

機構照護的挑戰

－「無約束」的機構照護

葉莉莉

摘要

臺灣地區隨著老年人口的增加，失能的老人比率亦隨之增加，越來越多老年人被送入機構接受照顧。入住長期照護機構的住民特質以高齡（75 歲以上）、長期臥床、有多種慢性疾病、身體功能差、有心智功能障礙者眾多，日常生計所有需求皆須仰賴機構照護者滿足，極易成為老人受虐的高危險群。自 1960 年代以來，為病人權力代言者，描述護理之家為一有虐待病人危機之不合格環境；1980 年代末期至今，有許多文獻討論約束的使用議題，其共通發現為：病人被約束的理由多因常規需要，較少考慮病人的安適（well being），且通常在考慮病人安全及行為控制時特別容易被證成使用。

本文嘗試從臺灣的現況談起，陳述機構的約束議題，對約束使用進行倫理的省思，並進一步比較臺灣與美國在法律政策上對機構住民的保護現況。

實證研究顯示，約束所帶來的效益遠不如其所產生的負面成果大，約束應是最後不得已採行的策略，目前已有充分證據顯示，可以從照護人員的教育，提升對病人行為的敏感度，強化個人的倫理素養並藉由機構的管理實現無約束機構照護環境，惟法律對機構住民的保護，我國仍需努力。

關鍵字：約束、長期照護、老人

壹、前言

臺灣地區隨著老年人口的增加，失能的老人比率亦隨之增加，越來越多老年人被送入機構接受照顧。入住長期照護機構的住民特質以高齡（75 歲以上）、長期臥床、有多種慢性疾病、身體功能差、有心智功能障礙者為多，日常生活所有需求皆

須仰賴機構照護者滿足，極易成為老人受虐的高危險群。自 1960 年代以來，為病人權力代言者，描述護理之家為一有虐待病人危機之不合格環境；1980 年代末期至今，有許多文獻討論約束的使用議題，其共通發現為：病人被約束的理由多因常規需要，較少考慮病人的安適（well being），且通常在考慮病人安全及行為控制時特別容易被證成使用。

本文嚐試從臺灣的現況談起，陳述機構的約束議題，對約束使用進行倫理的省思，並進一步比較臺灣與美國在法律政策上對機構住民的保護現況。惟本文中所指的化學性的不當約束，應不包括對病人治療性需要所給予的抗精神病藥物處方。

貳、老人入住長期照護機構的背景因素

一、老年人口增加、居住型態改變

人口老化是全球共通性議題，臺灣自民國 82 年年底起已進入「老人國」，目前老年人口約佔總人口 8.86%（約二百萬人），預期隨著年代增加，至 2036 年老年人口比率將達 21.68%，隨著老年人口的增加，失能的老人比率亦隨之增加，目前無法自理生活需他人協助佔老人總數的 9.33%（內政部，2001）。

隨著臺灣社會經濟的進步，即使傳統上華人家庭應負照顧老人之責，但由於社會結構、價值觀、家庭型態核心化和生活型態的改變，越來越多老年人被送入機構接受照顧（王靜枝、謝秀芳，2000）。依據行政院主計處的統計，臺灣地區 65 歲以上的老人現行住在長期照護機構之比率，由民國 75 年底 0.25%，增加至民國 82 年底 2.24%，民國 89 年對老人狀況抽樣調查顯示，目前住在老人福利機構者則有 2.92%（吳肖琪等，2003）。

國內長期照護機構之發展，在政府政策引導下，民國 86 年至 89 年間，機構設置成長率高達 214.9%。截至民國 90 年 12 月底衛政體系下，立案之護理之家計有 211 家（提供 9,720 床），日間照護計有 25 家

（561 床）；社政體系管理之長期照護機構有 9 家（339 床）；安養養護機構則有 651 家，提供 29,996 床之服務（中華民國長期照護專業協會，2002）。

二、入住機構老人特質

文獻顯示入住長期照護機構的住民特質以高齡（75 歲以上）、長期臥床、有多種慢性疾病、身體功能差、有心智功能障礙者為多（葉莉莉、溫敏杰、杜淑玲、林連、戴臆珊，1999），日常生活所有需求皆須仰賴機構照護者滿足，極易成為老人受虐的高危險群（王靜枝、謝秀芳，2000）。

在美國居住於機構中的老人約有 60～80%有失智的現象，國內 65 歲以上患有失智症之老人比率亦有 2%～4%（5～8 萬人）（謝佳容、張文英，2002）。在臺灣失智症老人接受機構式的照護數量在迅速增加中（Liu, Lin, & Chen, 1996）。失智症老人的主要照護問題，在於患者的認知、記憶、溝通表達能力喪失，照顧者常較難瞭解他們真實的感覺和行為，因此，在照護上就更顯得複雜與困難（謝佳容、張文英，2002）。

失智症者除了認知功能的缺損外，患者常會有許多所謂的非認知功能的症狀（noncognitive symptoms），如失禁、跌倒、躁動不安、遊走、妄想、幻聽、憂鬱、謾罵、暴力傾向及對照護的反抗，這些行為上的干擾與照護問題，使家屬在照顧上更覺困難，這也是病人住進機構最常見的原因（謝佳容、張文英，2002）。入住機構者，由於認知缺損、溝通困難，必須依賴他人做決策及滿足需求；加上機構的照護人力往往配置不足，照護者為了避免住民跌倒

或發生意外，引起法律糾紛，而將其約束在床上或椅子上，因而失智症老人比其他一般住民在自主權上易受傷害（謝佳容、張文英，2002）。

三、機構照護的特質

自 1960 年代以來，為病人權力代言人，描述護理之家為一有虐待病人危機之不合格環境。目前護理之家照顧成員多為病患服務員及具護士執照者（91 年度於護理機構——護理之家、居家護理、產後護理、日間照護、助產所等工作人數 1962 人，具護理師執照者 48.3%），學者指出他們的教育程度及照護知識，可能缺乏對老化的認識、加上高度工作負荷及壓力、對老人存負向感受都可能為護理之家老人帶來受虐之危機（王靜枝、謝秀芳，2000）。

（一）機構人力配置

國內稍早呂寶靜及吳淑瓊（1994）的研究指出臺北市養護機構之護理人員配置，合乎標準的機構僅有 7.2%，護佐為 37.6%，顯示長期照護機構護理人力嚴重不足（呂寶靜、吳淑瓊，1994）。

91 年度，衛生署委託中華民國長期照護專業協會進行護理之家訪查，結果發現 88 個護理之家（佔當年護理之家 40.6%），在護理人力及病患服務員上，大致可符合護理人力 1：10～11 床，病患服務人力 1：5 床（註）（本國籍病房服務員與住民比為 1：4，外籍服務員與住民比為 1：21），惟訪查過程皆事先知會機構，是否實際運作如訪查資料呈現，有待深入了解。然而機構中未配置專任行政人員達 40%，在無專人帶領、控管服務品質下，是否能有效處理住民約束問題，值得探討（陳惠姿等，

2002）。

（二）機構之照護品質

為輔導護理之家及安養護機構提升照護品質，由內政部印製之老人安養護／長期照護機構營運指南（照護篇）及衛生署印製之護理之家作業規範，多著重於機構常規之各式服務（行政管理、護理、醫事、營養、社工、藥事照護及物理與職能治療、安全環境、志工招募等），未提及約束或照護倫理等議題，僅於護理之家作業規範中之護理計畫表範例有約束紀錄勾選欄。

91 年度護理之家訪查項目中 11～8 項為評估住民約束的使用規範（含評估表及紀錄），完全符合機構僅 20.5%、大部分符合 29.5%、小部分符合 26.1%、完全不符合 23.9%，顯示機構約束的品質控管仍有待加強。（完全符合的（1）訂有合宜之住民約束之使用規範，包括適用狀況、程序、各類專業人員職責及表單；（2）受約束之住民有依規範執行）（陳惠姿等，2002）。

護理之家是否能在評鑑或訪查後改善品質？臺灣目前未有相關文獻，但 Castle（2002）指出美國護理之家在 GAD（General Accounting Office）辨識下約 25% 的護理之家有品質的問題，在 12 個月後的檢視，仍有 40% 有品質持續不佳的問題。作者在此研究中，選擇以身體約束品質持續不佳做為指標（deficiency citation-federal survey），審閱 1996～1999 的 Online survey, Certification, and Reporting（OSCAR）system 數據（通常由各州的衛生部門進行，約 9～15 個月即進行一次檢視，每年約有 17000 個機構接受審閱，但僅限於 medicaid 及 medicare 給付的單位）。其結果發現：（1）5.2% 的護理之家（n

=729) 出現二次缺陷；(2) 3%的護理之家 (n=317) 出現 3 次缺陷，顯示機構改善可能有其限制，研究者的三個假設也被支持，(1)高的照顧者比率減少約束使用，註冊護士越多，約束使用越少；(2)機構中 Medicaid 住民數越多 (因其給付最少)，約束使用率增加；(3)身體功能狀態越差者，約束使用越多 (Castle, 2002)。

參、約束的相關議題

一、約束的定義、分類與可能的後果

(一)約束的定義與分類

約束可分為身體約束 (physical restraint) 及化學藥物約束 (chemical restraint)，美國健康照顧財務管理局 (Health Care Financing Administration, HCFA) 將身體約束定義為使用任何物理或機械性設備、材料或工具附加或裝在病人身上，使其無法輕易移除，以限制其活動的措施，即利用物件限制個體身體活動。而化學性約束定義為使用某些精神科用藥如抗焦慮劑、憂鬱劑等用藥，其目的在限制病人及抑制其特殊行為或活動的發生 (吳邱燕、吳肖琪、劉文良、林麗禪，1999)。

一般約束常用種類可分為監視、床欄、約束帶 (背心、夾克)、輪椅安全帶 (腰帶)、手套及安眠鎮定劑；常約束的部位有腰部、足踝、骨盆、手腕及膝部，此些種類及部位可依病患情形加以選擇 (賀天惠、葉淑惠、黃夢婷、林麗味，1999)。

(二)約束產生的後果

約束所造成病患生理、心理、社會、靈性等傷害包括：

1. 增加固定不動問題如壓瘡、代謝速度及血量等不正常改變、姿勢性低血壓。
2. 增加骨骼或軟組織受傷、肢體水腫。
3. 增加院內感染。
4. 增加意識混亂 / 認知障礙。
5. 增加行為症狀、社交隔離、冷漠。
6. 增加跌倒的危險。
7. 減低身體功能、肌肉強度及張力。
8. 降低生活品質。
9. 喪失尊嚴與自由。
10. 減少溝通。

(Castle, 2002；江明珠、許玲女、陳翠娥、郭美玲，1999；王彬如、吳育弘、蘇信義，1999)

Neufeld 等人引用美國其他作者的文獻，指出每位護理之家住民，每年平均跌倒次數為 1.5 次 (範圍 0.1~3.6 次)，只有 4% 的跌倒造成骨折 (1%~10%)，約束所帶來的效益可能不如所帶來的傷害大 (Neufeld, et al., 1999)。

二、約束的緣起與盛行率

約束最早被用於精神科及兒科，近十年來盛行於護理之家及急性照護機構 (江明珠等，1999)。研究發現約束發生的比率，和年齡、認知缺損程度及因認知缺損導致的行為困擾有關。照顧者多認為約束是一種不需要經過訓練，可以控制他人行為且為大眾所接受的措施 (吳邱燕等，1999)，故於臨床上，會不自主使用身體約束而較少思考老人困擾行為或情緒困擾的原因，或思考以其他方式解決問題，這也是身體約束，在臨床及居家廣泛使用的原因 (王琄，2000)。

在美國，醫療照護機構使用身體約束

之盛行率：護理之家佔 40%、復健照護機構約佔 34%、急性照護機構佔 22%，而約束使用頻率又與機構型態、病患年齡如老年人【研究發現老年人較年輕人有較多受約束機會（20.3% vs 0.9%）】、身體功能及認知狀態等有關（江明珠等，1999；吳邱燕等，1999）。1975～1989 對長期照護機構調查，發現住民中有 25～85% 有身體約束（一般醫院僅 6～17%），58～72% 有藥物約束，美國在 1987 OBRA 法案實施後約束率下降，約 20～40% 的住民有身體約束，而使用抗精神疾患藥物（antipsychotic）也降低了 25～36%（Middleton, et al., 1999）。2001 年 OSCAR（Online Survey, Certification, and Reporting）系統的數據顯示：護理之家（限 medicaid 及 medicare 給付）的約束率為 13%。

國內長期照護機構良莠不齊，入住老人受約束的比率約為 25～54%，並隨入住時間的加長，受約束的比率增加（葉淑惠等，2001）。

三、使用約束之動機及其決策

(一) 使用約束動機

大部分約束使用的動機，是為了保護病人及相關他人免於受傷害。一般使用的理由為預防跌倒、控制病人之問題行為（如爬離床或椅子、混亂、遊走或躁動）、保護病人避免傷害自己或他人（如避免干擾醫療活動、避免病患拉扯身上之管路或從椅子上跌落）、以及避免醫療訴訟等。

美國學者研究指出，使用約束之理由，以病人為導向的理由在預防跌倒佔 80.9%，以護士為導向理由則是無替代方式才給予約束佔 34.6%、為減少醫療訴訟佔

12.5%（江明珠等，1999）。臺灣吳邱燕等（1999）分析養護機構及護理之家之 68 位受訪者使用約束理由的排名顯示：護理師以預防跌倒、拔管及提供安全設施為主要理由，而護士與護佐則以預防跌倒、拔管及避免進入危險地方為主要理由，以人力不足為最不重要理由。

(二) 使用約束的決策

在機構照護中，相關人員對約束的看法為何（perception）？其如何決策要約束病人？受到學者之關注。Hantikainen & Kappeli（2000）以現象學的方法，訪視 20 位機構照護者【16 位女性、4 位男性，平均年齡 32 歲（範圍 20～55 歲），平均工作年資 6 年（範圍 2～14 年）】，詢問受訪者對約束一詞的了解？在何時及何種情境下會避免 / 決定要約束住民？結果發現工作人員對約束顯示出正向（positive）與混淆（confused）態度，工作人員皆了解約束是限制人類的自由，但仍依最終目的（ultimate purpose and objective）使用之。研究發現工作人員以 preventive、protective、supportive、alleviating 或 therapeutic device 字眼描述；決策由個別工作人員所做而非依循政策。

如果工作人員視約束為保護，其對約束的模糊與了解不足，將使其做出危險的決策，在許多情況，決策依據的是工作人員的權利（right）與環境考量，而非住民的安適（well-being），人員多不確定他們可以允許老人到何種狀況而不被別人說其忽略了自己的職責，他們也不確定何種狀況老人是安全的（Hantikainen & Kappeli, 2000）。約束使用也在保護工作人員的權利及確認老人的行為對護理人員 / 其他住民

的責任（對自己的行為負責，知道自己去做什麼）。工作人員決策使用約束與對約束的了解、住民與工作人員的權利與責任（right & responsibility）、工作人員的職責有關（duties）。

其結論指出約束與個人能否做一個 self-determination 與 responsibility for their action 有極大關係；約束的決策不應建立在常規／情感／態度，而須建立在事實上。其研究發現人員的行為多是防衛性及保護性（defensive 及 protective），亦即多是對外在因素有所反應（react to external factors），建議可透過教育改善，並強化工作人員察覺他們對約束的態度、看法及其如何形成？並了解這種看法對其思想與行為的影響——強化倫理的敏感與反省力（Hantikainen & Kappeli, 2000）。

整體而言，因了解與察覺的增加，在臨床上傾向於減少約束的使用，照護情境目前已逐漸由權威式（authoritarian）、父權式（paternalism）的態度移轉到尊重病人的自主（autonomy）與自決（self-determination），如何在尊重權利（right）及維持專業責任（duty & responsibility）中取得平衡，確實需仔細思考（Hantikainen & Kappeli, 2000）。

肆、約束的倫理爭議

使用約束剝奪了病人的自由及自主權利，不僅造成多方面傷害、限制病人自我表達、創造及合作能力、亦毀損病人自尊、否定健康照護專業的行善原則。身體約束的執行，常讓護理人員在行善與自主原則間產生倫理困境，而有矛盾不安感受，致

影響臨床工作滿意度（江明珠等，1999）。

一、從倫理原則思辨約束議題

（一）自主原則（Autonomy）

尊重病人的自主權應該是優先考慮的，接受機構照護的老人，其判定是否擁有自主權的能力—competence，應該不是全有或全無的概念，Dowine（1989）指出就像嬰兒是慢慢發展出來的，老人則是逐漸失去的，故自主應是有彈性、可變的概念。為保護病患之自主，需讓其了解和同意治療計畫的內容，使個體能充分了解，以做出較合適的決定與判斷。此知情同意（informed consent）可保護和促進個人之自主，可使病人與專業人員間更加信任（謝佳容、張文英，2002）。惟當病人已無能力（competence）可做決策或配合治療進行，在嘗試各種可行策略後不得不施予約束時，應由其代理人同意約束的使用。

當個體有認知能力缺損時，家庭通常扮演著重要的決策角色。我國民法第五十七條規定病患若因受傷或生病而導致昏迷、意識不清或精神錯亂，不能行使自主權時，有關其醫療應由第三者如病人的配偶、法定代理人、監護人或法定扶養義務範圍內的近親代來執行。醫護人員為此類病患施行醫療處理時，應先取得上述第三者的同意，才可施行（急救除外）（謝佳容、張文英，2002）。

（二）不傷害原則（Nonmaleficence）

不傷害原則是避免對病患的生命安全造成傷害。美國精神醫學會（American Psychiatric Association, APA）指出當個案即將發生傷害人、自傷或破壞情形而其他方式無效時，可用保護約束處置來預防

(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996); 故約束必須是為了保護病人及其他人員安全，且為治療性時才使用。同時，依精神衛生法施行細則第二十九條明定——拘禁病人、拘束其身體或剝奪其行動自由，應由醫師認為有必要時，始得為之，並應於病歷載明其方式、理由、起迄時間及約束期間給予的照護等事項（謝佳容、張文英，2002）。此外，Beauchamp 及 Childress（1994）指出健康專業人員為答覆不傷害之倫理原則，應精進知識與技能，目前許多證據顯示當人員知識增加，態度改變，可成功的創造無約束環境。

(三)行善原則 (Beneficence)

本著行善原則，應儘可能提供病患最大的好處，故約束的處置應謹慎使用並儘可能減少（謝佳容、張文英，2002）。

(四)盡責原則 (Fidelity)

醫師（護士）與病人間的關係應是忠誠關係 (fiduciary relationship)，建立

在信任與相信醫護的能力 (trust and confidence)，病人相信醫事人員是值得相信，且依其最高利益為思考來提供服務。Beauchamp & Childress（1994）指出這種模式的忠誠—relies more on values of loyalty and trust than on being true to one's word (p.430)，更是一語道破社會大眾對醫護專業的盡責期待。

(五)正義原則 (Justices)

機構住民，每位都是不同的個體，有不同的照護需求，對住民的照顧；於有限的人力及時間下，如何答覆正義的原則？是要依據住民的權利？住民所應得的？或依住民的需要提供？

在病人照護上，公平正義原則是指：基於正義與公道，以公平合理的處事態度來對待病人與有關的第三者，後者包括其他的病人，病人的家屬及直接或間接受其影響的社會大眾（嚴久元，1990），機構管理者或可思考從契約主義 (contratarianism) 的架構下（契約主義這一個學派是關於人們為了滿足 / 達到某些正義的觀念，而同意某種協議或契約），與住民照護者或住民達成共識，透過制定約束的實施方案及流程（程序正義），以知情同意的方式，簽訂契約。如此，在不得不施予約束時，也能答覆正義原則。

二、結論

由以上倫理原則思辨所得結論為：即使對一個沒有自主權的病人進行約束，雖出自於保護，但因事實顯示約束的利多於弊，故其應是最後不得已才採行的一項策略（答覆行善、不傷害原則）。此外，機構應透過契約正義，於施行前取得住民或其代理人在充分資訊告知後簽署之同意書；照護人員亦須依循約束之程序正義，經過審慎評估，與團隊協商可能之取代方法皆不可得後才根據約束指引操作身體約束（答覆自主、正義原則），並於約束期間，密切觀察並提供適當之照護（答覆忠誠原則）。

伍、從法律面看老人受虐問題

老人約束是老人虐待的一個議題，法律上多從老人虐待層面談法律對老人應有的保護。惟目前我國對於老人虐待的相關法令並不明確，多附於特殊保護條文下，其相關條文又分散於民法、刑法、老人福

利法、家庭暴力防治法及性侵害防治法(于漱、余幸宜、李蘭, 2002)。

一、臺灣

老人福利法為執行老人保護工作的基本法源,其中第四章保護措施(第二十五條至第二十七條)主要規定,老人直系血親卑親屬對其有疏於照料、虐待、遺棄等情事致其有生命、身體、健康或自由之危難,直轄市、縣(市)政府及老人福利機構得依職權並徵得老人同意或依老人之申請,予以適當短期保護與安置。直轄市及縣(市)單位,建立老人保護體系。而老人保護工作的服務對象為設籍各縣(市)年滿 65 歲以上之老人,具有下列情形之一,致其有生命、身體、健康或自由之危難者:未得到基本生活照顧或扶養者。遭受身體或精神虐待、惡意遺棄、自由限制或妨害者。獨處於易發生危險或傷害之環境且無生活自理能力者。因殘障、患病、遭受意外傷害或緊急事故需要立即救護者以及其他經主管機關認定必須接受保護服務者(于漱等, 2002)。

臺灣並無特別法令/政策規範機構老人的保護,也並未提及機構約束的相關議題。

二、美國

與美國相關法律與政策比較,發現美國有關老人虐待法令除有老人虐待聯邦法(Federal law on Elder Abuse)外、尚有成人保護服務法(Adult Protective Service Law)、機構虐待法(Institutional Abuse Law)(主要規範機構內,老人權益及其負責人或施虐者相關責任)、刑法(有越來越多的州立刑法對其老人虐待做出明確的刑

罰,立法部門甚至想將老人虐待單獨訂定刑責,目前對於老人虐待可用強暴、侵犯、偷竊、欺騙……等對施虐者提出公訴)、長期照護人權計畫(Long Term Care Ombudsmen Program)(此為美國所有州及哥倫比亞特區—美國聯邦法老人法令制定,主要目的在招募志願者,至護理之家訪談受虐者,援助老人權力)、護理之家革新法案(Nursing Home Reform Act)(有鑒於護理之家老人虐待日益嚴重,為了保障住民權力,使住民免於受虐待,聯邦政府於 1987 年成立此法令)、家庭暴力法等(American Bar Association, 2002)(于漱等, 2002)。

美國於 1987 年制定 OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act) 法案,規定護理之家應尊重病患擁有拒絕身體或藥物處理等約束方式之權利,因此促使各機構積極治療病患行為問題,並經由評估、確立診斷、考量約束之危險性及研擬替代約束之方式,以提供個別性治療選擇(江明珠等, 1999)。1990 OBRA 指出“residents have the right be free from physical and chemical restraints”Cohen 等(1996)指出,在 OBRA 之前有 41%約束率,到 1995 年降到 21%。

為減少身體約束不當使用,於 1992 年立法規定,身體約束需經醫師處方;且明定家屬不得將被約束的老人單獨放在家中;無論醫療機構或家庭,若要使用身體約束,皆須完全明瞭使用約束會帶來的合併症或相關問題。

陸、建立無約束的機構照護

約束在美國和臺灣等地皆被普遍使用，多位學者的研究及文獻指出，影響照護人員使用約束之預測因素包括：病人因素：年齡如老人，病情狀況如疾病嚴重度越高者、意識程度混亂或不清、醫療管路或儀器設備放置或因放棄治療意念等。

照護人員因素：工作經驗如科別、病房特性；專業角色認知、對約束之信念及擁有替代約束之知識。外在因素：法規政策、機構政策、主管對約束處理之理念、醫療訴訟頻率、照顧人力分配，人員越認同使用約束。(江明珠等，1999)

欲創造無約束的機構照護環境可由上述因素著手，以下分述：

一、針對病人（機構住民）

提供個別化之照護——個別化的護理意味著與家庭與其他照護人員間的互動及溝通，如提供個案的習慣、喜好、性格特質，這些訊息被放入照護計畫中。提供個別化照護的理由為：(1)所有行為都有意義；(2)系統性的評估行為是必要的；(3)一旦了解行為，可以嘗試滿足需要 (Sullivan-Marx, 1996)。個別化照護內容包括：

1.評估住民行動能力（可以評估出潛在性老人跌倒問題，並可提早改善，內容包括站立時移動能力、坐下時移動能力、走路時的行動能力）

2.增強住民身體功能（物理治療師先對與老人跌倒相關的身體各系統加以評估及訓練）。

3.改善住民居住環境（在周邊環境設置叫人鈴，降低床鋪的高度，放下一邊床

欄；安排老人上廁所的時間，尤其是易跌倒的高峰時間）

4.調整住民身體移動習慣，應用活動輔助工具，並多陪伴。缺少護病互動的環境，使病人成為物品（object），在此情況下護士較會用約束。研究顯示增加互動可減少約束，約束本身即帶來負向的互動循環（約束更減少互動），建議應以個別性照護滿足病人需求（如評估行為）(Sullivan-Marx, 1996)。

5.使用約束替代方案：提出的替代約束方法包括：(1)對於會滑下輪椅者，可用內有豆子或花生狀蓬鬆的枕頭，置於老人膝下，以增加下滑的阻力；(2)對於企圖拔除靜脈注射、鼻胃管的住民，在其手掌中置一軟球，再套上襪子約束取代大面積的約束方法（賀天惠等，1999）。此外如擺位的問題，可用一些椅子矯正，或提供治療性活動，對有攻擊傾向的住民，建議可給小點心、可畫圖的紙，……提供活動安排。可自行活動者，可使用能自行開啓的安全帶。多數的替代方法都不貴，而機構也未多請人，護理照護應依據住民的行為而非機構的常規，住民照護沒有 cookbook，每一住民都有個別性，需個別考慮 (Cohen, et al., 1996)。

二、針對照護人員

許多研究證實護士及人員對約束使用傾向是決定約束使用的重要因素，江等（1999）研究指出護理人員對施用約束之態度趨於同意（其中以「病人知道被約束理由是很重要」、「護理人員應具備有評估需要約束的能力」及「約束是合法保護病人措施」平均值最高）。

學者指出要做適當決策，人員需有科學知識（如使用約束造成的傷害）、倫理知識（知情同意的重要……）、個人／美學知識（重視護病關係，治療性自我運用，知曉老人被約束時的經驗感受），以上皆可促進如何提供個別性照護計畫。歐洲一些先進國家的護理人員因對老人行為背後的意義較了解，加上對於長照機構發生跌倒事件較能接受，因此用較多取代約束的方法（Sullivan-Marx, 1996）。

研究顯示專業護士比一般助理護士（nursing assistant）將約束與失去自由連結，較能辨識約束外的其他方法，亦可列出較多約束的負向結果。學者在一項約束縮減方案中發現：註冊護士（RN）與職業護士（LPN）在經過教育課程後，對約束的態度較護佐有正向的改變，且教育程度越高，其態度較傾向正向的改變（Sullivan-Marx, 1996）。

Sullivan-Marx（1996）指出，研究證實教育加諮詢確實對於減少約束有效且成本效益高；有老人護理專家的諮詢（gerontological nursing consultation）可減少約束的發生；此外，團隊合作可降低約束使用，醫護合作可產生正向結果，研究發現護士於尋求醫囑時應可創造討論空間，75%的約束是護士主動提的，15%的醫師並未察覺自己的病人被約束……，醫師比護士易辨識其他方法，許多研究證實如果只有護士一人單獨決定是否約束，較無法思考出約束外的方法。

約束被濫用乃與照護人員的約束知識不足、對約束的迷思、或較少探討住民困擾行為或情緒困擾原因、或不知運用其他約束替代方案有關。於國內，針對護理人員對約束的知識與態度研究不多，相關整理於表一。

表一 「機構照護者對約束的知識態度」文獻整理

作者	年代	對象／內容	研究結果	研究建議
吳邱燕、 吳肖琪、 劉文良、 林麗禪	1999	北市 16 所 養護機構及 高雄市 2 所 護理之家之 護理師、護 士及護佐 (N=68)	<ul style="list-style-type: none"> · 約束知識的得分護理師最高、護佐最低。 · 正式照顧者的職別、年齡、有無專業證書、醫護相關工作年資及是否接受訊息與約束知識的得分有統計上顯著差異。 · 護理師與護士於約束態度得分皆高於護佐。 · 正式照顧者有無專業證書、醫護相關工作年資與約束態度得分有統計上顯著差異。 · 正式照顧者基本特性與約束知識、態度與使用約束理由之相關，皆達統計上的水平。 · 正式照顧者的年齡越大、工作年資越少、其約束知識越差；工作年資越久、約束知識越佳、越不喜歡約束。而約束知識、態度和使 	<ul style="list-style-type: none"> · 應加強正式照顧者之約束知識，修正其對約束的態度，發展約束替代方案以減少住民受約束機會。

			用理由沒有相關存在。	
江明珠、 許玲女、 陳翠娥、 郭美玲	1999	261 位急性 一般病房及 加護病房護 理人員	<ul style="list-style-type: none"> 護理人員對約束的知識得分達 67.8% 護理人員對身體約束之態度趨於適度同意。 護理人員基本資料對身體約束知識、態度於統計上無明顯差異，惟不同病房別對身體約束態度具統計差異，顯示加護病房護理人員態度較趨同意。 	<ul style="list-style-type: none"> 身體約束之需求評估、正確性及替代約束方式，應列入在職課程中。 醫護團隊應共同合作評估約束需求，以達一致共識。

（整理自江明珠等，1999；吳邱燕等，1999；賀天惠等，1999）

三、針對外在因素

文獻顯示法規政策會誘發機構提供的服務（standard of care），1991 年 Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization 訴求醫院建立時程，以減少開立使用約束的醫囑，藉由定期觀察、再評估，使機構逐步建立無約束的環境。此外，美國食品管理局也報告與約束相關的死亡及其他危險，提醒所有設備可能有潛在危險（Sullivan-Marx, 1996）。美國自 OBRA 法案實施後，促使機構朝向建構無約束的照護環境，並注重住民權利的方向邁進；1992 年間約有 12 家長照機構成功的建立無約束的照顧，而無約束機構的比率也由 1989 年 1% 提升至 1995 年的 8%（葉淑惠等，2001）。

照護機構的行政管理風格也影響機構的約束執行，Anderson, Lssel, and McDaniel（2003）以 164 個德州的護理之家，測試行政管理（越開放的溝通、決策參與越高、強化關係的領導型態及工作上的形式化越弱）與病人成果（攻擊行為、約束率、制動合併症、骨折）的關係。在控制個案的變異、機構大小、所屬權及主管的薪資及經驗後，顯示以上因素皆可影響病人成果，且機構越大、經驗越久的主管可解釋病人成果達 11%~21%，顯示機構管理確可影響病人成果。

由上述文獻整理，確認要創造無約束的照護環境，需由多方面著手，至於介入的方式及成果為何？表二分享國內、外各一篇實證研究結果。

表二 創造無約束的照護環境文獻整理

作者	對象	研究工具	約束方案	結果
Cohen 等 （1996）	美國 4 個 州，16 個約 束率高的機 構（總床數		<ul style="list-style-type: none"> 由團隊進行住民評估，協助住民復健以增加功能獨立。 此團隊每週一次討論 	<ul style="list-style-type: none"> 16 個機構，原有 41% 的住民（858 人）被約束，2 年結束後只有 4.05% 住民被約束。

	2075 床)		被約束的住民，形成 去除約束計畫。 (團隊成員：醫師、護 士、復健師，每個機 構派 2 人接受 2 天的 workshop)。	<ul style="list-style-type: none"> • 16 個機構中有 13 個機 構約束率 5% 以下、其 他機構約束率小於 10%。 • 每個個案使用的其他 方法平均為 2 種、仍 被約束者 3 種。
葉淑惠等 (2001)	隨機抽樣高雄 市三護理之 家，前測 141 人、後 測 116 人	以結構式問卷收集資 料，問卷包括： (1) 護理工作人員基本資 料。 (2) 入住老人基本資料。 (3) 褥瘡的測量。 (4) 約束發生情況 (紀錄 過去 72 小時的約束狀 況)。 (5) 與跌倒有關的受傷次 數。 (6) 平衡量表。	約束縮減教育方案如 下： (1) 約束縮減課程—2 堂 課、每次 65 分鐘。 (2) 約束教育海報。 (3) 約束縮減諮商。 (4) 平衡運動訓練。 (5) 老人問題行為諮商。	<ul style="list-style-type: none"> • 施行介入後老人身體 約束比率及躁動次數 有顯著下降，老人跌 倒、褥瘡及平衡反應 沒有顯著改變，護理 人員約束知識得分有 顯著增加。

柒、結 論

臨床上使用約束的主要目的是在預防病患跌倒或中斷治療行為和發生自拔醫療管路等意外，然相關文獻指出，約束並不能絕對預防病患跌倒或中斷治療行為，但卻容易造成個體生理、心理、社會、靈性等層面受創，甚至於因反抗約束而過度掙扎之不幸意外。在長期照護機構中，住民的權益常被忽視，再加上住民多為依賴性高，生理、心理需求量大，容易造成照護者的壓力；若再加上機構運作組織不良，經營理念偏差，則易有虐待情形發生。目

前機構虐待保護工作服務存在很多問題，如老人虐待認定上的困難，因多數機構是獨立的環境，少有人進出，且老人均不願承認被虐待（因為老人害怕在受虐事件曝光後會受到照顧者的威脅與報復），有舉報及發現上的困難（于漱等，2002）。

比較美國，我國應早日制訂長期照護機構的相關法律政策，規範護理之家或長期照護均應明定與宣示住民的權利，並建立監督的機制；而相關專業團體（如長期照護專業協會）也應致力於長照專業人員之在職與繼續教育訓練，提升人員與約束有關之最新訊息。

面對國內老年人口數增加，專業人員應省思長期照護中所面對的倫理議題或困境，除積極充實自己的專業知識，持續接受教育和訓練外，也需增加倫理的知識與

思辯能力，以因應長期照護所面對的倫理挑戰。

（本文作者為國立成功大學護理學系副教授）

📖 註釋：

註：護理法規定機構設置標準中，於護理人員規範每 15 床至少應有 1 人，病患服務員每 5 床應有 1 人（田玫，2002）。

📖 參考文獻：

- 于漱、余幸宜、李蘭（2002），老人受虐與暴力問題－法律政策面與實務面之探討，護理雜誌，49（6），26～33。
- 內政部主計處（2001），89 年度臺閩地區戶口普查初步結果（網路公告）。
- 王琄（2000），新世紀老年護理的挑戰－「釋放」阿爾資海默症患者，長庚護理，11，55～60。
- 王彬如、吳育弘、蘇信義（1999），封閉性約束帶引起之角化型疥瘡，中華皮膚科醫學雜誌，17（4），322～326。
- 王靜枝、謝秀芳（2000），敬重老人：護理之家老人不自覺精神虐待之道德倫理議題，長期照護，14（2），106～111。
- 中華民國長期照護專業協會（2002），臺閩資源手冊，臺北：長照協會。
- 田玫（2002），長期照護機構管理，於陳清惠等編著，長期照護，臺中：華格那，241～264。
- 江明珠、許玲女、陳翠娥、郭美玲（1999），護理人員對身體約束知識與態度之探討，長庚護理，10，42～50。
- 吳肖琪、杜敏世、李世代、陳坤皇、陳惠姿、楊培珊、廖本堡、蔡閻閻、沈秀卿、張淑卿、徐思微（2003），臺閩地區師能老人機構照護供需資源分布狀況調查研究，臺北：中華民國長期照護專業協會。
- 吳邱燕、吳肖琪、劉文良、林麗禪（1999），機構正式照顧者之約束知識、態度和使用理由之關係，護理研究，7（6），518～529。
- 呂寶靜、吳淑瓊（1994），建立臺北市養護系統之研究－老人養護機構之調查，臺北市政府社會局委託計劃。
- 林火旺（1999），倫理學，臺北：五南。
- 陳惠姿、劉達麗、賈淑麗、張淑卿、甯雅芳、翟文英（2002），護理之家作業規範，臺北：長照協會。
- 賀天惠、葉淑惠、黃夢婷、林麗味（1999），無約束的長期照護機構，護理雜誌，46（6），

83~88。

葉莉莉、溫敏杰、杜淑玲、林婁、戴臆珊（1999），臺南養護機構住民功能狀態探討，公共衛生，26(3)，183~192。

葉淑惠、林麗味、王興耀、吳淑如、林昭宏、蔡富棉（2001），護理之家施行約束縮減方案之成效，護理雜誌，9(2)，183~192。

黃惠子（2002），腦部創傷後病患躁動行為之護理，護理雜誌，49(1)，71~74。

謝佳容、張文英（2002），失智症老人於長期照護上的倫理考量，護理雜誌，49(6)，34~39。

嚴久元（1990），當代醫事倫理學，臺北：橘井文化。

American Bar Association. (2002). Information about laws related to elder abuse. Online West Compliments of West Group. Available <http://elderabusecenter.org/laws/index.html>

Anderson, R. A., Lssel, L. M., & McDaniel, R. R. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems. *Nursing Research*, 52(1), 12-21.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1994). *Principle of Biomedical Ethics* (4th Ed.). New York: Oxford University.

Castle, N. G. (2002). Nursing homes with persistent deficiency citations for physical restraint use. *Medical Care*, 40(10), 868-878.

Cohen, C., Neufeld, R., Dunbar, J., Pflug, L., & Breuer, B. (1996). Old problem, different approach: Alternatives to physical restraints. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(2), 23-29.

Dowine, R. (1989). Paternalism and the rights of professionals to interfere. In J. Tanya (Chair), *Proceeding of age concern conference*. Edinburgh.

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.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (1996). Insert of standards for three accreditation manuals. *Joint Commission Perspectives*, 16(1), RS1-8.

Liu, C. K., Lin, R. T., & Chen, Y. F. (1996). Prevalence of dementia in an urban area in Taiwan. *Journal of Formosa Medicine Association*, 95, 762-768.

Neufeld, R. R., Libow, L. S., Foley, W. J., Dunbar, J. M., Cohen, C., & Breuer, B. (1999). Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(10), 1202-1207.

Sullivan-Marx, E. M. (1996). Restraint-free care: How does a nurse decide? *Journal of Gerontological Nursing*, 22(9), 7-14.