

2012年9月

# 促进 以患者为中心的学习



## 免责声明

该指南不属于使用它的任何个人或组织。请根据个人需求和具体背景灵活地应用本指南。所有指南使用者既不构成责任也不免除责任。尽管作者或安大略省注册护士协会已尽力确保出版内容的准确性，但不能保证内容的绝对准确。此外对于指南内容等的损失，损坏或价格上涨等作者或安大略省注册护士协会不承担任何责任

## 版权

此出版物中除特殊指明版权限制的部分外，其余部分均可以教育及其他非商业目的原文引用、印制和出版，且不限出版形式（包括电子版）。其中因任何原因对原文所作任何改变都需要获得安大略省注册护士协会的书面许可。出版物中的许可声明或引文必须按以下内容呈现：

安大略省注册护士协会 (2012). *促进以患者为中心的学习*.

多伦多, 加拿大: 安大略省注册护士协会.

该项目资金支持来源于健康与长期护理部门.

## 联系方式

安大略注册护士协会

珍珠街 158 号, 多伦多,

安大略省 M5H 1L3

网址: [www.rnao.ca/bpg](http://www.rnao.ca/bpg)

# Doris Grinspun 致信,

## 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对将指南“促进以患者为中心学习”推广到健康护理社区表示很高兴。循证实践支持护士在日常实践中提供优质护理服务。安大略省注册护士协会很高兴为大家提供相关资源。



安大略省注册护士协会很感谢那些为制定最佳实践指南的个人与组织所做的贡献:安大略省政府意识到我们进行该项目的能力,并且提供了多年的资金; Dr. Irmajean Bajnok, 国际事务及最佳实践指南中心主任, 感谢她的专业经验和领导力以促进最佳实践指南的产生; 特别是对该指南所涉及到的每个团队领导者 Audrey Friedman and Theresa Harper –他们一流的管理, 组织及丰富的经验值得表彰。并且还要感谢安大略省注册护士协会的国际事务和最佳实践指南项目管理者紧张的工作以将指南从想法到现实: Sheila John, 倡导该指南的形成初始 和 Rishma Nazarali, 完成该指南. 特别感谢该指南形成小组成员– 感谢和珍视你们的专业和志愿工作。总之, 没有你们就不能完成这项工作。

有着优质护理热情和承诺的护理群体, 为每一个指南的形成, 实施, 评价及修订提供了知识和时间。各组织积极推荐最佳操作的拥护者, 实施和评价指南以及倡导有着循证实践氛围工作。

对这些指南成功的领悟, 要求来自临床护理专家和其他学科健康护理同事, 学术和实践领域的护理教育家的共同努力。要将这些指南融入到她们的思想里和心里, 知识丰富和技能熟练的护士和护理学生需要一个健全和支持的工作环境来帮助她们将指南带入实践。

我们欢迎你将该指南分享给其他多学科团队。通过一起努力, 我们能确保大众在我们这可以获得最佳护理。让我们共同努力让他们成为实施指南真正的赢家!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is written in a cursive style and is underlined.

Doris Grinspun, 注册护士, 护理学硕士, 博士, 荣誉法学博士,  
安大略注册护士协会首席执行官

# 目录

背景	如何使用该指南 .....4
	目的及范围 .....5
	指南推荐意见总结 .....6
	证据的说明 .....7
	指南形成小组 .....8
	相关利益者鸣谢 .....10
	研究背景 .....14
	核心假设 .....18
L.E.A.R.N.S. 模式 .....19	
推荐	实践推荐 .....21
	教育推荐 .....44
	组织和政策推荐 .....46
	研究缺陷及未来展望 .....49
	指南的评价与监测 .....50
	实施策略 .....52
	指南的更新与审查过程 .....53

参考文献 .....	54
------------	----

参考文献

附件 A: 术语表.....	61
附件 B: 指南的形成过程.....	63
附件 C: 系统综述/检索策略过程.....	64
附件 D: 指导学习理论: 社会建构理论.....	67
附件 E: 资源.....	69
附件 F: 患者评估技巧.....	71
附件 G: 沟通工具.....	73
附件 H: 工具箱的描述	

附件

## 如何使用该指南

这个最佳护理实践指南是一份全面综合的文件，为循证护理实践提供必需的资源。**该指南应基于组织明确的目的或者有相应的实践环境**，并且结合患者的需求及愿望来实施。指南并非一本“菜谱”，而是作为一个工具来支持护理决策为患者提供个体化护理，并且保证相应的组织结构和支 持，从而尽可能提供最好的护理。

护士，及其他引领实践变革的医务人员和管理者，将会意识到该指南对于政策、流程、草案、教育项目、评估及文件工具的制定都具有价值。我们推荐将最佳护理实践指南作为一种资源工具。在审阅推荐意见和用以开发指南的支持证据时，直接为患者提供护理的护士将会从中受益。但是，我们强烈建议指南的实践应该是便于日常工作的。该指南为其适宜性应用提供一些建议模式。

使用该指南的组织可以采纳以下方式：

1. 评估当前的护理实践和指南推荐意见的护理实践。
2. 明确医疗服务的需求及其与推荐意见之间的差距。
3. 利用相关的工具和资源，系统地制定实施推荐意见的计划。

安大略护士协会将提供相关实施资源以帮助个人或组织实施最佳实践指南。安大略护士协会对你们如何实施该指南非常有兴趣。请联系我们来分享你们的经验。

# 目的和使用范围

最佳实践指南是能够具体指导临床人员进行科学有效临床决策的系统化的推荐结论。(Field & Lohr, 1990).

为了促进患者的自身学习并让他们能够把握健康保健系统的复杂性，患者有权获得与他们有关的护理信息、工具及支持，以便能积极主动的参与他们自身的护理。作为医务人员，我们有义务按照患者可理解的方式来促进以患者为中心的学习，并尊重患者想法、需求以及价值观。正如安大略省健康和长期护理部 2010 年“全面实行高质量医疗”法案中所提出的，虽然提供准确的，可理解的信息是患者安全必须的，但是促进以患者为中心的学习更具备改善患者体验的潜力。

为患者提供结构化和非正式学习机会时，护士享有独特的地位。(Coster & Norman, 2009). 该指南的目的是为注册护士，注册实践护士及其他医务人员提供以证据为基础的推荐意见，促进以患者为中心的学习，使患者能够为自己的健康采取措施。

无论以患者为中心的学习被如何定义（自我护理，自我管理，患者教学，患者教育，健康教育）这些推荐意见和相关的策略可用于任何情境的连续性护理。该最佳实践指南仅适用于 18 岁以上的成人。由于儿童和青少年的需求具有其所处发展阶段的特点，因此不属于本指南的应用范畴。本指南不包含针对特殊人群的特定策略及对适应残疾状态的措施。

该指南强调的临床问题：

1. 护士如何有效地促进以患者为中心的学习？
2. 关于以患者为中心的学习都有哪些有效的方法/策略？
3. 护士如何评估患者学习能力？

2009 年夏，在安大略护士协会的赞助下，组建了一只实践、教育及科研多领域专家小组。该小组讨论了其工作目的，并就该最佳实践指南的范畴达成一致。关于该指南的形成过程和系统评价的过程见附件 B 和 C。

## 推荐总结

### 实践推荐

	推荐	证据等级
1	创建一个安全、无尴尬和责备的环境来评估患者学习能力。	Ib
2	采用普遍性防护措施来预防出现低水平的健康认知能力，以创建一个安全、无尴尬和无责备的环境。	Ib
3	评估患者的学习需求。	Ia
4	通过与患者及跨专业团队合作来设计教育方案和方法。	Ia
5	采取更多有组织、有结构的、有目的性的方法来促进以患者为中心学习。	Ia
6	采用通俗易懂的语言、图片、实例来提高患者健康认知能力。	Ia
7	为促进有效地学习，可将多个教育手段进行结合： <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 书面材料</li> <li>2. 电话</li> <li>3. 录音磁带</li> <li>4. 视频</li> <li>5. 计算机技术和多媒体演示</li> </ol>	Ia
8	评价患者的学习效果	IIa
9	与以下群体有效地沟通以促进实施以患者为中心的学习： <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 患者</li> <li>b. 多学科团队</li> </ol>	Ib

### 教育推荐

	推荐	证据等级
10	将 LEARNS 模式应用于护理项目及继续教育课程。	IV
11	反思 LEARNS 模式并将其与每日实践结合。	IV



## 组织和政策推荐

	推荐	证据等级
12	有足够的资源来支持结构化教育方法，以促进患者为中心学习。	IV
13	通过制定战略计划和组织目标，将 LEARNS 模式整合在护理过程中。	IV
14	采用记录工具以促进以患者为中心的有效沟通。	IV
15	最佳护理实践指南的实施需要充分的计划，完备的策略，足够的资源、管理层的支持以及临床工作者恰当的指南应用。	IV

## 证据的阐述

### 证据等级

Ia	证据是通过 Meta 分析或随机对照试验的系统评价得出。
Ib	证据至少是从一个随机对照试验得出。
IIa	证据是通过至少一个设计良好但并未随机的对照研究得出。
IIb	证据是通过至少一个其他类型的设计良好的准实验研究得出。
III	证据是通过设计良好的非试验性、描述性研究得出，如病例研究、对照研究、相关研究等。
IV	证据是通过专家会议报告或/和当前的临床经验。

## 指南开发小组成员

### Audrey Friedman, RTT, MSW

**Co-Team Leader**  
Director Patient Education  
University Health Network,  
Director Cancer Survivorship  
Princess Margaret Hospital  
University Health Network,  
Provincial Head Patient Education  
Cancer Care Ontario,  
Toronto, Ontario

### Theresa Harper, RN, BSN, MSN

**Co-Team Leader**  
Patient Education Specialist  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton, Ontario

### Patricia Chornaby, RN, BHScN

Professor, Practical Nursing Program  
Conestoga College Institute of Technology &  
Advanced Learning  
Kitchener, Ontario

### Nicole Greaves, RN, BScN, COHN CCHN(C)

Regional Professional Practice Leader  
Health Canada, First Nations & Inuit Health  
Nepean, Ontario

### Debra Kaye, RN, MScN

Corporate Associate Coordinator of Nursing,  
Recruitment, Retention and Recognition  
The Ottawa Hospital,  
Ottawa, Ontario

### Geraldine (Jody) Macdonald, RN, BScN, MEd, EdD

Senior Lecturer, Bloomberg Faculty of Nursing  
University of Toronto,  
Toronto, Ontario

### Kimberley Meighan, RN

Case Manager, Day Treatment  
Bridgepoint Health,  
Toronto, Ontario

### Catherine Oliver N., M.Sc. (A.)

Co-chair MUHC Patient Education  
Network Committee Nursing Practice Consultant  
Clinical and Professional Staff Development  
McGill University Health Centre  
Montreal, Quebec

### Elke Ruthig, RN, BScN, CIC

Manager, Patient Education and  
Patient & Family Library  
Toronto General Hospital  
University Health Network  
Toronto, Ontario

### Shirley Alvares, RN, BScN, MN/ED

Research Assistant  
Toronto, Ontario

### Marian Luctkar-Flude, RN, MScN, PhD (STUDENT)

Research Assistant  
Kingston, Ontario

### Cecilia Yeung, RN, MN, GNC(C), IIWCC

Research Assistant  
Toronto, Ontario

### Sheila John, RN, BScN, MScN

Program Manager, 2009-2010  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Rishma Nazarali, RN, BScN, MN

Program Manager, 2010-2012  
Registered Nurses' Association of Ontario

**Andrea Stubbs, BA**

Project Coordinator, 2011-2012  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

**Catherine Wood, BMOs**

Program Assistant, 2009-2011  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

Declarations of interest and confidentiality were made by all members of the guideline development panel. Further details are available from the Registered Nurses' Association of Ontario.



## 利益相关者致谢

有着不同观点的利益相关者在指南修订过程中被征求反馈。安大略省注册护士协会对下列利益相关者在修订最佳实践指南所做贡献表示致谢。

### **Name, credentials**

**KARIMAH ALIDINA, RN, BScN, MScN,  
CHPCN(C)**

**SUE BAILEY, RN, MHScN**

**MICHELLE BARNARD, RN, BScN, MEd**

**GERRY BENSON, RN, MSC**

**BARBARA BICKLE, RN(EC), BScN, MN-NP,  
CCN(C), GNC(C)**

**CHRISTINA BRADLEY, RN, BScN**

**KAREN BREEN-REID, BScN, MN**

**MICHELLE CLELAND, RN, MN GNC(C)**

**BETTY CRAGG, RN, BSc(N), MEd, EdD**

**CHRISTINE D'SOUZA, RN, BScN, MScN(S)**

**CHRISTINE DAVIS, BScN, MEd, MN, CPMHN(C)**

### **title, organization, city, province**

Professional Practice Educator,  
Joseph Brant Memorial Hospital,  
Burlington, Ontario

Long Term Care Best Practice Coordinator,  
Registered Nurses' Association of Ontario,  
Toronto, Ontario

Education and Development Clinician,  
Hamilton Health Sciences Hospital,  
Hamilton, Ontario

Assistant Professor School of Nursing, McMaster University,  
Faculty of Health Sciences,  
Hamilton, Ontario

Nurse Practitioner, Emergency Dept - NPSTAT LTCH Outreach,  
The Scarborough Hospital,  
Scarborough, Ontario

Public Health Nurse,  
Niagara Region Public Health,  
Thorold, Ontario

Advanced Nursing Practice Educator,  
The Hospital for Sick Children,  
Toronto, Ontario

Clinical Nurse Specialist,  
Mackenzie Health,  
Richmond Hill, Ontario

Professor Emeritus,  
School of Nursing, University of Ottawa  
Ottawa, Ontario

Student, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing,  
University of Toronto,  
Toronto, Ontario

Faculty,  
Laurentian University Collaborative BScN Program,  
Brockville, Ontario

ELIZABETH (Liz) DIEM, RN, MSC, PHD	Assistant Professor (retired), School of Nursing, University of Ottawa, Nursing Education Consultant, Ottawa, Ontario
HARRIETT DRAAISTRA, RN, MScN, CNN(C), CRRN, IIWCC	Education and Development Clinician, Hamilton Health Sciences, Regional Rehabilitation Centre, Hamilton, Ontario
JULIAN FAULKNER, RN, BScN, MN(C)	Professor, Practical Nursing, Georgian College, Barrie, Ontario
WENDY FOSTEY, RN, BHScN, MHScN	Professor of Nursing, Sault College, Sault Ste Marie, Ontario
LESLIE GRAHAM, RN, MN, CNCC	Professor, Nursing, Durham College/University of Ontario Institute of Technology, Stouffville, Ontario
KATHY-LYNN GREIG, RPN, BScN STUDENT	Staff Nurse, The Scarborough Hospital, West Park Healthcare Centre, Toronto, Ontario
REBECCA HARBRIDGE, RN, BScN, MA(ED), CCHN(C)	Public Health Nurse, Barrie, Ontario
PAT HARRIS, PhD, C.PSYCH.	Psychologist, Accessibility Services, University of Toronto, Toronto, Ontario
JAYNE JONES	Executive Assistant, Plazacorp, Toronto, Ontario
MARILYN KING, RN, BScN, MPH	Public Health Nurse, Huron County Health Unit, Clinton, Ontario
SYLVIA KUCINSKA, RN, PHN	Public Health Nurse, Region of Peel Public Health, Mississauga, Ontario
JIN LEE, BScN(S)	Nursing Student, McMaster University, Hamilton, Ontario
TIM LENARTOWYCH, RN, BScN	Nursing Policy Analyst, Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, Ontario

MARIA C. LOZADA, RN, BScN, BHSC, MScN(S)

Clinical Nurse,  
London Health Sciences Centre,  
London, Ontario

ELIZABETH MANSO, RPN

Staff Nurse,  
Chatham-Kent Health Alliance,  
Chatham, Ontario

JOAN MARTIN SAARINEN, RN, BSN, MN

Professor of Nursing,  
Northern College,  
Timmins, Ontario

WENDY MARTINSON, RN, BSN

Q. A. Specialist,  
John Dempsey Hospital/University of Connecticut Health Center,  
Farmington, Connecticut, USA

ELIZABETH MATHEWSON, RN, BScN, MPH

Professor,  
Sir Sandford Fleming College,  
Peterborough, Ontario

CAROLINE MAVRAK, RN, BScN

Education & Development Clinician,  
Hamilton Health Sciences,  
Hamilton, Ontario

MARY MILLO, RN, BA

Education & Development Clinician,  
Hamilton Health Sciences,  
Hamilton, Ontario

JENNIFER MURDOCK, RN, BA, CCC(C), BScN

Clinical Nurse Educator,  
Peterborough Regional Health Centre,  
Peterborough, Ontario

LINDA O'MARA, RN, PhD

Associate Professor,  
School of Nursing, Faculty of Health Sciences, McMaster University,  
Hamilton, Ontario

Dr AROHA PAGE, RN, PhD, FRCNA

Professor,  
Nipissing University,  
North Bay, Ontario

ANITA PURDY, RN, BScN

Clinical Manager,  
Chatham-Kent Health Alliance,  
Chatham, Ontario

SHARON RONALDSON, RN, PhD

Curriculum Coordinator,  
Langara College,  
Vancouver, British Columbia

JOANNE SEITZ, MSN, WHNP-BC, CPHQ	Nurse Practitioner, Kaiser Permanente, Napa, California, USA
TRACY SCHOTT, RN, BSN, MN	Clinical Nurse Educator, Fraser Health Authority, Surrey, British Columbia
MARIA SHIER, RN, BScN, MN	Director of Patient Experience, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, Whitby, Ontario
JUDY SMITH, RN, BScN, MDE, ENC(C)	Geriatric Emergency Management Nurse, Mackenzie Health, Richmond Hill, Ontario
LILY SPANJEVIC, RN, BScN, MN, GNC(C), CRN(C)	APN Geriatrics-Medicine, Joseph Brant Memorial Hospital, Burlington, Ontario
SUSANNE SWAYZE, RPN, RPNAO FELLOW	Staff Nurse-Secure Forensic Unit, St. Josephs Healthcare Hamilton, Hamilton, Ontario
HILDA SWIRSKY, RN, BScN, MEd	Staff Nurse, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario
HELEN C. TAYLOR, RN, BA, DSW, BScN, MScN, PhD(C)	Education & Quality Improvement Manager, Niagara Region Seniors Services, Thorold, Ontario Adjunct Professor, Brock University, St. Catharines, Ontario
ANDREA TRAINOR, RN, BScN, MSc(A)	Advanced Practice Nurse, Bruyere <b>Continuing Care</b> , <b>Kanata, Ontario</b>
DODIE TRIMBLE, RN, BScN MHST(C)	<b>Director</b> , <b>Norfolk</b> General Hospital, Simcoe, Ontario
JOYCE TSUI, RPN, RN, BScN, MN(C)	Staff Nurse, Baycrest Centre for Geriatric Care, Toronto, Ontario

## 背景

通过促进以患者为中心学习来促进患者健康是所有护士的一个基本能力。如果患者缺乏所需的知识、技巧及社会支持，期望其采取健康相关措施是不现实的。

护士可为各种人群及其各生命阶段提供护理。护士以其独特的角色(World Health Organization [WHO], 2008) 可以与患者形成合作关系并且可以为患者创造有结构、有组织且非正式的学习机会(Coster & Norman, 2009)。护士通过鼓励患者说出自己的故事，从而了解患者所处的环境、需求及独特的学习方式。

护理要求评估患者各自的目标及需求，目标促进措施及患者支持系统(College of Nurses of Ontario [CNO], 2009b)。指导促进以患者为中心的学习伦理价值观包括：患者健康;患者选择;尊重生命;维持承诺;事实;公平(CNO, 2009b)。

### 从患者教育到促进以患者为中心的学习

传统患者教育虽是一个广义的概念，但常被狭义化定义，而且常与自我管理、自我护理混淆 (Coster & Norman, 2009)。在实践中，患者教育通常被称为健康教育或患者教学。无论选择哪一个术语，以患者（学习者）为中心的学习已经将焦点从原来的护士教育提升到现在的护士支持患者学习。以患者为中心的学习不仅包括获取新知识，还包括为患者提供让他们的价值观、需求、以往的经验及文化特点运用到行动中的机会。

### 促进以患者为中心的学习

日新月异的复杂医疗环境下，原有传统的专家教育模式已经转变为现在的患者参与模式。在关乎自身的健康决策中，患者变得更主动、更有责任感。促进以患者为中心的学习是一个整体的、相互作用、社会的过程。初级卫生保健，特别是有公共参与初级卫生保健的指导原则中，明确指出了与患者合作的重要性(WHO, 2008)。护士在与患者合作时，必须有能力评估患者的需求。这种能力有助于计划、实施和评价学习策略的效果，并不断进行调整，以满足患者的不同需求。加拿大和美国的一些研究报道，促进患者的健康认知能力和理解能力的策略应该被包括在各健康专业的课程及继续教育中（加拿大学习委员会[Canadian Council on Learning, CCL] 2008; 国家医学研究所 [Institute of Medicine of National Academies, IOM], 2004; Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008; 美国人力资源及健康服务部[U.S. Department of Health and Human Services], 2010)。

### 促进健康

促进健康是所有护士一个重要的能力。护士通过倡导公共健康政策以促进健康，采用自身的知识和能力来促进个人、家庭、团体及社区的健康认知能力。基于扎实的教育理论，致力于促进以患者为中心学习的护士扮演着一个关键的教育/教学角色。



## 学习的评估

当前有许多学习理论，该最佳实践指南的构建是基于社会建构理论。该理论认为，人们对于新知识的理解和学习是基于特定的情境，包括重要的社会情境，结合新知识与他们以往的经验/知识(Beck & Kosnik, 2006)。正如 Peters (2000) 所说，“社会建构理论重视在学习过程中社会文化的影响，并认可新知识建立在前期学习之上，这与在传统正式学习的环境中获取知识的方式相反” (p. 1-2)。这与促进以患者为中心的学习准则一致。

社会建构理论提倡有效的评估(Beck & Kosnik, 2006)。在医疗环境下，有效的评估包括患者对健康知识，对健康/安全的理解程度，他们采取健康行为所获得支持的程度，以及是否有可用的资源用于保证他们跟进和持续地积极参与相关学习，以照顾自己并保持健康状态。护士定期评估患者学习，关注患者健康认知能力的变化，对患者学习进行全方位的分析(Griffin, 1988, 1993)，并且强化患者的优势。**表 1** 是教育理论的比较。

表 1: 教育理论比较

传统专家模式	促进患者合作模式 社会建构理论
教育目标是专家教育患者，因此老师凌驾于学习者之上 (Weimer, 2002)。	知识是在护患合作关系下，通过患者参与所构建的（适合初级卫生保健）(Blumberg, 2009; Weimer, 2002)。
新知识是按模块记忆，并且与之前知识并无联系，只是表面学习(Weimer,2002)。	新知识须与先前知识联系在一起。学习者可以主动地构建新知识，与先前知识联系起来，并且可以有更深的理解(Weimer,2002)。
只要意识到新知识和新行为，患者就能很容易地实施(Macdonald, 2002)。	在患者接受新知识或采取措施促进健康之前，一个遗忘阶段是必须的。这对很多人来说，仍然是一个挑战 (Macdonald, 2002)。
患者需要马上由专家老师提供所关注的健康主题所有的知识信息(Weimer, 2002)。	学习内容只是新的学习过程中的一部分，在最初需要被聚焦且宜少。随着时间的推移，学习内容可以由额外的材料/学习机会辅助(Weimer, 2002)。
学习主要是一个个体自主的活动过程 (Knowles,1975)。	学习是一个社会活动，包括与同辈、专家等之间的相互学习，或许还包括社交网络和健康信息网站之间的互动(Blumberg, 2009; Weimer, 2002)。
健康信息是可以适应于任何情境。信息总是以患者无法理解的方式传递(IOM, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010)。	健康信息被调整至与个人需求相符合，以促进健康认知能力(IOM, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010)。
学习本质上主要是认知过程(Weimer, 2002)。	系统化学习应涉及关系、认知、情感、精神、隐喻和行为学习，学习可受先前的生活经验影响(Griffin, 1988, 1993)。

**附件 D** 关于社会构建理论的其他信息。

## 卫生保健环境中的患者学习

随着医疗环境复杂性的不断增加，对于如何促进患者学习，护士面临越来越多的挑战。患者对健康医疗信息理解困难的原因诸多。患者往往接触到的医疗信息和服务是陌生的、复杂的和过于专业化的。患者须把握复杂的医疗环境，并且根据需求管理自身的健康及相关行为。这些需求如下：

- 尽早出院；
- 理解复杂的治疗方案；
- 做出明智的决策；
- 保持健康的生活方式；
- 表达自己的健康观念、需求和价值观；
- 社会经济状况差；
- 管理慢性疾病；
- 可利用社区资源；和/或
- 与专业医务人员的互动。

通常，患者理解和处理这些需求的能力被称之为健康认知能力。健康认知能力已被定义为获取，理解，评价和交流信息，来改善、维持和提高处于生命不同阶段的患者的健康的能力。(Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008)。

## 为什么健康认知能力重要

一般的认知技巧仅为健康认知能力的必要基础，健康认知能力不仅仅要能够阅读相关健康信息和填写医疗表格。健康认知能力包括各种个人技能、医疗卫生专业的沟通技巧、医疗实践和系统化步骤 (CCL, 2008; IOM, 2004; Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008)。由于医疗环境过于复杂，患者很难积极参与其中，以及由于疾病状态所带来的不适或焦虑，加之需要面对海量信息，很难对自身健康需求进行管理。而护士须能认识到这一点。

关于国际成年人认知及生活技能的调查显示 55% 的 16 岁以上的加拿大成年人和 88% 的老年人的健康认知能力有限(Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008)。将调查对象划分为不同人群后分析发现，老年人、移民者和失业者往往健康认知能力更低。值得注意的是，与健康状况较差的人群相比，健康状况较好的人群其健康认知能力更高(CCL, 2008; Rootman&Gordon-El-Bihbety,2008)。

## 健康认知能力较差和不佳健康状况之间的关系

AHRQ 部门（2004），CCL(2008)，IOM(2004)以及美国健康人力资源部门（2010）均报道过健康认知能力较差与不佳健康状况之间的联系。

“健康认知能力重要，因为它能影响个人和加拿大整个国家的社会及经济福利” (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008, p15).

最近,AHRQ (2011)在对 2004 年的更新报告中提到，不同的健康认知能力和不佳的健康状况均与以下有关：

- 误服药物；
- 理解医疗产品标签和健康信息的能力下降；
- 住院率增高；
- 急诊医疗资源的利用增多；
- 预防性服务的利用率较低，如乳房 X 线、疫苗；
- 老年人的总体健康状况较差和高死亡率。

## 健康认知能力已渗入到研究与实践领域

越来越多的文献和研究关注健康认知能力的意义及重要性(Paasche-Orlow, Wilson & McCormack, 2010)。提高健康认知能力的措施和策略需要进一步研究。指南开发小组认为健康认知能力持续发展的核心应该是观念的转变：从个人阅读健康信息能力的狭窄观念转变到对复杂的卫生保健系统健康需求，专业的、有效的护理沟通技巧及现实的社会经济状况的宏观认识。发展的核心为通过伙伴关系促进以患者为中心的学习。



## 主要假设

该指南的推荐是基于以下主要假设:

1. 患者是指个人，人群，团体，集合体或者社区。在任何场景中，他们与护士都是一种专业的、治疗性的伙伴关系。
2. 患者为他们或所代表的人的学习承担责任。
3. 与患者建立合作伙伴关系是成功促进以患者为中心学习的关键因素。
4. 护士需要了解她们的学习者。
5. 沟通是以患者为中心学习的关键环节，护士应积极聆听患者并相应地调整谈话内容。
6. 需要提供促进患者健康的相关信息、资源和支持，同时尊重患者意愿。
7. 有效学习的根本是患者对信息的理解。
8. 护士是反思的实践者，并且需要作为学习促进者进行不断学习和成长。
9. 由于医疗环境的复杂性，护士及患者强大的健康认知能力可以有益于整个医疗系统。

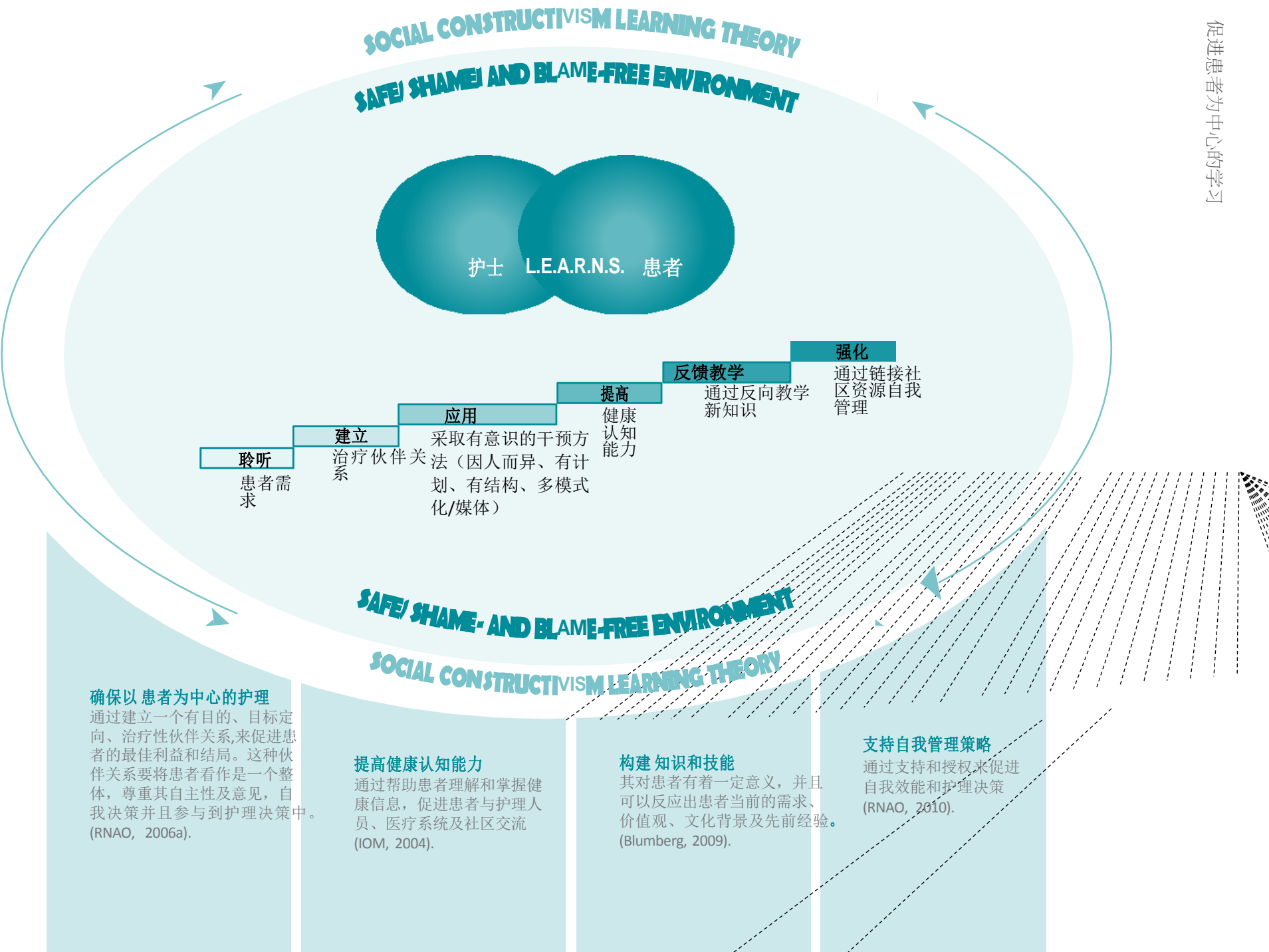
## L.E.A.R.N.S. 模式

促进以患者为中心的学习是基于四大要素(看图 1)。该四大要素支持以患者为中心的学习并且促进患者自我效能和决策。在此基础之上，护患被置于一个无责备、无羞愧的安全环境之中。无责备、无羞愧的安全环境的创建促进了治疗性伙伴关系的形成，使得护患以伙伴的关系共同合作。这个伙伴关系在图中以交织的环形来表示，提示护患双方处于平等地位。

**LEARNNS** 为护患两个圆圈相交时，所发生相互影响（聆听，建立，应用，提高，反馈教学，强化）的首字母缩写词所构成。**LEARNNS** 模式同样也将护理程序符号化。通过聆听患者的需求，护士了解患者的想法，视患者为一个整体，与之建立伙伴关系。这种治疗性关系尊重患者的自主性、想法及决策。促进患者学习是一种有意识的干预。这种干预需要注意：学习需要提供相关的信息，提供实践技能的机会，能够将新知识和技能学以致用，并对学习能力进行评估，以及提供强理解理解和掌握促进自我效能及自我管理的技能的机会。

在此模式中的双向箭头表示学习不是单向的，这是一个持续不间断的过程，在护患之间不断重复这个过程可能开始于某个场景，在家庭、门诊或社区持续循环。该模式为指南开发小组成员原创。

图 1: 指南开发小组成员的 LEARNS 模式



# 实践推荐

## 推荐 1:

创造一个安全、无尴尬和无责备的环境来评估患者学习能力。

证据等级 = 1b

## 证据讨论

**问题：**什么是安全、无尴尬和无责备的环境以评估患者学习能力？

**回答：**一个安全、无尴尬和无责备的环境是指：

- 患者可以随意提出问题和寻求帮助；
- 患者接受治疗或咨询时，能够随意的由他人陪伴；
- 当患者不理解时，医务人员能够体会到他们的焦虑和尴尬。

(Brown et al., 2004; Parikh, Parker, Nurss, Baker & Williams, 1996; Sudore & Schillinger, 2009)

多数人，除了那些健康认知能力较低和内向的人，往往会隐藏或者不承认他们在理解健康信息方面具有困难。患者为了防止被提问，或者是为了防止出现尴尬假装理解了健康信息 (Parikh et al., 1996)。这种安全、无尴尬和无责备的环境消除了因为健康认知能力较低而产生的尴尬，为那些具有阅读障碍的人提供了一个良好的学习环境。无论患者的健康能力水平如何，在这种环境下，患者不会因健康认知能力较低而感到尴尬和惭愧，进一步促进了与护士之间建立和谐平等的护患关系 (Brown et al., 2004; Parikh et al., 1996; Sudore & Schillinger, 2009) 从而促进以患者为中心的学习。

## 实践盒子

健康认知水平受除认知水平以外的多种因素的影响。以下措施可以促进患者学习：

1. 为健康认知能力低采取普遍性预防措施（见推荐 2）；
2. 为患者学习创造安全、无尴尬和责备的环境。

**问题：**阻碍安全、无尴尬和责备的环境创造的因素有哪些？

**A:** 来自评估、理解和应用健康信息过程中的阻碍因素，其中许多都与患者阅读和书写能力有关：

- 过多的健康信息；
- 医学术语；
- 复杂的表格和手册；
- 仅仅依靠表面文字；
- 缺乏对理解程度的检查机制；
- 缺乏足够的标识；
- 卫生系统复杂繁冗；
- 缺乏相关的强化和支持。

(Sudore & Schillinger, 2009).

### 问题：护士如何创造一个安全、无尴尬和责备的环境？

**回答：**LEARNs 模式中的四个要素描述了一个安全、无尴尬和责备的环境的构建。为患者提供一个开放的环境，欢迎患者提出问题。由此，护士可以评估患者对健康信息的理解及掌握程度，自我管理及实施健康相关活动的的能力(Sudore & Schillinger, 2009; Wolff et al., 2010)。

### 确保以患者为中心护理

为促进患者健康，应建立目标明确的、治疗性合作的护患关系(RNAO, 2006b)。这种护患关系认为患者是一个整体，尊重患者的自主性、言论自由及参与护理决策的权利(RNAO, 2006a)。

#### 实践盒子

与患者建立的这种治疗伙伴关系应该也是安全的、无尴尬和责备的。从护士对患者的了解程度可以反映出来：

- 你了解患者对于他们自身的疾病、治疗及护理的想法和观点吗？
- 这些会对他们自身和家庭有何影响？
- 你需要再收集些资料吗？

Anderson, Mizzari, Kain & Webster (2006) 随机对照试验结果显示，当护士遵循患者的需求、目的等制定学习计划方案时，他们的学习能力会有所加强 (Estabrooks, et al., 2005; Stacey, Samant, & Bennett, 2008; Vallance, Courneya, Plotnikoff, & Mackey, 2008)。

### 提高健康认知能力

健康认知能力是指人们在生命过程中对健康信息的评估、理解、评价及交流，以改善健康状况的能力(Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008)。

可以通过帮助患者理解健康信息，并根据健康信息采取相应行动以及与医务人员、医疗保健系统、社区进行互动，来提高患者的健康认知能力(IOM, 2004)。

#### 实践盒子

为了提高健康认知能力，可以采用以下策略：

- 避免使用医学术语；
- 了解患者健康知识的缺陷；
- 鼓励患者提问题及解释说明。

(IOM, 2004)

一旦患者与护士共同确认学习需求，护士就应计划学习的时间和地点。为患者学习创造一个放松舒适，无打扰的环境，提供充足的时间及相关的学习资料，检查患者是否已经理解相关知识并为其解释说明(Hibbard & Peters, 2003)。



## 构建相关的知识和技能

由患者构建的对其有重要意义的知识与技能，能反应出患者当前的需求，价值观，文化背景及先前的学习经验 (Blumberg, 2009)。开放的学习环境鼓励患者提出问题，以了解患者学习背景(Wolff et al., 2010)。谈话措辞是以患者为中心的学习中重要的一个方面。

### 实践盒子

采用以下方式展开对话可以表达出患者的情感、疑问等，通过这个需求评估，护士由此可以了解哪些因素影响患者学习，哪些知识是患者已经知道了解以及其所具备的知识或技能的缺陷。这可为与患者合作来明确学习重点及学习时机提供依据。

采用以下问题来指导你的访谈技巧及对患者进行教育：

- 你现在感觉怎么样？（鼓励患者表达出他们的痛苦、疲乏及其他的学习障碍或表达出他们的疑惑、恐惧、混乱等）
- 你能告诉我哪些是你现在了解的、、、？
- 你对、、、有什么疑问吗？
- 你喜欢如何学习新知识？
- 你会采取什么措施来帮助你学习新知识？

## 鼓励自我管理

利用倡议及赋权方式来提升患者的自我效能及鼓励决策制定(RNAO, 2010)。

### 实践盒子

帮助建立自我管理策略的一些资源：

- It’s Safe to Ask” 没关系，问吧 (Manitoba 病人安全机构)；
- It’s Good to Ask 好问题 (BC 病人安全及质量控制理事会)；
- Ask-Tell-Ask 提问，回答 (RNAO, 2010)； and
- “Ask Me 3” 提问我吧 (国家病人安全基金会)。

网站信息和更多资源，请看附件 E。

## 推荐 2:

采用普遍性防护措施来预防出现低水平的健康认知能力，以创造一个安全、无尴尬和无责备的环境。

证据等级 = 1b

## 证据讨论

### 问题：什么是针对低水平的健康认知能力的普遍性防护措施？

**回答：**普遍性防护措施即为促进清晰沟通交流健康信息的方法。目前低水平的健康认知能力的现象很普遍，有许多原因导致人们无法理解健康信息。Sudore & Schillinger (2009) 认为采用各种措施促进清晰的沟通交流对不同认知水平的患者来说都是有必要的。

很难通过观察来判断患者是否受到低水平健康认知能力的影响，因此探索一个针对各级健康认知水平的普遍性防护措施就显得尤为重要。也就是说，要采取一定的措施使得每个人的出现较低健康认知能力的危险都降至最小(Brown et al., 2004)，这就跟采取普遍性防护措施来预防传染病一样。要达到普遍性预防的效果，护士就需假设所有患者都在理解健康信息和在医疗服务系统方面有困难，护士不需要对患者的健康认知水平进行深度的分析(Paasche-Orlow & Wolf, 2007)

许多患者喜欢口头宣教，低水平的健康认知能力的普遍性防护措施包括有效清楚的沟通交流。(Rothman et al. 2004) 通过随机对照试验表明以下方法可促进有效清楚的沟通交流：

1. 避免信息的复杂化；
2. 在学习的过程中，可以多举实例；
3. 限制每次谈话的主题数量；
4. 避免使用医学术语；
5. 通过反示教的方式来确保患者已经理解健康信息（参见推荐 8）；
6. 关注那些已被选择的重要的行为。

(Rothman et al., 2004, p 1715.)

## 实践盒子

作为伙伴关系中的一员，护士需要根据患者情况调整她们的用词，降低语速，少用医学术语，选择使用更加直白的语言，突出重点，主题要少（三个或更少）(Sudore & Schillinger, 2009)。除此之外，护士应该有策略地了解患者的理解程度及潜在错误的想法，以确定患者理解无误。

附件 E 关于普遍性防护措施的更多资源。

## 推荐 3:

评估患者的学习需求。

证据等级 = 1a

## 证据讨论

### 问题：为什么护士需要评估患者的学习需求？

**A:** 形成一个以证据为基础、有针对性的教育方案往往是从评估健康相关的社会决定因素开始，继而评估患者的需求及患者个人的特性，如生活经验和自我导向。文献报道，在教学方法和教育项目的开发过程中，患者需求和学习意愿往往没有被考虑在内的(Trento et al., 2004)，但是在进行健康教育之前，评估患者的需求是患者参与和理解健康信息的前提。

### 实践盒子

初次评估应对患者的以下特征进行评估,主要包括:

- 受教育水平;
- 性别;
- 年龄;
- 文化背景;
- 语种;
- 宗教信仰;
- 家庭决策模式;
- 医疗经历和观念.

(Deyirmenjian, Karam, & Salameh, 2006; Fredericks, 2009a)

评估患者的学习需求时，护士应该认识到每个患者都会因其所所处情境的不同而存在不同的学习需求。此时，我们应关注患者本身，而不是健康问题。护士和患者应共同商讨关于患者对问题的理解和所提出的可能的解决方法(Kinnersley et al., 2007)。Fredericks (2009)的系统综述表明患者需要积极主动地说出他的学习需求和当前他需要学习的重点是什么。患者的特征和个人经验有助于其决定学习重点是什么和其重要性水平如何(Deyirmenjian et al., 2006; Fredericks, 2009a)。同样的，为了正确地获得患者感知的学习需求和正确地判断我们需要采取什么样的教育方式，在评估患者的学习需求时，患者还需要做好一定的心理准备(Deyirmenjian et al., 2006)。

为了判断患者是否做好心理准备，护士可以通过评估患者的焦虑水平，以确保患者能够确定其学习需求和正确判断某个学习主题的重要性。如果患者的焦虑被认为会影响患者决策，护士应该采取措施减少患者的焦虑(Deyirmenjian et al., 2006; Fredericks, 2009a)。

**问题：**当评估患者的学习需求时，为什么了解患者的学习偏好很重要？

**A:** 每位患者都有不同的学习偏好，这可能与护士个人的学习偏好一致，也可能会不一致，每个患者都应有机会以他们喜欢的方式进行学习。研究表明患者对他们从护士那里获得的信息的质量和数量有一定的担忧，还表示他们没有获得足够的信息或者是获得的信息并没有满足他们的学习需求(Kinnersley et al., 2007)。有研究显示，医务人员往往低估患者对信息的需求(Kinnersley et al., 2007)。因此，护士需要了解患者所感知的学习需求，并根据需求调整学习课程。护士应鼓励患者自己说出哪些学习信息对他们而言是重要的(Fredericks, 2009a)，并应该支持患者的需求。

**问题：**护士如何辨别不同的学习偏好？

**回答：**治疗性伙伴关系的形成允许护士直接与患者合作，并了解他们的学习偏好。护士可以：

- 询问患者他们想要怎样学习；
- 鼓励患者选择喜欢的学习方式，如对话、小册子/海报、自我导向网页学习、视频、小组学习、社区健康支持小组等
- 采取措施促进以患者为中心的学习

(Fredericks, 2009b)

护士应注意根据这些信息为患者量身定制学习策略（看推荐4），评价患者学习效果（看推荐8）以及患者展示所学习的技巧的能力，比如针对低水平健康认知能力的普遍预防方法。

**推荐 4:**

通过与患者及跨专业团队合作来调整教育方法和教育设计。

证据等级 = 1a

**证据讨论**

**问题:**在与患者及跨专业团队合作中，护士扮演什么样的角色？

**回答:**护士应具有一定的教育促进技巧(Fredericks, 2009b)，通过与患者和其他专业人员合作，确保她们对患者的目前知识水平，学习偏好，其他专业人员的责任和角色有最新的了解。护士与患者及跨专业团队之间的共同合作，能确保对患者最有效的促进作用。护士和患者需要共同合作完成设定的目标，以此实施自我管理 (RNAO, 2010)。Costner and Norman (2009) 的系统综述结果显示，在进行结构化教育活动时，应与其他专业人员和患者合作商讨，并且充分考虑教育材料的实质内容、患者的特征、同行专业人员对患者的评价及小组教学活动的潜力。

**实践盒子****例 1:**

社区早期有一个为 0-6 岁的孩子及其父母提供的每周一次茶话会项目，由社区护士组织，为了促进患者学习，护士会与患者合作探讨选取每周活动的主题和发言代表。此外，当计划每个活动时，护士所掌握的健康信息和学习材料都会与主题内容和背景相符，从而促进家长和孩子对儿童的健康生长发育以及常见的儿童疾病的理解和学习。

**例 2:**

当健康孩子来到社区卫生中心时，社区护士通过互动来促进以患者为中心的学习，比如为孩子展示不同主题的提示卡或图片，并且允许其选择自己想要讨论的主题或者他们现在、将来需要的学习信息，从而与孩子互动促进其学习。通过允许孩子自己来计划学习和根据现有的信息和学习资料来满足他们不同的学习需求。

**推荐 5:**

采取更多有组织的、结构化的、有目的的方法来促进以患者为中心的学习。

证据等级 = 1a

证据讨论

**问题:**为什么鼓励护士采取更多有组织的、结构化的、有目的的方法来促进以患者为中心的学习?

**回答:**证据明确提示结构化的方法来促进以患者为中心的学习将有利于好患者健康结局出现 (McGillion et al., 2008)。

**问题:**在与患者制定学习计划时,有具体的方法吗?

**回答:**结构化的、有目的的学习方法是促进患者学习的最佳方法(McGillion et al., 2008)。没有明确的证据表明根据需要与患者进行交谈是否为有效的措施。应鼓励护士了解患者的学习需求,并且采取结构化的,有目的的方法满足患者的这些需求。

**问题:**什么是有结构化学习的方法?

**回答:**结构化的学习方法不是那种无意识的、自发的,临时的对话,也不是对患者问题的快速解答。结构化学习方法应该包括:

- 学习被认为是患者的需求;
- 患者与护士合作共同商讨出有结构化学习计划;
- 护士应该具备相应的能力,也有信心地促进以患者为中心的学习;
- 这种促进患者学习的活动应该是基于多次的护患之间的互动;
- 评估患者的对知识理解程度;
- 护士要在这种结构化的促进患者学习的活动结束后进行反思。

(Fan & Sidani, 2009).

结构化学习方法是有一定效果的。Fan and Sidani 的 (2009) Meta 分析结果显示，糖尿病患者的自我管理教育有效性的因素之一为改变教育方法，从原来护士说教的单纯教育方法转变为护士说教与患者-护士互动的混合教育方法。其 Meta 分析结果显示：

- 这种混合式的教学方法比单纯护士说教的方式更加有效；
- 面对面的干预是提高患者知识水平和代谢控制的最有效方法 (Fan & Sidani, 2009, p. 24)；
- 有些研究有效地利用电话干预，因为它更加方便、简单且花费少(Fan & Sidani, 2009, p. 24)；
- 长期多次的教育对提高患者知识和血糖控制具有积极意义，但是对患者自我管理行为影响较少
- 强化教育可提高效果 (Fan & Sidani, 2009).

### 实践盒子

#### 个人结构化学习方法的实例：

- 护士-患者的对话要有相应记录，这些记录应该要清晰、简明且可重复的 (Fernandez, Evans, Griffiths & Mostacchi, 2006)；
- 为患者提供口头和书面信息，并且给予患者 5 分钟的时间向医生或护士提问(Herschorn, Becker, Miller, Thompson & Forte, 2004)；
- 将主要信息通过简报或图片的形式向患者展示；患者专用的信息表格应放置在家里显眼的位 置；提供一个安静的环境，课程时间不宜太长；护士与患者应该一对一交流(McKinley et al., 2009)；
- 安排 7 节课，每两周进行一次，一次 2 小时，内容应该包括力量训练及自我管理 (Rooks et al., 2007)。

#### 团体结构化学习方法的实例：

- 评估患者的理解力及在此基础上建立五个学习小组，并进行 6 个月的随访(Hermanns, Kulzer, Kubiak, Krichbaum & Haak, 2007)；  
由注册护士以小组为单位分别给予 6 周的学习指导，每周有两个小时的心理咨询，在一个舒适的教室环境，白天或者晚上，允许带家属或朋友(McGillion et al., 2008)；
- 为期五天结构化的，有计划的教学项目(Tankova, Dakovska & Koev, 2004)。

**问题：**这对那些主要为患者提供一对一护理的病房护士意味着什么？

**回答：**急重症医院、家庭护理、公共医疗卫生、社区、长期养护机构、门诊部以及自由执业等护士需要确保她们具有足够的知识、技能、判断力等促进患者为中心的学习。护士们以往的教学方法可能是非正式的或非结构化的，但要求尝试采取更加结构化的方法促进患者学习。

**问题：护士如何采取更加结构化的方法促进患者学习？**

**回答：**根据社会建构理论，应鼓励护士在她们的实践环境中创建“学习型社区”。护士，相关专业人员及患者首先可以共同地评估所处环境、患者的需求及可使用的资源。随后思考护士有是否能有更多的结构化/意向性的方法来提高患者学习。从小的问题入手，另外建立评价机制以评价患者学习效果。记住采取普遍性预防方法对不同级别健康认知水平的患者的重要性，同时可以与其他的教育方法相结合以促进患者学习和改善健康。

参考推荐 7 关于多形式教育策略





实践盒子	
行动	理由
在繁忙的科室，护士同意连续三个上午的中间时段抽出 5 分钟护理时间以支持患者学习	特设的教学更加有目的性
在上午的护理过程中，护士与患者合作来决定出双方都可接受的讨论主题和学习时间	与患者合作共同决定学习主题，可以使患者和护士对学习内容有准备
在学习之前，护士收集相关的资料以支持患者学习（如多媒体资料、小册子或书籍、海报、表格等）	教学广告、多媒体资料以及学习手册等的使用可以促进患者学习； 为患者提供有效网络资源及社区资源以支持； 患者在社区中持续的学习
在学习过程中，护士可以为患者提供阐述、提问、练习的机会	不断持续地评估患者对知识的理解程度可以确保护士清楚地表述资料和技能，并且在某种意义上，可以使患者能更加有效地使用信息
在学习之后，护士记录下学习的内容、患者的反应、患者掌握了哪些、哪些地方还有待加强以及学习中所遇到的困难或者哪些技巧可以加强学习	记录学习过程中的细节可以使其他医务人员支持和加强患者新的学习，弥补学习中的不足等
护士之间相互分享经验，发现她们所护理的不同患者有同样的学习需求，从而可以讨论未来开展小组学习的可能性	团队学习可以更好地利用资源，尤其是稀缺资源

**问题：**结构化的学习方法会带来哪些积极意义？

**回答：**文献已表明结构化学习方法会带来积极的健康结果及行为的改变。

表 2 列举了一些健康结局

表 2: 结构化学习方法相关的相关健康结局.

分类	结局
精神疾病	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 促进了精神疾病患者短期知识的获取 (Fernandez et al., 2006)</li> <li>· 提高了知识水平, 如关于精神疾病的用药知识, 但不一定会改善结局(Fernandez et al., 2006)</li> <li>· 降低了晚期肾病患者抑郁水平和提高了其自我护理效能(Tsay &amp; Hung, 2004)</li> <li>· 提高了 HIV 阳性患者的心理接受程度, 服药依从性以及减轻其抑郁水平(Balfour et al., 2006)</li> <li>· 促进了膀胱过度活动症患者的积极自我感知(Herschorn et al., 2004)</li> </ul>
糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 治疗低血糖问题(Hermanns et al., 2007)</li> <li>· 提高了糖尿病控制能力、知识掌握程度及减少了糖尿病药物的使用 (Deakin, McShane, Cade &amp; Williams, 2005)</li> <li>· 延缓了 II 型糖尿病心脑血管和微血管病变的发展(Rachmani, Slavachevski, Berla, Frommer-Shapira &amp; Ravid, 2005)</li> <li>· 强化了 II 型糖尿病患者的护理(Loveman, Frampton, &amp; Clegg, 2008)</li> <li>· 在对 I 型糖尿病患者健康教育一年后, 健康状况得到改善, 包括提高了糖尿病控制能力, 减轻了抑郁和焦虑水平, 促进了积极体验 (Tankova et al., 2004)</li> <li>· 通过团体护理, 提高了 I 型糖尿病患者的学习能力、解决问题能力和生活质量 (Trento et al., 2004)</li> <li>· 改善了老年糖尿病患者的代谢控制能力和自我管理能力 (Braun et al., 2009)</li> </ul>
疼痛	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 短期改善了健康相关生活质量和自我效能, 包括心绞痛患者的疼痛症状 (McGillion et al., 2008)</li> <li>· 有助于存在社会心理问题患者的疼痛管理(Ahles et al., 2006)</li> <li>· 有助于门诊癌性疼痛患者的疼痛管理(Yates et al., 2004)</li> </ul>

心脏疾病	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 更及时的治疗冠心病患者的冠脉综合征，其急性冠脉综合征的相关知识、态度及信念有明显的提高(McKinley et al., 2009)</li> <li>· 男性患者的生活质量得到提高，且对女性和慢性心衰男性患者的知识水平也有所提高(Stromberg, Dahlstrom &amp; Fridlund, 2006)</li> <li>· 提高了心衰患者的自我管理水平(Kline, Scott, &amp; Britton, 2007)</li> </ul>
用药	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 提高了抗逆转录病毒药物依从性(Reynolds et al., 2008)</li> <li>· 改善了成人外科患者对医疗保健的控制，并且提高了服药依从性(Suhonen &amp; Leino-Kilpi, 2006)</li> </ul>
哮喘	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 改善了女性哮喘患者的自我调节行为，尤其是降低了夜间哮喘症状的发生(Clark et al., 2007)</li> </ul>
知识	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 提高了关于急性心肌梗塞症状的知识、态度和信念水平(Buckley et al., 2007)</li> <li>· 提高了对用药和疾病的认知水平(Fernandez et al., 2006)</li> <li>· 提高了哮喘患者关于紧急情况下的知识、原因及护理决策能力(Magar et al., 2005)</li> <li>· 提高了对急诊患者的健康教育(Szpiro, Harrison, Van Den Kerkhof &amp; Lougheed, 2008)</li> <li>· 提高了对骨质疏松症的认知(Nielsen et al., 2008)</li> </ul>
其他	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 促进了纤维肌痛的女性患者的自我管理(Rooks et al., 2007)</li> <li>· 减少了产后出血所造成的贫血及尼泊尔怀孕妇女的死亡(Adhikari, Liabsuetrakul, &amp; Pradhan, 2009)</li> <li>· 促进了埃及早产儿的母乳喂养(Ahmed, 2008)</li> </ul>



### 推荐 6:

采用直白的语言、图片、实例来促进患者健康认知能力。

证据等级 = 1a

## 证据讨论

### 问题:什么是直白的语言?

**回答:** 文献研究显示,“直白的语言”与“简明的语言”常交换使用。这是有效沟通的基础。书写健康信息采用直白的语句时可易于患者理解、应用。低水平健康认知能力的患者常依赖于口头沟通(Sudore & Schillinger, 2009)。医生应避免使用医学术语,尽量选择使用通俗易懂的语句或白话(Sudore & Schillinger, 2009)。有效的沟通包括直白的语言(如心脏病,而不是心肌梗塞),优先选择重要的信息,关键词不宜过多(3个以内)。

### 问题:如何利用图片和插图等提高患者的健康认知能力?

**回答:** 通过图片展示疾病相关知识可以增强低水平健康认知能力患者对疾病的了解,治疗依从性,并且图片可以有效地展示出用药剂量、完成一个疗程的重要性及帮助减少用药差错和不良结果(Katz, Kripalani & Weiss, 2006; Kripalani et al., 2007; Yates et al., 2005)。同时它还可以促进患者对药物治疗的理解,提高患者的治疗满意度,尤其是当这些图示结合书面介绍或口头介绍时,效果更好(Katz et al., 2006)。

患者认为利用图示更有利于他们掌握药物的名称及每日服药的剂量、次数,但是对于了解药物之间的作用没有帮助(Katz et al., 2006)。Kripalani, Yao, and Haynes (2007) 研究显示,利用图示可以提高患者的自我效能感。推荐 7 是有关有效的多模式策略。

### 问题:是否有患者群体在理解图片上有困难?

**回答:** Liu, Kemper & McDowd (2009)的研究显示,老年人在理解图片时具有困难,认为其在文字认知表现更好。而且,老年人会比青年人在理解图片上花更多的时间;并且,老年人在理解力上也不足。

**参考附件 E** 对形成直白的语言、图片和解释有帮助的材料。

**推荐 7:**

为促进有效地学习，可采用多模式教育策略：

1. 书面材料
2. 电话
3. 录音磁带
4. 视频
5. 计算机技术和多媒体演示

证据等级 = 1a

## 证据等级

**问题:**这种多模式教育策略是否能有效地促进患者学习？

**回答:**已有文献表明，结合多种教育方法是有益处的(Cancer Care Ontario [CCO], 2009)，实施这些方法时要因人而异，结合患者的需求及意愿。

**参考附件 E** 多种教育策略相结合促进患者有效地学习的相关资源。

### 1. 书面材料

**问题:**像宣传手册、小册子这种材料是否能促进患者学习？

**回答:**书面材料，作为健康教育的一种有效途径，可以提高患者的满意度和记忆。书面材料以新入院患者信息包和小册子的形式可以提高患者知识水平及减少混淆(CCO, 2009)。

书面材料独立使用，或者与其他资源联合使用均可以促进患者学习，甚至在某些情况下，利用书面材料比使用一些技术手段更能促进患者学习。这种用于提高患者生活水平干预性的小册子可以在临床广泛使用，已有研究显示通过目标设定，这些小册子还可以促进患者认知和行为的改变，并可以促使其采取相应行动(Kelley & Abraham, 2004). Yildirim, Cicek & Uyar (2009)。对于癌症患者的健康教育，小册子和幻灯片结合比单独使用幻灯片更有效。Kroeze, Oenema, Campbell & Brug (2008) 发现，与光盘相比，这种打印出来的书面材料使用率更高。

**问题:**书面材料如何能满足具有认知障碍的患者的需求？比如英语作为第二语言？

**回答:**Yin and colleagues (2008) 研究显示，应用象形图可以减少用药差错，提高不同种族患者以及经济状况低下家庭儿童服用液体制剂药液的服药依从性。图解有助于提高患者，尤其对于低水平健康认知能力的患者对文字健康信息的兴趣和理解 (Hartman, Bena, McIntyre & Albert, 2009)。

## 2. 电话

**问题:** 电话随访与面对面交流有何不同?

**回答:** Jansa and colleagues (2006)研究显示, 对 I 型糖尿病患者进行电话随访要比面对面交流, 更节省花费和时间。在社区中老年人的研究中有类似的结果, 但是只是短期效果。在 6 个月时, 与接受健康教育者面对面交流相比, 电话随访可以明显地提高患者的体育锻炼活动情况, 但在 12 个月时, 电话随访的效果有所下降(King et al., 2007)。

## 3. 录音磁带

**问题:** 提供音频材料在提高患者知识水平及自我护理依从性方面有哪些优点?

**回答:** 使用录音磁带可以促进患者学习, 可以促使患者形成参与适合自我护理行为的意愿, 并确保成本效益。对患者使用录音磁带进行健康教育的应用效果的系统评价显示, 多数研究结果表明, 录音磁带的使用可以强化患者健康知识, 尽管不是长期的(Santo, Laizner & Shohet, 2005)。若健康信息正好为患者所需, 又考虑了患者的健康认知水平, 并且信息量没有超出患者的接受能力范围, 那么可获得最好的效果(Santo et al., 2005; Williams & Schreier, 2004, 2005)。

按照五年级理解水平录制的录音磁带的成功应用能提高女性化疗患者的自我护理能力(Williams & Schreier, 2004)。在这项研究中, 应用录音磁带的患者表现出了有效的自我护理行为, 并表示自身的症状得到了改善, 与对照组相比较, 该组患者焦虑水平也降低了。

Goepfinger and colleagues (2009)研究表明, 对患者的健康教育应用音频和可视化设备可以改善患者健康状况、自我护理行为。当资金有限或者为了传播, 将这种录音磁带邮寄给患者的这种方式很有用(Goepfinger et al., 2009)。

目前有多种新形式的音频技术。在这个指南的文献综述中没有指示任何一种技术。

## 4. 视频

**问题:**视频是否有利于患者学习?

**回答:**通过视频教育和电脑学习的好处类似, 它可以提高患者的满意度及更好地选择信息以解决认知方面的问题。视频能有效地引起患者共鸣和反映治疗的副作用。一项关于癌症病人的研究显示, 与一般的健康教育相比较, 健康教育加上视频能更有效地帮助患者记忆化疗副作用及相关症状的处理方法(Kinnane, Stuart, Thompson, Evans & Schneider-Kolsky, 2008)。教育性的视频已被推荐作为心血管病房一种健康教育手段, 其可以降低患者的焦虑和提高患者的满意度(Ruffinengo, Versino & Renga, 2009)。最后, 六年级的理解水平制作的动画视频, 相较于单独手册一种媒介, 可以改善长期知识记忆 (Schnellinger et al., 2010)。

## 5. 计算机技术和多媒体演示

**问题:**这种方法是否能有效地提高患者学习?

**回答:**是的。计算机干预能提高患者学习, 帮助患者记忆。Marsch and Bickel (2004)通过比较两种教育方式对药物注射患者进行艾滋病教育的效果, 一组是通过电脑进行健康教育, 一组是通过专家进行健康教育, 结果显示患者通过电脑进行健康教育, 能学到更多有关艾滋病的预防知识, 而且对知识维持大概三个月左右, 患者更喜欢这种教育方法, 在干预末期会频繁地要求传授更多的预防知识(Marsch & Bickel, 2004)。

在一项随机对照试验研究显示, 关于大便隐血试验健康教育, 计算机多媒体与护士进行的健康教育同样有效, 可以提高患者的依从性(Miller, Kimberly, Case & Wofford, 2005)。一个随机对照试验的综述评价了多媒体技术在提高患者或照顾者对病情评估及管理的知识水平, 研究发现接近三分之二(23/37)研究都表明, 多媒体教育与传统的健康教育模式相比较, 更有利于患者对健康信息的理解(Jeste, Dunn, Folsom & Zisook, 2008)。其他研究结果也显示, 患者通过以电脑为基础的多媒体教学(Meyer, Fasshauer, Nebel & Paschke, 2004)及交互式多媒体工具(Leung et al., 2004; Linne & Liedholm, 2006)可以增强患者对疾病的认识和理解。

**问题:**这种电脑教学可以带来哪些积极意义?

**回答:**它可以满足学生的学习需求, 促进患者健康, 帮助患者采取健康的生活方式。一个关于糖尿病患者的研究显示, 网上教学可以提高患者躯体活动能力和有效控制血糖水平。患者认为这种方法更加明确、更加具有选择性, 更能提高他们的学习满意度(Kim & Kang, 2006)。

在一篇对 30 篇研究的综述中发现, 这些研究都采用了通过电脑干预来改变行为和饮食习惯, 大多数研究都表明以电脑为基础的教育更有利于促进健康饮食(Kroeze, Werkman, & Brug, 2006)。11 篇行为锻炼中的 3 篇和 26 篇饮食行为的 20 篇研究都证实了这种干预方式的积极效果(Kroeze et al., 2006)。

**问题: 电脑的使用如何改变病人和医务人员之间的互动?**

**回答:** 这种电子教学可以促进患者与护士之间的交流。许多研究表明, 这种以计算机为基础的教育模式改善了护患关系, 包括:

- 促进了患者与护士之间的交流(Jeste et al., 2008; Keulers, Welters, Spauwen & Houpt, 2007);
- 患者对健康信息更好地理解(Jeste et al., 2008; Keulers et al., 2007);
- 患者积极地参与健康维持活动(Jeste et al., 2008); and
- 积极面对健康问题 (Kirsch & Lewis, 2004).

有研究显示, 在门诊之前先利用计算机进行健康教育可以充分利用就诊时间作出决策(Keulers et al., 2007; Kim & Kang, 2006; Kim, Yoo & Shim, 2005).

**问题: 如果患者在计算机健康教育方面缺乏经验会怎样?**

**回答:** 通过对冠心病患者进行计算机健康教育, 发现与传统的健康教育方式相比, 即便是之前没有使用计算机的患者或老年患者, 都对计算机程序应用的满意度高, 认为其简单可行, 并且可以增强患者健康知识。通过这种方式获得的知识可以维持 6 个月(Beranova & Sykes, 2007)。另一研究表明这种以计算机为基础健康教育可改善健康教育, 可以满足患者的学习和技能需求, 并且可以有效地控制血糖(Nebel et al., 2004)。

**问题: 这种多媒体教学模式是否可以解决认知问题?**

**回答:** 有大量的证据表明这种计算机健康教育模式可以改善低水平健康认知能力患者的健康结局。一项关于低水平认知能力的患者接受 HIV 预测知识的随机试验结果表明, 利用平板电脑观看相关视频可以代替传统的 HIV 咨询专家(Merchant et al., 2009)。研究显示, 利用多媒体健康教育模式宣传结肠癌筛查知识已在社区广泛应用, 并且加强了拉美裔患者对疾病的认识和对结肠癌筛查的意识(Makoul et al., 2009)。

**问题: 应用社交媒体是否可以增强以患者为中心的学习?**

**回答:** 在书写指南时, 研究人员并没有关注社交媒体作为一个有效的方法促进以患者为中心的学习的相关文献。



**推荐 8:**

评价患者学习。

证据等级 = IIa

**证据讨论****问题:** 护士为什么要评价患者的学习效果?**回答:** 护士应该确保患者理解所学的知识, 因为这是普遍性防御措施和临床最佳实践(Paasche-Orlow, Schillinger, Greene & Wagner, 2006; Schillinger et al., 2003).**问题:** 护士如何评价患者的学习?**回答:** 为了以一种安全, 无责备、无尴尬的方式评价患者的学习, 护士的语言措辞很重要, 目的是使他们能够表达出他们理解和不确定的地方, 而不是隐藏知识或能力的不足。一个方法是护士可以少用些评价性的语言, 比如对于学习的反馈而不是评价, 而且此评价可以用于测量护士的表达能力。**实践盒子**

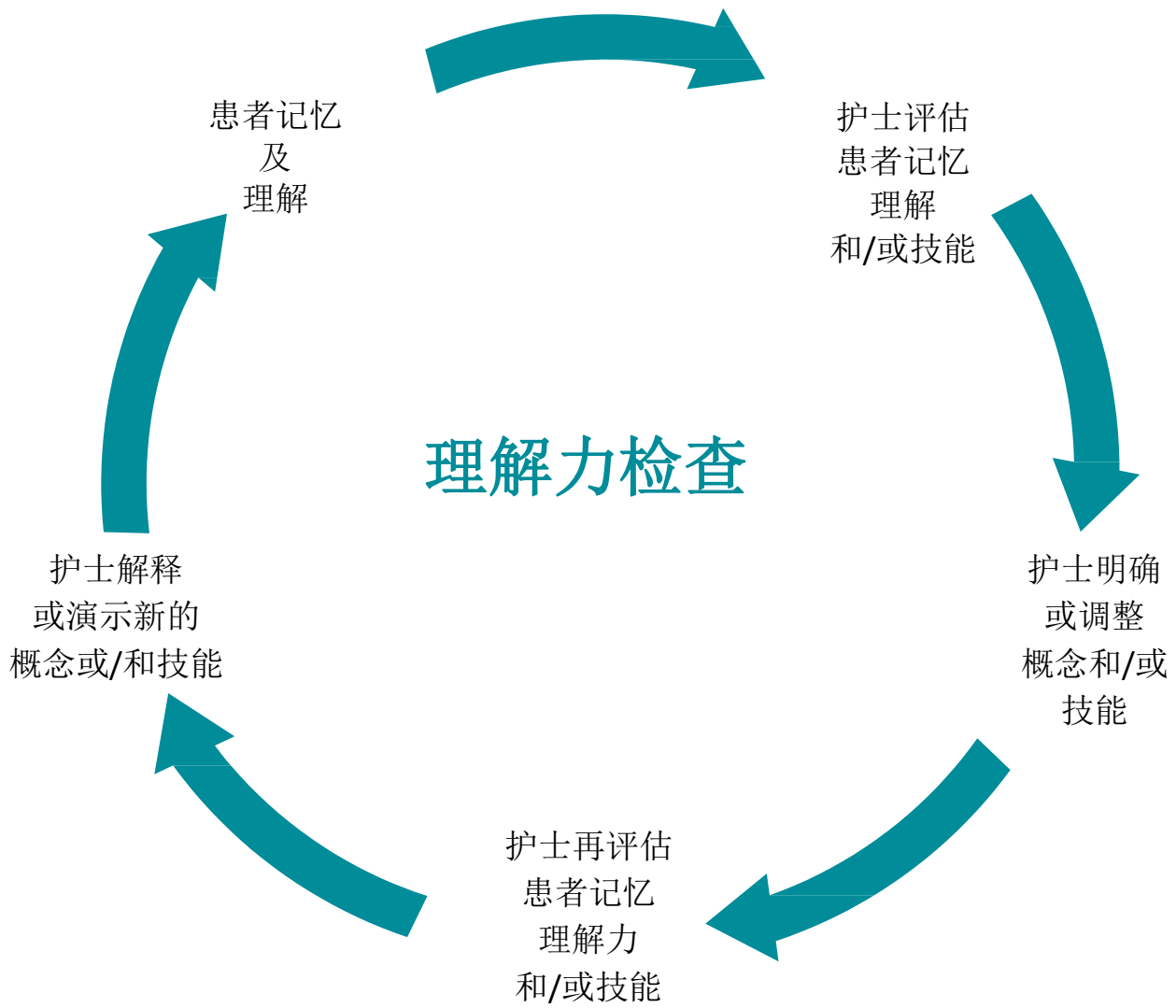
对话应使护士了解患者的知识水平, 技能缺陷或具体难点, 而不是测试评价患者。为了明确护士已清楚地向患者阐明, 护士可以从以下几个展开对话:

- 为了确保我解释清楚了, 请告诉我你对我刚才所说的有什么想法…
- 为了我知道我解释清楚了, 请重复下我刚才所说的…
- 你认为这怎么影响到你的生活方式的? 或改变你的生活方式?
- 你觉得它有什么好处?
- 这个将如何帮助你?
- 你觉得哪部分对你最困难? 为什么?
- 它将对您产生哪些影响?
- 你还需要哪些帮助…?

有很多方法可以用来评价患者学习效果，如反向教学（teach back）/closing the loop 完成对话循环, teach to goal 根据目标教学, ask-tell-ask 提问-回答-提问, show me 学生展示. Sudore & Schillinger (2009) 研究显示，采用 teach back 反向教学/closing the loop 完成对话循环, teach to goal 根据目标教学, show me 学生展示，这些方法效果更好。每一个评价方法都是一个循环的过程：传授知识或演示技能、检查患者是否理解、阐明解释问题直到患者掌握技能或者能用自己的语言复述学到的知识而且可以描述这些知识如何应用到自己的生活中。附件 F 提供了两个案例阐明 ‘teach back 反向教学/closing the loop 完成对话循环 and ask-tell-ask 提问-回答-提问技巧之间的不同。

例如，为了检查患者是否已理解或者能够描述出他们的药物治疗方案，护士往往会询问患者如何进行服药。如果患者不能够解释或描述出来，那么护士可以根据患者情况，采取不同的方法进行阐述说明，再次评价患者的学习，直至患者掌握。有许多因素可以影响患者的学习，比如认知能力、焦虑、文化背景及注意力的分散等。表 2 阐明了如何检查理解力来使护士能持续评价患者的学习能力。





推荐

表 2: 理解力检查 (adapted from Schillinger et al., 2003).

### 推荐 9:

与以下群体有效地沟通促进以患者为中心的学习:

- a. 患者;
- b. 多学科团队.

证据等级 =1b

## 证据讨论

**问题:为什么有效地沟通对患者及医疗团队如此重要?**

**回答:(a) 患者** 会从口头信息中受益。有研究显示,只有42%的患者可以说出他们的疾病诊断,几乎没有患者可以说出他们所服药物的名称和副作用(Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman & Rudd, 2005)。Henry等(2007)通过随机对照试验研究显示,如果给予患者合适的健康信息并且进行检查的话,可以提高患者的记忆力(表2)并且通过制定合适的信息以更好地提高记忆力(Paasche-Orlow et al., 2005)。

**(b)所有的医务工作者**当与患者交流时都有义务记录交流内容。与在卫生服务环节(急诊、药房、病房及社区等情境)里其他学科健康从业者交流患者学习的细节,可以帮助各学科增强患者每次来访时的学习,不仅包括每个情境,还包括各情境之间的连续。这不仅能促进连续性护理,还可以增强对患者的保护(CNO, 2009a; National Asthma Education and Prevention Program, 2007)。

**问题:护士如何有效地促进以患者为中心的沟通交流:**

- a) 患者;
- b) 多学科团队

**A: (a) 患者:** 与患者有效地沟通包括:

- 采用 LEARNS 模式(表 1);
- 检查理解力(表 2);
- 利用“take away 带走的知识”等方式总结关键信息(Sudore & Schillinger, 2009)。

**(b) 多学科团队:** 有效沟通第一步是记录阶段,记录包括:

- 患者强调的关键知识和技能;
- 患者想要了解的内容;
- 患者所能接受的行为;
- 护士如何进行评估的和评估的内容;
- 患者难以学会内容或没有覆盖到的内容;
- 患者对于课程的反应;
- 之后的计划。

(CNO, 2009a; National Asthma Education and Prevention Program, 2007)

第二步是确保与患者有联系的所有医务人员了解以上记录，了解哪些内容对于患者比较难理解，应该如何评估患者学习情况，为患者提供哪些支持等。这可以避免健康教育内容的重复，及增强患者对先前学习内容的记忆(CNO, 2009a; National Asthma Education and Prevention Program, 2007)。附件G提供了一个医护人员可能会用到的交流工具的例子，以确保哮喘健康教育的有效沟通。

### 实践盒子

**思考**普遍性防护措施的内容以及附件G中提供的交流工具的回顾，为了与专业团队有效的沟通，护士需要如何改变、保持和完善这个沟通工具？

### 问题:为什么护士需要记录下来?

**回答:**这种护理记录是护士必须掌握的，护理实践中重要的一项内容(CNO, 2009a)。作为护士的职责，以患者为中心的学习的各方面都需要被记录，以为患者提供安全有效的护理(CNO, 2009a)。护士之间清晰的护理记录帮助之后的护士理解，促进患者的连续性护理。

文件记录在不同级别组织机构中，进行策略制定、服务评价及预算分配都是必须的。没有文件记录会使组织机构验证目标结局的能力、监测发展趋势及确保护理基金和资源等能力受到威胁。

## 教育推荐

### 推荐 10:

将 LEARNS 模式应用于护理项目及继续教育课程。

证据等级 = Iv

### 证据讨论

**问题:** 护士应具备哪些素质来有效地促进以患者为中心的学习?

**回答:** LEARNS 模式 (表 1) 可以有效地促进以患者为中心的学习。护士促进患者学习健康教育和自我管理措施, 可以增强患者对自身健康的管理(RNAO, 2010)。

**问题:** 有哪些证据可以证明 LEARNS 模式可以促进患者学习?

**回答:** LEARNS 模式是开发小组为这个实践指南所开发的原创模式来促进以患者为中心的学习。在编写该指南时, 还没有足够的证据证明该模式可以促进患者学习。

但是, 有证据表明该模式中的各框架是可以促进患者学习。一个关于糖尿病自我管理的健康教育措施的 meta 分析表明, 护士与患者之间的沟通交流 (面对面或电访) 是最有效的措施(Fan & Sidani, 2009)。这些辅助手段可以提高有效性(Fan & Sidani, 2009)。关于心力衰竭的干预措施的系统综述表明, 健康教育方法应该是在一对一的基础上, 结合患者需求, 采取多媒体辅助工具(Fredericks et al., 2010)。

**问题:** 哪些证据可以表明在健康教育过程中采用普遍性防护措施的重要性?

**回答:** 护士应意识到健康认知能力的高低能对健康状况的好坏的影响。很多研究 (该最佳实践指南以外的传统综述: CCL, 2008; 加拿大公共卫生保健学会 [CPHA], 2007; 美国医学研究所, 2004; 美国健康及人力服务部, 2010) 建议健康知识应该被纳入进卫生院校和继续教育课程中。需要进一步研究为健康认知问题患者提供健康教育的护士的培训(Cutilli, 2007)。Sudore & Schillinger (2009) 研究结果表明, 关于解决健康认知能力不足的专业干预措施可以包括: 医学教育积分, 在培训时注重清晰有效地沟通及执业医师考试。

参考推荐 2 关于针对健康认知能力的普遍性防护措施。参考附件 E 是支持健康认知的材料。

**推荐 11:**

反思 LEARNS 模式并将其与每日实践结合。

证据等级 = IV

## 证据讨论

**问题:**为什么鼓励和支持护士反思在每天的护理实践中整合 LEARNS 模式的情况?

**A:** 反思为护士提供了对自身教育者角色进行反省的机会，并且使他们从原来的传递教育信息转变成了现在的促进患者学习(Wilkinson & Whitehead, 2009)。随着医疗服务逐渐地复杂及患者承担责任的增多，护士需要反思她们的护理干预如何能鼓励患者参与。因此，护士应该与患者建立合作伙伴关系，并且尊重患者的选择及促进以患者为中心的学习。同时，护士还要对她们自身的技能实践进行反省(CNO, 2008)。

安大略大学的护理学院质量保证项目(The College of Nurses of Ontario quality assurance program)为结构化反思护理实践提供了机会。护士，与 LEARNS 模式一致，利用自我评估学习计划的方式来评估自身的优势，提高促进以患者为中心学习的知识和技能水平。

### 实践盒子

为了使 LEARNS 模式更好的应用于临床实践，护士应意识到哪些方面需要提高： .

**例子:**

**聆听患者需求:**我如何能提高听力技巧?

**建立关系:**我如何能与患者建立伙伴关系?

**有目的地学习:**怎样才能采取更加正式、有计划的方法促进患者学习?

**提高健康认知能力:**怎样与患者交流沟通使患者理解?

**反馈对新知识的理解程度:**我如何在实践过程中加入“确认患者理解”?

**增强自我管理:**如何增强患者自我管理能力?

## 组织和政策推荐

### 推荐 12:

有足够的资源来支持结构化教育方法，以促进以患者为中心学习。

证据等级 = IV

### 证据讨论

**问题:**组织应该提供哪些资源支持结构化教育方法，来促进以患者为中心的学习？

**回答:**应该营造一个以患者为中心的学习环境。资源包括护士、资金、专属空间、器材设备、各类多媒体资料等。参考附件 E 关于更多网络资源。

### 推荐 13:

将 LEARNS 模式纳入战略计划和组织目标中，以促使 LEARNS 模式与护理过程进行有机地整合。

证据等级 = IV

### 证据讨论

**问题:**组织如何将 LEARNS 模式纳入战略计划和组织目标中？

**回答:**促进以患者为中心学习的观念和准则，如果要成功地融入，则需要获得组织的认同: (1) 高层管理者责任制 (2) 在策略计划和组织目标中纳入促进以患者为中心学习的四个支柱 (3) 护理过程中促进以患者为中心学习的证据。 这些的结合才能确保以患者为中心学习的长期发展。

### 实践盒子

以下是列举的部分可以结合以患者为中心学习的四个支柱的例子：

- 质量指标（计分卡，仪表盘）；
- 护理文件；
- 能力的入职培训；
- 合作关系；
- 患者安全措施；
- 绩效考核流程



**问题:**为什么在提供护理服务时，组织需要创建一个安全、无尴尬和无责备的环境？

**回答:**组织委员会创造了一个无责备、无尴尬的安全环境，所有的患者和护士能够明白患者学习的四个支柱（LEARENS 模式的四个支柱）。鼓励患者与护士建立合作伙伴关系，而且护士要基于患者学习的四个支柱（LEARENS 模式的四个支柱）为患者提供护理。参考推荐 1 关于创建一个无责备、无尴尬的安全环境的信息。参考附件 E 关于如何创建一个无责备、无尴尬的安全环境。

#### 推荐 14:

采用相关的记录工具以促进以患者为中心的有效沟通。

证据等级 = IV

## 证据讨论

**问题:**为什么组织要采用记录工具以促进以患者为中心的有效沟通？

**回答:**有效的沟通工具将帮助护士及其他医务人员：

- 及时有效地记录下来；
- 记录细节信息，对于患者理解困难或太累或生病无法理解的知识标示，使得其他护士能够持续帮助患者；
- 避免重要信息的遗漏；
- 避免不必要的重复。

参考推荐 9 有关更多以患者为中心学习有效沟通的信息。

除此之外，记录工具还为认证提供了工具。比如明确在以患者为中心的学习过程中的不足，发展额外的项目以增强提供患者为中心学习的机会。

### 推荐 15:

最佳护理实践指南的实施需要充分的计划、完备的策略、足够的资源、管理层的支持以及临床工作者恰当的指南实施

证据等级: lv

## 证据讨论

**问题:**组织如何能成功地应用该指南?

**回答:**RNAO (由护士, 研究人员, 管理者组成的小组) 已经提供一个关于最佳实践指南的实施的工具包, 基于足够的证据、理论、支持。该工具包被推荐指导该指南的应用。

一个有效的有组织的实施计划应包括:

- 实施的准备工作和困难的评估, 考虑当地的背景;
- 实施过程中所涉及到的所有人员;
- 促进人们意识到最佳实践的重要性的教育和讨论的机会;
- 安排合适的人员在教育和实施过程中提供必要的支持;
- 能反映个人和组织在实施指南方面的经验的机会。

一个指南成功地实施要求有结构的, 系统的实施计划, 并有能将这些以证据为基础的推荐应用于政策、临床实践的领导力强的护士。安大略注册护士协会工具包 (2012) 提供了一个结构化的模式来实施实践的变化。

**附件 H** 是对工具包的描述。

## 研究的缺陷和展望

指南开发小组回顾了形成指南的证据，已确认目前关于患者为中心学习中的文献研究的缺陷，考虑到这些不足，小组确认下面的重点研究问题：

### 1. 患者结局：

- 以患者为中心的学习对患者、人群及制度（system）的健康状况产生了哪些影响？
- 有效的以患者为中心的学习对患者产生了怎样的体验？/对患者产生了哪些影响？

### 2. 护士知识/技能：

- 护士如何将“teach back 反馈教学”应用到护理实践中？
- 医学院校如何将技能融入到课程中？
- 护士的教育背景对以患者为中心的学习产生怎样的影响？
- 护士应具备哪些技能？

### 3. 资金影响：

- 以患者为中心的学习的成本效益如何？
- 若没有促进以患者为中心的学习，有什么成本影响？

### 4. 支持实施的方法：

- 在不同的医疗情境下，如何更好地进行以患者为中心的学习？

### 5. 实践：

- 除了“teach back 反馈教学”和“teach to goal 目标教学”，还有哪些方法可以用来评估患者的学习？
- LEARNS 模式的效果如何？
- 护士如何在临床中应用 LEARNS 模式的？

上面的列表试图识别和优先考虑一些该领域的研究空白，但并非列举所有可能。

## 指南的评价

组织应用最佳实践指南的推荐，需要对其如何进行应用及应用的影响是什么进行评价。下面表格，是基于《RNAO 工具包：最佳实践指南》的一个表格，列举了一些评价该指南《促进以患者为中心的学习》的具体的指标。

指标	结构	过程	结局
	评价组织中可用的支持，以允许护士促进以患者为中心的学习。	评价过程中，能促进患者为中心的学习的实践改变。	评价推荐的影响。
组织	负责政策和流程的组织委员会评估最佳实践推荐	修改政策和流程，使其与患者为中心学习的目标与观念一致	关于患者为中心学习的政策和流程需和指南推荐证据一致
	以患者为中心的学习方法被融合到护理患者的计划中	融合基于证据的患者为中心学习策略来形成和传达专业发展活动和意向项目	患者为中心的学习策略应融入到护理过程中，如记录患者学习需求
护士/提供者	护士和跨学科团队能够接触到有关实施以患者为中心学习的策略的教育机会	已参与患者为中心的学习会议的护士或/和跨学科团队所占该学科的比例	护士和/或跨学科团队有能力促进以患者为中心的学习
	现有结构中包括评价检查教育计划的有效性	护士自我评价关于评估学习需求及应用结构化方法	记录以患者为中心的学习。护理实践示范患者为中心学习的操作

患者	可用的采用患者为中心学习的策略的教育干预措施	患者参与结构化学习的比例。	患者反映其学习满意度提高。患者证明其自我管理能力提高。
财务成本	提供足够的资金支持以为工作人员提供关于将患者为中心学习策略融合到学习过程中的专业发展机会。	所需的教育费用和其他资源应该包含在营业预算。	为促进以患者为中心学习的资金对于工作人员和患者是可用的。



## 应用策略

安大略注册护士协会及指南开发人员形成了指南应用策略的列表，以帮助那些对该指南感兴趣的组织或行业：

- 至少有一个专门负责人比如高级实践护士或者临床护士，有娴熟的临床技能、领导能力及支持指南。她应该还有广泛的人脉、自我学习及解决问题的能力。
- 对组织就以患者为中心学习的需求进行评估，以了解当前的知识背景及今后的教育需求。
- 最初的需求评估可以采用分析法、随访、调查问卷、重要事件及以小组的形式（小组形式-焦点小组）。
- 建立一个由利益相关者和医护人员组成的指导委员会。确立短期和长期目标。建立一个工作计划以记录活动、个人的责任及工作时间表。
- 对指南的应用制定预期目标以帮助指导变革，并且制定策略来实现和维持这个预期（创建一个美好前景，以助于指导变革努力的方向，并且制定策略以达到这一美好前景，并使其能够持续化。）
- 项目设计应该包括：
  - 目标人群；
  - 目标及目的；
  - 结局测量；
  - 所需资源（如人力资源、设备、器材等）；
  - 评价
- 教育课程的设计和持续的支持。健康教育内容由演示、护士指导、讲义及案例学习组成。活页夹、海报及小卡片可以作为学习过程中的提示工具。健康教育应该为互动式的，包括问题的解决方法、强调重点内容及为患者提供锻炼技能的机会(Davies & Edwards, 2004)。
- 提供系统的支持。比如，雇佣替代人员以便让参与者不会因担心工作而分心，也可以围绕这个最佳实践，通过政策和流程，提出一个核心指导思想。提出新的评估方案及记录工具(Davies & Edwards, 2004)。
- 对于表现优异的参与者要给予支持和奖励，肯定参与者的工作(Davies & Edwards, 2004)。
- 组织在应用该指南时应该采用自学、团体学习及导师制，而且应增强护士的自信心及知识水平。
- 除了技能熟练的护士，职工入职培训需要包括以患者为中心学习的原则，并定期进行复习培训。
- 患者、家庭及专业团队的合作、综合评价及治疗计划均有利于指南的应用成功。应在社区或组织内安排必要的服务或资源。

除了以上提到的策略，安大略护士注册协会已在网上发布了相关可用的资源。如果使用正确的话，指南实施的工具箱是很有帮助的。关于这个工具箱简单的介绍可看 **附件 H**。一个工具箱完整版 PDF 格式的文件可在安大略注册护士协会网上下载 <http://rnao.ca/bpg>。

## 指南的更新

安大略省注册护士协会建议从以下方面更新指南：

1. 每个护理最佳实践指南会每 5 年更新一次，根据最后的修订，由各个领域的专家小组审阅。
2. 在形成和修订指南期间，RNAO 的小组成员会定期检测最新的系统综述、随机对照试验及其他相关的文献。
3. 根据检测出来的结果，小组成员会提出一个早期的更新修订计方案。向原始的开发小组及领域专家进行适当的咨询可比既定日期提前帮助决策。
4. 在评审的前三个月，小组成员可开始着手于评审计划：
  - a) 邀请领域的专家加入评审小组。评审小组由原始的开发成员及其他推荐的专家组成。
  - b) 整理在应用指南过程中收到的反馈，包括问题、评论及体会。
  - c) 整理该领域最新的临床实践指南、系统综述、meta 分析、随机对照试验及其他相关文献。
  - d) 根据目标日期，制定详细的工作计划。
5. 修订版的指南会根据已建立的结构和流程进行宣传。

## 参考文献

- Adhikari, K., Liabsuetrakul, T. & Pradhan, N. (2009). Effect of education and pill count on hemoglobin status during prenatal care in Nepalese women: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecological Research*, 35(3), 459-66.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Sante. (2001). *Therapeutic education for patients with asthma: Adults and Adolescents*. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Sante. Retrieved from [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/asthma\\_education.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/asthma_education.pdf)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2011). *Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Evidence Report/Technology Assessment # 199*. Retrieved from [www.ahrq.gov/clinic/tp/lituptp.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/tp/lituptp.htm)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2004). *National healthcare quality report, 2004*. Retrieved from <http://archive.ahrq.gov/qual/nhqr04/nhqr04.htm>
- AGREE Collaboration. (2001). Appraisal of guidelines for research and evaluation. AGREE Collaboration [Electronic version]. Retrieved from: <http://www.agreecollaboration.org/>
- Ahles, T. A., Wasson, J. H., Seville J. L., Johnson, D. J., Cole, B. F., Hanscom, B.,...McKinstry, E. (2006). Controlled trial of methods for managing pain in primary care patients with or without co-occurring psychosocial problems. *Annals of Family Medicine*, 4(4), 341-50.
- Ahmed, A. H. (2008). Breastfeeding preterm infants: An educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. *Pediatric Nursing*, 34(2), 125-138.
- Anderson, D., Mizzari, K., Kain, v. & Webster, J. (2006). The effects of a multimodal intervention trial to promote lifestyle factors associated with prevention of cardiovascular disease in menopausal and postmenopausal Australian women. *Health Care for Women International*, 27(3), 238-253.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger lifecycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Balfour, L., Kowal, J., Silverman, A., Tasca, G. A., Angel, J. B., Macpherson, P. A.,...Cameron, D. W. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care*, 18(7), 830-838.
- Beck, C. & Kosnik, C. (2006). *Innovations in teacher education: A social constructivist approach*. New York: State University of New York Press.
- Beranova, E. & Sykes, C. (2007). A systematic review of computer-based softwares for educating patients with coronary heart disease. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 21-28.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Ashkam, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.
- Blumberg, P. (2009). *Developing learner-centered teaching*. San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.
- Braun, A. K., Kubiak, T., Kuntsche, J., Meier-Hofig, M., Muller, U. A., Feucht, I. & zeyfang, A. (2009). SGS: A structured treatment and teaching programme for older patients with diabetes mellitus - A prospective randomized controlled multi-centre trial. *Age and Ageing*, 38(4), 390-396.
- Brown, D. R., Ludwig, R., Buck, G., Durham, D. Shumard, T. & Graham, S. S. (2004). Health literacy: Universal precautions needed. *Journal of Allied Health* 33(2), 150-155.
- Buckley, T., McKinley, S., Gallagher, R., Dracup, K., Moser, D. K. & Aitken, L. M. (2007). The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 105-111.



- Canadian Council on Learning (CCL). (2008). *Health literacy in Canada: A healthy understanding*. Retrieved from [www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyReportFeb2008E.pdf](http://www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyReportFeb2008E.pdf)
- Canadian Public Health Association (CPHA). (2012). *Plain language service*. Retrieved from <http://www.cpha.ca/en/pls/faq.aspx>
- Canadian Public Health Association (CPHA). (2007). *Perceptions of health literacy. Results of a questionnaire for practitioners, policy-makers and researchers*. Retrieved from [http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/questionnaire\\_e.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/questionnaire_e.pdf)
- Cancer Care Ontario (CCO). (2009). Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education. Retrieved from <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=60065>
- Clark, N. M., Gong, z. M., Wang, S. J., Lin, x., Bria, W. F., & Johnson, T. R. (2007). A randomized trial of a self-regulation intervention for women with asthma. *CHEST*, 132(1), 88-97.
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2009a). *Practice standard: Documentation, Revised 2008*. Retrieved from [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001\\_documentation.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf)
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2009b). *Practice standard: Ethics*. Retrieved from [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41034\\_Ethics.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41034_Ethics.pdf)
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2008). *Quality Assurance: Reflective practice*. Retrieved from [http://www.cno.org/Global/docs/qa/44008\\_fsRefPrac.pdf?epslanguage=en](http://www.cno.org/Global/docs/qa/44008_fsRefPrac.pdf?epslanguage=en)
- Coster, S. & Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 508-528.
- Cutilli, C. C. (2007). Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthopaedic Nursing*, 26(1), 43-48.
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.
- Deakin, T., McShane, C. E., Cade, J. E., & Williams, R. D. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(2), CD003417.
- Deyirmenjian, M., Karam, N., & Salameh, P. (2006). Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety? *Patient Education and Counseling*, 62(1), 111-117.
- Estabrooks, P. A., Nelson, C. C., xu, S., King, D., Bayliss, E. A., Gaglio, B.,... Glasgow, R., E. (2005). The frequency and behavioural outcomes of goal choices in the self-management of diabetes. *The Diabetes Educator*, 31(3), 391-400.
- Fan, L. & Sidani, S. (2009). Effectiveness of diabetes self-management education intervention elements: A meta-analysis. *Canadian Journal of Diabetes*, 33(1), 18-26.
- Fernandez, R. S., Evans, v., Griffiths, R. D., & Mostacchi, M. S. (2006). Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: A review of the evidence. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 70-80.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Fredericks, S., Beanlands, H., Spalding, K., & Da Silva, M. (2010). Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 30-37.
- Fredericks, S. (2009a). The relationship between CABG patient characteristics and perceived learning needs: A secondary analysis. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 13-19.
- Fredericks, S. (2009b). Timing for delivering individualized patient education intervention to Coronary Artery Bypass Graft patients: An RCT. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 144-50.

- Goeppinger, J., Lorig, K. R., Ritter, P. L., Mutatkar, S., villa, F., & Gizlice, z. (2009). Mail-delivered arthritis self-management tool kit: A randomized trial and longitudinal followup. *Arthritis and Rheumatism*, 61(7), 867-875.
- Griffin, v. (1988, 1993). Holistic learning/teaching in adult education: Would you play a one string guitar? In T. Barer-Stein & J. Draper (Eds.), *The Craft of Teaching Adults*. Malabar, Florida: Krieger Publishing Company.
- Hartman, J. H., Bena, J., McIntyre, S., & Albert, N. M. (2009). Does a photo diary decrease stress and anxiety in children undergoing magnetic resonance imaging? A randomized, controlled study. *Journal of Radiology Nursing*, 28(4), 122-128.
- Henry, J. A., Loovis, C., Montero, M., Kaelin, C., Anselmi, K-A., Coombs, R.,...James, K. (2007). Randomized clinical trial: Group counseling based on tinnitus retraining therapy. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(1), 21-32.
- Hermanns, N., Kulzer, B., Kubiak, T., Krichbaum, M. & Haak, T. (2007). The effect of an education programme (HyPOS) to treat hypoglycemia problems in patients with type 1 diabetes. *Diabetes/ Metabolism Research and Reviews*, 23(7), 528-38.
- Herschorn, S., Becker, D., Miller, E., Thompson, M. & Forte, L. (2004). Impact of a health education intervention in overactive bladder patients. *The Canadian Journal of Urology*, 11(6), 2430-2437.
- Hibbard, J. H. & Peters, E. (2003). Supporting informed consumer health care decisions: Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annual Review of Public Health*, 24, 413-433.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (Eds.). (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.0.1*. Retrieved from [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org)
- Institute of Medicine of National Academies (IOM). (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Retrieved from [www.nap.edu/books/0309091179/html/](http://www.nap.edu/books/0309091179/html/)
- Jansa, M., vidal, M., viaplana, J., Levy, I., Conget, I., Gomis, R. & Esmatjes, E. (2006). Telecare in a structured therapeutic education programme addressed to patients with type 1 diabetes and poor metabolic control. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 74(1), 26-32.
- Jeste, D., Dunn, L., Folsom, D. & zisook, D. (2008) Multimedia educational aids for improving consumer knowledge about illness management and treatment decisions: A review of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 42(1), 1-21.
- Katz, M. G., Kripalani, S. & Weiss, B. D. (2006). Use of pictorial aids in medication instructions: a review of the literature. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 63(23), 2391-2397.
- Kelley, K. & Abraham, C. (2004). RCT of a theory-based intervention promoting healthy eating and physical activity amongst out-patients older than 65 years. *Social Science and Medicine*, 59(4), 787-797.
- Keulers, B.J., Welters, C. F., Spauwen, P. H., & Houpt, P. (2007). Can face-to-face patient education be replaced by computer-based patient education? A randomised trial. *Patient Education and Counseling*, 67(1-2), 176-182.
- Kim, C. J. & Kang, D. H. (2006). Utility of a web-based intervention for individuals with type 2 diabetes: the impact on physical activity levels and glycemic control. *CIN: Computer, Informatics, Nursing*, 24(6), 337-345.
- Kim, H. S., Yoo, Y. S. & Shim, H. S. (2005). Effects of an Internet-based intervention on plasma glucose levels in patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(4), 335-340.
- King, A. C., Friedman, R., Marcus, B., Castro, C., Napolitano, M., Ahn, D. & Baker, L. (2007). Ongoing physical activity advice by humans versus computers: The Community Health Advice by Telephone (CHAT) trial. *Health Psychology*, 26(6), 718-727.
- Kinnane, N., Stuart, E., Thompson, L., Evans, K. & Schneider-Kolsky, M. (2008). Evaluation of the addition of video-based education for patients receiving standard pre-chemotherapy education. *European Journal of Cancer Care*, 17(4), 328-339.
- Kinnersley, P., Edwards, A. G., Hood, K., Cadbury, N., Ryan, R., Prout, H.,...Butler, C. (2007). Interventions before consultations for helping patients address their information needs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004565.

- Kirsch, S. E. & Lewis, F. M. (2004). Using the World Wide Web in health-related intervention research. A review of controlled trials. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 22(1), 8-18.
- Kline, K. S., Scott, L. D. & Britton, A. S. (2007). The use of supportive-educative and mutual goal-setting strategies to improve self-management for patients with heart failure. *Home Healthcare Nurse*, 25(8), 502-510.
- Knowles, M. (1975). *Self-directed learning*. Cambridge Adult Education.
- Kripalani, S., Robertson, R., Love-Ghaffari, M. H., Henderson, L. E., Praska, J., Strawder, A.,...Jacobson, T. A. (2007). Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 368-377.
- Kripalani, S., Yao, x. & Haynes, R. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 167(6), 540-550.
- Kroeze, W., Oenema, A., Campbell, M. & Brug, J. (2008). Comparison of use and appreciation of a print-delivered versus CD-ROM-delivered, computer-tailored intervention targeting saturated fat intake: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(2), e12.
- Kroeze, W., Werkman, A. & Brug, J. (2006). A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 205-223.
- Leung, K. Y., Lee, C. P., Chan, H. Y., Tang, M. H., Lam, Y. H. & Lee, A. (2004). Randomised trial comparing an interactive multimedia decision aid with a leaflet and a video to give information about prenatal screening for Down syndrome. *Prenatal Diagnosis*, 24(8), 613-618.
- Linne, A. B. & Liedholm, H. (2006). Effects of an interactive CD-program on 6 months readmission rate in patients with heart failure - A randomized, controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 6, 30.
- Liu, C. J., Kemper, S. & McDowd, J. (2009). The use of illustration to improve older adults' comprehension of health-related information: Is it helpful? *Patient Education and Counseling*, 76(2), 283-288.
- Loveman, E., Frampton, G. K. & Clegg, A. J. (2008). The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 12(9), 1-116.
- Magar, Y., vervloet, D., Steenhouwer, F., Smaga, S., Mechin, H., Rocca Serra, J. P.,...d'Ivernois, J.F. (2005). Assessment of a therapeutic education programme for asthma patients: "Un souffle nouveau". *Patient Education and Counseling*, 58(1), 41-46.
- Macdonald, G. (2002). Transformative unlearning: Safety, discernment, and communities of learning. *Nursing Inquiry*, 9(3), 170-178.
- McGillion, M. H., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S. M., Coyte, P. & Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(2), 126-140.
- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. v., Meischke, H.,...Pelter, M. (2009). The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1037-1046.
- Makoul, G., Cameron, K. A., Baker, D. W., Francis, L., Scholtens, D. & Wolf, M. S. (2009). A multimedia patient education program on colorectal cancer screening increases knowledge and willingness to consider screening among Hispanic/Latino patients. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 220-226.
- Marsch, L. A. & Bickel, W. K. (2004). Efficacy of computer-based HIV/AIDS education for injection drug users. *American Journal of Health Behavior*, 28(4), 316-327.
- Merchant, R. C., Clark, M. A., Mayer, K. H., Seage Iii, G. R., DeGruttola, v. G., & Becker, B. M. (2009). video as an effective method to deliver pretest information for rapid human immunodeficiency testing. *Academic Emergency Medicine*, 16(2), 124-135.

- Meyer, K. G., Fasshauer, M., Nebel, I. T. & Paschke, R. (2004). Comparative analysis of conventional training and a computer-based interactive training program for celiac disease patients. *Patient Education and Counseling*, 54(3), 353-360.
- Miller, D. P.Jr., Kimberly, J. R.Jr., Case, L. D. & Wofford, J. L. (2005). Using a computer to teach patients about fecal occult blood screening: A randomized trial. *Journal of General Internal Medicine*, 20(11), 984-988.
- Ministry of Health and Long Term Care. (2010). *The Excellent Care for All Act, 2010*. Retrieved from <http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/pro/legislation/>
- National Asthma Education and Prevention Program. (2007). *Expert panel report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. National Heart, Lung and Blood Institute. Retrieved from <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>
- National Health and Medical Research Centre. (1998). How to review the evidence: Systematic identification and review of the scientific literature Retrieved from [http://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/publications/attachments/cp65.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp65.pdf)
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual*. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- Nebel, I. T., Klemm, T., Fasshauer, M., Müller, U., verlohren, H.J., Klaiberg, A. & Paschke, R. (2004). Comparative analysis of conventional and an adaptive computer-based hypoglycaemia education programs. *Patient Education and Counseling*, 53(3), 315-318.
- Nielsen, D., Ryg, J., Nissen, N., Nielsen, W., Knold, B. & Brixen, K. (2008). Multidisciplinary patient education in groups increases knowledge on osteoporosis: A randomized controlled trial. *The Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 346-352.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T. & Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175-184.
- Paasche-Orlow, M., Schillinger, D., Greene, S. & Wagner, E. (2006). How health care systems can begin to address the challenge of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 884-887.
- Paasche-Orlow, M. K., Wilson, E. A. H. & McCormack, L. (2010). The evolving field of health literacy research. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 15(S2), 5-8.
- Paasche-Orlow, M. K. & Wolf, M. S. (2007). Evidence does not support clinical screening of literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 100-102.
- Parikh, N. S., Parker, R. M., Nurss, J. R., Baker, D. W., & Williams, M. v. (1996). Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, 27(1), 33-39.
- Peters, M. (2000). Does constructivist epistemology have a place in nurse education? *Journal of Nursing Education*, 39(4), 166-172.
- Rachmani, R., Slavachevski, I., Berla, M., Frommer-Shapira, R. & Ravid, M. (2005). Teaching and motivating patients to control their risk factors retards progression of cardiovascular as well as microvascular sequelae of Type 2 diabetes mellitus - A randomized prospective 8 years follow-up study. *Diabetic Medicine*, 22(4), 410-414.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2<sup>nd</sup> ed.)*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010). *Strategies to support self-management in chronic conditions: Collaboration with clients*. Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Client centred care*. Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006b). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario.

- Reynolds, N. R., Testa, M. A., Su, M., Chesney, M. A., Neidig, J. L., Frank, I.,...AIDS Clinical Trials Group 731 and 384 Teams. (2008). Telephone support to improve antiretroviral medication adherence: A multisite, randomized controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47(1), 62-68
- Rooks, D. S., Gautam, S., Romeling, M., Cross, M. L., Stratigakis, D., Evans, B.,...Katz, J. N. (2007). Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromyalgia: A randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 167(20), 2192-2200.
- Rootman, I. & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *A vision for a health literate Canada: Report on the Expert Panel on Health Literacy*. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association.
- Rothman, R. L., DeWalt, D. A., Malone, R., Bryant, B., Shintani, A., Crigler, B.,... Pignone, M. (2004). Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program. *Journal of the American Medical Association*, 292(14), 1711-1716.
- Ruffinengo, C., versino, E. & Renga, G. (2009). Effectiveness of an informative video on reducing anxiety levels in patients undergoing elective coronarography: An RCT. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 57-61.
- Santo, A., Laizner, A. M. & Shohet, L. (2005). Exploring the value of audiotapes for health literacy: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 234-243.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C.,... Bindman, A.B. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163(1), 83-90.
- Schnellinger, M., Finkelstein, M., Thygeson, M. v., vander velden, H., Karpas, A., & Madhok, M. (2010). Animated video vs pamphlet: Comparing the success of educating parents about proper antibiotic use. *Pediatrics*, 125(5), 990-996.
- Stacey, D., Samant, R. & Bennett, C. (2008). Decision making in oncology: A review of patient decision aids to support patient participation. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(5), 293-304.
- Stromberg, A., Dahlstrom, U. & Fridlund, B. (2006). Computer-based education for patients with chronic heart failure. A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 128-135.
- Sudore, R. L. & Schillinger, D. (2009). Interventions to Improve care for patients with limited health literacy. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 16(1), 20-29.
- Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 5-15.
- Szpiro, K. A., Harrison, M. B., van Den Kerkhof, E.G. & Lougheed, M. D. (2008). Patient education in the emergency department: A systematic review of interventions and outcomes. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 30(1), 34-49.
- Tankova, T., Dakovska, G. & Koev, D. (2004). Education and quality of life in diabetic patients. *Patient Education and Counseling*, 53(3), 285-290.
- Trento, M., Passera, P., Borgo, E., Tomalino, M., Bajardi, M., Cavallo, F. & Porta, M. (2004). A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes Care*, 27(3), 670-675.
- Tsay, S. L. & Hung, L. O. (2004). Empowerment of patients with end-stage renal disease - A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 59-65.
- Department of Health and Human Services. (2010). *National action plan to improve health literacy*. Washington, DC: Author.
- vallance, J. K., Courneya, K. S., Plotnikoff, R. C. & Mackey, J. R. (2008). Analyzing theoretical mechanisms of physical activity behaviour change in breast cancer survivors: Results from the activity promotion (ACTION) trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 150-158.

- vygotsky, L. S., Cole, M. (Ed.), John-Steiner, v. (Ed.), Scribner, S. (Ed.) & Souberman, E. (Ed.). (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes* (14th ed.). Cambridge: Harvard University Press.
- Weimer, M. (2002). *Learner-Centered Teaching: Five key changes to practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wilkinson, A. & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1143-1147.
- Williams, S. A., & Schreier, A. M. (2005). The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Applied Nursing Research*, 18(3), 138-147.
- Williams, S. A., & Schreier, A. M. (2004). The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), E16-E23.
- Wizowski, L., Harper, T. & Hutchings, T. (2008). Writing health information for patients and families. 3<sup>rd</sup> edition. Hamilton, ON: Hamilton Health Sciences. Retrieved from [http://www.hamiltonhealthsciences.ca/workfiles/PATIENT\\_ED/Writing%20health%20information%20Sept%203%2008%20With%20hyperlinks.pdf](http://www.hamiltonhealthsciences.ca/workfiles/PATIENT_ED/Writing%20health%20information%20Sept%203%2008%20With%20hyperlinks.pdf)
- Wolff, L. S., Massett, H. A., Weber, D., Mockenhaupt, R. E., Hassmiller, S., & Maibach, E. W. (2010). Opportunities and barriers to disease prevention counseling in the primary care setting: A multisite qualitative study with US health consumers. *Health Promotion International*, 25(3), 265-276.
- World Health Organization (WHO). (2008). *The world health report 2008 - Primary health care (Now more than ever)*. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
- Yates, P., Aranda, S., Hargraves, M., Mirolo, B., Clavarino, A., McLachlan, S. & Skerman, H. (2005). Randomized controlled trial of an educational intervention for managing fatigue in women receiving adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6027-6036.
- Yates, P., Edwards, H., Nash, R., Aranda, S., Purdie, D., Najman, J.,...Walsh, A. (2004). A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention for improving cancer pain management in ambulatory settings. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 227-237.
- Yildirim, Y. K., Cicek, F., & Uyar, M. (2009). Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. *Pain Management Nursing*, 10(4), 220-228.
- Yin, H. S., Dreyer, B. P., van Schaick, L., Foltin, G. L., Dinglas, C., & Mendelsohn, A. L. (2008). Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(9), 814-822.

该文章中涉及到的文章和报告已列在以上参考文献表中，在创建该最佳实践指南过程中的其他文献也已总结。关于完整版的文献请查看 [www.RNAO.ca/bpg](http://www.RNAO.ca/bpg).

## 附件 A: 术语表

**活跃的服务对象:** 有一定的知识与技能背景且能积极参加该项目的患者。活跃的患者能自我管理症状和问题, 积极参加功能锻炼, 减缓躯体功能的下降, 参与治疗与护理决策, 与护士合作, 并且可以根据自身的健康状况选择合适的医疗机构及医务人员 (RNAO, 2010).

**Ad Hoc:** 即兴的, 无计划的.

**服务对象:** 与护士建立治疗合作伙伴关系的患者、群体、团体、集体、社区.

**临床实践指南及最佳实践指南:** 系统形成地文字, 帮助医务人员和患者在特定的医疗情境下, 进行决策最佳的护理(Field & Lohr, 1990).

**共识:** 政策决策的过程, 而不是一个用以创造新知识的科学方法。要充分利用可利用的资源, 可以是科学的数据或参与者的才智(Black et al., 1999).

**教育推荐:** 关于最佳实践指南的引入、应用及可持续性的教育方法/策略的推荐.

**健康认知能力:** 指人们在生命各过程中对健康信息的评估、理解、评价及交流, 以提高改善健康的能力(Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

**整体学习:** 一种相信学习者是一个整体的信念方法。整体意味着学习者是集合认知, 生理, 关系, 情感, 信仰以及本能的能力。(Griffin, 1988, 1993).

**读写能力:** 了解和应用读写说等其他交流方式来进行社会活动及实现个人目标的能力(Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

**机构和政策推荐:** 确保最佳实践指南成功应用的外部条件。成功的大部分因素是由组织承担的, 虽然政府或社会层面的政策制定也有影响意义.

**患者:** 见“服务对象”描述.

**直白语言:** 直白语言最初的目的是采用一定的方式组织语言以容易方便读给你的听众。直白的语言是写信息的一种方式，可以让多数人理解，阅读和使用。直白的语言采用大众化的词语清晰明了地传递信息，避免使用术语和受争议的语句(Wizowski, Harper & Hutchings, 2008).

**实践推荐:** 循证为基础的最佳临床实践，指导护士实践.

**随机对照试验:** 临床实验包含至少一个实验治疗组、一个控制治疗组，同时记录且追踪这两个实验—控制治疗组。并且，给予治疗措施的实验对象是通过随机被挑选出来的。

**社会建构主义:** 知识是由学习者建构的，以经验为基础的，学习者为中心，社会化为其本质以及人被视作整体为基本核心的原则(Beck & Kosnik, 2006). Vygotsky (1978)被认定为社会建构主义的主要发起者，尽管对他的俄语著作的翻译版本仍然不断被人们异议。

**利益相关者:** 在组织的决策和行动拥有利益的个人、团体或组织，可以影响决策和行动。他们包括间接地或直接地受变化或问题的解决影响的个人或团体.

**系统综述:** 使用严谨科学的方法进行综述(National Health and Medical Research Centre, 1998)系统综述建立健康保健措施的效果，科研结果可以被应用于不同的人群，场景以及不同的治疗细节（如剂量），或阐述效果可能会出现显著的差异通过在综述中使用清晰的，系统的方法以限制偏倚（系统误差）并且减少偶然效果，从而提供更可靠的结果，以得出结论和作出决策。(Higgins & Green, 2008).



## 附件 B: 指南形成过程

安大略注册护士协会，有来自安大略政府的支持，长期致力于护理最佳实践指南的开发、试点实施、评价、传播和支持吸收。其中一个重要的领域就是促进以患者为中心学习的护理干预。由安大略注册护士协会召集的护理专家小组和其他专业人员开发了 this 指南。这项工作是在不受安大略政府的影响和偏见下开展的。开发小组成员奉献她们的时间和专业知识，并受到来自她们雇主的支持。

在 2009 年 3 月，安大略注册护士协会举办了一系列的主题相关专家和意见领袖的焦点小组活动为了探讨该指南的范围和目的以及小组成员的组成。主要资源、缺陷和主题已被确认。

其后，在安大略注册护士协会的赞助下，一个跨学科护理专家小组以及来自各领域的实践、教育和患者教育研究的健康护理专家被召集。这个开发小组讨论了她们工作的目的以及对该指南的范围达成一致意见。

筛选文献。第一个，通过网络检索该领域的相关指南；第二个，文献研究检索系统综述和相关的研究。作为严格的临床最佳实践指南开发过程的一部分，系统综述是必要的。

**附件 C** 是具体的检索策略和结果

开发小组讨论证据总结和主要文章，并对最佳可用证据作为基本推荐达成一致意见。开发小组根据临床问题被分成三个小组，并形成实践、教育以及组织和政策推荐。开发小组作为整体对建议推荐草案进行回顾，讨论不足，对证据进行回顾，对最终版的推荐达成一致。

最终草案会交给利益相关者进行审查和反馈-在第 10 页对这些审查者进行了介绍。这些利益相关者代表了来自加拿大和国际的健康护理专家和患者。利益相关者可对具体问题评价，提出对该指南的反馈和大体印象。来自利益相关者的反馈被发展小组进行编辑回顾，讨论并达成一致，在出版前形成修正草案。

## 附件 C: 检索策略和系统综述的过程

在形成指南的过程中，检索策略三个地方使用过。第一个，网络检索关于促进以患者为中心学习的相关指南；第二个，文献检索在 1999-2010 年发表的原始文献、meta 分析及系统综述；第三个，小组成员的贡献。

### 第一部分指南的检索

一个工作人员在 2009 年 7 月根据既定的网站列表检索相关领域的内容。网站列表是基于现有的循证实践网站、已知的指南提供者以及现有文献中的推荐。。每个网站的检索时间以及检索指南存在与否都会被记录下来。网站有时并不直接拥有指南，但会重新定向到另一网站搜索。完整版本的指南需要电话/邮件预订，或是可以下载下来。

为最佳实践指南，以下网站被检索：

- Alberta Heritage Foundation for Medical Research: <http://www.aihealthsolutions.ca>
- Alberta Medical Association Clinical Practice Guidelines: <http://www.albertadoctors.org>
- American Medical Association: <http://www.ama-assn.org/>
- Annals of Internal Medicine: <http://www.annals.org/>
- Bandolier Journal: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/journal.html>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: <http://www.bcguidelines.ca/>
- Campbell Collaboration: <http://www.campbellcollaboration.org/>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: <http://www.ccohta.ca/>
- Canadian Council on Learning: <http://www.ccl-cca.ca/>
- Canadian Institute for Health Information: <http://www.cihi.ca>
- Canadian Literacy and Learning Network: <http://www.literacy.ca/>
- Canadian Public Health Association: <http://www.cpha.ca>
- Cancer Care Nova Scotia: <http://www.cancercare.ns.ca>
- Cancer Care Ontario: <https://www.cancercare.on.ca/>
- Cancer Patient Education Network: <http://www.cancerpatienteducation.org/>
- Center for Health Communications Research: <http://chcr.umich.edu/>
- Centre for Literacy Quebec: <http://www.centreforliteracy.qc.ca/>
- Centre for Reviews and Dissemination: <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>
- Canadian Medical Association Infobase: [Clinical Practice Guidelines: http://www.cma.ca/](http://www.cma.ca/)
- Crestni: <http://www.crestni.org.uk/>
- Evidence-Based On-Call: <http://www.eboncall.org/>
- European Observatory on Health Care for Chronic Conditions, World Health Organization: <http://www.who.int/chp/en/>
- Guidelines Advisory Committee: <http://www.gacguidelines.ca/>
- Guidelines International Network: <http://www.g-i-n.net/>
- Hablamos Juntos: <http://www.hablamosjuntos.org/>
- Harvard School of Public Health: <http://www.hsph.harvard.edu/>
- Health Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/>
- Health Care Education Association: <http://www.hcea-info.org/>

- Health-Evidence.ca: <http://health-evidence.ca/>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences: <http://www.ices.on.ca/>
- Institute for Clinical Systems Improvement: [http://www.icsi.org/guidelines\\_and\\_more/](http://www.icsi.org/guidelines_and_more/)
- Institute of Medicine: <http://www.iom.edu/>
- International Patient Decision Aid Standards: <http://ipdas.ohri.ca/resources.html>
- Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing & Midwifery (Australia): <http://www.joannabriggs.edu.au/>
- Mohash University Centre for Clinical Effectiveness: <http://www.med.monash.edu.au/>
- National Adult Literacy Database: <http://www.nald.ca/>
- National Cancer Institute: <http://www.cancer.gov/>
- National Center for the Study of Adult Learning and Literacy: <http://www.ncsall.net/>
- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp>
- National Patient Safety Foundation: <http://www.npsf.org/>
- New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz/>
- National Institute of Health Consensus Development Program: <http://consensus.nih.gov/ABOUTCDP.htm>
- Ottawa Hospital Research Institute: Decision Aids: <http://decisionaid.ohri.ca/>
- PEDro Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.org.au/>
- Pfizer Clear Health Communication Initiative: <http://www.pfizerhealthliteracy.com/>
- Royal College of General Practitioners: <http://www.rcgp.org.uk/>
- Royal College of Nursing: <http://www.rcn.org.uk/>
- Sarah Cole Hirsh Institute: <http://fpb.case.edu/Centers/Hirsh/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <http://www.sign.ac.uk/>
- Society of Critical Care Medicine: <http://www.sccm.org>
- The Joint Commission: <http://www.jointcommission.org/>
- The Qualitative Report: <http://www.nova.edu/ssss/QR/>
- Trip Database: <http://www.tripdatabase.com/>
- University of British Columbia Centre for Health Services and Policy Research: <http://www.chspr.ubc.ca/>
- Virginia Henderson International Nursing Library: <http://www.nursinglibrary.org>
- Women's Health Matters: <http://www.womenshealthmatters.ca/>

此外，通过检索“谷歌”搜索引擎，网站检索现存以促进以患者为中心学习的实践指南，一个人员进行这项检索，并记录。

开发小组成员会被要求回顾个人文献库，以识别通过以上检索策略，之前没被发现的指南。

这个检索策略发现有几个关于促进以患者为中心学习的指南。对这些指南进行严格的评价会有助于该指南的开发。最终，有五个指南符合以下纳入标准：

- 以英语发表；
- 在 2009 年或更早之前形成；
- 符合促进患者为中心学习的主题；
- 基于证据；
- 检索策略可用。

发展小组对这五个指南按照 AGREE (AGREE Collaboration, 2001) 进行严格评价, 之后小组成员对评价结果进行讨论, 并决定纳入 3 个指南来帮助该指南的形成, 这三个指南分别是:

1. National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Retrieved from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.pdf>
2. Agence Nationale d' Accréditation et d' Évaluation en Sante. (2001). *Therapeutic education for patients with asthma: Adults and Adolescents*. Agence Nationale d' Accréditation et d' Évaluation en Sante. Retrieved from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/asthma\\_education.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/asthma_education.pdf)
3. National Asthma Education and Prevention Program. (2007). *Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma*. NHLBI: National Heart, Lung, and Blood Institute. Retrieved from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>

## 第二部分文献检索

一个健康科学图书管理员对于现有的促进以患者为中心学习的证据进行文献检索。检索了 Medline, CINAHL, and PsychInfo 数据库发表时间在 1999–2009 年间的文献。这个结构化检索需回答三个临床问题:

1. 护士如何有效地促进以患者为中心的学习?
2. 有哪些有效的方法可促进以患者为中心的学习?
3. 护士如何评价患者的学习?

文献检索出几千篇与以患者为中心学习的相关摘要, 由两名研究人员对摘要根据纳入、排除标准进行筛选, 纳入排除标准是开发小组成员确定的。研究人员再对纳入的文章进行质量评价。所形成的数据表和汇总记录供开发小组使用。

根据收到的数据表, 开发小组意识到健康认知能力问题在文献综述中没有纳入。因此, 开始第二次的文献检索, 采用同样的数据库和搜索主题, 但时间扩展到 2010 年 10 月。第二次检索到几百篇摘要。再一次, 由研究人员对摘要根据纳入排除标准进行筛选。所形成的数据表和汇总记录供开发小组使用。在汇总记录中的推荐是基于此次文献检索。

## 第三部分小组成员的贡献

开发小组成员会被要求回顾个人档案库, 以识别通过以上检索策略, 之前没被发现的指南。有一个指南被发现, 满足纳入标准, 并进行严格的 AGREE 评价。之后小组成员就 AGREE 结果进行讨论, 同意纳入这篇第四篇指南:

Cancer Care Ontario [CCO] (2009). *Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education*. Retrieved from <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=60065>

八篇文献被指南发展小组筛选出, 其中六篇通过相关筛查和严格的质量评价, 最终纳入进来

## 附件 D: 学习理论指导: 社会建构理论

目前有许多教育理论, 该指南依据社会建构理论。该理论认为, 人们在特定的情景下, 包括重要的社会情景, 会结合之前的经验与新知识来产生他们自己的理解(Beck & Kosnik, 2006). 正如 Peters (2000) 所说建构理论承认在学习过程中社会文化的影响, 赞同基于先前学习来建立新的知识, 打破了传统正式的学习环境中对于知识获得的认知(Peters, 2000, p. 1-2).

建构理论不是传统的学习理论, 它对于老师是中心, 占有主导地位这种传统假设是一种挑战。建构理论以学习者为中心来促进学习(Blumberg, 2009; Weimer, 2002). 正如 Blumberg 认为, 以学习者为中心的教学, 关注的是学习者和学习过程(Blumberg, 2009, p. 4).

社会建构理论是在主要的原则上建立的, 包括知识是由学习者建立的, 是基于经验的, 本质上知识是社会的, 并且将人视为一个整体, 是人不同组成成分间的联系(Beck & Kosnik, 2006). 社会建构理论是一个整体, 它是一个积极的方法, 包括一个人的想法、情感和行为(Beck & Kosnik, 2006, p. 8). 该指南提倡护士应用社会建构理论指导在不同的环境下、不同的临床情景下、不同的患者, 促进以患者为中心的学习。

当护士在实践中应用建构理论方法时, 要探索五个关键的变化:。1. 权利关系 2. 内容 3. 促进者角色 4. 学习责任 5. 学习的评估。

### 权利关系

患者与护士间的权利关系需要进行权衡。护士不是患者生活中的专家, 患者自己是。正如 Blumberg (2009) 所说, 关注点应在学习者身上。护士作为老师是促进者, 帮助促进形成一个积极的学习环境, 从认真聆听患者生活事情开始, 包括权利关系。

### 内容

建构理论倡导超越表面学习, 达到深层次的学习。学习者创建自己的学习。关注点由原来的表明内容提升到使用内容开发独特的理解方式, 形成自己的理解(Weimer, 2002, p. 12)。促进者需要鼓励提问, 鼓励学习者采用不同的策略从而掌握自己觉得很重要的知识, 包括网络、文献、文化知识以及同行知识。

## 促进者角色

护士/促进者权威受到建构主义方法的挑战。促进者的专业能力没有被否定，而是变得不再重要了。更加重要的角色是想要获得健康知识的患者。护士/促进者鼓励患者成为一个积极的学习者，鼓励患者以互动的形式参与学习资料、多媒体和网络的学习，寻找他们自己的学习资料(Weimer, 2002).

## 学习责任

理想上，护士帮助那些认为学习是责任的独立，自主学习的学习者的学习(Weimer, 2002, p. 15)。但实际上并不全是这种情况。护士必须评估学习者的学习需求，并与其合作，探讨出一种既可以提高学习者的责任感，又促进引导学习者的独立性的方法。

## 学习的评估

在建构主义方法中，评估方法必须清楚明确(Weimer, 2002). 多数情况下，该评估是学习者如何更好地理解知识，健康的影响，如何支持他们采取健康的行为以及可以持续支持他们学习护理自己并保持健康的资源。护士应该计划定期评估病人的学习，考虑到对于健康认知能力的挑战，对学习者的学习进行整体分析(Griffin, 1988, 1993)并且树立患者优势。

## 附件 E: 资源

以下是一个不详尽的关于患者为中心学习、普遍预防方法、直白语言方面的网站列表。指南发展小组将浏览这些网站作为开发指南的一部分，并将它们作为例子纳入。

### 网站:

Accessibility for Ontarians with Disabilities: Ontario Ministry of Community and Social Services

<http://www.mcscs.gov.on.ca/en/mcscs/programs/accessibility/>

American Medical Association (AMA) Health Literacy Program

<http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/our-programs/public-health/health-literacy-program/health-literacy-kit.page?>

British Columbia-BC Patient Safety & Quality Council “It’s Good to Ask” program

<http://www.bcpsqc.ca/public/ask-facts.html>

Cancer Care Ontario: Patient Education Evidence-based Series

<https://www.cancercare.on.ca/toolbox/qualityguidelines/clin-program/patient-ed-ebs/>

Health Literacy Connection

[www.healthliteracyconnection.ca](http://www.healthliteracyconnection.ca)

Health Literacy Universal Precautions Tool Kit

<http://www.ahrq.gov/qual/literacy/healthliteracytoolkit.pdf>

Manitoba Institute for Patient Safety: “It’s Safe to Ask” Program

<http://www.safetoask.ca/>

North Carolina Program on Health Literacy

<http://www.nchealthliteracy.org/hfselfmanage.html>

Regina Health Region Safe to Ask

[http://www.rqhealth.ca/diy\\_pubhealth/view.cgi?cmd=page&key=666](http://www.rqhealth.ca/diy_pubhealth/view.cgi?cmd=page&key=666)

Registered Nurse’s Association of Ontario: Strategies to support self-management in chronic conditions: Collaboration with clients.

<http://rnao.ca/bpg/guidelines/strategies-support-selfmanagement-chronic-conditions-collaboration-clients>

Society for Participatory Medicine

<http://participatorymedicine.org/>

United States National Patient Safety Foundation: “Ask Me 3” Program

<http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3/>

### 直白语言相关资源

有关低水平健康认知能力患者的示范文书：

Doak, C., Doak, L. & Root, J. (1996). Teaching patients with low literacy skills. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott. The book is out of print but can be accessed online: <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/resources/doak-book/index.html>

如何为患者和家属书写健康知识：

Wizowski, L., Harper, T. & Hutchings, T. (2008). Writing health information for patients and families. 3rd edition. Hamilton, ON: Hamilton Health Sciences.

创建资料的指南：

Rudd, R. E. (no date). Online resources for developing and assessing materials. Harvard Health Literacy Studies. [http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/files/resources\\_for\\_creating\\_materials.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/files/resources_for_creating_materials.pdf) (accessed May 2, 2012)

关于描述直白语言并消除传言，且为建立直白语言策略提供相应的参考文献的文章：

Stableford, S. & Mettger, W. (2007). Plain language: A strategic response to the health literacy challenge. *Journal of Public Health*, 5, 395-404.



## 附件 F: 患者评估技巧

以下两个案例表明了‘teach back 反向教学/closing the loop 完成对话循环’评估技巧与‘ask-tell-ask’提问-回答-提问评估技巧之间的不同:

### 案例 1: teach back 反向教学/closing the loop 完成对话循环

护士: 你好, S 小姐。我了解到你会带着 PICC 管出院, 以便你可以打抗生素。当你有 PICC 管路时, 有几个重要方面需要你知道 1.如何防止管路感染 2.当你打抗生素时如何保持管路通畅 3.如何给药。我想可以从你的问题开始。你可以吗?

S 小姐: 我想知道我什么时候可以洗澡?

护士: 当有 PICC 置管时, 你不能将你的胳膊放到水中。你可以洗澡, 只要敷料不沾水。我建议你用塑料将敷料包裹起来以防感染。你有可以保护敷料不受感染的塑料包装和胶带吗?

S 小姐: 嗯, 我有。

护士: 你还有其他关心的问题吗?

S 小姐: 目前没有可想到的了。

护士: 好的。如果你有 PICC 管路, 以上我提到的是很重要的(防止管路感染, 保持管路通畅, 给予抗生素)。我想我们今天可以回顾下, 你如何辨别管路感染及如果感染了你会怎么做。我们建议覆盖敷料及不要将胳膊放入水中的原因是防止管路感染。

S 小姐: 我了解了为何如此重要。

护士: 在我离开之前, 我将会给药和冲洗管路, 这也是你要做的以保持管路通畅。当我做时, 我会提高音量以便你可以理解我正在做的。我的声音可以吗?

S 小姐: 可以。这听起来像是一个好计划。慢慢来。

护士: 如果你的 PICC 置管附近的皮肤变红热, 肿胀或者疼痛, 这可能是 PICC 感染的标志。我建议你做两件事情, 第一, 测量体温, 第二, 如果你的体温超过 37 度, 要去门诊或急诊。如果你体温不高, 给医生打电话, 并向他描述你所看到的。明白了吗? 我是否说明白了?

S 小姐: 是的。

护士: 为了确保我说明白了, 你可以告诉我如果 PICC 感染了, 你会看到什么吗? 你会看到四种征兆。

S 小姐: 红肿热, 并且我可能会感觉不舒服。

护士: 对的, 那你会怎么做?

S 小姐: 测量体温, 如果超过 37 度, 要去急诊, 如果体温正常, 给医生打电话。我说得对吗?

护士: 你记得很好。在我离开之后, 为了帮助你记忆, 我会给你一个小册子(注:如果没有小册子, 可以让护士或患者写下相关知识)。保持 PICC 清洁很重要。另一个重要的事就是不要让 PICC 管路堵塞正如我刚才所说, 今天, 我想我会给药冲洗管路, 同时跟你交流我如何做这些。下周我们将讨论如何能使你更加舒适。这个计划是否合适?

## 案例 2: ask-tell-ask 提问-回答-提问

提问

护士：S 小姐，我了解到你会带着 PICC 管出院，以便你可以打抗生素。当你有 PICC 管路时，有几个重要方面需要你知道 1.如何防止管路感染 2.当你打抗生素时如何保持管路通畅 3.如何给药。我想可以从你的问题开始。你住院的时候，你是否谈论过有关 PICC 的知识？

回答

S 小姐：我被告知不要拖拽它，当我洗澡时要遮住它。然后你会来护理它以防止堵塞。

提问

护士：是这样的。你移动时不要拖拽它，保持管路通畅是很重要的以便你可以继续治疗。她们是否告诉你当 PICC 管路感染时会是什么样以及将采取什么措施？

S 小姐：她们说会变红，然后打电话到医院。我对这方面不太清楚。

回答

护士：如果你 PICC 置管附近皮肤变红肿热痛，则表明 PICC 可能感染了。如果真的感染了，我建议你做两件事，第一，测量体温，第二，如果你的体温超过 37 度，去门诊或急诊。如果体温正常，打电话给医生并告诉他你所看见的。理解了吗？（可以通过小册子或护士患者记录下重要信息来加强教育）。

S 小姐：好的，我会的。

## 附件 G: 沟通工具

以下是医护人员可以使用的沟通工具的例子。这个例子关注的是哮喘护理。它阐述了如何在初次随访和后续随访中开展健康教育，促进哮喘患者的自我管理。在不同的实践情境下，如何有效地运用沟通工具与跨学科团队交流？

**表 3-13. 医生在患者随访过程开展哮喘健康教育**

评估问题	信息	技巧
<b>初次随访的推荐</b>		
<p><b>关注点:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ☑ 随访预期</li> <li>· ☑ 哮喘控制</li> <li>· ☑ 患者治疗目标</li> <li>· ☑ 用药</li> <li>· ☑ 生活质量</li> <li>· “对你的哮喘最担忧的是什么？”</li> <li>· “在这次访问中，你想实现什么？”</li> <li>· “因为你的哮喘，现在哪些是你想做但又不能做的？”</li> <li>· “你期望从治疗过程中获得什么？”</li> <li>· “你已经尝试了哪些药？”</li> <li>· “你今天还有其他问题要问的吗？”</li> <li>· “在你的环境中，哪些东西会让你的哮喘情况恶化？”</li> </ul>	<p><b>采用简洁的语言教学:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ☑ 什么是哮喘？哮喘是一种慢性肺部疾病。气管非常敏感。气管发炎，缩窄，引起呼吸困难。</li> <li>· ☑ 哮喘控制的定义：白天症状少，晚上不会因为哮喘醒来，能够参加正常的锻炼，正常的肺功能。</li> <li>· ☑ 哮喘治疗：两种药物是必须的：                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 1. 长效药：减少症状，减少炎症的药物。</li> <li>· 2. 短效药：短效支气管扩张剂放松肌肉。</li> </ul> </li> <li>· ☑ 每次来诊时携带所有药物</li> <li>· ☑ 何时寻求医疗建议，并提供适当的电话。</li> </ul>	<p><b>教学或者审查和演示:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· • 吸入器和储雾罐或联合单向储雾剂的使用。检查演示。</li> <li>· ☑ 自我监控技巧，已被试着形成书面行动计划。</li> <li>· 1. 了解哮喘症状的强度和频率。</li> <li>· 2. 了解病情恶化和需再次评估治疗的标志。</li> <li>· 3. 晚上因哮喘醒来或者早晨哮喘症状。</li> <li>· 4. 用药频次的增高。</li> <li>· 5. 活动耐受力的减少。</li> <li>· ☑ 书面哮喘计划的使用包括日间管理的介绍以及对哮喘恶化症状的处理。</li> </ul>

评估问题	信息	技巧
<b>第一次后续随访的推荐（2-4周或需要更早时）</b>		
<p><b>关注点:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 随访预期</li> <li>· 哮喘控制</li> <li>· 患者治疗目标</li> <li>· 用药</li> <li>· 生活质量</li> </ul> <p>· 提问之前随访的相关问题，以可以提问：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· “你目前正在服用哪些药物？”</li> <li>· “你何时、怎样服用这些药？”</li> <li>· “你服药时有什么问题么？”</li> <li>· “请演示下你如何使用吸入性药物的。”</li> </ul>	<p><b>采用简洁的语言教学:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 使用两种类型的药物。</li> <li>· 提醒患者随身携带药物以及记住峰值流量计数。</li> <li>· 对哮喘控制的自我评估。</li> </ul>	<p><b>教学或者审查和演示:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 使用书面哮喘行动计划。</li> <li>· 如果有指示，进行峰值流量监测。</li> <li>· 正确的吸入器和储雾罐的使用技巧。</li> </ul>
<b>第二次后续随访的推荐</b>		
<p><b>关注点:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 随访预期</li> <li>· 哮喘控制</li> <li>· 患者治疗目标</li> <li>· 用药</li> <li>· 生活质量</li> </ul> <p>· 提问之前随访的相关问题，以可以提问：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· “你意识到在你的家、工作、学校中能引起哮喘恶化的任何事物吗？”</li> <li>· “请向我描述，你如何知道何时需要去医院或给你的医生打电话进行哮喘治疗？”</li> <li>· “药物对你有什么影响？”</li> <li>· “在你的环境中，哪些东西会让你的哮喘情况恶化？”</li> <li>· “你有漏服过药物吗？”</li> </ul>	<p><b>采用简洁的语言教学:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 对哮喘控制的自我评估。</li> <li>· 相关的环境控制策略。</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 如何明确家、工作、学校的暴露物会使哮喘恶化。</li> <li>2. 如果合适的话，如何控制房屋螨虫和动物暴露物。</li> <li>3. 如何避免香烟烟雾。</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 审查所有药物。</li> </ul>	<p><b>教学或者审查和演示:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 吸入器和储雾罐等使用技巧。</li> <li>· 峰流速监测技巧。</li> <li>· 使用书面哮喘行动计划。</li> <li>· 确保患者了解如果哮喘恶化该采取什么行动。</li> </ul>

评估问题	信息	技巧
其后后续随访的推荐		
<b>关注点:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ☐ 随访预期</li> <li>· ☐ 哮喘控制</li> <li>· ☐ 患者治疗目标</li> <li>· ☐ 用药</li> <li>· ☐ 生活质量</li> <li>· 提问之前随访的相关问题，以可以提问：</li> <li>· “你曾如何试着控制那些让哮喘症状恶化的事物？”</li> <li>· “请演示下你如何使用吸入性药物的。”</li> </ul>	<b>采用简洁的语言教学:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ☐ 审查并且加强所有相关知识：</li> <li>· ☐ 教育信息。</li> <li>· ☐ 关于家、公司和学校的环境控制策略。</li> <li>· ☐ 用药。</li> <li>☐ 对哮喘控制的自我评估。</li> </ul>	<b>教学或者审查和演示:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ☐ 吸入器和储雾罐等使用技巧。</li> <li>· ☐ 峰流速监测技巧。</li> <li>· ☐ 使用书面哮喘行动计划。</li> <li>· ☐ 确保患者了解如果哮喘恶化该采取什么行动。</li> </ul>

在国家哮喘教育和预防项目（2007）的许可下再重现。专家小组报告 3：哮喘诊断和管理指南。NHLBI：国家心脏，肺和血液研究所。可从 <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm> 获得。

## 附件 H: 工具箱的简介

如果有充足的计划、资源、组织和行政支持以及正确的促进，那最佳实践指南可以成功地实施。安大略注册护士协会，通过护士、研究人员以及行政人员的开发小组基于大量证据、理论观点和共识开发了工具箱：最佳实践指南的实施（第二版）（2012）。该工具箱被推荐指导临床实践指南的实施。

工具箱为个人和组织提供了每一步的指导，包括规划、协调和促进指南的实施。这些步骤反应了实施过程是动态的、可重复的，而不是直线的。每一个阶段为下一个阶段的准备以及对前一阶段的反省是重点。工具箱强调了以下关键步骤，正如“知识引导行动”框架中所提到的，在实施指南时：

1. 明确问题；明确，回顾，选择知识（最佳实践指南）。
2. 采取的知识要符合当地背景。
  - 评估障碍和促进者对知识的利用；
  - 明确资源。
3. 选择，调整以及实施干预措施。
4. 监测检查知识的使用情况。
5. 评价结局。
6. 维持知识的使用。

在实践中实施指南，成功的实践改变和积极的临床影响是一个复杂的任务。工具箱是实施指南的重要资源。工具箱可以在 <http://rnao.ca/bpg> 下载。







ia BPG

INTERNATIONAL  
AFFAIRS & BEST PRACTICE  
GUIDELINES

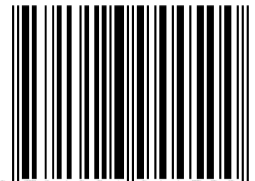
TRANSFORMING  
NURSING THROUGH  
KNOWLEDGE

临床最佳  
实践指南

9 月 2012

# 促进 以患者为中心的学习

ISBN 978-1-926944-50-0



9 781926 944500



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



Ontario

