

原著論文

がん患者の疼痛緩和についての看護者の捉えと関連要因

The Relationships Among Nurses's Perceptions of Pain Management for Cancer Patients and Related Factors

藤田 佐和 (Sawa Fujita)*

阿部 淳子 (Junko Abe)*

鈴木 志津枝 (Sizue Suzuki)*

要 約

本研究は、我々の先の質的記述研究を基盤に、疼痛緩和についての看護者の捉えの特徴と関連要因を明らかにすることを目的とした記述的な調査研究である。臨床経験3年以上でがん患者の痛みのケアに3ヶ月以上携わったことのある看護者805名を対象に先行研究と既存の文献より作成した質問紙を用いて、無記名郵送法にて調査を行った。585名の返送があり(回収率72.7%)そのうち527が有効回答であった。統計的に分析した結果、特徴として、看護者の捉えには、年齢、臨床経験、痛みのある患者のケア経験、疼痛緩和ケアの実施、病院、病棟、カンファレンスの形態、病棟や本人の取り組みなどの違いが有意に関わっていることが明らかになった。疼痛緩和ケアの実践とケアの成果の実感や患者の痛みを理解しようとする姿勢は高い相関($r = .50 \sim .73$)があるが、看護者のとらわれ、疼痛緩和に関する知識不足、限界や苦悩のような体験は、負の相関($r = -.11 \sim -.28$)があった。

キーワード：がん患者・疼痛緩和ケア・看護者の捉え

I. はじめに

がん患者の疼痛緩和ケアは医療チームによって行われるが、なかでも看護者はケアの主提供者として重要な役割を担っている。がん患者の痛みをはじめとする症状のマネジメントを行う際に、看護婦に求められる基本的なこととして、看護者が主体的に役割をとる意識・姿勢をもつこと、患者が症状を十分表現できるような関わりをし、表現された症状をバイアスをかけないで受け止めることが重要といわれている¹⁾。しかし、痛みの経験は主観的で、特にがん患者の痛みは全人的な痛みといわれ²⁾、その痛みの適切なアセスメントや緩和方法、効果の評価方法などの確立をめざしこれまで多くの研究がなされてきたが^{3)~5)}未だ看護独自の方法は明らかにされていない。日本がん看護学会が会員に対して行った調査⁶⁾では、「疼痛を緩和する看護援助」に関する研究が、必要性和実践価値において最も高い研究であると指摘されている。アメリカのOncology Nursing Societyが会員に行っ

た調査⁷⁾においても疼痛コントロールやマネジメントは過去10年間常に上位を占めている。最近では、がん専門病院に勤務する看護婦(士)が直面する倫理的問題のトップに苦痛・疼痛コントロール不良に関することが挙げられている^{8) 9)}ように、ケアに関わる倫理的問題のひとつ¹⁰⁾としても疼痛・苦痛のコントロール不良が重要視されてきている。

これまで、患者の疼痛緩和に対する患者側の問題は、鎮痛薬に対する誤った認識、がん性疼痛に対する無効力感、医療従事者との関係性や態度が指摘されている^{11) 13)}。さらに、疼痛緩和を困難にしている要因^{14)~20)}については、医師や看護者によって明らかにされてきた。看護者側の要因としては、疼痛緩和の知識不足²¹⁾²²⁾が最も問題視され改善のための取り組みが模索されている。Andrea M.E.ら²³⁾は、がん患者の痛みのケアに携わる看護者21名の体験に関する研究で、無力感の原因として、看護者と患者、看護者と医師との間のコミュニケーションの問題、医師のケアと鎮痛薬に関するジレンマ、看護者の疼痛マネーメン

*高知女子大学看護学部

トの目標と実際に到達可能な目標との間の不一致があることを指摘しその対応について述べているが、わが国においては、実際に疼痛緩和の看護ケアを実践している看護者自身の感情や認識、姿勢や態度に焦点をあてた研究はわずかであり、看護者の認識を大事にした援助方法の開発が必要と考えた。

我々は、がん患者の痛みを緩和する看護独自の援助方法を開発する上での示唆を得ることを目的とした先行研究²⁴⁾において、一般病院に勤務する看護者が、がん患者の疼痛緩和についてどのような捉えをしているのかを明らかにした。結果より、疼痛緩和についての捉えとして次の側面が見い出された。すなわち、患者にとっての痛みのあり様や痛みがあることの意味を探り、痛みがどのような体験であるのかを捉える【患者の痛み体験に関する捉え】、患者の痛み体験を適切に把握しようとする際の、痛み理解にゆがみを生じさせる影響要因を捉える【患者の痛みの理解をゆがめる要因の捉え】、看護者が疼痛緩和ケアを実践する中で実際に直面した出来事を通して、自分自身の苦しい体験を捉える【疼痛緩和に関わる看護者自身の体験の捉え】、看護者がこれまでの疼痛緩和ケアの体験より得た、疼痛緩和に向かう内なる力を捉える【疼痛緩和が自己にもたらす力の捉え】の側面である。また、看護者は患者の痛み体験を捉えようとしているが、疼痛緩和ケアの実践において、医師との連携やコミュニケーションがスムーズでないこと、患者—家族—医師—看護者の間での目標や認識・考え方のずれや疑問、自己の力不足や限界を感じながら様々な痛みの緩和に関する問題を抱えて日々患者に関わっている実態が浮き彫りになった。

本研究の目的は、先の研究で明らかになった疼痛緩和についての看護者の捉えに焦点を当て、がん患者の疼痛緩和についての看護者の捉えにはどのような特徴があるのか、また、看護者の捉えにはどのような要因が関係しているのかを明らかにすることである。この試みによって、看護者自身が緩和ケア技術の向上を目指して立ち向かい、疼痛緩和ケアを推進していく力を育むような環境・支援体制づくりの示唆が得られると考える。

Ⅱ. 研 究 方 法

1. 対象者の選定

臨床経験3年以上で、がん患者の痛みのケアに過去3ヶ月以内に携わったことのある者を対象とした。全国の医療機関のなかで、各施設の看護部長または総看護婦長に研究参加への協力を依頼し、了承の得られた施設にアンケート用紙を郵送し、対象の条件に合う者への配布を依頼した。その際、文書にて個人の匿名性の厳守や、任意の参加であることを説明し、倫理的な配慮を行った。対象者各自に無記名で返送してもらうことで、看護部及び研究者が回答者を同定することができない状況での調査とした。

2. 質問紙の作成

本研究では、先行研究の結果と既存の研究結果を基にして、フェイスシートと疼痛緩和についての捉え(33項目)、疼痛緩和ケアの実践(33項目)で構成する質問紙を作成した。

フェイスシートは、対象者自身に関すること(4項目)、勤務している部署に関すること(7項目)、疼痛緩和に関する取り組み(2項目)の合計13項目である。

疼痛緩和についての捉えの尺度は、【患者の痛み体験に関する捉え(以下患者の痛み体験と略す)】は3項目、【患者の痛み体験の理解をゆがめる要因の捉え(以下ゆがめる要因と略す)】は6項目、【疼痛緩和に関わる看護者自身の体験の捉え(以下看護者の苦しい体験と略す)】は20項目、【疼痛緩和が自己にもたらす力の捉え(以下自己にもたらす力と略す)】は4項目を含み、「非常によくある」5点から「ほとんどない」1点の5段階評定尺度である。本研究での信頼係数Cronbach's α はそれぞれ【患者の痛み体験】0.87、【ゆがめる要因】0.73、【看護者の苦しい体験】0.92、【自己にもたらす力】0.70であった。

疼痛緩和ケアの実践の尺度は、《痛みのアセスメント》《疼痛緩和の目標設定》《疼痛緩和におけるモニタリング》《疼痛緩和ケアの実施》《疼痛緩和の評価》の5領域で構成され、「常に実施している」5点から「ほとんど実施していない」1点の5段階評定尺度

である。本研究での信頼係数 Cronbach's α は 0.96であった。

3. 分 析 方 法

データ分析は、疼痛緩和についての看護者の捉えの実態と関係する要因の探索を行うために、記述統計、ピアソンの積率相関係数、平均値の差の検定を行った。有意水準として、 $p < 0.05$ を設定し、統計学パッケージSPSSを用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の特徴

調査用紙805の配布に対して585の返送があった（回収率72.7%）。そのうち527が有効回答であった。対象者の平均年齢は33.25歳（23～58歳、SD 7.69）、平均臨床経験年数は11年6ヶ月（43～456ヶ月、SD 85.08）で、痛みのあるがん患者のケアをした経験の平均は、7年6ヶ月（4～456ヶ月、SD 67.09）であった。現在勤務している病院は、総合病院242（46%）、がん専門病院116（22%）、大学病院101

（19%）、一般病院68（13%）であった。

2. がん患者の疼痛緩和についての看護者の捉え

がん患者の疼痛緩和についての看護者の捉えの側面およびその要素の平均値は、表1に示す通りである。【患者の痛み体験】の平均値が獲得得点に占める割合は、75.6%であり、比較的高い値を示し、痛みの読みとりがなされていた。【看護者の苦しい体験】は67.8%であり、《疼痛緩和の困難》《疼痛緩和の限界》が高く、多くの困難や限界を感じながらも疼痛緩和の実践に携わっている看護者の姿が伺えた。また、【看護者の苦しい体験】と【自己にもたす力】は、ほぼ同じ値を示し、看護者が疼痛緩和について困難や疑問、ずれ、知識不足、限界、苦悩などの体験を認識することと、疼痛緩和ケアの実践によって看護者が成果を実感したり、明日に向かうエネルギーを認識することはほぼ同じ割合であった。

【ゆがめる要因】の得点率は57.0%であり、他の捉えと比較すると低かった。

表1 疼痛緩和についての看護者の捉えの平均値（N=527）

がん患者の疼痛緩和についての看護者の捉えの側面	得点範囲	平均値	標準偏差	獲得得点に占める割合
患者の痛み体験に関する捉え	3-15	11.34	2.19	75.6%
痛みの読み	1-5	3.87	0.77	
痛みの意味	2-10	7.47	1.54	
痛み体験の理解をゆがめる要因の捉え	6-30	17.09	3.23	57.0%
看護者のとらわれ	4-20	11.24	2.26	
看護者の痛み観	2-10	5.84	1.51	
疼痛緩和に関わる看護者自身の体験の捉え	20-100	67.80	10.00	67.8%
疼痛緩和の困難	2-10	7.80	1.31	
疼痛緩和の疑問	3-15	9.73	1.81	
疼痛緩和のずれ	4-20	12.86	2.36	
疼痛緩和の知識不足	2-10	6.74	1.48	
疼痛緩和の限界	3-15	10.99	1.79	
疼痛緩和の苦悩	4-20	13.69	2.50	
疼痛緩和に伴う思い	2-10	5.96	1.41	
疼痛緩和が自己にもたす力の捉え	4-20	13.40	2.13	67.0%
疼痛緩和の成果の実感	2-10	7.06	1.20	
疼痛緩和のエネルギー	2-10	6.34	1.20	

3. 疼痛緩和についての看護者の捉えの側面間の関係性

疼痛緩和についての看護者の捉えの側面間の関係を分析した結果、統計的に有意な相関関係がみられたものは表2に示すとおりである。

看護者の捉えの側面ごとにみると、【患者の痛み体験】と【看護者の苦しい体験】の間には、負の相関関係 ($r = -.15$) があり、患者の痛みの体験の捉える姿勢が高いほど、疼痛緩和ケアの中で困難や疑問やずれ、知識不足や限界、苦悩などの認識が低いと言える。また、【自己にもたらす力】との間には、相関関係 ($r = .37$) があることがわかった。

【看護者自身の体験】と【ゆがめる要因】の間には、強い相関関係 ($r = .59$)、【自己にもたらす力】の間には、負の相関関係 ($r = -.14$) があることがわかった。

4. 疼痛緩和についての捉えと疼痛緩和ケアの実践

疼痛緩和についての看護者の捉えと疼痛緩和ケアの実践の関係を分析すると(表3)、《成果の実感》《エネルギー》を含む自己にもたらす力と《痛みの読み》《痛みの意味》を含む患者の痛み体験は高い相関 ($r = .50 \sim .73$) が、《看護者のとらわれ》《疼痛緩和の困難性》《疼痛緩和の疑問》《疼痛緩和のずれ》《疼痛緩和の知識不足》《疼痛緩和の限界》《疼痛緩和の苦悩》《疼痛緩和に伴う思い》は、負の相関 ($r = -.11 \sim -.28$) がみられた。

5. 疼痛緩和についての捉えと対象者の背景との関連

疼痛緩和についての看護者の捉えと対象者の背景との関係を分析した(表4)。年齢、臨床経験年数、がん患者のケア経験と【看護

表2 疼痛緩和についての捉えの4つの側面間の相関 (N=503)

	患者の痛み体験	ゆがめる要因	看護者の苦しい体験	自己にもたらす力
患者の痛み体験	1.00	-.07	-.15**	.37**
ゆがめる要因	-.07	1.00	.59**	.07
看護者自身の体験	-.15**	.59**	1.00	-.14**
自己にもたらす力	.37**	.07	-.14**	1.00

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

表3 疼痛緩和についての捉えと疼痛緩和ケアの実践 (N=527)

疼痛緩和 ケアの実践	ゆがめる要因 -.16**		自己にもたらす力 .50**		患者の痛み体験 .73**	
	看護者のとらわれ	看護者の痛み観	成果の実感	エネルギー	痛みの読み	痛みの意味
	-.25**	.01	.42**	.46**	.66**	.71**

疼痛緩和 ケアの実践	看護者の苦しい体験 -.26**						
	困難性	疑問	ずれ	知識不足	限界	苦悩	思い
	-.11*	-.17**	-.15**	-.28**	-.21**	-.24**	-.23**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

表4 疼痛緩和についての捉えと対象者の背景

背景 \ 捉え	患者の痛み体験	ゆがめる要因	看護者の苦しい体験	自己にもたらす力
年齢	-.02	.02	-.16*	-.00
臨床経験年数	-.02	.02	-.14*	-.00
がん患者のケア経験	.04	.02	-.17*	.05
カンファレンスの時間	.12*	-.02	-.06	.08

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

者の苦しい体験】との間に負の相関関係があった。また、「カンファレンスの時間」と【患者の痛み体験】の間に相関がみられた。病棟でのカンファレンスの時間については、時間の長さとの関係が示唆されたが、時間との関係だけでなくメンバーや頻度、内容などをさらに分析する必要があると言えよう。

6. 疼痛緩和についての捉えと臨床の場との関連

ここでは、看護者の疼痛緩和についての捉えと臨床の場との関係を探る。

1) 病院別の平均値の差の比較

病院別（総合病院、大学病院、一般病院、がん専門病院）に平均値の差をみると（表5）、病院の違いと【患者の痛み体験】【看護者の苦しい体験】【自己にもたらず力】に有意差（ $p < 0.05$ ）が見られた。がん専門病院は、最も【患者の痛み体験】【自己にもたらず力】

の平均値が高く、かつ【看護者の苦しい体験】が低いこと、また大学病院との違いがあることが特徴的であった。

2) 部署別の平均値の差の比較

部署別の比較（表6）において、病棟の違いと【患者の痛み体験】【ゆがめる要因】【看護者の苦しい体験】【自己にもたらず力】に有意差（ $p < 0.05$ ）がみられた。緩和ケア病棟は、【患者の痛み体験】【自己にもたらず力】の平均値が最も高く、【ゆがめる要因】【看護者の苦しい体験】が低いこと、また外科病棟との違いがあることが特徴的であった。

3) 関わった痛みのある患者数別の平均値の差の比較

過去3ヶ月に関わった患者数別（5人未満、5～15人未満、15人～30人未満、30人～50人未満、50人以上の群）の比較（表7）において【患者の痛み体験】【自己にもたらず力】

表5 病院別の疼痛緩和についての捉えの平均値

病 院	捉 え	疼 痛 緩 和 に つ い て の 看 護 者 の 捉 え			
		患者の痛み体験	ゆがめる要因	看護者の苦しい体験	自己にもたらず力
総 合 病 院	n = 238	11.28	17.34	68.58	13.28
大 学 病 院	n = 100	10.91	17.29	69.46	13.03
一 般 病 院	n = 66	10.98	16.58	66.28	13.98
がん専門病院	n = 111	12.08	16.56	65.78	13.68
全 体	n = 515	11.34	17.07	67.85	13.40
F 値 , 有 意 確 率		6.421, .000	2.075, .103	3.234, .022	3.615, .013

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

表6 部署別の疼痛緩和についての捉えの平均値

病 棟	捉 え	疼 痛 緩 和 に つ い て の 看 護 者 の 捉 え			
		患者の痛み体験	ゆがめる要因	看護者の苦しい体験	自己にもたらず力
内 科 系	n = 177	11.65	16.87	67.48	13.54
外 科 系	n = 202	10.86	17.47	69.31	13.24
混 合 病 棟	n = 102	11.66	17.17	66.36	13.53
緩和ケア病棟	n = 17	12.12	13.94	60.81	14.65
そ の 他	n = 24	11.25	17.50	68.75	12.25
全 体	n = 522	11.34	17.09	67.80	13.40
F 値 , 有 意 確 率		4.558, .001	5.228, .000	3.661, .006	3.979, .003

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

表7 3ヶ月に関わった患者数別の平均値

人 数	捉 え	疼 痛 緩 和 に つ い て の 看 護 者 の 捉 え			
		患者の痛み体験	ゆがめる要因	看護者の苦しい体験	自己にもたらず力
5人未満	n = 140	10.86	17.08	68.52	12.78
5～15人	n = 192	11.29	17.29	68.68	13.51
15～30人	n = 98	11.43	16.74	66.57	13.64
30～50人	n = 35	11.57	16.91	65.45	13.56
50人以上	n = 44	12.41	17.07	66.88	14.29
全 体	n = 509	11.31	17.08	67.85	13.41
F 値 , 有 意 確 率		4.685, .001	.493, .741	1.393, .235	5.473, .000

* p < 0.05 ** p < 0.01

表8 カンファレンスの頻度別にみた疼痛緩和の捉えの平均値

頻 度	捉 え	疼 痛 緩 和 に つ い て の 看 護 者 の 捉 え			
		患者の痛み体験	ゆがめる要因	看護者の苦しい体験	自己にもたらず力
毎日実施	n = 348	11.12	16.99	67.47	13.60
1回／2日	n = 90	10.53	17.03	68.60	13.47
1回／週	n = 58	10.36	17.37	67.24	12.52
行っていない	n = 25	11.62	18.00	70.58	12.40
全 体	n = 521	11.35	17.09	67.80	13.40
F 値 , 有 意 確 率		6.781, .000	.944, .419	.968, .408	6.374, .000

* p < 0.05 ** p < 0.01

に有意差 ($p < 0.05$) がみられた。50人以上群は、30人未満群と比較すると【自己にもたらず力】を認識し、15人未満群に比して、有意 ($p < 0.05$) に【患者の痛み体験】を捉えていた。

4) カンファレンスの実施頻度別の平均値の差の比較

患者に関するカンファレンスの実施頻度については、半数以上が毎日実施していると回答した。カンファレンスの実施頻度の違いは、【患者の痛み体験】【自己にもたらず力】に有意差があり、毎日実施していると回答した群の平均点が最も高く、週一回群との違いがみられた(表8)。《成果の実感》《疼痛緩和のエネルギー》においてもカンファレンスの実施頻度の違いにより有意差 [$F_{(3,513)} = 3.70$, ($p = .011$), $F_{(3,507)} = 6.10$, ($p = .000$)] がみられた。また、有意差はなかったが、していない群では【ゆがめる要因】と【看護者の苦しい体験】ともに平均値が最も高くなっていた。

5) カンファレンスのメンバー別の平均値の差の比較

看護者のみの群と他職者と共に実施している群で有意差のみられたのは、【患者の痛み体験】であり、他職者と共に実施していると回答した群の平均点が高かった(表9)。一方、【看護者の苦しい体験】の要素においては、《疼痛緩和の苦悩》《疼痛緩和の疑問》とカンファレンスのメンバーの違いによる有意差 [$F_{(1,500)} = 5.38$, ($p = .021$), $F_{(1,501)} = 5.49$, ($p = .020$)] があった。

6) 病棟の取り組み別の平均値の差の比較

疼痛緩和ケア向上のための病棟での取り組みは、54.8% ($n = 281$) が行っている群、45.2% ($n = 232$) が行っていない群であった。行っている群と行っていない群で有意差のみられたのは、【患者の痛み体験】【看護者の苦しい体験】【自己にもたらず力】であった(表10)。

本人の取り組みについてみると、何も行っ

表9 カンファレンスのメンバー別疼痛緩和についての捉えの平均値

捉え メンバー	疼痛緩和についての看護者の捉え			
	患者の痛み体験	ゆがめる要因	看護者の苦しい体験	自己にもたす力
看護者のみ n=233	11.09	17.37	68.47	13.47
他職種と共に n=271	11.65	16.81	67.26	13.43
全 体 n=507	11.39	17.07	67.83	13.45
F 値 , 有意確率	8.750, .003	3.676, .056	1.660, .198	.037, .847

* p < 0.05 ** p < 0.01

表10 疼痛緩和についての看護者の捉えと病棟の取り組みの平均値

捉え 取り組み	疼痛緩和についての看護者の捉え			
	患者の痛み体験	ゆがめる要因	看護者の苦しい体験	自己にもたす力
何か行っている n=281	11.73	16.87	66.78	13.84
何もしていない n=232	10.84	17.37	69.02	12.89
全 体 n=513	11.33	17.10	67.80	13.41
F 値 , 有意確率	22.111, .000	2.935, .087	5.877, .016	26.098, .000

* p < 0.05 ** p < 0.01

ていない群は、【看護者の苦しい体験】において有意に平均点が高く、《疼痛緩和における知識不足》において何か行っている群との間に有意差 [$F = (1,502) 9.92, (p = .002)$] がみられた。また、【患者の痛み体験】【自己にもたす力】は、行っている群が有意に平均点が高く、項目間でみても全て有意差があった。

Ⅳ. 考 察

ここでは、紙面の関係上、がん患者の疼痛緩和ケアの実践に携わる看護者の捉えの特徴について考察し、疼痛緩和ケアを推進していくための看護の課題を述べる。

1. 疼痛緩和についての看護者の捉えの側面の特徴

疼痛緩和ケアの実践とケアの成果の実感や患者の痛みを理解しようとする姿勢は相互に高め合う方向で強く関係しているが、看護者のとらわれ、疼痛緩和に関する知識不足、限界や苦悩のような体験は、ケアの実践にマイナスに作用していることが明らかになった。看護者が、患者にとっての痛みのあり様や痛みがあることの意味を探り、痛みがどのよう

な体験であるのかを捉えていると認識している割合は全体的に高く、看護者のこの捉えが高いと、疼痛緩和ケアの中で困難や限界、疑問やずれ、知識不足や苦悩などの体験の認識が低かった。また、患者の痛み体験を捉えようとする姿勢をもつ看護者は、疼痛緩和の実践より肯定的な評価を得て、疼痛緩和に向かう自分自身のエネルギーを認識していた。これらは、看護者の疼痛緩和の中で得られる達成感や自己の力の実感が疼痛緩和に向かうエネルギーを高める上で重要な役割を果たしているという先の記述研究の結果²⁴⁾を支持していると考えられる。

1) 疼痛緩和に関わる看護者自身の体験の捉え

疼痛緩和ケアの中では患者の痛みへの対応の難しさや痛みの判断の難しさなどの困難、看護婦の行う疼痛緩和ケアの限界や自分自身の力不足が高く認識されていた。また、医師の疼痛コントロールに関する疑問、疼痛緩和に関する知識不足、医師－看護者間の考え方や認識・目標のずれ、痛みのある患者に日々関わる辛さや苦悩が多く見いだされた。そして、看護者自身の苦しい体験の捉えが高くなれば、患者の痛み体験を捉えようとする姿勢

や疼痛緩和が自己にもたらす力の捉えが低くなることがわかった。

悩み考えることは、看護者や看護チームの成長にとって必要なことである。しかし、その悩みや疑問、辛さが解決されることなく持続した場合、看護者や看護チームのエネルギーを消耗し、看護実践に対する評価も否定的になり、疼痛緩和ケアに対し限界や無力感を感じてしまう結果になるであろう。Andrea M.E. ら²³⁾は、がん患者の痛みをケアしている看護者の無力感を軽減するための方法として、患者や同僚と感情を共有すること、知識と技術を修得すること、状況を後から振り返ることを挙げている。これらは、看護者の苦しい体験の認識を変え、実践に向かう力を充填していく糸口となると考える。

2) 痛み体験の理解をゆがめる要因の捉え

先行研究²⁴⁾において看護者の苦しい体験が患者の痛み体験の理解をゆがめる要因を生み出す可能性が示唆された。今回の結果でも、看護者の苦しい体験とゆがめる要因には強い相関関係があった。このような体験を看護者が高く認識すれば、自己の痛み理解にゆがみが生じ、適切なアセスメントの障壁となるであろう。片田ら²⁵⁾は、痛みの緩和における看護技術の抽出を試み、看護者自身のとらわれが痛みの看護介入に影響することを指摘している。今回ゆがめる要因の得点率は57.0%であり、他の捉えと比較すると低い値を示した。このことは、看護者がゆがみなく適切に患者の痛みをアセスメントしているとも考えられるが、自らの中にある痛みの理解を阻害したり、影響する要因に気づいていない看護者もいると考えられる。林²⁶⁾は、がん患者に「疼痛緩和ケア」を行った看護婦の判断根拠を分析し、「専門的知識」「患者のアセスメントにより得られる情報」「看護婦自身の疼痛に対する考え」の3つの上位カテゴリーがあることを指摘している。疼痛緩和ケアの看護婦の判断基準は、看護者自身に委ねられている。そのため、看護者自身の疼痛緩和に関する経験や慣れ、先入観や思いこみなどのとらわれが自己の中に内在していないかや、自分自身の過去の痛み体験や痛みに対する考え方が患

者の痛み体験の理解に影響していないかどうかを自ら確認していく機会をもつ必要があると考える。

2. 疼痛緩和についての看護者の捉えに関連する要因

疼痛緩和についての捉え全体に関連していることは、①カンファレンス（時間、頻度、参加メンバー）、②疼痛緩和ケアの向上に向けての病棟での取り組み、③勤務している部署に関することであった。また、④疼痛緩和に関わる看護者の苦しい体験の認識は、年齢が若く、臨床経験、痛みのある患者のケア経験が少ないほど高いこと、⑤疼痛緩和が自己にもたらす力の認識が高いほど、病棟での取り組み・本人の取り組みがなされていることが明らかになった。

1) カンファレンスの量・質両面での重要性

カンファレンス、特に他職種を含めたカンファレンスの実施は、看護者の疼痛緩和の捉えに影響を及ぼし、また病棟でのケア向上のための何らかの取り組みが、看護者のゆがみを是正し、苦しい体験を解決、または改善の方向性を見出す糸口になるのではないかと考える。カンファレンスにおいて、患者の反応について話し合ったりケアの効果を評価することは、看護の関わりがもたらした成果を実感し、疼痛緩和のエネルギーを高めていく力となると考える。短時間でも毎日カンファレンスを実施していくことが疼痛緩和においては重要であるといえよう。また他職者と共に行うカンファレンスは、患者理解の視点の広がりやお互いの役割理解が深まり、チームとして患者の痛みを理解しようとする姿勢をもち疼痛緩和ケアの実践へと繋がると考える。看護者のみのカンファレンスや病棟での取り組みを行っていない場合は、疼痛緩和ケアの中で生じた様々な苦しみや疑問を看護者だけが抱えこみ限界を感じていた。これらの体験は、看護者のみで解決できるものではなく、医療者が互いに連携することで解決の道を探ることができると考える。

がん専門病院の看護者が直面した倫理的問題の第一位は苦痛・疼痛のコントロール不良

に関する問題であるが、解決した割合も45.8%と最も高いことが指摘されている^{8) 9)}。しかし、看護婦と意見が対立したのは約75%が医師であり、看護者は問題の対応に迷いながらも人に相談しているが、問題の約半数は、解決に結びついていない⁸⁾。そこでは問題の解決の手がかりとして、医師との話し合いをもつこと、がん医療に対する知識・技術を高めていくことの必要性が示唆⁹⁾されている。疼痛緩和ケアの実践においてチームで取り組んでいない病棟や主治医とのコミュニケーションに問題がある病棟では、簡単に他職種とのカンファレンスが実現したり、定着することは考えにくい。それ故、日々の患者に関する情報共有を今以上に医師や他職種と密にし、徐々に他職種をカンファレンスに巻き込んでいく働きかけが必要になると考える。

2) 疼痛緩和ケア推進への看護者の取り組み

看護者が体験している苦しみの中には、自分たちの取り組みによって解決の糸口を見いだせるものもあると考えられた。疼痛緩和ケアに携わる看護者は、年齢や臨床経験を重ね、がん患者のケア経験が豊かになれば、疼痛緩和についてのずれ、疑問、困難、限界、知識不足や苦悩をもつことが少なくなることがわかった。また、病棟での取り組み、本人の取り組みにおいても何も行っていない群は何か行っている群よりも疼痛緩和の知識不足を感じているという結果であった。さらに何も行っていない群の疼痛緩和のとりわれは平均値が高いという結果であった。

多くの調査結果^{14) 17) 20) 26) 27)}からも、疼痛緩和を難しく感じさせる要因として、疼痛緩和ケアに関する知識不足が指摘されている。すなわち、看護者が感じている知識不足に対して、専門職として何らかの取り組みを行っていくことが必要である。しかし、個々人での取り組みには、その人の意欲や姿勢などが影響し、限界がある。また、個々の看護の力を高めるだけではなく、病棟全体の看護の力を高めていくことが重要である。まずは病棟単位で何らかの取り組みを目的をもって行っていくことが必要であると言えよう。

そこで、看護者が、痛みのアセスメントに

必要な知識・技術を習得できるような継続教育プログラムを企画することが必要である。Benner P.^{28) 29)}は、看護婦の臨床状況での技能習得において、あるレベルから次のレベルへと熟練度を上げて行くには、類似する臨床状況での経験を重要な要素としてあげている。それ故、痛みのある患者のケア経験を意味ある経験として積み重ねていくことが必要であろう。年齢や臨床経験年数、がん患者のケア経験が長いと、看護者の知識不足やとりわれが少ないと認識されていたことから、経験によって培われた看護者の力を看護チームのなかで共有し、病棟全体の看護の力にしていく取り組みが疼痛緩和ケアを推進していく一つの糸口となると考える。このことは、経験豊かな看護者自身の充実感やエネルギーとなり、疼痛緩和ケア推進へのさらなる力を育むことに繋がるであろう。しかし、一方で臨床での判断能力や技術は臨床経験によって培われるものと考えられるが、これは単に経験年数の長短を問うものではなく、経験から何を学び取るか、すなわち経験の質が重要である。それ故、継続教育プログラムは、新人や経験の少ない看護婦に対してだけではなく、病棟や外来でリーダーシップを取る役割をもっている、経験ある看護者に対しても計画される必要があると考える。

3) 疼痛緩和についての看護者の捉えと病院・病棟の違い

多くの痛みのある患者に関わるがん専門病院の看護者は、様々な疾患患者が入院治療する病院に勤務している看護者より、疼痛緩和ケアを実施していると認識していることが明らかになっている³⁰⁾。今回、疼痛緩和についての捉えの全体的な特徴を把握するために総合病院、大学病院、一般病院、がん専門病院の看護者を対象とした。病院、部署、痛みのある患者に関わった人数別に分析した結果、がん専門病院の特性が看護者の捉えに関連していた。すなわち、がん専門病院および緩和ケア病棟に所属し、痛みをもつ患者に頻繁に関わる看護者は、患者の痛み体験を理解しようとする姿勢をもち、ゆがみをあまりもたず客観的に痛みを把握していた。また、これま

での疼痛緩和ケアの体験より得た自分のエネルギーを実感して疼痛緩和ケアを推進していく力を備えていると考えられた。そして、疼痛緩和ケアを実践する中で体験する困難や限界、疑問やずれ、知識不足などを認識することが少ないと考えられた。一方で、がん専門病院以外の看護者、なかでも大学病院や外科病棟に所属する痛みの緩和ケアを推進しようとする姿勢をもつ看護者は実践の中で様々なストレスやジレンマを抱えていることが示唆された。

疼痛緩和ケアにおいては、対象が進行がん・末期がん患者であることが多く、医療者のストレスは非常に大きい^{31) 32)}。看護者のもつ疼痛緩和ケアに対する苦悩や、医師の疼痛コントロールに対する疑問等の看護者の体験は、看護者に疼痛緩和ケアの限界を感じさせてしまうことが明らかになっている²⁴⁾。一般病院や大学病院で疼痛緩和ケアの実践を促進し、継続していくためには、それらの苦悩や疑問等の体験を増強させないように、あるいはその体験を克服していけるようなストレスマネジメントの方法やジレンマへの対応方法を模索し開発していくこと、医療者に対するカウンセリングのシステムの導入が問題解決の糸口となると考える。そのためのリーダー育成や、また、がん専門病院でないからこそ、積極的にがん看護専門看護師の導入を検討することや病院のスタッフを疼痛緩和ケアやホスピスケアのエキスパートとして育成していくことも必要であると考えられる。

V. 結 論

結果より、以下の示唆が得られた。

- ①疼痛緩和ケアの実践とケアの成果の実感や患者の痛みを理解しようとする姿勢は相互に高め合う方向で強く関係しているが、看護者のとらわれ、疼痛緩和に関する知識不足、限界や苦悩のような体験は、ケアの実践にマイナスに作用している。
- ②疼痛緩和についての捉えの側面には、カンファレンスの時間の長さ・実施頻度・メンバー、疼痛緩和ケア向上への病棟の取り組みが関わっていた。看護者の苦しい体験の

捉えには、年齢、臨床経験、痛みのある患者のケア経験が特徴的に関わっていた。

- ③がん専門病院および緩和ケア病棟に所属し、痛みをもつ患者に頻繁に関わる看護者は、患者の痛み体験を理解しようとする姿勢をもち、ゆがみなく痛みを把握していた。疼痛緩和ケアの苦しい体験は少なく、体験より得た自分のエネルギーを実感して疼痛緩和ケアを推進していく力を備えていた。

これらの結果より、看護者の疼痛緩和ケアを推進していく力を育む糸口が見いだせるであろう。

本研究は、サンプリングにおいて無作為抽出法を用いていないが、結果は意味あるものと考えられる。しかし、今回用いた尺度はCronbach's α の値からの信頼性は得られているが、本研究用に新しく作成した尺度であり、妥当性の検証は十分といえない。今後は他の研究で活用し洗練化していくことが必要である。

謝 辞

ご多忙中、本研究にご協力くださいました看護婦の皆様に心より感謝いたします。

<引用・参考文献>

- 1) 季羽倭文子：症状マネジメントにおける看護婦の役割，ターミナルケア，7，Suppl, 10-17, 1997.
- 2) Twycross, R. G., & Lack, S. A., 武田文和訳：末期癌患者の診療マニュアルー痛みの対策と症状コントロール，医学書院，1987.
- 3) 季羽倭文子，飯野京子他：日本がん看護学会における過去10年間のがん看護の研究の動向，日本がん看護学会誌，12(1)，40-49, 1998.
- 4) 嶺岸秀子，遠藤恵美子：日本における過去10年間（1988-1997）のがん看護実践領域における研究の概観と今後の課題，日本がん看護学会誌，13(1)，1-13, 1999.
- 5) 荒川唱子：米国におけるがん看護研究の分析，がん看護，2(4) 315-319, 1997.

- 6) 小島操子：日本がん看護学会10年の歩みと今後の課題，日本がん看護学会誌 Vol. 11, 1-8, 1997.
- 7) Moony K.H., Ferrel B.R., Nail.L.M., Benedict S.C., et al.:Oncology Nursing Society Research Priority Survey, Oncology Nursing Forum 18(8), 1381-1388, 1991.
- 8) 布施裕子他4名：がん専門病院に勤務する看護婦(士)が直面する倫理的問題とその対応，日本がん看護学会誌，13 (Supplement), 89,1999.
- 9) 黒沢佳代子他4名：がん専門病院に勤務する看護婦(士)が直面する倫理的課題とその対応(第2報)ーがん専門病院との比較検討ー，日本がん看護学会誌，14 (Supplement), 153, 2000.
- 10) 小島操子：終末期医療における倫理的課題，ターミナルケア，7(3), 192-199, 1997.
- 11) Ward S.E., Goldbelg N., Miller-McCaulley V., et al. : Patient-related barriers management of pain, Pain 52 (319-324), 1993.
- 12) Riddel A.&Fetch M.I. : Patient's knowledge of and attitudes toward the management of cancer pain, Oncology Nursing Forum 24(10), 1775-1784, 1997.
- 13) Thomason T.E., McCune J.S., Benard S.A., et al.:Cancer pain survey:Patient-centered issues in control, Pain and Symptom Management, 15(275-285), 1998.
- 14) 和泉成子：疼痛緩和が難しい状況とそれに対する看護の課題，看護技術，44(14), 13-18, 1998.
- 15) 中嶋由紀子他4名：看護婦の考える癌性疼痛コントロール不良の要因，日本がん看護学会誌，12(Supplement), 135,1997.
- 16) 内山由美子他8名：がん性疼痛緩和を困難にしている要因 がん専門病院のがん性疼痛を有する患者の実態，日本がん看護学会誌，11 (Supplement), 44,1997.
- 17) 野口まゆみ他：疼痛緩和ケアに対する看護婦の意識調査，日本がん看護学会誌，11 (Supplement), 136, 1997.
- 18) 武田文和他：日本における医師と看護婦の癌疼痛治療に関する意識の現況，癌患者と対症療法，6(1), 45-52, 1995.
- 19) 平賀一陽，水口公信，武田文和，志真泰夫：日本におけるがん性疼痛治療の現状と問題点，ターミナルケア，4(3), 190-196, 1994.
- 20) Von Roenn J. H., Cleeland C. S., Gonin R., et al. : Physician attitudes and practice in cancer pain management -A Survey from Eastern Cooperative Oncology group, Ann Intern Med, 119(2), 121-126, 1993.
- 21) 渡辺孝子，武田文和，McCaffery, M., Ferrel, B.R. : 日本の看護婦の癌疼痛治療についての意識の現状，死の臨床，18, 54-59, 1995.
- 22) 林直子：がん患者のPain Manegementに必要な看護知識の検討ー学習教材における教育項目の選定，日本がん看護学会誌，12(2), 59-74, 1999.
- 23) Andrea M. E. de Schepper, Anneke L.Francke, & Huda Huijer Abu-Saad : Feeling of powerlessness in relation to pain : Ascribed causes and reported strategies, Cancer Nursing, 20(6), 422-429, 1997.
- 24) 藤田佐和，阿部淳子，宮田留理，鈴木志津枝：一般病院におけるがん患者の疼痛緩和についての捉え，高知女子大学看護学会誌，24(2), 1-10, 1999.
- 25) 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.
- 26) 林直子：がん患者のPain Manegementに影響を及ぼす看護者の判断根拠及び因子の検討，日本がん看護学会誌，12(2), 45-58, 1999.
- 27) Betty Rolling Ferrel & Margo McCaffery : Nurses' knowledge about equianalgesia and opioid dosing, Cancer Nursing, 20(3), 201-212, 1997.
- 28) Benner P. : From Novice to expert-Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 13-38, ADDISION-

WESLY, 1980.

- 29) Benner P.: From Novice to Expert, 井部俊子他訳: 看護論ー達人ナースの卓越性とパワー、医学書院, 10-27, 1992.
- 30) 阿部淳子, 藤田佐和, 鈴木志津枝: 高知女子大学紀要看護学部編, 49, 1-11, 2000.
- 31) 小島操子: ターミナルケアとケアギバーのストレス, ターミナルケア, 2(5), 287-297, 1992.
- 32) 手島恵: ターミナルケアに携わる看護婦のストレス, 2(5), 298-302, 1992.
- 33) 小島通代他: 看護ジレンマ対応マニュアル 患者中心の看護のための医師とのコミュニケーション, 医学書院, 1997.
- 34) 濱口恵子: 疼痛緩和認定看護師の役割とその活動 一般病棟・病院における緩和ケア・癒しの看護 [上巻], 日総研, 173-178, 1996.
- 35) 内田隆治他: がん患者の痛み体験への看護援助モデルの構築, 平成8・9年度科学研究費研究成果報告書, 1998.