

安全病房模型在精神科应用的研究现状与进展

陈宇斌, 张灵慧, 李棋, 周郁秋

(哈尔滨医科大学大庆校区 护理学院, 黑龙江 大庆 163319)

精神科病房是暴力和冲突等不良事件的高发场所, 不仅危害患者和医护人员的身心健康, 也影响医疗质量和效率^[1-2]。目前, 我国精神科病房暴力的发生率高达 78%, 远高于日本、瑞典等国家^[3]。为了保证患者安全, 医院通常会采取隔离或约束等强制措施^[4]; 然而, 这些措施并非无害, 可能会加剧患者的痛苦、创伤和暴力行为, 甚至引起法律纠纷。因此, 如何有效地减少强制措施的使用, 提高精神科病房的安全, 是一个亟待解决的问题。安全病房模型(safewards model)是一种循证实践框架, 旨在减少限制措施的同时降低不良事件的发生率^[5]。该模型经过国外精神科病房的广泛应用和验证, 已成为当今最具可行性与影响力的模型之一, 被部分西方国家作为卫生政策加以推广^[6-7]。目前尚未见国内安全病房模型的相关实证研究。因此, 本文回顾近年来安全病房模型在精神科病房应用的相关研究, 并对其在我国精神科病房的临床应用和本土化发展提出建议。

1 安全病房模型的来源与发展

安全病房模型是一种旨在减少精神科病房中冲突和限制措施的理论 and 实践框架, 由英国精神病学教授 Bowers^[8]领导的多学科团队在多年的实践和研究基础上于 2014 年提出。该团队自 20 世纪 70 年代起就开始在英国开展了一系列关于精神科暴力和冲突事件的研究, 探索了精神科不良事件发生的机制、影响因素、预防策略和评估方法^[9]。在对 1181 篇文献进行了综合分析的基础上^[9], 该团队对精神科病房中的冲突和限制措施进行了深入的分析和比较, 提出了安全病房模型的理论基础和核心元素, 并在同年进行了一项随机对照试验^[10], 以检验其干预措施的有效性。安全病房模型自提出以来, 受到了国际上的广泛关注和应用, 除了英国本土外, 还有多个国家和地区, 如澳大利亚、德国、波兰、加拿大、丹麦等, 都开展了安全病房模型的推广、实施和评估工作^[7]。其中, 澳大利亚维多利亚州政府组织

于 2016 年编写了安全病房模型指导手册^[11], 详细介绍了安全病房模型的实施步骤和评估方法, 为后续研究和实践提供了有效参考。目前, 安全病房模型已经成为精神科病房改善安全性和氛围的一个重要的理论和实践框架。

2 概述

2.1 安全病房模型 安全病房模型将精神科患者发生威胁自身或他人安全不良事件的行为定义为“冲突”, 包括自伤/杀、暴力和逃逸等; 将医护人员为防止冲突行为发生或减少有害结果采取的措施定义为“控制”, 包括强制镇静、隔离、手动约束和特殊观察等^[8]。该模型认为, 冲突和控制的发生并非偶然, 而是由以下 6 个领域中的特征导致的^[8]: (1) 工作人员团队, 指由医生、护士、心理师等专业人员组成的治疗和护理团体, 其内部结构的规则、日常工作、理念、效率和习惯等都会影响冲突和控制事件的发生; (2) 病房环境, 指精神科病房的物理空间和设施, 包括病房的环境舒适度、病房类型和隐蔽程度; (3) 医院外部, 指来自社会和家庭的对患者的压力, 包括患者的家庭危机事件、家庭关系、经济状况和社交网络等; (4) 患者群体, 指在精神科病房中共同生活的一群患者, 其组成、关系、互动和氛围等都会影响冲突和控制的发生; (5) 患者特征, 指患者本身的个人特征, 包括症状、社交技能、年龄、性别、诊断类型、父母居住地等; (6) 规章制度, 指影响精神科病房运行和管理的法律法规和行政规定, 包括入院标准、出院条件、人员配备、质量监督等。这些领域中的特征会产生可能引发冲突或控制的情境或事件, 称为爆发点(flashpoints), 而工作人员和患者可以通过调节因素(modifiers)对其进行干预, 以减少冲突或控制事件发生^[8]。爆发点和调节因素是安全病房模型的核心要素, 构成了冲突和控制事件发生的动态过程^[9]。图 1 是安全病房模型的示意图, 共分为 4 层, 展示了各个要素之间的关系, 最外层概括了可能导致冲突和控制的发生的 6 个领域的特征; 次外层表示患者和工作人员可用于干预对应领域的特征的调节因素; 箭头表示工作人员可用于直接对相应领域的特征进行干

【收稿日期】 2023-03-13 【修回日期】 2023-12-17
【基金项目】 国家自然科学基金项目(72074063)
【作者简介】 陈宇斌, 硕士在读, 电话: 0459-8153066
【通信作者】 周郁秋, 电话: 0459-8153066

预;最内圈标识了各个领域中的爆发点;冲突和控制 位于模型的中心,双向箭头表示相互作用^[8]。

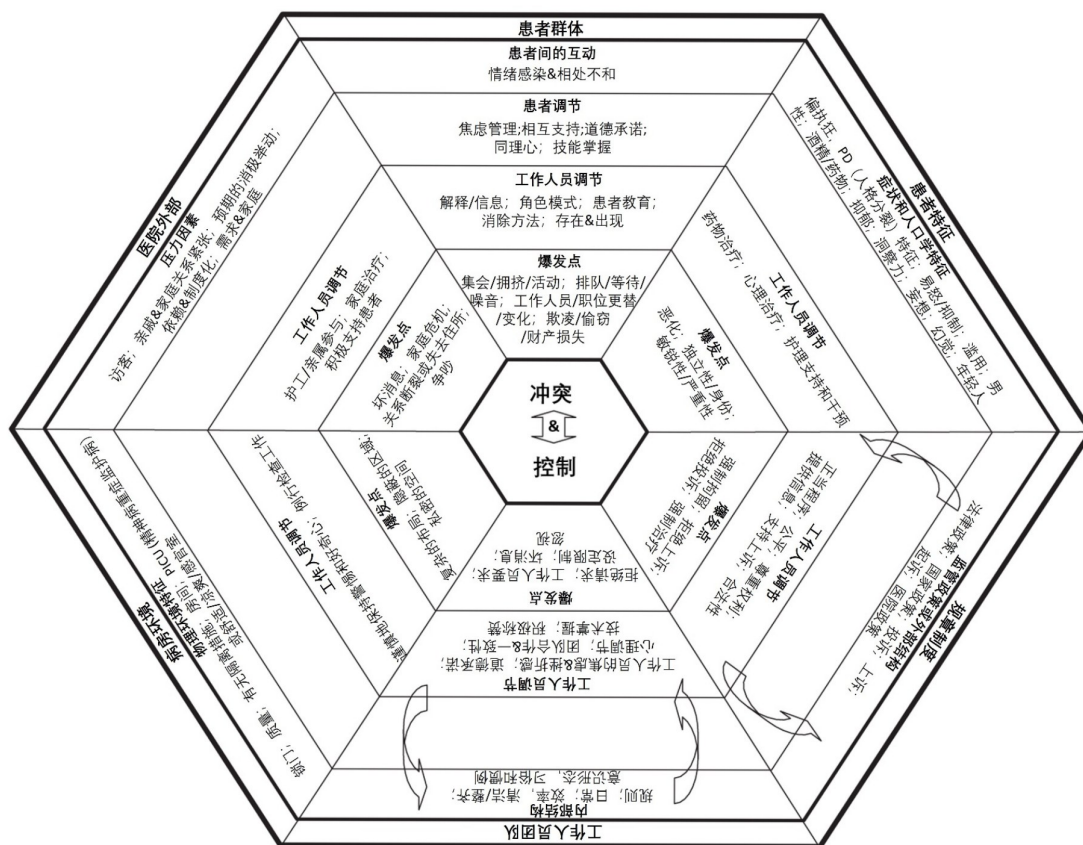


图 1 安全病房模型

2.2 安全病房模型的实施策略 安全病房模型在实践验证和文献分析的基础上总结出 10 项针对病房冲突和控制事件的干预措施^[9]: (1) 明确共同期望, 护患共同制订公开的行为标准; (2) 温情话语, 交流时使用礼貌、尊重和友好的语言; (3) 劝解, 在患者出现冲突行为迹象时, 及时使用平和且富有同理心的语言使其冷静; (4) 积极话语, 交流时给予正面的反馈和鼓励以增强患者的自尊和自信; (5) 减轻负面消息对患者的影响, 提前在传达不利于患者的消息时做好准备, 使用合适的语气和方式减少患者的不满和沮丧; (6) 互相了解, 与患者分享彼此的个人信息与兴趣爱好来增进理解和信任; (7) 互助会议, 定期举行护患共同参与的会议, 共同讨论病房的问题并提出建议; (8) 冷静方法, 向患者提供一些有助于缓解压力和情绪的方法; (9) 安慰, 给予患者适当的安抚、支持和解释; (10) 出院留言, 让患者出院时留下一些正能量的信息以鼓舞护士和患者。

3 安全病房模型在精神科病房的应用

3.1 常规精神病房 Bowers 等^[10] 提出模型后首次在伦敦常规精神科病房进行实证干预, 通过随机抽

样的方法将 31 个病房分为 16 个采用安全病房干预的试验组和 15 个采用运动锻炼计划的对照组, 运用患者与工作人员冲突事件量表 (patient-staff conflict checklist, PCC) 评估两组病房的冲突行为发生率, 结果表明干预组相较于对照组降低了 15% 的冲突发生率和 26.4% 的控制措施使用率, 但后续研究^[12] 指出该研究未采用盲法, 且试验组与对照组保真度失衡, 研究结论存在争议性。为进一步检验模型在常规精神病房中的应用价值, Dickens 等^[13] 运用相同测评工具根据模型重新构建研究方案, 在悉尼的急性成人精神病房中进行 12 周持续性干预, 结果显示每班冲突事件发生率降低 23%, 常规控制措施使用率降低 12%, 高强度控制措施降低 74%, 然而病房氛围改善的得分差异无统计学意义。Stensgaard 等^[14] 在丹麦引入安全病房作为政策后回顾 5 年病案, 通过中断时间序列分析表明, 强制约束的频率每季度下降 2%, 强制镇静的频率每季度下降 11%。Hamilton 等^[15] 探讨护士将安全病房干预纳入其日常实践的可持续性和长期实践效果, 将其整合到 Proctor 的临床监督框架中进行评价, 发现护患关系明显改善且团队合作效率提升。安全病房模型

在常规精神病房中的实效性和可行性已有初步证据支持,但其作用路径和机制仍不明确。因此,未来研究应深入探索并优化安全病房模型的实施策略,以适应我国精神病房的实际需求和条件。

3.2 司法精神病房 司法精神病房指专门收治精神障碍犯罪者或涉及民事案件的精神病房,具有较高的冲突和暴力风险。Price 等^[16]首次在英国司法精神病房开展安全病房模型的非随机对照干预研究,该研究对 3 个试验组病房进行了为期 22 周的干预,对照组常规护理,结果显示试验组的冲突和控制事件有所减少,但不具备统计学差异,工作人员对该模型接受度低。对此,Cabral 等^[17]于当地 6 个司法精神病房开展混合研究,共纳入 191 名参与者,结果表明安全病房模型可减少控制措施的使用并改善病房氛围,并提出工作人员的抵触情绪是模型实施的阻碍因素,但该研究未进行统计学检验。基于前人的研究,Maguire 等^[18]于澳大利亚的 1 个男性司法精神病房进行为期 12 个月的高保真度的混合研究,涉及 12 名工作人员和 14 例患者,发现病房氛围改善且冲突行为较干预前减少 65 起,然而控制措施使用率未发生改变。Kipping 等^[19]在 6 个司法精神病房的安全病房模型培训中嵌入共同创造理论,结果表明应用该理论能保障安全病房模型高保真度的实施。安全病房模型在司法精神病房中的应用尚存挑战,由于其患者复杂高危性,工作人员面临着极大的心理压力,可能影响安全病房模型的有效实施。因此,未来究应针对司法精神病房的特点和需求,对安全病房模型进行适当的调整和改进,以提高其适应性和有效性。

3.3 其他精神病房 为验证安全病房模型在不同类型的精神科病房中的干预效果,研究者还在青少年精神病房和智力障碍病房进行应用。Fletcher 等^[20]首次在青少年精神病房中使用安全病房模型进行干预,共包含 3 个青少年精神病房和 10 个常规精神病房,结果表明控制措施使用率下降 36%,但未报告其在青少年精神病房中的单独干预效果。为验证安全病房模型对青少年精神病房的干预效果,Hottinen 等^[21]在芬兰 6 个青少年病房中开展混合研究,并对其进行了为期 1 年的持续性干预,结果显示,患者之间的支持行为和治疗依从性方面都有显著提高。Yates 等^[22]开展质性研究探索安全病房模型在青少年精神病房实施的影响因素,共对 2 名护士和 8 名医疗助理进行半结构化访谈,结果显示护患关系,获得支持的机会,工作人员团队构成及医院重视程度四方面影响了安全病房模型的实施。Davies 等^[23]调查了安全病房干预在智力障碍患者中的

应用价值,研究者采用患者与工作人员冲突事件量表和工作人员反馈的方法评估病房冲突事件发生情况,结果表明 31 种冲突事件类型中仅 9 种类型发生减少。为了提高安全病房模型在精神科病房中的有效性和可行性,未来需根据不同类型的病房和患者特点,对模型进行适当的调整和优化,以提高模型的适应性和针对性。

4 安全病房模型的应用效果

安全病房模型的主要目的是减少精神病房中的冲突和控制措施,提高患者和工作人员的安全和满意度。其基本理念是通过改变病房的环境和互动方式,来降低患者的焦虑和紧张,从而减少冲突和控制措施的使用^[8]。Finch 等^[6]的系统评价显示,安全病房模型在常规精神病房的干预中显示出良好的效果,能降低冲突和控制事件,但需要进一步的高质量研究来证实在其他类型病房中的有效性以及对病房氛围的影响。Ward-Stockham 等^[24]的混合方法系统评价表明,安全病房模型能够有效识别并缓解病房冲突事件,且近年来随着研究的深入和完善,干预效果更明显。该研究还表明,工作人员对模型的抵触情绪,培训缺陷,人员变动,临时工和缺乏领导层的支持是安全病房模型应用效果的主要障碍。Knauf 等^[25]通过对现有文献进行定性内容分析,认为可通过 4 个方面促进安全病房模型的应用效果:(1)严谨的干预方案;(2)工作人员的态度和参与度;(3)医疗机构的资源和支持度;(4)患者的态度和配合度。由于目前开展的随机对照试验研究较少,尚无 Meta 分析为模型的应用效果提供高等级的证据支持,因此其有效性仍应辩证看待,未来应结合实际情况开展更多高质量的随机对照试验。

5 小结

安全病房模型是一种以护理为核心元素的循证实践框架,通过优化病房氛围,减少冲突和限制措施,提升精神科病房的安全性。然而,在我国精神科病房的推广和发展过程中,可能存在着法律、伦理和资源等多方面的挑战。我国精神卫生法虽然对强制医疗进行了规范,但对限制措施的适用条件和执行方式缺乏明确的指导和监督,可能给实施安全病房模型带来法律风险和伦理困境。为了克服这些障碍,需要根据我国精神卫生服务体系和法律制度的实际情况,对安全病房模型进行必要的修订和完善,使之更适应我国的国情和需求。同时,未来的研究应考虑在以下几个方面开展:(1)厘清安全病房模型的理论基础和作用机制,并根据不同类型的病房进行差异化的调整和优化;(2)开发更科学和有效的评

价工具来检验安全病房模型的效果,并充分考虑患者、医护人员、家属等多方利益相关者的反馈;(3)进行长期跟踪和对照实验,以评估安全病房模型的可持续性和相对优势;(4)探讨安全病房模型与其他干预措施之间的协作效应或增强效应,以实现精神科病房冲突管理的最佳效果。

【关键词】 安全病房模型;精神科护理;安全;精神病房

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2024.01.023

【中图分类号】 R473.74 【文献标识码】 A

【文章编号】 2097-1826(2024)01-0095-04

【参考文献】

- [1] 夏志春,叶君荣,李思珏,等.应用缓和技巧防范精神科工作场所暴力的研究进展[J].中华护理杂志,2018,53(11):1391-1394.
- [2] 尚超娜,王剑英,张冬红.精神科护士心理困扰现状及其影响因素的研究[J].军事护理,2022,39(9):17-20.
- [3] 李素萍,李琳波,李晓俞.中国精神科护士遭受工作场所暴力事件发生率及其影响因素的 Meta 分析和系统评价[J].中华现代护理杂志,2022,28(8):1046-1052.
- [4] 蔡壮,许冬梅,高静,等.精神科保护性约束实施及解除专家共识[J].中华护理杂志,2022,57(2):146-151.
- [5] 赵燕利,赵伟,刘志华,等.安全病房干预在精神科应用的范围综述[J].中华护理杂志,2023,58(5):624-630.
- [6] FINCH K, LAWRENCE D, WILLIAMS M O, et al. A systematic review of the effectiveness of safewards: has enthusiasm exceeded evidence? [J]. Issues Ment Health Nurs, 2022, 43(2): 119-136.
- [7] MULLEN A, BROWNE G, HAMILTON B, et al. Safewards: an integrative review of the literature within inpatient and forensic mental health units[J]. Int J Ment Health Nurs, 2022, 31(5): 1090-1108.
- [8] BOWERS L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards[J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2014, 21(6): 499-508.
- [9] BOWERS L, ALEXANDER J, BILGIN H, et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal[J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2014, 21(4): 354-364.
- [10] BOWERS L, JAMES K, QUIRK A, et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the safewards cluster randomised controlled trial[J]. Int J Nurs Stud, 2015, 52(9): 1412-1422.
- [11] VICTORIAN GOVERNMENT. Safewards handbook[EB/OL]. [2023-09-08]. <https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/s/safewards-victoria-handbook-2016.pdf>.
- [12] MUSTAFA F A. The safewards study lacks rigour despite its randomised design[J]. Int J Nurs Stud, 2015, 52(12): 1906-1907.
- [13] DICKENS G L, TABVUMA T, FROST S A. Safewards: changes in conflict, containment, and violence prevention climate during implementation[J]. Int J Ment Health Nurs, 2020, 29(6): 1230-1240.
- [14] STENSGAARD L, ANDERSEN M K, NORDENTOFT M, et al. Implementation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: an interrupted time-series analysis [J/OL]. [2018-09-14]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30223184/>. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.026.
- [15] HAMILTON J, COLE A, BOSTWICK R, et al. Getting a grip on safewards: the cross impact of clinical supervision and Safewards model on clinical practice[J]. Int J Ment Health Nurs, 2023, 32(3): 801-818.
- [16] PRICE O, BURBERY P, LEONARD S, et al. Evaluation of safewards in forensic mental health: analysis of a multicomponent intervention intended to reduce levels of conflict and containment in inpatient mental health settings[J]. Mental Health Pract, 2016, 19(8): 14-21.
- [17] CABRAL A, CATHY J. Can Safewards improve patient care and safety in forensic wards? A pilot study[J]. Br J Ment Health Nurs, 2017, 6(4): 165-171.
- [18] MAGUIRE T, RYAN J, FULLAM R, et al. Evaluating the introduction of the safewards model to a medium-to long-term forensic mental health ward[J]. J Forensic Nurs, 2018, 14(4): 214-222.
- [19] KIPPING S M, DE SOUZA J L, MARSHALL L A. Co-creation of the safewards model in a forensic mental health care facility [J]. Issues Ment Health Nurs, 2019, 40(1): 2-7.
- [20] FLETCHER J, SPITTAL M, BROPHY L, et al. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement [J]. Int J Ment Health Nurs, 2017, 26(5): 461-471.
- [21] HOTTINEN A, RYTILÄ-MANNINEN M, LAURÉN J, et al. Impact of the implementation of the safewards model on the social climate on adolescent psychiatric wards [J]. Int J Ment Health Nurs, 2020, 29(3): 399-405.
- [22] YATES N J, LATHLEAN J. Exploring factors that influence success when introducing "the safewards model" to an acute adolescent ward: a qualitative study of staff perceptions[J]. J Child Adolesc Psychiatr Nurs, 2022, 35(3): 218-229.
- [23] DAVIES B, SILVER J, JOSHAM S, et al. An evaluation of the implementation of safewards on an assessment and treatment unit for people with an intellectual disability[J]. J Intellect Disabil, 2021, 25(3): 357-369.
- [24] WARD-STOCKHAM K, KAPP S, JARDEN R, et al. Effect of safewards on reducing conflict and containment and the experiences of staff and consumers: a mixed-methods systematic review[J]. Int J Ment Health Nurs, 2022, 31(1): 199-221.
- [25] KNAUF S A, O'BRIEN A J, KIRKMAN A M. An analysis of the barriers and enablers to implementing the safewards model within inpatient mental health services[J]. Int J Ment Health Nurs, 2023, 32(6): 1525-1543.

(本文编辑:沈园园)