

究为类实验研究,且仅在一所基层医院开展培训,培训的长期效果(如科研产出)还有待进一步随访研究。下一步将探索四级医联体框架下“一对一”导师制单独科研指导对基层医院护士的效果。

参考文献:

[1] 薛朝华,刘爱兰,许娟,等. 医联体基层医院护士人文关怀能力现状调查分析[J]. 护理学杂志,2019,34(14):43-46.

[2] 高祖梅,张龙. 荆州市二级医院护理人员科研现状调查分析[J]. 护理学杂志,2015,30(4):75-77.

[3] 龚红霞. 基层医院临床一线护士评判性思维和科研能力调查分析[J]. 护理实践与研究,2017,14(15):89-91.

[4] 谷友惠,杨红. 护理人员科研能力影响因素及培训需求的调查研究[J]. 中华现代护理杂志,2014,20(7):832-835.

[5] 尚少梅,吴雪,高艳红,等. 22 个省市三级医院护士科研能力与培训需求的现状调查[J]. 中华护理杂志,2018,53(3):277-280.

[6] 邹艳霞,陈瑜. 某三级甲等医院临床护士科研能力及相关因素调查[J]. 中华护理教育,2013,10(4):173-175.

[7] 梁佩韶,郑志宏. 中山地区社区护士科研相关知识掌握情况及培训需求调查[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2016,37(34):4353-4355.

[8] 方仕婷,曹小萍,王凤. 导师制小组实操式培训对临床护理人员科研能力的影响[J]. 护士进修杂志,2014,7(16):619-620.

[9] 葛玉荣,闫树英,赵丽丽,等. 行动研究法在护士科研能力培训中的应用[J]. 中华护理杂志,2016,51(1):75-79.

[10] Kelly K P, Turner A, Speroni K G. National survey of hospital nursing research, part 2: facilitators and hindrances[J]. J Nurs Adm,2013,43(1):18-23.

[11] 雷利华,陈洁,刘云娥,等. 某院护理科研现状调研结果分析与评价[J]. 解放军医院管理杂志,2016,23(5):435-437.

(本文编辑 韩燕红)

基于连续性记录与评估工具分析养老院老年人的 照护时长及影响因素

支梦佳¹,胡琳琳¹,王懿范²,刘远立¹

Length of care based on Continuity Assessment Record and Evaluation and its influencing factors for the elderly in nursing home Zhi Mengjia, Hu Linlin, Wang Yefan, Liu Yuanli

摘要:目的 基于连续性记录与评估工具(CARE)分析养老院老人的照护时长及其影响因素。**方法** 对 5 名评估员(1 位医生、1 位护士、3 位护理员)进行统一培训,利用基于 CARE 量表设计的手机 App 收集 239 名养老院老年人的健康状况及照护时长等数据,并采用主成分分析法和多元有序 Logistic 回归模型分析照护时长的影响因素。**结果** 老年人每 24 小时所需照护时长平均为 93.56 min,中位数为 0(0,179.83)min,其中照护时长为 0 min 者 119 人(49.79%),<120 min 者 63 人(26.35%),120~360 min 者 43 人(17.99%),>360 min 者 14 人(5.86%)。回归分析结果显示,年龄、生活自理能力、肌力是养老院老人照护时长的关键影响因素(均 $P<0.01$)。**结论** 养老院在为老年人提供照护服务时,应优先考虑非高龄、生活自理能力较差、肌力衰退的老年人,合理分配医疗照护资源。

关键词:连续性记录与评估工具; 老年综合评估; 量表; 养老院; 老年人; 照护时长; 影响因素

中图分类号:R473.2 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.07.095

随着人口老龄化形势日益严峻,我国老年人的养老问题不容乐观^[1]。失能、半失能老年人的数量不断增加,加之家庭养老功能不断弱化,养老院便成为养老服务中重要的一环^[2]。探讨老年人照护时长的影响因素,将有助于养老院照护服务提供者确定老年人的照护等级、提供针对性的照护服务,也有助于养老院合理分配照护资源^[3]。近年来,仅肖文文等^[4]采用老年人能力评估问卷对天津 187 名老年人调查发现日常生活活动能力、精神状态、感知觉与沟通和社会参与状况是养老院老人照护时长的影响因素,未见基

于标准化的综合评估量表对养老院老年人的照护时长进行研究。连续性记录与评估工具(Continuity Assessment Record and Evaluation, CARE)是由美国联邦政府医疗保险和医疗补助中心主持开发的一套能够对老年人健康和功能状况进行全面有效评估的标准化工具^[5]。CARE 量表类似于最小数据集和功能独立性评定量表^[6],且比其他功能评价工具,如 Barthel 指数,具有更精细的分级和更全面的子量表^[3],中文版 CARE 量表具有良好的信效度^[7-9]。鉴此,本研究基于 CARE 量表分析探讨机构老年人照护时长及其影响因素,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 经北京协和医学院/中国医学科学院伦理审查委员会审查并批准通过(X170315009)后,2018 年 1~4 月以北京市顺义区某养老院的老年人

作者单位:1. 中国医学科学院北京协和医学院公共卫生学院(北京,100730);2. 美国凯斯西储大学医学院
支梦佳;女,硕士在读,学生
通信作者:刘远立,yliu@pumc.edu.cn
科研项目:北京协和医学院协和青年基金项目(3332016121)
收稿:2019-11-15;修回:2020-01-08

为研究对象。纳入标准:①≥60岁;②健康及功能状况在30d内较稳定,评估员能收集到老年人连续30d在养老院所接受医疗护理和生活照料项目的照护时长;③知情同意并参与本研究。排除标准:①失智者和残疾者;②健康及功能状况在收集资料的30d内出现较大变化,导致转诊至其他机构如三级医院或回家休养等。共纳入239名老年人,其中女119人,男120人;年龄60~106(82.30±12.47)岁;有配偶36人,无配偶8人,丧偶195人。文化程度:文盲88人,小学59人,中学40人,高中36人,大专以上16人。无慢性病70人,1种141人,2种以上28人。患有高血压80人,冠心病31人,脑血栓、脑梗死(后遗症)26人。

1.2 方法

1.2.1 评估者 北京市顺义区某养老院的5名医疗护理和生活照料服务提供者,包括该养老院的1名医生、1名护士和3名护理员。5位评估员经为期6d的2次统一培训后,熟练掌握CARE评估工具的应用。

1.2.2 评估工具及评估方法 CARE是一套多维度老年综合评估工具,主要包括基本资料、入院信息、目前医疗信息、认知状态、情绪与疼痛、生理机能受损、功能状态、整体照护计划和预先照护指导、出院/结案状态9个部分^[9]。5位评估员采用基于中文版CARE设计的手机App评估软件对该养老院的239名老年人展开评估。评估员采用观察老年人表现、与老年人交谈、询问老年人家属(照护者)、查阅病历和医疗护理记录等多种形式完成整个量表内容的评估。评估内容主要包括4个人口学资料(年龄、性别、婚姻状

况、文化程度)和20个子量表(见表1)。评估结果按CARE研发报告上的各条目赋分情况进行计算^[5,9]。

1.2.3 照护时长计算方法 由评估员统计一个月(30d)养老院中的服务提供者(医生、护士、护理员)实际为每位老年人提供的所有医疗护理和生活照料项目,以及各项目所需时长。5位评估员每天记录每位老年人的实际照护时长,连续统计1个月的照护时长后,再换算成平均每24小时每位老年人所需照护时长^[11](min)=[医生治疗总时长(min/30d)+护士护理总时长(min/30d)+护理员照护总时长(min/30d)]÷30d。5位评估员是该养老院的工作人员及医疗照护服务提供者,收集的数据可信度较高。

1.2.4 统计学方法 采用SPSS24.0软件进行统计描述、探索性因子分析及多元有序Logistic回归分析,检验水准α=0.05。

2 结果

2.1 养老院老年人照护时长分布情况 239名老年人每24小时所需照护时长平均为93.56min,中位数为0(0,179.83)min,其中照护时长为0min的有119人(49.79%),即生活自理,几乎无需他人照护;63人(26.35%)所需照护时长<120min;43人(17.99%)为120~360min;仅14人(5.86%)照护时长>360min。

2.2 养老院老年人照护时长的影响因素 对CARE量表中20个子量表的评估结果采用探索性因子分析,Bartlett's球性检验结果显著(χ²=2549.516,P=0.000),KMO统计量为0.820。利用主成分分析提取特征值大于1的公因子6个,见表1。

表1 因子分析结果(n=239)

CARE子量表	生活自理能力	肌力	视听说	疾病和用药	行为	情绪
IADL	0.865	-0.211	-0.200	0.010	-0.022	0.032
认知	0.833	-0.119	-0.300	0.070	-0.054	0.071
谵妄	0.798	-0.070	-0.174	-0.051	-0.066	-0.081
ADL	0.777	-0.441	-0.038	-0.090	0.028	-0.040
移动能力	0.753	-0.313	-0.052	-0.007	-0.033	-0.030
负重	-0.290	0.800	0.009	0.013	0.058	0.072
握力	-0.376	0.779	0.029	0.068	0.029	-0.050
吞咽	-0.092	0.665	0.240	0.019	0.005	0.007
耐力	-0.480	0.629	0.093	0.148	0.152	0.098
听力	-0.101	0.095	0.919	-0.049	-0.046	-0.041
视力	-0.153	0.060	0.907	0.047	-0.023	-0.034
沟通交流	-0.406	0.210	0.781	-0.026	0.060	-0.054
用药	0.004	0.006	0.008	0.902	0.006	0.075
疾病	-0.054	0.094	-0.026	0.894	0.078	0.092
行为	-0.280	-0.201	-0.034	-0.128	0.625	-0.067
呼吸	-0.008	0.122	-0.024	0.265	0.604	-0.025
皮肤	0.042	0.427	0.107	-0.057	0.543	-0.055
抑郁	0.006	-0.077	0.004	0.111	-0.050	0.776
排泄	-0.382	0.204	-0.095	0.063	-0.192	0.529
疼痛	0.216	0.089	-0.129	0.013	0.462	0.503
特征值	4.188	2.801	2.548	1.768	1.352	1.195
累积方差贡献率(%)	20.939	34.942	47.684	56.524	63.286	69.261

将 6 个主要因子和年龄、性别(1=男,2=女)、婚姻状况(0=无配偶/丧偶,1=有配偶)、文化程度(1=文盲,2=小学,3=中学,4=高中,5=大专以上)4 个一般人口学资料作为自变量,将“每 24 小时老人所需照护时长”转化为有序多分类变量(照护时长为 0 min=1,<120 min=2,120~360 min=3,>360 min=4)后作为因变量,分别纳入多元有序 Logistic 回归模型中进行

多因素分析。平行性检验结果显示 $P=0.427$,满足使用多元有序 Logistic 回归模型的条件。模型拟合度结果显示,似然比值为 152.353, $P=0.000$,方程总体显著。 $Cox\&Snell R^2=0.471$,Nagelkerke $R^2=0.521$,说明模型整体拟合效果良好。多元有序 Logistic 回归分析结果见表 2。

表 2 老年人照护时长的多元有序 Logistic 回归分析结果

变量	β	SE	Wald χ^2	P	OR(95%CI)
反应变量 Y					
照护时长(min)					
0	-5.780	1.332	18.829	0.000	—
<120	-3.745	1.290	8.428	0.004	—
120~360	-1.248	1.279	0.952	0.329	—
解释变量 X					
年龄	-0.052	0.011	21.670	0.000	0.949(0.929~0.970)
性别	-0.519	0.306	2.870	0.090	0.595(0.327~1.084)
配偶	0.227	0.410	0.308	0.579	1.255(0.562~2.804)
文化程度(以大专以上作对照)					
文盲	0.215	0.693	0.096	0.757	1.240(0.319~4.821)
小学	0.698	0.705	0.981	0.322	2.010(0.505~7.996)
中学	-0.300	0.751	0.160	0.689	0.741(0.170~3.225)
高中	0.898	0.726	1.530	0.216	2.455(0.592~10.176)
因子 1:生活自理能力	-0.016	0.003	32.825	0.000	0.984(0.979~0.990)
因子 2:肌力	-0.112	0.036	9.591	0.002	0.894(0.833~0.960)
因子 3:视听说	0.065	0.039	2.800	0.094	1.067(0.989~1.151)
因子 4:疾病和用药	0.194	0.100	3.811	0.051	1.214(0.999~1.477)
因子 5:行为	-0.056	0.191	0.086	0.770	0.946(0.651~1.374)
因子 6:情绪	0.031	0.057	0.306	0.580	1.031(0.923~1.153)

3 讨论

3.1 养老院老人照护时长分析 本研究显示,239 名老年人每 24 小时所需照护时长的中位数为 0(0,179.83)min,平均时长为 93.56 min,提示部分养老院老年人具有一定的照护需求。Björkgren 等^[10]发现芬兰养老院老年人的照护时长平均为 86 min/24 h,日本为 92 min/24 h^[11],美国为 126 min/24 h,英国则为 148 min/24 h^[12]。整体来看,我国养老院老人的平均照护时长与日本老人较为接近,但少于英美国家的照护时长。可能由于英美国家的养老福利体制发展较为完善,养老院所能提供的医疗照护服务项目较多,导致老年人的照护时长有所增加;而目前我国养老院发展尚不完善,养老院在医疗照护方面的资源供给不足,收住老年人参差不齐,本研究 49.79%的老人几乎无需他人照护,故照护时长相对短。英美国家多按照老年人的健康及功能状况划分等级收住不同等级的照护机构,2019 年美国政府推荐使用 CARE 量表作为统一标准化的评估工具实现对不同照护机构评估标准的一致性 & 公平性。因此,建议将 CARE 量表作为我国养老院的一种综合性老年照护评估工具,在大力推进医养结合养老服务模式的当

下,进一步提升我国养老院的医疗服务供给能力,为老人提供更好的照护服务。

3.2 养老院老年人照护时长的影响因素

3.2.1 年龄 表 2 显示,年龄是养老院老年人照护时长的影响因素,即养老院非高龄老年人平均每 24 小时所需照护时长较高龄老年人有所增加,可能因为非高龄老年人的恢复潜力更大,故得到更多照护。国外研究发现,康复团队对高龄老年人功能恢复的预期低于非高龄老年人,这导致恢复潜力较大的非高龄老年人会得到更多的照护,因此照护时长有所增加^[13-14]。Atalay 等^[15]则提出,与年轻老年人相比,年龄较大的老年人更可能“提前离开养老院”,因为高龄老年人更有可能因病情危重转诊至上级医院进行住院治疗,导致养老院为相对健康的高龄老人提供的照护时长相对减少。此外,Hung 等^[6]报道对于恢复希望较小的高龄老年人,家庭成员会减少这部分无意义的照护资源及费用支出。因此,养老院在提供照护服务时,应考虑高龄老年人的恢复潜力,并与其家庭成员共同制定老人的照护服务计划,以便于更合理高效地利用现有照护资源。

3.2.2 生活自理能力 本研究发现,生活自理能力

是养老院老年人照护时长的主要影响因素之一,生活自理能力越强,老人每 24 小时所需照护时长越少。主要由于生活自理能力较好的老年人其自我照护能力越强,对照护服务提供者的依赖性较低,因此所需的照护时长越少,这与国内外类似研究^[6-7,16]结果一致。因此,养老院的照护服务提供者在照护老年人时,应重点关注生活自理能力受损的老年人。

3.2.3 肌力 本研究结果显示,肌力是养老院老年人照护时长的影响因素,即肌肉力量越差的老人,照护需求越多,其照护时长也相应增加。可能与肌肉力量较好的老人在日常活动方面不太依赖他人帮助有关。Wee 等^[17]发现肌力衰退对老人的住院所需照护时长有显著的影响,Yeh 等^[14]报道肌力减退会显著增加老人的照护时长。肌力反映了老人对照护服务的需要,养老院在判断入住老人的照护服务需求时应重视对老人肌力的评估,并根据老人的肌力衰退情况增加一定的照护时长。

4 小结

本研究基于 CARE 评估分析养老院老年人照护时长及影响因素发现,非高龄、生活自理能力较差、肌力衰退的老年人平均每 24 小时所需照护时间较长。建议养老院的照护服务提供者在照护老年人时,应优先考虑恢复潜力较大的非高龄老年人、生活自理能力较差、肌力衰退的老年人,合理分配医疗照护资源。此外,目前我国养老院发展尚不完善、医疗服务供给不足,收住的老年人以健康老年人居多,故使用 CARE 量表评估的结果也难以在老年人的健康及功能状况上体现出照护时长的差异化,导致本研究数据仅发现照护时长的 3 个影响因素。未来的研究需要在养老院发展逐渐完善、医疗服务供给能力逐渐提升的情况下,进一步收集更准确的数据并进行影响因素分析。

参考文献:

- [1] 王黎,谢红.北京市养老机构入住费用现况调查及影响因素研究[J].中国全科医学,2014,17(22):2630-2633.
- [2] 王黎,郭红艳,谢红.养老机构老年人总体健康状况及影响因素[J].中国老年学杂志,2016,36(8):1975-1976.
- [3] Chang K, Tseng M, Weng H, et al. Prediction of length of stay of first-ever ischemic stroke[J]. Stroke, 2002, 11(33):2670-2674.
- [4] 肖文文,尹莉,谢红.老年人照护服务等级划分模型的构建[J].中华护理杂志,2019,54(9):1385-1389.
- [5] Gage B, Constantine R, Aggarwal J. The Development and Testing of the Continuity Assessment Record and Evaluation

(CARE) Item Set: Final Report on Reliability Testing Volume 1 of 3[R]. 2012.

- [6] Hung C, Wu W, Chang K, et al. Predicting the length of hospital stay of post-acute care patients in Taiwan using the Chinese version of the continuity assessment record and evaluation item set[J]. PLoS One, 2017, 12(8): e183612.
- [7] 肖艳艳,杨雪,肖树芹,等.老年持续评估记录和评价条目集的汉化及信效度检验[J].中华护理杂志,2018,53(6):762-768.
- [8] Chang K, Hung C, Kao C, et al. Development and Validation of the Standard Chinese Version of the CARE Item Set (CARE-C) for Stroke Patients[J]. Medicine, 2015, 94(42): e1828.
- [9] 姜彩霞,崔妍妍,张博论,等.老年综合评估工具 CARE 的汉化及信效度分析[J].护理学杂志,2019,34(24):83-86.
- [10] Björkgren M A, Häkkinen U, Finne-Soveri U H, et al. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities[J]. Scand J Public Health, 1999, 27(3): 228-234.
- [11] Ikegami N, Fries B E, Takagi Y, et al. Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities[J]. Gerontologist, 1994, 34(5): 628-639.
- [12] Carpenter G I, Ikegami N, Ljunggren G, et al. RUG-III and Resource Allocation: comparing the relationship of direct care time with patient characteristics in five countries[J]. Age Ageing, 1997, 26(suppl2): 61-65.
- [13] Elwood D, Rashbaum I, Bonder J, et al. Length of stay in rehabilitation is associated with admission neurologic deficit and discharge destination[J]. PM&R, 2009, 1(2): 147-151.
- [14] Yeh H, Huang N, Chou Y, et al. Older age, low socioeconomic status, and multiple comorbidities lower the probability of receiving inpatient rehabilitation half a year after stroke[J]. Arch Phys Med Rehab, 2017, 98(4): 707-715.
- [15] Atalay A, Turhan N. Determinants of length of stay in stroke patients: a geriatric rehabilitation unit experience[J]. Int J Rehabil Res, 2009, 32(1): 48-52.
- [16] 白洁.居家失能老人照护服务时间研究[J].饮食保健, 2019, 7(6): 201-202.
- [17] Wee J Y, Hopman W M. Stroke impairment predictors of discharge function, length of stay, and discharge destination in stroke rehabilitation[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2005, 84(8): 604-612.

(本文编辑 韩燕红)

临床护理教师循证实践概况及循证实践行为的影响因素分析

胡明钰¹, 周春兰¹, 王艳芳², 吴艳妮¹, 从维莲¹, 刘丽萍¹, 李晓霞³, 陈丽玲¹

Evidence-based practice profile among clinical nursing teachers and the influencing factors of their evidence-based practice behavior

Hu Mingyu, Zhou Chunlan, Wang Yanfang, Wu Yanni, Cong Weilian, Liu Liping, Li Xiaoxia, Chen Liling

摘要:目的 调查临床护理教师的循证实践概况,分析临床护理教师循证实践行为的影响因素,为促进临床护理教师循证实践提供参考。方法 采用中文版循证实践概况量表对 372 名临床护理教师进行调查。结果 临床护理教师各维度均分由高到低为循证实践态度 3.95 ± 0.63 ,循证实践学习意向 3.59 ± 0.89 ,循证实践与工作兼容性 3.20 ± 0.70 ,循证实践基本了解度 2.97 ± 0.83 ,临床相关术语 2.56 ± 0.76 ,循证实践行为 2.46 ± 0.82 ,循证实践相关术语 2.31 ± 0.94 ,循证实践技能 2.09 ± 0.76 。回归分析显示,循证实践态度,循证实践学习意向,循证实践技能,循证实践相关术语,循证实践培训经历,工作年限及发表文章是临床护理教师临床循证实践行为的影响因素($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论 临床护理教师循证实践态度、学习意向较高,但其循证实践知识、技能及应用有待提高。参与过循证实践培训、具备良好的循证实践态度、知识与技能、发表过学术论文、工作 ≥ 10 年的高年资临床护理教师循证实践行为较好。医院管理者可通过循证实践继续教育培训等针对性措施,提升护理教师的循证实践水平及应用。

关键词:临床护理教师; 循证实践; 循证护理; 循证实践能力; 知识; 态度; 技能; 影响因素

中图分类号:R47;G645 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.07.099

循证实践作为一种有效的决策方式,能够改善患者的临床结局,降低疾病治疗成本,提高患者满意度,已逐渐成为全球医疗卫生系统关注的焦点^[1]。国际护士协会也将循证实践作为高质量护理的金标准^[2]。国内外高校逐渐意识到循证实践的重要性,不仅将循证实践纳入到教学课程中,也将其引入到学生的临床实习中^[3]。而临床护理教师作为护理本科生和研究生的实践导师,其循证实践能力水平对临床循证实践教育至关重要,关乎实习护生对循证实践的掌握与应用。但目前国内外循证护理实践研究多集中于高校教师^[4-5]或临床普通护士^[1,6],未见临床护理教师的相关报道。鉴此,笔者调查分析三甲医院临床护理教师的循证实践概况及其循证实践行为的影响因素,旨在为促进临床护理教师开展循证实践提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2018 年 11~12 月方便选取南方医科大学南方医院临床护理教师为研究对象。纳入标准:医院正式注册护士;承担临床带教工作;知情同意参与本次调查。排除标准:休假、外出进修者。有效调查 372 名临床护理教师,女 345 人,男 27 人;年龄 24~60(32.97 ± 5.04)岁;最高学历为大专 13 人,本科 336 人,硕士 23 人;工作年限 ≤ 5 年 46 人,5~10 年 169 人, ≥ 10 年 157 人;职称为初级 217 人,中级 137 人,高级 18 人;带教年限 ≤ 5 年 170 人,5~10 年 95 人, ≥ 10

年 107 人。循证实践培训经历:无 152 人, ≤ 20 h 185 人, > 20 h 35 人。主持过科研项目 42 人,发表过学术论文 128 人。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①基本情况调查表,由研究团队自行设计,包括年龄、性别、工作年限、职称、学历、带教年限、循证实践培训等。②循证实践概况量表(Evidence-Based Practice Profile Questionnaire, EBP²Q),由 McEvoy 等^[7]编制,用以测量循证实践态度、知识、技能、应用。经授权后根据量表汉化及跨文化调适指南^[8]对 EBP²Q 进行翻译、调适及修改,最终形成中文版 EBP²Q,包括循证实践基本了解度(4 个条目)、循证实践学习意向(4 个条目)、循证实践态度(6 个条目)、循证实践与工作兼容性(5 个条目)、临床相关术语(6 个条目)、循证实践相关术语(3 个条目)、循证实践行为(8 个条目)、循证实践技能(9 个条目)8 个维度,共 45 个条目。采用 Likert 5 级评分法,各维度条目均分越高,表明相应维度水平越高。由 6 名护理专家(2 名临床护理专家,2 名英国索尔福德大学循证实践留学专家、2 名循证实践副教授教师)对中文版 EBP²Q 进行信效度检验,结果显示 $I-CVI$ 为 $0.833 \sim 1.000$;量表总 Cronbach's α 系数为 0.958 ,各维度为 $0.847 \sim 0.949$ (303 名临床护士中测得),各维度重测信度为 $0.745 \sim 0.960$ (22 名临床护士间隔 2 周测得);探索性因子分析中,累计方差贡献率为 71.014% ,各条目的因子载荷为 $0.552 \sim 0.831$ 。将护理教师循证实践概况各维度条目均分按最高分 5 分的 $2/3$ 以上(> 3.33), $1/3 \sim 2/3$ ($1.67 \sim 3.33$), $1/3$ 以下(< 1.67)分为高、中、低水平组^[6]。

1.2.2 调查方法 在知情同意的情况下,研究者当场发放并回收问卷。共发放问卷 400 份,回收有效问卷 372 份,回收有效率 93.00% 。

作者单位:南方医科大学南方医院 1. 护理部 2. 药物临床试验中心 3. 整形外科(广东 广州,510515)

胡明钰:女,硕士在读,学生

通信作者:周春兰,835922206@qq.com

科研项目:广东省护理学会护理科研指令性课题重点项目(gdhlxueh2019zl004);南方医科大学南方医院护理创优一循证实践专项项目(2019EBNa001)

收稿:2019-11-20;修回:2020-01-04

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件进行 t 检验、单因素方差分析及多元线性回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 临床护理教师循证实践各维度得分及水平分布 见表 1。

表 1 临床护理教师循证实践概况各维度得分及水平分布($n=372$)

维度	条目均分 (分, $\bar{x}\pm s$)	水平层次(%)		
		高水平	中水平	低水平
循证实践态度	3.95±0.63	86.29	13.44	0.27
循证实践学习意向	3.59±0.89	58.60	38.44	2.96
循证实践与工作兼容性	3.20±0.70	44.09	54.57	1.34
循证实践基本了解度	2.97±0.83	30.65	62.10	7.26
临床相关术语	2.56±0.76	19.35	63.44	17.20
循证实践行为	2.46±0.82	15.99	64.25	19.89
循证实践相关术语	2.31±0.94	17.47	51.34	31.18
循证实践技能	2.09±0.76	7.26	60.22	32.53

2.2 不同特征临床护理教师循证实践行为维度得分比较 见表 2。

表 2 不同特征临床护理教师循证实践行为维度得分比较

项目	人数	得分(分, $\bar{x}\pm s$)	t/F
最高学历			
大专	13	2.63±0.66	14.203 *
本科	336	2.40±0.80	
硕士	23	3.30±0.75	
工作年限(年)			
<5	46	2.58±0.89	11.903 *
5~	169	2.24±0.73	
≥10	157	2.67±0.85	
技术职称			
初级	217	2.29±0.79	19.586 *
中级	137	2.63±0.81	
高级	18	3.33±0.59	
循证实践培训			
无	152	2.02±0.72	55.138 *
≤20h	185	2.69±0.71	
>20h	35	3.21±0.83	
科研项目			
无	330	2.36±0.78	-7.425 *
有	42	3.29±0.69	
发表文章			
无	244	2.27±0.79	-6.750 *
有	128	2.84±0.77	

注:* $P<0.01$ 。

2.3 临床护理教师循证实践行为的多因素分析 循证实践应用能有效反映临床护理人员的循证实践能力,并且循证实践行为与循证实践态度、知识、技能等息息相关^[6,9-11]。以临床护理教师循证实践行为维度得分为因变量,以单因素分析中有显著性差异的变量及 EBP² Q 其余 7 个维度得分为自变量进行多元线性逐步回归分析($\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$)。自变量赋值:循证

实践培训(无=0,有=1),发表文章(无=0,有=1),工作年限以 5~年为参照设置哑变量。结果见表 3。

表 3 临床护理教师循证实践行为的多元线性回归分析

自变量	β	SE	β'	t	P
常数	-0.178	0.177	—	-1.009	0.314
循证实践技能	0.428	0.045	0.393	9.602	0.000
循证实践相关术语	0.183	0.039	0.209	4.688	0.000
循证实践学习意向	0.112	0.045	0.120	2.489	0.013
循证实践态度	0.142	0.061	0.109	2.334	0.020
循证实践培训	0.120	0.053	0.093	2.292	0.022
工作年限(以 5~年为参照)					
≥10 年	0.230	0.062	0.138	3.712	0.000
发表文章	0.155	0.064	0.089	2.420	0.016

注: $R^2=0.596$,调整 $R^2=0.587, F=66.968, P=0.000$ 。

3 讨论

3.1 临床护理教师循证实践现况 表 1 显示,86.29%的临床护理教师循证实践态度为高水平,58.60%的教师循证实践学习意向为高水平,但循证实践相关术语、临床相关术语、循证实践基本了解度、循证实践与工作兼容性、循证实践行为及技能处于中等水平。而 Upton 等^[12]的调查显示,美国和英国的护理教师循证实践态度、知识、技能、行为得分偏高,可能因为国内循证实践教育滞后,导致大多临床教师在校学习阶段并没有接受到良好的循证实践教育,毕业后也未经过正规的循证实践培训。Wong 等^[3]发现,在临床实习中引入循证实践教育能有效提升学生的循证实践能力。然而,虽然护理教师认为有必要进行临床循证实践教育,但其自身循证实践的知识技能及应用水平不足,无法很好地开展循证带教。因此,临床护理教师应努力提高自身循证实践能力,以满足实习护生尤其是硕士研究生的临床循证实践带教标准。

3.2 临床护理教师循证实践行为的影响因素

3.2.1 循证实践态度、知识、技能及培训经历 本研究表明,循证实践相关术语、循证实践态度、学习意向、技能及循证实践培训经历是带教老师循证实践行为的影响因素($P<0.05, P<0.01$)。Youssef 等^[4]的调查显示,护理教师的循证实践态度、知识及技能与其循证实践行为显著相关。周春兰等^[6]的调查显示,临床护士参与循证实践培训是其循证实践行为的主要影响因素。循证实践教育或培训能有效提高护士的循证实践态度,知识及技能,从而促进临床循证实践的应用^[6,13]。医院管理者应系统化完善临床护理教师循证实践继续教育培训体系,提升其循证实践水平。①组建高质量循证实践培训团队,制定系统的培训教学计划,包括基础知识如证据质量评价,循证指南的制定与应用,证据应用模式如 ACE star 模式等^[14];以及实践性的证据应用技能如项目可行性分析,变更项目管理模式等。②采取多样化的培训方式如工作坊,同辈支持,导师制,案例教学等。③采用有效的考核方式进行评估,如文献评鉴,临床情

境化考核等,明确其薄弱点,针对性强化,督促其自我学习,提高临床循证实践带教水平。

3.2.2 工作年限 本研究结果表明,带教老师的工作年限是其循证实践行为的影响因素($P < 0.01$),工作 ≥ 10 年组教师得分显著高于工作5~9年组,可能因为高年资带教老师通过长期带教与工作实践,深切体会到科研证据与临床实践的差距,善于思考并接受应用新证据,传播新理念,以助力临床循证护理实践的发展^[15]。提示护理管理者可采取精英化模式重点培养工作 ≥ 10 年的高年资带教老师,以点带面,推动循证实践应用。如①利用体验式方法,选拔工作 ≥ 10 年的教师到成熟开展循证实践的医院进修,深切体会学习临床循证实践的开展及应对措施,加强讨论交流。②鼓励工作 ≥ 10 年的高年资带教老师在职学历深造,着重向循证实践方向培养。科室护士长提供支持性领导力,优化人力资源配置,给予科研学习与与实践机会。③积极成立全院循证实践项目组,大力授权、支持工作 ≥ 10 年的高年资带教老师开展循证实践项目并进行评选。以高质量的循证护理实践提升同行认可度,促进临床带教老师循证实践能力的提升和循证实践教育水平的成熟^[14]。

3.2.3 发表文章 本研究结果显示,带教老师发表文章的经历是影响其循证实践的主要因素($P < 0.05$),与李敏^[15]对吉林省330名临床教师的调查结果一致。在文章写作过程中,临床护理教师主动阅读大量科研文献,学习研究设计,明确临床实践与科研证据的差距,从而启发循证实践项目开展。另一方面,优秀的科研论文也来源于良好的科研项目实践。因此医院管理者应:①鼓励带教老师根据临床工作、科研经验进行论文写作与发表,如个案管理等;②加大护理科研基金支持力度,制定奖励政策,激励其科研热情;③完善医院科研资源的配套设施,如建立科研资源数据库,将循证实践证据总结在院内公共网络平台,科室公告板等传递,以增加证据获取途径及证据使用率;④建立高校与临床科室之间的良好科研项目合作,充分结合利用高校教师的科研水平与临床教师的实践经验。

4 小结

本研究发现,临床护理教师的循证实践态度、学习意向较高,但其循证实践知识、技能、行为有待提高。临床护理教师的循证实践培训经历,循证实践相关态度、知识、技能,工作年限,发表文章的科研经历影响其循证实践行为。医院管理者应进一步完善循证实践继续教育培训体系,采取精英化培养方式有效提升临床护理教师的循证实践水平及应用。本研究仅调查广州市一所三甲医院的临床护理教师,样本的代表性存在一定缺陷,自评式调查问卷可能导致研究对象高估或低估自身循证实践水平。今后可采用主客观评估结合的方式,多中心抽样调查分析,推广研

究结果。

参考文献:

- [1] Kilicli A B, Kelber S T, Akyar I, et al. Attitude, source of knowledge, and supporting factors on evidence-based nursing among cardiovascular nurses: a cross-sectional descriptive study in Turkey[J]. J Eval Clin Pract, 2019, 25(3):498-506.
- [2] Farokhzadian J, Khajouei R, Ahmadian L. Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing[J]. J Eval Clin Pract, 2015, 21(6): 1107-1113.
- [3] Wong G, Monatzertolghaem M, Gerzina T. Integrating evidence-based practice into oral health clinical practice: students' perspectives[J]. J Evid Based Dent Pract, 2019, 19(1):79-85.
- [4] Youssef N, Alshraifeen A, Alnuaimi K, et al. Egyptian and Jordanian nurse educators' perception of barriers preventing the implementation of evidence-based practice: a cross-sectional study[J]. Nurse Educ Today, 2018, 64:33-41.
- [5] Hussein A H, Hussein R G. The attitudes and barriers towards evidence-based practice among nursing educators[J]. J Am Sci, 2013, 9(12):609-618.
- [6] 周春兰,王艳芳,汪思祺,等.临床护理人员循证实践水平现状评估研究[J]. 中国医院管理, 2018, 38(8):64-66.
- [7] McEvoy M P, Williams M T, Olds T S. Development and psychometric testing of a trans-professional evidence-based practice profile questionnaire[J]. Med Teach, 2010, 32(9): e373-e380.
- [8] Beaton D E, Bombardier C, Guillemin F, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures[J]. Spine, 2000, 25(24):3186-3191.
- [9] 傅亮,胡雁,邢唯杰,等.护理硕士研究生循证护理行为现状及其影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2013, 28(15): 1-4.
- [10] 王发凤,胡汉姣,唐敏.三级甲等医院新护士循证护理实践素质及实施水平调查[J]. 护理学杂志, 2017, 32(11): 50-52.
- [11] 周英凤,胡雁,邢唯杰,等.证据转化与临床应用培训项目的设计与实施[J]. 护理学杂志, 2018, 33(12):59-62.
- [12] Upton P, Scurlock-Evans L, Williamson K, et al. The evidence-based practice profiles of academic and clinical staff involved in pre-registration nursing students' education: a cross sectional survey of US and UK staff[J]. Nurse Educ Today, 2015, 35(1):80-85.
- [13] Wu Y, Brett A, Zhou C, et al. Do educational interventions aimed at nurses to support the implementation of evidence-based practice improve patient outcomes? A systematic review[J]. Nurse Educ Today, 2018, 70:109-114.
- [14] 杜世正, Anna Gawlinski, Dana Rutledge. 循证护理实践模式及应用启示[J]. 护理学杂志, 2016, 31(2):87-91.
- [15] 李敏.循证实践能力评估量表的汉化及其应用[D]. 延吉:延边大学, 2016.