

患者を理解することと看護師から理解されることとのギャップ

—患者の期待と看護師の考え—

山本勝則*

The Gap Between Understanding the Patient and Being Understood by the Nurse: A patient's Expectation and a Nurse's Guess

Katsunori YAMAMOTO*

The individuals who have health problem need both "care about their health problems" and "care about the subject's experience with health problems." The purpose of this paper is to explore the gaps between "the need to understand patients from the nurse's view point" and "the expectation of understanding patients from the patient's own view point" and to reveal whether a nurse's frame is in range with the patient's expectation. A questionnaire survey was conducted on 300 patients under hospitalization and 500 nurses. Some differences of the nurse's frame and the patient's expectation were observed. From the analysis, nurses considered that they have to understand patients more than a patient desires. Moreover, patients answered affirmatively about the feeling of being understood by a nurse. On the other hand, nurses answered that they make an effort to understand patients, but they did not know whether they fully understood the patients when they were asked. In addition, many patients want nurse to take their words exactly as stated, but nurses tend to try to understand what their patients' words mean. Nurses need to mind that a patient's intention may be respected enough and the patient will not feel that "they are not understood".

key words: understanding the patient, gap, nurse

問 題

健康上の問題を抱える個人は、「健康問題についてのケア」と「健康問題に伴う主観的体験についてのケア」¹⁾との両方のケアを必要としている。近代看護の成立以来、これらの二つのケアはどちらも重要なものとして扱われてきた。

例えば近代看護の創始者と呼ばれるナイチンゲールは、環境について強調することにより「健康問題についてのケア」の内容を明らかにするとともに、

自らは感じたことのない他人の感情のなかに自己を投入する能力がないとしたら看護に携わるべきでない (Nightingale, 1860) と述べ、「健康問題に伴う主観的体験についてのケア」の必要性を述べている。また、もう一人の看護界を代表するヘンダーソンは、「健康問題についてのケア」について 14 の基本的看護ケアを簡潔明瞭に示すとともに、「健康問題に伴う主観的体験についてのケア」の面について「患者の皮膚の内側まで」知りつくし、理解すべく努力しなければならない (Henderson, 1964) と述べている。

¹⁾ 本論文では、健康問題とは病気、および、健康な生活を送るうえでの障害となる問題を意味する。また、健康問題に伴う主観的体験とは、病気などの健康問題を抱えた人の内的体験であり、痛み苦しみなどの他者から客観的に把握することが困難な側面をさす。

* 札幌市立大学看護学部

Psychiatric Mental Health Nursing, School of Nursing, Sapporo City University, Kita 11 Nishi 13, Chuo-ku, Sapporo 060-0011, Japan

これら二種類の看護に求められるケアには顕著な違いがある。「健康問題」は客観化可能であり、適切に情報収集して分析すれば、誰でも共有できる可能性がある。それに対して、「健康問題に伴う主観的体験」は体験者個人の内面であり、他者が共有することには限界がある。他者の内面を理解するためには、通常の情報収集や分析ではうまくいかず、その理解は簡単にずれ、体験者である健康問題を持つ者と理解者である看護師との間に不一致が生じる。

このような理解の仕方に関する違いがあるにもかかわらず、「健康問題」に関する理解と「健康問題に伴う主観的体験」とは、ほとんど区別されずに患者理解あるいは対象理解と表現されてきた。両者の区別があいまいであるために、「健康問題に伴う主観的体験」が軽視されたり、客観的に扱うことのできる「健康問題」と同じように扱われたりすることが多くみられている。この混乱について Prange & Martin (1962) は「患者理解のために」という論文のなかで、看護師は患者に関する絶え間のない情報の流れにさらされ続けている。何が重要か、それが何を意味しているかを知る手がかりとなるものを把握しておく必要があると述べている。

そこで、ケアの提供者であり理解者である看護師と、ケアの受け手であり体験者である健康問題を抱える人（＝患者）とが、患者理解をどのように考えており、両者の考え方がどの程度一致しているのかということを調査することにした。

このような問題を取り上げている文献を手短に概観する。Travelbee (1971) は、人間対人間の看護の冒頭で、看護師の無理解に直面した患者の主観的体験を、明瞭に描いている。

Johnson & Hauser (2001) は、看護師側についての調査を行った。精神科看護のエキスパートにインタビューを行い、患者を読むことと状況を読むことに熟練していることを見いだした。

患者側の視点に立った研究として、Shattell, McAllister, Hogan, & Tomas (2006) は、精神保健上の問題を持つ対象者に“理解された体験”についてのインタビューを行った。

山本・多久島・山根 (2011) は、看護ケアの受け手を理解することに関する文献検討を行った。その中で、用語として、主に「患者理解」「対象理解」「他者理解」が用いられていることを明らかにし、

そしてそれぞれの用語について以下のように分析している。「対象理解は客観的情報収集の視点に軸足があり、他者理解は主観世界に軸足を置き、患者理解は両者の中間あるいは混合的用語と言える」。

「患者を理解する」「対象の理解」等の表現は、看護の文献に頻繁に用いられている。しかし、それが何を意味するかということについては多様性が見られ、共通した理解があるとは言えない。

目 的

この研究の目的は、看護師が考える「患者の気持ちの理解の仕方や内容」と、患者自身が期待する「患者の気持ちの理解の仕方や内容」とが、一致しているか否かを明らかにすることである。

方 法

研究方法

質問紙による実態調査

質問紙の作成

患者用と看護師用を作成した。

- 1) 患者用質問紙は、フェイスシート、看護師から理解されること全般についての項目、看護師から精神面（気持ち）を理解されることについての項目で構成した。
- 2) 看護師用質問紙は、フェイスシート、看護師が患者を理解すること全般についての項目、看護師が精神面（気持ち）を理解することについての項目で構成した。
- 3) 患者用質問紙と看護師用質問紙の内容は、フェイスシートおよび自由記載欄以外は、対応するように作成した。
- 4) 患者用については一般人を対象とした予備調査、看護師用については看護師を対象とした予備調査を行った。

調査協力者

関東地区の総合病院 4 施設に勤務する看護師 500 名およびそこに入院中の患者 300 名（精神科病棟を除く）。

調査方法

施設代表者および看護部門代表者へ文書で依頼し、了解が得られた施設の看護部門代表者には口頭での説明・依頼を併用した。

調査期間

平成20年5月～7月

調査内容と分析方法

- 1) 「患者理解」について、五者択一式で回答を求めた。分析はSPSS21.0を用い、理解の優先度、身体理解、気持ちの理解、多様な面の理解、理解の取り組み、理解のための努力についてはWelchの t 検定を行い、確認のためMann-Whitneyの U 検定も行った。理解の範囲については、回答を間隔尺度と見做すことができないため、 U 検定を行うとともに、各回答の実数および割合も提示した。有意水準は1%および0.1%として患者と看護師との回答を比較した。
- 2) 「患者の気持ちの理解」について、三者択一式または複数回答で回答を求めた。理解の仕方、理解の内容、理解の体験、無理解の体験を問う質問紙を作成し、回答を求めた。分析は χ^2 乗検定を行い、有意水準は1%および0.1%として、患者と看護師の回答を比較した。また、理解の仕方については残差分析、理解の内容については項目ごとの分析を行った。

倫理的配慮

回答の意思の自由を確保するために、以下のようないかなる処置も行った。アンケート用紙の配布にあたって、自由意思に基づくように依頼し、回答希望者へ質問紙とともに糊付き回収用個別封筒を配布した。また、回収も投入場所を設定して、強制力が働かないように配慮した。獨協医科大学倫理審査委員会にて承認を得て行った。

Table1 理解の優先度

	\bar{x}	SD	n
患者	3.92	0.872	285
看護師	4.18	0.672	458

Table 2 身体理解

	\bar{x}	SD	n
患者	4.24	0.766	293
看護師	4.75	0.461	459

結 果

「患者理解」五者択一式回答について

〔質問項目1 (Table 1)〕患者へ、あなたは「看護師があなたを理解すること」をどの程度優先してほしいですかと問い、5. 最優先～1. 最下位、の5段階で回答を求めた。一方、看護師へは、あなたは「患者を理解すること」をどの程度優先する必要があると思いますかと問い、同様に5段階で回答を求めた。 $t(491.197)=4.426, p<.001$ であり、看護師のほうが患者の理解を優先する必要性を感じていた。

〔質問項目2〕患者への、あなたは看護師に、以下のどの範囲で理解されたいと思いますかの間に、自分のすべて37名(12.8%)、病気と健康127名(44.1%)、病気その影響110名(38.2%)、最小限のこと14名(4.9%)、理解されたくない0名と回答した。一方、看護師への、あなたは患者を、以下のどの範囲で理解する必要があると思いますかという問いには、すべて283名(61.8%)、病気と健康143名(31.2%)、病気32名(7.0%)、最小限0名、不要0名と回答した。理解の広さの順序尺度と見做して U 検定を行った結果、 $p<.001$ であり、看護師の方が理解すべき範囲を広く考えており、特にすべての回答の多さが際立っていた。

〔質問項目3 (Table 2)〕患者へ、あなたは看護師に、身体面(体のこと)を理解されたいと思いますかと問い、5. とてもそう思う～1. 全くそう思わない、の5段階で回答を求めた(以下の質問項目への5段階回答もすべて同様である)。一方、看護師へは、あなたは患者の身体面を理解することが必要だと思いますかと問い、5段階で回答を求めた。 $t(424.465)=10.022, p<.001$ であり、看護師のほうが身体面を理解する必要性を感じていた。

〔質問項目4 (Table 3)〕患者へ、あなたは看護師に、精神面(気持ち)を理解されたいと思いますかと問い、看護師へは、あなたは患者の精神面(気持ち)を理解することが必要だと思いますかと問い、

Table 3 気持ちの理解

	\bar{x}	SD	n
患者	4.12	0.844	294
看護師	4.79	0.426	458

Table 4 多様な面の理解

	\bar{x}	SD	n
患者	3.29	1.043	291
看護師	4.54	0.592	457

Table 5 理解の取り組み

	\bar{x}	SD	n
患者	3.81	0.834	290
看護師	4.28	0.585	456

Table 6 気持の理解の努力

	\bar{x}	SD	n
患者	3.92	0.802	291
看護師	4.23	0.587	456

5段階で回答を求めた。

$t(390.039)=12.558, p<.001$ であり、看護師のほうが気持を理解する必要性を感じていた。

〔質問項目5 (Table 4)〕患者へ、あなたは看護師に、身体や精神以外のさまざまな面（家庭、環境、立場など）を理解されたいと思いますかと問い、看護師へは、あなたは患者の身体や精神以外のさまざまな面（家庭、環境、立場など）を理解することが必要だと思いますかと問い、5段階で回答を求めた。

$t(410.147)=18.642, p<.001$ であり、看護師のほうがさまざまな面（家庭、環境、立場など）を理解する必要性を感じており、質問項目中で、差が最も大きかった。

〔質問項目6 (Table 5)〕患者へ、あなたは「看護師があなたのことを理解しようとしている」と思いますかと問い、看護師へは、あなたは患者を理解しようとしていますかと問い、5段階で回答を求めた。

$t(468.756)=8.402, p<.001$ であり、看護師のほうが患者を理解しようとしていると感じていた。

〔質問項目7 (Table 6)〕患者へ、あなたは、看護師があなたの精神面（気持ち）を理解しようと努めていると思いますかと問い、看護師へは、あなたは患者の精神面（気持ち）を理解しようと努めていますかと問い、5段階で回答を求めた。

$t(485.852)=7.506, p<.001$ であり、看護師のほうが患者の精神面（気持ち）を理解しようとしていると感じていた。

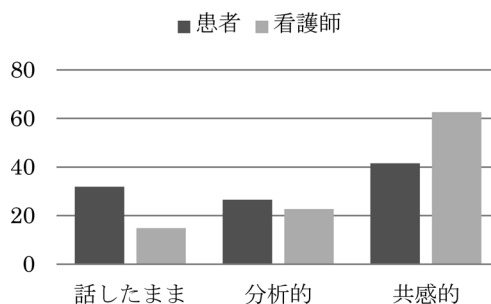


Figure 1 理解の仕方

質問項目1, 3, 4, 5, 6, 7についてのノンパラメトリック検定（U検定）でも有意確率 $p<.001$ で有意差が見られた。

「患者の気持ちの理解」三者択一式または複数回答について

〔質問項目8 (Figure 1)〕患者への「あなたは、看護師から自分の精神面（気持ち）についてどのような理解の仕方をされたいですか」の間に、話したまま受け止め解釈をしない90名（31.9%）、分析理論を用いて客観的にとらえる75名（26.5%）、共感的に心情を感じ取る117名（41.5%）と答えた。一方、看護師への「あなたは患者の精神面（気持ち）についてどのような理解の仕方をすべきだと思いますか」の問いには、話したまま受け止め解釈をしない67名（14.8%）、分析理論を用いて客観的にとらえる103名（22.7%）、共感的に心情を感じ取る284名（62.6%）と答えた。

$\chi^2(2)=39.272, p<.001$ であり、患者の回答と看護師の回答に有意差が見られた。調整済み残差を求めた結果、「話したまま受け止め解釈をしない」は患者が多く、「共感的に心情を感じ取る」は看護師が多かった。

〔質問項目9〕患者への「あなたが、看護師から理解されたい精神面（気持ち）は以下のどの項目ですか」の間（複数回答可）に、感覚（痛い等）を選んだ者178名、感情（うれしい等）を選んだ者156名、思考を選んだ者98名であった。看護師への「あなたが、理解することが必要だと思う患者の精神面（気持ち）は以下のどの項目ですか」の質問に、感覚は329名、感情は389名、思考は351名が選んだ。

いずれの項目も看護師の方が選択する人数の割合が多く、感覚は $\chi^2(2)=10.371, p<.01$ 、感情は $\chi^2(2)=$

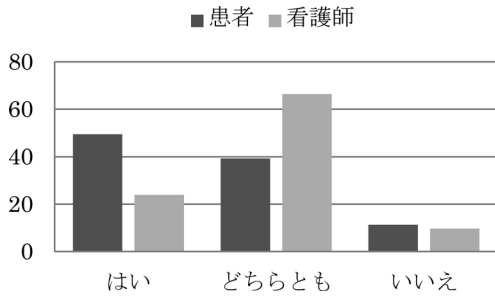


Figure 2 よく理解された/できた体験

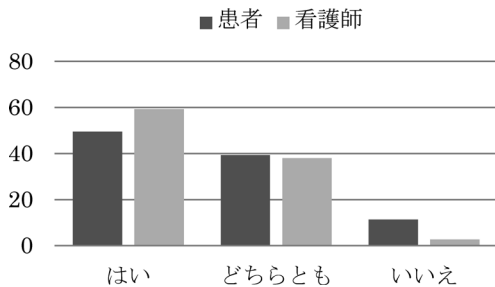


Figure 3 理解されない/わからない体験

82.415, $p < .001$, 思考は $\chi^2(2) = 138.201, p < .001$ で有意差があった。

〔質問項目 10 (Figure 2)〕患者への「あなたは、看護師から精神面(気持ち)をよく理解してもらえたと思う体験がありますか」の間に、はい 136 名 (49.5%), どちらとも言えない 108 名 (39.3%), いいえ 31 名 (11.3%) と答えた。看護師への「あなたは患者の精神面(気持ち)を、よく理解できたと思う体験がありますか」の間に、はい 108 名 (23.9%), どちらとも言えない 300 名 (66.4%), いいえ 44 名 (9.7%) と答えた。

$\chi^2(2) = 56.048, p < .001$ であり、患者のほうが肯定的で、看護師はどちらとも言えないという回答が多かった。

〔質問項目 11 (Figure 3)〕患者への「あなたは、看護師から精神面(気持ち)をわかってもらえないと感じた体験がありますか」の間には、はい 136 名 (49.5%), どちらとも言えない 108 名 (39.3%), いいえ 31 名 (11.3%) と答えた。看護師への「患者の精神面(気持ち)が、わからないと感じた体験がありますか」の間には、はい 259 名 (59.3%), どちらとも言えない 166 名 (38.0%), いいえ 12 名 (2.7%) と答えた。

$\chi^2(2) = 209.181, p < .001$ であり、患者のわかってもらえないと感じた体験よりも、看護師のわからないと感じた体験のほうが多かった。

考 察

患者理解について、「患者の要望」と「看護師が考える必要性」とを比較した、五者択一式の質問(理解の優先度, 理解の範囲, 身体理解, 気持ち理解, 多様な面の理解)すべてで、患者自身が望む患者理解よりも、看護師が必要と考える患者理解のほうが高い値を示し、不一致が見られた。特に、自分のすべてを理解してほしいと望む患者が 37 名 (12.8%) であるのに対して、患者のすべてを理解する必要があると考えている看護師は 283 名 (61.8%) であった。また、患者は家庭、環境、立場などの理解をあまり望まない傾向があった。そして、この理解に関する患者の分散が大きく、個人差が大きかった。つまり、理解を望む患者と望まない患者とがいる。患者理解を進めるにあたっては、患者の意向に十分配慮し、一つ一つ患者の理解を得ながら慎重に進める必要がある。さもなければ、過剰な関わりによるプライバシーの侵害、あるいは反対に、関与不足による「理解してもらえない体験」を感じさせる危険性がある。

看護師による「患者理解への取り組み」と「患者の気持ちを理解する努力」についての質問では、看護師の自己認識よりも、患者の評価が低く、分散も患者のほうが大きかった。看護師は、このずれを意識し、患者を理解しようとする自分の努力が患者に伝わらない場合があることを想定しておく必要がある。

三者択一または複数回答で回答を求めた理解の仕方、理解の内容、理解の体験、無理解の体験については、患者の「良く理解されたと思う体験」のほうが看護師の「良く理解できたと思う体験」よりも多く、患者の「わかってもらえないと感じた体験」よりも看護師の「わからないと感じた体験」のほうが多かった。これらの結果は、看護師による患者の気持ちの理解について、患者のほうが肯定的に回答したことを意味している。

これは、上記の「患者の気持ちを理解する努力」について、患者の評価のほうが低いという結果と、一見矛盾する。この原因は、看護師の自己批判的姿勢

にあると思われる。患者は、看護師による「患者の気持を理解する努力」についての5段階評価では 3.92 ± 0.802 と回答し、「よく理解してもらえたと思う体験がありますか」の間にも、はい49.5%、どちらとも言えない39.3%と、同程度の回答をしている。一方、看護師は、努力の5段階評価が 4.23 ± 0.587 と高いのに対して、理解できた体験は、どちらとも言えないが66.4%を占めている。つまり、理解しようと努力してはいるが、できているかと聞かれると、できているとは言えないということになる。

患者の「話したまま受け止め解釈をしない」期待や、思考について理解することをあまり望まない傾向についても、看護師の考えとのずれが見られた。また、看護師のわからないと感じた体験よりはるかに少ないとは言え、17.9%の患者が「わかってもらえない体験」をしていることは、対処を必要とする課題であると考えられる。

福井(2002)は、人間は他者とつながりながらも他者から独立した人格としても生きているのであり、その体験には根源的の違いがあると指摘している。また、林(2007)は、看護師が患者の立場に立つ場合の自己中心的バイアスを指摘している。これらの指摘は、看護師が考える「患者の気持ちの理解の仕方や内容」と、患者自身が期待する「患者の気持ちの理解の仕方や内容」との不一致を示唆するものであり、本研究はそれを支持する結果であった。

看護は生物学的面だけではなく、固有の第一人称的観点からの経験にも関心を持つ(Thomas & Pollio, 2002)。また、救急疾患患者について、体験している人が理解する疾患と、患者をケアする側にとっての疾患の意味とのギャップ(Kavanagh, 2002)は、ほとんどの健康問題を有する人に当てはまる。Yalom(2002)の「ただ単に、十分に理解され、充分見てもらえたという体験をするだけで、患者はきわめて大きなものを得るのだ。だからこそ、患者が自分の過去や現在や未来をどう経験しているかを正しく理解することが重要なのである」という指摘とともに、何をどう理解してほしいのかということについても注目する必要がある。

なお、患者理解に関する文献の多くは、事例を用いた研究(阿保・鳴海・一戸・須崎, 1999)や帰納的・記述的研究(稲田, 2001)であり、数量的研究

(川島・定廣・杉森, 2000)は非常に少ない。数量的研究も尺度開発などであり、本研究に類似した調査は見出すことができなかった。また、患者と看護師との両方を対象とした調査も見当たらなかった。そのため、文献を用いた結果に関する比較検討はできなかった。今後、患者を理解することと看護師から理解されることとのギャップを埋めるために、患者と看護師を対象としたさらなる研究が必要である。

文 献

- 阿保順子・鳴海雅子・一戸輝子・須崎怜子 1999 精神分裂病患者に対する系統的看護アプローチのための枠組みの効果について—患者理解と看護実践に関する看護者の変化の追跡— 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 6, 97-106.
- 福井雅彦 2002 相手を「わかる」ということ 愛知医科大学看護学部紀要, 1, 21-32.
- 林 智子 2007 看護師はどのようにして患者の立場に立って考えているのか?, *The KITAKANTO Medical Journal*, 57(3), 257-258.
- Henderson, V. 1964 The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, 64, 62-68.
- 稲田久美子 2001 臨床看護婦が体得している「患者理解の根幹」 日本看護学会誌, 10, 35-42.
- Johnson, M. E. & Hauser, P. M. 2001 The practices of expert psychiatric nurses: Accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 651-668.
- 川島理恵・定廣和香子・杉森みどり 2000 看護の対象理解に関する自己評価尺度開発における初期的研究—質的帰納的研究成果に基づく質問項目の作成と選定— 看護教育学研究, 9, 1.
- Kavanagh, K. H. 2002 Neither here nor there The story of a health professional's experience with getting care and needing caring. In Diekelmann, N. L. (Ed.) *First, Do No Harm: Power, Oppression, and Violence in Healthcare*. Madison, W: University of Wisconsin Press, pp. 49-117.
- Nightingale F. 1860 *Note on Nursing What It is and What It is Not*. D. Appleton and Company. (小林章夫(訳者代表) 1998 普及版 看護覚え書 うぶすな書院)
- Prange, A. J. & Martin, H. W. 1962 Aids to understanding patients. *American Journal of Nursing*, 62, 98-100.
- Shattell, M. M., MacAllister, S., Hogan, B., & Thomas S. P. 2006 "She took the time to make sure she understood": mental health patients' experiences of being understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(5), 234-241.
- Thomas, S. P. & Pollio, H. R. 2002 *Listening to Patients: a Phenomenological Approach to Nursing Research and Practice*. Springer Publishing, New York. (トーマス S. P.・

- ポリオ P. R. 川原由佳里 (監修) 2006 患者の声を聞く 現象学的アプローチによる看護の研究と実践 エルゼビア・ジャパン)
- Travelbee, J. 1971 *Interpersonal Aspects of Nursing*, 2nd F. A. Davis Company, Philadelphia (トラベルビー 長谷川浩・藤枝知子(訳) 1974 人間対人間の看護, 医学書院)
- Yalom, Irvin D. 2002 *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. New York: HarperCollins (ヤーロム・D・アーヴィン 岩田真理(訳) 2007 ヤーロムの心理療法講義 白揚社)
- 山本勝則・多久島寛孝・山根美智子 2011 看護の受け手を理解することに関する文献検討 日本応用心理学会第 78 回発表論文集, 29.
- (受稿: 2013.4.1; 受理: 2013.5.1)
-