継続的比較分析を実施した。解釈、定義、概念名がデータに密着したものであるか検討し、概念を決定した。20程度の概念が生成されたところで、新たな概念生成と平行し、概念間の相互関係を考えカテゴリーを生成した。概念とカテゴリーを用い、『喉頭全摘出術を受けた患者を支える配偶者が患者との生活に適応するプロセス』を説明するための結果図を作成した。結果図作成後、分析結果を概念とカテゴリーを用いて文章化するストーリーラインを記述した。

なお、本研究では理論的飽和化を目指し、データの分析を行いながら対象者を追加した。対象者10名のデータを分析し終えた時点で、新しい概念が生成されないと判断したため、対象者の追加を終了した。

6. 真実性の確保

質的研究の真実性を研究者がチェックし、立証するための方法として、「反対の事例あるいは代替りの解釈を探すこと」、「専門家による検討」、「監査のためのあしあとあるいは決定に至るあしあと」、「濃密な記述」、「振り返り」がある(Holloway, Wheeler, 2006)。

「反対の事例あるいは代替りの解釈を探すこと」については、データの解釈が恣意的に進まないように他のデータとの類似、対極の視点で継続的比較分析を行った。M-GTAの分析においてスーパーバイザーの役割が重要である(木下, 2003)。「専門家による検討」では、分析テーマの設定、概念生成、関係図やストーリーラインの作成においてM-GTAに精通した臨床および在宅看護を専門とする大学教員によるスーパービジョンを得た。「監査のためのあしあとあるいは決定に至るあしあと」、「濃密な記述」、「振り返り」は、概念生成中に解釈の検討内容やその時の疑問、アイデアなどを分析ワークシートの理論的メモに残し、解釈、定義、概念名がデータに密着しているかの検討を繰り返し行った。

7. 倫理的配慮

本研究は山形大学医学部倫理審査委員会による倫理審査を受け承認を得てから実施した(第369号)。対象者には書面と口頭で研究趣旨および内容について説明し、研究参加に同意する場合、同意書に署名を得た。研究参加は対象者の自由意思によるもので、研究参加の拒否や途中辞退も可能であること、答えたくない質問には答えなくてもよいこと、拒否によって診察上何ら不利益を生じないことを説明した。病院内での面接を希望した場合は個室で行った。得られたデータは研究者のみが取り扱い、その他のものが目にすることがないように厳重に保管し、本研究以外で使用することはないことを説明した。

III. 結果

7つのカテゴリと15の概念が生成された。分析結果を文章化したストーリーラインとそれを説明する結果図(図1)を示した。本文中では【 】はカテゴリを、〈 〉は概念を示し、“ ”はデータ中

の言葉や表現そのものを概念とする in-vivo 概念に使用した。「 」はヴァリエーションを示した。

1. ストーリーライン

喉頭全摘出術を受けた患者を支える配偶者が患者との生活に適応するプロセスには、【障害認識】、【言語コミュニケーション認識】、【喉摘者との関係性】、【夫婦のあり様】があった。手術後、喉摘者が負った機能障害を〈“新しいことへのチャレンジ”〉ととらえた配偶者と喉摘者との関係は【密着】していた。【喉摘者との関係性】は、〈会話への努力〉、〈共に行動する〉、〈生活への支障を補う〉の【密着】、〈患者と社会をつなぐ〉、〈健康的な生活の再構築の促進〉の【見守り】、〈外に向かって背中を押す〉、〈互いの時間を作る〉の【距離化】に類型化され、配偶者の適応とともに変化していった。この変化には、【言語コミュニケーション認識】が関係していた。喉摘者とのコミュニケーションを、〈聞き返しの必要なコミュニケーション〉、〈制限のあるコミュニケーション〉、〈コミュニケーションのあきらめ〉ととらえている配偶者と喉摘者との関係は、【密着】や【見守り】であった。この【言語コミュニケーション認識】に対応した支援から、

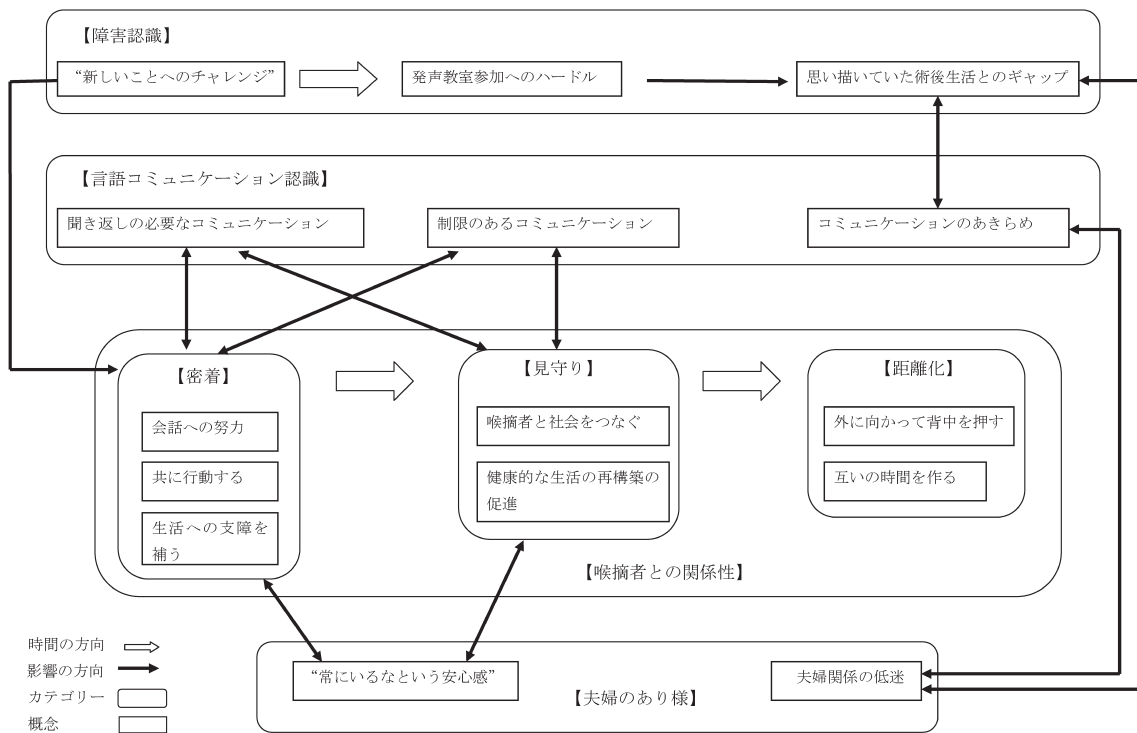


図1. 喉頭全摘出術を受けた患者を支える配偶者が患者との生活に適応するプロセス

配偶者は【夫婦のあり様】として〈“常にいるなという安心感”〉を抱いていた。夫婦関係の安心感により【喉摘者との関係性】は喉摘者の自立を促進する【距離化】へと段階的に移り変わった。

一方、発声教室参加という音声リハビリテーションが進む中、〈“新しいことへのチャレンジ”〉から〈発声教室参加へのハードル〉と【障害認識】が変化した配偶者は、〈思い描いていた術後生活とのギャップ〉を感じていた。さらに、喉摘者の新たな発声手段の獲得が進まない配偶者は、喉摘者との〈コミュニケーションをあきらめ〉、【夫婦のあり様】として〈夫婦関係の低迷〉を感じていた。

2. 各カテゴリーの概念と定義およびヴァリエーション

1) 【障害認識】

失声などの術後機能障害に直面した配偶者が、喉摘者の障害を克服し新たな日常生活構築に向けて行動を起こしていくうえでの認識を表す。〈“新しいことへのチャレンジ”〉、〈発声教室参加へのハードル〉、〈思い描いていた術後生活とのギャップ〉の3概念からなる。

①〈“新しいことへのチャレンジ”〉

喉摘者が発声教室に通い、代用音声獲得すること自体、困難を伴う挑戦的出来事と配偶者が認識していること、と定義した。

患者会の開催する発声教室に通うことについて、「若い時なら意欲的なんでしょうけど、年を重ねてくると新しいことにチャレンジしていくっていうことはとても大変なことだと思うんです。本人にしても、頑固になってきますしね。もうこの年なんだからいいかっていうみたいな」や「普通だと、手術して治れば終わりでしょ。だけど、そのあとに声を出す訓練を受けなきゃならない。それがすごく大変で。まだ、あいうえお、初歩のね。あいうえおが言えればまだしゃべれるんだけどね。だけど、それが出てこない。腹筋とか、体力的なこともあるんでしょうけどね」が語られた。

②〈発声教室参加へのハードル〉

発声教室が喉摘者や配偶者が期待していた内容の活動ではなく、参加することが困難であると感じていること、と定義した。

「みんな、このマイク（電気式人工喉頭）で最初、あいうえおってしているっていうんだけど、目指しているのはのど声なんだそうです。だから、最初からのど声が、こういう風にしたら出やすくなるっていうのを教えてもらえると行く気にもなったんだろうけど。あいうえおのマイクだけの練習だけなんで、嫌になったのもあるみたいなんですよ」や「まともにしゃべれる人はいないんだっていうし、お互いにコミュニケーションが取れないでいるみたいなんですよ。だから、やっぱり面白くない、面白くなって行かなくなったんでしょね」が語られた。

③〈思い描いていた術後生活とのギャップ〉

配偶者が喉頭全摘出術を受ける前の説明から予想していた術後の生活より現実はずっと大変であり、その相違に戸惑いと、喉摘者の落ち込みに対する懸念があること、と定義した。

喉摘者との生活について、「奇異な目で見られるわけですよ。マイク（電気式人工喉頭）を使うって。病院ではみなさん、こうやってマイクを当てていますけれども。一般の社会に行くと、マイク（電気式人工喉頭）を当てるってことはこういうことなんですよ」や「（喉摘者が）精神的に落ち込んでうつ状態になった。ひどくなると死にたい死にたいと言って、もう死んで楽になりたいって時々言うの」や「このくらい世界が変わりますっていう心構えがないと。うちの人も声が出なくなることをあきらめるまでにはいろいろ葛藤があるから。（喉摘者は）あたりやすい人にあたりますから」が語られた。

2) 【言語コミュニケーション認識】

失声した喉摘者と配偶者が織りなす、言語を用いて意思や感情、思考を伝達しあうコミュニケーションに対する配偶者の認識を示す。〈聞き返しの必要なコミュニケーション〉、〈制限のあるコミュニケー

ション), 〈コミュニケーションのあきらめ〉の3概念からなる。

①〈聞き返しの必要なコミュニケーション〉

喉摘者と代用音声にて会話できるようになったが、聞き取りにくさのため聞き返しや顔を見ながら会話を行わないと意思の疎通が図れないと感じていることと定義した。

「本当に聞き違いが…テレビみているときに話しかけられると、テレビから顔を離して、お父さんの顔を直接見ないと話が聞けないから。その辺がちょっと不便といえば不便です。顔をみて話さないと何を言っているか、はっきりしないので」が語られた。

②〈制限のあるコミュニケーション〉

失声により電話対応ができないため、配偶者が喉摘者との連絡手段獲得に困難を感じていること、と定義した。

「私が外出の時は私が電話持っていて、自宅の留守電に吹き込んだりしている。私が出かけて、自分が具合悪くなると連絡しようがないので、そこがちょっと困ったかな」が語られた。

③〈コミュニケーションのあきらめ〉

喉摘者が代用音声での会話をあきらめたと認識し、配偶者も言語によるコミュニケーションを行うことをあきらめたこと、と定義した。

「しゃべる本人からしたら、努力したらしゃべれるんだっていうのは、ちょっと…自分では無理だからって思ったらしいんですよね。もう、しゃべるのはあきらめたらしいんです」や「器械（電気式人工喉頭）でしゃべっていても、なんて言っているかわからないから、もうしなくてもいいよって」が語られた。

3) 【喉摘者との関係性】

失声など術後の機能障害に直面し、生活を構築していくうえで喉摘者と配偶者の関係性を指す。喉摘者との関係性は、【密着】、【見守り】、【距離化】に類型化された。

(1) 【密着】

喉摘者との新たな生活を構築していくために、配偶者が喉摘者に常に寄り添い密着した働きかけを行っている。〈会話への努力〉、〈共に行動する〉、〈生活への支障を補う〉の3概念からなる。

①〈会話への努力〉

発声に対する喉摘者の意欲をくみ取り、配偶者自らがコミュニケーションを取ろうと努力をしていること、と定義した。

失声した喉摘者とコミュニケーションを取る努力として、「黒板持ってきていたから、書いたりして、わかるようにしてはいたけど、本人は書いたりするのが面倒で、これ使って何としても伝えたいっていう感じがだんだんみえてきたので、なんとかして聞いてやろうってことで、静かに聞いているつもりなんだけど、何言っているかわかんないなって。通訳してってよく言われるんだけど、よく聞くとわかるみたいだし。電気喉頭（電気式人工喉頭）をあてる位置がわかんなかったりすると変に声が出てこなかったり。あっ、今の聞こえる、その辺だ、覚えてて。ここら辺で聞こえたよって感じでね」が語られた。

②〈共に行動する〉

配偶者が、突発的な出来事が発生した時に対応が困難という喉摘者の不安を察した行動をすること、と定義した。

「何かあった時に、すぐ…119番。（携帯電話）持っているからできるけど、しゃべられないじゃないですか。できるだけ行動は一緒に、一緒にするようにはしていましたね」が語られた。

③〈生活への支障を補う〉

術後機能障害に対して、配偶者が病院での生活を参考に喉摘者の日常生活行動を補うこと、と定義した。

「一番大変だったのは、お風呂ですね。自分が水に対しての恐怖感があるから、今まではなかったんだけど、ちょっとでも水が入るとすぐむせて吐いちゃって。お風呂でも何度も吐いているんで、やっ

ぱり、苦しくなるっていうのがあるんで。お風呂は、どのくらいでしょうかね、一緒に入っていたのは、何か月間は一緒に入って、大丈夫かなあっていう風になってからはひとりで入るようにはなりませんでしたけど」が語られた。

(2) 【見守り】

喉頭全摘出術を行った喉摘者との生活が徐々に安定し、喉摘者に常に寄り添った働きかけから、喉摘者にことが起こらないよう注意して見るという行為へと変化していく。〈患者と社会をつなぐ〉、〈健康的な生活の再構築〉の2概念からなる。

①〈喉摘者と社会をつなぐ〉

喉摘者が近隣や友人などとコミュニケーションがとれるように、家族以外の社会と喉摘者をつなぐ役割を担うこと、と定義した。

「前から話していた人には話をしているので、前の状態には戻りました。私が言った方がいいんじゃないって。私が話しました。2人ほど。あと、本人が隣に住んでいる人にマイク（電気式人工喉頭）で言っていましたけど。話すよ、別に悪いことしたわけじゃないって。だから別に恥じることはないんだし。かえって、おはようございますって言われても、あなた、おはようございますって声に出して言えないんだから、相手の方が失礼だって思うかもしれないんだから。こういうわけで声が出ないんだって、言えないんですって、お話しました」が語られた。

②〈健康的な生活の再構築の促進〉

病気との因果関係から、喉摘者が生活を見直し立て直しているのを配偶者が支えること、と定義した。

「やっぱり自分の不注意からなった病気だから。煙草の吸いすぎとか、そういうのは自分の不注意からなった病気だから。これこれ、望む、など何言われても自分の今までのそういったことに対する反省っていうのが一番」や「規律正しくなったね。朝・昼・晩っていう食事の時間がね。きちんと7時30分に朝食べて、昼12時に食べて、夜6時ってこ

とで。この人インスリンの注射しているからなおのこと」が語られた。

(3) 【距離化】

喉摘者との生活への適応が進み、配偶者の支援の方向性が患者の行為を見守る内容から社会復帰や自立の促進へと変化していくことを指す。〈外に向かって背中を押す〉、〈互いの時間を作る〉の2概念からなる。

①〈外に向かって背中を押す〉

配偶者が陰ながら喉摘者を支え、喉摘者が社会復帰できるように支援していくこと、と定義した。

「若ければ若いなりに社会復帰をするにあたって、葛藤っていうか、正直あるのでできるだけ、一緒にいるものはそういう不安を和らげてあげられるような努力をしなきゃいけないかなって」や「それまでは、私ついて行っていたんだけども、一人だと自分でしっかりしないとだめだって思って、頑張るだろうなって思って。私は歯医者さんにも、最初だけ行ったけど、これから、一人だからねって言って。受付の人にしゃべれませんからって言って、手帳に書きますからってお願いしますって電話して。本人だけ行かせた」が語られた。

②〈互いの時間を作る〉

喉摘者とともに過ごす時間を減らし距離感を保つことで日常生活の安定が得られるよう、配偶者自身が術前の生活に戻るための行動を取ること、と定義した。

「夫に合わせていると、こちらがいつも監視されているみたいな状態になってしまいますし、私がいもんだと思われても困るんで。でないと、一生どこにも行けなくなりますので。ある程度の距離感っていうのはこれからも保っていきたくなって。自分でできる限りは」が語られた。

4) 【夫婦のあり様】

配偶者が、時間の経過の中で喉摘者をどのようにとらえ、現在の夫婦関係にあるのかを示す。〈“常にいるなという安心感”〉、〈夫婦関係の低迷〉の2概念からなる。

①〈“常にいるなという安心感”〉

喉摘者がある程度コントロールでき、生活が安定していると配偶者がとらえていること、と定義した。

「家でおとなしくしているようになったのが一番いいのね。常にいるなという安心感はあるな。本人は自由に飛べなくてつまらないだろうけど」や「時々、（喉摘者が）見えないとさがすけど、庭にいたり、車で1人で出かけている。出かけていくときは教えてくれるし、友達の携帯電話を知っているから、何かあれば、友達の携帯に電話すると友達がやってくれるから安心」が語られた。

②〈夫婦関係の低迷〉

配偶者が失声によるストレス発散の対象となったり、夫婦間のコミュニケーションの阻害によって夫婦それぞれが孤立することで、喉摘者をネガティブにとらえるようになること、と定義した。

「自分の言いたいことを伝えられないものだから、もう短気になって」や「一切無視されたことがあります。家族の中で大丈夫って気遣ってくれる人がいないし、孤立無援というか、それに旦那からの無視…。だから、孤独も孤独ですよ」が語られた。

IV. 考 察

1. 喉頭全摘出術を受けた患者を支える配偶者が患者との生活に適応するプロセス

【障害認識】、【言語コミュニケーション認識】、【喉摘者との関係性】、【密着】、【見守り】、【距離化】、【夫婦のあり様】の7つのカテゴリーが生成された。本研究は対象者を、喉摘者を支える配偶者としたため、喉頭全摘出術後の夫婦の関係性ならびに【夫婦のあり様】が適応プロセス中に示された。また、配偶者が喉摘者に対して行った支援行動が関係性として概念・カテゴリー化された。【喉摘者との関係性】は配偶者の適応とともに変化していた。さらに、【喉摘者との関係性】の変化には【障害認識】、【言語コミュニケーション認識】が関係していた。喉摘

者とのコミュニケーションを、〈聞き返しの必要なコミュニケーション〉〈制限のあるコミュニケーション〉ととらえている配偶者と喉摘者との関係には、【密着】や【見守り】がみられた。この【言語コミュニケーション認識】に対応した支援から、配偶者は【夫婦のあり様】として〈“常にいるなという安心感”〉を抱いていた。夫婦関係の安心感により【喉摘者との関係性】は喉摘者の自立を促進する【距離化】へと段階的に移り変わった。

青柳（2012）は、がん患者の配偶者は患者の側にいるなど患者にできる限りのことをしたいという心理を抱くことを報告している。本研究で生成された〈“常にいるなという安心感”〉には、家族をケアしケアされるという互恵的な意味が含まれ、喉頭全摘出という病や障害をとともに克服しようとする良好な夫婦関係の形成に影響したものと推測する。また、その安心感が喉摘者の自立を促進する要因ともなり、喉摘者との関係は【密着】、【見守り】、【距離化】へと変化を示していた。

一方、喉摘者は身体障害者として3級の認定を受ける。配偶者は喉摘者が身体的に機能障害を負うだけでなく、社会的にも障害者として認定されたことで、【障害認識】が強化されたものと推測する。喉摘者が失声という障害をもって社会に自己を投じることの困難さが伺えるが、その障害に対する認識自体が、現状を改善するための食道発声法獲得への希求につながると間瀬ら（2009）は述べている。そのため、代用音声獲得を目的とした発声教室参加は喉摘者だけではなく配偶者にとっても〈“新しいことへのチャレンジ”〉だったと考える。また、代用音声獲得のため発声教室に参加することは、喉摘者にとって社会参加への機会となる（畠山、内藤、2002）。入院中に病院内で言語療法士による音声リハビリテーションを行っている施設は限られており、ほとんどは患者会が発声教室を担っている（間瀬他、2009）。A病院でも院内での音声リハビリテーションは行われておらず、喉摘者と家族には患者会での発声教室参加が紹介されていた。電気式人

工喉頭または食道発声による代用音声を獲得した喉摘者は、喉摘者自身が前向きに変化し日常生活上の困難も減少することから、配偶者の【障害認識】は薄れてゆく。しかし、患者会という新たな環境への適応に困難を極め、自分の思いを表出できない喉摘者は孤独感を感じ、発声練習の継続が危ぶまれる(廣瀬, 中西, 樋口他, 2011)ことが報告されている。本研究においても、同様の事例が認められた。喉摘者は発声教室で食道発声の困難さや宿泊などの行事の活動内容に対する不安感、環境になじめない孤独感から参加を拒否するようになっていた。そうした喉摘者の配偶者は、喉摘者同様、発声教室参加を困難と感じるようになった。本研究では〈発声教室参加へのハードル〉と概念生成した。食道発声獲得には、一般に、習熟度上級で平均427.9日、中級で平均383日(前田, 西澤, 玉重, 2014)と長期間を要す。そのため発声教室参加に対する否定的な感情は、発声練習の継続断念と、喉摘者と配偶者双方の〈コミュニケーションのあきらめ〉につながる。そのため、喉摘者が発声教室へ参加しやすくなるよう、医療者が患者会へつないでいくことも重要であると考えられる。また電気式人工喉頭による発声は、ぎこちなさと機械音であり、喉摘者自身が自分の声ではないと戸惑いを感じる(長瀬, 澤田, 2009)ことが報告されている。食道発声習得の困難さもあり、代用音声獲得を前向きにとらえることが困難であることが本研究でも対象者から語られた。喉摘者が発声することをあきらめることは、夫婦間の〈コミュニケーションのあきらめ〉にもつながっている。さらに、喉摘者がうつ症状を呈したり、喉摘者が一切の会話を行わないことで配偶者が孤独感を感じたり、喉摘者からの八つ当たりを受けるなどが語られた。そうした配偶者は〈思い描いていた術後生活とのギャップ〉を感じるようになり、【夫婦のあり様】として〈夫婦関係の低迷〉へと結びついていた。

喉摘者は失声に伴うコミュニケーション障害により抑うつ症状を引き起こすことが多い(酒井,

1994)。そのため家族の支援が重要になってくる。しかし、がん患者の家族は、患者とともに治療による身体的問題に加え、死への恐怖といった心理的問題などに対処していかなければならない。この経験は家族の精神的健康を脅かすほどのストレスフルなものであり、特に配偶者にその危険が高いことが指摘されている(青柳, 2012)。また、家族は喉摘者より自分自身に精神的支援を希望し、喉摘者より心理的問題に弱い(Baghi, Wagenblast, 2007)と報告されているように、家族も喉摘者から影響を受け精神的にダメージを受けている。本研究でも、孤独感を募らせ、うつ症状を呈したり、相談窓口の欠如から対処に困難している配偶者が含まれていた。大西ら(2014)は、がん患者の家族について、看病が長期にわたると友人付き合いも減り、感情・社会面での支援が得にくくなり孤立していく家族の抑うつ程度は患者と同等またはそれ以上であり、ソーシャルサポートの欠如と抑うつがケアのストレスと関連することを指摘している。そのため、医療者は家族も喉摘者と同様に支援の対象と認識していく必要があり、家族が社会から孤立しないように地域と連携し社会的支援をしていく必要があると考えられる。

2. 【喉摘者との関係性】と【言語コミュニケーション認識】

【喉摘者との関係性】は、【密着】から【見守り】へ変化し、社会復帰に向けた【距離化】へと変化していた。本研究においても、手術後は筆談とジェスチャーでの会話となるため、喉摘者の意思を理解しようとする配偶者の努力が見られた。廣瀬他(2005)は、喉摘者が失声という現実に直面し自分の声で会話したいという願望を抱いたり、筆談だけでのコミュニケーションに困難を感じることで、食道発声などの代用音声習得への意欲につながると述べている。本研究では、配偶者が喉摘者の努力をくみ取り〈会話への努力〉という行動を示していた。

喉頭がん患者のQOLは、代用音声の獲得によりおおむね向上していくため、喉摘者に対する音声獲得への支援の重要性(畠山, 内藤, 2002)が指摘さ

れている。電気式人工喉頭や食道発声による代用音声はアクセントなど声の調子を表現できない（名取他，2006）。そのため聞き取りにくさがある。本研究では、〈聞き返しの必要なコミュニケーション〉と配偶者に認識されていた。それに対する配偶者の反応が〈会話への努力〉であり、先行研究（名取他，2006）同様、喉摘者の思いをくみ取り喉摘者の発する情報を受け止めるサインを示し真剣に聞くことの重要性が示唆された。

一方、コミュニケーションが効果的に行えないことは、喉摘者の引きこもりにつながる（間瀬他，2009）。そのため、社会参加に意欲を持ち続ける支援が重要である。本研究対象者である喉摘者の配偶者がとった行動は、【喉摘者との関係性】と【言語コミュニケーション認識】との関係で、【距離化】へと変化し、喉摘者の社会復帰を促進するものとなっていた。そのため、代用音声の獲得と同時に、喉摘者が会話しようとする意欲を尊重する配偶者の姿勢が重要と思われた。

3. 配偶者が喉摘者との生活に適応するための看護実践への示唆

廣瀬他（2005）は、喉頭全摘術の自己決定が、失声やそれに伴う障害を前向きな気持ちに変容させる契機となりうることを示唆している。手術の受け入れが術後経過に大きな影響を与えるため、術前から喉摘者のアセスメントを行い、喉摘者・配偶者共に手術を前向きに受けられるように支援していくことが重要である。

本研究では、早期に代用音声を獲得したことで【言語コミュニケーション認識】、【障害認識】をネガティブにとらえていない配偶者が、喉摘者との生活を前向きにとらえ適応した生活を送っていた。しかし、代用音声の獲得に至らない喉摘者の配偶者は、【障害認識】が強化され、ネガティブなイメージで喉摘者をとらえ〈夫婦関係の低迷〉へとつながる場合があった。配偶者の適応を支援するには、どのような【障害認識】や【言語コミュニケーション認識】を抱いているのかをアセスメントし、それに

対応した支援をしていくことが重要である。さらに、発声教室参加に困難を感じている患者や配偶者の発声教室参加が容易になるよう、医療者が発声教室へつないでいくことも重要であることが示唆された。

さらに、入院中からアセスメントを行い、配偶者の社会支援の必要性の有無を検討し、相談できる関係窓口へとつないでいくことが配偶者の支援として重要であることが示唆された。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、研究結果はグラウンデッド・セオリーの特性上、喉頭全摘術を受けた患者の配偶者が患者との生活に適応するプロセスについてのみ説明力を持つという方法的限定性がある。対象を、喉摘者と生活を共にし最も身近な存在である配偶者としており、それらの視点でとらえた喉摘者との生活への適応プロセスに限定している。

本研究結果は、喉摘者との日常生活を、配偶者の語りから再現したものである。配偶者が、喉摘者との生活をどのように認識し日々の暮らしを送ってきたのか、喉摘者との生活に適応するまでの行動が明らかになった。本研究で得られた知見をもとに、喉摘者や家族に対する支援を臨床にフィードバックし、その成果を分析すること、患者会との連携方法を検討していくことが今後の課題と考える。

V. 結 論

喉頭全摘術を受けた患者を支える配偶者が患者との生活に適応するプロセスには、【障害認識】、【言語コミュニケーション認識】、【喉摘者との関係性】、【夫婦のあり様】があった。【喉摘者との関係性】には、【密着】、【見守り】、【距離化】があり、配偶者の適応とともに変化していった。この変化には、【言語コミュニケーション認識】が関係していた。【言語コミュニケーション認識】に対応した支援から、配偶者は【夫婦のあり様】として〈“常にいるなという安心感”〉を抱いていた。この安心感によ

り【喉摘者との関係性】は喉摘者の自立を促進する【距離化】へと移り変わった。【障害認識】が〈発声教室参加へのハードル〉と変化した配偶者は、〈思い描いていた術後生活とのギャップ〉を感じていた。さらに、喉摘者との〈コミュニケーションのあきらめ〉、【夫婦のあり様】として〈夫婦関係の低迷〉を感じていた。以上のことから、配偶者の適応を支援するには、どのような【障害認識】や【言語コミュニケーション認識】を抱いているのかをアセスメントし、それに対応した支援をしていくことが重要であると示唆された。

謝 辞

本研究に快くご参加・ご協力いただきました対象者の皆様、またA病院の皆様に心より感謝申し上げます。

（受付 '16.05.10）
（採用 '16.11.14）

文 献

青柳道子：がん患者の配偶者のソーシャル・サポートに関する体験，日本がん看護学会誌，26(3)：71-80, 2012

Baghi, M., Wagenblast, J.: Demands on caring relatives of head and neck cancer patients, Laryngoscope, 117(4)：712-716, 2007

花出正美：診断後1年間にわたる頭頸部がんを経験する人々のクオリティ・オブ・ライフ，日本看護科学会誌，23(3)：11-21, 2003

畠山義子，内藤理英：喉頭摘出患者の自己効力感とその影響因子からの支援のあり方，山梨県立看護大学短期大学部紀要，8(1)：65-76, 2002

早川満利子，嶺岸秀子：術後外来通院中の老年期頭頸部がん体験者・家族へのがんリハビリテーション看護，日本看護科学会誌，32(2)：24-33, 2012

廣瀬規代美，中西陽子，青山みどり他：喉頭摘出者のボディイメージの受容プロセス，群馬県立医療短期大学紀要，12：33-47, 2005

廣瀬規代美，中西陽子，樋口友紀他：喉頭摘出術後の食道

発声における練習中断のプロセス，The Kitakanto Medical Journal, 61(3)：341-348, 2011

Holloway, L., Wheeler, S. / 野口美和子監訳，ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで—(第2版)：246-261, 医学書院，東京，2006

木下康仁：ライブ講義M-GTA—実践的質的研究法 修正版 グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて—，132-159, 弘文堂，東京，2007

木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い—，131-172, 弘文堂，東京，2003

前田秀彦，西澤典子，玉重詠子：喉頭摘出後の食道音声使用者に対する実態調査—北海道喉頭摘出者団体へのアンケート調査—，音声言語医学，55：226-232, 2014

間瀬由記，寺崎明美，辻 慶子：喉頭摘出者の食道発声訓練継続に関する自己決定行動の分析，日本がん看護学会誌，23(2)：42-49, 2009

森山 寛：耳鼻咽喉科エキスパートナーシング，南江堂，東京，262-277, 2002

長瀬陸美，澤田愛子：喉頭摘出者のコミュニケーション手段の再獲得過程における問題と支援，日本看護研究学会雑誌，32(4)：17-28, 2009

中嶋由紀子，森本真智子，原川明美他：外来における頭頸部がん患者，家族の看護に関する研究，長崎大学医学部保健学科紀要，16(1)：63-70, 2003

名取佐知子，宮澤一恵，辻加永子他：喉頭摘出術を受けた患者の日常生活上の困難さと対処方法—患者と家族の比較—，山梨大学看護学会誌，5(1)：49-55, 2006

Noonan, B. J., Hegarty, J.: The impact of total laryngectomy the patient's perspective, Oncology Nursing Forum, 37(3): 293-301, 2010

大久保仁司：がん患者の療養プロセスで配偶者が体験した困難，Hospice and Home Care, 21(1)：29-35, 2013

大西秀樹，石田真弓：家族と遺族のケア，心身医学，54(1)：45-52, 2014

大竹まり子，田代久男，齋藤明子他：山形大学附属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討，山形医学，22(1)：57-69, 2004

酒井丈夫：喉摘者の心身医学的検討，日本耳鼻咽喉科学会会報，97(8)：1412-1422, 1994

佐藤雄一郎：頭頸部癌治療における喉頭機能温存治療，新潟がんセンター病院医誌，53(1) 1-5, 2014

鈴木和子，渡辺裕子：家族看護学—理論と実践 (第4版)—，34-60, 日本看護協会出版，東京，2012

Process of Spousal Adaptation to Life with a Partner Who has Undergone Total Laryngectomy

Hiromi Matsuda¹⁾ Midori Furuse²⁾

1) Yamagata University Hospital

2) School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University

Key words: Total laryngectomy, Spouse, Adaptation to life, Adaptation process

The purpose of this study was to clarify the process of a spouse's adaptation to life with a partner who has undergone a total laryngectomy. Data were collected through semi-structured interviews of 10 spouses of patients who had undergone total laryngectomy while receiving regular outpatient treatment at an ear, nose, and throat department. The interviews were conducted 6 months to 3 years after the surgery. The data were analyzed based on a modified grounded theory approach. Seven categories and 16 concepts were generated from the results. The categories in the spouses' process of adapting to life with a partner who had undergone a total laryngectomy they were supporting were: Awareness of the Disability, Awareness of Verbal Communication, Relationship with the Partner, and Conjugal Status. Relationship with the Partner included *togetherness*, *watching over*, and *increasing distance*, which changed together with adaptation by the spouse. These changes were related to Awareness of Verbal Communication; and by providing support that corresponded to this awareness, the spouse held a "sense of security that the other person is always there," and the Relationship with the Partner shifts to *increasing distance* that encourages independence in their partner. At the same time, the spouse in whom Awareness of the Disability has changed to "hurdles to participation in vocalization classes" feels a "gap with the envisioned postoperative life;" in addition, "giving up on communication" with their partner and "faltering of the marital relationship" were also felt. The above suggests that assessment of the kind of Awareness of the Disability and Awareness of Verbal Communication held by individuals, and corresponding support, are important in supporting adaptation by spouses.