

臨死患者のケア実習における 看護学生の心的衝撃への対処プロセス

伊藤 まゆみ・小玉 正博・大場 良子

原 著

臨死患者のケア実習における 看護学生の心的衝撃への対処プロセス

伊藤まゆみ*・小玉正博**・大場良子***

Coping by student nurses, emotionally impacted from terminal care for the dying patients

Mayumi Ito*, Masahiro Kodama**, Ryoko Ohba***

Abstract

Objectives: Coping process of student nurses confused by caring for dying patients during a terminal care practicum was investigated.

Method: Participants were 21 student nurses caring for dying patients. A semi-structured interview was collected the narratives of the participants and data were analyzed by the modified grounded theory approach.

Results: Results indicated that in the early stages of the practicum, participants felt threatened by caring for dying patients. They also had difficulties in communicating and caring for the patients. Moreover, participants were distressed by their situation, because they could not successfully cope with it. However, they became able to regulate their emotions through training from supervisors and later felt confident in caring for the patients.

Conclusion: Initially student nurses have problems in coping with the emotional impact of terminal care practicums. However, they are able to improve through support from supervisors. Moreover, student nurses find the positive meaning of their care practice through caregiving.

Key words: caring for dying patients, student nurses, cognitive-emotional regulation, qualitative analysis.

問題と目的

近年、がん患者の増加に伴い終末期ケアや緩和ケアの充実が課題となり、看護師養成課程における終末期ケア教育の整備と強化の必要性が指摘されている (Brajtman, Fothergill-Bourbonnais, Casey,

Alain, & Fiset, 2007; 厚生労働省, 2007; George, David, & Magi, 2008)。

これまで、終末期ケア教育では、看護学生（以下学生とする）が臨床実習で人の死や臨死患者^{註1)}のケアに直面することで心理的混乱、脅威、苦悩に伴う認知的・情緒的な衝撃（以下心的衝撃

* 共立女子短期大学 (Kyoritsu Women's Junior College)

** 筑波大学 (University of Tsukuba)

*** 埼玉県立大学 (Saitama Prefectural University)

とする）を起こすこと（Beck, 1997; 星野・内海・橋田・大浦, 2004; Muttto, Errazquin, Rabhansl, & Villar, 2010）やその心的衝撃に続いて、実習終了後も心的衝撃を再体験することで看護場面への回避行動を起こすこと（Terry & Carroll, 2008; Huang, Chang, Sun, & Ma, 2010）を問題と捉えてきた。このような問題の背景には、学生は終末期ケアへの準備が不十分であることや実習場面で患者のケアについて看護師、実習指導者、教員から十分な支援が得られていないことが指摘されている（Allcock, & Standen, 2001; Terry & Carroll, 2008）。このことから、学生が臨死患者のケア場面で体験する心的衝撃に対して適切な心理教育的支援が行われなければ、深刻なストレス性障害に進展する可能性が考えられる。

これらの問題に対して、従来の終末期ケア教育では、学生に死や終末期ケアに関連して起こる心的衝撃を学生のケアに対する態度が準備できていない状態と捉え、教育でその態度を養い、心的衝撃を軽減することを目指してきた。具体的には、講義で終末期ケアの知識を習得させる（Yeaworth, Kapp, & Winget, 1974; Hurting, & Stewin, 1990; 園田・上原, 2007）、講義に加えて、終末期ケア場面の見学、ロールプレイなどを取り入れた終末期ケア教育パッケージを活用する（Judy, 2003）、臨死患者とボランティアで会話するコンパニオンプログラムを体験させる（Kwekkeboom, Vahl, & Eland, 2005）などがある。これらの取り組みでは、講義に体験学習を付加することで、学生の終末期ケアに対する態度が積極的になり、死への脅威も軽減されたことを報告している。

しかし、学生の実習での臨死患者のケアに対する脅威は、個人的な死への脅威ではなく、ケア・ギバーとしての脅威であるという指摘がある

(Cooper, & Barnett, 2005)。このため、学生にとって、実習前の体験学習での脅威の緩和と、実習中の看護者役割のなかで脅威の緩和とは、おのずと脅威の要因が異なるために、事前体験の学習効果は実習場面には転移しにくい可能性が考えられる。したがって、終末期ケア教育では、学生が実習で初めて人の死に遭遇したり、臨死患者のケアに直面したりすることで起こる心的衝撃を自然な反応と捉え、むしろ、実習場面での現実的な対処のための支援プログラムを開発する方がより重要であると考えられる。

このような観点に立てば、終末期ケア教育では、実習場面で学生の体験する心的衝撃がどのような心的処理過程として展開するか、その心的処理過程に対して教員が行う対処支援は何かを明らかにすることが必要と考えられる。これらが明らかになれば、学生のケア場面における心的衝撃への認知的・情緒的な自己調節の仕方がわかり、その対処のための心理教育的な支援も検討できる。また、のような支援は派生的に起こり得る心的ストレス障害のリスク予防にもつながり、患者に対する良好なケア行動の促進にも寄与すると考えられる。

しかし、これまでの研究は、学生の体験する心的衝撃の指摘に留まり（Beck, 1997; Allchin, 2006; Huang, Chang, Sun, & Ma, 2010）、どのような対処や支援が心的衝撃の改善に有効であったのかについては明らかにされていない。

以上のような問題意識のもとに、本研究では次の2つの課題を検討することを目的とする。1つは、臨死患者のケアに直面した学生の心的衝撃の内容とそれへの解決のための対処プロセスを質的に分析することで、心的衝撃への認知的・情緒的な調節の様相を明らかにすることである。2つには、これらの質的検討から臨死患者ケアにおける学生の心的衝撃への対処のための心理教育的支援

註1) がんの集学的治療を行っても根治には至らない予後不良の状態、あるいは生命予後が約6カ月以内の終末期状態にある患者である。

モデルを構築することである。

操作的定義

本研究では、心的衝撃を、看護学生が実習で臨死患者のケアに直面することで生じる心理的混乱、脅威、苦悩に伴う認知的・情緒的衝撃であると定義する。

方 法

1. 調査対象

看護大学 3 年生で成人看護学実習において臨死期と考えられる患者を受け持った 28 名である。対象は成人看護学で終末期看護を 30 時間、カウンセリングを 15 時間履修している。なお、当該実習では終末期看護を専門とする教員が 23 名、それ以外の教員が 5 名を担当していた。

2. 調査方法

1) 調査期間：平成 19 年 9 月から平成 21 年 3 月である。

2) 調査内容：①受持ち患者との出会ったときの印象、②実習中に衝撃を受けた出来事とその場面での対処、③対処の理由、④対処結果の受け止め方についてである。

3) 調査の手続き

(1)調査対象には当該実習が終了し、実習評価を開示した時点で調査を依頼した。その際に書面と口頭で調査の趣旨、方法、倫理的な配慮について説明し、書面で承諾を得た。

(2)データの収集は質問内容を事前に提示・承諾を得た上で、プライバシーが保護できる個室で半構造化面接によって行われた。その内容は、調査対象の許可を得て IC レコーダーに録音し、逐語記録としてテキスト化された。面接時間は 14~70 分（平均面接時間 30.7 分）であった。

3. 倫理的配慮：調査対象ならびに調査対象が受け持った患者の人権擁護、不利益や危険性への配慮、データの管理について、第 1 著者の所属機関（当時）の倫理委員会の承認を得た。

4. 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（木下, 2007）を用いた。また、分析は、共同研究者ならびに心理系大学院院生で協議を繰り返し、分析結果の信頼性の確保に努めた。

結 果

1. 最終分析対象：最終分析対象は、心的衝撃の操作的定義に基づき、心的衝撃を受けていたと考えられた学生 21 名 [男性 2 名、女性 19 名；年齢 21~23 歳（平均年齢 21.1 歳）] であった。調査対象が受持った患者は、成人期あるいは高齢者の末期がん患者で、生命予後は週単位から 3 ヶ月程度が 12 名、半年前後が 5 名、その他が 4 名であった。患者の治療は化学療法や放射線治療などが 13 名、緩和ケアが 8 名であった。全ての患者がおおよそ病状を理解していたが、生命予後を具体的に理解していたものは 1 名であった（Table 1 参照）。

2. データの分析

1) 臨死患者ケアによって体験した学生の心的衝撃への対処プロセスを彼らの語りの中から抽出した。得られたデータは分析用ワークシートを用いて 49 の概念を生成後、その概念間の関係性に着目し、22 のカテゴリーを構成した。

2) 生成された概念とカテゴリーについて、衝撃と対処という観点から、それらの関係性を検討し、臨死患者ケアにおける看護学生の心的衝撃への対処プロセス（Figure 1）を作成した。その結果、この対処プロセスは、①臨死患者を受け持つことへの心的衝撃と認知的対処、②ケア場面で体験する苦悩への情動的対処の連鎖、③ケア場面での苦悩への再対処とその評価、④実習でのケア体験の評価、の 4 段階として表現された。

3. ストーリーライン

上述した 4 段階に沿って、ストーリーラインは次のようになった。なお、〈〉はカテゴリー、「」は概念を示す。

Table 1 調査対象及び調査対象が受け持った患者の状況

調査対象				受け持ち患者の状況	
No	ID	性別	年齢	主な治療状況	実習開始時の余命への予測と経過
1	A	女性	21	緩和ケア（呼吸困難、疼痛など）	週単位、実習中に死亡
2	B	女性	21	緩和ケア（発熱、貧血など）	週単位、実習中に死亡
3	C	女性	21	病状は末期段階、確定診断がつかず検査中で余命不明、全身状態への対処療法、実習終了直後に死亡	
4	D	女性	21	緩和ケア（疼痛など）	1-2ヶ月、実習終了後1カ月で死亡
5	E	女性	22	化学療法の効果が得られずに中断、緩和ケアに移行	治療次第 実習終了直後に死亡
6	F	女性	21	化学療法の効果が得られずに中断、緩和ケアに移行	3ヶ月以内
7	G	女性	21	延命目的の化学療法	3ヶ月前後
8	H	女性	21	延命目的の化学療法	3ヶ月程度
9	I	女性	21	緩和ケア（疼痛が強く、鎮痛剤での効果が得られず）	3ヶ月前後
10	J	女性	21	延命目的の化学療法	3ヶ月前後
11	K	女性	21	延命目的の化学療法	3ヶ月前後
12	L	男性	21	緩和ケア（疼痛など）	3ヶ月前後
13	M	女性	21	緩和ケア（疼痛、積極的な鎮痛剤の使用を拒む）	3ヶ月前後
14	N	女性	21	化学・放射線療法中であるが治療効果が得られていない	3ヶ月前後
15	O	男性	23	延命のための化学療法	半年前後
16	P	女性	21	延命のための化学療法	半年前後
17	Q	女性	21	延命のための化学療法	半年前後
18	R	女性	21	延命のための化学療法	半年前後
19	S	女性	21	延命のための化学療法	半年前後
20	U	女性	21	病状が進行し、疼痛が強い。 初回の化学療法	治療次第
21	AZ	女性	21	延命のための化学療法	治療次第・実習終了後1カ月で死亡

学生は実習で〈看護学生として臨死患者を受け持つことへの衝撃〉を受けたが、自身が〈看護学生として臨死患者を受け持つ意味づけ〉をすることでケアに臨んだ。しかしながら、実際のケア場

面では臨死患者の状態に対して〈心身の苦痛への衝撃〉を受けることとなった。さらに、そのような状況で、〈(患者の)余命への思いが読めないことに伴うコミュニケーション懸念〉も起きたため、

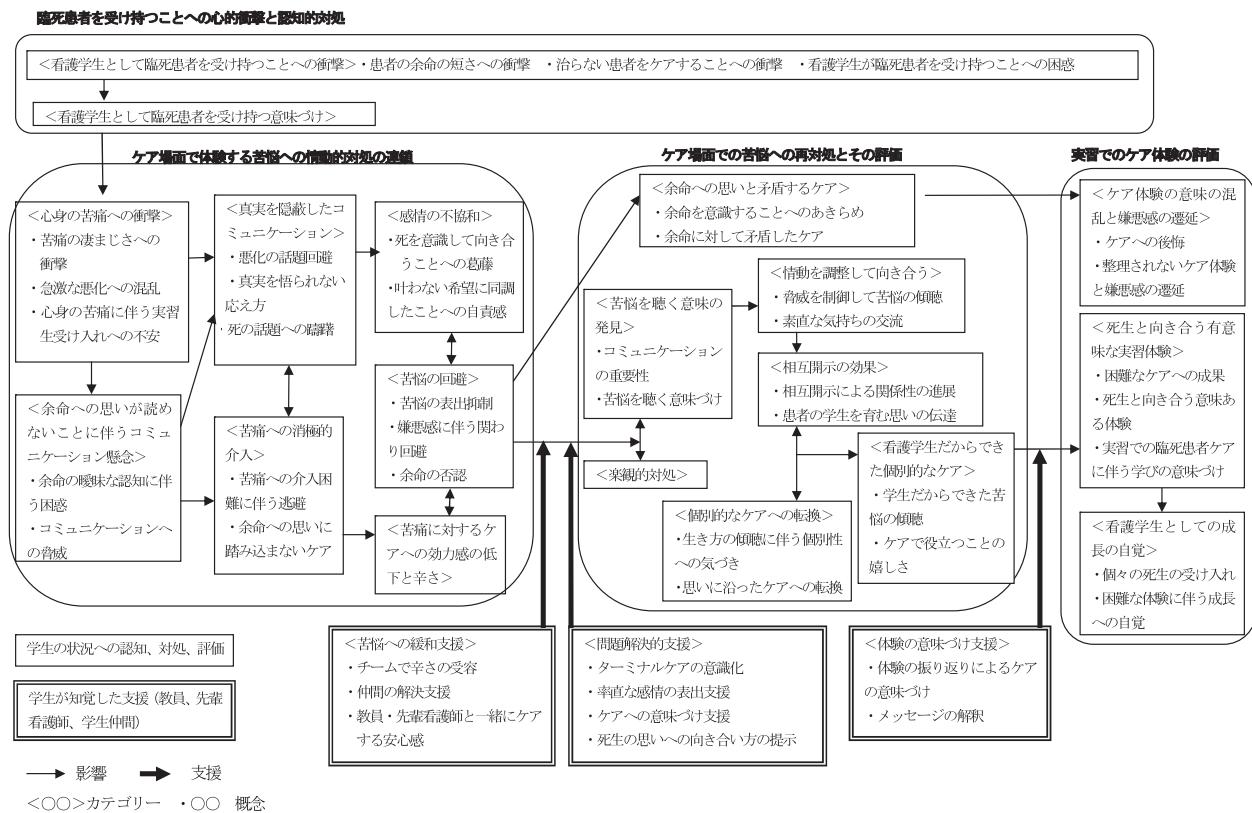


Figure 1 臨死患者ケアにおける看護学生の心的衝撃への対処プロセス

その関わりは〈真実を隠蔽したコミュニケーション〉となり、自身が表出する感情と内的に体験している感情との間で〈感情の不協和〉を抱いた。また、コミュニケーションの懸念から、患者との関係は進展せず、〈苦痛への消極的介入〉となった。その結果、学生は〈苦痛に対するケアへの効力感の低下と辛さ〉を体験することになったのである。このような〈感情の不協和〉や〈苦痛に対するケアへの効力感の低下と辛さ〉に対して、学生たちは「苦悩の表出抑制」、「嫌悪感に伴う関わりの回避」、「余命の否認」によって、〈苦悩の回避〉という情緒的対処を行っていた。

しかしながら、学生はこのような苦悩に対して、指導教員、実習仲間、先輩看護師からの〈苦痛への緩和支援〉や〈問題解決的支援〉を受けることで、再対処として患者との関係づくりに向かおうとする。その結果、学生は患者の〈苦悩を聴く意

味の発見〉ができ、自身の不安や困惑などの〈情動を調整して向き合う〉ことができるようになった。そのことで学生は患者との情緒的関係が深まり、「(患者の)生き方の傾聴に伴う個別性への気づき」により、自らの視点を患者の〈個別的なケアへの転換〉と拡げることができた。そして、このような再対処を〈看護学生だからできた個別的なケア〉と自己評価したのである。また、学生は、教員から〈体験の意味づけ支援〉を受けることで、当該ケア実習を〈死生と向き合う有意味な実習体験〉であり、〈看護学生としての成長の自覚〉のための好機であったと評価していた。

一方、対処支援を受けない学生では、再対処が患者の〈余命への思いと矛盾するケア〉と評価され、その後に〈ケア体験の意味の混乱と嫌悪感の遷延〉が生じていることが示された。

次に、ストーリーラインを構成する概念、定義、

バリエーションについて、その一部を紹介する。なお、【】はバリエーション、（）は調査対象のID記号/逐語記録のデータ番号を示す。

(1) 臨死患者を受け持つことへの

心的衝撃と認知的対処

〈看護学生として臨死患者を受け持つことへの衝撃〉における「看護学生が臨死患者を受け持つことへの困惑」の定義は、臨死期の患者を看護学生が受け持つことに伴う悪い事態への予期と対処への混乱である。このバリエーションには、【死が近い人にかかわることがどうしたらいいのかわからかったし、悲しかった（H/26）】や【自分がこの患者さんを受け持つていいのかな、自分が受け持つことで生活ではマイナスの面が、きっと多いんじゃないかなと、いろいろ考えて、（L/12）】があった。

〈看護学生として臨死患者を受け持つ意味づけ〉は1概念1カテゴリーと考え、その定義は、学生が臨死患者を受け持つという事態に対処するため、その意味を発見し、認知的に対処しようとする方略である。このバリエーションには、【患者さんを受け持つて、自分が大変かなとは思ったけど、経験すれば自分も何か変わる気がするし、学生のうちにいろんな体験をしといたほうが勉強にもなる。ここで頑張ったほうがいい（S/38）】があった。

(2) ケア場面で体験する苦悩への

情動的対処の連鎖

学生は、臨死患者の「苦痛の凄まじさへの衝撃」や「急激な悪化への混乱」という心的衝撃のなかで、患者に対する余命への思いが読めない状態で、「コミュニケーションへの脅威」を感じていた。この定義は、対話によって患者を傷つけるのではないかという脅威である。このバリエーションには、【患者さんと自分とが知っている情報は違っていて、ポロッと言ったらどうしよう。しゃべったことに、患者さんが前向きに考えられない要因

を作ったらどうしよう、ちょっと怖かった（U/17）】があった。

このような懸念のために、学生は患者に対して〈真実を隠蔽したコミュニケーション〉を行っていた。その結果、学生は対話場面で患者に表出した感情と自分が抱いている感情との間に不協和が起きた。〈感情の不協和〉における、「叶わない希望に同調したことへの自責感」の定義は、患者の病状では希望が叶わないことを知っているにもかかわらず、あたかもそれが叶うかのような受け答えをしたことに対する自罰感情が生じている状態である。このバリエーションには、【（患者さんが）『鍋食べたいな～』と言ったとき、私は、もう食べられないのがわかっているから、なんて返せばいいんだろうと思った。患者さんが『食べたい』って言ったらそれをリピートするみたいな表現しかできない。なんかもっといいコミュニケーションがあるのかな、自分で腑に落ちないコミュニケーションでしたね（M/56, 58, 60.62）】があった。

〈真実を隠蔽したコミュニケーション〉の影響もあって、学生は「余命への思いに踏み込まないケア」を行ったのである。このバリエーションには、【（私は）食事は好きなものから食べ下さいといっても、（患者さんは）食べられない、『下げちゃっていいよ』という。私は、今食べないとチャンスがないっていう思いがあったけど、患者さんは余命を知らない。自分は言えないし、悔いの残る余命になるのかな（J/38, 44, 52）】があった。このような言説から、その後、学生には患者の〈苦痛に対するケアへの効力感の低下と辛さ〉が生じたことが示された。このバリエーションには【患者さんのつらさがすごく伝わってきて、しゃべっていてもつらいんだろうなっていうのが伝わってきた。そんな患者さんに何もできない自分がつらい（E/35）】があった。

(3) ケア場面での苦悩への対処支援と

再対処並び評価

〈問題解決的支援〉における「ターミナルケアの意識化」の定義は、学生に患者の余命とケアの必要性に気づかせる支援である。このバリエーションには、【先生に、『もう、この患者さんは死ぬんだよ』って言われて、自分がアセスメントしていることと、自分の本心というか、思っていることが違うんだって、そのときに感じて、徐々に、現実に向き合おうとし始めた。それから患者さんが何を望んでいるかが見え始めた（D/37, 39, 45, 53, 55）】があった。また、「ケアへの意味づけ支援」とは、患者にとってのケアの意味を気づかせる支援である。このバリエーションには、【自分のケアに自信もなかったけど、先生が私のしていることを褒めてくれたっていうか『これでいい』って言ってくれて、それで意味あるんだなって気づくことができた（E/45）】があった。

このような指導教員の〈問題解決的支援〉により、学生はケア場面への再対処をしている。〈情動を調整して向き合う〉における「脅威を制御して苦悩の傾聴」の定義は、看護者としてケアに対する脅威を調整して、患者の苦悩を傾聴する行為である。このバリエーションには、【私に『なんでだ。俺今どうすればいいんだよー』と怒りをぶつけるときは、ぶつける相手も必要だと思うから、ぶつけてくれるんだたらいいや、と思って。最後まで逃げずにこの場にいよう。怖いなと思いつつも聞いていた（N/152, 154）】があった。

このような前向きな対処は、「(患者の)生き方の傾聴に伴う個別性への気づき」という認識の拡大を学生に喚起し、「(患者の)思いに沿ったケアへの転換」という新たな向かい方になった。「生き方の傾聴に伴う個別性への気づき」のバリエーションには、【患者さんは、入院前は一人暮らしで、歳の割には活動的で、毎日歩いていた。入院中でも多少辛くとも、食事はベッドではなくテー

ブルで、水はコップで、トイレまで歩く。患者さんが大切にしていること、生活習慣があることを聽いた。もう、十分に生きたこと、家に帰りたいこともたくさん話してくれた（E/87）】があった。

これらの再対処により、学生は、自らを患者に対して「学生だからできた苦悩の傾聴」と評価し、「ケアで役立つことの嬉しさ」を感じている。「ケアで役立つことの嬉しさ」のバリエーションに、【怖さっていうよりも、（患者さんが久しぶりに車いすで）外に行って光に当たって、外のにおいとか感じたことで、すごく感動し、満たされたということで、その人にとっては、とても大きなことだった。そういう場面に立ち会えたっていうのが、うれしかったです（D/95）】があった。

一方、支援を受けないときの再対処に対する評価は、患者の〈余命への思いと矛盾するケア〉であった。このバリエーションには、【なにをしていいかわかんなくなって、もうすぐ死ぬような（人に）転倒転落の危険性とか、まあ大事なんだけど、何だろう、何か、うへんって感じでこう、（ケアが）ずれてる感じ（G/52）】があった。

(4) 実習でのケア体験への対処支援と

ケア体験の評価

学生は指導教員から実習での〈体験の意味づけ支援〉を受けていた。その支援における「体験の振り返りによるケアの意味づけ」は、自身のケア体験を振り返り、教員からのフィードバックやアドバイスを受けて、自身の関わりの捉え直しをすることで、それに意味を与えることである。このバリエーションには、【先生からターミナル期にはいろんな段階があって、私が受け持った患者さんの段階は、傾聴だけでも、そのときにはいいケアの一つだったんだという話を聞けたときに、ケアもきっとできてたって言ってもらえることで、ああできてた（A/176）】があった。この教員からの対処支援により、学生は実習でのケア体験を〈死生と向き合う有意味な実習体験〉と評価して

いる。このカテゴリーにおける「困難なケアへの成果」のバリエーションには、【患者さんが『飲み物飲みたい』とか、頼んでくれたことが一番うれしかった。患者さんのために何か自分ができた。実習の最終日には、『3時半になったら玄関まで見送ろうと思ったけど、今日は体調も悪くて無理そうです』って言われました (E/79, 91, 154)】があった。これらの体験に対する評価は、〈看護学生としての成長の自覚〉に影響した。このカテゴリーにおける「困難な体験に伴う成長への自覚」バリエーションには、【自分なりには悩んだときもあったし、でも最後すごい患者さんの中も思って話もできだし、関係もよくできたからすごい成長したのかなって思う (S/82)】があった。

一方、指導教員からの「体験の意味づけ支援」を受けていないと認識していた学生では、腑に落ちないケア体験として評価され、「ケアへの後悔」と「整理されないケア体験と嫌悪感の遷延」が起きていた。「ケアへの後悔」のバリエーションには、【患者さんは怖かったと思う。早く退院したいのに痛いし、よくならない。そういう話を聞いて、少しでも自分がはけ口になってもよかったです、自分で壁を作ったから、うまくいかなかった。今でも悲しくなる (L/132)】があった。

考 察

1. 心的衝撃への対処プロセスについて

(1) 臨死患者を受け持つことへの

心的衝撃と認知的対処

〈看護学生として臨死患者を受け持つことへの衝撃〉は、臨死患者に初めて関わる混乱や脅威である。この衝撃に対して、学生は〈看護学生として臨死患者を受け持つことへの意味づけ〉を行っている。この意味づけは、臨死患者のケア体験はストレスフルではあるが、将来にはそれに見合う利益があるだろうと認知的に再評価している状態である。このような利益発見型の意味づけ

(finding benefit) は、ストレスフルな出来事に対して個人が重要性や精神的な価値を理解しようと試みることで、出来事への認知を変化させ、適応するための自己調整過程であると考えられている (Janoff-Bulman & Ftantz, 1997)。つまり、学生は臨死患者のケア体験による心的衝撃に対して何らかの利益または意味を発見し、困難なケアに挑戦するという認知的、情緒的な自己調節を行っていると考えられる。

(2) ケア場面で体験する苦悩への

情動的対処の連鎖

実習当初の学生は患者に対するコミュニケーション懸念が強く、患者の要求あるいは願いを知りうとするよりも、一般的な終末期ケアの目標設定に目を奪われて、気持ちが空回りしていた様子が認められた。

コミュニケーション懸念 (communication apprehension) とは、対人コミュニケーションに関連した脅威や不安であり (Richmond & McCroskey, 1998)、ソーシャルスキルの不足がその要因の一つとされている (近藤・ヤン, 1996)。具体的には、学生たちは患者の曖昧な余命への認知や死の話題に適切に応答できず、患者を傷つけるかも知れない不安とそうした事態への直面化に脅威を感じていた。そのことにより、患者の〈余命への思いが読めないことに伴うコミュニケーション懸念〉を生じ、その対処として〈真実を隠蔽したコミュニケーション〉を行った。

Lazarus & Folkman (1984) のストレスの評価・対処モデルによれば、脅威に対処できないと評価された場合、脅威を回避する情緒的対処が選択される。実際、看護師においても臨死患者との間で死の話題に踏み込むことへの躊躇や回避行動がしばしば見られている (Sivesind, Parker, Cohen, Demoor, Bumbaugh, Throckmorton, Volker, & Baile, 2003)。

このようなコミュニケーション懸念に対する学

生の情緒的対処は、患者の〈苦痛への消極的な介入〉を起こす引き金ともなり、学生は望ましい対患者関係が構築できずに、患者がどのようなケアを望んでいるのかを知る機会を逸したことが考えられる。さらに、そのことで、学生は患者へのケアへの見通しが立たず、患者の〈苦痛に対するケアへの効力感の低下と辛さ〉と〈苦悩の回避〉という対処が起きたと考えられる。つまり、学生はケア場面での患者の心身の苦痛への衝撃に引き続いてコミュニケーション懸念を起こすが、その状態に対処するスキル不足や情動の調節能力不足のため、自身でこの事態を開拓できないために上記のような情緒的対処を繰り返したものと考えられる。

(3) ケア場面での苦悩への対処支援と再対処

学生は、指導教員から〈苦悩への緩和支援〉や〈問題解決的支援〉を受け、臨死患者ケアによって生じた苦悩への再対処を試みた。その際、「ターミナルケアの意識化」や「ケアの意味づけ支援」は、“患者が望むケア”への気づきとケアの意味の捉え直しを促し、“患者の苦悩を聴くことは患者に利益を与えることである”という新たな認知を得ることにより、患者の〈苦悩を聴く意味の発見〉に結びついたのであろう。そして、この認知が、患者に対して「脅威を制御して苦悩の傾聴」を行うことを学生に動機づける要因となったと考えられる。その際、指導教員による患者への「率直な感情の表出支援」は、学生が患者との「素直な気持ちの交流」を図るために言語的説得として機能していた。さらに、患者の「死生の思いへの向き合い方の提示」は学生が困難と感じている行動に対して、具体的な向き合い方とその効果を教員が範示することで、「素直な気持ちの交流」を図ることへの本意が理解されたと考えられた。

このように、〈情動を調整して向き合う〉という対処は、看護学生と患者との〈相互開示の効果〉を媒介として、〈個別的なケアへの転換〉に至っ

たのである。これは患者と向き合うことで、これまで見えなかった患者の「生き方の傾聴に伴う個別性への気づき」を学生にもたらし、そのことによって患者が望むケア内容を理解し、彼らの「思いに沿ったケアへ転換」されたと考えられる。「学生だからできた苦悩の傾聴」や「ケアで役立つことの嬉しさ」のバリエーションから、患者は、死にゆく過程で、患者自身の恐怖や苦悩を理解しようとする姿勢や人としての実存性を尊重したケアを望んでいることに、学生が気づいたと解釈できる。このような患者のケア・ニーズは、学生にケアを受けたがん患者の調査においても、学生が患者に心から関心を寄せてくれることや患者の意思を尊重してくれることを何よりも喜び、ケアを高く評価している報告 (Gulbeyaz, Semiha, Adnan, Kursat, & Zehra, 2008) とも合致する。

一方、教員に適切な対処支援を受けていないと認識していた学生は、患者に対して〈余命への思いと矛盾したケア〉を行ったと評価している。つまり、学生は初めての臨死患者のケアに直面し、講義や実践での看護師モデルの提供だけでは、ケアの意味づけも対処行動も具体的に理解できなかっただために、患者の余命への思いを尊重したいという思いはあっても、そのためのケアを行わなかっただことに“矛盾したケア”と評価していたと考えられる。

(4) 実習でのケア体験の意味づけ支援と

ケア体験の評価

指導教員による〈(臨死患者ケアの) 体験の意味づけ支援〉は、学生の〈死生と向き合う有意味な実習体験〉を媒介にして、〈看護学生としての成長の自覚〉に影響していた。これは、指導教員が「体験の振り返りによるケアの意味づけ」を行ったことによりケアを振り返り、そのケアが臨死患者にとってどのような効果があり、どのような意味を持つのかが再認識された。このような教員の支援により、彼らは“看護を学ぶ学生としてのケ

ア体験の意味”を見出した様子がある。これは、意味付与型の意味づけ (making sense) として捉えられるもので (Janoff-Bulman & Frantz, 1997)、ストレスに起因する自己成長感 (stress-related growth) に影響を及ぼすといわれている (宅, 2005)。実際に、「困難な体験に伴う成長への自覚」のバリエーションからも臨死患者のケア体験から看護学生として成長したという自覚が読み取れる。

2. 看護学生の心的衝撃への自己調節のための心理教育的支援モデル

臨床実習における学生の心的衝撃への自己調整のための心理教育的支援モデルは、Figure 1を基盤に作成した結果、Figure 2のようになると考えられた。

このモデルでは、まず、看護学生の臨死患者との出会いによる心的衝撃と彼らとのコミュニケーション懸念に着目した。すなわち、学生は患者の

ケア場面で、自身のコミュニケーション懸念による死の話題に対する感情的不協和を察知されることと死の話題に触れることの脅威の両方から認知的、情動的な混乱を喚起した。また、学生にはコミュニケーションの懸念を引き起こすようなコミュニケーションスキルの不足もあった。このような状況で、学生は患者との率直な対話を回避するようになる。さらに、学生は、患者との心理的距離を取ることにより、患者の生き方の理解や患者の望むケアも理解しにくい状態に陥ることが考えられる。それによって学生はますます自身の行っているケアへの意味が見いだせずに、ケア提供の効力感が低下すると考えられた。

この悪循環から脱却するためには、学生に求められるのは、まず自らの情動を調節して患者とオープンなコミュニケーションが可能になることである。この時点で行われた教員の心理教育的支援

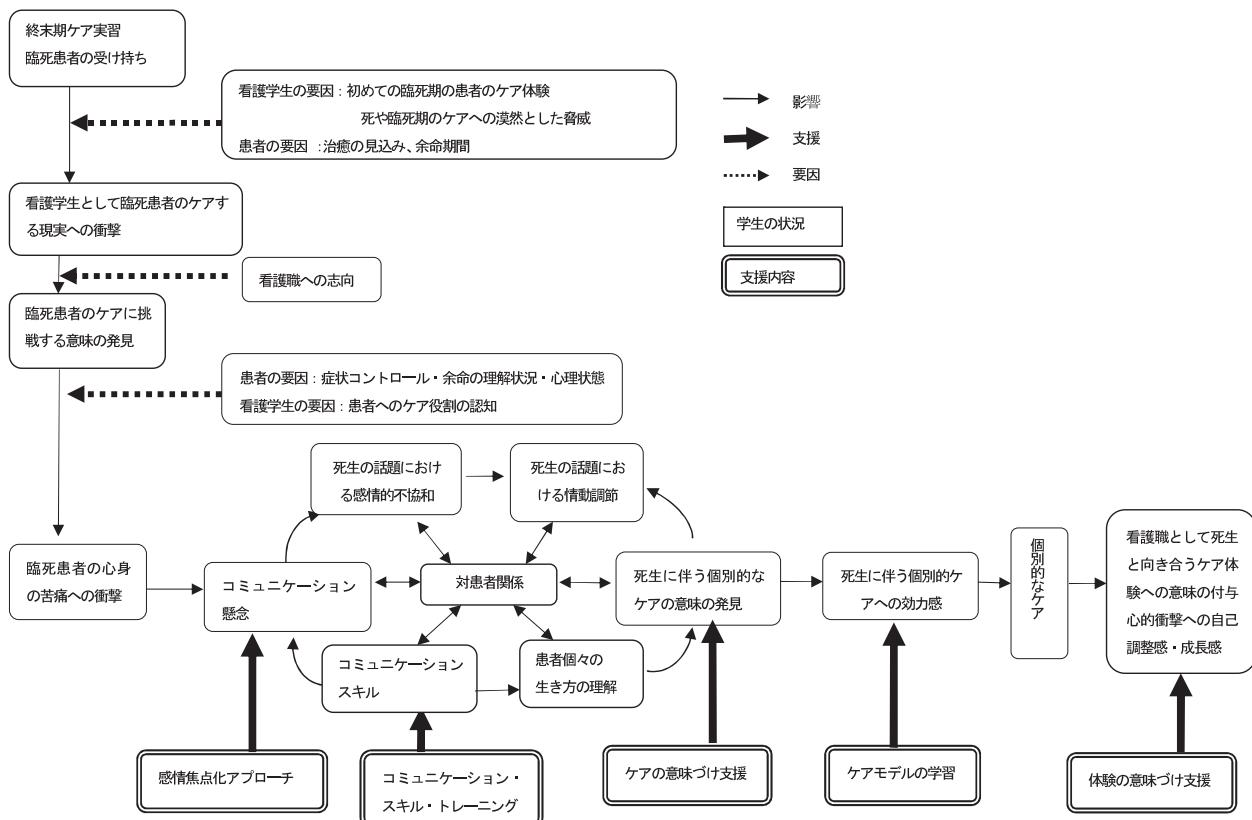


Figure 2 臨死患者ケアにおける看護学生の心的衝撃への自己調節のための心理教育的支援モデル

(苦悩に着目した支援、コミュニケーションへの支援、ケアの意味づけ支援) は、それぞれ彼らのコミュニケーション懸念を改善する手がかりを与え、学生のケア行動に対する理解と意味の発見を促すことになった。それによって学生はより適切な情動調節が可能になったものと考えられる。このことから、学生は当初、対患者関係においてコミュニケーション懸念を感じ、認知的、情動的な混乱が喚起されるが、教員の支援を受けて、患者との間に望ましいコミュニケーションを成立させ、患者の生き方を理解し、ケアの意味に気づくことで、死を語ることへの脅威を調節していたと考えられた。また、これらの心的過程は患者との相互作用によって展開していたと考えられた。これらの状態を図式化すると、Figure 2 に示したようにトランザクショナルな構造になると考えられる。

次に、学生は患者のケアの意味に気づき、ケアの具体的方法が理解できれば、ケア提供の効力感は高まり、学生のケア行動は促進されやすい。そのため教員はケアモデルを提供し、学生が困難を乗り越えて行ったケア体験を意味づける(体験の意味づけ支援)ことで看護者としての成長感が獲得されていったと考えられる。

このように教員による心理教育的支援は、学生が臨死患者への心的衝撃に対して認知的・情緒的対処を獲得し、看護者としての自己成長過程を支え、促す上で一定の効果を有したものと考えられた。このため、上述した教員による心理教育的支援を基盤に、心理教育的支援プログラムにおける介入ユニットを新たに構築した。

①コミュニケーションスキル・トレーニング：ソーシャルスキル・トレーニング法(相川, 2005)を参考に、学生が良好な対患者関係を構築し、患者の思いや情動の表出を促すためのコミュニケーションスキルを獲得させる。それにより、学生は患者と直裁な対話を成立させ、患者の生き方を理解し、患者の望むケア内容が理解できるようになると考

えられた。

②感情焦点化アプローチ：感情焦点化療法(Greenberg, Rice & Elliott, 1993 岩壁訳, 2006)を参考に、学生が患者の思いや情動を聴く過程で起こるコミュニケーション懸念に関連した不快な情動体験に着目する。そして、不快な情動を起こした出来事の処理過程をフィードバック、再構成することで、素直な思いや情動が表出できるように援助する。

③個別的なケアの意味の発見や成長感に対する意味づけ支援：学生のケア体験を患者の生き方と関連づけたり、終末期ケアの認識を深化したりすることでケア行為あるいはケア体験の意味に気づくように支援する。

④ケア行為に対する効力感獲得のためのケアモデルの学習：モデリング学習(Bandura, 1971 原野・福島訳, 1975)の考えに基づき、学生は教員や看護師の提示するケアモデルを参照することで、具体的なケアの方法を学習し、自己効力感が向上するように支援する。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の目的は、臨死患者のケア実習において看護学生が体験する心的衝撃への対処プロセスを明らかにし、それを受け、心的衝撃への効果的な対処支援のための包括的な心理教育的支援モデルを構築することであった。したがって、今後の課題は、今回明らかにされたような心的衝撃が別の学生サンプルにおいても同様に体験され、同様の対処プロセスを辿るのかを再確認する必要がある。さらに、本研究において提案された4つの介入ユニットによって構成された支援プログラムを実施することにより、その妥当性と効果を実証することが求められる。

引用文献

相川充 (2005). 人づきあいの技術 社会的スキルの心

- 理学 サイエンス社
- Allchin, L. (2006). Care for the dying: nursing student perspective. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(2), 112-119.
- Allcock, N., & Standen, P. (2001). Student nurses' experiences of caring for patients in pain. *International Journal of Nursing Studies*, 38 (3), 287-295.
- Bandura, A. (1971). *Psychological Modeling: Conflicting Theories*, Chicago : Aldine Atherton. (バンデュラ, A. 原野広太郎・福島脩美 (訳) (1975). モデリングの心理学 観察学習の理論と方法 金子書房)
- Beck, C. T. (1997). Nursing students' experiences caring for dying patients. *Journal of Nursing Education*, 36 (9), 408-415.
- Brajtman, S., Fothergill-Bourbonnais, F., Casey, A., Alain, D., Fiset, V. (2007). Providing direction for change: assessing Canadian nursing students learning needs. *International Journal of Palliative Nursing*, 13 (5), 213-221.
- Cooper, J., & Barnett, M. (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 11 (8), 423-430.
- George, E. D., David, C., & Magi, S. (2008). Palliative care and end of life care issues in UK preregistration, undergraduate nursing programmes. *Nurse education today*, (28), 163-170.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). Facilitating emotional change: *The moment-by-moment process*, Tokyo: UNI Agency. (グリンバーグ, L. S., ライス, L. N., & エリオット, R. 岩壁茂 (訳) (2006). 感情に働きかける面接技法 心理療法の統合的アプローチ 誠信書房)
- Gulbeyaz, C., Semiha, A., Adnan, A., Kursat, O., & Zehra, D. (2008). Evaluation of the effect of care given by nursing students on oncology patients' satisfaction. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 387-392.
- 星野礼子・内海知子・橋田由吏・大浦まり子 (2004). 臨地実習中に受持ち患者の死を知った学生の感情 香川県立医療短期大学紀要, 5, 89-97.
- Huang, X. Y., Chang, J. Y., Sun, F. K., & Ma, W. -F. (2010). Nursing students' experiences of their first encounter with death during clinical practice in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 19(15-16), 2280-2290.
- Hurting, W. A., & Stewin, L. (1990). The effect of death education and experience on nursing students' attitude towards death. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 29-34.
- Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. M. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. Power & C. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies*. London: Wiley. Pp. 91-106.
- Judy, LM. (2003). The impact of a palliative care educational component attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing student. *Journal of Professional Nursing*, 15 (5), 305-312.
- 木下康仁 (2007). 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 弘文堂
- 厚生労働省医政局看護課 (2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書
- Kwekkeboom, K. L., Vahl, C., & Eland, J. (2005). Companionship and education: a nursing student experience in palliative care. *Journal of Nursing Education*, 44 (4), 169-176.
- 近藤真治・ヤン, Y. L. (1996). コミュニケーション不安の形成と治療 ナカニシヤ出版
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Mutto, E. M., Errázquin, A., Rabhansl, M. M., & Villar, M. J. (2010). Nursing education: the experience, attitudes, and impact of caring for dying patients by undergraduate Argentinian nursing students. *Journal of Palliative Medicine*, (12), 1445-1450.
- Richmond, V. P., & McCroskey, J. C. (1998). *Communication Apprehension, Avoidance, and Effectiveness* (5 th Eds.) Boston: Allyn and Bacon.
- Sivesind, D., Parker, P. A., Cohen, L., Demoor, C., Bumbaugh, M., Throckmorton, T., Volker, D. L., & Baile, W. F. (2003). Communicating with patients in cancer care; what areas do nurses find most challenging? *Journal of Cancer Education*, 18 (4), 202-209.
- 園田麻利子・上原充世 (2007). ターミナルケアの授業

- における学生の死生観に関する検討 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要, 11, 21-35.
- 宅香奈子 (2005). ストレスに起因する自己成長感が生じるメカニズムの検討—ストレスに対する意味の付与に着目して— 心理臨床学研究, 23 (2) ,161-172.
- Terry, L. M., & Carroll, J. (2008). Dealing with death: first encounters for first-year nursing students. *British Journal of Nursing*, 17 (12), 750-755.
- Yeaworth, R. C., Kapp, F. T., & Winget, C. (1974). Attitudes of nursing student toward the dying patient. *Nursing Research*, 23 (1), 20-24.