

2012年2月

# 促进安全: 约束使用的替代方法



## 免责声明

该指南对护士以及聘用护士的组织均无约束力，对于指南的使用应该灵活，要基于个性化的需求以及当地的情况，为确保指南内容的正确性我们做出大的努力直到发行，但是不管是该指南的作者还是安大略注册护士协会都对由于使用该指南所造成的损失伤害不负有任何法律上的责任。

## 版权

除了指南中出现的禁止复制的内容外，整个文档的平衡性可以被加工，内容可被完整转载发表但不能以任何形式（包括电子版）或任何目的（教育或非商业目的）去修改。如果要改编内容必须得到安大略省注册护士协会的允许，并说明要编的原因。所以复制的内容要出现如下的标注：

安大略省注册护士协会（2012）促进安全：约束使用的替代方法 多伦多 安大略省注册护士协会

此项目获安大略健康和长期护理部门资助。

### 联系方式

安大略省注册护士协会

158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

网址 [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

## 来自 Doris Grinspun 的问候

### 安大略省注册护士协会执行董事



安大略省注册护士协会面向所有医疗社区发行此指南:促进安全:约束使用的替代方法,我非常高兴。循证实践支持护士致力于提供患者的护理服务。RNAO 非常荣幸提供这样一个好的指南给大家!

RNAO 对许多的个人和组织由衷地感谢,正是因为有你们才使指南的面世成为现实。在此,感谢安大略省的政府部门授权我们做此项目并提供了多年的财政支持;感谢 RNAO 国际事务部最佳实践指南项目(IABPG)主任 Irmajean Bajnok,在推进 BPGs 产品方面的专业眼光和卓越领导力;感谢每一个人和每一个团队领导者,特别是这个最佳实践指南的 Laura Wagner and Athina Perivolaris,他们出色的管理者,委员会和专家团队;也要感谢安大略省注册护士协会最佳实践指南项目管理者 Brenda Dusek,是因为她勤奋的工作才得以使这个指南从概念成为现实;特别的感谢要送给 BPG 专家团队,我们敬仰你们专业和志愿工

作。总之,没有你们,我们无法完成此工作。

护理团队在优秀的护理工作中赋予了极大的责任感和热忱,在每一个指南的开发、实施、评价和更新上提供了知识和无数小时的奉献!员工们对于最佳实践拥护者的命名、指南的实施和评价以及面对证据实践的文化转变给予了极大的热情。

成功地完成此指南,要求临床护理人员 and 他们的健康护理同事、其他人员、学术和实践方面的护士教育者间的巨大协调和努力。当指南扎根于他们的头脑和心灵时,有知识和有技术的护士和护生健康和支持性的工作环境以帮助把指南推向实践。

我们希望你能和跨学科团队共同分享此指南,因为从分享的过程中我们可以互相学习。只有多学科联合起来,当患者需要帮助时我们才能提供最佳的服务,我们共同努力让患者成为大的赢家!

Registered Nurses' Association of Ontario  
Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(Hon), NT.  
O.O Executive Director

# 目录

背景	怎样使用此文档.....4
	推荐总结..... 5-7
	证据解读.....8
	开发小组成员..... 9-10
	利益相关者信息..... 11-22
	目的和范围.....23
	发展职责.....24
背景内容..... 25-27	
推荐	实践推荐..... 28-48
	教育推荐..... 49-45
	组织和政策推荐..... 46-51
	研究的不足以及未来的启示.....52
	评估监测指南..... 53-55
	实施策略..... 56-57
	更新审查指南的过程.....58
参考文献	参考书目..... 58-67
	证明人列表..... 68-82
附录	附录 A 术语表.....83-89
	附录 B 指南开发过程.....90
	附录 c 系统评价过程.....91

## 目录

附录 D: 工具包介绍 .....	94
附录 E: 例: 约束经历(SEBR)访谈工具.....	95
附录 F: 例: 短期风险评估和治疗工具 (START).....	97
附录 G: 例: 布罗塞特暴力风险评估量表工具 .....	99
附录 H: 例: 暴力危险评估量表:20(HCR-20).....	101
附录 I: 例: 应对协议调查表(CAQ).....	102
附录 J: 例: 可选方式列表 .....	104
附录 K: 例: 照顾者约束带使用认知调查表(PRUQ) .....	108
附录 L: 例: ABC(前因-行为-结果)制表模板 .....	113
附录 M: 例: 行为监控日志.....	114
附录 N: 例: 选择约束决策树 .....	116
附录 O: 例: 共同行动计划行为简况.....	117
附录 P: 例: 安全计划干预 .....	119
附录 Q: 例: 床围或替代设备敢于决策图 .....	121
附录 R: 例: 个人降级计划.....	122
附录 S: 例: 安全计划女子项目 .....	124
附录 T: 例: 心理健康和成瘾安慰计划 .....	125
附录 V: 网站资源列表.....	128
附录 W: 举例: 观察和文档记录: .....	131
12 小时紧急使用化学约束, 隔离或机械约束记录 .....	131
附录 X: 例: 报告表: 患者约束/隔离 .....	139
报告工具 .....	139
附录 Y: 例: 组织审核表: 最小程度的最终约束方法(LRLR) 计划: 单位基础对最小程度的最终约束方法依从性的数据收集表 .....	1
备注 .....	8

## 怎样使用这个文件

护理实践指南整个文档内容是比较全面的，为循证护理实践提供了必要的资源支持。该指南的修订和实施要基于组织和临床环境的具体需要以及患者的个人需要和意愿。实施该指南时不能全部照搬指南的内容而是把指南作为一种工具作为个性化护理的参考。另外，该指南提供了合理结构的综述以及支持最佳照护。

护士以及其他的健康照护者以及促进实践变化的执行者将会发现此指南对政策的制定等方面都是非常有价值的。我们推荐护理实践指南作为一种资源工具。护士在为患者提供直接的护理时将会从参阅指南的推荐内容里获益。我们推荐的指南的内容以及用于开发指南的过程都是有证据支持的。当然我们强烈推荐临床医院能够以日常使用比较方便的形式来使用该指南，为适应本土化该指南提供了以下几种形式：

组织者可能会通过以下方式使用该指南

- a) 评估目前使用指南推荐内容的照护实践
- b) 识别有关服务的需求和缺口的推荐内容
- c) 使用有关的工具和资源去制定一个计划来系统的实施推荐的内容。

安大略护士协会对于你们怎样实施指南的这个事情非常感兴趣，所以请联系我们来分享你们的故事。帮助个人或组织来实施指南的资源在我们的网站上可以看到，我们的网站是 [www.rano.org](http://www.rano.org).



# 推荐总结

## 实践推荐

	推荐	Level of Evidence
1	与自伤或他伤危险性的患者建立治疗性的关系能帮助避免约束的使用	IV
2	护士应对患者进行评估以此来发现任何会使患者使用约束的危险因素，此评估是在患者入院时并且是持续进行的	IIb
3	护士应使用临床判断和有效的评估工具来评估患者是否有使用约束的危险	IIb
4	护士应于其它跨专业团队（跨专业团队：不同领域的健康照护者通过相互协作在同一个健康机构或者不同的健康机构之间给患者提供高质量的照护）以及患者、患者的家人、能替代患者做决定的人一起合作来创建一个个性化的照护计划，该计划旨在关注约束使用的替代方法	IIb
5	护士与其它跨专业团队应基于观察以及患者或患者的家人以及能代替患者做决定的人所表现出的担心来对该计划进行连续的监测和动态的评估	IV
6	护士应与其它跨专业团队合作，通过实施多种策略来避免有使用约束危险的患者使用约束	IIa
7	护士与其它跨专业团队应该实施降级（降级：复杂且范围很广的一个技能旨在在患者病情不断恶化时终止其攻击周期，主要包括语言和非语言沟通技巧和危机管理技巧以及调动合适的资源来提升安全，减轻患者不断升级的应对行为所造成伤害的危险性	IIb
8	在患者使用约束的过程中护士和其它跨专业团队应致力于照护的实践中去来最大限度的保证患者的安全和健康	IV

教育推荐

RECOMMENDATION		Level of Evidence
9	<p>有关约束的使用及风险评估应该包括在所有的相關護理實踐課程中去以及在繼續教育的过程中重点放在以下几个方面:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 照护的方法（比如创伤的知情照护）</li> <li>▪ 对患者，患者家属以及代替患者做决定的人进行沟通教育，如果对患者使用了约束事后要对患者以及照护者都给予评估宣教（研究发现约束后患者和照护者都会有心理阴影）</li> <li>▪ 对护士正确使用约束进行教育</li> <li>▪ 伦理决策</li> <li>▪ 诊断的知识以及触发患者使用约束的应对行为</li> <li>▪ 跨专业团队之间的合作</li> <li>▪ 有关基础预防，替代方法，降级以及危机处理的知识</li> <li>▪ 监测以及记录自己的职责</li> <li>▪ 有关使用约束时护士的自我反应，自我价值和信仰（因为约束损害了患者的自主性和人权）</li> <li>▪ 治疗性的护患关系，以患者为中心的照护以及患者的权利</li> <li>▪ 约束的类型（很严格）以及与此有关的安全隐患，潜在的并发症</li> </ul>	Ib



## 组织和政策推荐

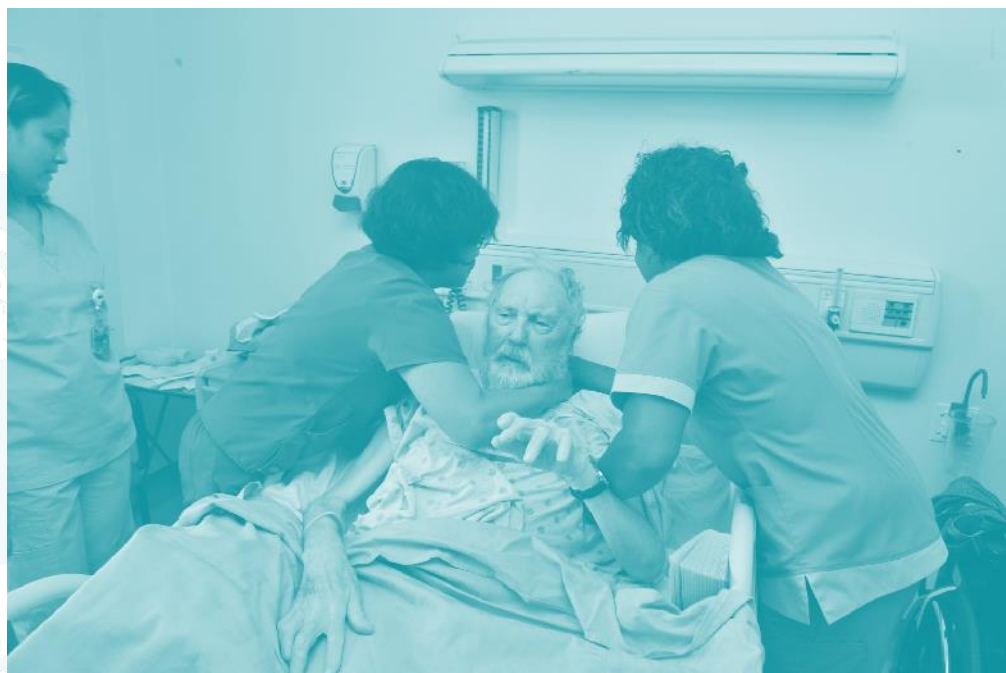
推荐		Level of Evidence
10	<p>医疗机构应实施风险管理和质量改进策略，通过对约束带替代方法的使用来保障患者的权利以及相关人员的安​​全，使其成为一种文化理念：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 建立约束的定义；</li> <li>▪ 开发约束替代方法的使用理念</li> <li>▪ 建立少用甚至不使用约束的政策</li> <li>▪ 发展一类组织用以及早诊断当对患者使用约束带时对其自身或是其他人造成伤害的风险；</li> <li>▪ 教育患者/家属/代替患者做决定的人关于使用约束带的相关风险，并开发他们的安全观念；</li> <li>▪ 成立一个包含培训相关人员使用约束带替代方法的多元项目；</li> <li>▪ 采用替代方法，在使用约束作为保障安全的最后措施之前，降级和危机管理应该分别作为第一和第二介入方式；</li> <li>▪ 跟患者达成监控协议，在患者使用约束的任意期间都需有文件记录；</li> <li>▪ 建立与患者/家属/代替患者做决定的人 以及跨专业团队沟通的责任和述职程序；</li> <li>▪ 建立评估项目用来监控约束以及其替代方法的使用频率，以及对患者/家属/代替患者做决定的人和跨专业团队的安全带来的影响。</li> </ul>	Ib
11	<p>护理的机构模式应该推进一种跨专业团队的方式，即与患者/家属/代替患者做决定的人合作来使用替代方法从而避免对约束的使用。</p>	III
12	<p>护理的最佳实践指南只有在具有充分的规划、资源、组织及行政支持的情况下才能被成功地实施。机构组织不妨制定一个实施计划，其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 结合本地情况，对组织准备和教育障碍进行评估。</li> <li>▪ 不断地讨论和学习用来强化最佳实践的重要性。</li> <li>▪ 对实现进程起作用的所有人员的参与（不论是具有直接职能或间接职能的人）。</li> <li>▪ 个人在对教育以及实施过程中提供所需支持的奉献。</li> <li>▪ 在实施指南过程中对自己和对机构的反思。</li> </ul>	IV

# 证据解读

## 证据的类型

证据的级别	
Ia	从系统分析和元分析的随机对照试验中得到的证据
Ib	从至少一个精心设计的随机对照试验中得到的证据
IIa	从至少一个精心设计的非随机对照研究中得到的证据
IIb	从至少一个其他类型的精心设计的非随机准试验研究中得到的证据
III	从精心设计的非实验性研究中，比如比较研究，相关性研究和案例研究中得到的证据
IV	从专家委员会的报告或意见或者从权威人士的临床经验中得到的证据

Source: SIGN 50. Levels of Evidence. Available at: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html>



## 专家组成员

### Laura M. Wagner RN, PhD

#### Team Leader

Adjunct Scientist  
Kunin Lunenfeld Applied & Evaluative Research Unit  
Baycrest Geriatric Health Care System  
Toronto, Ontario  
Assistant Professor  
New York University College of Nursing  
Hartford Institute for Geriatric Nursing  
New York, NY, USA

### Athina Perivolaris RN, BScN, MN

#### Team Leader

Advanced Practice Nurse  
Mental Health/Gerontology, Centre for Addiction and  
Mental Health  
Toronto, Ontario

### Nancy Boaro RN, BScN, MN, CNN(C), CRN(C)

Advanced Practice Leader, Neuro Program  
Toronto Rehabilitation Institute  
Toronto, Ontario

### Lisa Casselman BSc, BSW, MSW, RSW

Mental Health Commission of Canada (July 2011)  
Lisa Casselman and Associates  
Calgary, Alberta

### Louise Carreau RN, BScN, MN, GNC(C)

Advanced Practice Nurse  
Bruyère Continuing Care  
Ottawa, Ontario

### Susan Edgar RN, BScN, MN, GNC(C)

Clinical Nurse Specialist, Geriatrics  
Grand River Hospital,  
Kitchener/Waterloo, Ontario

### Jeanette Kuntz RN, BScN

Corporate Nursing Consultant Nursing/Retirement Homes  
Caressant Care Nursing Homes (Corporate)  
Woodstock, Ontario

### Mary Anne Lamothe RN, MScN

Coordinator Clinical Practice & Standards  
North Bay Regional Health Centre  
North Bay, Ontario

### Ibo Barbacsy-MacDonald RN, BHK, BScN, MSc

Long-Term Care Best Practice Coordinator  
South East, Local Health Integration Network  
Registered Nurses' Association of Ontario  
South Eastern Ontario

### Mary-Lou Martin RN, BScN, MScN, MEd

Clinical Nurse Specialist, St Joseph's Healthcare  
Associate Professor, McMaster University  
Hamilton, Ontario

### Catherine Morash RN, BScN, MEd

Advanced Practice Nurse, Trauma, Emergency & Critical Care  
Sunnybrook Health Sciences Centre  
Toronto, Ontario

### Michelle A. Peralta RN, BScN, BHSc, MN

Clinical Nurse Specialist, Medical Psychiatry Program  
Department of Psychiatry  
Hospital for Sick Children  
Toronto, Ontario

### Paula Raggiunti RN, BScN, MHSc, CHE

Director, Infection Prevention & Control  
Rouge Valley Health System  
Scarborough, Ontario

### Dianne Rossy RN, BN, MScN, GNC(C)

Advanced Practice Nurse, Geriatrics  
The Ottawa Hospital  
Ottawa, Ontario

### Sanaz Riahi RN, BScN, MSN

Clinical Education Leader  
Professional Practice  
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences  
Whitby, Ontario

**Anne Stephens RN, BScN, MEd, GNC(C)**

Clinical Nurse Specialist - Seniors Care  
Toronto Central Community Care Access Centre  
Toronto, Ontario

**Molly Westland RN, BScN, MN**

Academic Chair  
School of Education Health and Wellness  
Fleming College  
Peterborough, Ontario

**Brenda Dusek, RN, BN, MN**

Facilitator, Program Manager  
International Affairs and Best Practice Guidelines Program  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

**Glynis Vales BA**

Program Assistant  
International Affairs and Best Practice Guidelines Program  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

The RNAO would like to acknowledge Mary Tang RN, BScN, MN, ENC(C), Lead Research Assistant, and Laura Sangster BA, M.CL.SC.(Candidate), Research Assistant for their contribution to the quality appraisal of the literature and the preparation of evidence tables.

Declarations of interest and confidentiality were made by all members of the guideline development panel. Further details are available from the Registered Nurses' Association of Ontario.



## 利益相关者信息

Stakeholders representing diverse perspectives were solicited for their feedback and the Registered Nurses' Association of Ontario would like to acknowledge the following for their contribution in reviewing this Nursing Best Practice Guideline:

Jamie Arthur BSc, BScPT

Client Services Manager  
Access Centre, Seniors Enhanced Care Program  
Toronto Central Community Care  
Toronto, Ontario

Susan Ashton RN, BScN, PHN

Principal  
Ashton Consulting  
Yellowknife, North West Territories

Susan Bailey RN, BA, MHScN

Long-Term Care Best Practice Guideline Coordinator  
Central, Local Health Integration Network  
Registered Nurses' Association Ontario  
Toronto, Ontario

Linda Bayly RN, BScN, GNC(C)

Corporate Nursing Consultant  
AON Inc.  
Omemee, Ontario

Shawna Belcher RN, BScN, CPMHN(C)

Team Leader Inpatient Mental Health  
Orillia Soldiers Memorial Hospital  
Orillia, Ontario

Jennifer Berger RN, BScN, MSc, CPMHN(C)

Clinical Specialist  
Canadian Institute for Health Information Ontario Mental Health  
Reporting System  
Toronto, Ontario

Susan Bernjak BA, RN, CACE, GNC(C)

Regional Educator  
Winnipeg Regional Health Authority  
Winnipeg, Manitoba

Joy Bevan RN, BHSc(Nurs), MHSM

Associate Vice President Medicine  
Grand River Hospital  
Kitchener, Ontario

Margaret Blastorah RN, PhD

Director of Nursing  
Knowledge Research & Innovation  
Sunnybrook Health Sciences Centre  
Toronto, Ontario

Jennifer Chambers BSc

Empowerment Coordinator  
Empowerment Council  
Centre for Addiction and Mental Health  
Toronto, Ontario

Uppala Chandrasekera MSW, RSW

Planning and Policy Analyst  
Canadian Mental Health Association Ontario  
Toronto, Ontario

Theresa Claxon-Wali, CPS

Chair  
Ontario Association of Patient Councils, Centre for Addiction and  
Mental Health  
Toronto, Ontario

Michelle Court, RN

Staff Nurse (Mental Health)  
St. Joseph's Hospital Mountain Site  
Hamilton, Ontario

Debora Cowie RPN

Grief and Bereavement Educator  
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences  
Whitby, Ontario

Yvonne Craig BScN, BN, RN, CPMHN(C)

Nurse Clinician  
Royal Ottawa Mental Health Centre  
Professional Development, Crisis Prevention Instructor  
Ottawa, Ontario

Kathy Culhane RN

Nurse Educator  
Lady Dunn Health Centre  
Wawa, Ontario

Michelle DaGloria RN, BScN

Clinical Educator, Professional Practice Lead Medicine  
Guelph General Hospital  
Guelph, Ontario

Sylvia Davidson MSc, DipGer, OT Reg.(Ont.)

Advanced Practice Leader - Geriatrics  
Toronto Rehabilitation Institute - University Centre  
Toronto, Ontario

Nicole Didyk MD, FRCP(C)

Geriatrician  
St. Mary's Hospital/Grand River Hospital  
Waterloo Regional Campus  
Michael G. De Groote School of Medicine McMaster University  
Waterloo, Ontario

Lynda Dunal MSc, BScOT, OT Reg. (Ont)

Occupational Therapist  
Baycrest Geriatric Health Care System  
Toronto, Ontario

Deborah Duncan RN

Vice President Regional Programs  
Waypoint Centre for Mental Health Care  
Penetanguishene, Ontario

Michele Durrant RN, MSc

Advanced Nursing Practice Educator  
The Hospital for Sick Children  
Toronto, Ontario

Patricia A. Ford RN(EC), BA(N), MHSc, GNC(C)	Clinical Nurse Specialist/Adult-Nurse Practitioner Geriatric Services Assistant Clinical Professor, McMaster University St. Joseph' s Healthcare Hamilton, Ontario
Lisebeth Gatkowski RN, BScN, CPMHN(C)	Nurse Educator St. Joseph' s Healthcare Hamilton Mental Health & Addiction Program Hamilton, Ontario
Ainsley Gillespie RN, MScN	Manager Nursing Practice Lakeview Manor Beaverton, Ontario
Bettyann Goertz RN, BScN, CPMHNC	Staff Nurse, Clinical Instructor London Health Sciences Centre Fanshawe College London, Ontario
Leslie Green RN	Extendicare, E.O. Long-Term Care Consultant, Extendicare Canada Corporate Office Markham, Ontario
Kathy-Lynn Greig RPN, BScN Student	Staff Nurse The Scarborough Hospital, Birchmount Campus, West Park Healthcare Centre Scarborough, Ontario
Carol Holmes RN, BScN, MN, GNC(C)	Long-Term Care Best Practice Guideline Coordinator Provincial Projects Registered Nurses' Association Ontario Toronto, Ontario
Laurie Horricks MN, RN	Clinical Nurse Specialist McMaster Children' s Hospital Child and Youth Mental Health Unit Hamilton, Ontario
Hellen Jarman RN(EC), NP-PHC, BScN	Nurse Practitioner - Geriatrics St. Mary' s General Hospital Waterloo, Ontario
Karen J. Kieley MHSA	Product Development Specialist Accreditation Canada Ottawa, Ontario
Stephanie Laivenieks RN, BScN	Senior Manager Clinical Programs The Hospital for Sick Children Toronto, Ontario

Frances Lankin	Commissioner Community and Social Services, Commission for the Review of Social Assistance in Ontario Toronto, Ontario
Sandra Law RN, MA	Geriatric Clinical Nurse Specialist, Geriatric Nurse Practitioner (U.S.) Toronto, Ontario
Arlette Lefebvre MD, FRCP(C)	Staff Psychiatrist Hospital for Sick Children Toronto, Ontario
Elena Luk RN, BScN, CNCC(C)	PhD Student Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing University of Toronto Toronto, Ontario
Steve Lurie BA, MSW, MMGT	Executive Director The Canadian Mental Health Association, Toronto Branch Toronto, Ontario
Tina Mah BScOT, MBA	Vice President, Planning and Performance Management Grand River Hospital Kitchener, Ontario
Sandra Mairs RN, BScN, MHSc(N), GNC(C)	Professor, Collaborative BScN Program Durham College/University of Ontario Institute of Technology Oshawa, Ontario
Peggy McDougall RN, MSc(A)	Staff Nurse Bruyère Continuing Care Ottawa, Ontario
B. McGibbon Lammi MSc BHSc(OT), OT Reg. (Ont.)	Policy Analyst Canadian Association of Occupational Therapist Ottawa, Ontario
Rola Moghabghab NP-Adult, BScN, MN, GNC(C)	Nurse Practitioner - Geriatric Emergency Management St. Michael's Hospital Toronto, Ontario
Emily Parsons RN, BScN, MN, GNC(C)	Clinical Nurse Specialist - Geriatric Emergency Management Nurse Grand River Hospital Kitchener, Ontario
Susan Phillips RN, MScN, GNC(C)	Geriatric Nurse Specialist The Ottawa Hospital, Ottawa, Ontario



Sharon Ramagnano RN, BScN(E), MSN/MHA, ENC(C)	Advanced Practice Nurse Emergency/Trauma Sunnybrook Health Sciences Center Toronto, Ontario
Ping Rau RN, MSc, CPMHN(C)	Clinical Practice Leader Rouge Valley Health System Ajax, Ontario
Tiziana Rivera RN, BScN, MSc, GNC(C)	Chief Practice Officer York Central Hospital Richmond Hill, Ontario
Dorene Rosmus RN, BN, GNC(C)	Education Coordinator Interlake Regional Health Authority Selkirk, Manitoba
Tess Sheldon MSc, JD, LLM	Staff Lawyer ARCH Disability Law Centre Toronto, Ontario
Judy Smith RN, BScN, MDE, ENC(C)	Geriatric Emergency Management Nurse York Central Hospital Richmond Hill, Ontario
Orla Smith RN, BScN, MN, CNCC(C)	Research Manager, Critical Care St. Michael's Hospital Toronto, Ontario
Denise Sorel RN, BScN, CIC	Project Manager Canadian Patient Safety Institute Edmonton, Alberta
Lily Spanjevic RN, BScN, MN, GNC(C), CRN(C)	Advanced Practice Nurse - Geriatrics, Medicine Joseph Brant Memorial Hospital Burlington, Ontario
Stanley Stylianos BS, BA	Program Manager Psychiatric Patient Advocate Office Toronto, Ontario
Susanne Swayze RPN	Secure Forensic Staff Nurse St. Josephs' Healthcare Hamilton Hamilton, Ontario
Irina Sytcheva MSW, RSW	Policy and Advocacy Coordinator Schizophrenia Society of Ontario Toronto, Ontario
Fran Szyputa RN, BScN, CPMHN(C)	Nurse Educator St. Joseph's Healthcare Hamilton, Ontario

Heather Thompson RN

Long-Term Care Best Practice Guideline Coordinator  
North East, Local Health Integration Network  
Registered Nurses' Association Ontario  
Toronto, Ontario

Andrea Trainor RN, BSc(N), MSc(A)

Advanced Practice Nurse  
Bruyère Continuing Care  
Ottawa, Ontario

Dania Versailles RN, BScN, MScN, CVAA(C)

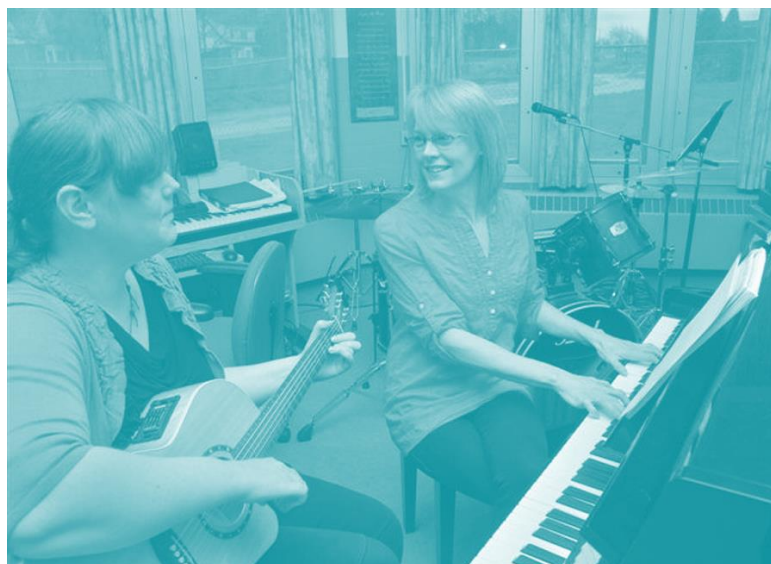
Clinical Nurse Specialist  
Hopital Montfort  
Ottawa, Ontario

Natalie Warner RN, MN

Long-Term Care Best Practice Guideline Coordinator  
Central East, Local Health Integration Network  
Registered Nurses' Association Ontario  
Toronto, Ontario

Luana Whitbread RN, BSc, BN, MN, GNC(c)

Clinical Nurse Specialist  
Personal Care Home Program  
Winnipeg Regional Health Authority  
Winnipeg, Manitoba



## 目的和范围

最佳实践指南是一个系统性的报告，能够帮助从业者和被服务人员作出适当的卫生保健方面的决定（Field 和 Lohr, 1990）。

本指南为注册护士（RNs）和注册实践护士（RPNs）提供了看护一类患者的寻证建议，该类患者都存在对自身或是他人造成伤害的风险，并由此导致对其使用约束（物理的，化学的，环境的）的可能性。本指南的讨论集中在物理约束上，除非另有说明。

该文档的目的是帮助注册护士和注册实践护士关注基于寻证的最佳实践，包括护士患者之间的关系，对策略的评估，避免使用约束或使用替代方法（包括降级和危机管理技术），以及在不同的环境下比如急性的，长期的和家庭医疗卫生保健中的不使用约束的护理。

指南最后附录中提供的工具类型的例子来自于各种组织机构。这些文档中的内容（参看附录 A）可能按照或是没有按照本指南中的专业术语或定义。这些例子能够帮助跨专业团队和组织对于这些关于证据讨论的概念的应用，并且帮助他们去探索什么类型的工具是最需要的。

为了达到不使用约束带的护理理念从而采用替代方法的法案并不能对所有的机构适用（比如治安和修正法），这些机构不在本指南的涉及范围内。

护士在保障患者安全方面发挥着重要的作用，他们可以通过采用替代方法的使用而避免对约束带的使用，从而可以避免因使用约束带而带来的潜在危害后果。由于在某些业务领域缺乏研究，本指南不可能包括所有的机构和人群。本指南旨在以推荐的方式带来最好的研究成果。当然，我们支持关于促进安全的评论：护士对于约束替代方法的使用可以作为最佳的实践建议，这些措施是符合任意一个州或省的管理机构条例中的护理实践规范。

本文档试图向读者展示研究群体以及做研究的卫生部门。但是，由于对一些医疗卫生方式调查研究的缺乏比如家庭医疗，尤其是手术室里的治疗和一些特殊人群比如儿科人群，因此会带来一些局限。在这些领域内的护理工作应该检查每一个推荐的和证据支持的讨论以确定环境和人员的适用性，确保在那个环境下能够对人员的安全有提升。

任何医疗保健环境下的护理工作必须是合法的，并且要适应地理位置，医疗保健行业类型和患者数量，同时向着支持不使用约束带的大环境而采用最好的实践方式迈进。

本指南适用于护理的所有领域，包括临床，管理，助理护士的教育，使其在护理对自身或他人具有伤害风险的人员时能更加的舒适，自信以及能够胜任。本指南主要关注三个领域：

- i. 评估，预防和替代方法
- ii. 降级的干预措施和危机管理
- iii. 关于患者安全方面的约束的使用

本指南为那些争取在最短的时间采取预防，缓和局势和危机管理对策也未能保持个人和/或他人的安全并正在考虑使用约束带作为最后的手段的护士提供支持。

没有研究或是最好的证据去指导适用于所有那些采用最好类型的约束和监控程序进行约束的患者的特别推荐。

重要的是护士和跨专业团队对患者的病史（创伤/喜好）都很了解，他们的协作能够和患者一起找到约束的替代方法。如果必要的话可以采用最好的约束作为最后的措施。机构组织内的护理工作必须了解组织的具体政策和程序，以对确定什么是约束与个人援助服务设备（PASD），以及当使用约束时应该采用什么合适的监测和观察措施。

有效的医疗护理取决于协调的跨专业方法使得专业人员、患者/家属和替代决策者（SDM）之间能不断地沟通。

## 发展职责

促进安全：约束替代方法的使用指南发展受到了安大略省卫生部和长期护理计划的资助，本指南源自于加拿大安大略省的自 2008 年 9 月 18 号到 10 月 10 号的验尸结果的推荐。这些验尸是来检查那些曾经被解除使用约束后来死去的人，死因被确认为急性肺栓塞。报告中所包含的是以下与本指南创作相关的在约束带使用方面上的推荐：

安大略护士联盟（RNAO）

61. 安大略护士联盟应该制定一个对精神患者使用约束带的最佳护理指南，并且需要与利用相关者如安大略护士协会进行协商。

62. 最佳指南应该连同工具包的使用一起提供给护士。

获得验尸陪审团的全部判定结论，可以参看：

<http://www.sse.gov.on.ca/mohltc/PPAO/en/Documents/sys-inq-jam.pdf>

2010 年 4 月，一个来自多种医疗背景的医疗机构的集实践、教育和研究为一体的专业小组在安大略护士联盟的资助下被召集起来。该小组讨论他们工作的目的，并对最佳实践指南的应用范围，患者安全以及约束带替代方法的使用达成共识。随后，一个关于临床实践指南，系统评价，相关研究和其他类型的证据的文献调查达成了。附录 B 和 C 有关于研究方法和

结 果 的 详 细 内 容 。

## 背景内容

2001年6月,加拿大安大略省制定了患者约束使用最小化法案,2001(85法案)(参看[http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws\\_statutes\\_01p16\\_e.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_01p16_e.htm))。从此,医疗设备就开始制定一些政策和措施来减少物理和化学方面上的约束的使用,并且鼓励对约束替代方法的使用(Ralphs-Thibodeau等人,2006)。尽管该制定了该法案,但仍然有很多机构组织,一线的医疗保健提供者继续对约束带的使用持以热切的关注。关于伤害和死亡报道继续发生,即使当采用诸如安全带之类的具有“更少约束性”的方式代替约束带的时候。在精神健康方面,约束带的使用与关注于患者控制、授权和参与自身护理的康复模式不一致(Huckshorn,2004;加拿大精神健康委员会,2009;Schrank & Slade,2007)。一线医疗护理提供者继续使用约束带,并声称不使用约束带的政策和替代方法的缺乏将会增加对患者和他人(包括工作人员)伤害的风险,同时会增加机构组织的工作量和风险(Johnson, Ostaszkiwics, & O'Connell, 2009; Livingston, Verdun-Jones, Brink, Lussier, & Nicholls, 2010; Nay & Koch, 2006; Ralphs-Thibodeau et al.; Ryan & Bowers, 2006)。

约束带被安大略省护士学会(CNO)定义为:约束是指任何使用物质的,环境的,或者药物来控制人体的一部分或者人的行为活动,物理约束主要指把患者绑在桌子上椅子上或床档上并且患者不能自己解开;环境约束主要指控制了患者的走动比如隔离、软禁;药物约束指主观上用作用于精神的药物来抑制患者某一方面的行为或者运动且该药物不是用来治疗患者的疾病。使用约束或不使用约束的隔离措施,是用来管理那些具有不良医疗记录的患者。Feng等人(2009)进行了一项长期的跨国的关于约束和抗精神病药物的使用的研究,发现在被研究国家中的对于物理约束的使用相差5倍以上-从平均水平在6%的瑞士,9%的美国,20%的香港,28%的芬兰到超过31%的加拿大。一项由Minnick, Mion, Johnson, Catrambone, & Leipzig (2007)做的研究表明在美国有5%的患者在医院被使用物理约束。Dumais, Larue, Drapeau,

Menard, & Giguere Allard (2010)做的最近的一项研究表明,2721例在加拿大精神病院的精神患者中有23.2%的患者被隔离,并且在这其中有17.5%的患者曾在隔离过程中被使用物理约束。

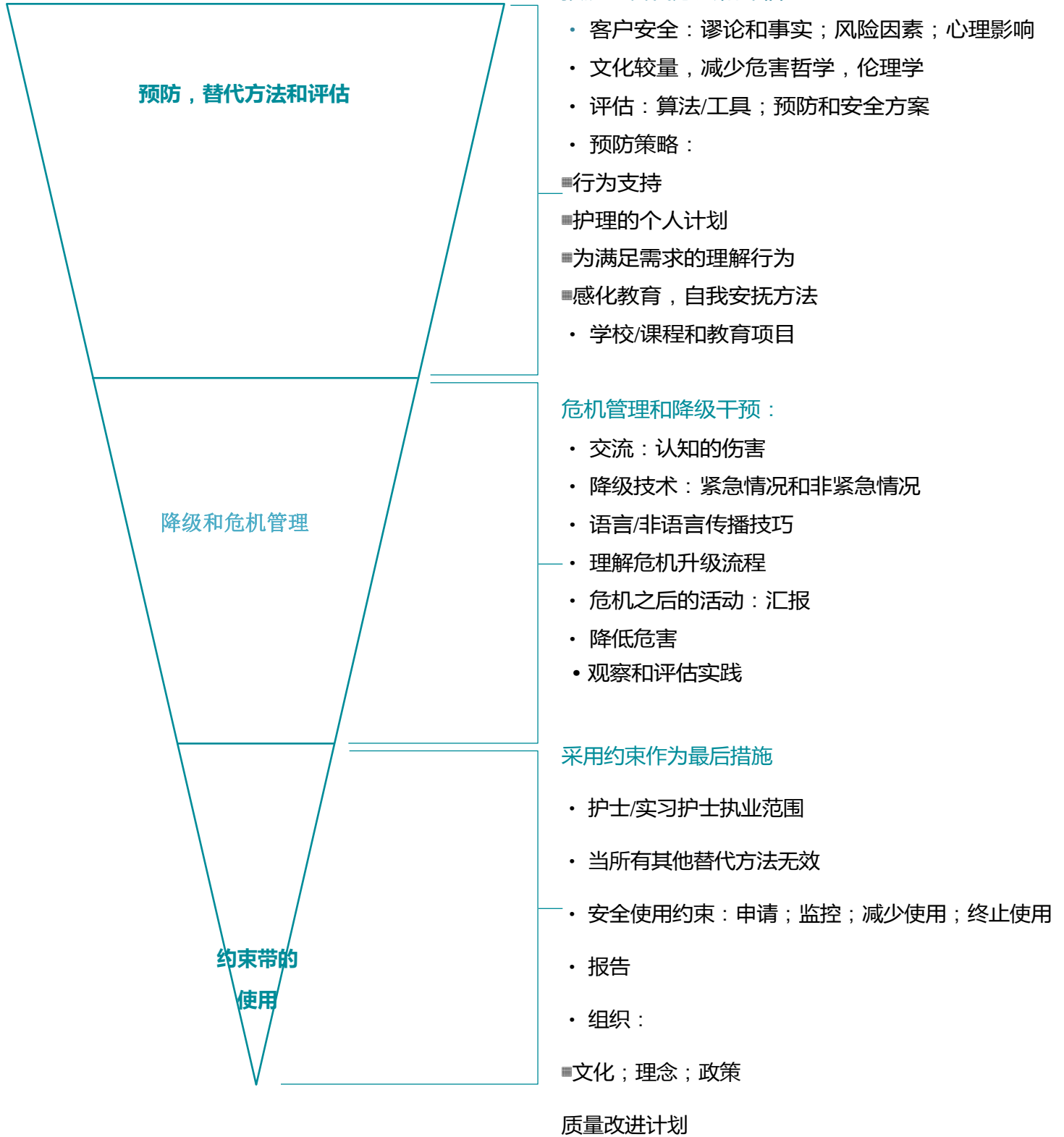
采用物理约束来避免坠楼和伤害的并没有被证实,相反甚至会增加坠楼的风险(Evans, Wood, & Lambert, 2002)。现已有报道说明对患者的一些攻击、徘徊和干扰治疗等行为的防御是与患者的一些有害的身体,精神和社交影响比如移动障碍、认知和社交能力和症状有联系的(Pellfolk, Gustafson, Bucht, & Karlsson, 2010)。短期约束的使用与由深静脉血栓和肺血栓引发的猝死有关系(Dickson & Pollanen, 2009)。指南研发小组一致认为对采用指导准则模型的使用是指南发展的一个关键起点,它能够帮助护士向着对那些存在自残或是伤害他人行为的患者不使用约束的方向发展。

指南研发小组认为趋向不使用约束大环境的行为方式在如图1所示的模型,提升安全:约束带替代方法的使用方法中展示了。第一个关注点主要在预防、替代方法和评估;第二个关注点在替代方法的使用,比如降级干预处理和危机管理;最后关注在使用其他替代方法都无效的情况下而去采用约束的方法作为最后的措施,因此采用标准的范例方式逐渐向不使用约束的理念发展去关注替代约束,而不仅仅是减少约束的使用。

图1:模型

# 促进安全：约束替代方法的使用

概述



关于协助发展提升安全：约束替代方法的使用的指导原理如下所示：

· 关于提升安全：约束替代方法的指导原理/设想

- 客户—患者，居民，消费者，家庭，重要的他人，决策替代者（SDM）—在照顾自己的能力方面都是合作伙伴，都应跨专业团队合作。
- 个性化的护理理念是治愈医护关系的根本。
- 所有客户的行为是事情的根本原因。
- 用降级技术来进行危机管理可以当作避免使用约束的一种策略。
- 在迈向不使用约束的环境过程中，领导是所有组织机构和各级卫生保健部门所必需的。
- 当约束使用是不可避免的时候，具有最小约束能力的约束方式可以在最短时间内采用用来避免自残和伤害他人的行为发生；约束的使用只是暂时的，替代方法的使用一定要一直被考虑。



# 实践推荐：关于约束使用的评估预防和替代方法

## 推荐 1

护士与具有自伤和他伤危险性的患者建立治疗性关系能有助于避免约束的使用。

证据等级= IV

## 证据讨论

证据指出：工作人员和患者建立治疗性关系能有助于减轻患者的骚动和侵略行为（护理和支持照护国家协作中心, [NCCNSC], 2005），治疗性的护患关系是相互信任，治疗性沟通以及理解患者行为的基础，（RNAO, rev, 2006b），随着信任关系的建立，护士就能和患者一起有效地使用治疗性的沟通技巧来探索患者的情感、想法以及行为，这样当需要降级技巧来预防或减少增加约束行为的危险行为时有助于实施干预的照护计划，通常情况下，一旦信任建立了当不好的状况出现时患者对于治疗性的沟通和使内心平静的技巧都更易接受，了解患者的经历能有助于降级和危机管理技巧，在预防或降低会增加使用危险的行为方面的成功 CNO (REV2009d)。治疗性护患关系标准指出护理的核心是护患关系，它是维护患者健康的主要关系，护患关系应建立在同情、尊重和信任的基础之上，因此它需要有关专业亲密关系的正确支持以及护士在健康照护方面固有权利的意识。

CNO (rev2009d) 指出护士是帮助患者免除伤害并且确保彼此之前的关系是心理治疗性的关系，在了解患者行为的意义和在使患者免于约束使用的危险的管理方面，把患者看做一个独一无二的个体有助于护士观察到出发因素和线索，患者的每个行为都有他自己的意义，理解引起患者行为的出发因素非常重要，因为他关系到在确保患者安全和健康方面有效干预计划的实施，Johnson & Hauser（2001）提到明白患者在特定环境下的行为意义很重要，护患互动要给予正确的干预，满足患者的需要。

Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman (2002) 研究了精神疾病患者，使用物理约束的主观体验，结果发现患者认为在使用约束前和使用约束的过程中，更多的时间和工作人员在一起他们会受益，和患者在一起能帮助护士和跨学科团队来进一步了解患者，也有助于和患者一道来发现引起患者骚动和侵略性行为的内外因，内因比如像疾病，外因比如像环境因素、Penn 护理科学；Pennsylvania 护理学院。有一个约束的主观体验 (SEBR)，这是一个结构化的面试指南，有助于护患在约束使用过程中认定的讨论。

Holmes, Kennedy & Perron (2004) 的研究表明有效的护患沟通在应对危机时非常重要，在隔离期的患者如果缺乏护患沟通那么对患者的情感和认知影响都是负面的，治疗性的护患关系增强了有效的护患沟通。

Kontos & Naglie (2007) 的一项质性研究探索了以个性和交流作为增强以人为本的痴呆照护的一种方式。痴呆的患者会逐渐丧失维护他们社会角色的能力，认识到社会角色是个体外显的一部分以及通过了解患者的个性来掌握他们内在的想法能帮助护士更深层次的和患者交流（比如，某人之前是学校的管理员总是上晚班，业余爱好是种花）这样当患者出现激动和侵略行为时，在实施照护时能增强护患之间的互动。疾病发生的条件 (predisposing factors) 是指在病因作用于机体的前提下，影响疾病发生发展的各种体内外因素。诱发因素 (precipitating factor) 是指能够促进和加强某一疾病原因作用的条件因素称为诱发因素，简称诱因 (Kontos & Naglie; RNAO, rev. 2010a)。



## 推荐 2

护士应对患者进行评估以此来发现任何会使患者使用约束的危险因素，此评估是在患者入院时就开始，并且持续进行的。

证据等级 = IIb

## 证据讨论

患者一入院护士就必须评估他是否存在使用约束的条件因素和诱发因素，文献表明在许多的诱发因素和促发因素（看表 2 和表 3）导致护士在照顾患者时使用约束。认识到患者在有使用约束的危险性以及实施替代方法去避免使用约束是维护患者安全的目标之一。条件因素和诱发因素受患者的年龄和其他一些状况的影响，条件因素和诱发因素单独或两者同时存在都会影响护士对有自伤或他伤危险的患者使用约束，一些条件因素同时也是诱发因素，有疾病发生的条件存在的患者，经历一种新的状况时，条件的作用就会增强。

护士应明白患者的诊断，并且评估要涉及到可能导致患者使用约束的诱发因素和条件因素的病史，一旦因素明确，应明确记录在档，并且与跨学科团队交流，现在还缺乏来自所有健康照护机构的大量研究来帮助护士掌握所有的导致患者使用约束的条件因素和诱发因素，患者的特点和诱发因素会影响不同年龄段的患者和不同健康照护机构的患者（比如重症科、长期照护机构以及社会医院），对于一些人群，像老年人，精神患者，创伤患者以及儿童，要给予特别的关注，大量的研究关注了精神病院长期照护机构以及重症监护室的老年人。Borbonniere, strumpf, Evans&maislin (2003) 的定性研究发现，以下患者的特点在使用约束时，作为变量会被忽视，例如：严重受损的精神状况，英语是第二种语言，使用镇静剂感知觉缺失，这些都会影响沟通能力。

了解导致患者入院的病因，所处的状况以及外部环境的潜在影响，在首次评估时非常重要，他关乎在使用约束方面，预防和替代方法相结合计划的制定。护士不仅要考虑到患者的特点，同时也要考虑到有使用约束的特定人群，护士应明白环境因素或都不是临床的诱发因素，像过道拥挤，吃饭时间，等电梯时间长，所处环境嘈杂，搬新家或新的居住环境，置身于音乐中或缺乏音乐，从事社会活动或缺乏社会活动，机构工作人员的态度，人员配置比例以及人员调动都可能引发患者的过激行为，这些行为有可能导致患者使用约束 (Shah, Chiu, Ames, Harrigan, & McKenzie, 2000)。

## 引发的风险因素

新出现的证据建议护士评估潜在增加患者使用约束的诱发因素的特点。表二总结了一些诱发因素以及与之相关的例子，比如包括与患者健康特性相关的预警行为或痴呆（诊断或未诊断的）。

表 2

有关诱发使用约束的危险因素例子
1. 不断增长的年龄
2. 认知改变 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 中重度痴呆</li> <li>• 创伤</li> </ul>
3. 减少或无法沟通 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 失语</li> </ul>
4. 大小便失禁
5. 跌倒病史
6. 增长的依赖 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 活动能力的下降</li> <li>• 日常生活活动的依赖性增加</li> </ul>
7. 心理状况
8. 响应行为 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 攻击性，暴力历史，自伤或他伤经历</li> <li>• 焦虑</li> <li>• 挑战/破坏性行为</li> <li>• 躁动、徘徊</li> </ul>
9. 感知受损 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 耳聋或耳背</li> <li>• 盲或低视力障碍</li> </ul>

## 1) 增长的慢性病年龄

护士应认识到高龄同时相伴其他诱因比如认知下降,有可能导致患者发生徘徊,此行为会影响护士考虑给患者使用约束,Engberg, Nicholos, Castle, &McCaffrey (2008)的研究认为,在被使用约束的患者里年龄大于 80 岁是其中一个因素。

## 2) 认知的改变

谵妄,痴呆,抑郁和精神混乱伴或不伴徘徊是所有使用约束的危险因素,护士对患者认知功能下降的行为的认识和评估在避免患者使用约束来实施策略方面很重要,Kotynia-English, McGoowan, &Almeida (2005)调查;额老年精神跨学科团队对于长期照护机构患者(去选的标准是精神症状阳性,比如抑郁痴呆等)干预的有效性。有效性的标准之一是有无使用约束,对患者认知筛查和早期转诊老年精神跨学科团队不能很大程度改变约束的使用,然而该研究允许患者一入院就对比患者是否使用约束的高危诱因,同时也是促发因素。

## 3) 沟通下降/无法沟通

护士应注意到某些患者(比如中风失语的,患有阿尔茨海默病的)可能无法表达出他们的需要,Canadian coalition for 老年精神健康(CCMH)(2006)认为所有患者的行为改变都有特定的意义并且是和没有被满足的需要有联系,明白患者的行为改变的原因和患者无沟通能力有关联是提供约束使用的替代方法的第一步。在涉及约束有关的文献里有关“无沟通能力”这方面的文章很少,然而临床专家强调了在评估患者是它作为一种疾病发生条件因素的重要性。网络[http://www.alzheimer.ca/English/care/ethicsrestraints,htm](http://www.alzheimer.ca/English/care/ethicsrestraints.htm)中对于阿尔茨海默症护理,伦理指南,约束(2011)建议以下几点很重要:

- a. 通过患者的行为认识问题
- b. 分析患者想要表达什么,确认引起患者响应的诱发因素
- c. 列出可能解决此响应行为的策略,选择一个交优的去实施
- d. 评估实施的效果,对起效或未起效都进行分析看看还有没有更好的策略可供尝试?

## 4) 大小便失禁

患者不依赖于别人,能够自己如厕是维护患者安全的重要方面,依赖他人如厕时患者使用约束的危险因素,因为害怕不能够如厕或害怕大小便失禁引起患者激怒和攻击性行为的诱因,护士应意识到这点,患者为不想大小便失禁而强行自己如厕(Becker 等, 2005)。护士也应对其评估,因为这有可能引起患者跌倒,认知障碍,失禁和视野受损是使用约束的危险指标,但是还需要进一步研究(Becker 等, 2005)。

## 5) 跌倒史/跌倒恐惧

跌倒危险因素一旦确认考虑到患者的安全有可能会给患者使用约束,护士和其他跨学科团队在患者一入院就要评估导致患者跌倒的危险因素并且实施多种个性化的干预来避免物理约束的使用包括约束床挡的使用(RNAO, rev, 2011, safer Heattthcare NOW! [SHN] 2010) Engberg 等(2008)发现跌倒者在入住长期照护机构之前之前的多次跌倒与患者被使用约束有关联。Rask 等(2007)研究了跌倒管理项目质量提升的效果,改项目从应对有关跌倒的 8 步示范对护士进行教育:

24 小时之内的跌倒:

1. 评估监测跌倒者
2. 调查跌倒周围的环境
3. 记录跌倒/坠床时周围的环境,跌倒/坠床后患者的状态以及工作人员对此的应对措施
4. 传真告知该患者的初次保健医生

## 促进安全:约束使用的替代方法

### 5. 启动立即干预措施

1 至 7 天:

6. 对跌倒/坠床者进行跌倒/坠床评估

7. 建立个性化的照护计划

8. 持续（1-6 个月）监测干预的实施情况以及跌倒/坠床者的反应

Rask et al. 声称在长期家庭照护里运用这些范例不断改进照护程序能很大程度减少约束的使用和跌倒的发生。

## 6) 增长的依赖性

### a. 日常生活活动受损

在长期照护机构中不能独立从事日常生活的患者被证实使用约束的危险性更大。Kirkevdd 和 Engedal(2004)发现日常生活活动的应对和约束使用的关联性很大, Engberg et al(2008)认为对日常生活活动的依赖性越高,有跌倒/坠床的经历以及认知能力分数低有使用物理约束有关联

### b. 活动能力下降

徘徊,依赖别人行走,跌倒坠床的经历以及有跌倒/坠床的危险,这些都会导致使用约束。能够独立活动是确保患者安全时护士评估的一个主要方面。Becker et al(2005)认为那些不能独立运动的住在长期照护机构的客户跌倒/坠床的危险性和约束使用的危险性都更高。Engberg et al(2008)研究了住在长期照护家庭的居民,研究发现使用约束的患者在认知能力,日常生活的应对以及独立行走方面都不如未被使用约束的居民。Rask et al(2007)指出对日常生活的依赖性增加,长期卧床,运动范围降低,使用九种或更多种药物,长期住院,存在瘀疮都和运动能力下降有关,而这常常导致患者使用约束。

## 7) 心理状况

新文献指出有特定的行为特点且伴随精神症状的患者使用约束的危险性很高,约束也包括隔离(Kaltiala-Heino, Tuohimaki, Korkeila, & Lehtinen,2003)。

### 成年人:

精神病院受约束的成年人有以下特点(Downes, Healy, Page, Bryant, & Isbister, 2009; Flannery, Rachlin, & Walker, 2002; Hellerstein, Staub, & Lequesne, 2007):

- 自我投毒的暴力
- 酒精或药物中毒或中断
- 精神疾病
- 人格缺失
- 易激惹
- 有精神分裂症的老年人

### 青年人:

精神病院受约束的青少年有以下特点(Delaney & Fogg, 2005):

- 男性
- 多次入院
- 住院时间长
- 精神疾病
- 以前由于精神疾病入院经历
- 接受特殊的教育或受儿童和家庭服务部门的监管
- 声称要自杀或有自杀企图
- 恐吓, 激惹或有强奸行为

## 促进安全:约束使用的替代方法

### 8) 响应行为

- 攻击性暴力经历, 自伤或他伤的危险  
护士应考虑到患者的安全, 当患者有攻击性行为时要意识到这有可能导致自伤或伤害到别人, 中重度的痴呆或攻击行为和使用约束有关联(Kirkevold & Engedal, 2004)。
- 焦虑挑战或破坏性行为  
护士应帮助患者认识他们内在的情感状态, 为了帮助患者建立自控策略, 该策略旨在更多的使用正确的应对行为。Dean, duke, George, & Scott (2007) 概述了挑战性的行为应该通过避免或最小限度的使用约束干预去管理, 同时引导患者选择其他适当的应对行为(Choi & Song, 2003)。
- 躁动/徘徊  
护士应该明白患者的躁动会引发徘徊的行为, 又会对治疗造成干扰, 是使用约束的一个原因。
- 自伤的经历

护士应认识到条件因素会引发患者潜在的自伤, 在长期照护家庭里, 百分之二十二痴呆患者有自伤行为(de Jonghe-Rouleau, Pot, & de Jonghe, 2005), 这些患者服用苯二氮卓类药物被使用约束, 通常丧失了行动能力(de Jonghe-Rouleau et al.), 自伤行为包括撞头, 咬或抓自己。自伤通常是偶然的无意识的, 表现如同精神症状里的分离状态(tional Institute for Clinical Excellence [NICE], 2004)。

### 9) 感知受损

为保障患者的安全, 护士和跨学科团队应对患者的听力和视力进行评估, 听力或视力受损与跌倒/坠床使用约束的关系很大(Lee, Hui, Chan, Chi, & Woo, 2008; Putman & Wang, 2007)。

## 诱发的风险因素

护士应评估和监测任何对患者来说不正常的因素，比如新入住健康照护机构患者有可能产生应对行为，为应对这些行为患者会被用上约束。一般说来，风险因素（引发和诱发因素）越多，患者被使用约束的危险性就越大。许多使用约束存在诱发因素时，之前都存在引发因素，由于环境和患者的状况的改变，引发了患者不同的应对。

表3

使用约束的诱因例子
认知变化 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 谵妄</li> <li>• 痴呆</li> <li>• 抑郁</li> <li>• 不能记住指示</li> </ul>
行动减少 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 长期卧床</li> <li>• 缺乏帮助装置</li> </ul>
环境因素 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 音乐</li> <li>• 噪音</li> <li>• 温度</li> <li>• 不熟悉的环境</li> </ul>
跌倒/坠床
药物影响 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 酒精和其他物质的滥用</li> <li>• 苯二氮卓类</li> <li>• 新药</li> <li>• 多种药</li> <li>• 精神兴奋剂</li> </ul>
多次住院
手术/规程介入

## 促进安全:约束使用的替代方法

### 未被满足的需要

- 焦虑
- 恐惧
- 饥饿
- 疼痛
- 口渴



## 认知变化

除了条件危险因素概述的有关认知变化的信息外，护士还需继续监测患者新的认知变化，比如痴呆的患者又突发谵妄，此变化会导致约束的使用（RNAO.rev.2012a,b）。

## 活动能力减退，跌倒

除了条件危险因素概述的有关运动受损的信息外，对于护士来说，知道什么装置对患者安全有不会约束患者是非常重要的。比如在转移患者是为了保护患者的安全给患者安置床挡，或在特殊的科室像手术室，康复室，重症监护室或儿科病房给患者安置床挡，在这些情况下床挡不被视为一种物理约束，而是一种保护患者安全的必要措施。目前的文献观点认为：了解患者行为背后的原因，并且对有跌倒/坠床危险的患者实施多种不断优化的个性化的替代方法而不是只通过约束来控制患者的行为。Ng, McMaster, & Heng 所作的系统回顾证实：没有证据支持在重症科室使用约束床挡能避免跌倒/坠床，不使用物理约束和约束性床挡跌倒/坠床发生的概率也没有增加(RNAO, rev. 2011)。

## 环境因素

护士应意识到环境因素可能会触发患者激惹和焦虑，因此应与跨学科团队一道避免或减少环境因素对患者的刺激，这样能避免使用约束。Putman and Wang (2007) 认为在家庭照护机构里掌握与患者激惹和焦虑行为有关的促发环境因素很重要，Nobili et al (2008) 比较了阿尔茨海默症特护病房和传统的照护长期照护家庭，比较结果发现入住阿尔茨海默病特护的痴呆患者再次入院的几率和使用物理约束的几率较低，对于抗精神药使用的几率低，阿尔茨海默症特护病房的工作人员的组成是多学科的（医生，护士，心理师，康复师以及职业理疗师），并且在评估患者的行为通过运用多种活动激发患者残余的认知功能方面都受过专门的训练，对患者的照护时职业化的个性护理，每个阿尔茨海默特护病房都会有一个经过特殊设计的环境，包括徘徊地方的开辟，不同活动的区域有间隔，最小的有害物质的刺激明亮的房门颜色，有扶手，中性颜色的墙壁，出口运用带数字密码的磁性锁来控制门不同的区域要有不同的标识以帮助患者区分。

## 药物影响

苯二氮卓类和精神兴奋剂像抗抑郁药或者物质滥用包括酒精。这些都会使患者有使用约束的危险，一旦患者入院，护士应常规评估药物对患者的行为影响，这些行为是否导致患者使用约束，首次使用约束被认为与之前有跌倒坠床病史和服用精神兴奋药有关（RNAD, rev.2011）使用药物的初衷是为了达到他的治疗疾病的效果，但是由于药物滥用或对药物有依赖，由此产生的副作用会引发患者的应对行为，这些行为和患者被使用约束有关（Engberg et al., 2008; Möhler, Richter, Köpke, & Meyer, 2011; Putman & Wang, 2007）。

## 多次住院

看 引 发 因 素 #7 心 理 状 况

## 手术/规程干预

为确保患者的安全避免患者受到伤害，在一些医疗情景下对于一些必须的治疗要果断作出决定，手术室，康复室和重症监护室的治疗过程常常引发患者的焦虑疑惑和恐惧。这些情感体验会引发患者的攻击行为，而这导致了治疗的中断，比如患者拒绝扎针或输液 Sullivan-Marx, Kurlowicz, Maislin, & Carson (2001)研究认为患者术后是否使用约束可以从以下九个方面预测：患者术前是否年龄小于八十五岁，是否有痴呆，思维混乱，日常生活是否需要部分帮助或完全依赖，术前是否使用过约束。

CNO(rev.2009c)认为在患者不能够理解治疗干预的情况下可行用约束（比如被帮助患者呼吸下的气管插管）CNO 概述了护士在特定的情况下可以适当使用约束，但是得向患者解释清楚为什么使用约束，一旦患者安全尽早终止约束使用。

### • 治疗中断

一旦认为患者的行为干扰了治疗比如输液或留置尿管，护士就很容易给患者使用约束(Ludwick, Meehan, Zeller, & O' Toole, 2008). Choi & Song (2003)发现护士为入住重症监护室躁动的患者上了约束，原因是他们觉得患者的躁动行为有可能会使治疗中断。

## 未被满足的需求

护士应认识到日常行为活动能力下降的患者满足不了他们的基本需求（像饥饿，疼痛，口渴）患者会焦虑，恐惧，如厕困难也可成为引发患者攻击性，自伤或他伤的行为，这些可导致患者使用约束。

### 推荐 3

护士应使用临床评判思维和有效的评估工具来评估患者是否有使用约束的危险

证据等级=IIb

## 证据讨论

在患者一入院和整个住院的过程中,为保证患者的安全护士应具备能识别患者是否有自伤或他伤行为的能力，把临床评判思维和使用旨在识别患者某一方面因素的筛查评估工具结合起来能帮助护士识别是否有使用约束的危险，并且方便以后的转诊和跨学科团队制定干预措施。护士与跨学科团队人员以及患者一道制定合适的策略应对危机发生时患者的应对行为，进而减少使用约束，精神健康网 <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/>上有与儿童的青少年，成年人量身定做的采访工具，儿童的采访工具配有图画来帮助他们认识采访触发器，警告标示，这样会使他们感觉好一些。患者一入院从患者，家属或患者的监护人那里采集患者的详细病史非常重要，因为他关系到患者由于跌倒/坠床或认知受损是否导致有受伤的危险.RNAO 认为评估工具应该首先评估出危险因素，这样就能针对危险因素给予预防措施，此外全面的评估还应包括病史，查体，药物服用史，认知，环境。把所有的评估发现和询证干

预结合起来。

评估工具能帮助护士更深层次的识别患者使用约束的危险因素(Engberg et al., 2008; Yamamoto, Izumi, & Usui, 2006)，有用的评估工具能够帮助识别患者的特定需要。一些评估工具的例子如下

- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) for assessment of agitation (Cohen-Mansfield,1989); (激惹评估)
- Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) (Tenneij, Goedhard, Stolker, Nijman, & Koot, 2009) for aggression; (工作人员观察攻击性量表)
- Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) (see Appendix F) for historical and current assessment of seven risk domains (violence, suicide, self-harm, self-neglect, unauthorized absence, substance use, and victimization); (短期风险评估以及可处理性，见附件 F，涉及到七大方面：暴力，自杀，自伤，自我忽视，擅离职守，物质滥用，欺骗)
- Broset Violence Checklist (BVC) (see Appendix G) to assess confusion, irritability, boisterousness, verbal threats,attacks on objects; or Historical-Clinical-Risk Management: 20 (HCR-20) (see Appendix H) to assess the historical and current risk for violence in psychiatric, corrections or forensic settings; (暴力清单，见附件 G，评估困惑，易怒，狂热，口头威胁，攻击物体；历史现存风险评估 见附件 H 评估过去的和现存的精神暴力)
- Tools for altered cognition (delirium, dementia and depression [RNAO, rev 2010b]); (认知改变的评估工具 谵妄，痴呆 抑郁)
- Tools for assessment of pain (RNAO, rev. 2007a) (疼痛评估量表)

Flannery et al. (2002)等人认为以前有暴力史和强奸史的患者使用约束的危险性就越高，Hellerstein et al. (2007)等人提出减少精神科患者约束和隔离措施的使用，该措施包括：把约束时间从四小时减少至两小时，教育员工对有使用约束和隔离的患者进行识别，早期干预避免危机，运用应对协议问卷（附件 I）对患者应对激惹进行评估，这个问卷主要询问患者什么使他们感到不安，当感到不安的时候是怎么应对的，在病房他们想要被怎么对待，同时需询问患者的家人，监护人对患者有效的应对方法。诸如此类的量表能帮助护士和跨学科团队更好的服务于患者。

攻击性行为能增加约束的使用，评估能帮助声称有攻击行为的患者更好的应对，同时识别导致攻击行为的诱发因素，以有效采用行为管理或危机干预策略 (RNAO, rev. 2006b)。

#### 推荐 4

护士应于其它跨专业团队（跨专业团队：不同领域的健康照护者通过相互协作在同一个健康机构或者不同的健康机构之间给患者提供高质量的照护）以及患者、患者的家人、能替代患者做决定的人（监护人）一起合作来创建一个个性化的照护计划，该计划旨在关注约束使用的替代方法  
证据等级=IIb

## 证据讨论

为确保患者的安全，跨学科团队人员的互相合作是非常重要的(Swauger & Tomlin, 2000)护士与跨学科团队，患者，患者家人，患者监护人一道制定可行的计划，为了避免或减轻患者的响应行为（这些行为也许就是患者没有被满足的需求的外在表现）所以计划要能最大限度的满足患者的需求和愿望(CCSMH, 2006)，计划中的替代方法要建立在对患者特点进行全面评估的基础上，包括患者的定向力水平，身体的功能以及所处的环境因素。(Dunn, 2001; Snyder, 2004)

照护的重点应该发现当患者需要未被满足时患者表现出响应行为的原因，原因一旦被确定，就应该制定个性化的干预措施来帮助护士患者和跨学科团队解决有可能使患者使用约束的事情。Happ (2000)认为在患者没有被使用约束的情况下为了避免患者导致的治疗中断需要掌握以下原则：明白患者行为所表达的意思，患者责任护士的连续性，个性化的服务，以及实施评并估持之以恒。Happ (2000) and Snyder (2004)概述了在老年病房和儿科重症监护室为预防由于患者行为导致的治疗干扰最好的实践方法（见表 4 和表 5）

表 4

在不使用约束的情况下预防成年人对治疗的干扰(Happ, 2000)	
解释和提醒	<ul style="list-style-type: none"> <li>频繁的口头解释</li> <li>仪器装置引导的可视化</li> <li>备忘录</li> </ul>
转移和分散	<ul style="list-style-type: none"> <li>活动围裙</li> <li>职业治疗咨询</li> <li>写字工具</li> <li>阅读资料</li> <li>小配件</li> <li>影集</li> <li>浴巾</li> <li>包装</li> <li>音乐</li> <li>电视</li> </ul>
修饰	<ul style="list-style-type: none"> <li>长袖病号服</li> <li>好看的衣装鞋帽、围巾、发绳</li> <li>保护装置、软垫套、输液保护装置</li> <li>腹带</li> <li>视野之内不要有管路</li> </ul>
舒适和体位	<ul style="list-style-type: none"> <li>体位的特殊床垫</li> <li>管路稳定器</li> <li>辅助沟通</li> <li>镇痛剂和镇静剂</li> <li>芳香疗法</li> </ul>
技术减少	<ul style="list-style-type: none"> <li>停止不必要的装置</li> <li>输液适配器</li> <li>用更少约束更少侵入的装置</li> </ul>

## 促进安全:约束使用的替代方法

### 环境

可视的最大化

摄影机

较少噪音

家人在场

保姆或同伴在场

Permission granted Copyright Clearnace Cente

表 5

## 预防孩子对治疗干扰的护理措施(Snyder, 2004)

- 与孩子和孩子家人建立密切关系
- 把相关信息提供给孩子和孩子家人
- 让孩子做创造性刺激的活动
- 把治疗装置放在方便的地方
- 侵入性的装置（输液扎针）不能妨碍患儿的活动
- 患者的穿着装饰轻便舒适
- 谨慎使用胶带
- 一些刺激性操作要让患儿做好准备
- 和患儿一同做操作
- 给患儿选择
- 使用引导性的解释
- 拥护以家庭为中心的照护
- 认真选择避免治疗干扰的干预措施
- 刺激性操作时分散患儿注意力

Crock et al. (2003)等人认为患儿对反复进行的诊断和治疗性操作像骨穿和腰穿会感到疼痛和恐惧，操作前的评估能帮助护士和跨学科团队了解患儿对将要进行的操作到底有多恐惧和不安，同时有助于找到应对由于患儿的害怕、焦虑、烦乱引发的响应行为的方法。（看推荐 2，分段 手术/操作干扰）。操作后还要对患儿对这次操作后不舒服的体验做评估以帮助护士和跨学科团队在以后的操作中减轻由此带来的响应行为(Crock et al.)

为了更好的理解患者行为背后的意义，挖掘出没有被满足的需要，制定出具体的预防和替代方法来避免或减少约束的使用，护士应该：

- 明白导致自伤或他伤行为的原因，这些行为可能导致患者使用约束，所有的行为都有它的内在含义（看推荐 2）
- 评估导致患者未被满足的需要以响应行为的方式表现出来的条件因素和诱发因素，患者的行为有可能会被使用约束（看推荐 2 和 3）
- 为实现避免或减少患者自伤或他伤的长短期目标，护士应给患者制定个性化的照护方案以满足患者的治疗性需求
- 加强与跨学科团队人员的合作与交流，照护计划应包括约束的预防和替代方法，为避免使用约束降级也考虑在内。
- 持续评估患者对约束的预防和替代方法的反馈，不断的对照护计划作出调整，基于患者存在的问题也许要经过好多次的尝试才能得到最优的约束预防和替代方法。

认识到护士关于约束的价值观以及知识掌握度很重要 (CNO, rev. 2009b)，研究突出强调了自我认识和自我管理会影响护士的沟通和实施有效策略的能力 Johnson & Hauser (2001)发现那些能认识到自己的价值和情感变化的护士在满足患者的需求时能保持镇静处理问题方法也得当。Bigwood & Crowe (2008)研究了心理健康护士有关物理约束的经历，研究发现护士的心理斗争的主要来源是要控制住比患者以及和患者之间的治疗性关系的职业价值。 Karlsson, Bucht, Eriksson, & Sandman (2001)发现护士对于约束使用的态度和护士决定不决定使用约束关系很大。基于证据来源的案例，工具和调查问卷都可以帮助健康照护者评估他们对于约束使用的价值取向。这方面的网站有 Penn Nursing Science，宾夕法尼亚州护理学院 <http://www.nursing.upenn.edu/cisa/Pages/Research.aspx>。次网站上有以下问卷：

### 1.初级护士问卷

### 2.对约束使用的认识问卷（看附录 K），附带一个行为和干预的矩阵图。

当要制定计划时有很多方法去评估和照护那些由于应激行为会导致使用约束的患者。O' Hagan, Divis, & Long (2008) 认为基于患者的特点要提前制定危机应对计划？ O' Hagan et al.等人概述了对所有进入健康照护机构的患者都要尽快对他们有无暴力危险性、受伤史和物质滥用史进行评估，这样有助于护士和其它跨学科团队以及患者患者家属以及患者或者患者的监护人一道制定危机应对计划。这个过程能够帮助大家认识触发因素和早期的预警信号同时也有利于护士和跨学科团队一起商讨应对患者的激惹和攻击性行为的策略 (O' Hagan et al.)

有好多模型能帮助护士、跨学科团队更好的和患者、患者家属以及患者监护人合作，比如



- 恢复健康行动计划 <http://www.mentalhealthrecovery.com/aboutwrap.php>;
- P.I.E.C.E.S.TM - <http://www.piecescanada.com/>;
- 潮汐模型 <http://www.tidal-model.com/>.

任何一种模型的基本原则或者照护方式都是对潜在危险的预防消灭或者最小化，同时支持患者在危机发生时采取合理的应对行为(Dean et al., 2007).使用特定的具体的应对措施能减轻由于诱发因素导致的应对行为？在一个个性化的照护方案中会有多种策略，把患者最喜欢的策略考虑进去会预防约束的使用。在患者的应激行为出现之前制定的计划应被得到认可，当危机发生时能满足患者的需要。一些有关怎样发现和记录诱发因素，行为的趋势和患者喜好的例子会在附录 L（前奏，行为和结果工具表）以及附录 M（行为监测日志）上有显示。

## 推荐 5

护士与其它跨专业团队应基于观察患者或患者的家人以及能代替患者做决定的人所表现出的担心来对该计划进行连续的监测和动态的评估

证据等级=IV

## 证据讨论

推荐指出再次评估要有规律的间隔或者在患者的行为或身体功能发生大的变化时。持续评估的目的是发现症状，并对症状进一步调查，这样有利于团队应对不断变化的需求同时预防和调整干预计划(CCSMH, 2006)。照护计划里有关用于监测和再次评估干预有效性的常规要有相关组织的立法去引导 ( e.g. Ministry of Health and Long-Term Care: Long-Term Care Homes Act, 2007 and Ontario Mental Health Act, 1990) ) 对护士来说认识到相关组织的立法和患者群体对建立和引导这些监测和再次评估的常规都有帮助，这点很重要，一个结构化标准化的筛查方法 ( 比如使用条目来评估患者有使用约束的危险 ) 是非常有用的因为工具和条目能指导护士和跨学科团队去学习不止一个方法(比如个人汇报，代理报告和观察)并且把其它的因素考虑在内像患者的类型，患者的病史和诊断，特定的触发因素和环境，另外，基于特定的环境和患者群体一些评估工具是强制执行的。(e.g. Resident Assessment Instrument[RAI] Minimum Data Set [MDS] or the Functional Independence Measure [FIM] used in rehabilitation settings) (RNAO, rev. 2010a) 护士应该知道需要强制执行这一类的要求。来自筛查的结果应该会使用到决策算法 ( 看附件 N ) 或者使用行为概要文件形式(看附件 0)?这有助于护士实施有目的的评估进而对发现的症状或情景进行特定的干预。确保照护计划的干预措施是合理的?一旦需要立即实施替代方法，持续评估患者的行为能给予护士和跨学科团队警示 (RNAO, rev. 2006b; RNAO, rev. 2010a; RNAO, rev. 2010b) 照护计划要能够指导和促进临床治疗有效性及其结果的持续评估，监测患者的变化以及确保干预目标和以患者为中心的目标是一致的这点很关键 (CCSMH, 2006; RNAO, rev. 2010a)。

持续监测能够早期发现意外的临床事件同时有助于跨学科团队对照护计划的不断评估和修改。另外，持续评估能帮助护士和团队成员发现通过哪一种治疗行为患者的情况改善了或者使用约束的危险性降低了。

对于护士来说要发现患者的意识、情绪、行为和身体功能的变化，知道筛查的过成和持续的评估是非常重要的。评估结果的讨论和记录在以下几个方面都是很关键的比如保证患者的安全，提高照护的质量以及预防使用约束。(RNAO, rev. 2010a)。在适当的情况下同时要获得患者的同意，护士可以从患者的亲人或患者的保姆 ( 确保这些人信息的可靠 ) 那里去咨询患者有无异常行为(RNAO, rev. 2010b) , The Documentation Standard (CNO, rev. 2008)支持护理实践标准并且以文件的形式展示了有关患者需求的护理评估，满足患者治疗需求的个性化的照护计划，反应患者观点的愿望，照护的关系是治疗性的护患关系。同时支持跨学科团队之间的交流。

## 推荐 6

护士应与其它跨专业团队合作，通过实施多种策略来避免有使用约束危险的患者使用约束

证据等级=IIa

## 证据讨论

研究(Ludwick et al., 2008; Vance, 2003)概述了决定的复杂性影响护士是否为患者使用约束，有关使用多种预防和替代策略来最大限度的减少或避免使用约束的知识在不断的发展 (Evans et al., 2002)。替代策略的实施（见附录 J 和 P）要求有既安全又最小受限的环境，并且做到早期评估和干预，制定个性化的照护方案。

要达到避免使用约束这个目标，制定个性化的照护方法是基础，研究(Amato, Salter, & Mion, 2006; Dean et al., 2007; Donat, 2003; McCue, Urcuyo, Lilo, Tobias, & Chambers, 2004)认为预防约束要包括以下几个方面：

- 领导的支持和执行力
- 对使用约束/隔离事件的回顾
- 对健康照护者，患者，患者家属以及患者监护人进行教育
- 向合适的跨专业团队成员进行咨询
- 早期发现有可能使患者使用约束的危险因素
- 对患者合理的应对行为进行强化
- 个性化的照护计划

## 有关预防约束使用的其它建议

### 咨询

- **开业护士和临床护理专家**
  - 在涉及到约束使用时开业护士和临床护理专家能帮助护士作出明智的决定？ (Evans et al., 2002; Möhler et al., 2011)开业护士和临床护理专家于护士一起参与到患者的照护过程中去能更好的认识患者的危险并且做出明智的临床决策，同时也有助于政策的宣传，支持在患者出现应激行为之前或之中使用约束的替代方法的实践。
- **迅速回应或危机应对团队**
  - 研究 (McCue et al., 2004; Prescott, Madden, Dennis, Tisher, & Wingate, 2007)表明应对团队有助于患者应对行为降级，以达到能够避免或最少使用约束，Prescott et al 等人发现在重症精神监护病房里组建快速应对团队在六个周的干预期里能很大程度的减少物理约束的使用。

### 行为管理计划

对于许多患者来说系统性的照护计划在减少攻击性行为上很有效，而攻击性行为很可能会被使用约束。Dean et al. (2007)在一个青少年精神病房的研究表明：对健康照护者进行培训，给患者制定个性化的健康照护计划，早期干预，对患者合理的应对行为强化，一旦使用约束时要选择危害最小的约束形式。McCue et al.认为压力/愤怒管理小组有助于减少患者的侵略性行同时减少与之相关的约束的使用。护士与跨学科团队以及

### 促进安全:约束使用的替代方法

患者合作对于制定和实施行为管理计划以及持续评估应对行为策略的有效性非常重要。

#### 决策团队的策略和工具

在照护过程中使用工具能帮助护士认识关于使用床档的多种方法。附件 Q 是一个工具的例子，能为护士提供关于使用约束床档的策略。Capezuti et al. (2007) 使用 APNs 在四个长期照护家庭中来评估个人约束床档使用的情况，结果显示患者使用约束床档能减少坠床的概率，以及跌倒和损伤。

#### 定向力

老年谵妄患者烦乱时会有使用约束的危险，Vidan et al. (2009)概括了以下干预措施。

- 给患者定位
- 每个屋安装闹钟和日历
- 告知患者今天几号了，现在几点了，在哪以及住院的原因
- 需要用眼睛或助听器时提醒患者使用
- 使用热牛奶和菊花茶来帮助睡眠，患者睡觉时避免护理操作
- 每天要运动
- 避免连续输液
- 如果患者不能活动为了避免发生压疮或皮肤受损要每三个小时给患者翻一次身。

#### 娱乐活动

Putman & Wang (2007)使用了多种干预措施来探究引发患者激惹和焦虑的原因，其中也包括护理家庭环境的影响，因为它和患者的应激行为有关系。结果指出娱乐活动作为许多干预措施的一种能减轻患者的焦虑和激惹，加强了患者的社会存在感。这些都可以减少约束的使用以及抗精神药物的使用(Putman & Wang)。

**推荐 7**

护士与其它跨专业团队应该实施降级(降级:复杂且范围很广的一个技能旨在在患者病情不断恶化时终止其攻击周期,主要包括语言和非语言沟通技巧和危机管理技巧以及调动合适的资源来提升安全,减轻患者不断升级的应对行为所造成伤害的危险性)

推荐级别=IV 级

## 证据讨论

护士应认识到环境因素能导致患者应激行为的升级,嘈杂拥挤没有隐私的环境会增加患者的激惹。认识什么因素会引发患者的应激行为不仅是一种预防策略同时也是制定个性化的降级计划的原则(看附件 R)。预防包括认识到患者激惹行为升级的早期征兆。附件 S 和 T 里的工具能帮助护士认识和发现患者不断升级的应对行为。对这些患者不断升级的应对行为知识的掌握不仅对于预防患者情况恶化很重要,同时对于所有的健康照护者也很重要因为这涉及到为患者提供持续的个性化的照护方法。

为了更好的应对危机情况对于护士来说掌握广泛的降级技巧以及行为管理策略是非常必要的。附件 U 提供了一些应对患者应激行为的一些降级技巧以及一些患者喜欢的干预措施。护士应清楚自己以下方面的能力:降级的能力;危机管理的能力;创伤照护的能力;温柔的说服力,以患者/家庭为中心的照护能力。护士要能够很好的使用治疗性的人际沟通能力(看推荐#1)包括在复杂情况下运用评估量表来评估患者。(看推荐#2 和#3)

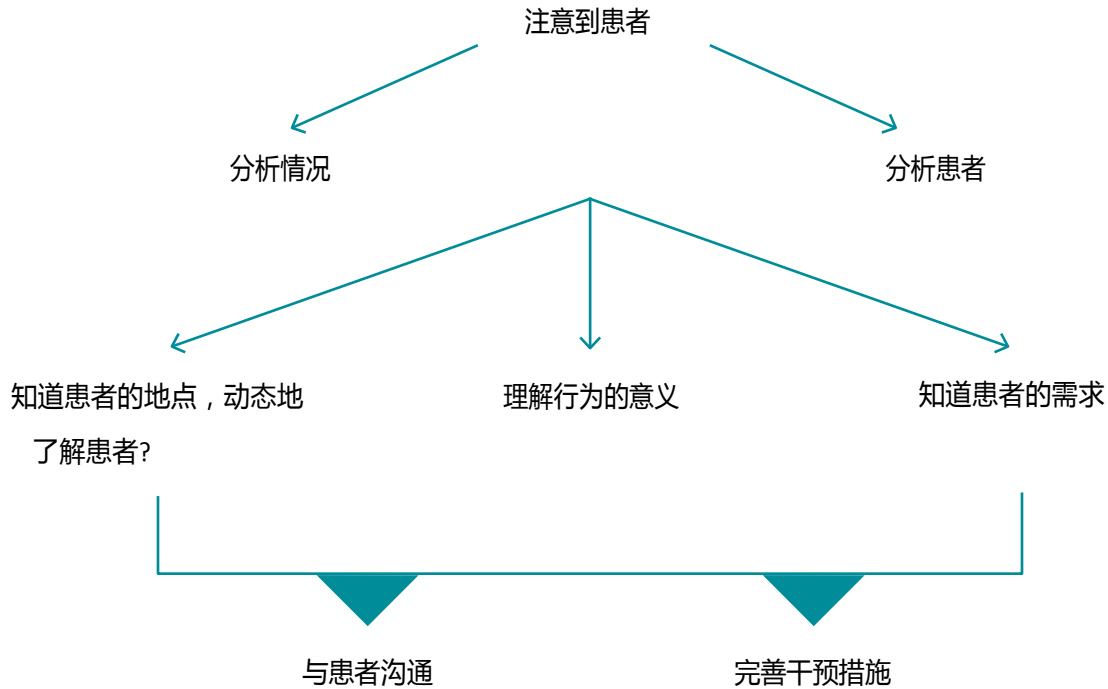
当患者有自伤或他伤的应激行为时,涉及到环境改变时护士应知道何时和跨学科团队以及组织领导合作。环境的改变能帮助护士减少患者有害的应激行为,同时有助于护士在考虑使用约束之前,能为护士提供安全的空间对患者去实施降级策略。Beck et al. (2008)在精神院对约束和隔离的形式做了一个研究,研究发现低危险性的患者.....? Beck et al 等人总结低危险的患者入院后应到较低约束的治疗环境中去,然而有关不同降级和危机管理技巧的研究和证据还很有限。

护士在运用降级的情况下应考虑到患者的生理和心理,对患者做一个全面的评估,从而发现患者出现应激行为的原因。生理压力比如饥饿和疼痛,身体健康压力比如感染和谵妄这些所引起的激惹与由于拥挤,嘈杂迷茫所引起的激惹是不同的(NCCNSC, 2005; Park, Hsiao-Chen Tang, & Ledford, 2005)。Johnson & Hauser (2001)发现了护士对患者应激行为进行适当的降级的行动模式,这个行动模式包括以下几个方面的能力

- 正确的观察和理解患者的需求
- 考虑到引发患者应激行为的环境因素
- 评估患者应激行为所要表达的意义
- 实施能够满足患者需要的干预措施

在制定患者个性化的照护计划时护士和跨学科团队应该考虑到组织对于降级和危机管理的标准方法。替代方法包括给患者提供舒适、给患者提供有意义的活动、为患者提供安全的环境(Snyder, 2004)。对于激惹行为的治疗方法应根据当时的情况而定,比如患者的精神疾病状况,患者的年龄,焦虑的程度以及激惹的持续时间(Johnson & Hauser, 2001)。

图 6: 应对患者应激行为的降级模式



Reprinted with permission from *Mental Health Nursing*.

### 推荐 8

护士与跨专业团队的合作应该从事最小化客户安全任何风险的护理实践并且使其在整个约束过程持续时间中感到幸福。

证据等级=IV

## 证据讨论

无约束环境需要的理念中需要首要关注的地方是评估、预防和替代方法的使用。其次需要关注的地方是替代方法的实施，包括降级干预的使用和危机管理技术；当且仅当所有其他的替代方法被认为是无效时而采用约束作为最后的方式（见图 1）。Choi and Song (2003)指出护士是为客户安全考虑而使用约束的主要决策人。在成人精神病机构中没有充分的证据表明对扰乱/挑衅行为进行包括短期隔离管理的约束的支持(Mamun & Lim, 2005; McCue 等, 2004; Nelstrop 等, 2006)。相关文献关于对响应的、挑衅的或具有伤害行为的管理上(Choi & Song; CNO, rev., 2009c; Maccioli et al., 2003; Mamun & Lim; Muralidharan & Fenton, 2008)建议如果约束（包括隔离）被认为是必要的，护士应该做到：

物理约束的使用减少可能会导致增加使用化学约束(Beaulieu 等, 2008)。为了最小化这个可能，Thapa 等(2003)不推荐“按需”使用的药品，因为这存在强制性管理从而会导致不合理的使用。在临床实践中过度使用“按需药品”可能会导致客户权利的丢失并且可能会有法律问题。必须有一个程序要求护士和跨专业团队去审查“按需”药品的使用许可，确保这些药品不会在临床中被用于化学约束。Voyer 等人 (2005)建议应该减少不必要的安定药物的使用来治疗破坏行为和睡眠问题。睡眠问题应该被评估并且考虑辅助睡眠和睡眠保健方法。诸如音

乐(Janelli, Kanski, & Wu, 2002)替代方法和芳香疗法(Friedman, Mendelson, Bingham, & Kates, 2009)已经被认为对有反应的无约束客户具有镇定效果。Voyer 等人发现社会(探访)和物理(约束的使用)因素实际上会加重认知障碍客户的响应行为,这是因为这些因素会侵犯他们的隐私和个人空间。替代方法作为避免使用化学约束的方法应该符合客户的偏好。

护士必须要知道组织政策(什么是,或者不是约束)和程序(当约束被认为是作为最后的手段)是否是基于医疗部门和客户由特定的法律指导(见附录 V,网站资源列表)。CNO (rev.2009c)认为约束是什么样的取决于组织的设定(比如,总是被采用环境约束的约束设施和儿科采用婴儿床的设置就不被认为是约束)。加拿大安大略省的长期家庭护理法案(2007)指出个人援助辅助设备(PASD)被核准可以被跨专业团队和客户/家属/SDM 使用,护理计划中的文件记录是能够以辅助客户日常活动为特定目的的。PASD 在这个定义下,如果 PASD 的替代方法已被考虑了,加拿大安大略省长期护理立法管理认为其不属于约束。

护士一定要频繁地对客户进行监控以观测由于约束带来的并发症的发展(Chaves, Cooper,Collins, Karmarkar, & Cooper, 2007; Maccioli et al., 2003; Mamun & Lim, 2005; Nelstrop 等, 2006)。护士必须要有赖在约束使用可能导致的多个医学的、心理的和功能性并发症(见图 7)方面的知识,并且积极的进行观察、监测和跟踪。

- 查看客户的诱发标准;
- 识别客户的响应行为;
- 文档和启动策略,包括客户使用替代方法的偏好以及帮助客户应对的降级策略;
- 与跨专业团队和客户/家属/SDM 咨询,并且只有在消除或修改危险因素不成功认为约束需要后才能开始;
- 按照医生指导—时间上的限制,特定种类的约束和产品的使用;
- 倡导最少限制的约束和最早安全解除约束;
- 继续开发新的替代方法;
- 审查与客户/家属/SDM 同意书;
- 跨专业团队和客户/家属/SDM 合作发起一个护理计划;
- 需要知道客户当不知道他们为什么被使用约束时会感到不安全,需要确保客户被告知他们的权利、他们为什么被使用约束以及他们需要作出什么样的行为才能被解除约束;
- 按组织政策提供持续的监测,包括为了客户所需的安全所采用的监测频率和类型,客户对约束过程的反应,探索使用新的替代策略采用的任何安慰措施和流程,以及最早判断安全释放对客户的约束;
- 记录约束使用以及采用标准的约束方式对客户进行监控;
- 对跨专业团队和客户/家属/SDM 进行情况汇报以得到支持;

■从客户角度来看关于医患关系的加强和重建;

■从缓解约束风险的角度来审查约束的时间。审查应重点关注对预防的分析、降级和优先级高于使用约束的最佳实践策略，包括环境注意事项和对起作用 and 不起租用方面的评估，这些都要与客户的护理计划作出后续的调整；

■对任何客户并发症或约束环境下的安全隐患事件或因约束使用而导致的直接后果的审查，因为这些类型的有害事件会随着进一步审查，政策和规程的调整和教育员工而被避免。



表 7:使用约束可能的并发症

医学的
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 行为变化</li> <li>· ■ 激动增加</li> <li>· ■ 沮丧增加</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 心血管行为变化</li> <li>· ■ 血压血量和基础代谢率的变化</li> <li>· ■ 心脏负荷</li> <li>· ■ 静脉淤血（血凝块、肺栓）、下肢水肿</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 死亡</li> <li>· ■ 窒息</li> <li>· ■ 误吸</li> <li>· ■ 勒死</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 退化的功能状态</li> <li>· ■ 去适应作用</li> <li>· ■ 依赖增加</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 粪便嵌塞</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 水分和营养状况变化</li> <li>· ■ 脱水</li> <li>· ■ 食欲不振</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 大小便失禁</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 感染</li> <li>· ■ 由于不能移动导致的院内感染（如肺炎）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 伤害</li> <li>· ■ 跌倒造成的伤害</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 肌肉骨骼的变化</li> <li>· ■ 肌肉质量、颜色、强度和刚度的退化</li> <li>· ■ 挛缩</li> <li>· ■ 缺钙、骨质疏松</li> </ul>

推荐

推荐

Figure 7: Possible Complications of Restraint Use (continued)

· 疼痛
· 自我认知 · ■ 丧失自主权和尊严 · ■ 自我形象变化 · ■ 内疚
· 心理 · ■ 愤怒 · ■ 焦虑 · ■ 沮丧 · ■ 害怕 · ■ 感官退化 · • 困惑增加 · • 无规则睡眠 · ■ 创伤
· 皮肤完整性变化 · ■ 约束中的磨损 · ■ 挫伤 · ■ 压疮的发展

加拿大安大略省通过了患者约束最小化法案（2001）（见附录 V），该法案鼓励“医院和其他机构当有必要去阻止患者严重地伤害自己或他人时，只要有可能就使用替代方法。”该法案概述如下：

- 对替代方法、患者，约束的定义；
- 基于以下方面对客户的约束或限制或是使用监控设备的授权要求：
  - 自由的加强
  - 预防严重的身体伤害（患者/他人）
  - 同意
  - 医生的要求；
  - 组织的职责：
    - 对鼓励使用替代方法的政策和规程的设立以及对符合政策的报告
    - 责任监督

- 被约束、限制或被监控的客户，

- 保持文档记录，

- 员工教育。

护士应该基于自己的权限和医疗部门知道任何有关约束的立法并且要理解如何将其用在他们的工作环境中。CNO(rev.2009a)认为护士必须知道他们组织的有关约束使用的政策和程序，并且当约束被考虑当作处理客户响应行为时知情同意权的要求。护士只能使用组织内授权使用的约束方式，这点是很重要的，并且需要知道按照组织政策和规程列出来的职责要求进行监控、观察和文件记录。患者约束最小化法案(2001)和CNO颁布的关于约束的实践标准文件(rev.2009c)列出任何形式的约束都不能在客户/家属/SDM不同意的情况下使用，除非是在少数的危急的对自身和他人具有危险的情况下。CNO(rev.2009a; rev.2009c)同时概述了客户/家属/SDM有权利对他们的护理做出决定，并且护士和跨专业团队必须告知客户/家属/SDM将对他们实施的任何的替代方法/干预措施，以及在对客户进行的适用的被选择的护理和治疗中的风险和益处。加拿大安大略省的首席验尸官建议客户应该获得自动宣传服务每当他们被使用物理约束或是隔离或是化学约束。护士应该了解关于宣传、客户的权利的组织政策和流程，并且当使用约束被认为是最后的手段时需确保客户了解整个过程。

一系列的研究(Akansel, 2007; Forrester, McCabe-Bender, Walsh, & Bell-Bowe, 2000; Kirkevold & Engedal, 2004)缺乏关于应用、护理和对约束期间的客户观察的护理文件，这在实践中是一件具有风险的做法。护理应该包括但不仅仅限于频繁的重新定位、被动的活动范围和转移、保证足够的食物和水、口腔护理、个人卫生需求、除非有特殊要求头床的角度保持30度、适当情况下去除和变换对肢体和行动的约束(Maccioli等, 2003)。在机构组织内应该提供给护士一个标准格式的护理文档用于约束期间的客户，用于跟踪、记录评估以及所提供的护理情况。

所有对约束的决议一定要有时间上的限制。健康护理团队应该频繁地考虑终止或是减少使用约束。终止使用约束的过程应该包括与跨专业团队和客户/家属/SDM的任务汇报，从而能保证约束替代方法被讨论并且对制定一个未来可以使用约束的护理计划有用(Wynn, 2004)。附录X给出了一个任务汇报工具的例子。

## 教育推荐

及他们有机会可以继续的专业发展中去，这些方面包括：

- 护理方法（如创伤通知护理）；
- 交流、对客户/家属/SDM 的教育以及任务汇报的关键部分；
- 正确应用约束的护理责任教育；
- 伦理决策；
- 诊断知识和应对处在约束风险客户的常见触发的响应行为；
- 监控和记录职责；
- 护士围绕约束的使用以及其对客户的自主权和人权造成威胁方面进行的关于自我反省和探索他们的价值观和信仰的职责；
- 治疗客户护士关系；客户至上的护理和客户权利；
- 约束的类型（至少大多数的约束）、相关的风险以及使用约束的潜在并发症；
- 对于管理约束使用的法律的理解和立法的需求。

证据等级 = 1b

## 证据讨论

教育能够增加知识，改变人们态度从而减少使用物理约束，并且能够作为一个工具帮助护士护理那些正在使用约束并且表现出相应的约束风险行为的客户(Evans 等, 2002; Pellfolk 等, 2010; Smith, Timms, Parker, Reimels, & Hamlin, 2003)。教育规划已经涉及到紧急环境(Smith 等, 2003)护理下以及对痴呆患者(Pellfolk 等, 2010; Testad, Aasland, & Aarsland, 2005; Testad, Ballard, Bronnick, & Aarsland, 2010)的护理下减少使用约束。Lee 等(2001)修订了培训课程，建议课程标准化将协助机构组织在一些关键部分上的培训，比如预防方面的理论和对暴力的管理，以及客户安全方面的问题。

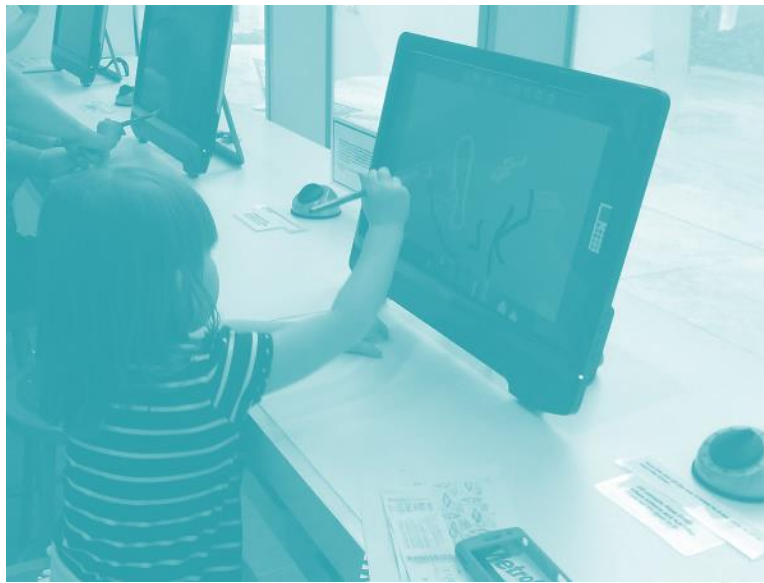
相关研究指出关于约束使用和替代方法使用风险教育的必要性(Akansel, 2007; Koch, Nay & Wilson, 2006; Kontio 等, 2009; Smith 等, 2003; Sung, Chang, Lee & Lee, 2006; Testad 等, 2010)。集中在关于约束使用、决策过程、约束替代方法（物理的，环境的，生理的和心理上的）、约束的使用及其替代方法使用的负面影响这些方面的教育项目显示出在减少约束使用上、增加积极的客户效果和更多的护士满意度上是有希望的(Huizing, Hamers, de Jonge, Candel, & Berger, 2007; Huizing, Hamers, Gulpers, & Berger, 2008; Huizing, Hammers, Gulpers, & Berger, 2009; Pellfolk 等, 2010; Smith 等, 2003; Testad 等, 2005)。研究(Chuang and Huang, 2005; Hamers, Gulpers, & Strik, 2004; Hamers et al., 2009; Huizing 等, 2007; Koch 等, 2006; Kontio 等, 2009; Saarnio, Isola, & Laukkala, 2008; Werner & Mendelsson, 2001)建议对护士继续教育，但不是必须限制的，应该包括下面几个方面：

- 客户自主权和安全；
- 与有侵犯性或精神患者进行有效交互的客户案例场景演示；
- 使用约束可能存在风险时包括文化/语言的影响的客户特征；
- 对客户/家属/SDM 进行关于替代方法、约束使用并发症以及确保所有人不受到伤害方面的教育；
- 决策；
- 对不同形式约束的定义和理解；
- 关于使用约束的相关法律、伦理和临床考虑；

- 谬论和错误想法;
- 护士关于自主权, 价值观和与信仰相关的人权的自我反省机会;
- 如何处理对客户使用约束时的心理和情感部分;
- 避免使用所有形式的约束的替代方法或行为模式(文化敏感方面的)。

护士应该被教育去处理那些具有攻击性行为的客户并能够实施安全有效的替代方法。对于临床决策更深刻的理解也有助于护士对那些具有风险的客户实施政策和安全措施并且能促进知识的发展以及能够成为跨专业团队在避免使用约束上的一个技能模式(Kontio 等, 2009; Ludwick 等, 2008; Turgay, Sari, & Genc, 2009)。

尽管一些研究显示对员工的教育在减少使用约束上是有效的, 但是一些研究也注意到单凭教育去影响约束的使用率还是不够的(Möhler et al., 2011)。Hamers 等(2009)表明一种范式变换必须同时发生在组织水平上以及对一个员工的与医疗政策实施一致的教育计划以此来支持使用替代方法。这些系统和过程需要为员工提供政策上的支持以及避免或减少对约束的使用。





## 组织和政策推荐

### 推荐 10

医疗机构应实施风险管理和质量改进策略，使得促进约束替代方法的使用成为一种文化，并能够支持客户的权利和工作人员的安全，具体措施如下：

定义什么是约束；

- 将推广约束替代方法的使用发展为一个理念；
- 制定一个减少使用约束或不使用约束的政策；
- 开发一些机构用来早期判断出在对那些存在自残或伤害他人风险的客户使用约束时存在的风险；
- 对客户/家属/SDM 进行约束使用风险的教育并且为他们提供安全的概念；
- 成立一个多元化的项目用来对工作人员进行约束替代方法方面的教育；
- 使用替代方法、降级和危机管理作为优先于使用约束作为最后的一类安全措施的第一和第二个干预策略；
- 为客户制定监控协议以及作好客户在任何约束期间的文档记录；
- 建立客户/家属/SDM 和跨专业团队之间的沟通以及汇报的责任；
- 建立评估程序监控约束的使用率，约束替代方法的效用以及其对客户/家属/SDM 和跨专业团队安全的影响。

证据等级=Ib

### 证据讨论

#### 定义

组织需要一个明晰的政策用来规定如何最小化的使用约束，其中包括约束组成方式的常识性定义。Lai (2007) 认为如果在内部组织的政策中没有一个关于约束的定义，那么工作人员在实施约束替代方法和践行最少使用约束理念的过程中会感到有压力。Koch 等人(2006)发现采用一个通用的定义有助于缓解组织内关于约束替代方法使用的压力。

#### 哲理与文化

组织文化是对减少使用约束起关键作用的部分。Chandler (2008)描述了一个医院向创伤护理模式转变的经验。



Chandler 认为在这个转变中最关键的是支持协作关系和关注安全的这样一个文化。许多研究(Amato 等人, 2006; Chandler; Donat, 2003; Pollard, Yanasak, Rogers, & Tapp, 2006; Rask 等人, 2007)建议来自高层领导的行政支持和承诺对创建避免使用约束从而去采用替代方法的哲学和文化是很重要的。

#### 早期鉴定

对于组织来说能够为在客户使用约束时的风险给出早期鉴定提供支持的工具和技术是很重要的。组织的策略诸如算法和决策树的使用可以将知识转化到实际的临床实践中。采用标准化的评估工具可以帮助护士筛查、早期鉴定客户的风险。对替代方法的发展从而能不采用约束来管理任何新兴的客户反应行为能够促进组织的护理哲学 (Coussement 等人, 2009; Maccioli 等人, 2003; McCue 等人, 2004)。

### 早期识别

对于组织来说能够为在客户使用约束时的风险给出早期识别提供支持的工具和技术是很重要的。组织的策略诸如算法和决策树的使用可以将知识转化到实际的临床实践中。采用标准化的评估工具可以帮助护士筛查、早期识别客户的风险。对替代方法的发展从而能不采用约束来管理任何新兴的客户反应行为能够促进组织的护理哲学(Coussement 等人, 2009; Maccioli 等人, 2003; McCue 等人, 2004)。

### 多元项目

一个正式的减少约束的项目的实施在减少约束使用上是很重要的(Hellerstein 等人, 2007; Kratz, 2008; Lai 等人, 2006; Lebel & Goldstein, 2005; McCue 等人, 2004; Pollard 等人, 2006)。目前的研究支持防止或者减少约束使用的项目必须包括一个跨专业和咨询方法来规划护理(Amato 等人, 2006; Baier, Butterfield, Harris, & Gravenstein, 2008; Evans & Fitzgerald, 2002; Lebel & Goldstein; Werner, 2002)并且当可能的时候, 应该考虑使用临床专科护理医师(Capezuti 等人, 2007; Ludwick 等, 2008; Vance, 2003; Wagne 等人, 2007) 以及包括成立一个委员会来解决约束的使用问题(Amato 等; Gillies 等, 2005)。有一项研究是支持采用跨专业团队方法的必要性, 该方法包括客户/家属/SDM 在护理和决策过程中关于环境约束比如扶手的使用(Gallinagh, Nevin, McAleese, & Campbell, 2001)。一个存在于跨专业和客户/家属/SDM 间的重要的讨论需要涉及到使用任意类型的约束以及可能会考虑使用的替代方法可能会带来的潜在风险。通常家庭成员/SDM 和卫生保健提供者认为约束能保护客户(如预防跌倒或闲逛), 因此他们不仅支持而且希望员工使用约束来保护他们家庭成员。对卫生保健提供者进行教育用来作为减少使用约束的一个方案的成果是喜忧参半的。有大力支持教育护士来增加他们关于使用约束的知识和经验从而影响他们学习客户特点、相关风险以及采用替代方法避免使用约束的态度(Amato 等, 2006; Dunbar & Neufeld, 2000; Evans & Fitzgerald, 2002; Forrester 等., 2000; Gillies 等, 2005; Lai et al., 2006; McCue 等, 2004; Pellfolk 等, 2010; Smith 等, 2003; Sung 等, 2006; Testad 等, 2005)。其他研究显示卫生保健提供者的教育在减少使用约束方面没有明显影响(Huizing 等, 2007; Huizing 等, 2008; Huizing 等, 2009; Möhler 等, 2011)。支持对客户/家属/SDM 进行教育的研究(McCue 等; Pellfolk 等)。对客户/家属/SDM 进行教育将有助于建立替代方法使用的知识环境和信任环境。组织将需要评估所有策略的实施, 以确保医疗实践向使用替代方法发展从而减少约束的使用, 产生积极的客户效果。网站如 TMF(德克萨斯医疗基金会)等卫生质量研究所可以提供资源如承诺无约束环境的组织绘制的长期护理图表用来为帮助组织评估他们的承诺的无约束护理以及关于综合评价和评估程序其他资源。TMF 约束资源可以访问网站 <http://nursinghomes.tmf.org/Restraints/RestraintToolkit/tabid/548/Default.aspx>。

### 替代方法

替代方法应该把重点放在客户和一个个性化的护理方法上而不去管客户的认知水平(Happ, 2000)。作为精神病院行为管理项目的一部分, 青少年与他们的家庭/SDM 与提供者合作开发一个个性化的管理计划, 解决目标具有侵略的治疗和管理(Dean 等, 2007)。行为治疗方案在研究中已成功地减少了约束的使用和隔离的时间(Dona, 2003)。

## 任务汇报

与客户/家庭/SDM 和工作人员汇报，有助于在未来避免使用约束(Gillies 等, 2005)。研究表明约束的使用不仅会对客户端造成负面的心理影响同时也会对决定使用约束的卫生保健提供者造成负面的心理影响 (Duxbury, 2002; Holmes 等, 2004; Sequeira & Halstead, 2002, 2004)。约束征候从客户角度来看通常与不适的感觉、恐惧和自责相关 (Wong & Chien, 2005)，而护理保健提供者从客户人权角度来看会感到不舒服(Chuang & Huang, 2005; Fonad, Burnard & Emami, 2008; Kontos & Nagilie, 2007; Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010)。

研究表明使用约束后的任务汇报有助于处理对客户和护理提供者造成的心理影响，并且还能协助鉴定趋势、在约束使用上设定目标，从而帮助改变整个约束使用的文化环境(Wynn, 2004)。Petti, Mohr, Somers, & Sims (2001)等人认为任务汇报可以作为员工学习的方法并帮助员工跟踪客户的进展。对于事前、事中、事后的分析学习，可以帮助改变精神文化的设定。任何组织的质量框架必须包括自动审查每一个被约束的客户,包括环境约束和隔离。这种自动审查应包括医疗团队和客户/家属/ SDM 检查使用约束的触发条件，替代方法，提供的护理，具体的约束方法和移除约束的时间表，家属参与度，来自客户的许可和反馈。报告需要在非惩罚的环境中实施，必须利用标准化的方法来协助探索哪些事件导致了约束的使用，探索在任何有害情况下什么可以顺利进行从而来确定可能改善和预防不好结果的行动。使用标准化的工具或评估技术以及约束期间的文件记录有助于任务的汇报。

## 评价与监测

为了确保客户的安全、实现和保持组织内部的最小程度的使用约束，一定要有持续进行的数据收集、监测和评价，这些都是全面质量改进计划的一部分。附录 Y 给出了一个审计形式的示例。质量改进计划应包括审查的约束的使用率和挑战约束使用的事件。从监测得来的使用约束后的数据应该散布并通告给各个部门用来促进减少使用约束(Amato 等 2006; Castle, 2003)。

几项研究已经表明，专注于质量改进的组织设定雄心勃勃的目标用来减少使用约束，随后也表明在约束使用上确实具有大幅减少(Baier 等, 2008; Baier, Butterfield, Patry, Harris, & Gravenstein, 2009; Donat, 2003)。监测的另一个重要组成部分是持续审查所有类型的约束使用。文献中监测频率从每天(McCue 等, 2004 到每周(Amato 等, 2006; Donat, 2003)而不同。Edwards 等(2006)建议观察和图表审计工具的使用对于组织机构来说是评估约束使用的可行的方法。图表审计应该审查客户的评估证据，对替代方法使用的探索，同意的证据和当使用约束时对监测的需求以及任何提供给客户/家属/SDM 关于约束方面的教育。

### 推荐 11

护理的组织模型应该去促进一个跨专业团队的方法，该方法需要与那些不使用约束并且支持使用替代方法的客户和家属/SDM 合作。

证据等级=III

## 证据讨论

组织应该支持一种护理模式，该模式能够促进基于证据标准的操作的使用以及能够促进跨专业团队与客户/家庭/SDM 的合作，从而当客户在使用约束存在风险时能够确定一种最合适的做法(Yamamoto 等人，2006)。能让客户/家属/SDM 参与到指导跨专业团队对护理计划的制定中来是一个可以预见的较好结果，并且这种情况在满足用户自定义的需求方面也是非常重要的。一个支持跨专业团队方法的模式在管理在对其使用约束具有风险的客户时是有价值的(CNO, rev. 2009c; Downes 等., 2009; Fonad 等., 2008; Gallinagh 等; Werner, 2002)。

护理模式应该促进合作、会诊、反馈、导师制和卫生保健提供者关于避免使用约束以及采用约束替代方法方面的教育(Capezuti 等, 2007; de Veer, Franche, Buijse, & Friele, 2009; Ludwick 等, 2008)。Friedman 等人(2009)确认采用专家和使用标准化方法的矫形外科医生共同管理的方法来护理，有助于较少使用约束的髌部骨折的客户的恢复过程。Werner(2002)建议组织应该考虑让社会工作者在对取消物理约束使用的决策过程中成为调解员团队的一部分。Bourbonniere 等人(2003)发现，使用兼职、不适当的员工和缺乏支持跨专业团队成员影响周末住院治疗，这将导致约束使用的增加。

关于工作类型和病房特点影响 (Huizing 等人，2007)；人员编制(Demir, 2007a, 2007b; Donat, 2002; Whitman, Davidson, Rudy, & Sereika, 2001)，人员混杂(Williams & Myers, 2001)；护士缺勤率和工作量(Castle, 2000a, 2000b, 2002; Castle & Banaszak-holl, 2003; Ibe 等人 2008; Unruh, Joseph, & Strickland, 2007)和护士在使用约束上的自主权 (Huizing 等人, 2007; Lepping 等人, 2009; Pekkarinen, Elovainio, Sinervo, Finne-Soveri, & Noro, 2006)的文献。Affonso, Jeffs, Doran, & Ferguson-Paré (2003)认为护士在提供医疗服务过程中采用保证客户安全的一种方式是他们工作量中的一个重要问题。Huizing 等人(2007)评述了导致组织使用物理约束的决定因素没有将影响约束的使用作为工作量，而是将客户的特征（如年龄、认知状态、受损尤其是机动性受损）作为使用约束的重要的数据统计。

O' Hagan 等人(2008)指出如果对相关员工有一个专注于教育、监督、绩效评估和招聘的做法往往对减少隔离和约束的使用更加可行。O' Hagan 等人表明，当员工/客户比例高，人员稳定、成熟和并且训练有素时，约束使用减少将是可行的。工作描述，定位和绩效评估应该优先考虑在减少使用隔离和约束的实践上。

Tzeng, Yin, & Grunawalt (2008)概述了未来在最优化能为跨专业团队提供更安全的环境以及减少约束使用的员工编制和医院基础设施设置组合方面研究的必要性。此外，CNO (rev.2009c) 支持提供适当的人员编制水平来保持约束替代方法的使用。加拿大行政学院护士认为护理工作的工作量需要把确保客户安全作为一个要解决的问题。护理领导层，监管机构和文献都应保证护理质量作为工作量，并且将这个概念普及到所有医疗机构，将其用在约束使用上 (Affonso 等人,2003;RNAO,2007 b)。

## 推荐 12

护理最佳实践指南只有在具有足够的规划、资源、组织和管理支持以及适当的便利的情况下才能被成功的实施。组织希望制定一个实施计划，具体包括：

结合当地情况对准备组织和教育的障碍进行评估。

- 有助于实施过程的所有人员（不管是具有直接还是间接支持作用的）。
- 强调最佳实践重要性的持续的讨论和教育。
- 为教育和实施过程提供支持的合格的个人奉献。
- 在实施指南过程中反思个人和组织经验的机会。

证据等级=IV

## 证据讨论

安大略省护士协会（由护士、研究人员和管理人员组成的小组）曾开发了一个工具包：临床实践指南的实施（RNAO,2002），这个指南是基于已有的证据、理论观点和共识。这个工具包用来指导 RNAO 的最佳实践指南《提升安全：约束替代方法的使用》的实施。最佳实践指南的成功实施需要一个有组织的、系统的计划过程和护士们很强的领导力，这些护士能够将基于证据的推荐转化为政策和在组织内对实践有影响作用的规程。2002 年版的 RNAO 工具包为实践的实施变化提供了一个有组织的模型。请参考附录 D 查看该工具包。

## 研究缺口和未来启示

专家学开发小组对本指南的证据进行了评估，鉴定出了一些关于客户安全、约束替代方法的使用和约束使用方面的研究资料的欠缺。考虑到这些欠缺，小组提出了以下优先研究领域：

- 在所有的医疗行业/专业领域内发展有效的工具识别客户在使用约束时存在的风险因素；
- 治疗关系的影响与客户在不使用或减少使用约束的关系；
- 对于提升约束替代方法实施的最佳护理模式；
- 多站点随机控制试验来确定护理专用的干预措施，关注识别最有效的约束替代方法的使用；
- 探索护理所涉及的伦理难题，平衡客户的安全和生活质量；
- 影响护士决定使用约束的已知因素的识别（如工作负担，人员配置模式）；
- 持续的护理专业的发展对约束使用的风险减少和预防方面的影响；
- 以循证为基础的护理临床实践用来减少和预防约束使用风险的最有效的知识转化方法；
- 有助于建立一个约束替代方法的使用和安全的约束使用实践环境的卫生保健因素（如结构，流程，理念和文化）的确定；
- 确定在重症监护、儿科和家庭医疗等专业设置中约束的使用程度，并探讨和确定对这些特殊客户群体的最有效的替代方法策略；
- 在约束过程中最好的监控和安全措施；
- 最好的工具和技术的发展用来帮助医护提供者和机构去实现不使用约束的环境；
- 针对约束使用不当纠纷的最优审查方法；研究应该关注于怎样在组织内为员工和客户/家庭/SDM 在报告不合理的使用约束的情况时创造一个安全的环境；
- 协助实施安全断奶的约束的工具或策略的发展；
- 本指南对于避免和减少约束使用的影响；
- 对于确保实现不使用约束的环境的医疗卫生政策的影响；

上面的列表是为了识别和优先考虑的一些研究空白，虽然耗尽了这一领域的进一步的研究机会。

## 评价/指南监测

实施本最佳护理实践指南的推荐方法时应该考虑该实施过程和它的影响怎样被监测和评估。下表基于安大略护士联盟（RNAO）工具包：临床实践实施指南（2002）中列出的框架，阐明了一些具体的监测指标和评价的指导原则：提升安全：约束替代方法的使用。

指标水平	结构	过程	结果
	评估在机构组织中能促进护士使用约束替代方法的可用支持。	评估在实践中导致不使用约束和采用替代约束方法的变化。	评估推荐方法在确保客户安全的同时也能走向不使用约束的环境过程中的影响。
系统	创建一个组织来制定一个约束的通用定义以及所有的医疗体系系统采用的机制。	采用一个检查的过程便于检查组织的政策和程序，其中包括对约束的通用定义。	所有医疗体系系统中约束的通用定义。
	学校里的护理教学中需要一个组织来促进为了客户安全将约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束的理论和最佳实践融入到课程中。	采用检查过程确保护理核心课程的更新与当今关于约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束的理论和最佳实践同步。	护理科学生从他们的护理项目学习中展示自己的认识以及对基于循证的关于约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束的理论和最佳实践的使用。
	建立一个机制允许护理学校和医疗机构联合审查在临床环境下的为了客户安全的约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束的理论和最佳实践	需要一个过程用来促进护理学校和医疗机构之间就当今临床环境下有效的理论和最佳实践进行审查的对话。	护理项目从医疗机构那里将那些在临床环境下有效的理论和推荐的最佳实践集成起来。





指标水平	结构	过程	结果
组织	组织具有一个检查最佳指南推荐的结构。	需要一个过程确保组织的政策审查和程序与基于当今关于约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束的理论和研究的最佳实践指南推荐是一致的。	政策和程序与关于约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束的最佳实践指南推荐要一致。
	设立一个机构允许对基于最佳实践指南推荐的关于约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束组织政策实施的客户结果的质量审查。	在组织内建立一个标准化的流程（比如评估工具和数据采集程序）用来促进基于最佳实践推荐关于约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束方面的政策实施情况的成果数据的采集。	<p>使用质量改进评估流程来监控支持约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束的政策和实践实施的结果用来作为证据：约束使用的减少速度；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•使用约束的类型；</li> <li>•约束使用时间的减少；</li> <li>•优先于约束的约束替代方法使用的增加；</li> <li>•在以下方面的改进的文档做法： <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 疾病发生的条件/诱因的评估；</li> <li>■ 包含首选的替代方法的客户个人看护方案；</li> <li>■ 对客户/家属/SDM 关于实施约束的政策/实践方面的教育；</li> <li>■ 对替代方法的使用要优于约束的使用；</li> </ul> </li> <li>■ 同意使用约束： <ul style="list-style-type: none"> <li>•客户/家属/SDM；</li> <li>• 医师处方；</li> </ul> </li> <li>■ 观察和监控条款的使用；</li> <li>•在事件发生后跟客户/家属/SDM 跟进的述职审查的增长；</li> <li>•减少使用约束时的并发症。</li> </ul>

指标水平	结构	过程	结果
护士	建立一个机制确保关于约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束的组织政策的护士教育。	需要一个方法用来促进护士参加关于约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束来作为证据的学术会议： <ul style="list-style-type: none"> <li>•参加学术会议的护士人员数目的增加；</li> <li>•能反映出关于替代方法使用以及约束使用的最佳实践的护理记录。</li> </ul>	护士护士表现出在不使用约束、采用替代方法以及将约束作为最后采用的方法的执行能力的提升，可以下方面为证据： <ul style="list-style-type: none"> <li>•约束/隔离使用的减少；</li> <li>•替代方法的使用、降级和危机管理的增加；或</li> <li>•使用约束后的并发症的减少。</li> </ul>
客户	建立机制来确保客户在组织政策和实践上关于约束替代方法的使用、避免使用约束的方法、降级/危机管理以及最小程度使用约束的教育。建立一个护理模式来促进客户/家属/SDM 作为活跃的参与者在确保特殊客户为了避免使用约束而采用替代方法中的护理计划的评估和发展。	机构组织内采用方法来促进客户在以下方面的参与度： <ul style="list-style-type: none"> <li>•风险的评估和鉴定；</li> <li>•已知的被纳入护理计划的避免使用约束的成功的替代方法的鉴别；</li> <li>•同意和首选的仅作为最后方法使用最少量的约束；</li> <li>•在组织政策和实践中关于避免使用约束、替代方法的使用方法、最小量使用约束以及检测/观察方式方面的初始的和持续的教育。</li> </ul>	客户/家属/SDM 在以下方面表现出增长： <ul style="list-style-type: none"> <li>•围绕避免使用约束、约束使用风险、替代方法使用和安全使用约束方面的政策和实践方面知识的认识；</li> <li>•疾病发生的条件和诱发因素方面的知识；</li> <li>•能够阐明已知的能够避免或限制响应行为为升级的替代方法。</li> </ul> 报告显示围绕替代方法的使用或最少使用约束方面上客户/家属/SDM 满意度的提升。

指标水平	结构	过程	结果
财务成本	在组织内设立一个机构检查用来提升最佳实践以达到避免使用约束、使用替代约束、降级/危机管理和最小程度使用约束方面的政策的财务影响	采用一个方法来确定每年财务需求用来支持提升最佳实践的政策，目的是来避免使用约束、使用替代约束、降级/危机管理和最小程度使用约束。	制定财政预算来支持包括政策和实践方面的花费。

## 实施策略

安大略省护士协会 (RNAO) 和指南发展小组编辑过一个实施策略目录用来帮助卫生保健组织或对实施本指南感兴趣的医疗保健领域。这些策略可以总结如下：

- 执行高层领导应将建立一种文化，该文化支持替代方法以避免约束的使用使其成为组织的优先级。
- 至少具有一个专业人士，比如高级实践护士或临床资源护士能够提供临床经验和领导。并且应该具有良好的人际关系、便利和项目管理能力。
- 进行有关提升安全：约束替代方法的使用的组织需求评估用来确定当前的知识基础以及未来的知识需求。
- 最初的需求评估可能包括一个分析方法、调查和问卷调查、集团方式的方法(如：小组讨论)和关键事件。
- 建立一个包括主要利益相关者、由客户/家属/SDM 成员代表组成的跨专业团体的指导委员会致力于引领变化的开始。确定短期和长期的目标。对活动、职责和时间点进行规划。
- 建立一个远景来帮助指导变更工作，并制定策略用来实现和维持战略眼光。

• 规划工作应该包括：

■目标人群

■目的和目标

■成果评定

■需要的资源（人力，设施，设备）；

■评价活动。

• 为实施设计教育课程和不断地支持。课程教育包括自我展示，主持人的引导，讲义和案例学习。可以使用活页、海报和口袋卡片不断地提醒训练。计划互动的教育课程，包括解决问题，处理紧急的问并提供实践新技能的机会(Davies & Edwards, 2004)。

• 提供组织上的支持比如成立能够促进实施的机构。例如，招聘替换人员以便参与者不会被工作分析并且拥有一个组织哲学是通过政策和程序来反应最佳实践的价值。开发新的评估和文档记录工具(Davies & Edwards, 2004)。

• 在每个单元确定和支持指定的最佳实践冠军用来促进和支持实现。庆祝里程碑和成就，承认工作做得好(Davies & Edwards, 2004)。

• 实施本指南的组织应采取一系列自主学习，小组学习，指导和强化策略，将会随着时间的推移构建护士的知识结构和信心。

• 除了熟练的护士，实现本指南需要一些基础设施包括访问专用设备(替代方法和约束材料)。使用特定产品和技术的员工必须提供定期的进修培训计划。

• 与客户/家庭/SDM 的跨专业团的团队合作、协作评估和治疗计划/是有益的指南的成功实践。应安排必要的

服务或资源在社区或在组织内。

除了上面提到的策略，RNAO 在网站上也有发展资源。实施指南的工具包如果合理使用的话也是有帮助的。在附录 D 中可以找到该工具包的简要描述。在 RNAO 的网站上也可以找到 PDF 格式的全文版本，[www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)。

## 指南更新/修订

安大略省注册护士协会提出按以下几个方面更新该最佳实践指南：

1. 每个护理最佳实践指南将由一组专家在主题范围内评审(评审小组)，每三到五年之后完成最后的修改。
2. 在发展和修订指南期间，RNAO 项目工作人员将定期监控新系统评价、随机对照试验和其他相关文献。
3. 基于监控的结果，项目人员可能在早期建议一个修订计划。由原来的小组成员和该领域的其他专家组成的团队通过适当的协商将帮助通知决定提前进行指南的审查和修订。
4. 在评审的里程碑的三个月前，项目工作人员将通过以下方面计划开始审查过程：
  - a) 邀请领域专家参与评审小组。审查小组将由原来的小组成员以及其他推荐的专家组成。
  - b) 收集在宣传阶段遇到的问题反馈，以及其他网站代表关于他们经历的在实践过程中的评论和经验。
  - c) 收集领域内新的临床实践指南、系统评价、分析论文、技术评审、随机对照试验研究和其他相关文献。
  - d) 制定一个详细的具有目标日期的工作计划和完成目标。
5. 修订的指南将在建立的结构和流程基础上进行传播。





## Reference List

- Affonso, D.D., Jeffs, L., Doran, D. & Ferguson-Paré, M. (2003). Patient safety to frame and reconcile nursing issues. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 16(4), 69-81.
- Akansel, N. (2007). Physical restraint practices among ICU nurses in one university hospital in western Turkey. *Health Science Journal*, 1(4), 7-13.
- Amato, S., Salter, J. P., & Mion, L. C. (2006). Physical restraint reduction in the acute rehabilitation setting: A quality improvement study. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 235-241.
- Alzheimer Society. (2011) The Alzheimer Care: Ethical Guidelines, Restraints. (2011). Retrieved from <http://www.alzheimer.ca/english/care/ethics-restraints.htm>
- Baier, R. R., Butterfield, K., Harris, Y., & Gravenstein, S. (2008). Aiming for star performance: The relationship between setting targets and improved nursing home quality of care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(8), 594-598.
- Baier, R. R., Butterfield, K., Patry, G., Harris, Y., & Gravenstein, S. (2009). Identifying star performers: The relationship between ambitious targets and nursing home quality improvement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1498-1503.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger lifecycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Beaulieu, C., Wertheimer, J. C., Pickett, L., Spierre, L., Schnorbus, T., Healy, W.,... Jones, A. (2008). Behavior management on an acute brain injury unit: Evaluating the effectiveness of an interdisciplinary training program. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23(5), 304-311.
- Beck, N. C., Durrett, C., Stinson, J., Coleman, J., Stuve, P., & Menditto, A. (2008). Trajectories of seclusion and restraint use at a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 59(9), 1027-1032.
- Becker, C., Loy, S., Sander, S., Nikolaus, T., Rissmann, U., & Kron, M. (2005). An algorithm to screen long-term care residents at risk for accidental falls. *Aging-Clinical & Experimental Research*, 17(3), 186-192.
- Bennet, J. (2008). Confronting the risk of elopement. *Nursing Homes*, 57(1), 54.
- Bigwood, S. & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215-222.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.
- Bourbonniere, M., Strumpf, N. E., Evans, L. K., & Maislin, G. (2003). Organizational characteristics and restraint use for hospitalized nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(8), 1079-1084.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L., for the AGREE Next Steps Consortium (2010). *AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Canadian Medical Association Journal*. Retrieved from <http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/>. Doi:10.1503/cmaj.090449



Canadian Coalition for Seniors Mental Health (CCSMH). (2006). *National guidelines for senior's mental health: The assessment and treatment of mental health issues in Long Term Care homes (focus on mood and behaviour symptoms)*. Toronto, ON: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Retrieved from <http://www.ccsmh.ca/en/projects/ltc.cfm>

Canadian Health Services Research Foundation (2006). *Conceptualizing and combining evidence*. Retrieved from [www.chsrf.ca/other\\_documents/evidence\\_e.php#definition](http://www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition).

- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). (2003). Canadian Patient Safety Dictionary. Retrieved from [http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary\\_e.pdf](http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf)
- Capezuti, E., Maislin, G., Strumpf, N., & Evans, L. K. (2002). Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(1), 90-96.
- Capezuti, E., Wagner, L. M., Brush, B. L., Boltz, M., Renz, S., & Talerico, K. A. (2007). Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society, 55*(3), 334-341.
- Castle, N. G. (2000a). Differences in nursing homes with increasing and decreasing use of physical restraints. *Medical Care, 38*(2), 1154-1163.
- Castle, N. G. (2000b). Deficiency citations for physical restraint use in nursing homes. *Journals of Gerontology Series B—Psychological Sciences & Social Sciences, 55*(1), 533-540.
- Castle, N. G. (2002). Nursing homes with persistent deficiency citations for physical restraint use. *Medical Care, 40*(10), 868-878.
- Castle, N. G. (2003). Providing outcomes information to nursing homes: Can it improve quality of care? *Gerontologist, 43*(4), 483-492.
- Castle, N. G. & Banaszak-Holl, J. (2003). The effect of administrative resources on care in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology, 22*(3), 405-424.
- Chandler, G. (2008). From traditional inpatient to trauma-informed treatment: Transferring control from staff to patient. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 14*(5), 363-371.
- Chaves, E. S., Cooper, R. A., Collins, D. M., Karmarkar, A., & Cooper, R. (2007). Review of the use of physical restraints and lap belts with wheelchair users. *Assistive Technology, 19*(2), 94-107.
- Cohen-Mansfield, J. (1989). *Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington. Retrieved from [http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/CMAI\\_Scale.pdf](http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/CMAI_Scale.pdf)
- Choi, E. & Song, M. (2003). Physical restraint use in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing, 12*(5), 651-659.
- Chuang, Y. H. & Huang, H. T. (2005). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing, 16*(3), 486-494.
- College of Nurses of Ontario (CNO). (rev. 2008). *Documentation Standard*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001\\_documentation.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf)
- College of Nurses of Ontario (CNO). (rev. 2009a). *Consent Standard*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from [http://www.cno.org/Global/docs/policy/41020\\_consent.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/policy/41020_consent.pdf)
- College of Nurses of Ontario (CNO). (rev. 2009b). *Ethics Standard*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41034\\_Ethics.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41034_Ethics.pdf)
- College of Nurses of Ontario (CNO). (rev. 2009c). *Restraints Standard, Revised*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043\\_Restraints.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043_Restraints.pdf).
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2009d). *Therapeutic nurse–client relationship. Revised 2006*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033\\_Therapeutic.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf).
- Coussement, J., Dejaeger, E., Lambert, M., Van Den Noortgate, N., De, P. L., Boonen, S.,... Milisen, K. (2009). Translating fall incidence data into fall-preventive measures in geriatric wards—A survey in Belgian hospitals. *Gerontology, 55*(4), 398-404.

Crock, C., Olsson, C., Phillips, R., Chalkiadis, G., Sawyer, S., Ashley, D.,...Monagle, P. (2003). General anaesthesia or conscious sedation for painful procedures in childhood cancer: The family's perspective. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 253-257.

Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.

- Dean, A. J., Duke, S. G., George, M., & Scott, J. (2007). Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(6), 711-720.
- Delaney, K. R. & Fogg, L. (2005). Patient characteristics and setting variables related to use of restraint on four inpatient psychiatric units for youths. *Psychiatric Services, 56*(2), 186-192.
- de Jonghe-Rouleau, A. P., Pot, A. M., & de Jonghe, J. F. (2005). Self-injurious behaviour in nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(7), 651-657.
- Demir, A. (2007a). Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(1), 38-45.
- Demir, A. (2007b). The use of physical restraints on children: Practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *International Nursing Review, 54*(4), 367-374.
- de Veer, A. J., Francke, A. L., Buijse, R., & Friele, R. D. (2009). The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*, 1881-1886.
- Dickson, B. C. & Pollanen, M. S. (2009). Case report: Fatal thromboembolic disease: A risk in physically restrained psychiatric patients. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 16*(5), 284-286.
- Donat, D. C. (2002). Impact of improved staffing on seclusion/restraint reliance in a public psychiatric hospital. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(4), 413-416.
- Donat, D.C. (2003). An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services, 54*(8), 1119-1123.
- Downes, M. A., Healy, P., Page, C. B., Bryant, J. L., & Isbister, G. K. (2009). Structured team approach to the agitated patient in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia, 21*(3), 196-202.
- Dumais, A., Larue, C., Drapeau, A., Menard, G., & Giguere Allard, M. (2010). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: A 2-year retrospective audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01679.x
- Dunbar, J. & Neufeld, R. R. (2000). Partnership beyond restraints: A state wide educational intervention to reduce restraint use. *Annals of Long-Term Care, 8*(24), 47-54.
- Dunn, K.S. (2001). The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. *Journal of Gerontological Nursing, 27*(10), 40-48.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 9*(3), 325-337.
- Edwards, N., Danseco, E., Heslin, K., Ploeg, J., Santos, J., Stansfield, M., & Davies, B. (2006). Development and testing of tools to assess physical restraint use. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 3*(2), 73-85.
- Engberg, J., Nicholas, G., Castle, N. G., & McCaffrey, D. (2008). Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist, 48*(4), 442-452.
- Evans, D. & Fitzgerald, M. (2002). The experience of physical restraint: A systematic review of qualitative research. *Contemporary Nurse, 13*(1), 126-135.
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing, 40*(6), 616-625.

Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T. F., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du, P. J. N.,... Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: A cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(10), 1110-1118.

Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press.

Flannery, J., Rachlin, S., & Walker, A. P. (2002). Characteristics of assaultive patients with schizophrenia versus

- personality disorder: Six year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Journal of Forensic Sciences*, 47(3), 558-561.
- Fonad, E., Burnard, P., & Emami, A. (2008). Shielding or caging? Healthcare staffs' views on fall risk and protection in Stockholm. *International Journal of Older People Nursing*, 3(1), 46-54.
- Forrester, D. A., McCabe-Bender, J., Walsh, N., & Bell-Bowe, J. (2000). Physical restraint management of hospitalized adults and follow-up study. *Journal for Nurses in Staff Development-JNSD*, 16(6), 267-276.
- Fricke, J. (2011). Activities of Daily Living. In: J.H. Stone, M. Blouin, (eds). International Encyclopedia of Rehabilitation. Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/37/>
- Friedman, S. M., Mendelson, D. A., Bingham, K. W., & Kates, S. L. (2009). Impact of a co-managed Geriatric Fracture Center on short-term hip fracture outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 169(18), 1712-1717.
- Futrell, M., Melillo, K. D., & Remington, R. (2008). *Evidence-based practice guideline. Wandering*. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation Dissemination Core.
- Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing*, 10(13), 852-859.
- Gillies, J., Moriarty, H., Short, T., Pesnell, P., Fox, C., & Cooney, A. (2005). An innovative model for restraint use at the Philadelphia Veterans Affairs Medical Center. *Nursing Administration Quarterly*, 29(1), 45-56.
- Hamers, J. P., Gulpers, M. J., & Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 246-251.
- Hamers, J. P., Meyer, G., Kopke, S., Lindenmann, R., Groven, R., & Huizing, A. R. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 248-255.
- Happ, M. B. (2000). Using a best practice approach to prevent treatment interference in critical care. [Review]. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(2), 58-62.
- Health Canada (2006). *Advance care planning: The Glossary Project: Final report*. [Online]. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/palliat/2006-proj-glos/index-eng.php>.
- Hellerstein, D. J., Staub, A. B., & Lequesne, E. (2007). Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Practice*, 13(5), 308-317.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (Eds.). (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.1*. Retrieved from [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org)
- Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559-578.
- Hospital Bed Safety Group. (2003). Clinical guidance for the assessment and implementation of bedrails in hospitals, long-term care facilities, and home care settings. US Department of Health and Human Services. Retrieved from <http://www.fda.gov/medicaldevices/productsandmedicalprocedures/generalhospitaldevicesandsupplies/hospitalbeds/default.htm>
- Huizing, A. R., Hamers, J. P., deJonge, J., Candel, M., & Berger, M. P. (2007). Organizational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 65(5), 924-933.
- Huizing, A. R., Hamers, J. P. H., Gulpers, M. J. M., & Berger, M.P.F. (2008). Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: A cluster-randomized trial. *BioMed Central Geriatrics*, 6(17), 459-469. Doi:10.1186/1471-2318-6-17. Retrieved from <http://www.biomedcentral>.

[com/1471-2318/6/17](http://com/1471-2318/6/17)

Huizing, A., Hammers, J., Gulpers, M., & Berger, M. (2009). A cluster randomized trial of educational interventions to decrease the use of physical restraints with psycho-geriatric nursing home residents. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(7), 1139-1148.

- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion and restraint in mental health settings: Core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22-33.
- Ibe, T., Ishizaki, T., Oku, H., Ota, K., Takabatake, Y., Iseda, A.,... Ueda, A. (2008). Predictors of pressure ulcer and physical restraint prevalence in Japanese acute care units. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 91-98.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (2008). *Prevention of falls (acute care). Health care protocol*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement.
- Interprofessional Care Steering Committee. (2007). *Interprofessional Care: A blueprint for action in Ontario*. Retrieved from <http://www.healthforceontario.ca/upload/en/whatishfo/ipc%20blueprint%20final.pdf>
- Janelli, L.M., Kanski, G. W., & Wu, Y. B. (2002). Individualized music - A different approach to the restraint issue. *Rehabilitation Nursing*, 27(6), 221-226.
- Johnson, M. E. & Hauser, P. M. (2001). The practices of expert psychiatric nurses: Accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(7), 651-668.
- Johnson, S., Ostaszewicz, J., & O'Connell, B. (2009). Moving beyond resistance to restraint minimization: A case study of change management in aged care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4), 210-218.
- Kaltiala-Heino, R., Tuohimäki, C., Korkeila, J., & Lehtinen, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(2), 139-149.
- Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S., & Sandman, P. O. (2001). Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(12), 1722-1728.
- Kirkevold, O. & Engedal, K. (2004). A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *British Journal of Nursing*, 13(15), 902-905.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press, Buckingham.
- Koch, S., Nay, R., & Wilson, J. (2006). Restraint removal: Tension between protective custody and human rights. *International Journal of Older People Nursing*, 1(3), 151-158.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer healthcare system*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- Kontos, P. C. & Naglie, G. (2007). Bridging theory and practice: Imagination, the body, and person-centred dementia care. *Dementia November*, 6(4), 549-569. Doi: 10.1177/1471301207084394
- Kontio, R., Valimäki, M., Putkonen, H., Cocoman, A., Turpeinen, S., Kuosmanen, L., & Joffe, G. (2009). Nurses' and physicians' educational needs in seclusion and restraint practices. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 198-207
- Kotynia-English, R., McGowan, H., & Almeida, O. P. (2005). A randomized trial of early psychiatric intervention in residential care: Impact on health outcomes. *International Psychogeriatrics*, 17(3), 475-485.
- Kratz, A. (2008). Use of the acute confusion protocol: A research utilization project. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 331-337.
- Lai, C. K. Y. (2007). Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? A study using focus group interviews. *BioMed Central Nursing*, 6(5), 1-7.
- Lai, C. K. Y., Chan, M. H., Szeto, S. S. L., Law, A. K. Y., Cheng, Y., Chan, T. M. F., & Leung, V. W. M. (2006). A retrospective study on the outcomes of a collaborative restraint reduction project by a residential home for older people and a hospital-based community geriatric assessment service. *Hong Kong Nursing Journal*, 42(1), 23-31.



Lebel, J. & Goldstein, R. (2005). The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Services*, *56*(9), 1109-1114.

Lee, J. S., Hui, E., Chan, F., Chi, I., & Woo, J. (2008). Associated factors of falls in nursing home residents in Hong Kong and the role of restraints: A cross-sectional survey using the Resident Assessment Instrument (RAI) 2.0. *Aging-Clinical & Experimental Research*, *20*(5), 447-453.

---

- Lee, S., Wright, S., Sayer, J., Parr, A. M., Gray, R., & Gournay, K. (2001). Physical restraint training for nurses in English and Welsh psychiatric intensive care and regional secure units. *Journal of Mental Health, 10*(2), 151-162.
- Lepping, P., Steinert, T., Needham, I., Abderhalden, C., Flammer, E., & Schmid, P. (2009). Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: Identifying factors that improve ability to deal with violence. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 16*(7), 629-635.
- Livingston, J., Verdun-Jones, S., Brink, J., Lussier, P., & Nicholls, T. (2010). A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *Journal of Forensic Nursing 6*(1), 15-28.
- Ludwick, R., Meehan, A., Zeller, R., & O'Toole, R. (2008). Safety work: Initiating, maintaining, and terminating restraints. *Clinical Nurse Specialist, 22*(2), 81-87.
- Lyons, S. S. (2004). *Fall prevention for older adults: Evidence-based protocol*. Iowa City, Iowa: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core.
- Maccioli, G. A., Dorman, T., Brown, B. R., Mazuski, J. E., McLean, B. A., Kuszaj, J. M.,...Peruzzi, W. T. (2003). Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies-American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Critical Care Medicine, 31*(11), 2665-2676.
- Mamun, K. & Lim, J. (2005). Use of physical restraints in nursing homes: Current practice in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 34*(2), 158-162.
- Mayers, P., Keet, N., Winkler, G., & Flisher, A. J. (2010). Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *The International Journal of Social Psychiatry, 56*(1), 60-73.
- McCue, R. E., Urcuyo, L., Lilo, Y., Tobias, T., & Chambers, M. J. (2004). Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 31*(2), 217-224.
- McGongal-Kenney, M. L., & Schutte, D. L. (2004). *Non-pharmacological management of agitated behaviours in persons with Alzheimer Disease and other chronic dementing conditions*. University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core.
- Mental Health Commission of Canada. (2009). Toward recovery and well-being. A framework for a mental health strategy for Canada. Retrieved from <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/Reports.aspx>
- Ministry of Health and Long-Term Care. (1996) Health Care Consent Act. Retrieved from [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws\\_statutes\\_96h02\\_e.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm)
- Ministry of Health and Long Term Care. (1990). Ontario Mental Health Act. Retrieved from [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws\\_statutes\\_90m07\\_e.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90m07_e.htm)
- Ministry of Health and Long Term Care. (2001) Patient Restraints Minimization Act. Retrieved from [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws\\_statutes\\_01p16\\_e.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_01p16_e.htm)
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2007). Long Term Care Home Act. (2007). Retrieved from [http://www.health.gov.on.ca/english/public/legislation/ltc\\_homes/ltc\\_homes.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/legislation/ltc_homes/ltc_homes.html)
- Minnick, A. F., Mion, L. C., Johnson, M. E., Catrambone, C., & Leipzig, R. (2007). Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(1), 30-37.
- Möhler R., Richter T., Köpke S., & Meyer G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, 2. Art. No.: CD007546. DOI: 10.1002/14651858.CD007546.pub2
- Mosby's Dental Dictionary, 2nd edition. (2008). Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/preDisposition>

Mosby's Medical Dictionary, 8th edition. (2009). Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com>

Muralidharan S., & Fenton, M. (2008). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3, Art. No.: CD002084. DOI: 10.1002/14651858.CD002084.pub2

National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (NCCNSC). (2005). *Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments*. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE).

National Council for Community Behavioural Healthcare. (2007) Definition of Seclusion. Retrieved from [http://www.thenationalcouncil.org/cs/public\\_policy/restraints\\_seclusion\\_rules\\_chart](http://www.thenationalcouncil.org/cs/public_policy/restraints_seclusion_rules_chart)

National Executive Training Institute. (2005). *Training curriculum for reduction of seclusion and restraint. Draft curriculum manual*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning (NTAC). Retrieved from <http://www.health.vic.gov.au/chiefpsychiatrist/creatingsafety/ntac/module6.pdf>

National Health and Medical Research Centre. (1998). How to review the evidence: Systematic identification and review of the scientific literature Retrieved from [http://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/publications/attachments/cp65.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp65.pdf)

National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Clinical guideline 16*. London, UK: Gaskell & British Psychological Society.

Nay, R., & Koch, S. (2006). Overcoming restraint use: Examining barriers in Australian aged care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(1), 33-38.

Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J.,...Tsuchiya, A. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 8-18.

Ng, K. P., McMaster, F. R., & Heng, B. H. (2008). The effectiveness of bedrails in preventing falls. *Singapore Nursing Journal*, 35(4), 10-17.

Nobili, A., Piana, I., Balossi, L., Pasina, L., Matucci, M., Tarantola, M.,... Tettamanti, M. (2008). Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: Are there differences at admission and in clinical outcomes? *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(4), 352-361.

Office of the Chief Coroner, Province of Ontario, Canada (2008). *Verdict of the Coroner's Jury: Jeffery James*. Retrieved from <http://www.sse.gov.on.ca/mohltc/PPAO/en/Documents/sys-inq-jam.pdf>

O'Hagan, M., Divis, M., & Long, J. (2008). *Best practice in the reduction and elimination of seclusion and restraint; Seclusion: Time for change*. Auckland: Te Pou Te Whakaaro Nui: The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development.

Park M., Hsiao-Chen Tang, J., & Ledford, L. (2005). *Changing the practice of physical restraint use in acute care*. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T., Finne-Soveri, H., & Noro, A. (2006). Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care*, 44(12), 1114-1120.

Pellfolk, T. J., Gustafson, Y., Bucht, G., & Karlsson, S. (2010). Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: A cluster randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 62-69.

Petti, T. A., Mohr, W. K., Somers, J. W., & Sims, L. (2001). Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(3), 115-127.

Pollard, R., Yanasak, E. V., Rogers, S. A., & Tapp, A. (2006). Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatric*

*Quarterly*, 78(1), 73-81.

Prescott, D. L., Madden, L. M., Dennis, M., Tisher, P., & Wingate, C. (2007). Reducing mechanical restraints in acute psychiatric care settings using rapid response teams. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(1), 96-105.

---

- Putman, L. & Wang, J. T. (2007). The Closing Group: Therapeutic recreation for nursing home residents with dementia and accompanying agitation and/or anxiety. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(3), 167-175.
- Ralphs-Thibodeau, S., Knoefel, F., Benjamin, K., Leclerc, A., Pisterman, S., Sohmer, J., & Scrim, C. (2006). Patient choice: An influencing factor on policy-related research to decrease bedrail use as physical restraint. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 31-39.
- Rask, K., Parmelee, P. A., Taylor, J. A., Green, D., Brown, H., Hawley, J.,...Ouslander, G. (2007). Implementation and evaluation of a nursing home fall management program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(3), 342-349.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2002). *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2006a). *Client Centred Care*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2006b). *Crisis Intervention*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2006c). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2007a). *Assessment & Management of Pain*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2007b). *Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload Practices*. Toronto. Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2010a). *Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2010b). *Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2011). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Ryan, C. J. & Bowers, L. (2006). An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 527-532. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00975.x
- Saarnio, R., Isola, A., & Laukkala, H. (2008). The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: Nurses' individual, communal and alternative modes of action. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 132-140.
- Safer Healthcare Now!* (SHN). (2010). Reducing falls and injury from falls. Getting started kit. Retrieved from <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/Falls/Pages/default.aspx>.
- Sandhu, S., Mion, L., Khan, R., Ludwick, R., Claridge, J., Pile, J.,... Dietrich, M. (2010). Likelihood of ordering physical restraints: Influence of physician characteristics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(7), 1272-1278. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02950.x
- Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin September*, 31, 321-325.
- Sequeira, H. & Halstead, S. (2002). Control and restraint in the UK: Service user perspectives. *British Journal of*

*Forensic Practice*, 4(1), 9-18.

Sequeira, H. & Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: 'When I go home, it's then that I think about it'. *British Journal of Forensic Practice*, 6(1), 3-15.

Shah, A., Chiu, E., Ames, D., Harrigan, S., & McKenzie, D. (2000). Characteristics of aggressive subjects in Australian (Melbourne) nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 12(2), 145-161.

- Skemp Kelley, L., Pringle Specht, J. K., Maas, M. L. (2001). *Family involvement in care for persons with Dementia*. Iowa City, Iowa: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core.
- Smith, N. H., Timms, J., Parker, V. G., Reimels, E. M., & Hamlin, A. (2003). The impact of education on the use of physical restraints in the acute care setting. *Journal of Continuing Education in Nursing, 34*(1), 26-33.
- Snyder, B. S. (2004). Preventing treatment interference: Nurses' and parents' intervention strategies. *Pediatric Nursing, 30*(1), 31-40.
- Strout, T. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing 19*, 416-427. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x
- Sullivan-Marx, E. M., Kurlowicz, L. H., Maislin, G., & Carson, J. L. (2001). Physical restraint among hospitalized nursing home residents: Predictors and outcomes. *Clinical Gerontologist, 24*(1-2), 85-101.
- Sung, H. C., Chang, S. M., Lee, W. L., & Lee, M. S. (2006). The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine, 14*(2), 113-119.
- Swauger, K. C. & Tomlin, C. C. (2000). Moving toward restraint-free patient care. *Journal of Nursing Administration, 30*(6), 325-329.
- Tenneij, N. H., Goedhard, L. E., Stolker, J. J., Nijman, H., & Koot, H. M. (2009). The correspondence between the Staff Observation Aggression Scale-Revised and two other indicators for aggressive incidents. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(4), 283-288.
- Testad, I., Aasland, A. M., & Aarland, D. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: A single-blind randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(6), 587-590.
- Testad, I., Ballard, C., Bronnick, K., & Aarland, D. (2010). The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: A single-blind, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry, 71*(1), 80-86.
- Thapa, P. B., Palmer, S. L., Owen, R. R., Huntley, A. L., Clardy, J. A., & Miller, L. H. (2003). P.R.N. (as-needed) orders and exposure of psychiatric inpatients to unnecessary psychotropic medications. *Psychiatric Services, 54*(9), 1282-1286.
- Turgay, A. S., Sari, D., & Genc, R. E. (2009). Physical restraint use in Turkish intensive care units. *Clinical Nurse Specialist, 23*(2), 68-72.
- Tzeng, H. M., Yin, C. Y., & Grunawalt, J. (2008). Effective assessment of use of sitters by nurses in inpatient care settings. *Journal of Advanced Nursing, 64*(2), 176-183.
- Unruh, L., Joseph, L., & Strickland, M. (2007). Nurse absenteeism and workload: Negative effect on restraint use, incident reports and mortality. *Journal of Advanced Nursing, 60*(6), 673-681.
- Vance, D. L. (2003). Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: A pilot study. *AACN Clinical Issues, 14*(1), 82-91.
- Vidan, M. T., Sanchez, E., Alonso, M., Montero, B., Ortiz, J., & Serra, J. A. (2009). An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(11), 2029-2036.
- Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P. N., Laurin, D., Rochette, L., Martin, L. S., & Baillargeon, L. (2005).



Determinants of neuroleptic drug use in long-term facilities for elderly persons. *Journal of Applied Gerontology*, 24(3), 179-195.

Wagner, L. M., Capezuti, E., Brush, B., Boltz, M., Renz, S., & Talerico, K. A. (2007). Description of an advanced practice nursing consultative model to reduce restrictive siderail use in nursing homes. *Research in Nursing & Health*, 30(2), 131-140.

Werner, P. (2002). Perceptions regarding the use of physical restraints with elderly persons: Comparison of Israeli

- health care nurses and social workers. *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), 59-68.
- Werner, P., & Mendelsson, G., (2001). Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: Testing the theory of reasoned action. *Journal of Advanced Nursing* 35(5), 784-791.
- Whitman, G. R., Davidson, L. J., Rudy, E. B., & Sereika, S. M. (2001). Practice patterns related to mechanical restraint use across a multi-institutional health care system. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 5(3), 102-111.
- Williams, J. E. & Myers, R. E. (2001). Relationship of less restrictive interventions with seclusion/restraints usage, average years of psychiatric experience, and staff mix. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 7(5), 139-144.
- Wong, I. S. & Chien, W. T. (2005). Young medical patients' experience of physical restraint: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 120-121.
- World Health Organization (WHO). (2009). More than words. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report, January 2009. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15(1), 124-144.
- Yamamoto, M., Izumi, K., & Usui, K. (2006). Dilemmas facing Japanese nurses regarding the physical restraint of elderly patients. *Japan Journal of Nursing Science*, 3(1), 43-50.



## Bibliography

- Allen, D. E., de Nesnera, A., & Souther, J. W. (2009). Executive-level reviews of seclusion and restraint promote interdisciplinary collaboration and innovation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 15*(4), 260-264.
- Allen, M. H., Currier, G. W., Hughes, D. H., Docherty, J. P., Carpenter, D., & Ross, R. (2003). Treatment of behavioral emergencies: A summary of the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice, 9*(1), 16-38.
- Allen, M. H., Currier, G. W., Hughes, D. H., Reyes-Harde, M., Docherty, J. P., & Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies. (2001). The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgraduate Medicine, 1-90*.
- Allen, R.S., Burgio, L.D., Fisher, S.E., Michael, H.J., & Shuster, J.L., Jr. (2005). Behavioral characteristics of agitated nursing home residents with dementia at the end of life. *Gerontologist, 45*(5), 661-666.
- Anders, R. L., Thapinta, D., Wiwatkunupakan, S., Kitsumban, V., & Vadtanapong, S. (2003). Assessment of inpatient treatment of mentally ill patients in Thailand: Implications for practice. [Review]. *Contemporary Nurse, 15*(3), 322-332.
- Annequin, D., Carbajal, R., Chauvin, P., Gall, O., Tourniaire, B., & Murat, I. (2000). Fixed 50% nitrous oxide oxygen mixture for painful procedures: A French survey. *Pediatrics, 105*(4), e47.
- Antonelli, M. T. (2008). Restraint management: Moving from outcome to process. *Journal of Nursing Care Quality, 23*(3), 227-232.
- Arling, G. & Williams, A. R. (2003). Cognitive impairment and resource use of nursing home residents: A structural equation model. *Medical Care, 41*(7), 802-812.
- Arling, G., Kane, R. L., Mueller, C., Bershadsky, J., & Degenholtz, H. B. (2007). Nursing effort and quality of care for nursing home residents. *Gerontologist, 47*(5), 672-682.
- Arling, G., Lewis, T., Kane, R. L., Mueller, C., & Flood, S. (2007). Improving quality assessment through multilevel modeling: The case of nursing home compare. *Health Services Research, 42*(3p1), 1177-1199.
- Austin, W., Bergum, V., & Nuttgens, S. (2004). Addressing oppression in psychiatric care: A relational ethics perspective. *Ethical Human Psychology & Psychiatry, 6*(1), 69-78.
- Ayalon, L., Bornfeld, H., Gum, A.M., & Areán, P.A. (2009). The use of problem-solving therapy and restraint-free environment for the management of depression and agitation in long-term care. *Clinical Gerontologist, 32*(1), 77-90.
- Aydin, C. E., Bolton, L. B., Donaldson, N., Brown, D. S., Buffum, M., Elashoff, J. D., & Sandhu, M. (2004). Creating and analyzing a state-wide nursing quality measurement database. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(4), 371-378.
- Bailey, M., Amato, S., & Mouhlas, C. (2009). A creative alternative for providing constant observation on an acute-brain-injury unit. *Rehabilitation Nursing, 34*(1), 11-16.
- Bar-Meir, E., Zaslansky, R., Regev, E., Keidan, I., Orenstein, A., & Winkler, E. (2006). Nitrous oxide administered by the plastic surgeon for repair of facial lacerations in children in the emergency room. *Plastic & Reconstructive Surgery, 117*(5), 1571-1575.
- Barton, S. A., Johnson, M. R., & Price, L. V. (2009). Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 47*(1), 34-40.

Beech, B. (2001). Managing aggression and violence in care settings: A review of the legal and ethical content of staff training courses. *Journal of Adult Protection*, 3(2), 8-17.

Bell, F., Szmukler, G., & Carson, J. (2000). Violence and its management in in-patient mental health settings: A review of the literature. *Mental Health & Learning Disabilities Care*, 3, 370-372.

- Bernick, L. & Bretholz, I. (2001). Safe Mobility Program: A comprehensive falls prevention program for a multi-level geriatric setting. *Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association*, 25(3), 12-19.
- Beyaztas, F. & Tel, H. (2005). Nurses and physicians' opinions and approaches towards the use of physical restraints. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 12(2), 85-90.
- Boocock, M. G., Weyman, A. K., & McIlroy, R. (2006). Bedside safety rails: Assessment of strength requirements and the appropriateness of current designs. *Ergonomics*, 49(7), 631-650.
- Bostick, J. E. (2004). Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 130-136.
- Boudreaux, E. D., Allen, M. H., Claassen, C., Currier, G. W., Bertman, L., Glick, R.,...Camargo, C.A. (2009). The Psychiatric Emergency Research Collaboration-01: Methods and results. *General Hospital Psychiatry*, 31(6), 515-522.
- Boustani, M., Munger, S., Beck, R., Campbell, N., & Weiner, M. (2007). A gero-informatics tool to enhance the care of hospitalized older adults with cognitive impairment. *Clinical Interventions In Aging*, 2(2), 247-253.
- Bower, F. L., McCullough, C. S., & Timmons, M. E. (2000). A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 7(2), 22-44.
- Bower, F. L., McCullough, C. S., & Timmons, M. E. (2003). A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. [Review]. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 10(1).
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: The case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today*, 24(6), 435-442.
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2007). Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 349-356.
- Bowers, L., Brennan, G., Flood, C., Lipang, M., & Oladapo, P. (2006). Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(2), 165-172.
- Bowers, L., Nijman, H., Allan, T., Simpson, A., Warren, J., & Turner, L. (2006). Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. Acute psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 57(7), 1022-1026.
- Bowers, T. (2002). The need for education over legislation in reducing restraint use in health care facilities. [Review]. *Perspectives*, 26(4), 4-6.
- Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., Koczy, P., & Nikolaus, T. (2005). Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 10-18.
- Brend, M. & Jackson, D. (2006). Finding positive alternatives to physical restraint. *Learning Disability Practice*, 9(4), 32-38.
- Brenner, M. (2007). Child restraint in the acute setting of pediatric nursing: An extraordinarily stressful event. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30 (1-2), 29-37.
- Burnes, B. L., Aydin, C. E., Donaldson, N., Brown, D. S., Sandhu, M., Fridman, M., Aronow, H.U. (2007). Mandated nurse staffing ratios in California: A comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre- and post regulation. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 8(4), 238-250.

Camp, C. J., Cohen-Mansfield, J., & Capezuti, E. A. (2002). Use of nonpharmacologic interventions among nursing home residents with dementia. [Review]. *Psychiatric Services, 53*(11), 1397-1401.

Capezuti, E. (2004). Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. *Nursing Clinics of North America, 39*(3), 625-647.

- Capezuti, E. A., & Wagner, L. M. (2006). Restraints and immobility. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*, 2(4), 1689-1699.
- Carroll-Solomon, P. A., Christian, V., Denny, D. S., Nordan, V. N., Therriault, M. F., & Van, W. R. (2000). Preserving residents' rights in long-term care settings: A values-based approach to restraint reduction. *Journal for Healthcare Quality*, 22(4), 10-19.
- Castle, N. G. & Engberg, J. (2005). Staff turnover and quality of care in nursing homes. *Medical Care*, 43(6), 616-626.
- Castle, N. G., Degenholtz, H., & Engberg, J. (2005). State variability in indicators of quality of care in nursing facilities. *Journals of Gerontology Series A—Biological Sciences & Medical Sciences*, 60(9), 1173-1179.
- Chabora, N., Judge-Gorny, M., & Grogan, K. (2003). The Four S Model in action for de-escalation. An innovative state hospital-university collaborative endeavor. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(1), 22-28.
- Chappell, N. L. & Reid, R. C. (2000). Dimensions of care for dementia sufferers in long-term care institutions: Are they related to outcomes? *Journals of Gerontology Series B—Psychological Sciences & Social Sciences*, 55(4), S234-S244.
- Chengappa, K. N. R., Levine, J., Ulrich, R., Parepally, H., Brar, J. S., Atzert, R.,...Gopalani, A. (2000). Impact of risperidone on seclusion and restraint at a state psychiatric hospital. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(9), 827-832.
- Chien, W. T., Chan, C. W. H., Lam, L. W., & Kam, C. W. (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 80-86.
- Choi, B. & Pak, A. (2006). Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), 351-364.
- Christiansen, E. & Chambers, N. (2005). Induction of anesthesia in a combative child: Management and issues. *Paediatric Anaesthesia*, 15(5), 421-425.
- Collins, R. J. (2006). Medication sleuth: An important role for pharmacists in determining the etiology of delirium. *Consultant Pharmacist*, 21(4), 293-297.
- Comondore, V. R., Devereaux, P. J., Zhou, Q., Stone, S. B., Busse, J. W., Ravindran, N. C.,...Guyatt, G.H. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 339(7717), 381-384.
- Cook, R., Mayne, C., Gardner, G., & Lawrence, T. (2002). Policy development through action research: Managing aggressive behaviour in patients with traumatic brain injury. *Australasian Journal of Neuroscience*, 15(3), 5-12.
- Cravero, J. P., Beach, M., Dodge, C. P., & Whalen, K. (2000). Emergence characteristics of sevoflurane compared to halothane in pediatric patients undergoing bilateral pressure equalization tube insertion. *Journal of Clinical Anesthesia*, 12(5), 397-401.
- Daffern, M., Mayer, M., & Martin, T. (2006). Staff gender ratio and aggression in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(2), 93-99.
- Day, J., Higgins, I., & Koch, T. (2009). The process of practice redesign in delirium care for hospitalized older people: A participatory action research study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 13-22.
- Delaney, K. R. (2006). Evidence base for practice: Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 19-30.
- Demir, Z. A. (2009). Attitudes, informed consent obtaining rates and feelings about physical restraint use



Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints  
among nurses. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1573-1581.

Dewey, K. & Brill, C. (2000). Decrease in restraint use in a study of a geropsychiatric unit. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 38(10), 14-18.

Dimant, J. (2003). Avoiding physical restraints in long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(4), 207-215.

- Downey, L. V. A., Zun, L. S., & Gonzales, S. J. (2007). Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *General Hospital Psychiatry, 29*(6), 470-474.
- Encinares, M. & Pullan, S. (2003). The balancing act. Collaboration between frontline forensic staff and hospital administration. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 41*(12), 36-45.
- Evans, L. K. & Cotter, V. T. (1950). Avoiding restraints in patients with dementia: Understanding, prevention, and management are the keys. *American Journal of Nursing, 108*(3), 40-49.
- Faezah, S.K., Zhang, D., & Yin, L.F. (2008). The prevalence and risk factors of delirium amongst the elderly in acute hospital. *Singapore Nursing Journal, 35*, 11-14.
- Farrell, G. & Cubit, K. (2005). Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. [Review]. *International Journal of Mental Health Nursing, 14*(1), 44-53.
- Fishman, G., Botzer, E., Marouani, N., & DeRowe, A. (2005). Nitrous oxide-oxygen inhalation for outpatient otologic examination and minor procedures performed on the uncooperative child. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 69*(4), 501-504.
- Flaherty, J. H., Tariq, S. H., Raghavan, S., Bakshi, S., Moinuddin, A., & Morley, J. E. (2003). A model for managing delirious older inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(7), 1031-1035.
- Foley, K. L., Sudha, S., Sloane, P. D., & Gold, D. T. (2003). Staff perceptions of successful management of severe behavioral problems in dementia special care units. *Dementia, 2*(1), 105-124.
- Fonad, E., Emami, A., Wahlin, T. B., Winblad, B., & Sandmark, H. (2009). Falls in somatic and dementia wards at Community Care Units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23*(1), 2-10.
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behavior on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing, 58*(2), 140-149.
- Fowler, N. A. (2006). Aromatherapy, used as an integrative tool for crisis management by adolescents in a residential treatment center. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing, 19*(2), 69-76.
- Fralick, S. L. (2007). A restraint utilization project. *Nursing Administration Quarterly, 31*(3), 219-225.
- Frezza, E. E., Carleton, G. L., & Valenziano, C. P. (2000). A quality improvement and risk management initiative for surgical ICU patients: A study of the effects of physical restraints and sedation on the incidence of self-extubation. *American Journal of Medical Quality, 15*(5), 221-225.
- Friedman, R. M., Pinto, A., Behar, L., Bush, N., Chirolla, A., Epstein, M.,...Young, C.K. (2006). Unlicensed residential programs: The next challenge in protecting youth. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 295-303.
- Gallinagh, R., Nevin, R., McIlroy, D., Mitchell, F., Campbell, L., Ludwick, R., & McKenna, H. (2002). The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: Findings from an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies, 39*(2), 147-156.
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. [Review]. *British Journal of Psychiatry, 191*, 298-303.
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. [Review]. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(12), 758-763.
- Gerolamo, A. M. (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Archives of Psychiatric Nursing, 20*(4), 175-185.
- Gerolamo, A. M. (2008). Measuring adverse outcomes in inpatient psychiatry: The reliability of nurse recall.

*Archives of Psychiatric Nursing*, 22(2), 95-103.

Gillespie, G. L., Gates, D. M., Miller, M., & Howard, P. K. (2010). Violence against healthcare workers in a pediatric emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 32(1), 68-82.

Goldbloom, D. L., Mojtabai, R., & Serby, M. J. (2010). Weekend prescribing practices and subsequent seclusion and restraint in a psychiatric inpatient setting. *Psychiatric Services*, 61(2), 193-195.

- Goodson, J., Jang, W., & Rantz, M. (2008). Nursing home care quality: Insights from a Bayesian network approach. *Gerontologist, 48*(3), 338-348.
- Grabowski, D. C., Angelelli, J. J., & Mor, V. (2004). Medicaid payment and risk-adjusted nursing home quality measures. *Health Affairs, 23*(5), 243-252.
- Graham, A. (2002). The use of physical interventions in managing violence in mental health settings. *Mental Health Practice, 6*(4), 10-15.
- Green, B. & Robinson, L. (2005). Reducing violence in a forensic mental health unit: A seven-year study. *Mental Health Practice, 9*(4), 40-44.
- Grigg, M. (2006). Eliminating seclusion and restraint in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing, 15*(4), 224-225.
- Gruneir, A., Lapane, K. L., Miller, S. C., & Mor, V. (2008). Does the presence of a dementia special care unit improve nursing home quality? *Journal of Aging & Health, 20*(7), 837-854.
- Gruneir, A., Lapane, K. L., Miller, S. C., & Mor, V. (2008). Is dementia special care really special? A new look at an old question. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*(2), 199-205.
- Gudjonsson, G. H., Rabe-Hesketh, S., & Szmukler, G. (2004). Management of psychiatric in-patient violence: Patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *British Journal of Psychiatry, 184*(3), 258-262.
- Hamers, J. P. & Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie, 38*(1), 19-25.
- Hancock, C. K., Buster, P. A., Oliver, M. S., Fox, S. W., Morrison, E., & Burger, S. L. (2001). Restraint reduction in acute care: An interdisciplinary approach. *Journal of Nursing Administration, 31*(2), 74-77.
- Hantikainen, V. & Kappeli, S. (2000). Using restraint with nursing home residents: A qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing, 32*(5), 1196-1205.
- Hantikainen, V. (2001). Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: A qualitative and interpretative study. *Journal of Clinical Nursing, 10*(2), 246-256.
- Happ, M. B. (2000). Preventing treatment interference: The nurse's role in maintaining technologic devices. *Heart & Lung, 29*(1), 60-69.
- Happ, M. B. (2002). Treatment interference in critically ill patients: An update on unplanned extubation. *Clinical Pulmonary Medicine, 9*(2), 81-86.
- Harmon, R. B. (2009). Hydrotherapy in state mental hospitals in the mid-twentieth century. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(8), 491-494.
- Harmsen, M., Geurts, A. C., Fasotti, L., & Bevaart, B. J. (2004). Positive behavioural disturbances in the rehabilitation phase after severe traumatic brain injury: An historic cohort study. *Brain Injury, 18*(8), 787-796.
- Haut, A., Kopke, S., Gerlach, A., Muhlhauser, I., Haastert, B., & Meyer, G. (2009). Evaluation of an evidence-based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial [ISRCTN34974819]. *BMC Geriatrics, 9*(42).
- Heinze, C., Halfens, R. J., & Dassen, T. (2007). Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *Journal of Clinical Nursing, 16*(3), 495-501.
- Helene, H. M., Heggen, K., & Ruyter, K. W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics, 15*(6), 777-788.

Hellerstein, D. J., Seirmarco, G., Almeida, G., & Batchelder, S. (2008). Assessing behavioral coping preferences of psychiatric inpatients: A pilot study. *Medscape Journal of Medicine*, 10(12), 271.

Hine, K. (2007). The use of physical restraint in critical care. [Review]. *Nursing in Critical Care*, 12(1), 6-11.

Hoelzel, S. L. (2003). Reducing use of restraints on a rehabilitation unit. *Rehabilitation Nursing*, 28(3), 72-73.

- Hofso, K., & Coyer, F. M. (2007). Part 1. Chemical and physical restraints in the management of the mechanically ventilated patients in the ICU: Contributing factors. *Intensive and Critical Care Nursing, 23*(5), 249-255.
- Hofso, K. & Coyer, F. M. (2007). Part 2. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: A patient perspective. [Review]. *Intensive & Critical Care Nursing, 23*(6), 316-322.
- Hollins, L. P. & Paterson, B. (2009). Physical intervention trainers: The case for greater accountability. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 16*(4), 376-381.
- Horsburgh, D. (2003). The ethical implications and legal aspects of patient restraint. [Review]. *Nursing Times, 99*(6), 26-27.
- Huang, H. T., Chuang, Y. H., & Chiang, K. F. (2009). Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: The effectiveness of an in-service education program. *Journal of Nursing Research, 17*(4), 241-248.
- Hubner-Liebermann, B., Spiessl, H., Iwai, K., & Cording, C. (2005). Treatment of schizophrenia: Implications derived from an intercultural hospital comparison between Germany and Japan. *International Journal of Social Psychiatry, 51*(1), 83-96.
- Huffman, J. C., Stern, T. A., Harley, R. M., & Lundy, N. A. (2003). The use of DBT skills in the treatment of difficult patients in the General Hospital. *Psychosomatics, 44*(5), 421-429.
- Hughes, C. M. & Lapane, K. L. (2005). Administrative initiatives for reducing inappropriate prescribing of psychotropic drugs in nursing homes: How successful have they been? *Drugs & Aging, 22*(4), 339-351.
- Hughes, C. M., Lapane, K. L., Mor, V., Ikegami, N., Jonsson, P. V., Ljunggren, G., Sgadari, A. (2000). The impact of legislation on psychotropic drug use in nursing homes: A cross-national perspective. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*(8), 931-937.
- Hughes, R. (2008). Chemical restraint in nursing older people. [Review]. *Nursing Older People, 20*(3), 33-38.
- Huizing, A. R., Hamers, J. P., Gulpers, M. J., & Berger, M. P. (2006). Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: A cluster randomized trial. *BMC Geriatrics, 6*, 17.
- Hyde, S., Fulbrook, P., Fenton, K., & Kilshaw, M. (2009). A clinical improvement project to develop and implement a decision-making framework for the use of seclusion. *International Journal of Mental Health Nursing, 18*(6), 398-408.
- Inoue, K., Tanii, H., Hisashi, T., Nakao, K., Fukui, S., Fukui, N.,...Yuji, O. (2006). A report on research on the use of risperidone oral solution in a clinical setting. *International Medical Journal, 13*(3), 191-194.
- Irving, K. (2002). Governing the conduct of conduct: Are restraints inevitable? *Journal of Advanced Nursing, 40*(4), 405-412.
- Irving, K. (2004). Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals. *Australian Journal of Advanced Nursing, 21*(4), 23-27.
- Jacobs, B. R., Salman, B. A., Cotton, R. T., Lyons, K., & Brill, R. J. (2001). Postoperative management of children after single-stage laryngotracheal reconstruction. *Critical Care Medicine, 29*(1), 164-168.
- Janelli, L. & Kanski, G. (2000). The use of music to release the ties that bind. *Perspectives, 24*(2), 2-7.
- Janelli, L. M., Kanski, G. W., & Wu, Y. W. (2004). The influence of individualized music on patients in physical restraints: A pilot study. *Journal of the New York State Nurses Association, 35*(2), 22-27.
- Jarrett, M., Bowers, L., & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 64*(6), 538-548.

Jensdottir, A. B., Rantz, M., Hjaltadottir, I., Gudmundsdottir, H., Rook, M., & Grando, V. (2003). International comparison of quality indicators in United States, Icelandic and Canadian nursing facilities. *International Nursing Review*, 50(2), 79-84.

Johnson, T. D. (2007). Respiratory assessment in child and adolescent residential treatment settings: Reducing restraint-associated risks. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(3), 176-183.

---

- Jones, C., Backman, C., Capuzzo, M., Flaatten, H., Rylander, C., & Griffiths, R. D. (2007). Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: A hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Medicine*, 33(6), 978-985.
- Jones, P. & Stenfert, K. B. (2008). Service users and staff from secure intellectual disability settings: Views on three physical restraint procedures. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12(3), 229-237.
- Kapp, M. B. (2008). Resistance to nursing home restraints reduction revisited: Introduction to a symposium. *Journal of Aging & Social Policy*, 20(3), 279-285.
- Karger, B., Fracasso, T., & Pfeiffer, H. (2008). Fatalities related to medical restraint devices-asphyxia is a common finding. *Forensic Science International*, 178(2-3), 178-184.
- Karlsson, S., Bucht, G., Rasmussen, B. H., & Sandman, P. O. (2000). Restraint use in elder care: Decision making among registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 9(6), 842-850.
- Keidan, I., Zaslansky, R., Weinberg, M., Ben-Shlush, A., Jacobson, J. M., Augarten, A. & Mor, Y. (2005). Sedation during voiding cystourethrography: Comparison of the efficacy and safety of using oral midazolam and continuous flow nitrous oxide. *Journal of Urology*, 174(4pt.2), 1598-1600.
- Kelly, A. & Dowling, M. (2004). Reducing the likelihood of falls in older people. *Nursing Standard*, 18(49), 33-40.
- Khadivi, A. & Levine, J. M. (2005). Letter to editor re: Patient-focused care and seclusion...Sullivan et al. (2004), 11(11), 503. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 12(2), 88.
- Kielb, C., Hurlock-Chorostecki, C., & Sipprell, D. (2005). Can minimal patient restraint be safely implemented in the intensive care unit? *Dynamics*, 16(1), 16-19.
- Kier-York, J. E. (2000). Developing a special needs restraint loaner program for transporting medically fragile children. *Orthopaedic Nursing*, 19(6), 31-34.
- Kirkevold, O., Sandvik, L., & Engedal, K. (2004). Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(10), 980-988.
- Kirkevold, O. & Engedal, K. (2008). Quality of care in Norwegian nursing homes-deficiencies and their correlates. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 560-567.
- Kirkevold, O., Laake, K., & Engedal, K. (2003). Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 491-497.
- Koch, S., Lyon, C., & Lyon, K. S. (2001). Case study approach to removing physical restraint. *International Journal of Nursing Practice*, 7(3), 156-161.
- Koukia, E., Madianos, M. G., & Katostaras, T. (2009). "On the spot" interventions by mental health nurses in inpatient psychiatric wards in Greece. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(5), 327-336.
- Kozub, M. L. & Skidmore, R. (2001). Least to most restrictive interventions. A continuum for mental health care facilities. [Review]. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(3), 32-38.
- Kraft, N. L. (2003). A pictorial and video guide to circumcision without pain. *Advances in Neonatal Care*, 3, 50-62.
- Kunik, M. E., Lees, E., Snow, A. L., Cody, M., Rapp, C. G., Molinari, V. A., & Beck, C.K. (2003). Disruptive behavior in dementia: A qualitative study to promote understanding and improve treatment. *Alzheimer's Care Quarterly*, 4(2), 125-136.
- Kurlowicz, L. H., Evans, L. K., Strumpf, N. E., & Maislin, G. (2002). A psychometric evaluation of the Cornell Scale for Depression in Dementia in a frail, nursing home population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(5), 600-608.



Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S.G. (2009). Training in dementia care: A cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295-308.

Kwasny, P., Hagen, B., & Armstrong-Esther, C. (2006). Use of major and minor tranquilizers with older patients in an acute care hospital: An exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 135-141.



- Kwok, T., Mok, F., Chien, W. T., & Tam, E. (2006). Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting? *Journal of Clinical Nursing, 15*(5), 581-587.
- Lacey, C. M., Finkelstein, M., & Thygeson, M. V. (2008). The impact of positioning on fear during immunizations: Supine versus sitting up. *Journal of Pediatric Nursing, 23*(3), 195-200.
- Lai, C. K. Y., Kong, S. K. F., Chow, S. K. Y., Lee, J. C. S., & Lok, C. K. W. (2003). A restraint reduction program in a local old age home. *Asian Journal of Nursing Studies, 6*(2), 1-10.
- Lai, C. K., Yeung, J. H., Mok, V., & Chi, I. (2009). Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*, CD006470.
- Laine, J., Finne-Soveri, U. H., Bjorkgren, M., Linna, M., Noro, A., & Hakkinen, U. (2005). The association between quality of care and technical efficiency in long-term care. *International Journal for Quality in Health Care, 17*(3), 259-267.
- Laurin, D., Voyer, P., Verreault, R., & Durand, P. J. (2004). Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC Nursing, 3*(5).
- Law, C. S. & Blain, S. (2003). Approaching the pediatric dental patient: A review of nonpharmacologic behavior management strategies. *Journal of the California Dental Association, 31*(9), 703-713.
- Lebel, J., Stromberg, N., Duckworth, K., Kerzner, J., Goldstein, R., Weeks, M.,...Sudders, M. (2004). Child and adolescent inpatient restraint reduction: A state initiative to promote strength-based care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(1), 37-45.
- Lee, S., Gray, R., Gournay, K., Wright, S., Parr, A. M., & Sayer, J. (2003). Views of nursing staff on the use of physical restraint. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 10*(4), 425-430.
- Leggett, J. & Silvester, J. (2003). Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: A field study. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(4), 393-406.
- Lemonidou, C., Priami, M., Merkouris, A., Kalafati, M., Tafas, C., & Plati, C. (2002). Nurses' perceptions toward seclusion and use of restraints for psychiatric patients in Greece. *European Journal of Psychiatry, 16*(2), 81-90.
- Lewis, M., Taylor, K., & Parks, J. (2009). Crisis prevention management: A program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(3), 159-164.
- Lindgren, M., Unosson, M., Fredrikson, M., & Ek, A. C. (2004). Immobility - A major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: A prospective study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*(1), 57-64.
- Lindsey, P. L. (2009). Psychiatric nurses' decision to restrain. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 47*(9), 41-49.
- Lin, L. C., Wu, S. C., Kao, C. C., Tzeng, Y. L., Watson, R., & Tang, S. H. (2009). Single ability among activities of daily living as a predictor of agitation. *Journal of Clinical Nursing, 18*(1), 117-123.
- Lloyd, M., Urquhart, G., Heard, A., & Kroese, B. (2008). When a child says 'no': Experiences of nurses working with children having invasive procedures. *Paediatric Nursing, 20*(4), 29-34.
- Lucero, M., Pearson, R., Hutchinson, S., Leger-Krall, S., & Rinalducci, E. (2001). Products for Alzheimer's self-stimulatory wanderers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 16*(1), 43-50.
- Ludwick, R. & Zeller, R. A. (2001). The factorial survey: An experimental method to replicate real world problems. *Nursing Research, 50*(2), 129-133.
- Lundy, H. & McGuffin, P. (2005). Using dance/movement therapy to augment the effectiveness of therapeutic

Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints

holding with children. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(3), 135-145.

Maas, M. L., Specht, J. P., Buckwalter, K. C., Gittler, J., & Bechen, K. (2008). Nursing home staffing and training recommendations for promoting older adults' quality of care and life: Part 1. Deficits in the quality of care due to understaffing and undertraining. *Research in Gerontological Nursing*, 1(2), 123-133.

- Mac Dermaid, L. & Byrne, C. (2006). Restraint reduction education. *Canadian Nursing Home*, 17(3), 10-14.
- Malone, M. L., Vollbrecht, M., Stephenson, J., Burke, L., Pagel, P., & Goodwin, J. S. (2010). Acute Care for Elders (ACE) tracker and e-Geriatrician: Methods to disseminate ACE concepts to hospitals with no geriatricians on staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 161-167.
- Marangos-Frost, S. & Wells, D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: A decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 362-369.
- Marcin, J. P., Rutan, E., Rapetti, P. M., Brown, J. P., Rahnamayi, R., & Pretzlaff, R. K. (2005). Nurse staffing and unplanned extubation in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 6(3), 254-257.
- Marder, S. R. (2006). A review of agitation in mental illness: Treatment guidelines and current therapies. [Review]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, (Suppl 10), 13-21.
- Martin, B. & Mathisen, L. (2005). Use of physical restraints in adult critical care: A bicultural study. *American Journal of Critical Care*, 14(4), 133-142.
- McCain, M. & Kornegay, K. (2005). Behavioral health restraint: The experience and beliefs of seasoned psychiatric nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(5), 236-242.
- McDougall, T. (2000). Violent incidents in a forensic adolescent unit: A functional analysis. *Journal of Research in Nursing*, 5(5), 346-363.
- McGrath, P., Forrester, K., Fox-Young, S., & Huff, N. (2002). "Holding the child down" for treatment in paediatric haematology: The ethical, legal and practice implications. *Journal of Law & Medicine*, 10(1), 84-96.
- Meyer, G., Kopke, B., Haastert, B. & Muhlhauser, I. (2008). Restraint use among nursing home residents : Cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*. 18(7), 981-990.
- Meyer, G., Kopke, S., Haastert, B., & Muhlhauser, I. (2009). Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: A cluster-randomised controlled trial. *Age & Ageing*, 38(4), 417-423.
- Mijares, A., Reyes, C., Robinson, A., Isip, H., & Coleman, B. (2007). Perceptions of intensive care nurses on conventional versus alternative measures to restraints: An exploratory pilot study. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 305.
- Miller, S. C., Papandonatos, G., Fennell, M., & Mor, V. (2006). Facility and county effects on racial differences in nursing home quality indicators. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3046-3059.
- Minnick, A. F., Fogg, L., Mion, L. C., Catrambone, C., & Johnson, M. E. (2007). Resource clusters and variation in physical restraint use. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(4), 363-370.
- Minnick, A. F. & Leipzig, R. M. (2001). The restraint match-up. Three lessons show how nurse leaders can influence the use of physical restraints. *Nursing Management*, 32(3), 37-39.
- Minnick, A. F., Leipzig, R. M., & Johnson, M. E. (2001). Elderly patients' reports of physical restraint experiences in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 10(3), 168-171.
- Mion, L. C., Fogel, J., Sandhu, S., Palmer, R. M., Minnick, A. F., Cranston, T.,...Leipzig, R. (2001). Outcomes following physical restraint reduction programs in two acute care hospitals. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(11), 605-618.
- Mion, L. C., Minnick, A. F., Leipzig, R. M., Catrambone, C. D., & Johnson, M. E. (2007). Patient-initiated device removal in intensive care units: A national prevalence study. *Critical Care Medicine*, 35(12), 2714-2720.
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2, Art.

Mohr, W.K., Petti, T.A., & Mohr, B.D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 48(5), 330-337.

Moore, K. & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 532-540.

---

- Moore, T., Hollett, J., Pilkington, F. B., & Jonas-Simpson, C. (2003). A pilot study of the lived experience for persons with dementia residing on a locked unit. *Perspectives, 27*(2), 5-14.
- Moran, A., Cocoman, A., Scott, P. A., Matthews, A., Staniuliene, V., & Valimaki, M. (2009). Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 16*(7), 599-605.
- Morrison, E. F., Fox, S., Burger, S., Goodloe, L., Blosser, J., & Gitter, K. (2000). A nurse-led, unit-based program to reduce restraint use in acute care. *Journal of Nursing Care Quality, 14*(3), 72-80.
- Morrison, E., Morman, G., Bonner, G., Taylor, C., Abraham, I., & Lathan, L. (2002). Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing, 16*(3), 108-117.
- Muir-Cochrane, E., Bowers, L., & Jeffery, D. (2009). Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients. *Nurse Education Today, 29*(1), 83-90.
- Mukamel, D. B., Glance, L. G., Li, Y., Weimer, D. L., Spector, W. D., Zinn, J. S., & Mosqueda, L. (2008). Does risk adjustment of the CMS quality measures for nursing homes matter? *Medical Care, 46*(5), 532-541.
- Mullette, B. & Zulkowski, K. (2004). Bedrails: Restraints or enablers? *Ostomy Wound Management, 50*(8), 64-69
- Murphy, B. A. (2000). Delirium. *Emergency Medicine Clinics of North America, 18*(2), 243-252.
- Myers, H., Nikoletti, S., & Hill, A. (2001). Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting. *Nursing & Health Sciences, 3*(1), 29-34.
- Nawaz, H., Abbas, A., Sarfraz, A., Slade, M. D., Calvo-coressi, L., Wild, D. M., & Tessier-Sherman, B. (2007). A randomized clinical trial to compare the use of safety net enclosures with standard restraints in agitated hospitalized patients. *Journal of Hospital Medicine 2*(6), 385-393.
- Needham, I., Abderhalden, C., Dassen, T., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2002). Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss Medical Weekly, 132*(19-20), 253-258.
- Norris III, J. S., Rogers, C., & Omery, A. (2005). "Acute care nursing: A naturalistic investigation of alternatives to restraint use in an acute care setting". \_ *16th International Nursing Research Congress Renew Nursing Through Scholarship*\_ , Hawaii Big Island.
- Paavola, P. & Tiihonen, J. (2010). Seasonal variation of seclusion incidents from violent and suicidal acts in forensic psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry, 33*(1), 27-34.
- Park, J. & Stearns, S. C. (2009). Effects of state minimum staffing standards on nursing home staffing and quality of care. *Health Services Research, 44*(1), 56-78.
- Phillips, C. D., Spry, K. M., Sloane, P. D., & Hawes, C. (2000). Use of physical restraints and psychotropic medications in Alzheimer special care units in nursing homes. *American Journal of Public Health, 90*(1), 92-96.
- Quadri, P., Tettamanti, M., Bernasconi, S., Trento, R., & Loew, F. (2005). Lower limb function as predictor of falls and loss of mobility with social repercussions one year after discharge among elderly inpatients. *Aging - Clinical and Experimental Research, 17*(2), 82-89.
- Rabadi, M. H., Rabadi, F. M., & Peterson, M. (2008). An analysis of falls occurring in patients with stroke on an acute rehabilitation unit. *Rehabilitation Nursing, 33*(3), 104-109.
- Raivio, M. M., Laurila, J. V., Strandberg, T. E., Tilvis, R. S., & Pitkala, K. H. (2007). Neither atypical nor conventional antipsychotics increase mortality or hospital admissions among elderly patients with dementia: A two-year prospective study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(5), 416-424.
- Rateau, M. R. (2000). Confusion and aggression in restrained elderly persons undergoing hip repair surgery. *Applied Nursing Research, 13*(1), 50-54.

Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints

Rausch, D. L. & Bjorklund, P. (2010). Decreasing the costs of constant observation. *Journal of Nursing Administration, 40*(2), 75-81.

Redman, B. A. & Fry, S. T. (2003). Ethics and human rights issues experienced by nurses in leadership roles. *Nursing Leadership Forum, 7*(4), 150-156.



- Riley, D., Meehan, C., Whittington, R., Lancaster, G. A., & Lane, S. (2006). Patient restraint positions in a psychiatric inpatient service. *Nursing Times*, 102(3), 42-45.
- Roberts, D., Crompton, D., Milligan, E., & Groves, A. (1950). Reflection on the use of seclusion: In an acute mental health facility. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(10), 25-31.
- Ryan, C. J. & Bowers, L. (2005). Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(6), 695-702.
- Ryan, R. & Happell, B. (2009). Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 100-107.
- Saarnio, R. & Isola, A. (2009). Use of physical restraint in institutional elderly care in Finland: Perspectives of patients and their family members. *Research in Gerontological Nursing*, 2(4), 276-286.
- Saloviita, T. (2002). Challenging behaviour, and staff responses to it, in residential environments for people with intellectual disability in Finland. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 27(1), 21-30.
- Sandvide, A., Fahlgren, S., Norberg, A., & Saveman, B. I. (2006). From perpetrator to victim in a violent situation in institutional care for elderly persons: Exploring a narrative from one involved care provider. *Nursing Inquiry*, 13(3), 194-202.
- Schnelle, J. F., Bates-Jensen, B. M., Levy-Storms, L., Grbic, V., Yoshii, J., Cadogan, M., & Simmons, S.F. (2004). The minimum data set prevalence of restraint quality indicator: Does it reflect differences in care? *Gerontologist*, 44(2), 245-255.
- Schofield, N. (2001). Psychiatric nurses expressed conflicting feelings in the decision to use physical restraints. *Evidence-Based Mental Health*, 4(1), 31.
- Sees, D. L. (2009). Impact of the Health Care Financing Administration regulations on restraint and seclusion usage in the acute psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(4), 277-282.
- Sequeira, H. & Halstead, S. (2001). "Is it meant to hurt, is it?" Management of violence in women with developmental disabilities. *Violence Against Women*, 7(4), 462-476.
- Shah, A., Chiu, E., & Ames, D. (2000). Aggressive behaviour and environmental characteristics in Australian nursing homes. *Ageing and Mental Health*, 4(1), 43-47.
- Shorr, R. I., Guillen, M. K., Rosenblatt, L. C., Walker, K., Caudle, C. E., & Kritchevsky, S. B. (2002). Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 526-529.
- Sirin, S. R., Castle, N. G., & Smyer, M. (2002). Risk factors for physical restraint use in nursing homes: The impact of the Nursing Home Reform Act. *Research on Aging*, 24(5), 513-527.
- Slettebo, A. & Bunch, E. H. (2004). Solving ethically difficult care situations in nursing homes. *Nursing Ethics*, 11(6), 543-552.
- Sorrentino, A. (2004). Chemical restraints for the agitated, violent, or psychotic pediatric patient in the emergency department: Controversies and recommendations. *Current Opinion in Pediatrics*, 16(2), 201-205.
- Souder, E. & O'Sullivan, P. (2003). Disruptive behaviors of older adults in an institutional setting. Staff time required to manage disruptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(8), 31-36.
- Sourial, R., McCusker, J., Cole, M., & Abrahamowicz, M. (2001). Agitation in demented patients in an acute care hospital: Prevalence, disruptiveness, and staff burden. *International Psychogeriatrics*, 13(2), 183-197.
- Southcott, J. & Howard, A. (2007). Effectiveness and safety of restraint and breakaway techniques in a

Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints  
psychiatric intensive care unit. *Nursing Standard*, 21(6), 35-41.

Southcott, J., Howard, A., & Collins, E. (2002). Control and restraint training in acute mental health care. *Nursing Standard*, 16(27), 33-36.

Sparks, L. A., Setlik, J., & Luhman, J. (2007). Parental holding and positioning to decrease IV distress in young children: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(6), 440-447.

---

- Steinert, T., Eisele, F., Goeser, U., Tschoeke, S., Uhlmann, C., & Schmid, P. (2008). Successful interventions on an organizational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(27). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596103/?tool=pubmed>
- St. John, P. & Newton, L. (2001). Reasons for restraint discontinuation: A qualitative survey of nurses in a tertiary care teaching hospital. *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 4(2), 125-129.
- Stevenson, D. G. & Mor, V. (2009). Targeting nursing homes under the Quality Improvement Organization program's 9<sup>th</sup> statement of work. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1678-1684.
- Stubbs, B. (2008). Injuries to staff from implementation of physical interventions: Could poor manual handling be at fault? *British Journal of Forensic Practice*, 10(4), 12-14.
- Stubbs, B. (2009). Considering physical intervention as a manual handling procedure: Learning lessons from our general nursing colleagues. *British Journal of Forensic Practice*, 11(2), 32-37.
- Stubbs, B. (2009). The manual handling of the aggressive patient: A review of the risk of injury to nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(4), 395-400.
- Stubbs, B. & Alderman, N. (2008). Physical interventions to manage patients with brain injury: An audit on its use and staff and patient injuries from the techniques. *Brain Injury*, 22(9), 691-696.
- Stubbs, B., Leadbetter, D., Paterson, B., Yorston, G., Knight, C., & Davis, S. (2009). Physical intervention: A review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(1), 99-105.
- Suen, L. K., Lai, C. K., Wong, T. K., Chow, S. K., Kong, S. K., Ho, J. Y.,...Wong, I.Y.C. (2006). Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 20-28.
- Sullivan, D., Wallis, M., & Lloyd, C. (2004). Effects of patient-focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit. *International Journal of Therapy Rehabilitation*, 11(11), 503-508.
- Talerico K. A. & Capezuti, E. (2001). Myths and facts about side rails. *American Journal of Nursing*. 101(7), 43-8.
- Talerico, K. A. & Evans, L. K. (2001). Responding to safety issues in frontotemporal dementias. [Review]. *Neurology*, 56(Suppl 4), S52-S55.
- Talerico, K. A., Evans, L. K., & Strumpf, N. E. (2002). Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 42(2), 169-177.
- Tamminga, R. Y. J., Armbrust, W., & Kamps, W. A. (2004). Midazolam compared with ketamine for invasive procedures. *Pediatric Hematology and Oncology*, 21(1), 93-94.
- Taxis, J. C. (2002). Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(2), 157-170.
- Taylor, L. F., Whittington, F. J., Strasser, D. C., Hagan, H. C., Miller, S. W., & Archea, C. (2007). Gender differences in chemical restraint use in a nursing home: Patterns of psychotropic drug prescribing. *Journal of Aging and Pharmacotherapy*, 13(2), 67-81.
- Taylor, L. F., Whittington, F., Strasser, D. C., Miller, S. W., Hennessy, C. H., & Archea, C. (2003). Psychotropic Drug Use in a Nursing Home: A 6-year retrospective. *Journal of Applied Gerontology*, 22(4), 474-489.
- te Boekhorst, S., Depla, M. F. I. A., De, Lange, J., Pot, A. M., & Eefsting, J. A. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia: A comparison with traditional nursing home care. *International Journal*

Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints  
*of Geriatric Psychiatry, 24(9), 970-978.*

Terpstra, T. L., Terpstra, T. L., Pettee, E. J., & Hunter, M. (2001). Nursing staff's attitudes toward seclusion & restraint. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 39(5), 20-28.*

- The University of Texas MD Anderson Cancer Center Restraints Improvement Group. (1999) Alternatives for physical restraint: Myths and truths about physical restraints. Including a nursing survey on restraint practices. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 3(1).
- Turner, J. T., Lee, V., Fletcher, K., Hudson, K., & Barton, D. (2001). Measuring quality of care with an inpatient elderly population. The geriatric resource nurse model. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(3), 8-18.
- Tzeng, H. M. & Yin, C. Y. (2008). Heights of occupied patient beds: A possible risk factor for inpatient falls. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), 1503-1509.
- Van Citters, A. D., Naidoo, U., & Foti, M. E. (2007). Using a hypothetical scenario to inform psychiatric advance directives. *Psychiatric Services*, 58(11), 1467-1471.
- van Doeselaar, M., Slegers, P., & Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in the Netherlands. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 97-109.
- Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., & Bossaert, L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Critical Care*, 13(3), R77. Doi: 10.1186/cc7892
- Vassallo, M., Wilkinson, C., Stockdale, R., Malik, N., Baker, R., & Allen, S. (2005). Attitudes to restraint for the prevention of falls in hospital. *Gerontology*, 51(1), 66-70.
- Vatne, S. & Fagermoen, M. S. (2007). To correct and to acknowledge: Two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(1), 41-48.
- Vittengl, J. R. (2002). Temporal regularities in physical control at a state psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(2), 80-85.
- Wallsten, T., Kjellin, L., & Sjoberg, R. L. (2008). The diagnostic accuracy of questions about past experiences of being mechanically restrained in a population of psychiatric patients. *Memory*, 16(5), 548-555.
- Wan, T. T., Zhang, N. J., & Unruh, L. (2006). Predictors of resident outcome improvement in nursing homes. *Western Journal of Nursing Research*, 28(8), 974-993.
- Wang, W. W. & Moyle, W. (2005). Physical restraint use on people with dementia: A review of the literature. [Review]. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 46-52.
- Weiner, C., Tabak, N., & Bergman, R. (2003). The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nursing Ethics*, 10(5), 512-525.
- Weiner, C., Tabak, N., & Bergman, R. (2003). Use of restraints on dementia patients: An ethical dilemma of a nursing staff in Israel. *JONA's Healthcare Law, Ethics, & Regulation*, 5(4), 87-93.
- Weintraub, D. & Spurlock, M. (2002). Change in the rate of restraint use and falls on a psychogeriatric inpatient unit: Impact of the Health Care Financing Administration's new restraint and seclusion standards for hospitals. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 15(2), 91-94.
- Wen, V., Mauceri, J., Smith, O., & Wilson, G. (2008). Least restraint or not: An observational study on the prevalence of physical restraint use in intensive care. *Dynamics*, 19, 43-44.
- Werner, P. & Mendelsson, G. (2001). Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: Testing the theory of reasoned action. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 784-791.
- Werner, P. (2008). Discriminatory behavior towards a person with Alzheimer's disease: Examining the effects of being in a nursing home. *Aging & Mental Health*, 12(6), 786-794.
- Weze, C., Leathard, H. L., Grange, J., Tiplady, P., & Stevens, G. (2005). Evaluation of healing by gentle touch. *Public Health*, 119(1), 3-10.

Whitehead, E. & Mason, T. (2006). Assessment of risk and special observations in mental health practice: A comparison of forensic and non-forensic settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(4), 235-241.

---

- Whitman, G. R., Davidson, L. J., Sereika, S. M., & Rudy, E. B. (2001). Staffing and pattern of mechanical restraint use across a multiple hospital system. *Nursing Research, 50*(6), 356-362.
- Whitman, G. R., Kim, Y., Davidson, L. J., Wolf, G. A., & Wang, S. L. (2002). The impact of staffing on patient outcomes across specialty units. *Journal of Nursing Administration, 32*(12), 633-639.
- Whitman, G. R., Kim, Y., Davidson, L. J., Wolf, G. A., & Wang, S. L. (2007). Measuring nurse-sensitive patient outcomes across specialty units. *Outcomes Management, 6*(4), 152-158.
- Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A., & Neil, L. (2009). Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric Services, 60*(6), 792-798.
- Whittington, R., Lancaster, G., Meehan, C., Lane, S., & Riley, D. (2006). Physical restraint of patients in acute mental health care settings: Patient, staff, and environmental factors associated with the use of a horizontal restraint position. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 17*(2), 253-265.
- Wille, R. T., Barnett, J. L., Chey, W. D., Scheiman, J. M., & Elta, G. H. (2000). Routine droperidol pre-medication improves sedation for ERCP. *Gastrointestinal Endoscopy, 52*(3), 362-366.
- Williams, J. (2008). Exploring ethically sensitive decision-making in acute hospital care: Using hand-control mittens in adult patients. *Developing Practice Improving Care, 4*(4), 1-4.
- Williams, J. E. & Myers, R. E. (2001). Relationship of less restrictive interventions with seclusion/restraints usage, average years of psychiatric experience and staff mix. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 7*(5), 139-144.
- Wright, S., Sayer, J., Parr, A. M., Gray, R., Southern, D., & Gournay, K. (2005). Breakaway and physical restraint techniques in acute psychiatric nursing: Results from a national survey of training and practice. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 16*(2), 380-398.
- Wynaden, D., Orb, A., McGowan, S., Castle, D., Zeeman, Z., Headford, C.,...Finn, M. (2001). The use of seclusion in the year 2000: What has changed? *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia, 8*(3), 19-25.
- Wynn, R. (2002). Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16*(3), 287-291.
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry, 57*(6), 453-459.
- Yan, E., Kwok, T., Lee, D., & Tang, C. (2009). The prevalence and correlates of the use of restraint and force on hospitalized older people. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses, 1*(2), 147-155.
- Yamagishi, M., Kanda, K., & Takemura, Y. (2003). Methods developed to elucidate nursing related adverse events in Japan. *Journal of Nursing Management, 11*(3), 168-176.
- Yamamoto, M. & Aso, Y. (2009). Placing physical restraints on older people with dementia. *Nursing Ethics, 16*(2), 192-202.
- Yeh, S. H., Lin, L. W., & Lo, S. K. (2003). A longitudinal evaluation of nursing home care quality in Taiwan. *Journal of Nursing Care Quality, 18*(3), 209-216.
- Yeh, S. H., Hsiao, C. Y., Ho, T. H., Chiang, M. C., Lin, L. W., Hsu, C. Y., & Shu-Yuanm, L. (2004). The effects of continuing education in restraint reduction on novice nurses in intensive care units. *Journal of Nursing Research, 12*(3), 246-256.
- Yeh, S. H., Lee, L. N., Ho, T. H., Chiang, M. C., & Lin, L. W. (2004). Implications of nursing care in the occurrence and consequences of unplanned extubation in adult intensive care units. *International Journal of Nursing*

Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints  
*Studies*, 41(3), 255-262.

Yung, M. (2005). "The related factors of the patient with endotracheal tube unplanned extubation in the ICU". "16th International Nursing Research Congress Renew Nursing Through Scholarship", Hawaii Big Island.





- Zhang, N. J., Unruh, L., Liu, R., & Wan, T. T. (1993). Minimum nurse staffing ratios for nursing homes. *Nursing Economics, 24*(2), 78-85.
- Zhang, X. & Grabowski, D. C. (2004). Nursing home staffing and quality under the nursing home reform act. *Gerontologist, 44*(1), 13-23.
- Zinn, J., Spector, W., Hsieh, L., & Mukamel, D. B. (2005). Do trends in the reporting of quality measures on the nursing home compare web site differ by nursing home characteristics? *Gerontologist, 45*(6), 720-730.
- Zuidema, S., Koopmans, R., & Verhey, F. (2007). Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology, 20*(1), 41-49.
- Zun, L. S. (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine, 24*(2), 119-124.
- Zun, L. S. & Downey, L. (2005). The use of seclusion in emergency medicine. *General Hospital Psychiatry, 27*(5), 365-371.



## 附录 A：术语表

### 术语：定义/来源

**采取行动降低风险：**采取相关的行动来降低，管理或控制任何未知的危害，或可能发生的危害(世界卫生组织 [WHO], 2009).

**日常生活活动：**日常生活活动作为涵盖性术语被用于康复与自我护理，包含那些人们定期进行的每日活动或任务。这些活动可被细分为个人护理或基础日常生活活动和家庭与社区活动-工具性日常生活活动。基础日常生活活动通常被限制，包括机体活动性（步行，轮椅移动，床上移动和转移）和个人护理（喂养，个人卫生，如厕，沐浴和穿衣）。工具性日常生活活动功能主要与个人在她/他所处环境的应对能力有关，诸如购物、烹饪、料理家务，洗衣，使用交通工具，理财，管理药物和使用电话 (Fricke, 2011).

**行为管理程序：**行为管理程序用于有挑战性行为的患者，这包括个体化患者管理计划，早期检测和预防，人员培训，强化适当的行为和干预使用最小限制的选择。创立的个体化患者管理计划集中用于入院治疗为目标和预防或管理基于已知的挑战性行为。该计划对于潜在的挑战性行为可提供合理及可预测的结果包括：

- 应用认知行为技术，如愤怒管理计划；
- 帮助服务对象识别问题或冲突技能的培训；
- 使用模拟和解决问题的训练，帮助服务对象识别内部的情绪状态，识别诱发因素和发展自我控制决策可以增加他们反应选择的全部组成内容

这个程序的原则是强化适当的行为并消灭破坏性和潜在的危险行为。具有挑战性的行为是使用最少限制的选择干预等级来作为最后使用约束带的方法管理，包括从事患者行为的选择例如利用安静的时间，在指定病房休息，或隔离(Dean et al., 2007).

**环境：**影响事件、代理人或个人的状况或因素(世界卫生组织, 2009, pg. 22).

**受试者：**受试者可以是个人（患者，居民，消费者，家庭/代替决策者，群体或社区）(安大略护理学院, rev. 2009d;加拿大精神健康委员会, 2009).

**以服务对象为中心的护理：**它不仅仅为服务对象所在地提供服务，而是将服务对象视为整体的一种方法。以服务对象为中心的护理包括倡导，赋予权力，尊重服务对象的自主性，发言权、自我决定权和参与决策权(安大略护士注册协会, rev. 2006).

**临床实践指南或最佳实践指南：**系统地开发报告帮助执业医师和服务对象决策关于特定临床（实践）环境的适当健康护理(Field & Lohr, 1990).

**并发症：**引起另一种疾病或健康护理干预的疾病或损伤 (加拿大患者安全研究所 [CPSI], 2003).

**影响因素：**一种被认为在事件发生、发展或增加事件的风险起作用的环境、行为或影响(世界卫生组织, 2009).

**共识:**制定决策的过程，并不是一个用科学的方法来创造新的知识。共识的发展，可以使现有的信息得到充分利用变成科学数据或者收集参与者的集体智慧 (Black et al.,1999).

**危机管理:**通过个人、社会和环境资源的利用，解决当前问题的一个程序。解决危机的目标是避免危机的进一步恶化，至少要达到危机前的一个可预防状态，以促进问题有效地解决，并且可以快速认知危险，防止带来更多的消极伤害(安大略护士注册协会, rev. 2006b).

**文化:**文化是指分享或者学习到个体或团体生活价值、信仰、规范和生活方式，它影响思考、决策和行动(安大略护理学院, rev. 2009d).

**降级:**是一个复杂的设计用于中止升级阶段的范围，包括言语和非言语的沟通能力(NCCNSC, 2005).

**教育建议:**采用教育要求和教育方针/策略的介绍，实施和可持续性发展的最佳实践指南。

**潜逃:**潜逃是“离开现在居住地，不带一点现代科技设备，在这种情形下，居民的健康，安全和福利都得不到保障” (Bennet, 2008).

**证据:**证据是最接近于物质事实的信息。它需要的形式主要通过推理，衔接和高质量合理的科研方法去探索到最精确的数据。因为科学研究往往是不完整的，有时是矛盾的或不可用的，所以其他类型信息的补充是有必要的。对于一个决定，循证医学是去结合平衡严格与方便的一种多样的形式。(加拿大卫生服务研究基金会，2006)

**伤害:**身体的结构或功能损害或是对身体产生一些有害的影响，包括疾病、伤害、痛苦、残疾和死亡，这些也可能是身体、社会或心理的。疾病是一种生理或心理障碍。伤害是由代理人或事件造成的组织损伤，而痛苦是主观不愉快的经历。痛苦包括疼痛、不适、恶心、抑郁、焦虑、恐惧和悲伤。残疾意味着任何类型的身体结构或功能障碍，过去或现在的伤害，这些都会影响社会活动(世界卫生组织, 2009).

**有害事件:**以前称为不良事件：一个事件导致患者受到损伤(世界卫生组织, 2009).

**健康护理相关伤害:**伤害源于规定的计划或医疗保健方案，而不是一个潜在的疾病或损伤.(世界卫生组织, 2009).

**知情同意书:**对有正常行为能力的人，能够理解和领会所提出的治疗性质和后果的健康护理治疗。如果患者不能给予同意，照顾者或替代决策者可以给予同意。除非有紧急情况，否则完整的有效的同意书都是每一个医疗保健治疗的前提。某些情况下，放弃治疗的选择是在某些立法中明确同意的（加拿大卫生部，2006）。

**国际专业护理:**是由多种健康照顾者协同工作，对患者提供优质护理服务的全面健康服务（国际专业护理指导委员会，2007）。

**组织和政策建议:**所需条件在最佳实践指导原则下得到成功实践。达到成功的条件是该组织的主要责任，虽然他们在更广泛的政府或社会层面可能会影响政策。

**患者（受试者）安全:**减少不必要的危害风险与医疗护理伤害相应减少(世界卫生组织, 2009).

**患者（受试者）安全事件:**一个事件或情况曾经导致，或已经导致患者不必要的伤害(世界卫生组织, 2009).

**个人援助服务设备 (PASDs):**一种被用来协助个人日常生活活动的设备，居民护理计划中只许使用 PASD.

#### 护理计划:

居民日常活动与生活当满足以下所列情况可能使用 PASD 协助:

- 1.使用 PASD 替代一直被认为在适当情况下可以尝试，能够有效地协助居民日常生活活动。但这种情况不会或没有发生。
- 2.PASD 的合理使用要根据居民的身体和精神状况以及个人史，并且严格地执行才能有效协助居民日常生活活动。
- 3.PASD 的使用已准许由以下人员或组织使用：
  - i .医生，
  - ii .注册护士，
  - iii.注册实习护士，
  - iv.安大略职业治疗师学院的成员，
  - v .安大略大学物理治疗师
  - vi.该条例规定的其他人员。
- 4.PASD 的使用需要经过居民同意，如果居民无法同意，则由权威机关准许的代替决策者决定。
- 5.所有提供的治疗计划都要求法律规定支持（健康和长期护理部门，2007）

**人性:**在人与人之间的关系或社会中，由他人赋予的一种身份或状态。它意味着承认、尊重和信任(Kitwood, 1997).

**实践建议:**针对医疗护理专业人士最佳实践的说明，最佳实践是在理想情况下的以证据为基础。

**促成因素(危险因素):**导致或造成疾病发生的一种原理。（莫斯比医学词典，第八版，2009）

**发病诱因 (Risk Factor):**基于遗传因素的特定疾病的易感性增加或存在在特定的情况下，这种因素并不活跃也没显现(莫斯比牙科词典，第二版，2008).

**预防:**在特定情况下可以避免发生的情况(世界卫生组织, 2009).

**质量:**对个人和群体的卫生保健服务增加可能的预期健康结果，并且与目前的专业知识是一致的(世界卫生组织, 2009).

**抑制因素:**防止或减缓伤害事件对患者损伤的行为或情况 (世界卫生组织, 2009).

**随机对照试验:** 临床试验, 包括至少一个试验组和一个对照组, 同时开始后续测试和控制治疗, 这种治疗执行由随机程序进行选择。

**快速反应团队:** 来自精神科护理领域组成的可以使用物理约束的团队成员:

- 主治医师或主治医师助理,
- 临床主管,
- 可约束患者行动的护士长.

快速反应小组要求在 24 小时内被激活, 并能满足与患者的主治医生预防任何机械约束的发病率, 单位/地区的护士和护士长的工作与患者一起解决这个问题: 做什么可以减少在患者身上使用额外的约束的可能性?

(Prescott et al., 2007)

**反应行为:**反应行为意味着经常表示的行为:

- (a) 人未被满足的需求, 无论是认知、身体、情感、社会、环境还是其他
- (b) 人在社会或自然环境中的反应, 可能是令人沮丧、令人恐惧或令人费解的(健康和长期护理部门, 2007),

**约束:** 约束是用来控制他/她身体的一部分或一部分的活动, 包括身体或行为的物理、化学或环境措施。物理约束限制患者的活动, 物理约束包括就像固定在椅子上, 或不能让患者在床上任意活动。环境约束控制患者的移动。如包括一个安全的病房或花园, 隔离或休息室。化学约束带是精神药物的使用不是治疗疾病, 而是有意抑制一个特定的行为或运动。最小化约束意味着先用所有可能的替代干预, 最后再使用约束并以最少形式的约束来限制患者的应用(安大略护理学院, rev. 2009c).

**危险:**不良事件发生的可能性 (世界卫生组织, 2009).

**危险因素:** 一个因素导致一个人或一群人特别容易受到不必要的、不愉快的, 或不健康的事件, 如免疫抑制, 从而增加了感染的发生率和严重程度, 或吸烟, 吸烟会增加患上呼吸道或心血管疾病的风险 (莫斯比的医学词典, 第八版, 2009).

**安全计划:** 意外伤害涉及保障患者安全自由的业务系统和流程的建立 (安全计划), 减少发生意外伤害的可能性(Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

**隔离:** 一种环境约束, 被定义为患者单独在一个房间或区域内的非自愿监禁行为, 防止该患者身体上的离开(国家社区行为医疗委员会, 2007).

**护栏:** 护栏/床护栏是连接到床上的可调金属或硬质塑料棒，可从满一半，四分之一，和八分之一的长度的各种形状和尺寸。在护理的范围内包括医院，长期护理和家庭护理的设置，床栏服务有各种用途，其中一点是来保护患者的健康和安全的。床栏：

- 用于运送手术后患者或当搬运到新病室或单位用的担架或床；
- 可以便于患者在床内翻身和移动；
- 可以提供一种舒适感和安全感，或便于控制进入床上
- 可作为患者提醒床周边的物理屏障，要求护理援助，或限制床上随意运动(医院病床安全工作小组, 2003).

**其他重要者:** 不限于一个她/他生活中最重要的人。可能是配偶，父母，子女，兄弟姐妹或朋友(安大略护理学院, 2009c).

**利益相关者:** 个人、团体或组织与既得利益集团的决定和行动，可能会试图影响决策和行动（贝克等人, 1999）利益相关者包括所有的个人或团体，他们将直接或间接地影响到这个问题的改变或方案的解决。

**替代决策者(SDM):** 由健康和长期护理部门团队的人员确定：医疗同意法案，1996（HCCA）会让人无法做出自己的决定，处理决定得他人。HCCA 提供一个方案来决定谁有资格成为替代决策者。SDM 可以是配偶，伴侣或亲戚。用于个人护理的委托书也不一定需要有 SDM（安大略护理学院, rev. 2009a).

**系统评价:** 一个严格的科学方法应用审查文章程序的准备工作(国家卫生和医学研究中心, 1998)。系统评价健康护理的影响是一致的，所研究结果可以应用于人群，设置和治疗（如剂量）的差异，并在那里的影响可能也会有所不同。使用明确的系统的方法，在审查限制偏差（系统误差）时会减少随机的影响，从而提供更可靠的结果，得出结论和决策(Higgins & Green, 2008).

**治疗关系:** 在护士和患者之间发生的人际关系过程中的治疗关系。治疗关系的目的也在于推进和患者间最好的利益和结果(安大略护士注册协会, rev. 2006c).

**创伤告知护理:** 精神健康治疗是由医疗领导者和工作人员对个人的创伤和暴力造成严重的神经、生理、心理和社会影响的深刻理解，以及对接受心理健康服务的高患病率的认识(国家执行训练研究所, 2005).

**治疗干预措施:** 治疗干预是指用于诊断和治疗生理监测的急性和危重患者进行自我清除或中断的技术设备。干扰可以破坏任何自行拆除的设备，包括尿管，血管，脉搏血氧饱和度探头和氧气面罩(Happ, 2000).

## 附录 B: 指南开发过程

安大略护士注册协会是在安大略政府的资助下，开始一个多年的最佳护理实践指南的开发，试点实施，评价，传播和受到支持。其重点领域之一是护理干预措施，涉及到患者安全和使用约束带。一组护士和其他医疗专业人士召开了安大略护士注册协会制定了本指南。这项工作任何偏倚或影响来自安大略政府。

2010年四月，在安大略护士注册协会的主持下召开了，一组护士和一系列在实践中具有实践经验的专业知识人员，以及教育和研究患者行为的对自我/他人造成危害的风险与其使用约束带的可能。小组讨论了他们的工作目的，并就这一最佳实践指南的范围达成了共识。这是共识方针发展小组在指导原则下的串联使用模型（图 1，第 20-21），推荐指南随着以下七个临床问题的发展：

1. 在危险情况下，什么评估方法和工具可以协助护士来确定为患者使用约束带？
2. 在危险情况下，什么预防策略和工具可用来支持护士为患者使用约束带？
3. 什么样的降级和危机管理技术可支持护士为患者使用约束带？
4. 在最后的关键时刻，护士需要考虑哪些安全、监控策略和干预？
5. 护士的替代方法实施和/或使用约束带时，在危险情况下使用约束带需要哪些教育和培训？
6. 哪些组织机构支持护士实践，使用约束带的自由实践环境？
7. 有利于约束自由实践的环境有哪些研究？

随后，寻找最佳实践指南，进行相关的研究研究和网站的文献的系统回顾。十九个现有的最佳实践指南的主题被发现。作为护理的最佳实践指南计划的严格指引的发展过程是一个系统的文献回顾的一部分。研究文献的检索策略，检索约束带主题超过了 1308 个摘要。详细的系统审查和搜索策略和结果见附录。

专家小组分为临床和学术专长领域的专家小组，并对根据专题分析的临床问题感兴趣，进行的证据总结，目的是为指导方针起草建议。分组链接证据（范围从随机对照试验到灰色文献）主题，在此发展的基础上得到了建议。通过小组协商，根据回答的七个临床问题，开发了主要建议主题。指南建议，整合整个小组的协商一致后才许批准。这一过程导致了实践、教育、组织和政策建议的发展。小组成员作为一个整体审查了建议草案，讨论了差距，审查了证据，并就最后一组建议达成了共识。该文件再进一步细化会易于在临床实践。

要认识在实践中设置的跨学科合作的重要性，随后的草案提交了一套审查和反馈。这些评审确认外部利益相关者会对本文档的页面 11-16 进行设置。相关利益人代表各医疗专业团体，患者/家庭/系统，以及专业协会。外部利益相关者提供了具体的问题，评论，以及给予整体反馈和一般印象的机会。由发展小组讨论和协商一致的意见会与相关利益人的反馈意见汇集，在修订草案之前出版。



## 附录 C: 系统评价流程

利用本指南的开发过程中，搜索策略主要集中在两个关键领域：一是用结构化的网站搜索来确定最佳实践指南，发表的文献主题限制不早于 2005 年一月份；二是对这一地区从 2000 年一月到 2010 年四月进行确定初步研究，分析和系统评价的文献综述出版了。

### 步骤 1: 指南检索

2009 年一月，在网站上建立了一个与主题相关的网站列表。这个网站列表是基于有根据的证据实践网站现有的知识，并从文献中了解指南的开发和建议完成的。像日期搜索一样，指导方针的存在或不存在都被标记成为每个站点的搜索。有时，网站没有指南，但会指向另一个网站或指南检索源。如果可用的全版本由电话或者电子邮件订购，则指南可以被下载。

- 卫生保健研究与质量机构（国家临床指南）：<http://www.guidelines.gov/>
- 阿尔伯特塔医学会：<http://www.topalbertadoctors.org/>
- 美国危重病医学和危重病医学学院：<http://www.med.umich.edu/AnesCriticalCare/Documents/Guidelines/SCCM/restraint.pdf>
- 弹药带杂志：<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/>
- 布伦特当地儿童保护委员会 (LSCB)：<http://www.brentlscb.org.uk/>
- 英国哥伦比亚大学临床实践指南委员会：<http://www.bcguidelines.ca/gpac/>
- 英国哥伦比亚卫生技术评估办公室：<http://www.chspr.ubc.ca/>
- 坎贝尔合作：<http://www.campbellcollaboration.org/>
- 加拿大卫生技术评估办公室 (CCOHTA)：<http://cadth.ca/>
- 加拿大健康网：<http://www.phac-aspc.gc.ca/chn-rcc/index-eng.php>
- 加拿大卫生信息研究所：<http://secure.cihi.ca/cihiweb/splash.html>
- 加拿大医学协会信息库：临床实践指南：[http://www.cma.ca/index.php/ci\\_id/54316/la\\_id/1.htm](http://www.cma.ca/index.php/ci_id/54316/la_id/1.htm)
- 疾病控制和预防中心：<http://www.cdc.gov/>
- 循证心理健康中心：<http://cebmh.com/>
- 循证药物治疗中心：<http://rodp.ridne.net/node-54615.html>
- 儿童行为咨询委员会：<http://www.srsb.ie/>
- 临床证据：<http://clinicalevidence.bmj.com/cweb/conditions/index.jsp>
- 安大略市护理学院：标准：<http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/publications-list/standards-and-guidelines/>
- 加拿大未来卫生保健委员会：<http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php>
- 评价文摘数据库 (DARE)：<http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>
- 急救医疗服务指南：[http://wearcam.org/decon/full\\_body\\_restraint.htm](http://wearcam.org/decon/full_body_restraint.htm)
- 基于呼叫的证据：<http://www.eboncall.org/>
- 世界卫生组织慢性病健康观察站：<http://www.who.int/chp/en/>
- 老年护理资源：<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;119/5/1018.pdf>
- 指南咨询委员会：[http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?pagepath=Resource\\_Centre/GAC\\_Publications&id=18876](http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?pagepath=Resource_Centre/GAC_Publications&id=18876)
- 新泽西市卫生保健协会：[http://www.hcanj.org/docs/hcanjbp\\_fallmgmt6.pdf](http://www.hcanj.org/docs/hcanjbp_fallmgmt6.pdf)
- 临床评价科学研究所：[www.ices.on.ca](http://www.ices.on.ca)
- 临床系统改进研究所：[http://www.icsi.org/guidelines\\_and\\_more/](http://www.icsi.org/guidelines_and_more/)
- 爱尔兰护士协会：照顾对老年人使用的指导方针：<http://www.inmo.ie/DesktopModules/articles/Documents/Guidelinesonrestraint.pdf>

- 以护理和助产为基础的乔安娜布里格斯证据研究所（澳大利亚）：<http://www.joannabriggs.edu.au/>
- 莫纳什大学临床疗效中心：<http://www.med.monash.edu.au/centres-institutes.html>
- 国家卫生保健服务中心：<http://www.york.ac.uk/inst/crd/>
- 国家卫生服务研发卫生技术评估方案：<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/> NBK16710/
- 国家临床证据研究所（NICE）：<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp>
- 美国国家卫生研究院（美国）共识发展计划：<http://consensus.nih.gov/>
- 新西兰指南组：<http://www.nzgg.org.nz/>
- 精神病学在线：<http://www.psychiatryonline.com/resourceTOC.aspx?resourceID=5>
- 物理治疗证据数据库：<http://www.pedro.org.au/>
- 安大略注册护士协会，护理最佳实践指南：[www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)
- 墨尔本皇家儿童医院临床实践指南：[http://www.rch.org.au/clinicalguide/cpg.cfm?doc\\_id=5243](http://www.rch.org.au/clinicalguide/cpg.cfm?doc_id=5243)
- 英国皇家护理学院：<http://www.rcn.org.uk/>
- 苏格兰校际指南网：[www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
- 弗吉尼亚亨德森国际护理图书馆：<http://www.nursinglibrary.org/vhl/>

## 步骤 2: 搜索引擎的网页搜索

此外，可通过搜索引擎“谷歌”，使用密钥搜索条件，搜索已有的关于约束带相关主题的实践指南。每个人进行这一搜索，并指出搜索结果，经过网站审查，可以得到日期和结果的总结。然后搜索的结果，将会被作为主题相关的内容整合到既定的指南网站的主题列表。

## 步骤 3: 手动搜索 / Panel Contributions

小组成员审查个人档案，以确定以前没有通过上述的指导方针发现搜索策略。由小组成员在对照检查的指南网站的既定列表中确定的指导方针，如果他们还没有被确认在搜索或者满足入选标准，就会被纳入指南列表。

上面所描述的搜索策略在检索约束带主题要符合以下标准的 19 个指南：

1. 发表于英语、国家和国际范围；
2. 发表不早于 2015 年 1 月；
3. 严格按下面列出的主题领域；
4. 以证据为基础（包含引用，说明证据，证据来源）；
5. 可进行检索。

作为证据综述的一部分，指南开发小组运用评价研究指南与评测软件 II（布劳威尔等人，2010）对与约束带使用相关的 19 个可检索的现有临床指南进行了关键评价。可以决定 10 个与指导方针范围有关的指南的一个进程将会被开发，并将在小组建议和证据讨论时被用来告知专家组。10 个包括的指导方针为：

- 安大略省护理学院 (CNO). (rev. 2009c). 约束带标准. 多伦多 (ON): 安大略护士学院。
- Futrell, M., Melillo, K. D. & Remington, R. (2008). 基于证据的实践指南. Wandering. Iowa City (IA): 爱荷华大学老年医学护理干预研究中心，研究翻译传播的中心。
- 临床系统改进研究所 (ICSI). (2008). 预防跌倒. 卫生保健协议 (急性护理). 卫生保健协议. Bloomington (MN): 临床系统改进研究所。
- Lyons, S. S. (2004). Lyons, S. S. (2004). 预防老年人跌倒的证据为基础的协议. 爱荷华市，爱荷华：爱荷华大学老年护理干预研究中心研究翻译和传播的核心。

- 预防老年人跌倒的证据为基础的协议。爱荷华市，爱荷华：爱荷华大学老年医学护理干预研究中心，研究翻译传播的中心。
- McGongal-Kenney, M.L. & Schutte, D.L. (2004). 阿尔茨海默病和其他慢性痴呆的非药物管理人的激动行为。爱荷华大学老年医学护理干预研究中心，研究翻译传播的中心。
- 国家合作中心护理和支持治疗（NCCNSC）（2005）。暴力：在精神科住院和应急部门进行骚扰/暴力行为的短期治疗。伦敦（英国）：国家临床卓越研究所（NICE）。
- 国家临床卓越研究所（2004）。自我伤害：短期身心健康和二级预防的自我伤害。临床指南 16。英国伦敦：加斯克尔与英国心理学会。
- Park, M., Hsiao-Chen Tang, J. & Ledford, L. (2005). 急性护理时改变约束带使用实践方法。爱荷华市（IA）：爱荷华大学老年医学护理干预研究中心，研究翻译传播的中心。
- 安大略注册护士协会（RNAO）.(rev. 2011). 老年人跌倒和跌倒的预防。多伦多（上）：安大略注册护士协会。
- Skemp Kelley, L., Pringle Specht, J. K. & Maas, M. L. (2001). 家族参与关心老年痴呆症。爱荷华州：爱荷华大学老年医学护理干预研究中心，研究翻译传播的中心。

## 步骤 4: 文献综述

大学健康科学馆员对约束带使用相关的现有证据进行了数据库搜索。从 2000 年 1 月到 2010 年 4 月，联机医学文献分析和检索系统，荷兰医学文摘数据库和护理学数据库对主要研究和系统评价进行了一个初始的搜索，最后在 2010 年 4 月使用以下搜索条件：约束带，物理和约束，机械和约束，指南和约束，物理和固定，化学和抑制，药理和抑制，环境和约束，隔离和约束，患者和约束，患者隔离和约束，身体，约束和设备，约束和自由，抑制和最小化，限制和约束，限制和约束，患者和护理，固定和压力，物理和固定，治疗方法程序和抑制，护理协调，自杀和自我克制。指南开发小组的成员也被要求审查个人档案，以确定关键的文献主题，以确保所有的信息在文献检索时被获得。共识小组指导，在需要的地方进行补充文献搜索。

- 搜索被层次化以满足以下的收录/清除条件或者解决由指导发展小组确定的临床问题。确定的关于约束带的主题是质量审查，以给发展的指南提供信息，促进安全：使用的约束带替代方法：

### 纳入标准:

#### 1. 研究集中在一个或多个下列主题:

- a. 评估工具，
- b. 预防对策，
- c. 使用约束带替代方法，
- d. 以患者为中心的护理，
- e. 教育/培训计划，
- f. 道德规范，
- g. 患者安全，
- h. 约束带法规/标准，
- i. 约束带使用，
- g. 使用约束带（行为，认知障碍，治疗干预，触发）的危险因素（临床特征），
- k. 约束带类型（物理/机械，化学药物，环境/隔离），
- l. 组织责任。

- 2.对约束带使用干预研究的结果必须照顾患者的风险。
- 3.研究出版物的日期范围从 2000 年的一月至 2010 年的四月（注：在 2000 年一月之前被审查的发表的开创性论文也包括在内）。
- 4.用英语发表的研究出版物。
- 5.系统回顾，meta 分析，定性与定量研究。

#### 排除标准:

- 1.研究焦点不涉及物理/机械、化学或环境约束带使用。
- 2.文章不属于约束带使用入选标准。
- 3.不在护理实践范围内的评估或干预措施。
- 4.不是用英语写的研究出版物。
- 5.论文、评论和叙事评论(注:这些可能包括背景信息)

#### 临床问题:

- 1.在危险情况下，什么评估方法和工具可以协助护士来确定为患者使用约束带？
- 2.在危险情况下，什么预防策略和工具可用来支持护士为患者使用约束带？
- 3.什么样的降级和危机管理技术可支持护士为患者使用约束带？
- 4.在最后的关键时刻，护士需要考虑哪些安全、监控策略和干预？
- 5.护士的替代方法实施和/或使用约束带时，在危险情况下使用约束带需要哪些教育和培训？
6. 哪些组织机构支持护士实践，使用约束带的自由实践环境？
- 7.有利于约束自由实践的环境有哪些研究？

#### 搜索结果:

上面所描述的搜索策略，检索了 1312 个关于促进安全的的主题摘要：使用约束带的替代方法。这些摘要由两名研究助手进行筛选，根据小组成立的入选和清除标准进行评估和确定是否重复，最后共有 290 篇系统综述被包含收录。

### 步骤 5: 手动搜索

从数据库搜索发表的文章，系统的审查（2010 年 4 月至 2011 年 4 月），通过手动搜索以确保没有最近发表的研究有关的主题和促进安全的指导方针：使用约束带的替代方法的最新研究结果。205 篇文章已经被确定，但是，只有三篇是在建立的收录和清除标准适用的基础上的。小组一致说明，他们没有提供新的发现，但是在初步的系统审查有进一步支持已确定的内容。在从最初的系统评价的论文中使用了以下四篇文章来支持这一发现：

- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S. & Meyer, G. (2011).对预防和减少使用的物理约束在长期的老年护理的干预（评论）Cochrane 数据库系统评论部，2011, 2. Art. No.: CD007546. DOI: 10.1002/14651858.CD007546.pub2
- Sandhu, S., Mion, L., Khan, R., Ludwick, R., Claridge, J., Pile, J.,... Dietrich, M. (2010). 有序物理约束的可能性：医师特征的影响。美国老年病学会杂志 58 (7), 1272-1278. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02950.x
- Strout, T. (2010). 身体约束的经验：一个综合性的文献综述。国际心理健康护理杂志 19, 416-427. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x



## 附录 D: 工具包介绍

如果有足够的资源、规划、组织和行政支持，以及适当的便利，最佳实践指南可以成功地实施。在这种情形，安大略护士注册协会通过护士，研究人员和管理人员发展了工具包：基于证据，理论观点和共识的临床实践指南的实施。该工具包建议用于指导临床实践指南在卫生保健机构中的实施。

该工具包提供了一步一步的方向给个人和团体参与规划，协调和促进的指导方针实施。具体而言，该工具包解决了以下关键步骤实施指南：

1. 确定一个发达的，以证据为基础的临床实践指南。
2. 利益相关者的识别、评估和参与。
3. 环境准备准则执行情况的评估。
4. 循证医学实施策略的识别与规划。
5. 规划实施评价。
6. 确定并确保执行所需的资源。

成功的实践变化和积极的临床影响，致使实施指南的实践是一个复杂的事情。该工具包是管理这个过程的一个重要资源。该工具包可以在 [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices) 网站下载。

## 附录 E: 例: 约束经历(SEBR) 访谈工具

约束主题经历 (SEBR)是一个用于患者的结构式访谈指南, 在医院首次研究 (Strumpf & Evans, 1988) 以及在随后的家庭护理研究 (Evans & Strumpf, 1987; Evans et. al., 1991)。该工具是用来指导访谈, 是一个寻求与主题相关的开放的, 自由流动的讨论; 采访会被录音, 并将转录的内容进行分析。这一工具还没有进行有效性和可靠性的研究。

### 约束主题经历(SEBR)访谈指南

该工具是用经作者允许

主题编码 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

采访者 \_\_\_\_\_

1. 在一些地方 (医院或者家里护理), 你是否经历过你的行动被约束或受限制? (用患者自己的话或用“被捆绑”、“背心”、“床栏”、“安全带”来辅助。)

(记录患者的话)

是

(类型)

_____	皮带/领带	1
_____	背心	2
_____	手腕带	3
_____	脚踝带	4
_____	手套	5
_____	床栏	6
_____	其他	7
_____		8

如果没有请做 14 题

否

- 2.如果有, 请你描述你周围使用过的最好的约束设备 (设备名称确定在第 1 题的基础上) 么?

(注: 使用患者自己的词为“设备”-您可以询问他相关的时间, 地点, 人员参与, 患者的行为, 情况, 包括是否在床/椅子, 担架, w/c)

- 3.你是否记得使用过约束设备?

是 1  
否 2

4.是否有人告诉你为何被约束?

是 1

否 2

如果是，他们告诉你了什么?

---

---

5. 你是否有其他方面的想法（在第 4 题给出反应）关于帮助你的方式，而不是使用约束?

---

---

6.当你被约束时有何感受?

---

---

7. 当你被约束时你做了什么?

---

---

8. 约束时有妨碍你做你想做的事，或需要做的事么?

---

---

9. 使用约束多久就会被移除?

---

---

10.你如何处理被（用患者的话，或“被绑”，“约束”，”限制移动”）?

---

---

11.你是否记得约束被移除??

是 1

否 2

12.约束解除时给你的解释是什么?

---

---





13.(如果仍被约束) 你希望的约束时间是多久?

---

---

14.你是否有过在（医院/养老院）混乱的记忆?

如果有，请描述

---

---

15.你是否在约束中有过即刻的影响？（例如，不舒服） 如果有，请描述

---

---

---

---

---

**感谢您的参与!**

Lois Evans and Neville Strumpf

© 1986 年美国宾夕法尼亚大学护理医学院

来源: Evans, L. and Strumpf, N. (1986). Subjective Experience of Being Restrained. Penn Nursing Science: University of Pennsylvania School of Nursing.

Web link: [www.nursing.upenn.edu/cisa/Pages/Research.aspx](http://www.nursing.upenn.edu/cisa/Pages/Research.aspx)

# 附录 F: 例: 短期风险评估和治疗工具 (START)



姓名: \_\_\_\_\_  
 姓 名第一个字 名中间字

记录 #: \_\_\_\_\_

男  女  D.O.B. \_\_\_\_\_  
 年/月/日

诊断: DSM-IV<sup>TR</sup>  ICD-10   
 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

状态:  医院 状态: \_\_\_\_\_  社区 状态: \_\_\_\_\_  修复 状态: \_\_\_\_\_

目的:  咨询  住院  复查 详情: \_\_\_\_\_  其他 详情: \_\_\_\_\_

开始时间: \_\_\_\_\_  
 日/周/月

关 键 条	强度			开始条目	漏洞			邻接 条目	风险标志						
	2	1	0		2	1	0								
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 社交技能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 关系 (TA: Y/N) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 职业	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 娱乐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	具体风险评估						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 自我照顾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Hx*	风险	T.H.R.E.A.T	低	中	高	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 精神状态	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	暴力	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 情绪状态	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	自我伤害	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 物质使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	自杀	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 冲动控制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	擅自离开		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 外部触发	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	药物滥用		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 社会支持 (PPS: Y/N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	自我忽视		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 物质资源	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	受害		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 态度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	特定情况下风险: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 地中海依从性 (N/ <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	目前管理措施					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 规则依从性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 行为	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 洞察力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 计划	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 应对	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 可处理性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	目前管理计划:					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 特殊项目的案例:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 特殊项目的案例:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

健康问题/医学检验: \_\_\_\_\_

风险制定: 什么因素/预测解释/哪些人/将进行/什么行为/何时? \_\_\_\_\_

由谁完成: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

\*TA - 联合治疗 †PPS - 积极的同伴支持 ‡N/A - 不适用 Hx - 历史

Version 1.1 © 2009

开始评估七动态风险条目（对他人实施暴力，自杀，自残，受害，物质滥用，自我忽视，擅自缺勤和可处理性）为低，中或高。七个风险的历史也进行了评估，使用评级为 0，1，或 2 体现二十个患者的强度和漏洞的不同情况下或存在的程度。关键的漏洞和关键的程度可以识别。同时，还可确定签名风险的标志和风险的制定。一开始是专为精神科和法医住院患者和门诊患者。详细介绍使用的开始和相关证据的指南是可以从该网站获得 [http://www.bcmhas.ca/Research/Research\\_START.htm](http://www.bcmhas.ca/Research/Research_START.htm).

强度和漏洞用强度（1，0，2）和漏洞（0，1，2）这一组赋予意义的术语来评级。重点和关键项目突出。七个风险包括对他人的暴力，自我伤害，自杀，未经授权的离开，物质滥用，自我忽视和受他人侵害的评级是低，中等或高。

转载经哥伦比亚心理健康和成瘾服务允许。



## 附录 G:例:布罗塞特暴力风险评估量表工具

布罗塞特暴力风险评估量表(BVC)-简介:为患者约定的每一个转变的时间评分。行为缺失 0 分。行为存在 1 分。满分为 6 分。如果一个熟悉的受试者行为正常,在行为上只加 1 分,例如,如果一个熟悉的受试者通常是混乱的(在很长的一段期间)这个就给 0 分。如果观察到一次混乱出现就给 1 分。

患者/受试者数据

星期一 / /	白天	傍晚	夜晚
混乱			
急躁			
喧闹			
口头威胁			
伤人行为			
毁物行为			
合计			

星期二 / /	白天	傍晚	夜晚
混乱			
急躁			
喧闹			
口头威胁			
伤人行为			
毁物行为			
合计			

星期三 / /	白天	傍晚	夜晚
混乱			
急躁			
喧闹			
口头威胁			
伤人行为			
毁物行为			
合计			

星期四 / /	白天	傍晚	夜晚
混乱			
急躁			
喧闹			
口头威胁			
伤人行为			
毁物行为			
合计			

星期五 / /			
	白天	傍晚	夜晚
混乱			
急躁			
喧闹			
口头威胁			
伤人行为			
毁物行为			
合计			

星期六 / /			
	白天	傍晚	夜晚
混乱			
急躁			
喧闹			
口头威胁			
伤人行为			
毁物行为			
合计			

星期日 / /			
	白天	傍晚	夜晚
混乱			
急躁			
喧闹			
口头威胁			
伤人行为			
毁物行为			
合计			

源自: Almvik, R. & Woods, P. (April 1, 2003). Short-term risk prediction: The Broset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 236-238.

转载经约翰·威利与其子允许。

# 附录 H:例:暴力危险评估量表:20(HCR-20)

## 暴力危险评估量表:20(HCR-20)

### 历史条目

- H1 既往暴力行为
- H2 年轻时暴力事件
- H3 人际关系不稳定
- H4 就业问题
- H5 物质滥用问题
- H6 主要精神疾病
- H7 精神病态
- H8 早期适应不良
- H9 人格障碍
- H10 既往监管失败

### 临床条目

- C1 自知力缺乏
- C2 消极态度
- C3 主要精神障碍活跃性症状
- C4 冲动性
- C5 治疗无反应

### 风险管理条目

- R1 计划缺乏可行性
- R2 环境中存在促发因素
- R3 缺乏个人支持
- R4 不顺从治疗和护理可能性很大
- R5 应激因素

暴力危险评估量表-20 用于精神卫生，司法和刑事审判设置。根据 3 个层次确定的存在或不存在的 20 个历史-临床和风险管理因素：不存在；可能存在；肯定不存在。对于未来暴力风险评估的 20 个条目的评价。暴力危险评估量表-20 编制于蒙弗雷泽大学的法律与政治学院的精神卫生学专业。通过心理健康 HCR-20 发表，法律与政策研究所西蒙·弗雷泽大学。HCR-20 暴力风险管理指南已可以使用。信息来源：

<http://kdouglas.wordpress.com/hcr-20/>

转载经允许：罗纳德·罗斯切，教授，精神卫生法律和政策研究所主任，西蒙弗雷泽大

# 附录 I:例:应对协议调查表(CAQ)

## 应对协议调查表(CAQ)

(CopyrightNYStatePsychiatricInstitute-fromHellersteinetal.,2007)

纽约州精神病学研究所

治疗计划  应对协议	患者姓名（姓，名，名中第一个字） _____ 性别_____出生日期_____ 单位/病室号：
------------------	--

住院治疗是段有压力的时期。因此，如果你烦躁不安或需要帮助应对情绪方面的问题，护理访问者会找到最好的照护方式来帮助你。我们需要您回答一些问题有助于我们帮助你。请保持所有回答的内容是你平时一直感觉到的情况。

**1. 什么会让你烦躁和/或情绪失去控制？**

- |                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 疲惫    | <input type="checkbox"/> 噪音过多     |
| <input type="checkbox"/> 饥饿    | <input type="checkbox"/> 孤独感      |
| <input type="checkbox"/> 有来访者  | <input type="checkbox"/> 没有来访者    |
| <input type="checkbox"/> 被触摸   | <input type="checkbox"/> 感到被排除    |
| <input type="checkbox"/> 不能够回家 | <input type="checkbox"/> 其他:_____ |

**2. 当你烦躁或情绪失控时你会做什么？**

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 哭泣       | <input type="checkbox"/> 乱扔东西 |
| <input type="checkbox"/> 离开       | <input type="checkbox"/> 袭击他人 |
| <input type="checkbox"/> 摔门       | <input type="checkbox"/> 发泄   |
| <input type="checkbox"/> 伤害自己     | <input type="checkbox"/> 喊叫   |
| <input type="checkbox"/> 其他:_____ |                               |

**3. 如果我要情绪失控，请用以下哪些方式帮助我保持冷静。**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 与我交谈           | <input type="checkbox"/> 帮助我参与另一个活动 |
| <input type="checkbox"/> 让我独自在一个房间安静地坐着 | <input type="checkbox"/> 服药         |
| <input type="checkbox"/> 深呼吸            | <input type="checkbox"/> 其他:_____   |

**4. 家庭建议:\_\_\_\_\_**

如果在任何时刻，你的情绪状态会让自己或他人陷入不安全的境地，而你给我们的信息没有帮助控制你的情绪，为了你的安全护理人员会选择干预措施来帮助你。物理干预措施只作为保护方式以确保你或他人。一旦你的情绪恢复，护理人员会与你再次评定治疗计划和应对协议。对于你的治疗方案，我们共同做出任何需要改变的方面。



5. 如果有临床表征, 请回答以下问题: 没有临床表征

A.当你处于危机时刻, 哪种治疗方法会是你万不得已的优先选择?

隔离                      约束带                      没有首选项

B.是否不论使用隔离或约束带保护, 你希望是你的家属或其他重要的人的通知?

是                              否

患者签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

护士签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

治疗医生签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

修订记录:地方(X)如果在修订后有隔离/约束, 也要在病程记录上书写汇报会议的内容。

日期: _____	修订内容( ) _____	参与人员签字 _____
日期: _____	修订内容( ) _____	参与人员签字 _____
日期: _____	修订内容( ) _____	参与人员签字 _____

(如果有必要添加继续修订历史请续页)

转载经 David J. Hellerstein, MD. 允许。

## 附录 J:例:可选方式列表

		渥太华医院 最后的限制最小的政策
表中为建议选择的方案和患者行为		
现存的行为	建议选择的方案	
1. 跌倒	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 药物审查</li> <li>· 规律排便</li> <li>· 四肢运动:运动/行走</li> <li>· 常规定位</li> <li>· 加强参与日常生活活动</li> <li>· 缓解疼痛的措施</li> <li>· 常规的日程安排/个人行程</li> <li>· 评估饥饿, 疼痛, 冷, 热情况</li> <li>· 眼镜、助听器、助步器易拿到</li> <li>· 增加社交互动</li> <li>· 使用简单指令</li> <li>· 呼叫铃使用示范</li> <li>· 涉及家庭照护计划</li> <li>· 转移注意力的活动: 宠物、音乐、拼图、手工、纸牌、零食</li> <li>· 怀旧</li> <li>· 每日安排午睡</li> <li>· 警报装置一床/椅子/门</li> <li>· 房屋整洁无杂物</li> <li>· 床垫置于地面/较低的床上</li> <li>· 防滑条置于地面</li> <li>· 夜灯</li> <li>· 安全帽</li> <li>· 风险承担</li> </ul>	

需经渥太华医院允许方可使用或改编可选方式列表, 针对护理专业实践

现存的行为	建议选择的方案
<p><b>2. 认知障碍—</b> 如：痴呆</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 规律排便</li> <li>· 常规的日程安排/个人行程</li> <li>· 评估饥饿，疼痛，冷，热情况</li> <li>· 环境标识，如浴室门 r</li> <li>· 增加社交活动</li> <li>· 使用简单指令</li> <li>· 轻柔的抚触</li> <li>· 评估过去的应对策略</li> <li>· 规划家庭照护计划</li> <li>· 转移注意力的活动：宠物、音乐、拼图、手工、纸牌、零食</li> <li>· 怀旧</li> <li>· 每日安排午睡</li> <li>· 警报装置—床/椅子/门</li> <li>· 房屋整洁无杂物</li> <li>· 夜灯</li> <li>· 眼镜、助听器、助步器易拿到</li> </ul>
<p><b>3. 急性意识障碍—</b> 谵妄</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 药物审查</li> <li>· 根本病因的诊断检查—查看先前的医嘱</li> <li>· 缓解疼痛的措施</li> <li>· 眼镜、助听器、助步器易拿到</li> <li>· 规律排便—每日2次</li> <li>· 常规的日程安排/个人行程</li> <li>· 评估饥饿，疼痛，冷，热情况</li> <li>· 环境标识，如浴室门 r</li> <li>· 增加社交互动</li> <li>· 使用简单指令</li> <li>· 轻柔的抚触</li> <li>· 评估过去的应对策略</li> <li>· 规划家庭照护计划</li> <li>· 每日安排午睡</li> <li>· 警报装置—床/椅子/门</li> <li>· 房屋整洁无杂物</li> <li>· 夜灯</li> </ul>

现存的行为	建议选择的方案
<p><b>4.躁动</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 运动/行走</li> <li>· 定期更换卧位（每 2 小时一次）</li> <li>· 药物审查</li> <li>· 缓解疼痛措施</li> <li>· 规律排便</li> <li>· 常规的日程安排/个人行程</li> <li>· 评估饥饿、疼痛、冷、热的情况</li> <li>· 增加社交活动</li> <li>· 使用简单指令</li> <li>· 放松技巧（磁带、黑暗的环境）</li> <li>· 轻柔的抚触</li> <li>· 评估过去的应对策略</li> <li>· 规划家庭照护计划</li> <li>· 转移注意力的活动：宠物、音乐、拼图、手工、纸牌、零食</li> <li>· 每日安排午睡</li> <li>· 允许踱步</li> </ul>
<p><b>5.神志恍惚</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 评估饥饿、疼痛、冷、热情况</li> <li>· 护理人员一对一照护模式</li> <li>· 环境标识，如浴室门</li> <li>· 增加社交活动</li> <li>· 使用简单指令</li> <li>· 评估过去的应对方案 s</li> <li>· 规划家庭照护计划</li> <li>· 转移注意力的活动：宠物、音乐、拼图、手工、纸牌、零食</li> <li>· 磁带禁止排放在地面上</li> <li>· 警报装置—床/椅子/门</li> <li>· 房间整洁无杂物</li> <li>· 夜灯</li> <li>· 病室接近护士站</li> <li>· 眼镜、助听器、助步器易拿到</li> </ul>
<p><b>6.滑倒</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 咨询物理治疗师/作业治疗师</li> <li>· 定期更换卧位（每 2 小时一次）</li> <li>· 缓解疼痛措施</li> <li>· 呼叫铃使用示范</li> <li>· 楔形垫/倾斜轮椅（咨询物理治疗师/作业治疗师）</li> <li>· 防滑垫（咨询作业治疗师）</li> </ul>

现存的行为	建议选择的方案
7.攻击性	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 药物审查</li> <li>· 缓解疼痛措施</li> <li>· 评估过去的应对方案</li> <li>· 常规的日程计划/个人行程</li> <li>· 评估饥饿、疼痛、冷、热情况</li> <li>· 增加/减少社交活动</li> <li>· 放松技巧（磁带、黑暗的环境）</li> <li>· 规划家庭照护计划</li> <li>· 允许踱步</li> <li>· 舒缓的音乐</li> </ul>
8.拔出置管	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 缓解疼痛措施</li> <li>· 增加社交活动</li> <li>· 使用简单指令</li> <li>· 呼叫铃使用示范</li> <li>· 刺激/有效分散注意力</li> <li>· 解释治疗程序/治疗方法</li> <li>· 轻柔的抚触</li> <li>· 规划家庭照护计划</li> <li>· 遮蔽静脉滴注管</li> <li>· 经皮内镜胃造口术腹部使用粘合剂</li> <li>· 尽快改变静脉注射的间歇时间</li> <li>· 手臂夹板固定(防止肘部弯曲)</li> </ul>
9.不稳定性	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 运动/行走/锻炼</li> <li>· 药物审查</li> <li>· 增加社交活动</li> <li>· 呼叫铃使用示范</li> <li>· 安排每日午睡</li> <li>· 房间整洁无杂物</li> <li>· 床垫置于地面/较低的床上</li> <li>· 防滑带置于地面</li> <li>· 夜灯</li> <li>· 接受伤害</li> <li>· 眼镜、助听器、助步器易拿到</li> </ul>

如需要使用该表必须直接到渥太华医院，得到护理专业实践部的允许方可使用

# 附录 K:例:照顾者约束带使用认知调查表(PRUQ)

## 约束带使用认知调查表(PRUQ)

### 背景和使用说明

约束带使用认知调查表是为明确照顾者对老年人使用约束带相关主要原因为依据而制定。该工具表根据是李克特量表（初始量表 3 级，目前量表 5 级）而制定，依据照顾者使用约束带的原因及态度的文献回顾。该量表的表面效度和内容效度必须由五名老年护理专家评价。18 名医院专职护士评定  $\alpha$  系数为 0.80，一个含 20 名疗养院护理人员的抽样评定  $\alpha$  系数为 0.74 [Strumpf & Evans, 1987, 1988]。随着量表条目扩增至 11 个条目，51 名护理老年患者的老年科和神经精神病科的护士评定  $\alpha$  系数为 0.86 [Evans & Strumpf, 1987]。我们已修改该量表包含了许多的条目关于跌倒风险和干预措施方面，目前我们运用 17 个条目 5 级评分李克特量表在我们的研究中。在 184 名欧洲护理人员中，这个版本的量表  $\alpha$  系数评定 0.96。在一个 87 名美国疗养院护理人员的测评中，该量表的平均得分为 3.65 分并且  $\alpha$  系数为 0.94 [Evans & Strumpf, 1993]。

### 约束带使用认知调查表评分说明

约束带使用认知调查表的评分，通过计算被划分为 5 级的 17 个条目总得分的平均值。例如，在我们的临床试验[JAGS 1997]中三名疗养院护理人员在基线的平均分数分别为为 3.8 分(+/- 0.86, n=55), 4.02 (+/- 0.68, n=29) 和 3.64 (+/- 0.83, n=55)。

对于“知识的选择”部分，计算建议离散干预措施应答者总得分的数量。这些干预措施分为四种类型分别是：生理，社会心理，活动和环境。行为干预表(attached, and Strumpf, et. al., 1998, pp. 137-139)用于编码确定干预措施的类别。统计每个干预措施的数量和每类型总数的平均数，中位数和众数。

关键词：PH:生理；PS:心理；PA:身体活动；ENV:环境；PR:身体约束；CR:药物控制；SR:护栏；OIN:其他，不适当干预措施（例如:隔离，单独处于另一环境中）；OAP:其他，适度干预措施（例如:增加护理人员）。

该约束带使用认知调查表的版本用于急性护理设置，疗养院或其他设置人口统计项目((如,16 题, 19 题))的小幅修改。

### 参考文献:

Evans,L.K.,&Strumpf,N.E.(1987).Patternsofrestraint:Across-culturalview.*Gerontologist*,27(Supplement),272A-273A.

Evans,L.K.,&Strumpf,N.E.(1993).Frailtyandphysicalrestraint.InH.M.Perry,J.E.Morley,&R.M.Coe(Eds.),*Agingandmusculoskeletaldisorders*,pp.324-333.NewYork:Springer.

Evans,L.K.,&Strumpf,N.E.(1989).Tyingdowntheelderly:Areviewoftheliteratureonphysicalrestraint.*JournaloftheAmericanGeriatricsSociety*,37,65-74.

Strumpf,N.E.,&Evans,L.K.(1987).Patternsofrestraintuse  
inanursinghome(Abstract).*ProceedingsoftheAmericanNursesAssociationCouncilofNurseResearchersMeeting*,  
410.KansasCity:ANA.

Strumpf,N.E.,&Evans,L.K.(1988).Physicalrestraintofthehospitalizedelderly:Perceptionsofpatientsandnurses.*NursingResearch*,37,132-137.

Strumpf, N.E., Robinson, J.P., Wagner, J.S., & Evans, L.K. (1998). *Restraint-free care: Individualized approaches for frail elders*. New York: Springer.

Developed by Lois Evans and Neville Strumpf

©1986. University of Pennsylvania School of Nursing; revised 1990 & 2010.

来源: Evans, L. and Strumpf, N. (1986). Subjective Experience of Being Restrained. Penn Nursing Science: University of Pennsylvania School of Nursing. Weblink: [www.nursing.upenn.edu/cisa/Pages/Research.aspx](http://www.nursing.upenn.edu/cisa/Pages/Research.aspx)

## 约束带使用认知调查表 (PRUQ)

作者允许使用该工具表。

日期 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

这项研究已经向我进行满意的解释说明。我很愿意参加完成这个调查表的内容。

照顾老年人，有时会使用身体约束。这些约束用具具有背心、腰带或领带、裤裆或尿布约束用具、手腕或脚踝扎带、手套，或者能够固定锁住的老年桌椅。

下面是对间或约束老年人的一些原因。通常，你认为下列每个使用身体约束原因的重要性是多少？(请圈出你所选择的数字)。

	完全不重要		有些重要		非常重要
1. 保护老年人不受伤害:					
a. 坠床?	1	2	3	4	5
b. 椅上跌落?	1	2	3	4	5
c. 不安全的步行?	1	2	3	4	5
2. 防止老年人漫步?	1	2	3	4	5
3. 防止老年人从他人那里拿东西?	1	2	3	4	5
4. 防止老年人接触危险的地方或物品?	1	2	3	4	5
5. 防止意识混乱的老年人扰乱他人?	1	2	3	4	5
6. 防止老年人:	1	2	3	5	5
a. 拔除导尿管?	1	2	3	4	5
b. 拔除胃管?	1	2	3	4	5
c. 拔除静脉输液管?	1	2	3	4	5
d. 拆开手术缝合线?	1	2	3	4	5
e. 拆除敷料?	1	2	3	4	5
7. 为活跃的老年人提供安静的时间或休息时间?	1	2	3	4	5
8. 在判断老年人是否受伤时提供安全保护?	1	2	3	4	5
9. 其它照顾者替换察看老人?	1	2	3	4	5
10. 防止护理人员或其它患者受到身体暴力或袭击?	1	2	3	4	5
11. 躁动管理?	1	2	3	4	5

12. 请找出可行措施，替换上述行为或情况中的身体约束。（如果有需要可使用该表的背面）

---

---

---

---

---

13. 学历:护理学硕士 护理学士 护理专科 护理准学士学位

14. 年龄:\_\_\_

15. 性别:女 男

16. 科室类型:内科 外科 重症监护 其它

17. 在本科室的工作总时长:\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

18. 是否接受过老年护理的专业教育? 是 否

19. 职位:医院护士 护士长 高级临床专科护士 注册护理助手

编码:合计\_\_\_\_\_生理\_\_\_\_\_心理\_\_\_\_\_身体活动\_\_\_\_\_环境\_\_\_\_\_身体约束\_\_\_\_\_药物控制\_\_\_\_\_

护栏\_\_\_\_\_其它不当干预措施\_\_\_\_\_其它适当干预措施\_\_\_\_\_

©1986,1990Evans&Strumpf UniversityofPennsylvaniaSchoolofNursingLastupdatedMay12,2010







## 行为干预表\*

干预措施类型	跌倒风险	干预处理措施	其他行为
生理	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 确定跌倒原因并综合评估</li> <li>· 药物审查/消除有问题的药物</li> <li>· 物理治疗师/作业治疗师等评价及开处方</li> <li>· 休息</li> <li>· 取消日程安排</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 安慰</li> <li>· 缓解疼痛</li> <li>· 取消援助</li> <li>· 改变治疗方式需要的评价（如移除静脉注射/鼻饲管，导尿管，气体交换障碍）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 安慰</li> <li>· 缓解疼痛</li> <li>· 纠正潜在的问题，如脱水</li> <li>· 体位</li> <li>· 消除注意力或援助</li> <li>· 助感器</li> <li>· 按摩/芳香疗法</li> </ul>
社会心理	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 监督</li> <li>· 住院医生/家属“禁止约束”的授权</li> <li>· 跌倒/风险项目</li> <li>· 预期的需求</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 陪伴和监督</li> <li>· 住院医生/家属“禁止约束”的授权</li> <li>· 适当提前的鼓励</li> <li>· 安抚</li> <li>· 保持与住院医生/家属沟通</li> <li>· 提示伦理咨询</li> <li>· 指导使用仪器</li> <li>· 签短期治疗协议（如使用侵入性仪器）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 陪伴</li> <li>· 治疗性触摸</li> <li>· 主动倾听</li> <li>· 沉着的相处</li> <li>· 提供安全感并确保安全性</li> <li>· 必要时规定时限</li> <li>· 照顾者的统一性</li> <li>· 监督</li> <li>· 提升信任感和目的/掌控感</li> <li>· 关注住院医生的议程</li> <li>· 现实定向（在适宜情况下）</li> <li>· 重新激发</li> <li>· 关注情感和忧虑</li> <li>· 便于住院医生控制其日常生活和活动</li> <li>· 牧师/宗教的劝告</li> <li>· 家庭随访和信息分享</li> <li>· 冷静的沟通，使用简单的陈述句/说明</li> </ul>

干预措施类型	跌到风险	干预处理措施	其他行为
活动	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 每日物理治疗/步行/承重</li> <li>· 步态训练</li> <li>· 预防跌倒计划</li> <li>· 协助移动</li> <li>· 修复计划</li> <li>· 有意义的活动</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 分散注意力</li> <li>· 看电视, 听收音机、音乐</li> <li>· 做些事情</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 分散注意力</li> <li>· 计划娱乐活动(符合个人兴趣/能力)</li> <li>· 运动</li> <li>· 理疗/专业治疗/日常生活活动训练</li> <li>· 社交活动</li> <li>· 排遣焦虑行为, 特别是有规划的活动</li> <li>· 避免夜间活动, 除在必要时</li> <li>· 再次确认单位方向</li> <li>· 宠物疗法</li> <li>· 精心安排日程安排</li> <li>· 精神活动和情感宣泄</li> </ul>
环境	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 倾斜/适合体形, 内嵌垫子, 外展枕或其他定制座位的椅子</li> <li>· 低位床、降低护栏或单边护栏, 缓冲垫, 声控灯, 床垫于地板上, 床头柜, 桌子置于椅子前</li> <li>· 助步器和支撑性鞋</li> <li>· 安全意识训练, 防跌倒安全环境, 警示系统, 辅助器具, 高架马桶</li> <li>· 更换坐姿</li> <li>· 最佳照明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 安置点接近护士站</li> <li>· 声控灯</li> <li>· 遮蔽或用纱布垫住治疗部位</li> <li>· 保护套、服装等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 减少使用对讲机</li> <li>· 适宜的调节灯光明暗</li> <li>· 室内安静或放轻音乐</li> <li>· 摇椅</li> <li>· 个性化区域/舒适的环境/熟悉的事物</li> <li>· 遮蔽门、出口、电梯</li> <li>· 魔术贴的门/大门/停止标记</li> <li>· 地板带(格栅)或设置信号走廊</li> <li>· 专用锁</li> <li>· 警报装置</li> <li>· 安全和趣味区域</li> <li>· 特殊服装</li> <li>· 不同的座位和家具</li> <li>· 个人空间</li> <li>· 有序的环境</li> <li>· 适当改变房间</li> </ul>

\*列表提供了实例, 但并不详尽。

来源: Modified from Strumpf, et al., (1998), pp.137-139.

转载经佩恩护理科学允许。



## 附录 M: 例: 行为监控日志



老龄化综合科学研究中心  
构建综合科学解决与老龄化相关的常见和复杂的问题

### 行为监控日志

#### 背景和使用说明

##### 目的:

为了便于一致的观察和记录来更好的确定疾病类型和意义。

##### 使用说明:

1. 在“特定目标行为”条目旁，在观察下记录发生的行为（如坠床，离开病室，击打他人，拉衣服）。
2. 在提供的地方记录患者姓名和房间号。
3. 在表格中相关的纵列记录对于观察到的每个特定描述的行为：
  - a. 在第一纵列，记录观察行为的日期。
  - b. 在第二纵列，记录观察到的行为的具体时间（如：上午 10:30）。
  - c. 在第三纵列，记录观察到的确切行为（如：在没有帮助的情况下从椅子上起来而跌倒）。
  - d. 在第四纵列，记录事件发生时的地点（如：在休息室红色的椅子上）。
  - e. 在第五纵行，备注在场的人员和他们正在做的事（如：患者 T. Jones 和 P. Smith; 注册护士助理 F. Fox 正在和 T. Jones 交谈）。
  - f. 在第六纵行，描述可能由自身内因引起的突发行为是什么（如：患者表示她必须立刻去卫生间；她早晨九点服过利尿剂）。
  - g. 在第七纵行，记录可能由外因引起的突发行为是什么（如：没人能够带患者去卫生间；患者的助行器在椅子后面；近期地面光滑）。
  - h. 在第八纵行，描述什么是能够帮助患者解决问题的干预措施（如：从早晨九点半到中午十二点半每小时带患者去卫生间，然后每两小时去一次直到睡觉前；保持助行器就在患者所坐的椅子旁边；买新的防滑鞋）
4. 持续观察并记录特定的行为直到该行为能够在发生前被提前确定（例如：某些行为发生在每天特定的时间；某些人的出现而引发的发应；行为活动与午后散步的习惯一致，等等。）
5. 保持该日志在发作一些行为及发生的时间上尽可能监测到特定的模式。被认同的改变行为的干预措施可以被纳入个性化的护理方案。



老龄化综合科学研究中心  
构建综合科学解决与老龄化相关的常见和复杂的问题

## 行为监控日志

### 作者授权允许使用该工具表

特定目标行为: \_\_\_\_\_

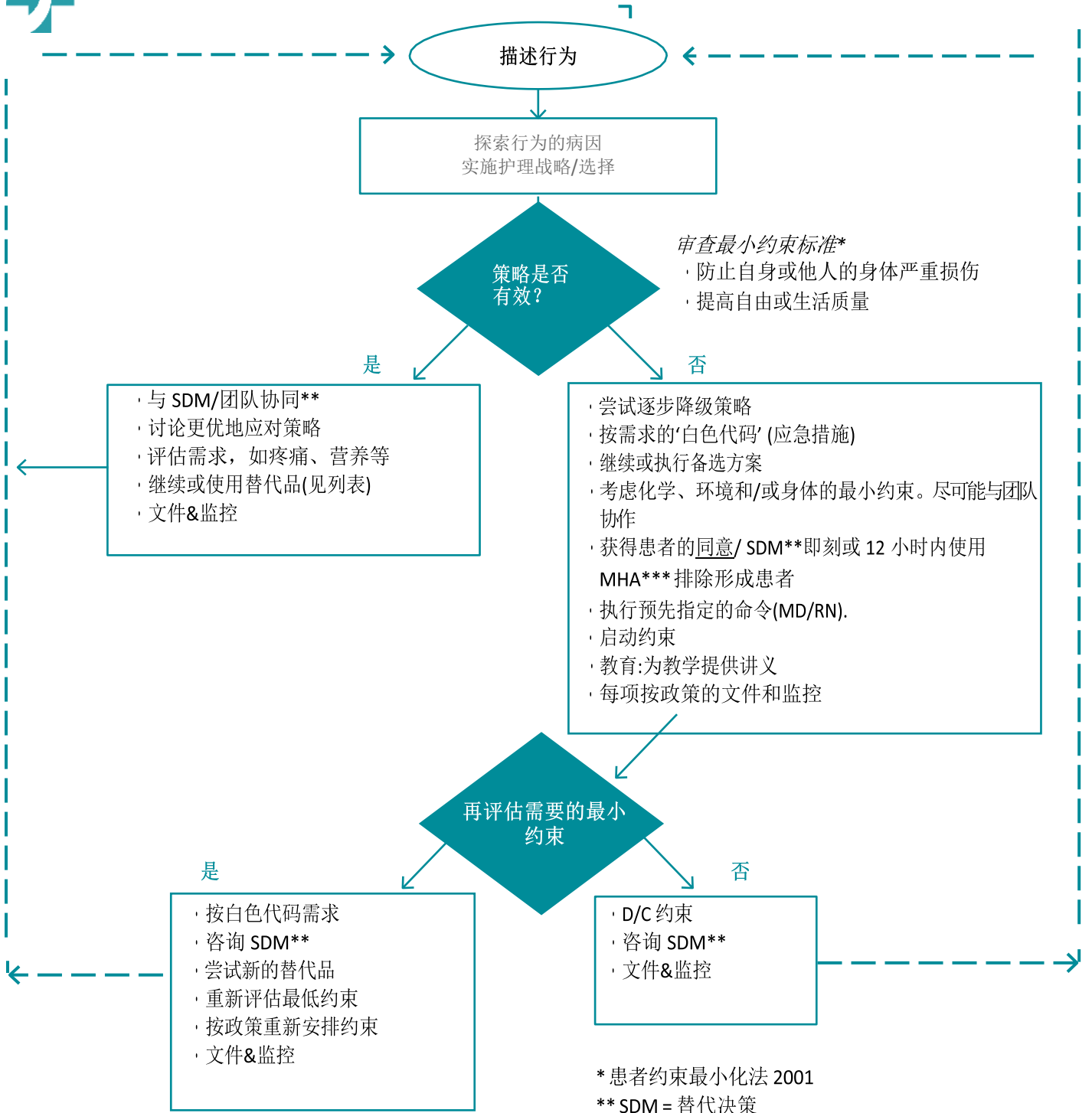
患者姓名: \_\_\_\_\_ 病室号: \_\_\_\_\_

日期	时间	发生的事件	地点	在场人员	可能由自身内因引起的突发行为?	可能由外因引起的突发行为?	什么干预措施能够帮助患者?

改编自:Strumpf, N., Robinson, E.J.P., Wagner, J.S., & Evans L.K.(1998).*Restraint-free care: Individual approaches for frail elders*. New York: Springer Publishing, pp. 44-46.

转载自宾夕法尼亚大学护理学许可。

# 附录 N: 例: 选择约束决策树



审查最小约束标准\*

- 防止自身或他人的身体严重损伤
- 提高自由或生活质量

\* 患者约束最小化法 2001  
 \*\* SDM = 替代决策  
 \*\*\* 精神健康法案

需经渥太华医院允许方可使用或改编选择约束决策树, 针对护理专业实践

## 附录 O: 例: 共同行动计划行为简况

### 共同行动计划行为简况

患者姓名: \_\_\_\_\_

开始时间: \_\_\_\_\_

\*每个新条目填写的初始日期 (天/月/年)

<p><b>患者如何最好地学习?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 确定患者学习的学习方式和适应的教学方式。</li> <li>· 允许灵活地制定决策和分享权力。</li> </ul>	
<p><b>患者如何最好地进行沟通交流?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 评估关于翻译交流工具或署名的需要。</li> <li>· 识别患者的思想、感觉和行为间的任何联系。结合患者的沟通交流的方式和突发的攻击性/异常的行为。</li> </ul>	
<p><b>患者的攻击性、自我伤害或异常的行为</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 患者发生这些行为时精确的细节。</li> <li>· 判定这些行为是否会不定时的或再次发生。</li> <li>· 在记录事件，很少发生的事件应该被报告为“非常罕见”。</li> </ul>	
<p><b>影响因素和触发因素</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 隔离任何触发导致攻击性、自我伤害或/和异常行为，并且确定保护措施。</li> <li>· 考虑任何潜在的环境触发因素。</li> <li>· 我们如何防止患者心灵受到创伤。</li> </ul>	
<p><b>早期预警指标</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 识别早期攻击性、自我伤害或/和异常行为的早期警告迹象。</li> <li>· 情况逐步连续变化（微妙的、连续的、即刻的或物质的）</li> <li>· 是被社会退缩、焦虑行为言语增加作为攻击性加强的早期迹象。</li> </ul>	
<p><b>降级的预设和方法</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 根据患者的个性化的降级预设策略。</li> <li>· 根据情况使用语言、关系或感知技术和工具。</li> <li>· 患者知道过去发生的任何精神伤害么？</li> <li>· 我们如何预防患者精神伤害。</li> </ul>	
<p><b>描述治疗干预措施</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 保持适当的国际化治疗、关系策略干预措施和关系策略的知识。</li> <li>· 个性化的患者干预措施应根据患者的价值观、优势及患者的历史和个人经历。</li> </ul>	

<p><b>哪些行为可以从安全距离上监测到?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 认识到不是所有行为都需要物理干预, 如抛掷软的物体, 某些环境破坏。</li> <li>· 注意这些行为可能继续发展。</li> </ul>	
<p><b>哪些行为需要物理干预? Which behaviours require Physical Intervention?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 需要立即物理干预的行为, 例如他们可能通过打或踢伤害他人或自身。</li> <li>· 识别特定的干预措施。</li> </ul>	
<p><b>护理人员职能监测</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 持续监控、评估、支持和检查患者的行为, 身体和心理状态来决定何时停止物理干预或隔离。</li> <li>· 确认护理人员的培训、生理和临床干预技能, 身体约束及其有效性。</li> </ul>	

更新患者的共同行动计划概要文件的相关信息。

共同行动计划行为的概况文件-草案 2009/11/18 改编自安全管理。安大略省海岸中心心理健康科学 2009 年版权。保留所有权利。未经安大略允许以任何方式复制全部或部分内容是违法的。





## 附录 P: 例: 安全计划干预



### 安全计划干预

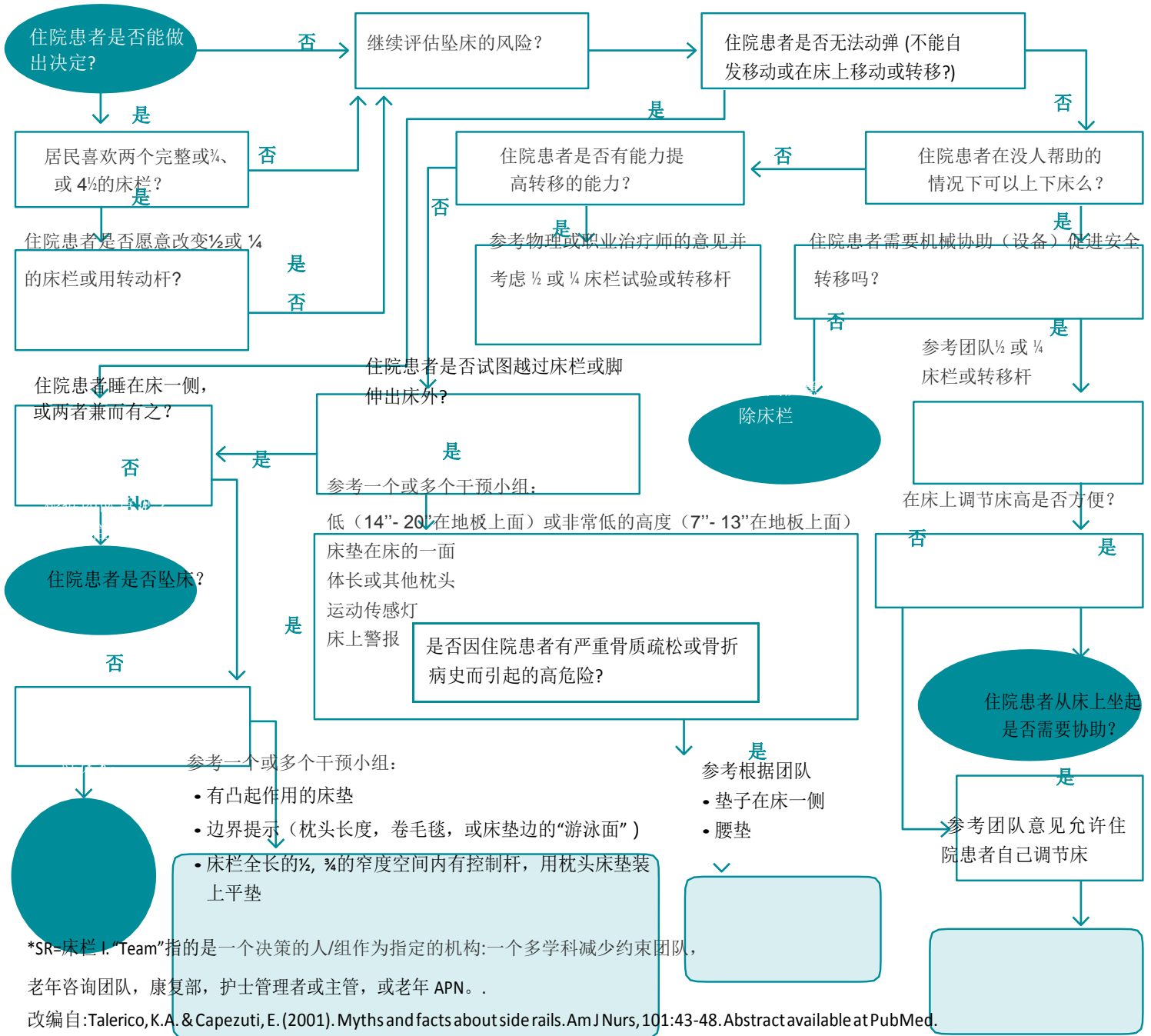
目的: 对于那些表现出侵略性, 定向障碍, 频繁跌倒, 不恰当行为的患者, 下列建议尝试的干预措施和评估确定的问题: \_\_\_\_\_

治疗干预	试用日期	有效性	无效的	护士姓名的首字母
定位周围环境				
增加视觉监控				
改善照明/夜灯				
调节室温				
动力升降椅子 (如果可以)				
重新评估椅子座位				
低位床				
床上警铃				
椅旁警铃				
个性化安排和评估卫生习惯				
能够清楚地找到浴室? - 应用图示				
肩部保护 - 尝试				
靠近护士站				
睡觉或休期间的评估或调整				
在适当的位置可用呼叫器				
穿适宜的鞋子				
评估饥饿或口渴情况摄入食物或液体				
评价并调整活动情况				
确定疼痛相关问题已解决				
因素评估和治疗, 如感染				
1:1 的活动实施				
增加步行/运动项目				

治疗干预	试用日期	有效性	无效的	护士姓名的首字母
药物评估—剂量/日程调整				
实施转移治疗				
稳固地坐在椅子上				
易拿到辅助设备				
床头柜在适当地方				
可触到吊架或床柱				
地垫				
床靠近墙				
床栏（指定的类型）				
尝试使用手肘/护膝				
完成行为标测				
外部推荐(理疗/专业治疗等)				
尝试音乐疗法				
防滑椅垫.				
床上嵌入物				
座位安全带				
泡沫床垫				
完成日期				

转载经宠爱的关怀允许。.

# 附录 Q: 例: 床围或替代设备敢于决策图



\*SR=床栏。"Team"指的是一个决策的人/组作为指定的机构:一个多学科减少约束团队,

老年咨询团队, 康复部, 护士管理者或主管, 或老年 APN。.

改编自:Taleric, K.A. & Capezuti, E. (2001). Myths and facts about side rails. Am J Nurs, 101:43-48. Abstract available at PubMed.

源自:Taleric, K. & Capezuti, E. Myths and facts about side rails: Despite ongoing debates about safety and efficacy, side rails are still a standard component of care in many hospital. So how do you determine their safe use? AJN: American Journal of Nursing, Volume 101, Issue 7, pp. 43-48. 转载经威科卫生许可。

# 附录 R: 例: 个人降级计划

## 个人降级计划

患者: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

**问题行为:** 对你而言什么行为是有问题的?

- |                                    |                                |                                  |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 情绪失控      | <input type="checkbox"/> 攻击性行为 | <input type="checkbox"/> 约束/隔离   |
| <input type="checkbox"/> 缺乏安全感     | <input type="checkbox"/> 逃跑    | <input type="checkbox"/> 想要自杀    |
| <input type="checkbox"/> 自我伤害      | <input type="checkbox"/> 自杀未遂  | <input type="checkbox"/> 滥用药物或酒精 |
| <input type="checkbox"/> 其他: _____ |                                |                                  |

**触发因素:** 什么事情或触发因素会导致你不安或心烦意乱?

- |  |                                      |                               |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不被倾听              | <input type="checkbox"/> 感到压力        | <input type="checkbox"/> 被触摸  |
| <input type="checkbox"/> 缺乏隐私              | <input type="checkbox"/> 他人喊叫声       | <input type="checkbox"/> 大声喧哗 |
| <input type="checkbox"/> 感到孤单              | <input type="checkbox"/> 争吵          | <input type="checkbox"/> 无法自控 |
| <input type="checkbox"/> 黑暗                | <input type="checkbox"/> 被孤立         | <input type="checkbox"/> 被盯着  |
| <input type="checkbox"/> 被嘲笑/欺负            | <input type="checkbox"/> 与家人联系 _____ |                               |
| <input type="checkbox"/> 白天/晚上特定的时间: _____ |                                      |                               |
| <input type="checkbox"/> 每年特定的时间: _____    |                                      |                               |
| <input type="checkbox"/> 其他: _____         |                                      |                               |

**警告预兆:** 请描述你的警示预兆, 例如当他人注意到你什么特征会在你失控前?

- |                                    |                                    |                                  |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 出汗        | <input type="checkbox"/> 呼吸困难      | <input type="checkbox"/> 心跳加速    |
| <input type="checkbox"/> 咬紧牙齿      | <input type="checkbox"/> 攥拳头       | <input type="checkbox"/> 面色潮红    |
| <input type="checkbox"/> 搓手        | <input type="checkbox"/> 提高声音      | <input type="checkbox"/> 嗜睡      |
| <input type="checkbox"/> 抖腿        | <input type="checkbox"/> 摇摆        | <input type="checkbox"/> 踱步      |
| <input type="checkbox"/> 蹲下        | <input type="checkbox"/> 无法静坐      | <input type="checkbox"/> 咒骂      |
| <input type="checkbox"/> 哭泣        | <input type="checkbox"/> 隔离/避免接触他人 | <input type="checkbox"/> 亢奋      |
| <input type="checkbox"/> 不会照顾自己    | <input type="checkbox"/> 自我伤害      | <input type="checkbox"/> 伤害他人或事物 |
| <input type="checkbox"/> 不适宜地唱歌    | <input type="checkbox"/> 睡眠减少      | <input type="checkbox"/> 少食      |
| <input type="checkbox"/> 多食        | <input type="checkbox"/> 粗鲁无礼      | <input type="checkbox"/> 大笑/头晕   |
| <input type="checkbox"/> 其他: _____ |                                    |                                  |

**干预措施:** 什么事情能让你保持冷静或让你出于安全状态?

- |                                   |                                    |  |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 在自己的房间休息 | <input type="checkbox"/> 在安静的房间内休息 | <input type="checkbox"/> 听音乐           |
| <input type="checkbox"/> 读书       | <input type="checkbox"/> 和护理人员坐在一起 | <input type="checkbox"/> 看电视           |
| <input type="checkbox"/> 踱步       | <input type="checkbox"/> 和同龄人交谈    | <input type="checkbox"/> 和护理人员沟通       |
| <input type="checkbox"/> 着色       | <input type="checkbox"/> 锻炼        | <input type="checkbox"/> 给一个朋友打电话 (谁?) |
| <input type="checkbox"/> 抱毛绒玩具    | <input type="checkbox"/> 写日志       | <input type="checkbox"/> 给家人打电话 (谁?)   |
| <input type="checkbox"/> 洗热水澡     | <input type="checkbox"/> 洗冷水澡      | <input type="checkbox"/> 模制黏土          |
| <input type="checkbox"/> 包裹毛毯     | <input type="checkbox"/> 将手放在冷水里   | <input type="checkbox"/> 幽默感           |
| <input type="checkbox"/> 躺下       | <input type="checkbox"/> 撕纸        | <input type="checkbox"/> 在枕头里尖叫        |
| <input type="checkbox"/> 用冷毛巾     | <input type="checkbox"/> 用冰        | <input type="checkbox"/> 打枕头           |
| <input type="checkbox"/> 深呼吸      | <input type="checkbox"/> 握着自己的手    | <input type="checkbox"/> 哭泣            |
| <input type="checkbox"/> 得到一个拥抱   | <input type="checkbox"/> 散步        | <input type="checkbox"/> 与医生沟通         |

**干预措施 (续):**

- |                                    |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 绘画        | <input type="checkbox"/> 捏外包装的气泡膜  | <input type="checkbox"/> 读故事       |
| <input type="checkbox"/> 做拼贴画      | <input type="checkbox"/> 在安静的房间打球  | <input type="checkbox"/> 在其他人周围    |
| <input type="checkbox"/> 打牌        | <input type="checkbox"/> 男性护理人员的支持 | <input type="checkbox"/> 女性护理人员的支持 |
| <input type="checkbox"/> 电子游戏      | <input type="checkbox"/> 健身房健身     | <input type="checkbox"/> 做家务/特殊工作  |
| <input type="checkbox"/> 其他: _____ |                                    |                                    |

什么事情不能让你保持冷静或让你出于安全状态?

- |                                       |                                 |                                |
|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 独自一人         | <input type="checkbox"/> 提高说话语调 | <input type="checkbox"/> 幽默感   |
| <input type="checkbox"/> 不被倾听         | <input type="checkbox"/> 很多人在周围 | <input type="checkbox"/> 同龄人取笑 |
| <input type="checkbox"/> 不被尊重         | <input type="checkbox"/> 被忽视    |                                |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ |                                 |                                |

**优势:** 当你失控时你的优势是什么? ?

---



---

**技能:** 你有什么技能或擅长什么?

---



---

**其他:**

当你感到艰难时你会和护理人员沟通么? 如果不, 你希望护理人员如何帮助你?

---



---

做什么能够激励你?

---



---

**特别计划:** 列出任何能帮助你的特殊计划 (你在过去已经做过的或你想尝试的事)。

---



---



---



---

患者署名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

护理人员署名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

波士顿医疗中心  
 强化居住治疗项目  
 转载许可经自马萨诸塞州精神健康部门

# 附录 S: 例: 安全计划女子项目



受试者/患者  
识别标签

## 安全计划 女子项目

受试者/患者姓名: \_\_\_\_\_ 健康档案 #: \_\_\_\_\_  
 (姓, 名)

单位/诊所/服务点: \_\_\_\_\_

当我经历...	我有身体的感觉、思想、和/或感情...	...所以我做这个保持安全, 让自己感觉更好	Resources
轻度悲痛			
中度悲痛			
重度悲痛			

©成瘾与精神健康中心 (2008)

免责声明: 这个材料仅供成瘾与精神健康中心内部使用。成瘾与精神健康中心不接受任何与成瘾与精神健康中心无关个人或组织任何使用本材料的责任。不得未经成瘾与精神健康中心允许复制本档的任何部分以任何形式的出版。这是一个受控文件。任何文件中出现的纸质形式都不受控制, 在使用前应核查电子版。

第 137 到 146 页 - 安全计划 - 女子项目

F0458-20110419

图表标签: 评估/计划

转载权限来自成瘾和心理健康

# 附录 T: 例: 心理健康和成瘾安慰计划

## 安慰计划

□我开发这个项目与我的护士\_\_\_\_\_或其他供应者\_\_\_\_\_

(护士姓名) (个人姓名)

识别标签 (请不要自行复制)

我喜欢被称作: \_\_\_\_\_

### 我的痛苦迹象和预示:

当我烦躁不安或失控时他人会观察到的预警迹象或情况是:

- 出汗
- 哭泣
- 呼吸困难
- 呐喊
- 伤害他人
- 扔东西
- 踱步
- 自我伤害
- 咬紧牙关
- 不会自理
- 跑
- 攥紧拳头
- 咒骂
- 禁食
- 多吃或
- 粗鲁无礼
- 其他 \_\_\_\_\_

### 安慰和平复的措施:

当你处于困境时, 这里有 5 项活动能够帮助你:

- 听音乐
- 读书
- 用舒适的毛毯裹住自己
- 写日志
- 看电视
- 和护理人员交流
- 和病室其他人交流
- 和朋友或家人打电话
- 沐浴或洗澡
- 锻炼
- 在过道踱来踱去
- 散步
- 喝饮料
- 食用某些食物
- 做手工或艺术品
- 服药
- 阅读宗教/精神读物
- 写信
- 怀抱毛绒玩具
- 自主的在安静或舒适的房间
- 其他 \_\_\_\_\_

### 我的导火索和刺激物:

一些事情可能导致我生气、烦躁不安或导致我陷入危机?

- 被触摸
- 为了安全穿病服
- 叫喊
- 大声喧哗
- 被约束
- 饥饿
- 疲惫
- 护理人员告诉我之后回来
- 为了有趣叫我的名字
- 被迫做些事情
- 体能强迫
- 被隔离
- 被威胁
- 焦虑
- 孤单
- 个人空间被侵犯
- 接触使我烦躁的人
- 他人欺骗我
- 其他 \_\_\_\_\_

### 隔离和限制:

在极端紧急情况隔离和/或约束要作为最后的手段。在紧急情况下, 我会找到以下方式来帮助你避免发生危险?

- 舒适或安静的房间
- 健身房
- 口服药物
- 紧急注射药物
- 其他 \_\_\_\_\_

我过去曾被隔离或约束。  
\_\_\_\_\_是 \_\_\_\_\_否

### 药物:

如果我想要或需要药物来帮助我平复, 我更喜欢用这些:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 肢体接触

我发现当我焦虑不安是时适当的抚触对我有帮助:

是  
 否  
评论: \_\_\_\_\_

我认为护理人员可能也不远触碰我。

### 性别相关问题

我知道性别不是我能控制的, 但在紧急情况下, 我更愿意与之交流:

男性护理人员  
 女性护理人员  
如果可能的话

转载经安大略汉密尔顿圣约瑟卫生保健处允许。

我们践行精神创伤知情护理

St. Joseph's  
Healthcare Hamilton

# 附录 U: 例: 帮助患者应对的降级技巧和干预措施

由尔沃基郡精神卫生部门提供

## 降级技巧

1. 总是自我肯定。
2. 冷静地说话和思考。
3. 问患者他们做了什么，或者发生了什么。
4. 询问患者他们是否受伤（评估医疗问题）。
5. 询问患者是否有困难或者发生了什么在他们焦虑不安之前。
6. 记住患者为何住院。
7. 找一位与患者关系良好的护理人员与患者交流。让患者知道有人在倾听他所述。
8. 提供适当的药物。
9. 帮助患者记住并使用他们对患者治疗干预措施的应对机制。
10. 如果患者 尖叫或咒骂，平静的点头回应，不做反应。
11. 使用团队或第三方的方法。如果患者令一名护士疲倦，由另一名护士接管(用 10 分钟的谈话以尽可能避免约束患者)。
12. 安抚患者和保持专业界限(告诉患者你希望他们是安全的, 你来这里是为了帮助他们)。
13. 允许患者用安静以示回应——无声停顿是重要的。
14. 询问患者他们是否愿意，可以和你谈一谈（重复请求、持续的，亲切的）
15. 尊重需要用不同的方式来沟通（认识到可能存在的语言/文化差异，以及患者可能经历过的的恐惧、羞耻和尴尬）。
16. 鼓励患者让他们每一步都使自己平静下来。
17. 可以让他们试着在不令人苦恼的情况下试着谈一谈，尽管这可能是非常痛苦和困难的。
18. 了解患者目前的情况对于他们的重要性。
19. 询问患者我们可以如何帮助他们。
20. 询问患者是否允许与其他照顾者分享正在进行讨论的重要对话。

由尔沃基郡精神卫生部门提供

## 帮助患者处理应对的干预措施



- a. 即使你不能理解，也要倾听患者担忧的事。
- b. 让患者告诉你他的问题是什么，并真诚地倾听。
- c. 意识到并承认患者个人感受是正确的。
- d. 如果能在安全的情况下可邀请与患者同样地坐下。
- e. 邀请患者造一个安静的房间或人少且周围干扰少的区域交谈。
- f. 如果你不小心打扰了患者请道歉，并且告诉他你不是故意的及打扰他的理由。
- g. 让患者将以备选方案和选择。
- h. 在危急情况下有充足的人员，以保证患者和医护人员的安全。
- i. 用平静、均匀、没有威胁的声音说话。使用简单明了的语言。
- j. 使用不具威胁性的非语言手势和姿势。
- k. 注意语言、听觉和文化的差异。
- l. 确保我们在安全的地方帮助患者。
- m. 确认你个人对暴力和惩罚的感情，以及当患者发生暴力时候它会如何影响你。
- n. 知道其他护理人员如何积极与愤怒的患者相处以及他们的干预措施模型。

*改编自古德曼博士与患者的相互作用介入及降级患者。  
转载经密尔沃基县精神卫生部许可*

## 附录 V: 网站资源列表

预防、评估和 选择方法	地点	网站链接
	心理健康和成瘾服务中心 · 短期风险评估和治疗（开始）	<a href="http://www.bcmhas.ca/Research/Research_START.htm">http://www.bcmhas.ca/Research/Research_START.htm</a>
	COMBI - 脑损伤预后测量中心: · 培训, 测试.	<a href="http://tbims.org/combi/abs/index.html">http://tbims.org/combi/abs/index.html</a>
	舒适房间 – 一种预防性工具为精神疾病患者服务以减少约束和隔离的使用 · 思想和实施指南	<a href="http://www.omh.state.ny.us/omhweb/resources/publications/comfort_room/comfort_rooms.pdf">http://www.omh.state.ny.us/omhweb/resources/publications/comfort_room/comfort_rooms.pdf</a>
	咨询格里注册护士组织 – 物理约束 · 协助和主题 · 尝试这些问题: 避免老年痴呆症患者的约束	<a href="http://www.hartfordign.org/practice/consultgerirn/">http://www.hartfordign.org/practice/consultgerirn/</a>
	温和有说服性的方法课程 · 报告	<a href="http://www.marep.uwaterloo.ca/research/GPAProjectFinalReportJuly2005.pdf.pdf">http://www.marep.uwaterloo.ca/research/GPAProjectFinalReportJuly2005.pdf.pdf</a>
	安大略省非盈利家庭和老年人服务协会(OANHSS): 政治 & 程序培训 (例如): · 预防跌倒 & 管理计划 · 反应性行为 · 最小化约束和个人援助服务设备的使用 (PASD)	<a href="http://www.oanhss.org/AM/Template.cfm?Section=Home">http://www.oanhss.org/AM/Template.cfm?Section=Home</a>
	马萨诸塞州的心理健康部(DMH) (成人/儿童/青少年) · 约束/隔离消减计划 · 年龄适当的儿童, 青少年和成人采访工具	<a href="http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/">http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/</a>
	把部分聚合在一起 · 评估的框架、工具和教育	<a href="http://www.piecescanada.com/">http://www.piecescanada.com/</a>

	<p>物质滥用和精神健康服务管理局 (SAMHSA) 工具包:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 为培训直接护理人员的工具包, 对于成年有严重的精神疾病, 情绪障碍患者的策略 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 预防和消除约束和隔离</li> <li>▪ 方法侧重于患者精神创伤的护理和创伤服务</li> </ul> </li> </ul>	<p><a href="http://store.samhsa.gov/product/SMA06-4055">http://store.samhsa.gov/product/SMA06-4055</a></p> <p><a href="http://www.samhsa.gov/nctic/trauma.asp">http://www.samhsa.gov/nctic/trauma.asp</a></p>
	<p>Te Pou-国家精神卫生研究中心, 信息 &amp; 劳力:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 调制感官信息和预防工具, 以帮助限制使用隔离和约束</li> </ul>	<p><a href="http://www.mhrds.govt.nz/page/398-seclusion-reduction-and-sensory-modulation">http://www.mhrds.govt.nz/page/398-seclusion-reduction-and-sensory-modulation</a></p>
	<p>潮汐模式</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 哲学, 框架信息</li> </ul>	<p><a href="http://www.tidal-model.com/">http://www.tidal-model.com/</a></p>
	<p>德州医学基金会: TMF 卫生质量研究所 (长期护理)</p>	<p><a href="http://www.tmf.org/">http://www.tmf.org/</a></p>
	<p>健康康复行动计划® (WRAP®)</p> <p>- 玛丽埃伦科普兰</p>	<p><a href="http://www.mentalhealthrecovery.com/aboutwrap.php">http://www.mentalhealthrecovery.com/aboutwrap.php</a></p>
<p><b>降级与危机管理</b></p>		
	<b>地点</b>	<b>网站</b>
	<p>首席精神病学家, 维多利亚, 澳大利亚</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 隔离培训资源/ 约束, 创伤知情护理, 领导 &amp; 组织变革.</li> </ul>	<p><a href="http://www.health.vic.gov.au/chiefpsychiatrist/creatingsafety/index.htm">http://www.health.vic.gov.au/chiefpsychiatrist/creatingsafety/index.htm</a></p>
	<p>CPI: 危机, 预防, 干预措施:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 国际培训组织安全行为管理的最佳实践, 侧重于预防和非暴力危机干预.</li> </ul>	<p><a href="https://www.crisisprevention.com/Specialties">https://www.crisisprevention.com/Specialties</a></p>
	<b>地点</b>	<b>网站</b>
<p><b>约束</b></p>		
	<p>FDA 食品和药物管理局</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 床安全指南</li> <li>· 物理约束定义</li> </ul>	<p><a href="http://www.fda.gov/default.htm">http://www.fda.gov/default.htm</a></p>
	<p>加拿大卫生署:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 医院成人床位指南文件: 患者诱捕危害, 封闭护栏的可靠性, 和其他危害。</li> <li>· 患者的腰和躯干约束的应用安全信息</li> </ul>	<p><a href="http://www.hc-sc.gc.ca">http://www.hc-sc.gc.ca</a></p>
	<p>精神病患者宣传办公室 (PPAO)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 约束、物理、化学、隔离</li> </ul>	<p><a href="http://www.sse.gov.on.ca/mohltc/ppao/en/default.aspx">http://www.sse.gov.on.ca/mohltc/ppao/en/default.aspx</a></p>

	美国爱荷华大学: · 居民约束免费健康宣传单	<a href="http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/publications/info-connect/assets/restraint_free_care.pdf">http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/publications/info-connect/assets/restraint_free_care.pdf</a>
法规	地点	网站
	加拿大心理健康协会 健康和长期护理部门: ▪ 安大略省心理健康法 (1990) ▪ 医疗护理同意法 (1996)	<a href="http://www.ontario.cmha.ca/legislation.asp">http://www.ontario.cmha.ca/legislation.asp</a>
	安大略护理学院 · 约束标准	<a href="http://www.cno.org/">http://www.cno.org/</a>
	健康和长期护理部门 长期护理家庭法, 2010 · 立法关于长期护理中约束部分: 30-36	<a href="http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_07108_e.htm#BK38">http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_07108_e.htm#BK38</a>
	健康和长期护理部门 患者约束最小化法案 (2001) 立法关于在医院和设施使用约束 (健康和长期护理部门 [卫生部-长期护理] - 安大略, 加拿大)	<a href="http://www.e-laws.gov.on.ca/html/source/statutes/english/2001/elaws_src_s01016_e.htm">http://www.e-laws.gov.on.ca/html/source/statutes/english/2001/elaws_src_s01016_e.htm</a>
其他	地点	网站
	前进卓越在美国养老院 · 跟踪质量改进资源——约束工具的使用	<a href="http://www.nhqualitycampaign.org/">http://www.nhqualitycampaign.org/</a>
	全国各州精神卫生规划理事协会 (NASMHD) · 美利坚合众国(美国)组织形式——代表 50 个州, 4 片领土, 和哥伦比亚特区提供: ▪ 政策、出版物和链接精神卫生机构。工具: 六个核心策略©减少隔离, 约束规划工具的使用 ▪ 白皮书: 约束和隔离: 风险管理指南	<a href="http://www.nasmhpd.org/publicationsOTA.cfm">http://www.nasmhpd.org/publicationsOTA.cfm</a>
	何克基础精神健康 · 美国德克萨斯州进步精神卫生健康图书馆资源包括任务汇报和隔离, 约束工具、引用和培训报告	<a href="http://www.hogg.utexas.edu/index.php">http://www.hogg.utexas.edu/index.php</a>

# 附录 W: 举例:观察和文档记录:

## 12 小时紧急使用化学约束, 隔离或机械约束记录

12 小时紧急使用化学约束, 隔离&机械约束的记录

应完整使用紧急的化学约束, 隔离, 和/或机械约束

请参考以下成瘾和精神健康中心指定的政策: 紧急使用化学约束, 隔离和机械约束的政策

### 紧急隔离和约束的使用需要

- 1) 紧急约束需要医师的医嘱
- 2) 如果医生不在, 发生以下情况可以使用:
  - a) 一个注册护士在获得电话医嘱后可立即进行紧急机械约束或者隔离.
  - b) 医师必须在使用约束的 2 个小时内评估患者的情况, 并签署医嘱单。
- 3) 机械约束和隔离的医嘱有效期在 12 小时。
- 4) 如果需要, 机械约束和隔离应每隔 12 小时被医师面对面评估, 并记录数据信息。
- 5) 必须询问受约束的患者, 他/她是否喜欢精神病患者宣传办公室的接触. 精神病患者宣传办公室指获取立刻的同意 @ 416-535-8501, x 3099.
- 6) 当紧急使用化学约束, 隔离和机械约束的 12 小时内, 护士应完成记录第一部分和第二部分。

### 第一部分: 开始评估或重新评估

- 1) 应完成化学约束, 隔离和/或机械约束的初始评估或重新评估。
- 2) 护士完成这部分后, 应在这页纸最下面的表格做标记。
- 3) 护士也应将名字的首字母和日期以及其他信息填在通信部分 (在右下角)。
- 4) 第一部分完成后如果任何通信 (被指定) 在 12 小时内完成, 它都应该被添加到通信部分。
- 5) 任何添加的通信部分都应确定输入的日期和时间。

### 第二部分: 任意选择一项 a) ‘评估机械约束’ 或 b) ‘评估并记录隔离’

- 1) 使用任意一种形式为机械约束或隔离提供持续监测和护理。
- 2) 每种形式的时间框架的条目:
  - a) 机械约束的形式中每一模块代表 30 分钟的时间段。
  - b) 隔离形式中每一个模块代表 15 分钟的时间段。
- 3) 时钟标志表明护士必须提供强制性的护理措施。
- 4) 当管理患者机械约束和隔离时, 如果用到了紧急化学约束 (CR), 那么应在第一部分和第二部分记录。

- 5) 所有情况改变和/或重大发现需要注意相应的进展. 所有都要标注上星号(\*) 除非你已经在病程记录上记下了这一点.
- 6) ‘分配护士’ 是被分配去照顾患者或去覆盖护士的。(例如: 覆盖休息时间). 分配护士有责任去评估和确保护理需求按标准全部被满足. 这就包括评估, 监测, 替代疗法的使用以及满足其他政策的需要. 尽管护理的一些方面被分给了其他组员 (最开始在暗中表明照顾和/或观察) 但他/她也有责任继续照顾. 分配护士至少每三小时一次在暗中执行义务.

#### 7) 说明:

- a) 有代表性的是, 2 个小时之后会给患者做放松实验, 如果成功应考虑将隔离/机械约束停止。
- b) 输入首字母以开始面对面的继续观察和继续监测.

**紧急约束过程中需附加使用的电子工具:**所有的化学约束, 隔离, 机械约束在开始和结束时都应在约束事件工具中输入 TREAT 键.

**形式使用:**(2009 年 6 月有效/2010 年 1 月更新) 医师的医嘱形式;用药记录; 12 小时紧急使用化学约束, 隔离&机械约束; 生命体征的检测&出/入量的监测.

成瘾与精神健康中心(2009)改编自渥太华医院(2003 年)和延龄草医疗卫生中心(2006)。免责声明:这个材料已经在 CAMH 仅供内部使用。CAMH 不接受使用任何个人或与 CAMH 无关的组织使用这个材料。如果没有 CAMH 的许可不得复制本文档的一部分,并不得以任何形式的出版。这是一个控制文件。任何文件以纸质的形式出现不受控制,应该检查之前使用电子版。

Instruction page - Restraint Record  
F0475-20111110  
This page not to be filed in client/  
patient health record.



患者/受试者  
身份条码

## 12 小时紧急使用化学约束，隔离&机械约束

患者姓名: \_\_\_\_\_ (姓、名字)      健康档案#: \_\_\_\_\_      单元/病区: \_\_\_\_\_

### 第一部分:开始评估或重新评估

检查所有要用到的盒子，再有相应进步的条目上记录一个星号 (\*)

替代疗法/干预目标	行为观察和限制人身伤害的产生	医生的医嘱	后面的	
<input type="checkbox"/> 1:1 承诺 <input type="checkbox"/> 练习 <input type="checkbox"/> 家庭/朋友 <input type="checkbox"/> OT/PT/SW/RT/BT 参与 <input type="checkbox"/> 同伴支持者 <input type="checkbox"/> 精神照顾 <input type="checkbox"/> 评估语言和认知，听觉和视觉的困难。	<input type="checkbox"/> 询问 HALT (饥饿,生气,孤独,疲倦) <input type="checkbox"/> 音乐 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 支持/保证 <input type="checkbox"/> 形式分离 <input type="checkbox"/> 其他 _____ _____ 按需给药(需要经过同意)	<input type="checkbox"/> 对自己* 描述: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 对他人* 描述: _____ _____ _____	医师姓名 _____ (姓, 名字) <input type="checkbox"/> 化学-药物 <input type="checkbox"/> 限制(SR) <input type="checkbox"/> 机械约束(MR) #要点 开始的时间和日期 _____ (日/月/年-24小时制) <input type="checkbox"/> 限制活动的工具 进行治疗	<input type="checkbox"/> 化学性约束片段# 2 (治疗) _____ 医师姓名 (姓, 名字) _____ 日期/时间 _____ <input type="checkbox"/> 化学性约束 片段 # 3 (治疗) _____ 医师姓名 (姓,名字) _____ 日期/时间 (日/月/年- 24 小时制)







<p><b>A. 行为观察</b> (记录 1 到 3 个上述的突出行为)</p>	<p><b>B. 替代或干预措施实施</b> (记录 1 到 3 个上述主要的地带或干预措施行为) 约束措施:</p>
<p>1. 躁动 2. 好斗 3. 定向障碍/混乱 4. 无法听从指令 5. 熟睡 6. 安静/合作 7. 其他* _____</p>	<p>a. 1 对 1 护理 b. 试图用 d/c 约束* c. 呼吸运动 d. 降级技术 e. 娱乐活动 f. 家属/朋友在场 g. 药物审查 h. 定向 x 3 i. 运动治疗/言语治疗/作业治疗/性功能康复治疗 j. 疼痛管理 k. 必要时处方药 (征得同意) l. 感官干预措施 m. 支持/安慰 n. 其他 o. 调整肩带宽度* p. 减少约束* (每个 3 分) q. 增加约束* r. 化学性约束* (前列素) s. 释放试验 t. 停止约束* (治疗)</p>

打印姓名/名称	名字首字母	打印姓名/名称	名字首字母	打印姓名/名称	名字首字母



<p><b>A. 行为观察</b> (记录 1 到 3 个上述的突出行为)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 躁动</li> <li>2. 好斗</li> <li>3. 定向障碍/混乱</li> <li>4. 无法听从指令</li> <li>5. 熟睡</li> <li>6. 安静/合作</li> <li>7. 其他* _____</li> </ol>	<p><b>B. 替代或干预措施实施</b> (记录 1 到 3 个上述主要的地带或干预措施行为)</p> <p>约束措施:</p> <p>1 对 1 护理</p> <p>试图用 d/c 约束*</p> <p>呼吸运动</p> <p>降级技术</p> <p>娱乐活动</p> <p>家属/朋友在场</p> <p>药物审查</p> <p>定向 x 3</p> <p>运动治疗/言语治疗/作业治疗/性功能康复治疗</p> <p>疼痛管理</p> <p>必要时处方药 (征得同意)</p> <p>感官干预措施</p> <p>支持/安慰</p> <p>其他</p> <p>调整肩带宽度*</p> <p>减少约束* (每个 3 分)</p> <p>增加约束*</p>
--	--

打印姓名/名称	名字首字母	打印姓名/名称	名字首字母	打印姓名/名称	名字首字母

所有的复制品包含通知:这个文件/表单的版权属于成瘾和精神健康中心 (CAMH) .多伦多,安大略

# 附录 X:例: 报告表:患者约束/隔离 报告工具

由石头精神病学研究所提供

西北纪念医院, 芝加哥

## 患者报告工具

### 以下约束/隔离

*(完成后 4-24 小时内指定的注册护士为患者解除约束/隔离)*

1. 在你约束/隔离前恢复控制时有什么是护理人员能够帮助你的?
2. 你是否尝试给别人暗示在你需要特别帮助或开始感到“失控”的时候?
3. 你是否知道护理人员为什么确定你需要约束或/和隔离?
4. 据你评价, 隔离/约束的时长是否适宜? 是 否 (选择一个)  
你是否认为在不久之后你将会回到病房? 是 否 (选择一个)
5. 你约束/隔离的时间为\_\_\_\_小时。你如何度过这段时间?
6. 你觉得关于保健是提供给你吗? 你觉得护理人员对你的护理有什么感受?  
是否满足你的需要? 是 否 (选择一个)  
你是否收到尊重? 是 否 (选择一个)  
你的隐私是否被维护? 是 否 (选择一个)
7. 对你最有帮助的干预措施是什么?
8. 最有益的是什么?
9. 我们让你更易返回病房?

使用经西南纪念医院允许。



# 附录 Y: 例: 组织审核表: 最小程度的最终约束方法 (LRLR) 计划: 单位基础对最小程度的最终约束方法依从性的数据收集表

数据收集员: \_\_\_\_\_ 单位: \_\_\_\_\_ 样本量: \_\_\_\_\_ 总床位/单位: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

指示:	唯一性	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	合计	结果	
完成对所有符合标准的程序得住院患者最小程度最终约束方法- 身体/环境约束												+	-	$\frac{+}{+}&-\% =$
1. 患者的行为是否记录在最小程度最终约束方法护理文件表?														
2. 干预措施记录是否是解决行为的根本原因 (最小程度的最终约束方法护理文献等形式或跨专业笔记)?														
3. 是否需要在实施约束之前记录替代/干预措施?														
4. 是否有要求记录? (医嘱单)														
5. 是否有特定的约束类型和持续时间? (最小程度的最终约束方法医嘱形式)														
6. 在必要情况下, 是否有要求 24 小时进行物理约束?														
7. 是否经患者同意或通知家属在 12 小时内通知使用长效磺胺药?														
8. 是否最初的监测需要的明确的列出图表? 每 15 分钟, 每 1 小时, 每 2 小时?														
9. 是否每 2 小时尝试松解约束的干预措施?														
10.														

## A 部分

单位: \_\_\_\_\_ 单位普查: \_\_\_\_\_ 数据采集: \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 锁定装置 是  否  程序/组合: \_\_\_\_\_ 市民的 ; 普通的 ; HI ; TRC

## B 部分

1. 完成全部患者: 人口统计资料	患者 1	患者 2	患者 3	患者 4	患者 5
a) 患者房间号					
b) 年龄					
c) 性别: 男性或女性					
d) 服务体系 (使用关键编码 A #)					
2. 完成全部患者: 跌倒的风险评估					
a) 是否已经筛选跌倒的患者 (跌倒风险预测或完成特定的协议单位-重症监护室/凝血抑制)? (是或否)					
b) 是否有普通的跌倒干预记录? (是或否)					
c) 是否有“个性化的干预”记录? (是或否)					
3. 完成全部患者: 最小程度约束评估					
a) 是否有物理和/或化学约束要求? (是或否)					
b) 约束要求类型-化学性(C), 物理性(P), 全部(B), 或者不适用, 如果 3a) 回答“没有”去部分 C					
4. 利用病历对患者身体/环境约束审查(如果没有, 去问题 5)					
a) 是否有医生的遗嘱表? (是或否)					
b) 是否有关于最小程度最终约束方法的描述记录? (是或否)					
c) 是否有一个必要时的要求? (是或否)					
d) 是否有知情同意的讨论记录? (是, 否, 或 F*) (接受或拒绝) *F=患者下形成MHA					
e) 评估 & 行为记录 (选择编码 B#)					
f) 尝试替代/干预措施&记录 (选择编码 C#)					
g) 特定的约束装置? (是或否)					
h) 是否执行医嘱? (是或否)					
i) 物理约束设备的类型 (选择编码 D #)					
j) 患者按协议监控? (是或否)					
k) 持续使用约束, 每 24 小时是否有新的命令? (是, 否, 或者必要时)					



5.对患者应用化学约束 审查图(if no, go to Section C)					
a)化学约束类型 (选择编码 E#)					
b)必要时是否有化学约束要求?(是或否)					
c) 是否有知情同意讨论记录(是, 否, 或 <b>F*</b> )(接受或拒绝) <b>*F=患者下形成MHA</b>					
d) 评估 & 行为记录 (选择编码 B#)					
e) 尝试替代/干预措施&记录 (选择编码 C#)					
f) 是否执行医嘱?(是或否)					
C 部分:走查:根据代编码 D 观察所有患者&一般跌倒风险干预措施表					
a) 观察患者的身体或环境约束 (是或否) <b>如果没有, 在这里结束。</b>					
b) 如果是, 确定类型 (编码 D #)					
c)有适当的使用约束么?(是或否)					
d) 是否有三个或更多方面的一般的跌倒风险干预?(是或否)					

评论

## 关键编码

## 编码 A: 服务编码

服务体系	服务编码	数字代码
骨髓移植	BMT	1.
心脏护理(心脏病学、心脏手术和冠心病护理)	CAR, CSG (HI only), CCH is coronary care	2.
皮肤病学	DER	3.
家庭医学和全科医学	FAM	4.
普外科	GSA, GSB, GSC, GSU	5.
老年病学	GER	6.
妇科/产科学	GYN	7.
血液病学	HEM	8.
重症监护-急救护理	ICU	9.
综合内科(新陈代谢、变态反应、胃肠病学, 风湿病学, 肾脏学)	ME, MEA, MEB, MEC, MEO, NEP, GI	10.
神经科学	NLA, NLB, NRL NRS	11.
肿瘤学(妇科肿瘤学、医学肿瘤学和放射肿瘤学)	G/O, ONC, RAD	12.
整形外科	ORT	13.
围产期学(产前)	PER	14.
精神医学	PSY	15.
短期康复(公民)	REH	16.
长期康复: <b>TRC</b> 新分组: · <b>LCM: 运动组</b> 过去分组为 · “MRS (骨骼肌肉系统)和 RSP (呼吸系统)” · <b>NMS: 神经肌肉组</b> 过去分组为 · “NSP (脊髓神经) 和 STR (中风)” · <b>NCS: 神经认知组</b> 过去分组为 “ABI (获得性脑损伤) 和 BRS(行为康复)	LCM: Ward A  NMS: Ward B  NCS: Ward C	17.
麻醉手术(耳鼻喉科, 眼科, 牙科, 麻醉, 美容整形科, 泌尿外科)	DEN, EST, OPH, ENT, PLA, URO	18.
胸外科	THO	19.
创伤	TRA	20.
血管科	VAS	21.
姑息护理 (仅金钟-卡尔顿法)	PAL	22.
患者的紧急等待床——没有编入服务代码	ER	23.
呼吸病学	RES	24.
糖尿病	ACS, ACM	25.
其他妇科疾病		26.

## 关键编码

编码 B:使用约束带的原因:	
(可多选)	
1.	躁动
2.	活动障碍
3.	无法遵循指示
4.	定向障碍/混淆
5.	运动障碍
6.	记忆减退
7.	争抢好胜
8.	拔管
9.	其他: 特定的意见*
10.	家庭需要
11.	没有理由

编码 D:物理性约束:	
(可多选)	
1.	连指手套
2.	轮椅带
3.	软腰带
4.	骨盆托
5.	护肢套(手腕或脚踝)
6.	4 或 5 个约束
7.	其他: 特定的意见*(包括自制或床单等)
8.	床栏约束
9.	带护栏的椅子

编码 C:可选方案和干预措施	
(可多选)	
1.	职业/理疗师
2.	定期如厕
3.	观察(如: 每 1 小时或 2 小时)
4.	家属床旁看护
5.	娱乐活动
6.	助感器
7.	解释治疗/疗程
8.	保姆床旁看护
9.	定向/ 安慰
10.	疼痛管理
11.	药物评估
12.	更换房间
13.	增加运动/日常生活活动
14.	定位
15.	营养
16.	家庭需要
17.	其他: 特定的意见*
18.	降级
19.	可选方案(如: 臂夹板, 地板垫, 床上警报器, 或安全设备等。)
20.	没有选择记录
编码 E:如表:化学性约束	
1.	抗焦虑药(如安定等)
2.	抗精神病药(氟哌啶醇, 甲硫哒嗪等)

所有申请需经过安大略注册护士协会允许方可使用或改编附录:“渥太华医院组织审计形式”必须在渥太华医院,针对护理专业实践部门许可”。



---

---

---









**ia** BPG

INTERNATIONAL  
AFFAIRS & BEST PRACTICE  
GUIDELINES

TRANSFORMING  
NURSING THROUGH  
KNOWLEDGE

临床最佳实践指南

FEBRUARY 2012

# 促进安全：约束使用的替代方法

ISBN 978-1-926944-46-3



Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario



Ontario

