

手術部における術後褥瘡観察の増加についての報告

—アンケート結果をいかした勉強会を行って—

中央手術部

○北村 亜樹 橋本 多津子
吉田 奈津子 西川 梓

I はじめに

手術を受ける患者は麻酔の影響や長時間同一体位を強いられるために、術後褥瘡が起りやすい。術後の褥瘡発生率は3～12%といわれている¹⁾。手術中にできた褥瘡の早期発見は術後の褥瘡の治癒環境の促進につながり、病棟帰室後の褥瘡予防ケアの重要な要因である²⁾。そのため継続看護の観点からも手術直後の褥瘡観察は重要である³⁾。

当手術部では、褥瘡予防に対して様々な対策を行っているが、手術直後の褥瘡観察については観察方法・記録方法など統一されたものがない。手術直後の褥瘡観察は各看護師の判断に任されているのが現状である。病棟経験のない看護師は褥瘡に対する認識が低い²⁾とあり、当手術部看護師の約7割が病棟経験を持たず、褥瘡に直接接する機会は少ない。そのため看護師による術後褥瘡観察が徹底されていないのではないかと考えた。そこで術後褥瘡観察の増加を目的として、看護師の術後褥瘡観察の現状を明らかにし、褥瘡に対する基礎知識の説明・観察方法の勉強会（以後勉強会とする）を行い、勉強会の効果を明らかにするために、その後の術後褥瘡観察の変化を前後比較した。

II 用語の定義

褥瘡：一定の場所に一定以上の圧がかかることによって阻血性壊死が生じて発生する皮膚障害

術後褥瘡：術後3日までに起こる手術に関連した皮膚障害とする

術後褥瘡観察：手術終了から患者退出までの間に患者の全身を観察し褥瘡の症状の有無を観察する事とする

III 研究方法

1 研究期間 平成18年7月3日～平成18年8月18日

2 対象 当手術部看護師33名で2年目6人・3年目4人・4年目2人・5年目4人・6年目1人・7年目3人・8年目2人・10年目以上11人であった。

3 方法

1) 術後褥瘡観察の現状把握のためのアンケートを実施(以後前アンケートとする)回収91%であった。

2) アンケート内容

発赤・腫脹・水泡・硬結の4項目の症状の定義についての理解度(正誤択一) 褥瘡の発生要因は7項目から選択とし、褥瘡好発部位は13項目からの選択とした。褥瘡好発部位の観察の有無(今回の症例において)と褥瘡の観察を行った理由14項目、褥瘡の観察を行わなかった理由14項目についてたずねた。アンケートは手術終了後一症例ごとに、研究メンバーが直接対象者に手渡し、回収はボックスに投函する方法を採った。

3) 術後褥瘡観察の増加を目的に、口頭・資料・パワーポイントを用いて、10分間の勉強会を研究メンバーが当手術部看護師に対し実施した。

4) 勉強会内容

前アンケートの結果より、褥瘡の知識の理解が不十分であることがわかった。そのため理解が不十分な知識を中心として勉強会を行った。褥瘡の定義、手術室で起りやすい褥瘡の症状(発赤・水泡・硬結)、褥瘡の要因(年齢・手術時間・体型・手術体位)、褥瘡好発部位の観察ポイント(体位による観察率の違いを踏まえて)、術後褥瘡観察の時期、の上記5項目とした。

5) 勉強会前後の比較のために前アンケートと同様

のアンケートを実施（以後後アンケートとする）した。（回収率 90%）。

6) 前アンケート結果と後アンケート結果で χ^2 検定を行った。

4 倫理的配慮

本研究の趣旨を文章に提示し、同意が得られた当手術部看護師にアンケート調査を実施した。

IV 結果

術後褥瘡の観察は前は「はい」23人（46%）後は30人（65%）と後が有意に高値であった。（ $p=0.043$ ）（表1）。

表1 術後褥瘡を観察したか

	はい 人数(%)	いいえ 人数(%)
勉強会前 50人	23(46)	27(54)
勉強会後 45人	30(65)	15(35)
χ^2 検定	p=0.043	

褥瘡の症状の理解度は、水胞の理解度は前アンケート40人（80%）、後アンケート37人（98%）（ $p=0.007$ ）。硬結の理解度は前アンケート29人（58%）、後アンケート39人（87%）（ $p=0.002$ ）と後が有意に高値を示した（表2）。

表2 褥瘡の症状の理解度

	勉強会前 50人(%)	勉強会後 45人(%)	P値
発赤	39 (78)	41 (91)	0.080
腫脹	40 (80)	37 (82)	0.782
水胞	40 (80)	44 (98)	0.007
硬結	29 (58)	39 (87)	0.002
χ^2 検定			

褥瘡の要因について、全体的に前後アンケートを通じて正解率は高かったが、年齢が要因であると答えた人は前43人（86%）、後45人（100%）（ $p=0.009$ ）となり後が有意に高値となった。他の要因についても後アンケートでは95%を超えた（表3）。

表3 褥瘡の要因

	勉強会前 50人(%)	勉強会後 45人(%)	P値
年齢	43 (86)	45(100)	0.009
手術時間	47 (94)	44(97)	0.359
栄養状態	50(100)	44(97)	0.287
基礎疾患	49 (98)	45(100)	0.340
体型	47 (94)	45(100)	0.095
圧迫	50(100)	44(97)	0.289
手術体位	46 (92)	43(95)	0.477
χ^2 検定			

術後褥瘡観察をした理由は、全体的に後アンケートで増加していた。特に「確認する指導を受けていた」という理由は、前アンケート11人（22%）、後アンケート20人（44%）（ $p=0.019$ ）であった（表4）。

表4 術後褥瘡観察をした理由

	勉強会前 50人(%)	勉強会後 45人(%)	P値
褥瘡好発部位	23 (46)	19 (42)	0.711
確認する指導を受けていた	11 (22)	20 (44)	0.019
医師の協力が得られた	5 (10)	4 (9)	0.185
患者の基礎疾患を考慮した	4 (8)	1 (2)	0.207
患者の年齢を考慮した	6 (12)	4 (9)	0.621
術後、患者の状態が安定していた	2 (4)	2 (4)	0.914
術後、長期臥床が予測される	1 (2)	1 (2)	0.939
他の看護師がしている	2 (4)	0 (0)	0.175
時間に余裕があった	4 (8)	5 (11)	0.605
自分に余裕があった	6 (12)	7 (16)	0.614
患者の体型を考慮した	3 (6)	5 (11)	0.370
手術の時間が長かった	5 (10)	5 (11)	0.860
全身麻酔症例	8 (16)	11(24)	0.304
意識下症例	0 (0)	2 (4)	0.131
χ^2 検定			

表5 術後褥瘡観察をしなかった理由

	前アンケート 50人 (%)	後アンケート 45人 (%)	P値
褥瘡好発部位がわからなかった	0 (0)	0 (0)	—
確認する指導を受けていない	4 (8)	0 (0)	0.052
医師の協力が得られなかった	0 (0)	2 (4)	0.131
患者の基礎疾患を考慮した	0 (0)	0 (0)	—
患者の年齢を考慮した	1 (2)	1 (2)	0.939
術後、患者の状態が不安定だった	2 (4)	0 (0)	0.175
術後、長期離床が予測される	0 (0)	2 (4)	0.131
他の看護師がしていない	2 (4)	1 (2)	0.620
時間に余裕がなかった	12 (24)	6 (13)	0.185
自分に余裕がなかった	7 (14)	5 (11)	0.672
患者の体型を考慮した	0 (0)	0 (0)	—
手術の時間が短かった	11 (22)	5 (11)	0.156
全身麻酔症例	0 (0)	1 (2)	0.289
意識下症例	3 (6)	0 (0)	0.094

χ^2 検定

術後褥瘡観察をしなかった理由は「時間に余裕がなかった」「自分に余裕がなかった」「手術時間が短かった」が前後アンケートを通して高値であった(表5)。

V 考察

術後褥瘡の観察が勉強会後に有意に増加した。これは前後アンケートの間に行った勉強会が有効であったと考える。

前アンケートを行うことで一般的な褥瘡の知識である症状や要因の理解が不十分であることがわかった。そのため褥瘡の症状・要因について理解が不十分なものを対象に勉強会を行った。その結果褥瘡の症状の理解度については後アンケートで有意に上昇した。褥瘡の要因では有意差こそ出なかったが、各項目の正解率は95%を超えた。このことから今回行った勉強会は有効であったといえる。

また今回は理解が不十分なものだけでなく、理解が十分なものに対しても勉強会を行っている。学習は知識を獲得し内面に組織化、再組織化し新しい行動傾向が取れるようになるもの(既存の行動パターンの熟達)⁴⁾とあり今回勉強会を通じて、新たな知識の習得と既存の知識の再構築を行うことで、術後褥瘡観察の重要性を改めて認識し、術後褥瘡観察

をするという行動につながったものとする。

しかし35%の看護師がまだ術後褥瘡観察できていない現状であった。知識の向上が全ての看護師の行動変容につながるわけではないことを示している。術後褥瘡観察を行わなかった理由として「時間に余裕がなかった」や「自分に余裕がなかった」からなどの理由は知識面からのアプローチだけでなく、システムを変えていく必要があると考える。また術後褥瘡観察を行った理由で「確認する指導を受けていた」が大きく増えたのは、指導とは「確認しなければならない」という義務の側面も持つためだと考えられる。そのため術後褥瘡観察を各看護師に任せるだけでなく、義務化するため業務として組み込むことも必要ではないかと考える。そうすることで手術部看護師全員が術後褥瘡観察を行えると考え

VI 結論

- 1 術後褥瘡観察の現状を踏まえ、知識の不十分な点を補う勉強会を行うことにより、褥瘡の知識が向上し、術後褥瘡観察をする看護師が増えた。
- 2 既存の知識を勉強会で再確認することは、知識の再構築にとって有効である。

VII おわりに

今回の研究で、術後褥瘡観察を行う看護師が増加した。今後は手術部看護師全員が術後褥瘡観察をできるように、業務に組み込むなどのシステムを整えていきたい。また継続看護の視点から術後褥瘡観察の結果を病棟に伝え、病棟からその褥瘡の経過の情報交換を行い、手術部での褥瘡予防につなげていきたいと考える。

VIII 文献

- 1) 大浦武彦: 考える看護, オペナーシング, 16 (3), 1, 2001.
- 2) 福岡志野: 手術室褥瘡リスク評価表を導入した効果について, 第 18 回日本手術看護学発表集録集, 232-233, 2004.
- 3) 大沢修子: 褥瘡・神経障害予防, 日本手術医学会誌, 25 (2), 118-120, 2004.
- 4) 鈴木正幸: 看護のための教育学, メデカルフレンド社, 13-16, 1993.