

個人別態度構造分析による看護師のスピリチュアリティ構成概念 に関する事例研究

1. スピリチュアル概念と緩和ケア

WHO¹⁰⁾の定義によれば、緩和ケアの目的は治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、患者と家族にとって可能な限り最高のQOLを実現することである。すなわち、疼痛をはじめとする様々な症状を緩和し、精神的ケアやスピリチュアルなケアなどを通して死の瞬間まで生き活きとした生を支え、家族が患者との別れを乗り越えていけるように支援することである。つまり、単に身体的な症状や社会的な状況を整えるだけでなく、患者や家族が真に望んでいること、病や死に向き合いつつも幸福であり続けること、QOLを高めることが緩和ケアの目的であり、「スピリチュアリティ（霊性）」というキーワードが重視される。筆者が医中誌Web版Ver.3で「スピリチュアル」および「スピリチュアリティ」をキーワードに検索をかけたところ、1984年以降の論文数は会議録を除いて288件であった。そのうち1996年以前の文献は10件であり、1996年以降に特に緩和ケア領域においてスピリチュアル・ペインなどの研究や実践が積み重ねられていることが見いだされたことから、医療分野におけるスピリチュアリティ研究の重要性が日に日に増していることがうかがえる。

今やスピリチュアリティという概念は、医療分野にとどまらず、心理臨床や教育の現場でも取り上げられるようになってきている。Elkins et.al.¹⁾は、人間性心理学の観点から「ラテン語でSpiritus（いのちの息吹き）を意味するスピリチュアリティとは、超越的な次元への自覚を通じて生じ、自己、他者、自然、人生、そして究極のものとして考えられるあらゆる事に関して同定可能な価値によって特徴づけられる存在と経験の様態である」と定義している。その一方で、スピリチュアリティ概念の定義は「人生の意味」「生きる目的」といった個人的なものから、「大いなるものとの結びつき」といったトランスパーソナルな次元における「つながり」の体験、さらには仏教でいうところの「空」の概念にまで拡張することもでき、共通した認識を得ることが困難な概念でもある。

たとえば、田崎ほか¹⁰⁾は大学生や医療関係者、宗教者、慢性疾患患者などを対象として、WHOのスピリチュアリティ概念項目に対するイメージや考えを面接調査し、日本人のスピリチュアリティ概念が曖昧であることを明らかにしている。また今村ほか⁴⁾は海外のスピリチュアリティに関する先行研究（看護研究）をレビューし、スピリチュアリティに関する表現内容を分析している。その結果、スピリチュアリティは個人と神、自己、コミュニティとの関係性、つながりによって表現されること、スピリチュアリティの表現形が統合レベルによって異なっており、その人のもつスピリチュアリティによって、幸福な状態、あるいは逆にスピリチュアル・ペインが生じる状態につながる事が示唆されている。

このように、スピリチュアリティは多義性をもった概念であると言え、そもそも個人の感性によってその認識は異なるものである。しかしながら、緩和ケアをはじめとするケアの臨床現場において、少なからずその重要性を認識している当事者がいることは疑いの余地がなく、その概念構造および表現形を明らかにしていくことが今後の看護ケアの新たな

展開に繋がるのではないだろうか。一方、ケアする者のスピリチュアルな態度がケアを受ける者へのスピリチュアリティに影響を与えることも予想できる。したがって、看護ケアにおけるスピリチュアリティおよびスピリチュアル・ヘルスへの関与のあり方を検討するためには、緩和ケアに携わる認定看護師（ホスピス、がん性疼痛）がもっているスピリチュアリティ概念を質量の両面から分析していき、探索的な研究を始める必要がある。

2. 看護師のスピリチュアリティ観を明らかにすることの意義

看護師は「ケアの専門家」である。Mayeroff⁵⁾によれば、人をケアすることは、相手が成長するのを援助するだけでなく、ケアをすることを通じて世界の中に自分の居場所を得ることができ、人生の意味を生きることができるという。ケアするという営みは人間の本質的な活動様式、存在様式であり、人生におけるさまざまな価値と活動はケアを中心として秩序づけられるのである。

また、Noddings⁹⁾は、ケアは人間にとって基本的な欲求であると主張している。ケアという営みを通して、人と人のつながりを確認し合い、そうした相互の関係が人間にとって深い喜びの源泉となると指摘する。さらに、Miller⁶⁾は、ケアによってもたらされた「つながり」を「いのち」の次元まで深めることが、この世界に存在するもの全てが互いに関連し合って存在するという「全体性」という概念をもたらすことになるという。その全体性こそが、緩和ケアに従事する看護師にとってのスピリチュアリティ構成概念の核になるものといえよう。

このように考えるならば、患者やその家族との人間関係要因を通じて、ケア提供者である看護師自身がスピリチュアルな成長を遂げていくプロセスというものを想定することができる。また、逆に看護師自身の個人的なスピリチュアリティに関する体験が、緩和ケアなどの看護実践の活動に反映されている側面もとらえられるかもしれない。

3. 研究手法の検討

それに加えて、Ferrer²⁾の言うように、参画的な知とは、合理的精神による知のみならず、ハートの情動的、熱狂的な知、感覚・身体的な知、魂によるヴィジョンや直感的な知を含む多次元的なリアリティへの接触を含んでいる。したがって、研究者は単なる合理的、客観的な観察者、分析者である必要は必ずしもない。むしろ、対象者との「対話」を通じて、対象者のスピリチュアリティに関する情動に共感し、体感的反応の共有化も試みながら、協同作業を通じて参画的なデータを得るようにする姿勢も要求される。これは、Gergen³⁾などに代表される社会構成主義、ひいてはナラティブ・アプローチにも通じるものである。研究を実践に結びつけるためには、研究者自らが「場」の中に参画して、体験的な理解を図りながらデータを得ていく姿勢が要求される。

スピリチュアリティの研究に際しては、対象者の心理的イメージ空間に着目することもまた重要な側面である。個性記述的アプローチは、これまで事例研究を中心に行われてきた。たとえば、心理臨床学的な研究は膨大な量の逐語録から対象者の内的世界の読み取りを行い、研究者がそれに解釈を加えるという方法で実施されている。しかし、得られた事例データをどのように解釈するかは、最終的に研究者の主観による部分が大きく、データの吸い上げが恣意的であるという欠点を持っている。

こうした事例研究法の限界を克服しようとする試みの1つに、個人別態度構造分析 (Analysis of Personal Attitude Construct ; 以下PAC分析と略記する) があげられる。PAC分析は、内藤⁷⁾が開発した分析法である。すなわち、質的分析 (言語連想) と多変量解析 (クラスター分析) を組み合わせ、研究者と対象者いわゆる被験者の「対話」を重視した研究方法である。この方法は、そもそも社会心理学の領域で提唱され、次第に心理臨床や関連諸分野に広がってきている研究方法である。基本的には質的分析でありながら、多変量解析の結果を対象者にその場で提示し、焦点となる概念の「外在化」を行うことで劇的な治療効果も生じることがあり、通常1～2時間の面接で完結する短期療法的な性質も持っている心理臨床的な技法でもある。

4. 研究目的

本研究では、スピリチュアリティをとらえるための試みとして、PAC分析による看護師のスピリチュアリティ構成概念の検討を行う。緩和ケアにおいてスピリチュアルな視点が鍵概念であることは、既知のことである。しかし、スピリチュアリティ概念の捉え方には大きな個人差があり、患者の揺れ動きをケアする看護師の態度にも特徴があると考えられる。本調査では緩和ケアにおける看護師の人生観、信念の諸側面に関する認識や、緩和ケアに対する看護師の態度の構造を明らかにすることを目的とする。

方法

1. 対象者

A 大学附属病院において、緩和ケア領域を専門とする看護師2名を対象者とした。

2. 調査時期

2003年12月～2004年2月で、対象者と任意で決定した。面接は1人1回 (1回60分程度) とした。いずれも、対象者の勤務時間の前後に面接を実施した。

3. 調査手順

- 1) 対象者に研究の趣旨を説明し、同意を得る。同意が得られなかった場合、あるいは調査の途中で中止を申し出られた場合には、理由のいかんに関わらず中止をする。その上で、対象者の自発性に基づいて契約関係の形成を行った。
- 2) 基本的にはPAC分析の手順に準じて、データを収集した。また、面接中の対話内容は対象者の許諾を事前に得た上で、テープに録音し、後で逐語録を作成した。内藤⁷⁾のPAC分析に関する標準的な手順では、契約関係、連想順位と重要順位の測定、類似度距離行列の作成、クラスター分析、対象者による解釈と報告、その記録、総合的解釈のセグメントに分かれる。本研究では、看護師の職務上の性質から、長時間にわたるワークと面接を連続して実施することが困難であると判断されたため、まず個人作業として、¹⁾ の作業を対象者に事前ワークとして実施し、得られたデータを研究者側でクラスター分析にかける ²⁾ のステップを経た上で、対象者との半構造化面接を実施し、残りの ³⁾ のステップに臨むことにした。

A. 事前ワーク

連想順位の測定：「スピリチュアルケア」「スピリチュアリティ」をキーワードに自由連想法で数十枚のカードに内容を記載してもらおう。このワークは、対象者が自宅等に持ち帰って静かな場所で単独で行い、連想順に黒でナンバリングし、想起順位を作成してもらおう。

重要順位の測定：次に、カードを対象者が重要と思う順に並べ替えてもらい、重要順位を赤でナンバリングしてもらおう。

類似度の評定：各カード間の類似度距離行列を作成するために、カードをランダムに対で選択し、主観的に7段階の評定尺度（まったく似ていない=7、非常に似ている=1）を用いて評定してもらおう。

B. 研究者による処理

評定結果を対象者から回収し、統計解析ソフト HALWIN を用いて類似度評定値から距離行列を作成し、ウォード法によるクラスター分析を行なう。

クラスター分析によって得られたデンドログラム(樹形図)に連想項目の内容を記入し、研究者がまとまりを持つクラスターとして解釈できそうな群にまとめる。

C. 面接

事前ワークの資料を得た上で、対象者に対して面接を実施する。その際、以下の点について対象者に質問を繰り返す。

カード群に共通するイメージやそれぞれのカードが併合された理由、および群全体が意味する内容の解釈を対象者に求める。

クラスター間を比較させてイメージや解釈の異同を語ってもらおう。

研究者にとって解釈しにくい個々の項目を取り上げて、個別のイメージや併合された理由について補足的質問を行なう。

各連想カード単独で、イメージがプラス(+)、マイナス(-)、どちらでもない(0)のいずれに該当するかを尋ねる。

完成したデンドログラム全体を見た印象、面接自体に対する感想について述べてもらおう。

4. 倫理的配慮

本研究はスピリチュアリティという、きわめて個人的かつ内面的な課題を取り扱うものであり、プライバシーの擁護は当然のことながら、対象者の心理的な反応には充分注意をはらう必要がある。特に心理的な動揺が激しく、調査への参加継続が困難であると判断されたときには、速やかに面接を中止する旨を対象者に事前に伝え、インフォームド・コンセントを得た。

結果と考察

1. 事例1：A 看護師（32歳、女性、臨床経験12年目）

事前ワークのデータは2003年12月26日に回収し、面接日時は2004年1月20日17:00～18:00であった。

Fig.1 入る

クラスター分析の結果、8個のクラスターが見いだされた。A看護師との対話から、彼女のスピリチュアリティ構成概念は、第1クラスター「人の手で操作できないもの；生命のエネルギーの源」、第2クラスター「身近なもの」、第3クラスター「実現可能なもの」、第4クラスター「危機と喜びに向けた選択」、第5クラスター「その人の人生における意味」、第6クラスター「人生の終焉」、第7クラスター「ケアに含まれるもの」、第8クラスター「スピリチュアルペイン」であると解釈された。

このうち、A看護師のスピリチュアリティ構成概念の中心的要素となるクラスターは、第1クラスターの「人の手で操作できないもの；生命のエネルギーの源」であることが、対話を通して明確になった。

Table 1 第1クラスターの総合的解釈に関連する対話(抜粋)

(R:研究者の発話 P:対象者の発話)

R: 宇宙とは、どういうことですか？
P: 宇宙人とか、神さまとか、そういう宇宙規模のことですよ。存在ですね。大きな存在…計り知れないもので、想像もつかないスケールの存在のことです。こういうこと言うと、宗教っぽくなってしまいうんですけどね、何か目に見えない大きなものですね。神ということもあるかもしれませんが、自然そのものっていう感じもするんです。

さらに、対話を通じて明らかになったことは、A看護師の身近な体験や緩和ケアを通じた実践の中で他人を通して見ているスピリチュアリティ観が表現されていることである。第2クラスターに関連する語りに着眼してみよう。

Table 2 第2クラスターの総合的解釈に関連する対話(抜粋)

(R:研究者の発話 P:対象者の発話)

R: 死を通して見えてくるものですか？
P: そうですね。もちろん、自分の死ということもありますね。いつも自分の死について考えますから、整理するという意味でね。でも、もっと身近な人の死ですね。
R: 患者さんとか？
P: 患者さんもそうですね
R: 他には、身近な人とか、家族とか？
P: そうです。そういう人が死を迎えるとき、ちゃんと整理できているかなって考えるんですよ。

このように、A看護師のケースでは、生の依って立つものとは何かという基準に従って、スピリチュアリティ概念が構成されていることがうかがえるような結果であった。しかも、それは「自分とともに自然にあるもの」としてとらえることのできる体験に裏打ちされたスピリチュアリティであるといえよう。

2. 事例2：B看護師(29歳、女性、臨床経験8年目)

面接時点では一般外科病棟に所属していた。一般外科病棟とは言っても、ターミナル期

にある患者と接する機会の多い病棟である。事前ワークのデータを 2004 年 1 月 9 日に回収し、面接日時は 2004 年 1 月 20 日 15:30 ~ 16:30 であった。

Fig.2 入る

クラスター分析の結果、5 個のクラスターが抽出され、対話を通じて、第 1 クラスター「霊的苦痛へのケア」、第 2 クラスター「他者に迷惑をかけてしまう事への苦痛」、第 3 クラスター「看護ケアのスピリチュアルな部分」、第 4 クラスター「自分の思いを整理すること」、第 5 クラスター「自分の力を超えた存在」と命名、解釈された。

このうち、B 看護師の実感を伴うクラスターは第 1、第 2、第 3 クラスターであり、その他のクラスターについては比較的観念的な分類であることが明らかになった。

Table 4 第 1 クラスターの総合的解釈に関連する対話（抜粋）

(R: 研究者の発話 P: 対象者の発話)

その人の存在価値とかも関わってくると思うんですよ。自分がどういう人生を歩んできたかで、自分の存在っていうのが、どういふものであったのかを整理したり…ということに繋がると思うんで、霊的苦痛だと思うんです。
R: 自己の存在価値というのが霊的苦痛に繋がると…
P: 自分の存在価値とかが意味づけられたりとか、自分の人生はこんなんでよかったとか、こういう家族と過ごせてきて良かったとか…ということをお患者さんが話している中で、自分で整理して答えを出したりということができると、霊的苦痛のケアになるのかな…と自分の中では思っているんです。
R: なるほど…実際に、そういう経験があったんですか？
P: そう言われても、すぐには思い出せないんですけど、でもそういう話をする機会は今までに何度もあるので。患者さんに「死んじゃうのかしら？」とか言われると、どう応えていいのかわからなかったんですけど、そういうときにいろいろ話していくと、こういう話が出てくるので、すごく大事なことだと思っているんです。楽しいといったら変ですけど(笑)、でも楽しいので…
R: 霊的苦痛へのケアになっていると…
P: 患者さんが思っているというよりも、私が実際霊的ケアだと思ってやっていること…

このように、第 1 クラスターは、B 看護師の臨床実践の中で「自分が遂行できていると思える霊的苦痛へのケア」にまつわるエピソードから構成されていることが分かる。

B 看護師にとって、スピリチュアルケアを実践していく上での課題となっているのは第 2 クラスター、第 3 クラスターに含まれる体験要素であった。

Table 5 第 2 クラスター、第 3 クラスターの総合的解釈に関連する対話の抜粋

(R: 研究者の発話 P: 対象者の発話)

第2クラスターの総合的解釈
P: あとは…他人の手を借りることのつらさ…あとは、(第3クラスターの)残される家族への気づかい。…他人の手を借りることのつらさって、看護者にとっては基本的なことだと思うんですけど、悪くなってくると一人でトイレに行かれなかったりとか、着替えができなかったり、ご飯も食べられなかったりとかすると思うんです。そういう時に、とても人の手を借りることが辛いと、人に迷惑をかけることが辛いと思ってしまう人とか…もうそれだけで「自分が生きているだけで、こんなに人に迷惑をかけている」と感じてしまうことって、霊的な思いだと思うんですよ。(中略)その辛さってすごく辛いんだらうなって思うのと、それが霊的

なものの一つで、たぶんこのへんで看護師として気を使わずに頼んでもらえるかとか…関係性とかに関係してくると思うんです。
R: そういうことを見ることが多いから、スピリチュアルな現象の中ではより頻繁に見られることだと…
P: スピリチュアルってつかみどころがない部分とかもあると思うんですけど、他人の手を借りるとかいうところは、とても身近に感じます。
第3クラスターの総合的解釈
R: 残される家族への気遣いというのは、どうですか？
P: これは、入院している患者さんに援助しているのは看護師が多いと思うんで、よく見かけるんですけど…「残される」というのは変ですね…さっきのは身体の動きが取れないことでの負担で、家族への気遣いというのは、自分が入院したことでお見舞いに来てもらわなければならなかったり、入院費を払ってもらわなければならぬし、家庭の主婦だったら自分が今までやってきたことを誰かがやらなければならぬし、病気になって入院していることで家族に負担をかけていることに対する気づかい…ですね。
R: そうすると、残されるという変ですね。どちらかという、今現在のこと？
P: そうですね。だから、これ(第2クラスターの他人の手を借りることのつらさ)と近い気がする。 (中略)
R: 一つは、他者に迷惑をかけてしまうことへの苦痛。それと、今までの自分というのがあって、自分がこういうふうにしてきたからだろうか…とか、そういうことへの苦痛なのかな、と思ったんですけど、どうですか？
はあ…すごい…(笑)これがそうかどうかは分からないんですけど、これを書いているときに、そういうことはちょっと考えたんですね。こんなになってしまって、いま自分がこんな風になっているのは、きっと今まで自分がこんなことをしてきたから…とか、悪い行いをしてきたから…とか…そういう過去を後悔する人もいるだろうな…というのは考えたんです。でも、入るとしたら、(第4クラスターの)むしろ過去というのがそうですね。
R: 他者に迷惑をかけてしまうこととか、過去…例えばなにがあるんだろう？暴飲暴食をしてきたから？
P: 奥さんに暴力を振るったとか、優しくなかったとか…いるんですよー、そういう人。
R: あ、そうですね。過去というところでは、どちらかというともう既に…
P: はい、もう既に迷惑をかけてきたという…いまさら、どうしようもない…
R: 既にもうやってきてしまったことへの後悔、自責感？
P: うん、はいはい。

B 看護師は、スピリチュアリティを人間の存在のありようとして受けとめつつも、病をもち、死を意識している患者のスピリチュアルな苦悩に対して、看護師としての関わりのありようについて悩んでいる。そのことが PAC 分析によってあぶりだされ、B 看護師が自覚されるようになったことへの驚きを見せていることは、注目すべき点である。第2クラスターや第3クラスターは、患者本人や看護者が終末期に直面する課題が一括りになっており、患者だけでなく、「何をしてあげられるのかが分からない自分」に対して非常に傷ついている看護師の姿が如実に表われているといえよう。

3. スピリチュアリティに関する態度構造の比較分析

各対象者がクラスターごとに意味づけした内容をもとに、対象者のスピリチュアリティに関する態度構造を比較分析し、類似性 - 相違性をみてみよう。二人の看護師に共通しているスピリチュアリティの構成要素は「終末期の患者が自分の人生を総括し、整理する仕

事」に看護師がどのように関わっていけばよいのかという問題意識である。すなわち、A 看護師の場合、第4クラスターの「自分の思いを整理すること」と、B 看護師では第5クラスターの「その人の人生における意味」の対応性を指摘することができる。両事例では、患者との相互作用を通じて、本人がどのような人生を送ってきたのか、いま死ぬということをどのように捉えているのか、自分が死ぬことでどのようなことが心配なのか、といった話に傾聴し、患者が自己の思いを整理するのを支援することがスピリチュアルケアであると認識していることが語られた。

二人の看護師のスピリチュアリティ構成概念の相違点は、A 看護師がスピリチュアリティを「人の手によって操作することのできない超越的な側面」をもっていることを自覚しており、それに対して「介入的な姿勢」を示していないということである。A 看護師は、認知的に複雑なスピリチュアリティの図式をもっており、合計8個のクラスターが抽出されている。しかし、より巨視的な視点からクラスターを眺め直してみると、第1クラスターと第2クラスターは「自分とともに自然にあるもの」、第3クラスター、第4クラスター、第5クラスターは「自分にとっても身近だけれど、相手のことを見ている感じ」、そして第6クラスター、第7クラスター、第8クラスターは、「スピリチュアルニードとケア」という括り方も可能であるといえよう。A 看護師のスピリチュアリティ構成概念の特徴は自他の身近な体験に裏打ちされたスピリチュアリティ構成概念を保持していることである。しかも、「人間存在を超えた大いなる何か」といった要素を中心にした概念形成が行われているものと考えられる。

これに対し、B 看護師の場合は、自らの実践できているスピリチュアルケアと課題として残されているそれとの対比がPAC分析の結果に明確に反映されているのが特徴である。すなわち、看護師の使命として「死に直面している患者に何をなすべきか」という苦悩に揺れている姿があぶり出されているといえよう。

これを先行研究によって得られた看護師・看護学生のスピリチュアリティ構成概念の因子分析の結果と対応づけてみよう。先行研究において、筆者は、526名の看護師・看護学生を対象に、スピリチュアリティ傾向尺度を含む質問紙調査を実施し、その下位尺度として「生の永続性・超越性」、「無償の愛」、「身近な他者との一体感」、「実存性」、「自然との一体感」の5因子を得た。本研究の対象者が認識していたスピリチュアリティ構成概念は、そのうち「生の永続性・超越性」、「実存性」などに関する要素と、ある程度の対応が見られた。しかし、二人の看護師がそれぞれあげた構成要素は、彼女たちの生活実感や臨床経験から形成された身近で具体性を帯びたものが多く、個人に特有のスピリチュアリティ構成概念が浮かび上がってきたといえる。

結論

これまで述べてきたように、本研究ではPAC分析という手法を使って、看護師のスピリチュアリティ構成概念の個人差を明らかにすることができた。PAC分析を実施した対象者たちは一様に、自己の内面的なイメージ世界が多変量解析によって外在化されたことに対して、驚きと好奇心を示した。さらに、それが研究者との対話を通じて、明確化していったことに満足感を覚えていた。自己発見の旅を研究者との「同行二人」によって成し遂げることが可能なPAC分析の有効性を改めて確認することができたといえる。

今後の課題としては、時系列的な PAC 分析の実施によって、看護師のスピリチュアリティ構成概念の変容プロセスに焦点を合わせた研究が必要であろう。また、同じ医療現場（病棟）に所属する医療スタッフのもっている多種多様なスピリチュアリティ構成概念の相違を明確化し、その主観的世界の融合をめざすことも必要である。そのために、ワールドワークなどのグループワークの手法（e.g., Mindell,2001）も援用しながら、スピリチュアリティ構成概念の共同主観的な突き合わせを試みることも、アクションリサーチとしての実践的な意義があるといえるだろう。

引用文献

- 1) Elkins D.N. Hedstrom L.J. Leaf J.A. et al.: Toward a humanistic phenomenological spirituality; Definition,description, and measurement. *Journal of Humanistic Psychology*, 28:5-18, 1988.
- 2) Ferrer,J.N.: Revisioning transpersonal theory: A participatory vision of human spirituality. Albany: State university of New York press., 2002
- 3) Gergen,K.: Realities and relationships: Soundings in social construction. Massachusetts: Harvard University Press., 1994
- 4) 今村由香、河正子、萱間真実、水野道代、大塚麻揚、村田久行: 終末期がん患者のスピリチュアリティ概念構造の検討 ターミナルケア, 12 ,425-434, 2002
- 5) Mayeroff,M.: On Caring. New York: Harper & Row., 1971 (M.メイヤロフ 田村真・向野宣之 (共訳) : ケアの本質 - 生きることの意味, ゆみる出版, 2003)
- 6) Miller,J.P.: The holistic curriculum(Revised and Expanded Edition), Tronto: OISE Press., 1996
- 7) 内藤哲雄: P A C 分析実施法入門 : 「個」を科学する新技法への招待, ナカニシヤ出版, 1997
- 8) Noddings,N.: Caring:A Feminine Approach to Ethics and Moral Education, Univ. of California Press, 1984
- 9) 田崎美弥子・松田正己・中根允文: スピリチュアリティに関する質的調査の試み-健康および QOL 概念のからみの中で, 日本醫事新報, 4036:24-32, 2001.
- 10)WHO: Palliative Cancer Care. Policy Statement Based on the Recommendations of a WHO Consultation, 1989

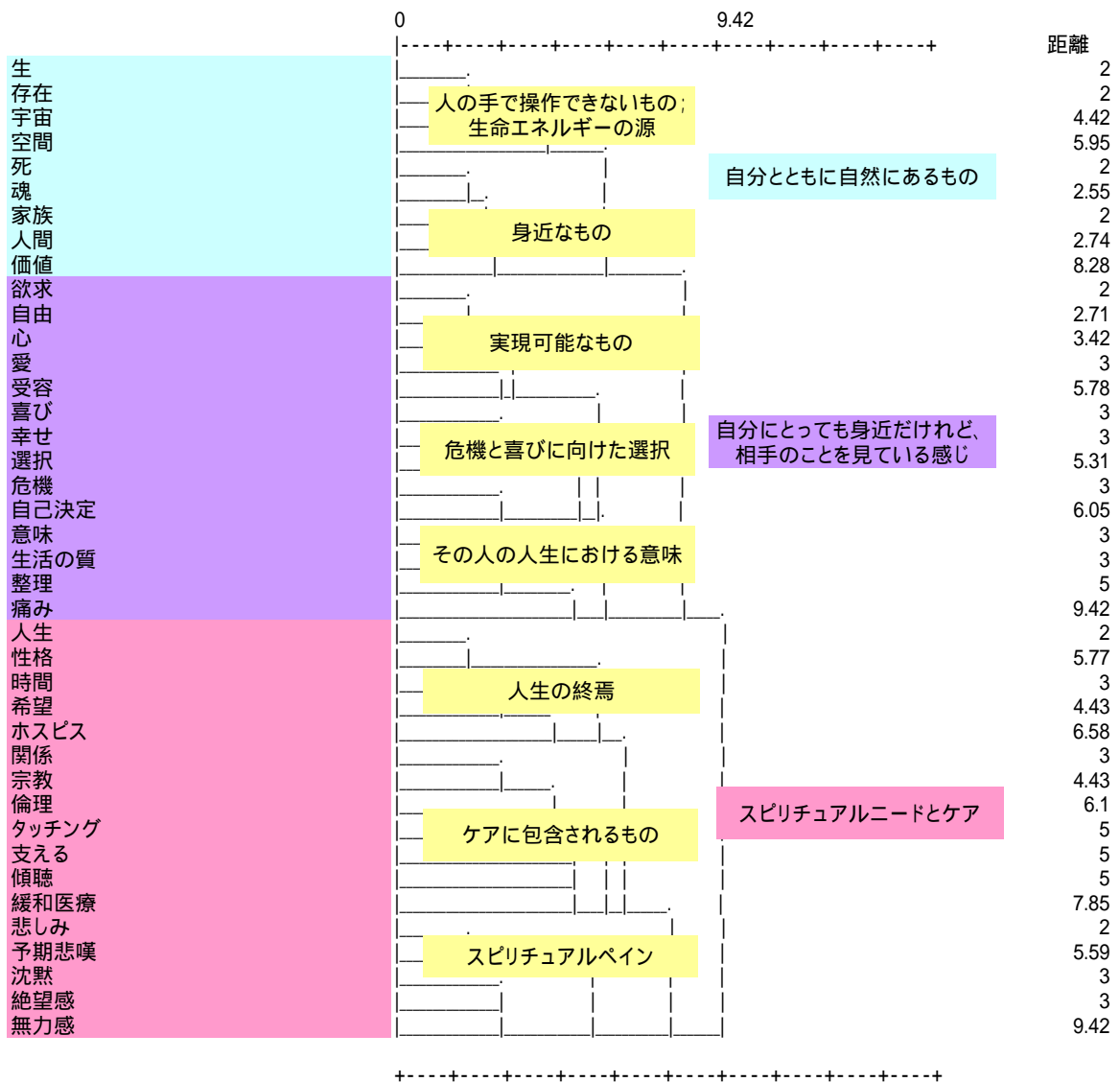


Fig.1 A 看護師のデンドログラム

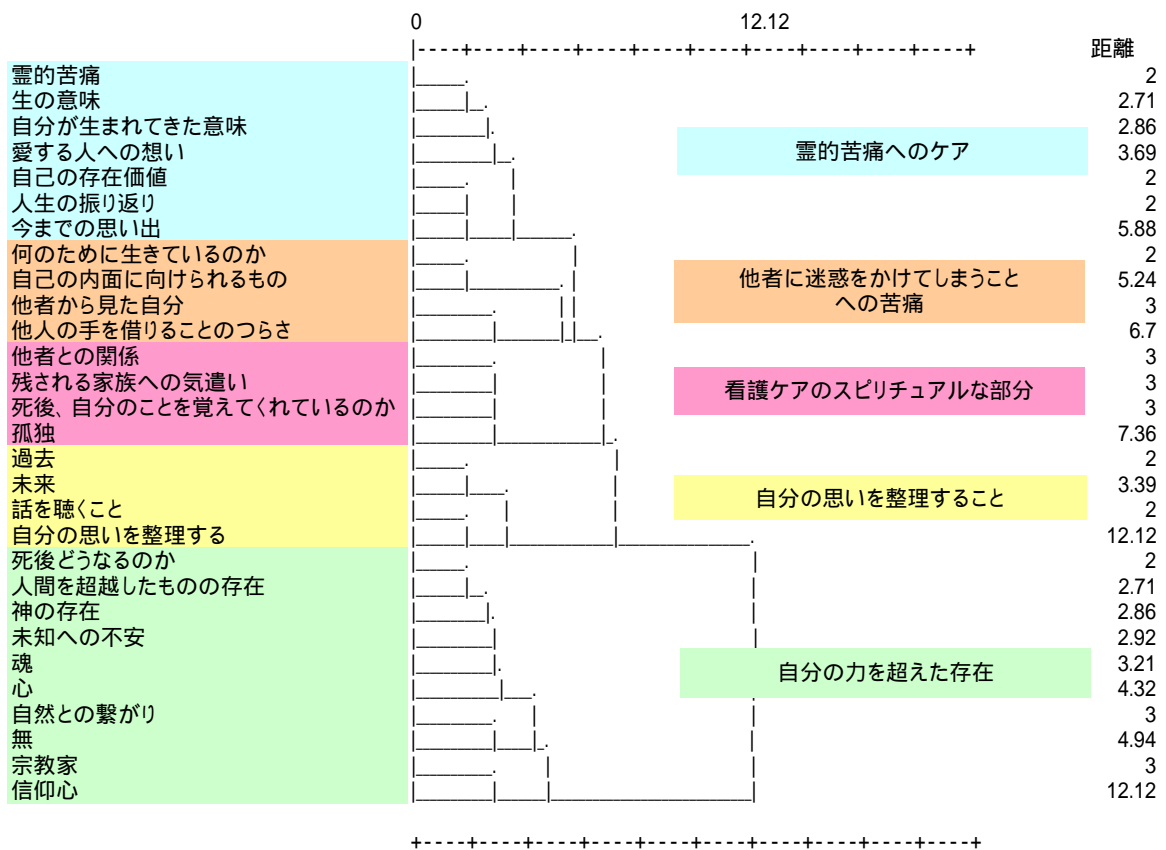


Fig.2 B 看護師のデンドログラム