

修士学位論文

統合失調症患者の術後疼痛に関する 看護師のアセスメントの特徴

平成 23 年 12 月 15 日 提出

首都大学東京大学院

人間健康科学研究科 博士前期課程 人間健康科学専攻

看護科学域

学修番号：10894611

氏 名：米村法子

(指導教員名：勝野とわ子)

要旨

本研究は統合失調症患者の術後疼痛を看護師がどのようにアセスメントしているのかを明らかにすることを目的とした。

研究参加者は精神科経験 3 年目以上、かつ外科系病棟での勤務経験がある看護師 9 名とし、半構造的面接法を用いて面接を行い、質的帰納的に分析を行った。

332 コードから、【術後疼痛を疑う】等を含む統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢、【幻覚・妄想の変化】等を含む統合失調症患者の術後疼痛を捉える観察項目、【術後疼痛の言語的表現がない時の判断】等を含む統合失調症患者の術後疼痛を捉える判断、【術後疼痛の把握が難しいことによる介入への躊躇】等を含む統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさの 4 カテゴリーが抽出された。

結果から、看護師は術後疼痛サインの不一致が生じた時にはフィジカルアセスメントを行うこと、及び迷いを感じた場面の判断内容を病棟内で共有する必要性が示唆された。

キーワード: 統合失調症、術後疼痛、看護師、アセスメント

Abstract

The purpose of this study was to clarify how nurses assessed postoperative pain in patients with schizophrenia.

The study using semi-structured interview was conducted on 9 nurses who have worked in psychiatric wards for over 3 years and also in surgical wards. The transcribed data were analyzed qualitatively.

Four categories emerged from 332 codes; A. Nurses' attitude to perceive postoperative pain in patients with schizophrenia including 【suspecting the existence of postoperative pain】 and others, B. Observation items of postoperative pain in patients with schizophrenia including 【changes in hallucination and delusion】 and others, C. Nurses' judgments of perceiving postoperative pain in patients with schizophrenia including 【judgments in the case of no linguistic expression of postoperative pain】 and others, and D. Difficulties in perceiving postoperative pain in patients with schizophrenia including 【hesitation in nursing intervention due to the difficulty of understanding postoperative pain】 and others.

The study suggested that it is necessary for nurses to assess patients with schizophrenia physically when signs of postoperative pain in patients with schizophrenia show disagreement and to discuss the situation within staff nurses when they felt bewilderment and difficulties.

Keyword: patients with schizophrenia, postoperative pain, nurses, assessment

1.はじめに

平成19年度精神保健福祉資料によると、精神科病院における入院患者は31万6千人であり、統合失調症患者は入院患者数全体の約6割となる18万9千人であった。うち、約3割の6万3千人を65歳以上の統合失調症患者が占める¹⁾。青柳ら²⁾は、外科医が統合失調症患者の身体疾患を診察する機会が増えてきたことを記しており、加齢によって身体疾患をもつ統合失調症患者が増加し³⁾、手術を受ける患者も増加していると思われる。

入院環境に目を向けると、精神疾患患者の入院環境の大部分は精神科病院が担っている。平成20年度時点で、精神科病院は1079施設あり、病床数は25万8514床、一方、総合病院精神科(無床、大学病院を含む)は420施設、病床数は1万7319床となっていた⁴⁾。新潟県で精神科病院を対象に行われた調査では、身体疾患の専門的な知識とともに、専門治療を実施する設備が整備されていないと回答した医療機関が53%、看護を実践するための看護用品が不足していると回答した医療機関が29.4%であった⁵⁾。統合失調症患者は、必ずしも身体疾患を治療できる環境に入院しているわけではなく、手術が必要な場合には、身体疾患の治療が行える精神科病院、もしくは総合病院への転院が必要となる。

統合失調症患者は疼痛の感じ方が鈍いのではないかといわれ、数々の研究がなされてきた⁶⁾。Bleuler⁷⁾は統合失調症緊張病型患者の無痛覚を指摘し、以後、事例報告においてはBleulerの指摘を支持する報告がなされている。例えば、臨床研究では、疼痛を伴うであろうと考えられる盲腸、消化性潰瘍、心疾患等を併発した20~30%の統合失調症患者が疼痛を訴えなかったという報告がある⁸⁾。しかし、温熱や電気刺激等を用いた実験研究においては、統一した研究結果は得られていないのが現状である⁹⁾。Guieuら¹⁰⁾は、多くの統合失調症患者において、疼痛の閾値が上昇

していると観察されているのは、統合失調症患者の態度の結果であり、脳神経機能が変化しているということではないと指摘している。Bonnotら¹¹⁾は、統合失調症患者は疼痛を感じにくいという一般通念は、内因的問題というよりも、疼痛の表出方法の違いに関連があると指摘している。

術後疼痛は急性痛に分類され、国際疼痛学会は急性痛を「発生した原因とそれによる痛みの関係がはっきりと特定でき、しかもその痛みは一時的なもの」と定義している¹²⁾。術後の良好な疼痛管理は、合併症の予防、早期の身体回復、安楽な術後生活による早期の社会復帰へとつながる¹³⁾。一方、術後疼痛は、術後せん妄の直接因子とされており¹⁴⁾、持続する場合は、「治りたい」という意思を妨げるだけでなく、不安・恐怖を抱かせ、疼痛への閾値を下げる痛みの悪循環を形成する¹⁵⁾。

遠藤ら¹⁶⁾は臨床看護師に面接を行い、術後疼痛管理が効果的に出来ていると考える看護師がいる一方で、術後疼痛管理が効果的にできていないと考えている看護師がいることを明らかにした。術後疼痛管理が効果的にできていないと考える看護師は、術後疼痛をアセスメントできず、なんとなくの感覚で判断をしていた。そして、判断が個々の経験、感覚に基づいていること、科学的なアセスメントができないことから、学習の必要性を強く認識していた。加えて、遠藤ら¹⁷⁾は看護師666人に質問紙調査を行い、術後疼痛アセスメントのための統一した基準については約8割の看護師が持っておらず、判断指標が個々の看護師にゆだねられている実態を明らかにした。以上の先行研究は、術後疼痛という主観的体験¹⁸⁾を述べられるであろう統合失調症に罹患していない患者の術後疼痛アセスメントにおいて、看護師は試行錯誤を繰り返していることを示していた。従って、疼痛の感じ方や、疼痛の表現が通常と異なると報告されている統合失調症患者を対象とした場合、看護師は

更に情報を模索し、迷いつつ、アセスメントを行っているのではないかと推察した。

国際疼痛学会 (IASP: International association for the study of pain)¹⁹⁾は、言語でコミュニケーションを図れないことにより、適切な疼痛緩和ケアを受ける可能性が奪われることのないよう注意を促している。しかし、統合失調症患者を対象とした術後疼痛のアセスメントやケアに関する研究報告は見あたらなかった。よって本研究では、統合失調症患者への術後疼痛に関する看護師のアセスメントの特徴を明らかにすることを目的とした。本研究により、統合失調症患者への術後疼痛に関する看護師のアセスメントの特徴を明らかにすることは、精神科病院外科病棟、総合病院精神科病棟に勤務する看護師の教育に役立ち、疼痛の感じ方や、疼痛の表現が通常と異なると報告されている統合失調症患者にとって良好な術後疼痛緩和ケアにつながるのではないかと考える。

II. リサーチクエスチョン

統合失調症患者の術後疼痛に関する看護師のアセスメントの特徴は何か。

III. 用語の定義

「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創 (Moore の第1相) の時期に現れている手術創に限局しただけでなく、疼痛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疼痛、術中からの同一体位により引き起こされる筋肉痛に基づいた主観的体験と定義した。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質的記述型研究デザインである。

2. 標本抽出法

本研究は、目的標本抽出法を用いた。

3. 研究参加者

統合失調症患者の術後疼痛緩和ケアの経験が豊かな看護師として、本研究では研究参加者の条件を、精神科経験3年以上、かつ外科系病棟での勤務経験がある看護師で、研究参加の承諾が得られた者とした。

4. データ収集方法

身体合併症に罹患した統合失調症患者の受け入れを行っている総合病院の看護部長に研究協力の依頼を行った。研究協力の承諾を得られる場合には、研究参加者の条件に合う看護師を病棟責任者から推薦してもらうと同時に、予め施設に郵送した研究承諾書、インタビューガイド、返信用封筒を配布してもらった。研究参加の承諾が得られた看護師と連絡を取り、本人の都合に合わせて面接日程、場所の調整を行った。面接の当日は、改めて研究参加は本人の自由意志であり、辞退・中断を希望した場合でも不利益を被ることは一切ないことを説明し、承諾が得られた看護師に面接を行った。

データ収集は、1対1の半構造的面接法を用いて面接を行った。質問項目は、予備面接を1名に行い、質問項目の妥当性を指導教員とともに確認し、修正を行った。

質問項目の内容は、①統合失調症患者の術後疼痛に対する考え、②統合失調症患者の術後疼痛の有無や程度をアセスメントする時に着目する情報、③統合失調症患者に疼痛時指示薬を用いる際の迷いの有無と理由、④術後疼痛緩和ケアを行う上で、統合失調症患者と精神疾患に罹患していない患者との違いの有無と理由を尋ね、自由に語ってもらった。面接場所と時間は、研究参加者の都合に合わせて設定し、プライバシー保護のため個室で面接をした。面接回数は1名に対して1回、時間は60分程度、全ての面接は研究者が実施した。面接内容は、研究参加者に録音の承諾を得たうえでICレコーダーに録音した。

5. データ分析方法

面接調査で IC レコーダーに録音したデータから逐語録を作成した。逐語録は 1600 字詰め A4 用紙に換算し、96 ページとなった。これらを用いて以下のプロセスを踏み、内容を質的帰納的に分析した。

逐語録を注意深く読み、統合失調症患者の術後疼痛に関する場面において、看護師がどのようにアセスメントを行っているのかに該当する部分を抽出した。繰り返しデータを読み直し、まとまりをもった意味ごとに区切り、意味内容を適切に表現する 332 コードを作成した。

続いて、類似点・相違点の視点からコードを分類し、下位カテゴリー、サブカテゴリーにまとめ、最終的に 4 つのカテゴリーに分類した。分析の過程では指導教員と意見の一致をみるまで検討を繰り返すことによって、解釈の妥当性の確保に努めた。

6. データ収集期間

調査は 2011 年 7 月 19 日～2011 年 9 月 30 日に実施した。

7. 倫理的配慮

文書と口頭で本研究の目的を説明した。研究への参加は自由意志であること、面接の辞退・中断の権利を確認し、答えたくない質問には答えなくてよいこと、本研究で得られたデータは、研究の目的以外で使用しないこと、公表する際には、個人が特定されない形で行うこと等を説明し、承諾書の署名をもって同意が得られたものとした。

逐語録は、医療施設名や個人が特定されないよう、ID 番号を付し、鍵のかかる場所に保管する等、プライバシーの保護、管理を徹底した。なお、本研究は平成 23 年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認を受けた(受理番号:11011)。

V. 結果

1. 研究参加者の背景

研究参加者は、関東近郊で身体合併症に罹患した統合失調症患者を受け入れている 3 つの総合病院に勤務する看護師 9 名。研究参加者の属性の概要を表 1 に示した。精神科に所属する看護師が 8 名、看護部に所属する看護師が 1 名であった。年齢は 30 歳代～50 歳代で、男性 3 名、女性 6 名であり、職位はリエゾンナース 1 名、主任 2 名、スタッフナースは 6 名、臨床経験年数は 10～25 年(平均 19.3

表 1:研究参加者の背景

総合病院	氏名	看護師経験年数	精神科経験年数	看護経験の内訳
1	A	17 年 4 か月	4 年	外科、手術室
1	B	25 年	8 年	小児科、内科、外科、呼吸器内科、整形外科、混合、神経内科
1	C	30 年	10 年	外科、腎臓内科
1	D	10 年 4 ヶ月	4 年 4 ヶ月	呼吸器科、外科、ICU
2	E	20 年 4 か月	6 年	内科、整形外科、外来、婦人科、小児科
2	F	20 年 4 か月	3 年 4 か月	混合、婦人科、小児科、耳鼻科、泌尿器科、眼科、産婦人科
2	G	10 年 4 か月	6 年	外科
3	H	25 年	3 年 4 か月	小児科、救急科、検査部門
3	I	17 年	5 年	内科、外科、精神科、婦人科、混合、混合(個室) リエゾンナース

±SD6.75)、そのうち精神科勤務は 3～10 年 (平均 5.4±SD2.25) であった。面接に要した時間は、平均 47.6 分であった。

2. 統合失調症患者の術後疼痛に関する看護師のアセスメントの特徴

分析の結果、以下の 4 つのカテゴリーが抽出された。そのカテゴリーは、A. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢、B. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える観察項目、C. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える判断、D. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさである。以下、順に述べる。カテゴリーは太字、サブカテゴリーは【】、下位カテゴリーを《》、コードを「」で示すこととする。なお、コード、看護師の語り内 () の語句は、研究者が文脈から確認し補足した内容である。

A. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢

統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢に含まれるサブカテゴリーと下位カテゴリーを表 2 に示した。本カテゴリーには、【術後疼痛を代弁する】、【術後疼痛を疑う】の 2 つのサブカテゴリーが含まれていた。

【術後疼痛を代弁する】は《患者自身、判断が難しいため看護師が判断していかなくて

はならない》、《観察をきちんとしていかなくてはならない》、《訴える内容の変化を捉えることが必要》、《全人的視点から捉える》、《信頼関係を築き内面を引き出す関わりが必要》、《患者の訴えをそのまま捉える》、《看護師の対応は変わらない》、《人の疼痛として捉えることが必要》、《統合失調症患者の疼痛を軽視することに対する腹立たしさ》の 9 つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、術後疼痛の表現が難しい統合失調症患者に対する看護師としての責任や、責任を遂行するための方法、統合失調症患者の疼痛が軽視されていることに対する憤りである。《患者自身、判断が難しいため看護師が判断していかなくてはならない》は、「患者が訴えていることを患者自身が判断することが難しいので、看護師が本当にあっているか否かを判断しなくてはいならない」と看護師の責任が表現されていた。そして、責任を遂行する方法として、《全人的視点から捉える》では「安易に患者をみず、今までの人生に疾患や症状が加わったという見方で、その人の深みまで見てほしい」という表現や、《信頼関係を築き内面を引き出す関わりが必要》では「出会いを大切にして、信頼関係を構築し、根本土台がしっかりしていれば、辛いときに

表 2:A. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢

カテゴリー	サブカテゴリー	下位カテゴリー
統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢	術後疼痛を代弁する	患者自身、判断が難しいため看護師が判断していかなくてはならない 観察をきちんとしていかなくてはならない 訴える内容の変化を捉えることが必要 全人的視点から捉える 信頼関係を築き内面を引き出す関わりが必要 患者の訴えをそのまま捉える 看護師の対応は変わらない 人の疼痛として捉えることが必要 統合失調症患者の疼痛を軽視することに対する腹立たしさ
	術後疼痛を疑う	本当に疼痛があるのか疑う

言ってみようかなと（患者は思う）」、「患者の気持ちを想像し、患者が安心して（自分の気持ちを）表現出来るように関わる」、《患者の訴えをそのまま捉える》では「また言っている、（ナースコールを）連打してきたとかそういう判断をしない」という表現があった。また、看護師は《統合失調症患者の疼痛を軽視することに対する腹立たしさ》を感じており、「精神科の患者さんは痛みがない、痛みに対して鈍磨だから手術の時麻酔をかけなくてよい」という表現は失礼で人間として捉えていない」、「統合失調症の患者さんが何も言わないから（麻酔なしで痔の手術を）すると医師が平気で言っていたのが嫌だった」と表現されていた。

【術後疼痛を疑う】は《本当に疼痛があるのか疑う》の1つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、統合失調症患者と統合失調症に罹患していない患者とを比較し、統合失調症患者の術後疼痛の訴えを、看護師がありのままに受け取れないことを示し、以下のように語られていた。

どっかでちょっとバイアスがかかっているかもしれないですね。一般の人は（痛いと言ったら多分そうかも、痛いだろうって思うかもしれないですけど、精神科の経験があった、あるからなのか、どこかちょっと（統合失調症患者に対して）…本当なの？っていうのはちょっと20パーか30パーかどこかに秘めつつ、術後の観察にしても、ちょびつとどこか、10パーくらいあるかもしれないです。（看護師D）

以上のように、統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢は、術後疼痛の表現が難しい統合失調症患者から、何かしらの判断材料を引き出そうとする一方で、統合失調症患者が訴える術後疼痛の有無や程度を看護師が疑う姿勢を示していた。

B. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える観察項目

統合失調症患者の術後疼痛を捉える観察項目に含まれるサブカテゴリーと下位カテゴリーを表3に示した。本カテゴリーには、

【術後疼痛の訴え】、【身体的反応の変化】、【態度、行動の変化】、【表情の変化】、【雰囲気の変化】、【幻覚・妄想の変化】の6つのサブカテゴリーが含まれていた。

【術後疼痛の訴え】は《術後疼痛を表す言葉》、《口調の変化》、《疼痛時指示薬内服後、繰り返し術後疼痛を訴える》の3つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、看護師が術後疼痛を捉える時に用いる統合失調症患者の言語的サインを示している。《口調の変化》は「喋る人が喋らない」、《疼痛時指示薬内服後、繰り返し術後疼痛を訴える》は「一般科の患者はロキソニン飲んだから4時間後じゃなければだめ、我慢しようとか判断がきくが、精神科の患者は我慢ができず、（ナースコールを）連打する」と表現されていた。

【身体的反応の変化】は《バイタルサインの変化（体温、脈、血圧、酸素飽和度）》、《出血の程度、色、臭い》、《発汗》、《創部の状態》、《検査データ》、《嘔気》、《頭痛》、《皮膚の組織、動き、張りの変化》の8つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、看護師が術後疼痛を捉える時に用いる統合失調症患者の身体的サインを示している。術後疼痛によって生じる身体的反応のひとつとして《皮膚の組織、動き、張りの変化》があり、以下のように語られていた。

あのね、皮膚の、皮膚の活、皮膚がね違うんだよね。なんて言っているのかな…痛みっていうか、…今までは皮膚がこう…張っていたのが…、痛いことによって、何ていうのかな…やっぱり、たるむんじゃないんだけど、皮膚の組織が変わってくるとか、うーん、微妙なところでね、動きが違ったりと

表 3:B. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える観察項目

カテゴリー	サブカテゴリー	下位カテゴリー
統合失調症患者の術後疼痛を捉える観察項目	術後疼痛の訴え	術後疼痛を表す言葉 口調の変化 疼痛時指示薬内服後、繰り返し術後疼痛を訴える
	身体的反応の変化	バイタルサインの変化（体温、脈、血圧、酸素飽和度） 出血の程度、色、臭い 発汗 創部の状態 検査データ 嘔気 頭痛 皮膚の組織、動き、張りの変化
	態度、行動の変化	眠れない 手術創に触れようとする 拘束下でも手足を動かす 不穏になる 緊張が強い 動きたがらない 普段と異なる行動をする
	表情の変化	笑わなくなる 苦悶様の表情をする 目がくもる 術後疼痛で眠れない時は目が爛々とする 視線が合わない 術後疼痛が軽減すると目が輝く 顔色が変化する 手術前後で表情が異なる
	雰囲気の変化	雰囲気が違う
	幻覚・妄想の変化	疼痛がある時は幻覚・妄想が軽減し、疼痛が軽減すると幻覚・妄想が出現する

か…。(看護師 C)

また、術後合併症の徴候としての疼痛を伴う項目として《出血の程度、色、臭い》があり、「(術後の経過異常の判断は)血液の臭い、色で判断する」と表現されていた。

【態度、行動の変化】は《眠れない》、《手術

創に触れようとする》、《拘束下でも手足を動かす》、《不穏になる》、《緊張が強い》、《動きたがらない》、《普段と異なる行動をする》の7つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリー内容は、手術直後から離床期にかけて、看護師が術後疼痛を捉える時に用いる統合失調症患者の態度や行動から

のサインを示している。《緊張が強い》は「体の向きを変えても板のように硬くなっている」、《動きたがらない》は離床期に関する内容で以下のように語られていた。

あと本人が不安がったりすると、やっぱり、動くと痛くなるんじゃないかっていうのがあるので、
…(看護師 I)

動作により術後疼痛が出現する不安から統合失調症患者の離床が進まない内容が表現されていた。また、看護師は手術前後の患者の行動を比較しており、《普段と異なる行動をする》は「説明すればわかる患者が暴れているときは痛みが関連している」と表現されていた。

【表情の変化】は《笑わなくなる》、《苦悶様の表情をする》、《目がくもる》、《術後疼痛で眠れない時は目が爛々とする》、《視線が合わない》、《術後疼痛が軽減すると目が輝く》、《顔色が変化する》、《手術前後で表情が異なる》の 8 つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリー内容は、看護師が術後疼痛を捉える時に用いる統合失調症患者の表情からのサインを示している。術後疼痛によって生じる表情として目に着目した内容が下位カテゴリーの半分以上を占め、《目がくもる》は「痛い時は皮膚、目がどんより曇っていて、痛みがなくてぐっすり眠れたり、痛みが取れた時は違う」、《術後疼痛が軽減すると目が輝く》は「薬を使って安らかに休むと次の日は目が輝いている」と表現されていた。また、術後疼痛によって生じる表情の変化においても普段との比較が語られており、《手術前後で表情が異なる》は「亜昏迷の患者でも手術をした後では表情が違い、痛いとわかる」と表現されていた。

【雰囲気の変化】は《雰囲気が違う》の 1 つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、看護師が術後疼痛を捉える時に用いる統合失調症患者の雰囲気

気からのサインを示している。《雰囲気が違う》は「普段と雰囲気が違う」と表現されていた。

【幻覚・妄想の変化】は《疼痛がある時は幻覚・妄想が軽減し、疼痛が軽減すると幻覚・妄想が出現する》の 1 つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、看護師が術後疼痛を捉える時に用いる統合失調症患者の幻覚・妄想からのサインを示している。具体的には、以下のように語られていた。

身体症状(痛み)が出ているときには精神症状(幻聴、妄想)は消えているんです。その裏にいつちゃって。で、身体症状がなくなると精神症状がでてくるんです。なので手術をして本当に痛い時は、あの一、本当に痛いんですよ。幻聴とか妄想とかがあまりなくなっていて本当に痛いですね。(看護師 C)

身体的に何か症状が、痛みがあったり、と、何かこう、呼吸困難感があったりすると、本当に、今までこう、落ち着かなく過ごしていた人が、とたんに静かになって、ずーっと、静かに安静にしたり、後、真面目にお薬を、しっかり言われた通りに飲むようになったり、…(看護師 I)

以上のように、統合失調症患者の術後疼痛を捉える観察項目は、一般的に言われている術後疼痛の観察項目に加え、皮膚、目、そして幻覚・妄想の変化が看護師によって観察されていることが示されていた。

C. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える判断
統合失調症患者の術後疼痛を捉える判断に含まれるサブカテゴリーと下位カテゴリーを表 4 に示した。本カテゴリーには、【手術の部位、侵襲度からの判断】、【手術後の時間、日数からの判断】、【経験からの判断】、【複数の立場からの判断】、【術後疼痛の言語的表現がない時の判断】、【術後疼痛の言語的表現と身

表 4:C. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える判断

カテゴリー	サブカテゴリー	下位カテゴリー
統合失調症患者の術後疼痛を捉える判断	手術の部位、侵襲度からの判断	手術部位から疼痛を考える 手術の侵襲度から疼痛を考える
	手術後の時間、日数からの判断	手術直後は痛みが強い 術後疼痛のピーク時間を考える 手術後から日数を経るとちょっとした疼痛では薬剤を使用しない 手術から時間が経った時の疼痛は異常と考える
	経験からの判断	過去の看護経験から捉える 自己の手術経験から捉える
	複数の立場からの判断	判断に迷う時、自信のない時は他の看護師や医師に相談し術後疼痛を考える
	術後疼痛の言語的表現がない時の判断	言語的表現がないと術後疼痛を確定できない 術後疼痛を言わない時は、身体的反応、態度、表情で確認する 身体的反応の変化では疼痛時指示薬を使用しない 複数の身体的反応の変化があれば疼痛時指示薬を使用する 苦痛様表情があれば疼痛時指示薬を使用する
	術後疼痛の言語的表現と身体的反応、行動、表情、及び使用した薬剤効果の一致の判断	術後疼痛の言語的表現と身体的反応、行動、表情の一致を考える 術後疼痛の言語的表現と疼痛時指示薬の使用時間、量の一致を考える
	疼痛時、不眠時、不穏時指示薬の選択の判断	発言や希望によって投与する薬剤を決める 目の様子で薬剤を決める 辻褄の合わない発言がある時は不穏時指示薬を使用する 疼痛時指示薬か不穏時指示薬かを決める時には、訴え、身体的反応、行動、表情、侵襲度で考える 疼痛時指示薬を使い様子をみる 投与する薬剤は時間で考える 眠れない理由が確定できない時は不眠時指示薬を使用する 効果が得られなかった場合には別の薬剤を使用する 過去に効果の得られた薬剤を選択する 2種類の薬剤を同時に使用する
	疼痛が妄想や不安か、身体的によるものかの判断	普段の妄想による言動から、疼痛が妄想なのか考える 疼痛があるのに不安による訴えと捉え疼痛時指示薬を使用しない

体的反応、行動、表情、及び使用した薬剤効果の一致の判断】、【疼痛時、不眠時、不穏時指示薬の選択の判断】、【疼痛が妄想や不安か、身体的によるものかの判断】の8つのサブカテゴリーが含まれた。

【手術の部位、侵襲度からの判断】は《手術部位から疼痛を考える》、《手術の侵襲度から疼痛を考える》の2つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、手術により切開する部位、大きさの

情報を用いて、看護師は術後疼痛を考えることを示している。《手術部位から疼痛を考える》は「皮膚の手術で、患者が痛いと言っても、皮膚だからそんなに（痛くはないと）みていた」、《手術の侵襲度から疼痛を考える》は「腹腔鏡は開腹（手術）よりも痛くはない」と表現されていた。

【手術後の時間、日数からの判断】は《手術直後は疼痛が強い》、《術後疼痛のピーク時間を考える》、《手術後から日数を経るとちょっとした疼痛では薬剤を使用しない》、《手術から時間が経った時の疼痛は異常と考える》の4つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、手術からの時間の経過に基づき、看護師は術後疼痛の有無や程度、疼痛が示す意味を考えるとすることを示している。《手術後から日数を経るとちょっとした疼痛では薬剤を使用しない》は「手術から7～10日が経過した時に、薬剤にもよるが体動程度では、頻繁には使用しない」、「痛みが我慢できる程度であり、状況や日数から（疼痛時指示薬を飲まずに様子を見るように）伝えた」、《手術から時間が経った時の疼痛は異常と考える》は「（手術から時間がたって）熱感や、痛みがあることは、（異常なことが）起こっているのではないかと考え、（疼痛時指示薬を使わずに）医師に報告をする」と表現され、手術から日数が経過した患者の術後疼痛に関しては、疼痛時指示薬を渡さずに経過をみたり、術後合併症の警告サインとして捉えていた。

【経験からの判断】は《過去の看護経験から捉える》、《自己の手術経験から捉える》の2つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、看護経験、自己の手術の経験から術後疼痛を推測することである。《過去の看護経験から捉える》は「（客観的情報と経験から）痛みの強さを推測し、薬剤を選択する」、《自己の手術経験から捉える》は「（自分が開腹手術をした経験から）

痛いのがとても嫌だったので、痛みをとってあげたい」と表現されていた。

【複数の立場からの判断】は《判断に迷う時、自信のない時は他の看護師や医師に相談し疼痛を考える》の1つの下位カテゴリーで構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、統合失調症患者の術後疼痛の表現が明確でない時に、他の看護師や医師との相談に基づき、看護師は術後疼痛を考えることを示している。

《判断に迷う時、自信のない時は他の看護師や医師に相談し術後疼痛を考える》は「（痛みの）判断に迷うときは、術前の様子を知っているスタッフと一緒に観察をしてもらい、手術前後の患者の様子の比較をし、判断材料のひとつとする」、「精神症状が悪いのか、本当に痛いのか（迷う時に）疼痛時指示薬を使ったらよいか医師に尋ねる」と表現されていた。

【術後疼痛の言語的表現がない時の判断】は《言語的表現がないと術後疼痛を確定できない》、《術後疼痛を言わない時は、身体的反応、態度、表情で確認する》、《身体的反応の変化では疼痛時指示薬を使用しない》、《複数の身体的反応の変化があれば疼痛時指示薬を使用する》、《苦痛様表情があれば疼痛時指示薬を使用する》の5つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、術後疼痛を言語的表現から確定できない場合、看護師はどのような統合失調症患者のサインを用いて術後疼痛を確定し、介入の方向性を決めるのかということを示している。《言語的表現がないと術後疼痛を確定できない》は「言語的表現以外に決め手となるサインはない」、「訴えや、表情がないと本当に痛いのか判断ができないために疼痛時指示薬は使えない」と表現されていた。《身体的反応の変化では疼痛時指示薬を使用しない》は以下のように語られていた。

ただ、血圧だけとかだと、別の要因が考えられると思うんですけども…。（看護師1）

（麻酔によって）循環動態としてこう、手術後血圧が上がっちゃったりする人もいるので、とりあえず、じゃあ（試しに）痛みどめを使おうみたいな感じとしてはちょっと使えないってということですかね。（看護師 F）

1 項目のバイタルサインの変化では麻酔など術後疼痛以外の要因も考えられるため、疼痛時指示薬を使用しないことが語られていた。一方で、《複数の身体的反応の変化があれば疼痛時指示薬を使用する》は「血圧、脈、体温、呼吸回数が同時に上昇していれば疼痛時指示薬を使用するかもしれない」と、複数のバイタルサインの変化があれば疼痛時指示薬を使用することが表現されていた。《苦痛様表情があれば疼痛時指示薬を使用する》は「痛みの言語的表現がなくても、苦痛様表情があれば（疼痛時指示薬を）使用する」と、術後疼痛の言語的表現がない場合、表情が疼痛時指示薬の使用を決定するサインになることが表現されていた。

【術後疼痛の言語的表現と身体的反応、行動、表情、及び使用した薬剤効果の一致の判断】は《術後疼痛の言語的表現と身体的反応、行動、表情の一致を考える》、《術後疼痛の言語的表現と疼痛時指示薬の使用時間、量の一致を考える》の2つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、統合失調症患者の術後疼痛の言語的表現と同時に、非言語的反応、および薬剤の効果の情報に基づき、看護師は術後疼痛を捉えることを示している。《術後疼痛の言語的表現と身体的反応、行動、表情の一致を考える》は「本当に痛くないか2、3回聞き、薬剤を使わなくてよいか確認をとり、バイタルをみる」、「手術後から日数が経った後、患者が疼痛時指示薬を希望した際に訴えと、表情・動きが（一致していない感じがした）」、《術後疼痛の言語的表現と疼痛時指示薬の使用時間、量の一致

致を考える》は「痛みを常時訴えているからと言って、鵜呑みにはせず、疼痛時指示薬を使った時間、創部の状態、バイタルサインズを観察し判断をする」と表現され、看護師は2つ以上の情報から術後疼痛の有無や程度を判断していた。

【疼痛時、不眠時、不穏時指示薬の選択の判断】は《発言や希望によって投与する薬剤を決める》、《目の様子で薬剤を決める》、《辻褃の合わない発言がある時は不穏時指示薬を使用する》、《疼痛時指示薬か不穏時指示薬かを決める時には、訴え、身体的反応、行動、表情、侵襲度で考える》、《疼痛時指示薬を使い様子をみる》、《投与する薬剤は時間で考える》、《眠れない理由が確定できない時は不眠時指示薬を使用する》、《効果が得られなかった場合には別の薬剤を使用する》、《過去に効果の得られた薬剤を選択する》、《2種類の薬剤を同時に使用する》の10の下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、手術後、統合失調症患者が眠れない、行動が落ちつかない場合、術後疼痛によるものなのか他の理由によるものなのかを統合失調症患者のサインや状況を踏まえて看護師が考え、投与する薬剤を決定することを示している。《発言や希望によって投与する薬剤を決める》は「（眠れない時に疼痛時指示薬や不眠時指示薬の使用が）初回の際は患者に痛みと眠れないことのどちらがつかないか尋ねる」、《目の様子で薬剤を決める》は「目が爛々としていたり、ぱっちり開眼している時は不眠時指示薬を使用する」、《辻褃の合わない発言がある時は不穏時指示薬を使用する》は「痛みとは違うことを言う、現実的、その場面ではない妄想的な発言が聞かれたら（疼痛時指示薬ではなく）不穏時指示薬だろうと判断する」と表現され、看護師は統合失調症患者のサインに基づいて投与する薬剤の種類を決定していた。また、《疼痛時指示薬を使い様子をみる》は以下のように語られていた。

（行動が落ち着かない時には）術後であればやっぱり痛み止めを先に使いますよね、その不穏に対して、どっちを使おうかっていうよりは…まず痛みをとってあげてどうなるのか…（看護師 A）

と、術後という状況から疼痛時指示薬を選択することが語られていた。《投与する薬剤は時間で考える》は「投与する薬剤は、現在の時間、就寝時間か否かを考慮する」と、時間という条件から薬剤の種類を考えることが表現されていた。統合失調症患者の眠れない理由が特定ができない場合、《眠れない理由が確定できない時は不眠時指示薬を使用する》は以下のように語られていた。

ちょっと（眠れない理由が）曖昧だったら、不眠時で、対応します。きっと術後だと絶食で、お薬もいってないと思うので、そうしたら精神科薬の精神科からの指示の不眠時を使った方がいいかなと判断します。（看護師 E）

と、手術前後で内服薬が中止になっている状況を考慮し投与する薬剤を選択することが示されていた。

【疼痛が妄想か不安か、身体的によるものの判断】は《普段の妄想による言動から、疼痛か妄想なのか考える》、《疼痛があるのに不安による訴えと捉え疼痛時指示薬を使用しない》の2つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、術後疼痛が妄想や不安によるものなのか、身体面から生じていることなのかに関し、看護師が術後疼痛の原因の特定することを示している。《普段の妄想による言動から、疼痛が妄想なのか考える》は「普段の（妄想による言動）を知らない、（痛みが）妄想か、身体的苦痛なのか分からない」と表現され、看護師は手術前後の患者の妄想を比較し、術後疼痛の訴えが身体的苦痛によるものか否かを考えてい

た。《疼痛があるのに不安による訴えと捉え疼痛時指示薬を使用しない》は以下のように語られていた。

ナースによって、ちょっと場合によっては精神的な面ですごく不安があって痛みを訴えているんじゃないかとかというふうに思って、本当は身体的に事実、痛みがあるのに、精神的なところだから、（薬剤を）使うべきではないっていう、…（看護師 I）

看護師が統合失調症患者の術後疼痛を精神的なものとして捉え、術後疼痛緩和ケアをしないことが語られていた。

以上のように、統合失調症患者の術後疼痛を捉える判断は、手術の侵襲度や、手術からの経過時間を考慮し、術後疼痛の有無や程度を看護師は判断していた。加えて、統合失調症患者特有の疼痛の表現が難しいことにより、看護師は表情などのサインをもとに薬剤を投与するか否か、そして薬剤の種類を決定していた。また、術後疼痛の表現が身体的なものであるか、統合失調症の症状によるものなのかを考えるということが示されていた。

D. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさ

統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさに含まれるサブカテゴリーと下位カテゴリーを表5に示した。本カテゴリーは、【統合失調症患者の疼痛の特徴】、【統合失調症患者の疼痛表現の特徴】、【術後疼痛の把握が難しいことによる介入への躊躇】の3つのサブカテゴリーが含まれていた。【統合失調症患者の疼痛の特徴】は《向精神薬により疼痛の感じ方が鈍い》、《疼痛の差は疾患の程度と那个人が持っている感覚による》、《精神的な疼痛が強い》の3つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、統合失調症患者と統合失調症に罹患していない患者の比較を基に看護師が考えた、統合失調

表 5:D. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさ

カテゴリー	サブカテゴリー	下位カテゴリー
統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさ	統合失調症患者の疼痛の特徴	向精神薬により疼痛の感じ方が鈍い 疼痛の差は疾患の程度とその人が持っている感覚による 精神的な疼痛が強い
	統合失調症患者の疼痛表現の特徴	疼痛を適切に表現できない 疼痛の訴えが持続しない 疼痛の表情が現れにくい 術後疼痛の対策方法がわからない、薬剤に対する悪印象、経済的負担の懸念から我慢をする
	術後疼痛の把握が難しいことによる介入への躊躇	術後疼痛の把握が難しい 術後疼痛の判断に迷い、自信がないため介入に躊躇する 疼痛時指示薬の副作用を考えると術後疼痛が断定できなければ使用を躊躇する 患者の幻覚・妄想の体験世界を理解できずにもどかしい 眠れないことが、術後疼痛か向精神薬の中止によるものなのか迷う 術後疼痛のために眠れないのか、眠れば術後疼痛を感じないのか迷う 術後疼痛と不穏、せん妄との見極めが難しい

症患者に特徴的な術後疼痛の感じ方を示している。《向精神薬により疼痛の感じ方が鈍い》は「薬剤により疼痛の閾値が（統合失調症に罹患していない患者と）ちょっと違ってたりする」、《精神的な疼痛が強い》は「精神科の患者は、精神面からくる痛みが強いのではないかと感じる」と表現されていた。しかし、その疼痛の違いは、《疼痛の差は疾患の程度とその人が持っている感覚による》で「痛みに鈍い人もいるが、統合失調症患者の全ての人ではない」「痛みの個人差は（患者が）もともと（持っている）痛みの知覚と、疾患の程度による」と表現されており、統合失調症患者の中でも差があることが語られていた。

【統合失調症患者の疼痛表現の特徴】は《疼痛を適切に表現できない》、《疼痛の訴えが持続しない》、《疼痛の表情が現れにくい》、《術後疼痛の対策方法がわからない、薬剤に対する悪印象、経済的負担の懸念から我慢をする》の4つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、統合失調

症患者と統合失調症に罹患していない患者の比較を基に看護師が考えた統合失調症患者に特徴的な疼痛の言語的、非言語的表現である。《疼痛の訴えが持続しない》は「痛みを訴え、再度訪室すると痛みとは異なる話題となり（疼痛時指示薬の使用に）踏み切れない」という疼痛の訴えの持続性のなさが表現されていた。《疼痛の表情が現れにくい》では「一般科の患者は痛いと言語的表現に現れるが、統合失調症患者は痛みを訴えず、表情に出ないという違いがある」と表現されていた。《術後疼痛の対策方法がわからない、薬剤に対する悪印象、経済的負担の懸念から我慢をする》は「疼痛時指示薬を使うと手術創の回復が悪くなると思い込み、（痛みを）我慢する患者がいた」、「疼痛時指示薬が使えることを知らずに我慢していた統合失調症患者がいたが、一般科の患者であれば（痛い時は）疼痛時指示薬はないですかと質問をする」、「痛くないと言った理由を聞くと、お金がかかるからと思っている人もいる」と、統合失調症患

者はどのようなケアを看護師にして欲しいかという予想を基に話すことが難しいことが表現されていた。

【術後疼痛の把握が難しいことによる介入への躊躇】は《術後疼痛の把握が難しい》、《術後疼痛の判断に迷い、自信がないため介入に躊躇する》、《疼痛時指示薬の副作用を考えると術後疼痛が断定できなければ使用を躊躇する》、《患者の幻覚・妄想の体験世界を理解できずにもどかしい》、《眠れないことが、術後疼痛か向精神薬の中止によるものなのか迷う》、《術後疼痛のために眠れないのか、眠れば術後疼痛を感じないのか迷う》、《術後疼痛と不穏、せん妄との見極めが難しい》の7つの下位カテゴリーによって構成されていた。本サブカテゴリーの内容は、統合失調症患者の術後疼痛の表現が明確でないことによる、看護師が抱く迷いや難しさである。《術後疼痛の判断に迷い、自信がないため介入に躊躇する》は以下のように語られていた。

たぶん使っちゃいけないということではないとは思いますが、私の中で、そうゆうのなんていうんですか、断定っていうか、決定的になる、自分に自信もないのかもしれないですけど、うーん、それになってるっていうふうに、それだけで判断しちゃっていいのかっていうか、そうゆう疑問も自分の中にあるので、使いきれない、っていうのがありますかね。(看護師 F)

なかなか、こう、どの患者さんも訴えきれないので、あんまり答えを急がずというか、まあ、痛い時はあれなんですけど、まあ、あの…早く痛みどめを使っちゃいたいとか、すごい、何ていうんですかね…もしそうゆう時に、あった時に、あの…問題解決を、あの…したいかなっていうのはあるんですけど、やっぱりなかなか判断材料として迷うところなので、総合的に、みてしまっているんで、…(看護師 F)

(疼痛時) 指示はあるんですけど、やっぱり多分本人から、言ってくないと、こう、あえてこっちからもあげないっていう言い方も失礼ですからかも知れないですけど、ちょっとこうね、うん、薬をね、内服とかね、あんまりこう、積極的にはやってないですかね。痛いって言った時には、もちろんすぐね、こう、飲ませにいったりね、こう点滴だったりしますけど。(看護師 G)

精神科の患者さんだからってこちらから、こちら(看護師)が(硬膜外カテーテルを)全部管理するからってということで、ほとんど使われなかったり、本当に何回かしき使われなかったりっていうことも、まあ、あったと思うんで、うーん、そうゆう面では、使ってた方がいいのかなと…。(沈黙)(看護師 A)

統合失調症患者の術後疼痛緩和ケアを行う際の迷いや難しさは複数の看護師が語っていた。薬剤の使用を決定する場面において、《疼痛時指示薬の副作用を考えると術後疼痛が断定できなければ使用を躊躇する》ことがあり、「(痛みが断定できる前に) 薬を使うことは、薬の作用と同時に副作用もあるので(躊躇をする)」と表現されていた。統合失調症患者が眠れない場面においては、《眠れないことが、術後疼痛か向精神薬の中止によるものなのか迷う》において「眠れないのは痛みだけでなく、(向) 精神科薬の内服中止ということも考えられる」と眠れない理由を特定をすることへの迷いが表現されていた。加えて、理由を特定できないために、《術後疼痛のために眠れないのか、眠れば術後疼痛を感じないのか迷う》では「痛みが取れば眠れるのか、眠れば痛みを感じなくなるのかで迷う」と表現され、統合失調症患者が眠るための方法の選択においても迷いが生じていた。統合失調症患者の行動が落ち着かない場面においては、《術後疼痛と不穏、せん妄との見極めが難しい》の中で「不穏、せん妄と痛みを見極めていくことが難しい」と表現されていた。

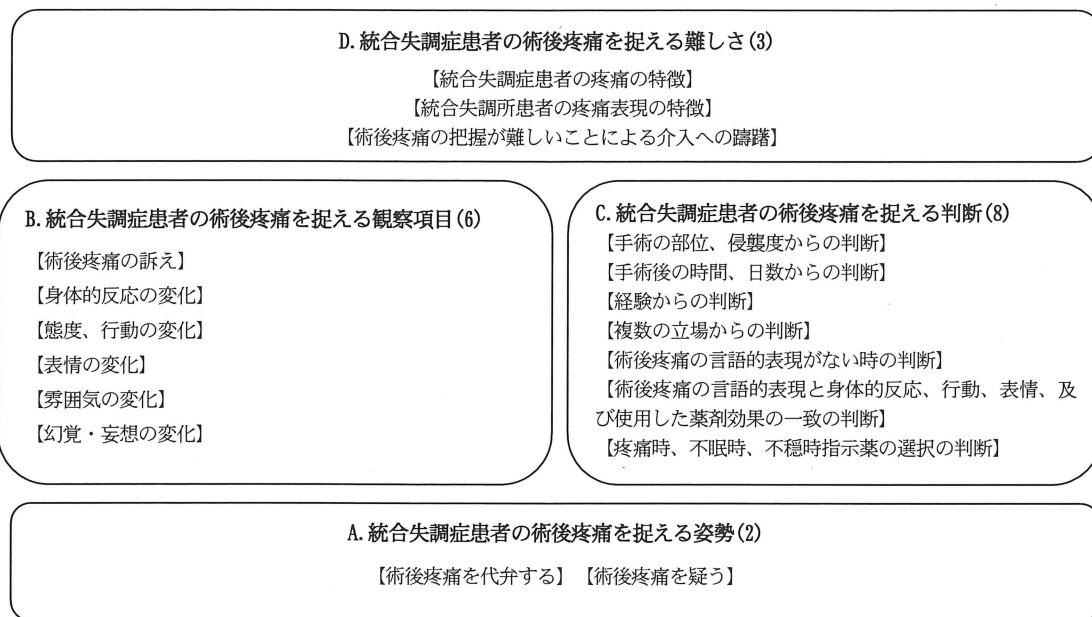


図:統合失調症患者の術後疼痛を捉える看護師のアセスメント

以上のように、統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさは、統合失調症患者の疼痛感覚が鈍いこと、疼痛を言語や表情などで表すことが難しく、そのために看護師が判断に迷い、自信のなさを感じていることが示されていた。

VI. 考察

本研究によって、統合失調症に罹患していない患者の術後のアセスメントにはない、統合失調症患者の術後疼痛アセスメントの特徴的な要素が明らかになった。まず、A. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢では、術後疼痛を理解し、代弁しようとする一方で、術後疼痛を疑うという看護師の姿勢があること、B. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える観察項目では、一般的にいわれている術後疼痛の観察項目に加え、皮膚や目、そして幻覚・妄想の変化が看護師によって観察されていること、C. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える判断では、看護師は複数の情報間の一致、不一致を考え、術後疼痛の言語的表現がない時には表情などのサインを基に判断し、薬剤を投与するか否か、薬剤の種類の選択を行って

た。そして術後疼痛の訴えが、統合失調症の症状なのか、身体的なものなのかを考えることが挙げられていた。更にこれらのことにより、D. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさにおいて、看護師は迷いや自信のなさを感じていた。

また、結果から得られた4つのカテゴリーを図に示した。A. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢は観察項目や判断の基礎となるために下部に配置し、B. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える観察項目を踏まえ、C. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える判断を行うため同列とし、判断から生み出されるD. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさを上部に配置した。

よって考察では、本研究で明らかになった統合失調症患者の術後疼痛アセスメントの特徴のうち、1. 統合失調症患者の術後の幻覚・妄想について、2. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢と術後疼痛のサインの不一致について、3. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさによる介入への躊躇について述べる。

1. 統合失調症患者の術後の幻覚・妄想について

統合失調症患者の術後疼痛を示す観察項目として得られた【身体的反応の変化】の《皮膚の組織、動き、張りの変化》、【表情の変化】の《目がくもる》、《術後疼痛で眠れない時には目が爛々とする》、《術後疼痛が軽減すると目が輝く》という目に関する項目、【幻覚・妄想の変化】の《疼痛のある時は、幻覚・妄想が軽減し、疼痛が軽減すると幻覚・妄想が出現する》は、NANDA-I²⁰⁾の「急性疼痛」や、Puntilloら²¹⁾が表した急性疼痛による行動学的反応の中には記されておらず、本研究において新たに得られた結果であった。

本研究では職務経験が10年以上の看護師を対象に面接を行った。佐藤²²⁾は、その方面について経験豊かな人、老練な人²³⁾と定義される「ベテラン」に該当する看護師は、10年から20年の程度の臨床経験を持つと述べている。よって、本研究において、新たに得られた統合失調症患者の術後疼痛の観察項目は、経験豊かなベテランといわれる看護師の経験知が言語化されたものと考ええる。

とりわけ、《疼痛のある時は、幻覚・妄想が軽減し、疼痛が軽減すると幻覚・妄想が出現する》は、疾患の症状に関連したものであり、統合失調症患者の術後疼痛サインとして特有の項目である。類似した現象として、中野²⁴⁾は、重症な身体疾患に罹患すると統合失調症の症状が一時的によくなることがあると述べている。また、加藤²⁵⁾は、攻撃的であったり、問題をおこしてばかりいた患者が、合併症病棟に入院した結果、驚くほど穏やかで医療スタッフとの疎通性がよくなったり、身体治療に専念する現象を「合併症効果」として報告していた。以上のことから、術後疼痛の有無や程度を判断をする際に、幻覚・妄想の変化はひとつの指標となることが言えるであろう。加えて、《疼痛のある時は、幻覚・妄想が軽減し、疼痛が軽減すると幻覚・妄想が出現する》

ということから、術後疼痛が強いと考えられる時期には、統合失調症患者の訴えが【疼痛が妄想か不安か、身体的によるものかの判断】という統合失調症患者の発言内容の吟味をすることよりも、統合失調症患者の訴えをありのままに受け止め、術後疼痛緩和ケアを行っていく必要があるのではないかと考えた。

2. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える姿勢と術後疼痛のサインの不一致について

1) 術後疼痛の言語的表現のない時の看護師の判断

【術後疼痛の言語的表現がない時の判断】の《言語的表現がないと術後疼痛を確定できない》、《苦痛用表情があれば疼痛時指示薬を使用する》、《身体的反応の変化では疼痛時指示薬を使用しない》という結果から、看護師が統合失調症患者の術後疼痛を捉え、術後疼痛緩和ケアの方向性を決めるためには、術後疼痛の言語的表現と、表情を重要視していることが示された。一方で、統合失調症患者は《疼痛を適切に表現できない》、《疼痛の表情が現れにくい》と看護師に認識されており、いかに術後疼痛の言語的表現と表情を術後疼痛緩和ケアの方向性を決めるために頼りにしているかが伺える。しかし、《疼痛を適切に表現できない》、《疼痛の表情が現れにくい》統合失調症患者に術後疼痛の言語的表現や表情の表出を期待するのは、矛盾した思考である。術後疼痛緩和ケアを実施する時は、看護師の即座の判断が要求される場面である。統合失調症患者の術後疼痛の言語的表現や表情に頼りすぎる場合、術後疼痛緩和ケアの方向性の決定が遅れる危険性がある。そのため、統合失調症患者へ即座の術後疼痛緩和ケアを実施していくためには身体的な変化や、態度・行動の変化に基づいて判断する必要性があると考えた。身体的反応の変化だけでは術後疼痛緩和ケアの方向性が決定できない理由として、血圧の変動が麻酔や他の要因が考えられると

挙げられていたが、術後疼痛も血圧変動の要因のひとつであり術後疼痛緩和ケアを実施しなければ、その要因は特定することができないと考える。

2) 術後疼痛サイン同士の一致、不一致の看護師の判断について

【術後疼痛の言語的表現と身体的反応、行動、表情、及び使用した薬剤効果の一致の判断】では、看護師は統合失調症患者の術後疼痛の言語的表現に加えて身体的反応、行動、表情、及び使用した薬剤効果の一致、不一致で判断を行っていた。統合失調症患者が術後疼痛を訴えながらも表情に現れない時や、疼痛時指示薬を使用したにもかかわらず、頻繁に疼痛を訴えるという術後疼痛サイン同士の不一致がある時、看護師の中に違和感が生じると推測される。このことは、一般急性期病院における看護場面での研究で、看護師が受け止めた患者の疼痛の表情と、疼痛スケールを用いて患者が訴える数値の違いに、看護師が「ギャップ」を感じた²⁶⁾という報告内容と一致すると考える。

本研究では、看護師が捉えた統合失調症患者の術後疼痛と、統合失調症患者の訴えや表情にギャップを感じた際に、看護師は術後疼痛の訴えをありのまま受け取り術後疼痛緩和ケアを行うのではなく、患者の術後疼痛の訴えを鵜呑みにせず、疼痛時指示薬を使用しないで様子进行するという行為を選択していた。

その理由としては、統合失調症患者の術後疼痛を捉える際の、【術後疼痛を疑う】姿勢の影響が考えられた。本来、疼痛は主観的なものであり、看護師は患者の表現のままに受け取ることが大切とされる²⁷⁾。しかし、統合失調症患者は【疼痛が妄想か不安か、身体的によるものかの判断】の結果で示したように、術後疼痛の訴えが幻覚や妄想の可能性もあり、看護師は【術後疼痛を疑う】という姿勢を持つと考えられる。

ここで重要となることは、統合失調症患者の術後疼痛緩和ケアの方向性が、看護師の姿勢という感覚的なものに基づくものではなく、フィジカルアセスメントという科学的な観察に基づき、決定されなくてはならないということである。相馬²⁸⁾は精神疾患患者の身体合併症看護の観察の基本として「聞く・見る・触る」つまりフィジカルアセスメントの重要性を報告しており、統合失調症患者の術後疼痛緩和ケアの場面においても同様のことがいえるのではないかと考えた。

3. 統合失調症患者の術後疼痛を捉える難しさによる介入への躊躇について

統合失調症患者の術後疼痛緩和ケアは外科系病棟勤務時と同じように実施すると語った看護師が存在する一方で、統合失調症患者の術後疼痛を確定出来ず、疼痛時指示薬を使用することに迷いや自信のなさを感じている看護師も存在した。具体的には、術後疼痛の言語的表現が乏しいことにより術後疼痛を捉えることができないだけでなく、眠れないという患者の様子が術後疼痛を表すサインなのか、手術のために向精神薬を中止している、また向精神薬を中止したことによる統合失調症の症状の悪化を示すサインである「注意サイン」²⁹⁾なのか看護師は判断できないまま、疼痛時指示薬を投与するか否かのみならず、投与する薬剤の種類の選択も行っていた。そして、《術後疼痛の判断に迷い、自信がないため介入に躊躇する》に示したように、迷いや自信のなさ、看護師を術後疼痛緩和ケアに消極的な態度に向かわせていた。

ここで考えなければならないことは、統合失調症患者が感じている術後疼痛を、看護師が確実に捉えることができるのか否かということである。術後疼痛を含む疼痛は、患者自身の主観的体験である。よって、統合失調症患者を含む他者の疼痛は、イメージ化³⁰⁾や、他者には測り知りえないという前提に基づい

た外側からの把握³¹⁾によって看護師に捉えられるものである。よって、看護師は確実に捉えることはできず、疼痛に関する情報を用いて推測の確実性を高める以外には方法はない。看護師は統合失調症患者の術後疼痛に関する推測の確実性を求めるために、術後疼痛の言語的表現や表情を頼りとしている実態は前述した。また、言語的表現や表情が無い時には、看護師の語りにあるように、更に術後疼痛の手がかりを探していた。そして、この行動は、がん性疼痛のある子どもの疼痛緩和ケアで、ターミナル期には不必要な検査を行わないにもかかわらず、検査所見や身体局所所見がなければ疼痛の存在が判断できないという、看護師が確かな手がかりを必要とすること³²⁾と同様の内容であると思われた。

しかし、統合失調症患者からの術後疼痛を確定させる手がかりが得られず、自信がないゆえに消極的な術後疼痛緩和ケアとなってしまうことは、統合失調症患者に不快感をもたらすだけでなく、スムーズな離床が行えないことによる術後合併症の発生や、術後せん妄を誘発する危険性がある。離床に関しては、離床時に術後疼痛が発生するという予測による不安によって離床が進まないことが語られていた。術後せん妄においては、統合失調症患者の術後せん妄の発生頻度は30%という報告がある³³⁾。術後せん妄をおこした患者は、入院期間が遷延するといわれており³⁴⁾、住み慣れた場所ではない病院での長期の療養生活は、統合失調症患者に精神面での負担を強いることとなり、身体面だけでなく精神面での症状の悪化も考えられる。よって、統合失調症患者に積極的な術後疼痛緩和ケアを行うために看護師の自信のなさを解決することが必要である。

中西ら³⁵⁾は、看護師は仮説的・暫定的に判断を下しては関わり、関わっては判断するというプロセスをとっていると述べ、加えて、矢内³⁶⁾は、援助の結果から患者の状態の判断

をし直すというプロセスを踏むことで、より明確な判断へつながると述べている。前述したように、判断に迷った、自信がない場合、本研究で明らかになった統合失調症患者の術後疼痛のサインを観察し、迅速な術後疼痛緩和ケアを実施していく必要があると考える。そして、統合失調症患者の反応に基づいて評価し、判断を明確化できると考える。

加えて、阿保³⁷⁾は、体験は一回性が強いものであり、その積み重ねによる一般化がその個人においてなされなければ力にならないと述べている。矢内³⁸⁾は、体験は一回性が強いからこそ振り返り、評価をしていかなければならず、その作業によって不全感や迷いが生じた体験も経験として捉えられるようになると述べ、個人の中で留めず、場面を他の看護師と共有し分かち合うことを提案している。またLauzon³⁹⁾は、術後疼痛管理は特定の病棟には特有のアセスメントパターンがあり、その病棟の看護師の疼痛アセスメントに活用されていると指摘している。以上のことから、看護師個人の学習だけでなく、看護師が迷いや、自信のなさを感じた場面を病棟内で検討し、共有していくことが、統合失調症患者の術後疼痛緩和ケアにおける自信のなさを解消すると同時に、病棟の術後疼痛管理のアセスメントパターンを見直す契機にもなり得るであろう。その結果、病棟全体の術後疼痛管理のアセスメントやケアの質の向上につながり、統合失調症患者にとって良好な術後疼痛緩和ケアにつながるのではないかと考える。

VII. 本研究の意義と限界、今後の課題

本研究の参加者は、関東近郊で身体合併症に罹患した統合失調症患者を受け入れている3つの総合病院に勤務する看護師9名であった。したがって、これらの看護師9名の面接から抽出された統合失調症患者の術後疼痛に関するアセスメント内容は全てを網羅したとはいえない可能性がある。加えて、本研究の

結果は、ベテラン看護師への面接を通して得られたものである。よって、一般化には限界がある。今後、研究結果を一般化するためには、より広範な地域の医療施設を対象とすること、研究参加者の人数を増やすことが必要である。

次に、研究方法において、本研究は看護師の記憶に拠る面接を通して、統合失調症患者の術後疼痛に関する看護師のアセスメントの特徴を明らかにした。飯塚ら⁴⁰⁾は、看護師が行うケアは無意識に行われていることもあり、そのような部分は面接法による回想法では言語として表出しにくいと述べており、記憶の曖昧さを排除することはできず、本研究の限界といえる。他の参加者との相乗効果によって広範なデータを引き出すことが可能なグループ・インタビューや、実際の状況や文脈に沿った患者-看護師間の相互作用を明らかにするためには、参加観察と面接とを併用する手法が推奨されており⁴¹⁾、研究方法の検討が必要である。

最後に、術後疼痛とは主観的体験であるため、当事者である統合失調症患者の体験に注目することも重要である。今後は、統合失調症患者自身が術後疼痛緩和ケアの場面においてどのような経験をしているのかを更に検討していく必要がある。

VIII. 結論

統合失調症患者の術後疼痛を捉えようとする看護師のアセスメントの特徴は、患者の術後疼痛を理解し、代弁しようとする一方で、術後疼痛を疑うという看護師の姿勢があること、一般的にいわれている術後疼痛の観察項目に加え、皮膚や目、そして幻覚・妄想の変化が看護師によって観察されていること、術後疼痛の訴えの有無に関わらず複数の術後疼痛に関する情報を合わせて考え、疼痛時、不眠時、不穏時指示薬の投与する薬剤の選択を行い、そして術後疼痛の訴えが統合失調症の

症状なのか、身体的なものなのかを判断していた。またその判断において迷いや自信のなさを看護師が感じていることが明らかになった。

謝辞：本研究にご協力いただきました医療施設の看護師の皆様へ深く御礼申し上げます。またご指導いただきました勝野とわ子教授、福井里美准教授に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所:平成19年度精神保健福祉資料。
http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h19/h19_630_all.pdf (2011/4/6 アクセス)
- 2) 青柳信嘉, 坂田宏樹:統合失調症合併患者における外科手術例の検討. 臨床外科, 64(6): 821-824, 2009.
- 3) 遠藤淑美, 吉本照子, 杉田由加里他: 悪性腫瘍を合併した統合失調症患者の看護援助に関する研究. 精神科看護, 34(2):42-48, 2007.
- 4) 野口正行:総合病院精神科衰退の危機と総合病院精神医学会の果たすべき役割 総合病院精神科の将来像. 精神医学, 52(3): 239-246, 2010.
- 5) 藤野ヤヨイ, 張替有美, 村松公美子他:新潟県の精神科病棟における身体合併症治療状況に関する一考察. 新潟青陵大学紀要, 4:195-207, 2007.
- 6) Olivier Bonnot, George M. Anderson, David Cohen, et al : Are Patients With Schizophrenia Insensitive to Pain? A Reconsideration of the Question. The clinical journal of pain, 25(3):244-52, 2009.
- 7) オイゲン・ブロイラー:精神病理学的現象の記述. 切替辰哉訳, 精神医学総論:56, 中央洋書出版部, 東京, 1988.

- 8) Robert H. Dworkin: Pain Insensitivity in Schizophrenia: A Neglected Phenomenon and Some Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2): 235-248, 1994.
- 9) 前掲 6)
- 10) R Guieu, JC Samuelian, H Coulouvrat: Objective evaluation of pain perception in patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 164: 253-255, 1994.
- 11) 前掲 6)
- 12) 鈴木裕: 手術後の疼痛管理. 青木照明, 小路美喜子編集, 系統看護学講座 別巻1 臨床外科看護総論: 60-67, 医学書院, 東京, 2004.
- 13) 遠藤みどり: PCA による術後疼痛管理と患者教育 術後疼痛をめぐる動向. *看護技術*, 54(7): 706-710, 2008.
- 14) 小泉雅子: 誰よりも早く気づきたい せん妄発症のシグナル 術後や ICU でのせん妄. *臨床看護*, 36(11): 1380-1389, 2010.
- 15) 中込洋美, 井川由貴: PCA による術後疼痛管理と患者教育 術後疼痛の問診・アセスメントの方法とポイント. *看護技術*, 54(7): 714-718, 2008.
- 16) 遠藤みどり, 松下由美子, 今井沙恵美他: 術後疼痛管理に対する臨床看護師の認識. *山梨県立看護大学紀要*, 5: 61-70, 2003.
- 17) 遠藤みどり, 松下由美子, 今井沙恵美他: 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*, 6: 13-24, 2004.
- 18) International association for the study of pain: Appendix: Glossary. <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12213> (2011/12/12 アクセス)
- 19) International association for the study of pain: IASP Taxonomy. http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728 (2011/6/20 アクセス)
- 20) T. ヘザー・ハードマン: 急性疼痛. 日本看護診断学会 監訳, NANDA-I 看護診断 分類と定義 2009-2011: 408, 医学書院, 東京, 2009.
- 21) Puntillo KA, White C, Morris AB, et al: Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *American journal of critical care*, 10(4): 238-251, 2001.
- 22) 佐藤紀子: 看護におけるナラティブの活用 臨床・研究・教育での活かし方 ベテランナースの実践知を伝承する ナラティブを臨床での教育に活かす. *インターナショナル ナーシング レビュー*, 30(1): 44-48, 2007.
- 23) 新村出編, 広辞苑 第5版: 岩波書店, 東京, 1998.
- 24) 中野幹三: 合併症を有する患者の術前・術後管理 精神障害. *臨床看護*, 12(14): 2039-2044, 1986.
- 25) 加藤寿貴: 合併症ケアが問いかけるもの 合併症看護のむずかしさと可能性 看護者と患者との間で生じていること. *精神看護*, 1(4): 12-15, 1998.
- 26) 西村ユミ, 前田泰樹: 現象学的研究における「方法」を問う 「痛み」の理解はいかに実践されるか 急性期看護場面の現象学的記述. *看護研究*, 44(1): 63-75, 2011.
- 27) 世界保健機構: 癌の痛みの包括的治療法, 武田文和訳, がんの痛みからの解放: 10, 金原出版, 東京, 1987.
- 28) 相馬厚: 「身体合併症」の極みとしての「がん」看護 研究論文を読んで 合併症病棟を有する精神科病院の立場から 身体疾患を早期発見するための観察ポイント. *精神看護*, 8(1): 43-48, 2005.
- 29) 大江美佐里, 末崎政晃, 赤司英博他: 注意サインを認識することの意義 短期再発予防

- プログラムの効果. 九州神経精神医学, 53
(1):60-68, 2007.
- 30) 片田範子, 古橋知子, 勝田仁美他: 小児の
「痛み」に関する研究 痛みの判断プロセス
とそれに影響を及ぼす因子 がん性疼痛のあ
る子どもの痛み緩和ケア実態の把握(第1報).
看護研究, 36(6):471-481, 2003.
- 31) 前掲 26)
- 32) 前掲 30)
- 33) 工藤明: 麻酔前の評価・準備と予後予測
精神疾患 統合失調症. 麻酔,
59(9):1105-1115, 2010.
- 34) 内出容子: せん妄ケアを極める 重症化
させない看護 せん妄とは. 看護技
術, 57(5):365-368, 2011.
- 35) 中西純子, 梶本市子, 野嶋佐由美他: こ
ころのケア場面における臨床判断の構造と特
性. 看護研究, 31(2): 167-177, 1998.
- 36) 矢内里英: アルコール・薬物依存症専門病
棟における頓服薬使用についての看護判断
の特徴と構造. 日本精神保健看護学会
誌, 12(1):113-120, 2003.
- 37) 阿保順子: 精神科領域における看護婦の臨
床判断能力をどう高めるか. ナーシン
グ, 14(10):62-66, 1994.
- 38) 前掲 36)
- 39) Lauzon Clabo LM.: An ethnography of pain
assessment and the role of social context
on two postoperative units. Journal of
Advanced Nursing, 61(5): 531-539, 2008.
- 40) 飯塚麻紀, 鴨田玲子: 臨床判断研究の文献
レビュー(1998年~2007年). 福島県立医科
大学看護学部紀要, 12:31-42, 2010.
- 41) 前掲 40)