

看護学生の共感的理解と援助行動の関係

～共感的理解尺度を用いて～

看護学科

講師 永野 ひろ子

[問題の背景と目的]

看護師が患者をケアするときには、第一に患者との間に人間関係が確立していることが必須で、しばしば看護師は、患者にカウンセリング的役割を行うことの必要性が求められる。看護の質は、援助をする側の看護師の働きかけ、かかわり方いかんによって高まったり、低下したりするものである。それは、看護の対象である患者をひとりのかけがえのない人間として接していくか、看護師の患者への理解の仕方に応じて患者への言葉のかけ方が異なるものであるからである。

看護は、直接的にも間接的にも常に人々との関係の中で行われるもので、確かに、看護を行う側も受ける側も、それぞれが背後の異なる生活を経験してきており、自分自身の考えをもって生きている。したがって、両者の間には考え方の差異と隔たりがあることは事実である。だが、他方、看護という共通な立場でお互いがアプローチするとき、両者は人間としてお互いに影響しあう関係でもある。故に、看護師が患者の病気を予防したり、困難な病気に立ち向かうときに、相互作用を看護の中心課題としていくことが非常に大切なことになってくる。従って、看護師が患者と共通の目標に向かって進むためには、自分とは異なった他人である患者の抱えている問題を理解し、そして、患者の病気に対する取り組み方、受け止め方を、その患者の見方から理解する態度、すなわち、共感的理解が求められる。

さて、共感を測定する尺度についてはいろいろな試みがなされている。この共感尺

度について、ストットランド (Stotland 1969) が確立した他者が経験している情動状態に対して観察者にも生じた情動反応 (共感) の概念を基にメラビアンとエプスタイン (Mehrabian & Epstein 1972) ¹⁾ は、測定可能な尺度として情動的共感性尺度を構成した。さらに、加藤・高木ら (1980) は、メラビアンらが作成した尺度を日本人の感情や生活条件に適した内容に修正・変更し、これを用いて大学生を対象に調査し、信頼性、妥当性のある尺度に改善した。また、アリグッド (Alligood 1992) は、ホーガン・スケール (Horgan Scale) ²⁾ を用いて本来人間が基本的にもっている共感と、レイトン共感テスト (Rayton Empathy Test) ³⁾ で学習した後、習得された2つの共感を測定し呈示している。

昨今、医療の文化も Cure から Care へつまり「病気を治す」から、よりよい生活が送れるよう患者を支える医療へと、その役割が拡大しているなか、スイス、ポルトガルの看護師からの問い合わせ等もあり、各文化における看護の現場で共感の必要性はますます高まってきているものと考えられる。

本研究の目的は、看護の臨床の場における看護学生の患者—看護師関係における共感度を測定する、「共感的理解／自己評価尺度」を作成することである。

[研究 1]

スケールの開発 ステップ 1 :

永野(2000)⁴⁾ では、他者評価による信頼性、妥当性のある「共感的理解／他者評価尺度」を確立した。しかしながらこれは第三者の評価を必要とされ、臨床の場では評価されていない。我が国における看護の教育課程では、「共感」概念が十分に認識されて教育していないのが実情である。看護師—患者間対人関係におけるコミュニケーション技術においては、技法の習得と同様にそれを使用する人間の共感を高めていくことが大切である。マイクロカウンセリングは、看護師の患者との人間関係を成立させ、そして、看護師自身の感情を理解し患者の感情や情動を感じ取る態度・行動を、

客観的に観察可能な技法としていくことが可能である。本研究では、日本人の情動および生活感情を理解した上で、看護師が患者に対して抱く「共感的理解」が測定できる尺度の確立を検証していくことである。

しかし、実際、異なった看護の臨床の場においては、「共感的理解」を測定者がより簡便な方法で測定できること、さらにより少ない統制下で信頼性・妥当性の得られたテストバッテリーを確立することが求められる。自己評価は評価者自身の自尊感情が評価に影響することも考えられるが、先行研究において確立した他者評価による「共感的理解測定尺度／自己評価」を使用して、患者／看護者間の相互の関係における評価者を必要としない、看護者の患者に対する共感の度合いを測定する「共感的理解測定尺度／自己評価」尺度を、[研究 2] では作成することを目的とした。

[研究 2]

スケールの開発 ステップ 2 :

目的： 護の臨床の場における、看護学生の患者に対する共感度を測定する、信頼性、妥当性のある「共感的理解尺度／自己評価表」の確立をはかる。

共感的理解は、個々の人間の主観的な認知によるものであり、捉えにくい概念である。しかし、多くの看護研究者らも認めているように、患者を理解し彼らとのコミュニケーションを発展する上で、「共感的理解」は、特に患者の感情や情動を理解していくためには、ますます求められる態度である。筆者は、この「共感的理解」を看護のプロセスにおける、患者—看護師の人間関係にとって意味のある概念であると考えた。したがって、この共感的理解が精密に測定できるようになれば、看護ケアの質を評価する研究の発展や、看護の質の向上を目指す臨床での活動に寄与できると考えた。

[本研究の目的]

スケールの開発 ステップ 3 :

先行研究 [研究 1、研究 2] で確立した「共感的理解尺度／自己評価」の4尺

度（スケール1「受容的態度の技術」、スケール2「感情と意味の反映的態度の技術」、スケール3「発話促進的態度の技術」、スケール4「確認的態度の技術」）を用いて、看護学生の共感的理解度を測定し、臨地実習における患者に対する援助行動との関係を明らかにすることを目的としている。

方法：

方法は、先行研究〔研究 2〕と同様の方法で行った。

今回、先行研究において確立した「共感的理解尺度（自己評価）」を用いて測定した測定値に基づき、看護学生の共感度を推定するために、因子分析、重回帰分析、および共分散分析を行った。

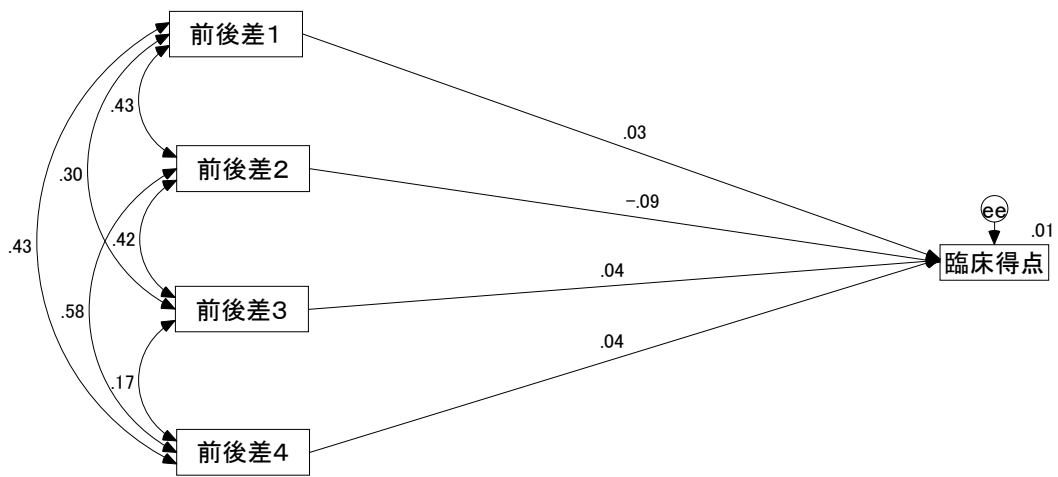
最初に、本年度の調査による測定値から因子の構造が先行研究と同じ構造を示しているかどうかを、主因子法による、バリマックス回転およびプロマックス回転により分析をした。

結果：

これによると、固有値1としたときに4因子（プロマックス回転）が実習前・後のいずれにおいても抽出された。因子の構造は、第4因子の質問項目が第1因子に含まれたものであったが、他は先行研究に同じ構造であった。これらの各因子の内的整合性は、Cronbach's coefficient alpha は、第1因子（.8105）、第2因子（.8214）、第3因子（.7342）で、第4因子（.4358）を除きいずれもが高く信頼性が認められ、4尺度を使用しての共感度の測定値を分析した結果は、信頼性係数はいずれもが高い。

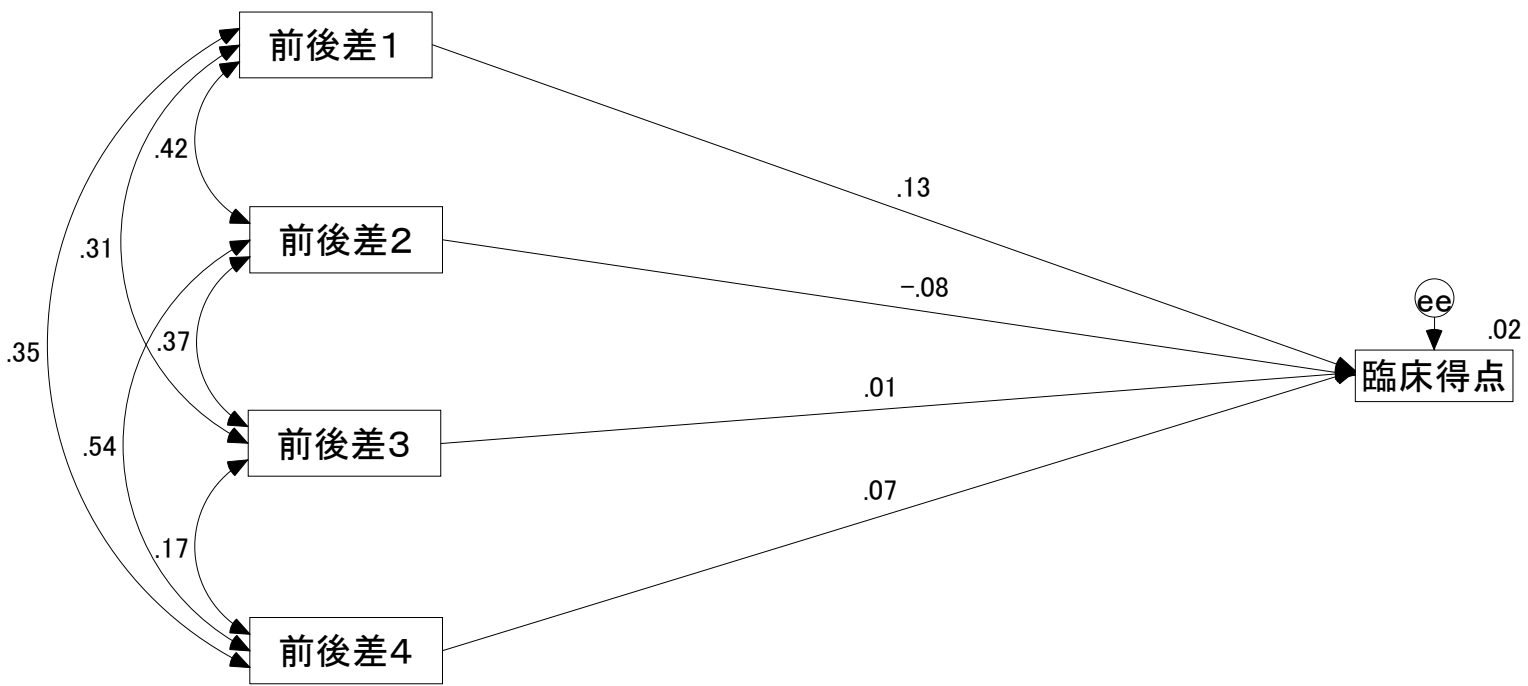
次に 重回帰モデル（資料-1）に基づき、因子関係モデル（資料-2、資料-3、資料-4、資料-5、資料-6）から、因子構造が実習前と実習後において、上昇（差があるかどうか）しているかどうか、また、その実習前後の上昇（差）は何によるものなのかを考える。

表-1 重回帰モデル



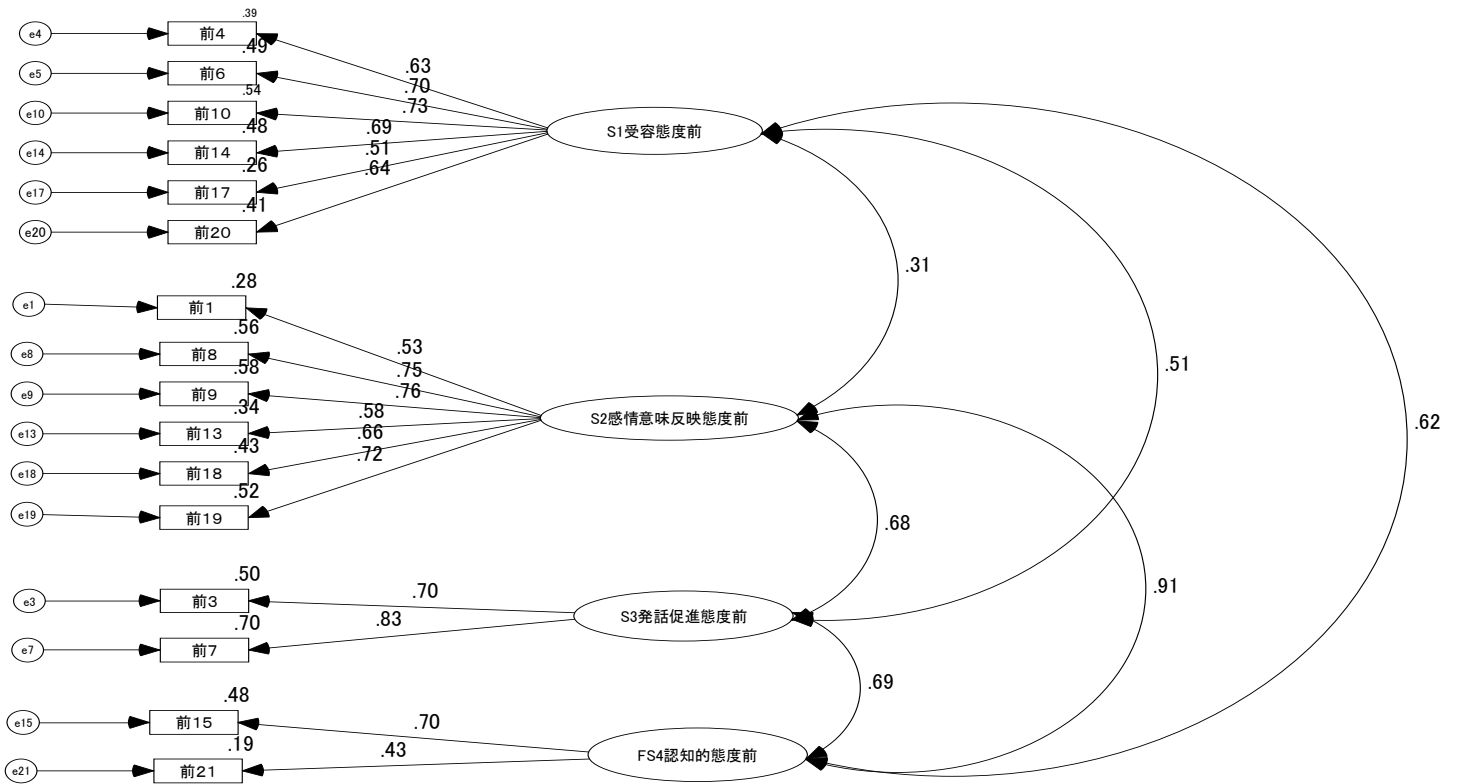
標準化推定値
 Chi-square = .000 [0 df], p = .99
 GFI = .997 AGFI = .997 RMR = .000 AIC = 40.000

表-2 外れ値除外 重回帰図



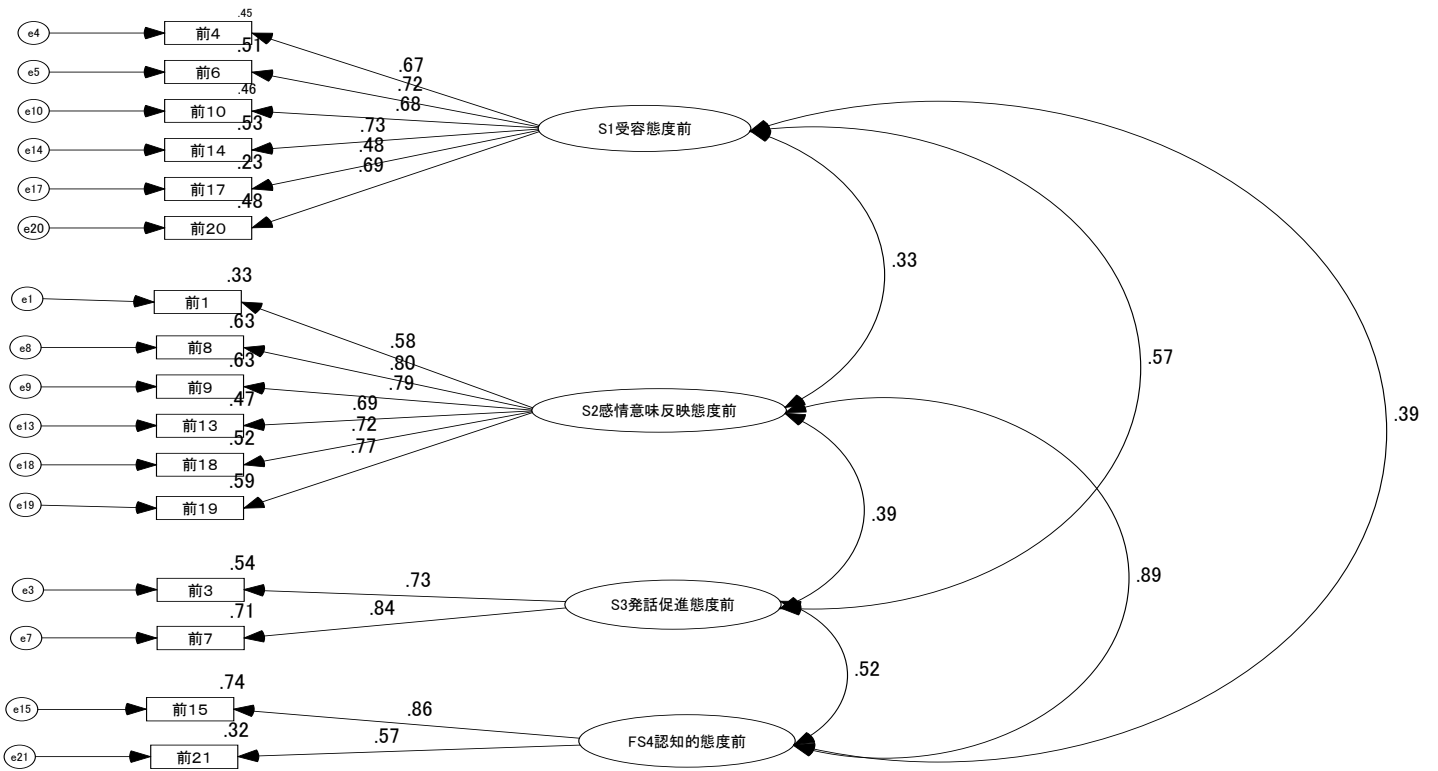
標準化推定値
Chi-square = .000 [0 df], p = .¥p
GFI = ¥gfi AGFI=¥agfi RMR=¥rmr AIC=40.000

表-3 実習前 4 因子の比較



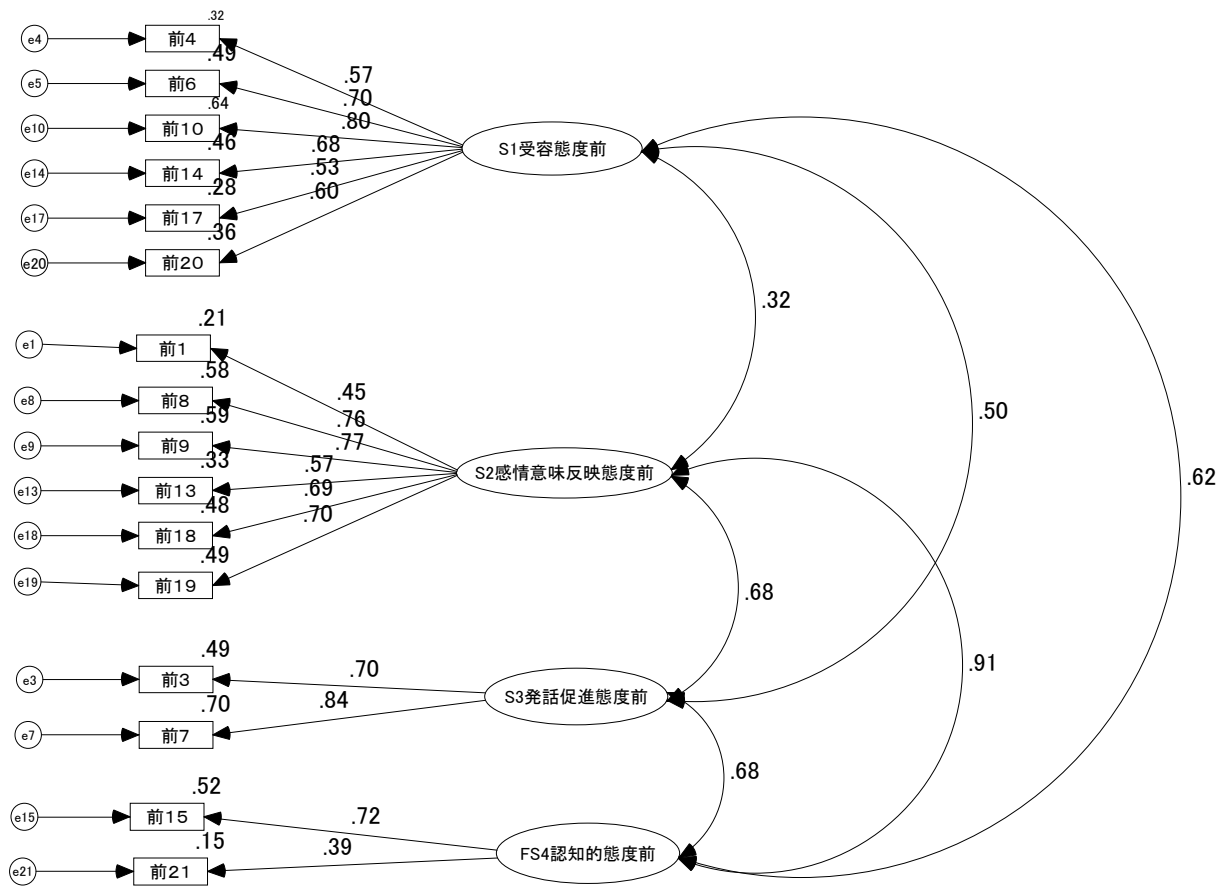
標準化推定値
 Chi-square = 478.994 [208 df], p =
 GFI = .824 AGFI=.770 RMR=37.221 CFI=cf

表-4 実習後 4 因子の比較



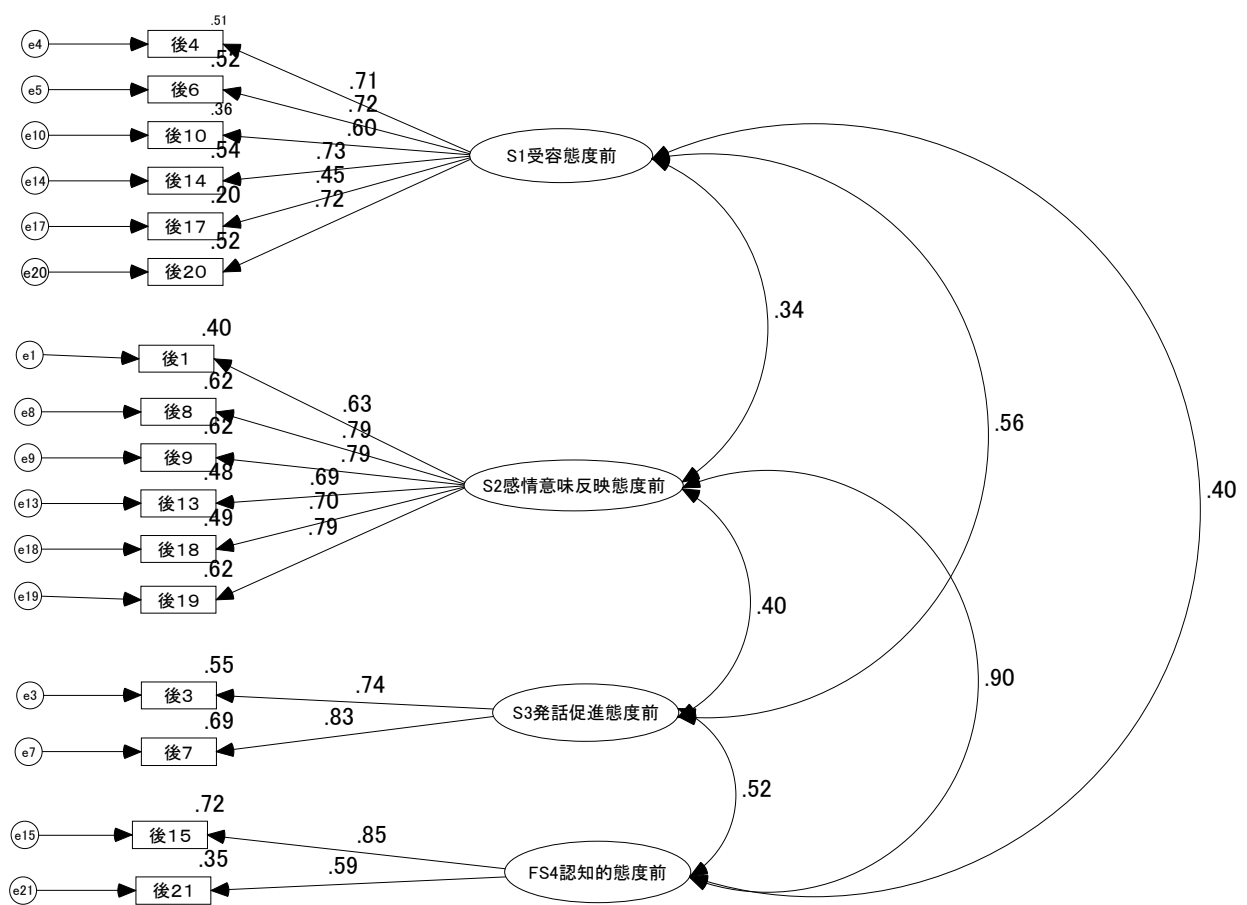
標準化推定値
 Chi-square = 478.994 [208 df], p = .
 GFI = .824 AGFI=.770 RMR=37.221 CFI=cfi

表-5 確認的因子分析 実習前の4因子の比較



標準化推定値
 Chi-square = 230.532 [98 df], p = .000
 GFI = .834 AGFI=.770 RMR=34.241 CFI=cfi AIC=306.532

表-6 確認的因子分析 実習後の4因子の比較



標準化推定値
 Chi-square = 234.177 [98 df], p = .000
 GFI = .825 AGFI = .757 RMR = .33.785 CFI = .901 AIC = 310.177

考察：

「共感的理解／自己評価」尺度の4つのスケールによって測定された結果、実習後の看護学生の共感度は高まっていることを示している（資料-3，資料4，資料-5、資料-6）。また、4尺度間の関係では、感情と意味の反映的態度の技術（第2尺度）と確認的態度の技術（第4尺度）および受容的態度の技術（第1尺度）と発話促進的態度の技術（第3尺度）とは強い関係を示している。

次に、以下に示す「共感的理解／自己評価尺度」を構成する質問項目の重み付けは、これまでの重回帰分析の結果より妥当性があるものとする。

— 「共感的理解／自己評価尺度」 4 因子の重み付け —

スケール1：受容的態度の技術（Q6：0.265 Q20：0.225

Q10：0.317 Q4：0.145

Q14：0.202 Q17：0.023）

スケール2：感情と意味の反映的態度の技術（Q1：0.148

Q8：0.255 Q13：0.256

Q19：0.032 Q9：0.373

Q18：0.148）

スケール3：発話促進的態度の技術（ Q7：0.307

Q3：0.666）

スケール4：確認的態度の技術（Q15：0.482 Q21：0.276）

第三に、 実習前と実習後の比較について、重回帰モデル（資料-1）と外れ値除外 重回帰図（資料-2）によると、実習前後の上昇の（差）が認められる。しかし、これらの高まった学生の実習後の共感度と臨床得点との関係を検討してみると、臨床得点は80点の高得点で正規分布を示しているが、残念ながら臨床得点と共感度との相関は非常に低いものであることが明らかであった。援助行動との関係をより明らかにしていくためにも、1) 臨床得点は何を反映しているものなのか、2) 共感度を高める要因は何か、これらを今後明らかにしていくことが課題であろう。

[謝辞]

本研究をすすめるにあたり、データ収集に御協力いただきました皆様、ならびに調査に御協力いただいた被験者の皆様に心より感謝を申し上げます。なお、調査協力者の被験者には、全員、資料による十分な説明をした後、紙面による同意書を得ている。本研究は平成16年度静岡県立大学教員特別研究費補助金を受けて実施した。

[参考文献]

- 1) Mehrabian Albert, Epstein Norman : A measure of emotional empathy, *Journal of Personality*, 40: 525-545,1972
- 2) Ginger W. Evans, Dorothy L. Will, Martha R. Alligood, Mike O'Neil : Empathy : A study of two types, *Mental Health Nursing*, 19(5) : 453-461, 1998
- 3) Janice M. Layton, May H. Wykle : A validity study of four empathy instruments, *Research in Nursing & Health*, 13(5) : 319-325, 1990
- 4) Hiroko Nagano : Empathic understanding – Constructing an evaluation scale from the microcounseling approach, *Nursing & Health Sciences*, Blackwell Science Asia, 2(1) : 17-27, 2000