

ia BPG

INTERNATIONAL  
AFFAIRS & BEST PRACTICE  
GUIDELINES

TRANSFORMING  
NURSING THROUGH  
KNOWLEDGE

# 系统和健康工作环境 最佳实践指南

2016年5月

## 护理实践教育



RNAO

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

## 怎样使用指南

此指南为最佳护理实践指南（BPG），这一理解性指南可为循证护理实践和教学提供素材。此指南并非操作或指导操作方法的指南，它是为正教学或为在学术机构或医疗实践环境中作为顾问的护生提高决策力及指导最佳实践的工具。这一指南可以满足个人组织或服务代理中心以及为护生提供教学服务的机构的需求。此指南也提供合理的结构概述以及支持最佳循证护理指南。

护士、其他健康照护提供者以及领导和促进教育和实践变革的管理者将发现这份文件对于制定政策、程序、协议、临床课程和教育是非常宝贵的。护士和其他直接照顾提供者中和导师一起工作以及充当护生导师的群体将会从这些建议中受益，其中的证据也可以为他们提供支持。我们尤其建议教育机构以及相关服务代理机构以合作的方式采纳此指南，以便通过服务和学术方面影响实践教育。

如果你所在的教育机构或组织正在使用此指南，我们提供如下建议：

1. 以此指南中的建议来评价你的护理及健康照护实践教育
2. 判断哪条建议会在需求及服务中心造成不便
3. 为和你的合作服务中心及教育机构的合作执行建议做计划

实施要素，包括安大略注册护士协会(RNAO)工具：执行最佳实践指南（2012）网址，[www.RNAO.ca](http://www.RNAO.ca) 中可搜索。我们对您如何通过此指南实践感兴趣，请联系我们并分享您的经历。

## 目的和范围

最佳实践指南（BPG）是一个系统且完善的指南，旨在帮助护士在于患者及其家属建立合作关系时就健康照护及服务方面作出更佳的决定。这一护理 BPG 适用于护士、护理管理者以及主管实践的领导者。此指南的目的在于加强护生实践教学质量，通过循证实践提升医疗效果。本指南适用于所有护理教育领域以及所有教育背景的护生和护士。

本指南的目的是提供基于证据的建议，以提高护理学生在各种临床实践中的知识应用水平。本指南探讨学生与护理教育工作者、护理人员、导师及不同的健康护理团队成员之间的关系，并探索其对实践教学、专业社会化及更佳护理的影响。这些建议将帮助护理教育者、护士和专业保健团队的其他成员更好地理解如何在各种实践环境职工设计有效的教学和学习策略，以及进行改变的方法。指南的背景是在教育机构、服务机构和决策者体系中构建的，具有对每个实体提出具体建议的内容。然而，使用此指南的教育机构和服务中心将会发现很多建议适合通过二者之间的协作来完成。

## 谁适用于实践教学？

高质量的实践教学有赖于多个个人及组织的互动和协作。具体来说是指在本指南实践教育的教学中直接涉及的五个角色

1. 护理本科生，简称护生，是可从新获得认可的教育机构中注册参加学士学位护理计划的个人（加拿大护士协会，2004）
2. 导师，即为学生提供护理实践经验及培训的教师或专家，具有医学实践背景以及至少达

到参与授课要求。

3. 护理学院的成员，即护理教育者，在教育机构中可提供由教室转入临床的综合教学环境。（加拿大护理学校协会，2011年 a,2011年 b）
4. 临床护理导师是负责提供专业发展的注册护士，在临床实践中指导和支持学生。教学导师可由学术机构和/或服务机构雇佣，以及
5. 员工护士是服务机构雇佣的注册护士，他们通常正式或非正式地在临床实践教育经验方面教导学生。（Drennan,2002）提供教学的员工护士可以是经验丰富的领导者，也可以是新毕业的有教学经验的护理工作者。

除了这些个人角色外，服务机构、教育机构以及政策制定者也为组织层面的高质量实践教学做出了贡献。服务机构包括医疗机构或有学生可丰富医疗实践经验的机构以及可提供护理学士学位及以上课程的教学机构。（加拿大护士协会，2015年）。决策者包括：决定资源分配的领导者以及护理教育计划经费分配的决策者（全国护理联盟[NLN]，2007年）。

## 指导原则

本指南出于制定及描述护生最佳护理实践以确保护士进入临床时符合安全、伦理及行事有效的目的编写（加拿大护士协会，2004）随着护生使用此建议，指南也会随着实践教学计划和实习生所在学院教育计划相应改进。指南的使用原则包含以下几点：

- 教育计划中具体实践课程及其对实践的影响
- 研究生或博士生
- 认证标准
- 课堂理论
- 为如何满足学生学习需求提供具体建议

这些方面未被写入指南，因为它们经常具有其独特的框架和指导原则，需要超出本指南范围，涉及具体因素来考虑。

## 文献检索和附录

本指南所参考的文献主要为近十年的文章，也有少数过去发表的具有开创性的文章。因此其中有一系列关于证据讨论的文章，也有早期和当前研究的发现，这些文章都有力地佐证了本指南的最佳证据。文献综述揭示了护理教育研究面临的一些挑战，由于许多研究的证据水平较低，样本数量较少，发生在单一地点和特定的时间点，这些问题不可被复制。然而，小组协商、利益相关者的研究结果显示，这些建议仍然是最新的护理实践教学指南。更多关于这一指南的文献审查过程，见附录 C。第 45 页的建议之后为关于研究差距的讨论。

参考列表及更多资源（包括属于词汇表以及制定本指南描述的方法）详见附录 A。关于指南的制定过程详见附录 B。其余附录包括教师技能及特点见附录 D。临床反馈表见附录 E。更多关于 NLNJeffries 模拟理论（2016）及模拟学习体验步骤见附录 F。

对教学机构的建议	证据等级
----------	------

1.0 学生	<p>建议 1.1</p> <p>为学生提供与教职员工、教员和其他学生分享和有目的地反思实践的机会，可以使用日志记录、同伴共享和技术等方法</p>	III
	<p>建议 1.2</p> <p>促进学生技能转移</p> <p>包括但不限于使用的各种护理知识急救实习、社区实习和服务学习。</p>	III
2.0 教师	<p>建议 2.1 提供护理导师具有结构化、参与性的专业发展服务机构间实施合作，包括</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 关于教学结构和策略的信息</li> <li>• 关于解决学生的临床目标、实习原则以及不安全因素问题的方法</li> <li>• 关于实施标准化的角色建模方法作为临床教学策略的具体指导</li> <li>• 与研究人员举行定向会议的重要性。建立信任、持续关系和对实习的期许</li> </ul>	IV
	<p>建议 2.2 促进与各服务机构的合作——在导师、学生和护理教员间通过频繁、明确制定适合实践的沟通策略来设定教育情境</p>	IV
3.0 能力	<p>建议 3.1 合适的护理教育者善于运用有助于积极、高质量学习环境的知识和技能,包括</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 促进实践教育学习; 及</li> <li>• 学习战略和教育成果评价</li> </ul>	IV
	<p>建议 3.2</p> <p>确保临床护理教师具备当前的理论知识和临床专业知识, 并支持持续的专业发展, 促进理论向实践转移的机会</p>	IV
4.0 课程	<p>建议 4.1 在课程中纳入高质量的模拟学习经验, 同时考虑到以下方面:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 模拟不是实践教育的替代;</li> <li>• 模拟经验要求教师精通模拟教学;</li> </ul> <p>在模拟学习之后进行结构化分层介绍来增加经验;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 质量模拟经验需要充足的时间、预先规划以及要注意小组规模</li> </ul>	Ib-V
	<p>建议 4.2</p> <p>将创新战略纳入促进护理批判性思考的课程中, 使他们为过渡到实践做好准备, 包括主要临床问题或个案研究的课堂讨论, 反思和使用模拟健康护理背景。</p>	III

对服务机构的建议		证据水平
5.0 服务机构	<p>建议 5.1</p> <p>参与与教育机构的持续合作，以发展促进护生学习环境支持的策略并鼓励服务机构工作人员、护士及护师间的交流</p>	IV
	<p>建议 5.2</p> <p>与学术护理程序建立互利伙伴关系，培养高质量的实践教育和支持战略，以缩小服务中的差距，包括向护理人员提供临床教师以及增加新毕业生的招聘</p>	Ia
	<p>建议 5.3</p> <p>为培养护生提供专业的学习经验。 在护理过程或项目交换中与其他卫生部门合作，制定共同目标。</p>	Ia

系统等级及政策建议		证据水平
6.0 系统等级与政策	<p>建议 6.1</p> <p>倡导能使其能够获得足够的资金并获得合格的服务教员，充分的临床实习，以及与服务伙伴协作关系的政策以为护生提供优质的实践教育。</p>	V
	<p>建议 6.2</p> <p>优先考虑设计和资助研究计划了解改善质量实践教育的策略以及其对护理教育的影响</p>	V

## 对证据等级的解释

证据水平是衡量设计能够消除研究中现象替代解释程度的标准。水平越高，证据越多，变量之间的关系就越大。证据等级不反映个别研究的优点或质量。

表 1，证据等级

等级	证据来源
Ia	从随机对照试验的 meta 分析或系统性综述中获得的证据和/或多研究的合成，主要是定量研究。
Ib	至少一项随机对照试验获得的证据。
IIa	从至少一项设计良好的非随机对照研究中获得的证据。
IIb	从至少一种其他类型的设计良好的非随机准实验中获得证据的研究
III	定性研究的多学科综合研究
IV	从精心设计的非实验观测研究中获得的证据，如分析性研究或描述性研究和/或定性研究。
V	从专家意见或委员会报告中获得的证据，和/或权威临床经验。

资料来源：适用于苏格兰校际准则网（苏格兰校际准则网[Sign]，2011）和 D.Pati（2011年）。

## 背景

现今的素质教育与未来的护理质量有关，因此发展护理教育必定是护理教育者、管理者、从业人员、学生和公众优先努力的方向。今天的学生必须学会欣适应工作环境的复杂性并在其内部实践中使用最佳的证据来指导他们的临床和管理，现在和将来都是如此。实践教育是一种涉及学生在现实和模拟情景中对理论应用的护理教育方法。（CASN，2005）。实践教育经验使护生能够在课堂上学习到护理理论，通过临床技能证明其安全、伦理和有效性。护理实践教育还允许学生在病人病情复杂时发挥临床能力和判断力（CASN，2005）。本科护生的实践教育主要由具有丰富理论和实践经验的注册护士指导，教授护生临床技能、批判性思维和治疗性沟通（加拿大护士协会，2004年）。

无论是在临床实践环境中还是在模拟临床情景的情况下，实践教育经历都是护理学生“学习和专业社会化”的关键，且减少了理论与实践差距（加拿大护士协会，2004年）。理论和实践在实践中相互依存，理论运用知识原理去解释实践，二者的差距代表“不能将教育中获得的思想知识与现代医疗实践的现实联系在一起”（Clark & Holmes, 2007 as cited in Monaghan, 2015, p. e1）。理论和实践的差距通常在护理学生的教育过程中开始，并在完成研究后继续（Monaghan, 2015）。这一差距最明显的是在临床技能能力方面，新护士希望去实践，并且实践对护士在承担责任方面的信心有很大影响（Monaghan, 2015）。

由于实践经验是护理教育的一个组成部分,因此必须找到最大限度地增多实践学习机会的途径(Niederhauser, Macinty, Reg, Garner, Teel, & Murray, 2010),以缩小理论与实践的差距。具体而言,我们需要一种积极和支持性的实践环境文化,这就需要内部工作人员进行协作参与和支持,为学生提供注册护士的发展机会(Niederhauser 等, 2010)。它还需要护理教育者和临床护理指导员的参与。教学的成功取决于服务机构与教育机构之间的紧密合作关系(Levett-Jones, Fahy, Parsons, & Mitchell, 2006年)以及实践能力相关的标准制定和决策机构提供进一步支持。以上各组间的重要性在本指南中都会被提及。

## 专家小组确定的关键主题

专家小组确定了指导原始文献检索并在本指南中提出建议的若干关键主题和概念。小组确定学生应进行所有实践教育活动。有五个以学生为中心的要素,这些要素在不同层次相互作用,以影响学生的发展。这五个要素是:教师,减小理论-实践的差距,情境转换,教授,和实践学习环境的文化。

1. 教育机构的教师在学术、道德和法律上有责任保护公众,并对护理学生的教育发展负责(Boley&WHI Tney, 2003; Smith, McKoy, & Richardson, 2001年)。
2. 减少理论与实践上的差距是指教育机构和服务机构有能力通过共同努力为护理学生提供必要的高质量服务及实践教育,使他们拥有成为自主从业人员的不学习机会(Monaghan, 2015年)。
3. 情境转换是指在不同的教育和专业角色上可能发生的变化,包括在完成教育过程后从学生到护士的转变。(Schumacher & Meleis, 1994年)。这些转变是随着时间的推移而发生的,分为几个阶段,其特征是个人的身份、角色、关系、能力和行为模式发生了变化(Schumacher&Meleis, 1994)
4. 教师、护理学生和护理学院之间的合作关系有利于理论在实践中的应用(加拿大护士协会, 2004年)。
5. 实践文化是实践环境中会影响学生学习及实习职业素养的价值观、信念、规范、假设和政策(Palmer, Cox, Callister, Johnson, & Matsumara, 2005)。

以上方面中最重要的是教育机构、服务机构和政策制定者与决策者之间为学生进行高质量实践教育方面的互动。为维持高质量实践教育,好的教学机构以上方面均应具备。教育机构必须考虑学生、教师、教育工作者和临床护理机构以及课程本身的需求。服务机构必须把实践环境、员工护士和专业医护团队当成一个整体来思考。政策及决策制定者应前瞻性地考虑到专业护理相关规则及立法,以达成教育政策水平的提高及此领域的长远发展。专家小组确定了主要任务和一些影响高质量实践教育的问题,并以此作为指导文献回顾和制定建议的手段。

## 教育机构面临的挑战

教育机构的工作重点是提供能使毕业生满足护士基础实践能力的课程(CAN, 2011A)。现今,学生们需要通过在认可范围内的教育来进入护理专业,并且这些对于发展基础水平的临床判断、实践中的批判性思维来说是必不可少的。(CAN, 2011A)教育机构和服务机构必须以对双方都有利的方式分担对实习环境中护理学生的教育责任(CASN, 2011a)。例如,这

种合作可能涉及使用服务机构护士作为临床教师或协同研究护理教育建议（Connolly&Wilson, 2008）。在这个新兴技术时代，护理环境有着不断变化的需求（CASN, 2011 b），教育机构必须适应这些变化，并将其纳入护理教育中。

## 服务机构面临的挑战

在今天的医疗保健系统中，服务机构往往增加资源使用以应对更复杂的病人情况和需求，而机构本身可能很难达到安全、高质量护理的基本水平（Hofler, 2008）。服务机构的主要作用是向客户提供护理服务，为有效地做到这一点 这些机构必须注重征聘护士以满足日益增加的护理需求。提升招聘护士质量的工作重点应放在增加学生实践经验，使学生能够应对情况复杂的病人上（Connolly&Wilson, 2008）。学生已成为提升组织能力和发展服务机构的基本要素，尽管这一方面教育机构的财政和教育经费可能存在问题。为谋求更好发展，服务机构与教育机构的合作需要通过新型的、更多的合作模式来进行（Connolly&Wilson, 2008 年）。

## 决策者面临的挑战

政策制定者和决策者通过影响护士执业范围的立法和支持规范护理资源分配的政策来影响护理实践教育。他们为以护理奖学金为基础的规范化护理实践做出了贡献，这些也影响了护理实践的发展和实施。（Hofler, 2008 年）。然而在政策上，实践教育的持续发展和奖学金与是否有资源支持和护理学知识改变相联系（Hofler, 2008 年）。护理教育研究面临的挑战在制定本指南建议的文献综述中很明显：大多数研究都是单一的，样本量小，复制量小。护理教育研究资金的问题并非此处独有，而是护理学的全球性问题（NLN, 2007 年）。

## 总结

高质量护理学教育需要教育机构、服务机构和专业政策法规制定者的共同合作来支持。以下建议概述了这些团体如何有效地开展护理实践教育，然而大部分证据水平较低，仍需要在护理教育领域进行进一步的研究。重要的是，教育机构的许多建议也适用于服务机构，反之亦然。因此，这两个教育机构间应进行合作，共同执行两种建议，努力促进所有护生实践教育质量的提高。专家小组确定的影响学生发展的五个主题在实践教育经验的规划和实施过程中也很重要，这五个主题贯穿了本指南。为了使护生能够应对不断变化的医疗保健体系，高质量护理教育至关重要，应由教育机构、服务机构、政策制定者和决策者支持，充当护理课程的重要组成部分（CASN, 2005）。

# 教育机构的建议

## 1.0 学生推荐

### 建议 1.1:

为学生提供机会，与教师和同学分享并有针对性地利用日志等方法，与他们分享实践教育经验及技术。

证据水平=III

### 讨论证据:

将鼓励学生分享经验与自我反省作为学生在临床实践经验中缓解压力源、释放情绪和进行对话的一种方式，这样可以使学生更加积极地投入临床实践中（EPP, 2008; Ruth-Sahd, 2011; Walker, Cooke, Henderson, & Kandy, 2013）。此外，使用反思学习的策略不仅可以丰富学生学识以及增进信心，还可以提高学生理解水平（Adamson & Dewar, 2015）并且缩小理论与实践的差距。

基础理论的研究对理论质量有着巨大的影响（有关质量分数的更多详细信息，请参见附录 C）。我们建议使用通过改进护理教育方案来改进学生对情境压力评估的方法（Shipton, 2002）。这种类型的反思实践可以提升护生转换思考的境界，扩大其专业角色，于护生的个人和专业发展有益（Schumacher & Shipton, 2002）。因此，教育机构必须支持护理学教师及导师使用有目的的反思性学习策略，以提供有利于护生的学习机会。这样也可以促进自主选择实习护士的发展。

## 反思战略

文献（Adamson & Dewar, 2015; EPP, 2008; Ruth-Sahd, 2011; Walker 等人, 2013）中确定了几种自我反思策略，可帮助护理学生发展必需的应对技巧、参与治疗和体恤患者关系的能力以及从实践经验中学习的能力（Adamson & Dewar, 2015; EPP, 2008）反思日记是促进护生自我反思及合理反思的常用方法。（EPP, 2008）。还有证据表明，学生在使用日记作为反思时，随着时间的推移，可以提升反思战略作用（EPP, 2008）。一项由 Walker 等人进行的定性研究（2013 年）（被评为中等水平方法）利用研究重点小组探讨使教职员和学生适应循环学习战略，以促进公开对话和批判性反思实践。循环学习策略是一种涉及群体讨论的方法，使参与者能够以促进成长和变化的方式批判性地反映实践（Walker 等人, 2013）。研究表明，不仅是学生们发现循环学习环境是安全、受鼓励和赋权的环境，护理人员也有同样的积极反应（Walker 等人, 2013 年）。类似的举措保证学生和工作人员可以平等地发声，并在协作环境中反思其临床实践。

对等共享也可以是临床实习设置中学生的宝贵和重要的反映成分。Ruth-Sahd (2011) 在定性研究中探讨了合作护理关系对教学质量的影响，并确定了与该过程相关的五个主题：与合作伙伴分享临床经验；从课堂到实践的过渡；增强专业社会化以及团队合作的概念；增加

自主性、问责制和责任感；树立信心。

虽然这些方法仅在第一天实施,但其证明了护理学生通过共享经验加强信心和临床经验的潜在优势。这些方法同时也使学生感到安全和被支持 (Ruth-Sahd, 2011)。

## 使用技术支持反思

近年来,证据支持将技术整合到临床实践环境中作为增加学生分享和反思的一种策略 (Mackay & Harding, 2009; Wu & Lai, 2009)通过短信交流 (Mackay&Harding, 2009), 通过播客 (一种互联网服务) 收听医疗保健故事, 以形成反思 (Adamson&Dawer, 2015)。在线论坛 (Wu&La) 中的学生共享 (2009 年) 一直视为作创新战略, 促进学生讨论、反思以及增加对教师的提问。具体而言, Wu&Lai (2009) 进行了一项试点研究(为中等方法质量) 是一种利用个人数字助理(PDA), 允许学生即时访问在线论坛中反思日志的方法。这些方法使得他们的导师能够立即作出反应, 可以在必要时提供支持或反馈。在当今的医疗环境中, 掌上电脑正被平板电脑所取代, 移动设备, 如智能手机, 可以为类似的在线日志记录提供便利。值得注意的是, 在整合新的教学模式时, 必须对教师和学生进行适当的培训。(Wu & Lai, 2009)。此外, 还必须考虑到确保连接问题得到解决(即服务机构接入 Wi-Fi、skype 或移动网络) (Wu&LAI, 2009)。

## 其他注意事项

护理教育项目应确保有足够的时间、资源和机会(例如, 有足够的时间记录反思性的日记; 有一个安静、私密和安全的讨论空间; 并确保有保障的讨论空间以及保密的在线论坛), 使护理学生能够安全地分享和反思实践教育经验(Walker 等人, 2013 年)。护士以及其他学生相互交流时应保证保密性及隐私性(例如, 供讨论的私人空间或书面保密协议)。

## 建议 1.2:

促进学生在护理学方面进行技能和知识学习, 包括但不限于紧急情况、社区设置和服务学习。

证据等级=III

## 证据的讨论:

尽管认识到实践教育重要性的机会有限, 如果学生积极积累经验, 并提高自身专业水平, 则必须考虑培养其可转移技能的问题 (Larson, OTT, &Miles, 2010; Reising 等, 2008; Warner, Jelinek, &Davidson2010)。

实践教育环境中的其他备选方案-例如国际教育 (Wros&Archer, 2010 年) 和社区实践 (Aponte, 2009 年), 或纳入服务-学习的方案 (Krouwiade, Van Gelderen) 也应被认为是学生了解健康的社会决定因素的一种手段。在传统医院环境之外的实习环境中产生的实践教育经验已被证明是对现有的临床技能和在急性护理中学习的能力的补充, 可成功地将护理技能转移到其他领域, 并为所涉社区或组织提供有益的服务 (Merritt&Boogaerts, 2014 年;

Mthembu&Mtshali), 2013 年; Reise 等人, 2008 年)。因此, 如果可能的话, 涉及急救护理、社区护理和护理服务的实践教育应当集中进行。

## 社区与服务-学习实践教育经验

传统的急救护理在医院或长期护理中经常发生, 可以为护理学生提供发展基础护理技能的机会。与之相反, 社区学习和服务学习可以发生在各种护理情景中, 并且具有其独特优势 (KRumbawede), 2015 年; Merritt&Boogerats 2014 年; Reising 等人, 2008 年)。社区安置可以包括许多环境, 包括公共卫生、初级保健诊所、农村社区保健中心、家庭护理机构 (Merritt&Boogaerts, 2014 年) 以及人群中。社区内开展的促进健康方案 (Reising 等人, 2008 年) 可以提高护生在急救护理学习中获得的技能和知识 (Merritt&Boogaerts, 2014 年), 并将健康促进方法加入实践中 (Reise 等人, 2008 年)。

例如, 在中等质量的定性研究中, 经历过社区学习的护理人员不仅产生如对自主、协作和以人为中心做法重要性的认识, 还认识到自己可以将这些知识运用到其他情景中 (Merritt&Boogerats, 2014)。

此外, 服务学习是社区护理经常使用的方法, 它既满足社区的需要, 又符合学生的学习目标, 并使学生有时间反思提供服务后所获得的经验 (Krouwide-et al., 2015 年; Linton&Campbell, 2000 年, Reise 等人, 2008 年)。

Mthembu 和 Mtshali (2013 年) 的一项定性研究证明了服务学习方法的好处, 此方法理论性强, 通过社区活动探索知识结构。护理教育工作者一致认为, 在服务学习项目中与社区成员合作可以提高学生对不同信仰、文化、宗教以及对于过去实践经验的认识。这些经验是护理知识体系的重要组成部分 (Mthembu&Mtshali, 2013 年)。

## 服务学习和社区实习的实施

在使用服务式学习和社区实习安排时, 不仅护理项目获得社区的认可和支持很重要 (Baglin&Rugg, 2010), 确保这些安排为护理学生提供使他们能够在某种程度上达到实习能力的机会也很重要 (Pijl-Zieber, Barton, Awosoga, &Konkin, 2015)。教育机构应与社区机构合作以确保清楚了解学生参与护理实习的方法, 防止理论-实践差距的发生 (Pijl-Zieber et al., 2015)

在一项定性研究中, Baglin 和 Rugg (2010) 报告了教育机构和服务机构必须解决的、防止实习中消极因素或导致社区实习中断的因素:

- 评估以社区为基础的, 与护生及护师有关的护理实习场所的质量和合适程度。
- 确保所有护生接受社区实习;
- 了解护生在实习中对信心的影响及改变
- 认识到护师向护生传达积极实习及使他们了解到理论学习与实习不同之处的方法。

(Baglin & Rugg, 2010)

## 2.0 教师

### 建议 2.1:

向护理人员提供与服务机构合作实施的结构化、参与性专业发展和教育方案，其中包括：关于教学的信息策略与理论；关于解决学生“临床目标、目标、实践范围和不安全实践”的信息；标准实施方法以将角色建模作为临床应用的具体指导；通过举行定向会议建立与学生信任、持续关系及交流对实习期望的重要性。

证据水平III

### 证据的讨论:

在临床实践中由资历丰富的护士承担老师的角色，他们在护理学生的教育中起着不可或缺的作用(Leners、Rohrs 和 Piccone, 2006)，并且在教导学生和新晋护理人员方面起着很大作用(Henderson, FOX, &Malko-Nyhan, 2006)。教师培训与实习中的指导不同，是一个更加正式的过程，如：加拿大护士协会(2004年)，这通常涉及长期的、互利的专业关系，并且对于具有更多经验的护士和具有较少经验的护士或护生之间都有利(P. 18)。护理人员可以为学生提供实习经验、为新的研究生护士，甚至对领导作用感兴趣的同事提供指导(加拿大护士协会，(2004年)。同时，教授提供临床监督，并有责任提供临床教学、指导和正式评价(安大略省护士学院，2009年)。

为确保导师能成功地加强护理实践教育，并为学生提供积极和互惠的学习经验，指定的护士导师必须有足够的专业知识发展和支持教育(Daniellsson, Sundin-Andersson, Hov, &Athlin, 2009年; McVeigh, Ford, O'Donnell, Rushby, &Squance, 2009年)，重点是帮助他们理解建模的影响(Donaldson&Carter, 2005年)。他们还必须理解建立信任关系的重要性，并对学生、他们的角色和他们的目标进行充分的定向。(Haitana&Bland, 2011年)。教育机构应与服务机构合作，以鼓励他们参与这一进程的方式(Schaubh&Gentry, 2010年)向教师提供所需的信息和教育(Browning&Pront, 2015年; Daniellsson 等人, 2009年; McVeigh 等人, 2009年)，并提供作为教学战略的角色建模的方法(Donaldson&Carter, 2005年)，强调花时间与学生建立支持和信任关系的重要性(Henderson 等人, 2006年)。

## 教师的专业发展

据报道,教育项目不仅是为了教育护士,也是为了为教职人员提供机会,以提高他们的领导能力和提高他们的工作质量(加拿大护士协会,2004年)。以导师为重点的教育工作及教育项目可包括临床教学策略、成人教育以及在临床环境下评估学生这几个内容(Browning&Pront,2015;Schaubht&Gentry,2010年),这也是确保教师具备在实践中支持学生所必需的能力和信心的重要因素。专业发展和教育方法也应当包括使导师了解护理教育理论发生变化的内容,使他们能够随时掌握最新变化来补充此部分学习(Bos, Lofmark, & Tornkvist, 2009)。为导师提供有效的、结构化的专业发展和教育活动,包括提供更新课程、资源和教育内容、通讯和互动研讨会等(Bos et al., 2009; Browning & Pront, 2015; Levett-Jones et al., 2006; McVeigh et al., 2009; Middleton & Duffy, 2009; Sedgwick & Yonge, 2008, 2009)。

此外,教师必须全面了解临床教学的总目标、护生的学习目标以及在学生实践范围及在具体学年内的临床活动(Levett-Jones et al., 2006)。进行计划时还需要考虑到教师如何解决实习中学生不安全做法的问题(Luhanga, Yonge, & Myrick, 2008)虽然本指南仅搜集此范围内的文献,但仍有其他文献的策略可以被运用到解决教育中不安全做法问题上。这些策略包括监查学生行为及沟通潜在问题,制定行动计划,提供具体学习机会及有建设性的反馈。(Luhanga et al., 2008)。

与服务机构合作的教育方案应考虑纳入参与部分——包括个案研究或互动讨论——以协助有以下困难的教育工作者:如向学生灌输批判性思维(Schaubhop&Gentry, 2010年)和解决不安全的做法(Luanga等人,2008年)。附录D还概述了应在文献中确定的技能和特点,以及教职人员教育计划改进方法。

## 角色建模作为临床教学策略

另一个对护理学生临床学习至关重要的策略——必须得到导师的支持——建立角色模型(Donaldson&Carter, 2005)。角色建模假设的护理技能是复杂的,如果护理学生要成功地学习和展示特定的行为或技能,他们必须在实践教育中反复练习(Donaldson&Carter, 2005年)。作为示例的教授也有责任确保向学生展示的技能和行为符合其省级或国家护理机构的标准。(CNO, 2009年)。

Donaldson和Carter(2005)的一项中等质量的基础理论研究,探讨了护理毕业生和在读学生对实践中角色塑造的看法。学生表示需要了解如何在观察角色建模时评估来有机会重复观察及实践模型中的技能或行为,这样可以让他们阶段性反馈自己的时间情况,并看到角色建模中的矛盾之处(Donaldson&Carter, 2005)。如果由导师实施角色建模的理论模型或标准化战略,这一方法就可以持续使用。护理项目应与导师和服务机构合作,通过探讨如何对学生使用标准化的方法或理论模型来实施此实践,这样也给了他们足够的反馈机会(Donaldson&Carter, 2005年)。

## 定向和建立支持性关系的重要性

建立专业的工作关系是导师工作的一个重要因素,在促进学生的知识和理解的同时,对学生进行更好的评价(Haitana & Bland, 2011年)。具体来说,学生尽可能被分给同一个教授会使学习更有效,如果不能,我们建议为学生提供适当的替代课程(Henderson等人,2006年),以便最大限度地保持实践课程的连续性(Higgins&McCarthy, 2005年)。Gillespie

(2002) 进行的一项定性研究表明, 护理学生了解自身学习需求、目标、优势, 这使教师能够在 学习过程中提供适当的支持以防不了解学生需求进而产生误判。(Gillespy, 2002 年)。因此, 这些学习需求、目标和优势应该在实践的早期, 如在学生同导师的定向会议期间讨论。此外, Henderson 等人的小组进行了中等质量水平的定性研究, (2006 年), 研究表明, 参与计划的护士认为为导师和学生提供时间进行汇报、反思和完成以教育为导向的活动是非常有益的。据报道, 与学生相处的时间不足会对导师有效教学(Kaviani&Stilwell, 2000 年)和发展教学关系的能力产生负面影响。因此, 教育机构应与服务机构合作, 必须使教师和学生之间有足够的时间进行指导。这将有助于导师明确了解学生的需求和目标(Gillespy, 2002 年), 使导师和学生的关系更加密切, 这也是导师和学生对实践的共同期望。

## 建议 2.2:

通过频繁而明确的、基于实践背景量身定做的沟通策略来促进教职人员、学生和服务机构之间的合作。

证据水平=IV

有效的护理教学常常被认为有助于护生在工作场所融入和过渡到实践中(Henderson 等人, 2006 年), 对学生实践有积极影响, 可以增加学生的学习经验。虽然本科护生经常与导师合作, 但对于导师和学生来说临床经验包括多重支援系统的参与及合作。这些机构包括支持和安排临床的教育机构, 以及帮助支持交流和为导师及学生提供持续学习经验的服务机构。特别是, 机构支持和合作-在教师的支持下-是与受教者临床实践成功的关键因素(Jerlock, Falk, &Severinsson, 2003 年; McVeigh 等人, 2009 年)。因此, 教育机构, 教职员, 导师和护理人员需要共同努力以提供安全和支持的学习环境, 确保学生能够成功地推进其护理工作。(Baxter&Rideout, 2006 年)。

## 教育机构与教师之间的合作

由 Peters、Halcomb 和 McIntes (2013) 进行的定性研究(中等证据水平), 表明尽管注册护士愿意指导护生, 他们仍经常觉得大学和临床实习之间缺乏沟通。这反过来又会使教导变得困难。护士更愿意与教育机构加强协商和沟通, 因为机构更加支持他们的工作(Peters 等人, 2013 年)。一些定性研究还发现, 乡村医院的院长需要特殊支持(Sedgwick&Yonge, 2008 年、2009 年), 社区中的教职人员也需要特殊支持(Middleton & Duffy, 2009)。例如乡村医院的教职人员可能在较小、较密集的地方工作, 在那里他们必须掌握如何与学生和教职员协商学习活动, 如何与他们谈判学习活动以及平衡学生和单位需求的方法、

(Sedgwick&Yonge, 2008)。教育机构与乡村地区之间距离较远,也可能意味着加强与护理人员 and 导师的沟通对于消除学生孤独感更为重要(Sedgwick&Yonge, 2009 年)。同样,社区环境中的教职人员也接受了 Middleton & Duffy(2009 年)的采访,相关高质量定性研究表明他们需要教育机构提供更多的支持,以全面评估学生并确定适合于提高护理学生技能和能力的“小个案量”。

护理教育项目必须为适于实践教育的教师和学生提供持续支持。文献表明持续支持策略包括频繁的现场访问、电话会议或电子邮件更新(Peters 等, 2013)、评价学生的进步(Middleton&Duffy, 2010)以及学生对教师进行实践反馈。在服务机构内设立特殊管理人员或特定部门也是教育机构与教职人员之间沟通的一种手段(Congdon 等人, 2013 年)。教育机构可与这些管理人员或部门合作,以管理教师的工作,而管理人员则可作为学校与教师之间的联络人(Congdon 等人, 2013 年; Peters 等人, 2013 年)。

### 3.0 教员

#### 建议 3.1:

使从事实践教育的护理教育人员具备以下知识和技能:

创造一个积极、高质量学习环境,包括促进实践教育学习的教学法;评估策略与学习结果评价。

证据水平=IV

#### 讨论证据:

教师通过运用循证实践方面的知识和技能,使他们能够支持和帮助学生将课堂理论融入临床实践。(Balakas, Potter, Pratt, Rea, &Williams, 2009 年; Balakas&Sparks, 2010 年)。教师对多样性和文化能力的知识和理解、相互尊重的互动、价值观的沟通以及对技能敏感度有关的角色模型的建立对于临床教学的积极发展非常重要(Anonson, Desjarlis, Nixon, Whiteman, &Bird, 2008; Beukes, Nolte, &Arries, 2010; Billings), 2008 年; Cohen&Gregory, 2009 年)。教育工作者也会影响学习的气氛,他们可以根据他们所设定的环境来促进或阻碍学习(Rowbothan, 2010)。因此,做好护理实践教育的准备工作需要结合教育、经验、知识(Beitz&Weiland, 2005 年)和评估技能(Betany&Yarwood, 2010 年)非常重要,必须花时间做好这些工作。

### 促进实践教育

高质量护理实践教育要求教师采取一种既能促进学生学习又能维持有利环境的方法(Rowbothan, 2010 年)。Beitz and Weiland (2005)的一项对开放式问题的高质量分析表明,护生更倾向于向学习及实践教学有趣的导师学习,教育者消极教学会使学生“照本宣科”,在学习中未能强调批判性思维技能(Beitz&Weiland, 2005 年)。相反,学生认为,可促进学生积极学习的教师擅长运用建模来实践教育、持续性实践、与学生建立信任关系并及时提供反馈(Beitz&Weiland, 2005 年)。为了提供高质量的实践教育,护理教育工作者必须在护理教育中思考提供内容及促进分析性思维的新途径。这就要求护理导师因材施教(Diekemann, 1993 年, Cox, 1998)使用已证明有利于学生实践的教学方法。被指定为实践

教育教师的护师需要为学习技术做好准备，如模拟(见建议 4.1)和主动学习策略、采用新的教学方法(Abbott&Coenen, 2008 年; Barry, Blum, Eggenberger, Palmer-Hickman, & Mosley, 2009 年)。促进护理教育工作者之间公开交流、支持和持续对话的环境，使用有助于知识共享和整合有效的实践教育教学方法及新的、创造性的方案(Rosetti&Fox, 2009 年)。

## 学习效果评价与策略评价

教师必须知道：

- (A) 如何设计和使用有效的评估方法；
- (B) 如何使用所学的知识；
- (C) 如何调整这一过程，以确保护理学生的公平，以及
- (D) 如何在实践中考虑到耐心和专业安全问题(Betany&Yarwood, 2010 年)。

护士教育工作者将分配失败归因于缺乏指导文件、对上诉的担心以及对“失败”的评价决策缺乏信心(Boley&Whitney, 2003; Dedek, Marks 和 Rege), 2005; Scanlan&Care, 2004)。护理项目的评估过程需要根据评估结果进行必要的审查和修订，因为这将确保所使用的方法正确及与进入护理行业的能力相关(Chavez, Bender, Hardie, & Gastaldo, 2010)。理想情况下，临床评估应要求学生“展示他们在真实临床实践时的思考、决定和行动的能力”(Tiwari 等, 2005, p. 305)。这种评估形式被称为“真实评估”(Wiggins, 1989, 和 Torrance, 1994 年，正如 Tiwari 等, 2005)，适用于检验专业人员的能力。这种评估通过采取在现实生活中展示技能和知识、分析重大事件或反思实际做法的形式达到增强课程发展可培养基本和先进的临床技能、在临床环境中联系理论知识及患者的护理并集成护理专业规范和价值(Tiwari 等, 2005)等方面的目的。

评估期间的反馈对于学生的专业进步和发展也很重要。Kelly(2007)的定性研究(中等质量水平)发现，在临床实践背景下，护理学生更重视私人的、及时的反馈。此外，格洛弗(2000 年)的案例研究采用定量和定性数据(中等方法质量)强调了反馈与澳大利亚急救护理的三年级护生的相关性。影响反馈效果的关键因素是反馈的即时性、行为基础、关注学生、平衡正负反馈以及提升学生实践反馈的目的。所有这些都是教育机构指导教师评估标准时应考虑的方面(GLove, 2000 年)。请参阅附录 E 所建议的策略，可供护理教育工作者、导师及临床护理导师在实践教育后向护生提供临床反馈。

## 建议 3.2:

确保临床护理教师具备当前的理论知识、临床专业知识并支持现有专业发展机会，使理论转为实践。

证据水平=四

讨论证据：

临床监督会影响学生的专业和个人发展，对职业规划的准备，对护理专业的看法，以及其职业生涯中持续学习的动机。(Haggman-Laitila, Elina, Riitta, Kirsi, & Leena, 2007年)。在临床实习期间为学生提供支持的临床护理导师需要有充分的准备，教育部门也应发挥其作用，提供质量监督(Browning&Pront, 2015年; Drennan, 2002年; Higgins&McCarthy, 2005年)保证护理教育质量(Cheraghi, Salasi, & Ahmadi, 2007年)。护理导师必须熟知理论和临床知识，他们需要掌握最新临床知识(Cheraghi 等人, 2007年)。临床护理导师们应了解组织文化和组织政策，并能使学习者了解这些因素对护理患者的影响。因此，教育机构应该支持持续教育并在临床实践中发展机会，确保新的临床护理导师在教学内容方面有不同的临床经验(Cheraghi 等人, 2007年)。

## 充分的临床经验

临床护理导师在近期的实践和理论知识中存在着明显的差距，这可能是阻碍课堂理论转向临床的一个重要因素。(Cheraghi 等, 2007)。研究人员的一项基础理论研究(高质量水平)探索了理论转向实践教育经验的方法，在本研究中大部分接受访谈的护士和护生强调，理论学习的技能与临床中强调的技能有所不同，(Cheraghi 等人, 2007年)，这可能与导师持续专业发展不足有关。有时，学生和他们的临床导师认为，在此背景下，新的实践受到限制，如果他们遵循服务机构现有的惯例，理论与实践的差距就会进一步扩大(Cheraghi 等, 2007)。参与访谈的护士和护生认为，临床教师的重要特征包括在特定的临床领域中具有特殊专长以及具有当前和持续广泛的临床实践经验(Cheraghi 等人, 2007)。

因此，教育机构应了解导师的临床经验和教育程度，并且了解该经验是否为最新临床经验。导师必须通过实践或教育机构在不断进行的专业发展中补充这一经验，以促进理论到实践的继续转移。可持续发展的机会包括加拿大护理学校协会(CASN)的临床讲师课程，该课程为有兴趣继续接受与学士学位课程的注册护士提供临床教育(CASN, 2016)。本课程包括结构化评估过程，以确保护士拥有可以经受检验的经验(CASN, 2016)，类似的课程在学术机构及网络上都有提供。与此类似的举措是促进临床护师继续接受教育的一种手段，应得到教育机构的支持。

## 4.0 课程

### 建议 4.1:

将课程中的高质量模拟学习体验融入到补充课程，需考虑以下内容：

- 模拟不能代替实践教育；
- 模拟学习要求教师在模拟教学中具备熟练的能力；
- 在模拟学习后有进行结构化汇报的机会；及
- 有质量的模拟需要足够的时间、预先计划和对小组的关注

## 证据讨论

据报道, 在一些情况下, 高质量的数字化模拟实践与传统面授作用相近, 如 Bloomfield, Roberts, & While (2010) 在随机对照试验中得到的结果。模拟作为护理实习的准备阶段, 可以提高护士的知识、技能、学生满意度、批判性思维和解决问题的能力 (Childs&Supplest 2006 年; Jeffries, 2006 年; Wagner, Bear&Sander, 2009 年)。模拟学习的使用减少了教学/学习的临床环境的压力, 并为教师提供了评估学生进步、临床相关能力以及在受控环境中的护理干预的机会 (NLN, 2014 年)。临床技能实验室中的模拟还可以解决学生相关护理问题, 并在进入临床环境时提高学生的自信 (Reilly & Spratt, 2007 年)。此外, 在进入实习之前, 准备基本临床技能可以为整体护理做好铺垫 (Chicer-Smyth, 2005)。因此, 应将模拟学习纳入护理教育中, 作为实践教育经验的补充手段。(Bloomfield 等人, 2010 年; NLN, 2014 年)。

## 模拟学习是实践教育的一种策略

模拟学习不是实践教育的替代, 相反, 模拟通过为学生的实践做准备来增加实践经验, 并且可以补充特定技能的不足。临床经验的价值和实践技能的发展仍应是临床学习的重点 (Grealish&Treent, 2005)。此外, 有实验 (Smith&Barry, 2013a) 及描述性相关 (Smith&Barry, 2013b) 研究在完成家庭护理模拟体验之前和完成后对护理学生进行了测试。这两项研究 (中等质量水平) 发现在经历模拟后各组之间的知识得分无显著变化, 但学生自信分数有所增加 (Smith&Barry, 2013a, 2013b)。尽管这两个研究使用了相似的模拟模型, 但有多种模型和方法来支持这一结果。进一步的研究应将各种模拟与实践教育经验进行比较以揭示模拟学习中的差距, 或运用这两种方法对临床应用进行补充。为协助模拟的进行, 加拿大护理学校协会 (CASN) (2015) 发布了一份名为《临床应用指南》的国家护理教育框架的配套文件, 它提供了临床经验和模拟经验之间的关键特征和区别。此指南可于以下网站获取 <http://casn.ca/wp-content/uploads/2015/11/Draft-clinicalsim-2015.pdf> 并提供关于这种方法的模拟学习和指南类型的更详细信息 (Casn, 2015)。模拟实践应于理论模型或框架中进行以确保模拟在学生学习中的一致性和全面性。有关 NLN 的模拟理论及构建步骤请参见附录 F (2016)

## 提供经过模拟学习培训的教师

模拟为护理教育工作者提供了一个以安全有效为原则的标准化的临床环境 (NLN, 2014 年)。然而, 在引入模拟学习之前需要考虑几个因素以确保模拟的可用性。模拟教学的导师需为在使用模拟教学法方面有经验的教员和经过适当培训以维持临床技能中心或实验室环境的工作人员 (Childs&Supply est, 2006; NLN, 2014)。同时必须考虑任教教员的发展机会, 以及使用基于模拟循证研究和最佳实践的方法。此外还需要资源来维护高质量的模拟环境,

教员必须充分接受使用此类模拟工具的培训——如人体模型，也包括教师教育发展的培训 (Smith&Barry, 2013 年 a)。

## 模拟后书写简报

引导反思或书写简报是模拟教学的一个重要方面 (Jeffries, 2006; NLN, 2014)。在模拟之后进行结构化反思应纳入该过程，这样学生可以就模拟的决定提出反馈 (NLN, 2014)。这也为学生提供了反思自己的时间、情绪和临床能力的机会。教员在此过程中负责提供帮助，在规划模拟时，实践之后的反思时间应该与实际模拟的时长相同 (Jeffries, 2006)。模拟后书写简报的培训也应以理论为基础，指导这项工作的教员应定期评估其在这方面的能力 (NLN, 2014 年)。

## 必要的时间、计划和组织规模

开发和实施高质量模拟学习需要时间和计划。教职员需要在指定的时间来规划和发展综合方案，以反映临床环境。模拟学习本身不应仓促进行，学生和教员需要足够的时间去完成模拟训练。这包括对学生进行适当的经验准备，以及在模拟完成后有足够的时间进行汇报。(Childs&Suppl)EST, 2006 年; NLN, 2014 年)。以模拟组的规模作为计划的一个方面，一项仅进行描述性的模拟后测试研究表明，(中等质量水平)，对于护理学生来说，无论他们是否参加了模拟体验，还是仅仅观察到了模拟过程 (Smith&Barry, 2013 b)，学习结果相似。这一发现可能表明可以在更大的学生群体中或更大的课堂环境中提供模拟体验；即使有些学生可能不直接参与，但模拟仍然可以为这些观察者带来好处。(Smith 和 Barry, 2013 年 b)。然而，其他研究支持更小的小组规模，在资源和时间允许的情况下，促使所有学生直接进行学习而不是观察 (Childs&Supply, 2006)。因此，在决定模拟组大小 (包括模拟的性质) 时，护理程序和教员应考虑多个因素，如实践所需的资源教师、人体模型或计算机，以及最大限度地提高所有学生效益的方法。

### 建议 4.2:

将创新策略集成到促进护理批判性思维的课程中以增加准备向实践过渡的护生的思考，包括临床课堂问题的讨论或案例研究、写反思和模拟护理情境的使用。

证据水平=三级

### 证据讨论:

护理作为一种应用学科，必须关注理论-实践的连续性，以及促进批判性思维缩小这两个领域之间差距的方法。一些护理教育工作者强调成绩，而另一些人则强调批判性思维是临床决策的关键，并在实践和实施护理过程中强调批判性思维(Chow&Suen, 20 岁)。Cope, Cuthbeltson, &Stoddart, 2000 年; Henderson, 2002 年)。批判性思维作为一种护理概念，在整个护理文献中都有不同的定义，尽管其主要组成部分往往是文献搜集、询问和调查，分析和评估，以及问题解决和应用理论(Chan, 2013 年)。批判性思维作为实践决策的核心组成部分，必须成为实践教育的规范，才能使护生在不断发展的医疗体系中茁壮成长，成功过渡到实践中。然而，要做到这一点，护理课程必须集成并最大限度地促进培养课堂内学生的批判性思维技能，因为这将会使学生批判性思维能力提高，并将其转移到临床实习环境中(Arereado Maranon&Isla Pera, 2015 年; Henderson, 2002 年)。

## 护理教师课程设计

在承认理论-实践差距的过程中，护理计划必须反映在适用的实践背景的概念集成上，并侧重于在课堂上所教授内容之间的协作和实践演示(Arreariado Marranon&IslaPera, 2015; Henderson, 2002)。一项中等质量水平的研究表明，护生的临床感知在发挥其专业服务时有重要作用，与课堂理论相比，在专业角色发展中，学生往往更重视临床实习。(Arreariado Maranon & Isla Pera, 2015)。然而，在临床环境下发生的课堂理论和实践教育都是学生职业认同发展和教育的重要策略(Arreariado Maranon & Isla Pera, 2015)。因此，为了使这两种方法都对护生有益，课堂理论整合策略必须促使护生主动地反思性学习，并且应在实践环境中使护生提升和保持批判性思维(Arereado Maranon&Isla Pera, 2015 年; Henderson, 2002 年)。尽管在护理实践教育中做到持续性、有效地教授和评价批判性思维的研究还存在问题，但我们已经根据文献制定了创新策略(Chan, 2013)。这种普适于促进批判性思维的策略可被转移到实践中，包括提问以刺激讨论、使用特定标准来写反思和问题，并解决基于临床病例的研究问题(Chan, 2013)。另一种在实践情境中促进批判性思维的方法是使学生参与模拟护理，通过将基于问题的情景作为一种手段来练习评估技能、分析、沟通能力和治疗护理干预能力(Ward&Killian, 2011)。参与模拟临床实践之后关键问题的动态讨论也可用于主动学习材料中。在课堂上集成的促进批判性思维的材料可以对学生进入实践时可能遇到的问题进行模拟，这些材料更了解学生，并且可以对学生产生影响。这样的规划可以帮助减轻学生从课堂到实践环境情境过渡的压力(Schumacher&Meleis, 1994)。护理计划应支持教师在护理课程中使用不同的策略，使学生批判性地分析可能的实践情景并能够适应临床实践。

## 5.0 服务机构

### 建议 5.1:

与教育机构持续合作，制定教学计划，为护生营造一个支持性的学习环境，并鼓励服务机构、工作人员、护士和护理人员之间进行沟通。

证据水平=四级

## 讨论证据：

学生的学习经历常常受到与教师、教授、其他工作人员、护士、病人及其家属的影响 (Baxter&Rideout, 2006 年)。因此，必须考虑到环境和其他因素对于实践的影响。有证据表明临床学习环境的重要性，临床的氛围可以影响护理学生的教育水平 (CNO, 2009 年；Palmer 等人, 2005 年)。服务机构和护师之间的协作和交流尤为重要，真正对学生教育质量感兴趣的护士可以通过培养信任来提供高质量的学习氛围以及专业性关系。(Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2006)。在临床环境内对他人的相互尊重可以对学生自尊产生积极的影响 (Chicer-Smyth, 2005; RNAO, 2006)，团队可以减少学生的焦虑并培养自信。服务机构应与护理计划合作，临床工作人员应就学生安置的细节进行开放式沟通，以确保员工护士做好学生到本单位的准备工作，了解他们在指导方面的潜在作用并且能够根据需要与教员联系 (Levett-Jones et al., 2006; Palmer et al., 2005)。

## 促进支持性学习环境

护士有专业义务支持学习者的教育和专业成长，并且所有护士和学生都需要有利于实践学习的环境 (CNO, 2009 年)。然而，护理人员与学生之间的协作障碍会妨碍学习并影响实践教育的质量。在 Drennan (2002) 进行的混合方法研究中，(中等质量水平)，发现临床护理人员经常忙于护理患者而缺乏教学以及学习技能，似乎对学生的教学方案和能力水平几乎一无所知。有证据指出，在实习环境中提供临床监督的人员需要与服务机构合作，以确保所有工作人员都了解学生的学习需要和技能水平以便能够提供安全、称职的护理 (Drennan, 2002 年)。此外，服务机构可以支持员工护士参与教学关系，并最终通过多种方法创建支持性学习环境，包括 (a) 与临床护理教师合作，鼓励学生尽可能多地完成护理工作，(b) 提供护师有关学生能力水平的信息 (c) 鼓励学生查阅工作人员报告，以增加学生归属感；以及 (d) 为工作人员护士提供关于有效地指导学生的信息 (Palmer 等, 2005)。

## 护理人员与护理导师的沟通

在服务机构的护理人员及护理导师之间也必须进行协作和持续的沟通。使用质量改进项目 (Levett-Jones 等人 (2006 年) 确定医院工作人员能够向学术机构内的某个人提出与临床实习预期目的和学生表现相关的问题。服务机构的工作人员有时会失望，因为这种类型的支持并不容易获得。(Levett-Jones et al., 2006)。在一项描述性研究中，Bos 等人 (2009 年) 发现工作人员缺乏与其角色相关的教育，这使得学生教育难以跟上计划的变化，并且缺乏大学的支持也不利于护师工作的开展。为方便护生及教职员获得互利的学习机会，服务机构必须与教育机构合作，确保教师和护理员工之间的策略沟通已经到位。这些策略必须确保护理人员能够定期联系指定的教师成员并沟通关于学生的表现或顾虑 (Levett-Jones 等, 2006)，这种沟通需要在学生实习之前就开始进行。

## 建议 5.2:

与提升质量的学术护理程序建立互利的伙伴关系,实施教育和支持战略,解决服务中的差距,包括提供护理人员及增加新毕业生的招聘。

证据等级=IA

## 证据讨论

通过模拟学习来促进学术护理方案和服务机构之间的伙伴关系对每一个附属机构都是互利的,同时这也为学生提供了新的教育实践机会。(Connolly & Wilson, 2008; Murray, 2008). 近年来,学术方案和服务机构之间的新型伙伴关系促进了跨专业和基于社区的实践模式的增加和国际间合作的扩大,也增加了发展临床能力的机会。(Baiardi, Brush, & Lapidés, 2010; Delunas & Rooda, 2009; Huckabay, 2009; Kreulen, Bednarz, Wehrwein, & Davis, 2008).

人们通常说的学术-服务合作伙伴关系可以为护理师资短缺提供解决方案,同时也给经验丰富的员工提供了拓展他们的辅导和教育经验的机会(Connolly & Wilson, 2008; Murray, 2008) 服务机构和护理程序应建立协调一致的伙伴关系,以解决两个机构之间存在的服务差距。(Connolly & Wilson, 2008).

## 建立伙伴关系的战略和益处

在相关文献中有几个关于建立伙伴关系的例子,列举了减少护理人员短缺,特别是教学方面护理人员短缺情况的方法。Connolly 和 Wilson(2008 年)回顾了关于学术服务伙伴关系的文献,重点是如何通过与服务机构的伙伴关系解决学术方面护理人员短缺问题。虽然这份审查的方法基本上没有出现在指南中,值得一提的是它确实提供了关于学术服务伙伴关系的详细和全面的概述。Connolly 和 Wilson 在现有文献中发现,为高级实践护士提供护理教育或临床指导员角色时,经验丰富的从业人员可以帮助解决学术机构的短缺,同时也允许工作人员接受临床指导教育。作为交换,服务机构可以招聘更多在该机构获得临床学习经验的新毕业护士。(Connolly & Wilson, 2008) 研究人员还指出,学校和服务机构可以在研究补助金方面进行合作,这对两个机构都是有利的(Connolly 和 Wilson, 2008 年)。为促进这种方法的有效进行,在建立伙伴关系之前,双方应理解和讨论两个机构的风险和回报,并应对护理导师进行必要的培训并解除其临床职责(Murray, 2008)。附属职位或联合任命是可以让教师承担临床研究或教育职位的合作策略之一,也可以让护士成为护理教育工作者并获得大学的资源(Budgen & Gamroth, 2008)。通过服务机构和学术护理项目之间的持续合作,这两个组织都可以明确界定他们的期望并制定最佳实施和评价这种教育方法及提供护理的策略。与各种服务机构,包括社区,重点发展可持续伙伴关系的能力(关于社区实习,见建议 1.2),也对确保为护生提供足够的临床实习机会来说至关重要(Barardi et al., 2010; Huckabay, 2009; Kreulen 等, 2008)。与移民难民项目和国际卫生保健组织等机构建立创造性的伙伴关系,可能会有相关实习机会(Callen & Lee, 2009)。这些环境为学生提供了文化意识、经验和当地保健、信仰相关知识,也为当地人提供了接受护理的机会(Wros&Archer, 2010 年)。

此外，还需要关注与自然灾害有关（如飓风）的机会，以便进一步为学生及机构提供实践机会(Richards, Novak, & Davis, 2009 年)。

### 建议 5.3:

为培养协作的护生提供专业学习实践机会，在护理或项目交付过程中与其他健康学科建立共同的学习目标。

证据等级=IA

#### 讨论证据:

人们日益认识到，专业间的团队合作是医疗改革的一个基本特征(Kearney, 2008 年; Kydona, Malamis, Giasnetsova, Tsiora, & Gritsi-Gerogianni, 2010 年)。专业间教育是将教育文化从单一专业进行专业教育转变为医疗专业人员在本科期间一起接受教育的一种尝试。(Dacey, Murphy, Anderson, & McCloskey, 2010; Herbert, 2005)。专业间教育的主要目标是培养来自不同医学相关专业的学生，使他们具备相关知识、技能和态度，进而成为协作团队的成员(Oanda)。(San&Reeves, 2005 年)。虽然人们认识到学生必须具备特定专业的能力和知识，但学生需要专业间的互动来学习成为照顾病人及其家属的合作伙伴的方法。(Kydona et al., 2010; Oandasan & Reeves, 2005; Pelling, Kalen, Hammar, & Wahlstrom, 2011; Priest et al., 2008; Warner et al., 2010)。服务机构应与学术机构合作，尽可能促进专业间的学习(Oandasan&Reeves, 2005)，并他们应向工作人员提供关于这种办法的有利之处的资料。这得到了 Oandasan 和 Reeves 系统的文献回顾(2005 年)的支持。虽然 Oandasan&Reeves 审查很大程度上不具备方法性，但它是基于为加拿大卫生部关于职业间教育的报告编写的一个更全面的章节的内容，仍具有一定参考价值(Oandasan 等人, 2004)。

#### 整合专业间学习的课程

现有的方案可以为学术机构和服务机构提供关于发展和实施跨专业教育的方法。据报道，诸如加拿大 Shiner 儿童医院制定的专业间教育方案等，是为了加强专业间的实践。(Takahashi, Brissette, & Thorstad, 2010)这些可以作为与教育机构合作的其他服务机构的指导框架。例如，专业间教育计划让来自护理、理疗和职业治疗的学生参加脊柱裂临床日的活动，研究病人信息并制定针对共同目标的护理计划(Takahasi 等人, 2010 年)。我们收集了学生有关项目的非正式定性反馈，参与者表示他们对自己和其他人的角色的了解有所增加。他们还表示对病人和家庭产生了更全面的看法，这表明他们有团队合作的能力，并且有能力制定协作护理计划(Takahasi 等人, 2010 年)。服务机构和教育机构也支持以社区为基础的实践学习方法，以便将专业间学习经验纳入社区机构。(Dacey 及其他, 2010)例如在创建的辅助生活设施中集成健康促进计划，并且由护理、健康心理学、预防医学和药学专业的学生团队制定 (Dacey et al., 2010)。

支持专业间教育还可以帮助服务机构在其组织内集成更多的专业实践,从而最终提升单位内的效率。Kydonal 等人证明了这一点。世界卫生组织在其横断面研究中探讨了 ICU 内部的专业间团队合作,对方法学质量进行了适度评价。研究人员发现,工作人员重视工作中的团队合作。并将其视为有效专业绩效是极为重要的(Kydonal 等人, 2010 年)。如果这种方法与他们的未来直接相关,学生对专业间教育的反应就会更加积极。因此,许多专业间教育都采用临床实践的方法(Oandsan&Reeves, 2005)。各服务机构必须接受这些倡议,并与护理学知识以及护理方案结合,以确保在其组织内支持专业教育。

## 6.0 系统级别和政策

### 建议 6.1:

提倡政策,使组织有足够的资金、获得合格的教员;适当的临床安排,与服务伙伴建立协作关系以支持护生素质实践教育。

证据水平=V

### 讨论证据:

确定教育目标,明确导师和教职员工的职责,使服务机构的工作人员提供高质量的护理并注重安全问题,这些都是组织在护理管理过程中会面临的挑战。为了使护理实践教育与复杂的护理系统日益增加的需求持续保持一致性,必须给临床护理指导员和教育工作者足够的资源以支持各种临床、社区实践,及与临床实践组织的合作关系。(Macfarlane 等人, 2007 年)。政策制定者、决策者和主要利益相关者应倡导增加资金,以支持促进教育工作者的留用、招聘以及获得与临床、社区机构的伙伴关系(MacFarlane 等, 2007)。CASN (2003) 成立了一个专责小组,向加拿大的护士学校发出了一项调查,研究为护理学生提供实践教育的相关问题。研究人员根据 CASN 的报告确定了一系列障碍和问题来总结相关临床教育经验:

1. 数量和质量:对该案例调查作出答复的大多数学校认为在为临床供适当机会方面面临挑战(Casn, 2003; Macfarlane 等人, 2007 年) 医院结构变化、住院时间减少、社区护理转变以及其他因素导致单位规模变小,相应单位可以接纳的学生数量也随之下降。(CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007)。这意味着教师必须一次教授一个单位以上的学生,这影响了他们为学生提供适当监督的能力。(CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007)。

2. 临床教育经费:约 50%的受访者认为缺乏资金是关键问题(CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007)。临床教师的更替和新聘人员的相关费用以及培训支出增加了资金方面的挑战,而现有的供资不能充分解决实践教育成本的问题。(CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007)。

例如,社区实践比传统的急救护理实践需要安排更多的劳力和监督(Casn, 2003; MacFarlane 等人, 2007 年)总的来说,资金短缺与护士教育工作者的供应之间

存在着若干联系。(CASN, 2003; MacFarlane et al., 2007). 合格教师短缺: 对护理人员的医疗保健需求增加, 护士人数减少, 缺乏对护士的正规教育, 大学面临财政问题, 短期合同工作带来的实际问题导致了护理教育工作者的短缺(CASN, 2003 年; MacFarlane 等人, 2007 年)。服务行业也存在退休和薪金竞争, 这再次导致教育部门面临招聘困境 (CASN, 2003; MacFarlane 等人, 2007)。

3. 对就业的竞争日益激烈: 服务机构有能力应付不断增加的学生人数并且需要安排不同层次和类别学生的临床实习(CASN, 2003 年; MacFarlane 等人, 2007 年)。由此产生的对临床实习的竞争使得服务机构有必要开发新的模式以及实践教育方法(CASN, 2003 年; MacFarlane 等人, 2007 年)。在确定了问题之后, MacFarlane 等人。(2007 年)建议, 政策制定者和决策者应该提倡克服这些障碍的关键方法的实行。指南专家小组支持研究人员提出的关键方法: 增加社区实习; 将临床实习地点扩大到城市中心和乡村地区; 灵活安排实习时间(例如, 每周 7 天, 即便在夜班, 白天更长的时间, 或在 4 月/5 月时段以外的时间巩固经验)在实习环境中设立临床协调员职位, 与护理一起作为工作的常设职位; 设置其他专业课程, 以方便安排学生入学; 促进与实习伙伴的关系, 以积极增进教师、服务机构之间的密切关系; 其他临床联系。这需要服务机构投入大量时间和努力, 以确保保持通信联系(MacFarlane 等人, 2007 年)。

## 建议 6.2:

优先研究项目的设计和资助, 以提高对加强护理质量实践教育的理解以及对护理学的影响

证据水平=V

## 证据讨论:

虽然与实践教育有关的循证研究正在扩大, 但仍有必要进行比较护理教育模式的研究并检查学习、病人护理成果和相关成本(Budgen&Gamroth, 2008 年)根据该指南的建议, 还需要对传统和模拟的临床经验的影响、实践教育的评估过程、最佳模拟学习的师生比例(Parker&Myrick, 2010)、促进批判性思维的有效战略(Chan, 2013 年)以及专业临床教育的影响(Pling 等人, 2011 年)进行进一步研究。政策以及政府和高等教育机构的决策人员必须支持护理实践教学及护理学(NLN, 2007)的研究并将其作为优先事项。对护理教学研究的支持可以确保未来的护理生使用最新和基于证据的策略进行教学, 从而使该专业能够继续迎接不断发展的医疗保健体系的挑战。

全国护理联盟(NLN)理事会(2007 年)在其立场声明中讨论了这些问题。

## 护理教育研究经费的需要

NLN 认为, 支持建立护理教育的研究需要大量资金。这门科学应该解决与师资准备和发展有关的问题、可以在护理教育中实施的新教学方法、护理教育的研究生能力, 教与学的最

佳实践，创新的临床教学模式，招聘和留用策略和其他高质量护理教育要素(NLN, 2007)。然而，NLN 强调，如果特定条件到位，护理教育科学只能通过研究进行扩展。在这方面可以设计和开展研究的护理教育专家以及必要的政府或机构开展这项研究的资金，是推进护理教育研究的关键(NLN, 2007 年)。这类研究必须得到学术护理项目和机构的重视和支持，并得到将基于证据的教育研究纳入教学和实践的教员的重视和支持。(NLN, 2007 年)。

NLN(2007) 还提出了几项建议，支持扩大在护理教育科学方面的研究工作。其中一些建议包括：教员应与决策者、利益相关方和公众一起提倡在护理教育中开展研究；联邦政府和其他研究组织、基金会和支持者必须重新评估他们对护理教学研究的倡议；教师应建立完善的研究计划，以推进护理教育学的发展(NLN, 2007 年)。他们还建议，护理及教育机构应提供支持教育研究及文化研究的资源来推进护理教育学的发展(NLN, 2007)。

## 研究差距和未来影响

在审查本指南证据的同时，RNAO 指南制定小组确定了表 2 所列的优先研究领域。它们被广泛地分类为实践、结果和健康系统的研究。

表 2. 优先实践，结果以及健康系统研究领域

分类	优先实践领域
实践研究	扩大技术在实践教育中的作用，包括它在反思和作为信息资源方面的作用。
	使用注册护士作为临床导师，发现其他学科的导师在注册护生之前可能出现的潜在优势和缺点。
	运用有效的评价策略衡量护生的临床能力。
	使用有效的评估和管理战略来应对在教学关系和其他实践教育经验中的不安全实践问题。
	将护生在模拟实践中的表现进行比较，阐明哪些方法更有效。
	明确界定护理实践教育中的批判性思维范畴。
研究结果	实践教育策略在促进护生批判性思维和结果方面的有效性。
	支持护理人员与教育机构之间的交流以促进高质量实践教育的结果
	服务机构和教育机构之间建立伙伴关系以为临床工作人员和教育工作者建立联动任务的可行性。
健康系统研究	将专业教育纳入护理课程的最有效策略以及这些策略的结果。
	服务机构及教育机构应建立合作伙伴关系以提升其在实践教育及留用护生方面的作用。
	支持政府在资助护理实践教育研究方面的有效举措
	教育机构有力的教师团队在护理教育学研究方面的成果

虽然表 2 并非详尽无遗，但它确定了在护理实践教育方面所需研究的优先次序。本准则中的许多建议是以定量和定性研究证据为基础的；需要进一步的实质性研究来验证其中的一些建议。增加研究证据有助于改善护理教育实践。

## 实施策略

实施指南中的护理要点是多方面且具有挑战性的，人们要做的远比使护理人员认识到问题、分发指南并使他们纠正自己实践中问题要多。因此我们必须以系统和参与的方式为每一种做法制定准则，以确保建议符合当地情况（Harrison、Graham、Fervers、&Hoek，2013年）。

RNAO 工具书：最佳做法准则的执行情况（2012年）([http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO\\_ToolKit\\_2012\\_rev4\\_FA.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf))为此做法提供了有证据的过程，如第48页所示。该工具书基于新证据，即各级领导人支持准则时更有可能在卫生保健领域采用的最佳做法；通过系统参与选择执行工作使用的准则；确定准则的利益相关方，并参与执行工作；评估了实施准则的环境准备情况；该准则需适用于当地环境；评估及解决使用指南中的问题；选择促进使用准则的措施；对准则的使用进行系统的监测和维护；在此过程中进行对准则影响的评估。该工具书使用“知识-行动”框架(Straus、Tetroe、Graham、Zwarenstein 和 Bhattacharyya，2009年)演示知识查询所需的流程并且还指导对当地环境和执行情况新知识的适应。“知识-行动”框架建议确定和使用工具(如指南)以找出其中差距，并开始根据当地情况定制新知识整合过程。

RNAO 致力于广泛传递和实施最佳实践指南(BPG)。我们采用协调一致的传播办法，各种战略包括：

1. 护理最佳实践冠军网络®，可以提高护士的意识、参与度及通过 BGS 的能力；
2. 提供从 BPG 衍生的清晰、简明和可操作的准则，这些准则可轻易嵌入电子病历内，但亦可在纸质病例或其他环境中使用；及
3. 最佳实践指南聚焦组织(BPSO)指定的支持组织和系统性实施
4. BPSOs®侧重于开发基于证据的文化，具体的任务是实施、评估和维持多个 RNAO BPG。此外，我们还提供关于年度学习能力建设机构的特定 BPG 及其实践（RNAO，2012）。

此网站可以找到关于我们实施策略的信息 RNAO Best Practice Champions Network:

<http://RNAO.ca/bpg/get-involved/champions>

护理准则

<http://RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets>

RNAO 最佳护理实践聚焦组织

<http://RNAO.ca/bpg/bpso>

RNAO 能力建设学习机构及其他专业发展机会:

<http://RNAO.ca/events>

## 工具书使用说明

只有在规划、资源和组织和行政支助充足且有适当的便利时才能成功实施最佳做法准则。为了促进最佳实践的成功实施，一个由护士、研究人员和管理人员组成的 RNAO 专家小组编写了此工具书：最佳做法准则 (2012 年)。

工具书的内容基于现有证据、理论观点和共识。我们推荐使用此工具书指导临床实践指南在卫生保健机构的实施。工具书为参与规划、协调和促进本准则实施的个人和团体提供了逐步指导。这些指导是动态且迭代而非线性的。因此，每一阶段中为下一阶段做好准备并对前一阶段进行反思是至关重要的。具体而言，该工具书涉及以下关键步骤，如“知识-行动”框架所示 (Straus 等人，2009 年)；

1. 查明问题：确定、审查和选择知识 (最佳做法指南)；
2. 根据当地情况调整知识：评估知识使用中的困难，促进知识的使用，并确定资源；
3. 选择、调整和实施干预措施；
4. 监测知识使用情况；
5. 评价成果；
6. 维持知识的使用。

实施指导以实现成功的实践改变和积极的临床影响是一项复杂的任务。工具书是管理此过程的关键资源之一，可以从此网站获取；

[http://RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition.](http://RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition)

## 评估和监测本指南

在您执行本指南中的建议时，我们请您考虑关于监测和评估其实现和影响的问题。表 3 基于 RNAO 工具书中概述的框架：最佳做法准则(2012 年)的执行情况，并举例说明了监测和评价执行情况的一些具体指标。

表 3. 用于监测和评价系统/组织结构、进程和成果指标

指标类型		
系统/组织结构	过程	结果
这些指标是卫生系统、卫生服务机构或学术机构为成功实施实践教学所需的支持和资源。	这些指标评估最佳做法是否指向医疗保健的教育、培训和实践中已由专业人员落实。	这些指标评估了指南对于护理或学术的准则建议组织、护理专业人员和学生成果的影响。
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 广泛集成政策上的建议以及与指南内容相一致的护理实践教学程序</li> <li>• 学术机构通过并实施支持护理实践教育的循证政策和程序。</li> <li>• 提供充足的财政资源，以支持和执行准则的建议</li> <li>• 在实践和学术环境中提供结构化的教育方案。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 参与护师继续发展的导师百分比</li> <li>• 参与临床实践反思的护生百分比</li> <li>• 专业间和跨学科课程的百分比</li> <li>• 参加结构化教育课程的临床导师百分比。</li> <li>• 为护生提供模拟实践机会的百分比。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 护生对实习教育及训练表示满意</li> <li>• 护生对临床实习安置的选择范围表示满意</li> <li>• 护师对教育机构和服务机构的作用和支持感到满意。</li> <li>• 通过执业考试的护生百分比。</li> </ul>

指标类型（续）		
系统/组织结构	过程	结果
学术机构为从事护理实践教育的教师提供了专业发展的机会。 资金支持项目和模拟实验室。 资金支持护理教育学研究 学术机构制定的课程包括以下内容： • 丰富的实践教育经验； • 分享和反思临床经验的机会； • 模拟实验室； • 结构化反馈； • 专业间学习经验；学术与实践间联系	在非医院环境的护理项目中实践教育设置的百分比。 在教育机构内从事护理教育研究的教员所占百分比。 实践教育后收到结构化反馈的护生百分比。 提供给实践教师一致的教授课程的数量。	留用曾担任导师的专业护士。 在学术机构内留用专业护理的导师。 在服务机构内留用新毕业的护生。 通过实践教育的护生比例。

准  
则  
的  
更  
新

## 和审查程序

安大略省注册护士协会承诺更新其最佳做法准则如下：

1. 每个 BPG 将在上一版本发布后每五年由专题领域的专家进行审查
2. RNAO 国际事务和最佳做法指南(IABPG)中心工作人员定期监测新的系统审查、随机对照试验和该领域的其他相关文献。
3. 在该监测的基础上，IABPG 中心工作人员可推荐一个特定的 BPG。与原始专家小组成员以及其他专家进行适当的协商，可早于目标准则审查和修订 BPG。
4. IABPG 中心工作人员在审查标准之前三个月开始规划审查工作：
  - a) 邀请外地的专家参加专家小组。小组将由来自原始专家小组的成员以及其他建议的专家组成。
  - b) 整合在执行过程中收到的反馈意见和遇到的问题，包括 BPSOS 和其他实施单位对其经验的评论。
  - c) 在现场汇编新的临床最佳实践指南，并对证据进行系统审查。
  - d) 为开发新版本的 BPG 制定详细的工作计划，包括目标日期和交付成果。
5. 根据既定结构和程序制定新版本的 BPG

## 附录 A：术语汇编

1. 学术服务伙伴关系：建立学术教育机构和服务机构之间的合作关系，以满足每个机构的需要，并谈判如何解决人员短缺问题(Connolly&Wilson, 2008 年)。
2. 认证：验证护理教育项目的过程。CASN(2014)表示“为了获得认证，护理学校要对教育单位和护理机构进行审查。每一项都根据单独的预定标准进行评估，并收到单独的认证决定“(第 4 页)。
3. 分析研究：分析研究测试关于暴露-结果关系的假设。研究人员不指定干预、暴露或治疗，但他们使用比较组(疾病中心)来衡量暴露与结果之间的关系(疾病控制和预防中心, 2013 年)分析性研究设计包括病例对照研究和队列研究。
4. 病例对照研究：将有特定疾病或感兴趣的结果(病例)的人与没有这种疾病或结果的同一人群进行比较的研究(对照)(The Cochrane Collaboration, 2005)。
5. 队列研究：一项观察性研究，在这一研究中，一组明确的人群(队列)被前瞻性地或回顾性地跟踪观察(Cochrane Collaboration, 2005)。
6. 最佳实践指南：系统性条文，用于帮助从业者和患者做出关于特定临床(实践)环境的适当健康护理决定，又名临床实践指南。
7. 临床能力：指提供以患者为中心，安全、有效和直接的病人护理的能力。(Gillespie & McFetridge, 2006)。
8. 临床护理讲师：在临床实习(Levy 等, 2009)期间负责提供专业发展指导和支持的注册护士。临床护理指导教师可由实习单位的学术机构或服务机构聘用。
9. 临床协调员：教育机构和服务机构采用临床协调员安排护理学生的实习，并与护理导师一起制定实习计划(MacFarlane et al., 2007)。
10. 临床技能实验室：在不同模拟级别下配备物理和虚拟模拟器的学习中心以及真正的临床设备“为体验式学习提供机会, 自主学习、对临床实践的反思、学习的结构化评价”。(Freeth & Fry, 2005, p. 273)。
11. 临床监督：在经验丰富的主管和初学者或新手监督之间的实践背景下进行临床学习的发展。“与患者一起根据主管单位的工作量和工作氛围进行监督。”(Haggman-Laitila et al., 2007, p. 382)。
12. 共识：进行决策而非创造新知识的科学方法。达成共识需充分利用现有信息，包括科学数据及参与者的集体智慧。(Black et al., 1999)。
13. 对照研究：一项临床试验，在临床试验中，研究者分配干预、暴露或对未随机分配给实验的参与者进行治疗并进行对照或比较。(The Cochrane Collaboration, 2005)。
14. 描述性研究：在某一时间点产生假设并描述个体特征的研究。研究人员不指定干预、暴露或治疗来检验假设，而只是描述谁、在何处或何时与结果有关。(CDC, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005)描述性研究设计包括横断面研究。横断面研究测量/调查在特定时间点的人口中某些特征的分布。(The Cochrane Collaboration, 2005)。
15. 证据：证据是与事件的事实最接近的信息。证据的形式有根据具体情境来设定。高质量、方法合适的研究结果可提供最准确的证据。研究往往是不完整的，有时是矛盾的或不可得的，因此需要其他类型的信息进行补充或支持。决策的证据是多种形式的证据相结合的结果，并与现实情况进行衡量，通常以更有现实性的证据为准。(RNAO, 2014, p. 66)。
16. 专业教育：通过两个或更多健康学科之间的协作进行专业教育，对患者护理进行改进。(Oandasan & Reeves, 2005)。
17. 专业护理团队：由多个护理提供者组成的小组(受限和不受限皆可)携手合作，为患者

提供全面优质的医疗服务。(Health Care Innovation Working Group, 2012; RNAO, 2013)

18. 辅导: 从业辅导。辅导不如训导那么正式, 是新手护士或护生与更有经验的护士之间的长期专业关系。(Canadian Nurses Association, 2004).

19. Meta 分析: 对使用统计学方法分析和总结纳入研究结果的随机对照试验(Cochrane 协作, 2005) 进行系统审查。

20. 护士: 指注册护士、执业护士(指安大略省注册的护士)、注册的精神科护士和高级执业护士和临床护士专家(CNO, 2014; RNAO, 2013)。

21. 护理教育者: 由教育机构雇用的护理计划教师组成员, 负责提供可从教室转到临床环境的一体化教学。(CASN, 2011a, 2011b).

22. 护理理论: 在课堂上讲授并由学生进行进一步实践的理论(Knight, Moule, & Desbottes, 2000 年)

23. 教育学: 与教学实践有关的理论和方法。护理教学遵循课程、教师、学生之间关系的框架和理论(Ironside, 2003).

24. 个人: 在此最佳护理实践指南中, 人是与护理提供者建立治疗关系以促进健康的个人。该术语包括个人、客户、患者、居民、消费者及其家属(父母、重要的人、照顾者、朋友、替代决策者、群体、社区、人口)(CNO, 2013a, 2013b; Mental Health Commission of Canada, 2009).

25. 导师(教学关系): 教师通常被定义为有经验的护士, 可以为学生提供个人指导。(Bourbonnais&Kerr, 2007 年)。更具体地说, 教学关系通常被认为是一种“常用的以护士作为临床角色模型的教学”。这是一个正式的一对一的关系, 在有经验的护士(导师)和新手(学生/预科)之间产生, 旨在帮助新手成功地适应“并发挥新的作用”(CNA, 2004 年, 第 13 页)。

26. 定性研究: 使用交互式和主观的方法来调查和描述现象(例如, 生活体验)并定义其含义的研究。这类研究是探索性和开放性的, 分析涉及非数字数据的整合和解释(例如现象学、民族学、基础理论、案例等)。(Speziale & Carpenter, 2007)

27. 质量: 为个人和人群提供护理服务并增加预期健康结果的可能性及与目前的专业知识相一致的程度。(The World Alliance for Patient Safety Drafting Group, 2009).

28. 拟实验研究: 缺乏随机化和对对照组的研究, 因此不被视为“真”实验设计(如随机对照试验)。研究人员通过使用随机分配以外的一些标准(例如事后设计)来控制对干预、接触或治疗的分配(Polit, Beck, & Hungler, 2001).

29. 随机对照试验(RCT): 研究者随机给实验组的参与者分配干预、暴露或治疗的实验(The Cochrane Collaboration, 2005). 对参与者进行跟踪和评估, 以确定干预的有效性。包括双盲、单盲和非盲试验。

30. 角色建模: 有经验的护士向初学或初学护理的学生展示技能和行为的过程。角色塑造不仅仅是模仿行为, 它要求重复、加强和奖励形式的反馈(Donaldson&Carter, 2005)。

31. 服务学习: 服务学习是在社区实行的方法, 可以解决社区需求同时满足学生的学习目标, 使学生学习并进行反思(Linton&Campbell, 2000 年, 见 Resing 等人, 2008 年)服务学习方法可以采取护理社区人群的形式, 由护生与社区合作规划和实施(Reise 等人, 2008 年)。

32. 模拟(模拟学习): 模拟是对一些真实事物、事物状态或过程的模仿。模拟是一种帮助实现护理教育目标的方法。医疗模拟包括一系列具有广泛但共同目的的活动: 提高护理服务的安全性、有效性和效率。(SIM-One Ontario Simulation Network, 2015, p. 1). 模拟活动可以包括基于计算机的模拟、电子学习、患者模拟器、角色扮演和其它混合方法。

33. 医护人员: 护士是指由服务机构聘用的注册护士, 他们经常在临床实习教育经验期间正式或非正式地辅导学生。(Drennan, 2002 年)。

34. 利益相关者：对某事感兴趣或关心的个人、团体或组织，如企业或机构。利益相关者可能试图影响与其利益相关的决策和行动(Baker, Bankart, &Murtagh, 2009 年)。利益相关者包括所有直接或间接受到问题改变或解决方案影响的个人和群体。

35. 学生：学生，如本指南所使用的，是指从认可的教学机构毕业，拥有护理学学士学位，处于实习期间的学生(加拿大护士协会，2004 年)。

36. 系统审查：对“试图整理符合预定资格标准的所有经验证据，以回答具体的研究问题”的审查(The Cochrane Collaboration, 2011)。系统评审采用系统、明确和可重复的方法来识别、选择和批判性评估相关研究，并收集和分析研究中的数据(The Cochrane Collaboration, 2005, 2011)。

37. 理论-实践差距：理论-实践差距是护理教育中常用的术语，它指的是“不能将教育中获得的思想知识与现实联系起来并加以落实”。(Clark&Holmes, 2007, Monaghan, 2015, p. E1)。

## 附录 B：指导发展方案

安大略省注册护士协会（RNAO）承诺确保每一个最佳做法指南（BPG）都以现有的最佳证据为基础。为满足这一承诺，我们对每个准则定期进行监测和修订。2007 年 5 月，审计署召集了一系列护理专业、角色和实践设置的护士小组，他们在实践、研究、政策、教育和行政方面具有专门知识。专家小组和准则制定小组在制定这一准则时采取了以下步骤：

- 通过讨论和协商达成一致并确定指南范围。
- 小组确定了指导文献检索实践教育的关键主题和概念，并整合了指南。
- 指南制定小组于 2007 年进行了全面的文献综述，以便为建议的制定提供参考。（见附录 C）
- 通过讨论和协商一致，根据文献中的证据提出了初步建议。专家小组和 RNAO 指南制定小组的成员对指南草案进行了审查和修订。
- 2011 年、2012 年和 2013 年，指南的制定过程中使用了术语的最新文献搜索。必要时在建议中会纳入新的证据。
- 2015 年和 2016 年进行了最后两次更新搜索，以确保将新的文献纳入准则并加强建议中的现有证据。
- 该指南草案由 RNAO 的指南制定小组更新和审查。
- 该指南首先提供给小组成员，然后供外部利益相关方审查。
- 我们审查了小组成员和利相关方的所有反馈意见并对建议作了必要的修改，通过 RNAO 的内部和编辑审查最后确定了证据。
- RNAO 的指导开发团队就最终文件达成了共识。

## 附录 C：文献回顾和检索策略

### 准则/报告审查

2007 年，我们搜索了具体的机构网站，寻找执行报告、职位说明和准则等相关材料。这些网站包括：

安大略省注册护士协会([www.RNAO.ca](http://www.RNAO.ca))

安大略省护士学院([www.cno.org](http://www.cno.org))

加拿大护理学校协会([www.casn.ca](http://www.casn.ca))

美国护理学院协会([www.aacn.nche.edu](http://www.aacn.nche.edu))

全国护理联盟([www.nln.org](http://www.nln.org))

英国皇家护理学院([www.rcn.org.uk](http://www.rcn.org.uk))

澳大利亚高等教育研究与发展学会 ([www.herdsa.org.au](http://www.herdsa.org.au))

加拿大政府咨询委员会卫生服务和人力资源(<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/committee-comite-hdhr-ssrh/index-eng.php>)

专家小组成员当时还被要求从他们自己的个人资料库中提供指南或报告。

2015 年，RNAO 指南制定小组的项目协调员搜索了 2013 年至 2015 年期间公布的指导方针和其他相关内容的既定网站清单。这份清单是根据基于证据的实践网站中的知识拟定的。因在 2013 年至 2015 年期间没有发现新的指南，以上指南是在系统审查的基础上制定的。

## 文献评价

RNAO 的研究团队和一位健康学专家根据与 RNAO 专家小组共同制定的纳入和排除标准

制定了全面的搜索策略。对 1990 年至 2007 年出版的英语相关文章的初步检索为 Nursing and Allied Health (CINAHL) and MEDLINE 这几个关键词。2011 年、2012 年、2013 年、2015 年和 2016 年再次进行搜索，补充自上次搜索以来发布的文献。最近一次搜索是在 2016 年 3 月进行的，用于补充自 2015 年更新文献以来发表的文章。已使用下列数据库进行一项或多项这类搜索：

CINAHL, MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Education Resources Information Center (ERIC), and Embase.

除了这一系统搜索之外，小组成员还被要求审查个人资料库，以查找通过上述搜索策略找不到的关键文章。我们检索了所有符合纳入标准的研究，并搜索其书目以寻找更多类似的研究。核心作者也通过数据库和网络进行搜索，并在 PubMed 和 Web of Science 中搜索文章，以确定相关的文章或引用它们的其他文章。

在 2007 年至 2013 年期间进行的搜索中，论文由一名攻读博士学位的硕士护士根据确定的纳入标准和排除标准进行评估。研究还使用标准化的质量评估工具和 RNAO 评分系统对质量进行评估，该系统根据文章的质量将文章评为弱、中或强。我们将研究在数据提取表中进行了总结，并将这些总结的结果分发给小组成员，为确定建议提供参考。在 2015 年和 2016 年进行的最新搜索中，来自 RNAO 的一名硕士预备护理研究助理 (NRA) 独立评估了回归研究并创建数据抽取表和证据摘要，供建议讨论部分使用。NRA 还对纳入研究的质量进行了批判性评价，使用类似于 2007 年至 2013 年期间使用的评分系统。有关文献检索的搜索策略（包括搜索项）的详细信息可在以下网址获得：[RNAO.ca/bpg/practice-education](http://RNAO.ca/bpg/practice-education)

## 附录 D 专家及其负责部分，略

## 附录 E：提供临床反馈的策略

实践证明，在实习教育中向学生提供反馈对学生的需求和学习需求和教师的专业发展都有好处。(Clynes & Raftery, 2008; Glover, 2000)。以下是护理教育工作者、教授或临床护理导师在为完成实习的护理学生提供结构化反馈时应实施的一些建议。实习后的适当反馈应该是即时的，应专注于学生的表现或行为，而不是关注学生本身(Glover, 2000)。这一行为旨在帮助学生自我管理，并且实习之后及时完成反馈可以激发进一步的学习(Glover, 2000)。学生应当在实习中不断提供反馈意见，而不是在实习结束时反馈。即时的反馈可以促进实践并提供更多学习机会(Clynes&Rarey, 2008 年)。反馈可以是正式的，也可以是非正式的，这

两种方法都有好处。非正式的反馈可以以学生展示临床技能后由教师直接给出评论的形式进行。正式反馈可以在临床实践结束时进行情况总结并加以书面总结(Clynes&Raftery, 2008)。无论反馈的类型如何,在提供反馈时都应考虑到学生的隐私及反馈的保密性。反馈应在无干扰的私人场所进行,便于双方进行进一步讨论(Clynes&Raftery; Glover, 2000)。当发现需要改进的领域时,使用“**Feedback Sandwich**”反馈形式可能会有所帮助。这一形式是指对改进进行建设性反馈,在此之后做出积极声明(Clynes & Raftery, 2008; Glover, 2000)。在向 学生提供反馈后,要重点评估他们对所处理问题的理解。导师应为学生提供交流的时间,使学生可以反映和讨论他们对反馈的解释,这可能有助于缓解他们的顾虑或误解(Clynes&Rafess, 2008)。当发现需要改进的领域时,与学生一起制定策略有助于提升学生能力并有助于提升未来的护理质量(Glover, 2000)。

## 附录 F: NLN Jeffries 模拟理论和模拟的步骤

国家护理联盟(NIN)Jeffries 模拟理论(Jeffries, 2016)是一种中程护理理论,这一理论促进循证教学实习以及模拟体验期间的学习。这一理论基于NLNJeffries 模拟框架概念说明,并且以往的模拟研究提出了在护理教育中促进模拟体验的重要概念。(Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015)该理论包含了对语境因素、背景因素和设计方面如何为模拟学习提供信息的解释(Jeffries 等人, 2015 年)。此外,模拟具有提高体验质量的特性(Jeffires et al., 2015)。根据 NLN Jeffries 模拟理论,这些特性涵盖的条件有:

- 经验性
- 相互影响性
- 合作性
- 以学生为中心
- 建立信任关系

在模拟体验中,导师和参与者之间也应有动态交流,并通过制定教育战略来满足参与者的需求。(Jeffries et al., 2015)模拟有三种类型的结果:系统、患者和参与者(Jeffries et al., 2015)有关完整的NLN Jeffries 模拟理论和其他模拟资源的更多信息,请访问NLN网站:

<http://www.nln.org/professional-development-programs/simulation>

Jeffries (2006) 描述了构建高质量模拟体验的具体步骤 (表 5)。

这些步骤和相应内容基于以上概念,并最终将使用模拟框架或理论来支撑模拟体验。

表 5.建立模拟的步骤

步骤	步骤组成
1. 制订蓝图	完整的文献审阅 使用模拟框架
2. 采购材料单	收集设备、道具和材料 为学生设置计划 预订房间/布置房间 安排录像（可选择性进行）
3. 结构设置	定义教师角色 定义学生角色 加入教育实践 设计引导反思 设定时间进行模拟并引导反思
4. 完成工作	根据需要改进或修改结构(模拟) 评估学习和过程结果 传达调查结果

翻译：北京中医药大学附属东直门医院

初审：北京中医药大学循证护理研究中心