ia BPG

INTERNATIONAL AFFAIRS & BEST PRACTICE GUIDELINES

TRANSFORMING NURSING THROUGH KNOWLEDGE

最佳操作指南

2012 年 9 月

工具书: 如何实施最佳操作指南

第二版

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

来自 Doris Grinspun 的贺词

安大略注册护士协会首席执行官

安大略注册护士协会(Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO)怀揣着兴奋的心情印发第二版<<工具书：如何实施最佳操作指南>>。这本工具书将会帮助实施由 RNAO 制定的现有操作指南（Best Practice Guideline, BPG）。这是一本综合性的手册，以理论、研究和经验为基础。它将临床工作的过程、策略和工具带入临床环境中，支持和维护在健康领域中操作的改变，并且支持解决健康问题的新方法，同时使工作环境变得更加健康利于成长 。RNAO 很荣幸能够提供这一关键资源。

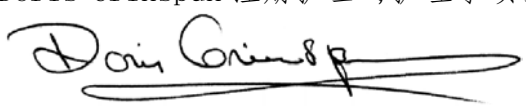
我们由衷的感谢安大略政府认可 RNAO 领导实施 BPG 的能力，并为我们提供足够的资金。尤其感谢 Irmajean Bajnok RNAO 国际事务处主任，和最佳操作指南中心，她们无谓的精神、果敢的决断使得项目顺利实施。Barb Davis 与 Donna Rothwell，工具书制作专家组联合主席，感谢他们优秀的管理能力、投入以及优异的专家经验。同时感谢 RNAO 项目经理 Althea Stewart-Pyne，指挥着项目的整个过程。最重要的是要感谢我们所有杰出的参与人员，我们尊重你们的经验，敬佩你们的志愿工作，如果没有你们，我们将无法完成这个项目。

护士团体，他们在健康照护事业中投入她们青春与热情，用自己的智慧与知识和汗水，发展和更新工具书。现在轮到你们了，你们是健康照护的提供者，是你们将工具书和无数的的最佳操作指南应用到日常的工作中去，并确保指南的顺利实施。

在临床中做的好不仅仅是个人的责任，也是集体的责任。最佳操作的顺利实施还需要倚仗四方面的一致努力：政府、管理者、临床工作人员和其他参与者，他们一同协作才能构建循证操作的文化。我们希望您和与您共事的医疗团队成员共同分享这个指南，我们有很多可以互相学习的地方。

通过一起努力， 我们可以保证护士以及其他健康从业者都得到最佳操作的指导，并且同时致力于建立健康的工作环境。循证和同情心是确保高质量的医疗服务的中心支柱。我们一起让医疗从业者以及我们的服务群体都从这项重要的工作中得益。

Doris Grinspun 注册护士 ,护理学硕士，博士，法学博士（荣誉学位），安大略省省督奖章获得者



安大略注册护士协会首席执行官

版 权

此出版物中除特殊指明版权限制的部分外，其余的部分均可以教育及其他非商业为目的地以原文引用、印制和出版，且并不限制出版形式（包括电子版）。其中由于任何原因对原文加以的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以以下内容呈现：

安大略注册护士协会（2012）工具书：实施最佳指南（第二版）多伦多，安大略：安大略注册护士协会

此项目由安大略省健康和长期护理部资助提供。

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

目录

介绍---起始阶段 7

第 1 章：确定问题，确立、评价和选择知识 17

第 2A 章: 知识的本土化 31

第 2B 章: 利益相关者 35

第 2C 章: 资源 45

第 3 章:评估知识应用过程中的促进和阻碍因素 53

第 4 章: 选择、调整、实施干预措施/实施策略 69

第 5 章: 监测知识应用情况＆结局评价 80

第 6 章:知识的持续性使用 98

总结 127

参考文献 130

附录 A：修改和更新工具包 138

附录 B: 检索策略 139

附录 C: 术语表 142

附录 D: ADAPTE 流程框架 146

附录 E: 护理程序设置和 NQuIRE® 151

工具书制作专家组

安大略注册护士协会建立这个由护士和研究者组成的专家组，诣在发展实施最佳操作指南的工具书。指南编委包括以下人员：

Barbara Davies, RN, PhD (Co-Chair)
Professor, University of Ottawa, School of Nursing
Co-Director Nursing Best Practice Research Unit
Ottawa Ontario

Donna Rothwell, RN, BScN, MN (Co-Chair)
Chief Nursing and Professional Practice Officer
Health Program Director, Saint Catherine General Site & Maternal Child
Niagara Health System
St. Catharines, Ontario

Deb McAuslan, RN, MScN
Nursing Practice Consultant
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Nancy Bauer, HBA, HBAdmin, RN, ET
Local Champion Facilitator
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Ian Graham, PhD
Vice-President
Canadian Institutes of Health Research
Ottawa, Ontario

Lynn McCleary, RN, PhD
Associate Professor
Faculty of Applied Health Sciences, Brock University
St. Catharines, Ontario

Lynn Kachuik, RN, BA, MS
Advanced Practice Nurse, Palliative Care
The Ottawa Hospital
Ottawa, Ontario

Gloria Morris, RN, BScN, MScN
Manager, Dental Program
Niagara Region Public Health
Thorold, Ontario

Karen L. Ray, RN, MSc
Research Manager
Saint Elizabeth Health Care
Markham, Ontario

Baiba Zarins, RN, BScN, MScN
Program Manger-Global Practice
University Health Network
Toronto, Ontario

安大略注册护士协会工作人员

Irmajean Bajnok, RN, MScN, PhD
Director
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Althea Stewart-Pyne, RN, BSN, MHA
Program Manager
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Patricia Hogg, BA (Hon)
Project Coordinator
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

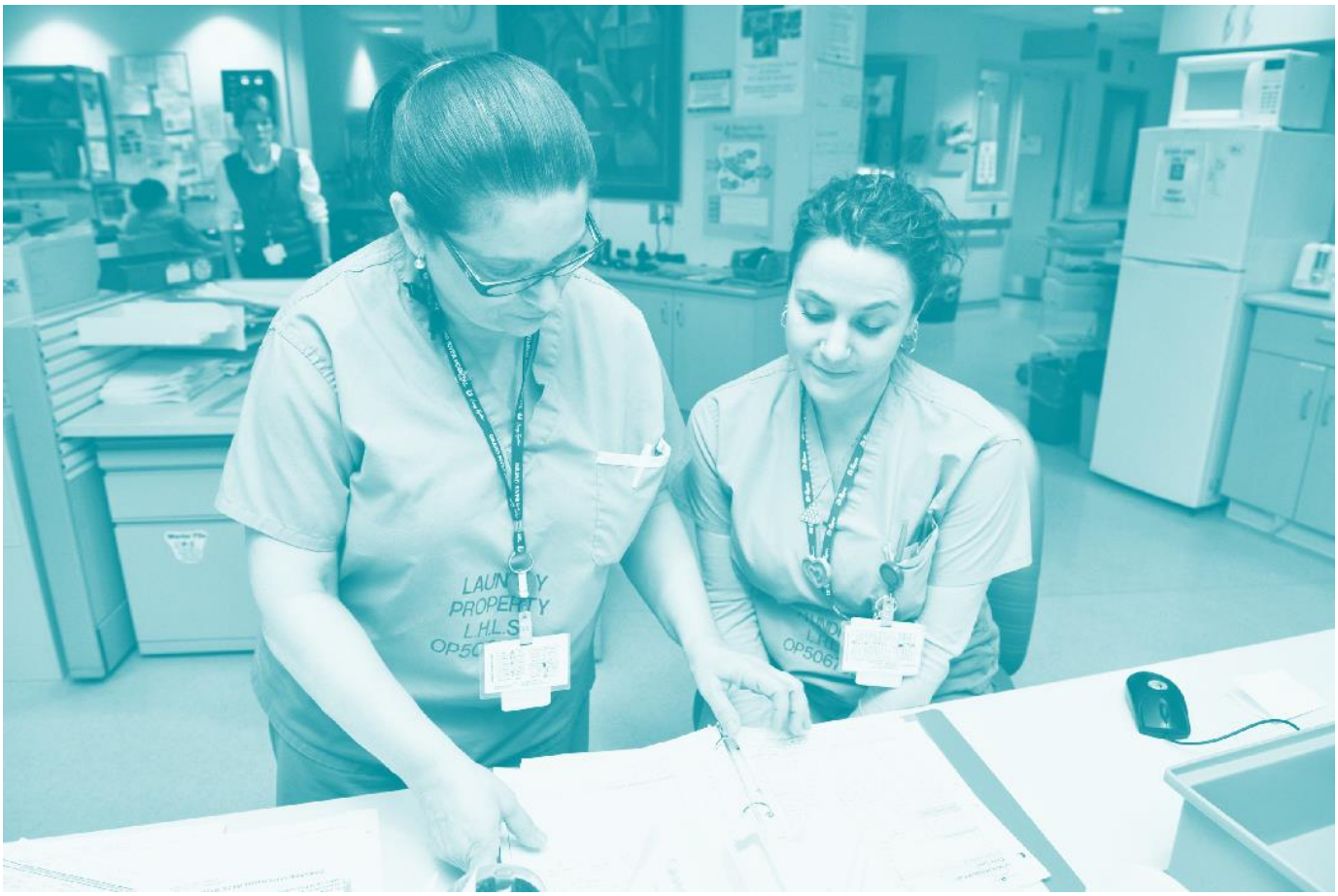
Heather McConnell RN, BScN, MA(Ed)
Associate Director
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Josephine Santos, RN, MN
Program Manager
Long-Term Care Best Practices Initiative
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Erica D'Souza, BSc, GC, DipHlthProm
Project Coordinator
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

这本工具书是座谈小组成员共同智慧与汗水的结晶。每一章节的主要负责人如下表：

章节	主要负责人
介 绍	Irmajean Bajnok
第 1 章 ：	Donna Rothwell, Nancy Bauer
第 2A 章:	Irmajean Bajnok, Heather McConnell
第 2B 章	Nancy Bauer, Althea Stewart-Pyne, Gloria Morris
第 2C 章	Althea Stewart-Pyne, Nancy Bauer
第 3 章:	Deb McAuslan, Althea Stewart-Pyne
第 4 章:	Lynn McCleary, Karen Ray, Deb McAuslan, Josie Santos
第 5 章:	Ian Graham, Lynn Kachuik, Barbara Davies
第 6 章:	Baiba Zarins, Barbara Davies



致谢

安大略省注册护士协会希望对参与工具书评审的如下人员致谢:

Caitlin G. Bowron BScN, Level IV Student	McMaster University-Mohawk College Hamilton, Ontario
Debbie Bruder BA, RN, MHS	Clinical Informatics Specialist Grand River Hospital, Kitchener, Ontario
Pat Donnelly RN BSc BScN MN	Nursing Practice Quality Assurance Coordinator Regional Municipality of Halton Public Health Department, Oakville, Ontario
Christine D'Souza RN, BScN, MScN Student	University of Toronto Markham, Ontario
Nancy Fram RN, BScN, MEd (Admin)	Ancaster, Ontario
Samantha Mayo RN, PhD (C)	Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing University of Toronto, Toronto, Canada
Beverley Morgan RN, BScN, MEd	Quality Improvement Coach Health Quality Ontario, Hamilton, Ontario
Andrea Mowry RN, BScN, MN	Professor Trent/Fleming School of Nursing, Peterborough, Ontario
Judith A. Ritchie, RN, PhD	Associate Director for Nursing Research McGill University Health Centre Montreal, Québec
Tiziana Rivera RN, BScN, MSc, GNC	Chief Practice Officer York Central Hospital, Richmond Hill, Ontario
Josephine Santos RN, MN	Program Manager Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, Ontario
Michelle Sobrepena RN, BScN, CNCC(c), MScN student	York Central Hospital Patient Care Coordinator Intensive Care Unit, Toronto, Ontario
Sandy White RN, BScN, MN, CHPCN(c)	Lecturer, Trent/ Fleming School of Nursing Trent University , Peterborough, Ontario
Susan Yates RN, BN, B.Ed, MA, CHE	Director, Chronic Disease & Injury Prevention, Brant County Public Health Unit B, Brantford, Ontario

安大略省注册护士协会致谢以下对文献质量评价和证据总结做出贡献的研究助理： Kim English RN, BScN,MN, Marian Lucktar-Flude RN, MScN, Lilibeth Jones-Lim RN, BScN (Hons), MN, GNC(c), Olessya Kolisnyk RN, BS(Ed), BScN, MN, and Danielle Stillwell MN, BSCN, RN.

章节内容概述

章节	从知识到实践转化模型的步骤	特殊说明
介 绍	起始阶段	· 工具书的目的； · 工具书形成方法； · 从知识到实践（KTA）的框架； · 如何使用工具书；
第 1 章 ：	确定问题； 问题回顾； 选择实施的最佳操作指南（BPGs）	· 如何认定操作与最佳指南差距，运用质量提升方法，使用检测指标； · 初步识别关键知识和最佳操作指南；
第 2A 章:	知识的本土化	· 发展实施最佳操作的基础框架； · 识别并严格评价指南，必要时可对其进行改编；
第 2B 章	利益相关者	· 利益相关者确认、分析并参与到领导实施的过程；
第 2C 章	资源	· 实施环境评估工作表； · 工具书中的实施步骤总结，建议所需资源，从而辅助最佳操作指南的实施和监控。
第 3 章:	评估知识使用中的促进和阻碍因素	· 促进因素与阻碍因素的重要性； · 辅助实施的潜在策略；
第 4 章:	选择和调整干预措施和策略	· 根据教育、连接、转换、审查、反馈、信息学、患者调解、组织干预等对实施工具分类；
第 5 章:	监测知识使用情况和评估实施成果	· 持续的质量改进、指标监测和数据收集回顾； · 在过程中使用电子医疗，电子病案记录； · 指标监控工作表； · 结构、过程、结果，评估监控指标，与初始问题相关，并减少差距； · 评估模型、逻辑模型；
第 6 章:	知识的持续性使用	· 工作计划模板； · 将循证操作文化贯穿在入职培训，职务说明，绩效评价，企业文化指引中； · 通过每一阶段的关键组织结构的影响来确保文化应用；

介绍：起始阶段

全文中的“患者”、“病人”、“居民”等专业词汇，均指接受照护的人。

最佳操作是基于持续的专家经验、判断、观点和持续的研究后推荐得出的（加拿大卫生部下属机构健康加拿大，2008）。众所周知，最佳操作是在特殊的临床工作环境中通过反复的实践而系统地发展起来的，是基于最佳证据的。在实践者、管理者做决策时可以提供最直接的指导。

很多公认的指南发展团队，包括注册护士协会（RNAO），都致力于将最佳证据融入到操作中。“指南国际互联网”包含了很多这样的团队，包括：Johanna Briggs 研究机构（JBI）、苏格兰国际指南网、国家健康与最优临床机构。然而这些团队大部分是从一个国际专家的视角关注与护士相关的临床问题，RNAO 是少数专门针对护士而发展指南的团队之一。实际上，RNAO 指南包括护理干预操作的推荐、教育和政策上的推荐。除此之外，RNAO 也关注指南的实施和评价。

不论其来源或关注于什么，最佳操作指南发展和实施要获得以下目的：

- 基于最新的证据，实行有效的护理。
- 在临床情境中解决问题（例如改善疼痛的管理）。
- 通过会议或扩大质量保证标准来达到优质护理。
- 引进创新（如：新的试验或治疗）。
- 排除那些未被认可为最佳操作的干预措施。
- 创造提倡最佳临床质量的工作环境。

最佳操作指南在各个领域的发展都很迅速，尤其是在护理领域。最佳操作指南的数量大量增长，但在大体上仍然存在多差异性，在护理中，尤其是操作过程中没有反映最佳证据。而且健康照护操作者在充分利用最佳操作指南的过程中存在很大的挑战，尤其是在最佳操作只能没有得到充分介绍、实施、支持的情况下。虽然有大量关于医学实践的研究，但仍有大量证据表明指南的使用不足(Bero et al., 1998; Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995; Thomas et al., 1999; Wensing, Van der Weijden, & Grol, 1998).这些发现反映了护士和其他健康照护者的工作方式。(Davies,Edwards, Ploeg, & Virani, 2008; Higuchi, Davies, Edwards, Ploeg, & Virani, 2011).

您可以在 ***www.rnao.ca/bpg*** 上阅览 RNAO 最佳操作指南。

工具书系统地描述了已计划的实施过程，用来帮助护士及其他健康照护工作者在临床、管理决策过程中，可以有证据可循。由RNAO开发的最佳操作指南是为了促进其在健康照护环境中的实施和持续使用。使用者将会发现该工具书在基于证据各领域临床革新都是有用的。

工具书是基于最新证据，在健康照护中实现成功的最佳操作：

- 需要各领域的领导者致力于促进指南的实施；
- 系统地挑选可实施的指南：
  在实施过程中关注指南利益相关者的参与；
  评估实施的环境来确定指南的影响。
- 将指南本土化。
- 评估指南使用的阻碍因素及促进因素：
  选择干预措施，促进指南使用，判别障碍和促进因素；
- 实施指南是一个系统地检测、维持的过程；
- 评估指南实施后的影响也是整个过程中的必要部分；
- 有充足的资源来完成与指南实施所有方面相关的活动。

以上述前提为指导，以理论、研究和经验为支撑的综合资源手册，为临床医生及其他倡导在健康照护中改用循证实践的专家提供了实践过程、策略和工具。该工具书是人性化的资源，它促进了最佳操作指南的系统鉴别和实施。由于指南的内容是以现在可获得的知识为基础的，因此工具书会定期评审与更新。（见附录 A）

工具书的实施回答了 4 个问题：

1. 工具书为谁而设计的？
2. 工具书是如何形成的？
3. 工具书的局限是什么？
4. 如何使用该工具书？

- 领导最佳操作指南实施的小组可能会被称为实施委员会、组织委员会或项目组。
- 领导小组的个人被称为促进者、项目经理或项目领导。

1. 工具书为谁而设计的？

该工具书是为了指导实施指南的人，包括护士和其他健康照护专家而设计的。尤其对那些在组织中负责实施最佳操作指南的实施团队更为有用。工具书的首要目的是在组织或部门中系统地实施最佳操作指南。然而，由于对最佳操作指南的使用策略包括个体实施者、团队、政策决策者层面的操作变革，所以确定的实施策略可以被团队或小组等多个群体使用。希望实施最佳操作指南的组织或团队应该确立 一个或多个人的核心团队，为促进计划、实施和评价过程最终负责。通常当多学科之间合力研究实施计划、实施启动、持续实施和实施评价过程，才能达到成功实施最佳操作的目的。

BPG的拥护者是护士和其他健康照护专家，他们受到教育和培训来更好的完善对循证实践的理解与认识，更好的将循证实践引入临床的情境中去。目前，RNAO已经将各科室共5000多名护士培训为BPG拥护者。BPG拥护者在贯彻实施BPG的指导、教育和政策启动与实践的改变中起着关键作用。(Ploegg, Skelly,Rowan, Edwards, Davies, Grinspun, Bajnock & Downey 2010).

2．工具书是如何形成的？

最初的形成过程：2001-2002

在2001年，RNAO组建了制定委员会，该委员会聚集了致力于指南实施的护士、健康照护专家以及有专业知识的研究者。本次会议在工具书的适用范围方面达成了一致、制定了指南实施模式等 。指南实施模式对实施每阶段均有具体建议措施，这些措施是由现今可获得的最佳证据和具体的推荐意见为根据。该会议也提供了实施工具和个案研究。工具书最初目标群体定位以领导临床指南实施的研究型护士、BPG拥护者和管理者为主。

修订过程：2012

在2009年1月，RNAO组建了修订委员会，聚集了护理专家、多名制定委员会的成员，还有一些在RNAO 最佳操作指南示范机构 （Best Practice Spotlight Organization, BPSO）这一计划中，对于指南实施有经验的而被推荐的个人。

最佳操作指南示范机构 （Best Practice Spotlight Organization BPSO)®项目是 RNAO 与卫生机构、学术机构的合作计划。这些机构致力于将多种最佳操作指南的循证护理实践文化溶于他们的组织中。示范机构以为期 3 年的资格评审期为开始，并须成功完成实施要求，才能取得示范机构称号。

该修订委员会诣在用新证据评价最初的工具书（2002 年发表），确保发布的资源是系统化的、循证的方法在临床和健康工作环境中实施最佳操作指南。本项工作包括以下几点：

计划:

- 由 RNAO 工作人员制定了一个结构化的检索网络，该网络关注于最新发布的 BPG 实施资源。
- 座谈会修订了现存的实施工具，并选择了从知识到行动（K t o A）的框架作为知识转化的模型。模型是知识创造、知识转化的框架，它是基于有关发展知识资源和成功地用实践去验证的 30 多种理论而形成的。(Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009).这个经过多次修订的循证模型反映了工具书的首要目的，是支持指南以系统地方法实施，这可以应用于组织、单位、团队和小组等多个环境当中。
- 基于知识到行动的框架中介绍的工作行为周期里的多种元素，座谈会选出了修订工具书的关键话题部分。
- 这些话题领域使文献检索结构化。
- 审查小组从工具书的每一领域的中产生了相应检索词条。
- 文献检索由健康科学相关的图书管理研究员负责。

严格评价:

- 由专家小组审查检索结果。
- 本次审查包括评价关于相关特殊话题研究结果的纳入和排除。
- 根据纳入和排除标准检索研究文献。
- 质量评价、数据提取和结果总结由 RNAO 指定的研究助理进行。
- 附录 B 提供了搜索策略的详细描述。

制定推荐意见:

- 座谈会成员审查了数据提取表格、系统综述、适当的原始研究和实施资源。
- 如果需要，会有额外的检索策略建议。
- 通过协商，每一章节都是建立在已确定的话题领域基础上。(座谈会成员分工详见第 6 页)

利益相关者审查:

- 一旦起拟草稿，利益相关者将会审查工具书与证据的清晰性、关联性、实用性等。
- 利益相关者的反馈将成为工具书最终版本的一部分。

该版指南中有何新增或改变的内容？

- 知识到行动框架模型的使用。
- 增加一章关实施于持续性的内容。
- 工具书中每章节都加入与资源、示例有关的部分，都是基于最佳操作指南在急症救护、公众健康、家庭照护和长期照护的实施经验。

3. 工具书的局限有哪些？

BPG实施领域的研究（尤其是关于护理和构建持续的循证操作文化方面）正在向加入理解关键的结构和过程的方向发展，这些过程是影响了操作和临床结果的关键。将知识转化的本质是将其融入特殊的环境中，因此任何系统的过程都必须仔细的将知识溶于当地文化中。

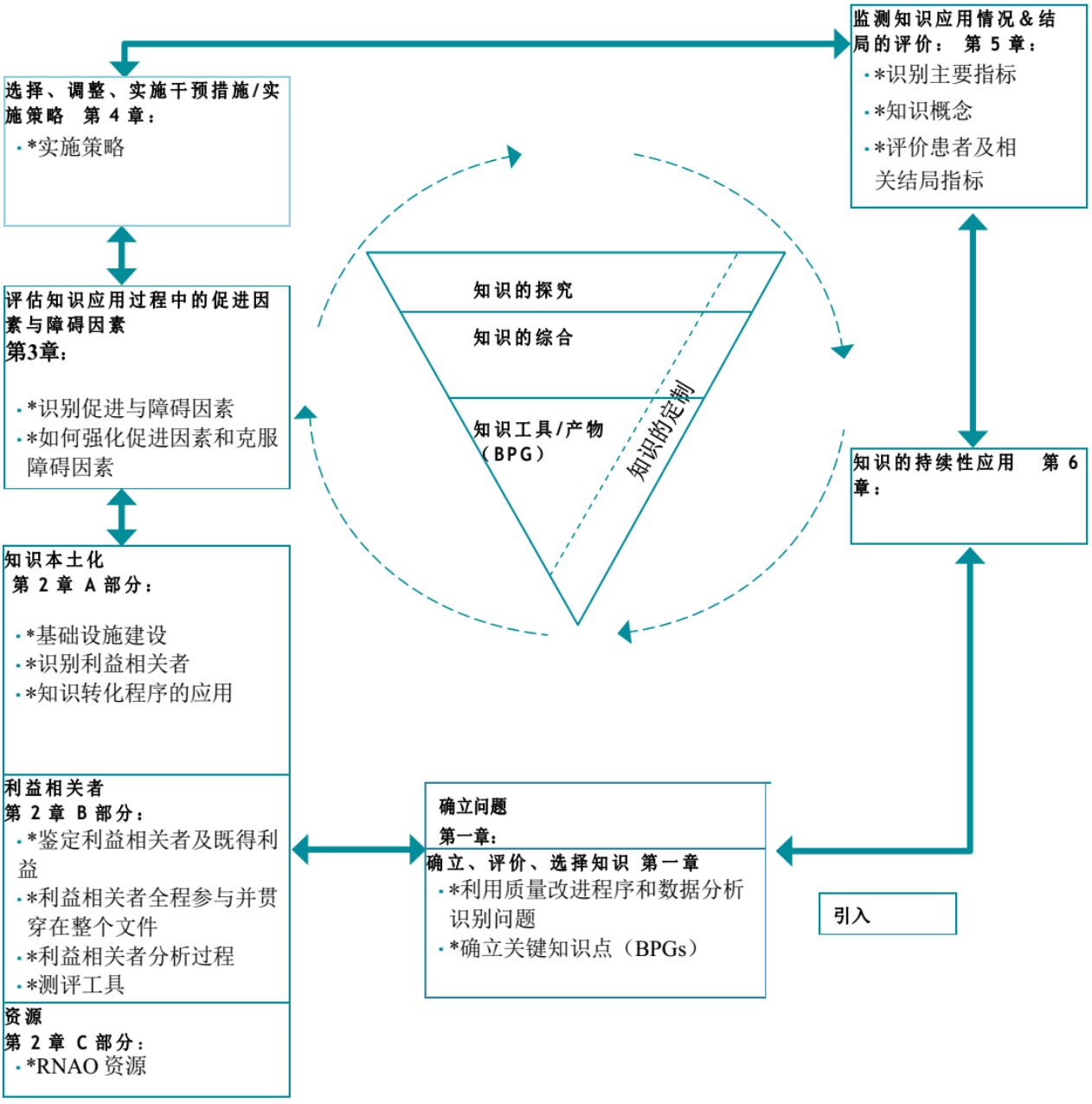
4. 如何使用工具书？

工具书是架构在知识到行动的框架概念上（Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein,& Bhattacharyya, 2009）。以期适合BPGs的实施（表1）该模型描述了以下7点更好地实施最佳操作指南必要的知识转化的成分：

1. 识别问题：识别、评价、选择知识工具或资源
2. 使知识工具、资源本土化
3. 评估知识使用的障碍和促进因素
4. 选择、修改、实施干预措施
5. 监测知识使用情况
6. 评估结果
7. 持续的知识使用

这些步骤反映了这是一个动态的、反复的过程，而不是线性过程。因此在每一步骤中，为下一步做准备，并反思上一步是必要的。

RNAO-BPG 工具书：知识行为模型（KTA 模型）



图一：修正的知识行动转化框架
来自 S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham“健康照护中的知识转化：从证据向操作的转化”

图一的模型很明显有两个关键过程，它包括知识向行动转化循环。第一个是**知识创造过程**，它关注于识别批判性的证据和产生知识成果。第二个是**行动循环**，关注于知识在实践中的应用。在本工具书中，我们主要关注行动循环在最佳操作指南中的应用。

在行动循环开始前，了解模型中知识创造部分的过程很重要。该过程识别出相关的知识，证实修订其成为知识需求的特殊领域。这一过程使用循证指南，确认研究和其他证据，然后将其综合成知识工具和产物，例如BPGs和实践推荐、临床路径和病人决策支持。从本质上说，所有的指南发展的方法学合并成了一个知识创造过程，虽然有一些会经过更为严格的筛查。领导BPG实施小组的负责人，可以通过与标准的指南发展对比评价，从而决定知识产品的质量。国际性的公认标准可以在评价与评估研究指南（AGREEII）中获得。(Brouwers, et al., 2010).RNAO的BPG发展过程应用了工具AGREEII的标准。

指导工具书各章节的**行动循环**是将所创造的知识运用在实施、评估和维护的过程。组成行动循环的7个部分是基于循证理论的总结，该循证理论关注仔细考量、系统地改变健康照护系统和小组的过程。(Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009).

为了工具书的目的，7个步骤已经合并为6步，每一步都在各章中有概括。

行动循环的**第一步：确定问题**，一般由以下两种情况而产生。

1. 临床医生和（或）管理者确定问题，(经常是通过质量改进方法和分析显示的数据)然后确定、审查可能有助于解决问题的最佳操作。

2. 临床医生和（或）管理者了解BPG，并决定现行操作是否与最佳操作一致，或改变现有操作是否是必要的。

第一步非常关键，因为它决定了实施过程的参与程度，决定了其与质量提升的联系，确定的问题是否能够通过最佳操作解决，相关教育和政策发展修正。

第二步：适应当地文化背景。这是知识转化中非常关键的一步。 实施过程需要了解当地文化背景和最佳操作结合当地环境的应用，因此需要多种形式的适应当地文化的建议。指南对当地环境的适应并非忽略指南的基础。适应可包括建立实施委员会，为我们修订和选择合适的指南，用AGREE II质量评价的方法评估它们，确定临床效果和指南建议的可实现性，确定与现行操作的可接受性。对于操作指南建议的改动可以在此时在利益相关者的介入下实施。本步骤的目的是用透明的方法选择知识产物或BPG的推荐。这得到大家的认可，认为它反映了最佳证据并解决现有主要问题，并适应了当地环境。这一步骤需要员工和利益相关者加入相关实施计划，来确保BPG选择符合现有需求，并适应组织环境。

第三阶段：评估知识使用过程中的促进和阻碍因素。该阶段与指南中实施离的很近，在环境中确定ＢＰＧ使用的促进和阻碍因素，同样在利益相关者中寻找这些因素。特殊的阻碍，如知识缺乏、态度、反对变革都很关键，将在促进知识的传播过程中应相应的平衡这些因素。识别这一阶段的利益相关者态度也很重要，他们会支持、挑战或与ＢＰＧ选择的实施项目无关。从本质上说，这一阶段合并了环境评价和利益相关者评价两方面因素。

第四阶段：修改、实施干预计划。该阶段形成一个参考了利益相关者评价以及增强参与度的实施计划。该阶段包括了评估阻碍和促进因素，评估实施策略的有效性。该计划利用数据来确定和支持选择、修改干预计划，这会在实施阶段促进指南的实施应用。

第五、**六阶段：与监测、评价、持续知识使用有关，对实施的效果有极为重要的作用。**这两阶段包括评价ＢＰＧ的使用，是否遵守推荐指南，知识、态度的转变，评估实施ＢＰＧ的结果，是否持续影响实践。因为这一阶段在知识向行动转化循环中至关重要，他们应该在早期阶段也应得到考虑。同样地，前四阶段的计划和实施对检测、评价和使用过程提供了方向。

在将知识转化为行动的过程中，领导者需要谨记 KTA 模式不一定是一个连续的过程，因为有很多不同的阶段会同时出现并且需要同时处理。因此，对于 BPG 实施组的成员来说，全面阅读工具书是很必要的，因为全面阅读可以使人全面的了解知识转化过程中的每一个方面。工具书可以为大家提供“如何做”、“为什么这么做”、“现在是什么状况”、“我们做到什么程度了”这种类型的信息。同样地，工具书也包括了理论和实际应用，就像工作表模板可以在工作的每个进程中使用一样。除此之外，每一步还包括了实施对资源的影响，这在实施最佳指南的过程中必须被识别并处理。并且在不同的部分都有相应的例子贯穿在整个文件中。

阅读本章需要注意哪些内容

每章都由以下几个部分组成：

1. 前一阶段的回顾
2. 本章梗概
3. 关键词的定义
4. 特殊内容或案例
5. 在实际操作中的应用
6. 在进行下一章之前需要考虑的相关内容
    - **利益相关者**
    - **资源**
    - **行动计划**
    - **持续性**
    - **评估**
7. 实施情景*（每章内容的在特定情景下的简介）
8. 参考文献
9. 资源（每章中均有强调）

***每章中使用不同的图标来强调重要的部分。下一页解释了每个图标的作用。**

本书中使用的图标

行动计划

当你准备计划行动时，我们建议你使用本工具书标志的行动计划。在光盘中有行动计划模板和空白工作表。逐渐熟悉行动计划模板，确定BPG实施和评估的时间。模板可以立刻使用，将适当的信息写入工作表内。

利益相关者

在行动周期的每一过程，利益相关者都扮演着重要的角色。每一章都讨论了利益相关者的重要性，包括如何获得利益相关者的支持、如何通知利益相关者，懂得你的行为可能会影响利益相关者的重要性。第2、3、4章特别强调了利益相关者在过程中、识别、分析、参与的重要性。

资源

在组织中作为领导BPG实施的个人，应该是话题领域中可信任的健康从业者，有着项目管理能力，变革管理能力，促进实施、提倡并引导团队合作，并意识到这项工作需要的资源。

必须在早期意识到BPG实施将会需要很多资源，例如专门用于领导的时间，计划，实施，教育时间，检测和评价过程。资源需求在第二章C部分有详细讲述。然而，就像利益相关者的评价、资源需求的评价都应该在计划过程中安排出来。在工作中使用工作表，贯穿在每一章来确定实施BPG的预算。

想法

分享特殊的方法或新策略可以帮助你在实施指南时，将知识转化为行动这一步骤做的更完善。将这些想法与团队分享，以帮助你走的更好。

注意

有一些地方需要你特别注意，以避免风险。始终记住心中的目标，你可能不会使每个人都满意。在实施过程中，可能会有延误，但要记得与队友密切沟通，坚持和规律的讨论。对可能发生改变的过程要有所准备，满足改变所带来的需求，这将会帮助你在实施的指南中有愉快的体验。

本书中使用的图标

工作表

为你提供了空白表以记录想法、计划，你也可以用其回顾你的已经做了或计划去做的工作。这些工具可以在你电脑上用ｗｏｒｄ文档打开，如果需要也可以复印。在光盘上有工作表模板。每一章都要用到工作表。

案例分析

这部分提供了临床案例研究的病例和不同部分的状况，这些案例会描述其他人在实施指南中的经验。这些案例研究可能会包括不同小组对实施指南的建议。

情境

在每章中都会有一个方案，这个方案告诉你如何识别、实施和评价ＢＰＧ的实施过程。这个方案会反映不同的场景，如医院、社区，以及指南实施相关的其他问题。

评估

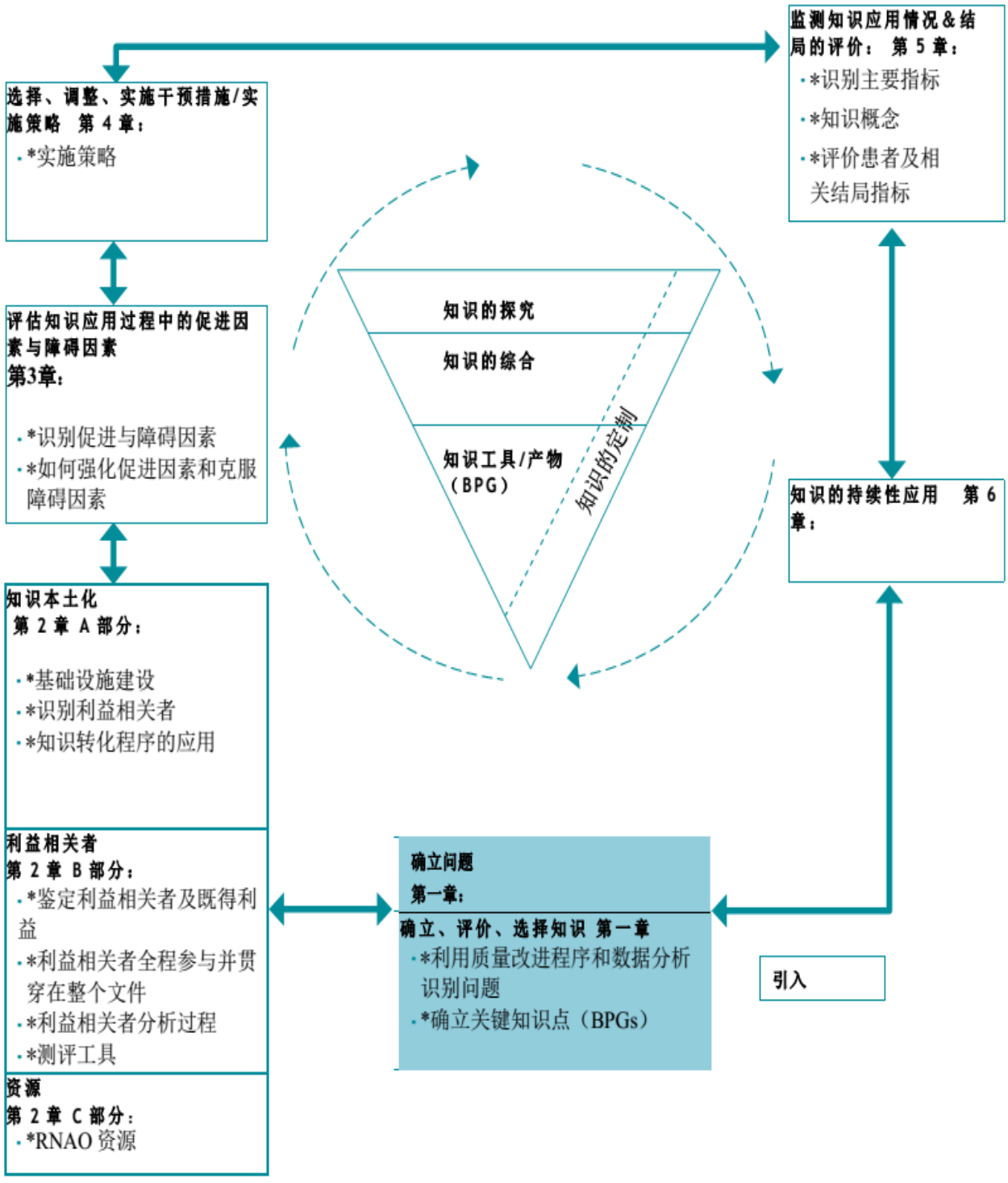
熟悉掌握在你评价、实施指南过程中遇到的不同阶段的评价，评价方法，工具和时间。

持续性

一旦最佳操作指南开始实施，为其持续性做规划就很重要。这包括评价、审查、庆祝、再培训、出版、汇报等步骤。该过程可能需要额外的资源，这些被认为是实施过程的必要部分。

每章中包括关键名词，附录Ｃ中有全部的术语表。

第一章：确定问题，评价和选择知识



第一章：确定问题，评价和选择知识

介绍回顾

在介绍中，我们回顾了第二版 RNAO 指南实施工具书的目的、方向和目标人群，并讨论了与第一版工具书的异同点。除此之外，我们还介绍了基于循证研究确立的“知识向行动框架”，这为第二版工具书的结构和内容做了一些指导。

本章添加的内容有

- 定义指南
- 提供了使用 BPGs 的基本原理
- 描述如何使用 BPGs
- 将质量改进与使用 BPG 相结合
- 概括如何选择高质量的 BPG
- 介绍选择 BPG 后的下一步骤

本章介绍

本章提供了 BPG 工具书第一步“知识向行动转化循环”的背景，以及进一步讨论。这一过程往往是确定后的实践问题的沉淀，使用知识工具往往被称为实践指南。现在各学科都很容易获得数以千计的实践指南。这些指南在发展中都是经过严格的方法学考验，证据等级较强可以作为支持建议，结构框架清晰。也有一些指南缺少在指南发展中建立的方法学标准(Brouwers, et al., 2010)，尤其是在确定、评价和综合科学证据的过程中。(Straus, Tetroe & Graham, 2009)实践者在确定、选择高质量、与研究的实践相关的指南时往往需要帮助。本工具书在这方面为实践者提供了帮助，介绍了什么是高质量的指南，如何评价这类指南。

什么是操作指南？

指南（Guideline)，临床操作指南（CPG）和最佳操作指南（BPG）是可互换术语，用来描述指导操作的不同工具。本工具书是基于了解了指南是支持临床和管理决策的循证资源。在本工具书中，以下是术语的定义：

- **循证临床操作指南：**针对特定临床问题，系统地开发指导意见，以帮助卫生保健者和病人做出恰当的照护计划(Field & Lohr, 1990)。
- **RNAO 护理最佳操作指南（BPGs）：**RNAO 是他们独特品牌的临床实践指南的代言。BPGs 分为两部分，临床指南和健康工作环境（HWE）。BPGs 这项工作由 RNAO 领导，由安大略健康与长期养护卫生部提供资金，得到了加拿大健康、护理政策办公室的支持。(RNAO website, 2009).

最佳操作指南指导政策，直接实践，标准和规定的变革。评价指南研究&评估（AGREE II）工具清晰地界定出实践指南的标准，并区分了有质量的“指南”与从业人员可见的其他相关实践指导。

为什么最佳操作指南很重要？

最佳操作指南将最佳的证据带给临床医生，指导他们的实践并影响病人的预后。尽管现在每一个医护工作者都应该与时俱进，将最新最佳的证据应用到病人身上，但每天产生的大量知识使其变得不可能，文献检索的速度已远远赶不上知识更新的速度。因此由可信赖的组织发布的高质量的最佳操作指南为临床医生和组织提供了方法，确保他们在照护过程中应用了最佳证据。最佳操作指南很重要，因为他们确保临床医生应用了来源于最佳证据的照护规定。(Ferguson-Pare, Closson, & Tully, 2002).表二的模型图描绘了 BPG 的发展、传播、实施和评价的过程。

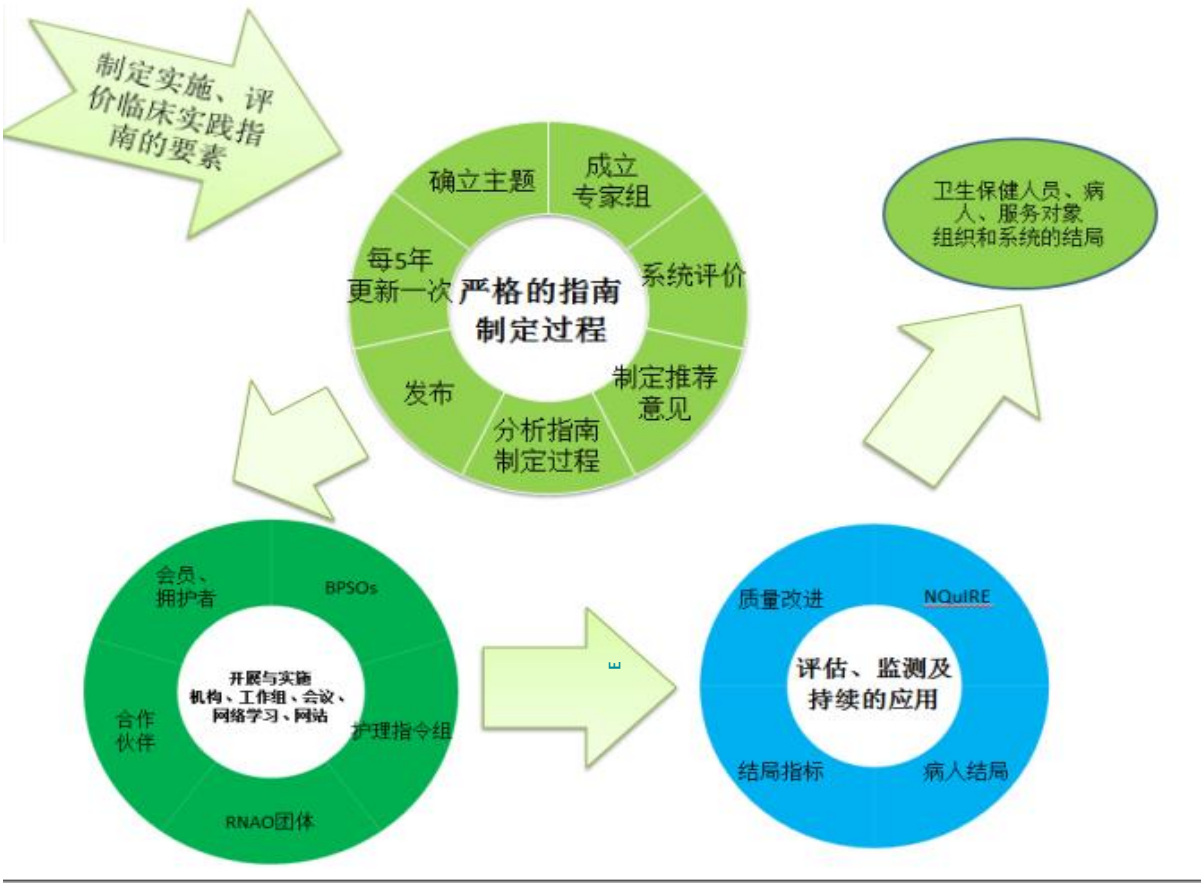


图2

严格的指南制作过程

RNAO 严格的指南发展过程包括了 7 阶段，这确保了指南拥有高质量、最新的研究，在实践、教育和政策建议中利用了护理专家讨论得出的发展性证据。过程中的具体步骤在表二中有清晰的描述，包括确立主题、成立专家组、指南的范围、系统综述、发展以证据为基础的建议，关注于实践、教育、政策领域、利益相关者审查、指南的发行、传播和五年回顾的过程。

部署和实施

RNAO 致力于指南的部署与传播，并利用合作的方法来传播，包含了多种策略（见表二）。RNAO 有多种方法促进指南实施，包括：1）最佳操作护理拥护者网络，它用来发展护士对 BPGs 认识、参与和接受的能力；2)护理措施组套从 BPGs 的实践建议中获得了清晰简明的行动干预，这样护士在实践中就可以实施护理措施。设计它们是为了更好地融入临床信息系统，但也可能用于以纸质信息系统为基础的或混合的环境中。具体信息详见附录 E。3）最佳操作示范组织（BPSO）资质评定，支持 BPG 在组织和系统层面实施。BPSOs 关注发展循证文化，特别关注实施、评价、持续多种 RNAO 的临床实践 BPGs。除了这些策略外，每年都有与特定 BPG 相关的人员教育能力建设。

评估、检测、持续的 BPG 实施

评估 BPG 实施、持续使用 BPGs 的影响都通过定期的结构化审查、过程和结局指标来检测。与工作环境因素相关的结构化指标能够促进优质护理，其中包括人员、护理模式等等。过程指标评价了 BPGs 已实施的实践内容。结局指标是特殊病人应用 BPG 后预期的结局。将结构化、过程指标和特殊病人的结局指标联系起来的能力可以帮助确定实施 BPG 对特殊病人健康结局的影响。

报告和评价护理质量指标（NQuIRE）是一国际性质量改进项目，旨在收集，测量与 RNAO 最佳操作指南有关的结构、过程和结局指标数据。NQuIRE 是为了各 BPSO 能系统的检测进度、评价使用 BPGs 后的结果而特殊设计的。

有效的 BPG 实施可以达到以下目的：

- 有助于改善病人结局
- 减少护理中的变异
- 将研究证据向实践转化
- 强化护理基础知识
- 帮助制定临床决策
- 确定研究中的不足
- 停止无效甚至带来痛苦的护理措施
- 减少花费

如何使用最佳操作指南

健康照护专家用循证实践为病人提供高质量、安全的、科学的健康照护是我们所期望的。BPGs 直接的临床实践、指标、协议、教育计划和政策是所有健康照护工作者日常工作的一部分。关于将 BPG 已经包含在持续的结构和在健康照护中过程的现有例子如下：

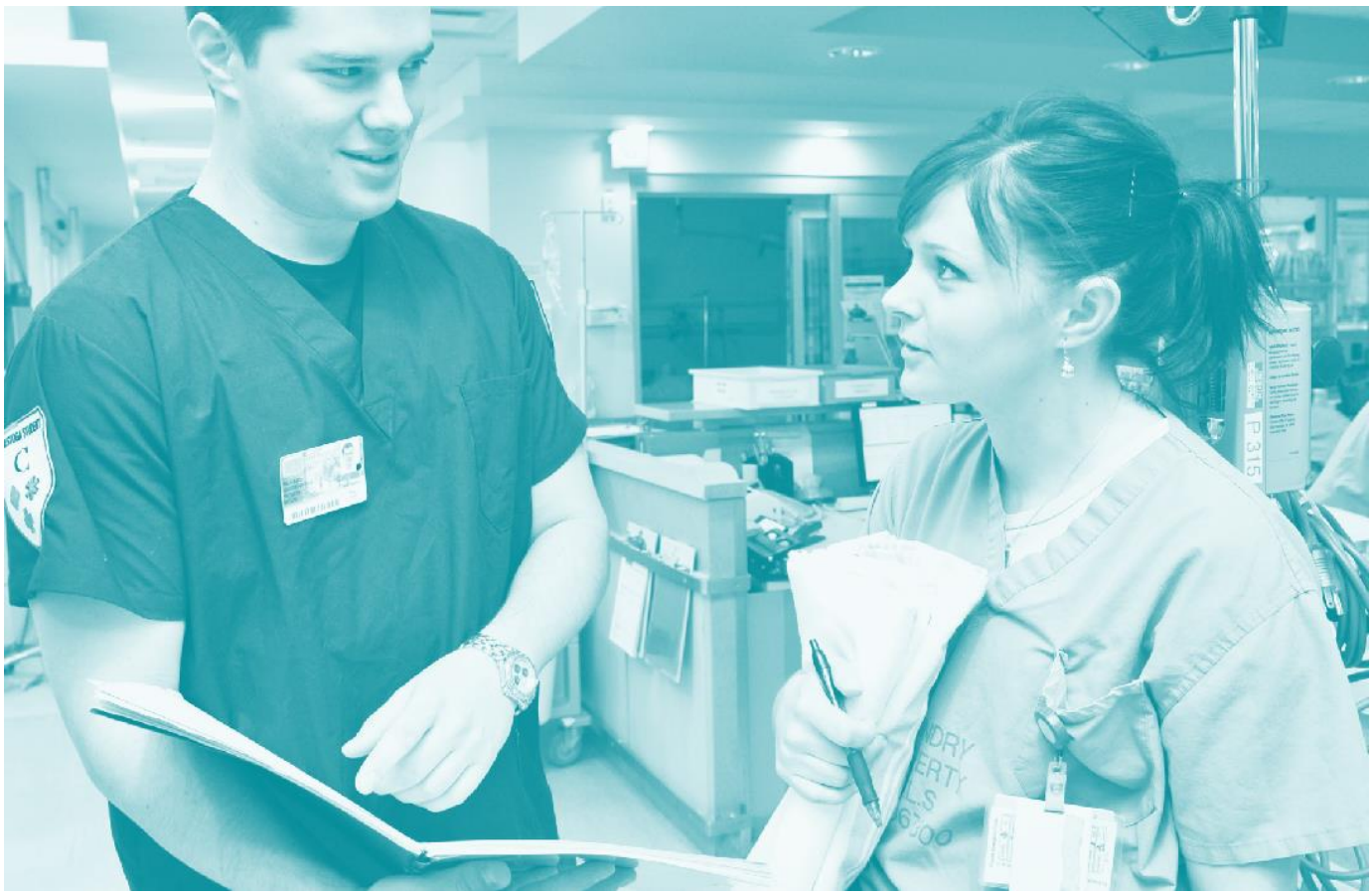
- 为病人提供相关信息以用来做出知情的决策
- 病人照护计划，护理方案，临床路径和程序
- 系统过程和结局
- 组织前景以及使命感改变、每天的实践、政策、程序、文件改变(Krugman, 2003).
- 为了岗前培训和员工继续教育发展的学习要求，教育任务(Krugman, 2003).
- 与循证的临床操作和管理决策相关的行业合格评定标准

最佳操作指南如何解决待改进的操作？

目前，健康照护组织和实践者努力确保实践中用到的各种方法能够产生有效的结果，并基于最佳证据。通常有两种方法使最佳操作引发实践的改变。第一种方法是获得了新指南，新指南驱动了对现有实践的审查，并接受了新指南。第二种方法是临床实践问题或面临的挑战，这促进了对于知识工具的研究，就像 BPG 可以用来帮助确定一种新实践方法是否可以有效地结局问题。一般来说，以下情况反映了知识实践的缺陷，从而触发对于 BPGs 的评审：

- 利益相关者确定实践需要
- 行业伙伴需要项目上的帮助或合作
- 不良事件导致的对现行实践的调查，寻找提高护理效果方法。
- 政府首先发起新的健康照护计划
- 病人安全方案
- 质量提高工作和收集的数据需要得到反馈

接下来几页中的模型描述了一个事件或问题是如何导致BPG的确定和使用的。



实践变革/事件是如何识别的，以及是如何引导指南使用的案例						
事件链	利益相关者参与			政府立案	警示性事故	质量指标
	个人	团体	组织			
事件	导师从学生收到造瘘术护理的更新，其中提到了BPG	一个官方组织提出需要改善中风护理	大学博士生在你的组织中做约束措施的研究	加拿大卫生部宣布输血方式的改变	用药错误几乎导致一患者进行了多余的手术	数据表明组织的压疮高于行业平均水平
识别的相关问题或机遇	组织内的造瘘术护理需要重新审视	对团体层面的中风护理进行审视	有机会获得有关临床相关约束措施研究更新	对IV、CVAD实践和文献进行审视	员工数量短缺药物相关操作和系统需要审视	从业者在处理压疮问题上都受过良好教育，但设备短缺
护理实践团队识别的有帮助的RNAO-BPG	• 造瘘术护理及管理 • 临床中心护理 • 建立治疗关系	• 持续护理过程中的中风评估 • 高血压护理管理 • 筛查老年患者的神志失常、抑郁症和痴呆情况 • 防止老年患者跌倒损伤	• 防止老年患者跌倒损伤 • 对老年患者神志失常、抑郁症和痴呆症的护理策略 • 风险评估，防止压疮 • 临床中心护理	● 对血管穿刺的评估和设备选择 ● 降低血管穿刺并发症	● 保持并发展高效的人员配置和工作安排 ● 保持并发展高效的护理管理机制 ● 护理专业化 ● 护士工作环境卫生安全及舒适性指南	● 风险评估并避免压疮 ● 对一级到四级压疮进行评估和管理
其他使用的指南	无	• ACLS、TNCC、PALS、分类 • 中风指南	● 无	● 社会中心血管穿刺设备肿瘤护理临床实践指南	● 用药指南 ● 提倡组织公正文化的团体	无
对识别问题的反应	对造瘘术相关的政令、训练、文献和过程的审查，旨在减少术后不良反应	对政令、训练、文献和过程的风险评估进行综述。目标在于改善高血压和中风的处理	对静脉注射相关的政令、训练、文献和过程的综述。目标在于增加当事人和员工的满意度	对IV相关的政令、训练、文献和过程参与者与员工的满意度的综述。	对相关的政令、训练、文献、相关处方、药剂的分配和使用进行综述。目标在于减少意外错误。	全医院购买减压床垫，对文献修正，聘请肠造口治疗专家。目标在于减少压疮。

寻找高质量的操作指南

一旦发现知识到实践的缺陷，寻找合适的证据解决问题就变得很重要了。很多研究致力于提高质量，经过严格的指南实践是为了确保临床实践是基于可获得的最佳证据。为达到使用最佳证据促进指南发展的目的，使用可获得的最佳证据也很重要。因此有人推荐，指南的作者和接受者都应在采取指南之前，使用指南评估工具，如AGREE II量表(Brouwers, et al., 2010).来确保BPGs的质量。(Burgers, Cluzeau, Janna, Hunt & Grol, 2003; Harrison, Graham, & Fervers, 2009).

AGREE II 评估量表

为了选择出好的BPG，需要有决策的标准；为了这个目的，已经清楚地设计了评判性的评价工具。AGREE II量表确定了关键标准，被称为聚焦方面，其组成了高质量的指南，也可以区别重要的聚焦方面。这些聚焦方面和他们的解释如下：

- **范围和目的：**明确说明了撰写指南的目的、临床问题和目标人群
- **涉及的利益相关者：**指南制定小组的成员包括了所有相关的专家，并考虑了患者的观点和偏好，明确说明了指南的用户；指南在发表前已经在目标人群中进行了预实验
- **指南开发的严格性：**使用了系统的方法检索证据；明确说明了证据的纳入/排除标准；明确说明了形成推荐意见的方法；形成推荐意见时充分考虑了健康获益、副作用和风险；推荐意见与支持证据之间有清晰地联系；指南发表前接受了制定者以外同行专家的评审；明确了指南的更新程序
- **指南呈现的清晰性：**推荐意见明确且不存在模棱两可；针对不同临床清净提供了不同的选择；关键性的推荐是明确的，容易被找到的；提供了实施指南的支持性工具
- **指南的适用性：**对实施指南过程中潜在的困难进行了讨论；考虑了实施推荐意见可能产生的费用；指南提供了监督和（或）审查指南执行情况的评估标准
- **指南编撰的独立性：**指南的编撰独立于资助方；记录了指南制定小组成员存在的利益冲突

指南评价—在你的组织中运用

如果在工作中发现知识-实践的差距，并选择了可能会有用的指南，以下步骤应该作为评价指南的过程。讨论如下：

第一步：确定那个可信任的作者是否已经对BPGs进行了评判性的更新。像RNAO这样的组织会有系统的过程去评价BPGs的不同领域。每个指南的附录部分都有来自RNAO审查实施的信息。
第二步：如果没有找到相关综述，那么可以自行在主题中检索可获得的BPGs。系统的检索相关BPGs，记住有一些指南在质量和严格评价上有不同。请有经验的图书管理员或文献检索专家来做此项工作。
第三步：获取所有BPGs全文。快速阅读技术性的文献、专题或其他详细描述BPG发展的相关文档、支持证据。仔细的记录指南
第四步：当纳入许多BPGs后，筛选标准（如纳入和排除标准）可初步指导筛选指南。筛选应当确保指南发展是循证的。筛选标准也可能包括：语言（如果没有翻译），写作时期，以及主题局限性。

第五步：确定 4-6 人的小组来审查和评价选定的 BPGs。成员对于临床相关话题聚焦方面应有一定的专业知识和经验，对于研究进程有一定的理解，对于如何使用 AGREE II 量表有一定的理解。

评判性的评价 BPGs 的过程可以识别一种或多种 BPGs 以用于实施（这也帮助识别还不是指南的文件）。如果确定了不止一个，实施组可以根据决定是否使用某一指南，或者合并一个或多个指南的推荐，这些都是基于证据等级或工作环境的决定。

RNAO 最佳操作指南

RNAO 在发展指南过程中，紧紧跟随 AGREE II 的聚焦方面，是为了产生高质量的指南。RNAO 选择主题，组织多学科间的专家进行座谈会，检索和评估与 BPGs 相关内容，确定系统综述或论文。所有的证据都是经过严格的审查，将信息综合成建议，论文都要进行同行评审，最终才可以发表。每五年，指南都要进行审查，必要时进行修订。(Graham, Harrison, Brouwers, Davies, Dunn, 2002; Grinspun, Virani & Eajnok 2002).

许多组织和临床医生之所以使用 RNAO 的指南，是因为其严格的发展过程和 RNAO 成员的可信赖程度高。即使已经决定使用 RNAO 的 BPG，也建议用 AGREE I I 量表来评价指南，因为这会帮助指南实施团队进一步证实和强调选择 RNAO 是正确的。这也为团队提供了量表，他们可以用于其他的在使用或在考虑中的 BPGs。对 BPG 进行评判性的审查也可以作为一项积极学习策略。(Singleton & Levin, 2008)

多名实施者早期审查BPGs可以完成达成以下目标：

- 帮助建立团队；
- 建立对指南建议的信心；
- 引入 AGREE II 量表，作为评价指南质量的标准。

选好指南后，接下来该怎么做？

当确定下一步时，提出如何和在哪步实施指南的关键问题很重要。一些问题如下：

- BPG 适用于组织中所有领域吗？
- 具体的推荐意见是组织所需要的吗？
- 有已经实施了的建议吗？
- 有只被实施一部分的指南吗？只实施了某些建议？或只在一些科室里实施？
- 有建议被部分实施了吗？（如：只实施了某些建议？或只在一些科室里实施？）
- 有哪些建议是必须提前实施的？
- 有能快速实施的建议吗？
- 有哪些建议的证据等级是高于其他的？
- 有哪些建议是需要较长实施周期的？实施过程中会遇到什么阻碍？是否有预算问题？员工技能问题？领导问题？工作量问题？文化或态度问题？

在回答这些问题的过程中，参考关键利益相关者（见第二章 B 部分如何涉及利益相关者的信息）。你可以通过质量检测数据来回答上述问题。这些问题的答案会决定 BPG 实施的范围和资源的需要程度，这都决定了下一步

计划。

关注于需要的操作变革

当实践新BPG时，并非所有操作都要改变

BPGs 为临床医生和组织提供了最新的操作和操作改进的指导方向。这对在现存的操作和过程之上建立的改良操作是很重要的。对工作环境的整体检修及剧变在实施 BPG 中都是不必要的，也不是 BPG 实施的建议。

在确定上述问题后，测试现存的操作是很关键的一步，并将其与 BPG 推荐的对比，来确定哪个现存操作是建议所推荐的。实施是在工作场所中，直接用于加强和维持现存最佳操作的方法，目标在于操作提升的特殊领域。

目前操作与推荐操作之间的差距

为了更好地确定现存的基于证据的操作和需要改进的操作，BPG 实施团队将会得益于通过测量证据-操作的缺陷。（如：来自高质量 BPGs 的证据或系统评价与现存组织中的操作的缺陷）(Kitson & Straus, 2009; Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009). 实施差距分析时，问以下问题：

1) 这些是现存操作和最佳操作之间的缺陷吗？

2) 缺陷存在的程度在哪？

一个“差距分析”工具，包括其指导过程，用来自两个 RNAO BPGs 的建议作为实例而形成如下。这个完整地工具包括指南建议，并说明在哪里满足要求，部分满足要求，或没满足要求；哪个建议或建议的哪部分可能不合适该组织。

该工具在如下方面是很有用的：

- 确定现存操作是否是循证的，由 BPG 支持的，是否可以用于加强操作强度
- 确定不合适的行为建议
- 确定部分满足要求的操作，相应的 BPG 的行为建议，这可以成为操作改变的第一目标
- 决定为满足要求的行为建议，可能需要长期实践改变策略

先对容易起步的操作改变，或对病人和员工安全至关重要的操作改变非常重要。在一开始就确保改变成功性，并且集中于一些短期的操作改变的成功变革。

差距分析是简单快速的方法来证明一些建议已经满足要求（如现存的操作已经是循证的了）。这值得对员工的认可和庆祝。以认可赞美开始一项过程是很好的。建议的操作已经部分满足要求也可以为下一步工作重心。

一旦分析结束，有必要对提供临床证据等级而采取行动。例如：对于部分满足要求的行为建议，必须确定如何全部满足要求？也许购买新设备或对员工进行教育的更新可以确保建议的发展。“未满足“的行为建议栏也将最具有挑战。然而，在审视了工作过程中的最佳证据、、政策和操作干预后，此行为建议栏可能较短。一些未满足的行为建议可能直接被定义为不合适。

对在考虑中的 BPG 实施进行差距分析，对于快速解释现存的实践环境、与期望的环境对比，起着很重要的作用。如果在 BPG 实施过程中计划性重复使用，那么差距分析就会成为有效的检测工具来确定实施指南的进展。

差距分析提供了可能来自于大量的资源的信息摘要，这包括系统评价、根本原因分析、图表审查、正式或非正式的干预、交叉学科小组会议、实践委员会层面的讨论、调查研究、政策回顾、相关文献回顾、员工技能分析、设备库存等方面。

以下两个例子说明差距分析是如何确定改变的领域。

例一：BPG差距分析与差距分析总结

RNAO BPG:预防老年人跌倒&坠落伤 （2002 年 10 月）				
指南建议	符合	部分符合	不符合	注释
1.0 评估入院时的坠落风险	✓			不仅在入院24小时内评估，并且每次移动病人时进行评估。现有操作远超出要求。
1.1 评估坠落后的坠落风险	✓			
2.0 用太极来帮助老年人预防坠落，对于LOS大于4个月的病人和未发生过骨折病史的病人有效			✓	在实践委员会介绍太极
2.1 护士可以使用体能训练作为预防坠落的措施。然而，存在一定的证据缺乏支持其为单一干预。	✓			见坠落相关的护理计划。
2.2 护士，作为多学科小组中的一部分，可以使用多因素的防止坠落措施来保护病人	✓			见坠落相关的护理计划。
2.3 护士与健康照护小组经过协商，定期的进行药物审查来防止老年病人的坠落	✓			见坠落相关的护理计划。
2.4 护士可以考虑使用臀部保护垫来减少与坠落相关的高骨折风险因素患者的臀部骨折。		✓		特级护理中心或康复中心已满足要求。 急救护理中正进行员工教育。

2.5 护士提供补充维生素D的信息，来帮助降低坠落风险。除此之外，对于预防骨质疏松症在饮食、生活方式、治疗选择方面的信息与减少骨折的风险也息息相关。		✓		操作不一致：需要提醒在入院病情概要中记录。更改之处需要在11月14日交给病案记录委员会。
2.6 评估为坠落高风险因素的病人应当接受相关教育。	✓			见坠落相关的护理计划。
3.0 环境修改作为防坠落策略的一部分。	✓			见坠落相关的护理计划。
4.0 预防坠落和坠落伤的教育应当纳入到护理课程和继续教育课程中。	✓			审视护士及护理学生的岗前培训
5.0 护士不应使用护栏作为防止坠落的工具，然而其他因素可能影响关于使用护栏的决策。	✓			护栏是用于病人自助翻身的工具。护栏也可以用于其他不是约束措施的目的。
6.0 组织建立约束措施最小化的政策，包括身体和化学约束。	✓			见“约束措施最小化”政策。
7.0 组织创造了支持防坠落的环境，包括： ❖ 防坠落程序 ❖ 人员教育 ❖ 风险评估、干预的临床咨询 ❖ 涉及多学科小组 ❖ 设备、转移装置、高低床和床出口警告	✓ ✓ ✓ ✓			组织现行操作超过行为建议。见“最小约束”政策，护士和学生岗前培训要求，以及针对坠落的照护策略。
8.0 实施管理多种药物使用，精神药物使用的措施，使用用药回顾以及其他办法替代镇静治疗	✓			见“约束措施最小化”政策。
9.0 BPGs需要充分计划、资源、促成及管理层支持，才能成功的实施。	✓			PPL是PG的领导人，详见PPL。

参考资料：Nancy Bauer&Leamington District Memorial医院，2002年

例二：BPG差距分析与差距分析总结

RNAO BPG：预防老年人便秘（2002 年 10 月）				
指南建议	符合	部分符合	不符合	注释
1.0 通过可获得的病史评估便秘情况	✓			操作评估不一致：需要提醒在入院单、护理计划单、用药记录里记载该信息。通过代表委员在病案记录委员会提交要改变的部分。
2.0 在日常液体摄入、饮食中的纤维素摄入和相关用药、手术史来获得病人的信息。		✓		
3.0 评估病人用药来确定与便秘有关的风险，如用泻药的情况。		✓		
3.1 筛查多重用药风险，包括处方的相似点和非处方用药及不良反应	✓			
4.0 确定病人运动、进食、意识相关的能力来确定其沟通和进行简单指令的能力		✓		由特级护理中心或康复科室进行。病案记录委员会关注于如何将特级护理中心和康复单元用于急救护理。
5.0 对腹部和职场进行评估。评估腹部肌肉紧张度、肠鸣音、腹部团块、便秘、粪便嵌塞、痔疮、完整地肛门反射等。		✓		腹部检查&肠鸣音通常在入院单上有显示。
6.0 在开始便秘评估之前，记录7天的排便日记如：id腹证（见BPG）&如厕方式。		✓		在住院时间较长的病人中为合理需求，在其他情境中的合理性有待确立。
7.0 液体摄入应当保证1500-2000ml每天。鼓励病人少量多次饮水。避免咖啡和酒精		✓		在特级护理中心和康复科室中已满足。急救护理员工需要这方面教育，计划于一月份实行。预防便秘的护理计划在审查中。临床各学科都参与实施过程中。
8.0 每日的纤维素摄入应当在23-40g，在液体摄入量保持1500ml每天的情况下，逐步增加膳食纤维素的量。与营养学专家协商。		✓		
9.0 促进每日规律的排便。保护病人隐私。		✓		特级护理中心或康复科室已满足要求。详见新急救护理计划。

10 身体活动应当与个人身体能力、健康状况、个人喜好与耐力相适应。	✓			新的护理计划将会包括该项措施，从而规范操作
10.1 根据个人运动能力或运动限制来进行步行。（详见BPG）	✓			新的护理计划将会包括该项措施，从而规范操作
10.2 不能行走或卧床休息的病人，可以使用骨盆倾斜、低躯干旋转、或借用升降机的方式活动。			✓	见护理计划修订。
11 评估病人反应和继续干预的需要。（详见BPG）		✓		需要促进药物记录，日常评价表格。提交给病案记录委员会审查。
12 为减少便秘和促进肠健康，特殊培训过的护士（护理排便失禁顾问或CNS）应当建立一个综合性的教育项目。详见BPG。			✓	护理管理层致力于将一个注册护士培训为一个护理排便失禁顾问或。见促进排便BPG的差距分析。
13 应当鼓励组织建立一个各学科合作的小组来预防和管理便秘。		✓		病案记录委员会在此方面增加人手。
14 BPGs可以再充分计划、资源、行政志愿后成功的实施。	✓			特级护理中心的主管护士是该BPG的关键。

在下一章开始之前需要考虑的问题：

- 对于指南和最佳操作指南，你有足够的知识吗？如何定义它们？它们为什么如此重要
- 一个高质量的指南应当包括哪些，通过使用 AGREE II 量表如何确定最佳指南
- 你知道 RNAO 是如何涉及到指南发展过程，他们发展指南的方法是什么
- 你知道在你的工作环境中如何将 BPG 实施联系到质量改进，或其他确定高质量实践或结果的办法？
- 你及你的团队在某一指南话题领域是否进行差距分析，来确定哪些关键的实践是根据最新的证据的，哪些需要改良？

1 练习

1. 快速比较本章提供的两个差距分析样本。
2. 决定在两个 B P G s 中，你会优先选择哪个推荐实施？原因？

推荐阅读：

Brouwers, M. C., Stacey, D., & O' Connor, A. M. (2009). Knowledge translation tools. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.*

Kitson, A., & Straus, S. E. (2010). *The knowledge-to-action cycle: identifying the gaps. Canadian Medical Association Journal, 182(2), E73–E77.*

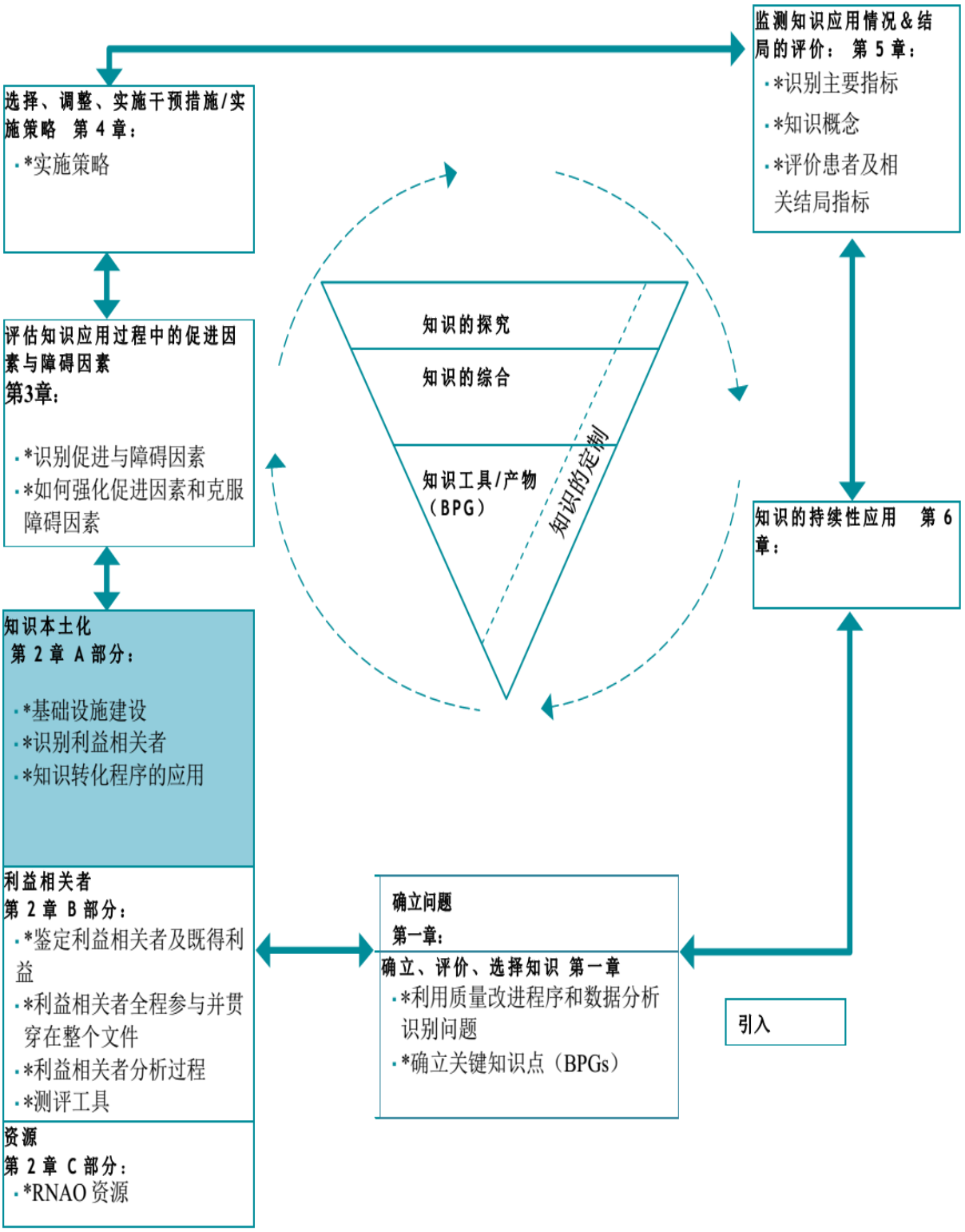
推荐网址：

ADAPTE 合作网：http://www.adapte.org/.

Agree II 合作网: www.agreecollaboration.org/instrument

国家指南交换所: http://www.guideline.gov/

第 2A 章：知识的本土化


监测知识应用情况＆结局的评价： 第 5 章：
*识别主要指标
*知识概念
*评价患者及相关结局指标
选择、调整、实施干预措施/实施策略 第 4 章：
*实施策略
评估知识应用过程中的促进因素与障碍因素
第3章：
*识别促进与障碍因素
*如何强化促进因素和克服障碍因素
知识的探究
知识的综合
知识工具/产物（BPG）
知识的定制
知识的持续性应用 第 6 章：
知识本土化
第 2 章 A 部分：
*基础设施建设
*识别利益相关者
*知识转化程序的应用
利益相关者
第 2 章 B 部分：
*鉴定利益相关者及既得利益
*利益相关者全程参与并贯穿在整个文件
*利益相关者分析过程
*测评工具
确立问题
第一章：
确立、评价、选择知识 第一章
*利用质量改进程序和数据分析识别问题
*确立关键知识点（BPGs）
引入
资源
第 2 章 C 部分：
*RNAO 资源

章节回顾

像 RNAO BPG 这样的最佳操作指南是非常可贵的资源，它们促进了以证据为基础的高效临床护理方式的传播。在 RNAO BPG 工具书中的“知识-行动（KTA）循环”中，第一步即着眼于对两者之间实践差距的认识。之后是应用知识的回顾及选择，从而对差距进行定位。在现行办法中对问题及差距的认识从某种程度上说会创造改变操作的机遇。这些都要基于相关的最佳操作指南。关于某个指南或指南中某个操作建议的选择及实行的决定，应该考虑到指南的质量和严谨性，运用像 AGREE II 这样的量表对参考材料所给出的质量评价。

本章新增内容

本章主要表述“知识-行动循环”中的第二步骤的内容，以适应具体的临床环境。我们会解释为何实践指南和推荐意见需要适应背景环境以便于实行的原因。将在文中讨论包括 ADAPTE 指南改编方法在内的各种达到这一目的的方法。应当注意的是，所有的指南通常都应该进行一定的修正以适应环境。这些修正是“知识-行动框架”中的重要环节，和利益相关者的分析、动力及阻力识别、实施计划制定有着同样的地位。在一些指南需要大篇幅改变以适应特殊操作环境的情况下，这一章针对 ADAPTE 的内容会大有裨益。在这些情况下，ADAPTE 可以促成使内容已制定完成的指南进行系统性合理修正以适应目标环境。以上即本章内容的应用条件，其他指南应用者可以转到“知识-行动框架”的下一步骤。

重要定义

指南改编：它是一个系统化过程，用于决定指南的认可及修改，在一种条件预设下产生的指南并在另一种条件下应用过程中对具体临床状况进行指导。指南改编过程可以作为指南应用的第一步，并保留了循证医学的原理(Fervers, Burgers, Voellinger, Brouwers, Browman, & Graham, 2011)。
资源指导：指导用于评价改编后的指南应用环境的质量、时效性、内容、一致性，接受程度和可行性(The ADAPTE Collaboration, 2009)。
利益相关者：可以为个人、团队或组织。存在一定的利益关系，以影响在实行过程的决定。（Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie, & Nickleson, 1999)。利益关系人包括了直接和间接受最佳操作指南影响的个人或组织。

事实陈述

指南改编是循证实践中的一个重要环节(Harrison, Graham, &Fervers, 2009)。在一种既定文化背景，或有组别环境下形成的临床实践指南在另一种环境下往往难以利用。一些特定的推荐意见在不同环境下有着不同的适用性和可行性。即使原有条款有着强大的证据体也无可避免。任何当地背景都有它独特之处，并收到极多外在因素的影响：如执行组织的重点关注问题、可用资源、可操作范围和地方立法等。将现有的高质量的临床实践指南应用于当地环境可以降低为临床特殊环境开发新的指南的需要，而且可以强化循证推荐在具体环境中的应用。

指南改编包括对指南材料所给出的知识用于当地环境之中的价值和适用性的评估 (Graham, et al., 2006) 。“它也包含了实践团队从事于的订制及修改一些信息的活动”(Graham, et al., 2006)这种修改是在保留了这些建议的循证本质的前提下进行的。指南改编的总体目标在于确保最终实施的指南和建议明显地指出了错误、适用于当地环境并作为可行的最优化方法。

在指南改编的全过程中，无一例外地都将实施团队和相关利益者作为重要的研究部分。实施团队的工作在于总览各种指南，并从中选择合适的加以利用。而后根据 AGREE II 这种国际标准进行评估，评估内容包括临床效率、易用性和针对当地环境的适用性。实施团队应以原有指南中条款为基础，参考利益相关者的需求，对其进行修正。在当地环境中利益相关者的参与可以保证推荐意见可以适合于环境的需求。外界利益相关者亦可以在确保应用原始的证据和来源的推荐意见能够继续实行的方面提供信息(Graham, et al., 2005)。

在当地环境中应用指南的过程中，挑战即在于保证最终应用的条目依然遵循循证原则。ADAPTE 合作组织(The ADAPTE Collaboration, 2009)为指南的应用提出了一个系统化地过程。这一过程已经被广泛利用在加拿大的一系列指南的开发和实施过程中(Gupta et al., 2009)。这个过程概述了确保指南用在特定背景特定需求的几个步骤和正当地利用指南的优先性和环境资源，并给出了证据。附录 D 将给出 ADAPTE 指南改编过程的一系列核心原则和当地环境的辅助资源。

在下一章开始之前需要考虑的内容

利益相关者涉及的内容

- 在应用过程中，参与的利益相关者需要对应用知识的循证的程度有所认识，并和背景适应性进行确认或修订。
- 利益相关者必须贯穿于修改的全过程之中（比如作为应用工作小组的成员）或者在过程中的不同阶段提供信息（如外部审查）。

资源涉及的内容

- 着重考虑在修改过程中需要的资源。包括：互联网资源，图书馆资源搜索并获取临床实践指南，评价指南所需的时间，指南修正人员和临床工作小组之间定期的会议讨论及会议室。

行动计划涉及的内容

- 对临床操作指南和当地环境的相关性进行完全的评估。
- 如果需要修正，利用系统化地过程来加强其严密性和透明度。

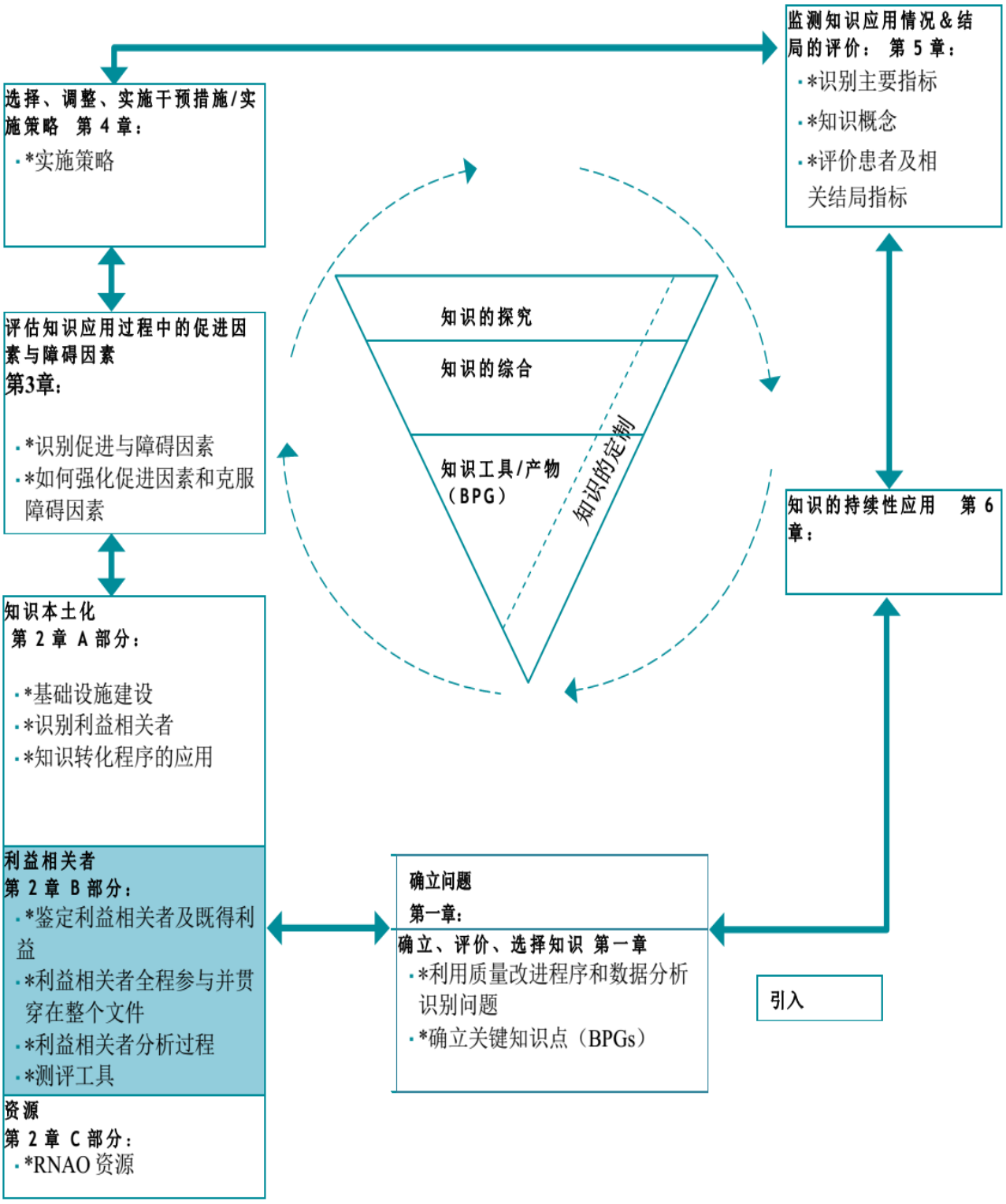
情景：长期护理环境中的实例

在长期的护理组织中，一个多学科团队对口腔卫生进行检查与评估。团队已经对相关的指南进行了综述，并选择去应用《口腔健康：对口腔卫生护理评估和干预的最佳操作指南》。护理团队应用标准化的、合理的且可靠的口腔卫生检查工具来进行初始的及后续的操作(安大略注册护士协会，2008 年，29 页)。在决定应用评价工具的过程时，团队挑出了以下几点与当地环境相关:

- 在长期护理环境中，居民主要由需要日常口腔卫生护理的老年人组成。
- 口腔护理是一个长期的工作，需要有资格认证的护士，实习护士，及义工共同完成。
- 为限制完成口腔评估对于每日工作流程的影响，特别在本组织现有人员配置的情况下，评估应该简洁且易于记录。
- 其他当地长期养护机构中，一些已有口腔评价工作的组织愿意互相分享经验.

RNAO 口腔卫生 BPG 指出许多口腔卫生评价工具，是针对老年人的长期口腔护理工作的。执行团队对各种工具的支持性文献及案例进行了检索，评估了各种工具的合理性、可靠性、在居民之中的可应用性和环境中应用此工具的可行性。一旦选定了应用工具，就需要从组织内部（如社区病人和工作人员）和外部（如注册牙医）所有利益相关者得到反馈。一般来讲，内外部的反馈结果会支持已做出的选择。这一过程后，团队即可确认给出的意见是标准的、有效的和可靠的，对特殊的环境中做出了适当的改编。

第 2B 章：利益相关者


监测知识应用情况 & 结局的评价： 第 5 章：
*识别主要指标
*知识概念
*评价患者及相关结局指标
选择、调整、实施干预措施/实施策略 第 4 章：
*实施策略
评估知识应用过程中的促进因素与障碍因素
第3章：
*识别促进与障碍因素
*如何强化促进因素和克服障碍因素
知识本土化
第 2 章 A 部分：
*基础设施建设
*识别利益相关者
*知识转化程序的应用
利益相关者
第 2 章 B 部分：
*鉴定利益相关者及既得利益
*利益相关者全程参与并贯穿在整个文件
*利益相关者分析过程
*测评工具
资源
第 2 章 C 部分：
*RNAO 资源
知识的探究
知识的综合
知识工具/产物（BPG）
知识的定制
知识的持续性应用 第 6 章：
确立问题
第一章：
确立、评价、选择知识 第一章
*利用质量改进程序和数据分析识别问题
*确立关键知识点（BPGs）
引入

章节回顾

在前面的章节中，我们已经知道临床实践指南的选择是基于具体的临床需求，并且能够通过对一系列包含有理论到实践的结构框架的利用而实现临床执行。在对指南的质量选择上做决定时，AGREE II Tool是一个非常有用的方法，可以在指南评估过程中引导你。除此以外，ADAPTE 系统在必要的时候可以用来对指南进行修改，使其对于各组织的文化差异以及特殊情景场合有更好的适应性。

本章新增内容

本章中审查了利益相关者的角色，利益相关者的关注点并非仅仅基于对指南的执行，得到预期的结果，更重要的是那些决策以及结果是否或者如何影响到他们。本章将描述如何操作一个利益相关者分析，以及如何最佳使用分析结果。

重要定义

利益相关者：一个利益相关者是指在决定执行一个最佳操作指南中有着特权的一个个体、一个团队或者一个组织。（Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie, & Nickleson, 1999）利益相关者包含了所有将会直接或者间接被所执行的最佳操作指南影响，或者能够直接或间接的影响其实施的个体以及团队。

利益相关者分析：利益相关者分析是指以帮助指南实施团队理解利益相关者的行动、计划、关系以及特权为目的对利益相关者的一些相关信息的识别生成的过程。这个理论可以帮助指南实施团队抉择利益关系者所带来的支持、资源以及影响，也可以抉择如何最佳的支持他们取得成功。

事实陈述

利益相关者是指在实践改革中会被影响或者能够影响其改革的并拥有特权的个体，团队甚或组织。（Legare et al, 2009）正如表一：潜在的利益相关者举例中所示。利益相关者在任何改革过程中都扮演着非常本质的角色并且整个过程中都被需要。利益相关者可以对最佳操作指南的执行持或支持、或反对，或保持中立。在考虑利益相关者之前，要清楚指南实施过程的领导者，对于指南各部分内容和相关过程有深入的理解。熟悉各个问题间联系将有助于识别最初的利益关系，以及在预计的改革中分析他们的特权。而每个利益关系者的立场将取决于他们通过各自的视角来均衡之后对改革严密的感知。卫生政策文件中指定了一系列相关于在时间改革的过程中，如何识别并确保利益相关者的积极参与。（Varvasovsky & Brugha, 2000）举例说明利益相关者识别所涉及的有：

- 对项目的各个部分以及实践过程的清晰化，以及对各个问题之间联系的熟悉将有助于你建立对最初利益关系者的识别。在最初的识别之后可以用雪球理论。应用这个理论，每一个利益相关者都被要求来识别其他相关的利益相关者，和/或者在需要参与一个结构调查以排序各利益相关者的重要性。
- 同时应用定性和定量的方法来对利益相关关者进行识别，将会促进一个完整的利益相关者清单和数据库。
- 考虑客户/患者/居民。客户关于实施计划的观点，以及对他/她的健康及生存质量的影响应得到确立。(RNAO, BPG, Client Centred Care, 2002).
- 包含了受改革所影响的各个节点、各种类型的健康护理专业人员。其他应该被考虑的重要的利益相关者有高层管理者、中层管理者以及其他的照护参与人员。在临床改革过程中一些特定的场合中某些利益相关者会更多参与进来。
  - 高层管理者在最初的设定支持组织战略目标的阶段起着重要的作用。
  - 中层管理者将会在实施计划上协助高层管理者。
  - 一线的工作人员必将被那些直接或间接影响到他们工作的改革而牵连。（Vink, Imada & Zink, 2008）

- 对利益相关者的分类基于他们对相关指南改革的同意程度以及，或者他们与正在执行指南的相关组织的关系如何。
    - 内部的利益相关者来自于组织内部，可以包含工作护士、护理部主任、临床护理专家、医生以及其他。
    - 外部利益相关者则运营在组织之外，包含了像 RNAO、认证机构以及患者的组织还有消费者的利益集团。
    - 双重利益相关者在组织内外及多个情景中均有涉及，包含了理事会成员以及有双重任务的工作人员。

表 2：潜在利益相关者的例子

潜在利益相关者的例子			
	个人	团队	组织
内部	• 委托人（和/或 家庭成员） • 护理部主任 • 首席执行官 • 护理人员（注册护士、注册实用性护士，执业护士） • 临床糖尿病教育专家 • 肠造口治疗师 • 教育工作者 • 医师（主任医师、家庭医师、内科医生、外科医生、专科医生） • 营养师 • 社会工作者 • 行政 /技术支持人员 • 理疗师 • 职业治疗师 • 清洁部门 • 护工 • 病区主管/部门主管 • 项目领导	• ·家庭理事会 • ·护理人员 • ·注册护士 • ·注册实用性护士 • ·非日班长期护理员工 • ·护理人员的小组、分区或者部门 • ·治疗 • 非日班长期护理员工 • ·各个部门 • ·分区 • ·项目 • ·委员会 • ·操作标准委员会 • ·病案记录委员会 • ·电子文档委员会 • ·感染控制 • ·医疗顾问 • ·高层管理者 • ·供应审查 • ·健康宣传 • 职业健康与安全	• 工会 • 合作团体（例如：社区护理服务中心）

外部	• ·教导主任 • ·市长 • ·销售代表 • ·咨询顾问 • ·学校教师 • ·学校校长 • 社区护理服务中心病例管理者	• ·委托人的家庭论坛 • ·社区合作者可能将医院急救部门视为外部利益相关团队 • ·教育局 • 认证评审委员会	• ·客户的利益机构 • ·社会合作组织 • ·供应公司 • ·医疗保健项目：例如：卒中策略 • ·行业监管及领导团体 • ·加拿大认证局 • ·政府部门
过度	• ·理事会中的客户成员 • ·社区合作者中兼有组织内部角色和责任的代表（例如：社区护理服务中心有病例管理者在其医院） • ·兼任组织中护士的学院临床指导老师 • 兼任组织内部护士的工会议员	• ·社会公众 • 支援团队 • 地区委员会 • 地区感染控制委员会 • ·大学/学院学生咨询委员会 • ·地区保健综合网络委员会 • 地方专设工作委员会	• ·社区合作组织 • ·社区服务供应商 • ·社区医院 • ·长期护理机构 • ·公共卫生部 • ·社区护理服务中心（CCAC） • ·行业监管及领导团体（例如：RNAO 或者 CNO） • ·工会 • 卫生部各地区分管部门（LHIN
备注:此处所列并非将所有利益相关者详尽——仍然有其非此处所呈现的他利益相关者存在			

虽然对于利益关系者的分析从项目最初着手的时候就开始进行是关键的，但是在整个项目进行的过程中仍然可以再审查修订。

利益相关者的分析

利益相关者的分析需要顾及到利益相关者的分类，例如：他们对于相关主题的认知，他们与实施团队所相关的观点、经历以及决策能力。相关文献支持早期的利益相关者参与对于最佳操作指南（BPG）的选择和实施成功与否有着不可或缺的作用，并且对利益相关者的适当利用将有助于一个新的指南被成功采纳。 (Henderson, Davies, & Willet, 2006; Lawrence et al., 2008; Loisel et al., 2005; McKinlay et al., 2004).

不同指南将会因为其协议而有着不同的资源与战略需求从而调动不同风格的利益相关者，随着对利益相关者的鉴定(Isett et al., 2007)., 下文将涉及到对利益相关者者的分析：

- 对利益相关者的评估是根据其潜在的影响因素及反应，基于他们在相关改革中的立场而进行
- 抉择可行的方案来确保利益相关者的兴趣来保证尽可能的支持(Lawrence, Polipnick, & Colby, 2008; Miles, Valovirta, & Frewer, 2006;)

利益相关分析的目的有两个方面：

1. 最大限度的使得利益相关者的利益与指南实践的目标一致化。
2. 处理和/或最小化与非支持性的利益相关者相关联的风险。

利益相关者的分析关注于利益相关者个体的特定利益，他们的影响水平以，及对预定改革的支持，以及促进他们支持的因素。基于这个分析，对于利益相关者参与度的促进政策可以得到制定。,定期的有规律的对每个利益相关者及其立场的一致性进行评估是非常重要的,随着时间的推移当一个新的利益关系者出现以及其他的利益相关者的立场发生变化时策略需要被及时修订。不同利益相关者的分析的深度与广度是有变化的，许多的可行有用的利益相关者分析模型，从简单到复杂，均可供选取（ (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie, & Nickleson, 1999).

大多相关利益者分析包括对于以下两个变量的审查：

1. 对相关改革的支持程度

2. 对相关改革采纳的影响程度和挑战的可能性。

你将会需要根据对利益相关者的支持与影响因素的评估来采用不同的利益相关者促进参与策略(图 3)：

•对于有着高影响度及高支持度的利益相关者，将被纳入到对最佳操作指南的传播和吸收多数有着积极影响的因素中，这样的利益相关者需要极大的关注来确保在他们改革的持续支持，并且在整个过程保证他们的获取最新进展。

• 对于有着高影响度但低支持度的利益相关者，需要极大的耐心来说服他们加入。

• 对于有着低影响度但高支持度的利益相关者，需要一些关注一方面来避免他们转变成为对改革持中立甚至消极态度的方面，另一方面使得他们能够被纳入到改革的后援力量。

•对于有着低影响度和低支持度的利益相关管者，可能并不是优先注重的对象，然而，最好是尽可能的吸引这个团队整体的立场都转向中立，从而最小化其任可能的消极影响。

关注包含有在何时选择何种策略用于何种利益相关管者的这种利益相关者的分类，确保在项目实施过程中对精力与资源最有效的利用。(Miles, Valovirta, & Frewer, 2006)总而言之在指南被采纳继而实施的过程中所有的利益相关者都应该在开始就被涉及以确保满足他们的需求。(Henderson, Davies & Willet, 2006; Lawrence et al., 2008; Loisel et al., 2005; McKinlay et al., 2004).某些利益相关者可能适合作为拥护者，提升那些其他挑战性的利益相关者的团队对指南的吸收与应用程度。(Lawrence et al., 2008; Lichtman et al., 2004; McKinlay et al., 2004).利益相关者与策略达到合适匹配指标是：最大化利益相关者权益与项目目标之间的一致性和/或者最小化非支持性的利益相关者所带来的风险。相对的，利益相关者与策略不适宜的匹配将可能导致浪费精力（对影响力小的利益相关者投入过多的注意力），或者错失良机（未涉及到支持性的利益相关者）这有可能将组织置于危险的境地，因为这样并未对非支持性的利益相关者进行预期的设防。

牢记，利益相关者分析是一个动态持续的过程

- 新的利益相关者可能会随时出现
- • 一些利益相关者在实施之前可能都不会参与
- • 策略需要被反复修订
- • 利益相关者的职位改革可能会影响利益相关者的号召力

图 1：利益相关者的支持度、影响度，以及参与度提升策略

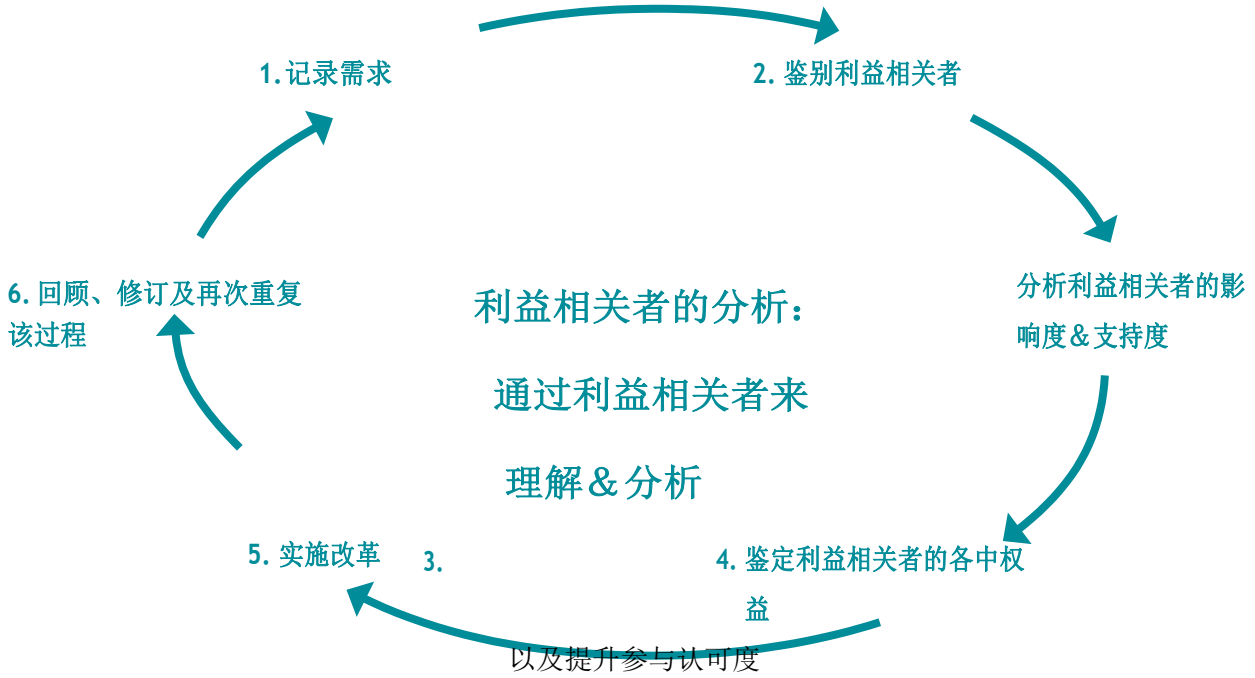
利益相关者 的影响度 & 支持度表格
及大致参与认可度提升策略

支持度	高 <------ 影响度 ------> 低
高 ↑	· 将会积极的影响指南的传播与应用 · 需要大量的注意力与信息量来维持他们的共赢 **策略** · ・合作 · ・加入和/或提供他们可以支持之处的机会 · ・支持而鼓励 · ・激励反馈 · ・为改革管理作准备 · ・予以一定权利 高支持度 高影响度	· 若给与关注，将会积极的影响指南的传播与应用 · 需要关注来维持共赢避免发展成为中立 **策略** · ・合作 · ・激励反馈 · ・专业身份的授权 · ・鼓励参与 · ・为改革管理作准备 · ・在一定程度上参与 高支持度 低影响度
低 ↓	· 将会大规模的对指南的传播与应用产生消极的影响 · 需要投入大量的耐心来获得支持和/或保持中立 · 向取得共赢努力 **策略** · ・达成共识 · ・形成合作关系 · 认识需求 · ・利用外部的利益相关者和咨询顾问 · ・在一定程度上参与 · ・强调最佳操作指南如何开发 · ・不要激怒其开始行动 · 监控 低支持度 高影响度	· 对对指南的传播与应用产生的影响最小 · 可以对计划产生消极的影响 · 投入适当的精力来获得支持和/或维持中立 · 向取得共赢努力 **策略** · ・达成共识 · ・构建联系 · ・识别需求 · ・利用外部的利益相关者和咨询顾问 · ・在一定程度上参与 · 监控 低支持度 低影响度

在你的实践环境中实施

正如下面图画所示，你已经准备好来一步一步进行利益相关者的分析，这些将会帮助你的组织支持你的最佳操作指南的实施。

图 2：对利益相关者分析的回顾



Adapted from: http://leadershipchamps.files.wordpress.com/2008/03/ Stakeholder - management process - 1.jpg, accessed 2011/01/05

步骤#1：记录需求。你需要通过第一章节中对差异的分析以及通过对最佳操作指南实施的识别来完成这一步，必须非常熟悉你最佳操作指南的过程、具体目标、目的以及结果。能够非常清晰的描述你的目标群体（例如：特定完整的组织、一个场所、一个部门、一个项目或者一个具体的工会）以及你所企图达到的。 概述当前的实践方法及涉及到的人物。描绘利用最佳操作指南当前实践方法将会如何改革以及谁将会被涉及到。利用团队协作来完成这个步骤。

步骤#2：鉴别利益相关者。团队协作识别并整理一个关于在项目实施中重要利益相关者的列表。团队合作进行对能够有助于你对利益相关者了解的信息收集 你可能会希望对于关键人物来进行调查、问卷，分组座谈会或者个人面谈。计划利用统一的方案来描绘最佳操作指南的实施，从而使得提供给每一个利益相关者的信息都是相同的。从像护理人员这类大的利益相关者团队获取信息可能会是一个挑战，但是如果能够得到专业人员实践委员会以及护理人员代表的工作支持，通过书面调查或开放性访谈 可能会促进重要利益相关者的信息获取输入。经常与大的利益相关者团队接触你可能会发现由于附属团队的属性与视角的不同会导致其针对观点非常多变的立场。记住考虑一个利益相关者的团队中可能会出现的不同的观点。

步骤#3：分析利益相关者的影响度及支持度。在分析利益相关者的影响度时应思考你的机构如何作出一个决策。决策中会涉及到哪些人？最终的决策者是谁？影响抉策的是谁？影响实施的是谁？拥护和决策指南的有谁？主导和拥护指南的实施的又有谁？最后，采纳推荐意见的会是谁？对利益相关者的分析也是必要的以及关于他们各自对所作出的决策的支持度的可能性期望值是多少。利益相关者将会是支持性的，不支持性的或者持不同观点的。

谨记关于利益相关者的分析常常是时效性的。一些利益相关者当前所展现的影响度可能并不高；然而，随着项目的逐渐开展他们的影响度可能会增加。例如，护理人员团队在初期的通过获得资源来推动项目实施的开展过程中并不会有太高的影响力，但是，他们将会在计划和实施过程中成为非常重要的利益相关者。

步骤#4：分析利益相关者的各中权益以及提升参与认可度。各中权益是改革的动力。确立并认识何种动机能够激励相关利益者至关重要。并不能单纯认为去考虑“如何提高患者的照护”就将是一个充足的激励。尽可能详细的分析是重要的，作为既得利益可能来自于各种各样的关注点。它可能：

- 并不针对于计划改革本身，而是个体化的动机（例如：某一个体正寻求升职或认可一个个题往往追求地位和名誉）
- 个人生活中的境遇从而产生的关于该变革话题兴趣（例如：一个个体可能其家庭成员早以有卒中的经历，但是并没有得到循证护理）
- 减少工作量的效果（例如：新的方案使得与话题相关的病案表格从 10 个减到 5 个）

在项目的实施与评估各阶段对利益相关者的权益与影响度进行仔细评估，利益相关者分析取得的数据将会对贯穿于整个计划各个阶段中，提升参与认可度的策略的确定非常有用。

步骤#5：实施改革。实施计划的改革（见第 5 章），收集对利益相关者促进策略计划，以使得他们的项目所涉程度与他们的影响度、支持度以及各中权益达到最适匹配。

步骤 #6：回顾审查、修订以及再次重复该过程。谨记定期对利益相关者分析进行回顾，对重要利益相关者列表进行审查，以及基于制订的合约策略、当前项目的情势或者利益相关者的具体变化来对他们的立场是否改变进行测评。按需对利益相关者促进策略进行修订以增强利益相关者的需求与项目目的的一致性。这将会减小组织与项目的风险并且确保组织能够物尽其用。

在下一章开始前需要考虑的内容

利益相关者涉及的内容

- 在临床实践指南实施的过程中，考虑利益相关者他们自身可能有助于对其他关键的利益相关者进行鉴别（通常别视作雪球效应），或者为利益相关者的分析提供更多的信息。

$ 资源涉及的内容

- 细想评估及促进利益相关者所需要的资源。可能会包含：与利益相关者进行交流所需要的网络或者电话的使用权限, 以及与利益相关者接触的时间, 以及指南实施团队的定期会议 。

行动计划涉及的内容

- 识别所有潜在的内部的、外部的以及双重利益相关者。
- 对于每一个利益相关者都进行一个利益相关分析，通过对方案改革的遵守来考虑他们的各中利益、影响水平以及支持水平。
- 为利益相关者的促进开发个性化的策略。

情景

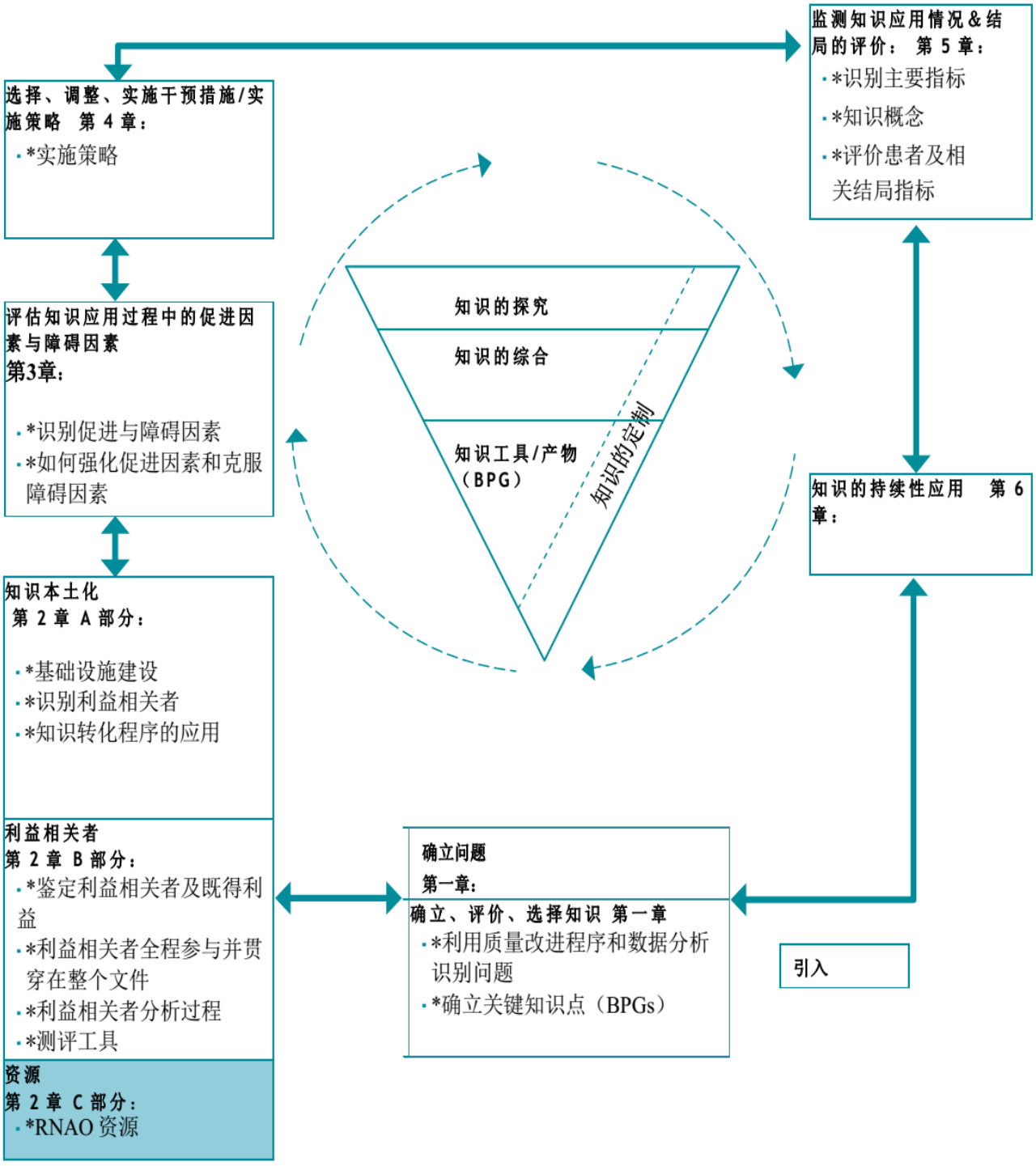
在一个小型的社区医院，一个多学科的综合性团队被召集起来针对领导实施一个基于 RNAO《评估和管理针对Ⅰ－Ⅳ期压力性溃疡最佳操作指南》的压力性溃疡伤口护理方案实施的审查。目标群体将为住院部护理员工，然而这一方案的实施将影响数个内部的，外部的，以及双重的利益相关者。关于每一位所鉴定的利益相关者的利益相关者进行一个分析（表 2）决定在方案实施过程中促进相关利益者参与认可度的策略。

表 3：情景下工作表

利益相关者	各中利益的属性（例）	利益相关者的影响度和支持度（高—，低—）		管理策略	修订
设施管理	· 提高临床供给设施的质量 · 提高专业操作 · 成本效益及供给设施的效能	高	高	· 获取重要项目活动的批准 · 包含在改革管理策略中	
首席护士长	· 成为社区服务最佳提供者	高	高	· 在重点项目活动中进行合作（例如：为伤口护理方案策划指导，加入实施委员会） · 包含改革管理策略中	
护士主管	· 提高临床服务质量 · 减少压力性溃疡病例数 · 提高专业操作 · 成为社区服务最佳提供者	高	高	· 在重点项目活动中进行合作（例如向工会的汇报） · 包含改革管理策略中	

利益相关者	既得利益的属性（仅供参考）	利益相关者的影响度和支持度（高—，低—）		管理策略	修订
临床教育专家	· 提高对患者的服务质量 · 提高专业操作	高	高	在重点项目活动中进行合作（例如：人员教育与培训）	
护士	· 减少压力性溃疡的患病率 · 维持专业操作的独立性和自主性 · 维持工作满意度	高	高	· 最初对其动向的监控 · 吸引项目活动中关键性的意见领袖 · 建立整体一致性（例如：指南的宣教、当前研究的宣教以及临床实践标准护理计划的工具开发）	
医师及其他健康专家	· 减少压力性溃疡及相关并发症的病例数	高	高	· 参与关键的项目活动（例如：政策的审查和开发） · 指南及其开发的教育	
病人及家属	· 选择一个以安全为首的医疗保健服务的提供者（医院或者保健专家）	高	高	· 参与关键的项目活动（例如：政策的审查和开发） · 参与政策及规程的实施	

第 2C 章：资源


监测知识应用情况 & 结局的评价： 第 5 章：
*识别主要指标
*知识概念
*评价患者及相关结局指标
选择、调整、实施干预措施/实施策略 第 4 章：
*实施策略
评估知识应用过程中的促进因素与障碍因素
第3章：
*识别促进与障碍因素
*如何强化促进因素和克服障碍因素
知识本土化
第 2 章 A 部分：
*基础设施建设
*识别利益相关者
*知识转化程序的应用
利益相关者
第 2 章 B 部分：
*鉴定利益相关者及既得利益
*利益相关者全程参与并贯穿在整个文件
*利益相关者分析过程
*测评工具
资源
第 2 章 C 部分：
*RNAO 资源
知识的探究
知识的综合
知识工具/产物（BPG）
知识的定制
知识的持续性应用 第 6 章：
确立问题
第一章：
确立、评价、选择知识 第一章
*利用质量改进程序和数据分析识别问题
*确立关键知识点（BPGs）
引入

章节回顾

执行最佳操作指南的过程中的第一步涉及到基于明确需求，从而确立一个目的明确并且高质量的临床实践指南，针对组织重要文化或者行业需求改编，以及将会影响指南成功实施的利益相关者的促进策略。

本章新增内容

一个计划的成功执行很大程度上取决于完成整个计划活动所需要资源的可获得性。本章节将呈现如何以支持临床实践指南在组织的有效执行为目的，来评估所需要的资源，以及提供获得这些资源的方法。

重要定义

资源: 在你的行动方案中达到目标所需要的财力、物力、人力。

- 设备资源包含执行活动中的覆盖财务费用的必要投入。（例如：人员培训，项目的领导、设备以及传播所需要的时间）
- 人力资源是指有着执行指南实施活动所需要的专业知识的人（例如：项目协调员、信息技术专家）
- 实物支援是指非现金形式的支持，就像那些对产品及服务的提供（例如：机构提供网络和/或者图书馆服务）

事实陈述

对于任何计划执行最关键的一部分就是执行计划活动所需要的资源的评定和获取。例如：为了查找相关的指南来应用于临床问题，需要网路许可及图书馆服务。对于在一个给定的服务场所成功实施最佳操作指南，了解当地环境中资源的可用性非常重要，在临床实践指南实施过程中的促进或阻碍因素中最常见的就是资源的可用性。本工具书中第 4,5 及 6 章所描述指南实施，评估及维持过程中的具体活动——其中的每一部分都有它自己的资源需求。因此，在整个临床实践指南执行过程中一系列关键之处掌握如何把握任何一个情形所需的资源将是非常重要的。

分析组织中相关的利益相关者将有助于识别提供支持的个人或组织。一旦识别，一个基于影响度、支持度以及各中利益以及组织政策（正式以及俗成）等各因素的，获取资源的特制的方案是必需的。然而，在所有的情形中，基于情形的需求、目的以及价值结果而提供有力的证据支持将会吸引目标群体，这对获得所需资源非常重要。

在你的实践环境中实施

评估所需要的资源

表 3 展示了一个有助于你生成项目预算的工作表格。该表格举例说明实施项目的各个阶段相关的可能开支。关于项目具体的清单可能包含更多或者更少的条目，取决于在每个阶段的计划活动。各活动的成本可以通过经验，查询，以及咨询相关利益者而决定。

表 3：预算工作表

章节	预算	支出
起始阶段-概要 · 组织工作 · 教育性/公众性相关的活动	· 项目管理者 · 新闻发布会 · 员工会议 · 演讲时间 · 会议费用	
最佳操作指南的鉴别 · 活动的调查评估	· 图书管理员的支持 · 纸质及电子资料的搜索 · 数据分析及信息系统的需求（硬件、软件、定期的技术支持）	
利益相关者 · 识别、评估及促进参与活动	· 会议费用（住宿、食物及酒水） · 小组座谈会 · 员工/各部门会议 · 专家研讨会	
环境预设的评估 · 调查及需求评估	· ・会议 · ・行程 · 调查	
指南执行 · 改革活动的促进及运行	· 印刷费用 · 产品的展示/公告 · 重要会议的出行 · 艺术品及图表的设计 · 市场营销（例如：每个部分的宣传海报） · 在医院新闻通讯中的文章 · 媒体发布 · 工作人员参会的轮班 · 座谈会，互动性教育会 · 员工参与实施的工时（例如：临床护理专家、临床教育专家、信息技术专家） · 设备及其维护 · 审计工具的开发	
评估 · 数据的生成、审查及报表的制作	· 员工时间：图表的引入、从图表中提取数据、数据的纳入及分析、访谈 · 为提高应答率而提供的薪俸/激励 · 对受访者及小组座谈会的录音磁带/数字记录及文字记录 · 文具及发表的花费 · 数据分析和报告	

获取所需要的资源

步骤#1：制定你的最佳操作指南宣传策划

一个规划良好的书面执行计划是你获取所需要支持的关键。本工具书提供一个完整的行动计划的制定策略，直指作为组织预期的既定改革最终执行结果，以及要求的具体实施成果。

在你为获取资源游说时有助于出彩的一系列重要信息：

- 指南执行项目中的具体目标
- 对指南执行所影响的特定的人群的描述
- 执行计划的策略
- 针对项目独特性的原因以及对客户/患者及工作人员的吸引点进行讨论
- 可能的研究以及机遇的开发
- 潜在的成本节约
- 时间线
- 预算；以及
- 描述这个项目可以如何帮助你的组织成为领导者、挑战者、追随者或者潜在市场参与者。

在某些情况下，需要一个更加细节的业务案例，来清晰缜密的呈现提议的改革如何面对现在和/或者将来的挑战，及成功执行指南所需要的行为。说服决策者该项目投资对临床及资金均有益处。业务案例的定义为一个通常以议论形式呈现的文件，阐述针对某一提议的行为所涉及的利益以及风险，文件中的信息应具体而详细，从而说服决策者该项目为良好投资。 http://en.wikipedia.org/wiki/Business_case, accessed August 2, 2012. 如下表 4 提供一个关于业务案例的写作要点，以及其与如何从 K（理论）到 A（实践）框架的联系的例子。

表 4：业务案例写作清单

理论到实践的框架组成	业务案例元素及所需要考虑的问题	
简介	**要素 ：**行动纲要 **问题 ：** 是否提供了总体介绍及围绕问题的事件信息？ *备注：该部分应该在最后写作，总结如下：案例及计划将提供的人物、事件、时间、原因及相关细节。*	
界定问题	**要素 ：** 问题/机遇，现今情况 **问题 ：** 为什么需要实施指南？ *备注：描述问题并且用数据进行支持，本步骤仅仅用于问题的识别，解决方法将在之后被讨论。*	

针对组织背景的调适	**要素：** 项目概述 **问题：**谁是患者团队？ 执行指南的适用范围？ 目标与目的有哪些？ 时间线是什么？ 涉及到哪些部门与组织？ 需要什么样的技术？ 是否清楚项目所能达到的结果？ 项目将会如何影响组织的过程和资源？ 是否将会因此创造新的职位？ *备注：提供项目的描述以及预期结局的轮廓，以及对于患者人群、工作人群和/或组织的利益。所列举应为切实利益。*	
评估理论应用的促进以及阻碍因素	**要素：**项目限制 **问题：**关键的利益相关者是谁？ 读者是否将会了解所有可能被项目所影响到的当事人？ 投入的回报有哪些？ 目前正在进行的事件有哪些？ 谁是你团队的一部分？ 是否清楚项目中不包含成果，的以及项目不会达到的目的？ 有哪些约束条件？ 是否全部的利益相关者他们每一个的需求、角色及责任都被清晰的界定？ 项目的时间线是否被清晰勾勒？ 业务案例中是否提及已经进行了与利益相关者的磋商？ *备注：对团队成员，各自角色以及项目持续期间的责任进行细致的描述。对已经与利益相关者进行的磋商进行识别，承认在项目进程中阻碍因素的变化性，识别任何风险。*	
选择个性化、实效性的干预措施和执行方案	**要素：**战略一致性 **问题：**计划如何展开？ 将会用到何种类型的宣传及市场营销？ 将如何对项目进程中的成功进行评测？ 成本预测如何？项目将会如何被执行？ 是否有一些前提假设？ 如何使得项目与组织发展策略计划匹配，以及是否会影响到其他的方案？ *备注：为指南的执行考虑具体的资源及具体执行策略。包括成本利润的分析.基于不同组织，财会部门可能将有助于这些分析。*	

监测理论应用及评估成果	**要素 ：** 实施对于组织运行的影响 **问题 ：** 如何进行对成功的测评？是否会有服务的改革？是否会有供货商的改变？是否会有使用产品的改革？是否会有小组，部门或者组织内部的工作重心改革？结果的测量指标是什么？这些改革如何来协助维持新操作的使用？ 实施对于组织运行影响的例子：： · 人才培训需求 · 人力资源的缩减 _____ *备注：考虑人才培训以及人力资源。识别其影响程度的等级：高、中或低。*	
维持理论的应用	**要素 ：** 结论 **问题 ：**是否清晰划定了关于持续性的监控指标？业务案例有无被相关的利益相关者所审查及肯定？ _____ *备注：附上含有出彩点的评述，以及重述对组织运行影响，为何实施指南是非常必要的。*	

步骤#2 制定一个吸引资源的计划

你对于说服你的管理者对最佳操作指南的实施和评价给予相关资源的尝试，与你改变目标群体及员工行为的尝试相类似。你都是在尝试对那些在你的机构或者外部的，能够控制资源的人物的行为产生影响。一个包括有着为吸引资源的重要项目信息提纲的宣传计划，及多种策略的 调配，将会确保贯穿项目活动始终的一致性及提高项目的信誉度 (Nowak, Cole, Kirby, Freimuth, & Caywood, 1998).

对目标人群（例如：医院管理员）需求及欲望的理解，将会是生成恰如其分个性化的资源获取方案的最好保证。此类方法可能会用四个“P”来解释(Weinreich, 2000)：

产品：你所提供的“产品”是什么，以及其可以为目标群体所带来的利益什么？在临床操作指南实施的情形中，最终的产品是对客户结局的影响，这体现在各种测量的指标中，其他过程中的产物是那些可以直接对目标群体产生影响的，可能包含有：一个测评工具、一个新的护士角色、一个干预、一系列的实践改革、政策改革、或者组织使命或者愿景的改变。只有你对持有资源个体或者组织的各种利益的了解，才能最好的表达产品的利益。

价格：对目标人群来说产品将会花费多少？你必须有能力说清楚你从各个个人和/或者组织索要的资源（设备、人力、和/或实物）。如果目标群体对成本收益率表示接受后，的那么获得资源的可能性就高。

渠道：产品如何被交付？你如何保证执行的改革将会达到目标人群的期望以及实现你预期的目标？

营销：在你吸引目标人群，以及提高他们对项目的兴趣时，什么是最有效率的途径？

确立项目支持者，并利用其积极性。你可能也需要考虑正式的或者非正式的流程来获取资源。最理想的情况时，你的管理者应该加入项目，并且有能力吸引高层管理者对此项目的关注。

步骤 #3 汇集资源/与重要的利益相关者建立合作关系

与关注相同问题的组织进行合作是非常重要的。通过与其他的组织或者单位（其他科室，、部门等）进行合作来汇集资源，你可以有更大的影响力同时接近新的目标群体。与那些有潜力的单位或个人建立联系，可以为你的机构带来关注与信誉。探索潜在方案提供资金支持的可能，例如：职业生涯晚期倡议在护士职业后期，政府可能为她们在非临床方面运用自身经验提供一些资金支持。将此支持与实施某些指南的行为联系起来，可以实现对组织的利益的最大化。邀请工商企业来赞助项目（首先仔细考虑确保对利益冲突没有冲突），以及使得你自身与其他的专家协会、地区服务组织以及存在的社区联合会紧密联系。

在进入下一章节之前需要考虑的内容

利益相关者涉及的内容

- 仔细考虑利益相关者将有助于你确定一个精准且完美的预算：特别是那些在财政部门，通讯传媒部门、教育、管理部门的利益相关者。
- 考虑那些积极的宣扬你的项目的利益相关者，特别是你的管理者、组织中的其他管理者、患者委员会中的成员（如果委员会存在）、质量提高人员、或者任何一个为最佳操作指南的实施打造良好声望的人。

行动计划涉及的内容

- 把你将用来识别最佳操作指南的执行及评估中，所需的资源的方法，纳入你的行动计划。

案例：家庭护理机构

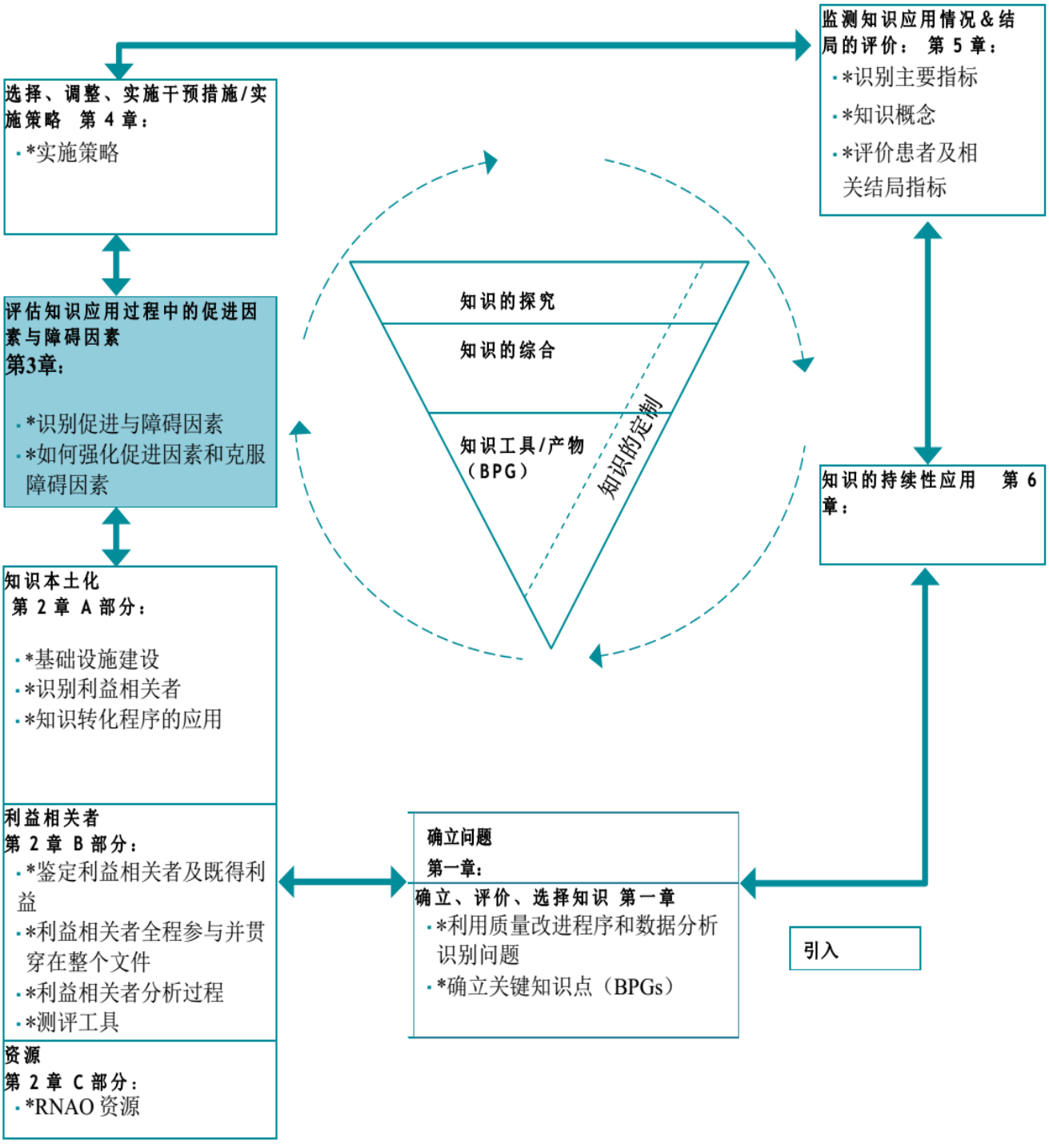
在一个家庭护理机构中，一个小组被召集来审查并监督实施《针对有着自杀动机和行为风险患者的评估和护理》的 RNAO 最佳操作指南。该项目的目的是支持提供家庭护理的护士：识别有着自杀动机和行为风险的患者；提供情感支持；为这些患者寻找并运用必要的资源。这个执行计划涉及到相关活动：动员员工拥护者，面对面人员的培训以及临床路径的开发，在获得执行计划的批准之前，部门管理者及护理部主任要求你的执行委员会拿出一个执行计划的预算；他们想要知道实施这样一个多层面的执行计划需要分派下去多少资源，以及执行计划将会与哪些新的支出相联系。

如委员会所筹划的预算，他们系统的分析执行方案中每一步相关的支出以及提出有助于他们预算的制定的相关问题(见表 5)。在最终确立执行方案之前，委员会与机构的利益相关者、财会部门和/或者人力资源部门代表进行咨询，以保证所有的花费都被妥帖的考虑了。额外的资金来源也已被探索，这是通过 RNAO 的高级临床实践奖学金项目来实现。

表 5：预算计划表

方案	活动	委员会为其制定预算所要提出的问题
在实施活动的规划和执行中增加当地的拥护者的参与	· 针对自杀的问题计划和设计工作人员小组讨论 · 多学科团队的参与讨论	· 计划小组讨论需要多少工作人员的轮班支持 · • 参加小组讨论需要多长时间 · • 与多学科团队讨论需要多长时间？
人员现场培训	· 培训项目的设计与实施	· 培训项目的设计和实施需要多长时间？ · • 为项目准备的材料的打印费用需要多少？ · • 场地、餐饮及多媒体支持设备的费用是多少？ · • 为保证所有的护理人员参加需要多少工作人员的轮班（和/或加班） · • 是否要花费差旅费和/或停车费
开发清晰的临床路径	· 临床路径的开发基于现有的相关专业医疗服务，以及与护理人员以及多学科团队成员进行的磋商	· 与多学科会诊团队会面的人员需要多长时间？ · 在完成临床路径之前还需要哪些资源或者需要咨询哪些其他部门
其他的支持	· 为提供任务进展汇报的机会制定方案，以及对护理有自杀动机和行为的患者的护理人员提供支持	· 与护理领导阶层及计划进程中的其他人员磋商需要花费多长时间？ · • 提供计划进程基础性支持的有谁？是否需要付费给他们？
注意事项	· 用一个小册子来总结重要的培训会议的信息 · • 制作一个展现临床路径的海报粘贴在护士服务站	· 制作和印刷材料的费用有哪些？ · • 有多少材料需要印刷？
对临床操作指南的实施进行评估	· 同时收集定性和定量的数据来评估执行计划是否是成功的	· 需要制作和分析的评估材料有哪些？ · 员工时间

第 3 章：评估知识使用中的促进和阻碍因素



章节回顾

迄今为止我们已经讨论了基于理论到实践理论框架，系统性实施指南的方法，强调如下步骤：确立问题、高质量的操作指南的选择、通过 AGREE II 工具的验证。修改指南有必要使其适应于当地人文背景，以及找到并密切联系利益相关者从而达到最好的结果.另一点，在最初的评估到后期维持应用阶段整个项目持续期间对所需要资源的界定是至关重要的，现在我们进行到了对在实践中可能对指南的实施产生影响的促进或阻碍性因素进行评估。

本章新增内容

在本章我们将对文献中出现的对实施过程有着促进或者阻碍性影响的因素进行审查。在任何一个情景中——明白你可以做的，或者不能做的将会有助于你决定是否或者何时推行操作指南项目的实施计划或者倡议。

重要定义:

阻碍因素 : 任何与改革措施相冲突的到真实的或者想象的元素。(Ferlie & Shortell, 2001)
促进因素 : 在临床实践中将有助于或促进实施分享决策制定的因素。 (Legar, 2009)

事实陈述

为什么在执行计划中考虑促进和阻碍因素是重要的?

对促进和阻碍因素的识别将会使得你形成或者最大化计划执行的支持。对阻碍因素的认识将会使得你在项目进行的早期就计划好克服或者中和他们的方案。此外还会促使你在确定是否一个阻碍因素在指南的成功实施中有着显著的作用而作出判断。

在特定的人文背景下对促进因素和障碍因素的判断可以通过对既定利益相关者的聆听来很好完成。警惕可能出现的新的阻碍因素如:

- 新增的既定利益相关者
- 实施范围的扩大
- 环境问题的改变

在对 2002 版 RNAO 临床最佳操作指南实施手册的有效性的预实验评估中，参与者的自答问卷表明他们主要利用手册进行界定、分析以及吸引利益相关者(Dobbins et al. 2005)。对利益相关者分析的整体过程，引出对相关阻碍及促进因素的人员确定，以及他们对改革、对个人、组织及环境水平层面的其他的构成和进程的阻碍因素的商议。利益相关者的分析并非是一次性的事件，并且可以在整个实施进程中的各个阶段识别促进或阻碍指南的实施的因素。

促进或者阻碍的影响因素

影响指南实施的因素可能在一些情形中是促进的但是在例外的情形中可能是阻碍性的，有时候他们又是同时存在的。由 Ploeg（2007）等进行临床操作指南实施的阻碍因素与促进因素的调查他们列出了如下的清单：.

影响指南实施的个人层面、组织层面以及环境层面的促进因素 ：

- **组织内部的作用（个人层面）：** 小团体的教育性会议通过同事之间的社交互动来强化学习。
- **积极的员工态度和信仰（个人层面）：** 一些人相信，指南的实施将会提高患者的恢复结果和工作环境。
- **领导的支持（组织层面）：** 来自护理管理层以及各个管理层面对愿景及将指南贯彻在政策中的支持，
- **拥护者（组织层面）** 一个委任的项目领导代表，促进及鼓励计划的实施。（管理者常常认为这是必不可少的）
- **组织间的协作和网络（环境层面）：** 管理者强调网络对于促进整合，协调及连续性患者护理的重要性。

影响指南实施的个人层面、组织层面的阻碍因素：

- **消极的员工态度及信念（个人层面）：** 员工对改革的阻碍可能归咎于组织层面的问题（超负荷的工作量、人才流失以及组织变动）。
- **指南整合建议未能结合于组织结构和进程中（组织层面）：** 例如：指南实施活动中的人员不足。
- **组织及系统层面的变革（组织层面）：** 例如：护理角色的转变或照护模式的改革，科室结构性翻修

虽然各类影响因素都对最佳操作指南的成功实施及研究的应用有意义，但是针对个人特征层面的影响是关键，关于影响研究应用的个人特征的系统综述中，**护理人员的信念和态度**被证明是对研究的应用产生积极影响的最持久的特征。护理人员在服务期间及学术会议期间的**参与与出席**也同样被认定为是对研究的应用产生积极影响的(Squires, Estabrook, Gustavsson, & Wallin, 2011).该作者还指出这也恰恰是对研究的应用产生影响最易改变的因素。

不可预测的问题例如人事变动、组织兼并、资金消减、流行病以及企业的首要任务/方向的转变会为指南的实施产生新的机遇或者呈现先前未曾预料到的阻碍。指南执行的方案需要处理所有的阻碍因素并且对相应的对象个性化定制而成。（例如：护理工作人员、项目领导以及管理层）此外，执行指南的成本可能是促进的还是是阻碍性的因素,需要通过卫生保健管理人员来思考(Ploeg et al,2007)。

针对临床操作指南实施的研究可以帮助识别潜在促进和阻碍因素，以及对你的项目有利的处理他们的潜在策略。

这些因素依照如下的相关性可能被分为如下类别：1）引导改革的**证据** 2）目标**人群（改革的个人、及组织）** 3）实行实施计划所需要的**资源（环境）** 4）将会进行实施活动的组织的环境。

证据（指南）相关的因素

确保你有着关于患者，环境以及工作人员情况下最佳的证据，将有助于你为计划提供一个坚实的基础。对证据（指南）信任以及说服其他人关于时间和项目的选择原因的能力，将有助于最小化或者消除阻碍因素并且促进你的实施。在表 6 中呈现的是一些与证据相关的促进或阻碍因素的例子，通过用具体的例子来描绘因素。

表 6：与证据相关的促进或阻碍因素的例子

促进/阻碍因素		对最大化支持因素与最小化阻碍因素的潜在方法的思考
可用性 (Grol, 2005; Hutchison & Johnston; 2006)	知晓从何处，如何使用相关指南	使得指南/指南建议或者建议总结在临床护理时可以及时参考（例如：加在患者病历中，在各科室陈列）
易理解性/复杂性 (Knowles 1988)	认识水平以及如何在实践中去执行它	提供与你场景相关的真实的例子.
		依据使用者所需进行个性化的教育.
易于实现 (Grol, 2005)	指南在当前环境中易于执行	积极互动意见领导者（与你环境相关）展示新的指南如何在当前工作流程中如何执行
可信度 (Grol,2005)	指南所基于的证据的质量	提供证据证明指南的修建是基于当前最高的临床证据
		提高论证指南的实证：如何在行业其他环境中提高治疗结果的例子.
		为员工提供机会使其对指南中意见不和之处进行讨论以期达成一致
		在实施计划之前进行针对目标人群的小范围的预实验
兼容度 (Grol, 2005)	与现有知识，现有信仰的良好融合	提供新的指南如何与本组织已经完成的，了解的和相信的操作相兼容的例子
		包含那些将会在实施过程中应用指南的人.

目标人群的相关因素

确保重要的目标人群所需已经被解决将会促使指南的实施更加顺利。在个人/团队层面上的促进因素或阻碍因素的例子如下表 7 所示。

表 7：目标人群的相关因素的例子

促进/阻碍因素		对最大化支持因素与最小化阻碍因素的潜在方法的思考
个人及团队	具体的例子	
态度及信念 (Squires,Estabrook, Gustavs- son, Wallin, 2011)	对学术研究在实践中应用的态度和信念	改变的代言人/拥护者示范朝向对研究的应用和指南的积极态度
		鼓励参加学术会议及在职教育；突出指南应用中积极的经验
(Knowles, 1988)		利用过去的成功来提供鼓励及激励的措施
理论/技能 (Gifford, 2010).	理论与技能的水平	当实施指南中的建议必要的理论与技能不足时，提供相应的教育/培训.
时间(Knowles,1988)	阅读及实施指南所需要的时间	为健康行业从业者从业者们留出专门的/受保护的时间来阅读指南
		安排多个时间段的关于指南信息的会议
支持 (Grol, 2005)	指南将会带来的信念的影响	对当前实践与新的指南存在的差异进行展示
其他人意见 (Gifford, W. 2010)	专业内部的一致性程度	允许多学科之间的讨论 多学科的参与及知晓
进程中的信息交换（例如：通讯交流）(Gifford, W. 2010)	交换信息的机会	教育性质的机会（例如：在职教育、网上学习、学术交流会议）.
		学术文章俱乐部.
凝聚力 (Grol, 2005)	团队共同工作的能力	对历史性合作的利用
		团队建设活动.

资源相关因素

资源，包括人力、财力、时间、物力或空间可能是阻碍及促进的因素。在计划中重视这些方面将有助于你在指南实施过程中避免误区。资源相关的促进或阻碍因素的例子如下表 8 所示。

表 8 ：资源相关因素的例子

促进/阻碍因素		对最大化支持因素与最小化阻碍因素的潜在方法的思考
人力资源	有足够的员工	保证在整个教育性的会议及其他指南实施相关活动中有可调配的工作人员来替代参与者
财力资源 (Grol, 2005)	可用的财力资源是指南实施的必需	开始指南执行的力度之前进行一个彻底的成本预算.
		检查所有可能的资金来源：基金、筹款、专业组织、政府等
时间资源 (Thompson et al, 2006)	确保目标人群有着足够的时间来为保证指南的实施而努力	知晓其他竞争项目与需求之间的矛盾
		保证参与实施所有步骤的所需时间（例如：计划、教育、评估、审读）
		为项目的实施制定一个合理的时间线，并基于此制定计划
物质资源 (例如：设备和耗材) Gifford, W. (2010)	评估需要的设备及耗材	确保需求得到满足 • 所需要的电脑/电子设备资源 • 设备及耗材
空间 Hutchison & Johnston (Grol, 2005; Hutchison & Johnston, 2006; Knowles 1988)	针对指南的实施足够的场所空间	保证此物理空间有助于学习.

组织相关的因素

组织作为指南实施的机构，其的支持对其成功非常重要。领导的支持和促进在各个层面均需要，不论是保证资源（人力、财力、物力或空间）或者对影响组织的其他的活动/首要任务的认识、指南的实施对组织之外的可能影响、为资金的获取提供提供方向。将指南嵌入到组织的政策、规程及文案当中将会促进指南的建议的维持。

组织相关的促进或阻碍因素如下表 9 所示：

表 9：组织相关因素

促进/阻碍因素		对最大化支持因素与最小化阻碍因素的潜在方法的思考
领导层 (Grol, 2005)	有效的领导者的存在	领导者的必需：有支持度、易接近、善于沟通以及能够有效为改变代言
		领导将会支持团队成员、教育活动以及购买所需的设备及供应
职能范围 (Gifford , W.2010)	确保指南意见与相关工作人员的职能范围相一致	保证指南选择及实施中有专业协会/工会的参与
现有的政策及规程 (Grol, 2005)	符合目前存在的政策和规程	在选择指南时优先考虑新指南与当前存在的政策及规程的符合度
		在实施之前，对指南进行必要的调整
改变代言人/意见领导者 (Gifford, W. 2010) (Grol, 2005)	存在有效的改变代言人/意见领导者	让员工来识别最真实的领导者
		促进在指南实施进程中改变代言人/意见领导者的参与.
工作量 (Gifford, W. 2010)	可承受的工作量	考虑患者的复杂性
并行的项目（改革）	并行项目（可能为促进或者阻碍因素）	审查在组织/单位中同时出现的其他的改革。同时进行过多的改革将会使团队被工作淹埋。
首要任务	项目符合同时期组织的首要任务	审查医院的重点项目及战略目标看新的指南是否在其中反映了.
		在指南选择及实施进程的早期吸引利益相关者的参与.
		教育为何新的指南应该成为首要任务之一的理由
组织批准的过程 (Grol, 2005)	行政管理/组织进程中的速度	知晓需要得到谁的批准.
		计划足够长的时间以允许冗长的行政管理/组织决策、批准及更改.

在你的实践环境中实施与运用

CAUTION

为了增加指南实施成功的可能性，对临床证据/理论的应用的促进或阻碍因素的识别是至关重要的，一些因素可能同时存在两种类型中。如下是一个对该过程简要的大纲：：

1.评估促进因素及阻碍因素。在识别促进因素和阻碍因素时，常会展开问卷调查。Clement 等人（2011）探讨急诊护士的工作经验开发了一个调查工具并且展开了调查。你可能会发现这篇文章非常有用（见建议书目）。.

思考不同领域的若干因素：

- 证据相关因素
- 目标人群相关因素
- 资源相关因素
- 组织相关因素

2. 最大化促进因素。以促进因素为基础，为指南执行加入支持度与力度（例如：疼痛管理指南与组织购进镇痛泵时间相一致）。

3. 制定计划。使得你所了解的知识与在该情景中可能发生情形相匹配（见第 5 章）。附录 3.1 包含了一系列问题，关于帮助你识别在指南实施计划阶段的阻碍因素。它为计划小组提供需要回答的问题，从而制定指南实施的方法。获得这些问题的答案将会有助于你克服阻碍因素，以及将会在保证结果的成功中非常重要。

在进入下一章节之前需要考虑的内容

利益相关者涉及的内容

对促进因素与障碍因素的审视，可能会增加你最初划定的利益相关者的数量。仔细考虑从新的利益相关者中你需要获得什么样的支持，是直接的还是间接的，这些思考作为你为指南的执行计划的开始。

资源涉及的内容

虽然预估指南实施所需进行资源可能会是一个令人生畏的事情，但是确是必不可少的。所有的将会被影响的预算重点都希望预先知道项目的具体要求，以保证指南成功实施。领导的支持对成功很关键。

当他们同意提前项目支出，指南的实施进程将会容易不少。增长的项目实施资金支出不仅会延迟指南的执行，更有可能造成项目的中止。

行动计划涉及的内容

- 彻底的对你的环境中的促进因素与阻碍因素进行评估
- 分析他们是否将会有助于指南执行以及进一步强化支持关系，或者他们是一个“项目障碍物”
- 建立指南实施策略来最大化促进因素,并且消除障碍因素
- 如果有一个“项目障碍因素”，在找到解决方法前不要开始。

CAUTION

案例学习

下述例子来自各个领域,包括背景信息、临床问题、选择的指南、一个对阻碍因素的全面评估以及从而产生的项目执行意见。

一个社区医疗的例子

背景：该情景发生在**社区医疗**试图在他们地区横跨多个综合部门来实施最佳操作指南。

问题：慢性病预防部门提出了改进他们对待患者患者的方法的需求。

证据： RNAO 患者护理中心最佳操作指南清晰概括了一系列包含下述“信念”的建议：尊重、人格、患者是他们自己的生命的专家、患者作为领导、患者目标调度团队的护理、护理及照护者的连续性与一致性、医疗保险的普及和响应。这些价值观和信念应纳入以及在患者照护和服务中，并被自始至终的贯彻(RNAO Client Centred Care BPG, 2006)

阻碍因素：:1）公共卫生部门由多学科成员组成，他们对指南实施有阻碍作用，而且他们将之视作“护理计划”而不愿意在实践中改变他们自己的行为 2）公共卫生部门没有能力指派一个公共卫生护理人员来领导这个计划。

可能的解决方案:

1. 跨学科的成员们被邀请来和护理人员一起来会见最佳操作指南的协调者，并且收到了关于最佳操作指南项目更加细节的信息。在整个会面中，协调者强调，他会支持该团队执行任何他们感觉将会对其操作和项目产生有利影响的提议。

2. 团队决定将他们的**注意力集中**在关注健康的青少年的发展的最佳操作指南。虽然这个倡议行为早已存在，但是他们认为健康青少年发展是一个并非特殊针对于护理人员的方案，以及他需要对于多学科团队的协调来达到成功。此外，该团队认为该项目可能**基于之前早已开始的方案**并且也**优先满足了组织的一个首要任务**（即促进青年人群参与）。.

3. 公共卫生部门有能力派出两个卫生保健促进者来领导这个方案。这证明是非常成功的。他们有能力将将指南转化成为执行中有意义的东西。

一个来自急症护理医院的例子

背景：在一个大型急救教学医院中的住院患者病房中一个标志性的事件发生了。一个患者跌倒，并且出现了可能出现最坏的结果。员工和管理层极为震惊。他们识别出近来患者坠跌时间有所增加。所有的参与者都希望采取行动，来预防更多这种事件的发生。

证据：执业护士主动在部门带头。一个跌倒预防小组（包括物理康复，职能治疗，临床护理人员、临床教育人员、管理人员、操作专业性、风险管理及患者设备等一系列支持因素）重新审视 RNAO 对老年人群跌倒及跌倒损伤的预防的最佳操作指南。多元化的意见被执行，包含摩尔斯跌倒评估量表的应用（针对高危的干预措施例如床头警铃、药物治疗的回顾等）环境的审视等。跌倒事件，及严重跌倒事件有所减少，但是团队仍感觉可以做的还有很多。

下一阶段：跌倒预防小组阅读关于一些医院，用黄色的臂章来区分有着跌倒高危风险的患者的成功的调查结果的文献。该小组认为这将大大的帮助识别那些处于高风险中的患者，而且他们认为这是易于实施的，因为他们需要做的仅仅是对相应科室的护理人员进行指导，及获得大量的黄色臂章。

阻碍因素及解决方案：在他们与利益相关者协商他们的计划时，重点针对标签患者所带来的隐私权提出了潜在的问题。因此他们咨询了患者隐私部门。该团队获得患者隐私部门的建议以及探讨如何进行对患者的隐私保护。团队重新审视了臂章的信息并且提出了有一个尊重并且传达臂章意图的口号。这个“呼叫帮助，不要跌倒”的口号被印在每一个臂章上。

更多的利益相关者提出了其他单位将不明白臂章的用处，并且对如何交流其目标提出质疑。该团队设计了一个针对交流的计划，认识现有情况下，患者经常去科室外做检查，并且患者在不同科室间转换，其他的卫生保健团队中的人员需要知道黄色袖章的意义。这需要一个对全体员工的广告，来保证卫生保健团队中的许多其他成员（运输员，放射科，其他科室，安保，精神治疗）理解黄色臂章的目的。

针对如何购买臂章引发了其他问题。设备处有个关于乳胶安全的政策。团队找到了无乳胶的臂章。为了其他科室也能使用臂章，团队需要咨询代理处的中心供应商，从而获得为大家都可应用的储备。

摩尔斯跌倒评估量表需要被更新，允许护理人员记载黄色臂章的使用。团队需要咨询表格管理部门。通过对利益相关者的倾听及阻碍因素的消除，该团队有能力成功的履行黄色臂章用法。该团队也了解了各个部门，即使存在分歧，但是需要共同工作来确保最佳的护理。

推荐网站&网络资源

对优先的临床预防服务指南的实施中障碍因素及促进因素的感知：：
http://www.internetgroup.ca/clientnet_new/docs/Barriers.pdf

对临床护理路径的执行的促进及阻碍因素：
http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/182

推荐读物

Clement, C., Stiell, I., Davies, B., O'Connor A., Brehaut, J., Sheehan, P., et al. (2011). Perceived facilitators and barriers to clinical clearance of the cervical spine by emergency department nurses: A major step towards changing practice in the emergency department. *International Emergency Nursing,* 19, 44–52.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., et al. (2010). The role of nursing best practice champions in diffusing practice guidelines: A mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4, 238–251.

附录 3.1-促进因素以及阻碍因素：引导你的问题

该表格是一种资源用来帮助你对计划实施指南的计划团队提出问题。对这些问题的答案将会有助于你为克服阻碍因素来设计方案, 以及将会对确保成功的结果至关重要。

证据相关的因素 确保你有着特别针对该患者、环境及工作人员的最佳证据将会为进程提供坚实的基础。忠于证据及能力来说服他人，相信这是该做的事情，并且现在是该做的时间，有助于最小化或者消除阻碍因素并促进指南的实施。		
阻碍/促进因素		**需思考的问题**
可用性	知晓从何处、如何引入相关指南	你如何在你工作的地方来展现你的指南或者/建议来吸引注意力？海报？床旁表格？简报？会议室？
易理解性/复杂性	认识水平以及如何在实践中去执行它	建议书是否是清晰并且容易理解的？如果不是，你如何来使他们达到这样的要求？ 提供与你的环境相关的真实的例子 谁曾经在你的医院应用过它？在类似的地方还是其他地方？ 谁是指南的最后使用者？针对他们所需进行相互尊敬、互动式的个性化的教育（利用成人性格特征的原则） 是否有 RNAO 最佳操作拥护者在团队中，将会提供帮助？
执行的难易程度	指南在当前环境中执行的难易程度	在正式的领导中或你的团队中, 你的组织中最受尊敬的是谁？你如何吸引这些人来帮助促进证据的应用？如何使得实施融入目前的工作，从而使得在实践中易于实行？是否需要分成几步来完成？

可信度	指南所基于的证据的质量	你如何传达证据以证明你正实施的建议有着良好的基础？ 是否已经在其他地方成功应用？ 你如何提供时间来公开的将任何分歧提出来并进行讨论？你如何开明对待异议，提供探讨，并且如果异议是有道理的，如何达成共识？ 或用来展示成功，或用来为如何提高指南的执行提供经验教训，你可以选择在哪里进行预实验？
兼容度	与现已了解的，完成的以及相信的良好融合	针对这个指南在哪些地方符合当前的思想、信仰及价值观，你可以举出哪些例子？对于你的患者人群？对于服务从业者？对于组织？ 我怎么样能涉及到那些在实施进程中将会用到指南的人？他们会担任委员吗？他么会开发工具吗？他们会在制定计划的某一时刻提供意见反馈吗？他们会事预实验中的一部分吗？
时间设定	可利用的指南的数量	在你计划实施的时间段里，有哪些其他的指南或者其他的实施正在被计划？如果有其他的，是否有机会共同努力，还是需要调整或者延迟来避免工作人员的过度劳累？

CHAPTER THREE

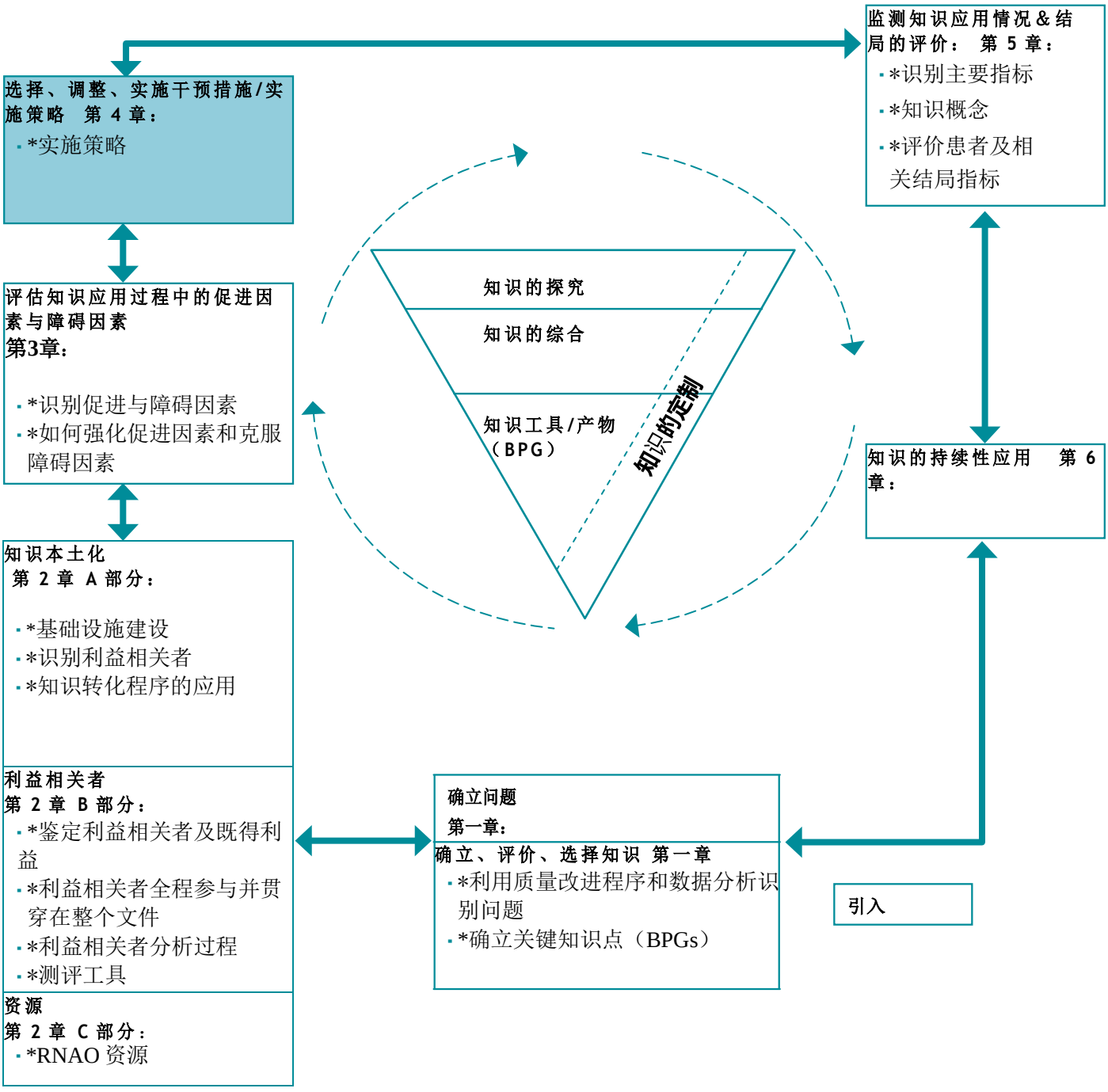
目标人群相关因素		
阻碍/促进因素		需思考的问题
卫生保健从业者		
态度及信念	对调查研究在实践中应用的态度和信念	针对实践中的循证改革,他们有哪些之前的经验？哪些进行的好？那些进行的不好？你可以从中学到哪些来修改你的方案？有无你可以用来在你的设施/组织中出彩的积极的经验？
理论/技能	理论与技能的水平	谁需要教育？将会需要什么水平的教育？（例如：建议客户教育内容在六年级水平）你是否需要对整个建议书的内容进行教育？是否有一些建议书的内容是早已在当前实践中存在的？你是否可以关注到那些只是需要改革的内容？
舒适/信任	舒适与信任的水平	你如何提供一个支持的环境？你在处理担忧与分歧时是否得心应手？你将如何在恰当之处提供积极的意见反馈？
时间	阅读及实施指南所需要的时间	针对小组成员阅读和实施指南，你如何来提供需要的时间？ 你如何处理轮班或者休假？何时安排会议可以使得尽可能多的人参加？
改革的动力	实现改革的能力信念	过去有无改革成功的先例？有哪些因素有助于成功？ 你如何在实施的各个阶段来提供鼓励支持？ 在你的工作场所什么将会是激励因素？团队对案例研究的偏好如何？对于向组织的其他部门展示自己的区域机会？在学习时提供一些小吃？
支持	对指南将会带来的影响的信念	你如何展示目前的实践与建议书中的不同？是否需要一个表格来帮忙？是否需要一个对当前结果可能会对工作结果造成的影响的可视化的描绘？
患者/委托人相关因素		
文化程度	对指南建议书的了解程度	你将如何进行患者教育？你的材料是否易于理解？（文化水平、多元媒体、对残障人士的可用性）谁将会保证在实施过程中以及在未来的可用性？ 在什么场合他们学的最好？（在住院治疗期间、在家、在诊所）

使用权	能否使用所需资源	实施时，患者需要什么资源？ 他们需要更多的实验室？物资？额外护理？有哪些当前资源不再是必须的？你将如何传达给被影响的区域/组织？
团队		
其他人的观点	专家间/内部一致性	高层领导公开支持这一实施？如果没有，你如何争取他们的支持？他们可以为所需的改变提供角色榜样吗？谁在这个团队不直接参与实施，但应一直参与计划？你怎么可以让他们参与讨论并考虑他们的反馈？
预期	清晰的预期	你将怎样交流实施以便所有人都清楚变革是什么，怎样变革以及他们在变革中的角色？
信息交流过程（如：沟通）	信息交流的机会	目前，如何进行教育？它是如何沟通的？效果如何？如果效果很好，还需要使用这种格式实施教育？他们在职、自学、在线学习效果好吗？是否有参加研讨会或会议的经费？ 有没有医疗团队接触过循证实践？如果没有，能否提供科研方面的教育？期刊俱乐部在此场景下起作用吗？他们能够访问资源以帮助临床评价研究吗？例如，图书馆的资源可用吗？可以与学术伙伴联系起来吗？
凝聚力	团队携手共事的能力	团队是否很好地协同工作？团队是否有合作的历史？如果没有，你怎么提升一些做小规模实施的技巧？你怎么使用团队建设活动，以支持在实践中的变化？

资源相关因素		
障碍因素/促进因素		值得考虑的问题
人力资源	足够的员工出席	怎么能保障有额外的工作人员参加教育会议？在规划委员会、实施以及在评价过程中是否需要更多的工作人员？ 在所需员工方面你有领导支持吗？
财力资源	实施指南必要财力资源的可获得性	实施的花费有哪些？你已计入的花费是否不仅包括物资和教材，还包括人员重置成本了吗？ 设备或文档资料长期持续的成本是什么？ 除了运营预算外还可以去哪筹募资金？基金会？集资？专业组织？政府？
时间资源	确保目标人群有足够的时间从事指南实施方面的努力	在单位或机构里，还有什么可能需要你的时间？那些进行操作改变的人？领导人员？？ 在规划阶段、教育阶段、及评价阶段将需要多少时间？你建立一个可行的时间表了吗（大多数项目需要比预期更长的时间）？
物质资源（例如：设备与物资）	使用必要的物资设备	你需要教育/实施的电脑的使用权限吗？权限可获得吗？ 需要什么物资？谁指挥与落实指南的实施与持续？ 需要资本设备吗？得到所需要的资源过程及所需时间是什么？
空间	足够物理设施用于实施	在哪里学习？学员需要脱离临床领域来集中学习吗？房间够大吗？房间有必要的桌子/椅子，液晶显示屏/笔记本电脑/屏幕，活页挂图等吗？

组织相关因素		
障碍因素/促进因素		值得考虑的问题
领导力	有效领导者的存在	他们能被看见吗？当团队成员有担忧时能咨询领导吗？ 在团队成员时间、教育活动以及必需设备物资的购买方面有领导的支持吗？
职能范围	确保指南推荐符合相关工作人员的职能范围	在员工的执业范围之内吗？需要医生指导吗？ 指南实施由相关专业协会支持吗？ 如何让专业协会/联合会参与到选择和实施指南中？他们有政策或材料支持指南中的推荐吗？
目前政策和规程	符合现存政策和规程	目前有什么适当的政策支持指南的推荐？需要改变什么以体现新的做法？这些政策是企业、特定职业、单位/特定诊所层面，谁拥有这些并且需要参与进来？
变革推动者/意见领袖	有效变革推动者/意见领袖的出席	高年资护士能担当积极的临床领导角色吗？ 你将重点关注帮助团队中的来领导指南的实施？有没有对这些指南推荐、患者、可实现的潜在结局比较热情的人？
工作负荷	可承受的工作负荷	患者的复杂性影响这些推荐的实施吗？指南的实施会增加或降低工作强度吗？患者的复杂性影响结局的度量吗？
并发项目（改变）	并发项目（也许担当障碍者或促进者）	在指南实施的时间框架中还有其他什么变革项目？太多的变革可能会压垮一个团队。
首要任务	与组织的首要任务并行	组织优先考虑的是什么？指南的实施能实现这个战略目标吗？ 你怎样能让利益相关者较早的参与指南的选择与实施过程？ 你怎样能教育高层领导，以展示这个新指南应该优先考虑的原因。
组织批准流程	管理/组织过程运作的速度	谁批准这个项目、资金？ 什么是组织决策的周转时间？你需要进行多远的规划？

第 4 章: 选择和调整干预措施和策略



章节回顾

现在，您已经确定了高质量的 BPG，它将解决临床实际需要，在你的环境考虑利益相关者的支持，确定并解决关键资源的问题，并评估你选择和实施指南的实践环境的准备情况，通过促进因素和障碍因素的识别，你准备把 BPG 付诸实践。

本章新增内容

本章解决以下问题:

- 改变的过程及它如何影响指南的实施?
- 指南实施策略是什么？哪一个是所选指南最合适的?
- 哪个指南实施策略是最成功的?
- 我们该怎样与实践环境匹配指南实施策略?
- 在哪里寻找指南实施策略?

指南实施策略应根据结果以及到目前为止的每一步已收集的数据。这包括在你的环境中最为重要指南建议;利益相关者分析，确定的障碍因素和促进因素，以及如何处理;在特定环境效果何为最好的实施策略的相关证据。

本章提供现今研究各种指南实施策略的有效性的摘要，以及变革理论的简介。通过提供紧扣针对卫生保健从业者、客户和工作环境的策略的信息，以助于你决定在工作环境中实施指南采用何种指南实施策略。

在这个时候没有足够的证据，以确定哪些策略在特定的环境中最好，所以灵活并愿意尝试是很重要的。请记住，改变可能是一个充满挑战的过程。运用 K-T-A 循环时，你要准备根据反馈和结果随时更改或修改你的方法。

重要定义

审查与反馈：是临床绩效的总结，其中可能包括在一段的时间内收集的改变建议，用来增加对象和/或其他人对表现的集体认识。这些信息可以从医疗记录、计算机数据库、或者从患者/客户/居民的意见得到。(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

教育资料：已发表或印刷的关于临床护理的建议，包括临床操作指南、视听资料和电子出版物。该材料可个体或通过群发邮件传递。(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

教育会议： 讲座，会议，研讨会或参加培训（Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002）。会议可能包括有学生参与的学习方法，如讨论和积极参与（例如工作小组任务，根据问题的学习）(Registered Nurses Association of Ontario; 2002).

巡访教育：在实践的环境中，通过一对一探访护士项目领导人、药剂师、研究者或其他的健康保健从业从业者，旨在收集与改变医疗保健从业从业者操作的信息。提供的信息可能包括医疗保健从业从业者的临床实际表现。(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

组织措施：组织措施包括：修订职业角色、多学科小组的修订、整合服务、职业技能组合比例的变化、 护理服务的连续性、改变工作条件的措施、沟通和病例讨论。(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

管理领导：是一个组织的战略，领导力就是让护士在临床实践中使用研究为基础的证据一个多维影响的过程，包括管理者的行为和活动，会对个人、环境及组织架构产生直接和间接的影响。(Gifford, Davies, Edwards, Griffin, & Lybanon, 2007).

本地共识的过程：包含参加从业者加入讨论，以确保他们同意所选择的临床问题是重要的，和建议的做法是合适的。(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review

当地意见领袖：是被同事指定或提名的作为教育影响力的医疗保健从业者，他们可以影响他人改变行为。(Registered Nurses Association of Ontario; 2002).

大众媒体：使用多样化通讯系统获得尽可能多的目标人群;大众媒体包括电视、广播、报纸、海报、传单、小册子和单独或与其他干预措施相结合。(Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group; 2002).

病人介导的干预措施：直接从患者收集并提供给医疗保健者的新的临床信息（之前不可用），如：教育患者与其临床情况和治疗相关的研究证据. (Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group; 2002).

提醒：病人/患者/居民或者遇到的具体信息，口头、书面或者通过电子手段来帮助健康专业人员记住信息，执行或者避免一些行动来帮助护理。提醒可以包含在教育、文档、同行之间或者计算机辅助决策系统。(Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group;

社会营销：“应用程序的营销理念和手段，从私营部门吸引到设计影响目标受众自愿行为，以实现社会目标。”

事实陈述

实施策略：

选择促进新知识转化为实践的实施策略是很重要的。这需要识别实践变革相关的困难。大量的研究已对实施策略的有效性进行了评价。从历史上看，它们都集中在医疗实践;然而，最近的研究主要集中在护理实践。在护理和医疗服务模式之间有些差异，这可能会影响医疗到护理行之有效的干预的移植。例如，医院护士的自主性临床决策程度与组织政策和程序高度相关并由其驱使，并且由于多数护理实践的 24/7 性质，护士普遍工作在一个团队或相互依存的局面，而许多医生都单独执业。因此，策略在医生使用时有效，对于护士或者跨学科的医疗队伍可能会或可能不会有效。如果可能的话，本章包括基于护士或跨学科的医疗队实施证据的建议。

有效的策略：

对其他专业人员有效的实施策略未必在护理方面有效。

基于文献综述的基础上，证据强调实施策略必须经过计划且结合使用。没有一种方法是单独有效的，但是基于临床操作指南联合使用不同方法可以有效影响实践的改变。

使用多种策略

改变卫生保健从业者的行为是困难的。有效的策略常针对不同的障碍采取不同的方法。但是，目前不清楚认识有多少策略是必须的。许多策略单独使用时作用效果很小。

教育应该是互动的或者结合其他干预措施：

- 教育，例如演示文稿或者被动信息传播，是在多种策略中经常用到的手段，也许能稍微改进医疗。被动教育自身不太可能改变复杂的行为。(Bloom et al., 2005; Forsetlund et al., 2009b; Gilbody et al., 2003).
- 互动或者多媒体教育技术（例如角色扮演、实践操作）比教育或者被动传输信息更有效。(Forsetlund et al., 2009b; Mazmanian et al., 2009).
- 当教育措施结合了教育者与实践者之间的互动交互（例如审查和反馈，提醒或者意见领袖），他们将更有可能改变行为。(Francke et al., 2008; Prior, 2008).
- 单独的宣传教育或者结合其他干预措施的教育，对医生的处方行为有很小但一致的效果。（Ginrod et al., 2006; O`Brien et al., 2007).
- 仅仅是知识对实践改变也许无效。改变从业者知识,结果不一定是行为和实践改变。(Forsetlund et al., 2009b).
- 印制的教育材料对专业实践有积极作用，但作用很小。(Farmer et al., 2008; Forsetlund et al., 2009a).

审查和反馈影响卫生保健人员和护理实践：

- 当基线,即指南实施之前专业实践，与指南推荐的实践之间有很大差距的时候，审查和反馈更有效(Jamtvedt et al., 2006)。
- 如果审查和反馈是经常性的、个性化的并且并在很长时间里重复进行，效果会更显著的(Bywood et al., 2008; Jamtvedt et al., 2006; Veloski et al., 2006)。质量监控系统可以提供审查和反馈所需数据。管理者对质量监控系统的使用可以影响护士研究的使用(Gifford et al., 2007)。

审查和反馈应用于一个实施 RNAO 以患者为中心护理的最佳操作指南的医院中。每周，有一个护士指定的任务是审查一个实践；结果反馈给管理者并分享给工作人员。另一个 RNAO BPSO 应用质量保证数据向护理病房提供反馈。

当地意见领袖可以影响实践 (Chaillet et al., 2006; Flodgren et al., 2007) 。意见领袖包括实践标兵和在病

房或者在组织层面影响同事知识和实践的资源型护士。

> “最佳操作拥护者网络”由护士、其他是意见领袖的卫生保健提供者,和那些积极支持指南实施相关的实践改变的人员组成。拥护者们参加全日制的教育研讨会，在教育研讨会上可以学习将指南推荐整合到他们工作环境的策略。
>
> 研讨会之后，拥护者们成为 RNAO“最佳操作拥护者网络”的一份子，并获得额外的、正在进行的教育和网络工作的机会、资源和支持。

病人介导的干预措施作为多层面的策略也许有效(Ginrod et al., 2006)。例如：教育患者关于与他们的临床条件和治疗相关的研究证据，筛查的教育和疫苗接种的教育。

组织层面的干预措施连同针对专业人士的干预措施已被评估。很少有组织层面干预措施的效果的研究证据，而且研究结果是不一致的，因为有些研究表明这项策略有积极作用。影响组织流程和影响组织结构的干预措施在下面分别阐述。

将建议整合到组织流程，例如自动提醒，临床决策支持系统，或调整患者病历，也会有效。越贴近最终用户及融入到护理流程的措施，也就更有效。(Bywood et al., 2008; Kawamoto et al., 2005; Shojania et al., 2009). 那些直接聚焦卫生保健从业者和患者的策略，会增加成功的可能性（例如重建病历构架、基于特定患者的提醒、病人介导的干预措施）(Kawamoto et al., 2005; Shojania et al., 2009).

当提醒满足以下条件，可显著提高实践水平并且更有可能成功：(Bywood et al., 2008; Grimshaw et al., 2001; Shojania et al., 2009) 。

- 自动提供决策支持，作为常规工作流程的一部分，（例如电子记录表格或指令输入的一部分）；在决策的时机或地点提供支持，（循证护理指令集是另外一个有效的提醒）
- 提供有针对性的意见，并阐述提供意见的原因；此外
- 有基于电脑的支持

文献研究表明**来自管理者的领导力**，（常称为“领导艺术”）可能影响护士的研究的应用。然而来自管理者的支持一直被认为是重要的，团队的支持有鼓励、信息共享、资源调配和创造一个支持的组织文化的角色榜样。监测行为和结果可以影响护士的研究应用和最佳操作指南的实施。(Gifford et al., 2007).

组织结构层面的干预措施没有在指南实施方面的系统综述中被评估。但是，对于来自组织层面的干预措施有一些系统综述的证据，例如 Greenfield and Braithwaite (2008)的系统综述发现获得认证可促进实践的改变，其对于质量的影响是混杂的。

尽管证明社会推广对指南实施有效的证据很少，这个方法也许有效。但社会推广已经用于在社区实现健康行为改变。最近，有意见表示社会推广框架可用于指南实施的计划策略；而且实践变革的许多障碍也可适应用于社会推广这个方法。（Andreason, 2004; Morris & Clarkson, 2009). (See Appendix 4.1 for information about the principles of social marketing.)

选择你的策略

选择指南实施策略必须仔细考虑和判断，并且符合实践环境、最佳操作指南和已确定的障碍与促进因素的特点。虽然有很多的证据证明关于哪个策略很有可能很有效，但单凭研究证据不能决定哪个策略在某一特定环境或特定障碍的条件下最有效。

作为计划过程的一部分，你和你的团队应该决定在系统综述中实施的最佳操作指南其系统综述应用环境和你的相似。系统综述可以帮助你匹配指南实施策略、指南和环境。举个例子，有不少在精神健康领域关于指南实施评价研究(Bauer et al., 2002; Gilbody et al., 2003; Weinmann et al., 2007)。随着护士在最佳操作指南实施方面的研究增多，将会有更多的护理方面的系统综述来指导最佳操作指南实施的选择。

针对事前已确定的障碍来“裁剪策略”将更有可能提高专业实践(Baker et al., 2010)。但是，需要更多的研究来指导如何根据障碍因素匹配相应的实施策略，从而决定对于某一障碍哪个策略效果更好。

记住，这个过程根本上说是关于变革。改变我们做事的方式是一个富有挑战性的经验和过程。基于很多变革理论当中的一个，应用基于变革理论的某一特定的，以帮助你理解变革的影响，并帮助你选择合适的指南实施的策略。

变革理论

尽管本工具书使用“Lewin 变革理论”作为例子（见下图 5），其实还有很多可用的变革理论，包括 Bridges（1991）和 ADKAR™ 模式(Hiatt, 2006)。“Lewin 变革理论”(Schein, 1996)认为变革有三个阶段：（1）解冻；（2）变革；（3）冻结或再冻结，在这里，我们选择这个理论来讨论，因为它反映了必要的在变革前阶段的不变,或意识提高，为变革创造积极的环境，以及最终着重在冻结或变革的维持。

图 5：Lewin 变革理论模式，解冻、变革，再冻结

解冻

- 在这个阶段，人们开始意识到改变的重要性，并且准备走出“舒适区”。
- 为了做出改变，人们权衡用不同方式做事的利弊。
- 决策过程受内部因素（如动机）和外部因素（如截止日期）的影响。
- 在这个阶段，创造一个安全的心理环境使人们能够冒险敢于做一些不同事情是很重要的。
- 理解解冻阶段将有助于你创造一个未来状态的蓝图及理想的环境或变革的情境。

变革

- 在这个阶段，人们已经从老的方法中走出来，并且开始应用新的方法，人们是不确定的，有时甚至是担忧的，所以这可能会是一个很困难的阶段。
- 人们需要时间来学习改变并且仔细思考。.

再冻结

- 再冻结发生在当改变已达成并且稳定时，人们对新的流程很舒心。通过改变结构或过程来增强新的行为或流程常常是需要的，因为人们总是倾向于回到之前的、熟悉的做事的方式。
- 第六章讨论可持续性。

理解实施中的变革过程

想想你最近听到的新的证据或实践推荐。你最初是怎么反应的？你有一些顾虑吗？你持怀疑态度吗？你怀疑你一直在做的事情是错的吗？你担心也许你必须改变吗？这些反应都是解冻的一部分。

Schein（1996)详细研究过解冻，发现它有三个重要的阶段：（1）不确定阶段；（2）学习焦虑；（3）认知重建。理解这些面对变革的感觉和反应很重要，为了认知这些正常化的行为和提供决策支持。

不确定感

根据 Schein（1996）的观点，“所有形式的学习和改变都以数据带给我们的不确定感和沮丧开始，驳斥着我们的预期与希望”，Schein 进一步指出：

- 得到不符合目前的做法的新的知识是很难说服我们去改变。
- 我们也许会忽视它，认为它是不对的，相信它在我们临床环境中是行不通的，出于种种原因，决定我们不必变革。
- 要对变革感兴趣的，我们必须接受新的信息，并判断它是很有价值。
- 对大多数人来说，当我们被推动时，我们将站稳阵脚，甚至推回去。
- 作为最佳操作指南实现的一部分，当你给人们带来新的知识的时候，他们可能感到自己正在被推动。如果人们没有要去改变的动机，并且感到被推时，他们可能会抵制变革。
- Schein 认为这种反应为“学习焦虑”。

学习焦虑

学习焦虑是这种感觉：如果我们开始改变，

- 我们承认我们一直在做的可能是错误或不完美的
- 如果我们正在做的是错的，那么我们做的就不会有效。这是对我们的自我打击，甚至可能危及我们的职业认同感。护士的专业身份往往和提供优质的护理联系起来，这可能会受到这种威胁。
- 承认我们的做法需要改进并且承认错误可能很困难。

认知重建

- 大多数护士认为他们的工作方式是就是最佳的实践。事实上，在我们的正规教育或继续教育，我们一直被灌输“正确”或“最佳”的实践方式，以及一些随之而来的理据，关于为什么我们需要以这种方式去实践
- 通过认知的重建，人们重新认知操作变革以维护它们的价值，并使他们能够积极的看到这种变化。

实施小组应考虑如何在解冻期为从业人员创建"心理安全"。否则新的知识和建议可能被拒绝或大打折扣。可通过教育会议、 舆论领袖、 拥护者和管理者给予与变革相关的正常化的感情以支持。这将帮助人们集中于自己的目标，同时认可在过去提供医护服务方面所做的积极工作。在这一章末尾的案例中将应用这些概念。

在你的实践环境中实施

如果至少有一个团队成员有项目管理技能，将大为增加在您的实践环境中实施最佳操作成功的可能性。使用你的同事的项目规划资源，来为您的实现的每个步骤做个详细计划书以及你的预算计划。量身定制你的实施策略，用来在你的实践环境中克服障碍者和建立促进者。以下几点还将帮助您确保您的实施成功：

1. 使用利益相关者分析结果，找出障碍和有利因素来计划你的实施策略。
2. 争取本地的拥护者，引入那些权威部门以协助供应资源。
3. 应考虑那些在文献中证明是有效的策略。在选择策略时，还要在您的环境中考虑障碍者。
4. 选择符合可用的资源和支持的实施策略。
5. 可能的话，选择一个有很高成功机会的点来进行实施测试。
6. 时时调整现实中实践的实施策略。接纳当地利益相关者的意见、参与及反馈。
7. 在早期的阶段进行持续监测和提供支持，以帮助用户应对学习曲线和变革的过程。

在进入下一章之前需要考虑的内容

利益相关者涉及的内容

- 根据利益相关者分析及确定的障碍者和促进者，一些实施策略涉及某些目标群体的利益相关者。在这个阶段，利益相关者管理技能包括良好的沟通系统、 明确的信息，以及聆听和加入他人的能力。必须谨记，保持利益有关者积极性可能非常耗时，但从长远来看将节省时间。

资源涉及的内容

- 执行策略的选择往往取决于可用于指导指南实施的资源总额。另一方面，已确定的实施策略可能直接影响所需的资源。实施团队和利益相关者在人力和财政资源方面的金额通常有固定的限制。

行动计划总结

- 将选择的实施策略添加到您的实施计划中。

资源：推荐网站&网络资源

审查和反馈：

如何做病案审查。资源：St. Michael 的医院知识转化项目（2008）。

http://www.stmichaelshospital.com/pdf/research/kt/chartaudit.pdf

反馈。临床研究研究所（2006）。

http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/nics/material_resources/Feedback.pdf

意见领袖：意见领袖角色的小结。St. Michael 的医院知识转化项目（2008）。

http://www.stmichaelshospital.com/pdf/research/kt/opinionleaders.pdf

选择策略：证据选择策略的两页摘要。临床研究研究所（2006）。

http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/nics/material_resources/Selecting%20strategies.pdf

推荐读物

1. Andreason, A. R. (2004). A social marketing approach to changing mental health practices directed at youth and adolescents *Health Marketing Quarterly*, 21(4), 51-75.
2. Benjamin, A., (2008). Audit: How to do it in practice. *British Medical Journal, 336, 1241–1245.*
3. Morris, Z. S., & Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy*, 91(2), 135–141.

案例

变革理论概念的应用： 实施预防中心静脉管感染的推荐意见

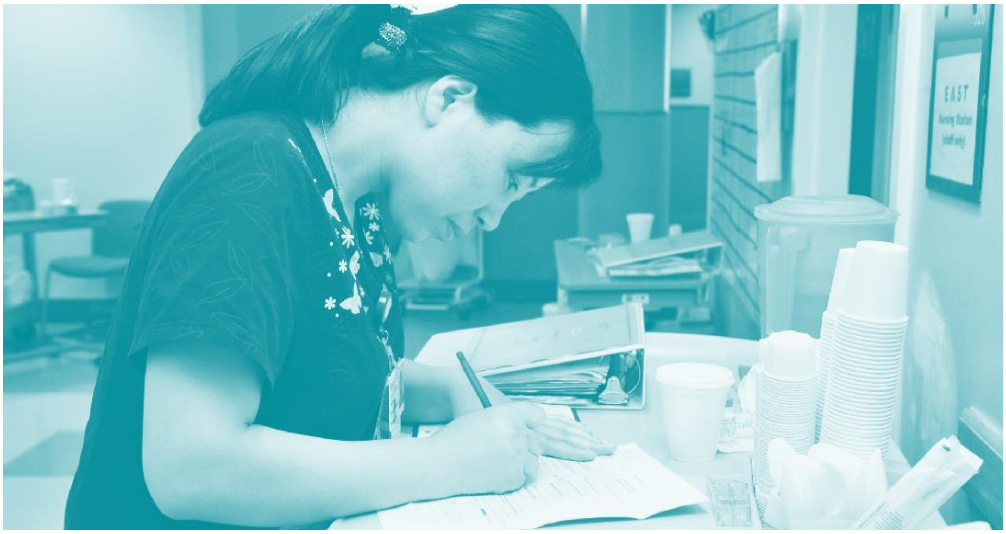
一个医院实施了预防中心静脉管感染的操作建议，这些建议获加拿大病人安全研究所的认同。建议表明有必要改变流程来清洗换药中心静脉管上的皮肤。新建议需要 2%氯己定/ 70%酒精，以及使用上下来回刮擦运动的方式清洗皮肤。

多年来，许多护士曾被教导要使用聚乙烯吡咯烷酮（proviodine）的方式清洗皮肤。理由是，这使得护士从"清洁区到污染区"移动，通过从插入口开始，以同心圆向外重叠移动。这种理由与我们目前保持无菌的认知一致，那就是不要将细菌带到无菌区或污染插入点。

新的证据表明氯已定比聚乙烯吡咯烷酮（proviodine）能更好的消毒皮肤，而使用氯已定要求和规定的上下来回刮擦的洗涤技术才能有效。如何能让护士相信这种洗涤技术是不违反将细菌带到插入点的原则？如何能创造心理安全？

实施团队：

- 保持对氯已定的重视。
- 告知护士们用聚乙烯吡咯烷酮（proviodine）以同心圆的方式擦洗皮肤没有错
- 分享擦洗、摩擦和提升皮肤细胞是氯已定激活过程的一部分。
- 强调护士的一直做的，从清洁区向污染区移动是正确的事情，但是在这一方案下，使用的关键原则在于摩擦和提升这一解决方案可以发挥氯已定的效果，并改变他们的做法，但并不意味着他们做错了事情。这将有助于创造心理安全。这种方式，护士可以重新定义新的实践来符合他们以往的做法和价值观，基于最佳证据，并开始考虑采用新的做法。

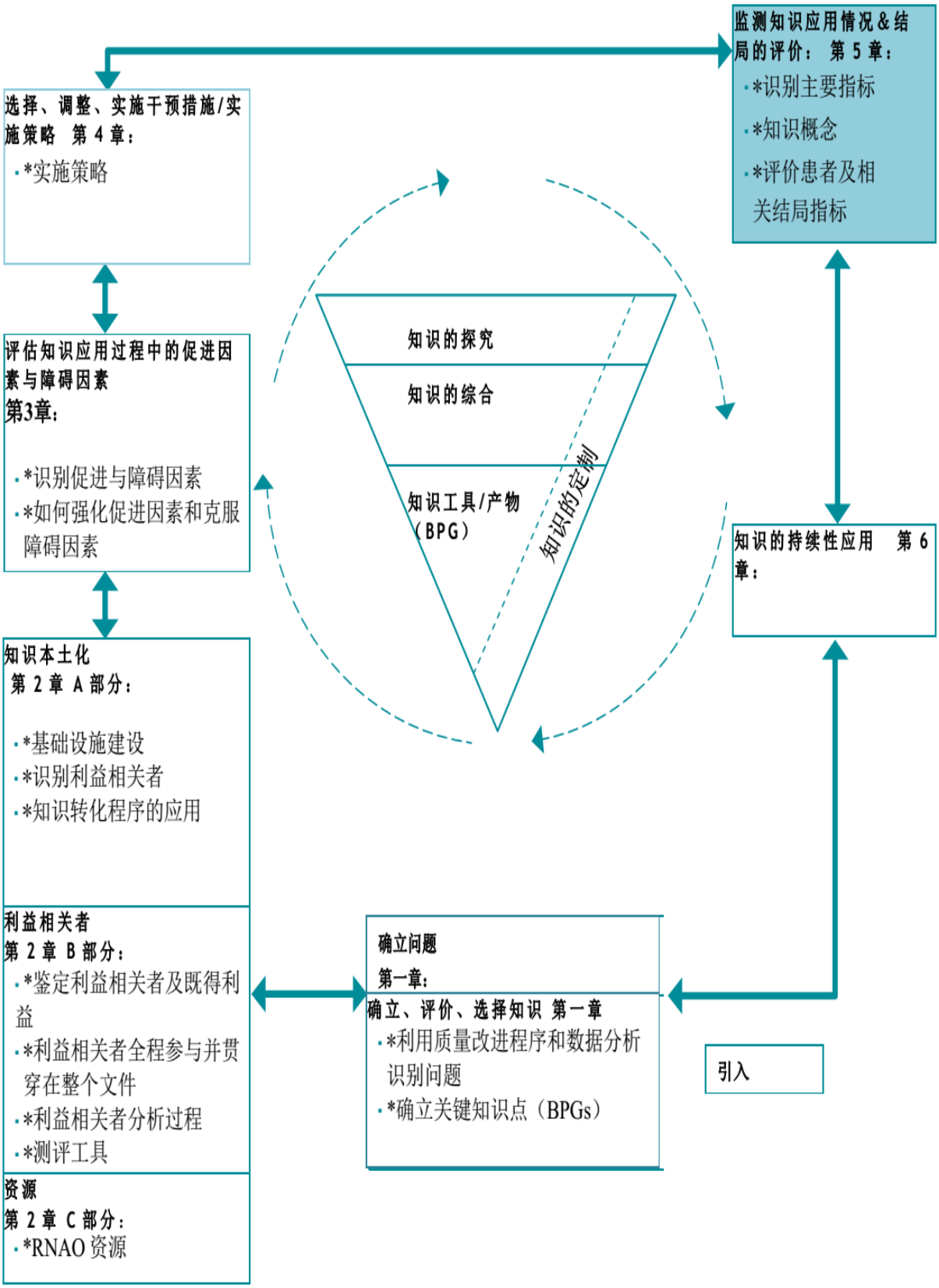


附件 4.1 社会营销原则

适用于最佳操作指南的实施，社会营销的原则是：

1. 持续医疗从业者/护士的行为改变，是设计和评价干预措施的主要目标。
2. 社会营销使用了解目标受众 （例如护士，利益相关者） 的研究，理解他们的观点，并规划、预试验，并监测各项措施。这可以被认为是倾听于目标受众。预测试是必不可少的。
3. 还有认真分类目标受众 （例如护士、 病人、 管理者等） 以确保效率和效力。
4. 有形的、 肯定的和直接的利益是更具吸引力，但在最佳操作实现中，利益可能是无形的、 间接的和不确定性，尤其是在涉及到价值观和信仰。承认改变行为对护士是需要付出代价是重要的。例如，舒适或首选行为损失，学习新的做法的时间或学习和行为变化的内在的感情投入。当所耗费的超过预期的利益时，"权衡不平等的付出与收益可以中止新的实践实施"。（Morris & Clarkson, 2009）在指南实施上应用社会营销，重点规划在于"与(护士)进行有吸引力的激励交流"。（Andreason, 2004） 才能使改变显得利大于弊。
5. 除了宣传和交流还有很多东西。您将需要注意到：
   a) 创造有吸引力的"我能从中得到什么"的工具包 （为护士定制，考虑护士的动机）
   b) 尽量减少代价（例如不适、 学习新技能的时间、机会成本）
   c) 使交流容易、方便 （例如，提供口袋工具，嵌入在病案系统中的提醒）
   d) 通过目标受众首选的和相关的媒介传播有利信息（例如，在决定使用电子邮件的时候考虑目标受众是否阅读他们的邮件）。
6. 关注竞争，"争夺人们的注意力、 意愿和改变的能力的因素"。(Morris & Clarkson, 2009)

第 5 章：监测知识使用情况和评估结局



章节回顾

到目前为止该工具书重点放在了会影响成功实施选定的最佳操作指南，以解决临床或管理问题的所有这些活动上。“知识到行动”框架的每个阶段，都有勾画具体的基于证据的策略，这些策略与利益相关者、 确定资源、 确定障碍者和促进者以及确定并执行具体的实施措施有关。在实践环境中实施最佳操作之前、期间和之后，监测新的最佳操作指南建议的使用（如正在使用的知识）、评估结果或在实践中产生变化的影响是很重要的。

本章新增内容

本章着重于“知识到行动”周期的两个阶段，它们与决定实施措施是否有效促进推荐的采用，并且起到预期效果有关。这两个阶段是：

1. 监测新的知识的引入及理解情况 （如最佳操作指南推荐的依从性或临床过程变化）。
2. 评估实施最佳操作的结果。

综述知识使用情况和影响的概念，提出监测知识使用和评价影响的策略。

本章解决以下问题：

- 最佳操作指南实施是怎样影响临床实践？
- 最佳操作指南实施是如何改变医疗和其他相关结局？

重要定义

概念性知识使用： 已经了解的，或影响从业人员和管理人员考虑问题和态度方式的知识(Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, & Harrison,2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Weiss, 1979)，这个词用来描述从业人员知识和信息的理解和内化。。
知识使用： 使用证据来支持实践 ；通常可分为概念性知识使用、 行为知识使用或策略性知识使用（Graham et al，2006)。在临床实践中反映在护士临床操作的变化，也可称为过程结果。
行为或工具知识使用 （知识的应用）： 已应用于实践，并因此影响行动或行为的知识(Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe,Straus, & Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Weiss, 1979)。
结果或影响： 实施了某一最佳操作之后发生的变化。他们可能发生在： 某一服务对象或临床层面；某一卫生保健从业者层面 ；某一单位、 组织或系统层面(Hakkennes & Green 2006; Graham et al., 2010)。
策略性知识使用 （象征知识使用）： 利用知识或数据 （例如研究结果） 去说服他人支持你的意见或决定。这可能会（也可能不会）导致他人在概念或行为层面使用该知识(Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, & Harrison, 2010; Larsen, 1980;Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Weiss, 1979)。

常用评价方法和术语：

审查与反馈： 临床表现的概要，其中可能包含在特定的时期内收集的行动建议，用来提高他们和/或他人的做法的群体意识。信息可通过医疗记录、 计算机数据库或病人/服务对象/长期养护机构住户来获取。 (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).
焦点小组： 通过采访一群人关于他们的经历、 态度或行为的话题中获得知识。
访谈：通过询问个人了解他们的经历、 态度或行为来获取知识。在质性研究中，问题是开放性的 ；在定量研究，问题通常是高度结构化及固定选择的。
观察：通过感官 （例如视觉、 听觉） 或使用的科学仪器记录的数据来获取知识。
调查：通过采用结构化问卷调查与评分尺度收集信息获取知识。调查可以通过电话或通过互联网，或面对面进行 (Dillman 2007)。
信度：指的是采取同样的工具对同一对象重复进行测量时，其所得结果相一致的程度，或者说结果的可重复的程度。
效度：它是指测量工具或手段能够准确测出所需测量的事物的程度。
敏感性和特异性： 这两个经常在工具和诊断测试中报告。灵敏度是测验谁可能有疾病状态的能力。特异性是测试显示那些没有疾病状态的人的能力。
结构：变革的产生需要什么（例如设备、 用品和设施）？
过程：系统需要如何改变来实施这种实践？
结果： 努力或行动的结果（Donabedian, 1988）。

事实陈述 ：

什么是知识应用?

现有几个模式 (Beyer JM & Trice HM 1982; Dunn WN 1983; Estabrooks C 1999; Graham I et al 2010, Larsen J 1980; Rycroft-Malone J. and Bucknell T. 2010, Weiss CH 1979)将知识应用分为三类：

1. 概念性知识使用 （理解或启示）。
2. 行为或工具知识使用 （知识在实践中的应用程序）。
3. 具有象征意义的（有说服力或战略）知识使用（选择性的运用数据，以说服他人在实践中使用接受建议的变革，）。

为了有效地监测最佳操作指南推荐建议的采用度，理解知识使用的三种类型是重要的。下面的表 10 说明了知识的每种类型和它在 BPG 实施监测中的作用。

表 10：知识使用及其最佳操作指南实施中的作用

知识使用的类型	在 BPG 实施中的作用	在 BPG 实施中监测知识使用的例子
概念性知识 （新知识的理解解和内化）	影响医生或其他人员思考问题的方式或是其更知情。 表现为知识的理解、 接受和内化。 影响最佳操作推荐建议的采纳。	在疼痛管理 BPG 教育培训前后进行知识测验，以确定参与者是否理解或学会操作建议及其询证支持 （例如疼痛的知识和态度调查）Ferrell & McCaffery, 2008）。
行为或工具知识 （新知识的应用）	影响行动或行为的知识。 体现在临床实践中强化知识的使用，或对新的 BPG 的遵从性以达到预期结果(例如用数字等级量表进行疼痛强度的评估)。	进行病案审查，以确定 BPG 的建议是否真正被遵从 （(Davies et al., 2008），例如用审查病案的方法来确定是否根据推荐建议记录病人的疼痛强度评估（如使用 0-10 评分工具）。
象征意义的知识使用 （知识的说服力或战略应用）	使用选定的数据，以说服别人去做新的东西，或停止做某事。	包括患者满意度调查的数据，数据显示患者对缓解疼痛需要的管理不满，来帮助执业人员采纳疼痛 BPG 的建议。

关于知识使用我们知道什么？

知识是临床医师遵守循证实践建议的关键因素。

知识运用可以：

- 发生在个人、 单位、 组织或系统级别(Dunn WN 1983).
- 改变行为（如医生变得了解某一最佳操作，产生积极对待它的态度、 增强要遵循它的意图以及有采取行动的动力)。
- 当临床医生选择遵循一些建议而不遵循其他建议时，将变得很复杂。
- 受临床环境中结构和流程的影响 （见章节 3 和 4）

由于知识使用是多层面而又复杂的，因此有必要使用多种多样的策略来监测它

理解 BPG、积极看待它并且想要遵从他们的建议，并不能保证其实施

其他因素可能会影响新的 BPG 推荐建议在临床环境中的应用，包括：

- 内在动机（基于新的或现有的知识，个人认为遵守 BPG 建议将是有利的）。
- 外在动机（在临床上创建前提条件的结构或流程，其中行为改变结果而无需个人有意识地重新思考有关知识的应用）。

表 11 描述可促使行为改变的结构和流程的例子。

表 11：促进行为改变的结构和流程

支持类型	例子	使用的理论
结构	• 政策和程序 • 重组工作人员配置或服务 • 文档形式 • 临床路径 • 设备	• 提供改变实践理由并指导实践的 • 确保足够的人手来开展 BPG • 包括执行评估和具体的干预措施的提醒（例如如果疼痛强度应使用 0 - 10 分 这一尺度评估，那么作为日常实践的一部分，日常工作流程表应包含这个尺度以支持或提示它的使用。 • 对推荐的临床护理提供指导 • 促使建议实施 （例如如果监测血氧饱和度是推荐的做法，那么提供充分的可运行的饱和度监测器，可在病房促进这个行动）
流程	• 开展 BPG 实施的强制护理教育培训 •BPG 实施的关键指标列入护士绩效评估 •每季度与单位临床管理者和临床工作人员分享病人对疼痛管理的满意度的结果的信息	• 支持最佳实施策略的最大化传授（教育培训所有工作人员） • 表明 BPG 对临床表现的重要性 • 提供一个讨论相关结果的和一个修改改变实施策略的机会

为什么监测知识使用和评价其影响是重要的？

监测知识使用提供：

- ❖ BPG 推荐意见被认识、 接受和应用的程度指标。
- ❖ 实施干预措施成功地改变临床操作的程度指标。
  - 回答下列问题：
  - 推荐意见正在使用吗？
  - 实施干预措施有效吗？
- ❖ 在某些情况下随着时间的推移，由于干预措施的实施而获得的知识、态度、技能和推荐意见遵从性的信息。
- ❖ 更改实施计划的理由。

评价 BPG 实施产生的影响（结局）：

- ❖ 重点关注 BPG 推荐建议时会发生什么，这一过程是多层面的，因为它结果包括几个层面：
  - 服务对象
  - 卫生保健从业者
  - 卫生保健单位、组织或系统。
- ❖ 回答这个问题：″使用推荐意见能对临床实践，特别是我的患者的健康和临床结局有什么改变″

知识使用的监测和它的影响是息息相关。不知道知识被使用的程度很难解释它的影响 （结果）。例如如果在实施疼痛管理 BPG 之后病人疼痛评分仍然很高，将需要监测以下几个层次来回答以下过程、 结构和结局为中心的问题：

过程

- 全部护士完成了疼痛教育课程吗？
- 护士学习 （内化） 内容了吗？通过前测后测进行评估了吗？
- 护士拥有评估疼痛并提供适当的干预措施所需的技能吗？
- 对于适合的患者护士遵循建议了吗？

结构

- 有一个明确的政策和程序支持 BPG 推荐建议吗？
- 医师有开所需药物的处方权吗？
- 有疼痛注射泵以满足持续注射的要求吗？

结果

- 使用 10 分疼痛评估表，有多少患者疼痛评分＜4 分？
- 使用 10 分疼痛评分表，患者报告评分＞6 分的频次是多少？

目前文献表明监测知识的运用和结果的发生并不一致。Godfrey 和他的同事（2010 年）、 Hakkennes 和 Green（2006 年）发现，大多数研究（两个研究数据分别为 89%和 100%）监测知识的使用（行为知识的使用），分别只有 18%和 47%监测概念性知识的使用。很少有研究涉及患者、卫生保健从业者或系统层面的结果的研究。

考虑监控知识运用和临床结局的复杂性和成本是重要的。虽然多种测量方法可能是最佳的，但临床的环境的多样性的现实可能会决定要选择性的监测。例如，Ciachini 和他的同事研究了一项战略，在北安大略省社区 (Straus, 2009) 实施加拿大骨质疏松症指南。这项随机试验的主要结局指标是治疗骨质疏松药物适合使用的决定 (行为知识)，而不是病人骨折 （临床结局）。作者认为目前有足够的证据证明使用骨质疏松症的药物可以防止脆性骨折，而选择测量这个，相反测量病人骨折的结局指标代价很高。

监测知识使用

知识运用是一个复杂的过程，它是持续的 （Rich，1991 年）而不是发生在某一时间点一种偶然的事件。因此，评价知识使用是复杂的，并且需要一个多层面的、可重复的和系统性的方法 （Sudsawada，2007）。

有效的策略

概念性知识使用

这种类型的知识使用通过测定知识和理解程度而测量 （例如通过教育培训,临床医师获得的知识和技能的程度） 。Godin, Belanger-Gravel, Eccles, & Grimshaw (2008) 确定了以下在实施研究中共同采用的结局监测指标：

- 态度和意图调查
- 对某一具体实践的态度测量
- 在具体执行实践时的自我效能感
- 执行实践的意向

Stacey 等人.(2006a) 进行了一项在护士电话中心实施以证据为基础的病人决策支持的随机对照试验。部分干预内容包括护士参加三小时在线教程。为了评估概念知识的理解，研究人员在课程中加入了知识测验，以确定护士是否获得相关知识和技能。

行为知识使用

大多数知识使用工具衡量行为知识的使用 （(Estabrooks et al., 2003）。测量影响操作指南理解运用的干预措施有效性的系统综述发现（Grimshaw et al., 2004; Harrison et al., 2009）89%的操作指南实施的研究含有行为知识使用或指南的遵守的测量。(Godfrey, Harrison, & Graham, 2010; Hakkennes & Green, 2006）

这些措施往往通过自我报告，有回忆偏倚和社会反应偏差。当一个人也许不能准确的记住他学到了什么时，就产生了回忆偏倚 ；当一个人给出他们认为提问者想听到的答案时会发生社会反应的偏差。

测量行为知识使用的方法

- 测量推荐建议的遵守,或使用管理数据库或病案审计得出的质量指标
- 观察服务对象和临床医生境遇，对使用以证据为基础的做法的程度进行评估。
- 直接询问服务对象他们得到的卫生保健服务。

Stacey 等人（2006b） 开展了一项前瞻性的研究，以确定电话中心护士使用决策支持工具的保持连续性。25 位受访者中有 11 人表示他们使用过工具，和其中 22 位受访者说他们会在将来用它。然而，作者认识到回忆偏倚以及短期随访期间 （1 月） 无重复观察对这项研究的潜在限制。观察医生与病人——在进行模拟电话中对受试者的辅导技能进行质量评估 ——也用于评估知识的使用 （Stacey et al., 2006a)。

下面的表 12 列出了发展出来的评估行为知识的使用的工具，并确定了测量工具的分类以及有关该工具的性质的具体评论。

表 12：知识使用所用的工具

知识使用监测分类	工具	评论
观察	示例：*约束发生率工具* 物理约束系统的使用被定义为包括腰带、躯干约束、 肢体约束和床导轨等因素。评价者需要考虑病人是否可以独立解除约束。建议多个观察以观察在白天和夜晚约束类型的使用。 在 RNAO BPG“对老年人谵妄、 痴呆、抑郁症和促进安全的护理措施：使用约束的的替代方法”。	免费的可下载的用户指南，其中包含观察和病案审计工具（Davies et al., 2006.） 与该工具的心理测量学特性 （有效性、可靠性） 的一篇文章已出版 (Edwards et al 2006)。
问卷调查和访谈数据进行内容分析	示例：*最佳操作指南实施的促进者和障碍者的内容分析*。数据来自工作人员、 临床资源、护士和行政人员的采访。 可以在下面的 RNAO BPGs 中发现监测 BPGs 使用方法的示例： 压力溃疡、 成人哮喘、 疼痛管理、 戒烟和减少糖尿病患者脚部并发症。	免费的可下载的用户指南，其中包含的抽样问卷调查和访谈相关的分析(Edwards et al., 2004)。 一篇文章进一步详细作了描述，其中包括内容分析和定性的专题分析结果的方法 (Ploeg et al., 2007). 关于内容分析的推荐文献(Elo & Kyngas,
量表	外围血管接入设备静脉炎及浸润鳞片并发症评定工具。 斯金纳的工具测量知识交流成果。 Landry 的知识使用拥护者量表和 Leach 的知识利用量表	Groll et al 2010 Skinner 2007 Landry et al 2003 Champion & Leach 1989

CAUTION

实施 BPGs 时，考虑知识使用程度的目标是重要的。这应该基于与相关利益者进行的讨论，应考虑什么是可接受的和可行的，并是否可能存在天花板效应 （Straus et al., 2009）。天花板效应发生在进步空间已经很小时，例如在项目的开始，90%的护士已经遵从了推荐建议 ；因此干预策略如果是有效的，充其量会看到仅有 10%的改善。

谁使用这些知识?

在评估过程中,考虑的关键因素是哪些利益相关者群体将使用这些知识。这些群体包括：

- 公众或卫生保健消费者
- 卫生保健专业人员或临床医务人员
- 管理者和行政人员 ； 以及
- 决策者。

CAUTION

不同利益相关者需要使用不同的策略监测知识。表 13 下面描述了决策者和临床医师的监测策略。

表 13：决策者和临床医师的监测策略

受众	监测策略
决策者	• 访谈 • 文本分析.(Hanney et al. 2002)
临床医师	• 访谈 • 调查 • 审查 • 分析临床或管理数据

监测知识的使用

如果发现知识使用水平是足够的，应该考虑监测知识持续使用的策略。利益相关者访谈可以帮确立哪些方法可能最有效。如果知识使用水平低于预期或期望，重新评估知识使用的障碍和（或）修改相应的实施策略可能是有用的。

Stacey 等人（2006）的研究中有监测知识使用的示例。针对电话中心护士的一项调查研究发现,可以通过将决策支持工具整合到电话中心数据库中，结合对员工的培训，并向市民告知这项服务，这可能会促进它的使用。

评价知识使用的影响

要实施 BPGs 时，评价作为一个关键的组成部分是至关重要的。下面的提示框中突出显示了重要的考虑因素。

实施 BPGs 时，重要的是评估知识利用水平；然而，BPGs 的重点是汇总现有的研究并作出建议，以改善健康状况和护理质量。因此，评估关注的关键结果应针对服务对象/病人、 卫生保健从业者和卫生保健系统层面。

开始评价之前，要考虑是否需要伦理审批是至关重要的。所有有关人的研究伦理审查是必需的。如果研究完全依赖于可公开获得的信息，则不需要伦理审查。以下情况伦理审查可能不需要： 质量保证和质量改进的研究 ；项目评估 ；绩效考核或在正常的教育要求范围内测试。然而，有很多的灰色地带。如果你打算公布你的结果，建议进行伦理审批，并考虑让参与者自愿签署知情同意书，确保匿名和保密的数据。

联系您所在卫生保健组织的伦理官员或附近的大学以获取建议可能是较为审慎的做法。您还可以访问加拿大政府的三所大型研究联合机构的政策声明：研究涉及人类的伦理守则，在以下网站：

http://www.pre.ethics.gc.ca/eng/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default./

“创新阿尔伯塔”还具有伦理自行初筛工具，可在以下网站获得：

http://www.aihealthsolutions.ca/arecci/screening.

考虑动员从事学术研究的伙伴，作为关键利益相关者，或评价和监测的资源，这将很有帮助。涉及评价的实施项目的开始阶段，推荐这种利益相关者的参与。

对影响的评价应首先形成调查研究的问题。PICO 框架已被认定为对此任务很有用 (Straus 2009)。每个问题应考虑所有四个 PICO 因素，例如当评估关于疼痛的评估和管理的 BPG 的实施时，团队提出以下的问题：相比那些没有参与培训（C）的护士，疼痛资源型护士强化教育方案（I）改善参与课程培训的护士（P）的疼痛知识（O)了吗？

P-Population 关注的人群 （公众、 决策者、 卫生保健从业者）

I-Implementation 实施 / 干预 （知识转化策略）

C-Comparator 比较组 （另一组不使用策略） 或如果没有比较组，考虑临床情景）

O-Outcome 关注的结果 （健康，卫生保健提供者，组织或系统）

为帮助确定要测量的结果，Graham 等人（2010 年）在 Hakkennes 和 Green 工作的基础上（2006）将知识使用的影响分为上述三个主要类别。下面的表 14 描述这些结果测量类别中更多的细节，并在 BPG 效果评估中提供示例以供使用。

表 14：结果测量分类和实例

影响/结果分类	结果实例
服务对象/病人或临床层面	•实际变化的健康状况监测如死亡率、 发病率、 症状和体征、 功能状态、 生活质量和不良事件 • 其他与健康状况无关的，对服务对象/卫生保健系统的影响监测如服务对象/病人满意度的影响
卫生保健从业者层面	• 监测卫生保健从业者的满意度
系统或组织层面	•监测卫生保健系统（例如等待时间，住院时间，就诊次数、再次入院率）或费用的改变

医疗质量分类的另一种方式源自 Donabedian 的框架 （Donabedian 1988）。将质量指标归纳为三种主要类型，包括结构、 过程和成果。下表更详细地描述了这一框架如何可以应用于知识的使用及其影响的评价。

表 15：知识使用及其影响的评价

质量指标的类型	定义	适用于知识运用评价和及其影响指标的实例
结构	•重点在组织层面的服务提供模式 • 可以考虑为工具性知识使用的促进者	•组织采纳或认可的操作指南 •政策清楚地确定操作要求 • 促进指南依从性的文件表格提醒 • 购置遵从指南执业人员必需的设备
过程	• 专注于护理服务患者的过程 • 近似于工具性知识的运用	•疼痛的评估和管理的组织流程 （如入院时进行疼痛初筛，如果疼痛存在将进行一次全面评估，然后每 4 个小时重新评估 •为每位患者的制定个性化疼痛管理计划
结果	•侧重于改善服务对象/病人健康状况	• 疼痛的严重程度（轻度、 中度、 严重） 的发生率

选择你的策略

监测注意事项

当考虑实施最佳操作指南时（见第 4 章），实施者应提出几个问题，以帮助指导知识运用和临床结果的监测。

监测什么？

您必须确定是否要监测知识使用（如概念、 行为、象征性知识）、成果（如病人、 卫生保健从业者、 单位、 组织、 系统的影响）或监测两者。考虑的关键因素包括：费用(人力资源和资金）；时间限制；访问数据容易性；和策略的相关性。

例如，如果你正在实施《关于疼痛的评估与管理 RNAO 最佳操作指南》时，您将需要在多个措施中做出决定，包括：

- 对护理教育培训进行前后测试，以确定护士知识的获得（概念性知识使用）
- 病案审计相关疼痛管理，以确定是否符合推荐建议（行为知识使用）
- 进行患病率的研究以确定在实施单位病人的疼痛程度，并确定指南的实施对病人的健康结局（结果）的影响
- 与疼痛管理评估相关的病人满意度调查以评估推荐的实施对他们的影响（结果）
- 护理焦点小组，以评估工作量和工作量满意（结果）
- 进行病案审查，以确定使用疼痛药物的患者（行为知识使用）和相关的费用（结果）

怎么监测这些结果？

选择如何衡量结果时，需考虑的不同监测方面。表 16 结合临床实例概述了这些方面。

表 16：结果监测侧重面的概述

监测侧重面	定义	例子
直接	•可以直接观察或测量的结果	• 观察进行疼痛评定的护士 •在教育培训之后，通过对所教内容进行多选题的测验来测量概念知识
间接或侧面	•测量行动或行为结果	•病案审查以确定护士是否记录疼痛评估
主观	•监测个人主观体验	• 自我报告的工具，例如简明疼痛量表 • 患者访谈 • 焦点小组
客观	•无主观偏倚或回忆偏倚的数据	• 病人通过电子化止痛泵自我管理使用止痛药物，通过电子泵的剂量数据，跟踪病人企图用药的数目和给药剂量

收集结果的监测方法通常包括审查、 调查、 访谈和观察。结果测量的选择应遵循考虑两个关键因素：

1. 科学价值（可靠性、 有效性及临床灵敏度）
2. （资源需要，行政管理负担） 的实用性

最佳操作指南的实施的情景中，有意义的测量需要考虑这些因素，并要与利益有关者协商。

注意：由于评价知识运用方法有多种，评价者应考虑评价方法的使用，特别是其在某一组织内的可行性。下面的表 17 描述了知识的使用和影响，以及它们在 Donabedian 框架中的成分，以及数据的收集策略和可能的来源 (Graham 2010)。

表 17：知识使用及其 Donabedian 框架相关的例子

框架	Donabedian 框架	描述	监测例子	数据收集策略	数据来源
知识使用					
概念性（服务对象 / 病人或服务者）	过程	在知识水平、 认识、 态度、 意图的变化	知识；态度；接受实践的意向	自我报告	· 调查问卷 · 服务对象、 病人或卫生保健从业者的访谈
工具性 （服务对象 / 病人或服务者）	过程	行为或实践的变化	推荐意见的依从性（例如采用新的护理实践，或放弃的现行做法 ； 处方或开化验操作的变化）	· 审查 · 观察 · 自我报告	· 管理或临床数据 · 观察服务对象/护患关系 · 患者对供应商的行为的问卷调查、 访谈
工具性使用的促进因素	结构	促使行为变化所需的变革	组织赞同指南推荐；购买所需的设备改变政策和流程（记录和表格）	· 自我报告 · 文件分析	· 访谈 · 文件
知识使用的影响					
对服务对象/患者影响	结果	对服务的用户/使用知识的患者的影响	健康状况 （发病率或死亡率、体征、症状、 疼痛、 抑郁） ；健康相关生活质量 ；机能、护理满意度	· 审查 · 自我报告	• 管理数据库 • 临床数据库 • 调查问卷 • 访谈

框架	Donabedian 框架	描述	监测例子	数据收集策略	数据来源
对服务者的影响	结果	对使用/应用知识的服务者的影响	· 对操作的满意度 · 新的操作所用时间	· 自我报告 · 观察	· 调查问卷 · 访谈
对系统/组织层面的影响	结果	对使用/应用知识的卫生系统的影响	· 住院时间 · 等待时间 · 入院率 · 医院资源使用	· 审查 · 自我报告	· 管理数据库 · 临床数据库 · 调查问卷，访谈服务对象/患者或服务者

总之，当考虑监测知识运用和评价其效果时，采取下列步骤是重要的：

- 确定测量哪种类型的知识
- 选择度量衡或战略，以用于监测知识使用
- 考虑需要评估的知识使用的影响和结果选择您测量策略
- 使用 PICO 格式来帮助你确定问题
- 考虑是否需要伦理审批
- 确保你有足够的资源和利益相关者的支持，进行你的监测和评价

在下一章开始之前需要考虑的内容

利益相关者涉及的内容

- 当计划监测和评价时，认真考虑所有的利益相关者包括服务对象/病人、 卫生保健从业者和系统。很关键的是所用这些层面均有数据用于检测绩效，以确保知识转化过程参与感，达到理想的结果。
- 关键利益相关者可能是一个学术的合作伙伴。

资源涉及的内容

- 使用那些不用太多额外时间和预算的评价措施。如果可能的话尽量纳入可以从已经建立的系统，如临床或行政数据库获得的措施。但是，也要考虑整理和分析数据所需的时间。

行动计划涉及的内容

- 在你的行动计划中确定监测和评价的策略。这些策略有足够的资源来确保取得成功是至关重要。
- 探索伦理审批是否是必需的，如若需要，可以考虑与学术伙伴合作，以促进伦理审批。
- 基于实施知识的类型、 评价的重点和指标的类型选择评估方法。

推荐网站&网络资源

加拿大政府、三所大型研究联合机构的政策声明：涉及人类研究道德操守

http://www.pre.ethics.gc.ca/eng/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/

定性研究方法

国际研究所之质性方法 http://www.iiqm.ualberta.ca/

定量研究方法

1. 循证医学中心： 循证医学的工具 http://www.cebm.net/index.aspx?o=1039
2. Cochrane 协作网： 培训和在线课程 http://www.cochrane.org/training

   世界卫生组织： 数据、 统计学和临床试验 http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html
3. Wikipedia 统计 http://en.wikipedia.org/wiki/Statistics
4. StatSoft 电子统计教材

   http://www.statsoft.com/textbook/elementary-concepts-in-statistics/?button=1

混合方法

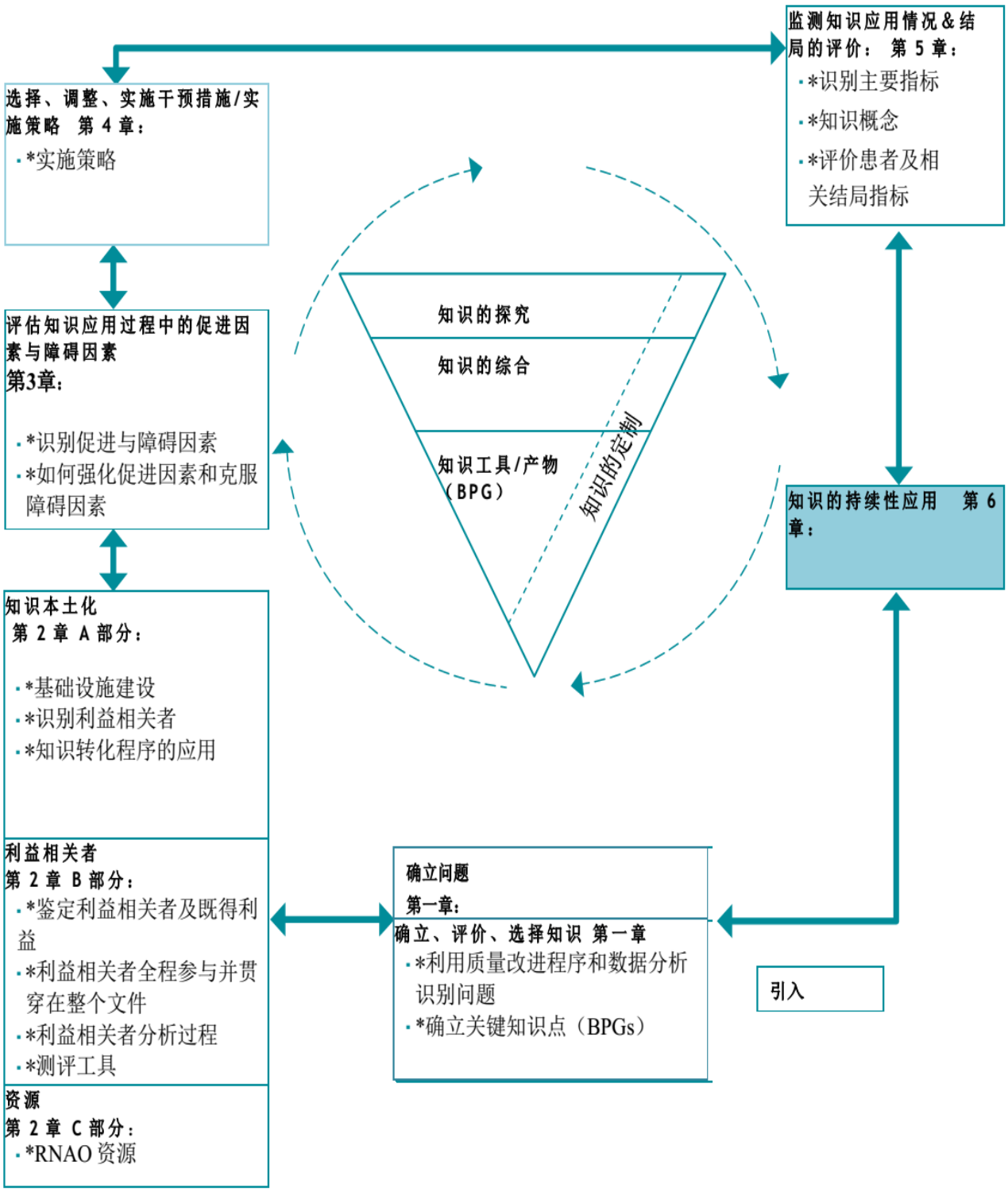
沃里克医学院：健康研究混合的方法

http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/hsri/primary_care/research_/centrepatexp/complexityhealth/mixedmethods/

护理最佳操作研究单位 http://www.nbpru.ca/

患者决策辅助 http://www.ohri.ca/DecisionAid/

第 6 章：知识的持续性运用



章节回顾

在使用工具书时，你已运用以下内容：选定使用的最佳操作指南或者最佳操作指南中的推荐证据；开始确定和建立利益相关者的合作关系；通过环境审查确定有利因素和障碍因素；选择最佳操作知识运用的评估策略，并确定实施最佳操作资源。

在证据运用之前，使用者亦需要在实施初期考虑到最佳操作知识的持续性运用计划，包括最初的最佳操作运用结束后的后期阶段的持续性。有持续性观念才能保证临床实践改革会被包括在目前及将来健康保健人力资源设置的改革。

本章知识概述

本章节知识主要协助临床实践者通过长期证据运用，改善患者的预后结局，并基于最佳操作指南的有效运用，提供健康保健服务。

持续性健康保健创新和指南运用：

- 与护士或健康保健小组通过决策商议，以寻求新的研究方向或选择性临床决策的实施有关。
- 依赖于领导层的支持、人力资源部门的协作，以及员工的持续性继续职业教育。
- 需要具备一定的对新知识在临床实践环境中的整合和适应力。
- 是达到医院、社区、公共健康事业级护理中，临床服务质量持续性改进的重要环节。

可持续性

可持续性指某一革新项目在初始阶段达到既定目标后的持续性运用程度（Rogers, 2003）。由 Maher 领导的英国团队（2010）已经系统地制定了运用模式和诊断评估系统，该团队拟定了可持续性的定义，即新的工作方法和提升了的健康结局成为常规。不仅仅是工作程序和健康结局的变革，也包括为确保临床变革的发生所作出相应改变的临床工作系统，以及临床工作者的思维模式和态度也达到本质地改变 (Maher , Gustafson, & Evans, 2010)。

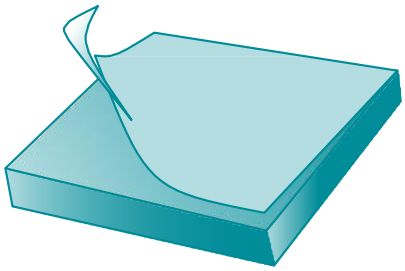
关于可持续性的既知信息

- 临床实践变革并非简单易行且直截了当的工作任务。
- 领导层、组织环境、教育培训、促进策略、资源配置均为持续性最佳操作运用的重要因素。
- 临床工作者或患者等可能会质疑不断地变革、概念的外延、趋势、工作程序的改变，故应合理安排变革次序，避免变革疲劳。
- 植入实践改革需要系统周全的计划和程序制定以保证变革条目整合到既有的临床系统中，比如政策、临床常规及文件系统。

重要定义

衰退: 随着时间进程不断减少实施的最佳操作推荐项目(Buchanan, Fitzgerald, & Ketley, 2007)。
终止: 终止最佳操作项目的决策。很多因素会影响到决策的制定，包括优先实施权级财务状况。
制度化: 某一组织内改变的相对耐受力，其程度可导致最佳操作项目最终是否能成为护理或诊疗常规(Davies, B. & Edwards, N. 2009)。
组织知识存贮量 : 某一组织内知识库的短缺或充盈情况。例如：正式员工教育水平、适应程度、临床文件系统中的促进和提醒策略、政策或诊疗护理常规、临床实践期望值（如：实践过程中的可鉴定的护理工作）(Virani, Lemieux-Charles, Davis, & Berta, 2009)。
复发: 回复到先前的工作模式(Davies & Edwards, 2009)。
常规化: 当一变革成为常规实践活动，比如：要求对所有病人进行跌倒危险评估(Davies & Edwards, 2009)。
拓展: 某一特定临床环境中形成的新的工作方法的程序，通过适当的改变运用于另一种临床环境(Davies & Edwards, 2009) 。将最佳操作指南拓展运用于其他医疗机构、社区或教育机构。
传播: 在某一特定环境形成的新的工作方法同样适用于或经修改后适用于其他的临床环境(Davies & Edwards, 2009)。
粘性知识: 某一知识具有内在粘性或不可移动性。“粘性是转移过程中的产物，并可通过审查一系列状态预测，这些状态包括知识、资源、转移环境及其特性。”(Virani, Lemieux-Charles, Davis, & Berta, 2009)。

在你的健康服务环境中，让实践变革变得有粘性



持续性行动计划

一系列因素促进着实践的变革，以及影响着对健康服务环境的监测。以下 9 个因素来自于文献分析，以及几十年的护理或健康保健指南实践经验。这些因素以问题为中心列出，以帮助领导者及实践者制定持续性行动计划。相关团队计划工作部见附录 6.1。

Davies, B. & Edwards, N.（2009）已授权重新印刷其著作中的第 169 页：行动循环：持续知识运用（S. Strauss, J. Tetroe & I.Graham 编著），健康保健中的知识转化：从证据到实践. Oxford: Wiley-Blackwell and BMJ.

主题的相关性

- 实践项目的主题是否已明确界定，并有优先权？
- 是否对哪些知识需要持续性运用，及其创造持续运用的环境的变革需要什么？
- 新知识如何适应已经组织其他优先事项？

利益

哪些是知识运用的目标？这些目标应包括生物学、经济学、心理学、组织机构、社会、政策等方面。

- 利益相关者的获益情况。

态度

- 患者、家属、公众、健康工作者、相关决策层对改革的态度（包括对变革的抵制）？

工作网

- 什么样的团体/群体能能参与到持续性知识运用的工作中？
- 参与者是否包括跨专业、跨文化、跨工作领域者？（比如：跨专业合作者、学术项目、健康保健组织、社区服务机构、规章维持官员）

领导团队

- 什么样的实践行动可能促进各领域及各临床角色的领导层对持续性知识运用的支持？
- 是否需要临床实践者的改变？
- 谁负责持续性实践变革以及新知识运用前的修订？
- 谁能负责并保证项目目标的实现？

政策衔接和整合

- 如何评估新知识和现存政策的切合度？
- 新知识如何整合到相关政策、程序、常规和文件系统中？（比如：电子临床决策支持系统、工作量衡量项目）

财务预算

- 最佳操作项目的实施、持续性运用以及拓展所需要的财务预算？
- 项目经费在补偿上的灵活性和必要性？
- 是否可运用成本效率战略？

政策支持

- 利益相关者的构成及其在最佳操作项目中的支持作用？
- 谁负责启动最佳操作的拓展项目？
- 在政策环境中应变革带来的可能的结局？

更多的最佳操作持续性项目的策略前景

1. 培养“我可以的”实践态度

实践过程中即使遇到各种障碍都抱有积极的态度是至关重要的，尤其当面临长期的实践阻碍或者激烈的跨专业争议的时候。在最佳操作过程中，鼓励采取循序渐进的积极的障碍解决(Marchionni & Richer, 2007)。

2. 跨专业实践审视

个人和集体的审视性思考是很重要的，以认清实施并持续询证的操作需要什么。决策制定者必须清晰认识到护理一线工作人员在日常健康照护中所面临的各类挑战；而一线护理工作者也必须认识到软硬件资源对健康照护和管理决策的影响。因为，管理者和一线实践者应采用循证证据和实践决策相辅相成的策略来运用最佳操作的推荐证据。团队会议、科室会议、家庭讨论都是可采取的实践策略，以弥合学科特性、跨专业写作所带来的分歧和障碍(Davies, Tremblay and Edwards, 2010)。

3. 上层领导

上层领导对于指南的长期临床实践至关重要。Gifford 等人在研究中对比了持续性临床实践项目的领导方法与实践项目持续不足 2 年的领导方法，研究发现不协调的领导策略会影响达到指南的持续性运用(Gifford et al 2006)。在这方面的理论研究既得策略包括：

1. 强化个体使用指南；
2. 构建最佳操作的积极环境；
3. 完善组织结构和程序。

在构建健康团队观前，可能会有很多准备工作，所以上层领导收集团队意见非常重要。

评估指南持续性运用的问题并加以解决

为确保指南长期运用，必须清晰识别评估指南持续性运用的指标，以及在实践中这些指标所产生的影响效应（小、中、大）。

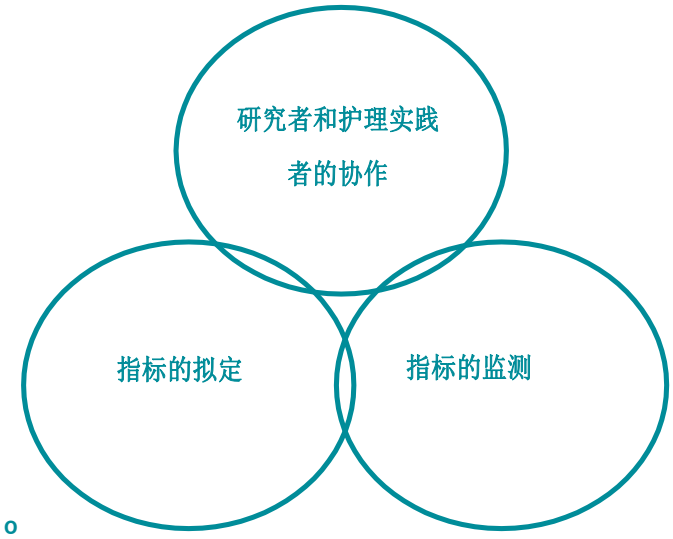
- 在**微观**层面上，实践中的个体或组织水平必须进行细节评价。评价方式可包括科室规章（unit protocol），护理指令集（order set），机构居民/患者/家庭教育工具，以及其他持续性运用评估的促进策略。
- 在**中等**层面上，同一医疗组织内的其他临床实践单元或科室需要咨询或协作。一种方法是在各个科室的最佳操作中寻找协作的增强效应，比如说某一医疗组织正在全院内推行 RNAO 疼痛管理指南，与此同时，领导层希望在急诊室推行高效护理的新体系，疼痛项目与急诊项目组通过会议制定联合行动方案，方案涉及到新的治疗指令、修订的医疗政策以及针对护士的培训项目。

- 在**宏观**层面上进行项目持续性的计划，需要考虑到其他的医疗组织、地区研究工作组、区域政府卫生机构，从而促进护理工作者与病人及其家属医疗协作。最佳操作项目的跨专业协作团队成员并不单由某一实践环境来界定，也可能是特定的人群（老年学科、土著个体），特定项目（延伸服务、康复护理）或者特定健康状况（先天性残障、糖尿病、肥胖症）。在一个庞大的体系中监测具体的指标需要细致分析，从而使某一最佳操作项目在预定的时间和预算内达到既定目标。

精确识别和监测指南持续性运用指标如同监测分析实践中组织、教育及实践的结局指标一样重要。

这些指标可反映出临床操作指南短期与长期运用的有效性。

文献证实，在临床实践进程中寻找监测持续性运用的情况指标，并非呈线性的规律。在下图的模型中，三个元素之间既相互独立，又相互影响。在评价过程中，有一个关键因素在于研究者与临床实践人员相互协作。决策制定情况的评估指标既可能存在于微小、中等、宏观水平，它会随着其他因素而改变。

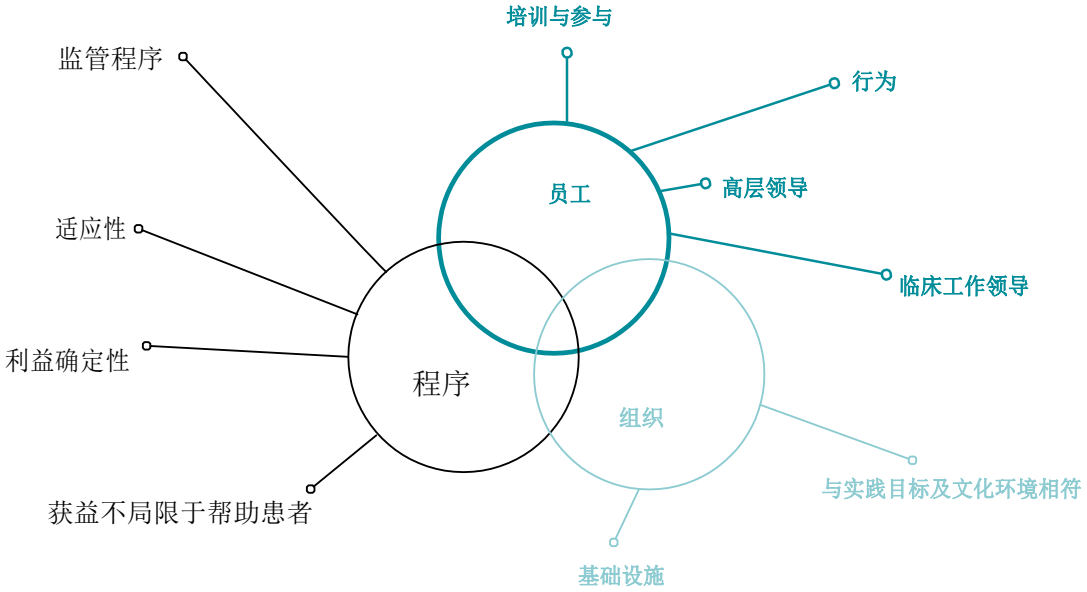


(Davies, B., Tremblay, D., Edwards, N. 2010)

图示中每一个环都与其他两个相互影响，但在实践指南的持续性应用中，需要考虑到以下方面：

- 选择优先问题
- 识别选择的指标
- 数据资源存量
- 优劣势评估
- 流程评价
- 确立影响指标的检查系统
- 数据收集与分析
- 责任/沟通
- 结局与使用反馈
- 指南运用的长期展望
- 持续性基础建设

推荐的自我评价模型或工具：英国国家卫生服务部可持续性模型



授权重新印刷。Maher et al., 2010.

英国国家卫生服务部可持续性模型模型包括 10 个因素。该模型可被个人或团体使用。同时该模型携带一个诊断性问卷，对每个因素均有相应的评分系统。有关模型定义及内容的视频可查询英国国家健康服务网址：http://www.institute.nhs.uk/sustainability_model/general/welcome_to_sustainability.html

另外，网站也提供了 2 本专著：持续性模型及其指南指导（The Sustainability Model and Guide），该书包含了一个较为详尽的评分体系，持续性指导一书明确了一些影响因素，而且提出了针对性处理方案。在 2010 至 2012 年中，安大略省 9 个健康机构开展了若干 RNAO 指南运用项目，而 NHS 模型在这些运用项目中得到了进一步的验证，并证实能够进一步提高患者的预后结局（Guideline for Improved Client/ Patient outcomes(GICOM)）（Davies et al., 2011）。

实践持续性的监测指标的筛选标准

相关性：指标与优先实施的政策或实践项目间的相关性，以达到长期目标。

可行性：指标采集的信息与当前客户群体的年龄及健康状况相符合相关信息可在恰当的时间内获知并支持决策制订。

确定性：信息的确定性和受众的信任感。

清晰性：指标的清晰性可被受众接受 。

可比性：在时间、地域（如：Local Integrated Health Networks, LHINs）或其他组织(如：Safer Healthcare Now！）的基准上具有一定的可比性。http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Pages/default.aspx

表 18 列举了持续性实践评估的相关指标，这些因素存在于指南的持续性运用中的多个层面中。所有的因素对整体目标的实现，以及目标的评估和检测都非常重要。

表 18 BPGs 的持续性运用评估的可能指标

BPGs 的持续性运用评估的可能指标			
分类	结构 （要什么）	程序 （要怎么做）	结局 （要什么样结局）
目标	确定持续性运用的结局		
组织机构/单元	· 支持临床变革的宗旨、任务和文化因素 · 专业协会或机构，质量保障与患者安全保护机制，咨询机构 · 护理系统 · 跨专业合作 · 硬件设施 · 设备 · 与伙伴单位以及外部影响因素的协同性 · 机构独特的主要评估指标	· 获得管理岗位和临床岗位的领导者的承诺和职责 · 政策与程序的制定或修订 · 跨专业团队的建立 · 表格——标准化文件或工具 · 电脑系统或电子文档的确定 · 继续教育或教育资源的可用性 · 在迎新培训中加入指南内容 · 增强员工最佳操作意识、士气和宣传 · 最佳操作与雇佣决策和绩效评价挂钩 · 在与患者/客户/家属交流时，动员宣传最佳操作的积极结果的志愿者（比如：跌倒防范计划；患者健康教育手册）	· 采纳循证导向的哲理作为战略被所有人接受 · 强化循证语言或术语 · 强化内部资源的影响，例如转诊部门，跨专业交流与咨询 · 缩短等待治疗时间 · 通过科测量指标评价患者结局（比如：事故发生率下降、通过疼痛管理促进患者及员工满意率） · 组织职责：质量保证监控、组织结构平衡计分法 · 外部职责：LHIN 协议、认证指标、立法改变 个体目标的达成，如个体化预防跌倒计划

BPGs 的持续性运用评估的可能指标			
医护人员	· 员工的质量与数量 · 患者员工比例 · 角色、责任、多学科合作 · 教育项目	· 对最佳操作的知晓度和态度 · 知识技能水平 · 由变革拥护者/资源型护士形成的领导力 · 健康保健的市场策略	· 教育项目的出勤率 · 最佳操作证据的依从性 · 标准化评估完成情况 · 恰当的治疗量 · 自信水平 · 作为患者及其家属健康代言人的能力 · 医护人员满意率 · 对社区资源的了解度提高意识
患者及其家属	· 患者特征（人口学特征、疾病及风险水平情况） · 以患者为中心的护理方法 · 在卫生服务各个层面中的决策参与情况	· 患者对最佳操作的态度 · 家属、社区对最佳操作的接受 · 患者及其家属在入院、出院、转院期间的知识	· 生理、心理、社会、患者结局 · 因最佳操作研究因素而导致的再入院次数 · 护理满意度 · 医疗服务可获得性 · 患者在出院计划、社区资源、自我护理等方面的自信度 · 使用外部资源（如社区护理、公共健康组织机构，家庭照护）

经济支出	· 额外的员工或硬件资源支出 · 潜在新设备 · 设备维护、检查和补给 · 教育支出或流程更新支出 · 文件、表格、电子档案修改支出	· 实践方案支出 · 员工培训的经费支持 · 患者健康教育经费支持（包括多语言翻译以及各式多媒体资料） · 互联网支出	· 产品或药物增加的费用 · 信息技术、软件支出 · 服务收益 · 患者入院周期变化诊断测试或治疗数 · 急诊入院、再入院率 · 事故追踪 · 因知识学习或传播导致的员工参会支出

持续性监控与反馈机制

随着对公共经济投入和健康照护者的职责的关注增加，最佳操作的持续性使用日益得到关注。为了保证质量提高的透明度的多个机制已经被采用，以下将列举部分：

当地（组织）：

- 平衡计分指标（结局指标追踪），并在医院或医疗组织网站公示。
- 质量保证委员会
- 具体的成效记录单
- 市政调控，导向，公共健康宣传

省份（地区）：

- 健康保健质量标准的公示（比如安大略医院协会）
- 安大略区域卫生政府部门（Ontario Local Health Integration Network, LHIN）服务职责协议（包括了所有的健康保健服务部门）
- 安大略健康与长期护理部标准（比如依从性评估、患者评估工具）
- 与行业内实践要求（比如安大略护理学院）相关的评价体系（比如循证实践职责）

国家：

- 加拿大卫生部：指令、指示、立法和政策
- 加拿大认证标准：机构实践要求
- 加拿大健康信息组织
- 加拿大患者安全组织

国际：

- 世界卫生组织条款
- 指南国际网络（循证实践文件交易所）

在下一章开始之前需要考虑的内容：

利益相关者涉及的内容：

- 利益相关者是最佳操作持续性使用的重要组成人员：管理者（负责最佳操作指南资源受批准），临床实践领导者（负责宣传最佳操作照护），以及其他在指南运用中涉及的人员，包括患者及其家属。

资源涉及的内容：

- 最佳操作的持续性运用依赖于临床资源的供给。这些资源包括：基础设施预算；供应商教育项目优惠；与其他最佳操作团队的协作；科研授权；政府资金支持；健康保健机构资金捐献者；教育遗赠；安全与护理质量结局。

行动计划设计的内容：

- 将选定的持续性方案指定到整体行动计划中。
  - 哪个最佳操作证据的运用对于临床实践及所在组织的长期战略影响最为关键。
  - 行动计划应关注临床结局、环境、科研产出、指南改版。
  - 考虑到组织内各层次人员在行动计划中的职责。

情境涉及的内容：

根据持续性评估文件，考虑持续性使用的特性（比如附件 6.2），并且要反映一下内容：

- 在多层次上的持续性运用影响因素（微观、中等、宏观）
- 早期利益相关者随实践的角色改变（从发起人到实施者到评价者）
- 员工与患者的角色，新证据的整合产出，以及临床环境改变。
- 根据机构情况设定的干预时间，平衡记分卡，服务职责协议。

推荐网址:

持续知识应用:加拿大健康研究院(CIHR) 英语及法语版的学习目标简述
英语 http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/41947.html
法语 http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41947.html

英语及法语的幻灯片描述
http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_in_health_care_chapter_3.7_e.pdf
http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/kt_in_health_care_chapter_3.7_f.pdf

“现在开始让医疗变得更安全”宣传: http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Pages/default.aspx
加拿大协作网络与加拿大患者安全协会，就促进病人安全方面的最佳操作目标进行交流。从业者、组织及健康质量委员会以及健康部门都可获得相关资源，并且已检验了可靠性。主题包括洗手卫生、防跌倒以及药物查对， 也已提供了测量工具。

可持续模型及指南: http://www.institute.nhs.uk/sustainability
由 NHS 协会因创新及改进而开发，此网站提供了一个指南和评估某一项目的持续性的工具包，基于三个最经典的参数：员工、过程和组织。每个参数都包括详细的问题，以此来会用特定的测量方法为承诺程度评分并评估。 一个全面评价的分数反映了其持续性水平，并提供了对将来需要关注的领域的深刻理解。

持续性: http://www.sustainability.com
该网址探讨在企业市场持续性、并提供一个独立的智囊团和策略咨询服务，致力于创造性地解决挑战等方案的发展。

持续性指标: http://www.sustainablemeasures.com/Sustainability/index.html
该持续性指标提供了措施和工具，来评估经济、社会、环境问题持续性的水平。

持续性研究所 S: http://www.sustainer.org
一个在全球范围内，应用思考模型、建模、组织学习等的非盈利性的组织。

附录 6.1

我们选着计划执行的指南是：

我们特别感兴趣的指南建议是：

1. 话题关联性：从委托人/患者的观点将需要什么？

2. 利益　对这些委托人/患者及他们家属有何益处？这些益处对其他利益相关者是否有意义？

3. 态度：委托人/患者关于这个问题的态度如何？ 家庭成员可能会如何看待(积极的和消极的)? 关于指南推荐的行动，护士及其他主要利益相关者持何态度？这些推荐是否是一个重大改变？如何改变的？

4. 协作网：什么团队在忙于促进持续性？

5. 领导力：项目领导方面谁来负责（短期，长期）？你身边有拥护者和朋辈导师吗？ 单位领导和管理员可以采取哪些措施？ 从长远角度来看，高官可能采取哪些行动？

6. 政策阐述与切合：推荐意见是否符合当下政策？哪些可能需要改变？比如：命令、 政策、图表？警示系统是否可行？

7. **财务:** 实施策略和行动计划需要哪些资金？你能否考虑成本-收益比及协同战略？

8. **政治环境:** 存在什么样的权利及地盘争议？怎么样的支持可能被激发？

附录 6.2 - 持续性行动计划

以下是一个可持续性行动计划的模板的例子。该计划描述了经鉴定的可持续性指标，并在一个大型急症护理医院应用，以监控同一时间内最佳操作指南一体化的可持续性。

前York 中心，现 Mackenzie 健康中心，是指定的 RNAO B P S O®并积极投身于数个 RNAO BPGs 的制定、 实施和评估。下边这个持续性的行动计划的例子由 Mackenzie 健康中心提供。

持续性

在 BPSO ® 候选状态的总结阐述中，对你所在单位的关键结构、过程以及员工角色进行评价.，即已经或即将形成的或持续应用最佳操作的角色。请用一下图表概括你们未来两年的可持续发展计划。必要时可额外增加行数。

老年人预防跌倒及跌倒损伤

第一年	最佳操作指南		如何持续	
目标	新的/进行中的	员工角色	结构	过程
100% 的新员工接受预防跌倒的知识	进行中	临床教育工作者/管理者	遵守导师制的时间表	每月制定恰当的日常安排
70% 的员工通过在线学习完成年度考核	进行中	临床教育工作者/管理者	遵循专业的发展	形成在线学习报告
70%的风险评估已按照 HED 审计要求完成	进行中 100% 的新员工接受预防跌倒的知识	临床教育工作者/管理者	临床教育工作者/管理者	遵循导师制的时间表 以形成 HED 手册和电子报告

第一年	最佳操作指南		如何持续	
目标	新的/进行中的	员工角色	结构	过程
综合脑卒中病房雇佣的员工 100% 能够具备脑卒中专科资格	进行中	知识转化 · 完成专业程序的临床护理专家 · 护士员工 · 遵守规范病房管理者	手册&能力已经被创造了，先在 Moodle 平台上	在新员工培训中，加入 3 个月时的程序审计
雇佣的员工: · 综合脑卒中病房 (100%) · 心内科监护病房 (100%) 将完成全部电子网上自学加拿大神经量表	进行中	知识转化 · 临床护理专家 · 医疗协调员完成制作电子教育 · 护士员工 · 遵守规范 · 病房管理者	在平台上自主学习程序	在雇佣 1 月内对完成度进行电子审计
患者& 家属教育	进行中	· 临床护理专家 · 医疗协调员各医护部门	患者& 家属教育工作表，专业间脑卒中教育系列	· 在患者出院时审计工作表，医疗协调员管理教育日志
导尿管导致的尿路感染 · 脑卒中病房 · 交叉机构	进行中 新的	知识转化 · 临床护理专家和执业性护士 · 医疗协调员和临床教育者宣传的支持 · 专业操作 · 感染控制的依从性 · 病房管理者	成人插尿管的政策 教育平台	一年一度实现平台教育管理 单位视觉提醒管理 每月尿路感染以及导管率报告
脑卒中吞咽排查测试	新的	知识转化 · SLP 安检员培训记录并且需每年重新评估 · 临床教育者	由 SLP 展示的 4 小时的教育会议 由培训生反过来示范 3 个 排查政策	每年重新评估筛选技术 每月评估误吸性肺炎率

脑卒中症状 & 体征	新的	知识转化 · 医疗协调员, 医疗协调员临床教育者	关于脑卒中的内部规章 电子平台教育模块	每年重新评估内部脑卒中规章

根据连续照护评估脑卒中

第一年	最佳操作指南		如何持续	
目标	新的/进行中的	员工角色	结构	过程
			嵌入到医院方向	

减少糖尿病患者足部并发症

第一年	最佳操作指南		如何持续	
目标	新的/进行中的	员工角色	结构	过程
对该指南的电子学习成分做出推荐意见，以 a) 作为该区域所有有糖尿病患者的护士的年度职业技能要求的一部分强制性完成 b) 每年于 CKD 肾病日提交	新	出席每日座谈会和员工会议 年度成功完成电子学习模块 每月出席 CKD “最佳操作文章评论俱乐部”	糖尿病足发展风险评估审计工具 每月出席 CKD “最佳操作文章评论俱乐部” 强制完成	每月审计病案来评估糖尿病患者足部风险评估的完成度 每年由每个实施单位的教育者评审电子学习场所，以决定员工完成的依从性

第一年	最佳操作指南		如何持续	第一年
目标	新的/进行中的	员工角色	结构	目标
通过组织持续支持和维持最佳操作指南	进行中	报告现有意见反馈以及重复性培训的需求	每年在全院完成一个 “糖尿病足护理周”	整个周组织及呈现多种活动以提供持续的教育和庆祝成功

糖尿病患者足部溃疡评估和管理

第一年	最佳操作指南	员工角色	如何持续	第一年
目标	新的/进行中的		结构	目标
培养持续运用“培训培训师”，在目前和随后的科室进行知识传播以及最佳操作实施	进行中	每个实施科室的每个最佳操作拥护者负责培训他们科室的多组员工，在评估和管理糖尿病患者伤口方面 强制每年由所有拥护者在组织的电子学习系统上完成 最佳操作胜任力学习活动(通过率失少为 85%)	通过组织和继续研讨会为鉴定最佳操作拥护者的合作努力，持续建立最佳操作知识传播战略	每年在指定的地方最少举办一次最佳操作拥护者工作坊

第一年	最佳操作指南	员工角色	如何持续	第一年
目标	新的/进行中的		结构	目标
在整个组织内与 IT 部门持续合作以促进糖尿病伤口管理的电子护理文件	进行中	依照所有已发展及实施糖尿病管理文件工具的易用性，给 IT 部门提供持续的输入和反馈	将伤口管理评估表格编入护理文件的一部分	伤口护理评估和电子管理的实现要求作为护士要求网上文件一部分

促进儿童哮喘控制

第一年 目标	最佳操作指南 新的/进行中的	员工角色	如何持续 结构	第一年 目标
针对急诊部发展预打印的医嘱, 文件和教育工具	新的和进行中的	知识转移 依从性	组织实践变化 利益相关者参与	目前急诊部 专门工具的修订
在 急诊部部门首站推出最佳操作指南	新的	依从性 知识转移	组织实践变化 利益相关者参与	知识翻译和转移 团队的教育: 工 具、模型和测验 的介绍
建立儿童哮喘诊所	新的	领导以满足领导力、计划和战略	利益相关者参与	修订目前对哮喘急诊部 病人准入制度、再次入院、组织花费，以及创造发现潜在的组织及储蓄的收入
HED 信息系统病案审计	进行中	依从性 知识转换	利益相关者参与	提供HED 信息系统的季度反馈文件包括哮喘记录
在导师制程序中加入哮喘最佳操作指南	进行中	依从性	组织时间改变 利益相关者参与	在平台上完成能力确认程序

筛查痴呆、抑郁、谵妄/老年人痴呆、抑郁、谵妄看护策略

第一年 目标	最佳操作指南 新的/进行中的	员工角色	如何持续 结构	第一年 目标
在住院患者及流动患者中，将筛查策略整合到每个轮班频次的评估	进行中	新雇佣的护士员工: · 当受聘后参加导师指导期 · 如果有的话，参加科室正在进行的健康教育/服务 就照护收治患者这点，老年健康医疗协调员 应为员工提供进行中的支持。他/她也会同时排查抑郁症。 管理层跟进确保所有员工 参加导师制会议	制定一个筛查谵妄的政策 在电子病历里嵌入谵妄的筛查 在 急诊部评估中，通过使自动打印 CAM 测试嵌入谵妄的筛查 ，在所有登记在册的大于 75 岁的急诊部患者 平台单元发展包括考核所有新员工	每个季度病案审计 CAM 筛查的完成度，通知医师初筛阳性 CAM结果， 以及提供给家庭健康教育材料. 与信息学家一起工作以开发电子审计工具，以及 ED 审计的手册 急诊部领导团队复查 TRST 完成度的量度，在每日交班时 团队也要决定所有护士完成 3D 电子模块，作为年度胜任力的一部分
增加家人/探视人员 关于谵妄的知识，授权他们成为积极地照护参与者		鼓励员工在入院时为患者/ 家属提供教育材料 每季度与宣传部协作在电梯处张贴海报	开发并审核数个教育文件为探视人员提供知识: 医院各种运用海报 “你可以帮助预防谵妄患者” 制作一张海报，张贴于扶梯基部， 讨论谵妄和谵妄预防 一般来说，与宣传部协作使谵妄信息置于医院周围候诊室外面对患者及家属的大荧幕上	可在每个科室的资料夹中或网上可获取资料 资料已经制定，并且 分季度寄出提醒

以病人为中心以及建立治疗关系

第一年	最佳操作指南	员工角色	如何持续	第一年
目标	新的/进行中的		结构	目标
将出院清单完全电子化(预定日期: 2012 年 11 月)	以患者为中心的照护，建立治疗关系	继续完成出院清单	将排泄清单整合到电子健康软件中	与 IT 部门合作建立文件软件
出院后电话追踪	以患者为中心的照护，建立治疗关系	持续增加员工可用工时以促进电话询问的数量	持续研讨会以促进能力 病人关系科也加入	在科室层面及组织层面提高能力

面向护士的母乳喂养最佳操作指南

第一年	最佳操作指南	员工角色	如何持续	
目标	新的/进行中的		结构	目标
实施政策	新的	依从性 知识转化 改善意识和知识	组织实践改变 利益相关者参与	按需求修改
开发文件工具 制定提前印好的清单	新的	依从性 在制造期引入合作及提供反馈	实施 监督 教育	实施纸质版工具，用以作为计算机文件的蓝图
一年两次护士教育以及胜任力评定	新的	依从性 改变行为 改变实践	项目核心胜任力要求	包含哺乳期顾问和资深护士

健康工作环境: 护理的专业性

第一年	最佳操作指南		如何维持	
目标	新的/进行的	员工角色	结构	过程
按部就班的完成全部政策和程序工作计划	进行的	质量/风险管理 专业的实践领导，护理	每月一次的政策和程序的审查 委员会 视觉管理工具的成熟	每季度一次的回顾
按部就班的完成全部医疗指示工作计划	进行的	PPL, 临床护士 实践队伍成员 首席实践官员	视觉管理工具的成熟	每季度一次的回顾
按部就班的完成全部伦理工作计划	进行的	伦理学家 知识翻译和转移, 伦理促进者	每月一次会议	形成数字化学习的报告, 每季度一次的回顾
举办论坛来帮助理解自我管理及其在实施中的含义	进行的	知识翻译和转移 成员 临床实践队伍成员	每季度一次的成员学习会议	形成报告 记录于表格
员工对健康工作环境的满意度提高10%	进行的	人力资源经理 组织发展 经理	信息采集工作人员 满意度问卷	每年一次回顾

健康工作环境：护理的专业性

第一年	最佳操作指南		如何维持	
目标	进行的	员工角色	结构	过程

对所有住院病人实施患者护理的重新设计	进行的	知识翻译和转移 成员 护理领导团队	以单位为基础的知识翻译和转移 项目中项目管理的建立确保与操作指南的建议一致 视觉管理工具的确立	每周一次的会议逐步过渡到每月一次、每季度一次 由高年资领导插入工作作为每月一次运营审查报告的一部分 通过采集结果评价患者和员工的满意度

提升和维持护理领导能力

第一年	最佳操作指南	员工角色	如何维持	
目标	新的/进行的		结构	过程
对所有住院病人实施患者护理的重新设计	进行的	知识翻译和转移成员 护理领导团队	以单位为基础的知识翻译和转移项目中项目管理的建立确保与操作指南的建议一致 视觉管理工具的确立	每周一次的会议逐步过渡到每月一次、每季度一次 由高年资领导插入工作作为每月一次运营审查报告的一部分 通过采集结果评价患者和员工的满意度

包容健康护理领域的文化差异性：提高文化能力

第一年	最佳操作指南	员工角色	如何维持	
目标	新的/进行的		结构	过程
多样性和易接近委员会的策略反映最佳操作指南	进行的—包容文化能力	经理，员工关系和多样性 领导，最佳操作指南文化多样性	多样性和易接近性委员会 最佳操作指南中心工作组	每年一次多样性和易接近性战略发展和被认可的过程
回顾 SickKids 儿童医院的文化能力资源	进行的—包容文化能力	经理，员工关系和多样性 领导，最佳操作指南文化多样	多样性和易接近性委员会	每年一次多样性和易接近战略发展和被认可的过程 给新员工召开入职培训

与多伦多地区移民职业委员会建立工作关系	进行中的—包容文化能力	经理，员工关系和多样性以及交往助手	实施导师制项目 利用多伦多地区移民职业委员会的资源比如现有的网络教学视频	对于国际上受过教育的专业人士们的一个成功的指导者项目 从内部利益相关者处得到一定的兴趣 教育内部员工有关这个项目的内容 不间断的监测和支持
实施这 11 件文化差异性的活动	进行中的—包容文化能力	经理，员工关系和多样性以及交往助手	鉴定这 11 件委员会支持的事情 需要制定如何实施的计划	宣传活动招募这件事的拥护者和领导 协调各基金会的捐款 事件协调—比如供应品、材料、贵宾发言人、会议地点等等 为付出努力的志愿者们表达感谢—比如由多样性和易接近性委员会颁发表达感谢的证明书 将本次事件的精彩部分包括照片等信息公布于内部互联网上

第一年	最佳操作指南	员工角色	如何维持	过程
目标	新的/进行的		结构	
完成并持续回顾实践政策	进行中的—包容文化能力	文化多样性最佳操作指南的领导	专业的操作手册	修正获得的护理委员会的批准
扩展“回顾、反映、更新”会议至 2 个其他科室	进行中的—包容文化能力	临床教育者	各科室集会	在集会中联系教育者和特别指定的参会者或者常规的回顾反映和更新元素

评估风险和压力性溃疡的预防

第一年	最佳操作指南		如何维持	
目标	新的/进行性的	员工角色	结构	过程
在医院各部门维持各种实施了的建议	皮肤护理/创伤评估 根据最佳操作指南制定预防压力性溃疡的方法	维持创伤治疗能力知识翻译和转移团队	政策和程序 患者健康教育 员工教育 发展并实施电子事件报告所有新的压力性溃疡 一年一次流行和发病率数据研究	创伤治疗教育 为前线工作员工提供聚焦于压力性溃疡预防的不间断教育 创伤/皮肤护理 指导者项目为新员工提供有关压力性溃疡的预防措施 员工将识别有发展成为压力性溃疡风险的患者病通过适当的采取积极地预防措施来治疗

评估和管理第一至第四阶段压力性溃疡

第一年	最佳操作指南	员工角色	如何维持	
目标	新的/进行的		结构	过程
在各医院维持各种正在实施的建议	皮肤护理/创伤评估 根据最佳操作指南制定预防压力性溃疡的方法	维持创伤治疗能力“创伤大师”项目 知识翻译和转移团队	政策和程序 患者健康教育 员工教育 发展并实施电子事件报告所有新的压力性溃疡 一年一次流行和发病率数据研究	创伤治疗教育 为前线工作员工提供聚焦于压力性溃疡预防的不间断教育 创伤/皮肤护理 指导者项目为新员工提供有关压力性溃疡的预防措施 员工将识别有发展成为压力性溃疡风险的患者病通过适当的采取积极地预防措施来治疗

高血压的护理管理

第一年	最佳操作指南		如何维持	
目标	新的/进行的	员工角色	结构	过程
根据最佳操作指南在四个临床科室和急诊实施 35 项建议中的 5 项	高血压护理管理	知识翻译和转移	政策和程序 出院事项清单	临床实践审计在 3、6、12 月实施一次 嵌入进指导者项目 根据患者出院在一年半、两年实施一次

第一年	最佳操作指南		如何维持	
目标	新的/进行的	员工角色	结构	过程
根据最佳操作指南在四个临床科室和急诊实施 35 项建议中的 5 项	高血压护理管理	知识翻译和转移	政策和程序 出院事项清单	临床实践审计在一年半、两年实施一次 嵌入进指导者项目 根据患者出院在 3 个月、6 个月、12 个月实施一次

伴有慢性肾脏疾病的成年人的决策支持

第一年	最佳操作指南		如何维持	
目标	新的/进行的	员工角色	结构	过程
执行主动地有关特殊形式的患者健康教育和适于患者的持续教育的质量改善	进行的	CPL 新开始 肾病日 领导团队 MRNs 项目协调者 多学科协作	每月一次新起点会议 追踪工具的成熟	每月一次的回顾

附录 6.3 工作表:
指导评估辅助和障碍因素的问题:

	问题	促进因素	阻碍因素
证据	· 从使用者的角度回顾指导方针。建议是否清楚并容易理解？如果不，你如何让它们清楚并容易被理解的？ · 使用者能容易地在临床时访问证据吗？如果不，如何让它变得容易访问？ · 它能被用于现有的文件中吗？ · 什么可能会提醒使用证据？ · 工具有被需要吗？工具被建议的是否清楚和容易去完成？当有一个新的工具被需要时，你能让那些将会使用它们的人去参与建造工具吗？ · 你如何能确保文件中没有副本？		
潜在接受者	领导支持对于成功实施具有决定性。确保这一点来优先进行是重要的。 · 他们能支持团队成员出现在委员会上的时间吗？ · 他们能支持团队成员有时间去接受教育吗？ · 他们能支持获得新设备和供应品的程序吗？ · 他们能影响改变吗？ · 他们愿意去为了这个改变做行为榜样恪守承诺吗？ · 当团队成员有疑虑时他们可见可及能被接近吗？		
	· 健康护理团队曾经接触循证护理实践吗？如果没有，那能提供一些有关于研究的教育吗？杂志俱乐部能在这个环境中工作吗？ · 他们能在研究的临床评估下获得帮助资源吗？比如，图书资源能获取吗？你能联系到学院的伙伴吗？ · 他们以往对循证实践的经历如何？什么进展好？什么进展不好？你能从那些经验中学到什么去修改你的方法？ · 团队一起工作的好吗？他们有合作的历史吗？如果没有，你可以使用一些技巧做到一定实现吗？ · 这个团队在安置职工和调度允许出席会议和教育会议有灵活性吗？		

	•高年资护士榜样有没有积极临床领导能力? •在这个团队谁可能会是你致力于来帮助去执行的?有人是热衷于去实现这些建议，关心这个病人群体,以及建议可以实现的潜在结果? •有 RNAO 最佳操作冠军拥护者的队伍来帮忙吗?		
	•现行教育目前怎么样传递?怎么沟通呢?它是如何工作的呢?如果它运行良好,可以实现使用此格式进行指南实施所需的教育吗?如果不是,有另一种方法教育,可能和 w,或者这些客户? •教育受众有改变的动机吗?		
	•客户群体了解基于证据的实践?如果不是,这是如何提高? •有教育针对客户吗? •应该考虑哪些因素?例如,任何感觉减弱吗?可能他们很难读,看,听,和到达房间吗? •最低水平素养的是什么? •他们将在哪儿学的最好?(在住院治疗,在家里,在诊所吗?)		
资源	人力资源的限制 •时间是最该被提到壁垒之一,例如: •做文献检索和审查的时间 •服务委员会计划实施的时间 •准备的指南实施各方面的时间 •教育会议的时间 •评估结果的时间 •准确估算完成项目所需的时间是很重要的,保证有原则和财务领导的支持 •组织中的其他部门可以帮忙吗?有质量监管或风险管理部门吗? 资金 •可能会有资金回填临床工作人员以提供所需要的人力资源。多少呢? •设备:是否有足够满足实施需要吗?新设备是必需的吗?获得新设备的过程是什么和交付时间表是什么? * 还有什么其他途径可以获得外部组织资金吗?有组织的基金会吗?这些提供资金的组织是专业的吗?政府?其他人呢?		

环境	•在实施指南同时有什么样的项目变化会发生——太多的变化可能会压垮一个团队 •企业优先考虑的是什么?这个实施有辅助战略目标吗? •组织的决策周转时间是什么吗?你需要提前规划多远? •生产一个新的病案工具需要多少时间?政策?程序?谁需要批准? •有足够的房间来开会议和教育会议吗?你需要去外部教育吗?那样会花费多少? •客户人群的复杂性是什么?复杂性越大,需求和范围渐变就会随之而来。因为更大的复杂性,测量结果的复杂性可以增加。		
评价	•在这个组织现在什么样的数据已经被监控?你能得到这些数据吗? •当前实践是如何评估?这会提供基线数据或一个应该进行吗? •评估需要进一步资源支持吗?例如,如果需要审核,谁来做,用什么工具?		

总结：

实施最佳操作指南的工具包已为您提供以下内容：

1. 评估和识别可以实施的高质量指南的方法。
2. 识别、分析并促使利益相关者的参与，来支持不同阶段 BPG 实施的过程。
3. 关于如何实施环境准备评估来识别特定的阻碍因素和促进因素的大纲。
4. 目前关于特定实施策略的证据。
5. 计划和执行实施评估及其影响的可能策略。
6. 用于发展可信预算以允许 BPG 实施和评价的资源需求和策略。

当您计划实施一项 BPG 时，你可以以行动计划的形式汇集工具包的六个步骤所建议的活动或行动。行动计划模板如下所示。当个体负责实施一项 BPG 时，这样的行动计划将可以为你：

1. 识别所有需要采取的活动或行动。
2. 识别实施活动的个体、群体或委员会。
3. 开发一个有完成活动的具体时间表的严谨的路径。
4. 与利益相关者沟通项目实施的计划和进展。
5. 监测进程并在需要时发展应急计划。您也可以使用提供的模板作为清单以确保实施计划的所有关键要素已解决。您需要添加所需的具体行动。

当您实施您的 BPG 时，请记住：

1. 你的计划需要是灵活的可适用的，以应对不确定因素如识别出的一项新的阻碍因素。
2. 在整个规划的运作中，您的计划必须包含关键利益相关者，您必须保证他们同意发展行动计划。实施团队必须对行动计划充分理解，并将此作为监测进展的一种手段。

最后，同样重要的是牢记以下内容：

1. 行动计划中所有的里程碑应该被标记、交流和庆祝。比如，当实施行动开始时，举办一项启动实施的活动就是一项激励性的里程碑。其他里程碑可包括教学培训班的完成、关键干预（比如使用新的镇痛泵）的开始、或者正式实施的完成。
2. 应当明确的是，BPG 实施是一项持续进行的活动，实施的可持续性同等重要。持续识别那些会坚持拥护、监测和解决问题的委员会、团体或个人是非常关键。确定政策和程序、培训项目、自学模块和设备更换项目等都是确保可持续的方法。
3. BPG 可能会过期：定期回顾文献并更新十分重要。
4. 变化是必然的。然而，做出改变是一项巨大的挑战！希望在实施项目的过程中一切顺利！

行动计划模板：

提示：使用该模板来建立您的行动实施计划。您需要完整填写各列，并在该模板的主要活动中识别特定的活动

#	活动	预定日期	目标人群	结局/成果	进展
1.	识别项目领导，拥护者和/或领导甄选和实施 BPG 的组织 a. 确定必需的技能和角色要求； b. 招募感兴趣的个人或组织，与之交流； c. 争取项目领导的参与； d. 确保在开始计划过程时项目主导者有明确的目的和需要的资源。				
2.	确定一项 BPG： a. 识别那些将参与到 BPG 识别，评估和选择的利益相关者； b. 可以使用 AGREE II 工具； c. 确保对 AGREE II 工具使用的理解和知识掌握； d. 为组织寻找和检索在感兴趣的主题领域中一切可获得的 BPGs； e. 进行评估活动； f. 将数据向参与评估的小组展示，并根据 BPG 的质量和内容作出决定确定一项 BPG； g. 与利益相关者交流相关决定。				
3.	利益相关者的识别、分析与参与： a. 定义实施范围—实施程度； b. 识别利益相关者——以团队的方法一起确定； c. 团队收集关于利益相关者的数据——使用提供的模板； d. 整理数据并分析——再次使用团队的方法——争取得到共识； e. 确定会影响、支持和促进不同能力的利益相关者参与的策略；				

#	活动	预期日期	目标人群	结局/成果	进展
4.	一旦确定，即植入利益相关者的策略和行动。				
5.	完成环境准备性评估。				
6.	识别和规划具体的实施策略： a. 确定环境评估中的阻碍因素和促进因素； b. 将利益相关者纳入，选择干预策略。根据可获得的信息，效果选择干预措施并与组织及其成员相适应。				
7.	基于所识别的实施策略，更新行动计划。				
8.	为评估制定一个计划： a. 识别可获取的支持评估的资源---专业知识，数据收集等（可以从质量管理委员会开始）； b. 发展评估计划； c. 实施计划。				
9.	基于评估计划的结果更新行动计划。				
10.	识别实施所需的资源： a. 使用磁盘上提供的预算工作表； b. 促使实施团队和利益相关者的参与以确保完整的预算支持； c. 构建预算有力的论据； d. 首先识别从非营利性来源获得资助的方法—如：收入来源，与特定的供应商合作等等（考虑所有的利益矛盾）； e. 将预算和收入来源控制在组织管理水平内。				
11	识别监测过程。				
12.	庆祝，标注里程碑事件。				

参考文献：

Althabe, F., Bergel, E., Cafferata, ML., Gibbons, L., Ciapponi, A., Alemán, A., et al. (2008). Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: An overview of systematic reviews. *Paediatric and Perinatal Epidemiology,* 22(1), 42–60.

Andreason, A. R. (2004). A social marketing approach to changing mental health practices directed at youth and adolescents. *Health Marketing Quarterly,* 21(4), 51–75.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, CK., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–12.

Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., et al. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 3, CD005470.

Bauer, M. S. (2002). A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harvard Review of Psychiatry,* 10(3), 138–153.

Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal,* 317(7156), 465–468.

Beyer, J. M., & Trice, H. M. (1982). The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Administrative Science Quarterly,* 27(4), 591–622.

Bloom, B. S. (2005). Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care,* 21(3), 380–385.

Brouwers, M. C., Stacey, D., & O'Connor, A. M. (2009). Knowledge translation tools. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice.* Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

Brouwers, M, C., Kho ME., Browman, GP., Burgers, JS., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, ID., Grimshaw, J., Hanna, S., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L., (2010). AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal.*

Buchanan, D. A., Fitzgerald, L., & Ketley, D. (2007). *The sustainability and spread of organizational change. New York: Routledge.*

Burgers, J. S., Cluzeau, F. A., Hanna, S. E., Hunt, C., & Grol, R. (2003). Characteristics of high-quality guidelines: Evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada. *International Journal of Technological Assessment in Health Care*, 19(1), 148–157.

Bywood, P. T., Lunnay, B., & Roche, A. M. (2008). Strategies for facilitating change in alcohol and other drugs (AOD) professional practice: A systematic review of the effectiveness of reminders and feedback. *Drug and Alcohol Review,* 27(5), 548–558.

Canadian Nurses Association Website (2009). Nursing Care Delivery Models. Retrieved December 8, 2009, from http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/environment/evidence-based_decision-making_and_nursing_practice_e.aspx.

Chaillet, N., Dubé, E., Dugas, M., Audibert, F., Trouigny, C., Fraser, W. D., & Dumont, A. (2006). Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology,* 108(5), 1234–1245.

Champion, V. L., & Leach, A. (1989). Variables related to research utilization in nursing: An empirical investigation. *Journal of Advanced Nursing,* 14(9), 705-710.

Clement, C., Stiell, I., Davies, B., O'Connor A., Brehaut, J., Sheehan, P., et al. (2011). Perceived facilitators and barriers to clinical clearance of the cervical spine by emergency department nurses: A major step towards changing practice in the emergency department. *International Emergency Nursing,* 19, 44-52.

Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. Data collection checklist. Retrieved April 17, 2012, from http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf.

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., Virani, T., Skelly, J., & Dobbins, M. (2006). *Determinants of the sustained use of research evidence in nursing: Final report*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Institutes of Health Research.

Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., & Virani, T. (2008). Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *Biomed Central Health Services Research,* 8(29), 1-44.

Davies, B., & Edwards, N. (2009). Sustaining knowledge use. In S. Strauss, J. Tetroe, & I. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care: Moving evidence to practice (pp. 165-173*). Oxford, UK: Wiley Blackwell.

Davies, B., Tremblay, D., & Edwards, N. (2010). Sustaining evidence-based practice systems and measuring the impacts. In D. Bick & I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of evidence based practice* (pp. 166-188). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Davis, D. A., & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal,* 157(4), 408-416.

Dillman, D. (2007). Mail and internet surveys. *The tailored design method* (2nd ed.). Toronto, ON: John Wiley & Sons.

Dobbins,M.; Davies,B.; Danseco,E.; Edwards,N.; Virani,T. (2005). Changing nursing practice: Evaluating the usefulness of a best-practice guideline implementation Toolkit. *Journal of Nursing Leadershi*p, 18(1), 34-45.

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.

Dulko, D. (2007). Audit and feedback as a clinical practice guideline implementation strategy: A model for acute care nurse practitioners. *Worldviews on Evidence-Based Nursin*g, 4(4), 200-209.

Dunn, W. N. (1983). Measuring knowledge use. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 5(1), 120-133.

Edwards, N., Danseco, E., Heslin, K., Ploeg, J., Santos, J., Stansfield, M., et al. (2006). Development and testing of instruments to assess physical restraint use. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(2), 73-85.

Edwards, N., Davies, B., Griffin, P., Ploeg, J., Skelly, J., Danseco, E., et al. (2004). E*valuation of Nursing Best Practice Guidelines: Interviewing Nurses and Administrators* (pp. 1-32). Ottawa, ON: Community Health Research Unit, University of Ottawa.

Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.

Estabrooks, C. (1999). The conceptual structure of research utilization. *Research in Nursing & Health*, 22(1), 203-216.

Estabrooks, C., Floyd, J., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 506-520.

Ferguson-Pare, M., Closson, T., & Tully, S. (2002). Nursing Best Practice Guidelines: A gift for advancing professional practice in every environment. *Hospital Quarterly*, 5(3), 66–68.

Ferlie, E., & Shortell, S. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly,* 79(2), 281–315.

Ferrell, B., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacologic management*. Maryland Heights, MO: Mosby.

Fervers, B., Burgers, J. S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G. P., Graham, I. D., et al., for the ADAPTE Collaboration. (2011). Guideline adaptation: An apporach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Quality and Safety*, 20(3), 228–236.

Field, M. J., & Lohr, K. N. (1992). *Guidelines for clinical practice: From development to use*. Washington, DC: National Academy Press.

Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M. A., Grimshaw, J., et al. (2007). Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000125.

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., et al. (2009a). Printed educational materials: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003030.

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., et al. (2009b). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue*, 2, CD003030.

Francke, A. L., Smit, M. C., De Veer, A. J. E., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making,* 8, 38.

Gifford, W. (2010). *Barriers categorized by level for specific recommendations from RNAO guideline: Assessing and managing foot ulcers for people with diabetes*. Doctoral dissertation, University of Ottawa, Ontario.

Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P., & Lybanon, V. (2007). Managerial leadership for nurses' use of research evidence: An integrative review of the literature. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 4(3), 126–145.

Gifford, A. W., Davies, B., Edwards, N., & Graham, D. I. (2006). *Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines*. Nursing Leadership, 19(4), 72–88.

Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 289(23), 3145–3151.

Ginrod, K. A., Patel, P., & Martin, J. E. (2006). What interventions should pharmacists employ to impact health practitioners' prescribing habits? *Annals of Pharmacotherapy*, 40(9), 1546–1557.

Godfrey, C. M., Harrison, M. B., & Graham, I. D. (2010). A review of the use of outcome measures of evidenced-based practice in guideline implementation studies in nursing, allied health professions and medicine. In D. Bick, & I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of implementing evidence-based practice* (pp. 189-203). Oxford, UK: Wiley Blackwell.

Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008).Healthcare professionals' intentions and behaviors: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3(1), 36–48.

Graham, I. D., Bick, D., Tetroe, J., Straus, S. E., & Harrison, M. B. (2010). Measuring outcomes of evidence-based practice: Distinguishing between knowledge use and its impact. In D. Bick & I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of implementing evidence-based practice*. Oxford, UK: Wiley Blackwell.

Graham, I. D., Harrison, M. B., Brouwers, M., Davies, B. L., & Dunn, S. (2002). Facilitaing the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines fo local use by health care organziations. *Journal of Obstetric, Gyenocological and Neonative Nursing*, 31(5), 599-611.

Graham, I. D., Harrison, M. B., Lorimer, K., Piercianowski, T., Friedberg, E., Buchanan, M., et al. (2005). Adapting national and international leg ulcer practice guidelines for local use: Ontario leg ulcer community care protocol. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(6), 307-318.

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et al. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.

Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172-183.

Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay. C., Fraser, C., et al. (2006). Toward evidence-based quality improvement: Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl. 2), S14-S20.

Grimshaw, J., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., et al. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(5), 112-145.

Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., et al. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6), 1-72.

Grinspun, D., Virani, T., Bajnok, I. (2002). Nursing best practice guidelines: The RNAO project. *Hospital Quarterly*, 5(2), 56-59.

Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2005). Improving patient care: *The implementation of change in clinical practice*. London, UK: Elsevier Butterworth Heinemann.

Groll, D., Davies, B., MacDonald, J., Nelson, S., & Virani, T. (2010). Evaluation of the psychometric properties of the phlebitis and infiltration scales for the assessment of complications of peripheral vascular access devices. *Journal of Infusion Nursing*, 33(6), 385-390.

Gupta, S., Bhattacharyya, O. K., Brouwers, M. C., Estey, E. A., Harrison, M. B., Hernandez, P., et al. (2009). Canadian Thoracic Society: Presenting a new process for clinical practice guideline production. *Canadian Respiratory Journal*, 16(6), e62-e68.

Hakkennes, S., & Dodd, K. (2008). Guideline implementation in allied health professions: A systematic review of the literature. *Quality & Safety in Health Care*, 17(1), 296-300.

Hakkennes, S., & Green, S. (2006). Measures for assessing practice change in medical practitioners *Implementation Science*, 1, 29-38.

Hanney, S. R., Gonzalez-Block, M. A., Buxton, M. J., & Kogan, M. (2002). The utilization of health research in policy-making: Concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1, 2.

Harrison, M. B., Graham, I. D., & Fervers, B. (2009). Adapting knowledge to a local context. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice* (pp. 73-82). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Health Canada. (2008). Best practices - Treatment and rehabilitation for seniors with substance use problems. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/treat_senior-trait_ainee/background-contexte-eng.php

Henderson, J. A., Davies, J., & Willet, RM. (2006). The experience of Australian project leaders in encouraging practitioners to adopt research evidence in their clinical practice. *Australian Health Review*, 30(4), 474-484.

Higuchi, K., Davies B., Edwards, N., Ploeg, J., & Virani, T. (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: A three year follow-up evaluation of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1329-1338.

Hutchinson, A. M., & Johnston, L. (2006). Beyond the barriers scale: Commonly reported barriers to research use. *Journal of Nursing Administration*, 36(4), 189–199.

Isett, K.R.; Burnam, M.A.; Coleman-Beattie, B.; Hyde, P.S.; Morrissey,J.P.; Magnabosco, J.; Rapp, C.A.; Ganju, V. & Goldman, H.H. 2007.The state policy context of implementation issues for evidence-based practices in mental health. *Psychiatric Services* 58: 914-21.

Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. (2006). Audit and feedback: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000259.

Kawamoto, K., Houlihan, C. A., Balas, E. A., & Lobach, D. F. (2005). Improving clinical practice using clinical decision support systems: A systematic review of trials to identify features critical to success. *British Medical Journal*, 330, 765.

Kitson, A., & Straus, S. E. (2010). The knowledge-to-action cycle: Identifying the gaps. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E73–E77.

Knowles, M. S. (1988). *The modern practice of adult education. Andragogy versus pedagogy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall/Cambridge.*

Krugman, M. (2003). Evidence-based practice: The role of staff development. *Journal of Nurses in Staff Development*, 19(6), 279–285.

Landry, R., Lamari, M., & Amara, N. (2003). The extent and determinants of the utilization of university research in government agencies. *Public Administration Review*, 63(2), 192–205.

Larsen, J. (1980). Knowledge utilization: What is it? *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 1(3), 421–442.

Lawrence, D. J., Polipnick, J., & Colby, E. (2008). Barriers to and opportunities for the implementation of best practice recommendations in chiropractic: Report of a focus group. *Journal of Allied Health*, 37(2), 82–89.

Legare, F. (2009). Assessing barriers and facilitators to knowledge use. In S. Straus, J. Tetore, & I. D. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (pp. 83-93). Oxford, UK: Wiley-Blackwell/BMJI Books.

Loisel, P. Buchbinder R. , Hazard R., Keller R., Scheel, I., van Tulderand, M., & Webster B. (2005). Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. Journal of Occupational Rehabilitation, 15(4), 507-524.

Maher, L., Gustafson, F., & Evans, A. (2010). NHS sustainability model and guide. London, UK: National Health Service Institute for Innovation and Improvement.

Marchionni, C., & Richer, M. C. (2007). Using appreciative inquiry to promote evidence-based practice nursing: The glass is more than half full. *The Canadian Journal of Nursing Leadership*, 20(3), 86–97.

Mazmanian, P. E., Davis, D. A., & Galbraith, R. (2009). Continuing medical education effect on clinical outcomes. Effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*, 135(3), 49S–55S.

McKinlay, E., McLeod D., Dowell, A., & Marshall C. (2004). Clinical practice guidelines' development and use in New Zealand: an evolving process. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 117(1199),

Miles, S., Valovirta, E., & Frewer, L. J. (2006). Communication needs and food allergy: An analysis of stakeholder views. *British Food Journal*, 108(9), 795–802.

Morris, Z. S., & Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy*, 91(2), 135–141.

Nowak, G., Cole, G., Kirby, S., Freimuth, V., & Caywood, C. (1998). The application of "integrated marketing

communications" to social marketing and health communication: Organizational challenges and implications. *Social Marketing Quarterly*, 4(4), 12–16.

O'Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. T., et al. (2007). Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*, 4, CD000409.

Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153(10), 1423-1431.

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W., & Miller, E. P. (2007). Factors influencing BPG implementation: Lessons learned from administrators and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210–219.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N, Davies, B, Grinspun, D., Bajnok, I. Downey, A. (2010) The Role of Nursing Best Practice Champions in Diffusing Practice Guidelines: A Mixed Methods Study. Worldviews on Evidence-Base Nursing. Retrieved July 18, 2012 from http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1741-6787/earlyview

Prior, M., Gurein, M., & Grimmer-Somers, K., (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies: A synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 888–897.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2008). *Oral health: Nursing assessment and interventions*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved April 17, 2012, from http://www.rnao.org/Storage/50/4488_Oral_Health-Jan9.09-web.pdf.

Rich, R. F. (1991). Knowledge creation, diffusion, and utilization: Perspectives of the founding editor of *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 12(3), 319–337.

Richens, Y., & Rycroft-Malone, J. (Eds.). (2004). Getting guidelines into practice: A literature review. *Nursing Standard*, 18(50), 33–40.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th ed). New York, NY: Free Press.

Rycroft-Malone, J., & Bucknall, T. (2010). *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

Schein, E. H. (1996). Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning. *Systems Practice and Action Research*, 9(1), 27–47.

Segesten, K. (2004). Evidence-based educational strategies for evidence-based nursing: A literature overview. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 24, 44–47.

Shojania, K. G., Jennings, A., Mayhew, A., Ramsay, C. R., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. (2009). The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 3, CD001096.

Siddiqi, K., Newell, J., & Robinson, M. (2005). Getting evidence into practice: What works in developing countries? *International Journal for Quality in Health Care*, 17(5), 447–454.

Singleton, J., & Levin, R. (2008). Strategies for learning evidence-based practice: Critically appraising clinical practice guidelines. *Journal of Nursing Education*, 47(8), 380–383.

Shekelle, P., Ortiz, E., Rhodes, S., Morton, S., Eccles, M., Grimshaw, J. & Woolf, H. (2001). Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines. *Journal of the Advanced Medical Association*, 286(12), 1461-1467.

Skinner, K. (2007). Developing a tool to measure knowledge exchange outcomes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 22(1), 49–73.

Squires, J., Estabrook, C., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), 1–20.

Stacey, D., O'Connor, A., Graham, I. D., & Pomey, M. P. (2006a). Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidence-based patient decision support in a nursing call centre. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(8), 410–415.

Stacey, D., Pomey, M. P., O'Connor, A., & Graham, I. D. (2006b). Adoption and sustainability of decision support for patients facing health decisions: An implementation case study in nursing. *Implementation Science*, 1, 17.

Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., & Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In: S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care* (pp. 151–159). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Sudsawada, P. (2007). Knowledge translation. *Introduction to models, strategies, and measures*. Austin, TX: Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research.

The ADAPTE Collaboration. (2009). The ADAPTE process: Resource Toolkit for guideline adaptation. Version 2.0. Retrieved November 29, 2011, from http://www.g-i-n.net.

The AGREE II Collaboration. (2009). Appraisal of guidelines for research and evaluation: AGREE II instrument. Retrieved Dec 10, 2011, from http://www.agreetrust.org.

The AGREE II Collaboration (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE II project. *Quality& Safety in Health Care*, 12, 18–23.

Thomas, L. H., Cullum, N. A., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J., & Steen, N. (1999). Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000349.

Thomason, S. S., Evitt, P. C., Harrow, J. J., Love, L., Moore, A. M., Mullins, M. A., et al. (2006). Providers' perception of spinal cord injury pressure ulcer guidelines. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 30(2), 117–126.

Thompson, S. D., O'Leary, K., Jensen, E., Scott-Findlay, S., O'Brien-Pallas, L., & Estabrooks, A. C. (2006). The relationship between busyness and research utilization: It is about time. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 539–548.

Van der Wees, P. J., Jamtvedt, G., Rebbeck, T., De Bie, R. A., Dekker, J., & Hendriks, E. J. M. (2008). Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: A systematic review. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 54(4), 233–244.

Varvasovsky, Z., & Brugha, R. (2000). How to do (or not to do) a stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338–345.

Veloski, J., Boex, J. R., Grasberger, M. J., Evans, A., & Wolfson, D. B. (2006). Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Medical Teache*r, 28(2), 117–128.

Vink, P., Imada, A. S., & Zink, K. J. (2008). Defining stakeholder involvement in participatory design processes. *Applied Ergonomics*, 39(4), 519-526.

Virani, T., Lemieux-Charles, L., Davis, D., & Berta, W. (2009). Sustaining change: Once evidence-based practices are transferred, what then? *Healthcare Quarterly,* 12(1), 89–96.

Weinmann, S., Koesters, M., & Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(6), 420–433.

Weinreich, N. K. (2000). What is social marketing? Los Angeles, CA: Weinreich Communications. Retrieved April 17, 2012, from www.social-marketing.com.

Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39(5), 426–431.

Wensing, M., Van der Weeijden, T., & Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: Which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, 48(427), 991–997.

附录 A:修改和更新工具包

安大略省注册护士协会提出工具包的如下更新内容:

1. 传播指南后，工具箱将会在最新一次修订后，由该领域内的一个专家小组（审查团队）每五年进行一次审查。
2. 在出版和修订期间，RNAO 员工将会寻找该领域最新的系统综述和随机对照试验，评价将会定期进行。
3. 基于定期评价的结果，RNAO 员工可能推荐一个更早的修订日期，与 RNAO 专家评审小组成员以及其他在这个领域的专家组成的团队进行磋商，可以帮助早期做出决定进而可以比 5 年的时间节点更早地进行复审和修正。
4. 五年评价的前三个月，RNAO 员工将会开始如下评价过程的计划:
    a. 该领域的专家会被邀请参与到工具包审查小组，审查小组成员将由原始小组成员和其他推荐的专家组成。
    b. 收到的反馈，在传播阶段遇到的问题，以及实施场所的评论和经验将被整理收集。
    c. 该领域的新知识、系统综述、元分析文章、技术评审和随机对照试验以及其他相关文献将会被编辑。
    d. 一项包括目标日期和可交付的成果的详细行动计划将会建立。

修订后的工具包将会基于已有的结构和过程进行传播。

附录 B 检索策略

本文档使用的检索策略关注于医疗卫生领域指南的实施。策略之一是结构化的网站检索来识别 2003 年 1 月以后的发表的关于指南实施的最佳操作。策略之二是文献综述，确定 2002 年 1 月至 2011 年 4 月发表在该领域的原始研究、元分析、质性和量性研究、灰色文献以及系统综述。

第一步：指南实施工具检索

一个工作人员在 2008 年 1 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、指南实施数据库和文献推荐的知识而整理。每一个检索的站点和数据都会标注实施工具是否存在，以及检索时间。网站有时不覆盖指南实施工具，但链接了另外一个可供检索的指南实施的网站或资源。这些工具如果是完整版的就可以下载下来或通过邮件订阅。

- Change Foundation: http://www.changefoundation.ca/
- Abstracts for Cochrane Reviews: http://www.thecochranelibrary.com
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research Health Technology Assessment Publications: http://www.aihealthsolutions.ca
- Agency for Healthcare Research and Quality: http://www.ahrq.gov/
- American Nephrology Nurses Association: http://www.annanurse.org
- Annals of Internal Medicine: http://www.annals.org/
- Bandolier Journal: http://www.jr2.ox.ac.uk
- British Columbia Office of Health Technology Assessment: http://www.chspr.ubc.ca/
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: http://www.bcguidelines.ca/
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: http://www.ccohta.ca/
- Canadian Health Network: http://www.canadian-health-network.ca/
- Canadian Institute for Health Information: http://secure.cihi.ca
- Centers for Disease Control and Prevention: http://www.cdc.gov/
- Centre for Evidence-Based Mental Health: http://cebmh.com/
- Clinical Evidence: http://www.clinicalevidence.org
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: http://www.cma.ca/
- Commission on the Future of Health Care in Canada: http://www.hc-sc.gc.ca
- CREST: http://www.crestni.org.uk/
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness: http://www.crd.york.ac.uk
- Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study: http://www.dopps.org
- Evidence-based On-Call: http://www.eboncall.org/
- European Observatory on Health Care for Chronic Conditions, World Health Organization: http://www.who.int
- Guideline Advisory Committee: http://www.gacguidelines.ca/
- Guidelines International Network: http://www.g-i-n.net
- Health-Evidence.ca: http://health-evidence.ca
- Campbell Collaboration http://www.gacguidelines.ca/
- Institute for Clinical Evaluative Sciences http://www.ices.on.ca
- Institute for Clinical Systems Improvement http://www.icsi.org

- Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing & Midwifery (Australia): http://www.joannabriggs.edu.au
- Medic8.com: http://www.medic8.com/
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: http://www.mihsr.monash.org
- National Electronic Library for Health: https://www.evidence.nhs.uk
- National Guideline Clearinghouse: http://www.guidelines.gov/
- National Institute for Clinical Evidence: http://www.nice.org.uk
- New Zealand Guidelines Group: http://www.nzgg.org.nz/
- United States National Institute of Health Consensus Development Program: http://consensus.nih.gov
- National Library of Medicine, Health Services/Technology Assessment: http://www.ncbi.nlm.nih.gov
- Nursing and Midwifery Practice Development Unit: http://www.riotinto.com/
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: http://www.pedro.org.au/
- Periodic Task Force on Preventive Health Care: http://www.ctfphc.org/
- Royal College of General Practitioners: http://www.rcgp.org.uk
- Royal College of Nursing: http://www.rcn.org.uk/
- Journal of Issues in Nursing: http://www.nursingworld.org/
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: http://www.sign.ac.uk/
- SUMSearch: http://sumsearch.uthscsa.edu/
- The Qualitative Report: http://www.nova.edu
- TRIP Database: http://www.tripdatabase.com/
- Department of Medicine, University of California, San Francisco: http://medicine.ucsf.edu
- University of Laval Evidence-Based Practice Website Directory – no website found
- Virginia Henderson International Nursing Library: http://www.nursinglibrary.org

APPENDICIES

第二步：搜索引擎网页检索

现有指南实施工具的网站检索可以通过使用如下检索词进行谷歌搜索

- 指南实施（Guideline implementation）
- 实施　　（Implementation）
- 组织创新（Organizational Innovation）
- 组织变革（Organizational change）
- 实施研究（Implementation Research）
- 实施传播（Implementation Dissemination）

一个工作人员进行了这种检索，并同时标注检索的结果、检索的网站、访问的日期和结果的摘要。然后检索的结果可以合并到已建立的与主题相关的指南实施网站列表中。

第三步：手工检索/评审小组贡献

评审小组和咨询委员会成员也被要求评价个人档案库，来识别以上方法不能发现的指南实施工具。小组成员识别后的实施工具与已有的指南实施网站的列表相核查，如果尚未被搜索识别并满足纳入标准，则可将其并入指南实施工具列表中。

上述的检索策略最终形成 34 个符合如下标准的指南实施工具：

- 英文发表，国际范围内
- 发表于 2003 年之后
- 严格限定在主题领域
- 基于证据（包含引用、证据描述和证据来源）
- 可获取和可访问检索

作为证据评价的一部分，指南发展小组对现有的 34 项与卫生领域指南实施的工具/文件实施了一项关键的评估，包括应用的广度（跨领域推广型、地理环境）、证据强度（已有的科学证据（内容效度））和专家意见（知名效度）、以合理的努力/成本实施的结果和理论支撑。

第四步：文献回顾

数据库检索已有与指南实施相关的证据由一名健康科学的图书管理员实施。初始在 MEDLINE、Embase、CINAHL 数据库检索发表于 2003 年—2010 年的原始研究和系统综述，使用原始检索词（见工具包 2002 文件）和附加词：知识创造、程序开发、专业开发、项目策划、项目开发、项目实施、临床指标、内部一致性、基准、循证护理实践、个案管理教育、决策、临床评价、管理式医疗计划、改变意向、临床能力、医疗卫生的可持续创新、循证实践的可持续性、遵从指南、基准、过程结果、操作指南利用率、专业承诺、结局测量和循证实践、结局测量和指南、结局指标和循证实践、结局指标和循证实践、结局指标和指南。

指南发展小组成员还会被要求审查个人档案库来寻找主题下的关键文献，以确保在文献检索中获取到。由共同小组指导，在需要的地方补充文献检索。

检索被结构化以适应于“知识到行动”框架八个阶段：

1.确定问题：识别、评估、选择知识

2.本土化过程

3.评估知识使用的阻碍因素

4.选择、调整和实施干预措施

5.维持知识的使用

6.监控知识的使用

7.评估结果

8.利益相关方参与

搜索结果：

上述的检索策略共检索出有关指南实施主题下的超过 7000 篇摘要，然后这些摘要被 2 名研究助理筛选以确保无重复，并符合评审小组所制定的入选和排除标准。小组成员完成对纳入的摘要进行相关审查，审查结果共纳入 290 篇量性，质性和文本性质的论文。它们均纳入了修订的最佳操作指南实施第二版的 RNAO 工具包（*RNAO Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines Second Edition*）

附录 C：术语表

审查与反馈：是临床绩效的总结，其中可能包括在一段的时间内收集的改变建议，用来增加对象和/或其他人对表现的集体认识。这些信息可以从医疗记录、计算机数据库、或者从患者/客户/居民的意见得到。(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).
行为或工具知识使用 （知识的应用）： 已应用于实践，并因此影响行动或行为的知识(Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, & Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Weiss, 1979)。
阻碍因素：任何与改革措施相冲突的到真实的或者想象的元素。(W. Gifford Personal communication January 2011); Ferlie E. and Shortell, S. (2001)。
临床最佳操作：系统发展的报告，用以帮助医疗卫生人员在特定临床环境下制定合适的照护计划的决策(Field & Lohr, 1990).
概念性知识使用： 已经了解的，或影响从业人员和管理人员考虑问题和态度方式的知识(Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, & Harrison, 2010; Larsen, 1980; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Weiss, 1979)，这个词用来描述从业人员知识和信息的理解和内化。
衰退：随着时间进程不断减少实施的最佳操作推荐项目(Buchanan, Fitzgerald, & Ketley, 2007)。
终止：终止最佳操作项目的决策。很多因素会影响到决策的制定，包括优先实施权级财务状况。
教育会议： 讲座，会议，研讨会或参加培训（Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002）。会议可能包括有学生参与的学习方法，如讨论和积极参与（例如工作小组任务，根据问题的学习）(Registered Nurses Association of Ontario; 2002).
教育资料：已发表或印刷的关于临床护理的建议，包括临床操作指南、视听资料和电子出版物。该材料可个体或通过群发邮件传递。(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).
巡访教育：在实践的环境中，通过一对一探访护士项目领导人、药剂师、研究者或其他的健康保健从业从业者，旨在收集与改变医疗保健从业从业者操作的信息。提供的信息可能包括医疗保健从业从业者的临床实际表现。(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).
促进因素：在临床实践中将有助于或促进实施分享决策制定的因素。 (Legar, 2009)
焦点小组： 通过采访一群人关于他们的经历、 态度或行为的话题中获得知识。
指南改编：它是一个系统化过程，用于决定指南的认可及修改，在一种条件预设下产生的指南并在另一种条件下应用过程中对具体临床状况进行指导。指南改编过程可以作为指南应用的第一步，并保留了循证医学的原理
制度化：某一组织内改变的相对耐受力，其程度可导致最佳操作项目最终是否能成为护理或诊疗常规(Davies, B. & Edwards, N. 2009)。

访谈：通过询问个人了解他们的经历、 态度或行为来获取知识。在质性研究中，问题是开放性的 ；在定量研究，问题通常是高度结构化及固定选择的。
知识使用： 使用证据来支持实践 ；通常可分为概念性知识使用、 行为知识使用或策略性知识使用 （Graham et al，2006)。在临床实践中反映在护士临床操作的变化，也可称为过程结果。
本地共识的过程：包含参加从业者加入讨论，以确保他们同意所选择的临床问题是重要的，和建议的做法是合适的。(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).
当地意见领袖：是被同事指定或提名的作为教育影响力的医疗保健从业者，他们可以影响他人改变行为。(Registered Nurses Association of Ontario; 2002).
市场：市场：使用个人访谈、小组讨论、锁定目标人群或对目标从业者调查来识别变革阻碍，随后进行干预设计来解决所识别的阻碍（Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002）。
大众媒体：使用多样化通讯系统获得尽可能多的目标人群;大众媒体包括电视、广播、报纸、海报、传单、小册子和单独或与其他干预措施相结合。(Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group: 2002).
管理领导：是一个组织的战略，领导力就是让护士在临床实践中使用研究为基础的证据一个多维影响的过程，包括管理者的行为和活动，会对个人、环境及组织架构产生直接和间接的影响。(Gifford, Davies, Edwards, Griffin, & Lybanon, 2007).
观察：通过感官 （例如视觉、 听觉） 或使用的科学仪器记录的数据来获取知识。
组织措施：组织措施包括：修订职业角色、多学科小组的修订、整合服务、职业技能组合比例的变化、 护理服务的连续性、改变工作条件的措施、沟通和病例讨论。(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group: 2002).
组织知识存贮量 ：某一组织内知识库的短缺或充盈情况。例如：正式员工教育水平、适应程度、临床文件系统中的促进和提醒策略、政策或诊疗护理常规、临床实践期望值（如：实践过程中的可鉴定的护理工作）(Virani, Lemieux-Charles, Davis, & Berta, 2009)。
结局：采取一项任务或计划的结果(Donabedian, 1988)。
结果或影响： 实施了某一最佳操作之后发生的变化。他们可能发生在： 某一服务对象或临床层面；某一卫生保健从业者层面 ；某一单位、 组织或系统层面(Hakkennes & Green 2006; Graham et al., 2010)。
病人介导的干预措施：直接从患者收集并提供给医疗保健者的新的临床信息（之前不可用），如：教育患者与其临床情况和治疗相关的研究证据. (Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group: 2002).
过程：系统需要如何改变以进行实践。
复发: 回复到先前的工作模式(Davies & Edwards, 2009)。

信度：指的是采取同样的工具对同一对象重复进行测量时，其所得结果相一致的程度，或者说结果的可重复的程度。

提醒：病人/患者/居民或者遇到的具体信息，口头、书面或者通过电子手段来帮助健康专业人员记住信息，执行或者避免一些行动来帮助护理。提醒可以包含在教育、文档、同行之间或者计算机辅助决策系统。(Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group; 2002).

资源:在你的行动方案中达到目标所需要的财力、物力、人力。

- 设备资源包含执行活动中的覆盖财务费用的必要投入。（例如：人员培训，项目的领导、设备以及传播所需要的时间）
- 人力资源是指有着执行指南实施活动所需要的专业知识的人（例如：项目协调员、信息技术专家）
- 实物支援是指非现金形式的支持，就像那些对产品及服务的提供（例如：机构提供网络和/或者图书馆服务）
-

RNAO 护理最佳操作指南（BPG）:RNAO 是机构特有的临床操作指南商标。共有两个 BPG 分支：1）临床，2)健康工作环境。该项工作由 RNAO 领导，由加拿大安大略省卫生和健康长期照护和支持部门所资助,得到加拿大卫生部护理政策办公室的支持(RNAO website, 2008)。

常规化: 当一变革成为常规实践活动，比如：要求对所有病人进行跌倒危险评估(Davies & Edwards, 2009)。

拓展: 某一特定临床环境中形成的新的工作方法的程序，通过适当的改变运用于另一种临床环境(Davies & Edwards 2009) 。将最佳操作指南拓展运用于其他医疗机构、社区或教育机构。

敏感性和特异性： 这两个经常在工具和诊断测试中报告。灵敏度是测验谁可能有疾病状态的能力。特异性是测试显示那些没有疾病状态的人的能力。

社会营销：“应用程序的营销理念和手段，从私营部门吸引到设计影响目标受众自愿行为，以实现社会目标。”(Andreason, 2004).

资源指导：指导用于评价改编后的指南应用环境的质量、时效性、内容、一致性，接受程度和可行性(The ADAPTE

传播: 在某一特定环境形成的新的工作方法同样适用于或经修改后适用于其他的临床环境(Davies & Edwards, 2009)。

利益相关者: 一个利益相关者是指在决定执行一个最佳操作指南中有着特权的一个个体、一个团队或者一个组织。（Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie, & Nickleson, 1999）利益相关者包含了所有将会直接或者间接被所执行的最佳操作指南影响，或者能够直接或间接的影响其实施的个体以及团

利益相关者分析：利益相关者分析是指以帮助指南实施团队理解利益相关者的行动、计划、关系以及特权为目的对利益相关者的一些相关信息的识别生成的过程。这个理论可以帮助指南实施团队抉择利益关系者所带来的支持、资源以及影响，也可以抉择如何最佳的支持他们取得成功。

策略性知识使用 （象征知识使用）： 利用知识或数据 （例如研究结果） 去说服他人支持你的意见或决定。这可能会（也可能不会）导致他人在概念或行为层面使用该知识(Beyer & Trice, 1982; Dunn, 1983; Estabrooks, 1999; Graham, Bick, Tetroe, Straus, & Harrison, 2010; Larsen, 1980;Rycroft-Malone &
粘性知识: 某一知识具有内在粘性或不可移动性。“粘性是转移过程中的产物，并可通过审查一系列状态预测，这些状态包括知识、资源、转移环境及其特性。”(Virani, Lemieux-Charles, Davis, & Berta, 2009)。
结构：做出改变时在适当的位置所需要的东西（如设备、物资、工具等）。
结构性干预：一定数量的结构性干预是可能的，包括改变服务实施的场所、改变物理结构、设施和设备、改变病历系统、质量监测系统、所有权、水平鉴定、从属关系和体制(Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002)。
调查：通过采用结构化问卷调查与评分尺度收集信息获取知识。调查可以通过电话或通过互联网，或面对面进行(Dillman 2007)。
可持续性：在确保改编完成而做出的初期努力之后，一项革新持续应用的程度(Rogers, 2003)。Maher 等人(2010)有系统的发展一项模型或诊断评估系统并提出如下定义：当工作的新方法和改进的结果变成常规，不仅过程和结果发生改变，并且随后的思维和态度也从根本上转变，同时周围的系统也转化为对变革的支持(Maher et al., 2010, p. 1)。
效度：它是指测量工具或手段能够准确测出所需测量的事物的程度。

附录 D：ADAPTE 流程框架

ADAPTE 流程框架已经被纳入了实践环境中，而那些实践环境需要额外的指导来改编指南以便在不同文化和（或）行业背景下使用。这些改编不是所有环境都必须的.

ADAPTE 指南改编过程的核心原则

(ADAPTE Collaboration, 2009)

- 尊重指南开发的循证原则
- 可靠和一致性方法以保证改编指南的质量
- 参与性方法，促使所有关键利益相关者参与，以促进改编指南的接受和所有权
- 在改编过程中明确考虑情境，以确保与本土实践相关
- 透明报道以促进对改编指南推荐的信任
- 灵活的格式以适应特定的需求和环境
- 对原始来源指南负责

图 1：ADAPTE 流程框架概述

BMJ 出版集团公司复制许可：

Fervers, B., Burgers, J. S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G. P., & Graham, I. D. (2011). Guideline adaptation: an apporach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. BMJ Quality and Safety, 20, 228 – 236.

ADAPTE 框架由三个阶段组成：

1.计划阶段关注于活动相关的准备，以便开始指南改编过程。

2.改编阶段关注于选择和改编一个用于实施的指南的相关工作。

3.结束阶段关注于外部审查和改编指南的可持续性。

下面是 ADAPTE 框架（ADAPTE Collaboration, 2009），可被应用于修订已有的指南以适应计划实施的当地环境。下面的步骤基于 ADAPTE 的流程概述：指南改编资源工具箱第二版（ADAPTE Collaboration, 2009）。更多关于 ADAPTE 流程的细节或者获取完成这些步骤特定的工具，请参阅原始来源。

阶段	任务	相关模块
计划阶段	准备 ADAPTE 框架	准备
改编阶段	定义健康问题	范围和目标
	检索和筛选指南	检索和筛选
	评估指南	评估
	决策和选择	决策和选择
	指南初稿报告	定制
结束阶段	外部审查	外部审查
	未来评价和更新计划	项目实施后计划
	产出最终指南	最终成果

在改编过程中所有的活动或决策均应详细记录，以确保改编过程的精确性和透明度。

第一阶段：计划

计划阶段关注于活动相关的准备，以便开始指南改编过程。具体包括：

a）建立组委会或实施团队。旨在加强临床实践的临床操作指南的实施需要大量的时间和资源。建立一个能够提供支持和促进这一过程的团队可以提升效率并促进实施成功。为了明确责任，在最开始时为每一名团队成员的角色建立职责范围，并解决任何需要考虑的利益冲突。

b）选择指南主题。临床中有很多领域会因指南实施而获益，选择一个具体的问题用相对应的实施项目来解决是十分有益的。主题的优先顺序基于一系列因素，包括服务对象和家庭的状况、干预措施的错误使用、财政花费以及提高护理质量和患者结局的潜能。

c）改编可行性的决策。一项需要考虑的重要方面是相关循证临床操作指南的可获得性。缺乏解决特定临床问题的指南可能需要回顾所有可获得的证据，以确定改变实践的下一个步骤。

d）识别资源和技巧。足够的资源和技巧在支持临床操作指南的成功实施上是必须的。实施团队应该使利益相关者以及掌握临床主题领域专业知识、政策实施、卫生服务研究和指南方法学和（或）指南实施的个体参与进来。与当地环境（如服务对象、管理者、职员等等）相关的知识和测量对于保证知识在计划实施区域的合适改编来说也是十分宝贵的。本工具书中的 2B 章节讨论如何评价和获取实施需要的财力和非现金资源。

e）发展工作计划。一个工作计划对于团队内部和与其他利益相关者交流目标和实施计划的进展来说十分有用。重要的目标日期可基于团队的项目知识及出现在本土情境的截止时间而定，当然也与项目（如委员会会议、患者论坛等等）的实施情况相关。

第二阶段：改编

a)范围和目标 基于实施团队所选择的宽泛的主题领域，应该阐述清楚具体的范围和目标以便确定团队所想解决的健康问题。为了帮助确定范围和目标，您可以使用 **PIPOH** 助记符号：

- 目标**人群**（population）
- 利益**干预**(Intervention)
- 实施的目标**专业人员**(Professionals)
- 期望的**结果**(outcomes)（如患者、系统或公共健康问题）
- 指南实施的**医疗机构**(Health-care)和环境

b)搜索和筛选 根据实施的范围和目标可建立一个临床操作指南的搜索策略。纳入标准和排除标准应该反映范围和目标，以及其他诸如开发的时间、出版的语言等变量。一个综合的指南搜索应该包括电子书籍数据库、指南库以及指南发展网站等。相关的出版物也可以按照纳入和排除标准来进行筛选，以识别那些最能解答实施项目目标和范围的指南。

c)评估 评估所识别的指南可以帮助实施团队对指南是否在本土情境下最为适合改编以及改编的程度进行决策。为了促进评估的可靠性，建议多个评估者分别评价每一个指南。该步骤包括评估如下的一个或多个指南特征：

- **质量：**指南的质量由发展过程的严谨性，推荐的内外部有效性以及易于实践特征所决定的(The AGREE II Collaboration, 2009)。AGREE II 工具提供一个系统的方法来评估临床操作指南的质量，详见本工具包的第一章。
- **通用性：**指南的通用性评估是指判断指南推荐是否反映了该领域目前的知识和证据。由于健康领域研究的飞速发展，指南可能会在几年内过时。在确保您得到最新的版本之后，出版日期和/或文献回顾周期可以为指南的通用性提供一些信息。然而，这种判断最好是基于证据所在的特定领域的临床及研究知识(Shekelle et al., 2001)。
- **内容：**当考虑实施多个指南时，通过对比指南推荐的异同来评估其内容会十分有用。这样的评估可以用于识别所有高强度证据所支持的推荐和/或团队发现的与本土情境密切相关的所有推荐。对于这一目的，推荐矩阵或图表会十分有用。
- **一致性：**指南一致性是指可利用的证据与推荐结果的一致性。证据搜索，选择与推荐的阐述和发展之间的逻辑性都会促进（基于最佳的可获得的证据之上的）指南更加被需要。
- **可接受性/适用性：**任何在本土环境下对知识的改变均基于知识（如指南）在本土环境的可接受性或适用性的评估。具体说来，需要特别注意指南推荐是否在特定的临床环境下充分解决了临床需要（如接受性），以及考虑到本土环境下的专业知识、资源和政策实施推荐是否可行（如适用性）。

d)决策和选择 在评估过相关指南后，必须对选择改变的指南或推荐做出决策。基于团队的指南评估，可能会需要各种改编程度中的一种（表 1）。一致性过程常常会有助于最终决策。

表 1. 不同改编程度举例

改编程度	举例
采用无改变的指南	子宫颈癌筛选指南的改编(Fervers, et al., 2011)
从不同指南中选择推荐内容	数个相关的高质量的临床指南中的一个或多个推荐被改编和并入更新的腿部溃疡伤口护理方案的社区护理中(Graham, et al., 2005)

e)定制 一旦做出关于指南和/或即将实施的各种推荐的相关决策，改编会基于决策所确定的改编程度进行。改编后的指南将会以在本土环境中与原本应用最匹配的方式设计，但仍然与源指南及目前可利用的证据一致。

下述为在改编过程需要考虑的问题：

- 可利用的资源；
- 员工的知识和技术水平；
- 实践的范围；
- 时间限制；
- 法律.

第三阶段：结束阶段

a）**外部审查和致谢** 改编版的推荐草稿一旦形成，就会被送到当地的利益相关者进行外部审查。外部审查的主要目的是收集改编知识的优缺点以及在当地实施的可行性等信息。然而，外部审查过程也可作为传播实施团队所做的工作的手段，以及一个对项目产生兴趣和支持的机会。

参与外部审查的利益相关者应该代表所有可能受到当地实施影响的团体（如职员、护理人员、跨学科同僚、管理者等）。在当地环境中使具有专门经验的利益相关者参与进来，可帮助确保修订是合适的，并且维持了最初版本的完整(Graham et al., 2005)。第 2B 章提供了关于识别和促使利益相关者参与指南实施过程的相关信息。外部审查的反馈信息应被记录整理，由团队进行讨论，如果必要在最终文件中进行处理。

b）**项目实施后计划** 更新指南应有计划，计划应该明确目标审查日期，或审查实施的状况（如：何时源指南更新）。监督计划实施并协调未来指南审查的责任也应由团队决定。

c）**最终成果** 最终改编的指南推荐应该与得到最终推荐版本过程记录的文件一并清晰呈现。源指南和所有用于改编的支持文件也应该在最终报告中以一种合适的方式告知。

附录 E：护理程序设置及 NQulRE®

什么是护理程序设置？

RNAO 的护理程序设置是 BPG 实施工具包的一个之前没有的、创新的附件。护理程序设置提供清晰、简洁、可行动的循证干预陈述，这些陈述在多个实践环境中都很容易实施，从而使得将证据转化为护理实践更容易。例如，在预防跌倒和跌倒受伤 BPG 实践推荐 2.0 版中提到：***“护士，作为跨专业团队的一部分，实施多层面的跌倒预防干预来预防可能的跌倒”***。该推荐缺乏针对性，会给有意向实施该项 BPG 的个体/机构带来挑战。与之相对应的护理程序设置通过提供干预列表来明确定义***“多层面的跌倒预防”***从而修正这种状况。这个护理程序设置的一个子集如下所示：

多层面跌倒预防项目 （类别来自加拿大跌倒预防课程-BEEEACH*） 基于服务对象已确定的危险因素来选择一个或多个跌倒预防措施 *行为改变、教育、装备、环境、活动、穿着和鞋类，健康管理
活动：
❑ 推广防滑功能鞋类
❑ 使用辅助设备转移和移动患者
❑ 推广步行用装置
❑ 朝更强壮一侧转移患者

为什么护理程序设置重要？

RNAO 护理程序设置之所以重要有如下原因。首先，它们旨在通过运用技术转变护理实践，从而促进知识转化和循证决策制定。其次，程序设置包括基于国际术语标准的干预陈述，尤其是：国际护理实践分类（International Classification for Nursing Practice，ICNP）以及医学和临床用语系统命名法（Systematized Nomenclature for Medical and Clinical Terms ，SNOWMED-CT）。ICNP 由护士制作而成，使用一致性方法描述护理工作。使用国际性术语同样为护理实践标准化，促进不同医疗卫生领域和地理区域的护理数据比较分析奠定基础。另外，随着电子医疗病历的出现，术语标准将会促进患者信息以一种标准化的方式获取和传递。第三，护理程序设置将会使护士在改善患者结局上所做的贡献在跨学科团队中更为直观。最后，RNAO 护理程序设置将会通过提供一种机制，来将特定的循证干预和临床结果指标联系起来，从而促进对 BPG 实施的评价。其中的案例之一是目前已经存在的在程序设置和 RNAO NQulRE 数据库中的指标之间的联系。

护理程序设置该如何使用？

RNAO 护理程序设置被设计纳入电子医疗病历，但是也可以用于纸质的或混合的程序入门系统。RNAO 和 PatientOrderSet.com 合作促进这一过程。对于医疗卫生机构，这会产生显著的时间和花费收益。首批的 27 个护理程序设置在 2012 年 8 月公布以补充 15 个最常实施的临床 BPGs，我们将会对剩余的临床 BPGs 程序设置进行开发，并在 2012-2013 年间定期公布。医疗卫生机构内所涵盖的护理范围，包括急症护理、家庭护理、长期护理和社区护理，将会从实施这些护理程序设置中获益很多。

更多信息，请联系 BNOS@rnao.ca.

什么是 NQuIRE?

NQuIRE 是护理质量报告和评价指标的英文缩写。NQuIRE 被设计用于最佳操作组织（BPSO）系统监测其机构内的 RNAO 最佳操作指南实施过程并评价其结果。NQuIRE 是同类系统中首个国际性质量改进项目，包括了每一个与 RNAO BPGs 相关的结构、过程和结果指标的发展和测量。

为什么 NQuIRE 重要?

NQuIRE 的使用旨在为患者、护士、机构和健康系统提供各种益处，包括：

护理敏感性指标：NQuIRE 的目标是创立 BPSO 有效的和认可的的护理敏感性指标，包括已存在的护理敏感性过程和结果临床指标，如疼痛、跌倒和压疮，也包括新的从 RNAO BPG 中论述的广泛临床状况中的护理敏感性过程和结果指标。NQuIRE 也包括已存在和新的护理敏感性结构指标。通过与 BPSO 和其他研究者相互合作，RNAO 期望提升对结构性因素和影响患者/服务对象/社区居民结果的临床过程之间相互关系的理解。我们的合作工作将会促使护士为保证其工作的安全性和高质量而努力，并促进在机构和健康系统层面进行循证方针决策。

比较性报告：NQuIRE 可使得在特殊临床人群、健康区域、机构、地理位置的 BPSO 项目数据进行比较，也可以促进有意义的数据共享和基线调查。有了 NQuIRE 数据，BPSO 可以监测他们自己在提升结构性和临床过程、护理照护质量、患者和组织结局的进展。NQuIRE 提供内部报告能够使得参与 BPSO 的成员在其机构内部对其机构和其他单位/项目/服务/团队的指标成果数据进行比较。希望共享其集成数据的 BPSO 是跨 BPSO 组织的一部分，和其他在当地、国家和/或国际水平的愿意共享其数据的 BPSO 比较结果分析。他们也会提供当地、国家和国际性 BPSO 对机构关注的指标的百分率分布报告。

循证决策：NQuIRE 数据会表明 RNAO 的 BPG 能够促进护理实践和患者结局的地方和方式，以及机构和健康系统的成果。这样的数据会引导 RNAO 的 BPG 项目并促进循证决策，以此来促进护理资源的有效利用并在护理最佳操作中突出未来研究的实践领域。

研究机会：通过正式授权，研究者会被提供机会来使用 NQuIRE 数据来检验护理敏感性指标，改善工具的信度和效度，并识别护理实践和患者结局中的趋势。

NQuIRE 信息如何使用?

BPSO 和 RNAO 一起通过追踪以延续性质量提升为目的的质量指标来评价 BPG 实施。有了这样的信息，BPSO 可以告知护理在何时和以何种方式为患者、机构以及系统结局提供有价值的效益，保证了有效的循证决策制定从而使安全高质量的健康照护得以优化。

关于 NQuIRE 的更多信息，请访问 http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire 或发邮件至 nquire@rnao.ca