（資料）

術後疼痛管理における看護師の困難感

―術後疼痛管理の講習会に参加した参加者へのアンケート調査から―

中込洋美[1)]　遠藤みどり[2)]

要　旨

本研究の目的は、術後疼痛管理に携わる臨床看護師の、術後疼痛管理実践に関する困難の内容を明らかにし、術後疼痛管理に関する教育内容への具体的示唆を得ることである。対象は、2003 年 4 月から 2005 年 3 月に術後疼痛管理研究会講習会に参加し、講習会終了後のアンケート調査への協力が得られた臨床看護師 187 名である。術後疼痛管理における困難に関する自由記載内容を分析した結果、看護師の困難感は【医療者中心の画一的な疼痛管理】、【医療者の認識不足】、【鎮痛薬の知識不足】、【知識・アセスメント不足】、【コントロール不足】、【医療者間の連携不足】、【資源不足】に集約された。今後は術後疼痛管理に必要な基本的な知識を継続して学ぶこと、術後疼痛管理において遭遇しやすい事例をとおして倫理的ジレンマに対する気づきや解決に向けての方略を学ぶ機会を設けると共に、実践力を高められるような教育を行う必要性が示唆された。

キーワード：術後疼痛管理　看護師　困難感

Ⅰ．はじめに

低侵襲手術の普及により、手術療法は高齢者や合併症を有している患者など幅広い対象者に実施されるようになった。しかし、どのような手術療法であっても患者にとっては全人的な痛みを伴うものである。さらに手術療法によって生じる痛みは術後の回復に影響を及ぼし、ときに術後合併症を併発する要因ともなり得る。患者の順調な身体回復を支援し安楽な術後の生活を保障するためには、患者の療養生活を支援する看護師が、個々の患者の状態に合わせた術後疼痛管理を実施することが重要である。

術後疼痛管理研究会（以下、研究会）では 2003 年から、周手術期に患者が体験する疼痛を的確に捉え、患者の安楽を保障するケアを適切に実施するための知識・技術を習得することで主体的に術後疼痛管理実践ができるよう、看護師を対象とした講習会を開催している。講習会では、痛みのメカニズムと身体への影響、薬剤の作用機序、看護倫理、患者教育方法等、術後疼痛管理に必要な基礎的知識と、臨床の現場で生じる問題解決のための具体的方略についての演習など、実践にいかせる内容で企画している。講師は臨床の場で活躍している麻酔科医師、外科医師、臨床看護師および大学教員で構成されている。これまで講習会に参加した受講者からは、術後の患者への疼痛管理を実施するにあたり、疼痛時の指示内容への疑問、患者に痛みを我慢させてしまっていることによる辛さ等、難しさを抱えながら看護実践しているという意見があった。術後における疼痛管理の現状は、患者への鎮痛対処法が十分に確立されているとはいえず、それに対し臨床看護師は戸惑いやジレンマを感じていることがわかった。遠藤ら[1)]によると、臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価において、看護師は術後疼痛アセスメントの困難感を有していること、個々の患者の痛みに対し専門的知識活用や共感的態度をもって術後疼

（所　属）
1）山梨県立大学看護実践開発研究センター
2）山梨県立大学看護学部 成人看護学領域

痛管理を行う必要性があること、チームアプローチの重要性を認識しているが、他職種や同職種間で協働して術後疼痛管理を行えないジレンマがある中で看護実践を行っていることを明らかにしている。

そこで本研究において、研究会が開催する講習会を受講した周手術期看護に携わる臨床看護師が、術後疼痛管理を実践する上で、どのような困難感があるかを明らかにすることにより、臨床看護師への術後疼痛管理に関する教育内容への示唆が得られるのではないかと考えた。

Ⅱ．研究目的

本研究は、術後疼痛管理の講習会に参加した臨床看護師が術後疼痛管理実践に関して困難と感じている内容を明らかにすることにより、術後疼痛管理に関する教育内容への具体的示唆を得ることを目的とする。

Ⅲ．用語の定義

困難感

困難とは、苦しみ悩むこと、ものごとをなし遂げたり実行することが難しいことである。本研究における困難感は、周手術期の疼痛管理を行うにあたり看護師が抱く葛藤や悩み、戸惑い等の感情と定義する。

Ⅳ．研究方法

1. 対象者

研究会が開催した術後疼痛管理に関する講習会に参加した周手術期看護に携わる臨床看護師187名

2. 調査期間

2003年4月～2005年3月

3. データ収集方法

1) 講習会参加者に、講習会終了後のアンケート調査への協力について文書をもって依頼した。
2) 調査協力の得られた対象者のアンケート調査票を専用のボックスを用いて回収した。

4. 分析方法

1) 対象者の属性、看護師経験年数および標準偏差について、MicrosoftExcel を用いて単純集計を行った。
2) アンケート調査項目のうち、「術後疼痛管理に関して臨床の現場で感じている問題点は何か」という自由回答法による質問項目への回答結果について、術後疼痛管理を実践する上での葛藤や悩み、戸惑い等の感情に着目し、コード化、サブカテゴリ化、カテゴリ化を行い、カテゴリ間の関連性について検討した。分析にあたっては研究者間で一致をみるまで繰り返し検討を行った。

5. 倫理的配慮

研究の目的、方法、研究への参加における個人の自由意思の尊重、参加の拒否により不利益が生じないこと、データの厳重管理、匿名性プライバシーの保護，研究結果の公表について文書および口頭で説明し、アンケート調査票の回答をもって研究への同意とした。アンケート調査票は、講習会終了時に専用の投函ボックスを用いて回収した。

Ⅴ．結果

1. 対象者の概要

調査への協力が得られた臨床看護師は 187 名であった。所属部署は、消化器または胸部外科病棟 82 名(44%)、混合外科病棟 56 名(30%)、手術室 18 名(10%)、整形外科病棟 10 名(5%)、外来 6 名(3%)、産科 4 名(2%)、脳外科病棟 2 名(1%)、内科病棟 2 名(1%)、無回答 7 名(4%)であった。看護師としての経験年数の平均は 10.6±8.6 年(1 年～30 年)、所属部署での経験年数の平均は、3.1±2.6 年(1 年～13 年)であった。

2. 術後疼痛管理における臨床看護師の困難感

分析の結果、抽出されたコード数は 132、コアカテゴリ 7、カテゴリ 19、サブカテゴリ 72 に集約された。以下、本文中、コアカテゴリを【】、カテゴリを［］、サブカテゴリを＜＞で示す。サ

表１：術後疼痛管理における看護師の困難感

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	コード(%)	
医療者中心の画一的な疼痛管理	医療者中心の疼痛管理	医師が中心の疼痛管理 医療者の判断による疼痛管理 患者主体の疼痛管理の必要性 我慢を強要する	16	42 (31.8%)
	画一的な疼痛管理	画一的な疼痛時の指示内容 画一的な疼痛管理の風土 画一的な疼痛管理によるせん妄の発生 パターン化された鎮痛管理	11	
	不十分な説明	説明の不一致 患者への説明不足	15	
医療者の認識不足	疼痛管理への認識不足	医師の意識の低さ 医師の認識不足 看護師の疼痛管理の認識不足 疼痛管理が不要という医師の考え	10	20 (15.2%)
	医療者間の見解の相違	医師間の価値観の相違 医師間の考えの相違 看護師間の認識の相違 痛みのとらえ方の相違	4	
	患者の痛みへの固定観念	術後痛は仕方がないという思い 患者の鎮痛についての考え 薬剤使用に対する患者の拒否	3	
	医療者の画一的な痛みの見解	痛みの画一的なとらえ方 画一的な医師の考え	3	
鎮痛薬の知識不足	鎮痛薬使用の判断の困難さ	鎮痛剤使用時期の見極めの難しさ 鎮痛剤使用時期の見極め(早期離床)の難しさ 薬物の選択判断 個別的な鎮痛剤投与の見極め	6	11 (8.3%)
	副作用への懸念	薬剤の影響 副作用への懸念	5	
知識・アセスメント不足	医療者の知識不足	医師の知識不足 外科医の麻酔知識の不足 看護師の知識の格差 看護師の知識不足 知識不足(薬物以外の疼痛管理方法)	11	17 (12.9%)
	痛み評価の困難さ	看護師のアセスメント能力の必要性 アセスメントの必要性 痛みの見極め 疼痛の種類・レベルの判断 客観的鎮痛評価方法の不足	6	
コントロール不足	コントロール不足による離床への影響	コントロール不足による離床の遅れ 副作用への対応不足による離床の遅れ	7	20 (15.2%)
	コントロール不足(PCA管理)	PCAでのコントロール不足	4	
	指示内容への疑問	医師の指示不足 指示内容への疑問	9	
医療者間の連携不足	不統一な疼痛管理	鎮痛剤投与時期の不統一 医療者の不統一な管理方法 医師間の疼痛管理方法の不一致 一貫性の欠如 不統一なPCA管理	7	16 (12.1%)
	医師との連携不足	医師との連携不足 患者ー医師でのジレンマ 指示受けの困難 医師への対応 看護師への依存	7	
	チーム連携の重要性	他職種との連携の必要性 医療チームにおける看護師の重要性	2	
資源不足	器機の不足	器機の不足による画一的な鎮痛方法 器機の不足	4	6 (4.5%)
	マンパワーの不足	管理不足(技術) 麻酔科医の不足	2	

ブカテゴリを構成する具体例は「」で示す。
講習会を受講した看護師の術後疼痛管理に関する困難感は、【医療者中心の画一的な疼痛管理】、【医療者の認識不足】、【鎮痛薬の知識不足】、【知識・アセスメント不足】、【コントロール不足】、【医療者間の連携不足】、【資源不足】であった（表 1）。

以下に、各コアカテゴリについて具体的に説明する。

1)医療者中心の画一的な疼痛管理

このカテゴリは、［医療者中心の疼痛管理］、［画一的な疼痛管理］、［不十分な説明］で構成されていた。

［医療者中心の疼痛管理］は、＜医師が中心の疼痛管理＞、＜医療者の判断による疼痛管理＞、＜患者主体の疼痛管理の必要性＞、＜我慢を強要する＞で、具体的には「医療者だけの判断で疼痛管理が行われていることが多い」や、「患者の考えや意思があまり反映されていないように思える」、「医師の指示のため患者に次の薬剤使用可能時間まで我慢してもらうことがよくある」等、医療者が中心となっている術後疼痛管理体制によって術後の疼痛が生じている患者に我慢を強要させていると感じていた。［画一的な疼痛管理］は、＜画一的な疼痛時の指示内容＞、＜画一的な疼痛管理の風土＞、＜画一的な疼痛管理によるせん妄の発生＞、＜パターン化された疼痛管理＞で、具体的には「何時間あけないと使用できないので、疼痛を我慢させてしまう」、「ある程度痛みが強くなってからでないと鎮痛剤が投与できない雰囲気がある」、「マニュアル的でパターンの決まった鎮痛法しかない」等、痛みを我慢させていることに気づきながらも、職場風土としてマニュアル的な疼痛管理方法が遵守されていると感じていた。［不十分な説明］は、＜説明の不一致＞、＜患者への説明不足＞で、具体的には「術前オリで『痛みを我慢しないでください』と言っておきながらも、痛みを我慢させることになってしまっている」、「術後疼痛管理について具体的な説明がされていない」、「情報提供がまだまだ少なく理解が乏しいまま、ことが運ばれている」等、患者への情報提供が不足していることや、術前の説明と異なる術後疼痛管理を実践していると感じていた。

2)医療者の認識不足

このカテゴリは、［疼痛管理への認識不足］、［医療者間の見解の相違］、［患者の痛みへの固定観念］［医療者の画一的な痛みの見解］で構成されていた。［疼痛管理への認識不足］は、＜医師の意識の低さ＞、＜医師の認識不足＞、＜看護師の疼痛管理の認識不足＞、＜疼痛管理が不要という医師の考え＞で、具体的には「主治医の疼痛管理に対する意識の低さを感じる」、「疼痛管理に関し医師の認識が薄く、積極的に行われていない」、「痛いと泣く人に対して、いつもそうだからと放置できるようになってしまうこと」、「現場が忙しいが、看護師自身が主体性をもって術後の疼痛管理の必要性を認識せず、またそれを問題視しない」等、術後疼痛管理に携わる医療者の痛みに対する認識が低く、患者の術後疼痛の緩和に向き合っていないと感じていた。［医療者間の見解の相違］は、＜医師間の価値観の相違＞、＜医師間の考えの相違＞、＜看護師間の認識の相違＞、＜痛みのとらえ方の相違＞で、具体的には「医師により痛みのコントロールの価値観が違うように思える」、「看護師間の認識の差」、「患者の痛みを取っていくことが良いことだと考えていない場合が多い」等、医療者間の術後疼痛に対する認識や、患者の術後疼痛を管理することへの価値観が異なっていると感じていた。［患者の痛みへの固定観念］では、＜術後痛は仕方がないという思い＞、＜患者の鎮痛についての考え＞、＜薬剤使用に対する患者の拒否＞で、具体的には「患者の多くは術後痛いのは仕方ないと思っている」、「患者の拒否がある」等、術後に生じる痛みは仕方がないと考え、患者自身が鎮痛を図ることを拒否していると感じていた。［医療者の画一的な痛みの見解］は、＜痛みの画一的なとらえ方＞、＜画一的な医師の考え＞で、具体的には「術後疼痛

は仕方がないと思ってしまっている」や「痛みがあっても仕方がないという痛みに対する考え」等、術後疼痛管理に携わる医療者が、術後痛は仕方がないという画一的な考え方をもっていると感じていた。

3)鎮痛薬の知識不足

このカテゴリは、［鎮痛薬使用の判断の困難さ］、［副作用への懸念］で構成されていた。［鎮痛薬使用の判断の困難さ］は、＜鎮痛剤使用時期の見極めの難しさ＞、＜鎮痛剤使用時期の見極め（早期離床）の難しさ＞、＜薬物の選択判断＞、＜個別的な鎮痛剤投与の見極め＞で、具体的には「予防的に鎮痛剤を使用するタイミングが難しい」、「PCA が導入されていないため、術後疼痛指示の使用時、看護師の判断が難しい」、「薬剤使用に関してのアセスメントが大変である」等、術後疼痛が生じている患者の痛みをアセスメントし、個々の患者の状況にそった適切な鎮痛薬を選択することの難しさ、鎮痛と離床のバランスの難しさを実感していた。［副作用への懸念］は、＜薬剤の影響＞、＜副作用への懸念＞で、具体的には「鎮痛剤の腸管運動への影響」、「PCA で疼痛管理している患者が翌日に吐き気などの副作用で苦痛を示す場合がある」、「離床には PCA も有効だと思うが、術後の不穏もあり危険な面が多い」等、鎮痛で用いる薬剤による副作用を理解することや、出現する症状に対応することの難しさを感じていた。

4)知識・アセスメント不足

このカテゴリは、［医療者の知識不足］、［痛み評価の困難さ］で構成されていた。［医療者の知識不足］は、＜医師の知識不足＞、＜外科医の麻酔知識の不足＞、＜看護師の知識の格差＞、＜看護師の知識不足＞、＜知識不足（薬物以外の疼痛管理方法）＞で、具体的には、「作用機序がもっとわかれば良いと思う」や「外科医師の知識が不足しているのではないか」、「看護師個々の知識に個人差がある」、「指示されている疼痛時の指示を、どのように看護師管理で施行しても痛みの軽減を図ることができない」等、術後痛の特徴及び、術後痛や鎮痛薬の特徴を踏まえたうえでの術後疼痛の管理方法、また鎮痛薬以外の方法による疼痛緩和について、医療者の知識不足があると感じていた。［痛み評価の困難さ］は、＜看護師のアセスメント能力の必要性＞、＜アセスメントの必要性＞、＜痛みの見極め＞、＜疼痛の種類・レベルの判断＞、＜客観的鎮痛評価方法の不足＞で、具体的には「患者の疼痛に関する看護師のアセスメント能力の向上が必要」、「高齢者が多いので、訴えがはっきりしないことがある」、「疼痛フローシートやアセスメントツールがなく、個別の評価が不十分」等、手術療法を受ける患者が高齢化している中で、痛みを捉え評価することの難しさ、疼痛を評価するためのツールが不足していること、そして看護師が患者の疼痛を見極めアセスメントする能力が不足していると感じていた。

5)疼痛のコントロール不足

このカテゴリは、［コントロール不足による離床への影響］、［コントロール不足（PCA 管理)］［指示内容への疑問］で構成されていた。［コントロール不足による離床への影響］は、＜コントロール不足による離床の遅れ＞、＜副作用への対応不足による離床の遅れ＞で、具体的には「十分な疼痛管理がされていないことにより、早期離床が遅れてしまっている」、「鎮痛剤を使用した事による副作用や翌日に傾眠的となり離床・リハビリが進まない。患者の意欲低下」、「痛みが軽減されていないまま早期離床をすすめてしまっている」等、不十分な疼痛管理により、術後合併症予防のための早期離床が行われていないことや、患者が安楽を保てない状況で離床が促されていると感じていた。［コントロール不足（PCA 管理)］は、＜PCA でのコントロール不足＞で、具体的には「PCA や硬膜外カテーテルを使用していてもコントロールされず、患者の苦痛が強い」、「PCA を使用しているが吐き気が強く、術後一日目に抜いてしまっていることが多い。3 日くらいまで使用できればいいと思う」

等､術後管理方法に患者自己管理鎮痛法(Patient-Controlled Anesthesia：以下 PCA とする）が用いられているにも関わらず効果が発揮されていないことや、薬剤の副作用が管理されていないと感じていた。[指示内容への疑問］は＜医師の指示不足＞、＜指示内容への疑問＞で、具体的には「医師の指示に従っているが、疼痛が取り切れていない」､「PCA は本来、患者が疼痛を感じた時、すぐに自分の意思で薬剤を注入する事ができるものであるが、医師の指示がない限り使用できないでいる」､「屯用で筋肉注射を使うことが多く、使用後に眠ってしまうことが多い。そのため早期離床や痰の喀出につながらないことが多い。昼間の鎮痛剤の使用について薬液や量・方法について問題だと思っている」等、術後疼痛に対する医師の指示があっても患者の疼痛の緩和が図られないこと、合併症予防に効果的ではない指示内容になっていること、PCA であっても管理の主体が医師主導になっていると感じていた。

6)医療者間の連携不足

このカテゴリは、[不統一な疼痛管理]、[医師との連携不足]、[チーム連携の重要性］で構成されていた。[不統一な疼痛管理］は、＜鎮痛剤投与時期の不統一＞、＜医療者の不統一な管理方法＞、＜医師間の疼痛管理方法の不一致＞、＜一貫性の欠如＞、＜不統一な PCA 管理＞で、具体的には「どの程度の時に痛み止めを使うかがスタッフ間で統一できない」､「病棟において術後疼痛に対して一貫性がない」､「主治医や術式により PCA の設置が決まるため、患者に共通した疼痛管理がされていない」等、術後疼痛管理を実施しているにもかかわらず、医師間、看護師間、あるいは医療者間において統一した見解で疼痛管理がされていないと感じていた。[医師との連携不足］は、＜医師との連携不足＞、＜患者-医師でのジレンマ＞、＜指示受けの困難＞、＜医師への対応＞、＜看護師への依存＞で、具体的には､「医師とのコミュニケーションがうまく図れず、患者に対して適切な治療がされているのか疑問」､「鎮痛剤の使用についてかたくなに否定する医師と、患者の疼痛コントロール、つらい気持ちをどうしていくか」､「痛くて当たり前という考えを持っている外科医から疼痛管理の指示を受けるのが困難」等、疼痛管理への疑問を感じながらも、医師との調整が円滑に行えないことにより医師-看護師間での連携が図れず、医師からの指示内容と痛みを訴える患者との狭間で疼痛管理への難しさを感じていた。[チーム連携の重要性］は、＜他職種との連携の必要性＞、＜医療チームにおける看護師の重要性＞で、具体的には「看護師は他の医療従事者と話し合う機会が必要だと思う」､「医療チームとしての看護師の意見がどの程度生かされているかが重要だと思う」と、チーム内において看護師が主体的に意見を述べる必要性があると感じていた。

7)資源不足

このカテゴリは［機器の不足]、[マンパワーの不足］で構成されていた。[機器の不足］は、＜器機の不足による画一的な鎮痛方法＞、＜器機の不足＞で、具体的には「PCA ポンプの機械が少ない」､「PCA ポンプの利点はわかるが、高価でなかなか手が出ない」､「麻酔科がなく PCA も使用されていないため、疼痛緩和できる事が限られている」等、PCA のメリットは理解していても､PCA 機器が不足していると感じていた。[マンパワーの不足］は、＜管理不足（技術）＞、＜麻酔科医の不足＞で、具体的には「硬膜外チューブを使用しているが、固定されていないため体動などにより自然抜去されないか心配」､「PCA の管理について，常勤の麻酔科医がいないため不便である」で、術後の患者に硬膜外チューブや PCA ポンプが使用されているが、管理に携わるマンパワーに不足があると感じていた。

3. カテゴリ間の関係性

周手術期の術後疼痛管理に携わる看護師の困難感を図式化した（図 1)。

看護師は、術後疼痛や疼痛管理についての医療者の認識や鎮痛薬に関する知識の不足、患者の痛みを的確に捉えるための知識やアセスメント能力の不足による術後疼痛管理の困難感を有していた。また、効果的な疼痛管理を実践するためには医療者間の連携が必要であることに気づいているが、実際には十分な連携が図られていないことへの困難感があった。さらに患者を中心とした疼痛管理を実践するためには、患者主体で術後疼痛管理ができるPCAポンプを活用することのメリットを理解しながらも、機器やマンパワーの不足等、疼痛管理実践を行う環境が整っていないことへの困難感があった。このような困難感により患者には十分な疼痛コントロールが図られておらず、医療者を中心とした画一的な疼痛管理が行われていると感じていた。

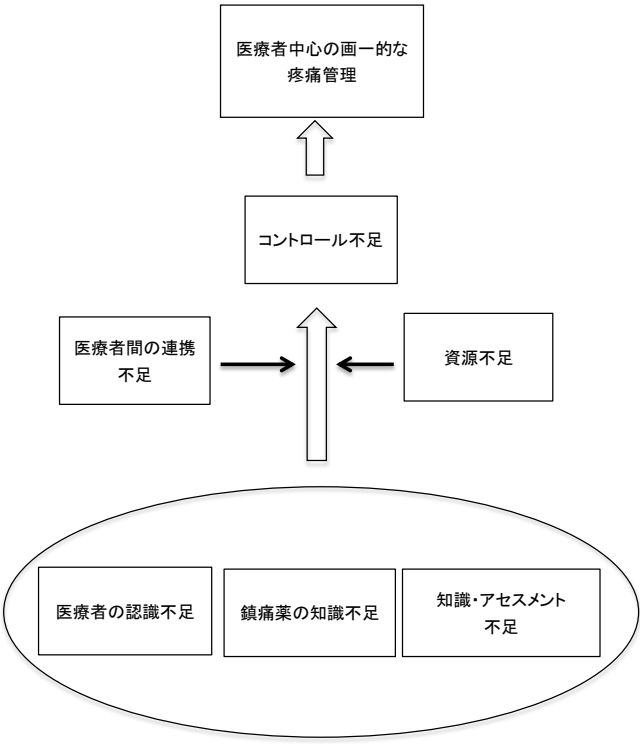

図１：術後疼痛管理における看護師の困難感の構造

VI. 考察

本研究の結果、講習会に参加した臨床看護師は、患者を中心とした術後疼痛管理によって術後の安寧を願っていたが、医師や看護師に疼痛管理に必要な【知識・アセスメント不足】、【鎮痛薬の知識不足】があること、また疼痛管理に対する【医療者の認識不足】、【資源不足】、【医療者間の連携不足】によって、疼痛管理を【コントロール不足】と感じ、患者を中心とした疼痛管理の必要性を感じながらも【医療者中心の画一的な疼痛管理】であることの悩みを持っていた。これらの困難感は、患者を中心とした術後疼痛管理の実践を理想としながらも医療者の知識・認識不足や連携不足等により、効果的な鎮痛が図られない現実とのギャップによるジレンマによって生じていたと考える。看護師が術後疼痛管理を主体的に実践できるためには、医療者側の知識不足を補うこと、医療者間の連携方法について学ぶことにより、看護師のジレンマの解決に繋がると考える。以下、必要な教育を導くために「知識･認識の不足」「看護師のジレンマ」「医療者の連携」について考察する。

1.術後疼痛管理実践に必要な知識・認識の不足

術後に生じる疼痛は、術後合併症のサインとして生じる疼痛との鑑別が難しく、また鎮痛が図られている場合においても合併症のサインを見逃さないための観察が重要である。本研究において、臨床看護師は術後疼痛管理を実践するための知識が不足していること、術後疼痛は手術療法による影響であり当たり前だから仕方がないという画一的な認識を医療者がもっていること、それが患者の術後疼痛管理や合併症予防に影響していることに気づいていた。McCaferyら[2)]は、「疼痛コントロールについて不適切で不確かな教育しか受けてこなかった医療専門職たちは、疼痛コントロールについての知識不足に無自覚なことが多い」と述べた上で、「痛みの査定についての誤解や鎮痛薬についての知識不足によって、患者についての誤った結論をだしかねない」と述べている。痛みは、それを体験している患者に生じている主観的な感覚であり、医療者が独自に判断することはできないものである。そして術後痛が周手術期患者の心身へ及ぼす影響は大きく術後の順調な回復を妨げることから、術後疼痛について正しく認識し、痛みを正確に観察しアセスメントできる知識と技術

を習得するための教育が必要である。

2.術後疼痛管理を実践するうえでの看護師のジレンマ

患者主体の効果的な術後疼痛管理を実践するためには、術後の疼痛や術後疼痛管理の知識に基づき、疼痛管理に関わる医療者の連携が必要である。本研究において臨床看護師は術後疼痛管理実践に関し、術後疼痛管理に必要な知識や技術・能力が不足しているなかで、医療者中心の画一的な術後疼痛管理によって患者に十分な術後疼痛コントロールが図られていないことにジレンマを感じていた。こうした臨床看護師のジレンマは、本講習会を通して術後疼痛管理に必要な知識や技術を学ぶ中で、PCA が必要なときに患者自ら鎮痛できる患者主体の鎮痛管理方法であることを理解し、医療者が選択したパターン化された疼痛管理法を実践するのではなく、患者自らが疼痛管理法を選択することの重要性を理解したことによると考える。あるいは看護師は既に臨床の場で看護実践をしている中で、術後疼痛管理実践の現状について疑問を持っていたかもしれないが、患者の権利を保障するための看護師の役割について学ぶ中で、臨床における実践とのギャップに気づいたことによりジレンマが明確になったのではないかと考える。その結果、周手術期における術後疼痛管理に携わる医療チームメンバーの一員として患者を擁護し、患者の意思決定を支える調整役としての看護師の役割を再認識できたと考えられる。小島ら[3]は、患者中心の看護倫理を実践するためには、患者中心に患者・家族の自己決定を支援し、患者・家族とともに作り出す看護が実践されることであり、そのために看護師に求められているものは、直面している倫理的悩み、ジレンマを顕在化し意思決定を行い、実行に移せるだけの思考能力や実行力を身につけることであると述べている。急性期病棟における平均在院日数が短縮され、より質の高い看護ケアが求められている中で、術後疼痛管理実践における看護師のジレンマへの気づきと解決のための方略として、倫理的視点を含めた事例検討を積み重ね、患者を擁護する看護師の役割について学習する機会を設ける必要があるといえる。

3.術後疼痛管理における医療者の連携の必要性

術後疼痛は様々な要因で生じ、また致命的な合併症を引き起こす要因となり得る。効果的な疼痛管理を実践するためには、麻酔科及び外科医師、看護師、薬剤師、栄養士、リハビリテーション担当者などの多職種によって連携が図られたチーム医療が必要である。講習会に参加した臨床看護師は、日頃の実践の現場で医師–看護師間、看護師間、他職種との間で、患者の術後疼痛管理についての意見を述べ合う機会がなく、また医療者間の連携が不足した結果、患者にとって十分な疼痛管理が行われておらずジレンマを感じていた。チーム医療がうまくいかない原因には、コミュニケーションの不足やチーム内に存在するヒエラルキー、価値観や倫理観の相違、私情や感情の不十分なコントロール、チームで課題に向き合っているという意識や態度の欠如、コーディネーターの不足等があるといわれている[4]。術後疼痛管理においては、患者もチームの一員として参加することが重要であり、患者の主体的な参加と円滑なチーム医療の結果、患者の満足度が高まり、更に回復への意欲が高まる。円滑なチーム医療のために患者を擁護する立場にある看護師は、患者の痛みを正確に捉えてアセスメントしチーム内で共有するための情報提供をすること、また患者自身の思いを聴きチーム内に伝え必要時には調整を図る橋渡しの役割が求められる。このような効果的な術後疼痛管理を実践するためには、チームとしての機能・その中心的役割を担う役割が看護師にあること、そしてその役割が担えるような調整能力を習得する必要がある。

4.術後疼痛管理実践における教育的示唆

術後疼痛管理実践に必要な知識・認識の不足、術後疼痛管理を実践するうえでの看護師のジレンマ、術後疼痛管理おけるチーム医療の必要性

について述べた。術後疼痛管理に携わる看護師には、患者の訴える痛みを信じ、生じている痛みを十分に観察しアセスメントができる能力が必要であること、患者の擁護者としての看護師の役割を理解し、チーム医療を調整する中心的役割が担える能力をもつことが必要であることが明らかになった。

以上から、看護師が主体的に術後疼痛管理を実践するためには、術後疼痛管理に必要な基礎的知識を習得すること、薬物療法のみならず非薬物療法による疼痛管理方法を習得すること、術後疼痛管理の場面における倫理的ジレンマに気づける力を養うこと、効果的なチームアプローチのためのコミュニケーション能力を高めるための教育が必要である。そのためには、講義による基本的知識の習得、臨床の現場を想定した演習を取り入れることによる看護実践力の向上をはかる講習会を企画する必要がある。また多施設の看護師を対象とした集合型の講義であることをいかし、グループワークを通して多様な価値観に触れ倫理的なジレンマに気づける力を高めると共に、チームアプローチについて考えられるような機会を設けることの必要性が示唆された。

Ⅶ. 研究の限界

本研究において、術後疼痛管理における看護師の困難感として捉えた内容がアンケート調査票からの結果のみであり、臨床の現状を正確に反映していない可能性も存在することに研究の限界がある。

引用文献

1) 遠藤みどり,松下由美子,今井沙恵美ほか: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 vol.6,13-24,2004.
2) Margi McCaffery,Alexandra Beebe:PAIN,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.
3) 岡崎寿美子,小島恭子編：ケアの質を高める看護倫理 ジレンマを解決するために,21-27,医歯薬出版株式会社,2013.
4) 高橋美賀子,熊谷靖代,梅田恵編:ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント(新装版),112,日本看護協会出版会,2014.

A Nurse's Feeling of Difficulties in Post-Operative Pain Management: According to the Results of the Questionnaire Survey of the Participants in a Workshop

NAKAGOMI Hiromi, ENDO Midori

key words: Post-Operative pain management, feeling of difficulties, nurse