

# 術後疼痛管理に対する臨床看護師の認識

遠藤みどり<sup>1)</sup> 松下由美子<sup>1)</sup> 今井沙恵美<sup>1)</sup> 西脇 友子<sup>2)</sup> 長谷川陽子<sup>3)</sup>

## 要 旨

全身麻酔法で手術する患者への看護を行っている看護師（管理職を除く）5名を対象に、術後疼痛管理に対する認識を明らかにすることを目的にインタビューを実施した。その結果、術後疼痛管理に対する認識には①術後疼痛管理が患者に我慢させないようにうまくできている、②術後疼痛管理ができていない、③術後疼痛アセスメントの方法は統一した見解がもちにくい、④生活の質を低下させないための術後疼痛管理、⑤術後疼痛管理には科学的なアセスメントが必要なので学習することが大切、⑥痛みの感じ方は個人差があるので尊重して聴くことが必要であり、それができるのが看護師である、⑦術後疼痛管理には医療従事者の協力だけでなく家族の協力が必要である、ことが明らかになった。

これら7つの認識の関係性から、効果的な術後疼痛管理を行うには、科学的な疼痛アセスメントができるための学習、疼痛緩和ケアや鎮痛剤使用に関する学習、さらに家族の協力や他職者との協働が必要であり、これらが患者の生活の質を低下させないことに繋がることが示唆された。

キーワード：術後疼痛、術後疼痛管理、臨床看護師、認識

## I. はじめに

近年、医療技術の高度化、医療機器の急速な開発および高齢化の進展に伴い、手術療法が幅広い年齢層の人々を対象として実施されるようになった。一方、手術療法による生体への侵害刺激は、患者個人の対処法では避けられない苦痛体験をもたらすだけでなく、術後合併症の発生を高め、術後の身体回復を阻害し、その後の生命や生活を脅かす脅威的な出来事になっている。そのため手術療法を受ける患者が、術前から術後に生ずる苦痛を理解し、耐えがたい術後疼痛を体験せずに安心して手術療法が受けられるための看護が必要となる。

現在、術後患者に対し麻酔科医による硬膜外腔や髄腔内への麻薬投与法による術後疼痛管理が普及しつつある。しかし、先行研究において①手術療法を受けた患者で中等度から高度の術後疼痛にさらされており、十分な治療を受けていない患者は全体の25～75%であること、②術後疼痛の評

価や全身管理が十分でないため、鎮痛に対してもケアが不十分であること、③術後の鎮痛剤管理など看護者のケアに関する知識不足があること、④看護者の痛みの評価とケアについての組織的教育の欠如、等の報告があり<sup>1)2)</sup>、看護として術後疼痛管理が十分に行えていないことが指摘されているが、国内文献で看護者の術後管理の実態を把握した研究報告は少ない。

そこで本研究では、術後患者が安心して手術療法を受けられる術後疼痛管理を行うために、臨床看護師が術後疼痛管理に関してどのような認識をもっているかを明らかにすることを目的とした。

## II. 用語の操作的定義

### 1. 術後疼痛

術後4日間の外科的侵襲による生理的反応が著しい傷害相（Mooreの第1相）の時期に現れている手術創に局限した痛みだけではなく、術前の不安や過去の痛み体験、痛みの信念や価値観、痛み

（所 属）

1) 山梨県立看護大学

2) 新潟大学医学部保健学科

3) 済生会宇都宮病院緩和ケア病棟

（専攻分野）

成人看護学

成人・老年看護学

医長

刺激による全身の影響、点滴やドレナージの不快感や挿入部の痛み、術中からの同一体位により引き起こされる筋肉痛、さらに二次的に生じる不眠等の影響要因の相互関連により引き起こされた主観的体験としての痛みと定義した。

2. 術後疼痛管理

周手術期の一連の過程においてチームアプローチによる術後痛に対する適切な鎮痛薬を用いた医学的緩和対策および主観的痛み体験に影響する要因を除去し、患者にとって安楽な術後生活を送るためのトータルペインコントロールと定義した。

3. 術後疼痛管理に対する認識

認識とは、知る作用および物事を見定め、その意味を理解することである。本研究では、術後疼痛管理に対する知識及び態度と定義した。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究対象者：全身麻酔で手術する患者への看護を行っており、その臨床経験が5年以上である臨床看護師（管理職を除く）5名。

2. データ収集の方法と手順

1) データ収集の期間：平成12年11月～12月

2) データ収集方法と手順

①研究者全員で術後疼痛管理に関する疑問や課題、感じている事柄を自由に意見交換し、文献検討結果を含めて質問内容を明らかにした。

表1 〈構成した質問内容〉

|                                                |
|------------------------------------------------|
| 1. 術後疼痛管理を行っている中で考えていること                       |
| ① 術後疼痛を緩和しなければならないと考える理由と、どの程度緩和すべきか           |
| ② 術後疼痛管理で大切に思っていること                            |
| ③ 術後疼痛管理の主体は誰か、それはなぜか                          |
| ④ 術後疼痛管理に満足しているか                               |
| ⑤ 鎮痛剤使用について抵抗感があるか、鎮痛剤は患者の痛みがどの程度と判断したときに使用するか |
| 2. 術後疼痛管理の実態                                   |
| ① 患者が痛みを訴えたとき、何を観察し痛みの程度を判断しているか               |

- ② 何を基準として患者の痛みが軽減したと判断しているか
- ③ 術後疼痛管理としてどのようなことを行っているか
- ④ 術後疼痛をアセスメントするための情報源は何か
- ⑤ 緩和ケアとして何を行っているか
- ⑥ チームアプローチによって術後疼痛管理をしているか

②研究者が実習指導を行っている関連病院を中心に、調査時点で術後患者への看護に携わっている看護師に直接連絡し、本研究の主旨を説明し、協力・賛同を得た。

③選定した調査対象者に対して、勤務に支障がないように面接可能な期日を設定してもらい、研究者と1対1での30分程度の面接を行った。面接に当たっては、まず『日頃どのように術後疼痛管理に取り組んでいるか、また現在行っている術後疼痛管理に対してどのような考えや思いがあるか』について自由に語ってもらいながら、準備していた質問内容を組み入れて半構成的に行った。その際、面接内容を忠実に再現し分析するために録音テープに収録することの許可を得た。

3) データの分析方法

①直接面接を担当した研究者が、面接時の録音テープ内容を逐語的に記録に起こし、データとした。

②研究テーマにそって記述内容を抽出し、KJ法に忠実に従いながら質的データとして加工せずカードに転記し「紙切れづくり」を行なった。次に「紙切れ並び」から「紙切れ集め」を行い、まとまった紙切れ群に表札をつけ小チームの編成から大チームへと編成する「グループ編成」の手続きを踏んだ。さらにグループ編成された紙切れ群やグループ間の関係性を「図解」し、「叙述化」した。

3. 倫理的配慮

本調査は研究対象の属性や職場等の個人状況が特定できない配慮をした。また研究結果の公表においても同様の配慮を原則とした。また調査結果

は、賛同・協力を得た看護師に返し、術後疼痛管理への問題意識の向上を図るとともに、今後の術後ケアに活用してもらうことを確約した。

#### IV. 結果

##### 1. 研究対象者の特性

本研究の対象者となった臨床看護師は、一般外科病棟勤務者が3名、外科混合病棟勤務者1名、集中治療室勤務者1名であった。また臨床経験年数は最高20年、最低8年、平均13.4年であり、いずれも現所属年数が5年以上であった。

##### 2. 術後疼痛管理に対する臨床看護師の認識の概要

面接及び観察によって得られたデータは294紙切れ（以下紙切れを単位と称す）であったが、最終段階で7グループに編成された。

以下にその詳細を述べる。

##### 1) 術後疼痛管理が効果的にできている (89単位構成)

術後疼痛管理が患者に我慢させないようにうまくできているは、①術後痛は絶対にあるので我慢せず鎮痛剤でとる、②緩和ケアによって術後疼痛管理が効果的にできているの2グループで構成されていた。①術後痛を我慢せず鎮痛剤でとるは、術後痛は絶対あるのでとるのが当然 (12単位)、鎮痛剤を積極的に使う (19単位)、鎮痛剤の使用に対して患者が抵抗感をもっている (3単位)、術後痛を我慢することによる影響がさまざまにある (7単位)、早期離床をはかる目的で鎮痛剤を使う (8単位) で構成されていた。さらに鎮痛剤の使用に関しては、一時的な鎮痛剤の投与だけではなく、持続的な硬膜外チューブによる疼痛管理や硬膜外チューブと筋肉注射併用での疼痛管理が効果的である (8単位) としていた。②緩和ケアによって術後疼痛管理が効果的にできているは、術後痛を我慢しないためのオリエンテーション (5単位)、患者が我慢しないための説明や環境づくり (7単位)、

看護師の緩和ケアによる軽減 (11単位)、附属物の除去に努める (2単位)、鎮痛剤と併せた緩和ケアでの鎮痛効果を得る (2単位) で構成されていた。看護師の緩和ケアによる軽減には、傍にいてさすったり声をかけたり手を握る方法、体位の工夫や電法を行う方法、呼吸やマッサージをする方法、付属物をできるだけ取り去り不安を緩和する方法、訴えを傾聴し、リラックスさせる方法等があった。

##### 2) 術後疼痛管理が効果的にできていない (79単位構成)

術後疼痛管理に関してうまくできていないは、①緩和ケアはあまり行っていない、②医師と看護師の協働が不十分である、③看護師が術後痛をアセスメントできていない、④痛みの判断を看護師個々の考えや経験・感覚で行っている、⑤患者の痛みがどれくらいか考えたこともなければ理解するのも難しい、⑥術後痛を軽視している、の6グループで構成されていた。以下にその詳細を述べる。

##### ①緩和ケアはあまり行っていない

術後痛を訴える患者に対して、どのような目安で疼痛管理をすれば良いかわからない、疼痛緩和に対する対処が必要と感じながらもどのような対処方法が適切なのか自信がなく提供が難しい (6単位) としていた。また術後痛をどの程度除痛すればよいかわからないため、患者の痛みに応じて鎮痛剤をどのように使用すればよいかわからない、鎮痛剤使用による疼痛緩和を行っているが、鎮痛剤に頼り緩和ケアとして具体的に何ができるかわからない (9単位) であった。

##### ②医師と看護師の協働や看護師のアセスメントが不十分なために効果的な疼痛管理が行えていない

術後痛ははっきりしないので対応が確立されていない、効果的に行われていない、エピソードでの鎮痛は効果がないなどの、現状の疼痛管理が効果的でないことに関する (6単位)

単位)、鎮痛剤使用に関する医師とのジレンマがある、医師・看護師ともに疼痛緩和に対する統一性がない、医師は患者の術後痛に関心が低いなどの医師と看護師が術後疼痛管理を協力してできていない(10単位)というものであった。

③看護師は術後疼痛アセスメントが十分にできていない

新卒看護師は患者の訴えだけに頼っている、疼痛判断が未熟であることから患者の痛みに応じた鎮痛剤の使い分けができない(8単位)、痛みのアセスメントが看護師の個人差・能力差があり十分にできていない(8単位)こと、痛みの誘発因子がわからない、疼痛を我慢している患者がいるかもしれないがわからない等(14単位)であり、術後疼痛アセスメントは必要と感じながら、痛みの原因追求や分析を行っていないかった。

④患者の痛みの判断を看護師個々の考えや経験及び感覚で行っている

術式や傷の大小、性別や年齢などが痛みを左右するという看護師の捉え方に影響する(3単位)、個別的な疼痛緩和は、看護師の感覚的なものになっている、経験で痛みの程度を判断している、自分の判断に曖昧なところがある、痛いのは当たり前というイメージがある等で痛みに対して根拠のない判断をしている(6単位)、看護師個々で痛みの判断が異なる(1単位)、痛みを理解する観察力が必要だが今はない(1単位)というものであった。術後は痛いのが当たり前という認識や、痛みの判断は根拠が曖昧なのでなんとなく感覚的に判断していること、痛みを理解するには観察力が必要であるが力不足であるとなっていた。

⑤患者の痛みがどれくらいか考えたこともなければ理解するのも難しい

患者の苦痛は経験した人でないとわからない、自分たちが体験していない痛みなので理解することが難しい(2単位)、患者の苦痛の訴えのみで痛みを判断している(2単位)、さ

らに、術後痛について考えたことがなく、またどのように対処すればよいかも考えたことがない(2単位)というものであった。

⑥術後痛を軽視している

術後痛は短期間に終息する、日柄で消失することから術後疼痛管理を行う期間が限られている(2単位)、術後の疼痛は、ターミナル期の痛みと異なる、看護師の関心はターミナル期の疼痛緩和にあることから、ターミナル期の痛みと比較して術後痛を軽視していた(2単位)。また癌性疼痛と比較して、手がかかる時期が決まっているためケアに対するジレンマがないことや痛みの種類が決まっている(2単位)とし、患者の苦痛を患者の体験から捉えるのではなく、画一的に捉え、術後痛を軽視していた。

3) 術後疼痛アセスメントの方法は統一した見解がもちにくい(46単位構成)

これは、①術後痛の原因は様々なものがあるので、さまざまな情報を手がかりに判断する必要がある、②術後痛の見通しについては看護師の意見がわかれている、③術後疼痛スケール使用には賛否両論がある、の3グループで構成されていた。

①術後痛の原因はさまざまであるため、多

様な情報を手がかりに判断する必要がある

術後痛の要因は、創痛だけでない、臥床し拘束されることによる苦痛、膀胱留置カテーテル挿入や抜去などの苦痛を伴う処置やカテーテル類の影響、性別による痛みの感覚が違ふ、手術に伴う病気や状況などによる心理的不安や苦痛がより術後痛を増強させる、患者の活動状況が痛み出現を左右する、昼より夜間の方が痛みに集中し心配な気持ちが強くなるため、痛みが増強しやすい、手術部位、術式、傷の大きさなどでも痛みの強さが異なる(23単位)としていた。また術後は安静にしないでいけないと考えて緊張している(1単位)ことも原因としていた。

②術後痛の見通しについては看護師の意見が

わかれている

手術後に痛みがなくなることはない、痛みは完全にゼロにはならない、痛みがゼロになることは不可能という術後痛を完全に消失することができないこと（4単位）、術後患者は苦痛が少ないように自分で工夫している、術後痛は患者が受け入れやすい、術後痛は見通しが立ち、患者が納得して行動できるという術後痛は患者に見通しがつき受け入れやすいものであること（3単位）、また術前には術後痛がどれくらいか説明できない、患者は術後痛の程度を予測できない、患者は術後初めて痛みを実感することから、術前に術後痛のオリエンテーションを行っても術後痛を説明しきれない（3単位）というものであった。

③術後痛の評価に疼痛スケールを使用することは賛否両論がある

鎮痛剤効果を1～10のスケールで確認する、統一した評価基準が必要なため、鎮痛剤効果はスケールを用いて行う（2単位）ものと、術後痛は傷の痛みなので、あえてスケールを使用する必要がない、その時々で痛みの状況が異なるので、スケールを用いてあてはめることはできない、疼痛スケールの信憑性がない、疼痛スケールの使用は看護を煩雑にする、術後痛は、短期間で終息するのでスケールは使用していない（10単位）等、疼痛スケールを用いていない状況があった。

4) 生活の質を低下させないための術後疼痛管理（11単位構成）

人間として耐えがたくないレベルの疼痛管理をしていくこと、普通に日常生活が送れることを術後疼痛管理の目標にしていた（3単位）。また、就寝前に鎮痛剤を使用することが多い、術後回復にとってゆっくり休息することが大切なので鎮痛剤を使用する等、鎮痛剤を用いて休息がとれるようにする（8単位）ことが生活の質を保証する術後疼痛管理としていた。

5) 術後疼痛管理には科学的なアセスメントが必要なので学習することが大切（30単位構成）

①鎮痛剤使用にあたっては科学的なアセスメントをした上で用いることが必要、②疼痛緩和に対する学習が必要である、③薬の効果を評価した上で更に効果的な鎮痛効果が得られるように努める、の3グループに構成されていた。

①鎮痛剤使用にあたっては科学的なアセスメントをした上で用いることが必要

手術状況を直接見ていないため、患者の痛みの状況を正確に判断できない、術中の情報や麻酔の種類等が痛みを把握する情報源になっている等、疼痛アセスメントをするためには術中の情報が必要であること、痛みの状況を患者の訴えや表情、麻酔の注入量、バイタルサインズから総合的に行っていること、術式や手術の種類で疼痛レベルを判断する等、看護判断をしていくためには様々な手がある（8単位）としていた。また10日以上経過しても痛みがあるのは異常である、疼痛は術後合併症のサインであるので注意深く観察するなど痛みの持続時間や程度によって異常の判断をすること、患者の身体状況を十分に理解して鎮痛剤を使用することが必要、患者が訴えたときにすぐに鎮痛剤を使用するのではなく、痛みをアセスメントすることが大切等、科学的にアセスメントした上で鎮痛剤を使用する（9単位）ことであった。さらにPCA（PCA：Patient-controlled analgesia 患者管理鎮痛法）が挿入されていてもその効果は人により異なる、PCAは若い人であれば活用できる、疼痛の自己管理は高齢者の場合は難しい等、PCAの使い方や効果の状況（6単位）についてであった。

②疼痛緩和に対する学習が必要である（4単位）

痛みコントロールや緩和ケアについての学習会はない、病棟内で疼痛緩和についての勉強会はしていない、希な手術については事前

学習を行い術後管理をする、術後疼痛管理の主体である看護師も痛みのレベルやケアについて学習が必要であるとしていた。

③薬の効果を評価した上でさらに効果的な鎮痛効果が得られるように努める (3単位)

すぐに痛みを訴えるときは鎮痛剤が効いていないと考える、薬の効果を評価して用いる、鎮痛剤を使用しても効果のない時は、薬の種類を考えるであった。

- 6) 痛みの感じ方は個人差があるので尊重して聴く必要があり、それができるのが看護師である (23単位構成)

痛みは患者しかわからななので、どのように感じているかを知ることが大切、看護師は痛みに対して具体的に聴き、ゆっくり関わる必要がある等、患者の痛みを患者の表現で具体的に確認し、患者の痛みの訴えを尊重し、痛みの状況を具体的に確認すること (6単位)、患者の痛みを尊重する、患者の訴えを親身になって聴く、重視しなければならないのは患者の訴え等、患者の訴えが大切なので尊重して聴くこと (7単位)、痛みの感じ方には個人差がある、術後の緩和ケアの主体は患者である、術前から疼痛緩和に個別対応を考える等、痛みの感じ方には個人差があるので個別対応を行う (7単位)、また看護師は患者のそばにいる時間が多いので、患者の痛みの状態が医師よりわかっている、術後疼痛管理の主体は看護師である等、患者の痛みを一番わかるのは看護師である (3単位) という捉えであった。

- 7) 術後疼痛管理には医療従事者の協力だけでなく家族の協力が必要 (16単位構成)

術後疼痛管理は、医師との協力が必要、医師と看護師の関係がよいことが大切である、看護師だけでは術後疼痛管理は限界がある、医師と看護師の考え方が一致していることが大切という術後疼痛管理では医師と協力することが必要であること、また痛み緩和につい

て医師ともしっかり話し合った方がよいが今はできない、医師と痛みについて話し合う機会が必要としていた (7単位)。一方、医師と看護師間での痛みに対する考え方の違いは感じていない、医師は看護師の判断を尊重している、医師は術後疼痛時の指示をしっかりと出すので対応に困ることはない、術後疼痛管理は患者・看護師・医師の共同作業である (7単位) 状況があった。さらに、痛みケアには本人・家族は当然含まれている、術後疼痛緩和のために精神面で家族の協力を求めている (2単位) としていた。

### 3. 術後疼痛管理に対する臨床看護師の認識7グループの相互関係

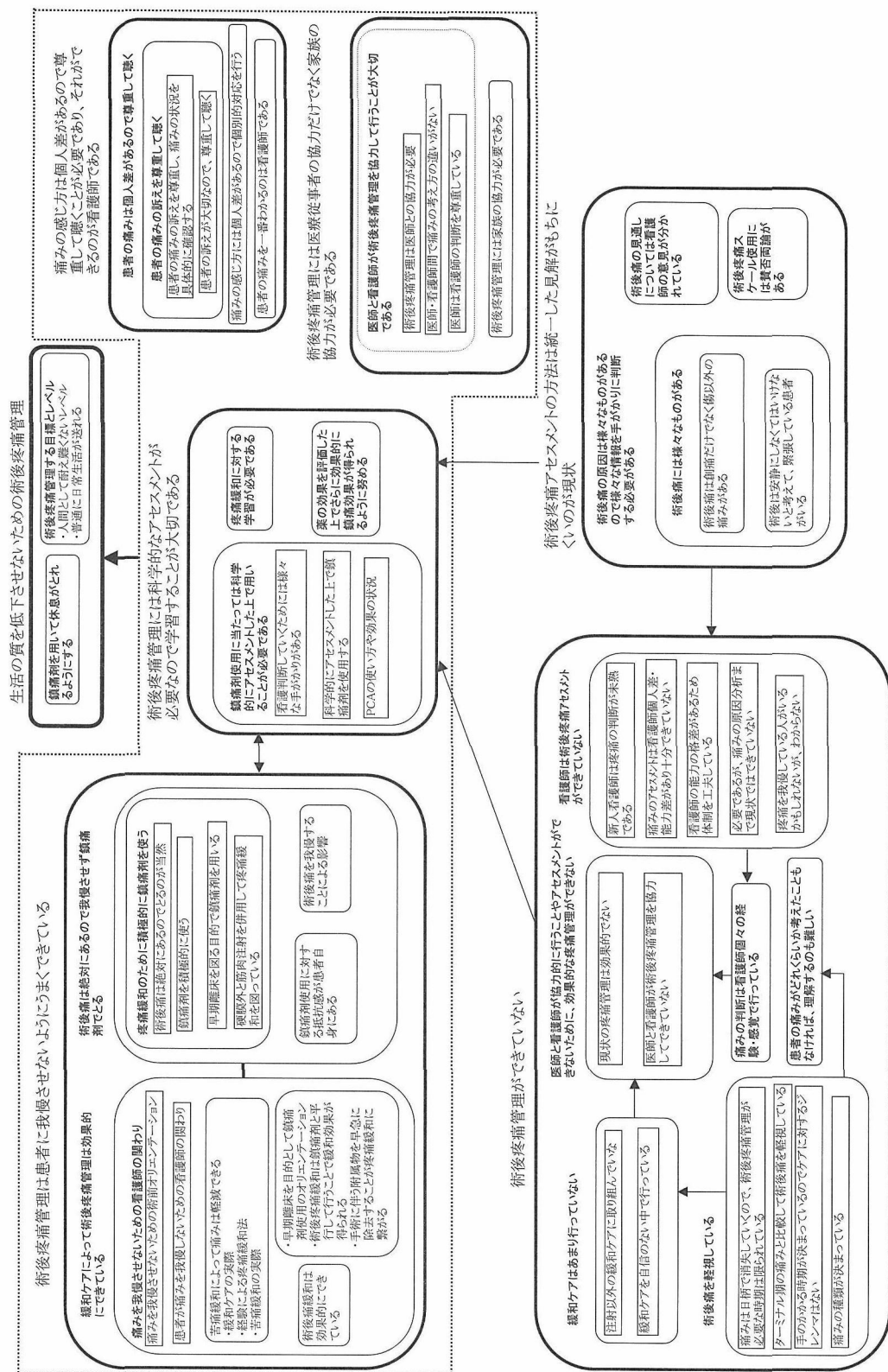
以上、編成された7グループに基づき図解したものを図1に示した。臨床看護師が術後疼痛管理をできていないとしたのは、術後痛を軽視していることで緩和ケアをあまり行っていないこと、軽視しているが故に患者の痛みがどれくらいか考えることもなければ、理解するのも難しいからだとも考えられる。また術後疼痛アセスメントができず、痛みの判断が看護師個々の経験や感覚で行われていること、また緩和ケアを行う必要性をあまり感じていないことで、医師と協力的に術後疼痛管理を行うことやアセスメントができないために、効果的な術後疼痛管理ができない状況を生みだしていると考えられる。また術後痛の原因は様々であるため多様な情報を手がかりに判断する必要があるが、術後痛の見通しについて看護師の意見が分かれていたり、術後疼痛スケール使用について賛否両論があり、術後疼痛アセスメントの方法は統一した見解がもちにくい現状になっている。したがって、術後疼痛アセスメントの方法を統一した見解の中で行うためには疼痛アセスメントや緩和ケア及び鎮痛剤の効果が評価できる学習が必要になる。

他方、術後疼痛管理が患者に我慢させないようにうまくできているのは、緩和ケアによって術後疼痛管理が効果的であるということと、術後痛は絶対あるので我慢させず鎮痛剤を使用するという

両者の認識から成り立っている。効果的に術後疼痛管理が行えている状況においても患者の痛みの感じ方は個人差があるため尊重して聴くことが必要であり、医療従事者の協力だけでなく家族の協力も必要であること、さらにより効果的な術後疼痛

管理を行うためには術後疼痛アセスメント、疼痛緩和、鎮痛剤の効果とその評価についての学習が必要になる。これら術後疼痛管理をより効果的に行うことが患者の生活の質を低下させないことに繋がる。

図1 各グループの相互関係



## V. 考察

### 1. 看護師の認識から捉えた術後疼痛管理の状況

術後痛を除痛または緩和するための術後疼痛管理は、手術療法を受ける患者が安楽かつ最適な回復をしていくための必須条件である。患者の療養生活の身近にいる看護師には、患者が手術によって体験するであろう苦痛を予知し、回避するための方策や回避のための個別的なアプローチを適切に行う責務がある。

しかし、本研究結果から術後疼痛管理が効果的にできていないのは、患者の体験している苦痛を適切にアセスメントし、適切な方法で緩和しているという確信をもてない状況があることが明らかになった。その背景には術後痛、鎮痛剤、疼痛アセスメント、疼痛緩和法などの知識不足、積極的な術後疼痛管理に対する認識の不足が考えられる。その結果、術後疼痛管理を看護師の主体的行為として働きかけることが十分にできず、また他職者との協働を推進することが十分にできないという悪循環を生みだしている構造が明らかになった。

長谷川は<sup>3)</sup>、術後疼痛に対する看護師の対応とその効果への認識に関する調査で、術後痛への対応で最も多かったのは、鎮痛剤の使用が100%で、一方「深呼吸を促す」「話題を変える」等のリラクゼーション等の回答は低かったと報告している。また鎮痛剤の使用以外の「体位変換」「電法」「原因の見通しを説明する」「訴えを聴く」「マッサージ」等の援助は、76.6%が鎮痛効果はあると認識しているにもかかわらず、十分に対応している割合は37.6%であった。その理由は「余裕がない」

「知識不足」と回答し、それぞれ約50%を占めていたと報告しており、本研究結果とも知識不足の点については一致した見解であった。また、荒川らの患者と看護師の術後疼痛およびケアの受け止め方の調査結果では<sup>4)</sup>、患者が、痛みが「消失」と認識したケアは、「鎮痛剤の投与」「電法」「深呼吸」「体位変換」「説明」の5項目であったが、一方看護師が、痛みが「消失」と認識したケアは、「鎮痛剤の投与」のみであったと報告し、患者が緩和したと認識しているケアを、看護師自身が主体的な取り組みとして認識していなかった

ことを指摘している。本研究結果においても、看護独自の働きかけとして緩和ケアが提供されていたが、患者にとって効果的であるかの評価が十分にできていないことが推察された。

術後疼痛緩和ケアは、患者の痛み体験状況を的確に把握した上で、患者にとって効果が期待できるものを最大限に準備し、患者状況に合わせ、様々な方策を組み合わせながら計画・実践し、その効果について繰り返し評価しながら行う必要がある。個人が体験する痛みは不快な感情体験であるため、適切な鎮静や緩和ケアがされないとその後の予後を左右するだけでなく、苦悩な日々を過ごし生活の質に影響を及ぼす出来事になる。様々な痛み体験の中で術後痛は、人為的操作によって引き起こされた痛みであるため、いずれその痛みは終息を迎えることになる。そのため比較的短期間で解決できる性質をもつ術後痛への関与は、鎮痛剤の投与を中心とした画一的な対応ですませてしまう可能性がある。

看護師は、医師の指示受ける診療行為として術後疼痛管理を行うのではなく、患者が痛みから解放され、安楽に過ごす権利、痛み緩和について患者自身が選択または放棄する権利、体験する痛みについてどのように対処すべきかを決定できる権利があることを認識した上で、患者が体験するであろう痛みや体験している痛みを適切にアセスメントし、痛み緩和により安寧な状態で術後生活を送ることができる効果的なケアを看護師の主体的なケアとして行使する責務がある。

### 2. 臨床看護師が効果的な術後疼痛管理を行うための提言

#### 1) 術後疼痛アセスメントが的確に行えるための教育・学習の必要性

本研究結果から、看護師は術後疼痛管理に対して、痛みの判断が個々の考えや経験、感覚にもとづいていること、科学的な術後疼痛アセスメントができていないことから、学習の必要性を強く認識していた。

Margo McCafferyは<sup>5)</sup>、『痛みをもつ人々に対するケアにおけるナース独自の役割とは、

患者とともに患者の痛み緩和法を実施すること、違う方法や追加する方法の必要性を特定すること、それらの方法を獲得し、患者への効果を査定することである』と述べている。つまり、看護師には、患者の体験している痛みの原因、種類・内容・強さをアセスメントする能力が十分にあること、術後疼痛コントロールのための薬物的アプローチの知識があること、患者の体験している痛みの判断に基づいて、非侵襲的緩和アプローチの方法についての知識を有していること、疼痛緩和アプローチの知識だけでなく、アプローチそのものが、術後患者の体力・生命力の消耗を増大させ、患者の回復力を妨げない確実な技術力が不可欠であるため、臨床現場における看護師への教育・学習の機会提供と体制づくりだけでなく、基礎看護教育においても術後疼痛管理に関する教育を十分に行う必要性を確認することができた。

## 2) 周手術期看護として術後疼痛管理を看護師が主体的に行うことの必要性

Margo McCafferyは<sup>6)</sup>、痛みをもつ患者の看護に関する最も基本的な原則の1つは、痛み体験に伴う不安を軽減することであり、不安が軽減されると、痛み感覚はあっても、知覚される痛みの強さは少なくなるか、または我慢しやすくなると述べている。したがって、患者は術後に体験するであろう痛みを、術前から予期的に理解し、不必要な痛みへの脅威や不安の増大がなく、術後の痛みに対処できるように、看護師は、患者との信頼関係を基盤にしながら、術後痛に対する正しい情報の提供をしなければならない。本研究結果で、術後疼痛管理がうまくできている中には、術前オリエンテーションが有益という認識があった。しかし、相澤ら<sup>7)</sup>の術後痛に関する術前オリエンテーションの現状調査結果では、手術療法を受ける患者は、術前に手術経過や必要物品の説明、麻酔や手術に伴う身体への影響や術後合併症予防のための呼吸法、術後

痛の発生や対処の方法について8～9割の施設で説明されていたが、術後痛に関するオリエンテーション内容は、「痛みは我慢する必要がないこと」や「疼痛時は、看護婦に申し出る」等の画一的なもので、鎮痛剤の種類や作用・副作用についての説明や術後痛を我慢することでの身体回復への影響についての説明は、十分に行われていない実態を報告している。患者が自己の身体回復過程やその過程で生じる痛みに向き合い、痛みを回避する最良の方策は何かを理解できるよう、患者とともに痛み緩和に努めるための組織的・系統的なケアを推進する必要がある。

## 3) 他職種者と協働したチームアプローチによる術後疼痛管理の必要性

術後疼痛緩和において鎮痛剤の使用は有効であり、その治療法の中心を担ってきたのは、従来から医師であった。本研究結果から、看護師は医師との見解の相違によって術後疼痛管理へのジレンマがあった。患者が体験する術後痛は、身体的苦痛だけでなく、社会・経済的状況を含めた日常生活に様々な苦痛や制限をもたらす。医療従事者の中で患者と関わる時間が一番多く、患者の疼痛の程度や経過及びその関連要因について情報を多く得られるのは看護師である。患者は手術目的で入院し、それぞれに健康回復を願い、医療従事者に対して役割期待をしながら、術後の身体状況の回復と心の安寧のために対処しようと努力している。したがって、看護師は患者の医療従事者に対する役割期待にこたえ、関連職者と相互に情報共有を図り、様々な観点から得られた情報を活用し、患者の安寧を目指した術後疼痛管理へのアプローチを積極的に行わなければならない。

術後痛を患者の主観的・全人的な痛みと捉えたと、ターミナルケアと同様に術後患者の多彩なニーズを満たすための働きかけが必要になる。患者の多彩なニーズに対応するためには、専門職者が有機的に働きかけられるた

めのチームアプローチが不可欠である。

## VI. 結語

患者が手術による苦痛を体験せず、術後生活を安楽に過ごせることを目指すのが周手術期に関わる看護師及び医療従事者の役割である。しかし、専門分化が急速に発展している医療現場で、術後痛がいまだ術後の治癒過程の一つという考えや認識に基づいて患者の疼痛を軽視している実態にあることもわかった。今後は周手術期患者にとって身近な存在である看護師が、術後疼痛管理に対する正しい知識と経験を蓄積し、的確なアセスメントに基づく個別的ケアが行えるように、教育体制の整備を臨床現場と協働しながら検討していきたい。

今回の研究は、調査対象者を任意的抽出でインタビューした結果に基づくものであり、本調査対象となる母集団を反映するには限界がある。しかし先行研究では術後疼痛管理に関する調査の信頼性・妥当性が十分に検証されていないこと、また術後疼痛管理に影響する要因等も構造化されていないことから、今後も研究を継続し術後疼痛管理の実態と術後疼痛管による看護師の認識の構造化および影響要因を明らかにしていきたい。

## 謝辞

本研究に対し、貴重な時間をさいて、快く協力して下さった看護師の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は山梨県立看護大学共同研究費での研究であり、一部は、第28回日本看護研究学会学術集会に発表（平成14年7月）した。

## 引用文献

- 1) 深井喜代子：痛みを緩和するためのケア技術，臨床看護，24（4），509-513，1998.
- 2) 岡田美賀子：痛みの看護的アプローチ，看護学雑誌，62（7），613-615，1998.
- 3) 長谷川隆雄：術後疼痛に対する看護婦の対応とその効果への認識，第29回日本看護学会（成人看護Ⅰ），47-49，1998.
- 4) 荒川千登世他：術後疼痛およびケアの患者の受け止め方とそれに対する看護婦の認識，京都大学医療技術短期大学看護学科紀要第15号，87-98，1995.
- 5) Margo McCaffery, Alexandra Beebe（季羽倭文子訳）：痛みの看護マニュアル，5，メヂカルフレンド社，1997.
- 6) Margo McCaffery（中西睦子訳）：Nursing management of the patient with pain（痛みをもつ患者の看護），109，医学書院，1979.
- 7) 相澤千草他：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（成人看護Ⅰ），146-148，1997.

# Recognition of postoperative pain management by clinical nurses

ENDO Midori, MATSUSHITA Yumiko, IMAI Saemi,  
NISHIWAKI Tomoko, HASEGAWA Yoko

Key Words : Postoperative pain, Postoperative pain management, Clinical nurses, Recognition