様　式　Ｃ－１９、Ｆ－１９、Ｚ－１９　（共通）

科学研究費助成事業　　研究成果報告書

平成 ２６ 年 １１ 月 １４ 日現在

機関番号：３４５２６
研究種目：若手研究(B)
研究期間：2011～2013
課題番号：２３７９２７５４

研究課題名（和文）脳卒中失語症患者と看護師とのあいだにある「交感」の看護援助モデルの開発

研究課題名（英文）Development of nursing care model of "communion" between the nurse and post-stroke aphasia patients

研究代表者
山下　裕紀（YAMASHITA, YUKI）

関西国際大学・保健医療学部・准教授

研究者番号：４０３２６３１９

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費）　2,300,000円、（間接経費）　690,000円

研究成果の概要（和文）：目的：脳卒中失語症患者と看護師とのあいだにある「交感」に着目した看護援助モデル（以下，モデルと称する）の開発である．研究方法：質的記述的デザインとした．モデル開発の初期段階として，研究者の先行研究と看護系文献を基にし，モデルの基盤となる仮構造を構築した．研究成果：“交感”を「患者-看護師双方のあいだで感情・意思・体験を交わし共有している現象」とした．“共感”“同感”“エネルギー”“援助へのニード”“看護の機能”を定義し，それらを仮構造に位置づけた．

研究成果の概要（英文）：Purpose: It is development of the nursing model which paid its attention to the "communion" between a post-stroke aphasia patient and a nurse. Method : Qualitative descriptive design. As an early stage of model development, the temporary structure which serves as a base of a model based on a researcher's previous work and nursing literature was built. Results: "communion" is identified "the phenomenon in which both patient-nurse is exchanging and sharing feeling, an intention, and experience", "empathy", " sympathy", "energy", the "need for help", and the "function of nursing" were defined, and they were positioned in temporary structure.

研究分野：看護学

科研費の分科・細目：臨床看護学・リハビリテーション

キーワード：交感　脳卒中失語症患者

１．研究開始当初の背景

失語症は字のごとく，語ることを失わせ，さらに身体麻痺が,その語りを字に 起こすことまでも難しくさせる．また失語症の数少ない治療法である言語療法や 薬物療法も，その効果が回復を全面に期待できない現状にある．このような状況により，患者は自己表現の手段を奪われ，他者との意味に満ちたやりとりをも奪われかねない．一方で，失語症が「病い」 と判断されがたいことがあいまって，患者が他者から誤解を受けることも少なくない．つまり，脳卒中失語症患者は，幾重もの不自由さ，苦悩と向きあうことを迫られている．

研究者は，このように苦脳の真っ只中にある脳卒中失語症患者とケア提供者とのやりとりに着目し,「交感」という観点からその現象を明らかにしてきた．ケア場面において，看護におけるケアと，専門家ではない個々のつながりにおけるケアとの多重構造によって成立していることを踏まえ，看護のプロセスにおける「交感」における看護援助モデルの開発が必要である．

２．研究の目的

脳卒中失語症患者と看護師とのあいだにある「交感」に着目した看護援助モデル（以下，モデルと称する）の開発である．

３．研究の方法

質的記述的デザインとした．モデル開発の初期段階として，研究者の先行研究と看護系文献（雑誌，図書）を基にし，モデルの基盤となる仮構造を構築した．

４．研究成果

研究者の先行研究の再分析と文献検討を基にして，モデルの基盤となる仮構造を構築した.

（１）交感

スウェーデンのリハビリテーション病棟における脳卒中失語症患者と熟練した看護師との関係を探究した Sundin,K(2001)は，そのコミュニケーションは感情と体験を分かち合うことで成り立っていること，お互いのプレゼンスが不可欠であることを示していた．同じくスウェーデンの Norberg,A らは，慰めることを仕事とみなしているケア提供者，つまり聖職者や心理学者，ソーシャルワーカーにおいても，交感は苦脳を分かち合うことであり，言葉を超えたものとして明らかにしている．そのありようとして，我が子を車で衝突された母親が救急車を待つ間に，その車の運転手が母親の周りを言葉なくその人生に添うように囲みながら一緒に立っていた場面が記述されており，慰めをもたらしたという母親の語りがある．この慰めは，存在することと可能性により生まれるものであり，可能性とは対話に向かって開かれていることと述べられている．

また Norberｇ,A らは, 交感は人間が分かち合うことであり，よい状態, 光, 悲しみ, 美, 人生といった神聖な次元との接触を生むと述べている．Picard,C（1997）は，交感が生じる状況を，人々が必要とするケアのレベル, それが昏睡状態にある人への創傷ガーゼ交換や子どもの死についての対話など，どんなレベルであろうと感情を込めたつながりであるとしており，交感が生じる現象にケアレベルを限定していない．また，交感を，身体化した魂への憐みとしてケアに不可欠な局面であると述べている．交感は，ノルウェーでは，高齢者への日常的ケアにおける倫理的価値の促進に位置づいており,「ケアの継続性」「真のプレゼンス」「well-being の感覚」「柔らかさと身体的接触」という下位概念で説明されている．

（２）患者-看護師関係の捉え方

交感の類似概念である共感は，他者を理解するといった意味合いで看護において重要なものとして位置づいている.Morse(1992)は sympathy（同情，共感，思いやりなど), pity（哀れみ，同情：しばしば見下した気持ちを含む, sympathy は対等の立場での同情), consolation（慰め), compassion（思いやり，あわれみ, 同情), commiseration（あわれみ，同情）のように，empathy（共感）より価値低く評価されている概念が，病いのある段階においては empathy よりもより適しているのかもしれないと述べている．

看護理論のなかで共感を扱う Travelbee(1974)は,「看護とは人間対人間間のプロセス」と定義し，患者-看護師関係について，人間対人間という独自のものとしてえ位置づいている．Travelbee は，患者-看護師関係が人間対人間の関係に到達するまでに４つの段階があると述べている．第１に初期の出会い，第２に同一性の出現，第３に共感，第４に同感，この段階を経てラポートが生じると，看護師と患者はお互いを人間として知覚し合い，人格を認め合い，お互いの成長へと向かう．看護は，このように他者との関係性を築くことから始まり，その深い人間理解に基づいた関係性いかんによって，患者

にもたらさせるアウトカムはいかようにも変化するといえる．

Peplou(1973)は，看護師と患者とのあいだにある人間関係には４つの継続した局面があると述べている．その局面とは，第１に方向づけ，第２に同一化，第３に開拓利用，第４に問題解決とし，各局面において看護師が取る役割は，未知の人の役割，情報提供者の役割，教育的役割，リーダーシップ的役割，代理人の役割，カウンセラーの役割であるとしている．患者にとって必要とされる「援助に応じて看護師は自身のとる役割を柔軟に変え，患者の成長を促進させる．反対に，看護師の役割が各局面に応じたものでない場合は，患者の成長が阻害され問題解決へと進まないともいえる．

つまり，看護師が患者の望むことは何でもしようと闇雲に援助することは，長期的な視野で見た時に患者-看護師関係を悪化させることになり，患者の成長を促す看護にならない危険性がある．ここで重要になることとして，まず，患者-看護師関係における援助へのニードの有無である．ニードが「個人がおかれている状況において安楽かつ有能に自分自身を維持したり支えたりするために必要なもの」である一方，援助へのニードは「個人が要求したり欲したりする手段または行為であり，それはその人がおかれている状況での要請されていることに立ち向かう能力を回復したり拡大したりする可能性をもつものである」(Wiedenbach)．単なるニードに留まらないことが必要となる，

次に，ケアの本質とされる専心や献身の捉え方である．武井（2001）は，「感情と看護」の著書において，看護のなかでもこれまで最も光の当てられてこなかった領域が感情であると指摘している．というのも，「共感」「受容」「傾聴」という「この三つの言葉は，とにかくなんでも患者の言うことを無条件に受け入れること，自分の価値判断や感情，意見などはいっさい差しはさまず，反論もしないという意味で使われます（p87)」と問題提起している．つまり，武井は，患者と看護師である自分が一致していることが前提のようであり，看護教育における模範とされているようであると指摘している．広瀬（2013）も，「看護教育でも，自身の感情をコントロールし，どんな場合にも感情的になってはいけないという教育が長年されてきた．（中略）それぞれの患者に寄り添うために，看護師は直前の感情に蓋をしてしまう」と述べている．これについて広瀬は，C,Rogers が援助職に必要な姿勢としてあげている「共感的理解」「見条件の肯定的配慮」「自己一致」のうち「共感的理解」と「無条件の肯定的配慮」のみが，共感と受容ということでクローズアップされてきたことであると指摘している．他者を理解することができても，その関わりのなかで生じた自分の感情に気づき認めていくことをせず，自分の感情を無視したまま他者を理解し受け入れていくことは，患者にとって援助にならないばかりでなく，時間をかけてえ看護師自身のストレスともなっていくのであろう．瀬名（2009）は，看護職者の共感疲労やバーンアウト（燃え尽き）は，共感の度合いが極端に強まり「巻き込まれ」抜け出せなくなるからだとしている，一般の対人関係においても，状況に応じて，他者との距離や自己開示の範囲を考慮することは，社会生活を円滑に送る大事なスキルでもある．一方，患者‐看護師関係における一致感は Peplou のいう同一化の局面であったり，Travelbee のいう同感の位相であったり，患者の状況に応じて不可欠な援助であるともいえる．それは Morse（1992）が述べているように共感では成しえない，苦悩する患者にとって不可欠な関わりとなる．ここで看護師にとって課題となることは，自己一致しており，かつ患者‐看護師関係をある場面のみで捉えるのではなくプロセスとして捉えながらその場面での二者関係の交流を相対的に見ていくことである．これにより，看護師は自身を失うことによって疲弊するといったようなことがなく，患者に適した役割をとることが可能となり，患者‐看護師関係は有意義なものとなる．その関係の前提として，患者の成長につながる援助へのニードが看護師の側にある．それは，人間の普遍的なニードに留まるものではない．

（３）仮構造

図１に仮構造を示す．

“交感（communion）”は，“エネルギー”を持った場である患者-看護師双方が感情・意思・体験を交わし共有している現象として，患者-看護師のあいだに示す．看護師と患者はお互いが双方に向かって“エネルギー”を交換させ，他者の感情・意思・体験を理解しあう．“共感”は「他者の感情・意思・体験を理解すること」とし，図１では点線矢印で他者に向かう．それら“共感”に「他者の苦悩を和らげたい」という願望が伴うなど，双方の共感における連動が伴う場合には“同感”「他者の感情・意思・体験が交わされていること」とし，図では点線矢印の交わりで示す．

患者の“援助へのニード”は「個人が要求したり欲したりする手段または行為」であり，それはその人がおかれている状況で要請されていることに立ち向かう能力を回復したり拡大したりする可能性を持つもの」（E,Wiedenbach,1984）であり，患者の感情・意思・体験のなかに多様に含まれるものとし，図では星印で示す．「患者が言っていることの内容とその言い方との間の不一致（ズレ）について，また患者が言っていることと患者が言うだろうと看護婦が察していたこととの間の不一致について，見たり聞いたりすること」から，患者の援助へのニードの明確化が始まる（E,Widenbach,1984).

“看護の機能”とは，「患者-看護師関係において，患者の援助へのニードを前提にして，看護師が担う役割や働き」である．患者が苦脳するときに寄り添い，双方のあいだに絆を生み，患者が変容し成長するようになると離れていくといったプロセスのなかにあり，図では“援助へのニード”（星印）を捉える矢印で示す．

時空間要素は，Martha E.Rogers（1979）の以下仮説「人間と環境は絶えずお互いに物質やエネルギーを交換している」「生命過程は，時空連続体に沿って，あと戻りすることなく，一定の方向に進む」を基に，構造上不可欠な要素となる．

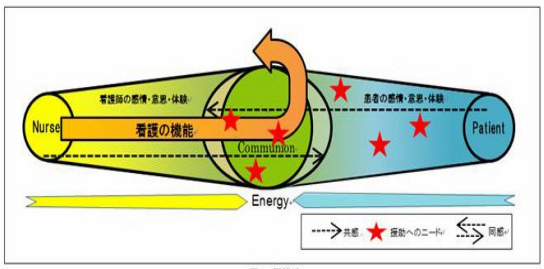

図1. 仮構造

５．主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計0件）

〔学会発表〕（計0件）

〔図書〕（計0件）

〔その他〕

ホームページ等なし

６．研究組織

６．研究組織

(1)研究代表者

山下裕紀（YAMASHITA,YUKI）

研究者番号：40326319