原 著

看護婦の認知する共感の構造と過程

小 代 聖 香*

Percieved Structure and Process of Empathy by Japanese Nurses

Shodai Kiyoka

St.Luke's College of Nursing

Abstract

The concept of empathy is the key factor for understanding the object and contains the meanings of helping. This study aimed to inductively delineate the structure and process of empathy in the patient-nurse relationship through the perception of nurses by using the methods of the participant observation and interview. The subjects of this study were 19 nurses in a medical unit of a private university hospital in Tokyo. The result of the study showed that 1) in the very first moment when a patient and a nurse met, the nurse perceived attraction (aishou) toward the patient, 2) then the both began to disclose private-self to the other (mutual openness), 3) which led the nurse to sympathize with the patient, 4) and to mutually confirm the feelings and responses to the other, 5) and finally reached the feelings of empathy which was perceived by the nurses that mutual feeling were transmitted and understood. If the empathy was once experienced, the nurses felt that the mutual relationship tended to continue and deepen as the time passed. It has been emphasized in the literature that the helper in the empathetical relationship may feel as if he or she were the client but should not emotionally identify with the person. However, the result of this study indicates that the nurses experience the relationship as the strong feelings of identification with patients. It may occur due to the Japanese cultural context.

要 旨

「共感」は、対象者を理解する上で鍵となる因子であり、援助的意味をもつていわれている。本研究では、看護婦の認知する看護婦-患者関係における共感のプロセスと、その構成要素を、参加観察法及び面接法によって帰納的に導き出した。対象者は、東京都内の某私立大学病院の1内科病棟の看護婦19名である。分析の結果、共感とは、まず「共感者(看護婦)」と「被共感者(患者)」がいて、この2者が出合い、その初期の段階で「相性」といわれる感覚が生じる。そしてお互いの私的自己をopenにする「相互open」さらに、「同情」がおこ

り、お互いの気持ちや反応を「確認し合う相互作用」をおこない、それを経て、気持ちが伝わり通じたという「共感」を感じている。一旦共感が体験されると、看護婦は、患者との相互関係が継続し、時がたつにつれて深まっていくと感じている。文献によると、援助者は、共感的関わりにおいては、あたかも対象者であるかのように感じながらも、決してその人と情緒的に同一化すべきでないと強調している。しかしこの研究では、看護婦は、共感する際患者との一体感を強く感じているという結果がえられた。これは、日本人の文化的心理特性によるものであろう。

I. はじめに

看護は、重要な治療的人間関係の過程であり、看護婦と患者が共通の目的に向かって相互作用し、共に働くプロセスであるといわれている¹⁾。そして、人間対人間関係を確立することを通して看護の目標が達成されるといわれている²⁾。つまり、看護婦の提供するケアが有効なものになるためには、その看護婦と患者との間できつくりあげる人間関係が大きく影響するといえるだろう。

それでは援助的な看護婦—患者関係を成立させるためには何が必要なのであろうか。援助が人間的な意味での支えになるためには、心の交流が大きな役割をし、交流の中でなされる人間理解は援助を有効にするといわれている³⁾。また、看護のプロセスは看護婦と患者が相互に理解し合おうとするプロセスであると考えられており^{4,5)}、「理解する」ということが援助的な看護の重要な要素であると考えられるだろう。

相手を理解しようとするとき、人は相手の立場に自分を置こうと努力し、その人が体験している世界をともに体験してみようとする。これは、「共感的理解」とよばれており^{6~8)}、共感とは対象を理解する上での鍵となる因子であるといえるだろう。共感を通して対象者も、理解してもらったことを基盤にして対象者自身の自己洞察を深めることができるのである。このように、看護にとって「共感」という概念は重要な意味を持つ概念であると考えられる。

さて、「共感」という概念は、1900年初頭美学において用いられた概念であり⁹⁾、自我の他我認識という意味が強かった。が、その後臨床心理学者たちが用いるようになり、感情的受容、

投射という意味が強くなった¹⁰⁾。看護の分野に取り入れられたのは、1960年代後半である。借り物の概念であった「共感」は、看護の中で次第にその見直しと適用が試みられ、いろいろな測定用具を用いて操作化の方向に向かっている。しかし、これらの測定用具を用いた共感の研究は、欧米で行われているものの、日本においては取り入れられていない。日本では共感の研究や¹¹⁾、共感に類すると考えられる「了解」¹²⁾、「暗黙知」^{13,14)}、「甘え」¹⁵⁾などのテーマが取り上げられ、看護者もこれらのテーマに対する関心が高い。にもかかわらず共感という抽象概念が操作化の方向に向かいていかないのはなぜであろうか。欧米において信頼性、妥当性の高い測定用具であっても、日本という文化が、その導入を受け入れにくくしているのではないだろうか。

さて、日本の文化をみてみると、日本人はアメリカ人と比較して、コミュニケーションの性質として、他人に知らせる自分の部分(公的自己)は比較的小さく、他人に示さない部分(私的自己)は比較的大きいというP.C. Barnlundの指摘がある¹⁷⁾(図I)。又、会田は、「日本人は言葉(ロゴス)に否定的であり、相互理解のためには論理的な言葉は邪魔であるという気持ちを持っている。さらに、ヨーロッパ人は相手を理解するためには、その相手の体験を追体験しようとするが、日本人は察し、相手の身になって考える。それができるのは、自分の立場を白紙状態におくからである。」ととらえている¹⁸⁾。又、土居は、日本人の文化的心理特性は「甘え」であるとし、「甘え」は相手との一体感を求めること、すなわち「同一化」ととらえている¹⁹⁾。

このように、日本人の対人関係や相互理解は

U：無意識の領域を形成する心理的前提
 や動機ほとんど探りえないもの
 ±：同意や不同意が起こることを示す

図1. 個人間コミュニケーション
 D.C. Barnlund 著, 西山 千訳
 日本人の表現構造, p38, サイマル出版会1973

欧米人に比べると自己を露出することが少なく、言葉に対し否定的であり、察するということができる。さらに、相手との一体感を求めるという特性をもっている、といえるだろう。看護婦—患者関係という対人関係において「共感」という相互理解に関するテーマを扱おうとすると、このような文化的特質は大きく関わってくる因子であると考えられる。

本研究は、日本における看護婦—患者関係という「共感」とは実際にはどういう現象であるのかを確認し、「共感」の概念と、その構成要素を明確化することを目的とする。目標は、現場で働く看護婦が「共感」をどう認知しているのかをあきらかにし、看護婦の認知する「共感」の構成要素、影響因子、プロセスを抽出し、仮説化することである。

II. 文献検討

1. 「共感」概念の看護への導入と既存研究

「共感(empathy)」という語は、もともと美学の分野のT. Lippsが提唱した「感情移入(独・Einfühlung)」の英訳である。Lippsにおいては、自我の他我認識作用という意味が強かった²⁰⁾。この「empathy」という概念を英語圏に紹介したのは心理学者のG.W. Allportである²¹⁾。その後H.S. Sullivan^{22~24)}、C. Rogers²⁵⁾

等が頻繁に使い始めるようになるにしたがって、感情的受容、あるいは投射という意味のほうが強くなってきた。この考え方は、看護の理論家であるJ. Travelbee²⁶⁾やH.E. Peplau²⁷⁾などの理論的基盤ともなっている。借り物の概念として看護に導入されて「共感」は徐々に看護状況に適用する方向へと研究が進められてきている²⁸⁾。概念導入の初期(1960年代末)L.T. ZderadやV.E. Ehmannは一般的な共感と臨床的、専門的な共感とを区別した。Zderadは「empathy」を他者の存在を分け合うことによって他者と一体化することとし²⁹⁾、Ehmannは、我々の意識を他者の中に導き入れることであり、それによって患者を理解し、患者の潜在力を促進するのべている³⁰⁾。その後、E. Mansfieldの精神科看護婦の共感的コミュニケーションを促進する行為についての研究³¹⁾やB.J. Kalish, P.L. Rosendahl, E.L. LaMonicaらの、共感能力養成、評価といった教育的研究などがすすめられた^{32~36)}。又、S.L. Sparling, S.L. Jones³⁷⁾、G.L. Forsythは、共感能力に人口統計学的要素がどう関るのかについて研究している³⁹⁾。このように、「共感」概念を操作化する方向にまで向かっているものの、依然、「共感」概念の定義、構成要素、発生のメカニズムやプロセスといった概念の枠組そのものは確定されていない。

2. 日本における共感の研究

日本における「共感」の研究は、ほとんどがエッセイの形をとるものや症例分析である。「共感」は患者の理解や患者とのコミュニケーションを発展させる上での重要な因子であると考えられており、「共感」^{40~44)}の他にも「わかる」^{45, 46)}、「理解」^{47, 48)}、「直感」⁴⁹⁾、「感受性」^{50, 51)}、「暗黙知」⁵²⁾など「共感」に類似すると考えられるような概念に注目している。しかし研究という形のものは少ない。

3. 類似概念との比較

「共感」という概念は、その本質が不明確なため、類似した概念との区別が難しい。「共感」に類する概念である「感情移入」、「同情」、「同

感」,「同一化」,「投射」,「了解」,「受容」,と「共感」とを比較検討し,「共感」概念の位置付けを明らかにしてみたい。

「共感」は,「empathy」や「sympathy」と訳され,これらの原語は,又「感情移入」「同情」「同感」とも訳される⁵³⁾。「感情移入」は,こちら側の感情状態が相手側に反映するというので,「投射」に近い概念であろう⁵⁴⁾。「同情」は相手へのあわれみであり,自分の感情で相手を見るため,認知は不正確で,「共感」ほど援助的ではないといわれている。これに対し「共感」は「あたかも～であるかのように」であるから,分離性があり相手の認知が正確で,意識的であるといわれている⁵⁵⁾。

「投射」は,無意識的に自分の特性を他に帰属する現実歪曲のプロセス⁵⁶⁾,つまり,自分の感情や思考が相手のものであると思ってしまうことである。

「同一化」は,相手の立場に立って,そこから出られない,無意識の模倣のプロセスである^{57~60)}。

「了解」は,ひとの心の分かり方のひとつの様式である。単に理解し合うというレベルをこえて,その関係の中から何かが生み出されるような可能性を持った理解のしかたである。この「了解」という理解の仕方が共感的理解であるというと考えかたもある⁶¹⁾。

「受容」は,治療的技法のひとつととらえられており,相手を受け入れ,本質において批判しないこと⁶²⁾,無条件に価値ある人間として認めること^{63,64)},といわれている。

このようにみえてみると,類似概念との比較における重要な1つのポイントは,同一性の保持であり,「共感」は共感者の同一性が失われないうで,意識的になされるものととらえられている。しかし,日本の文献においては「共感」は,自分も同じように感じることに⁶⁵⁾,同一のものを体験することで同情,共鳴し理解すること,同一人物になりうる能力⁶⁶⁾など,それを自覚しているか自覚していないかは別にして,同一化の性質が強いものとしてとらえられている。

III. 研究方法

本研究においては,帰納的,質的研究方法を用いた。

1. 帰納的,質的研究方法を用いる根拠

「共感」概念は,これまで,外側から見た定義がなされてきた。が,共感している人はいったいどんな体験をしているのかといった,内的な世界を見ることはなされていない。日本の看護において,共感的に理解することが重要な看護ケアであるということが,長い間いわれつづけていることであるにもかかわらず,共感するときその人のなかでどんな事が起こっていて,どんな体験をしているのかといった方向から「共感」を定義していくことがなされていない。そこで,本研究では,内的世界から「共感」という概念を明らかにすることを試みた。そのためには,事実に根ざしたデータから,その概念を浮き彫りにしていくことが必要となる。したがって,本研究においては現象(現にある状態,経験的事象)をそのままとらえ,そこから要素を抽出し,その関係を見ることによって,概念をあきらかにし,そして理論へと導いていく帰納的,質的研究方法を用いることが妥当であると考え,Grounded Theoryに基づいて研究を進めていった。具体的方法として参加観察法と面接法を用いた^{67~71)}。

2. 対 象

東京都内の某私立大学付属病院の慢性疾患患者中心の1内科病棟で働く看護婦を対象とした。その病棟で働く全看護婦数は29名であったが,その中から多様な年齢を取るために,年齢階層別に看護婦を選択した。29名中観察対象となった看護婦は17名,面接対象となった看護婦は,観察対象の17名を含む19名である。平均年齢は24.5歳,全員未婚の女性である。

3. 期 間

データ収集は,昭和60年8月中旬から10月末までの約2ヶ月半の期間で行った。

4. 方 法

1) 研究の準備

本研究で用いた研究方法は、その測定用具が研究者自身であるという点で、収集したデータやその分析にゆがみが生じる可能性が大きい場合が多い。従って、本研究をすすめるにあたり、G rounded T heory 研究法の経験者である指導者のもとで、記述、分析の訓練を受けた。

2) 参加観察法

本研究では、研修看護婦として病棟に入り業務を行う看護婦たちの近くにて、彼女たちの言動を見たり、時に患者へのケアの介助をしたりといったかたちで観察を続けた。つまり、参加者としての観察者の立場で看護婦と患者の関わりを観察した。その関わりの中で、「共感」のおこる、あるいはそれに至らない場面の観察をし、観察したらその場を離れ、忘れないうちに場面のメモを取った。看護婦の行動や言葉で、その内容のわからない点や、確認したい点については、後にその看護婦に話を聞き、データを補強するという作業を行った。メモはできるだけその日のうちにフィールドノートとして詳細に記述し、分析した。データとして得た観察の場面は34場面である。その観察場面を分析していくうちに、同じような現象がいくつか見えてきたので、その段階から面接法に切り替えていった。

3) 面接法

面接は、観察した場面の記述分析をもとに作成したopen-endの質問項目について行った。

基本的には、「いいかわり」や「共感」の体験談、「共感」の意味をどう思うか、「あう、あわない患者」がいるか、それはどういう患者か、などから質問していったが、面接も、観察と同様に、面接に進めるうちに同じような傾向性が見えてくると(「理論的飽和状態」⁷²⁾)、それをもとに新たに質問内容を加えた。又観察した場面面で疑問に思ったことを確認した。面接時間は1人30分～1時間半であった。面接内容は、全て看護婦の了承のもとにテープレコーダー録音し、逐語で記述し分析した。分析しては次の面接をするというように、螺旋状に進めていった。なお、この研究において得たデータの量は、B 4 版の用紙に616枚である。

IV. 結 果

観察、面接によって得たデータを分析した結果、看護婦が共感をどんな感情として認知しているのかがみえてきた。また、看護婦が共感を体験するに至った前後のプロセスがみえてきた。

看護婦は、共感を「心がスッと通った感じ」「患者の気持ちが伝わった、感じた」「同じ気持ちになった」という感覚として認知している。

さて、抽出された要素は、「共感者(看護婦)」「被共感者(患者)」「相性」「相互open」「同情」「確認し合う相互作用」「共感」「共感後」である。さらに「共感」がおこるときの環境因子、状況因子として「閉ざされた場」「患者をとりまく人たちの協力的態度」が抽出された(図II)。

図II. 共感のプロセス

以下に、これらの要素の属性についてそれぞれ述べる。

1. 共感者(看護婦)

「共感」という体験をするにあたって、共感者である看護者のもつ特性が、より共感しやすかったり、そうでなかったりといった要因になっている。そのような看護婦の特質には、「患者への興味、関心」「コミットメント」「ケアへの積極的姿勢」「精神的ゆとり」「類似体験」「年齢」「性格」がある。以下に、これらひとつひとつの特質について述べてみたい。

1) 患者への興味、関心

看護婦は、共感した患者について、「患者の生き方にひかれる」「病棟内で浮いていて気になる」と述べている。看護婦が患者の特性にひかれたり、なにかしら気になる存在として受け止めることが共感しやすい看護婦の1つの特質である。

2) コミットメント

その患者が、自分の受け持ち患者である場合、研究の症例である場合、就職して初めてかかわった患者である場合は、最初からかなりの心構えと、目的、責任を持ってかかわりをもつ。

3) ケアへの積極的姿勢

患者を「常に受けとめようという気持ちで接している」とか、暴れる患者の寝衣の工夫をして何度も作り代えているうちに、患者と近くなっていった体験が語られた。患者のケアに対して積極的に取り組む姿勢を持っていることも、看護婦が共感しやすくなる1つの特質である。

4) 精神的ゆとり

業務量が多く忙しいときや、個人的に悩みがあるときには、共感が起こりにくい。1年目の看護婦の中には「自分の事で精一杯で、他人の事を理解する事ができない」「精神的に落ち着いていないと患者の感情を受けつけなくなる」と述べるものがいた。看護婦が精神的なゆとりを持っていることが、共感しやすくなる1つの特質である。しかし、忙しさが共感の妨げになるものではなく、積極的努力で克服できるという看護婦もいた。

5) 類似体験

看護婦が、過去にその患者と同じような体験をしているということが、共感しやすくなる看護婦の1つの特質である。この「類似体験」を共感の要素としてあげている理論家もいる⁷³⁾。

6) 年齢/経験年数

年齢については、これまでになされた研究でも、共感の要素としてとらえられているが^{74, 75)}、どれも年齢の違いに有意差はないという結果が出ている。今回の面接で、経験の長い看護婦に共感体験を語ってもらったところ、比較的若い時期の体験を出してきた。経験年数16年目の看護婦は5, 6年目のころ、9年の看護婦は2, 3年目のころ、4, 5年の看護婦は1, 2年目のころの例をあげている。又、就職して半年の看護婦たちからも、共感体験が語られている。

7) 性格

管理職の立場の看護婦に、どんな看護婦がより共感的だと思うか、と聞いてみたところ「相手を受け入れられる素直さをもっている看護婦」という答えが得られた。面接対象となった看護婦の中に2人、共感がどういうものなのかつかみにくいという看護婦がいた。彼女たちは、自分のことを「回転が鈍い」「問題意識がない」「患者さんに深くはいいいけない」あるいは「自分より若い人が上までいっている—自分が惨め」「おどおどしてしまう」と評価するなど、自尊感情が低い。どんな性格の看護婦が共感しやすいかという点については、看護婦あるいは患者それぞれの性格というよりはむしろ、その相互作用が重要であり、後に述べる「相性」にかかわってくると考えられる。

2. 被共感者(患者)

それでは、看護婦が共感しやすい患者というのがいるのであろうか。本研究では看護婦は、ある特質を持った患者に、より共感しやすいという結果がえられた。この患者の特質は、看護婦から見た特質であり、「同情的背景」「ケア量が多い」「性格」「疾患」である。

1) 同情的背景

患者の背景が同情的であるということは、看護婦に強い関心を起こさせる。例えば、入院中

に結婚した癌末期の若い女性患者や出稼ぎで上京している男性患者に対して「かわいそう」「同情する」「何とかしてあげたい」という感情を抱き、他の患者とは違った注目をしている。看護婦は、同情する患者に共感しやすい。

2) ケア量が多い

いわゆる、手のかかる患者に看護婦は共感しやすい。ケアの量が多いと、必然的により頻繁に接近し注意を向ける。身体的接触も多い。看護婦は、「苦勞してベッドバスをやった患者は、後がスムーズ」「ベッド上排泄の人のほうが、ポータブル便器で排泄した人よりも親しい気持ち強い」と述べ、又「それは患者もそうのようで『私の辛い時期につきあってくれた』という気持ちが後々まで残っていくようだ」と述べている。

3) 性格

看護婦が、共感できるととらえる患者の性格は、「ハキハキしている」「寛容」「素直」「おおらか」「がまん強い」と表現されている。そしてこのような患者を自分と合う患者であるとらえている。

4) 疾患

患者の疾患が生命にかかわらない場合のほうがいいかわりができ、共感できるという看護婦と、疾患が重篤な場合のほうができるという看護婦がいる。前者は、関わりの際緊張なくゆとりがもてるから、あるいは、退院後手紙やあいさつをもらい、いい評価や反応がもらえるからと述べている。逆に後者の場合は、同情するし、接する機会が多いからだと述べている。

以上、共感が起こるときには、まず、共感する看護婦と共感される患者がいる。そしてその看護婦と患者には共感しやすい特質がある、とのべてきた。それでは、そのような特質を持った看護婦と患者が出合って共感が起こるまで、どんなプロセスをたどるのであろうか。

3. 相 性

看護婦は、患者との出会いの初期の段階で「うまが合う、合わない」という感情を抱く。これは、直感的なものであり、漠然と捕えられている。しかしながら、一般に「相性」といわ

れるようなこの感覚は、以後の看護婦－患者関係の方向性かなり影響を及ぼしている。つまり、「相性がいい」と認知された患者とのかかわりは、「共感」へと発展しやすく「相性が悪い」と認知されると、共感のプロセスの次の段階に移っていきにくい。

看護婦が「合わない、苦手」ととらえる患者は、以下の4タイプに分類できた。

- ①看護婦と患者の力バランスで、患者のほうが力が大きい患者。これは、「高飛車でプライドが高い」「インテリジェンスが高い」「おうへい」「鋭い言葉を投げかける」と表現されている。このタイプをあげた看護婦は8名である。
- ②神経質・粘着タイプの患者。「しつこい」「訴えが多い」「神経質」と看護婦が感じる患者である。このタイプをあげた看護婦は8名である。
- ③反応がなく、進展しない患者。「はっきりしない」「話していてもきりがなく、なかなかそこから踏み出せない」「反応がない」患者である。このタイプをあげた看護婦は4名である。
- ④頑固な患者。「気難しい」「頑固」な患者である。このタイプをあげた看護婦は3名である。

以上のようなタイプの患者に対して「苦手、あわない」と感じると、看護婦はその患者とのかかわりを避けたり、感情を抑えたりしてしまうため、以後のかかわりが発展していきにくくなってしまう。

さて反対に、看護婦が「うまが合う、相性がいい」ととらえた患者のタイプは、以下の5タイプに分類できた。

- ①気持ちや意見を素直に出す患者。「ハキハキしている」「はっきり言う」「自分の考えを持っている」と看護婦がいう患者である。このタイプをあげた看護婦は、12名である。
- ②成熟したパーソナリティをもっている患者「ある程度看護婦側の状況をわかってくれる」「人間として尊敬できる」「おおらか」な患者である。このタイプをあげた看護婦は4名である。
- ③ケア量が多い患者。看護婦はこのような患者

に対して「やりがいがある」とのべ、3名の看護婦がこのタイプをあげている。

- ④がまん強い患者。看護婦はこのタイプの患者に対して「応援してあげたくなる」という感情を抱いている。このタイプをあげた看護婦は3名である。
- ⑤看護婦自身と性格が似ている患者。このタイプをあげた看護婦は3名である。

看護婦は、「あう、相性がいい」と感じる患者に対しては、そうでない患者に比べ、よりかわりを深めていく傾向にあり、「共感」しやすいととらえている。では、「相性がいい」患者とのかわりは、どのように深まり共感へと発展していくのであろうか。

4. 相互open

「相性がいい」と認知すると、看護婦はその患者を特別に気にかけるようになる。そして患者をわかろうとし、患者もわかってもらおうと努力する。お互いわかり合おうとして自分を出す「相互open」はBarnlund⁷⁶⁾のいう「公的自己、私的自己」のうち「私的自己」つまり、他人にそうは示さない内面的な気持ち行動、思考の部分でopenであることは意味する。例えば、「看護婦の立場でなく」「感じたことを素直にいう」「患者の娘のようにとらえてくれるとやりやすい」「プライベートなことを言う」というように、看護婦という公的自己としてのかわりではなく、個として私的な部分をopenにして接するということである。そして、患者もプライベートな部分を任せたり、辛い気持ちを打ち明けたりして、相互にopenになることでお互いに特別なかわりであるという意識を引き起こす。このようなかわりを持つようになると、ある時期看護婦は患者に対し「同情」するということがおこる。

5. 同情

これまで、看護婦は患者に何となくひかれ気になり、相性のいい患者と認知し接近し、相互にopenにかかわりはじめる、というプロセスをたどると述べてきた。その際、患者の状態がかなり切迫していたり、苦しい辛い時期であっ

たりすると、その辛い時期につきあった、体験を分かちあったということが、看護婦にとってはさらにかかわりを深める大きな要因になる。この時期看護婦は、「かわいそう」「なんとかしてあげたい」「助けてあげたい」という気持ちを抱く。これは、「同情」という概念に相当するであろう。

6. 確認し合う相互作用

このように関係が進んでいくと、看護婦と患者はお互いを肯定的に認めあうようになる。例えば、患者が看護婦に「一緒に話をしているとストレスが解消される」「看護婦はこわいというイメージがあったけど全然違う」と伝える。また、いつもは表情の堅い患者がある看護婦にだけは穏やかに対応し、冗談を言うのと、その看護婦もその患者に注目し、気かけ何度も訪室するようになる。そして、頻回な接触のうちに看護婦は患者のパターンに慣れ、看護婦と患者は、お互いの思いを「確認し合う相互作用」を行うようになる。そしてこのような相互作用を行ううちに、ある瞬間看護婦は、患者の気持ちが通じた、伝わった、感じ取ったという感覚を体験している。この感覚が、「共感」であると看護婦はとらえている。

7. 共感

看護婦は共感体験を「娘になったみたい」「(その患者の死に際し)そこにいらなかった」「身内みたい」「病気が憎らしい、本当に悲しかった、くやしかった」と表現している。患者と共に涙を流すなど、患者と一緒に揺れ、同一化している。が、1人の看護婦は、「客観性をもって看護婦の立場として患者とかかわっていけるようになると共感ができる」と述べていた。共感の起こるきっかけは、例えば「うれしそうな表情」「大きな声」「涙を流す」というように、患者がいつにない表現や反応をしたり、内面が吐露されたときである。そのとき看護婦は、「そうだったのか」「今まではわかってあげてなかった」と気づき、「患者の気持ちが伝わった、感じた」「心がスッと通ったような感じ」「うまく伝わって返ってくる」「ツーカーである」と

いう感覚を覚え、「気持ちがすっきりする」「話してよかったという満足感」「気持ちがワクワクする」という感じを持つ。看護婦は患者の気持ちに気づき、患者の内的世界を体感する。

8. 共感後

さて、共感が起こった後、看護婦と患者には変化が起こる。看護婦は、共感を契機にその患者への関心がますます高まり、接近し積極的にかかわりを持つようになる。看護婦としてのアイデンティティも強化され、「看護婦として頑張っていこうという気になった」というように、満足感を感じ、看護婦として働く動機付けになるでき事としてとらえられる。そして共感体験をした看護婦と患者の関係性は維持される。

9. 共感の環境因子・状況因子

これまで共感が起こるプロセスについてみてきた。本研究では、共感がおこるにあたってその場の環境や状況が影響しているということがわかった。以下に、共感が生じやすい環境因子、状況因子について述べてみたい。

1) 閉ざされた場

共感がおこるのに、その場が物理的に「閉ざされた場」、すなわち第三者が入って来る可能性がなく、看護婦と患者だけで共有する場である、ということが共感の生じやすい環境因子となる。

2) 患者をとりまく人たちの協力的態度

医療者や家族など、患者をとりまく人たちが協力的で、いい関係のチームが組めたことが、患者とのいいかわり、共感を生じる1つの状況因子となる。

以上のように抽出してきた「共感」のプロセスの構造及びその要素のいくつかについては、共感にいたらなかったかわりについてのデータを分析することによって、つまり逆の視点から、確かにその要素が「共感」の要素であるということが確認できた。しかしながら、このプロセスは必ず、相性→相互open→同情→確認し合う相互作用→共感→共感後という順序で起こるというわけではない。例えば、プロセスを経ずに共感が起こったり、共感から同情が起こっ

たり、というようにこれら共感プロセスの各要素は一方向で進んでいくとは限らない。

V. 考 察

看護の分野において、看護婦—患者関係にとって重要であるとされ、また頻繁に用いられる「共感」が臨床の場で働く看護婦たちにとって、とらえにくい概念であるということは共感体験を語るときに、言語化することが難しかったり、定義として述べたことと体験として述べたこととの違いがあることなどからわかる。この「共感」概念の不明確さというのは、「共感」という現象が「パトスの知」つまり身体的一体性感覚的な知によってとらえられるものであり、総合的、直観的な「臨床の知」によって“感じる”ものであるからだろうと考える。「臨床の知」はこれまでの科学概念からはみだした学問、対象との身体的な相互作用が理論そのものによって決定的に重要な諸学問のうちにあらわれるものといわれている。まさに看護学がそれにあたると考えられるが、対象と相互主体的かつ相互行為的にコミットし、いきいきとした関係や交流を保つという特徴を持つものである。そして、五感(諸感覚)の統合された知であるからこそ⁷⁷⁾、「共感」それ自体についての感覚を語るときに、言語化しにくいという看護婦が多かったのであろう。

この臨床の知において最も良くあらわされるといわれるものがM. Polanyiのいう「暗黙知」である。Polanyiは、「我々は、語ることができるより多くのことを知ることができる」と述べ、知ることが言語的明示化をこえた可能性もっていることを認めている。そして、この知り方はある事物の中に「潜入する」ことによるのであり、この「潜入」あるいは「感情移入」が人間を理解するのに適用された「暗黙知」の1形式である、と述べている。更に、この潜入の機能は、内面化であり、一体化であるとしている⁷⁸⁾。

共感するということは、対象を理解するための潜入であり、看護婦は、患者とのかわりにおいて経験するあらゆる事象を統合し、暗黙的

に知るということを体験しているのではないだろうか。

今回の研究でテーマとしてきた「共感」という概念は、まさにこの「暗黙知」によってとらえられる性質のものであろう。それは客観性を持ち、証明、実証や一般化のできるようなものではなく、主観的で個別的なもの、つまり「認知」によるものであり、したがって帰納的プロセスによって、個別的なものの中からパターンを見だし、要素を発見してきたのである。

さて、そのような共感の体験は、看護婦にとっていいかかわりの体験であり、仕事の満足感を引き起こし動機づけを強めるが、それは数少ない貴重な体験であるようだ。

今回の研究で興味を引いた結果のひとつに「相性」がある。これは看護婦と患者の力バランスと大きくかかわっている。すなわち、看護婦は、患者のほうが力が大きいと感じる患者に対して「合わない、苦手」と認知している。逆に「合う、相性がいい」という認知は、看護婦のほうが力が大きい、あるいは力が等しいと感じる場合である。

そこで、この「力バランス」の持つ意味について考えてみたい。力バランスが、患者のほうが力が大きいとき看護婦は、患者から看護婦自身のegoを脅かされる体験をするのではないだろうか。Freudは、egoが処理できない危機に対して示す反応は「不安」であるとしているが^{79, 80)}、患者の力が大きいことによって看護婦のegoがその力に対応できないような危険な状況となり、押さえつけられる。そして「不安」な状況を引き起こすと考えられる。さてSullivanは、価値を認められ、尊敬されるといった感覚としての個人的安全保障感に対するあらゆる脅威が「不安」を生じさせると述べている⁸¹⁾。看護婦は、パワーの強い患者に出会い、調和的でない葛藤関係が生じると、安全欠如感による不安が起こってくるのであろうと考えられる。さて、「不安」がおこると「防衛機制」が働く。看護婦は、患者によって脅かされるegoを守るために感情を抑圧するなど、いろいろな形で防衛しているのではないだろうか。この防衛のために、看護婦と患者の相互作用が妨げられるこ

とになるようである。したがって教育や実践の場で患者とのかかわりをむやみに押し進めることは、看護婦のegoをますます脅かすことになりかねないので避けなければならない、そこに何らかのサポートが必要である、と考えられる。

さて、ここで「相性」と「力バランス」の関係について見てみたい。Blauは「相性(mutual attraction)」は結びつきを発展させる基礎、友好的連帯感の基礎であるとして、さらに、地位競争、すなわち力の競争というものは、関係の中に重圧感を引き起こすと述べている⁸²⁾。「相性」と「力バランス」は人の結びつきを発展させることにかかわる重要な因子であり、「力が等しい」という認知は、「相性がいい」という認知を引き起こし、そのことによって結び付きが深まっていく、と考えられる。したがって、看護婦あるいは患者のどちらかの力が大きいという関係からは、共感が生じにくいといえるのではないだろうか。

さて、援助的な共感に関する従来の文献においては、客観性ということが重視されている^{83~86)}。つまり共感者自身がその主体性を失わないということであるが、本研究においては、かなり主観的で、一体感の強いものとして共感体験されているという結果が得られた。土居は、日本人の心性を特徴づけるものは「甘え」であるとのべ、この「甘え」が相手との一体感を求めるもの、Freudのいう「同一化」と同じものであることを指摘している^{87, 88)}。このように、相手と同一化し、取り込むことが文化的心理特性である日本人ゆえに、共感体験は、より同一化、一体化の性質の強いものであるのかもしれない。

VI. 研究の限界と今後の課題

以下に、この研究の限界をあげ、その限界をふまえて今後の研究を展望してみたい。

- (1)本研究は、帰納的、質的方法を用いたわけだが、データ収集期間が2ヶ月半であり、抽出された各要素とその関係について十分明らかにするためには、期間が短いと思われる。
- (2)前述のように、研究者は参加観察法のスーパー

ビジョンを受け、その信頼性を高める努力をしているが、ゆがみが生じる可能性は否定できない。

(3)研究対象者が、平均年齢24.5歳、全員未婚であることなど、偏りがある。

(4)「共感」の構造とプロセスにおいて抽出された各要素は、看護婦及び研究者の認知によるものであり、患者の認知が含まれていない。したがって、患者にとって共感された体験として認知されたかどうかは明らかでない。

以上の限界をふまえ、今後は、看護婦と患者の認知の対比の研究がなされれば、「共感」概念やその現象、共感体験の看護婦、患者相互にとっての意味がより明確になるであろう。また、看護婦の人口統計学的データとの関連による研究や、環境因子、状況因子についてを含めて、さらに帰納的に研究を進め、その結果を演繹的に検証するといった研究が望まれる。

Ⅶ. 結 論

本研究においては、「共感」概念を臨床の場での現象と、看護婦の認知からとらえてみた。

「共感」のプロセスの構成要素とその構造は、以下の通りである。

1. 「共感」のプロセスとその要素

- (1)共感にいたるためには「共感者である看護婦」と「被共感者である患者」がいて、それぞれにその特質がある。看護婦側の特質は①患者への興味・関心、②コミットメント、③ケアへの積極的姿勢、④精神的ゆとり、⑤類似体験、⑥年齢、⑦性格である。患者側の特質は①同情的背景、②ケア量が多い、③性格、④疾患である。
- (2)共感者(看護婦)と被共感者(患者)が出会い、その初期の段階で「相性」の認知がおこる。
- (3)看護婦と患者が私的自己をopenにしあう「相互open」がおこる。
- (4)看護婦に「同情」といわれる感情がおこる。
- (5)長いかかわりや頻回な接触の中で、看護婦と患者は相互の思いを「確認し合う相互作用」をおこなう。

- (6)このようなプロセスの中で「共感」がおこる。
- (7)「共感後」看護婦と患者の関係性は維持される。

2. 共感がおこるためには、その場が物理的に「閉ざされた場」であることが、ひとつの環境因子となる。

3. 共感がおこるためには、家族や医師など「患者をとりまく人たちの協力的態度」がひとつの状況因子となる。

謝 辞

本研究を行うにあたり、ご指導いただきました聖路加看護大学の南裕子教授、そして、ご協力いただきました病院の総婦長、副総婦長、病棟婦長、はじめ看護婦の皆様にご心より感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) H.E. Peplau, 稲田他訳：人間関係の看護論，医学書院，1973.
- 2) J. Travelbee, 長谷川浩他訳：人間対人間の看護，医学書院，1977.
- 3) 都留春夫：病者のこころの働き，医学書院，1975.
- 4) 湯楨ます編：系統看護学講座10看護学総論，294，医学書院，1979.
- 5) 金子光編：系統看護学講座20成人看護学Ⅹ精神疾患患者の看護，43，医学書院，1981.
- 6) 前掲書 3，128.
- 7) 前掲書 5，40-41.
- 8) 前掲書 3，132.
- 9) 守屋淳：共感の研究—共感者の世界に定位して—，東京大学大学院教育学研究科修士学位論文，11，1983年度.
- 10) 北村晴朗監修：心理学小辞典，48，協同出版，1978.
- 11) 前掲書 3
- 12) 黒丸正四郎，大段智亮：患者の心理，創元社，1984.
- 13) M. Polanyi, 佐藤敬三訳：暗黙知の次元—言語から非言語へ—，紀伊國屋書店，1984.
- 14) 中村雄二郎：術語集，岩波書店，1984.

- 15) 土居健郎:「甘え」の構造, 弘文堂, 1971.
- 16) 大橋秀夫: 甘えの弁証法, 土居健郎教授還暦記念論文集刊行会編, 臨床精神医学論集, 星和書店, 1980.
- 17) Dean C. Barnlund, 西山千訳: 日本人の表現構造—ことば. しぐさ. カルチュア—, サイマル出版会, 1973.
- 18) 会田雄次: 日本人の美意識構造—風土. 歴史. 社会—, 122-126, 講談社, 1973.
- 19) 前掲書15.
- 20) 前掲書 9 .
- 21) Allport. G.W, 詫間武俊, 青木孝悦他訳: パーソナリティ—心理学的解釈—453-455, 新曜社, 1982.
- 22) Sullivan. H.S, 中井久夫, 山口隆訳: 現代精神医学の概念, 26-28, みすず書房, 1984.
- 23) Sullivan. H.S, Helen. S.P, Mary. L.G ed: The Interpersonal Theory of Psychiatry, 41-45, W.W. Norton & Company INC 1953.
- 24) A.H. チャプマン, 作田勉監訳: サリウァン治療技法入門, 星和書店, 1981.
- 25) 畠瀬稔編訳: 人間関係論, ロジャース全集 6, 岩崎学術出版社, 1967.
- 26) 前掲書 2 .
- 27) 前掲書 1 .
- 28) B. Hoeffler, S. Murphy: The Unfinished Task; Development of Nursing Theory for Psychiatric and Mental Health Nursing practice, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 20.12, 8-14, 1982.
- 29) Zderad L.T: Empathic Nursing-Realization of a Human Capacity-, Nursing Clinics of North America, 4.4, 655-662, 1969.
- 30) Ehmann V.E: Empathy-its origine, characteristics and process-, Perspective in Psychiatric Care, 9.2, 72-80, 1981.
- 31) E. Mansfield: Empathy-Concept and Identified Psychiatric Nursing Behavior, Nursing Research, 22.6, 525-530, 1973.
- 32) B.J. Alish: An Experiment in the Development of Empathy in Nursing Student, Nursing Research, 20.3, 202-211, 1971.
- 33) P.L. Rosendahl: Effectiveness of Empathy; Nonpossessive Warmth and Genuineness of Self-Actualization of Nursing Students, Nursing Research, 22.3, 253-257, 1973.
- 34) E.L. LaMonica, et al: Empathy Training as the Major Thrust of a Staff Development Program, Nursing Research, 25.6, 447-451, 1976.
- 35) E.L. LaManica, et al: Empathy Training, Nursing Mirror, 8.25, 22-25, 1977.
- 36) E.L. LaMonica: Empathy can be Learned, Nurse Educator, 8.2, 19-23, 1983.
- 37) Sparling S.L, Jones S.L: Setting; a contextual variable associated with empathy, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 15.4, 9-12, 1977.
- 38) Forsyth G.L: Exploration of Empathy in Nurse-Client Interaction, Advance in Nursing Science, 1.2, 53-61, 1979.
- 39) Forsyth G.L: Analysis of the Concept of Empathy-Illustration of one Approach, Advances in Nursing Science, 2.2, 33-42, 1980.
- 40) 大段智亮: 「理解する」ことについて, 看護学雑誌, 38.10-11, 1088-1095, 1974.
- 41) 岸 信行: 「共感」と「言葉」, 看護展望, 3.11, 961-969, 1978.
- 42) 斎藤美律子: Empathic Communicatorとしての看護婦, 看護展望, 7.4, 316-320, 1982.
- 43) 都留春夫: 共感的理解, 総合看護, 55-68, 1974.
- 44) 水野芳子: 共感的理解の啓発をめざした実習指導の試み, 看護展望, 6.10, 83-91, 1981.
- 45) 上野 轟, “知る”と“わかる”: 看護学雑誌, 40.5, 513-516, 1976.
- 46) 山口絢子, わかること. 知ることの周辺, 看護, 32.8, 20-25, 1980.
- 47) 八谷量子: 理解するということ—いま看護に求められるもの—, 看護教育, 8, 450-453, 1983.
- 48) 鈴木信子: とらえ直されてきた“人間理解”についての一考察, 看護教育, 20.9, 539-542, 1979.
- 49) 富田幾枝. 川島みどり. 藤村龍子. 南裕子: 「『ふれる』ことの哲学をめぐる」(ディスカッション), ナースステーション, 15.1, 96-111, 1985.

- 50) 近森美美子：看護の表現としての感性の記述，看護，32.1，29-37，1980.
- 51) 野川とも江，感受性—その場でふみとどまる力，看護，32.9，12-21，1980.
- 52) 南裕子，プライバシーと情報交換，看護MOOK 看護とコミュニケーション，89-93，金原出版，1986.
- 53) 前掲書9.
- 54) 春木豊・岩下豊彦編著：共感の心理学—人間関係の基礎—，川島書店，1981.
- 55) Kalish B. J: What is Empathy?, American Journal of Nursing, 73.9, 1548-1552, 1973.
- 56) 前掲書2，220-223.
- 57) 前掲書54，84.
- 58) 前掲書2，220-223.
- 59) 前掲書30.
- 60) 前掲書55.
- 61) 前掲書12.
- 62) Joyce Samhamer Hays, Kenneth H. Larson, 日本赤十字社医療センター看護研究会訳：看護実践と言葉—患者との相互作用，メヂカルフレンド社，16-17，1976.
- 63) 前掲書6，6-7.
- 64) Mary G. Connolly, 稲田八重子他訳，外口玉子編：患者にとって受容とは何か，患者の理解—看護婦・患者関係の展開の中で—，現代社，167-183，1981.
- 65) エンクロペディア看護辞典，広川書店，288，1984.
- 66) 佐藤壹三他，最新看護学全集20精神科看護学，メヂカルフレンド社，158-160，1982.
- 67) Denisr Polit. Bernadette Hungler: Nursing Research, 110-111, J.B. Lippincott Co, 1983.
- 68) Barbara J. Stevens, 中西睦子・雨宮悦子訳：看護理論の理解のために，メヂカルサイエンスインターナショナル，298-301，1982.
- 69) Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss: The Discovery of Grounded Theory, 3-6, Aldine Publishing Co, 1979.
- 70) L. Schatzman. A.L. Strauss, Field Research-strategies for a natural sociology-, 1-17, Prentice Hall INC, 1973.
- 71) H.S. Willson, S.Y. Fagerhaug: 参加観察法研究会編，特集：看護研究における参加観察法，看護研究，15.3，50-54，1982.
- 72) 前掲書69，70.
- 73) 前掲書2，203-204.
- 74) 前掲書38.
- 75) 前掲書39.
- 76) 前掲書17.
- 77) 前掲書14.
- 78) 前掲書13.
- 79) C. Brenner, 山根常男訳：精神分析の理論，43-44，誠信書房，1981.
- 80) 土居健郎，精神分析と精神病理 41-42，83，医学書院，1982.
- 81) H.S. Sullivan, 中井久夫他訳：精神医学の臨床研究 13-21，67-70，102-106，みすず書房，1983.
- 82) P.M. Blau, Exchange and Power in Social Life, 33-59, John Wiley & Son's INC, 1967.
- 83) 前掲書30.
- 84) 前掲書31.
- 85) 前掲書40.
- 86) 前掲書2.
- 87) 前掲書15.
- 88) 前掲書80.