

褥創ケアに対する意識調査

4階東病棟

○伊藤 香 渡邊 亮子 時久三紀子 山村 愛子

キーワード：褥創、創傷、意識調査、褥創発生、リスクファクター、アセスメントツール

I. はじめに

「褥創は看護の恥」と言われ医学の谷間に隠されており、医師は無関心、看護婦は表に出したくないという状態があった。しかし褥創は治療とケアが密接に関係しており、どちらが欠けてもバランスが崩れて褥創は治癒しない。現在は入院患者の高齢化がすすみ、加齢に伴う身体的機能の低下は褥創発生のリスクの一つである。特に心臓血管術後の患者は、高齢に加えて術後循環動態が安定しないこと、貧血状態、糖尿病など他の疾患も合併していたり褥創形成のリスクが高い。そのため当病棟では、皮膚保護剤や予防具を用いたり、スキンケアの専門医に依頼するなど褥創の予防と早期治癒を心がけているが、予防処置が不十分であったり病期にあった適切なケアができていないのではと思われることがある。また、転棟時に前もって褥創に関する情報がなかったり、病棟によって褥創の予防や治療に使用する物品が違っていたりすることがある。効果的な褥創の予防、早期の対応・治療を行い、そのケアを継続していくためには、まず当院での褥創に対する意識や知識を知る必要があると考えアンケート調査を行ったので結果を報告する。

II. 研究目的

1. 看護婦の褥創ケアに対する意識について明らかにする。
2. 褥創ケアに対する意識に影響を及ぼす要因を明らかにする。

III. 要因図の説明

「褥創ケアに対する意識」に関連すると考えられる要因として、文献をもとに「対象者の背景」「褥創ケアに関する知識」「褥創に対する興味」「褥創に対する教育」「対処行動」を上げた。これら5つの要因は、「褥創ケアに対する意識」以外にも全ての要因間で相互に関連すると考える。(図1)

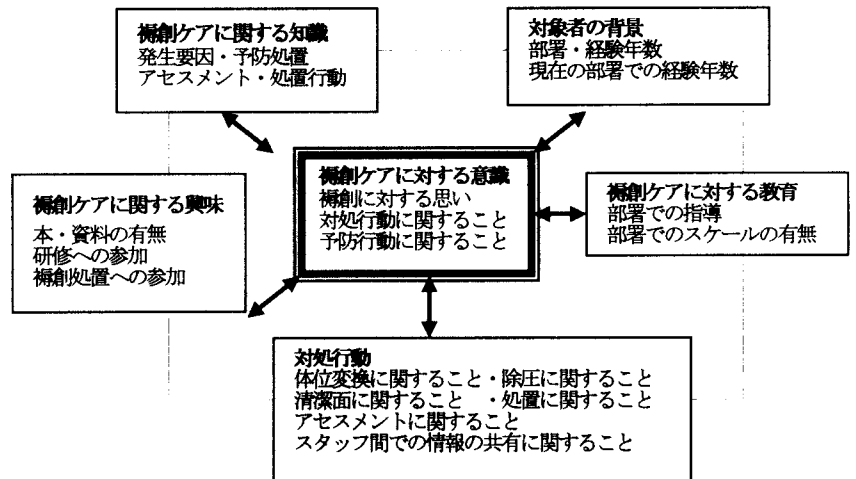


図1 要因図

IV. 研究方法

1. 調査期間
2001年8月31日～9月7日
2. 調査対象
当院に勤務している外科系、内科系病棟看護婦(士)122名(7つの看護単位)
3. 調査方法
研究グループで作成したアンケート用紙を配布し、個人のプライバシー保護のため無記名とし回収用ボックスを各部署に設置し回収した。
4. 倫理的配慮
以下のことについて紙面上で説明をした。
 - 1) 研究目的(研究への参加にも同意を得る)。

- 2) このアンケート調査はこの研究以外の目的で使用しないこと。
- 3) 個人が特定されないように、無記名とし統計的な処理を行うこと。
- 4) 強制ではないこと。

5. 調査内容

「対象者の背景」3項目、「褥創に関する知識」38項目、「褥創ケアに対する興味」7項目、「褥創ケアに対する教育」3項目、「対処行動」29項目、「褥創ケアに対する意識」14項目について調査を行った。知識については○×での記入とし、興味や教育は二者択一とした。意識や行動の部分は4段階のスケールとし意識・行動が増すにつれて得点が高くなるように作成した。

6. 分析方法

SPSSを用いて統計量、記述統計、相関関係、平均点の比較を行った。

V. 結果

1. アンケート結果

1) 回答状況は、配布数122名、回収数97名で回収率79.5%であった。

2) 対象者の特性

経験年数は1～2年目が9名(9.3%)、3～5年目が23名(23.7%)、6～10年目が28名(28.9%)、11～15年目が19名(19.6%)、16～20年目が14名(14.4%)、21～33年目が4名(4.1%)で、平均経験年数は9.3年±6.23であった。

3) 褥創の現状

褥創を形成している人は1部署0～3名で平均1.65名±0.57であった。

4) 褥創に関する知識について(1問正解につき1点とし38点満点とする)

全体の平均点は29.24点±4.83であった(無解答の場合は不正解とした)。褥創の好発部位は仰臥位では仙骨部が第一位であるが、この質問は全員が正解であった。側臥位の場合は大転子部が第一位となるが、これは78名(80.4%)が正解であった。また、創傷治癒を遅らせる全身的因子としては低栄養状態・糖尿病・脱水・貧血等があるが、この中で、低栄養状態・糖尿病についての正解率はほぼ100%であった。予防・処置の中では以前は有効とされていたことでも、現在では禁忌とされていることもある。例えば円座の使用や発赤を認めた場合のマッサージがそうであるが、この質問はともに34名(35%)が不正解であった。褥創発生のリスクファクターをアセスメントする方法としてブレデンスケールがあるが、この質問は60名(61.9%)が正解であり、25名(25.8%)が無解答であった。

5) 褥創ケアに対する興味について(図2)

「入院中の患者の褥創処置がどのように行われているか対処方法について知っておきたいと思うか」「自分が知らない処置をしている時、それを見に行こうと思うか」という質問には全員が「思う」と答えた。「褥創に関する院外の研修に参加したことがあるか」という質問に「ある」と答えた人は7名(7.2%)であったが、「褥創ケアの研修があれば参加しようと思うか」という質問に「思う」と答えた人は82名(86.3%)であった。

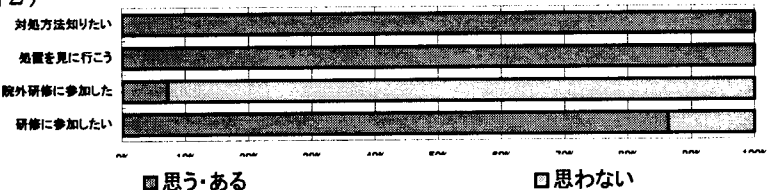


図2 褥創ケアに対する興味

「思わない」と答えた人は15名(15.3%)であった。

6) 褥創ケアに対する教育について(図3)

「部署で褥創について学習会をしたことがあるか」という質問に「ある」と答えた人は26名(27.1%)であった。「褥創を形成した場合それを評価する何らかのスケールが病棟にあるか」という質問に「ある」と答えた人は15名(10.9%)であった。

7) 褥創ケアに対する意識について(図3)

「褥創ができることは看護婦として恥ずかしいことだと思うか」という質問に「思う・とても思う」と答えた人は76名(80.8%)であった。「褥創ができてしまったのは看護婦の責任だと思う」という質問に「思う・とても思う」と答えた人は62名(66.7%)であった。「褥創を治すためには医師の協力が必要」という質問に

「思う・とても思う」と答えた人は93名(98.9%)であった。

8) 対処行動について

「褥創について医師に相談している」という質問に「時々している・常にしている」と答えた人は82名(87.2%)であった。「褥創を見つけた場合は何かスケールを使って評価している」という質問に「時々している・常にしている」と答えた人は28名(29.8%)であった。「忙しい時でも必要な患者には2時間毎の体位変換を必ず行っている」という質問には76名(80%)の人が「常にしている」と答えた。必要と思われる患者に対してエアーマットを常に使用している人は40名(41.7%)、ソフトナースを常に使用している人は45名(53.6%)であった。

排尿・排便後に常に陰部洗浄をしていると答えた人は30%未満であった。体動が少ない・意識障害・低栄養の患者に対し常に皮膚の状態を観察していると答えた人は75~88%であった。糖尿病・脱水・ショック状態・貧血の患者に対し常に皮膚の状態を観察していると答えた人は32~59%であった(図4)。「褥創がしやすいかできにくいかわけずアセスメントしている」という質問に「常にしている」と答えた人は20名(21%)であった。

2. 有意差の認められた検定結果

1) 相関関係について

- (1) 経験年数が長い人ほど褥創に関する知識が高かった。(R=0.298、t=3.04、p<0.01)
- (2) 褥創に対する興味が高い人ほど褥創に関する知識が高かった。(R=0.278、t=2.76、p<0.01)
- (3) 褥創に対する興味が高い人ほど除圧に関しての対処行動が高かった。(R=0.238、t=2.17、p<0.05)
- (4) 褥創に対する興味が高い人ほど清潔面に関しての対処行動が高かった。(R=0.223、t=2.14、p<0.05)
- (5) 研修に参加している人、講義を聴いている人ほど他のスタッフと情報を共有することに関しての対処行動が高かった。(R=0.229、t=2.15、p<0.05)
- (6) 褥創ケアに対する意識が高い人ほど体位変換に関しての対処行動が高かった。(R=0.288、t=2.79、p<0.01)
- (7) 褥創ケアに対する意識が高い人ほど除圧に関する対処行動が高かった。(R=0.226、t=2.02、p<0.05)
- (8) 褥創ケアに対する意識が高い人ほど清潔面に関する対処行動が高かった。(R=0.361、t=3.40、p<0.01)

2) 平均点の差の検定について(表1)

- (1) 病棟別では褥創に関する知識の平均点に差が認められた。(F値=3.23、p<0.01)
- (2) 病棟別では褥創に対する教育の平均点に差が認められた。(F値=4.215、p<0.001)

表1 7つの看護単位別褥創に関する知識・教育の平均点

	1	2	3	4	5	6	7
褥創に関する知識(得点配分0~38点)	26.88	31.94	26.58	28.00	27.77	29.70	32.00
褥創に対する教育(得点配分3~6点)	5.13	4.43	4.00	4.14	3.83	3.95	4.25

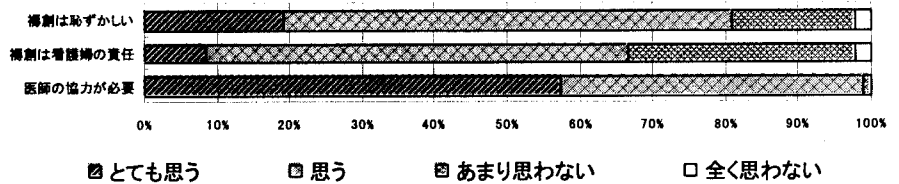


図3 褥創ケアに対する意識

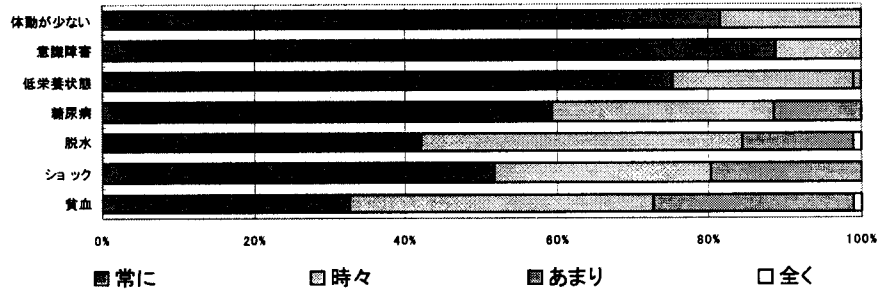


図4 褥創発生のリスクファクター別皮膚状態の観察頻度

VI. 考察

私たちは効果的な褥創の予防、早期の対応・治療が行えるようになり、褥創の発生頻度の減少と早期治癒につなげるためには、まずスタッフの褥創ケアに対する意識とそれらに影響を及ぼす要因を明らかにすることが必要だと考え、この研究に取り組んだ。

褥創については90%以上の人が医師の協力が必要だと思っている。しかし、褥創ができることは70%前後の人が看護婦の責任・恥ずかしいと思っており、褥創に対する看護の責任を感じていると思われる。褥創に関する知識については、好発部位など以前から一般的に言われていることはほとんどの看護婦が理解していた。しかし、円座の使用・マッサージの禁忌や、リスクファクターのアセスメントスケールについての項目の正解率は低い。新しい褥創ケアについては十分に周知できていない面もあり、新しい情報の提供が必要である。

病棟間で褥創に対する取り組みに違いがあるのではと考えていたが、褥創に関する知識・教育については病棟間で差がみられた。病棟・病院内で統一された褥創ケアを継続するためにも病棟間の知識・教育の差をなくす必要がある。

経験年数と知識では、経験が長いほど知識が高く相関関係が認められた。しかし、この結果は知識全体の得点の比較であるため経験年数による知識の内容の違いまでは分析できていない。経験年数による知識の違いを明らかにしたうえで、経験年数に応じた働きかけが必要である。興味・意識と対処行動においては関連があることがわかった。褥創に関する院外の研修への参加は少ないが、90%近くの人が褥創ケアについての研修があれば参加したいと答えており、褥創ケアに対しての興味は持っていると思われる。今後は、院外研修への参加と意識を高めるような働きかけが必要である。

対処行動のなかの体位変換についてみると、80%の人が忙しい時でも2時間毎の体位変換を常に行っている。除圧については、褥創の出来やすい患者に対してエアーマットやソフトナースを常を使用している人は40～50%であった。清潔面について排尿・排便後に陰部洗浄を常にしていると答えた人は30%未満であった。ケアの際には90%以上の人が常に皮膚の観察をしていると答えている。褥創発生に関連するリスクファクター別でみると、体動が少ない・意識障害・低栄養の患者については80%前後の人が常に皮膚の状態を観察していると答えた。これに対し、糖尿病・脱水・ショック状態・貧血の患者については30～50%しか常に観察できていない。これは褥創発生に関連するリスクファクターについての理解が十分にできていないためと思われる。真田は、「褥創予防ケアにおける看護者の専門的なアプローチとは、①褥創発生の予測、②体位変換方法や体圧分散寝具の使用による圧迫の解除、③栄養状態の整え、④湿潤や摩擦・ずれに対するスキンケアに大別される」¹⁾と言っている。褥創予防から考えると、患者を24時間観察できる看護婦が、患者に褥創が発生するか否かをアセスメントすることは重要なことである。褥創を予防するためには、褥創が発生する要因となるリスクファクターを患者がどの程度もっているかを知り、それらを可能な限り除去し改善させるケアが必要となってくる。しかし、褥創発生に関連するリスクファクターについて常にアセスメントしていると答えた人は20%程度であり、真田がいう褥創発生の予測の面が不十分ではないかと思われる。実際に患者の褥創発生因子を抽出し褥創発生のリスクファクターをアセスメントするブレードンスケールを臨床で多く導入し、ケア基準を作成することで褥創発生率が減少したという報告がある。褥創ケアについて個人の能力に委ねるのではなく、病棟・病院で統一したリスクファクターのアセスメントスケールとケア基準を作成することも必要ではないかと考える。

VII. まとめ

本研究により以下のことが明らかになった。

1. 褥創を形成することは看護婦の責任・恥ずかしいと感じている。
2. ほとんどの看護婦が褥創の治療には医師の協力が必要であると考えている。
3. 経験年数が長いほど褥創に関する知識が高い。
4. 褥創ケアに対する意識が高いほど対処行動が高い。
5. 褥創ケアに対する興味が高いほど褥創に関する知識・対処行動が高い。
6. 病棟により褥創に対する知識・教育の差が認められた。
7. 褥創の対処方法・処置に対して興味を持っている。
8. リスクファクターについてのアセスメントは不十分である。

VIII. おわりに

私たちはこの研究を通じて、看護婦の褥創ケアに対する意識が明らかにすることができた。今後はこの結果を生かして、褥創ケアについての教育やリスクファクターのアセスメントスケール・ケア基準の作成などに取り組んでいきたいと思う。

引用・参考文献

- 1) 真田弘美：褥創予防方法における EBN の意味と有効性について，看護，52，(2)，31，2000.
- 2) 真田弘美：褥創発生の予測、リスクアセスメント，看護技術，42 (1)，1996.
- 3) 真田弘美：日本の褥瘡ケアの現状と課題，エキスパートナース，16 (3)，2000.
- 4) 伊藤香代子：褥創の予防ケア，看護管理，10 (6)，2000.
- 5) 南由紀子：褥創の発生要因，臨床看護，23，(2)，1997.
- 6) 大浦武彦：わかりやすい褥瘡予防・治療ガイドライン，エキスパートナース，17 (9) 2001.
- 7) 真田弘美他：褥瘡のケアに関する研究の動向と今後の課題，看護研究，33 (3)，2000.
- 8) 真田弘美：褥瘡患者の看護技術，臨床看護，27 (9)，2001.
- 9) 柵瀬信太郎他：褥創ケアの技術，日本看護協会出版会，2000.
- 10) 真田弘美：褥創ケアとエビデンス，イービーナーシング，1 (3)，2001.
- 11) 進藤勝久他：創傷アセスメントとドレッシング，へるす出版，1999.
- 12) 鈴木定：医師とナースのための褥瘡診療指針，医学書院，1999.
- 13) 大浦武彦：わかりやすい褥瘡予防・治療ガイド，照林社，2001.
- 14) 真田弘美：最新の褥瘡ケアの方法と創部のアセスメント，エキスパートナース，12 (10)，1996.
- 15) 須釜淳子他：急性期における褥創発生要因の変化と褥創発生との関係，金大医保紀要，22，1998.