

研究報告

# 終末期がん患者のケアに携わる看護師の スピリチュアリティとスピリチュアルケアの 因果関係に関する研究

Causal Relationship between Spirituality and Spiritual Care of Nurses Involved in Caring for Terminal Cancer Patients

田内香織<sup>1)</sup>, 神里みどり<sup>2)</sup>

Kaori Tauchi, Midori Kamizato

キーワード：スピリチュアリティ, スピリチュアルケア, 終末期がん患者, 看護師

Key words : spirituality, spiritual care, terminal cancer patients, nurse

## Abstract

**Purpose** : The purpose of this study was to investigate the causal relationship of spirituality to spiritual care among nurses.

**Methods** : Anonymous, self-describing questionnaires were used for research on 295 nurses who were caring for terminal cancer patients. These questionnaires primarily consisted of a spiritual rating scale, a spiritual care scale, and basic nurse attributes.

**Results** : For basic attributes, the average age was 30.6±8.1 years old, the average years of experience was 8.3±6.7 years, and the percentage of those who had a specific religion was 8.3 % (Buddhism 2.6 %, Christianity 2.2 %, etc.).

Ultimately, indication was made regarding a causal model of the relationship between spirituality and spiritual care. It was found that, by learning about spirituality and spiritual care, and gaining clinical experience, nurses were able to enrich both their values and their own sense of meaning in their work and lives. This leads to an enhanced sense of spirituality, which in turn contributes to performance of spiritual care.

**Discussion** : Thus, it was indicated that spirituality is the most influential factor in spiritual care, and that nurses with a high sense of spirituality are more active and positive in their performance of this care. Therefore, it is believed that, by continuing to learn about spirituality and spiritual care while involved with the care of end-stage cancer patients, the nurses themselves find a sense of spirituality awakened within them, which enables them to take a more positive stance in spiritual care and its practice.

## 要 旨

【目的】本研究は終末期がん患者のケアに携わる看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの

受付日：2007年4月11日 受理日：2009年2月3日

1)岐阜県立看護大学 Gifu College of Nursing 2)沖縄県立看護大学 Okinawa Prefectural College of Nursing

関連性を明らかにすることを目的として実施した。

【方法】看護師295名を対象として、無記名自記式質問紙調査を行った。質問紙の主な内容はスピリチュアリティ評定尺度とスピリチュアルケア測定尺度、基本的属性で構成した。

【結果】基本的属性は、平均年齢30.6±8.1歳、経験年数8.3±6.7年であった。特定の信仰を有する者は8.3% (仏教2.6%, キリスト教2.2%など)であった。最終的にスピリチュアリティとスピリチュアルケアとの因果関係モデルが示された。スピリチュアリティやスピリチュアルケアについて学ぶこと、臨床経験を積むことによって看護師自身の自己に対する意味感や価値観が高まる。この意味感や価値観は看護師のスピリチュアリティを高め、スピリチュアルケアの実践につながっていた。

【結論】スピリチュアルケアに最も強い影響を与えていた要因はスピリチュアリティであり、スピリチュアリティの高い看護師はスピリチュアルケアをより積極的に行っていることが示された。終末期がん患者のケアに携わりながらもスピリチュアリティやスピリチュアルケアを学び続けることによって看護師が自分自身のスピリチュアリティを意識し、スピリチュアルケアをより積極的に実践できるようになると考えられる。

## I. はじめに

WHO(World Health Organization, 1987)は霊的な問題(spiritual problems)の解決が身体的、心理的、社会的問題の解決と同様に最も重要な課題であり、スピリチュアルな側面を重視すべきであると述べている。そしてスピリチュアルケアは終末期患者にケアを行う者にとって重要な責任となってきた(Kelley, 1996)。欧米における研究では、看護師のスピリチュアリティが患者へのスピリチュアルケアに影響すること(Soeken et al., 1986; Vance, 2001)が報告されている。また、看護師のスピリチュアリティを高めることによって、スピリチュアルケアを促進するという報告(Musgrave et al., 2003, 2004a; Taylor et al., 1994; Cavendish et al., 2004)もみられる。しかしながら、わが国においては、看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの関連性について焦点を当てた研究は皆無に等しい。

そこで本研究の目的は、終末期がん患者のケアに携わる看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの関連性およびその他の関連要因を明らかにすることによって、スピリチュアルケアの実践を促進するための示唆を得ることとする。

## II. 研究方法

### 1. 用語の操作的定義

スピリチュアリティ：すべての人間が普遍的にもっており、生きるための根源的なエネルギーとなっているもの(新藤, 2002; 田村, 1996)であり、自己肯定や自己受容に関する『自覚』、自己の存在意義に関する

『意味感』、将来の夢や目的に関する『意欲』、自然や先祖との結びつきなどに関する『深心』、価値観や人生観に関する『価値観』の5つの側面をもつもの(比嘉, 2002)とした。つまり、その人なりの信念・考え方であり、生き方に重大な影響を与えているものとした。

スピリチュアルケア：スピリチュアルケアとはスピリチュアルペインやスピリチュアルニーズに焦点を当てた援助であり、『共に存在する態度』『生きる喜び』『人生の意味と死の受容』『神聖さ』の4つの側面をもつものとした。

### 2. 仮説の設定

看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアには正の相関がある(Vance, 2001)と報告されている。また、スピリチュアリティや信仰がスピリチュアルケアに影響を与えること、教育や信仰によってスピリチュアリティが高まり、スピリチュアルケアに間接的な影響を与えること(Musgrave et al., 2004a)が報告されている。海外における研究(Soeken et al., 1986; Vance, 2001; Taylor et al., 1999; Highfield et al., 2000; Musgrave, 2004a, b)では、スピリチュアリティをSpiritual Well Beingスケール(Ellison, 1983; Ellison et al., 1991)を使用し測定している。また、スピリチュアルケアへの態度をOncology Nurse Spiritual Care Perspectives Survey(Taylor et al., 1994)やSpiritual Care Scale(Carrigg et al., 1997)などを用いて測定している。欧米ではスピリチュアリティのニーズとして、信仰に由来した具体的な宗教的ニーズがしばしばみられるのに対し、わが国ではより普遍的な、実存的問題が中心であり、文化差異に対する配慮が重要である(森田ら, 1999)と報告されている。これ

らのことを鑑み、あえて比嘉(2002)は日本人の宗教への複雑な反応を考慮し、宗教的要素を除いた狭義のスピリチュアリティを測る尺度を作成している。さらに、この尺度は宗教的な要素を除いた欧米の尺度と同質の下位尺度をもつことが確認されており(比嘉, 2002)、唯一わが国において一般成人を対象とし信頼性・妥当性が確認されている。このことより、本研究においてはスピリチュアリティ評定尺度(比嘉, 2002)を用い、看護師のスピリチュアリティを測定することとした。これらの先行研究より仮説を3つ設けた。

仮説①看護師のスピリチュアリティはスピリチュアルケアに直接的な影響がある。

仮説②看護師の経験年数、学習、信仰は看護師のスピリチュアリティに影響し、スピリチュアルケアに間接的な影響がある。

仮説③看護師の経験年数、学習、信仰はスピリチュアルケアに直接的な影響がある。

### 3. 研究デザイン

質問紙による横断的調査を行い、階層的重回帰分析およびパス解析を用いた統計的手法により、因果関係仮説を検討する、仮説検証研究である。

### 4. 調査方法

#### 1) 本調査

調査対象の選定に当たり、東海地方にある日本ホスピス緩和ケア協議会のA会員である12施設および、同地方にあるN大学医学部附属病院に文書による研究調査の依頼を行った。研究調査に協力の得られた9施設において、常に終末期がん患者が数名入院している病棟を条件に、各施設の看護部長に任意で病棟を選択してもらい、その病棟に所属する看護師を調査対象とした。

平成17年7月26日から8月31日に看護師295名の調査対象者に無記名自記式質問紙調査を行った。調査票を配布し、1週間を留置期間とした。切手を貼った返信用封筒を同封し、質問紙に記入後、各個人にて研究者宛てに郵送してもらうよう依頼した。回収率の向上のために、質問紙送付後2週間経過した時点で、調査対象の所属する病棟宛てに研究協力へのお礼と質問紙の返信の依頼文書を送付した。

#### 2) 倫理的な配慮

研究計画は倫理的配慮を行い、筆者の所属する大学

の倫理委員会の承認(承認番号110, 5-168)を受けて実施した。また調査票を配布する際、文書をもって研究目的と自由参加であること、この調査票によって得られた情報はすべてコード化し、本研究のみに使用することを明記し、調査票の回収をもって同意を得たものとした。

### 5. 調査内容

**スピリチュアリティ評定尺度:** スピリチュアリティの測定には、比嘉(2002)が作成したスピリチュアリティ評定尺度を著者の許可を得て使用した。スピリチュアリティ評定尺度は15項目5件法(得点範囲15~75)で、得点が高いほどスピリチュアリティが高いことを示している。本研究におけるスピリチュアリティ評定尺度のCronbach $\alpha$ 係数は0.98であった。

**スピリチュアルケア測定尺度:** スピリチュアルケアの測定には、研究者が尺度開発の過程に基づいて独自に作成したスピリチュアルケア測定尺度を使用した。これは22項目5件法(得点範囲22~110)で、得点が高いほどスピリチュアルケアを積極的に行っていることを示す自記式質問紙である。

本質問紙を作成するに当たり、文献検討、緩和ケア病棟における看護ケアの参加観察、記録物からの情報収集、カンファレンスへの参加、経験年数5年以上の看護師4名とホスピス認定看護師2名へのインタビューを行った。これらをもとに作成したスピリチュアルケア測定尺度(案)について看護師3名に項目を提示し意見を聴取、修正を行った。その後、看護師12名にプレテストを実施し、妥当性と信頼性の確認を行った(Cronbach $\alpha$ 係数0.94)。また因子分析の結果『共に存在する態度(11項目)』『生きる喜び(3項目)』『人生の意味と死の受容(5項目)』『神聖さ(3項目)』4つの概念が内包されることが明らかとなり、信頼性も確保された(Cronbach $\alpha$ 係数0.94)。

『共に存在する態度』は愛情と尊敬の念をもち患者に寄り添う看護師の存在のあり方であり、「いつも手助けできる状態にいる」「一人の人間として関わる」「その人らしさを支える」などが含まれる。『生きる喜び』は患者とともに美しいものを見聞きすることや、体験を通し、生きる喜びを感じられるよう支援する関わりで、「自然や四季の移ろいについて語り合う」などが含まれる。『人生の意味と死の受容』は患者自身が自らの人生の意味と目的に気づき、解決や死の受容を行うことを支える関わりで、「患者の人生や生き方について語っ

表1 基本的属性

項目	全対象者 n=256
年齢：歳 <sup>†</sup>	30.6±8.1(範囲 21~66, 中央値 28)
経験年数：年 <sup>†</sup>	8.3±6.7(範囲 0~29)
がん看護の経験年数：年 <sup>†</sup>	3.9±4.4(範囲 0~26)
最終学歴：名(%)	
専門学校卒	180(72.0)
短期大学卒	41(16.4)
大学卒以上	29(11.6)
信仰の有無：名(%)	
有	19(8.3)
無	209(91.7)
学習の有無 <sup>‡</sup> ：名(%)	
有	81(32.5)
無	168(67.5)

<sup>†</sup>：平均±標準偏差

<sup>‡</sup>：スピリチュアリティやスピリチュアルケアに関する研修への参加や学習経験の有無

てもらおう」「死や死後の世界について患者と話す」などが含まれる。『神聖さ』は患者の信じているものを否定せず、信仰や信念を尊重する関わりで、「患者の宗教や信じているものをできる限り継続することが可能となるよう調整する」などが含まれる。

**基本的属性およびその他：**年齢、性別、経験年数、がん看護の経験年数、最終学歴(看護専門学校卒、看護系短期大学卒、看護系大学卒、大学院卒)、信仰の有無および宗教名、スピリチュアリティやスピリチュアルケアに関する研修への参加や学習経験の有無について調査を行った。

## 6. 分析方法

基本的属性については、記述統計を行った。またデータから、本研究に必要な観測変数を取り出して分析を行った。まず相関分析を行い、各変数間の関連性を確認した後、スピリチュアリティとスピリチュアルケアの関連性の検討および、仮説を入れ込んだ因果関係モデルの構築を行った。モデルの適合はGFI, AGFI, CFIが0.9以上、RMSEAが0.08以下をもって判断した。複数のモデルを比較する際にはAICを指標とし、AICの最も低いモデルを選択した。以上の分析はSTATISTICA 5.1J, SPSS 14.0J, AMOS 6.0を使用し、欠損値を除外して行った。また、すべての分析で統計的有意水準を5.0%とした。

## Ⅲ. 結 果

調査期間中に、調査対象施設に勤務する看護師 295

表2 スピリチュアリティおよびスピリチュアルケアとその他の変数間の相関 (n=256)

	1.	2.	3.	4.	5.
1. 経験年数	1.00				
2. 学習 <sup>†</sup>	-.04	1.00			
3. 信仰 <sup>†</sup>	-.14*	.04	1.00		
4. スピリチュアリティ	.20**	-.15*	-.23***	1.00	
5. スピリチュアルケア	.24***	-.22***	-.04	.55***	1.00

\*: p<.05, \*\*: p<.01, \*\*\*: p<.001

<sup>†</sup>: ダミー変数

名に対し調査を行った。266名の看護師から調査協力が得られ、回収率は90.5%であった。そのうち、男性10名を除いた256名を分析対象とした(有効回答率86.8%)。

## 1. 基本的属性

対象者の基本的属性を表1に示す。対象者の平均年齢は30.6±8.1歳(範囲21~66, 中央値28)、経験年数8.3±6.7年(範囲0~29)、がん看護の経験年数3.9±4.4年(範囲0~26)、最終学歴は専門学校卒が180名(72.0%)、短期大学卒が41名(16.4%)、大学卒以上が29名(11.6%)であった。また信仰を有する者は19名(8.3%)で、その内訳は仏教2.6%、キリスト教2.2%、その他1.3%、回答なし2.2%であった。スピリチュアリティやスピリチュアルケアに関する学習経験のある者は32.5%であった。

## 2. スピリチュアリティ評定尺度(以下スピリチュアリティ)の得点およびスピリチュアルケア測定尺度(以下スピリチュアルケア)の得点とその他の変数間の相関

スピリチュアリティの平均得点は44.6±9.8点(範囲22~75, 中央値44)、スピリチュアルケアの平均得点は66.8±12.8点(範囲38~104, 中央値66)であった。表2にスピリチュアリティおよびスピリチュアルケアとその他の変数間の相関について示す。スピリチュアリティとスピリチュアルケアに有意な高い相関が認められた( $r>.55, p<.001$ )。

## 3. スピリチュアルケアに関する因果関係モデル

仮説に基づきパス解析を行い、適合度指標GFI 1.00, AGFI 0.99, CFI 1.00, RMSEA 0.00, AIC 25.10であった。「学習」から「スピリチュアリティ」へのパス係数-.12, 「信仰」から「スピリチュアルケア」へのパス係数.10とそれぞれ小さく、有意でな

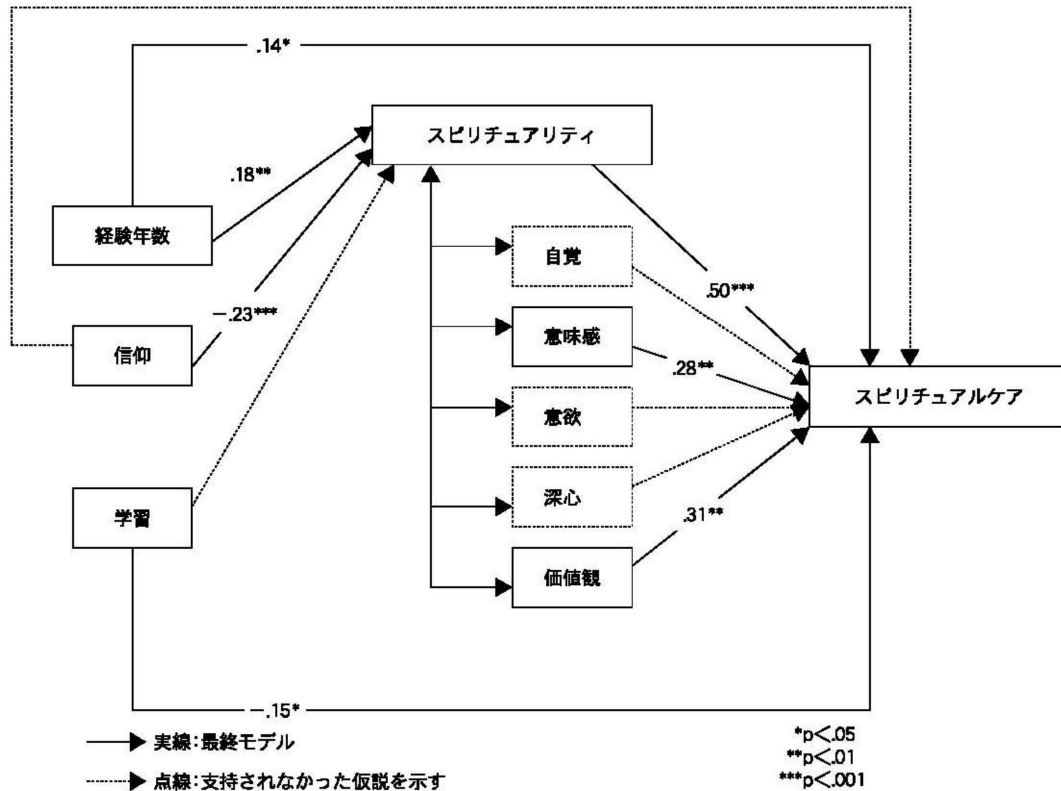


図1 スピリチュアルケアに関する因果関係モデル

かった。「学習」と「スピリチュアリティ」の関連、「信仰」と「スピリチュアルケア」の関連は強くないと考えられたため、これらのパスを削除し、再度分析を行った。その結果、GFI 0.99, AGFI 0.96, CFI 0.98, RMSEA 0.05, AIC 27.02であり、AICはやや上昇したものの、モデルとデータの適合は十分と言えた。

スピリチュアリティ評定尺度の5因子『自覚』『意味感』『意欲』『深心』『価値観』から「スピリチュアルケア」への影響についてパス解析を行ったが、適合度指標 GFI 0.91, AGFI 0.87, CFI 0.96, RMSEA 0.06, AIC 243.79であり、モデルとデータの適合度は不十分と言えた。また「スピリチュアルケア」へのパス係数が『意欲』-.03, 『自覚』.08, 『深心』.08と、パス係数がそれぞれ小さく、有意でなかった。『意欲』『自覚』『深心』と「スピリチュアルケア」との関連は強くないと考えられたため、このパスをまず削除し、次に『意味感』『価値観』とスピリチュアルケアの関連について再度分析を行った。GFI 0.98, AGFI 0.94, CFI 0.99, RMSEA 0.05であり、AIC 50.50と低下し、モデルとデータの適合度は十分と言えた。パス係数は『意味感』.28, 『価値観』.31で、いずれも有意であった。

図1にスピリチュアルケアに関する因果関係モデルを示す。「スピリチュアリティ」が「スピリチュアルケア」に対して中程度の正の有意なパスを示しており、そのうち特に2つの因子(『意味感』『価値観』)がスピリチュアルケアに影響を与えていた。また、「経験年数」「学習」から「スピリチュアルケア」、「経験年数」「信仰」から「スピリチュアリティ」へのパスもすべて有意であった。

#### IV. 考 察

##### 1. 対象者の特性

本研究の調査対象者の「男女比率」や「年齢構成」について、平成18年度保健・衛生行政業務報告(厚生労働省, 2007)における「就業看護師の男女比率」「年齢構成」と比較したところ、全国調査とほぼ同じであった。しかしながら、本研究において調査対象者に男性看護師が少なかったこと、スピリチュアリティ評定尺度(比嘉, 2002)は男性について信頼性・妥当性の検討がなされていないことから、分析対象者は女性のみに限定した。分析対象者のスピリチュアリティ評定尺度の

平均得点について、比嘉(2002)の女子大学生を対象として実施した研究と比較したところ、有意差はみられなかった( $p < .12$ )。

## 2. 仮説の検証

分析の結果、最終的に図1に示すスピリチュアルケアに関する因果関係モデルが構築され、仮説の一部が支持された。

仮説①では「スピリチュアリティ」が「スピリチュアルケア」に直接的な影響を与えていることが明らかとなった。これは、スピリチュアリティの高い者ほどスピリチュアルケアを積極的に行うことができることを示しており、先行研究(Soeken et al., 1986; Vance, 2001; Musgrave et al., 2004 a)と同様の結果であった。

仮説②では看護師の「経験年数」「信仰」が「スピリチュアリティ」に影響を与えていること、仮説③では「経験年数」「学習」が「スピリチュアルケア」に影響を与えていることが明らかとなった。

経験年数がスピリチュアリティやスピリチュアルケアに影響していることから、看護師として終末期がん患者のケアに携わる中で、スピリチュアルペインに触れる機会が増え(Highfield et al., 2000)、また看護師自身が、年齢を重ねていくことで死の危機が身近に感じられスピリチュアリティが覚醒する(窪寺, 2004)ことを通し、スピリチュアルケアの実践につながっていると考える。

本研究において、信仰からスピリチュアルケアへの影響は認められなかった。これは、先行研究(Musgrave et al., 2004 a)と異なる点であるが、本調査における分析対象者に信仰を有する者の割合(8.3%)が非常に少なかったことが影響していると考えられ、今後検討が必要である。

本研究において、学習がスピリチュアルケアに影響を与えていたが、学習とスピリチュアリティとの関連は認められず、このことは、先行研究(Pesut, 2002)と異なっている点であった。本調査の質問紙の学習に関する項目は「スピリチュアリティやスピリチュアルケアに関する研修への参加や学習経験」の有無のみの問いで、研修内容、程度や頻度まで質問に含めなかったことが影響していると考えられる。学習に関しての詳細な質問紙を作成したうえで、スピリチュアリティとの関連性を見ていく必要がある。

## 3. 看護師のスピリチュアリティの向上とスピリチュアルケアの実践に向けて

スピリチュアリティの高い看護師はスピリチュアルケアを積極的に行うことができるため、まずは看護師のスピリチュアリティを高めるような意識づけとアプローチ(継続教育など)が必要である。

本研究では、スピリチュアリティ評定尺度(比嘉, 2002)の下位尺度のうち『意味感』『価値観』がスピリチュアルケアに影響を与えていた。『意味感』は「誰かに必要とされている」「意味あることをやってきた」「自分がすべきことはできるかぎりやってきた」ということ、『価値観』は「人生への態度(物事の見方)はこのままでよい」「安定した人生観(価値・手段についての考え方)をもっている」「自分自身の考え(信念)に基づいて生きている」ということについての問いである。看護師が自己と向き合う機会を設けることは、スピリチュアリティに気がつくよい機会となるのではと考える。具体的には、看護師が人生の目的、挫折、興味や関心のあるもの、したいこと、死や死後、自分自身の生き方、大切なもの、価値観について改めて考える機会を設けること、宗教・思想・哲学などに触れ、よりよく生きるための力をつけること(窪寺, 2004)などが必要である。さらに、看護師が多くの終末期患者の闘病記やメッセージを読むこと(窪寺, 2004)、そして、終末期のがん患者へのケアを振り返ることによって、改めて自分自身の生きる意味や患者の生きた意味について再考できると考える。

本研究において、経験年数がスピリチュアリティやスピリチュアルケアに影響を及ぼしていたことより、スピリチュアリティは知識のみを得るという断片的な学びで高められるものではなく、臨床経験を通して自己のスピリチュアリティを高めるための自己研鑽の努力が必要不可欠であると考えられる。

また、終末期がん患者へのスピリチュアルケアにおいては、本研究において提示した4つの側面『ともに存在する態度』『生きる喜び』『人生の意味と死の受容』『神聖さ』を含めた援助が重要になってくるであろう。特にその中でも『人生の意味と死の受容』へのケアは終末期がん患者の死に向き合っていくという最も困難なケアの一つであり、それに対峙していくためには、看護師自身の生きる意味や価値観などの揺るぎない高いスピリチュアリティが要求されてくると考えられる。

これらのように、スピリチュアリティとスピリチュアルケアは密接に関与していることより、両者を高め

るようなアプローチ方法を看護師自身が身につけていくことはもちろん大切であるが、それを提供できる継続教育の充実が今後の課題であろう。

#### 4. 研究の限界

今後は、宗教的要素を含んだ尺度の使用や宗教的背景や地域性を考慮し、他の関連因子についても検討することが必要である。

また、スピリチュアリティ評価尺度における下位尺度とスピリチュアルケア測定尺度の4因子との関連については更なる検討が必要である。

## V. 結 論

スピリチュアルケアに最も強い影響を与えていた要因はスピリチュアリティであり、スピリチュアリティの高い看護師はスピリチュアルケアをより積極的に行っていることが示された。スピリチュアリティに影響を与えていた要因は経験年数と信仰であり、さらに経験年数や学習がスピリチュアルケアに影響を与えていた。

日々のケアの中でスピリチュアリティを意識しながら、経験と自己研鑽を重ね、看護師が自らのスピリチュアリティに磨きをかけることにより、効果的なスピリチュアルケアの実践につながるのではないかと考える。

謝辞：本研究にご協力いただきました看護師の皆様ならびにご指導賜りました先生方に、心から感謝いたします。

本研究は、平成17年度名古屋大学大学院医学系研究科博士前期課程に提出した修士論文の一部に加筆および修正を行ったものである。なお、本研究の一部は、第27回日本看護科学学会学術集会「がん看護」(平成19年12月)にて発表した。

## 文 献

Carrigg K. C., Weber R. (1997) : Development of the Spiritual Care Scale, *Image, J. Nurs. Scholarship*, **29** (3), 293.  
 Cavendish R., Luise B. K., Russo D. (2004) : Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice, *West. J. Nurs. Res.*, **26**(2), 196-212.  
 Ellison C. W. (1983) : Spiritual well-being conceptualiza-

tion and measurement, *J. Psychol. Theol.*, **11**(4), 320-340.  
 Ellison C. W., Smith J. (1991) : Toward an integrative measure of health and well-being, *J. Psychol. Theol.*, **19**(1), 35-47.  
 Highfield M., Taylor E. J., Amenta M. (2000) : Preparation to care education of oncology and hospice nurses, *J. Hospice Palliat. Nurs.*, **2**(2), 53-63.  
 比嘉勇人(2002) : spirituality 評価尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討, *日本看護科学会誌*, **22**(3), 29-38.  
 Kelley P./季羽倭文子訳(1996) : スピリチュアルケア 医療者のための実践方法, ターミナルケア, **6**(3), 188-191.  
 厚生労働省(2007) : 平成18年保健・衛生行政業務報告, 就業保健師・助産師・看護師・准看護師(2008年5月5日アクセス), <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/06/kekka1.html> より。  
 窪寺俊之(2004) : スピリチュアルケア学序説, 三輪書店, 東京。  
 森田達也, 角田純一, 井上聡, 他(1999) : 終末期患者の実存的苦痛—研究動向, *精神医学*, **41**(9), 1003-1009.  
 Musgrave C. F., McFarlane E. A. (2003) : Oncology and nononcology nurses' spiritual well-being and attitudes toward spiritual care : a literature review, *Oncol. Nurs. Forum*, **30**(3), 523-527.  
 Musgrave C. F., McFarlane E. A. (2004 a) : Israeli oncology nurses' religiosity, spiritual well-being, and attitudes toward spiritual care : a path analysis, *Oncol. Nurs. Forum*, **31**(2), 321-327.  
 Musgrave C. F., McFarlane E. A. (2004 b) : Intrinsic and extrinsic religiosity, spiritual well-being, and attitudes toward spiritual care : a comparison of Israeli Jewish oncology nurses' scores, *Oncol. Nurs. Forum*, **31**(6), 1179-1183.  
 Pesut, B. (2002) : The development of nursing student's spirituality and spiritual care-giving, *Nurs. Educ. Today*, **22**, 128-135.  
 新藤悦子(2002) : 看護師が語るがん末期患者へのスピリチュアルケアの様相, *日本がん看護学会誌*, **15**(2), 82-90.  
 Soeken K. L., Carson V. J. (1986) : Study measures nurses' attitudes about providing spiritual care, *Health Progress*, April, 52-55.  
 Taylor E. J., Highfield M. (1994) : Attitudes and beliefs regarding spiritual care, *Cancer Nurs.*, **17**(6), 479-487.  
 Taylor, E. J., Highfield M., Amenta M. (1999) : Predictors of oncology and hospice nurses' spiritual care perspectives and practice, *Appl. Nurs. Res.*, **12**(1), 30-37.  
 田村恵子(1996) : トータルベインって何だ? スピリチュアルな痛みを理解する, ターミナルケア, **6**(6), 469-474.  
 Vance D. L. (2001) : Nurses' attitudes towards spirituality and patient care, *MEDSURG Nurs.*, **1**(5), 264-268.  
 World Health Organization 編(1987)/武田文和監訳(1993) : がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア がん患者の生命のよき支援のために, 5-6, 金原出版, 東京。