

·论著·

神经重症监护中保护性约束的认知及影响因素调查

梅翠红, 李玲

作者单位
华中科技大学同济
医学院附属同济医
院神经内科
武汉 430030
收稿日期
2018-11-05
通讯作者
李玲
361543862@qq.
com

摘要 **目的:**调查神经内科重症监护患者的授权委托人对保护性约束的认知状况,并进行相关影响因素分析。**方法:**选取NICU住院患者的授权委托人423例,通过问卷调查的方式收集数据,分析影响授权委托人对保护性约束认知的主要背景因素,包括宣教、性别、年龄、教育背景以及与患者的关系。**结果:**83.2%的调查对象接受保护性约束,其中约23.1%因为宣教改变态度。受试者根据性别、年龄、教育背景、亲属关系的差异比较表明,以上因素影响受试者对保护性约束的态度,降低委托人接受程度的因素包括女性、高龄、低学历和父母。**结论:**神经内科重症监护室患者的授权委托人对保护性约束的态度存在明显差异,应根据授权委托人的背景特征进行宣教以提升认知度和依从性。

关键词 神经重症监护;保护性约束;授权委托人;认知

中图分类号 R741;R741.05 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2019.07.005

梅翠红, 李玲. 神经重症监护中保护性约束的认知及影响因素调查[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 14(7): 342-345.

Investigation on Cognition of Protective Constraint and Related Influencing Factors in Neurology Intensive Care Unit MEI Cui-hong, LI Ling. *Department of Neurology, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China*

Abstract **Objective:** To investigate the cognition of protective constraint of the authorized delegates of patients admitted to the neurology intensive care unit and analyze related influencing factors. **Methods:** A questionnaire survey was administered to 423 authorized delegates of patients in the neurology intensive care unit. Influencing factors of cognition on protective constraint of the delegates, including health propaganda exposure, gender, age, education level, and relationship with patients, were collected for analysis. **Results:** Of all the delegates, 83.2% accepted protective constraint, and of these, 23.1% had decided to accept after receiving health propaganda. There was a significant difference in gender, age, education level, and relationship with patients, and these factors influenced the delegates' view on protective constraint. Being female, greater age, low education level, and parents were factors that decreased acceptance of protective constraint. **Conclusion:** The authorized delegates of patients admitted to the neurology intensive care unit showed significant difference in attitude towards protective constraint. Identifying the background and influencing factors then introducing health propaganda promotes heightened cognition and compliance.

Key words neurology intensive care; protective constraint; authorized delegates; cognition

根据“神经重症监护病房(NICU)建设中国专家共识”,大型教学医院在有条件的情况下,推荐封闭式NICU管理^[1]。神经重症医师全面负责疾病的监护与治疗,通过高强度神经重症医师配备,实施标准化救治方案。NICU收治的患者,普遍存在意识障碍、多系统病变和精神异常,通常需要生命支持。因此,保护性约束逐渐发展成为NICU中必须采用的措施。在保护性约束的実施中,基于人文关怀的考虑,需尊重家属和患者的知情同意权;同时,对保护性约束的接受程度和依从性,对临床预后及转归也具有重要影响。因此,保护性约束的顺利实施,已发展为决定标准化救治方法的重要环节。但是,目前在NICU的系统工作中,对重

症患者授权委托人在保护性约束方面的认知还缺乏系统的调查和了解,相关工作的开展主要依赖于临床经验等感性认识。因此,有必要基于NICU临床工作的特点,对保护性约束的认知进行问卷调查,并分析其影响因素,以进一步规范保护性约束的临床实施,最终提升临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2016年1月至2017年12月在我院NICU住院的重症患者的授权委托人423例。纳入标准:必须为患者的委托人,并签订授权委托书;能独立完成判断。排除标准:有精神心理疾病和智能障碍;有明显纠

纷倾向;非连续陪同且对病情不了解。

1.2 方法

参照既往研究^[2],修订调查问卷,并经5位专家审定其合理性,经伦理委员会判定不涉及侵犯患者及家属的权益。调查问卷分为两部分:一般情况,包括性别、年龄、教育背景及与患者的关系;对保护性约束的认知,包括6个问题:是否接受必要时进行保护性约束,是否因宣教而支持保护性约束,是否认为约束对治疗有帮助,是否存在对约束加重病情的担忧,是否觉得约束会导致精神创伤,是否愿意安抚患者配合约束。

1.3 统计学处理

共发放问卷423份,回收387份,回收率为91.5%,排除不完整数据,进入分析阶段的数量为352份,有效率为91.0%。采用SPSS 18.0统计学软件处理数据,进行频数统计和 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

在产生的352份有效问卷中,男192例,女160例;年龄21~63岁,平均 (43.2 ± 7.8) 岁;文化程度为初中及以下96例,高中63例,大学(大专及本科)165例,研究生及以上28例;与患者关系为配偶199例,子女96例,父母44例,非直系亲属13例。

2.1 对保护性约束的态度

352例受试者中,接受保护性约束293例(83.2%),因宣教而接受保护性约束81例(23.1%),认为保护性约束对治疗有帮助276例(78.4%),担心保护性约束加重病情165例(46.9%),觉得保护性约束会导致精神创伤313例(88.9%),愿意安抚患者配合保护性约束342例(97.2%)。

2.2 性别对受试者对保护性约束的态度的影响

男性较女性更易接受保护性约束($\chi^2=12.19, P=$

0.00);女性对保护性约束的态度更易被宣教所改变($\chi^2=31.82, P=0.00$);女性更担心约束是否加重病情($\chi^2=31.11, P=0.04$);对约束是否导致精神创伤的担忧男女之间差异无统计学意义($\chi^2=0.94, P=0.33$),见表1。

2.3 年龄背景对受试者对保护性约束的态度的影响

不同年龄段的调查对象在是否接受保护性约束、是否担心约束会加重病情和导致精神创伤方面,差异有统计学意义;与低龄的调查对象相比,高龄调查对象对保护性约束的接受度偏低,对于约束可能导致的负面影响顾虑增加,见表2。

2.4 教育背景对保护性约束的态度的影响

在接受保护性约束的程度方面,不同的教育背景存在明显差异,高学历背景的调查对象,接受保护性约束的程度更好;虽然教育背景差别存在,但是调查对象对于约束是否加重病情或者会导致精神创伤的担忧差异无统计学意义,见表3。

2.5 亲属关系对保护性约束的态度的影响

亲属关系对是否接受保护性约束存在差异,受试者为父母的,支持保护性约束的比例偏低,见表4。

3 讨论

保护性约束是指在医疗过程中,医护人员针对病情的特殊情况,对患者紧急实施的一种强制性限制行为活动的医疗保护措施,目的是最大限度地减少其他意外因素对患者的伤害。保护性约束最早应用于规范化精神科治疗,近年来根据治疗需要逐渐为更多领域所使用,并逐渐被认为在NICU的治疗中具有较重要的意义。数据表明,保护性约束可有效预防NICU患者的管道拔脱和坠床^[3]。

由于限制患者的行为活动,保护性约束在使用前需征求委托人的知情同意。因此,委托人对保护性约

表1 性别对保护性约束的态度的影响[例(%)]

性别	例数	是否接受保护性约束		是否因宣教而支持约束		是否认为约束对治疗有帮助	
		是	否	是	否	是	否
男	192	172(89.6)	20(10.4)	22(11.5)	170(88.5)	149(77.6)	43(22.4)
女	160	121(75.6)	39(24.4)	59(36.9)	101(63.1)	127(79.4)	33(21.6)
χ^2 值		12.19		31.82		0.16	
P值		0.00		0.00		0.69	

性别	是否担心约束加重病情		是否觉得约束会导致精神创伤		是否愿意安抚患者配合约束	
	是	否	是	否	是	否
男	64(33.3)	128(67.7)	168(87.5)	24(12.5)	186(96.9)	6(3.1)
女	101(62.3)	59(37.7)	147(91.9)	15(8.1)	156(97.5)	4(2.5)
χ^2 值	31.11		0.94		0.12	
P值	0.04		0.33		0.73	

表2 年龄对保护性约束的态度的影响[例(%)]

年龄	例数	是否接受保护性约束		是否因卫生宣教而支持约束		是否认为约束对治疗有帮助	
		是	否	是	否	是	否
<30岁	85	77(90.6)	8(9.4)	20(23.5)	65(76.5)	69(81.2)	16(18.8)
30~50岁	103	89(86.4)	14(13.6)	31(30.1)	72(69.9)	78(75.7)	25(24.3)
50~70岁	122	96(78.7)	26(21.3)	20(16.4)	102(83.6)	94(77.0)	28(23.0)
>70岁	42	31(73.8)	11(26.2)	10(23.8)	32(76.2)	35(83.3)	7(16.7)
χ值		8.52		5.96		1.56	
P值		0.04		0.11		0.67	

年龄	是否担心约束加重病情		是否觉得约束会导致精神创伤		是否愿意安抚患者配合约束	
	是	否	是	否	是	否
<30岁	30(35.3)	55(64.7)	71(83.5)	14(16.5)	83(97.6)	2(2.4)
30~50岁	42(40.8)	61(59.2)	86(83.5)	17(16.5)	101(98.1)	2(1.92)
50~70岁	65(53.3)	57(46.7)	116(95.1)	6(4.9)	119(97.5)	3(2.5)
>70岁	28(66.7)	14(33.3)	40(95.2)	2(4.8)	39(92.9)	3(7.1)
χ值	14.73		11.99		3.26	
P值	0.02		0.01		0.35	

表3 教育背景对保护性约束的态度的影响[例(%)]

学历	例数	是否接受保护性约束		是否因卫生宣教而支持约束		是否认为约束对治疗有帮助	
		是	否	是	否	是	否
初中以下	96	61(63.5)	35(36.5)	18(18.8)	78(81.2)	76(79.2)	20(20.8)
高中	63	54(85.7)	9(14.3)	16(25.4)	47(74.6)	52(82.5)	11(17.5)
大学	165	152(92.1)	13(7.9)	43(26.1)	122(73.9)	123(74.5)	42(25.5)
研究生	28	26(92.9)	2(7.1)	4(14.3)	24(85.7)	25(89.3)	3(10.7)
χ值		38.16		3.26		4.08	
P值		0.00		0.35		0.25	

学历	是否担心约束加重病情		是否觉得约束会导致精神创伤		是否愿意安抚患者配合约束	
	是	否	是	否	是	否
初中以下	41(42.7)	55(57.3)	85(88.5)	11(11.5)	94(97.9)	2(2.1)
高中	27(42.9)	36(57.1)	58(92.1)	5(7.9)	61(96.8)	2(3.2)
大学	83(50.3)	82(49.7)	148(89.7)	17(10.3)	162(98.2)	3(1.8)
研究生	14(50.0)	14(50.0)	22(78.6)	6(21.4)	25(89.3)	3(10.7)
χ值	1.97		3.80		7.14	
P值	0.58		0.29		0.07	

束的认知、接受度和依从性对治疗的顺利进行具有重要影响。本研究表明,83.2%的NICU委托人支持必要时采取保护性约束的处理。来自精神科^[4]的两份调查显示,87.62%和87.32%的委托人能够理解保护性约束制度^[5,6]。可见,以治疗为目的的保护性约束有较高的来自于委托人的支持率。来自精神科的研究表明,规范化的宣教可显著提高家属的依从性,减少对保护性约束不必要的顾虑^[7,8]。本研究也发现,除委托人对保护性约束的自我认识外,23.1%的委托人会因宣教而改变态度。因此,规范化的宣教是提升NICU患者委托人认知度和依从性的重要影响因素。

本研究进一步发现,即使一部分委托人暂不能接受保护性约束,仍有78.4%的委托人认为保护性约束对治疗有帮助,与此同时,97.2%的委托人愿安抚患者配合保护性约束。调查显示,委托人存在的主要顾虑包括约束是否加重病情(46.9%)或导致精神创伤(88.9%)。保护性约束导致潜在风险的可能性客观存在,如:因约束带过紧或姿势不当,或由于被约束的患者极度躁动不安,约束带不仅未起到约束的目的,反而导致继发伤^[3];约束可能导致肺部感染加重;对部分清醒的患者,保护性约束增加了恐惧情绪^[9]。因此,采用规范化的约束手段,是必要环节。

表4 亲属关系对保护性约束的态度的影响[例(%)]

亲属关系	例数	是否接受保护性约束		是否因卫生宣教而支持约束		是否认为约束对治疗有帮助	
		是	否	是	否	是	否
配偶	199	172(86.4)	27(13.6)	46(23.1)	153(76.9)	154(77.4)	45(22.6)
子女	96	87(90.6)	9(9.4)	21(21.9)	75(78.1)	78(81.3)	18(18.7)
父母	44	23(52.3)	21(48)	12(27.3)	32(72.7)	33(75.0)	11(25.0)
非直系	13	11(84.6)	2(15.4)	2(15.4)	11(84.6)	11(84.6)	2(15.4)
χ^2 值		35.47		0.95		1.18	
P值		0.00		0.81		0.76	

亲属关系	是否担心约束加重病情		是否觉得约束会导致精神创伤		是否愿意安抚患者配合约束	
	是	否	是	否	是	否
配偶	101(50.8)	98(49.2)	172(86.4)	27(13.6)	194(97.5)	5(2.5)
子女	43(44.8)	53(55.2)	89(92.7)	7(7.3)	94(97.9)	2(2.1)
父母	14(31.8)	30(68.2)	41(93.2)	3(6.8)	42(95.5)	2(4.5)
非直系	7(53.8)	6(46.2)	11(84.6)	2(15.4)	12(92.3)	1(7.7)
χ^2 值	5.01		3.70		1.85	
P值	0.07		0.30		0.60	

本研究表明,委托人对保护性约束的态度存在性别间的差异。这种差异主要表现在,男性委托人更易接受保护性约束,而女性委托人的态度更容易因为宣教而改变。神经外科ICU中的一项研究表明,女性委托人更担心约束被滥用^[2]。由于女性的性别特质,对可能的操作持有更加谨慎的态度,需要医务工作者更加仔细的专业辅导工作。

年龄背景同样影响家属对保护性约束的看法。本研究结果表明,随着年龄的增长,对保护性约束的接受度降低,老年人群对保护性约束可能导致的负面影响表现出更多的担忧。如在>70岁人群中,66.7%的家属担心约束会加重病情,95.2%的家属担心约束会导致精神创伤,而在<30岁家属中,对应的值为35.3%和83.5%,这一结论与其他的研究报道一致^[2]。本研究结果还表明,学历是影响家属态度的重要因素之一。与低学历被调查对象相比,高学历家属更易接受保护性约束。可能的原因在于,高学历家属对保护性约束的理解更加深入,更尊重专业决定。同时,教育背景和年龄因素之间存在不能隔绝的联系,低龄人群高学历的比例高于高龄人群。

与患者的亲属关系同样影响着调查对象的态度。本研究表明,关系为父母的调查对象接受保护性约束的程度低于其他人群。原因可能为父母更担心低龄患者在保护性约束时出现更大的风险。

基于NICU患者家属的调查数据表明,当前多数委托人能理解并接受保护性约束制度,宣教是提升NICU患者委托人认知度和依从性的重要影响因素,采用规范化的约束手段减少潜在风险对提升认知度和依从性也具有重要意义。此外,降低委托人接受程度的因素包括女性、高龄、低学历和父母。对保护性约束的认知及其影响因素的系统调查研究,有助于进一步提升NICU工作的临床疗效。

参考文献

[1] 中华医学会神经病学分会神经重症学组. 神经重症监护病房(NICU)建设中国专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2014, 47: 269-273.

[2] 姚渊, 陈皎. 外科重症监护室患者家属对保护性约束态度的调查[J]. 解放军护理杂志, 2013, 30: 27-29.

[3] 孙晓敏, 吴晓玲. 神经外科ICU应用保护性约束预防管道拔脱的效果观察[J]. 护理研究, 2009, 23: 513-514.

[4] 万其容, 张彦, 王高华, 等. 综合医院精神科患者转科病例50例回顾性分析[J]. 神经损伤与功能重建, 2018, 6: 309-310.

[5] 李艳萍. 精神病患者家属对保护约束态度的调查分析[J]. 中国民康医学, 2010, 22: 3091-3092.

[6] 王云仙, 温爱玉. 长期住院精神病患者家属对保护性约束认知及护理需求的调查分析[J]. 护理与康复, 2011, 10: 846-847.

[7] 王淑云, 刘延锦, 宋学勤, 等. 规范化健康宣教在精神科行保护性约束患者陪护中的效果研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19: 33-34.

[8] Masters KJ, Bellonci C, Bernet W, et al. Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2002, 41: 4S-25S.

[9] 杜艳. 精神科住院患者使用保护性约束带护理分析[J]. 基层医学论坛, 2013, 17: 1626-1627.

(本文编辑:王晶)