

我国循证护理实践中证据应用概念模式的构建

成磊¹, 冯升², 胡雁¹, Marrion E. Broome³

摘要:目的 构建我国循证护理实践中证据应用概念模式。方法 采用建构扎根理论的方法对参与我国大陆 24 项以证据应用为目的的循证护理实践项目的 56 名人员进行了非结构式个人深入访谈,首先通过初始编码分析转录资料,然后进行聚焦编码同时收集项目相关文本资料。结果 构建了以生根为核心的我国循证护理实践中证据应用过程的概念模式,包括证据应用的过程、影响因素和一线护理管理者推动证据应用的领导力三部分。结论 证据应用是一个具有四个阶段的持续循环,证据应用的影响因素需持续评估,并重视护理管理者在证据应用中的作用。来自卫生保健系统中的各个层面的人士需要积极参与循证护理实践,在系统层面营造支持性的氛围,采用有针对性的应用策略,有效并可持续地使循证护理理念和证据内容在系统流程、日常护理实践和护士专业能力发展中生根。

关键词:中国; 循证实践; 证据应用; 护理; 生根

中图分类号:R47;C931.3 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.03.071

Development of a conceptual model of evidence implementation in nursing practice in China Cheng Lei, Feng Sheng, Hu Yan, Marrion E. Broome. School of Nursing, Fudan University, Shanghai 200032, China

Abstract: **Objective** To develop a conceptual model of evidence implementation in nursing practice in China. **Methods** A grounded theory study using unstructured in-depth individual interviews was conducted with 56 participants involved in 24 evidence-based nursing implementation projects in Mainland China. Projects related documents were also collected. Transcribed data were analyzed first by initial coding, and then focal coding with constant comparison was processed. **Results** A model with the core "taking root" was developed to describe evidence implementation in nursing practice in China. This model included three components, including the evidence implementation process, influencing factors and Chinese nursing managers' leadership practice to promote evidence implementation. **Conclusion** evidence implementation is a sustaining cycle of 4 stages. The influencing factors requires persistent evaluation, and the role of nursing managers should be prized. Involvement of various levels of the healthcare workers in evidence implementation process should be encouraged. With the help of a supportive system, and targeted strategies, the concept of evidence-based nursing and evidence itself will be able to effectively and sustainably "take root" in the system, in daily caring work, as well as in nurses' professional development.

Key words: China; evidence-based practice; evidence implementation; nursing; take root

循证护理实践强调临床护理决策要基于最佳的证据,但是证据本身不能替代决策,护理学科实践性及临床卫生保健系统的复杂性的特点让更多人开始关注证据应用这一最具挑战性的环节。作为世界上最大的发展中国家,我国引入循证护理理念已超 15 年,在横向扩展应用领域的同时,更需要对已完成的证据应用项目进行反思。深入探索和剖析我国情景下的循证护理实践证据应用的过程和影响因素,构建我国循证护理实践中证据应用概念模式,对促进循证护理实践的纵深发展有重要价值和意义^[1]。鉴此,2015 年 9 月至 2016 年 9 月,我们开展以构建循证护理实践中证据应用概念模式为目的的研究,方法与结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究共对参与我国大陆 14 家医院

作者单位:1. 复旦大学护理学院(上海,200032);2. 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心 PICU;3. School of Nursing, Duke University
成磊:女,博士,讲师

通信作者:胡雁, huyan@fudan.edu.cn

科研项目:2016 国家自然科学基金(71673057);2016 国家留学基金委公派留学奖学金(201606100196)

收稿:2018-09-11;修回:2018-11-20

24 个循证护理证据应用项目的 56 名研究对象进行了 63 次访谈,有 7 位被访者访谈 2 次以获取更多信息。56 名访谈对象中,女 49 人,男 7 人;学历:大专 3 人,本科 25 人,硕士(或硕士在读)16 人,博士(或博士在读)12 人。岗位:护士 19 人,护士长 15 人,护理部主任 8 人,护理学院教师 9 人,全日制硕士研究生 4 人,医生 1 人。工作时间 0~9 年 17 人,10~19 年 22 人,20~39 年 17 人。24 个证据应用项目主题涉及症状管理($n=7$)、护理安全($n=6$)、中心/外周静脉维护($n=5$)、出院计划($n=2$)、产褥期护理($n=2$)、伤口护理($n=1$)和服药依从性($n=1$)。项目开展地点主要在上海($n=18$)、江苏($n=4$)、北京($n=1$)和四川($n=1$)。

1.2 方法

1.2.1 资料收集 采用目的性抽样法,选择我国开展的 24 个“循证护理实践中证据应用”项目的负责人及主要参与者进行访谈。纳入标准:①项目由护士开展和进行;②在循证实践的理念和方法指导下开展;③研究报告了至少一个患者结局指标;④在多次循证学术会议上做过报告;⑤被其他医院邀请交流学习。考虑到研究对象的回忆偏差,项目开展时间限定在近 5 年。获得项目负责人及所在的医院护理部的同意后,研究

者对项目负责人进行个人深入访谈并录音,访谈主要围绕“您在该项证据应用项目中的经历和思考是什么?”这一问题,请受访者尽可能使用实例描述其在证据应用过程中的经历和思考,在访谈结束前询问是否需要补充和澄清。同时,在询问和聆听的过程中仔细观察记录受访者的情绪和行为反应撰写备忘录。随后根据访谈内容的自然呈现和负责人的推荐,确定是否需要访谈参与该项目经历证据应用过程的其他人员(如医院决策者、护理管理者、实践者等)。通过分析项目特征(证据主题、项目负责人身份、临床科室特点、患者特点、应用效果等),根据研究过程中形成的概念,进行下一个项目的理论性抽样和资料的采集。

同时研究者深入项目开展的场所,对部分仍在继续应用的项目的实践内容进行观察,收集与证据应用项目相关的制度、护理实践手册、会议记录等文件,以及项目的研究报告、发表的文章、大会交流的材料等,对访谈的内容进行印证。

1.2.2 资料分析 资料的收集和分析同时进行,根据卡麦兹(Charmaz)的建构扎根理论方法^[2],访谈录音由研究者逐字转录成文稿,然后由另一位未参加访

谈的研究者检查其准确性。所有的访谈资料均导入质性资料分析软件 MAXQDA12.1.4,编码过程从初始编码开始,随后使用 MindNode 2.4.2 软件进入聚焦编码和理论编码^[2]。研究团队通过对资料进行了反复比较和分析,最终形成概念框架。在整个过程中撰写备忘录记录思考过程。

2 结果

2.1 我国循证护理时间中证据应用的概念模式 访谈转录稿总字数达 346 270 字。同时收集到与研究项目相关的 8 份学位论文、9 篇已发表的相关文章、4 份讲座笔记、1 份大会发言材料、1 份证据应用过程中会议记录。通过资料分析,本研究提出了以“生根”(taking root)为核心的我国循证护理实践中证据应用的概念模式。生根证据应用是在应用策略和影响因素作用下,循证护理理念和证据内容在系统流程、日常护理实践和护士专业能力发展中持续“生根”的过程。该概念模式包括证据应用过程、证据应用影响因素,以及一线护理管理者在推动证据应用过程中的领导力和领导行为三个部分(见图 1)。

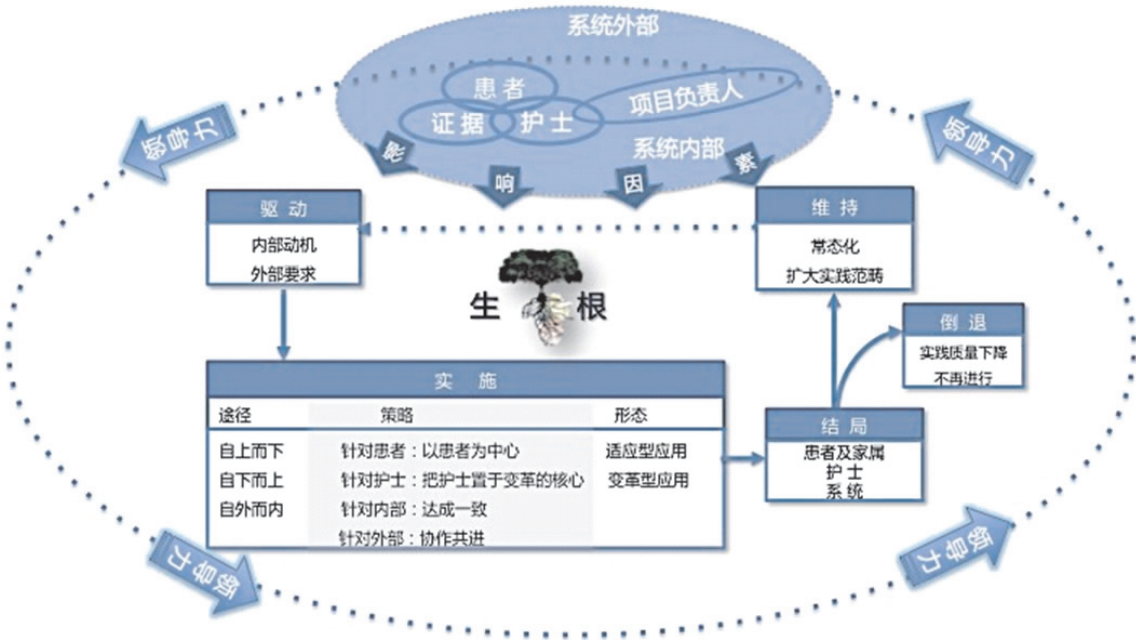


图 1 “生根”:我国循证护理时间中证据应用的概念模式图

2.2 我国循证护理实践中证据应用过程的主要概念 循证护理实践中证据应用是一个连续的循环过程,包括四个阶段:驱动、实施、结局、维持/倒退。在实施阶段提出了三条证据应用途径(“自上而下”、“自下而上”和“自外而内”)、四类证据应用策略(“针对患者:以患者为中心”,“针对护士:把护士置于变革的核心”,“针对内部:达成一致”,“针对外部:合作共进”)和两种证据应用形态(“适应型应用”和“变革型应用”)(见表 1)。

2.3 我国循证护理实践中证据应用影响因素 包括六大类:证据应用项目的负责人(视角、影响力、关注点)、证据(关注的问题、与实践的差距、证据来源、证据等级、可行性、有效性)、护士(动机、工作经验、学历、个人特征、知识、态度、行为、工作量、护理团队成员间的互动)、患者(个人特征、行为表现)、系统内部(文化、资源与材料、系统目标、人力配置、评价机制、行政管理者、不同学科间互动)以及系统外部(专业同行、国家强制要求、学术机构)。其中,与循证护理的核心要素中的证

据、护士、患者相关影响因素在系统之中,共同受到系统之外因素影响。而项目负责人可来自系统内或系统外,与护士方面的影响因素存在交集。

表 1 我国循证护理实践中证据应用过程的主要概念

一级类属	二级类属	三级类属	四级类属	五级类属	
实施	途径	自上而下	推动		
			用行政的力量		
			争取系统中其它利益相关者		
			以身示范		
		自下而上	需要勇气		
			受限于权威和制度		
			寻求管理者支持		
			取得他人信任		
		自外面内	熟悉临床情景		
			对临床科室的影响力有限		
			争取临床利益相关者		
			称为促进者而非领导者		
	策略	针对患者;以患者为中心	告知患者最佳证据		
			尊重患者的选择		
			争取患者的参与		
			重视患者的反馈		
		针对护士;把护士置身于变革中心	激励护士	患者认可	
			营造支持性环境	财政奖励	
				提供工具	
			提供资源		
		针对内容;达成一致	授权护士	质量审查	
			设立共同的目标	成为引领者	
				认可不同参与者的专业作用	成为变革先锋
				分享各类信息	
		从自身专业角度提供建议			
			剪裁证据于临床情景相符		
			针对外部;合作共赢		提供证据应用场所
			与学术科研机构合作		获得应用方法学的支持
	形态	适应型应用	与政府行政部门合作		
			持续质量改进		
			临床经验补充证据		
			证据与临床实践差距大		
		变革型应用	巨大努力传播证据		
			证据转化为临床经验		
			由适应型应用转变而来		
			精进专业、获得学位		
驱动	内部动机	组织目标			
	外部要求	法律规范			
结局	患者及家属	学会标准			
		临床结局指标			
		知识			
		态度			
	护士	行为依从性			
		知识			
		态度			
		实践遵从度			
系统	护理实践的改进				
	系统文化的变化				
维持	常态化				
	扩大实践范畴				
倒退	实践质量下降				
	不再进行下去				

2.4 一线护理管理者在推动证据应用过程中的领导力和领导行为 一线护理管理者在推动证据应用过程中的领导力和领导行为包括七大类表现:以身作则(澄清个人价值观、树立榜样)、共启愿景(预见未来、争取他人支持)、挑战现状(寻找机会、试验和冒险)、使众人行(促进合作、增强他人)、激励人心(认可他人贡献、庆祝价值观使用和胜利)、准备自己(储备知识及方法、准备解决问题)和继续下去(维持实践内容、继续使用方法)。

3 讨论

3.1 “生根”这一核心概念的提出 在本研究中,“生根”这一核心概念逐渐浮现。它作为一个隐喻,不仅描绘了证据应用这一持续的过程,而且也彰显了每个主要类属背后的趋于一致的关注重点。如内部和外

表 2 我国循证护理实践中证据应用过程的主要概念

一级类属	二级类属	三级类属
项目负责人	视角	系统循证变革的开始
		临时任务
	影响力	行政权威
		“草根”
		“客人”
	关注点	宏观系统的措施
		微观实践性问题
		借力临床开展应用
证据	关注的问题	常见的问题
		紧急的问题
		重要的问题
		可控的问题
	与实践的差距	
		数据库(本土循证资源、外文数据库)
	来源	外部学术机构参与者、行业协会或行政管理部门
	等级	
护士	可行性	
	有效性	
	动机	成长性动机、任务性动机
	工作经验	
	学历	
	个人特征	责任心、探究精神
	知识	循证基本概念
		循证方法
		证据内容
	态度	积极的态度(有兴趣、愿意、接受、欢迎)
		消极的态度(不关心、怀疑、保守、不愿意)
	行为	积极参与
		被动加入
	工作量	不符证据要求
		消极应用证据
患者	护理团队成员间的互动	注意力转向
		相互影响
		交流分享
	个人特征	成为变革先锋
		价值观
		认知功能
	行为表现	更信任医生
		依从性
系统内部	文化	参与度
		影响他人
		服从权威
	资源与材料	遵从证据
		不惩罚
		可行性
	系统目标	成本
		提升护理质量
		促进护理专科化发展
	人力配置	提高护士的专业自主性
		专业人员数量
	评价机制	专业人员质量
	行政管理者	
		自身特质
		对循证护理的理解度
系统外部	不同学科间互动	对证据应用项目的参与度
		对目标的认同
	专业同行	合作与支持
	国家强制要求	
	学术机构	

部的驱动力与个人的动机和系统情景没有紧密联系,内部和外部的驱动力将不会“生根”,又如虽然 4 类证据应用策略各有不同的侧重点,但均是着眼于如何使证据真正“生根”入系统,融入护理实践中。“生根”这

一核心概念既代表了我国护理人投入循证实践中,对循证证据在系统及护理实践中“生根”的期望和行为,又生动地描绘了证据应用这一持续的过程,以及诸多因素影响下证据应用所呈现的复杂性。

3.2 持续、动态、整合地看待证据应用过程的视角

3.2.1 证据应用过程是一个持续的过程 研究结果显示,证据应用作为一个具有四个阶段的持续循环,新的推动力将从维持阶段出现,引发另一轮证据应用过程。在该视角下,本研究纳入的多个项目注意通过证据融入护理常规,使护士在具体的护理实践中能找到相应的以证据为基础的实践规范和要求,同时注意培训护士循证的理念,在实践中具备寻找证据和应用证据的敏感性,从而引发新一轮证据应用的循环。这种持续的视角的不同于机械决定论者单向线性地看待证据应用过程的观点,与 Graham 的知识与行动框架^[3]和爱荷华循证实践模式模型^[4]等西方的循证实践模式的视角一致^[3-4]。但这个持续性的过程亦可能受阻,即当个人或组织的力量不足以使证据进入系统流程^[5-6]和日常实践^[7]的时候,证据应用过程可能发生实践质量下降或者停止应用的“倒退”,需要护理管理者警惕和预防。

3.2.2 证据的应用中的影响因素需要动态地评估 本研究发现,虽然证据应用中的障碍因素和促进因素是相互关联的。以往研究多从“障碍”角度研究证据应用的影响因素,但本研究发现证据、护士、患者、系统内部和系统外部等方面的证据应用影响因素,受到不同临床背景和系统文化的影响,对证据应用的“促进”或“阻碍”的作用界限模糊,如多位访谈对象谈及单纯通过人力配置弥补临床护士数量不足对改善证据应用程度的作用非常有限,又如在层级化明显的临床系统中,管理者应用行政的权力可强制性要求证据快速进入到临床系统,但在证据深入应用过程中,系统权威可能阻碍护士应用证据的自主性。影响因素在不同的临床情景中呈现不同的作用,故本部分研究的结果呈现中并没有严格区分“促进因素”或是“阻碍因素”。这一发现与 KTA (Knowledge To Action) 知识转化模式的建议是一致的,即需采用动态、持续的方法来确定情景中特定的障碍因素^[3],而非严格区分“促进因素”或是“阻碍因素”。这一结果也在一定程度上反映了修订后的 i-PARIHS (综合促进卫生服务研究实施行动) 框架^[8]中活性因素“促进者 (facilitator)”,促进者作用之一即是在本场所、组织和更广泛的系统环境中评估和调整需要应用的证据,促进证据为目标应用者所采纳。因此,需要采取系统的、灵活的视角审视证据应用过程,对影响因素进行持续地评估。

3.2.3 证据整合于实践的观点贯穿证据应用的始终 本研究发现,部分护士认为参与证据应用是“日常工作以外的额外工作”或“仅仅是项目负责人/管理者的事情”,而护理管理者则会把证据应用作为“一项需

要完成的临时任务”。该做法把循证实践和日常护理工作的关系割裂,甚至在两者之间引发优先性竞争,严重阻碍了证据纳入护理实践内容,影响证据应用目标的实现^[9],导致临床护士角色负荷过重^[10]。因而,需采取整合的视角看待循证护理的证据应用过程,从个体和系统两个层面做到循证理念、证据、流程、实践和管理上的整合,真正融入护理日常实践中,并成为护理实践和内容不断更新的动力。

3.3 对循证护理的核心要素进一步探索

3.3.1 循证护理证据与护士经验判断之间的互动关系 本研究中多数证据应用项目是由其与护士现有的临床实践内容存在差距所驱动。在应用过程中,它们之间的相互作用体现在适应型和变革型两种应用形态上。在适应型应用过程中,最新证据和护士目前的专业判断在实施过程中相互补充。证据指出目前护理实践的差距,而护理专业判断帮助证据真正地生根于系统。在变革型应用过程中,现有护理实践与证据存在较大差距,但只要在应用过程中尊重护士的投入,反映出临床系统的内在文化和价值观,证据仍然有可能将逐渐内化为护士的新的实践经验中。

3.3.2 患者偏好对证据应用中的贡献 患者的个人特征和行为影响着证据应用过程,与其相关的结局指标被认为是考量证据应用项目是否成功的标志。由于多数高等级的证据通常来自西方发达国家的研究结果,相关专业人士可能会考虑在证据应用的可行性及文化兼容性等原因而“剪裁”掉部分证据,但这样的做法可能会让患者失去接受完整的证据内容的机会。由于患者的偏好与自身的知识水平和文化背景密切相关,患者个体对证据的选择行为非医务人员所能替代。为了让患者充分地参与证据应用,是否需要“剪裁”证据可以考虑患者参与,证据应用策略应以患者为中心,在证据应用过程中患者的偏好亦应该被尊重而非被忽略。

3.3.3 临床情景对证据应用的影响 成功的证据应用需要考虑临床实践的情景。本研究在对证据应用影响因素分析中提出了情景中的各个影响因素。在对证据应用过程的分析中提出了证据应用的三条途径(即自上而下,自下而上和自外而内),反映出不同的证据应用项目负责人在不同实施环境中的作用和重点。其中一线护士和护理管理者身处证据应用的实践中,来自学术机构的教师和研究生来自临床系统外,其所处位置决定了其看待问题的视角、对临床情景的分析和证据应用策略的不同侧重。

3.4 领导力在证据应用中的作用 本研究结果发现,我国一线护理管理者在证据应用项目中的领导行为主要表现在:意识到临床环境的需要,激发共同愿景,策划实施项目,组织和协调资源,促进利益相关者(如行政、医药、护理、理疗、物流、信息系统等方面的

人士)之间的合作。但亦有护理管理者倾向于将循证护理应用项目视为其行政管理职责之一。在一些深层次的领导力要求,如反思个人价值观和承担风险、促进维持和常态化等方面,护士长所提及的相关行为却并不多。这与组织文化、领导者对证据应用的认识和临床情景密切相关。而两个新类属的出现则说明领导者必须不断使个人与系统之间的目标保持一致,通过全方面展现领导行为使循证护理实践中证据应用取得近期和远期效果,在系统有形的流程和无形的理念中“生根”。

3.5 我国文化价值观对循证护理实践中证据应用的影响 本研究发现我国文化价值观对循证护理实践中证据应用产生影响,包括“追求和谐”,“服从权威”和“内部与外部之间的界限”。“追求和谐”^[11]在证据应用过程中体现在不同利益相关者(包括护士,管理者、教师等)之间努力达成共识,实现双赢结果。然而,追求和谐也可能成为一个障碍因素,尤其当系统各方处于自身的舒适区不愿变革,需要领导者采取“过多”的干预、刺激、激发等主动行动,甚至需要“打破沉默”。“服从权威”也是我国阶层明显的组织文化要求^[12],在证据应用中也是一个明显的情景因素。然而,高度的服从和对权威的依赖可能是证据执行中的双刃剑。在以自上而下的证据应用途径为主的项目中,护理管理者在循证实践中发挥的重要作用。在此情景下,护士的顺从通常会加快证据的应用,但可能掩盖其他的真实态度行为。而护士主动发起的自下而上的证据应用项目若缺乏管理者的支持,可能因为系统中其他成员对权威的服从及保持和谐的态度而受到限制。此外,我国文化中对“内”和“外”有着清晰的界限^[13]。尽管学术和临床机构之间有合作关系,临床科室也盼望着来自学术机构的项目领导者帮助临床提高护理科研水平,改善临床质量,但是这些“自外而内”的项目管理者依然需要首先得到临床系统内部人士认同。

3.6 不足之处及对未来研究的建议 首先,本研究主要是针对我国已完成的证据应用项目进行“回顾性”研究,无法对实际证据应用过程进行“实时”评估。未来的研究可能采取参与性行动研究设计或观察设计来前瞻性地探索我国循证护理实践中证据应用的过程。第二,由于访谈对象都是自愿参加研究的,可能部分在证据应用中有负面体验的参与者未能被研究者访谈到。未来的研究可关注那些在证据应用过程中有着负面体验的人群,以深入挖掘其他尚未被揭示的障碍因素。第三,本研究访谈对象未能包含患者,因为大多数项目没有把患者作为证据应用的团队成员。然而,在以患者为中心的护理理念下,患者的观点是循证护理实施中不可或缺的一部分。未来的研究需要捕捉患者对证据的可行性和有效性的看法,以及他们在证据执行过

程中的贡献。第四,本研究的所有访谈对象均来自于医院。未来的研究需要探索本研究结果能否被其他护理场所(例如社区)的证据应用项目所应用。不同的医疗保健场所可能具有不同的系统结构、人力配置、患者特征、工作标准和考核指标。也需要进一步分析其他环境中证据应用过程和影响因素。第五,本研究尚未建立起 3 条不同的证据应用途径的具体路径。未来研究需要充分收集采用不同证据应用途径的证据应用案例,分析比较项目负责人、护理管理者、护士骨干、其他利益相关者在不同应用途径下的互动,形成更具指导性的证据应用路径图。

综上所述,我国循证护理实践中证据应用的概念模式包括证据应用过程、证据应用影响因素,以及一线护理管理者在推动证据应用过程中的领导力和领导行为三个部分来自卫生保健系统中的各个层面的人士需要积极参与循证护理实践,在系统层面营造支持性的氛围,采用有针对性的应用策略,有效并可持续地使循证护理理念和证据内容在系统流程、日常护理实践和护士专业能力发展中“生根”。

参考文献:

- [1] Cheng L, Feng S, Hu Y. Evidence-based nursing implementation in Mainland China: a scoping review[J]. Nurs Outlook, 2017, 65(1): 27-35.
- [2] Charmaz K. Constructing grounded theory[M]. London: Thousand Oaks, Calif: Sage, 2014: 109-161.
- [3] Graham I D, Logan J, Harrison M B, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? [J]. J Contin Educ Health Prof, 2006, 26(1): 13-24.
- [4] Titler M G, Kleiber C, Steelman V J, et al. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care[J]. Crit Care Nurs Clin North Am, 2001, 13(4): 497-509.
- [5] Kristensen N, Nymann C, Konradsen H. Implementing research results in clinical practice-the experiences of healthcare professionals[J]. BMC Health Serv Res, 2016, 16: 48.
- [6] Stetler C B, Ritchie J A, Rycroft-Malone J, et al. Leadership for evidence-based practice: strategic and functional behaviors for institutionalizing EBP [J]. Worldviews Evid Based Nurs, 2014, 11(4): 219-226.
- [7] Taylor M V, Priefer B A, Alt-White A C. Evidence-based practice: embracing integration[J]. Nurs Outlook, 2016, 64(6): 575-582.
- [8] 韩柳, 晏利姣, 姜雨婷, 等. PARIHS 循证概念框架的演变及其应用思考[J]. 护理学杂志, 2017, 32(9): 84-86.
- [9] Solomons N M, Spross J A. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review[J]. J Nurs Manag, 2011, 19(1): 109-120.
- [10] Kath L M, Stichler J F, Ehrhart M G, et al. Predictors of nurse manager stress: a dominance analysis of poten-