

# 掙脫束縛、迎向自由：一位養護機構老年住民之護理經驗

黃春宜 藺寶珍\*

臨安老人養護中心 中華醫事科技大學護理系

## 摘要

約束是許多長期照護機構常見的照護措施。然而，約束不但會造成機構住民身、心、社會層面的負向影響，住民也可能爲了要掙脫束縛而發生意外傷害。本文是採無約束的照護照顧一位老年住民之護理經驗。照護期間自 2008 年 8 月 5 日至 10 月 3 日，藉由觀察、會談及身體檢查等方式收集資料。發現個案因先前照護機構施行身體約束、限制活動而有自我照顧能力缺失、便秘、尿失禁、低自尊及社交互動障礙等健康問題。藉由導入無約束的照護及提供個別性的護理措施、輔療性活動，改善了個案的日常生活活動功能、排尿及排便情形，在用餐時會幫忙分發紙巾、湯匙、筷子，且能從活動中肯定自我價值及增加自信心，與他人的互動頻率增加，且在照護期間個案並未發生跌倒情形。透過本個案之照護經驗呼籲長期照護機構人員正視身體約束對住民的身、心、認知及社會功能等層面所帶來的危害，進而積極發展安全、無約束的照護環境，以提升住民的生活品質。

**關鍵字：**老年住民、身體約束、長期照護機構

## Struggle to Free: Nurse's Experience of an Elderly Resident in Long-term Care Facility

Huang, Chuen-I Lin, Pao-Chen

Lin-An Nursing Home Department of Nursing, Chung Hwa University Medical Technology

### Abstract

Physical restraints have a negative impact on the bodies, minds, and social lives of the institutionalized elderly. The elderly may also suffer bodily harm in accidents as they attempt to break away from the restraints. This case report described a nursing process that employed unconstrained care on an elderly resident in a long-term care facility. Data collection was done through observations, interviews and physical examinations conducted with the patient and his family. This subject was negatively impacted in

---

\* 通訊地址：台南市仁德區文華一街 89 號

physical, psychological, and cognitive functions as well as on the social level due to restraints previously imposed by an institution. Providing the individual with unconstrained care and individualized care facilities and auxiliary activities was successful in improving the subject's daily life functions and the regular urination and bowel movements. Interactions with others increased, and the subject did not suffer any falls during the period of care. We hope that this case of care experience will direct attention to the impact of restraints on the physical, psychological, and cognitive functions of the institutionalized elderly, leading to an active development of unconstrained care and the providing of safe and unrestricted living environments.

**Keywords:** elderly resident; physical restraints; long-term care facilities

## 壹、前言

機構住民大多是患有慢性病的老人，其身體功能明顯受損、自我照顧能力降低且依賴程度高，然而機構的照顧人力往往未能配合住民的高依賴度而增加人力，研究就發現機構照護人員多以住民安全(例如：預防跌倒)為主要理由，而將老人約束在床上或椅子上(黃、李，2009；Yeh, Lin, & Lo, 2003)。國內的長期照護機構中約有 25-74.1%的老人被身體約束，且相較於無約束住民，約束住民有顯著較高中風、失智、與壓瘡的比率，入住時間也較久(黃、李，2009；張，2000)；此比率比起國外護理之家的約束盛行率為 15-66%高出許多(Hamers & Huizing, 2005)，顯示國內長期照護機構中，使用身體約束的情形有濫用及不當之慮。

黃和李(2009)指出養護機構照護人員對老人使用身體約束的目的以預防跌倒佔最多數(79.8%)。然而，身體約束並不一定能帶來安全，甚至會產生反效果，讓老人陷入意外傷害的危險中；文獻證實在身體約束使用比率增加的過程中，機構中老人意外傷害的比率不但未如預期中減少，反而有增加的情形(Yeh et al., 2003)。約束也會導致住民活動受限、基礎代謝率降低、壓瘡、便秘及尿失禁...等生理影響及負向的心理情緒反應、增加躁動行為...等(黃等，2008)。可見，身體約束對老人所造成的負面影響，值得長期照護機構的重視。

本個案是一位因身體約束而影響其身、心、社會功能的老年住民，希望藉由無約束的照護來幫助個案走出束縛、恢復自由，進而提升生活品質。期勉長期照護人員朝向營造無約束的照護環境來努力。

## 貳、文獻查證

### 一、身體約束

約束最早被用在精神醫學的領域，其可分為身體約束及化學性約束；而身體約束是指使用物理性或機械性的器具、材料或設備使之身體活動受限或無法正常地使用自己的身體（Feng et al., 2009）；身體約束的工具或設備，包括：背心、腰帶、手套、約束帶、床欄、老人椅、輪椅桌板等（Waston, 2002）；而化學約束為「使用藥物限制或抑制某些行為或活動的發生」（黃、吳、蘇、林、馬，2008）。由於，床欄、輪椅或化學性約束經常被使用，甚至被視為是照顧老人的基本護理措施，很多人不知或不認為它也是約束的一種，所以常有過度使用或忽略其危險性之情形（Karlsson, Bucht, Eriksson, & Sandman, 2001）。

### 二、使用身體約束的理由

機構中的照護人員有責任保護老人免於意外傷害，故將身體約束視為一種保護性的照護措施，以避免老人意外傷害的發生。黃和李（2009）指出照護人員使用身體約束的最主要原因為預防跌倒，佔 79.8%；其次為照護人力不足之安全考量，佔 29.6%；而人員照護方便性，也佔 26.1%（張，2000）。Evans 與 FizGerald (2002) 將機構使用身體約束的理由歸納為四類，包括機構人員、社會環境、治療活動和老人問題。在人員方面：機構的照護人員會使用身體約束來減輕自己所要承擔的相關法律責任；在社會環境方面：常見的理由為避免老人干擾其他住民，以維護機構中和諧安全的居住及工作環境；在治療活動方面：常是為了避免治療活動受干擾而對機構老人使用身體約束，例如：避免老人自拔鼻胃管、導尿管等；在老人問題方面，最常見的理由為安全考量、預防老人跌倒，其次為控制老人問題行為，例如：躁動、遊走、混亂等，藉此保護老人避免傷害自己，以及給予老人姿勢的固定和支托，例如：維持老人的坐姿避免由椅子上跌落，或讓老人可坐下進食等。

### 三、身體約束的影響

約束措施對老人的影響，可以從二方面來進行探討，包括：

#### （一）生理的影響

長期約束導致活動受限、長期固定不動，會造成住民基礎代謝率降低、循環血量減少而致姿位性低血壓、壓瘡、肌肉質塊消失、肺栓塞、礦物質游離（demineralized）造成高鈣血症，以及電解質不平衡造成代謝性鹼中毒；住民也可能為掙脫束縛而造成皮膚撕裂傷或神經受損；或因無法自行如廁且減少活

動而造成便秘、大便嵌塞及尿失禁等情形(黃等, 2008); 嚴重情況下會造成呼吸功能衰退, 以及使用不當或錯誤可能造成病患窒息及猝死之發生(Hamers & Huizing, 2005)。Waston (2002) 也指出機構老人使用身體約束的負面結果, 包括肌肉萎縮、骨質疏鬆、壓瘡、失禁、躁動、精神混亂、認知功能減退、失能程度增加、死亡率增加、食慾變差、心臟負荷增加、及憂鬱等。

## (二) 心理、社會的影響

住民被約束經常呈現複雜且負向的心理情緒反應, 其會有羞恥、挫折感、害怕、自我價值降低、憤怒、退縮、自責、增加躁動等行為(黃等, 2008)。也有研究發現老人覺得受約束時不能自主活動、無法自行上廁所而使缺乏控制感; 而行動受限的結果, 老人覺得基本人權受到侵犯並且沒有得到應有的尊重(楊、徐, 2003)。而且, 住民被約束會因減少對外溝通互動的機會, 加上心理及情緒的反應而產生社交隔離及社會功能降低之情形(黃等, 2008)。另外, 也可能會增加額外的照護成本, 例如: 復健費用及尿布費用或使入住時間延長。

## 四、替代約束措施

當住民有問題行為產生時, 護理人員應先針對發生問題行為的可能原因進行了解並予以解決; 主動提供安全舒適的環境, 以減少不安情緒; 提供適量運動以增強肌肉力量, 或增加探訪次數, 進而減少/避免跌倒受傷機會; 或著眼及設計可採行的替代約束措施, 例如: 對企圖拔除治療管路的住民, 可在其手掌握一軟球, 並套上襪子後再予約束, 而取代大面積之約束方法(賀、葉、黃、林, 1999), 如此則有助於緩解病人的問題行為和減少不必要的約束。另外, 應注意使用的約束物品大小對病人是否合適, 選用不當的情況下可能造成病人窒息或死亡的嚴重後果。

## 參、護理過程

### 一、 護理評估

#### (一) 個案簡介

蔡先生, 71 歲, 高中畢, 已婚, 以一般的民間信仰為主, 可使用閩南語及國語對談。公務人員退休, 家庭經濟小康。平日喜歡看電視及閱讀書報, 無抽菸及喝酒習慣。

#### (二) 入住經過

個案因患有失智症及帕金森氏症, 走路步態不穩, 有小碎步情形, 平時有

情緒不穩定及有躁鬱情形。於 2007 年 12 月因肺炎併膿胸於南部某醫院接受外科手術治療；出院後，生活無法自理，需人協助。因平時女兒需外出上班，太太無力獨自照顧個案，故出院後就轉至某護理之家接受照顧。家屬表示入住機構後因工作人員不足，常把個案約束在輪椅上限制他行動，故個案逐漸情緒不穩定、易動怒，妄想別人要加害他，常對女兒及太太表示要趕快回家，否則他會被害死。家屬因而於 2008 年 08 月 01 日將個案轉至本養護中心。

### (三) 整體性護理評估

筆者自個案入住機構期間，於 2008 年 8 月 5 日至 10 月 3 日，擔任個案的主要照顧護理人員，藉由傾聽、會談及身體檢查與評估等方式，收集個案的生理、認知、心理及社會等層面的主客觀資料。

#### 1. 生理層面評估

個案意識清醒，身高 158 公分，體重 52 公斤，身體質量數(Body Mass Index, BMI)：20.83，為理想範圍。口腔黏膜完整，上排有 5 顆、下排有 4 顆固定式假牙，咀嚼及吞嚥功能正常，入住後每餐可進食一碗乾飯，搭配蔬菜及魚肉，每日熱量約 1500-1600 大卡。鼓勵下每日攝取水份約 2000 C.C，均經由三餐飲食、水果、開水和牛奶中獲得。呼吸型態正常、無痰音，四肢末梢顏色正常、無發紺，SPO<sub>2</sub>：98%；脈搏規律，每分鐘 72-80 次，血壓：116-128/68-76mmHg。四肢無水腫情形，皮膚完整。感覺、知覺及神經反射正常，有老花眼情形；夜眠 6-8 小時，晚上會起來上廁所 1-2 次，中午午睡 1 小時。

每天睡前服用二顆 Dulcolax 軟便劑，約 3-4 天排便一次，色黃、硬、量中。視診腹部兩側對稱，聽診腸蠕動每分鐘約 18 次，叩診腹部為實音，觸診柔軟有彈性。8/5 會談中，個案主訴「我以前在那家機構，他們整天把我綁在輪椅上，明明我就可以自己去上廁所，但他們都強迫我一定要包尿布。我整天都被綁在輪椅上，都沒有活動，他們每三天就用二顆甘油球，從我的屁股灌進去」。每日自解小便 6-7 次，呈黃色，無沉澱物尿液，小便檢驗正常。個案因患怕金森氏症導致身體活動困難、手抖、行走有小碎步及步態不穩情形。因行動緩慢，故全天穿著復健型紙尿褲，每 2-3 小時由工作人員協助至廁所解尿。

8/5 測雙手肌力為 4 分，平衡及協調度不佳，執行精細動作顯吃力，雙手會不自主顫動，可自行使用碗筷進食，但食物有時會掉出餐盤外。行走時有小碎步及步態不穩情形，採站姿時雙腳呈現稍微彎曲的姿態，在抗重力下輕微移動，雙腳肌力 4 分，在稍微扶持或使用兩側扶手輔助下，可在平地行走 50 公尺，步態蹣跚極緩慢。以巴氏量表(Barthel index, BI)評估日常生活功能，個案總分為 50 分，為嚴重依賴，其中移位、上廁所、平地上行走、穿脫衣物需部份由他人協助。洗澡及大便控制需由他人完全協助。柯氏量表為二級；工具性日常生活

量表為 5 分，為顯著依賴。

## 2. 心理層面評估

運用簡易心智量表(mini-mental status examination；MMSE)作為評估工具，評估結果為 15 分，為中度失智。其中以定向感、注意力、計算能力及回憶之項目較差。個案在入住本機構後，常會回顧以前被約束的經驗；自訴「我以前在那家機構，每天只要一下床，就會被綁在輪椅上，不能自己活動，感覺很痛苦；不能動又沒自由，只要我不聽話，他們甚至會把輪椅綁在欄杆上，讓我哪裡也不能去。有時我口渴想要喝水，向工作人員請求倒水給我喝，他們只會回我等一下、我在忙，或假裝聽不見」。言談中顯示約束讓他覺得害怕、沒自尊、很不舒服、很丟臉、不人道、脾氣變暴躁、覺得別人想傷害他，也讓他對工作人員產生距離感及不信任感。家屬也表示個案住在前機構時，個案常被以約束帶約束在輪椅上限制其行動，致使個案逐漸出現情緒不穩定、易怒，認為別人要加害於他之情形。

## 3. 社會層面評估

個案對自己目前身體功能狀態滿意度差，對於日常生活須靠別人協助深感挫折，對自己的行動能力沒有信心，認為身體功能障礙會失去自主權，對新環境及工作人員沒有安全感。個案剛到本機構時，個性顯沉默，不喜歡與其他住民互動及參加院內所舉辦的活動。常自己坐在角落或只想待在房間休息，深怕又會被工作人員約束限制活動。個案主訴：「我覺得我又不是犯人，為什麼他們要如此對我，被綁在輪椅上，其他人都會用異樣眼光看我，甚至我覺得他們在笑我，我很討厭這種感覺」。

## 4. 靈性層面評估

個案信仰為一般民間道教，每逢初一、十五家裡會拜拜，對宗教虔誠但不迷信，認為身體不好是要找醫師治療，不會尋求偏方治療。自從住進機構後，就未從事宗教活動。

## 5. 家庭功能評估

家中經濟小康，配偶為家管員，育有一女一子，女兒未婚，目前任職於台南某大學公務人員，兒子亦未婚，目前於台北某電子公司擔任電腦工程師一職。配偶及女兒為主要照顧者，妻子常會來機構探視及陪伴用餐，約每週 3-4 次，會鼓勵個案、告知不用煩惱家裡的大小事。主要決策者為女兒，經濟來源由兒女共同分擔。家人對個案很關心，互動關係密切，對於醫療照護措施亦可積極配合。

綜合以上護理評估，顯現個案因先前照護機構的身體約束而造成了生、心理及社會層面之負面影響，故筆者提供日常生活照顧、治療及訓練，營造「家」的環境與氣氛，協助個案走出身體約束之陰霾。

## 二、 護理問題與處置

### (一) 自我照顧能力缺失 / 與活動受限、未提供自我照顧之機會有關

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評值
<p>1. 入住時，個案巴氏量表得分為 50 分，移位、上廁所、平地上行走、穿脫衣物需部份由他人協助。洗澡及大便控制則需由他人完全協助。雙手會不自主顫動、平衡及協調度不佳，執行精細動作顯吃力，有能力自行使用碗筷進食，但食物有時會掉出餐盤外</p> <p>2. 行走時有小碎步及步態不穩情形，採站姿時雙腳呈現稍微彎曲的姿態，在稍微扶持或使用兩側扶手輔助下，可在平地行走 50 公尺，但步態蹣跚極緩慢。</p> <p>3. 8/5 會談中，個案主訴「我以前在</p>	<p>1. 09 月 01 日前，個案能白天不包尿布且不會尿濕褲子及恢復正常排便型態二日一次。</p> <p>2. 09 月 15 日前個案能獨立或經由他人小部分協助下完成移位、上廁所、平地行走、穿脫衣物。</p> <p>3. 09 月 30 日前不使用輔</p>	<p>1. 協助個案恢復正常排便型態為二日一次。</p> <p>(1) 每日監測並協助攝取總水份量有 2000CC 以上。</p> <p>(2) 每日提供四份以上的蔬果並鼓勵個案吃完，增加纖維質攝取量。</p> <p>(3) 每日協助腹部環狀按摩二次，7Am、5pm 各一次、10 分鐘/次。</p> <p>(4) 每天晨間護理後，讓個案練習坐在馬桶上解便 10 分鐘，藉由給予充分的時間解便，以利排便訓練。</p> <p>2. 提供個案自我照顧能力之訓練活動及機會。</p> <p>(1) 移位方面-把床舖降到最低高度及放下一邊床欄，方便個案上、下床，增加安全性。</p> <p>(2) 每天作早操 10 分鐘，以增加關節活動度、柔</p>	<p>1. 08 月 15 日巴氏量表 65 分，為顯著依賴；個案移位、如廁、穿衣及洗澡仍需人協助，使用ㄇ型助行器可獨自行走 50 公尺；個案排便型態 2~3 日一次。</p> <p>2. 09 月 01 日巴氏量表 80 分，為輕度依賴；個案可以自行完成移位、如廁，不使用輔具下可獨自行走 50 公尺，但穿衣、洗澡仍需人協助；個案能白天不包尿布且不會尿濕褲子。排便型態二日一次。</p> <p>3. 09 月 15 日巴氏量表 85 分，為輕度依賴；個案不使用輔具可</p>

<p>那家機構，他們很沒有人性，都控制我大、小便的自由。整天把我綁在輪椅上，明明我就可以自己去上廁所，但他們都強迫我一定要包尿布。我整天都被綁在輪椅上，都沒有活動，當然不會自然排便，他們每三天就用二顆說是甘油球的東西，從我的屁股灌進去，我很討厭這樣的感覺，因為那很痛也很不舒服。</p> <p>都是他們害我現在不能自己解大便，都要靠吃藥才能解大便。」個案入住後仍有便秘情形，約 3-4 天解 1 次，大便成型、硬便。每天睡前有服用二顆 Dulcolax 軟便劑。</p>	<p>具可獨自行走 200 公尺。</p> <p>4. 照護期間個案未發生跌倒情形。</p>	<p>軟度及肌肉力量。</p> <p>(3) 每天安排踩腳踏機/每次 20 分鐘/上午十點及下午三點，訓練下肢肌肉力量。</p> <p>(4) 每天由工作人員陪同晨間活動-散步 100-200 公尺。</p> <p>(5) 提供ㄇ型助行器及教導使用扶手以增加移位的安全性。</p> <p>(6) 進行活動時，將個案安排在工作人員的視線範圍內及護理站附近，增加移位安全性。</p> <p>(7) 教導使用床頭及廁所叫人鈴設置，告知如有需要可按鈴，工作人員就會前往協助。</p> <p>(8) 洗澡方面-鼓勵個案參與洗澡活動，讓個案自己洗可以洗到的地方，其餘再由照服員幫忙，增加手的活動度。</p> <p>(9) 穿衣方面-衣服套頭後，由個案自行穿衣；褲子套腳幫忙穿至膝蓋再由個案自行穿上，增加手、腳的活動度。</p> <p>(10) 小便控制方面：白天不包尿布，照服員每 2 小時帶至廁所解尿。</p>	<p>獨自行走 100 公尺，但穿衣、洗澡仍需人協助。</p> <p>4. 09 月 30 日巴氏量表 85 分，為輕度依賴；個案不使用輔具可獨自行走 200 公尺，但穿衣、洗澡仍需人協助。</p> <p>5. 照護期間個案未發生跌倒情形。</p>
---	--	--	--

(二) 低自尊 / 與未被尊重、自我價值降低有關

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評值
<p>1.個案為中度失智者，MMSE 得分為 15 分，以定向感、注意力、計算能力及回憶等項目功能較差。</p> <p>2. 8/5 個案主訴：「我以前在那家機構，每天只要一下床，就會被綁在輪椅上，不能自己活動，感覺很痛苦；不能動又沒自由，只要我不聽話，他們甚至會把輪椅綁在欄杆上，讓我哪裡也不能去。有時我口渴想要喝水，向工作人員請求倒水給我喝，他們只會回我等一下、我在忙，或假裝聽不見。」</p> <p>3.個案在入住機構後，會一直主訴先前被約束的經驗。被約束的經驗讓他覺得不被尊重，也讓他對工作人員</p>	<p>1. 09 月 30 日前個案能肯定機構、信任工作人員及說出自我價值感受。</p> <p>2. 09 月 30 日前個案在 MMSE 中的定向感、注意力與計算能力、回憶等項目，得分有改善。</p>	<p>1. 盡量安排固定工作人員照顧個案之單元區，以建立護理人員及照服員與個案間的信任關係。</p> <p>2. 強化個案與工作人員間共同生活之印象，在備餐時，安排個案為單元區之家民分發紙巾、湯匙、筷子，藉由共同做家事、服務家民而賦予角色價值感及責任感，建立個案自我肯定信念。</p> <p>3.安排個案擔任園藝長工作，負責花草的澆水工作，每週三次，增加營造家庭氣氛和生活之訓練。</p> <p>4.做晨間活動前，請個案幫忙準備單元區之家民的茶水，藉由服務別人提升自我價值感。</p> <p>5.安排認知活動之重複訓練：一星期一次的十進位的加減法，提升計算能力及注意力。</p> <p>6.為喚起個案對生活常識的記憶，安排一星期一次的 9-16 片的拼圖遊戲，提升注意力、認知能力以及記憶力。</p>	<p>1. 09 月 01 日 MMSE 21 分，屬輕度失智，其中在計算能力、回憶之項目較差；定向感、注意力之項目有顯著改善。</p> <p>2. 09 月 30 日 MMSE 24 分，屬輕度失智，其中在計算能力、回憶、定向感、注意力之項目有顯著改善。</p> <p>3.個案於 09 月 30 日表示：「住在這裡我很安心，工作人員對我都照顧，不會把我綁起來，他們很尊重我，凡事會讓我自己來，我不行的部分，他們會協助我。這裡很像我的家，很自在，住在這裡的人大家都很好，會互相幫忙，有空會在客廳聊天或看電視。吃飯時間，有的人會幫忙添飯；有的人會幫</p>

<p>產生距離感及不信任感。而且，個案對自己目前的身體功能狀態滿意度差；對於日常生活須靠別人協助深感挫折，對自己的行動能力沒有信心，認為身體功能障礙會失去自主權，對新環境及新工作人員沒有安全感。</p>		<p>7.依據個案過去的育樂遊戲，安排一星期一次的象棋或撲克牌之育樂活動，促使手腦並用，活絡腦力。</p> <p>8.安排手工藝活動：一星期一次手工藝或繪畫，藉由作品展示給予肯定及獲得成就感。</p> <p>9.安排遊戲活動：一星期一次的投籃、擲圈圈遊戲活動，促進與工作人員的情感。</p> <p>10.安排生命回顧團體活動：一星期一次藉由有相同背景之家民的聚會活動，讓彼此分享過去的歲月，並互相勉勵、互相支持。增進個案自我認知、自尊與自信心。</p> <p>11.安排戶外活動：一個月一次的戶外活動，安排公園、名勝古蹟、電影欣賞...。促進個案調劑身心、抒發情緒。</p>	<p>忙裝湯，我會幫忙分發紙巾、湯匙、筷子。大家一起幫忙，就好像一家人。每天都還有很多不同的活動，還有學生志工會帶我們玩遊戲。工作人員還帶我們大家去看電影，這是我第一次進電影院，真的很高興。」</p>
---	--	---	--

### (三) 社交互動障礙 / 與缺乏與他人互動的機會有關

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評值
<p>1.個案剛到本機構時，個性顯沉默，不喜歡與其他家民互動及參加機構內所舉辦</p>	<p>1. 8月15日前，家屬能一週至少三次探訪</p>	<p>1. 入住時，將個案安排進住單元照護住房並介紹給其他家民認識，讓個案有被重視的感覺，共同營造「家」的環境與</p>	<p>1. 08月15日家屬（妻子及女兒）一週3-4次來機構探視個案，且表示個案適應</p>

<p>的活動，常自己坐在角落或只想待在房間休息。</p> <p>2. 08月05日會談中，個案主訴：「我覺得我又不是犯人，為什麼他們要如此對我，被綁在輪椅上，其他人都會用異樣眼光看我，甚至我覺得他們在笑我，我很討厭這種感覺。」</p>	<p>個案，以協助適應。</p> <p>2. 8月30日前，個案可至少與3位家民及3位工作人員有互動。</p> <p>3. 8月30日前，個案每天至少參加一次團體活動。</p> <p>4. 9月30日前，個案每天至少參加二次團體活動。</p>	<p>氣氛。</p> <p>2. 在半私密空間（小客廳）安排與個性較外向的家民同坐及一起活動，以增加互動機會。</p> <p>3. 協助個案去確認能夠使其覺得舒適的人，並鼓勵個案與他們互動，增加其自主能力。</p> <p>4. 鼓勵家屬於個案剛入機構的一個月內，增加探訪次數，一週至少三次，以協助個案適應環境，並能常與個案電話連絡，關心適應問題。</p> <p>5. 當個案有意願時，鼓勵家屬帶個案返家外宿或造訪朋友。</p> <p>6. 為增加個案與家民間的互動，鼓勵個案參與機構所舉辦的團體活動一天一至二次，包括認知活動、美勞時間、律動時間、團康活動、卡拉OK時間、機構外郊遊等.....。</p> <p>7. 當個案出現有效的社交技巧時，給予正向口頭鼓勵。</p>	<p>良好，並沒有吵著要回家及退院情形。</p> <p>2. 08月30日個案每天會參與1-2次機構所主辦的團體活動，包括認知活動、美勞時間、律動時間、團康活動、卡拉OK時間。</p> <p>3. 08月30日個案離床時間，於交誼廳會與其他家民有良性互動，會一起聊天及觀賞電視。</p> <p>4. 08月30日個案表示已認識5位家民及3位工作人員，並能主動與其互動。</p> <p>5. 09月30日個案每天會參與2次機構的團體活動，包括認知活動、美勞時間、律動時間、團康活動、卡拉OK時間。</p>
---	---	---	---

## 肆、討論與結論

本篇報告是描述一位個案因先前入住的機構施行身體約束而對個案的身、心、社會各層面產生負面的影響，不僅因活動限制而致自我照顧能力缺失、便秘及尿失禁，也因個案覺得未受到應有的尊重而有低自尊、不信任感及社交互動障礙等問題。藉由機構提供個別性的護理措施及導入以無約束的單元照護模式，改善了個案的日常生活功能且能肯定自我，也增加了與他人的互動。

由照護此個案的過程中，筆者感受到身體約束對老年住民的影響很大；身體約束不但不會帶給老人安全，反而會威脅他們的身、心、社會功能。爲了能真正維護機構老人的安全，發展及推廣能維護老人安全及促進健康的小單元照護模式，提供老人有一個真正安全的生活環境，才能讓機構老人活的安全又健康，也能讓家屬放心。然而，目前長期照護機構因受人力、成本及硬體環境的限制，身體約束似乎是無法不採取的照護措施。在此建議機構需在在職教育中重視約束議題。當護理人員一定需施行身體約束時，應溫和、耐心地向老人及家屬解釋約束的目的及理由，並仔細評估及照護需求、主動關懷與問候，並要針對老人的情緒反應給予適當的回應，以及經常反覆地評估持續約束的必要性及解除約束的時機，如此將可減少不必要的約束負面效果及提升機構的照護品質。

## 伍、參考文獻

- 張毓珊 (2000)·*長期照護機構住民身體約束之使用*·未出版的碩士論文，台北：國立臺灣大學衛生政策與管理研究所。
- 賀天蕙、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。
- 黃惠璣、吳森琪、蘇秀娟、林季宜、馬霏菲 (2008)·機構住民使用身體約束之芻議·*台灣老人保健學刊*，4 (1)，23-38。
- 黃惠璣、李中一 (2009)·某市養護機構住民身體被約束之狀況及相關因素之研究·*台灣公共衛生雜誌*，28 (2)，132-143。
- 楊美紅、徐姍姍 (2003)·住院病患跌倒之新觀念·*護理雜誌*，50 (1)，86-92。
- Evans, D., & FitzGerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: A systematic review and content analysis. *International Journal of*

*Nursing Studies*, 39(7), 735-743

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

Hamers, J. P. H. & Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25.

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.

Waston, R. (2002). Assessing the need for restraint in older people. *Nursing Older people*, 14(4), 31-32.

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.