



以人为本的护理

第三版

Doris Grinspun 博士的致辞

安大略省注册护士协会首席执行官



安大略省注册护士协会（RNAO）很高兴发布临床最佳实践指南（BPG）《以人为本的护理》（People-Centred Care）第三版。循证实践支持医疗服务提供者致力于每日提供卓越服务。

我们谨向为本最佳实践指南（BPG）的制定与落地付诸努力的众多合作方，致以诚挚谢意。首先，也是最重要的是，我们要感谢安大略省政府在1999年就对RNAO的能力予以认可，当时RNAO已经成功开展了一项获得了全球认可的项目，并且承诺为其提供资金支持。我们对RNAO专家小组的联合主席们致以最深切的谢意，感谢他们为本最佳实践指南（BPG）提供的宝贵专业知识和指导管理。

- Michael Creek，有亲身经历者代表及变革行动组织战略项目负责人（2023年5月至今）
- Dr. Kateryna Metersky，注册护士，博士，多伦多都会大学达芙妮·科克韦尔护理学院助理教授
- Heather Thiessen，患者代表，卫生标准组织（2021年11月至2023年4月）

特别感谢专家小组慷慨地贡献出他们的时间、知识和见解，从而打造出一份严谨且可靠的循证资源，该资源将为全球数百万医疗服务提供者的教育与临床实践提供指导。本指南的顺利问世，离不开诸位的鼎力支持！

同时，我们向以下人士及团队致以诚挚谢意：注册护士Giulia Zucal（高级经理，指南开发与研究部门）、注册护士Deborah Flores（指南开发方法学负责人之一）、注册护士Gladys Hui（指南开发方法学负责人之一）、Verity Scott（指南开发项目协调员）、注册护士Nafsin Nizum（指南开发与研究部门的副主管）以及安大略省注册护士协会（RNAO）最佳实践指南开发与研究团队的其他成员，感谢他们为开发本最佳实践指南（BPG）所付出的辛勤且专业的努力。

最佳实践指南（BPG）的成功采纳需要教育工作者、临床医生、雇主、政策制定者、研究人员和资助者的共同努力。护理和卫生界始终秉持着对患者提供优质护理的坚定承诺和热情，为制定新版和后续版本的最佳实践指南（BPGs）贡献了专业知识，还投入了大量的志愿工作时间。雇主们对此反响热烈，纷纷成为最佳实践聚焦组织（BPSO）的成员，与加拿大国内外1500多家服务机构和学术机构一起，致力于实施安大略省注册护士协会（RNAO）的最佳实践指南。他们赞助的最佳实践倡导者现已超过15万名护士、其他卫生专业人员和亲历者代表——他们都渴望推进以人为本的循证护理。同时，最佳实践聚焦组织（BPSO）还在努力监测和评估实施最佳实践指南（BPG）对患者、组织和卫生系统的可持续性影响。

我们诚邀您将本最佳实践指南（BPG）分享给与您所在的更广泛卫生系统内的护理人员、其他团队成员、服务对象引导员和顾问。我们彼此之间有很多可以互相学习的地方。我们必须齐心协力，确保公众能够获得并享受最佳的健康和社会服务。

Doris Grinspun博士，注册护士，护理学学士，护理学硕士，哲学博士，法学博士（荣誉），荣誉博士，健康促进博士，社区健康促进博士，美国护理科学院院士，加拿大护理学院院士，安大略省勋章获得者。安大略省最佳实践指南项目主任兼创始人。

目录

背景	如何使用本文档.....	5
	关于术语与语言的说明.....	6
	目的和范围.....	9
	本指南的关键概念.....	11
	方法概述：良好实践声明与推荐意见.....	13
	推荐意见与良好实践声明摘要.....	15
	证据和推荐声明的解释.....	17
	最佳实践指南评估.....	21
	背景概述.....	27
指导原则.....	34	
推荐和良好实践声明	推荐意见与良好实践声明.....	39
	研究空白与未来展望.....	87
	实施策略.....	89
附录	附录 A：术语表.....	91
	附录 B：与本指南一致的RNAO指南和资源.....	99
	附录 C：教育声明.....	100
	附录 D：范围综述：与以人为本的护理相关的协作沟通方法与策略.....	105
	附录 E：医疗与社会服务提供者在照护协调中 支持以人为本的护理的组成部分和活动.....	118

目录

附录	附录 F: 沟通支持框架.....	120
	附录 G: TALK临床沟通复盘工具.....	121
	附录 H: 在组织层面实施创伤知情方法时 应考虑示例问题.....	122
	附录 I: 共同决策的“三谈”模型.....	125
	附录 J: 重症患者沟通指南.....	126
	附录 K: PAUSE早期护理目标沟通表.....	127
	附录 L: 对我而言什么最重要: 改善医疗保健工作手册 (适用于获取健康及社会服务的人).....	128
	附录 M: 决策指南模板.....	133
附录 N: 引领变革工具包说明.....	135	
致谢	RNAO最佳实践指南开发与研究团队.....	137
	RNAO最佳实践指南专家小组.....	139
	外部评审员.....	141
推荐	推荐.....	150
参考资料	参考文献.....	152
注释	注释.....	171

如何使用本文档

在本文档中，加粗和上标^G的术语可在[附录 A 术语表中查询](#)。

本**最佳实践指南^G**（BPG）是一份综合性文件，旨在为**循证实践**提供指导和资源^G。它并非一本手册或“操作指南”；而是一个指导最佳实践并增强**护士^G**、**跨专业团队^G**、教育工作者、**医疗服务组织^G**、学术机构、**接受照护的人^G**及其**指定家属^G**的决策能力的工具。本BPG应根据各医疗和社会服务机构、学术机构或其他实践环境的需求，以及所有年龄段人群、**照护者^G**、家庭或社区的偏好，进行审查和应用。本文件提供了循证**推荐^G**和**良好实践声明^G**，并描述了以下内容：a) 实践、教育和组织政策；b) 获益与危害；c) 价值观和偏好；d) 卫生公平性考虑。

领导和促进实践变革的护士、跨专业团队成员、教育工作者和管理人员将会发现，本文档对于制定政策、程序、协议和教育计划以支持服务提供具有无可估量的价值。直接参与照护的护士将从相关推荐意见和支持证据中受益，为自身及团队的临床实践提供指导。

如果您的组织或综合护理系统正在采用本最佳实践指南（BPG），安大略省注册护士协会（RNAO）推荐各组织成立变革小组，其职责至少应包含以下内容：

1. 开展差距/机会分析：根据本最佳实践指南（BPG）中的良好实践声明、建议和支持性证据讨论，评估您现有的政策、程序、协议和教育计划，并识别其中的优势、需求或不足。
2. 记录适用于您所在机构的建议和良好实践声明，这些推荐和声明可用于解决您组织内部现有的优先事项、需求或差距。
3. 通过应用社会运动行动框架（1，2）和/或知识到行动框架（3，4），制定实施建议和良好实践声明、维持最佳实践并评估**结果^G**的计划。

实施科学^G资源，包括“引领变革工具包”，均可在线获取（5）。有关“引领变革工具包”的详细介绍可在[附录 N](#)中找到。如需更多信息，请参阅第89页的**实施策略**。

所有安大略省注册护士协会（RNAO）编制的最佳实践指南（BPGs）均可从RNAO官方网站[RNAO website](#)上免费下载。如需检索特定指南（BPG），可以通过关键词搜索或按主题浏览。有关每项推荐的补充材料，如证据概况^G和检索策略，可以在BPG（最佳实践指南）网页的“方法学文件”标签下找到。

安大略省护士注册协会（RNAO）还整理了一份相关出版物的集合，展示了协会最佳实践指南（BPGs）的实际影响。这些出版物可从[Open library | RNAO.ca](#)免费下载。

我们期待听到您对本最佳实践指南（BPG）的反馈意见，以及您在实施过程中的具体做法。请在[RNAO.ca/contact](#)上与我们分享您的故事。

安大略省注册护士协会（RNAO）编制的最佳实践指南（BPGs）的二十年历程记录在以下资源中：Grinspin D, Bajnok I, 编辑。《通过知识转变护理：指南开发、实施科学和评估的最佳实践》。多伦多（ON）：安大略省注册护士协会（RNAO）；2018. 可免费获取于：[RNAO.ca/bpg/transforming-nursing-through-knowledge](#)。

关于术语与语言的说明

用于描述以人为本的护理的术语在不同医疗学科、部门和组织之间可能存在显著差异。语言差异可能会导致对**以人为本的护理**⁹核心原则的理解出现混淆或错误（6）。尽管以人为本的护理的核心原则具有一致性（例如，尊重尊严与自主权、将疾病与健康观点融入医疗和社会服务、促进护理过程中的参与度），但对于以人为本的护理是什么的定义不一致（7），缺乏统一的构建。例如，Najafizada等学者（2023）发现各机构使用15种不同定义来指代以人为本的护理，还有超过12种不同的表述来代替“以人为本”这一概念（例如，用“个人”、“客户”、“家庭”、“社区”替代“患者”，用“参与”、“介入”、“反馈”和“体验”替代“中心”），并且实施了19种不同程度的“以患者为中心”的干预措施。这种在定义、术语和实施干预措施上的多样性，使得以人为本的护理方法的操作与评估变得困难（7,8），并可能导致对以人为本的护理基础原则的误解，从而导致服务提供方面的潜在差距。**表1**概述了不同组织采用的部分定义。

表 1：与以人为本的护理相关的术语及其定义

关于以人为本的护理的各类术语及其定义	
以患者为中心的护理	<p>尊重并响应患者个人偏好、需求和价值观的护理（9）。</p> <p>以患者为中心的护理被认为与生物医学模式相一致，其目标是实现正常的生活状态（10）。</p>
以个人为中心的护理	<p>这种护理方法和实践将个人视为具有多重需求和目标的整体，这些需求源于其自身的个人健康社会决定因素（11）。</p> <p>以个人为中心的护理旨在帮助个体过上有意义的生活。这一术语的提出旨在减少对病人角色的关注，而更多聚焦于患有疾病或存在功能障碍的独特个体（10）</p>

关于以人为本的护理的各类术语及其定义

<p>以人为本的护理</p>	<p>“一种以个体、家庭和社区的视角为出发点的护理方法，其理念是将他们视为可信任的医疗体系的参与者和受益者，该体系以人性化、整体化的方式响应他们的需求和偏好”（12）。</p> <p>以人为本的护理不仅关注求助者的健康需求和期望，还关注其家庭、社区和社会层面的需求和期望（11）。在此模式中，所有参与护理的人员（例如，服务对象本人、医生、护士、家属、社工、精神护理从业者等）共同协作提供护理与服务（13）。</p>
<p>患者作为合作伙伴的模式</p>	<p>在此方法中，患者被视为医疗团队的一员；他们如同其他医疗提供者一样，带来自身的生活经验和专业知识（14）。患者作为合作伙伴的模式强调诸如合作与协作等基本原则（14）。</p>
<p>人与家庭参与</p>	<p>实现高质量的以人为本的护理需要有目的的、高质量的参与。参与意味着让人们融入到决策过程中，使他们成为各项活动（如规划、评估、研究、培训、招聘等）的积极参与者。在与人们进行合作交流时，他们的独特专长会得到重视和支持（15）。参与可以是一个连续的过程，从咨询和介入到合作和共同领导（16）。</p>

讨论

“以患者为中心”这一术语具有多重内涵。值得注意的是，“患者”一词在某些情况下可被视为对患病人群的一种家长式称呼，因其暗示患者是被动接受医疗照护的对象（7）。在加拿大，特别是从原住民的视角出发，使用“患者”一词常与种族中心主义观点和殖民主义观点紧密相关。在这种情况下，与医疗和社会服务提供者以及医疗和社会服务机构之间存在的权力失衡会导致患者遭受污名化、种族歧视和制度性歧视等不良经历（17,18）。同样，“以客户为中心的护理”这一术语也存在问题，因为“客户”一词被视为购买者与销售者之间的交易性业务关系，因此暗示医疗保健服务是商品，医疗保健是一个商业行业（7）。相反，“个人”被视为一个中立的术语，或许能够“抵消关于医疗保健以患者为中心的历史性论述”（7），为重新审视医患关系提供新视角。由于人们意识到这三个术语所关注的都是个体自身，而非个体所在的更大范围的社区，因此便引入了如“以家庭为中心”、“以社区为中心”以及“以人为本”等替代性术语（7）。

对家庭和社区的尊重性接纳，以及对寻求照护者本身的接纳，促使我们不再使用“以个人为中心的护理”这一术语，转而采用更具包容性的“以人为本的护理”这一表述。以人为本的护理关注寻求照护者及其家庭、社区和社会的健康需求与期望（11）。这种护理方式旨在以尊严和尊重对待人，并让他们参与到与自身健康和护理相关的决策过程中（11）。在此模式下，寻求照护者与护理提供者之间建立有效的合作关系至关重要（19）。所有参与照护的人员（例如，服务对象本人、家属、医生、护士、社工、精神护理从业者、职业治疗师、物理治疗师等）共同为护理服务提供支持（13）。



注意

术语将随着时间不断演变。需要强调的是，无论采用何种术语，以人为本的护理理念始终是所有医疗和社会护理互动的核心要素。

目的和范围

目的

安大略省注册护士协会（RNAO）编制的最佳实践指南（BPGs）是系统制定的循证文件，包括对特定临床、健康工作环境和卫生系统主题的建议。它们面向护士、直接照护岗位上的跨专业团队成员、教育工作者、行政人员、管理人员、政策制定者以及医疗服务和学术组织的研究人员。我们鼓励有**亲身经历的人士**^G及其照护者熟悉本最佳实践指南（BPG），以支持他们参与到与自身护理相关的循证决策中。最佳实践指南（BPGs）促进临床护理、行政政策、程序以及教育的一致性与卓越性，旨在实现个人、社区和乃至整个卫生系统的最佳健康结果。RNAO致力于满足国际临床实践指南的报告标准，包括《研究与评估指南（AGREE II）工具》^I和《医疗保健实践指南报告条目》（RIGHT）声明中概述的标准（2021）。

本最佳实践指南（BPG）取代了安大略省注册护士协会（RNAO）编制的2015版的最佳实践指南（BPG）《*以个人和家庭为中心的护理*》（22），并结合了另外两个最佳实践指南（BPGs），分别是《*建立治疗关系*》（2016）（23）和《*通过预期和意外生活事件加强和支持家庭*》（2006）（24）。由于每个BPG中的临床概念存在重叠，因此将三个最佳实践指南（BPG）合并。此外，RNAO的**最佳实践聚焦组织（BPSO®）**^G提供的反馈意见表明，合并这三个版本将简化本最佳实践指南（BPG）的实施和评估流程。

本最佳实践指南（BPG）中，“人”和“以人为本的护理”这两个术语贯穿始终，取代了“个人”、“患者”和“以个人为中心的护理”等表述。在本最佳实践指南（BPG）中，“人”涵盖个人、照护者、家庭及社区。当需要指代“人”的单数形式时，本指南使用“个人”一词，但需注意此处“个人”包含其指定家属、照护者及社区。

本指南的目的是推广基于证据的、符合文化背景且公平的以人为本的护理实践，并帮助**医疗和社会服务提供者**^G掌握必要的知识、技能和判断力，以更好地开展以人为本的护理。相关建议和良好实践声明将帮助医疗和社会服务提供者了解并学习服务对象的需求，与服务对象建立真诚关系，并共同制定**护理计划**^G。这些建议还将更好地契合并支持不断发展的卫生和社会护理环境，从而深化以人为本护理理念的实践。

本最佳实践指南（BPG）旨在根据**五重目标**^G（25, 26）和联合国**可持续发展目标**^G（27）来优化生命全周期健康状况，并改善医疗体系内所有参与者的体验与结果。五重目标概述了医疗保健的五个目标：改善人群健康状况，提升患者就医体验，降低医疗成本，保障医疗和社会服务提供者的福祉，以及促进健康公平（25, 26）。联合国可持续发展目标列出17项全球性目标，旨在到2030年消除贫困、保护地球并实现全民繁荣（25）。

2022年12月至2023年4月期间，安大略省注册护士协会（RNAO）召集专家小组确定本最佳实践指南（BPG）第三版的目的与范围，并制定指导**系统综述**^G的**推荐问题**^G。该跨专业安大略省注册护士协会（RNAO）专家小组成员涵盖了具有亲身经历的人士，以及在各类医疗和社会服务机构及学术机构中，拥有管理、临床护理、教育、研究和政策等所有实践领域知识与经验的专家。他们分享了关于支持和服务于人（包括照护者、家庭及社区）的见解，涵盖整个生命周期及整个护理过程，包括（但不限于）初级保健、居家及社区护理、急症护理、康复治疗、复杂持续护理以及长期护理（LTC）。

安大略省注册护士协会（RNAO）最佳实践指南开发与研究团队及安大略省注册护士协会（RNAO）专家小组已完成全面审查与分析，以确定本最佳实践指南（BPG）的适用范围及优先级问题（更多信息请参阅BPG（最佳实践指南）网页“方法学文件”标签下的补充材料）。

范围

为了确定本最佳实践指南（BPG）的范围，安大略省注册护士协会（RNAO）最佳实践指南开发和研究团队采取了以下步骤：

- 审查了之前的安大略省注册护士协会（RNAO）编制的最佳实践指南（BPGs）《以个人和家庭为中心的护理》（2015）（22）、《建立治疗关系》（2006）（23）和《通过预期和意外生活事件加强和支持家庭》（2006）（24）；
- 对现有相关指南和标准进行了环境扫描；
- 对相关文献进行了回顾，以确定有关以人为本的护理干预措施的现有证据；
- 对37名关键信息提供者进行访谈，这些人员包括医疗和社会服务提供者、研究人员、患者倡导者以及在以人为本的护理方面有亲身经历的人员；
- 举办了五场讨论会，共计29人参与，包括医疗和社会服务提供者、研究人员、患者倡导者以及亲身经历者；以及
- 与专家小组进行了商讨。

本最佳实践指南（BPG）为以下对象提供循证建议：

- 所有实践领域（包括临床照护、行政管理、护理教育、政策制定及科研工作）的护士和跨专业团队成员；
- 所有卫生部门及场所，涵盖各类卫生系统（例如，公共卫生、初级保健、家庭和社区护理、急性护理、长期护理、临终关怀）及社会服务场所
- 各个年龄段的人群、照护者、家庭及社区

从交叉性视角^G出发，综合考虑了应享有公平待遇的人群^G，并纳入了真相与和解（28）原则以及对个人和社会健康决定因素的尊重。

本指南中的关键概念

人：取代医疗和社会服务机构中使用的“个人”、“患者”、“客户”、“住户”、“用户”、“消费者”等术语。该术语涵盖照护者、核心护理伙伴、家庭及社区成员。特指与卫生和/或社会服务提供者建立治疗关系、以健康合作为目的的个人或群体。

照护者：指为被照护者提供其认为重要的身体、心理及情感支持的人员。这种照护可包括决策支持、日常生活活动方面的支持、护理协调和护理连续性。照护者可包括指定家属、亲密朋友或其他人员，由本人或其替代决策者来确定（29）。“核心护理伙伴”（29）或“护理伙伴”也是实践中常用的术语。

指定家属：“这一术语是指与获取医疗和社会服务者存在亲缘关系（生物学、情感或法律层面）和/或紧密联系（友谊、承诺、共同居住与育儿责任、情感依恋）的人。一个人所指定的家属包括在该人生活中被认为具有重要意义的人（例如，父母、照护者、朋友、替代决策者、团体、社区和人群）。接受护理的人会根据[其]自身能力来确定这些人员在其护理过程中的重要性和参与程度”（22,75）。

医疗和社会服务提供者：指受监管的医疗和社会服务提供者（例如，护士、医生、药剂师、社会工作者、职业治疗师、物理治疗师和护理人员）以及不受监管的医疗和社会服务提供者（例如，个人支持工作者），他们共同构成跨专业团队。

受监管的医疗和社会服务提供者：在安大略省，1991年的《受监管卫生专业人员法案》（RHPA）为监管26个卫生职业提供了框架，明确了每位受监管专业人员在提供医疗保健和服务时所被授权执行的范围和特定的受控或授权行为（30）。1998年的《社会工作和社会服务工作者法》为监管社会工作者和社会服务工作者提供了框架（31）。

不受监管的医疗和社会服务提供者：不受监管的医疗和社会服务提供者在不受RHPA约束的领域承担多种职责。他们对雇主负责，但无需对外部监管专业机构（如安大略省护士协会）负责。不受监管的医疗和社会服务提供者按照其雇主和工作环境所规定的标准履行职责并完成工作任务。

不受监管的医疗和社会服务提供者仅在符合RHPA规定的豁免情况下，才有权实施该法案所规定的受控行为（32）。

跨专业团队：由多个医疗和社会服务提供者（受监管和非受监管人员）组成的协作团队，旨在为处于不同医疗环境中的人提供全面且优质的医疗和社会服务（33）。团队成员各具专业视角，通过共同决策（34）与寻求医疗和社会服务的个人合作、协调和协作，朝着共同目标努力。跨专业团队的核心成员可能包括：护士、全科医生、医师、营养师、药剂师、社工、职业治疗师、物理治疗师、精神护理从业者和其它相关医疗专业人员。需特别强调的是，服务对象以及其指定家属和/或照护者作为跨专业团队的核心成员并积极参与其中。

共享决策^G: 医疗和社会服务提供者与接受卫生和社会护理的人共同参与决策的过程 (35)。这涉及基于证据以及人的个体偏好、信念和价值观选择检查和治疗 (35)。

治疗关系^G: 医疗和社会服务提供者和寻求卫生系统护理和治疗的人之间建立的一种具有明确目的性与目标导向性的专业关系, 这种关系建立在人际交往过程中, 旨在促进个人的最佳利益和结果 (23,36)。



方法概述：良好实践声明与推荐意见

良好实践声明与推荐意见

本最佳实践指南（BPG）包括良好实践声明与分级推荐。安大略省注册护士协会（RNAO）编制的最佳实践指南（BPGs）是使用**推荐分级的评估、制定与评价（GRADE）⁶**方法制定的。如需了解指南制定流程的更多相关信息，包括GRADE方法和证据概况的使用，请参阅BPG（最佳实践指南）网页上“方法学文件”标签下的补充材料。

良好实践声明

良好实践声明是指在实践中应采取的可操作声明（37）。这些声明的益处显而易见，因此对此类声明再进行佐证会极大浪费专家小组的时间和资源（37）。此外，研究人员可能不再对该主题进行研究，或该行动的替代方案可能不符合伦理，或者相关研究可能违反人权（37, 38）。鉴于已经可以高度确定良好实践声明带来的益处远大于其危害，这些声明不基于对证据的系统性审查，也不会对其证据的确定性或强度进行评级（即有条件性或强烈推荐，下文将进一步讨论）（39）。虽然良好实践声明可能得到**间接证据⁶**的支持，但有一个充分记录的、清晰而明确的理由将间接证据与声明联系起来（37）。这并不会削弱证据的可靠性。因此，良好实践声明应被解释为强烈推荐，因为有一个基本假设，即实施该行动的好处具有高度的确定性（37）。值得注意的是，良好实践声明的提出并非由于证据的缺乏，也不是基于专家意见。

分级推荐

分级推荐也是可操作的声明；然而，这些推荐声明是基于通过系统综述过程发现的一系列证据的直接或间接联系而形成的（38）。

通过考虑证据的确定性、受推荐影响者的价值观和偏好，以及健康公平（见第17页的**证据和推荐声明解释**），可将推荐分为强推荐的或有条件推荐。专家小组通过安大略省注册护士协会（RNAO）的最佳实践指南（BPG）团队促进的非正式共识过程，利用**证据到决策（EtD）⁶框架**制定推荐。由于这些推荐明确与证据体相关联，因此通常能达成一致意见（40）。如果无法达成一致意见，则使用正式投票方法来确定推荐的行动和强度（40,41）。

尽管良好实践声明和推荐的制定方式不同，但两者都为应（或不应）执行的行动/干预提供全面指导（38）。因此，良好实践声明和推荐都应遵循相同的实施过程（参见第89页的**实施策略**）。

推荐问题

推荐问题^G是由专家小组确定的优先实践领域，需要对证据进行系统审查才能回答。这些推荐问题为**PICO研究问题^G**（人群、干预、比较、结果）提供了信息，这些问题为系统综述提供指导，并最终为推荐提供了信息。专家小组对每个推荐问题的潜在结果进行头脑风暴和优先级排序，并根据**GRADE**方法对每个问题进行单独的系统综述（42）。

以下是安大略省注册护士协会（RNAO）专家小组制定的优先推荐问题及核心结果，这些内容为本BPG中所提出的推荐提供了依据。核心结果根据专家小组评定的重要性顺序排列。

■ **推荐问题#1：**是否应推荐医疗服务提供者和人使用**决策辅助工具^G**（以支持关于治疗和护理的共享决策[SDM]）？

■ **结果：**

- ⑤ 人对其护理的参与度（参与决策和选择）
- ⑤ 提供者/人的结果：提供者对护理（或决策辅助工具）的满意度，人的认知程度（关于益处/危害），以及人选择能反映出对其最重要的内容的治疗/筛查方案。
- ⑤ 提供者护理行为（建立一种尊重个人偏好、文化等的治疗性关系）
- ⑤ 组织或系统层面的结果（对整体护理的满意度、住院时长、再入院率、决策辅助工具的使用率及其可持续性）
- ⑤ 危害（对人/照护者的负担，对提供者的负担）
- ⑤ 临床结果

■ **推荐问题#2：**是否应推荐采用减少噪音和光线感官刺激的策略（用于促进以人为本的护理）？

■ **结果：**

- ⑤ 人、家庭或照护者对减少感官刺激策略的满意度
- ⑤ 提供者满意度
- ⑤ 提供者的知识水平
- ⑤ 生理指标
- ⑤ 整体护理满意度
- ⑤ 住院时长
- ⑤ 再入院率
- ⑤ 采用和可持续性（减少感官刺激策略）
- ⑤ 提供者负担

注：这些优先推荐问题是安大略省注册护士协会（RNAO）专家小组为指导系统综述而开发的更全面的PICO研究问题的精简版。有关PICO研究问题以及安大略省注册护士协会（RNAO）专家小组如何确定优先推荐问题和结果的详细过程，请参阅BPG（最佳实践指南）网页“方法学文件”标签下的补充材料。

安大略省注册护士协会（RNAO）专家小组未提出针对课程所需的核心教育和培训策略的推荐问题——也未涉及护士及跨专业团队的持续教育和专业发展的相关内容——以支持个人、照护者、家庭或社区在整个生命周期中的需求。

教育工作者、管理人员、行政人员以及学术和专业机构可参阅**附录C**中的**教育声明^G**来支持本最佳实践指南（BPG）的实施。

推荐意见和良好实践声明摘要

本最佳实践指南（BPG）取代并整合了安大略省注册护士协会（RNAO）编制的最佳实践指南（BPGs）《以个人和家庭为中心的护理》（2015）（22）、《建立治疗关系》（2006）（23）和《通过预期和意外生活事件加强和支持家庭》（2006）（24）。

关于本最佳实践指南（BPG）中的推荐与既往版本的推荐比较摘要，可在BPG（最佳实践指南）网页的“方法论文件”标签下查看。

推荐和良好实践声明	推荐强度
治疗关系	
良好实践声明 1.0: 医疗和社会服务提供者应建立并维持一种基于创伤知情护理和文化安全实践的治疗关系，确保尊重、信任与协作，是一种良好的实践。	不适用*
共同决策	
良好实践声明 2.0: 医疗和社会服务提供者应与服务对象共同参与决策，协助其在充分知情的情况下，就治疗方案、护理安排及服务内容作出明智决定，是一种良好的实践。	不适用*
良好实践声明 3.0: 医疗和社会服务提供者应定期评估人进行预先护理规划的准备情况，并在其做好准备时协助推进这一过程，是一种良好的实践。	不适用*
推荐意见 1.0: 专家小组推荐为人提供决策辅助工具，以提高其在健康筛查和医疗治疗方案做出知情决策的参与度。	强推荐
护理计划	
良好实践声明 4.0: 医疗和社会服务提供者应与服务对象共同制定护理计划，该计划应充分体现服务对象的价值观、信仰、目标、需求、态度及偏好，是一种良好的实践。	不适用*

医疗环境：减少感官刺激策略	
<p>推荐意见 2.0:</p> <p>专家小组建议，应根据服务对象的个人需求与偏好，为其提供眼罩和/或耳塞，将其作为减少感官刺激的策略。</p>	有条件
虚拟护理	
<p>良好实践声明 5.0:</p> <p>当虚拟护理可作为面对面护理的替代方案时，医疗和社会服务提供者应根据人的护理需求和偏好来确定其适用性和实施方式，并随需求变化进行调整，是一种良好的实践。</p>	不适用*

*良好实践声明是已确立的、稳健的实践方法。它们不具备特定强度等级。更多信息请参阅**方法论概述：良好实践声明和推荐**。

证据和推荐声明的解释

GRADE为评估证据的确定性并确定推荐的强度提供了一个透明的框架和系统的方法（43）。

证据的确定性

定量研究^G中证据的确定性（即我们对效应估计的真实性的信心水平）是使用GRADE方法来进行确定的（43）。评估定量研究结果以及研究设计的确定性的标准共有五项：偏倚风险、不一致性、间接性、不精确性和发表偏倚。在综合评估每个优先结果的证据后，将对证据的总体确定性进行评估。总体确定性通过评估每个推荐的所有优先结果的证据确定性来确定。GRADE将证据的总体确定性分为高、中、低或极低（关于这些类别的定义见表2）。

表 2：证据的确定性

证据确定性	定义
高	我们非常确信真实效应与效应估计值非常接近。
中度	我们对效果估计值有中等程度的信心：真实效应有可能接近效应估计值，但也有可能存在实质性差异。
低	我们对效应估计值的信心有限：真实效应可能与效应估计值存在实质性差异。
极低	效应估计值的可信度非常低：真实效应很可能与效应估计值存在实质性差异。

来源：经许可转载自：Schünemann H, Brozek J, Guyatt G等，编辑。《采用GRADE方法评估证据质量与推荐强度的手册》[网络文献]。[出版地不详：出版者不详]；2013年10月 [引用于2018年8月31日]。表5.1，证据质量等级。来源：<https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.9rdbel-snu4iy>

注：对应证据的确定性可以在每条推荐声明的下方找到。有关确定证据确定性的过程以及安大略省注册护士协会（RNAO）指南开发方法学家所做出的书面决策的更多信息，请参阅BPG（最佳实践指南）网页“方法学文件”标签下的补充材料。

推荐强度

通过考虑 *证据的确定性* 和以下关键标准（参见 *证据讨论* 中的定义），将推荐划分为“*强推荐*”或“*有条件推荐*”：

- 获益与危害的平衡
- 价值观和偏好
- 健康公平性

根据 Schünemann 等人的观点，“强推荐意味着专家小组确信一项干预措施所带来的益处大于其危害（支持干预的强推荐）或确信一项干预措施的危害大于其益处（反对干预的强推荐）”（43）。相比之下：“有条件推荐反映了专家小组对干预措施的益处可能大于其危害（支持干预的有条件推荐）或危害可能大于益处（反对干预的有条件推荐）的信心，但存在一些不确定性”（43）。表3概述了强推荐和有条件推荐的含义。

当证据的总体确定性较高或中时，专家小组成员可以对所关注的干预措施的效果充满信心，并支持强推荐。此外，专家小组成员需要确保利大于弊，并对人们的价值观和偏好有合理的信心和有限的变异性（44）。然而，当证据的总体确定性较低或非常低时，对干预措施的影响存在不确定性，专家小组成员应预期提出有条件推荐（44）。

表 3: 强推荐与有条件推荐的意义

强推荐与有条件推荐的意义		
人群	强推荐	有条件推荐
面向医疗和社会服务提供者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 推荐方案的获益大于其危害。因此，大多数人应接受该推荐方案。 ■ 该场景下，人的价值观与偏好差异较小。 ■ 需考虑个人的具体情况、偏好与价值观。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 推荐方案的获益可能大于其危害。因此，大多数人可接受该推荐方案。 ■ 该场景下，人的价值观与偏好差异较大，或对典型的价值观与偏好尚不确定。 ■ 需比通常情况下更审慎地考虑个体的情况、偏好与价值观。
面向接受照顾的人群	<ul style="list-style-type: none"> ■ 绝大多数人会希望选择该推荐方案，仅有少数人不愿选择。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 多数处于此情境者会希望选择所建议的方案，但亦有相当一部分人不愿选择。
面向政策制定者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 该推荐在大多数情况下可直接转化为政策。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 政策制定需经过深入研讨，并让众多受政策变更影响的各方参与其中。不同地区制定的政策也可能存在差异。
面向研究者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 该建议很可能基于高度确定性证据或其他令人信服判断，使得进一步研究不太可能改变该建议。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 该建议很可能因后续研究而得到强化。对决定有条件推荐的相关条件与标准进行评估，将有助于识别可能的研究空白。

来源：经许可改编自:Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, (编者)。《GRADE 证据质量与推荐强度分级手册》[网络文献]，[出版地不详: 出版者不详]；2013年10月[引用于2020年5月11日]。表6.1 强推荐与弱推荐对不同指南使用者的含义。获取链接：<https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.33qgws879zw>

注： 每项推荐声明的推荐强度均在其下方及《推荐意见与良好实践声明汇总》中详细说明。有关专家小组确定每条推荐强度的具体流程，请参阅BPG（最佳实践指南）网页“方法学文件”标签下的补充材料。

证据讨论

每条推荐后的证据讨论包含以下主要部分。

1. **获益与危害：** 识别文献中报告的在采用该推荐实践时可能出现的理想结果（益处）和不良结果（危害）。本节内容仅包含来自系统综述的研究证据。
2. **价值观与偏好：** 指从以人为本的视角出发，说明人们对遵循特定临床行为所产生的健康结果所赋予的相对重要性或价值。本节内容可包含来自系统综述的研究证据，且在适用情况下，纳入 RNAO 专家小组的观察结果和/或考量。
3. **健康公平性：** 所推荐实践对不同人群、不同场景下健康状况的潜在影响，和 / 或在特定场景中实施该推荐实践的障碍。本节内容可包含系统综述中的研究证据，且在适用情况下，纳入 RNAO 专家小组的观察结果和 / 或考量。
4. **专家小组推荐依据：** 阐明专家小组将某项推荐评定为“强推荐”或“有条件推荐”的核心依据。
5. **实施要点：** 强调为护士及跨专业团队成员提供的实用信息，以支持该推荐在实践中的实施，本节内容可包含系统综述和 / 或其他来源（如：RNAO 专家小组的意见）的支持性证据。
6. **支持性资源：** 列举支持该推荐的相关资源（如：网站、书籍及机构）。本节所列内容均基于五项标准进行评估：相关性、可信度、质量、可及性及出版时效性（近十年内出版）。该流程及五项标准的详细说明详见BPG（最佳实践指南）网页“方法学文件”标签下的补充材料。本清单并非详尽无遗，资源列入清单不代表RNAO对其认可。部分推荐可能暂无已明确的支持性资源。

最佳实践指南评估

在实施本《最佳实践指南》中的各项推荐时，请注意考量如何监测与评估其实施效果。

多纳贝迪安模型（Donabedian model）为制定健康与社会护理质量评估指标提供了理论依据，该模型包含三个维度：结构、过程与结果（45）。

结构描述的是卫生系统或医疗和社会服务机构为保障优质护理所需具备的属性，包括物质资源、人力资源、信息资源及财务资源。

过程考察的是在提供高质量照护过程中，为个人或群体提供、开展或联合实施的健康与社会护理活动。

结果分析的是高质量照护对个人和群体的健康状况、卫生人力、医疗和社会服务机构或健康系统所产生的影响（45）

如需详细信息，请参阅《引领变革工具包》（Leading Change Toolkit）中“**监测知识应用与评估结果**”章节（5）

为支持医疗和社会服务机构及学术机构的评估与质量改进，已制定以下指标体系。请参考**表4**和**表5**，其中列出了过程指标与结局指标，以及对应的操作定义、分子与分母。鉴于目前缺乏针对医疗和社会服务提供者教育的良好实践声明和推荐，本指南未包含相关结构指标。每张表格亦指明了指标是否与地方、省级、国家和/或国际组织的其他指标相一致。指标一致性的判断是通过将以下标准与所制定指标进行比对来确定：操作定义、指标是否为护理敏感性、纳入/排除标准。根据一致性程度，指标可被描述为与外部组织完全一致、部分一致或不一致。指标可直接采用（当保持当前状态）或从其他组织调整（经修改后）而来。

下列指标将有助于推动质量改进与评估工作。请根据本最佳实践指南(BPG)中优先实施的推荐和良好实践声明，选择与实践、教育和/或政策变革最相关的指标。

表4列出了支持评估实施过程中实践变革及相应过程改进的过程指标。这些过程指标源自本最佳实践指南(BPG)推荐和良好实践声明。

表4：过程指标

推荐或良好实践声明	过程指标	与其他组织指标的一致性
<p>良好实践声明 2.0</p>	<p>参与治疗、护理及服务共享决策的人员比例</p> <p><i>分子：参与治疗、护理及服务共享决策的人数</i></p> <p><i>分母：接受护理的总人数或调查受访者总数</i></p>	<p>与质量监测合作伙伴（PQM）、安大略省卫生部完全一致</p> <p>与加拿大认证协会与经济合作与发展组织（OECD）部分一致</p>
<p>良好实践声明 3.0</p>	<p>接受预立医疗照护计划准备度评估的人员比例</p> <p><i>分子：接受了预立医疗照护计划准备度评估的人数</i></p> <p><i>分母：接受护理的总人数</i></p>	<p>新指标</p>
<p>良好实践声明 3.0</p>	<p>具备预立医疗照护计划准备度并参与该计划的人员比例</p> <p><i>分子：具备预立医疗照护计划准备度并参与该计划的人数</i></p> <p><i>分母：经评估已具备预立医疗照护计划准备度的人员总数</i></p>	<p>与质量监测合作伙伴（PQM）完全一致</p> <p>与临床评估科学研究所(ICES)部分一致</p>
<p>良好实践声明 4.0</p>	<p>报告其个性化护理计划是与医疗提供者共同制定的人员比例</p> <p><i>分子：报告其个性化护理计划是与医疗提供者共同制定的人数</i></p> <p><i>分母：接受护理的总人数或调查受访者总人数</i></p>	<p>改编自护理质量指标报告与评估系统® (NQuIRE®)</p> <p>与经济合作与发展组织（OECD）完全一致</p> <p>与质量监测合作伙伴（PQM）部分一致</p>

推荐或良好实践声明	过程指标	与其他组织指标的一致性
<p>推荐1.0</p>	<p>被提供决策辅助工具以增强知情参与健康筛查和/或医疗治疗方案决策的人员比例</p> <p><i>分子：被提供了决策辅助工具的人数</i></p> <p><i>分母：接受存在决策辅助工具的医疗服务的总人数</i></p>	<p>新指标</p>
<p>推荐2.0</p>	<p>根据个人需求和偏好，提供眼罩和/或耳塞作为感官减敏策略的人员比例</p> <p><i>分子：获得眼罩和/或耳塞作为感官减敏策略的人数</i></p> <p><i>分母：根据个体需求与偏好，被提供眼罩和/或耳塞作为感官减敏策略的总人数</i></p>	<p>新指标</p>
<p>良好实践声明 5.0</p>	<p>接受虚拟护理需求与偏好评估的人员比例（该评估用于确定医疗服务的适宜性及提供模式）</p> <p><i>分子：接受虚拟护理需求与偏好评估的人数（该评估用于确定医疗服务的适宜性及提供模式）</i></p> <p><i>分母：接受虚拟护理评估的总人数</i></p>	<p>与加拿大卫生信息研究所（CIHI）部分一致</p>

推荐或良好实践声明	过程指标	与其他组织指标的一致性
良好实践声明 5.0	根据需求和偏好评估接受虚拟护理的人员比例 <i>分子：根据需求和偏好评估接受虚拟护理的人数</i> <i>分母：接受虚拟护理评估的总人数</i>	与安大略省孕产与儿童登记网络 (BORN)部分一致

表5 提供用于评估实施循证实践变革所产生影响的结局指标。结局指标与研究问题的结局相关，和/或反应所有推荐及良好实践声明所反映的结局。

表5：结局指标

结局指标	与其他组织指标的一致性
报告护理总体体验良好的人员比例 <i>分子：报告护理体验良好的人数</i> <i>分母：接受护理的总人数或调查受访者总人数</i>	与加拿大卫生信息研究所 (CIHI)、安大略省卫生部、质量监测合作伙伴 (PQM) 完全一致 与临床评估科学研究所 (ICES)、加拿大统计局部分一致
报告在参与护理与治疗计划过程中体验良好的人员比例 <i>分子：报告在参与护理与治疗计划过程中体验良好的人数</i> <i>分母：接受护理的总人数或调查受访者总人数</i>	改编自护理质量指标报告与平估系统® (NQuIRE®) 与临床评估科学研究所 (ICES)、安大略省卫生部完全一致 与经济合作与发展组织 (OECD) 部分一致

结局指标	与其他组织指标的一致性
<p>每 1000 个护理日 / 护理人次中，接受护理者的投诉发生率</p> <p>分子： 收到的接受护理者的投诉数量</p> <p>分母： 护理日总数 / 护理人次总数</p>	<p>改编自护理质量指标报告与评估系统® (NQuIRE®)</p> <p>与安大略省卫生部完全一致</p>
<p>报告虚拟护理总体体验良好的人员比例</p> <p>分子： 报告虚拟护理体验良好的人数</p> <p>分母： 接受虚拟护理的总人数或调查受访者总人数</p>	<p>与加拿大卫生信息研究所 (CIHI)、加拿大健康信息高速公路 (Infoway) 及加拿大统计局部分一致</p>
<p>报告其背景与身份得到服务提供者尊重的人员比例</p> <p>分子： 报告其背景与身份得到服务提供者尊重的人数</p> <p>分母： 接受护理的总人数或调查受访者总人数</p>	<p>与安大略省卫生部完全一致</p>

RNAO用于评估与监测最佳实践指南（BPG）的其他资源：

[护理质量指标报告与评估系统® \(NQuIRE®\)](#)，该系统是RNAO托管的一个独特的国际数据系统，使BPSO®机构能够监测和评估最佳实践指南（BPG）的实施成效。该系统收集、对比并报告人力资源结构指标，以及指南特异性、护理敏感性的结构指标、过程指标和结局指标。NQuIRE 指标定义尽可能与现有行政数据和指标保持一致，遵循“一次收集，多次使用”原则。通过与其他成熟及新兴的数据存储库互补，NQuIRE 致力于运用可靠有效的测量方法，最大限度地减轻报告负担，并统一评估指标以支持对比分析。该数据系统于2012年8月启动，旨在创建和维持循证实践文化，优化患者安全，改善健康结局，助力工作人员能够识别实践与结局之间的关系，从而提升护理质量，并倡导资源配置与政策支持以推动最佳实践变革(46)。

[RNAO 临床路径™ \(RNAO Clinical Pathways™\)](#) 是通过第三方软件嵌入电子病历的数字化推荐意见与良好实践声明。目前，该临床路径已覆盖加拿大所有的长期护理机构。其能够将结构指标、过程指标与特定结局指标相关联，有助于评估最佳实践指南（BPG）实施对特定健康结局的影响。

背景概述

什么是“以人为本的护理”？

历史上，生物医学治疗模式是医疗保健服务的主要模式，该模式将疾病解释为生理或生物学层面的病症，将健康视为无疾病状态（47）。这种生物医学模式伴随着家长式权威（赋予医疗和社会服务提供者），接受护理者则处于被动角色（48）。这种模式在医疗和社会服务提供者（被视作父权制下的专家）与接受服务者之间形成了权力差异。采用这种方法的互动往往是交易性的：服务提供者仅关注疾病的生理症状，而忽视了体验疾病的人，以及影响其获取必要护理的环境、文化和社会因素（47,49）。疾病既是状态也是全人的体验，仅治疗生理症状可能无法解决根本问题（47）。生物医学模式将接受服务者物化，在健康状况未改善时常归咎于个人，而非从一开始就让其参与健康决策和潜在早期干预（47）。随着全球健康格局的变化和对人们需求、价值观及偏好的重视，需要采用更全面的疾病护理和管理模式。

过去二十年来，医疗和社会护理领域逐渐形成强调服务提供者与服务使用者之间关系的新模式（50）。这一工作推动了“以人为核心护理”概念的形成和广泛接受，即医疗和社会服务提供者旨在与服务对象达成共同理解，从而更全面地回应其特定需求、偏好和价值观（14）。采用“以人为本的护理”这一术语，是为了将关注点从寻求护理的个体转向更整体的方法，体现家庭、社区和社会对健康的重要影响（11）。详见《语言和术语说明》（*Note on Language and Terminology*）。

为何“以人为本的护理”至关重要？

当人们在生命历程中需要医疗和社会服务时，他们寻求的是安全且积极的体验。当全生命周期的人群需要医疗和社会服务时，他们寻求的是安全且积极的体验。世界卫生组织（WHO）将高质量医疗服务定义为安全、有效、以人为本、及时、高效、公平和整合的（11）。以人为核心护理已被国际认可为关键属性，是高质量医疗服务的基础（9,12,51,52）。其重要性体现在：研究表明当个体的护理计划符合其需求、愿望、价值观和偏好时，提供的护理更有效，能为人、机构和服务提供者带来优质结果（50,53,54）。当人们感到被尊重和真正被倾听时，更可能参与护理、遵循护理计划、做出知情决策，并报告对护理的满意度提升（50）。此外，具有积极医疗系统体验的人更能积极参与自身护理历程。这也是为何人们在医疗系统中的体验成为“五重目标”（26）以及社会运动证据采纳和可持续性的支柱之一（2）。针对心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病、急性冠脉综合征和风湿病患者，以人为核心的干预措施（如有效沟通、识别问题/担忧、共同制定行动计划、确定自我管理资源）与降低住院率、缩短住院时间、降低死亡率、减少非计划就诊、提高生活质量以及降低护理成本密切相关（55）。

以人为本的护理的核心原则与关键属性是什么？

以人为本的护理核心原则：

- 主体性原则：认可个体是自身健康经历的专家(13)；
- 关联性原则：包括为双方需求与期望的相互理解创造空间(13)；
- 沟通性原则：以肯定性、服务性的方式共享信息，并欢迎个体提问与澄清(13)；
- 包容性与参与准备原则：提醒医疗和社会服务提供者让个体积极参与自身护理（13）；
- 谦逊与共学原则：要求医疗和社会服务提供者为个体营造安全的环境，使其能够畅所欲言，表达问题和顾虑(13)；

医疗和社会服务提供者、非临床工作人员及辅助人员在以人为本的护理中至关重要（10,53,56）。其应具备的属性包括：

- 关怀态度；
- 共情：医疗和社会服务提供者主动进入服务对象的世界（换位思考），努力理解其真实生活体验；
- 尊重：以尊重的态度对待服务对象；
- 以整体性视角规划与提供医疗和社会服务；
- 提供文化安全且符合创伤知情原则的医疗和社会服务；
- 具备契合他人需求的沟通技巧，能够促进关系发展（建立并维系信任、尊重的治疗性关系）（见**良好实践声明 1.0**及**附录D**）；
- 与服务对象建立合作关系，全程参与并致力于服务对象的福祉；
- 积极将照护者纳入服务对象与卫生和 / 或社会服务提供者的合作体系中，承认他们不仅为接受照护者的价值观和需求提供了关键见解，还能支持并协同管理其护理需求（如用药管理、预约安排等）（56）；
- 共同决策（见**良好实践声明 2.0**）；
- 鼓励服务对象自主决策与自我管理
- 协作共同制定符合接受服务对象的生理、心理、精神及社会或环境偏好的个性化护理计划（见**良好实践声明 4.0**）；以及协同护理，医疗和社会服务提供者与接受护理者之间实现护理服务的协同配合（见**附录E**）

隐性偏见如何影响以人为本的护理实施？

隐性偏见是一种被内化、并在无意识中影响个人认知、行为与决策的态度或刻板印象(57)。这类偏见源于个人生活经历，也受到文化与社会成长环境的影响(57)。隐性偏见(无论其是否被个体意识到)会影响医疗和社会服务提供者、非临床工作人员及辅助人员对服务对象的评估方式与行为态度。

隐性偏见往往会导致寻求必要医疗和社会服务的人群遭遇歧视性、负面的健康服务体验(58,59)。在获取医疗和社会服务时经历歧视或不公平对待，可能会阻碍人们主动寻求护理、导致健康结局恶化，并引发基于种族、民族、社会经济地位、年龄、体重及性别的健康不公平现象(60-65)。

鉴于每个人对他人都持有先入为主的看法与观念，因此所有医疗卫生机构中的医疗和社会服务提供者、非临床工作人员及辅助工作人员，都需批判性地反思自身预设的假设、态度与偏见。此外，为所有医疗和社会服务领域的从业者提供隐性偏见相关教育也至关重要(57)。实践证明，融合正念训练、团队建设与个人反思的培训模式，能够有效降低临床环境中隐性偏见的负面影响(57)。有关公平性、多样性与包容性及隐性偏见的教育材料与相关资源(含自我偏见识别方法)，详见《良好实践声明1.0》。

以人为本的护理如何促进健康公平？

以人为本的护理可通过凸显健康不公平现象、应对医疗和社会服务获取过程中的挑战，最终促进所有人群健康结局的改善，进而推动健康公平(54,66)。

当采用以人为本的护理模式时，医疗和社会服务提供者会调整其关注重点，将社会、文化及社会经济因素对人们安全获取医疗和社会服务能力所产生的重大影响纳入考量(66)。确保应享公平权益的群体能够获取医疗和社会服务，且这些服务契合其个人需求、价值观与偏好，有助于减少护理服务获取障碍(48)。下文将呈现多元视角，阐释以人为本的护理如何在多个应享公平权益的人群中促进健康公平。

促进加拿大原住民的健康公平

加拿大原住民(Indigenous Peoples)的健康与福祉，受到复杂、相互交织且彼此关联的原住民健康决定因素及背景的影响(67)。影响原住民的健康决定因素不仅限于社会决定因素，且所有因素均相互关联(68)。这些因素包括：

- 健康的历史性决定因素，如殖民主义与殖民化；
- 结构性决定因素，如健康的社会决定因素(包括儿童早期经历、物理环境、收入与社会地位、教育与识字水平、社会支持网络、健康行为、医疗服务可及性、生物学因素、就业状况、种族/种族主义、文化及性别)；
- 其他促进或阻碍健康与福祉的因素，如健康促进、医疗保健服务、教育、社会支持；
- 原住民特异性决定因素，包括与土地的联结、亲属网络、传统语言与仪式及知识共享(68)；以及
- 最深远且根源性的原住民健康决定因素，包括历史、政治、意识形态、经济及社会基础(含世界观、精神信仰与自我决定权)(68)。

加拿大真相与和解委员会（TRC）包含七项健康相关的“行动呼吁”（28）其中五项行动呼吁*与以人为本的护理尤为相关，且与本最佳实践指南（BPG）相契合，以下简要转述（详见完整声明以了解更多细节）

该委员会强调需采取以下行动：

- 19.缩小原住民与非原住民之间的健康结局差距；
- 20.承认原住民具有独特的健康需求，这些需求需要得到尊重和满足；
- 22.承认原住民治疗实践具有价值，在原住民提出要求时，应（与原住民治疗师和长老合作）将其用于原住民的治疗。
- 23.确保所有医疗服务提供者接受文化能力培训；以及
- 24.要求所有医学院校和护理学院强制学生修读原住民健康相关课程，并接受文化能力、人权及反种族主义培训(28)。

*上述数字编号源自真相与和解委员会（TRC）行动呼吁

除真相与和解委员会（TRC）提出的行动呼吁外，促进原住民健康福祉需立足以下四大核心维度：

- 公平响应型护理
- 文化安全护理
- 符合创伤与暴力知情原则的护理
- 情境适配型护理（拓展以人为本的护理概念）（48）

医疗和社会服务提供者必须认识到原住民及其他应享公平权益人群面临的系统性障碍，并通过践行以人为本的护理，积极致力于改善这些人群的处境与健康结局。如需了解加拿大（及全球范围内）少数群体当前面临的问题，可访问以下链接：<https://minorityrights.org/country/canada>。

促进黑人群体及社区的健康公平

种族主义是社会中存在的一种结构性体系，其建立在错误的信念之上——即某些种族优于或劣于其他种族，这使得部分群体享有特权与机会，同时压迫并边缘化其他群体（69）。在医疗保健领域，医疗种族主义指基于种族或民族的系统性歧视与不平等待遇。无论这种歧视是有意识还是无意识的，都会给为不同种族化人群获取健康与医疗服务制造障碍（69）。带有偏见的医疗实践、不平等的就医机会，以及对不同种族间存在生物学差异的错误观念的持续传播，共同导致了健康结局的差异（70）。例如，有研究表明，种族主义与种族歧视会影响黑人的身心健康，导致全球黑人种群承受不成比例的疾病负担（65）。

种族主义的表现形式包括隐性的人际互动行为，如被医疗与社会服务提供者忽视、漠视（例如对其痛苦程度漠不关心）、持有偏见及遭受种族微冒犯；也包括显性表达，如差别对待、回避医患接触等（65）。黑人群体常常会觉得自己被医护人员无视或轻视，自身对疾病与身体状况的体验和认知未得到认可（71），或者健康诉求被漠视（65）。2016年加拿大人口普查健康与环境队列研究发布的最新报告中，研究人员分析了加拿大种族化群体中可避免的住院（即可治疗疾病的住院情况，如哮喘、糖尿病）的趋势。研究发现，男性、

黑人群体及非移民群体的可避免住院几率显著更高；在新冠疫情期间（2020-2022年），与非种族化男性相比，黑人男性的可避免住院率大幅上升（72）。

这一结果揭示了加拿大黑人面临的严重健康不公平现象，包括获取初级卫生保健的巨大障碍。以人群需求为核心，调整医疗和社会服务以契合民众的价值观、信念与需求，并赋予民众做出知情健康决策的能力，这些举措有助于减少这一群体的健康差异，改善其就医可及性（73）。

促进2SLGBTQI+群体（Two-Spirit、女同性恋、男同性恋、双性恋、跨性别、酷儿、间性人及其他性别少数群体）及社区的健康公平

医疗和社会服务提供者缺乏对 2SLGBTQI+ 相关健康问题的知识、培训与理解，可能导致该群体遭遇负面医疗体验，最终造成更差的健康结局（74,75）。历史上，医疗和社会服务提供者对2SLGBTQI+群体独特需求的认知不足，为包容性与公平性医疗护理服务的获取制造了障碍（75,76）。2SLGBTQI+人群在寻求医疗和社会服务时，往往会遭遇污名与歧视，且所提供的健康服务并非总能让人感受到包容（74,75）。鉴于2SLGBTQI+群体的独特健康需求与生活经历，医疗和社会服务提供者必须批判性地审视自身偏见与预设如何影响护理服务的提供（74,75）。营造支持性、包容性且尊重的环境，有助于2SLGBTQI+人群、其指定家属及医疗和社会服务提供者之间建立更具信任与支持性的关系（75）。目前已有许多组织（例如，“安全空间”组织），可以为医疗和社会服务提供者提供线上或线下的培训工作坊与学习模块，旨在为2SLGBTQI+群体及社区创建包容性的项目与工作场所。

促进老年人的健康公平

在养老机构（如长期护理机构、养老院）中践行以人为本的理念至关重要。这些场所中，老年人常面临多重挑战——残疾、认知衰退与慢性病交织，深刻影响着老年人自身、其指定家属及服务提供者的日常生活（77）。长期照护机构中的高质量护理，因与衰老、心理健康及残疾相关的污名化而变得复杂（78）。

老年人常被边缘化并被视为负担，尤其是在其能力衰退时（78）。为维护老年人的权利、满足其独特需求与偏好，《柳叶刀》委员会新成立了专项工作组，旨在推动长期照护机构中以人为本的护理模式落地，该模式与世界卫生组织《健康老龄化框架》相契合（78）。该工作组由具有亲身经历的老年人共同参与创建，核心目标是聚焦政策、监管、教育及护理领域的关键问题，尊重并恢复老年人的尊严，优化其功能能力与福祉（78）。

已有一致证据表明，在长期护理机构中推行以人为本的护理模式对入住老人具有积极效益。一项针对长期护理机构老年人的以人为本干预措施效果的系统综述发现：当老年人参与日常活动（如煮咖啡、浇花）时，其自我报告的生活质量与更高的认知功能之间存在正相关关系。这些干预措施还能通过减少无聊感与无助感，进而改善老年人的心理状态（79）。对于痴呆症患者，以人为本的护理已被证实可减少神经精神症状与抑郁情绪；而短期集中式、以活动为核心的干预措施，在缓解躁动情绪方面效果显著（80）。

促进低收入人群的健康公平

低收入群体在获取医疗和社会服务时往往面临巨大障碍，即便在公共资助的医疗体系内，经济负担仍是主要问题（81,82）。一项在加拿大安大略省开展、涵盖 700 余名参与者的研究发现，民众在获取公共资助的居家及社区护理服务（如物理治疗、职业治疗及其他康复支持）时遭遇诸多挑战，且常常需要自费必需药物及医疗设备费用（83）。这些经济负担对那些勉强维持生计的群体而言尤为沉重。为确保护理真正体现以人为本，医疗和社会服务提供者应主动了解并考量服务对象的社会经济状况，进而定制个性化护理计划。这种方式不仅能让护理服务响应个人需求，还能确保其经济可及性，有助于减少健康差异并改善健康结局。

如何有效实施以人为本的护理？

以人为本的护理教育

为了统一以人为本的语言表述、提升医疗和社会服务提供者的专业能力与服务水平，在持续学习与改进的医疗和社会服务机构内部构建以人为本的文化，需开展系统性教育（84）。这类教育对即将进入卫生相关行业的学习者，以及跨多个学科、不同实践场景执业的医疗和社会服务提供者而言均具有重要意义。将以人为本的护理核心原则融入护理服务提供的各个环节，也能确保护理模式实施的可持续性。

实施以人为本护理面临的挑战及实践倡导者的作用

尽管以人为本的护理模式至关重要，但其实施仍面临诸多挑战。例如，环境因素既可能阻碍、也可能支持那些在护理计划制定中优先考虑服务对象偏好与价值观的干预措施落地。在认可生物医学模式的实践环境中工作的从业者，在现有医患互动模式下引入以人为本的决策模型时，可能会面临压力

（85）。服务提供者可能更关注疾病治疗中“客观化”“医疗化”的层面（85），而忽视个体对护理与康复的期望。其他机构层面的障碍包括护理人员短缺、工作量大、职业倦怠及时间限制。当工作人员数量未达最优水平、工作量相应增加时，服务提供者难以与服务对象进行有效沟通互动，也无法建立牢固且有意义的治疗性关系——而这种关系正是以人为本护理的基石（86）。受服务、政策及系统性限制影响，护理服务可能更侧重“任务导向”（这本身就是以人为本护理的一大障碍），因为服务提供者需优先完成既定任务，而非关注服务对象及其家人的需求与偏好（86）。除机构或系统层面的障碍外，服务提供者自身的性格与行为也可能给以人为本护理的实施带来挑战。不同的人口统计学特征、文化与语言背景，以及对健康与疾病的信念、偏好和价值观，均会影响医患关系及健康与护理结局（86）。

受过培训的同侪领袖（又称“**实践倡导者**”^G，**champions**^G），能够有效规避这些障碍，推动循证实践的落地。实践倡导者是受过专业培训的同侪领袖（例如临床一线护士），他们承担正式或非正式领导角色，旨在支持最佳实践指南（BPGs）在工作场景中的引入、实施及 / 或可持续性推进（87,88）。尽管以人为本的护理模式已得到更广泛的认可，但仍需修订教育与培训项目，让关键合作伙伴能够支持并推动向该模式的转型（49）。在这一过程中，实践倡导者可运用自身知识、技能与能力，推动循证实践的实质性变革，促进以人为本护理模式的落地。

结论

以人为本的护理核心在于了解服务对象本身——包括其价值观、偏好、信念与需求。它要求认可服务对象的真实生活体验，并在与医疗和社会服务提供者的互动过程中，重视并促进这种体验。从以人为本的护理视角出发，服务对象将成为自身护理完全意义上的合作伙伴；而医疗和社会服务提供者的责任在于：通过认真倾听并理解服务对象的人生经历与体验，支持其实现健康福祉的目标（13）。



指导原则

指导原则^G是一项统领性概念，承载着一套理念、信念、价值观和/或行为准则。护士、跨专业团队的其他成员以及医疗和社会服务机构都应在实践中践行这些原则。遵循指导原则对于改善全民健康结局至关重要。以下指导原则由专家小组选定，是实现以人为本护理的基础，也是本最佳实践指南（BPG）中所有推荐意见与良好实践声明的根本依据。

文化安全

文化安全^G是指个体以尊重的方式参与互动，认可并致力于解决医疗体系中固有的权力失衡问题。它要求医疗和社会服务提供者在临床实践中秉持谦逊、自省的态度，在以人为本的护理中将自身定位为尊重他人、思想开放的合作伙伴，而非权威专家（17）。在具备文化安全性的以人为本护理中，医疗和社会服务必须尊重并响应不同人群的文化及语言需求与意愿。其核心目标是营造一个无微观冒犯、无种族主义、无歧视的环境，让人们在接受医疗和社会服务时感受到安全（17）。同时，这类服务认可：那些面临不佳健康结局风险最高的人群，理应获得恰当的护理服务——这类服务不会损害其文化认同、自我认知与整体福祉（17）。

文献中存在多个用于描述文化安全的术语，这些术语构成连续统一体上的不同概念，具体包括：1) **文化认知**^G：认识到不同文化间的差异与共性；2) **文化敏感性**^G：意识到并承认自身文化如何影响自身行为、知识与偏见；3) **文化谦逊**^G：一种自我反思与持续学习的过程，核心特征是能够不带评判地倾听，并乐于向他人学习、了解他人；4) **文化能力**^G：指个体具备相关知识、技能与态度，能够与不同人群有效且尊重地开展合作（89）。

如图 1 所示，医疗和社会服务提供者要促进文化安全、确保护理服务具备文化安全性，必须考量以下五项原则：规范流程、个人认知、合作关系、实施过程及积极目标。

图 1: 促进文化安全的五项原则



来源：经许可转载自：Ball J. 文化安全。收录于：幼儿教育跨文化合作项目 [网络版]。不列颠哥伦比亚省维多利亚市：维多利亚大学；2024 年出版。获取链接：<https://ecdip.org/cultural-safety/>

如需深入了解文化安全、文化认知、文化敏感性、文化能力及文化谦逊等相关概念，并掌握构建充满关怀的环境、改善健康结局、与受护者建立更稳固关系所需的核心技能与知识，请访问原住民初级卫生保健委员会（IPHCC）的原住民文化安全教育项目：[\(https://iphcc.ca/cultural-safety-training/\)](https://iphcc.ca/cultural-safety-training/)。

创伤知情护理模式

创伤知情照护^G是一种强调生理、心理及情感安全的框架，旨在赋能个体，助其康复。采用创伤知情照护时，目标不仅在于全面理解个体，更在于深刻认识到创伤的影响，以及个体的创伤亲身经历如何塑造其健康状况与行为模式（90）。

创伤可能源于单次事件，也可能是一系列事件。这些事件会让个体感到情感困扰或生命受到威胁（例如：身体虐待、性虐待和/或情感虐待；贫困；种族主义、歧视与压迫；暴力），并对个体的心理、生理、社会、情感和/或精神福祉产生持久影响（91）。践行创伤知情照护的医疗和社会服务提供者，能够意识到创伤对个人生活与行为的广泛影响，理解创伤康复的路径，并能识别创伤相关的迹象与症状。这些提供者能将创伤相关知识融入政策、流程与实践之中，并通过与服务对象协作，主动避免造成新的创伤或二次创伤（91）。创伤知情照护遵循六项核心原则，主要包括：

1. 安全性：确保护理服务提供者与服务对象双方的生理、心理及情感安全；
2. 信任与透明度：建立信任关系，确保所有决策过程公开透明；
3. 同伴支持：鼓励服务对象与其他有过创伤经历的人建立联结；并在可能的情况下，将创伤亲身经历者的视角融入组织运营与流程设计中；

4. 协作与互惠：消除医疗和社会服务提供者、服务对象及组织之间的任何权力差异，以支持共同决策；
5. 赋能、发声权与选择权：认可个体的优势并培养其掌控感，同时提供多元选择、尊重个体自主决策，进而恢复其信心与自我效能感；
6. 文化、历史及性别敏感性：识别并应对创伤的文化、历史及性别方面的特定背景，同时认可系统性压迫在塑造创伤体验中的作用（91,92）。

交叉性

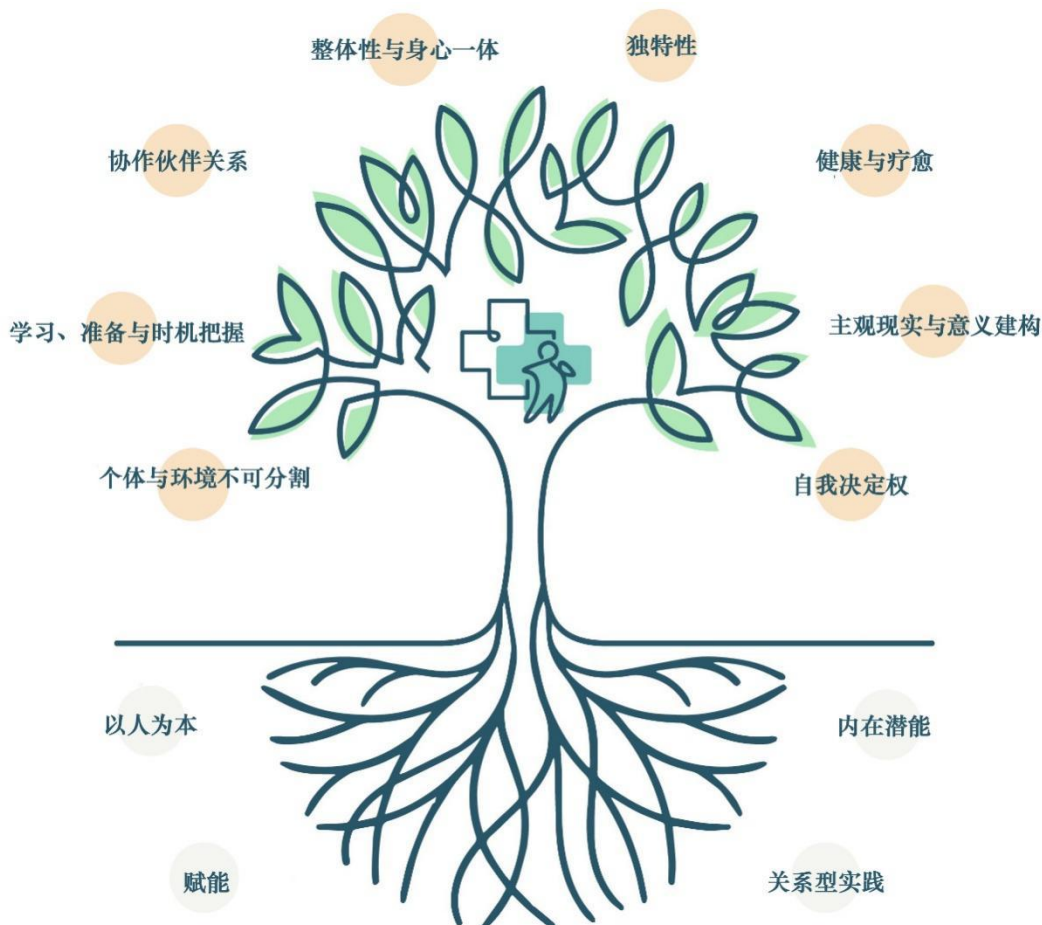
交叉性指对相互交织的社会身份及相关压迫、支配或歧视体系的研究。在交叉性框架下，种族、阶级、性别、性取向、国籍、残障状况及年龄等类别被视为相互关联的整体（93）。该框架不仅考量基于历史、政治及社会背景的全部潜在身份，还兼顾个体独特的亲身经历与处境，以及这些因素之间如何相互塑造（93）。践行以人为本的护理，意味着聚焦于作为独特个体的“完整的人”，关注其具体需求、偏好与价值观（14）。通过运用交叉性视角，医疗和社会服务提供者能更深入地理解那些相互交织、彼此作用的因素——正是这些因素塑造了个体的独特性，包括其特定的优势、需求、偏好与价值观。

。

基于优势的护理与健康服务

基于优势的护理与健康服务^G（Strengths-based nursing and health care^G）主张在更广阔的语境中理解个体的挑战与局限，同时兼顾其内在与外在优势，例如韧性、应对技能、家庭支持或社区资源（94）。这是一种注重个人能力与资源的照护方式，旨在发现能够赋能个体、使其更好地掌控自身健康与福祉进程的优势（94）。该护理模式基于四大核心基础：1）以人为本的护理——聚焦个体的能力、资源、价值观与目标，超越疾病或当前缺陷，将其视为完整的人；2）赋能——认可个体具备能动性参与共同决策的能力；3）关系型实践——构建协作式、伙伴型的护患关系，而非层级化关系；4）内在潜能——致力于在个体现有的优势并加以拓展（95）。如图2所示，除四大基础支柱外，优势视角护理与健康服务还建立在八项核心价值之上，包括：健康与疗愈；独特性；整体性（系统思维与身心合一）；主观现实（多元视角）与意义建构；自主决定权；协作伙伴关系；学习、准备与时机把握；重视个体所处环境（94）。

图 2：基于优势的护理与健康服务的四大基础支柱及八项核心价值



来源：经许可转载自：Gottlieb LN. 优势视角护理与健康服务示意图（SBNH Tree）[示意图]。魁北克省蒙特利尔市：麦吉尔大学英格拉姆护理学院；2025 年。获取链接：<https://www.mcgill.ca/strengths-based-nursing-healthcare/about/strengths-based-nursing-and-healthcare>.

基于优势的护理与健康服务模式与以人为本的护理理念高度契合且相辅相成。这是因为该模式认可并以个体的优势与能力为基础，鼓励个体积极参与自身健康与福祉之旅，促进个体与医疗和社会服务提供者之间建立协作关系，并提供个性化、整体性的护理服务。

反思性实践

反思性实践是一个持续的过程，指个体批判性地分析和评估自身的经历、行为及决策（96,97），并评估这些行为对实践产生的影响（98）。通过有意识的自我反思，医疗和社会服务提供者能够识别**服务对象**的优势，同时发现自身实践或知识体系中需要改进的领域，并据此做出相应调整（96,97）。因此，反思性实践作为一种工具，不仅能赋予个人经历以意义，还能深化对自身实践的理解（99）。基于一项概念分析，Patel 与 Metersky（98）提出护理教育与实践应包含三种反思形式：

- 行动中反思：不仅是思考更是行动的主动过程，使提供者能在行为发生时即时调整行动（100）；
- 行动前反思：基于既往知识和经验，对即将面临的情境进行前瞻性思考（101）
- 行动后反思：回顾过往情境以从中汲取经验，进而指导并调整未来的行动（102,103）。

推荐意见和良好实践声明

治疗关系

良好实践声明 1.0: 治疗关系

卫生和社会服务提供者建立并维持以创伤知情护理和文化安全实践为基础的治疗关系，确保尊重、信任与协作，此为最佳实践。

以人为本的是一种将人视为整体的照护理念。要全面了解一个人，就必须在服务对象与提供者之间建立治疗性关系（22）。治疗性关系是以人为本的护理的根本核心要素（22），而提供以人为本的护理的能力，取决于能否建立有效的治疗性关系（23）。因此，与服务对象建立并维持治疗性关系属于最佳实践（23,36）。专家小组认为有必要发布这一良好实践声明，但无需对此进行系统的文献综述。

治疗关系建立在信任、相互尊重、可靠性以及非评判性态度的基础之上（104）。共情、慈悲、文化谦逊，以及理解并专注倾听他人的关切、价值观与偏好的能力，对于构建治疗性关系并最终实现以人为本的护理至关重要（36,105）。此外，保持开放态度、随时可及、预留时间供服务对象倾诉、提供个性化照护，同时关注互动过程中传递的语言与非语言信息，也被认为是建立治疗性关系的关键因素（106）。有关能够促进治疗关系建立的沟通策略的列表，请见附录D；关于三种沟通支持框架（N-U-R-S-E-S、Wish-Worry-Wonder 和 Ask-Tell-Ask）的示例，见附录F。

高质量且富有意义的治疗关系与多方面的积极结局相关：对人而言，体现为身心健康状况的改善及对照护满意度的提升；对提供者而言，则表现为工作满意度的提高及职业倦怠率的降低（107）。此外，自我效能感的提升、治疗依从性的增强、功能状态的改善以及并发症/发病风险的降低，也都与积极的护患关系密切相关（108,109）。尤为重要的是，服务对象若感知到其与卫生或社会服务提供者的关系是积极的，其参与医疗决策的程度也会相应提高（105,109）。

在照护协调工作中，运用以人为本的视角建立和维持治疗关系的重要性得到了充分体现。照护协调员负责统筹个人的照护活动，并在个人“照护圈”内的所有相关人员间共享信息（110）。照护协调是一种以人为本、基于团队的方法，它通过评估服务对象的需求、偏好和目标，将其对接至合适的卫生和/或社会服务资源，从而确保其在穿越医疗系统时能获得安全、恰当且有效的照护（110）。照护协调活动的示例包括：沟通与知识共享、评估患者需求与目标、支持服务对象的自我管理目标，以及使资源与人的需求相匹配（110）。

有关照护协调中不可或缺的以人为本的活动和元素的详细列表，请参见[附录 E](#)。

RNAO框架——建立治疗关系所需的要素

要建立和维持治疗关系，提供者必须具备七种知识和五种能力（23）。必需的知识包括：

- 背景知识（即服务提供者与服务对象互动的相关知识）；
- 人际和发展理论的知识（例如，Erickson（1963）（111）和 Freud（1912）（112）的发展理论）；
- 多元文化（公平、多元与包容）及健康相关的社会决定因素相关知识；
- 关于人的知识（即理解服务对象所处环境、明确并确认患者的核心诉求、发掘患者自身优势、用心倾听患者的人生经历）；
- 健康与疾病相关知识；
- 医疗保健及政策的宏观影响因素相关知识（如：社会和政治因素、各类卫生专业的执业范畴、资源的可及性等）；
- 卫生系统知识（即了解卫生系统的运行机制，以便医护人员协助服务对象对接系统，获取适宜的医疗服务）。

所需能力包括：

- 自我觉察
- 自我认知
- 共情
- 边界意识
- 对专业角色局限性的认知能力（例如明确执业范畴）（36）

尽管并非所有关系都会遵循线性进展轨迹，但医疗服务提供者需要明确，每段治疗关系通常都有一个起始期、工作期和结束期（36）。在起始期，照护提供者和被照护者互为陌生人。但双方都会基于过去的人际关系、人生经历、自身态度和信念，带着预设观念进入互动。双方通过信任、尊重、诚实和有效沟通，逐步建立起关系。这个阶段会同步完成信息收集，并对首优问题开展讨论（36）。在治疗关系的工作期，被照护者可以在照护者的引导下，探索自身的想法、感受和行为习惯（这一过程由照护者促进），双方会共同明确核心问题，并协作制定具有针对性的解决方案（36）。最后，进入结束期，此时患者的需求或目标已得到满足和实现。双方会坦诚交流对关系终结感受，最终达成共识（36）。

需要注意的是，虽然被照护者与照护提供者之间的联结往往随着时间的推移而深化，但这种联结也可以在短暂的单次接触中发生；因此，在照护的最初时刻建立联结并着手构建关系非

常重要（107,113）。

实施技巧

来自专家小组的建议

针对医疗和社会服务提供者

- **自我反思与觉察：**对于医疗和社会服务提供者而言，开展自我反思、认清自身偏见并保持自我察觉至关重要。自我反思还应涵盖对与被照护者的每一次互动的复盘，并从中吸取经验。关于助力促进反思并指导临床团队开展复盘工作的TALK临床复盘工具，详见**附录G**，PEARLS医疗复盘工具为教育及培训场景下的复盘流程优化提供了结构化框架，其中包含学习者自我评估内容，相关**支持性资源**详见下文。
- **界限设定：**建立治疗关系，要求医疗和社会服务提供者与被照护者保持专业界限。
- **信任建构：**基于创伤知情理论和文化安全模式建立的关系，能够增进被照护者与医疗和社会服务提供者之间的信任，减少服务对象的恐惧、被批判感及潜在伤害。
- **文化安全照护的定义权**属于接受照护的个人或群体，而非提供照护的医疗和社会服务提供者。
- **姓名偏好：**记录文件时需要使用被照护者偏好的名字，并确保相关记录及时更新、内容准确。
- **支持网络：**主动询问被照护者，希望谁参与他们的护理或参与其照护过程或相关照护事宜的讨论（例如照护者、指定家属等）。
- **文化与个人偏好：**直接询问被照护者是否存在个人或文化偏好，了解这些偏好有助于提升其在被照护过程中的舒适度。
- **信息共享：**需将被照护者的偏好与相关考量记录在案，并与跨专业照护团队共享相关信息（具体可参照**良好实践声明4.0《照护计划》**）。
- **非语言沟通：**同时关注被照护者的语言和非语言行为。非语言行为（如提供保暖毯、平视交流等关心的行为）有助于建立治疗性关系。
- **信息呈现多样化：**采用多样化的方式提供信息，例如口头表达与书面材料相结合的形式。
- **为被照护者预留充足的时间和空间，使其充分理解并提出疑问。**
- **预留消化时间：**照护者可能面临独特的照护需求和巨大的压力，这不仅影响他们自身的体验和健康，也影响他们的照护能力。因此，应努力了解在照护过程中发挥关键作用的照护者的需求。
- **语言支持：**如果存在语言障碍，请使用经认可的翻译服务。
- **在时间有限的情况下：**
 - ⑤ **共同制定规则：**双方可以在初次见面时，共同讨论并制定互动准则。例如，告知服务对象：深入沟通最好安排在责任护士当班期间，而非交接班时段。
 - ⑤ **实施基本规范：**例如，主动报上姓名，清晰阐述将提供的照护内容以及方式，并就当天的目标进行沟通。

- 与时俱进的互动策略：建立治疗性关系时，需紧跟互动策略的发展，例如在适当时机，审慎地将社交媒体融入与服务的互动中。
- 服务提供者自我照护：为了能够与服务对象建立良好的治疗关系，医疗和社会服务提供者也需要照顾好自己。自我照护有助于他们应对压力、维护身心健康，并预防职业倦怠和**共情疲劳**。共情疲劳，也称为替代性创伤或继发性创伤，源于想要减轻他人痛苦的愿望（114）。当医疗和社会服务提供者过度投入于他人的情感痛苦和磨难，以至于自身也面临情感挑战，最终导致情绪、身体和心理上的疲惫时，就会出现这种情况（115）。有关共情疲劳的更多信息，包括如何识别其迹象和症状，以及应对和管理策略，请参阅以下“**支持资源**”。

针对医疗和社会服务机构

- 组织因素的影响：医疗保健和社会服务机构需要认识到组织因素，如工作量增加（包括患者负荷增加）、工作时间延长以及缺乏实际的支持性资源，可能导致共情疲劳和职业倦怠（116）。反之，领导层的参与支持、积极的工作氛围及职场健康活动可以为医疗保健和社会服务提供者提供保护，抵御共情疲劳和职业倦怠（116）。
- 实施创伤知情方法：对于旨在在整个组织内实施创伤知情方法的医疗保健和社会服务机构而言，请参考以下的**支持资源**，（了解指向药物滥用和精神健康服务管理局指导文件的链接），以及**附录H**，该附录提到机构在实施创伤知情方法时可以考虑的实施领域和示例问题。
- 教育与培训：学术机构和医疗保健与社会服务机构为健康和社会服务提供者和学生规划和设计教育课程时，必须纳入关于创伤知情护理和文化安全的信息、教育资源。此举将为医疗和社会服务提供者在实践中落实这些方法提供支持。

支持资源

资源	描述
<p>Bajaj K, Meguerdichian M, Thoma B, Huang S, Eppich W et al. (2018). The PEARLS health care debriefing tool. <i>Acad Med</i>, 93(2), 336. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002035</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 一个旨在支持临床或模拟事件后医疗复盘的框架 ■ 该工具涵盖了五个复盘阶段（即，场景设定、反应、描述、分析、应用/总结）、目标和任务，以及示例短语和问题。 ■ 还提供各种可以探索的领域
<p>安大略省行为支持中心 (BSO)。以人为本的语言计划。北湾 (ON): BSO; 可从以下网址获取: https://brainxchange.ca/BSOPCL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 为长期护理机构的工作人员提供各种资源、教育材料和课程，以确保围绕以人为本的护理所使用的语言选择恰当且准确具有包容性
<p>成瘾与精神健康中心 (CAMH)。预防和识别与老年人共事时的职业倦怠和共情疲劳。多伦多 (安大略省): CAMH; 2020。可从以下网址获取: https://kmb.camh.ca/eenet/sites/default/files/2018/2019/2020/Compassion%20fatigue%20resource.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 提供有关职业倦怠、共情疲劳的相关信息。如何识别并避免共情疲劳的发生。
<p>安大略省护士学院 (CNO)。治疗性护患关系 [互联网]。多伦多(安大略省): CNO; 2006。可从以下网址获取: https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/41033_therapeutic.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 护士执业标准，规定了建立治疗关系所需的知识、技能和判断力方面的期望和指导。 ■ 该标准是护理实践的基础；因此，尽管它于2006年发布，但仍被纳入支持资源中。

资源	描述
<p>加拿大政府.《创伤与暴力知情政策与实践方法》。渥太华（安大略省）：加拿大政府；2018年2月2日。可从以下网址获取：https://canada.ca/en/public-health/services/publications/health-risks-safety/trauma-violence-informed-approaches-policy-practice.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 加拿大政府网站提供概述： □ 为什么创伤和暴力知情方是必要且重要的 □ 创伤和暴力的关联机制 □ 性别与文化如何与创伤和暴力相关联 □ 组织和个体从业者如何实施创伤知情方法 □ 如何应对为创伤及暴力幸存者（或正在经历创伤与暴力的人群）提供服务的从业者所受影响
<p>加拿大医疗保健卓越中心 (HEC)。公平、多元与包容虚拟学习交流平台。渥太华（安大略省）：HEC；2025。可从以下网址获取：https://healthcareexcellence.ca/en/resources/equity-diversity-and-inclusion-virtual-learning-exchange/#:%7E:text=The%20Equity%2C%20Diversity%20and%20Inclusion%20Virtual%20Learning%20Exchange,that%20impact%20the%20safety%20and%20quality%20of%20care</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 提供网络研讨会和引导式反思： □ 识别和讨论医疗保健中不公平现象的根本原因 □ 学习如何质疑并破除系统性与结构性不公平 □ 探索可及性强且以公平为导向的方法
<p>原住民初级卫生保健委员会 (IPHCC)。关于阿尼什纳贝族“健康人群”理念下的原住民文化安全方法。安大略省波特佩里：IPHCC；可从以下途径获取：https://iphcc.ca/cultural-safety-training/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 原住民文化安全方法（ICS） ■ 包括：在线训练课程，定制工作坊、变革管理支持、工具和资源的开发
<p>克林尼克社区健康中心。《创伤知情：创伤工具包（第二版）》[互联网]。温尼伯（曼尼托巴省）：克林尼克社区健康中心；2013年。可获取。来源：https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2023/04/trauma-informed_toolkit_v07-1.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 为曾经经历（或受其影响的）创伤人群提供服务的医疗保健和社会服务从业者提供知识和指导 ■ 为照护提供者和组织提供关于如何从创伤知情角度工作和发展创伤知情关系的指导

资源	描述
<p>麻省综合医院. 护理和病人护理服务: icare:营造热情友好的环境.波士顿 (MA): 麻省总医院; 2019年。可从以下网址获取: https://www.mghpcs.org/eed/pte/pte-icare.shtml</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■这是一个适用于所有医疗保健和社会服务提供者的模型和工具,提醒他们在与他人接触之前要进行反思和理性思考。 ■概述了一系列简单的提醒,说明我们如何在日常生活中塑造人们的体验,无论我们是间接还是直接提供护理。 ■由跨学科焦点小组和患者体验办公室协作开发 ■icare代表: <ul style="list-style-type: none"> □ communicate沟通 □ Advocate倡导 □ Respect尊重 □ Empathize同理心
<p>北部卫生局原住民健康.文化安全:支持北部卫生局提升文化能力和安全水平。乔治王子城(卑诗省):北部健康;2025。可从以下网址获取: https://www.indigenoushealthnh.ca/cultural-safety</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■提供文化安全相关海报、视频以及其他资源,以提升认知度、理解力与专业能力 ■概述关键术语,例如文化谦逊、文化意识、文化敏感性、文化安全以及和反原住民种族主义
<p>医师健康中心.《共情疲劳:症状、体征及应对方法》。渥太华(安大略省):加拿大医学协会;2020年12月8。可从以下渠道获取: https://www.cma.ca/physician-wellnesshub/content/compassion-fatigue-signs-symptoms-and-how-cope</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■提供共情疲劳的相关知识,共情疲劳的预警信号是什么?应对和管理共情疲劳的策略有哪些?以及其他有益于身心健康的方法。
<p>Richardson L, Murphy T. 为加拿大医疗保健带来和解:面向医疗保健领导者的明智之举。渥太华(安大略省):HealthCareCan;2018年4月。可从以下网址获取: https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/EN/TRCC_EN.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■探讨加拿大原住民面临的关键问题及加拿大健康领导者如何发挥关键作用以缩小健康差距的报告 ■包含供健康领导者及组织采用的明智做法,以落实加拿大真相与和解委员会(TRC)提出的健康相关行动呼吁

资源

描述

Schulman, M. 为创伤知情护理奠定基础 [互联网]。Hamilton (NJ): Centre for Health Care Strategies, Inc; 2018 年 1 月。可从以下网址获取: https://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/Brief-Laying-the-Groundwork-for-TIC_11.10.20.pdf

- 为医疗保健和社会服务机构提供切实可行的建议, 以实现创伤知情化转型
- 概述从业者在采用创伤知情护理方法时可采取的基础步骤

美国药物滥用和精神健康服务管理局 (SAMHSA)。实施创伤知情方法的实用指南。SAMHSA 出版物编号: PEP23-06-05-005。罗克维尔 (马里兰州): 美国药物滥用和精神健康服务管理局 (SAMHSA) 国家精神和药物滥用政策实验室; 2023 年。可从以下网址获取: <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf>

- 一份实用指南, 为从业人员和组织提供实施创伤知情护理方法的相关策略
- 章节内容包括: 如何开展组织评估、治理与领导力建设、培训与人员队伍发展, 以及评估与可持续性保障

创伤知情护理实施资源中心. 什么是创伤知情护理? 它将关注点从“你出了什么问题?” 转移到“你经历了什么?”。Hamilton (NJ): Center for Health Care Strategies; 2025。可从以下网址获取: <https://www.traumainformedcare.chcs.org>

- 网站提供很多的资源, 包括:
 - 创伤知情护理相关信息及创伤对健康的影响
 - 创伤知情护理融入医疗保健场景的实例
 - 实施创伤知情护理方法的策略和工具;
 - 在自身经历中运用创伤知情原则的从业者的实践案例分享

重要沟通技巧。重要沟通技巧旨在帮助人们学习应对重症的沟通技巧。网址: <https://www.vitaltalk.org/resources/quick-guides/>

- 提供一系列单页指南, 涵盖重大消息告知、预后讨论、护理过渡/护理目标沟通及家庭会议等主题的沟通策略

共同决策

良好实践声明 2.0：共同决策

卫生与社会服务提供者应与服务对象共同参与决策，使其在治疗、照护及服务方面做出知情决策，此为最佳实践。

与服务对象共同参与关于其治疗、照护及服务的决策，是良好实践的重要组成部分（96, 117），也是以人为本的护理模式的核心要素（118）。专家小组认为有必要向医疗和社会服务提供者传达这一良好实践声明，但无需对此进行系统的文献综述。**共同决策**是指医疗和社会服务提供者与服务对象协作，就其当前或未来的健康及照护需求（包括**预立医疗照护计划**，见良好实践声明 3.0）做出决策的过程（35,119）。这些决策基于现有最佳证据，综合评估各种照护和治疗方案的风险、获益及潜在后果，并结合**知情服务对象**的偏好、需求、信念与价值观（35,119）。这种协作与选择的过程是**以人为本及创伤知情照护**的本质所在（91,119,120），因为它赋能服务对象做出最适合自己的决策（35），包括决定不接受治疗或改变当前的治疗方案（35）。

共同决策提供了一种结构化方法，使服务对象能够依据个人价值观和偏好，权衡干预措施的利弊（循证依据），从而做出知情决策（121）。通过参与共同决策，医疗和社会服务提供者践行了“服务对象应在自身医疗决策中发挥积极作用”的原则，并确保为其提供现有最佳证据以支持其做出知情决策（122）。尽管共同决策可能是一个持续且迭代的过程，但其一般步骤包括：

- 知情同意：接受治疗的知情者同意参与共同决策；
- 明确议题：被照护者和医疗保健与社会服务提供者双方都清楚了解将要做出的决策内容以及可供选择的方案；
- 信息提供与解释：向被照护者提供有关临床问题及需做出决定的选项（益处、危害、影响）的信息，并用证据清晰地向其解释和比较这些选项；
- 了解个人偏好：征求被照护者对自己最为重要的事项的看法，并根据其优先事项和价值观制定出个人偏好；
- 引导决策：医疗保健和社会服务提供者引导知情者做出最终决定；
- 评估接受度：并且（121,123）会对知情者对其所做决定的接受程度进行评估。

当人们参与共同决策时，他们往往会对自己所接受的治疗方案有更深入的了解（124），会更清楚自己的健康状况以及治疗所涉及的风险（124），在决策过程中更加投入，并且整体上会获得更好的体验（122）。相反，（据受访者报告）对共同决策的低满意度，与患者自我报告的身体健康评分低下、心理健康评分低下以及急诊科就诊次数增加的风险升高相关。尽管目前关于共同决策对医疗质量、成本和咨询时间的有效性方面的证据有限（126），但很可能会因为提高了患者的满意度、增加了患者的知识以及增强了他们在决策过程中的参与度而带来更好的健康结果。

需要注意的是，部分服务对象可能不愿在自身健康与照护需求的决策中发挥积极作用。在此类情况下，医疗和社会服务提供者应给予服务对象选择其期望参与程度及信息接收量的机会（35）。然而，若要签署治疗同意书，服务对象必须充分理解各选项、获益及风险。

附录 I 介绍了一个共同决策的“三谈”模型，包括：“团队谈话”、“选项谈话”和“决策谈话”。

实施建议

专家小组提供的实施建议

针对医疗和社会服务提供者

- 在启动共同决策之前建立治疗关系，并询问服务对象，希望健康及/或社会服务提供者如何做才能使他们感到受尊重和舒适（有关建立治疗关系的信息，请参见**良好实践声明 1.0**）。
- 决策辅助工具是促进共同决策的有效手段，尤其适用于服务对象进行健康筛查和/或治疗方案选择时（参见**推荐意见 1.0**）。
- 在条件允许的情况下，询问服务对象希望哪些人参与对话，并明确其指定家属或家庭照护者期望的参与程度。
- 共同决策由被照护者主导。需持续评估其参与程度，因为其参与意愿可能随时间变化。特别是在确诊初期，服务对象可能会因 **distress**（痛苦/焦虑）而未意识到自己可以参与决策。此时，提供者可通过讨论诊断结果及治疗的获益/风险/副作用，支持服务对象参与，助其做出知情决策。
- 如果被照护者无法参与共同决策（例如，认知能力下降等），医疗保健和社会服务提供者可以让已确定的委托人参与共同决策。
- 确保留出足够的时间与患者进行敏感的对话，为可能出现的任何问题/担忧分配时间。
- 为被照护者提供多次会面和定期沟通的机会。不要期望在一次会面中就做出决定或设定目标，要允许随着双方达成的计划的演变而灵活地改变决定。
- 预留一个私人房间或一个适宜讨论的空间。如果无法提供私人空间，应向本人和/或其所选的家人说明这一情况，并尽可能给予他们更多的自主权（如建议采用视频或电话会议等替代沟通方式）。
- 要认识到人们可能持有不同的信仰，以及这些信仰对他们的决策路径产生的影响。
- 如果需要翻译服务，建议医疗保健和社会服务机构来提供。尽可能使用经过认可、认证和具备资质的人员或方法来进行翻译。对文化的了解也是专业翻译人员工作的一部分。

医疗团队必须评估儿童参与共同决策的能力和可行性。如果儿童表现出愿意参与的意愿，并且能够理解相关情况，应给予他们支持，并允许他们以适合其年龄程度和理解能力的方式做出决策（127）。同时，如果儿童和青少年不愿意参与有关自身健康和护理的决策，也应为他们提供相应的支持（127）。

- 当儿童与其家庭在决策上存在分歧的时，医疗保健和社会服务提供者应做好准备帮助孩子处理自身状况及围绕决策的动态能力（有关此方面的更多信息，请参见以下**支持资源**）。
- 尽管共同决策是以人为本的护理的核心，但需注意，在某些情况下（如紧急状况）无法实施共同决策，且无需征得同意。在此类情形下，可能需要启动重症监护方案或标准化护理路径，以应对危重状况并优化高风险环境下的照护。

针对医疗和社会服务机构

- **医疗法规审查与教育：**机构有责任审查所在地区的相关法律法规，并按要求对提供者开展相关教育。例如在加拿大安大略省，提供者需熟悉关键立法，如《医疗同意法》（Health Care Consent Act）（128）和《替代决策法》（Substitute Decisions Act）（129）。
- **教育培训：**在为医疗保健与社会服务提供者及学生规划和设计教育内容时，学术机构和医疗保健与社会服务组织应提供以下方面的教育和信息：1）共同决策的基础知识（例如目的、目标等），2）如何识别服务对象参与共同决策的准备程度，3）提供者可以采用的有效沟通策略，以便与服务对象进行共同决策并获取他们的价值观、信念和偏好。

支持资源

资源	描述
<p>医疗保健研究与质量署。《共享方法》[互联网]。罗克维尔（马里兰州）：AHRQ；2024年。可用的从：https://www.ahrq.gov/sdm/share-approach/index.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 关于SHARE方法的相关资源，SHARE是一种由临床医生主导的共同决策模式，该模式包含五个关键要素，旨在促进与患者进行有意义的交流。 ■ 包括视频、模型和相关资源，以支持“SHARE”方法的使用。
<p>Jonsen AR、Siegler M 和 Winslade WJ，《临床决策的四框法》。载于《临床伦理学：临床医学伦理决策的实用方法》，第5版。纽约：McGraw-Hill 出版社，2002年。可从以下网址获取：https://i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/4-box_ethical_dillema_framework.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 详细介绍了如何运用“四框法”进行决策，这是一种实用的方法，能够将关键问题区分开来，帮助人们专注于真正重要的事项。 ■ 提示：此文档已超过十年的历史，但仍被视为具有开创性的成果。
<p>Lawson ML、Shepard AL、Feenstra B 等 (2020)运用患者决策辅助工具对考虑使用胰岛素治疗1型糖尿病的青少年和家长进行决策辅导:一项前后对照研究。BMC Pediatrics, 20(1): https://doi.org/10.1186/s12887-019-1898-4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 一项针对决策指导（借助患者决策辅助工具）对青少年与家长之间决策冲突影响的初步研究。

资源	描述
<p>英国国家卫生和临床技术优化研究所 (NICE)。婴儿、儿童和青少年医疗保健体验 [互联网]。曼彻斯特（英国）：NICE；2021 年 8 月。可从以下网址获取：https://www.nice.org.uk/guidance/ng204</p>	<ul style="list-style-type: none"> 包括有关参与医疗保健、倡导活动、规划医疗保健以及提供支持等方面的建议。
<p>英国国家卫生和临床技术优化研究所(NICE)。共同决策 [互联网]。</p> <p>英国曼彻斯特：英国公共卫生署；2021年6月17日。可从以下网址获取：www.nice.org.uk/guidance/ng197</p>	<ul style="list-style-type: none"> 本临床实践指南包含关于如何在组织层面推进共同决策的建议；如何在所有医疗环境中实施共同决策；关于患者决策辅助工具的使用；以及如何就治疗和护理方案的风险、益处及后果进行沟通等内容。
<p>渥太华医院研究所。决策指南（几乎适用于任何决策）[互联网]。</p> <p>渥太华（安大略省）：渥太华医院研究所；2025 年5月 2日。可从以下网址获取：https://decisionaid.ohri.ca/decguide.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> 提供个人决策指南的模板链接，这些模板可供个人下载并使用，以帮助他们明确决策事项、反思相关知识、明确关键因素并规划后续步骤。 这些指南可用于任何与健康或社会相关的决策制定。 支持多种语言版本。
<p>渥太华医院研究所。渥太华决策支持教程 [Internet]。渥太华（ON）：渥太华医院研究所；2024 年。可从以下网址获取：https://decisionaid.ohri.ca/ODST/</p>	<ul style="list-style-type: none"> 面向医疗服务提供者的教程，旨在提升其知识和技能，以支持人们参与共同决策。 该教程免费提供，有法语和英语版本。 用户需创建用户名和密码，若得分达到 75%或以上，将获得结业证书。

资源	描述
<p>Shapherd HL、Barratt A、Jones A 等人。消费者能否学会提出三个问题来改善共同决策？一项关于ASK（AskShareKnow）患者-临床医生沟通模型®在初级卫生保健环境中干预的可行性研究。健康期望 19(5), 1160-1168。DOI: https://doi.org/10.1111/hex.12409</p>	<ul style="list-style-type: none">■ 一项初步研究，旨在评估实施消费者咨询项目在可行性、普及度和接受度方面的状况。■ 该项目鼓励用户提出以下问题：<ol style="list-style-type: none">1. 我有哪些选择呢？2. 这些选项可能带来的获益与危害有哪些？3. 这些获益与危害中，每一种对我而言发生的可能性有多大呢？

良好实践声明3.0： 预立医疗照护计划

医疗和社会服务提供者应定期评估服务对象对预立医疗照护计划的准备情况，并在其准备好时协助推进该过程。

共同决策是以人为本的护理的前提（参见良好实践声明 2.0），而预立医疗照护计划则是赋能服务对象积极参与共同决策的重要手段（130）。因此，定期评估服务对象参与预立医疗照护计划的准备度属于最佳实践。专家小组认为有必要传达这一良好实践声明，但无需对此进行系统的文献综述。预立医疗照护计划是一个过程，旨在“使具有决策能力的个人能够明确自身价值观，反思严重疾病的意义与后果，定义未来医疗治疗与照护的目标及偏好，并与家属及医疗提供者进行讨论”（131）。该过程不仅关注生理层面，还涵盖心理、社会及精神领域（131）。此外，它还包括关于替代决策的讨论，鼓励个人指定一位信任的人，以便在其被判定为无行为能力时代替其做出决策（132）。预立医疗照护计划的目标是赋能个人及其指定家属，使其能够在任何年龄或生命阶段为临终照护做好准备并制定计划（133）。通过尊重个人自主权，有行为能力者的个人目标与价值观成为核心，从而增强其掌控感（130）。

研究一致显示，支持预立医疗照护计划的干预措施可对患者预后产生积极作用。近期一项系统综述纳入 132 项随机对照试验（RCTs），这些试验旨在评估预立医疗照护计划干预的有效性，其结果一致且积极地表明：预立医疗照护计划能够改善医患沟通质量，增强治疗偏好（尤其是舒适护理相关偏好），降低决策冲突发生概率，并促进患者与照护者偏好的一致性（即双方就患者最重视的事项达成共识）（133,134）。另有一项系统综述（135）发现，预立医疗照护计划可提高临终意愿记录的完整性。尽管预立医疗照护计划益处良多，但系统综述报告显示，其在临终照护有效性方面的结果喜忧参半：特别是在其与服务质量、心理健康、死亡地点（尤其是居家死亡）等 **reported preferences and goals** 的一致性方面，以及与家属视角下的临终照护满意度方面，结果并不完全一致（135）。

参与预立医疗照护计划时，个体需为相关讨论做好充分准备。若准备不足，可能引发情绪困扰，导致护理目标难以达成，且个体需求也可能无法得到满足（136）。影响预立医疗照护计划准备度的因素主要包括以下三类：其一为态度，该因素受预立医疗照护计划相关培训、知识储备、实践经验、社会人口学特征、心理精神层面准备状态及当前或既往健康问题的综合影响；其二为主观规范，涵盖社会支持水平、家庭参与程度以及医疗和社会服务的可及性；其三为感知行为控制，具体体现为预立医疗照护计划的口头表达能力、书面

实践经验及基线准备状态（137）。因此，医疗与社会服务提供者必须首先通过理解上述影响因素，来评估服务对象参与预立医疗照护计划的准备度。

行为改变跨理论模型是一个框架，医疗保健与社会服务提供者可以使用它来评估一个人是否准备好进行与预立医疗照护计划相关的对话（138,139）。在此模型中，人们会经历五个改变阶段：

- 前意向期：人们尚未听说过预立医疗照护计划，或从未考虑过此事；
- 意向期：人们知晓预立医疗照护计划，但尚未准备进行计划；
- 准备期：人们回顾教育材料和/或讨论预立医疗照护计划主题；
- 行动期：人们已选定替代决策者，并与其讨论过自身意愿、价值观和信仰，可能寻求进一步帮助和/或信息；
- 维持期：人们与替代决策者重新探讨预立医疗照护计划（138,139）。

以下“支持性资源”中的《ACP对话指南——临床医生入门手册》提供了进一步指导，说明如何运用变革阶段跨理论模型来评估预立医疗照护计划的准备程度，并列举了医疗保健与社会服务提供者在每个阶段可实施的活动与干预措施示例。

有关如何评估患者准备状态以及如何启动或继续围绕预先护理规划展开对话的更多信息，请参阅下文的**实施建议**。若需了解在向患者介绍和/或讨论预先护理规划时可能有用的沟通策略及示例用语，请参阅**附录D**中的《预立医疗照护计划用语》、另请参阅**附录J**的《重症患者对话指南》、**附录K**的《PAUSE早期护理计划沟通表》及**附录L**的《改善医疗保健工作手册》。

实施建议

专家小组的实施建议

针对医疗和社会服务提供者

- 运用协作式沟通方法和策略（如动机性访谈和“问-告-问”法）来评估服务对象的准备度。有关就绪指标的更多指导，请参阅下方的**支持资源**。有关协作式沟通方法的更多指导，请参阅**附录D**；有关具体沟通策略，请参阅**附录J**、**附录K**和**附录L**。
- 定期讨论目标与偏好，并根据患者对预立医疗照护计划的理解程度、健康状况与疾病阶段、文化宗教信仰以及参与讨论的意愿来调整讨论内容。
- 如果服务对象尚未准备好参与关于预立医疗照护计划的对话，医疗及社会服务提供者可探究原因，并将此记录在护理计划中。
- 确保服务对象理解替代决策者的定义，共同审视替代决策者应具备的素质（相关信息见下文“支持资源”），并严格遵守关于替代决策者的法律法规（例如在安大略省，需遵循《替代决策法》[Substitute Decisions Act]（129））。
- 熟悉姑息治疗资源，以便协助开展关于预立医疗照护计划的对话，并帮助人们获取所需和/或所求的资源。
- 鼓励人们在家中与自己指定家属、护理人员或社交圈中的其他人展开对话，探讨对他

们而言最重要的事情，包括个人偏好、目标和意愿（关于如何开启对话的信息，请参见下文**支持资源**；**附录L**提供了一本工作手册，旨在帮助人们准备好与自己指定家属及医疗团队讨论对他们而言重要的事项）。

针对医疗和社会服务机构

- **教育与培训：**启动并维持预立医疗照护计划对话需要具备相应的技能与能力。医疗和社会服务机构及学术机构应提供以下方面的教育与信息：1) 预立医疗照护计划基础知识（如目的、目标等）；2) 如何识别服务对象进行相关对话的准备度；3) 服务提供者可采用的有效沟通策略，以便与不同人群开展预立医疗照护计划对话。
- **模拟教学：**基于模拟的学习可能有助于掌握应对预立医疗照护计划的策略，并根据患者的病情和预后情况，与患者就护理计划的困难进行对话。
- **制定组织政策：**制定适用于各医疗和社会服务机构的预立医疗照护计划组织政策（包括评估准备情况、记录对话内容、衡量结果等）。
- **审查现有资料：**机构可能已备有面向服务对象及提供者的预立医疗照护计划宣传资料。务必审查这些文件和工具，确保其与机构内部政策及管辖区域的法规保持一致。
- **如需口译服务，**医疗或社会服务机构有责任提供相应服务。翻译工作应尽可能采用经认可、认证且具备资质的人员或方法。专业口译员同时具备文化理解力，这是口译工作的重要组成部分。

文献中的实施技巧

- 预立医疗照护计划的核心要素包括：
 - ⦿ 探索个人对预立医疗照护计划的理解，并阐述其目标、要素、益处、局限性及法律地位；
 - ⦿ 根据个人参与预立医疗照护计划流程的准备程度进行调整；
 - ⦿ 探索个人在生理、心理、社会和精神领域中与健康相关的经历、认知、关切及个人价值观；
 - ⦿ 探索未来护理的目标；
 - ⦿ 提供有关诊断、疾病进程、预后、潜在治疗方案的利弊以及护理选择的信息；
 - ⦿ 明确未来医疗治疗和护理的目标与偏好，并探讨这些目标与偏好的现实可行性；
 - ⦿ 根据当地法律管辖权，讨论设立个人代表（替代决策者）的选项，该代表可在个人无法表达意愿时代其行事；
 - ⦿ 探讨个体在委托代理人代为表达意愿时，允许其除既往声明的偏好外，同时考虑当前临床状况的程度；
 - ⦿ 任命个人代表并记录相关情况；
 - ⦿ 根据当地法律管辖权，提供有关预立医疗指示的选择和作用的信息；
 - ⦿ 完成预立医疗指示（取决于当地法律管辖权）

- 鼓励个人向指定家属以及医疗与社会服务提供者提供预立医疗指示的副本 (131)。

■ 谁可以促进对话

- 医疗保健与社会服务提供者需要具备必要的技能，并展现出愿意与患者及其家属坦诚讨论诊断结果、预后情况、死亡及临终关怀的开放态度 (131)。此类信息的传达应清晰且连贯 (131)。
- “需要适当的医疗服务提供者来处理预先护理规划的临床要素，例如讨论诊断、预后、治疗和护理方案，探讨未来医疗治疗和护理的目标与偏好在多大程度上切实可行，并将讨论内容记录在[服务对象]的医疗档案中” (131)。

■ 预立医疗照护计划的时间

- 预立医疗照护计划可在人生任何阶段进行，但随着个人健康状况恶化或年龄增长，计划内容可能更具针对性 (131)
- 定期更新相关记录，因为个人价值观和偏好可能随时间而变化 (131)。

支持资源

资源	描述
加拿大预先医疗计划。2024年。可从以下网址获取 http://www.advancecareplanning.ca/resources/tool-kits-and-guides/	<ul style="list-style-type: none"> 为家庭、照护者和卫生保健专业人员提供的工具包和指南。 包含“操作指南”资源，以帮助就预立医疗照护计划做出知情决策。
加拿大预立医疗照护计划 (Speak up)。加拿大预立医疗照护计划：泛加拿大框架[互联网]。渥太华（安大略省）：加拿大临终关怀与姑息治疗协会；2020年。可从以下网址获取： https://www.chpca.ca/initiatives/advance-care-planning-canada/	<ul style="list-style-type: none"> 提供更新的框架与策略，帮助人们从思考预立医疗照护计划转变为真正围绕预立医疗照护计划进行对话 更新后的框架认识到文化的重要性，以及文化在人们如何看待自身健康和做出医疗保健决策中的作用。
阿尔伯塔省医疗服务局。预先医疗计划/护理目标：面向卫生专业人员的信息[互联网]。埃德蒙顿（AL）：阿尔伯塔省医疗服务局；2025年。可从以下网址获取： https://albertahealthservices.ca/info/Page9099.aspx	<ul style="list-style-type: none"> 为医疗保健与社会服务提供者提供关于预立医疗照护计划和护理目标讨论的工具、资源、质量改进项目及教育培训。
健康卫士团队。为您的孩子制定预立医疗照护计划[网络版]。健康链接BC；2023年3月27日。可从以下网址获取： https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/advance-care-planning-your-child	<ul style="list-style-type: none"> 预先医疗计划概述及儿童预先医疗计划的制定方法

资源	描述
----	----

<p>安大略省临终关怀与姑息治疗协会。安大略省的预先医疗计划。多伦多（安大略省）：安大略省临终关怀与姑息治疗协会；2024年。可从以下网址获取：https://www.advancecareplanningontario.ca</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 向公众普及安大略省预先医疗护理计划的定义及其实施流程 ■ 同时阐释了知情同意、精神能力及替代决策等概念。
<p>滑铁卢地区临终关怀机构。预先医疗计划：值得探讨的对话。医疗保健提供者资源[互联网]。滑铁卢（安大略省）：滑铁卢地区临终关怀机构；2015年。可从以下网址获取：https://advancecareplanning.hospicewaterloo.ca/resources/healthcare-provider-resources/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 面向医疗保健与社会服务提供者的资源，包括：共同决策对话开场白、预立医疗照护计划对话开场白、临床医生对话指南及发声工作手册。
<p>Incardona N, Myers J. ACP对话指南—临床医生版2.0. 沃特卢（安大略省）：沃特卢临终关怀区域；2018年。可从以下网址获取：https://www.pcdm.ca/HPCO/Assets/Documents/ACP%20Clinician%20Guide%20Feb%202023.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 该资源提供： <ul style="list-style-type: none"> □ 关于如何准备与患者及其替代决策者进行预立医疗照护计划相关对话的指导； □ 关于同意、行为能力及决策的实用信息，以及确定替代决策者 □ 如何为替代决策者做好准备以制定未来医疗保健决策。
<p>医疗保健改进研究所（IHI）。对话项目[互联网]。波士顿（马萨诸塞州）：IHI；2025年。可从以下网址获取：https://theconversationproject.org/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 为个人及其家庭提供免费可获取的指南，内容包括：对话开场白、如何选择医疗代理人、如何成为医疗代理人、如何与医疗团队沟通等。 ■ 还包括医疗保健资源、信仰资源和社区资源。
<p>Kiran D, Jerome D, Teeluck R, et al. 《临终关怀计划讨论指南》[网络版].密西沙加(安大略省):加拿大家庭医师学院;2018年.可从以下网址获取:https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Education/ACP_GIFT_1pager_ENG_FINAL_Rev_May18_Web.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 概述预立医疗照护计划的定义、益处及实施方法的事实说明。 ■ 包含一套供临床医师开展预先医疗计划讨论的框架。

资源	描述
<p>加拿大姑息治疗协会。姑息治疗资源。渥太华（安大略省）：加拿大姑息治疗协会；2025年。可从以下网址获取：https://www.pallium.ca/palliative-care-resources/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 面向医疗专业人员的姑息治疗相关资源与工具。 ■ 包含教育资源、实用临床工具、质量改进策略以及参与实践社群的机会。
<p>儿科姑息治疗。预先医疗计划[网络]。澳大利亚姑息治疗协会；2025年。</p> <p>来源：https://paediatricpalliativecare.org.au/resource/advance-care-planning/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 阐述了预先护理规划的定义、预先护理规划的指导原则、如何与儿童及家庭讨论预先护理规划，以及预立医疗指示的相关内容。
<p>Rapoport A. 针对罹患重病儿科患者的照护目标讨论与预立医疗照护计划.2024年.《儿科学与儿童健康》,29卷,397-403页.DOI:https://academic.oup.com/pch/article/29/6/397/7896349</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 加拿大儿科学会发布的立场声明，旨在协助儿科医疗和社会服务提供者就儿科人群的治疗目标及适宜治疗方案开展重要且有效的对话。
<p>Rezaei MA, Zahiri A, Kianian T, 等. 患者预先医疗计划准备度相关因素:系统综述. BMC公共卫生. 2025; 25(78). DOI: doi.org/10.1186/s12889-024-21209-x</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 一项探讨个体预先医疗计划准备度相关因素的系统综述。

推荐意见 1.0:

专家小组建议：应向服务对象提供决策辅助工具，以增强其参与健康筛查和医疗保健治疗方案相关知情决策的过程。

推荐强度：强

效果证据确定性：高

注意

决策辅助工具适用于广泛的健康筛查和治疗决策场景。然而，使用决策辅助工具**并不能替代**医疗提供者与服务对象之间基于治疗关系的持续对话与共同决策过程。目前，并非所有医疗决策都有对应的决策辅助工具，且这些工具也未必适合每一位个体。在缺乏经验证的决策辅助工具时，医疗提供者仍应通过共同决策流程，支持服务对象做出健康筛查和治疗决策。若无特定的决策辅助工具，医疗提供者与服务对象可使用**决策指南**（见下文“支持资源”）。决策指南可帮助人们明确待决事项，梳理已知信息、需澄清的问题以及后续步骤规划。此类指南与**（患者）决策辅助工具**存在本质区别：前者未满足《国际患者决策辅助标准》（IPDAS）的所有资格标准，因此不能被称为**（患者）决策辅助工具**（140）。

证据讨论:

以人为本的护理模式的关键要素之一，是整合医疗服务提供者与接受者之间的共同决策流程（118）（有关共同决策的详细指导，请参阅《良好实践声明2.0》）。当患者无法自主决策时，也可委托替代决策者（如指定亲属、授权代理人等）代为决策。关于健康筛查或医疗治疗的决策可能具有“偏好敏感性”，因为存在多种选择方案（包括维持现状），其中部分方案的疗效尚缺乏充分证据支持（141）。使用决策辅助工具是支持医疗提供者与服务对象就健康筛查及/或治疗方案开展共同决策的有效途径之一。

就本指南而言，决策辅助工具是**以人为本的工具**，旨在帮助人们做出知情医疗决策。决策辅助工具明确界定需作出的医疗决策，提供基于证据的筛查或治疗方案信息，阐明各方案的获益与危害，并帮助厘清个人价值观与偏好（141）。决策辅助工具提供了一种流程，可在存在多种选择（包括维持现状）时引导人们作出决策（141）。这有别于健康教育材料——后者仅提供关于诊断、治疗及管理的一般性信息，但不侧重决策过程或促进决策制定（141）。决策辅助工具涵盖多种形式，如纸质版、网络版、计算机版（或音频、计算机及计算机/网络组合版）、视频或脚本。

更多决策辅助工具信息请参阅下方**支持资源**，包括渥太华医院研究所患者决策辅助工具研究小组及英国国家卫生与临床优化研究所（NICE）的链接，其数据库中的决策辅助工具可免费访问和下载。另请参阅**附录M**，其中提供适用于任何健康或社会决策的决策辅助工具模板。

无论采用何种形式，决策辅助工具的目标都是支持并增强与医疗服务提供者的咨询和讨论，而非取而代之（141）。本项推荐意见关注的干预措施是：由医疗服务提供者向接受治疗者提供决策辅助工具，使其能够积极参与健康筛查或医疗治疗方案相关的决策过程。该方法与常规护理进行了对比——常规护理中决策通常通过标准决策流程完成，不使用决策辅助工具。

获益与危害

本推荐意见依据了一项大型系统综述，共涉及209项**随机对照试验**（RCT）（141）。原始RCTs中的干预措施涵盖了用于各类健康状况筛查（如癌症预防筛查）及医疗和/或手术治疗方案等多种决策辅助工具（141）。这些工具的形式多样，包括纸质版、网络版、计算机程序（或音频、视频与计算机/网络的组合）、视频或脚本（141）。研究对象包括18岁及以上成年人、作为儿童替代决策者的成年人（如父母），以及因健康状况无法参与决策的成年人。随机对照试验中的对照组接受的是常规护理，内容包括一般性信息、风险评估、面向健康消费者的临床实践指南摘要、不同主题领域信息（即安慰剂干预）或无干预措施。关于文献中提及干预措施的更多细节，请参阅下文**实施建议**。

表5总结了Stacey等人2024年系统综述评估的结局指标，以及随机对照试验（RCTs）中决策辅助工具（相较常规护理）对这些结局的有效性。总体而言，决策辅助工具可能帮助更多成年人做出知情且符合个人价值观的选择，使知识水平和风险认知准确性获得中等程度提升，并对决策过程的满意度产生小幅改善。使用决策辅助工具后，服务对象的“感到信息充分”程度有中等程度提升，“对个人价值观感到清晰”的程度有小幅提升。虽然使用决策辅助工具会使咨询时长增加1.5分钟，但若在咨询前提供决策辅助工具，咨询时长反而略有缩短。决策共享参与度无显著差异；但医生主导决策模式中度减少，参与者主导决策模式小幅增加。决策后悔感亦小幅降低。

表5：系统综述结果与结果摘要

结果	报告结果的 RCTS 数量	影响的方向和大小
<p>知情价值——选择一致性</p> <p>所选方案与知情者价值观的一致性（141）。</p>	<p>21</p>	<p>与常规护理相比，使用决策辅助工具时，知情价值-选择一致性呈现中度提升。</p> <p>每100名使用决策辅助工具的患者中，有23人（范围从13人到36人）在选择健康筛查或治疗方案时，其选择与个人价值观相符。</p>
<p>知识</p> <p>使用者对筛查或治疗方案获益/风险的认知。</p> <p>该评分采用0分（无知）至100分（完全掌握）的标准化量表（141）。</p>	<p>107</p>	<p>与常规护理相比，使用决策辅助工具可适度提升人们对筛查或治疗方案获益/风险的认知水平。</p>
<p>准确的风险感知</p> <p>个体对结果感知概率的理解程度（141）。</p>	<p>25</p>	<p>每100名使用决策辅助工具的患者中，有26人（范围为16至38人）在进行健康筛查或治疗决策时能获得更准确的风险评估。</p>

建议

结果	报告结果的 RCTS 数量	影响的方向和大小
<p>决策冲突 - 感觉不知情分量表</p> <p>使用决策辅助工具的个体感到信息不足。该评估采用标准化量表，评分范围为0（知情）至100（无知）（141）。</p>	58	与常规护理相比，使用决策辅助工具时，感到信息不足的人数出现中度减少。
<p>决策冲突-个人价值观不明确子量表</p> <p>使用决策辅助工具的个体对其个人价值观感到模糊不清。</p> <p>该量表采用0分（清晰）至100分（模糊）的标准化评分体系（141）。</p>	55	与常规护理相比，使用决策辅助工具时，对个人价值观感到模糊的人数略有减少。
<p>参与决策：临床医生主导</p> <p>使用决策辅助工具的人员在决策过程中表现出被动角色，决策主要由临床医师作出（141）。</p>	21	<p>与常规护理相比，当使用决策辅助工具时，处于被动决策角色的人数出现适度减少。</p> <p>在每100名使用决策辅助工具的人中，有4人会减少在健康筛查或治疗决策过程中经历临床医生控制的决策过程（减少范围为7人至0人）。</p>

结果	报告结果的 RCTS 数量	影响的方向和大小
<p>参与决策：参与者控制</p> <p>使用决策辅助工具的人员积极参与决策过程（141）。</p>	20	<p>与常规护理相比，使用决策辅助工具时积极参与决策的人数略有增加。</p> <p>每100名与医疗服务提供者共同使用决策辅助工具的人中，有10人会在制定健康筛查或治疗决策时经历参与者控制的参与过程（范围为多2至多24人）。</p>
<p>参与决策：共享参与</p> <p>决策过程中存在个人与提供者之间的共同参与（141）。</p>	23	<p>与常规护理相比，患者与医疗服务提供者在决策过程中的共同参与程度无显著差异。</p> <p>每100名使用决策辅助工具的患者中，就有1名在健康筛查或治疗决策时会经历医患共同参与决策（范围为减少4人至增加3人）。</p>
<p>咨询时长(分钟)</p> <p>由医疗服务提供者报告的咨询持续时间（141）。</p>	<p>8</p> <p>*咨询期间提供的决策辅助工具</p>	与常规护理相比，使用决策辅助工具时的咨询时间略有增加。
	<p>5</p> <p>*用于准备咨询的决策辅助</p>	与常规护理相比，使用决策辅助工具时的咨询时间略有减少。

结果	报告结果的 RCTS 数量	影响的方向和大小
<p>决策过程满意度</p> <p>受试者对决策过程表示满意。</p> <p>采用多维度量表评估满意度，分数越高表示满意度越高（141）。</p>	12	与常规护理相比，使用决策辅助工具时，患者对决策过程的满意度略有提升。
<p>决策后悔</p> <p>使用决策辅助工具的个体对所做出的健康筛查或治疗决策所产生的后悔程度。</p> <p>该指标采用标准化量表进行测量，分数越高表示对决策的满意度越低（141）。</p>	22	与常规护理相比，当人们使用决策辅助工具时，决策后悔感略有降低。

研究中未报告任何不良事件。

这些结局证据的总体确定性较高。研究方法学（即偏倚风险）、不一致性、不精确性、间接性或发表偏倚均未引发担忧。专家组确信，使用决策辅助工具促进患者参与决策的预期效益大于潜在不良影响。对于患者价值观和偏好的有限变异性，专家组持有合理置信度。如需获取关于使用决策辅助工具提升健康筛查和医疗方案选择参与度对核心结果影响的详细信息，请参阅 BPG 网页“方法学文件”标签下的证据概要。

价值观和偏好

专家小组未提出特定的价值观和/或偏好考量，系统综述中也未发现相关报告。

健康公平

来自系统综述的证据

- 使用决策辅助工具对应享公平人群（如健康素养有限者、社会经济地位较低者、种族/族裔少数群体）具有积极意义。当决策辅助工具采用通俗语言编写，并针对个人独特的信息与支持需求进行定制时，能显著提升知识水平（142），使人们能够以便捷的方式获取信息，从而判断治疗选择是否符合其价值观与偏好（143,144）。然而，目前仍需开发更具文化适宜性的决策辅助工具，以更好地促进应享公平人群的参与（144,145）。

来自专家小组的意见

- 使用决策辅助工具可能需要专业语言翻译支持和/或文化特异性支持。
- 决策辅助工具可能包括在农村地区难以获取或一些患者无力负担的治疗/资源的护理与治疗方​​案。应努力寻找等效、相关且可接受的替代治疗方案与资源。

专家小组的建议理由

专家小组指出，服务对象在使用决策辅助工具并与医疗提供者协作时，能更有效地参与关于健康筛查和治疗方案的知情决策。文献中未报告任何危害。鉴于证据确定性高，专家小组判定该建议的强度为**强推荐**。

实施建议

专家小组的实施建议

针对医疗服务提供者

- **角色定位：**医疗提供者/团队在促进共同决策过程中发挥着关键作用，仅靠使用决策辅助工具无法替代这一人际互动过程。
- **适用性评估：**在某些情况下，决策辅助工具可能不适用，例如存在语言障碍或认知障碍时。若存在语言障碍，医疗提供者应确认该工具是否有其他语言版本。
- **定制化策略：**有关为健康素养较低人群及其他应享公平人群定制决策辅助工具的策略，请参阅下文**支持资源**。
- **使用时机：**决策辅助工具的使用时机可视提供者习惯或具体情境而定。例如，服务对象可在就诊前自行查阅，也可在就诊期间与医疗提供者共同审阅。若在就诊前提供，服务对象将有时间反思自身的价值观、偏好及信念，并能梳理出相关问题与疑虑，以便在就诊时由医疗提供者解答。
- **时间效益：**尽管决策辅助工具的使用可能延长医疗提供者与患者初次接触的时间，但后续就诊时间可能会缩短。决策辅助工具的使用有助于在初诊时进行充分解释、教育和讨论，从而避免患者因信息缺失或对做出“正确”决策的担忧和困扰。

- 给予充分时间：人们需要充足的时间来对筛查和治疗方案做出知情决策；因此，应确保个人获得所需的时间和支 持，以便使用决策辅助工具。
- 文化敏感性：某些人群或文化背景可能认为医疗提供者是权威专家，因而倾向于由提供者代 为决策。在此情况下，医疗提供者应深入探究个体的价值观、信仰、偏好，以及不愿亲自参 与决策的原因。
- 决策变更的跟进：若允许服务对象在使用决策辅助工具后调整其决定，医疗提供者/团队 应进行随访，以确保其理解更新后决定的利弊，并确认该决定符合患者的需求与偏好。
- 持续随访：在做出初始治疗决策后（并在决策实施的全过程中），医疗提供者/团队应 进行随访。例如，若决策者因受到指定家属偏好的压力而感到困扰，提供者可在其独处 时进行随访，询问其是否认同已做出的决策。
- 团队协作：一线工作人员面临多重相互竞争的优先事项，因此实施工作需要协作完成，且 应明确传达并解释每位参与者的角色与职责。

实施背景和证据细节

- 为有效实施决策辅助工具，渥太华医院研究所的患者决策辅助工具研究小组建议遵循以下 步骤：
 - ⑤ 明确需做出的决策（从患者、医疗服务提供者及医疗服务角度出发）；
 - ⑤ 查找并评估决策辅助工具；
 - ⑤ 识别使用决策辅助工具的障碍（例如：该障碍是源于工具本身，还是源于服务对象 或医疗提供者？），并探讨克服这些障碍的策略；
 - ⑤ 为卫生保健提供者提供如何正确使用和实施决策辅助工具的培训和指导；
 - ⑤ 监测决策辅助工具的使用情况，包括与服务对象相关的结局指标（146）。
 - ⑤ 在临床试验中使用决策辅助工具前，医疗保健提供者需接受关于共同决策、风险沟通 及某种形式辅导（针对医师的个体化辅导）的培训（147–149）。
 - ⑤ 决策辅导是一种教育方法，旨在帮助服务对象掌握决策辅助工具，提升其评估各 类筛查与医疗保健方案的能力，理解并运用相关证据，为其与医疗服务提供者进 行讨论做好准备，并协助其落实最终决策（150）。
 - ⑤ 使用计划生育决策辅助工具以促进以人为本的咨询工作，医疗服务提供者报告称，该工 具改善了咨询流程的启动方式，将患者偏好纳入咨询讨论，促进参与者知识获取，并指 导其对决策选项相关问题的应答（151）。
 - ⑤ 采用决策辅助工具可能会暂时延长咨询时间，但会随着医务人员使用决策辅助工具 的技能提升而缩短。随着使用机会的增加和工作流程的优化，临床医生在将决策辅 助工具融入日常实践时会变得更加熟练（152,153）。

支持资源

建议

资源	描述
<p>Muscat DM, Smith J, Mac O, Cadet T, Giguere A, Hosten AJ, 等.患者决策辅助工具中的健康素养问题: 国际患者决策辅助标准的最新进展.《医疗决策制定》.2021年10月;41(7):848–69. DOI: 10.1177/0272989X211011101</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 概述了多种策略,旨在为健康素养低下人群及其他应受公平对待的人群定制决策辅助工具 ■ 示例包括:评估决策辅助工具的可读性;设计阅读难度不超过八年级的决策辅助工具;遵循《国际患者决策辅助工具标准》(IPDAS)中规定的标准。
<p>英国国家健康与护理卓越研究院(NICE)。患者决策辅助工具[互联网]。曼彻斯特(英格兰):NICE;2025年。可从以下网址获取:https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/nice-and-the-public/making-decisions-about-your-care/patient-decision-aids</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 提供按疾病分类的患者决策辅助工具库。 ■ 提供了一份指南,概述了NICE如何开发患者决策辅助工具
<p>渥太华医院研究所。患者决策辅助工具研究组[互联网]。渥太华(安大略省):渥太华医院;2024年5月10日。 来源:https://decisionaid.ohri.ca/index.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 渥太华医院研究部门维护着一个符合国际患者决策辅助工具标准(IPDAS)的(患者)决策辅助工具数据库。 ■ 可通过A至Z索引进行检索 ■ 提供多种语言版本
<p>渥太华医院研究所。决策指南(主要适用于各类决策)[互联网]。渥太华(安大略省):渥太华医院研究所;2025年5月2日。可从以下网址获取:https://decisionaid.ohri.ca/decguide.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 个人决策指南模板链接,供个人下载使用,以确定决策、反思其已知信息、明确最重要事项并规划下一步行动。 ■ 该指南可用于健康或社会相关决策。 ■ 支持多种语言
<p>渥太华医院研究所。患者决策辅助工具研究组:实施工具包[互联网]。渥太华(安大略省):渥太华医院;2022年10月19日。可从以下网址获取:https://decisionaid.ohri.ca/implement.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 渥太华医院研究所决策辅助工具研究组开发的实施工具包,用于支持决策辅助工具在临床实践中的应用

资源	描述
<p>渥太华医院研究所。决策辅导[互联网]。渥太华（安大略省）：渥太华医院；2024年8月21日。可从以下网址获取：https://decisionaid.ohri.ca/coaching.html</p>	<ul style="list-style-type: none">提升决策辅导质量的资源，包括用于规范向人们提供辅导的脚本、演示决策辅导的视频、有效沟通技巧的指导，以及决策辅导者介导的共同决策框架。
<p>YouTube n.d. https://www.youtube.com/watch?v=wH8M-WnPsEA&ab_channel=ACSQHC (accessed December 12, 2024).来源：共同决策：患者决策辅助工具</p>	<ul style="list-style-type: none">澳大利亚医疗保健安全与质量委员会关于决策辅助工具用途及其如何用于支持共同决策的视频

护理计划

良好实践声明4.0：护理计划

护理计划应由卫生与社会服务提供者与服务对象共同制定，并反映其价值观、信仰、目标、需求、态度及偏好，这是良好的实践规范。

护理计划是一种以人为本的卫生相关文件，由卫生和/或社会服务提供者使用，旨在促进沟通、反映服务对象陈述的价值观、信仰和偏好、满足服务对象的短期和长期目标，并支持跨项目、组织和部门的整体护理（154,155）。它是传递患者临床信息、用药重整及协调各医疗与社会服务提供者之间工作的关键工具。通常，护理计划的要素包括：

- 身份信息（例如：常用姓名、倾向使用的代词等）
- 病史和社会史
- 个人文化需求
- 个人关注重点 / 顾虑、目标（例如当前最重要的事项）、护理偏好以及与目标相关的行动计划
- 可依托的优势或支持资源
- 护理团队成员构成（包括指定家属、照护者和其他非专业角色人员），以及团队的角色、职责与目标
- 医疗保健同意与预立医疗照护计划（例如：替代决策者是谁）
- 影响个人健康状况的问题及诊断
- 健康的社会决定因素（如收入、就业、住房、食品安全、社会网络、健康知识等）
- 用药重整
- 由卫生和/或社会服务提供者针对患者病情、治疗方案及自我管理（154,155）所提供的任何健康教育信息

请参阅下方**支持资源**，获取由安大略省卫生局（原安大略省卫生质量局）开发的护理计划模板链接。

护理计划需由提供者与服务对象共同制定（155）。通过这一促进相互理解、自主权及照护责任共担的共创过程，服务对象能成为护理计划制定与监测的全面且积极的参与者（154）。这种在共同决策中的参与（参见**良好实践声明 2.0**）不仅能提升参与度，还能使医疗和社会服务提供者更深入地理解服务对象在生命、健康及医疗保健方面的价值观与偏好（154）。因此，与服务对象及其指定家属共同制定并实施一份能反映其明确陈述的价值观、信念、目标、需求和偏好的护理计划，是一项良好实践（36,117,156）。专家小组认为有必要传达这一最佳实践声明，但无需对此进行系统性综述。

以人为本的护理计划制定与实施的重要性，可通过护理协调这一典型案例得以体现。在协调护理过程中，需与医疗和社会服务提供者及照护对象共同制定目标为导向的个性化护理计划。护理协调员从初始阶段就需明确照护对象的目标、价值观及偏好，并据此调配资源与服务（110,157）。同时，还需了解家属和/或照护者的参与情况，包括其角色、能力、技能、以及面临（或将要面临）的挑战。由于护理协调可能涉及较长周期，该护理计划将成为关键的动态文件，用于跟踪进展（基于服务对象与提供者的共同评估）、识别照护缺口、重新评估照护对象的健康与福祉（特别是在实施干预措施后），持续监测评估护理计划的有效性（157）。关于护理协调中不可或缺的以人为本的具体活动与要素，详见附录E。

护理计划的实施步骤及制定模板可在支持资源部分查阅。

实施建议

专家小组提供的实施建议

针对医疗和社会服务提供者

- 制定护理计划时，应纳入接受护理的个人、其指定的家属及/或照护者，以及参与其照护的所有医疗和社会服务提供者。
- 制定护理计划时，采取个体化方案至关重要，需认识到，部分患者会持续要求复核护理计划，而另一些患者则不会。影响复核意愿的因素可能包括新诊断、病情加重、疼痛、个人性格、痴呆及疾病进展。询问患者期望的参与程度、形式及频率至关重要。由于个体的决策可能随时间变化，应定期重新评估其参与程度。
- 部分患者可能不愿分享信息或参与护理计划的制定，而另一些患者则可能因认知功能减退或意识水平改变而无法参与。医疗和社会服务提供者的关键在于，从服务对象的实际情况出发，尊重其期望的参与程度和/或其实际能力。
- 服务提供者需花时间倾听并与其沟通，了解其真实需求。信息的呈现需要时间；不过，通过在关系建立初期预留足够时间以建立治疗联盟（参见良好实践声明1.0），后续会面所需时间反而会减少。
- 同样重要的是，应花时间倾听并与服务对象认为重要的家庭成员和/或照护者进行沟通，因为他们能提供关于接受照护者需求和偏好的独特见解，并在护理计划的实施中发挥作用。
- 直接使用服务对象对其自身需求的原话描述。
- 制定护理计划时，采用优势视角至关重要。应聚焦于个体的内在优势，识别可支持其健康与康复进程的个人或社区资源，并设定与个体优势、价值观、信念、目标及偏好相一致的明确且可实现的目标（158）。
- 护理计划还可包含其他要素，例如患者的爱好或兴趣。这使得医疗和社会服务提供者能够获得更全面的患者认知，了解患者重视的事项。
- 注意非语言信号；这不仅关乎当事人所说的话，更在于其未言明的内容。

- 采用标准化流程和/或经过验证的工具来制定、审查和更新护理计划，并改善不同环境中的医疗和社会服务提供者之间的沟通与协调。
- 应尽快将护理计划记录在电子健康档案中（如果可用），并确保该记录跨专业、跨诊疗场合可见。
- 需注意的是，在某些卫生或社会服务机构，护理计划可能并非独立文件，而是整合于现有文档体系中。
- 将照护计划提供给服务对象/指定家属及护理团队内的所有卫生及/或社会服务提供者。
- 当信息需在不同卫生或社会服务提供者间传递时，应确保清晰的责任交接流程/标准化的责任转移。
- 确保护理计划中的信息能在服务对象、指定家属/照护者与护理团队内的医疗和社会服务提供者之间有效传递，避免服务对象重复提供已获取的信息。
- 同样，医疗和社会服务提供者需积极倡导并尽力确保服务对象的护理计划（例如：护理目标、意愿等）得到尽可能严格的遵循。
- 在护理计划中考虑并记录其他协议（例如表格1）。

针对医疗和社会服务机构

- 对医疗和社会服务机构而言，营造安全且充满关怀的环境至关重要，这能让医疗和社会服务提供者真正了解服务对象。
- 制定组织架构与政策，通过电子健康档案（在可行情况下）、标准化评估与记录流程，以及对医疗和社会服务提供者开展关于护理计划重要性的教育，支持将协作式护理计划落实到实践中。

文献中的实施建议

- 护理计划是一份动态文件；应定期进行审查和更新，特别是在患者状况发生变化和/或其主动要求修改时（155）。
- 在管理及治疗患者时，应参照护理计划。任何治疗方案的变更或患者状态的改变均需记录（154）。
- 护理计划的每位使用者（即医疗和社会服务提供者、组织）均有责任，在分享护理计划中记录的信息（154）或在咨询其他提供者前（155），事先获得服务对象的必要同意。签署同意书应成为信息发布前的标准流程（154）。

支持资源

资源	描述
<p>美国医疗保健研究与质量局 (AHRQ) 《制定共享护理计划》[互联网] 罗克维尔（马里兰州）：AHRQ；2024年 可访问： https://integrationacademy.ahrq.gov/products/playbooks/behavioral-health-and-primary-care/implementing-plan/develop-shared-care-plan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 阐述共享照护计划的定义，概述制定该计划的工具，并提供实施该计划的实践指导。
<p>安大略医疗质量局 (HQO) 《协调护理计划用户指南版本2.1》[互联网] 多伦多（安大略省）：HQO；2018年6月12日 可访问： https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/ccm-coordinated-care-plan-user-guide-v2.1-en.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 说明护理计划的使用意图及各字段的目的。 ■ 提供附有详细解释和示例的完整模板。
<p>NHS蒂斯、埃斯克和韦尔山谷NHS基金会 《共同创建框架：阐明共同创建理念与价值观的共享文件》 达灵顿（英国）：NHS；2024年12月 可访问： https://www.tewv.nhs.uk/wp-content/uploads/2025/03/Co-creation-framework-2025.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 概述共创的概念，并提供采用共创方法的框架。
<p>安大略注册护士协会 (RNAO) 《护理与服务过渡》[互联网] 多伦多（安大略省）：RNAO；2023年 可访问： https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 提出一项良好实践声明：在护理过渡前、中、后期与服务对象及其支持网络协作制定护理计划，以确保健康信息和护理需求在医疗和社会服务提供者之间顺利传递。 ■ 提供制定和记录护理计划的实施建议及相关支持资源。

医疗环境：噪音与光线

推荐意见2.0:

专家小组建议，应根据患者个人的需求与偏好，为其提供眼罩和/或耳塞，作为降低感官刺激的策略。

推荐强度：有条件推荐

效应证据确定性：极低

证据讨论:

医疗环境的物理条件可能影响人们的健康与舒适度（159）。环境刺激因素（如噪音和光线）可能引发负面应激反应，而个体对压力源的反应取决于该压力源对个体的重要性、暴露时长、可控程度、人口学特征、生理特性、社会因素以及既往经历与暴露史（159）。医疗场所（如医院）是包含多个专业区域的复杂建筑，不同区域对应不同功能（如住院治疗、诊疗、诊断及辅助设施）（159）。随着以人为本的护理理念的普及，医疗场所的建筑设计也趋向于构建能促进健康与福祉的空间（160），例如借助自然景观、音乐或照明调节来缓解患者焦虑，改善睡眠质量。

然而在实体医疗场景中，医护人员与患者的需求可能存在冲突（例如，医护人员需要充足照明开展体格检查，而患者可能需要避光）。因此，医护人员在兼顾自身工作需求的同时，也需考虑采用感官减压策略，减少环境刺激给患者带来的压力（159）。

在本最佳实践指南（BPG）中，减少感官刺激策略是指一种非药物方法，旨在减少医疗环境中服务对象所面临的潜在背景性压力源。（“背景性压力源”是指物理环境中持续存在的背景特征，例如荧光灯、呼吸机噪音）（161）。虽然医疗环境中已有多种降低感官刺激策略，但出于可行性考量，本指南决定重点关注眼罩和耳塞的有效性。本建议聚焦的干预措施，正是通过减少光线、噪音来落实以人为本的降低感官刺激护理策略，并将其与常规护理或未采取任何减少感官刺激策略的情况进行了对比。

获益与危害

本推荐意见共纳入了4项随机对照试验、1项非随机对照研究及2项系统综述。干预措施类型包括使用眼罩和耳塞。（162-168）。这些研究开展于重症监护室（ICU）、新生儿重症监护室（NICU）、心胸重症监护室、神经创伤重症监护室、外科重症监护室，以及麻醉后监护室（PACU）；接受干预的人群包括成人以及早产儿或极低出生体重儿。尽管现有

研究集中在ICU、NICU、PACU，但专家小组认为：在适宜的情况下，眼罩、耳塞也可能适用于其他医疗环境。关于该干预措施的更多细节，可参考下文的**实施建议**。

表6总结了各项研究的结果，以及眼罩和耳塞对这些结局指标的有效性。总体而言，眼罩和/或耳塞可能改善ICU成人患者的总睡眠时间、谵妄发生率和收缩压，但关于眼罩和/或耳塞是否对ICU成人患者的舒张压和心率有影响，研究结果不一致。对于NICU的早产儿或极低出生体重儿，佩戴耳塞可使其身高和体重获得轻微改善，心率和血压小幅下降。目前尚不确定使用眼罩和/或耳塞是否会缩短成人ICU和NICU的住院时间。有关特定医疗环境中使用减少感官刺激策略的影响，以及各优先结果的证据质量评估、效应量和确定性的详细信息，请参阅BPG网页“方法学文件”标签下的证据概要。

表6：结局指标与结果汇总

干预措施	研究数量	研究场所	结局指标	结果
耳塞和/或眼罩	1项Cochrane综述(含2项随机对照试验) (162)	成人ICU	总睡眠时间 (小时)	使用耳塞和/或眼罩时，睡眠时间略有增加。但证据非常不确定。
耳塞和/或眼罩	1项Cochrane综述(含2项RCT) (162)	成人ICU	谵妄 (测量工具： Neeley-Champagne混淆量表及谵妄发生情况[是/否])	使用耳塞和/或眼罩可使谵妄发生率中度下降。 在ICU环境中，每100名接受眼罩和/或耳塞干预(旨在减少光线或噪音以促进以人为本的护理)的服务对象中，谵妄发生人数将减少22人(变化范围：减少10人至30人)。

干预措施	研究数量	研究场所	结局指标	结果
耳塞和/或眼罩	2项随机对照试验 (165,166)	成人ICU 和 CICU	心率（次/分钟）	尽管一项研究显示，佩戴耳塞和/或眼罩时心率出现中度下降，但另一项研究则表明使用耳塞和/或眼罩时心率略有升高。
耳塞和/或眼罩	2项随机对照试验 (165,166)	成人ICU 和 CICU	收缩压（mmHg）	夜间佩戴耳塞和/或眼罩时，收缩压出现中度下降。
耳塞和/或眼罩	2项随机对照试验 (165,166)	成人ICU 和 CICU	舒张压（mmHg）	尽管一项研究表明，佩戴耳塞和/或眼罩时，舒张压出现小幅下降；而另一项研究显示，使用该干预措施后舒张压轻微升高。
耳塞	1项非随机对照组（167）	NICU 的 早产儿	心率（次/分）	早产儿在 NICU 中佩戴耳塞时，心率中度下降。
耳塞	1项非随机对照组（167）	NICU 的 早产儿	收缩压（mmHg）	早产儿在 NICU 中佩戴耳塞时，收缩压小幅下降。

干预措施	研究数量	研究场所	结局指标	结果
耳塞	1 项非随机对照组 (167)	NICU 中的早产儿	舒张压 (mmHg)	当早产儿在 NICU 中佩戴耳塞时, 舒张压小幅下降。
耳塞和/或眼罩	1 项 RCT (164)	成人 ICU	ICU 住院时间 (小时)	与常规护理相比, 使用耳塞和/或眼罩的成人 ICU 住院时间中度增加, 但证据极不确定。
耳塞	1 项 RCT (163)	麻醉后心胸监护室 (C-PACU)	术后住院时长 (天)	与常规护理相比, 术后住院时长有中度缩短, 但证据极不确定。
耳塞	1 项 Cochrane 综述 (含 1 项 RCT) (168)	NICU	NICU 住院时间 (天)	与常规护理相比, 佩戴耳塞的婴儿在 NICU 中的住院时间有所增加, 但证据非常不确定。
耳塞	1 RCT (163)	麻醉后心胸监护室 (C-PACU)	整体护理满意度 (测量工具: 1~5 分 Likert 量表, 1 分=优秀, 5 分=非常差)	与常规护理相比, 佩戴耳塞的成人对整体护理的满意度报告无差异, 但证据极不确定。

干预措施	研究数量	研究场所	结局指标	结果
耳塞	1 项 Cochrane 系统综述 (包含 1 项随机对 照试验) (168)	新生儿重 症监护室 中的早产 儿或极低 出生体重 儿	身高 (cm)	对于在新生儿重症监 护室中佩戴耳塞的婴 儿, 其18-22月龄(矫 正月龄)时的身高可 能会有小幅增加, 但 相关证据极不确定。
耳塞	1 项 Cochrane 系统综述 (包含 1 项随机对 照试验) (168)	新生儿重 症监护室 中的早产 儿或极低 出生体重 儿	体重(g)	在新生儿重症监护室 中佩戴耳塞的婴儿, 其18-22月龄(矫正月 龄)时的体重可能 会有小幅增加, 但相 关证据极不确定。
耳塞	1 项 Cochrane 系统综述 (包含 1 项随机对 照试验) (168)	新生儿重 症监护室 中的早产 儿或极低 出生体重 儿	校正胎龄 34周时的 体重 (g)	对于佩戴耳塞的早产 儿或极低出生体重 儿, 其体重可能 会有小幅增加, 但相 关证据极不确定。

文献中未报告任何不良事件。

耳塞与眼罩相关证据的整体确定性被评为极低, 主要原因包括: 大多数研究存在严重的偏倚风险; 三项结局指标的效果方向不一致; 且大多数研究存在非常严重至极其严重的不确定性。鉴于这种不确定性, 临床实践中应尊重患者的需求和偏好, 由患者选择是否使用降低感官刺激的策略。

价值观和偏好

基于系统综述证据:

价值观

- 一项研究探讨了患者对采用感官刺激弱化策略后获得的健康改善效果的主观评价。研究发现, 在麻醉后心胸监护室(C-PACU)环境中佩戴耳塞的患者, 其自我评估的睡眠质量优于护士通过多导睡眠监测(包括总睡眠时长和觉醒次数)进行的客观评估。因此, 护士对睡眠质量的评估可能存在偏差, 而患者的自我评估更为可靠(163)。

卫生公平

基于系统综述证据：

一项研究报告指出，耳塞和眼罩是成本低廉、操作简便的护理干预措施，可在资源有限的环境中使用（169）。

专家小组对推荐意见的论证

尽管证据存在不确定性，专家小组仍将此项推荐的强度确定为有条件推荐，小组认为，使用感官刺激弱化策略可能带来益处，且未见不良事件报告。必须强调的是，应根据患者偏好及个体睡眠需求，由患者来选择是否采用此类策略。

实施建议

表7：专家小组提供的实施建议

考虑因素	详细信息
使用耳塞和/或眼罩	<p>针对医疗和社会服务提供者的建议</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 必须强调，应根据患者的个人偏好及个体睡眠需求来选择感觉刺激最小化策略的具体类型。 ■ 严格遵循制造商关于如何正确佩戴耳塞和/或眼罩的说明。 ■ 佩戴耳塞时切勿完全隔绝所有声音。患者必须能听到火灾警报、医疗设备报警或医护人员的呼叫声，以应对紧急情况。 ■ 确保眼罩不会缠绕在各类管路上，如氧气管、静脉输液管、电极导线等。 ■ 易感人群（如痴呆症患者、幼儿、发育迟缓者）使用耳塞时可能面临误吞和/或窒息风险，需进行严密观察。 ■ 对于有创伤史的患者，佩戴眼罩可能诱发痛苦记忆，尤其是当其将此类经历与既往创伤事件相关联时，需慎用。 ■ 对于痴呆症患者而言，佩戴眼罩可能导致定向障碍。这种陌生感或视野受限可能加剧其困惑或焦虑。 ■ 对于接受急性精神病治疗或出现急性焦虑症状的患者，可提供耳

考虑因素	详细信息
<p>使用耳塞和/或眼罩 (续)</p>	<p>塞和/或眼罩，但需密切监测不良反应。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 对于失语或需要辅助沟通的患者，应确保其在希望摘除眼罩和/或耳塞时有有效的沟通途径。沟通方式可包括： <ul style="list-style-type: none"> □ 非语言沟通——包括肢体语言、面部表情、手势或简单的肯定/否定信号 □ 通信板或图卡 □ 辅助技术 ■ 在此类情况下，医疗和社会服务提供者亦可咨询辅助与替代沟通专家。 <p>针对医疗和社会服务机构的建议</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 医疗和社会服务机构应常备多种感官刺激最小化用品（如眼罩、耳罩、降噪耳机等），以便为未自带但有需求的患者提供。 ■ 入院时可通过入院礼包提供耳塞和眼罩。若无法直接发放，可附带明确提示：“如有需要，可提供眼罩和/或耳塞。”
<p>营造健康的声光环境</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 为避免使用耳塞和眼罩，医疗和社会服务提供者与机构可以采取以下措施： <ul style="list-style-type: none"> ■ 房间隔音处理： <ul style="list-style-type: none"> □ 如条件允许，应采用软质地板材料、厚重窗帘、吸音板和/或吸音天花板瓷砖来实现隔音效果。 ■ 减少不必要的广播并降低医疗设备的噪音水平： <ul style="list-style-type: none"> □ 减少不必要或过响的全院广播，优先采用局部呼叫系统或直接沟通方式。 □ 定期维护设备，避免产生不必要的机械噪音（如车轮吱嘎声、警报器巨响）。 □ 将设备放置于走廊或护士站，以限制病患护理区域的噪音。 □ 不使用时及时关闭设备，并将警报参数调节至合适范围。

考虑因素	详细信息
<p>营造健康的声光环境 (续)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 设立安静时段与区域：设立专用静音区域供患者使用。在日间与夜间设定特定时段，将噪音降至最低。在此期间，医疗及社会服务人员应限制非紧急工作、减少交谈，并确保设备噪音最小化（如避免在清晨抛光地板）。 ■ 标识与指导准则：在员工区域或走廊放置提示标识，提醒所有人注意控制噪音，如低声交谈、轻关门。向全体工作人员宣教安静环境对患者康复与健康的重要性。
<p>家庭和社区环境</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医疗及社会服务人员须知：需认识到环境压力源可能存在于家庭或社区环境中，并非所有环境压力源都出现在医院或长期护理机构。例如，双水平气道正压通气（BiPAP）或持续气道正压通气（CPAP）呼吸机会产生环境噪音。若患者因此睡眠不佳，医疗及社会服务人员可建议其佩戴耳塞以降低噪音影响。

表8：实施背景与证据细节

干预措施	证据详情
<p>耳塞和眼罩</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 耳塞与眼罩通常建议在夜间常规睡眠时段使用（162）。 ■ 部分使用者可能感到耳塞或眼罩不适；在此情况下，医护人员可提供改良款的耳塞或眼罩，或协助其调整佩戴方式（162）。 ■ 医疗场所中的多床位病房环境可能产生更多环境噪音，佩戴耳塞可作为一种便捷的降噪解决方案（163）。 ■ 耳塞与眼罩种类繁多，例如一次性耳塞可由石蜡、凡士林及棉絮制成（163）。 ■ 某些类型的耳塞可能需要指导使用者如何塑形并正确置入耳甲腔（162,170）。 ■ 在评估睡眠质量等结局指标时，应同时采集受照护者与医疗/社会服务提供者的反馈信息。

建议

建议

支持资源

建议

资源	描述
<p>听力保健学。睡眠时安全使用耳塞的方法[互联网]。Kelowna (BC)：听力护理听力学；2024年9月10日。可访问： https://www.myhearcare.ca/hearing-loss/articles/safe-practices-for-using-earplugs-at-night/</p>	<ul style="list-style-type: none"> 提供关于如何正确和安全使用耳塞以及如何选择最佳耳塞的信息。
<p>美国国立卫生研究院。听力保护：如何使用可塑性耳塞[视频]。2019年12月16日。可访问： https://www.youtube.com/watch?v=2eBpSctTXkY&ab_channel=NationalInstitutesofHealth%28NIH%29</p>	<ul style="list-style-type: none"> 概述如何正确使用泡沫（可塑性）耳塞的视频

虚拟护理

良好实践声明5.0：虚拟护理

在虚拟护理可以作为面对面护理替代品的情况下，良好实践要求卫生和社会服务提供者应根据服务对象的需求和偏好，确定其适用性及具体模式，并随需求变化动态调整。

以人为本的护理是医疗系统、组织机构及跨专业团队提供照护服务的核心原则，其本质在于充分考虑个体的特殊需求与偏好（117）。当人们需要或倾向于通过虚拟方式获取医疗与社会服务时，医疗结构及相关服务提供者应当评估虚拟护理的适用性及实施方式，并根据个体需求与偏好提供相应的虚拟护理。专家小组认为有必要传播这一最佳实践指南，但无需展开系统性文献综述。虚拟护理指通过远程方式、借助各类通信或信息技术，在医疗圈层内实现人与医疗服务提供者及/或其他成员之间的互动，旨在提升护理质量与效果（171）。它既可是作为一种整体照护模式，也可指提供者与服务对象之间的单次互动（172）。

参与虚拟护理可采用多种方式，包括电话（固定电话或移动手机）、视频会议或异步通信（如加密短信、电子邮件等）（172）。需要特别注意的是，无论采用何种方式，医疗机构和社会服务机构都必须确保所用平台经过验证，并符合相关安全、隐私和保密标准（173）。为帮助医疗机构和提供者筛选出既适合临床使用又符合标准的虚拟医疗解决方案，安大略省卫生部已编制了一份经验证的供应商平台清单（174）。

为确定虚拟护理的适用性及具体实施方式，医疗和社会服务机构需要综合考量多重因素。例如，是否采用虚拟护理需根据患者个体情况、医护人员的专业能力、患者及其家属的使用意愿，以及监管机构的具体指导要求（175）来综合判断。为遵循以人为本的护理原则，应优先选择患者更倾向的诊疗方式，除非存在安全隐患（如人身安全风险或隐私泄露风险）时才需要例外处理（175）。关于需要考虑的因素及虚拟护理的各种模式的更多详细信息，请参阅加拿大卫生信息网（Canada Health Infoway）（2022）（175）《*提供安全且高质量的虚拟护理：新用户与资深用户的指南*》。相关链接见下方**支持资源**。

虚拟护理能够支撑连续性护理体系。例如，研究发现它能远程满足医疗需求、优化必要医疗服务流程、节约医疗资源、优先调配医疗物资，并为访客与医护人员的互动提供远程通信支持（176）。该技术还能提升慢性病管理效率，促进医护人员与患者实时互动，并加强医疗团队间的协作（177）。作为线下诊疗的补充手段，虚拟护理在实现以患者为中心的

护理方面发挥关键作用。2023年一项系统综述研究评估了虚拟护理在新冠疫情期间对患者体验及治疗效果的影响（176）。研究者发现虚拟照护与积极的自我报告反应相关，包括：

- 在虚拟环境中接受护理时感到舒适
- 免受COVID-19感染
- 改善与医疗和社会服务提供者的沟通
- 虚拟护理的便利性
- 节省时间/金钱（即最大限度减少交通、拥堵、燃油及停车费用）
- 改善诊疗可及性
- 提高患者的照护参与度
- 提高对技术/远程医疗的舒适度
- 无需过长等待（176）

尽管虚拟护理存在诸多优势，但部分患者仍反映：在线问诊常感时间紧迫，需要体格检查时无法与医生进行面对面接触，遭遇技术故障，在规定时限内难以准确描述症状或提出疑问。另有部分受访者表示更倾向线下诊疗（176）。为确保人性化医疗服务的落实，必须深入剖析虚拟诊疗的障碍与挑战并加以优化（176）。

虚拟护理在健康公平与健康社会决定因素方面也存在障碍和挑战。并非所有人都能获得数字技术或具备必要的数字素养来完成虚拟护理（177）。农村地区可能缺乏基础设施，宽带接入不稳定。此外，可能缺乏能与提供者进行保密交谈的个人私密空间（177）。语言障碍、残疾和文化差异等因素，会加剧服务对象在使用虚拟护理时面临的挑战（177）。应提供多种连接方式，让服务对象能通过便捷且可及的模式联系提供者，从而不损害其获得的照护质量。

针对上述部分挑战，当前采取的应对措施包括：一是为社区居民提供配备必要技术的场所（如社区医疗服务中心）以开展虚拟护理服务，二是通过设备共享计划（178）提供所需技术设备。为提升数字健康素养，除提供数字诊疗服务外，还同步开展面向公众和医护人员的教育支持工作。同时，除数字渠道外，还增设了电话咨询、线下服务等非数字化诊疗选项。此外，通过提供多语言翻译服务、搭建多语种技术平台及编制配套资料，进一步提升民众使用母语进行虚拟护理的便利性（178）。

实施提示

专家小组提供的实施建议

针对医疗和社会服务提供者

- 在许多情况下，虚拟护理仍是一种新兴实践。有必要根据环境、背景、接受照护的人员

以及提供护理的医疗和社会服务提供者的情况，量身定制干预措施。

- 基于服务对象的需求和偏好提供虚拟护理，而非基于医疗和社会服务提供者的偏好。
- 结合服务对象的需求和偏好，评估虚拟护理访视的频率。
- 确定服务对象在日常生活中是否使用数字技术（如个人手机、智能手机、智能手表、计算机），以此作为其使用虚拟护理技术时的舒适度指标。
- 考虑使用标准化工具评估数字健康素养（参见下文的支持资源，了解提供者可用来评估人员数字健康素养的工具）。
- 考虑设置虚拟护理技术的“试用期”，以便服务对象识别并解决使用过程中可能遇到的障碍。
- 考虑使用虚拟护理对健康公平的影响。例如，许多人无法获得参与虚拟护理所需的虚拟技术条件（例如：有限的数据套餐、有限的互联网、缺乏设备、偏远地区的宽带服务有限）。
- 如果使用虚拟护理平台时存在语言障碍，则评估是否可以提供其他语言的技术，或者在需要时提供标化翻译。
- 参与虚拟护理时需进行全面的风险评估。这对于应获公平对待的人群（如患有心理健康问题或物质使用障碍者）尤为关键：
- 亲密伴侣暴力风险增加：考虑到那些可能在家庭环境中遭受家庭虐待或暴力的人的脆弱性增加，特别是在虚拟护理会议期间缺乏隐私的情况下。
- 危机与病情恶化：预判虚拟护理过程中可能出现的危机或病情恶化情况。因此，需掌握患者当前地址、联系电话及紧急联系人信息，以便在紧急情况下能够快速响应。

针对医疗和社会服务机构

- 制定政策和流程，确保隐私和风险评估被纳入虚拟护理互动中。
- 为保证公平可及，向服务对象提供必要的工具和资源（例如网络连接、设备、数字素养资源），或协助他们获取这些工具和资源。

文献中的实施建议

- 虚拟护理的实施应与国家、地区或省级标准（例如，安大略省卫生标准）以及其批准的平台保持一致（173）。
- 在安大略省的大多数社区中，安大略省卫生部资助了多个安大略省远程医疗网络（OTN）站点，以便注册护士可随时提供预约支持（178）。
- 针对有资格获得服务的人群提供虚拟护理计划时，应利用社区接待场所，以支持那些无法使用技术、缺数字健康素养、需要帮助解决虚拟护理平台问题或仅仅需要额外护理支持的个人（178）。
- 公共图书馆作为远程医疗枢纽的应用日益普及，尤其在服务不足区域和农村地区

(179,180)。

- 这类场所通常地处中心、交通便利，并提供宽带网络、电脑等个人在家难以获取的资源（166）。加拿大卫生部为促进虚拟医疗服务公平性制定的原则性建议详见下文支持资源部分。
- 向用户发送问卷，以评估人们和健康及社会服务提供者使用虚拟护理技术的体验。这些问卷应涵盖与健康结局相关的内容（例如，对护理质量、信息遗漏、可及性、护理的适宜性的担忧）以及提供者的经验（如评估是否受限）（175）。
- 医疗与社会服务提供者需要评估虚拟护理的适宜性，因为某些情境并不适合适用（173）。例如，医护人员无法在虚拟环境中对某些状况进行评估或诊断。但是，下列情形通常适合采用虚拟护理：
 - 精神健康问题、皮肤问题、轻度感染的评估与治疗
 - 性健康服务（如性传播感染的筛查/治疗）
 - 儿童保健随访
 - 产前保健
 - 旅行医学咨询
 - 对可通过远程设备和/或实验室检查监测的疾病进行评估和治疗
 - 实验室、影像学及专科会诊报告的复核
 - 慢性疾病的随访
 - 不需要面对面体格检查的其他评估
 - 初步分诊以排除风险、并确定最终诊断所需的适宜方式/时间框架 (175)

支持资源

资源	描述
加拿大数字健康机构. 《提供安全且高质量的虚拟护理：新手与有经验使用者指南》. 临床医护虚拟护理变革工具包，第1版。多伦多（安大略省）：Canada Health Infoway; May 2022. Available from: https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/6378-clinician-change-virtual-care-toolkit/view-document?Itemid=103	<ul style="list-style-type: none"> ■ 提供信息与资源的工具包，支持医疗与社会服务提供者开展安全、高质量的虚拟护理。 ■ 包含在决定是否使用虚拟护理时需考虑的“患者及照护者因素”等内容板块。
Faux-Nightingale A, Philp F, Chadwick D, et al. (2022). Available tools to evaluate digital health literacy and engagement with eHealth resources: A scoping review. Heliyon [Internet]. 8(8), e10380. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36090207/	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本范围综述评估了可供医护及社会服务提供者用于评估服务对象数字健康素养的工具。

资源	描述
<p>加拿大卫生部. 《提升加拿大虚拟护理的公平可及性：基于原则的公平性建议》渥太华（安大略省）：加拿大卫生部；2022年3月30日。可从以下链接获取：</p> <p>Health Canada; 2022 March 30. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/enhancing-access-principle-based-recommendations-equity.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 一个基于原则构建的虚拟护理公平可及性框架。 ■ 为各级政府提供可采取的具体行动指引与建议，以确保虚拟护理的公平性。
<p>加拿大卓越医疗机构（Healthcare Excellence Canada, HEC）。《促进居家养老的优秀实践》渥太华（安大略省）：HEC；2025年。可从以下链接获取：https://healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/enabling-aging-in-place/promising-practices-for-enabling-aging-in-place/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 总结了加拿大境内 11 个旨在帮助老年人在社区内、在正式服务支持下实现居家养老的项目。 ■ 这些项目的目标包括： ■ 降低系统使用障碍 ■ 降低经济障碍 ■ 提升服务及医疗和社会服务提供方的响应能力 ■ 扩大对专科服务的可及性 ■ 构建互联互通的社区
<p>英国国家健康与临床优化研究所（NICE）。行为改变：数字与移动健康干预 [EB/OL]。NICE, 2020。 可获取自：https://www.nice.org.uk/guidance/NG183</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 本指南涵盖采用数字或移动平台开展的干预措施，包括通过短信、应用程序（App）、可穿戴设备或互联网提供的干预。 ■ 包含关于在使用数字与移动健康技术前开展评估的相关建议。
<p>Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth literacy scale. J Med Internet Res [Internet]. 2006; 8(4). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17213046/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ eHEALS 是一个包含八个条目的电子健康素养测量工具，由 Norman 与 Skinner（2006）开发，用于评估普通用户在查找、评估和应用电子健康信息以解决健康问题方面的综合知识、使用信心及感知技能。 ■ 注：该文献虽已发表逾十年，但被视为该领域的奠基性（开创性）文章。

资源	描述
<p>安大略省注册护士协会（RNAO）。数字健康环境中的临床实践[EB/OL]。多伦多（安大略省）： RNAO； 2024。可访问： https://rnao.ca/bpg/guidelines/clinical-practice-digital-health-environment</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 安大略省注册护士协会（RNAO）最佳实践指南（BPG） ■ 该指南为护士及跨专业团队成员在数字健康环境中维持、提升和强化专业实践提供了最佳实践建议与良好实践声明。 ■ 指南同时强调，接受照护的个体是自身健康与决策的专家，应作为合作伙伴积极参与照护过程，以改善健康结局。
<p>Yoon J, Lee M, Ahn JS, et al. Development and validation of digital health technology literacy assessment questionnaire. J Med Syst [Internet]. 2022; 46(13). 可访问: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8784987/ and https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1007%2Fs10916-022-01800-8/MediaObjects/10916_2022_1800_MOESM2_ESM.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 数字健康技术素养评估问卷（DHTL-AQ）是一个信效度良好的工具，可用于测量个体的数字健康技术素养。 ■ 该工具的最终版本见文章链接中的补充文件二。

研究空白与未来展望

安大略省注册护士协会（RNAO）最佳实践指南开发与研究团队及专家小组共同确定了若干未来研究的优先领域（详见表9）。该表左栏列出了各推荐问题及其相关结局指标，右栏则基于针对每个问题所开展的系统综述，列出了专家小组识别出的优先研究方向。在这些领域开展后续研究，将为进一步提供高质量、公平可及的以人为本的护理积累更多循证依据。需要指出的是，该列表并非详尽无遗，未来可能还需探索其他研究方向。

表9：按推荐问题划分的优先研究领域

推荐问题	优先研究领域
<p>建议问题1：</p> <p>是否应推荐医护人员和患者使用决策辅助工具以支持关于治疗与照护的共同决策？</p> <p>关注结局包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 患者参与自身照护的程度（如参与决策及选项选择） ■ 医护人员/患者结局：医护人员对决策辅助工具或照护的满意度、患者对治疗益处与风险的认知水平、患者所选治疗/筛查方案是否反映其个人价值观与偏好 ■ 医护人员照护行为（如建立尊重患者偏好、文化背景等的治疗性关系） ■ 组织或系统层面结局（整体照护满意度、住院时长、再入院率、决策辅助工具的采纳与可持续使用） ■ 不良影响（患者/照护者负担、医护人员负担） ■ 临床（生理）结局 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 开展研究，识别促进决策辅助工具融入日常临床实践的有效策略。 ■ 在中低收入国家开展以决策辅助工具为核心的干预性研究，评估其应用效果。

建议问题

优先研究领域

建议问题2:

是否应推荐采用针对噪音和光线的感官刺激最小化策略（用于促进以人为本的护理）

结局指标:

- 个人、家庭或照护者/家庭对感官刺激最小化策略的满意度
- 服务提供者满意度
- 服务提供者知识
- 生理指标测量
- 对整体护理的满意度
- 住院时长
- 再入院率
- 采纳与可持续性（感官刺激最小化策略）
- 服务提供者负担

- 探讨光疗对个人及服务提供者结局影响的研究。
- 探讨光疗对患者及医护人员结局影响的研究。
- 评估声音（如母体心跳）对个体及医护人员结局影响的研究。
- 探讨清醒期间（尤其是决策定制阶段）感觉刺激对个体结果影响的研究。

在临床一线实施指南是一项多层面且充满挑战的工作。仅靠提高对最佳实践指南（BPGs）的认知度和获取渠道并不足以改变临床实践：必须以系统化和参与式的方式，针对每个实践场景对 BPG 进行本地化改编，以确保推荐意见符合当地情况（181）。《引领变革工具包》（Leading Change Toolkit，由RNAO与加拿大医疗保健卓越组织合作开发）为此提供了基于证据的实施流程（见附录N）（5）。

《领先变革工具包》利用两个互补的框架来指导证据的采纳与可持续性推广（见图3）。两者结合使用可最大化并加速变革进程。

图3：领先变革工具包：加速成功的两个互补框架



来源：经安大略省注册护士协会（RNAO）和加拿大医疗卓越组织（HEC）许可转载。《变革领导力工具包》[互联网]。第4版。多伦多（安大略省）：RNAO；2024年。可访问：[RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://rnao.ca/leading-change-toolkit)。

社会运动行动框架（Social Movement Action Framework）（1,2）属于描述性框架，明确了推动知识获取与可持续性社会运动^G的核心要素。该框架整合了一种自下而上、由民众主导的变革方法，针对共同的关切（或共同事业），由变革推动者和变革团队动员个人及集体行动以实现目标。该框架的要素——分为前提条件、关键特征和成果——是动态的、相互关联的，并随着社会运动的演进自发发展。

知识到行动框架（Knowledge-to-Action Framework）采用包含行动周期各阶段的过程模型，系统地指导新知识（如 BPG）的本地化改编与实施。它建议识别并利用知识工具/产品（如指南）来确定差距，并启动将新知识量身定制以适应当地环境的过程。

《引领变革工具包》基于健康与社会科学领域的最新证据，指出当以下条件满足时，医疗保健领域最佳实践的成功采纳与可持续性更有可能实现：

- BPGs（最佳实践指南）的遴选是通过由变革推动者和变革团队主导的参与式流程进行的。
- 所选的BPG反映了共同关切的优先领域，这些领域具有可信性、价值和意义，或存在采取行动的紧迫性。
- 在实施全过程中，识别并动员其他受变革影响者参与进来，共同开展个人和集体行动。
- 评估实施BPG的接受度，包括环境准备情况。
- 实施策略根据当地情况量身定制，旨在解决具体障碍；
- 对 BPG 的使用进行监测和维持。
- 将BPG 的影响评估嵌入实施过程，以确定是否达成了既定目标和预期结局。
- 有充足的资源来完成 BPG 的采纳与可持续性的所有环节。
- 在可能的情况下，对BPG 进行扩大规模，扩大范围或深化应用，以扩大其影响力并创造持久的健康改善。

RNAO 致力于广泛传播、实施和可持续使用我们的最佳实践指南。采用**系统化方法**，部署多项策略予以落实，具体包括：

1. RNAO®（最佳实践冠军网络），（The RNAO Best Practice Champion Network®）：该网络赋能变革推动者，提升其在促进 BPG 的意识、参与、采纳和可持续性方面的能力。RNAO 最佳实践冠军是指那些热衷于实施循证实践并动员他人共同改善护理与健康的人和组织。他们通过整合RNAO 最佳实践冠军能力框架所定义的能力来开展工作。冠军成员包括来自各个角色和卫生部门的护士及其他卫生专业人员、学生、倡导者、有亲身经历者以及照护者。
2. RNAO 临床路径™^G (GRNAO Clinical Pathways™^G)是通过第三方软件嵌入电子病历的数字化建议和良好实践声明。目前，此类临床路径已面向加拿大所有长期护理机构开放使用。
3. BPSO®（最佳实践示范组织）认证支持在组织和系统层面实施。BPSO 专注于发展循证文化，其具体使命是实施、评估和维持多项 RNAO最佳实践指南。

此外，我们每年还举办关于实践变革实施的能力建设学习研讨会。有关我们实施策略的信息可查阅：

- RNAO 最佳实践冠军网络：[RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](https://rnao.ca/bpg/get-involved/champions)
- RNAO Clinical Pathways™：[RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways](https://rnao.ca/bpg/implementation/clinicalpathways)
- RNAO BPSO®：[RNAO.ca/bpg/bpso](https://rnao.ca/bpg/bpso)
- RNAO 能力建设学习机构和其他专业发展机会：[RNAO.ca/events](https://rnao.ca/events)

附录 A：术语表

最佳实践指南 (BPG)：“最佳实践指南是基于证据系统制定的文件，包含针对护士、跨专业团队、教育工作者、管理者、政策制定者及相关人员在特定临床和健康工作环境主题方面的建议。最佳实践指南 (BPGs) 促进临床照护、健康政策和健康教育的一致性与卓越性，最终为个人、社区及卫生系统带来最佳健康结局”(182)。

最佳实践示范组织® (BPSO)：与安大略省注册护士协会 (RNAO) 正式建立三年合作关系的医疗服务机构或学术机构，其目标是通过系统实施多项最佳实践指南并评估结局，打造循证实践文化 (88)。成功完成首个三年周期后，该机构将获得“最佳实践示范组织”认定。在预认定周期后，最佳实践示范组织 (BPSOs) 需完成各项交付任务，并每两年重新接受认定。该认定于2003年作为知识转化策略推出，目前在安大略省及全球各领域均已建立相应机构。

照护者：指为接受照护者提供其认为重要的身体、心理和情感支持的个人。这类照护包括协助决策、辅助日常生活活动、协调照护及保障照护连续性。照护者可包括家庭成员、亲密朋友或其他个人，由接受照护者或其替代决策者指定(29)。在实践中，“核心照护伙伴”(29)或“照护伙伴”也为常用术语。

指定家属：“指与接受健康和社会服务的个人存在血缘、情感或法律关联，和/或拥有紧密联系（如友谊、承诺关系、共同居住、共同抚养子女、恋爱关系）的个人。个人指定家属包括所有被其视为生命中重要的人（如父母、照护者、朋友、替代决策者、群体、社区及人群）。接受照护者会根据自身能力，决定这些个体在其照护过程中的重要性及参与程度”(22,75)。

文化意识：实现文化安全的关键要素之一，指认识到不同文化之间的差异与相似性(89)。

文化能力：指人们培养相关知识、技能和态度，从而能有效、尊重地与不同背景的人合作，并减少基于偏见对他人产生的假设 (89)。这一过程并不要求人们成为其他文化领域的专家。

文化谦逊：实现文化安全的关键要素之一，是自我反思与持续学习的过程，要求个人不带评判地倾听，并乐于向他人学习、了解他人(89)。

文化安全：指个人以尊重的态度互动，认识并致力于解决卫生系统中固有的权力不平衡问题。它要求健康和社会服务专业人员在临床实践中秉持谦逊、自觉的态度，确保在以人为本的照护中成为尊重他人、思想开放的合作者，而非权威专家(17)。

文化敏感性：实现文化安全的关键要素之一，指意识到并承认自身文化对个人行为、知识和偏见的影响(89)。

共同创造：这是一种协作性活动，指医疗和社会服务提供者与具备相关实践经验专长的服务接受者群体，在平等协作的基础上开展合作(183)。该模式同时也是一种协作式问题解决方法，在项目全流程（即从问题识别到实施落地的各个阶段）中联合多元合作方，共同朝着既定的共同目标推进(184)。

决策辅助工具：在最佳实践指南中，决策辅助工具指以人为本的工具，帮助人们做出明智的健康决策。决策辅助工具明确需做出的医疗决策，提供有关筛查或治疗方案的循证信息，说明每种方案相关的益处与风险，并阐明个人价值观与偏好[141]。当存在多种选择（包括不采取任何措施）时，决策辅助工具可帮助人们做出决策[141]。决策辅助工具形式多样，包括纸质版、网络版、计算机版（或音频、计算机与网络结合版）、视频或脚本等。无论采用何种形式，决策辅助工具的目的都是支持和促进与医疗提供者的咨询和讨论，而非取代这些互动[141]。该工具通常也被称为“患者决策辅助工具”。

教育声明：为支持循证实践变革，制定适用于所有临床最佳实践指南的标准声明。这些声明是基于对8项不同临床主题和人群的最佳实践指南中的26项教育建议的严格主题分析而制定的。

循证实践：将研究证据、临床专业知识与患者价值观相结合。它整合研究证据与临床专业知识，并鼓励纳入患者偏好(185)。

证据到决策 (EtD) 框架：一种帮助指南制定小组在从证据推导至建议的过程中做出决策的表格。证据到决策框架（EtD）的目的是总结研究证据，列出可能影响建议的重要因素，让小组成员了解所考虑的每种干预措施的获益与风险，并提高建议制定过程中决策的透明度(43)。

证据概况：呈现特定医疗问题所有相关结局的关键信息(43)。它包含证据体相关信息（如研究数量）、对证据潜在质量的判断、关键统计结果以及每个结局的证据质量评级(43)。

外部审阅者：承诺在安大略省注册护士协会（RNAO）最佳实践指南草案发布前对其进行评审并提供反馈的个人或团体。外部审阅者通常包括直接受指南主题和建议影响的个人或团体（例如，获得卫生服务的人、在卫生或社会服务机构工作的人或具有主题相关专业知识的人）。

应享公平的群体：指在历史上处于不利地位且代表性不足的人群，包括但不限于女性、可见少数族裔、原住民、残障人士，以及具有不同性别认同和性取向的2SLGBTQI+群体。该术语强调，这些群体本就有权享有那些在历史上被剥夺的公平待遇（186）。

良好实践声明：良好实践声明主要面向护士及跨专业团队，这些团队为不同照护场景中的人群提供服务，包括（但不限于）初级保健、家庭与社区保健、急症护理和长期护理（LTC）。

良好实践声明是具有可操作性的声明，应在实践中落实（37）。其被认为具有极高价值，因此若为总结相关证据而耗费专家小组的时间与资源，将是一种低效利用（37）。此外，研究者可能已不再针对该主题开展研究，或该行动的替代方案可能不符合伦理，亦或对其进行研究可能违背人权（37,38）。鉴于该声明所带来的益处远超潜在危害这一确定性极高，其无需以证据的系统综述为基础，也无需对证据的确定性或强度（即下文将进一步讨论的有条件推荐或强推荐等级）进行评级（39）。但这并不降低证据本身的确定性。尽管这类声明通常由间接证据支持，但已有充分记录的清晰且明确的理由，可将间接证据与声明关联起来（37）。因此，良好实践声明应被解读为强推荐，因为其隐含的前提是：落实该行动所带来的益处具有高度确定性（37）。

推荐分级、制定与评估 (GRADE)：这是一种方法论，旨在以一致且透明的方式评估某一证据体的可信度，并以系统化的方式制定相关建议。对于已明确的重要和 / 或关键结局指标对应的全部证据，将依据以下维度开展综合评价：偏倚风险、结果一致性、研究相关性、效应量估计精确度、发表偏倚、显著效应、剂量 - 反应关系及相反的混杂因素(43)。

使用推荐分级的评估、制定与评价方法 (GRADE) 时，以下5个要素会影响对每个结局证据可信度的评估：

1. 偏倚风险：关注研究设计中的缺陷或执行过程中的问题。
2. 不一致性：审视证据体，评估结果是否方向一致或存在差异。
3. 不精确性：根据纳入的参与者数量和/或事件数量，以及证据体中置信区间的宽度，判断结果的准确性。
4. 间接性：评估支持某一结局的每项原始研究，并判断其结果是否适用于研究问题中所界定的人群、干预措施和结局。
5. 发表偏倚：判断某一结局的已发表文献是否可能仅包含阳性结果或有统计学意义的结果(43)。

指导原则：指护士、跨专业团队成员及卫生或社会服务机构在实施建议和良好实践声明时应遵循的总体理念、信念、价值观和/或行为标准。

医疗和社会服务提供者：指跨专业团队中的持证医疗和社会服务提供者（如护士、医生、药剂师、社会工作者、职业治疗师、物理治疗师和护理人员）及非持证医疗和社会服务提供者（如个人支持工作者）。

持证医疗和社会服务提供者：在安大略省，《1991年持证医疗专业法案》（RHPA）为26个医疗专业的监管提供框架，明确每个持证专业人员在提供医疗服务时的执业范围及特定受控或授权行为(30)。《1998年社会工作者和社会服务工作者法案》为社会工作者和社会服务工作者的监管提供框架(31)。

非持证健康或社会服务提供者：非持证医疗和社会服务提供者在不受《1991年持证医疗专业法案》（RHPA）监管的领域承担多种角色。他们对雇主负责，但不对外部专业监管机构（如安大略省护士学会协会）负责。非持证医疗和社会服务提供者的职责和工作任务由雇主确定。只有当相关操作属于该法案规定的豁免情形时，非持证医疗和社会服务提供者才有权实施《1991年持证医疗专业法案》（RHPA）中规定的受控行为(32)。

医疗和社会服务机构：指人们接受照护或服务的任何机构。

医疗服务机构是为特定社区或人群提供医疗服务的组织，包括但不限于家庭医疗团队、居家护理组织和医院(187)。社会服务机构是协助人们解决社会问题（包括但不限于住房、家庭暴力和物质滥用问题）的组织(187)。

实施科学：被定义为“研究如何促进研究成果及其他循证实践系统地应用于常规实践，从而提高医疗服务和照护质量与有效性的科学”（188）。

原住民：在原住民群体为在联合国（UN）获得更多话语权而开展国际努力后，该术语在全球范围内引入并使用。联合国将原住民广泛定义为长期定居并与特定土地有紧密联系、保持独特传统且在社会、文化、经济和政治特征上与所居住的主流社会不同的人群(189)。根据联合国的定义，原住民通常需满足以下条件：个人层面的自我认同且得到原住民社区的认可；与前殖民时期或前定居者社会在历史上具有连续性；与领土及周边自然资源有紧密联系；拥有独特的社会、经济或政治体系；拥有独特的语言、文化和信仰。原住民在社会中属于非主导群体，并致力于维护和传承自身独特的祖先环境与体系，保持作为独特人群和社区的身份(189)。

加拿大宪法承认三类原住民族群：第一民族、因纽特人和梅蒂斯人。这三类群体拥有独特的历史、语言、文化习俗和精神信仰（190）。

间接证据：根据推荐分级的评估、制定与评价（GRADE）方法，证据的直接性需根据目标人群、干预措施和关注的结局来判断(43)。若研究人群与关注人群不同、所测试的干预措施与关注的干预措施不同，或研究结局与主要关注的结局不同，则证据可能为间接证据(43)。

跨专业团队：由多名持证和非持证健康及社会服务提供者组成的团队，他们通过协作在不同医疗机构内、机构间及跨机构为人们提供全面、优质的医疗和社会服务[33]。团队成员凭借各自独特的视角，通过共同决策与接受医疗和社会服务的个人合作、协调、协作，朝着共同目标努力(34)。跨专业团队的核心成员可能包括：护士、全科医生、专科医生、营养师、药剂师、社会工作者、职业治疗师、物理治疗师、精神关怀从业者及其他相关医疗专业人员。需重点强调的是，服务对象及其指定家属和/或照护者是跨专业团队的核心，是积极的参与者。

交叉性：研究相互交织的社会身份及相关压迫、统治或歧视体系的学科。在交叉性框架下，种族、阶级、性别、性取向、国籍、残疾和年龄等类别被视为相互关联的(93)。

荟萃分析：一种运用统计方法对纳入研究的结果进行分析和总结的系统综述(191)。

参见“系统综述”

护士：指注册护士、注册实用护士（在安大略省称为“注册执业护士”）、注册精神科护士以及处于高级实践岗位的护士，例如护士从业者和临床专科护士(30)。

结局：结局指标指因变量，或是患者 / 人群的临床状况和 / 或功能状态，用于评估干预措施是否有效。在 GRADE 分级法中，结局指标按优先级划分为三类：（1）对决策至关重要；（2）重要但非至关重要；（3）非重要型。这类结局指标的应用有助于提升文献检索与系统综述的针对性(43)。

人：本术语旨在取代医疗和社会服务机构中使用的“个人”“患者”“客户”“住户”“使用者”“消费者”等称谓。该术语涵盖照护者、核心照护伙伴、指定家属及社区，指与卫生和/或社会服务提供者建立治疗关系，并为了健康合作而建立治疗关系的个人或多人群。

以人为本的护理：“一种有意识地采纳个人、家庭和社区视角的护理方式，将他们视为可信赖的卫生系统的参与者和受益者，该系统以人性化、整体化的方式满足他们的需求和偏好”(12)。

以人为本的护理不仅关注寻求照护者的健康需求和期望，还关注其家人、照护者、社区和社会的健康需求和期望[11]。在该模式下，所有参与个人照护的人员（如本人、医生、护士、选择的家人、照护者、社会工作者、精神关怀从业者等）均为照护和服务提供贡献力量(13)。

亲历者：指亲身经历过某一相关主题的社区成员，他们可能是个人、无偿照护者或倡导者。亲历者是一个背景多样、经历各异的群体(187)。

PICO研究问题：

一种用于明确聚焦问题的框架，包含四个组成部分：

1. 研究的患者或人群。
2. 待研究的干预措施。
3. 对照或替代干预措施。
4. 关注的结局。

护理计划：指卫生和/或社会服务提供者使用的以人为本健康照护文件，用于促进沟通、反映个人明确的价值观、信念和偏好、协助达成个人的短期和长期目标，并支持跨项目、跨机构、跨领域的整体照护(154,155)。它是一种重要工具，可便捷地传递涉及个人的临床信息、药物重整情况以及不同卫生与服务提供者间的协调信息。

定量研究：这是一种研究方法，指采用可生成统计量 / 数值型数据的工具对研究现象开展研究(192)。

五重目标：一个国际公认的医疗服务框架，围绕五个总体目标构建：（1）改善人群健康；

（2）提升接受照护者的体验；（3）控制医疗成本；（4）提高医疗和社会服务提供者的福祉；

（5）构建健康公平(25)。

随机对照试验（RCT）：一种实验设计，研究者将一种或多种干预措施分配给参与者，参与者被随机分配到实验组（接受干预措施）或对照组（接受常规治疗或不接受干预措施/接受安慰剂）(191)。

推荐意见：直接回答推荐问题（也称为“PICO研究问题”）的行动方案。推荐意见基于文献的系统综述，并综合考虑以下因素：（a）获益与危害；（b）价值观与偏好；（c）健康公平。所有推荐意见需经小组共识确定其强度，分为强推荐或有条件推荐。

需注意的是，推荐意见不应被视为指令，因为推荐意见无法涵盖个体、机构和临床环境的所有独特情况(43)。

推荐问题：由专家小组确定的、需要证据支持来解答的实践、政策或教育领域的重点研究问题。推荐问题也可能旨在解决存在模糊性或争议的主题领域。推荐问题为研究问题提供指导，而研究问题则指导系统综述的开展。

RNAO 临床路径™：安大略省注册护士协会（RNAO）临床路径是该协会最佳实践指南的数字化版本，可嵌入电子健康记录系统，以促进循证、以人为本的护理。

共同决策：指医疗和社会服务提供者与接受医疗和社会服务的人共同参与决策的过程(35)。这一过程中，双方会根据证据以及个人的偏好、信念和价值观来选择检查和治疗方案(35)。

采用共同决策过程有助于医疗和社会服务提供者与面临健康筛查或治疗决策的人，通过讨论和分享循证信息，了解各种筛查或治疗方案的风险、益处和可能的后果(35)。共同决策过程能赋能个人，让他们根据自身个人需求和偏好，就医疗治疗和照护做出明智的决策(35)。需理解的是，部分人可能不愿在自身健康决策中扮演积极角色。

知识采纳和可持续性的社会运动：指个人、团体或组织作为自愿且内在动机驱动的变革推动者，通过动员力量来改变健康结局的运动（193）。

优势为本的护理与健康照护：在更广泛的背景下理解个人面临的挑战和局限，同时关注其内在和外优势，如韧性、应对能力、家庭支持或社区资源(94)。这是一种照护方法，强调个人的能力和资源，发掘能帮助个人更好地掌控自身健康和福祉旅程的优势(94)。基于优势的护理与医疗保健方法建立在四个基础之上：1) 以人为本的护理：关注个人的能力、资源、价值观和目标，将其视为超越疾病或当前缺陷的完整的人；2) 赋权：认可个人资源丰富且有参与共同决策；3) 关系型实践：**fostering** 培养基于协作和伙伴关系的护患/医患关系，而非等级制关系；4) 固有潜能：专注于利用和发挥个人已有的良好机能 (95)。

可持续发展目标 (SDG)：联合国于2015年通过的可持续发展目标是一项全球性的紧急行动呼吁，旨在到2030年消除贫困、保护地球并确保所有人享有和平与繁荣(27)。

系统综述：一种全面的文献综述方法，通过明确提出研究问题，采用系统、明确的方法识别、筛选和严格评价相关研究。系统综述收集并分析纳入研究的数据，并有时运用统计方法进行呈现(191)。

参见“荟萃分析”

治疗性关系：指医疗和社会服务提供者与为获得照护和治疗而进入卫生系统的人之间建立的有目的、以目标为导向的关系，这种关系植根于人际互动过程，旨在促进个人的最大利益和最佳结局 (23,36)。

创伤知情照护方法：一种以强调身体、心理和情感安全为核心的照护框架，旨在帮助人们实现康复(90)。采用创伤知情照护方法时，不仅要全面了解个人情况，还要认识到创伤的影响以及人们的创伤生活经历如何影响其健康状况和行为 (90)。

虚拟照护：指服务对象、医疗和社会服务提供者及/或照护圈其他成员之间通过远程方式进行的互动，其利用任何形式的通信或信息技术，旨在促进或最大化照护的质量和有效性(171)。虚拟照护既可以指一种照护方法，也可以指提供者与个人之间的单次互动(172)。

附录 B：与本指南一致的RNAO指南及资源

以下为与本最佳实践指南一致的部分主题及安大略省注册护士协会（RNAO）和其他组织建议的指南与资源。

主题	资源
实施科学， 实施框架与资源	<ul style="list-style-type: none"> ■ 安大略省注册护士协会（RNAO）、加拿大医疗卓越中心（HEC）。《引领变革工具包》[互联网]（第4版）。多伦多（安大略省）：安大略省注册护士协会；2024年。获取地址： https://www.RNAO.ca/leading-change-toolkit
安宁疗护	<ul style="list-style-type: none"> ■ 安大略省注册护士协会（RNAO）。《生命最后12个月的安宁疗护模式》。多伦多（安大略省）：安大略省注册护士协会；2020年。获取地址： https://rnao.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life
照护与服务的衔接	<ul style="list-style-type: none"> ■ 安大略省注册护士协会（RNAO）。《照护与服务的衔接》。多伦多（安大略省）：安大略省注册护士协会；2023年。获取地址：https://RNAO.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care

附录 C：教育声明

本最佳实践指南（BPGs）的教育声明

自1999年起，安大略省注册护士协会（RNAO）就一直处于制定最佳实践指南（BPG）的前沿，并于2001年发布了首批最佳实践指南（BPGs）。最初，该协会就认识到，通过个人和机构层面的教育来传播临床最佳实践指南（BPGs）内容，对于支持循证实践变革至关重要。因此，安大略省注册护士协会的**临床最佳实践指南（BPGs）**包含针对护理专业学生、护士及跨专业团队的学术教育和在职教育负责人的教育建议。这些建议明确了初级医疗项目、继续教育和专业发展所需的核心内容和培训策略。

2018年，安大略省注册护士协会（RNAO）针对其教育类推荐意见开展了一项深度分析。本次分析纳入了五年内发布的所有**临床最佳实践指南（BPGs）**，原因是该时间段内发布的临床指南均以文献系统综述为编制依据。研究人员从8部主题各异、适用人群不同的**临床最佳实践指南**中，选取了26项教育类推荐意见进行审查分析。

通过严格的主题分析发现，不同最佳实践指南（BPGs）之间存在共性。因此，有必要制定适用于所有**临床最佳实践指南**的标准教育声明，以支持循证实践变革。

下文将介绍由此形成的两项教育声明及相关文献讨论。医疗和社会服务机构及学术机构可根据具体情况调整这些声明，以支持不同指南主题领域临床建议的实施。

教育声明 1：高等院校需将循证指南纳入护理专业及其他持证医疗服务从业者的岗前与岗后培训课程体系。

文献讨论

对上述教育建议声明的主题分析发现，有一项特定主题构成了循证实践能力建设的核心基础，具体如下：

高等院校将循证指南纳入护理专业学生、持证后护士及其他持证医疗和社会服务提供者的课程设置中。

分析的安大略省注册护士协会最佳实践指南（BPGs）包括：

- 《疼痛评估与管理》（第三版，2013年）
- 《照护过渡》（2014年）
- 《以个人及家庭为中心的护理》（2015年）
- 《与使用物质的服务对象进行有效沟通》（2015年）
- 《预防和应对老年人虐待与忽视：以人为本、协作式、全系统方法》（2014年）
- 《儿童肥胖一级预防》（第二版，2014年）
- 《老年人谵妄、痴呆与抑郁：评估与照护》（第二版，2016年）
- 《促进使用物质的服务对象参与》（2015）
- 《与家庭合作促进0-12个月婴儿安全睡眠》（2014年）

学术机构应考虑将最佳实践指南（BPG）内容纳入护理专业及其他持证医疗和社会服务提供者（包括社会工作者、物理治疗师、职业治疗师、营养师和药剂师）的理论和实践课程中，涵盖持证前（如文凭课程和本科课程）和持证后（如研究生课程）项目。持证前教育为学生奠定基础，医疗和社会服务机构可根据需要进一步强化和补充这些知识。研究生阶段的持证后教育可能包括培养护士及其他持证医疗和社会服务提供者在临床实践、教育、管理、研究和政策领域担任的高级实践角色和能力(194)。因此，将指南内容纳入课程设置时，需根据项目的总体教育目标，在教育内容和复杂程度上有所区别。无论在何种情况下，将指南内容纳入课程设置都有助于学生学习循证实践相关知识，最终提升个人健康结局。

为支持将循证最佳实践指南（BPGs）纳入课程设置，可采用以下方法：1）制定多层次的指南相关学习目标；2）设计与指南（BPG）相关的教学策略。下文将详细介绍这两种方法。

1. 制定多层次的指南相关学习目标：在项目（持证前和持证后）的多个层面制定指南相关学习目标，有助于将指南内容融入课程设置。

- 在项目层面，这种整合能拓宽学生的知识广度，培养学生的态度、判断力和技能。例如，研究生阶段的项目层面目标可能包括让学生了解实施科学的要素，以支持在临床环境中应用和持续使用指南(195)。
- 在课程层面，融入指南内容有助于学生在学术和实践环境中学习循证实践相关知识。例如，本科阶段的课程层面目标可能包括让学生深入了解指南知识、选择与实践相关的指南（并说明选择理由），以及将指南建议纳入个人照护计划(195)。

2. 设计与指南相关的教学策略：教学策略应根据项目层面的教育目标和学习者需求进行定制，帮助学习者改进实践并促进积极结局的实现(196)。下文将介绍多种与指南相关的教学策略。

- **讲座：**教育者可通过讲座帮助学生全面了解指南，尤其是指南制定的严谨过程及其各项建议。讲座还能让学生理解支持建议的证据范围和强度(195)。
- **课堂互动活动：**课堂环境中的互动学习活动有助于学生获取更多信息、参与问题解决并清晰表达所学知识。例如：布置小组任务，帮助学生如何查阅指南并熟悉其建议；通过案例分析，为学生提供识别和应用指南建议制定照护计划的机会；利用视频和角色扮演，培养学生阐明在照护计划中选择特定指南/建议的理由的能力(195)。

- **模拟教学：**在技能实验室开展高质量的数字化模拟教学，可减少学生对临床实践的不确定性，提高技能掌握程度、自信心和满意度。接受过教学法培训的教师可利用模拟教学，在标准化临床环境中向学生传授安全有效的以人为本的护理相关内容。在教授循证实践时，教育者还能引导学生将指南内容融入模拟实践课程(195)。
- **临床实习前后讨论会：**在临床实习前后的讨论会上聚焦某一指南，有助于学生在制定照护计划、根据指南建议调整计划、阐明临床决策理由以及评估干预结局时培养批判性思维。学生还有机会评估实践环境中的政策和流程是否与最佳证据相符，识别实践变革的潜在领域，并思考如何启动变革(195)。
- **提供与最佳实践指南（BPG）相关的资源：**教育者应推广并协助学生获取与最佳实践指南（BPG）相关的链接和资源(195)。
- **作业和测试：**可要求学生将指南内容纳入学习计划，或撰写与自身实践领域重要指南相关的反思日志。此外，还可设计测试或考试题目，考查学生对指南相关知识的批判性思维能力。总体而言，与指南相关的作业和测试能帮助学生深入思考指南内容、理解指南应用方法并对指南进行评价(195)。
- **临床实习中的带教或指导：**临床环境中的带教导师在教授与学生的理论学习相补充的实践技能方面发挥着不可或缺的作用。带教老师负责提供临床教学和监督，并对学生进行正式评价(197)。

带教老师可帮助学生将指南内容纳入学习目标和临床活动中，以促进循证知识的学习和实践应用。

教育声明2：医疗和社会服务机构采用策略，将循证指南纳入护士及其他医疗和社会服务提供者的教育和培训中。

文献讨论

对多项最佳实践指南（BPG）中教育建议声明的主题分析发现，第二个主题对于循证实践能力建设具有基础性意义：医疗和社会服务机构采用策略，将循证指南纳入护士及其他医疗和社会服务提供者的教育和培训中。

分析的最佳实践指南（BPGs）包括：

- 《疼痛评估与管理》（第三版，2013年）
- 《照护过渡》（2014年）
- 《以人为本的家庭照护》（2015年）
- 《与使用物质的服务对象进行有效沟通》（2015年）
- 《预防和应对老年人虐待与忽视：以人为本中心、协作式、全系统方法》（2014年）
- 《儿童肥胖一级预防》（第二版，2014年）
- 《老年人谵妄、痴呆与抑郁：评估与照护》（第二版，2016年）
- 《与家庭合作促进0-12个月婴儿安全睡眠》（2014年）

护士及其他医疗和社会服务提供者应不断学习新知识、寻找专业发展机会，并在整个职业生涯中坚持持续学习。参与教育和培训有助于确保循证实践保持一致、提升专业能力，并提高照护质量和个人结局(198)。将指南内容纳入医疗和社会服务机构的教育和培训项目中，能帮助持证后护士及其他医疗和社会服务提供者提升循证知识和技能。

教育和培训项目应基于成人学习原则，成人学习者具有以下特点：

- 明确学习需求和目标
- 具有自主性
- 重视并运用过往生活经验
- 具备学习准备度
- 有学习动力
- 希望在实际生活场景中学习知识和技能(199)

此外，教育和培训应与医疗和社会服务提供者的执业范围及其角色相匹配。教育和培训策略可包括以下几种：

- 在职教育课程：临床专家可在实践环境中策划在职教育课程，支持员工运用特定的最佳实践指南（BPGs）或建议开展循证实践。这类教育可采用一对一或小组授课的形式，并应满足学习者的需求。建议在课程结束后开展复习或强化课程，为员工提供反馈并巩固学习成果(200,201)。
- 研讨会/专题讨论会：高度互动的研讨会/专题讨论会有助于护士及医疗和社会服务提供者将多种教学策略（包括预先分发材料、结合案例分析的小组讨论以及整合相关最佳实践指南（BPGs）/建议的幻灯片和视频等多媒体资源）融入学习过程，从而始终基于最佳证据开展实践。安大略省注册护士协会（RNAO）的“最佳实践倡导者研讨会”和“最佳实践指南（BPGs）临床学院”就是此类项目的范例，旨在教授从业者如何在实践环境中实施最佳实践指南（BPGs）(88)。
- 质量改进：参与工作场所的质量改进活动有助于护士及卫生工作者识别警示事件，并探索改进照护的方法。达到认证标准是一项重要的质量改进活动，有助于缩小当前实践与最佳实践之间的差距，并支持从业者持续提升专业能力。护士及其他医疗和社会服务提供者可通过以下策略达到认证标准：
 - 参与基于科室的指南实施过程，以促进患者安全、降低风险并改善照护结局；
 - 选择特定指南建议，推动实践变革；
 - 与认证委员会分享查阅指南过程中获得的知识和经验教训(202,203)。

其他质量改进机会包括参与事件报告、患者安全举措及其他实践领域的健康相关项目。

■ **持证后指导：**持证后指导指为新毕业生或经验不足的员工提供技能培养指导，并支持其职业角色发展。研究表明，在过渡期，与指导老师合作有助于减轻新员工的压力，提高满意度(204)。指导老师在教授循证实践的同时，可帮助员工将指南内容融入实践。

评估

所有教育策略都需要通过评价来：a) 监测知识的应用情况；b) 衡量对临床结局的影响。

安大略省注册护士协会（RNAO）制定了《护理实践教育最佳实践指南（BPG）》(205)，旨在提供循证建议，支持护理专业学生将知识应用于不同实践环境。该指南还帮助护士、护理教育者、带教老师及跨专业团队其他成员了解如何在临床环境中有效运用教学策略。

《引领变革工具包》(5)提出了多种策略，可用于在个人、提供者、机构和卫生系统层面评价健康结局。评价策略示例包括：

- 员工教育课程的课前测试和课后测试
- 员工焦点小组讨论/访谈
- 观察医患互动过程
- 审查病历以评估对个人结局的影响
- 个人和家庭满意度调查或访谈

附录 D：范围综述：与以人为本的护理相关的协作性沟通方法与策略

研究团队采用Arksey和O'Malley框架(203)开展范围综述，探讨以人为本的护理模式下协作沟通策略的应用现状与趋势。需注意的是，范围综述不提供实践建议，也不用于指导临床指南制定(204)，而是概述现有文献中可能对实践有用且适用的方法和策略。有关开展该范围综述的详细步骤，请参考最佳实践指南（BPG）网页“方法学文件”标签下的补充材料。

本综述共纳入84篇文献，最常见的研究类型为系统综述和/或荟萃分析⁶（n=38）以及文献综述或讨论论文（n=28），此外还包括9项非随机对照研究、4项随机对照研究、3个指导框架、1项循证/共识指南和1项定性研究。这些文献来自19个国家，其中大部分来自美国（43%）、澳大利亚（9%）、英国（9%）或具有国际合作背景（9%），5篇（6%）文献来自加拿大。相关方法和策略包括：指导个人或代理人与其主治临床医生进行讨论的指南、沟通理论方法（如动机性访谈），以及概述优化个人与提供者互动的协议或框架核心要素的首字母缩写词。这些方法和策略适用于不同领域（如三级医疗、社区环境）和不同患者群体（如患有糖尿病并发症、痴呆症的患者以及处于生命终末期的急性肾损伤患者）。

表10列出了与以人为本护理相关的协作沟通方法和策略类型，并简要说明，使用者可参考相应引文进一步了解。本研究未开展系统综述，也未对证据质量进行评估，因此表中未包含各策略的有效性信息。安大略省注册护士协会（RNAO）不推荐某一种方法和/或策略优于其他方法和/或策略。

表10：与以人为本的护理相关的协作沟通方法与策略

协作沟通类型	说明	场景或情境示例	参考文献
<p>预立医疗照护计划用语</p>	<p>以下是医疗和社会服务提供者在肾脏疾病全过程及临终关怀期间与接受护理人员沟通时可能有用的表达。</p> <p>讨论预立医疗照护计划 (ACP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■“我想知道，如果您的病情加重，希望我们如何为您提供照护。” ■“您希望我们优先关注哪些方面？” ■“现在讨论如何为您提供照护，有助于您的家人了解如果您病情严重无法表达时，哪些事情对您来说很重要。” ■“您愿意和我讨论这个话题吗？了解您在病情严重时对医疗照护的意愿，对我们来说很重要，这样我们才能尊重您的选择。” ■“您是否和其他人讨论过这个问题？” ■“如果您的健康状况恶化，我们讨论一下您希望得到怎样的照护，可以吗？” ■“如果您病情严重，是否有想避免的情况？” ■“了解对您来说重要的事情，能帮助我们为您提供更好的照护。” ■“您希望如何参与医疗决策？” <p>让预立医疗照护计划常态化</p> <ul style="list-style-type: none"> ■“对于每位接受透析治疗的患者来说，这类对话都是照护过程中的重要组成部分。” ■“很多人觉得这类对话很难进行，这是很正常的。” ■“您可以随时和我分享您的偏好，我很乐意倾听。” <p>预立医疗照护计划是一个过程</p> <ul style="list-style-type: none"> ■“在您接受透析治疗期间，通过不断讨论这个话题，我能更好地了解您的偏好。” ■“如果有家人协助您做决策，让他们参与这些讨论会很有帮助。” ■“我希望能就这些话题与您保持持续沟通。” ■“了解您的优先需求是一个循序渐进的过程。” 	<p>肾脏病学</p>	<p>(206)</p>
<p>辅助沟通系统（低技术）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■认知功能和精细运动能力完好的人可自由使用纸笔书写。 ■对于精细运动能力正常但无法书写的人，可使用沟通板（包含字母/图片/短语/符号）。这类沟通板由代表基本需求的图标和图片组成，字母和符号表可让使用者指向单个字母/符号来组字和/或表达想法。 <p>其他示例包括：手势、面部表情、肢体语言和手语。</p>	<p>重症护理</p>	<p>(207-209)</p>

协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	
			参考文献
<p>辅助沟通系统（高技术）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■“ICU患者沟通器”应用程序可通过手持设备实现沟通功能。 ■该应用程序允许用户从标有“我感到疼痛”“我需要”“我感觉”和“我想见”的多个图标中进行选择。 ■选择某个图标后，会弹出下拉菜单或人体图像，用户可选择特定信息或指向身体疼痛部位。 ■该应用程序还包含语言翻译功能、每日日记记录选项，以及为患者和家属提供的资源（如《ICU住院手册》）。 ■语言生成设备或语音输出沟通辅助工具是一种手持设备，用户可触摸文字或图片图标来播放预先录制的信息。 ■“移动健康”（mHealth）是一款由团队开发、以人为本且以护士为主导的沟通计算机应用程序，其内容包括： <ul style="list-style-type: none"> •用于指示疼痛位置的人体图形。 •关于轻度疼痛的菜单。 •用于请求满足基本需求（如调整体位、喝水、如厕）、请求见特定人员（如家人、伴侣、精神关怀从业者）的提示。 •自由文本区，用户可创建自定义菜单以满足特定需求、提出问题或请求，并包含预测输入功能（类似智能手机）。 ■其他计算机沟通系统包含数据库，支持自由文本输入、选择字母组句或选择带有动作、符号或预设信息的图标。 ■用户可组合多种选项来传递信息，这些信息可通过语音合成器朗读或放大。该系统支持互联网连接，用户可使用电子邮件、社交媒体及其他常规计算机功能。 ■用户可通过按键、鼠标点击、触摸屏或红外眼动探测器操作这些设备。 ■更复杂的系统集成了眼动追踪设备，用户可通过视线控制设备，无需依赖运动能力。 ■对于无屏幕的可穿戴个人沟通设备： <ul style="list-style-type: none"> •头戴式红外摄像头追踪眼球运动，并将信息发送到小型处理单元，该单元将眼球运动转化为沟通内容。 •用户可从包含“文字和短语”“应用程序”“字母表”“休息模式”和“设置”的菜单中进行选择。选择信息后，设备会向用户提供音频反馈，之前的沟通内容会传输到输出扬声器或连接的蓝牙设备。 •值得注意的是，用户可佩戴该设备入睡，醒来后可立即使用。 	<p>Critical Care 重症护理</p>	<p>(207,208,210–213) (207,208,210–213)</p>

协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献
沟通与治疗性关系连接	<ul style="list-style-type: none"> ■ 人际沟通技巧包括评估个人言语和非言语线索的能力，如理解情绪表达和感受，并以共情的态度回应这些线索。 ■ 言语沟通包括行为技巧、沟通时机、临床对话等方面；非言语沟通包括眼神交流、视觉线索和共情手势等方面。 ■ 人际沟通需要双向回应，即个人和提供者双方都需依靠彼此的线索进行沟通。 ■ 远程医疗中的双向回应为个人和提供者提供了实时反馈和调整的机会，这与面对面沟通的常见模式一致。 	远程医疗与治疗关系连接	(105)
安宁疗护中的沟通领域	<ul style="list-style-type: none"> ■ 建立以人为本的关系、告知重大病情、处理情绪问题、了解个人价值观、为未来做准备、制定照护目标决策以及让家人/支持者参与。 	安宁疗护	(214)
听力障碍患者的沟通策略	<ul style="list-style-type: none"> ■ 通过呼喊患者姓名开启对话以引起其注意；如果患者没有面向您，可轻轻触碰其手、手臂或肩膀来提醒。 ■ 面对患者，让您的面部处于显眼位置，如有可能，改善面部照明。 ■ 不要直接对着患者的耳朵说话；说话时不要嚼口香糖或捂住嘴。 ■ 降低背景噪音。 ■ 清晰、适度地说话，不要大喊大叫（即清晰、缓慢地说话，偶尔停顿，帮助患者跟上对话节奏）。 ■ 使用简单的语言，并给患者足够的时间回应（例如，当患者难以听清时，有些患者可能会对所有内容都表示同意，即使他们并未理解——如果需要澄清某句话或问题，可以使用手势）。 ■ 对于依赖唇读的患者，要清晰地发音。 	机构护理；长期护理	(215,216)
与较大青少年和青年成人（AYA）的沟通	<ul style="list-style-type: none"> ■ 青少年更愿意与家人和朋友分享其照护偏好，而非与医疗提供者分享。 ■ 青少年和年轻成人希望医疗提供者主动提出这些话题，而非由他们自己发起。 ■ Snaman等人列出了与青少年和年轻成人讨论诊断、预后和预立医疗照护计划（ACP）的方法和示例短语(217)。 ■ 例如，为青少年和年轻成人提供参与对话的机会：“关于您的病情，我们有一些新的发现。您现在想参与这个讨论吗？或者您希望我们先和您的父母讨论某些内容？” ■ 针对青少年和年轻成人的其他沟通策略包括使用儿童书籍（即阅读治疗），使死亡经历正常化，促进关于生命期末期的沟通，并为父母提供解释死亡的语言，同时考虑儿童的认知和情感发展水平及理解能力。 	姑息肿瘤学	(217)
医疗沟通中有效倾听的概念框架	<ul style="list-style-type: none"> ■ 该框架展示了一系列概念之间的关系，包括专注倾听、意识、在关系空间中以人为本的视角，这些概念既体现在当下，也贯穿于整个过程。 	康复护理	(218)

作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献
<p>首选沟通策略的概念框架</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 促进信息披露: 通过开放式问题/表述、眼神交流、点头示意等方式鼓励对方继续对话，并询问生活方式相关话题。 ■ 建立融洽关系: 态度友好、尊重他人、善于倾听、运用幽默、个性化沟通，并采用对方认可的特定方式和形式。 ■ 共情: 识别并关注情绪问题，给予鼓励，不做评判。 ■ 协作: 寻求共识，参与共同决策。 ■ 职业责任感。 ■ 信息沟通: 提供教育和信息，理解个人观点，形成以人为本的见解，并在讨论疼痛时整合言语和非言语（如姿势/动作、疼痛行为）沟通线索所传递的信息。 ■ 议程设定: 提供者需组织和引导对话，在时间有限的人际互动中优先讨论选定的话题或完成特定任务，具体可包括转移话题、结束某个话题讨论，或确保在就诊结束前覆盖所有计划话题。 ■ 元沟通: 即围绕沟通本身进行沟通，例如，“如果疼痛会说话，它会说什么？”元沟通的一个方面是个人和提供者共同反思，从而对疼痛体验产生新的认识。 	<p>慢性疼痛康复中的物理治疗师</p>	<p>(219)</p>
<p>自闭症谱系障碍 (ASD) 患者的决策沟通</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 提供充足的思考时间，最好在安静、平静且干扰最少的环境中进行。 ■ 信息应清晰简洁，重点突出医疗相关内容，避免使用带有情绪/价值判断的开放式问题。 ■ 信息应同时以书面和口头形式呈现，以适应自闭症谱系障碍患者通常更擅长通过视觉方式处理信息的特点。 ■ 提出具体问题，涉及短期、中期或长期的相关目标。 ■ Satkoske等人(220)提供了更多关于调整现有对话指南以满足自闭症谱系障碍患者沟通需求的信息和示例。 	<p>自闭症谱系障碍</p>	<p>(220)</p>
<p>共情沟通</p>	<p>医疗提供者在共情沟通中需具备的特质示例如下:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 态度热情，尤其在语气、语调方面，且专注倾听，不频繁查看笔记或电脑。 ■ 具备情绪处理能力: 识别情绪（包括患者的情绪以及自身作为坏消息传递者和负面情绪见证者的情绪）、理解情绪、调节情绪，并帮助患者表达情绪。 	<p>安宁疗护；接受放射治疗的患者；家庭照护</p>	<p>(221–223)</p>

协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献
复杂/挑战性情境管理的循证策略	<p>Laidsaar-Powell等人(2018)提供了在以下领域管理复杂或挑战性沟通情境的措辞和行为示例:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■协助多位家庭照护者参与咨询 “我们的咨询室可以容纳2-3位家庭成员。(患者姓名), 由您决定谁和您一起进来, 可以吗?” ■处理家庭照护者要求向患者隐瞒信息的情况 “我理解您想保护您所爱的人。” ■家庭照护者为英语水平有限和/或有严重听力障碍的患者担任翻译 “下次会面时, 我们将讨论您的下一次扫描结果和后续治疗步骤, 因此我安排一位专业翻译参加咨询会会更有帮助。” ■处理患者与家庭照护者之间的偏好冲突 “看起来你们都希望家庭幸福、生活愉快, 但(患者姓名)更看重生活质量, 而(家庭照护者)则希望能有更多相处时间。” ■应对主导型、控制型或强迫型家庭照护者 ■应对有攻击性的家庭照护者 ■处理家庭冲突/功能障碍或虐待问题 	肿瘤护理环境	(224)
“引导-提供-引导”技巧	<ul style="list-style-type: none"> ■ 这是动机性访谈中常用的一种技巧。 ■ 可用于请求患者允许将压力管理(和/或恐惧、焦虑及行为因素管理)纳入治疗方案。 ■ 首先, 询问患者对压力在其日常疼痛体验中所起作用的想法(引导)。 ■ 其次, 请求患者允许解释压力影响疼痛的原因以及如何运用应对技巧来应对这些压力源(提供)。 ■ 最后, 询问患者对这些新信息的看法(引导)。 	慢性疼痛; 初级护理	(225,226)
EMPATIA 沟通指南	<ul style="list-style-type: none"> ■ 该指南分为七个步骤, 以促进神经肌肉疾病患者的沟通: 共情(Empathy)、信息传递(Message)、预后告知(Prognosis)、认可(Acknowledgment)、时间安排(Time)、个性化沟通(Individualization)和自主决策支持(Autonomy)。 	神经肌肉疾病	(227)
启动指南	<ul style="list-style-type: none"> ■ 该指南旨在引导个人或代理人与其主治临床医生讨论照护目标。 ■ 个人需完成一份基线问卷, 其中包括评估个人对照护目标沟通的偏好、沟通障碍与促进因素, 以及对心肺复苏治疗的偏好。 ■ 启动指南汇总了个人或代理人的回答, 并根据这些回答提供个性化提示, 用于与个人或代理人开展照护目标讨论。 	患有慢性终末期疾病的成人	(228)
生命故事书	<ul style="list-style-type: none"> ■ 通过融入痴呆症照护中“人格完整性”的核心原则和理念, 促进以人为本的护理。 ■ 生命故事书旨在帮助痴呆症患者分享和谈论自己的人生故事与经历。 	痴呆症护理	(229)

协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 以下是痴呆症和长期护理环境中必不可少的语言沟通策略： <ul style="list-style-type: none"> ◦解决所有感官障碍问题（如听力和视力障碍） ◦降低背景噪音 ◦说话时面对患者，保持嘴唇与患者的嘴唇处于同一高度 ◦清晰发音，注意自身是否有不熟悉的口音或方言 ◦传递信息时，密切关注句子结构和长度 ◦给予患者充足的倾听和回应时间 ◦根据对话目标提出不同类型的问题 ◦运用积极倾听技巧，如眼神交流和开放式问题 ◦如果患者难以用语言做出选择，可提供视觉选择 ◦结合手势、图片、实物和语言来表达意思 ◦引导患者专注于对话主题 ◦通过重复或释义帮助患者理解 ◦避免居高临下的言语，如婴儿语或老人语 ◦保持积极的语气 ◦避免为了帮助患者记忆而说话过慢 ◦观察并控制非言语行为 ■ 避免使用老年人用语的特征，包括使用极短的句子、语速缓慢但音调升高、词汇和语法简单化、使用“好孩子/好女孩”“亲爱的”“宝贝”等亲密词汇、使用复数代词（如下方斜体所示），例如“我们准备好洗澡了吗？”。 ■ 目前已有一种旨在减少老年人用语的培训模式，名为“改变沟通方式以减少痴呆症患者照护抵抗（CHAT）”(230,231)。 	<p>痴呆症护理；长期护理</p>	<p>(230,231)</p>
<p>共同决策的语言标志</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在共同决策过程中，医疗提供者会帮助个人了解自身偏好并做出明智决策。 ■ 语言标志：当医疗提供者使用更多第一人称单数代词（“我认为”）、更多表示因果关系（如“因为”）和区分关系（如“但是”）的认知过程词汇、更多表示影响力的词汇（即传递权力/权威的词汇），且使用较少表示洞察力的认知过程词汇（如“认为”“知道”）时，个人会感觉医疗提供者更多地参与了共同决策。 	<p>医疗护理；长期护理机构；治疗建议和抗生素管理</p>	<p>(232–235)</p>
<p>关怀照护的语言标志</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 关怀照护的目标是通过关注个人的感受和经历，满足个人对人际关系的需求。 ■ 语言标志：当医疗提供者使用“一起”“让我们”等亲和词汇时，个人对关怀照护的感知会增强。 ■ 医疗提供者使用亲和词汇，可能会让个人认为自己的感受和经历得到了关注和重视，从而感受到医疗提供者的关怀。 	<p>治疗建议和抗生素管理</p>	<p>(235)</p>

协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献
动机性访谈 (MI)	<ul style="list-style-type: none"> 动机性访谈是一种以人为本的对话和咨询方式，旨在通过帮助个人发现并解决决策矛盾，实现行为改变。 动机性访谈还鼓励个人阐述改变的必要性，而非仅仅通过咨询或提供信息让个人自主寻找内在动机。 以下是运用动机性访谈的实用技巧： <ul style="list-style-type: none"> 鼓励服务对象表达自己的观点，并做出最符合自身动机的决策 以共情、协作、非评判的态度，通过开放式问题和反思，激发个人的观点，支持个人自主决策，遵循OARS（开放式问题/肯定/反思性倾听/总结）方法。 	青少年照护；终末期照护；儿科照护；肾病科；血糖控制、饮食、体育活动和抑郁症；激素治疗咨询；心脏科	(225,226,236-250) (225,226,236-250)
线上医患沟通	<ul style="list-style-type: none"> 指个人与医疗提供者之间通过电子方式（如电子邮件、社交媒体和个性化电子门户）进行的沟通。 		(251)
终末期照护中的以人为本沟通	<ul style="list-style-type: none"> 以人为本沟通的四个要素： <ol style="list-style-type: none"> 1. 让个人参与咨询。 2. 回应个人的情绪。 3. 向个人告知治疗和预后相关的选择。 4. 以平衡（无偏见）的方式传递信息。 运用问题清单法，包括了解家属对亲人病情恶化的看法。 “强调病情恶化”这一做法是一种协作沟通策略，其他健康和/或社会服务提供者可采用该策略来实现这些建议的目标。 与家属沟通获取详细信息时，其他常见的沟通方式包括重复、分阶段传递信息以及强调持续照护。 使用简单、直接的语言，并保持诚实。 	临终关怀	(252,253)
口袋卡形式的以人为本结局研究机构 (PCOR) 资源	<ul style="list-style-type: none"> 这是一份标准化的沟通口袋卡，供将参与家庭会议的团队成员使用。 该口袋卡明确了团队会前准备、团队介绍、了解家属认知、共情回应情绪、明确优先事项、提醒使用通俗语言、记录和更新信息等方面的内容，并提供了示例表述。 	重症监护	(254)
个人档案卡	<ul style="list-style-type: none"> 为工作人员提供关于个人的重要信息，有助于制定更具个性化的干预措施。 收集基本信息和细节（如个人是否喜欢在茶中加糖）是提供优质以人为本的护理和了解个人的核心。 	医院和急症护理	(255)
沟通的现象学方法	<ul style="list-style-type: none"> 该方法帮助个人反思并关注那些在医疗沟通中可能不会显现或被一带而过的想法和感受。 这种沟通培训提供了一种基本但重要的沟通技巧，可教授给普通注册护士。 	未指定	(256)
协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献

专业翻译	<ul style="list-style-type: none"> 与视频翻译服务相比，专业翻译人员（包括双语提供者）在提高家长健康素养和依从性方面效果更佳，且可能更具成本效益。 此外，专业翻译人员在影响家长健康素养或帮助家长理解诊断方面的能力更强，而电话翻译方式的效果相对较弱。 面对面和视频翻译方式有助于运用和识别非言语沟通（如细微的肢体语言变化）。 	有移民和难民背景的住院儿童；放射科	(257,258)
预后沟通	<ul style="list-style-type: none"> 提供明确而非模糊的预后信息。 不仅要强调最佳情况（避免让个人高估预期寿命），还应讨论典型情况和最差情况。 在告知预期寿命的同时，向个人保证不会放弃对其的照护并会提供支持。 在预后沟通中，专业、积极且协作的态度有助于给个人带来希望。 建议肿瘤医生除了提供医疗信息外，还应关注其他能带来希望的方面，如信仰、内心平静、尊严、有意义的生活事件、人际关系或幽默。 	姑息肿瘤学	(259)
问题提示清单（QPL）	<ul style="list-style-type: none"> 问题提示清单帮助个人通过提问表达担忧和困惑，促进个人与临床医生讨论与个人特定健康状况或健康问题相关的任何话题（不仅限于治疗或管理决策）。 其形式包括单页传单、小册子、宣传册或多页问题提示清单。 	医疗护理；远程医疗；肿瘤学；围手术期护理	(260-267)
关系型沟通策略	<ul style="list-style-type: none"> 了解个人及其性格特点、最适合的沟通方式、人生经历以及对个人有意义的事物。 尊重个人在对话和互动中所表达的内容，注意避免存在年龄歧视的假设和刻板印象。 对个人的认知和沟通能力进行个性化评估；关注个人的能力，并支持其继续运用这些能力，鼓励个人表达自己的想法。 表达理解和同情，以应对个人的情绪反应。即使个人的言语沟通能力受损，也要让其参与对话。 通过了解个人的价值观和偏好，提供个性化照护。 在可能且个人愿意的情况下，参与共同决策。 在尊重个人自主权和支持个人积极参与照护之间取得平衡。 尽可能使用与个人相同的语言进行沟通。 在对话和照护中，同时关注任务相关和情绪相关方面。 认识到作为健康或社会服务提供者，你在促进对话成功方面发挥着重要作用。 	痴呆症护理	(230)

协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献
重大疾病对话指南 (SICG)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 了解情况: 了解个人对自身疾病的当前认知。 ■ 信息偏好: 确定个人期望了解的信息范围。根据个人偏好告知预后信息。 ■ 目标: 了解个人最重要的目标, 尤其是在病情恶化时的目标。 ■ 恐惧/担忧: 了解个人对未来健康状况的担忧。 ■ 功能: 了解个人最看重的能力以及认为自己无法失去的能力。 ■ 权衡: 在病情恶化的情况下, 了解个人愿意接受何种程度的医疗干预以延长生命。 ■ 家庭: 了解个人对家人对其疾病看法的认知以及个人的意愿, 确定个人希望家人参与的程度。肿瘤学 (268-270) 	肿瘤学	(268-270)
基于优势的信息传递与积极倾听	<ul style="list-style-type: none"> ■ 眼科提供者与个人之间通过协作式开放沟通, 可发现青光眼患者在使用眼药水过程中遇到的困难和问题。 ■ 营造无评判、无恐惧的氛围, 让个人能够坦诚讨论在遵循治疗建议过程中遇到的困难。 ■ 倾听个人的经历, 有助于在个人和提供者之间建立伙伴关系, 从而解决独特的障碍, 实现双方共同认可的目标, 且避免让个人产生恐惧、内疚或自责情绪。 	眼科学; 放射学	(257,271)
回授法	<ul style="list-style-type: none"> ■ 包括三个非常明确的步骤: <ol style="list-style-type: none"> 1. 向家属讲解 2. 请家属复述他们的理解 3. 进行澄清和说明 	新生儿重症监护室	(272)
治疗性倾听	<ul style="list-style-type: none"> ■ 治疗性倾听的核心是倾听者的积极参与, 并依靠共情来理解对方的观点 (Stewart, 1983)。 	术后即刻焦虑期	(273)
治疗性“非真实表述”	<ul style="list-style-type: none"> ■ 以共情的方式回应个人的行为, 不对其进行纠正。 ■ 倾听者关注个人的情绪状态。例如, 如果一位住院患者表示想离开去上班, 护士可以说: “听起来你非常想念工作。你最想念工作的哪些方面呢?” ■ 提供者会尽力以友善的方式回应情绪困扰的个人。 	长期护理机构	(274)
三对话模型	<ul style="list-style-type: none"> ■ 团队对话: 包括以人为本的教育、讨论可用选项、建立工作伙伴关系、了解个人的优先事项和目标。 ■ 决策对话: 包括明确个人偏好、协作制定基于偏好的决策、为个人提供评估决策的机会。 ■ 选项对话: 包括详细说明各个选项、阐述每个选项的获益与风险权衡、给予个人足够时间确定最符合自身优先事项的选项。 	晚期肾病; 医疗预约; 高风险、危急情况	(270,275-277)

协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献
重大病情告知的两种方法	<ul style="list-style-type: none"> ■“预警提示”（Warning Shot）：为个人做好听取重大病情的心理准备。例如，“我有一些重要的情况要和你分享。现在方便和你分享吗？” ■“标题概括”（Headline）：预告将要分享的信息内容。例如，“你的检查和影像学结果出来了。很遗憾，结果显示你的癌症恶化了。” ■研究表明，这两种方法在总体心理困扰程度或信息回忆方面没有差异。 ■在告知重大病情后，临床医生可以通过“询问-告知-询问”（Ask-Tell-Ask）的方式，提出坦诚的开放式问题，了解对个人而言重要的事情。 ■文中还提供了开放式问题示例和应对挑战性情境的建议(278)。 	重症护理	(278)
视频远程翻译（VRI）	<p>视频远程翻译可分为两种情况：所有参与者在同一物理位置，翻译人员在单独的远程位置；或所有参与者均在不同位置（如虚拟会议），翻译人员也在其他位置。</p>	听力障碍	(279)

协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献
ABCDE协议	<p>A充分准备 B建立关系和治疗性环境 C充分沟通 D处理或管理个人及家属的反应 E鼓励并认可情绪</p>	传达坏消息	(280)
COMFORT 课程体系	<ul style="list-style-type: none"> ■ COMFORT是一个首字母缩写词，代表七个沟通模块：沟通、定位与选择、专注沟通、家庭、开场、关系建立和团队。Wittenberg等人(275)对这些模块进行了调整，制定了用于优质姑息护理的沟通策略，重点包括： <ul style="list-style-type: none"> ○ 沟通：与他人相处并建立关系，同时尊重个人的话语权和生活经历。护士应在个人生活故事的背景下，有意识地认可并详细说明其病情。 ○ 定位与选择：肿瘤护士应搭建医学语言与日常语言之间的桥梁。具体做法包括帮助个人及其家属结合日常生活理解健康知识、通过比喻和形容词解释医学术语，以及向团队反馈个人和家属的理解与不理解之处。 ○ 专注沟通：减少自我对话，避免对个人和家属或互动过程产生预判，并能够根据互动变化做出调整。护士应避免使用预设脚本，通过自我觉察专注于当下与个人和家属的互动。 ○ 关系建立：关系建立要求了解个人/家属对疾病及其可能病程的认知，并愿意在个人和家属接受疾病带来的变化的过程中陪伴他们。在与个人和家属建立关系时，护士应认识到，可能需要多次重复告知预后和治疗方案等医疗信息，才能帮助他们理解和接受。 	安宁疗护	(281)

协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献
OARS (基于动机性访谈的基本原则)	<p>O开放式提问: 这些问题用于引导个人提供个性化信息, 通常以“如何”或“什么”开头, 或请求个人对某事进行描述, 例如“请谈谈……”等。</p> <p>A肯定语句: 这些安慰性陈述用于认可和鼓励个人已在实践中的积极健康行为。</p> <p>R反思: 旨在促使个人思考自身行为, 有助于推动进一步讨论并明确其意图。</p> <p>S总结: 这一沟通要素强调访谈者作为积极且富有同理心的倾听者的角色, 并为行为改变营造基础。</p>	妇产科; 快节奏的医疗护理环境	(282,283)
SPIKES 协议	<p>S访谈准备: 安排私密的访谈环境, 避免干扰, 坐下并进行眼神交流, 让重要他人参与。</p> <p>P认知了解: 通过开放式问题了解个人对自身健康状况的认知, 以便根据个人情况调整信息传递内容。</p> <p>I邀请: 询问个人希望以何种方式、获取多少信息。</p> <p>K知识: 根据个人意愿提供信息, 帮助其了解自身状况并做出明智决策。</p> <p>E情绪处理: 运用沟通工具(如观察情绪困扰线索、以共情态度回应并认可情绪、给予个人消化信息的沉默时间)处理个人情绪。</p> <p>S策略与总结: 根据个人价值观和意愿制定照护计划。</p>	肿瘤护理	(269,270,280)
SPIKES 协议 (儿童适应版)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医疗提供者可运用多种活动和工具, 支持儿童安全地参与治疗过程。 ■ 儿童版SPIKES模型包括建立关系、评估个人认知、获取个人参与意愿、向个人传递知识和信息、处理情绪、在必要时实施医疗操作。 ■ 文中讨论的策略适用于婴儿和幼儿(0-18个月)、学龄前儿童(2-6岁)、学龄儿童(7-12岁)和青少年(13-18岁)。 	以儿童为中心	(284)
SURETY 非言语沟通模型	<p>S- 与服务对象呈一定角度就坐(营造非对抗性的沟通氛围)</p> <p>U- 不交叉双腿和双臂(传递开放、接纳的态度)</p> <p>R- 放松(保持自然姿势)</p> <p>E- 眼神交流(传递尊重和关注, 但避免直视对方)</p> <p>T- 触碰(尊重地进行触碰可传达同理心, 但需注意文化敏感性)</p> <p>Y- 直觉(记住每次互动都是独特的, 应根据具体情况进行评估)引自 Jackett 等人 (215)。</p>	精神病学; 肿瘤护理; 医院环境	(221,258, 285,286) (221,258, 285,286)

协作沟通类型	场景或背景示例	场景或情境示例	参考文献
VIPS框架	<p>V重视个体</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 无论年龄、认知能力或状况如何，每个人的价值都是以人为本的痴呆症护理理念的基本原则。 ■ 促进公民权利和权益，消除年龄或认知障碍相关的歧视行为。同时关注个人的关系需求和身体照护需求。 <p>I个性化方法与照护</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 在以人为本的护理框架中，必须将痴呆症患者视为具有独特照护需求的个体。 ■ 认识到每个人都有独特的历史和性格、身体和心理健康状况以及社会和经济资源，这些因素都会影响其对痴呆症的反应。 ■ 理解随着痴呆症的进展，个人的言语沟通能力会受损，因此他们通常会通过外在行为和言语反应来表达需求。 <p>P视角</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 从痴呆症患者的角度看待世界。 ■ 认识到每个人的经历都有其心理真实性，痴呆症患者的行为均基于其自身视角。 <p>S支持性的社会环境</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 营造促进情绪健康、信任和安全感的的环境。 ■ 鼓励家庭参与、团队合作和关怀文化的形成。 	痴呆症护理	(230)

附录 E：医疗与社会服务提供者在照护协调中支持以人为本的护理的组成部分和活动

跨学科研究团队（EPOCK团队）采用两步混合方法，制定了循证照护协调参考框架，重点关注为接受照护者提供的微观层面（临床）活动(287)。第一步，通过范围综述的综述，探讨照护协调干预措施的影响及其关键组成部分。第二步，召集9名专家（包括1名“患者专家”），采用名义群体法选择并确定最相关、最适用的照护协调活动(287)。名义群体法包括：1) 通过小组讨论就范围综述确定的活动项目达成共识；2) 专家独立对每个活动项目进行评分；3) 讨论评分结果，并重写和重新分组活动项目。

研究确定了照护协调的三个总体特征，每个特征都包含若干活动和要素。第一个总体特征是“照护组织”，该框架组成部分下的照护协调活动包括：

- **病例识别：**指识别在照护路径中需要照护协调的个人的所有活动。例如，识别有复杂需求的个人以及识别未获得健康或社会服务的个人(287)。
- **提供者识别：**指识别可能参与个人照护的健康和/或社会服务提供者的活动。例如，明确每个合作伙伴的角色、职责和能力，识别可能需要的资源（如结构资源、财务资源、设备），评估接受照护者及其认定的重要家人/照护者的参与程度(287)。
- **照护计划制定：**指确定照护计划并监督其实施的活动。例如，与接受照护者、健康和社会服务提供者以及个人认定的家人/照护者共同制定个性化照护计划；为接受照护者规划干预措施，并确保干预措施的有效规划和实施(287)。
- **导航：**指连接照护提供者和/或为个人推荐合适服务的活动。例如，与参与个人照护的所有合作伙伴联络，为个人获取健康和社会服务提供便利；支持接受照护者获取这些服务；确保在整个照护连续体中实现有效过渡；预测可能出现的照护障碍(287)。

研究确定的照护协调第二个总体特征是“照护活动”，该框架组成部分下的照护协调活动包括：

- **与接受照护者协作：**指聚焦于接受照护者与照护协调者之间关系的活动，如建立治疗联盟(287)

■ **综合需求评估和监测：**侧重于对人们的健康和社会需求进行初步和持续评估的活动。例如：评估人们共同决策的能力；全面了解人们及其家庭护理人员的需求，包括健康、社会和精神护理需求；评估人们的偏好、期望和资源；评估家庭和护理人员的个人和环境状况；监测症状和筛查合并症；评估所提供护理的质量、有效性和效率（287）。

■ **为接受护理的人及其照顾者提供教育和信息：**活动的重点是使人们能够更好地控制自己的决定和行动。例如，向患者及其家庭护理人员提供有关其疾病的信息、评估健康素养和教育需求、监测和支持患者坚持治疗、在患者及其家庭护理人员表达需求时为其提供支持（287）。

确定的护理协调的第三个总体特征是“协助活动”。该框架组成部分中的护理协调包括：

■ **沟通和信息共享：**指医疗和社会服务提供者之间的正式和非正式沟通，例如传递从接受照护的人那里识别、收集和记录的任何信息（287）。

■ **专业培训和教育：**指与收集和记录医疗信息有关的所有活动。例如，协助和告知护理团队必要的护理及其协调，向护理团队提供适当护理所需的知识（专业知识和经验），并确定任何所需的培训需求（287）。

■ **质量程序：**指与信息交换和解读有关的活动。例如支持护理团队使用循证指南、参与审计以及评估和分析人们在护理协调过程中的经历（287）。

医疗和社会服务提供者可以使用此框架中的活动来指导护理协调实践，方法是通过制定岗位职责培训计划、开发绩效指标和数字工具，并在不同情境下比较护理协调效果（287）。

附录 F：沟通支持框架

该工具提供了三个框架来支持沟通，包括：承认和关注情绪、同理心沟通以及评估和理解信息。

沟通支持框架	
<p>N-U-R-S-E-S (命名 - 理解 - 尊重 - 支持 - 探索 - 沉默)</p> <p>承认和关注情绪的框架</p> <p>处理情绪通常是有效讨论严重疾病决定的必要条件。当患者表达强烈的情绪时，即使情况无法“解决”，积极倾听也会有所帮助。</p> <p>命名 - 识别一种情绪。(愤怒, 悲伤, 沮丧) “听起来你很沮丧/悲伤/不安”，然后停顿一下。</p> <p>理解 - 识别情绪或情境。避免使用“我理解你的感受”这类表述。例如：“我无法想象你正在经历什么”，或“这有助于我理解你的想法”。</p> <p>尊重 - 对患者及家属所做之事表示赞扬或感谢。例如：“我非常感激并注意到您一直努力遵循医嘱”或“您在这一艰难时期始终表现的很坚强。”</p> <p>支持 - 表达支持并确认不会抛弃。“我们将尽一切努力支持您度过这一过程”或“我将尽力确保您获得所需”。</p> <p>探索 - 出于好奇心提出一个有针对性的问题。“你能再多说一下你说……是什么意思吗？”</p> <p>沉默 - 故意保持沉默以示存在。</p>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">2020年7</div> <p>愿望-担忧-探询</p> <p>共情沟通框架</p> <p><i>我希望……我担心……我在想陈述</i></p> <p>关键思想</p> <p>“我希望”可与患者的期望保持一致。</p> <p>“我担心”在表达真实感受的同时体现敏感性。</p> <p>“我在想”则是以委婉方式提出建议的表达方式。</p> <p>与患者共同探讨治疗方案，充分理解其顾虑后提出后续治疗建议：</p> <p>“我们希望能延缓或阻止您癌症的进展，我承诺将持续探索适合您的治疗选择。我担心如果事情不如我们所愿，您和您的家人可能会措手不及。我在想我们今天是否可以讨论一个不同的计划。”</p> <hr/> <p>询问-告知-要求</p> <p>评估信息理解能力的框架</p> <p>询问 他们知道什么以及他们想知道什么。(例如“你对……的理解是什么”)</p> <p>告知 提供简短句式以填补知识空白。(例如：“测试结果显示……”)</p> <p>要求 他们用自己的话复述刚才解释的内容。(例如“如果你回家把这个信息转达给你姐姐，你会如何表达？”)</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">CAPCE 计划 (2020) © PPSMCP-SWO</p>

经综合高级姑息治疗教育 (CAPCE) 计划许可转载。沟通支持框架[互联网]。伦敦 (安大略省)：西南安大略省姑息疼痛和症状管理咨询计划；2020年7月。可从<https://www.palliativecareswo.ca/docs/Communication-Support-Tools-Framework.pdf>

附录 G：TALK临床沟通复盘工具

本工具为临床团队提供指南，助力其对学习事件开展反思总结，并推动形成学习型文化与患者安全文化。



T 步骤1：目标
我们应该讨论什么来改善患者护理？请分享你的观点。

A 步骤2：分析
深入探讨你们已达成共识的目标，适时考虑以下问题：

1. 哪些因素有助于或阻碍了...沟通/决策/情境感知？
2. 我们如何才能复制成功的做法或加以改进？

L 步骤3：学习要点
团队可以从经验中学到什么？

K 步骤4：关键行动
我们可以做些什么来改善和维护患者安全？
谁将负责这些行动？谁将跟进？

经许可综合转载自以下文献：

Diaz-Navarro C, Armijo-Rivera S, Prudencio-Palomino C, Velazco-Gonzalez J, Castro P. 等. (2024). 拉丁美洲跨专业临床简报TALK®培训评估. 《医学研究档案》55(7), 第103060页. 获取自: doi.org/10.1016/j.arcmed.2024.103060; Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Hadfield A, Pierce S, Szyld D. (2021). 临床简报：在医疗环境中通过TALK®共同学习与改进. 《麻醉与重症监护趋势》40, 第4-8页. 获取自: <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>; 和 Diaz-Navarro C, Enjo-Perez I, Leon-Castelao E, Hadfield A, Nicolas-Arfelis JM. 手术室中TALK®临床自我简报工具的实施：一项单中心干预性研究. 《英国麻醉学杂志》133(4), 第853-861页. 获取自: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.05.044>.

附录 H：在组织层面实施创伤知情方法时应考虑的示例问题

对于想要实施创伤知情护理方法的组织，本附录提供了 10 个实施领域中供考虑的示例问题。

实施创伤知情方法时要考虑的示例问题

关键原则					
安全	可信度和透明度	同伴支持	协作和互惠	赋权、发言权和选择权	文化、历史和性别问题
10 个实施领域					
管理和领导力	<ul style="list-style-type: none"> 机构领导层如何传达其对实施创伤知情方法的支持和指导？ 该机构的使命宣言和/或书面政策和程序如何包括提供创伤知情服务和支持的承诺？ 领导和治理结构领导与治理结构如何体现对有创伤经历的服务使用者的发言权与参与权的支持？ 				
政策	<ul style="list-style-type: none"> 该机构的书面政策和程序如何体现对创伤以及安全与保密问题的关注？ 该机构的书面政策和程序如何认识到服务对象生活中创伤的普遍性，并表明致力于减少二次创伤、促进服务对象的福祉与康复？ 该机构的人员配置政策如何体现其承诺，将与文化相关且具备创伤知情理念的服务与支持培训纳入员工入职培训和在职培训内容？ <ul style="list-style-type: none"> 人力资源政策如何关注与受过创伤的人共事所产生的影响？ 该机构制定了哪些政策和程序，以使创伤幸存者、服务对象和同伴支持者能够在机构规划、治理、政策制定、服务提供和评估等方面发挥有意义且重要的作用？ 				

实施创伤知情方法时要考虑的示例问题（续）

10 个实施领域（续）	
物理环境	<ul style="list-style-type: none"> • 物理环境如何为服务对象和工作人员营造安全感、平静感并缓和紧张局势？ • 工作人员如何识别并处理物理环境中可能导致二次创伤的因素，并与相关人员共同制定应对策略？ • 该机构如何提供可供工作人员和服务接受者用于进行自我关怀的空间？ • 该机构如何建立机制来解决与性别相关的身体和情感安全问题（例如，特定性别的空间和活动）？
参与和介入	<ul style="list-style-type: none"> • 那些有实际经历的人如何能够有机会向组织提供有关质量改进流程的反馈，从而提高参与度和服务质量呢？ • 员工如何让所有人充分了解规章制度、操作流程、活动安排和日程安排，同时又考虑到那些感到恐惧或不知所措的人可能难以处理信息？ • 如何促进员工和客户之间的透明度和信任？ • 采用了哪些策略来减少员工和客户之间权力差异的感觉？ • 员工如何帮助人们找出有助于感到安心和被赋权的策略？
跨部门合作	<ul style="list-style-type: none"> • 是否已建立与其他合作机构之间的沟通机制，共同为服务对象制定创伤知情照护决策？ • 合作伙伴机构是否具备创伤知情的理念？ • 该组织如何筛选具备循证创伤服务经验的社区服务提供者及转诊机构？ • 有哪些机制来推动关于创伤及创伤知情照护方法的跨部门培训？
筛查、评估、治疗服务	<ul style="list-style-type: none"> • 治疗方案是否包含个人对情感安全的定义？ • 接受服务的个人能否及时获得创伤知情的筛查和评估？ • 该组织是否有能力提供针对创伤的特定治疗，或转介至合适的创伤专项服务机构？ • 同伴支持是如何融入服务提供方式的？ • 该机构在创伤筛查、评估和治疗过程中如何满足基于性别的需求？例如，是否为男性和女性都提供针对性别的创伤服务和支持？ • 工作人员是否会与服务对象探讨一系列创伤反应，并努力减轻他们的恐惧或羞耻感，增进他们的自我认知？ • 这些针对创伤的特定实践是如何融入该组织的日常运营的？

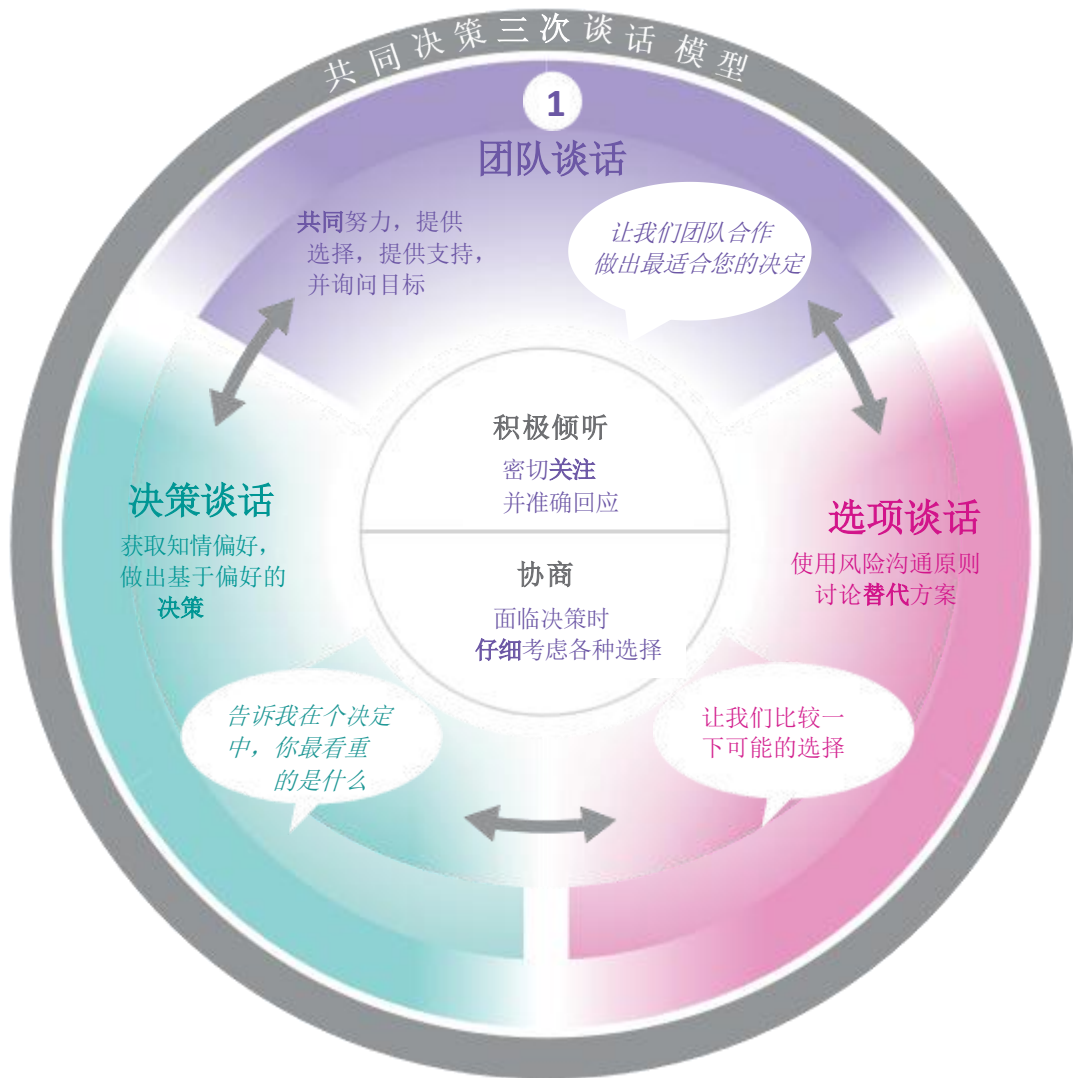
实施创伤知情方法时要考虑的示例问题（续）

10 个实施领域（续）	
培训和劳动力发展	<ul style="list-style-type: none"> • 该机构如何解决与有过创伤经历的个人一起工作时可能出现的情绪压力？ • 该机构如何支持培训和劳动力发展，使员工了解和增加他们的创伤知识和干预措施？ • 组织如何确保所有员工（直接护理、主管、前台和接待、支持人员、客房服务和维护）接受有关创伤知情以及整个机构和人员职能部门的创伤知情方法策略的基本培训？ • 劳动力发展人员培训如何解决身份、文化、社区和压迫如何影响一个人的创伤经历、获得支持和资源以及获得安全的机会？ • 持续的劳动力发展人员培训如何为员工提供支持，有助于其培养敏锐且高效服务创伤幸存者的知识与技能？ • 为员工和主管提供哪些类型的培训和资源，以将创伤知情实践和监督纳入他们的工作？ • 有哪些劳动力发展战略可以帮助员工与同伴支持合作，并让员工认识到同伴支持是组织机构劳动力不可或缺的一部分？
进度监控和质量保证	<ul style="list-style-type: none"> • 是否有一个系统来监控该机构在创伤知情方面的进展情况？该机构是否征求工作人员和接受服务的个人的反馈意见？ • 该机构使用什么策略和流程来评估员工在该机构是否感到安全和受到重视？该机构如何在机构运营和质量改进过程中纳入对文化和创伤的关注？ • 有哪些机制可以将收集到的信息纳入机构的质量保证流程，这些机制在创建可访问的、文化相关的、创伤知情的服务和支持方面效果如何？
经费支持	<ul style="list-style-type: none"> • 该机构的预算如何包括对领导力和员工发展创伤和创伤知情方法的持续培训的资金支持？ • 有哪些资金用于跨部门创伤和创伤知情方法培训？有哪些资金用于同行专家？预算如何支持提供安全的物理环境？
评估	<ul style="list-style-type: none"> • 该机构如何进行创伤知情组织评估，或者如何制定措施或指标来显示其创伤知情方法的水平？除了消费者满意度调查之外，经历过创伤的人的观点如何影响机构绩效？ • 有哪些流程可以征求使用服务的人的反馈意见并确保匿名和保密？ • 使用哪些措施或指标来评估组织在创伤知情方面的进展？

经药物滥用和心理健康服务管理局 (SAMHSA) 许可转载。实施创伤知情方法的实用指南。SAMHSA 出版物编号 PEP23-06-05-005。罗克维尔 (MD)：国家心理健康和物质使用政策实验室；2023 年。可从以下网址获得：<https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf>

附录 I: 共同决策的“三谈”模型

该模型提供了谈话步骤，这些步骤强调在整个决策过程中与接受护理的人员开展合作与协商。



经 Elwyn G、Durand ME、Song J 等人许可转载。(2017 年)。共享决策的三次谈话模型：多阶段协商过程。BMJ, 359:j4891。doi: 10.1136/bmj.j4891。

附录 J：重症患者沟通指南

重症患者沟通指南提供了与患者沟通时可参考的话术示例，涵盖以下关键环节：启动照护对话、评估患者对病情的理解程度及信息偏好、告知病情预后、深入探讨核心议题（包括个人目标、价值观与担忧），以及妥善结束谈话。

重症患者沟通指南

经患者测试的语言

开启对话

我想和你一起谈谈你的健康状况以及对**你而言重要的事情**。可以吗？”

评估认知

“为了确保我分享的信息对你有帮助，您能否跟我讲讲您目前对自己的健康状况是**怎样理解的**？”

“关于您健康状况未来可能的发展方向，您今天希望**了解到什么程度**？”

分享信息

“我能跟您谈谈对于未来可能出现的情况的一些看法吗？这或许对您健康有所帮助。”

当预后不确定时：“病情发展有时难以预测。我希望您**能尽可能长久的保持良好状态**，这也是我们共同努力的目标。但同时也要考虑病情**可能突然恶化的风险**，我认为我们有必要为此**做好准备**。”

或者

当讨论生存期时：“我**很希望**情况并非如此。我**担心**时间可能比较有限，大概在(给出范围，”例如：“数天至数周，数周到数月，数月到一年。”

或者

当讨论功能衰退时：“病情发展往往难以预测。我很希望您**能尽可能保持良好状态**，并以此为目标共同努力。但同时也要考虑到，**疾病可能会让日常活动逐渐变得困难**，因此提前做好应对准备很重要。”

暂停：保持沉默，给予思考时间。接纳并探讨患者情绪。

深入探讨

“如果您的健康状况进一步恶化，您最重要的目标会是什么？”

“您目前最大的担忧是什么？”

“当您思考未来时，是什么给了您力量？”

“哪些活动能为您带来快乐和意义呢？”

“倘若您的病情进一步恶化，为了争取更多时间，您愿意付出怎样的代价呢？”

“您身边最亲近的人对您的治疗偏好和愿望了解多少？”

“经过这些讨论，您对自己的健康状况有怎样的期待？”

达成共识

“我听你这么说，您显然非常重视...，而且您也期望...。考虑到这一点，以及我们对您的病情的了解，我建议采取....方案。这样能够确保医疗决策符合您的核心诉求。您觉得这样安排怎么样？”

“我将竭尽所能来支持您度过这个阶段，并确保你能得到最优质的照护。”



© 2015–2023 Ariadne Labs: A Joint Center for Health Systems Innovation (www.ariadnelabs.org) between Brigham and Women's Hospital and the Harvard T.H. Chan School of Public Health, in collaboration with Dana-Farber Cancer Institute. Licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

SI-CG 2023-05-18



来源：经许可转载自：Ariadne Labs：布莱根妇女医院和哈佛大学陈曾熙公共卫生学院联合成立的卫生系统创新中心，与丹娜—法伯癌症研究所合作。重病对话指南：欢迎阅读我们最新的指南。2023年5月。可从以下网址获取：<https://www.ariadnelabs.org/wp-content/uploads/2023/05/Serious-Illness-Conversation-Guide.2023-05-18.pdf>

附录 K：PAUSE 早期护理目标沟通表

PAUSE 沟通工具为医护人员和/或社会工作者提供了一系列可在与患者进行“早期”照护目标沟通时借鉴使用的示例性话术或问题。所谓“早期”，是指尚无紧急临床决策需求的阶段。

PAUSE 沟通表
对我们来说，“早期”护理目标对话是在不需要立即做出临床决策的情况下进行的对话。为此，请使用 PAUSE 沟通表。

暂停模型

疾病早期的护理目标

步骤	您说什么或做什么
暂停 预留时间	“今天我想把某件事情列入我们的议程。” 花点时间介绍一下这个话题。
询问 获得许可并解释原因。	“我想听听你对某件事的看法。有时患者病情突变，无法再进行有效沟通。” “然后我担心我不能为他们提供最好的护理。” “例如，我的一位患者告诉我，他们永远不想成为植物人。这对我来说非常重要，即使那个人远没有那么严重。” “你怎么看？”
理解 全局价值观。	“你听说过预先医疗指示或生前遗嘱吗？” “如果病情恶化，可能会夺走你的生命，什么对你来说是最重要的？” “有人更看重生活质量，有人则优先考虑延长生命。你怎么看？”
建议 选择代理人。	“您是否想过，如果您病得太重，无法自己做出医疗决定，谁是做出医疗决定的最佳人选？”
期望 对情绪做出同理心的回应。	“我能理解这让您感到担忧。”[说出情绪] “我感受到您仍有强烈的求生意志。”[反映患者的话]

经 Vital Talk 许可转载。“PAUSE 沟通表”：疾病早期的护理目标 [互联网]。[地点不详]：Vital Talk；[日期不详]。可从以下网址获取：
<https://www.vitaltalk.org/guides/pause-talking-map/>

附录 L：对我而言什么最重要：改善医疗保健工作手册（适用于获取医疗和社会服务的人）

“对我而言重要的事情”工作手册适用于患有严重疾病的人，帮助他们准备与医疗团队讨论对他们来说最重要的事情。有关如何完成以下页面的说明以及后续步骤的信息可在完整资源中找到，可在此处获得：

<https://theconversationproject.org/wp-content/uploads/2020/12/WhatMattersToMeWorkbook.pdf>

我的健康

- 您现在对自己的健康状况有何了解？

- 您希望从医疗团队那里获得多少有关未来健康状况的信息？

关于我

- 我的美好时光 • 您的美好时光是什么样的？
以下是我在美好时光里喜欢做的一些事情：

示例
起床穿衣 • 和我的猫玩耍 • 打电话 • 看电视 • 和朋友喝咖啡

- 我的艰难时光 • 您的艰难时光是什么样的？
这些是我在艰难时光中最难处理的事情：

示例
无法起床 • 极度不适 • 没有食欲 • 不想和任何人说话

- 我的目标 • 如果您的健康状况恶化，您最重要的目标是什么样的？
这些是我希望在未来能够做到的一些事情：

示例
带我的狗散步 • 参加我孩子的婚礼 • 感觉好到可以去教堂
当我的孙子孙女来看望我时，和他们谈谈

我的护理

每个人对于他们想接受和不想接受的护理类型都有自己的偏好。使用下面的量表来思考您此时想要什么。

注意：这些量表代表了一系列的感觉；没有正确或错误的答案。

- 回答您现在的情况。对于下面的每个量表，想想你现在想要什么。将来重新审视您的答案，因为它们可能会随着时间而改变。
- 用您的答案作为谈话的开场白。您的回答可以作为与他人讨论您为何如此回答的一个很好的起点。

作为一个患者，我想知道...



当需要做出医疗决策时，我希望.....



您对医疗有什么顾虑？



为了获得更多时间，您愿意接受多少医疗？



如果您的健康状况恶化，您希望如何治疗？



在与他人分享我的病情信息时.....



➤ **关于我·您希望您的医疗团队了解您的哪些信息？**

一些基本或实际的信息：

示例

我的信仰对我来说非常重要·我独自生活，需要能够照顾自己·事情写下来后我记得更清楚

● **我的恐惧和担忧·您最大的担忧是什么？**

这些是我主要担心的事情：

示例

我不想忍受痛苦·我担心得不到我想要的护理·我不想被困在没有人来看我的地方·我担心我的护理费用·如果我需要的护理超出了我的护理人员所能提供的水平怎么办？

● **我的优势·当您思考未来时，什么给了您力量？**

在艰难时刻，这些便是我力量的源泉所在：

示例

我的朋友·我的家人·我的信仰·我的花园·我自己（“我只是这么做”）

● **我的能力·哪些活动给您的生活带来快乐和意义？**

我希望尽可能坚持下去.....

示例

只要我至少能坐在床上，偶尔和我的孙子们说话·只要我能享受日常爱好，如观看体育赛事、品尝喜爱的食物·只要我能认出我所爱的人·只要我的心脏还在跳动，即使我没有意识

我的希望 • 您对自己的健康有什么希望？

以下是我想要确保发生的事情：

示例

我希望尽可能保持独立 • 我希望回家 • 我希望我的医生尽其所能让我活下去 • 如果我说我只想转为安宁疗护，我希望每个人都尊重我的意愿

以下是我想要确保不会发生的事情：

示例

我不想成为家庭的负担 • 我不想孤单一人 • 我不想最终住进 ICU 并使用很多机器 • 我不想忍受痛苦

关于您对护理的希望，您还有什么想让您的家人、朋友和医疗团队知道的吗？

我的问题 • 您想向您的医疗团队提出什么问题？

示例

在接下来的几个月里，您将如何与我合作？ • 目前我可以选择哪些治疗方案 —— 它们起作用的几率有多大？ • 如果我决定不再接受治疗，我会有什么结果？ • 如果我病情加重，您能做什么来帮助我保持舒适？ • 最好的情况和最坏的情况是什么？

我的人员

- 1 是否有关键人员会参与您的护理（例如家人、朋友、宗教领袖或其他人员）？对于您列出的每个人，请务必提供他们的电话号码以及与您关系。

- 2 他们对您的希望和偏好了解多少？您希望他们在决策过程中扮演什么角色？您什么时候可以和他们谈谈您的愿望？

- 3 如果您无法自行做出医疗决策，您希望由谁来代您做出决策？这个人通常被称为您的医疗代理人、代理人或委托人。请参阅《选择医疗代理人指南》获取帮助。

姓名、电话号码、与我的关系

我已经和此人谈过对我来说最重要的事情。

是 否

我已经填写了一份正式文件，指定此人作为我的医疗代理人。

是 否

我已检查以确保我的医疗团队有正式文件副本。

是 否

我的医疗团队

参与您护理的主要临床医生是谁？

1 我的主要 护理提供者	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	姓名	电话
2 我的社会 工作者	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	姓名	电话
3 我的主要专科 医生	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	姓名	电话
4 其他	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	姓名	电话

来源：经许可转载自：Ariadne Labs 和 Conversation Project，这是医疗保健改进研究所 (IHI) 的一项倡议。
 对我来说重要的事情：一本针对重病患者的工作手册 [互联网]。[地点不详]；2021 年。可从以下网址获得：<https://theconversationproject.org/wp-content/uploads/2020/12/WhatMattersToMeWorkbook.pdf>

附录 M：决策指南模板

接受护理的人可以使用它来确定任何健康和/或社会决策的决策指南，然后指导他们完成一系列步骤，这些步骤会引发他们对已知决策的思考，对他们来说最重要的是什么，并计划下一步。医疗服务提供者在指导人们进行明智的决策时也可以使用决策指南。

渥太华个人决策指南

为做出健康或社会决策的人



1 阐明您的决策.

您面临什么决定?

您做出次决定的原因是什么?

您什么时候需要做出选择?

您的选择进行到哪一步了?
 没有想过 正在考虑 接近选择 已经做了选择

2 探索您的决策.

知识

列出您知道的选项、益处和风险。

价值观

使用 (★) 对每一项益处、风险进行评分，以呈现对您的重要程度。

确定性

选择对您最重要的益处选项，避免选择对您最重要的风险选项。

	选择此项的原因 益处 / 优势/优点	对您的重要程度: 0★ 一点也不 5★ 非常重要	避免此项的原因 “风险/劣势/缺点”	对您的重要程度: 0★ 一点也不 5★ 非常重要
选项 #1				
选项 #2				
选项 #3				

您更喜欢哪个选项? 选项 #1 选项 #2 选项#3 不确定

支持

还有谁参与?

他们更喜欢哪个选项?





这个人给你压力了吗? 是 否 是 否 是 否

他们如何支持你?

您更喜欢在做选择时扮演什么角色? 与...分享决策
在听取...意见后自己决定
别人决定...

3 确定您的决策需求。




改编自 SURE 测试 © 2008 O'Connor & Légaré。

	知识	您知道每个选项的获益和风险吗？	是	否
	价值观	您是否清楚哪些收益和风险对您最重要？	是	否
	支持	您是否有足够的支持和建议来做出选择？	是	否
	确定性	您是否确定这是最适合您的选择？	是	否

如果您对任何问题的回答为“否”，则可以执行第二步 和第四步 ，重点关注您的需求。
对其中一个或多个问题回答“否”的人更有可能推迟他们的决定、改变主意、对自己的选择感到后悔或将不良后果归咎于他人。

4 根据您的需求计划下一步

决策需求 ✔ 您可以尝试的事情

 知识 如果您觉得自己没有足够的事实	详细了解选项以及获益和风险的可能性。 列出您的问题。 列出在哪里可以找到答案（例如图书馆、健康专家、咨询师）。
 价值观 如果您不确定哪些益处和风险对您最重要	查看第二步 中的星标，看看什么对您最重要。 寻找了解体验益处和风险的人。 与做出决定的其他人交谈。 阅读对他人最重要的事情的故事。 与他人讨论对您最重要的事情。
 支持 如果您觉得您没有得到足够的支持 如果您感到他人施加压力，促使您做出某种选择	与您信任的人（例如健康专家、咨询师、家人、朋友）讨论您的选择。 寻求帮助来支持您的选择（例如资金、交通、儿童保育）。 关注最重要的人的观点。 与他人分享您的指南手册。 请其他人填写本指南手册。（查看你们的意见是否一致。如果你们对某些事实意见不一，请获取更多信息。如果你们对最重要的事情意见不一，请考虑对方的观点。轮流倾听对方认为对他们来说最重要的事情。） 找一个人来帮助您和其他相关人员。
 确定性 如果您不确定最适合您的选择 使决策变得困难的其他因素	完成第二步 和第四步 ，聚焦自己的需求。 列出您可以尝试的任何事情：

来源：“经许可转载自：O'Connor A、Stacey D 和 Jacobsen MJ”渥太华个人决策指南。渥太华 (ON)：加拿大渥太华医院研究所和渥太华大学；2015年。可从以下网址获取：<https://decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDG.pdf>

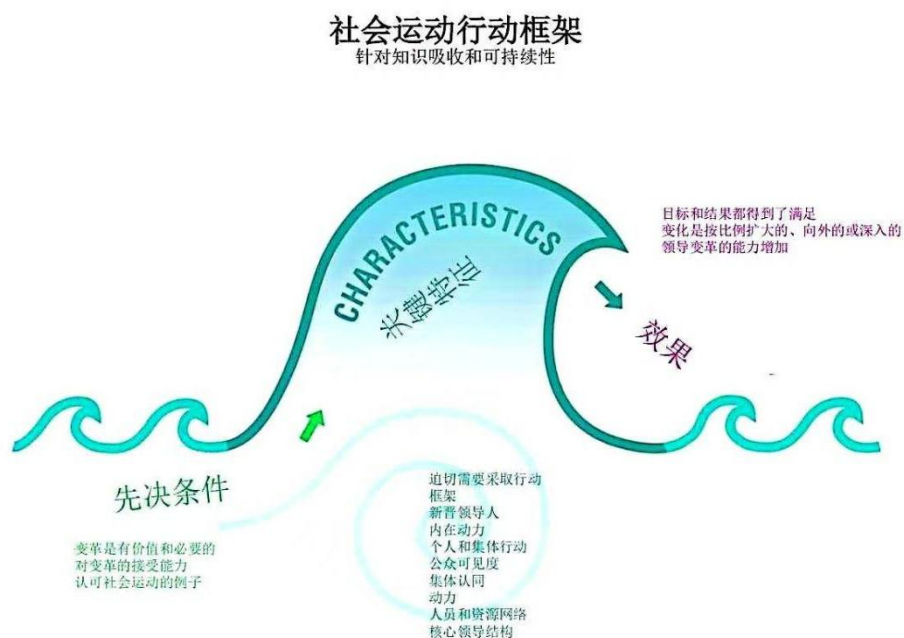
附录N：引领变革工具包说明

只有在规划、资源、组织和行政支持充足且有适当的引导时，最佳实践指南才能成功实施和维持。正式和非正式领导者（例如：变革推动者和同伴倡导者）的积极参与也至关重要。为了鼓励成功实施和可持续性，一个由护士、研究人员、公众利益倡导者、社会运动积极分子和管理人员组成的国际专家小组开发了引领变革工具包 (5)。该工具包基于现有证据、理论观点和共识。我们推荐使用“引领变革工具包”来指导医疗保健或社会服务组织（包括学术中心）实施任何最佳实践指南。

引领变革工具包包括两个框架——社会运动行动 (SMA) 框架 (1,2) 和知识到行动框架 (KTA) (3,4)——适用于领导最佳实践指南实施和可持续性的变革推动者和变革团队。这两个框架都概述了实施的概念及其相互关联的组成部分。因此，无论是 SMA 还是 KTA 框架，都可用于指导变革举措，包括最佳实践指南的实施。使用这两个框架都有助于增强并加速变革 (1)。

SMA 框架涵盖了旨在促进知识采纳和可持续性的社会运动要素⁶，这些要素已展现出强大的影响力和长期效应。基于概念分析的结果，该框架包含16个要素，分为先决条件（即社会运动发生前必须具备的条件）、关键特征（即社会运动发生必须存在的要素）和结果（即社会运动可能产生的后果）（1,288）。SMA 框架的三个类别和要素如图4所示。

图 4：社会运动行动框架

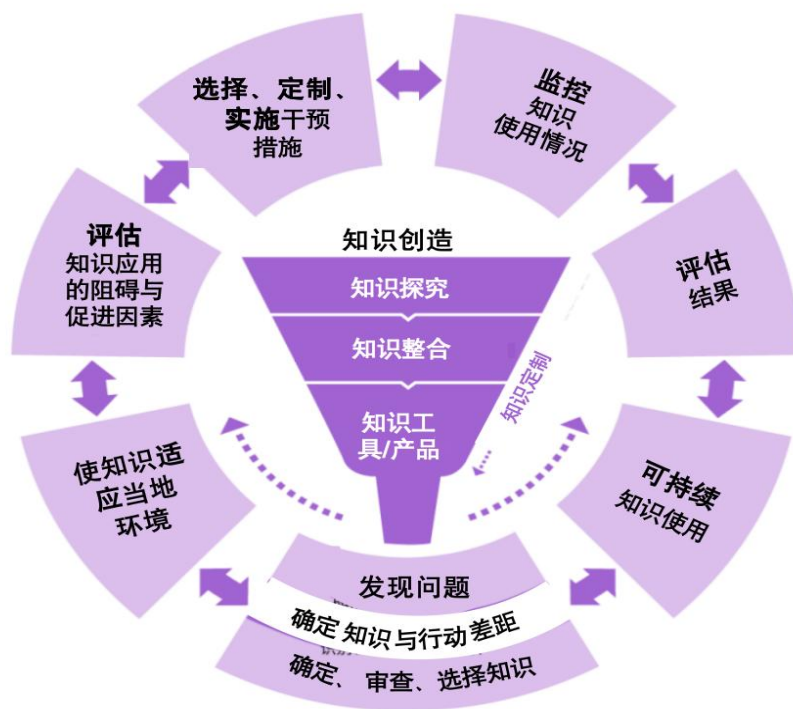


来源：经许可转载自：Grinspun D、Wallace K、Li SA 等人。在知识吸收和可持续性背景下探索社会运动概念和行动：概念分析。国际护理学杂志。2022 年10 月；9(4)：411-21。以及 Grinspun D、Wallace K、Li SA 等人。通过社会运动引领变革。注册护士杂志。2020 年春季；32(1)

KTA 框架是一种有计划的周期性变革方法，它整合了两个相关组成部分：知识创造和行动周期。研究人员和指南制定者使用知识创造过程来识别关键证据结果，从而创建知识产品，例如RNAO BPG。行动周期由七个阶段组成，在这些阶段中，所创建的知识得到实施、评估和维持(3)。许多行动周期阶段可能同时发生或需要同时考虑。KTA 框架如图5 (5) 所示。

图 5: 知识到行动框架

知识到行动框架



来源：经许可改编自：Graham ID、Logan J、Harrison MB 等人。迷失于翻译：是时候找张地图了？继续教育与健康专业[互联网]。2006； 26(1)： 13-24。可从以下网址获取：https://journals.lww.com/jcehp/abstract/2006/26010/Lost_in_knowledge_translation_Time_for_a_map_.3.aspx和 Straus SE、Tetroe J、Graham ID。(2013 年)。简介知识转化：它是什么，它不是什么。在SE Straus、J Tetroe、ID Graham (编辑)，医疗保健中的知识转化，<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118413555.ch01>

实施和维持最佳实践指南以实现成功的实践变革并为人员、提供者、组织和系统带来积极的健康结果是一项复杂的任务。变革工具包是领导这一过程的基础实施资源。

RNAO最佳实践指南制定与研究团队

国际事务与最佳实践指南中心

Giulia Zucal, 注册护士, 护理学学士, 文学硕士

国际事务与最佳实践指南中心
指南制定与研究高级经理
安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

Deborah Flores, 注册护士, 护理学学士, 护理学硕士

国际事务与最佳实践指南中心
指南制定联合负责人
指南制定方法学专家
安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

Gladys Hui, 注册护士, 护理学硕士

指南制定方法学专家及实施科学管理负责人
国际事务与最佳实践指南中心
安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

Dr. Nicole Graham, 注册护士, 博士

指南制定方法学专家及实施科学管理负责人
国际事务与最佳实践指南中心
安大略省, 多伦多

James Oliveria, 注册护士, 健康信息学硕士

国际事务与最佳实践指南中心指标开发专员
安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

Verity Scott, 理学学士

国际事务与最佳实践指南中心指南制定项目协调员
安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

Dr. Christina Medeiros, 注册护士, 人体运动与健康教育学士, 教育学学士, 护理学学士, 护理学硕士, 博士

国际事务与最佳实践指南中心实施科学经理
安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

Lyndsay Howitt, 注册护士, 公共卫生硕士

国际事务与最佳实践指南中心
指南制定与研究高级经理
安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

Nafsin Nizum, 注册护士, 护理学硕士

国际事务与最佳实践指南中心
指南制定与研究副主任
安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

Dr. Michelle Rey, 理学荣誉学士, 理学硕士, 哲学博士, 高级执业护士

国际事务与最佳实践指南中心主任
安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

RNAO研究部

Dr. Anum Ali, 注册护士, 护理学学士, 理学硕士, 博士

RNAO研究部评估专家
安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

Dr. Shanoja Naik, 教育学学士, 理学硕士 (数学), 数理统计学硕士, 哲学硕士, 博士

安大略省注册护士协会
安大略省, 多伦多

高层管理指导

Dr. Doris Grinspun, 注册护士, 护理学学士, 护理学硕士, 哲学博士, 荣誉法学博士, 荣誉博士, 荣誉博士, 加拿大荣誉博士, 美国护理科学院院士, 加拿大护理科学院院士, 安大略勋章获得者
安大略省注册护士协会首席执行官
安大略省, 多伦多

致谢

GRADE 方法的外部评审由以下人员提供:

Dr. Nancy Santesso, 注册营养师, 图书情报学硕士, 博士
健康研究方法、证据与影响系, 麦克马斯特大学副教授
加拿大 Cochrane 协作网副主任

系统检索由以下人员完成:

UHN HealthSearch

RNAO 最佳实践指南专家小组

Michael Creek

专家小组联合主席（2023年5月至今）
具有亲身经历的
代表兼战略事务主任
变革行动组织
安大略省，多伦多

Dr. Kateryna Metersky, 注册护士，博士，专家小组联合主席

护理学协作学位项目代理副主任、
助理教授
多伦多都会大学
安大略省，多伦多

Heather Thiessen

专家小组联合主席（2021年11月-2023年4月）
患者合作伙伴
健康标准组织
萨斯喀彻温省，萨斯卡通

Kameel Abdul-Kareem, 护理学硕士

西印度大学护理学院
牙买加，金斯敦

Sarah Benn Orava, 文学硕士

患者关系顾问
大学健康网络（UHN）
安大略省，多伦多

Melissa Bush 注册护士，工商管理硕士

首席护理官
智利圣地亚哥工人医院

Susan Dunn

参与事务顾问
新斯科舍省卫生管理局
新斯科舍省，哈利法克斯

Susan Gapka

具有亲身经历的
代表
安大略省，多伦多

Karen Hunter, 注册护士，护理学学士
奥里利亚士兵纪念医院急诊护士
安大略省，奥里利亚

Anshumi Joshi, 注册护士

学生代表
统一健康学院
安大略省，多伦多

Karima Karmali, 注册护士，工商管理硕士

Alifa Khan

家庭领袖 / 家庭参与教师
研究家庭参与委员会副主席
荷兰布鲁尔维尤医院
安大略省，多伦多

Rev. Carmen Llanos Acero, 神学硕士，CASC/ACSS 认证

灵性关怀从业者
桑尼布鲁克健康科学中心
安大略省，多伦多

Elisa Nigro, 注册护士（急诊专科护士）

儿科执业护士，护理学硕士
执业护士，儿童医院 (SickKids)
安大略省，多伦多

Alliah Over, 注册护士，护理学学士

护理学硕士
公共卫生护士
约克地区公共卫生部门
安大略省，纽马克特

Dr. Marie-Pascale Pomey, 医学博士

哲学博士
教授，蒙特利尔大学公共卫生学院
魁北克省，蒙特利尔

Sara Ryan, 注册护士

临床服务总监
环球护理加拿大
安大略省，多伦多

**Dionne Sinclair, 注册护士，护理学硕士，
临床护理管理硕士，临床护理执行官
加拿大护理学院院士**

临床运营副总裁兼首席护理官
成瘾与心理健康中心 (CAMH)
安大略省，多伦多

**Tanya Smith, 注册护士，护理学理学学士，
中医针灸注册师**

移植科注册护士
具有性少数群体 (LGBTQIA2S+)
亲身经历的代表
多伦多总医院
安大略省，多伦多

**Susan Steels, 社会工作硕士，注册社会
工作者**

注册社会工作者
安大略省社会工作者协会代表

**Melissa Stevenson, 注册护士，护理学
理学学士，护理学硕士**

助理教授
多伦多都会大学
安大略省，多伦多

Jill Sullivan, 注册护士

患者体验经理
东安大略儿童医院 (CHEO)
安大略省，渥太华

审稿人

作为指南制定过程的一部分，我们收集了来自各类医疗和社会服务机构、学术机构、不同实践领域及行业部门参与者的反馈意见。参与者包括护士及跨专业团队成员、教育工作者、学生、具有亲身经历的、具有丰富经验的管理者以及医疗和社会服务的资助方。此外，我们还邀请了来自不同视角的外部评审人员提供反馈意见。安大略省注册护士协会（RNAO）对以下为本最佳实践指南提供审阅意见的人员表示感谢。外部评审人员已同意在本指南中公开其姓名及相关信息。

安大略省助产士协会 安大略省，多伦多

Nasra Abdi, 护理学学士，注册护士
注册护士
威廉·奥斯勒健康系统
安大略省，布兰普顿市

Ayomide Akerele, 注册护士，护理学硕士
临床护士教育家
威廉·奥斯勒健康系统
安大略省，埃托比科克

Maram Al-Safadi, 注册护士，护理学学士，护理学硕士（在读）
注册护士
温莎地区医院
安大略省，温莎市

Manar Al-Shafii
安大略省，多伦多

Ian Jefferson Alagadan, 注册护士，护理学硕士，临床健康专家，加拿大注册营养师
专业实践经理
多伦多大学健康集团
安大略省，多伦多市

Manuela Alfano, 注册护士，硕士（语言病理学）
临床教育经理，维多利亚护士协会，安大略省，汉密尔顿市

Allan Aligato, 注册护士，护理学学士
注册护士，大学健康网络
安大略省，多伦多市

Karolina Andre, 注册护士
注册护士
三叶草健康伙伴 - 信用谷医院
安大略省，密西沙加市

Jeff Andrews, 注册护士，临床护理硕士（加拿大）
临床督导/应用专家
莫霍克学院/汉密尔顿健康科学中心
安大略省，汉密尔顿市

Jamie Arthur, 理学学士，物理治疗理学学士，质量、风险与绩效管理硕士
质量、风险、安全与绩效高级总监
S.R.T. 医疗人员服务公司
安大略省，多伦多市

Dr. Lisa Ashley, 注册护士，教育学硕士，博士
安大略省，渥太华

Caroline Assouad, 注册护士，护理学硕士，产科护士（加拿大认证）
电子病历应用分析师
多伦多联合健康集团
安大略省，多伦多市

Selvi Baijnauth, 注册护士，护理学硕士
长期护理部经理
贝克雷斯特医院
安大略省，多伦多市

Tanis Banovsky, 注册护士, 理学学士
临床创新经理
圣约瑟夫医疗集团
安大略省, 桑德贝市

Emma Bingham, 注册护士, 护理学硕士
加拿大护理认证中心认证护士
注册护士
多伦多大学健康集团
安大略省, 多伦多市

Eugenia Patricia Blanco Betes,
公共卫生硕士, 注册护士
注册护士, 奥萨基德扎
西班牙巴斯克自治区

Unito Bondad, 注册护士, 护理学硕士
护理运营总监
西利曼大学医疗中心
菲律宾杜马盖地市

Alexandria Bourolias, 注册护士
临床实习协调员
迈克尔·加伦医院
安大略省, 多伦多市

Kimberley Bowen, 注册护士, 护理学学士,
应用健康科学硕士
临床专科护士, 尼亚加拉健康局
安大略省, 圣凯瑟琳市

Dr. Nancy Brookes, 注册护士, 理学硕士
(荣誉学位), 博士
兼职教授, 渥太华大学
安大略省, 渥太华市

Ashley Brown, 注册执业护士
BSO长期护理领导团队
利明顿门诺会养老院
安大略省, 利明顿市

Brittany-Jane Cameron, 注册执业护士
临床研究协调员

Winterberry Family Medicine
安大略省, 汉密尔顿市

Sherry Campbell, 注册护士, 护理学学士,
教育学学士, 护理学硕士
重症监护临床实践负责人, BPSO负责人
莱克里奇健康中心
安大略省, 奥沙瓦市

Dr. Christina Cantin, 注册护士, 护理学学
士护理学硕士, 哲学博士
护理研究科学家
东安大略儿童医院研究所
安大略省, 渥太华

Dr. Meghan Cellamare,
注册护士, 护理学硕士博士
临床实践负责人
斯卡伯勒健康集团
安大略省, 斯卡伯勒市

Janet Chan, 注册护士,
健康科学学士,
护理学学士, 护理学硕士, 加拿大注册健康护理顾问
临床实践负责人
湾岸医疗保健
安大略省, 多伦多市

Angela Chan, 注册护士, 护理学硕士
加拿大注册营养师
专业实践与教育经理, 麦肯齐健康
安大略省, 列治文山

Disa Clifford, 注册护士, 护理学学士
文学学士, 护理学硕士, 加拿大认证姑息护理护
士
姑息疼痛与症状管理
多萝西·莱伊临终关怀医院顾问
安大略省, 多伦多市

Dr. Laurie Clune, 注册护士,
文学学士, 护理学学士, 教育
硕士, 哲学博士, 加拿大护理
学院院士
教授, 研究、学术与研究生项目副院长
里贾纳大学
萨斯喀彻温省, 里贾纳市

Dr. Tia Cooney, 注册护士, 护理学学士, 护理学硕士, 护理学博士
教授, 联邦学院
安大略省, 桑德贝市

Carolynne Cooper, 社会工作硕士, 注册社会工作者, 临床健康专家
成瘾与心理健康中心高级实践临床负责人
安大略省, 多伦多市

Danielle Cornish, 注册护士, 护理学学士
临床社区监督员 (急救员)
家庭健康护理
安大略省, 苏圣玛丽市

Dr. Lisa Cranley, 注册护士, 护理学硕士
博士
副教授
多伦多大学劳伦斯·布隆伯格护理学院
安大略省, 多伦多市

Cassandra Cristello, 注册护士
注册护士, 安大略省, 多伦多市

Michele Durrant, 注册护士, 理学硕士
教授, 塞内卡理工学院南吉基金会护理学院
安大略省, 金城

Linda Edmond, 注册护士, 加拿大急诊护理认证
注册护士, 信用谷医院
安大略省, 密西沙加市

Brinda Elangeswaran, 护理专业学生
临床实习生, 安大略省, 多伦多市

Leigh Fairbrother, 注册护士, 护理学学士
安大略省, 巴里市

Jennifer Faulkner, 注册护士
安大略省, 斯特灵

Jennifer Flood, 注册护士, 护理学学士
护理学硕士

护理学教授
苏圣玛丽应用艺术与技术学院及阿斯彭大学
安大略省, 苏圣玛丽市

Ashley Fry-O'Rourke, 注册护士, 护理学硕士
护理学教授, 莫霍克学院
安大略省, 汉密尔顿市

Catherine Galbraith, 注册护士, 护理学学士
老年急诊医学临床专家
坎贝尔福德纪念医院
安大略省, 坎贝尔福德市

Danielle Gibbs, 注册护士, 护理学硕士, 工商管理硕士, 首席医疗执行官
临床护士教育家, 伦敦健康科学中心
安大略省, 伦敦市

Louise Gilbert, 注册护士, 护理学硕士, 国际认证哺乳顾问, 加拿大产后护理师
渥太华公共卫生局
安大略省, 渥太华市

Erin Gisborne, 注册护士, 护理学学士, 护理学硕士, 认证医疗专业人员
新斯科舍省卫生局“一人一档”项目高级总监
新斯科舍省, 哈利法克斯市

John Glodoveza,
注册护士
临床护士, 西德拉医学中心
卡塔尔, 多哈

Kathy-Lynn Greig,
注册执业护士
安大略省, 多伦多市

Tanja Groeneveld,
注册护士, 护理学学士
工商管理硕士
临床经理
尼亚加拉健康系统
安大略省, 圣凯瑟琳市

Aleksandra Grzeszczuk, 注册护士, 护理学学士, 加拿大注册营养师
首席执行官, 哥白尼疗养院
安大略省, 多伦多市

Daniel Hanciu, 注册护士
临床教育师, 皇家维多利亚区域健康中心
安大略省, 巴里市

Robyn Micaela Hardy-Moffat,
注册护士, 护理学学士, 公共卫生硕士
安大略省卫生居家护理协调员
安大略省, 渥太华市

Nicole Harkins, 注册护士, 护理学硕士
皇家维多利亚医院临床护士教育师
安大略省, 巴里市

Jasmine Harrymangal, 注册护士, 护理学
学士, 护理学硕士 (在读)
注册护士, 西奈山医院
安大略省, 多伦多市

Erika Hickmott, 注册执业护士
庇护所健康护士, 加拿大心理健康协会
安大略省, 温莎市

Clara Ho, 注册社会工作者, 社会工作硕士,
健康科学硕士, 健康管理专家
患者参与部经理, 迈克尔·加伦医院
安大略省, 多伦多市

Mark Ilgner, 注册护士
护理协调员
密西沙加-哈尔顿地区——安大略省居家健
康服务
安大略省, 密西沙加市

Lindsay Inkila, 注册护士, 护理学硕士
联邦学院
安大略省, 桑德贝市

Sherry Jackson, 注册护士
专业实践与质量顾问, 维多利亚护士协会
新斯科舍省, 安蒂戈尼什

Dr. Joanne Jaramillo, 注册护士, 护理学
硕士博士
护理系主任, 多哈科技大学
卡塔尔, 多哈

Jaewon Jeong, 注册护士
注册护士, 儿童医院
安大略省, 多伦多市

Manreet Jhajj, 注册护士
安大略省, 多伦多市

Seharish Jindani, 注册护士, 公共卫生硕士
高级执业临床负责人, 成瘾与心理健康中心
安大略省, 多伦多市

Lallu Sara John,
注册护士, 护理学学士, 护理学硕士, 加拿大注册
护士, 认证医疗质量专家, 认证患者安全专家,
认证健康管理专家
注册护士, 圣约瑟夫医疗保健
安大略省, 伦敦市

Melissa Johnston, 注册护士, 护理学学士, 护理
学硕士, 加拿大认证社区健康护士
教授, 圣劳伦斯学院
安大略省, 布罗克维尔市

Katie Jozsa, 注册护士, 护理学学士
注册护士, 汉密尔顿健康科学中心
安大略省, 汉密尔顿市

Nisa Karan,
注册护士, 护理学学士, 职业健康护士, 职业健康
安全顾问, 注册安全官, 注册项目经理, 注册风险
管理师, 工商管理硕士, 工商管理博士 (在读)
总裁兼首席执行官 科布拉安全公司
安大略省, 多伦多市

Derya Kayaoglu, 注册护士
临床护士教育家, 威廉·奥斯勒健康系统
安大略省, 布兰普顿市

Lillian Kelly, 注册护士
护理与个人照护总监, 贝海文护理社区
安大略省, 科林伍德市

Christine Sipiwe Khiyaza,
注册护士, 护理学学士(荣誉学位), 护
理学硕士, 临床教学专家
注册护士 - 戒烟协调员,
金斯顿健康科学中心
安大略省, 金斯顿市

Olesya Kochetkova, 注
册护士, 护理学学士,
护理学硕士
专业实践、质量、风险与客户安全顾问
加拿大VON组织
安大略省, 多伦多市

Hilda Danquah Konadu
安大略省, 多伦多市

Karen Laforet, 注册护士, 护理学硕士
(卫生保健方向)
高级执业护士, LK集团咨询公司
安大略省, 多佛港

Alanna Lakoff,
注册护士, 理学学士, 护理学学士, 理学
硕士, 国际认证哺乳顾问, 加拿大新生儿
护理认证专家
护理学教授及注册护士
洛亚利斯特学院与东安大略儿童医院
安大略省, 渥太华

Winnie Lam, 注册护士
临床资源主管, 迈克尔·加伦医院
安大略省, 万锦市

Sierra Land, 注册护士, 护理学学士
安大略省, 渥太华

Kaitlan Laviolette, 初级卫生保健执业士,
护理学硕士
执业护士
荷兰基督教疗养院
安大略省, 沃恩市

Janny Lee, 注册护士, 护理学学士, 护理学
硕士, 加拿大注册营养师
临床专科护士
多伦多联合健康集团
安大略省, 多伦多市

Magdalene Li, 注册护士
护理高级实践负责人
贝克雷斯特
安大略省, 多伦多市

Amanda Lévesque, 注册护士,
护理学学士, 护理学硕士, 加拿大临
床护理专家认证
企业护士教育师
渥太华医院
安大略省, 渥太华市

Dr. Shannan MacNevin, 注册护士, 博士
助理教授
多哈科技大学
卡塔尔, 多哈

Nicole Markewycz
加速重症监护项目实习生
汉伯河医院
安大略省, 多伦多市

Jyothi Martis, 注册护士, 护理学硕士
护理总监
伯顿庄园, 普瑞玛护理生活解决方案公司
安大略省, 布兰普顿市

Emily Martyn
项目经理

Toronto Public Health
安大略省, 多伦多市

Arlene Masaba, 注册护士, 护理学硕士
高级讲师 - 护理系
多哈科技大学
卡塔尔, 多哈

Caitlin Mathewson, 注册护士, 护理学硕士,
博士候选人
护理学教授, 莫霍克学院
安大略省, 汉密尔顿市

Kathy Mazza, 注册护士, 护理学学士
临床卓越部经理
CBI家庭健康护理
安大略省, 多伦多市

Seonhee McDermott, 注册护士, 护理学硕士,
加拿大精神科护士认证
临床护士教育家
圣约瑟夫医疗保健汉密尔顿中心
安大略省, 汉密尔顿市

Sandra Milley, 注册护士, 护理学学士
护理总监, 奥罗拉老年护理中心
安大略省, 奥罗拉市

Mary “Kristi” Molenhuis, 注册护士, 护理
学学士
护理助理总监
海湾港湾护理社区
安大略省, 科林伍德市

Charlotte Munro
亲历者
安大略省, 斯特拉特福市

Melissa Nadeau, 注册执业护士
产后护理注册执业护士
迈克尔·加伦医院
安大略省, 多伦多市

Samantha Neckles, 注册护士
循证护理实践负责人

Unity Health Toronto
安大略省, 多伦多市

Sanja Neretljak, 护理学学士
安大略省, 多伦多市

Michelle Nguyen, 注册护士, 护理学学士
护理学硕士
临床实践负责人, 多伦多士嘉堡健康网络
安大略省, 多伦多市

Damara Nickerson, 注册护士, 儿童健康专业
护理师认证
健康服务经理, 新斯科舍省卫生局
新斯科舍省, 卢嫩堡

Heather Norris, 注册护士, 公共卫生硕士,
国际认证哺乳顾问
儿童与家庭健康专科护士
安大略省, 基奇纳市

Olufunmilayo Olayinka, 注册护士
注册护士, 伦敦健康科学中心
安大略省, 伦敦市

Ethelyn Pilapil, 注册护士, 护理学硕士, 加拿大
认证社区健康护士, 加拿大认证儿科护士
专业实践负责人, VHA家庭医疗保健服务
安大略省, 多伦多市

Darren Pace, 注册护士, 护理学学士, 护理学硕士
加拿大精神卫生护士认证
精神卫生护士, 贝肖尔医疗中心
安大略省, 北湾市

Beatriz Parrón Martín
延续护理护士, 大学附属医院
西班牙, 马德里

Kailyn Pasma, 注册护士, 护理学硕士, 儿童健康
护理认证护士
临床经理, 皇后道卡尔顿医院
安大略省, 渥太华市

Rishita Peterson, 注册护士, 护理学学士, 护理硕士
认证医疗主管护理部经理兼跨专业实践主任
贝克里斯特中心
安大略省, 多伦多

Heather Pfohl-Sutcliffe, 注册护士, 护理学学士, 认证糖尿病教育师
安大略健康居家医疗
安大略省, 圭尔夫市

Angelica Pobre, 注册护士
临床学者
安大略省, 多伦多

Khojesta Qadir, 注册护士, 护理学学士
护理部副主任
果园平台护理中心
安大略省, 斯托尼克里克市

Kay Quimson-Yeung, 护理学硕士
临床资源主管
迈克尔·加龙医院
安大略省, 多伦多

Reeni Susan Rajan, 注册护士, 护理学硕士
精神健康临床实践督导
汉密尔顿圣约瑟夫医疗中心

Stephanie Ralph, 注册护士, 护理学学士, 加拿大认证老年护理师
老年综合评估个案管理师
尼亚加拉健康体系
安大略省, 尼亚加拉瀑布市

Samantha Rasmussens, 注册护士, 护理学学士
临床经理
皇家维多利亚医院
安大略省, 巴里市

Jennifer Reguindin, 注册护士, 护理学硕士, 加拿大认证老年护理师, 加拿大认证护理师
专业实践经理

大学健康网络
安大略省, 多伦多市

Dr. Andrea Rochon, 注册护士, 护理学教授
圣劳伦斯学院护理学教授
安大略, 省金斯顿市

Sarah Romeril, 注册护士, 护理学学士, 护理硕士, 加拿大认证缓和医疗护理师, 临床护理专家
临床护理专家
汉密尔顿健康科学中心
安大略省, 汉密尔顿市

Angie Saini, 注册护士, 护理学学士, 公共卫生硕士, 工商管理硕士
讲师
麦吉尔大学
魁北克省蒙特利尔市

Myat Sandar, 注册护士, 护理学学士
注册护士
渥太华医院,
安大略省, 渥太华市

Dr. Michael Scarcello, 注册护士, 护理实践博士, 认证学校护士
教授
联邦学院
安大略省, 桑德贝市

Susanne Sferrazza - Swayze, 注册实习护士
法医精神健康科注册实习护士
汉密尔顿圣约瑟夫医疗中心
安大略省, 汉密尔顿市

Maria Shier, 注册护士, 护理硕士, 认证患者体验专家, 认证医疗主管
作者
安大略省, 惠特比市

Anica Shum, 护理硕士
注册护士
成瘾与心理健康中心
安大略省, 多伦多市

Lea Slongo, 注册护士, 护理学学士, 文科学士, 社会工作学士, 非执业注册社工, 教育学硕士
高级实践护士
尼亚加拉健康体系,
安大略省, 圣凯瑟琳斯市

Gaim Son, 注册护士, 护理学学士, 护理硕士
临床护理教育师
韦斯特帕克医疗中心; 大学健康网络
安大略省, 多伦多市

Leah Sookhoo, 注册护士, 护理学硕士
博士研究生
女王大学, 安大略省金斯顿市

Janet Sooklall
康乐活动项目经理
伊甸园之家护理院
安大略省, 圭尔夫市

Lily Spanjevic, 注册护士(扩展角色), 护理学学士, 护理硕士, 护理实践博士(在读), 加拿大认证老年护理师, 加拿大认证康复护理师, 加拿大认证内科-外科护理师
高级实践护士
约瑟夫·布兰特医院
安大略省, 伯灵顿市

Stephanie Speer, 注册护士, 护理学学士
出院与患者流转协调员
韦斯特帕克医疗中心
安大略省, 多伦多市

Dawn Stacey, 注册护士, 哲学博士, 英国皇家学会会士, 加拿大健康科学院院士, 美国护理研究院院士, 加拿大护理研究院院士, 加拿大肿瘤护理认证
健康科学学院研究副院长
渥太华大学
安大略省, 渥太华市

Jodi Stone Oliveira, 注册护士处方师
安大略省, 剑桥市

Patricia Sukha, 注册护士
安大略省, 特伦顿市

Lyndsay Suurna, 注册护士, 初级卫生保健执业护士, 护理学硕士, 加拿大认证老年疼痛管理护理师
教授
索尔特应用艺术与技术学院,
安大略省, 苏圣玛丽市

Carnelle Symes, 注册护士, 护理学学士, 护理学硕士, 加拿大认证重症护理护士
护理学院职员
红鹿理工学院,
阿尔伯塔省, 红鹿市

Rehnuma Tabassum, 注册护士, 护理学学士, 管理学硕士
经理
莱克岭健康网络
安大略省, 多伦多市

May Tao, 注册护士, 护理学硕士, 加拿大认证社区健康护士
健康促进专家, 多伦多公共卫生局
安大略省, 多伦多市

Melissa Thompson, 注册护士, 护理学学士, 护理硕士
经理
米德尔塞克斯-伦敦卫生局
安大略省, 伦敦市

Kristina Tocco, 注册护士, 护理学学士
注册护士, 温莎-埃塞克斯社区卫生中心
安大略省, 温莎市

Joyce Tsui, 注册护士, 护理学学士, 护理硕士, 博士候选人
护理学教授
百年理工学院
安大略省, 多伦多市

Natasha Valentine, 注册护士, 护理硕士
注册护士全院流动支援(内科), 诺森伯兰山医院
安大略省, 科堡市

Lisette Verzijlenberg-Burns, 注册护士, 理学学士, 理学硕士
注册护士, 皇家维多利亚医院
安大略省, 巴里市

Kate Wiens, 注册护士, 护理学士, 加拿大认证缓和医疗护理师
安宁疗护疼痛与症状管理顾问项目经理
缓和医疗咨询服务部
安大略省, 滑铁卢市

Melissa Wilcox, 注册实习护士
长期护理引导团队负责人
查塔姆-肯特行为支持外展项目
安大略省, 查塔姆市

Kaitlynn Wilkinson, 护理学学士
注册护士
北湾安宁疗护院
安大略省, 北湾市

Matthew Wong, 注册护士, 护理硕士
专业实践、临床教育与感染预防控制总监
VHA家庭医疗护理中心
安大略省, 多伦多市

Cecilia Yeung, 注册护士, 护理硕士,
国际认证造口治疗师, 加拿大认证伤口
造口失禁护理师, 加拿大认证老年护理
师
临床护理专家
多伦多联合健康网络,
安大略省, 斯卡伯勒区

Reem Youngdon, 注册护士
注册护士
三一健康合作伙伴
安大略省, 密西沙加市

Kerry Zimmer, 注册护士, 护理学学士
实习临床导师
乔治亚学院,
安大略省, 巴里市

Liora Krinsky, 注册护士, 护理学学士, 教育学硕士
最佳实践指南实施中心负责人
斯卡伯勒健康网络
安大略省, 斯卡伯勒区

Cheryl Yost, 注册护士, 护理学学士, 教育学硕士
注册护士
桑迪湖原住民社区
安大略省, 米切尔市

认可函



渥太华，2025年9月2日

Doris Grinspun

安大略省注册护士协会，最佳实践指南计划首席执行官兼创始人

亲爱的Doris，

在此，我谨代表卓越医疗加拿大（HEC），欣然告知贵方，我们支持您在《以人为本的护理》最佳实践指南中所制定的核心原则。该指南认识到以下几点至关重要：了解并借鉴医疗服务使用者的经验和观点，与他们建立真诚的关系，并共同设计强调其价值观与偏好、需求与愿望的护理计划。贵指南所秉持的这些原则，与HEC的价值观高度一致，即：促进包容与公平的护理，并与各方群体（例如：患者及其家庭、医疗保健提供者）建立有意义的伙伴关系，以期共同塑造一个未来——让全国所有人皆能获得安全、优质的医疗保健。

鉴于我们双方的工作秉承共同的价值观，作为“[护理前行](#)”的一部分，HEC目前正在努力于2026年3月公开推出关于[重新思考患者安全、医患协作支持环境、文化安全和健康公平框架](#)的自定进度培训学习模块。这些材料都可以在网上免费供所有对这些主题感兴趣的人使用，作为卓越医疗保健的基础。

如果您对这四个卓越医疗保健基础有任何疑问，我们邀请您安全、公平和参与事务总监Carol Fancott，电子邮箱：[carol.fancott@hec-](mailto:carol.fancott@hec-esc.ca)

诚挚的问候，

Jérôme Ouellet, 注册护士，
哲学博士，领导力项目总监

安大略省渥太华市 K1P 0E4，肯特街 150 号 200 室

healthcareexcellence.ca | excellencesante.ca



2025年9月3日

Doris Grinspun博士，注册护士，护理学学士，护理学硕士，哲学博士，荣誉法学博士，荣誉博士（多项），美国护理研究院院士，加拿大护理研究院院士，安大略勋章获得者
安大略省注册护士协会最佳实践指南计划首席执行官兼创始人
安大略省多伦多市M2P 2A9（邮编）
央街4211号500室

亲爱的Dr. Grinspun博士，

安大略省照护者组织谨此欣然表示，我们支持并认可安大略省注册护士协会发布的《以人为本的护理》（第三版）最佳实践指南。

安大略省照护者组织致力于支持全省超过400万名照护者，他们为家人、朋友和所爱之人提供身体与情感上的支持。《以人为本的护理》指南（第三版）中概述的原则，与我们致力于改善照护者生活、确保他们作为照护过程中不可或缺的伙伴得到认可并赋能的宗旨高度契合。该指南倡导一种整体、尊重且包容的照护方式，充分认可个人及其照护者的独特需求、价值观与偏好。

我们相信，该最佳实践指南对护士及其他医疗和社会服务提供者而言，是一份极其宝贵的资源。它提供了基于实证的策略，旨在促进协作、加强沟通，并改善接受照护者及其支持者的健康结局。通过将以人为本的护理理念融入实践，我们可以共同构建一个更具同理心、响应更及时的医疗体系。

我们祝贺RNAO的领导作用和致力于推广体现以人为本的护理原则的指导方针。

诚挚的，

首席执行官
安大略省看护者组织

安大略省多伦多市 M5G 1Z8（邮编），登打士西街180号1425室

参考文献

1. Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, J. Squires. Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal*. 2020; Spring.
2. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et al. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2022 Oct;9(4):411–21.
3. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13–24.
4. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Introduction Knowledge translation: What it is and what it isn't. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. *Knowledge Translation in Health Care* [Internet]. 1st ed. Wiley; 2013 [cited 2025 Aug 14]. p. 1–13. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118413555.ch01>
5. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Healthcare Excellence Canada (HEC). *Leading Change Toolkit*. 4th ed.) [Internet]. Toronto, ON: RNAO; 2024.
6. Byrne AL, Baldwin A, Harvey C. Whose center is it anyway? Defining person-centered care in nursing: An integrative review. Vaingankar JA, editor. *PLOS ONE*. 2020 Mar 10;15(3):e0229923.
7. Najafizada M, Rahman A, Oxford K. Analyzing models of patient-centered care in Canada through a scoping review and environmental scan. *J Public Health*. 2023 Mar;31(3):355–67.
8. Burgers JS, Van Der Weijden T, Bischoff EWMA. Challenges of Research on Person-Centered Care in General Practice: A Scoping Review. *Front Med*. 2021 June 24;8:669491.
9. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academies Press; 2001.
10. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, et al. “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2019 Jan;102(1):3–11.
11. World Health Organization. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services* [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2015. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;jsessionid
12. World Health Organization. *Services organization and integration* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 19]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration>
13. Accreditation Canada. *People-Centered Care Program* [Internet]. [cited 2024 Dec 20]. Available from: <https://accreditation.ca/assessment-programs/people-centred-care-program/>
14. Karazivan P, Dumez V, Flora L, et al. The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med*. 2015;90(4):437–41.
15. Tambuyzer E, Pieters G, Van Audenhove C. Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expect*. 2014 Feb;17(1):138–50.
16. Carman KL, Dardess P, Maurer M, et al. *Patient and Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies*. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Feb;32(2):223–31.

17. First Nations Health Authority (FNHA). FNHA's policy statement on cultural safety and humility [Internet]. West Vancouver (BC): FNHA; [date unknown]. Available from: <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>
18. Churchill M, Parent-Bergeron M, Smylie J, et al. Evidence Brief: Wise Practices for Indigenous-specific Cultural Safety Training Programs [Internet]. 2017 Aug. Available from: <http://www.wellivinghouse.com/wp-content/uploads/2019/05/2017-Wise-Practices-in-Indigenous-Specific-Cultural-Safety-Training-Programs.pdf>
19. People-centered health care: a policy framework. Manila: World Health Organization, Western Pacific Region; 2007.
20. Brouwers M, Kho M, Browman G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42.
21. Chen Y, Yang K, Marušić A. A Reporting Tool for Practice Guidelines in Health Care: The RIGHT Statement. Ann Intern Med. 2017 Jan 17;
22. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person-and family-centered care [Internet]. Toronto (ON); 2015. Available from: [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf)
23. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Establishing Therapeutic Relationships. 2nd ed. [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2006. Available from: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/establishing-therapeutic-relationships>
24. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events. 2nd ed. [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2006. Available from: [RNAO.ca/bpg/guidelines/supporting-and-strengthening-families-through-expected-and-unexpected-life-events](https://rnao.ca/bpg/guidelines/supporting-and-strengthening-families-through-expected-and-unexpected-life-events)
25. Alvai R, Jain S. The quintuple aims [Internet]. The Quintuple Aim Solutions; 2024 July. Available from: <https://www.quintupleaim.com/blog/the-quintuple-aims>
26. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA. 2022 Feb 8;327(6):521.
27. United Nations. The Sustainable Development Agenda [Internet]. 2022 [cited 2022 July 27]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
28. Truth and Reconciliation Commission of Canada. Honouring the truth, reconciling for the future: Summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada. Winnipeg (MB); 2015.
29. Healthcare Excellence Canada (HEC). Policy guidance for the reintegration of caregivers as essential care partners [Internet]. Ottawa (ON): HEC; 2021 Sept. Available from: https://www.healthcareexcellence.ca/media/4btksgep/202110_policyguidance_en.pdf
30. College of Nurses of Ontario (CNO). RHPA: scope of practice, controlled acts model [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2018. Available from: <https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/49041-scope-of-practice.pdf>
31. Government of Ontario. Social Work and Social Service Work Act, 1998, S.O. 1998, c.31 [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 2024. Available from: <https://www.ontario.ca/laws/statute/98s31/v1#act-version>

32. College of Nurses of Ontario (CNO). Working with unregulated care providers [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2013. Available from: https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/41014_workingucp.pdf
33. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes. [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2013. Available from: [RNAO.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare](https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare)
34. Canadian Interprofessional Health Collaborative. CIHC Competency Framework for Advancing Collaboration [Internet]. 2024 Apr. Available from: <https://cihc-cpis.com/wp-content/uploads/2024/06/CIHC-Competency-Framework.pdf>
35. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making [Internet]. London (England): NICE; 2021. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885>
36. College of Nurses of Ontario (CNO). Therapeutic Nurse-Client Relationship, Revised 2006 [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2006. Available from: https://www.cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/41033_therapeutic.pdf
37. Dewidar O, Lotfi T, Langendam M, et al. Which actionable statements qualify as good practice statements In Covid-19 guidelines? A systematic appraisal. *BMJ Evid-Based Med*. 2022 Dec 1;27(6):361–9.
38. Lotfi T, Hajizadeh A, Moja L, et al. A taxonomy and framework for identifying and developing actionable statements in guidelines suggests avoiding informal recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2022 Jan;141:161–71.
39. Guyatt GH, Schünemann HJ, Djulbegovic B, et al.. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol*. 2015 May;68(5):597–600.
40. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developer's handbook [Internet]. Healthcare Improvement Scotland [Internet]. SIGN; 2019; Available from: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/sign-50-a-guideline-developers-handbook/>
41. GIN and McMaster University. GIN McMaster guideline development checklist [Internet]. 2014. Available from:
42. Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
43. Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
44. Neumann I, Santesso N, Akl EA. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol*. 2016;72:45–55.
45. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729.
46. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et al. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh Toronto (ON)*. 2012 June;25(2):26–37.

47. Rocca E, Anjum RL. Complexity, Reductionism and the Biomedical Model. In: Anjum RL, Copeland S, Rocca E, editors. *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2024 Dec 19]. p. 75–94. Available from: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-41239-5_5
48. Browne AJ, Varcoe C, Lavoie J, et al. Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Serv Res*. 2016 Dec;16(1):544.
49. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, et al. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*. 2018 Apr;21(2):429–40.
50. Kitson A, Marshall A, Bassett K, et al. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. 2013 Jan;69(1):4–15.
51. Giusti A, Nkhoma K, Petrus R, et al. The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2020;5(12):e003330.
52. McMillan SS, Kendall E, Sav A, et al. Patient-Centered Approaches to Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Med Care Res Rev*. 2013 Dec;70(6):567–96.
53. Lusk JM, Fater K. A Concept Analysis of Patient-Centered Care: Patient-Centered Care. *Nurs Forum (Auckl)*. 2013 Apr;48(2):89–98.
54. Santana MJ, Manalili K, Ahmed S, et al. The Role of Patient-Reported Outcomes in Person-Centred Care in Canada [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 19]; Available from: <https://cumming.ucalgary.ca/sites/default/files/teams/342/The%20Role%20of%20Patient-Reported%20Outcomes%20in%20Person-Centred%20Care%20in%20Canada.pdf>
55. Nkhoma KB, Cook A, Giusti A, et al. A systematic review of impact of person-centred interventions for serious physical illness in terms of outcomes and costs. *BMJ Open*. 2022 July;12(7):e054386.
56. The Ontario Caregiver Organization (OCO). Integrating caregivers as essential care partners across the care continuum: Evidence summary. OCO; 2025.
57. Shah HS, Bohlen J. Implicit Bias. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36944001/>
58. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017 Dec;18(1):19.
59. Sabin JA. Tackling Implicit Bias in Health Care. *N Engl J Med*. 2022 July 14;387(2):105–7.
60. Canadian Commission for UNESCO (CCUNESCO). Toolkit for Inclusive Municipalities in Canada and Beyond [Internet]. CCUNESCO; 2019. Available from: https://publications.gc.ca/collections/collection_2021/canadacouncil/K34-6-2019-eng.pdf
61. Gupta N, Bombak A, Foroughi I, et al. Discrimination in the health care system among higher-weight adults: evidence from a Canadian national cross-sectional survey. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 20];40. Available from: https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aged%3A9%3A28128857/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aged%3A147602465&crl=c&link_origin=none

62. Mahabir DF, O'Campo P, Lofters A, et al. Experiences of everyday racism in Toronto's health care system: a concept mapping study. *Int J Equity Health*. 2021 Mar 10;20(1):74.
63. Nemiroff L. We can do better: Addressing ageism against older adults in healthcare. *Healthc Manage Forum*. 2022 Mar;35(2):118–22.
64. Skosireva A, O'Campo P, Zenger S, et al. Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health Serv Res*. 2014 Dec;14(1):376.
65. Williams KKA, Baidoobonso S, Lofters A, et al. Anti-Black racism in Canadian health care: a qualitative study of diverse perceptions of racism and racial discrimination among Black adults in Montreal, Quebec. *BMC Public Health*. 2024 Nov 13;24(1):3152.
66. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2016 Apr. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf
67. Reading C, Wien F. Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' Health. *Health Inequalities Soc Determinants Aborig Peoples' Health*. 2009;
68. Greenwood M, Leeuw S de, Lindsay NM. *Determinants of Indigenous Peoples' Health, Second Edition: Beyond the Social*. Canadian Scholars; 2018. 414 p.
69. Ramsoondar N, Anawati A, Cameron E. Racism as a determinant of health and health care: Rapid evidence narrative from the SAFE for Health Institutions project. *Can Fam Physician*. 2023 Sept;69(9):594–8.
70. The OR Briefings: People & Organizational Research. Medical Racism - Definition and Explanation [Internet]. 2025. Available from: <https://oxford-review.com/the-oxford-review-dei-diversity-equity-and-inclusion-dictionary/medical-racism-definition-and-explanation/>
71. Brown CE, Marshall AR, Snyder CR, et al. Perspectives About Racism and Patient-Clinician Communication Among Black Adults With Serious Illness. *JAMA Netw Open*. 2023 July 5;6(7):e2321746.
72. Statistics Canada. Avoidable hospitalizations among racialized groups in Canada: Results from the 2016 Canadian Census Health and Environment Cohort. 2025 [cited 2025 Apr 11]; Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2025003/article/00002-eng.htm>
73. Mitchell JA, Williams EDG, Li Y, et al. Identifying disparities in patient-centered care experiences between non-Latino white and black men: results from the 2008-2016 Medical Expenditure Panel Survey. *BMC Health Serv Res*. 2020 Dec;20(1):495.
74. Canadian Cancer Society. Advancing Health Equity Through Cancer Information and Support Services: Report on Communities that are Underserved [Internet]. Canadian Cancer Society; 2023 Oct. Available from: https://cdn.cancer.ca/-/media/files/about-us/our-health-equity-work/underserved-communities-report_2023_en.pdf?rev=17ad3c441ed3b4b3abd99a33482b89d2a&hash=C8D25526630D310980C8B79DA73EB7D6
75. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Promoting 2SLGBTQI+ Health Equity [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2021. Available from: <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>
76. Ard K, Makadon H. Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people: Understanding and eliminating health disparities [Internet]. Boston (MA): The Fenway Institute; 2016. Available from: <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/Improving-the-Health-of-LGBT-People.pdf>

77. Ebrahimi Z, Patel H, Wijk H, et al. A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatr Nur (Lond)*. 2021 Jan;42(1):213–24.
78. Pot AM, Rabheru K, Chew M. Person-centred long-term care for older persons: a new Lancet Commission. *Lancet Lond Engl*. 2023;401(10390):1754–5.
79. Yee J, Ribeiro Souza MCM, Horta NDC, et al. Person-Centered Care for Older Adults living in Long-term care facilities: A Systematic Literature Review. *J Public Health Issues Pract [Internet]*. 2021 [cited 2025 Apr 11];5(2). Available from: <https://gexinonline.com/archive/journal-of-public-health-issues-and-practices/JPHIP-184>
80. Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2017 Feb;Volume 12:381–97.
81. Loignon C, Hudon C, Goulet É, et al. Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUIhealThY project. *Int J Equity Health*. 2015 Dec;14(1):4.
82. Golestani R, Farahani FK, Peters P. Exploring barriers to accessing health care services by young women in rural settings: a qualitative study in Australia, Canada, and Sweden. *BMC Public Health*. 2025 Jan 18;25(1):213.
83. Kiran T, Wells D, Okrainec K, et al. Patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home: results from province-wide group concept mapping. *BMJ Qual Saf*. 2020 May;29(5):390–400.
84. Sullivan-Taylor P, Suter E, Laxton S, et al. Integrated People-Centred Care in Canada—Policies, Standards, and Implementation Tools to Improve Outcomes. *Int J Integr Care [Internet]*. 2022 [cited 2024 Dec 20];22(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8815438/>
85. Moore L, Britten N, Lydahl D, et al. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci*. 2017 Dec;31(4):662–73.
86. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*. 2021 Dec;20(1):158.
87. Ploeg J, Skelly J, Rowan M, et al. The Role of Nursing Best Practice Champions in Diffusing Practice Guidelines: A Mixed Methods Study. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2010 Dec;7(4):238–51.
88. Grinspun D. Transforming nursing through knowledge: The conceptual and programmatic underpinnings of RNAO's BPG program. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. *Transforming Nursing Through Knowledge: Best Practices in Guideline Development Implementation Science and Evaluation*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International; 2018. p. 3–27.
89. Cultural safety: Supporting increased cultural competency and safety throughout Northern Health. In: *Northern Health Indigenous Health [Internet]*. Prince George (BC): Northern Health; 2024. Available from: <https://www.indigenoushealthnh.ca/cultural-safety#cultural-awareness#cultural-sensitivity>
90. HealthCareCAN releases wise practices to address the health-related Truth and Reconciliation (TRC) Calls to Action [Internet]. Ottawa (ON): HealthCareCAN; 2018 Apr. Available from: https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/EN/TRCC_EN.pdf
91. Center for Health Care Strategies. Trauma-Informed Care: Implementation Resource Center. 2018. What is Trauma-Informed Care? [Internet]. Available from: https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/EN/TRCC_EN.pdf

92. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. Report No.: HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Available from: <https://library.samhsa.gov/product/samhsas-concept-trauma-and-guidance-trauma-informed-approach/sma14-4884>
93. Collins P, Bilge S. Intersectionality. 2nd edition. Medford (MA): Polity Press; 2020.
94. Gottlieb LN. Strengths-based nursing: A holistic approach to care, grounded in eight core values. *Am J Nurs*. 2014 Aug;114(8):24–32.
95. Gottlieb LN. Strengths-based nursing care: Health and healing for the person and family. New York, New York, USA: Springer International Publishing; 2013.
96. College of Nurses of Ontario (CNO). Professional Standards, revised 2002 [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2018. Available from: https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/49040_code-of-conduct.pdf
97. The Access Group. 2024. Reflective Practice in Health and Social Care [Internet]. Available from: <https://www.theaccessgroup.com/en-gb/blog/hsc-reflective-practice-in-health-and-social-care/>
98. Patel KM, Metersky K. Reflective practice in nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Knowl*. 2022 July;33(3):180–7.
99. Goulet MH, Larue C, Alderson M. Reflective Practice: A Comparative Dimensional Analysis of the Concept in Nursing and Education Studies: A Concept Analysis of Reflective Practice. *Nurs Forum (Auckl)*. 2016 Apr;51(2):139–50.
100. Rolfe G. Rethinking reflective education: What would Dewey have done? *Nurse Educ Today*. 2014 Aug;34(8):1179–83.
101. Thompson N, Pascal J. Developing critically reflective practice. *Reflective Pract*. 2012 Apr;13(2):311–25.
102. Schwind JK, Santa-Mina E, Metersky K, et al. Using the Narrative Reflective Process to explore how students learn about caring in their nursing program: an arts-informed Narrative Inquiry. *Reflective Pract*. 2015 May 4;16(3):390–402.
103. Ng S. Reflection and Reflective Practice: Creating Knowledge through Experience. *Semin Hear*. 2012 May;33(02):117–34.
104. Ryan R, Berry K, Law H, Hartley S. Therapeutic relationships in child and adolescent mental health services: A Delphi study with young people, carers and clinicians. *Int J Ment Health Nurs*. 2021 Aug;30(4):1010–21.
105. Duffy LV, Evans R, Bennett V, et al. Therapeutic Relational Connection in Telehealth: Concept Analysis. *J Med Internet Res*. 2023 June 22;25:e43303.
106. Tolosa-Merlos D, Moreno-Poyato AR, González-Palau F, et al. Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2023 Jan;32(1–2):253–63.
107. Rathert C, Mittler JN, Vogus TJ, et al. What matters to you? An observational field study of patient and care provider expectations for health care relationships. Chima SC, editor. *PLOS ONE*. 2024 July 2;19(7):e0304854.

108. Eton D, Ridgeway J, Linzer M, et al. Healthcare provider relational quality is associated with better self- management and less treatment burden in people with multiple chronic conditions. *Patient Prefer Adherence*. 2017 Sept;Volume 11:1635–46.
109. Phillips-Salimi CR, Haase JE, Kooken WC. Connectedness in the context of patient–provider relationships: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2012 Jan;68(1):230–45.
110. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Care coordination [Internet]. AHRQ; 2024. Available from: <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination.html>
111. Erickson E. *Childhood and society*. 2nd edition. New York, New York, USA: Norton; 1963.
112. Freud S. *Remembering, repeating and working through*. Standard edition. Vol. 12. 1912.
113. Zulman DM, Haverfield MC, Shaw JG, et al. Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. *JAMA*. 2020 Jan 7;323(1):70.
114. Physician Wellness Hub. Canadian Medical Association (CMA). Compassion fatigue: Signs, symptoms and how to cope. [Internet]. Ottawa (ON): CMA; 2020. Available from: <https://www.cma.ca/physician-wellness-hub/content/compassion-fatigue-signs-symptoms-and-how-cope>
115. Cruzan S. What is compassion fatigue in nursing (PUS, causes, symptoms, & how to manage) [Internet]. NursingProcess.Org. 2025. Available from: <https://www.nursingprocess.org/compassion-fatigue-in-nursing.html>
116. Garnett A, Hui L, et al. Compassion fatigue in healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023 Dec 1;23(1):1336.
117. College of Nurses of Ontario (CNO). Client-centred care [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2024. Available from: <https://cno.org/standards-learning/ask-practice/client-centred-care>
118. Ryan RE, Hill S. Decision aids: challenges for practice when we have confidence in effectiveness. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 14];(1). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.ED000164/full>
119. Légaré F, Adepedjou R, Stacey D. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018;7. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006732.pub4/full>
120. Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2001 Aug 21;165(4):438–9.
121. Grad R, Legare F, Bell N, et al. Shared decision making in preventative health care: What it is; what it is not. *Can Fam Physician*. 2017 Sept;63:682–4.
122. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). About Shared Decision Making [Internet]. 2023. Available from: <https://www.ahrq.gov/sdm/about/index.html>
123. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The Share Approach [Internet]. AHRQ; 2024. Available from: <https://www.ahrq.gov/sdm/share-approach/index.html>
124. Stacey D, Légaré F, Lewis KB. Patient Decision Aids to Engage Adults in Treatment or Screening Decisions. *JAMA*. 2017 Aug 15;318(7):657.

125. Hughes TM, Merath K, Chen Q, et al. Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization. *Am J Surg*. 2018 July;216(1):7–12.
126. Dov Bruch J, Khazen M, Mahmic-Kaknjo M, et al. The effects of shared decision making on health outcomes, health care quality, cost, and consultation time: An umbrella review. *Patient Educ Couns*. 2024;129:1–12.
127. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Babies, children and young people’s experience of healthcare: Planning healthcare and making shared decisions [Internet]. NICE; 2021. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng204/evidence/a-planning-healthcare-and-making-shared-decisions-pdf-9206404238>
128. Ministry of Ontario. Health Care Consent Act, 1996, S.O. 1996, c. 2, Sched. A [Internet]. Ministry of Ontario; 2025 May. (e-Laws). Report No.: O. Reg. 104/96. Available from: <https://www.ontario.ca/laws/statute/96h02#BK11>
129. Ministry of Ontario. Substitute Decisions Act, 1992, S.O. 1992, c. 30 [Internet]. Ministry of Ontario; 2023 c. 9, Sched. 35. (e-Laws). Available from: <https://www.ontario.ca/laws/statute/92s30#act-version>
130. Fleuren N, Depla MFIA, Janssen DJA, et al. Underlying goals of advance care planning (ACP): a qualitative analysis of the literature. *BMC Palliat Care*. 2020 Dec;19(1):27.
131. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. 2017 Sept;18(9):e543–51.
132. Advance Care Planning Canada. Supporting choice: A practical guide to advance care planning with supported decision-making for healthcare professionals [Internet]. Ottawa (ON): Advance Care Planning Canada and Canadian Hospice Palliative Care Association; 2025 Mar. Available from: https://www.advancecareplanning.ca/wp-content/uploads/2025/05/Supporting_Choice_A_Practical_Guide_EN_Final_0425-1.pdf
133. Malhotra C, Shafiq M, Batcagan-Abueg APM. What is the evidence for efficacy of advance care planning in improving patient outcomes? A systematic review of randomized controlled trials. *BMJ Open*. 2022 July;12(7):e060201.
134. Malhotra C, Huynh VA, Shafiq M, et al. Advance care planning and caregiver outcomes: intervention efficacy – systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2023 Dec;13(e3):e537–46.
135. Ng AYM, Takemura N, Xu X, et al. The effects of advance care planning intervention on nursing home residents: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Nurs Stud*. 2022 Aug;132:104276.
136. Wang X, Sheng Y. Readiness for advance care planning and its relationship to coping style in patients with chronic diseases in communities: A cross-sectional study. *Nurs Open*. 2022 Mar;9(2):1332–42.
137. Rezaei MA, Zahiri A, Kianian T, et al. Factors related to patients’ readiness for advance care planning: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2025 Jan 7 [cited 2025 May 23];25(1). Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-21209-x>
138. Rizzo VM, Engelhardt J, Tobin D, et al. Use of the Stages of Change Transtheoretical Model in End-of-Life Planning Conversations. *J Palliat Med*. 2010 Mar;13(3):267–71.

139. Incardona N, Myers J. ACP conversation guide - clinician primer [Internet]. 2016. Available from: <https://advancecareplanning.hospicewaterloo.ca/wp-content/uploads/2016/01/ACP-Conversation-Guide-Clinician-Primer.pdf>
140. Patient Decision Aids Research Group. The Ottawa Hospital Research Institute (OHRI). Decision guides (mostly for a ny decision) [Internet]. Ottawa (ON): OHRI; 2024. Available from: <https://decisionaid.ohri.ca/decguide.html>
141. Stacey D, Lewis KB, Smith M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Consumers and Communication Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2024 Jan 29 [cited 2024 Nov 27];2024(1). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub6/full>
142. Muscat DM, Smith J, Mac O, et al. Addressing Health Literacy in Patient Decision Aids: An Update from the International Patient Decision Aid Standards. Med Decis Making. 2021 Oct;41(7):848–69.
143. Durand M, Carpenter L, Dolan H, et al. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequities? A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 2014;9(4):1–14.
144. Turkson-Ocran R, Ogunwole S, Hines A, et al. Shared decision making in cardiovascular patient care to address cardiovascular disease disparities. J Am Heart Assoc. 2021;10(20):e018183.
145. Grabinski V, Myckatyn T, Lee C, et al. Importance of shared decision-making for vulnerable populations: examples from postmastectomy breast reconstruction. Health Equity. 2018;2(1):234–8.
146. The Ottawa Hospital Research Institute (OHRI). Patient Decision Aids Research Group. Implementation Toolkit [Internet]. Ottawa (ON): OHRI; 2022. Available from: <https://decisionaid.ohri.ca/implement.html>
147. Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, et al. Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: a cluster randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2019;93:141–52.
148. Matlock DD, McIlvennan CK, Thompson JS, et al. Decision Aid Implementation among Left Ventricular Assist Device Programs Participating in the DECIDE-LVAD Stepped-Wedge Trial. Med Decis Making. 2020 Apr;40(3):289–301.
149. Scholl I, Hahlweg P, Lindig A, et al. Evaluation of a program for routine implementation of shared decision-making in cancer care: results of a stepped wedge cluster randomized trial. Implement Sci. 2021 Dec;16(1):106.
150. The Ottawa Hospital Research Institute (OHRI). Patient Decision Aids Research Group. Decision Coaching [Internet]. Ottawa (ON): OHRI; 2024. Available from: <https://decisionaid.ohri.ca/coaching.html>
151. Holt K, Kimport K, Kuppermann M, et al. Patient-provider communication before and after implementation of the contraceptive decision support tool My Birth Control. Patient Educ Couns. 2020;103(2):315–20.
152. Geiger F. Hospital-wide implementation of SDM increased SDM level, cost effectiveness and patient safety. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 225-6. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0144
153. van Veenendaal H, Peters L, van Wee E, et al. Effects and working mechanisms of a multilevel implementation program for applying shared decision-making while discussing systematic treatment in breast cancer. Curr Oncol. 2022;30(1):236–49.

154. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Develop a shared care plan [Internet]. AHRQ; 2024. Available from: <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/playbooks/behavioral-health-and-primary-care/implementing-plan/develop-shared-care-plan>
155. Health Quality Ontario (HQO). Coordinated Care Plan User Guide Version 2.1 [Internet]. Toronto (ON): HQO; 2018 June. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/ccm-coordinated-care-plan-user-guide-v2.1-en.pdf>
156. College of Nurses of Ontario (CNO). Code of Conduct [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2023. Available from: https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/49040_code-of-conduct.pdf
157. Kelly KJ, Doucet S, Luke A. Exploring the roles, functions, and background of patient navigators and case managers: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2019 Oct;98:27–47.
158. Gottlieb LN. Strengths-Based Nursing and Healthcare [Internet]. *Nursology*; 2018 Sept. Available from: <https://nursology.net/about>
159. Eijkelenboom A, Bluysen PM. Comfort and health of patients and staff, related to the physical environment of different departments in hospitals: a literature review. *Intell Build Int*. 2022 Jan 2;14(1):95–113.
160. DCunha S, Suresh S, Kumar V. Service quality in healthcare: Exploring servicescape and patients' perceptions. *Int J Healthc Manag*. 2021 Jan 2;14(1):35–41.
161. Guski R. Environmental Stress and Health. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* [Internet]. Elsevier; 2001. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/computer-science/environmental-stressor>
162. Hu RF, Jiang XY, Chen J, et al. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Emergency and Critical Care Group, editor. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 Oct 6 [cited 2024 Nov 27];2018(12). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008808.pub2/full>
163. Menger J, Urbanek B, Skhirtladze-Dworschak K, et al. Earplugs during the first night after cardiothoracic surgery may improve a fast-track protocol. *Minerva Anestesiol* [Internet]. 2018 Jan [cited 2024 Nov 27];84(1). Available from: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R02Y2018N01A0049>
164. Arttawejkul P, Reutrakul S, Muntham D, et al. Effect of Nighttime Earplugs and Eye Masks on Sleep Quality in Intensive Care Unit Patients. *Indian J Crit Care Med*. 2020 Jan 1;24(1):6–10
165. Avudaiappan SL, Govindaraj S, Poomalai G, et al. Effectiveness of Earplugs and Eye Masks on Sleep Quality and Fatigue Among Nonventilated Patients in an Intensive Care Unit. *Cureus* [Internet]. 2024 July 1 [cited 2025 June 11]; Available from: <https://www.cureus.com/articles/248576-effectiveness-of-earplugs-and-eye-masks-on-sleep-quality-and-fatigue-among-nonventilated-patients-in-an-intensive-care-unit>
166. Bahcecioglu Turan G, Gürçan F, Özer Z. The effects of eye masks and earplugs on sleep quality, anxiety, fear, and vital signs in patients in an intensive care unit: A randomized controlled study. *J Sleep Res*. 2024 Apr;33(2):e14044.
167. Thirumalesh PV, Thekkanath MJ. Reduction of Environmental Noise Impact on Preterm Babies in NICU by Using Ear Plugs. *Cent Eur J Paediatr*. 2023 Dec 21;19(2):108.

168. Sibrecht G, Wróblewska-Seniuk K, Bruschetti M. Noise or sound management in the neonatal intensive care unit for pre term or very low birth weight infants. Cochrane Neonatal Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2024 May 30 [cited 2025 June 11];2024(5). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010333.pub4/full>
169. Shih CY, Gordon CJ, Chen TJ, et al. Comparative efficacy of nonpharmacological interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2022;130:104220.
170. Almadhoob A, Ohlsson A. Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. Cochrane Neonatal Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2020 Jan 27 [cited 2024 Nov 27];2020(1). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010333.pub3/full>
171. Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, et al. Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. *J Telemed Telecare*. 2018 Oct;24(9):608–15.
172. Ontario Health Cancer Care Ontario. Clinical Guidance for Person-Centred Virtual Cancer Care [Internet]. Toronto (ON): Ontario Health Cancer Care Ontario; January 2022 p. 27. Available from: https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/full/VirtualCancerCare_ClinGuidance.pdf
173. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Clinical Practice in a Digital Health Environment [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2024. Available from: <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/clinical-practice-digital-health-environment>
174. Ontario Health. Verified Solutions List for Virtual Visits [Internet]. [date unknown]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/systems-planning/digital-standards/virtual-visits-verification/verified-solutions-list>
175. Canada Health Infoway. Providing safe and high-quality virtual care: A guide for new and experienced users. Clinician change virtual care toolkit. Toronto (ON): Canada Health Infoway; 2022 p. 61.
176. Bajgain B, Rabi S, Ahmed S, et al. Patient-reported experiences and outcomes of virtual care during COVID-19: a systematic review. *J Patient-Rep Outcomes*. 2023 Dec 1;7(1):126.
177. Bhatia RS, Jamieson T, Shaw J, et al. Canada's virtual care revolution: A framework for success [Internet]. Toronto (ON): C.D. Howe Institute; 2020 Dec. Available from: https://www.cdhowe.org/wp-content/uploads/2025/01/Commentary_586.pdf
178. Canadian Institute for Health Information (CIHI). The expansion of virtual care in Canada: New data and information [Internet]. CIHI: Ottawa (ON); 2023 p. 50. Available from: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/expansion-of-virtual-care-in-canada-report-en.pdf>
179. Krupinski EA, Abbey D, Muralidaran M, et al. Libraries as Telehealth Hubs: Bridging the Digital Divide and Expanding Health care Access. *Telemed Rep*. 2025;6(1):1–5.
180. DeGuzman PB, Garth JL, Sanjay K, et al. Extending health care access via telemedicine in public libraries. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2023 Mar;35(3):208–15.

182. Harrison MB, Graham ID, Fervers B, et al. Adapting knowledge to local context. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. Knowledge Translation in Health Care [Internet]. 1st ed. Wiley; 2013 [cited 2024 Feb 26]. p. 110–20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118413555.ch10>
183. Rey M, Grinspun D, Constantini L, Lloyd M. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming Nursing Through Knowledge: Best Practices in Guideline Development Implementation Science and Evaluation. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International; 2018. p. 3–27.
184. Mulvale G, Moll S, Phoenix M, et al. Co-creating a new Charter for equitable and inclusive co-creation: insights from an international forum of academic and lived experience experts. *BMJ Open*. 2024 Mar;14(3):e078950.
185. Vargas C, Whelan J, Brimblecombe J, et al. Co-creation, co-design, co-production for public health – a perspective on definition and distinctions. *Public Health Res Pract* [Internet]. 2022 [cited 2025 June 10];32(2). Available from: <https://www.phrp.com.au/?p=41678>
186. Stevens K. The impact of evidence-based practice nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(2):Manuscript 4.
187. Canadian Centre for Diversity and Inclusion (CCDI). Glossary of DEIA terms: A reference tool for diversity, equity, inclusion and accessibility terminology. [Internet]. Toronto (ON): CCDI; 2025. Available from: 20250120-glossary-of-terms-final-en.pdf
188. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Transitions in Care and Services. 2nd ed. [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2023. Available from: <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>
189. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci*. 2006 Feb 22;1(1):1.
190. United Nations (UN). United Nations permanent forum on Indigenous issues: who are Indigenous peoples? [Internet]. New York (NY): United Nations (UN); [date unknown]. Available from: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf
191. Government of Canada. Indigenous communities in Ontario [Internet]. Government of Canada; 2021 [cited 2022 July 8]. Available from: <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1603371542837/1603371807037>
192. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et al. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 [Internet]. Cochrane; 2022. Available from: www.training.cochrane.org/handbook
193. Hedges C, Williams B. Anatomy of research for nurses. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International; 2014. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Social movement in the context of knowledge uptake and sustainability definition. 2020.
194. Canadian Nurses Association (CNA). Advanced nursing practice: a pan-Canadian framework [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Nurses Association; 2019. Available from: https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/nursing/Advanced_Practice_Nursing_framework_e.pdf

195. MacDonald J, Silva-Galleguillos A, Gomez Diaz OL, et al. Enhancing the evidence-based nursing curriculum and competence in evidence-based practice. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. *Transforming Nursing Through Knowledge: Best Practices in Guideline Development Implementation Science and Evaluation*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International; 2018. p. 217–38.
196. Monaghan T. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Educ Today*. 2015;35:e1–7.
197. Browning M, Pront L. Supporting nursing student supervision: an assessment of an innovative approach to supervisor support. *Nurse Educ Today*. 2015;35(6):740–5.
198. Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. *Adm Sci*. 2017;7(17):1–13.
199. Palis AG, Quiros PA. Adult learning principles and presentation pearls. *Middle East Afr Ophthalmol*. 2014;21(2):114–22.
200. Eggenberger E, Heimerl K, Bennet MI. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(3):345–58.
201. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(11):1983–93.
202. Thompson L. Accreditation Canada - NQuIRE International Advisory Council (IAC) Meeting. Toronto, ON; 2018.
203. Thompson MP, Podila PSB, Clay C, et al. Community navigators reduce hospital utilization in super-utilizers. *Am J Manag Care*. 2018;24(2):70–6.
204. Marnocha S, Westphal J, Cleveland B. Pilot program to mentor nurse leaders for the future [Internet]. Wisconsin Nurses Association; 2016. Available from: <https://wisconsinnurses.org/mentor-nurse-leaders-program/>
205. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Practice Education in Nursing [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2016. Available from: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/practice-education-nursing>
206. Bansal AD, Schell JO. A practical guide for the care of patients with end-stage renal disease near the end of life. *Semin Dial*. 2018 Mar;31(2):170–6.
207. Modrykamien AM. Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients. *Bayl Univ Med Cent Proc*. 2019 Oct 2;32(4):534–7.
208. Choi J, Tate JA. Evidence-Based Communication with Critically Ill Older Adults. *Crit Care Clin*. 2021 Jan;37(1):233–49.
209. Pina S, Canellas M, Prazeres R, et al. Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190562.
210. Holm A, Viftrup A, Karlsson V, et al. Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *J Adv Nurs*. 2020 Nov;76(11):2909–20.

211. Koszalinski RS, Heidel RE, McCarthy J. Difficulty envisioning a positive future: Secondary analyses in patients in intensive care who are communication vulnerable. *Nurs Health Sci.* 2020 June;22(2):374–80.
212. Koszalinski RS, Heidel RE, Hutson SP, et al. The Use of Communication Technology to Affect Patient Outcomes in the Intensive Care Unit. *CIN Comput Inform Nurs.* 2020 Apr;38(4):183–9.
213. Qudah B, Luetsch K. The influence of mobile health applications on patient - healthcare provider relationships: A systematic, narrative review. *Patient Educ Couns.* 2019 June;102(6):1080–9.
214. Back AL. Patient-Clinician Communication Issues in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol.* 2020 Mar 20;38(9):866–76.
215. Meyer C, Hickson L. Nursing Management of Hearing Impairment in Nursing Facility Residents. *J Gerontol Nurs.* 2020 July;46(7):15–25.
216. Ludlow K, Mumford V, Makeham M, et al. The effects of hearing loss on person-centred care in residential aged care: a narrative review. *Geriatr Nur (Lond).* 2018 May;39(3):296–302.
217. Snaman J, McCarthy S, Wiener L, et al. Pediatric Palliative Care in Oncology. *J Clin Oncol.* 2020 Mar 20;38(9):954–62.
218. King G. Central yet overlooked: engaged and person-centred listening in rehabilitation and healthcare conversations. *Disabil Rehabil.* 2022 Nov 20;44(24):7664–76.
219. Chapman CR, Woo NT, Maluf KS. Preferred Communication Strategies Used by Physical Therapists in Chronic Pain Rehabilitation: A Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* 2022 Sept 4;102(9):pzac081.
220. Satkoske V, Migyanka JM, Kappel D. Autism and Advance Directives: Determining Capability and the Use of Health-Care Tools to Aid in Effective Communication and Decision-Making. *Am J Hosp Palliat Med.* 2020 May;37(5):354–63.
221. Jack K. Demonstrating empathy when communicating with older people. *Nurs Older People.* 2022 Feb 1;34(1):34–41.
222. Lelorain S. Discussing Prognosis with Empathy to Cancer Patients. *Curr Oncol Rep.* 2021 Mar 14;23(4):42.
223. Sanerma P, Miettinen S, Paavilainen E, et al. A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review. *Scand J Prim Health Care.* 2020 Oct 1;38(4):369–80.
224. Laidsaar-Powell R, Butow P, Boyle F, et al. Managing challenging interactions with family caregivers in the cancer setting: Guidelines for clinicians (TRIO Guidelines-2). *Patient Educ Couns.* 2018 June;101(6):983–94.
225. Anderson E, Aldous A, Lupu D. Make Your Wishes About You (MY WAY): Using Motivational Interviewing to Foster Advance Care Planning for Patients with Chronic Kidney Disease. *Nephrol Nurs J J Am Nephrol Nurses Assoc.* 2018;45(5):411–21.
226. Nijs J, Wijma AJ, Willaert W, et al. Integrating Motivational Interviewing in Pain Neuroscience Education for People With Chronic Pain: A Practical Guide for Clinicians. *Phys Ther.* 2020 May 18;100(5):846–59.
227. Araujo SM, Sousa P, Dutra I. Clinical decision support systems for pressure ulcer management: systematic review. *JMIR Med Inf.* 2020 Oct 16;8(10):e21621.

228. Lee RY, Kross EK, Downey L, et al. Efficacy of a Communication-Priming Intervention on Documented Goals-of-Care Discussions in Hospitalized Patients With Serious Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2022 Apr 1;5(4):e225088.
229. Subramaniam P, Thillainathan P, Mat Ghani NA, et al. Life Story Book to enhance communication in persons with dementia: A systematic review of reviews. Lawless MT, editor. *PLOS ONE*. 2023 Oct 5;18(10):e0291620.
230. O'Rourke DJ, Lobchuk MM, Thompson GN, et al. Video feedback: A novel application to enhance person-centred dementia communication. *Int J Nurs Pract*. 2020 Aug;26(4):e12820.
231. Zhang M, Zhao H, Meng FP. Elderspeak to Resident Dementia Patients Increases Resistiveness to Care in Health Care Profession. *Inq J Health Care Organ Provis Financ*. 2020 Jan;57:0046958020948668.
232. Falicov C, Nakash O, Alegria M. Centering the Voice of the Client: On Becoming a Collaborative Practitioner with Low-Income Individuals and Families. *Fam Process*. 2021 June;60(2):670–87.
233. Lewis MA, Bustillo D. Patient Perspective. *Med Clin North Am*. 2022 July;106(4):569–76.
234. Eltaybani S, Yasaka T, Fukui C, Inagaki A, Takaoka M, Suzuki H, et al. Family-oriented interventions in long-term care residential facilities for older people: A scoping review of the characteristics and outcomes. *Nurs Forum (Auckl)*. 2022 Sept;57(5):800–18.
235. Zhou Y, Acevedo Callejas ML, Li Y, MacGeorge EL. What Does Patient-Centered Communication Look Like?: Linguistic Markers of Provider Compassionate Care and Shared Decision-Making and Their Impacts on Patient Outcomes. *Health Commun*. 2023 Apr 16;38(5):1003–13.
236. Nedjat-Haiem FR, Cadet TJ, Amatya A, et al. Efficacy of Motivational Interviewing to Enhance Advance Directive Completion in Latinos With Chronic Illness: A Randomized Controlled Trial. *Am J Hosp Palliat Med*. 2019 Nov;36(11):980–92.
237. Reading JM, Snell LM, LaRose JG. A systematic review of weight-related communication trainings for physicians. *Transl Behav Med*. 2020 Oct 12;10(5):1110–9.
238. Dempsey AF, Pyrznowski J, Lockhart S, et al. Effect of a Health Care Professional Communication Training Intervention on Adolescent Human Papillomavirus Vaccination: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2018 May 7;172(5):e180016.
239. Izeogu C, Kalinowski J, Schoenthaler A. Strategies to Improve Adherence to Anti-Hypertensive Medications: a Narrative Review. *Curr Hypertens Rep*. 2020 Dec;22(12):105.
240. Butterworth JE, Hays R, McDonagh STJ, et al. Involving older people with multimorbidity in decision-making about their primary healthcare: A Cochrane systematic review of interventions (abridged). *Patient Educ Couns*. 2020 Oct;103(10):2078–94.
241. Yao M, Zhou X ying, Xu Z jie, et al. The impact of training healthcare professionals' communication skills on the clinical care of diabetes and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract*. 2021 Dec;22(1):152.
242. Budhwani H, Naar S. Training Providers in Motivational Interviewing to Promote Behavior Change. *Pediatr Clin North Am*. 2022 Aug;69(4):779–94.

243. Poudel N, Kavookjian J, Scalese MJ. Motivational Interviewing as a Strategy to Impact Outcomes in Heart Failure Patients: A Systematic Review. *Patient*. 2020 Feb;13(1):43–55.
244. Black I, Helgason ÁR. Using motivational interviewing to facilitate death talk in end-of-life care: an ethical analysis. *BMC Palliat Care*. 2018 Mar 21;17(1):51.
245. Rodriguez VJ, Abbamonte JM, Alcaide ML, et al. Motivational Interviewing Training for HIV Care Physicians in Argentina: Uptake and Sustainability of an Effective Behavior Change Intervention. *AIDS Behav*. 2021 June;25(6):1675–87.
246. Gönderen Çakmak HS, Kapucu S. The Effect of Educational Follow-Up with the Motivational Interview Technique on Self-Efficacy and Drug Adherence in Cancer Patients Using Oral Chemotherapy Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Semin Oncol Nurs*. 2021 Apr;37(2):151140.
247. Desai N. The Role of Motivational Interviewing in Children and Adolescents in Pediatric Care. *Pediatr Ann [Internet]*. 2019 Sept [cited 2025 May 5];48(9). Available from: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/19382359-20190816-01>
248. Keeley R, Engel M, Reed A, et al. Toward an Emerging Role for Motivational Interviewing in Primary Care. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 June;20(6):41.
249. Parish SJ, Nappi RE, Kingsberg S. Perspectives on counseling patients about menopausal hormone therapy: strategies in a complex data environment. *Menopause*. 2018 Aug;25(8):937–49.
250. Dobber J, Latour C, Snaterse M, et al. Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019 Jan;18(1):28–37.
251. Jiang S, Liu PL, Chia CWJ. Can Online Patient–Provider Communication Improve Emotional Well-Being? Examining the Roles of Social Presence and Patient Empowerment. *Cyberpsychology Behav Soc Netw*. 2023 May 1;26(5):366–70.
252. Ryan RE, Connolly M, Bradford NK, et al. Interventions for interpersonal communication about end of life care between health practitioners and affected people. Cochrane Consumers and Communication Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2022 July 8 [cited 2025 May 5];2022(7). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013116.pub2/full>
253. Anderson RJ, Bloch S, Armstrong M, et al. Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliat Med*. 2019 Sept;33(8):926–41.
254. Sona C, Pollard KA, Schallom M, et al. Implementation of a Standardized Patient/Family Communication Bundle. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020 June;32(2):243–51.
255. Beattie F, Kerr L, Larkin J, et al.. The components of personal passports for people living with dementia in an acute healthcare setting: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2022 July;31(13–14):1907–20.
256. Bullington J, Söderlund M, Bos Sparén E, et al. Communication skills in nursing: A phenomenologically-based communication training approach. *Nurse Educ Pract*. 2019 Aug;39:136–41.
257. Siewert B, Swedeen S, Brook OR, et al. Emotional Harm in the Radiology Department: Analysis of an Underrecognized Preventable Error. *Radiology*. 2022 Mar;302(3):613–9.

258. Boylen S, Cherian S, Gill FJ, et al. Impact of professional interpreters on outcomes for hospitalized children from migrant and refugee families with limited English proficiency: a systematic review. *JBIEvid Synth*. 2020 July;18(7):1360–88.
259. Van Der Velden NCA, Meijers MC, Han PKJ, et al. The Effect of Prognostic Communication on Patient Outcomes in Palliative Cancer Care: a Systematic Review. *Curr Treat Options Oncol*. 2020 May;21(5):40.
260. Dhanani H, Tabata-Kelly M, Jarman M, et al. A scoping review of hospital-based geriatric-centered interventions on trauma surgery services. *J Am Geriatr Soc*. 2025 Apr;73(4):1250–66.
261. Karimi N, Moore AR, Lukin A, et al. Health Communication Research Informs Inflammatory Bowel Disease Practice and Research: A Narrative Review. *Crohns Colitis* 360. 2023 July 1;5(3):otad021.
262. Keinki C, Momberg A, Clauß K, et al. Effect of question prompt lists for cancer patients on communication and mental health outcomes—A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2021 June;104(6):1335–46.
263. Licqurish SM, Cook OY, Pattuwage LP, et al. Tools to facilitate communication during physician-patient consultations in cancer care: An overview of systematic reviews. *CA Cancer J Clin*. 2019 Nov;69(6):497–520.
264. Miller KE, Benden ME, Shipp EM, et al. Predicting violent behavior in clinical settings: a case-control study of a mental health inpatient unit. *J Healthc Prot Manag Publ Int Assoc Hosp Secur*. 2016;32(1):106–19.
265. Ting YY, Ey JD, Treloar EC, et al. Patient prompts in surgical consultations: A systematic review. *Surgery*. 2022 Dec;172(6):1759–67.
266. Selim S, Kunkel E, Wegier P, et al. A systematic review of interventions aiming to improve communication of prognosis to adult patients. *Patient Educ Couns*. 2020 Aug;103(8):1467–97.
267. Noordman J, Van Vliet L, Kaunang M, et al. Towards appropriate information provision for and decision-making with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care in Western countries: a scoping review into available communication strategies and tools for healthcare providers. *BMC Palliat Care*. 2019 Dec;18(1):37.
268. Paladino J, Bernacki R, Neville BA, et al. Evaluating an Intervention to Improve Communication Between Oncology Clinicians and Patients With Life-Limiting Cancer: A Cluster Randomized Clinical Trial of the Serious Illness Care Program. *JAMA Oncol*. 2019 June 1;5(6):801.
269. Johnston FM, Beckman M. Navigating difficult conversations. *J Surg Oncol*. 2019 July;120(1):23–9.
270. Baran CN, Sanders JJ. Communication Skills. *Prim Care Clin Off Pract*. 2019 Sept;46(3):353–72.
271. McDonald JE, Dickinson JK. A Novel Approach to Helping People with Glaucoma Use Their Drops Routinely. *Optom Vis Sci*. 2019 May;96(5):331–4.
272. Bordelon CJ, Smith TS, Wood T, et al. Simulation to Enhance Communication Skills in Neonatal Nursing Practice. *Neonatal Netw*. 2020 Nov 1;39(6):347–55.
273. Costa ACB, Felipe AOB, Nogueira DA, et al. EFEITO DA ESCUTA TERAPÊUTICA NA ANSIEDADE DE PESSOAS NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2022 Feb 7 [cited 2025 May 5];27. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/78681>
274. Jackman L. Extending the Newcastle Model: how therapeutic communication can reduce distress in people with dementia. *Nurs Older People*. 2020 Mar 24;32(2):33–41.

275. Amir N, McCarthy HJ, Tong A. A working partnership: A review of shared decision-making in nephrology. *Nephrology*. 2021 Nov;26(11):851–7.
276. Jain N, Bernacki RE. Goals of Care Conversations in Serious Illness. *Med Clin North Am*. 2020 May;104(3):375–89.
277. Sommovilla J, Kopecky KE, Campbell T. Discussing Prognosis and Shared Decision-Making. *Surg Clin North Am*. 2019 Oct;99(5):849–58.
278. Choi A, Sanft T. Establishing Goals of Care. *Med Clin North Am*. 2022 July;106(4):653–62.
279. Yet AXJ, Hapuhinne V, Eu W, et al. Communication methods between physicians and Deaf patients: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2022 Sept;105(9):2841–9.
280. Alves CGB, Treister NS, Ribeiro ACP, et al.. Strategies for communicating oral and oropharyngeal cancer diagnosis: why talk about it? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2020 Apr;129(4):347–56.
281. Wittenberg E, Reb A, Kanter E. Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. *Semin Oncol Nurs*. 2018 Aug;34(3):264–73.
282. Geisinger ML, Dragan IF, Alexander DC. Healthy Pregnancy: A Patient-Centered Approach to Counseling and Behavioral Change. *Compend Contin Educ Dent Jamesburg NJ* 1995. 2018 May;39(5):286–90; quiz 292.
283. Cutilli CC. Excellence in Patient Education. *Nurs Clin North Am*. 2020 June;55(2):267–82.
284. Høeg BL, Sevillano PB, Enesco I, et al. Child-centered communication interventions in pediatric oncology: A scoping review and proposed new communication model. *Pediatr Blood Cancer*. 2023 Sept;70(9):e30533.
285. Priebe S, Conneely M, McCabe R, et al. What can clinicians do to improve outcomes across psychiatric treatments: a conceptual review of non-specific components. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e48.
286. Van Beusekom MM, Cameron J, Bedi C, et al. Communication skills training for the radiotherapy team to manage cancer patients' emotional concerns: a systematic review. *BMJ Open*. 2019 Apr;9(4):e025420.
287. Colombani F, Encrenaz G, Sibé M, et al. Development of an evidence-based reference framework for care coordination with a focus on the micro level of integrated care: A mixed method design study combining scoping review of reviews and nominal group technique. *Health Policy*. 2022 Mar;126(3):245–61.
288. Walker RC, Graham A, Palmer SC, et al. Understanding the experiences, perspectives and values of indigenous women around smoking cessation in pregnancy: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Int J Equity Health*. 2019 May 22;18(1):74.

主译： 郑莉萍 北京中医药大学东直门医院
高 宁 北京中医药大学东直门医院

译者：（按姓氏笔画排序）

王 蒙 北京中医药大学
田 新 河南省人民医院
冯晔娇 深圳市人民医院
刘 姝 河南中医药大学第一附属医院
刘粉玲 河南中医药大学第一附属医院
刘梦笛 中日友好医院
刘纬华 河南省人民医院
李明怡 北京中医药大学
陈延亭 中日友好医院
邵佳伊宁 北京中医药大学
孟庆童 深圳市人民医院
赵瑞芳 河南省人民医院
贾亚林 河南中医药大学第一附属医院
彭粤铭 深圳市人民医院

主审： 郭海玲 RNAO-BPSO 中国国家级实践中心
田润溪 北京中医药大学东直门医院

完成时间： 2026 年 3 月

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

临床最佳实践指南

本项目由安大略省政府资助

For more information about this
guideline, visit:↓



ISBN 978-1-926944-89-0



9 781926 944890



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario