

研究ノート

精神科看護師による上手いかなかったという 思いのある事例解釈の変化 —看護における「かかわり (involvement)」を学習して—



古山 祐可¹⁾、田中能理子¹⁾、牧原 加奈¹⁾、二上 嘉代¹⁾、牧野 耕次²⁾、比嘉 勇人³⁾

¹⁾滋賀県立精神医療センター

²⁾滋賀県立大学人間看護学部

³⁾富山大学大学院医学薬学研究部

背景 「かかわり」が重要な位置を占める精神科看護師は、客観的なコミュニケーションスキルなどの対人関係技術を、価値観や感情をもった自分自身を道具とした自分仕様の「かかわり」に仕立てていくことが必要である。看護における「かかわり (involvement)」自体に焦点をあて、系統的に学習することで、精神科看護師が自分自身の「かかわり」に自信を持つことにつながると考えた。

目的 本研究は「かかわり (involvement)」の4視点学習前後の看護師の変化を明らかにすることを目的とする。

方法 精神科病棟に勤務する看護師4名が過去の上手いかなかったという思いのある患者との「かかわり」の事例解釈の記述を作成する。次に、看護における「かかわり (involvement)」の学習会およびグループディスカッションを行う。その前後にinvolvement関連尺度を用いてinvolvementの傾向を測定する。看護における「かかわり (involvement)」の学習会およびグループディスカッション後に、上手いかなかったという思いのある患者との「かかわり」の事例解釈を再記述し、involvement関連尺度得点の特徴と合わせて、対象者の変化を分析する。

結果 過去の上手いかなかったという思いのある患者との「かかわり」からも限界設定を行っていた意味など肯定的な側面に気づくことができた。また、気づかずに巻き込まれていたことや、患者との距離の近さや距離の取り過ぎなど、自分自身の「かかわり」に関する傾向に気づくことができた。精神科看護師としての「聴くこと」や「伝えること」など「かかわり」を行っていく上での方向性に気づくきっかけになった。

結論 看護における「involvement (かかわり)」の学習会およびグループディスカッション前後の4名の精神科看護師の変化を、過去の上手いかなかったという思いのある患者との「かかわり」の事例解釈の記述とinvolvement関連尺度点数を用いて分析した結果、以下の3点が示唆された。

1. 過去の上手いかなかったという思いのある患者との「かかわり」のからも肯定的な側面に気づくことができた。
2. 「かかわり」や関係性、距離感などに関する自分自身の傾向に気づくことができた。
3. 精神科看護師としての「かかわり」の方向性に気づくきっかけになった。

キーワード かかわり、involvement、巻き込まれ、精神科、看護師

I. 緒言

精神科看護師は、臨床において日々患者とかかわり、研究のタイトルや臨床現場での申し送りなどに、「かかわり」という言葉を頻繁に使用している。このように、

精神科看護師は「かかわり」を大事にしているが、「かかわり」は広範な概念であり、把握することが難しい。また、一般的にも使用される言葉であるため、看護における「かかわり」に焦点を当て、系統的に研究が続いている研究者もほとんどいない。看護学校においても、「かかわり」自体に焦点を当て、系統的に学んだ経験はない。そのため、臨床での「かかわり」はほとんどが手探りで、自分の「かかわり」に自信を持つことに困難を感じている看護師も多いのではないだろうか。コミュニケーションスキルは、看護学校から繰り返し学習して

2010年9月30日受付、2011年1月9日受理

連絡先：牧野 耕次

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : makino@nurse.usp.ac.jp

いる。しかし、感情や価値観を持った自分自身を道具とし¹⁾、全く同じ場面が一つとしてない「かかわり」において、コミュニケーションスキルを教科書通りに応用するのは難しい。また、先輩看護師の「かかわり」を形だけ真似ても、その裏にある想いや根拠は様々であり、先輩が行ったようにスムーズに事が運ばない場合も多い。精神科看護では、プライマリーナースとして責任を果たしたいと思う一方、患者は感情表現がストレートであることも多く²⁾、看護師自身が傷つきたくないと思ったり、失敗するのではないかと恐怖感を持ったり、踏み込めないもどかしさを感じることもある³⁾。

精神科看護師は、客観的なコミュニケーションスキルなどの対人関係技術を、価値観や感情をもった自分自身を道具とした自分仕様の「かかわり」に仕立てていくことが必要である。また、感情や価値観を持った自分自身を道具として用いる看護における「かかわり」自体を系統的に学ぶことも必要であると考えた。牧野ら⁴⁾⁵⁾⁶⁾は、看護におけるinvolvement（かかわり、巻き込まれ）に焦点を当て、系統的に研究を続けている。広範囲なinvolvement（かかわり）の概念を「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整」という4視点で捉え、説明している。今回、牧野らの「involvement（かかわり）」の4視点を学習し、それをを用いて上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」を振り返った。本研究では、「involvement（かかわり）」の4視点学習前後の看護師の変化を明らかにすることを目的とする。「involvement（かかわり）」の4視点学習後の振り返りの変化を確認することにより「かかわり」を系統的に学び発展させることにつながると考えられる。

II. 方法

1. 研究対象：関西圏の精神科に勤務する看護師4名
2. データ収集および分析

- 1) 看護師4名が上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」の事例解釈の記述を作成する。
- 2) 学習会およびグループディスカッション前にinvolvement関連尺度を用いてinvolvementの傾向を測定する。involvement関連尺度は以下の2尺度である。

- ①看護師版対患者Over-Involvement尺度⁶⁾：看護師の対患者に対する巻き込まれすぎの傾向を5件法により測定する12項目（10～60点）からなる尺度。「残心感（4項目）」「被影響性（5項目）」「気がかり（3項目）」の3つの因子から構成される。「残心感」は、受持ち終了後にも残る患者への思い、「被影響性」は、患者の状態に対する過度の反応、「気がかり」は、仕事の責任の範囲以上に患者のことが気になることである。
- ②看護師版対患者Under-Involvement尺度⁷⁾：看護師の

対患者に対する距離が大きくなる傾向を5件法により測定する10項目（10～50点）からなる尺度。「非自己開示（4項目）」「不関与（3項目）」「固定的関係（3項目）」の3つの因子から構成される。「非自己開示」は看護師自身の、気持ちやプライバシーなどを患者に教えようとしないうこと、「不関与」は、患者の内的世界に看護師自身からかかわろうとしないうこと、「固定的関係」：患者との関係性を固定化しようとするものである。

- 3) 看護における「かかわり（involvement）」の学習会（表1、図1）を行う。

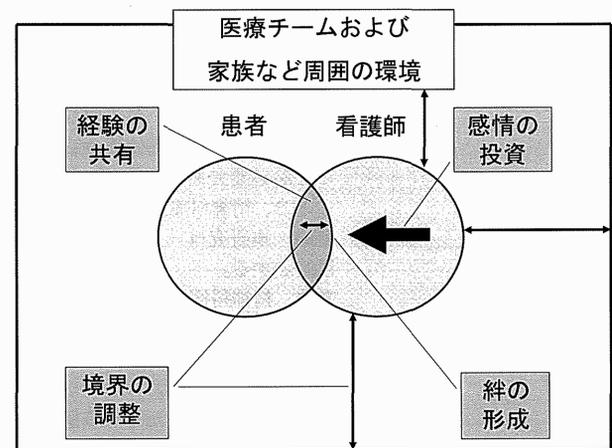


図1 看護における「かかわり（involvement）」の概念図

- 4) 学習会後にinvolvement関連尺度を用いてinvolvementの傾向を測定する。
- 5) 1回の学習会を受けただけでは、それぞれの解釈が不十分であると考えられるため、その事例解釈をもとに、「かかわり（involvement）」の4視点を入れながら、前回との事例解釈の変化や解釈方法についてグループでディスカッションを行う。
- 6) グループディスカッションの内容をふまえて、再度、事例解釈の記述を作成する。学習会およびグループディスカッション前後の事例の解釈および尺度得点に変化があったかどうかを評価する。

3. 用語の定義

看護における「かかわり（involvement）」：看護師が「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整」の4つを行いながら、患者と対応すること。

「経験の共有」：時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互作用により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること。自身の経験して

表1 看護における「かかわり (involvement)」に関する学習会内容

1. 看護における「かかわり (involvement)」の前提
 - 1) 自分自身を媒体 (道具) として用いる
 - 2) 「診療の補助と療養上の世話」は「かかわり」を通して行われている
 - 3) プロセスとして「かかわり」を考える

基本的に良い悪いという判断は避ける
2. 看護を支えているもの
 - 1) プロフェッショナリズム

臨床現場で看護を守る外枠として機能⇒価値観の多様化、専門細分化などによる限界
 - 2) ケアリング

看護の中心概念として機能⇒巻き込まれやゆらぎの位置づけや概念化に関する限界
ケアリングできなかったと思った時、自分自身の人間性を否定してしまう可能性
 - 3) 「かかわり (involvement)」の可能性

プロフェッショナリズムとケアリングの機能していた面を活かし限界を補う
3. 看護における「かかわり (involvement)」の重要性
 - 1) プロフェッショナリズムとケアリングの長所を残しながら、限界を補う
 - 2) 24時間対象と向き合い「かかわり」を大切にし、磨いてきた歴史がある

看護師は、「かかわり」ということに関しては、プロフェッショナルになれる
様々な役割や職業でどのように人とかかわればよいのかわからない人が増えてきた?
⇒看護の「かかわり (involvement)」の応用可能性
 - 3) 巻き込まれを振り返ることで自分を道具とした「かかわり」を磨くことができる
 - 4) 「かかわり (involvement)」の4視点が振り返りの視点となる
 - 5) 患者の主体性と看護師の専門性 (主体性) が尊重される⇒相互主体的看護の可能性
 - 6) 複雑で多様な「かかわり」を4視点をを用いることで比較的容易に言語化できる
4. 看護における「かかわり (involvement)」の4視点
 - 1) 「経験の共有」：時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互作用により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること。自身の経験していることを患者に伝えること。
 - 2) 「感情の投資」：患者に対して感情や関心をむけること。
 - 3) 「絆の形成」：患者とのつながりを深めていくこと。つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる。その看護師が身近に感じる感覚は、その患者との関係性やイメージの仕方により、友人であったり、家族のメンバーであったりするなど異なる。
 - 4) 「境界の調整」：患者との対応の中で専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと。それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと。
5. 看護における「かかわり (involvement)」の統合

4視点から振り返り⇒4視点の具体的な関連性⇒統合させて次回に「かかわり」を行う

表2 学習会およびグループディスカッション前後のA看護師の事例解釈の変化

	学習会およびグループディスカッション前	学習会およびグループディスカッション後
A 看護師の事例解釈	<p>かかわりを持つ前から、振り回しのある患者であり、かかわりにくい嫌な患者であると勝手に先入観を持ってしまっていた。実際、入院されると、かかわりやすい、手のかからない患者であった。自分より年上の女性であり、表面上は、自分のことを受け持ち看護師として認めているようであったが、何か壁があるような気がして、心の中には苦手意識を持ってかかわっていた。先入観により、振り回しのある患者であると考え、振り回されないようにしなければならないという思いでかかわっていた。A氏にとって自分は、新人看護師であり、かなり年下で、頼りなく映っていると考えていた。しかし、受け持ちとして、A氏に何か返さなければという思いも強かった。</p>	<p>個人的な私と看護師としての私との境界の調整ではなく、自分の中で壁を作ってしまった。先入観から、想像の患者に関心が向いており、実際の患者に関心が向いていなかったという意味で感情の投資も不十分であったように思う。壁があるように感じていたが、それは知らぬ間にA氏に対して自らが壁を作っていたのであった。相手をまず受け入れることや、関心を示すことが必要であった。関心がA氏に向いておらず、自分がA氏にどのように映っているかを気にしており、自分に関心が向いていた。A氏がどのように感じているのか、関心を示し、話し合うことで、経験を共有していくことが必要であったように感じた。</p>
B 看護師事例解釈	<p>彼女の思いに共感し、気持ちに寄り添うことを心掛けていた。しかし、違反行為などがあった場合、責任感や使命感にかられ、担当として何かしなければいけないという気持ちになり、言いにくいこともなるべく言うように努力していた。しかし、自分の言う事は聞いてもらえない＝彼女に好かれていないだろうという感覚があり、かかわりたくないという気持ちになったが、担当であるため、なるべくかかわる時間を持つようにした。</p>	<p>彼女の気持ちに寄り添いたい思いと看護師の役割を果たさなければという思いがあったが、看護師の役割を果たす方に関心が傾き、看護師としての自分と個人的な自分の境界の調整が上手にできていなかった。また、言いにくいことも責任感や使命感にかられ、なるべく言うように努力していたが、それは、結局関心が彼女に向いているのではなく自分に向いていた。彼女に対してかかわりたくないという気持ちがあり、関心が向かず感情の投資ができていなかった。また、好かれていないだろうという個人的な思いこみに左右され、境界の調整も上手にできず、つながりを深められなかったため絆の形成もできていなかった。</p>
C 看護師事例解釈	<p>受け持ち看護師である私のことをどう認識しているのか、彼からは全く表出はなく、自分からも聞けなかった。経験不足はもちろん、人間力の不足や知識の無さを突きつけられたことが不全感の原因ではないか与自己分析している。</p>	<p>受け持ち看護師である私のことをどう認識しているのか、彼からは全く表出はなく、自分からも聞けなかった。私がどう感じていたのかも伝えられていなかった。受け持ち看護師として私がどう感じ、どのように考えているか伝えることを看護の一つとしてできていたかもしれない。それは長い目で見た時に看護となって、治療につながった可能性もあったのでは、と思う。自閉的で体験に悩まされ続けていた彼と経験の共有をすることは大変難しいことであり、彼を理解しようと絆の形成を目指すプロセスそのものが看護になる、と気付ければよかった。この事例の不全感や自責感は、私に何が飛び出してくるか分からない彼らの本音に直面する覚悟ができておらず、踏み込むことができなかったことが原因だろう。多くが想像になってしまっていた。私自身の様々な思いには気付いていたのだから私個人としてではなく、看護として「聴くこと」や「伝えること」から始めるべきだった。</p>
D 看護師事例解釈	<p>担当である私に嫌な思いをさせることで、気を引こうとしているように感じた。その為、かかわるのがとても苦痛で同僚に相談し限界設定をすることで患者と線を引いてかかわるようになった。担当という責任感があり、抱え込みすぎてしまいもう二度と入院してほしくないと感じた。今まで、受け持ち患者をこんなに苦痛に感じたことはなかった。</p>	<p>患者自身が患者役割を取れず、看護師の私と線を引いてかかわることができなかった。今まで自分自身が知らず知らずのうちに、巻き込まれていたことに気が付いた。また、患者を何とかしてあげたいという思いが、強すぎて距離がとれていなかったことがわかった。限界設定したことは、境界の調整の中でも、どこまで援助するのの見極めとなり、悪循環を断ち切ることにつながっていた。</p>

「感情の投資」：患者に対して感情や関心をむけること。

「絆の形成」：患者とのつながりを深めていくこと。つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる。その看護師が身近に感じる感覚は、その患者との関係性やイメージの仕方により、友人であったり、家族のメンバーであったりするなど異なる。

「境界の調整」：患者との対応の中で専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと。それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと。

4. データ収集期間：2009年7月～12月

5. 倫理的配慮：研究に関する管理者の承諾を得た上で、データの匿名性を遵守し、個人のプライバシーを保持する。研究で得られた情報は看護研究メンバー間のみで共有するものとし、口外しない。研究目的以外には、情報を使用しないことなどを対象者に説明し、文書と口頭により同意を得た。滋賀県立大学の研究に関する倫理審査委員会の承認を得て行われた。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の特徴：精神科看護経験5年目1名、3年目1名、2年目2名。性別は全員女性、年齢層は30代2名、20代2名。

2. 分析の結果

1) 各看護師の学習会およびグループディスカッション前後（以下介入前後と記す）の各看護師の事例解釈の変化は以下のとおりである（表2）。

A看護師は、介入前は「かかわり」において、壁を感じ新人看護師として頼りなく思われていると感じていた。介入後は、その壁が自分の中に作られたものであることに気づき、関心が患者ではなく自分に向き、自分が患者にどのようにみられているのかを気にしていたことに気づいた。

B看護師は、介入前は受持ちという責任感にかられて言いにくいことも言っていたが、それがきいてもらえないことで、好かれていないと感じていた。介入後は、患者に関心が向いた上での役割意識ではなかったことに気づいた。好かれていないと感じ、その思い込みに左右されていたことで、信頼関係構築が難しくなったことに気づいた。

C看護師は、介入前は受持ち看護師のことを患者がどう認識しているのかが聞けず、人としての力が不足していたと感じていた。介入後は、看護師自身がどう感じ考えているかを伝えていなかったことに気づき、人としてではなく、看護師として、「聴くこと」や

「伝えること」から始めるべきであったと感じた。

D看護師は、介入前は責任感から、抱え込み過ぎていたことに気づいていた。介入後は、患者を何とかしてあげたいという思いが強すぎて、知らず知らずのうちに巻き込まれ過ぎていたことに、気づいた。限界設定を行ってかかわることで、どこまでかかわるのかの見極めとなっていたことに気づいた。

2) 学習会およびグループディスカッション前後でのinvolvement関連尺度得点の変化と得点に関する各看護師の認識の変化は、C看護師とD看護師に特徴がみられた。A看護師とB看護師についても気づきは見られたが、尺度得点に大きな特徴は見られなかった（表3）。

C看護師は、over-involvementは、「被影響性」が23点から4点下がり、19点となり、患者の状態に一喜一憂する過度の反応が改善され、under-involvementは、合計が33点から20点になり、-13点下がったことについて、学習会およびグループディスカッションにより、距離を取り過ぎる傾向が改善されたと感じていた（表4）。

D看護師は、under-involvementでは、他のメンバーと比べても得点が低く、患者との距離が近いことに初

表3 involvement各看護師の関連尺度得点の変化

over-involvement								
看護師	残心感 (4項目 4～20点)		被影響性 (5項目 5～25点)		気がかり (3項目 3～15点)		合計(12項目 12～60点)	
	前	後	前	後	前	後	前	後
A	11	11	21	17	13	11	45	39
B	14	13	21	20	12	12	47	45
C	13	13	23	19	15	14	51	46
D	18	18	19	17	12	9	49	44
under-involvement								
看護師	非自己開示 (4項目 4～20点)		不関与 (3項目 3～15点)		固定的関係 (3項目 3～15点)		合計(項目 10項目10 ～50点)	
	前	後	前	後	前	後	前	後
A	13	14	9	7	11	9	33	30
B	9	10	9	8	10	9	28	27
C	12	8	10	6	11	6	33	20
D	11	10	3	3	14	10	28	23

注：■ は特徴がみられた得点

表4 学習会およびグループディスカッション前後のCおよびD看護師の尺度得点の特徴

	学習会およびグループディスカッション前	学習会およびグループディスカッション後
C 看護師 の特徴	over-involvementの合計得点は、51点でメンバーの中で最も高いが、under-involvementは、大差はない。このことから、特に心の距離が近い傾向があるが、実際には距離を取りすぎており、近すぎて踏み込めないという両価性が表れている。	over-involvementの中でも、被影響性が23点から4点下がって、19点となっており、患者の状態に一喜一憂する過度の反応が改善されている。under-involvementは、合計が33点から20点になり、-13点とかなり下がっている。これは、距離を取り過ぎる傾向が改善されていることがわかると共に学習会及びグループディスカッションの影響をかなり受けていることが明らかになっている。
D 看護師 の特徴	over-involvement：残心感の値が高いが、普段から受け持ち患者が退院後どうしているか気になっているという自覚はあった。担当看護師として当然のことだと思っていた。 under-involvement：不関与の値は3点と他のメンバーより低く、特に患者の内的世界に自らかかわろうとしているということがわかった。	over-involvement：気がかりの項目に特に変化がみられた。それは、患者責任もあることに気付き、仕事と割り切り責任の範囲以上に患者のことを考えないように意識するようになった。残心感の値は高値のまま変化は無かったことから、やはりこの傾向が強いことに変わりはないが、今後、意識していくことで、変化していく可能性があると考え。 under-involvement：固定的な関係については、14点と特に高かったが4点下がって10点となっている。これは、看護師だから何とかしなければという気持ちが和らいだことが分かった。不関与の部分では学習会及びグループディスカッション前後で変化がなく、他のメンバーと比較しても、かなり点数が低いことに気づいた。患者との距離が近い傾向にあるということに初めて気がついた。

めて気づいていた。気がかりの点数が3点低下していることについて、患者の責任もあることに気付き、仕事と割り切り責任の範囲以上に患者のことを考えないように意識するようになったことを挙げていた(表4)。

IV. 考察

これまで、コミュニケーションについて学んだことはあったが、看護における「かかわり」について系統的に学んだのは今回が初めてであった。精神科では、個々に病状や社会的背景が大きく異なり、特に個別性のある「かかわり」を求められる。しかし、各看護師自身の個別性に応じた「かかわり」に関するマニュアルは無く、自分の経験や他のスタッフの「かかわり」を見て自力で学ぶのが基本となっている。正しい答えの無い中で、自己流で、手探りで、迷いながらも、一生懸命に日々患者とかかわっている。だが、常に自分の「かかわり」が正しいのか、このままでいいのかというもどかしさを感じることが多いのが現状である。

今回「かかわり (involvement)」ということについて初めて学習会およびグループディスカッションという形で学ぶ機会を得た。「かかわり」について具体的に「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整

の4視点を学んだ事により、特定の患者との「かかわり」はもちろん、自分自身の「かかわり」の傾向を客観視する良い機会となった。自分のどの部分が不足していたのか、今後はどのような点に注意して「かかわり」を持っていけばよいかイメージしやすくなったように感じる。これまでは、自分の「かかわり」を悲観したり、あれでよかったのかと後悔したり、否定的に捉えていることが多かった。結果も大事であるが、そのプロセスを重視することが大切であることを知り、自分の「かかわり」を認めることも大切であるということに気付くことができた。

「経験の共有」では、患者看護師双方の価値観、人生観などを共有することが非常に重要であると知った。看護者側が当たり前であると思っていても、患者側にとって、当たり前でないことは多々ある。患者の本当の思いを知るためには、常識にとらわれたり、看護者の価値観や人生観等の枠だけで決めつけたりすることなく、双方の思いを確認し、共有することが大切である。

「感情の投資」では、患者に対して看護師の感情や関心を向けることが、看護において非常に重要であると学んだが、実際には、関心が自分に向いてしまっていることが多いことに気付いた。たとえ否定的な感情であっても、一旦そこで立ち止まり、客観的に、まずは、ありのまま

の自分の感情を認めてみる。その感情に対して自分を責める必要はなく、その感情に気づくことが重要である。それによって、関心を患者に向けてかかわることができるようになる。すると、自分自身の感情に振り回されることなく、意図的にかかわることができるようになり、看護の専門性を発揮できるようになるということがわかった。

「絆の形成」とは信頼関係を築いていくことである。専門職として相手をまずは受け止める覚悟が必要であり、患者のありのままの感情や思いを尊重し、患者の配慮や感謝も素直に受け入れ、相手を認めることで絆の形成が深まっていく。

「境界の調整」では、患者看護師間の境界の調整も大事であるが、看護師としての自分と個人的な自分の境界の調整も非常に大事であるということに気付いた。患者との境界は今までなんとなく意識していた。だが、看護師としての自分と個人的な自分との間には境界があり、それが患者看護師間の境界と連動していると考えられることについては、この学習会およびグループディスカッションによって初めて認識することができた。それによって、これまで持ち続けていた不全感の原因がわかり、少し自分を肯定的に捉えることができるようになった。

また、involvement関連尺度に関しては、4人の年齢、経験年数や看護観、性格傾向が多様であり、学習会およびグループディスカッション前後の数値が、点数化されることで、漠然と感じていた学習会およびグループディスカッション前後の患者への思いの変化を、はっきりと自覚することができた。それぞれに自分の「かかわり」の傾向を再認識し、意外な部分を知ることにもつながった。これにより、患者との距離を意識してかかわろうとする契機となった。

私たちは、これまで患者との「かかわり」に精神的な疲労を感じていた。漠然と身に着けていたコミュニケーションの方法で、患者とかかわり続けることは、特に経験の浅い看護師にとっては、自尊心の低下を招く要因になり、時にやりがいを感じながらも、看護の道から離れてしまうことにもなりかねない。たとえ一生懸命にかかわり看護しても、自分の「かかわり」を否定的に捉え、それが不全感に終わってしまうことも多々ある。看護師は自分の感情を押さえつける印象があり、自分の思いを患者に伝えることはタブーであるように感じていた。だが、自分の感情を看護として伝えることも可能で、双方のためにどのように伝えるかが重要であるということを知り、気持ちが楽になった。自分自身が失敗と感じた「かかわり」も失敗と捉えず、患者にとって大事な情報や双方の経験のひとつとして捉えることなど、今後活かすことが大切であるということもわかった。事例の振り返りの中でも、学習会およびグループディスカッショ

ン前後を比べると、学習会およびグループディスカッション後は客観的に振り返ることができており、前向きな表現もみられるようになった。

本研究結果により、自分の傾向や、個性を否定的に捉えず、必要以上に落ち込むことなく、それらを活かして精神科において自分らしく看護を続けていくための方向性が示唆された。

V. 結 語

看護における「involvement (かかわり)」の学習会およびグループディスカッション前後の4名の精神科看護師の変化を、上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」の事例解釈の記述とinvolvement関連尺度点数を用いて分析した結果、以下の3点が示唆された。

1. 上手くいかなかったという思いのある患者との「かかわり」のからも肯定的な側面に気づくことができた。
2. 「かかわり」や関係性、距離感などに関する自分自身の傾向に気づけた。
3. 精神科看護師としての「かかわり」の方向性に気づくきっかけになった。

謝 辞

研究遂行にあたり、ご協力いただいた施設の皆様に感謝申し上げます。

なお、本研究は平成19年度科学研究費補助金基盤研究(C) (課題番号: 19592588) を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) Watson, J. Nursing: Human Science and Human Care; The Theory of Nursing. P64-67, National League for Nursing, New York, 1988. 稲岡文昭, 稲岡光子訳, ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア, 93, 医学書院, 1992
- 2) 武井麻子: 精神看護学ノート 第2版, 55-57, 医学書院, 2005
- 3) 阿保順子: 第2章 人格障害患者の看護のこれまでと現在, 阿保順子, 粕田孝行編著, 境界性人格障害患者の理解と看護, 37-38, 精神看護出版, 2008
- 4) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvementの概念, 人間看護学研究, 1, 51-59, 2004
- 5) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 精神科看護における看護師の「巻き込まれ」体験の構成要

- 素とその関連要因, 人間看護学研究, 2, 41-51, 2005
- 6) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvement概念の構成要素に関する文献研究, 人間看護学研究, 3, 105-112, 2006
- 7) Stuart, G. W.: Chapter 1 Roles and functions of psychiatric nursing: competent caring, Stuart, G. W., Laraia, M. T., Principle and practice of psychiatric nursing 8th edition, Mosby, Inc., 2005, 美濃由紀子, 第1章 精神科看護師の役割と機能: 有効なケアリング, 安保寛明, 宮本有紀監訳, 金子亜矢子監修, 精神科看護—原理と実践 原著第8版, 8-9, エルゼビア・ジャパン, 2007

(Summary)

Changes in How Psychiatric Nurses Interpreted Cases in Which "Things Did Not Seem to Go Well"—Learning About "Involvement" in the Context of Nursing—

Yuka Huruyama¹⁾, Noriko Tanaka, Kana Makihara¹⁾, Kayo Nikami¹⁾,
Koji Makino²⁾, Hayato Higa³⁾

¹⁾ Shiga Mental Health Medical Center

²⁾ School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

³⁾ Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research,
University of Toyama,

Background "Involvement" plays an important role in psychiatric nursing. Nurses must use themselves, whatever their values and feelings, to transform objective communication skills and other techniques of interpersonal relations into their own styles of involvement. Our idea was to help psychiatric nurses achieve confidence with involvement by focusing attention on involvement as such so they could learn about it systematically.

Objective The study aims to show the changes nurses undergo before and after they learn about involvement from four perspectives.

Methods Statements by four nurses working in a psychiatric ward are transcribed as they interpret past cases of involvement with patients that did not seem to go well. This is followed by a study group and discussion of involvement in the context of nursing, before and after which involvement-related scales are used to measure the nurses' involvement tendencies. After this study group and discussion of involvement in the context of nursing, statements by the nurses are again transcribed as they reinterpret the past cases of involvement with patients that did not seem to go well. Changes in participants are analyzed using these statements and characteristics seen in their scores on involvement-related scales.

Results Participants became aware that even past involvements with patients that did not seem to

go well had certain positive aspects, for instance, in the sense that they had already been establishing boundaries. They also became aware of their own tendencies regarding involvement—for instance, a tendency to become over-involved without realizing it or to grow too close, or keep too great a distance, with their patients. It was a chance for them to become aware of the trajectory of involvement as psychiatric nurses.

Conclusion Based on their interpretations of past examples of involvement with patients that did not seem to go well and their scores on involvement-related scales, our analysis of the changes in the four psychiatric nurses before and after group study and discussion of "involvement" in the context of nursing indicates the following three points:

1. Participants became aware that even past involvements with patients that did not seem to go well had entailed certain positive aspects.
2. Participants became aware of their own tendencies regarding involvement, manner of relating, sense of distance, etc.
3. Participants had a chance to become aware of the trajectory of their involvement as psychiatric nurses.

Key Words involvement, over-involvement, psychiatry, nursing