婦人科術前患者の不安に対する看護援助の評価

キーワード：術前看護・不安・心理的サポート

1病棟4階西
三吉真弥　岡嶋友香　上田利枝　松永理子　吉村久美

Ⅰ．はじめに

A病院産婦人科病棟では、年間約225件の婦人科手術が行われている。入院患者の在院日数は短縮化しており、平成23年度厚生労働省患者調査によると、手術前平均在院日数は4.7日と報告されている[1)]。当病棟における手術前在院日数は、1～3日が大多数を占めており、全国平均と比較すると更に短い。近年の術前入院期間の短縮により、術前患者は医療従事者や術後の患者から情報を得る機会が減少し、短期間で入院環境への適応を迫られると同時に、手術に対する心身の準備も迫られ、適応するための絶対的な時間が限られているといえる。そのため、術前に関わる看護師は、患者の心理やその心理に影響を与えている要因を把握したうえで、適切に援助していくことが求められる。

そこで、患者の理解度の確認や不安軽減を目的に、医師によるインフォームド・コンセントに看護師が同席することや、統一した術前オリエンテーションの実施を目指し、専用の用紙を用いて説明を行うなどしている。しかし、病棟看護師が術前に援助できる時間は限られていることから、不安を適切にくみ取り緩和することが難しいと感じている。多くの症例では、手術前日にインフォームド・コンセントや術前オリエンテーションを行っている状況であり、患者は納得した上で手術に臨めているのか、術後の経過について十分理解して手術を受けているのかについては不明である。村川[2)]は、術前患者の不安に対する看護援助の受け止めについて、患者と看護師それぞれの立場から評価している。その中で、患者と看護師において評価の一致を認めることができず、「いつでも質問できる体勢」、「病識の確認と補足」、「手術知識の確認と補足」など12項目すべてにおいて患者の評価が低く、術前看護を充実させる必要性が示唆されている。この結果から、患者が求める術前看護と、看護師が実際に行っている術前看護に隔たりがあると考えられる。また、他の先行文献では、不安の軽減には単なる理解のみならず、納得が不可欠であることに加え、術前の看護師の働きかけが患者へ安心感を与え患者を力づけることから、入院後の説明では、信頼にも重点を置くことが効果的であると言われている[3)]。そこで、術前看護の前後で患者の不安がどのように変化したか調査し、術前看護について術後に振り返り評価をしてもらうことで、患者が術前の看護師の援助をどのように受け止めているか明らかにし、効果的な関わり方について検討した。

なお、本研究においては、術前看護を「術前オリエンテーション、医師のインフォームド・コンセントに看護師が同席すること、看護師の訪室時の対応」と定義する。また、心理的サポートを、「患者と看護師との相互関係を基本に、納得、安心、信頼を与え、患者自身が不安を明らかにし、その対処行動を高めるための看護師の援助」と定義する。

Ⅱ．目的

1．患者の術前不安が、術前看護を受ける前後でどのように変化したか把握する。

2．術前看護により術前不安が低下した患者及び低下しなかった患者それぞれの、看護援助に対する評価の違いを明らかにし、今後充足すべき術前の看護援助項目を明らかにする。

Ⅲ．方法

1．研究対象：A病院婦人科に入院し全身麻酔下で手術を受ける予定の患者22名。

2．収集期間：H25年9月～H25年11月

3．調査方法：無記名自記式質問紙調査。入院時、術前日、術後5日目の計3回調査を行った。調査項目は、入院時と術前日は、宮林（2003）[4]らにより信頼性と妥当性が証明されている「術前不安尺度」16項目を用いた。術後5日目は、属性（年齢、既婚歴、子どもの有無、同居者の有無、職業の有無、過去の手術経験の有無、近親者の手術経験の有無、過去10年以内の1週間以上の入院経験の有無、手術について経済的な心配の有無、看護師のインフォームド・コンセント同席の有無、信仰する宗教の有無、術前の気分転換方法の有無）、村川（2005）[2]、白尾（2000）[5]の先行研究を参考に作成した術前看護12項目を、研究者の判断で対象者が理解しやすい表現に置き換え、質問項目として使用した術前看護12項目とした。

4．分析方法：統計的分析はStatFlex.Ver.6を用いた。属性は記述統計を行い、術前、術後における術前不安尺度の点数の変化はWilcoxonの符号付順位和検定を用いた。さらに、入院時、術前日の2時点における術前不安尺度の点数の変化により、術前不安得点が増加した、あるいは変化しなかった患者群（以下、不安得点増加群）及び、得点が低下した患者群（以下、不安得点低下群）の2群に分け、Mann-WhitneyのU検定を行い、術前看護の評価の比較を行った。有意水準は5%未満とした。

5．倫理的配慮：当院のIRBの承認を得た。IRBで承認の得られた同意説明文書を用いて、文書および口頭による十分な説明を行い、被験者の自由意思による同意を文書で得た。対象者の個人情報の保護に十分配慮し、研究の結果を公表する際も対象者を特定されないこと、データは研究以外では使用しないことを説明した。

Ⅳ．結果

対象者は22名、年齢51.76±13.72歳、回収率は100%、有効回答率は95.5%であった。手術前在院日数は2.57±2.5日であった。

1．入院時と術前日の不安総合得点の比較

入院時不安総合得点46.48±9.14点、術前日不安総合得点44.76±9.04点であった。2時点における不安総合得点に有意差はなかった。

2．不安得点増加群と不安得点低下群における術前看護の評価の比較

不安得点増加群8名(38.10%)、不安得点低下群13名(61.90%)であった（図1）。術前看護12項目について2群間に有意差はなかったが、「病識の確認と補足」「手術知識の確認と補足」「術直後の看護の確認と説明」の3項目は、不安得点増加群の点数が低い傾向にあった（図2）。全項目において不安得点低下群の点数が高かったが、2

群ともに各項目の平均点は 3.0 点を越えていた。

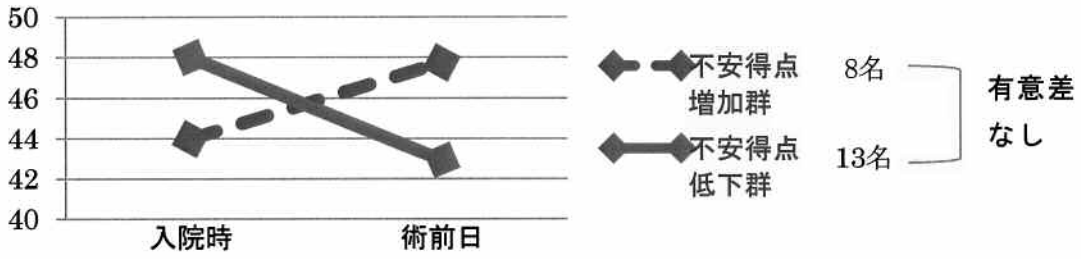

図１．不安得点増加群と不安得点低下群における術前不安尺度平均点数

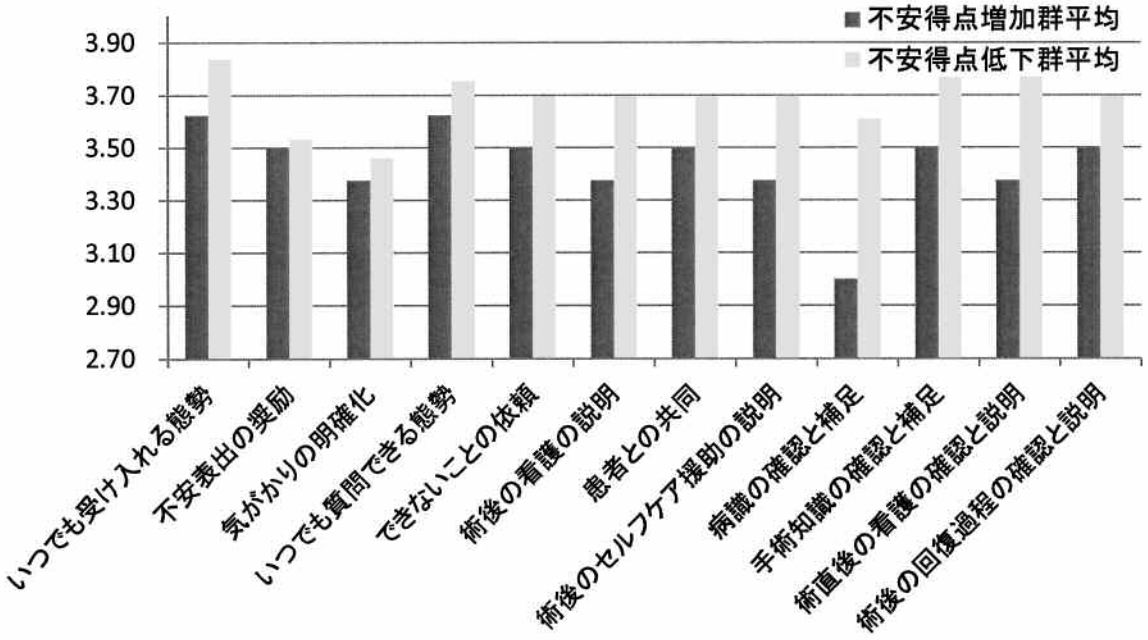

図２．不安得点増加群と不安得点低下群における術前看護 12 項目の評価の比較

また、2 群間の属性に有意差はなかった。患者の背景として、不安得点増加群は子どもがいる人（図３）、自身や近親者の手術経験がある人（図４，５）が 87.50%と多数を占めた。

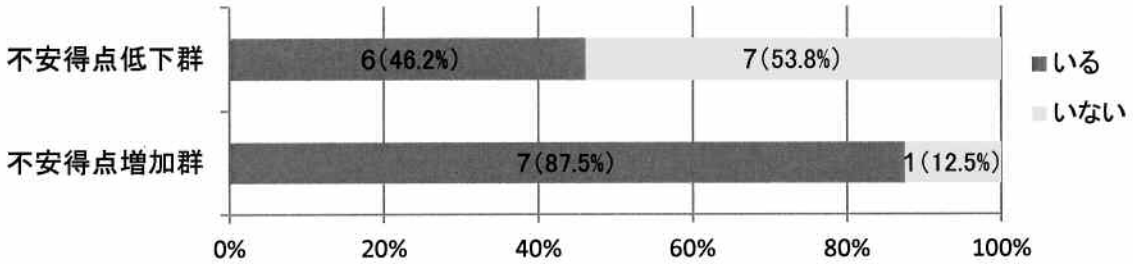

図３．子どもの有無

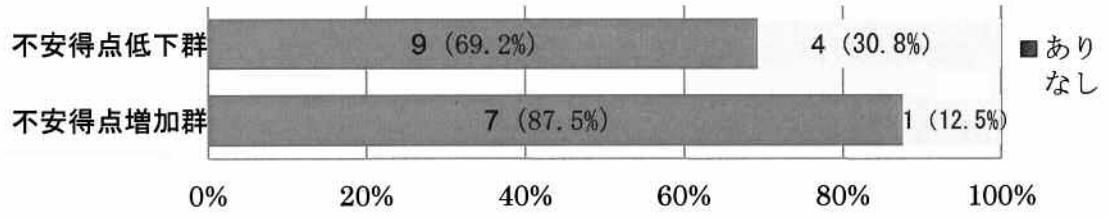

図４．自身の手術経験の有無

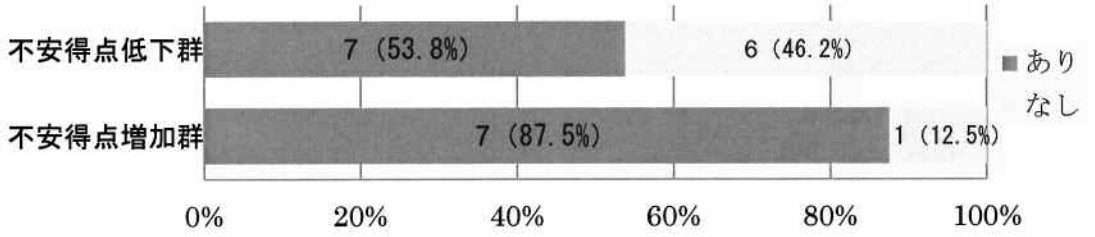

図５．近親者の手術経験の有無

医師によるインフォームド・コンセントへの看護師の同席の有無（図６）は、不安得点低下群が 84.62%、不安得点増加群が 62.50%であったが、有意差はなかった。

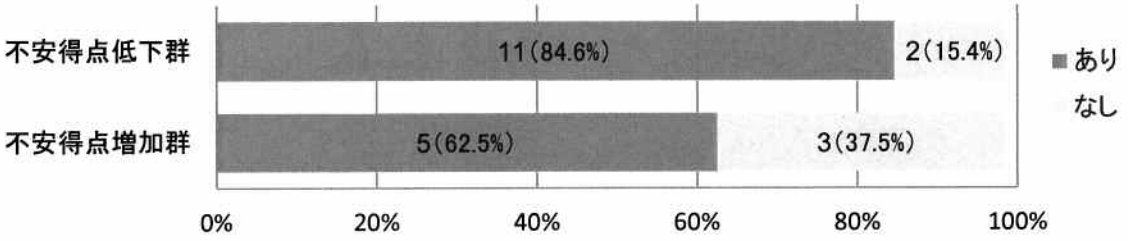

図６．インフォームド・コンセントへの看護師同席の有無

Ⅴ．考察

１．入院時と術前日の不安総合得点の比較

不安得点が有意に低下しなかったことは、入院から手術までの期間はとても短く、また２時点で術前という状況は不変であり、手術という生命に関わる問題に直面した状況であるため、術前看護の前後で変化しなかったと考える。

２．不安得点増加群と不安得点低下群における術前看護の評価の比較

「術直後の看護の確認と説明」の評価が低いことは、術前患者の当面の目標は手術を無事に乗り切ることであり、術前に術直後の状況をイメージすることが困難であったと推察される。よって、患者が必要としている答えを術前に限らず適切なタイミングで随時提供していくことが大切であると考える。

「病識の確認と補足」「手術知識の確認と補足」の評価が低いことは、先行研究と同様であった。この２項目は、医師と協働する必要があり、その一環として看護師が医師によるインフォームド・コンセントに同席している。インフォームド・コンセントに同席する看護師の役割として、情報の確認や補足を求める声があった[6)]。インフォ

ームド・コンセントは看護師が患者の理解度や説明に対する受け止め方を知ることができる貴重な機会であり、本研究においては不安得点低下群の同席数が高いという結果が出た。このため、今後も看護師が役割を意識した上でインフォームド・コンセントへの同席を継続することで、術前患者の不安軽減に繋げたい。また、インフォームド・コンセントの同席のみに留めず、同席後に患者への心理的サポートが十分にできるよう関わっていくことも重要であると考える。インフォームド・コンセント後は患者の思いを傾聴し支持的に関わることはもちろん、必要に応じて、説明書を患者とともに読み返す、再度説明が必要と思われれば医師への橋渡しを行うなど、個人個人の理解度や状況に合わせた対応を検討していくことは大切である。

また、対象者の背景として、不安得点増加群は、自身や近親者の手術経験がある人が多数を占めていた。ある刺激状況に直面して痛みや恐怖を経験すると、その刺激状況に再び出会うときには不安が生じやすい[7]と言われており、また、不安はほかの人の不安をみることによって、模倣学習されることもある[7]とも言われている。従って、過去の不安経験やそれに基づく学習のありようによって不安の程度は変化していくと考えられる。以上のことから、患者の背景や特徴を考慮した上で介入していくことは肝要であるといえる。今後、手術経験がある患者に対しては、前回の手術を経験して苦痛であったことやこうしてほしかったという希望を聴取し、事前に対策を考える必要がある。現在、病棟看護師が入院時に問診を行った際、看護記録に情報を入力している。手術室看護師は、看護プロファイルやSOAPから情報収集した上で術前訪問を行っているが、必要に応じ、術前訪問した手術室看護師へ、病棟看護師から直接情報を共有することも有意義であると考える。また、患者の意思を医師へ伝えるなど、患者と医師の橋渡しをすることも可能である。病棟看護師に限らず、多職種で情報を共有しながら患者の術前不安に対応していくことは、重要であると考える。

Ⅵ. 結論

1．術前看護の前後で不安総合得点は変化しなかった。

2．不安得点増加群と不安得点低下群において、術前看護12項目の評価に違いはなかった。

今後は、術後の状況をイメージしやすい情報提供の仕方の検討をすること、インフォームド・コンセントへの同席の継続をすること、手術経験の有無など患者の背景に着目した情報収集を行い、術前看護に生かしたい。

引用文献

1）厚生労働省　患者調査 http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/03.pdf.

2）村川　由加理：術前患者の不安に対する看護援助の受けとめ，大阪市立大学看護学雑誌，9．1-8，2013-03.

3）佐藤　真里ほか：時間的制約をされた入院における術前不安への援助，青森県立保健大学雑誌，10(1)，90-91，2009-06.

4）宮林　幸江ほか：術前不安尺度作成の試み，上武大学看護学研究所紀要 1(1)，99-110，2003-05.

5）白尾　久美子ほか:看護実践からみた術前看護の明確化,日本看護研究学会雑誌,23(2),43-54，2000-06.
6）吉本　和代ほか：インフォームド・コンセントの看護師の同席に関する現状調査と今後の課題，山口県看護研究学会学術集会プログラム・集録，8，52-54，2009.
7）岡堂　哲雄：不安の病理，臨床看護，7（6），797-803，1981-6.

参考文献

・清水　準一ほか：全身麻酔下胸部外科手術を受ける患者の入院予約時から術後にかけての不安の程度の推移，日本看護学会論文集　成人看護 30（1），123-125，1999.
・長澤　美佐子ほか：手術を受ける患者の術前後における不安の変化 -STAI（日本語版）を用いて-，山梨医科大学紀要，19，97-100，2002.
・河野　友信：手術患者と不安，真興交易医書出版部，35-66，2002-2.
・松藤 久美ほか：病棟看護師の捉える術前患者の不安とその関わり，日本看護学会論文集 1 成人看護，36，154-156，2005.
・岡田　千恵加ほか：術前患者の不安の表出に関係する因子の検討，看護研究集録，高知医科大学医学部附属病院看護部教育委員会，7，214-217，1998-04-29.
・有瀬　和美ほか：術前患者の手術までの日数と不安の程度の関連　-STAI による不安尺度を用いて,看護研究集録,高知医科大学医学部附属病院看護部教育委員会,7,160-165,1998-04-29.