研究報告

改変 Nottingham Adjustment Scale – Japan の 喉頭摘出者に対する適用可能性

Applicability of a Modified the Nottingham Adjustment Scale – Japan to the Patients after Laryngectomy

矢口久実子¹⁾, 甲斐一郎²⁾, 佐藤みつ子³⁾, 鈴鴨よしみ⁴⁾

Kumiko Yaguchi, Ichiro Kai, Mituko Sato, Yoshimi Suzukamo

キーワード: 喉頭摘出者, 心理的適応, 信頼性, 妥当性

Key words: patients after laryngectomy, psychological adjustment, validity, reliability

Abstract

The purpose of this study is to examine the applicability of a psychological adjustment scale for the patients who undergo laryngectomy and to examine its validity and reliability. "Psychological Adjustment for the Patients after Laryngectomy" (PAL) was modified from Nottingham Adjustment Scale – Japan (NAS-J), which had been developed for visually impaired people and the patients with Parkinson's disease, and consisted of 32 items. A factor analysis showed eight factors, similar to the seven factors in the original NAS-J. However, "Acceptance" was divided into two factors, "Positive behavior level" and "Self-consciousness level". Internal consistency of the eight subscales was sufficient (Cronbach's alpha 0.7 to 0.8) except "Locus of control" (Cronbach's alpha 0.6). We conclude that PAL scale can be used for the patients after laryngectomy in Japan.

要 旨

本研究の目的は、喉頭摘出者用として Nottingham Adjustment Scale – Japan (NAS-J 尺度) の適用可能性を検討するために、その信頼性・妥当性を検証することと、喉頭摘出者の心理的適応構造を明らかにすることである。視覚障害者およびパーキンソン病患者に用いられた障害受容尺度の NAS-J 尺度を改変して、プロマックス回転による因子分析にて分析した。結果、8 因子 32 項目で、すべての項目が 1 つの因子のみに一定以上の負荷量を有し、NAS-J 尺度と同様の因子構造を示した。喉頭摘出者の因子構造において、「受容」の項目が第 1 因子「受容 a (肯定的行動レベル)」と第 5 因子「受容 b (自身の自覚レベル)」に分かれた。信頼性係数を求めたところ、第 8 因子のローカスオブコントロール以外は 0.7 ~ 0.8 の α 係数を得られたことから、内的整合性が高いことが示された。以上から、NAS-J 尺度は喉頭摘出者の心理的適応尺度として使用することが示唆された。

受付日: 2003 年 8 月 27 日 受理日: 2004 年 1 月 29 日

1) 杏林大学保健学部看護学科 Kyorin University, 2) 東京大学大学院医学系研究科 Tokyo University, 3) 山梨大学大学院医学工学部 Yamanashi University, 4) 京都大学医学研究科 Kyoto University

I. はじめに

喉頭や咽頭は、発声や嚥下を遂行するうえで最も重要な役割を担う器官である(吉田, 2000)。その喉頭部周囲を摘出することを余儀なくされた人たちは、突然声を失うこと(失声)や永久気管孔(頸部より気管に穴を開け、永久的に呼吸をする穴)によるボディイメージ変化等が生じる。このような障害について井上ら(2000)は、「感覚—知覚機能の変化喪失は、ボディイメージだけではなく、その人の内的規範や自尊心、役割、アイデンティティといった要素になんらかの形で変容を強いる。それは、個人が自分についてもつ概念や確信あるいは信念といった、いわゆる自己概念を変容させるような体験だといえる」と述べている。特に、声が出ないことによって、スムーズな会話ができないため、悲しみや怒り、羞恥心、不安、孤独、屈辱を感じ、人間関係を面倒なものと感じ、引きこもり等、社会的に孤立するおそれがある。

坂谷内ら(1994)の調査によれば、失声は近親者の死別体験よりも辛かったと答えた人が62名中55名いた結果も報告されている。喉頭摘出者にとっての第一の願いは、再び声を出すことであり、そのことが人生を大きく左右することにもなる。喉頭を摘出することによって生じる障害は、身体的のみならず、さまざまな心理・社会的障害をも生じるほど、その人にとって影響が大きいものである。

喉頭摘出後は、失声によるショックとがんの再発への不安を抱えながら生活していくことから、喉頭摘出者の心理的適応の特徴を明らかにすることは重要である。

また、喉頭摘出後の自己を認め、心理的に適応していくためには、障害の受容や自己効力(自分には必要なことを実行できる力があると感じる程度)、ローカスオブコントロール(自分で決断し実行する程度)、自尊感情(自分に価値を見出せる程度)などさまざまな要因が関連していると考えられる。

先行研究では、さまざまな要因別の研究は報告されているが、その要因を関連づけ統合させ心理的に適応しているかどうかの変化を調査した研究はみられない。

II. 本研究の意義

喉頭摘出者が、疾患や障害を抱えたまま社会生活に

適応していくには困難なことが多いと予測される。特に、心理的に適応していくためには、疾患に対する不安やうつ状態、自己効力感、帰属スタイル、障害の受容、自尊感情、ローカスオブコントロールなど、さまざまな要因が関連しあっていると考えられる。これまでの研究においては、そのさまざまな要因の一つ一つの研究はみられるが、多面的にしかもその要因を統合させて心理的に適応しているかどうかの変化を研究したものはいない。

また、退院後の喉頭摘出者の失声に対する受容への支援は、非常に重要であるにもかかわらず、心理的、社会的側面からリハビリテーションのアプローチをした研究は少ない。本研究は、喉頭摘出者の心理的適応の状況を多面的に把握し、構造をとらえる心理的適応尺度の適用可能性を検討し、看護援助への基礎資料とするところに意義がある。

III. 用語の定義

心理的適応とは、不安・うつ、障害の受容、自己効力感、帰属スタイル、障害者への態度、ローカスオブコントロールにおいて適応できている状態のことを意味する。

1) 障害の受容…自分の障害を肯定的に受け止めている程度。

2) 不安・うつ…不安やうつ状態の少なさ。

3) 自己効力感…自分には必要なことを実行できる力があると感じる程度。

4) 帰属スタイル…手術後のさまざまな困難を乗り越えられたのは周囲のサポート等の外的な力だけでなく自分の力によるものであると考える程度。

5) 障害者への態度…失声障害者に対して肯定的な態度をもつ程度。

6) ローカスオブコントロール…健康問題の解決を自分の努力によって得られると考える程度。

(Internals)→自らの健康問題解決を自分の努力によって得られると考えているとする。

(Externals)→自らの健康問題解決は自己の努力の及ばない所で決定されと考えているとする。

7) 自尊感情…自分を尊重する気持ちの程度(人が自分自身の中に取得してきた評価であり、自分の位置づけを意味する。自尊感情を保ち、あるいは高めるためには、社会や人間関係の中で、それだけ肯定的な経験を重ねることができたかにかかっている)。

喉頭摘出者とは、喉頭部の疾患により、喉頭を摘出することを余儀なくされ、声帯を失った人のこととする。

喉摘会とは、喉頭摘出者の患者会のこと。

IV. 目 的

喉頭摘出者の心理的適応構造の把握と心理的適応尺度 (NAS-J 尺度) の信頼性・妥当性を検討する。

V. 研究方法

1. 対象

静岡県 (3 カ所)、東京都、長野県 (4 カ所)、山梨県 (2 カ所) の喉頭摘出患者会 (信鈴会・静鈴会・県喉会・銀鈴会) 会員 565 名に配布し、450 名回収 (回収率 79.5 %) した。

2. 調査期間

平成 14 年 6 月～8 月の期間である。

3. 調査方法

構成面接方式質問紙調査法または郵送調査法で実施した。調査内容に関しては、山梨医科大学倫理委員会にて承認を得て、協力の得られた対象のみに実施している。

調査内容

心理的適応の測定用具 NAS-J ver.1.0 尺度 (The Nottingham Adjustment Scale-Japan version 1.0 ; 鈴嶋ら, 2001) : この尺度は心理的適応を多面的に測定する視覚障害者用およびパーキンソン病用の尺度で、質問項目は 38 項目である。それらの項目は、7 つの下位尺度より構成されている。下位尺度 7 項目は、「不安・うつ」、「障害の受容」、「自己効力感」、「帰属スタイル」、「障害者への態度」、「ローカスオブコントロール」「自尊感情」で、全項目において、得点が高いほど心理的に適応しているとする。この尺度の質問項目内容の一部分に、「視覚障害者」の名称を使用しているため、本研究において、尺度開発者に了承を得て、その部分を「喉頭摘出者」向けの名称に置き換えて使用した。下位尺度は次の内容を測定している。

①不安・うつ 6 項目 (不安やうつ状態の少なさを測定)、4 段階評定

②障害の受容 9 項目 (自分の障害を肯定的に受け止めているかどうかを測定、5 段階評定

③自己効力感 4 項目 (自分には必要なことを実行できる力があると感じる程度の測定)、5 段階評定

④帰属スタイル 6 項目 (成功を外的な力ではなく自分の力によるものであると考える程度を測定)、5 段階評定

⑤視覚障害者への態度 5 項目 (視覚障害者に対して肯定的な態度か否定的な態度かを測定)、5 段階評定

⑥ローカスオブコントロール 3 項目 (リハビリテーションの正否がどの程度自分の行動によって決まると感じているかを測定)、5 段階評定

⑦自尊感情 5 項目 (自分を尊重する気持ちの程度を測定)、5 段階評定

得点の解釈の詳細は以下のとおりである。

- ・不安、うつ：高得点ほど不安・うつが少ない。
- ・障害の受容：高得点ほど、障害を受容している度合いが高い。
- ・帰属スタイル：高得点ほど内的帰属 (手術後のさまざまな困難を乗り越えられたのは自分の力によるもの) が高い。
- ・自己効力感：高得点ほど自己効力感が高い。
- ・失声障害者への態度：高得点ほど失声障害者に肯定的な態度をもっている。
- ・ローカスオブコントロール：高得点ほどローカスオブコントロールが高い。
- ・自尊感情：高得点ほど自尊感情が高い。

全項目において、高得点ほど心理的適応が高いことを示す。

今回の調査においては、下位尺度の「自尊感情」の項目で、「私は時折役に立たない人間であると感じる」と「私は時折、自分はまったくだめだと思う」を同義語とみなし、後者を削除して 37 項目で分析を行った。

4. 分析方法

NAS-J 尺度の信頼性・妥当性の検討と心理的適応構造の把握

喉頭摘出者用心理的適応の尺度が、視覚障害者およびパーキンソン病患者用の尺度であり、喉頭摘出者に使用するのとは初めてのため、因子分析 (主成分分析によるプロマックス回転) にて、因子構造を分析し、構成概念妥当性を検討した (SPSS Ver.11J 使用)。下位尺度ごとにクロンバック α 係数を算出し、信頼性を

確認した。

Ⅵ. 結 果

1. 因子分析による構成概念妥当性の検討

プロマックス回転による因子分析によって因子構造を検討した。因子負荷量は0.4を基準とし、基準に満たない項目や複数の因子に基準以上の因子負荷量をもつ項目は除外し、因子分析を繰り返した。下位尺度間には相関が想定されるため、NAS-J尺度と同様の方法のプロマックス回転を使用した。

NAS-J ver.1.0の37項目中、「態度」1項目、「自己効力感」1項目、「自尊感情」2項目、「ローカスオブコントロール」1項目の計5項目が除外された。「自尊感情」では、「全体として、私は自分に満足している」、「私はもっと自分のことを尊重できたらと思う」が除外された。「自己効力感」では、「私は、物事に失敗すればするほど一生懸命に取り組む」が除外された。「ローカスオブコントロール」では、「今の状況の中で、自分の将来をうまく生かせるようにするかどうかは、私にかかっている」が除外された。「態度」では、「失声の障害をもつ人が自分のことを価値がないと思っているとは限らない」が除外された。

最終的には、8因子32項目で、すべての項目が1つの因子のみに基準以上の負荷量を有した(表1)。8因子の累積寄与率は65.9%であった。

NAS-J尺度と異なり、「受容」が第1因子と第5因子に分かれた結果となった。第1因子の受容は、障害を肯定的に受け止めて積極的に生きようとしている段階であり、第5因子の受容は、自分自身の中で障害を自覚している段階であると解釈される。そのため、第1因子を「肯定的行動レベルの受容」とし、第5因子を「自身の自覚レベルの受容」と命名した。

視覚障害者(鈴鴨ら, 2001)と喉頭摘出者と比較すると、「受容」が2つに分かれる違いはあるが、心理的適応構造はほぼ同じであった。

2. 信頼性の検討

下位尺度ごとの信頼性係数を求めたところ、第8因子のローカスオブコントロール以外は0.7～0.8の α 係数を得た(表1)。

Ⅶ. 考 察

1. 喉頭摘出者の心理的適応の構造

同じNAS-J尺度で測定した視覚障害者(鈴鴨ら, 2001)と喉頭摘出者の因子において、受容が2つに分かれた違いはあるものの、1つの因子のみに基準以上の負荷量を有したことから、喉頭摘出者にも本心理的適応尺度が適用しうることが示唆された。

「受容」の因子が2つに分かれ8因子となったことは、喉頭摘出者の心理的適応の特徴であると考えられる。NAS-J尺度の項目内容から、第1因子の「肯定的な行動レベルの受容」は、自分自身がいろいろなことを楽しみ、可能性を見出し、希望通りに実施でき、理想とする人間像に近づけると考え、他人に何かしてあげられるレベルの因子で、Corn(1961)の障害受容の「適応」と同様、障害を肯定的に受け止めて積極的に生きるレベルの因子であると解釈される。第5因子の「自身の自覚レベルの受容」は、自分の能力に満足し、失声によって落ち込んだり悩んだりすることはなく、自分にできないことがあっても気にしないレベルの因子であることから、精神的安定レベルの因子であると解釈される。この第5因子において、喉頭摘出者の「自分にできないこと」には失声が第一に考えられ、言語的コミュニケーションの獲得状況が、この第5因子に影響している可能性がある。さらに、視覚障害者は乳幼児期から障害がみられる場合があるが、喉頭摘出者は、老年期となったあるいはそれに近い時期に、突然失声し、音声による自分自身の感情の抑揚を表現することが困難となっている。その「障害となつてからの経過年数」と「障害となつた年齢期」の違いが、障害の受容に影響を及ぼし、「受容」を2つにした可能性が考えられる。

2. 信頼性の検討

第8因子のローカスオブコントロール以外の7因子は0.7～0.8の α 係数を得たことから、各下位尺度に含まれている項目の内的整合性が示された。

Ⅷ. 結 論

1. NAS-J尺度(ver.1.0)は喉頭摘出者においても、8因子32項目で、すべての項目が1つの因子のみに基準以上の負荷量を有したことから、構成概念妥当性が検証された。

表 1 NAS-J 尺度（喉頭摘出者）のプロマックス回転による因子分析とクロンバック α 係数

Items	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8	共通性
I 受容-a (Acceptance) $\alpha = .8635$									
ケ) 声を失っても、私の生活は他の人と同じように有意義だと感じる	0.866	-0.158	0.361	0.269	0.407	0.300	0.229	0.116	0.762
キ) 声を失っても、私はいろいろな事を楽しんでいる	0.847	-0.083	0.328	0.109	0.305	0.248	0.093	0.195	0.747
コ) 声を失っても、人生にはいろいろな可能性があると思う	0.840	-0.262	0.367	0.152	0.369	0.230	0.190	0.061	0.726
ク) 声を失っても、他の人に何かしてあげることはできる	0.793	-0.110	0.310	0.192	0.279	0.294	0.327	0.097	0.655
オ) 声を失っても、したいことはできるし、なりたいた人間になることもできる	0.686	-0.198	0.302	0.200	0.637	0.204	0.180	0.038	0.630
カ) 失声のことばかり考えて、ひどく落ち込むことはほとんどない	0.654	-0.066	0.264	0.173	0.604	0.199	0.053	0.057	0.577
II 帰属スタイル (Attributional style) $\alpha = .8352$									
イ) これまでの成功は幸運によるものである	-0.136	0.850	0.039	-0.025	-0.080	0.150	0.079	0.026	0.736
ウ) 物事がうまくいくのは単に幸運だからである	-0.056	0.800	0.052	-0.108	-0.206	0.152	0.112	0.063	0.678
エ) これまでの成功は、外からの影響によるものである	-0.152	0.778	-0.076	0.022	-0.099	0.160	0.164	0.061	0.630
オ) 物事がうまくいくのは、世の中が私を助けてくれるからである	-0.166	0.754	-0.013	-0.034	-0.160	-0.078	0.019	0.158	0.612
ア) これまでの成功は、たまたま、状況がうまく整っていたのである	-0.121	0.748	-0.040	0.054	0.001	0.191	0.007	0.007	0.610
カ) 物事がうまくいかないと、それは私の力が及ばないからである	-0.078	0.542	0.011	0.123	-0.099	-0.105	0.349	0.077	0.459
III 不安・うつ (Anxiety-depression) $\alpha = .8267$									
エ) あなたは最近いつも緊張していると感じていますか	0.262	0.077	0.766	0.238	0.049	0.318	0.080	0.160	0.637
イ) あなたは最近、元気がなく、落ち込んでいると感じていますか	0.403	0.042	0.730	0.222	0.069	0.313	0.267	0.011	0.572
ウ) あなたは最近、全てのことが自分にのしかかっていると感じていますか	0.169	-0.050	0.720	0.209	0.097	0.052	0.133	0.180	0.591
オ) あなたは最近、全く気力がなくて、何もできないと感じたことがありますか	0.360	-0.019	0.715	0.169	0.266	0.304	0.357	0.000	0.580
ア) あなたは最近、常にいらいらしたり高ぶっていますか	0.443	-0.041	0.713	0.198	-0.026	0.372	0.185	0.023	0.608
カ) あなたは最近、全てのことから逃れ、死んでしまった方がよいと思ったことがありますか	0.238	-0.070	0.610	0.252	0.204	0.217	0.426	0.040	0.475
IV 態度 (Attitudes) $\alpha = .7203$									
ウ) 失声の障害をもつ人は、一般的に問題なく発声する人より、落ち込みやすい	0.231	0.038	0.158	0.830	0.171	0.142	0.209	0.158	0.716
イ) 失声の障害をもつ人は、一般的に、声を失うことは、最悪の出来事と思っている人が多い	0.089	-0.073	0.248	0.829	0.073	0.166	0.271	0.237	0.711
エ) ほとんどの失声障害者は、多くの事柄を、自分の胸にしまい込んでいる	0.238	0.020	0.318	0.827	0.138	0.106	0.200	0.250	0.712
ア) 失声の障害をもつ人は、一般的に自分に満足していない人が多い	0.117	-0.043	0.248	0.727	0.129	0.320	0.219	0.111	0.574
V 受容 b (Acceptance) $\alpha = .7567$									
ウ) 私は自分の能力に満足しており、失声のことでさほど悩むことはない	0.452	-0.145	0.171	0.172	0.815	0.073	0.108	-0.013	0.688
ア) 失声のことで、いやな思いをすることはほとんどない	0.282	-0.076	0.088	0.146	0.798	0.096	0.021	-0.037	0.642
イ) 声を出せる人にできて、私にできないことがあっても別に気にしない	0.309	-0.115	0.089	0.036	0.796	0.103	-0.108	-0.070	0.663
VI 自己効力感 (Self-efficacy) $\alpha = .8105$									
イ) 私は何か新しいことを学ぼうとすると、最初にうまくいかないと、すぐにやめてしまう	0.334	0.044	0.327	0.229	0.124	0.840	0.399	0.109	0.730
ウ) 新しいことが自分には難しすぎるように思える時、学ぼうとするのを避けてしまう	0.226	0.168	0.173	0.144	0.053	0.802	0.372	0.215	0.693
ア) 私は簡単にあきらめてしまう傾向がある	0.276	0.132	0.399	0.258	0.112	0.800	0.230	0.164	0.673
VII 自尊感情 (Self-esteem) $\alpha = .7768$									
ウ) 私は、時々誇るべきところがないと感じる	0.215	0.170	0.228	0.223	-0.037	0.370	0.880	0.174	0.799
イ) 私は、時折役に立たない人間であると感じる	0.259	0.066	0.358	0.280	0.032	0.414	0.845	0.090	0.750
VIII ローカスオブコントロール (Locus of control) $\alpha = .5787$									
ア) これから先、もっとよくなるかどうかは、自分の力でどうにかできるものではない	0.086	0.065	0.173	0.285	0.042	0.171	0.123	0.864	0.775
イ) リハビリテーションを進めるために、私ができることはほとんどない	0.299	0.058	0.116	0.155	-0.074	0.257	0.187	0.775	0.677
累積寄与率 (%)	21.810	34.643	42.578	49.126	54.545	58.988	62.792	65.901	

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

2. 信頼性係数を求めたところ、第8因子のローカスオブコントロール以外は0.7～0.8の α 係数を得られたことから、内的整合性が示された。

3. 喉頭摘出者の因子構造において、「受容」の項目が第1因子「受容a(肯定的行動レベル)」と第5因子「受容b(自身の自覚レベル)」に分かれた構造を示した。

Ⅸ. 本研究の限界と課題

本研究において構成概念妥当性が検証されたが、今後さらに妥当性・信頼性の検証を継続し深めていき、喉頭摘出者の看護へ応用できるような基礎資料となる研究を進めていきたい。

謝辞：調査にご協力下さいました喉頭摘出者患者会の皆様に深く感謝いたします。この論文作成にあたりご指導くださいました東京大学大学院甲斐一郎教授、山梨大学大学院佐藤みつ子教授、NAS-J尺度を使用するにあたりご指導くださいました京都大学鈴嶋よしみ先生に深謝いたします。

文 献

- Cohn N.(1961) : Understanding the process of adjustment to disability, Journal of Rehabilitation Research, 27, 16-19.
- Dodds A.G., Bailey P., Pearson A., et al.(1991) : Psychological factors in acquired visual impairment, The development of a adjustment, Journal of Visual Impairment & Blindness, Sep, 306-310.
- Dodds A.G., Flannigan H., Liza N.G.(1993) : The Nottingham adjustment scale, a validation study, International Journal of Rehabilitation Research, 16, 177-184.
- Dodds A.G., Ferguson E., Liza N.G., et al. (1994) : The concept of adjustment-A structural model, Journal of Visual Impairment & Blindness, Nov-Dec, 487-497.
- 芳賀純(1986) : 私の研究領域における概念枠組—話しことばの心理—, 看護研究, 19(4), 9-17.
- 芳賀純(1990) : 言語研究と看護学—医療場の言語—, 日本看護研究学会雑誌, 13(1), 25-29.
- 平野実, 伊東敏夫, 重森優子, 他1名(1978) : 喉摘者の社会的, 経済的側面—音声の使用度との関連—, 耳鼻臨床, 71(10), 1287-1295.
- 本多清志(1995) : 音声生成機構のモデル, 行動計量学, 22(1), 11-21.
- 井上智子, 鈴木晴彦編(2000) : 感覚機能の障害と看護—感覚機能に変化・喪失した人々—, 5-18, 廣川書店.
- 市原礼子, 吉岡博英(1994) : 無喉頭者における食道発声法の比較検討, 心身障害学研究, 18, 1-8.
- Joanne R., Hilda B.F., et al.(1984) : A comparative acoustic study of normal, esophageal, and tracheoesophageal speech production, Journal of Speech Hearing Disorders, May(4), 202-210.
- John C., Snidector, Isshiki N.(1965) : Air volume and air flow relationships of six male esophageal speakers, Journal of Speech Hearing Disorders, Aug(30), 205-216.
- 木村紀美, 清川浩美, 米内山千賀子, 他2名(1989) : 喉頭全摘出術を受けた患者の心理状態, 日本看護研究学会雑誌, 12(4), 9-14.
- 黒田裕子, 小島操子(1986) : 喪失感覚と悲嘆, 看護 Mook 17, 83-88.
- 小宮山莊太郎編(2000) : 発声障害外来—嗄声の診断と治療—, 98-100, メヂカルビュー.
- 前田順子, 井上久美子, 藤田真美, 他2名(1999) : 喉頭摘出術を受けた患者の発声の実態—治療と食道発声の関連から—, 第30回成人看護Ⅱ, 21-23.
- 松田好美, 佐藤禮子(1990) : 喉頭全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, 4(1), 21-24.
- 宮下陽子, ハッ橋のぞみ, 杉下幸子, 他1名(1995) : 喉頭摘出による失声患者とのコミュニケーションの成り立ち—術直後に焦点をあてて—, 第25回成人看護Ⅰ, 78-81.
- 森山寛編(2001) : The Best Nursing 耳鼻咽喉科看護の知識と実際, 181-189, メディカ出版.
- 百瀬順子(1996) : 喉頭摘出者のQOLの検討—代用音声の獲得レベルとの関連性から—, 第27回看護総合, 34-36.
- 森恵子(2002) : 喉頭切除術を受けた患者に対する生活の再構築に対する援助, 日本看護研究学会雑誌, 25(3), 145.
- 守屋有紀, 木村紀美, 米内山千賀子(1994) : 喉頭全摘出術を受けた患者のQuality of Life, 日本看護研究学会雑誌, 17(3), 42-43.
- 内藤理英, 畠山義子(2001) : 喉頭摘出術を受けた患者の日常生活の問題点—術後経過年数による比較—, 日本がん看護学会誌, 15(特別号), p127.
- 中野美代子, 中内真理, 川崎知佐子, 他2名(1998) : 喉頭摘出者の自己概念 : 術前と退院前のインタビューからとらえた変化, 第29回成人看護Ⅱ, 85-87.
- 南摩有保美, 坂谷内敏恵, 大平弘恵, 他6名(1994) : 喉頭摘出術を受けた患者の心理過程に関する研究(Ⅱ)—失声に対する患者の気持ちの変化—, 日本看護研究学会雑誌, 17(3), 46-47.
- 西尾充代, 飯田たけ, 岡田浪子, 他3名(1991) : 喉頭全摘出術を受ける患者のボディイメージの受容に対する看護介入の評価, 第22回成人看護Ⅱ, 28-31.
- 西村歌織(2001) : 喉頭全摘出術を受けた患者の自己概念に関する研究—手術から退院までの参加観察とインタビューから—, 第21回日本看護科学学会学術集会講演集, 神戸, 273.
- 大平弘恵, 坂谷内敏恵, 南摩有保美, 他6名(1994) : 喉頭摘出術を受けた患者の心理過程に関する研究(Ⅳ)—コミュニケーション手段の現状とそれに対する満足度—, 日本看護研究学会雑誌, 17(3), 48-49.
- 小野勇, 海老原敏, 斉藤裕夫, 他3名(1981) : 喉頭癌症例の長期追跡調査, 日本気管食道会報, 32(1), 1-5.
- Poliby J.(1977) : Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept, Journal of Nervous and

- Mental Disease, 164(2), 77-87.
- 坂本貴久美, 村里タミ子, 小比類巻淳子, 他 1 名(1998): 喉頭全摘術患者のボディイメージに対する受容の変化—経験者が共に参加することの有効性—, 第 29 回成人看護 II, 150-152.
- 坂谷内敏恵, 大平弘恵, 南摩有保美, 他 6 名(1994): 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, 17(3), 45-46.
- 鈴鴨よしみ, 熊野宏昭, 岩谷力(2001): 視覚障害への心理的適応を測定する尺度—The Nottingham Adjustment Scale 日本語版の開発—, 心身医学, 41(8), 609-618.
- 高木安代, 阿河朱美, 大浦芳美, 他 1 名(1992): 喉頭全摘出患者の食道発声訓練—第二の声「ア」の習得—, 第 23 回成人看護 II, 114-116.
- 高橋宏明, 吉田政雄, 津村滋, 他 2 名(1979): 代用音声の基本周波数の可変性に関する研究, 音声言語医学, 20(2), 35-40.
- 高藤次夫(1980): 喉頭摘出後の発声訓練とリハビリテーション—特に食道発声訓練法について—, 総合リハビリテーション, 8(11), 865-869.
- 高藤次夫(1999): 食道発声の手引き, 11-18, 社団法人銀鈴会.
- 田村正枝(1986): Body Image の変化に伴うコミュニケーション, 看護 Mook, 7, 115-119.
- 塚原弘子, 若島陽子, 松永房美, 他 1 名(1995): 喉頭全摘出術後患者の QOL の実態—身体的・精神的要因との関連—, 第 26 回成人看護 II, 19-22.
- 寺崎明美, 間瀬由記, 小原泉(1997): 老年期喉頭摘出者の代用音声を困難にしている要因, 日本看護研究学会雑誌, 20(5), 11-20.
- 上田敏, 大川弥生(1998): リハビリテーション医学における障害論の臨床的意義, 障害者問題研究, 26(1), 4-15.
- 上瀧清美, 橋口暢子, 井上範江(1999): 音声機能喪失に対する患者の心理過程変化とその問題解決要因, 日本看護研究学会雑誌, 22(3), 127.
- 八神由香, 飯田たけ, 岡田浪子, 他 3 名(1991): 喉頭全摘術を受けた患者の社会復帰の現状と問題点, 第 22 回成人看護 II, 130-134.
- 柳美千子, 浦部鈴子, 東直子, 他 4 名(1985): 特集 発声機能を失った患者に声帯摘出受容までのプロセス—学習会でのかわりを中心—to, クリニカルスタディ, 6(1), 98-102.
- 山田一朗, 南摩有保美, 坂谷内敏恵, 他 6 名(1994): 喉頭摘出術を受けた患者の心理過程に関する研究(III)—患者の心理構造と, その継時的変化—, 日本看護研究学会雑誌, 17(3), 47-48.
- 吉田義一(2000): 発声・嚥下を司る中枢神経支配—疑核を中心として—to, 音声言語医学, 41, 96-110.