

2015年2月19日

2014年度聖路加国際大学大学院博士論文

論文題目

死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの開発

Development of Models of Nursing Student's Perceptions
for Dying Patients

氏名 鹿村 真理子

目次

第1章 序論

I. 研究の背景	1
II. 研究の目的	4
III. 概念枠組み	5
IV. 用語の操作的定義	5
1. 看護学生の患者に対する死の認知	5
2. 死に対する態度	6
3. 自意識	6
4. 共感性	6
5. 援助規範意識	6
V. 研究の意義	7

第2章 文献の検討

I. 看護学生の死生観に関わる研究と死にゆく患者の看護ケアの現状	8
1. 看護学における死生観の捉え方	8
2. 死に対する態度に関する研究	9
3. 看護学生の死にゆく患者の看護ケアに関する研究	10
II. 看護学生の患者に対する死の認知の影響因子に関する研究	10
1. 自意識	10
2. 共感性	11
3. 援助規範意識	11
III. 文献検討の要約	11

第3章 予備的研究1

I. 研究方法	12
1. 調査対象と期間	12
2. データ収集方法と分析方法	12
3. 倫理的配慮	12
II. 結果	13
1. 死に対する意識	13
2. 死にゆく患者への思い	13
3. 死にゆく患者へのケア	14
III. 考察	14
1. 死に対する意識	14

2. 死にゆく患者への思い	-----	15
3. 死にゆく患者へのケア	-----	17
第4章 予備的研究2		
I. 研究方法	-----	18
1. 看護学生の患者に対する死の認知の質問紙作成の意義	-----	18
2. 調査対象者と期間	-----	18
3. 質問紙の構成	-----	18
4. 倫理的配慮	-----	25
II. 結果	-----	25
III. 考察	-----	26
第5章 研究方法		
I. 研究デザイン	-----	28
II. 調査対象と期間	-----	28
III. 調査項目と測定用具	-----	28
1. 属性データ	-----	28
2. 尺度による測定	-----	28
IV. データ収集および分析方法	-----	29
V. 倫理的配慮	-----	30
1. 研究対象者に理解を求め同意を得る方法	-----	30
2. 研究対象者の人権の擁護	-----	30
第6章 結果		
I. 属性と死についての経験についての回答結果	-----	31
1. 対象者の属性についての回答結果	-----	31
2. 死についての経験についての回答結果	-----	31
II. 影響因子の平均得点と標準偏差	-----	32
1. 自意識の下位尺度別平均得点と標準偏差	-----	32
2. 多次元共感性の下位尺度別平均得点と標準偏差	-----	32
3. 援助規範意識の下位尺度別平均得点と標準偏差	-----	32
III. 死に対する態度と看護学生の患者に対する死の認知の平均得点と標準偏差	----	33
1. 死に対する態度の下位尺度別平均得点と標準偏差	-----	33
2. 看護学生の患者に対する死の認知の下位尺度別平均得点と標準偏差	----	33
IV. 死に対する態度及び看護学生の患者に対する死の認知と影響因子との関連	----	33
V. 死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの作成	-----	34

第7章 考察	
I. 死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの検討 -----	42
1. 死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの検討 -----	43
2. 属性及び死についての経験の有無による	
死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの相違の検討 -----	45
II. 本研究の限界と今後の課題 -----	50
III. 看護学生の死にゆく患者への看護ケアの行動化に向けての	
教育の今後の展望 -----	50
第8章 結論 -----	56
文献 -----	58
資料 -----	i
謝辞	

第 1 章 序論

超高齢社会を迎えた我が国においては、看取りをめぐる課題が山積している。そのため、看護基礎教育においては将来死にゆく人の看取りを担う看護学生に対し、学生の死生観を育むとともに効果的な教育方略の構築が求められている。本研究では、看護学生の死にゆく患者への看護におけるケアの行動化を促す教育の構築に資するために、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを開発することとした。

I. 研究の背景

近年、我が国においては急速に平均寿命が延び、1970年代には長寿国となった（世界開発指標，2011）。人口に占める65歳以上の高齢者の割合は、2012年に24.2%となり、その後も増加の一途をたどる（国立社会保障人口研究所，2012）。そのため、死亡人口も増加をつづけることになる。1976年に、病院等の医療施設（以下医療施設）における死亡者が在宅でのそれを上回って以来、多くの人々が医療施設で死を迎えている（厚生労働省，2011）。厚生労働省は少子高齢化による医療制度や構造の変化への対応策として、在宅医療を推進してきた。しかし、終末期医療においては、家族への負担、急変したときの対応への不安などの理由から在宅での療養は困難な状況にある（厚生労働省，2011）。2010年の医療施設における死亡者の割合は84.0%、在宅での割合は12.5%であり（厚生労働省，2011）、依然として多くの人々が医療施設で死を迎えている。このような現状から、我が国の看護学生は日常生活の中で死に出会う機会が少ない。インドやネパールの看護師・看護学生よりも死は未知であり、その不安が著しく強い（河野，2001a）ことが報告されている。

現代の大学生が死と隔離された状況に置かれていることに対して、リアルな死が遠ざかり、バーチャルな死が蔓延する中で、死については未知のものに対する恐れが増加する一方、未知であるが故に関心を向けにくいという両極端のベクトルが社会現象の中でも現れているように思える（藤井，2003）という指摘がある。日常から切り離されたまま曖昧な態度で死と対峙することについては、強制的に“死”を眼前に突きつけられる状況下では個人の心的準備状態の如何によっては、深刻な不適応や心的外傷体験に結びつきかねないことが容易に予測される（丹下，1995）と述べられている。当然のことながらこの状況は、看護学生についても当てはまる。しかし、死を生涯発達における喪失という観点からみるならば、単なる喪失ではなく、成熟をもたらす発達の契機にもなるのではないかと（やまだ，

2007)とも指摘されている。これらから、看護学生にとって死にゆく患者との出会いは、不安や恐れの高いものであることが考えられるが、人間として成長する機会でもあるといえる。

青年期後期における死の捉え方は、身体的には身体的成熟と性成熟、認知的には死の熟考、社会的には両親や仲間達との相互作用、情緒的にはアイデンティティの出現等に関係される。青年期の成長と死は絡み合っており、親子愛着関係から分離し自己を形成していくプロセスには、自己を評価し、人生の意味を見出すことや、理想的自己と現実的自己の食い違いに苦しむこともある。その成長過程には、喪失や悲嘆と、強烈な生への思いが共存している(Noppeら, 1991, 1996)。青年期後期にある大学生が自分自身の死を思慮していくことは、青年期のアイデンティティの形成において、個人が持つ死生観は、自分が何者なのかこれからどのように生きていくのかを問う意味で重要なことである(藤井, 2003)。その上さらに、看護学を学ぶ学生は将来確実に死にゆく人と出会い、援助者として人の死を看取するという側面からの死に対する態度を形成していくことが課せられている。

かつて人の死は在宅が当然であり、看取りは家族の基本的な役割であり、死が生活や人生の中にしっかりと組み込まれていた。しかし、現代では、さまざまな形の看取りの技術を失ってしまっている(新村, 1999)。そして、多くの人々が医療施設で迎える死は、看取りの主体が医療者となり、家族や近親者が真正面から死と向き合うことが難しくなっているという現状がある。さらに、死の儀礼においても葬儀社によって執り行われることが多く、死者に触れるという機会そのものが少ない。そのため、死を実感することが希薄になっている。若い世代においては、死生観そのものが空洞化し「死そのもの」をどうとらえるか、どのような死生観を自らのものにするかということが大きな課題である(広井, 2001)ことが指摘されている。死生観の空洞化ということを見れば、看護学生に当てはめて考えれば、医学的な死というものは理解できても、死そのものの意味についてはよくわからないということになる。看取りをめぐるこれらの現状を踏まえると、看護基礎教育において、死にゆく人への看取りを将来担う看護学生に対し死生観を育むことが求められている。

看護学においては、死生観、生死観、死観という用語に関して、厳密な概念規定や区別がなされず混同して用いられることが多い(河野, 2004)。死生観は、発達するにつれてより多次元的に分化していくものという生涯発達の立場にたてば、青年期にある看護学生は発達の途上にあり、その死生観は未確立の段階にあると考える。死生観は、死を経験することによって受動的に形成されていくのではなく、能動的に自己の内部で扱い吸収してい

第1章

こうとする動きによって、肯定的な死生観は形成されていく（丹下，1995）のである。つまり、死生観は死についての知識や経験を自己の中で思慮し、深めていくことにより形成されていくものであると考える。

看護の独自の機能は、病人であれ健康人であれ各人が、健康あるいは健康の回復（あるいは平和な死）に資するような行動をするのを援助することである（Henderson, 1969/ 湯楨ら訳，2006）。このように、看護職者にとって死にゆく人へのケアは重要な役割であり、当然のことながら看護基礎教育においても重要な課題である。

1981年に、世界医師会はターミナルケア（終末期医療）について、「患者の権利に関するリスボン宣言」により、患者の主要な権利の中に人間的なターミナルケアを受ける権利を有することを明確にした。我が国においては、1982年に「生と死を考えるセミナー」が開催され、終末期医療について話し合われた。翌1983年に「生と死を考える会」が発足した（曾根ら，1984）。この頃から、ターミナルケアや死の準備教育について検討がなされるようになった。しかし、我が国における死の準備教育は、その教育水準の高さに比して不十分である（Deeken, 1986）ことが指摘された。1987年に、厚生省に「終末期医療に関する検討会」が発足した。1989年には、同省から「終末期医療に関するケアのあり方検討会」報告書が提出される（厚生労働省，2011）など、ターミナルケアをめぐる論議や活動が行われるようになった。このような社会的状況を受けて、同年看護基礎教育におけるカリキュラム改正が行われ、包括医療に対応できる知識としてターミナルケアが「臨床看護総論」の経過別看護の中の一部に位置づけられた（厚生省健康政策局看護課，1989）。しかし、そのカリキュラムで提示された履修時間は少なく、十分な教育を展開することの困難さ（藤腹，1991）が指摘されている。さらに、その教育方法・内容・評価に関しては、模索の段階である（園田ら，2009）ことが指摘されている。そして、死の準備教育については、科目の一部で取り上げられてはいるがカリキュラムの中に位置づけられておらず、日本の看護基礎教育における死の準備教育は、検討段階にある（志田ら，2007）と指摘されている。これらから、日本における死の準備教育に関わる教育は、未だ不十分な状況にあるといえよう。

初めてデス・エデュケーション（死の準備教育）が、高等教育において開始されたのはアメリカにおいてである。そのため、アメリカの取り組みについて述べると、1990年代までにほとんどの看護学の教育機関において、デス・エデュケーションがカリキュラムの中に組み込まれた（中井，2010）。そして、2000年にはアメリカ看護カレッジ協会（AACN；

第1章

American Association of College Nursing) は、終末期ケアのガイドラインを提案するために「End-of-Life Nursing Education Curriculum」を作成した (Wass, 2004)。AACN は、2008 年に刷新カリキュラム (The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice) の中に End-of-Life Care を必須概念として含めた (AACN, 2008)。看護学生に対しては、End-of-Life Care のガイドラインがあり、死にゆく患者の看護ケアの教育に有用である (Barrere ら, 2008 ; Wallace ら, 2009) ことが報告されている。このように、アメリカにおいては終末期ケアにおいて必要となるスキルを明確にし、学生への教育を実施している。

本研究においては、End-of-Life Care を教授する前段階として、死と向き合う態度を育むためのデス・エデュケーションに取り組むことが重要であると考えた。そこで、看護学生の死にゆく患者への看護におけるケアの行動化を促す教育の構築に資するために、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを開発することとした。

II. 研究の目的

本研究は、看護学生を対象とした質問紙調査により死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを開発し、死にゆく患者への看護において学生の患者の死と向き合う態度を形成しケアの行動化を促す教育を構築することを目的とした。

本研究では、以下の目標を段階的に設定した。

1. 保健師助産師看護師養成指定規則に指定されている看護学の専門分野Ⅱの科目を受講している大学生2学年から4学年の学生の死に対する考え、患者の死を考えたときの気持ち、死に対する考えに影響を与えたことなどを質的に記述する。
2. 看護学生が、死にゆく患者に出会いケア行動を起こすときに生じている認知を抽出し、「看護学生の患者に対する死の認知」の構造を示す。
3. 「看護学生の患者に対する死の認知」の質問紙を作成するために、質問項目の精選と尺度化を行い調査票を作成する。内容妥当性を検討し、パイロットスタディを実施する。質問紙の適切性の判定を行い、構成概念妥当性を検討する。
4. 質問項目の修正を行い、「看護学生の患者に対する死の認知」の質問紙を作成する。
5. 量的調査より、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを開発する。
6. 性別、学年別、宗教の信仰の有無、身近な人の死の経験の有無、病気・けがの経

第1章

験の有無、臨終に立ち会った経験の有無、受け持ち患者の死の経験の有無、ペットの死の経験の有無、終末期ケアの受講の有無、死をテーマとした読書の有無、死についての話し合いの有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを作成する。

Ⅲ. 概念枠組み

認知心理学においては、仮定的な心的構造と処理過程に基づいて認知現象を説明しようとするものを認知モデルと呼び、人への入力情報が出力反応に変換されるまでの処理過程を示している（岡林，1995；加藤，2003；村山，2005）。これらの認知心理学の理論を基にし、質的研究から得られた結果から概念枠組みを考えた。

学生は、家族・親しい人・友人などの身近な人の死の経験及び講義や実習で終末期ケアについて学習する等により死に関する情報が入力され、「死に対する態度」を形成し「看護学生の患者に対する死の認知」が獲得される。「看護学生の患者に対する死の認知」は、「死にゆく患者へのケア」「死にゆく患者への思い」からなり、出力反応として死にゆく患者への看護ケアの行動となる。このプロセスは、情報処理過程と捉えられる。態度は、経験で得た後天的な精神面・神経面の準備状態（Allport, 1935）を意味することから、死に対する態度をその姿勢として捉えてケア行動の前提とした。ケアへの認知や行動には他者との関わりがあり、「自意識」として捉えられる。援助を行うためには、他者に共感することができるか、すなわち「共感性」が重要となる。援助を必要とする場面に遭遇したときに、援助規範の関係を受けるため「援助規範意識」の関係があると考えられる。そのため、これらを影響因子として捉えた。以上より、「死にゆく患者に対する看護学生の死の認知」についての概念的枠組みを作成した（図 1-1）。

Ⅳ. 用語の操作的定義

本研究の主要概念について、以下のように操作的定義を加えた。

1. 看護学生の患者に対する死の認知

看護学生が死にゆく患者に出会った時に生じる死に対する認識とした。看護学生を対象に、研究者自身が作成した質問紙。「死にゆく患者へのケア」「死にゆく患者への思い」の2因子からなる。下位尺度毎の得点。

第1章

2. 死に対する態度

態度とは、特定の対象や行為、社会事象に対する好意的あるいは非好意的評価、感情、行動についての先有傾向 (predisposition) と定義されている (大山,1990) ことから、死という事象に対する好意的あるいは非好意的評価、感情、行動についての傾向とした。死に対する態度を否定的から肯定的までの多面的な視点で測定できることと、測定対象者に大学生が含まれることから Wong ら (1994) が開発した Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) 尺度の隈部 (2003) による日本語版を選定した。「接近型受容」「死の恐怖」「死の回避」「逃避型受容」の4因子からなる。下位尺度毎の得点。

3. 自意識

自意識とは、意識が自己に向けられた状態 (上瀬, 2001) であることから、自己に対する意識とした。Fenigstein ら (1975) の自意識尺度を参考にした菅原 (1984) による尺度は、日本語版用に項目を作成したものであるため表現がわかりやすいことから選定した。「公的自意識」「私的自意識」の2因子からなる。下位尺度毎の得点。

4. 共感性

共感性とは、他者の経験についてある個人が抱く反応を扱う一組の構成概念であり、認知的側面と情動の側面からなる (Davis, 1994/菊池訳, 1999) ことから、患者の心理状態に対応する認知的側面と情動の側面からなる個人が抱く反応とした。多次元的な視点でとらえられた共感性尺度は Davis(1980 ; 1983)が開発したが、有用性について問題点が指摘された。そのため、鈴木ら (2008) が自己指向・他者指向の弁別に焦点をあて開発した、「多次元共感性尺度、Multidimensional Empathy Scale (MES)」を用いた。「被影響性」「他者指向的反応」「想像性」「視点取得」「自己指向的反応」の5因子からなる。下位尺度毎の得点。

5. 援助規範意識

援助規範意識とは、援助行動に関係する規範意識 (箱井ら, 1987) であることから、看護ケアを行う際の規範意識とした。箱井ら (1987) により開発された尺度である。他者を援助することに関する規範意識を測定するため選定した。「返済規範」「自己犠牲規範」「交換規範」「弱者救済規範」の4因子からなる。下位尺度毎の得点。

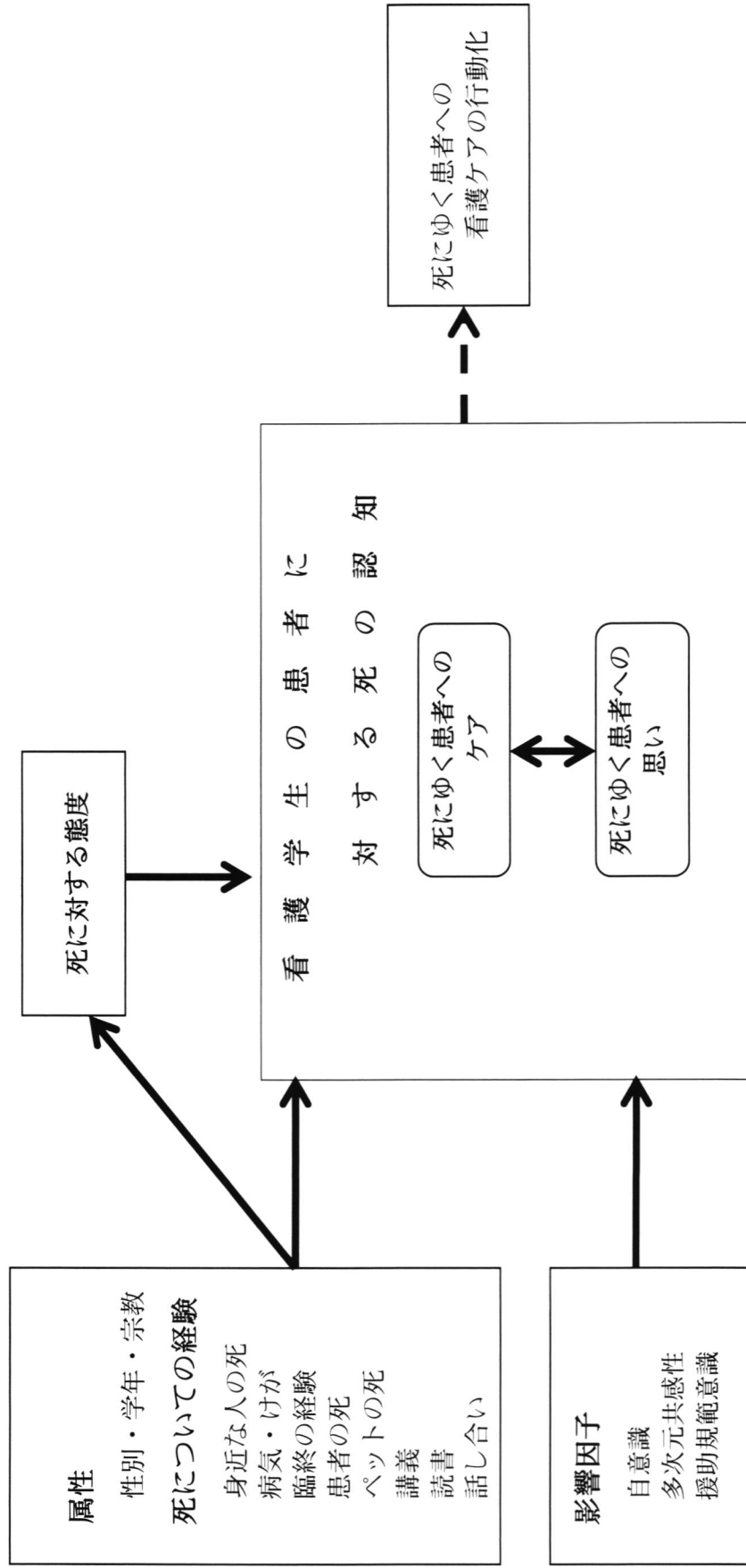


図 1-1 死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の概念図

V. 研究の意義

死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの開発は、看護基礎教育における学生の「死に対する態度」を育成し、看護ケアを行動化するための効果的な教育方法の構築に寄与するものである。死にゆく患者への看護ケアの教育においては、具体的なカリキュラムと学習方略についての提言が可能となる。そのことにより、新たな教材開発や授業研究の必要性が生じる。さらに教育プログラムがどの程度機能しているかを把握するためには、教育評価研究の必要性も生じてくることから、看護教育学における研究に貢献できると考える。

また、患者の死という困難な課題に対処できる能力を育成することで、死にゆく患者の看護ケアの経験を積み重ねることが容易となりそこから経験知が生み出され、より良い看護実践の提供においても貢献できるものとする。

第2章 文献の検討

本研究の主たるテーマは、看護学生が死にゆく患者を目の前にしたときに、学生の内的世界においてどのような状況が生じ、ケア行動を起こそうとするのかを明らかにし、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを開発することである。そこで、文献検討として、看護学生の死生観に関わる研究および看護学生の死にゆく患者の看護ケアの現状について述べる。さらに、看護学生の患者に対する死の認知についての影響因子に関する研究動向を概観する。

I. 看護学生の死生観に関わる研究と死にゆく患者の看護ケアの現状

英語圏における死についての考え方は、1960年代のホスピス運動が大きな動因であり、「死にゆく者の看取り」と「死別の悲嘆」をどのように和らげていくのかという臨床的な問題が先行した。日本では、すでに1904年に加藤咄堂により『死生観』という書籍が刊行されており、死についての考え方は欧米に比して広い視点を持つ（島蘭，2008）。つまり、日本で考えられている死生観は欧米に比べて歴史的にも古く考え方も多様であることを意味している。このことから、日本の看護学ではどのように死生観を捉えているかについての検討をした。

1. 看護学における死生観の捉え方

臨床死生学事典によれば、「死生観とは、生きることの意味と生の延長線上にある死について、どのようにとらえるかということについての個人の考え方をいう」と定義されている（安達，2000）。しかし看護学においては、河野（2004）が、死生観、生死観、死観という用語に厳密な概念規定や区別がなされず、混同して用いられることが多いと指摘している様に明確にされてこなかった。そこで、看護学では、「死生観」という用語がどのように用いられてきたかを概観する。

表1に示したように、看護学においては死生観とは、死に対する考え方（藤田ら，1995）や生と死に対する自己の考え方や認識（竹下ら，2001；長田，2002；大山ら，2003；玉川，2005；月田ら，2006）であり、生と死に対する価値観を含むと捉えている（落合ら，2004；糸島，2005；岡本ら，2005；石田ら，2007）ということができる。しかし、死生観には、生や死に対する意識（古賀，2000）やそれらの認識（林ら，1995）も含まれるた

表1 看護学における死生観の捉え方

区分	著者(年)	定義
死生観	藤田育子 (1995)	死に対する考え方。
	林英代 (1995)	死や生についての認識、それらについての意味を理解し、自分の中に価値形成している内容。
	古賀万美子 (2000)	生や死に対する自己の考えを意識化し、その意義を知り、自己の中に形成していく。
	竹下美恵子 (2001)	死や生に対する考え方。
	長田京子 (2002)	死と生に対するその人の思考と感情であり、行動への準備態勢。
	大山由紀子 (2003)	生と死に対する自己の考え方。
	落合清子 (2004)	生と死に関する考え方、見方であり、死観・生命観・死後観・靈魂観が複合。
	糸島陽子 (2005)	生と死についての自己の観念を意味し、自分自身がどのように生きたいのか、最期をどのように迎えたいのかという価値観。
	玉川緑 (2005)	死と生に対する考え方であり、自己評価。
	岡本双美子 (2005)	死と生にまつわる価値や目的などに関する考え方で、感情や信念を含む、行動への準備状態。
死に対する態度	月田佳寿美 (2006)	生と死についての自身の考え方や受け止め方。
	石田順子 (2007)	生と死に対する考え方であり、生き方や死に方についての考え方や価値。
	砂賀道子 (2005)	死に対する認識。
	原田真澄 (2005)	死のイメージや経験に影響され、患者ケアに反映。
	鹿村眞理子 (2010a)	死という特定の事象に対する準備状態。

め曖昧で多様である。その意味では死に対する態度という捉え方(砂賀ら, 2005; 原田ら, 2005; 鹿村, 2010a)も「死生観」の中に含まれる。

2. 死に対する態度に関する研究

学生の死の認知を把握するために、死に対する態度に関する研究についての文献検討を行った(表 2-1)。学生の死に対する態度は、入学時には漠然としたものであった(古賀, 2000)が、実習後には生や死への過程に注目し、具体的・現実的・個別的に変化した(濱口ら, 1990; 藤田ら, 1995; 茶園ら, 2003)。しかし、学年別による差は、明らかにされていない。

死についての講義や実習等の学習による死に対する考え方の変化について、文献検討を行った(表 2-2)。学生は、講義や実習で終末期ケアについて学習することにより、死にゆく患者の看護ケアの大切さや必要性を自覚し、援助者としての役割を認識するようになる(滝沢, 1982; 1986; 土屋, 1991; 竹下ら, 2001; 長田, 2002; 辻川ら, 2002; 茶園ら, 2003)。講義や実習等による学習は、死の理解において重要な役割を果たしていた。その一方で、学生は不安も感じていた(木村ら, 1992; 本間ら, 2001; 奥出, 2001; 玉川, 2005)。講義に関する文献では、遺言作成体験学習(犬童, 1993)を除いて、具体的に講義のどの部分が学生に変化を与えたのかについては明確にされていない。欧米では、講義を中心とした学習群と体験的な学習群との比較を行い、体験的な学習群の学生の方が死の不安が減少した(Hurtigら, 1990; Mooney, 2005)ことを報告した。このことから体験的な学習の有用性が示唆された。

実習に関する文献では、実習の後で死に対する不安が減少し(竹下ら, 2001)、考え方はポジティブに変化した(濱口ら, 1990; 土屋, 1991; 木村ら, 1992; 長田, 2002; 辻川ら 2002; 茶園ら, 2003; 玉川, 2005)。しかし、受け持ち患者の亡くなった経験は死別の苦しさに伴って不安が増した(奥出, 2001)。さらに、質的研究により死にゆく患者と出会ってから実習終了後までの心的変化の内容が抽出された(小松ら, 1984; 荒木ら, 1994)。患者と出会った時の衝撃から、迷いの時期を経て受容という時期に至ることが見出された。死についての初期イメージは死にゆく患者へのケアの困難さであり、現実と一致しない場合に適応と不適応が生じ、不適応の場合にそのイメージが維持され、適応の場合にそのイメージが変化する(Kiger, 1994)ことが報告されている。しかし、これらをどのように教育に生かしていくかについては、明らかにされていない。

第2章

看護学生の死に対する態度への影響に関する研究の文献検討を行った(表2-3)。影響を及ぼすものとしては、家族・親しい人・友人などの身近な人の死(林ら, 1995; 田中ら, 1998; 古賀, 2000; 古屋ら, 2003; 糸島, 2005; 原田ら, 2005; 鹿村, 2010a)、ペットの死(原田ら, 2005; 鹿村, 2010a)、重篤な病気等の経験(林ら 1995; 古屋ら, 2003; 原田ら, 2005)、TV・映画等のメディア・本・他者の話等からの情報(林ら, 1995; 糸島, 2005; 石田ら, 2007; 鹿村, 2010a)、講義・実習等の学習(野村ら, 1992; 藤田ら, 1995; 林ら, 1995; 田中ら, 1998; 古賀, 2000; 糸島, 2005)、患者の死(藤田ら, 1995; 古賀, 2000)、宗教(野村ら, 1992; 石田ら, 2007)及び民俗(鹿村, 2010a)が示された。これらの影響を受けて、死に対する態度は形成されることが示唆された。

3. 看護学生の死にゆく患者の看護ケアに関する研究

看護学生の死にゆく患者の看護ケアの姿勢を明らかにすることを目的に、文献検討を行った(表3)。死にゆく患者の看護ケアにおいて、援助意志は高い(波多野ら, 1981; 村田ら, 1983; 西村ら, 1983; 中尾ら, 1986; 藤原ら, 1987; 1988a; 1988b; 片山ら, 1991; 木村ら, 1992; 岡田ら, 2000; 原田ら, 2005;)。看護ケアの内容についても理解している(遠藤ら, 1971; 前田, 1981; 荒木, 1983; 川島ら 1985; 土屋, 1991; 犬童, 1995; 渡辺, 1997; 寫田ら, 2001; 二重作ら, 2001; 古屋ら, 2003; 茶園ら, 2003;)。しかし、終末期患者を受け持つことに対して負担や不安を感じる学生(中尾ら, 1986; 木村ら, 1992)や、看護ケアを行動化することに困難を感じている学生も存在していた(村田ら, 1983)。ケアの体験は、死にゆく患者へのケアに対する戸惑いや死にゆく患者へのケアからの学び等(Beck, 1997; Allchin, 2006)であった。

これらから学生は死にゆく患者に対する看護ケアの必要性を理解し、援助しようとする意志はある。しかし、死にゆく患者をケアすることへの戸惑いも有していた。

II. 看護学生の患者に対する死の認知の影響因子に関する研究

看護ケアを実践する上での認知や行動には他者との関わりが必要となる。さらに援助を行うためには共感性が重要であり、援助場面に遭遇したときには援助規範の影響を受ける。このことから、これらを死の認知の影響因子として文献検討をした。

1. 自意識

自意識と対人関係についての研究は、表4に示した。公的自意識の高い人は、対人不安

表2-1 死に対する態度に関する文献

著者(年)	文献種類	死に対する態度
佐々木和子 (1988)	調査研究	今をいかに有意義に過ごすか、生まれてきてよかったことの意味を自覚。
濱口恵子 (1990)	質的研究	実習前は「援助者の死生観は大切」が多く、実習後は「他者の死を見て、自分の生や死を考えた」「患者を前にして、死生観のもろさに気づいた等。
藤田育子 (1995)	調査研究	3年次の臨床実習において終末期患者との関わりがあった学生ほど死生観が深まったと認識。
水谷成子 (1997)	調査研究	死生観は、体験の有無および1～3の学年別に有意な差は見られない。
古賀万美子 (2000)	調査研究	「死について考えることは、すなわち自己をみつめることである」と捉えており、80%以上の学生が死を見つめた上で自己の生について考えていきたいと回答している。入学後の死生観の変化は、臨地実習・身近な人や患者の死の体験・講義等が影響要因。
茶園美香 (2003)	質的研究	看護者の死や生の考え方が患者や家族に影響するなど、死生観を持つことの意味。死生観は経験により違いがある、自分の考えと患者の考えは違うなど、死生観の個性性。
古屋洋子 (2003)	調査研究	「死」を生命の終焉と感じながら、同時に魂や精神性の永存を意味するものと捉えている。
砂賀道子 (2005)	調査研究	死に対する態度尺度4因子20項目を用いた。学年別：1年は他学年より中立的受容が低い。卒業生は他の学年より回避的受容が高い。死後の世界があると思っているものはないものより積極的受容が高い。宗教と死の態度との関連はなし。属性：男性は女性より回避的受容が高い。信頼できる友人がいないものはいるものより回避的受容が高い。
原田真澄 (2005)	調査研究	死に対する態度を因子分析。第1因子「終末期看護への興味・援助意志に関する因子」、第2因子「霊魂・神の存在の受容に関する因子」、第3因子「死についての話題に対する積極性に関する因子」を抽出。
鹿村真理子 (2010a)	質的研究	死に対する態度において、「感情」、「認知」、「行動」という3つの概念を抽出。

表2-2 死の学習による変化に関する文献

区分	著者(年)	国	文献種類	学習による変化
講義	滝沢美恵子 (1982)	日本	質的研究	事例学習後に死を積極的に自分のこと、自分と患者との関係として受け取る態度に変わった。
	滝沢美恵子 (1986)	日本	質的研究	臨死患者に関する講義後に「死の認識」のレポートの分析において、死についての理解は、深い学生が増加し、浅い学生は減少した。看護者の自覚は、深い学生が増加し、浅い学生はいなくなった。
	Hurtig A. W. (1990)	カナダ	調査研究	体験群と講義群、対照群に分けた。体験的なプログラムは、講義的なアプローチより効果的であり、学生は「死に対する感情が変化した」と述べている。
	中村真理子 (1990)	日本	調査研究	2年次開講の「終末期患者の看護」の前後の変化については、講義後に情緒的反応の恐怖が減少。死のイメージは、マイナスイメージが減少。
	犬童幹子 (1993)	日本	調査研究	遺言作成体験学習により授業後に「患者の情動の変化を受け止める」、「支える・共感する」が増加。困難さを述べた学生もいる。
	Kiger M.A. (1994)	イギリス	質的研究	初期イメージは、死にゆく患者の精神的なケアの困難さ、苦痛に耐えるのを見る辛さ等であり、このイメージと現実が一致しなかったとき、「適応」と「不適応」が生じる。不適応の場合は、初期イメージの維持や拒否がおこる。適応の場合は、初期イメージの変化や変換がおこる。
	本間千代子 (2001)	日本	調査研究	「終末期看護ケア」の授業前後に死の不安尺度の調査。授業後死の不安得点は有意に増加。
	Mooney C.H. (2005)	オーストラリア	準実験的研究	実験群と対照群に分け、死に関する1時間の講義と2時間のエクササイズを13週間介入した。コレット・レスターの死の不安スケールを前後で実施した結果、死に対する不安が実験群で減少し、対照群では増加した。
	小松浩子 (1984)	日本	質的研究	患者との出会いの時期(実習1日目):不安、恐怖、逃避等。なじみ始める時期(実習2~4日目):安堵、安心、焦り等。関わりが深まる時期(実習5~6日目):喜び、満足感、苦悩等。別れの時期(実習6~7日目):辛さ、悲しさ、生きていて欲しいという願い等を見出した。
	濱口恵子 (1990)	日本	質的研究	死とは、実習前は「必ずくるもの」「終わり、別れ」等。後は「個別的なもの」「自然なもの」等。死に対する気持ち・心構えは、前は「恐い、考えたくない」「実感できない」等。後は「死を見つめて精一杯生きたい」等。死と生の関係は、前は「よく死ぬことはよく生きること」「死は生の延長線上にある」等。後は「人は生きてきたようにしか死ねない」等。
土屋八千代 (1991)	日本	質的研究	死亡前日:病室に行ってもいけないように思えた。臨死患者を前にして:人の死に出会うことの辛さを身にしみて感じていた。実習後:賦与された生命を全うできるように援助しなければならないという大きな使命があることを学んだ。	
木村久美子 (1992)	日本	調査研究	実習前:「大変だと思ふ反面やってみよう」「受け持つことが負担に思えた」等。後:「ここから援助していこうと思う」「人間的に成長した」等。死について感じたこと:「これからの生き方について考える機会となった」「人の命は尊い」等。	
荒木玲子 (1994)	日本	質的研究	衝撃の時期(1週目)、逃避の時期(2週目)、疑問と迷いの時期(3週目から実習終了まで)、受容の時期(1ヶ月半経過)を見出した。	
奥出有香子 (2001)	日本	調査研究	受け持ち患者が亡くなった経験のある学生は、死に伴う苦しさや死別の悲しみに対しての不安が強まる傾向にあった。実習後の不安尺度得点は前に比べ有意に高い。実習後、死に対して話すことや死の床にある友達を訪ねることに対しての不安得点は減少。	
竹下美恵子 (2001)	日本	調査研究	領域別実習前後の比較。生き方:有意差なし。生のイメージ「生きることは死に近づく」で3年が高い。死の受容:有意差なし。死のイメージ:有意差なし。否定的な死:「死は無力である」で3年が低い。	
長田京子 (2002)	日本	調査研究	実習中に患者の死に直面したものは、後に死を知ったもの・経験しなかったものに比べて、後に死を受容する方向に変化。「苦しみながら死ぬことのこわさ」で、恐怖が増した。死生観の因子分析の結果、第1因子は「恐怖」、第2因子は「受容」。	
辻川真弓 (2002)	日本	調査研究	ホスピス実習前後死のイメージを比較。死の印象に関する因子、人生における死の意味に関する因子、死の迎え方に関する因子に有意差が認められた。「挫折-完結」を除いたイメージに実習後は、肯定的に変化。	
茶園美香 (2003)	日本	質的研究	死や生に対するイメージ:開始時:暗い、恐ろしい等否定的。終了時:死は恐れるべきものではない、最後まで自分らしく生きることが大切等肯定的。終末期患者に接する時の感情:開始時:苦痛を感じて逃げ出したい等に対する罪悪感等。終了時:記述無し。終末期患者の捉え方:開始時:死んでいく人、特別な患者等。終了時:死の瞬間まで生きている存在等。終末期看護の捉え方:開始時:死に重点を置いた等。終了時:最期までその人らしく生きる等。	
玉川緑 (2005)	日本	質的研究	死と生に対する考え方:実習前は「死の恐怖」「大病の経験から考え始めた自己の死の直感」。実習後に死の恐怖が軽減した学生としない学生がいる。	

表2-3 死に対する態度への影響要因に関する文献

著者(年)	文献種類	影 響
野村和子 (1992)	調査研究	学年差や親の職業が看護職であるかどうかは影響が少なく、宗教や臨床実習は、態度に対して好ましい影響を与えている。
藤田育子 (1995)	調査研究	終末期患者との関わり、患者の死、医療従事者の対応。
林英代 (1995)	調査研究	講義：約7割の学生が影響を受け、1年は9割以上、3年は5割。身近な人の重篤な疾患や死の体験、講演、ケースレポート、聴講、本・雑誌、新聞記事、テレビ・ラジオ、友人の話、臨床実習。
田中愛子 (1998)	調査研究	死の体験と死についての学習は、生や死について考えるきっかけとなっている。
古賀万美子 (2000)	調査研究	臨地実習・身近な人や患者の死の体験・講義等。
古屋洋子 (2003)	調査研究	祖父母や親戚などの身近な人との死別や病気体験、メディアからの情報。
糸島陽子 (2005)	調査研究	死別経験、両親、祖父母、友人、教師の影響、映画・TV、講義、本。
原田真澄 (2005)	調査研究	性格、死にゆく人の看護経験、ペットの死の経験、重篤な病気体験、家族・親しい人・友人の死の経験。
月田佳寿美 (2006)	調査研究	身近な人の死の体験、TV等のメディア、本、大学の講義、実習。
石田順子 (2007)	調査研究	性格型、宗教、本、映画、死について考えた経験、人生に目的意識を持つこと。
鹿村真理子 (2010a)	質的研究	曾祖母、祖父母、親戚、同級生等の「身近な人の死」、ペットの死。両親、友人、教師による「他者からの話」、テレビなどのメディア、本による「情報」、法事や墓参りなどからの「民俗」。

表3 看護学生の死にゆく患者の看護ケアに関する文献

区分	著者(年)	国	文献種別	看護ケア
援助意志	西村由起子 (1983)	日本	調査研究	死の講義終了後は、死に直面することを不安に思いながらも他人に対し援助意志がある。実習終了後は死を当然のことであると受けとめ死にゆく人への援助意志がある。他者の死に対して心身両面に積極的な援助意志がある。他者の死を迎えても動揺することがない。
	木村久美子 (1992)	日本	調査研究	患者を受け持つ前は、「大変だと思ふ反面やってみたくと思った」「受け持つことが負担に思えた」。受け持ち終了後は、「この仕事を選んだからにはここから援助していこうと思う」。
	水谷成子 (1997)	日本	調査研究	回避・逃避反応では対話による援助意志を表明するものが多く、回避者は少ない。援助の求めの回避傾向は、2年生に比して3年生の方が低い。
	片山信子 (1991)	日本	調査研究	援助意志：「できるだけ何とかしたい」「家族の助けになりたい」が高く、「できるだけそばにいたい」は低い。3年課程の援助意志は、1年次が最も高く、3年生、2年生と低い。
	内野幸子 (1995)	日本	調査研究	死の体験と援助姿勢は、体験のある人は相手の立場を中心に接したいという割合が高い。
	岡田まり (2000)	日本	調査研究	家族や友人などの死の体験のある学生は、終末期看護をしたいという傾向である。
	原田真澄 (2005)	日本	調査研究	終末期看護への興味、援助意志の因子と相関があるのは、死に対する自然で静穏なイメージ、いつも気分は安定している、人のためにつくすのが好きである。ささいなことは気になってしかたないである。終末期看護への興味、援助意志の因子と負の相関を示した要因は、ベットの死の経験。終末期看護への興味、援助意志の因子は、死についての話題に対する積極性や死にゆく人の世話、看護をしたことがあるとは関連がみられない。
	中尾久子 (1986)	日本	調査研究	「死にゆく患者の看護には不安がある」と半数以上が答え、臨終患者の医療・治療面でのケアより精神的援助に興味を示し、危篤状態の患者のために可能な限りの努力をすべきだと多くの者が答えている。「死の床のある人は対話を臨んでいる」と答えた者が多かった。死にゆく人々に対して助けたいと感じる者が多い。
	藤原幸江 (1988a)	日本	調査研究	終末期患者と家族の援助意志:学年による差は認められない。意志は極めて高い。死にゆく患者の看護の関心:「家族の死に出会った経験」「終末期患者と家族の援助意志」と負の相関。
	藤原幸江 (1988b)	日本	調査研究	不安定度が高い者に真摯な援助意志のみられる者が多く、その言動にも好ましい傾向がみられる。終末期看護への関心と理解:援助意志は、全体に高い値(関心90%)を示している。
波多野穂子 (1981)	日本	調査研究	終末期の援助意志は、2年で高く、1年でも援助意志が表明され、2年でも保持。援助認識と行動傾向の出現数は、学年の上昇に伴い増加がみられた。	
村田恵子 (1983)	日本	調査研究	援助意志は、入学時に比して卒業時に高くなる。援助認識と援助行動の変化は、全体的には場面でも卒業時に上昇する。援助認識は高くなるが、援助行動は減少。	
藤原幸江 (1987)	日本	調査研究	MAS特性不安度別の援助認識と援助行動・発言傾向:①不安高得点者は、課題の困難さなどのストレスに遭うと心理的な動揺を示し、会話は問題の核心に触れることが少ないが、戸惑いながらも身体的なケアをしようとする。②不安中等得点者は、課題に対する取り組みに真剣さが足りない。③不安低得点者は、調査的・診断的な関わり方で、積極的にチームを活用して援助しようとする傾向を持つ。医療者サイドに立った一方的な働きかけをしやすい。	
高田理佳 (2001)	日本	質的研究	ケア・看護のあり方:家族のケアが重要、患者のニーズを理解し援助する、苦痛緩和が重要等。	
大童幹子 (1995)	日本	調査研究	援助内容は、傾聴、身体的苦痛の緩和、支える、共感する態度、2年より3年で増加。	
渡辺美千代 (1997)	日本	調査研究	ターミナル・ケアにおいて大切なことは、「残された日々をその人らしく過ごせるように援助すること」、「痛みに対する援助」、「死に対する不安・恐怖に対する援助」等。今後もどのように接するべきか不安。	
茶園美香 (2003)	日本	質的研究	終末期看護に対しての捉え方:開始時:死を意識していた、死に重点を置いた看護、死に注目した関わり。終了時:死ぬまでを充実させる、最期までその人らしく生きる、今を生きている人とみなす等。	
荒木恵津子 (1983)	日本	調査研究	末期患者を受け持つ時は、「できるだけことをしよう」。末期看護での必要と思われる援助は、身体的援助、精神的援助であり受け持ち経験の有無で差はなかった。	
川島恵子 (1985)	日本	調査研究	終末期看護ではどのような援助が必要か:精神的苦痛の軽減、身体的苦痛の軽減、患者家族間の調整、家族への援助等。	
遠藤千恵子 (1971)	日本	調査研究	最善を尽くさなければならない。落ち着き敏速に患者を楽にしたい等。難しいがやらなければならない。	
前田和美 (1981)	日本	質的研究	患者の苦痛の軽減と精神的援助により、わずかでも微笑みが残せるような看護がしたい。看護の限界の中で精一杯心を込めて、できるだけことをする。	
二重作清子 (2001)	日本	質的研究	苦痛を軽減する援助:コミュニケーション、症状のコントロール、食のニーズの充足、安楽の工夫、清潔の援助、気分転換、環境整備・調整、ADLの維持、不安や孤独感の軽減。家族への援助:不安や苦痛の理解、労りの言葉かけ、後悔しないための援助、悲嘆への援助。	
古屋洋子 (2003)	日本	調査研究	積極的な傾聴や語る姿勢を示したい。	
土屋八千代 (1991)	日本	質的研究	死を迎える患者さんがその人らしく、賦与された生命を全うできるように援助しなければならない。辛い気持ちに共感し、見守る関わり状況によって、必要時、調整や説明。	
丹下幸子 (2000)	日本	質的研究	6つのカテゴリと体験内容を抽出:「死に関連した不安の表出に対する迷いと困惑」「セルフケア不足に対する援助時の戸惑い」「迫る死に対する葛藤」「悔い・無力感」「家族の悲しみに対する戸惑いと切なさ」「別れの実感」。	
ケアの体験	Beck T.C. (1997)	アメリカ	質的研究	死にゆく患者のケアの経験に関して、6つのテーマを特定した。1.死にゆく患者をケアするのが怖い2.患者の生死のケアに対する考察3.死にゆく患者の家族のサポートは大事なケア4.看護学生として患者を擁護する役割に対する無力な経験5.死にゆく患者のために、身体的、精神的、スピリチュアルに、快適なケアの提供6.死にゆく患者のケアからの多くの学び。
Allchin L. (2006)	アメリカ	質的研究	死にゆく患者をケアすることに対し3つのテーマを抽出した。「最初の戸惑いと不快感」「反射的な思い」「個人的および専門的有用性」。	

(鹿村 2011より一部改変)

表4 自意識に関する文献

著者 (年)	国	文献種類	対人関係
菅原健介 (1984)	日本	調査研究	公的自意識と対人不安尺度及び自己顕示性尺度と有意な正の相関があり、公的自意識の高い人は、対人不安意識も自己顕示性も高めであることが示された。
Feningstein A. (1984)	アメリカ	調査研究	自意識と自己標的意識との関連において、公的自意識の高い群が低い群より高く、私的自意識では差がなかった。公的自意識の高い人は他者からの評価的態度に影響を受けることが示された。
竹内裕美 (1997)	日本	調査研究	公的自意識の低い看護学生は、コミュニケーションを得意とする傾向が認められた。
堀井俊章 (2001)	日本	調査研究	公的自意識は対人関係質問票のすべての因子と有意な正の相関を示し、公的自意識が高まると、対人恐怖的になる。
林稚佳子 (2002)	日本	調査研究	看護職者の対人関係能力である関係維持スキルと内的属性の関係において、コンピテン ス、自己意識、セルフモニタリングが影響する。

表5 共感性に関する文献

著者（年）	文献種類	対人関係
猪股昌子 (1999)	質的研究	学生と患者の人間関係形成過程は①手探りの時期②関係が形成されつつある時期③関係が深まる時期を辿り共感的理解につながる。
江成ひとみ (2004)	質的研究	患者をより深く理解したいという思いや関係性を深めたいという思いでかかわりを持っている。あるがままの患者を受け入れ思いをわかりたいという主体的な姿勢を持っている。
金田悦子 (2006)	調査研究	全実習終了後において共感性が必ずしも高くなるわけではなく、実習を経験するごとに共感性のタイプは変化する。
高橋ゆかり (2009)	調査研究	効果的コミュニケーションの使用回数は共感経験尺度における両貧型において最も多く共有型で最も少ない。全ての共感性タイプで「受け止める」「問いかけ」「話題の導入」の使用回数が多い。
瀧澤直子 (2010)	調査研究	学生の共感経験の特徴は共有型が多い。学生は「喜び」と「期待」の共有経験において自覚する学びの程度が高い傾向を示す。
大塚美樹 (2011)	調査研究	社会的スキルと共感性との間に相関関係があり、実習後により増加する。社会的スキルが高い学生ほど感情的に暖かく、感情的な影響を受けやすいという共感性の傾向をもつ。

表6 援助規範意識に関する文献

著者(年)	文献種類	ケアに対する規範
長谷川真美 (2004)	調査研究	看護学生の援助規範意識はどの下位尺度においても、学年が進行するほど、低くなる傾向があった。
柴田和恵 (2007)	調査研究	看護学生は、下位尺度の「弱者救済規範意識」が高く、援助に見返りを期待すべきでないという意識が強い。
柴田和恵 (2008)	調査研究	1年生は「自己犠牲救済意識」が3年生より有意に高い。 両学年とも「交換規範意識」が低く、見返りを期待したり自分に有利になるようなら行うという規範意識は低かった。

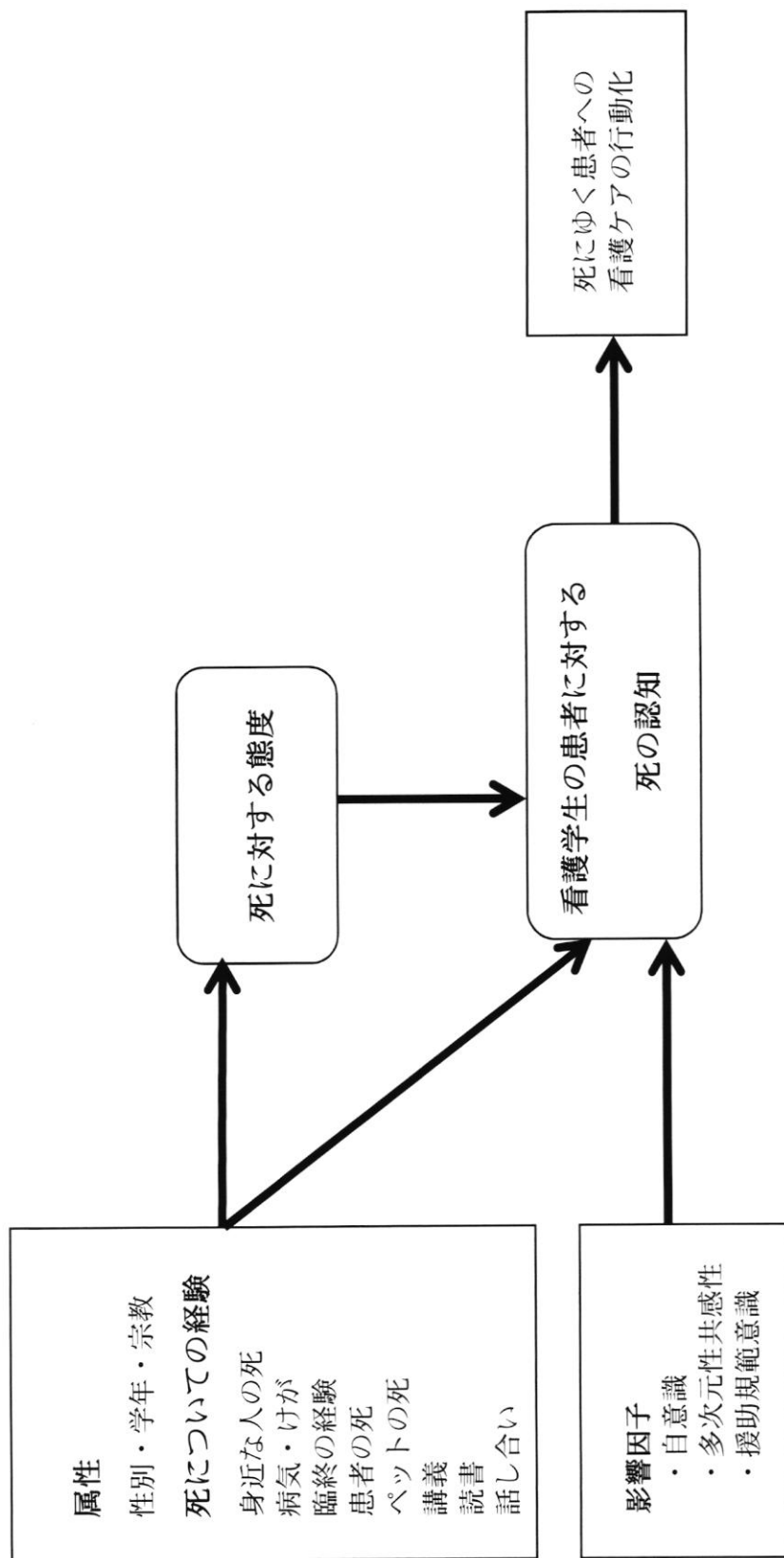


図 1-2 文献検討からの死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の概念図

第2章

意識も自己顕示性も高い（菅原，1984）。公的自意識の高い人は他者からの評価的態度に影響を受け（Feningstein, 1984）、公的自意識が高まると対人恐怖的になる（堀井，2001）。これらから、対人関係に公的自意識が関係していることが示唆された。看護学における研究においても、公的自意識は、コミュニケーション能力（竹内，1997）と対人関係能力（林ら，2002）に影響を及ぼしていた。

2. 共感性

共感性の看護学生に対する研究は表5に示した。共感性はコミュニケーションの良否と人間関係の形成に影響を与えている（猪股，1999；江成，2004；金田，2006；高橋ら，2009；瀧澤ら，2010；大塚ら，2011）ことが示唆され、ケア行動と共感性とが関連していることが考えられた。

3. 援助規範意識

他者の援助に関する共通感覚を援助規範という（箱井ら，1987）。援助規範意識の看護学生に対する研究は表6に示した。援助規範意識は、看護学生のケア行動に関係を与えていた（長谷川ら，2004；柴田ら，2007；2008）。

Ⅲ. 文献検討の要約

文献検討から、家族・親しい人・友人などの身近な人の死の経験、重篤な病気等の経験、ペットの死の経験および講義や実習で終末期ケアについて学習するなどによって、学生は「死に対する態度」を形成すると考えられた。死に対する態度や死生観は、死という事象に対する行動の準備状態である（長田，2002；岡本ら，2005；鹿村2010a）ことから、死に対する姿勢であり、看護学生の患者に対する死の認知の前提となることが考えられた。

「自意識」には公的自意識と私的自意識があり、公的自意識は他者に対する行動等に向ける自己の意識である。文献検討の結果、公的自意識はコミュニケーション能力と対人関係能力に影響を及ぼしていた。「共感性」はコミュニケーションの良否と人間関係の形成に影響を与えていた。「援助規範意識」は、看護学生のケア行動に影響を与えていた。そのため、「自意識」「共感性」「援助規範意識」が看護学生の患者に対する死の認知の影響因子となることが示唆された。これらの文献検討から示唆された結果を、図1-2に示した。

第3章 予備的研究1

本研究は、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを開発する前段階として、2学年から4学年の看護系大学に在学する学生を対象に、死の認知に関する半構成的グループ・インタビューを実施する。看護学生の患者に対する死の認知の構造を内容分析により、明らかにするための質的研究である。

I. 研究方法

1. 調査対象と期間

対象は、A看護系大学学生2～4学年、各6名の計18名（男性4名、女性14名）である。調査期間は、2010年7月～10月である。標本抽出は、目的標本抽出法を用いた。

2. データ収集方法と分析方法

データ収集方法は、グループ・インタビューであり、学年別に3グループに分け、1グループ6名で構成した。半構成的インタビューで行い、約60分のインタビューを実施した。内容は、対象者の了解を得て録音し逐語録にした。インタビューでは、死に対する考え、患者の死を考えたときの気持ち、考えに関係を与えたことなどを自由に語ってもらった。

Krippendorff (1980/ 三上ら訳, 2002) の内容分析の方法に基づき、一文章あるいは関連文章を1単位としてコード化し一次コーディングとし、593のコードを抽出した。類似性と相違性に従って二次コーディングし、192のコードを得た。サブカテゴリー化し、サブカテゴリーの類似性と相違性に従ってカテゴリー化した。

3. 倫理的配慮

本研究の目的、方法、研究参加は自由意思であること、研究に参加しなくとも成績には一切関係がないことを文書と口頭で説明した。また、いつでも参加を取り消せることを伝え、このことによる学習上の不利益を受けないことを説明し文書にて同意を得た。匿名性と守秘義務を保持し、データ収集の過程で知りえた情報は、本研究のためにのみ使用し、データは論文作成終了後に消去・廃棄した。なお、本研究は和歌山県立医科大学倫理委員会の承認（番号：813）を得て実施した。

II. 結果

調査から分類された内容は、抽象度の高い順に、コアカテゴリー【 】, カテゴリー《 》、サブカテゴリー『 』とした。主となる概念として、【死に対する意識】【死にゆく患者への思い】【死にゆく患者へのケア】を見出した(表7)。内容分析の結果見出されたコアカテゴリーは、インタビューガイドによる質問の枠組みとほぼ同じであった。そのため、得られた18のカテゴリーに焦点を当てて述べる。

1. 死に対する意識

《死の迎え方》は、『納得のいく最期を迎える』と『苦しい』の2つのサブカテゴリーから構成されていた。《死の解釈》は、『いつかは死ぬ』『漠然としている』『生と死は一連の過程』の3つのサブカテゴリーから構成され、《死への感情》は、『寂しさや悲しさ』『怖い』の2つのサブカテゴリーから構成されていた。《死後の状況》は、『死んだらどうなるのか』『周囲への気遣い』『死後の世界』『法事』の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

2. 死にゆく患者への思い

《死にゆく患者への戸惑い》は、『患者を理解することの戸惑い』『何ができるのか』『患者の気持ちを受けとめられるか不安』の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

《死にゆく患者からの逃避》は、『患者の死を受け入れられない』『患者の死が怖い』『患者を受け入れられない』『患者との関係性の困難さ』の4つのサブカテゴリーから構成され、《死にゆく過程における患者の尊重》は、『死にゆく過程における患者の尊重』『患者への共感』の2つのサブカテゴリーから構成されていた。《患者の死の受容の困難さ》では、『患者は死を受容できていない』『死に対する恐怖や不安』『孤独感』の3つのサブカテゴリーで構成され、《ケアへの意欲》は、『ケアへの意欲』という1つのサブカテゴリーで構成されていた。《患者の死生観》は、『患者の死生観』という1つのサブカテゴリーで構成され、《家族への配慮》は、『家族への配慮』という1つのサブカテゴリーで構成されていた。《残された家族への心配》は、『残された家族への心配』という1つのサブカテゴリーで構成され、《身体的な苦痛》は、『身体的な苦痛』という1つのサブカテゴリーで構成されていた。

3. 死にゆく患者へのケア

《患者を尊重する》では、『患者の満足するケア』『患者を尊敬する』の2つのサブカテゴリーで構成され、『患者の気持ちに寄り添う』は、『患者の感情表出を助ける』『患者の悲しみを考える』の2つのサブカテゴリーで構成されていた。《QOLを高める》では、『QOLを高めるケア』『肯定的な関わり』の2つのサブカテゴリーで構成され、『家族のサポート』は、『家族のサポート』という1つのサブカテゴリーで構成されていた。《他職種との連携》は、『他職種との連携』という1つのサブカテゴリーで構成されていた。

Ⅲ. 考察

1. 死に対する意識

1) 《死の迎え方》

《死の迎え方》では、死を「すべてをやり遂げた上で迎えるもの」と捉えており、一日一日を大切に過ごした結果として、納得のいく死を迎えることができるとも考えていた。このことは、Kübler-Ross (1981/川口訳, 1982) が述べている「仕残した仕事 (unfinished business)」という言葉に通ずるものであると考える。この言葉を芹沢 (2003) は、私が死を迎える前にどうしてもこのことだけは終わらせておきたいという意味であると説明しており、思い残しというのは、近しい誰かとのかわりの中でとらえていることを指摘する。さらに、死ぬときに痛くて苦しいのは嫌だと思っており、死ぬ過程を想定した死の迎え方も述べていた。丹下 (2002) の中高生及びその家族を対象に調査した死生観の構造では、死ぬ過程が死から連想された反応産出者割合が少ない。中高生や他の学部生に比して、死に関する講義や臨地実習などから知識を得る機会が多いため、これらは看護学生の特徴を表していると考えられる。

2) 《死の解釈》

《死の解釈》では、死とは人生の終着点であると捉えていた。しかし、漠然としたものであるとも考えている。このことは、日常生活の中で死と出会う機会が少ないことに起因すると考える。また、生と死は一連の過程で死んでも終わりではないとも考えていた。鹿村 (2005) は、「あの世」の存在を信じる学生が多いことを報告し、広井 (2001) も、輪廻転生的な感覚を持つ大学生が予想以上に多いと指摘している様に、一般的な青年期世代と同様の考え方を示していると考えられる。

表7 看護学生の患者に対する死の認知を構成するカテゴリー

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	二次コード数	
死に対する意識	死の迎え方	納得のいく最期を迎える	13	
		苦しい	3	
	死の解釈	いつかは死ぬ	8	
		漠然としている	5	
		生と死は一連の過程	2	
	死への感情	寂しさや悲しさ	寂しさや悲しさ	5
			怖い	4
		死後の状況	死んだらどうなるのか	3
			周囲への気遣い	3
	死にゆく患者への 思い	死にゆく患者への戸惑い	患者を理解することの戸惑い	12
何ができるのか			8	
患者の気持ちを受け止められるか不安			5	
死にゆく患者からの逃避		患者の死を受け入れられない	7	
		患者の死が怖い	6	
		患者を受け入れられない	6	
死にゆく過程における患者の尊重		患者との関係性の困難さ	3	
		死にゆく過程における患者の尊重	11	
		患者への共感	5	
		患者の死の受容の困難さ	8	
死にゆく患者への ケア		患者の死の受容の困難さ	患者は死を受容できていない	8
			死に対する恐怖や不安	4
		ケアへの意欲	孤独感	4
			ケアへの意欲	6
		患者の死生観	患者の死生観	6
		家族への配慮	家族への配慮	2
		残された家族への心配	残された家族への心配	2
		身体的な苦痛	身体的な苦痛	1
		死にゆく患者への ケア	患者を尊重する	患者の満足するケア
	患者を尊敬する			8
患者の気持ちに寄り添う	患者の感情表出を助ける		9	
	患者の悲しみを考える		5	
QOLを高める	QOLを高めるケア		10	
	肯定的な関わり		3	
家族のサポート	家族のサポート		1	
他職種との連携	他職種との連携	1		

3) 《死への感情》

《死への感情》では、悲しいとかマイナスなイメージが多い。鹿村（2008）の報告では、怖い、悲しい、寂しい等の感情を有していた。藤井（2003）も、大学生が死を捉える際に最も多く表現された構成要素は、死に対する様々な感情であると指摘した。これらから、死に対して否定的な感情を多く有しているのは、青年期世代の特徴であることが示唆された。

4) 《死後の状況》

《死後の状況》では、自分の死は経験できないものであるから、死んだらどうなるのかという疑問を有していた。芹沢（2003）の「私」の死は経験することができず、しかも不確かなことであるとの指摘と一致する。また、学生は、残された者への思いについても述べている。このことは、丹下（2002）の死生観の構造でも認められており、関係性の中でおこりうる死というカテゴリーに分類されていた。しかし、若い世代には少なく成人中期以降に多くみられていたことから、看護学生は一般の青年期世代より死を身近なものとして捉えていることが示唆された。

また、人は死んだら極楽浄土へいく等の死後の世界と、法事を重ねると死がやっとなかってくるかと述べていることから、日本人の伝統的な死に対する考え方を有しており、このことは、鹿村（2005；2010a）も確認している。

2. 死にゆく患者への思い

1) 《死にゆく患者への戸惑い》

《死にゆく患者への戸惑い》では、自分に何ができるのか、患者の気持ちを受けとめる際の戸惑う気持ちを述べていた。Kübler-Ross（1969/川口訳, 1971）が、セミナーに参加した学生が、はじめは絶望と無力とひたすら恐怖の感情を有していたと述べている様に、死にゆく患者を目の前にした学生は不安や無力感を有していることが考えられた。

2) 《死にゆく患者からの逃避》

《死にゆく患者からの逃避》では、死にゆく患者を受け入れることが難しいと感じていた。土屋（1991）の、学生は死にゆく患者を前にして、人の死に出会うことの辛さを身にしみて感じていたとの報告と一致する。さらに、死にゆく患者から逃避したいという感情は、荒木ら（1994）が実習記録の分析から、逃避の時期を見出していることと一致する。

第3章

3) 《死にゆく過程における患者の尊重》

《死にゆく過程における患者の尊重》では、患者の死に向かうプロセスを尊重しようとする思いを述べていた。さらに、患者に共感しようとする思いを抱いていた。内海ら(2006)の分析からも、その人らしさを尊重したケアや患者の不安や思いを傾聴し共感するケアが見出されていることと一致する。

4) 《患者の死の受容の困難さ》

《患者の死の受容の困難さ》では、患者は死を受容しきれない気持ちを抱いていることを述べていた。宇都宮(2010)は、死の受容について、それが理想として説かれているという事実自体が、現実がしばしばその逆になっていると指摘している。その様な死を受容できないという、現実の患者の気持ちを推し量れていることが示唆された。

5) 《ケアへの意欲》

《ケアへの意欲》は、学生はケアをするにあたって、患者のためにケアすることに対してやりがいを感じていた。中尾ら(1986)は、死にゆく人々に対して助けたいと感じている学生が多いと報告している。藤原ら(1988b)も関心のある学生が多いことを報告していることから、ケアへの意欲を有していることが示唆された。

6) 《患者の死生観》

《患者の死生観》では、死にゆく患者を理解するためには、その人の死生観を知りたいと思っていた。高山ら(2005)は、患者の死にゆくことへの態度に関係するものとして、死生観をあげており、死生観を知る大切さを理解していることが示唆された。

7) 《家族への配慮》

《家族への配慮》では、患者に寄り添っている家族の辛さについて述べていた。内海ら(2006)の内容分析に、「家族ケアの実際」が抽出されていることから、死にゆく患者の家族への配慮を有していることが示唆された。

8) 《残された家族への心配》

《残された家族への心配》では、残された家族を心配する患者への思いを述べていた。黒田ら(2008)は、終末期がん患者の選択する生き方の本質に「他者を気遣う」を抽出し、その多くは家族に関してであったと報告している様に、死にゆく患者の家族への思いを適切に捉えていることが考えられた。

9) 《身体的な苦痛》

《身体的な苦痛》では、死にゆく患者の身体的な苦痛を知りたいと思っていた。土屋

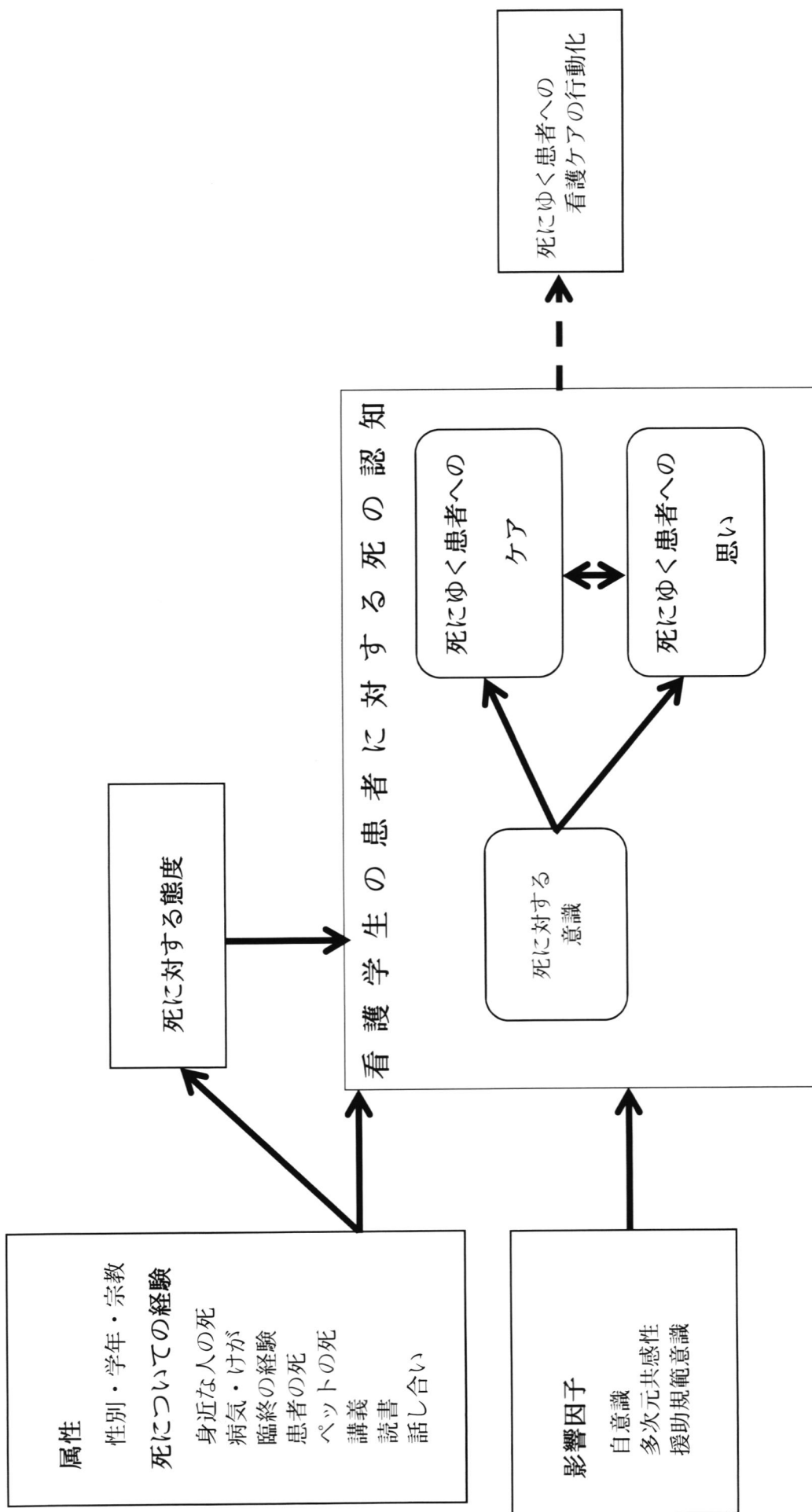


図 1-3 予備的研究からの死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の概念図

(1992)は、学生が捉えた患者の苦痛は、疼痛や倦怠感などの身体的苦痛が多いと報告していることと一致する。

3. 死にゆく患者へのケア

1) 《患者を尊重する》

《患者を尊重する》では、患者が満足できるケアと患者とともに考えることについて述べていた。清水(2010)はケアを実践していくには、相手を対等の人間として尊重しつつ、相手の最善を目指すことが倫理的側面に重なっていくことを指摘している。つまり、患者の求めていること、益となることを実践することがケアでありそれを認識できていると考える。

2) 《患者の気持ちに寄り添う》

《患者の気持ちに寄り添う》では、死を考えてつらい状態である患者の近くで寄り添う存在であることを自覚していた。藤腹(2001)が、患者・家族のかたわらに「いる」ということは大切なことであると述べ、耳を傾けて熱心に聞くこと等を基本的な態度としている。この援助者としての基本的な態度を認識していることが示唆された。

3) 《QOLを高める》

《QOLを高める》では、患者の生活の質を落とさないように考えて援助していくことについて述べていた。荒尾(2005)が、死にゆく人と家族のQOLを促進するケアを提供することは、非常に重要なことであると述べている様に、QOLを高めることの重要性を理解していると考えられる。

4) 《家族のサポート》

《家族のサポート》では、家族へのサポートは、患者を支える上の一つの方法であると述べていた。河野(2001b)が、患者の精神的安穏を得るには、家族の精神的ケアが必要であることを指摘している様に、家族へのサポートの必要性を認識していると考えられる。

5) 《他職種との連携》

《他職種との連携》では、患者から情報を得て、看護師や他職種と連携すると述べていた。濱口(2005)が、ターミナルケアにおいて質の高い医療を提供するためには、各専門職者が意見を出し合い、方向性などを検討していく必要性を指摘している様に他職種との連携の必要性を認識していると考えられる。

以上の予備的研究1から示唆された結果を図1-3に示した。

第4章 予備的研究2

本研究は、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを開発するために、死にゆく患者の看護ケアに際して、学生にどのような心のはたらきが生じケアの行動化がなされるのかを明らかにするための質問紙を作成し、パイロットスタディを実施した。

I. 研究方法

1. 看護学生の患者に対する死の認知の質問紙作成の意義

終末期ケアを学習することで学生は、看護ケアの大切さを自覚し援助者としての役割を認識する一方で、不安やギャップを有している（鹿村，2011a）。このような現状を踏まえると、看護基礎教育において、死にゆく人へのケアを担う学生に対して死に対する態度を育むことは急務である。しかし、終末期ケアの教育方法に関しては、模索の段階にある（園田ら，2009）。そのため、死にゆく患者へのケアの行動化を促せるような看護基礎教育を実践するためには、まず学生の死の認知を把握する必要がある。

先行研究では、学生の死に対するイメージの調査（岡田ら，2000；古屋ら，2003；落合ら，2004；奥ら，2004；鹿村，2005；園田ら，2009）や既存の尺度を用いた調査（新見，2002；大山ら，2003；麻野ら，2005；森本ら，2005；糸島，2005；砂賀ら，2005；石田ら，2007）、ターミナル期の患者を受け持つての学びの分析に関するもの（二重作ら，2001；長田，2002；茶園ら，2003；玉川，2005；原田ら，2005）等が多く、患者の死を看取るための準備性がどの程度できているかは明らかにされていない。そのため、学生が患者の死に際して看護ケアという行動を起こす際に、どのような心のはたらきが生じているのかを明らかにすることの必要性から質問紙を作成する。

2. 調査対象者と期間

本研究に同意を得た看護系大学4校に在学する1学年257名、2学年169名である。期間は、2011年12月～2012年2月である。標本抽出は、便宜的標本抽出法を用いた。

3. 質問紙の構成

1) 質問項目の作成

質問紙を作成するための項目は、学生へのグループ・インタビューの内容（鹿村，2011b）より抽出した。インタビュー内容を内容分析した結果、「看護学生の患者に対する死の認知」

の構造が示され、3つの主要概念を抽出した。【死に対する意識】は50項目、【死にゆく患者への思い】は96項目、【死にゆく患者へのケア】は46項目からなり、計192項目を得た。抽出した質問項目については、表8に示した。

(1) 死に対する意識

《死の迎え方》《死の解釈》《死への感情》《死後の状況》の4つのカテゴリーからなり、計50項目を抽出した。

《死の迎え方》は、『納得のいく最期を迎える』『苦しい』の2つのサブカテゴリーであった。『納得のいく最期を迎える』では13項目を抽出した。これらは、「死というものは、すべてをやり遂げた上で迎えるものだと思う」「自分のしておきたいことをしてから、死にたいと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「すべてのことをやり遂げてから、死を迎えたいと思う」とした。『苦しい』では3項目を抽出した。これらは、「死ぬときに、痛かったりすると思う」「死ぬときに、どれだけ苦しいかは人によって違うと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死ぬときは、痛みなどの苦痛を伴うものであると思う」とした。

《死の解釈》は、『いつかは死ぬ』『漠然としている』『生と死は一連の過程』の3つのサブカテゴリーであった。『いつかは死ぬ』では8項目を抽出した。これらは、「死が人生の終着点であり必ず訪れると思う」「死は平等であると思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死は誰にでも平等に訪れるものだと思う」とした。『漠然としている』では5項目を抽出した。これらは、「死というものは漠然としていて、よくわからないものだと思う」「死は漠然としていて想像がつかないと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死とはどういうものなのか、想像することは難しい」とした。『生と死は一連の過程』では2項目を抽出した。「生と死は一連の過程で、死んでも終わりでないと思う」「死というものは、そこで終わりではなくずっと続いていると思う」であり、日本人の伝統的な死についての考え方である。死生観には文化的な要因が関与することを考慮して開発された平井ら(2000)による死生観尺度においても、この様な項目はなかった。そのため、特殊な項目であると考え、質問項目としなかった。

《死への感情》は、『寂しさや悲しさ』『怖い』の2つのサブカテゴリーであった。『寂しさや悲しさ』では5項目を抽出した。死に関する研究において、Templer(1970)のDeath Anxiety Scaleは不安と恐怖を主要な概念としている。また、Dickestein(1972)のDeath Concern Scaleは恐怖を主要な概念として用いている。これらから、死への感情において

は、不安と恐怖が主要な概念であり、『寂しさや悲しさ』は概念としては主要でないと考え、質問項目としなかった。『怖い』では4項目を抽出した。「意識がない状態が永遠に続くのかと思ったら怖いと思う」「誰でも死を怖いと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死は誰でも恐怖に感じていると思う」とした。

《死後の状況》は、『死んだらどうなるのか』『周囲への気遣い』『死後の世界』『法事』の4つのサブカテゴリーであった。『死んだらどうなるのか』では3項目を抽出した。「息が止まった次には、何があるのか考えたくないと思う」「私が死んだらどうなるのか考えたくないと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「自分が死ぬことを考えたくない」とした。『周囲への気遣い』では3項目を抽出した。「死んだら、自分のことよりも周りの人はどうなるのかと考えてしまうと思う」「死んだら残された人は、どうするのかと思う」等であり、残された周囲の人々の今後のことに関する気遣いである。

Dickestein(1972)の尺度の質問項目には、「私が死んだとき、身内の人達がどう振る舞いどう感じるかを考えることがある」がある。これは身内の人が自分の死をどのように受け止めるかという意味であると考え。Templer (1970)、平井ら(2000)の尺度の質問項目にこの様なものはなく、Spilka (1977)が開発し、金児(1994)が邦訳した死観尺度にもなかった。そのため、特殊な項目であると考え質問項目としなかった。『死後の世界』では3項目を抽出した。「人が死んだら、極楽浄土へいくと思う」「死んでも見守っていてくれると思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「人は死後、あの世へ行くとする」とした。『法事』では1項目を抽出した。「法事などを重ねることで、死が分かってくるのだと思う」であり、日本人特有の死の解釈である。しかし、平井ら(2000)による死生観尺度においてもこの様な項目はなかった。そのため特殊な項目であると考え、質問項目としなかった。

(2) 死にゆく患者への思い

《死にゆく患者への戸惑い》《死にゆく患者からの逃避》《死にゆく過程における患者の尊重》《患者の死の受容の困難さ》《ケアへの意欲》《患者の死生観》《家族への配慮》《残された家族への心配》《身体的な苦痛》の9つのカテゴリーからなり、計96項目を抽出した。

《死にゆく患者への戸惑い》は『患者を理解することの戸惑い』『何ができるのか』『患者の気持ちを受け止められるか不安』の3つのサブカテゴリーであった。『患者を理解することの戸惑い』では12項目を抽出した。「患者の気持ちを聞くことに戸惑いを感じると

表8 質問項目の抽出

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	項目	質問項目
死に対する意識	死の迎え方	納得のいく最期を迎える	1. 死というものは、すべてをやりをやり遂げた上で迎えるものだと思う	5. すべてのことをやり遂げてから、死を迎えたいと思う。
			2. 自分のおきたいことをしてから、死にたいと思う	
			3. 自分が納得できるように生きること、死も納得できると思う	
			4. 死をいい形で迎えたいと思う	
			5. 死を迎えるときまで、自分らしくありたいと思う	
			6. 今まで幸せだったと思うと死を迎えたいと思う	
			7. 死ぬまでに、何か周りの人に残せるものがあったらいいと思う	
			8. 自分が周りの人より、何倍も楽しいことをしたから死ぬんだと思う	
			9. 病気で苦しんでもより長く過ごせれば、死をホジナイに迎えることができると思う	
			10. 自分が生きていた、という証拠を残せば、死を迎えてもよいと思う	
			11. いつかは死ぬから、毎日を後悔のないように生きると思う	
			12. 自分が死んだら、今できることは何かと考えるのだと思う	
			13. 死ぬことで人生を、途中で終わらせてしまわないかと思う	
			1. 死ぬときに、痛かったりすると思う	19. 死ぬときは、痛みなどの苦痛を伴うものであると思う。
			2. 死ぬときに、どれだけ苦しいかは人によって違うと思う	
3. 死ぬときに、どれくらい苦しくても死にたいと思う				
1. 死が人生の終着点であり必ず訪れると思う	10. 死は誰にでも平等に訪れるものだと思う。			
2. 死は平等であると思う				
3. 死が身近に迫ってきたら、どうしても避けられないものだと思う				
4. 人が生まれながら、いつかは死ぬという存在であると思う				
5. 死は自然なものであるから、早いか遅いかは分からないと思う				
6. 死は誰にでもくもくであるから、早いか遅いかは分からないと思う				
7. 最終的には、死ぬという最終駅があるのだと思う				
8. まだ死にたくはないけれど、死ぬことになったら仕方ないと思う	27. 死とはどういうものなのか、想像することは難しい。			
1. 死というものは偶然としていて、よくわからないものだと思う				
2. 死は偶然としていて想像がつかないと思う				
3. 死というものは現実感がないと思う				
4. 今はまだ死ぬときはではないと思う				
5. 死というものは、突然に起こるものであると思う				
1. 生と死は、一連の過程で、死んでも終わりでないと思う				
2. 死というものは、悲しいなどのマイナスイメージがあると思う				
1. 死には、悲しいなどのマイナスイメージがあると思う				
2. 誰かがいなくなることで寂しいとか悲しいという思いがある				
3. 人が死ぬことで、忘れられていくことは寂しいと思う				
4. 人の命は平等なものだけれど、小さい子の死の方が悲しいと思う				
5. 死についての悲しさは人生の長さではないと思う				
1. 意識がない状態が永遠に続くのかと思うたら怖いと思う	12. 死は誰でも恐怖に感じていると思う。			
2. 誰でも死を怖いと思う				
3. 私が死ぬと考えると怖いと思う				
4. 死についての交通事故や病気のニュースを見て、自分のことだったら怖いと思う				
1. 息が止まった際には、何かあるのか考えたくないと思う	23. 自分が死ぬことを考えたくない。			
2. 私が死んだらどうなるのか考えたくないと思う				
3. 生まれ変わることを実証できなければ、死について考えたくないという気持ちがあるのだと思う				
1. 死んだら、自分のことよりも周りの人はどうなるのかと思う				
2. 死んだら残された人は、どうするかと思う				
3. 死というものは、その人が死んだら残された人はどうしていくのか考える機会であると思う				
1. 人が死んだら、極楽浄土へいくと思う				
2. 死んでも見送ってほしいと思う				
3. 生まれ変わると思ったら、死んでもよいと思う	30. 人は死後、あの世へ行くと思う。			
1. 法事などを重ねること、死が分かってくるのだと思う				

表8 質問項目の抽出 つづき

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	質問項目
死にゆく患者への思い	死にゆく患者への戸惑い	患者を理解することの戸惑い	1. 患者の気持ちを聞くことに戸惑いを感じると思う
			2. 患者にどこまで踏み込んでいいかわからないかと思う
			3. 患者に対して、踏み込めぬのが恐ろしいという気持ちがあると思う
			4. どこまで踏み込んで聞いたら患者のことを理解できるかと思う
			5. 患者の本心を聞きたいと思っっているけれど、どうしたらいいかと思う
			6. 患者とコミュニケーションが取れなかつたら、どのようにその人を知っていけばいいかと思う
			7. 患者とどのように接すればよいかと思う
			8. 患者の状況にないから、想像ができないかと思う
			9. 死ぬと告知された患者のどこかに行くと戸惑うと思う
			10. 患者が死について語っているのを聞いたら戸惑うと思う
			11. 患者の複雑な心理状態が理解できないかと思う
			12. 患者の気持ちを分けることができないかと思う
			1. 患者に対して何ができるのか無力感を感じると思う
			2. 患者に対して何を考えればいいのか、ちやもやしているかと思う
			3. その人のことを考えれば考えほど、何ができているかと思う
4. 何もできない私が、患者を受け持つてよいかかと思う			
5. 何もできなくて、死にゆく人を見届けているだけかと思う			
6. 患者や家族に対して、何をすればいいのか分からないかと思う			
7. 患者が死への不安な思いを表出されたらどうしようかと思う			
8. 死が迫っている患者の気持ちに共感するのは無理かと思う			
9. 患者が自分の死を考えているという言葉を聞き止められるのかかと思う			
10. 患者から死について何か聞かれたらどうしようかと思う			
11. 患者が死にゆくことを、受け入れるのが難しいかと思う			
12. 死にゆく患者を受け入れられないかと思う			
13. 患者が死ぬというときに自分泣きそうになるかと思う			
14. 患者が死ぬというときに自分泣きそうになるかと思う			
15. 患者が死ぬというときに自分が泣きそうになるかと思う			
16. 患者が死ぬというときに自分が泣きそうになるかと思う			
17. 患者が死ぬというときに自分が泣きそうになるかと思う			
18. 患者が死ぬというときに自分が泣きそうになるかと思う			
19. 患者が死ぬというときに自分が泣きそうになるかと思う			
20. 患者が死ぬというときに自分が泣きそうになるかと思う			
21. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
22. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
23. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
24. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
25. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
26. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
27. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
28. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
29. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
30. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
31. 死にゆく患者を看取ることは、避け出してしまうかと思う			
32. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
33. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
34. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
35. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
36. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
37. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
38. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
39. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
40. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
41. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
42. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
43. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
44. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
45. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
46. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
47. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
48. 患者の死を、受け入れることができないかと思う			
49. 死にゆく患者の心情を受け止めることができると思う			
50. 死にゆく患者の心情を受け止めることができると思う			
51. 死にゆく患者の心情を受け止めることができると思う			
52. 死にゆく患者の心情を受け止めることができると思う			
53. 死にゆく患者の心情を受け止めることができると思う			
54. 死にゆく患者の心情を受け止めることができると思う			
55. 患者の感情は大きく揺れるけれど、受け止めることができると思う			

患者の死の受容の困難さ	患者は死を受容できていない	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者が死を受容しきれない気持ちについて知りたいたいと思う 2. 患者には死にたくはないという気持ちのあることを理解したいと思う 3. 患者が去生までは普通に生活していたのに、つらいという気持ちを理解したいと思う 4. 患者には、自分を捨ててきたところがあると思う 5. 患者が一人になるとつらくなくて、悪いことはかり考えてしまうと思う 6. 患者が生きていることに、執着心があると思う 7. 患者が死ぬときのことや、今までの人生を考えたたりして悩むと思う 8. これからの患者の人生について、不安があると思う 	20. 患者が死を受容できていない場合、その気持ちを理解したいと思う。
	死に対する恐怖や不安	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者が死への不安や恐怖を感じていると思う 2. 患者が自分の死に恐怖を感じていると思う 3. 患者が死を恐れていると言っても、涙を流すこともあると思う 4. 患者が死を恐れている人が、自分から遠ざかっていると思う 	31. 死にゆく患者が恐怖感を抱いている場合、その気持ちを理解したいと思う。
	孤独感	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者は周囲にいる人が、自分から遠ざかっていると思う 2. 死に近づくとコミュニケーションが難しくなり患者の気持ちが伝わりにくくなると思う 3. 患者のそばに誰かがいたら、不安が軽減されると思う 4. 患者のためにケアをするのにやりがいを感じると思う 	6. 死にゆく患者は、孤独であると思う。
	ケアへの意欲	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者がより良く生きてもらうために、ケアをしてゆきたいと思う 2. 患者が心細くなるように看護をしたいと思う 3. 患者を励ますことのできる看護者でありたいと思う 4. 患者の身の回りのケアをすることにやりがいを感じると思う 5. 死についての患者の考えを知りたいと思う 6. 患者の死についての考えを知りたいと思う 7. 患者が死を聞近には感じてなくて、いつかは出れるものにとらえていると思う 8. 患者が入はいつかは死ぬので、病気があるから早くなるかもしれないとらえていると思う 9. 死がマイナスなことだけではない、プラスな方向もあることを患者が気づいていると思う 10. 患者がどのような世界観で、死を考えているかを知りたいと思う 	15. 死にゆく患者と関わることで、看護者としてやりがいを感じると思う。
	患者の死生観	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の死についての考えを知りたいと思う 2. 患者が死を聞近には感じてなくて、いつかは出れるものにとらえていると思う 3. 患者が入はいつかは死ぬので、病気があるから早くなるかもしれないとらえていると思う 4. 死がマイナスなことだけではない、プラスな方向もあることを患者が気づいていると思う 5. 患者がどのような世界観で、死を考えているかを知りたいと思う 6. 患者の死についての考えを知りたいと思う 7. 患者が死を聞近には感じてなくて、いつかは出れるものにとらえていると思う 8. 患者が入はいつかは死ぬので、病気があるから早くなるかもしれないとらえていると思う 9. 死がマイナスなことだけではない、プラスな方向もあることを患者が気づいていると思う 10. 患者がどのような世界観で、死を考えているかを知りたいと思う 	2. 患者が死についてどのような考えを持っているのか知りたい。
	家族への配慮	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の家族の気持ちを知りたいと思う 2. 患者の家族の気持ちを知りたいと思う 3. 患者の家族の気持ちを知りたいと思う 4. 患者の家族の気持ちを知りたいと思う 	9. 死にゆく患者の家族に対して、つらい気持ちをもちたいと思う
	残された家族への心配	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者は残された家族はどのようなものだろうか、死んだ後のことまで気にかけていると思う 2. 患者が自分自身はこれまで生きられたからいいけれど、家族はどのようなかと思っていると思う 	14. 死にゆく患者は、家族のことを気にかけるものだと思う。
	身体的な苦痛	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の身体的な苦痛を知りたいと思う 	8. 死にゆく患者の苦痛を知りたいと思う。

表8 質問項目の抽出 つづき

コアカテゴリ	サブカテゴリ	項目	質問項目
死にゆく患者のケア	患者を尊重する	1. 患者が生きている間に、納得できるようなケアをしよう	18. 死にゆく患者を、看護者として援助したいと思う。
		2. 看護者として患者の気持ちを理解した上で援助したいと思う	
		3. 患者が満足できるようにケアすると思う	
		4. 患者の一番望んでいることをケアすると思う	
		5. 患者にとっって一番いいことは何かを考えてケアすると思う	
		6. 患者の近くにいて喜んでもらえるように心をこめてケアをしたいと思う	
		7. 女性患者にはきれいでいたいという思いを尊重してケアしたいと思う	
		8. 患者の自尊感情を傷つけないように援助すると思う	
		9. 患者がしたいことや残りしていることができるようにケアすると思う	
		13. 死にゆく患者に対して、尊敬の意を持って関わりたいと思う。	
患者を尊敬する	患者の感情表出を寄り添う	1. 患者に尊敬の念をもって接すると思う	3. 死にゆく患者が感情を表出できるように関わりたいと思う。
		2. 患者に向き合って尊敬した態度でケアをしていくと思う	
		3. 患者の気持ちを尊重して関わると思う	
		4. 患者を尊敬して関わると思う	
		5. 患者と一緒にいる時間を大事に思って関わると思う	
		6. 大切に思っている気持ちを患者に伝えられると思う	
		7. 患者を尊重して接することができると思う	
		8. 患者に不快な思いをさせないような態度が大事なケアだと思う	
		1. 患者の思いを聞いて、話してもらえようになりたと思う	
		2. 患者のそばで、気持ちを話してくれるのを持つと思う	
患者の悲しみを考える	患者の悲しみを考える	3. 患者の良い聞き手になると思う	11. 死にゆく患者が悲しみを表現できるように関わりたいと思う。
		4. 患者が発した言葉を、心の奥まで探り、感じ、考えられると思う	
		5. 患者の話聴きケアをすると思う	
		6. 患者が泣きたいときは、泣ける環境を作ると思う	
		7. 患者が自分の感情に、気づけるように話を傾聴すると思う	
		8. 患者が話すというだけで、気持ちの整理ができるようにすると思う	
		9. 患者の意思で、気持ちを出せるようにすると思う	
		1. 患者の悲しみを時間をかけて聞いて関わると思う	
		2. 患者の思いや悲しみの感情を考慮して関わると思う	
		3. 患者が死への悲しみや感情をすべて出せるように関わりたいと思う	
QOLを高める	QOLを高めるケア	4. 患者の心の悲しみをつかめるよう考えられると思う	4. 死にゆく患者が安楽になるように関わりたいと思う。
		5. 患者と一緒に考えて、悲しみや不安を軽減する役割があると思う	
		1. 患者の安楽やうれしさにつながる関わりをすると思う	
		2. 患者にリラックスしてもらえようように足浴やマッサージをすると思う	
		3. 患者の生活の質を落とさないように考えてケアすると思う	
		4. 患者の生活の質を落とさないように考えてケアすると思う	
		5. 患者の日常的なケアが安楽になるように関わると思う	
		6. 患者の生活の質を落とさないように考えてケアすると思う	
		7. 患者の痛いところをささったり手を温めたりなどしてほしいと思っていることをケアすると思う	
		8. 患者が痛みなどのつらさを取り除くケアをしたいと思う	
9. 先に気づいて、痛みと少しでも思わせないように患者を見ていくと思う			
肯定的な関わり	肯定的な関わり	10. 患者の気持ちになつて、何が今必要なのかを先取りすると思う	1. 死にゆく患者を看取るときを、死について考える機会にしたいと思う。
		1. 患者と過ごす時間を大切に、死について考えたいと思う	
		2. 患者の死を肯定的にとらえるのではなく、肯定的に考える機会にしたいと思う	
家族のサポート	家族のサポート	3. 患者が死ぬ前から仕方ないといえらるのではなく、どのように支えていくかを考えると思う	22. 死にゆく患者の家族の話を傾聴したいと思う。
		1. 家族の話に傾聴したいと思う	
他職種との連携	他職種との連携	1. 患者から情報を得て看護師や他職種と連携すると思う	26. 死にゆく患者の考えを踏まえて、多職種と連携したいと思う。

第4章

思う」「患者にどこまで踏み込んでいったらいいのかと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者と関わる時、戸惑いを感じると思う」とした。

『何ができるのか』では8項目を抽出した。「患者に対し何ができるのか無力感を感じると思う」「患者に対して何ができるのか、もやもやしていると思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者に対して、何もできないのではないかと無力感を感じる」とした。『患者の気持ちを受け止められるか不安』では5項目を抽出した。「患者から死への不安な思いを表出されたらどうしようと思う」「死が迫っている患者の気持ちに共感するのは無理だと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者の気持ちに共感することは難しいと思う」とした。

《死にゆく患者からの逃避》は『患者の死を受け入れられない』『患者の死が怖い』『患者を受け入れられない』『患者との関係性の困難さ』の4つのサブカテゴリーであった。『患者の死を受け入れられない』では7項目を抽出した。「患者が亡くなるということを受け入れるのが難しいと思う」「死にゆく患者を受け入れられないと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「患者の死を受け入れることができないと思う」とした。『患者の死が怖い』では6項目を抽出した。「患者が死にゆくことが怖くて、逃げ出してしまうと思う」「患者の死に対して怖くなり逃げ出してしまうと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者を看取る時は、逃げ出してしまうと思う」とした。『患者を受け入れられない』では6項目を抽出した。「死にゆく患者を目の前にしたとき、正視できないと思う」「死にゆく患者と話をするのが嫌だと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者を看取することは、どちらかというと嫌である」とした。『患者との関係性の困難さ』では3項目を抽出した。「患者と人間関係を築くのは難しいと思う」「患者の語る死と自分の考える死にギャップがあるときに共感することは難しいと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者と人間関係を築くことは、難しいと思う」とした。

《死にゆく過程における患者の尊重》は、『死にゆく過程における患者の尊重』『患者への共感』の2つのサブカテゴリーであった。『死にゆく過程における患者の尊重』では11項目を抽出した。「患者が今まで生きてきた過程を尊重しなければならないと思う」「患者を一人の人間として尊重したいと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者に対して、一人の人間として尊重したいと思う」とした。『患者への共感』では5項目を抽出した。「患者の気持ちを受け止めることができると思う」「患者の

第4章

気持ちを聞くことにより、共感できると思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者の心情を受け止めることができると思う」とした。

《患者の死の受容の困難さ》は、『患者は死を受容できていない』『死に対する恐怖や不安』『孤独感』の3つのサブカテゴリーであった。『患者は死を受容できていない』では8項目を抽出した。「患者が死を受容しきれない気持ちについて知りたいと思う」「患者には死にたくないという気持ちのあることを理解したいと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「患者が死を受容できていない場合、その気持ちを理解したいと思う」とした。『死に対する恐怖や不安』は4項目を抽出した。「患者が死への不安や恐怖を抱えていることを理解したいと思う」「患者が自分の死に恐怖を感じていると思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者が恐怖感を抱いている場合、その気持ちを理解したいと思う」とした。『孤独感』は4項目を抽出した。「患者は周りにいる人が、自分から遠ざかっていって行くのを感じていると思う」「患者は自分から遠ざからないで欲しいと思っていると思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者は、孤独であると思う」とした。

《ケアへの意欲》は、1つのサブカテゴリーであり、6項目を抽出した。「患者のためにケアをすることにやりがいを感じると思う」「一つひとつのケアに心を込めることを大切にしたいと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者と関わることで、看護者としてやりがいを感じると思う」とした。

《患者の死生観》は、1つのサブカテゴリーであり、6項目を抽出した。「死についての患者なりの考えを知りたいと思う」「患者の死についての考え方を知りたいと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「患者が死についてどのような考えを持っているのか知りたい」とした。

《家族への配慮》は、1つのサブカテゴリーであり、2項目を抽出した。「患者のそばに寄り添っている家族もつらいのだろうと思う」「患者の家族の気持ちはつらいものなのだろうと思う」であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者の家族に対してつらい気持ちをもつと思う」とした。

《残された家族への心配》は、1つのサブカテゴリーであり、2項目を抽出した。「患者は残された家族はどうなるのだろうか、死んだ後のことまで気にかけていると思う」「患者が自分はここまで生きられたからいいけれど、家族はどうなるのかと思っていると思う」であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者は、家族のことを気

にかけものだと思ふ」とした。

《身体的な苦痛》は、1つのサブカテゴリーであり、1項目を抽出した。「患者の身体的な苦痛を知りたいと思ふ」であったので、質問項目を「死にゆく患者の苦痛を知りたいと思ふ」とした。

(3) 死にゆく患者へのケア

《患者を尊重する》《患者の気持ちに寄り添う》《QOLを高める》《家族のサポート》《他職種との連携》の5つのカテゴリーからなり、計46項目を抽出した。

《患者を尊重する》は、『患者の満足するケア』『患者を尊敬する』の2つのサブカテゴリーであった。『患者が満足するケア』では、9項目を抽出した。「患者が活着している間に、納得できるようなケアをすすると思ふ」「看護者として患者の気持ちを理解した上で援助したいと思ふ」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者を、看護者として援助したいと思ふ」とした。『患者を尊敬する』では、8項目を抽出した。「患者に尊敬の念をもつて接すると思ふ」「患者に向き合つて尊敬した態度でケアをしていくと思ふ」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者に対して、尊敬の意をもつて関わりたいと思ふ」とした。

《患者の気持ちに寄り添う》は、『患者の感情表出を助ける』『患者の悲しみを考える』の2つのサブカテゴリーであった。『患者の感情表出を助ける』では、9項目を抽出した。「患者の思ひを聞いて、話してもらえようになりたいと思ふ」「患者のそばで、気持ちを話してくれるのを待つと思ふ」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者が感情を表出できるように関わりたいと思ふ」とした。『患者の悲しみを考える』では、5項目を抽出した。「患者の悲しみを時間をかけて聞いて関わりと思ふ」「患者の思ひや悲しみの感情を考へて関わりようにすると思ふ」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者が悲しみを表現できるように関わりたいと思ふ」とした。

《QOLを高める》は、2つのサブカテゴリーであり、『QOLを高めるケア』『肯定的な関わり』であった。『QOLを高めるケア』では、10項目を抽出した。「患者の安楽やうれしさにつながる関わりをすすると思ふ」「患者に気持ち良くなつてもらえようように足浴やマッサージをすすると思ふ」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者が安楽になるように関わりたいと思ふ」とした。『肯定的な関わり』では、3項目を抽出した。「患者と過ごす時間を大切にすして、死について考へたいと思ふ」「患者の死を否定

第4章

的にとらえるのではなく、肯定的に考える機会にしたいと思う」等であった。これらの項目の意味内容から、質問項目を「死にゆく患者を看取るときを、死について考える機会にしたいと思う」とした。

《家族のサポート》は、1つのサブカテゴリーであり、1項目を抽出した。「家族の話を傾聴したいと思う」であったので、質問項目を「死にゆく患者の家族の話を傾聴したいと思う」とした。

《他職種との連携》は、1つのサブカテゴリーであり、1項目を抽出した。「患者から情報を得て看護師や他職種と連携すると思う」であったので、質問項目を「死にゆく患者の考えを踏まえて、多職種と連携したいと思う」とした。

死に対する意識については7項目、死にゆく患者への思いは17項目、死にゆく患者へのケアは8項目、計32項目を抽出した。

質問項目は、サブカテゴリーから抽出した。質問内容として不適切なものを除外し、32項目を抽出した。回答者が実施する上で困難な箇所等がないかの表面妥当性を検討した。

2) 尺度化

6段階リカート法で尺度化した。各項目の選択肢は「全くそうであると思う(6点)」、「かなりそうであると思う(5点)」、「どちらかといえばそうであると思う(4点)」、「どちらかといえばちがうと思う(3点)」、「かなりちがうと思う(2点)」、「全くちがうと思う(1点)」とした。

3) 内容的妥当性

看護学生の死の教育にかかわる専門家3名により、質問項目の妥当性、表現の明確性、尺度構成の適切性を検討した。死に対する意識8項目では、7項目が適切であるとの評価を得た。不適切であると1名の評価者より評価を受けた1項目については、表現の不明確さを指摘されたため修正した。患者の死を考えたときの感情8項目では、7項目が適切であるとの評価を得た。やや不適切であると評価を得た1項目については、表現の不明確さを指摘されたため修正した。死にゆく患者への思い8項目では、全項目が適切であるとの評価を得た。役割認知8項目では、7項目が適切であるとの評価を得た。不適切であると1名の評価者より評価を受けた1項目については、表現の不明確さを指摘されたため修正した。

第4章

4) 構成概念妥当性

主因子法によるプロマックス回転を用いた因子分析により、構成概念の検討を行った。内的整合性 Cronbach α 係数の算出により項目の一貫性を確認した。

4. 倫理的配慮

和歌山県立医科大学倫理委員会の承認（番号：813）を得た。看護系大学の学部長または学科長に文書にて研究の主旨等を説明し、承諾を得た。研究対象者には、研究の主旨、不参加によって学習上の不利益を受けないこと、プライバシーの保護等を文書にて説明した。調査は無記名にて行い、質問用紙の回収は期間を指定し、回答者自身が回答用紙を密封して郵送し、個人が特定できないよう配慮した。質問紙への回答をもって研究に同意を得たこととした。

II. 結果

回答数は333件（回収率78.2%）、有効回答数315件（94.6%）であった。

質問紙調査全32項目の回答の偏りを検討するために、天井効果とフロア効果の確認をした（表9）。その結果、項目4、5、10、17の4項目に天井効果（平均値+標準偏差 >6 ）がみられた。項目4は「死にゆく患者が安楽になるように関わりたいと思う」、項目5は「すべてのことをやり遂げてから、死を迎えたいと思う」、項目10は「死は誰にでも平等に訪れるものだと思う」、項目17は「死にゆく患者に対して、一人の人間として尊重したいと思う」であった。これらの項目は、Frommelt（1991；2003）の死にゆく患者へのターミナルケア態度尺度、Bradley（2000）のEnd-of-Life Careにおける医療者の態度尺度、岩瀬ら（2002）による終末期医療に携わる看護婦の患者ケアに対する満足度尺度の項目にみられないため削除した。

予備的研究の結果から看護学生の患者に対するその認知は、3因子が見出されたため、残りの28項目で因子数を3として因子分析（主因子法：プロマックス回転）を行った。しかし、第3因子に該当する項目数が少なく、3因子構造として因子を成立させることができなかった。

そのため、因子数を2として因子分析（主因子法：プロマックス回転）を行った。因子負荷量0.40以下は、項目6、12、15、29、30であった（表10-1）。項目6は「死にゆく患者は孤独であると思う」、項目12は「死は誰でも恐怖に感じていると思う」、項目15は

第4章

「死にゆく患者と関わることで、看護者としてやりがいを感じると思う」、項目29は「死にゆく患者の心情を受け止めることができると思う」であった。これらの項目は、Frommelt (1991 ; 2003) の死にゆく患者へのターミナルケア態度尺度、Bradley (2000) の End-of-Life Care における医療者の態度尺度、岩瀬ら (2002) による終末期医療に携わる看護婦の患者ケアに対する満足度尺度にみられないため削除した。項目30は「人は死後、あの世へ行くと思う」であり、因子負荷量0.20と小さいため削除した。残りの23項目で因子分析（主因子法：プロマックス回転）を行い、因子負荷量0.40以下は項目14、32であった（表10-2）。項目14は「死にゆく患者は、家族のことを気にかけるものだと思う」、項目32は「患者の死を、受け入れることができないと思う」であった。これらの項目は、Frommelt (1991 ; 2003) の死にゆく患者へのターミナルケア態度尺度、Bradley (2000) の End-of-Life Care における医療者の態度尺度、岩瀬ら (2002) による終末期医療に携わる看護婦の患者ケアに対する満足度尺度にみられないため削除した。

さらに、残りの21項目因子分析（主因子法：プロマックス回転）を行い、因子負荷量0.40以上の意味のまとまりのある2因子を抽出した（表10-3）。第1因子に「死にゆく患者へのケア」、第2因子に「死にゆく患者への思い」と命名した。

内的整合性を確認するために、Cronbach α 係数を算出した。その結果、第1因子0.88、第2因子0.78であった。

Ⅲ. 考察

看護学生の患者に対する死の認知を構成する因子として2因子が抽出された。第1因子は、「死にゆく患者が恐怖感を抱いている場合、その気持ちを理解したいと思う」「患者が死を受容できていない場合、その気持ちを理解したいと思う」などに負荷が高く、死にゆく患者に対してケアを行いたいという傾向であることから、「死にゆく患者へのケア」と命名した。第2因子は、「死にゆく患者と関わる時、戸惑いを感じると思う」「死にゆく患者の気持ちに共感することは難しいと思う」などに負荷が高く、死にゆく患者に対しての思いという傾向であることから、「死にゆく患者への思い」と命名した。「死にゆく患者へのケア」「死にゆく患者への思い」は、終末期ケアにおける学生の死の認知の下位因子として妥当な構造と考える。Cronbach α 係数は第1因子0.88、第2因子0.78であり、尺度に含まれる質問項目は内的整合性を持っており、尺度における信頼性は確認されたと考える。

先行研究から、終末期ケアについての講義や実習等の学習により、多くの学生は死にゆ

表9 看護学生の死の認知の天井効果

項目	最小値	最大値	平均値	標準偏差	平均値+標準偏差	平均値-標準偏差
1.死にゆく患者を看取るときを、死について考える機会にしたいと思う。	1	6	4.68	1.07	5.75	3.61
2.患者が死についてどのような考えを持っているのか知りたい。	2	6	4.89	0.91	5.80	3.99
3.死にゆく患者が感情を表出できるように関わりたいと思う。	3	6	4.94	0.88	5.82	4.05
4.死にゆく患者が安楽になるように関わりたいと思う。	2	6	5.38	0.77	6.14	4.61
5.すべてのことをやり遂げてから、死を迎えたいと思う。	1	6	5.20	0.95	6.16	4.25
6.死にゆく患者は、孤独であると思う。	1	6	3.03	1.09	4.11	1.94
7.死にゆく患者を看取るときは、逃げ出してしまいたいと思う。	1	6	3.18	1.15	4.32	2.03
8.死にゆく患者の苦痛を知りたいと思う。	1	6	4.35	1.02	5.36	3.33
9.死にゆく患者の家族に対して、つらい気持ちをもつと思う。	2	6	4.82	0.91	5.72	3.91
10.死は誰にでも平等に訪れるものだと思う。	1	6	4.62	1.41	6.02	3.21
11.死にゆく患者が悲しみを表現できるように関わりたいと思う。	1	6	4.68	0.98	5.66	3.70
12.死は誰でも恐怖に感じていると思う。	1	6	4.74	1.08	5.83	3.66
13.死にゆく患者に対して、尊敬の意をもって関わりたいと思う。	1	6	4.95	1.01	5.96	3.94
14.死にゆく患者は、家族のことを気にかけるものだと思う。	2	6	4.91	0.86	5.77	4.05
15.死にゆく患者と関わることで、看護者としてやりがいを感じると思う。	1	6	4.00	1.16	5.16	2.84
16.死にゆく患者を看取することは、どちらかというと嫌である。	1	6	3.78	1.17	4.95	2.61
17.死にゆく患者に対して、一人の人間として尊重したいと思う。	1	6	5.22	0.89	6.11	4.32
18.死にゆく患者を、看護者として援助したいと思う。	2	6	4.96	0.98	5.94	3.98
19.死ぬときは、痛みなどの苦痛を伴うものであると思う。	1	6	4.06	0.99	5.05	3.08
20.患者が死を受容できていない場合、その気持ちを理解したいと思う。	1	6	4.84	0.89	5.74	3.95
21.死にゆく患者と人間関係を築くことは、難しいと思う。	1	6	3.44	1.28	4.73	2.16
22.死にゆく患者の家族の話を傾聴したいと思う。	1	6	4.90	0.99	5.89	3.92
23.自分が死ぬことを考えたくない。	1	6	3.74	1.49	5.23	2.26
24.死にゆく患者と関わる時、戸惑いを感じると思う。	1	6	4.51	1.10	5.61	3.42
25.死にゆく患者の気持ちに共感することは難しいと思う。	1	6	4.21	1.10	5.31	3.10
26.死にゆく患者の考えを踏まえて、他職種と連携したいと思う。	1	6	4.88	0.91	5.78	3.97
27.死とはどういうものなのか、想像することは難しい。	1	6	4.66	1.15	5.81	3.51
28.死にゆく患者に対して、何もできないのではないかと無力感を感じる。	1	6	4.47	1.11	5.58	3.36
29.死にゆく患者の心情を受け止めることができると思う。	1	6	3.65	0.99	4.65	2.66
30.人は死後、あの世へ行くと思う。	1	6	4.02	1.28	5.30	2.74
31.死にゆく患者が恐怖感を抱いている場合、その気持ちを理解したいと思う。	1	6	4.96	0.91	5.87	4.06
32.患者の死を、受け入れることができないと思う。	1	6	3.40	1.12	4.52	2.29

注) ■ の部分は天井効果 (平均値+標準偏差>6)

表10-1 看護学生の患者に対する死の認知の因子分析（1回目）

(主因子法:プロマックス回転)	因子1	因子2
31.死にゆく患者が恐怖感を抱いている場合、その気持ちを理解したいと思う。	0.78	-0.05
20.患者が死を受容できていない場合、その気持ちを理解したいと思う。	0.75	0.00
18.死にゆく患者を、看護者として援助したいと思う。	0.64	0.01
3.死にゆく患者が感情を表出できるように関わりたいと思う	0.64	-0.03
2.患者が死についてどのような考えを持っているのか知りたい。	0.62	-0.09
22.死にゆく患者の家族の話を傾聴したいと思う。	0.62	0.06
11.死にゆく患者が悲しみを表現できるように関わりたいと思う。	0.59	0.04
26.死にゆく患者の考えを踏まえて、他職種と連携したいと思う。	0.58	0.06
9.死にゆく患者の家族に対して、つらい気持ちをもつと思う。	0.58	0.25
8.死にゆく患者の苦痛を知りたいと思う。	0.57	-0.11
13.死にゆく患者に対して、尊敬の意をもって関わりたいと思う。	0.54	0.14
1.死にゆく患者を看取るときを、死について考える機会にしたいと思う。	0.47	-0.21
14.死にゆく患者は、家族のことを気にかけるものだと思う。	0.41	0.18
29.死にゆく患者の心情を受け止めることができると思う。	0.39	-0.26
15.死にゆく患者と関わることで、看護者としてやりがいを感じると思う。	0.38	-0.19
30.人は死後、あの世へ行くと思う。	0.20	0.13
24.死にゆく患者と関わる時、戸惑いを感じると思う。	0.07	0.67
25.死にゆく患者の気持ちに共感することは難しいと思う。	-0.09	0.64
16.死にゆく患者を看取することは、どちらかというとなんか嫌である。	-0.12	0.55
23.自分が死ぬことを考えたくない。	-0.06	0.53
21.死にゆく患者と人間関係を築くことは、難しいと思う。	-0.16	0.52
7.死にゆく患者を看取るときは、逃げ出してしまうと思う。	-0.04	0.50
19.死ぬときは、痛みなどの苦痛を伴うものであると思う。	0.12	0.48
28.死にゆく患者に対して、何もできないのではないかと無力感を感じる。	0.20	0.46
27.死とはどういうものなのか、想像することは難しい。	0.01	0.45
32.患者の死を、受け入れることができないと思う。	-0.02	0.43
12.死は誰でも恐怖に感じていると思う。	0.17	0.39
6.死にゆく患者は、孤独であると思う。	-0.05	0.36

表10-2 看護学生の患者に対する死の認知の因子分析（2回目）

(主因子法:プロマックス回転)	因子1	因子2
31.死にゆく患者が恐怖感を抱いている場合、その気持ちを理解したいと思う。	0.77	-0.06
20.患者が死を受容できていない場合、その気持ちを理解したいと思う。	0.75	-0.02
3.死にゆく患者が感情を表出できるように関わりたいと思う	0.66	-0.06
18.死にゆく患者を、看護者として援助したいと思う。	0.65	-0.02
2.患者が死についてどのような考えを持っているのか知りたい。	0.63	-0.10
22.死にゆく患者の家族の話を傾聴したいと思う。	0.63	0.04
11.死にゆく患者が悲しみを表現できるように関わりたいと思う。	0.60	-0.01
26.死にゆく患者の考えを踏まえて、他職種と連携したいと思う。	0.59	0.05
9.死にゆく患者の家族に対して、つらい気持ちをもつと思う。	0.59	0.22
8.死にゆく患者の苦痛を知りたいと思う。	0.58	-0.12
13.死にゆく患者に対して、尊敬の意をもって関わりたいと思う。	0.55	0.10
1.死にゆく患者を看取るときを、死について考える機会にしたいと思う。	0.46	-0.20
14.死にゆく患者は、家族のことを気にかけるものだと思う。	0.39	0.15
24.死にゆく患者と関わる時、戸惑いを感じると思う。	0.08	0.69
25.死にゆく患者の気持ちに共感することは難しいと思う。	-0.07	0.63
16.死にゆく患者を看取することは、どちらかというとなんか嫌である。	-0.09	0.56
23.自分が死ぬことを考えたくない。	-0.07	0.54
7.死にゆく患者を看取るときは、逃げ出してしまうと思う。	-0.04	0.53
21.死にゆく患者と人間関係を築くことは、難しいと思う。	-0.15	0.50
27.死とはどういうものなのか、想像することは難しい。	0.03	0.47
19.死ぬときは、痛みなどの苦痛を伴うものであると思う。	0.12	0.45
28.死にゆく患者に対して、何もできないのではないかと無力感を感じる。	0.22	0.44
32.患者の死を、受け入れることができないと思う。	-0.11	0.36

表10-3 看護学生の患者に対する死の認知の因子分析（3回目）

(主因子法:プロマックス回転)	因子1	因子2
$\alpha = .88$		
31.死にゆく患者が恐怖感を抱いている場合、その気持ちを理解したいと思う。b	0.77	-0.06
20.患者が死を受容できていない場合、その気持ちを理解したいと思う。b	0.75	-0.01
3.死にゆく患者が感情を表出できるように関わりたいと思う。c	0.66	-0.05
18.死にゆく患者を、看護者として援助したいと思う。c	0.64	-0.02
2.患者が死についてどのような考えを持っているのか知りたい。b	0.63	-0.09
22.死にゆく患者の家族の話を傾聴したいと思う。c	0.63	0.06
11.死にゆく患者が悲しみを表現できるように関わりたいと思う。c	0.59	0.00
26.死にゆく患者の考えを踏まえて、他職種と連携したいと思う。c	0.59	0.06
9.死にゆく患者の家族に対して、つらい気持ちをもつと思う。b	0.59	0.23
8.死にゆく患者の苦痛を知りたいと思う。b	0.58	-0.11
13.死にゆく患者に対して、尊敬の意をもって関わりたいと思う。c	0.53	0.11
1.死にゆく患者を看取るときを、死について考える機会にしたいと思う。c	0.46	-0.18
$\alpha = .78$		
24.死にゆく患者と関わる時、戸惑いを感じると思う。b	0.08	0.70
25.死にゆく患者の気持ちに共感することは難しいと思う。b	-0.08	0.64
16.死にゆく患者を看取することは、どちらかという嫌である。b	-0.10	0.56
23.自分が死ぬことを考えたくない。a	-0.07	0.54
7.死にゆく患者を看取るときは、逃げ出してしまうと思う。b	-0.04	0.52
21.死にゆく患者と人間関係を築くことは、難しいと思う。b	-0.15	0.50
27.死とはどういうものなのか、想像することは難しい。a	0.03	0.47
19.死ぬときは、痛みなどの苦痛を伴うものであると思う。a	0.11	0.46
28.死にゆく患者に対して、何もできないのではないかと無力感を感じる。b	0.23	0.43

因子間相関 0.17

注) a: 死に対する意識, b: 死にゆく患者への思い, c: 死にゆく患者へのケア

く患者に対してケアをしようという意思を有している（西村ら，1983；藤原ら，1988b；水谷，1997；岡田ら，2000；鹿村，2011b）。その一方で、終末期にある患者を受け持つことに対して負担を感じずる学生も存在している（中尾ら，1986；木村ら，1992）。このことから、学生は死にゆく人へのケアの際に、ケアをしようとする気持ちと、死に直面する患者への不安な気持ちを有していると考えられる。

3因子構造として、因子を成立できなかった理由として、前述した2因子は学生が死にゆく患者の死を考えたときに生じている認知として近似していたが、「死に対する意識」は認知として異なっていたために3項目しか残らなかったと考える。さらに、先行研究における、Frommelt(1991;2003)の死にゆく患者へのターミナルケア態度尺度、Bradley(2000)のEnd-of-Life Careにおける医療者の態度尺度、岩瀬ら(2002)による終末期医療に携わる看護婦の患者ケアに対する満足度尺度では、ケアにおける態度を測定している。これらから、患者の死を考えたときの看護学生の患者に対する死の認知は、看護者としての意識と死にゆく人への情動のゆれから成り立っていると考えられた。

第5章 研究方法

本研究は、看護学生の属性と死についての経験及び影響因子である「自意識」「共感性」「援助規範意識」に関するデータによる、死にゆく患者に対する看護学生の認知モデルの開発を行う研究である。

I. 研究デザイン

看護系大学に在学する3学年から4学年の学生を対象に、概念枠組みに基づいた自記式質問紙を郵送法にて配布し回収する量的研究である。

II. 調査対象と期間

平成24年度までに完成年度を迎えた関東地方と近畿地方の看護系大学75校のうち、本研究への参加に対して同意の得られた18校に在学する学生3学年から4学年を対象とした。調査期間は、2012年10月～2013年1月である。標本抽出は、便宜的標本抽出法を用いた。

III. 調査項目と測定用具

1. 属性データ

年齢、性別、学年、宗教の信仰有無、身近な人の死の経験・命に関わるような病気やけがの経験・臨終に立ち会った経験・受け持ち患者の死の経験・ペットの死の経験・終末期ケアの受講・死をテーマとした読書・死についての話し合いの有無。

2. 尺度による測定

自意識尺度 得点範囲：21-147	21項目 7点尺度	公的自意識 私的自意識	$\alpha = .78$ $\alpha = .75$	Feningstein,1987 菅原,1984
多次元共感性尺度 得点範囲：24-1205	24項目 5点尺度	被影響性 他者指向的反応 想像性 視点取得 自己指向的反応	$\alpha = .78$ $\alpha = .71$	Davis,1980,1983 鈴木ら,2008

援助規範意識尺度 得点範囲：29-145	29 項目 5 点尺度	返済規範意識 自己犠牲規範意識 交換規範意識 弱者救済規範意識	信頼性に関する明確な記述はないが、尺度項目の内容一貫性と構成概念妥当性は有している。	箱井ら,1987,1990
死に対する態度改訂版日本語版 得点範囲：27-135	27 項目 5 点尺度	接近型受容 死の恐怖 死の回避 逃避型受容	$\alpha = .88 \sim .92$	Gesser ら,1987 隈部,2003
看護学生の患者に対する死の認知 得点範囲：27-135	21 項目 6 点尺度	死にゆく患者へのケア 死にゆく患者への思い	$\alpha = .88$ $\alpha = .78$	鹿村,2011b
	122 項目	17 項目		

以上の調査項目と測定用具から、「死にゆく患者に対する看護学生の死の認知」についてサブストラクションを行った（図 2）。

IV. データ収集および分析方法

データ収集は、関東地方と近畿地方の看護系大学に在学し、基礎看護学実習が終了し、専門領域の看護学を受講している 3 学年から 4 学年を対象に、郵送法にて質問紙の配布及び回収を行った。本研究について協力の承諾を得た各大学の学部長あるいは学科長から窓口となる教職員を紹介してもらい、その教職員を介して説明文と調査用紙を対象者に配布してもらった。回収については期間を指定し、回答者自身が回答用紙を封筒に入れ投函してもらった。データの分析には、記述統計量の算出、Pearson の積率相関係数、多変量解析、共分散構造分析を行い、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルについて検討した。

V. 倫理的配慮

1. 研究対象者に理解を求め同意を得る方法

和歌山県立医科大学倫理審査委員会の審査を受け（番号：813）、承認後に実施した。看護系大学の学生を対象とするため、各大学の学部長あるいは学科長に、文書にて調査を依頼した。研究計画の説明、研究の目的、研究参加をお願いする理由、研究方法、研究への参加の自由と同意撤回の自由、プライバシーの保護、研究対象者にもたらされる利益及び不利益、研究結果の公表、問い合わせ先について、文書にて説明した。

許可を得た大学の研究対象者に対しては、研究の目的、研究参加をお願いする理由、研究の方法、研究への参加・撤回は協力者の自由意思であり、不参加によって不利益を受けないこと、調査用紙は無記名でありプライバシーの保護されること等及び問い合わせ先について、文書にて説明した。

2. 研究対象者の人権の擁護

プライバシーの保護などについては、調査用紙の回収は期間を指定し、回答者自身で回答用紙を封筒に入れ投函してもらい、個人が特定できないよう配慮した。本研究で得たデータは研究上の番号で扱い集団として解析を行った。本研究の結果は、学会発表および論文作成により公表されることがあること、研究への参加については、調査用紙への回答をもって了承されたものとする等について、文書にて説明した。研究終了後、データは復元できない状態にして廃棄した。

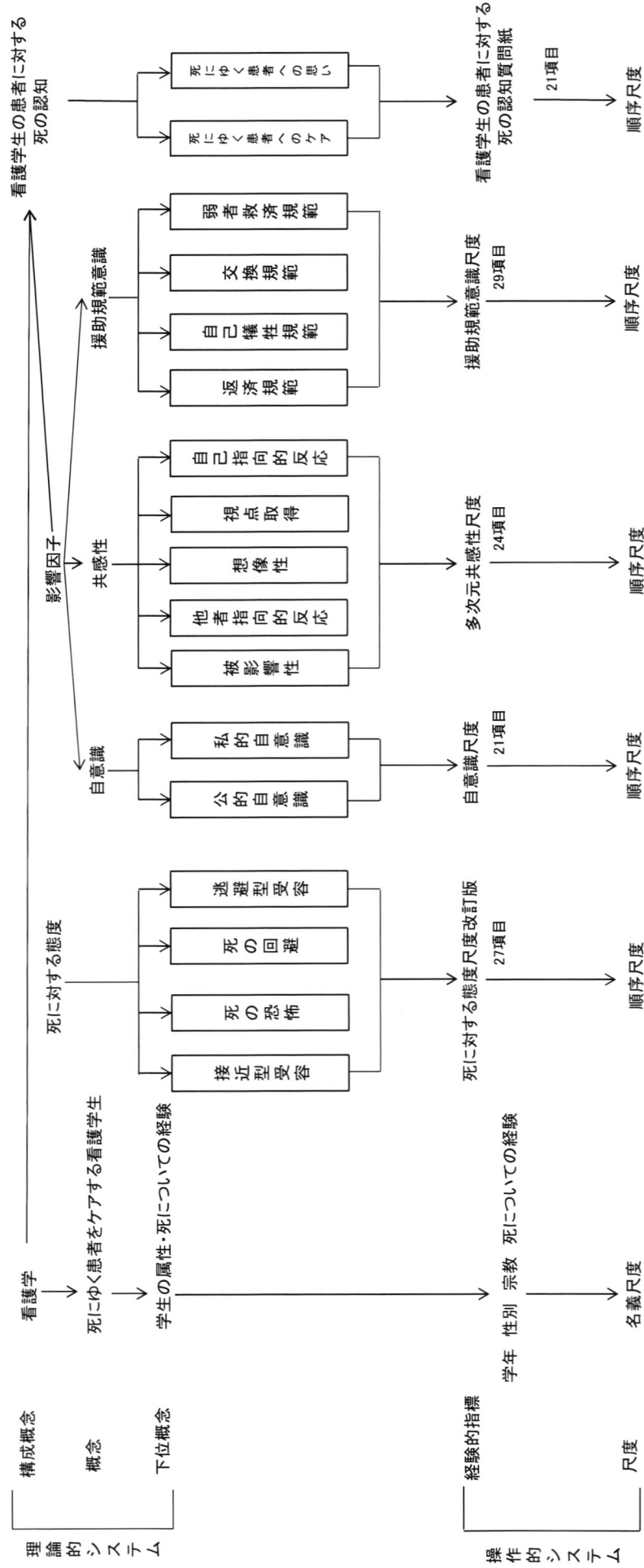


図2 死にゆく患者に対する看護学生の死の認知のサブストラクション

第 6 章 結果

本研究は、死にゆく患者への看護ケアの行動化を促す教育を構築する資料とするために、関東地方・近畿地方における 18 校の看護系大学に在学する看護学を学ぶ 3 学年、4 学年の学生を対象に質問紙による調査を実施した。その結果に基づいて、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを作成した。

I. 属性と死についての経験についての回答結果

1. 対象者の属性についての回答結果

得られた回答数は 630 件（回収率 22.5%）、有効回答数 506 件（80.3%）であった。

平均年齢と標準偏差は、 21.5 ± 1.2 歳であり、性別は男性 40 名（7.9%）、女性 466 名（92.1%）であった。学年は 3 学年 143 名（28.3%）、4 学年 363 名（71.7%）であり、宗教の信仰（以下 宗教）はあると回答した学生は 54 名（10.7%）、ないと回答した学生は 450 名（88.9%）、無回答 2 名（0.4%）であった。

2. 死についての経験についての回答結果

身近な人の死の経験（以下 身近な人の死）では、あると回答した学生は 400 名（79.1%）、ないと回答した学生は 106 名（20.9%）であった。命に関わるような病気やけがの経験（以下 病気・けが）では、あると回答した学生は 32 名（6.3%）、ないと回答した学生は 472 名（93.3%）、無回答 2 名（0.4%）であった。臨終に立ち会った経験（以下 臨終の経験）では、あると回答した学生は 130 名（25.7%）、ないと回答した学生は 375 名（74.1%）、無回答 1 名（0.2%）であった。受け持ち患者の死の経験（以下 患者の死）では、あると回答した学生は 41 名（8.1%）、ないと回答した学生は 464 名（91.7%）、無回答 1 名（0.2%）であった。ペットの死の経験（以下 ペットの死）では、あると回答した学生は 309 名（61.1%）、ないと回答した学生は 197 名（38.9%）であった。終末期ケアの受講（以下 講義）では、あると回答した学生は 473 名（93.5%）、ないと回答した学生は 32 名（6.3%）、無回答 1 名（0.2%）であった。死をテーマとした読書（以下 読書）では、あると回答した学生は 394 名（77.9%）、ないと回答した学生は 112 名（22.1%）であった。死についての話し合い（以下 話し合い）では、あると回答した学生は 396 名（78.3%）、ないと回答した学生は 110 名（21.7%）であった。

II. 影響因子の平均得点と標準偏差

1. 自意識の下位尺度別平均得点と標準偏差

自意識における下位尺度別の平均得点を表 11 に示した。下位尺度別平均得点と標準偏差は、「公的自意識」が 58.57 ± 9.64 、「私的自意識」が 50.62 ± 7.63 であった。

「公的自意識」は、女性の方が男性より有意に高かった。患者の死ではある学生の方がいない学生より有意に高く、話し合いではある学生の方がいない学生より有意に高かった。「私的自意識」は、女性の方が男性より有意に高かった。患者の死ではある学生の方がいない学生より有意に高く、読書ではある学生の方がいない学生より有意に高く、話し合いではある学生の方がいない学生より有意に高かった。

2. 多次元共感性の下位尺度別平均得点と標準偏差

多次元共感性における下位尺度別の平均得点を表 12 に示した。下位尺度別平均得点と標準偏差は、「被影響性」が 17.34 ± 3.37 、「他者指向的反応」が 19.49 ± 2.42 、「想像性」が 18.39 ± 3.17 、「視点取得」が 18.57 ± 2.75 、「自己指向的反応」が 14.20 ± 2.36 であった。

「被影響性」は、女性の方が男性より有意に高かった。「他者指向的反応」は、女性の方が男性より有意に高く、話し合いではある学生の方がいない学生より有意に高かった。「想像性」は、性別では女性の方が男性より有意に高く、読書ではある学生の方がいない学生より有意に高かった。「視点取得」は、女性の方が男性より有意に高く、4 学年の方が 3 学年より有意に高かった。身近な人の死では、ある学生の方がいない学生より有意に高く、読書ではある学生の方がいない学生より有意に高く、話し合いではある学生の方がいない学生より有意に高かった。「自己指向的反応」は、女性の方が男性より有意に高く、臨終の経験ではない学生の方がある学生より有意に高かった。

3. 援助規範意識の下位尺度別平均得点と標準偏差

データのフィッティングが悪いため、因子構造を確認するために因子分析（主因子法：プロマックス回転）を行い、尺度の再構成をした。援助規範意識における下位尺度別の平均得点を表 13 に示した。下位尺度別平均得点と標準偏差は、「返済規範」が 21.55 ± 3.00 、「自己犠牲規範」が 13.08 ± 2.25 、「交換規範」が 17.33 ± 2.42 、「弱者救済規範」が 18.77 ± 2.34 であった。

「自己犠牲規範」は、読書ではない学生の方がある学生より有意に高かった。「交換規

表 11 自意識の下位尺度別平均得点

			自意識			
			人数	(%)	公的自意識 平均値±標準偏差	私的自意識 平均値±標準偏差
全体			506	100.0	58.57± 9.64	50.62± 7.63
属性	性別	男性	40	7.9	52.60± 11.11**	46.88± 8.73 **
		女性	466	92.1	59.09± 9.34	50.95± 7.45
	学年	3 学年	143	28.3	58.99± 10.08	50.55± 6.98
		4 学年	363	71.7	58.41± 9.47	50.65± 7.88
	宗教	ある	54	10.7	59.46± 8.28	51.39± 7.92
		ない	450	88.9	58.54± 9.74	50.57± 7.58
死について の経験	身近な人の死	ある	400	79.1	58.74± 9.74	50.76± 7.62
		ない	106	20.9	57.95± 9.26	50.11± 7.70
	病気・けが	ある	32	6.3	58.22± 8.37	53.09± 7.16
		ない	472	93.3	58.64± 9.55	50.48± 7.63
	臨終の経験	ある	130	25.7	59.11± 9.60	51.28± 7.49
		ない	375	74.1	58.37± 9.66	50.41± 7.68
	患者の死	ある	41	8.1	62.48± 11.04*	53.07± 7.96 *
		ない	464	91.9	58.24± 9.44	50.42± 7.57
	ペットの死	ある	309	61.1	58.35± 9.88	50.59± 7.65
		ない	197	38.9	58.92± 9.25	50.69± 7.61
	講義	ある	473	93.5	58.77± 9.60	50.70± 7.59
		ない	32	6.3	56.00± 9.81	49.72± 8.29
	読書	ある	394	77.9	58.75± 9.49	51.18± 7.39 **
		ない	112	22.1	57.95± 10.17	48.67± 8.15
	話し合い	ある	396	78.3	59.12± 9.50 *	51.30± 7.63 **
		ない	110	21.7	56.62± 9.93	48.18± 7.16

* p<.05, ** p<.01.

表 12 多次元共感性の下位尺度別平均得点

	多次元共感性				人数 (%)	被影響性		他者指向的 反応		想像性		視点取得		自己指向的 反応	
	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	
全体	506	100.0	17.34±3.37	19.49±2.42	18.39±3.17	18.57±2.75	14.20±2.36								
属性															
性別	40	7.9	15.30±3.73 **	18.25±3.00 **	16.98±3.64 *	17.63±2.78 *	13.38±2.73 *								
	466	92.1	17.52±3.29	19.60±2.34	18.51±3.10	18.65±2.73	14.27±2.31								
学年	143	28.3	17.73±3.57	19.66±2.10	18.37±3.30	18.14±2.82*	14.24±2.32								
	363	71.7	17.18±3.28	19.42±2.54	18.39±3.12	18.73±2.70	14.18±2.37								
宗教	54	10.7	17.35±3.66	19.85±2.49	17.98±2.98	18.85±2.94	14.06±2.60								
	450	88.9	17.33±3.34	19.46±2.39	18.44±3.19	18.54±2.73	14.22±2.33								
死につ いての	400	79.1	17.31±3.23	19.57±2.45	18.40±3.19	18.69±2.76*	14.23±2.36								
	106	20.9	17.47±3.87	19.21±2.30	18.34±3.08	18.09±2.66	14.10±2.35								
経験	32	6.3	16.88±4.05	19.63±2.79	18.22±3.42	19.31±2.56	13.94±2.44								
	472	93.3	17.37±3.31	19.48±2.40	18.38±3.14	18.50±2.76	14.22±2.32								
臨終	130	25.7	16.97±3.41	19.52±2.64	18.48±3.10	18.77±2.67	13.83±2.32 *								
	375	74.1	17.46±3.36	19.48±2.35	18.35±3.19	18.50±2.78	14.33±2.36								
実習	41	8.1	17.36±3.51	18.81±2.71	18.81±2.95	18.79±2.72	14.60±2.59								
	464	91.9	17.34±3.37	19.56±2.39	18.35±3.19	18.54±2.75	14.17±2.34								
ペット	309	61.1	17.27±3.34	19.47±2.46	18.37±3.15	18.50±2.67	14.19±2.35								
	197	38.9	17.45±3.44	19.53±2.37	18.41±3.19	18.67±2.87	14.21±2.38								
講義	473	93.5	17.36±3.41	19.54±2.40	18.41±3.18	18.57±2.74	14.22±2.39								
	32	6.3	17.16±2.78	18.84±2.65	18.19±2.98	18.69±2.78	13.94±1.90								
読書	394	77.9	17.27±3.42	19.53±2.38	18.57±3.12 *	18.73±2.70 *	14.20±2.41								
	112	22.1	17.59±3.20	19.37±2.60	17.75±3.27	18.00±2.83	14.20±2.18								
話し合い	396	78.3	17.38±3.40	19.67±2.42 **	18.53±3.16	18.81±2.75 **	14.21±2.39								
	110	21.7	17.19±3.29	18.83±2.33	17.88±3.16	17.68±2.55	14.16±2.23								

* p<.05, ** p<.01

表 13 援助規範意識の下位尺度別平均得点

	人数	(%)	援助規範意識			
			返済規範 平均値±標準偏差	自己犠牲規範 平均値±標準偏差	交換規範 平均値±標準偏差	弱者救済規範 平均値±標準偏差
全体	506	100.0	21.55±3.00	13.08±2.25	17.33±2.42	18.77±2.34
属性						
性別	40	7.9	20.55±3.48	13.43±2.90	17.33±3.00	18.55±2.76
	466	92.1	21.63±2.94	13.05±2.19	17.33±2.36	18.79±2.30
学年	143	28.3	21.62±2.95	13.01±1.90	17.36±2.18	19.04±2.25
	363	71.7	21.52±3.02	13.11±2.38	17.32±2.51	18.67±2.37
宗教	54	10.7	21.67±2.64	13.09±2.37	17.61±2.59	19.26±2.23
	450	88.9	21.55±3.01	13.09±2.23	17.32±2.39	18.72±2.35
死について	400	79.1	21.50±3.03	13.12±2.28	17.40±2.39	18.85±2.30
の経験	106	20.9	21.74±2.89	12.95±2.15	17.09±2.50	18.50±2.47
病気・けが	32	6.3	22.03±3.04	13.31±2.62	17.41±2.77	19.47±2.34
	472	93.3	21.52±3.00	13.06±2.23	17.33±2.38	18.71±2.33
臨終の経験	130	25.7	21.36±3.12	13.32±2.43	17.72±2.48*	18.85±2.06
	375	74.1	21.60±2.95	13.00±2.19	17.20±2.38	18.74±2.43
患者の死	41	8.1	21.49±3.42	12.80±2.98	17.20±2.93	19.17±2.49
	464	91.9	21.56±2.96	13.11±2.18	17.35±2.37	18.74±2.32
ペットの死	309	61.1	21.54±3.06	13.00±2.32	17.39±2.45	18.74±2.29
	197	38.9	21.55±2.90	13.20±2.15	17.25±2.37	18.83±2.42
講義	473	93.5	21.60±2.90	13.11±2.24	17.32±2.40	18.79±2.31
	32	6.3	20.84±4.20	12.63±2.43	17.50±2.74	18.59±2.72
読書	394	77.9	21.58±2.89	12.93±2.21**	17.28±2.34	18.83±2.26
	112	22.1	21.43±3.34	13.62±2.33	17.53±2.52	18.56±2.57
話し合い	396	78.3	21.58±2.96	13.02±2.28	17.43±2.46	18.87±2.32
	110	21.7	21.43±3.14	13.29±2.16	17.00±2.22	18.43±2.38

*p<.05 ** p<.01.

範」は、臨終の経験ではある学生の方が無い学生より有意に高かった。

Ⅲ. 死に対する態度と看護学生の患者に対する死の認知の平均得点と標準偏差

1. 死に対する態度の下位尺度別平均得点と標準偏差

「死に対する態度改訂版」における下位尺度別の平均得点を表 14 に示した。下位尺度別平均得点と標準偏差は、「接近型受容」が 25.14 ± 6.66 、「死の恐怖」が 21.91 ± 6.64 、「死の回避」が 11.53 ± 4.32 、「逃避型受容」が 13.21 ± 4.52 であった。

「接近型受容」は、女性の方が男性より有意に高く、学年別では 3 学年の方が 4 学年より有意に高かった。「死の回避」は、読書ではない学生の方がある学生より有意に高く、話し合いではない学生の方がある学生より有意に高かった。「逃避型受容」は、3 学年の方が 4 学年より有意に高かった。

「死に対する態度改訂版」の下位尺度平均得点において、死についての経験で 3 学年と 4 学年に有意な差がみられた。そのため、学年別における宗教の有無と死についての経験の有無において独立性の検定を行い、その結果を表 15 に示した。宗教、身近な人の死、患者の死、読書、話し合いの経験において有意な差がみられ、3 学年の方が 4 学年より宗教を信仰する学生が多く、4 学年の方が 3 学年より死についての経験のある学生が多かった。

2. 看護学生の患者に対する死の認知の下位尺度別平均得点と標準偏差

「看護学生の患者に対する死の認知」における下位尺度別の平均得点を表 16 に示した。下位尺度別平均得点と標準偏差は、「死にゆく患者へのケア」が 40.15 ± 4.75 、「死にゆく患者への思い」が 31.22 ± 5.56 であった。

「死にゆく患者へのケア」は、女性の方が男性より有意に高く、身近な人の死ではある学生の方が無い学生より有意に高かった。講義ではある学生の方が無い学生より有意に高く、話し合いではある学生の方が無い学生より有意に高かった。「死にゆく患者への思い」は、読書ではない学生の方がある学生より有意に高く、話し合いではない学生の方がある学生より有意に高かった。

Ⅳ. 死に対する態度及び看護学生の患者に対する死の認知と影響因子との関連

「死に対する態度改訂版」及び「看護学生の患者に対する死の認知」の各下位尺度の各

得点と影響因子である「自意識」「援助規範意識」「多次元共感性」の各下位尺度の各得点における Pearson の積率相関係数を表 17 に示した。

「接近型受容」では、「逃避型受容」と中程度の正の相関が、「返済規範」と弱い正の相関がみられた。「死の恐怖」では、「死の回避」とかなり高い正の相関が、「死にゆく患者への思い」とある程度の正の相関がみられた。「死の回避」では、「死の恐怖」とかなり高い正の相関が、「死にゆく患者への思い」と中程度の正の相関が、「死にゆく患者へのケア」と弱い負の相関がみられた。

「死にゆく患者へのケア」では、「公的自意識」「私的自意識」「弱者救済規範」「他者指向的反応」とある程度の正の相関が、「返済規範」「想像性」「視点取得」と弱い正の相関が、「死の回避」とは弱い負の相関がみられた。「死にゆく患者への思い」では、「自己指向的反応」「死の恐怖」とある程度の正の相関が、「死の回避」と中程度の正の相関がみられた。

さらに、「公的自意識」では、「私的自意識」「自己指向的反応」とかなり高い正の相関が、「被影響性」と中程度の相関が、「想像性」とある程度の正の相関が、「返済規範」「他者指向的反応」と弱い正の相関がみられた。「私的自意識」では、「想像性」「視点取得」と中程度の正の相関が、「他者指向的反応」とある程度の正の相関が、「返済規範」「弱者救済規範」「自己指向的反応」と弱い正の相関がみられた。

「返済規範」では、「弱者救済規範」と中程度の正の相関が、「自己犠牲規範」とある程度の正の相関が、「他者指向的反応」と弱い正の相関がみられた。「自己犠牲規範」では、「交換規範」「弱者救済規範」「他者指向的反応」とある程度の正の相関がみられた。「交換規範」では、「他者指向的反応」とある程度の正の相関が、「視点取得」と弱い正の相関がみられた。「自己指向的反応」とある程度の負の相関がみられた。「弱者救済規範」では、「他者指向的反応」とある程度の正の相関が、「視点取得」と弱い正の相関がみられた。

「被影響性」では、「他者指向的反応」「想像性」「自己指向的反応」と弱い正の相関がみられた。「他者指向的反応」では、「視点取得」とある程度の正の相関が、「想像性」と弱い正の相関がみられた。「想像性」では、「視点取得」「自己指向的反応」と弱い正の相関がみられた。

V. 死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの作成

「看護学生の患者に対する死の認知」は、「死に対する態度」の関係を受けるとともに、影響因子である「自意識」「共感性」「援助規範意識」の関係も受けて獲得すると考えた。

表 14 死に対する態度尺度改訂版下位尺度別平均得点

属性	人数	(%)	死に対する態度尺度改訂版			死の回避			逃避型受容		
			接近型受容 平均値±標準偏差	死の恐怖 平均値±標準偏差	死の回避 平均値±標準偏差	逃避型受容 平均値±標準偏差	死の恐怖 平均値±標準偏差	死の回避 平均値±標準偏差	逃避型受容 平均値±標準偏差		
全体	506	100.0	25.14±6.66	21.91±6.64	11.53±4.32	13.21±4.52					
性別											
男性	40	7.9	22.80±7.02 *	21.33±7.27	12.20±4.89	12.68±5.47					
女性	466	92.1	25.34±6.60	21.95±6.59	11.47±4.27	13.26±4.43					
学年											
3 学年	143	28.3	26.12±6.39 *	22.59±6.38	11.86±4.32	13.39±4.44 *					
4 学年	363	71.7	24.75±6.74	21.64±6.73	11.40±4.32	12.95±4.53					
宗教											
ある	54	10.7	26.20±7.87	20.89±6.88	11.39±4.04	12.81±5.11					
ない	450	89.3	25.02±6.51	22.04±6.61	11.54±4.36	13.25±4.45					
死についで											
身近な人の死	400	79.1	25.01±6.60	21.78±6.76	11.38±4.45	13.12±4.55					
ない	106	20.9	25.62±6.91	22.38±6.14	12.10±3.75	13.56±4.40					
経験											
病気・けが	32	6.3	25.94±6.50	21.97±7.01	11.38±4.86	13.63±4.43					
ない	472	93.7	25.07±6.68	21.94±6.60	11.55±4.29	13.17±4.53					
臨終の経験											
ある	130	25.7	24.95±6.19	21.83±6.74	11.00±4.14	13.25±4.76					
ない	375	74.3	25.18±6.82	21.90±6.60	11.70±4.38	13.18±4.42					
患者の死											
ある	41	8.1	25.61±6.52	21.73±6.60	11.78±4.80	13.88±4.39					
ない	464	91.9	25.09±6.66	21.92±6.65	11.50±4.28	13.15±4.53					
ペットの死											
ある	309	61.1	25.03±6.56	21.72±6.78	11.48±4.47	13.32±4.52					
ない	197	38.9	25.30±6.83	22.19±6.42	11.60±4.09	13.05±4.52					
講義											
ある	473	93.7	25.22±6.64	21.91±6.69	11.49±4.35	13.31±4.51					
ない	32	6.3	24.03±7.09	21.78±5.98	11.91±3.97	11.72±4.55					
読書											
ある	394	77.9	25.21±6.75	21.89±6.60	11.16±4.20**	13.21±4.65					
ない	112	22.1	24.89±6.39	21.96±6.79	12.81±4.53	13.23±4.03					
話し合い											
ある	396	78.3	25.31±6.80	21.72±6.72	11.07±4.12**	13.13±4.62					
ない	110	21.7	24.53±6.13	22.56±6.32	13.19±4.62	13.50±4.15					

* p<.05, ** p<.01.

表15 学年別の宗教の有無と死についての経験の差

		3学年 人 (%)	4学年 人 (%)	
宗教	ある	23 (16.2)	31 (8.6)	*
	ない	119 (83.8)	331 (91.4)	
身近な人の死	ある	101 (70.6)	299 (82.4)	**
	ない	42 (29.4)	64 (17.6)	
病気・けが	ある	8 (5.6)	24 (6.6)	ns
	ない	134 (94.4)	338 (93.4)	
臨終の経験	ある	29 (20.3)	101 (27.9)	ns
	ない	114 (79.7)	261 (72.1)	
患者の死	ある	4 (2.8)	38 (10.5)	**
	ない	139 (97.2)	324 (89.5)	
ペットの死	ある	86 (60.1)	223 (61.4)	ns
	ない	57 (39.9)	140 (38.6)	
講義	ある	137 (95.8)	336 (92.8)	ns
	ない	6 (4.2)	26 (7.2)	
読書	ある	124 (86.7)	270 (74.4)	**
	ない	19 (13.3)	93 (25.6)	
話し合い	ある	121 (84.6)	275 (75.8)	*
	ない	22 (15.4)	88 (24.2)	

* p<.05, ** p<.01.

表 16 看護学生の患者に対する死の認知下位尺度別平均得点

			看護学生の患者に対する死の認知			
			死にゆく患者への ケア		死にゆく患者への 思い	
			人数	(%)	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
全体			506	100.0	40.15±4.75	31.22±5.56
属性	性別	男性	40	7.9	38.68±5.61 *	31.08±4.61
		女性	466	92.1	40.27±4.65	31.23±5.64
	学年	3 学年	143	28.3	39.83±4.73	31.75±5.69
		4 学年	363	71.7	40.27±4.75	31.01±5.51
	宗教	ある	54	10.7	40.91±4.64	31.20±5.93
		ない	450	89.3	40.10±4.71	31.23±5.53
死につ いての 経験	身近な人の死	ある	400	79.1	40.51±4.57 *	31.29±5.69
		ない	106	20.9	38.78±5.17	30.96±5.09
	病気・けが	ある	32	6.3	41.09±4.42	31.56±6.77
		ない	472	93.7	40.07±4.77	31.19±5.48
	臨終の経験	ある	130	25.7	40.65±4.27	30.39±5.67
		ない	375	74.3	39.96±4.90	31.50±5.51
	患者の死	ある	41	8.1	40.95±5.08	30.71±6.46
		ない	464	91.9	40.09±4.71	31.27±5.49
	ペットの死	ある	309	61.1	40.14±4.71	30.95±5.54
		ない	197	38.9	40.15±4.81	31.63±5.59
	講義	ある	473	93.7	40.32±4.71**	31.21±5.65
		ない	32	6.3	37.66±4.66	31.19±4.04
	読書	ある	394	77.9	40.25±4.70	30.70±5.44**
		ない	112	22.1	39.78±4.90	33.04±5.63
	話し合い	ある	396	78.3	40.42±4.40 *	30.68±5.54**
		ない	110	21.7	39.16±4.81	33.14±5.25

*p<.05, **p<.01.

表17 死に対する態度・看護学生の患者に対する死の認知と影響因子における相関係数

死に対する態度改訂版	死に対する態度改訂版		看護学生の患者に対する死の認知		援助規範意識				多次元共感性							
	接近型受容	死の恐怖	死の回避	逃避型受容	死にゆく患者へのケア	死にゆく患者への思い	公的自意識	私的自意識	返済規範	自己犠牲規範	交換規範	弱者救済規範	被影響性	他者指向的反応	視点取得	自己指向的反応
接近型受容	1.00															
死の恐怖	.03	1.00														
死の回避	-.09*	.54**	1.00													
逃避型受容	.47**	-.04	.06	1.00												
看護学生の患者に対する死の認知	.02	.02	-.23**	-.05	1.00											
死にゆく患者へのケア	-.07	.39**	.45**	.03	.00	1.00										
死にゆく患者への思い	.06	.17**	-.03	.03	.33**	.18**	1.00									
公的自意識	-.01	.08	-.18**	.11*	.31**	-.03	.56**	1.00								
私的自意識	.22**	.11*	.05	.19**	.23**	.07	.24**	.21**	1.00							
返済規範	.07	.01	.02	.02	.19**	.04	.09*	.11*	.34**	1.00						
自己犠牲規範	-.03	-.06	-.15**	-.16**	.19**	-.17**	-.05	.08	.34**	.37**	1.00					
交換規範	.09*	.08	-.03	-.00	.32**	.01	.28**	.26**	.46**	.15**	.15**	1.00				
弱者救済規範	-.01	.16**	.10*	-.03	.08	.18**	.40**	.11*	.13**	-.02	.09	.38**	1.00			
被影響性	-.00	.11*	-.17**	-.16**	.39**	-.01	.25**	.33**	.29**	.34**	.31**	.20**	.20**	1.00		
他者指向的反応	.08	.10*	-.15**	-.02	.22**	.03	.36**	.42**	.16**	.07	.17**	.21**	.21**	.31**	1.00	
想像性	.01	.06	-.17**	-.11*	.29**	-.04	.21**	.46**	.19**	.18**	.25**	.06	.45**	.26**	.45**	1.00
視点取得	-.03	.16**	.10*	.08	.09*	.31**	.53**	.26**	.09	-.16**	.30**	.28**	-.10*	.21**	-.06	1.00
自己指向的反応																

* p<.05, ** p<.01.

「死に対する態度」の4因子、「自意識」の2因子「多次元共感性」の5因子、「援助規範意識」の4因子、及び「看護学生の患者に対する死の認知」の2因子を観測変数としてモデルを作成した。これらの尺度を潜在変数としてモデルを作成すると適合度が悪かったため、潜在変数を除いた下位尺度のみを観測変数として投入しモデルの作成を試みた。さらに、「援助規範意識」はデータのフィッティングが悪いため、観測変数から除いた。「公的自意識」「私的自意識」「被影響性」「想像性」「他者指向的反応」「視点取得」「自己指向的反応」「接近型受容」「死の恐怖」「死の回避」「逃避型受容」「死にゆく患者へのケア」「死にゆく患者への思い」を変数として投入した結果、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを作成することができた。各変数の関係性の向きに関しては、相補的な可能性について検討しモデルを作成した。

1) 最適モデルの適合度

共分散構造分析の結果、 χ^2 値は161.973、自由度53、p値=0.000、であった。最適モデルの適合度は、(Goodness of Fit Index; GFI) =0.954、自由度調整済み適合度指標 (Adjusted Goodness of Fit Index; AGFI) =0.922、基準化適合度指標 (Normed Fit Index; NFI) =0.905、比較適合度指標 (Comparative Fit Index; CFI) =0.933、標準残差平方平均平方 (Standardized Root Mean Square Residual; SRMR) = 0.056、(Root Mean Squares Error of Approximation; RMSEA) =0.064、赤池情報量規準 (Akaike's Information Criterion; AIC) =273.973、一致情報量基準 (Consistent Akaike's Information Criterion; CAIC) =436.582であった。これらは、すべての適合度基準を満たしモデルとしての有効性を示した。

この結果に基づき作成したモデルは、図3に示した。「公的自意識」と「私的自意識」は $r=0.56$ とかなり高い相関があり、0.1%水準で有意であった。重相関係数の平方では、「被影響性」は0.18、「想像性」は0.21、「自己指向的反応」は0.28、「他者指向的反応」は0.16、「視点取得」は0.31、「接近型受容」は0.00、「死の恐怖」は0.03、「死の回避」は0.39、「逃避型受容」は0.25、「死にゆく患者へのケア」は0.21、「死にゆく患者への思い」0.27であった。

本モデルでは、「公的自意識」は、「自己指向的反応」「被影響性」「死にゆく患者へのケア」に関係していた。「私的自意識」は、「想像性」「他者指向的反応」「視点取得」に関係していた。「他者指向的反応」は、「死にゆく患者へのケア」に関係していた。「接近型受容」は「逃避型受容」に関係していた。「死の恐怖」は「死の回避」に関係し、「死の回避」と

「自己指向的反応」は「死にゆく患者への思い」に関係していた。

2) 属性及び死についての経験の有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデル

属性と死についての経験の有無により、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを作成した。

(1) 属性による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデル

性別によるモデルを作成し、図 4-1 に示した。男性では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は 90.373、自由度 51、p 値=0.001 であった。モデルの適合度は、GFI=0.782、AGFI=0.611、NFI=0.593、CFI=0.727、SRMR= 0.1262、RMSEA=0.141、AIC=170.373、CAIC=277.298 であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておらずモデルとしての有効性は示されなかった。女性では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は 157.252、自由度 51、p 値=0.000 であった。モデルの適合度は、GFI=0.952、AGFI=0.915、NFI=0.899、CFI=0.928、SRMR=0.0584、RMSEA=0.067、AIC=237.252、CAIC=443.019 であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。

男性では女性よりも、「公的自意識」から「被影響性」、「私的自意識」から「想像性」と「視点取得」、「他者指向的反応」から「死にゆく患者へのケア」への関係が大きかった。「公的自意識」から「死の恐怖」、「被影響性」から「想像性」に関係があり、「私的自意識」と「想像性」から「死の回避」に負の関係があった。女性では男性よりも、「他者指向的反応」から「視点取得」、「接近型受容」から「逃避型受容」への関係が大きかった。

学年別によるモデルを作成し、図 4-2 に示した。3 学年では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は 95.490、自由度 51、p 値=0.000 であった。モデルの適合度は、GFI=0.908、AGFI=0.835、NFI=0.830、CFI=0.908、SRMR=0.0852、RMSEA=0.078、AIC=175.490、CAIC=334.004 であった。これらは、概ね適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。4 学年では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は 127.796、自由度 51、p 値=0.000 であった。モデルの適合度は、GFI=0.951、AGFI=0.912、NFI=0.897、CFI=0.934、SRMR= 0.0549、RMSEA=0.064、AIC=207.796、CAIC=403.572 であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。

3 学年では 4 学年よりも、「公的自意識」から「自己指向的反応」と「被影響性」、「接近型受容」から「逃避型受容」への関係が大きかった。「想像性」から「他者指向的反応」、「死の恐怖」から「死にゆく患者への思い」に関係があった。4 学年では 3 学年よりも、

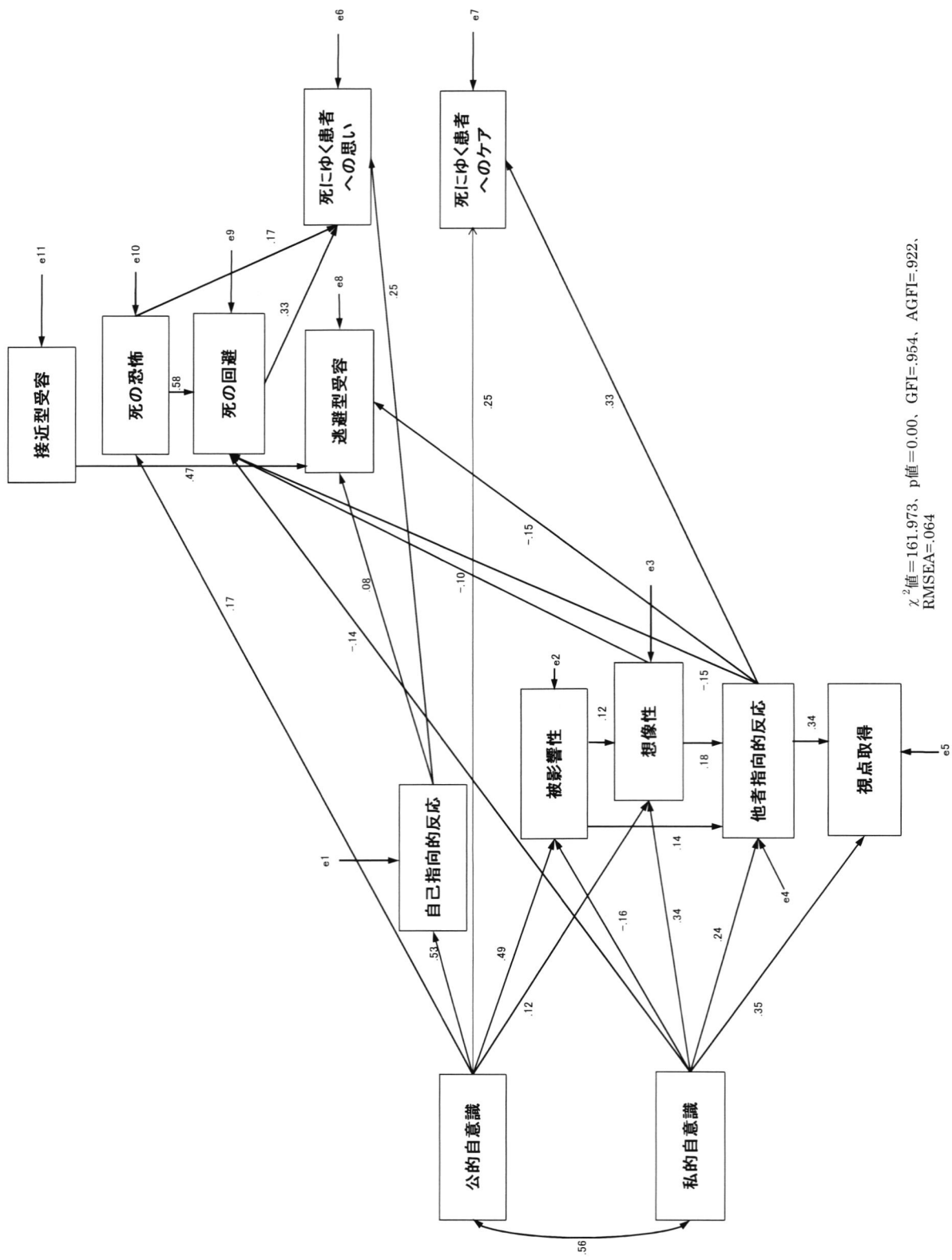


図3 死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

「他者指向的反応」から「視点取得」と「死にゆく患者へのケア」への関係が大きかった。「私的自意識」から「他者指向的反応」に関係があり、「他者指向的反応」から「逃避型受容」に負の関係があった。

宗教の有無によるモデルを作成し、図4-3に示した。信仰のある学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は81.740、自由度51、p値=0.004であった。モデルの適合度は、GFI=0.839、AGFI=0.713、NFI=0.619、CFI=0.774、SRMR=0.1072、RMSEA=0.107、AIC=161.740、CAIC=281.299であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておらずモデルとしての有効性は示されなかった。信仰のない学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は134.512、自由度51、p値=0.000であった。モデルの適合度は、GFI=0.957、AGFI=0.923、NFI=0.914、CFI=0.944、SRMR=0.0539、RMSEA=0.060、AIC=214.512、CAIC=418.882であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。

信仰のある学生ではない学生よりも、「私的自意識」から「他者指向的反応」、「接近型受容」から「逃避型受容」への関係が大きかった。「公的自意識」から「死の恐怖」、「死の恐怖」から「死にゆく患者への思い」に関係があった。信仰のない学生ではある学生よりも、「公的自意識」から「自己指向的反応」と「被影響性」、「私的自意識」から「想像性」、「死の恐怖」から「死の回避」、「死の回避」から「死にゆく患者への思い」への関係が大きかった。「想像性」から「他者指向的反応」、「公的自意識」から「死にゆく患者へのケア」、「自己指向的反応」から「死にゆく患者への思い」に関係があった。

(2) 死についての経験の有無による看護学生の患者に対する死の認知モデル

身近な人の死の有無によるモデルを作成し、図4-4に示した。経験のある学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は133.807、自由度51、p値=0.000であった。モデルの適合度は、GFI=0.953、AGFI=0.915、NFI=0.899、CFI=0.934、SRMR=0.0598、RMSEA=0.064、AIC=213.807、CAIC=413.465であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。経験のない学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は82.880、自由度51、p値=0.003であった。モデルの適合度は、GFI=0.894、AGFI=0.811、NFI=0.820、CFI=0.916、SRMR=0.0802、RMSEA=0.077、AIC=162.880、CAIC=309.417であった。これらは、概ね適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。

経験のある学生はない学生よりも、「私的自意識」から「想像性」と「視点取得」への関係が大きかった。「公的自意識」から「死の恐怖」、「私的自意識」から「他者指向的反

第6章

応」に関係があった。経験のない学生ではある学生よりも、「公的自意識」から「死にゆく患者へのケア」と「被影響性」への関係が大きかった。「公的自意識」から「想像性」、「想像性」から「他者指向的反応」、「死の恐怖」から「死にゆく患者への思い」に関係があり、「他者指向的反応」から「死の回避」に負の関係があった。

病気・けがの有無によるモデルを作成し、図4-5に示した。経験のある学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は108.621、自由度51、p値=0.000であった。モデルの適合度は、GFI=0.708、AGFI=0.480、NFI=0.389、CFI=0.423、SRMR=0.1650、RMSEA=0.191、AIC=188.621、CAIC=287.250であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておらずモデルとしての有効性は示されなかった。経験のない学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は150.357、自由度51、p値=0.000であった。モデルの適合度は、GFI=0.954、AGFI=0.918、NFI=0.909、CFI=0.937、SRMR=0.0540、RMSEA=0.064、AIC=230.357、CAIC=436.636であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。

経験のある学生ではない学生よりも、「他者指向的反応」から「死にゆく患者へのケア」に関係が大きかった。「公的自意識」から「想像性」と「死の恐怖」に関係があり、「他者指向的反応」から「死の回避」と「逃避型受容」に負の関係があった。経験のない学生ではある学生よりも、「公的自意識」から「自己指向的反応」、「私的自意識」から「視点取得」、「接近型受容」から「逃避型受容」への関係が大きかった。「公的自意識」から「死にゆく患者へのケア」と「被影響性」、「私的自意識」から「想像性」、「想像性」から「他者指向的反応」、「他者指向的反応」から「視点取得」に関係があった。

臨終の経験の有無によるモデルを作成し、図4-6に示した。経験のある学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は95.805、自由度51、p値=0.000であった。モデルの適合度は、GFI=0.912、AGFI=0.843、NFI=0.788、CFI=0.880、SRMR=0.0819、RMSEA=0.083、AIC=175.805、CAIC=330.506であった。これらは、概ね適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。経験のない学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は128.257、自由度51、p値=0.000であった。モデルの適合度は、GFI=0.951、AGFI=0.912、NFI=0.904、CFI=0.939、SRMR=0.0577、RMSEA=0.064、AIC=208.257、CAIC=405.334であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。

経験のある学生ではない学生よりも、「私的自意識」から「想像性」への関係が大きか

った。「公的自意識」から「死の恐怖」、「死の恐怖」から「死にゆく患者への思い」、「想像性」から「他者指向的反応」に関係があり、「私的自意識」から「死の回避」と「被影響性」に負の関係があった。経験のない学生ではある学生よりも、「公的自意識」から「自己指向的反応」、「他者指向的反応」から「死にゆく患者へのケア」、「死の恐怖」から「死の回避」への関係が大きかった。

患者の死の経験の有無によるモデルを作成し、図4-7に示した。経験のある学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は86.378、自由度51、 p 値=0.001であった。モデルの適合度は、GFI=0.779、AGFI=0.606、NFI=0.661、CFI=0.800、SRMR=0.1220、RMSEA=0.132、AIC=166.378、CAIC=274.921であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておらずモデルとしての有効性は示されなかった。経験のない学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は146.693、自由度51、 p 値=0.000であった。モデルの適合度は、GFI=0.954、AGFI=0.919、NFI=0.905、CFI=0.935、SRMR=0.0564、RMSEA=0.064、AIC=226.693、CAIC=432.288であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。

経験のある学生は無い学生よりも「私的自意識」から「他者指向的反応」と「視点取得」、「自己指向的反応」と「死の回避」から「死にゆく患者への思い」、「他者指向的反応」から「死にゆく患者へのケア」への関係が大きかった。「公的自意識」から「死の恐怖」と「想像性」に関係があり、「私的自意識」から「死の回避」には負の関係があった。経験のない学生ではある学生よりも、「公的自意識」から「被影響性」、「接近型受容」から「逃避型受容」への関係が大きかった。「公的自意識」から「死にゆく患者へのケア」、「私的自意識」から「想像性」、「他者指向的反応」から「視点取得」に関係があった。

ペットの死の経験の有無によるモデルを作成し、図4-8に示した。経験のある学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は125.915、自由度51、 p 値=0.000であった。モデルの適合度は、GFI=0.942、AGFI=0.897、NFI=0.880、CFI=0.923、SRMR=0.0635、RMSEA=0.069、AIC=205.915、CAIC=395.248であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。経験のない学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は88.152、自由度51、 p 値=0.001であった。モデルの適合度は、GFI=0.939、AGFI=0.891、NFI=0.884、CFI=0.946、SRMR=0.0583、RMSEA=0.061、AIC=168.152、CAIC=339.480であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。

第 6 章

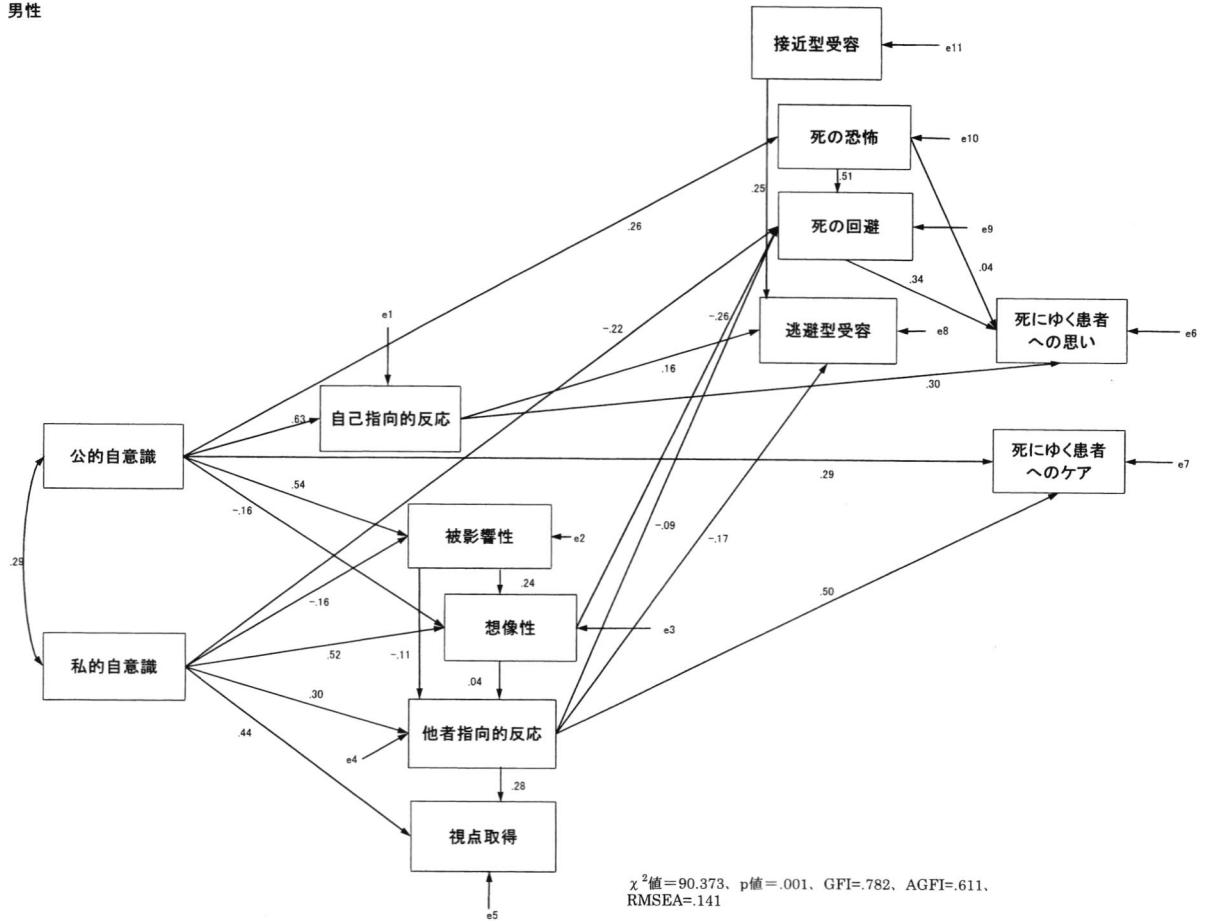
経験のある学生では、「私的自意識」から「他者指向的反応」に関係があり、「私的自意識」から「死の回避」には負の関係があった。経験のない学生はある学生よりも、「公的自意識」から「被影響性」、「他者指向的反応」から「視点取得」への関係が大きかった。「公的自意識」から「死にゆく患者へのケア」、「想像性」から「他者指向的反応」に関係があった。「私的自意識」から「被影響性」、「想像性」と「他者指向的反応」から「死の回避」には負の関係があった。

講義の有無によるモデルを作成し、図 4-9 に示した。経験のある学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は 152.776、自由度 51、 p 値=0.000 であった。モデルの適合度は、GFI=0.954、AGFI=0.918、NFI=0.904、CFI=0.933、SRMR= 0.0564、RMSEA=0.065、AIC=232.776、CAIC=439.140 であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。経験のない学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は 103.367、自由度 51、 p 値=0.000 であった。モデルの適合度は、GFI=0.739、AGFI=0.534、NFI=0.540、CFI=0.643、SRMR= 0.1626、RMSEA=0.182、AIC=183.367、CAIC=281.997 であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておらずモデルとしての有効性は示されなかった。

経験のある学生はない学生よりも、「他者指向的反応」から「視点取得」への関係が大きかった。「私的自意識」から「想像性」、「想像性」から「他者指向的反応」、「死の回避」から「死にゆく患者への思い」に関係があった。経験のない学生はある学生よりも、「公的自意識」から「死にゆく患者へのケア」、「私的自意識」から「他者指向的反応」と「視点取得」、「接近型受容」から「逃避型受容」への関係が大きかった。「公的自意識」から「想像性」、「被影響性」から「他者指向的反応」、「死の恐怖」から「死にゆく患者への思い」に関係があり、「私的自意識」から「被影響性」と「死の回避」に負の関係があった。講義の経験がない学生はある学生よりも、「私的自意識」の関係が関与していた。

読書の有無によるモデルを作成し、図 4-10 に示した。経験のある学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は 146.162、自由度 51、 p 値=0.000 であった。モデルの適合度は、GFI=0.948、AGFI=0.907、NFI=0.889、CFI=0.923、SRMR= 0.0619、RMSEA=0.069、AIC=226.162、CAIC=425.216 であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。経験のない学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は 73.062、自由度 51、 p 値=0.023 であった。モデルの適合度は、GFI=0.910、AGFI=0.840、NFI=0.843、CFI=0.943、SRMR= 0.0800、RMSEA=0.062、AIC=153.062、CAIC=301.802

男性



女性

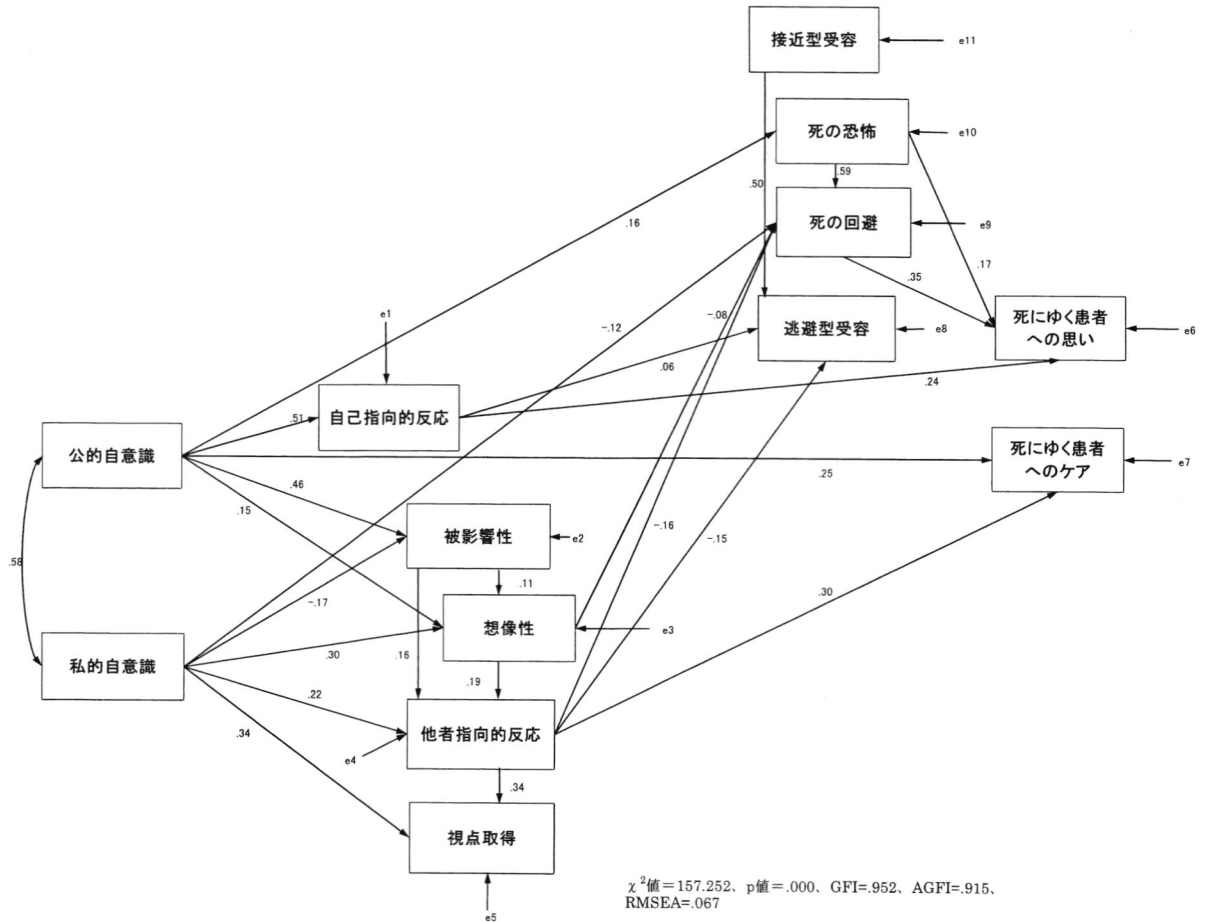
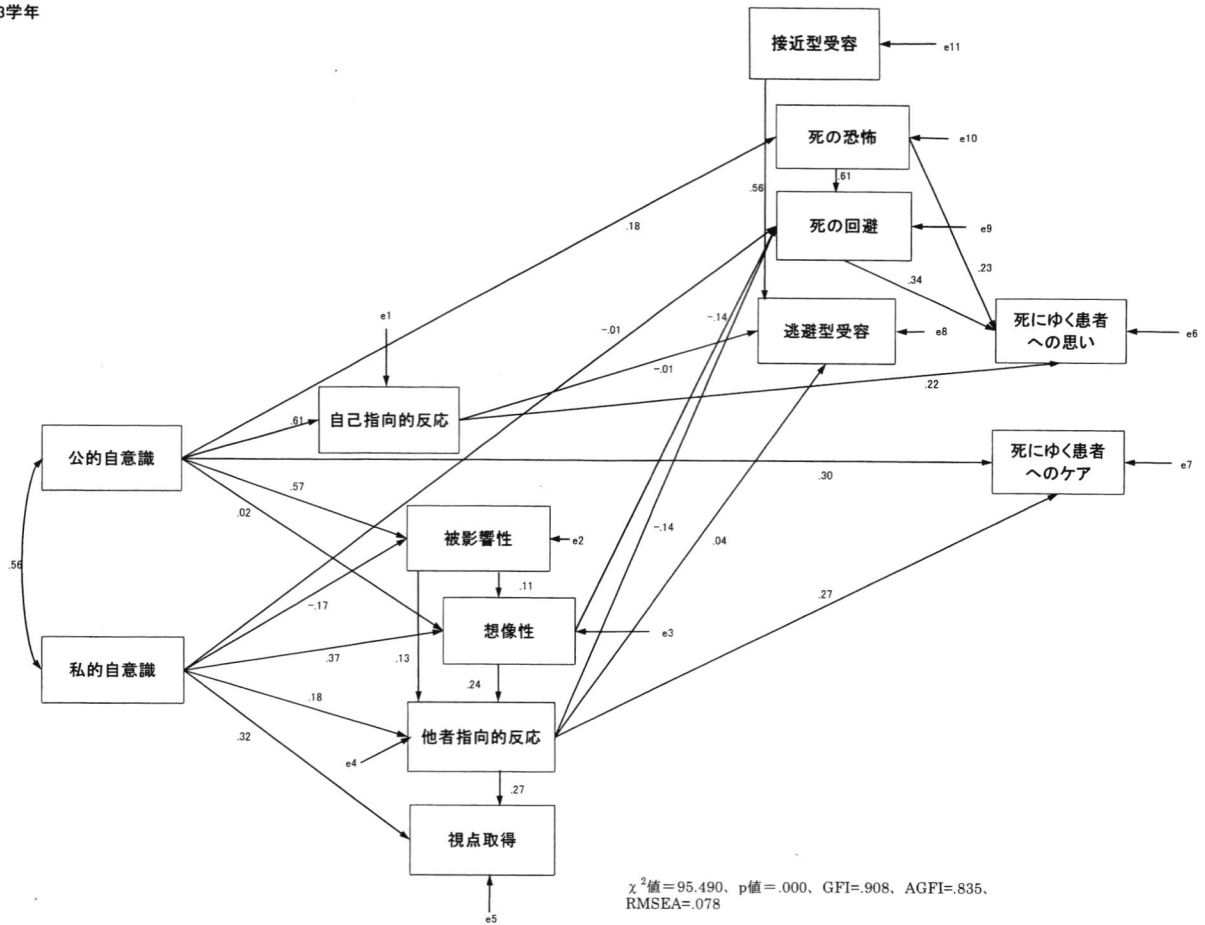


図4-1 性別による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

3学年



4学年

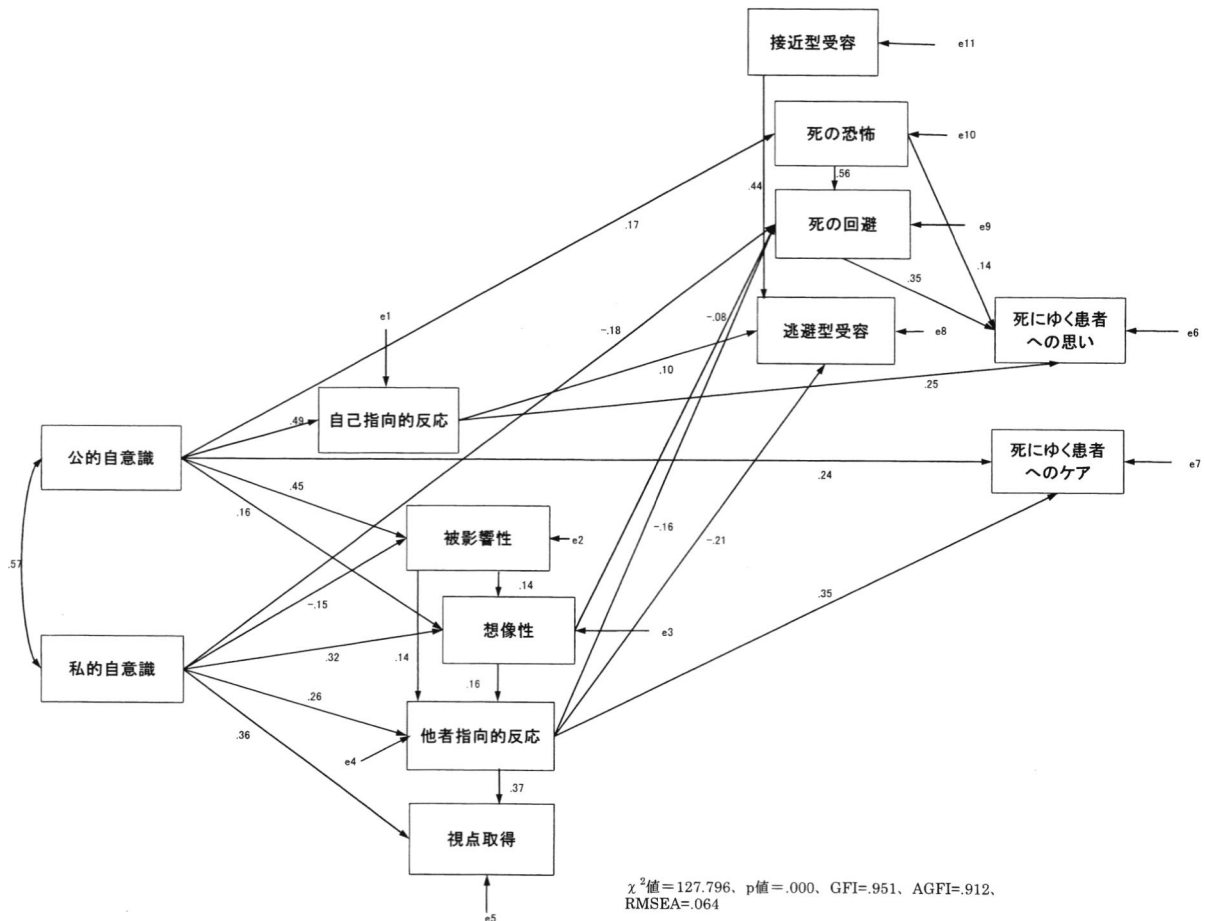
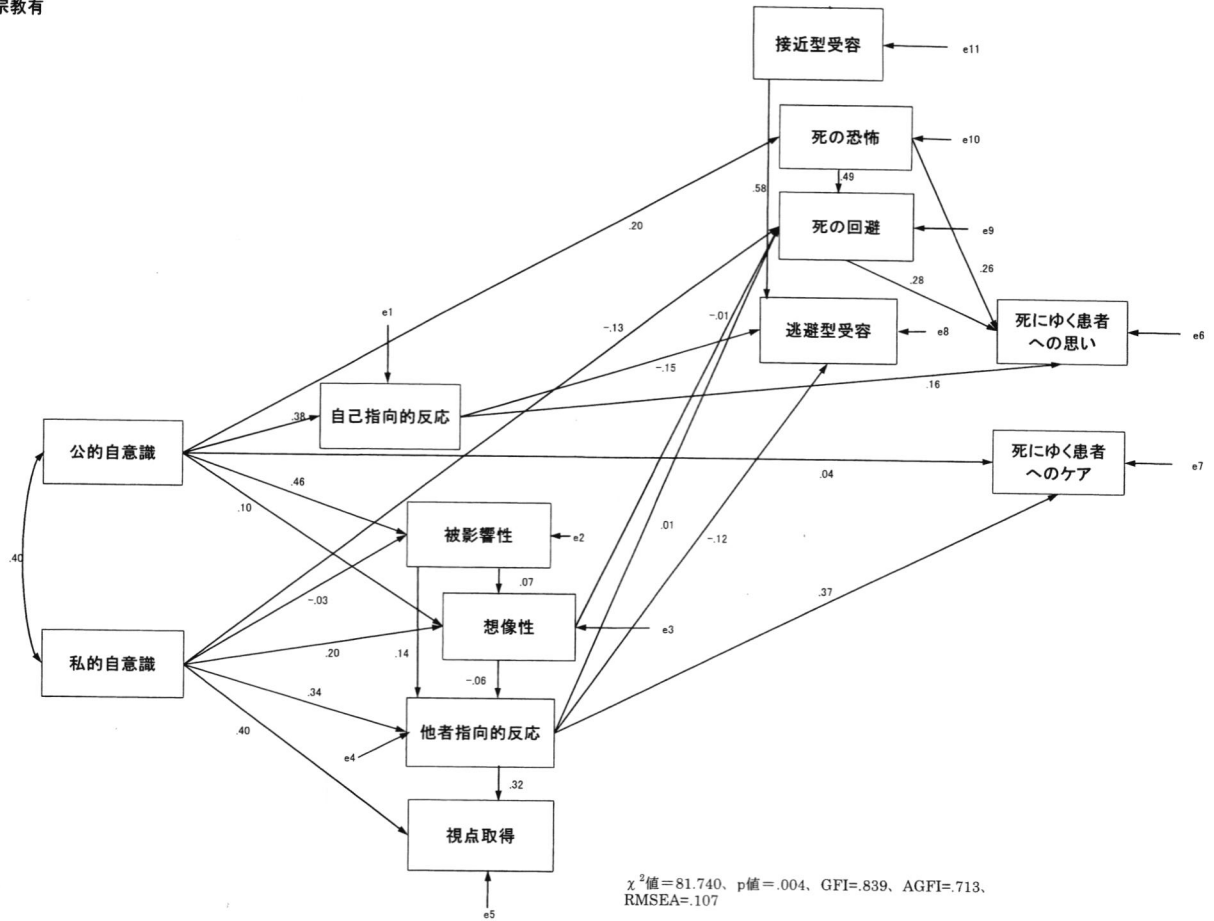


図4-2 学年別による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

宗教有



宗教無

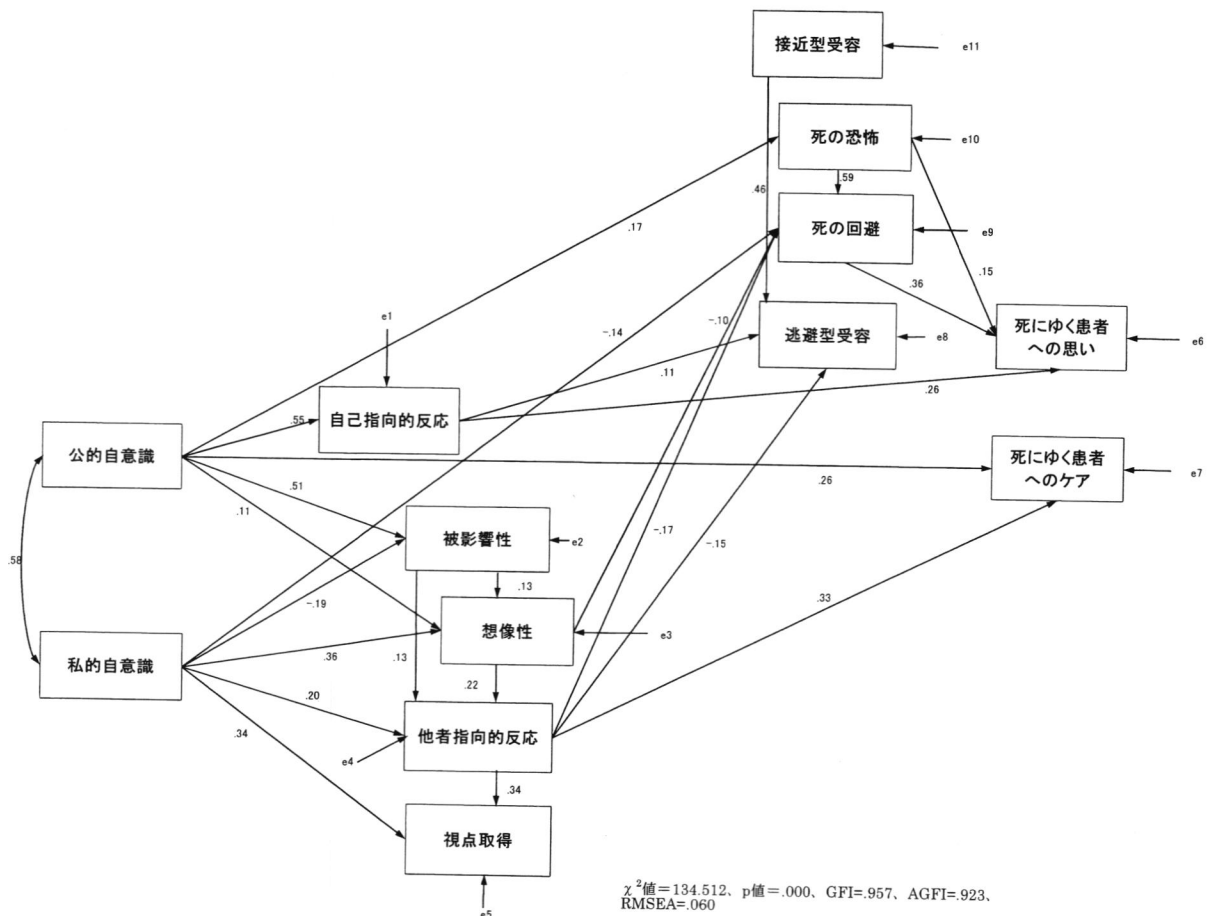
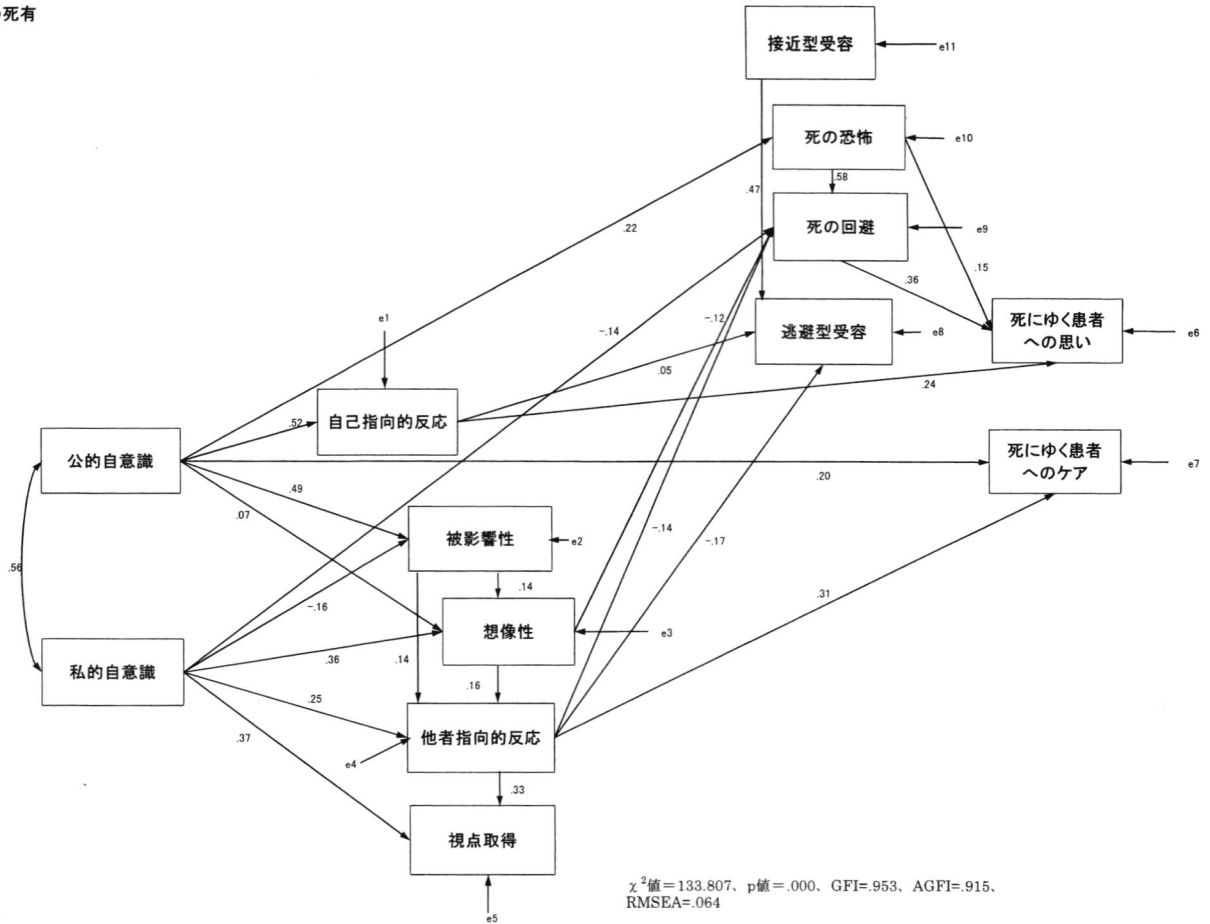


図4-3 宗教の有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

身近な人の死有



身近な人の死無

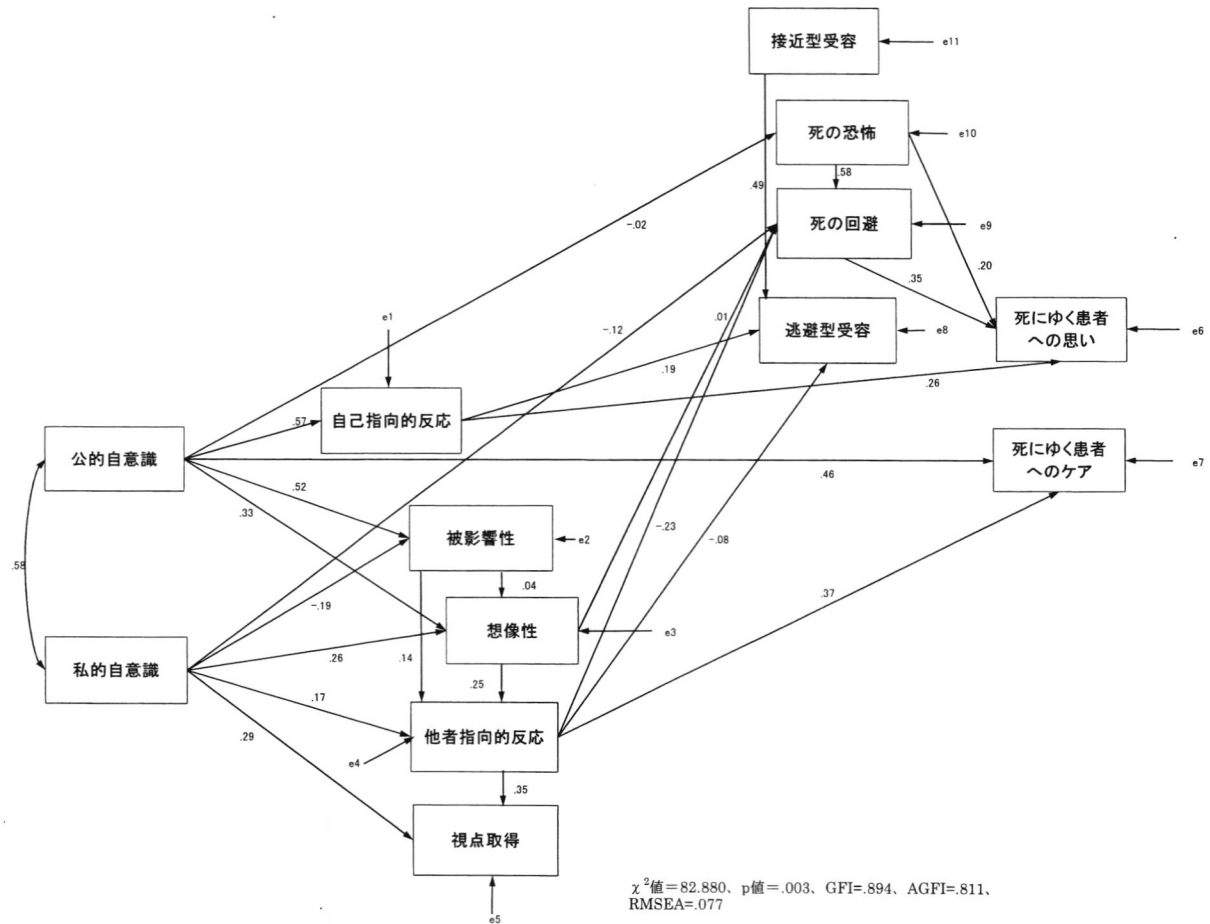
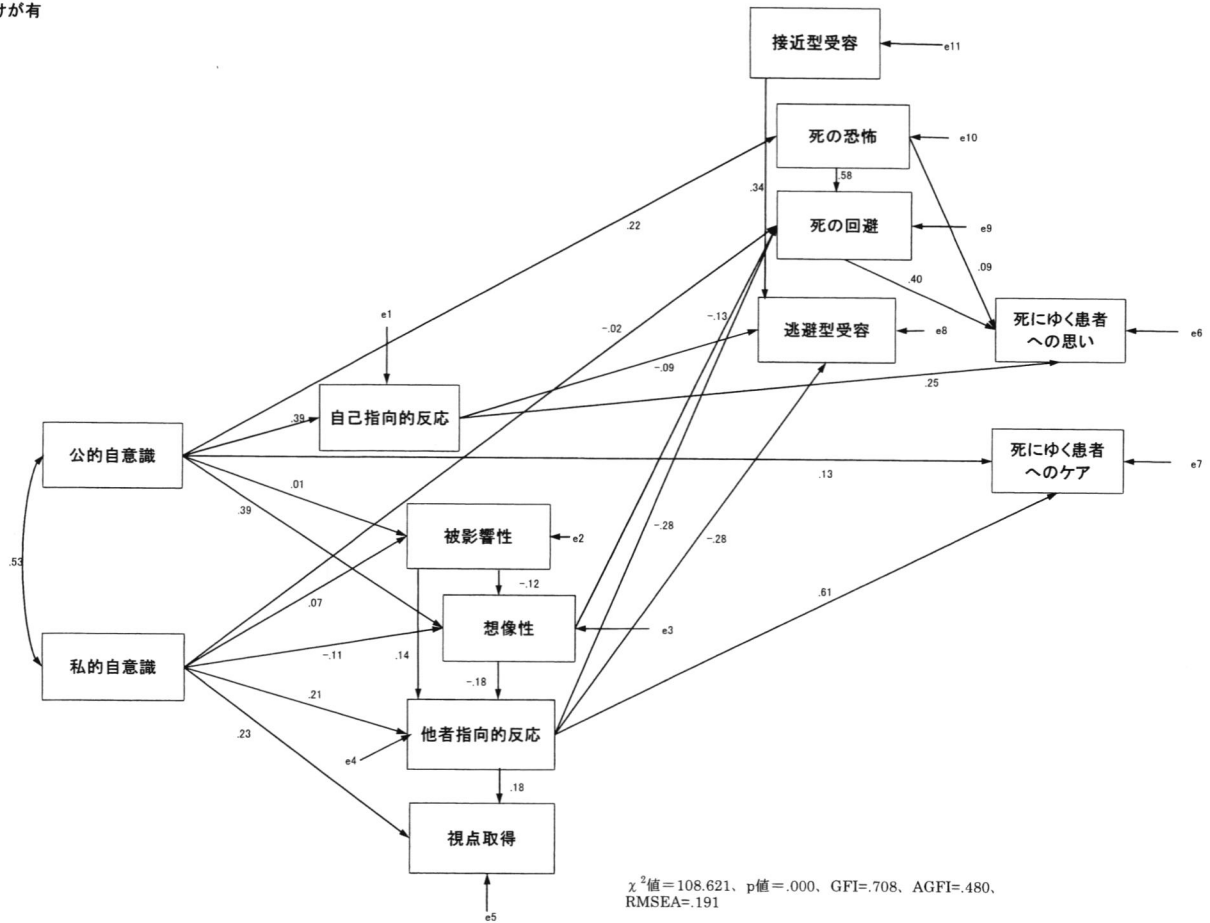


図4-4 身近な人の死の有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

病気・けが有



病気・けが無

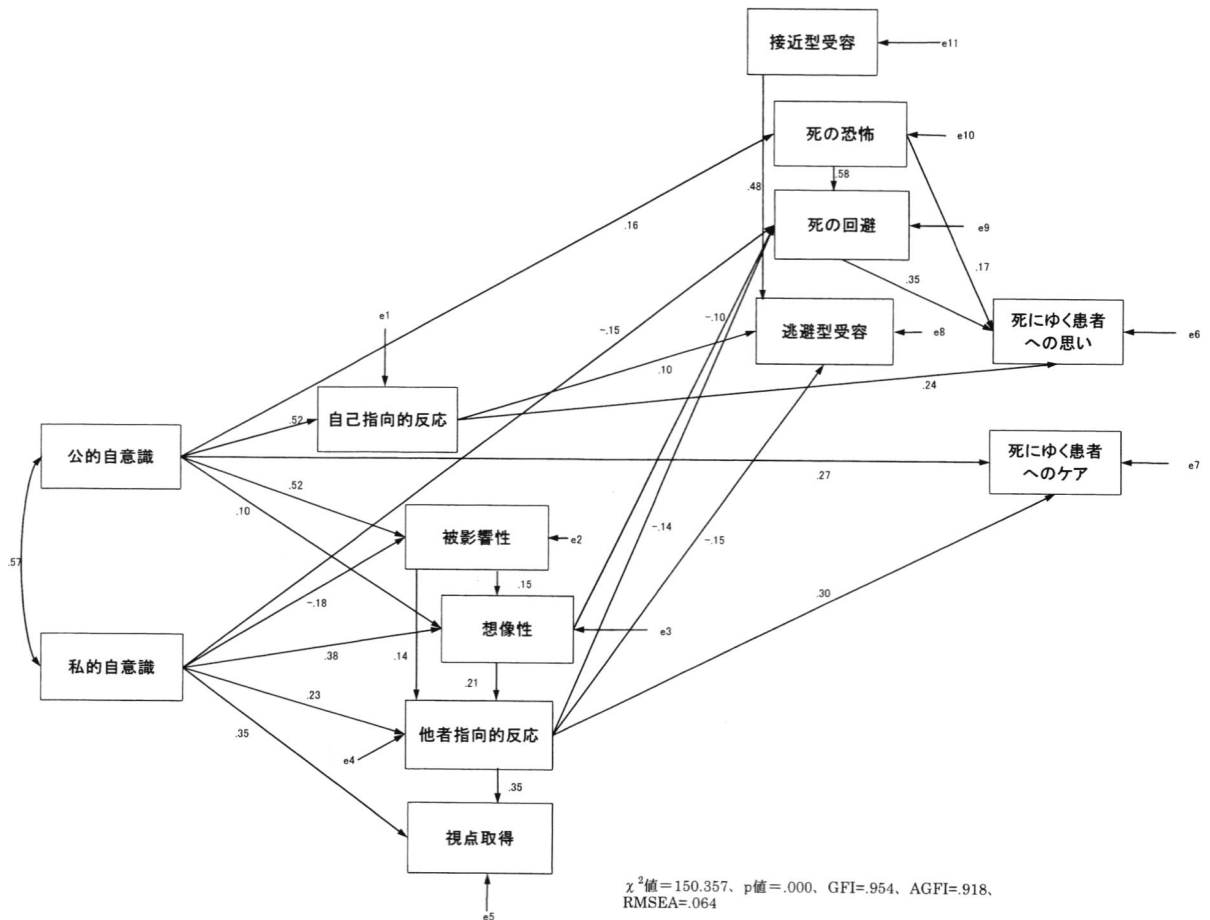
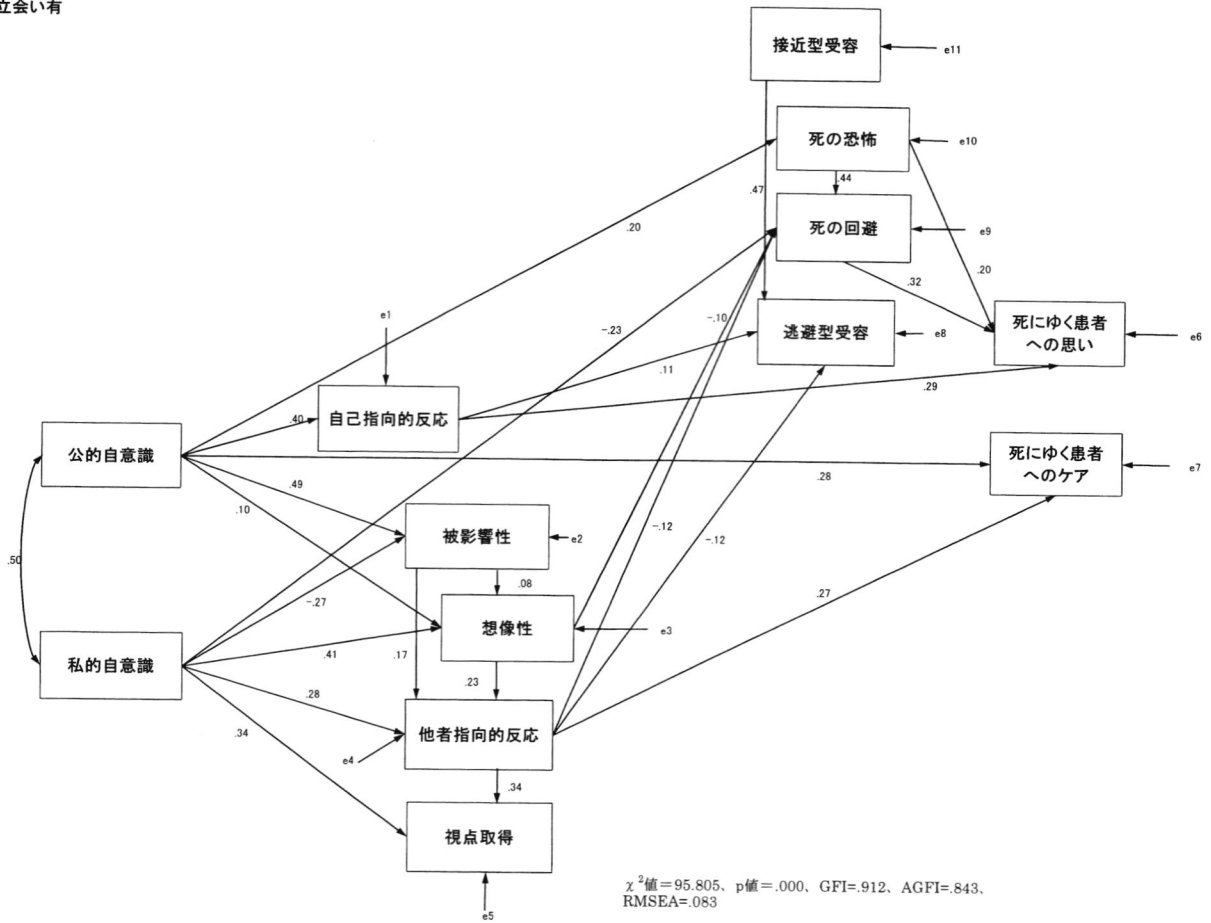


図4-5 病気・けがの有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

臨終の立会い有



臨終の立会い無

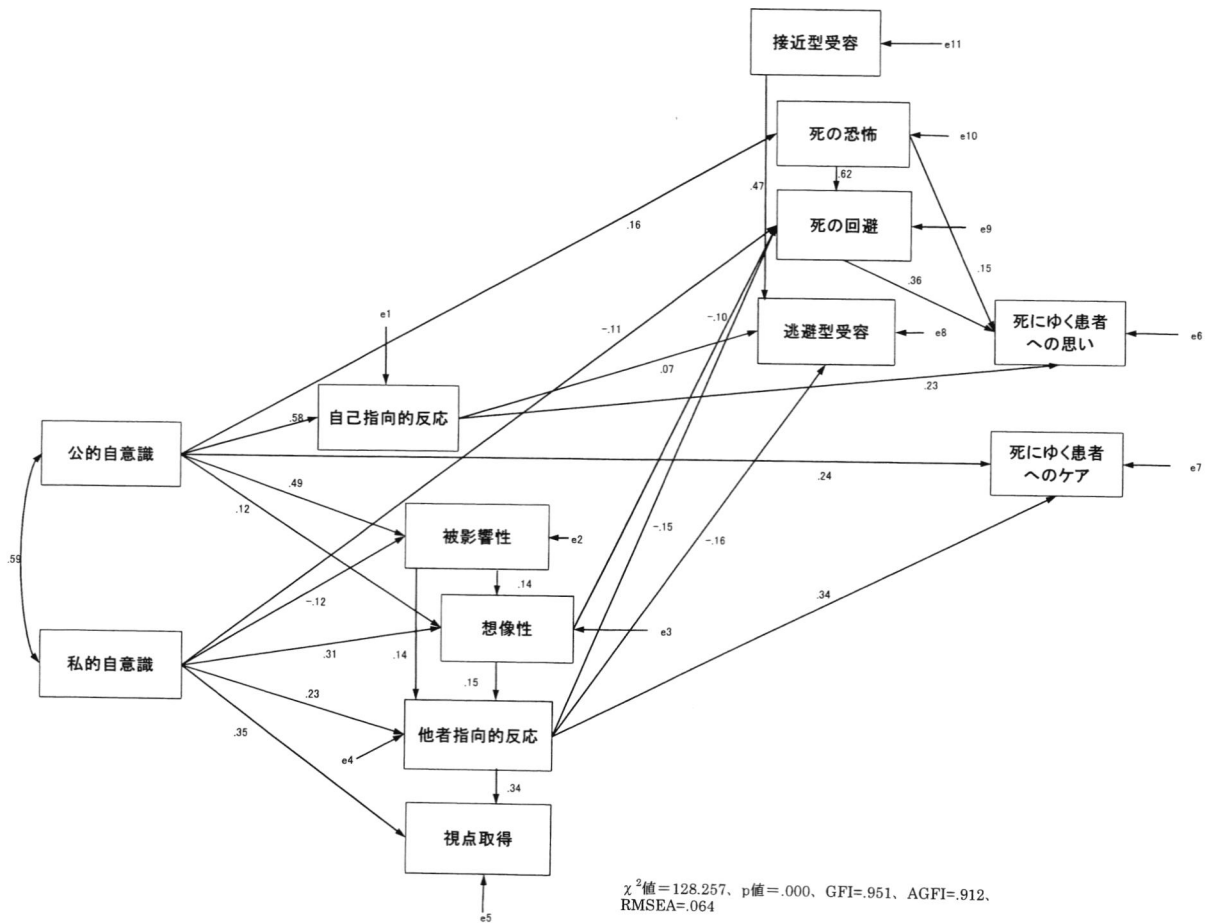
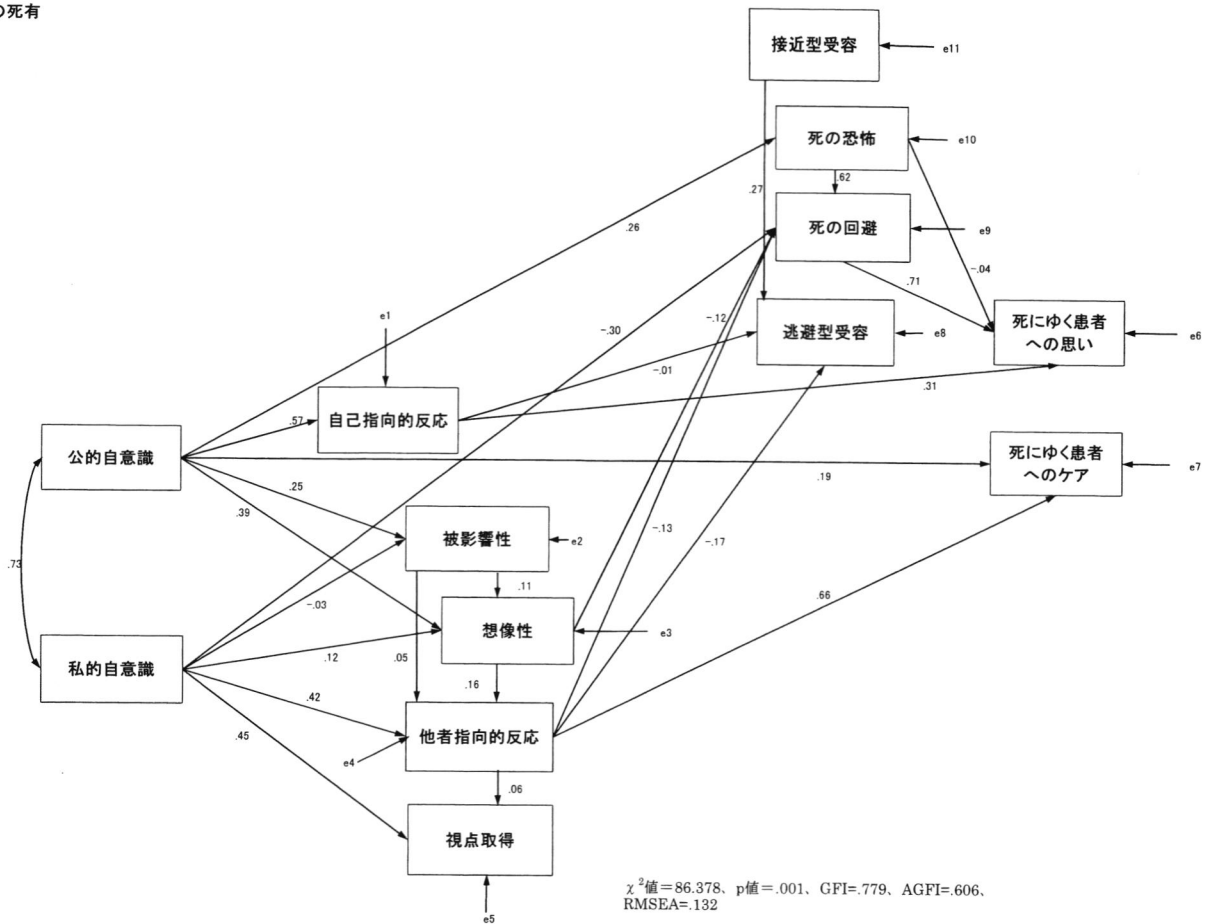


図4-6 臨終の立会いの有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

患者の死有



患者の死無

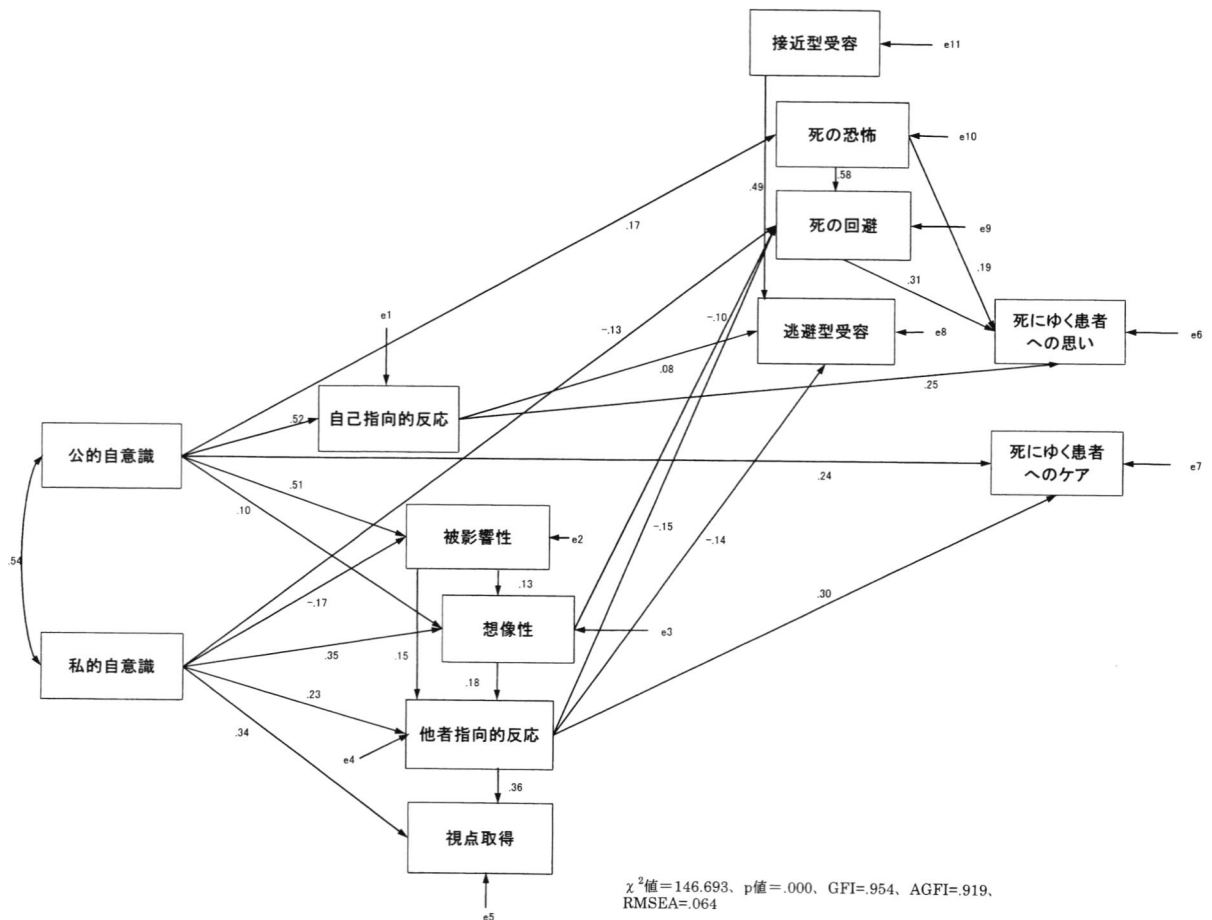
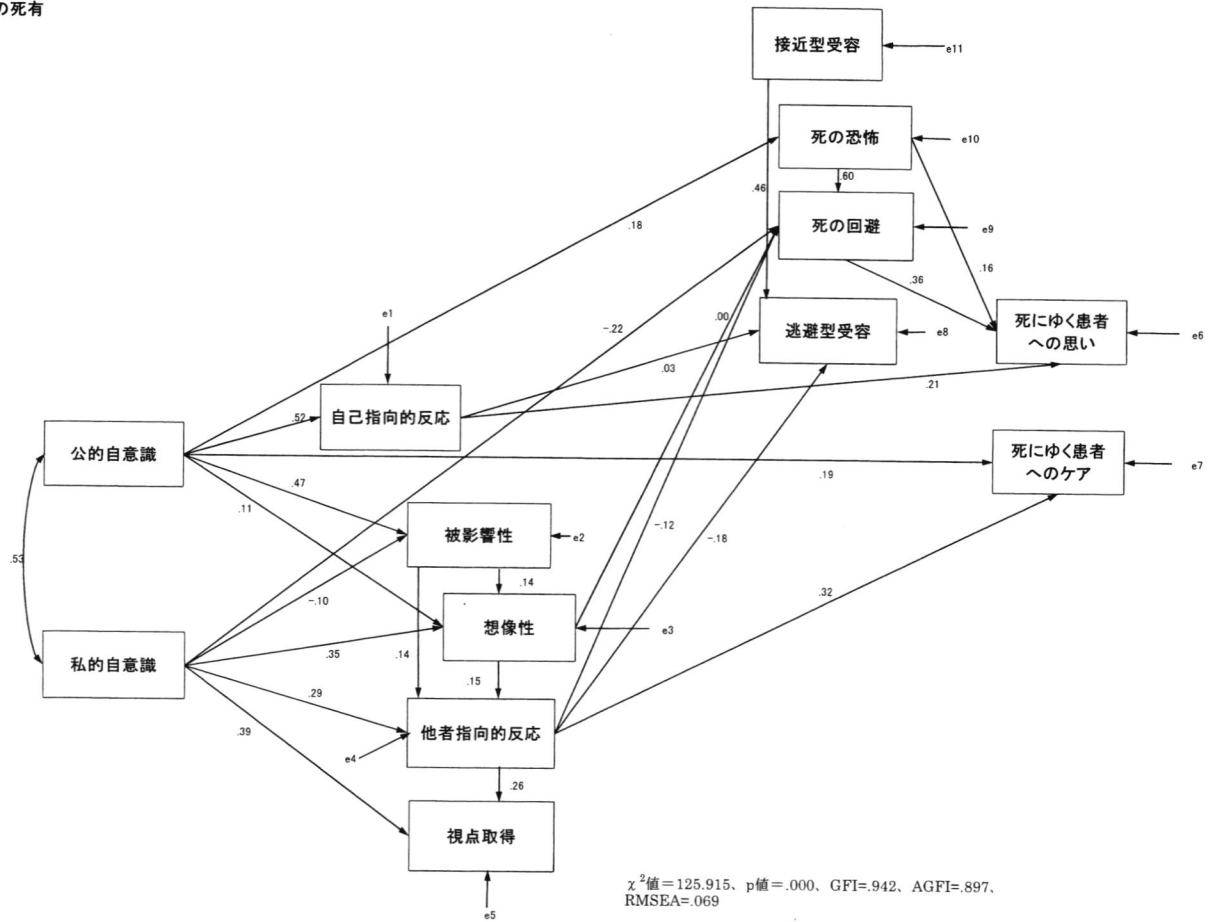


図4-7 患者の死の有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

ペットの死有



ペットの死無

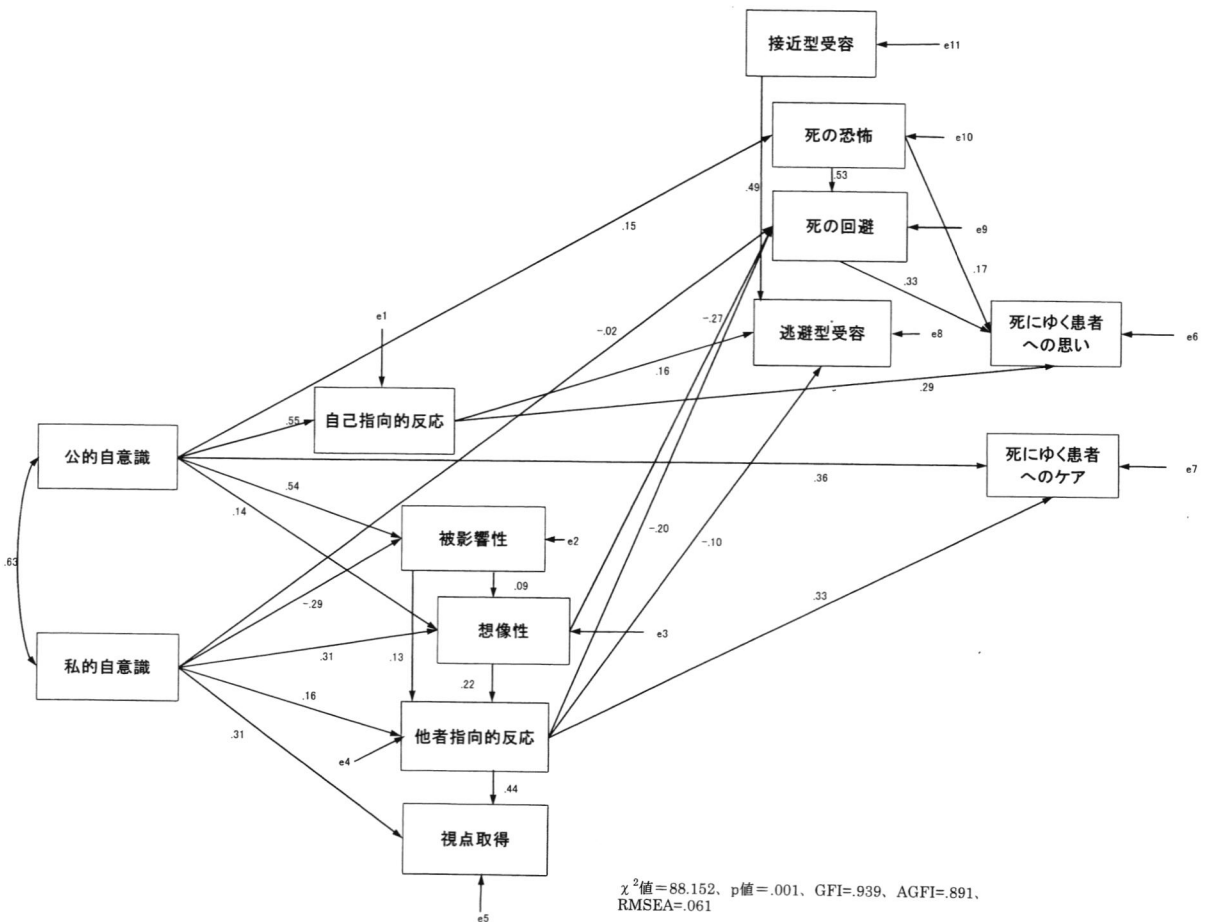
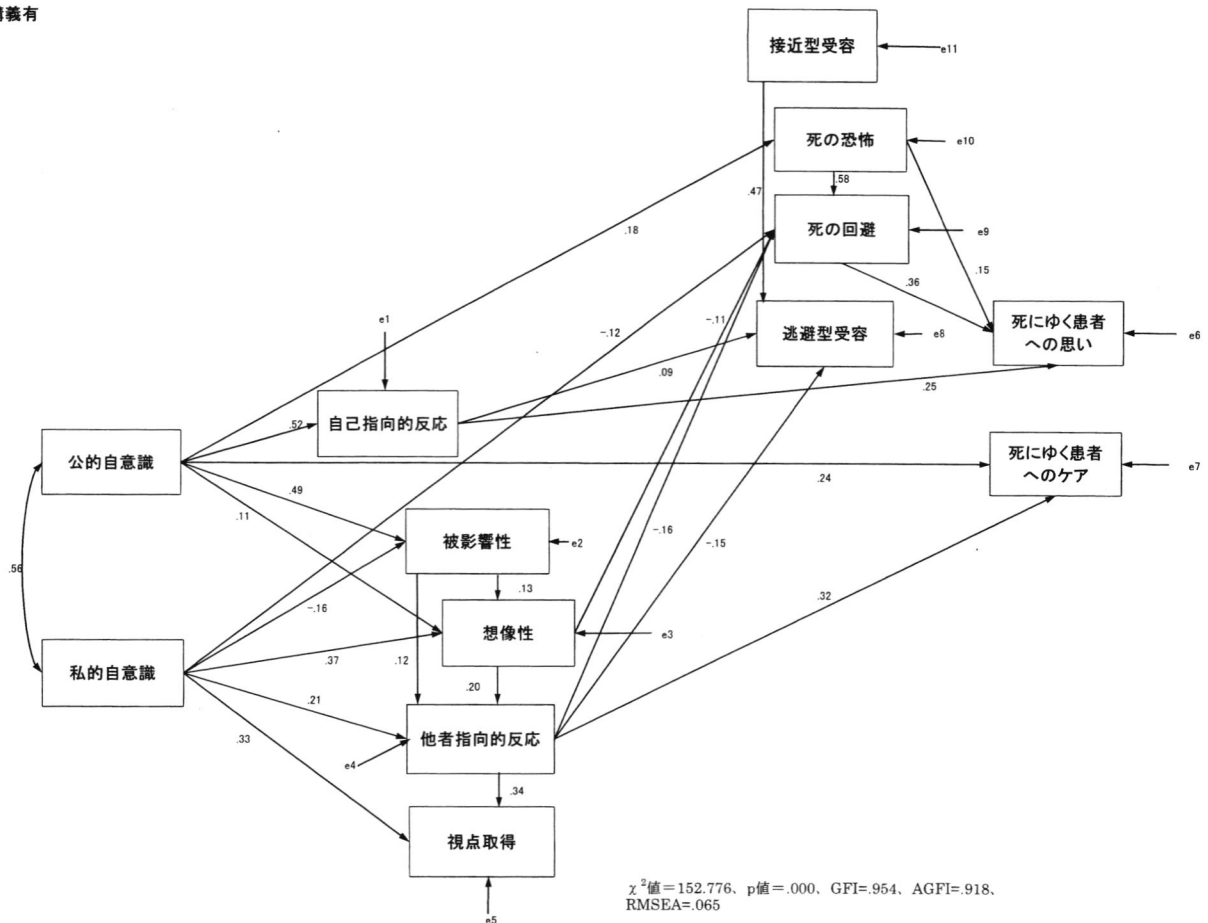


図4-8 ペットの死の有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

講義有



講義無

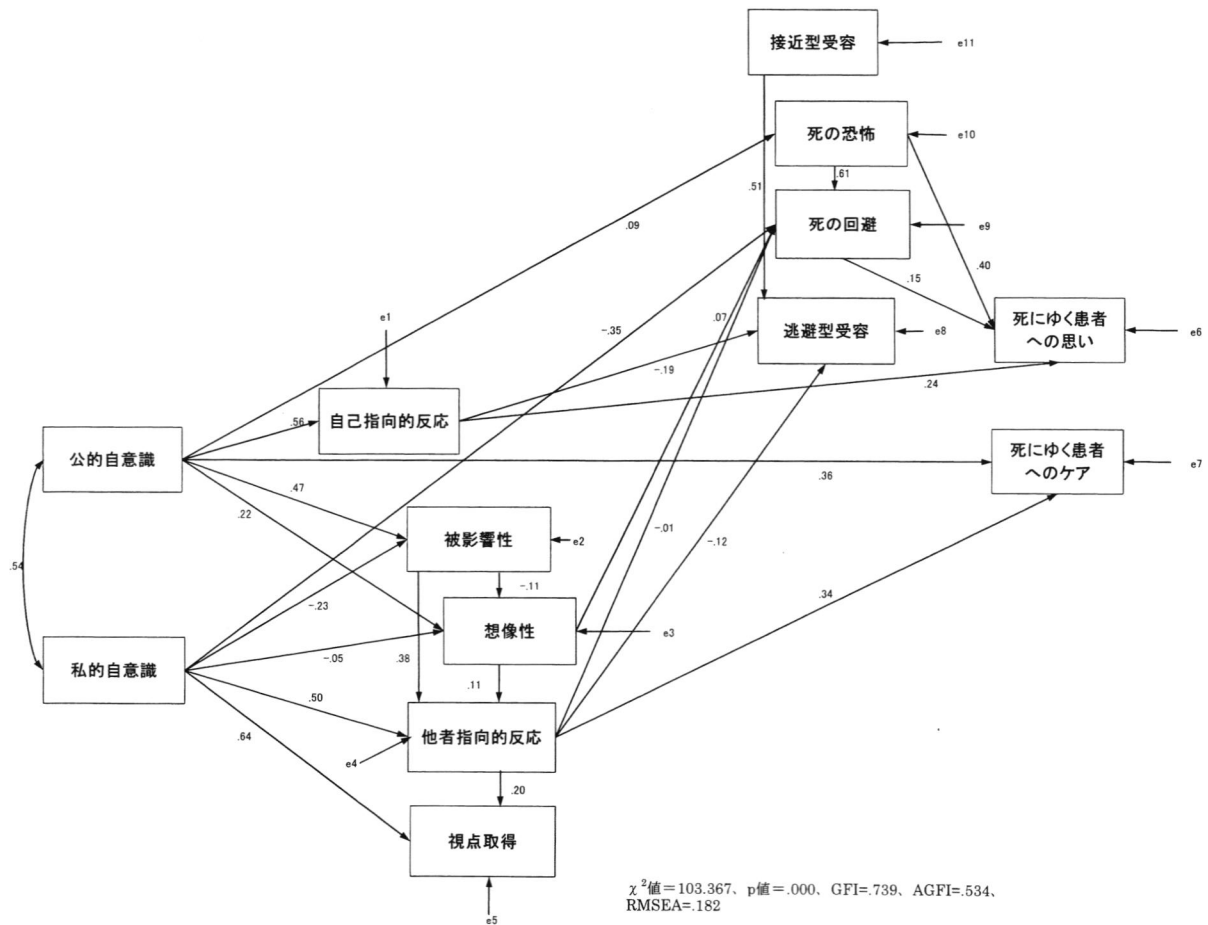
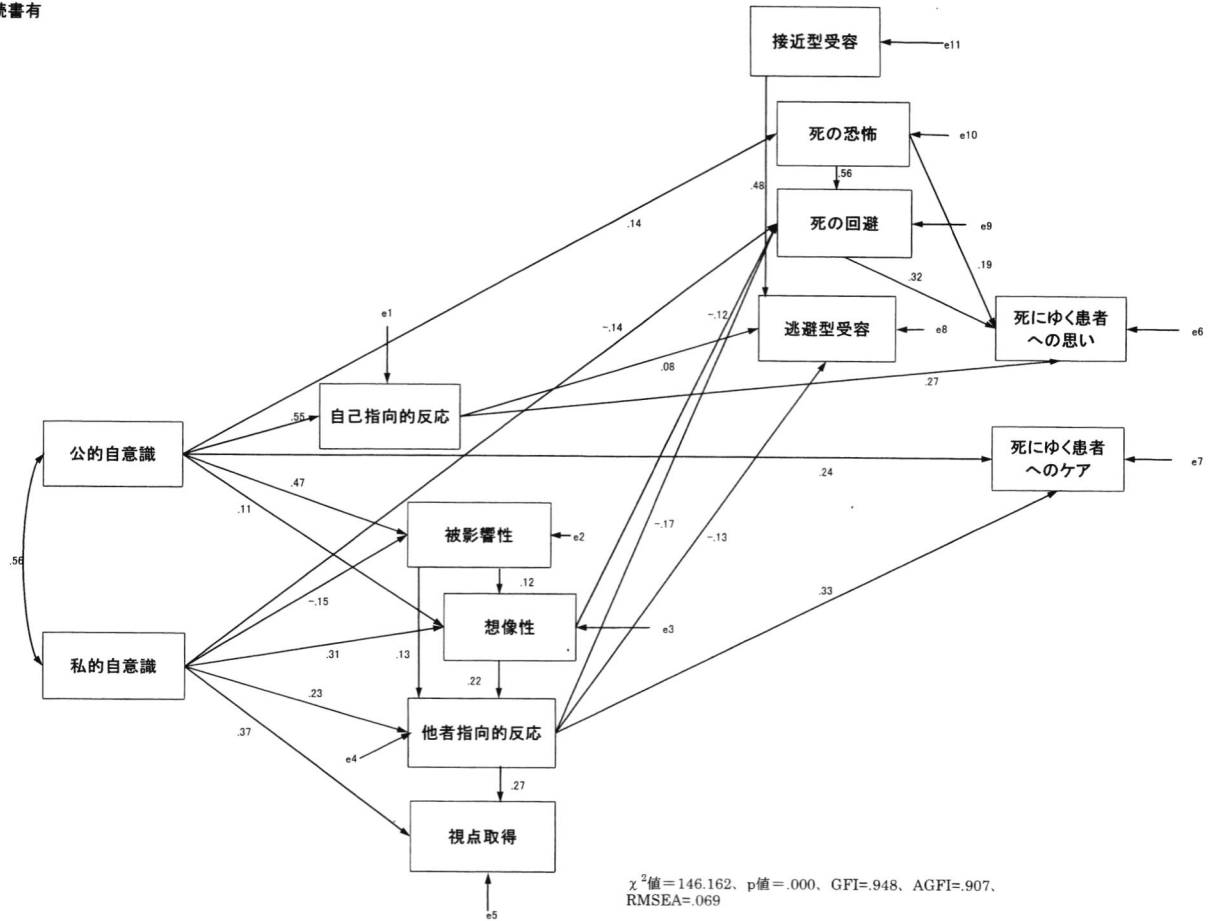


図4-9 死に関する講義の有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

読書有



読書無

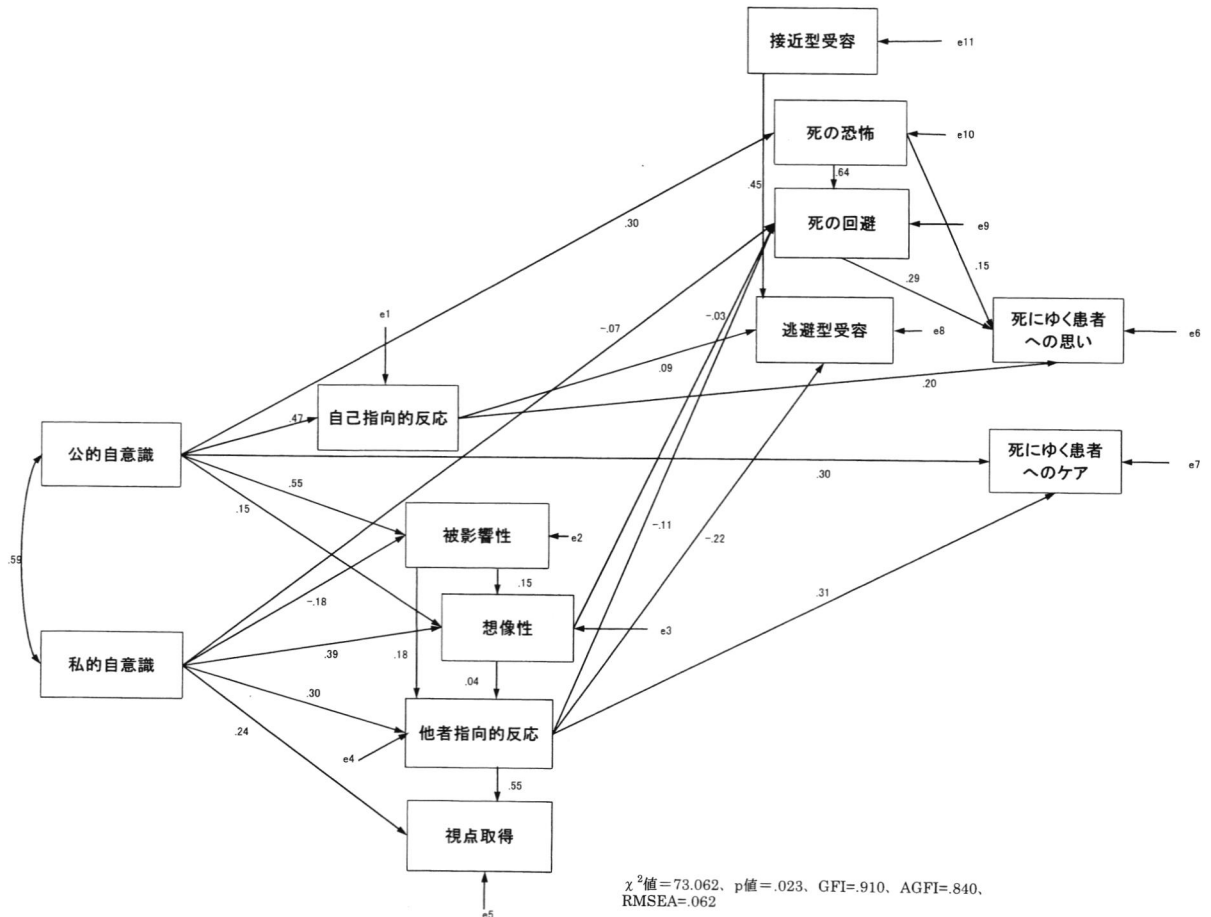
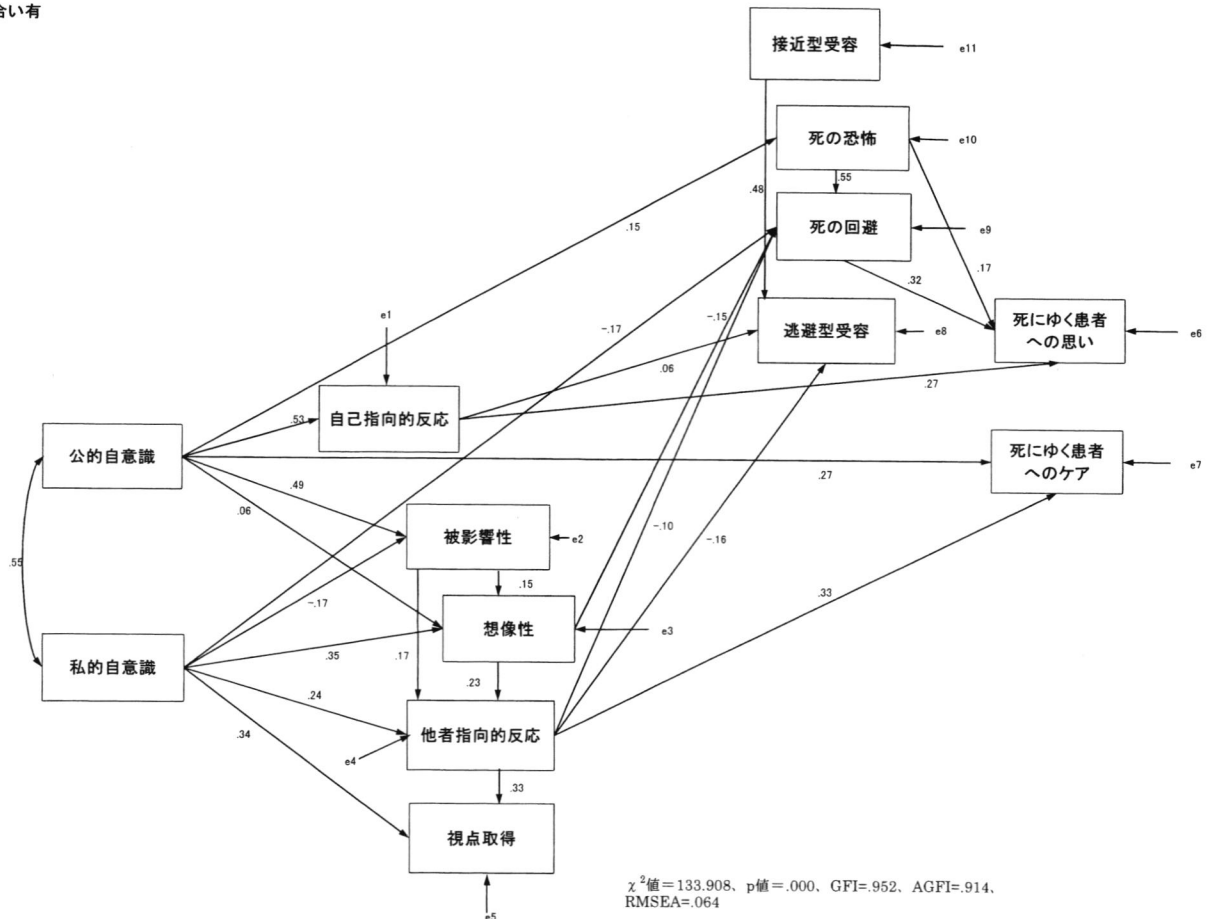


図4-10 死に関する読書の有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

話し合い有



話し合い無

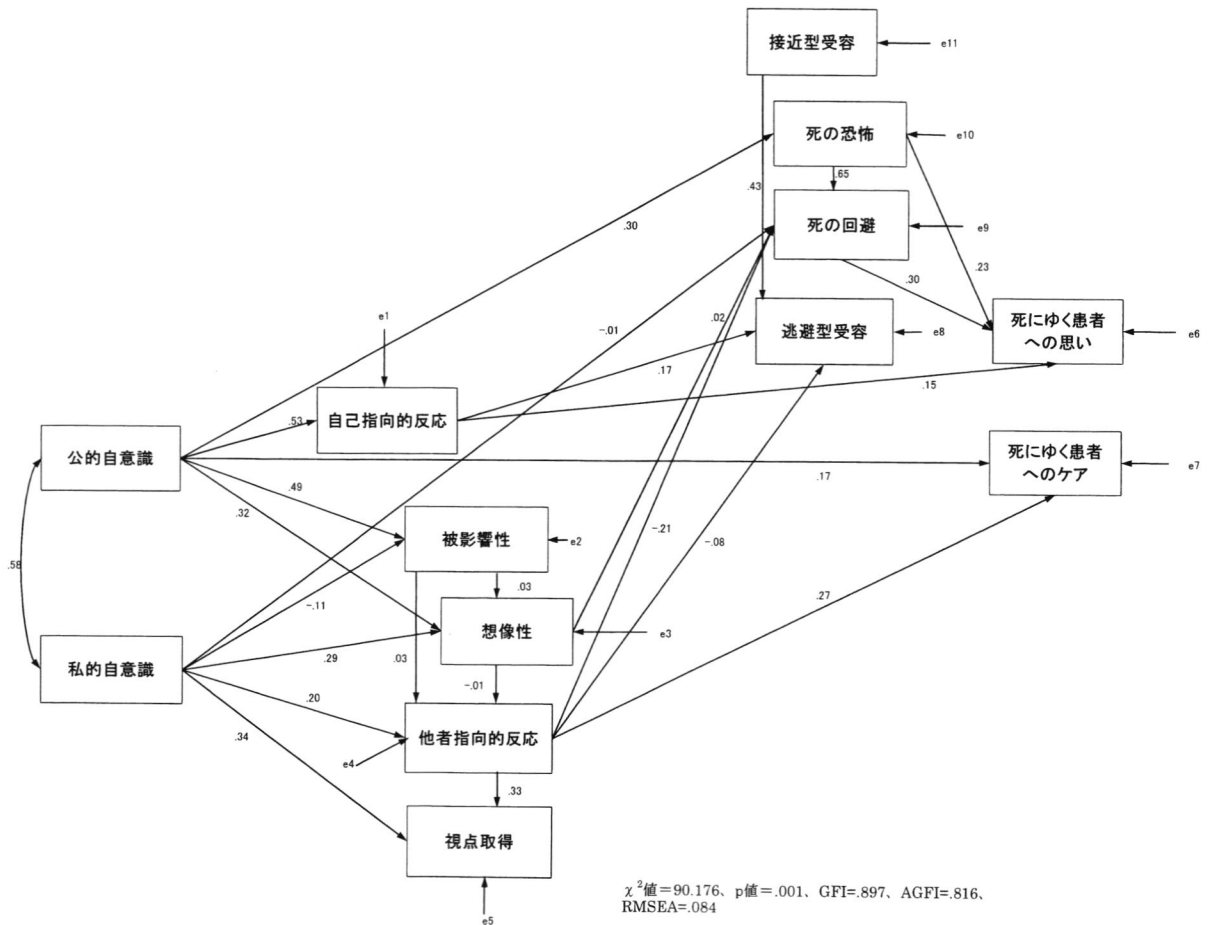


図4-11 死に関する話し合いの有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知の要因モデル

であった。これらは、概ね適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。

経験のある学生ではない学生よりも、「公的自意識」から「自己指向的反応」、「私的自意識」から「視点取得」、「死の回避」から「死にゆく患者への思い」への関係が大きかった。「想像性」から「他者指向的反応」に関係があった。経験のない学生ではある学生よりも、「公的自意識」から「被影響性」と「死にゆく患者へのケア」、「他者指向的反応」から「視点取得」への関係が大きかった。「公的自意識」から「死の恐怖」に関係があり、「他者指向的反応」から「逃避型受容」へ負の関係があった。読書の経験のない学生はある学生よりも、「公的自意識」の関係が関与していた。

話し合いの有無によるモデルを作成し、図4-11に示した。経験のある学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は133.908、自由度51、 p 値=0.000であった。モデルの適合度は、GFI=0.952、AGFI=0.914、NFI=0.899、CFI=0.934、SRMR=0.0593、RMSEA=0.064、AIC=213.908、CAIC=413.165であった。これらは、すべての適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。経験のない学生では共分散構造分析の結果、 χ^2 値は90.176、自由度51、 p 値=0.001であった。モデルの適合度は、GFI=0.897、AGFI=0.816、NFI=0.791、CFI=0.889、SRMR=0.0783、RMSEA=0.084、AIC=170.176、CAIC=318.195であった。これらは、概ね適合度基準を満たしておりモデルとしての有効性は示された。

経験のある学生ではない学生より、「私的自意識」から「想像性」、「他者指向的反応」から「死にゆく患者へのケア」への関係が大きかった。「公的自意識」から「死にゆく患者へのケア」、「自己指向的反応」から「死にゆく患者への思い」、「想像性」から「他者指向的反応」に関係があった。経験のない学生では、「公的自意識」から「想像性」と「死の恐怖」、「死の恐怖」から「死にゆく患者への思い」に関係があり、「他者指向的反応」から「死の回避」に負の関係があった。

第7章 考察

本研究は、死にゆく患者への看護において学生の患者の死と向き合う態度を形成しケアの行動化を促す教育を構築する資料とするために、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを開発することを目的とし、看護学を学ぶ3学年、4学年の学生を対象に質問紙による調査を実施した。これまでの看護学生の死に対する態度に関する研究は、既存の尺度を用いたものであり看護学生に特化した質問紙によるものは少ない。本研究は、学生へのグループ・インタビューから直接収集した項目を基に独自に質問紙を作成した。さらに、関東地方・近畿地方における18校の看護系大学に在学する学生に対して調査を実施した。

本研究は量的研究であり、死にゆく患者の看護ケアの際に学生に生じている事象を数字として示すことで、学生の内的状況の客観的な把握が可能となり全体的傾向を捉えることができるようになる。そのため、看護基礎教育における学生の死にゆく患者の看護ケアの行動化を促すための、効果的な教育プログラムを構築する上で貴重な資料となりうると考える。

I. 死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの検討

学生が患者の死に関わる情報や死に出会った時から、ケアの行動化までの説明を試みた。当初の概念枠組みでは、学生は、属性や身近な人の死等の死についての経験と学習により、「死に対する態度」が形成され、その反映として「看護学生の患者に対する死の認知」を獲得すると考えた。これらの項目は、先行の研究結果から選択した（野村ら, 1992; 藤田ら, 1995; 林ら, 1995; 田中ら, 1998; 古賀, 2000; 古屋ら, 2003; 糸島, 2005; 原田ら, 2005; 月田ら, 2006; 石田ら, 2007; 鹿村, 2010a)。この属性や死についての経験による影響については、モデルの相違から検討した。

さらに、看護学生の患者に対する死の認知の影響因子としては、先行研究から「公的自意識」はコミュニケーション能力と対人関係能力に関係を及ぼし（Feningstein, 1984; 菅原, 1984; 竹内, 1997; 堀井, 2001; 林ら 2002)、「共感性」はコミュニケーションの良否と人間関係の形成に関係を与えていた（猪股, 1999; 江成, 2004; 金田, 2006; 高橋ら, 2009; 瀧澤ら, 2010; 大塚ら, 2011)。「援助規範意識」は、看護学生のケア行動に関係を与えていた（長谷川ら, 2004; 柴田ら, 2007; 2008)。そのため、「自意識」「共感性」「援助規範意識」を影響因子であると捉えた。これらを変数として死にゆく患者に対

する看護学生の死の認知モデルを作成し、最適モデルの適合度は、GFI=0.954、AGFI=0.922、NFI=0.905、CFI=0.933、SRMR) 0.056、RMSEA=0.064であったことから、その有効性を確認できたと考える。しかし、援助規範意識の下位尺度をモデルに組み入れることができなかった。

1. 死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの検討

死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルでは、「公的自意識」は、「自己指向的反応」を介して「死にゆく患者への思い」に関係があった。さらに、「公的自意識」は「死にゆく患者へのケア」にも関係があった。「死にゆく患者への思い」は、死にゆく患者への戸惑いや患者と接することの困難さを表すため、この関係は一見矛盾しているようにみえる。しかし、自意識尺度を開発した菅原（1984）が、他者の目に映る自分を意識しやすい人は、積極的な自己呈示行動か、逆に逃避的行動をとりやすいと指摘していることから、この「公的自意識」の「死にゆく患者への思い」と「死にゆく患者へのケア」への関係については支持されたと考える。

「死の恐怖」は「死の回避」に、「死の回避」は「死にゆく患者への思い」に関係があった。「死の恐怖」は死に対するネガティブな感情であるため、死を避けたいという気持ちに影響を与え、死にゆく患者に対する戸惑いや困難な思いである「死にゆく患者への思い」が生じることを推察できる。死と向き合いたくないという「死の回避」が強いと、患者に接することに困難さを抱くと考えられた。また、「接近型受容」から「逃避型受容」に関係があった。「接近型受容」は、信仰により死を肯定的に受容する態度（隈部，2006）である。「接近型受容」は、3学年の方が4学年より平均値が高かった。その理由として、信仰する学生が3学年では16.2%、4学年8.6%であり、3学年の方が4学年より信仰する学生が多いことから「接近型受容」が高いと考えられた。「逃避型受容」は苦痛や苦悩からの解放として死を受容する態度（隈部，2006）である。この2つに関係があったことから、学生の死に対する態度は、肯定的な死の受容と否定的な死の受容の両面が混在していると考えられた。さらに、「接近型受容」と「逃避型受容」から「死にゆく患者への思い」と「死にゆく患者へのケア」に直接的な関係がみられないため、肯定的な死に対する態度を育み死にゆく患者への看護ケアに繋げていくことの必要性が、看護基礎教育に求められていることを再確認した。

「死にゆく患者へのケア」には「他者指向的反応」が関与し、「他者指向的反応」は、「私的自意識」からの関係があった。「他者指向的反応」は、情動的側面としての他者に対する

共感的反応である（鈴木ら，2008）。大内（2011）は、他者の苦しみに対して、同情的であり、何らかの配慮や援助をすることに方向づけられている場合を「他者指向的反応」ということができると述べていることから、「死にゆく患者へのケア」に関連すると考えられた。「私的自意識」は、自己の内面に注意を向ける程度（菅原，1984）であり、この意識の高い人は自己の感情に忠実な対人行動をとる（押見，1992）。死についての自己の感情に基づく反応から共感的反応という「他者指向的反応」が生じ、「死にゆく患者へのケア」を促すと考えられた。このことから、死にゆく患者の看護ケアにおいては、死についての肯定的な感情が患者への共感的反応を高めケアを方向づけることが示唆された。

「死にゆく患者への思い」は、「公的自意識」から「自己指向的反応」を介して関係があった。菅原（1984）が「公的自意識」は、対人不安意識と自己顕示性とに正の相関があり、対人不安意識の強い者は他者からの逃避的傾向をもつことを指摘した。この他者から逃避したいという気持ちが、「自己指向的反応」の他者の感情に対応する感情的な反応（鈴木ら，2008）を示し、「死にゆく患者への思い」になると考えられた。そのため、対人不安意識を緩和することによって、「死にゆく患者への思い」が和らぐことが示唆された。

他者からの視線への意識である「公的自意識」は、対人場面での行動に関係を与え、その高まりは行動の抑制と促進に分かれる（菅原，1984；堀井，2001）ことが報告されている。この状況は、見られることへの意識の高まりが社会的存在としての自己が問われる場面における行動の問題にまで関係が拡大したといえる（堀井，2001）。対人場面においては、よく思われたいという思いを刺激するような他人のいる状況が自分に注意を向けやすい（押見，1992）ことから、ケアの行動化を促すものとして、この自分に注意を向けるという「自意識」が関与していると推察できる。「公的自意識」の強い人は他者から見られているという意識を持ちやすい。他者の存在の自覚により、結果予期がプラスであれば自分にもできるという気持ちに働き、マイナスであれば回避が働く（押見，1992）。つまり、死にゆく患者の看護ケアにおいて、学生のケアをしようとする状況が自分にできるという自己評価であればケアの行動化に、自分には難しいという自己評価であればケアを回避しようとする気持ちに働く可能性が示唆された。

さらに、ケアの行動化に当たっては、まず自己を意識することから始まることが考えられる。「公的自意識」における結果予期がマイナスであれば、「自己指向的反応」とは、他者の苦しんでいる様子に対して自分自身が苦しくなるということに方向づけられることから、「死にゆく患者への思い」という患者と接することへの困難さとなる可能性が予測でき

る。「私的自意識」は刺激に注意を集中すると、それにまつわる感情が強められ行動化が生じる(辻, 1993)。患者の死という刺激が生じるとそれに対する感情が強められる。さらに、「私的自意識」の高い人は自分の感情に基づいて相手に対応する。他者の苦しみに対して、「他者指向的反応」という共感的な反応をし、「他者指向的反応」から「死にゆく患者へのケア」に関係する。このことから「他者指向的反応」の共感的反応がケアを行うことに方向づけをし、ケアの行動化を促す可能性が示唆された。

2. 属性及び死についての経験の有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの相違の検討

1) 属性によるモデルの検討

男性では、「公的自意識」と「私的自意識」からの関係が大きく関与していた。菅原(1984)による大学生を対象とした調査では、「公的自意識」「私的自意識」ともに、男性より女性の方が有意に高いことを報告しているが、本研究では、男性の方が有意に高かった($p < 0.01$)。その理由として菅原(1984)の調査では、対象者の性別が男性 272 名、女性 162 名と男性が多く、本調査では男性 40 名、女性 466 名と女性が多いことが関係している可能性が考えられた。隈部(2006)による調査の中で、青年女性は青年男性よりも「死の恐怖」と「死の回避」が有意に高いことを報告しており、対象者は男性 32 名、女性 44 名であった。本研究ではこれらに有意な差はなく、「接近型受容」で男性の方が有意に高かった($p < 0.05$)。このことから本研究の結果において、性別によるモデルの相違を検討するには無理があり、男性の対象者数を増やしていく必要があると考える。

3 学年では「公的自意識」における結果予期が逃避的行動の方に働き、「自己指向的反応」の他者の苦しんでいる様子に自分自身が苦しくなる。さらに、「死の恐怖」というネガティブな感情が関与して、「死にゆく患者への思い」である患者と接することの困難さとなることが考えられた。「接近型受容」が「逃避型受容」に関係しており、両者が混在していることが予測される。4 学年では、「私的自意識」の自己の感情に基づいて対応でき、「他者指向的反応」の共感的反応によって「死にゆく患者へのケア」に方向づけられていることが示唆された。さらに、「他者指向的反応」は、「逃避型受容」という否定的な受容を弱める方向に関係していた。これらから、3 学年では「死にゆく患者への思い」に、「死の恐怖」が関与することが考えられた。4 学年では「死にゆく患者へのケア」に、「私的自意識」から「他者指向的反応」を介して関与することが考えられた。援助意志は、学年進行に伴い

概ね望ましい方向に変化している（波多野ら，1981；村田ら，1983；片山ら，1991；藤原ら，1988b）という報告と一致する。

宗教の信仰のある学生では、「公的自意識」が逃避的行動の方に働き、「死の恐怖」というネガティブな感情から、「死にゆく患者への思い」が生じていることが推察できる。金児ら（2003）が、宗教行動は篤信者でない限り死の問題と関係のないところでなされ、死への態度は個人の態度構造の周辺に位置していると述べていることから、宗教を信仰していても、死への恐怖は存在し、死にゆく患者に対して接することの困難さを有していると考えられる。信仰のない学生でも、「公的自意識」が逃避的行動に働き、「自己指向的反応」の他者の様子に自分自身が苦しくなり、「死にゆく患者への思い」が生じると考えられた。その一方で、「公的自意識」が自分にできるという自己評価に働き、「死にゆく患者へのケア」に方向づけられていることも示唆された。さらに、死に対する恐怖から死を避けたいという「死の回避」に働き、死にゆく患者と接することに困難さを抱くと考えられた。これらから、信仰のある学生では「死にゆく患者への思い」に、「死の恐怖」が関与することが考えられた。信仰のない学生では、「死にゆく患者へのケア」に、「公的自意識」が関与すると考えられた。「死にゆく患者への思い」に「公的自意識」は「自己指向的反応」を介して関与し、「死の恐怖」が「死の回避」を介して関与すると考えられた。

しかし、宗教を信仰している学生が54名と少なかったことから、信仰の有無によるモデルの相違を検討するには無理があり、対象者の数を増やしていく必要があると考える。

2) 死についての経験の有無による死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルの検討

身近な人の死の経験は、「公的自意識」が逃避的行動の方に働き、「死の恐怖」に関係していることが推察された。また、「私的自意識」の自己の感情に基づいた意識が「他者指向的反応」の共感的反応に関係すると考えられた。身近な人の死の経験のないことは、「公的自意識」が自分にできるという自己評価に働き、「死にゆく患者へのケア」に方向づけられていると考えられた。また、「公的自意識」は「想像性」の観察者である自己を理解する（鈴木ら，2008）ことから、「他者指向的反応」の共感的反応に関係していると考えられた。さらに、「死の恐怖」という感情から「死にゆく患者への思い」が生じていると考えられた。これらから、身近な人の死の経験のないことは「死にゆく患者へのケア」に、「公的自意識」が関与し、「死にゆく患者への思い」に「死の恐怖」が関与すると考えられた。

病気・けがの経験は命に関わる状況を想定しているため、経験のある学生では「公的自

意識」が逃避的行動の方に働き、「死の恐怖」に関係していることが推察できる。「他者指向的反応」の関与が大きく、病気・けがの経験からの共感的反応が「死の回避」と「逃避型受容」を弱める方向に働くとともに、「死にゆく患者へのケア」に方向づけていると考えられた。病気・けがの経験のないことは、「公的自意識」が逃避的行動に働き、「自己指向的反応」に関係していると考えられた。その一方で、「公的自意識」が自分にできるという自己評価にも働き、「死にゆく患者へのケア」に方向づけられていると考えられた。さらに、「私的自意識」の自己の感情に基づいた対応が、「想像性」の観察者である自己を理解することとなり、「他者指向的反応」の共感的反応に関係していると考えられた。また、「接近型受容」から「逃避型受容」に関係があり、これらが混在していると考えられた。これらから、病気・けがの経験は「死にゆく患者へのケア」に「他者指向的反応」が関与すると考えられた。病気・けがの経験のないことは、「死にゆく患者へのケア」に「公的自意識」が関与すると考えられた。しかし、命に関わるような病気やけがの経験をしている学生が32名と少なかったことから、経験の有無によるモデルの相違を検討するには無理があり、対象者の数を増やしていく必要があると考える。

臨終の経験は、「公的自意識」が逃避的行動の方に働き、「死の恐怖」という感情から「死にゆく患者への思い」が生じていると考えられた。「私的自意識」からの関係が大きく、「死の回避」には負に働いているため、臨終の経験によって自己の感情に基づいた対応は、「死の回避」を弱めていることが推察できる。さらに、「私的自意識」の自己の感情に基づいた対応が、「想像性」の観察者である自己を理解し、「他者指向的反応」の共感的反応に関係していると考えられた。臨終の経験のないことは、「死の恐怖」という感情が「死の回避」に強く作用していると考えられた。さらに、「他者指向的反応」の共感的反応が、「死にゆく患者へのケア」に方向づけていると考えられた。これらから、臨終の経験は、「死にゆく患者への思い」に、「公的自意識」が「死の恐怖」を介して関与していると考えられた。臨終の経験のないことは、「死にゆく患者へのケア」に「他者指向的反応」が関与していると考えられた。

患者の死の経験は、「公的自意識」が逃避的行動の方に働き、「死の恐怖」という感情に関係し、「死の回避」の死を避けたいという気持ちが、「死にゆく患者への思い」に大きく関係していると考えられた。さらに、「自己指向的反応」の他者の様子に自分も苦しくなるという反応が「死にゆく患者への思い」に働いていると考えられた。一方で、「私的自意識」からの自己の感情に基づいた対応は、「死の回避」に負に働き、「他者指向的反応」の共感

的反応により「死にゆく患者へのケア」に方向づけていると考えられた。患者の死の経験のないことは、「公的自意識」が自分にできるという自己評価に働き、「死にゆく患者へのケア」に方向づけられていると考えられた。また、「接近型受容」から「逃避型受容」に関係があり、これらが混在していると考えられた。これらから、患者の死の経験は「死にゆく患者への思い」に、「私的自意識」が負に働いて「死の回避」が大きく関与するとともに、「自己指向的反応」も関与していると考えられた。「死にゆく患者へのケア」には、「私的自意識」が「他者指向的反応」を介して関与していると考えられた。患者の死の経験のないことは「死にゆく患者へのケア」に、「公的自意識」が関与していると考えられた。しかし、患者の死を経験をしている学生が41名と少なかったことから、経験の有無によるモデルの相違を検討するには無理があり、対象者の数を増やしていく必要があると考える。

ペットの死の経験は、「私的自意識」からの自己の感情に基づいた対応が、「死の回避」に負に働くとともに、「他者指向的反応」の共感的反応に関係していると考えられた。ペットの死の経験のないことは、「公的自意識」が自分にできるという自己評価に働き、「死にゆく患者へのケア」に方向づけられていると考えられた。「想像性」の観察者である自己の理解は、「他者指向的反応」の共感的反応に関係するとともに、「死の回避」を弱める方向に働いていると考えられた。これらから、ペットの死の経験のないことは、「死にゆく患者へのケア」に「公的自意識」が関与していると考えられた。

講義の経験は、「私的自意識」からの自己の感情に基づいた対応は、「想像性」の観察者である自己の理解を介して、「他者指向的反応」の共感的反応に関係すると考えられた。さらに、「死の回避」の死を避けたいという気持ちが、「死にゆく患者への思い」に関係していると考えられた。講義の経験のないことは、「公的自意識」が自分にできるという自己評価に働き、「死にゆく患者へのケア」に方向づけられていると考えられた。「私的自意識」からの自己の感情に基づいた対応は、「死の回避」を弱める方向に働くとともに、「被影響性」にも負に働いていた。「被影響性」とは、他者の心理状態に対する反応傾向である（鈴木ら、2008）。この反応が、「他者指向的反応」という共感的な反応に関係していると考えられる。そのため、他者への関心や思いやりを育める様に、学習段階に合わせた事例を用いたグループディスカッションを行うなど学生の気づきを促していく必要がある。また、「死の恐怖」からの感情が「死にゆく患者への思い」に関係していると考えられた。「接近型受容」から「逃避型受容」に関係があり、これらが混在していると考えられた。これらから、講義の経験は、「死にゆく患者への思い」に「死の回避」が関与していると考えられ

た。講義の経験のないことは、「死にゆく患者へのケア」に「公的自意識」が関与し、「死にゆく患者への思い」に「死の恐怖」が関与していると考えられた。終末期ケア受講の経験をしている学生が32名と少なかったことから、経験の有無によるモデルの相違を検討するには無理があり、1・2学年も含めて対象者数を増やしていく必要があると考える。

読書の経験は、「公的自意識」が逃避的行動の方に働き、「自己指向的反応」の他者の苦しみに対して自分も苦しくなるという反応に関係していると考えられた。また、「死の回避」という思いから、「死にゆく患者への思い」に関係していると考えられた。その一方で、「想像性」の観察者である自己の理解から「他者指向的反応」の共感的反応に関係していると考えられた。読書の経験のないことは、「公的自意識」が逃避的行動の方に働き、「死の恐怖」に関係していると考えられた。その一方で、「公的自意識」は自分にできるという自己評価にも働き、「死にゆく患者へのケア」に方向づけられていると考えられた。さらに、「他者指向的反応」は、「逃避型受容」という否定的な受容を弱める方向に関係していると考えられた。これらから、読書の経験は「死にゆく患者への思い」に、「死の回避」が関与していると考えられた。読書の経験のないことは、「死にゆく患者へのケア」に「公的自意識」が関与していると考えられた。

話し合いの経験は、「自己指向的反応」という他者の様子に自分も苦しくなるという反応が、「死にゆく患者への思い」に関係していると考えられた。「公的自意識」が自分にできるという自己評価に働き、「死にゆく患者へのケア」に方向づけられていると考えられた。さらに、「私的自意識」の自己の感情に基づいた対応が、「想像性」の観察者である自己を理解し、「他者指向的反応」という共感的反応によって、「死にゆく患者へのケア」に方向づけられていると考えられた。話し合うことによって死への関心が高まる(鹿村, 2010b)ことから、「他者指向的反応」という共感的反応を高める可能性が示唆された。話し合いの経験のないことは、「公的自意識」が逃避的行動の方に働き、「死の恐怖」という感情が「死にゆく患者への思い」に関係していると考えられた。さらに、「他者指向的反応」の共感的反応が「死の回避」を弱めていると考えられた。これらから、話し合いの経験は「死にゆく患者へのケア」に「公的自意識」と「他者指向的反応」が関与し、「死にゆく患者への思い」に「自己指向的反応」が関与していると考えられた。話し合いの経験のないことは、「死にゆく患者への思い」に「死の恐怖」が関与していると考えられた。

II. 本研究の限界と今後の課題

質問紙は大学の教職員から学生に配布されて記入し、回答者自身で回答用紙を密封し返送してもらった。回収数は、3学年178件、4学年452件の合計630件であり、回収率が22.5%と低かったことから、本研究が看護系大学の学生の考えを十分に反映できていないことを考慮する必要がある。3学年の回答数が少なかったのは、調査時期が10月から1月であり臨地実習の期間中であったことから、学年別の回答者数の差が大きくなった。そのため、学年による差については考慮する必要がある。また、性別に関わる検討においては、看護学生は女性が多いという集団であることを考慮する必要がある。さらに、宗教の信仰のある学生が少なく、病気・けがの経験のある学生、患者の死の経験のある学生、講義の経験のない学生も少ないことから、今後対象者数を増やす必要がある。

看護学生の患者に対する死の認知の影響因子については、先行研究を基に設定した。しかし、データのフィッティングが悪いため、「援助規範意識」をモデルの中に組み入れることができなかった。

今後は、縦断的調査により看護学生の患者に対する死の認知モデルの変化の過程を把握し、看護基礎教育における有用性を検討していくことが課題である。

III. 看護学生の死にゆく患者への看護ケアの行動化に向けての教育の今後の展望

本研究の結果から、死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルでは、死に対する態度の「死の恐怖」と「死の回避」が「死にゆく患者への思い」という患者と接することの困難さに影響を与えていた。死に対する感情の多くは恐怖である（星ら，1994；平田，1999；一色ら，2000；新見，2002；大山ら，2003；砂賀ら，2005；落合ら，2004；鹿村，2005）ことから、学生は死にゆく患者に対して恐怖の感情を抱いていることが示唆された。また、「接近型受容」から「逃避型受容」に関係があり、死に対する態度は肯定的な受容と否定的な受容が混在していると考えられた。このことから本研究の結果は、風岡ら（2008）の過去35年間の看護学生の死生観の研究の概観から、看護学教育によって死に対する恐怖と不安は変わらず、死の受容にあたるような死生観へ芽生えは少ないという報告と概ね一致すると考える。

「死にゆく患者へのケア」への直接的な影響因子は、「公的自意識」「他者指向的反応」である。「公的自意識」は、他者から見られる自己への意識であり、「他者指向的反応」は、他者に対する共感的な反応である。

「公的自意識」の強い人は他者から見られているという意識を持ちやすい。他者の存在の自覚により、結果予期がプラスであれば適合に、マイナスであれば回避が働く（押見、1992）。ケアをしようとする状況が「公的自意識」の結果予測ができるという自己評価であれば「死にゆく患者へのケア」に、難しいという自己評価であれば「死にゆく患者への思い」に働く可能性が示唆された。さらに、他者への共感的反応がケアの行動化を促すことが考えられた。そして、「私的自意識」は、「他者指向的反応」を介して「死にゆく患者へのケア」に関係があった。辻（1993）は、「私的自意識」のもたらす心的過程は、刺激に注意を集中すると、それにまつわる感情が強められ行動化が生じると述べている。この理論に当てはめると、患者の死という刺激に対しそれにまつわる感情が強められることになり、共感性を介してケアの行動化が生じると考える。押見（1992）が、公的自意識の高いものは社会的アイデンティティを重視し、相手に合わせて行動を行おうとする。また、私的自意識の高い者は自己の感情や動機などに関して情報処理を行い、自分の感情に忠実な対人行動をとると述べていることから、本研究の結果を今後の教育に活用できると考える。

「死にゆく患者への思い」への直接的な影響因子は、「死の回避」と「自己指向的反応」である。「死の回避」は「死の恐怖」からの影響を受ける。前述したように、学生の死に対する感情の多くは恐怖である。そのため、「死の恐怖」という感情をどのように受け止めていくのが、看護基礎教育における今後の課題であると考えられる。

「自己指向的反応」は「公的自意識」からの関係を受ける。菅原（1984）が「公的自意識」は、対人不安意識と自己顕示性とに正の相関があり、対人不安意識の強い者は他者からの逃避的傾向をもつことを指摘した。この他者から逃避したいという気持ちが、「自己指向的反応」の他者の感情に対して苦しくなり、「死にゆく患者への思い」になると考えられた。そのため、対人不安意識を緩和することによって、「死にゆく患者への思い」を弱めることが示唆された。

このモデルに影響を与える要因については、教育に関わることについて述べる。

患者の死の経験は、「死にゆく患者への思い」に「私的自意識」から負の関係を受けて「死の回避」が大きく関与するとともに、「自己指向的反応」からの関係もあった。「死にゆく患者へのケア」には、「私的自意識」が「他者指向的反応」を介して関係があった。自己の感情からは死を避けてはいけなかつとも、「死の回避」から患者と接することの困難な思いが生じていると考えられた。その一方で、自己の感情は共感的な反応から「死

にゆく患者へのケア」に強く関係するという、アンビバレントな思いを抱いていることが伺えた。

臨地実習において死にゆく患者を目前にしたときに学生は、衝撃の時期から逃避の時期、そして迷いの時期を経て受容の時期に至ることを、荒木ら（1994）が見出していることから、患者の死の経験はケアの行動化に関係を与えていることが推測できる。

終末期ケアの教育において教員・看護師は、質の高い実習を展開するために学生に対してロールモデルを示している。舟島（2010）が、教員のロールモデル行動とは、多様な機能を果たす看護専門職者としての態度を反映し、しかも学生が観察を通して共感、同一化を試みる行動であると定義している様に、学生が看護専門職者としての態度を修得するためにロールモデル行動は重要である。また、学生の患者の看取りというゴールを達成するために、コーチングスキルを活用している。コーチングにおける主なスキルは、「傾聴」「質問」「提案」「承認」である（日野原ら，2003；鱸ら，2010）といわれている。教員・看護師は、コーチングスキルを用いて学生の中に生じている患者の死に対する感情や葛藤を傾聴して共感し学生の考えを引き出す。このような実習から、学生は死にゆく患者へのケアを実践し、その体験を通して死にゆく患者に対する死の認知能力も高められると考える。

本モデルの活用により、死にゆく患者を目の前にしたときの感情やケアをしようとする気持ちを学生自身が知ることで、死にゆく患者に対する認知能力が高まることが予測できる。そのため、学生はロールモデル行動に対してより共感、同一化を試みる様になると考える。また、学生の患者に対する死の認知が明らかになれば、教員・看護師は、質問や承認等のコーチングスキルを適切に活用できるようになり、学生の能力をさらに引き出せるようになると考える。

現状の看護学教育カリキュラムからは、全ての学生が死にゆく患者を実習で受け持つことは困難である。そのため、学生が死をリアルなものとして捉えることのできる学習方略が求められる。

講義と読書の経験においては、「死にゆく患者への思い」に「死の回避」からの影響があった。話し合いの経験は、「死にゆく患者へのケア」に「公的自意識」と「他者指向的反応」からの影響があると考えられた。このことから、講義や読書では、死を避けたいという思いからの影響により、死にゆく患者と接することの困難さを和らげることは難しいことが示唆された。一方で、話し合いの経験によって、自分でできるという自己評価と他者への共感的反応から「死にゆく患者へのケア」を方向づけていると考えられた。したがっ

て、死にゆく患者の看護ケアの行動化を促すためには、死について話し合うことの有用性が示唆された。

以上述べてきた死についての学習経験は、研究対象者が3・4学年であることから、経験がないと回答していても患者の死を除き、既習しているものとする。つまり、死に関して学習していてもその意識化ができないことが考えられる。経験したと回答している学生に比べると小さいものの「死にゆく患者へのケア」に関係があることから、死に関する学習をしたという自覚がなくとも、死にゆく患者に対応することはできていると考える。しかし、死についての学習の経験を自覚してこそ、ケアの行動化に繋げることができるものとする。そのため、ケアの行動化を促すためには、学習したことを自己の中で意識化し深める様な学習方略を考案することが必要となる。

「死にゆく患者への思い」を弱めるためには「公的自意識」の特徴の一つである対人不安意識を和らげることによって、他者の苦しむ様子に対する感情的な反応も和らぐことになると考える。対人不安の意識の強い者は、他者のまなざしに対する緊張感、不安感、そこからの逃避傾向を基調とした反応傾向を持つ（菅原，1984）。対人不安の意識が強い場合には、対処行動がうまく取れれば自分に自信がつくことが指摘され（八木，2008）、青年女子では自己効力感の高さが対人関係に関連している（鈴木ら，1999）。対人不安意識を和らげるためには、日ごろの学習から対人関係において成功体験を重ね、自己効力感を高めていくことの必要性が示唆された。さらに、「私的自意識」が高まると、自分の態度や信念をより正確に知り得るので、この信念に自己の行動をより近づけるようになり、「公的自意識」が強ければ多くの注意が他者に向けられ、他者の情報はより正確に認知される（辻，1993）ことから、この2つの「自意識」の状態と、援助的人間関係の成立において重要な特性である他者に対する共感的反応を考慮したうえで、死についての熟考を促すことが求められる。

死生観は、死を経験することによって受動的に形成されるのではなく、能動的に自己の内部で扱い吸収していきこうとする働きによって、肯定的な死生観は形成される（丹下，1994）。Durlak（1994）は、死に対しての学生の感情や印象を話し合うことが有用であると述べている。Attig（1994）は、記憶や体験談に潜む意味や価値を探ることが必要であるとして、それに基づいたディスカッションを実施している。また、学生の経験が浅い場合にはビデオ学習も効果的であると述べている。Mooney（2005）は、死についての教育プログラムを作成した。Collett-LesterによるFear of Death Scaleを用いて調査を行い、

死についての教育プログラムの有用性を確認した。このプログラムの特徴は、講義の後に構造化熟考のためのモデルを用いたセッションを設けたことであり、死についての経験やその背景因子等についての考えを深めることで、死についての不安が減少したという教育効果を得ている。これらから、学生が死について熟考できる学習方略の考案が、ケアの行動化を促すための教育プログラムの構築において重要であることが示唆された。

本研究の結果から、死にゆく患者の看護ケアの行動化に「公的自意識」と「他者指向的反応」が関係し、死について話し合うことの重要性が示唆された。さらに、「死の恐怖」は「死の回避」に、「死の回避」は「死にゆく患者への思い」に関係があることから、死についてのネガティブな感情が死を避けたいという気持ちに繋がり、患者に対するネガティブな思いに関係することが示唆された。そのため、End-of-Life Care を教授する前段階として、基礎看護学において死に対する態度を育み死にゆく患者へのケアの行動化を促すためのプログラムを以下のように考案した。

1. 死にゆく患者の看護ケアの概要を講義する。
2. 死についての感情や印象についてのディスカッションを通して、学生自身が死について抱いている感情と向き合い、「私的自意識」という死に関わる自己の感情と「自己指向的反応」という他者の様子に自己が苦しくなるという反応について理解する。その一方で、「公的自意識」の他者の視線を意識させ自己モニタリングの視点から、看護学生という自分の立場を理解する。
3. 「公的自意識」という他者の視線への意識における対人不安の大きい学生を配慮するために、コミュニケーションの学習におけるプロセスレコードを活用し、成功体験を見出す。うまくいかなかった体験においては、どのようにすれば成功体験に結びつけられるかをディスカッションし、自己効力感を高める。
4. 死は身近なものであり考えていくことの必要性をリアルに感じとってもらうために、学生の祖父母または父母から死についての経験や考えについてインタビューを行い、その結果をレポートする。
5. それに基づいたディスカッションをグループで実施し、経験談に潜む意味や価値を多面的に探る。さらに、身近な人からのインタビューであることから「他者指向的反応」における共感的反応を高めることも学習のねらいとし、死を畏れつつも死と向き合いケアの行動化をすることはどのようなことなのかをディスカッションの成果とする。
6. ディスカッションした内容を模造紙に書き掲示し、学生同士で意見交換する。

第7章

7. その結果を基に、死にゆく患者の看護ケアにおける看護学生の役割について考える。

第8章 結論

本研究は死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルを作成し、死にゆく患者への看護において学生の死と向き合う態度を形成し、ケアの行動化を促すための教育を構築することを目的とした。

予備的調査では、2学年から4学年の看護系大学に在学する学生を対象に、死の認知に関する半構成的グループ・インタビューを実施した。そのインタビュー内容より項目を抽出して質問紙を作成し、看護系大学4校に在学する1学年257名、2学年169名パイロットスタディを実施した。本調査では、平成24年度までに完成年度を迎えた関東地方10校、近畿地方8校の看護系大学に在学する3学年1,234名、4学年1,566名を対象に質問紙調査を実施した。これらから以下の結果を得た。

1. 看護学生の患者に対する死の認知における主となる概念として、【死に対する意識】【死にゆく患者へのケア】【死にゆく患者への思い】を見出した。
2. 看護学生の患者に対する死の認知の質問紙は、2因子から構成され、第1因子に「死にゆく患者へのケア」、第2因子に「死にゆく患者への思い」と命名した。
3. 死にゆく患者に対する看護学生の死の認知モデルでは、「公的自意識」は、「自己指向的反応」「被影響性」「死にゆく患者への思い」に関係するとともに、「死にゆく患者へのケア」に関係していた。「私的自意識」は、「想像性」「他者指向的反応」「視点取得」に関係していた。「他者指向的反応」は、「視点取得」と「死にゆく患者へのケア」に関係し、「接近型受容」は「逃避型受容」に関係していた。「死の恐怖」は「死の回避」に関係し、「死の回避」と「自己指向的反応」は「死にゆく患者への思い」に関係していた。
4. 「死にゆく患者へのケア」への直接的な影響因子は、「公的自意識」「他者指向的反応」であった。「死にゆく患者への思い」への直接的な影響因子は、「死の回避」と「自己指向的反応」であった。
5. 教育に関わる本モデルに影響を与える要因については、終末期ケアの講義と読書の経験のある学生ではない学生より、「死の回避」が「死にゆく患者への思い」に関係し、話し合いの経験のある学生ではない学生より「他者指向的反応」が「死にゆく患者へのケア」に関係していた。

以上から、学生の死にゆく患者の看護ケアの行動化には「公的自意識」と「他者指向的

第8章

反応」が関係し、死について話し合うことの重要性が示唆された。さらに、「死の恐怖」は「死の回避」に、「死の回避」は「死にゆく患者への思い」に関係があることから、死についてのネガティブな感情が死を避けたいという気持ちに繋がり、患者に対するネガティブな思いに関係することが示唆された。