

提升保護性約束執行正確率

余佳倫、賴筱凡*、林于婷**、王琬詳***

中文摘要

本單位2011年非計畫性移除鼻胃管101件，發生率為4.2%(101/2,377)，居本院之冠，也超過2008年某醫學中心的2.2%。其中有54.46%是與保護性約束執行不正確有關。適當的保護性約束對預防「非計畫性鼻胃管移除」有其重要性，故引發筆者動機。分析2012年1-4月護理師執行保護性約束正確率僅有41.5%，導因為：保護性約束必要性正確率低(57.7%)、保護性約束工具選擇正確率低(13.3%)。單位運用團隊案例分析、發表照護經驗及體驗式教學，建立預防非計畫性鼻胃管移除約束標準。約束執行正確率由41.5%上升至100%，相關導因：保護性約束必要性及保護性約束工具選擇之正確率皆提升為100%；2012年1-4月非計畫性鼻胃管移除率由4.5%降至2013年1-4月3.3%。經由團隊共同制定的措施，可更持續落實，提升照護品質。(志為護理，2016; 15:6, 78-90)

關鍵詞：保護性約束、非計畫性移除鼻胃管

前言

本單位2011年非計畫性移除鼻胃管101件，發生率為4.2%(101/2,377)，居本院之冠，且較同儕醫院2.2%高(陳、曾、黃、鄭，2006)。適當的保護性約束對預防「非計畫性鼻胃管移除」有其重要性(洪、王、吳、林、羅，2008)。單位約16%的病人放置鼻胃管，95%以上放置的目的都是作為灌食。非計畫性

鼻胃管移除的發生，對病人來說，容易引發吸入性肺炎，造成二度傷害，延長住院時間(王等，2007；財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2009)。對單位來說，第一線的護理師需聯絡醫師重新放置鼻胃管，還需書寫紀錄及呈送病人安全通報、主管後續追蹤、繕打報告的時間，平均需花費20-30分鐘不等。2011年101件非計畫性管路移除事件，有54.5%是與保護性約束執行不正確有

花蓮慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理長、花蓮慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院副護理長*、花蓮慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理師**、花蓮慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院督導***

接受刊載：2016年8月2日

通訊作者地址：王琬詳 花蓮市中央路三段707號

電話：886-3-856-1825 轉2083 電子信箱：wonehsiang@yahoo.com.tw

關，故引發專案小組成員動機，期望針對保護性約束執行不正確的原因做深入探討，提升保護性約束執行正確率，降低非計畫性鼻胃管移除的發生。

現況分析

一、單位特性

本單位為神經內外科病房，總床數53床，有19位護理師，病人診斷以頭部外傷、腦中風、腦血管疾病及腦瘤最常見，佔百分之五十，這些病人因疾病造成的吞嚥障礙，常需使用鼻胃管來補充營養。2011年平均佔床率為83.7%，每月平均有264人次留置鼻胃管。因腦部創傷後，病人容易出現情緒、認知和行為上的異常，而拔管是常見的行為(黃，2002)。因此，維護病人安全，防範病人自行移除身上的管路，護理師會先與醫師共識後，取得家屬同意後，啟動保護性約束。

檢視單位19位護理師的照護經驗，其中7位所照顧的病人，2012年1-4月皆未發生過非計畫性鼻胃管移除事件，以下稱為成功經驗護理師。12位護理師於照護期間，病人曾經發生非計畫性鼻胃管移除事件。

二、保護性約束護理作業標準

與曾發生非計畫性鼻胃管移除事件之12位護理師討論，院內有保護性約束作業標準，為什麼無法正確判斷？同仁表示，現有的保護性約束護理作業標準裡，保護性約束前評估的篇幅提到：1.保護性約束前應先了解病人無法配合的理由，盡可能先解決病人的需求，是否為造成必須執行保護性約束之必要性；在保護性約束步驟篇幅中提到：1.保護性約束方法-準備用物：選擇合適的保護性約束工具。閱讀後仍無法瞭解：(一)何謂先解決病人需求是否會造成啟動保護性約束？(二)如何選擇合適的保護性約束工具？

三、保護性約束執行現況

(一)臨床護理人員啟動保護性約束執行現況

專案小組成員於2012年5月5日，調查成功經驗護理師中的4位，對於鼻胃管留置與使用約束的評估方式，歸納出成功經驗護理師評估的重點，詳細內容如表一。將成功照護經驗護理師之照護經驗彙整，成為單位評估保護性約束標準：病人意識狀況能否配合、肌力等級、是否躁動、精細動作。

表一 成功經驗護理師對於鼻胃管留置與使用約束的評估方式 (N = 4)

職級	年資	評估項目
N2	9	GCS未達15分，無法配合醫護人員指令，肌力大於3分，不躁動的病人選擇乒乓球手套，躁動的病人則選擇海綿式保護性約束。
N2	8	GCS 8-13分，意識不清病人，肌力3-4分，但手指精細動作不佳者，使用乒乓球保護性約束帶，手指精細動作很好者，使用乒乓加海綿保護性約束帶。
N1	3	病人有拔管意圖，GCS 11-14分，肌力3-4分，手可抓握者，使用乒乓球保護性約束帶，太躁動無法配合者，或會掙脫乒乓式約束帶著，則加海綿式保護性約束。
N	1	病人是否可聽懂醫護人員的衛教內容，眼神是否可對焦，GCS 12-13分，病人躁動，想摸鼻子，肌力5分則全部海綿、乒乓，手能舉到肩膀者，乒乓加海綿，不能則使用乒乓。

四、保護性約束執行與非計畫性鼻胃管移除事件現況

非計畫性鼻胃管移除事件發生後，單位同仁依病人安全系統通報，單位主管進行分析後呈送存檔。專案小組以病人安全通報系統資料，檢視2012年1-4月單位發生41件非計畫性鼻胃管移除事件，有啟動保護性約束有15件案例36.6%(15/41)，沒有啟動保護性約束有26件案例63.4%(26/41)。依單位評估保護性約束標準檢視，沒有啟動保護性約束案例，其中15件是不需要約束57.7%(15/26)；11件應啟動約束但未啟動42.3%(11/26)。

專案小組以病人安全通報系統資料，及院內保護性約束護理技術評值表查檢，有啟動保護性約束有15件案例，護理師執行保護性約束技術執行正確率92.3%(表二)，其中「選擇合適的保護性約束工具」正確率僅有13.3%。

經上述分析，定義出正確的保護性約束應包含(1)保護性約束啟動時機正確。(2)保護性約束工具選擇正確。分析2012年1-4月41件非計畫性鼻胃管移除事件與保護性約束情形，保護性約束正確率只有41.5%，其中保護性約束啟動時機正確率57.7%，保護性約束工具選擇正確率13.3%(表三)。

表二 護理師執行保護性約束技術執行正確率統計 (N = 15)

評分項目	內容	正確	正確率(%)
(一)保護性約束前評估	1.保護性約束前能正確評估病人啟動保護性約束	15	100.0
	2.保護性約束前有向病人或家屬解釋說明	15	100.0
	3.有保護性約束之醫囑	15	100.0
	4.填寫身體保護性約束同意書	14	93.3
(二)準備病人	1.維護病人隱私	15	100.0
	2.固定床輪	15	100.0
	3.協助舒適姿勢，移除潛在性危險物品	15	100.0
(三)方法	1.選擇合適的保護性約束工具	2	13.3
	2.保護性約束工具舒適，鬆緊以二指合宜	13	86.6
	3.保護性約束工具固定於床沿並有其效能	15	100.0
(四)觀察病人反應	1.每隔30分鐘輪流放鬆四肢5~10分鐘	13	86.6
	2.評估肢體循環及皮膚狀況	14	93.3
	3.保護性約束工具未造成其他合併症	15	100.0
(五)結束	1.超過24小時保護性約束個案討論解除	14	93.3
(六)記錄	1.首次執行保護性約束病人，紀錄病人反應	15	100.0
	2.持續保護性約束每日與醫師討論必要性	15	100.0
	3.能正確執行電腦護囑保護性約束通報	15	100.0
	4.每班紀錄接受保護性約束病人之反應	13	86.6
(七)其他	1.保護性約束工具外觀清潔無異味	15	100.0
正確率			92.3

問題及導因確立

護理師執行保護性約束正確率低，僅有41.5%。依據現況分析問題導因為：(一) 保護性約束啟動時機正確率、(二) 保護性約束工具選擇正確率。

專案目的

提升護理師保護性約束執行正確率由41.5%增加到92%(劉、薛、鄭、羅，2008)。本案所指的保護性約束正確率=(啟動保護性約束正確數+保護性約束工具選擇正確數)/總數*100。

文獻查證

一、腦損傷病人的特性

腦損傷的病人在恢復期間因神經軸突斷裂，常會出現躁動行為，進而出現拔管或遊走等傷害自己的行為(黃，2002)。國內的研究發現，57.14%的病人在非計畫性管路移除時呈現躁動(陳等，2006)，因此適當的保護性約束對預防「非計畫性鼻胃管移除」是相當重要的(洪等，2008)。

二、影響保護性約束評估之原因

Martin & Mathisen(2005)提出，護理師經口頭溝通及安撫無效時，判斷並確

認使用保護性約束之原因及必要性，可依醫囑執行保護性約束；適當的保護性約束，能有效降低非計畫性管路移除的發生(洪等，2008)。但，不知何時該執行保護性約束，是臨床護理師常見的問題(張、張、王，2006)。國內的研究發現，溝通能力、昏迷指數及身上留置的導管數量等因素，都會影響護理師是否執行保護性約束(陳、古、王、廖，2010)。

三、提升保護性約束正確率的方法

護理師需了解及熟悉正確保護性約束的標準作業流程，方能有效的執行保護性約束(邵、彭、張、吳、歐，2007；孫、許、蕭，2007)。透過學習及監測機制可減少醫療錯誤發生，以系統性的檢討與學習方法，透過團隊的努力，學習如何透過不良事件通報來參予提升病人安全，改變照護流程的措施(王等，2007)。在照護過程中讓護理師參與品質改善的過程，從措施的定義、執行及監測方式，發表自己對於臨床照顧經驗，並提出建議，將專業與品質促進政策相結合，讓護理師可以看到護理措施和病人結果連結後的成效，將有助於效果的維持(Cynthia, 2010)。運用床邊教學可有效提升臨床技能，過程中教導者要給予詳細說明，並允許發問(謝、曾、閻、

表三 護理師保護性約束執行正確率調查 (N = 41)

項目	正確數	不正確數	總數	正確率%
保護性約束啟動時機	15	11	26	57.7
保護性約束工具選擇	2	13	15	13.3
	17	24	41	41.5

張、張，2004)。而體驗式教學法，則是將已經歷過的情境再次重現，此法可讓學習者提高臨床綜合應用知識的能力(龍，2012)，讓臨床的經驗與知識，透過體驗式的學習方法，體驗經驗，並訓練反思技巧(吳，2011)。此外，執行保護性約束時，管路應離手肘至少20公分，才可有效避免病人拔管(郭、楊、蔡，2004)。

解決辦法及執行計畫

一、解決辦法

專案小組成員共四人，經檢討及分析相關因素後，依據文獻查證整理擬定解決方案。每項解決方案依可行性、重要性及有效性進行矩陣分析，3分為最高，1分為最低。因專案目標是提升保護性約束執行正確率達92%，故選擇超過33分者列入此次改善對策的項目(滿分36分乘以92%等於33分)，統計結果詳見表四。最後決定出4項解決辦法：(1)團隊案例分析，檢討不良事件。(2)互動式照護經驗交流。(3)床邊教學。(4)訂定預防非計畫性鼻胃管移除保護性約束評估標準。

二、執行計畫

專案小組成員，依據解決辦法擬定執行計畫進度表，如表五。

(一)計畫期(2012年5月5-6日)

1.規劃團隊案例分析，檢討不良事件：若發生非計畫性鼻胃管移除事件後，於每週一至五的病房晨會時，在單位護理站，由護理長引導大家，事件發生的原因及可改善的部份，讓與會人員皆可參與對事件觀點的表達，逐漸形成團隊照護政策共識及自我照護經驗。

2.規劃互動式照護經驗交流：

單位新入住有放置鼻胃管病人時，由其主護護理師，在白天小夜交接會議中報告評估流程，內化成日後照顧留置鼻胃管病人的評估能力。

3.規劃床邊教學：

每週一到五，護理長進行病室巡視時，檢視有留置鼻胃管的病人，其保護性約束正確性。並針對缺失處與主要照顧之護理師做討論，並立即改善。

4.規劃將案例分析結果，訂定成預防非計畫性鼻胃管移除保護性約束評估標準，在2012年5月25日病房會議中宣導。

表四 提升保護性約束執行正確率之矩陣分析

解決方案	評分項目			總分	決議
	可行性	重要性	有效性		
單位主管給護理師上如何保護性約束課程	9	9	4	22	×
團隊案例分析，檢討不良事件	12	12	12	36	✓
互動式照護經驗交流	12	12	12	36	✓
床邊教學，立即了解改善	12	12	12	36	✓
錄製保護性約束影片觀看	9	9	4	22	×
訂定預防非計畫性鼻胃管移除保護性約束評估標準	12	12	12	36	✓

表五 執行計畫進度表

項目	年 月份 日期	2012年		2013年	
		5月	6-8月	9-12月	1-4月
		5-6日	7-27日		
計畫期					
1. 規劃團隊案例分析，檢討不良事件		*			
2. 規劃互動式照互經驗交流		*			
3. 規劃床邊教學，立即了解改善		*			
4. 規劃將案例討論結果，訂定預防非計畫性鼻胃管移除約束評估標準		*			
執行期					
1. 實施團隊案例分析，檢討不良事件			*	*	
2. 實施互動式照互經驗交流			*	*	
3. 實施床邊教學，立即了解改善			*	*	
4. 訂定預防非計畫性鼻胃管移除約束評估標準			*	*	
評值期					
1. 修正措施				*	*
2. 結果評值				*	*

(二)執行期(2012年5月7日-2012年5月28日)

1. 執行團隊案例分析，檢討不良事件：2012年5月7-28日，單位共發生9件非計畫性鼻胃管移除事件，在上述時段，共同討論事情發生原委，5月7日兩件、5月10日三件、5月14日三件，5月15日一件，5月27日一件，計5次討論十件。小夜白班交接會議計2次討論三件，每件討論3-5分鐘，與會人員為當班的護理師及專案小組成員，舉例如表六：

2. 執行互動式照護經驗交流：

2012年5月15-28日，有放置鼻胃管新病人入住時，由主護護士報告其評估及照護依據，以互動式經驗交流的方式，溝通同事間對照護使用鼻胃管病人的評

估及後續選擇照顧的方式，讓每一位護理師都有機會可以表達自己的看法，於5月16日一件、5月21日兩件、5月24日一件、5月25日一件，共計4次討論5件案例，每件討論約2分鐘，與會人員為有當班的護理師及專案小組成員。舉例如表七：

3. 執行床邊教學

2012年5月15-28日，每週一到五護理長常規查房時，於病室檢視留置鼻胃管病人，相關啟動保護性約束及工具選擇正確性。結果顯示，相關啟動保護性約束：於5月16日、5月17日、5月18日、5月25日，各一件，共計四件；保護性約束工具選擇：於5月16日、5月17日、5月18日、5月21日，各一件、5月23日兩

表六 案例一 何時需執行保護性約束必要性

事件內容	討論過程
日期：2012年5月7日。 時間：上午0810，晨會。 案例：潘先生，診斷：右側基底核出血，GCSE4V4M6，上肢肌力4-5分，5/6由加護病房轉入，進食噎咳，放置鼻胃管。給予病人及家屬相關管路留置之目的及重要性，病人能口頭回答表示了解。主護於0230時探視病人，發現病人手上抓著鼻胃管，案妻在旁睡覺，問及為何要自拔鼻管，病人表示不知道，當時GCS E4V3-4M6。	A護士： 病人從加護病房上來是我接入的，此病人已多次中風，上肢肢體是呈現彎曲僵硬，也有跟他說管子很重要，沒有想到他會拔。 B護士： 昨天早上照顧他，人很醒呀！ 主護： 拔管當時跟病人對談時，可能因為是半夜，人不是很清醒。
結論	意識狀況不穩定，上肢肌力可達4-5分，夜間呈現較混亂的情況，故夜間應使用保護性約束。

表七 案例二 保護性約束工具選擇

事件內容	討論過程
日期：2012年5月21日。 時間：下午1615，白班小夜交接會議。 案例：劉女士，診斷：CVA，左側乏力急診求治，醫師診視收入SI觀察，5/21轉入單位，目前GCSE4V3M5-6，鼻胃管留置。	專案小組成員引導：病人目前肌力如何？ 主護：左上肢0分，右上肢4-5分。 專案小組成員引導：對於意識未達滿分，肌力可達4-5分，您會給予什麼措施預防病人拔管？ 主護：沒有家屬陪伴，我有先給乒乓式保護性約束。 專案小組成員引導：其他護理師還有其他想法嗎？ A護士：之前有遇過，手可以舉高到鼻子，有把鼻胃管搓掉過。
結論	意識狀況不穩定，上肢肌力可達4-5分，應使用乒乓式加海綿式保護性約束保護。

件、5月25日一件，共計討論11件。舉例如表八：

4.將案例分析結果，訂定成預防非計畫性鼻胃管移除保護性約束評估標準：

在2012年5月29日的病房會議中向護理師說明，共同制定「預防非計畫性鼻胃管移除評估流程」，如附件一，並公告自2012年6月1日起，均以此流程評估有鼻胃管留置的病人。

5.修正「預防非計畫性鼻胃管移除評估流程」

執行過程中，有兩件因護理師未評估到保護性約束的必要性，病人發生非計

畫性鼻胃管移除，分別於7月31日小夜班及9月9日大夜班，經團隊討論後，推估是因目前的討論模式為：晨會由大夜班小組長報告，或白班小夜交班會議由主護護理師報告，沒有機會讓小夜、大夜的護理師發表自己的評估邏輯，因此從9月10日後更改發表評估流程，大夜班除發生事件於晨會中討論外，於每週三晨會，各段主護報告留置鼻胃管病人評估邏輯；小夜班則於白班留置鼻胃管新病人入住時，由白班護理師報告後，專案小組成員再引導與會護理師，是否還有其他應補充的評估及措施未進行。

表八 案例三 保護性約束工具選擇

事件內容	討論過程
日期：2012年5月17日。 時間：早上1000。 案例：陳女士，診斷：左側腦梗塞，GC-SE4V3M5-6，左上肢肌力5分。使用乒乓式保護性約束，無人陪伴。護理長探視時，見病人以乒乓式保護性約束帶搓鼻子固定鼻胃管的膠帶。	護理長先請主護護理師針對保護性約束工具選擇評估做說明。 主護：病人意識不清，無法配合，肌力5分，大夜交給我的時候就是使用乒乓式保護性約束。病人在搓鼻子，那固定的宜拉膠可能會掉下來。我應該在沒人陪伴時多給予海綿式保護性約束固定。
結論	護理師在經過床邊教學情境評估後，能反思，病人可能會將固定管路膠帶搓掉，故這類病人應加強海綿式保護性約束工具。

於2012年10月15日有一件，護理師選擇了正確的保護性約束工具，但因保護性約束技巧不正確而導致病人自拔鼻胃管的事件如表九 案例四，依據案例，讓護理師運用體驗式學習法，體驗自己被保護性約束的經驗，反思如何進行保護性約束的技巧，並將討論的保護性約束技巧步驟，納入評估流程，後續拍攝成圖片檔，以供教學之用。

(三) 評值期(2012年9月1日至2013年4月30日)

評值指標包括：1.保護性約束必要性正確率。2.保護性約束工具選擇正確率。另執行案例分析中發現，護理師選擇正確的保護性約束工具，但技巧不正確，也發生非計畫性鼻胃管移除事件，於執行期修正措施後，增加第三個評值：保護性約束技巧正確率。評值方法如下，於2012年10月1-30日，收案對象為單位20位病人。於2013年4月1-30日，收案對象為單位13位病人。並將結果紀錄予病人保護性約束評估執行評核表如附件二。

1. 保護性約束必要性正確率：專案小

組成員直接在病人單位觀察護理師評估啟動保護性約束時機是否正確。

2.保護性約束工具選擇正確率：專案小組成員直接在病人單位觀察護理師評估啟動保護性約束病人的保護性約束工具，肌力=3分使用乒乓式保護性約束帶，肌力4-5分使用乒乓式加海綿式保護性約束是否正確。

3.保護性約束技巧正確率：專案小組成員直接在病人單位觀察護理師評估保護性約束技巧是否正確。

結果評值

專案措施執行後，訂定符合單位預防非計畫性鼻胃管移除約束評估標準，保護性約束執行正確率由41.5%上升至100%，在相關導因部分：1.保護性約束必要性正確率由57.7%上升至100%。2.保護性約束工具選擇正確率由13.3%上升至100%。

增加評值保護性約束技巧不正確，在選擇乒乓式約束工具保護性約束技巧正確率達100.0%。選擇乒乓式加海綿式約束工具的保護性約束技巧正確率91.1%，

相關未達目標值90%共有4小項：4.乒乓式約束帶尾巴放海綿約束帶下、6.將海綿式保護性約束帶先打結、7.兩種保護性約束帶三條基底打結、8.三條保護性約束帶綁成辮子。後續進行追蹤評值，已達98.2%。雖其中1小項：4.乒乓式約束帶尾巴放海綿下仍未達目標值，但實際檢視，兩種保護性約束工具並不會因此分離，仍可達其固定效果。結果如表十。

經專案措施施行後，2012年1-4月非計畫性鼻胃管移除率由4.5%降至2013年1-4月3.3%。訂定符合單位預防非計畫性鼻胃管移除約束評估標準，相關照護措施已並修訂至護理部的護理照護作業規範，平行推展到其他單位使用。

結論與討論

本專案最大的收穫是透過一件件的案例教學，以互動式討論交流的方式，形成符合單位的照護流程，讓臨床第一線護理師能實際參與單位品質改善決策。護理師的正向回饋，當病人轉入後，會主動來找專案小組成員討論自己評估後的結果以及採用的照護方式，而非當管路非計畫性移除後才做檢討改善。專案進行中，護理師表示：「自己的想法，可以運用在照護病人的流程，透過討論漸漸提升自我評估能力，是一種很棒的經驗」，這對於專案執行過程是一項無形的助力。在專案措施推行後，相關保護性約束必要性的評估、工具選擇及保護性約束技巧，護理師在給予說明、執行相關措施後，仍有部分家屬會自行解除或重新固定技巧不佳，而造成病人將

管路移除，此為本專案最大的阻力。撰寫文章時，專案小組針對家屬衛教部分進行深入探討，期待進一步解決相關問題。

專案收集分析資料之初，以院內病人安全通報系統報表分析發生原因，發現多項原因無互斥，無法找出真因給予改善措施，後續需重新將報表事件原委再一件件分析才能歸類發生原因，故建議本院品管中心可以反應到醫策會，讓後續有需要相關資料分析的單位可以順利找到事件真因。

參考資料

- 王拔群、石崇良、林仲志、楊漢潔、翁惠瑛、李偉強(2007)·臺灣病人安全通報系統中管路滑脫事件之分析·*臺灣醫學*，11(2)，194-201。
- 林宏榮(2007)·IOM五大核心能力 品質促進 從流程改善與系統再造中實踐品質改善·*醫療品質雜誌*，1(4)，51-55。
- 邵明芬、彭淑慧、張筠喬、吳坤鴻、歐麗玲(2007)·精神科病人身體保護性約束品質提升專案·*精神衛生護理雜誌*，2(2)，55-63。
- 吳紅(2011)·體驗式教學基本流程解析·*中外教育研究*，3，1-2。
- 洪聖惠、王拔群、吳采螢、林志明、羅鴻舜(2008)·病人安全通報系統管路分析·*輔仁醫學刊*，1(6)，1-9。
- 孫慧芳、許煌澤、蕭淑貞(2007)·精神科住院病人身體保護性約束之護理作業規範·*精神衛生護理*，2(2)，11-22。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2009)·由病人安全事件探討以病人為中心的照護·*台灣醫界*，52(6)，20-21。
- 陳欽明、曾桂玲、黃佩珍、鄭高珍(2006)·內科加護病房非計劃性拔管之探討·*中華民國*

- 國急救加護醫學會雜誌，17(1)，13-23。
- 陳怡惠、古玉貞、王智涵、廖秋月(2010)·管路留置病人接受約束處置相關因素之探討·*榮總護理*，27(2)，179-187。
- 郭雅慧、楊依純、蔡佳蓉(2004)·精神科急性病房非自願性約束縮減方案·*嘉基護理*，4(2)，7-15。
- 黃惠子(2002)·腦部創傷後病人躁動行為之護理·*護理雜誌*，49(1)，71-74。
- 張玲瑜、張文慧、王鈺婷(2006)·提升約束病人照護認知·*澄清醫護管理雜誌*，2(3)，52-59。
- 劉孝友、薛雅雯、鄭金玫、羅櫻桃(2008)·提升加護中心病人身體保護性約束流程完整執行率·*領導護理*，9(1)，103-112。
- 謝正源、曾榮傑、閻中原、張聖原、張德明(2004)·某醫學中心實施床邊教學之成效·*醫學教育*，8(1)，49-60。
- 龍霞光(2010)·體驗式教學新嘗試·*海南廣播電視大學學報*，2(39)，108-110。
- Cynthia, B. (2010). How can I engage the nurses on my unit in quality improvement initiatives? Retrieved from http://www.strategiesfornursemanagers.com/expert_content/252740.cfm
- Martin, B., & Mathisen, L. (2005). Use of physical restraints in adult critical care: A bicultural study. *American Journal of Critical Care*, 14(2), 133-142

靜
思
語

心迷就會苦，心悟就自在。

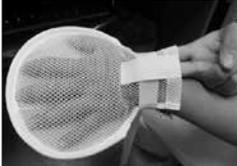
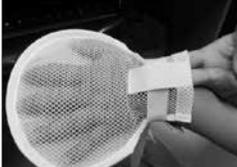
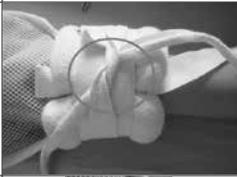
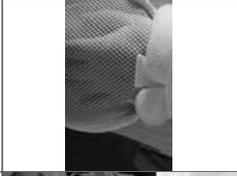
~ 證嚴法師靜思語 ~

A confused mind suffers agony;
an enlightened mind feels at ease.

~ Master Cheng Yen ~



附件一 預防非計畫性鼻胃管移除保護性約束評估標準

評估項目步驟	內容			
一、保護性約束必要性	1.意識混亂，無法配合護理師指令者，要啟動保護性約束			
二、保護性約束工具選擇	1.肌力=3分給予乒乓式保護性約束帶(進入三之1)			
	2.肌力4-5分給予乒乓式加海綿式保護性約束帶(進入三之2)			
三、保護性約束技巧	1.肌力=3分選擇乒乓式保護性約束			
	1.乒乓式保護性約束帶穿過鐵環兩端(避免越拉越緊，造成末梢腫脹)		2.要有兩指幅空間(避免末梢腫脹)	
	3.將保護性約束帶完全繞在固定帶內(避免鬆脫)		4.將保護性約束帶尾端打結，勿留尾巴(避免病人咬開或鬆脫)	
	2.肌力4-5分選擇乒乓式加海綿式保護性約束			
	1.乒乓式保護性約束帶穿過鐵環兩端(避免越拉越緊，造成末梢腫脹)		2.要有兩指幅空間(避免末梢腫脹)	
	3.乒乓式保護性約束帶打結留尾巴(避免越拉越緊)		4.乒乓式約束帶尾巴放海綿下	
	5.綁上海綿式保護性約束帶要有兩指幅空間		6.將海綿式保護性約束帶先打結	
	7.兩種保護性約束帶三條基底打結(避免病人掙脫乒乓保護性約束)		8.三條保護性約束帶綁成辮子(避免基底打結鬆脫)	
	9.保護性約束帶遠離管路20公分		10.固定於床體	

附件二 病人保護性約束評估執行評值表

一、技術項目：病人保護性約束評估執行評值表

二、受評單位： 三、受評者：

四、評值日期： 五、評核員：

六、評分項目	內容	得分	備註
一、保護性約束必要性	1.意識混亂，無法配合護理師指令者，要啟動保護性約束		
二、保護性約束工具選擇	1.肌力=3分，給予乒乓式保護性約束帶		
	2.肌力4-5分，給予乒乓式加海綿式保護性約束帶		
三、保護性約束技巧	1.肌力=3分，選擇乒乓式保護性約束	1.乒乓式保護性約束帶穿過鐵環兩端(避免越拉越緊，造成末梢腫脹)	
		2.要有兩指幅空間(避免末梢腫脹)	
		3.將保護性約束帶完全繞在固定帶內(避免鬆脫)	
		4.將保護性約束帶尾端打結，勿留尾巴(避免病人咬開或鬆脫)	
	2.肌力4-5分，選擇乒乓式加海綿式保護性約束	1.乒乓式保護性約束帶穿過鐵環兩端(避免越拉越緊，造成末梢腫脹)	
		2.要有兩指幅空間(避免末梢腫脹)	
		3.乒乓式保護性約束帶打結留尾巴(避免越拉越緊)	
		4.乒乓式約束帶尾巴放海綿約束帶下	
		5.綁上海綿式保護性約束帶留兩指空間	
		6.將海綿式保護性約束帶先打結	
		7.兩種保護性約束帶三條基底打結(避免病人掙脫乒乓保護性約束)	
		8.三條保護性約束帶綁成辮子(避免基底打結鬆脫)	
		9.保護性約束帶遠離管路20公分	
		10.固定於床體	

A Project to Improve Accuracy Rate of Protective Restraints

Jia-Lun Yu, Xiao-Fan_Lai*, Yu-Ting Lin**, Wan-Hsiang Wang***

ABSTRACT

The unplanned nasogastric tube removal rate of our unit in 2011 was 4.2% (101/2,377), which exceeded all the units in our hospital, as well as the 2.2% of a certain medical center recorded in 2008. Among all the unplanned nasogastric tube removal, 54.46% was related to incorrect application of protective restraints. As appropriate use of protective restraint is vital in the prevention of unplanned nasogastric tube removal, the high removal rate prompted the author to investigate. In the analysis of the nurses' application of protective restraint from January to April 2012 revealed an accuracy rate of 41.5%. The major factors contributing to the low accuracy rate were: (1) unnecessary protective restraints (57.7%); and (2) incorrect selection of protective restraints (13.3%). Our team developed a preventive standard for unplanned nasogastric tube removal based on group case discussions, care experience sharing, and experiential learning. After implementing the project, the accuracy rate of protective restraints improved from 41.5% to 100%. The 4.5% unplanned nasogastric tube removal rate from January to April, 2012, reduced to 3.3% from January to April, 2013. The preventive standard for unplanned nasogastric tube removal, a jointly developed preventive measure, is notably sustainable in its implementation, and significantly raised our nursing quality. (Tzu Chi Nursing Journal, 2016; 15:6, 78-90)

Keywords: protective restraints, unplanned nasogastric tube removal

Head Nurse, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation; Assistant Head Nurse, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation*; RN, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation**; Supervisor, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation***

Accepted: August 2, 2016

Address correspondence to: Wan-Hsiang Wang

Tel: 886-3-856-1825 #2083 ; E-mail: wonehsiang@yahoo.com.tw