

· 基础护理 ·  
· 论 著 ·

# ICU 护士实施患者身体约束决策过程的质性研究

莘秀芳<sup>1</sup>, 朱秀丽<sup>1</sup>, 庞旭峰<sup>2</sup>, 王美兰<sup>1</sup>, 尹霄滕<sup>1</sup>, 姜园园<sup>1</sup>

**摘要:**目的 探讨 ICU 护士对患者实施身体约束的决策过程。方法 对 12 名 ICU 护士进行半结构式深度访谈,对资料进行整理与分析,提取主题。结果 析出身体约束决策过程主题的 11 个类属,包括风险预见、替代方案选择、身体约束意向、身体约束实施、身体约束反思、身体约束合理化 6 个决策阶段,患者、护士、家属、管理 4 个原因要素,安全 1 个结果目标。结论 身体约束的实施是一系列复杂的决策过程,受多种因素共同影响。本研究结果可供制定患者身体约束干预措施和相关管理参考。

**关键词:**危重患者; ICU; 身体约束; 决策过程; 扎根理论; 质性研究

**中图分类号:**R472.4 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.04.042

**ICU nurses' decision-making in physical restraint use: a qualitative study** Shen Xiufang, Zhu Xiuli, Pang Xufeng, Wang Meilan, Yin Xiaomeng, Jiang Yuanyuan. School of Nursing, Qingdao University, Qingdao 266000, China

**Abstract:** **Objective** To explore nurses' decision-making process in physical restraint use for ICU patients. **Methods** In-depth semi-structured interviews were conducted on 12 ICU nurses, then data were transcribed and analyzed to identify themes. **Results** Eleven categories reflecting decision-making process in physical restraint use were identified, including 6 decision-making stages of risk prediction, alternative selection, physical restraint intention, implementation, reflection and rationalization, 4 influencing factors of patients, nurses, family members and management, and 1 outcome objective of safety. **Conclusion** Nurses' decision-making in physical restraint use is complicated and affected by multiple factors. The study results provide references for targeted intervention and management.

**Key words:** critically ill patient; ICU; physical restraint; decision-making process; grounded theory; qualitative study

ICU 患者病情危重,且常伴有谵妄、躁动、意识不清等情况。因此,ICU 护士常对患者实施身体约束(Physical Restraint, PR)以避免非计划性拔管等不良事件的发生。然而,实际上身体约束涉及患者生理、心理、法律和伦理等多方面问题,且已有研究表明身体约束会给患者造成一系列的生理伤害<sup>[1]</sup>和心理伤害<sup>[2]</sup>,严重者会导致骨折、神经源性损伤、窒息甚至死亡<sup>[3-6]</sup>。根据美国医疗财政管理局(Health Care Financing Administration, HCFA)的定义,身体约束是指“使用任何物理或机械性设备、材料或工具附加在或贴于患者的身体,患者不能轻易地将其移除,限制患者的自由活动或正常接近自己的身体<sup>[7]</sup>”。护士作为身体约束的主要决策者和实施者,在身体约束过程中发挥着关键作用<sup>[2]</sup>。2014 年,美国护理质量指标国家数据库和美国国家质量论坛将身体约束使用率界定为护理敏感性质量指标之一<sup>[8]</sup>。目前国际上“身体约束缩减行动<sup>[9]</sup>”的趋势已经明朗化,然而,由于我国缺乏对患者使用身体约束的统一标准,使身体

约束使用率仍居高不下<sup>[10]</sup>。因此,本研究从身体约束实施者的角度,探究我国医疗背景下 ICU 护士的身体约束决策过程,以期规范或减少身体约束的使用提供参考。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 于 2017 年 6~12 月采用目的抽样法选取青岛市某三级甲等医院 ICU 护士为研究对象。本研究征得医院主管部门同意。纳入标准:①具有护士执业资格证;②在 ICU 工作≥6 个月;③近 1 周内对患者实施过身体约束;④对本研究知情同意;⑤能够较好地配合研究者完成访谈。排除:进修人员和实习生。纳入访谈对象时注意选择性别、年龄、受教育程度、婚姻状况、技术职称、工作年限等方面具有代表性的样本,以最大限度获取所需要的信息。样本量的确定以受访者的资料重复出现,且资料分析时不再有新的主题呈现为标准,最终访谈 ICU 护士 12 人,男 4 人,女 8 人;年龄 24~39 岁,平均 31.3 岁;所在科室:内科 ICU 4 人,外科 ICU 3 人,神经外科 ICU 3 人,心胸外科 ICU 2 人;学历:大专 3 人,本科 8 人,硕士 1 人;职称:护士 2 人,护师 6 人,主管护师 4 人;ICU 工作年限 2~19 年,平均 7.7 年。接受身体约束教育/培训 3 人,未参加过 9 人。

## 1.2 方法

**1.2.1 资料收集** 本研究采取观察法与半结构式深

作者单位:1. 青岛大学护理学院(山东 青岛,266000);2. 青岛大学附属医院市南院区重症医学科

莘秀芳:女,硕士,学生

通信作者:朱秀丽,15820022927@163.com

收稿:2018-08-26;修回:2018-10-17

度访谈法收集资料。①研究者深入临床,参与到受访者的日常工作中,观察和记录受访者对患者身体约束实施情况,并与受访者建立友好、信任的关系,以利于访谈的顺利进行和资料的挖掘。②研究者查阅相关文献,拟定访谈提纲,并根据预访谈反馈结果进行修订,最终确定正式访谈提纲:请您回忆 1 次在工作时遇到的涉及身体约束的情景,并详细描述您当时的处理过程;您一般在哪些情况下对患者实施身体约束?您在实施约束之前会与同事、护士长或医生进行商讨吗?您会提前向患者或家属解释约束的原因吗?是如何告知他们的?如果患者不同意使用约束或要求解除约束时您是怎么处理的?患者在约束期间,需要注意的问题有哪些?除了使用身体约束,您认为有没有其他更好的解决方法?您在什么情况下会解除对患者的约束?解除依据是什么?对于身体约束,您还有什么意见或建议?访谈地点选择会议室、护士休息室等交谈方便、不受干扰的地方。访谈前,向受访者介绍访谈的目的和方法,并向其说明为了方便后续的资料整理,需要对访谈过程录音,承诺访谈内容只用于研究使用,绝不会泄露其个人隐私(研究报告中的患者姓名以英文字母替代),并签署知情同意书。访谈由 2 名研究者进行,一名研究者负责访谈,另一名研究者负责录音并记录。每次访谈时间 30~60 min,每人访谈 1~2 次。

**1.2.2 资料整理与分析** 访谈结束后,24 h 内将录音资料逐字逐句转录为 Word 文档,同时记录受访护士谈话过程中出现的停顿、声音及声调等变化,转录后由两人进行核对。应用质性分析软件 Nvivo11.0 整理资料,并根据格拉泽传统扎根理论的开放性编码、选择性编码及理论性编码策略<sup>[11-12]</sup>析取主题:①对有意义的资料进行命名形成代码,将代码转化为概念,然后将同类概念归纳为范畴;②分析资料中各个范畴之间及其所属概念之间的关系;③最后产生核心范畴,得出理论框架。分析资料时将不断比较的思路及撰写备忘录的方法贯穿于三级编码过程中;采用合众法等方式提高资料的效度和分析解释的合理性。最后,研究者将整理后的资料返回访谈对象处,核对资料的真实性。

**2 结果**

通过对访谈资料进行初始编码、概念化和范畴化,共析出 11 个类属。运用格拉泽传统扎根理论中“原因、经过、结果”的理论性编码策略<sup>[12]</sup>,归纳出核心主题“身体约束决策过程”,包括 6 个决策阶段,4 个原因要素,1 个结果目标。见图 1。

**2.1 身体约束决策过程的 6 个阶段**

**2.1.1 风险预见** 身体约束实施前,ICU 护士首先会预测到患者可能会发生的风险并对风险进行评估。①风险感知。由于 ICU 患者病情的严重性和当今医

疗环境的复杂性,护士意识到患者具有发生医疗事故(如意外脱管)的风险和自身可能承担医疗责任的风险。“ICU 的患者病情这么重,一旦发生脱管,可以说护士是第一责任人……不仅患者受苦,威胁他们的生命安全,护士呢,也会因此而承担一定的责任”(护士 A)。②风险评估。护士主要从患者的意识状态和携带管路的重要程度 2 个方面进行评估,以判断风险的大小。“我们平时每个班都会进行 RASS 评分(躁动镇静评估)和导管风险评估,像机械通气的患者,还有鼻导管、PTCD 置管这些对患者的治疗至关重要的管路,这些情况就比较危险”(护士 C)。

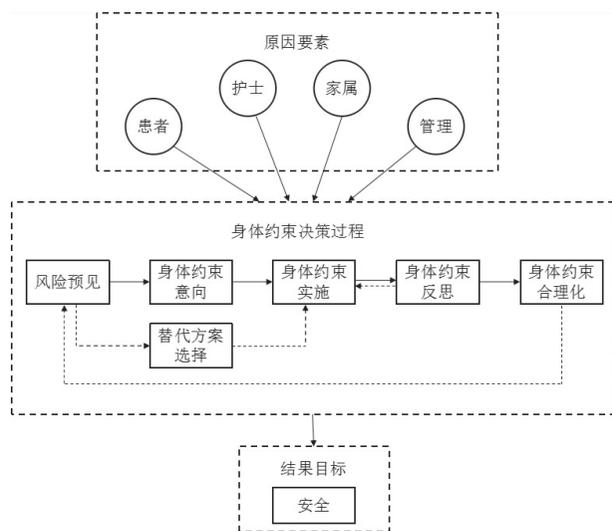


图 1 ICU 护士身体约束决策过程框架图

**2.1.2 身体约束意向** 护士预测到风险后产生对患者实施身体约束的意愿或动机,体现了护士执行身体约束的心理准备与可能性。“患者来的时候吧,一般都是带着呼吸机或者一些引流管,我们是常规准备好约束带,实在不行的话就给他(患者)绑上”(护士 D)。“碰到那种烦躁或谵妄非常严重的、药物又不能控制的(患者),我的第一反应是上约束带”(护士 A)。

**2.1.3 替代方案选择** 在患者病情允许的情况下,ICU 护士并非直接实施身体约束,而是首先尝试采取适当的替代措施,如使用适量的镇静药缓解谵妄或躁动、加强护患沟通以强调所携带管路的重要性、请家属协助安抚患者情绪等。“如果碰到患者非常烦躁,我们做思想工作又做不通的话,可以让家属进来安抚”(护士 C)。

**2.1.4 身体约束实施** ICU 护士在形成身体约束意向后,或在替代方案无效的情况下,会正式对患者实施身体约束。本研究将身体约束的实施归纳出以下 3 个特点:①动态性约束。身体约束的动态性体现在护士根据患者的具体情况,适当地增加、减少、中止或解除约束。“我们也不是一直都绑着他(患者)的,比如我们每 2 小时会帮患者翻 1 次身叩 1 次

背,这个时候约束带也会跟着解开……还是那句话,约束随着人走”(护士 E)。②人性化约束,即护士在身体约束护理过程中应用人性化的方法,尊重患者的尊严和自主权,保护患者的生理完整性和心理完整性。“病号也是人嘛,对不对?我们不是说绑上就不管了……大部分患者是不穿衣服的,保护人隐私嘛……再就是这个肢体的功能位、约束松紧度啊”(护士 K)。③个体化约束。不同情况的患者,其约束目的、约束部位、约束方式和约束时间也会有所不同。“每例患者的情况是不一样的,有的稍微约束一下双手就可以了;非常躁动的病号呢,需要用大单约束一下上身,还要把双脚也绑一下,要不然他会从床上掉下来的”(护士 H)。

**2.1.5 身体约束反思** ICU 护士实施身体约束后,会对身体约束实施过程或身体约束结局进行反思,该阶段常与身体约束实施阶段融合在一起。本研究中,受访护士均表示使用身体约束可以保障患者安全,防止非计划性拔管或坠床等意外事件的发生。对于身体约束的危害,大部分受访者认为,可以通过合理、正确地约束以使危害降低甚至零危害。“有的患者,双手会肿得非常厉害,也许是约束的副作用吧,那我们就用枕头把他这个手垫高一点,约束带绑得松一点”(护士 G)。

**2.1.6 身体约束合理化** 本研究发现,受访护士虽然意识到身体约束的危害性和相关伦理问题,但是他们大多数都会为自己的决策是正确的或适当的提供支持,以证明实施身体约束是合理的,这其实是为了让自身态度和自身行为保持一致<sup>[13]</sup>。“这肯定会涉及到伦理方面的问题,我们也不想约束,但是又不得不约束,这都是为了患者的安全着想”(护士 F)。ICU 护士将身体约束行为合理化后,当再次感知到风险会重新进入到身体约束决策过程的理论框架,因此会较轻易地做出身体约束决策。

## 2.2 身体约束决策过程的 4 个原因要素

**2.2.1 患者因素** 本研究中,ICU 护士实施身体约束前主要考虑的是患者疾病特征。①治疗特征。患者所携带管路的重要程度是护士做出身体约束决策的重要影响因素。受访护士均表示,携带重要管路(如胸腔引流管、脑室引流管、气管插管或气管导管等)的患者较倾向于被约束。另外,对于行 CRRT(连续肾脏替代治疗)或 ECOM(体外膜肺氧合)等治疗的患者,护士常使用约束保持肢体制动,使治疗得以顺利进行。②精神意识状态。研究者通过访谈发现患者出现谵妄与躁动是护士使用身体约束的重要原因。然而,国内外研究表明身体约束是谵妄的独立危险因素<sup>[14-15]</sup>,而谵妄又会导致身体约束的使用。③镇静类药物的使用。国际镇静药物管理实践指南<sup>[16]</sup>要求尽量减少镇静药物的使用,却潜在地增加了身体约束率。“镇静药的剂量是有限的,有的患者镇静不

好……像苯二氮卓类的药物,它反而会导致患者谵妄,所以我们通常会预防性地约束一下”(护士 I)。

**2.2.2 护士因素** 护士是身体约束的主要决策者和实施者,在约束实践中扮有重要角色。①护士的经验。经历过意外拔管等不良事件的护士更倾向于使用身体约束。“自从发生这件事(患者意外拔管)以后吧,可以说是‘一朝遭蛇咬,十年怕井绳’,我宁愿多约束一下,也不想冒险了”(护士 F)。②护士对身体约束的认知和态度。多数护士认为身体约束是一项常规的保护性护理措施,且常夸大约束的优点而忽略约束的危害,因此比较倾向于使用身体约束。“我觉得应该不会给患者造成什么危害吧,要是发生脱管那才是大事呢”(护士 L)。③护士对患者的熟悉程度。访谈发现,ICU 护士对新入科的患者了解较少而约束较多,对熟悉的患者则约束较少。“凡是带管的患者,来了之后我们先约束,以观后效……但有 1 例重症急性胰腺炎患者,留置几种引流管,在这待了 3、4 个月了,我们都知道她不会拔管,她自己清楚这个重要性,根本没有约束的必要”(护士 A)。

**2.2.3 家属因素** 患者家属可以说是身体约束的决策参与者,因为大多数情况下,身体约束的实施是在家属知情且同意的基础上进行的。“我们跟家属说的時候,他们一般都会同意,都会理解……他们最关心的是患者的病情和治疗”(护士 F)。然而,部分患者家属对身体约束行为不理解、不信任,甚至干扰治疗,导致医疗纠纷的发生。“有的家属不愿意咱约束患者,他就偷偷地把约束带解开了,最后导致拔管了,这种情况也有”(护士 G)。

**2.2.4 管理因素** 管理相关因素是实施身体约束不可忽视的影响因素之一。①护士入科宣教。为保证患者安全,管理者常反复强调预防意外脱管的重要性,一旦脱管,护士将面临来自管理者和患者家属的质疑或指责,导致护士对身体约束的依赖。“刚入科的时候,老师首先教育你,一定要把患者的手约束好,然后‘摆事实、讲道理’,很快就会被同化的”(护士 E)。②身体约束流程或指南。本研究所调查科室没有统一的身体约束护理流程或指南,许多情况下护士是根据自身的经验做出决定,导致不恰当的约束或约束时间延长。③护患比。多数护士表示,护士人力不足导致工作繁忙,是身体约束使用增加的重要因素。“如果是一对一的话,患者的任何动作都在你的眼皮底下;但是,如果是 1 名护士照护 2 个患者或者更多的话,有时候就会看不过来……就算是在稍微轻松一点的时候,你也不可能面面俱到”(护士 L)。

**2.3 安全是身体约束决策过程的结果目标** 分析访谈资料发现,护士实施身体约束不仅是为了保护患者安全,也是为了自身职业生涯考虑。①患者安全。本研究中,所有受访护士均表示“使用身体约束是为了保障患者安全”。一方面,身体约束在某种程度上可

以预防非计划性拔管等意外事件的发生;另一方面,护士通过持续监测与合理约束来预防和减少身体约束给患者造成的危害。②护士安全。实际上,保护患者安全的同时也是在维护护士自身职业安全。ICU 护理工作本身存在高风险,护士有必要审慎实施身体约束,为患者提供安全、有效的身体约束护理。“现在的医疗环境啊(摇头),我们有时真的是提心吊胆的。不约束吧,怕他拔管;约束吧,有的患者家属就不高兴。我们就尽量不约束”(护士 G)。

### 3 讨论

**3.1 ICU 护士身体约束决策过程研究的意义** 本研究应用扎根理论研究方法,通过半结构式深度访谈,结合我国当前的医疗文化背景,根据开放性编码、选择性编码及理论性编码策略<sup>[11-12]</sup>,初步构建了“身体约束决策过程”的理论框架。ICU 护士实施身体约束的决策过程包括风险预见、身体约束意向、替代方案选择、身体约束实施、身体约束反思和身体约束合理化 6 个阶段,而患者因素、护士因素、家属因素和管理因素是影响决策过程的潜在变量,且身体约束的最终目标是保障患者安全和护士安全。本研究从 ICU 护士的视角,深入探索了 ICU 护士实施身体约束的决策过程,丰富了身体约束的理论性研究,可为后续“身体约束缩减行动”的实践提供实证依据,为护理管理者采取针对性的干预措施提供参考。

**3.2 ICU 护士实施身体约束是一系列复杂的决策过程** 本研究结果发现,身体约束并不是一项简单的捆绑技术,而是以患者安全为中心的一系列复杂的决策过程,与 Goethals 等<sup>[17]</sup>研究一致。本研究将 ICU 护士实施身体约束的决策过程人为地分为 6 个阶段。首先,ICU 护士需要预测到风险的存在,才会进入身体约束决策的框架;预测到风险使护士产生实施身体约束的意愿或动机;有些情况下护士并非直接使用身体约束,而是尝试采取身体约束替代措施;替代方案无效时,护士会把身体约束意向付诸于具体的行为实施中;接下来,护士会对身体约束实施过程或结局进行反思;最后,护士会为自己的身体约束行为提供支持以证明其合理性,当再次感知到风险则会重新进入到身体约束决策的框架。在以往研究中,身体约束决策被认为是经验式和直觉式决策<sup>[18]</sup>。本研究从有限理性决策<sup>[19]</sup>的视角,打开了 ICU 护士实施身体约束过程中的心理图谱,由于医疗环境的复杂以及资源条件的制约,使 ICU 护士在身体约束决策过程中表现为有限理性,即他们不可能达到绝对的最优解,而是以最满意解为目标。身体约束决策既是一种思维过程,也是一种行为过程,这就要求护士进行周密的推理和批判性的反思,以便根据患者情况和优先问题选择最佳护理方案。

**3.3 身体约束决策过程受多种因素的共同影响** 规范国内 ICU 身体约束使用的前提是要先了解身体约

束使用的相关因素。本研究通过对 ICU 护士进行访谈,归纳其身体约束决策过程的影响因素,主要包括患者因素、护士因素、家属因素和管理因素四类。其中,患者因素是 ICU 护士实施身体约束过程中考虑最多的一类因素,分析其原因可能与 ICU 患者病情危重且是身体约束的接受者有关。由于 ICU 患者病情的多变性和不可预测性,护士有时来不及一步步推理从而导致决策经验化。然而,做出高质量的护理决策仅仅依靠自己的临床经验是远远不够的。有研究表明,应用缩减约束方案<sup>[20]</sup>或定向力评定工具<sup>[21]</sup>可为身体约束的实施或解除提供有力依据。护理人员有必要审慎地结合现有循证护理证据、临床经验和患者意愿,规范身体约束管理实践,从而提高护理服务质量。

### 4 小结

本研究应用扎根理论研究方法,深入探索 ICU 护士实施身体约束的决策过程,即 ICU 护士实施身体约束是一系列复杂的决策过程,并受护士、患者、家属和管理因素的共同影响。研究结果可帮助护理管理者更全面地理解护士对患者实施身体约束的行为,从而积极制定针对性的干预方案,以进一步规范或减少身体约束的使用。本研究的不足及展望:仅对 1 所三级甲等医院的 ICU 护士进行研究,收集的资料为受访者的主观认知,这些可能对结果的客观性有一定影响。后续研究可扩大样本量,并结合参与式观察法,进一步细化和完善理论框架,以提高理论的适用性和指导性。

#### 参考文献:

- [1] Kandeel N A, Attia A K. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt[J]. Nurs Health Sci, 2013,15(1):79-85.
- [2] 潘燕彬,江智霞,张晶晶,等. 身体约束护患体验的研究进展[J]. 护理学杂志,2017,32(20):104-106.
- [3] Bellenger E, Ibrahim J E, Bugeja L, et al. Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents[J]. Age Ageing, 2017,46(4):688-693.
- [4] Berzlanovich A M, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint[J]. Deutsch Arztebl Int, 2012,109(3):27-32.
- [5] Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints[J]. Psychiatr Q, 2013,84(4):499-512.
- [6] Bellenger E N, Ibrahim J E, Lovell J J, et al. The nature and extent of physical restraint-related deaths in nursing homes: a systematic review[J]. J Aging Health, 2018,30(7):1042-1061.
- [7] Gallinagh R, Slevin E, McCormack B. Side rails as physical restraints in the care of older people: a management issue[J]. J Nurs Manag, 2002,10(5):299-306.
- [8] 崔金锐,陈英. 护理敏感性质量指标研究进展[J]. 护理学杂志,2014,29(12):88-91.