

術後の鎮痛剤使用時の、経験年数によるアセスメントの違い

南4階：中村 歩子・谷口美穂子・田上 紀子

1. はじめに

近年、痛みの少ない術後管理が求められている。

当、南4階病棟でも、手術目的で入院される患者の多くが、入院時のデータベース聴取時に、“術後の痛み”を不安としてあげたり、医療者への期待として、“疼痛の管理”をあげている。

疼痛は、患者の主観的な感覚であり、それを感じる人の精神状態にも大きく左右される。不安が疼痛を増大させることはすでに知られている。私たちは、看護婦一人一人の対応の違いによっても患者の不安は増大し、術後の疼痛管理での患者の安楽に影響をあたえるのではないかと考えた。個々の看護婦の鎮痛剤に対する意識や知識の差、そのときの状況における判断の違いなどによるのではないかと考えた。神尾らはその研究のなかで、卒後3年目と5～8年目の看護婦の実践能力に明らかに差がみられるとしている。今回私たちは、看護婦の対応の違いは経験年数によるのではないかとし、看護婦一人一人がどのようにアセスメントを行い、鎮痛剤を使用しているのかを経験年数により比較調査した。

2. 方法

対象) 南4階病棟の看護婦14名 (夜勤を行なっている看護婦)

期間) 平成7年, 7月～10月

対象) 全身麻酔で手術を行い、手術後、自分の意志で疼痛の有無を訴えることの出来る患者27名 (性別, 年齢制限なし。主要疾患は胃癌, 食道癌, 乳癌, 甲状腺癌他)

場面) 全身麻酔手術後、患者が痛みや、苦痛について表現したことに対し、看護婦が非経口的な、鎮痛剤を使用した場面147件。(非経口的鎮痛: 座薬, 筋肉注射のこと。持続硬膜外麻酔考慮しない。) 非経口的鎮痛剤を使用した時の看護場面を記録から抜き出す。

分析方法) (1)全体のアセスメントの内容をみる。(2)アセスメントを記録しなかった場面をアンケートで振り返ってもらい、どのようなアセスメントを行っていたかを調べる、記録に定める、アセスメントのあり、なしの比率とあわせ、内容を経験年数別に比較する。(3)アンケートでアセスメントを記録しなかった時に自分の中で行っていたアセスメントを振り返ってもらった内容と、実際記録として残されているアセスメントを経験年数別に比較する。

看護診断名のうち、“疼痛”そのもの、あるいは関連因子に疼痛が含まれているものを、文献より引用し、それぞれA～Iとする。

- A. 非効果的な呼吸パターン
- B. 誤えんのハイリスク状態
- C. 疼痛
- D. 活動不耐
- E. 身体可動性の障害

- F. セルフケアの不足
- G. 尿閉
- H. 睡眠パターン障害
- I. 恐怖

さらに、診断名A～Iを鎮痛剤使用時の目的別に分類し、経験年数別に比較する。

- ①疼痛そのものを示し、疼痛の除去のみを目的とするもの。；分類C
- ②疼痛の除去に加え、その後の看護介入も目的とするもの。；分類A, B, D, F, G,
- ③疼痛によって引き起こされる患者の他の苦痛の除去も目的とするもの。；分類E, H, I,

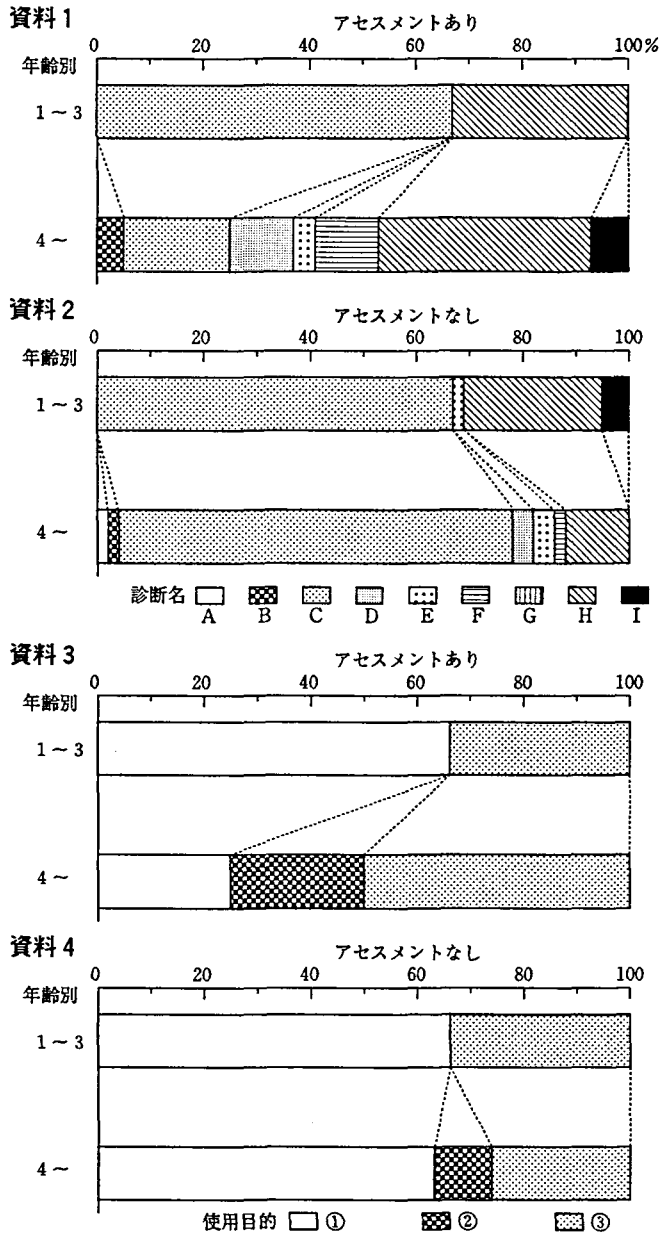
3. 結果

方法(1)のアセスメントの内容は、主に、「入眠目的」「患者のバイタルや表情、態度」「ADLの拡大を図る」「前回鎮痛剤を使った時からどのくらい経過したか」「患者の訴えや希望がある」などであった。

(2) 書けていない場面を年数別に比較すると、1～3年目では90%、4年目以上では70%だった。

アンケートの主な内容は、「患者の痛いという訴えや希望があるから」「痛みがとれて夜よく眠れるように」「前回鎮痛剤を使った時からどのくらい経過したか」などであった。その他にも、4年目以上の看護婦の中には、「患者の、筋緊張をやわらげる」「安心感を与える」「薬への依存の影響を考える」などの意見があった。

(3) 資料1, 2より、1～3年目が、アセスメントありの項目ではCとHの2種類、アセスメントなしの項目がC, E, H, Iの4種類なのに対し、4年目以上では、アセスメントありでは診断名AとGを除く全ての項目が見られ、アセスメントなしではGを除く全部の項目が見られた。

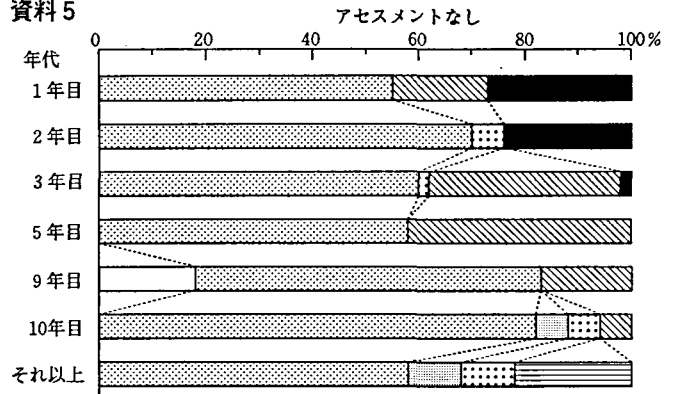


①～③の項目で1～3年目と4年目以上を比較したものは1～3年目では②がなく、ほぼ同じ数字だった。(資料3, 4) 4年目以上では①～③の比率が高くなっている。

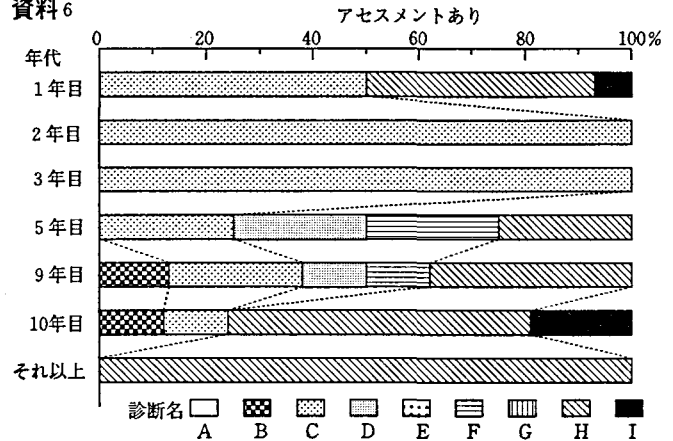
又、各年代毎に診断名別にみるとアセスメントあり(資料5)では、1～3年目ではCのしめる割合が50%以上なのに対し5年目以上からは30%以下になっている。5, 9, 10年目で、4つ以上の複数の項目が上っているのは、アセスメントなし(資料6)でCのしめる割合は全体的に高い。

各年数毎に①～③の項目をみると、アセスメントありでは9年目以上から②が20%前後の割合でしめるが、①が50～70%とどの年代にも見られるのに対し、アセスメントなしでは、①～③とも、各年代で大きな違いがみられる。②は1～3年目にはないが、5, 9, 10年目にはみられる。

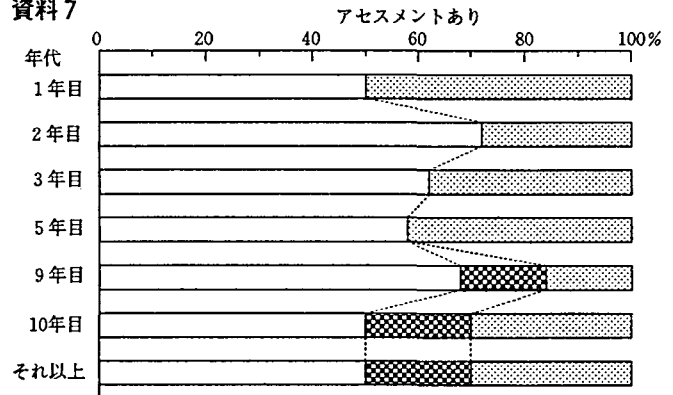
資料5



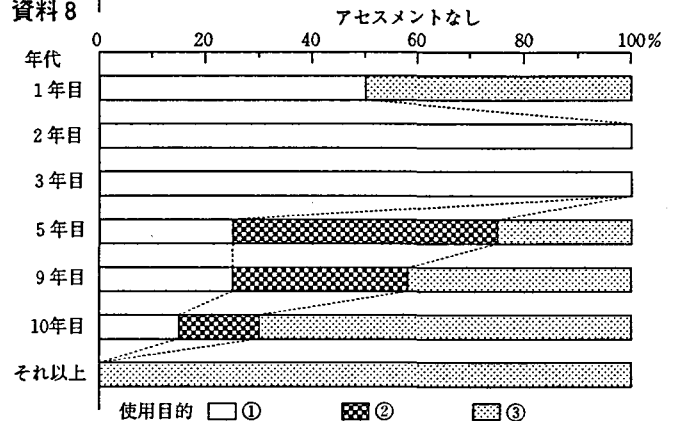
資料6



資料7



資料8



4. 考 察

今回の調査ではほとんどの看護婦が主に、患者の主観を鎮痛剤使用の指標としており、鎮痛剤は除痛や、入眠目的に使用されているということが確認された。これは、今回の調査が術後の鎮痛剤を使用した場面を扱っているため、アセスメント自体の展開範囲が限定されやすいためと判断する。

4年目以上の看護婦は、アンケートや分類毎の結果からアセスメントの展開範囲が比較的広い。これは、1～3年目の看護婦は、患者の訴えを収集したときに、苦痛そのものをとらえ対処するが、4年目以上の看護婦は、患者の訴えを他の問題と関連付けるためと考えられる。また、1～3年目の看護婦からは、どのようにアセスメントを書けばいいかわからない、自信がないという意見もきかれた。

4年目以上の看護婦の、鎮痛剤の使用目的は②と③が増えていることより、除痛目的以外で使用する鎮痛剤の理由を明らかにする意味でのアセスメントをおこなっていると考えられる。

個々の看護婦の判断や評価が明確にされ、実践の場面での看護展開を記録に表すことで、術後疼痛管理での継続看護をおこなうことができる。また、先輩の看護婦の実践した看護をみることで経験の浅い看護婦も学習していくと思われる。

今回の調査では、記録に残されているアセスメントが比較的少ないということも明らかになり、改めてアセスメントに関する病棟の問題点がわかった。又、アセスメントの重要性がスタッフの間にも再認識されたという点でも、意義があったと考えられる。

5. おわりに

今回の調査では対象となる看護婦の人数が14名と少なく、各年代1～2名程だったため、結果が経験年数別というよりも、個人の特性に左右するところが多く、結果はあまり正確なものではなかったのは残念である。

私たちは、経験年数によるアセスメントの違いで鎮痛剤の使用方法が変わってくることを知ることができた。そして、この違いが、患者が必要とする看護と個々の看護婦の対応にずれを生じ、患者の苦痛や不安の軽減を左右すると感じた。

しかし、一貫した疼痛ケアはアセスメントだけでなく、他の要素も影響してくると考えるため、今後はアセスメントによる継続看護ができるように評価していくと共に、疼痛ケアについて個人の意識や知識などの関連性も明らかにしていきたい。

最後にこの研究に御協力いただいたスタッフのみなさんに深く感謝いたします。

6. 引用参考文献

- 1) 神尾 圭子：卒後3年目と5～8年目看護婦の実践能力の評価に対する検討<第26回日本看護協会集録看護管理>、日本看護協会出版会、1995、P19-21.
- 2) 高橋 徳子：手術後疼痛に対する表現方法の基準化を実施して－フェイス・スケールの活用－<第24回日本看護協会集録成人看護Ⅰ>、日本看護協会出版会、1993、P148～151.
- 3) 上西 洋子：卒後1年目と3年目以上の経験ナースとのアセスメント能力の差異と指導上の課題<第26回日本看護協会集録看護総合>、日本看護協会出版会、1995、P95～97.
- 4) 岩井 郁子：POSの問題点、J J Nスペシャル看護に生かすPOS、NO. 10：P30～39. 1989.

- 5) Babara.J. Taptich, 藤村龍子訳：看護診断とケアプラン—鑑別診断・ケアプラン立案のガイド，第2版，1995，P 335～337.
- 6) 山上富子他：痛みを訴えた患者に対する看護婦の対応—場面構成の分析より—，〈第14回長野県看護研究学会集録〉，日本看護協会長野県支部，1993，P 72～74.
- 7) 岡崎寿美子他：看護における痛みの評価技—痛みのアセスメントをどうすればよいか—，看護技術，Vol. 39, NO. 4, 563号3, 1993, P 95～103.