臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価

遠藤みどり　　松下由美子　　今井沙恵美
長谷川陽子　　西脇　友子

要　旨

臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価に影響を及ぼす要因について、対象者の属性、痛みの体験、術後疼痛管理に関する学習経験、術後疼痛管理の主観的評価等の関連から明らかにすることを目的に臨床看護師666名を対象に、質問紙調査を実施した。その結果、以下のことが明らかになった。

① 術後疼痛管理に対する主観的評価は「術後疼痛アセスメントの困難感」、「術後疼痛管理に関する理想的方略」、「術後疼痛管理におけるジレンマ」の３因子の構造で説明された。

② ３因子に共通して影響を及ぼす要因は、「我慢できないほどの過去の痛み体験の有無」であり、術後疼痛管理には痛みの追体験が必要であることが示唆された。

③ 「術後疼痛アセスメントの困難感」と「術後疼痛管理に関する理想的方略」では、術後疼痛管理に関する学習経験の有無、鎮痛剤使用で緩和できないときの最初の行動が共通に関連していたことから、知識獲得のための学習が看護師の主体的な判断に基づく術後疼痛管理に繋がることが示唆された。

キーワード：臨床看護師、術後疼痛管理、主観的評価

Ⅰ．はじめに

近年、医療技術の高度化や医療機器の急速な開発に伴い、重症患者や高齢患者など幅広い対象者への手術療法が行われ、内視鏡による低侵襲手術療法も数多く行われるようになった。また平成14年の診療報酬改定による急性期病棟の入院加算の変更により周手術期過程が短縮化傾向にあるため、手術患者の苦痛や不安緩和への配慮が一層必要となっている。

術後疼痛への鎮痛法として、術中より経静脈的あるいは硬膜外などから持続的に鎮痛剤を投与する方法や患者自身が鎮痛剤を注入することができる患者管理鎮痛法（PCA：patient-controlled analgesia）が開発されているが、使用薬剤の種類とその投与量、投与期間により必ずしも十分な効果が得られているとは言えない。竹内は[1]、Jose, S（1992）の研究結果から、術後患者の多くは夜間に疼痛を感じているにもかかわらず、夜間における鎮痛剤の投与回数が少ないことから、看護師によって与薬される鎮痛剤は、明確に患者の痛みの体験と関係づけられていないこと、そして多くの患者が看護師に痛いと告げることを明らかに抑制している問題を提起した。また筆者らの先行研究[2]や長谷川[3]や荒川ら[4]の研究結果から、看護師は、術後疼痛に対して鎮痛剤は効果があると認識していながらも、鎮痛剤に対する知識不足や抵抗感から、積極的に対応していないことが明らかになっており、術後疼痛への鎮痛が十分図られていない現状がある。

そこで、手術療法を受ける患者の安楽な療養生

（所　　属）
遠藤みどり　山梨県立看護大学　成人看護学
松下由美子　山梨県立看護大学　成人看護学
今井沙恵美　山梨県立看護大学　成人看護学
長谷川陽子　済生会宇都宮病院緩和ケア病棟　医長
西脇　友子　新潟大学医学部保健学科　成人・老年看護学

活を保証するためには、看護師に向けた術後疼痛管理に対する正しい知識や技術修得のための教育が不可欠であると考えた。今回は第１段階として臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価とその主観的評価に影響する要因を探り、術後疼痛管理教育への示唆を得たいと考えた。

Ⅱ．研究目的

臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価を明らかにし、痛み体験や術後疼痛管理に関する学習経験等がにどのように影響を及ぼしているかを検討する。

Ⅲ．研究方法

1．研究対象

関東甲信越地方の病院（14施設）に勤務し、手術療法により開胸･開腹術を受ける患者（成人期･老年期）を看護している看護師（管理職を除く）で、本調査に賛同・協力が得られた666名を対象とし質問紙調査を実施した。

2．データ収集方法

看護部長に調査への内諾を得た後、参加協力の得られた施設の看護部に調査の主旨説明書、調査内容・方法説明書及び調査票を郵送した。看護部経由で病棟師長に本研究協力について依頼が行われ、病棟師長から直接看護師に対して、研究対象者用の調査依頼書を基に本研究の主旨説明がされ、協力・同意した看護師に調査票が配布された。調査票は、個人が特定できないように所定の封筒に封書し、各病棟で一括し、看護部経由で回収した。

3．調査期間：平成13年10月～平成14年1月

4．調査項目

先行研究[2)]でのインタビュー結果から看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価項目を設定し、対象者の属性、痛み体験、術後疼痛管理の現状、術後疼痛管理に関する学習経験等の項目を付記し、独自の質問紙を作成した。主観的評価に関する項目は、62項目で「思わない」、「あまり思わない」、「やや思う」、「思う」の４段階尺度を用い、「思わない」＝１点、「あまり思わない」＝２点、「やや思う」＝３点、「思う」＝４点とスコアーを与えた。

5．分析方法

統計解析ソフトSPSS for windows 10.0 version を使用し、基礎統計及びクロス集計を行った。術後疼痛管理に対する主観的評価結果に対して主成分分析をほどこし、共通性の低い項目を除外したうえで、因子分析（主因子法：バリマックス回転）を行った。因子分析から各因子を構成する因子負荷量（0.35以上）の高い変数を用いて尺度構成し、信頼性の検討をCronbachのα信頼性係数を用いて確認した。信頼性係数の高かった因子尺度得点の合計点を求めたうえで、低群（25%以下）と高群（75%以上）に分類し、属性、痛み体験、学習経験等についてχ^2検定を行った。

6．倫理的配慮

本調査は看護部から病棟師長経由で調査対象者に間接的な調査依頼を行う方法を採択したため、対象者が研究に協力することで職務規制を受けず自由意思による協力が得られるよう趣意説明書を添え、無記名で所定の封筒に封書して回収する方法をとった。さらに回収した調査結果は、すべてコード化し、データ処理を行った。

Ⅳ．結果

質問紙配布数749部、回収数は666部で回収率89%であった。666部を分析対象としたが、質問項目により無回答がある場合は、その都度除外した。

1．対象者の属性と職務経験

666名の対象者のうち回答があった653名の年齢は、最低年齢が20歳、最高年齢が58歳で平均30.5±7.8歳であった。今回の調査は、14施設のうち６施設が総合病院、３施設が特定機能病院であった。５施設は総合病院ではないが、病床数は200～600床を有していること、また大学病院も含まれていることから対象者の年齢構成は、28歳までで過半数を占め、35歳まで約８割を占めている状況にあり若い傾向を示していた。また対象者の臨床看護経験年数は、最低が0.7ヶ月、最高が43年で、平均8.9±7.7年であった。

本研究対象を開胸・開腹術を受ける患者への看護に携わっている看護師としたため、勤務病棟を「外科病棟」「混合病棟」「その他」に分類し調査した。その結果、外科病棟勤務者は425人

（63.8%）、混合病棟勤務者は140人（21.0%）その他、婦人科、泌尿器科等の病棟勤務者は89人（13.4%）、不明12人（1.8%）であった。また、現所属部署での勤務経験年数は、最低0.7 年、最高22年、平均3.0±2.7年であった。手術室勤務経験が「ある」は87人（13.1%）、「ない」が574人（86.2%）、不明5人（0.8%）あった。

2．痛みの感受性に関わる要因

深井[5]は、Holm（1989）やKetovuori（1987）らの調査結果から「過去に類似した痛み体験のある看護者は、そうでない者に比べて痛みをより強く評価する傾向のあることが確かめられている」と述べている。痛みは、個人の主観的体験であることから、痛み体験や痛みの感受性・共感性がある人ほど、他者の痛み理解に繋がるのではないかと考え、全身麻酔での手術経験、我慢できないほどの過去の痛み体験、手術を受けた身近な人の存在、学生時代の開胸・開腹術を受けた患者へのケア経験、術後疼痛及び術後疼痛管理に関する学習経験について調査した。

全身麻酔での手術経験の有無について、「ある」は82人（12.3%）、「ない」は582人（87.4%）、不明が2名（0.8%）であり、対象者の約8割以上が全身麻酔での手術経験はなかった。我慢できないほどの痛み体験の有無について、「ある」は366人（55.0%）、「ない」は235人（35.3%）、「覚えていない」は61人（9.2%）で、不明4人（0.6%）であり約半数の人が、何らかの原因により我慢できない痛みを体験していた。

手術を受けた身近な人の存在の有無については、「ある」は481人（72.2%）、「ない」は181人（27.2%）、不明が4名（0.6%）であった。学生時代の開胸・開腹術を受けた患者へのケア経験の有無については、「ある」は477人（71.6%）、「ない」は134人（20.1%）、不明4人（0.6%）であった。

また痛み評価に対しては、ケア提供者となる看護師自身の痛み対応も、患者への痛み評価に影響を与えるのではないかと考えた。そこで、看護師が普段体験している痛みへの対処方法について調査した結果、「鎮痛剤を使用せず我慢する」が66人（9.9%）、「ある程度我慢して鎮痛剤を使用する」が442人（66.4%）、「我慢せず鎮痛剤を使用する」が153人（23.0%）、不明5人（0.8%）であった。痛みの対処法は、その痛みの種類や程度により異なるが、「ある程度我慢して鎮痛剤を使用する」「我慢せず鎮痛剤を使用する」の回答を合わせると、対象者の約8割以上が、鎮痛剤への抵抗感がなく、自己の痛みの対処法として鎮痛剤を使用していた。

先行研究から術後疼痛や術後疼痛管理に関する教育経験や学習の機会は、癌性疼痛やそのことに関する緩和ケアなどと異なり、少ないことが示唆されている。術後疼痛管理に関する学生時代の学習経験の有無では、「ある」は278人（41.7%）、「ない」は195人（29.3%）、また「覚えていない」は190人（28.5%）で、不明3人（0.5%）であった。また術後疼痛管理に関する卒後学習の有無では、学習したことが「ある」のは206人（30.9%）、「ない」は358人（53.8%）、「覚えていない」が96人（14.4%）、不明が6人（0.9%）であった。卒後学習経験のある30.9%の看護師が回答した具体的内容は、癌性疼痛を含め痛みの種類や特性、痛みの反応や痛みから派生する影響、疼痛コントロールの方法、鎮痛剤の効果、緩和ケア方法、疼痛評価等に関する学習会や研修等への参加であった。

3．術後疼痛管理の現状

1）鎮痛剤の投与方法

鎮痛剤の投与方法については、間欠的投与方法と持続的投与方法との併用が315件（47.3%）、筋肉注射と座薬との併用での間欠的方法が64件（9.6%）、持続的方法が19件（2.9%）、座薬投与による間欠的方法が18件（2.7%）、筋肉注射による間欠的方法が17件（2.6%）、不明が233件（35.0%）であった。

2）術後アセスメントするための統一した基準の有無

術後疼痛アセスメントのために統一した基準について、「もっている」のは104人（15.6%）、「もっていない」は539人（80.9%）、無回答が23人（3.5%）であった。

術後疼痛のアセスメント基準の有無についての「あり」の記述内容は、ペインスケール以外に患者の痛みの訴え、鎮痛剤投与の要望等のほか、鎮痛剤使用基準や効果判断に委ねている内容が主であった。また「なし」の記述内容は、患者の痛みに対する種々の反応とその反応レベルや間隔によるもの、家族からの情報提供、鎮痛剤の使用状況や効果、術後の全身状態や身体活動レベル、手術侵襲のレベルや合併症の有無や検査所見からの判断等、患者の個別状況を把握する内容のほか、患者を含めず医師・看護師間での協議に基づく判断や、個別状況ではなく既往歴・年齢・性別等からの判断、さらに看護師の経験に依拠した判断等であった。

3）鎮痛剤投与にあたり最も影響を及ぼす人

鎮痛剤投与について最も影響を及ぼす人は、「患者」が513人(77.0%)、「医師」が41人(6.2%)、「同僚」が13人(2.0%)、「自分自身」が8人(1.2%)、「家族」が4人（0.6%)、「上司」が3人（0.5%)、無回答が84人（12.6%）であった。

4）鎮痛剤使用で疼痛緩和できないときの最初の行動

鎮痛剤使用で疼痛緩和ができない場合、看護師は最初にどのような行動をとるかについて質問したところ、「医師に報告する」が203人（30.5%)、「合併症の有無を観察する」は159人（23.9%)、「同僚に相談する」は150人（22.5%)、「我慢するように患者に説明する」が7人（1.1%)、「その他」が19人（2.9%)、無回答が73人（11.0%）であった。

5）鎮痛剤投与以外での具体的緩和ケアの実施

術後疼痛緩和における看護師の役割は、患者が体験している痛みを適切に評価するとともに、鎮痛のための薬物療法の管理だけでなく様々な緩和ケアとの併用で効果的な除痛を図ることである。本調査でも鎮痛剤投与以外で具体的な緩和ケアの内容についての自由記載内容は、安楽な用具を活用した体位や肢位の工夫、マッサージなどの皮膚振動刺激による緩和、スキンシップやタッチ、アロマテラピィーや音楽、深呼吸などのリラクゼーション法やイメージ法の活用、入浴や清拭などの皮膚温度刺激による緩和、散歩や面会、嗜好品、コミュニケーションなどによる気分転換、ドレーン・チューブ類の固定の工夫による身体拘束の緩和、テープ貼付時の愛護的ケア、状況説明や苦痛がない活動方法の指導など痛みの情報提供や患者教育など様々であった。

4．臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価

1）術後疼痛管理に対する主観的評価得点

術後疼痛管理に対する看護師の主観的評価の平均得点を一覧として表1に示した。

平均得点が高かったものは、「とにかく痛みをとってあげたい」3.85、「術前オリエンテーションは術後疼痛管理に有益」3.68、「鎮痛剤使用は回復の一助」3.58、「術後疼痛は合併症のサイン」3.68、「看護師の術後疼痛管理や緩和ケア学習の必要性」3.78、「術後疼痛は創痛以外の要因が関与」3.55、「性別や年齢により術後疼痛の程度が異なる」3.45、「痛みのある患者に親身になって聴くことが大切」3.79、「痛みの感じ方には個人差」3.90、「術後疼痛管理は医師・看護師・患者の共同作業」3.71、「術後疼痛管理の学習が鎮痛効果を高める」3.59であった。

2）臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価の構造

臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価の62項目の回答結果から、その構造を探索的に探ることを目的に、因子分析を行った。まず主成分分析から、共通性の低い10項目を除外し、52変数を主因子解・バリマックス回転で因子分析した結果、固有値1.0以上の因子が6個抽出された。

6因子までの累積寄与率は、23.7%と低かったため、さらに各因子を構成する因子負荷量の高い変数（0.35以上）を用いて尺度構成し、各因子毎のCronbachのα信頼性係数を求めた。第1因子尺度は0.74（8項目)、第2因子尺度は0.65（6項目)、第3因子尺度は0.70（5項目)、第4因子尺度は0.53(5項目)、第5因子尺度は0.40(5項目)、第6因子尺度は0.54（2項目）となった。そこで、信頼性係数の高かった第1～第3因子を尺度として採用した。

表1　術後疼痛管理に対する看護師の主観的評価の平均得点

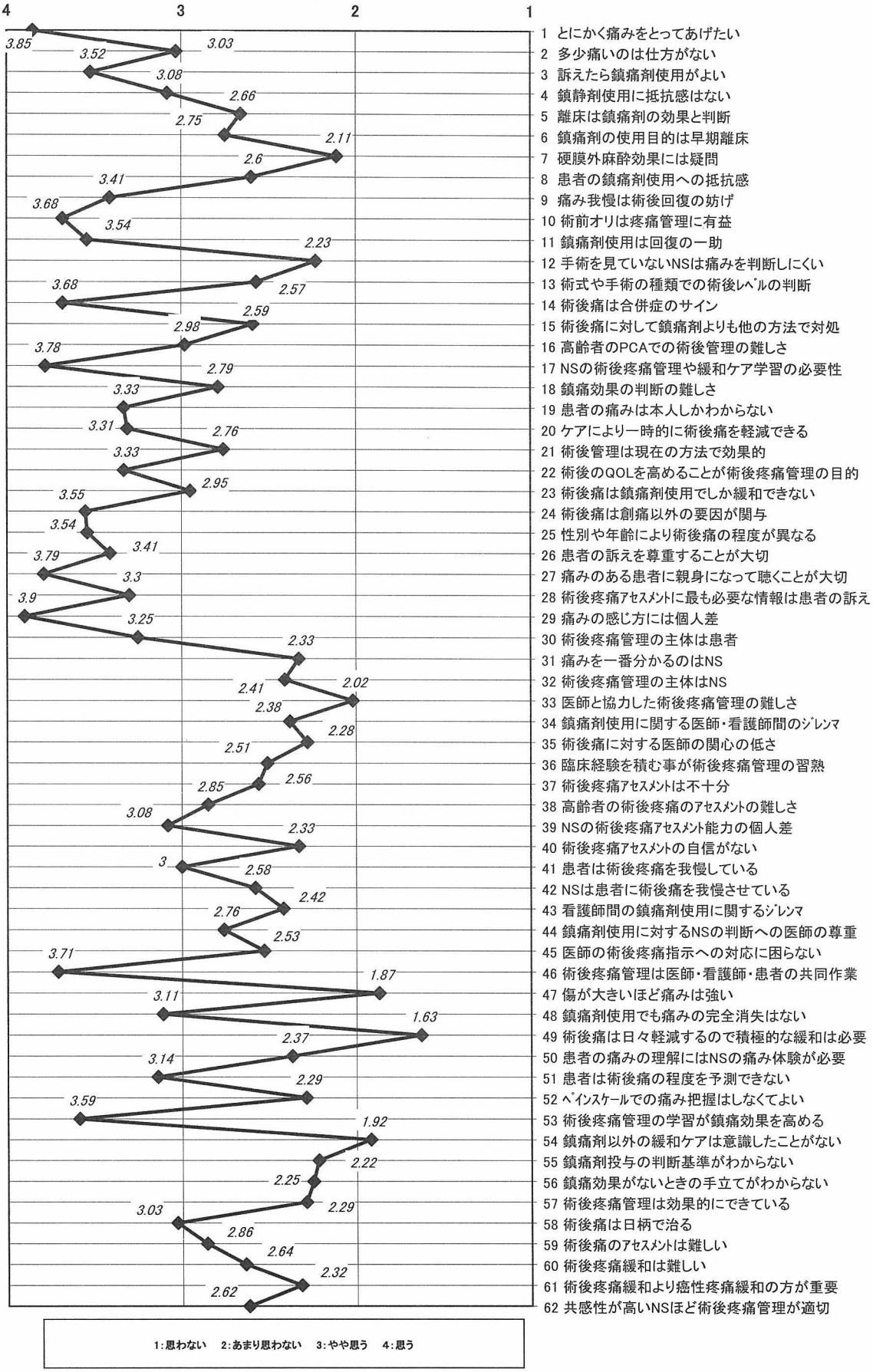


表２　術後疼痛管理に対する看護師の主観的評価の因子分析結果

変　数　名	第１因子	第２因子	第３因子	第４因子	第５因子	第６因子
術後疼痛のアセスメントは難しい	0.635					
鎮痛剤投与の判断基準がわからない	0.516					
術後疼痛管理は効果的にできていない	0.493					
鎮痛効果がないときの手だてがわからない	0.466					
鎮痛剤効果の判断基準の難しさ	0.466					
術後疼痛アセスメントの自信がない	0.464					
術後疼痛アセスメントは不十分	0.378					
高齢者の術後疼痛アセスメントの難しさ	0.373					
看護師の術後疼痛管理や緩和ケア学習の必要性		0.565				
痛みのある患者に親身になって聴くことが大切		0.558				
術後疼痛管理は医師・看護師・患者の共同作業		0.516				
術後疼痛感の学習が鎮痛効果を高める		0.468				
術後疼痛は創痛以外の要因が関与		0.461				
術後疼痛は合併症のサイン		0.385				
鎮痛剤以外の緩和ケアは意識したことがない		−0.391				
鎮痛剤使用に関する医師・看護師間のジレンマ			0.72			
術後疼痛に対する医師の関心の低さ			0.531			
看護師は患者に術後疼痛を我慢させている			0.464			
看護師間の鎮痛剤使用に関するジレンマ			0.455			
医師と協力した術後疼痛管理の難しさ			0.45			
術後疼痛は鎮痛剤使用でしか緩和できない				0.501		
患者の訴えを尊重することが大切				0.415		
鎮痛剤使用は回復の一助				0.372		
術後疼痛アセスメントに最も必要な情報は患者の訴え				0.356		
術後疼痛に対して鎮痛剤よりも他の方法で対処				−0.471		
術後疼痛緩和より癌性疼痛の方が重要					0.437	
術式や手術の種類での術後疼痛レベルの判断					0.398	
傷が大きいほど痛みは強い					0.358	
術後疼痛管理の主体は看護師						0.538
痛みを一番わかるのは看護師						0.52
因子負荷量の２乗和	3.066	2.77	2.148	1.578	1.463	1.292
因子の寄与率（%）	5.897	5.328	4.131	3.034	2.813	2.484
累積寄与率（%）	5.897	11.225	15.355	18.389	21.202	23.686

第１尺度は、「術後疼痛のアセスメントは難しい」、「鎮痛剤投与の判断基準がわからない」、「鎮痛剤効果の判断基準の難しさ」、「術後疼痛アセスメントの自信がない」、「術後疼痛アセスメントは不十分」等の負荷量が高く、『術後疼痛アセスメントの困難感』と命名した。第２尺度は、「看護師の術後疼痛管理や緩和ケア学習の必要性」、「痛みのある患者に親身になって聴くことが大切」、「術後疼痛管理は医師・看護師・患者の共同作業」、「術後疼痛管理の学習が鎮痛効果を高める」等の因子負荷量が高く、『術後疼痛管理に対する理想的方略』と命名した。さらに第３尺度は、「鎮痛剤使用に関する医師・看護師間のジレンマ」、「術後疼痛に対する医師の関心の低さ」、「看護師は患者に術後疼痛を我慢させている」、「看護師間の鎮痛剤使用に関するジレンマ」、「医師と協力した術後疼痛管理の難しさ」で因子負荷量が高かったため『術後疼痛管理におけるジレンマ』と命名した。

２）尺度別高低２群の合計得点

因子分析の結果抽出された第１尺度、第２尺度、第３尺度の各尺度を構成する変数の素点の合計得点を求め、25%以下を低群、75%以上を高群と定義した。

つまり、第１尺度で低群に属する看護師は、術後疼痛アセスメントの困難感がないことを表し、高群は、困難感が高いことを表す。第２尺度では低群は、術後疼痛管理に対する理想的方略をもっていないことを表し、高群は持っていることを表す。さらに第３尺度では低群は、術後疼痛管理におけるジレンマが少ないことを表し、高群は術後疼痛管理におけるジレンマが高いことを表している。

表３　尺度別高低２群の合計得点

尺度	有効数	Mean±SD	低群　n (%)	高群　n (%)
第１尺度	629	20.2±3.7	195(29.5)	341(35.0)
第２尺度	650	22.1±2.0	183(27.7)	174(26.1)
第３尺度	649	11.7±2.7	195(29.4)	249(37.6)

３）各尺度の合計点（高低２群）と実態との関係

（1）第１尺度の合計点と実態との関係

表４に示したように、第１尺度の「術後疼痛アセスメントの困難感」と各項目との関係で、有意差を認めた項目は、「統一した術後疼痛アセスメントの基準の有無」（$\chi^2=6.54$, $p<.05$）、「鎮痛剤使用で緩和できないときの最初の行動」（$\chi^2=11.2$, $p<.05$）、「我慢できないほどの過去の痛み体験の有無」（$\chi^2=8.39$, $p<.001$）、「術後疼痛及び術後疼痛管理についての学習の有無」（$\chi^2=20.57$, $p<.05$）の４項目であったが、手術室勤務経験の有無、全身麻酔での手術経験の有無、手術を受けた身近な存在の有無、普段体験する痛みへの対処方法学生時代の学習の有無との有意差はなかった。

表4　第１尺度「術後疼痛アセスメントの困難感」の合計点（高低２群）との関係

項目	χ^2値	高群%	低群%
現在の勤務病棟	2.44		
外科病棟		64.3	67.5
混合病棟		24.6	18.3
その他		11.1	14.1
手術室勤務経験の有無	0.14		
ある		14.5	16
ない		85.5	84
統一した術後疼痛アセスメント基準の有無	6.54*		
もっている		9.9	19.6
もっていない		90.1	80.4
全身麻酔での手術経験の有無	0.14		
ある		14.5	16
ない		85.5	84
手術を受けた身近な人の存在	0.77		
ある		72.8	76.8
ない		27.2	23.2
普段体験する痛みへの対処方法	4.14		
鎮痛剤を使用せず我慢する		11.6	6.7
ある程度我慢して鎮痛剤を使用する		63	72
我慢せず鎮痛剤を使用する		25.4	21.2
鎮痛剤使用で疼痛緩和できないときの最初の行動	11.2*		
医師に報告		37.2	27.6
同僚に相談		28.8	24.7
我慢するよう患者に説明		2.6	0.6
気分転換を図る		7.7	10.6
合併症の有無を観察		21.8	30.6
我慢できないほどの過去の痛み体験の有無	8.39**		
ある		52	64.9
ない		39.3	25.3
覚えていない		8.7	9.8
学生時代の学習の有無	4.17		
ある		36.8	45.9
ない		33.9	25.3
覚えていない		29.3	28.9
卒後の学習の有無	20.57*		
ある		20.2	42.4
ない		64.2	46.1
覚えていない		15.6	11.5

*$p<0.05$　　**$p<0.01$

以上の結果から、「統一した術後疼痛アセスメントの基準の有無」と術後疼痛アセスメントの困難感との関連では、高低群全体として統一したアセスメント基準はもっておらず、とくにアセスメントに困難感を感じている群ほど高かった。また「鎮痛剤使用で疼痛緩和ができないときの最初の行動」と術後疼痛アセスメントの困難感との関連では、アセスメントの困難性が高い人が医師への報告の割合が高かった。「我慢できないほどの過去の痛み体験の有無」との関連では、アセスメントの困難感が低い群は、高い群よりも過去の痛み体験の割合が高かった。さらに「術後疼痛及び術後疼痛管理に関する卒後の学習の有無」との関連は他の項目よりも有意な関連があり、術後疼痛アセスメントの困難感の低い群において卒後の学習経験の割合が高った。

（2）第２尺度の合計点と実態との関係

第２尺度「術後疼痛管理に対する理想的方略」の合計点の高低群と各項目との関連では、「鎮痛剤使用で緩和できないときの最初の行動」（$\chi^2=38.56$, $p<.05$「学生時代の学習の有無」（$\chi^2=5.74$, $p<.05$），「卒後の学習の有無」（$\chi^2=8.47$, $p<.05$），「現在の勤務病棟」（$\chi^2=6.77$, $p<.05$）であり、術後疼痛管理に対する理想的方略をもっている人の方が、最初の行動として医師に頼らず看護師自身の判断での対処すると言える。

さらに「術後疼痛及び術後疼痛管理について学生時代の学習の有無」との関連でも高群の割合が多かった。しかし、「卒後の学習の有無」との関連では有意差が認められたが、高低群間での差はなかった。

表5　第2尺度「術後疼痛管理に対する理想的方略」の合計点（高低2群）との関係

項目	χ^2値	高群%	低群%
現在の勤務病棟	6.77**		
外科病棟		59.4	72.1
混合病棟		24.7	18.6
その他		15.9	9.3
手術室勤務経験の有無	0.79		
ある		12.1	15.4
ない		87.9	84.6
統一した術後疼痛アセスメント基準の有無	2.04		
もっている		14.7	20.6
もっていない		85.3	79.4
全身麻酔での手術経験の有無	0.002		
ある		12.7	12.6
ない		87.3	87.4
手術を受けた身近な人の存在	0.18		
ある		75	76.9
ない		25	23.1
普段体験する痛みへの対処方法	1.65		
鎮痛剤を使用せず我慢する		12.1	8.8
ある程度我慢して鎮痛剤を使用する		65.3	64.3
我慢せず鎮痛剤を使用する		22.5	26.9
鎮痛剤使用で疼痛緩和できないときの最初の行動	38.56*		
医師に報告		25.6	48.8
同僚に相談		21.8	24.7
我慢するよう患者に説明		−	1.2
気分転換を図る		9.6	9.6
合併症の有無を観察		41	12.7
我慢できないほどの過去の痛み体験の有無	0.89		
ある		57.2	52.5
ない		34.7	37.7
覚えていない		8.1	9.8
学生時代の学習の有無	5.74*		
ある		48.3	38.3
ない		29.7	29
覚えていない		22.1	32.8
卒後の学習の有無	8.47*		
ある		39.5	31.7
ない		51.7	49.2
覚えていない		8.7	19.1

*p＜0.05　　**p＜0.01

（3）第3尺度の合計点と実態との関係

第3尺度「術後疼痛管理に対するジレンマ」と各項目との関連では「我慢できないほどの過去の痛み体験の有無」（$\chi^2=5.25$，　p＜.05）についてのみ有意な関連が示された。

表6　第3尺度「術後疼痛管理におけるジレンマ」の合計点（高低2群）との関係

項目	χ^2値	高群%	低群%
現在の勤務病棟	1.68		
外科病棟		63.1	66.1
混合病棟		24.2	18.8
その他		12.7	15.1
手術室勤務経験の有無	0.22		
ある		15.1	13.3
ない		84.9	86.7
統一した術後疼痛アセスメント基準の有無	1.33		
もっている		15	19.8
もっていない		85	80.2
全身麻酔での手術経験の有無	0.24		
ある		71.9	74.7
ない		28.1	25.3
手術を受けた身近な人の存在	0.37		
ある		71.9	74.7
ない		28.1	25.3
普段体験する痛みへの対処方法	0.69		
鎮痛剤を使用せず我慢する		11.9	9.3
ある程度我慢して鎮痛剤を使用する		66.7	68
我慢せず鎮痛剤を使用する		21.4	22.7
鎮痛剤使用で疼痛緩和できないときの最初の行動	7.05		
医師に報告		38.3	32.2
同僚に相談		26.2	26.6
我慢するよう患者に説明		2.1	-
気分転換を図る		9.2	7.9
合併症の有無を観察		20.6	28.2
我慢できないほどの過去の痛み体験の有無	5.25*		
ある		53.5	61.3
ない		39	27.8
覚えていない		7.5	10.8
学生時代の学習の有無	3.69		
ある		38.1	43.1
ない		35	26.6
覚えていない		26.9	31.3
卒後の学習の有無	0.95		
ある		31.4	32.6
ない		53.5	51.8
覚えていない		15.1	15.5

*p＜0.05

Ⅴ．考察

術後疼痛は急性疼痛の一つであり、終息を迎える特徴をもつ痛み[5]であるが、大小問わず、痛みを経験することは苦痛な出来事であり、その後の生命や生活を左右する。それ故、患者の身近な存在であり緩和ケアの専門職として、患者が体験している痛みを患者の体験に近づいて総合的に判断し、術後疼痛管理を行わなければならない。

1．臨床看護師の術後疼痛管理に影響を及ぼす要因

Greipp[6]は、看護師の生物学的本質、信念、教育、人間性、専門的経験が彼らの疼痛管理決定に影響を及ぼすと述べ、Sullivian[7]も研究結果から看護師の年齢、教育を受ける準備、経験の年数、人間的痛み経験、宗教（信仰）や専門分野が疼痛管理決定に影響を及ぼすことを報告している。

看護師は、術後疼痛評価について手術部位、術式、傷の大小により疼痛のレベルが異なるという認識の傾向があり、手術室勤務経験により開腹・

開胸術を直視した経験が術後疼痛管理に影響を与えているのではないかと考えた。しかし、本研究対象者の大多数は、直接的な手術体験はなかったが、半数は何らかの痛み体験をしていた。また身近にいる人や学生時代に受け持った患者へのケアを通して、間接的に手術体験をした人との関わりをもっている背景があり、痛み理解のための体験は有していた。一方、術後疼痛管理に関する看護師の学習経験の割合は、学生時代と卒後とを合わせても半数以下であり、とくに卒後においては、実際に手術療法を受ける患者へのケアに携わっているが、学習経験は約３割であり学習機会が少なかった。また本対象者は過半数が28歳までであり看護経験年数が低い傾向にあったが、看護基礎教育においても術後疼痛管理に関する教育が十分に行われていない実態が明らかになった。

また、Mary.Tは[8]、痛みは複雑なため測定が困難な場合が多いため、状況に応じてふさわしい測定用具を選択し、ときには複数の測定用具でアセスメントすることが必要と述べている。痛みは主観的体験であり、術後疼痛レベルを評価する指標の活用では、癌性疼痛などでは、フェイススケールやアナログスケールなどが用いられている。しかし調査結果では術後疼痛アセスメントのための統一した基準についは約８割が統一した基準ではなく、判断指標が個々の看護師に委ねられていた実態があり、臨床現場では試行錯誤しながら患者への術後疼痛へのアプローチを行っているとも考えられた。

術後疼痛緩和ケアを含め術後疼痛管理における看護師の役割は大きく、患者の術後生活に影響を及ぼす結果となる。術後疼痛の特徴や術後の患者の身体的侵襲が多大な状況の中で、術後回復を目指しながら、患者が体験している疼痛をすばやく把握し、患者の安楽を保証するケアを短時間に適切に行うためには、高度な知識と実践力が必要であり、術後疼痛管理を科学的かつ効果的に行うための術後疼痛管理教育の確立と推進と、そのための教育プログラム開発の必要性が示唆された。

２．臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価

本調査結果から看護師の多くは、手術患者に対して術後疼痛は、その痛みが侵害刺激だけでなく、種々の要因が関与し、かつ個別的で痛みの感じ方は個人差があると考えていると捉えることができる。そしてその痛み理解から、術後痛を極力とる必要があり、鎮痛剤を使用することが回復の一助であること、援助として術後疼痛が患者の苦痛だけでなく術後合併症のサインとして十分な観察をする必要性、苦痛を体験している患者への共感的かかわりの重要性、術前オリエンテーションでの患者教育の必要性、チームアプローチとしての術後疼痛管理の重要性、及び効果的な術後疼痛管理を行うための術後疼痛管理や緩和ケアについての学習の必要性を認識として強くもっている特徴があることがわかった。

本調査による看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価の構造は、実態では個々の患者の術中・術後経過や状況に即し、統一したスケールだけでなく、様々な痛みの関連因子から痛み評価をしていると考えられた。

しかし、「術後疼痛アセスメントの困難感」と「統一した術後疼痛アセスメントの基準の有無」との関連では術後疼痛アセスメントの困難感があり、アセスメントに自信がない人ほど、統一したアセスメント基準をもつことが必要であることが示唆された。「術後疼痛管理に対するジレンマ」と「我慢できないほどの過去の痛み体験の有無」では、わずかに低群が割合として高いことから、過去の痛み体験がない人ほど、術後疼痛管理に対するジレンマをもっていないことがわかった。また、「現在の勤務病棟」と「術後疼痛管理に対する理想的方略」との関連では低群の７割が外科病棟に所属していることから、術後疼痛管理に対する理想的方略をもつこと以上に、疼痛のある患者を目の前にして現実的な対応をせざるを得ない状況があるのではないかと推察できる。さらに術後疼痛管理に対する理想的方略と「術後疼痛管理に関する学習」との関連では理想的方略の高い群が学生時代に学習したことがあり、術後疼痛及び術後疼痛管理に対する基礎知識を有していることが、術後疼痛管理として何が必要なのかがわかると言え

る。

以上、本調査対象の臨床看護師は、術後疼痛アセスメントの困難感を有していること、痛みそのものが個別的であるがゆえ、個々の患者の痛みに対して、専門的知識活用や共感的態度をもちえた効果的な術後疼痛管理を行うことの必要性があること、さらに理想的にはチームアプローチによる術後疼痛管理が重要だと認識しているが、現実的には医師等の他職種や看護師の同職種間で協働して行えない術後疼痛管理に対するジレンマが存在していることが明らかになった。また術後疼痛アセスメントの困難感が高く術後疼痛アセスメントに自信がない人は学習率が悪いことから、看護師が術後疼痛アセスメントに自信をもち看護師独自の判断が行えるためには、学生時代だけでなく、卒後の継続した学習が必要であることが主観的評価からも示唆された。

3．術後患者を擁護する身近な存在としての看護師の術後疼痛管理に対する役割

術後疼痛管理は、チームアプローチにより効果的に行う必要性があることを、多くの先行研究で報告されている。しかし、医療チームメンバーの中でも看護師は患者の身近な存在として多くの時間をともに過ごしているゆえに、他の職種者と協働したアプローチだけでなく、看護師独自の働きかけが可能だと考える。

M.McCafferyは[9]、『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の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。このことから術後疼痛を体験している患者に対して看護師が主体的かつ独自な術後疼痛管理を行うためには、①患者の体験している痛みが、どのような原因か、どのような種類・内容・強さ等のアセスメント能力が十分にあること、②疼痛コントロールのための薬物的アプローチに対する知識があること、③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、④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ることがない確実な技術力が不可欠だと考える。

本調査結果から、看護師は術後疼痛及び術後疼痛管理に対して理想とする認識は持ち得ていたが、医師-看護師間、看護師間での術後疼痛管理に対するジレンマがあることが明らかになった。

看護師は患者には手術療法により生じる出来事について選択する権利・知る権利・拒否する権利・決定する権利・決定したことを行使する権利等があり、患者によって、その将来的・現実的に生じている痛みをどのようにしたいか、どのように治療してほしいか、どのくらい我慢しようと考えているのか、何をケアとして選びたいと思っているか等々、自身の術後疼痛緩和に対する看護師の使命・信念とともに患者の権利を擁護する立場にあることを認識することが、ジレンマの解決の糸口になるのではないかと考える。

しかし、今回の調査は、実際の臨床現場で術後疼痛管理に参加・介入していないため、術後疼痛管理に対して、どのように患者を擁護し、どのようなアセスメントをしているか、またそのアセスメントに基づくケアプランをどのように立案しているのか、また、どのように患者状況に応じたアプローチをしているかの確認や検証することはできないため課題として残す。

Ⅵ．結論

1．術後疼痛管理に関する学習機会が少ない実態から、看護師自身が適切な判断とケアが提供できるための知識・技術の獲得のための教育プログラムの開発が必要である。

2．看護師の術後疼痛アセスメントは、統一したスケール活用による客観的な判断指標ではなく、個々の患者の反応や看護師の経験的なものに依拠していた。しかし、術後患者の安楽の保証を最大限にするためには、アセスメントの妥当性と対応の効果判定のための客観的評価基準の活用が必要である。

3．看護師は術後疼痛管理や術後疼痛緩和ケアに対して、患者の痛み反応を捉えたチームアプローチによる効果的な術後疼痛管理の必要性を

認識していたが、術後疼痛アセスメントの困難感、術後疼痛管理に対する理想的方略、術後疼痛管理に対するジレンマをもっている構造があり、看護師の認識と現実の対応とその効果には差があることが明らかになった。

謝辞

本研究を遂行するにあたり、多くの臨床看護師の方々から貴重なご意見やご助言を頂きました。心より感謝申し上げます。

付記：本研究は、平成13年度山梨県立看護大学共同研究費での研究であり、一部は第33回日本看護学会（成人Ⅰ）に発表（平成14年8月）した。

引用・参考文献

1）竹内登美子：術後疼痛に対する看護，日内変動を考慮した与薬の検討，臨床看護，24（4），519-522，1998.
2）遠藤みどり他:術後疼痛管理に関する研究，平成12年度山梨県立看護大学共同研究費助成研究報告書，2001.
3）長谷川隆男：術後疼痛に対する看護婦の認識と対応について，第29回　成人看護Ⅰ，日本看護学会抄録集，24，1998.
4）荒川千登世他：術後痛およびその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部紀要，第15号，87-98，1995.
5）花岡一雄：術後疼痛の鎮痛の実際，43（4），27～31，看護技術，1997.
6）Greipp, M.E : Undermedication for Pain : An ethical model, *Advances in Nursing Science, 15 (1)*, 44-53, 1992.
7）Sullivan, L.M : Factors influencing pain management : A nursing perspective. *Journal of Post Anesthesia Nursing, 9 (2)*, 83-90, 1994.
8）Sandra, G.Funk,, et al（安酸史子，伊藤景一他訳）：安楽へのアプローチ（Ⅰ），痛みの臨床ケア，195，医学書院，1993.
9）McCaffery & Alexandra Beebe（季羽倭文子監訳）：痛みの看護マニュアル，5，メヂカルフレンド社，1997.
10）深井喜代子：痛みの測定・評価とケアに関する看護研究，26（5），7，看護研究，1993.
11）高橋恵美子他：術後疼痛治療を受ける患者と看護の役割，14（3），34～37，月刊ナーシング，1994.
12）奥村啓子：医師・薬剤師・看護婦で構成する疼痛緩和チームによる術後疼痛緩和，43（4），37～41，看護技術，1997.
13）松木光子他：これからの看護研究―基礎と応用―，廣川書店，2001.
14）井上智子：急性期患者のケアに関する研究の動向と今後の課題，看護研究33（6），3-10，2000.
15）深井喜代子：痛みを測る―痛みはどこまでわかるか―，臨床看護，25（3），410-418，1999.
16）片田範子他：「痛みの緩和」における看護技術，看護研究，29（1），5-21，1996.

Clinical Nurses' Subjective Assessment of Postoperative Pain Control

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

Abstract

A questionnaire was performed in 666 clinical nurses to clarify that affect their subjective assessment of postoperative pain control from the relationships among characteristics of the subjects, their experience of pain, their experience in learning about postoperative pain control.

The following results ware obtained.

(1) Subjective assessment of postoperative pain control was explained to consist of 3 factors: "perceived difficulty of the assessment of postoperative pain", "ideal strategy for postoperative pain control", and "dilemma in postoperative pain control".

(2) Each of 3 factors was affected by "the presence or absence of past experience of unbearable pain", suggesting that extensive experience of pain is needed for postoperative pain control.

(3) Since "perceived difficulty of the assessment of postoperative pain" and "ideal strategy for postoperative pain control" were both related to the presence or absence of the experience of learning about postoperative pain control and the first action when pain cannot be palliated by palliated by analgesics, learning to acquire knowledge was suggested to lead to postoperative pain control based on the nurses' independent judgment.

Key words : Clinical nurses, postoperative pain control, subjective assessment.