

美国约翰霍普金斯医院《循证实践项目报告指南》解读及启示

米元元^{1,2}, 叶旭阳^{2,3}, 王宇娇⁴, 朱丽群⁵, 包延乔⁶, 石海燕⁷

摘要: 循证实践作为提升护理质量和患者安全的重要途径,已在国际护理领域广泛推广,但在中国的应用尚存在诸多挑战。当前,循证实践类研究在选题设计、实施过程及报告质量方面不规范,影响了研究的透明度与可信度。针对这一现状,本文对美国约翰霍普金斯医院 Madeleine Whalen 教授团队发表的《循证实践项目报告指南》进行解读,旨在为我国临床护理研究者撰写循证实践类项目报告提供科学、标准化的指导。

关键词: 循证实践; 证据总结; 证据应用; 报告规范; 循证护理; 解读

中图分类号: R471 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.13.091

Interpretation and implications of the Johns Hopkins Hospital evidence-based practice projects reporting guidelines

Mi Yuanyuan, Ye Xuyang, Wang Yujiao, Zhu Liqun, Bao Yan-qiao, Shi Haiyan. Department of Critical Care Medicine, The Sixth Hospital of Wuhan, Affiliated Hospital of Jiangnan University, Wuhan 430015, China

Abstract: Evidence-based practice (EBP) as a critical approach to improving nursing quality and ensuring patient safety, has been widely promoted in the international nursing field. However, its application in China still faces many challenges. Currently, EBP studies exhibit inconsistencies in topic selection, project design, implementation procedures, and reporting quality, which undermines the transparency and credibility of the research. In response to these issues, this article interprets the guideline "Reporting Guideline for Evidence-Based Practice Projects" published by Professor Madeleine Whalen and her team at Johns Hopkins Hospital in the United States, aiming to provide scientific and standardized guidance for clinical nursing researchers in China when writing EBP project reports.

Keywords: evidence-based practice; evidence summary; evidence implementation; reporting guideline; evidence-based nursing; interpretation

循证实践(Evidence-Based Practice,EBP)作为提升临床护理质量和患者安全的重要途径,已在全球护理领域得到广泛认可。目前,我国护理领域在循证实践的应用与推广过程中仍面临诸多挑战。临床研究者与实践者对循证实践的理论框架及报告规范缺乏系统理解,导致研究质量参差不齐,部分循证实践类论文在选题设计、实施过程和结果呈现上存在不规范、不透明的现象,影响了研究的可信度与可重复性。2024 年 9 月由美国约翰霍普金斯医院 Madeleine Whalen 教授团队发表的《循证实践项目报告指南》

(下称《指南》)^[1],为研究者提供了科学、标准化的指导,但在国内尚未被充分认识和应用。规范的报告标准不仅有助于提高中国循证护理研究的国际学术影响力,还可为临床研究者开展循证实践项目提供科学的路径与参考。通过规范报告,循证实践的证据产出与转化将更加高效透明,从而助力中国护理学科的高质量发展。本研究团队对该《指南》^[1]进行解读(已获得授权),旨在深入解析其结构与关键内容,为临床护理研究者与实践者提供规范的撰写指导,提升循证实践类研究设计的严谨性与报告质量。

1 《指南》制定背景

当前,在提升健康研究的质量与透明度(Enhancing the Quality and Transparency of Health Research,EQUATOR)平台中虽囊括 660 余项关于不同研究类型的报告指南,但尚无针对循证实践项目的报告指南,导致循证实践类文献质量参差不齐。Madeleine Whalen 教授团队由 3 名具有 30 年以上经验的循证护理专家、1 名具有德尔菲技术经验的统计学家组成,并邀请 20 名在循证实践领域和护理出版领域的专家,经过 3 轮德尔菲专家函询,最终形成包含 6 个主标题(引言、循证实践设计、证据综合的

作者单位:江汉大学附属医院/武汉市第六医院 1. 重症医学科 2. 循证护理研究中心 3. 神经内科(湖北 武汉,430015);4. 吉林大学第一医院神经内科重症监护室;5. 江苏大学附属医院护理部;6. 三峡大学第一临床医学院/宜昌市中心人民医院呼吸与危重症医学科;7. 中国人民解放军总医院第二医学中心消化内科/老年疾病国家临床医学研究中心

通信作者:石海燕,shihyan662@163.com

米元元:男,硕士,主管护师,autisland@whu.edu.cn

科研项目:国家卫生健康委医院管理研究所医疗质量(循证)管理研究项目(YLZLXZ24G073)

收稿:2026-01-10;修回:2026-03-12

方法、证据结果、实施、结论)和 30 个子条目的标准 详见表 1。
化清单,覆盖从临床问题界定到证据落地的全流程,

表 1 循证实践项目报告指南

条目	标题	内容
1	引言	
1.1	问题陈述,包括项目的依据、重要性和相关性	提供支持项目的重要信息,包括组织目标、基准、差距或护理差异;说明当前实践现状及未解决问题的潜在风险;勿使用组织名称或其他易识别信息
1.2	当前认知(文献中对该问题已被广泛了解)	阐明现有文献中对本土问题的普遍认知,为团队面临的具体问题提供宏观背景,此部分内容不应包含第 3 节与第 4 节所述文献检索及质量评价阶段所获取的参考文献
1.3	循证实践项目的目的	描述循证实践项目的目标,最好包含 SMART 目标的要素(具体、可测量、可实现、现实且有时间限制)
1.4	循证实践问题	提供循证实践项目所针对的问题
2	循证实践设计	
2.1	使用的循证实践模型及框架	提供用于开展循证实践项目的方法名称及概述
2.2	使用的证据级别系统	描述团队所使用的证据等级系统名称
2.3	团队成员构架及其资质	提供团队成员的基本信息及其角色(例如,护理教育者、呼吸治疗师、药剂师、护理管理者等),勿包含真实姓名
3	证据综合的方法	
3.1	信息来源(数据库)和证据检索过程	提供团队查询的数据库名称和检索流程,包括检索策略的限定条件,如检索日期范围及其合理依据。若涉及系统性检索(全面检索)、范围检索或定向检索类型,需注明并附具体说明
3.2	关键词和概念	列出用于检索的关键词和相关术语,并在文本中描述主要概念,完整的检索策略清单可以附录表的形式提供
3.3	操作性定义(如适用)	提供条目 1.4 所描述的检索策略和循证实践问题中核心术语的操作性定义
3.4	文献纳入/排除标准	列出团队用于确定从检索结果中文献入选资格的纳入与排除标准
3.5	文献筛选流程	描述文献筛选过程,并说明各阶段的文章数量。如适用,列出使用的软件,并包括筛选是否独立或合作完成。可以包括流程图或 PRISMA 图来展示筛选过程
3.6	文献质量评价、数据提取和共识达成的过程	阐释团队对最终纳入文献的质量评价方法,以及第 4.1 节中证据是如何提取和汇总的,并提供数据提取要素清单。常见项目包括纳入文献的一般特征信息(如第一作者、发表时间)、地区/国家、证据类型、研究人群、样本量和研究场所、研究目的、干预措施、研究结果、测量方法、方法学指标及结局数据、研究的局限性及优势、作者的利益冲突;评价者数量、评价方式(独立/合作),以及评价者之间存在分歧时达成共识的方法
3.7	证据综合和最佳推荐意见的形成过程	详细说明团队综合证据并生成条目 4.2(证据整合)与条目 4.4(实践建议)结论的具体方法
4	证据结果	
4.1	证据汇总表	以表格形式呈现所有纳入研究的核心信息,要素需与条目 3.6 要求一致。建议通过可视化形式(表格/图表)整合证据中的附加关键信息
4.2	证据综合及证据等级、质量	描述团队分析各项证据的结果,根据所用证据级别系统,呈现证据的等级与质量。此部分为条目 3.7 流程的产出结果,建议按主题进行研究结果的归类
4.3	证据的推荐强度和特征	评估证据的强度,描述研究结果的一致性及不同证据级别中的来源数量。具体措辞需与第 2 节所述循证实践方法相匹配
4.4	最佳证据建议	列出团队在完成证据评价后生成的推荐建议,此部分与条目 3.7 流程直接对应
5	实施	
5.1	描述证据实践的场所	描述循证实践项目的实施场所,包括地理位置、医疗机构类型与规模等关键背景信息,勿使用组织名称或其他易识别的信息
5.2	与证据转化相关的组织特定建议	列举团队根据第 4.4 节最佳证据建议,结合本机构实际考量形成的具体实施方案。如适用,需包含适配性、可行性及可接受性评估
5.3	项目实施的模型或框架	描述用于实施干预措施的方法,可包括循证实践模型、质量改进框架或其他实施策略
5.4	干预措施及时间表	列出具体的干预方案及其实施时间节点,包括根据实施成效或障碍进行的方案更新或调整
5.5	数据收集和分析方法	阐述项目的评价指标、数据收集方式及分析方法,需涵盖:指标类型(过程指标/结局指标/结构指标/感知指标等)、数据收集方法及统计分析方法。条目 5.6 报告结果的方法学依据需在此阐明
5.6	实施结果	提供在第 5.5 节中描述的数据收集和分析过程的结果,可包括主题分析和/或统计分析的结果
5.7	结果与现有文献的比对	将本项目结果与已发表证据进行比较分析,阐释其对当前知识体系的贡献
5.8	未来考量	评估项目在本机构的可持续性 & 推广前景
5.9	讨论,包括经验教训	重述项目结果的核心发现及其与条目 1.3 原始目标的关联,必要时进行深度分析;总结实施过程中获得的经验教训或其他见解
6	结论	
6.1	项目对当前实践的影响	概述项目初衷,并阐明最佳证据的识别与实施如何影响原始目标;结论应简练陈述
6.2	局限性	探讨证据审查及项目实施过程的局限,尽可能说明应对这些局限的补充措施
6.3	未来方向	基于本项目成果,提出需进一步研究的知识空白及未来探索方向,以推动学科发展

2 《指南》内容解读

2.1 引言

2.1.1 条目 1.1: 问题陈述, 包括项目的依据、重要性和相关性 在循证实践项目报告中, 问题陈述是项目设计的逻辑基础, 需系统阐明开展循证实践的依据与重要性、基于临床数据的实践差距及未解决问题的潜在风险, 其质量直接影响项目的科学性与可行性。问题陈述应明确项目动因, 通过流行病学数据或临床结局证据说明问题的普遍性和严重性, 突出临床意义。临床基线可反映当前护理实践水平与效果, 是识别改进领域和评价循证实践成效的重要依据^[2-3]。基于组织内部质量审查结果与行业基准的比较, 有助于识别实践差距, 是实施循证实践的重要切入点。如 Chi 等^[4]从中心静脉导管置入与维护入手, 识别最佳实践与临床现状的差距, 并从创新、接受者、内部与外部背景等方面制订干预策略, 以降低导管相关血流感染发生率。与此同时, 还需明确问题未解决可能带来的患者安全风险、资源浪费及系统性风险。例如, 俯卧位通气治疗急性呼吸窘迫综合征患者期间是否应实施肠内营养喂养仍存在争议, 若实践与证据脱节(如常规暂停喂养), 可能增加营养不良风险。

2.1.2 条目 1.2: 当前认知 在循证实践项目实施前, 应充分认识循证问题的复杂性, 不同地区和文化背景下的护理实践可能面临不同障碍。文献检索前, 研究者需了解循证实践群体对该问题的认知和理解, 以识别现有知识基础及实践差距。例如, 预立医疗照护计划在国外已形成较为成熟的实施路径, 而在我国仍处于探索阶段, 受社会文化、法律保障不足及医务人员认知和培训不足等因素影响^[5]。通过梳理研究现状并结合现有临床资源, 可为后续循证实践项目实施奠定基础。

2.1.3 条目 1.3: 循证实践项目的目的 循证实践项目目标应符合 SMART 原则, 明确“做什么、为什么、由谁、在何处以及如何实施”, 并设置可量化指标, 确保在既定资源条件下于合理时间内完成。如 Barhorst 等^[6]在神经重症患者早期肠内营养实践研究中, 将目标设定为“90 d 内将神经重症监护病房患者早期肠内营养实施率提高 40%, 并在 24 h 内完成鼻胃管置入”, 为项目实施和评价提供了清晰框架。

2.1.4 条目 1.4: 循证实践问题 确立循证实践问题是开展循证实践项目的核心。循证实践问题通常来源于临床实践。循证实践问题被确定后, 还需考虑该问题是否可被检索、可被回答, 干预措施是否有效力、有效果。为确保问题的清晰性和可操作性, 建议使用 PICOT (P, Patient/Population, 患者/人群; I, Intervention, 干预措施; C, Comparison, 对照措施; O, Outcome, 结局; T, Type of study, 研究类型) 或 PIPOST (P, Population, 研究对象; I, Intervention, 干

预措施; P, Professional, 专业人员; O, Outcome, 结局指标; S, Setting, 用证场所/情境; T, Type of evidence, 证据类型) 结构化框架对临床问题进行解构, 便于研究者定义循证实践问题的各个要素, 包括目标人群、干预措施、对照措施、结局指标、实施环境和研究类型等, 为研究者高效地进行文献检索与筛选打好基础。

2.2 循证实践设计

2.2.1 条目 2.1: 使用的循证实践模型及框架 循证实践模型和框架为循证护理实践提供系统化指导。常用模型包括约翰·霍普金斯护理循证实践模型 (Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model, JHNEBP) 模式、Iowa 模式、JBI 证据转化模式、KTA (Knowledge to Action) 模式及复旦大学循证护理中心证据转化(“日出/拱桥”) 模式等。这些模式均强调证据的等级性和多元性, 以及证据转化过程的阶段性和循环性。模型选择应结合具体需求、资源和情境, 理想模式需具备稳健性、逻辑性、普适性、验证性、有用性和适宜性^[7-8]。不同模式侧重点不同: JHNEBP 模式强调跨专业协作及“实践问题—证据—转化”(Practice question, Evidence, Translation, PET) 流程; Iowa 模式注重临床问题识别和多类型证据应用; JBI 模式突出 FAME 属性; KTA 模式关注知识转化的动态过程; “日出/拱桥”模式以实施科学为核心, 通过准备、实施、评价和维持四阶段推动证据向实践转化。

2.2.2 条目 2.2: 使用的证据级别系统 在开展循证实践研究前, 应明确拟采用的证据级别系统, 以便在证据提取阶段对研究证据进行规范分级。建议根据证据类型的实际情况, 选择区分清晰、可操作性强的分级系统。目前常用的包括 GRADE 系统、牛津大学循证医学中心证据分级系统(2011 版) 及澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心证据级别与推荐强度系统(2014 版)。上述系统均以研究设计类型作为证据分级依据, 其中牛津系统和 JBI 系统以研究设计进行初始分级, 分级过程相对“静态”; GRADE 系统在预分级基础上进一步综合证据降级或升级因素, 分级过程更为灵活, 呈“动态”特点。JBI 证据预分级系统与 GRADE 系统具有良好兼容性, 可先采用 JBI 进行初步质量评估, 再结合 GRADE 原则对证据体进行最终判定, 实现优势互补。既往研究中, 有直接在报告中说明证据来源及等级者^[9], 亦有在前期证据总结中明确分级系统, 并在后续证据转化中沿用者^[10]。无论采用何种方式, 均应规范报告证据分级系统名称, 以保证研究的透明性、科学性和可追溯性。

2.2.3 条目 2.3: 团队成员构架及其资质 循证实践团队应由多学科专业人员组成, 包括临床专家、循证方法学专家、信息学专家、护理人员、其他相关专业人员、患者代表及管理协调人员。部分成员需具备高

级职称、硕士学历或良好的文献阅读能力,以保障团队协作效率和项目顺利实施。团队成员的专业多样性、临床经验及协作沟通能力是循证实践成功的重要保障。明确循证实践实施者有助于界定证据转化的核心主体和相关利益方,促进跨学科协作,减少职责分工不清带来的障碍。

2.3 证据综合的方法

2.3.1 条目 3.1: 信息来源(数据库)和证据检索过程 随着信息资源的不断丰富,数据库类型和特点差异显著,合理选择信息来源直接影响检索效果。研究者需熟悉各数据库的学科范围和文献类型,选择与临床问题匹配度高的数据库。证据检索方式可分为系统性检索和范围检索/定向检索;前者强调全面覆盖,适用于证据图谱构建,但需控制时间成本;后者基于PICO框架构建结构化检索式,适用于具体临床问题的快速定位。循证护理检索应设置合理限制条件,优先获取最新证据。按“5S”金字塔模型^[11],检索顺序依次为决策支持系统、证据总结、循证指南、系统评价和原始研究,在获得理想证据后可终止检索。可采用多数据库联合检索,并结合参考文献追溯和引文追踪以提高文献覆盖率。针对特定研究主题,还可检索专业学会网站及灰色文献数据库,以补充证据。

2.3.2 条目 3.2: 关键词和概念 关键词的准确选择是高效检索的基础。研究团队应基于对循证实践问题的理解,对研究主题进行概念分解,并结合PICO框架提取核心关键词。在此基础上进行同义词扩展,可借助医学主题词表进行术语映射,整合不同层级的主题词。检索时建议结合关键词与主题词,并合理运用截词符、布尔逻辑运算符及邻近检索等功能,以提高检索的灵敏度和准确性,避免遗漏重要文献。

2.3.3 条目 3.3: 操作性定义(如适用) 文献检索是循证实践的重要方法学环节。对检索策略及循证实践问题中的核心术语进行清晰、统一的操作性定义,有助于研究团队在文献检索和筛选过程中保持判断一致,减少歧义,保证检索过程的系统性、可重复性和准确性。检索完成后应保留完整的检索记录,便于过程回溯与质量控制。

2.3.4 条目 3.4: 文献纳入/排除标准 明确报告文献纳入与排除标准是保障循证实践质量的关键,有助于提高研究的透明性和可重复性。在纳入文献时,应明确研究对象、人群特征及与研究问题相关的干预措施,优先选择高质量研究类型,并限定文献语种和时间范围,避免纳入过于陈旧的研究。排除文献时,应剔除重复发表、翻译版本、主题不相关及方法学质量较低的研究。对于小语种文献、纯理论性研究或仅提供描述性数据而缺乏分析的文献,应根据研究目的谨慎处理。

2.3.5 条目 3.5: 文献筛选流程 文献筛选是循证实践方法学报告的核心环节,应清晰、透明地报告从

初始检索结果到最终纳入文献的筛选过程。筛选应至少由2名研究者依据既定纳入与排除标准独立完成,并进行交叉核对,存在分歧时由第三方裁决。筛选时可先通过标题、摘要和关键词排除明显无关文献;若检索结果不足以回答研究问题,应分析原因并调整检索策略或数据库层级。为提高效率和准确性,可借助EndNote、NoteExpress等文献管理软件,并采用PRISMA流程图记录检索、筛选、排除的数量及原因。通过规范的筛选流程,确保纳入文献的相关性和质量,为循证护理实践提供可靠证据支持。

2.3.6 条目 3.6: 文献质量评价、数据提取和共识达成的过程 文献质量评价是循证实践的重要环节,其科学性和透明性直接关系到研究结论的可靠性。循证学者指出,证据评价应关注内部真实性、临床重要性和临床适用性^[12-13]。未经过严格质量评价的证据可能误导临床决策。研究者应报告不同研究类型所采用的质量评价工具。JBI循证卫生保健中心针对不同研究设计提供了系统的质量评价工具。此外,指南常采用AGREE II工具,RCT可采用Cochrane风险偏倚工具、Jadad量表或PEDro量表,系统评价可采用AMSTAR 2,观察性研究可采用纽卡斯尔-渥太华量表(Newcastle-Ottawa Scale, NOS)、关键质量评估技能项目(Critical Appraisal Skills Programme, CASP)清单、美国卫生保健质量和研究机构(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)工具,诊断性研究可采用诊断准确性研究质量评价(Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies, QUADAS)工具。文献质量评价应由至少2名接受循证方法学培训且具备相关专业背景的研究者独立完成,意见不一致时由第三方裁决;指南评价宜由4名研究者独立完成,并计算组内相关系数(ICC),ICC应 ≥ 0.7 ^[14]。数据提取应围绕研究目的进行,可预先设计数据提取表并进行预试验。若使用软件或既有表单,应说明工具来源。数据提取一般由2名研究者独立完成,分歧通过协商或第三方解决,并保留完整记录。提取内容包括文献基本信息、研究设计、研究对象、样本量、干预措施、结局指标、研究结果、方法学要点、局限性及利益冲突等,必要时可联系原作者补充缺失数据。

2.3.7 条目 3.7: 证据综合和最佳推荐意见的形成过程 证据综合是采用系统方法对现有证据进行整合的过程,可提高结论的可靠性,为临床决策、指南和政策制定提供依据。常见形式包括系统评价、证据总结和指南/共识制定。研究者可根据研究主题和条件选择或联合使用证据综合方法。证据综合应遵循以下原则:证据一致时优先采用表述规范、易于理解者;证据互补时按所涉及专业的机制或逻辑关系合并;证据存在分歧时遵循高质量、最新证据优先原则,同等条件下优先采用国内证据;推荐内容应保持相对独

立,保留原始表达。如唐佳怡等^[15]研究中,详细阐述了慢加急性肝衰竭患者营养管理证据整合的原则,体现了研究者专业的证据整合能力。

证据级别通常基于研究设计类型划分,如 JBI 干预性研究证据预分级系统中,多项 RCT 系统评价级别最高,专家意见级别最低。证据质量取决于研究设计合理性、资料收集与统计分析方法及偏倚风险等因素。当前应用最广泛的证据质量与推荐强度体系为 GRADE 系统,其将证据质量分为高、中、低和极低,并综合升级与降级因素进行判定。Yao 等^[16]的一项对美国心脏病协会和美国肿瘤学会发布的指南中的证据质量进行统计分析后,结果显示该两个组织基于低质量证据给出不合理的推荐意见数量高达 56% 和 25%。

推荐意见及其强度的形成需综合证据质量、利弊平衡、成本效益、患者价值观、可行性和可接受性等因素^[17-20],可依据 GRADE 证据到决策(EtD)框架,通过专家讨论达成共识后形成推荐^[21]。在特定临床情境下,低质量证据亦可形成强推荐^[22]。护理领域常采用 JBI 证据预分级系统(2014 版),在推荐形成过程中综合文献质量、临床判断及患者意愿。

2.4 证据结果

2.4.1 条目 4.1:证据汇总表 证据汇总表是循证实践中系统整理和呈现纳入研究信息的重要工具,有助于研究者和读者快速把握文献核心内容。研究者应采用结构化表格,清晰展示纳入研究的关键特征,如作者、发表时间、研究设计、研究对象、干预与对照措施、主要结局指标及结果等,使读者能够直观比较不同研究在方法学、对象、干预和结局方面的异同,识别潜在模式或差异。如 Zhao 等^[23]系统报告了纳入文献的基本信息、研究对象、干预措施、研究结果、研究质量及其他关键信息。证据汇总亦可通过图示方式呈现,如森林图等,以突出偏倚风险、亚组差异、效应量及其精确性,为后续证据综合和结论推导提供直观依据。

2.4.2 条目 4.2:证据综合及证据等级、质量 证据综合方法及过程可参见条目 3.7 中的描述。在证据综合结果呈现部分,需对证据的级别、质量进行标注。

2.4.3 条目 4.3:证据的推荐强度和特征 证据推荐强度的形成过程参见条目 3.7。循证实践是一项依赖专业判断的批判性整合过程,其中 FAME 属性(可行性、适宜性、临床意义和有效性)是实现证据向临床推荐转化的重要工具。循证实践报告需综合最佳研究证据、临床专业经验及患者价值取向,协助决策者判断证据的适用性和价值,确保临床决策的科学性与合理性。

2.4.4 条目 4.4:最佳证据建议 最佳证据建议的形成过程参见条目 3.7。循证实践研究结果部分应列出研究团队在完成证据质量评价和证据等级划分

后,基于 FAME 框架形成的最终推荐意见。

2.5 实施

2.5.1 条目 5.1:描述证据实践的场 实践场所的组织文化、资源条件及政策支持等因素直接影响循证实践的实施效果。循证实践报告中应明确描述实践环境和背景,包括实施地点、服务对象和资源条件,并阐明实践的可行性与局限性。通过系统比较现有护理实践与最佳证据建议在可行性、适宜性、有效性、患者意愿及经济成本等方面的差异,可识别实践与循证指南之间的差距,为是否调整护理方案提供依据。同时,对实践场所的报告亦可为其他实践者和政策制定者提供参考。

2.5.2 条目 5.2:与证据转化相关的组织特定建议 组织特定建议是在最佳证据基础上,结合机构实际情况制订的可操作实施策略。鉴于不同机构在资源、人员、文化和患者特征等方面存在差异,证据转化前需开展适宜性、可行性和可接受性评估。适宜性评估关注干预与机构目标和文化的契合度;可行性评估分析现有资源和流程条件下的实施可能性;可接受性评估则考察管理层、医务人员及患者的态度和认同程度。通过三方面综合评估,可提高实施策略的现实可行性和成功率,促进证据在真实情境中的有效转化。

2.5.3 条目 5.3:项目实施的模型或框架 循证护理实践的核心在于将研究证据有效转化为临床应用,需依托实施科学相关的理论、模型或框架进行指导。理论用于解释和预测变量关系,模型强调关键要素及其联系,框架则系统罗列实施要素,缺乏科学指导易导致实施过程碎片化。常用工具可分为三类:①指导循证实践实施过程的模型,如 KTA 模式、JHNEBP 模式、JBI 证据转化模式、Iowa 模式及复旦大学循证护理中心证据转化模式;②解释实施结局影响因素的模型或框架,如卫生服务研究实施整合促进行动框架(Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services framework,i-PARIHS)、实施性研究综合框架(Consolidated Framework for Implementation Research,CFIR)、理论领域框架(Theoretical Domains Framework,TDF)及能力、机会、动机-行为框架(Capacity, Opportunity, Motivation-Behavior,COM-B);③评估实施结局的框架,如 RE-AIM 框架,包含人群覆盖(Reach)、干预效果(Effectiveness)、机构采纳(Adoption)、干预实施(Implementation)和效果维持(Maintenance)。复旦大学循证护理中心证据转化模式在吸收国际经验基础上形成,强调实施科学方法学,已成为国内应用广泛的循证护理实践框架,为证据应用与原创性研究衔接提供了清晰路径。研究者在应用相关模型或框架时,应充分理解其理论背景、核心概念及适用范围,结合实际情境灵活运用,避免机械套用。

2.5.4 条目 5.4:干预措施及时间表 制订干预措

施和时间表是保障项目顺利实施和达成预期目标的关键。该阶段需识别主要障碍因素,并形成针对性解决方案。干预措施应基于前期证据筛选及适宜性、可行性和可接受性评估结果,明确执行内容、利益相关人员、所需资源及操作流程。如顾梦倩等^[24]的证据转化项目,干预措施涵盖医用粘胶剂规范使用、医护人员培训、科普宣教及皮肤损伤风险评估体系建设,明确了参与人员、资源配置及操作流程。时间表应将实施过程分阶段设置,明确起止时间、关键节点及预期成果,并根据实施中的资源变化、人员流动及反馈情况进行动态调整。

2.5.5 条目 5.5:数据收集和分析方法 数据收集与分析是评价项目成效和指导持续改进的核心环节。实施过程中可从结构、过程、结局及感知等维度,采用定量与定性相结合的方法全面评估干预效果。定量数据可来源于电子病历、问卷或监测系统,定性数据可通过访谈、焦点小组和观察获得。数据收集前应制订标准化流程并进行质量控制。统计分析方法需依据数据类型和研究设计选择,结构和过程指标多采用描述性统计,结局指标可进行干预前后比较分析,感知指标必要时结合定性分析。通过科学的数据收集与分析,可为项目效果评价及方案优化提供依据。

2.5.6 条目 5.6:实施结果 研究者需通过数据分析真实、系统地报告实施结果,可采用结构—过程—结果体系或 RE-AIM 等进行呈现。结果内容通常包括实施对象基本信息、主要结局指标及统计结果、证据执行情况、是否形成制度或流程以及效果维持情况。如郭雪娥等^[9]在相关研究中报告了研究对象特征、审查指标执行率、医护人员知识水平及患者结局指标。该部分是验证证据对临床实践影响的重要依据,应如实报告脱落情况,减少偏倚对结果的影响。

2.5.7 条目 5.7:结果与现有文献的比对 将循证实践项目结果与既有高质量研究进行比对,是评估研究贡献的重要环节。若结果与文献一致,可进一步探讨其在特定人群或情境中的应用价值;若存在差异,则可能揭示新的研究方向或现有证据的局限性。循证实践的独特贡献可体现在填补证据空白、引入新技术或实现跨学科应用等方面,为后续研究和实践提供参考。

2.5.8 条目 5.8:未来考量 循证实践实施完成后,应评估其可持续性和推广前景。循证实践的目标不仅在于短期效果,更在于将证据转化为常态化实践,与组织战略和质量改进体系相融合。可借助英国国家医疗服务体系可持续性模型等工具,从流程、人员、组织支持及外部环境等方面评估长期存续能力。通过持续监测、政策支持和资源整合,可增强项目的稳定性和适应性。随着人工智能和大数据技术的发展,循证实践有望通过智能决策支持系统和循证指南动

态更新,形成证据与实践的良性循环,推动医疗质量的持续改进。

2.5.9 条目 5.9:讨论,包括经验教训 在循证实践完成后,对核心结果进行系统分析是检验其科学性和实践价值的重要环节。应首先评估实施结果与项目目标的契合度,包括患者健康结局、医疗质量、流程规范化及团队协作等方面。如存在明显偏差,应从证据适配性、执行力度及利益相关方参与度等方面进行分析。同时需关注结果中的矛盾或未解决问题,如部分人群干预效果有限,或结构、过程指标改善而结局指标提升不足,这些发现可为后续研究指明方向。在总结经验时,应同时提炼成功因素与不足,如跨学科协作、循证工具应用及管理支持的积极作用,以及资源、培训和数据质量方面的限制。基于反思可提出改进建议,如开展多中心研究、借助人工智能和大数据提高干预精准性,或设计新的研究以弥补证据缺口,从而为循证实践的持续改进与推广提供依据。

2.6 结论

2.6.1 条目 6.1:项目对当前实践的影响 结论部分应概述循证实践项目在当前实践中的实际影响,简要回顾研究背景和目标,突出循证实践的现实意义。需阐明最佳证据的识别与应用如何通过整合临床经验、患者偏好和护理环境,促进护理流程规范化、质量指标改善及患者结局和满意度提升,同时推动团队协作与专业能力发展。结论还应概括项目的主要成果及其对临床实践和组织发展的价值,并客观指出现阶段存在的不足,如样本量或随访时间限制,为后续优化提供方向。

2.6.2 条目 6.2:局限性 循证实践的局限性应从证据和实施两方面进行分析。证据层面可能存在文献质量不一、研究异质性较大或证据与本地情境契合度不足等问题;实施过程中则可能受到样本量、随访周期、数据完整性以及护理人员依从性和患者参与度的影响。针对上述局限,尽可能说明应对这些局限的补充措施并加以改进,以提升结果的稳健性和推广性。

2.6.3 条目 6.3:未来方向 未来研究应基于本项目结果识别尚存的知识空白,重点关注不同人群、疾病类型和护理情境下干预效果的差异性,通过多中心、大样本研究提高外部效度。同时,需加强对长期结局和干预可持续性的探索,弥补现有研究偏重短期效果的不足。

3 报告指南的局限性

本报告指南虽为临床研究者提供了清晰的报告步骤,但存在方法学及内容的局限性。方法学方面:①该研究最初邀请 57 名专家,仅 20 名专家(35%同意率)同意参与函询,但 3 轮实际完成函询的专家数量分别是 10 人、7 人、7 人,低于德尔菲法推荐的 10~

50 人样本范围^[25-26],可能影响结果的权威性、可信性及共识代表性;②函询专家的学科背景较为单一,以护理领域(含护理出版)为主,使得指南的跨学科适用性可能因视角局限而受限;③研究仅完成初步条目清单共识构建,未评估该报告指南的实际采纳效果及对文献质量的影响,未来需进一步验证和更新。内容方面:①在问题构建方面,当前报告指南未能充分遵循 PICO 原则。清晰、结构化的问题构建是获取有效证据的前提^[27];②从证据到推荐过程的阐述比较简单,过于强调“推荐级别”的作用而弱化了实施场景的利益关联人进行证据应用的可行性、适宜性和患者接受度评估;③缺乏循证实践实施环节的障碍因素分析和促进因素的阐述,弱化了证据到实践的过程;④在评估与反馈方面,虽提及实施结果和经验教训的分析,但缺乏对持续评估与反馈机制的明确说明,不利于在实施过程中及时发现问题并进行调整,可能影响项目效果与可持续性;⑤关于未来方向的讨论深度不足,仅作概括性陈述,缺乏具体分析路径,难以为后续研究和实践提供明确指引;⑥报告可读性和传播性未得到足够重视,当前报告指南在撰写报告时,未能充分强调报告的可读性和传播性。这可能导致报告在实际应用中难以被不同群体理解和接受,从而影响到报告的实际效果。

4 建议

针对上述不足,笔者提出以下改进建议:一是构建清晰的问题框架,遵循 PICO 原则进行临床问题的构建;二是加强文献检索和评价过程的描述,明确评价工具和筛选标准;三是建立评估与反馈机制,确保项目的持续改进和效果评估;四是深化对未来方向的阐述,结合项目实施过程中暴露的局限性,提出具体的改进策略或研究方向;五是强调报告的可读性和传播性,注重语言的简洁明了和结构的清晰合理。此外,该报告指南虽为当前循证实践报告提供了基本框架,但其形成过程在方法学严谨性方面仍显不足,且内容存在一定局限性,尚不宜直接作为我国循证实践报告的统一标准。未来可结合我国循证实践开展的实际经验,采用以“循证研究机构—院校—医疗机构—期刊”为主导的德尔菲专家函询方法,对循证实践报告指南条目进行系统修订与更新,以提升其科学性、普适性和学界接受度。

(致谢:感谢复旦大学护理学院/复旦大学 JBI 循证护理中心胡雁院长对本研究的指导!)

参考文献:

[1] Whalen M, Bissett K, Ascenzi J, et al. Reporting guidelines for evidence-based practice projects: a Delphi study and publication checklist [J]. Worldviews Evid Based Nurs, 2024, 21(6): 634-643.

[2] Arvidsson E, Dahlin S, Anell A. Conditions and barriers for quality improvement work: a qualitative study of how

professionals and health centre managers experience audit and feedback practices in Swedish primary care [J]. BMC Fam Pract, 2021, 22(1): 113.

[3] Kara A Y, Rohde J M. Professional performance audit and feedback for quality improvement: necessary but insufficient [J]. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2022, 48(3): 129-130.

[4] Chi X W, He R, Wu X H, et al. Development of best evidence-based practice protocols for central venous catheter placement and maintenance to reduce CLABSI [J]. Medicine (Baltimore), 2024, 103(27): e38652.

[5] 邢冰玉, 缪群芳, 章锦升, 等. 社区视角下国内外预立医疗照护计划的研究现状 [J]. 中国全科医学, 2021, 24(34): 4324-4329.

[6] Barhorst S, Prior R M, Kanter D. Implementation of a best-practice guideline: early enteral nutrition in a neuroscience intensive care unit [J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2023, 47(1): 87-91.

[7] Brady R E, Lyons K D, Stevens C J, et al. Implementing evidence-based practices in rural settings: a scoping review of theories, models, and frameworks [J]. Front Health Serv, 2024, 4: 1326777.

[8] Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks [J]. Implement Sci, 2015, 10(53): 1-13.

[9] 郭雪娥, 卞丽芳, 李鹤, 等. 肝癌患者术后胃肠功能障碍预防和护理的循证实践 [J]. 中华护理杂志, 2024, 59(6): 645-653.

[10] 杨俊琳, 杨健, 赵丽丽, 等. 大肠癌放化疗患者消化道症状群护理的证据总结 [J]. 中华护理杂志, 2023, 58(1): 98-104.

[11] Alper B S, Haynes R B. EBHC pyramid 5. 0 for accessing preappraised evidence and guidance [J]. Evid Based Med, 2016, 21(4): 123-125.

[12] Hunt D L, Jaeschke R, McKibbin K A. Users' guides to the medical literature: XXI. Using electronic health information resources in evidence-based practice. Evidence-Based Medicine Working Group [J]. JAMA, 2000, 283(14): 1875-1879.

[13] McKibbin K A, Fridsma D B. Effectiveness of clinician-selected electronic information resources for answering primary care physicians' information needs [J]. J Am Med Inform Assoc, 2006, 13(6): 653-659.

[14] Bliese P D. Within-group agreement, non-independence, and reliability: implications for data aggregation and analysis [J]. [2025-12-01]. <https://psycnet.apa.org/record/2000-16936-008>.

[15] 唐佳怡, 唐桂清, 张娜, 等. 慢加急性肝衰竭患者营养管理的最佳证据总结 [J]. 中华护理杂志, 2025, 60(5): 581-589.

[16] Yao L, Ahmed M M, Guyatt G H, et al. Discordant and inappropriate discordant recommendations in consensus and evidence based guidelines: empirical analysis [J]. BMJ, 2021, 375: e066045.

life; nationwide survey[J]. *BMJ Support Palliat Care*, 2021, 15(6):796-804.

[16] Davies J, Connor M O, Halkett G K B, et al. Fathers' experiences of childhood cancer: a phenomenological qualitative study[J]. *J Fam Nurs*, 2023, 29:155-165.

[17] Yi J, Kim M A, Sang J, et al. How does social and work life change for fathers of children with cancer? [J]. *Sage Open*, 2022, 10:1-11.

[18] Bailey-Pearce O, Stedmon J, Dallos R, et al. Fathers' experiences of their child's life-limiting condition: an attachment narrative perspective[J]. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 2018, 23(3):381-397.

[19] 蔡思雨,周翊,成磊,等. 儿科安宁疗护中共同决策的阻碍因素与应对策略的定性研究[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(20):35-40.

[20] Yuan M, Wang Z, Fei L, et al. Prevalence of prolonged grief disorder and its symptoms in Chinese parents who lost their only child: a systematic review and meta-analysis[J]. *Front Public Health*, 2022, 10:1016160.

[21] Davies B, Baird J, Gudmundsdottir M. Moving family-centered care forward: bereaved fathers' perspectives[J]. *J Hosp Palliat Nurs*, 2013, 15(3):163-170.

[22] Denhup C. Fathers' perspectives of bereavement support [J]. *Omega(Westport)*, 2025, 26302228251371767.

[23] Kongnetiman-Pansa L, Haines-Saah R J. When a child dies; racialized father's experiences of objectification during hospital care[J]. *Omega(Westport)*, 2024, 89(4):1412-1436.

[24] Sjuls M, Fegran L, Ludvigsen M S, et al. Fathering a child with a progressive life-limiting condition in the context of pediatric palliative care: a qualitative interview study[J]. *Qual Health Res*, 2025:10497323251398383.

[25] Hill K N, Olsavsky A, Barrera M, et al. Factors associated with mental health service use among families bereaved by pediatric cancer [J]. *Palliat Support Care*, 2023, 21(5):829-835.

[26] Proulx M, Martinez A, Carnevale F, et al. Fathers' experience after the death of their child (aged 1-17 years) [J]. *Omega(Westport)*, 2016, 73(4):308-325.

[27] Eli B, Liang Y, Chen Y, et al. Symptom structure of posttraumatic stress disorder after parental bereavement; a network analysis of Chinese parents who have lost their only child[J]. *J Affect Disord*, 2021, 295:673-680.

[28] 何丽,唐信峰,朱志勇,等. 殇痛:失独父母哀伤反应的质性研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 2014, 22(5):792-798.

[29] Nicholas D, Beaune L, Belletrutti M, et al. Engaging fathers in pediatric palliative care research[J]. *J Soc Work End Life Palliat Care*, 2020, 16(1):42-56.

(本文编辑 黄辉,吴红艳)

(上接第 97 页)

[17] Djulbegovic B, Hozo I, Li S A, et al. Certainty of evidence and intervention's benefits and harms are key determinants of guidelines' recommendations [J]. *J Clin Epidemiol*, 2021, 136:1-9.

[18] Djulbegovic B, Reljic T, Elqayam S, et al. Structured decision-making drives guidelines panels' recommendations "for" but not "against" health interventions[J]. *J Clin Epidemiol*, 2019, 110:23-33.

[19] Li S A, Alexander P E, Reljic T, et al. Evidence to decision framework provides a structured "roadmap" for making GRADE guidelines recommendations[J]. *J Clin Epidemiol*, 2018, 104:103-112.

[20] Wiercioch W, Nieuwlaat R, Dahm P, et al. Development and application of health outcome descriptors facilitated decision-making in the production of practice guidelines [J]. *J Clin Epidemiol*, 2021, 138:115-127.

[21] Meneses-Echavez J F, Bidonde J, Yepes-Nunez J J, et al. Evidence to decision frameworks enabled structured and explicit development of healthcare recommendations [J]. *J Clin Epidemiol*, 2022, 150:51-62.

[22] Andrews J C, Schunemann H J, Oxman A D, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation; determinants of a recommendation's direction and strength[J]. *J Clin Epidemiol*, 2013, 66(7):726-735.

[23] Zhao F X, Qin X H, Shen X, et al. Summary of the best evidence for preventing the occurrence of subcutaneous emphysema in laparoscopic surgery[J]. *Asian J Surg*, 2024, 47(10):4295-4299.

[24] 顾梦倩,顾丽华,黄怡丹,等. ICU 患者医用粘胶相关性皮肤损伤预防最佳证据的临床转化[J]. *护理学杂志*, 2025, 40(5):57-63.

[25] Hill K Q, Fowles J. The methodological worth of the Delphi forecasting technique[J]. *Technological Forecasting and Social Change*, 1975, 7(2):179-192.

[26] Diamond I R, Grant R C, Feldman B M, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies[J]. *J Clin Epidemiol*, 2014, 67(4):401-409.

[27] Methley A M, Campbell S, Chew-Graham C, et al. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews[J]. *BMC Health Serv Res*, 2014, 14:579.

(本文编辑 吴红艳)