

患者 - 看護婦関係における共感プロセスと その影響因子

藤本 真記子¹⁾

Empathic Process in Patient-Nurse Relationship and Its Affectors

Makiko Fujimoto¹⁾

Summary

Concepts such as caring and healing are currently being emphasized in the field of nursing and the importance of the patient-nurse relationship, and especially empathy, has attracted attention again. However, although nurses take care of patients by empathizing in actual practice, empathy cannot be effectively utilized due to the ambiguity of the concept under present circumstances. This concept must be clearly defined.

In this study, the empathic process and its affectors were determined inductively by interviewing 31 nurses who worked in the medical ward of a certain prefectural hospital in the Tohoku region of Japan using a semi-structured questionnaire. In addition, the relationship between the respective steps of the empathic process and an Emotional Empathy Scale were examined.

Results revealed that the empathic process proceeded as follows: "first impression", "independent awareness", "empathic understanding", "positive commitment" (desire to relieve patient's pain → commitment → changes in patient), and "deepening and growth of relationship with mutual trust". "Private room", "severity", and "an attitude of reception by the patient and family" were factors on the patient's behalf while "experience", "attitude", and the "nursing care system" on the nurse's behalf that affected the empathic process. There was no significant difference in the score on the Emotional Empathy Scale, which classified the patient-nurse relationship described by the subjects of this study into 3 groups along the conceptual framework of the empathic process, suggesting the necessity of development of an empathy scale in nursing.

As a result, this study clarified the empathic process and affectors, which nurses were not highly aware of in daily practice, verified Travelbee's model and Syodai's model, and specified the need for an active commitment.

(J.Aomori Univ.Health Welf.2:119-132, 2000)

キーワード: 患者-看護婦人間関係、共感
patient-nurse relationship, empathy

要 旨

現在、看護学分野において、ケアリング、癒しといった概念が重要視され、患者 - 看護婦関係、中でも共感の重要性が改めて注目されている。しかし、看護婦は実践場面でこのことに配慮して関わっていないながら、その概念

の曖昧さから効果的に活用できない現状にあり、その明確化が求められている。

本研究では、東北地方の某県立病院内科系病棟に勤務する看護婦31名を対象に、半構成的質問紙による面接によって、共感プロセスとその影響因子を帰納的に導き出

1) 青森県立保健大学健康科学部看護学科 Department of Nursing, Aomori University of Health and Welfare

した。また、共感プロセスの各段階と情動的共感性尺度との関連性を検討した。

結果、共感プロセスは『第一印象』、『独自性の気づき』、『共感的理解』、『積極的関わり』:苦痛を和らげたい思い→関わり→患者の変化、『信頼関係の深まり・成長』と進むことが明らかになった。共感プロセスには、患者側の要因である「個室」「重症度」「患者・家族の受け止め方」、看護婦側の要因である「経験」「姿勢」「看護ケア体制」が影響していた。また、この共感プロセスの概念枠組みに沿って、本研究対象者の語った患者関係について段階別に3群に分類した情動的共感性尺度得点には有意差がなく、看護における共感スケール開発の必要性が示唆された。

以上から、本研究ではふだんの実践で看護婦があまり意識していない共感プロセス、影響因子を明確にでき、トラベルビーや小代のモデルを大枠において検証し、積極的関わりの部分をより明細化できたと考える。

緒 言

1. はじめに

現在、高度な医療技術の発展や疾病構造の変化、あるいは社会構造の複雑化などに伴って、患者ケアのあり方が変化し、“キュアからケア”へ、視点の変換が叫ばれている。看護においてもケアリング、癒しといった概念が重要視されるようになっており、患者-看護婦関係の重要性が、改めて注目されているといえよう。

人間は、人と人との関わりの中で、支えられることによって癒され、癒されることでその人自身の能力を、より効果的に発揮できる。すなわち、患者-看護婦関係の成立があってこそ、患者が自らの健康問題を解決できるようになり、その人らしい生活を送るという、看護の目標が達成されることにつながる。

では、看護婦が、どのように患者に関われば、患者を支え、癒すことができるのであろうか。操¹⁾は、看護婦が患者に向かい合う姿勢であるとし、患者の置かれている状況、思いに共感し、患者を察し、気づかう看護婦の思いを看護ケアの中に投影させていくことだと述べている。人間関係理論を著したペプロウ²⁾やトラベルビー³⁾も、共感を重視し、その関係の中で、患者のみならず、患者・看護婦が共に成長することを強調している。

共感の概念が、看護においても影響力を持ち始めたといわれる1950年代以降、共感の定義は様々な研究者によってされてきたが⁴⁾、50年近くを経た現在でも、明確にはなっておらず、実践場面においても個々の看護婦が、共感の重要性を意識しながらも、その曖昧さから、なかなか実感できない状況にある。しかし、実際には、看護婦が看護ケアを行う際に、患者の状況・思いを理解しよ

うと配慮していることが推察できる。したがって、この共感の概念、プロセスなどを、臨床場面に沿って明らかにすることによって、看護婦が、患者と自分の間に起こっている現象を見きわめられるようになれば、共感の効用を実感できるのではないだろうか。このことは、看護婦が、自分自身の有効性・有用性を認めることに結びつき、更なる患者との関係成立に向けて、意欲的にケアを実践していくことになると思われる。このような意味において、今、共感についての研究の進展が望まれるといえるであろう。

2. 文献検討

「共感 (empathy)」という語は、ドイツの美学の分野で使われていた「感情移入」の概念を、リップスが心理学に取り入れ、ティッチェナーが英訳したものである⁵⁾。我が国では、「empathy」と「sympathy」は、共感の他に感情移入、同情、同感と訳されている。「共感 (empathy)」を共感者が意識的かつ客観的に相手の気持ちをとらえるもの、「同情 (sympathy)」を相手への憐れみであり自分の感情で相手を見るものと区別して使用する研究者^{6,7)}もいる。しかし、同情を「共感の変形された感情反応」とする説⁸⁾もあり、特に日本においては、相手との一体感を求めるという文化的心理特性⁹⁾から、他人の気持ち、特に苦悩を自分のことのように親身になって共に感じることとして、共感と同情を明確に区別していない⁵⁾。

看護においては、ペプロウ²⁾やトラベルビー³⁾が、人間関係理論としてのモデルを示し、この中で、相互理解の体験として共感の重要性を述べている。また、マッケイ¹⁰⁾は、ラ-モニカ¹¹⁾の共感の定義「援助者が患者を中心に考え、患者の世界と共に患者の世界のなかで感じるもので、共感とは援助者による患者の世界の正確な認識とその理解の患者への伝達、そしてその理解に対する患者の認識とから成り立つ」をもとに、共感プロセスを提示している。これらのモデルでは、それぞれのプロセスを経過することで、患者の態度変容がうながされ、患者あるいは患者・看護婦相互に成長するとしているが、まだ臨床の場で具体的に検証されてはいない。

日本においては、小代¹²⁾が、看護場面の参加観察と看護婦への面接から、共感プロセスとその要因を明らかにしているが、前述のマッケイのモデルは、共感したことを看護婦が患者に伝えた後の変化のプロセスを述べ、小代は、共感がおこるまでのプロセスを述べているため一致はみられていない。

共感プロセスの要因については、小代¹²⁾が、患者の特性「疾患」「同情的背景」「性格」「ケア量が多い」、看護婦の特性「患者への興味・関心」「類似体験」「ケアへの積極的姿勢」「性格」、環境因子「閉ざされた場」、状況因

子「患者をとりまく人たちの協力的態度」等を、小田¹³⁾は、「患者の病状」「患者の境遇、背景」「患者の人柄」「患者と看護者自身の家族との共通性」「病棟の他のスタッフ」「看護者の持ち味」を挙げており、患者-看護婦関係成立の重要な影響因子であることを述べている。

なお、共感を測定する尺度としては、「患者の信頼」という点に着目して、岡谷¹⁴⁾が、スケール開発を試みているが、まだ一般化されるに至っていない。

このように、日本においても徐々に共感についての研究が進みつつあるが、国内、海外共に、看護学分野においては共感の概念、影響因子、共感プロセスあるいは尺度といったもののコンセンサスは得られていない。

3. 研究目的

臨床における患者-看護婦関係から、関わりの中での「共感」とはどのような現象であるかを確認することによって、共感の概念、影響因子について検討する。

- 1) 看護婦がとらえる患者-看護婦関係を分析し、「共感」のプロセスを明らかにする。
- 2) 患者-看護婦関係における共感プロセスに、影響を及ぼす要因を明らかにする。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究課題は、看護婦の知覚・感情・思考等の内面的世界並びにそれに基づく行動・反応を扱うことから、研究デザインは、帰納的・質的研究方法とした。具体的方法は、半構成的質問紙による面接を行い、内容分析により患者-看護婦関係における共感プロセス並びに影響因子を抽出し、その共通性・相違性から概念枠組みを作成した。

この方法は、「研究しようとする現象が大まかにはわかかっていても、それを説明したり予測したりする適切な理論を持たない場合」に有効といわれており¹⁵⁾、我が国の看護実践において、曖昧な形でとらえられている患者-看護婦関係における共感プロセスについて、現実にはどのような形で行われているのかを探究するのに適切な方法であると考えた。

また、共感性の程度は、その人の対人態度に影響するとされ、心理学者によって共感や同情が利他的行動に結びついていると示唆されていることから⁵⁾、質的研究方法で得られた結果から分類された群で、研究対象者のとらえた患者-看護婦関係がこの性格特性に影響されるのか、加藤・高木の「情動的共感性尺度 (EES; Emotional Empathy Scale)」¹⁶⁾を用いて検討した。

2. 研究対象者

東北地方の某県立病院内科系病棟に勤務する研究協力が得られた看護婦31名。

3. データ収集方法

調査は、インタビューの際、研究対象者とのコミュニケーションを円滑にするため、病棟の雰囲気並びに研究対象となった看護婦の日常的な患者との対応の仕方、援助行動について、ケアに参加しながら観察した後、インタビューを依頼した。インタビューは勤務時間外とし、研究対象者の指定する日時に実施した。また、インタビュー終了後に質問紙の回答を求めた。

1) 面接および質問紙調査

面接は、個室状況下で行い、面接中、他者が入室することで会話が中断されないようにした。インタビューは、半構成的質問事項に基づいて実施し、質問内容は、①看護経験の中で印象に残っている患者との関わりとその状況、②その関係に影響したと思われる要素、③共感についての考え方、④患者と関わる際に心がけていることなどについてである。印象に残っている患者としたのは、研究対象者にとってその患者関係について語りやすく、本研究目的の内容が得られやすいと考えたためである。質問の順序は流動的で、会話の流れや研究対象者の反応などで変えた。また、研究対象者が、質問の主旨を理解できないときには、理解できるように言い換えを行った。面接内容は、研究対象者の了解を得てすべて録音し、逐語的記録を作成した。面接時間は1人1時間前後で、この研究において得られた逐語的記録の総枚数は、B4版集計用紙218枚である。

次に、面接終了後に、情動的共感性尺度 (25項目、7段階評定) の質問紙調査を実施した。このスケールは、個人の性格特性としての共感性を測定する方法として、メラビアンのエプスタインが作成した成人用共感尺度をもとに、加藤・高木が日本人の生活条件や生活感情にふさわしい内容に修正したもので、妥当性、信頼性が確認されているために使用した。

2) 倫理的配慮

面接にあたって、対象者毎に研究協力依頼書を示し、研究の意図と大まかな面接内容を説明した。その際、研究対象者の権利の擁護について、研究以外にデータは用いないこと、個人の秘密は厳守すること等を伝え了解を得た。

また、参加観察で得た研究対象者の印象が面接時に影響しないように留意した。

3) 期間

平成10年5月中旬から9月下旬まで。

4. データの分析方法

1) 面接内容の逐語的記録をもとに、1事例毎にデータの中から患者-看護婦関係並びにそこに影響した因子と思われる部分を抽出、コード化し、それを比較しながら分析を繰り返した。抽出したコードをカテゴリー化し、その関連性を検討して意味づけ、最終的に共感プロセスの概念化を行った。なお、データのコード化、カテゴリー化については、スーパービジョンを受けながら進めた。

2) 本研究で得られた共感プロセスの概念枠組みに基づき、各対象者が語った患者-看護婦関係がどの段階にまで至っているのか再分類した。複数の関係について語った場合には、それぞれについて検討し、最も関係が深まったと思われる事例を選択して分類に用いた。また、各段階毎に影響因子の違いについても再検討した。

なお、分類は、共感プロセスで得られた概念枠組みをもとに、研究者および研究指導者2名と、分類についての一一致度をみた。31名中、87.1%の一一致率で、一致しない4事例については3者間で検討を加え、分類した。

3) 質問紙(情動的共感性尺度)の分析は、手続きにしたがって数量化し、25項目の各項目得点、3つの下位尺度「感情的暖かさ」「感情的冷淡さ」「感情的被影響性」毎の合計得点、総合得点を算出し、因子分析によりスケールの構造を再確認した上で、2)で得られた共感プロセスの段階によりグループ化された3群間で、Kruskal-Wallis検定、 χ^2 検定を行った。なお、データ解析は、HALBAU Ver.4の多変量解析パッケージ、基礎統計パッケージを使用した。

5. 用語の操作的定義

本研究で使用する用語の定義は以下の通りである。

患者-看護婦関係: 患者が自分の健康問題を認識し、自己の力によって問題に対処し、それらの経験を通して成長発達を促すことを目的とした、看護婦の意図的・専門的な相互作用。

共感: 澤田⁵⁾の定義に基づき、本研究では同情を含み「相手の気持・感情をその人の身になって感じる」とした。

共感プロセス: 共感の関係の中のある時点でおこり、それが繰り返されることによって、その関係を変化させていく。そこで、「患者-看護婦関係において、看護婦が患者を共感的に理解する」ということが、どのように行われ、その結果、どのような変化が生じるのかという、経過のみちすじ」とした。

結 果

1. 対象者の属性

対象者の年齢は、21才から56才で、20代6名、30代8

名、40代12名、50代5名で、平均年齢は39.1才であった。

経験年数は1年から30年で、5年未満4名、5年以上10年未満4名、10年以上15年未満2名、15年以上20年未満12名、20年以上25年未満4名、25年以上5名で、平均経験年数は、16.5年であった。

対象者31名のうち、スタッフナースは24名、主任看護婦が7名であった。

教育背景としては、看護婦3年課程16名(うち1名は保健婦免許取得)、2年進学課程9名、短期大学3年課程4名、准看護婦課程2名であった。

生活背景に関しては、既婚者は19名、独身者12名で、子供がいる者が17名であった。

なお、インタビューの中で語られた患者は、年齢が30代から70代で、60代・70代が14名であった。性別は男性20名、女性11名で、疾患は悪性新生物19名、糖尿病7名、全身性エリテマトーデス2名、その他3名であった。

2. 患者-看護婦関係における共感プロセスとその段階

1) 患者-看護婦関係における共感プロセス

研究対象者の逐語的記録を分析し、31事例の抽出されたカテゴリーの関連性を検討したところ、図1のように共感プロセスとその影響因子の概念枠組みが明らかになった。

看護婦が患者と出会った際、相手に対し自分の観察や

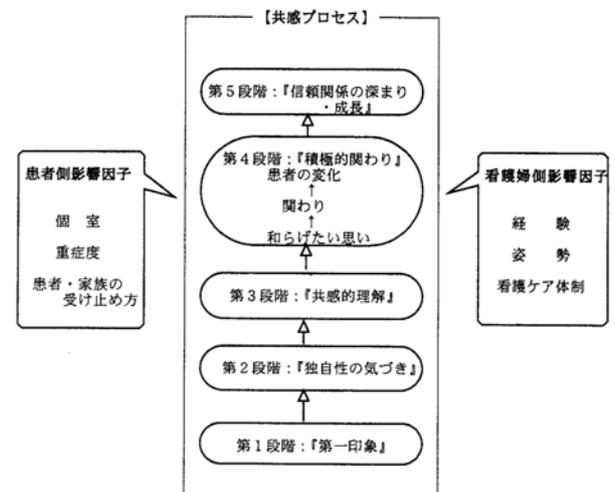


図1. 共感プロセスとその影響因子

得た情報から価値判断をし、「…のような感じ」といった印象を抱く。この段階を『第一印象』とした。次に、患者との関わりにおいて、看護婦は患者・家族を他の患者とは明確に区別し、異なった存在として知覚していく。この段階は『独自性の気づき』とした。第3段階は、患者・家族が今どんなことに揺れ動いているのか、その気持に気づいていく『共感的理解』の段階である。第4段

階では、患者の不安や苦痛などの気持ちに気づいたことから、看護婦に何とかしたいという「和らげたい思い」がおこり、和らげる行動をいろいろと試してみる「関わり」、結果として患者との結びつきに変化を感じる「患者の変化」の3つのカテゴリーに分類された。この第4段階を『積極的関わり』とした。第5段階は、患者・看護婦が互いに関係を発展させ、患者が以前とは違う行動に変化

したり、看護婦自身も何かを学んで成長したり、その関係の中で共に癒されたりする『信頼関係の深まり・成長』の段階である。

以下に、この5つの段階を経過した特徴的な事例を示した。なお、文中の()は、研究者による補足部分である。

事例 26

すごく難しいケースだったと思うの。二人暮らしでもあったし身内と連絡が全くなくて、身元引受人がないような状態だったので…。自分が今まで一人暮らししてきたから、頑固にこう、私たちの意向がね、受け入れられない。…下半身麻痺が徐々に進行してきたんだけど、来たときには支えられればようやく起立できる状態だったので、“自分はトイレに行って排便したい。太丈夫車椅子にも乗れる”っていうそういう感覚が強くなって…。“じゃ、やってみるか”ということ。で、(看護婦) 2人でトイレに移動して、ようやく事故なくできて感じなんだよね。本人も自分のその現状をそこではっきりわかったという感じで…。そうでなければ“絶対だめだ、おれは行くんだ”っていう感じ、自分の気持ち一点張りで…。強い(性格)ですよ。

それでも、“(太転子部の発赤が) こっち良くなってよ、こっちはちょっとひどくなってきたよ”って言えば、“あ、んだが(そうか)、あ、んだよな(そうだよな)”って言って(納得する)…。…まあ、患者さん自身も大変だよな。側臥位とる、いちいちここ(太転子部)に(円座を)あてる。大変なことだと思う。健康者でないわけだから、その大変さはあるんだけど、そうしてはいれない、甘えていれない、予防しなくちゃっていう、そういうその意識づけすることを、今回ぶつかるときも、まああったんだけど、でもそれは受け入れられて、ああそうだねって、坐位とる事も積極的に。…私、深夜だったって事もあるのかどうかわからないけど、もう、5時過ぎからコールよこして、ちょっと坐っていたいなってさ、食事の時にまた、大儀がらないで、30分前からベッドアップして。で、すごく前向きっていうか…。徐々にその(下肢が)動かないっていうのでは(患者は)半信半疑だったかもわかんないけど、いずれは、今借りてるアパート2階だから戻れないなあっていう所での切なさっていうのは、充分私も感じました。辛いだろうなあって。でも、この先の事を考えていえば、それだけにその気持ちもそうだけど、あともうちょっと切り替えて、現状の、その残存機能を強化することでの必要性っていうのも、また同じくらい感じて接してきたつもりでした。

…よかったんだなって、ここまで本人もがんばれたし、私たちの援助も受け入れられた結果なのかなと思ってさ。ちょっとは、あの、信頼してけだんだべなと思う。受け入れられたからね。でも、教えられました、いろいろとね。一つ一つ私たちの勉強につながっているんだと思う。

(コード)	(カテゴリー)
一般的特徴	第一印象
価値判断	
患者の状態	独自性の気づき
患者のニーズ	
看護介入	関わり
患者の納得	患者の変化
価値判断	第一印象
看護介入	関わり
患者の納得	患者の変化
気持ちを汲む	共感的理解
援助の必要性	和らげたい思い
看護介入	関わり
患者の納得	患者の変化
患者行動の変化	患者の変化
気持ちを汲む	共感的理解
援助の必要性	関わり
看護介入	
患者行動の変化	患者の変化
信頼関係の認知	信頼関係の深まり・成長
看護婦の学び	

2) 共感プロセスの到達度

得られた5段階の共感プロセスの概念枠組みに沿って、各研究対象者の語った患者-看護婦関係について再確認したところ、積極的に関わっていく中で、また新たにその患者の独自性に気づいたり、変化した患者の思いを理解したりという繰り返しもみられたが、このプロセスを経て関係を深めていることが見いだされた。しかし、第1段階から第4段階のそれぞれにとどまっている関係もみられた。そこで、影響因子や看護婦の性格特性に差があるのかを検討するため、各研究対象者を共感プロセスに沿って、その到達度について分類してみた。以下にその分類された事例の数と段階毎の特徴的な事例を示した。アンダーラインはカテゴリー化のために抽出された部分に入れ、対応すると考えた段階を番号で示した。①第一印象、②独自性の気づき、③共感的理解、④積極的関わり—a和らげたい思い、b関わり、c患者の変化—、⑤信頼関係の深まり・成長である。なお、ここではコードの記載は省略した。

①第1段階にとどまっていると分類された事例

ここに分類されたのは2事例であり、患者を価値判断したり、「…のよう」な『第一印象』にとどまっていた。

患者に対しての印象は、以下のように語っているが、その後の関わり方などについてはほとんど語られなかった。

事例6 旦那さん亡くして、それでなんていうの？こう、ボーンとしちゃってっていうのか…(アナムネーゼを)取ってないからよくわからないのさ…でもね、〇〇さんという人も同じだったの。前にここにいた人…その人もやっぱりパフってしちゃって…(受け持ち患者と)似たような感じ。ちょっと違うかもしれないけど、だけどやっぱり、何だっけ？何とか症候群っていうのあるんでしょ？つれあいを亡くして何とかって…新聞なんか載ってるじゃない。だから、ああいうようなかなあって思って見てるんだけど。たぶんそうなんだろうなあって…そんなにしゃべらないけれど、でも結構同じように思っているのかなあって、そういうのはあるの。まだ少し日が浅いから、そこら辺まで話してないから、よくわからないんだけどね。

②第2段階まで進んだと分類された事例

患者をその人独自にとらえながらも、相手の気持ちを把握するところまでは語られず、『独自性の気づき』までにとどまっていたのは8事例であった。

事例29 たまたま、患者さんが話しやすかったのかも知れませんが、ライナック(放射線治療)の送り迎えの時とか、何かのついでとかに世間話をするのが多くって。かなり我慢強い人だったんだけど、”痛いのも我慢してる”とか、“誰々さんにだったら言

える、頼める”とか…。きつと遠慮なんですよ。遠慮があつてさうなのかなあ。って。

③第3段階まで進んでいたと分類された事例

第2段階を経て、患者の気持ちを共感的に理解をしている『共感的理解』にとどまっていた事例はなかった。しかし、第4、第5段階に至った事例では、必ずこの段階があつて次の段階に進んでいた。

④第4段階まで進んでいたと分類された事例

ここに分類された19事例は、患者の気持ちを把握したことから、何とかしてあげたいという思いが湧き、積極的に関わっていったことが語られていた。

事例1 アナムネーゼ(聴取)がまず、始まりなのね。その時に、その患者さんのおかれてきた状況っていうか、状態っていうか、決していい状態ではなかったんだよね。…もうこのまま治らないと言われたのが‘とんでもない’と(前の病院を)けて来た人達だから、もうわらにもすがるような状態^②で来ているわけね。(患者の娘が)自分の母親を助けたいという思いで来てるから、その気持ちをすごく私、ひしひしと伝わってわかったし^③。だから私は私なりの誠意を持って話は聴いたつもり^④。…この家族ってすごく一生懸命なんだよね。仕事もってることわかってたしね。で、もう、(入院)当日から夜はつかないで、日中見に来るって言う形の姿勢を崩さない家族だったから^⑤。で、それはそれで私たちはもう当たり前のようにして。…患者さんが訴えられない分、要所要所の、きちんと家族とのコミュニケーションっていうか、伝えてきた^⑥。その辺でのコミュニケーションは進むにつれて信頼関係っていうのかそういうのはできてきたんでないかな^⑦と私は思ってる。…そういう一生懸命母親治したいっていう(家族の)気持ちにはやっぱり報いたい^⑧。こっちは一生懸命になった^⑨。…で、それが相手に伝わったのかどうかはわからないけれど、結構私の名指し、名指ししてば変だけど、(私の所に)来ることがまず頻繁だったの^⑩。

事例22 すごく神経質な人^①で、結局きちんと説明のないままに、化学療法をやつて具合が悪くなつちやつたんですよ。なぜこんなに具合悪いんだろうって^②。(痛みを訴える患者に対して)、先生は、“神経質な人だからね”、あと、看護婦は“まあ、ちょっと変わってる人だ”とかがつて言うんですけども、やっぱり(イレウス)おこしてれば苦しいのは当然ですよ。だから苦痛を取るようにならなきゃだめじゃないかって^③。夜中なんか、寝ても起きても便器の上に乗っている方がさっぱりするみたいでねえ^④。…患者さんの具合も悪いからね、家族もイライラするんですよ。で、どうしてあんな元気で入院したのに、こうなつてしまつて、あんな治療したからじゃないですか^⑤。…そうすればこっち側はきちんと話す機会を持ちますって^⑥。…説明してから^⑦やっぱり少し変わつてきましたけど、家族もね^⑧。…何を一番今希望しているのか、今何をやりたいのかいろいろ聞いていつたら^⑨、仕事に復帰した

いって、それが希望だったんですよ。で、家族も、「仕事に復帰したいから足腰鍛えて階段昇り降りしているから、痛だとか転移してるとかそういう話はしないでほしい、そういう状態でなく1回は、本当に希望を持って職場復帰させたい」とって。…じゃ、同じような状態で復帰させてあげたいなあって。やっぱり、「(患者が)職場に復帰したいんだ」とって思いを言ってくれた時、…そのあたりがやっぱり信頼関係がとれたのかなあっていうのは感じましたね。

⑤ 5段階まで進んでいたと分類された事例

この段階まで進んでいたのは2事例であった。いずれも患者との関係の中で看護婦も癒されたり、その関係から学ぶことがあったと語っていた。

事例4 最初に大部屋にいたとき、みんなも「ちょっと変わった子だ」と言っていたことから、入っていけなかったんですよ。「いやー、どうして入っていけばいいかな」と。(そう)思った時に、やっぱり、じっくり話すために、必ず椅子に坐って同じ目線で話すように…。で、そして回数を何回と…と行っているうちに、自然と私を待てるようになったの。夜勤でも「いつ来るの?」とか、「何日休んでたの!」とかね。私、もっとなついてこないのか

なって最初思っていました。でも、しょっちゅう行って…最中具合の悪いときにしょっちゅう行ってね、なんだののかんだの(いろいろ)聞いて。旦那さんが来たときには、旦那さんを交えて冗談言って。△△さん(受け持ち患者と同年代で、仲がよい患者)が「ストレスだ」と言ったので(同案になるよう配慮した)。…○○さん(受け持ち患者にとって)も良かったし、「話し相手ができた」とって。(喜んだ)。…先生に話しづらいついて言って。で、「じゃあ、私の方から聞いてあげるから」とって、で、返していく。…っていうのでなんか信頼されたのかな。…っていうのは自分で感じてますね。…うれしかった。もちろんうれしいですよ。そう、うれしいから、もっと接してもっと早く退院させてあげるとか…「じゃあ、自分のやってきた看護は間違いではないんだな」とって逆にこう、張り合いがでたっていうかね。「ああ、ありがたいなあ」と思って。頼られてる自分を、看護しててよかったなあって。

3. 共感プロセスに影響する因子

関係を成立させるプロセスに影響を与える因子としては、「患者側の要因」「看護婦側の要因」の2つに大別することができた(表1参照)。

表1. 共感プロセスに影響する因子

	カテゴリー	コード	内 容
患 者 側	個室	(5)	患者が個室に入ったことで、話しやすかった
	重症度	(8)	患者が重症だったことや、処置・ケア量が多いため、接する回数が増え、関係が深まった
	患者・家族の受け止め方	(12)	患者・家族が自分に対して好意的に接してくれたため、深く関わろうと思うようになった
看 護 側	経験	人生・生活体験	
		患者の体験 (7)	実際に自分が患者の立場を経験したことで、患者の気持ちが理解できるようになった
		家族の看病 (10)	家族の死を看取ったり、家族に入院に付き添ったことで、意識が変化した
	ライフスタイルにおける経験 (5)	結婚・出産・育児・離婚といった経験から、患者に対する意識が変化し、相手の気持ちを思いやるようになった	
看護体験	マイナス体験 (19)	患者への接し方で悩んだり、注意されたことから、意識して関わるようになった	
	看護の再確認 (8)	それまでの看護の経験や、他者の話から、看護の意義を改めて考えるようになった	
	満足感 (4)	それまでの看護の経験や、他者の話から、看護の意義を改めて考えるようになった	
婦 側	姿勢	コミュニケーション技法 (17)	自分たちがよい援助を行ったことで、喜びを感じ、次の援助にも意欲を持って臨むようになった
		心がけ (28)	言葉に気をつける、話し方に注意する、話すときの態度を工夫する等
	患者のとらえ方 (26)	患者の立場に立って考える、患者の気持ちを汲む、頼まれたことにきちんと応じる、待たせず処置をする等	
看護ケア体制	スタッフの影響 (15)	人間(患者)は弱い、患者は敏感、入院生活はストレス等から注意して関わった	
	病棟の看護体制 (26)	スタッフの雰囲気良さが、患者に対する関わり方に影響した	

1) 患者側の要因

これは『個室』『重症度』『患者・家族の受け止め方』のカテゴリーがあげられた。以下にそれぞれの事例をあげながら説明する。

①個室

患者が個室に入っていたことで、話しやすい状況にあったことを語っていた。

事例20 (太部屋だった頃)部屋では言わないんだよね、あの。…一歩部屋から出れば、それなりに聞いてきてたから…一番話しやすかったのは、(個室に入った)この頃。

②重症度

患者が重症だったり処置やケアが多いことで、患者と接する回数が増え、関係が深まったとするカテゴリーである。

事例8 今はずいぶん元気になったんだけど、回復室にいる頃には便もなかなか出なくて…胸腔ドレーンとかいろいろ入って、ニトログラム貼ったりして、自分で力むことができないような感じの人だったので、便出すのにも看護婦が排便してあげないとだせなくて。…部屋に行く回数が多いのもあって…夜勤の時にでも、廻っていった時にでも、何もしてないのに、ただお部屋廻っただけなのに、“世話になるなあ”って言って。

③患者・家族の受け止め方

これは、患者・家族が看護婦に対して好意的に接してくれたため、看護婦が深く関わろうと思うようになったカテゴリーである。

事例25 行くとね、こう、話をしたりすると、(患者が)すごく(気持ちが)紛れるっていうか。で、来るの楽しみにしてくれて。…奥さんもすごく、あの、なんて言うの？向こうがよくしてくれていうのも何か変なんですけど、うん、話とかもね、“全こうなんだけど…”みたいに話してくれて。…こっちは皆とまず、みんな患者さんいれば、皆平等に自分達を、こう、入れてやってるつもりなんですけど、その中でもやっぱり向こうの好きずきっていうのもあるじゃないですか。で、向こうが結構自分に対して、話をしてくれる、困ってることがあったりとか、あの、今こういう風に考えてるんだとかって言ってくると、やっぱりこっちはそれに対して応えてあげようと思うじゃないですか。

事例31 奥さんが私に熱心だったんでないかな。とにかく“△△さん、△△さん”っていう感じだったから。…やっぱり自分に余裕がある時に部屋に入ってって、話するとか、準夜の時に話聞いてあげろ。

2) 看護婦側の要因

看護婦側の要因は『経験』『姿勢』『看護ケア体制』の3つに分類された。

a. 経験

このカテゴリーには、「患者体験」、「家族の看病」、結婚・出産・育児・離婚といった「ライフサイクルにおける経験」という[人生・生活体験]と、これまでの看護実践を通して体験した「マイナス体験」「看護の再認識」「満足感」といった[看護体験]の2つのサブカテゴリーが包括されていた。

① [人生・生活体験] - 「患者体験」

実際に自分が患者の立場を体験したことで、患者の気持ちが理解できるようになったことが語られた。

事例2 (婦人科を受診したことで) 患者さんの気持ちから考えると、その、まず受診してみてもらうのに、まずある程度、そこまで勇気がいりますよね。ましてや、その婦人科という科に関して、何となく抵抗あるから、よっぽどのことでないと行かないような感じ。…結果が1週間後って言われた。その間すごいのストレスだったんですよ。入院の準備もしなきゃいけないとかね、居ない間どうしようとかね。そういうのすごく、ずーっと1週間ずーっと考えて。で、結果聞くまでそういうのがずーっと続きました。で、患者さんてこういうふうにな、つかまえてるんだなあって…。

事例4 自分も病気してみても、患者ってやっぱり弱い…まあ、1週間のあれ(入院)なんだけど、痛みも本当にその人でないとわからないっていうの…あんな激痛を味わって、その後も…(病棟に)戻っても、みんな“本当に痛んだべか?”って。そういうのありますよね。でも、その人でなければわからない痛み…。だから、そういうところをきちっとやっぱり患者さんに“あなたでなければわからないから…”とか、そういうふうな聞き方をしてあげると反応が返ってきますよね。

② [人生・生活体験] - 「家族の看病」

「患者体験」と同様に家族の死を看取ったり、家族の入院に付き添ったことで、患者への関わり方の意識が変化したことが語られた。

事例8 …癌っていうのは告知されてなかったんだけど、だからこそ、退院したら、あれやろう、これやろうっていうふうに言いながら亡くなったから、そういう気持ちを少しでも関わって、和らげてあげたいと思って…。

事例20 自分の家も、親もね、身障者なのね。うん、事故で。で、家の父親もこうこうでさあって、こういうことを経てここまで来て、今一人立ちしてるんだよっていうふうに言ったら、“あ、そうなの”って。向こう(患者)も“どうすればいい?”っていうのは聞いてきたから、ちょっと親密に相談に乗って…っていうのは

思った。

③ [人生・生活体験] - 「ライフサイクルにおける経験」

これは結婚・出産・育児・離婚といった看護婦の経験から、患者に対する意識が変化し、相手の気持ちを思いやるようになったことを述べている。

事例27 自分も、こう、子供生んでから、夜に、すごい、眠れない…。で、ああ、1日でもいいからゆっくりに眠りたいって、そういう気持ち、何回か、やっぱり子供持ってから、そういうふうに思ってるから、〇〇さんだけでなく、他の患者さんでも“夜眠れない、わあ、1日でもいいから、ぐっすり眠りたい”ってそういう気持はさ、自分でもこう、ああんとなんかわかるなあって。そういう共感するっていかね、そういうのわかるのかな…。…親の気持ちっていうのかな、小児科にいて看護婦として働いてた時、独身であつたけども、やっぱり、何となくさ、子供生んでから、違うような気がするんだよね。本当に子育てって大変なんだっていう。だから、“あのお母さんは、今こういう状態の気持ちでこの子を見てるんだな”とかって、そういうふうに。…やっぱり看護婦って、いろんな経験も必要なんだよね。

④ [看護体験] - 「マイナス体験」

患者への接し方で悩んだり、注意されたことから、患者に配慮して関わるようになったことである。

事例1 1回、私ね、婦長室に（患者が苦情を言いに）行かれたことあるの。“その態度が良くない”って。…（婦長室から）いろんな患者さんがいるから、いろんな患者さんに対応できる、何て言うの？あれ（能力）を備えなきゃいけないみたいなこと言われたのさ。…患者さんのそういう不安とか、そういうのを早くに察知して、もうちょっとこっちが、“どうしました？”みたいに何回も訪室していけば、この人をここまで怒らせないで済んだのかなっていうのは残る。だから、相手が言いたかったことを私が察知できなかったがために、私の態度が冷たい態度に相手は取ったわけでしょ…。

事例19 患者さんから叱られることもあるしね。口のきき方があれだってね。人がこんなに苦しむって言うのに、時間でないと看護婦さんは、結局ほら、痛み止めでも何でも、今やったばかりだから、あと3時間しないと使えないとかって言うって。でも自分としては苦しいんだって。それに対して、どうすればいいかって悩んだこともある…。前は、本当に杓子定規。今はいろいろ…臨機応変にできるけど…。

⑤ [看護体験] - 「看護の再認識」

それまでの看護経験を通して、看護の意義について改めて考えたり、意識して関わるようになったことが述べられている。

事例25 働き始めてから、担任の先生と会ったんですね。で、ちょうどスランプだったんですね、その時も。…その中で末期の患者でこれから死んでいくっていう人がいた時に、だんだん近づいてきたなって思った時に、…明るくて、優しくて、とにかく自分の側にいてくれるような看護婦に最後に看てもらえれば一番幸せだっていうのを聞いて、そういう気持ちでいるっていうのが一番大事なことなんだよっていうふうなこと言われたときに、なんかこうツキーンときたものがあるって、それからはね。…なるべくだったら極力明るく、自分では心掛けてるつもりなんですけど。

⑥ [看護体験] - 「満足感」

よい援助ができたという実感が、次の患者への関わり方に対する意欲へと結びついている。

事例4 その方、お父さん亡くなって何年ぶり（死亡診断書もらいに来た）…遠くから来て、（電話を）かけたら子供さんが出て、（帰宅は）8時過ぎだって言ったの。私と接したのがお昼頃でさ、帰ったのがそんな時間。その時、私、家（自宅）からかけて、で、優しくったのか、印象的だったのか、投書されてあつたの。遠いところまで（電話を）かけてくれて、さらにねぎらってもらったみたいなことをね。…そうした接し方をすれば返ってくるっていうのも今回ちゃんとわかった。

事例26 私たちが頑張れば、患者の思いとか、家族の思いを叶えられるっていう、いい思い、これこそ本当だなあって思い。そこが（意識して関わるようになった）まず第1だったね。スタートがそこから。

b. 姿勢

このカテゴリは、患者に接する際に看護婦が気を付けていることであるが、「コミュニケーション技法」と「心がけ」、「患者のとらえ方」の3つのコードが包括されている。

① コミュニケーション技法

患者と関わる時の具体的な接し方について述べている。

「心ない言葉は吐かない」（事例1）、「患者にわかりやすい言葉で話す」（事例11）といった言葉に注意するもの、「特に用事がなくても声をかける」（事例5）、「声をかけ、意欲を持たせる」（事例9）といった声かけや、「じっくり坐って話す」（事例4）、「相手のペースで話を聞く」（事例22）、「話しやすい雰囲気をつくる」（事例24）といった態度面、あるいは、「スキンシップを取り入れる」（事例4）「経験したことを例に挙げて説明する」（事例20）といった工夫がみられた。

②心がけ

ふだん、患者と関わる際の心がけについて語られている。

患者の「気持ちを汲む」「待たせず処置をする」(事例22)、「頼まれたことにきちんと応じる」(事例5・8・13・27)、「看護計画は細かに修正する」(事例23・26)といったことなどが挙げられた。特に、相手の気持ちになって考えるということに関しては、以下に示した事例の他にも多くの研究対象者が語っていた。

事例14 患者と同じ思いになるって、言葉ではいいけど、とても、私にはまだできていないと思う。…喜ぶことはできると思うの。でも一緒に、患者と悲しんだり、悩むっていうのは、すごく難しいんじゃないかなと思うの。だから私、きっと患者と一緒に悲しめれば本当に少しはわかったのかなと思える感じがするの。いやなことかをも、患者と話し合えるようになると、私は少し患者と近づけたのかなと…。

事例26 患者さんの気持ちに近づくとって事なんだろうけど、やっぱりこう、専門職として事を取っ払ってしまっで、で、聴くことが一番だと思うんだよね、それが素直に相手の言ったことをそのまま受け入れられるんじゃないかなあって思います。そこから次のことが、まずね、専門職としての関わりをしていけばいいだろうし、最初は本当にね、そういうこと意識していればもうちょっと近づかれるのかなと思ってますけど。

③患者のとらえ方

看護婦がふだん患者をどのようにとらえているかが、関わり方に影響している。

事例2 二人でね、あの、全部背負ってるってことに関しては、(患者は)やっぱりどこかでくじけると思う。人間で弱いと思うから、必ず誰かにしがみつきたいとかね、泣きたいとかってあると思うのさ。そういうときにやっぱり、ちょっとこう、ね、話してあげて励ませば、ちょっと…それこそ、少し、一緒に…共感になったかなっていう感覚。

事例10 患者さんて敏感だからね。あの、病気…気持ちも思ってるからね。うん、やっぱり、ちょっとのそういうの(何気ない看護婦の態度)でも、受け止め方がまたちがうと思うんだよね。やっぱり普段、健康な時と違うしね。

c. 看護ケア体制

看護スタッフの雰囲気良さが、自分の患者に対する姿勢に影響したとする「スタッフの影響」、受け持ち看護婦であったことやアナムネーゼを聴取したことから、関係をつくりやすかったとする「病棟の看護体制」である。

事例23 (病棟交替で)ここに来た時はね、もう、清潔面にも力入れてるし、すごくさあ“えっ!”っていう感じだったのね。で、必然的に手がかかれば、関係もね、もっと身近に考えるっていうかさ。本当にカンファレンスっていうか、看護診断が入った頃なんだけど、ちゃんとやるし、必ず時間設けてやるしね。そういうスタッフの雰囲気っていうか、それはあったと思う。

事例2 受け持ちも確かに私の名前になってますし、あとアナムネーゼも私が取ってるんですよ。ある程度アナムネーゼを取ったときに聞いたし、向こう(患者)もやっぱり受け持ちということに関しては、接しやすいついていうか、言いやすいついていうのあるんじゃないかなっていうのは感じましたね。

以上の影響因子は、共感的プロセスの段階で、第4段階の『積極的関わり』、第5段階の『関係の深まり・成長』の段階まで進んでいたと判断した事例から例示したが、第1段階の『第一印象』、第2段階の『独自性の気づき』の段階に分類された研究対象者においても、同様の影響因子が抽出されていた。しかし、後者の場合は、その内容に“固定受け持ち制は負担になる時もある”、“時間がないので、患者の話がゆっくり聞けない”、“患者には公平に”、“死亡していく患者が多く、満足感が得られない”など、患者-看護婦関係の成立に否定的な方向に働いていた。また、『経験』などについては、前者と比較して、ほとんど語られていなかった。

4. 情動的共感性尺度得点の結果

31名の対象者から得られた結果を因子分析したところ、加藤・高木のものと同様に、「感情的暖かさ」「感情的冷淡さ」「感情的被影響性」の3つの因子に分かれたので、本スケールの手続きにしたがって処理した。

対象者の「感情的暖かさ」は 54.16 ± 6.84 、「感情的冷淡さ」は 30.07 ± 8.68 、「感情的被影響性」は 23.52 ± 3.94 で、加藤・高木(16)の行った首都圏女子大学生の 52.33 ± 6.03 、 29.92 ± 6.70 、 23.32 ± 4.01 とほぼ変わらぬ結果であった。

共感プロセスの段階別に、「第1・2段階」「第4段階」「第5段階」の3群間でKruskal-Wallis検定を行ったところ、段階別の情動的共感性尺度の総得点並びに因子毎の合計得点で有意差はみられず、看護婦の年齢、経験年数、所属病棟、学歴等の χ^2 検定の結果でも有意差はなかった。

考 察

1. 患者-看護婦関係における共感プロセス

31名の分析から、患者-看護婦関係における『第一印

象]、『独自性の気づき』、『共感的理解』、『積極的関わり』、『信頼関係の深まり・成長』という共感プロセスが明らかになった。まず、このプロセスについて考察する。

私達は人と出会ったときに、自分の経験から得てきた価値観で相手を見る。また、人間に対する印象は、周囲の影響を受けやすい。例えば、自分により近いところにいる人が、他の人に対する印象を語ったとき、自分に近い分、その人の印象を自分のものとしてとらえてしまうこともある。しかし、そこにとどまっていたら、患者との関係性は変化していかない。本研究の事例の中でも、看護婦が患者の普段の印象とは違った態度や行動に意外性を感じたとき、注意を引きつけられ、相手の状況や気持を理解しようと変化している。そして、看護婦がその人に抱いた印象にとらわれずに患者に関わり、関係を深めていることがみだされた。また、そこで共感的に理解することによって、和らげたい思いが生じ、積極的に関わっている。つまり、患者の個別性・変化への気づきが、関係発展の根本的な原理だといえよう。看護婦が患者の気持を把握し、その気持に沿いたい、報いたいと関わっていったとき、共感したことを直接的な言語として伝えていなくとも、その行動は患者に伝わり、関係の変化、患者行動の変容に結びついている。本研究で得られた共感プロセスは、このような積み重ねで患者と看護婦の信頼関係を生み出していくことを表しているものだと考えられる。

次に、このプロセスを、先行研究と比較して考察を加える。

図2に示すように、トラベルビー³⁾は、人間対人間の関係の確立を通して、看護の目的が達成できるとして、「初期の出会い」「同一性の出現」「共感」「同感」「ラポート」と、5つの関係確立までのプロセスを提示している。これは、本研究の共感プロセスとほぼ一致した段階で、特にこのプロセスを経て関係を深めたときに、患者・看護婦が互いに成長するという点で近いものがあると考えられる。しかし、本研究で明らかになった、和らげたいと感じた看護婦が即座に何らかの具体的な援助行動に移り、患者の変化を実感していくという過程については述べられていない。トラベルビーは「同感」の位相において、看護婦に苦悩を和らげたいという願望が起り、病人の苦悩に入り込み、参加することによって、苦悩を一人で背負うことの重荷から救うと述べているように、気持の変化の面でもとらえている。これは、トラベルビーがこの理論を精神疾患患者との経験から導き出したため、具体的行動の部分で相違点がみられたものと思われる。今まで、トラベルビーの理論は臨床に活用しづらいつつと考えられていたが、本研究で導き出されたプロセスに、研究対象の範囲を広げ、状況による違いを検討していく

ことによって、この理論を広く適用することが可能になるのではないかと考えられる。

また、小代²⁾は、都内の看護婦を対象に、図3のように共感のプロセスを明らかにしている。看護婦と患者が出会う初期の段階で「相性」が認知され、私的自己をopenにし合う「相互open」、患者への「同情」、「確認し合う相互作用」というプロセスを経て「共感」がおこるとしている。そして、この共感のおこるきっかけが、患者がいつにない表現や反応をしたり、内面が吐露された時であることを指摘している。本研究でも、患者の独自性の気づきが共感的理解への前段階になることが示されたように、患者の変化に気づくことの重要性が再確認されたといえよう。しかし、小代は相性がいいと認知された患者の場合「共感」へと発展しやすくなるとして、プロセスの第1段階に「相性」をあげている。これは本研究における患者側の影響因子の「患者・家族の受け止め方」に対応するものである。一般に、看護婦が患者に対し否定的な印象を持っていたとしても、普段の関わりの中で患者への思いを変化させ、その関わりによって患者も変化していくことから、臨床場面においては、患者関係に影響を与える要因としてとらえた方が適切であると思われる。小代のプロセスにおける「共感後」では、看護婦と患者の関係が変化し、看護婦としての職業的アイデンティティも強化されるととらえられており、本研究での看護婦自身の成長の内容と同様である。小代のプロセスは、共感がおこるまでを中心に研究されているため、本研究の共感プロセスにおける第3段階までが詳しく、その後の関わり方、患者の変化については述べられていない。また、本研究では看護婦の“何とかしてあげたい”という思いを相手の気持ちを理解したために起こるものとして、『積極的関わり』の中の1つのプロセスとしてとらえたが、小代はこの看護婦の思いを「同情」として、「共感」が起こる前段階の1プロセスに位置づけている。この相違についてはプロセスの順序性という点で検討の余地があるが、同様の内容が抽出されているため、この要素は共感プロセスに不可欠なものであることが示唆された。

以上、述べたように、本研究で得られた共感プロセスを、トラベルビー、小代の2つのプロセスと比較してみると、概ね一致する点もあることから、患者-看護婦関係における共感プロセスの妥当性が示されるものと考えられる。この比較において注目できるのは、どの研究者も本研究と同様に、看護婦の気づきを強調していること、関係が成立した後は、患者・看護婦相互に成長することである。

これより、患者の気持ちに共感してゆくには、まず相手の気持ちに気づくこと、そして、看護婦にとって、患

者との関係は一方的に援助するというものではなく、共に援助を受け取ったり、影響を与えられたりする関係であると意識して関わるのが、関係を深めていく上で重要になると考えられる。

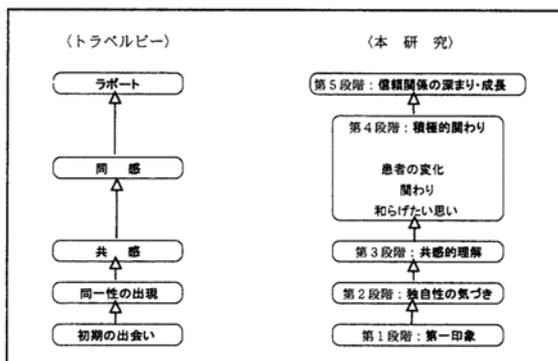


図2. トラベルビーのプロセスとの比較

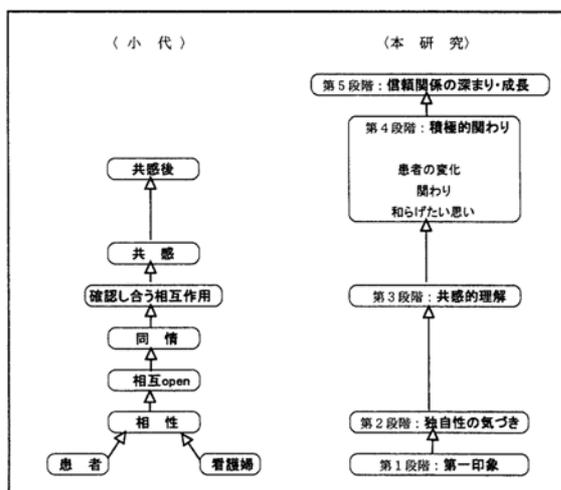


図3. 小代のプロセスとの比較

2. 共感プロセスに影響する因子

本研究では、患者側の要因として「個室」「重症度」「患者・家族の受け止め方」、看護婦側の要因として「経験」「姿勢」「看護ケア体制」と言うカテゴリーに分類することができた。患者側の要因は、小代¹²⁾、小田¹³⁾の研究でも、指摘されていることから、患者との信頼関係を深めていく上での影響要因として重要なものといえるであろう。

特に、本研究の中では、共感プロセスの段階が高い対象者ほど、看護婦側の要因としての「経験」「姿勢」について語られていた。このことから、看護婦が経験を通して実感したことが患者への姿勢となって現れるものと推

測される。したがって、意識化することによってそれぞれの体験や経験が深められ、その看護婦に特有の感性や姿勢が形成されていくことが考えられる。「看護ケア体制」で挙げられた「看護スタッフの影響」については、同じ病棟のスタッフが患者とよい関係にある場合、その関わり方から学ぶことも多く、スタッフ同士で支援しあえる体制であれば、患者との関わりに悩んだ時に、よりよく対処できるだろう。また「病棟の看護体制」においては、受け持ち制など、患者との関係を深めるのに効果的な体制も整備していく必要がある。

3. 情動的共感性尺度との関連

今回の研究結果からは、患者 - 看護婦関係の共感プロセスの各段階に分類されたグループと、高木・加藤による「情動的共感性尺度」¹⁶⁾との関連性は、みられなかった。これに関して、1つには、共感の測定方法として、妥当性の問題があげられる。すなわち、質問紙法では、仮想的な状況への反応の自己報告であって、実際の場面の共感を測定しているわけではない。つまり、共感と利他的行動とが結びつくといっても、その過程はかなり複雑であり、そのメカニズムを明らかにすることから研究を始める必要があるといえよう。

さらに、今回使用したスケールは、心理学者によって開発され、一般的に使用されているものであるが、患者 - 看護婦関係における共感を測定するものとして適したものであるかということがあげられる。共感尺度については、看護学分野でも開発が進められており、ラ - モニカの共感プロフィール¹¹⁾や、日本では岡谷の患者信頼スケール¹⁴⁾などがあるが、いずれもスケールの妥当性・信頼性について検討中であり、十分に開発されたものとはいえない。患者 - 看護婦関係が、看護ケアの質を左右する大きな要因であり、その関係成立に「共感」が大きく関与していることが明らかにされつつある現在、共感尺度が開発されることによって、共感能力を高める方法の確立が期待される。

4. 看護への提言と今後の課題

これまで、看護では、患者 - 看護婦関係における共感の重要性が強調されてきた。しかし、そのプロセス、要因、患者への効果などは、曖昧なままで、個々の看護婦が、暗黙のうちに行ってきたといえる。そのため、人間関係理論は、具体的に実践と結びつけられてこなかった。本研究では、看護婦が経験した患者 - 看護婦関係を分析することで、ふだんの実践で看護婦があまり意識していない部分を明確にでき、トラベルビーや小代の研究との共通性と相違性から、大枠においてこれらの理論を検証することができたと考えている。今後、患者 - 看護婦関

係において本研究で得られたプロセスを活用し、患者と看護婦である自分との関係を見きわめていくことで、さらに深めていくことが可能となる。そして、このような関係をふり返ったり、経験したりすることが、看護婦の達成感・自己効力感を得、次の援助への意欲、看護の発展へと結びつくものと思われる。

なお、本研究は、研究対象者が少人数であること、地域の公立病院であることや診療科による偏りが考えられる。また、共感プロセスとその影響因子は、看護婦および研究者の認知によるものであり、患者にとって、信頼関係の深まりがどのようなものであるのかは明らかにされていない。

データ収集に関しては、研究者の観察能力、研究対象者との相互作用能力によって、得られるデータが限定される。また、データ分析については、その妥当性・信頼性を高めるためのスーパービジョンを受けてはいるが、研究者の主観や先入観が混入している可能性を否定できない。

今後、研究対象を広げ、トラベルビー並びに小代によるプロセスと比較検討を繰り返し、より一層、共感の概念やプロセス、影響因子を明らかにしていくことを、課題と考えている。また、看護婦が共感したことを患者に伝え確認していくことの必要性や、患者が認知する患者-看護婦関係と看護婦の認知とを比較する研究などにより、共感の効用を明らかにすることが望まれる。

結 論

共感プロセス並びに影響因子について、東北地方の某県立病院内科系病棟に勤務する研究協力が得られた看護婦31名を対象に、半構成的質問紙による面接並びに、情動的共感性尺度による質問紙調査を実施した結果、次のことが明らかになった。

1. 共感プロセスは、第1段階『第一印象』、第2段階『独自性の気づき』、第3段階『共感的理解』、第4段階『積極的関わり』:和らげたい思い→関わり→患者の変化、第5段階『信頼関係の深まり・成長』と進む。
2. 得られた共感プロセスの概念枠組みに沿って、本研究対象者の語った患者関係について分類した結果、第1段階にとどまっているもの2名、第2段階まで進んだものの8名、第3段階まで進んだもの0名、第4段階まで進んだもの19名、第5段階に至っているもの2名であった。
3. 共感プロセスには、患者側の要因として「個室」「重症度」「患者・家族の受け止め方」が、看護婦側の要因として、「経験」「姿勢」「看護ケア体制」が影響していた。
4. 共感プロセスの段階別に分類された3群間（「第1・2段階」10名、「第4段階」19名、「第5段階」2名）の、情動的共感性尺度得点は有意差がみられなかった。

謝 辞

本研究を行うにあたり、面接並びに質問紙調査にご協力いただきました青森県立中央病院の看護婦の皆様、並びに研究に際し様々なご配慮をいただきました柴田治子元青森県立中央病院総看護婦長、横内桂子元青森県立中央病院副総看護婦長に心からお礼申し上げます。最後に、ご指導いただきました松尾典子元山形大学教授、三上れつ山形大学教授、今回の投稿に際してご助言くださいました上泉和子青森県立保健大学教授に深く感謝いたします。

(受理日:平成12年12月4日)

文 献

1. 操華子, 羽山由美子, 菱沼典子, 岩井郁子, 香春知永: ケア/ケアリング概念の分析—質的・量的研究から導き出された諸属性の構造—. 聖路加看護大学紀要 22, 14-28, 1996.
2. Hildegard E Peplau, 稲田八重子他訳: 人間関係の看護論. 医学書院, 東京, 17-44, 1973.
3. Joyce Travelbee, 長谷川浩他訳: 人間対人間の看護. 医学書院, 東京, 171-232, 1974.
4. Ruth C Mackay, 川野雅史訳: 共感とは何か. 共感的理解と看護 (Ruth C Mackay, Jean R Hughes, E Joyce Carver 編, 川野雅資他訳), 医学書院, 東京, 1991.
5. 澤田瑞也: 共感の心理学. 世界思想社, 京都, 11-12, 14-16, 164-197, 1996.
6. Kalish B J: What is empathy ?. American Journal of Nursing 73, 1548-1552, 1973.
7. 鳴沢實: 共感と心理療法. 共感の心理学 (春木豊, 岩下豊彦編), 川島書店, 東京, 84, 1981.
8. Eisenberg N, Miller P A: Empathy, sympathy, and altruism. Empathy and its development (N Eisenberg, J Strayer Eds.), Cambridge University Press, 1987.
9. 土居健郎: 「甘え」の構造. 弘文堂, 1971.
10. Ruth C Mackay, Jean R Hughes, E Joyce Carver, 大橋靖史訳: 援助関係における共感のモデル. 共感的理解と看護 (Ruth C Mackay, Jean R Hughes, E Joyce Carver 編, 川野雅資他訳), 医学書院, 東京, 99-152, 1991.
11. Elaine L La Monica, Richard M Wolf, Anita R Madea, Marilyn T Oberst: Empathy and nursing care outcomes. Scholarly inquiry for nursing practice ; An International Journal 1, 197-213, 1987.
12. 小代聖香: 看護婦の認知する共感の構造と課程. 日本看護科学会誌 2, 1-13, 1989.
13. 小田心火, 伊東和子: 看護者の認識する患者-看護者関係. 看護展望 21, 87-96, 1996.

14. 岡谷恵子：看護婦 - 患者関係における信頼を測定する質問紙の開発. 看護研究 28, 29-39, 1995.
15. Anselm L Strauss, J Corbin, Fagerhaugh, Barney G Glaser, Mines, Suczek, Wiener, 南裕子監訳：慢性疾患を生きる—ケアとクオリティ・ライフの接点. 医学書院, 東京, 1987.
16. 戸田弘二：対人態度. 心理尺度ファイル—人間と社会を測る—(堀洋道, 山本真理子, 松井豊編), 垣内出版, 東京, 322-326, 1994.