

看護師の心臓血管術後疑似体験を基にした看護ケアの検討

西病棟4階 ○三宅美子 久保昌美 亀井智美 若松有希
谷口雅代

専門看護外来 丸谷晃子

Key word: 術後重症回復室、モニタリング、療養環境、疑似体験

はじめに

当病棟で2009年術後せん妄発症の実態調査を行い、術前の不安因子「全身麻酔」「飲食」が術後せん妄発症に影響を与えていることが分かった¹⁾。しかし、術後に患者から「こんなに辛いとは思わなかった」「もっと簡単に考えていた」などの言動が多く聞かれ、術前の不安因子だけでは把握できない術後の苦痛があり、これらは術後せん妄発症に影響を及ぼしているのではないかと考えた。それらに対して私達は術後の異常の早期発見を最優先に考える傾向にあり、患者の言動が意味する「辛い」に代表される苦痛に対する認識が不十分なのではないかと示唆された。

そこで、術後重症回復室に入室する術後患者、特に意識下で、最もライン類が多く、生命維持の医療機器を必要とする、心拍動下冠動脈バイパス術や弁置換術に代表される心臓血管術後に体験するモニタリングや術後の療養環境を健常な看護師が疑似体験を通して、患者の「辛い」の内容を検討し術後患者の苦痛を軽減できる看護援助に役立てたいと考えた。

I. 目的

本研究では看護師が術後重症回復室に入室する心臓血管術後患者の疑似体験を通して、創痛以外の環境要因やモニタリングなどの苦痛を把握し、その苦痛を回避するための看護ケアを検討する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：実態調査研究
2. 期間：平成22年7月～9月
3. 対象：術後重症回復室病棟に勤務経験のある看護師23名
4. データ収集方法：
 - 1) 2009年術後せん妄実態調査の結果より、ニーチャム混乱・錯乱状態スケールの点数が24点以下となり術後せん妄発症率が高くなる心臓血管術後1病日の環境下を再現し、研究メンバーでプレテストを行った。身体的苦痛とバイタル変動に対してデータを採取し、身体的苦痛の表出が最も多くなりバイタルサインに変化が認められた60分を疑似体験の時間

として設定した。

2) 研究目的に同意を得られた被験者が、勤務時間終了後に、心臓血管術後1病日の状態(①バスタオル、ケアシート、エアマットレスを敷いた術後ベッドで病衣を着用し臥床、②モニター・動脈圧ライン、シーネ装着、病衣・オムツ着用、スワングアンツカテーテル・中心静脈カテーテル・動脈圧ライン・末梢点滴ライン・胃管チューブ・バルンカテーテル・胸腔ドレーンのラインを身体に固定、③酸素マスクとカニュラの着用)を疑似体験した。

3) 術後重症回復室では、帰室時から15分毎に脈拍、血圧、呼吸回数、経皮的酸素飽和度測定、尿量測定を行うため、疑似体験では、開始時から60分後まで15分ごとにバイタルサインをチェックした。また開始20分後に体位交換、30分後にギャッジアップ坐位、40分後に酸素マスクから経鼻カニュラへ変更、50分後に飲水介助、60分後に端座位・立位訓練の体験を行った。

4) 疑似体験した感想を半構成的質問用紙に記載してもらった。また疑似体験の前後でSTAI-Yを用いて不安度を調査した。

5) 調査時間は被験者・研究者の勤務時間外とし、病室は術後重症患者が不在のオープンスペースとした。調査実施場所に術後患者が入室している場合は、術後患者とはできるだけ離れた病床を選択し術後患者の体調に影響が出ないように、スクリーンを使用するなど環境には十分配慮した。

5. データ分析

1) STAI-Yの分析

STAI-Yは記述統計後、心臓血管術後の看護経験あり群(以下：経験あり群)と心臓血管術後の看護経験なし群(以下：経験なし群)でMann-WhitneyのU検定を行った。

2) 質問用紙の分析

集められた疑似体験後の感想から共通した内容の文・節を素データとしコード化した。さらに分類しカテゴリー化した。カテゴリー化された概念はそれぞれのキーワードの用いられた頻度、前後の関係を検討し、先入観や思い込みがないか、客観的か、などを心臓血管術後患者看護の経験が2年以上の看護師4名で意見が一致するまで分析し、カテゴリー化を行った。分析方法についてはスーパーバイズを受けた。

III. 倫理的配慮

本研究は医学倫理審査委員会に申請し承認を得て行った(受付番号919)。

対象者に対して研究の趣旨、個人情報守秘性、研究終了後のデータ結果の破棄、研究への参加の可否や中断が可能であること、またその際に不利益を生じないことを口頭、文書で説明し承諾を得た。

IV. 結果

1. 基本情報

対象者は23名であり、性別は男性1名、女性22名、心臓血管術当日から1病日の看護(以下:心臓血管術後とする)の経験の有無は、経験あり群は17名、経験なし群は6名であった。臨床経験年数は、心臓血管術後の看護経験あり群は中央値7(1-30)年、経験なし群は中央値1(1-6)年であった。術後重症回復室の経験年数は経験あり群は中央値2(0-9)年、経験なし群は中央値1(0-1)年であった。手術歴があるのは、経験あり群は8名、経験なし群は2名であった。

心臓血管術後の看護経験なし群は、経験あり群よりも術後重症回復室の経験年数は有意に低かった($p=0.005$)が、性別、臨床経験年数、手術歴の有無では有意差は見られなかった(表1)。

2. 疑似体験前後での STAI-Y による不安の比較

疑似体験前の心臓血管術後の看護経験あり群の不安尺度は中央値57(36-73) 経験なし群では中央値59(48-66)であった。疑似体験後の心臓血管術後の看護の経験あり群は中央値59(33-78)、経験なし群は中央値56(45-79)であった。

心臓血管術後の看護経験あり群、経験なし群ともに疑似体験前後で不安尺度の得点に有意差は見られず、経験あり群と経験なし群の比較においても有意差はなかった(表2)。

3. 疑似体験における感想の分類

疑似体験から得た感想より280個の素データが挙げられコード化した。そこから28のサブカテゴリーに要約し、最終的に【術後の環境に不快感がある】【モニタリングに起因する苦痛がある】【医療者の対応で不安が増強する】【術後体に付いているラインが辛い】【術後の安静制限で自由に動けない】の5つのカテゴリーを抽出した(表3)。

【術後の環境に不快感がある】のサブカテゴリーは、エアマットの使用、おむつ着用、ベッドの高さ、術後の機器に囲まれた環境の変化やそのことに伴う精神的不安が挙げられ、サブカテゴリー数は全体の39%(11)と最も多かった。

【モニタリングに起因する苦痛がある】では、自動血圧計や、パルスオキシメータプローブの装着、動脈圧ラインシーネに伴う苦痛、アラーム音に対する病態への不安が挙げられた。

【医療者の対応で不安が増強する】では、看護師

の声かけの仕方やその頻度、看護師の動き、医師に対する恐怖心、援助する時の配慮に対する思いが挙げられた。

【体に付いているラインが辛い】では、頸部に挿入されている中心静脈カテーテル・スワンガンツカテーテルや胃管チューブ、酸素マスク、経鼻カニューラに対する苦痛やラインによる拘束感が挙げられた。

【術後の安静制限で自由に動けない】では術後の床上安静や体位ドレナージのための同一体位、ギャッジアップ・ダウン、体位変換による苦痛、ラインによる拘束感から動いて良いのかわからない不安が挙げられた。

V. 考察

クリティカルケアにおいて、快適さのニードと予防的ケアは患者の視点から非常に重要であるが、術後急性期は必然的に身体的処置が優先される。術後重症回復室では心臓血管術後の患者は意識下で入室するため、患者には様々な状況において苦痛を知覚する。生命の危機状態であるからこそ、我々は患者に安楽を提供し、患者が本来持っている自然治癒力を引き出すことが大切である。

パトリシア・ベナー²⁾は、看護師は安楽の必要性を認識すること以外に、状況を把握し、何が安楽として味わってもらえるかをイメージできなくてはならないと『看護における臨床知』の中で述べている。

今回の心臓血管術後の疑似体験は、安楽の方法として、患者の苦痛を理解しようとする看護師の認識活動につながり、その苦痛を取り除くことで術後せん妄の回避を図れる可能性がある。

1. 疑似体験前後での STAI-Y による不安の比較

一般的な術後せん妄は15~30%であるが、心臓血管系の術後は約30~80%の発生率でせん妄・急性混乱状態に陥ると言われている³⁾。術後は全身状態の急激な変化を伴い、スワンガンツカテーテルや動脈圧ライン、ドレーン、酸素療法など生命保持のため必要なラインが挿入されているため、心臓血管術後看護経験あり群の看護師であっても疑似体験前後の不安尺度は、一般大学生による通常不安尺度の数値より高く50点を超えていた。これは心臓外科術後の状態が日常生活から離れ不安を高める状態であると言える。

しかし、対象者は疑似体験後に不安度が憎悪しなかったことが明らかとなった。これより、心臓血管術後の状態を術前の患者が疑似体験することは不安感を増大させない可能性があることが示唆された。

2. 疑似体験における身体面・精神面の苦痛の実態

今回、疑似体験を通して術後の状況には創痛以外の療養環境やモニタリングに関する苦痛の存在を明らかにすることができた。これらは術後患者が「辛い」と訴える患者の反応に含まれる内容であったと考える。

【術後の環境に不快感がある】のサブカテゴリーは日常生活とは一変した環境の変化に対する思いであり、看護に当たる私たちは、術後の環境を当たり前と感じるのではなく患者と術後の環境の相互関係を理解し「術後は術前の環境とは違うことに共感する」ケアをしていく必要がある。

【モニタリングに起因する苦痛がある】では、術後急性期は患者の身体状態の変化を把握し、予測し、早期発見をして対処していくことが望まれ様々なモニタリングが行われている。今回の疑似体験から、私たちが情報を得るためのモニタリングが、受ける側にとっては苦痛を伴っていることが明らかとなった。その中には不必要と判断されるモニタリングも含まれており「必要なモニタリングを判断する能力を養う」ことが今後の改善点となった。

クリティカルな場面では、機器の操作やモニタリングすることに重点を置かれがちであるが、【医療者の対応で不安が増強する】では、声かけの時に目線や口調に注意し、患者の状態を把握したタッチングなど人間的なつながりや体へのケアが安心につながると思われ、このような状況下では「患者との信頼関係を築き、治療や療養生活を支えていく」必要があると思われる。

【体に付いているラインが辛い】では、術後に必要性の認識不足や痛みなどから自己抜去がみられることがある。「看護師がその痛みや拘束感などを理解し、治療の必要性を説明する」ことで、治療を継続する方法を患者とともに話し合う機会を有することが重要であるとする。

【術後の安静制限で自由に動けない】では、今回の疑似体験を通して私たちが良肢位と考えていた姿勢が、実は受ける側にとっては苦痛であることがわかった。患者はその体格や創部により一人一人最適な体位が異なっていることを認識し「患者にとって安楽な姿勢を保持する」ケアが必要である。

3. 今後の課題

今回、看護師が疑似体験を通して術後創痛以外の療養環境やモニタリングに関する苦痛の存在が明らかとなった。抽出された苦痛は創痛と異なり、看護介入により苦痛が軽減する内容であった。看護師の気づき、的確なケアで緩和できる項目であったり、患者が術前に見たり触ったりすることで術後環境に適応できる項目も含まれていた。

これより、クリティカルな看護実践の中で、細やかな気づきを得るためには熟練した知識、技術が必要である。熟練した思考や行動には、看護師の研ぎ澄まされた能力が必要であり、実践の中での気づき、ケアリングを行うにはそのノウハウを磨く一定のスキルが必要と思われる。今後は、医療者側が苦痛に気づき・援助できる知識・技術の教育が必要であり、臨床における課題である。

次に、術前患者に対して、術前オリエンテーションに術後のモニタリングの一部を「視る」「触る」「聴

く」という疑似体験や環境に触れる指導を取り入れることは術後環境にリアリティを与え、術後のクリティカルな状況に「辛さ」を感じる患者に対して、少しでも安心・安楽な援助につなげることができる部分を確保できると考える。従って、今後の術前指導の更なる検討が課題である。

4. 研究の限界

今回の疑似体験の対象は、術後の患者状況を知っている健康な被験者の結果であった。術後重症回復室を知らない看護師、医療関係者以外の対象の被験者では、疑似体験前後の不安尺度や疑似体験を通しての身体面・精神面の苦痛反応に相違がある可能性がある。これより今回の結果が術後患者全般に共通するとは言い切れないため、一般化には限界がある。

しかし、今回の調査対象が心臓血管術後の状況を知っている術後重症回復室勤務の経験のある看護師であったからこそ、280もの有効な素データが得られ、苦痛内容を言語化することができたといえる。

V. 結論

1. 心臓血管術後看護の経験あり群、経験なし群ともに疑似体験前後では不安尺度の有意差は見られず、経験あり群となし群の比較においても有意差はなかった。
2. 心臓血管術後の苦痛には【術後の環境に不快感がある】【モニタリングに起因する苦痛がある】【医療者の対応で不安が増強する】【体に付いているラインが辛い】【術後の安静制限で自由に動けない】の5カテゴリーが抽出された。以上より、看護師の心臓血管術後看護の疑似体験を通して、5カテゴリーに対する看護介入の方向性が明らかになった。

引用文献

1. 三宅美子：術後重症回復室患者における術後せん妄発症と術前不安に関する検討。論文未掲載（第41回 日本看護学学会 成人看護Ⅰ 発表予定）
2. パトリシア・ベナー：ベナー 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること。p331 医学書院
3. 綿貫成明：「せん妄をどのようにアセスメントするか」 エキスパートナース。17(15)。P33。2001

表1 基本情報

		心臓血管外科術後ケア経験あり n=17		心臓血管外科術後ケア未経験なし n=6		p値
		(名)		(名)		
性別	男性	0		1		0.261
	女性	17		5		
卒後年数	中央値(範囲)	7	(1-30)	1	(1-6)	0.017
部署経験年数	中央値(範囲)	2	(0-9)	1	(0-1)	0.005*
手術歴	有り	8		2		0.463
	無し	9		4		

*p<0.05

X²検定

Mann-Whitney U検定

表2 不安尺度 心臓血管外科術後ケア経験の有無別の比較

		心臓血管外科術後ケア経験あり n=17		心臓血管外科術後ケア未経験なし n=6		p値
		中央値	範囲	中央値	範囲	
		体験前				
状態不安	P尺度	20	10-34	24	14-29	0.527
	A尺度	35	16-40	35	32-40	0.860
	状態不安尺度	57	36-73	59	48-66	0.400
特性不安	P尺度	22	13-31	20.5	12-35	0.726
	A尺度	28	16-40	27.5	14-40	0.861
	状態不安尺度	50	34-70	50.5	32-67	0.833
体験後						
状態不安	P尺度	24	16-38	22	14-39	1.000
	A尺度	38	15-40	34	29-40	0.355
	状態不安尺度	59	33-78	56	45-79	0.944
特性不安	P尺度	26	13-40	19	13-40	0.400
	A尺度	33	19-40	32.5	11-40	0.888
	状態不安尺度	59	39-79	51.5	30-80	0.648

*p<0.05

Mann-Whitney U検定

表3 疑似体験から得た術後状態の苦痛の要因

カテゴリー	サブカテゴリー(コード数)
術後の環境に不快感がある	エアマットに伴う苦痛(3)
	落ち込む環境(1)
	おむつ装着に関する苦痛(2)
	時間がわからない(1)
	下着を着けていないことに関する思い(1)
	寝具に関する思い(6)
	日常空間との違い(5)
	一人でいることの思い(5)
	病衣がはだけることに関する思い(4)
	ベッド周囲の環境がわからない(11)
	ベッドの高さによる思い(6)
	モニタリングに起因する苦痛がある
ラインに伴う苦痛(7)	
自動血圧計に伴う苦痛(5)	
SPO2装着に伴う苦痛(5)	
シーネ固定に伴う苦痛(6)	
病態への不安(1)	
医療者の対応で不安が増強する	自己に対する看護師の思いが気になる(1)
	看護師の対応に関する思い(20)
	気がねする(2)
	医師の対応に関する思い(1)
体に付いているラインが辛い	胃チューブに伴う苦痛(3)
	CV・スワンガンツカテーテル挿入に伴う苦痛(8)
	経鼻カニューレに伴う苦痛(5)
	酸素マスクに伴う苦痛(9)
術後の安静制限で自由に動けない	安静制限に関する思い(3)
	姿勢に関する要望(6)
	姿勢に伴う苦痛(8)