

80. 人工呼吸器管理を行う重症患者の鎮痛に関する看護師の認識

研究の概要

重症患者の鎮痛は、苦痛の緩和やせん妄の予防、鎮静薬の弊害の低減という、QOLの改善には欠かせない面がある。このような背景をもとに、日本版・集中治療室に対する痛み・不穏・せん妄管理のための離床ガイドライン（J-PADガイドライン）では、鎮痛を主体とした鎮痛・鎮静管理を推奨している。一方で、Roseによる先行研究では、疼痛の自己申告ができない患者に対する看護師の疼痛評価ツールの使用頻度が優位に低いことを明らかにしている。つまり、気管挿管された重症患者のように、自己申告が困難な状況での疼痛評価は、十分に行われていない可能性が高いと考えられる。このことに関しては、気管挿管され、疼痛の自己申告ができない患者が多く入院する当院の救命救急センターでも同様の課題が存在する可能性がある。実際に、非言語的に疼痛評価ができるツールの導入を試みたが浸透せず、疼痛評価の方法については、各々の看護師に委ねられている状況である。

このような課題を解決するには、疼痛を自己申告できない患者を受け持つ看護師が、どのような思考過程をもち疼痛の評価を行っているかを明らかにすることが必要と感じた。しかし、医中誌を用い“看護”“鎮痛”“意識”というキーワードで検索を行ったが、気管挿管された重症患者の鎮痛に関する看護師の思いや意識を記載した論文は少なかった。つまり、疼痛の自己申告ができない気管挿管された患者の鎮痛に関する看護師の思考過程は明らかにされていないという事である。そこで、当病棟看護師の鎮痛管理に関する認識を調査し、考察することで、看護師が疼痛の自己申告ができない気管挿管患者に対して、どのような思考過程を持ち看護を行っているのかを明らかにすることができると考えた。また、そのことが、疼痛評価スケールの導入及び定着の一助になると考えた。

対象及び方法

対象：ベナー看護論に基づき、病院救命救急センター看護師の中からクリティカルケア（救命救急センター、ICU、CCU）領域経験年数により、「一人前レベル（クリティカルケア領域で2～3年以内の実務経験がある者）」「中堅レベル（クリティカルケア領域で3～5年以内の実務経験がある者）」「達人レベル（クリティカルケア領域で5年以上の実務経験がある者）」に分け、そこからそれぞれ3名ずつ無作為に計9名選出し、研究のためのインタビューに同意を得られた者にインタビューを行う。

研究代表者

救命救急センター看護師 野々原みつ子

当院における研究責任者

救命救急センター看護師 野々原みつ子

問い合わせ先

救命救急センター看護師 野々原みつ子

TEL: 096-353-6501