

舌切除術を受けた患者の障害受容の実態調査

A report on an investigation into the patient's acceptance of their impairment after glossectomy

信州大学医学部付属病院 西2階病棟

小出 愛、田川 恭子、塩原 喜久子

要 約

舌切除術を受けた患者は術後に大きく落ち込む。その原因を明らかにするために、術前説明の実態、および患者が抱いたイメージと実際のギャップに関する質問紙調査を行った。その結果、医師は疾患と手術・機能障害を価値転換論的に考えるため機能障害に関する説明をあまり強調しないこと、患者の障害情報満足度は高くなく術前に障害をイメージできず術後障害ギャップに落ち込むことが明らかになった。

キーワード：「舌切除術」「術後の落ち込み」「障害受容」

1. はじめに

舌癌は口腔癌の約半数を占めるとされる。当院における舌癌の治療は、基本的に早期癌では手術療法または放射線療法が行なわれ、進行癌では手術療法に加えて放射線・化学療法が行われている。近年マイクロサージェリー（顕微鏡手術）の進歩により微少血管吻合が可能となり、切除範囲が拡大し生存率が向上した。その一方で、舌切除後は口腔機能障害（咀嚼・嚥下・味覚障害等）、コミュニケーション障害、顔貌の変化等を伴うため、QOL 向上のためには術後リハビリテーションが必須と考えられる。当院でも10年程前から嚥下リハビリが導入され、平成16年度からは言語療法が開始された。しかし、私たちは舌切除術を受けた患者が、術後の障害を受け入れられず“こんなはずではなかった”と落ち込む姿を見てきた。過去には、術後のショックから抜け出せずにリハビリを拒否し、引きこもりとなったり、自殺に至るケースも見受けられた。金子は、術前の説明と解決策の提示による障害予測や予期的悲嘆は障害受容準備行動に結びつき、問題解決的コーピングを可能とし、その結果ストレス反応を低下させる¹⁾と述べている。

私たちが察するに、術前説明を行っているが、説明から患者が抱く術後イメージと、術後の実際に大きなギャップがあり、うまくコーピングできずに落ち込むと考えた。そこで、患者が抱いたイメージと実際のギャップ、医師の説明に関する意識を調査し、障害受容への介入について検討したいと思い、今回の研究に取り組んだ。

II. 研究方法、倫理的配慮

<対象>①平成17年9月に当院歯科口腔外科に在籍した歯科医師 10名

②平成12年から平成17年5月までに当科において舌切除術を受けた患者 37名

<方法>留め置き、郵送法による質問紙アンケート調査

<統計処理方法>Excel、二項目間の関係性はスピアマンの順位相関分析を行った。

<倫理的配慮>研究の趣旨を依頼文にて説明し、データ処理においては個人が特定されないこととし、質問用紙は無記名にて回収した。なおこの研究は院内看護研究倫理委員会の承認を得てから研究を行っている。

III. 結 果

【歯科医師の術前説明に関するアンケート結果】 10名に配布、アンケート回収率100%

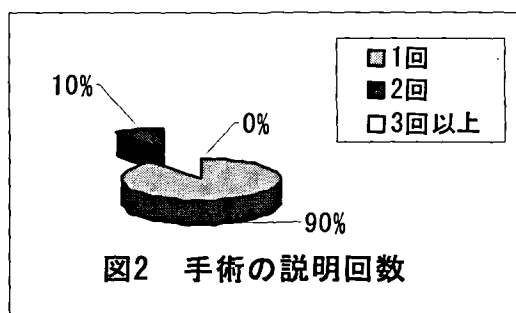
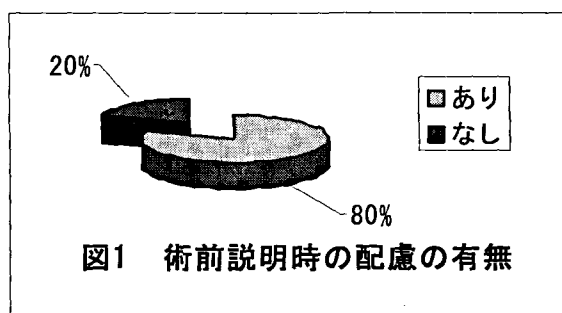
1) 術前説明時の配慮の有無 (図1)

80%の医師が何らかの配慮をしている。その内容は、専門用語をできるだけ避ける・絵や模型を使用する・数値を示す 等であった。

2) 手術の説明回数 (図2)

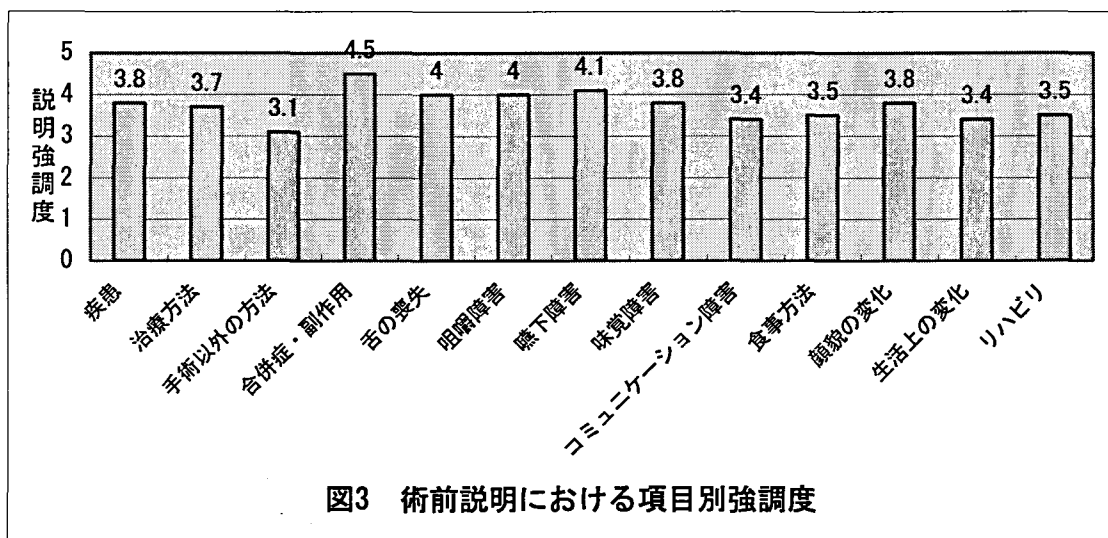
90%の医師が1回、10%の医師が2回、3回以上行っている医師はいなかった。術式の最終決定が数日前のカンファレンスで決定されるため、患者への説明は手術前日若しくは手術2・3日前に行われている。

手術についての説明における配慮としては、「術前に少しずつ話す」「生命予後とQOLをわかりやすく説明する」「病状についての説明に最も時間を割き何故手術をするのか理解してもらう」「専門用語は避け、図を多用する」等の配慮を行っていた。



3) 術前説明における項目別強調度 (図3)

調査項目は金子の先行研究より明らかになった舌切除者のストレスサーを用いた。手術の合併症・副作用について特に強調されていた。次いで舌の喪失とそれに伴う咀嚼・嚥下・味覚という各機能の障害と顔貌の変化について強調されるが、その機能障害によって起こりうる社会生活上の変化（コミュニケーションや生活上の変化）についてはあまり強調されていなかった。

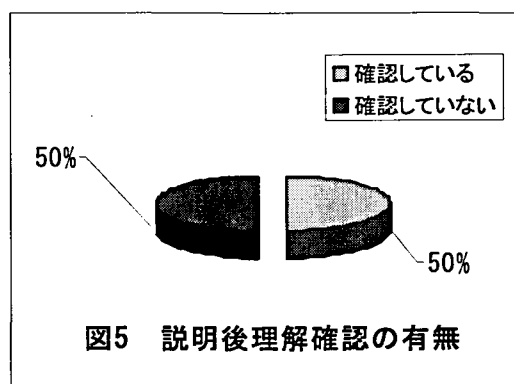
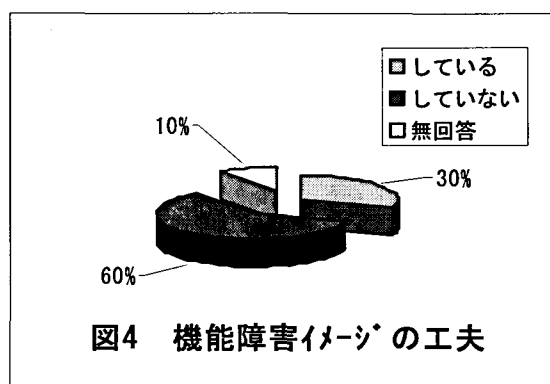


4) 機能障害イメージへの工夫 (図4)

患者が機能障害をイメージできる工夫をしている医師は30%のみであった。工夫の内容は、「術前にリハビリを紹介する」「写真や模型を使用する」などであった。

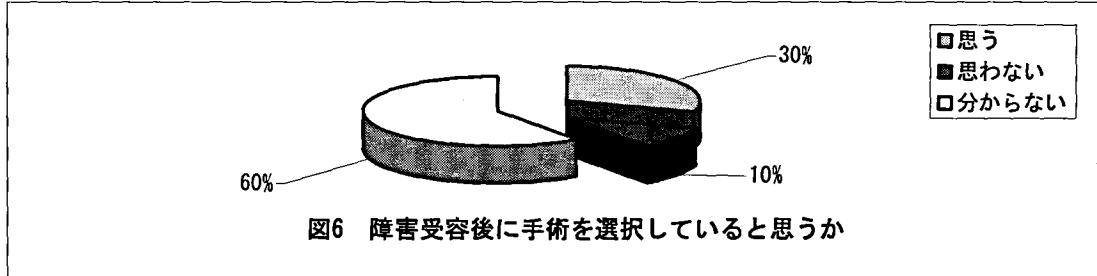
5) 説明後の理解確認の有無 (図5)

説明後に理解確認を行っているのは50%に留まった。確認の方法としては、「本人に分かったか確認する」「何回も簡単に説明し、質問があれば答える」「病状、手術方法、合併症、術後の予定について逐一分からない点を質問してもらいながら説明をする」「必ず質問の有無を確認する」であった。



6) 障害受容後に手術を選択していると思うか (図6)

患者が術後の機能障害について理解されたかの確認は全くされていなかった。その一方、30%の医師が、患者は術後の障害を受け入れてから手術を選択していると考え、60~70%の医師は障害受容・理解の可否を確認できないまま手術に踏み切っていた。



【患者アンケート結果】 37名配布 28名回収 アンケート回収率 76%

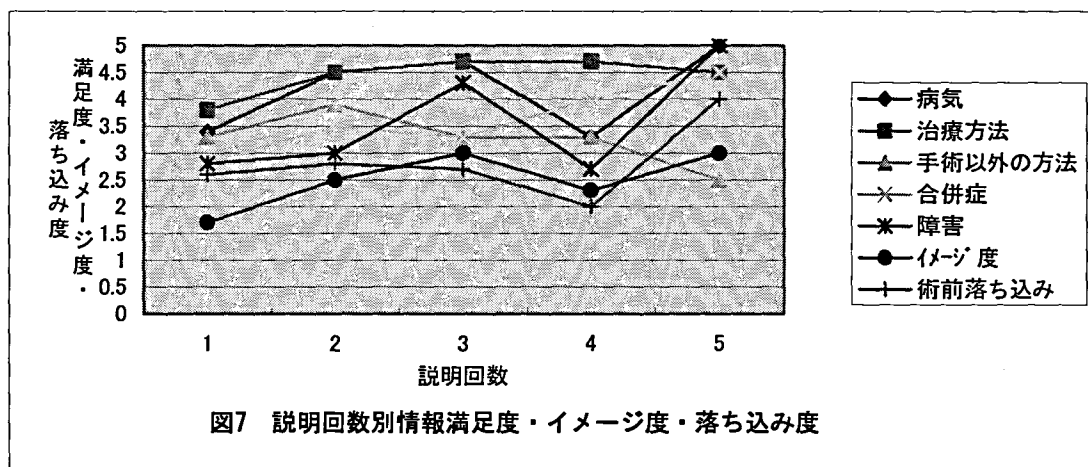
調査対象者は50才代~80代の男女28名、平均年齢64.7才である。対象者内訳は表1に示す。

表1 対象者の年齢・性別の内訳 (人数)

	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代
男性	5	9	5	0
女性	4	2	2	1
合計	9	11	7	1

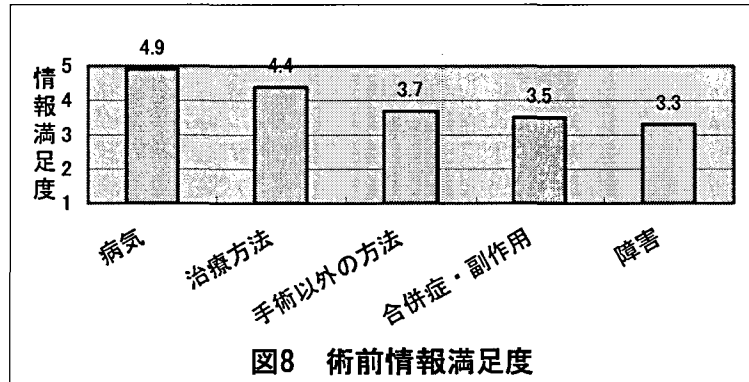
1) 説明時期、説明回数別情報満足度・イメージ度・術後落ち込み度 (図7)

手術の説明を受けた日は手術の1ヶ月前~前日とバラツキは大きかったが、説明時期と手術を決定する時間においては、評価3~4(普通~良い)と差は見られなかった。「入院前に詳しい説明がほしかった」「決断にはあまり時間は要らない」という意見があった。説明を受けた回数は平均2.3回であった。医師の説明回数と患者の受けた説明回数が異なるが、これは歯科医師からの説明の他に形成外科や放射線科からの説明が含まれている為と考える。説明を2回行うことにより、病気・治療方法・手術以外の方法・合併症(医師が強調して説明するもの)に関する情報満足度は、評価点3以上が得られている。説明回数とイメージ度は、相関係数 $r=0.24$ 。説明回数と術前の落ち込みとの相関係数 $r=0.147$ 。



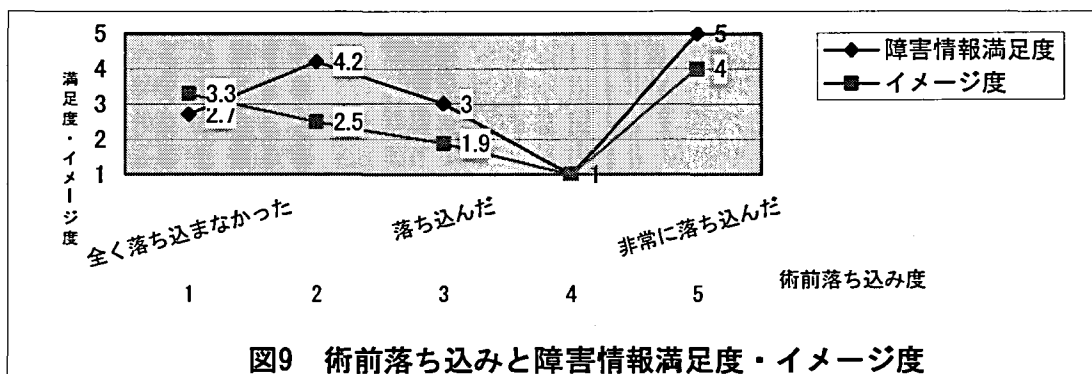
2) 術前情報満足度 (図8)

項目別情報満足度から、病気、治療、手術合併症・副作用に関する情報満足度は高く、それに比べ機能障害の情報満足度はあまり高くなかった。



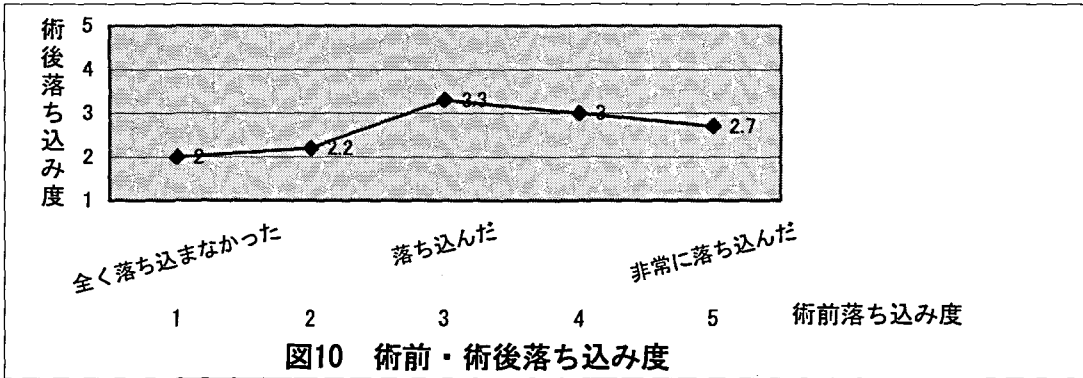
3) 術前落ち込みと障害情報満足度・イメージ度の関係 (図9)

障害情報満足度とイメージ度は同様の傾きを示し、術前の落ち込みが大きい人は、障害情報満足度もイメージ度も高かった。情報満足度とイメージ度の相関関係は $r = 0.65$ 。術前の落ち込みが3以下の場合、落ち込みが小さくなるに従って、イメージ度が逆にアップしていた。十分な情報が得られイメージができて、落ち込む人と落ち込まない人がいることがわかった。イメージできて落ち込まない人は6名おり、「術前に化学療法を行っており手術までに比較的時間があった」「舌切除術体験者との交流があった」「戦争という手術より辛い体験をしており手術をしても生きていられると思った」「術後の生活に変化はない術前の状態に戻れると考えた」と述べていた。イメージはできて落ち込まないパターンの人にも、多分大丈夫・術前の状態に戻れるであろうと考えた情動志向型コーピングをする人。過去の苦難を乗り越えられた実績から、今回も何とかできる・生きていくと問題解決型コーピングをした人がいた。



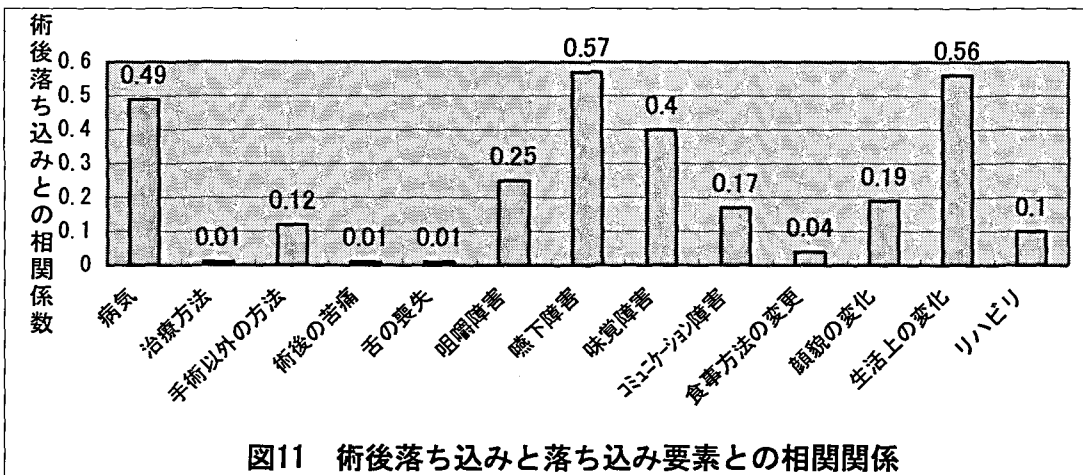
4) 術前・術後落ち込み度の関係 (図10)

術前落ち込み平均2.7、術後落ち込み平均2.9であり、予想以上に術前後の落ち込みは小さかった。これはアンケートが術後半年～4年経過し、最も辛かった時期を乗り越え、過去の記憶となっている影響も考えられる。術前落ち込み度が3以上の人は、術前の落ち込みが大きいほど術後の落ち込みは小さい。相関係数は $r = -0.22$ 。逆に術前落ち込み度が3以下の人は、術前の落ち込みが小さいほど術後の落ち込みも小さい。術前落ち込み度3を境に2つのパターンに分かれていた。



5) 術後落ち込みと落ち込み要素との相関関係 (図11)

相関関係が強かった順に①嚥下障害($r = 0.57$)②生活上の変化($r = 0.55$)③病気($r = 0.49$)④味覚障害($r = 0.40$)⑤咀嚼障害($r = -0.25$)であった。術後の落ち込みの大きな要素は術後機能障害と言える。



6) 術後落ち込み度と障害情報満足度 (図 12)

術後落ち込みの大きな要素が術後機能障害であるため、術後落ち込み度と術前の障害情報満足度の関係を見た。術後落ち込み度が小さい人は障害情報満足度が高く、術後の落ち込みが大きい人の方が情報満足度は低かった。障害情報が多いと障害予測ができ、実際とのギャップが小さくなり術後の落ち込みは小さくなる。

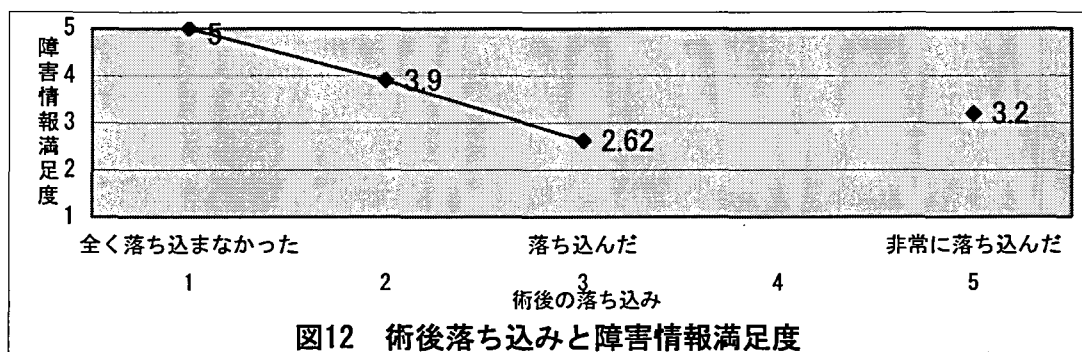


図12 術後落ち込みと障害情報満足度

IV. 考 察

舌切除後の落ち込みに対し「術前説明から患者が抱く術後イメージと術後の実際に大きなギャップがありうまくコーピングできずに落ち込む」と仮説を立て、術前説明に対する医師の意識と患者が抱いたイメージと実際のギャップについて質問紙調査を行った。その結果を考察する。

(I) 医師への調査結果より

- ①手術の合併症・副作用に比べ機能障害に関する説明は強調されず解決策の提示は少ない。
- ②説明後に患者に内容が理解されたか確認している医師は半数のみであり、機能障害の理解・受容度の確認は全くされずして手術を行っている現状が明らかとなった。

(II) 患者への調査結果より

- ①患者の障害情報満足度は高くない。
- ②1) 情報満足度とイメージ度は相関関係がある。
2) イメージできても術前に落ち込む人と落ち込まない人がいる。
- ③イメージできても落ち込まない人には、楽観的情動志向と過去のコーピングを基にした問題解決的志向の人がいる。
- ④機能障害は術後落ち込みの原因のひとつとなっている。
- ⑤情報不足により障害予測が不十分だと術後障害ギャップが大きく落ち込みが大きい。

以上の結果から、現在の術前の説明では機能障害情報が少なく、障害予測が十分にできず予期的悲嘆を経験することは少ない。術後はイメージと実際とのギャップに落ち込んでいる現実が明らか

かとなった。仮説どおりであった。

今回の研究を通し術前説明から障害受容までの過程は個人により様々であり、A～Dのパターンに分類される。(図13)

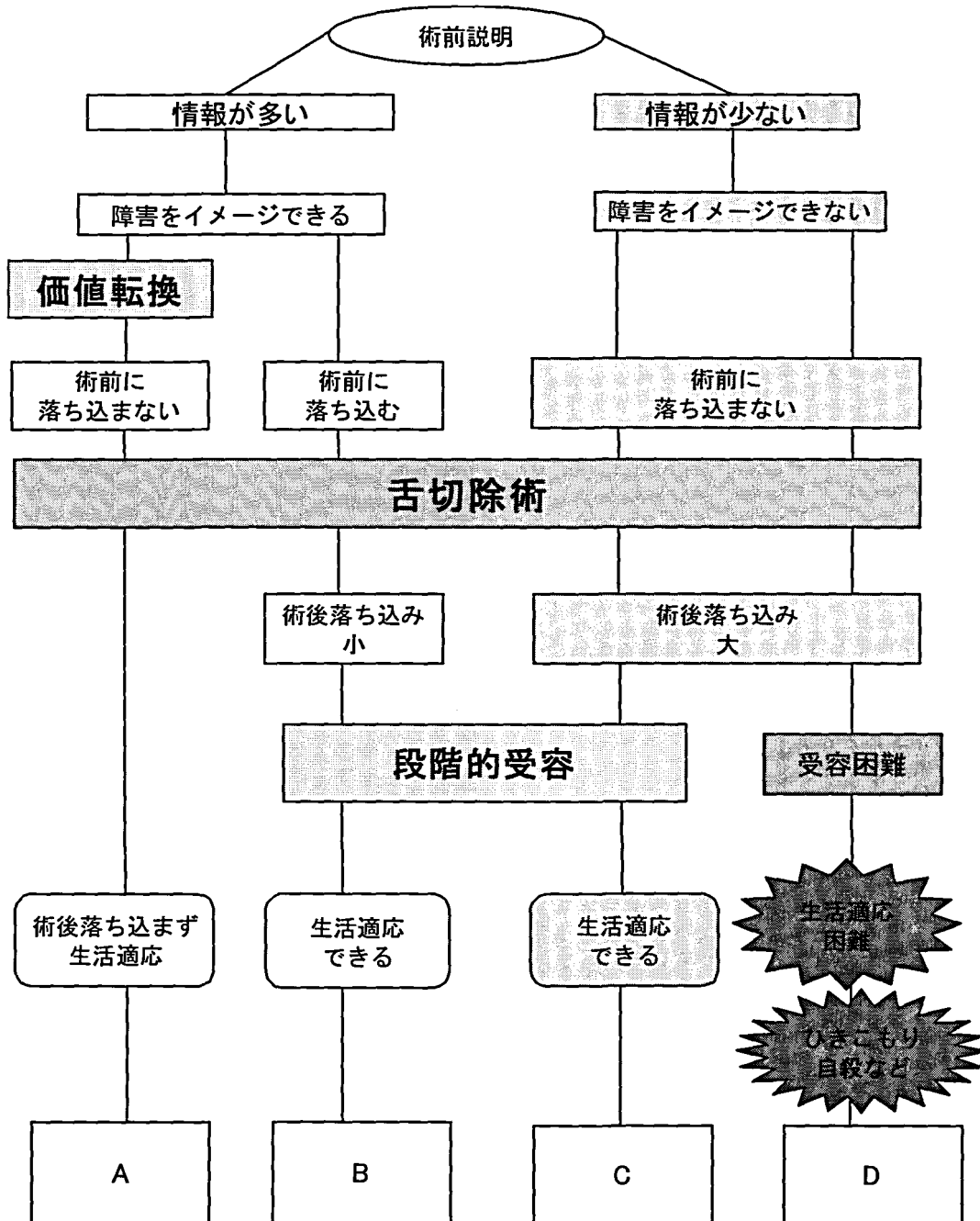


図13 術前説明から障害受容までのパターン

- A：術前の説明でイメージできて価値転換論的に考え落ち込まず術後も落ち込まない人。つまり、「障害は残っても生きている喜びは大きい。癌・舌をとったのだから障害は残っても仕方がない。自分の生き方・信念は不変である。」とライトの価値転換論で障害を肯定的に受け止め、障害を抱えながらも前向きに生きようとするパターン。医師が疾患と手術の必要性を強調し、機能障害をあまり強調しないのは、価値転換論的に考えるためである。医師と同じ様に価値転換論的に考えられるパターンには現在の説明で良いと思われる。しかし、リハビリによりQOLを高めることができるという説明は、患者が生きて希望をもつために必要であると考ええる。
- B：障害をイメージでき術前落ち込むが、障害予測し予期的悲嘆を経験することで術後のストレスを小さくし、術後の落ち込みは小さく段階的に受容・生活適応していく人。
- C：障害をイメージできずに術前に落ち込まず、術後に大きく落ち込むが段階的に受容、生活適応していく人。人それぞれの年月をかけ、機能障害というストレスを受け入れ、その人なりに生活適応していくパターンである。術直後は身体的・精神的苦痛により絶望感を感じ、「こんなはずではなかった」とどん底まで落ち込み否定的感情を体験する。嚥下・発音訓練が始まり、機能障害克服のためにリハビリに励むが自分の気持ちに身体がついていかず障害の壁に直面し、無気力・抑うつ状態となったりわずかなことで荒れたりする。しだいに自己の口腔機能や顔貌の変化を冷静に認識し、残存機能で生活していく方法を獲得し、周囲の人々の理解と協力を得ながら社会の一員として再生を図っていく²⁾。そこで忘れてはならないのは、段階説のようであっても適応に向かって一段階ずつ前進できるとは限らず、個人差があることである。キューブラー・ロスの（臨死患者の死の）受容段階説³⁾や、ナンシーコーンの障害後の心理的回復過程ステージングモデル：段階理論が参考になる。術前の予期的悲嘆と、術後のリハビリによる問題解決的コーピングが出来るように介入することが必要である。
- D：障害をイメージできずに術前落ち込まず、術後の落ち込みが大きく生活適応困難な人。最も問題となるのは生活適応できずに引きこもりや自殺などの経過をたどってしまうケースである。しかし舌切除術は何の予測もなしに中途障害となる場合と異なり、情報提供により障害の予測・受け入れが出来てから手術に臨むことが可能である。術前に障害受容ができない場合は、手術以外の方法を選択して生きることも可能となる。

どのようなパターンであっても、患者自身が説明・情報を理解し、納得した治療方法を選択できることが重要である。術前の説明を早期に行うこと、機能障害情報を更に強調することで予期的悲嘆を経験し、術後は現実を冷静に受け止め、解決策（リハビリ）をめざして回復しようとする意欲に繋がる。癌の告知受け入れと障害の受容とは異なるかもしれないが、癌の場合は受容に2週間は

必要とされている。(手術による障害の受容、特に術前の障害受容準備期間に関するデータは見当たらない)しかし、舌を切除した後に再建するというこの手術の場合、乳房切除や眼球・喉頭摘出、四肢切断・・・という想像・予測しやすい喪失・機能障害とは異なり、普段無意識的に使用していた舌(口内という見えにくい場所)がなくなるということはどういうことか、更に切除しても再建することで元の機能が保たれるのではないかと想像・期待しやすい。そして、機能障害はイメージしにくく現実とのギャップは更に大きくなると考える。そこで今後はイメージの仕方について更に学び、障害予測しやすい術前の説明にむけて、医師、リハビリ、NSTと共に、看護師としても介入をしていきたい。

V. 結 論

十分な説明(情報提供)により術前に障害がイメージ、予測でき、予期的悲嘆を経験してから手術に臨むことにより術後のストレスは少なくなる。医師は疾患と機能障害を価値転換論に基づいて説明する。患者には術後機能障害を価値転換論的に受容する人、時間をかけて段階的に受容する人、どうしても受容できない人が存在する。術前から障害受容困難な患者は、手術以外の方法も選択できるような介入も必要である。どのような受容の仕方においても患者が希望を持ち、闘病意欲がわくように医師・看護師・リハビリ等、医療チームとして関わりを更に強化し、障害受容への介入の改善を図っていきたい。

引用文献

1) 金子昌子：舌切除に伴う中途障害者に対する看護介入、茨城県立医療大学紀要、第8巻、9-18、2003

参考文献

2) 池田勝昭、目黒達哉：障害者の「こころ」、学術図書出版社、P113-123、2003

3) キューブラー・ロス：死ぬ瞬間-死とその過程について-第17版、2004、鈴木晶訳、読売新聞社