

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成24年6月15日現在

機関番号：24505

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2009～2011

課題番号：21592774

研究課題名（和文） ICUにおける人工呼吸器離脱患者の comfort を促進する看護介入モデルの開発

研究課題名（英文） Development of the nursing intervention model promoting comfort of the patient in the process of weaning from mechanical ventilation.

研究代表者

江川 幸二 (EGAWA KOJI)

神戸市看護大学・看護学部・教授

研究者番号：90276808

研究成果の概要（和文）：食道手術後に集中治療室で人工呼吸器をはずす際の comfort を促進する看護ケアモデルを開発し、その効果を尺度と皮膚電位、患者の語りを用いて調べた。介入群に対しては、苦痛の緩和、安心感・満足感の提供、苦痛の超越（つらくても頑張ろうという気持ちを持ち続ける）の働きかけをし、対照群は通常通りのケアを実施した。結果として、苦痛緩和、安心・満足、苦痛の超越のすべてにおいて、介入群の尺度平均得点が対照群より高かった。その中でも特に尺度点と患者の語りから、苦痛の超越を高める効果が期待できることが明らかとなった。このことは苦痛緩和が困難な集中治療室において重要な意味があると考えられる。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this study is to examine the effectiveness of the nursing intervention model promoting comfort of the patient in the process of weaning from mechanical ventilation after esophagectomy in the ICU by using VAS, cutaneous electrical potential and interview with patients. Nursing intervention model is constructed from the care for Relief, Ease, Transcendence. It has been revealed that all VAS scores are higher in the intervention group than in the control group, and this model is considered to be effective for especially Transcendence from interview analysis and VAS score. The meaningful results were not obtained from the cutaneous electrical potential. It seems to be very significant that this nursing intervention is considered to be effective for Transcendence in the ICU, precisely because pain relief is very difficult in this setting.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	1,600,000	480,000	2,080,000
2010年度	1,400,000	420,000	1,820,000
2011年度	500,000	150,000	650,000
年度			
年度			
総計	3,500,000	1,050,000	4,550,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・臨床看護学

キーワード：ICU、人工呼吸器、ウィニング、comfort、看護介入、モデル開発

1. 研究開始当初の背景

集中治療室（以下 ICU とする）に入室する患者の特徴は、重篤で生命の維持が困難なことである。そのため看護ケアの重点も生命維

持におかれ、観察・測定などのモニタリングや、点滴・機器類の管理、処置介助などに非常に多くの時間がかけられており、またそれらの緊急性も高い。また、こうした生命の危

陰性が高い重症患者では、侵襲的治療・処置による苦痛や予後への不安といった心身の苦痛が非常に大きい (So, 2004 ; Turner, 1990 ; Bradburn, 1980 ; Jones, 1979 ; Stein-Parbury, 2000 ; Chchran, 1989 ; Hewitt, 1970 ; Puntilo, 1990 ; Laitinen, 1996)。

ICUにおいて、人工呼吸器による呼吸管理がおこなわれているような患者では、状態の改善に伴って鎮静剤を中止し、自発呼吸を促して、人工呼吸器からの離脱 (以下ウィニングとする) を目指すケアがおこなわれる。そのような患者では、鎮静剤を中止しても、すぐに自分がおかれている状況を理解できるわけではなく、上述したようなICU入室による身体的・心理的苦痛に加え、混乱や欲求不満、絶望感、不確かさといった感情を抱いたり、コミュニケーション不可能、不眠、不安、うつ、スタッフに見捨てられる恐れなど、数多くの苦痛を体験することが明らかにされている (Pochard, 1995 ; Jablonski, 1994 ; Arslanian-Engoren, 2003)。

しかしながらICUでは、観察や治療目的の機器管理などのテクノロジーに習熟しなければ患者・家族の精神的ケアなどに目がいきにくく (Ray, 1987)、「治療」や「修復」といった効果的な技術的介入と比べると、comfortの方法は些細で、家庭的で平凡なものとなされ、あまり重要なことだとは思われていない (Benner, 2005) との指摘もあるように、comfortケアはICUの看護師によってそれほど重要視されているわけではない。

人工呼吸器からのウィニングのためのプロトコルに関する研究は数多くなされている (Randolph, 2002 ; Ely, 1996 ; Kollef, 1997 ; Marelich, 2000 ; Schultz, 2001) が、それらは患者の苦痛に対する援助を含めたものではなく、どうすれば人工呼吸器から安全かつ確実にウィニングできるかに主な焦点が当てられている。つまり、人工呼吸器からのウィニング時における患者の苦痛に対する看護介入に関しては、これまであまり注目されてこなかったことがわかる。

しかし、人工呼吸器からのウィニングについては単に生理的な問題だけではなく、心理・社会・霊的な要素も複雑に影響することが示唆され、実際に心理・社会的要因がウィニングの成果に直接・間接の影響を及ぼすことも明らかにされてきている (Moody, 1990 ; Twibel et al, 2003)。このことは、ウィニング時における患者の苦痛への対応は、単に患者のcomfortを促進するというだけでなく、結果としてウィニングの成否にも影響することが示唆されている。

comfortは日本の看護学の分野では「安楽」と訳されているが、明確な定義づけがなされないまま、共通認識をもっているかのように用いられてきた経緯があり (佐居, 2003)、

研究論文も少なく文献を用いた概念分析もできない状況にある (縄, 2006)。しかし海外においては、Kolcabaがcomfort理論を開発し、体系づけられた枠組みの構築と検証を続けている (Kolcaba, 1991, 1992, 1994, 2001)。KolcabaはcomfortにはRelief (苦痛が緩和された状態)、Ease (安心している状態)、Transcendence (超越 ; カづけられている状態) の3つの種類があることを明らかにしており、この枠組みを基盤としたcomfortケアモデルの開発が可能と考えられる。

またcomfortをもたらすケアに関しては、タッチ、傾聴、情報提供、コミュニケーション、環境への働きかけ、身体的ケア、患者の対処行動を高めることなど (Morse, 1983, 2000 ; Bottorff, 1995 ; Kolcaba, 2003 ; Hawley, 2000 ; Walter, 1994) が質的研究によって導き出されている。しかしながらICU入室患者の特徴や、人工呼吸器装着あるいはウィニング中の患者の特徴をふまえたcomfortケアについて明らかにした文献は見あたらない。

上泉 (1994) は、ICUにおける看護ケアの構造化に関する研究をおこなっている。これはcomfortそのものに焦点をあてたものではないが、ICU入室患者は、さまざまな要因で知覚の低下や認知のゆがみをきたしやすいため、現実認知の促進や患者の自我を強める働きかけが重要であることを指摘し、それをICUにおける精神的・心理的な援助として位置づけている。状況理解が不十分で現実認知できないために、不安や苦痛を感じている人工呼吸器からのウィニング段階にある患者のcomfortにとっては、こうしたケアは非常に重要であると考えられ、本研究のcomfortを促進する看護介入モデルを考えるうえで、この研究は非常に参考になるものである。

以上のことから、Kolcabaのcomfort理論やcomfortを促進するケアに関する文献などから、ある程度comfortを促進する看護介入モデルやケアプログラムを考えることはできるが、それだけでは、ICU入室患者の特徴や人工呼吸器からのウィニング患者の特徴をふまえたものにはならない。したがって、こうした特徴をふまえたcomfortケアモデルを検討するためには、まずICUにおける人工呼吸器からのウィニング途中にある患者のケア場面の観察をもとに、comfortケアに焦点をあてた質的研究をおこない、その結果をふまえて文献検討の結果も考慮しながら、comfortを促進する看護介入モデルを構築する必要がある。また、それをもとに人工呼吸器からのウィニング中の患者に即した、より効果的なcomfortケアプログラムを開発し、その有効性を検証することで、患者の苦痛の緩和およびウィニングの促進にも寄与することができると思われる。

2. 研究の目的

ICUにおいて人工呼吸器からのウィニング段階にある患者に対し、仮説として作成した comfort 看護介入モデルに基づいた comfort ケアプログラムを実施し、その効果を検証する。またそれにより、人工呼吸器からのウィニング途中にある患者の comfort を促進するための看護介入モデルおよびケアプログラムを開発することを目的とする。

3. 研究の方法

(1) 病院管理者が研究協力に同意した施設の ICU 看護師に研究協力を依頼し、研究の具体的な進め方について説明し、同意を得る。

その後、研究対象となる候補患者（予定手術を受け、ICUに入室後、人工呼吸器装着予定の患者）を選定してもらい、術前に主治医の許可を得たうえで、病棟師長より研究についての話を研究者から聞く意思があるか確認してもらい、意思表示のあった患者に研究者が訪問し書面にて研究内容の説明をし、同意を得る。対象患者数は約 10 名とする。

対象患者が ICU に入室後、人工呼吸器からウィニング開始時に勤務している ICU の研究協力看護師が、ウィニング中にケアを提供する場面を研究者が参加観察する。加えて comfort の生理的指標のひとつとして対象患者の腕に電極を装着し、皮膚電位反応を測定する。さらに気管チューブ抜去後、呼吸状態が安定してから患者に comfort に関する 3 種類の VAS（ビジュアル・アナログ・スケール）に答えてもらう。VAS の内容は Relief（苦痛や不快の緩和）、Ease（安心感、満足感）、Transcendence（苦痛の超越：苦痛があってもそれを超越して頑張ろうと思えること）とした。いずれも点数が高いほど comfort の程度が高いことを意味する。

また対象患者が病棟に帰室し、病状安定後、ICUでのウィニング前後における comfort に関して、研究者が訪問し面接調査を実施する。参加観察データ、面接データなどの質的データは、フィールドノートあるいは逐語録として記述し、質的分析手法を用いて分析する。またそれを comfort を示すと考えられる皮膚電位反応や VAS などのデータと比較検討し、comfort をもたらす要因を明らかにする

(2) comfort をもたらす要因調査の結果にもとづいて、ICUにおける人工呼吸器からのウィニング患者に対する comfort を促進する看護介入の説明モデルを作成する。また説明モデルをもとに、看護学以外に心理学などの知見も参考にしながら、ウィニング中の患者の comfort 介入モデルおよび介入プログラムを作成する。

また、作成した説明モデル、および介入モ

デルやプログラムの妥当性について検討するために、ICU 看護および comfort に関する知識を有していると考えられる看護専門家に対して聞き取り調査を実施し、必要に応じてモデルやプログラムの修正をおこなう。

以上のプロセスによって、ICUにおいて人工呼吸器からのウィニング途中にある患者に対する comfort を促進する看護介入モデルと介入プログラムの仮説を作成し、それを洗練させる。

(3) (2) で仮説として作成した ICU における人工呼吸器からのウィニング患者に対する comfort を促進する看護介入モデルとそれにもとづいたケアプログラムの有効性を明らかにするため、(1) と同様の ICU の研究協力看護師に対して、仮説としての comfort 看護介入モデルとケアプログラムについての教育を行う。

そのうえで、(1) と同様に対象患者を選定し、同意が得られた患者に対して、ICU 看護師がウィニング時に comfort ケアプログラムにもとづいたケアを実施し、(1) と同じ内容の測定（参加観察、皮膚電位反応、VAS、ICU 退室後の面接調査）を行って、ケア効果の検証をおこなう。対象患者数は約 10 名とし、これを介入群として、(1) で得たデータを対照群として比較分析をすることにより、仮説モデルとそれにもとづく comfort ケアプログラムの有効性を判断する。

4. 研究成果

(1) 対象患者の属性

対象施設において、手術後 ICU に入室し、人工呼吸器をルーチンで装着する疾患は食道がんのみであった。したがって、対照群 9 名、介入群 10 名、合計 19 名の全員が食道がん患者であった。

対照群は男性 7 名、女性 2 名で平均年齢は 62.8 歳（±5.02）であった。一方、介入群は男性 9 名、女性 1 名で平均年齢は 62.6 歳（±8.15）であった。性別割合についてカイ 2 乗検定（フィッシャーの直接有意確率）を実施したが、両群間に有意差は認められなかった（ $P=0.582$ ）。また平均年齢についても、対応のない t 検定を実施したが、両群間に有意差は認められなかった（ $P=0.956$ ）。

(2) 人工呼吸器からウィニング中の患者に comfort をもたらす要因

文献検討および 9 名の研究参加者（対照群）に対する ICU での人工呼吸器からの離脱場面の参加観察、および病棟帰室後の面接調査を実施し、comfort をもたらす要因についての一部を明らかにした。

文献検討からは【苦痛を読み取る】【苦痛の原因に働きかける】【内的な力を高める】

【侵襲から患者を護る】【関係性を維持する】の5つのカテゴリーが抽出された。

【苦痛を読み取る】は、患者の表情や動作などの反応、およびバイタルサインから苦痛を感じ取ること、【苦痛の原因に働きかける】は、疼痛管理や呼吸しやすい体位や患者の呼吸に合わせた人工呼吸器の設定をすること、【内的な力を高める】は気分転換や、状況理解の促進、安心感や安全感を与える、励ます、患者の頑張りを認める、日常生活援助、コントロール感を高める、添うなどにより、患者の自我機能を強化し、知覚の低下や認知のゆがみを補い安心感につながることで、【侵襲から患者を護る】はICUという非日常的な環境を和らげること、【関係性を維持する】は家族とのつながりや、看護師との人間的な関係性を保つことで、苦痛に耐える力(超越)を高めること、をそれぞれ意味していた。

また参加観察と面接調査によって、「家族の面会により安心感が得られる」、「患者個々の苦痛(姿勢、のどの痛み、口渇など)に対応する」、「環境音に配慮する」、「回復とともに喜ぶ」、「手術が無事に終わったことを知る」、「患者に言われなくても察してケアをする」、「明るい表情で言葉かけや挨拶をする」などが患者のcomfortに影響することが明らかとなった。

「患者個々の苦痛(姿勢、のどの痛み、口渇など)に対応する」は【苦痛を読み取る】【苦痛の原因に働きかける】に含まれ、「回復とともに喜ぶ」「手術が無事に終わったことを知る」「患者に言われなくても察してケアをする」は【内的な力を高める】に含まれ、「環境音に配慮する」は【侵襲から患者を護る】に含まれ、「家族の面会により安心感が得られる」や「明るい表情で言葉かけや挨拶をする」は【関係性を維持する】に含まれると考えられた。

(3) 人工呼吸器からのウィニング中の患者に対するcomfortを促進する看護介入モデルおよび看護介入プログラムの概要

上記の要因調査で明らかとなった【苦痛を読み取る】【苦痛の原因に働きかける】は、看護師は通常ケアとして実施している内容である。したがって本介入プログラムは、通常ケアは普段通りに実施することとし、特に【内的な力を高める】【侵襲から患者を護る】【関係性を維持する】を中心にして意図的に患者にかかわる介入モデルを考えることにした。またcomfortの枠組みとしてはKolcabaのRelief(苦痛が緩和された状態)、Ease(安心している状態)、Transcendence(超越;力づけられている状態)の3つの概念を用いた。

Relief に対して今回は通常ケアを実施することとした。

Ease に対しては、看護師・医師によってサ

ポートされている実感や状況理解の促進、安全であることを保証すること、家族との面会時間の活用、など自分の置かれている状況や今後の見通しを理解した上で、任せていれば大丈夫と思えるような関わりを含めた。

また Transcendence に対しては、患者の頑張りを認めること、患者がつかうような時にはそばに添い、状況に応じてタッチをおこなう、回復とともに喜ぶこと、患者の訴えや伝えたいことをコミュニケーション技術を用いて知り、患者の意思を尊重すること、など人間としての関係性を維持し、麻酔や鎮静剤の使用および手術侵襲による体力の消耗などで低下している患者の自我機能を強めていくための関わりを含めることとした。

具体的な看護介入プログラムの内容は以下のとおりとした。

①【現実認知の促進】

鎮静剤から意識が回復する途上にある患者に対して、知覚の促進や情報提供することによって状況理解を促進するためのケア、モニタリングや処置をしながらも、患者に触れたり、語りかける機会を可能な限り多くもつ。

- ・患者の現実的な姿を伝える：患者の周囲の状況や患者の姿について説明する。
- ・ケア結果をフィードバックする：ケアの結果の状況を患者に説明する。
- ・誤った記憶の訂正：時間、場所、出来事を説明し患者の記憶を訂正する。
- ・患者に起こった出来事の意味を伝える：「この管は〇〇のために入れています」「今眠いのは、さきほどまで眠れるように薬を使っていたから」など。
- ・患者がいる場所を説明する：「手術が終わって、今はICUにいますよ」など。
- ・触れる：身体各部に触れて部位を特定しながら、動かしても大丈夫、管が入っているなどの説明をする。
- ・手を握る、肩をたたく：覚醒を促すために話しかけながら刺激する。
- ・声をかける：頻回に大きな声で名前を呼んだり、通りがかりに声をかける。
- ・何かが見えるようにする、または見るように勧める：時計や外の景色などを見るようにする。あるいは見るように勧める。
- ・温冷刺激：温タオルで顔や背部を蒸す、あるいは冷タオルで顔や手を拭くなどにより、感覚刺激を提供する。
- ・音楽刺激：患者の好みに応じた音楽をかける(覚醒目的ならアップテンポな曲)。

②【時間の流れの提供】

- ・患者に起こった出来事の経過：麻酔や鎮静剤で患者の記憶が空白になっている部分の出来事を簡単に伝える。

- ・現在の年月日、時刻：患者に腕時計をするか、時計を側に置き時刻を伝える。
- ・これからの予定を伝える：「〇〇時に〇〇病棟に戻りますからね」など。
- ・経過の見通し：「しっかりと自分で呼吸ができるようになって、息苦しくなくなったらチューブが抜けて元通りに声が出るようになります」などの説明。
- ・病棟帰室後の見通しを伝える。

③「添う」

- ・気持ちに添う：気管吸引時「ちょっと苦しいですね。もう少しですからね」など。
- ・患者の行為を見守る：(患者のペースに添わせる)文字を書く時は、患者のペースを見守り、それに合わせるなど。
- ・苦痛の時を共に過ごす：患者が苦痛を体験しているときに、手を握る、痛いところを軽くさする、そばに付き添うなどにより、共に苦痛の時を過ごす。
- ・患者と同じ行為をする：患者が深呼吸をしている時に、看護師も横で同じように深呼吸をするなど。

④「安全感の保証」

- ・接近した距離による安全の保証：苦痛を感じる処置時、患者に話しかける時などに目線を合わせて、顔を10cmくらいまで近づける。
- ・行為がもたらす感覚の予告「少し咳が出てつらいですよ」など、行為の前にあらかじめどんな感覚かを伝える。
- ・周囲の人物の身元を明らかにする：医療者の身元や目的を説明する。
- ・注目しているというメッセージを伝える：通りすがりに見る、声をかける、視線を合わせるなど無視していないことを伝える。
- ・患者の変化の原因を伝える：「気管に管が入っているから痰の量が増えている」など。
- ・行為の成功の保証：患者におこなわれる行為が短時間で終了することや成功することを保証する。
- ・行動の保証：患者が何らかの行為をしても大丈夫であることを保証する。
- ・行為の予告：これから何をするかをあらかじめ予告する。

⑤「個人の尊重」

- ・患者のやり方を尊重する：可能ならば患者の希望に応じる。
- ・患者に決定を委ねる：身体の向き、ベッドの高さ調整、清潔ケア、枕の位置などを患者に聞いて決める。
- ・患者の意図に従う：患者の承諾が得られない時などに、いったんそれを受け入れて時期や方法を変える。

- ・許可や承諾を得る：「～していいですか」と、これからおこなう行為について患者の承諾を得る。

⑥患者の努力への評価

- ・報酬：患者が頑張った後に、休息を入れる。
- ・ねぎらい：患者が頑張ったことをねぎらい「お疲れ様でした」と伝える。
- ・いたわり：つらい行為をしているときに「大丈夫？」と言葉をかける。

⑦「甘えさせる」

- ・患者の頑張りや気遣いを受け入れつつ、看護師にゆだねさせるようにする。

(4) comfort を促進する看護介入モデルおよび介入プログラムの有効性の検証

VASの平均値はReliefでは対照群 5.58(±3.75)、介入群 6.29(±3.49)で、対応のないt検定の結果、有意確率はP=0.675であった。Easeでは対照群 6.38(±3.27)、介入群 7.77(±2.90)で、対応のないt検定の結果、有意確率はP=0.342であった。Transcendenceでは対照群 7.73(±3.25)、介入群 9.90(±1.09)で、対応のないt検定の結果、有意確率はP=0.261であった。

対象者数が少ないことから、統計的有意差は認められないものの、いずれも介入群の方が高値で標準偏差も小さく、3種類のcomfortに対する効果が示唆された。特に介入群のTranscendenceのVASの平均値が他よりも高くほぼ満点に近く、また標準偏差も小さいことから、統計的有意差は認められないものの、本プログラムはTranscendenceに対しての効果が高いことが示唆された。

病棟帰室後の患者に対するインタビューにおいて、介入群では「看護師がネガティブなことを言わずに、何事もポジティブに考えられるようにしてくれた」、「うまく咳がきますねと、患者の行為を褒めてくれることで前向きな気持ちになれた」、「頑張りましょう、早く良くなりますよという看護師の声かけによって頑張ろうと思えた」、「抜管後のうがいの時に水をこぼしてしまいましたが、看護師は上手と褒めてくれた」など、患者の気持ちが前向きになるようなかわりが語られたが、対照群の患者へのインタビューでは、こうした内容はいっさい語られなかった。このことから介入群へのかかわりが、頑張らなければという患者のTranscendenceにつながっていたことが伺えた。こうした質的データも、本プログラムが特にTranscendenceを高める効果があったことを裏づけていると考えられた。ICUでは苦痛を伴う処置が多く、人工呼吸器からのウィニング段階でも創痛や気管挿管による咽頭部違和感、咳嗽による痛み、臥床安静による苦痛など数多くの苦痛が存

在するが、実際には緩和しきれない苦痛も多い。そのため苦痛があったとしてもそれを超越して頑張ろうと思える Transcendence の気持ちを持てるケア開発ができたことは、ICU という苦痛緩和が困難な環境においては特に重要な意味をもつと考えられる。

皮膚電位反応では暑さ・寒さへの Relief ケアにより交感神経が鎮静化することが明らかとなったが、Ease や Transcendence のために患者に話しかける行為は、その行為により患者の覚醒をもたらす、交感神経を興奮させることから、安心感による交感神経の鎮静化を生理的に明らかにすることはできなかった。

(5) 看護介入モデル修正への示唆

①術後の面接調査の結果、ある患者は隣の患者が苦勞してようやく痰を出せて、それを看護師と一緒に喜び、励ましている様子を聞いて、「あー良かったなー」と思い、「自分もうれしくなる気がした」と語った。また別の患者は他の患者の痰を出す時の声や音を聞いて、「自分よりも苦しそうで、自分はまだ楽なのかな」と思い、「頑張らなきゃ」と語った。さらに別の患者は「周囲の音に注意が向くことで心の中のつらさから開放される」と述べた。これらは、看護ケアによるものというよりも、隣の患者の様子を知ったり周囲の音を聞くことで、Transcendence を感じたり、一時的にでも Ease を感じていることを意味している。ICU の非日常的な環境を和らげることは介入モデルに含めていたが、こうした隣の患者の様子を知ることや周囲の音が、患者にもたらすプラスの影響は、今回の介入モデルではまったく考慮していなかった。看護介入としては一般的には、抜管して患者が周囲の音が気になる状況になった場合には、周囲の音が聞こえにくい個室などに移動させるケースが多い。しかしこれらの患者の語りは、かならずしも周囲の音はマイナスに作用するばかりとは限らないことを意味している。よって介入モデルに「周囲の音が患者にもたらすプラスの影響を考慮すること」の内容を追加する必要があると考えられる。

②術後の患者への面接調査の結果、対照群と介入群の両方にみられた内容として、看護師が患者の思いを察して、先回りしているようなケア (Relief のためのケア) をしてくれて助かったということが複数の患者より聞かれた。ICU 入室患者は、自分から苦痛に感じたことを看護師に伝えてニードを満たしてもらいよりも、エネルギー消耗状態で、自我機能も低下している状態であることから看護師が患者の気持ちを汲み取って、看護師の方から気にかけて働きかけ、患者に気を

つかわせないようにすることが、患者の comfort にとって重要であることを意味している。これは介入モデル作成前の comfort の要因調査で明らかになっていたことであるが、介入プログラムには具体的に含めなかった。その理由は、こうしたかわりは ICU 看護師として当然のことであると考えたからである。しかしある患者が「ある程度先々やってもらったほうが良い。「何でも言ってください」と言う人ほど何もしない」と述べているように、すべての看護師が先回りしてケアをしていたわけではない。したがって具体的介入プログラムの中に患者の思いを察して、言われないうちにケアを提供することを追加する必要がある。

③挿管中の患者 2 名に音楽をかけた事例で、2 名とも音楽を聴いた直後から顔をしかめ、体動が激しくなり、皮膚電位計も交感神経の興奮状態を示すなど、覚醒状態となりチューブ違和感を抱いている様子が見受けられた。看護介入プランの「現実認知の促進」の「感覚刺激」のひとつとして音楽刺激を入れていたが、ウィニング途中でまだ気管挿管されている状態の患者にとって、感覚刺激はかえって挿管されているという現実を認知してしまうことになり、患者に苦痛を与えてしまい、逆効果であることが明らかとなった。したがって、介入プログラムの内容を変更し、患者が極度のストレス状況下にある時は感覚刺激は控えるようにすることを追加する必要がある。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計 0 件)

〔学会発表〕(計 0 件)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

江川 幸二 (EGAWA KOJI)

神戸市看護大学・看護学部・教授

研究者番号：90276808

(2) 研究分担者

()

研究者番号：

(3) 連携研究者

()

研究者番号：