

## 死をめぐる認識と教育への展望 (その4)

### —養成課程別にみた看護学生の援助傾向—

掛 橋 千賀子 ・ 片 山 信 子

#### は じ め に

高度な医療は疾病の征服をめざし、人の生のみをみつめ発展をとげてきている。しかし10数年前より、癌が死因の1位を占めるなど疾病構造の変化が、病名告知について、ホスピスについてなど、死に関しての人々の関心を喚起するようになった。

このような趨勢のなかで、患者の権利、終末期患者の生命の質の向上など、個としての患者に目が向けられた、質の間われる医療が重要視される傾向がみられる。

看護基礎教育においても、このような時代の要請に伴い、終末期看護に関する教育の必要性が強調されるようになり、さまざま取り組みが各学校で行われている。香春らが行った臨死患者の看護教育に関する実態調査<sup>1)</sup>によると、終末期患者の看護に関する教育は、約90%の基礎教育課程で何らかの形で行われている。しかし、いまだに教育内容の確立や、系統的教育の体系化が不十分なため、志向している教育と現実の教育とのギャップが見られるなど、今後、検討を要する課題が山積していると考えられる。

今回の改正カリキュラムでは、終末期にある患者の看護は、経過別看護のなかに明確に位置づけがなされた。また臨床実習では、診療科別実習が廃されたため、講義との関連づけも強化しやすくなると思われる。そのため一貫性をもった、系統的なアプローチがはかれるように、カリキュラムを意図的・計画的に編成し、一層の教育内容の充実をはかることが望まれる。

筆者らも、学生たちが死にゆく患者やその家族の不安や悲しみを理解し、看護を実践していくなかで、人として、専門職業人として成長できることを目標に、教育的配慮を行ううえでの示唆を得たいと考え、数年来調査を重ねている。<sup>2) 3)</sup>これらは本学の学生を対象に、看護学生の終末期看護に対する援助認識、ならびに援助傾向を、顕在性不安尺度別・学習段階別の相違から解析したものであった。それにより死の準備教育の

構成上の要点など、有用な示唆を得ることが出来た。

今回は教育背景の相違に主眼を置き、看護婦基礎教育課程のなかで、2年課程と3年課程の課程別の援助認識・行動傾向の様相を検討したいと考え、養成課程、養成校の異なる看護学生を対象に調査を行った。その結果、いくつかの知見を得ることが出来たので報告する。

#### I 研究 方法

##### 1) 調査対象と方法

看護婦教育課程の3年課程3校(A・B・C校のうちA・C校は短期大学、B校は専修学校)と2年課程(D校は昼間定時制、E校は短期大学)の看護学生を対象に平成元年12月に調査を実施した。

調査は特別な説明をせずに調査表を配布し、自記・留置法とした。有効回答数は3年課程364名、2年課程262名の合計626名である。

##### 2) 調査内容と分析方法

終末期看護を題材とし、波多野らが設定した3つの看護場面<sup>4)</sup>(Ⅰ、死を予感し、精神的動揺を示す患者が、その反応として治療の継続に抵抗を示している場面、Ⅱ、身体的苦痛、体力の衰えの為に、死への不安を訴えている場面、Ⅲ、生命維持装置下で命をつないでいる患者を看取る家族の苦悩場面)について、投影的な方法で、あなたなら①どう思いますか ②何と言いますか ③どのような行動をしますか、を自由記述で回答を求め、カード集計した。その記述内容より、①からは看護婦に期待される援助認識として生命の尊厳、危機場面における感情の自己調整、援助姿勢と患者理解、また③からは援助行動として精神的援助、身体的援助、教育活動、環境の調整、チーム間の調整が表明されているかを読み取り分類した。なお今回は学生が自分で考え行動することを前提に、援助認識としては援助姿勢と患者理解の2項目を合わせたもの、援助行動としては精神的援助、身体的援助、教育活動、

環境調整の4項目を合わせたものとした。そして②については、Snyder, W. U. の発言分析の方法に従い、リードする範疇、感情に対する非指示的な反応の範疇、感情に対する半指示的な反応の範疇、指示的な範疇、周辺の範疇に分類した。

## 2. 調査結果

### 1) I 場面について

#### (1) 援助認識と援助行動傾向について

表1は、3場面における養成課程別の援助認識、援助行動の出現率を表したものである。

I 場面については、死を予感し、精神的動揺を示している患者に対して、「死にたいという不安でいっぱいなのだな、なんとかしてあげたいと思う」と、患者のもつ精神的動揺を理解し、援助姿勢を表明している学生が多い。このような患者理解の出現率は、学年が進むにつれて増加しているが、援助姿勢はその逆の傾向がみられ、最終学年では最も少い出現率であった。援助姿勢、患者理解をあわせた援助認識は2年課程の方に多く出現していた。また患者からの服薬拒否に対し「どうしょう、困ったな」と自己の感情を調整したい学生も3年課程の1年次生と2年課程のD校の3年次生で多くみられた。

援助行動では、治療薬を拒否し毛布をかぶり寝てしまった患者に対し、「服薬の必要性を説明し、服薬が出来るように準備する」などの教育活動や「服薬できるように身体的援助を行う」など、具体的行動として多く出現していたが、それは3年課程の1年次生に多くみられた。なかでも前述のような服薬の必要性を説明するなどの教育活動や指導の方法をとるものが多かった。「ベッドの側で話を聞き励ます」などの精神的援助は、両課程とも2・3年次生で多く出現していたが、服薬への身体的援助は、3年課程の2・3年次生では1年次生より少なかった。このように1年次生は、薬を飲みたくないという患者の訴えに対して、服薬を進めるように援助をしているが、学年が進むにつれて、身体的援助も精神的援助も増加する傾向にあり、患者の身体的な面だけでなく、服薬拒否の訴えの背後にある死の不安に対する精神面への援助もなされようとしていることがわかった。

#### (2) 会話分析について

表2は3つの場面における学生の会話を分析し、それぞれの出現率を表したものである。与薬のためにベッドサイドを訪れた時、「どうせ死ぬんだから、こんなまづい薬はもう飲みたくない」という患者からの訴

えに対して、「あなたなら何と言いますか」という質問については、「どうして死ぬって決めてしまうのですか……病気は治るって信じなきゃ」、「悪い方向にばかり考えずにしっかりしてください」などのように、患者の不安な気持を変化させようとする指示的な範疇の会話が一番多く表明されていた。次に多かったのはリードする範疇で「どうして死ぬと思うのですか」などの直接的な質問が投げかけられていた。このような会話は、2年課程に多く出現し、特にE校に多くみられた。また「死ぬって思っているんですね、それは何か気になることがあるからですか」と言葉をかえすなかで患者の感情を明確化し、承認することにより、不安な気持を表出させようとするような非指示的な範疇の会話は、全体の約1割の学生にみられた。それはわずかに3年課程の方が多かった。このような非指示的な会話は学年が進むにつれて多く出現し、リードする範疇にも同じ様な傾向はみられた。しかし指示的な範疇に属する会話はその逆で、1年次生の約半数に出現していた。その内容は援助認識で多く見られた服薬の指導と比例して、患者に服薬をすすめることに関連した指示的な会話が多くみられた。

### 2) II 場面について

#### (1) 援助認識と援助行動傾向について

患者が身体的苦痛が強く、食べたいもののものを通らず、自分も祖母と同じ癌ではないかと病名を疑っているII場面については、「死を感じて不安に思っているのだろう」と患者の状況を理解し、「気弱になっているようなので話を聞いてみよう」などの援助姿勢を表明している学生が多い。また背中が痛いなどの身体的苦痛の訴えに対する援助として、「背中をさすり、それから食事の介助をする」などのような身体的援助が、他の場面より多く出現していた。またこの場面では癌の病名について患者から聞かれた時、「困ったな、どうしょう」「何と答えたらよいかわからないと思う」など自己調整されていない感情を表わした回答が、2年課程のE校の3年次生に高率にみられた。

養成課程別の違いは、援助認識では余りみられなかったが、援助行動の出現率の違いは著明で、特に最終学年では、3年課程の平均68.7%、2年課程のD校98.0%、E校95.6%と大きく差がみられた。特に援助行動のなかでも、精神的援助と身体的援助の間で出現率の違いが大きく、その傾向は1年次生の時からみられていた。

またこれらの違いは、記述内容からも明らかにすることができる。例えば2年課程では、「しばらく背中

表 1. 終末期の看護場面における援助認識と援助行動傾向

場面 年 齢	I 場 面										II 場 面										III 場 面																			
	2年課程 (D校)					2年課程 (E校)					3年課程					2年課程 (D校)					2年課程 (E校)					3年課程					2年課程 (D校)					2年課程 (E校)				
	1	2	3	計		1	2	3	計		1	2	3	計		1	2	3	計		1	2	3	計		1	2	3	計		1	2	3	計						
看護 内容	n=140 n=109	n=115 n=364	n=51 n=171	n=65 n=364	n=91 n=45	n=140 n=115	n=109 n=364	n=55 n=171	n=65 n=364	n=91 n=45	n=140 n=115	n=109 n=364	n=55 n=171	n=65 n=364	n=91 n=45	n=140 n=115	n=109 n=364	n=55 n=171	n=65 n=364	n=91 n=45	n=140 n=115	n=109 n=364	n=55 n=171	n=65 n=364	n=91 n=45	n=140 n=115	n=109 n=364	n=55 n=171	n=65 n=364	n=91 n=45	n=140 n=115	n=109 n=364	n=55 n=171	n=65 n=364	n=91 n=45					
倫理	5 (3.6)	0 (0.0)	1 (0.9)	6 (1.6)	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.9)	2 (4.4)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.9)	2 (4.4)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.9)	2 (4.4)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.9)	2 (4.4)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.9)	2 (4.4)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.9)	2 (4.4)					
自己調整	25 (17.9)	15 (13.8)	11 (9.6)	51 (44.0)	6 (5.4)	7 (6.4)	12 (10.9)	6 (5.4)	25 (22.3)	5 (4.4)	15 (13.8)	6 (5.4)	36 (32.3)	8 (7.2)	15 (13.8)	6 (5.4)	25 (22.3)	4 (3.6)	11 (9.6)	24 (21.4)	4 (3.6)	2 (1.8)	5 (4.4)	11 (9.6)	3 (2.7)	1 (0.9)	3 (2.7)	1 (0.9)	4 (3.6)	1 (0.9)	3 (2.7)	1 (0.9)	4 (3.6)	1 (0.9)						
援助姿勢	13 (9.3)	13 (11.9)	5 (4.3)	31 (27.5)	9 (8.1)	13 (11.9)	2 (1.8)	24 (21.4)	9 (8.1)	15 (13.8)	8 (7.2)	26 (23.2)	14 (12.7)	8 (7.2)	26 (23.2)	14 (12.7)	8 (7.2)	3 (2.7)	16 (14.5)	11 (9.6)	6 (5.4)	17 (15.5)	40 (36.4)	7 (6.4)	53 (48.2)	9 (8.1)	3 (2.7)	2 (1.8)	14 (12.7)	4 (3.6)	2 (1.8)	14 (12.7)	4 (3.6)							
患者理解	72 (51.4)	61 (55.0)	74 (64.3)	207 (186.7)	26 (23.2)	31 (27.5)	102 (92.3)	47 (42.3)	18 (16.4)	37 (33.6)	26 (23.2)	102 (92.3)	37 (33.6)	26 (23.2)	102 (92.3)	37 (33.6)	26 (23.2)	32 (29.1)	98 (88.8)	15 (13.8)	30 (27.5)	45 (40.9)	54 (49.1)	64 (58.2)	81 (74.1)	199 (180.7)	27 (24.5)	35 (31.6)	43 (39.1)	105 (95.4)	27 (24.5)	30 (27.5)	57 (51.4)	62 (56.6)						
援助認識	85 (60.7)	74 (67.9)	79 (70.7)	238 (215.3)	56 (50.5)	31 (27.5)	126 (113.7)	56 (50.5)	31 (27.5)	56 (50.5)	38 (34.4)	86 (77.1)	34 (30.9)	56 (50.5)	38 (34.4)	86 (77.1)	34 (30.9)	39 (35.4)	114 (103.4)	26 (23.6)	36 (32.7)	62 (56.4)	94 (85.4)	71 (64.3)	87 (78.8)	252 (228.2)	36 (32.7)	38 (34.4)	45 (40.9)	119 (107.4)	31 (28.2)	63 (57.4)	69 (62.2)							
精神の助	42 (30.0)	41 (37.6)	61 (53.0)	145 (130.6)	32 (28.8)	24 (21.4)	37 (33.6)	24 (21.4)	32 (28.8)	49 (44.4)	19 (17.4)	30 (27.5)	49 (44.4)	32 (28.8)	19 (17.4)	30 (27.5)	49 (44.4)	24 (21.4)	63 (57.3)	15 (13.8)	20 (18.2)	35 (31.6)	18 (16.4)	25 (22.7)	40 (36.4)	83 (75.4)	13 (11.9)	11 (10.0)	16 (14.5)	40 (36.4)	11 (10.0)	14 (12.7)	25 (22.5)							
身体 の助	21 (15.0)	11 (10.1)	8 (7.0)	40 (36.1)	4 (3.6)	4 (3.6)	8 (7.2)	4 (3.6)	8 (7.2)	1 (0.9)	2 (1.8)	24 (21.4)	29 (26.6)	24 (21.4)	2 (1.8)	24 (21.4)	29 (26.6)	12 (10.9)	62 (56.4)	15 (13.8)	17 (15.5)	32 (29.1)	21 (19.1)	19 (17.4)	61 (55.5)	15 (13.8)	6 (5.4)	18 (16.4)	39 (35.4)	7 (6.4)	11 (10.0)	18 (16.8)	19 (17.8)							
教育 活動	17 (12.1)	9 (8.3)	8 (7.0)	34 (30.9)	3 (2.7)	4 (3.6)	16 (14.5)	9 (8.1)	3 (2.7)	13 (11.9)	5 (4.4)	18 (16.4)	6 (5.4)	13 (11.9)	5 (4.4)	18 (16.4)	6 (5.4)	1 (0.9)	6 (5.4)	3 (2.7)	3 (2.7)	6 (5.4)	0 (0.0)	2 (1.8)	1 (0.9)	3 (2.7)	2 (1.8)	0 (0.0)	2 (1.8)	2 (1.8)	3 (2.7)	1 (0.9)	3 (2.7)							
環境 整備	6 (4.3)	6 (5.5)	8 (7.0)	20 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	3 (2.7)	4 (3.6)	13 (11.9)	2 (1.8)	4 (3.6)	19 (17.4)	0 (0.0)	4 (3.6)	4 (3.6)	1 (0.9)	3 (2.7)	4 (3.6)	1 (0.9)	5 (4.4)	6 (5.4)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.9)	13 (11.9)	13 (12.3)								
手調 人 間	10 (7.1)	23 (21.1)	7 (6.1)	40 (36.1)	3 (2.7)	34 (30.9)	12 (10.9)	49 (44.4)	2 (1.8)	4 (3.6)	28 (25.5)	49 (44.4)	118 (107.4)	14 (12.7)	28 (25.5)	49 (44.4)	118 (107.4)	12 (10.9)	116 (105.4)	16 (14.5)	17 (15.5)	33 (30.1)	41 (37.6)	10 (9.1)	41 (37.6)	92 (83.8)	18 (16.4)	26 (23.6)	63 (57.3)	7 (6.4)	13 (11.9)	13 (12.3)								
援助 行動	86 (61.4)	67 (61.5)	85 (73.9)	238 (215.3)	45 (40.9)	31 (27.5)	126 (113.7)	45 (40.9)	31 (27.5)	45 (40.9)	68 (61.4)	75 (68.2)	212 (193.8)	54 (49.1)	135 (122.7)	50 (45.5)	135 (122.7)	34 (30.9)	135 (122.7)	34 (30.9)	43 (39.1)	77 (70.3)	40 (36.4)	48 (43.7)	153 (139.1)	30 (27.5)	18 (16.4)	34 (30.9)	82 (74.8)	20 (18.2)	79 (71.8)	86 (78.8)								

( ) 内は%を表わす。

表2 終末期の看護場面における会話分析

場面	I 場面										II 場面										III 場面													
	3 年 課 程					2 年課程 (D 校)					2 年課程 (E 校)					3 年 課 程					2 年課程 (D 校)					2 年課程 (E 校)								
	1	2	3	計		1	2	3	計		1	2	3	計		1	2	3	計		1	2	3	計		1	2	3	計					
会話分析	n=140	n=109	n=115	n=364		n=55	n=51	n=71	n=177		n=46	n=45	n=91	n=364		n=140	n=109	n=115	n=364		n=55	n=51	n=71	n=177	n=46	n=45	n=91	n=364		n=140	n=109	n=115	n=364	
1 年次生	12	30	45	87	(23.9)	16	10	17	43	(25.1)	14	18	32	64	(35.2)	16	23	19	58	(15.9)	15	5	24	44	8	10	33	47	(12.9)	16	10	17	43	(25.1)
2 年次生	8	20	19	47	(12.9)	5	5	7	17	(9.9)	4	6	10	20	(5.5)	17	16	20	53	(14.6)	3	6	8	17	4	6	10	24	(6.6)	7	10	24	41	(11.3)
3 年次生	4	2	7	13	(3.6)	0	1	1	2	(1.2)	1	0	1	2	(1.1)	5	12	6	23	(6.3)	3	1	4	8	0	2	2	1	(0.3)	4	0	2	6	(1.9)
4 年次生	70	37	26	133	(36.5)	29	18	21	68	(38.8)	22	22	44	88	(24.4)	73	64	55	192	(52.7)	34	27	27	88	41	33	74	66	(18.4)	54	50	54	170	(46.7)
5 年次生	5	0	0	5	(1.4)	1	1	3	5	(2.9)	1	0	1	2	(1.1)	0	0	2	2	(0.5)	2	1	1	4	0	0	0	0	(0.1)	0	0	0	0	(0.1)
合計	(36)	(00)	(00)	(14)		(15)	(18)	(59)	(29)		(22)	(00)	(11)	(00)		(00)	(00)	(17)	(05)		(31)	(18)	(20)	(23)	(00)	(00)	(00)	(00)		(00)	(00)	(00)	(00)	

( )内は%を表わす。

をさすってみて、それから患者に希望を聞き湿布をする。そしてしばらくそばにいて、患者の話を聞き、食事を一口すすめてみる」などのように3年課程の答え方と比較すると、記述内容に語彙が多く含まれていた。全般的に2年課程ではこのように多様性に富んだ答え方をしているため、援助行動として多くのものを読み取ることができた。特にこのⅡ場面ではそのような傾向が強くみられた。

次に、その場の雰囲気などを和らげるように働きかけていく環境の調整は、全体的に他の援助方法と比較すると出現率は少なかったが、Ⅰ場面とこのⅡ場面では環境調整という援助行動はよく表明されていた。しかし養成校による出現率の違いがみられ、3年課程ではC校だけ、2年課程ではD校に多くみられ、全く出現していない学校もあった。

## (2) 会話分析について

この場面では「私も癌かしら、死ぬのじゃないかしら」などの患者からの訴えに対して、「自分で死ぬかもしれないと思っているのですか」「どうしてそのように思われるのですか」などと患者に問いかけ、その気持を表出するよう働きかけるような言葉、すなわちリードする範疇の会話は、学年が進むにつれ増加し、特にD校の最終学年では約半数が表明していた。また「しんどいのですね」「もしかして自分が癌で死ぬのではないかと考えておられるのですね、つらいですね」など、患者の表出した気持を繰り返して述べ受容しようとする非指示的範疇の会話は、いずれの課程でも、他の場面と同様に、学年が進むにつれて増加の傾向にあった。

指示的範疇については、両課程とも1年次生に高い出現率がみられた。例えば「お祖母さんとよく似た症状かもしれませんが、あなたは違いますよ」などのような会話内容が多く、特にE校では約9割にみられた。また指示的範疇に含まれる激励の会話も多く、「そんな弱気になったらだめですよ」「そんなこといわずにしっかり食べて栄養をつけて頑張りましょう」などのように、患者の不安な気持の訴えを否認し、励まそうとする対応が多くみられた。

## 3) Ⅲ場面について

### (1) 援助認識と援助行動について

交通事故のため、一ヶ月間生命維持装置をつけて生きている患者の体位変換に行くと、妻から涙ながらに「何もしないで下さい」と断られる状況下での学生の反応は表1のとおりである。

この場面では、生命の尊厳など看護者としての倫理

に関する内容を読み取ることが出来た。2年課程でその傾向が強くみられ、「私も同じように何もしないで死なせてあげたいと思うが、そんなことは看護する者としては出来ない」「1秒でも長く生きていて欲しいと思うが……」と、倫理的な内容にふれている学生が約2割みられた。「妻の支えにならなければ」などの援助姿勢の表明は、両課程とも1年次生に多く出現していたが、学年が進むにつれてそれは減少傾向にあった。しかし、「奥さんの気持ちはよくわかる」など家族の気持ちの理解は、学年が進むにつれて増加していた。

患者は生命維持装置を装着し、家族からは処置を断られるという難しい状況下で、患者と家族の苦悩する状況や、看護者としてささなければならぬことは、他の場面と同じ様に認識されていたが、援助行動の出現率は、他の場面より少なかった。しかし「奥さんの手をとり、ご主人の額にあて、少し話をしてそれから体位変換を一緒にする」などの種々の看護方法を用いて、妻の体位変換の拒否に対する援助行動をとろうとする学生がみられたが、それは全体的に2年課程の出現率は高かった。最終学年においても2年課程のほうに出現率が高く、援助内容も多くみられた。

3年課程の1年次生は、臨床実習の経験がないためか、このような場面では何を、どのように援助していったらよいのか戸惑っている様子が伺え、援助行動の出現率は他の場面と比較して顕著に少なかった。

援助行動の殆どは、精神的援助や身体的援助として表わされていた。また他の2場面と同様に学年が進むにつれて、患者や家族の身体的援助とあわせ、精神的側面への働きかけを重視する傾向がみられた。この傾向は3年課程に強くみられた。同時に行った調査<sup>9)</sup>でも、終末期患者と家族に対する一般の援助意志のなかで「家族の助けになりたい」が3年課程で高く表明されており、2年課程との間に有意差がみられていた。この場面で、家族の精神的側面への働きかけが高率に示めされていたことや、援助意志も多く表明されていたこととも一致し、2年課程に比して3年課程の方が家族への援助傾向は強いと考えられる。

#### (2) 会話分析について

Ⅲ場面の「夫はこれで生きていくといえるのでしょうか、どうせ死ぬのだからもう何もしないで欲しい」と、妻からの苦悩の訴えに対して、学生の会話による反応を分類したものは表2に示す通りである。

援助認識に関する結果で、患者理解や援助姿勢の表明が多くみられたように、妻や患者の苦悩している状況は理解されているためか、質問などのリードする範

疇の会話は少なかった。感情に対する非指示的反応は、この場面では他の2場面より多く表明されており、「つらいですね」などの簡単な受容や、妻の会話内容の繰り返しの会話が多くみられた。

また「御主人は死んではいませんよ」、「そんなことを言ったら御主人が悲しまれますよ、元気を出してください」などのように、妻の辛い思いや、態度を変えようとする指示的範疇の会話も多くみられた。

このように全体的には、妻や患者の苦悩する状況を理解し、その気持を受容し、妻を激励していこうとする反応を示す会話が多くみられた。

#### 4) 養成校別の援助傾向と会話分析について

養成校別の援助傾向を、援助認識、援助行動のそれぞれに3場面の出現数を合わせ割合を求めたものが図1のとうりである。

図1を概観すると、同じ課程のなかでも学校により出現率に違いがあること、また2年次生で援助認識と援助行動の出現率が上昇するタイプと下降するタイプがあることがあきらかである。

A校をのぞく4校では、最終学年で援助認識、援助行動とも出現率が上昇し、学年が進むことによる学習効果を伺うことができる。いずれにしても援助認識と援助行動の増減のパターンはA校を除き類似し、援助認識と援助行動は比例していることがわかる。これはそこでおきている状況を、いかに識別し、判断していくかが、援助行動と深く関連しているということである。すなわち一つの状況下で起きていることを多面から認識することにより多様性のある援助行動がとれるということを示しているといえよう。

A校について述べると、5校のなかでは1年次生において援助認識、援助行動とも一番多く出現していた。しかし、他校でみられるような最終学年での出現率の上昇はみられず、援助行動においては一年次生の時より減少していた。

またB校とC校は、一年次生の援助認識、援助行動の出現率は同じくらいであったが、2・3年次生では両校の違いは大きくみられた。なかでもB校は、援助認識、援助行動とも全体的に出現率が少なく、最終学年での他校との出現率の差も大きくみられた。

全体的な傾向として2年課程のD校・E校は、3年課程より援助認識・行動とも出現率が高く、とくに援助行動では最終学年での他校との差が顕著にみられた。

会話分析については、リードする範疇は学年が進むにつれて多くなり、特にC校の3年次生で多くみられた。指示的範疇に属する会話はA校、D校、E校とも

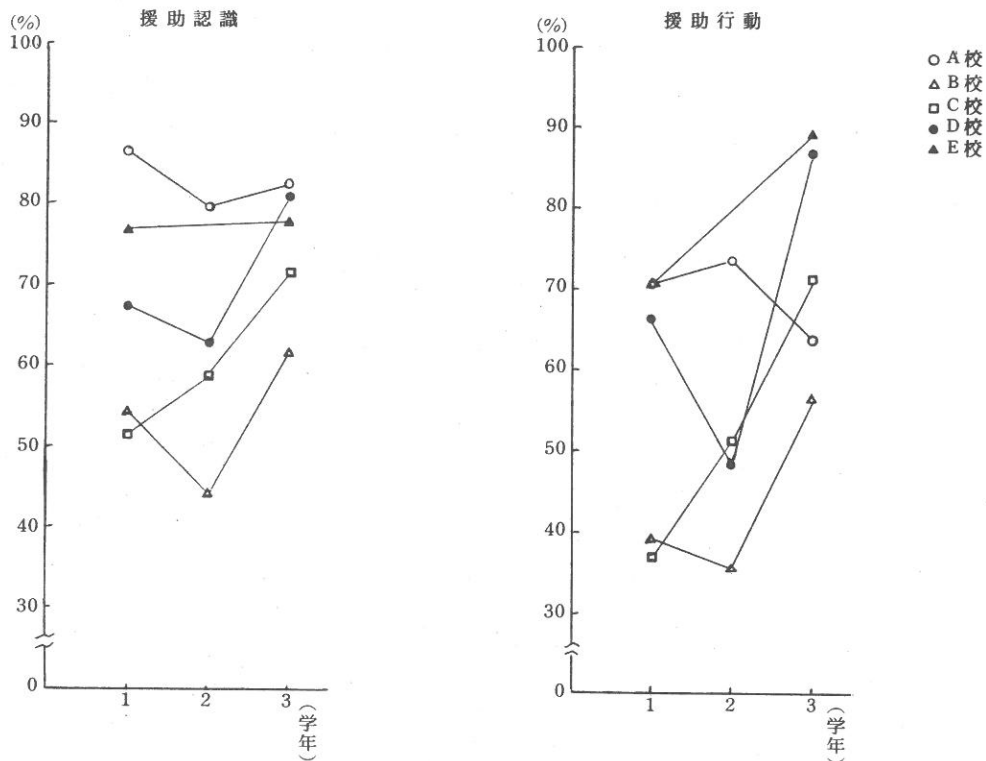


図1 養成校別援助傾向(3場面)

1年次生より出現率が高く、最も少なかったのはC校であった。C校は感情に対する半指示的範疇に属する受容的な会話が、1年次生では最も少なかったが、2・3年次生と学年がすすむにつれて増加し、3年次生では1番多くみられた。

### 3. 考 察

題材として用いた看護場面は、患者と家族の精神的苦痛や身体的苦痛の訴えとともに、死の不安が示された場合の対応や、生命の尊厳などについての考えを問うたものである。学生が臨床実習を実施している時にも遭遇する機会の多い場面でもある。学生がそのような場に看護者として立った時、患者や家族からの死の不安に伴うさまざまな訴えを、どのように認識し、援助していこうとする傾向があるかについて知ることが出来た。その主なものを下記のようにまとめ若干の考察を加えた。

1) 2年課程では、2校とも1年次生の時から援助認識、援助行動の具体的内容の出現数は、3年課程の学生より出現率が高率であった。特に最終学年での出現率の違いは大きく、援助行動では3年課程のいずれの

学校よりも、2年課程の方が明らかに高率に出現していた。

このような相違は、記述内容より明らかであった。提示された看護場面についての具体的援助方法の記述内容に語彙が多く含まれており、一つの記述文から数個の看護方法を読み取ることが出来た。このように多様性に富んだ援助活動が2年課程の方に多くみられたのは、3年課程より臨床経験が多いため、同じように提示された看護場面から多くの状況を感知したり、識別することができ、それが知識や体験とも結びつきやすく、多くの看護行動として表明することができたと考えられる。

記述文のなかには、出現数には含まれていないが、好ましくないとされる援助行動も一部みうけられ、その出現は3年課程よりも多い傾向もみられた。しかし相対的には好ましい援助行動の出現率は3年課程より2年課程の方が多くみられた。

今回の調査では、終末期にある患者を受け持った経験の有無についてはきいていない為、対象がどのような臨床体験をもっているか詳細には把握できていない。しかし2年課程の方が、入学する以前の学習経験や、



カリキュラムにおける臨床実習の時間数、経験数を加味して考えると、あきらかに臨床経験が多いといえる。そのため経験を通して、臨床の状況に適応しやすい素地ができていることが推測される。このような要因なども今回の調査結果に大きく影響していると考えられる。

中西は、<sup>6)</sup> 臨床体験のなかから、時間をかけ養われる能力について、体験のなかから共通性や法則性を見出し、それが知識体系のなかで、一つの脈絡をもって繋がることによって、患者についての理解が深まり、認識も相関的に発達していくものであると説明をしている。またそれを能力の1つとしてとらえている。

また薄井は<sup>7)</sup>、「人間は直接的にも間接的にも経験していないことは認識できないという限界をもっている」と認識と経験の関連性の深さから、認識する力をつけるには経験が必要なことを指摘している。

このように物事を認識したり、患者を理解する能力を養うには経験が重要であり、臨床での体験学習によって時間をかけ培われていくものであることがわかる。

しかしいうまでもなくこのような臨床体験では、経験の量より質を重要視しなくてはならない。既報<sup>8)</sup>でも述べているように、臨床実習で受持った患者の死が、学生に終末期看護への高い関心を呼び起こし、死生観や看護観を育成するうえでよい影響を与えていたことから明らかである。このような発展性のある質のよい臨床体験が終末期看護の教育にあたっては重要であり、真の学習となるのである。またこの学びこそ臨床実習でのみ体得できる看護の知<sup>9)</sup>といえるものであろう。

臨床実習において終末期患者の看護を行うことは、時には学生にどうしようもないほどの危機感や混乱、困惑などをもたらす場合もある。しかし苦痛の緩和、心理的支援、家族への援助などの看護実践を通して、人として、専門職業人としての成長を期待できる好機でもある。したがって教育にあたるものは、学生にとって有意義な学びの場となるよう、個人的特性をふまえた意図的なきめこまやかな関わりを持つよう積極的に働きかけていかなければならない。

2) 援助認識、援助行動の出現率は、学年が進むにつれて増加する傾向がみられた。すなわち上級学年の方が看護婦に期待される援助認識、援助行動が多くとれるようになっており、学習による望ましい方向への変化がみられた。援助認識・行動の具体的内容や、課程別の学年の差異の生じ方にも相違がみられた。

全体的に1年次生では、援助姿勢の表明が多く、学

年が進むにつれて援助姿勢は減少し、患者理解が増加していく傾向にあった。また援助行動については、学年が進むにつれて出現率が高くみられた。このようなことから1年次生は、患者や家族から苦悩を訴えられ、<sup>\*</sup>「何かの援助はしなくてはいけない<sup>\*</sup>」という援助姿勢は3年次生より多く示しているが、具体的な援助行動としてはとりにくい様子が見られる。学年が進むにつれて、前述のような臨床実習による学びを通じて患者理解が深まりやすくなっていくなど、具体的な援助行動がとりやすくなっていることが考えられる。

また学年が進むにつれて、精神面への援助行動が増加し、患者や家族の訴えの背後にある精神的な側面への働きかけにウェイトをおいていく傾向がみられる。これは患者理解の深まりと相乗し、患者を身体的・精神的側面より、総合的にとらえようとしていることの表われであろう。このような学生の傾向は、他の調査<sup>10)</sup> <sup>11)</sup>からも報告されている。

以上のように学年が進むことにより、看護婦として望ましい対応ができるようになっていくまでの発達の過程をみることができた。その発達の関連要因には終末期看護への関心、臨床実習体験の有無などいろいろな要因が列挙できる。その具体的要因と援助認識・援助行動傾向との関連について調査した結果<sup>12)</sup>では、死や瀕死の患者の看護の学習経験、個人的経験などが直接的に影響するのではなく、看護教育を含むさまざまな体験や考え方の変化が総和的に影響していくものであると報告している。これは終末期看護についての学習は、ある特定の教科や担当者だけで行うのではなく、多くの教科から学際的な学習が幅広く行われることが重要であることを示唆している。それらをふまえた具体的なカリキュラムの試案についての報告<sup>13)</sup> <sup>14)</sup>もみることができるが、筆者らも今後とり組んでいきたい課題の1つである。

3) 3年課程では、養成校による援助認識、援助行動の出現率に違いがみられた。

全体的に援助認識、援助行動とも出現率が高かったのはA校で、最も低かったのはB校であった。A校は援助行動の出現数において、1年次生より3年次生の方が減少傾向がみられるなど、他校と異なる出現のパターンがみられた。これは他の4校と比較し、臨床実習が少いという特性によるものと推察できる。この特性と併わせ、同時に行った調査<sup>15)</sup>で他者の死への不安が最も高かったことなどが、終末期にある患者や家族からの死への不安や苦悩の訴えに対峙した時、躊躇となり援助行動に影響しているとも考えられる。

また臨床経験が少いということは、臨床実習で意図的に終末期患者を受け持つということを明示していなければ、全く終末期看護の臨床経験がなかったことも推測される。現状の限られた実習時間と実習施設で、すべての学生が臨床経験を持つことは困難なことが予測される。しかし、他の学生の受持った体験からの学びを共有できるような機会を持つことは、教員の関り方によって可能となる。そのような場で、学生の受け持った臨床経験より、教員が学生の思考力や洞察力などをうまく引き出すようディスカッションやロールプレイングなどを行うことによって、1つの体験から多くのものを学ばせることができよう。このように一つの体験を二倍にも三倍にも充実させ、質のよい体験に膨らませていくには、教員の死生観や終末期看護への関心など多くの要因も影響することはいうまでもない。そのためには常に教員自身の自己啓発が必要とされるであろう。

重篤な患者から死の不安や身体的苦痛を訴えられた時、学生が何らかのケアが提供できるということは、終末期看護を展開していく上で重要である。ケアをしたいと思っても、患者が苦しうなので何も出来ない、その場にただで緊張感が増し、つらいので訪室するのが苦になる。このような悪循環は、終末期看護を行っていくうえでのリスクとなる可能性は高く、学生の無力感を引き起こし、患者からの逃避につながっていきやすい。その為、学生自身に「自分にも何か出来ることがある」という確信をもって看護にあたることが重要である。それは何か積極的な看護行動を実施していくばかりではなく、患者の苦悩を分かち合い、見守るだけのことも知れない。そのためには周到な事前学習が必要とされる。例えばシミュレーショントレーニングなどにより、講義で学んだケアの具体的な方法や、苦痛の緩和への基本技術などを具現化し実践してみることである。医学教育の中でとり上げ実施されているような方法<sup>16)</sup>を看護教育でも積極的に取り上げていく必要があると考える。このような実践的学習により、学生が終末期のあらゆる状況下でも、認識したことを援助行動として具現化することができ、看護者として患者に適切なケアを提供できる手がかりを得ることが容易となるであろう。

次にB校であるが、死への不安が最も低いという特性はみられたが、終末期看護への関心、援助意志、学習体験には他校との違いはみられていない<sup>17)</sup>。しかし援助認識、援助行動の記述内容全般に語彙が少く、単純な回答が多くみられたことはあきらかであった。B

校は専修学校のため、臨床体験も少いとは考えられず、出現率が低かった要因については明らかでない。

#### 4) 会話分析について

3つの看護場面でみられた会話内容の分類からまてみると、リードする範疇、すなわち「どうしてそのように思うのですか」などの質問は2年課程の方に多くみられた。

また3年課程では、非指示的範疇に属する会話で、感情の明確化や簡単な受容が多く出現していた。患者の死の不安の訴えに対して、「そんな弱気になってはいけませんよ」と気持をかえるよう提示する会話や、激励などの指示的範疇に属する会話は両課程とも1年次生に多く表明されていた。これらは援助認識とも大きく関連し、援助姿勢を多く表明していた1年次生には、会話にも何か援助しないといけないという気持が強く含まれていると考えられる。

また患者を身体的・精神的にと総合的に理解し、援助をしようとする上級学年では、会話に患者や家族の気持を把握し、受容していきたいという思いが含まれていることが推察できる。

このように1年次生は、患者の訴えた会話の内容に、直接対応した答え方をする傾向が強くみられた。しかし学年が進むにつれて、会話から患者の訴えの背後にある感情を洞察し、不安な気持を引き出すような会話内容が多くみられているといえよう。

柏木<sup>18)</sup>がのべているように、終末期看護にあたっては、受容的な態度で接することと、患者がもっている否定的な感情を十分表出させるような傾聴的な会話が必要である。特に患者の精神的苦痛への援助を行っていくには、患者の気持を把握することが前提である。そのためにはコミュニケーションが持てるよう精神的アプローチをはかっていかなくてはならない。具体的技術としては会話を持続していく方法や面接技法のトレーニングが重要である。このような患者や家族の心理的側面への看護ケアに関する訓練はなおざりにされる傾向があることが指摘されているが<sup>19)</sup>今後検討を要する分野であろう。

本調査を通じて、終末期患者や家族の訴えをどのように認識し、行動するかによって看護そのものに違いが生じてくるということがわかった。また終末期という身体的にも精神的にも危機的な状況下で、看護者として、よりよい援助を提供できるようになるには、基礎教育の期間で養われるものが非常に多いことも再認識することができた。

看護婦であれば人の死や臨終場面に立ち合うことは



必須のことである。そのような場は、患者にとり己の生を全うする終焉の場である。また家族にとっては最愛の人との永遠の別離の場となる。それは言葉には語りつくしがたいほどの生々しい人間の極限状態の場でもある。このような最も差し迫った場を眼前にし、いかに患者や家族の気持ちに心を合わせることができるようになるか、大きな課題である。

A・デーケン<sup>20)</sup>は、死への準備教育は知識・価値・感情・技術の4つのレベルで行われることが必要であると述べている。これは学生が死の意味、死の定義などの学習から始まり、死生観、看護観について考え、次第に看護者としての援助のあり方、提供できる方法を学び実践できるようになることでもある。またこれと同時に、臨床実習などにより死の看取りの重さを実感し、患者や家族の気持ちに共感できる感受性も養っていかなくてはならないことを示唆している。

「死の教育」に関する領域はまだ新しいためか、教育内容が十分確立されていない<sup>21)</sup>。看護教育における終末期看護についても同様<sup>22)</sup>で、各科目、担当教員が

独自で工夫・努力し教育にあたっている実情が多くみられる。このような現状のなかで終末期看護教育の必要性・重要性は認識され教育はなされているが、系統的に編成されたカリキュラムによる取り組みの立ち遅れも否めない。

今後は、教育内容の充実と系統的教育の体系化をはかることへの具体的な取り組みが急務とされるであろう。

## お わ り に

今回の調査では、養成課程別、養成校別に援助認識、援助行動の出現率に違いがあることが明らかになった。また看護学生の終末期患者とその家族への援助認識・行動の傾向について知ることができた。

しかし対象の具体的な教育背景との関りから、その相異、傾向について論じることができなかった。今後は、学生のおかれている状況、教育背景などを加味した継続的な検討を要すると思われる。

尚本研究は平成元年度岡山県一般研究の助成を受けて、故藤原宰江教授と共にを行ったものである。

## 引 用 ・ 参 考 文 献

- 1) 香春知永他：看護基礎教育における臨死患者の看護教育カリキュラム試案の作成(1)，第19回日本看護学会集録(看護教育)，215～217，(1988)
- 2) 藤原宰江他：看護学生の終末期看護に対する援助認識および援助行動傾向とMASとの関係，看護展望，12(9)，44～56，(1987)
- 3) 藤原宰江他：死をめぐる認識と教育への展望(その1)(その2)，岡山県立短期大学研究紀要，32(2)，72～88，(1988)
- 4) 波多野梗子他：看護学生の終末期患者への援助認識と看護行動傾向の学年による差異，看護研究，14(1)，62～73，(1981)
- 5) 片山信子他：死をめぐる認識と教育への展望(その3)，岡山県立短期大学研究紀要，35，166～177，(1991)
- 6) 中西睦子：臨床教育論，ゆみる出版，253～255，(1984)
- 7) 薄井担子：看護実践から看護研究へー「看護のなかの死」から何を学ぶか，日本看護協会出版会，20，(1989)
- 8) 3)に前掲，82
- 9) 富田幾枝：「臨床の知」をこそ看護＝日常性の解明と復権，ナースステーション，14(1)，15，(1984)
- 10) 4)に前掲，70
- 11) C. B. Lenburg, etc. (中西睦子訳)：身体的苦痛と精神的苦痛の推測，Ⅲ，看護教育の期間について，看護研究，4(3)，37～39，(1971)
- 12) 波多野梗子他：終末期患者に対する看護学生の援助認識・援助行動傾向への関連要因，看護研究，15(4)，61，(1982)
- 13) 小島操子他：看護基礎教育における臨死患者の看護教育カリキュラム試案の作成(2)，第19回日本看護学会集録(看護教育)，218～220，(1988)
- 14) 藤原明子：死生観を育てる教育とは，看護展望，8(10)，22～25，(1983)
- 15) 5)に前掲
- 16) 死の臨床研究会編：死の臨床，人間と歴史社，25～26，(1990)
- 17) 5)に前掲
- 18) 柏木哲夫：死にゆく人々のケア，医学書院，43～47，(1978)

死をめぐる認識と教育への展望（その4）

- 19) Barney G. Glaser, etc. (木下康仁訳)：死のアウェアネス理論と看護，医学書院，4，（1988）
- 20) A. デーケン編：死を教える，メヂカルフレンド社，3，（1986）
- 21) 同上，2
- 22) 池見西次郎他編：日本のターミナル・ケア，誠信書房，272～273，（1984）
- 23) 鈴木正子：生と死に向き合う看護—自己理解からの出発，医学書院，（1990）

平成3年3月16日受付

平成3年5月16日受理