

患者との関わりにおいて否定的感情が生じた看護師の思考

茂木英美子*

Thoughts of Nurses Who Developed Negative Emotions in Interactions with Patients

* Emiko Motegi

* Gunma University Graduate School of Health Sciences

〈要旨〉

[目的]患者との関わりにおいて否定的感情が生じた場面における看護師の思考を明らかにすることである。[方法]看護師15名を対象に、患者との関わりにおいて否定的感情が生じた場面について半構成的面接を行い、継続的比較法を参考にして分析し、看護師の思考を概念化した。[結果]【自分自身への非難】【患者の言動を受け入れることが困難】【悩んでも対応策が見出せない】【解決の見込みを持てない】【相互理解の困難さを感じる】【ケアの不十分さを認識する】【業務遂行の滞りを感じる】の7つの思考の概念が創出された。[考察] 【自分自身への非難】、【患者の言動を受け入れることが困難】、【悩んでも対応策が見出せない】の思考では、看護師にイラショナル・ビリーフが生じている可能性が考えられた。【解決の見込みを持てない】では、看護師が経験に基づく非分析的な判断をしていることが考えられた。その他の概念からは、看護師が患者への共感の難しさに直面していることや、自分の行ったケアに意味を見出せていないことも影響要因として考えられた。[結論]患者との関わりにおいて否定的感情が生じた看護師の思考として、7つの概念が創出された。論理性に欠ける思考、共感の困難さ、ケアの意味を見出せていないこと、などが否定的感情の発生に関与している可能性が示された。

〈Abstract〉

[Objective]The purpose of this study was to identify thoughts of nurses who developed negative emotions in interactions with patients. [Methods]Data were collected on semi-structured interviews involving 15 nurses(average: 34.7±8.6 years) with more than 3 years of clinical experiences and they were qualitatively analyzed using a constant comparative approach. [Results]A total of 21 scenes were described by 15 nurses, and 30 codes were extracted as the thoughts of nurses. The following 7 concepts were identified in relation to the thoughts of nurses who developed negative emotions in interactions with patients:【self-blame】,【difficulty in accepting patient's behavior】,【spending time worrying about it, but still unable to find appropriate coping strategies】,【seeing no prospect of successful resolution of the situation】,【being aware of difficulties with mutual understanding】,【being aware of insufficient care】, and 【being aware of the delay in task performance】.

* 群馬大学大学院保健学研究科

[Discussion]As the reason for developing 【self-blame】, 【difficulty in accepting patient's behavior】, and 【spending time worrying about it, but still unable to find appropriate coping strategies】, there is a possibility that the nurses created an idea of the ideal nurses and patients as an irrational belief. 【Seeing no prospect of successful resolution of the situation】 indicated that the nurses made judgments in a no analytical manner based on their experiences. The illogical thinking of nurses, such as irrational beliefs and no analytical judgments based on their experiences, is considered to be involved in the generation of negative emotions. 【Being aware of difficulties with mutual understanding】 indicated that the nurses were facing problems in difficulty of sympathizing with patients. Concerning 【being aware of insufficient care】, there is a possibility that the nurses have not been able to find the meaning of care, showing the need to provide feed-back on the care they provide. [Conclusion]Seven concepts were identified in relation to the thoughts of nurses who developed negative emotions in interactions with patients. Illogical thinking, the difficulty finding the meaning of the care they provide, and difficulty of sympathizing with patients, are considered factors that affected the thoughts of nurses. It may be helpful for nurses to ask themselves about the presence or absence of these factors, and to provide feed-back on the care they provide.

キーワード

看護師の思考	thoughts of nurses
否定的感情	negative emotion
看護師－患者関係	interaction with nurse and patient

I. はじめに

臨床において看護師は多くの感情体験をする。看護を通して得られた快の感情は仕事のやりがいや生きがいに繋がるが、苛立ちや嫌悪感などの不快な感情は、できれば避けたり否定したりしたいものである。特に、看護師が患者との関わりにおいて否定的な感情を有することは、一般論を越えて問題視されやすい^{1)~5)}。その背景には、看護師は患者に対して否定的な感情を持つべきではない、という倫理観・職業意識があること⁶⁾、どのような状況においても冷静で且つ患者への気遣いを絶やさない情緒的関わりを求められていること^{7) 8)} があると言われている。

否定的感情を抑えて患者と接することは、看護師の精神的健康面の問題だけでなく、その状況に対する適切な判断を妨害する可能性

がある。感情の抑圧という視点があるからこそ、看護師の否定的感情体験に関するこれまでの研究の多くはストレス理論を用いた感情の緩和が論点の中心となっている^{3)~5)}と考えられる。

一方、看護師に否定的感情が生じてても看護師がその感情と向き合うことで内省が進み、否定的感情が肯定的感情に移行する⁹⁾ という報告がある。この報告は否定的感情が看護において単に悪影響を及ぼすだけのものではなく、ケアの転換の機会になり得ることを示している。しかし、同報告では否定的な感情に対して自己の内省が進まなければ、結果として患者との関わりも機械的な関わりになってしまう場合がある、とも指摘されている。つまり、看護師の否定的感情を取り扱う場合に

重要なことは、感情の緩和よりも看護師が自己の感情に向き合って内省できるかどうかであると言える。

心理学では感情の生成には思考が関与するという認知説がある。それによれば感情は個人が置かれた状況に対する評価や判断から生じる¹⁰⁾とされている。看護師が否定的感情を抱く場合、その対象は患者の言動である場合が多い²⁾という報告を踏まえると、否定的感情の発生には患者との関わりにおける看護師の思考が関与していると考えられる。看護師がその都度自己の思考を振り返れば、なぜ否定的感情が生じたかの理解が深まり、その後の看護に生かすことができる。しかし、日々の業務に追われる中でそれらは困難であることが推測される。

そこで、患者との関わりにおいて否定的感情が生じた場面における看護師の思考を明らかにすることが重要であると考えた。これにより看護師の内省を支援できると考える。

II. 目的

本研究の目的は、患者との関わりにおいて看護師に否定的感情が生じた場面における看護師の思考を明らかにすることである。

III. 用語の定義

否定的感情:「周囲との関係において自己の統合や調和が乱れ、一時的に不調和に陥っている状態のサイン」(小宮⁹⁾)とした。

思考:「状況に対する個人の評価の過程」¹¹⁾とした。

IV. 対象・方法

1. 対象者

A 総合病院に勤務している看護師のうち、臨床経験年数3年以上の看護師(師長は除く)を対象とした。臨床経験年数3年以上の看護師を対象としたのは、看護師は経験年数2~3年で状況を全体として捉える事が出来る¹²⁾

と言われており、否定的感情体験を語る際にも患者背景の理解など、状況の全体性が含まれると考えたためである。

2. 調査期間

調査期間は2009年7月から2009年10月であった。

3. 研究方法

1) データ収集までの手続き

研究実施病院の看護部に、本研究に関する具体的な説明を文書及び口頭で行い、研究協力を依頼し同意を得た。研究実施病院の全病棟に看護部を通して研究対象者募集用紙を配布した。配布した募集用紙には研究者の連絡先を記載し、参加意思のある看護師から直接連絡をもらうこととした。参加意思を表明した看護師には、研究者が個別に連絡を取り、研究説明書と表1に示す否定的感情リスト(以下リスト)を渡し、口頭と文書にて研究の趣旨や内容を説明した。リストを渡した理由は、実際に参加意思表明者からの要望があったことと、体験の語りやすさを助けると考えたためである。面接日に再度同意を確認し、同意書に署名を得た。

2) データ収集方法

データは、半構成的面接法により収集した。看護師の属性(年齢・経験年数)を収集した後、これまでの臨床経験の中で患者との関わりにおいて否定的感情が生じた場面について、①どのような感情体験をしたか②どのような場面であったか③その場面においてどのような思いや考えを有したのか、の3点を中心に語ってもらった。体験後の時間経過とともに内省が組み込まれている可能性が予測されたため、なるべくその場面での感情や思考を語ってもらうよう依頼した。その際、リストを用いることで参加者の感情表現の助けとした。また、面接中は対象者の許可を得て場面に関するメモや、対象者の表情や口調等についてメモをして、対象者の思考や感情の理解に努めた。面接は1人1回とし、個室にて行い、

疲労度を考慮して 30 分程度とした。面接の平均時間は 19.8 ± 5.6 分であった。面接内容は許可を得て IC レコーダーに録音した。

表 1 否定的感情リスト (小宮⁹⁾ 2005)

怒り	苛立ち	恨み	不信	裏切り	寂しさ
悲しさ	驚き	疑い	当惑	困惑	無力感
焦り	徒労感	不全感	屈辱感	情けなさ	
みじめさ	羞恥心	自責感	恐れ	不安	軽蔑
羨望	嫉妬	嫌悪感	混乱	悔しさ	落ち込み
罪悪感	見捨てられ感				

4. 倫理的配慮

研究実施にあたり研究者が所属する機関の倫理委員会の審査を受け承認を得た。対象者に説明した事項は、研究の趣旨と目的、協力内容、研究への自由な参加、匿名性の確保、同意の撤回の自由、データの管理方法、研究終了後の資料・データの廃棄方法である。以上を面接開始前に口頭及び文書にて説明し同意書に署名を得た。資料・データは個人が特定できないよう匿名で扱い、個人情報がないようにし、逐語録の作成は他者に音声が漏れない個室で行った。録音した内容に個人名があった場合は匿名化して逐語録を作成した。データは暗号化 USB を用いて、紛失などの事故発生時も閲覧不可能な状態にした。データの分析終了まで、資料・データはすべて鍵のかかるロッカーで管理した。

5. 分析方法

本研究の研究デザインは質的帰納的研究である。分析は相違な複数の場面を比較するために継続的比較法¹³⁾¹⁴⁾を参考にして行った。まず逐語録を作成し、面接中に記載したメモと一緒に熟読した。さらに対象者の口調に注意しながら録音内容を繰り返し聴き、対象者の思考や感情を詳しく理解できるように努めた。その後文脈を考えながら、看護師に否定的感情が生じた場面（以下、場面）とその時の看護師の思考（以下、思考）を事例毎に要約し、記述した。その際、対象者が体験した

意味世界が損なわれずに抽象化されるよう解釈を行いながらの要約に努めた。また、多様な事例から一貫した視点で分析を行うために「対象者に否定的感情が生じたのはどのような思考によるのか」という問いかけを行いながら要約に努めた。解釈を行う中で研究者に浮かんできた考えを分析メモとして残していた。要約の一部を表 2 に示す。

次に、場面と思考の要約をさらに抽象化するために縮約した。これをコードとした。場面コード、思考コード、感情を記した一覧表を作成した（表 3）。一場面における看護師の思考が複数である場合は、思考ごとに別々に記した。一覧表を基に、分析メモを活用しながら思考の類似性及び特殊性の比較を行い、思考を表す概念を創出していった。

6. 分析の真実性と信憑性の確保

質的研究では分析の真実性と信憑性を確保することが重要である¹⁵⁾。分析において、これらを確保するために以下のことを行った。録音内容を繰り返し聴き、逐語録の熟読を行い、研究者の偏見による解釈や抽象化がされないよう質的研究に精通した研究者間でディスカッションを行った。これらにより対象者の体験や思考の真実性の反映に努めた。また、対象者に研究主旨の理解が得られるよう十分な説明を行い、情報漏えいがないことを保証し、研究者が対象者の体験を理解しようとする姿勢で面接を行うことで、ありのままの体験を語ってもらった。これらにより信憑性の確保に努めた。

V. 結果

1. 対象者の概要

対象者は、20 歳代～50 歳代（平均 34.7 ± 8.6 歳）、臨床経験 5 年～32 年（平均 12.1 ± 7.3 年）の看護師 15 名であった。年齢、経験年数ともに幅があるが、否定的感情が生じる看護師の思考の全体像を把握するために、分析において年齢や経験年数による制限は行わなかつ

表2 場面と思考の要約の例

場面の要約	思考の要約
これまでの看護師経験で初めて進行がん患者と関わった。患者から、「自分は死んじゃうんでしょ」という訴えや、「先がないでしょ」という悲観的な訴えを投げかけられた。	はじめて肺癌患者と関わった。病気の進行速度に驚き、戸惑った。悲観的な訴えを投げかける患者に対し、どういう言葉を返せば良いのか、どういう対応が良いのか悩む。悩むが、自分には今訴えられている内容を解決することができないのではないかと思う。このような場面に遭遇した時に、自分は一体何なんだろう、という無力感を感じる。
看護師は繰り返し療養指導を行う。患者からはその都度理解を示す反応が得られるものの、不適切な療養行動が繰り返される。	指導内容を理解した発言はあるが、なぜ行動を起こさないのか。意思が弱いのだろうか、その場が良ければいいのだろうか。何度指導しても患者の行動に変化は見られない理由がわからない。多分、患者の性格が大きく関連しているのだろう。性格であれば、看護師が関わったところで変化は見られないであろう。だから、仕方がないかもしれない。
認知症の患者の行動が一晩中落ち着かない。センサーコールで対応していたためナースコールが鳴り続き、看護師は苛立ちを感じた。	患者の行動が認知機能の低下から生じていることを理解していても、苛立ってしまう自分自身に対し、罪悪感や落ち込みを感じる。まだまだ忍耐力がないと思う。

た。

2. 患者との関わりにおいて否定的感情が生じた看護師の思考

15名の看護師から21場面が語られ、その中から30の思考コードが抽出された。分析の結果、7つの概念【自分自身への非難】、【患者の言動を受け入れることが困難】、【悩んでも対応策が見出せない】、【解決の見込みを持てない】、【相互理解の困難さを感じる】、【ケアの不十分さを認識する】、【業務遂行の滞りを感じる】が創出された(表3)。概念名は【 】, コードは[], 感情は< >で記す。

1) 【自分自身への非難】

看護師は「認知症患者が一晩中落ち着かないためナースコールが鳴り続き、看護師は苛立ちを感じた」等の場面において、「自分に忍耐力が不足している」等、自分自身を非難し、<罪悪感><落ち込み>等を感じた。この思考が【自分自身への非難】である。

2) 【患者の言動を受け入れることが困難】

看護師は「患者の生活習慣を踏まえたうえで指導内容を考え、具体的なアドバイスをするが、どの提案も患者に受け入れられそうな様子がなかった」等の場面において、「患者は何のために入院したのか分からない」等、患者の言動を受け入れることが困難であると判断し、<徒労感><苛立ち>等を感じた。この思考

が【患者の言動を受け入れることが困難】である。

3) 【悩んでも対応策が見出せない】

看護師は「進行がん患者と初めて関わり、患者から悲観的な訴えを投げかけられた」等の場面において、「どのような対応が患者にとって最も良いのか考えても分からず、患者の悲嘆を緩和できない」等、考えたり悩んだりしたが具体的な対応がわからない、と判断して<無力感>等を感じた。この思考が【悩んでも対応策が見出せない】である。

4) 【解決の見込みを持てない】

看護師は「患者の生活習慣を踏まえたうえで指導内容を考え、具体的なアドバイスをするが、どの提案も患者に受け入れられそうな様子がなかった」等の場面において、「患者の生活を考えた提案を受け入れてもらえず、状況の改善がない」等、問題が解決するのは難しい、と判断して、<徒労感><苛立ち>等を感じた。この思考が【解決の見込みを持てない】である。

5) 【相互理解の困難さを感じる】

看護師は「患者から、同じ内容の訴えを何度も繰り返されたり、些細なことについての電話を何度も受けた」等の場面において、「コミュニケーションを図ることが困難である」等、患者と看護師の相互理解が行えていないと判

表3 場面コード・思考コード・感情の一覧表と看護師の思考の概念名

場面コード	思考コードと〈感情〉	看護師の思考の概念名
認知症患者が一晚中落ち着かないためナースコールが鳴り続き、看護師は苛立ちを感じた	自分に忍耐力が不足している〈罪悪感〉〈落ち込み〉	自分自身への非難
終末期患児のケアに参加したいが、母親から小児科での看護経験が少ない、という理由でケアの実施を遠慮してほしいと伝えられた	自分は看護師として認められていない〈無力感〉〈情けなさ〉	
希望事項の訴えの多い患者に対し、看護師は回復を信じ、治療のために患者の希望を抑え続けたが、結局患者は回復しなかった	患者に対して自分は何もできなかった〈無力感〉〈罪悪感〉	
看護師の注意を守れなかった患者に対し、看護師は強い口調になってしまい、患者が落ち込んだ様子を見せた	他の看護師はきちんと対応しているのに、自分はそれができていない〈落ち込み〉〈自責感〉〈情けなさ〉	
多少は自分で身の回りのことを行える状態の患者から頻回なナースコールがあり、訪室する度に感情的にならないことを心掛けるが、それができず感情的になってしまった	感情的になってしまった自分自身に対して失望する〈後悔〉〈罪悪感〉	
患者の生活習慣を踏まえたうえで指導内容を考え、具体的なアドバイスをするが、どの提案も患者に受け入れられそうな様子がなかった	患者は何のために入院したのか分からない〈徒労感〉〈苛立ち〉	患者の言動を受け入れることが困難
患者が自分でも行える処置を行わず、看護師も忙しさのために忘れてしまったが、自分で行えることは自分で行うように患者に伝えたと患者から怒りを表出された	患者が自分でできることは自分でやるべきだ〈怒り〉	
患者は配膳の必要性のない状態であったが、看護師への要求の多い性格特性であったことを考慮し、配膳していた。手違いで患者に配膳がされなかった時、患者は怒りを露わにし、看護師の不手際を追及した	看護師の不手際だけでなく、患者にも注意すべき点がある〈悔しさ〉〈苛立ち〉	
精神疾患と認知機能低下のある患者から、些細なことに対するナースコールが頻回にあった	患者の言動は疾患だけの影響ではなく、依存心もある〈苛立ち〉	
多少は自分で身の回りのことを行える状態の患者から頻回なナースコールがあり、訪室する度に感情的にならないことを心掛けるが、それができず感情的になってしまった	患者の言動を、社会的に逸脱していると思っていかがどうかが分からない〈苛立ち〉	
進行がん患者と初めて関わり、患者から悲観的な訴えを投げかけられた	どのような対応が患者にとって最も良いのか考えても分からず、患者の悲嘆を緩和できない〈無力感〉	悩んでも対応策が見出せない
治療をしたものの、脳死状態となった患者の状態を受け入れられない患者家族が、些細な患者の変化にも敏感になり、医療者に訴え続けた	患者の状態を受容できない家族に対し、どう接すればいいのかが分からない〈徒労感〉〈無力感〉	
患者の生活習慣を踏まえたうえで指導内容を考え、具体的なアドバイスをするが、どの提案も患者に受け入れられそうな様子がなかった	患者の生活を考えての提案を受け入れてもらえず、状況の改善がない〈徒労感〉〈苛立ち〉	解決の見込みを持たない
患者から、病棟の機能的に実現困難な内容を繰り返し訴えられ、説明するが理解が得られなかった	説明しても同じことが繰り返され、進展がない〈徒労感〉〈苛立ち〉	
看護師は繰り返し療養指導を行い、患者からはその都度理解を示す反応が得られるものの、不適切な療養行動が繰り返されていた	患者の行動は性格が影響しており、看護師の介入による改善は難しい〈諦め〉	
治療をしたものの、脳死状態となった患者の状態を受け入れられない患者家族が、些細な患者の変化にも敏感になり、医療者に訴え続けた	努力しても状況は変化しない〈無力感〉	
患者から、同じ内容の訴えを何度も繰り返されたり、些細なことについての電話を何度も受けた	コミュニケーションを図ることが困難である〈苛立ち〉	
気切患者との意思疎通がうまく図れず、患者は不満や苛立ちを行動で表した	患者の思いを理解したいがそれができず、その気持ちも患者に伝わらない〈悲しさ〉〈苛立ち〉	相互理解の困難さを感じる
患者に生じている症状や、今後行われる予定の治療について、患者の理解・認識を聞いてみるが、患者からは投げやりな発言しか聞かれなかった	患者の言動の後ろに隠れている本心をつかめない〈当惑〉	
患者のコミュニケーションが一方的な傾向であり、患者は自分の話を多くするが、看護師が患者のセルフケアでのアドバイスを伝えようとすると黙りこんでしまうことが続いた	患者に伝えたいことが正しく伝わらず、患者から正しい情報をつかむことも困難である〈苛立ち〉〈困惑〉	
嚥下困難な患者の吸引をする際、患者の拒否が強く、看護師のケアを詰るような言葉に対して看護師は感情的になってしまった	患者に必要なケアを、患者に理解してもらえない〈苛立ち〉〈悲しさ〉〈寂しさ〉〈徒労感〉	
患者が自分でも行える処置を行わず、看護師も忙しさのために忘れてしまったが、自分で行えることは自分で行うように患者に伝えたと患者から怒りを表出された	忙しさに紛れて仕事を怠ってしまった〈落ち込み〉〈情けなさ〉	
看護師の注意を守れなかった患者に対し、看護師は強い口調になってしまい、患者が落ち込んだ様子を見せた	自分の患者への対応が不適切であった〈罪悪感〉〈落ち込み〉〈自責感〉〈情けなさ〉	ケアの不十分さを認識する
状態が悪化している患者に、看護師のペースでケアを行ってしまった際、患者から不満や苛立ちを表出された	患者の思いを図れず、自分本位の看護をしてしまった〈情けなさ〉	
嚥下困難な患者の吸引をする際、患者の拒否が強く、看護師のケアを詰るような言葉に対して看護師は感情的になってしまった	つい感情的になってしまったことは、不適切であった〈悲しさ〉〈寂しさ〉〈情けなし〉〈軽蔑〉〈不安〉	
希望事項の訴えの多い患者に対し、看護師は回復を信じ、治療のために患者の希望を抑え続けたが、結局患者は回復しなかった	もっと自分にできることはなかっただろうか〈無力感〉〈罪悪感〉	
寝たきり状態の患者から様々な生活援助依頼を受け、看護師はそれに応えるが、看護師の予想する反応（満足感や快適感）が見られなかった	自分の援助が、患者の助けとならない不十分なものだったのかもしれない〈困惑〉	
患者から、病棟の機能的に実現困難な内容を繰り返し訴えられ、説明するが理解が得られなかった	患者の言動は業務遂行に差し障る〈徒労感〉〈苛立ち〉	業務遂行の滞りを感じる
翌日の検査説明をするため、後で訪室することを約束したが、忙しさのためになかなか訪室できなかったところ、患者からの催促を受けた	業務が計画通りに進まない〈苛立ち〉	
患者から、同じ内容の訴えを何度も繰り返されたり、些細なことについての電話を何度も受けた	患者の言動は他の業務に差し障る〈苛立ち〉	

断して、〈苛立ち〉等を感じた。この思考が【相互理解の困難さを感じる】である。

6) 【ケアの不十分さを認識する】

看護師は[患者が自分でも行える処置を行わず、看護師も忙しさのために忘れてしまったが、自分で行えることは自分で行うように患者に伝えたと患者から怒りを表出された]等の場面において、[忙しさに紛れて仕事を怠ってしまった]等、自己のケアの不十分さを自覚し、〈落ち込み〉〈情けなさ〉等を感じた。また、[希望事項の訴えの多い患者に対し、看護師は回復を信じ、治療のために患者の希望を抑え続けたが、結局患者は回復しなかった]等の場面では[もっと自分にできることはなかっただろうか]等、自分が行ったケアよりも望ましいケアを追求することで、〈罪悪感〉等を感じた。これらの思考が【ケアの不十分さを認識する】である。

7) 【業務遂行の滞りを感じる】

看護師は[患者から、病棟の機能的に実現困難な内容を繰り返し訴えられ、説明するが理解が得られなかった]等の場面において、[患者の言動は業務遂行に差し障る]等、業務の遂行の滞りを認知し、〈徒労感〉〈苛立ち〉を感じた。この思考が【業務遂行の滞りを感じる】である。

VI. 考察

いくつかの概念は、考察する過程で類似性が見られたため、4つのセクションに分けて考察を行う。

1. 【自分自身への非難】、【患者の言動を受け入れることが困難】、【悩んでも対応策が見出せない】の考察

本調査の結果では、【自分自身への非難】がされた場面は、認知症患者への対応や頻回なナースコールへの対応など、対応の困難さが推察された場面であった。これらの場面に生じている事象は、患者の疾患やこれまでの経過などが影響しており、看護師のみの責任に

よるものではないと言える。しかし、看護師は[自分に忍耐力が不足している]等と判断し【自分自身への非難】を行っていた。この思考を考察するにあたり、イラショナル・ビリーフという概念がある。これは、他者の価値観を自分の価値観であるかのように思い込んだり、「～でなければならない」と「～であってほしい」という、価値観と願望が混同したりしている場合に発生する非論理的な思考とされている¹⁶⁾。前述した場面では、忍耐力を備えた看護師にならなければならない、という思いや、患者に常に優しく接したいという思い、患者に対し感情的な対応をすべきではない、等の看護師の理想像への思いがある可能性が考えられ、理想と現実の差の原因を自己の気質や性格に求めることによって【自分自身への非難】が生じたのではないかと推察された。理想を持って看護することは重要であるが、理想が叶わないことの原因を自己にのみ求める思考は、論理性に欠けると言える。本調査結果より、看護師の理想像への信条がイラショナル・ビリーフとなり、【自分自身への非難】に繋がる場合があると考えられた。一方、【患者の言動を受け入れることが困難】では、患者に療養指導の内容を受け入れてもらえない場面で看護師が[患者は何のために入院したのか分からない]等、生じている事象の原因を患者側に求めていた。しかし、これらの事象も患者の背景や心理的状态などの様々な要因が関連していると推測でき、看護師はそれらについて理解を深めていく必要があると言える。看護師が事象の原因を患者に求めた理由として、指導を受け入れてほしいという願望と同時に、患者として療養指導を受け入れるべきではないか、という思いが先行したためと推察された。この思考も看護師の願望や価値観が先行した論理性に欠ける思考と考えられた。【自分自身への非難】では看護師の理想像への信条が影響していると考えら

れたことに対し、【患者の言動を受け入れることが困難】では患者の理想像への信条が影響している可能性が考えられた。また、【悩んでも対応策が見出せない】は、がん患者の悲観的な訴えや脳死状態の患者家族への対応の場面で生じており、看護師は〈無力感〉を感じていた。先行研究ではイラショナル・ビリーフと看護師の無力感に関連性があることが示されている¹⁷⁾。本調査結果でも、看護師は看護の行き詰まりを感じており、そこに自分の役割や意味を見出せていないために〈無力感〉を感じたと考えられた。この思考は、看護師が、患者の悲嘆の緩和や家族との関係性の確立を望む価値観や役割意識を抱いており、それらが果たされないと判断したために生じた思考ではないかと推察された。

以上より、イラショナル・ビリーフは看護師の否定的感情に繋がる思考に影響していることが考えられた。

2. 【解決の見込みを持てない】の考察

この思考は、看護師が患者に繰り返し説明や指導を行ったりしたが状況の改善がなかったことから、[患者の生活を考えた提案を受け入れてもらえず、状況の改善がない]等、看護師が問題解決の見込みを持てなくなっている状態を表していると考えられた。そのため、看護師に「今度も同じだろう」という思いが生じている可能性が推察された。先行研究において、看護師が臨床判断を行うときに過去の経験から判断する非分析的な思考パターンを持つ^{18) 19)}という報告がある。これは個々人の経験によって得られる暗黙知が基盤にあり、臨床における先見性をもたらすものである。しかし、本調査結果の【解決の見込みを持てない】という判断は、状況が変化しない失敗経験の積み重ねに関連する望ましくない非分析的な思考である可能性が考えられた。

3. 【相互理解の困難さを感じる】の考察

本研究の調査結果では、同じ内容の訴えを繰り返す患者との関わりの場面や、言語的コ

ミュニケーションが困難な患者との関わりの場面において[患者の思いを理解したいがそれができず、その気持ちも患者に伝わらない]等、看護師が患者との相互理解が難しいと判断したことで【相互理解の困難さを感じる】が概念として創出された。看護師が患者を理解することに関し、共感の概念が頻用される。ナイチンゲールは看護師には他人の感情の中へ自己を投入する能力が必要²⁰⁾と述べ、共感を看護の基本として位置付けている。一方、薄井は、相手の認識を理解するためには意識的に触れ合い、相手の認識過程を考えて実践するしかない²¹⁾と述べている。このように、患者の気持ちを理解することは看護師の基本能力とされながらも獲得が難しい能力と言える。他者の認識過程を考えながら看護するには、様々な経験や人間に対する多面的な知識に加え、コミュニケーション技術も必要となる。本研究では、理解したいができない、伝えたいことが伝わらない、など、看護師は患者との相互理解の困難さに直面していると考えられた。しかし、前述した薄井の考えに拠れば【相互理解の困難さを感じる】ときは他者理解の幅が広がる機会であるとも捉えることができる。そのため、意識的に患者と触れ合うことで今後の看護に生かせる経験となることが考えられた。

4. 【ケアの不十分さを認識する】、【業務遂行の滞りを感じる】の考察

【ケアの不十分さを認識する】は、[忙しさに紛れて仕事を怠ってしまった][自分の患者への対応が不適切だった]等、看護師が忙しさのために処置を忘れてしまったり、患者に対して思わず感情的な対応をしてしまったりしたことで生じた思考と考えられた。これらには、臨床の忙しさが影響している可能性が考えられた。また、【業務遂行の滞りを感じる】では、患者の言動は看護師に[業務遂行に差し障る]等、業務遂行の滞りを感じさせていた。先行研究では看護師業務の質と量がともにバ

ーンアウトに影響を及ぼすストレス因子である¹⁷⁾とされ、看護業務の多忙さが言われている。業務の多忙さは業務遂行を優先する認識や、患者への不十分なケアに繋がる可能性があり、これらを予防するためには業務の見直し等、組織的な取り組みをしていく必要があると考えられた。

一方、【ケアの不十分さを認識する】には、[もっと自分にできることはなかったらうか]等の思考もあった。この場面では〈無力感〉〈罪悪感〉が生じていた。これらの感情は、看護師が治療のために患者の希望を制限し続けていたが、患者の死という結果を迎えたために、自分が行った看護に意味を見出せず不全能感を有していたために生じた感情であると推察された。しかし、インタビュー時、看護師は患者の叶え難い希望事項を受け止めつつも治療のために制限し、熱心に励まし続けた看護を語ってくれた。この場合は自己が行ったケアよりも望ましいケアを追求することにより、相対的に【ケアの不十分さを認識する】状態である可能性が考えられた。東は看護師が自分の行ったケアに意味を見出すことが困難なことについて、優れた実践を行っていても一人では気が付きにくい²²⁾と述べている。また、看護の不全能感はバーンアウトへの影響が強い²³⁾とも言われており、これらを予防するためにも自分が行ったケアに意味を見出せるような支援が必要であると考えられた。具体策として、カンファレンスや学習会の場などを活用し、看護チームメンバー内でケアの振り返りを行い、ケアの意味付けを行っていくことが挙げられる。これらは自己の思考や感情と向き合う機会となり、また、他者の意見を聞く機会でもあるため内省への支援としても期待できると考えられる。

VII. 臨床への応用

看護師が患者との関わりにおいて否定的感情を抱く思考に影響する要因として、イラシ

ョナル・ビリーフや過去の経験に基づく非分析的な判断などの論理性に欠ける思考、患者への共感の困難さ、行ったケアの意味を見出せていないこと、などが考えられた。

臨床への応用として、これらの影響要因の有無を自己に問いかけることが、思考の吟味に繋がり、内省を深める一助となると考える。また、看護チームメンバー内でのケアの振り返りも内省への一助になることが考えられた。

VIII. 結論

患者との関わりにおいて否定的感情が生じた看護師の思考について、継続的比較法を参考に分析した結果、【自分自身への非難】【患者の言動を受け入れることが困難】【悩んでも対応策が見出せない】【解決の見込みを持てない】【相互理解の困難さを感じる】【ケアの不十分さを認識する】【業務遂行の滞りを感じる】という7つの概念が創出された。

IX. 研究の限界と課題

本研究の結果は否定的感情が生じた看護師の思考の一部を表すものであり、全容を表すものではない。課題として、対象者数を増やし、結果の一般化可能性を追究していくことが挙げられる。

文献

- 1) Smith P : The Emotional Labour of Nursing, Macmillan Press, UK, 1992
(武井麻子, 前田泰樹 訳: 感情労働としての看護, 46, ゆるみ出版, 東京, 2000)
- 2) 齊藤敬子: 患者・看護婦関係における看護婦の感情について, 臨床看護, 25 : 1854-1859, 1999
- 3) 佐々木まり子: 患者・看護師関係で生じる陰性感情に対する看護師の自己認識, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究収録, 31 : 17-24, 2006

- 4) 中典子：ナースの感情コントロールのプロセスとその背景—患者に対し否定的な感情を抱いた場面を通して—, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究収録, 27:38-45, 2002
- 5) 白石美由紀：看護師の陰性感情に対する効果的な対処行動に関する研究, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究収録, 32:245-252, 2007
- 6) 武井麻子：感情と看護, 72-74, 医学書院, 東京, 2001
- 7) 前掲 1), 40-41
- 8) 前掲 6), 50-51
- 9) 小宮敬子：看護師がケア場面で体験した否定的感情の様相に関する研究, お茶の水医学雑誌, 53:77-96, 2005
- 10) Cornelius RR : The science of emotion, Prentice-Hall, New Jersey, 1996 (斎藤勇 監訳:感情の科学, 141-145, 誠信書房, 東京, 2000)
- 11) 前掲 10), 147
- 12) Benner P : From Novice to Expert , Prentice-Hall, New Jersey, 2001 (伊部俊子 監訳:ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ, 21, 医学書院, 東京, 2009)
- 13) Glaser BG, Strauss AL : The Discovery of Grounded Theory, Aldine Publishing Company, New York, 1967 (後藤隆, 大出春江, 水野節夫 訳:データ対話型理論の発見, 新曜社, 29-36, 145-154, 1996)
- 14) 佐藤郁哉：質的データ分析法, 新曜社, 111-127, 2008
- 15) Holloway I, Wheeler S : Qualitative Research in Nursing , Blackwell Science, Oxford, 2002 (野口美和子 監訳:ナースのための質的研究入門 第2版, 250-252, 医学書院, 東京, 2006)
- 16) 伊藤順康：自己変革の心理学, 84-90, 講談社現代新書, 東京, 2002
- 17) Ohue T , Moriyama M , Nakaya T : Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses, Japan Journal of Nursing Science, 8:76-86, 2011
- 18) 岩田幸枝, 國清恭子, 千明政好, 星野悦子, 鶴田晴美, 荒井真紀子, 齋藤やよい: 異常を判断した ICU 看護師の思考パターンの分析, 群馬保健学紀要, 26:11-18, 2006
- 19) 中西純子, 梶本市子, 野嶋佐由美, 中野綾美, 宮田瑠理, 畦地博子, 長戸和子, 宮井千恵, 梶原和歌: こころのケア場面における臨床判断の構造と特性, 看護研究, 31:167-177, 1998
- 20) 薄井坦子: ナイチンゲール言葉集 看護への遺産 (薄井坦子編集), 55, 現代社, 東京, 1995
- 21) 薄井坦子, 三瓶眞喜子: 看護の心を科学する, 107-113, 日本看護協会出版会, 東京, 2004
- 22) 東めぐみ: 看護リフレクション入門, 15, ライフサポート社, 神奈川, 2010
- 23) 本村良美, 八代美香: 看護師のバーンアウトに関連する要因, 日本職業・災害医学会誌, 58:120-127, 2010