

神经重症患者分级身体约束的实践研究

徐佩丽¹, 潘爱红¹, 洪静芳², 宋倩倩¹, 潘红³, 张梅⁴

摘要: **目的** 探讨神经重症患者分级身体约束的应用效果, 为临床护理提供参考。 **方法** 将神经重症患者 209 例按入院院区分为对照组(101 例)和观察组(98 例)。对照组采用常规身体约束方案, 观察组采用分级身体约束方案。比较两组身体约束率、身体约束时间、非计划拔管率、谵妄发生率、患者家属满意度。同时选择实施观察组、对照组患者护理的护士各 38 人为调查对象, 比较两组护士在相关培训前后的身体约束知识、身体约束行为。 **结果** 两组身体约束率、身体约束时间、谵妄发生率、患者家属满意度比较, 差异有统计学意义(均 $P < 0.05$); 两组非计划拔管率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。培训后观察组护士身体约束知识和行为为显著高于对照组(均 $P < 0.05$)。 **结论** 分级身体约束方案可降低神经重症患者身体约束率, 缩短约束时间, 减少谵妄发生率, 有利于提高护士身体约束知识水平及身体约束行为能力, 提高患者家属满意度, 保障患者约束安全与舒适。

关键词: 神经内科; 神经外科; 重症患者; 身体约束; 非计划拔管; 谵妄; 满意度

中图分类号: R472 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.21.067

Practice of a graded physical restraint regimen in severe neurologic patients Xu Peili,

Pan Aihong, Hong Jingfang, Song Qianqian, Pan Hong, Zhang Mei. Nursing Department, Hefei First People's Hospital, Hefei 230000, China

Abstract: **Objective** To explore the application effect of a graded physical restraint regimen in severe neurologic patients, so as to provide a reference for clinical nursing. **Methods** A total of 209 severe neurologic patients were divided into a control group ($n = 101$) and an intervention group ($n = 98$) according to admission branch of a hospital. The control group received the conventional physical restraint scheme, while the intervention group adopted a graded physical restraint regimen. The physical restraint rate, physical restraint time, unplanned extubation rate, incidence of delirium and satisfaction of patients or their family members were compared between the two groups. At the same time, the nurses providing care for the two groups (38 nurses for each group) were selected to compare their physical restraint knowledge and behavior before and after related training. **Results** There were significant differences in the physical restraint rate, physical restraint time, incidence of delirium and satisfaction of patients or their family members between the two groups (all $P < 0.05$), while there wasn't significant difference in unplanned extubation rate between the two groups ($P > 0.05$). After the training, the nurses' total scores of physical restraint knowledge and behavior in the intervention group were significantly higher than those in the control group (both $P < 0.05$). **Conclusion** Practice of the graded physical restraint regimen can reduce the physical restraint rate, shorten the restraint time and decrease the incidence of delirium in severe neurologic patients. It is beneficial to improve nurses' knowledge and capacity of physical restraint, then increase the satisfaction of patients and their family members, and ensure patients' restraint safety and comfort at last.

Key words: neurology department; neurosurgery department; severe patients; physical restraint; unplanned extubation; delirium; satisfaction

身体约束是采取依附或靠近患者身体的任何物理性方法来阻止患者躯体自由移动或正常接近自身身体的医疗措施^[1]。有研究指出, 身体约束的使用会增加重症患者创伤后应激、谵妄、躁动和机械通气时间延长等不良结局的发生风险^[2]。为避免身体约束给患者造成的不良影响, 越来越多的临床专家提倡“最小化约束”的管理理念。国外已有规范医护人员约束行为、促进最小约束化的相关指南和法律。我国目前尚无规范化的分级身体约束评估工具, 也没有相对应的分级约

束措施。护士作为身体约束的直接执行者, 多根据经验性评估对患者进行身体约束管理。但一项对 228 名护士的调查显示, 51.8% 的护士对身体约束相关知识掌握欠佳, 对约束替代方法了解更少^[3]。鉴此, 2021 年 3 月至 2023 年 4 月, 本研究通过构建分级身体约束评估量表, 同时制定分级身体约束方案并应用于神经重症患者, 取得了较好的效果, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 采用两样本率比较公式计算样本量: $n = 2pq(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 / (p_1 - p_2)^2$, $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $Z_{\beta} = 1.28$; p_1 为前期调查身体约束率 69%, p_2 为观察组文献检索身体约束率 46%^[4]。 $\bar{p}$ 为 p_1 、 p_2 的均值 0.58, $\bar{q}$ 为 $(1 - p_1)$ 、 $(1 - p_2)$ 的均值 0.43。计算所得样本量为 $n_1 = n_2 \approx 99$ 。为保证样本量充足, 在此基础上增加 5% 样本量, 样本量至少 208 例。纳入 2021 年 3 月至 2023 年 4 月收治 2 个院区的神经内科和神经外科病区的神经重症患者 209 例。纳入标准: GCS 评分 ≥ 8

作者单位: 1. 合肥市第一人民医院护理部(安徽 合肥, 230000); 2. 安徽医科大学护理学院; 3. 定远县总医院神经内科; 4. 舒城县人民医院神经外科

徐佩丽: 女, 硕士, 副主任护师, 护理部副主任

通信作者: 潘爱红, 281851862@qq.com

科研项目: 安徽省学术和技术带头人后备人选科研活动经费择优资助项目(2018H196)

收稿: 2023-06-03; 修回: 2023-08-25

分;年龄≥18岁;医嘱下达病重或重症监护;住院时间>7d。排除标准:有精神疾病史、拒绝使用约束。脱落标准:干预期间患者转院、病情危重中断、死亡。按入院院区不同分为观察组104例和对照组105例。两组年龄、性别、疾病诊断、GCS评分等比较,差异无

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别[例(%)]		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	GCS 评分 (分, $\bar{x}\pm s$)	疾病诊断[例(%)]							
		男	女			脑梗死	脑出血	颅脑损伤	房颤	高血压	癫痫	脑动脉瘤	脑挫裂伤
对照组	105	70(66.7)	35(33.3)	57.72±16.70	13.63±1.93	27(25.7)	56(53.3)	43(41.0)	0(0.0)	4(3.8)	2(1.9)	4(3.8)	14(13.3)
观察组	104	65(62.5)	39(37.5)	61.85±16.22	13.26±2.18	31(29.8)	47(45.2)	37(35.6)	3(2.9)	10(9.6)	3(2.9)	2(1.9)	9(8.7)
t/χ^2		0.397		1.810	1.296	0.437	1.385	0.639	1.372	2.818	0.001	0.162	1.168
P		0.529		0.072	0.196	0.509	0.239	0.424	0.241	0.093	0.991	0.687	0.280

表 2 两组护士一般资料比较

组别	人数	性别[人(%)]		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	学历[人(%)]		职称[人(%)]			工作年限 (年, $\bar{x}\pm s$)
		男	女		大专	本科	护士	护师	主管护师	
对照组	38	2(5.3)	36(94.7)	33.37±3.94	0(0.0)	38(100.0)	5(13.2)	4(10.5)	29(76.3)	11.13±4.77
观察组	38	3(7.9)	35(92.1)	33.29±4.01	1(2.6)	37(97.4)	7(18.4)	5(13.2)	26(68.4)	11.11±4.81
统计量		$\chi^2=0.000$		$t=0.087$			$Z=-0.775$			$t=0.024$
P		1.000		0.931	1.000*		0.439			0.981

注:*采用 Fisher 确切概率法。

1.2 干预方法

对照组:护士经过本院制定的住院患者身体约束护理规范培训(通过 PPT 理论授课)后,每 12 小时对神经重症患者进行评估并给予必要的身体约束。①患者肢体可沿床平移或能抬起但不能对抗阻力时,使用腕部约束带固定于床体;②患者肢体能抬起、能对抗阻力时,使用手套式约束带固定于床体;③患者胸部能抬起时,使用胸部、腕部和手套式约束带约束。观察组采用分级身体约束方案进行干预。

1.2.1 组建分级身体约束干预小组 包括护理学院院长 1 名,神经重症的主治医师 3 名、神经重症的护士长 3 名、神经重症专科护士 12 名。护理学院院长负责量表制定与评价,主治医师负责判断约束指征、镇静药物合理应用,护理管理者负责量表的函询与约束措施的制定,专科护士负责具体干预措施制定、落实与评价。

1.2.2 制定分级身体约束评估量表 以身体约束管理理论为基础,包括约束决策轮及等级评估^[5]、干扰治疗计划^[6],根据约束决策轮、《住院患者身体约束护理》^[7]、干扰治疗计划理论要求,结合循证医学支持的相关身体约束证据,采用德尔菲法编制神经重症患者分级身体约束评估量表,经过 2 轮函询,2 轮专家函询发放问卷 18 份,均有效回收。函询专家 18 人,专家来自合肥、北京、上海和南京,男 2 人,女 16 人;年龄 38~58 岁。专业为临床护理、护理管理、护理教育;本科学历 8 人,硕士 7 人,博士 3 人;副主任护师 4 人,主任护师 14 人。2 轮函询专家权威系数均>0.70(第 1 轮 0.78、第 2 轮 0.83),可认为专家的权威程度较高。分级身体约束干预小组根据第 1 轮专家文字意见保留所有条目,并对初量表条目进行了如下

统计学意义(均 $P>0.05$),见表 1。同时选择对患者实施护理的 2 个病区护士各 38 人,两组护士性别、年龄、文化程度、职称、工作年限等比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$)(见表 2)。本研究经医院伦理委员会批准[伦研批第 2021(68)号]。

修改:将“攻击风险”修改为“行为等级”;根据第 2 轮专家函询结果,结合专家就“跌倒坠床风险”评估中“活动能力”的意见(临床对患者进行活动能力判断时,常使用肌力等级进行评估)修订量表。终版量表包括行为等级(镇静-躁动程度、沟通理解能力、疼痛、攻击行为)、跌倒坠床风险(肌力等级、特殊药物数量)、管道危险度(管道高危程度、管道数目)3 个维度共 8 个条目,每个条目赋值 0~3 分,总分 0~24 分。评估得分 0~4 分为 0 级、5~8 分为 1 级、9~12 分为 2 级、13~16 分为 3 级、17~20 分为 4 级、21~24 分为 5 级。量表通过对 10 例神经重症患者进行预调查,测得 Cronbach's α 系数为 0.893。

1.2.3 制定针对性分级身体约束措施 约束等级 1 级,使用单一替代性措施,包括手抓握力球、床单阻挡法。约束等级 2 级,佩戴医用替代约束指套(为专利产品,专利号 ZL2018 2 0821589.5,已完成临床试用阶段)。约束等级 3 级,使用单一身体约束,身体约束工具包括腕部、膝部或胸部约束带。约束等级 4 级,使用医用替代约束指套加一种身体约束用具。约束等级 5 级,使用至少 2 种身体约束用具。0 级每 12 小时评估 1 次,1 级、2 级每 8 小时评估 1 次,3 级、4 级、5 级每 2 小时评估 1 次。及时将评估结果和约束措施与患者家属沟通,获得其理解与支持。

1.2.4 护士培训 培训 4 周,前 3 周为理论培训,每周培训 2 次,每次 2 h。第 4 周为操作培训,培训 2 次,每次 30 min。第 4 周考核,考核内容包括理论和操作考核,理论成绩 70 分及以上为合格,操作成绩 90 分及以上为合格;合格者颁发合格证书,不合格者继续学习后补考,直至考核合格。①理论培训。内容包括约束决策轮、等级评估、干扰治疗计划、神经重症患

者分级身体约束评估量表、身体约束替代方案等。采用线下与线上腾讯会议等相结合的培训形式。培训结束后进行理论试卷考核。②操作技能培训。由科主任、护士长设定不同模拟场景下,医生和护士评估患者的意识、肌力、谵妄评分、躁动程度、管路情况等,针对不同场景下选择何种约束工具、采取何种约束方式,不同约束工具的使用。培训结束后现场操作考核。③情景体验式培训。角色互换,护理人员轮流扮演患者角色,被实施不同等级身体约束,每次体验时间不少于 1 h,体验后再分享内心与身体感受,以及对如何做到更舒适的身体约束提出意见。④激励与改进机制。针对考核优秀人员予以相应的绩效加分,并进入分级身体约束干预小组。对于考核过程中存在的问题,以周报形式整理改进。

1.3 评价方法

1.3.1 约束情况 统计患者身体约束率(患者身体约束例数÷患者总例数×100%)。身体约束时间为解除约束时间减去开始约束时间,多次约束的患者累加记录时间。

1.3.2 不良结局情况 ①谵妄。使用 CAM-ICU 评估谵妄^[8]。②非计划拔管。住院期间计划外的拔管,包括患者自行拔管和各种原因导致的管路滑脱。

1.3.3 患者家属满意度 使用 ICU 患者身体约束家属满意度调查问卷^[9]对家属进行调查。包括约束必要性评估、约束计划合理性、履行知情同意情况、约束工具选择、约束技巧与应用、约束期间观察、解除约束时机把握、约束并发症、约束期间心理护理、约束期间人文关怀 10 项,每项评分 1~10 分,满分 100 分。分为非常满意(总分>85 分)、满意(总分 60~85 分)、不满意(总分<60 分)。非常满意及满意计为总体满意。

1.3.4 护士身体约束知识、约束行为 使用 ICU 护士身体约束知识调查问卷、ICU 护士身体约束行为调查问卷^[10-11]对两组护士在培训前后进行评价。身体约束知识问卷:共 16 个条目,包括身体约束适用性知识(4 个条目)、身体约束护理方面的知识(6 个条目)、

身体约束对被约束者产生的影响方面的知识(6 个条目);采用“是”“否”“不确定”3 个选项,单项选择作答,答“是”得 1 分,答“否”及“不确定”得 0 分,其中 1、2、4、5 为反向计分项,总分 16 分。身体约束行为问卷:包含评估行为、护理行为和解除约束 3 部分共 15 个条目;各条目均采用 Likert 5 级评分,1 分表示“很少”,2 分表示“少”,3 分表示“偶尔”,4 分表示“有时”,5 分表示“经常”,最低得分 15 分,最高得分 75 分。得分越高,护士的身体约束知识、身体行为越好。

1.4 统计学方法 数据分析使用 SPSS20.0 软件,定量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示,定性资料或等级资料用频数和百分比(%)表示,两组比较采用 t 检验、 χ^2 检验、Fisher 确切概率法或秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者身体约束情况比较 两组排除脱落病例,观察组 98 例、对照组 101 例完成研究。两组身体约束情况比较,见表 3。

表 3 两组患者身体约束相关情况比较

组别	例数	约束[例(%)]	约束时间(h, $\bar{x}\pm s$)
对照组	101	55(54.5)	34.86±0.92
观察组	98	38(38.8)	22.22±1.04
t/χ^2		4.912	61.737
P		0.027	<0.001

2.2 两组患者不良结局情况比较 见表 4。

表 4 两组患者不良结局情况比较 例(%)

组别	例数	谵妄	非计划拔管
对照组	101	39(38.6)	2(2.00)
观察组	98	24(24.5)	1(1.01)
χ^2		4.586	0.000
P		0.032	1.000

2.3 两组家属满意率比较 观察组总体满意率为 93.88%(92/98),高于对照组 81.19%(82/101),差异有统计学意义($\chi^2=7.291,P=0.007$)。

2.4 培训前后两组护士身体约束知识比较 见表 5。

表 5 培训前后两组护士身体约束知识比较

分, $\bar{x}\pm s$

组别	人数	身体约束适用性知识		身体约束护理知识		身体约束影响知识		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	38	2.53±0.47	3.22±0.38	4.71±0.65	5.52±0.37	4.41±0.73	5.16±0.54	11.65±1.47	13.90±1.13
观察组	38	2.44±0.51	3.49±0.42	4.65±0.73	5.71±0.32	4.37±0.68	5.52±0.41	11.46±1.52	14.72±1.09
t		1.295	2.939	0.613	2.394	0.400	3.273	0.896	3.220
P		0.197	0.004	0.541	0.019	0.690	0.002	0.371	0.002

注:与同组培训前比较,均 $P<0.05$ 。

2.5 培训前后两组护士身体约束行为比较 见表 6。

3 讨论

3.1 分级身体约束方案可降低神经重症患者身体约束率,缩短约束时间 本研究结果显示,观察组患者

的身体约束率、谵妄发生率显著低于对照组,身体约束时间显著短于对照组(均 $P<0.05$)。分析原因是,神经重症患者分级身体约束评估量表是根据评估分值直接得出分级约束等级,量表简便易于操作,且分值直接得出约束等级对应不同约束措施,便于护士规

范化选择约束方式,约束更加合理且有据可循,避免护士凭工作经验判断是否约束。动态评估及时调整约束等级,保证合理约束有效落实。有研究指出,采

取量化评估策略的身体约束干预能够降低 ICU 患者身体约束率,缩短约束时间^[12],与本研究结果类似。

表 6 培训前后两组护士身体约束行为比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	人数	评估行为		护理行为		解除行为		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	38	13.97±2.18	16.28±3.19	34.72±5.22	38.77±5.26	6.20±1.32	7.09±1.18	54.89±7.63	62.14±5.48
观察组	38	13.62±2.25	17.80±2.41	33.89±5.47	41.31±3.57	6.11±1.08	7.89±1.21	53.62±7.41	67.00±3.68
<i>t</i>		1.115	2.344	1.095	2.463	0.526	2.918	1.191	4.539
<i>P</i>		0.266	0.022	0.275	0.016	0.600	0.005	0.235	<0.001

注:与同组培训前比较,均 $P<0.05$ 。

3.2 分级身体约束方案能够规范护士身体约束行为

临床判断是否使用身体约束,主要决策者是护士。多数情况下护士会根据自身知识与临床经验进行评估判断是否需要约束,存在较大的主观性。在临床,由于护士担心患者自行拔管,导致不良事件发生而采取过度身体约束较为普遍^[13]。本研究结合循证医学与德尔非法编制的神经重症患者分级身体约束评估量表,仅有 3 个维度共 8 个条目,评估简单、便捷;根据评估分值对应不同级别约束,便于护士规范化选择合理约束方式。本研究结果显示,培训后观察组护士身体约束知识评分、身体约束行为得分显著高于对照组(均 $P<0.05$)。说明采取多模式组织护士身体约束知识及技能培训,有助于提高护士身体约束知识水平,规范其身体约束行为。许妮娜等^[14]、Fariña-López 等^[15]也证实,护士作为身体约束的直接执行者,其身体约束的知信行水平直接影响其操作的实施。

3.3 分级身体约束方案在神经重症患者患者中使用是安全的

目前已有研究证实,身体约束与谵妄发生有相关性,并且是谵妄的危险因素之一^[16]。采用身体约束缩减策略可降低患者谵妄发生率^[17],说明合理且“小剂量”的身体约束,可以减少患者谵妄的发生。这与本研究结果一致,观察组患者身体约束率低于对照组,同时谵妄发生率显著低于对照组(均 $P<0.05$)。医用替代约束指套作为替代约束的用具,与现有约束用具比较:只限制患者手指掌曲抓物的功能,避免手指与管道的接触,防止患者拔管行为。本研究显示,观察组和对照组非计划拔管率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),说明按照分级进行身体约束未增加非计划拔管率。

3.4 分级身体约束方案可提高患者家属满意度

本 研 究 结 果 显 示, 观 察 组 家 属 对 患 者 约 束 的 满 意 度 显 著 高 于 对 照 组($P<0.05$)。原因在于:观察组采用的分级身体约束评估量表,评估分值对应不同级别约束,包括具体的替代约束方法,分级约束可以最大程度缩减约束,包括身体约束部位和约束时长,增加患者约束舒适度;使用医用替代约束指套作为替代约束用具,可以有效降低约束率、缩短约束时间,防范意外拔

管。不同级别约束对应不同时间段的动态评估,加强护患之间有效沟通,动态调约束等级与约束方式,为患者实施最合适的身体约束。针对身体约束的护士和患者家属之间的沟通,可以建立彼此信任与配合,提升患者家属就医体验。

4 结论

通过制定分级身体约束评估量表与相对应的护理措施,规范临床约束评估,可提高护士约束相关知识水平,降低神经重症患者身体约束率,缩短约束时间,减少谵妄发生率,提高患者或家属住院满意度,保障患者约束安全与舒适。实现了最小化身体约束,体现了“以病人为中心”的优质护理服务理念。本研究不足之处在于:量表适用人群为神经重症患者,其他专科患者是否适用尚待进一步研究。替代约束指套使用时需注意:做好评估,对于躁动患者,及时使用腕部约束。本替代约束指套已完成专利成果转化,但仅限于省内 2 所医院在应用,有待推广。

参考文献:

[1] Bleijlevens M H, Wagner L M, Capezuti E, et al. Physical restraints: consensus of a research definition using a modified Delphi technique[J]. J Am Geriatr Soc, 2016, 64 (11): 2307-2310.

[2] Franks Z M, Alcock J A, Lam T, et al. Physical restraints and post-traumatic stress disorder in survivors of critical illness. A systematic review and meta-analysis [J]. Ann Am Thorac Soc, 2021, 18(4): 689-697.

[3] 纪媛媛,王军,高兰. 神经外科护士对患者身体约束的知信行现状调查[J]. 广西医学, 2022, 44(2): 237-240.

[4] 柳清霞. ICU 患者身体约束临床实践指南推荐意见的临床适用性研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2018.

[5] Hurlock-Chorostecki C, Kielb C. Knot-So-Fast: a learning plan to minimize patient restraint in critical care [J]. Dynamics(Pembroke, Ont), 2006, 17(3): 12-18.

[6] Vance D L. Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: a pilot study[J]. AACN Clin Issues, 2003, 14 (1): 82-91.

[7] 中华护理学会. 住院患者身体约束护理[S]. 北京: 中华护理学会, 2019: 1.

[8] 肖青青,宋小珍,喻红,等. 身体约束与 ICU 患者谵妄发

生风险关系的 Meta 分析[J]. 中国护理管理, 2021, 21(6): 892-897.

[9] 徐妍, 王美琪, 负艳红. 基于量化评估策略下的身体约束干预在重症监护病房意识障碍病人中的应用[J]. 护理研究, 2022, 36(1): 49-54.

[10] 夏春红, 李峥. ICU 护士身体约束知识态度行为的调查分析[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(6): 568-570.

[11] 陈巧玲, 金爽, 柳芳登, 等. ICU 护士实施身体约束知信行评估量表的构建[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(6): 742-746.

[12] 汪玫, 吴勇, 凌桂爱, 等. 身体约束缩减策略在 ICU 有创机械通气患者中的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(19): 2358-2362.

[13] 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,

(上接第 61 页)

护士参与并见证最佳证据落实所带来各个层面的改变,提升护士对证据的认知、依从和信心,进而促进手术室护士持续实施最佳证据。

4 结论

本研究依据理论域框架,采用质性研究方法探讨并找出手术室护士应用预防术中压力性损伤最佳证据的 5 个障碍因素,提出完善系统层面,鼓励患者参与压力性损伤预防,提升手术室护士对最佳证据的信心,以推动最佳证据的临床应用。本研究不足之处为,受访者仅限于手术室高年资护士,后续可以对手术室低年资护士、患者、手术医生进行质性研究,多角度、多层次完善研究结论。此外,本研究并不能反映手术室护士应用最佳证据的变化过程,后续可对手术室护士进行纵向质性研究,了解护士在不同阶段应用最佳证据的行为和心理特征,并基于理论域框架探索和建立最佳证据应用的干预机制。

参考文献:

[1] Xiong C, Gao X L, Ma Q, et al. Risk factors for intraoperative pressure injuries in patients undergoing digestive surgery: a retrospective study[J]. J Clin Nurs, 2019, 28(7/8): 1148-1155.

[2] 胡娟娟, 高兴莲, 杨英, 等. 手术患者手术压疮高危因素的多中心研究[J]. 护理学杂志, 2018, 33(16): 11-14.

[3] 屈虹, 唐绪容, 周蓉, 等. 脑肿瘤切除手术患儿术中压力性损伤风险预测模型的构建[J]. 军事护理, 2023, 40(4): 19-23.

[4] Qaseem A, Mir T P, Starkey M, et al. Risk assessment and prevention of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the American College of Physicians[J]. Ann Intern Med, 2015, 162(5): 359-369.

[5] 高兴莲, 郭莉, 何丽, 等. 术中压力性损伤预防专家共识[J]. 护理学杂志, 2023, 38(1): 44-47.

[6] 刘晓黎, 王冷, 魏彦姝, 等. 预防成人术中压力性损伤的最佳证据总结[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(10): 1564-1570.

[7] Alshahrani B, Sim J, Middleton R. Nursing interventions

2021, 36(2): 64-67.

[14] 许妮娜, 杨中善, 刘宁, 等. 神经外科患者规范化身体约束管理的循证护理实践[J]. 护理学报, 2020, 27(19): 41-46.

[15] Fariña-López E, Estévez-Guerra G J, Polo-Luque M L, et al. Physical restraint use with elderly patients: perceptions of nurses and nursing assistants in Spanish acute care hospitals[J]. Nurs Res, 2018, 67(1): 55-59.

[16] 莘秀芳, 朱秀丽, 庞旭峰, 等. ICU 护士实施患者身体约束决策过程的质性研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(4): 42-46.

[17] 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.

(本文编辑 钱媛)

for pressure injury prevention among critically ill patients: a systematic review[J]. J Clin Nurs, 2021, 30(15-16): 2151-2168.

[8] Michie S, Johnston M, Abraham C, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach[J]. Qual Saf Health Care, 2005, 14(1): 26-33.

[9] 徐园, 吴欣娟, 杨旭, 等. 护士应用预防关节置换术后深静脉血栓形成最佳证据的障碍因素研究[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(8): 958-963.

[10] 刘明. 护理质性研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 39-74.

[11] 李铮, 刘宇. 护理学研究方法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 260-261.

[12] 王红红, 赵地, 赵晓敏, 等. 护理质性研究的可信赖度现状及提升技术分析[J]. 中国护理管理, 2022, 22(2): 161-166.

[13] 蒋维连. 护士对手术患者实施压力性损伤风险告知的体验[J]. 解放军护理杂志, 2019, 36(2): 41-44.

[14] 陶伏莹, 冯建萍, 周元, 等. 基于渥太华研究应用模型的脑肿瘤围手术期深静脉血栓预防证据应用审查及影响因素分析[J]. 中国实用护理杂志, 2023, 39(5): 332-340.

[15] Lau S, Lun P, Ang W, et al. Barriers to effective prescribing in older adults: applying the theoretical domains framework in the ambulatory setting: a scoping review[J]. BMC Geriatr, 2020, 20(1): 459.

[16] 葛向煜, 胡雁, 徐建鸣, 等. 研究者管理者实践者协作性循证实践工作模式解析[J]. 护理学杂志, 2017, 32(4): 23-25.

[17] 陈红, 吴波, 刘静, 等. 神经外科患者术中获得性压力性损伤的多学科团队链式管理[J]. 护理学杂志, 2021, 36(21): 43-46.

[18] 李梅, 黎湘燕, 陈红. 专科体位安置标准化流程的制订及培训[J]. 中华护理教育, 2018, 15(12): 885-889.

[19] 陈凤, 李红, 林娟, 等. 患者参与式护理方案在髌部骨折患者围术期压力性损伤预防中的效果[J]. 中国护理管理, 2021, 21(12): 1865-1871.

(本文编辑 钱媛)