

基于计划行为理论的精神科医学保护性约束解除评估表的构建

高静¹, 许冬梅², 蔡壮³, 张卫东⁴, 苑鸣顺⁵, 高冬芳⁶, 谷嘉宁², 张梦倩⁴

摘要:目的 构建适合的精神科医学保护性约束解除评估表,为患者约束提供安全保障。方法 在查阅文献、专家访谈的基础上,根据计划行为理论模型,采用德尔菲专家咨询法对 13 个省、直辖市的 20 名护理专家进行 2 轮函询,确立精神科医学保护性约束解除评估表的条目。进而请 6 名专家对评估表的内容效度进行评价。结果 2 轮函询专家的积极系数为 100%,权威系数为 0.908、0.950, Kendall 协调系数分别为 0.157、0.238(均 $P < 0.05$)。最终确立了 5 个一级指标(情绪情感、行为、合作程度、对约束健康教育的认知、意识状况),20 个二级指标的精神科医学保护性约束解除评估表。该评估表内容效度指数为 0.962。结论 初步建立的精神科医学保护性约束解除评估表较科学、可靠,可以作为精神科医学保护性约束解除的评估工具,以规范临床约束行为。

关键词:精神科; 约束; 保护性约束; 精神疾病; 解除; 计划行为理论; 德尔菲法; 评估表

中图分类号:R473.74 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.20.019

Construction of an assessment form for release of protective restraints in department of psychiatric medicine based on theory of planned behavior

Gao Jing, Xu Dongmei, Cai Zhuang, Zhang Weidong, Yuan Mingshun, Gao Dongfang, Gu Jianing, Zhang Mengqian, The 3rd Unit, Second Clinical Department, Bei Jing Hui Longguan Hospital, Beijing 100096, China

Abstract: **Objective** To construct an assessment form for the release of protective restraints in department of psychiatric medicine, and to provide guarantee for patient safety. **Methods** Based on literature review and expert interviews, and based on the theoretical model of planned behavior, the Delphi method was used to conduct 2 rounds of expert consultation involving 20 nursing experts from 13 provinces and municipalities to establish an assessment form for the release of protective restraints in department of psychiatric medicine. Then another 6 experts were invited to assess the content validity index (CVI) of the assessment form. **Results** The expert response rate stood at 100% in both rounds. The authority coefficients were 0.908 and 0.950, and the Kendall coordination coefficients were 0.157 and 0.238, respectively (all $P < 0.05$). Finally, the assessment form for the release of protective restraints in department of psychiatric medicine had five first-level indicators (emotions, behavior, degree of cooperation, knowledge of restraint related health education, and awareness) and 20 second-level indicators. S-CVI of the form was 0.962.

Conclusion The preliminarily established assessment form for the release of protective restraints is scientific and reliable. It can be used as a tool for the removal of protective restraints, making usage of protective restraints in clinical settings more standardized.

Key words: department of psychiatric medicine; protective restraint; psychiatric diseases; release; planned behavior theory; Delphi technique; assessment form

精神疾病患者由于其特殊性,经常会出现突然的冲动、伤人、自伤等行为表现,控制患者最有利、最及时的办法就是医学保护性约束。约束虽然一直存在争议,但在临床工作中作为保护患者的手段仍不可或缺。同时由于长期约束给患者及家属造成很多躯体及心理的伤害^[1],如何降低约束的使用率或缩短约束时长成为各国研究者探讨的焦点问题。而对于已经约束的患者,如何评估约束患者的行为表现、何时解除约束、解除约束后患者是否还会出现极端行为等问题,目前国内并没有明确的规定及判断标准,国外也没有给出明确的解除依据。临床上护士也多靠经验,或依据班组人力情况加以判断,造成约束风险增加。采用约束解除评估表评估保护性约束解除标准可以

很好地规避患者的风险,并使临床护士有据可依,减少约束时长的同时保护护士的行为。计划行为理论(Theory of Planned Behavior)是社会心理学领域的行为理论,该理论被用来预测和解释如何建立行为意图并促进行为的完成,较为全面地解释了影响个体行为的相关因素,已被应用于多个行为领域^[2-4],是预测个体行为变化的有效理论框架。既往也有运用计划行为理论实施保护性约束的研究^[5]。但尚未见该理论运用到约束解除的研究。本研究依据计划行为理论制定精神科医学保护性约束解除评估表,为临床解除约束提供支持,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 专家纳入标准:①具有丰富的精神科临床护理经验或管理经验,工作 10 年及以上,具有代表性;②中级及以上职称;③本科及以上学历;④在医学保护性约束管理、教学或临床领域具有一定的研究成果,能给予全面的评估、指导及建议;⑤自愿参与本研究并能持续参与本研究直至函询结束。共纳入 13 个省、直辖市,涉及 14 个单位的 20 名专家,专家均为中华护理学会精神卫生专业委员会的成员,来自全国各地三级甲等精神专科医院,均完成 2 轮函询。男

作者单位:北京回龙观医院 1. 临床二科 3 病区 2. 护理部 3. 临床五科 10 病区 4. 临床三科 5 病区 5. 临床心理科 26 病区 6. 中西医结合科 22 病区(北京,100096)

高静:女,硕士,副主任护师

通信作者:蔡壮,cai-zhuang001@163.com

科研项目:北京市医院管理中心“青苗”计划专项经费资助项目(QML20202002)

收稿:2022-05-14;修回:2022-07-26

5人,女15人;年龄31~岁4人,41~50岁10人,>50岁6人;本科16人,硕士及以上4人;精神科工作年限10~年6人,21~年9人,31~40年5人;主管护师10人,副主任护师4人,主任护师6人;从事临床护理7人,护理管理8人,护理教育5人。

1.2 方法

1.2.1 成立研究小组 研究小组由8名成员组成,包括临床护理专家、护理管理者、护理教育者,其中硕士学历2名,本科6名;主任护师1名,副主任护师3名,主管护师5名。

1.2.2 建立医学保护性约束解除评估表的指标 计划行为理论的概念框架包含5个要素:行为态度、主观规范、感知行为控制、行为意向及行为。根据计划行为理论的框架,结合小组成员与护理专家团队的讨论及访谈,以及对国内外文献、约束指南、专家共识的基础上,将一级指标的名称进行了更细致的阐述。对约束健康教育的认知与主观规范相呼应,感知行为控制与行为意向则直接影响约束后的合作程度,基于约束后情绪情感是反映患者行为态度最直接的表现^[6],经专家组讨论,加入情绪情感为医学保护性约束的一级指标,考虑到精神科患者由于疾病特点出现的躁动与谵妄^[7],在多名专家的建议下及小组成员讨论后增加意识状态为一级指标。最终确定情绪情感、行为、合作程度、对约束健康教育的认知、意识状况为5个一级指标,共16个二级指标。

1.2.3 建立专家函询表 根据确定的医学保护性约束解除评估表的评估指标,制订了基于计划行为理论的医学保护性约束解除评估表的专家函询表。函询表包括三部分内容:①对初步拟定的医学保护性约束解除评估表的条目逐一做出重要性评判,采用非常重要、很重要、中等重要、不重要、非常不重要进行数字打分,分别对应5、4、3、2、1分,可对条目内容进行补充、修改,设有“增设条目”,可将未考虑到的内容补充在增设条目,并对需要增加的指标进行重要性程度的判定。②对专家熟悉程度及专家判断依据进行评价。③专家个人信息表,包括专家姓名、年龄、最终学历、职称、职务、工作年限、工作单位、工作领域。

1.2.4 专家函询过程 函询之前与各位护理专家取得联系并征得同意。于2021年7月1~21日完成2轮专家函询。将函询表采用微信、邮箱等方式发至各位专家,要求专家在1周之内完成。将第1轮函询表收回后,再利用1周的时间对函询的结果和建议进行了归纳、分析、总结,研究成员通过讨论修改专家函询表,再次发至专家,进行第2轮专家函询,同样在1周之内收回,两轮函询间隔1周。第1轮结束后有12名专家提出建议;第2轮函询结束后有2名专家提出建议。小组成员对专家的意见与建议进行了科学的分析,经过2轮专家函询,结果趋于一致。

1.2.5 统计学方法 所有数据采用软件Epidata录入,双人核对无误后导入SPSS22.0软件对数据进行统计分析。专家的积极程度采用有效回收率来评价;专家的权威程度采用权威系数(Cr)来评价,其计算公式为: $Cr = (Cs + Ca) / 2$,Cs为熟悉程度系数,Ca为判断系数,得出的值越大,代表专家意见的权威程度越高,权威系数(Cr)>0.70,代表函询专家具有较高的权威程度;专家意见的集中程度采用条目重要性评分的均数、变异系数(CV)表示;专家意见的协调程度采用Kendall协调系数表示^[8]。评估表内容效度(S-CVI)为每名专家对评估表内容进行1~5级评分,评分为3或4的专家构成比的均数。

2 结果

2.1 专家的积极系数及权威系数 2轮均发放20份专家函询表,回收20份,专家的积极系数为100%。2轮专家函询的Cs分别为0.890、0.940,Ca分别为0.925、0.960,Cr分别为0.908、0.950,>0.7为可接受信度。

2.2 专家意见的集中程度及协调程度 见表1。

表1 专家意见的集中程度及协调程度

项目	重要性	CV	Kendall 协调系数		
			协调系数	χ^2	P
第1轮	3.85~4.75	0.09~0.25	0.157	59.587	<0.001
第2轮	4.00~4.95	0.04~0.23	0.238	90.603	<0.001

2.3 医学保护性约束解除评估表修改情况 根据指标筛选标准对条目进行删除,并根据专家意见进行取舍,将未被删除的条目根据科学性、合理性原则,进行通俗化、口语化的修改。第1轮函询后删除6个条目,增加2个条目,修改3个条目;第2轮函询后修改3个条目。最终形成情绪情感、行为、合作程度、对约束健康教育的认知、意识状况5个维度,每个维度均有4个递进关系的条目组成,分别赋值为0~3分,共20个条目的评估表,见表2。考虑到意识障碍患者解除约束的特殊性,经由小组成员及本院专家的一致讨论决定,评估表解除约束的原则:①无意识障碍患者无需评估意识状况条目,其他条目评分均为1分及以下可解除约束;②意识障碍患者仅需评估意识状况条目,1分及以下可解除约束;③每30分钟对患者评估1次。

2.4 精神科医学保护性约束解除评估表的内容效度 邀请中华护理学会精神卫生专业委员会中的6名委员对评估表及条目的内容效度进行评定,专家来自北京、厦门、广州、郑州等市,男2人,女4人;年龄42~54岁,中位数49.5岁;主管护师2人,副主任护师3人,主任护师1人;临床护理2人,护理管理3人,护理教育1人;工作年限15~年2人,21~30年1人,>30年3人。经专家评定,该评估表内容效度指数为0.962。

表 2 精神科医学保护性约束解除评估表第 2 轮专家函询结果

维度	条目	分值	重要评分 ($\bar{x} \pm s$)	CV
情绪情感	易激惹、暴躁或厌世绝望,且干预无效	3	4.75±0.44	0.09
	情绪激动、容易发怒或哭泣,干预部分有效	2	4.50±0.83	0.18
	情绪不稳,易生气或沮丧,可自控	1	4.80±0.89	0.19
	情绪平稳	0	4.70±0.92	0.20
行为	存在言语及肢体攻击行为,或存在自伤行为	3	4.95±0.22	0.04
	仅存在肢体攻击行为,无言语攻击行为,无自伤行为	2	4.90±0.31	0.06
	仅存在言语攻击行为,无肢体攻击行为,无自伤行为	1	4.70±0.92	0.20
	无异常行为	0	4.65±0.99	0.21
合作程度	对治疗护理、生活照料激烈抗拒	3	4.90±0.31	0.06
	对治疗护理抗拒,仅接受生活照料	2	4.10±0.72	0.18
	被动接受治疗护理	1	4.55±0.83	0.18
	主动接受治疗护理	0	4.70±0.47	0.10
对约束健康教育的认知	对健康教育不理解、不接受,对约束不认同	3	4.05±0.89	0.22
	对健康教育理解但不接受,对约束不认同	2	4.00±0.89	0.23
	对健康教育接受,对约束认同	1	4.15±0.59	0.14
	主动表达对约束正确认知	0	4.40±1.00	0.23
意识状况	意识障碍伴有翻越床栏、拉扯导管、行为莽撞、杂乱无章等激越行为	3	4.90±0.31	0.06
	意识障碍伴有情绪激动、胡言乱语、大喊大叫、坐立不安等躁动不安行为	2	4.55±0.61	0.13
	意识模糊,朦胧、嗜睡状态、安静淡漠、退缩、注意力不集中、反应性降低、活动减少	1	4.30±0.92	0.21
	无以上任何表现	0	4.50±0.95	0.21

3 讨论

3.1 研制精神科医学保护性约束解除评估表的必要性

本研究运用德尔菲法建立的医学保护性约束解除评估表,与陈豪鑫^[9]研究结果有相似的因素,但其未对评估内容进行论证,评估准确性有待商榷。国内多是针对 ICU 约束患者的相关因素^[10-12]进行约束解除评估。国外较多的是应用隔离审查机制^[13],也没有专门针对精神科患者解除约束的评估表。

目前国内精神科护士在操作过程中凭借经验去决定是否为患者解除约束,这不仅会人为增加约束时长,更会增加患者约束过程中的风险。是否解除约束受到环境、患者行为和临床敏感度的影响^[14],需要可靠的证据来支持和科学的评估来量化。精神科医学保护性约束解除评估表的研制有助于对临床中约束的患者进行全面、科学的评估,在一定程度上弥补了精神科医学保护性约束解除评价指标的缺失,丰富了约束解除的评价工具。

3.2 精神科医学保护性约束解除评估表内容具有科学性

本研究严格按照德尔菲法的步骤进行实施,严格专家选取,共选取了 13 个地区的 20 名专家,专家选取具有较好的代表性及权威性。本研究基于计划行为理论框架为指导,从被约束患者的行为、态度、约束的合作程度、对约束的认知几个方面入手评估,同时在专家的建议下增加了“意识状态”的一级指标,更印证了精神运动性躁动和多动性谵妄常被引证为开始化学和物理约束的临床理由^[7]。同时在进行第 1 轮函询后删除了约束解除后的合作承诺的所有条目,此条目重要性得分均小于 3.5 分,同时多名专家认为在临床应用时较难评估出患者的真实想法,并且与合作

程度相似,都是反映患者行为意向的内容,因此进行了删减。其他条目多是对文字描述及递进关系进行了修改,最终专家意见趋于一致。2 轮函询结果专家的积极性均较好,条目的重要性均值均 > 3.5, CV < 0.25,符合对条目的筛选标准。2 轮的专家熟悉程度及判断依据分值较高,Kendall 系数呈逐渐上升的趋势,内容效度较好,表明精神科医学保护性约束解除评估表的函询结果可信,内容较好。本研究的评估表需要每 30 分钟评估患者 5 个维度的情况,对于评分符合要求的患者完全可以解除约束,大大缩短约束时长,使约束时长也不再受经验、人力问题所困扰,同时评估表内容通俗易懂,采用 0~3 分评估,条目清晰,方便操作,在临床上容易推广,切实解决临床问题。

综上所述,精神科医学保护性约束解除评估表的编制以临床实际问题为出发点,以计划行为理论为指导,结合临床实际及专家意见,科学的筛选条目并设计,具有一定的实用性及创新性。该评估表目前已在临床中试用,应用效果还不明确,指标体系是否安全可靠仍需要进一步验证,本研究小组也将持续深入研究,通过不断的临床实践进一步验证其有效性。

参考文献:

[1] Enns E, Rhemtulla R, Ewa V, et al. A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults[J]. J Am Geriatr Soc, 2014, 62(3):541-545.

[2] 王越,吴月瑛,潘敏.计划行为理论在急诊科护士针刺伤预防中的应用评价[J].中医药管理杂志,2017,25(1):96-98.

[3] 孟珊,吴思娅,李晨曲,等.计划行为理论对初产妇母乳喂养自我效能与母亲角色适应的影响[J].实用预防医学,

2020,27(4):466-469.

[4] Pourmand G, Doshmangir L, Ahmadi A, et al. An application of the theory of planned behavior to self-care in patients with hypertension[J]. BMC Public Health, 2020, 20(1):1290.

[5] 王俊,刘玮楚,肖明朝,等. 计划行为理论视角下养老机构护理人员实施身体约束行为的质性研究[J]. 护理学杂志, 2021, 36(2):64-67.

[6] Lam K, Kwan J S K, Wai Kwan C, et al. Factors associated with the trend of physical and chemical restraint use among long-term care facility residents in HongKong: data from an 11-year observational study[J]. J Am Med Dir Assoc, 2017, 18(12):1043-1048.

[7] Khatib A, Ibrahim M, Roe D. Re-building trust after physical restraint during involuntary psychiatric hospitalization[J]. Arch Psychiatr Nurs, 2018, 32(3):457-461.

[8] 徐志晶,夏海鸥. 德尔菲法在护理研究中的应用现状[J]. 护理学杂志, 2008, 23(6):78-80.

[9] 陈豪鑫. 精神科解除约束前干预措施之探讨研究[J]. 实

用临床护理学杂志, 2017, 2(2):127-128.

[10] 柳莹,高春红,王爱鹏,等. 降低 ICU 机械通气患者约束率的课题达成型品管圈实践[J]. 护理学杂志, 2019, 34(23):54-57.

[11] Gu T, Wang X, Deng N, et al. Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: a prospective, cross-sectional, observational study [J]. Aust Crit Care, 2019, 32(3):193-198.

[12] 姚秋近,张一,张瑜,等. 定向力评定在神经外科重症监护病房患者解除身体约束中的应用[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(11):1327-1329.

[13] Morisset J. Reclusion and physical restraint in psychiatry: influencing factors and alternatives [J]. Rech Soins Infirm, 2018(132):78-90.

[14] Teece A, Baker J, Smith H. Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit[J]. J Clin Nurs, 2020, 29(1-2):5-19.

(本文编辑 赵梅珍)

(上接第 4 页)

3.4 儿童活体肝移植链式管理经验 链式管理过程中重点管控交接环节质量控制,大循环系统需加强各科室间的协作与衔接,科室联络员认真筛查各交接环节,针对目前存在的问题和反馈建立科室间的讨论及解决问题的途径,及时应用管理工具进行追踪。小循环质量控制,负责人定期组织质量控制会议,对各阶段的交接进行反馈和整改。小循环中因存在院外延续护理部分,存在不可控因素,在实施过程中对潜在因素的规避也是要解决的主要问题。

综上所述,构建儿童活体肝移植链式管理模式,加强科室间大循环的横向管理及科室内小循环的纵向管理,各环节有效管控落实护理措施,对肝移植患儿预后具有积极的作用及意义。本研究缺乏专业的质量评价标准,在今后的工作将基于结构-过程-结果三维质量结构理论应用德尔菲专家函询法建立儿童肝移植链式管理质量评价指标体系,应用指标体系对儿童肝移植链式管理效果进行评价,并进一步从评价体系层面进行改进,系统层面保障患儿围术期安全管理,保障儿童肝移植健康结局转归。

参考文献:

[1] Nacoti M, Corbella D, Fazzi F, et al. Coagulopathy and transfusion therapy in pediatric liver transplantation[J]. World J Gastroenterol, 2016, 22(6):2005-2023.

[2] 王爱平,陶东霞. 脑卒中多学科团队全程链式管理的实践[J]. 中国医院院长, 2020(7):80-81.

[3] 王非凡,屈红,刘晓轶. 医联体合作模式下链式管理在延续护理中的实践[J]. 护理学杂志, 2021, 36(19):1-4.

[4] 杨磊,陈冠伊,王丽华,等. 心理疏导护理在单采深度自体储血期间的效果观察[J]. 中国输血杂志, 2021, 34(4):

399-402.

[5] 江燕华,杨小月,张茹,等. 标准化手术配合流程在腹腔镜远端胃癌手术配合中的应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(65):55-57.

[6] 顾璩,李双双,周金君,等. 链式早产儿母乳喂养促进方案在 NICU 的实施[J]. 护理学杂志, 2020, 35(10):1-5.

[7] 王晓凝,张翠玲. 危重患者床旁交接表的设计及在胸外科危重患者床旁交接班中的应用[J]. 医药卫生(文摘版), 2016(5):126-127.

[8] 曾莉,杨冬玲,李晓燕,等. 综合 ICU 危重患者交接班 Checklist 在床旁护理交接班中的应用[J]. 长江大学学报(自科版), 2015(36):78-88.

[9] 张家旭,封明轩,邱必军,等. 儿童肝移植受者疫苗接种的研究进展[J]. 中华器官移植杂志, 2021, 42(5):312-316.

[10] Feldman A G, Sundaram S S, Beatty B L, et al. Immunization status at the time of liver transplant in children and adolescents[J]. JAMA, 2019, 322(18):1822-1824.

[11] 董秀丽,覃倩,李燕华,等. 术后疼痛患儿镇痛药物使用研究现状[J]. 护理学杂志, 2014, 29(10):20-22.

[12] 方继红,武凤芹,李镇宇,等. 儿童创伤性疼痛链式管理方案的制定及应用[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(8):1154-1158.

[13] Michaleff Z A, Kamper S J, Stinson J N, et al. Measuring musculoskeletal pain in infants, children, and adolescents [J]. J Orthop Sports Phys Ther, 2017, 47(10):712-730.

[14] 罗彩凤,贾静,柏素萍,等. 围手术期患者压疮评估及评估工具使用现状的调查研究[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(4):409-413.

[15] 熊璨,高兴莲,杨英,等. 心血管疾病手术患者术中压疮的动态评估及预防研究[J]. 护理学杂志, 2018, 33(10):52-55.

(本文编辑 赵梅珍)