

原 著

術後痛の看護ケアに関する研究

——ケア実施状況と外科経験年数による差の検討——

前 田 勇 子

A Study of Nursing Care for Postoperative Pain

——Examination of Differences in Nursing Practice between Senior and Junior Nurses Working in Surgical Wards——

MAEDA Yuko

Abstract :

Objective : Appropriate nursing care for postoperative pain relief can improve the quality of life in postoperative patients. The purposes of this study were to investigate nursing practices for postoperative pain and to examine differences in nursing practice between senior and junior nurses working on surgical wards.

Methods : A questionnaire included 24 items on nursing care for postoperative pain distributed to 128 nurses working in the surgical wards of a university hospital.

Results : Valid responses were collected from 116 nurses (response rate : 90.6%). When providing preoperative information, most nurses encouraged patients to complain of their pain without hesitation, and also explained the types of pain treatment. Regarding the assessment of pain, many nurses asked patients about the sites of the pain. Specifically, concerning the degree of pain on movement, there was a difference among the nurses according to the level of experience ; senior nurses with more than 10 years of experience asked patients about such pain less frequently than did those with other levels of experience ($p < 0.01$). Regarding postoperative pain management, most nurses were engaged in understanding how much pain patients had and how many pain treatments patients had received previously. However, less than half of the nurses reported that they regarded patient complaints about pain as highly important, or that they assisted patients until the pain was ameliorated.

Conclusion : It is suggested that enabling patients to feel free to report postoperative pain and to request pain treatment easily are important, and that continuous nursing care throughout the perioperative period is necessary to achieve this.

Key Words : postoperative pain, nursing care, questionnaire survey

抄録 : 術後痛に対して適切な看護ケアを提供することは、術後患者の QOL を高めることにつながる。本研究の目的は、周手術期の一連の流れにおける術後痛の看護ケアの実施状況を明らかにすることである。方法として、外科病棟に勤務する看護師 128 名に質問紙調査を実施し、術後痛に関わる 24 項目の看護ケアの実施状況とそれらがどのような要因によって差がみられるかを検討した。その結果、116 名から有効回答が得られた。『術前の情報提供』では、「遠慮せずに痛みを伝える」「鎮痛薬の種類、投与方法」をほとんどの看護師が説明していた。『痛みのアセスメント』では、痛みの部位を患者に尋ねる看護師が多く、外科経験年数によって「動きによる痛みの程度」を尋ねるかどうかに差がみられ、10 年以上の看護師は他の経験年数の看護師よりあまり尋ねていなかった ($p < 0.01$)。『術後痛への対応』では、ほとんどの看護師がそれまでの痛みや処置の状況を把握するように努めて

いた。しかしながら、患者の痛みの訴えを重要視する、患者が満足するまで援助すると答えた看護師は全体の半数以下であった。患者が痛みや鎮痛の希望を訴えやすくすることが重要であり、そのためには術前からの継続的な関わりが必要であることが示唆された。

キーワード：術後痛 看護ケア 質問紙調査

I. 緒 言

術後痛は、手術を契機として発症した急性痛であり、避けられない術後の主訴の一つである。麻酔覚醒時より痛みは生じ、手術終了後数時間から翌日までが最も強い。近年、硬膜外腔への薬物投与の普及など、従来と比べ術後鎮痛法は飛躍的に改善されつつある。しかし、身体安静時に生じる安静時痛はもとより、体動・呼吸・咳、ドレーンやカテーテル類などにより痛みは引き起こされる。上腹部および胸部の手術では、術後痛が十分に緩和されなければ重篤な呼吸器合併症を引き起こす。疼痛は、不安・恐怖といった情動反応も助長する¹⁾。術後痛に対して適切な看護ケアを提供することは、すなわち術後患者の QOL を高めることにつながる。

痛みの感じ方は個人差が大きく、疼痛の評価や判断に苦しむこともあるが、医療者は術後患者の多くが痛みを苦しんでいることを認識し、患者の痛みをありのままに受けとめ、適切な術後痛対策を講じるべきである。患者にとって身近な存在である看護師には、適切に術後痛を評価し、緩和するための援助を行うことが求められる。ベッドサイドでの痛みの観察や評価、およびその対応を行う看護師が、術後痛のケアにおいて果たすべき役割はとても重要である。

術後痛に対する看護ケアの評価を目的とした先行研究としては、「痛みの緩和」ケアにみられる看護技術の抽出²⁾、患者への対応と効果を看護師がどのように認識しているか³⁾、フェイススケール使用による看護師の意識の変化⁴⁾、術前オリエンテーションの効果^{5,6)}、リラクゼーション法による疼痛緩和効果⁷⁾、先制鎮痛による効果⁸⁾、術後痛管理や看護ケアの実態に対する認識調査^{9,10)}などがある。

一方、諸外国においても、術後痛と不安に対する看護ケア¹¹⁾、看護師と医師の術後痛アセスメントの相違¹²⁾、エキスパートナースの術後痛ケア^{13,14)}などをはじめ多数着手されている。その中で Idvall らは、術後痛管理における看護ケアの質を測定する尺度を開発

し、看護師と患者間でのケアの評価を比較するなど、臨床での実践に適用させつつある^{15,16)}。

術後痛のケアは、断片的にはなく、周手術期の一連のプロセスの中において考える必要がある。しかし、本邦においては、術後痛の看護ケアの実施状況を術前から術後までの過程を通してとらえた研究はみられない。そこで、本研究においては、看護師に対する質問紙調査を通して、術前から術後の過程で実際の臨床の場で実施されている術後痛の看護ケアの状況、および外科経験年数などの要因による実施内容の差を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象

大阪府下にある A 大学附属病院で、開胸、開腹（共に鏡視下手術を含む）手術を受ける患者が入院する 6 つの病棟（一般外科 4 病棟、婦人科病棟、泌尿器科病棟）に勤務する看護師（病棟師長を除く）128 名を対象に質問紙を配布した。調査時期は 2005 年 3 月 1 日から 3 月 15 日である。

2. データ収集法

術後痛の看護ケアの概念を図 1 のように考え、質問紙を作成した。質問紙の内容は、先行研究から抽出した術後痛に対する看護ケアに関する『術前の情報提供』10 項目、『痛みのアセスメント』5 項目、『術後痛への対応』9 項目の計 24 項目とし（項目について

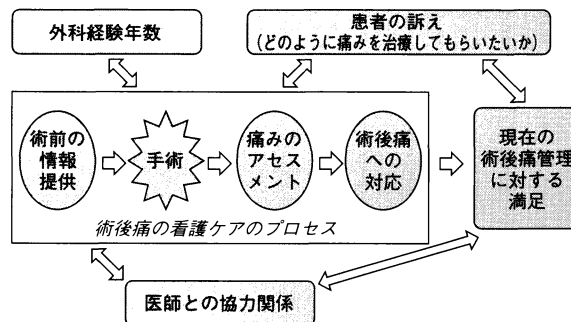


図1 術後痛の看護ケアの概念

は、図2、図3、図4を参照)、それぞれの項目に関して、手術患者に対して平素実施しているかを「はい」「いいえ」で尋ねた。なお、今回の調査では、痛みは主観的な体験であり、他の身体徴候以上に患者の言葉が最も信頼できる指標である¹⁷⁾という痛みの特徴をふまえて、患者の主観的な訴えを引き出すことが重要であると考へた。そのため、『アセスメント内容』については、看護師が術後痛をとらえるために、最も信頼できる指標である患者の言葉をどのように引き出しているかに着眼した。したがって、今回は疼痛時明確に痛みを訴える患者を想定し、高齢者や人工呼吸器装着患者、小児などで有効とされる「ふるまい」などの客観的評価については問わなかった。

同時に、術後痛の治療や患者に対する考えについて、「看護師と医師は術後痛の管理に関して協力できているか」、「患者はどのように痛みを治療してもらいたいかを自分に伝えてきていると思うか」^{15,16)}を「はい」「いいえ」で、「現在の術後痛管理に対する満足程度」を「非常に満足である」、「どちらかといえば満足である」、「どちらかといえば不満足である」、「非常に不満足である」の4段階法で尋ねた。

対象看護師の経験年数、およびそのうち開胸、開腹手術を受ける患者の看護に携わった年数(以下、外科経験年数)を尋ねた。また、「術後痛に関する学習の機会と方法」(学生時代の講義、詰所の学習会、院内研修、院外研修、先輩や同僚などの助言・意見、文献による自己学習、から該当するものを選択)を尋ねた。

3. 倫理的配慮

調査票には、研究方法・目的、および参加は対象者の自由意志によるものであることを明記した。回答は無記名とし、所属病棟は特定しない旨を伝え、用紙は厳封して所定の回収袋に入れてもらった。研究の実施にあたっては、大阪市立大学医学部看護学科研究倫理委員会の審査を受け、承認を得た。

4. 分析方法

得られた回答は数値化し、統計学的分析を行った。分析には、SPSS Ver. 14.0を用いた。

術後痛に関連する看護ケアの質問項目の内的整合性を調べるために、クロンバック α 係数を求めた。作成した質問紙の妥当性について、統計学的手法を用いた検討は今回特に行わなかった。

それぞれの項目の回答について単純集計を行ったの

ち、対象を外科経験年数によって4つのグループ(3年未満、3年以上-5年未満、5年以上-10年未満、10年以上)に分け、24項目の看護ケアの実施状況の差の検定をMann-Whitney U検定、およびKruskal-Wallis検定を用いて行った。統計学的有意差は、 $p < 0.05$ とした。また、術後痛の治療や患者に対する考えの項目と各看護ケアの実施状況についても同様に検定を行った。

III. 結 果

1. 対象の属性と術後痛の治療、および患者に対する考え

128名のうち、116名(90.6%)の看護師から回答が得られた。対象の属性は、表1に示すとおりである。

看護師としての勤務経験年数は、 8.27 ± 6.18 年(9ヶ月-31年)で、勤務年数のうち外科経験年数は、5.68

表1 対象の属性

項 目	人数(%)
看護師経験年数	
3年未満	26名(22.4%)
3-5年未満	21名(18.1%)
5-10年未満	32名(27.6%)
10年以上	37名(31.9%)
外科経験年数	
3年未満	41名(35.3%)
3-5年未満	22名(19.0%)
5-10年未満	34名(29.3%)
10年以上	19名(16.4%)
術後痛に関する学習の機会と方法 (複数回答)	
先輩や同僚などの助言・意見	102名(87.9%)
文献による自己学習	78名(67.2%)
学生時代の講義	69名(59.5%)
詰所の学習会	59名(50.9%)
院内研修	15名(12.9%)
院外研修	13名(11.2%)

表2 術後痛の治療、および患者に対する考え

項 目	人数(%)
看護師と医師は術後痛の管理に関して協力できている	
はい	87(75%)
いいえ	28(24.1%)
無回答	1(0.9%)
患者はどのように痛みを治療してもらいたいかを伝えてくる	
はい	54(46.5%)
いいえ	61(52.6%)
無回答	1(0.9%)
現在の術後痛管理に対する満足	
非常に満足	1(0.9%)
どちらかといえば満足	80(69%)
どちらかといえば不満足	35(30.2%)
非常に不満足	0(0%)

±4.35年(3ヶ月-22年11ヶ月)であった。対象の全員がこれまでに何らかの術後痛に関する学習を経験していた。

術後痛の治療や患者に対する考えを問う「看護師と医師は術後痛の管理に関して協力できているか」、「患者はどのように痛みを治療してもらいたいかを自分に伝えてきていると思うか」、「現在の術後痛管理に対する満足の程度」の結果は表2に示すとおりである。

2. 質問紙の内的整合性

術後痛に関連する看護ケアとして挙げた『術前の情報提供』10項目、『痛みのアセスメント』5項目、『術後痛への対応』9項目、計24項目のクロンバック α 係数は0.721であり、質問紙の内的整合性は保たれていると判断した。

3. 術前の情報提供

116名すべての看護師が「痛いときには遠慮せずに伝える」よう患者に説明していた。「鎮痛薬の種類、投与方法」は112名(96.6%)、「術後の体動の方法」は100名(86.2%)が説明していた。看護師の50%以下が説明するにとどまっていた項目は、「鎮痛薬の作用時間」が42名(36.2%)、「創部以外の痛みの可能性」が40名(34.5%)、「痛みの原因」が34名(29.3%)、「鎮痛薬の副作用」が22名(19.0%)、「術後の痛みの尋ね方(何らかの疼痛スケールを用いること)」22名(19.0%)であった(図2)。

外科経験年数による『術前の情報提供』の10項目の実施に差は認められなかった(表3)。「看護師と医師は術後痛の管理に関して協力できている」で、「協力できている」と答えた87名と「協力できていない」と答えた28名では、『術前の情報提供』の実施状

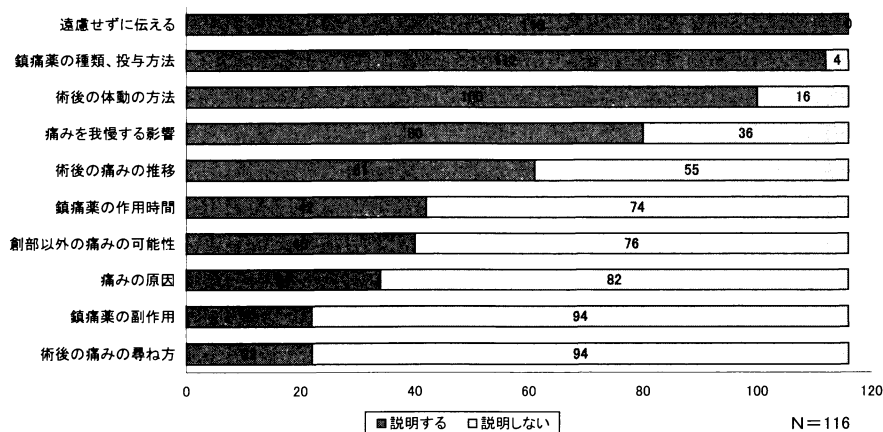


図2 看護師全体の『術前の情報提供』10項目の実施状況(人)

表3 外科経験年数と『術前の情報提供』の実施状況

項目	外科経験年数				有意差
	3年未満(n=41)	3-5年(n=22)	5-10年(n=34)	10年以上(n=19)	
遠慮せずに伝える	41(100%)	22(100%)	34(100%)	19(100%)	n.s.
鎮痛薬の種類、投与方法	40(97.6%)	22(100%)	33(97.1%)	17(89.5%)	n.s.
術後の体動の方法	34(82.9%)	18(81.8%)	33(97.1%)	15(78.9%)	n.s.
痛みを我慢する影響	27(65.9%)	13(59.1%)	28(82.4%)	12(63.2%)	n.s.
術後の痛みの推移	20(48.8%)	14(63.6%)	18(52.9%)	9(47.4%)	n.s.
鎮痛薬の作用時間	10(24.4%)	9(40.9%)	17(50.0%)	6(31.6%)	n.s.
創部以外の痛みの可能性	12(29.3%)	7(31.8%)	15(44.1%)	6(31.6%)	n.s.
痛みの原因	13(31.7%)	4(18.2%)	13(38.2%)	4(21.1%)	n.s.
鎮痛薬の副作用	4(10.0%)	6(27.3%)	8(23.5%)	4(21.1%)	n.s.
術後の痛みの尋ね方	9(22.0%)	3(13.6%)	6(17.6%)	4(21.1%)	n.s.

n.s.; not significant

況に差はなかった。現在の術後痛管理に「非常に満足」「どちらかといえば満足」と答えた 81 名と「どちらかといえば不満足」と答えた 35 名では、満足している看護師の方が「術後の痛みの尋ね方」(p<0.01)を説明していた(表 4)。

表 4 現在の術後痛管理に対する満足と『術前の情報提供』の実施状況

項目	現在の術後痛管理の満足		有意差
	満足(81名)	不満足(35名)	
遠慮せずに伝える	81名(100%)	35名(100%)	n.s.
鎮痛薬の種類,投与方法	79名(97.5%)	33名(94.3%)	n.s.
術後の体動の方法	72名(88.9%)	28名(80.0%)	n.s.
痛みを我慢する影響	55名(68.0%)	25名(71.4%)	n.s.
術後の痛みの推移	46名(56.8%)	15名(42.9%)	n.s.
鎮痛薬の作用時間	31名(38.3%)	11名(31.4%)	n.s.
創部以外の痛みの可能性	30名(37.0%)	10名(28.6%)	n.s.
痛みの原因	27名(33.3%)	7名(20.0%)	n.s.
鎮痛薬の副作用	17名(21.0%)	5名(14.3%)	n.s.
術後の痛みの尋ね方	22名(27.2%)	0名(0%)	p<0.01

n.s. ; not significant

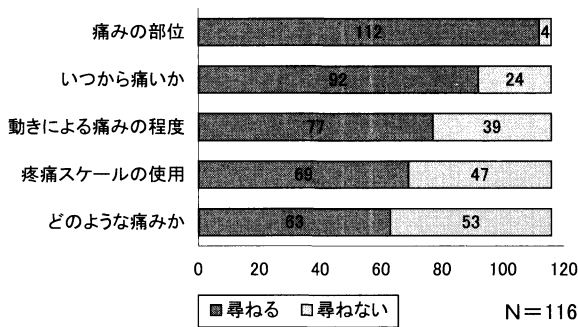


図 3 看護師全体の『痛みのアセスメント』5項目の実施状況 (人)

4. 痛みのアセスメント—患者に何を尋ねるか—

術後痛について患者に尋ねる内容は、「痛みの部位」が 112 名 (96.6%) でもっとも多く、「いつから痛いか」が 92 名 (79.3%), 「動きによる痛みの程度」が 77 名 (66.4%) であった (図 3)。

外科経験年数が 3 年未満の看護師が 3-5 年, 10 年以上の看護師よりも「動きによる痛みの程度」を尋ねていた (p<0.01)。また, 5-10 年の看護師も, 3-5 年の看護師 (p<0.05), 10 年以上の看護師 (p<0.01) に比べて「動きによる痛みの程度」を尋ねていた (表 5)。「看護師と医師は術後痛の管理に関して協力できている」において、「協力できている」と答えた 87 名と「協力できていない」と答えた 28 名では、『痛みのアセスメント』の実施状況に差はなかった。同様に, 現在の疼痛管理に「非常に満足」「どちらかといえば満足」と答えた 81 名と「どちらかといえば不満足」と答えた 35 名においても、『痛みのアセスメント』の実施状況に差はなかった。

5. 術後痛への対応

術後痛に対応する際に実施している内容は、「それまでの痛みや処置の状況の把握」が 110 名 (94.8%), 「痛みの増強を予測して鎮痛処置を行う (提案する)」が 108 名 (93.1%), 「安楽な体位をとれるよう助ける」が 97 名 (83.6%) であり, 看護師の 50% 以下が実施するにとどまっていた項目は, 「患者の痛みの訴えを信じる」が 53 名 (45.7%), 「患者が満足するまで助ける」が 41 名 (35.3%), 「リラクゼーションを促す」が 41 名 (35.3%), 「マッサージを行う」が 37 名 (31.9%) であった (図 4)。

外科経験年数では, 『術後痛への対応』の「痛みの増強を予測して鎮痛処置を行う (提案する)」に関し

表 5 外科経験年数と『痛みのアセスメント』の実施状況

項目	外科経験年数				有意差
	3年未満(n=41)	3-5年(n=22)	5-10年(n=34)	10年以上(n=19)	
痛みの部位	40(97.6%)	22(100%)	32(94.1%)	18(94.7%)	n.s.
いつから痛いか	32(78.0%)	18(81.8%)	28(82.4%)	14(73.7%)	n.s.
動きによる痛みの程度	30(73.2%)	12(54.5%)	28(82.4%)	7(36.8%)	*p<0.05 **p<0.01
疼痛スケールの使用	22(53.7%)	15(68.2%)	22(64.7%)	10(52.6%)	n.s.
どのような痛みか	18(44.0%)	17(77.3%)	18(52.9%)	10(52.6%)	n.s.

n.s. ; not significant

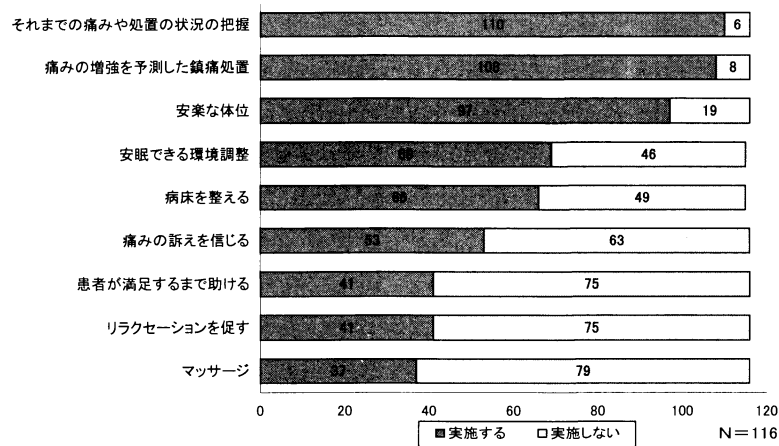


図4 看護師全体の『術後痛への対応』9項目の実施状況 (人)

表6 外科経験年数と『術後痛への対応』の実施状況

項目	外科経験年数				有意差
	3年未満(n=41)	3-5年(n=22)	5-10年(n=34)	10年以上(n=19)	
それまでの痛みや処置の状況の把握	39(95.1%)	22(100%)	32(94.1%)	17(89.5%)	n.s.
痛みの増強を予測した鎮痛処置	35(85.4%)	22(100%)	34(100%)	17(89.5%)	*p<0.05
安楽な体位	33(80.5%)	18(81.8%)	32(94.1%)	14(73.7%)	n.s.
安眠できる環境調整	25(61.0%)	13(59.1%)	22(64.7%)	9(47.4%)	n.s.
病床を整える	22(53.7%)	14(63.6%)	19(55.9%)	11(57.9%)	n.s.
痛みの訴えを信じる	17(41.5%)	9(40.9%)	16(47.1%)	11(57.9%)	n.s.
患者が満足するまで助ける	12(29.3%)	6(14.6%)	12(35.3%)	11(57.9%)	n.s.
リラクゼーションを促す	11(26.8%)	11(50.0%)	11(32.4%)	8(42.1%)	n.s.
マッサージ	15(36.6%)	6(14.6%)	12(35.3%)	4(21.1%)	n.s.

n.s. ; not significant

表7 現在の術後痛管理に対する満足と『術後痛への対応』の実施状況

項目	現在の術後痛管理の満足		有意差
	満足(81名)	不満足(35名)	
それまでの痛みや処置の状況の把握	79名(97.5%)	31名(88.6%)	p<0.05
痛みの増強を予測した鎮痛処置	75名(92.6%)	33名(94.3%)	n.s.
安楽な体位	70名(86.4%)	27名(77.1%)	n.s.
安眠できる環境調整	50名(61.7%)	19名(54.3%)	n.s.
病床を整える	48名(59.3%)	18名(51.4%)	n.s.
痛みの訴えを信じる	35名(43.2%)	18名(51.4%)	n.s.
患者が満足するまで助ける	34名(42.0%)	7名(20.0%)	p<0.05
リラクゼーションを促す	31名(38.3%)	10名(28.6%)	n.s.
マッサージ	28名(34.6%)	9名(25.7%)	n.s.

n.s. ; not significant

て、経験が5-10年の看護師が3年未満の看護師に比べてより実施していた ($p < 0.05$) (表6)。「看護師と医師は術後痛の管理に関して協力できている」で、「協力できている」と答えた87名と「協力できていない」と答えた28名では、『術後痛への対応』の項目の実施状況に差はなかった。現在の術後痛管理に「非常に満足」「どちらかといえば満足」と答えた81名と「どちらかといえば不満足」と答えた35名では、「それまでの痛みや処置の状況の把握」「患者が満足するまで助ける」で術後痛管理に満足している看護師がより実施していた ($p < 0.05$) (表7)。

IV. 考 察

今回対象となった看護師のうち約7割が、医師と協力できていること、および現在の術後痛管理に関して満足を感じていた。新しい鎮痛薬の導入、硬膜外腔からの鎮痛薬の持続投与の普及など、発展する薬物療法を医師が取り入れ、それらの指示や実施、効果について連携がとれていると多くの看護師が感じていると思われる。

しかし、「患者が痛みの治療の希望を伝えてくる」と感じている看護師は、全体の半数以下にとどまっていた。術後に痛みを感じているようにみえても、患者は我慢したり、自ら治療を希望することを遠慮したりしていることを患者との関わりで感じているようである。このことを解決するためには、患者が痛みを感じていると判断される際に看護師が上手く訴えを引き出すよう努力すると共に、今回質問紙に含めなかったが、何らかの非言語的な指標を組み合わせることで患者の痛みを捉えることが必要であろう。

1. 術前の情報提供—患者に何を伝えるか—

手術前の患者は、様々な不安を抱えている。傷病そのものの不安や手術に対する不安だけでなく、術後に生じるだろう疼痛に対する不安も大きい。術後痛の対策は術前からスタートしているので、十分なオリエンテーションを行い、患者の不安を軽減する必要がある。その内容としては、「術後は痛みがある」ということよりも、痛みに対して鎮痛薬を使うことの理解を得ることが重要である¹⁸⁾。

相澤らは、総合病院50施設のうち約1割が、術後痛コントロールに関するオリエンテーションを行っていないという結果を得ている¹⁹⁾が、今回の調査では、対象となったすべての看護師が術後痛について、何ら

かの情報提供を行っていた。特に、たとえ痛みがあっても、医師や看護師が忙しそうにしていれば患者は痛みを我慢しようとすると考えられるため、術後は遠慮しないで痛みを伝えるよう全員が説明していた。急性痛である術後痛には、痛みのピークが術後数時間であり、時間とともに徐々に軽減するという特徴がある¹⁾。今回、約半数の看護師が術後痛の推移の説明を行っていたが、このことによって患者に術後の状況に見通しを与えることができていると思われる。

鎮痛処置についてあらかじめ情報提供することもまた、不安の軽減に役立つ。看護師の90%以上が鎮痛薬の種類、投与方法を説明していたが、作用時間や副作用については、半数以下の看護師が説明するにとどまっていた。投与後どのくらいの時間で効果が半減・消失するかを伝えることで、術後の予防的鎮痛に結びつきやすいと思われる。

長時間の大手術や、術中・術後管理のための様々な身体装着物に由来する内臓痛・関連痛・筋肉痛など、患者が受ける痛みは多様化、複雑化している。痛みの特徴や経過、対処方法、痛みの表現方法などを事前に患者に十分説明しておくことが必要である。今回は痛みの原因や創部以外に生じる可能性のある痛みについて説明する看護師は少ない傾向がみられた。しかし、これらを説明することは、患者が術後予想していなかった部位の痛みを感じた際の戸惑いを軽減することにつながるであろう。

Sjölingらは、術後痛管理において、患者自身のもつ役割(痛みのピークがくる前に痛みをスタッフに伝えて治療を受ける、術後痛に対する適切な治療による利益を理解する、など)を術前に強調された患者は、そうでない患者に比べ、術前の不安がより少なく、術後も疼痛管理に満足を示したと述べている²⁰⁾。今回、患者が痛みの治療の希望を伝えてくると感じている看護師は、全体の半数以下にとどまっていた。痛みの看護ケアは、その存在を訴える患者の言葉から始まるので、アセスメントに患者自身が参加できるような疼痛スケールなどの使用について、術前から説明しておく方が患者の理解や安心につながると思われる。城市らも、患者の参加を促すために術前オリエンテーションでフェイススケールを説明し、術後痛の緩和に効果があつたとしている²¹⁾。術前の患者に、術後は Visual Analog Scale (VAS) やフェイススケール²²⁾などを用いて痛みの程度を尋ねることを説明するとした看護師は22名であり、この項目は『術前の情報提供』の10項目の中でも最も実施が少なかった。しかし、術後の

『痛みのアセスメント』の際にこれらの客観的指標を用いて患者に痛みを尋ねている看護師が69名と半数以上であったことから、術前の段階でこれらのスケールを用いて痛みを尋ねることを説明しておくことが患者の準備として有用であると考えられる。

しかし、Klaftaらは患者の対処行動にはかなり個人差があり、術前に詳細な情報を与えるかどうかは、個々の患者に応じて対応するべきであると述べている²³⁾。多くの情報を与えることは、患者の負担になる場合もあり、術前の情報提供は個々の患者の反応をとらえながら進めていくことが大切であろう。

2. 術後痛のアセスメントー痛みの訴えをいかに引き出すかー

術後痛は、患者の主観的な苦痛であり、看護師が患者の訴えに耳を傾けないかぎり適切なアセスメントはできない²⁴⁾。今回、ほとんどの看護師が患者に痛みの部位を尋ねていた。しかし、痛みの部位は創部である可能性が高いので、部位と同時に何を尋ねていくかが重要であろう。看護師の痛みの尋ね方を参加観察法により調査した Manias らの結果では、45.3%の看護師が「今痛いですか?」といったシンプルな質問を行っていたが、その際には非言語的な痛みを併せて観察していた²⁵⁾。Sjöström らも、「患者がどのように見えるか、何を言っているか」といった事柄を看護師がアセスメントの際に着眼していたと述べている¹²⁾。術後の患者は、必ずしも痛みを言葉で表現するとは限らない。しかしながら、患者の痛みの訴えを糸口として、その強さ、咳や体動などによる増強の有無、鎮痛処置を希望するかどうかといった事柄を引き出すことが、その後の術後痛への対応につなげるためには必要である。

痛みのアセスメントにおいて、「動きによる痛みの程度」を尋ねるかどうかは看護師の外科経験年数で差がみられた。3年未満の看護師が3-5年、10年以上の看護師よりも、そして、5-10年未満の看護師が3-5年未満、10年以上の看護師よりも患者に尋ねていた。3年未満と5-10年未満という経験年数の差を考えると、この項目に関する両者の実施の高さには異なる理由が潜んでいると思われるが、今回の結果から詳しくはわからない。今後さらに検討すべき項目であると考えられる。

痛みは患者の主観的な感覚であるが、痛みの評価もまた看護師の主観によることが多い。痛みを評価する場合、看護師の主観ができるだけ入らないような評価

法を選択することが重要である。その際、「とても痛い」といった曖昧な表現では聞く者によって評価が異なってしまうので、VAS やフェイススケールなどの疼痛スケールを用いて、評価する方法が一般的である²²⁾。Karlsten らは、痛みは視覚でとらえられるべきであり、VAS などを用いたアセスメントは術後痛の管理を改善するものである²⁶⁾と述べており、遠藤らも、術後痛のアセスメントに自信がない看護師ほど、統一したアセスメント基準が必要であることを示唆している¹⁰⁾。

痛みが主観的な体験であることから、患者が医療者に自分の苦痛を積極的に訴えることのできる関係が望ましい。しかしながら、いつも患者は自ら痛みを訴えたり、鎮痛処置を頼んだりするわけではない。看護師の忙しさ、時間帯、医師や看護師の数などの組織的環境的な要因も患者が痛みを訴えるかどうかに関係する²⁷⁾。今回の結果でも、患者はどのように痛みを治療してもらいたいかを伝えてくると考えている看護師は半数以下だった。つまり、看護師は患者に痛い時は遠慮なく訴えるよう術前から説明していても、実際には患者は積極的に治療を希望してくるわけではないと考えていると思われる。このことから、疼痛スケールを積極的に活用することによって、患者が術後痛を訴える際の遠慮が減り、痛みの強さをより客観的に評価でき、それによって薬物療法をはじめとする種々の対応がなされることにつながると考える。

3. 術後痛への対応

急性痛である術後痛のケアは看護師だけで行えることではなく、麻酔科医や外科医との共同作業である。医師の指示した鎮痛薬を使用する際、看護師は正確かつ安全で効果的に行うことが求められる。また、鎮痛薬の指示内容や実際の使用状況を把握したうえで、次のケアを考慮する必要がある。対象となった看護師の多くは、術後痛に対応する際に患者のそれまでの痛みや処置の状況を把握したうえで、患者のケアにあたっていた。

患者が強い痛みを感じ、鎮痛薬を希望してから投与するのでは、疼痛緩和は困難であることが知られている。本研究では、看護師は痛みを予測して鎮痛処置を行ったり、患者に提案したりしていた。患者に強い痛みを体験させない、必要以上の苦痛に曝すべきではないと考えていると思われる。早期離床が必要であり、体動による術後痛の増強が予測される際などに予防的な鎮痛薬投与は有効である。この点において、外科経

験年数が5-10年の看護師が3年未満の看護師よりも予防的な鎮痛法を実施していたという結果は、経験による術後痛の予測的なアセスメント能力の差の存在が推測される。また、患者に対して術前の段階でも、術後は薬剤を用いて積極的に鎮痛を図る必要性、そのためにも痛みが強くなる前に医療者に伝えることの理解を求める必要があると考える。

術後は同一姿勢による筋肉痛などを予防するためにも、適宜体位変換を行ったり、安楽に呼吸ができるような体位を整える必要がある。今回の調査でも、多くの看護師が安楽な体位がとれるよう患者を援助していた。また、看護師は体位を整えると共に、患者が休息しやすいよう病床を整える援助を実施するなど、ケアを単独ではなく、一体化させていることが推測される。

痛みは主観的な体験であるので、患者が訴えるかぎり痛みは存在すると信じるのがケアの前提である²⁸⁾。また、不安や緊張など、痛みを増強させる心理的な要因を最小限に抑えられるよう、患者が周囲から「守られている」と安心感を抱けることが必要である²⁹⁾。今回、術後痛への対応の際に、患者の痛みの訴えを信じる、および患者が満足するまで助けると答えた看護師は全体の半数以下であった。この結果より、やはり看護師は患者が感じている痛みの強さ、および鎮痛処置後痛みがどのように変化したのかを客観的に測ることの難しさを感じていると思われた。

本研究の限界

今回採用した質問紙の内容は、主に先行研究からの抽出であることにより、ある程度の表面的妥当性は保たれていると考えられる。しかしながら、作成過程において統計学的に妥当性を確認していないため、今後さらに検討が必要であろう。また、今回の調査は、1つの施設のみを対象としているため、得られた結果が他施設においても同様であると論じることはできない。

本研究は、術後痛に対する看護ケアを看護師が主観的に評価したものであり、観察法等による実際の看護ケアの実施状況をみたものではない。今後は、患者がどのような術後痛の看護ケアを受けたと評価しているかを調べる必要がある。

術後の患者は、痛みを言葉で表現するとはかぎらないことから、痛みのアセスメントは看護師の主観的評価に頼るところも大きい。今回は、痛みの評価の指標

として、患者から術後痛の表現をどのように引き出しているかに着眼した。そのため、身体指標や行動面などの客観的な痛み反応の活用は言及していない。これら行動面の観察を含めて、看護師が患者の痛みをどのように評価しているかについては今後の課題である。

おわりに

術後痛の看護ケアは、決して単一で効果を得られるものではなく、周手術期の一連の過程でさまざまなケアを組み合わせること、およびケアを実施する前提として、痛みの特徴や薬剤に対する知識が必要である。本研究を通して、術後痛の看護ケアの課題としていくつかの示唆を得ることができた。

痛みは主観的な体験であるので、患者が自分の苦痛を積極的に訴えることができる関係が望ましい。今回、看護師は患者に痛みを遠慮なく訴えるように伝えている一方で、必ずしも患者が痛みの治療の希望を訴えているわけではないととらえていた。この矛盾した状況を解決するには、患者が痛みをより訴えやすく、かつ満足度が高い方法、すなわち疼痛スケールなどの客観的な指標を積極的に活用するなどの方策を講じる必要がある。そして、患者がその有効性を理解し、自らが術後参加できるためにも、術前からの継続した関わりは不可欠であろう。

また、術後痛に対する治療や考え方は、近年急速に進歩しつつあることを考慮すると、看護師は術後痛管理の最新の知見にふれ、より専門性の高い看護ケアを提供できるよう努めていく必要がある。今後、看護師がより根拠ある看護ケアを臨床での実践に統合していくためには、看護基礎教育から卒後教育への継続的な術後痛に関する教育プログラムの構築が望まれる。

本研究は、平成16年度(財)大阪市立大学医学振興協会の医学部看護学科研究奨励助成を受けて行ったものである。

文 献

- 1) 林田真和, 藤本幸弘, 花岡一雄: 術後痛の成因. 術後痛, 花岡一雄編, 克誠堂, 東京, 2006, pp 1-18
- 2) 片田範子, 大崎富士代, 高谷裕紀子, 他: 「痛みの緩和」における看護技術. 看護研究 1996; 29: 5-21
- 3) 長谷川隆雄: 術後疼痛に対する看護師の対応とその効果への認識. 第29回日本看護学会集録(成人看護I) 1998; 47-49
- 4) 菅原日登美, 黒木美希, 山下由香, 他: 術後疼痛管理に対する看護師の意識の変化-フェイススケールと

- アセスメントチャートを使用してー. 第30回日本看護学会集録(成人I) 1999; 3-5
- 5) 森安浩子, 佐藤愛子: 術後疼痛を軽減するための術前オリエンテーションの効果. 第30回日本看護学会集録(成人I) 1999; 75-77
- 6) 市川悦代, 平井美枝, 舛田弘美, 他: 術後疼痛に対する術前の情報提供による思いと離床時期の変化. 第31回日本看護学会集録(成人I) 2000; 124-126
- 7) 深松洋子, 渋谷和代, 吉岡知美, 他: リラクゼーション法による術後疼痛の緩和効果ー呼吸法を用いてー. 第31回日本看護学会集録(成人I) 2000; 127-128
- 8) 宮原真裕美, 櫻井利江, 高田一枝, 他: 開腹術後疼痛の先制コントロール. 看護実践の科学 2003; 7: 29-34
- 9) 遠藤みどり, 松下由美子, 今井沙恵美, 他: 術後疼痛管理に対する臨床看護師の認識. 山梨県立看護大学紀要 2003; 5: 61-70
- 10) 遠藤みどり, 松下由美子, 今井沙恵美, 他: 臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価. 山梨県立看護大学紀要 2004; 6: 13-23
- 11) Manias E: Pain and anxiety management in the postoperative gastro-surgical setting. *J Adv Nurs* 2003; 41: 585-594
- 12) Sjöström B, Dahlgren LO, Haljamäe H: Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy. *J Clin Nurs* 2000; 9: 111-118
- 13) Kitson A, Harvey G, Hyndman S, et al: A comparison of expert-and practitioner-derived criteria for post-operative pain management. *J Adv Nurs* 1993; 18: 218-232
- 14) Richards J, Hubbert AO: Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Manag Nurs* 2007; 8: 17-24
- 15) Idvall E, Hamrin E, Unosson M: Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. *J Adv Nurs* 2002; 37: 532-540
- 16) Idvall E, Hamrin E, Sjöström B: Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 327-334
- 17) Pasero C, McCaffery M: The patient's report of pain. *AJN* 2001; 101: 73-74
- 18) 後藤隆久, 福家伸夫: 術後疼痛; その種類と特徴, 心身に及ぼす影響. *看護技術* 1997; 43: 352-356
- 19) 相澤千草, 石野ひとみ, 生部みどり: 術後疼痛に関する術前オリエンテーションの現状と課題. 第28回日本看護学会集録(成人看護I) 1997; 146-148
- 20) Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, et al: The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns* 2003; 51: 169-176
- 21) 城市麻希, 堀 有里, 斎藤玲子, 他: フェイススケールを用いた術前オリエンテーションの有効性. 益田赤十字病院誌 2003; 1: 99-103
- 22) 松本真希, 並木昭義: 痛みと鎮痛効果の評価法. *OPEナーシング* 1996; 11: 659-633
- 23) Klapfta JM, Roizen MF: Current understanding of patient's attitudes toward and preparation for anesthesia: A review. *Anesth Analg* 1996; 83: 1314-1321
- 24) 雄西智恵美: 周手術期にある患者・家族. *臨床看護* 1995; 21: 1784-1788
- 25) Manias E, Bucknall T, Botti M: Assessment of patient pain in the postoperative context. *West J Nurs Res* 2004; 26: 751-769
- 26) Karlsten R, Ström K, Gunningberg L: Improving assessment of postoperative pain in surgical wards by education and training. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 332-335
- 27) Botti M, Bucknall T, Manias E: The problem of postoperative pain: Issues for future research. *Int J Nurs Pract* 2004; 10: 257-63
- 28) 深井喜代子: 痛みのケア. 看護実践の根拠を問う, 小松浩子, 菱沼典子編, 南江堂, 東京, 1998, pp 58-68
- 29) 北野雅子, 小笠原直子, 早野智子: 術後疼痛のマネジメント. *月刊ナーシング* 1997; 17: 73-79