

看護における臨床実習の一考察：学生の葛藤体験を中心に

岡本，陽子

<https://doi.org/10.15017/215>

出版情報：九州大学医療技術短期大学部紀要. 19, pp.5-16, 1992-03. Kyushu University School of Health Sciences Fukuoka, Japan

バージョン：

権利関係：

看護における臨床実習の一考察

— 学生の葛藤体験を中心に —

岡 本 陽 子

A Study of the Clinical Exercise in Nursing
— Around Students' Perplexity —

Youko Okamoto

Abstract

The purpose of this paper is to clarify the Meaning of clinical exercise and the difficult problem that perplexes students in nursing, and moreover to improve the learning method of clinical exercise.

Achieving this purpose, I gave our students a question 'What satisfied and dis-satisfied you in the clinical exercise?'

Their answer to the former question was to do good nursing practice of art or technic to patients. On the other hand, the answer to the latter was to be poor in communication with their patients.

As a result, the following conclusions are drawn out : 1) In the clinical exercise, the Condition and need of patients changes, unexpectedly or unpreparedly, so that students need to respond quickly.

2) The basic part of this response is communication as a practical judgement.

3) Therefore, the curriculum of clinical exercise should include learning interpersonal relationship with patients.

1. 臨床実習の意味と問題の設定

専門職業教育には現場での実習は不可欠であろう。実習によってこの教育はその目的を完了するのである。専門の知識のみを教えるとすれば、それは職業教育としては未完成というべきであろう。専門の知識は非日常的世界のものであり、現場における実習は日常世界に関わっているからである。

日常性と非日常性との関係は技能と知識、実践と理論の關係に類比されるであろう。しかし、この關係は同一ではない。たとえば、建築工事者にとって知識と技能とはその人の力量を構成

する基本的成因であろう。だが、法律家にとっては知識と技能ではなく、法学的な理論と法実践が基本的成因である。つまり、法理論と法の現実的解釈が重要となるのである。

これらに対して専門職業看護婦の活動は、知識と技能とか、理論と実践とかのカテゴリーで説明し尽くすことができない。なぜなら看護の実践は配慮する世界に関わっており、この世界は衣食住という日常感覚及び人と人との社会的關係をもって構成されているからである。

看護は人が生きる日常性、その意味ではきわめて現実的な事柄に属するのである。したがっ

て、専門職看護の教育は多様かつ多義的な目標をもつことになる。

専門職看護の教育は三つの領域を有している。第一の領域は知識・理論の領域である。これは非日常的な内容を有しており、テキストや資料を用いた講義が中心となる。これは教室内の授業であって、その意味では抽象的な記号体系が教えられる。ここには講義の他に実験も含まれる。なぜなら、実験は知識、理論の検証であって、テキストに示された内容と直結しているからである。学習目標としては理解することが第一義となる。

第二の領域は教室における実習である。ここでは主として技術、技能の習得が進められる。これは理解することより行うことに力点がおかれる。知と行とは人間においては常に不一致の状態におかれ易い。「行うことができる」が「分っていない」のは理解の問題であるが、「分っている」けれども「行うことができない」のは行為の問題である。

この領域では「行うことができる」ように学習が試みられる。これは身体的統御力の形成といえる⁽⁴⁾。なぜなら、技能というのは自分自身の身体を意のままに、しかも永続的に駆使する統御力のことだからである。この観点に立てば、技術もまた身体の統御力である。けだし、技術は身体機能の拡大である。機械を意のままに、しかも永続的に駆使する統御力であるからである。

身体的統御力の形成は練習によるほかはないであろう。練習は反復を基本にする。反復はただ同じことをくり返すだけではない。反復は技術ないし技能を保持し、強化するために行うのである。反復においては、まず誤りの消去と遅さの克服、即ち正確さと速さが目標になるであろう。もちろん、反復は一義的ではない。機器を操作する技術においてはプログラムの方法に従って学習者が一人で反復することが可能である。正確さと速さの結果は明瞭であるので、それによって学習者は再度反復を重ねることができる。

これに対して技能の学習においては模範ないし手本が必要となる。患者との面接、寝衣交換、注射、沐浴及び胃管挿入等においては指導者の行為を模倣することが有効となる。

模倣とは他者の行為を再現することである。但し、模倣は単なる「ものまね」ではない。学習における模倣は、いまだ自分にはできない行為を学びとる行為なのである。学習者はこの行為ができるようになるために反復するのである。もちろん、この場合、学習者はいまだ自分にはできない行為を学びとる「行為ができる」だけの技能水準に達していなければならない。たとえば、指導者が模範として示すバタフライを学習者が再現するためには学習者自身がある程度泳げることが不可欠である。同様に、患者に対する導尿を学習者が再現するためには学習者はその基本技術を行えることである。

第三の領域は現場での実習、専門職看護の教育においては臨床実習である。これは「個人もしくは多人数単位への看護の提供に正式に携わり、その提供に関して責任をもつ」⁽⁹⁾ことである。その臨床実習によって専門職看護の基礎教育は完了する。臨床実習はこの教育の最終段階である。最終段階であるとは、この段階が最高位であって、看護の知識、理論、技術、技能もすべて臨床実習教育の下位に属し、それに奉仕するという意味ではない。講義か臨床か、理論か実践か、理解か行為か、知識か技能かといった二極対立的問いは上下の位階を策定し、看護の意味を不毛にするであろう。最終段階であるとは、教育方法ないしカリキュラム上の事柄なのである。最終の方が教育上有効であると見るゆえに最終となったのである。

専門職看護の教育においては臨床実習は必須であるが、このことは講義や技能実習が不要だということにもならないのである。

臨床実習は現実的、具体的かつ全体的であって極めて日常性に近い。日常性はあらゆる人間的要素を含み不確実性にみちている。それは何が起きているか予測のつきがたい世界である。従って日常性に近いものの学習は、学習者が現場で能動的に行動して学ぶ外はないとの考えがある。これに対して教育は計画的方法的であって、できるかぎり予測をつけその成果を確実なものにしようとする。このため臨床実習においては観点が二つに分かれるであろう。そのひとつは試行錯誤、模索に力点をおく方策である。たと

えば、外国語を学ぶには現地へ出かけ、そこで暮すのが最上であろう。試行錯誤、模索を重ねながら学習者は外国語を習得するであろう。学習者は能動的に学びかつ外国語を全体として身につけることができるはずである。この観点に立てば臨床実習においても学習者は即座に臨床現場に置かれ、自分の力で模索しながら見よう見まねで学ぶことが効果的であるということになる。

2の観点はより方法的である。いったい、泳げない者をいきなり水の中へ投げ込むことができるであろうか。何の準備もなしに初心者を街路へ出し、車を運転させることができるであろうか。これは教育の放棄、投げやりへと墮する恐れがある。泳ぎかつ車を運転するためにはそれへの準備が必要であろう。臨床実習においても指導者は学習者がより早く、確実に、具体的全体的かつ能動的学習ができるように、目標と手順を呈示するのである。この場合、指導者は学習者が自発的かつ能動的に行動し、自ら発見できるように、従って、試行錯誤と模索が可能であるように、自由な行動を認めて実習を進めるのである。即ち、試行錯誤や模索を完全に排除しようとする機械的な方法は教育ではありえないし、それゆえ学習者の誤りやつまづきを完全に認めないような方法も教育ではないのである。

学習するということは失敗や誤りを排除しては不可能である。学習においては誰でも「やってみなければ分からない」ことをやるからである。できるかどうかやってみることによって失敗や成功に気づき、失敗によって自分の行為を修正し、成功によって次の段階へ進むことができる。臨床実習において失敗や誤りを完全になくそうとすれば何もしないか、できることだけしかしないことになるであろう。

臨床実習はこのように学習者の能動的、自発的な行為、自由、試行錯誤、模索、全体的、具体的活動を是として、学習者ができるだけ速やかに学習目的に到達できるように学習過程を方法化する。この点で臨床実習教育は日常現実そのものではなく、現実のシミュレーションなのである。即ち、学習者は易しいことからむづか

しいことへと段階的に学べるような計画の中におかれているし、むづかしい複雑な行為からは除外されているのである。また失敗や誤りは学習として許容され、他のことを学ぶために役立てられるのである。もっとも、臨床実習はひとりの患者を受け持ちその看護に参加するのであって、不確実な状況に立たされ、予測のつかない回答を迫られるのである。そこでは失敗によって学習者が患者の怒りをかたり、拒否されたり、そのことで葛藤し、遂には学習意欲をなくしてしまう場合もある。これもまた、教育であるかぎり臨床実習教育の射程内に収めておくべきことである。このことは予め学習計画の中に入れておくことは不可能であるとしてもである。いわば、知識、理論、技術、技能の学習は計画され、方法化されるという意味で明白なカリキュラム manifest Curriculum であるが、不確実な状況における学習は隠れたカリキュラム hidden Curriculum としてやはり教育の中に定位されるべきものである。

おそらく臨床実習において学習者が出会う困難な問題は、このような不確実な状況で、前ぶれもなく生じてくる問題ではなかろうか。これが学習者を葛藤させ、学習の能動的発展を阻害するのではないだろうか。とすれば、その問題はどのような内容のものであろうか。これを明らかにすることは臨床実習における学習者の指導方法に意味を与えるであろう。

以上のような問題設定によって本論文は臨床実習における学生の葛藤体験を明らかにし、それを考察したものである。

2. 調査対象と方法

対象は九州大学医療技術短期大学部看護学科3年生で、平成3年4月から7月までに九州大学医学部附属病院外科で臨床実習を終了した20名である。この臨床実習で学生は手術療法を受ける1人の患者を割り当てられてその看護を実施した。学生は実習終了の後で次に示した課題についてレポートを提出するように指示され、その文章作成による資料を検討した。

指示された課題は次の2つの問いである。

1. 看護者の援助によって患者の状況が非常によくなったこと。
2. 自分の看護介入に満足できず葛藤を覚えたり、混乱を覚えたりしたこと。

学生は表1に示したような臨床実習の目的及び目標を与えられている。ここで示された目標は

学習のための目標であってこれが完遂されることはありえないし、それを要求されてもいない。むしろこれを目標とすることによって臨床実習の方向が明瞭になり、目的とするところの問題解決能力を育成することがより可能になるのである。いわば臨床実習を方法化するうえではこのような目的及び目標を明らかにすることは必須である。

表1 外科実習の目的と目標

<p>1. 目的 外科治療を受ける患者の術前・術中・術後における生活の援助および診療の補助をとおして、看護の基本を習得するとともに、患者の健康上の問題を解決する能力を身につける。</p> <p>2. 目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 手術を受ける患者の疾患及び心理を理解し、精神的援助と身体調整の方法を習得する。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 手術に対する患者の不安・心配・恐怖などの内容把握とその意味を洞察し、それを緩和する。 (2) 患者の病状に応じた術前患者の指導を行なう。 (3) 患者の術前諸検査、治療に対する知識をもち、患者を援助する。 (4) 医師指示を理解し、患者の手術に関する手術前日及び手術当日の看護処置を確実に行う。 (5) 患者の家族に対して手術に必要な連絡・説明をする。 (6) 手術患者の診断名、病気の経過、手術前・手術後の医師の治療方針、手術術式、手術所見を確認する。 (7) 手術室看護婦に対して、手術患者の申し送りを行う。 (8) 患者と医師、麻酔医、看護婦、看護学生との相互関係の中で他と協力して看護婦としての役割を果たす。 (9) 集中治療部入室予定者に対する適切な説明を行う。 2) 手術直後から回復に至るまでの患者の治療と経過を理解し、術後合併症の予防的手段、早期回復を助ける適切な看護を習得する。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 手術直後の患者を迎え入れるための準備をする。術後ベッド、記録用紙、バイタルサイン測定器具、輸液用スタンド、酸素吸入気、吸引装置、各種ドレーン・カテーテル用の排液瓶など。 (2) 手術直後の患者の気道を確保し、呼吸器系合併症を予防する。 (3) 手術直後の患者およびベッド上安静中の患者の苦痛を増強させないで身のまわりの世話を行う。 (4) 術後患者の早期離床は、病状に応じて計画し実施する。 (5) 院内感染とくに創傷感染を防止するため手洗いを実行し、無菌操作を正確に行う。 3) 患者及び家族の疾患への理解と看護・治療への協力が得られるように援助する。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 患者の健康回復のための適切な指導・援助を行い予後不良患者の家族の不安に対して配慮する。 4) 緊急手術及び救急処置について機敏で適切な看護を行う。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 緊急入院患者または救急状態に陥った患者の検査、治療に協力しながら看護する。 (2) 緊急に用いる治療器具・薬品について知り、治療・処置を理解する。 5) 手術患者の健康問題を解決するための資料・情報を集め、健康問題を明確にし、具体的解決方法を選択し、計画を実行して、その看護の結果を評価する。 <p>3. 外科看護の特殊性</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 手術患者の特殊性 <ol style="list-style-type: none"> (1) どのような外科的処置も、患者にある種の情緒的反応を起こす。その反応は表面化している場合と、かくれている場合がある。 (2) 外科的治療の適用範囲が拡大されて、手術は新生児・幼児から高齢者、合併症を有する患者および臓器移植の患者などに行われる。 (3) 病態生理にもとづいた疾患の理解と各種の手術術式による手術後の経過や患者の変化に対応できる判断力と応急処置の実施能力が要求される。 <p style="text-align: right;">(臨床看護実習要項, 平成3年度九州大学医療技術短期大学部看護学科 p.58~59より引用)</p>

しかしながら、これはいわゆる明白な顕在的カリキュラム目標に属するのであって、学習者は目標に示されたとおりに、かつ指導者に指示されたとおりに、いわば習いかつ言われたとおりに行うようにすれば所定の目標は一応達成することができるのである。

問題は習いかつ言われたとおりのことと無関係な出来事が生じたときである。このとき学習者は自分で試行錯誤し模索し判断せねばならなくなる。このとき学習者に葛藤や混乱が生じる

のではなかろうか。

3. 調査の結果

20名の実習生が受け持った患者の実態を表2に示した。患者の平均年齢は54.65歳で、男性患者17名、女性患者3名であった。悪性腫瘍と診断されて手術療法を受けた患者は14名で、合併症保有者は12名であった。

20名の実習生が表明した問1と問2の内容は表3、表4に示した。

表2 実習性の受持患者の実態

学生	受持患者の年齢	性別	医学診断名	合併症	手術術式
1	72	男	早期胃癌	糖尿病	胃全摘術
2	55	男	左肺癌, 胸膜浸潤		左肺下葉切除術
3	59	男	肝臓癌	高血圧	肝右葉部分切除術, 胆嚢摘出術
4	71	男	腹大動脈瘤	高血圧	腹大動脈瘤切除, 血行再建術
5	51	男	閉塞性血栓血管炎	糖尿病, 高血圧	右大腿動脈・脛骨動脈バイパス法血行再建術
6	82	男	腹大動脈瘤	前立腺肥大	腹大動脈瘤切除, 血行再建術
7	33	男	気管腫瘍		気管管状切除, 再建術
8	59	男	直腸癌		腹会陰式直腸切断術, 尿管切除再建術
9	62	男	胃癌	糖尿病	胃全摘術・リンパ節郭清術
10	67	女	肝硬変症・食道胃静脈瘤・肝臓癌		肝部分切除術。脾臓摘出術, 胃上部血行郭清術
11	68	男	胸・腹大動脈瘤	高血圧	胸部大動脈瘤切除再建術
12	64	男	右肺癌	糖尿病	右肺上葉切除術, リンパ節郭清術
13	71	男	右肺癌		右肺上葉切除術, リンパ節郭清術, 胸壁合併切除術
14	55	男	左肺癌		左肺全摘術, 心嚢膜合併切除術
15	57	男	肝臓癌	前立腺肥大	肝右葉切除術・胆嚢摘出術
16	62	男	肝臓癌(転移性)	高血圧	肝右葉切除術・胆嚢摘出術
17	70	男	腹大動脈瘤		炎症性腹大動脈切除血行再建術
18	52	女	上行結腸癌	糖尿病	右半結腸切除術
19	48	女	乳癌再発, 右肺転移		胸壁全層切除再建術・右肺部分切除術
20	59	男	膵臓癌	高血圧	膵頭十二指腸切除術

表3 学生の援助によって患者の状況が非常によくなったこと

学生	内	容
1	患者の食生活について術前、術後にかけて指導を行った。患者は胃全摘術後は殆ど何も食べれないと考えていたらしく、指導後は「あー良かった。安心しました」と言っていた。患者は飲食に対する不安が取り除かれ「考え込む材料が1つなくなりました」と言っておられた。また、資料やチェックリストによる指導は良い結果が生まれた。	
2	私が何度も訪室して患者さんと話しながら他の患者さんと話し、それをまた患者に話しという風に橋わたしの会話によって少しは円滑に、少し早目に周囲の患者さんと親しくなれたのではないかと思う。また、術後臥床がちで一日を何となく過ごしていた患者に運動することを指導することで患者に変化を与えたのではないかと思われる。	
3	患者は術前から痰が出にくいといっていたので、横について一緒に咳のし方を練習した。術後に、「運動を教えてくれたから、痰がつまった時は思い出してやってみたよ」という言葉が聞かれた。 術後3日目から後頭部痛が出現したとき、蒸しタオルで温湿布をしてみたところ症状はかなり軽快し、患者の表情も明るくなった。	
4	集中治療部で手を握ったり、声をかけたりすることにより心づけることができた。足浴することで末梢循環もよくなり、よく眠れるようになった。	
6	喀痰の援助も1人でするよりも声をかけながら行うことにより大きな咳嗽ができて喀痰しやすかったと思う。喀痰の必要性についてもよく理解されており、積極的に行っておられて患者にとってとてもよかったと思う。 歩行練習については術後はほとんどベッド上で臥床しておられて、促さないと実行されなかったもので、こちらから促してよかったと思う。	
7	私が聞き役となることで患者は自分の思っていることがはっきりとするようであった。私との会話の中で手術、検査に関する疑問がはっきりとしてそれを主治医にたずねることができた。	
9	術後の創痛が緩和されたこと。適切な鎮痛薬の投与、看護婦の声かけによって患者の創痛が緩和した。離床が進んだこと。創痛のためなかなか動こうとしない患者に対して上手に励まし、ひもや椅子などを使い、適切に介助し、時に鎮痛薬を使いながら離床をすすめていた。	
10	離床について。離床計画を立て、様子をみながら実行していくことは早期離床につながり、よい結果となることがわかった。	
11	肺炎、無気肺等の合併症が予防できた。褥瘡が予防できた。集中治療部に入室している時、慣れない場所で、看護婦さんも知らない人がいる中で、できるだけそばにしているようにしていたので少しは気がまぎれたのではないだろうか。	
12	術前における呼吸器合併症や上肢機能障害、排泄障害を予防するために訓練について、始めは「必要ない、その時になればできる」と受け入れが悪かったのですが、必要性を説明し、理解してもらえ、その後は積極的に訓練された。そのおかげで、術後、ベッド上での排尿もスムーズに行え、喀痰のとき、腹圧をかけて出すことができ、患者も「腹式呼吸の練習が役に立った」といわれた。	

表3 学生の援助によって患者の状況が非常によくなったこと

学生	内	容
13	<p>入院してはじめての頃は緊張と不安とで訴えが少なく、自分と夫人とで解決しようとするところがあったが「何でも言ってくださいね」と訪室の度に負担にならない程度に声をかけて言っていると、信頼して訴えてきてくださるようになった。</p> <p>排ガスが術後1日目になかった時、腹部マッサージをすることによって患者さんの表情がとても柔らかになり、安心される様子がわかった。その後、排ガスもあり、腹満も軽減できた。</p> <p>術前の呼吸訓練、術後の深呼吸、体位変換、上肢運動など自発的に行おうと努力される姿がよくあらわれていた。一生懸命必要性を説明し、「がんばられていますね」とか「今日は何回しましょうか」と励ましを行った結果ならば嬉しい。</p>	
14	<p>術後の日数に合わせて運動（体位、歩行・IDSEP）を促し、患者に目標をあたえることによって、患者は制限されていたことがどれ位、開放されているのかということ認識することができたと思われる。患者は回復に対する意欲が強く、看護者が促したことを即やってみようという姿勢が感じられた。</p>	
16	<p>頻回に訪室し、話し相手になることにより、不安の軽減や退屈な入院生活に変化を与えたのではないかと思う。</p>	
17	<p>術後下肢冷感の軽減、足浴を行い、ゆっくりとマッサージを行い、冷感の軽減に努めた。結果、非常によくなったとまでは言えないが、冷感による苦痛の軽減はでき、その後、患者は安楽に休むことができたようだった。</p> <p>患者自身の疾患の理解へのサポート。患者の希望もあって、腹大動脈の解剖学的な図説、人工血管置換の実際をイラストにてパンフレットを作り、大変喜んでもらった。</p>	
19	<p>患者さんも言うてくれたが、術後、動けない状態である時、看護者としてはまだまだ未熟である自分だが、ずーっと一緒にいて細かに看護していた。自分としては言葉かけに注意し一生懸命看護した。誰かが側にいてくれることはきっと安心につながり、精神的安静になったと思う。</p>	
20	<p>術前の不安。一人で過ごすことの多かった時間を、少しでも話を聞くことで不安を軽減することができた。術前だけでなく、術後訪室することで、どんなケアを望んでいるのか知ることができ、少しは楽になれたようである。</p> <p>ドレーンの管理。「引っぱったり、忘れたりする」と言っていたPTCドレーンについても抜けたり、逆流したりすればどうなるかを説明したところ理解を得て、以後は注意してドレーンを扱っていた。</p> <p>食事指導。胃切除したため、分割摂取をすすめた。また、ゆっくり食べることを指導した。もともと早食いであることから最初はうまくいかず、腹痛を訴えられることもあったが、何度も説明し、また、パンフレットを用いて、説明することで理解を深めてもらった。更に食事を直接観察し、指導したことで摂取方法がずい分改善され、腹痛の訴えも減少した。</p>	

表4 学生が自分の介入に満足できず、葛藤を覚えたり混乱を覚えたりしたこと

学生	葛藤 や 混 乱 の 内 容
1	一番混乱したことは、術後、ほとんど患者とコミュニケーションがとれなかったことだ。患者は術後の創痛と妻に対する思いで自分の中にとじこもっていた様子。術後抑うつに対してどんな声かけも反応(手ごたえのある)もほとんど見られなかった。
2	食事の点でいろいろな案を考えたにもかかわらず改善できず、「全然よくならなくて悪いねえ」と患者さんに逆に謝られたこと。 「転移があるくらいだからだいぶひどい癌だよね」といわれて、何とっていいかわからなくなってしまったこと。
3	術後の患者の言動に対する受け答え。 私の受持患者は身体面の術後回復は順調で特に問題はみられなかった。が術後の心理的不安が強く残っていた。術前からその徴候は見られていた。「今度手術してもまたポリープがみつかったらまた手術」という言葉が1日の会話の中で何度も出てきた。「退院しても嬉しいのは最初だけ」という言葉をもらしていた。「今回肝臓の悪いところは全部とってしまったんですから大丈夫ですよ」といってみた。患者はじっと考え込んでいて、その言葉に対する答えは見られなかった。患者はどのような言葉を求めているのか分からず悩んでいた。
4	術前看護として一日半しかなく殆ど何も出来なかったこと。術前の問題点をあげる間もなく手術になってしまいとてもとまどったこと。 患者と会話する際に自分の聞きたいこととはずれた話が多く、情報収集が遅くなったこと。
5	包帯交換が素早くできないこと。 なぜこのような処置が行なわれているか適確な判断ができないこと。
6	術直後は患者さんが「痛い、痛い」と言われておられて、どうしていいのかわからず、ただ、バイタルサインを測定したり、身体を観察をするだけで自分が情けなかった。今ではどうしてもっと声をかけてあげられなかったのだろうと思う。 また、便通調整がうまくいかず患者さんが苦しんでいるのに、ただ下剤を服用させるだけでなく、温湿布をしてあげるなどももう少し考えるべきだったと思います。
7	術前オリエンテーションの際、呼吸の仕方などを説明してもまじめに聞いてもらえなかった。「練習してみよう」と促しても、「今、練習しても、術後の状況とちがうから意味がないですよ」といわれ、説明のしようがなかった。患者の特性を考えて一番合う方法で指導やオリエンテーションが行われなければ効果はでないと思った。 マジックシーネの枕の整形もなかなかうまくいかず、固定も安楽さも両方うまくいくような方法がなく、どこまで、どちらかを妥協させるかが難しい。
8	術後3日目に、離床のための起坐位になったりをすすめてみたが、「まだよい」という感じで、つっぱねてしまわれた。また、同じ日にストマーを鏡でみてみるようにしてみましようか…」と促したが、「まだ自分でみれるようになってから…」といわれ、鏡も必要ないといわれる。 離床について術後3日目ということで一般的にはすすめた方がいいのかもしれないが、手術も大きなものだったため、無理をしない方がいいのかとまどった。

表4 学生が自分の介入に満足できず、葛藤を覚えたり混乱を覚えたりしたこと

学生	葛藤や混乱の内容
9	<p>術後の吃逆に対して効果的な看護ができなかったこと。</p> <p>術後3日目から吃逆がみられ、昼夜の別なくかなり長く続き、ひどいときには嘔吐もあった。患者にとっては、身体的に苦痛だけでなく、精神的にもかなりストレスになっていた。まぶたや舌をおさえるといった一般的なことは効果がなく、結局、少しベッドを挙上したり、吐物を誤嚥しないようにしたり、排ガス促進のため運動をすすめたりといったことしかできず、自分が本当に無力に思えた。</p>
10	<p>今回の実習で最も混乱を覚えたのは妄想に対する看護であった。術前には異常言動はみられなかったが、術後だから妄想が起こったというわけではなく、潜んでいたものが、表面化したという印象をうけた。患者はその妄想時以外は正常であったが、妄想上の話をしている時は確固たる信念をもっていたようで、否定や説得は表情や口調からも無理で妄想自体へのアプローチはしなかった。が実際、看護にあると、どこまで聞いていいのかどこで話を現実に戻せばいいのか自分の介入について戸惑った。</p>
11	<p>術前に排尿練習をしてもらおうと促したが、結局、練習してもらうことができなかった。</p> <p>集中治療部に入室している間、人工呼吸器を装着していたため声がでなかったが、その時、あまりうまくコミュニケーションがとれなかった。</p> <p>病棟に帰ってから創痛の訴えが多くあった。体位変換や枕を使用したりいろいろ行ってみたが苦痛は軽減できなかった。</p>
12	<p>術後胸腔内ドレーンの前が一本抜去され、後もクランプされて身動きがとれるようになりました。医師が患者に歩いていいということを説明した後、患者と二人で歩行練習をしました。抜去されたばかりで無理のないように「今日は病室内だけ歩いてみましょう」というと、患者は「先生は歩いていいって言っただろう」と長く歩こうとされて、自分では大丈夫と思っていても何日も臥床～坐位の体位で過ごされて病室から外へ出ることを止めていたけれども、私が説明しても聞いてくれなかった。が、その時、主治医が来て「〇〇さん、今日は病室内だけ歩きましょう」と言うと、患者は素直に聞いてベッドへ戻りました。私はこの時、自分のことを信じてもらえずすごく情けなくて悲しく思いました。</p>
13	<p>実習が始まって受持患者さんの手術前日になって、腫瘍の心臓への転移が分かり、手術が取り止めになり、受持もかわると決まったとき。</p> <p>患者さんはパーキンソン病でいらして、コミュニケーションがとれるようになるまで時間がかかり、やっとうまくお話できるようになって一緒に手術を待っている状態であったので、取りやめの報告を聞いた時は非常にショックで、泣いたりして取り乱してしまいました。しかし、冷静になって考えると自分のとった行動が看護者として果たして成り立つのかということで、かなり自分の中で葛藤があった。</p>
14	<p>術後数日間は創部に注意が集まり、患者さんの全体をつかむことができていなかったことで、そのことに気づいた時、自分はただ看護がしたいだけで、看護婦として要求されることがたりず、患者さんの役に立てていないと自己嫌悪に陥りました。患者さんに良い看護を提供するにはじゃあどうしたら良いのかと考えると一方向からの見方しかできずいざずまってしまうました。</p> <p>患者さんと一緒に散歩にいった階段を登ったとき、一度に4階まで登ってしまったことで、自分の判断力があいまいであることを痛感した。左肺全摘を受けていることをもっと強く念頭においておかなければならなかったと思います。</p>

表4 学生が自分の介入に満足できず、葛藤を覚えたり混乱を覚えたりしたこと

学生	葛藤や混乱の内容
15	受持の患者さんに主任さんから紹介された時に「いや、1人でいいよ」といわれ、動揺してしまった。それからどうやってコミュニケーションをとっていったらよいかずいぶん悩んだが、毎日接していくうちに信頼関係をもつことができた。そう思ったころ、患者は転科が決まり、手術2日前の別の患者さんを受け持つことになった。私の質問や話はちゃんと聞いてくださり、受け入れもよかったが、何か納得いかなかった。どんなに看護がうまく行えたとしても、患者さんとの信頼関係を結ぶことができなかつたら何にもならないと思ひ悩んだ。
16	疾患についてたずねるということはなかったが、「直腸からののが肝臓にきたんでしょう」と言われると答に困って「さあ、私にはわかりません」と答えましたが、患者さんから病名について聞かれるのが一番困るしつらいです。
17	術後、回復室にいる間の手術による疼痛の訴えに対して、大きな効果のあるケアができなかったことである。また、周囲の看護婦が忙しそうに走りまわっているのに、自分がどうすべきか、何をしたらよいか分からず戸惑ったこともあった。
18	この外科には、はっきりいってかなりの意気込みで実習にきました。しかし、結果は、患者さんのためにがんばることもできなかったし、もちろん納得もできませんでした。こんな言い方はとても変かもしれませんが患者さんは私を必要としてくれていなかったように思います。患者さんは、主治医の一年目の医師にさえ、「一年目だからしてはだめ」とか、「本当にできるの?」とかおっしゃる人でした。医師に対してさえそうなのですから、看護学生の私が信用されるわけもなく、専門的なことは看護婦をたよりにしているという感じでした。
19	精神面のケアである。患者は術前から手術・再発に対して大変心配され、不安が強かった。最初自分は患者さんが言葉数が少なく、元気がなかったので、接するのがきまらなかった。術後1日目も患者さんが苦痛を訴えられるので肺の聴診を行うことができませんでした。
20	まず食事指導が思うようにできなかったことである。分割摂取の必要性を説明したが、患者から「自分の腹の状態は自分がよくわかるし、大丈夫だよ」といわれると強くは言えなくなって悩んだ。 患者から「癌なんでしょう」と聞かれ「私は看護婦で治療のことは知らないから」と言ったことで、不安をもたせたのではないかと不安であった。

4. 考 察

この調査が示唆しているように学習者はすでに知識として習ったこと、教室での実習で体験したこと、いわば手順や方法が明らかなこと、周囲の状況を勘定に入れなくても処理できることについては成功していて満足を感じている²⁾。喀痰喀出のし方、ベッド上で排泄する方法、体位変換法、食事の分割摂取法などは患者の行動により変化をもたらしたことなどがそうである。
アブデラ¹⁾ がかって明らかにしていたことで

あるが、看護はひとつの奉仕あるいは援助である。それゆえ援助が成功したとき満足を感じ、援助がうまくできなかったときに不満足を感じるのである。

ところが初心者の場合、援助をして成功するかしないの問題以前に援助の行為をどうしていか分からない場合があるのである。

表2に示したように実習生が受け持った患者は33歳から82歳の壮年期から高齢者である。手術の内容も複雑で高度な医療技術が用いられてい

る。しかも手術前と手術後では患者の心身の状態は著しく変化することが多い。この患者の実態は個別的対応を必要とし、専門的、科学的看護能力を要求している。これを見れば、看護経験の乏しい学生の予測や対応能力で満足のできる対応ができないことは自明のことである。殊に看護の過程で不意かつ突然に生じてきた事柄については学生はとまどい、不安を感じたり、あとで後悔したり悩んだりしている。

受け持ち患者が「術後極端に言葉が少なくなり意思の疎通が困難になって」とまどったり (No. 1, No. 4)、予期しない回答に直面して悩んだり混乱を生じている (No. 3)。手術後患者が手術創の疼痛を訴えたとき、それに対処する方法について知識としては分かっているにも拘わらず、実際には「どうしていいか分からずただバイタルサインを測定したり、身体の観察をするだけで自分が情けなかった」(No. 6, No. 11, No. 19) など、患者の役に立てる援助ができなかった自分自身の看護ケアの非力を表明するのである。(表5)。

表5 実習性の葛藤や混乱の原因

	学生No
1. コミュニケーション不調	1, 3, 4, 6, 11, 19
2. 看護ケアの拒否	8, 15, 20
3. 病名の告知	8, 3, 16, 20
4. 学生の説得力不足	12, 18
5. 理解力, 判断力の欠如	5, 8, 10, 14
6. 看護環境への不適応	13, 17
7. 受容-信頼への不安	13, 15
8. 技術的能力の不足	5, 6, 7, 9, 10, 11, 17

病人の身体の外的状態は観察知覚され、その内的状態でさえ最新の医用機器を駆使した検査によって知られるのであるが、心理的な状態は簡単に知ることはできない。しかも身体の良好な状態と心理状態とは必ずしも相即してはいない。人と人との対応関係の中で患者の心理は刻々と変化しており、しかもそれは外見ではたやすく察することがむづかしいのである。それ

ゆえ看護者は患者の心を察し、自ら患者との信頼ないし親和関係を築くことを求められている。

しかし、学生は「実習への意気込みにも拘わらず、患者さんは私を必要としなかったように思います。患者さんは一年目の医師に対してさえ、「本当にできるの」とおっしゃる人でした」(No. 18)と看護を受け入れられず悩んだり、「私は一人でいいですよ」(No. 15)と看護ケアを拒否されたり、「医師の治療方針の変更に伴って転科」という予期せぬ事態に至って、これまで築き上げた信頼関係が持続できなくなった時の動揺は大きいものがある (No. 13, No. 15)。

最も深刻な混乱は患者に対する病名の告知に関連して生じている。学生が不意かつ突然の対応で混乱を生じた要因に、患者から「転移がある位だからだいぶひどいがんだよね (No. 2, No. 20)」や「直腸からのが肝臓にきたんでしょう」(No. 16)、「今度手術してもまたポリープがみつかってまた手術」(No. 3) などといったがんについて看護者としての回答を求められる状況がある。学生はその状況でとまどったり、回避的な言動でその場をきりぬけて本質的な問題解決の行動ができないでいる。これらは初心者の最も不得手とする領域の問題であろう。

次に、看護の状況での学生の説得力不足による葛藤がある。

学生が正しく判断し、歩行運動を指導したにも拘わらず患者がこれに従わず、しかし、同様に指導が担当の医師あるいは看護者によってなされたときに患者は素直にそれに応じている (No. 12, No. 18)。

実際、臨床実習で学習者は患者に奉仕したい、役に立ちたいと願っているが、患者に対してどのように話してよいか、その文脈を考慮に入れて自由裁量の判断を下せないのである。学習者は具体的に指図された行為についてはやることができるのであるが、患者の心理は目に見えない、予期しがたい、不確実なものであるので、絶えず気を配り、気を安めることができないという状態にある。気を配ってもなお正しい判断を下せないのが実情である (No. 8, No.

10)。もっとも看護ケアに対する技術的能力の不足によって生じた混乱も少なくはない (No.5, No.6, No.7, No.9, No.11, 17)。しかし全体に広がっているのはやはり臨床判断ないし実践的な判断の問題なのである。

実践的判断はかって VICO⁽⁶⁾ が述べたように、即座の、全体的かつ説得的な判断である。これは試行錯誤や模索さえ及ばぬ、間髪を入れぬ判断である。

このような人間関係における判断は臨床実習の重要な形成目標である。因に表1で示された目標のうち、1)と3)は患者の心理ないし理解と援助を説いている。この目標は正当というべきである。

かくして実習指導者は学習者に対して具体的な援助行為のみならず、変化して定かでない患者とのコミュニケーション関係の成立を助成することになる。そして更にこの関係についての方法的検討がカリキュラムの狙上にのぼらされることになる。

5. 結 び

理論的検討及び調査の考察から次のことが明らかになった。

1) 臨床実習において学生が心の平静を失い、動揺し葛藤するのは患者の状態の変化や働きかけが突然生じる場合である。つまり前もって予知し、準備していない事態に遭遇すると、学生たちはそれに適切かつ実践的な応答ができず混乱するのである。逆に前もってどうすればよいか分かり予習でき、方向が明瞭であるようなと

き、たとえば知識、技術、技能の行使について安心して活動しており、その後の満足感も高い。

2) 臨床実習で予知できない出来事の多くは患者が問いかけ、語ることであり、したがって求められている適切な応答はコミュニケーションである。それゆえ、コミュニケーションは臨床ないし実践判断の重要な部分である。

3) かくして臨床実習教育においては実践的判断とともにコミュニケーションの問題を顧慮して検討せねばならないであろう。因に、これは学習者の自己-他者理解の能力と深い関係をもっているので、教育の方法として自己反省、批判の試みを取り入れることになる。

引用文献

1. ABDELLA, G. F., BELAND, L. I., MARTIN, A., and MAT HENEY, V. R., 若菜キミ, 高見安規子監訳, 患者中心の看護, その新しい展開, p.238, 医学書院, 東京, 1987.
2. DREYFUS, H., and DREYFUS, S., 椋田直子訳, 純粋人工知能批判, p.46, アスキー出版, 東京, 1987.
3. OREM, E. D., NURSING CONCEPTS of PRACTICE, p.209, MCGRAW-HILL BOOK COMPANY, New York, 1985.
4. REBOUL, O., 石堂常世, 梅本洋訳, 学ぶとは何か, 学校教育の哲学, p.86, 勁草書房, 東京, 1988.
5. VICO, G., On the Study Methods of OUR Time, tr. by ELIO GIANTURCO, Indianapolis, Bobbs Merrill, 1965.