

# **The development and evaluation of a dementia education program for health professionals in primary care in China**

**Yao Wang**

Cotutelle PhD candidate

Submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of  
Philosophy (Cotutelle Program)

School of Nursing & Midwifery  
Faculty of Medicine, Nursing and Health Science  
Flinders University

November 2015

## **Preface**

My PhD journey started in 2012 when I was recruited to work with the research team from Flinders University (FU) and Central South University (CSU) in a cross-national collaborative project between Australia and China titled ‘Strengthening professional collaboration in dementia education and research via the provision and evaluation of a dementia train the trainer program’. This study was funded by the Commonwealth through the Australia-China Council Grant 2012-13 of the Department of Foreign Affairs and Trade (Grant number: ACC 00431). Because of this collaborative project, I successfully applied for the Cotutelle PhD Program at FU and was supervised by two principal supervisors, Associate professor Lily Xiao (FU), Professor Guo-Ping HE (CSU) and associate supervisor Dr Anita De Bellis (FU). My PhD study was a part of this large study that aims to develop and determine the effects of a dementia education program for health professionals in primary care in China. During this study, I have gained research experience in Australia and built the network with academics at FU. I was awarded my double PhD at FU and CSU in 2015.

The concept of a Cotutelle, meaning co-tutoring, enables PhD candidates to complete a portion of their doctoral research at home and a portion at a partnering overseas institution, thereby earning a double-badged degree from both their home and host institution. My experience of being a PhD candidate in two universities has provided me with a global view in dementia care and enables me to undertake future collaborative projects with academics at FU and other overseas universities. Furthermore, the Cotutelle has enhanced my research experience and cultural understanding of Australia, thereby supporting my local and international career

prospects.

The PhD thesis is written in Chinese based on a Cotutelle agreement between FU and CSU. The major components included in the thesis are listed in the following:

1. Summary
2. Declaration by the candidate
3. Research grants, publications and presentations
4. Acknowledgements
5. Published articles and submitted manuscript in peer-reviewed international journals.
6. International conference abstract
7. Thesis in Chinese

# Summary

## INTRODUCTION

It is estimated that approximately 46 million people are living with dementia worldwide in 2015 and this number will triple by 2050 as the world population ages. Health professionals in primary care play a crucial role in achieving timely diagnosis and early interventions to enable people with dementia to function at the highest level of their capacity as long as possible and relieve caregiver burden. However, a body of evidence revealed unmet care needs for both people with dementia and their caregivers in community care settings especially in countries with undeveloped dementia care services. Although numerous factors contributing to the undesirable situation, the lack of education opportunities for health professionals in primary care to learn and translate dementia care knowledge into their practice was viewed as one of key factors.

## AIMS

The aims of this study were: (1) to select, translate and evaluate instruments used in a dementia education program for health professional; and (2) to develop, implement and evaluate a dementia education program for health professionals in China.

## METHODS

This study was conducted in two phases. In phase one a cross-sectional design was used to address aim one. Dementia care competence for health professionals was used as a framework in the selection of the Alzheimer's Disease Knowledge Scale and the Dementia Care Attitudes Scale. These two scales were translated into Chinese using a

forward and backward translation method. Content validity, test-retest reliability, construct validity and known-group validity were used to assess the reliability and validity of these scales. A person-centred care scale was utilised as a gold standard to establish concurrent validity of these two scales.

In phase two, Graham's Knowledge Translation was used as a conceptual framework in the program design and implementation. Kirkpatrick's four-level model was used in program evaluation. A cluster randomized controlled trial (RCT) and focus groups were conducted. A multi-level mixed effect linear regression model was applied to examine whether there was a significant difference between the intervention group and control group at the three time points using STATA version 13.0. In addition, on the completion of the program, focus groups were conducted to elicit program participants' perceptions of the program and changes in practice they observed using open-ended questions. Content analysis was used to identify categories of the focus group data.

## **RESULTS**

In phase one, a total of 442 health professionals participated in the study. The results demonstrated acceptable content validity, internal consistency, test-retest reliability and concurrent validity of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and the Chinese Dementia Care Attitudes Scale. These two Chinese scales also demonstrated known-group validity evidenced by significantly higher scores identified from the sub-group with a longer work experience compared to those in the sub-group with less work experience.

In phase two, a total of 170 health professionals from 14 primary care centres participated in the study. The program comprised a total of 20 hours of dementia

education sessions delivered by trainers in a 12-week period in the intervention sites and a 3-month follow-up. Following the education program, participants in the intervention group showed a statistically significant improvement of knowledge about dementia, attitudes towards dementia care and the use of person-centred care approach compared with control group ( $P < 0.001$ ). Participants in the intervention group were satisfied with the educational program. Five focus groups were conducted that included 30 participants from intervention group. Participants perceived that the dementia education program had met their learning needs and they had made changes in dementia care. However, they also suggested that they needed to engage in regular dementia education programs that should incorporate components of clinical observations and peer review to update their knowledge in dementia care. Participants also anticipated government's further commitments to dementia care services in China through policy, workforce and resource development.

## **CONCLUSION**

The Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale are reliable and valid instruments for health professionals. A dementia education program that targets health professionals' learning needs and facilitates knowledge translation contributes to changes in practice in dementia care.

## Declaration by the Candidate

I certify that this thesis does not incorporate without acknowledgment any material previously submitted for a degree or diploma in any university; and that to the best of my knowledge and belief it does not contain any material previously published or written by another person except where due reference is made in the text.

.....  
Yao Wang

.....  
Date

## Research grants, Publications and presentations

### Research Grants

1. Strengthening professional collaboration in dementia education and research via the provision and evaluation of a dementia train the trainer program, Commonwealth through the Australia-China Council Grant 2012-13 of the Department of Foreign Affairs and Trade. Project number: ACC00431
2. The development and evaluation of a dementia education program for health professionals in primary care in China, Innovation Project Grant for Doctoral Students from Department of Education of Hunan Province, China. Project Number: CX2013B103

### Publications during PhD study

1. **Yao Wang**, Lily Dongxia Xiao, Guoping He (2015). A comprehensive approach to psychometric assessment of instruments used in dementia educational interventions for health professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, online available, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.011. (Impact Factor:2.901) [Part 1].
2. **Yao Wang**, Lily Dongxia Xiao, Shahid Ullah, Guoping He, Anita De Bellis(2015).The effect of a nurse-led dementia education program for health professionals in primary care.Journal of Adanced Nursing, Under Review [Part 2].
3. **Yao Wang**, Lily Dongxia Xiao, Jing Wang, Anita DeBellis, Guoping He (2013). Progress in research of person-centered care assessment tools. *Chinese General Practice*. 16 (7A):2307-2310. (In Chinese)



4. **Yao Wang**, Lily Dongxia Xiao, Jia Chen, Guoping He (2014). The competence of health professionals in caring for people with dementia. *Chinese Journal of Gerontology*. Accepted for publication in June 2014. (In Chinese)
5. **Yao Wang**, Yan Luo, Jing Wang, Yuanyuan Wang, Guoping He (2013). Progress in research of person-centred dementia care. *Chinese Journal of Gerontology*. Accepted for publication in December 2013. (In Chinese)
6. Yan Luo, **Yao Wang**, Guoping He (2013). Incontinence and Dementia: a primary health care approach to its assessment and management. *Chinese Journal of Gerontology*. Accepted for publication in December 2013. (In Chinese)
7. Jing Wang, Lily Dongxia Xiao, **Yao Wang**, Guoping He (2014). The care burden and coping strategies among family carers of people with dementia. *Chinese Journal of Gerontology*. 34(8):2295-2298.(In Chinese)

### **Presentation during PhD study**

1. Final PhD presentation, School of Nursing & Midwifery, Flinders University, 2 July 2015.
2. Final PhD presentation, School of Nursing & Midwifery, Central South University, 25 May 2015.
3. **Yao Wang**, Lily Dongxia Xiao, Guoping He (2015). The Effectiveness of a Dementia Educational Program for Health Professionals in China. The International Association of Gerontology and Geriatrics in Thailand, October 19-22, oral present.
4. Guoping He, Jing Wang, Lily Dongxia Xiao, Antita De Bellis, **Yao Wang**, et al (2012). Health Professionals' Perspective of Enables and Barriers to Developing Dementia Care Service in China. The 15th Asia-Pacific Regional Conference of Alzheimer's Disease International in Beijing, China, October 26-28, oral

presentation.

### **Awards received during PhD**

1. 2014 Excellent PhD graduate, Central South University, China
2. 2014 National Scholarship, PhD category, Ministry of Education, China
3. 2012-2015 PhD Candidate Full Scholarship, Central South University, China
4. 2012 Second Class Award of Academic Paper, Social & Academic Association of Hunan Province, China
5. 2011 Excellent Postgraduate Student, Central South University, China

## **Acknowledgements**

In making this research a reality, there are a number of people and so many parties to whom I am greatly indebted, especially to the following:

First and foremost, I wish to extend my warmest thanks to the project team including A/Prof. Lily Dongxia Xiao, Prof. Jan Paterson, Dr Anita De Bellis, A/Prof. Craig Whitehead and Dr Owen Davies from Flinders University, Prof. Guoping He, Prof. Zaijin Jian, Prof. Youyuan Li, Prof. Xiuhua Wang from Central South University and Mr Kuanbao Yao from Department of Health, Hunan Province. It was a privilege to work with them and learn their expertise in dementia care. This study would not have been possible without their contribution. I would like to thank all health professionals who patiently and obligingly participated in this dementia education program and shared their experiences of the program. My profound appreciation also goes to Yan Luo who assisted me with data collection throughout this study.

I am deeply indebted to my principal supervisor, A/Prof Lily Dongxia Xiao at Flinders University. She has provided me invaluable support and constant encouragement since 2012, from the beginning of my application for Cotutelle PhD to the completion of my PhD study at Flinders University in the Cotutelle program. She provides me thoughtful advice, critical comments and continuous guidance through the whole journey of my PhD study, from research design, implementation and thesis preparation. Without her duly support, this PhD journey would have never started and I would not be where I am now. She has made an enormous influence on my research methodology and style, particularly in the field of dementia care. She always

understands my learning needs, believes in my strengths and encourages me to become an independent researcher step by step. I have been very fortunate to have such a wonderful supervisor.

I am deeply grateful my principal supervisor, Prof. Guoping He at Central South University in China and my co-supervisor, Dr Anita De Bellis of School of Nursing & Midwifery, Flinders University for their continuous support, great advice and encouragement. Without their supervision and valuable comments, this thesis would not have been successful.

I gratefully acknowledge that generous financial support of the Commonwealth through the Australia-China Council Grant 2012-13 of the Department of Foreign Affairs and Trade and the Innovation Project Grant for Doctoral Students from Department of Education of Hunan Province for this study, also the financial support of Cotutelle Program for my one-year study at Flinders University.

I also like to show my gratitude to Dr Shahid Ullah of Flinders University for his guidance and support in data analysis. I thank the School of Nursing & Midwifery and Faculty of Medicine, Nursing and Health Science of Flinders University and Xiangya School of Nursing of Central South University, China for providing the support and facilities I have needed as a research higher degree student throughout this three-year study period in order to produce and complete my thesis. I would also like to thank Dr Lindy King and Emily Davis of Flinders University, and Prof. Honghong Wang of Central South University all the people who have offered me kind assistance and support during my PhD study.

It was a pleasure to be accompanied by a friendly and cheerful group of fellow students and friends at Flinders University and Central South University during my daily work; Qiang Tu, Kannikar Wechkunanukul, Fen Li, Ting Liu, Yan Luo, Jian Zou, Yuanyuan Wang, Sha Wang, Jia Guo, Jing Wang, Jing Gao and others who have constantly provided me assistance and shared the happiness.

Lastly and more importantly, my deepest gratitude goes to my parents for the tremendous sacrifices throughout this entire journey. Despite the distance, I know they always being there support me. Their understanding, support, confidence and encouragement have provided me strength to move on. I thank them for making my world full of love. It is to them I dedicate this thesis.



Contents lists available at ScienceDirect

## International Journal of Nursing Studies

journal homepage: [www.elsevier.com/ijns](http://www.elsevier.com/ijns)



# A comprehensive approach to psychometric assessment of instruments used in dementia educational interventions for health professionals: A cross-sectional study



Yao Wang<sup>a</sup>, Lily Dongxia Xiao<sup>b,\*\*</sup>, Guo-Ping He<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Xiangya School of Nursing, Central South University, Changsha, Hunan Province, China

<sup>b</sup> School of Nursing and Midwifery, Flinders University, Adelaide, South Australia, Australia

### ARTICLE INFO

#### Article history:

Received 20 July 2014

Received in revised form 18 November 2014

Accepted 24 November 2014

#### Keywords:

Dementia educational interventions  
Dementia care competence  
Health professionals  
Instrument validation  
Translation

### ABSTRACT

**Background:** Suboptimal care for people with dementia in hospital settings has been reported and is attributed to the lack of knowledge and inadequate attitudes in dementia care among health professionals. Educational interventions have been widely used to improve care outcomes; however, Chinese-language instruments used in dementia educational interventions for health professionals are lacking.

**Objectives:** The aims of this study were to select, translate and evaluate instruments used in dementia educational interventions for Chinese health professionals in acute-care hospitals.

**Design:** A cross-sectional study design was used.

**Participants and setting:** A modified stratified random sampling was used to recruit 442 participants from different levels of hospitals in Changsha, China.

**Methods:** Dementia care competence was used as a framework for the selection and evaluation of Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Dementia Care Attitudes Scale for health professionals in the study. These two scales were translated into Chinese using forward and back translation method. Content validity, test–retest reliability and internal consistency were assessed. Construct validity was tested using exploratory factor analysis. Known-group validity was established by comparing scores of Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Dementia Care Attitudes Scale in two sub-groups. A person-centred care scale was utilised as a gold standard to establish concurrent validity of these two scales.

**Results:** Results demonstrated acceptable content validity, internal consistency, test–retest reliability and concurrent validity. Exploratory factor analysis presented a single-factor structure of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and a two-factor structure of the Chinese Dementia Care Attitudes Scale, supporting the conceptual dimensions of the original scales. The Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale demonstrated known-group validity evidenced by significantly higher scores identified from the sub-group with a longer work experience compared to those in the sub-group with less work experience.

\* Corresponding author at: Xiangya School of Nursing, Central South University, Changsha 410013, Hunan Province, China. Tel.: +86 731 82650268; fax: +86 731 82650262.

\*\* Corresponding author at: School of Nursing and Midwifery, Flinders University, GPO Box 2100, Adelaide, South Australia 5001, Australia. Tel.: +61 8 82013419; fax: +61 8 82761602.

E-mail addresses: [lily.xiao@flinders.edu.au](mailto:lily.xiao@flinders.edu.au) (L.D. Xiao), [hgpctu512@163.com](mailto:hgpctu512@163.com) (G.-P. He).

**Conclusions:** The use of dementia care competence as a framework to inform the selection and evaluation of instruments used in dementia educational interventions for health professionals has wide applicability in other areas. The results support that Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale are reliable and valid instruments for health professionals to use in acute-care settings.

© 2014 Elsevier Ltd. All rights reserved.

### What is already known about the topic?

- Health professionals' knowledge and attitudes in dementia care are indispensable and form the core components of dementia care competence.
- It is evident in the literature that the relationship between health professionals' knowledge and attitudes in dementia care is unstable.
- The English versions of Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Dementia Care Attitudes Scale are reliable and valid scales for measuring health professionals' knowledge and attitudes in dementia care.

### What this paper adds

- Using dementia care competence for health professionals as a framework, this study demonstrates a comprehensive and practical approach to selecting and evaluating existing dementia care knowledge and attitude scales relevant to the population under study.
- Drawing on the literature about the unstable relationship between health professionals' knowledge and attitudes in dementia care, this study contests the conventional method that used a knowledge scale to test convergent validity of an attitude scale or vice versa.
- Using person-centred care as the gold standard to test concurrent validity of a knowledge scale and an attitude scale, this study demonstrates efficiency by assessing two related scales in a single study.

## 1. Introduction

Dementia, including Alzheimer's disease, is a syndrome caused by a degenerative brain disease that affects cognitive functioning in areas such as emotional and social behaviour (Ballard and Bannister, 2010). It is estimated that 35.6 million people worldwide were living with dementias in 2010, and this number will double every 20 years (Alzheimer's Disease International, 2009). Among this population, 20% live in China, meaning greater pressure on the Chinese healthcare system and a higher level of demand for health professionals to provide competent dementia care (Liu et al., 2013; World Health Organization, 2012). Most people with dementia also have comorbidities and are frequently admitted to hospitals and cared for in a variety of inpatient settings (Gandeshia et al., 2012; Wang et al., 2013). This patient distribution pattern suggests that not only health professionals in geriatric wards but also health professionals in various adult wards will encounter

patients with dementia in their daily practice. In China and other Asian countries the number of hospitalised dementia patients is higher because of under-developed aged care and transitional care facilities, and the concept of filial piety, which may prevent families from placing their aged family members into care facilities outside of the hospital setting (Kang et al., 2011; Wang et al., 2013). These facts strongly suggest that health professionals in the hospital setting need to be well prepared in core dementia care competence (Otero et al., 2009; Traynor et al., 2011).

Adverse events and suboptimal care of hospitalised older people with dementia were identified and attributed to the lack of knowledge and inadequate attitudes in dementia care among health professionals (Baillie, 2012; Williams, 2011; Xiao et al., 2013). Educational interventions for health professionals are widely used to improve care outcomes for this patient population (Galvin et al., 2010; Teodorczuk et al., 2010). Validated scales used to assess health professionals' knowledge and attitudes in dementia care were viewed as prerequisites for educational initiatives (Smyth et al., 2013; Teodorczuk et al., 2010). To date, however, there are no validated measures specifically designed to evaluate dementia educational interventions or professional development programmes for health professionals in acute-care hospitals in China. A study on how to select and validate existing scales in a global context when planning educational intervention to improve health professionals' competence in dementia care is needed.

Studies have found that health professionals' poor knowledge and inadequate attitudes in dementia care were associated with unmet care needs for hospitalised patients with dementia (Baillie, 2012; Williams, 2011). For example, unfamiliar, busy, noisy and crowded hospital environments often triggered confusion, delirium and behavioural problems for patients with dementia (Inouye et al., 2000; Tucker et al., 2006). Health professionals who are knowledgeable about dementia care are more likely to take action to remove these triggers or to use person-centred care strategies to identify and meet patients' needs (Tucker et al., 2006; Williams, 2011). The positive outcomes of feeling rewarded and the sense of achievement in improving patients' quality of life are two of the desirable competencies in dementia care (Otero et al., 2009; Turner et al., 2004). Those who are lacking knowledge on dementia, however, may blame patients and view them as troublemakers or use control strategies such as physical and chemical restraints that contribute to the exacerbation of behavioural problems, adverse events, functional decline and a greater care burden on the caregivers (Baillie, 2012; Nilsson et al., 2013). These adverse events reinforce negative attitudes in dementia care

such as 'managing dementia is more often frustrating than rewarding,' and 'patients with dementia can be a drain on resources with little positive outcome' (Bryans et al., 2003).

Studies have also revealed that knowledge in dementia care might not enable health professionals to demonstrate positive attitudes towards people with dementia. In a large-scale survey with general practitioners (GPs) in England using the Dementia Care Attitude Scale (Bryans et al., 2003), GPs demonstrated sound knowledge about diagnosing dementia, but perceived that 'early diagnosis of dementia was not beneficial for patients and their caregivers', and 'patients with dementia can be a drain on resources with little positive outcome' (Ahmad et al., 2010). Moreover, in other studies it was observed that nurses might be unwilling to accept dementia patients and might decline requests from family carers, treat people with dementia as 'second citizens', and fail to see the patients as people, but instead treat them as an illness (Baillie, 2012; Nilsson et al., 2013; Williams, 2011). Patients' needs for communication, emotional support, ambulation, eating, drinking and toileting were often overlooked.

It is evident in the literature that the relationship between health professionals' knowledge and attitudes in dementia care is unstable. While knowledge about dementia is a prerequisite for health professionals to develop adequate attitudes towards patients with dementia, it may not ensure health professionals demonstrate adequate attitudes in patient care settings. Many other socio-cultural–personal factors may also affect attitudes towards this group of patients. It is strongly suggested that both knowledge and attitudes should be seen as core components of dementia care competence and should be measured together in any educational interventions. Measuring both knowledge and attitudes has been incorporated into studies used to inform educational interventions for health professionals (Smyth et al., 2013). This approach to dementia care educational interventions informed the researchers in the present study about the selection of both a knowledge scale and an attitude scale that reflect core dementia care competence for reliability and validity assessment.

The unstable relationship between knowledge and attitudes in dementia care also strongly suggests the need to use a gold standard to assess validity of knowledge and attitude scales in dementia care or in undertaking a concurrent validity test (Polit and Beck, 2012). Person-centred care has been widely recognised as the gold standard in dementia care and has been integrated into governments' dementia strategies, policies, guidelines and protocols for dementia care services (Brooker, 2005; Chenoweth et al., 2009). This approach to dementia care means establishing and maintaining the personhood of the individual living with dementia by acknowledging and entering their world so that their rights, values, meaning, potential, and shared decision-making about and for them can be supported (Brooker, 2004; Chenoweth et al., 2009). The current body of evidence shows that implementing person-centred care often resulted in a reduction in the number of falls, agitated behaviours and antipsychotic medication use (Chenoweth et al., 2009; Lin et al., 2012).

Previous studies have suggested that an appropriate level of knowledge enabled health professionals to choose a person-centred approach (Carpenter et al., 2009; Turner et al., 2004). This approach to dementia care also requires health professionals to demonstrate positive attitudes towards people with dementia (Ahmad et al., 2010; Turner et al., 2004). A case study simulating the trajectory of patients' experiences in real care settings is widely used as a method to assess health professionals' ability to apply person-centred care (Lin et al., 2012; Normann et al., 1999).

In the present study, the framework underpinning the selection of knowledge and attitude scales for planning educational interventions for health professionals in hospital settings is the dementia care competence framework, based on the study by Otero et al. (2009). Among the various scales developed in English-speaking countries, the Alzheimer's Disease Knowledge Scale developed by Carpenter et al. (2009) reflects the latest research evidence in dementia care and Otero's dementia care competence. This scale also demonstrates good reliability and validity values and has been confirmed in several international studies among different groups of participants (Carpenter et al., 2011; Smyth et al., 2013). The Dementia Care Attitude Scale developed by Bryans and colleagues is one of the few dementia care attitudes scales that is relevant to health professionals and in line with Otero's dementia care competence (Bryans et al., 2003). Moreover, attitudinal items in the Dementia Care Attitudes Scale are based on dementia knowledge for health professionals. For example, the item 'it is better to talk to the patient in euphemistic terms' reflects knowledge about how to communicate with people with dementia. The Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Dementia Care Attitudes Scale, however, have not yet been translated and psychometrically tested among health professionals in China.

The aims of this study were to select and translate the Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Dementia Care Attitudes Scale from English into Chinese and to test the psychometric properties of the Chinese versions among health professionals in hospitals in a province of China. This study is part of a larger project that initiated a dementia educational programme for health professionals in primary, secondary and tertiary hospitals through a cross-national collaboration between Australia and China.

## 2. Methods

### 2.1. Design

A cross-sectional survey of Chinese health professionals was conducted to evaluate the psychometric properties of Chinese version of Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese version of Dementia Care Attitudes Scale.

### 2.2. Ethical considerations

Permissions were obtained from the authors and copyright owners of the original scale development



research. This study was approved by the Ethics Committee of Xiangya School of Nursing, Central South University in China.

### 2.3. Translation procedures

The Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Dementia Care Attitudes Scale were translated from English into Mandarin Chinese based on the adapted Brislin's (1986) translation model. The model involves three steps: (1) forward translation by two bilingual language experts who translated the Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Dementia Care Attitudes Scale from English into Mandarin Chinese; (2) back translation by two additional bilingual experts who translated the Chinese version scale back into English; (3) evaluation of semantic and content equivalence by the research team, which included eight professionals with wide geriatric work experience. A meeting was held between the research team and the bilingual experts to reach a consensus on the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale. The final versions of Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale are attached as online Appendixes.

### 2.4. Participants and settings

The sample size was based on the number of items used in the questionnaire and a factor analysis used in the study. There were 40 items in the survey questionnaire. The literature suggests that at least 10 respondents per item are needed for a factor analysis and to identify factors underlying multiple items (Tabachnick and Fidell, 2007). Therefore, the minimum sample size for conducting a factor analysis is 400 participants. Modified stratified random sampling was employed to recruit participants between March and May 2013 in Changsha, China. The stratification was based on the classification of public hospitals in China at three levels, namely primary hospitals, secondary hospitals and tertiary hospitals (Xiao, 2010). Hospitals that agreed to participate in the study were given a unique code number. SPSS version 20.0 was used to randomly select one hospital from each level. All of the health professionals employed by the selected hospitals were invited to participate in the study if they met the selection criteria, including: (1) medical doctors or nurses; (2) at least 1 year's work experience; and (3) willingness to participate in this study. Participants were excluded if they were working in paediatrics and obstetrics wards. The sample frame and the detailed numbers of participants from each hospital are presented in Fig. 1. A final sample size of 442 met the minimum sample size for this study.

There are three reasons underlying the rationale for using this particular sampling method. First, the method ensured that participants from each hospital level were represented. Second, it was estimated that this method would help the researchers to achieve a sufficient sample size to test the psychometric properties of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale. Third, as this study was part of a

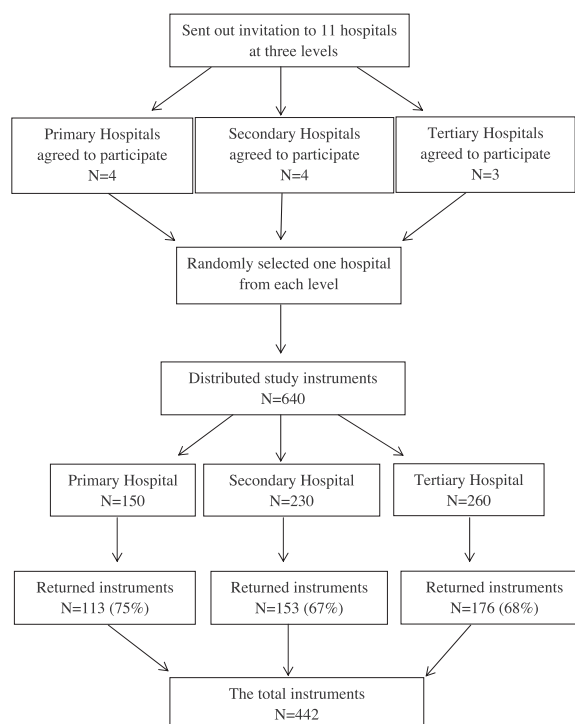


Fig. 1. Flow chart of sample frame and numbers of participants from each hospital.

large project, the researchers needed to follow the timetable to complete this part of the study in a given period of time in order to continue to the next phase of project. It was therefore not possible to use standard stratified random sampling at the hospital level and at the participant level.

### 2.5. Instruments

#### 2.5.1. Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale

The Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale contains 30 true/false items to assess knowledge about dementia. The questions focus on seven domains that characterise knowledge about dementia: risk factors, assessment and diagnosis, symptoms, disease progression, life impact, caregiving, treatment and management. A score was calculated by summing the correct scores for each item, yielding a total score ranging from 0 to 30. A higher total score indicates better knowledge about dementia. The original English version showed an adequate internal consistency with a Cronbach's alpha coefficient of 0.71 for the total scale (Carpenter et al., 2009).

#### 2.5.2. Chinese Dementia Care Attitude Scale

The Chinese Dementia Care Attitudes Scale is a 10-item, self-report scale developed to measure health professionals' attitudes towards people with dementia and their family caregivers, with responses scored on a 5-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). Six of the items were negatively worded

and were reversed in a definite order (e.g. a score of 5 became 1) when calculating the total score of the Chinese Dementia Care Attitudes Scale. The possible total score was between 10 and 50. A higher total score indicates more positive attitudes towards people with dementia and their family caregivers.

### 2.5.3. Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire

The concurrent validity of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale was assessed using the Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire, which includes 13 items regarding the care approach of people with dementia (Normann et al., 1999). The choice of answers was either a person-centred approach or a reality-oriented approach. The person-centred approach answer earned a score of 1 point, whereas the reality-oriented answer earned no points (0). The total score range of this questionnaire was 0–13, with a higher score indicating a greater tendency to employ a person-centred approach. The questionnaire is available in Chinese, and the psychometric properties have been established (Lin et al., 2012).

### 2.6. Procedures

The researchers explained the purpose of the study and data collection procedure to potential participants in a letter of introduction and the participant information sheet. Participants were assured of strict confidentiality. Participants volunteered to complete a battery of self-report questionnaires in each ward, including the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale, Chinese Dementia Care Attitudes Scale, the Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire and a questionnaire on socio-demographic variables. The completion and returning of the questionnaire indicated participants' consent.

### 2.7. Statistical analysis

SPSS (Version 20.0) was used for data entry and analysis. The reliability and validity of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale were evaluated by a number of criteria to complement the overall evaluation. *Content validity* was assessed using an expert panel. *Test-retest reliability* was evaluated by calculating the intra-class correlation coefficient between pretest and posttest, with a 2-week interval in a sample of 52 health professionals; and *construct validity* was assessed by exploratory factor analysis employing principal component analysis. Cronbach's alpha coefficient and mean inter-item correlation were used to estimate the *internal consistency reliability* of the total Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale and each identified sub-scale. In addition, the statistical analysis also tested two types of validity—*known-group validity* and *concurrent validity*. All interval data were assessed for normal distribution using the Kolmogorov–Smirnov test. The level of significance chosen for all analysis was  $P < 0.05$  and all tests were two-tailed.

#### 2.7.1. Content validity

Content validity of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and the Chinese Dementia Care Attitudes Scale was achieved through the application of the Content Validity Index (CVI) (Lynn, 1986). The CVI has been used extensively in nursing research (Polit and Beck, 2012) although Beckstead (2009) has shown that the CVI is conceptually and technically flawed and has suggested that it no longer be used. This being said, the Item-level CVI (I-CVI) and Scale-level Index Average (S-CVI/Ave) were reported to permit comparisons of the Chinese versions with original English versions in the present study.

I-CVI was rated on a 4-point Likert scale (1 = not relevant, 2 = somewhat relevant, 3 = quite relevant, 4 = highly relevant). The I-CVI was computed using the proportion of experts who were in agreement about item relevance (either 3 or 4) and S-CVI/Ave was the mean percentage of all I-CVIs (Polit and Beck, 2012).

#### 2.7.2. Known-group validity

In this study, known-group validity refers to how scores on the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale will discriminate among different groups at a high level of significance (Kline, 2013). An independent *t*-test was used to compare the differences of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale total scores between participants with 10 years or more of work experience (Group 1) and those with 5 years or less work experience (Group 2). We hypothesised that Group 1 of participants with more years of work experience would demonstrate a higher level of knowledge, more positive attitudes and less negative attitudes towards people with dementia compared to Group 2.

#### 2.7.3. Concurrent validity

Concurrent validity is a measure of agreement between the results obtained by the given survey instrument and the results obtained for the same population by another instrument acknowledged as the 'gold standard' (Polit, 2010). In this study, person-centred care was used as the gold standard to evaluate the concurrent validity of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale. Concurrent validity for the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale was assessed by correlating the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire. It was hypothesised that there would be a positive correlation between scores measured by these two scales. Concurrent validity for the Chinese Dementia Care Attitudes Scale was assessed by (1) correlation between negative attitudes ('Heartsink') and the Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire, and (2) between positive attitudes ('Heartfelt') and Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire. It was hypothesised that there would be a negative correlation between scores measured by negative attitudes (Heartsink) and the Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire and a positive correlation between scores by positive attitudes (Heartfelt) and the Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire.

### 3. Results

#### 3.1. Participants' characteristics

Among 640 health professionals invited to participate in the study, 442 completed the survey, with a response rate of 69%. Of the 442 health professionals, 205 (46.4%) were doctors and 237 (53.6%) were nurses. Almost two-thirds of participants were female. The average age was 30.1 years, and the average work experience was 8.2 years. Mean scores for the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale were 20.30 and 28.77, respectively, indicating a moderate score of knowledge and attitudes among participants. The mean score for the Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire was 5.93, which was a relatively low score. The characteristics of the participants are summarised in Table 1.

#### 3.2. Content validity

A panel of experts that included five general geriatricians from university teaching hospitals and three faculty members from two universities were asked to rate each item of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale. The I-CVI was between 0.88 and 0.96 and S-CVI/Ave was 0.91 in the final version of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale. The I-CVI was between 0.87 and 0.95 and S-CVI/Ave was 0.89 in the final version of the Chinese Dementia Care Attitudes Scale, indicating adequate content validity. An I-CVI  $\geq 0.80$  and S-CVI/Ave  $\geq 0.90$  are generally considered to have good content validity (Polit and Beck, 2012).

#### 3.3. Test–retest reliability

Test–retest reliability was evaluated in a pilot study prior to the formal survey using intra-class correlation coefficient (ICC). For the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale, ICC coefficients (95% confidence intervals) over 2-week interval in a sample of 52 participants were 0.71 (0.55–0.83) and 0.79 (0.65–0.87), respectively. A value of

$>0.61$  indicates substantive test–retest reliability (Streiner and Norman, 2008).

#### 3.4. Construct validity

##### 3.4.1. Factor analysis of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale

Principal component analysis of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale suggested no meaningful factor interpretation. This result confirmed the one single factor of the scale and was consistent with the report of the original English version. Therefore, the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale is best viewed as a scale of overall knowledge rather than as a set of separated scored subscales.

##### 3.4.2. Factor analysis of the Chinese Dementia Care Attitudes Scale

Prior to performing factor analysis the suitability of the data for factor analysis was assessed. The Kaiser–Meyer–Oklin (KMO) value was 0.75 and the Bartlett test was significant ( $\chi^2 = 743.23$ ,  $P < 0.001$ ), indicators that the sample size was adequate for a factor analysis (Polit, 2010, p. 339). Factors were extracted based on examination of interpretability of meanings of items loaded on a factor, the Kaiser–Guttman rule (retaining all factors with eigenvalues of more than 1.0), scree test and loadings of over 0.40 (Polit, 2010, pp. 342–343). Initially, three factors were identified among the 10 items. However, two items ('Dementia is best diagnosed by specialist services' and 'It is better to talk to the patients in euphemistic terms') were deleted as the factor they formed was not meaningful. A principal component analysis with varimax rotation was repeated after the removal of the two items and a two-factor solution among the 8 items was achieved, accounting for 52.70% of the total variance. The two factors were labelled as 'Heartsink' and 'Heartfelt', explaining 28.00% and 24.70% of the variance, respectively. Factors, factor loading values and the communalities are presented in Table 2.

#### 3.5. Internal consistency reliability

The Cronbach's alpha coefficients were 0.72 and 0.71 for the total Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale, respectively, which indicated good internal consistency reliability. A reliability of 0.70 or higher is acceptable for instruments used in research (Polit, 2010). The reliability of two factors ('Heartsink' and 'Heartfelt') of the Chinese Dementia Care Attitudes Scale was assessed by mean inter-item correlation, which is viewed as an adequate indicator of internal consistency for an instrument with so few items (Briggs and Cheek, 1986; Polit, 2010). The reliability of 'Heartsink' and 'Heartfelt' was tested with  $r_1 = 0.39$  (Cronbach's alpha coefficients  $\alpha = 0.73$ ) and  $r_2 = 0.30$  (Cronbach's alpha coefficients  $\alpha = 0.62$ ), respectively (see Table 2). The acceptable range of mean inter-item correlation is between 0.20 and 0.40 for a short instrument (Briggs and Cheek, 1986). The results suggested an acceptable internal consistency reliability of the Chinese Dementia Care Attitudes Scale with two factors.

**Table 1**  
Participants' socio-demographic characteristics ( $n = 442$ ).

Characteristics	Mean or <i>N</i>	SD or %
Age (mean & SD)	30.1	8.1
Work experience (mean & SD)	8.2	7.6
Sex ( <i>N</i> & %)		
Male	107	24.2
Female	335	75.8
Marital status ( <i>N</i> & %)		
Married	243	55.0
Other	199	45.0
Education ( <i>N</i> & %)		
Diploma	142	32.1
Bachelor	246	55.7
Master and Doctor	54	12.2
Professionals ( <i>N</i> & %)		
Doctors	205	46.4
Nurses	237	53.6

**Table 2**  
Factor loadings after varimax rotation for the Chinese Dementia Care Attitudes Scale.

Items	Factor 1 Heartsink	Factor 2 Heartfelt	Communalities
2. Managing dementia is more often frustrating than rewarding	0.81		0.65
7. The primary care team has a limited role to play in the care of people with dementia	0.52		0.27
9. Patients with dementia can be a drain on resources with little positive outcome	0.83		0.71
10. There is little point in referring families to services as they do not want to use them	0.74		0.63
1. Providing a diagnosis is usually more helpful than harmful		0.60	0.36
3. Much can be done to improve the quality of life of people with dementia		0.74	0.60
6. Families would rather be told about their relative's dementia as soon as possible		0.59	0.35
8. Much can be done to improve the quality of life of carers of people with dementia		0.78	0.64
Mean inter-item correlation (internal consistency)	0.39	0.30	
Cronbach's alpha coefficients	0.73	0.62	

Cronbach's alpha coefficients for the scale with 8 items was 0.71.

### 3.6. Known-group validity

As hypothesised, the total scores of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale of participants with 10 years or more of work experience (Group 1) were higher than those with 5 years or less work experience (Group 2) at a statistically significant level (Table 3). This suggested that the more-experienced health professionals who comprised Group 1 had a higher level of knowledge, more positive attitudes and less negative attitudes in dementia care than Group 2. Therefore, both the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale discriminated well among different groups at a high level of significance.

### 3.7. Concurrent validity

The Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale score was significantly correlated with the scores of the Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire ( $r = 0.38, P < 0.001$ ). The correlation between the Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire and 'Heartfelt' was 0.22 ( $P < 0.001$ ), while the correlation between the Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire and 'Heartsink' was  $-0.17$  ( $P < 0.001$ ). As hypothesised, participants with a higher level of knowledge and positive attitudes reported a significantly greater tendency to

employ a person-centred approach. By contrast, participants with inadequate knowledge and negative attitudes were less likely to apply a person-centred approach.

## 4. Discussion

The use of the dementia care competence framework enabled the researchers to select and validate relevant instruments for educational interventions or professional development programmes in dementia care for health professionals in acute-care hospitals. Most studies on the reliability and validity of instruments emphasise a single instrument and may overlook how to optimise different instruments in a study to strengthen the measure of variables of interest, considering that most instruments have limitations. For example, there are numerous instruments developed to measure knowledge and attitudes towards dementia. Many of these instruments were designed to target different populations rather than health professionals in clinical settings. The dementia care competence framework for health professionals informed researchers about how to select instruments that target the particular population in a study.

A number of studies strongly suggest that a combination of knowledge and attitudes is necessary for health professionals to be regarded as competent in dementia care (Otero et al., 2009; Traynor et al., 2011). In the present study, selecting and validating both the Alzheimer's

**Table 3**  
Results of known-group validity.

Subject (n = 315)	Group 1 (n = 127)	Group 2 (n = 188)	P value
Age (mean years)	39.26	24.29	
Work experience (mean years)	18.18	2.16	
Mean of C-ADKS (SD)	23.72 (3.31)	18.23 (3.62)	<0.001
Mean of C-DCAS (SD)	32.28 (3.22)	26.63 (3.71)	<0.001
Mean of Heartsink (SD)	9.09 (2.41)	12.26 (2.87)	<0.001
Mean of Heartfelt (SD)	17.36 (1.81)	14.88 (2.19)	<0.001

C-ADKS: Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale.

C-DCAS: Chinese Dementia Care Attitudes Scale.

SD: standard deviation.

Group 1: participants with 10 years or more work experience.

Group 2: participants with 5 years or less work experience.

Heartsink: Heartsink factor in Chinese Dementia Attitudes Scale.

Heartfelt: Heartfelt factor in Chinese Dementia Attitudes Scale.

Disease Knowledge Scale and Dementia Care Attitudes Scale in a single study reflect the dementia care competence framework. Therefore, they would better capture health professionals' strengths and weaknesses in dementia care and ensure educational interventions address the core competencies. This approach to reliability and validity assessment also reflects the reality in an educational intervention project that requires timely completion of translating and validating selected instruments in a large study.

By using person-centred care as the gold standard (Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire) to test concurrent validity of a knowledge scale and an attitudes scale in the present study, we contests the conventional method that used a knowledge scale to test convergent validity of an attitude scale or vice versa. This methodological innovation is based on careful analyses of research evidence that health professionals demonstrating knowledge in dementia care may show negative attitudes towards people with dementia (Ahmad et al., 2010; Baillie, 2012; Williams, 2011). Future studies on reliability and validity assessment should also pay attention to the unstable relationship between knowledge and attitudes when designing methods to assess the reliability and validity of a scale.

Person-centred care is described as a foundational element of the approach to dementia care and is viewed as a component of dementia care competence (Tsaroucha et al., 2013). We found that participants exhibited fewer tendencies to use a person-centred approach for dementia care in China, as evidenced by the lower scores of the Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire. Findings from the present study support previous studies by Lin et al. (2012). The results were attributed to the lack of dementia care education in formal and continuing education programmes for health professionals in China (Lin et al., 2012; Xiao et al., 2013). Health professionals may be accustomed to using a symptom-oriented approach to treat people with dementia to remind them of personal factors, time and place orientations, but may not know person-centred dementia care.

The results of this study confirmed previous studies in other countries that the Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Dementia Care Attitudes Scale are both reliable and valid measures. There were similar values for Cronbach's alpha coefficients of the Alzheimer's Disease Knowledge Scale for the Chinese version ( $\alpha = 0.72$ ) and English version ( $\alpha = 0.72$ ). The two-factor structure of the Chinese Dementia Care Attitudes Scale found the present study was consistent with the two factors identified in the English version (Turner et al., 2004). The values of Cronbach's alpha coefficients of 'Heartsink' and 'Heartfelt' in the Chinese version were 0.73 (0.54 in English version) and 0.62 (0.45 in English version) respectively, higher than those in the English version. The 'Heartsink' comprised the same four items in the Chinese version and English version. However, 'Heartfelt' consisted of four items in the Chinese version and three items in the English version, sharing only two of the same items (item 1 and item 6; see Table 2). Two items—'Dementia is best diagnosed by specialist services,' and 'it is better to talk to the patient in euphemistic terms'—were deleted in the first round of principal component analysis as they did not fit into any of these factors.

The discrepancies between Turner et al.'s version and the Chinese version in the present study may be due to the influence of the socio-cultural-political factors of dementia care on health professionals. In the present study, the mean score of a negatively worded item, 'Dementia is best diagnosed by specialist services', was 4.07, meaning that most participants believed that dementia is best diagnosed by specialist services in major hospitals. This response may reflect the under-developed primary care services and lack of collaboration between primary care and specialist care in China compared to those of developed countries (Turner et al., 2004; Xiao et al., 2014). The mean score of negatively worded items including, 'It is better to talk to the patient in euphemistic terms,' was 3.85, indicating that most participants agreed with this statement and indicating the lack of knowledge about communication skills with people with dementia. This situation may be attributed to the lack of dementia care topics and content in formal education and continuing education for health professionals in China (Wang et al., 2013; Xiao et al., 2013). Poor communication with dementia patients may worsen confusion and trigger behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) in hospital settings (Tucker et al., 2006; Williams, 2011). Therefore, it is imperative to use educational interventions to improve health professionals' communication competence in dementia care.

Acceptable known-group validity was indicated by higher scores on the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale reported by participants with 10 years or more of work experience. Previous studies have also found that the length of work experience was positively associated with knowledge and positive attitudes in dementia care (Lin et al., 2012; Travers et al., 2013). This finding also supports previous studies showing that exposure to people with dementia is necessary during formal education for health professional students and in continuing education for health professionals in order to develop their competence in dementia care (Gandesha et al., 2012; Smythe et al., 2014; Xiao et al., 2013).

This study has several limitations. First, participants were not recruited based on the proportion of health professionals at different hospital levels due to difficulty in accessing a list of health professionals in a relatively short time period. Sampling bias also existed in this study. Moreover, participants in the present study were from metropolitan areas, and their knowledge and attitudes in dementia care may differ from those employed in rural and remote hospitals. Due to these limitations, the findings from this study cannot be generalised, but may be transferred into similar contexts. Therefore, further studies are needed to examine the psychometric properties of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale among a wide range of health professionals and across multiple sites in China. In addition, rethinking the sampling calculation methods may be needed considering that the communalities of the two factors were wide (between 0.27 and 0.71) and each factor included only four variables (see Table 2). A large sample size is recommended in such conditions if using criteria that emphasise both variables per factor and



communalities value for factor analysis (Gaskin and Happell, 2014).

## 5. Conclusion

Using dementia competence as a framework, the present study demonstrated a comprehensive approach to selecting and validating existing scales. Moreover, by carefully analysing the literature that reports the unstable relationship between health professionals' knowledge and attitudes in dementia care, the present study used a person-centred care approach as the gold standard to test concurrent validity of the Chinese Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Chinese Dementia Care Attitudes Scale. This methodological innovation has wide applicability in similar studies that involve the use of knowledge and attitudes scales. The findings of this study revealed that the Chinese versions of the Alzheimer's Disease Knowledge Scale and Dementia Care Attitudes Scale can be considered valid and reliable measures of dementia care knowledge and attitudes.

Results also showed different components in the factor named 'Heartsink' between the English version and Chinese version of the Dementia Care Attitudes Scale. The differences were mainly in communication skills with people with dementia and the collaboration between primary care and specialist care in dementia diagnosis. Therefore, it is recommended that more items on these two areas need to be built to better diagnose health professionals' knowledge deficiencies and attitudes in China or other countries with similar socio-cultural context. The differences also suggest that scales from developed countries may need to be modified when adapting them in developing countries.

## Acknowledgements

We would like to thank all doctors and nurses who participated in this study. Special thanks to Dr. Shahid Ullah for his assistance in data analysis.

*Conflict of interest:* None declared.

*Funding:* The project 'Strengthening professional collaboration in dementia education and research via the provision and evaluation of a dementia train the trainer program' is funded by the Commonwealth through the Australia-China Council Grant 2012–13 of the Department of Foreign Affairs and Trade (Grant number: ACC00431), and Hunan Provincial Innovation Foundation for Postgraduate, China (Grant number: CX2013B103).

*Ethical approval:* The Ethics Committee of Xiangya School of Nursing at Central South University. The approval number is 20137801.

## Appendix A. Supplementary data

Supplementary data associated with this article can be found, in the online version, at <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.011>.

## References

- Ahmad, S., Orrell, M., Iliffe, S., Gracie, A., 2010. GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. *Br. J. Gen. Pract.* 60 (578) e360–e365.
- Alzheimer's Disease International, 2009. *World Alzheimer Report 2009*. Alzheimer's Disease International, London.
- Baillie, L., 2012. Caring for older people with dementia in hospital. Part one: Challenges. *Nurs. Older People* 24 (8) 33–37.
- Ballard, C., Bannister, C., 2010. Criteria for the diagnosis of dementia. In: Ames, D., Burns, A., O'Brien, J. (Eds.), *Dementia*. Hodder Arnold, London, pp. 31–45.
- Beckstead, J.W., 2009. Content validity is naught. *Int. J. Nurs. Stud.* 46 (9) 1274–1283.
- Briggs, S.R., Cheek, J.M., 1986. The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *J. Pers.* 54 (1) 106–148.
- Brislin, R.W., 1986. The wording and translation of research instruments. In: Lonner, W.J., Berry, J.W. (Eds.), *Field Methods in Cross-culture Research*. Sage, Newbury Park, CA.
- Brooker, D., 2005. Dementia care mapping: a review of the research literature. *Gerontologist* 45 (Suppl. 1) 11–18.
- Brooker, D., 2004. What is person-centred care in dementia? *Rev. Clin. Gerontol.* 13 (3) 215–222.
- Bryans, M., Keady, J., Turner, S., Wilcock, J., Downs, M., Iliffe, S., 2003. An exploratory survey into primary care nurses and dementia care. *Br. J. Nurs.* 12, 1029–1037.
- Carpenter, B.D., Balsis, S., Otilingam, P.G., Hanson, P.K., Gatz, M., 2009. The Alzheimer's disease knowledge scale: development and psychometric properties. *Gerontologist* 49 (2) 236–247.
- Carpenter, B.D., Zoller, S.M., Balsis, S., Otilingam, P.G., Gatz, M., 2011. Demographic and contextual factors related to knowledge about Alzheimer's disease. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Dement.* 26 (2) 121–126.
- Chenoweth, L., King, M.T., Jeon, Y.H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Haas, M., Luscombe, G., 2009. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol.* 8 (4) 317–325.
- Galvin, J.E., Kuntemeier, B., Al-Hammadi, N., Germino, J., Murphy-White, M., McGillick, J., 2010. Dementia-friendly hospitals: care not crisis an educational program designed to improve the care of the hospitalized patient with dementia. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* 24 (4) 372–379.
- Gandesha, A., Souza, R., Chaplin, R., Hood, C., 2012. Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff. *Nurs. Older People* 24 (4) 26–31.
- Gaskin, C.J., Happell, B., 2014. On exploratory factor analysis: a review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *Int. J. Nurs. Stud.* 51 (3) 511–521.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.J., Baker, D.I., Leo-Summers, L., Cooney, L.J., 2000. The hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalised patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 48 (12) 1697–1706.
- Kang, Y., Moyle, W., Venturato, L., 2011. Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings. *Int. J. Older People Nurs.* 6 (2) 143–152.
- Kline, P., 2013. *Handbook of Psychological Testing*. Routledge, New York.
- Lin, P.C., Hsieh, M.H., Lin, L.C., 2012. Hospital nurse knowledge of and approach to dementia care. *J. Nurs. Res.* 20 (3) 197–207.
- Liu, J., Wang, L.N., Tan, J.P., 2013. Dementia in China: current status. *Neurology* 81 (12) 1077–1078.
- Lynn, M.R., 1986. Determination of qualification of content validity. *Nurs. Res.* 35 (6) 382–385.
- Nilsson, A., Rasmussen, B.H., Edvardsson, D., 2013. Falling behind: a substantive theory of care for older people with cognitive impairment in acute settings. *J. Clin. Nurs.* 22 (11/12) 1682–1691.
- Normann, H.K., Asplund, K., Norberg, A., 1999. Attitudes of registered nurses towards patients with severe dementia. *J. Clin. Nurs.* 8 (4) 353–359.
- Otero, M.E., Drasković, I., Bottema, B., Van Achterberg, T., Lucassen, P.L., Degen, S., Olde Rikkert, M.G., Vernooij-Dassen, M.J., 2009. Professionals' shared competences in multidisciplinary dementia care: validation of a self-appraisal instrument. *J. Am. Geriatr. Soc.* 57 (9) 1719–1721.
- Polit, D.F., 2010. *Statistics and Data Analysis for Nursing Research*. Person Education, Boston.
- Polit, D.F., Beck, C.T., 2012. Chapter 14: Measurements and data quality. In: Polit, D.F., Beck, C.T. (Eds.), *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp. 328–350.

- Smyth, W., Fielding, E., Beattie, E., Gardner, A., Moyle, W., Franklin, S., Hines, S., MacAndrew, M., 2013. A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatr.* 13 (1) 2.
- Smythe, A., Jenkins, C., Harries, M., Atkins, S., Miller, J., Wright, J., Wheeler, N., Dee, P., Bentham, P., Oyebode, J., 2014. Evaluation of dementia training for staff in acute hospital settings. *Nurs. Older People* 26 (2) 18–24.
- Streiner, D.L., Norman, G.R., 2008. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*, 3rd ed. Oxford University Press, New York.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S., 2007. *Using Multivariate Statistics*, 6th ed. Pearson, Sydney.
- Teodorczuk, A., Welfare, M., Corbett, S., Mukaetova-Ladinska, E., 2010. Developing effective educational approaches for Liaison Old Age Psychiatry teams: a literature review of the learning needs of hospital staff in relation to managing the confused older patient. *Int. Psychogeriatr.* 22 (6) 874–885.
- Travers, C.M., Beattie, E., Martin-Khan, M., Fielding, E., 2013. A survey of the Queensland healthcare workforce: attitudes towards dementia care and training. *BMC Geriatr.* 13, 101.
- Traynor, V., Inoue, K., Crookes, P., 2011. Literature review: understanding nursing competence in dementia care. *J. Clin. Nurs.* 20 (13/14) 1948–1960.
- Tsaroucha, A., Benbow, S.M., Kingston, P., Le Mesurier, N., 2013. Dementia skills for all: a core competency framework for the workforce in the United Kingdom. *Dementia* 12 (1) 29–44.
- Tucker, D., Bechtel, G., Quartana, C., Badger, N., Werner, D., Ford, I., Connelly, L., 2006. The OASIS program: redesigning hospital care for older adults. *Geriatr. Nurs.* 27 (2) 112–117.
- Turner, S., Iliffe, S., Downs, M., Wilcock, J., Bryans, M., Levin, E., Keady, J., O'Carroll, R., 2004. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing* 33 (5) 461–467.
- Wang, J., Xiao, L.D., He, G.P., De Bellis, A., 2013. Family caregiver challenges in dementia care in a country with undeveloped dementia services. *J. Adv. Nurs.* 70 (6) 1369–1380.
- Williams, R., 2011. Hospital programme for dementia-specific care. *Nurs. Older People* 23 (7) 14–17.
- World Health Organization, 2012. *Dementia: A Public Health Priority*. World Health Organization, Geneva.
- Xiao, L.D., 2010. Continuing nursing education policy in China and its impact on health equity. *Nurs. Inq.* 17 (3) 208–220.
- Xiao, L.D., Shen, J., Wu, H., Ding, F., He, X., Zhu, Y., 2013. An innovative continuing nursing education program targeting key geriatric conditions for hospitalized older people in China. *Educ. Gerontol.* 38 (8) 585–598.
- Xiao, L.D., Wang, J., He, G.P., De Bellis, A., Verbeeck, J., Kyriazopoulos, H., 2014. Family caregiver challenges in dementia care in Australia and China: a critical perspective. *BMC Geriatr.* 14 (1) .



**The effect of a nurse-led dementia education program for health professionals in primary care**

Journal:	<i>Journal of Advanced Nursing</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Research: Empirical research - quantitative
Keywords:	Dementia, Multiprofessional Education, Nurse Education, Primary Care, Professional Development, Practice-based Learning
Category:	Nurses

SCHOLARONE™  
Manuscripts

Copy



IMPACT STATEMENT

- An education intervention in dementia care in primary care settings that targets health professionals' learning needs has a positive impact on health professionals' knowledge, attitudes and a person-centred care approach.
- Facilitating knowledge translation during an education intervention can demonstrate changes in dementia care practice and service development.
- A systematic approach to developing, delivering and evaluating a dementia education program as demonstrated in this study has a wide application in other education areas aiming to improve health professionals' knowledge, attitudes and care practice.

Review Copy

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 **The effect of a nurse-led dementia education program for health professionals in**  
4 **primary care**  
5  
6

7 **Abstract**  
8

9  
10 **Aim.** To determine the effectiveness of a nurse-led dementia education intervention in  
11 primary care.  
12

13  
14 **Background.** Dementia care services were highly demanded in primary care to achieve  
15 timely diagnosis, early interventions and dementia management. The lack of dementia  
16 education programs for health professionals in primary care that facilitate knowledge  
17 translation was one of the major factors contributing to the unmet demand for dementia care  
18 services.  
19  
20  
21  
22  
23  
24

25 **Design.** A cluster randomized controlled trial.  
26

27 **Method.** The study was conducted between July 2013 and May 2014 in a province, China.  
28  
29 Of the 14 community health service centres participated in the study, seven were randomly  
30 assigned to intervention or control group respectively with a total number of 182 participants.  
31  
32 Train-the-trainer model was used to implement a dementia education program and facilitate  
33 knowledge translation. Outcome variables were measured at baseline, on completion of the  
34 program and at 3-month follow-up. A mixed effect linear regression model was applied to  
35 compare the significant differences of outcome measures over time between groups. The  
36 impact of the program on practice and service development was explored in focus groups  
37 using open-ended questions.  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46

47 **Results.** Participants in the intervention group were satisfied with the education program.  
48  
49 Findings revealed significant effects of the education intervention on participants' knowledge,  
50 attitudes and a person-centred care approach. Focus groups showed that the program had a  
51 positive impact on dementia care practice and service development.  
52  
53  
54  
55

56 **Conclusion.** Dementia education interventions for health professionals in primary care  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

settings have positive effects on knowledge, attitudes, practice and service development.

Review Copy

### SUMMARY STATEMENT

#### **Why is this research or review needed?**

- Health professionals in primary care play a significant role in achieving timely diagnosis, early intervention and dementia management in home care settings for people with dementia.
- Dementia care services are undeveloped in primary care setting in many low- and middle income countries.
- Educational interventions for health professionals are widely used to improve care outcomes for people with dementia.

#### **What are the key findings?**

- An education intervention in dementia care in primary care settings that targeted health professionals' learning needs significantly improved their knowledge, attitudes and a person-centred care approach.
- An education intervention in dementia care in primary care settings that facilitated participants to translate knowledge into practice had a positive impact on changes in practice and service development.
- Evaluation of an education intervention that included participants' perceptions of changes in practice complemented an understanding of the impact of the intervention.

#### **How should the findings be used to influence policy/practice/research/education?**

- The systematic approach to developing, delivering and evaluating a dementia education program for health professionals in primary care settings has a wide application in other education areas aiming to improve health professionals' knowledge, attitudes and care practice.
- Dementia care education should be incorporated into the curriculum of health professionals' education programs to ensure a competent workforce to meet the demand

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

for dementia care services.

- Government’s policies and funding distributions for dementia care services in primary care need to be strengthened to respond to the increased population living with dementia in community settings.

**Keywords:** dementia care, health professionals, primary care, dementia education, knowledge translation

Review Copy

## Introduction

It is estimated that approximately 46 million people are living with dementia worldwide in 2015 and this number will triple by 2050 as the world population ages (Alzheimer's Disease International 2015). Health professionals in primary care play a crucial role in achieving timely diagnosis and early interventions to enable people with dementia to function at the highest level of their capacity as long as possible and to relieve caregiver burden (Huang et al. 2013, Lee et al. 2013, Pearce et al. 2012). However, a number of previous studies from developed countries with established dementia care services revealed unmet care needs for both people with dementia and their caregivers in community care settings (Johnston et al. 2011, Lee et al. 2013, Low et al. 2013). Although numerous factors contributing to the undesirable situation, the lack of education opportunities for health professionals in primary care to learn and translate dementia care knowledge into their practice was viewed as one of the key factors (Iliffe et al. 2012, Illes et al. 2011).

It is estimated that undiagnosed dementia rates are around 50% and 80% in high-income countries and low- and middle income countries respectively in 2015 (Alzheimer's Disease International 2015). While health professionals in primary care have a vital role to play to improve the dementia diagnosis and management in developing countries, research evidence from developing countries is scarce due to undeveloped dementia education and services (Alzheimer's Disease International 2015, World Health Organization 2012). More studies on health professionals in primary care in developing countries are needed to address evidence-based practice in dementia care. This paper reports the outcomes of a nurse-led education intervention to improve dementia care in primary care settings in a province in China. This study is part of a larger project built on cross-national collaboration between Australia and China, which has been reported elsewhere (Wang et al. 2015).

## Background

It is estimated that 94% of people living with dementia in low- and middle income countries are cared for by family members at home due to the undeveloped dementia services, long-term care system and a cultural emphasis on filial piety in these countries (Alzheimer's Disease International 2015, Wang et al. 2014). As one of low- and middle countries, China shares the largest number of people living with dementia in the world (Alzheimer's Disease International 2015). These social and demographic features in dementia care suggest a higher level of demand for health professionals in primary care to provide competent dementia care services. However, a number of studies in community settings in China have identified undeveloped practice in dementia diagnosis, dementia management and caregiver support (Liu and Wang 2013, Wang et al. 2014, Yang et al. 2015).

Barriers attributed to the undeveloped dementia care in primary care system in China include poorer human and material resources to support service development and less opportunities for health professionals to engage in dementia education and training, compared to the acute care sector in this country (Wang et al. 2015, Yang et al. 2015).

An effective education intervention in dementia care should target health professionals' learning needs in their practice context (Dreier et al. 2015, Iliffe et al. 2012). In a study by Iliffe et al. (2012) an educational needs assessment tool was developed to identify health professionals' learning needs for enhancing early diagnosis of and responding to dementia in community settings. However, the tool assumed that the learners had experience in established dementia services. Therefore, it is difficult to apply this tool directly to countries with undeveloped dementia services. In another study by Dreier et al. (2015) questionnaire-based interviews were used to identify learning needs in a revised Dementia Care Management qualification program for community nurses and the majority of participants were lecturers, rather than potential program participants. Additionally, the learning needs

1  
2  
3 assessment was specific to nurses and did not reflect the inter-professional approach to  
4  
5 dementia care in primary care.  
6

7  
8 A commonly used approach to identifying health professionals' learning needs in an  
9  
10 education program is the nominal group technique (NGT). This method includes five steps  
11  
12 when discussing learning needs with representatives of potential program participants  
13  
14 namely: (1) introduction and explanation; (2) silent generation of ideas; (3) sharing ideas-as a  
15  
16 round robin; (4) group discussion/clarifying; and (5) voting and ranking (Harvey and Holmes  
17  
18 2012, Parlour and Slater 2014). This method has advantages in engaging participants in  
19  
20 reflecting on their practice, and enabling group discussions and a democratic process to rank  
21  
22 the learning priorities.  
23  
24

25  
26 Translating knowledge into practice should be the ultimate goal of education interventions  
27  
28 to address the know-do gap and sustain changes in practice (Iliffe et al. 2012, Lee et al. 2013,  
29  
30 Straus et al. 2009). Train-the-trainer model has been used as a strategy that not only enhances  
31  
32 the capacity of program delivery, but also knowledge translation at the point of care through  
33  
34 an education program for health professionals (de Beurs et al. 2015, Rogers 2010). This  
35  
36 model based on the adult learning theory espouses that the best learning resources are those  
37  
38 that come from peers and that people adopt new information better through their trust peer  
39  
40 support (de Beurs et al. 2015, Rogers 2010). Trainers are viewed as champions to facilitate  
41  
42 changes and organizational support in their workplace during the education delivery (de  
43  
44 Beurs et al. 2015, Rogers 2010).  
45  
46

47  
48 Rigorous evaluations that capture the effectiveness of dementia education programs are  
49  
50 scarce in the literature. Most of the previous studies examined the impact of dementia  
51  
52 education program on health professionals' knowledge, attitudes and care approach  
53  
54 (Featherstone et al. 2004, Perry et al. 2008). However, these components alone may not be  
55  
56 persuasive enough for evaluating whether the program has an impact on changes in practice  
57  
58  
59  
60



1  
2  
3 and service development (Lee et al. 2013, Straus et al. 2009). A multi-facet design with  
4  
5 components of evaluating changes in practice and service development in dementia care in  
6  
7 community settings is necessary.  
8

### 9 10 **The study**

#### 11 **Aim**

12  
13  
14 The aim of the study was to determine the effects of a nurse-led dementia education program  
15  
16 for health professionals in community health service centres in a province, China.  
17

#### 18 **Design**

19  
20 The study design was informed by a similar study in dementia education intervention for  
21  
22 health professionals in primary care settings using Kirkpatrick's four-level program  
23  
24 evaluation (Kirkpatrick and Kirkpatrick 2006, Lee et al. 2013). In our study, these levels of  
25  
26 evaluation included: participants' satisfaction with the program (level 1-reaction), self-  
27  
28 reported changes in knowledge, attitudes and approach to care (level 2-knowledge), changes  
29  
30 in participants' practice (level 3-behaviour) and newly developed services (level 4-results).  
31  
32

33  
34 A cluster randomized controlled trial (RCT) with pre- and post-tests at three time points  
35  
36 was conducted to measure changes in knowledge, attitudes and approach to care (level 2). On  
37  
38 the completion of the trial, focus groups using open-ended questions were conducted in the  
39  
40 intervention sites to explore changes in participants' practice (level 3). A service development  
41  
42 inventory was used by the trainer to record evidence of newly developed dementia care  
43  
44 services (level 4). The newly developed dementia care services were verified in focus groups.  
45  
46

#### 47 **Ethical considerations**

48  
49 Ethics approval was granted from Research Ethics Committee of the university. Participants  
50  
51 were assured that there was no foreseen risk from participating in the program, that their  
52  
53 responses would be treated confidentially, and whether or not they chose to participate in the  
54  
55 study would not affect their present or future employment status. They were also informed of  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 their right to withdraw at any time. The same education program was delivered to health  
4 professionals in the control group after data collection was finalized.  
5  
6

### 7 **Participants**

8  
9 The target population was health professionals in community health service centres. A cluster  
10 randomized sampling strategy was adopted to minimize contamination across trial groups  
11 which can result when education program occur in the same centre as a control condition.  
12  
13 Therefore, the unit of cluster is community health service centre in this study.  
14  
15  
16  
17

### 18 *Sample size calculation*

19  
20 Power Analysis & Sample Size Software (PASS) was used to calculate the sample size  
21 (Hintze 2013). The sample size calculation was based on two earlier randomized controlled  
22 trials to increase knowledge by providing education about dementia using a similar scale, the  
23 Alzheimer's Disease Knowledge Test (Hébert et al. 1994, Sullivan and O'conor 2001). In a  
24 study by Sullivan and O'conor (2001), they found a significant improvement of knowledge  
25 (mean change=4.92 and SD=3.45) between education and control groups. The another similar  
26 study by Hébert et al. (1994) also found a significant improvement (mean change=3.47)  
27 between the two groups. To maximize the number of participants, the minimal mean change  
28 reported by Hébert et al. (1994) was used to calculate the sample size. Assuming an alpha  
29 error of 0.05 and a beta error of 10%, a sample of 40 participants was required for each group  
30 to achieve 90% power at a 0.05 alpha level to detect a significant mean change of at least  
31 3.47 of the Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS) score in the present study. Since  
32 randomization was done by community health service centres (clusters), the sample size was  
33 adjusted by assuming that a difference of knowledge about dementia existed among centres.  
34  
35 It was estimated that an average number of participants from each participating centre would  
36 be 10. The adjustment considered a higher intra-class correlation coefficient of 0.16 with a  
37 design effect of 2.44. In this calculation, the required number of centres was 7 for each  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 intervention group and control group (70 participants per group). Allowing for an attrition  
4  
5 rate of 20%, 84 participants were required in each group.  
6

### 7 *Community health service centres*

8  
9 Invitation letters were sent to the head of 30 community health service centres. Participating  
10  
11 centres were required to allocate at least two hour per week in-service education for 12 weeks  
12  
13 in order to complete the program. Fourteen of them agreed to participate in the study. The  
14  
15 main reason for choosing not to participate in the study was time pressure due to other tasks.  
16  
17 On the completion of baseline data collection, the 14 centres were allocated to either the  
18  
19 intervention group or the control group, using randomly computer-generated number with the  
20  
21 ratio of 1:1.  
22  
23  
24

### 25 *Health professional recruitment*

26  
27 All health professionals in the 14 community health service centres were invited to  
28  
29 participate in the study. The inclusion criteria for participants were: (1) licensed medical  
30  
31 doctors and nurses employed by the participating sites; and (2) a willingness to participate in  
32  
33 this study. In total, 182 eligible health professionals were identified and agreed to participate,  
34  
35 including 90 in the intervention group and 92 in the control group. Five health professionals  
36  
37 in the intervention group discontinued the study because they withdrew from study or retired  
38  
39 from their jobs and seven in the control group withdrew from study. The remaining 85 in the  
40  
41 intervention group and 85 in the control group completed the whole study, respectively. The  
42  
43 sample recruitment and group allocation is presented in Figure 1.  
44  
45  
46  
47  
48

49 **[Insert Figure 1 about here]**

### 50 **The interventions**

#### 51 *Designing a tailored program to target health professionals' learning needs*

1  
2  
3 Nominal group technique (NGT) with the 5-step protocol was adapted to the present study  
4  
5 (Harvey and Holmes 2012, Potter et al. 2004). The ideal group size for NGT is 6-12 people  
6  
7 (Harvey and Holmes 2012). Therefore, ten doctors and ten nurses from two community  
8  
9 health service centres were invited to discuss and rank the topics that they felt in need  
10  
11 through two group discussions as a doctor group and nurse group respectively. The inclusion  
12  
13 criteria for NGT participants were: (1) care experience with people with dementia; and (2) at  
14  
15 least five years' work experience in community health service centres. Preliminary topics that  
16  
17 reflected health professionals' perceptions of learning needs were identified through the  
18  
19 NGT.  
20  
21

22  
23 The project team included nine academic members (five from nursing and four from  
24  
25 medicine) who specialized in dementia care from a university in Australia and a university in  
26  
27 China. A 3-day workshop was also conducted to allow the team members to review and  
28  
29 discuss the preliminary topics suggested by potential program participants. The final program  
30  
31 considered health professionals' perceptions of learning needs, the research evidence and  
32  
33 experts' knowledge in dementia care. The dementia education program in the present study  
34  
35 consisted of 10 modules with a total of 20 hours and each module included pre-reading, a  
36  
37 short lecture and an unfolding case study. Group discussion and group presentation were used  
38  
39 as strategies to facilitate learning. The program is outlined in Table 1.  
40  
41  
42  
43  
44

45 **[Insert Table 1 about here]**  
46  
47  
48

#### 49 ***Using the train-the-trainer model to implement the program***

50  
51 The project team delivered 10 modules to the 80 trainers from 30 community health service  
52  
53 centres in the 3-day education workshop. Teaching and learning materials and resources  
54  
55 including a workbook and four DVDs were provided for the trainers to use when delivering  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 the program in their centres. Ongoing support mechanisms including email, phone and site  
4  
5 visits from the project team, mainly from members in the university in China was established  
6  
7 through the implementation phase of the program.  
8

9  
10 Trainers in the intervention group delivered the education program to their peers in their  
11  
12 centres using the weekly in-service education hours. Participants were required to undertake  
13  
14 self-study to complete the required readings. The trainers also provided learning support to  
15  
16 reinforce knowledge and skills using newsletters and messages on the notice board. The  
17  
18 trainers in the control group agreed to deliver the education program after the data collection.  
19

### 20 **Instruments**

21  
22 A Chinese-language questionnaire with five sections was used. Three scales (*Alzheimer's*  
23  
24 *Disease Knowledge Scale*, *Dementia Care Attitude Scale*, and *Approach to Advanced*  
25  
26 *Dementia Care Questionnaire*) used to measure participants' changes in knowledge, attitudes  
27  
28 and care approach were selected and validated in a separate study prior to the present study  
29  
30 (Wang et al. 2015).  
31  
32

#### 33 ***Section 1-Demographic Information and program evaluation sheet***

34  
35 Demographic information of the participants was collected in this section. Participants in the  
36  
37 intervention group undertook a satisfaction survey on the completion of the program.  
38  
39

#### 40 ***Section 2-Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS)***

41  
42 The scale contains 30 true/false items to assess knowledge about dementia. The questions  
43  
44 focused on seven domains that characterized knowledge about dementia: risk factors,  
45  
46 assessment and diagnosis, symptoms, disease progression, life impact, caregiving, treatment  
47  
48 and management. A score was calculated by summing the correct scores for each item,  
49  
50 yielding a total score ranging from 0 to 30. A higher total score indicated better knowledge  
51  
52 about dementia (Carpenter et al. 2009). The Chinese version showed good internal  
53  
54 consistency with a Cronbach's alpha coefficient of 0.72 for the total scale (Wang et al. 2015).  
55  
56  
57  
58  
59  
60

### ***Section 3-Dementia Care Attitude Scale (DCAS)***

The scale was developed to measure health professionals' attitudes towards people with dementia and family caregivers, with responses scored on a 5-point Likert scale ranging from '1=*strongly disagree*' to '5=*strongly agree*' (Bryans et al. 2003). The psychometric properties of the Chinese version had been tested (Wang et al. 2015). Two factors were labelled as "Heartfelt" and "Heartsink", including four items respectively. The "Heartfelt" factor represented positive attitudes and the higher score indicated the better attitudes. The "Heartsink" factor represented negative attitudes and the higher score indicated the more negative attitudes. The Cronbach's alpha coefficient for the total scale was 0.71 (Wang et al. 2015).

### ***Section 4-Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire (ADCQ)***

The questionnaire included 13 items regarding the approach to care people with dementia (Normann et al. 1999). The choice of answers was either a person-centred approach or a reality-oriented approach. The person-centred approach answer earned a score of 1 point, whereas the reality-oriented answer earned no points (0). The total score range was 0-13, with a higher score indicating a greater tendency to employ a person-centred approach. The questionnaire was available in Chinese, and the psychometric properties had been established (Lin et al. 2012).

### ***Section 5-Open-ended Questions and submission of service development record***

Four open-ended questions listed in Table 2 were used to guide the focus group discussions. The trainers were also required to document any newly developed dementia care services and any evidence or materials to support the delivery of these services to people with dementia or family caregivers.

**[Insert Table 2 about here]**

### Data collection

Data were collected at three time points between July 2013 and May 2014 (see Figure 1). Baseline data were collected before the randomized allocation of participating sites, post-test on the completion of the education program, and follow-up test in 3 months after the program. The control group was evaluated at baseline and post-test only. It was assumed that the outcomes would be very similar between post-test and follow-up for the control group. A decision was made not to collect follow-up data for the control group to avoid undue burden on participants.

The focus groups with participants from the intervention group were conducted to discuss the four open-ended questions after follow-up data collection. Each focus group went for 30-45 minutes in a meeting room at each participating site. Both the first author and the fourth author attended the focus groups. All focus groups were audio-recorded and transcribed verbatim for analysis.

### Data analysis

Data from cluster RCT were analysed using SPSS software version 22.0 (IBM Corp., Armonk, New York, USA) and STATA software version 14.0 (Stata Corp., College Station, Texas, USA). Baseline demographic characteristics were analyzed by a chi-square test and an independent sample *t*-test to determine significant differences of characteristics between the intervention and control groups. Mann-Whitney *U*-test was used to determine significant differences of baseline data of the *ADKS*, *DCAS* and *ADCQ* between the intervention and control groups. A mixed effect linear regression model was applied in STATA version 14.0 using the *xtmixed* command to fit linear mixed models of three outcomes (*ADKS*, *DCAS* and *ADCQ* scores). A maximum likelihood estimation procedure was used to compare the significant differences of scores over time and between the intervention and control groups. The within-subject factor was the outcome of interest (i.e. the *ADKS* scores), and the

1  
2  
3 between-subject factor was group, with a random intercept for individuals to account for  
4  
5 repeated measurements. The models were adjusted for community health service centres and  
6  
7 potential confounders including participants' work experience, education, type of professions  
8  
9 and experience in caring people with dementia. The two sided tests were performed for all  
10  
11 analysis and the level of significance was set at  $p < 0.05$ . Where appropriate, 95% CIs was also  
12  
13 reported along with  $p$  values.  
14  
15

16 For the data from the focus groups, the first author undertook the preliminary data analysis  
17  
18 using content analysis (Elo and Kyngäs 2008), circulated transcripts and codes to the team for  
19  
20 crosschecking. Meetings were scheduled to discuss and reach consensus on the codes,  
21  
22 preliminary categories and final categories. The final categories represented the health  
23  
24 professionals' perceptions of the impact of education program on practice and care service  
25  
26 development.  
27  
28

## 29 **Results**

### 30 *Participants' characteristics*

31  
32 A total of 170 participants comprised the final study sample. The majority was female (82.9%)  
33  
34 and more than half participants were doctors (60.0%). Most of them had no experience in  
35  
36 caring for people with dementia. Participants were aged between 18 and 61 years  
37  
38 (Mean=30.9 years, SD=8.3), and the average work experience was 9.6 years (range 1-41  
39  
40 years). No significant differences were identified between the intervention and control groups  
41  
42 for all demographic characteristics (see Table 3).  
43  
44  
45  
46  
47  
48

49 **[Insert Table 3 about here]**  
50  
51  
52

### 53 *Participants' satisfaction of the program*

54  
55  
56  
57  
58  
59  
60



1  
2  
3 Participants in the intervention group were satisfied with the education program evidenced by  
4 a relatively high mean score between 6.0 and 6.6 (a maximum score of 7) in the program  
5 evaluation survey. Their satisfaction with the program was also identified in the focus groups  
6 (see Table 6).  
7  
8  
9  
10

### 11 ***Findings from the baseline assessment***

12  
13  
14 Prior to the randomization, participants as a whole demonstrated a relatively lower mean  
15 score in dementia knowledge (*ADKS* mean=19.33) and person-centred care approach (*ADCQ*  
16 mean=5.22) compared with Smyth's study (2013) and Lin's study (2012). They also  
17 demonstrated a relatively higher mean score of negative attitudes (*DCAS-Heartfelt*  
18 mean=11.62) compared with Turner's study (2004). No significant differences were  
19 identified between the intervention and control groups for the three outcome measures in the  
20 baseline assessment ( $p>0.05$ ) (See Table 4)  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31

32 **[Insert Table 4 about here]**

### 33 ***Effect on participants' knowledge***

34  
35  
36 A significant education effect on knowledge about dementia was identified evidenced by the  
37 increased mean *ADKS* score at post-test (+3.86 adjusted mean scores, 95% CI 2.98-4.74,  
38  $P<0.001$ ), and also at follow-up (+4.53 adjusted mean scores, 95% CI 3.65-5.41,  $P<0.001$ ) in  
39 the intervention group compared to the control group. The increments were higher in follow-  
40 up than post-test. A significant overall interaction effect was also identified for participants'  
41 mean *ADKS* scores in the intervention group compared to the control group for the three time  
42 points (See Table 5).  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53

54 **[Insert Table 5 about here]**

### *Effect on participants' attitudes*

Two factors of the *DCAS* were used to measure the participants' attitudes. The total score of the "Heartfelt" factor ranged from 4 to 20, with a higher score indicating more positive attitudes towards people with dementia. The total score of the "Heartsink" factor ranged from 4 to 20, with a higher score indicating more negative attitudes towards people with dementia.

A significant education effect on improved "Heartfelt" was evidenced by the increased mean score at post-test (+1.19 adjusted mean scores, 95% CI 0.68-1.69,  $P<0.001$ ), and also at follow-up (+1.73 adjusted mean scores, 95% CI 1.23-2.23,  $P<0.001$ ) in the intervention group compared to the control group. The increments were higher in follow-up than post-test. A significant education effect on improved "Heartsink" was identified evidenced by the decreased mean score at post-test (-2.15 adjusted mean scores, 95% CI (-2.87-1.44,  $P<0.001$ ), and also at follow-up (-3.55 adjusted mean scores, 95% CI -4.27-2.84,  $P<0.001$ ) in the intervention group compared to the control group. The decrements were higher in follow-up than post-test.

A significant overall interaction effect was identified for both "Heartfelt" and "Heartsink" mean scores in the intervention group compared to the control group for the three time points (See Table 5).

### *Effect on participants' care approach*

A significant education effect on an improved care approach was identified evidenced by the increased *ADCQ* mean score at post-test (+4.46 adjusted mean scores, 95% CI 3.56-5.36,  $P<0.001$ ), and also at follow-up (+2.82 adjusted mean scores, 95% CI 1.93-3.72,  $P<0.001$ ) in the intervention group compared to the control group. However, the increments were lower in follow-up than post-test. Similarly, there was a significant overall interaction effect on participants' mean *ADCQ* scores (See Table 5).

### *Health professionals' responses in focus groups*

Five focus groups were conducted and 30 participants attended the focus groups comprising 5-7 persons in each group. There were 243 statements made by the health professionals in response to the open-ended questions. Content analyses were used to group these statements into categories based on meaning. Four categories were identified namely: (1) changes of dementia care practice; (2) dementia education for caregivers; (3) experiences in dementia education program; and (4) suggestions for future dementia education programs. Participants reported that no education programs on dementia care were available for them in primary care. Selected examples of comments under each category from the participants were given in Table 6. The record of newly developed dementia care services were also discussed and clarified in the focus groups. These services were also summarized in Table 6.

**[Insert Table 6 about here]**

### **Discussion**

The findings support the previous studies that well-developed education program has a positive impact on health professionals' knowledge about dementia, attitudes towards people with dementia and ability to use a person-centred approach in dementia care (Jackson et al. 2008, O'Brien et al. 2015, Perry et al. 2008). The retention of knowledge and the sustainability of improved attitudes in the 3-month follow-up were also evidenced although the increments of the person-centred approach scores were lower in follow-up than post-test. Unlike a previous program that used self-administered questionnaire survey for level 3 and level 4 of program evaluation, the present study used focus groups and a rigorous inventory record along with objective evidence to overcome some weakness reported in the literature as discussed below. This study also explored that the train-the-trainer model demonstrated

1  
2  
3 advantages in translation knowledge into practice and in-service development in resource-  
4  
5 poor settings.  
6

7 The continuous improvement of knowledge about dementia and attitudes towards dementia  
8  
9 in the intervention group at the two post-intervention data collection points was evidence of  
10  
11 good knowledge retention. A number of factors may have contributed to the knowledge  
12  
13 retention in the present program. First, the program was relevant to participants' practice  
14  
15 through its rigorous design using the nominal group technique that targeted participants' real  
16  
17 learning needs. Second, the unfolding case studies were built on the collection of real cases in  
18  
19 the care settings and simulated the real challenges participants faced in their workplace.  
20  
21 Therefore, the use of these case studies stimulated their motivation to learn and to apply  
22  
23 knowledge and attitudes to similar situations in their day-to-day practice.  
24  
25

26  
27 A number of factors might have contributed to the drop of mean scores of person-centred  
28  
29 approach in follow-up within the intervention group. First, although a person-centred  
30  
31 approach has been widely recognized as the gold standard in dementia care and a crucial  
32  
33 component of dementia care competence (Chenoweth et al. 2009, Tsaroucha et al. 2013), it is  
34  
35 not well known among health professionals in the present study evidenced by the lower  
36  
37 baseline scores (5.22). The result confirms previous studies by Lin et al. (2012) and Normann  
38  
39 et al. (1999). Most of health professionals were accustomed to using the reality-oriented  
40  
41 approach to remind clients of personal factors, time and place orientation. Second, the lack of  
42  
43 organizational support to enable a person-centred approach was identified in the focus groups  
44  
45 in the present study. Participants clearly identified the lack of resources and low staff level  
46  
47 were the major barriers to high quality dementia care including person-centred care.  
48  
49 Addressing this issue requires a comprehensive set of person-centred care standards for  
50  
51 healthcare organizations (Chenoweth et al. 2009, Skaalvik et al. 2010). This study confirmed  
52  
53 previous studies that basic knowledge in dementia and positive attitudes towards people with  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 dementia may not ensure health professionals demonstrate a person-centred approach in  
4  
5 dementia care (Lin et al. 2012, Normann et al. 1999).  
6

7 Findings support previous studies that the train-the-trainer model was an effective method  
8  
9 for education interventions for health professionals in resource-poor settings (O'Brien et al.  
10  
11 2015, Pearce et al. 2012). In the present study, as the trainers were recognized team leaders  
12  
13 by their peers and familiar with dementia care practices in community health service centres,  
14  
15 they were in an ideal position to facilitate their peers to adopt the knowledge to the local  
16  
17 practice text. Moreover, the interactivities between the trainers and trainees during the  
18  
19 education delivery allowed them to reflect on their current care practice, any gaps in practice,  
20  
21 the actions to address the gaps and the course of action that would be more effective and  
22  
23 overcome barriers in their local practice context (Martino et al. 2011, Pearce et al. 2012).  
24  
25 Changes through a collective approach facilitated by the trainers are more likely realistic,  
26  
27 smooth and sustained in the organization (Rogers 2010, Straus et al. 2009).  
28  
29  
30  
31

32 It has been discussed in previous studies that the use of a self-administered questionnaire  
33  
34 survey in program evaluation can introduce potential bias on intervention findings resulting  
35  
36 in inaccurate reports on changes in practice (Lee et al. 2013, Liu et al. 2010). To minimize the  
37  
38 bias in the program evaluation, the present study used focus groups and inventory record for  
39  
40 the level 3 and level 4 evaluation. Focus groups allowed individual health professionals to  
41  
42 reflect their engagement in the program and how they made changes in their day-to-day  
43  
44 practice resulting in a new understanding of dementia care in a collective way with the  
45  
46 confirmation from their peers. In addition, changes in practice described by participants were  
47  
48 small scale in nature and may be overlooked in survey. For example, participants described  
49  
50 how they changed their behaviours in improving cognitive screening for old people with  
51  
52 memory complaints, establishing cognitive function record for future follow-up and  
53  
54 comparisons and referring those with cognitive impairment to specialists. These  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 characteristics of change addressed small gaps in practice and targeted practical issues in  
4  
5 quality improvement in dementia care that were highly demanded in primary care settings to  
6  
7 achieve timely diagnoses of dementia.  
8

9  
10 A number of limitations were identified in this study. First, the findings from the study may  
11  
12 not be generalized in other care settings due to only a small proportion of community health  
13  
14 service centers participated in the cluster randomized controlled trial among the 30 invited.  
15  
16 However, the findings may be transferrable to similar settings in China. Second, the changes  
17  
18 of practice had not been measured using dementia care quality indicators. Third, the patient  
19  
20 outcomes or the caregivers of people with dementia were not included in the program  
21  
22 evaluation due to time limitations and practice issues. Future studies will need to develop  
23  
24 strategies to overcome these factors.  
25  
26

### 27 **Conclusion**

28  
29 The finding of this study reveals that a well-designed education program in dementia care  
30  
31 demonstrates a positive impact on health professionals' knowledge, attitudes, care practice  
32  
33 and care service development in primary care settings. The content and materials of the  
34  
35 present dementia education program could be adopted as teaching materials for health  
36  
37 professionals in other primary care settings both in China and countries with a similar cultural  
38  
39 and social context. The study also demonstrated a systematic approach to developing,  
40  
41 delivering and evaluating an education program in dementia care for health professionals.  
42  
43 This systematic approach facilitated linking between evidence, learning theories and clinical  
44  
45 practice and had a wide application in other education areas aiming to improve health  
46  
47 professionals' knowledge, attitudes and care practice.  
48  
49

50  
51 Based on the findings, it is strongly recommended that education institutions for health  
52  
53 professionals and health professional bodies need to consider incorporating dementia care  
54  
55 education into the curriculum of health professionals' education programs to ensure a  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 competent workforce to meet the demand for dementia care services. Moreover, as suggested  
4  
5 by the health professionals, the government's further commitment to dementia care in poorly  
6  
7 resourced settings, such as community health service centres through policies, workforce and  
8  
9 resource development should be considered as an imperative solution to respond to the  
10  
11 increased population living with dementia in China.  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Review Copy

**References**

- 1  
2  
3  
4  
5 Alzheimer's Disease International (2015) World Alzheimer Report 2015. Alzheimer's Disease  
6  
7 International, London.  
8  
9  
10 Bryans, M., Keady, J., Turner, S., Wilcock, J., Downs, M. & Iliffe, S. (2003) An exploratory  
11  
12 survey into primary care nurses and dementia care. *British Journal of Nursing* **12**  
13  
14 1029-1037.  
15  
16 Carpenter, B.D., Balsis, S., Otilingam, P.G., Hanson, P.K. & Gatz, M. (2009) The Alzheimer's  
17  
18 Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties. *Gerontologist*  
19  
20 **49**(2), 236-247.  
21  
22  
23 Chenoweth, L., King, M.T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Haas, M.  
24  
25 & Luscombe, G. (2009) Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES)  
26  
27 of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-  
28  
29 randomised trial. *The Lancet Neurology* **8**(4), 317-325.  
30  
31  
32 de Beurs, D.P., de Groot, M.H., de Keijser, J., Mokkenstorm, J., van Duijn, E., de Winter,  
33  
34 R.F. & Kerkhof, A.J. (2015) The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer  
35  
36 programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of*  
37  
38 *affective disorders* **175**, 446-453.  
39  
40  
41 Dreier, A., Thyrian, J.R., Eichler, T. & Hoffmann, W. (2015) Qualifications for nurses for the  
42  
43 care of patients with dementia and support to their caregivers: A pilot evaluation of  
44  
45 the dementia care management curriculum. *Nurse education today*.  
46  
47  
48 Elo, S. & Kyngäs, H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of advanced*  
49  
50 *nursing* **62**(1), 107-115.  
51  
52 Featherstone, K., James, I.A., Powell, I., Milne, D. & Maddison, C. (2004) A controlled  
53  
54 evaluation of a training course for staff who work with people with dementia.  
55  
56 *Dementia* **3**(2), 181-194.  
57  
58  
59  
60



- 1  
2  
3 Harvey, N. & Holmes, C.A. (2012) Nominal group technique: an effective method for  
4  
5 obtaining group consensus. *International journal of nursing practice* **18**(2), 188-194.  
6  
7 Hébert, R., Leclerc, G., Bravo, G., Girouard, D. & Lefrançois, R. (1994) Efficacy of a  
8  
9 support group programme for care-givers of demented patients in the community: a  
10  
11 randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics* **18**(1), 1-14.  
12  
13  
14 Hintze, J. (2013) *PASS 12*, NCSS, LLC, Kaysville.
- 15  
16 Huang, H.-L., Shyu, Y.-I.L., Huang, H.-L., Chen, S.-T., Li, H.-J., Shiu, M.-N. & Pong, M.-C.  
17  
18 (2013) Factors associated with dementia care practices among community health  
19  
20 nurses: results of a postal survey. *International journal of nursing studies* **50**(9), 1219-  
21  
22 1228.  
23  
24
- 25 Iliffe, S., Koch, T., Jain, P., Lefford, F., Wong, G., Warner, A. & Wilcock, J. (2012)  
26  
27 Developing an educational intervention on dementia diagnosis and management in  
28  
29 primary care for the EVIDEM-ED trial. *Trials* **13**(1), 142.  
30  
31
- 32 Illes, J., Chahal, N. & Beattie, B.L. (2011) A Landscape for Training in Dementia Knowledge  
33  
34 Translation (DKT). *Gerontology & Geriatrics Education* **32**(3), 260-272.  
35
- 36 Jackson, E.M., Cherry, K.E., Smitherman, E.A. & Hawley, K.S. (2008) Knowledge of  
37  
38 memory aging and Alzheimer's disease in college students and mental health  
39  
40 professionals. *Aging and Mental Health* **12**(2), 258-266.  
41  
42
- 43 Johnston, D., Samus, Q.M., Morrison, A., Leoutsakos, J.S., Hicks, K., Handel, S., Rye, R.,  
44  
45 Robbins, B., Rabins, P.V., Lyketsos, C.G. & Black, B.S. (2011) Identification of  
46  
47 community-residing individuals with dementia and their unmet needs for care.  
48  
49 *International Journal of Geriatric Psychiatry* **26**(3), 292-298.  
50  
51
- 52 Kirkpatrick, D.L. & Kirkpatrick, J.D. (2006) *Evaluation Training Programs: The Four*  
53  
54 *Levels, 3rd edition*, Berrett-Koehler, San Francisco.  
55
- 56 Lee, L., Weston, W.W. & Hillier, L.M. (2013) Developing memory clinics in primary care:  
57  
58  
59  
60

- 1  
2  
3 An evidence-based interprofessional program of continuing professional  
4 development. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* **33**(1), 24-  
5 32.  
6  
7  
8  
9  
10 Lin, P.-C., Hsieh, M.-H. & Lin, L.-C. (2012) Hospital Nurse Knowledge of and Approach to  
11 Dementia Care. *Journal of Nursing Research* **20**(3), 197-207.  
12  
13  
14 Liu, J. & Wang, L.-N. (2013) Caregivers of Patients With Dementia in Chinese Mainland: A  
15 Retrospective Analysis. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other*  
16 *Dementias* **28**(7), 679-681.  
17  
18  
19  
20 Liu, W.I., Edwards, H. & Courtney, M. (2010) Case management educational intervention  
21 with public health nurses: cluster randomized controlled trial. *Journal of advanced*  
22 *nursing* **66**(10), 2234-2244.  
23  
24  
25  
26  
27 Low, L.-F., White, F., Jeon, Y.-H., Gresham, M. & Brodaty, H. (2013) Desired characteristics  
28 and outcomes of community care services for persons with dementia: What is  
29 important according to clients, service providers and policy? *Australasian Journal on*  
30 *Ageing* **32**(2), 91-96.  
31  
32  
33  
34  
35  
36 Martino, S., Ball, S.A., Nich, C., Canning-Ball, M., Rounsaville, B.J. & Carroll, K.M. (2011)  
37 Teaching community program clinicians motivational interviewing using expert and  
38 train-the-trainer strategies. *Addiction* **106**(2), 428-441.  
39  
40  
41  
42  
43 Normann, H., Asplund, K. & Norberg, A. (1999) Attitudes of registered nurses towards  
44 patients with severe dementia. *Journal of Clinical Nursing* **8**(4), 353-359.  
45  
46  
47  
48 O'Brien, L., Broom, L. & Ullah, M.M. (2015) Outcomes and Participant Experience of an  
49 Online Train-the-Trainer Program for Bangladeshi Health Professionals: A Case Study  
50 Evaluation. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* **35**(1), 46-56.  
51  
52  
53  
54 Parlour, R. & Slater, P. (2014) Developing nursing and midwifery research priorities: a Health  
55 Service Executive (HSE) North West study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*  
56  
57  
58  
59  
60

- 1  
2  
3 11(3), 200-208.  
4  
5 Pearce, J., Mann, M.K., Jones, C., van Buschbach, S., Olf, M. & Bisson, J.I. (2012) The  
6 most effective way of delivering a Train-the-Trainers program: A systematic review.  
7  
8 *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 32(3), 215-226.  
9  
10  
11  
12 Perry, M., Drašković, I., van Achterberg, T., Borm, G., van Eijken, M., Lucassen, P.,  
13  
14 Vernooij-Dassen, M. & Rikkert, M.O. (2008) Can an EASYcare based dementia  
15 training programme improve diagnostic assessment and management of dementia by  
16 general practitioners and primary care nurses? The design of a randomised controlled  
17  
18 trial. *BMC health services research* 8(1), 71.  
19  
20  
21  
22  
23 Potter, M., Gordon, S. & Hamer, P. (2004) The nominal group technique: A useful consensus  
24  
25 methodology in physiotherapy research. *New Zealand Journal of Physiotherapy*  
26  
27 32(3), 126-130.  
28  
29  
30 Rogers, E.M. (2010) *Diffusion of innovations*, Simon and Schuster, New York.  
31  
32 Skaalvik, M.W., Normann, H.K. & Henriksen, N. (2010) Student experiences in learning  
33  
34 person-centred care of patients with Alzheimer's disease as perceived by nursing  
35  
36 students and supervising nurses. *Journal of clinical nursing* 19(17-18), 2639-2648.  
37  
38  
39 Smyth, W., Fielding, E., Beattie, E., Gardner, A., Moyle, W., Franklin, S., Hines, S. &  
40  
41 MacAndrew, M. (2013) A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease  
42  
43 among health care staff. *BMC geriatrics* 13(1), 2.  
44  
45  
46 Straus, S.E., Kitson, A., Harrison, M.B., Graham, I.D., Fervers, B., Légaré, F., Davies, B.,  
47  
48 Edwards, N. & Majumdar, S.R. (2009) The Knowledge-to-Action Cycle. In  
49  
50 *Knowledge Translation in Health Care*, Wiley-Blackwell, Hoboken, pp. 57-181.  
51  
52 Sullivan, K. & O'conor, F. (2001) Providing education about Alzheimer's disease. *Aging &*  
53  
54 *mental health* 5(1), 5-13.  
55  
56  
57 Tsaroucha, A., Benbow, S.M., Kingston, P. & Le Mesurier, N. (2013) Dementia skills for all:  
58  
59  
60

1  
2  
3 A core competency framework for the workforce in the United Kingdom. *Dementia*  
4  
5 **12**(1), 29-44.  
6

7  
8 Turner, S., Iliffe, S., Downs, M., Wilcock, J., Bryans, M., Levin, E., Keady, J. & O'Carroll, R.  
9  
10 (2004) General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and  
11  
12 management of dementia. *Age and ageing* **33**(5), 461-467.  
13

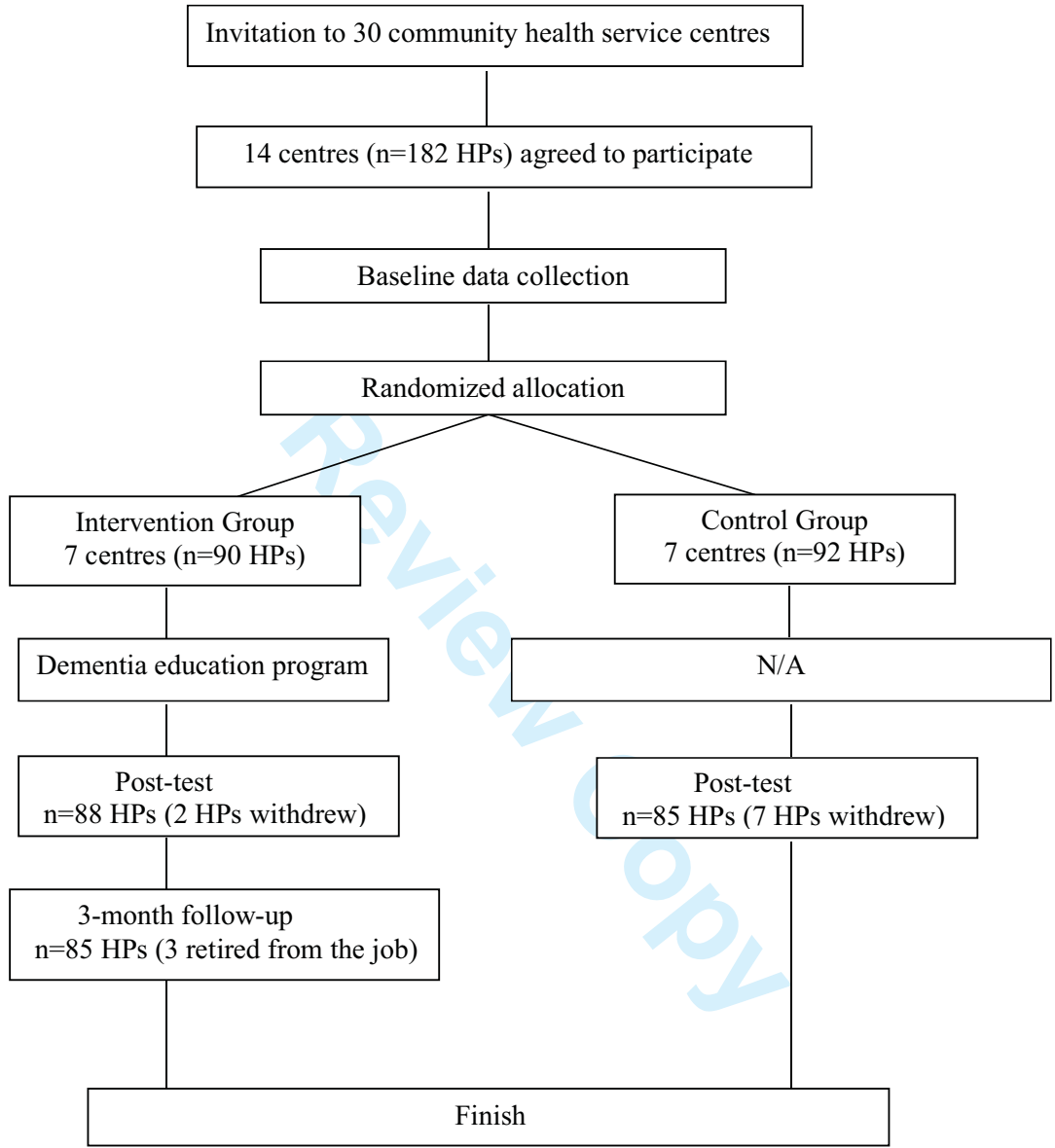
14  
15 Wang, J., Xiao, L.D., He, G.P. & Bellis, A. (2014) Family caregiver challenges in dementia  
16  
17 care in a country with undeveloped dementia services. *Journal of advanced nursing*  
18  
19 **70**(6), 1369-1380.  
20

21  
22 Wang, Y., Xiao, L.D. & He, G.-P. (2015) A comprehensive approach to psychometric  
23  
24 assessment of instruments used in dementia educational interventions for health  
25  
26 professionals: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies* **52**(2),  
27  
28 568-577.  
29

30  
31 World Health Organization (2012) Dementia: A Public Health Priority. World Health  
32  
33 Organization, Geneva.

34  
35 Yang, Y., Xiao, L., Deng, L., Wang, Y., Li, M. & Ullah, S. (2015) A nurse-led cognitive  
36  
37 screening model for older people in primary care. *Geriatrics and Gerontology*  
38  
39 *International* **34**(2), 82-87.  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60



**Figure 1.** Flow chart of sample frame and data collection

(HPs=Health Professionals)

**Table 1** Dementia education modules and content

Topic	Main content
1. Pathophysiology and progression of dementia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dementia pathophysiology and progress</li> <li>• Risk factors and prevention</li> </ul>
2. Timely diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic methods and diagnostic procedures</li> <li>• How to distinguish Alzheimer's Disease (AD), Mild Cognitive Impairment (MCI) and other dementias</li> </ul>
3. Person-centred dementia care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Philosophy of personhood</li> <li>• Positive person work and malignant social psychology</li> <li>• VIPS framework of dementia care</li> </ul>
4. Community care of dementia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Care of patients' daily living activities</li> <li>• Patients' care needs assessment</li> <li>• Maintaining the independence of patients</li> </ul>
5. Support the family caregivers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication skills for family carers</li> <li>• Education, support needs and self-care</li> <li>• Coping strategies</li> <li>• How to ask for help</li> </ul>
6. Dementia co-morbidities	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinence</li> <li>• Incontinence associated skin care and infections</li> </ul>
7. Behaviour management in dementia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-pharmacological interventions</li> <li>• Pharmacological interventions</li> </ul>
8. Safety in dementia care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidents prevention</li> <li>• Strategies to avoid physical restraint</li> </ul>
9. Therapeutic treatments	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medications</li> <li>• Polypharmacy</li> <li>• Traditional Chinese Medical Treatments, Tai Chi, Acupuncture</li> <li>• Meditation</li> </ul>
10. Knowledge translation in dementia care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Learner-centred teaching philosophy</li> <li>• Continuing medical/nursing education and adult learning</li> <li>• Methods of knowledge translation in community settings</li> </ul>

Each module included pre-reading, a short lecture presented by the project team that was digitally-recorded and burned on DVDs, an unfolding case study that simulated community-dwelling people with dementia.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

**Table 2** Open-ended questions used to guide the focus group discussions

---

Questions
1. Have you applied any part of dementia knowledge and skills to your practice? If yes, could you please give some examples and the outcomes of the application?
2. If you have not applied any knowledge and skills to your practice, what factors affecting the application? Please give some examples.
3. Has the program met your learning needs in caring for people with dementia? If yes, please give some examples.
4. If the program has not met your learning needs in dementia care, please suggest the content and learning activities that need to be included in the future program.

---

Review Copy

**Table 3** Participants' demographic characteristics by group

Characteristics	Total (n=170)	Control Group(n=85)	Intervention Group(n=85)	<i>P</i> value
Age(years), mean (SD)	30.9(8.3)	31.3(8.9)	30.55(7.7)	0.57
Work experience (years), mean (SD)	9.6(8.3)	10.2(8.9)	8.96(7.6)	0.34
Gender				0.84
Female	141(82.9%)	71(83.5%)	70(82.4%)	
Male	29(17.1%)	14 (16.5%)	15(83.5%)	
Marital status				0.83
Married	106(62.4%)	54(63.5%)	52(61.2%)	
Single/ Divorced/Widowed	64(37.6%)	31(36.5%)	33(38.8%)	
Education				0.74
College	116(68.2%)	59(69.4%)	57(67.1%)	
Bachelor and above	54(31.8%)	26(30.6%)	28(32.9%)	
Professionals				0.75
Doctors	102(60.0%)	50(58.8%)	52(61.2%)	
Nurses	68(40.0%)	35(41.2%)	33(38.8%)	
Experience in caring for people with dementia				0.87
Yes	59(34.7%)	30(35.3%)	29(34.1%)	
No	111(65.3%)	55 (64.7%)	56(65.9%)	
Experience in caring for family members with dementia				0.72
Yes	42(24.7%)	20(23.5%)	22(25.9%)	
No	128(75.3%)	65(76.5%)	63(74.1%)	

Data presented as number (%), unless indicated otherwise.

*P* value was based on independent two-sample *t*-test for interval scale data.

*P* value was based on independent chi-square test for categorical data.



**Table 4** Baseline data of three outcome measures by group

Scales	Control Group(n=85)	Intervention Group (n=85)	<i>P</i> value
ADKS, mean (SD)	19.36(3.05)	19.29(2.72)	0.76
DCAS-Heartfelt, mean (SD)	16.26(2.03)	16.20(2.02)	0.69
DCAS-Heartsink, mean (SD)	11.58(3.46)	11.67(2.70)	0.43
ADCQ, mean (SD)	5.33(2.37)	5.12(2.05)	0.83

ADKS= Alzheimer's Disease Knowledge Scale. The total score=30.

DCAS-Heartfelt=Heartfelt factor in Dementia Care Attitudes Scale using 5-Likert scale. The higher scores indicate the better attitudes.

DCAS-Heartsink: Heartsink factor in Dementia Care Attitudes Scale using 5-Likert scale. The higher scores indicate the more negative attitudes.

ADCQ= Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire. The total score=13.

*P* value was based on Mann-Whitney *U*-test for non-normal data.

Review Copy

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

**Table 5** Mixed effect linear regression model of measures between intervention group and control group over baseline, post-test and follow-up

Scales	Time	Intervention (n=85) $\Delta$ (95%CI)	Control (n=85) $\Delta$ (95%CI)	Education effect $\S$	<i>P</i> education effect	<i>P</i> overall interaction
ADKS	Baseline					
	Post-test	4.18(3.55-4.80)	0.32(-0.31-0.94)	3.86(2.98-4.74)	<0.001	<0.001
	Follow-up	4.85(4.22-5.47)	0.32(-0.31-0.94)*	4.53(3.65-5.41)	<0.001	
DCAS-Heartfelt	Baseline					
	Post-test	0.88(0.53-1.24)	-0.31(-0.66-0.05)	1.19(0.68-1.69)	<0.001	<0.001
	Follow-up	1.42(1.07-1.78)	-0.31(-0.66-0.05)*	1.73(1.23-2.23)	<0.001	
DCAS-Heartsink	Baseline					
	Post-test	-2.24(-2.74-1.73)	-0.08(-0.59-0.42)	-2.15(-2.87-1.44)	<0.001	<0.001
	Follow-up	-3.64(-4.14-3.13)	-0.08(-0.59-0.42)*	-3.55(-4.27-2.84)	<0.001	
ADCQ	Baseline					
	Post-test	4.46(3.82-5.09)	0(-0.64-0.64)	4.46(3.56-5.36)	<0.001	<0.001
	Follow-up	2.82(2.19-3.46)	0(-0.64-0.64)*	2.82(1.93-3.72)	<0.001	

$\Delta$  = Adjusted mean change between baseline, post-test and follow-up for intervention and control groups from the mixed effect linear regression model.

$\S$  Education effect was the interaction between time  $\times$  group effect.

\* Post-test measurements in the control group were repeated in follow-up.

**Table 6** Participants' responses to open-ended questions and summary on newly developed services

Categories	Selected examples from health professionals
1. Changes of dementia care practice	<p>a. Before the program, I only focused on the treatment and medicine. After the program, I realized the importance of care and now I am working together with nurses to develop individual care plan for each patient.</p> <p>b. In my centre, we commenced cognitive screening for older people during physical examination and established screening record.</p> <p>c. We referred older people with cognitive impairment to specialists for further diagnosis, treatment and therapy.</p>
2. Dementia education for caregivers	<p>a. We developed dementia care booklets for caregivers and coached them during home visits.</p> <p>b. We selected, rewrote and presented dementia knowledge for all the residents in this community.</p> <p>c. We invited the caregivers to our centre and shared their experiences in caring people with dementia on a regular basis. These activities help the experienced caregivers to support these who are new to the role.</p>
3. Experiences in dementia education program	<p>a. The contents of this program were comprehensive and met my learning needs in dementia care practice.</p> <p>b. I benefited a lot from the case study. We talked about the cases in small groups and the researchers answered our questions and gave us very detailed support.</p> <p>c. The research team edited education manuals and sent to us regularly through QQ (mobile phone text messaging). This support helped us revisit main points we learned from the program.</p>
4. Suggestions for future dementia education programs	<p>a. We encountered people with dementia quite often. However, most of health professionals were unable to identify the stages of dementia, the treatment and how to support caregivers to manage dementia and behavioural problems at home. Regular education programs for health professionals should be provided.</p> <p>b. Short-term education for us is not adequate. We hope we can have regular education program to update our knowledge in dementia care. We hope we can do clinical observations and peer review of practice in the future programs.</p> <p>c. Currently, we did not have many resources and staff to provide high quality dementia care services in our centre. The government should commit to dementia care, for example, including dementia in the national chronic diseases management list and providing resources to support dementia care services.</p>
5. Newly developed dementia care services	<p>a. Cognitive screening for older people with memory complaints during the national-wide free annual physical examination for older people.</p> <p>b. Established screening record for older people who have memory complaints and cognitive impairment.</p> <p>c. Referred older people with cognitive impairment to the memory clinics in tertiary hospitals for further diagnosis, treatment and therapy.</p> <p>d. Developed dementia care booklets for caregivers and coached them</p>

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

---

during nurses' home visits.

- e. Selected, rewrote and presented dementia knowledge for all the residents in community using the community notice board.
- f. Invited caregivers to the community health service centre to share their experiences regularly facilitated by the community nurse.

---

Review Copy



## **The effectiveness of a dementia education program for health professionals in primary**

**Yao Wang<sup>1,2</sup>, Lily Dongxia Xiao<sup>1</sup>, Guoping He<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *School of Nursing & Midwifery, Flinders University, South Australia, Australia*

<sup>2</sup> *Xiangya School of Nursing, Central South University, Hunan, China*

**Aim:** China has a large proportion of the world's population with dementia. Most of them live in community settings as caring for older people has been viewed as a family responsibility. While health professionals in community care settings have a crucial role to play in meeting complex care needs of people with dementia, they are largely underprepared for this role. The aim of this study was to develop and evaluate a dementia care education program for health professionals working in community care settings in Hunan Province, China.

**Material and Method:** Graham's knowledge translation framework was used to inform the program design and implementation. A cluster-randomized controlled trial with a pre- and post-test design was conducted to evaluate the program between July 2013 and May 2014. The program comprised a 3-day train the trainers program, a 3-month implementation of the program in intervention sites by the trainers, and a 3-month follow-up after the program. Outcomes measured in the evaluation included dementia care knowledge, attitudes, person-centred care approach and changes in practice.

**Results:** 182 health professionals from 14 community care settings participated in the interventional study. The intervention group (n=85) showed a statistically significant improvement in knowledge about dementia, attitudes towards dementia care and the use of person-centred care approach compared with control group (n=85). Changes in dementia care practice in intervention sites included (1) dementia education activities for residents to raise awareness and reduce stigma; (2) cognitive screening for older people with memory complaints; (3) referring older people with cognitive impairment to specialists for further diagnosis; and (4) developing dementia care booklets for caregivers and coaching them in dementia care.

**Conclusion:** A dementia educational program is imperative for health professionals working in community care settings. Future research is required to investigate patient outcomes as a result of this dementia educational program.



Chiang Mai  
**IAGG**  
 ASIA/OCEANIA 2015

**THE 10<sup>TH</sup> INTERNATIONAL ASSOCIATION  
 OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS  
 - ASIA/OCEANIA 2015 CONGRESS**  
 19 - 22 October 2015 • Chiang Mai, Thailand  
*Healthy Aging Beyond Frontiers*



# CERTIFICATE OF ATTENDANCE

This is to certify that

# YAO WANG

attended

the 10<sup>th</sup> International Association of Gerontology and Geriatrics - Asia/Oceania 2015 Congress  
 19 - 22 October 2015

the International Convention and Exhibition Center Commemorating His Majesty's 7<sup>th</sup> Cycle Birthday Anniversary, Chiang Mai, Thailand

**Professor Sutthichai Jitapunkul**  
 Chairman, Local Organizing Committee

**Professor Prasert Assantachai**  
 Chairman, Scientific Committee

# **Thesis in Chinese**

# 目录

<b>Preface</b> .....	<b>I</b>
<b>Summary</b> .....	<b>III</b>
<b>Declaration by the Candidate</b> .....	<b>VI</b>
<b>Research grants, Publications and presentations</b> .....	<b>VII</b>
<b>Acknowledgements</b> .....	<b>X</b>
<b>摘要</b> .....	<b>XIII</b>
缩略词表.....	XVIII
第一部分 痴呆症照护教育项目测评工具的研究.....	1
<b>1 前言</b> .....	<b>1</b>
1.1 研究背景.....	1
1.1.1 痴呆症概况.....	1
1.1.2 以人为中心的痴呆症照护模式.....	2
1.1.3 我国痴呆症照护现状.....	4
1.1.4 医护人员痴呆症照护胜任力.....	5
1.1.5 痴呆症照护知识、态度测评工具.....	12
1.2 本研究的目的和意义.....	20
1.2.1 研究目的.....	20
1.2.2 研究意义.....	20
<b>2 对象与方法</b> .....	<b>21</b>
2.1 量表的选择.....	21
2.2 量表翻译过程.....	21
2.2.1 前翻译.....	21
2.2.2 回翻译.....	21
2.3 中文版 ADKS、DCAS 心理测量学指标的测量 .....	22
2.3.1 研究设计.....	22
2.3.2 研究对象.....	22
2.3.3 样本量.....	22
2.3.4 研究工具.....	22
2.3.5 主要研究内容.....	24
2.4 资料收集过程.....	24



2.4.1 伦理学原则.....	24
2.4.2 人员培训.....	25
2.4.3 预实验.....	25
2.4.4 资料收集.....	26
2.4.5 质量控制.....	28
2.5 资料整理与统计分析.....	28
2.5.1 研究对象一般资料.....	28
2.5.2 中文版 ADKS、DCAS 信度测量.....	28
2.5.3 中文版 ADKS、DCAS 效度测量.....	29
2.5.4 缺失值的处理.....	30
<b>3 结果.....</b>	<b>31</b>
3.1 问卷回收情况.....	31
3.2 研究对象基本情况.....	31
3.3 中文版 ADKS、DCAS 信度、效度检验.....	32
3.3.1 重测信度.....	32
3.3.2 内部一致性信度.....	32
3.3.3 内容效度.....	32
3.3.4 结构效度.....	33
3.3.5 已知组别效度.....	34
3.3.6 同时效度.....	35
<b>4 讨论.....</b>	<b>36</b>
4.1 量表选择的评价.....	36
4.1.1 阿尔茨海默氏症知识量表和痴呆症照护态度量表的选择.....	36
4.1.2 痴呆症照护方式问卷的选择.....	36
4.2 量表翻译的评价.....	37
4.3 中文版 ADKS 和 DCAS 测量学指标评价.....	37
4.3.1 量表的信度.....	38
4.3.2 量表的效度.....	38
4.4 本研究的不足之处.....	40
4.5 本研究对未来研究方向的启示.....	41
4.5.1 重视量表的筛选和测量学指标的应用.....	41
4.5.2 发展我国医护人员痴呆症照护教育项目.....	41
<b>5 结论.....</b>	<b>42</b>
第二部分 痴呆症照护教育项目的构建、实施及评价.....	43

<b>1 前言</b> .....	43
1.1 研究背景.....	44
1.1.1 痴呆症医学教育.....	44
1.1.2Graham 知识转化理论-本研究的理论框架 .....	48
1.1.3 名义群体法.....	51
1.1.4 痴呆症照护教育的国际合作.....	53
1.2 本研究的研究目的和意义.....	53
1.2.1 研究目的.....	53
1.2.2 研究意义.....	54
<b>2 对象与方法</b> .....	55
2.1 研究设计.....	55
2.1.1 第一阶段 痴呆症照护教育项目构建阶段.....	55
2.2.2 第二阶段 痴呆症照护教育项目实施和评价阶段.....	65
<b>3 结果</b> .....	77
3.1 研究对象一般资料分析.....	77
3.2 研究对象痴呆症知识、照护态度和照护方式状况分析.....	78
3.2.1 研究对象基线痴呆症知识、照护态度和照护方式基线测评.....	78
3.2.2 研究对象在不同时间点痴呆症知识、照护态度和照护方式状况分析.....	78
3.3 痴呆症照护教育项目效果评价.....	79
3.4 痴呆症照护教育项目满意度分析.....	86
3.5 半结构式小组访谈资料的分析.....	87
<b>4 讨论</b> .....	93
4.1 初级卫生机构在痴呆症照护中的角色.....	93
4.2 痴呆症照护教育项目的内容和授课方法.....	94
4.2.1 教育内容.....	94
4.2.2 授课方法.....	94
4.3 医护人员痴呆症知识、照护态度和照护方式现状.....	95
4.3.1 医护人员痴呆症知识现状.....	95
4.3.2 医护人员痴呆症照护态度现状.....	96
4.3.3 医护人员痴呆症照护方式现状.....	96
4.4 教育项目对医护人员痴呆症知识、照护态度和照护方式的影响.....	97
4.5 本研究对我国痴呆症照护实践和健康政策的启示.....	98
4.6 本研究的不足之处.....	99
<b>5 结论</b> .....	101

参考文献 .....	102
综 述.....	117
附 录.....	127

# 痴呆症照护教育项目的构建及其在初级卫生机构医护人员中应用的效果评价

## 摘要

### 目的:

1. 为我国痴呆症照护教育项目选择合适的测评工具;
2. 将英文版阿尔茨海默氏症知识量表和痴呆症照护态度量表翻译成中文,并对中文版阿尔茨海默氏症知识量表和痴呆症照护态度量表的心理测量学指标进行评价;
3. 构建并实施符合我国医护人员学习需求的痴呆症照护教育项目,以改善痴呆症照护实践;
4. 探究痴呆症照护教育项目对医护人员痴呆症知识、照护态度以及照护方式的影响;
5. 探究医护人员对于痴呆症照护教育项目的看法、痴呆症照护实践的变化以及医护人员在痴呆症照护实践中所需的支持。

### 方法:

本学位论文共包括两部分:第一部分为痴呆症照护教育项目选择合适的测评工具,并对工具的心理测量学指标进行评价。第二部分构建痴呆症照护教育项目并对其在初级卫生机构医护人员中的应用进行评价。

第一部分主要针对第一和第二个研究目的。以医护人员痴呆症照护胜任力理论为指导,选取阿尔茨海默氏症知识量表和痴呆症照护态度量表作为痴呆症照护教育项目的测评工具。按照 Brislin 量表翻译模型,遵循前翻译和回翻译的步骤,将以上两个英文版量表翻译成中文。于 2013 年 3 月到 2013 年 5 月,采用横断面研究设计,按照改良的分层随机抽样方法从湖南省长沙市 3 家三级医院、4 家二级医院和 4 家初级卫生机构共选取 442 名医护人员对中文版阿尔茨海默氏症知识量表和中文版痴呆症照护态度量表进行心理测量学指标(重测信度、内在一致性信度、内容效度、结构效度、已知组别效度、同时效度)的测试与考评。以痴呆症照护方式问卷作为金标准,计算中文版阿尔茨海默氏症知识量表和中文版痴呆症照护态度量表的同时效度。所有数据运用 SPSS22.0 统计软件包进行分析,采用的统计方法包括

描述性分析、信度分析和效度分析。

第二部分主要针对第三、第四和第五个研究目的。以 Graham 知识转化理论作为理论框架，构建和实施痴呆症照护教育项目。Graham 知识转化理论能够弥合“知-行”的差距，促进教育项目对医护人员的照护实践产生改变。第一步，综合运用文献查询法、医护人员名义群体法、专家咨询法，构建痴呆症照护教育项目，确保教育项目内容的设计符合我国医护人员的学习需求。第二步，于 2013 年 7 月到 2014 年 5 月，按照整群随机对照试验的研究设计，评价痴呆症照护教育项目。采用整群随机抽样的方法选取湖南省长沙市 14 个初级卫生机构，170 名医护人员作为研究对象，其中，干预组和对照组各包含 7 个初级卫生机构，85 名医护人员。

干预组接受 22 周，20 个学时的痴呆症照护教育项目；对照组在相同的时间内进行常规的医学继续教育。干预组在痴呆症照护教育项目实施前（T1）、结束后（T2）以及结束后 3 个月（T3）分别采用阿尔茨海默氏症知识量表、痴呆症照护态度量表、痴呆症照护方式问卷测评研究对象的痴呆症知识、照护态度和照护方式水平。同时，在教育项目结束后（T2）采用研究者自行设定的痴呆症照护教育项目满意度问卷测评研究对象对教育项目的满意程度；在教育项目结束后 3 个月（T3）采用 7 个半结构式问题，以小组访谈的形式评估医护人员对痴呆症照护教育项目的看法，同时探究痴呆症照护实践的变化以及医护人员在痴呆症照护实践中所需的支持。对照组在教育项目实施前（T1）和结束后（T2）采用阿尔茨海默氏症知识量表、痴呆症照护态度量表、痴呆症照护方式问卷对研究对象的痴呆症知识、照护态度和照护方式水平进行测评。本研究假定对照组研究对象在教育项目结束后（T2）和结束后 3 个月（T3）的测评结果非常相似，因此，在教育项目结束后 3 个月（T3）不再对对照组进行数据收集，以减轻研究对象过度的负担。在进行统计分析时，对照组在教育项目结束后（T2）所收集的资料同样用于教育项目结束后 3 个月（T3），以便与干预组数据进行比较。采用 STATA13.0 建立混合效应线性回归模型，比较干预组和对照组研究对象其阿尔茨海默氏症知识量表、痴呆症照护态度量表、痴呆症照护方式问卷得分在教育项目实施前（T1）、结束后（T2）以及结束后 3 个月（T3）有无统计学差异。对半结构式小组访谈的录音进行逐字逐句转录，采用 Elo 等提出的归纳内容分析法，按照编译开放式译码、分组和创建分类的步骤对资料进行分析。

## 结果:

### 1. 第一部分

(1) 中文版阿尔茨海默氏症知识量表的重测信度为 0.71 (0.55-0.83)。探索性因子分析结果显示, 中文版阿尔茨海默氏症知识量表无有意义的因子解释, 确定了原英文版量表的单因子结构。整个量表的内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.72。在内容效度方面, 其条目水平的内容效度指数在 0.88-0.96 之间, 量表水平的内容效度指数为 0.91。

(2) 中文版痴呆症照护态度量表的重测信度为 0.79 (0.65-0.87)。探索性因子分析共析出两个因子, 即“沮丧”因子和“衷心”因子, 支持了原英文版量表的两因子结构。其中, “沮丧”因子包括 4 个条目, 解释总变异的 28.00%; “衷心”因子包括 4 个条目, 解释总变异的 24.70%。整个量表的内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.71, “沮丧”因子和“衷心”因子的项目间平均相关系数分别为 0.39 (Cronbach's alpha 系数为 0.73) 和 0.30 (Cronbach's alpha 系数为 0.62)。在内容效度方面, 中文版痴呆症照护态度量表条目水平的内容效度指数在 0.87-0.95 之间, 量表水平的内容效度指数为 0.89。

(3) 已知组别效度结果显示, 工作年限大于 10 年的研究对象其中文版阿尔茨海默氏症知识量表和中文版痴呆症照护态度量表得分高于工作年限小于 5 年的研究对象, 表明两中文版量表在不同人群中的区分度具有统计学意义 ( $P < 0.001$ )。

(4) 同时效度结果显示, 中文版阿尔茨海默氏症知识量表得分与痴呆症照护方式问卷得分成正相关, 相关系数  $\gamma = 0.38$  ( $P < 0.001$ )。中文版痴呆症照护态度量表“沮丧”因子得分与痴呆症照护方式问卷得分成负相关, 相关系数  $\gamma = -0.17$  ( $P < 0.001$ ); “衷心”因子得分与痴呆症照护方式问卷得分成正相关, 相关系数  $\gamma = 0.22$  ( $P < 0.001$ )。

### 2. 第二部分

(1) 基线调查数据显示: 170 名研究对象阿尔茨海默氏症知识量表得分为 ( $19.33 \pm 2.89$ ); 痴呆症照护态度量表“衷心”因子和“沮丧”因子得分分别为 ( $16.23 \pm 2.02$ ) 和 ( $11.62 \pm 3.09$ ), 两量表得分处于中等水平。医护人员痴呆症照护方式问卷得分较低 ( $5.22 \pm 2.21$ )。

(2) 根据本研究中机随对照实验的 5 个潜在混淆因素: 工作年限、受教育水平、职业类型、工作中照护痴呆症患者的经历以及生活中照护痴呆症家属的经历对混合效应线性回归模型进行调整后, 结果



显示,阿尔茨海默氏症知识量表得分、痴呆症照护态度量表“衷心”因子得分、痴呆症照护态度量表“沮丧”因子得分、痴呆症照护方式问卷得分在干预效应、时间效应及干预与时间效应的交互作用上有统计学意义( $P<0.001$ )。

(3) 医护人员痴呆症照护教育项目满意度问卷平均总得分为(44.69±2.71),表明研究对象对本痴呆症照护教育项目及教育项目中所进行的学习和教学活动表示满意。

(4) 本研究进行5组小组访谈,共包括30名干预组研究对象。归纳内容分析法结果表明,本教育项目对痴呆症照护实践产生了积极的影响,这体现在医护人员个体痴呆症照护能力提高;痴呆症照护中医护合作加强;初级卫生机构新开展的痴呆症照护服务以及居民痴呆症照护教育的开展。其次,医护人员认为本教育项目能够满足其对痴呆症患者和照护者进行支持的需要。同时,医护人员认为应提供长期的痴呆症照护教育以不断更新其痴呆症照护方面的相关知识。医护人员建议在今后的痴呆症照护教育项目中需增加临床观摩环节。结果同时表明,医护人员希望政府能够进一步加强对我国痴呆症照护服务的支持,包括政策支持、人力支持和资源支持等。

## 结论:

1. 以医护人员痴呆症照护胜任力理论为指导,本研究采用并提供了一个综合、实用的方法,即在现有的测评工具中如何选择符合本研究目标人群的痴呆症照护知识和态度量表,并对量表在目标人群中的适用情况进行评价。此方法可在今后同类研究中推广应用。

2. 阿尔茨海默氏症知识量表和痴呆症照护态度量表体现了医护人员痴呆症照护胜任力理论。中文版量表的信度和效度良好,符合心理测量学基本要求,为我国医护人员痴呆症照护教育项目提供了可行、可靠和可信的测评工具。

3. 我国初级卫生机构中的医护人员其痴呆症知识缺乏;对痴呆症患者及其照护者的照护态度不积极;在照护中较少地使用以人为中心的痴呆症照护方式。为医护人员构建并提供专项的痴呆症照护教育项目能够显著提高医护人员的痴呆症知识、照护态度和照护方式水平,改善痴呆症照护实践现状。

4. 医护人员痴呆症照护教育项目应涵盖知识、态度、技能三个要素及临床实践中以人为中心的照护原则,同时,应该采取多种教学

与学习策略提高医护人员对痴呆症照护的学习效果，并促进其将所学知识应用到痴呆症照护实践中。

5.初级卫生机构在痴呆症患者的照护中起着重要的作用。随着我国人口老龄化的加速和痴呆症患者人数的增多，政府应进一步在政策、财政和人力方面加强对痴呆症照护服务的支持。初级卫生机构需与各三级医院、相关社会部门建立合作，以推动我国痴呆症照护服务的发展。

图 8 幅，表 23 个，参考文献 186 篇

**关键词：**痴呆症；照护教育；照护胜任力；医护人员；初级卫生机构；知识；态度；照护方式

**分类号：**R47；R74



## 缩略词表

中文全称	英文全称	英文缩写
以人为中心的照护	Person-Centred Care	PCC
痴呆症精神行为症状	Behaviouraland Psychological Symptoms of Dementia	BPSD
阿尔茨海默氏症知识量表	Alzheimer's Disease Knowledge Scale	ADKS
痴呆症照护态度量表	Dementia Care Attitude Scale	DCAS
痴呆症照护方式问卷	Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire	ADCQ
名义群体法	Nominal Group Technique	NGT
统计产品与服务解决方案	Statistical Product and Service Solutions	SPSS
权重分析与样本量计算软件	Power Analysis& Sample Size Software	PASS

# 第一部分 痴呆症照护教育项目测评工具的研究

## 1 前言

我国正面临着严重的人口老龄化，痴呆症对整个社会的影响日益加重。随着疾病的发展，痴呆症患者会出现不同的认知和行为问题，痴呆症患者及其照护者希望医护人员为其提供高质量照护服务的需求不断增加。然而，我国医护人员对于痴呆症的知识缺乏，照护态度不积极，缺乏对痴呆症的照护胜任力，这使得痴呆症患者及其照护者的处境更加堪忧。大量研究表明，痴呆症治疗效果和照护服务质量的不理想与医护人员对于痴呆症知识的缺乏和照护态度不积极密切相关<sup>[1-3]</sup>。针对医护人员的痴呆症照护教育项目在国际上广泛地开展，旨在提高医护人员对于痴呆症患者及其照护者的照护成效<sup>[4, 5]</sup>。研究指出，痴呆症照护教育项目开展的重要前提是发展可靠有效的测评工具，了解医护人员关于痴呆症的知识 and 照护态度水平，发现缺陷和不足，为痴呆症照护教育项目具体内容的制定提供可靠的理论依据，并对教育项目的效果进行客观的评价<sup>[5, 6]</sup>。然而，目前我国尚未见用于测评医护人员痴呆症照护教育项目效果的相关工具，这在某种程度上限制了我国痴呆症照护教育项目的发展，造成医护人员对于痴呆症照护的学习需求不能被有效地满足。因此，结合全球背景，为我国痴呆症照护教育项目选择和发展可靠的测评工具是尤为必要的。

### 1.1 研究背景

#### 1.1.1 痴呆症概况

痴呆症是由于脑部慢性进行性地退化影响人体认知功能而引起的一组综合征，由于认知功能损害的加重，患者表现出各种情感障碍、精神和行为异常，记忆、学习、认知、语言、定向力退化或者改变<sup>[7]</sup>。与此同时，高达 50% 的痴呆症患者伴有一种或者一种以上的慢性疾病或出现痴呆症合并症，如尿失禁、压疮、跌倒及营养不良所致的髋关节骨折等，最终患者需要 24h 不间断的照护<sup>[7]</sup>。痴呆症是由于脑部复杂的病理性改变而引起的综合征，以阿尔茨海默氏症（50%-75%）、血管性痴呆（20%-30%）、额颞叶痴呆（5%-10%）和路易体痴呆（<5%）最为常见<sup>[8, 9]</sup>。尽管药物治疗可延缓疾病发展的进程，但目前尚缺乏有效的治疗方法。统计表明，2010 年全球共有 3560 万的痴呆症患者，且以每秒钟新增 1 例的速度快速增长，痴呆症总人数预计每 20 年翻一番，预计到 2030 全球

痴呆症患者将达到 6570 万<sup>[10]</sup>。中国现有 65 岁以上老年人的数量已超过一亿七千万，痴呆症在老年人中的发病率约为 3%-5%，其中最常见阿尔茨海默氏症发病率达 2%-4%。换言之，我国痴呆症患者人数占全球总人数的 25%，位居全球第一位<sup>[11]</sup>。目前痴呆症位居老年人病死原因的第 4 位，仅次于心、脑血管疾病和癌症<sup>[12]</sup>。如此庞大的患病人群和复杂的疾病管理模式给我国的医疗卫生服务体系带来了巨大的压力和挑战，痴呆症患者及其照护者对医护人员提供高质量治疗、照护和教育支持服务的需求日益增加<sup>[13, 14]</sup>。

### 1.1.2 以人为中心的痴呆症照护模式

痴呆症的治疗和照护被公认为是一项极具挑战性的工作<sup>[15]</sup>。目前国外学者普遍提倡“以人为中心”的痴呆症照护理念和服务模式，认为这是提升痴呆症患者生存质量的关键所在<sup>[16, 17]</sup>。

以人为中心的照护（Person-Centred Care, PCC）是 Kitwood 教授从罗杰斯的心理治疗理论中引进，并首先应用到痴呆症患者的照护中<sup>[16]</sup>。正如其字面含义，PCC 强调在治疗和照护中医护人员应重视和承认不同患者个体化的需求和观念。Brooker 在 Kitwood 人格哲学理论的基础上，将其理论划分为 4 个主要的元素，称之为“VIPS”理论<sup>[16, 18]</sup>。VIPS 理论认为以人为中心的痴呆症照护应全面包括这 4 个元素（PCC=V+I+P+S），也就是说，医护人员在痴呆症的治疗和照护中须做到以下 4 点：V 代表价值（Value）：尊重所有人的价值，不论其年龄和认知能力；I 代表个体（Individuals）：一个个体化的方式，承认个体的独特性；P 代表视角（Perspective）：从老年痴呆症患者的角度理解世界；S 代表社会环境（Social environment）：为老年痴呆症患者提供一个积极的社会心理环境可以使患者体会到相关的幸福<sup>[16, 18]</sup>。Brooker 通过循证和实践研究定义了以上每个元素所含有的 6 个指征，共 24 项指征，作为医护人员在痴呆症照护和服务中具体的工作指南（见表 1-1）。

Chenoweth 等运用以人为中心的照护方式对 15 家照护机构中 289 名痴呆症患者进行随机对照研究，研究结果显示，干预组研究对象 Cohen Mansfield 激越问卷（CMAI）降低，且与干预前及对照组相比差异有统计学意义，表明以人为中心的照护方式能够有效地缓解痴呆症患者的激越行为<sup>[19]</sup>。Ervin 等对痴呆症患者实施以人为中心的照护，通过前后对照实验进行抗精神症状药物使用评价（Drug Usage Evaluation, DUE），结果表明，患者药物使用量由干预前的 52%降低到干预后的 41%，表明以人为中心的照护方式能在一定程度上缓解痴呆症患者的精神症状<sup>[20]</sup>。Carlene 等通过对新西兰 6 名痴呆症患者按照以人为中心的照护模式进

行照护，发现干预后痴呆症患者严重的精神症状显著改善。另外，文献中讨论了以人为中心的痴呆症照护模式对医护人员的益处<sup>[21]</sup>。van de Ven 对 382 名护理人员进行调查，认为通过采用以人为中心的痴呆症方式，护理人员对待工作的积极情绪增加，工作相关的压力降低<sup>[22]</sup>。Ervin 认为实施以人为中心的照护，可以改善医护人员对痴呆症照护实践的看法，减少其消极的照护实践<sup>[20]</sup>。

表1-1 以人为中心痴呆症照护“VIPS”理论的24项指征

<b>V</b> 工作场所是否重视和尊重痴呆症患者及其家人的经历?	<b>I</b> 工作系统是否支持医护人员了解患者并确保患者感觉像一个独特的个体?	<b>P</b> 是否花时间去了解痴呆症患者及其家庭的观念?	<b>S</b> 是否提供了支持性的社会心理环境使患者在社交中感到自信并且不孤单?
1.我工作的地方欢迎痴呆症患者及其家人吗?	1.我是否了解这个患者的长处和需求?	1. 我是否核实患者的喜好、知情同意和观点?	1. 我是否帮助患者感觉到自己被接纳而且没有在交谈中被忽略?
2.我工作的地方重视对痴呆患者及其家人的照护质量吗?	2. 我是否对这个患者的改变保持警觉?	2. 我是否尽力去体会患者的感受?	2. 我是否尊重患者，没有使用责骂的语气或者对患者乱扣帽子?
3.我工作的地方是否授权医护人员为了保证痴呆症患者及其家人的最佳利益而采取行动?	3. 我是否知道对这个患者自身来说重要的个体特性?	3.我是否确保物理环境可使患者尽可能感到舒适?	3. 我是否留给患者温暖和关心的印象而不是冷漠?
4.我们是否具有以人为中心的痴呆症照护技能?	4. 我是否知道这个患者的喜恶及偏好的日常活动?	4. 我是否对患者不能主诉的身体健康需求保持警觉?	4. 患者是否知道我很认真地对待他们的恐惧并且当患者感到抑郁时不使患者长时间独处?
5. 一般情况下，我们的物理和社会服务环境是否容易供痴呆症患者及其家人使用?	5. 我是否知道这个患者的过往及重要的经历?	5. 如果患者正表现出“挑战行为”，我是否尽力找出原因并理解患者试图所要表达的?	5.我是否帮助患者在自我照护和活动中尽可能保持主动，不仅仅只是完成照护工作而不与患者沟通?
6.我工作的地方是否了解并满足痴呆	6. 我是否知道怎样鼓励患者参加到愉快的活动中?	6. 在相同的情况下，我是否把痴呆	6. 我是否帮助患者使
症患者的权利与			

症患者及其家人的需求和关切？	其他人的权利视为同样重要？	用公共设施，并帮助患者与他们重视的人和活动保持联系？
----------------	---------------	----------------------------

来源:Brooker<sup>[16, 18]</sup>

综上所述，以人为中心的痴呆照护模式，有助于维持痴呆症患者的人际关系，改善其生活质量，缓解患者的神经精神症状，同时，促进健康和幸福感的产生。除此之外，以人为中心的痴呆症照护模式减轻了医护人员和照护者的负担和压力，具有重要的推广价值<sup>[23]</sup>。

在痴呆症照护领先的国家和地区，以人为中心的照护理论和模式已被广泛应用于痴呆症的各项照护服务中。例如，在澳大利亚阿尔茨海默氏症协会（Alzheimer's Australia）开设了免费的痴呆症帮助热线，面向照护者提供痴呆症咨询服务，医护人员成立照护支持小组，为痴呆症患者及其照护者提供长期教育培训，并且深入到家庭中对痴呆症患者的精神症状治疗和管理服务等提供照护指导<sup>[24]</sup>。此外，以人为中心的照护理论和模式已被整合于医院、养老院和初级照护机构的日常治疗和管理中，以及被应用于减轻家庭照护者负担的家庭式的暂息照护服务、日托中心式的暂息照护服务、过夜式的暂息照护服务以及由老年照护机构提供的暂息照护服务中。

目前对以人为中心的痴呆症照护模式的研究大都来自西方国家，各国文化和健康照护系统存在巨大的差异，照搬别国的模式并不一定适合我国的国情和医疗服务体制。就我国目前情况来看，虽然我国老龄化趋势严重，痴呆症发病率呈现增长趋势，但医护人力资源及卫生服务资源相对较少。在现存的医疗服务体制中推广以人为中心的痴呆症照护模式面临多方面的问题，如何有效地使用以人为中心的痴呆症照护模式，使更多的痴呆症患者享受到以人为中心的照护服务带来的积极效果，这向广大医护人员提出了挑战。因此，我国需加强对以人为中心痴呆症照护模式的研究，探讨其具体的实施方法、组织形式及效果，为构建本土化的以人为中心的痴呆症照护模式提供理论依据。

### 1.1.3 我国痴呆症照护现状

在中国，痴呆症未被纳入到慢性疾病的管理模式中，痴呆症专门的照护服务发展缓慢，养老服务机构和延续护理（Transitional Care）机构发展不完善<sup>[25, 26]</sup>。调查显示，我国公众对痴呆症的认识普遍很低，76%的患者对于自己患有痴呆症这种疾病毫不知情，近 50%的痴呆症患者家属对痴呆症一无所知，痴呆症的早期



诊断与干预被延误<sup>[27, 28]</sup>。此外，痴呆症患者，常伴发多种并发症（如高血压、糖尿病、尿路感染、抑郁症等），患者通常不以痴呆症向医院寻求就诊，而是因各自不同的并发症收治于医院的不同科室<sup>[26, 29]</sup>。此疾病的特点和患者的分布类型，不仅使得老年科室的医护人员，还包括其他各成人科室的医护人员在日常医疗工作中都会接触到痴呆症患者。此外，受中国传统文化孝道观念的影响，多数家属和患者不愿去机构养老，这使得住院治疗和居家照护的痴呆症患者人数相对增多<sup>[26]</sup>。研究表明，目前我国在痴呆症的治疗和照护中存在许多问题，比如，在痴呆症的后期，大多数患者普遍存在的痴呆症精神与行为症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD）未被及时治疗和有效管理<sup>[26]</sup>；家庭照护者从医护人员获得的关于痴呆症药物治疗、副作用以及并发症预防的教育和支持缺乏<sup>[13, 26]</sup>；初级卫生机构的医护人员和三级医院的医护人员在痴呆症的早期筛查和合并症管理方面未建立有效的合作<sup>[9, 13, 26]</sup>。医护人员普遍缺乏痴呆症的相关知识，对痴呆症患者的照护态度不积极。以上因素导致了我国痴呆症患者长期得不到有效的治疗和照护，生活质量低下，加速了患者疾病发展的进程，同时造成了痴呆症照护者严重的负担，使照护者出现焦虑、抑郁、敌视等负性情绪。

医护人员在痴呆症的治疗和照护中起着至关重要的作用。在我国痴呆症发病率和患病率激增的形势下，全体医护人员需具备核心的痴呆症照护胜任力才能为患者提供更好的治疗和照护，改善痴呆症患者及其照护者的生活质量。

## 1.1.4 医护人员痴呆症照护胜任力

### 1.1.4.1 概念的提出

“胜任力”这一概念由哈佛大学心理学家 McClelland 教授首次提出，近年来成为国内外学者研究和讨论的热点，并广泛应用于许多行业的人力资源管理，但目前尚无统一的定义<sup>[30]</sup>。Roach 认为胜任力是指能够充分满足个体职业责任所持有的知识、判断、技能、精力、经验和动机的状态<sup>[31]</sup>。其他关于胜任力的定义还包括“个体必须拥有、掌握的能够达到高水平服务表现的一系列行为”<sup>[32]</sup>。NHS 知识和技能理论框架（Knowledge and Skills Framework, KSF）指出了作为医护人员通用的胜任力应涵盖以下 6 个方面：交流（Communication）、个体发展（Personal and People Development）、健康和安全（Health, Safety and Security）、改善服务（Service Improvement）、质量（Quality）、平等和多样化（Equality and Diversity）<sup>[33]</sup>。具体到痴呆症照护领域，医护人员的痴呆症照护胜任力（Dementia Care Competence）被用来描述和评价医护人员为痴呆症患者提供有效治疗和照

护服务的能力<sup>[34-36]</sup>。Gonczi 指出, 医护人员所表现出的胜任力来源于医疗护理的实践, 是能够胜任痴呆症照护工作所具备的一系列专业知识、照护态度和技能等特质<sup>[37]</sup>。具体来说, 胜任力是一种综合能力, 某一项单独的特质不能构成或代表胜任力, 知识、态度和技能三个要素密不可分<sup>[37]</sup>。

#### 1.1.4.2 痴呆症照护胜任力具体要素

医护人员的专业知识是改善痴呆症患者照护质量的重要前提<sup>[38]</sup>。全面的专业知识应该涵盖痴呆症的早期发现、诊断、治疗、照护方式、合并症的管理及对家庭照护者的教育和支持<sup>[39, 40]</sup>。研究表明, 良好的专业知识可以使医护人员对痴呆症患者投入更多的时间和精力, 加强医护人员在痴呆症疾病管理中的主动作用<sup>[41, 42]</sup>。随着医疗服务的不断发展, 加之痴呆症本身是一种不断进展性疾病, 医护人员在临床实践中应不断更新自身的专业知识, 根据患者不同阶段的病情做出正确的决策<sup>[43]</sup>。

医护人员对待痴呆症患者的态度对患者的健康和生活质量有着直接的影响<sup>[44, 45]</sup>。医护人员如果在照护中对患者表现出更多的理解、尊重、关怀和宽慰, 他们将能积极地采取行动并以更好的方式满足痴呆症患者及其照护者的需求, 提高他们对照护服务的满意度, 改善患者的生活质量<sup>[44]</sup>。

照护技能是医护人员的专业知识和照护态度在痴呆症临床治疗工作和照护实践中的综合应用。研究表明, 良好的专业知识能够使医护人员在复杂的疾病管理和临床环境中注重对痴呆症患者采取以人为中心的照护方式<sup>[46]</sup>。医护人员对待痴呆症患者的态度则能够反应出他们实施以人为中心照护服务的能力<sup>[47]</sup>。正是知识、态度和技能三个要素的综合运用, 使医护人员在面对临床复杂的痴呆症病情和照护问题时能够制定有效的管理方案, 为家庭照护者提供正确的教育和支持。

#### 1.1.4.3 痴呆症照护胜任力要素间的相互关系

有研究认为, 良好的专业知识是使医护人员在痴呆症的治疗和照护中表现出积极态度的前提条件<sup>[38]</sup>。痴呆症患者未被满足的照护需求与医护人员知识的缺乏和照护态度不积极密切相关<sup>[1, 2]</sup>。比如, 陌生、忙碌、嘈杂和拥挤的住院环境易使痴呆症患者产生意识模糊、谵妄和各种行为问题<sup>[48, 49]</sup>。面对此种情况, 对于痴呆症治疗和照护知识熟悉的医护人员在工作中能意识到患者的表现是由上述因素引起, 进而采取积极的措施减少或改善住院环境中的诱发因素, 按照以人为中心的照护模式满足痴呆症患者的需求, 并以积极的照护态度为患者带来有益的情

感感受<sup>[2, 49]</sup>。研究表明，提高患者的生活质量和使患者拥有积极的情感感受是痴呆症治疗和照护中医护人员需要具备的两种能力<sup>[50, 51]</sup>。相反，缺乏相关知识的医护人员通常则会责怪患者，把痴呆症患者视为麻烦的制造者或者对患者使用物理约束或化学约束的方法，这些措施会进一步加重患者的行为问题，引发各种副反应，造成患者机体功能的下降，增加照护者的照护负担<sup>[1, 52]</sup>。与此同时，这些不良结果反过来也会给医护人员带来消极的照护态度，她们会认为“痴呆症的管理是令人沮丧而不是有回报的”，“痴呆症患者在消耗资源而几乎没有任何积极的医疗效果”<sup>[53]</sup>。

然而，同时有研究表明，良好的痴呆症治疗和照护知识不足以确保医护人员在工作中对痴呆症患者表现出积极的照护态度。在英国，研究者采用痴呆症照护态度量表（Dementia Care Attitude Scale, DCAS）对全科医生进行一项大规模调查，结果表明，全科医生虽然有着良好的痴呆症诊断知识，却普遍认为“早期诊断和干预对痴呆症患者及其照护者是无益的”，“痴呆症患者在消耗资源而几乎没有任何积极的医疗效果”<sup>[53, 54]</sup>。同时，另一项对护士的调查结果也显示，尽管被调查的护士有一定的痴呆症治疗和照护知识，却不愿意接受痴呆症患者，拒绝照护者的要求，没有将痴呆症患者看作是能够体会生活和社会交往的个体，而把他们视为“二等公民”（Second Citizens）<sup>[1, 2, 52]</sup>。痴呆症患者情感支持、交流沟通、运动、进食、入厕的需求被忽略。

#### 1.1.4.4 痴呆症照护胜任力理论

通过以检索词：痴呆症/Dementia；阿尔茨海默氏症/Alzheimer's Disease；照护胜任力/Care Competence 和照护标准/Care Standard，检索 Pubmed, Medline, Cochrane, Web of Science, Science Direct, Scopus, Google Scholar, 万方数据资源系统, 清华同方 (CNKI) 数据库获得目标文献。各检索词以尽可能多的方式进行组合，获取的目标文献限于痴呆症领域，共获得 7 种医护人员痴呆症照护胜任力理论。胜任力理论的研究方法包括：文献回顾、访谈、问卷调查、专家同行讨论和德尔菲法等。检索到的痴呆症照护胜任力理论适用于不同的医护人员群体，包括照护人员、全科护士、痴呆症专科护士、全科医生以及照护组织机构。现分别介绍如下（具体详见表 1-2）。

##### 1.1.4.4.1 组织研究

美国密歇根痴呆症协会（Michigan Dementia Coalition, USA）在 2006 年提出了针对照护人员的痴呆症照护胜任力理论，包括 7 项照护人员所需掌握的知识



和技能，其中每一项包括 29 个细化的目标，同时，此标准详细阐述了照护人员在为痴呆症患者实施照护服务时组织机构需提供的支持。然而，该理论并未根据不同层次的照护人员将所需达到的相应的痴呆症照护胜任力标准进行分级和区别<sup>[55]</sup>。

加拿大卡尔加里老年痴呆症网（Calgary Regional Health Authority Dementia Network）提出了包括 7 项能力和 5 种照护态度的医护人员痴呆症照护胜任力理论。该理论的目标是使医护人员对自身能力进行评估，并通过解决自身和照护组织机构的需求，以一种整体全面的方式提升医护人员对痴呆症照护的胜任能力<sup>[56]</sup>。

密西西比精神卫生部（Mississippi Department of Mental Health）所提出的痴呆症照护胜任力理论从系统的观点出发增加了一个特有的领域，即组织机构的痴呆症照护能力。此理论不以照护本身为重点，而侧重于组织机构对于痴呆症照护的态度<sup>[57]</sup>。

伦敦医疗协会（Healthcare London）针对痴呆症疾病进展的各个不同阶段，提出了医护人员痴呆症照护胜任力理论，并且进行了细化，适用于医院以及社会照护机构中的医护人员<sup>[58]</sup>。

#### 1.1.4.4.2 学者研究

William 等报道了针对工作在长期照护机构中的护士的痴呆症照护胜任力理论。通过文献回顾，在原有研究的基础上增加了 4 项新的领域，即人际交往、资质、技巧和道德，包括 6 种相关的能力，旨在为居住在长期照护机构中的痴呆症患者提供更全面的专科照护。同时，该标准为以痴呆症照护胜任力为基础的医护人员教育培训和课程设计提供了依据<sup>[59]</sup>。

Otere 等发展了针对多学科协作管理（Multi-Disciplinary Teams, MDTs）的痴呆症照护胜任力理论，此理论认为痴呆症照护的复杂性需要多学科的相互合作。初级护理医师、社区医护人员、老年医学专家、职业理疗师和神经心理学家等在痴呆症照护中都需要承担自己特定的角色来诊断、治疗和管理痴呆症，这就要求他们需要具备一些基本的痴呆症照护胜任能力。基于此，Otere 等提出了涵盖知识、态度和技能 3 方面的 11 项能力。该胜任力理论可用于医护人员对于自身痴呆症的照护胜任力进行评价，针对相应的问题改善并提高自己的照护服务，并为痴呆症照护教育项目提供理论依据<sup>[50]</sup>。

Traynor 等报道了适用于痴呆症专科护士（Specialist Dementia Care Nurses）的照护胜任力理论，其研究的重点是痴呆症患者照护者和支持者的需求。痴呆症专科护士起着教育和咨询的作用，主要目的是改善提供痴呆症照护服务的方式，

此理论共包括 8 项核心能力<sup>[60]</sup>。

以上痴呆症照护胜任力理论各自适用于特定的医护人员群体，痴呆症的治疗和照护需要不同学科间的相互配合，细化的痴呆症胜任力标准有助于医护人员明确各自的职责，对自身照护能力进行评价和改进。研究者可以根据不同的研究的目标和研究人群，选择合适的痴呆症照护胜任力理论指导自己的研究。痴呆症照护胜任力理论的提出也为痴呆症照护教育项目的发展、制定和评价提供了理论依据。值得注意的是，目前检索到的痴呆症照护胜任力理论并没有根据不同层次的医疗护理等级（如初级卫生服务、二级医院、三级医院）和不同的医护人员群体对其所需达到的痴呆症照护胜任力标准进行区别。因此，在今后的研究中需进一步对不同等级医疗服务机构和不同医护人员群体的痴呆症照护胜任力细节作出阐释和区分。此外，目前尚未检索到我国关于医护人员痴呆症胜任力理论的研究，这将在很大程度上限制我国痴呆症照护服务的发展。

表1-2 医护人员痴呆症照护胜任力理论介绍

美国密歇根痴呆症协会 <sup>[55]</sup>	加拿大卡尔加里老年痴呆症网 <sup>[56]</sup>	密西西比精神卫生部 <sup>[57]</sup>	伦敦医疗协会 <sup>[58]</sup>	Williams <sup>[59]</sup>	Oterc <sup>[50]</sup>	Traynor <sup>[60]</sup>
1.痴呆症知识	知识	1.家庭支持	1.促进信息交流	1.掌握痴呆症专业知识	1.痴呆症重要症状的识别	1.治疗工作（干预）
2.以人为本的照护	1.痴呆症的自然属性	2.患者的能力	2.与患者及照护者有效地交流	2.识别、预防和管理患者的危险行为	2.管理痴呆症患者的行为问题（如冷漠或进攻性行为）	2.分享关于痴呆症的信息及照护问题
3.照护服务中的互动	2.患者的行为改变	3.公众意识	3.对患者家庭、照护者及其他看护人员进行支持	3.理解患者家庭的特殊需求	3.根据患者和照护者的需求提供个性化的照护	3.先进的评估技巧
4.丰富患者的生活	3.交流技巧	4.最佳临床实践	4.交流并理解与患者家庭、照护者共同工作和相互支持的重要性	4.促进患者日常生活的独立性	4.应对患者的认知局限	4.确定照护工作的优先顺序
5.理解患者的行为	4.患者的生活环境			5.为患者创造一个有利的环境	5.为患者提供安全、愉悦的居家环境并提出建议	5.痴呆症的预防工作和患者的健康促进
6.与患者家人交流	5.患者日常生活活动			6.意识到患者照护中的相关伦理问题，并把它们与照护实践相结合	6.熟悉患者的危险行为	6.伦理问题和以人为本的照护
7.医护人员的自我保健	6.与患者家庭合作				7.向对待其他患者一样，为痴呆症患者提供有效的照护	7.平衡患者及其照
	7.临终关怀态度				8.充分理解痴呆症患者的各项问	
	1.尊重患者及其家庭					
	2.尊重患者的个性					
	3.耐心与体贴					
	4.灵活性和机智					

5.对患者充满爱心	9.认为向痴呆症患者提供照护是有益的	护者之间的需求
6.对患者目前的治疗保持乐观	10.对自己在痴呆症照护中的表现满意	8.促进最佳的临床实践
	11.痴呆症患者能够感激自己所提供的照护	

### 1.1.4.4.3 医护人员痴呆症照护胜任力的培养

研究指出，医护人员的痴呆症胜任力水平与其对待痴呆症患者的态度、工作经验和痴呆症相关知识呈正相关，因此，基于痴呆症照护实践的教育和培训项目有利提高医护人员的痴呆症照护胜任力水平<sup>[61]</sup>。Visser 等对来自 3 所照护机构的 52 名医护人员实施了 8 周的教育项目后发现医护人员能够对痴呆症患者发展个体化的照护计划，而且能够有效地管理痴呆症患者的挑战性行为问题<sup>[62]</sup>。Kuske 等的研究发现也说明痴呆症照护教育培训项目能显著改善医护人员与患者间的互动，提高医护人员的痴呆症相关知识，降低其职业倦怠<sup>[63]</sup>。研究同时指出，在医学基础教育中应该为医学生增加专项的痴呆症照护教育内容，比如痴呆症的生物医学知识、与痴呆症患者的交流沟通技巧以及临床照护实践等，这样有利医学生在步入工作岗位后能够胜任对痴呆症患者的照护工作<sup>[64]</sup>。Jackso 等在其研究中指出，为医学生提供一次 2 小时的痴呆症照护教育课程可以显著增加医学生的痴呆症相关知识<sup>[65]</sup>。

除此之外，在教育培训项目实施过程中，教育者应采取多种教学和学习策略加强医护人员痴呆症照护胜任力的发展。由于疾病的特点，痴呆症患者的管理需要多学科间的密切合作，尤其是在痴呆症患者的临终照护中。研究指出，在教育培训中采用多学科小组互动式的学习形式可以使医护人员更好地完成对痴呆症临终照护技巧的学习，提高医护人员在痴呆症患者生命末期疾病症状管理和与痴呆症患者交流沟通方面的胜任力。痴呆症患者及其照护者将从此种涵盖多学科知识、技能的整体性照护中受益<sup>[66, 67]</sup>。在教育项目中，教育者应为医护人员提供一个反思自己对痴呆症患者日常照护方法的空间，以便发现自身在痴呆症照护中存在的缺陷和问题<sup>[68]</sup>。教育者还应采用案例研究、照护实践互评等教学方法使医护人员将所学知识运用到照护实践中。Webster 等将标准病人经验法（Standardized

Patient Experince, SPE) 引入到痴呆症的医学本科生教育中, 旨在使医学生在安全的学习环境中更多的机会真实体会和练习与痴呆症相关的管理和照护技能, 此种教学方法能够确保医学生的学习成果, 包括痴呆症的正确评估、与痴呆症患者的交流沟通技巧、理解痴呆症患者的价值、信念和爱好、共情和关怀等, 而这些正是痴呆症照护胜任力的具体体现<sup>[69]</sup>。

在我国, 目前关于痴呆症的专题教育并没有包括进医学生基础教育与医护人员的继续医学教育项目中, 对于痴呆症照护教育与学习策略的研究更是鲜有报道。因此, 在借鉴国外研究的基础上, 探究我国医护人员对痴呆症照护的学习需求, 发展痴呆症照护教育项目相关的测评工具, 实施满足我国医护人员学习需求的痴呆症照护教育项目, 是提高医护人员痴呆症照护胜任力, 改善我国痴呆症照护现状, 提高痴呆症患者的生活质量, 减轻照护者照护负担的重要前提。

#### 1.1.4.4.4 小结

目前, 我国对痴呆症照护胜任力的研究仅局限于胜任力的某一要素, 如, 我国学者蒋瑞辉<sup>[70]</sup>、钟碧橙<sup>[71]</sup>等调查了医护人员对痴呆症疾病知识的了解现状, 尚未检索到关于医护人员痴呆症照护胜任力理论整体的研究。因此, 结合我国的医疗文化背景和痴呆症照护服务体系来确定医护人员痴呆症照护胜任力的具体标准、意义和影响因素的研究需进一步开展。除此之外, 我国老年医学教育发展滞后, 绝大多数医学院校无老年学系, 医护人员在基础医学学习中所接受的关于痴呆症的教育有限<sup>[72]</sup>。我国国家级继续医学教育项目和住院医护人员规范化培训中也尚未包括有关痴呆症照护的内容, 这严重限制了我国医护人员痴呆症照护胜任力的培养和发展。

通过以上研究可以发现, 医护人员的知识和态度是痴呆症照护胜任力的核心构成要素, 两者密不可分, 直接影响着医护人员的照护技能。但同时, 我们也发现, 知识和态度两者之间的关系并不稳定。研究普遍认为, 良好的专业知识是使医护人员在痴呆症的治疗和照护中表现出积极态度的前提条件, 然而, 有研究也指出, 良好的知识并不足以确保医护人员能够以积极的照护态度面对痴呆症患者及其照护者, 许多社会-文化-个体的因素也同时影响着医护人员的照护态度。基于知识和态度间不稳定的关系, 在今后我国对医护人员痴呆症照护胜任力的相关研究中, 研究者不能仅仅侧重于某一要素而忽略另一个要素, 知识和态度两要素在任何医护人员痴呆症照护的相关研究中都应被同时测评, 这样才能更好地发现我国医护人员在痴呆症照护中的知识缺陷和态度倾向。基于这样的研究结果, 也才能发展出满足我国医护人员学习需求的痴呆症照护教育培训项目, 提高医护人



员的痴呆症照护胜任力,最终改善痴呆症照护实践,提高痴呆症患者的生活质量,减轻照护者的照护负担。

## 1.1.5 痴呆症照护知识、态度测评工具

如前所述,开展痴呆症照护教育项目的前提是采用有效可靠的测评工具调查医护人员痴呆症照护的知识和态度水平。根据研究目的和研究对象选择合适测量工具的第一步,应该是仔细回顾国内外现有测量工具的内容、测量学指标,并对其进行评价。

现在查阅国内外大量文献的基础上,对常用的5个痴呆症知识测量工具和4个痴呆症照护态度测量工具分别从量表的描述、测量学指标和量表的评价3个方面综述如下。

### 1.1.5.1 痴呆症知识测评量表

#### 1.1.5.1.1 阿尔茨海默氏症知识测试 (Alzheimer's Disease Knowledge Test, ADKT)

量表的描述:阿尔茨海默氏症知识测试(ADKT)是由美国学者 Dieckmann 等在 1988 年发展得来,用来测试痴呆症照护者、精神卫生科医护人员、养老院工作人员和其他接触痴呆症的个人关于痴呆症的知识水平<sup>[73]</sup>。测试包括 20 个条目,每个条目的备选答案包括 1 个正确选项、3 个干扰选项和“不知道”选项,“不知道”选项的设定用来区分被调查者知识的缺乏和错误的认知。ADKT 没有分量表的划分(即量表属于单因子结构)。量表条目的内容主要分别从:痴呆症的发病率、病因学、诊断、症状、治疗、患者行为问题的管理、国家政策和支服务等方面测量研究对象痴呆症的知识水平。量表得分越高,表明研究对象的痴呆症知识水平越好<sup>[73]</sup>。

测量学指标:ADKT 已被很多研究者运用到研究中,ADKT 的心理学测量指标也在不同的人群中得到测试和验证。ADKT 的内部一致性(Cronbach's alpha)在老年医学本科生、老年医学研究生、社会工作者和精神卫生医护人员 4 个不同的人群中进行验证,结果表明,ADKT 的内部一致性在 0.71-0.92 之间<sup>[73]</sup>。重测信度(Test-retest Reliability) Pearson's 相关系数为 0.62。通过测定量表的发展过程和进行专家咨询建立该量表的表面效度(Face Validity)和内容效度(Content Validity),于此同时,量表的结构效度(Construct Validity)也在不同测试人群

中得到了验证。

量表的评价：ADKT 是发展最早的且已被广泛应用的痴呆症知识测评工具，研究证明，该量表是测量痴呆症知识的有效可靠的研究工具<sup>[74, 75]</sup>。ADKT 的主要缺点是：(1)：与其他痴呆症知识测评量表间的聚合效度 (Convergent Validity) 较差；(2)：ADKT 主要被用来研究照护者的痴呆症知识水平，然而，在此人群中没有关于 ADKT 结构效度一致性的报道；(3)：由于 ADKT 发展较早，其很多条目的内容已经过时，不适用于当下痴呆症的照护<sup>[74, 75]</sup>。

### 1.1.5.1.2 痴呆症测试 (Dementia Quiz, DQ)

量表的描述：痴呆症测试 (DQ) 由英国学者 Gilleard 和 Groom 等在 1994 年研制而来，主要用来测量痴呆症家庭照护者和痴呆症专业照护人员的痴呆症知识水平<sup>[76]</sup>。DQ 包括 25 个条目，分别从生物医学、照护和应对、健康和福利 3 个维度来评价被调查者的痴呆症知识水平，每个条目备选答案的设置同 ADKT。被调查者得分越高，说明其知识水平越好。

测量学指标：DQ 内部一致性信度 Cronbach's alpha 系数为 0.88，3 个分量表的 Cronbach's alpha 系数均小于 0.70，分别为 0.63 (生物医学分量表)、0.57 (照护和应对分量表)、0.47 (健康和福利分量表)。DQ 的内容效度和表面效度在专家评定和对正确选项的一致性评定基础上建立。通过比较接触过痴呆症的研究对象的得分与未接触过痴呆症的研究对象的得分建立 DQ 的结构效度。效标关联效度 (Criterion Related Validity) 采用同时效度 (Concurrent Validity) 值。同时效度是指研究工具与现有标准之间的相关，在量表发展的研究中，现有标准采用 ADKT，结果表明 ADKT 与生物医学、照护和应对、健康和福利 3 个分量表的相关系数  $\gamma$  分别为 0.59 ( $p < 0.001$ )、0.37 ( $p < 0.001$ ) 和 0.52 ( $p < 0.001$ )。

量表的评价：DQ 最主要的使用对象是痴呆症患者家庭照护者，并且在此人群中其信度和效度已得到验证。然而，DQ 没有被广泛的推广应用，在量表研制之后，只用于后续的一项调查研究中。因 DQ 最初由英国学者研制发展，其健康和福利分量表与英国的健康卫生体系和政策密切相关，因此，若将 DQ 引进到其他国家，研究者需根据本国的文化背景对其进行调试。此外，DQ 结构效度的具体统计值未在量表研制研究中报道。

### 1.1.5.1.3 阿拉巴马大学阿尔茨海默氏症知识测试 (University of Alabama Alzheimer's Disease Knowledge Test, UAB-ADKT)

量表的描述：阿拉巴马大学阿尔茨海默氏症知识测试（UAB-ADKT）由美国学者 Barrett 等在 1997 年发展得来，主要用于测定医护人员的痴呆症知识水平<sup>[77]</sup>。量表包括 12 个条目，每个条目的备选答案包括 1 个正确选项、3 个干扰选项。UAB-ADKT 最初包括 6 个维度，分别为痴呆症的评估、临床病程、疾病术语、法律问题、患者管理和家庭照护。家庭照护维度在最终版 UAB-ADKT 中因为其较差的区分效度（Discriminant Validity）被删除。量表得分越高，说明被调查者痴呆症知识水平越好。

测量学指标：整个量表的内部一致性 Kuder-Richardson 20（KR-20）为 0.72，表明内部一致性较好；2~4 周间隔的重测信度为 0.83。专家对 UAB-ADKT 的表面效度和内容效度进行了评定。区分效度通过 Hipley 机构生活量表（Shipley Institute of Living Scale）进行验证，两者相关系数  $\gamma$  为 0.20，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。UAB-ADKT 的聚合效度，通过与 ADKT 的线性关系决定（ $\gamma=0.36$ ， $p<0.05$ ）。已知组别效度（Known Group Validity）通过比较分组人群（痴呆症领域的专家、全科医生和护理学本科学生）的得分建立，结果显示，痴呆症领域的专家的得分高于全科医生，全科医生的得分高于本科学生。UAB-ADKT 的敏感度通过比较 58 名医院护士在接受痴呆症照护教育项目前后的得分进行验证（ $t(57)=9.55$ ， $p<0.001$ ），结果表明，UAB-ADKT 的敏感度较好。

量表的评价：UAB-ADKT 研制的目的是用来测定医护人员痴呆症的知识水平，而且是按照严格的测量工具编制流程发展得来，条目间有着较好的区分效度。然而，UAB-ADKT 的结构效度需在今后的研究进一步验证。UAB-ADKT 只包括 12 个条目，其测试的内容不够全面。除此之外，条目内容的设置集中在痴呆症的生物医学领域，专业性较强，因此，除了医生和护士外，其他人群痴呆症知识水平的测定不适合采用 UAB-ADKT。UAB-ADKT 在研制之后，没有得到广泛的推广和应用，因此，缺乏在不同国家地区、人种中的应用情况和测量学指标的证据。

#### **1.1.5.1.4 记忆损失和照护知识测试（Knowledge about Memory Loss and Care Test, KAML-C）**

量表的描述：记忆损失和照护知识测试（KAML-C）由美国学者 Kuhn 等在 2005 年发展得来，主要用来测定痴呆症早期患者家庭照护者的知识水平，包括 15 个条目，每个条目的备选答案包括 1 个正确选项、4 个干扰选项。KAML-C 包括痴呆症生物医学、患者照护、法律/财产计划 3 个维度<sup>[78]</sup>。

测量学指标：整个量表的内部一致性尚可，Cronbach's alpha 系数为 0.76，而 3 个分量表的 Cronbach's alpha 系数均较低，分别为 0.46、0.61、0.53。在 40

名研究对象中 KAML-C 的重测信度较好( $\gamma=0.81, p<0.001$ )。专家评定了 KAML-C 的表面效度和内容效度。KAML-C 的结构效度, 通过比较痴呆症领域的专家、照护者和学生的得分进行验证, 结果显示, 痴呆症领域专家的得分高于照护者, 差异有统计学意义 ( $p<0.05$ ); 照护者的得分高于学生, 差异有统计学意义 ( $p<0.05$ )。

量表的评价: KAML-C 有着较好的内容效度和表面效度, 然而, 量表的研制者指出在量表的发展阶段, 研究对象的样本量较小, 而且研究对象人群单一, 关于该量表测量学指标的研究较少, 因此, KAML-C 的心理测量学指标需在今后的研究中进一步验证。KAML-C 的研究对象仅为痴呆症早期患者的家庭照护者, 这在某种程度上限制了该量表的推广和应用。

### 1.1.5.1.5 阿尔茨海默氏症知识量表 (Alzheimer's Disease Knowledge Scale, ADKS)

量表的描述: 阿尔茨海默氏症知识量表 (ADKS) 由美国学者 Carpenter 等于 2009 年在 ADKT 的基础上研制得来的可信的、有效的、稳定的痴呆症知识水平测评工具, ADKS 是对 ADKT 测定内容的更新, 主要适用人群有学生、医护人员和公众<sup>[79]</sup>。量表条目池的建立源自对痴呆症知识相关测评工具和文献的系统回顾、分析基础上, 量表最终版由 30 个条目组成, 要求被调查者采用“是”或“否”对每个条目进行作答, 完成时间大约 5-10 分钟。量表的条目内容涵盖: 阿尔茨海默氏症的危险因素、症状、病程、评估和诊断、治疗与管理、疾病对生活的影响、阿尔茨海默氏症患者的照护 7 个方面, 每个条目回答正确得 1 分, 错误不得分, 总分范围为 0-30 分, 得分越高, 说明被调查者的痴呆症知识水平越好。

测量学指标: 为了得到量表可靠的心理学测量指标, Carpenter 等在量表发展时研究对象纳入了学生、医护人员、高级护工、家庭照护者和一般公众。间隔 2-50 个小时后, 对 40 名研究对象采用该量表进行重测, 重测系数  $\gamma$  为 0.81 ( $p<0.001$ ), 重测信度较好, 说明量表比较稳定。ADKS 的内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.71, 折半信度 (Split Half Reliability)  $\alpha$  为 0.55 ( $p<0.001$ )。专家对每个条目的内容效度和表面效度进行了评价。ADKS 的聚合效度通过与 ADKT 的相关系数决定 ( $\gamma=0.65, p<0.001$ ); 预测效度 (Predictive Validity) 通过 ADKS 的得分与阿尔茨海默氏症知识自评得分相关系数决定 ( $\gamma=0.50, p<0.001$ ), 上述结果表明, ADKS 具有较好的聚合效度和预测效度。通过因子分析, 利用正交旋转 (Oblique Rotation) 共提取 10 个因子特征值大于 1.0 (Eigenvalues>1.0) 的公因子, 因子旋转的特征值介于 0.26-0.60 之间, 对因子负荷和条目内容进行分析, 研



究者发现 ADKS 没有简单的结构或者有意义的因子解释，因此，量表作者建议将 ADKS 视为一个整体的量表，而不划分具体的分量表。

量表的评价：ADKS 具有良好的信度和效度，被认为是 ADKT 的更新版本，但两个量表的内容和形式有所不同。ADKS 是目前应用最为广泛的痴呆症知识测评量表，而且相关的研究已提供了其在不同人群、人种中的应用情况和测量学指标的证据。ADKS 适用于医护人员、学生和公众痴呆症知识水平的测评研究<sup>[6, 80]</sup>。但是，量表的内部一致性 Cronbach's alpha 系数相对较低，这可能是与量表“是/否”的作答方式和量表条目较高的难度指数（Difficulty Indexes）有关。此外，关于 ADKS 分量表的发展需作为下一步研究的重点。

### 1.1.5.2 痴呆症照护态度测评量表

#### 1.1.5.2.1 痴呆症态度量表（Dementia Attitudes Scale, DAS）

量表的描述：痴呆态度量表（DAS）是由美国学者 O'Connor 等在 2010 发展得来，用来测评对待痴呆症的态度<sup>[81]</sup>。量表条目池的建立源自对 5 名家庭照护者、5 名痴呆症照护专家和 5 名本科学士进行结构式的访谈，最初的条目池由 46 个条目构成，分别阐述了痴呆症照护态度的 6 个方面，即态度认知方面的知识和信仰、情感本质上的接受和共情以及行为上的回避和以人为中心的照护。该量表包括 20 个条目，采用 likert-7 级评分（“非常不同意”到“非常同意”），验证性因子分析（Confirmatory Factor Analysis）确定了量表的 2 因子结构，分别为“痴呆症知识”和“社会舒适度”。条目内容全面体现出了态度的情感、行为和认知 3 个元素。量表积极条目的描述采用正向计分，消极条目的描述采用反向计分，总得分越高，说明对待痴呆症的态度越积极。

测量学指标：整个量表的内部一致性良好，Cronbach's alpha 系数为 0.83-0.85。DAS 的聚合效度分别通过与 5 个量表的相关进行验证：Kogan 老年人态度量表（Kogan Attitudes toward Old People Scale）、Fraboni 老年歧视量表（Fraboni Scale of Ageism）、残疾人态度量表（Attitudes toward Disabled Persons Scale）、残疾人互动量表（Interaction with Disabled Persons Scale）和 Marlowe-Crowne 社会期望量表（Marlowe-Crowne Social Desirability Scale），DAS 与 5 个量表的相关系数为 0.44-0.55，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），为其较好的结构效度提供了证据。

量表的评价：DAS 是建立在广泛应用的态度三元论模型（Tripartite Model of Attitude）的基础上，即情感、行为和认知，通过采用质性研究和量性研究相结合的方法发展得来，有较好的内部一致性。DAS 主要用于调查学生和直接从事

健康照护的人员对待痴呆症的态度。DAS 仅有 6 个消极条目的描述，这可能会在某种程度上导致研究对象在总体上表现出对痴呆症较为积极的态度<sup>[82]</sup>。此外，DAS 某些因子的负荷小于 0.4，表明其结构效度需在今后的研究中进一步验证。

### 1.1.5.2.2 痴呆症方法问卷 (Approaches to Dementia Questionnaire, ADQ)

量表的描述：痴呆症方法问卷 (ADQ) 由英国学者 Lintern 等在 2000 年发展得来，用于测评护士和痴呆症照护人员对待痴呆症的态度<sup>[83]</sup>。ADQ 主要是探索被调查者态度与行为之间的相互关系。问卷包括 19 个关于痴呆症患者和痴呆症照护的条目，采用 Likert-5 级评分 (“非常不同意” =1, “不同意” =2, “不确定” =3, “同意” =4, “非常同意” =5)，消极条目的描述采用反向计分的方法，问卷得分范围为 19-95 分，得分越高说明被调查者对痴呆症的态度越积极。

测量学指标：ADQ 重测信度较好，说明其具有较高的稳定性。因子分析的结果显示，ADQ 包括 2 个分量表，即 “希望” (Hopefulness) 和 “以人为中心的照护方式” (Person-centered Approach)。“希望” 量表主要衡量被调查者对痴呆症患者未来生活及其能力抱有希望的程度，“以人为中心的照护方式” 量表用于衡量被调查者支持以人中心痴呆症照护方式的程度。2 个分量表的内部一致性 Cronbach's alpha 系数分别为 0.70 和 0.69。ADQ 问卷整体的内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.76<sup>[42]</sup>。

量表的评价：ADQ 的一个显著优点是覆盖了痴呆症以人为中心的照护态度，使用时可以在某种程度上鼓励参与研究的被调查者实施以人为中心的痴呆症照护方式。然而，ADQ 的主要缺点是没有效度指标的报道。

### 1.1.5.2.3 老年痴呆症患者态度量表 (Attitudes toward the Elderly with Dementia, AED)

量表的描述：老年痴呆症患者态度量表 (AED) 由 Kaduszkiewicz 等研制，主要用于测评内科医生对老年痴呆症的胜任力、态度和方式。AED 包括 49 个条目，内容包括：对待痴呆症照护的一般态度、筛查、诊断、治疗方法选择、与照护者的互动、自我帮助服务的价值、对继续教育的兴趣和与其他专业人员的合作<sup>[84]</sup>。具体来说，49 个条目中有 24 个条目用来衡量内科医生对待老年痴呆症患者的态度。AED 采用 Likert-6 (“最小值” =1, “最大值” =6) 级评分，计时时 1, 2 计为 “非常不同意”；3, 4 计为 “部分同意”，5, 6 计为 “非常同意”。

测量学指标：在 Kaduszkiewicz 的研究中，并没有关于 AED 量表信度、效

度指标的证据。Kang 等在其研究中报道了 AED 韩语版的信效度指标。韩语版 AED 的内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.75, 探索性因子分析中, 每一个条目的因子负荷均大于 0.4<sup>[25]</sup>。

量表的评价: AED 的适用人群是医生, 用来测评其对待痴呆症的一般态度, 需要注意的是, AED 并不是一个专门的态度量表。此外, 量表的原作者没有对其心理测量学指标进行报道, 韩语版的信度、效度指标也有限, 因此, AED 需要在今后的不同人群、人种的使用中进一步验证, 以便提供可靠的心理测量学证据。此外, AED 目前还没有得到广泛的推广和应用。

#### 1.1.5.2.4 痴呆症照护态度量表 (Dementia Care Attitude Scale, DCAS)

量表的描述: 痴呆症照护态度量表 (DCAS) 由 Bryans 等研发, 用于测量对痴呆症患者和照护者的态度<sup>[53]</sup>。DCAS 包括 10 个条目, 采用 Likert-5 级评分 (“非常不同意” =1, “非常同意” =5), 其中包括 6 个消极态度的描述, 在计算量表总分时采用反向计分, DCAS 量表的总得分范围为 10-50 分, 得分越高, 说明被调查者对待痴呆症患者及其照护者的态度越积极。

测量学指标: Turner 等在其研究中对 DCAS 的心理学测量指标报道如下: 探索性因子结果显示, DCAS 包含两个因子, 即 “衷心” (Heartfelt) 和 “沮丧” (Heartsink), 共解释总变异的 47%。其中, “沮丧” 该因子解释总变异的 17.58%, 内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.54; “衷心” 该因子解释总变异的 29.17%, 内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.45。2 因子的相关系数  $\gamma$  为 -0.23 (P=0.01) <sup>[51]</sup>。

量表的评价: DCAS 的一个显著的优点是条目的陈述简单明了, 共包括 10 个条目, 适用于临床实践。更重要的是, DCAS 的条目是建立在痴呆症治疗和照护的相关知识的基础上, 比如, 条目 “最好以委婉的方式与痴呆症患者交谈” 反映的是与痴呆症患者沟通交流方面的知识。DCAS 是适用于测评医护人员对待痴呆症患者及其照护者态度的工具。但是, 由于该量表是新近编制的测量工具, 除了上述测量学指标外, 未检索到 DCAS 在其他人群、人种中的测量学指标证据。

#### 1.1.5.3 我国对痴呆症知识和照护态度的测量

我国对痴呆症照护的研究和对医护人员痴呆症照护教育项目的研究目前还处于起步阶段, 引入或编制全面反映痴呆症知识和照护态度内涵, 信度、效度良好, 医护人员特异性的测量工具是该领域的研究发展和深入的基础。通过文献

检索发现，我国与之相关的测量工具鲜有报道。

在我国为数不多的关于医护人员痴呆症知识和照护态度方面的文献中，蒋瑞辉<sup>[70]</sup>等采用自行设计的调查问卷来了解医护人员对老年痴呆症相关知识的认知情况，但是研究中未进行调查问卷信度和效度的检验，达不到用信度、效度良好的测量工具进行评估的效果。王慧贞<sup>[85]</sup>等将日本和歌山县立医科大学保健看护部编制的“痴呆症知-信-行调查问卷”翻译成中文并进行信效度检验，然而该量表是适用于大学生的特异性量表，不适用于临床工作的医护人员。此外，贺润莲等<sup>[86]</sup>采用阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）调查了 300 名医护人员对阿尔茨海默氏症的了解现状，但是在其研究中没有发现关于 ADKS 量表的翻译、汉化过程及对中文版 ADKS 量表信度、效度指标的报告，此调查的严谨性、科学性以及结果的可靠性无从考证。综上所述，我国尚未发现测评医护人员痴呆症知识和照护态度信度、效度良好的工具，并且缺乏对量表特异性的选择、翻译过程和信度、效度评价的报道。

#### 1.1.5.4 小结

通过比较发现，国外大部分测评工具都是近期研制，或多或少都存在一些问题。本学位论文通过对医护人员痴呆症照护胜任力理论框架进行文献回顾，提出知识和态度是医护人员痴呆症照护胜任力密不可分的两个核心要素，并且两者之间存在不稳定的关系，直接影响着医护人员的照护效果。本学位论文以医护人员痴呆症照护胜任力理论作为理论框架，通过系统比较各个量表概念框架、适用人群、优缺点，认为阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）和痴呆症照护态度量表（DCAS）符合本研究的目的，两者的结合能够全面地测评医护人员的痴呆症照护胜任力，因此，将其翻译成中文，并对其在中国医护人员中的使用情况进行考评。

随着国际间合作和跨文化研究在护理领域的日益增多，尤其是在量性研究中，通常需要适用于两种或者多种文化背景及语言环境的量表作为研究工具，近年来国内外很多护理学学者对许多量表进行了引进和翻译，然而，量表的翻译是一个严谨的过程，许多研究没有报道量表的翻译过程，近 20%的研究仅仅采用了前翻译的方法，翻译质量无从考证。除此之外，很多文献对于量表信度、效度的考评只是采用了一种或者两种指标，全面、综合的测量学指标的验证更能为量表的信度、效度提供有力的证据。

因此，本研究按照国际上公认的 Brislin 量表翻译理论<sup>[87]</sup>，遵循严格的量表翻译步骤，将英文版阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）和痴呆症照护态度量表（DCAS）翻译成中文，同时，对中文版量表在中国医护人员中的使用情况进行

全面的信度、效度考评，旨在为我国提供针对性强、可靠的医护人员痴呆症照护知识和态度测评工具，同时也为今后量表的修订或者重新编制奠定基础。

## 1.2 本研究的目的是和意义

### 1.2.1 研究目的

- (1) 为我国痴呆症照护教育项目选择合适的测评工具；
- (2) 将英文版阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）和痴呆症照护态度量表（DCAS）翻译成中文；
- (3) 对中文版阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）和痴呆症照护态度量表（DCAS）的心理测量学指标进行评价。

### 1.2.2 研究意义

截止到现在，我国还没有针对医护人员痴呆症照护教育项目的测评工具。因此，按照医护人员痴呆症照护胜任力理论，选择、翻译并评价适合我国医护人员的痴呆症知识和照护态度测评量表，将是我国痴呆症照护教育项目开展的重要前提。本研究按照国际上公认的 Brislin 量表翻译模型，在痴呆照护胜任力理论的指导下，选择并将英文版 ADKS 和 DCAS 量表翻译成中文，报道翻译的过程，并采用多种信度、效度指标对中文版量表在中国人群中的使用情况进行考评，同时为今后量表的修订或重新编制奠定基础，有利于提高国际间、跨文化的科研质量。



## 2 对象与方法

### 2.1 量表的选择

为了为我国痴呆症照护教育项目选择适合的测评工具，如前文所述，比较现有的相关测量工具的优缺点，认为阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）和痴呆症照护态度量表（DCAS）最贴合本学位论文的研究目的。首先，ADKS 是目前应用最为广泛的痴呆症知识测评工具，并且其信度、效度已在国外多项对医护人员的相关研究中得到验证；其次，DCAS 是检索到的为数不多的针对医护人员的痴呆症照护态度测评量表，更重要的是，其态度条目的描述是建立在痴呆症治疗和照护相关知识的基础上，两者的结合符合医护人员痴呆症照护胜任力理论。知识与态度两要素密不可分，在任何痴呆症照护教育项目中都应该被同时测评。基于以上原因，本学位论文选择将 ADKS 和 DCAS 量表翻译成中文，并对其在中国人群中的使用情况进行报道。

### 2.2 量表翻译过程

在分别获得 ADKS 和 DCAS 原作者 Carpenter 教授、Bryans 教授的授权后，采取前翻译和回翻译方法将原英文版量表汉化成中文。整个翻译过程是在 Brislin 量表翻译模型的指导下<sup>[87]</sup>，根据实际情况作出适当调整后完成的。

#### 2.2.1 前翻译

前翻译（Forward Translation）由 2 名精通中英文的双语临床医学专家，在掌握量表前翻译的原则（尽量保证翻译成的中文准确、通顺，且与原量表的相应文字所表达的意思一致）下，各自独立将英文版 ADKS 和 DCAS 量表（详见附件 1）翻译成中文。在分别得到 2 份中文版量表后，由 1 名中英文双语的神经内科主治医师、1 名英语专业博士生和 2 名前翻译人员，对 2 份中文版量表进行修订和优势整合，分别得到第 1 版中文 ADKS 和 DCAS 量表。

#### 2.2.2 回翻译

回翻译（Backward Translation）由 1 名未接触过 ADKS 和 DCAS 原量表和前翻译过程的中英文双语学者，将获得的第 1 版中文 ADKS 和 DCAS 回翻译成英文，尽量保证翻译成的英文准确地表达中文内容，形成回翻译版英文 ADKS 和 DCAS。

将原英文版量表和回翻译版英文 ADKS 和 DCAS 寄给 5 名老年医学方面的专家，对翻译的内容和语义准确性进行评价，根据意见和建议修改第 1 版中文 ADKS 和 DCAS。将修改后的中文版量表再次回翻译成英文，将原量表和再次回翻译的英文版量表寄给同样的 5 名专家，翻译员和专家对量表的翻译均表示满意，回翻译过程结束，得到最终版中文 ADKS 和 DCAS（详见附录 2）。

## 2.3 中文版 ADKS、DCAS 心理测量学指标的测量

### 2.3.1 研究设计

本研究采用横断面（Cross-sectional）研究设计，主要是获得中文版 ADKS 和 DCAS 在湖南省长沙市医护人员中应用的测量学指标。

### 2.3.2 研究对象

本研究的目标人群是工作在湖南省长沙市各级医院的临床一线的医生和护士。

纳入标准如下：（1）临床医生或者护士；（2）取得医生执照或护士执照；（3）有至少 1 年的临床工作经验；（4）自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准如下：（1）儿科的医生和护士；（2）产科的医生和护士。

### 2.3.3 样本量

本研究所需的样本量是基于 ADKS 和 DCAS 的条目数以及满足因子分析方法所需要的样本量来进行计算的。Tabachnick 等指出，在进行因子分析时，量表的每个条目需对应 10 位研究对象以确定因子数目<sup>[88]</sup>。ADKS 和 DCAS 共包括 40 个条目，因此，按照上述样本量计算方法，本研究中满足因子分析方法至少需要 400 位研究对象。在本课题有限的研究时间内，自 2013 年 3 月到 2013 年 5 月，采用改良的分层随机抽样方法（Modified Stratified Random Sampling），按照我国医院等级的划分（三级医院、二级医院、初级卫生机构），共抽取 442 名符合上述入组标准和排除标准的研究对象。其中初级卫生机构 113 名，二级医院 153 名，三级医院 176 名（抽样方法详见本学位论文第 24-25 页）。

### 2.3.4 研究工具

#### 2.3.4.1 一般资料问卷

由研究者自行设计，包括年龄、性别、婚姻状况、教育程度、职称、工作年

限、在工作中是否照顾过痴呆症的患者、在生活中是否照顾过痴呆症的亲属（详见附录 3）。

### 2.3.4.2 阿尔茨海默氏症知识量表（Alzheimer's Disease Knowledge Scale, ADKS）

ADKS 由 Brian Carpenter 在 2009 年研制，是截止目前最新、最权威的阿尔茨海默氏症知识测评工具。该量表由 30 个条目组成，每个条目的答案选项均为是/否，研究对象能够在 5-10 分钟内完成作答。

ADKS 是一个总体的量表，没有具体分量表的划分，条目内容涵盖了痴呆症相关知识的 7 个方面：（1）阿尔茨海默氏症的危险因素（Risk Factors），含 6 个条目；（2）症状（Symptoms），含 4 个条目；（3）病程（Course），含 4 个条目；（4）评估和诊断（Assessment and Diagnosis），含 4 个条目；（5）治疗与管理（Treatment and Management），含 4 个条目；（6）阿尔茨海默氏症对生活的影响（Life Impact），含 3 个条目；（7）对阿尔茨海默氏症患者的照料（Care Giving），含 5 个条目。每个条目回答正确得 1 分，错误不得分，总分范围 0-30 分，得分越高，说明被调查者关于阿尔茨海默氏症的知识越好。量表的内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.71，间隔 2~50 个小时后，对 40 名研究对象用该量表进行重测，重测系数  $\gamma$  为 0.81，重测信度较好，说明量表比较稳定。ADKS 具有较好的效度。原量表经过严格的翻译和汉化过程（详见“2.2 量表翻译过程”），获得中文版 ADKS（见附录 2）。

### 2.3.4.3 痴呆症照护态度量表（Dementia Care Attitude Scale, DCAS）

DCAS 由 Bryans 等研发，用于测量医护人员对痴呆症患者和照护者的态度，包括 10 个条目，其中 4 个积极态度描述，6 个消极态度描述。采用 Likert-5 级评分（“非常不同意”=1，“非常同意”=5）。DCAS 在计时消极态度的描述采用反向计分，DCAS 的总得分范围为 10-50 分，得分越高，说明被调查者对待痴呆症患者及其照护者的态度越积极<sup>[53]</sup>。

Turner 等在其研究中对 DCAS 的心理学测量指标报道如下：探索性因子结果显示，DCAS 包含两个因子，即“衷心”（Heartfelt）和“沮丧”（Heartsink），共解释总变异的 47%。其中，“沮丧”该因子包括 4 个条目，解释总变异的 17.58%，内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.54；“衷心”该因子包括 3 个条目，解释总变异的 29.17%，内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.45。2 因子的相关系数  $\gamma$  为 -0.23<sup>[51]</sup>。原量表经过严格的翻译和汉化过程（详见“2.2 量表翻译过程”），



获得中文版 DCAS（见附录 2）。

#### 2.3.4.4 痴呆症照护方式问卷（Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire, ADCQ）

ADCQ 用来评价 ADKS 和 DCAS 的同时效度（Concurrent Validity）。该问卷背景场景是一位确诊患有严重痴呆症的老年女性患者，该患者举止怪异，很少用语言进行交流沟通，当她试图用语言进行沟通时很少能够被别人理解，她表现出典型的激越行为，如神志恍惚、呻吟、重复、焦躁不安等。该问卷包括 13 个条目，分别从 5 个方面进行测评，即时间定、地点和情境定向；行为调整；对过去或现在的强调；与患者交流的目的；混淆是否对患者有意义。由被测试者对每个条目所描述的问题选择是采用现实为导向的照护方法或者以人为中心的照护方法。以现实为导向的照护方法记 0 分，以人为中心的照护方法记 1 分，量表总得分 0-13 分，分数越高表示被测试者对此患者更倾向使用以人为中心的照护方法。Lin 等采用中文版 ADCQ 对台湾地区 124 名护士进行量表的测评，结果量表的 Cronbach's alpha 系数为 0.60，内容效度指数为 0.92<sup>[89]</sup>。由于中文版 ADCQ 采用的是台湾地区较为经常使用的繁体中文（见附录 4），为了使其更适合大陆地区的人群使用，研究者采用中文版 Microsoft Office Word 2010 中的“中文简繁转换”功能将 ADCQ 中使用的繁体中文转化为简体中文（见附录 5）。

#### 2.3.5 主要研究内容

- （1）获取中文版 ADKS 和 DCAS 的相关测量学指标，包括重测信度、内部一致性信度、内容效度、结构效度、已知组别效度和同时效度；
- （2）对中文版 ADKS 和 DCAS 在中国人群的应用情况进行评价。

### 2.4 资料收集过程

#### 2.4.1 伦理学原则

本研究已获得中南大学湘雅护理学院伦理委员会批准（审批号 20137801），资料收集过程严格按照伦理要求执行。本课题的研究方案上交中南大学湘雅护理学院以及参与研究调查的医院办公室审查，在获得许可后再进行现场研究。整个调查研究过程中，不存在对研究对象任何欺骗行为。由课题组成员向参与研究的医院及符合纳入条件的医护人员介绍本研究的大体情况。对有兴趣参与本研究的医护人员，向其详细介绍本研究的目的是实施过程，告知其作为研究对象在本

研究中所担任的角色，解释参与本研究的收益及可能存在的风险。向研究对象发放知情同意书（见附录 6），包括整个研究的过程及注意事项的介绍，研究对象仔细阅读后，自愿签署。知情同意书一式 2 份，本课题组和研究对象各保留 1 份。

本研究可能带给研究对象的风险很小，最常见的风险是有可能造成研究对象个人信息的泄露。本课题组采取一系列保密措施，尽可能保证研究对象个人信息的安全。第一，对与本研究相关的所有信息进行编码，在整个资料收集过程中，以代码代表相应的信息，不出现研究对象的名字及其他代表个人身份认证的信息等。第二，每位研究对象的调查问卷与其个人一般资料分开放置。将代码所代表的个人信息以加密文件的形式保存在设有密码的电脑中，防止泄露。课题结束后于第一时间将研究对象的个人信息销毁。第三，向课题组成员介绍以上保密措施的重要性，要求大家共同执行保密措施，保证研究对象个人信息的安全。第四，基于本研究数据的所有出版或发表的论文、著作等，不泄露研究对象的任何个人信息，只有本课题组成员方能看到所收集的原始信息，最大限度地保护研究对象的权益。

## 2.4.2 人员培训

本研究的数据收集由就读于中南大学湘雅护理学院的 1 名博士研究生和 3 名硕士研究生完成。她们具有严谨认真的科研态度，扎实全面的调查研究相关知识、丰富的现场调查经验和良好的交流沟通技巧。在调查开始前，对所有研究人员进行培训，使其明确研究目的、主要内容、意义、调查问卷的使用方法，确保研究人员熟悉所有研究工具的内容。在现场调研时，采用统一标准的指导语指导研究对象对问卷中的各个条目如实作答，除此之外，研究人员以统一的答案对研究对象在问卷填写过程可能提出的任何问题作答。

## 2.4.3 预实验

在科学地、严谨地将英文版 ADKS 和 DCAS 翻译成中文及完成人员培训的基础上，选择来自中南大学湘雅三医院的 52 名研究对象于 2013 年 3 月进行预实验。预实验的目的一方面是确认中文版 ADKS 和 DCAS 的可理解性，确认研究对象可以理解量表的所有条目，明白量表的填写要求和程序；另一方面，间隔 2 周后，邀请 52 名研究对象再次填写同样的量表，评定该量表的重测信度，同时，了解研究对象对于中文版量表填写的反应；资料收集工具存在的问题；课题具体实施方案的可行性，以便发现问题及时解决，完善调查方案和量表，及时组织调查人员的再次培训。

#### 2.4.4 资料收集

首先，研究者向湖南省长沙市 11 所公立医院发出邀请信，介绍本研究的目的、意义和实施过程，邀请其参与本研究；然后，将同意参与本研究的医院按照我国公立医院级别的划分（三级医院、二级医院和初级卫生机构）<sup>[90]</sup>纳入不同的组别并进行随机编号，采用 SPSS.22.0 按照随机数字表法从各组中随机抽取 1 家医院纳入本研究。最后，邀请纳入医院的医护人员参与研究，向医护人员详细介绍本研究的目的、意义、实施过程、对其可能带来的好处与潜在危害，以及课题组对于潜在危害采取的规避措施，对于同意本研究的，由医护人员与课题组成员共同签署知情同意书，一式两份（附录 6），正式资料的收集过程采用面对面结构式访谈的方法。调查接受后，给予研究对象价值 30 元的小礼品，作为其参与本研究耽误时间的补偿。

在本研究中，采用以上改良分层随机抽样方法的原因如下：

（1）此方法可以保证本研究的研究对象包括各个级别医院的医生和护士，这使研究结果更具推广性；

（2）此方法可以帮助研究者在相对较短的时间内纳入足够的研究对象，满足对中文版 ADKS 和 DCAS 各项心理测量学指标考评的需要；

（3）本研究是痴呆症照护教育项目构建和实施（即本学位论文的第二部分）的前期研究，研究者需在有限的时间内完成此部分调查研究，难以获得湖南省长沙市各级医院医护人员的数目和比例。因此，在此种情况下，不允许研究者采取标准的分层抽样方法按照医院和医护人员的比例抽取研究对象。资料收集过程见图 1-1。

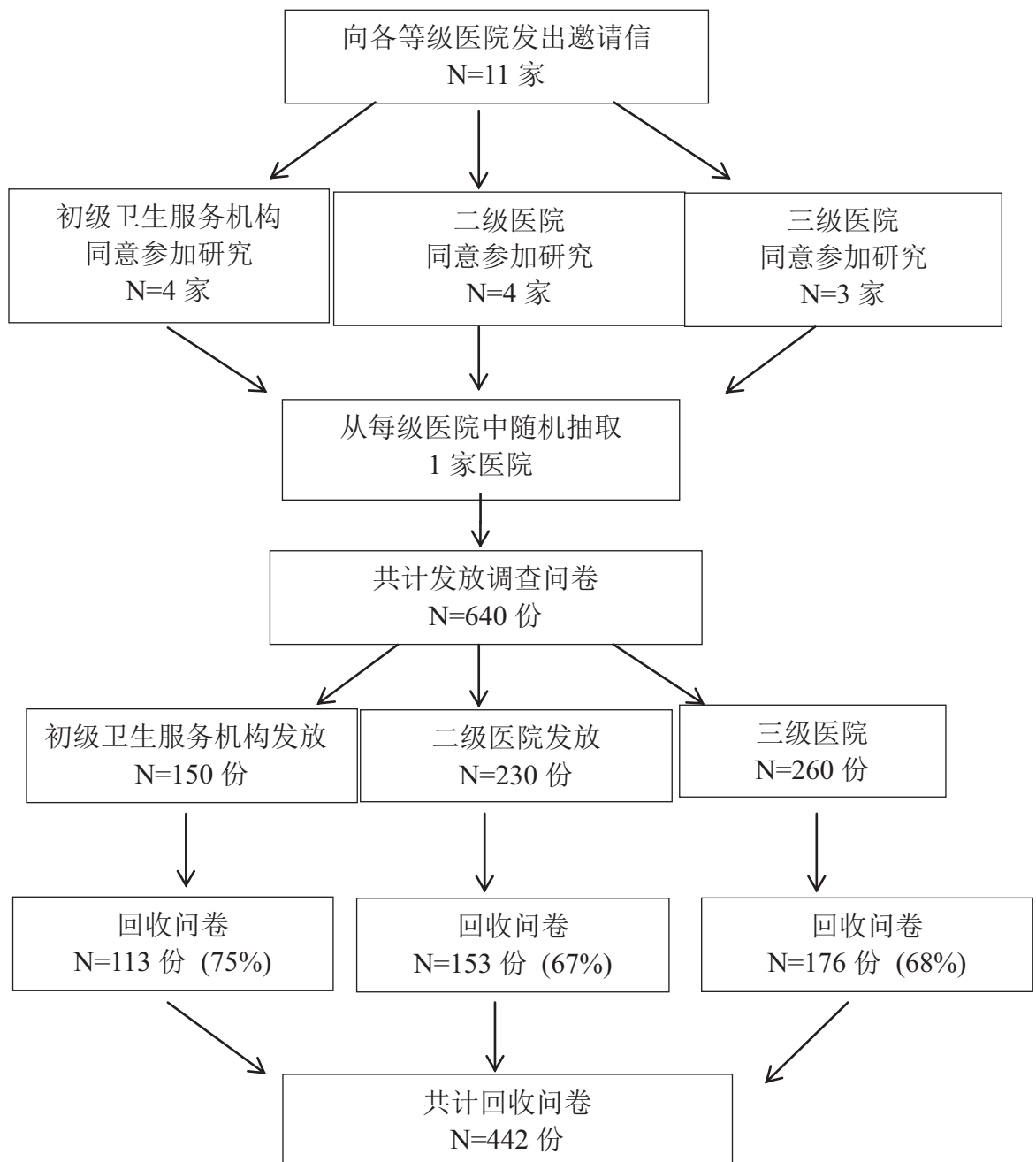


图1-1 资料收集过程

## 2.4.5 质量控制

(1) 严格按照本研究的纳入标准和排除标准选取研究对象。

(2) 课题组成员严格按照课题方案，尽量使研究对象在一个安静、无干扰的环境内填写问卷，并采取统一的指导语进行调查，对有疑问的地方统一进行解释。

(3) 研究对象采取匿名的方式填写问卷，调查人员事先用数字对问卷进行编号后发放给研究对象，要求其在现场独立完成并当场收回。

(4) 调查人员在问卷收回后，及时检查问卷填写的质量，检查是否有遗漏项目，若存在遗漏，及时将问卷返回研究对象，提醒其完成问卷；若研究对象拒绝继续填写，则询问原因，进行记录。

(5) 调查人员采用中立、不评价的态度对待研究对象，将对研究对象的影响降至最低，确保研究对象如实表达自己的观点，完成问卷。

(6) 调查结束后，对问卷再次复查数据，对整页问卷选择同样选项，或有规律地选择答案的问卷进行剔除。

(7) 课题组每周举行一次小组会议，核实课题是否按照计划进行，对出现的问题进行讨论，提出解决方案，同时对下一步的调查研究做出安排。

## 2.5 资料整理与统计分析

采用 SPSS22.0 统计软件包建立数据库，所有资料均由双人录入。资料录入完毕后，随机抽取 5% 的原始问卷进行核对，检查录入的准确性，发现错误及时纠正，再利用 SPSS 软件对全部数据库进行输入错误筛查，保证数据录入的质量。本研究中检验水准  $\alpha$  取 0.05，P 值均取双侧概率。

### 2.5.1 研究对象一般资料

描述性统计分析用于研究对象一般资料的统计，对于正态分布的计量资料，采用均数和标准差进行统计描述；非正态分布的计量资料采用中位数和四分位数进行统计描述；计数资料和等级资料采用率和百分比进行统计描述。数据的正态性分布检验采用 Kolmogorov-Smirnov 检验。

### 2.5.2 中文版 ADKS、DCAS 信度测量

(1) 重测信度 (Test-retest Reliability): 用来评价量表跨时间的稳定性和一致性。本研究中采用的重测信度指标为组内相关系数 (Intra-class Correlation

Coefficient, ICC)。ICC 是衡量和评价观察者间信度 (Inter-observer Reliability) 和重测信度的信度系数 (Reliability Coefficient) 指标之一。随机抽取 52 名研究对象填写中文版 ADKS 和 DCAS, 间隔 2 周后, 相同的 52 名研究对象再次填写中文版 ADKS 和 DCAS, 计算前后 2 次测得的量表得分的组内相关系数。

(2) 内在一致性信度 (Internal Consistency Reliability): 用来检测组成量表所有条目间的一致性程度, 是否衡量同一个概念。本研究中分别采用 Cronbach's alpha 系数评价中文版 ADKS 和 DCAS 的内部一致性。鉴于中文版 DCAS 量表条目数较少, 在采用 Cronbach's alpha 系数的同时, 采用项目间平均相关系数 (Mean Inter-item Correlation) 分别评价其 2 个因子 (“衷心” 和 “沮丧”) 的内部一致性信度。研究指出, 当量表条目数较少时项目间平均相关系数可以用来评价量表的内部一致性信度<sup>[91, 92]</sup>。

### 2.5.3 中文版 ADKS、DCAS 效度测量

(1) 内容效度 (Content Validity): 用来评定量表条目与所要测量的内容维度的吻合程度 (即相关性)。本研究中采用内容效度指数 (Content Validity Index, CVI) 来评价中文版 ADKS 和 DCAS 的内容效度。CVI 被广泛应用于护理研究中, 但是 Beckstead 指出 CVI 在概念和技术上存在缺陷<sup>[93]</sup>。因此, 在本研究中我们同时采用条目水平的内容效度指数 (Item-level CVI, I-CVI) 和量表水平的内容效度指数 (Scale-level CVI, S-CVI), 分别对各个条目的内容效度和整个量表的内容效度进行评估<sup>[94]</sup>。

I-CVI 要求专家就每一条目与相应内容维度的关联性作出选择, 采用 4 级评分: 1= “不相关”, 2= “弱相关”, 3= “较强相关”, 4= “非常相关”。每一条目给出评分为 3 或 4 的专家人数除以参评专家总数即为相应的 I-CVI。量表所有条目 I-CVI 的均数为 S-CVI。

(2) 结构效度 (Construct Validity): 用来评价量表的结构与编制量表的理论设想相符合的程度。本研究中采用探索性因子分析 (Exploratory Factor Analysis, EFA) 主成分分析方法最大正交旋转 (Principal Component Analysis with Varimax Orthogonal Rotation) 的统计方法检验中文版 ADKS 和 DCAS 的结构效度。EFA 是通过研究众多变量之间的内部依赖关系, 探求观测数据中的基本结构, 并用少数几个假想因子来表示基本的数据结构的方法<sup>[95]</sup>。

(3) 已知组别效度 (Known-group Validity): 用来检测中文版 ADKS 和 DCAS 在不同研究对象组别中的得分差异是否有统计学意义<sup>[96]</sup>。在本研究中, 采用两独立样本的 t 检验比较样本中工作年限大于 10 年的研究对象 (组 1) 中文版 ADKS 和 DCAS 的得分与工作年限小于 5 年的研究对象 (组 2) 的得分。我们假设, 组



1 中的研究对象与组 2 中的研究对象相比，会表现出较高的痴呆症知识水平和更积极的痴呆症照护态度。

(4) 同时效度 (Concurrent Validity): 属于效标关联效度 (Criterion-related Validity) 的一种, 采用一个公认有效的量表作为金标准, 检验新量表于金标准测定结果的相关性, 相关系数越高, 量表的效度越高<sup>[97]</sup>。本研究中, 中文版 ADKS 的同时效度通过与痴呆症照护方式问卷 (ADCQ) 的相关性来检验, 我们假设, 研究对象中文版 ADKS 的得分与 ADCQ 得分正相关。中文版 DCAS 的同时效度, 分别通过其“衷心”(Heartfelt) 因子的得分和“沮丧”(Heartsink) 因子的得分与 ADCQ 的相关性来检验, 我们假设, “衷心”(Heartfelt) 因子的得分与 ADCQ 得分呈正相关; “沮丧”(Heartsink) 因子的得分与 ADCQ 得分呈负相关。

#### 2.5.4 缺失值的处理

在资料分析前对缺失值和无效问卷进行处理。如果某一条目选择了 2 个或者 2 个以上的选项; 没有做出评价的条目; 如果某一分量表有一半的条目未被回答, 均视为缺失值。研究表明, 一份问卷中缺失条目若达到总条目数的 15%-40%, 在统计分析时应被当作无效问卷处理<sup>[97, 98]</sup>。值得注意的是, 这个研究对象的其他符合条件的问卷可能仍然是有效的。在本研究中, 如果一份问卷缺失的条目达 15%, 即被视为无效问卷, 予以剔除。如果一份问卷有缺失的条目, 但不足 15%, 对于缺失值, 本研究采用期待最大化或回归算法得出的估计值来代替缺失值。

### 3 结果

#### 3.1 问卷回收情况

本研究共发放问卷 640 份，回收问卷 442 份，其中初级卫生机构 113 份（有效回收率 75%）；二级医院 153 份（有效回收率 67%）；三级医院 176 份（有效回收率 68%）。

#### 3.2 研究对象基本情况

本组 442 名医护人员完成了问卷，总有效问卷回收率 69%，其中男性 107 例（24.2%），女性 335 例（75.8%）；平均年龄（30.1±8.1）岁；平均工作经历（8.2±7.6）年；研究对象中已婚 243 例（55.0%），其他 199 例（45.0%）；目前受教育情况为：大专 142 例（32.1%），本科 246 例（55.7%），硕士/博士 54 例（12.1%）；研究对象中护士占多数，其中护士 237 例（53.6%），医生 205 例（46.4%）。在工作中照顾过痴呆症患者的有 241 例（54.52%），在生活中照顾过痴呆症家属的有 94 例（21.27%）。

中文版 ADKS 和 DCAS 的平均得分分别为（20.30±4.31）和（28.77±4.31），表示研究对象关于痴呆症照护的知识和态度水平中等；ADCQ 平均得分（5.93±2.23），得分较低，表明医护人员在工作中普遍使用以现实为导向的痴呆症照护方式。研究对象的基本信息详见表 1-3。

表1-3 研究对象的基本信息 (n=442)

项目	Mean	(SD)
年龄（年）	30.14	8.06
工作经历（年）	8.19	7.62
ADKS 得分	20.30	4.31
DCAS 得分	28.77	4.31
ADCQ 得分	5.93	2.23
	频数	百分比
性别		
男	107	24.21
女	335	75.79
婚姻状况		



已婚	243	54.98
其他	199	45.02
教育程度		
大专	142	32.13
本科	246	55.66
硕士/博士	54	12.22
职业		
医生	205	46.38
护士	237	53.62
照顾痴呆症患者的经历	241	54.52
照顾痴呆症家属的经历	94	21.27

### 3.3 中文版 ADKS、DCAS 信度、效度检验

#### 3.3.1 重测信度

随机抽取的 52 名研究对象在完成第一次测量 2 周后，进行第二次测量，除了基本资料以外，填答案表的内容相同。中文版 ADKS 组内相关系数 ICC 为 0.71 (0.55-0.83)。中文版 DCAS 组内相关系数 ICC 为 0.79 (0.65-0.87)。一般认为，重测信度值大于 0.61，表示该量表有较好的稳定性<sup>[99]</sup>。

#### 3.3.2 内部一致性信度

中文版 ADKS 和 DCAS 总体的 Cronbach's alpha 系数分别为 0.72 和 0.71，具有较好的内部一致性。一般认为 Cronbach's alpha 系数大于 0.7，表示量表的内部一致性信度较好<sup>[92]</sup>。

中文版 DCAS 的“衷心”因子的项目间平均相关系数为 0.39 (Cronbach's alpha 系数 0.73)，“沮丧”因子的项目间平均相关系数为 0.30 (Cronbach's alpha 系数 0.62)。一般认为，对条目数较少的量表其项目间平均相关系数在 0.20-0.40 之间，表示其内部一致性信度较好<sup>[91]</sup>。具体见表 1-4。

#### 3.3.3 内容效度

中文版 ADKS 和 DCAS 的内容效度由 5 名护理学院老年护理学领域的教授和来自两所学院附属医院的 3 名老年科主治医师评定。中文版 ADKS 的条目水

平的内容效度指数 (I-CVI) 在 0.88-0.96; 量表水平的内容效度指数 (S-CVI) 为 0.91。中文版 DCAS 的条目水平的内容效度指数 (I-CVI) 在 0.87-0.95; 量表水平的内容效度指数 (S-CVI) 为 0.89。一般认为 I-CVI $\geq$ 0.80, S-CVI $\geq$ 0.90 为较好的内容效度<sup>[94, 100]</sup>。因此, 中文版 ADKS 和 DCAS 有着较好的内容效度。

### 3.3.4 结构效度

#### 3.3.4.1 中文版 ADKS 因子分析结果

因子分析结果显示, 中文版 ADKS 没有有意义的因子解释, 该结果确定了 ADKS 原英文版量表的单因子结构。因此, 建议将中文版 ADKS 视为一个整体的量表, 而不划分具体的因子 (维度)。

#### 3.3.4.2 中文版 DCAS 因子分析结果

在进行因子分析以前, 对数据满足因子分析的条件进行检验。本组数据 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 值为 0.75, Bartlett's 检验由统计学意义 (卡方值 = 743.23,  $P < 0.001$ ), 说明数据特征值适合进行因子分析<sup>[92, 101]</sup>。因子提取的方法是建立在同一因子内所属各条目意义的可解释性、Kaiser-Guttman 标准 (因子特征值 $\geq$ 1.0)、碎石检验法、因子负荷大于 0.40<sup>[92]</sup>。主成分分析法对 DCAS 进行分析, 最初析出 3 个因子。但是由条目“痴呆症最好通过专科服务做出诊断”、“最好以委婉的方式与痴呆症患者交谈”所形成的因子没有意义, 主因子分析法在删除此两个条目后再次进行, 最终提取 2 个因子。其中, 因子 1 解释“沮丧”, 包括 4 个条目, 解释总变异的 28.00%; 因子 2 解释“衷心”, 包括 4 个条目, 解释总变异的 24.70%, 两因子共解释总变异的 52.70%。具体见表 1-4。

表1-4 中文版DCAS因子分析结果 (n=442)

条目	因子 1 沮丧	因子 2 衷心	共同度
2. 痴呆症的管理通常是令人沮丧的而不是有回报的	0.81		0.65
7. 初级医疗保健团队在痴呆症患者照护中作用有限	0.52		0.27
9. 痴呆症患者在消耗资源而没有任何积极的医疗效果	0.83		0.71

10. 当家庭不想使用服务资源时，向他们转介服务资源是没有任何意义的	0.74	0.63
1. 提供诊断通常是有益的而不是有害的	0.60	0.36
3. 有许多事情可以做，来提高痴呆症患者的生活质量	0.74	0.60
6. 家属宁愿被及早告知他们的亲属患有痴呆症	0.59	0.35
8. 有许多事情可以做，来提高痴呆症患者照护者的生活质量	0.78	0.64
项目间平均相关系数 (内部一致性)	0.39	0.30
Cronbach's alpha 系数	0.73	0.62

注：8个条目的Cronbach's alpha系数为0.71

### 3.3.5 已知组别效度

如前述假设，已知组别效度结果显示，工作年限大于 10 年的研究对象（组 1）的中文版 ADKS 和 DCAS 的得分高于工作年限小于 5 年的研究对象（组 2）的得分，差异具有统计学意义（ $P < 0.001$ ）。这表明，工作年限较长的研究对象与工作年限较短的研究对象相比，其痴呆症相关知识水平更好，在对痴呆症患者及其照护者的照护中表现出更多积极的态度，而较少表现出消极的态度。中文版 ADKS 和 DCAS 在不同人群中的区分度具有统计学意义。具体见表 1-5。

表1-5 中文版ADKS和DCAS已知组别效度结果

对象 (n=315)	组 1 (n=127)	组 2 (n=188)	P
平均年龄 (年)	39.26	24.29	
平均工作年限 (年)	18.18	2.16	
ADKS 平均得分(SD)	23.72 (3.31)	18.23 (3.62)	$P < 0.001$
DCAS 平均得分(SD)	32.28 (3.22)	26.63 (3.71)	$P < 0.001$
DCAS - “沮丧” 因子平均得分(SD)	9.09 (2.41)	12.26 (2.87)	$P < 0.001$
DCAS- “衷心” 因子平均得分(SD)	17.36 (1.81)	14.88 (2.19)	$P < 0.001$

注：SD：标准差；组1：工作年限大于10年的研究对象；组2：工作年限小于5年的研究对象

### 3.3.6 同时效度

ADCQ 得分与中文版 ADKS 的得分呈正相关，相关系数为 0.38，具有统计学意义 ( $P<0.001$ )。ADCQ 与 DCAS “衷心” 因子相关系数为 0.22，与 “沮丧” 因子的相关系数为-0.17，具有统计学意义 ( $P<0.001$ )。因此，如前述假设，具有较高痴呆症相关知识，并在照护中对痴呆症患者及其照护者表现出更多积极态度的医护人员，在工作中更倾向于采用以人为中心的痴呆症照护方式；相反，具有较少痴呆症相关知识，在照护中表现出消极态度的医护人员，在工作中倾向于采用以现实为导向的痴呆症照护方式。具体见表 1-6。

表1-6 中文版ADKS和DCAS同时效度结果

量表或分量表	ADCQ	
ADKS	$\gamma=0.38$	$P<0.001$
DCAS- “沮丧” 因子	$\gamma=-0.17$	$P<0.001$
DCAS- “衷心” 因子	$\gamma=0.22$	$P<0.001$

## 4 讨论

### 4.1 量表选择的评价

#### 4.1.1 阿尔茨海默氏症知识量表和痴呆症照护态度量表的选择

以痴呆症照护胜任力理论作为理论框架可使研究者为痴呆症照护教育项目选择相关的测量工具，并对其信度和效度进行测定。大多数关于量表信度和效度测定的研究，只强调了对单一量表的研究，往往忽视了在一项研究中将不同的量表进行最优化组合，以弥补量表本身存在的缺陷。比如，目前虽然有很多测定痴呆症知识和照护态度的量表，但大多数的量表针对的不是医护人员而是其它的人群。医护人员痴呆症照护胜任力理论框架可帮助本研究者在此项研究中更好地选择针对目标人群的测量工具。

大量研究表明，良好照护知识和积极照护态度的结合是医护人员胜任痴呆症照护的必要条件<sup>[50, 102]</sup>。在本研究中，阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）和痴呆症照护态度量表（DCAS）的选择和信度、效度的测定反映了医护人员痴呆症照护胜任力的理论框架。因此，两者可以更好地确定医护人员在痴呆症照护中的优势和存在的问题，从而确保教育项目能够培养核心的痴呆症照护胜任能力。另外，此种方法反映了在任何一项大的医学教育项目中需及时完成对相关量表的翻译和对量表信度和效度评定。

#### 4.1.2 痴呆症照护方式问卷的选择

鉴于痴呆症知识与照护态度间不稳定的关系，本研究需要一个公认的“金标准”来测量知识量表和态度量表的效度或者进行同时效度的测定<sup>[94]</sup>。以人为中心的照护方法被广泛地认为是痴呆症照护的黄金标准，而且已被包括进许多国家政府部门关于痴呆症照护的政策文件、方针和指南中，同时，被用来评价和指导痴呆症的照护服务<sup>[103, 104]</sup>。以人为中心的照护方法意味着通过承认和进入痴呆症患者的世界，保持患者的人格、权力、价值，并促进患者对自我照护做出决定<sup>[16, 104]</sup>。大量研究表明，实施以人为中心照护方式可以减少患者的跌倒、激越行为和抗精神症状药物的使用<sup>[89, 104]</sup>。研究已证实，较好的痴呆症知识水平可以使医护人员在工作中采取以人为中心的照护方式<sup>[51, 79]</sup>。与此同时，此照护方式要求医护人员对痴呆症患者表现出积极的照护态度<sup>[51, 54]</sup>。

在本研究采用以人为中心照护方式（即痴呆症照护方式问卷）测定阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）和痴呆症照护态度量表（DCAS）的同时效度，而未像以往的研究普遍采用知识量表测定与态度量表的聚合效度（Convergent

validity) 或采用态度量表测定与知识量表聚合效度的方法, 此种方法的创新是基于对痴呆症照护文献的系统回顾。如前所述, 即使是拥有较好痴呆症知识的医护人员在照护实践中也可能对患者表现出消极的照护态度。因此, 在今后关于量表信度和效度的研究中, 研究者在设计信度和效度测量方法时需注意知识和态度两者间不稳定的关系。

以人为中心的照护被认为是痴呆症照护的基本要素而且是痴呆症照护胜任力的组成要素<sup>[38]</sup>。本组研究对象痴呆症照护方式问卷(ADCQ)得分较低, 说明我国医护人员在痴呆症照护中较少地使用以人为中心的方法。Lin 等在 2012 年对台湾地区 124 名护士调查同样发现护士在工作中并没有广泛地使用以人为中心的痴呆症照护方式<sup>[89]</sup>。以上研究结果说明, 在我国目前的医学教育和继续教育项目中, 缺乏关于痴呆症照护的教育内容<sup>[3, 89]</sup>。医护人员普遍使用以现实为导向的照护方式, 在治疗和照护中对痴呆症患者给予或强调时间、地点和情境的定向, 而往往不知晓以人为中心的痴呆症照护方式。

## 4.2 量表翻译的评价

本研究对于量表的翻译是基于 Brislin 量表翻译模型, 该方法在国际上被广泛地应用, 实现了跨文化研究中使用不同语种的、翻译一致性高的研究工具的可能性<sup>[87, 105]</sup>。在前翻译、回翻译过程中, 翻译员均独立完成对量表的翻译, 且在前翻译和回翻译完成后, 邀请翻译员和相关专家对翻译的量表进行讨论和修改, 这一过程有利于确保翻译的质量和准确性。值得提出的是, 在本研究中, 我们分别与 ADKS 和 DCAS 的原作者取得了联系, 并获得了他们对翻译一致性方面的意见及在翻译过程中存在争议的条目有意义的解释。针对量表原作者和其他专家提出的意见, 对量表进行修改, 同时确保中文版量表有较高的文化适应性, 最后获得所有专家认可的中文版本的量表。

目前我国许多关于量表翻译的研究并没有详细的报道量表翻译的过程, 而且没有采取相应的策略保证翻译的质量, 量表翻译的严谨度良莠不齐, 这将在很大程度上对量表的推广应用造成限制, 也不利于跨文化研究间的比较, 严谨的翻译步骤和翻译策略是获得较高翻译质量的有利保障。本研究结果显示, 中文版 ADKS 和 DCAS 有较高的接受率和完成率, 完成时间较短, 测量的可行性好。

## 4.3 中文版 ADKS 和 DCAS 测量学指标评价

量表信度测量的目的是确保量表测量结果的一致性、稳定性和可靠性。效度则侧重于考察测量结果是否能够测出研究中想要的测量的指标。信度和效度的差



别在于所涉及的误差不同，可信度测量受随机误差的影响，随机误差无方向性。有效度则是反映由于测量了与测量目的无关的变量所引起的系统误差，具有方向性是首要条件，而可信度是有效度的必要条件而非充分条件（可信的量表未必是有效的量表，而有效的量表必是可信的量表）<sup>[97, 106]</sup>。

本研究中采用多种测量学指标对测定阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）和痴呆症照护态度量表（DCAS）的信度和效度进行评价，研究结果表明，两个量表的测量学指标良好，是可信并且有效的测量工具。

### 4.3.1 量表的信度

#### 4.3.1.1 内部一致性信度

Cronbach's  $\alpha$  系数即内部一致性系数，值介于 0-1 之间，表示量表总变异中由不同测试者所导致的比例大小，系数值越大表明量表的内部一致性越高，条目的相关性就越好。在研究中 Cronbach's  $\alpha$  系数需要至少大于 0.50，最好高于 0.70，介于 0.6-0.8 之间表示较好。中文版阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.72，与原英文版量表 Cronbach's  $\alpha$  系数相同。中文版痴呆症照护态度量表（DCAS）的“沮丧”因子 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.72，英文版为 0.54，“衷心”因子 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.62，英文版为 0.45，分别优于原英文量表的内部一致性。

#### 4.3.1.2 重测信度

重测信度是用同一量表对相同的研究对象前后进行两次测量，若两次测量结果一致性好，则说明量表的稳定性好。本研究中，间隔 2 周对相同的 52 名研究对象进行重测信度的测评，中文版阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）和痴呆症照护态度量表（DCAS）前后 2 次测量的得分分别为 0.71 和 0.79，均有统计学意义。说明 2 个量表均具有较好的时间稳定性。

### 4.3.2 量表的效度

#### 4.3.2.1 内容效度

内容效度是量表质量的重要体现。虽然 Beckstead 等学者指出内容效度在其概念和测量技术上存在缺点，但内容效度指数仍然被视为是发展或翻译一个新量表的必须测量指标<sup>[93, 107]</sup>。内容效度指数（Content Validity Index）被用来具体表

示一个量表实际测量到的内容与所要测量的内容之间的吻合程度,区别于其他内容效度评价指标的一个明显特征是它只涉及评价者间均认为条目与相应内容维度相关的一致性,而不是常用的评价者间全部(包括相关和不相关)一致性,这正是内容效度评价所关心的部分<sup>[94, 100]</sup>。本研究中分别对中文版 ADKS 和 DCAS 条目水平的内容效度指数和量表水平的内容效度指数进行测评。结果表明,中文版 ADKS 和 DCAS 在条目水平和量表水平均具有较好的内容效度,说明量表条目与原定内容范围相吻合。

#### 4.3.2.2 结构效度

中文版阿尔茨海默氏症知识量表(ADKS)的探索性因子分析结果证实了其单因子的结构。对中文版痴呆症照护态度量表(DCAS)进行探索性因子分析,发现其具有 2 个因子,这证实了原英文版量表的 2 因子结构<sup>[51]</sup>。“沮丧”因子与原英文量表包括同样的 4 个条目。值得讨论的是,中文版“衷心”因子包括 4 个条目,而在原英文版本中只包括 3 个条目,2 因子共同拥有的只有 2 个条目,即条目 1 和条目 6(具体见表 1-4)。第一轮主成分分析中由条目“痴呆症最好是通过专科服务做出诊断”和“最好以委婉的方式与痴呆症患者交谈”所形成的因子,经分析没有有意义的因子解释。同时,研究者认为,探索性因子分析中每个因子至少应包含 4 个或者更多的变量才能保证因子被有效的识别<sup>[95, 108]</sup>,然而,此因子只包含 2 个条目。因此,在第一轮主成分分析后将以上两个条目删除,最终确定了中文版 DCAS 量表的 2 因子结构。

英文版与本研究中的中文版 DCAS 所存在的区别可能是由于在痴呆症照护方面不同国家的社会-文化-政策因素所导致。在本研究中,条目“痴呆症最好是通过专科服务做出诊断”的平均得分为 4.07 分,表明多数研究对象同意痴呆症最好由各大医院的专家进行诊断。这说明与发达国家相比,我国目前初级卫生机构与专科医院间在痴呆症照护服务方面的合作相对缺乏。条目“最好以委婉的方式与痴呆症患者交谈”的平均得分为 3.85 分,表明多数研究对象同意此观点,这说明医护人员普遍缺乏与痴呆症患者交流沟通方面的知识,医护人员与痴呆症患者不恰当的交流沟通将加剧或诱发患者的痴呆症精神行为症状<sup>[2, 49]</sup>。目前我国基础医学教育和医护人员继续教育中缺乏有关痴呆症照护的相关内容,医护人员相关知识缺乏,因此,我国的研究者需发展并完善与医护人员相关的痴呆症照护教育项目,提高医护人员对痴呆症照护的胜任力。

#### 4.3.2.3 已知组别效度



本研究发现中文版 ADKS 和 DCAS 能够区别不同年龄分组和工作年限的研究对象。工作年限高于 10 年的研究对象其中文版 ADKS 和 DCAS 得分均高于工作年限少于 5 年的研究对象，差异具有统计学意义 ( $P < 0.001$ )。研究表明，工作年限与痴呆症相关知识水平和积极的照护态度呈正相关<sup>[42, 89]</sup>。因此，在基础医学教育和医护人员的继续教育中，实施和参加与痴呆症患者照护相关的临床实践活动有利于发展医学生和医护人员的痴呆症照护胜任力<sup>[3, 29, 109]</sup>。

#### 4.3.2.4 同时效度

同时效度是效标关联效度常用的测评指标，它的测定是指以一个公认有效的量表作为标准，检验新量表与标准量表测定结果的相关性。目前，我国关于医护人员痴呆症照护的研究鲜有报道，更没有合适的痴呆症照护知识和态度测评量表，因此，对于本研究真正意义上的“金标准”量表的选择是同时效度测定的关键。以人为中心的痴呆症照护方式目前被认为是提高痴呆症患者生活质量的关键，加上痴呆症照护方式问卷 (ADCQ) 曾经在台湾地区的护士中适用，其信度和效度得到了验证<sup>[17, 89]</sup>。因此，本研究选择痴呆症照护方式问卷 (ADCQ) 来考察中文版 ADKS 和 DCAS 的同时效度。结果 2 个量表与 ADCQ 问卷的相关系数均具有统计学意义 ( $P < 0.001$ )，与理论假设一致，这说明中文版 ADKS 和 DCAS 均具有很好的同时效度。

#### 4.4 本研究的不足之处

本研究存在以下不足之处。

首先，在抽样过程中，由于难以获得湖南省长沙市各级医院医护人员的数目和比例，加上研究时间有限，没有按照标准的随机分层抽样方法选取研究对象，这意味着在本研究中可能存在抽样偏倚。

另外，本研究所有研究对象均来自都市长沙，长沙市为湖南省的省会，医疗卫生服务水平优于其他乡镇地市，因此，研究对象的痴呆症知识和对痴呆症患者的照护态度可能与乡镇地市也存在差异。本研究的结果无法代表中国所有医护人员的痴呆症照护知识和态度水平，但是，研究发现对于具有相似文化背景和社会机构的国家和地区具有推广性和适用性。在今后的研究中，需扩大研究对象样本的来源，以获得量表最好的测量学指标。

最后，本研究中采用研究对象与变量的比例计算样本量，所获得样本量虽然满足探索性因子分析所需的样本含量，但研究指出，在因子分析的过程中，因子负荷和变量的共同度也对样本量大小存在影响<sup>[96, 110]</sup>。尤其是中文版 DCAS 的共

同度范围较广（0.27-0.71 之间），且每个因子只包括 4 个变量（详见表 1-4）。因此，如果在计算样本量大小时，考虑共同度和每个因子所含变量数目的影响，则需要更大的样本含量。

## 4.5 本研究对未来研究方向的启示

### 4.5.1 重视量表的筛选和测量学指标的应用

本研究以医护人痴呆症照护胜任力理论作为理论框架，采用了全面的方法进行量表的筛选和心理测量学指标的评价。除此之外，在仔细回顾文献的基础上，提出并发现医护人员的痴呆症知识与照护态度间不稳定的关系，采用痴呆症照护中的“金标准”——以人为中心的痴呆症照护方式，即痴呆症照护方式问卷(ADCQ)测量中文版 ADKS 和 DCAS 的同时效度。此种创新的方法在今后相似的有关知识量表和态度量表的相关研究中有着广泛的适应性和推广性。

### 4.5.2 发展我国医护人员痴呆症照护教育项目

研究结果表明，我国医护人员痴呆症照护知识和态度水平处于中等，多数医护人员在工作中没有使用以人为中心的痴呆症照护方式。在研究的过程中，研究者发现多数医护人员甚至不知晓以人为中心的痴呆症照护方式，我国医护人员对痴呆症患者照护的胜任力急需提高。发展适合我国国情的医护人员痴呆症照护教育项目，是提高医护人员痴呆症照护胜任力的必要条件。在本研究中，中文版痴呆症照护态度量表（DCAS）的“沮丧”因子所含变量与原英文版有所区别，这主要是由于目前我国初级卫生机构与专科医院在痴呆症照护方面合作较少，且医护人员对于与痴呆症患者交流沟通的技巧缺乏有关。因此，在发展我国痴呆症照护教育项目中，需要增添关于以上两部分的内容。此外，在今后相关测评量表的发展中需增加关于以上两方面的条目，以便更好地了解医护人员在痴呆症照护方面知识和态度的不同。与此同时，这也说明发达国家发展的量表在发展中国家进行应用时，需考虑到社会文化背景的差异，应根据本国的实际国情对量表进行修改和调试。

## 5 结论

1. 以医护人员痴呆症照护胜任力理论作为理论框架，本研究采用并提供了一个全面、实用的方法，即在现有的测评工具中如何选择符合本研究目标人群使用的痴呆症照护知识和态度量表，此方法可在今后同类研究中推广应用。

2. 通过对医护人员痴呆症知识与照护态度不稳定关系的系统文献回顾，本研究对以往研究中普遍采用知识量表测定与态度量表的聚合效度或采用态度量表测定与知识量表的聚合效度的方法提出质疑。本研究采用“金标准”以人为中心的照护方式，即以痴呆症照护方式问卷（ADCQ）测量中文版 ADKS 和 DCAS 的同时效度。

3. 中文版阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）和痴呆症照护态度量表（DCAS）重测信度、内部一致性系数满意；内容效度、结构效度、已知组别效度和同时效度良好。该中文量表符合心理测量学基本要求，是可行、可靠和可信的测量工具。

4. 本研究证实了在一项研究中对两个量表同时进行信度和效度测评的可行性，为原量表在不同人群、人种种的应用情况和测量学指标提供了证据。

## 第二部分 痴呆症照护教育项目的构建、实施及评价

### 1 前言

痴呆症，包括阿尔茨海默病和其他类型的痴呆症，是由于脑部退化性病变要导致的认知功能障碍，进而引起情感以及社会行为等方面的改变。2010 年全球预计有 3560 万的人群患有痴呆症<sup>[10]</sup>。随着全球人口老龄化的加剧，痴呆症的患病人数将呈现迅速增加的趋势，这种趋势在中低收入国家（Low-and Middle-income countries）将会尤为明显，其中，中国的痴呆症患者数量居世界之最<sup>[10, 111]</sup>。

伴随着疾病进程的发展，痴呆症患者需经常从各级医疗机构的各成人科室获取专业的治疗和照护，然而，研究表明，医护人员普遍接受的痴呆症专业教育缺乏，痴呆症照护胜任力不足，尤其是初级卫生机构的医护人员<sup>[112]</sup>。结合本学位论文第一部分的调查结果，对比各级医院医护人员痴呆症知识、照护态度和照护方式水平发现，初级卫生机构的医护人员阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）得分和痴呆症照护态度量表（DCAS）得分分别为（18.78±4.12）、（27.33±4.02），低于二级医院和三级医院医护人员的得分，差异有统计学意义（ $p < 0.001$ ）。这表明初级卫生机构的医护人员其关于痴呆症的知识水平和态度水平不及二级和三级医院的医护人员。此外，初级卫生机构的医护人员痴呆症照护方式问卷（ADCQ）得分（5.81±2.17），低于平均得分，这表明医护人员在照护实践中更倾向于采用以现实为导向的痴呆症照护方式。与上述研究结果相符。

在我国受传统孝道的影响，加之痴呆症长期照护服务发展缓慢，痴呆症患者在医院接受治疗后，95%的痴呆症患者依靠居家照护<sup>[113]</sup>。初级卫生机构的医护人员在痴呆症患者的早期发现、痴呆症患者的转诊、出院后痴呆症患者的管理、照护和对家庭照护者的教育支持中起着重要的作用<sup>[51, 84, 114]</sup>。然而研究指出，初级卫生机构中医护人员可利用的痴呆症照护资源和支持非常有限，医护人员基本没有机会接受有关痴呆症的教育培训<sup>[115]</sup>。多项自评调查结果发现，初级卫生机构中的医护人员普遍认为自身缺乏痴呆症的相关知识，不能够胜任痴呆症的照护工作<sup>[51, 84, 114]</sup>。因此，为初级卫生机构的医护人员发展和制定痴呆症照护教育项目尤为必要，这对于促进医护人员专业技能的发展、提高痴呆症患者的生活质量、减轻照护者的照护负担有着重要的影响。

痴呆症照护教育项目的开展是推动和完善医学教育和医学科学的迫切需要，是我国痴呆症照护服务发展的先决条件。西方很多国家已将痴呆症照护教育作为医学基础教育和医学继续教育的重要组成部分，并出台了相关的课程内容和教学

标准。然而在我国，痴呆症患者照护服务基本处于空白，针对医护人员的痴呆症照护教育项目或研究鲜有报道。大多数医护人员仅在基础医学教育中了解到部分痴呆症的基础知识，并未深入全面地学习，而且我国医学继续教育中尚无系统的痴呆症照护教育内容。因此，构建符合医护人员学习需求并满足临床实践需要的痴呆症照护教育项目，有利于填补痴呆症继续医学教育的空白，提高医护人员的痴呆症照护胜任力。

本学位论文采用多种研究方法，构建满足我国医护人员学习需求的痴呆症照护教育项目，开展教育实验并加以论证，并结合本学位论文第一部分引进和验证的测评工具，对痴呆症照护教育项目的效果进行评价，旨在为我国痴呆症照护教育项目的开展提供基本的内容指导和实施参考。

## 1.1 研究背景

### 1.1.1 痴呆症医学教育

医学教育包括两个阶段，即基础教育阶段和继续教育阶段<sup>[116]</sup>。痴呆症的基础教育旨在传授痴呆症相关的基础知识和基本技能，将医学生培养为未来痴呆症照护领域的临床医生、护理人员和研究人员<sup>[117]</sup>。继续教育是学历教育结束后终身性的医学教育，是对在职医护人员补充、更新、拓宽新理论、新知识、新技术和新方法<sup>[116]</sup>。痴呆症的继续教育是提高医护人员痴呆症照护胜任力的有效方法和手段，也是提高痴呆症照护服务质量的重要保证。

#### 1.1.1.1 痴呆症基础医学教育现状

随着痴呆症患者人数的增多，大部分的医学生在其临床实践中都会与痴呆症患者进行直接的接触。然而，医学生可能并没有足够的知识和技能来满足痴呆症患者特定的治疗照护需求<sup>[118]</sup>。香港的一项调查结果显示，医学生的痴呆症相关知识严重缺乏，而这与痴呆症照护教育内容和教学课时的缺乏密切相关<sup>[119]</sup>。医学生认为在临床实践中为痴呆症患者提供照护是一项非常具有挑战性的工作。通过混合性研究方法，Baillie 等发现几乎在所有成人科室学习的医学生普遍认为向痴呆症患者提供照护，尤其是在痴呆症患者不可预期的行为问题管理方面，他们面临着巨大的挑战，甚至感到害怕<sup>[120]</sup>。这些经历会在某种程度上限制医学生将痴呆症照护作为自己未来的研究或就业方向，因为正向的职业经历和体验是医学生职业选择态度和兴趣的关键因素<sup>[121]</sup>。于此同时，有研究指出，教育者并没有为医学生对痴呆症患者的照护提供有力的支持。调查显示，医学生认为他们的学



校教师和临床代教老师没有给予足够的教育和指导<sup>[122]</sup>。

痴呆症照护教育在医学本科生教育和研究生教育中内容、形式、课时多变，更为重要的是，痴呆症相关教育几乎是大多数医学院校中教育的空白内容之一<sup>[112]</sup>。这其中主要是对住院痴呆症患者的行为问题管理以及出院后患者长期居家照护教育的缺失<sup>[121, 123]</sup>。目前一些专业的教育机构，比如，英国护理及助产协会（UK Nursing and Midwifery Council）已要求英国的大学教育纳入必修的痴呆症照护教育课程，旨在提高医学生痴呆症的相关知识，提高照护服务质量<sup>[124]</sup>。于此同时，英国颁布了关于痴呆症照护教育和照护的相关指南，旨在帮助教育者选择与痴呆症密切相关的教育主题和教学内容<sup>[118]</sup>。

除了良好的痴呆症专业知识外，医学生还需从自身主观上对痴呆症患者表现出积极的照护态度，把对痴呆症患者的照护视为是有意义的工作<sup>[125]</sup>。然而，研究有表明，临床实践中医学生对痴呆症患者比对其他的老年病患者表现出更多的消极态度<sup>[125]</sup>。此外，目前痴呆症照护服务发展参差不齐，多数医疗机构并没有为痴呆症患者提供高质量的照护，很多临床代教老师本身没有对痴呆症患者的照护引起足够的重视。不完善的痴呆症照护现状和欠缺的临床学习和实践将会给医学生带来消极的情感感受，这将在某种程度上导致部分医学生对痴呆症和其他精神疾病患者存在歧视<sup>[126]</sup>。在临床实习中，医学生普遍较少地学习和使用以人为中心的痴呆症照护模式，这也将会限制医学生的学习效果<sup>[127]</sup>。

因此，教育者需要为医学生提供高质量的临床实习环境，并鼓励医学生积极参与痴呆症患者的各项照护活动，这有利于培养医学生对痴呆症患者的积极态度，促使他们在学习结束后把痴呆症照护作为自己的就业和研究方向<sup>[128, 129]</sup>。老年照护机构、教学医院应该与教学院校一起制定痴呆症的教育项目，这不仅能够为医学生提供实用的学习内容和良好的实习环境，而且能够保证教师对医学生进行充分的指导<sup>[122]</sup>。值得注意的是，仅为医学生提供基本的痴呆症照护教育内容和一定的临床实习是不够的，医学生需要学习深入和具体的痴呆症专科知识、与痴呆症患者有效交流沟通的策略、痴呆症患者行为管理的策略以及痴呆症患者的居家照护等方面的知识。

在我国，目前痴呆症照护教育几乎处于空白，医学院校大都没有开设独立的痴呆症照护教育课程，多数学校将痴呆症照护教育的相关内容整合在老年医学部分，但是所涵盖的内容较片面，学时较少，缺乏系统的教育和临床实践，医学生很难获得有关痴呆症的全面知识，这将在很大程度上制约我国痴呆症照护服务的发展。

### 1.1.1.2 痴呆症继续医学教育现状

医护人员在痴呆症照护中的角色将直接影响患者的疾病进程和生活质量。痴呆症患者与其它相同年龄段未患痴呆症的患者相比,住院天数普遍较长,而且延迟出院的风险较高,住院期间患者需要从医护人员处所获得的照护也更多,除此之外,出院后患者需要更多、更长时间的照护<sup>[130-132]</sup>。然而,Ekman等在研究中发现,医院中的护士在工作中常对痴呆症患者表现出消极的照护态度,特别是对有交流困难的痴呆症患者,护士对这部分患者付出的照护时间要少于其他未患痴呆症的患者<sup>[133]</sup>。Dewing等指出医院中的痴呆症患者所获得的照护普遍不足,患者出院时的疾病状况往往比入院时更加糟糕<sup>[134]</sup>。另外,研究指出,在痴呆症的早期,由于症状不明显,患者通常因其他疾病就诊于医院的各成人科室或者向初级卫生机构寻求帮助,然而,接诊的医生和护士其医学背景大部分不是精神卫生专科,他们普遍缺乏与痴呆症相关的行为管理和照护伦理知识<sup>[135, 136]</sup>。此外,初级卫生机构的医护人员,多数未接受过精神卫生疾病相关的专科医学教育,他们在痴呆症筛查、确诊和管理方面缺乏相应的信心<sup>[137]</sup>。

研究表明,痴呆症继续教育项目能使医护人员拥有一定水平的痴呆症知识,使他们在工作中能够识别和诊断早期的痴呆症患者,帮助家庭照护者及早地知晓痴呆症患者的疾病和症状,与此同时,痴呆症患者将有更多的机会获得个体化的管理方案,减少与痴呆症相关的歧视,同时减轻照护者的照护负担<sup>[65, 136, 138-140]</sup>。相反,医护人员如果没有机会接受系统的痴呆症照护教育,将直接导致医护人员不能充分地使用治疗和照护服务资源,造成对痴呆症诊断的延误,延长相应的治疗方案,同时,将不能为家庭照护者提供足够的照护支持,导致照护者不能通过寻求相应的支持资源有效地管理痴呆症患者的行为和症状,因此,照护者承受着较高水平的照护负担<sup>[136, 139-143]</sup>。

痴呆症照护教育虽然在继续医学教育中内容、形式各异,没有统一的标准和要求,但大量研究指出,目前存在的关于痴呆症的继续医学教育普遍不足<sup>[144, 145]</sup>。在许多继续医学教育中,通常没有将痴呆症作为专题内容,而只是间接地包含在其他内容中,比如,在医学伦理或医学法律相关专题简单地介绍痴呆症照护的伦理学问题,或者只是以痴呆症案例讨论的形式对医护人员进行教育,这些教育通常过于简单,有些甚至只是象征性地介绍。医护人员接受的痴呆症照护教育程度远不及其它疾病或专题,这会造成医护人员对痴呆症重视不够,对痴呆症患者产生消极的成见<sup>[112]</sup>。由于痴呆症本身的疾病特点,痴呆症患者的照护区别于其他疾病的患者,比如,在照护工作中如何维持痴呆症患者的个性以及照护中相关的伦理学问题等,这些都需要专门的知识传授和具体的讨论。因此,出台标准的痴呆症课程大纲,对于完善痴呆症的继续教育尤为必要<sup>[112, 124]</sup>。

此外,如何将痴呆症相关知识和研究成果应用到临床照护实践中,是痴呆症



继续教育需要思考的另一项重大议题。痴呆症继续教育的最终目的是能够改变医护人员对痴呆症患者的照护实践，提高痴呆症患者的生活质量。随着各国老龄化的加剧，痴呆症发病率不断上升，与痴呆症相关的研究广泛开展，以 Pubmed 数据库为例，以检索词“Dementia”进行检索时发现，自 1980 年到 2007 年针对痴呆症研究的相关文献迅速增加（如图 2-1 所示）。然而绝大多数的痴呆症知识和研究成果并未对临床照护实践产生影响或改变<sup>[117]</sup>。系统的文献回顾有利于帮助医护人员实现最佳的循证实践，因此，在对医护人员进行痴呆症照护相关教育时需要注意弥合“知-行”的差距，向医护人员强调将所学知识与其临床实践相结合，同时向医护人员传授有效的知识转化策略和方法<sup>[146]</sup>。医护人员临床实践的改变是评价痴呆症继续教育项目效果的重要指标之一。

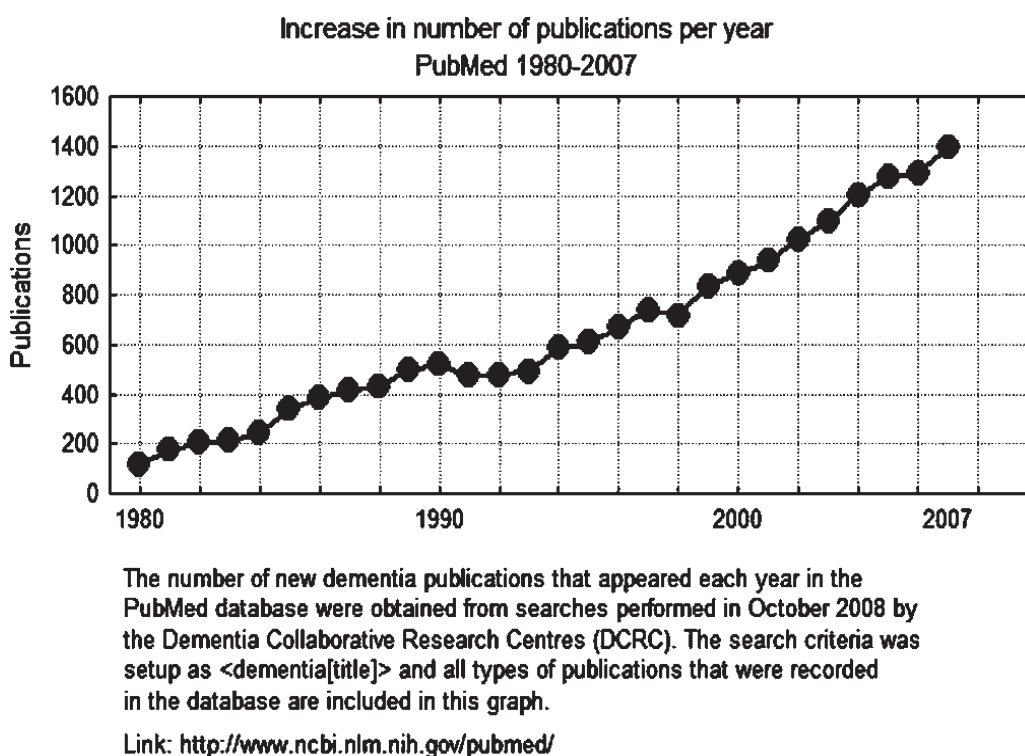


图2-1.1980-2007年Pubmed检索到的痴呆症文献数量

来源: Draper<sup>[117]</sup>

在我国的继续医学教育中，针对痴呆症的相关培训和学术研究开展较少，尚无系统的痴呆症照护教育内容，难以满足医护人员痴呆症临床照护实践的需求。医护人员缺乏有效获得痴呆症照护相关知识的途径，缺乏专业的培训。广大医护人员对痴呆症的认识和重视程度不足。我国学者蒋瑞辉等对服务于临床一线的三级综合医院的医生和护士调查发现，医生和护士对该症的一般了解和一般关注程

度分别为 65.2% /55.6%和 64.6% /60.7% , 提示医护人员对该症的了解和关注还很不<sup>[70]</sup>。研究同时指出, 医生对该症的诊断知识认知率为 70.4%, 而护士对护理知识的认识仅为 46.7%。钟碧橙等对 15 个社区的 286 名老年痴呆患者的社区护理现状进行了研究, 调查显示, 痴呆症患者的社区护理需求较高 (75.6%), 对痴呆症患者进行规范管理的社区仅占 41.8%, 社区护理人员对痴呆症综合防治护理措施的知晓率为 57.1%<sup>[71]</sup>。医护人员普遍缺乏预防知识与治疗该病的信心, 这使得我国对痴呆症患者的照护尚停留在流水作业式的功能制治疗与护理, 此种模式容易造成痴呆症患者缺少与他人情绪和情感的沟通与交流, 缺乏心理上的抚慰, 患者精神日渐颓废, 依赖性增强, 严重影响着患者自我照顾的主动性, 同时也增加了家庭的照护负担和经济负担。因此, 在我国开展针对性的痴呆症照护教育项目是改善医护人员照护实践的前提和必要条件。

### 1.1.2 Graham 知识转化理论-本研究的理论框架

Graham 知识转化理论是支撑本研究研究设计、研究实施和资料收集的理论框架。Graham 知识转化理论能够弥合 “知-行” 的差距, 促进教育项目对医护人员的照护实践产生改变。医学继续教育的过程实质上将继续教育项目建立在最可靠的知识上, 并使用已知有效的教育手段或其它转化策略将知识应用于实践, 确保产生的行动能够最容易被理解, 进而对实践活动产生影响<sup>[147]</sup>。大量研究证实, 继续教育培训项目有助于提高医护人员的痴呆症照护胜任力, 但是目前绝大多数痴呆症照护教育培训项目的设计和<sup>[147]</sup>实施仅侧重于痴呆症相关知识的创造, 对于如何将痴呆症照护教育知识的创造与知识在实践中的应用相结合的研究少之又少。Graham 知识转化理论该突出了知识创造和行动两个环节, 涵盖知识创造、知识推广使用及效果评价的全过程, 同时强调知识传授者与接受者之间知识的相互交换应贯穿于知识转化的整个过程, 鼓励接受者将所学知识应用于自身环境中进而改变实践活动, 在此过程中, 知识传授者起到引导的作用, 接受者始终作为教育活动的中心<sup>[147, 148]</sup>。在本研究中, Graham 知识转化理论为研究者提供了一个现实和实际的方法来发展、制定和实施痴呆症照护教育项目, 确保医护人员将所学知识与自身工作环境相结合, 最终鼓励医护人员采取行动改变对痴呆症患者及其照护者的照护实践。

Graham 知识转化理论中 “知识创造” 环节包括 “知识探究”、“知识合成” 和 “知识工具/产品” 三个阶段。(1) “知识探究”, 主要指发现知识接受者对相关主题的学习需求, 比如, 了解医护人员目前对痴呆症的认识水平, 确定他们对于痴呆症照护的学习需求; (2) “知识合成”, 主要指将相关主题的研究结果进行

综述，比如，根据医护人员对痴呆症照护的认识水平和学习需求，选取合适的教育知识；(3)“知识工具/产品”是指将知识去粗取精，形成数量少，内容浓缩精炼的知识工具或知识成果，满足特定利益群体的需要，比如，将“知识合成”阶段选取的痴呆症照护教育知识，进一步细化、整合，借助教材或者其他教育媒介将知识传授给医护人员。

Graham 知识转化理论中“行动”环节是一系列动态的知识实施和应用活动，“行动”环节的开端是由(1)研究者发现问题，往往这些问题通常是需要搜索知识或研究才能解决的，(2)确定存在的问题后，由研究者选取、确定可能解决上述问题的相关知识，(3)继而将知识应用于实际环境中，同时，鼓励根据研究的实际情况对知识做出适当调整，(4)通过评价对知识利用的阻碍因素，(5)选择和调整实施干预的方法，(6)在干预实施后，研究者需要对知识使用的过程进行检测，(7)并评价知识使用的结果(比如，知识的使用是否对实践产生改变)，(8)最终能够支持知识持久地被使用。上述每一行动阶段均受到上一阶段的影响，又可以反过来影响上一阶段，比如在检测知识使用过程中，发现知识并没有起作用，这可以提醒研究者重新思考干预策略或者采取新的干预方法来促进知识的使用。在整个过程中需始终强调知识与当地实际环境的结合。

因此，在该理论支持下，研究者在发现医护人员痴呆症照护胜任力不足的基础上，结合医护人员特定的知识需求，选取并发展针对性的教育内容，将其与我国痴呆症照护实践相结合，同时，采取一些列促进医护人员知识学习的教育手段，实施痴呆症照护教育培训项目。在项目实施后采用多种方法全面测评教育培训项目的效果，并对医护人员痴呆症相关知识的使用提供支持，最终达到改变痴呆症照护实践的目的。

本研究采用 Graham 知识转化理论作为理论支持具有以下方面的优势。

首先，确保痴呆症照护教育培训项目的内容能够打中我国医护人员的学习需求；

第二，该理论有利于确保医护人员在教育培训项目后将所学知识与其工作环境相结合，确保对痴呆症照护实践带来改变；

最后，在该理论的指导下，研究者可以采取多种方式对教育项目进行评价，为今后痴呆症照护教育培训项目的发展提供借鉴。

图 2-2 是基于 Graham 知识转化理论，对“知识创造”和“行动”两阶段循环过程的总结，也是本研究的理论框架。

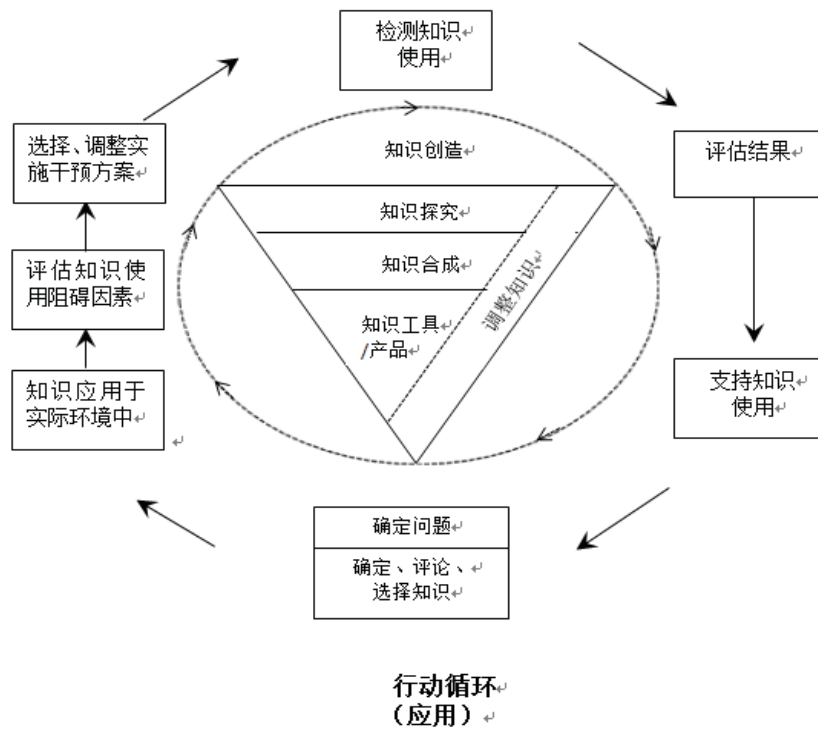
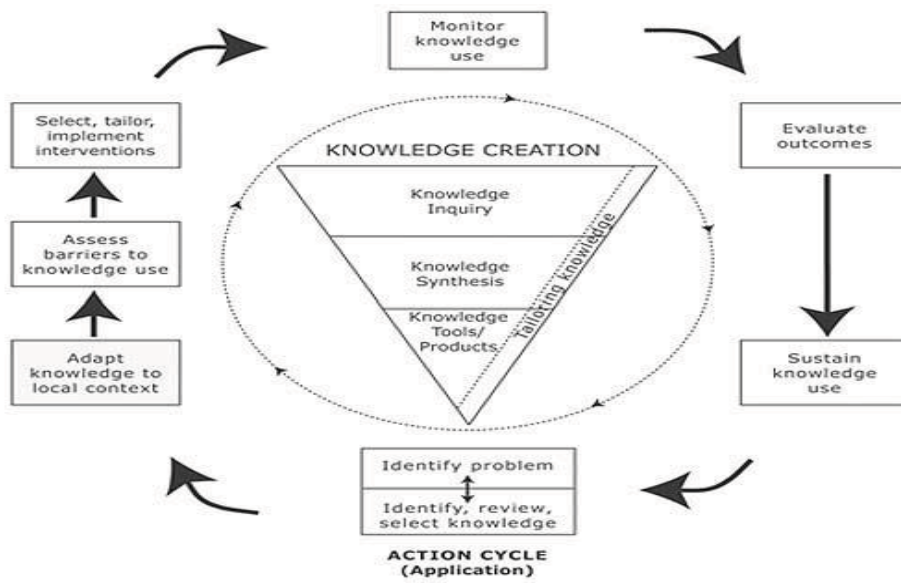


图2-2. Graham知识创造与行动循环过程

来源: Graham<sup>[147]</sup>

### 1.1.3 名义群体法

名义群体法 (Nominal Group Technique, NGT), 是医学健康领域内常见的正式的共识性发展方法 (Formal Consensus Development Method) 之一, 其他较常用的共识性发展方法还有德尔菲法 (Delphi Method)。两者同是针对一个既定的主题或问题寻求多位专家的意见和建议, 最终形成专家们对此问题的共识。然而, 区别于德尔菲法的一个重要特征, 名义群体法是通过结构式的面对面小组访谈法来发展共识的。通过小组讨论一个既定的主题或问题, 或者对拟定采取的行动的优先级别进行排序, 使参与访谈的每一位专家充分表达自己的看法和建议, 最大程度地获取关于此主题或问题的可靠和相关的质性信息, 从而增加改变临床实践和政策的可能性<sup>[149]</sup>。Van de Ven 和 Delbecq 认为名义群体法是建立在对问题发展共识性描述的基础上的一种问题解决方法<sup>[150]</sup>。

名义群体法被广泛地应用于卫生健康领域研究问题的确定、解决方案的发展以及行动优先级别的建立。表 2-1 为 Potter 等提出的名义群体法通用的 5 个步骤, 研究者可根据自己的研究目的和研究内容进行适当的调节<sup>[151]</sup>。通常情况下, 名义群体法小组讨论的人数为 7-10 人, 较理想的为 6-12 人, 所需时间大约共 1-1.5 小时。名义群体法的显著优点是能够确保每一位研究参加者平等地针对问题表达自己的观点, 不使单独某一个人的观点占主导地位, 其次为了确保参加者对研究问题的解决平等地做出贡献, 名义群体法能够创造一个有利于采取行动和开始改变的环境。因此, 针于医学健康研究问题, 名义群体法的使用能够有利于参加者共同充满激情地采取行动改善临床实践。

针对于本研究, 目前已发展的痴呆症照护教育项目多数来自西方国家, 由于各国社会文化背景的差异, 加之不同的医疗卫生服务体系, 照搬他国的痴呆症照护教育项目并不一定能满足我国医护人员对于痴呆症照护的学习需求, 提供的教育内容也不一定能与我国目前的痴呆症照护服务模式很好地融合, 因此, 中国亟需相关研究首先了解医护人员对于痴呆症的主观学习需求, 发展适应我国国情和医疗服务模式的医护人员痴呆症照护教育项目。采用名义群体法调查我国医护人员对痴呆症照护的主观学习需求, 能够使被调查的医护人员充分表达各自的意见和建议, 这样一方面能够保证研究者所发展的教育项目可以打中医护人员的需求, 使教育项目的内容与医护人员痴呆症照护实践密切相关, 另一方面, 有利促进医护人员在接受教育项目后采取行动以改善痴呆症患者照护实践。因此, 在 Graham 知识转化理论的指导下, 名义群体法的使用为研究者提供了一个“创造痴呆症照护教育知识”的可靠和有效途径。



表2-1 名义群体法的5个步骤

1. 介绍与说明 Introduction and explanation	由研究者向参加者介绍研究的目的是本研究中名义群体法的具体实施步骤，获得参加者的知情同意。
2. 安静想法产生 Silent generation of ideas	研究者将需要解决的问题写在纸上，分发给每一位参加者，要求参加者写下自己针对这些问题所有的想法。在此阶段提醒参加者不要与他人进行交流和沟通。此阶段大致持续 10 分钟。
3. 分享想法 Sharing ideas	邀请参加者分享他们的想法，由研究者在白板上用参加者的语言记录其每一条想法，直到所有参加者的全部想法都被呈现。在此阶段不需要对每条想法进行讨论，鼓励参加者写下自己在分享他人想法时所产生的新想法。此过程可确保每一位参加者对研究问题做出等同的贡献，并能以书面形式记录参加者所有的想法。此阶段大致持续 15-30 分钟。
4. 小组讨论 Group discussion	在小组内部，参加者若对他人提出的想法存在疑惑，可向想法的提出者寻求口头的解释或要求其进一步解释。此阶段研究者的主要任务是确保每一位参加者都对讨论做出贡献，并注意引导不要在单一的想法上花费太长的时间，要尽可能地确保过程的中立性，避免判断和评论任何一个想法。小组可以建议新的讨论项，并将其划归为不同的类别，在此阶段不应该排除任何想法。此阶段大约持续 30-45 分钟。
5. 投票和排序 Voting and ranking	此过程主要是要求参加者将针对原始问题所记录的所有想法进行优先级别的排列。在投票和排序的过程中，参加者可立刻获得针对原始问题的结果，因此，小组访谈的最终结论是达到一个特定的结果。

来源：Potter<sup>[151]</sup>

### 1.1.4 痴呆症照护教育的国际合作

随着痴呆症发病率的增加以及在全球范围内的影响越来越大，WHO 在 2012 年指出应在全球范围内将痴呆症列为各国公共卫生和社会照护的重点，提高医护人员对痴呆症的认识和态度，并加强国际间的交流和合作<sup>[14]</sup>。研究证实，与痴呆症相关的教育项目能够明显改善患者及其照护者的生活质量，降低照护者的照护负担<sup>[152]</sup>。西方发达国家（包括美国、英国、法国、澳大利亚等国家）在成熟的痴呆症照护服务基础上普遍建立和发展了与痴呆症相关的教育体系和项目。以澳大利亚为例，对痴呆症的教育和信息支持包括：网络信息支持、图书馆专业信息服务、纸质与电子版的医护人员教育培训资料以及针对医护人员的培训项目<sup>[24]</sup>。然而，在我国对痴呆症的教育和信息支持仅仅来自网络，如中国阿尔茨海默病及其相关疾病网等<sup>[113]</sup>。但遗憾的是，这些网络也仅提供了关于痴呆症疾病防治和照护的基本知识，适用于提高公众对于痴呆症的认识，尚未形成针对卫生专业人员系统的痴呆症照护教育体系。此外，研究指出，发展中国家发展痴呆症照护教育和培训项目最大的障碍是缺乏能够胜任痴呆症照护教育的教学专家和成熟的教育培训资料<sup>[153]</sup>。因此，在借鉴国外先进师资和教学资源的基础上，结合国情，发展当地的痴呆症照护教育培训项目有利于加强和完善各层次痴呆症照护教育的水平，包括本科生教育、研究生教育、职业教育和继续教育等<sup>[153]</sup>。

本研究是建立在澳大利亚弗林德斯大学与中南大学痴呆症照护和教育合作研究的基础上，在医护人员痴呆症照护教育内容构建阶段，专家组成员除国内专家外还包括 5 名澳大利亚痴呆症照护领域的教学专家和临床专家，他们长期从事与痴呆症照护教育和临床照护相关的工作，其研究发表在国际高水平的期刊上。此种国际间的合作能够保证本研究构建的医护人员痴呆症照护教育项目内容的先进性和教学方法的有效性，同时确保教育内容与我国国情相结合，促进医护人员将所学知识应用到照护实践中。同时，有利于加强中澳两国间关于痴呆症照护的跨文化交流。

## 1.2 本研究的研究目的和意义

### 1.2.1 研究目的

（1）构建并实施符合我国医护人员学习需求的痴呆症照护教育项目，以改善痴呆症照护实践；

（2）探究痴呆症照护教育项目对医护人员痴呆症知识、照护态度以及照护方式的影响；



(3) 探究医护人员对于痴呆症照护教育项目的看法、痴呆症照护实践的变化以及医护人员在痴呆症照护实践中所需的支持。

## 1.2.2 研究意义

大量的研究证明,医护人员只有在接受充足的教育或培训后才能够为痴呆症患者提供高质量的照护服务,然而,我国针对医护人员的痴呆症照护教育项目几乎处于空白<sup>[154, 155]</sup>。医护人员普遍缺乏与痴呆症照护相关的知识、正确的照护态度和照护技能,而且,医护人员获取痴呆症照护相关知识和信息的途径非常有限,这严重制约着我国医护人员痴呆症照护胜任力的培养和痴呆症照护服务的发展。目前关于痴呆症照护教育项目的研究证据大多数来自西方,这些国家的社会经济结构、医疗卫生体系与文化背景都与中国存在很大的差异,并不能完全适用于中国的痴呆症照护实践。探讨我国医护人员对于痴呆症照护的学习需求,发展适用我国国情的痴呆症照护教育项目,将有助于提高我国医护人员对于痴呆症照护的胜任力,而且填补我国医学继续教育中痴呆症专项教育的空白。

随着人口老龄化的加速,中国作为人口大国,痴呆症患者的数量位居全球第一,多数痴呆症患者的长期照护以居家照护的方式由家庭承担,初级卫生机构的医护人员在我国痴呆症患者的长期照护和家庭照护者的教育支持中起着重要的作用。然而,与二级医院和三级医院相比,由于接受教育和获取支持资源途径更加有限,初级卫生机构的医护人员并没有在痴呆症患者的照护中起到应有的作用。因此,对初级卫生机构的医护人员实施痴呆症照护教育项目并对教育项目的实施效果进行评价,有利于促使初级卫生机构医护人员积极地投入到痴呆症患者的照护活动中,改善照护实践,推动我国痴呆症照护教育项目和痴呆症照护服务的不断发展。

## 2 对象与方法

### 2.1 研究设计

本部分以 Graham 知识转化理论作为理论框架，发展、实施和评价痴呆症照护教育项目。具体包括以下两个阶段：

第一阶段，痴呆症照护教育项目构建阶段，即综合运用文献查询法、专家咨询法和医护人员名义群体法，发展符合我国医护人员学习需求的痴呆症照护教育项目。

第二阶段，痴呆症照护教育项目的实施和评价阶段，即按照整群随机对照试验的研究设计实施、评价痴呆症照护教育项目的效果。

#### 2.1.1 第一阶段 痴呆症照护教育项目构建阶段

##### 2.1.1.1 研究对象

###### (1) 医疗和护理专家

本研究是涉及针对临床一线医护人员的痴呆症照护教育项目，因此，遴选对痴呆症领域有较深研究的医疗专家、临床护理专家和护理教育专家，从医疗护理实践和院校教学标准要求两个角度对教育项目内容进行论证。入选标准：(1) 临床工作或教学工作年限大于 10 年；(2) 医疗专家和护理教育专家需具备博士学位、临床护理专家需至少具备学士学位；(3) 熟悉痴呆症照护的研究内容；(4) 了解医护人员对痴呆症照护教育的接受程度和态度。

本研究包括全国 3 所三级甲等教学医院医疗专家 5 名；全国 3 所三级甲等教学医院临床护理专家 5 名；国家重点大学护理学院护理教育专家 5 名；澳大利亚弗林德斯护理与助产学院 (School of Nursing and Midwifery, Flinder University) 护理教育专家 3 名；澳大利亚荣军医院 (Repatriation General Hospital) 医疗专家 2 名。

###### (2) 医护人员

选工作在湖南省长沙市初级卫生机构的医护人员，从自身工作实践和学习需求的角度对专家提出的痴呆症照护教育项目的内容进行论证。入选标准：(1) 初级卫生机构的医生或者护士；(2) 医生需具备职业医生执照、护士需具备职业护士执照；(3) 拥有至少 3 年的初级卫生服务工作经验；(4) 在工作实践中接触过痴呆症患者。本研究结合名义群体法的要求，最终纳入医生 10 名、护士 10 名。

### 2.1.1.2 痴呆症照护教育内容制定

虽然西方文献对痴呆症照护教育的内容已经有广泛的探讨,但是由于各国文化背景和医疗体制的差异,西方研究所提出的痴呆症照护教育内容并不一定适用于我国。本研究将通过采用文献查询法和专家咨询法得出的我国医护人员规范化的学习需求与通过医护人员名义群体法得出的医护人员主观学习需求相结合,发展和制定痴呆症照护教育的内容,具体步骤如下:

(1) 首先采用文献查询法,结合文献查询结果,由研究者初步拟订痴呆症照护教育课程的主题,得到**初版痴呆症照护教育候选主题**(具体表 2-2);

(2) 通过德尔菲函询法调查医疗专家、临床护理专家和护理教育专家对痴呆症照护教育课程主题的看法,并根据专家提出的意见,对教育主题进行修改和完善,得到**修改版的痴呆症照护教育主题**(具体表 2-3);

(3) 采用医护人员名义群体法,分别了解医生和护士对于**修改版痴呆症照护教育主题**的看法,了解他们对痴呆症照护教育的主观需求,初步确定本研究痴呆症照护教育项目的内容(具体见表 2-4, 2-5, 2-6, 2-7);

(4) 将制定的教育项目内容及细化的教学大纲再次返回给专家审阅,听取进一步意见后,将医护人员的主观学习需求与规范性的学习需求相结合,**最终确定本研究痴呆症照护教育项目的内容**(具体见表 2-8)

表2-2 初版痴呆症照护教育候选主题

编号	痴呆症照护教育候选主题
1.	痴呆症的病理生理学及危险因素
2.	痴呆症的早期诊断
3.	痴呆症的早期干预
4.	痴呆症患者的行为管理: 非药物干预措施和药物干预措施
5.	痴呆症的合并症
6.	以人为中心的痴呆症照护
7.	痴呆症家庭照护者的教育
8.	减少家庭照护者照护负担的策略
9.	痴呆症照护服务的发展及可利用资源
10.	痴呆症患者的日常生活活动
11.	痴呆症患者的营养和水分补充
12.	减少照护中肢体约束和药物约束的策略
13.	痴呆症患者的临终照护
14.	痴呆症的常用治疗方法

- 
- 15. 痴呆症照护中的伦理原则
  - 16. 痴呆症患者的虐待
- 

通过德尔菲函询法将“初版痴呆症照护教育候选主题”发送给本阶段研究对象中的医疗、护理专家，通过整合各位专家的意见，在初版 16 个主题的基础上，新增加 3 个主题，分别为：“多元文化对痴呆症患者管理的影响”、“与痴呆症患者的交流沟通”和“痴呆症患者的意外防护”。除此之外，初版中主题“1. 痴呆症的病理生理学及危险因素”根据专家意见修改为“痴呆症的发病机制及危险因素”；在主题 5“痴呆症合并症”主题中，综合专家的意见，在本研究中“以膀胱和肠道管理为例”。研究者将上述意见整合，形成“修改版痴呆症照护教育主题”（详见表 2-3）。

表2-3 修改版痴呆症照护教育主题

编号	痴呆症照护教育主题
1.	痴呆症的 <b>发病机制</b> 及危险因素
2.	痴呆症的早期诊断
3.	痴呆症的早期干预
4.	痴呆症患者的行为管理：非药物干预措施和药物干预措施
5.	痴呆症的合并症（ <b>以膀胱和肠道管理为例</b> ）
6.	以人为中心的痴呆症照护
7.	痴呆症家庭照护者的教育
8.	减少家庭照护者照护负担的策略
9.	痴呆症照护服务的发展及可利用资源
10.	痴呆症患者的日常生活活动
11.	痴呆症患者的营养和水分补充
12.	减少照护中肢体约束和药物约束的策略
13.	痴呆症患者的临终护理
14.	痴呆症的常用治疗方法
15.	痴呆症照护中的伦理原则
16.	痴呆症患者的虐待
17.	<b>多元文化对痴呆症患者管理的影响</b>
18.	<b>与痴呆症患者的交流沟通</b>
19.	<b>痴呆症患者的意外防护</b>

---

将本阶段研究对象中的医护人员分为两组：医生组和护士组。将“修改版的痴呆症照护教育主题”分别发放给医生组和护士组，了解医护人员对于痴呆症照护教育的主题的看法及其对痴呆症照护教育的主观学习需求。

本研究中采用名义群体法获得医护人员对教育主题的意见。具体步骤如下：

(1) 由研究者向医护人员解释本研究的目的是意义，以及名义群体法的具体步骤，获得医护人员的知情同意。

(2) 将“修改版的教育主题”分别发放给医生组和护士组，并分别要求两组参加者对“修改版痴呆症照护教育主题”提出意见和建议，并在修改版的基础上，结合自己的照护实践增加需要学习的教育主题。

(3) 各小组内每一位小组成员对教育主题表达自己的观点，并阐述自己需要增加教育主题的原因和必要性。

(4) 小组成员对教育主题相互讨论，对于存在质疑的教育主题做出进一步解释。

(5) 根据两组讨论的结果，由研究者分别将医生组和护士组新增的教育主题和修改版的教育主题进行整合，再分别发放给对应的医生组和护士组，要求他们对每个主题的重要性进行打分，每个主题的得分范围为 1-10 分。研究者统计每个主题的得分，并把两组主题得分的结果分别反馈给对应的医生组和护士组，使医生组和护士组分别对其各组的得分结果进行讨论。

(6) 讨论结束后，研究者分别要求医生组和护士组选择出优先需要学习的 10 个主题，每个主题优先性的得分为 1-10 分（“不优先学习”到“优先学习”）。研究者将得分进行统计，并把结果分别反馈给对应的医生组和护士组，小组内再次进行讨论，对优先学习的主题达成一致。

根据研究结果，医生组在：“修改版痴呆症照护教育主题”的基础上新增的两个主题为“20. 痴呆症的预防措施”和“21.家庭照护者的交流沟通”。医生组认为有效的预防措施对降低痴呆症的发病率有重要的影响。此外，家庭照护者在痴呆症患者照护中扮演着重要的角色，目前我国很多的家庭照护者不愿承认自己的家人患有痴呆症，认为患者是正常的年龄老化，造成大量的患者没有接受正规的痴呆症治疗，因此，与家庭照护者有效的交流沟通有利于增强照护者对痴呆症这一疾病的认识，提高其照护能力，这对改善痴呆症患者的生活质量有着重要的影响。

医生组对教育主题的重要性得分和 10 个优先教育主题的得分分别见表 2-4 和表 25。

表2-4 医生组对痴呆症照护教育主题重要性得分

编号	主题	得分	排序
2.	痴呆症的早期诊断	87	1
3.	痴呆症的早期干预	87	1
<b>21.</b>	<b>与家庭照护者的交流沟通</b>	79	3
14.	痴呆症的常用治疗方法	78	4
1.	痴呆症的发病机制以及危险因素	78	4
5.	痴呆症的合并症（以膀胱和肠道管理为例）	74	6
7.	痴呆症家庭照护者的教育	74	6
4.	痴呆症患者的行为管理：非药物干预措施和药物干预措施	72	8
11.	痴呆症患者的营养和水分补充	72	8
6.	以人为中心的痴呆症照护	70	10
15.	痴呆症照护中的伦理原则	69	11
<b>20.</b>	<b>痴呆症的预防措施</b>	68	12
10.	痴呆症患者的日常生活活动	65	13
9.	痴呆症照护服务的发展及可利用资源	63	14
19.	痴呆症患者的意外防护	60	15
8.	减少家庭照护者照护负担的策略	59	16
13.	痴呆症患者的临终护理	59	16
12.	减少照护中肢体约束和药物约束的策略	57	18
18.	与痴呆症患者的交流沟通	52	19
17.	多元文化对痴呆症患者管理的影响	52	20
16.	痴呆症患者的虐待	45	21

表2-5 医生组10个优先教育主题的得分

编号	主题	得分	排序
2.	痴呆症的早期诊断	80	1
3.	痴呆症的早期干预	76	2
1.	痴呆症的发病机制以及危险因素	48	3
7.	痴呆症家庭照护者的教育	42	4
6.	以人为中心的痴呆症照护	37	5
4.	痴呆症患者的行为管理：非药物干预措施和药物干预措施	36	6
5.	痴呆症的合并症（以膀胱和肠道管理为例）	31	7
14.	痴呆症的常用治疗方法	26	8



20.	<b>痴呆症的预防措施</b>	24	9
21.	<b>与家庭照护者的交流沟通</b>	15	10

根据研究结果，护士组在“修改版痴呆症照护教育主题”的基础上新增的两个主题分别为“20.痴呆症与其它类似疾病的区分”和“21.痴呆症疾病进程常用评定量表或方法”。护士组认为她们在照护实践中不能对痴呆症患者进行早期的识别，尤其是对痴呆症与其它相似疾病的区分，如轻度认知功能障碍、谵妄和生理性脑老化等。此外，简单常用的痴呆症疾病进程评定量表或方法有利于医护人员和家庭照护者了解痴呆症患者的疾病进程，并针对疾病的情况提供相应的照护服务。护士组对教育主题的重要性得分和 10 个优先教育主题的得分分别见表 2-6 和表 2-7。

表2-6 护士组对痴呆症照护教育主题重要性得分

编号	主题	得分	排序
3.	痴呆症的早期干预	83	1
7.	痴呆症家庭照护者的教育	81	2
19.	痴呆症患者的意外防护	81	2
18.	与痴呆症患者的交流沟通	80	4
14.	痴呆症的常用治疗方法	76	5
1.	痴呆症的发病机制以及危险因素	74	6
5.	痴呆症的合并症（以膀胱和肠道管理为例）	74	6
17.	多元文化对痴呆症患者管理的影响	73	8
2.	痴呆症的早期诊断	72	9
6.	以人为中心的痴呆症照护	72	9
8.	减少家庭照护者照护负担的策略	72	9
4.	痴呆症患者的行为管理：非药物干预措施和药物干预措施	69	12
16.	痴呆症患者的虐待	69	12
9.	痴呆症照护服务的发展及可利用资源	68	14
<b>20.</b>	<b>痴呆症与其它类似疾病的区分</b>	67	15
10.	痴呆症患者的日常生活活动	66	16
13.	痴呆症患者的临终护理	64	17
<b>21.</b>	<b>痴呆症疾病进程常用评定量表或方法</b>	64	17
11.	痴呆症患者的营养和水分补充	61	19
15.	痴呆症照护中的伦理原则	61	20
12.	减少痴呆照护中肢体约束和药物约束的策略	55	21



表2-7 护士组10个优先教育主题的得分

编号	主题	得分	排序
2.	痴呆症的早期诊断	71	1
3.	痴呆症的早期干预	66	2
1.	痴呆症的发病机制以及危险因素	54	3
5.	痴呆症的合并症（以膀胱和肠道管理为例）	37	4
10.	痴呆症患者的日常生活活动	33	5
8.	减少家庭照护者照护负担的策略	30	6
19.	痴呆症患者的意外防护	28	7
<b>20.</b>	<b>痴呆症与其它类似疾病的区分</b>	27	8
6.	以人为中心的痴呆症照护	25	9
14.	痴呆症的常用治疗方法	24	10

对上述医生组和护士组名义群体法的结果进行归纳总结后，再次发送给医疗和护理专家，针对教育主题再次征求意见和建议。医疗和护理专家在 Graham 知识转化理论的基础上，提出增加“痴呆症照护教育知识向实践的转化”主题，旨在向医护人员介绍在如何将所学知识转化到照护实践中，促进痴呆症照护实践的改变。

在将医护人员主观的学习需求与医疗和护理专家的意见结合后，最终确定本研究中医护人员痴呆症照护教育项目的主要内容。具体包括以下部分：单元 1：痴呆症的病理生理及其自然病程；单元 2：痴呆症的诊断与鉴别诊断；单元 3：以人为中心的痴呆症照护；单元 4：痴呆症患者的日常生活活动；单元 5：痴呆症家庭照护者的相关问题；单元 6：痴呆症合并症的识别与治疗-膀胱和肠道管理；单元 7：痴呆症患者的行为管理；单元 8：痴呆症照护的安全性问题及患者的意外防护；单元 9：痴呆症的常用治疗方法；单元 10：痴呆症照护教育知识向实践的转化。本研究痴呆症照护教育项目课程大纲见表 2-8，每单元的案例分析材料详见附录 7。

#### 2.1.1.2 痴呆症照护教育授课方法的选择

前苏联教育学家巴班斯基提出的“教育过程最优化”的概念中指出，教育方法的选择，应该依据不同的课型、教学内容、授课对象的实际情况、师资条件和教学设备与条件等而定<sup>[116]</sup>。在查阅文献的基础上，总结目前痴呆症照护教育常见的教学方法包括讲授法、案例分析法、多学科互动学习法、照护实践反思和互评法、小组讨论法、影片欣赏法、随机教学法、远程网络学习法、参观法和标准

病人经验分享法等<sup>[66-69, 132, 156]</sup>。①讲授法是教师通过口头言语直接向医护人员系统连贯地传授痴呆症相关的知识；②案例分析法是由教师提供痴呆症患者照护的实例，交由医护人员进行分析，培养其分析、判断和解决问题的能力；③多学科互动学习法是将多学科知识相互融合，如护理学、临床医学、药学等，旨在为医护人员提供全面的痴呆症相关知识，提高其临床实践能力；④照护实践反思和互评法是指在授课过程中，为医护人员提供一个相互分享其痴呆症照护经验的机会，由医护人员相互进行评价，取长补短；⑤小组讨论法是医护人员在教师的指导下为解决痴呆症照护的某个问题而进行探讨，分享观点和看法，发挥医护人员在学习中的主体作用，从而加深其对问题的理解；⑥影片欣赏法是教师提供相关的主体影片，使医护人员对教学中的某一问题有直观形象的理解，从而促进对痴呆症照护问题的思考；⑦随机教学法指教师在授课过程中掌握机会，灵活地对医护人员进行适时的痴呆症照护教育，如采用讨论有关痴呆症患者日常生活活动的方法，教师加以正面教育和引导，使医护人员思考、探讨有关痴呆症患者生活照护的方法；⑧痴呆症教学中所采用的标准病人经验分享法是多指正常人在经过适当训练后，不但具有模拟扮演痴呆症患者症状及病程的能力，而且具有互动、评估及给予授课对象回馈的能力，用于临床个案的教学与学习<sup>[69, 157]</sup>。

本研究基于 Graham 知识转化理论，选择以讲授法和案例分析法为主，并且采用多种适合痴呆症照护教育内容和目标同时能够有利于调动医护人员主体地位的教学方法，并从时间安排方面进行设置。本研究医护人员痴呆症照护教育项目具体授课方法及时间设置详见表 2-8。

表2-8 医护人员痴呆症照护教育项目课程大纲

课程单元	单元目标	授课内容	授课方法及时间设置
单元 1 痴呆症的 病理生理 及其自然 病程	1.理解认知的基本模型	1.痴呆症概述	1.讲授法 10min
	2.理解认知基本功能的神经解剖学	2.痴呆症的病理生理学	2.讲授法 15min
	3.识别痴呆症并与其他	3.痴呆症的疾病进程和特点	3.讲授法 15min
	原因引起的真实的或感觉上的认	4.痴呆症的危险因素和预防	4.多学科互动学习
	知损害相区别	措施	法 15min
	4.理解临床上引起各种类型痴呆症的常见	5.案例讨论与学习	5.案例分析法 35min
	原因及其异同		
	5.理解痴呆症患者功能性下降的一般模式		
	6.识别痴呆症的危险因素和保护性因素		
	7. 识别可能降低痴呆症发病危险的潜在干		

	预措施		
单元 2	1.掌握痴呆症的神经心理学评估方法 2.掌握痴呆症的诊断标准和阿尔茨海默氏症、血管性痴呆、路易体痴呆 3 种类型痴呆的鉴别要点 3.熟悉痴呆的分型和分期	1.痴呆症的诊断方法（病史、体格检查、辅助检查、神经心理学测量） 2.痴呆症的诊断程序（有无痴呆症、何种类型痴呆症、痴呆症程度如何） 3.案例讨论与学习	1.讲授法 20min 2.讲授法、小组讨论法 30min 3.案例分析法 35min
单元 3	1.了解以人为中心照护的理论和实践 2.了解痴呆症患者的价值和能力 3.掌握实施以人为中心痴呆症照护的方法 4.学会使用积极的社会干预和社会关系为痴呆症患者提供护理 5.了解以人为中心痴呆症照护的应用	1.以人为中心的痴呆症照护概述 2.痴呆症患者的个体哲学（积极的个体照护方法、恶性社会心理学） 3.以人为中心的痴呆症照护及 VIPS 理论 4.案例讨论与学习	1.讲授法 20min 2.标准病人经验分享法 30min 3.讲授法 20min 4.案例分析法 35min
单元 4	1.学会护理痴呆症患者的日常生活活动 2.掌握评估和满足痴呆症患者照护需求的方法 3.学会维护痴呆症患者独立性的方法	1.痴呆症患者日常生活活动的护理（睡眠护理、饮食护理、如厕护理、皮肤完整性护理、活动和运动的护理） 2.痴呆症患者照护需求的评估方法（ADL 评定法） 3.患者独立性的维持方法及注意事项 4. 案例讨论与学习	1.讲授法、照护实践反思和互评法 25min 2.讲授法 15min 3.多学科互动学习法、小组讨论法 20min 4.案例分析法 35min
单元 5	1.确认痴呆症家庭照护者负担的种类及其产生原因 2.分析并满足痴呆症家庭照护者的教育需求 3.指导家庭照护者如何与痴呆症患者进行沟通 4.帮助家庭照护者采用各种暂息照护服务及资源，正性地应对照护压力	1.照护者照护负担概述 2.协助照护者提高照护能力的方法 3.与痴呆症患者交流沟通的技巧 4.与家庭照护者交流沟通的技巧 5.减少照护者照护负担的策	1. 讲授法 10min 2.讲授法、小组讨论法 15min 3. 标准病人经验分享法 15 min 4.小组讨论法、照护实践反思和互评法 15min 5.多学科互动学习法

	5.分析并满足家庭照护者的自我照护需求	略	15min
		6. 案例讨论与学习	6.案例分析法 35min
单元 6	1.明确痴呆症和大小便失禁之间的关系	1.痴呆症如何引起大小便失禁	1.讲授法 10min
痴呆症合并症的识别与治疗	2.掌握大小便失禁评估和治疗的可逆因素	禁	2.影片欣赏法 15min
	3.掌握最佳的皮肤护理措施及相关皮肤损害的预防	2.评估痴呆症患者失禁的方法	3.讲授法 10min
	4.了解排便节制产品的选择方法	3.大小便失禁的可逆性或贡献性因素	4. 照护实践反思和互评法 15min
	5.通过聆听、视觉或书面材料，对伴有大小便失禁的痴呆患者照顾者提供教育支持	4.大小便失禁相关的皮肤护理	5.讲授法 10min
		5.使用排便节制产品来管理大小便失禁	6.多学科互动学习法 15min
	6.患者的生活方式和保守治疗方法	7.案例分析法 35min	
	7. 案例讨论与学习		
单元 7	1.掌握痴呆症患者行为障碍的常见形式	1.行为障碍的分类	1.标准病人经验分享法
痴呆症患者的行为管理	2.学会使用痴呆症患者行为障碍的评估框架	2.常见的行为管理的非药物治疗方法	10min
	3.了解痴呆症的非药物管理原则	3.常见的行为管理的药物治疗方法	2.讲授法 10min
	4.了解药物在痴呆症患者行为管理中的作用	4.物理约束使用的方法、注意事项及伦理问题	3.讲授法 10min
	5.了解物理约束在痴呆症患者行为管理中的作用	5.案例讨论与学习	4.小组讨论法、多学科互动学习法 15min
			5.案例分析法 35min
单元 8	1.掌握痴呆症患者容易发生的意外事件	1. 痴呆症患者跌倒的概述、常见原因和预防措施	1.讲授法、影片欣赏法 10min
痴呆症照护的安全性问题及患者的意外防护	2.掌握如何预防痴呆症患者意外事件的发生	2. 痴呆症患者出走、夜游的概述、常见原因和预防措施	2.讲授法、影片欣赏法 10min
	3.了解痴呆症患者发生意外事件的内外原因	3.痴呆症患者中毒的概述和预防中毒的方法	3.讲授法、影片欣赏法 10min
	4.掌握对痴呆症患者进行照护过程中的注意事项	4.家庭灾害的概述和预防措施	4.讲授法、影片欣赏法 10min
		5. 案例讨论与学习	5.案例分析法 35min

单元 9	1.熟悉痴呆症的治疗程序与疗程 2.了解痴呆症的治疗目标与期望 3.掌握痴呆症的治疗方法 with 关键常用治疗方法	1.痴呆症的治疗程序、目标、治疗期望、治疗关键和疗程 2.改善痴呆症症状的药物治疗 3.改变病理进程的治疗 4.非药物治疗-康复治疗、心理治疗、中医中药治疗 5. 精神行为症状治疗 6. 案例讨论与学习	1.讲授法 20min 2.讲授法 10min 3.讲授法 10min 4.多学科互动学习法 10min 5.标准病人经验分享法、讲授法 10min 6.案例分析法 35min
单元 10	1.强化前述每一单元的重要内容 2.掌握痴呆症知识向照护实践转化的策略 痴呆症照护教育知识向实践的转化	1.概况每一单元的重要内容 2.为了实现痴呆症治疗、照护原则方法与实践相结合，医护人员应采取的行动	1.小组讨论法、随机教学法 30min 2.多学科互动学习法、照护实践反思和互评法、小组讨论法 40min

注：在此基础上形成痴呆症照护教育教材及每单元授课课件，最终医护人员痴呆症照护教育项目共包括20个学时，为期22周。

## 2.2.2 第二阶段 痴呆症照护教育项目实施和评价阶段

### 2.2.2.1 课题设计

本研究为随机整群对照实验研究。干预组接受 22 周，20 个学时的痴呆症照护教育项目；对照组在相同的时间内进行常规的医学继续教育。

干预组在痴呆症照护教育项目实施前（T1）、结束后（T2）以及结束后 3 个月（T3）分别采用阿尔茨海默氏症知识量表、痴呆症照护态度量表、痴呆症照护方式问卷测评研究对象的痴呆症知识、照护态度和照护方式水平。同时，在教育项目结束后（T2）采用研究者自行设定的痴呆症照护教育项目满意度问卷测评研究对象对教育项目的满意程度；在教育项目结束后 3 个月（T3）采用 7 个半结构式问题，以小组访谈的形式评估医护人员对痴呆症照护教育项目的看法，同时探究痴呆症照护实践的变化以及医护人员在痴呆症照护实践中所需的支持。

对照组在教育项目实施前（T1）和结束后（T2）采用阿尔茨海默氏症知识量表、痴呆症照护态度量表、痴呆症照护方式问卷对研究对象的痴呆症知识、照



护态度和照护方式水平进行测评。本研究假定对照组研究对象在教育项目结束后（T2）和结束后3个月（T3）的测评结果非常相似，因此，在教育项目结束后3个月（T3）不再对对照组进行数据收集，以减轻研究对象过度的负担。在进行统计分析时，对照组在教育项目结束后（T2）所收集的资料同样用于教育项目结束后3个月（T3），以便与干预组数据进行比较。

#### 2.2.2.2 样本量计算

本研究采用随机整群抽样。随机抽样是以群或集体为单位而不是以个体为单位，按随机的原则从总体中抽取若干群或集体，作为总体的样本<sup>[98]</sup>。本研究以初级卫生机构为单位进行随机抽样，旨在尽可能地减少研究对象间的沾染。若在同一初级卫生机构内有一部分医护人员纳入干预组，另一部分医护人员纳入对照组，而他们在工作中可能会对同一患者提供照护，此工作内容的交叉和重叠可能会对干预的效果产生影响，因此，考虑到上述原因，本研究决定将同一初级卫生机构内的医护人员视为是一个群。

本研究所使用的主量表为阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS），因此，样本量的计算是基于之前通过教育项目提高阿尔茨海默氏症知识水平的随机对照实验中所报道的干预前后均数的变化值与标准差。通过文献回顾，未发现以ADKS作为主测量指标的相似研究，然而考虑到，ADKS是在ADKT（Alzheimer's Disease Knowledge Scale）的基础上发展得来，是对ADKT测定内容的更新（详见本学位论文第12、15页关于ADKT和ADKS的介绍），因此，本研究所需样本量参照ADKT在痴呆症照护教育项目随机对照实验中得分的变化，通过权重分析与样本量计算软件（Power Analysis & Sample Size Software, PASS）计算得来<sup>[158]</sup>。澳大利亚学者Sullivan和O'Connor通过实施痴呆症照护教育项目发现，干预组与对照组相比，阿尔茨海默氏症知识水平显著增加（均数变化为4.92，标准差为3.45）<sup>[159]</sup>；加拿大学者Heber等在其研究中发现痴呆症照护教育项目实施后，干预组与对照组相比知识显著增加（均数变化为3.47）<sup>[160]</sup>。在本研究中为了将所需样本量最大化，采用最小的均数变化值来进行样本量计算。PASS软件运行，得出每组40位研究对象可检验出ADKS均数至少3.47的变化，同时满足双尾检验水准 $\alpha$ 值为0.05，检验效能为90%。同时在本研究中，以初级卫生机构作为随机整群抽样的单位，因此，对样本量进行进一步调整以满足实验设计效应（Design Effect）。本研究中所选取的初级卫生机构遍布湖南省省会长沙的不同区域，所以我们假设，不同初级卫生机构中的医护人员的阿尔茨海默氏症知识水平有稍许差异，而同一初级卫生机构中的医护人员其阿尔茨海默氏症知识水平没有差异。基于以上考虑，我们选择较高水平的组内相关系数（Intraclass Correlation Coefficient, ICC）0.16，同时假设每个初级卫生服务中心选取10位研究对象，



则得出设计效应值为 2.44。PASS 软件运行得出，干预组和对照组各需 7 个初级卫生服务中心（每组 70 位研究对象），考虑到 20-22% 的样本流失率，本研究最终确定干预组和对照组每组所需研究对象为 85 人。

### 2.2.2.3 研究对象

本研究的研究对象为工作在湖南省长沙市初级卫生机构中的医护人员。

研究对象纳入标准：（1）全科医生或护士；（2）取得医生执照或护士执照；（3）有至少 1 年的临床工作经验；（4）未曾参加过痴呆症相关的教育或培训项目；（5）自愿参与本研究并签署知情同意书。退出标准：（1）主动要求退出研究者；（2）因工作岗位变动调离本初级卫生机构者；（3）不能坚持完成痴呆症照护教育项目者。

本研究于 2013 年 7 月到 2014 年 5 月共入组来自 14 个初级卫生机构的 182 名医护人员实施研究。以初级卫生机构为单位，将 14 个初级卫生机构按照纳入本研究的顺序从 1 到 14 编号，按照 1:1 的比例采用 SPSS.22.0 按照随机数字表法分别抽取 7 个初级卫生机构作为干预组和 7 个初级卫生机构作为对照组。最终，干预组 85 名研究对象，对照组 85 名研究对象（研究对象纳入过程见本学位论文 73 页图 2-3）。

### 2.2.2.4 实施现场

根据研究目的，为了保证教育项目的开展，本研究在征得相关领导和学校的同意后，选择中南大学湘雅医学院护理学院学术报告厅作为本研究的主要实施现场。首先，参与本研究的医护人员其所在的初级卫生机构全部位于长沙市区，医护人员对中南大学湘雅医学院地理位置熟悉，且从各初级卫生机构到达湘雅医学院的交通便捷，便于医护人员按时参加痴呆症照护教育项目，保证每次教育活动的到场率，从而减少实验误差。更为重要的是，护理学院学术报告厅有着配套的多媒体教学仪器和学习场所，这样的环境更有利于医护人员开展学习。除此之外，中南大学湘雅护理学院提供了单独的办公室用作本研究半结构式小组访谈之用，保证访谈过程只有访谈者和被访谈者参加，环境安静，有利于帮助研究人员收集更为丰富的资料。

### 2.2.2.5 资料收集工具

目前，国内外对于痴呆症照护教育项目尚未见标准的评估方法。研究指出，

考虑到医疗健康照护环境的复杂性结构,医学继续教育项目的效果需从多个不同水平进行评价<sup>[161, 162]</sup>。因此,本研究在 Graham 知识转化理论的指导下,采用客观指标和主观评价相结合的方式对痴呆症照护教育项目的效果进行评价。

客观指标的资料收集工具包括:医护人员的一般资料问卷(由研究者自行设计,包括基本人口学信息、工作经历、与痴呆症患者照护经历等)、阿尔茨海默氏症知识量表(ADKS)、痴呆症照护态度量表(DCAS)、痴呆症照护方式问卷(ADCQ)、痴呆症照护教育项目满意度问卷。

主观评价主要通过半结构式小组访谈的形式完成,旨在评估医护人员对痴呆症照护教育项目的看法,教育项目前后痴呆症照护实践的变化以及医护人员在痴呆症照护实践中所需的支持。

### 2.2.2.5.1 量性资料的收集

#### (1) 一般资料问卷

由研究者自行设计,包括年龄、性别、婚姻状况、教育程度、职称、工作年限、在工作中是否照顾过痴呆症的患者、在生活中是否照顾过痴呆症的亲属(详见附录3)。

#### (2) 中文版阿尔茨海默氏症知识量表(Alzheimer's Disease Knowledge Scale, ADKS)

阿尔茨海默氏症知识量表从危险因素、症状、病程、评估和诊断、治疗与管理、阿尔茨海默氏症对生活的影响和对阿尔茨海默氏症患者的照料7个方面测量医护人员对于阿尔茨海默氏症的相关知识,该量表共包括30个条目。ADKS由研究对象根据自己对阿尔茨海默氏症的认识采用“是”或“否”的方式,如实地对每个条目的正确性做出判断,回答正确得1分,回答错误得0分,得分越高,说明医护人员关于阿尔茨海默氏症的知识越好。原作者对ADKS进行主成分分析,没有析出有意义的因子结构,量表整体的内部一致性Cronbach's alpha系数为0.71,大概需要5-10分钟的时间完成<sup>[79]</sup>。

中文版ADKS在本学位论文第一部分的基础上发展得来(见附录2)。对中文版ADKS进行主成分分析,得到与英文版相似的结构。中文版ADKS的内部一致性Cronbach's alpha系数为0.72,间隔2周重测信度组内相关系数为0.71(0.55-0.83),说明中文版ADKS具有良好的内部一致性和时间稳定性。ADKS条目的内容全面反映了医护人员痴呆症照护胜任力理论对医护人员相关知识的要求,提供了一个简单明了却能有效评估痴呆症照护教育项目效果的信度、效度良好的工具。中文版ADKS的心理测量学指标详见本学位论文的第一部分。

### (3) 中文版痴呆症照护态度量表 (Dementia Care Attitude Scale, DCAS)

痴呆症照护态度量表由 Bryans 等研发, 用于测量医护人员对痴呆症患者和照护者的态度, 是目前检索到的为数不多的针对医护人员的痴呆症照护态度测评量表, 更重要的是, 其态度条目的描述是建立痴呆症治疗和照护相关知识的基础上, 区别于一般公众对于痴呆症的态度, 体现了医护人员痴呆症照护胜任力理论。DCAS 共包括 10 个条目, 其中 4 个积极态度描述, 6 个消极态度描述。DCAS 由研究对象根据自己在痴呆症照护中的真实感受如实回答, 描述按照 1 (非常不同意)、2 (不同意)、3 (中立)、4 (同意) 和 5 (非常同意) 五级评分。计算 DCAS 总分时, 积极态度的描述采用正向计分, 消极态度的描述采用反向计分, 所以, 整个量表得分越高, 说明研究对象对待痴呆症患者及其照护者的态度越积极<sup>[53]</sup>。原作者对 DCAS10 个条目进行主成分分析, 析出 2 个因子, 根据条目意思以及因子载荷值, 将这 2 个维度命名为 “衷心” (Heartfelt) 和 “沮丧” (Heartsink), 总共能够解释总变异的 47%。其中, “沮丧” 因子包括 4 个条目, 解释总变异的 17.58%, 内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.54; “衷心” 因子包括 3 个条目, 解释总变异的 29.17%, 内部一致性 Cronbach's alpha 系数为 0.45。2 因子的相关系数  $\gamma$  为 -0.23<sup>[51]</sup>。

中文版 DCAS 在本学位论文第一部分的基础上发展得来 (见附录 2)。对中文版 DCAS 进行主成分分析得到了与英文版相似的结构, 共析出 2 个因子, 释总变异的 52.70%, 每个因子诠释的内容与英文版相似。“沮丧” 因子所包含的条目与原英文一致, 唯一的区别是中文版 “衷心” 因子包括 4 个条目, 原英文版包括 3 个条目, 两者共同拥有的只有 2 个条目, 即条目 “提供诊断通常是有益的而不是有害的” 和 “家属宁愿被及早告知他们的亲属患有痴呆症”。条目 “痴呆症最好通过专科服务做出诊断”、“最好以委婉的方式与痴呆症患者交谈” 在中文版主成分分析中因没有有意义的因子解释而被删除。中文版 “衷心” 因子的 Cronbach's alpha 系数为 0.73, “沮丧” 因子的 Cronbach's alpha 系数为 0.62, 分别高于原英文版。间隔 2 周重测信度组内相关系数为 0.79 (0.65-0.87), 表明中文版本具有良好的心理学测量指标, 使用于中国人群。中文版 DCAS 的心理测量学指标详见本学位论文的第一部分。

本研究对 DCAS 按照其因子分别计分, 而不计算量表的总得分, 主要考虑到中文版 DCAS 的因子结构包含的条目与原英文版有所区别, 为了更好地为今后有关进一步验证中文版 DCAS 信度、效度的研究提供参考, 故对 “衷心” 和 “沮丧” 两因子分别计分。DCAS 积极条目- “衷心” (Heartfelt) 因子满分为 20 分, 得分越高说明研究对象的态度越积极; 消极条目- “沮丧” (Heartsink) 因子满分为 20 分, 得分越高说明研究对象的态度越消极。

#### （4）痴呆症照护方式问卷（Approach to Advanced Dementia Care Questionnaire, ADCQ）

痴呆症照护方式问卷主要用来测评研究对象在痴呆症患者照护过程中使用以人为中心照护方式的水平（见附录 5）。以人为中心的照护方式是当前研究中普遍推崇的痴呆症患者照护实践的“金标准”，是医护人员痴呆症照护相关知识和态度的具体应用。该问卷呈现了一位女性痴呆症老年患者照护的场景，分别从时间、地点和情境定向；行为调整；对过去或现在的强调；与患者交流的目的；混淆是否对患者有意义 5 个方面评价医护人员在对患者的照护中是否采用了以人为中心的照护方式。该问卷包括 13 个条目，要求研究对象对每个条目所描述的问题选择采用现实为导向的照护方法或以人为中心的照护方法。选择以现实为导向的照护方法记 0 分，以人为中心的照护方法记 1 分，量表总得分 0-13 分，分数越高表示研究对象对此患者更倾向使用以人为中心的照护方法<sup>[53]</sup>。中文版 ADCQ 信度、效度在台湾学者 Lin 等的研究中得到验证<sup>[89]</sup>。

#### （5）痴呆症照护教育项目满意度问卷

痴呆症照护教育项目满意度问卷由研究者自行设计，主要是在教育项目结束时用于了解干预组研究对象对本教育项目的接受程度和整体评价。问卷共 7 个对于教育项目评价的陈述，包括教育项目的整体满意度、教学内容的满意度、教学方式的满意度、教育项目对痴呆症照护实际工作帮助的满意度。每个陈述采用 1（“非常不同意”）、2（“不同意”）、3（“有些不同意”）、4（“中立态度”）、5（“有些同意”）、6（“同意”）和 7（“非常同意”）七级评分。具体详见附录 8。

### 2.2.2.5.2 半结构式小组访谈提纲

本研究采用面对面小组访谈的方式收集半结构式问题资料。通过小组访谈有利于研究者了解干预组研究对象对教育项目的看法，更重要的是，小组访谈的形式有利于研究者从全局的角度探究教育项目前后痴呆症照护实践的变化以及医护人员在痴呆症照护实践中所需的支持。基于此，在文献回顾的基础上，制订本研究的半结构式小组访谈提纲，共包括 7 个问题。半结构访谈提纲用于引导整个访谈过程的进行，保证访谈的内容围绕研究的目的进行。访谈开始前，采用访谈对象一般情况记录表（同量性资料收集过程中的一般资料问卷-附录 3）收集访谈对象的基本资料。每组小组访谈持续时间平均为 30 分钟左右，研究对象知情同意书和半结构式小组访谈提纲详见附录 9。

## 2.2.2.6 资料收集过程

### 2.2.2.6.1 人员培训

由于本研究中量性资料的收集工具与本学位论文第一部分采用的收集工具相同，因此，量性资料的收集工作由同样的人员完成，即就读于中南大学湘雅医学院的 1 名博士生和 3 名硕士生完成（详见本学位论文第 27 页）。

半结构式小组访谈的资料收集由研究者本人和 1 名中南大学湘雅医学院的硕士完成。研究开始前，系统学习半结构式小组访谈的相关理论和访谈的技巧，并通过反复练习确认掌握小组访谈的技巧，注意访谈过程中的注意事项。

### 2.2.2.6.2 正式资料收集

为了保证教育项目实际实施的成功率，本研究选择了湖南省长沙市初级卫生机构的医护人员作为研究对象。在得到中南大学湘雅护理学院和湖南省卫生厅的许可和帮助下，与长沙市的初级卫生机构联系，介绍本研究的目的、内容和过程，邀请初级卫生机构及其医护人员加入本研究，决定参与本研究者，签署书面知情同意书。在量性资料收集阶段，考虑到医护人员的工作性质，在征得初级卫生机构和医护人员的同意后，课题组成员亲临其所在的初级卫生机构进行资料。半结构式小组访谈的地点设置在中南大学湘雅护理学院办公室。访谈过程中使用录音笔记录全部的访谈内容，对于访谈过程中的疑点及时澄清。访谈资料由研究者本人进行逐字逐句转录，研究者反复阅读并核对转录资料与原始录音，保证对资料充分熟悉。转录后的文字资料返回至访谈对象，以便对资料的准确性、真实性和完整性进行进一步核对。访谈结束后给予访谈对象价值 20 元的礼物，作为其参与本研究耽误的时间的补偿。资料收集时间从为 2013 年 7 月到 2014 年 5 月。痴呆症照护教育项目实施流程见图 2-3。



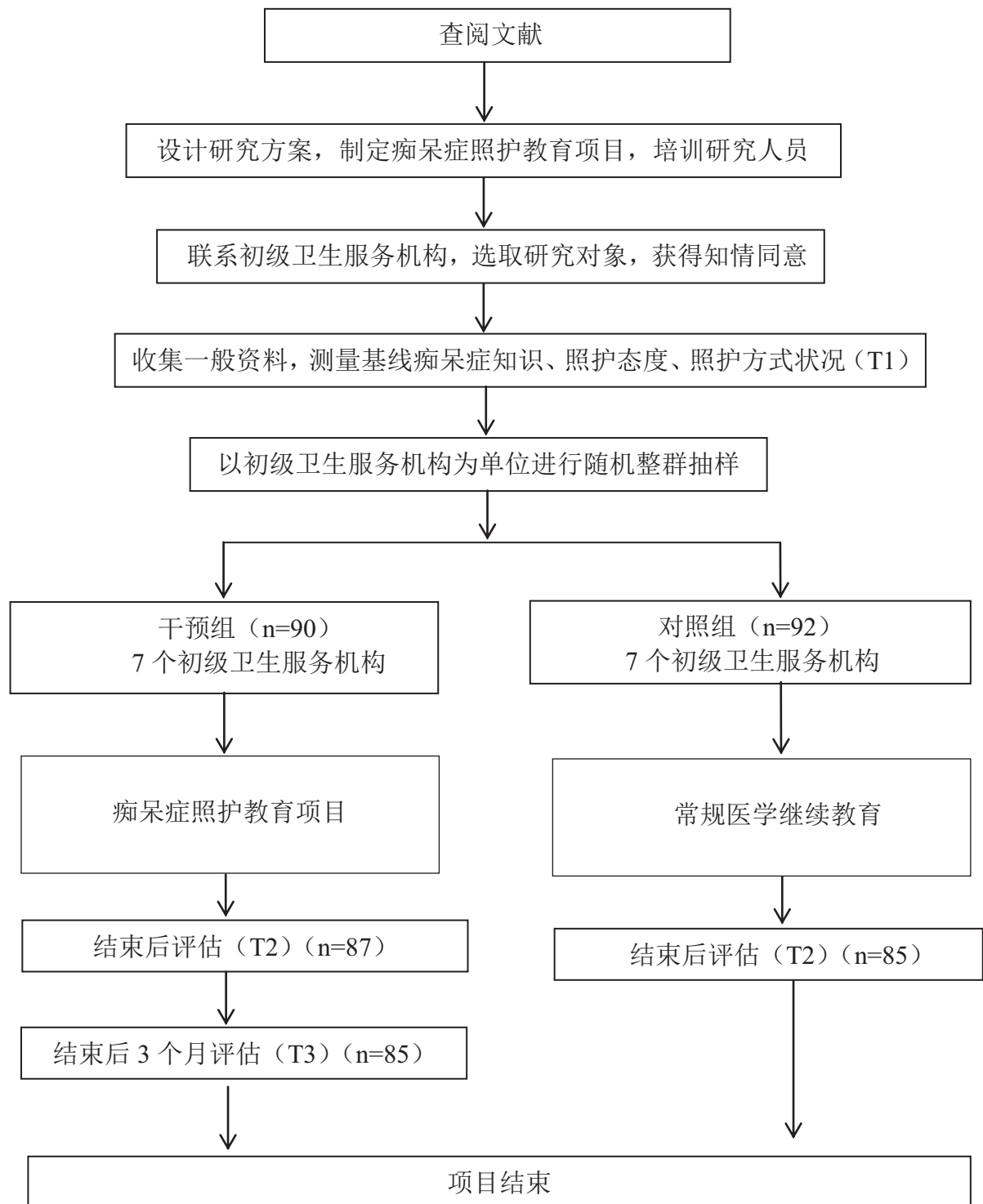


图2-3. 痴呆症照护教育项目实施流程



## 2.2.2.7 资料整理与统计分析

### 2.2.2.7.1 量性数据分析

研究指出，如果一份问卷缺失条目达到 15%-40%。在进行统计分析时应被视作无效问卷处理。本研究中，一份问卷缺失条目若达到 15%被视作无效问卷，但是该研究对象其他符合条件的问卷仍被视为有效问卷进行统计分析。对于缺失值，本研究采用该条目的平均值来替代。

采用 SPSS 22.0 统计软件包建立数据库，所有量性资料均由双人录入。录入完毕后，随机抽取 5%的原始问卷进行核对，检查录入的准确性，发现错误及时纠正，再利用 SPSS 软件对全部数据库进行输入错误筛查，保证数据录入的质量。本研究中检验水准  $\alpha$  取 0.05，P 值均取双侧概率。描述性统计分析用于研究对象一般资料的统计，其中计量资料用均数、标准差进行描述，计数资料用频数、百分率描述。对两组研究对象的一般资料、痴呆症知识（ADKS）、照护态度（DCAS-Heartfelt, DCAS-Heartsink）和照护方式（ADCQ）的基线调查数据采用卡方检验、独立样本  $t$  检验、Mann-WhitneyU 检验以评估各组组间均衡性。采用 Kolmogorov-Smirnov 检验评估数据是否属于正态分布。

采用 STATA13.0 建立混合效应线性回归模型（Mixed Effect Linear Regression Model）。以“*xtmixed*”命令拟合本研究 4 个结果指标（ADKS、DCAS-Heartfelt、DCAS-Heartsink 以及 ADCQ）的线性混合模型。使用最大似然估计（Maximum Likelihood Estimation）比较干预组结果指标得分与对照组结果指标得分随时间的变化。其中，组内水平为结果指标在不同时间点的得分（如 ADKS 得分随时间的变化）；组间水平即不同干预水平（如痴呆症照护教育干预和对照）；组间合计（研究对象间）用来评价时间与干预的交互作用。混合效应线性回归模型根据本研究中随机对照实验的 5 个潜在混淆因素：工作年限、受教育水平、职业类型、工作中照护痴呆症患者的经历以及生活中照护痴呆症家属的经历进行调整。双尾检验水准为 0.05，95% CIs 与 P 值同时报道。

### 2.2.2.7.2 半结构式小组访谈资料分析

半结构小组访谈的录音资料由研究者逐字逐句进行转录，反复阅读并核对转录资料与原始访谈录音，转录后的访谈资料返回至研究对象进一步核对，确保资料的完整性、真实性和准确性。本研究中，研究者采用质性研究中的归纳内容分析法（Inductive Content Analysis）对资料进行进一步分析。内容分析法，作为护理领域被广泛使用的一种研究方法，能够客观和系统地描述和量化现象<sup>[163, 164]</sup>。

通过内容分析法能够使研究者将原始的资料提炼成数量较少的、与内容相关的具体类别，划分到同一类别的资料被认为代表相同的含义<sup>[165, 166]</sup>。归纳内容分析法，作为常用的内容分析法之一，适用于对某种现象现存的知识不足或者知识相对支离破碎时，通过归纳内容分析法能够将观察到的特定实例联合成一个完整的或者通用的描述和表达<sup>[166, 167]</sup>。

在以往的研究中，“内容分析法”大多数情况下仅作为关键词出现，具体的资料分析过程鲜有报道。研究者在 Elo 等提出的归纳内容分析法的要求和步骤指导下，结合本研究的内容和研究目的，对其进行适当调试，对半结构式小组访谈的资料进行分析<sup>[166]</sup>。

资料分析的具体过程如下：

#### （1）对资料进行开放式译码

开放式译码（Open Coding）是指在对转录资料逐字逐句进行阅读的过程中，根据内容所提炼出的要点和标题，这是归纳内容分析法资料分析的正式开始。在本研究中，研究者首先分别对每小组的访谈转录资料反复阅读，结合本研究的研究目的，以要点或标题的形式描述转录资料中有意义的表达和描述，并在转录资料的空白处进行总结，即获得开放式译码。

#### （2）分组（Grouping）

研究者将各小组访谈所提炼出的开放式译码进行汇总、分析、总结和归类，根据其所代表的内容，将开放式译码划入不同的组别中，同一组内的开放式译码代表相同的内容。分组的目的是通过将代表相同含义和内容的译码划分到同一组别中，以此减少开放式译码的数量。

#### （3）分类（Category）

此过程中，研究者进一步分析各组开放式译码的含义以及它们之间的相互关系。按照原始资料内容的“归属”（Belonging），将各组开放式译码划分到不同的类别中（Category）。类别的创建需反映研究的目的以及研究的理论框架。通过创建类别有利于加深研究者对数据的理解，同时为研究者提供了一种描述现象、提高认识和生成知识的方式。最终，研究者根据所获得的类别形成对所研究问题的整体描述。值得注意的是，描述过程应尽可能的合理和细致。

### 2.2.2.8 质量控制

（1）本研究课题设计路线与具体实施方案是在中南大学湘雅护理学院和澳大利亚弗林德斯大学护理与助产学院 3 位导师的指导下完成，并通过博士学位论文开题报告中所有专家的审阅，确定了研究方案的科学性和可行性。

（2）综合运用了文献查询法、专家咨询法和医护人员名义群体法构建痴呆

症照护教育项目的内容，最终的教育课程大纲和案例分析材料反复征求专家意见，并不断修改完善。

(3) 本学位论文第一部分对医护人员痴呆症照护知识和态度测评工具的研究，为本部分教育项目效果的测评提供了信度、效度可靠的资料收集工具。

(4) 研究中使用的所有问卷当场发放、当场收回，保证回收率。除了必要的解释外，均由研究对象自主填写。研究人员对回收问卷进行全面检查，及时补充遗漏项，保证问卷的有效率。

(5) 数据录入采用双输入形式，保证输入数据的准确性。

(6) 本研究由研究者本人对小组访谈的录音进行逐字逐句地转录，并将转录成的文字资料返回给研究对象进行确认。对资料的分析严格按照归纳内容分析法的要求和步骤进行，保证研究结果的可靠性。

(7) 教育项目实施过程中以初级卫生机构为单位进行随机整群抽样，并尽量减少干预组与对照组间的相互交流，减少沾染，保证干预的效果。

(8) 为了保证研究对象的依从性，为研究对象提供便利的教育实施场所，并由研究者亲自到初级卫生机构收集资料。

(9) 在教育内容发展阶段、资料分析阶段以及英文文章的撰写过程中，与研究相关的所有中文资料均被翻译成英文，并且由 2 位精通中-英文双语的专家进行确认和验证。

### 2.2.2.9 伦理学考虑

本研究获得中南大学湘雅护理学院伦理委员会批准，资料收集和研究实施过程符合伦理要求，研究设计提交中南大学湘雅护理学院以及涉及的各初级卫生机构审查，获得许可后，方才进行现场研究。研究者向研究对象详细介绍本研究的目的、研究具体过程及参与本研究可能带来的利益及不便，使研究对象自主做出是否参与本研究的决定，对同意参加者签署知情同意书。研究过程中做好研究对象信息的保密工作，告知研究对象其相关权利，在研究的任何阶段均可自主退出研究而不会对其有任何损害。承诺在研究结束后，如有需要，向对照组医护人员及其他未加入本研究的医护人员公开本痴呆症照护教育项目的所有课程内容和教学资源。

除此之外，因为本研究还进行了面对面的半结构式小组访谈，所以还考虑了以下伦理学问题。在小组访谈前，告知研究对象作为访谈参与者需要其配合的事宜及可能花费的时间；告知其为了后续资料分析整个访谈过程会被录音被最终转化成文字，文字资料最终会返回给参加者进行核实，文字资料不会涉及任何能辩明身份的信息。研究对象可以拒绝回答访谈中的任何问题，也可以要求对某部分

的访谈内容不录音，同样可以在任何时间选择退出本研究，该行为不会对其在初级卫生机构的工作造成任何影响。

### 3 结果

#### 3.1 研究对象一般资料分析

本研究对象共 170 例。年龄：平均年龄 (30.91±8.26)；工作年限：平均工作年限 (9.58±8.26)；性别：男性 29 例，女性 141 例；婚姻状况：已婚夫妻健在 106 例，未婚、丧偶或离异 64 例；受教育水平：专科 116 例，本科及以上学历 54 例；职业：医生 102 例，护士 68 例；在工作中照护过痴呆症患者的 59 例，未在工作中照护过痴呆症患者的 111 例；生活中照护过痴呆症家人的 42 例，生活中未照护过痴呆症家人的 128 例。

对两组研究对象的一般资料进行比较，结果显示，2 组研究对象一般资料组间差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )，2 组资料均衡，具有可比性，见表 2-9。

表2-9 两组研究对象一般资料比较 (n=170)

项目	对照组 (n=85)	干预组 (n=85)	t 或 $\chi^2$	P
年龄(Mean&SD) *	31.27 (8.87)	30.55 (7.65)	0.57	0.57
工作年限(Mean&SD) *	10.19 (8.86)	8.96 (7.62)	0.97	0.34
性别(N&%)†			0.42	0.84
女	71 (83.5%)	70 (82.4%)		
男	14 (16.5%)	15 (17.6%)		
婚姻状况(N&%)†			0.48	0.83
已婚夫妻健在	54 (63.5%)	52 (61.2%)		
未婚、丧偶或离异	31 (36.5%)	33 (38.8%)		
受教育水平(N&%)†			0.11	0.74
专科	59 (69.4%)	57 (67.1%)		
本科及以上学历	26 (30.6%)	28 (32.9%)		
职业(N&%)†			0.10	0.75
医生	50(58.8%)	52 (61.2%)		
护士	35(41.2%)	33 (38.8%)		
工作中照护痴呆症患者的经历(N&%)†			0.03	0.87
是	30(35.3%)	29 (34.1%)		
否	55 (64.7%)	56 (65.9%)		
生活中照护痴呆症家属的经历(N&%)†			0.13	0.72

历(N&%)†		
是	20(23.5%)	22(25.9%)
否	65(76.5%)	63(74.1%)

注：\*独立样本的t检验；†行×列表卡方检验。

## 3.2 研究对象痴呆症知识、照护态度和照护方式状况分析

### 3.2.1 研究对象基线痴呆症知识、照护态度和照护方式基线测评

基线资料显示, 170 例研究对象 ADKS 得分为(19.33±2.89)、DCAS 中“衷心”因子(“Heartfelt”)得分为(16.23±2.02), “沮丧”因子(“Heartsink”)得分为(11.62±3.09)、ADCQ 得分为(5.22±2.21)。表明参与本研究的医护人员具有中等水平的痴呆症照护知识和照护态度, 而痴呆症照护方式问卷得分较低, 表明医护人员在照护工作中对痴呆症患者较少使用以人为中心的照护方式。

使用 Kolmogorov-Smirnov Test 对 170 例研究对象的 ADKS、DCAS-Heartfelt、DCAS-Heartsink 和 ADCQ 的得分进行正态分布检验, 结果显示, 得分均不符合正态分布 (P<0.05)。使用 Mann-Whitney U 检验分析, 结果显示, 2 组研究对象得分组间差异无统计学意义 (P>0.05), 表明 2 组研究对象痴呆症知识、照护态度和照护方式水平具有可比性, 见表 2-10。

表2-10 两组研究对象基线ADKS、DCAS和ADCQ得分比较 ( $\bar{x}\pm SD$ )

项目	对照组 (n=85)	干预组 (n=85)	Z	P
ADKS 得分	19.36±3.05	19.29±2.72	-0.30	0.76
DCAS-Heartfelt 得分	16.26±2.03	16.20±2.02	-0.40	0.69
DCAS-Heartsink 得分	11.58±3.46	11.67±2.70	-0.80	0.43
ADCQ 得分	5.33±2.37	5.12±2.05	-0.22	0.83

注：ADKS总分30分；Heartfelt总分20分；Heartsink总分20分；ADCQ总分13分

### 3.2.2 研究对象在不同时间点痴呆症知识、照护态度和照护方式状况分析

分别在干预前(T1)、干预结束(T2)和干预结束后3个月(T3)使用 ADKS、DCAS 和 ADCQ 评价干预组和对照组研究对象的痴呆症知识、照护态度和照护



方式水平，其中对照组干预结束后3个月（T3）的数据资料同干预结束时（T2）。结果显示，干预结束后3个月（T3），干预组 ADKS 得分提高了 4.85 分；DCAS-Heartfelt 得分提高了 1.42 分，DCAS-Heartsink 得分降低了 3.63 分；ADCQ 得分虽然在干预结束后3个月（T3）较干预结束时（T2）降低，但与干预前相比（T1）仍提高了 2.82 分。见表 2-11。

表2-11 两组研究对象干预前后不同时间点AKDS、DCAS和ADCQ得分 ( $\bar{x}\pm SD$ )

项目	对照组 (n=85)	干预组 (n=85)
<b>ADKS 得分</b>		
干预前 (T1)	19.36±3.05	19.29±2.72
干预结束 (T2)	19.68±2.79*	23.47±2.72
干预结束后 3 个月 (T3)	19.68±2.79*	24.14±2.66
<b>DCAS-Heartfelt 得分</b>		
干预前 (T1)	16.26±2.03	16.20±2.02
干预结束 (T2)	15.95±2.03*	17.08±1.63
干预结束后 3 个月 (T3)	15.95±2.03*	17.62±1.48
<b>DCAS-Heartsink 得分</b>		
干预前 (T1)	11.58±3.46	11.67±2.70
干预结束 (T2)	11.49±2.62*	9.44±2.20
干预结束后 3 个月 (T3)	11.49±2.62*	8.04±1.80
<b>ADCQ 得分</b>		
干预前 (T1)	5.33±2.37	5.12±2.05
干预结束 (T2)	5.33±2.84*	9.58±2.69
干预结束后 3 个月 (T3)	5.33±2.84*	7.94±3.13

注：\*对照组在干预结束后3个月（T3）未进行数据收集，以减少研究对象过度的负担，其数据资料重复干预结束时（T2）的数据。

### 3.3 痴呆症照护教育项目效果评价

分别对干预组和对照组，干预前后不同时间点的 ADKS、DCAS-Heartfelt、DCAS-Heartsink 和 ADCQ 得分建立混合效应线性回归模型。本研究中包括干预因素和时间因素，其中干预因素有两个水平，即痴呆症照护教育及对照；时间因素有 3 个水平，即干预前（T1）、干预结束（T2）和干预结束后 3 个月（T3）。表 2-9 表明，2 组研究对象的一般资料均衡，差异无统计学意义 ( $P<0.05$ )，然而，

在混合效应线性回归模型中，结果变量的得分仍可能受到研究对象一般资料（即随机对照实验中的潜在混淆因素）的影响，因此，在文献回顾的基础上，首先将研究对象一般资料中的“工作年限”、“受教育水平”、“职业类型”、“工作中照护痴呆症患者的经历”和“生活中照护痴呆症家属的经历”纳入混合效应线性回归模型，检测其对 ADKS、DCAS-Heartfelt、DCAS-Heartsink 和 ADCQ 得分的影响。结果表明，ADKS 得分受到研究对象工作年限和生活中照护痴呆症家属经历的影响（ $P<0.05$ ）；DCAS-Heartfelt 得分受到研究对象职业的影响（ $P<0.05$ ）；ADCQ 得分受到研究对象工作年限的影响（ $P<0.05$ ），见表 2-12。

表2-12 潜在混淆因素对ADKS、DCAS-heartfelt、DCAS-heartsink、ADCQ得分的影响

项目	ADKS	DCAS-heartfelt	DCAS-heartsink	ADCQ
	R (P)	R (P)	R (P)	R (P)
工作年限	0.07 (0.00)*	0.02(0.12)	0.01(0.56)	0.06(0.00) *
受教育水平	0.38(0.27)	0.35(0.18)	0.08(0.84)	0.47(0.15)
职业	-0.55(0.10)	-0.66(0.01) *	0.16(0.65)	-0.47(0.13)
工作中照护痴呆症患者的经历	-0.47(0.18)	0.20(0.44)	0.43(0.25)	-0.26(0.42)
生活中照护痴呆症家属的经历	-0.78(0.04) *	0.05(0.87)	-0.20(0.63)	-0.44(0.21)

注：R为回归系数；\* $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

在将以上混淆因素纳入混合效应线性回归模型后，对干预组和对照组 ADKS、DCAS-Heartfelt、DCAS-Heartsink、ADCQ 得分在不同时间点的得分变化值进行校正后，得出模型的测量结果，如表 2-13 所示。以 ADKS 为例，可以看出，干预组 ADKS 得分在干预结束时（T2）与干预前（T1）相比提高 4.18 分，在干预结束后 3 个月（T3）与干预前（T1）相比提高 4.85 分；对照组 ADKS 得分在干预结束时（T2）与干预前（T1）相比提高 0.32 分，因对照组在干预结束后 3 个月（T3）的数据同干预结束时（T2），因此，同样比干预前（T1）提高 0.32 分。其中，表 2-13“干预效应”一栏显示，ADKS、DCAS-Heartfelt、DCAS-Heartsink、ADCQ 得分在干预主效应上有统计学差异（ $P<0.001$ ），即表明不考虑时间因素时，干预水平不同（痴呆症照护教育和对照），ADKS、DCAS-Heartfelt、DCAS-Heartsink、ADCQ 得分有差别；表 2-13“交互效应”一栏显示，ADKS、DCAS-Heartfelt、DCAS-Heartsink、ADCQ 得分在干预与时间的交互作用上有统计学差异（ $P<0.001$ ），表明在干预前后不同时间点之间，两种干预水平（痴呆症

照护教育及对照) 的 ADKS、DCAS-Heartfelt、DCAS-Heartsink、ADCQ 得分随着时间推移会出现不同的变化幅度。

表2-13 干预组和对照组在干预前、干预结束和干预结束后3个月混合效应线性回归模型测量值

项目	时间点	干预组 (n=85) Δ (95%CI)	对照组 (n=85) Δ (95%CI)	干预效应	P (干预效应)	P (交互相应)
ADKS	干预前 (T1)					
	干预结束 (T2)	4.18 (3.55-4.80)	0.32 (-0.31-0.94)	3.86 (2.98-4.74)	<0.001	<0.001
	干预结束后 3 个月 (T3)	4.85 (4.22-5.47)	0.32 (-0.31-0.94)*	4.53 (3.65-5.41)	<0.001	
DCAS-Heartfelt	干预前 (T1)					
	干预结束 (T2)	0.88 (0.53-1.24)	-0.31 (-0.66-0.05)	1.19 (0.68-1.69)	<0.001	<0.001
	干预结束后 3 个月 (T3)	1.42 (1.07-1.78)	-0.31 (-0.66-0.05)*	1.73 (1.23-2.23)	<0.001	
DCAS-Heartsink	干预前 (T1)					
	干预结束 (T2)	-2.24 (-2.74--.73)	-0.08 (-0.59-0.42)	-2.15 (-2.87--1.44)	<0.001	<0.001
	干预结束后 3 个月 (T3)	-3.64 (-4.14--3.13)	-0.08 (-0.59-0.42)*	-3.55 (-4.27--2.84)	<0.001	
ADCQ	干预前 (T1)					
	干预结束 (T2)	4.46 (3.82-5.09)	0 (-0.64-0.64)	4.46 (3.56-5.36)	<0.001	<0.001
	干预结束后 3 个月 (T3)	2.82 (2.19-3.46)	0(-0.64-0.64)*	2.82 (1.93-3.72)	<0.001	

Δ = 将混淆因素纳入混合效应线性回归模型进行校正后得分出的分值；\*对照组在干预结束后3个月 (T3) 未进行数据收集，其数据资料重复干预结束时 (T2) 的数据。

进一步做干预和时间的轮廓交互图,结果显示,经过干预后,干预组的 ADKS 得分得到提高,对照组保持相对稳定(见图 2-4); 干预组 DCAS “衷心” 因子得分得到提高,对照组则呈现下降趋势(见图 2-5); 干预组 DCAS “沮丧” 因子得分明显下降,对照组则保持相对稳定(见图 2-6); 干预组 ADCQ 得分在干预结束时明显提高,虽然在干预结束之后出现下降趋势,但在干预结束后 3 个月时得分仍高于对照组 ADCQ 得分,对照组 ADCQ 得分则一直保持稳定(见图 2-7)。

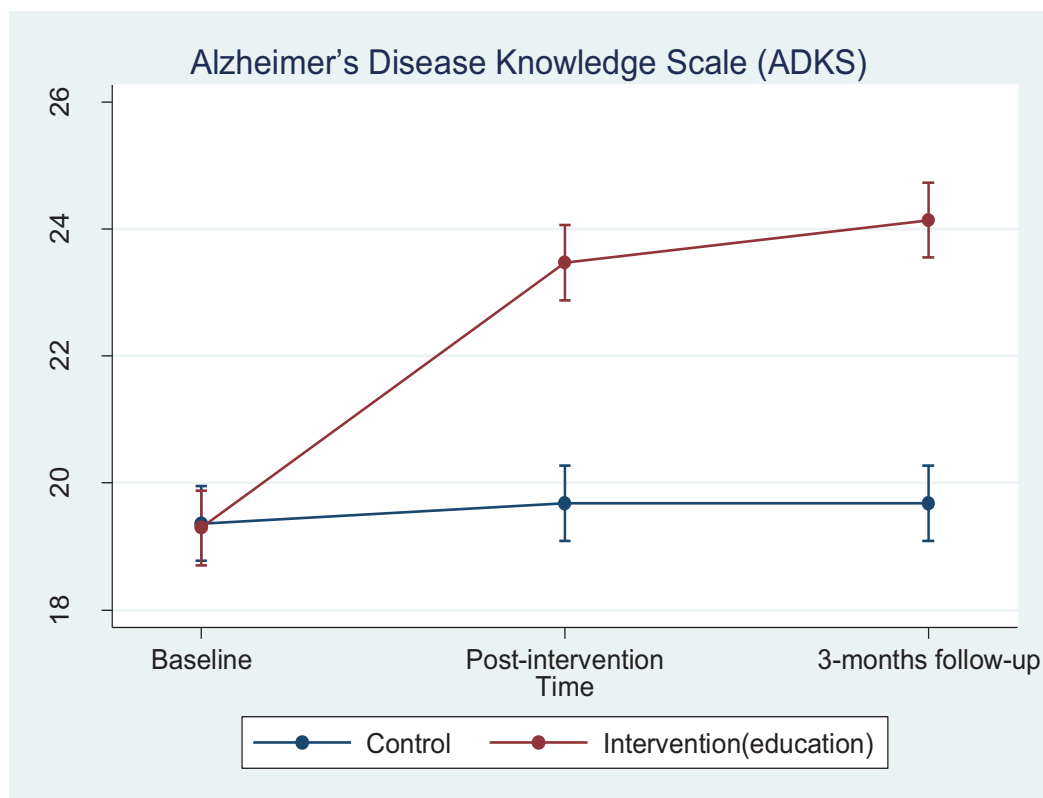


图2-4. ADKS得分干预与时间交互作用图

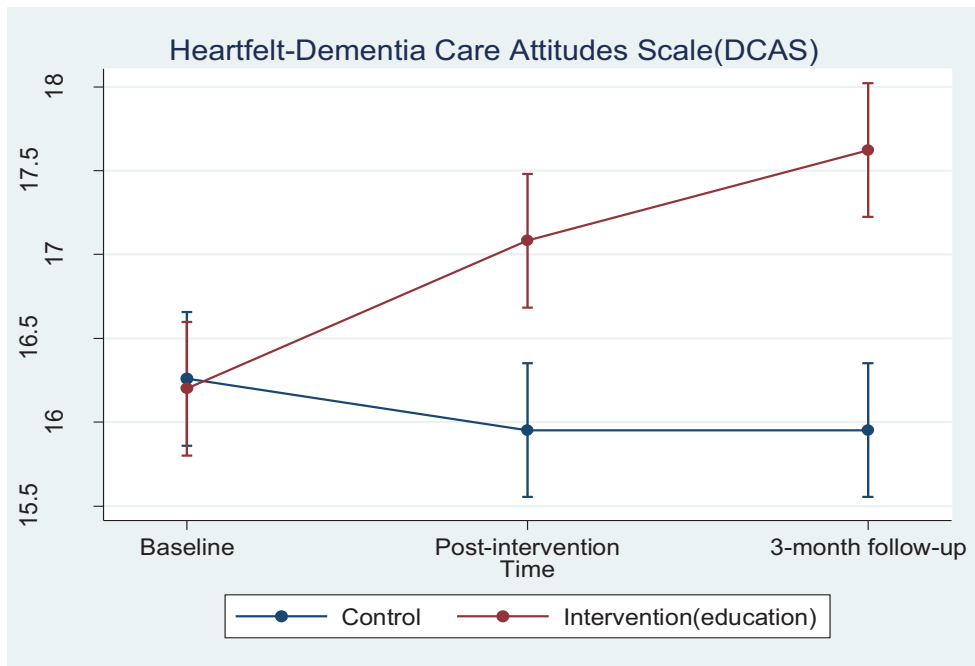


图2-5. DCAS “衷心” 因子得分干预与时间交互作用图

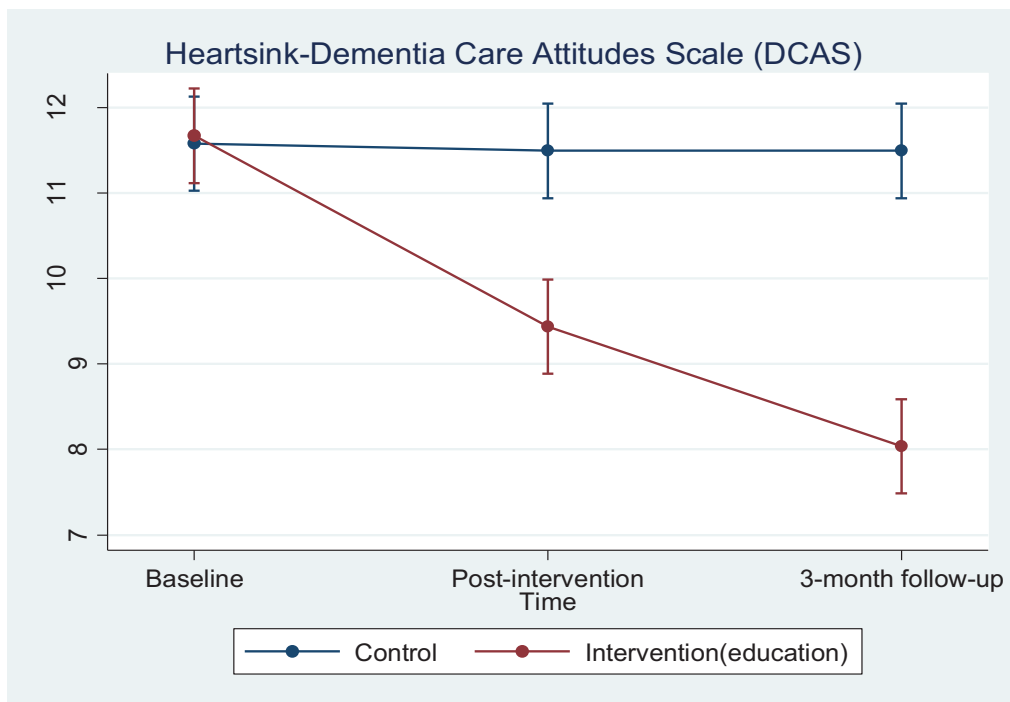


图2-6. DCAS “沮丧” 因子得分干预与时间交互作用图



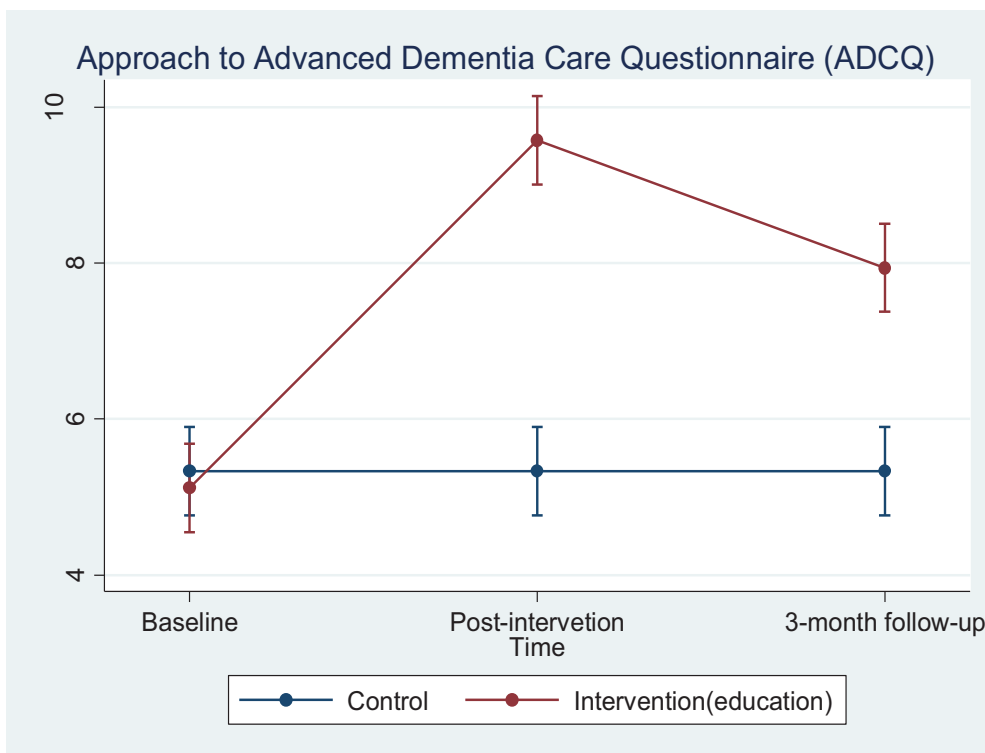


图2-7. ADCQ得分干预与时间交互作用图

### 3.4 痴呆症照护教育项目满意度分析

使用研究者自行设计的痴呆症照护教育项目满意度问卷在教育项目结束时(T2), 对干预组研究对象进行调查。结果显示, 85 名研究对象满意度问卷平均总得分(44.69±2.71), 表明干预组研究对象对本痴呆症照护教育项目感到满意。在教育项目内容方面, 医护人员认为教育项目有利于帮助他们学习痴呆症照护服务方面的知识, 并能够满足他们自身对痴呆症照护服务的学习需求, 同时, 能够满足他们向同事、社区居民传授痴呆症照护相关知识的学习需求; 在教学方法方面, 医护人员认为本教育项目中主要采取的课堂讲座和案例讨论两种教学方法有利于帮助他们学习和强化知识; 除此之外, 医护人员认为教育项目中“单元 10-痴呆症照护教育知识向实践转化”的学习有利促进他们将所学的痴呆症照护知识运用到实际工作中。痴呆症照护教育项目满意度问卷各条目得分具体见表 2-14。

表2-14 干预组研究对象痴呆症照护教育项目满意度问卷得分 (n=85)

条目	得分 (Mean±SD)
1. 在参加此教育项目之前, 我对痴呆症照护服务的相关知识了解非常有限。	6.00±0.86
2. 此教育项目帮助我学到痴呆症照护服务方面的新知识。	6.49±0.57
3. 教育项目中的课堂讲座是必须的, 而且是有帮助的。	6.52±0.57
4. 案例讨论加强了我对痴呆症照护服务的学习。	6.60±0.49
5. 如何将知识转化为实践的讨论帮助我思考怎样将学到知识应用到我的工作实际中。	6.25±0.79
6. 课程教育手册和多媒体课件使我能够在需要的时候回顾和复习课程。	6.58±0.50
7. 总体来说, 此教育项目符合我对痴呆症照护服务及向同事、社区居民普及痴呆症照护相关知识的学习需求。	6.31±0.62
总分	44.69±2.71

注: 痴呆症照护教育项目满意度问卷采用Likert7级评分, 总得分范围为0-49分。

### 3.5 半结构式小组访谈资料的分析

在教育项目结束 3 个月后 (T3), 研究人员采用半结构式访谈提纲对干预组研究对象进行小组访谈。根据前期研究中已经收集的研究对象的资料, 在便利抽样的同时, 研究人员尽量选择信息丰富的医护人员作为访谈对象, 并参照医护人员的年龄、工作年限、受教育水平、职业等人口学资料, 尽可能确保样本具有代表性且分布均匀。小组访谈的样本量取决于所收集到的资料的饱和程度, 即访谈中没有新的信息再出现, 即使出现重复的信息, 其衡量的标准集中在已获得资料的丰富程度, 而非取决于资料提供者的数量<sup>[113]</sup>。因此, 基于信息饱和原则, 本研究在没有新信息出现时停止了研究对象的纳入, 最终纳入 30 名医护人员参与了 5 组小组访谈, 满足资料饱和的原则。30 名研究对象中年龄最小为 22 岁, 最大为 60 岁, 平均年龄 33 岁; 17 名 (56.7%) 女性, 13 名 (43.3%) 男性; 所受教育水平中本科及以上学历 16 名 (53.3%), 专科 14 名 (46.7%); 其中 14 名 (46.7%) 医生, 16 名 (53.3%) 护士, 研究对象的人口学资料基本均衡。

在 Elo 等提出的归纳内容分析法步骤和要求的指导下 (详见学位论文 74-75 页)<sup>[166]</sup>, 结合整个数据库所反映的内容并结合本研究的研究目的和理论框架, 共析出 3 个主题, 即: “痴呆症照护实践的变化”、“痴呆症照护教育项目的看法”以及“医护人员在痴呆症照护实践中所需的支持”。图 2-8 以“痴呆症照护实践的变化”主题为例, 阐述了本研究中主题析出的过程以及主题与其所包括类别和子类别间的相互关系。

结果表明, “痴呆症照护实践的变化”主题共析出 4 个类别: 医护人员个体痴呆症照护能力提高; 痴呆症照护中医护合作加强; 初级卫生机构新开展的痴呆症照护服务; 居民痴呆症照护教育的开展 (各类别及相应举例详见表 2-15); 主题“痴呆症照护教育项目的看法”共析出 3 个类别: 教育内容、授课方法、教育项目改进 (各类别及相应举例详见表 2-16); 主题“医护人员在痴呆症照护实践中所需的支持”: 包括 3 个类别: 政策支持、人力支持和资源支持 (各类别及相应举例详见表 2-17)。



图2-8. 采用归纳内容分析法析出主题过程-以“痴呆症照护实践的变化”为例

表2-15 “痴呆症照护实践的变化”主题析出的类别与举例

类别	举例（节选）
C1.医护人员个体痴呆症照护能力提高	<p>E1.我们社区有一些痴呆症患者，过去没有系统地学习过，大体知道他们是痴呆症，但是也不是很明确，总觉得这病是治不了的，心里就觉得治不了，以为没有什么干预的措施。[P10]</p> <p>E2.通过学习呢，我知道病人这些个表现都是疾病造成的，从医学角度来看，知道它（痴呆症）是个什么病情，我觉得这个痴呆症病人呢，也是可以通过各种各样的方式啊，让他（痴呆症患者）生活得更好，你像好多病人不是那种完全和人无法沟通的，他可以和大部分人沟通，你可以多跟他讲讲话..... [P5]</p> <p>E3.通过培训，我对痴呆症这个病的认识程度有了很大的提高。我们这里就有一部分老年人是这个病，阿尔茨海默病、血管性痴呆比较多，在这个照顾方面，以及一些针对性的治疗方面，感觉比培训前是有一个很大的提高，特别是在照顾这一块，给病人家属也好、护工也好，我们都及时提供一些指导，比如，病人的大小便失禁如何管理，对于不配合的怎么样跟家属和患者去沟通，包括指导护工具体怎么样去照顾啊，这些工作方面，还是有明显的提高。[P3]</p>
C2.痴呆照护中医护合作	<p>E1.痴呆症护理方面对我来说是个缺陷，因为我是医生，我也不是搞护理的，我关注的肯定是治疗方面和用药方面多一点，但是后边通过这个学习，我觉得对痴呆症患者生活方面的护理非常重要，这涉及到吃穿住行的方方面面。[P7]</p> <p>E2.上次痴呆症的教育项目，我（社区医生）跟我们中心的一位护士一起去的，回来以后我们两个主要负责的就是康复、养老照护这一块。我们现在对病人提供一些针对性的治疗和心理治疗，对家属进行一些照护指导，对照护中存在的问题一起讨论作出解决，对痴呆症患者来说治疗其实主要就是延缓这个疾病的进程，所以护理在这其中起了很重要的作用。[P5]</p>

备注：C(Category)=类别；E(Example)=举例

表2-15 “痴呆症照护实践的变化”主题析出的类别与举例

类别	举例（节选）
C3. 新开展的痴呆症照护服务	<p>E1: 社区卫生服务中心负责的主要就是一些常见病, 像一些感冒啊, 高血压啊, 糖尿病等, 还有老年人的免费健康体检, 也有一些应急的公共卫生事件的处置, 再就是精神病的规范管理。对于痴呆症, 之前我们经验也不是很足, 没有真正进行干预过, 以为没得治。[P7]</p> <p>E2: 教育项目后我们对社区内出现记忆力明显衰退的居民进行了登记, 建立了专门的档案, 定期随访, 给他们推荐了神经内科, 也介绍到上级医院, 以便能及时确诊。[P21]</p> <p>E3: 参加完痴呆症照护教育项目后, 我给我们社区卫生服务中心的同事们进行了关于痴呆症的培训, 主要讲了痴呆症每一个类型的特点, 然后护理方面讲得比较多, 这样我们的医护人员对于痴呆症的认识都有了一些提高, 他们就会给来社区卫生服务中心的老年人进行普及, 让老年人都能多了解了解。[P5]</p> <p>E4: 我们社区初步成立一个日间照料中心, 就是以“白托”的形式, 白天由医护人员来照料这些有意识障碍和痴呆症的患者, 晚上再由家人接回家中, 这样让患者在接受专业照护的同时不远离家庭, 这对患者的康复是很有帮助的。[P8]</p>
C4. 居民痴呆症照护教育的开展	<p>E1: 借助社区卫生服务中心大厅的电子屏, 我们对居民进行了痴呆症病因、预防和照护的健康普及, 很多老年人都会主动找医护人员进行咨询, 最起码是宣传这种预防痴呆症的意识, 引起大家的重视。[P20]</p> <p>E2: 那一段时间中央电视台在播放“我的父亲母亲”这个节目, 就是讲要关注痴呆症患者, 我们也在社区的宣传栏中进行了痴呆症知识的一些宣传, 还根据之前参加培训时候的课件和讲义编制了一个教育小手册, 发放给居民。很多居民认为人老了这个样是正常的, 对痴呆症引不起重视, 因此, 在痴呆症的预防宣教方面, 我们确实下了很大的功夫, 向社区里的老人们进行宣传。[P12]</p> <p>E3: 我们社区每个月都有针对社区居民的健康教育课, 我们把痴呆症的相关内容加了进来, 专门针对痴呆症的预防和日常照护对居民进行了培训, 比如, 痴呆症患者的安全问题, 针对痴呆症患者将居住环境进行改善, 浴室要防滑、晚上家里要安装地灯, 家具的放置要防止碰撞, 在护理方面; 比如如何管理痴呆症病人的大小便失禁, 如何防止感染等等。[P7]</p> <p>E5: 我们社区里, 每个建档的居民都留有电话号码, 我们将一些痴呆症的知识编成了简单的短信, 进行群发.....[P30]</p>



表2-16 “痴呆症照护教育项目的看法”主题析出的类别与举例

类别	举例（节选）
C1.教育内容满足医护人员对痴呆症患者及照护者进行支持的需要	<p>E1.这个教育项目内容比较全面，包括痴呆症病因啊、临床症状啊、治疗啊、然后护理啊、照顾这一块，再就是老师每堂课也都讲的很细致，会举很多例子，让我对这个病有了个系统的认识。痴呆症以前上学的时候就基本没学过，工作了更没什么机会学了。[P9]</p> <p>E2.以前的话我们没有参加这个教育培训喽，不知道有些患者是不是得的痴呆啊，参加了学习之后，我们才发现原来是得的老年痴呆症，我们就对他们的护理方法进行了调整，也向家庭照护者进行宣传，告诉他们怎么搞饮食、怎样照顾、怎么防止病人跌倒等等。[P10]</p>
C2.教育形式促进医护人员的学习	<p>E1. 通过一个讲解，然后自由发言讨论，还跟老师分成小组对案例一起讨论一下，这种形式还是蛮好的，比较新颖，我们印象就加深了，当然，如果小组讨论的时候人数再少点就好了。[P33]</p>
C3.需提供长期的痴呆症照护教育项目并增加临床观摩和学习	<p>E1.如果能够亲自去大医院或者到福利院参观下他们是如何照护这些痴呆症患者的，就像是进修或者实习一样的，多到医院里边去互动一下，因为只有实际的参观学习后，医护人员才能对痴呆症患者的照护形式有一个具体的认识，才能理论联系实际，这样的话可能收获还是比较大的。[P35]</p> <p>E2. 像痴呆症这个病，应该多给我们培训下，而且不能就是单独的那么几个人能参加培训，像社区这些医生啊，可能只是少部分，大部分还是护士啊，或者是药剂师啊，这些组成的，他们也不是预防医学这个专业毕业的，基层人才也缺少。首先这个医护人员至少他们能够去懂得或者理解痴呆症这个病，然后才有可能去跟社区的痴呆症患者进行一些沟通，对照顾者进行一些指导，所以培训应该范围更广一些，时间要长一些，这对于提高鉴别疾病的能力啊还有这个建档是很帮助的。但是呢，就是说一次两次的这样培训啊，可能还是远远不够。[P30]</p>

备注：C(Category)=类别；E(Example)=举例

表3-17 “医护人员在痴呆症照护实践中所需的支持”主题析出的类别与举例

类别	举例(节选)
C1.政策支持	E1.我们国家目前包括痴呆症在内的绝大多数慢性病患者都在基层,但是我们医护人员是非常有限的,所以对于像痴呆症患者的管理应该是多部门联动的,包括街道,辖区,或者是楼栋,这样形成完整的管理体系,只靠单一部门的努力还是不够的。[P33]
C2.人力支持	E2.每个社区卫生服务中心需设有一位专门负责痴呆症管理的全科医生,对痴呆症患者形成常规的管理,就像管理高血压等慢性病一样。[P30]
C3.资源支持	E3.我觉得每个城市或者每个区应该成立一个专门的痴呆症管理的定点,配有老年科方面的人员,这样痴呆症患者能够被集中管理,实行下来会好一些。这种定点也应该对社区卫生服务中心痴呆症的管理提供一些指导和支持[P8]
	E4.应该将痴呆症照护教育纳入国家医护人员的继续医学教育项目中,对全体医护人员进行长期规范化培训,还可以搭建一个痴呆症学习的网络平台,医护人员可以自己在平台上进行学习,也可以相互讨论。[P25]
	E5.国家应该出台痴呆症管理的相应政策,或者把痴呆症划入慢病的管理中,痴呆症本身就是种慢性疾病,像我们社区老年人口这么多,卫生厅等部门应该有一个更大的扶持力度,如果没有政策支持,基层是很难做下去的。[P3]
	E6.基层医疗设施非常有限,缺乏痴呆症的治疗药物,政府应该加大政策的支持,提供专项的资金或者是专项的什么项目,我们社区卫生服务中心来配合或者协助,这样才能加大痴呆症的管理力度。 [P8]

备注: C(Category)=类别; E(Example)=举例

## 4 讨论

### 4.5 初级卫生机构在痴呆症照护中的角色

本研究调查发现,多数初级卫生机构的医护人员在参加痴呆症照护教育项目前,对痴呆症照护服务的相关知识了解非常有限(6.00±0.86)。小组访谈中,医护人员反映,他们在工作中常把痴呆症错认为是精神病或正常的老化;无法与痴呆症患者进行有效的沟通;缺乏管理痴呆症精神行为症状的策略;未对痴呆症患者的照护者提供及时的指导,除此之外,医护人员对痴呆症患者的照护态度不积极,对患者存在歧视,常常认为患者是不正常的。

目前世界上的多数发展中国家,痴呆症照护服务发展不完善,在我国,专门的痴呆症照护服务几乎处于空白状态,加之受到传统孝道的影响,家属将对痴呆症患者的照护视为是家庭的责任,在此种环境下,绝大多数痴呆症患者居住在自己家中,由家庭照护者提供照护,因此,初级卫生机构的医护人员与痴呆症患者及其照护者有着最广泛的接触<sup>[3, 113]</sup>。大量研究指出,初级卫生机构在痴呆症的早期发现、早期干预、患者的转介以及患者出院后的长期管理和照护中起着至关重要的作用<sup>[168-171]</sup>。早期发现和早期干预能够使痴呆症患者的各项生理功能和认知功能在较长的时间内维持在一个相对稳定的水平,这对提高患者及其照护者的生活质量有着重要的影响。在痴呆症的初级照护中,早期干预是改善患者社会心理健康的前提条件<sup>[172-174]</sup>。同时,研究表明,早期诊断有利于及时采取措施缓解痴呆症患者病情的进展,减少患者在急性病医院的住院天数以及在长期照护机构中的高额花费<sup>[175, 176]</sup>。除了早期的认知水平评估、干预和转诊外,在痴呆症患者的长期管理和照护中,多数痴呆症患者照护者希望初级卫生机构中的医护人员能够针对他们的照护方式及根据他们处理照护中各种问题的能力为其提供长期的教育和支持<sup>[173]</sup>。

然而,研究发现,由初级卫生机构中的医护人员来发现和管理痴呆症患者是一项巨大的挑战,很多医护人员认为自身不能够胜任痴呆症的相关工作<sup>[51, 84, 114]</sup>,这与本研究的调查结果一致。医护人员的在痴呆症照护中的角色直接影响着痴呆症的照护实践<sup>[84, 115]</sup>。大量研究表明,医护人员痴呆症照护胜任力的不足与其接受的痴呆症照护教育缺乏直接相关<sup>[6, 115]</sup>。痴呆症照护教育项目被认为是提高医护人员痴呆症相关知识、改善医护人员痴呆症照护态度和照护方式的有效手段<sup>[65, 177]</sup>。因此,提高痴呆症照护服务质量的前提是使大量的医护人员接受痴呆症专项的教育。在我国,与综合医院的医护人员相比,初级卫生机构的医护人员其专业水平较低,且接受医学教育培训的机会相对较少。因此,针对初级卫生机构痴呆症的照护实践以及初级卫生机构医护人员的学习需求,发展并提供痴呆症照护

教育培训项目是提高我国痴呆症照护服务质量，降低照护者照护负担的有效途径。

## 4.6 痴呆症照护教育项目的内容和授课方法

### 4.6.1 教育内容

在教育内容方面，痴呆症照护教育项目满意度问卷调查发现，医护人员普遍认为本教育项目帮助其学到了痴呆症照护方面的新知识（ $6.49\pm 0.57$ ）；满足其对痴呆症照护服务及向同事传授痴呆症照护相关知识的学习需求（ $6.31\pm 0.62$ ）；同时本教育项目有利于促进其将所学习到的知识应用到实际工作中（ $6.25\pm 0.79$ ）。

研究指出，为保证老年医学教育项目的有效性，教育项目中教学内容的设置和授课方法的选择应满足以下几点：（1）充分满足医护人员的学习需求；（2）将学习目标和学习主题紧密结合；（3）采取有利于促进学习的教学形式；（4）提供一个支持学习的环境<sup>[178-181]</sup>。传统的医学教育项目往往由教师决定授课的主题和内容，再借助幻灯片的形式进行讲授。与传统医学教育不同，本研究教育主题的选择是通过对照痴呆症照护实践进行系统的文献回顾，仔细分析我国医护人员在痴呆症照护中的学习需求，结合医护人员名义群体法和专家咨询法进行确定。

由于我国痴呆照护服务发展缓慢，针对痴呆症照护教育的研究又鲜有报道，因此，本研究在邀请国内专家的同时，为了更好地借鉴国外痴呆症照护教育的先进经验，以国际合作的形式邀请国外痴呆症照护领域的专家对教育项目的内容和授课方法提出建议并进行修订，所有教学内容均翻译成英文，确保教育项目的内容在符合我国医护人员学习需求的同时，保证其先进行。

### 4.6.2 授课方法

在授课方法方面，尽管，由授课教师进行的说教式教学在互动学习中很少被提倡，但是此种授课方法能够使授课教师在较短时间内向大组医护人员有效地传授知识和信息<sup>[3]</sup>。本研究通过痴呆症照护教育项目满意度问卷调查也发现，医护人员认为教育项目中的课堂讲座是必须的，而且是有帮助的（ $6.52\pm 0.57$ ），由此，证实了教师教授法在医学教育项目中的必要性。除此之外，本研究采用案例分析法作为另一主要的授课方法。案例分析为参加教育项目的医护人员创造了一个互动的、教师支持的学习环境，使医护人员能够在对患者照护的真实情景中运用所学的知识<sup>[180, 182]</sup>。本研究针对每一单元的授课主题，收集真实的临床案例，并设置对应的案例分析问题，旨在使医护人员通过对真实病情的分析，形成发展整体



照护方案的能力。在进行案例分析时，本研究同时采用多种促进学习的策略，如分小组讨论、医护人员相互评论对方观点、教师及时给予反馈等，这些策略将传统的医学教育项目中以教师为中心的被动学习形式转变成以学习者为中心的主动学习形式。小组讨论将医护人员协同在一起，讨论形成的结果有利帮助医护人员发现新的问题或产生新的想法，而这往往是个体单独学习所做不到的。比如，对于“以人为中心痴呆症照护”案例的分析，医护人员通过小组讨论所发展的照护方案是基于团队和多学科合作的基础上的，这有利于改善我国目前痴呆症照护的服务模式，多学科相互协作同时也是医护人员痴呆症照护胜任力的要求之一<sup>[50]</sup>。本研究通过痴呆症照护教育项目满意度问卷调查发现，医护人员普遍认为教育项目中的案例讨论加强了其对痴呆症照护服务的学习（ $6.52\pm 0.57$ ）。除此之外，本研究为参加教育的医护人员提供了包含授课重点内容的教育手册，同时，将授课多媒体课件以纸制版发放。调查结果显示，医护人员认为教育手册和多媒体课件能够帮助他们在需要时回顾和复习授课内容（ $6.58\pm 0.50$ ）。

## 4.7 医护人员痴呆症知识、照护态度和照护方式现状

### 4.7.1 医护人员痴呆症知识现状

调查结果显示，本组研究对象阿尔茨海默氏症知识量表（ADKS）平均得分为（ $19.33\pm 2.89$ ），低于 Symth 等对澳大利亚 100 名初级卫生机构医护人员痴呆症知识水平的调查结果，其平均得分为（ $24.02\pm 3.44$ ）<sup>[6]</sup>；同时低于 Carpentre 等对美国医护人员的调查结果（ $27.40\pm 1.89$ ）<sup>[79]</sup>，这表明与痴呆症照护服务发达的国家相比，我国医护人员对于痴呆症的知识水平较低。研究指出，作为从事痴呆症照护的医护人员，应熟知痴呆症的发病率、发生率，能够早期发现和判别患者意识障碍的症状，并能够区分不同类型痴呆症的症状和表现，同时，医护人员应该掌握在照护活动中尽可能维持痴呆症患者独立性的方法<sup>[39, 183]</sup>。除此之外，医护人员对于痴呆症全面综合的知识更应是不可缺少的，比如，与痴呆症患者日常交流沟通的技巧、痴呆症的干预方法、家庭照护者的教育支持、患者行为管理的策略等以及发展和培养针对痴呆症患者的个体情况独立作出管理和照护方案的能力<sup>[184]</sup>。值得指出的是，高质量的痴呆症照护还要求医护人员能够很好地理解痴呆症对于患者、家属以及整个社会的影响<sup>[185]</sup>。

我国医护人员较低的痴呆症知识水平严重限制了其在痴呆症照护中的角色，造成大量的痴呆症患者未被有效的管理，家庭照护者未获得及时的支持和帮助，整个医疗卫生体系的照护负担加剧<sup>[26, 113]</sup>。研究证实，专项的痴呆症照护教育项目与医护人员较好的痴呆症知识水平呈正相关，而且不受医护人员人口学背景和

个人工作背景差异的影响<sup>[6]</sup>。目前,我国为医护人员提供的痴呆症专项教育几乎处于空白,在完成常规医学基础教育后医护人员缺乏获取痴呆症知识的方法和途径,医护人员对于痴呆症照护的学习需求长期处于未被满足的状态。

#### 4.7.2 医护人员痴呆症照护态度现状

采用本学位论文第一部分发展的中文版痴呆症照护态度量表(DCAS)测量医护人员对痴呆症患者及其照护者的态度,其中DCAS积极条目-“衷心”因子满分为20分,得分越高说明研究对象的态度越积极;消极条目-“沮丧”因子满分为20分,得分越高说明研究对象的态度越消极。在本研究中对DCAS按照其因子分别计分,而未采用合计的总分,主要考虑到中文版DCAS因子包含条目与原英文版有所区别,为了更好地为今后有关于进一步验证中文版DCAS信效度的研究提供参考,故对“衷心”和“沮丧”两因子分别计分。调查结果显示,本组研究对象痴呆症照护态度量表“衷心”因子得分为(16.23±2.02),说明研究对象多数研究倾向于认为可以通过做很多事情做来提高痴呆症患者及其照护者的生活质量,同时,医护人员也认为家属应该被及早的告知他们的家属患有痴呆症,这与Bryans等的调查结果一致<sup>[53]</sup>。本组研究对象痴呆症照护态度量表“沮丧”因子得分为(11.62±3.09),这说明多数医护人员倾向于认为痴呆症的管理是令人沮丧而且初级卫生机构在痴呆症照护中的作用有限,这与Turner等的调查结果一致<sup>[51]</sup>。

在我国,初级卫生机构主要在居民的慢性病及常见病的管理中发挥着重要的作用,痴呆症目前并未划入其主要的工作范畴,我国政府也并未出台有关痴呆症初级照护的政策,加之,初级卫生机构本身资源有限、条件有限,医生、护士配备人数不足,这严重限制了初级卫生机构在痴呆症照护中的作用。本学位论文第一部分的结果显示,在痴呆症照护中,医护人员的知识水平与其态度呈现正相关,也就是说,良好的痴呆症知识水平有利于改善医护人员对待痴呆症患者及其照护者的态度。然而,调查表明,我国医护人员痴呆症知识水平较低,不能够胜任痴呆症的照护工作,这使得医护人员普遍认为痴呆症患者在消耗资源而没有任何积极的医疗效果,患者的管理是令人沮丧而没有回报的。

#### 4.7.3 医护人员痴呆症照护方式现状

调查显示,本组研究对象痴呆症照护方式问卷(ADCQ)的得分为(5.22±2.21),这表明医护人员在照护工作中较少使用以人为中心的痴呆症照护方式,这与Lin等对台湾地区124名护士的调查结果相似<sup>[89]</sup>。Normann等采用



ADCQ 对挪威 338 名护士的调查也发现, 护士在工作中普遍使用以现实为导向的痴呆症照护方式, 而没有对痴呆症患者实施以人为中心的照护<sup>[186]</sup>。Norman 指出, 此种结果可能与挪威的护理教育有关, 在以往的护理教科书中普遍强调以现实为导向的照护方式<sup>[186]</sup>。在我国, 此种调查结果可能与我国长期以往的护理照护标准有关, 医护人员习惯根据患者的症状提供相应的照护, 如, 痴呆症患者普遍存在对时间、空间的混乱, 医护人员在为其提供照护时往往纠正患者对时间和空间的定位, 向患者强调现在正确的时间和地点, 医护人员普遍采用了此种以现实为导向的照护方法。然而, 以人为中心的照护方式被认为是痴呆症照护领域的“金标准”, 在西方许多国家, 以人为中心的照护方式被纳入政府颁布的痴呆症照护策略、政策和指南中<sup>[103, 104]</sup>。大量研究证实, 以人为中心的照护方式能够减少痴呆症患者的跌倒、激越行为以及抗精神症状药物的使用量, 如本学位论文第一部分所述 (详见本学位论文第 2-4 页)。然而在我国, 与以现实为导向的照护方式相比, 以人为中心的痴呆症照护方式在医护人员中的知晓率并不高, 而且, 我国关于以人为中心痴呆症照护的相关研究也鲜有报道。

#### 4.8 教育项目对医护人员痴呆症知识、照护态度和照护方式的影响

本研究结果显示, 经过 22 周, 20 个学时的痴呆症照护教育项目, 干预组医护人员的 ADKS 得分提高了 4.85 分, DCAS-“衷心”因子得分提高了 1.42 分, DCAS-“沮丧”因子得分降低了 3.64 分, ADCQ 得分提高了 2.82 分, 且与对照组相比, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.001$ ), 这与多项研究结果一致<sup>[6, 112, 159, 160, 162]</sup>。小组访谈结果同时表明, 教育项目结束后痴呆症照护实践的改变贯穿在医护人员个体水平、医护合作水平、组织机构水平和社区水平。因此, 通过提供专门的痴呆症照护教育项目能够有效地提高医护人员关于痴呆症的知识、照护态度和照护方式水平并对痴呆症照护实践产生影响。

目前, 各国关于医护人员的痴呆症照护教育内容没有统一的标准, 然而通过文献检索不难发现, 以往的痴呆症照护教育项目的内容大多只涵盖痴呆症照护的某一方面, 如 Peterson 发展了一项针对痴呆症病理学和痴呆症患者行为管理的 6 小时课程, 虽然结果证明, 课程可以有效地提高研究对象痴呆症的知识水平<sup>[143]</sup>, 但有研究指出, 在为医护人员提供痴呆症照护教育时, 某一方面或者宽泛的教育内容是不能最终转化为高质量的痴呆症照护服务实践的。为医护人员提供的痴呆症照护教育内容须全面、细致, 才能最终推动痴呆症照护实践的改变<sup>[6]</sup>。需要特别强调的是, 医学领域内针对医护人员的任何教育或培训项目不能仅以提高其知识、态度和技能作为教育或培训的目标, 教育者应该明确医护人员的临床实践才是其知识、态度和技能的真正结合和综合表现, 因此, 教育项目的目标不能将医

护人员的知识、态度、技能与其实践相互分离<sup>[161]</sup>。基于以上考虑，本研究中在痴呆症照护教育项目内容制定的过程中力求全面和细致，保证教育内容能够涵盖痴呆症的治疗和照护的各方面，且教育内容的发展是建立在将医护人员对于痴呆症照护的主观学习需求与客观学习需求相结合的基础上，并以 Graham 知识转化理论作为理论框架指导教育项目的实施，确保医护人员将知识应用到照护实践中。因此，本研究的研究设计可为今后医学领域内医护人员相关的教育或培训项目提供借鉴和参考。

值得注意的是，虽然本研究中干预组医护人员 ADCQ 的最终得分高于对照组，但是，干预组医护人员 ADCQ 的得分在教育项目结束后 3 个月较教育项目结束时出现下降趋势。混合效应线性回归模型结果表明，医护人员 ADCQ 得分与其工作年限相关（详见本学位论文 78 页表 2-12），这与 Lin 等的调查结果一致<sup>[89]</sup>。说明，医护人员的工作经历是影响其痴呆症照护方式的因素之一。对于其他影响医护人员对于痴呆症照护方式选择的因素，需要在今后的研究中对医护人员进行更深入的小组访谈或一对一的访谈进行进一步的探究。

#### 4.9 本研究对我国痴呆症照护实践和健康政策的启示

我国正面临严重的人口老龄化，痴呆症对整个社会的影响也将会日益严重。痴呆症患者的照护过程是漫长的，患者在整个疾病的进程中会出现不同的认知和行为问题，频繁的就医对各种医疗卫生服务提出了严峻的挑战，然而，中国医护人员对于痴呆症专业知识的缺乏，照护态度的不积极使痴呆症患者及其照护者的处境更加堪忧。正如本研究小组访谈中医护人员建议的，鉴于中国初级卫生机构中为痴呆症患者提供照护服务的多为全科医生和护士，他们只掌握常规的医学和护理知识，并未接受痴呆症的专项教育，因此，将痴呆症的治疗和照护纳入国家医护人员的医学继续教育项目中，并为医护人员提供复习进修的长期培训，将是目前提高医护人员对于痴呆症治疗和照护水平的首要方案。

对于医护人员痴呆症的教育项目应包括不同的等级和水平。初级卫生机构医护人员的痴呆症照护教育重点应侧重于痴呆症的早期筛查、预防和长期照护，同时，结合初级卫生机构的职能，为医护人员提供简单实用的治疗照护模式，因地制宜地制定培训教材。同时，应该为老年精神病学和综合医院的医护人员开展较高水平的培训计划，建立培训和资源中心，培养具有较高治疗水平和照护能力的痴呆症专科医护人员。在传统的教学模式基础上，还应该建立全国性的痴呆症照护教育中心网络，为医护人员提供专业的信息支持和相互交流学习的平台。另外，发展全国性的痴呆症协会，为医护人员和痴呆症照护者提供热线支持、个案辅导和照护技能训练等。

此外，政府部门应该制定相应的痴呆症管理政策和计划，进一步增加痴呆症的健康和社会照料预算，推动初级卫生机构痴呆症照护服务的发展。本研究中医护人员指出的，痴呆症并未纳入国家初级卫生服务的组成部分，而且初级卫生机构中药品种类有限，除国家规定的常规药物外，其余药物不能引进和使用，因此，目前不能够为痴呆症患者提供药物治疗，这在很大程度上限制了初级卫生服务在痴呆症患者照护中的作用。因此，政府应该继续加大对初级卫生机构在痴呆症管理方面的扶持力度，比如，为初级卫生机构提供治疗痴呆症及其相关精神行为症状的基本药物；配备照料设备和康复训练设施；完善痴呆症患者的日间照料和暂息照护服务；将痴呆症患者的管理纳入医护人员绩效考评中；开展多学科痴呆症管理小组等。同时，更主要的是，为了保证这些服务的有效实施和可及性，初级卫生机构应该建立与三级医院、其他社会部门的联系和合作，共同开展痴呆症管理的促进计划，使决策者、医护人员、照护者和痴呆症患者之间建立有效的联盟和支持的合作关系。

#### 4.10 本研究的不足之处

本研究有以下几点不足。

首先，本研究中选取的初级卫生机构全部位于湖南省会长沙市，因此，研究的结果不能代表我国所有的医护人员，尤其是边远地区以及乡村初级卫生机构的医护人员。但是，研究发现对于具有相似文化背景和社会机构的国家和地区具有适应性和推广性。

第二，本研究所采用的中文版痴呆症照护态度量表（DCAS）由本学位论文第一部分的研究发展得来，其中，中文版 DCAS “衷心”因子与原英文版拥有不同的条目，本研究中所报道的结果基于中文版 DCAS 的因子结构。对于中文版 DCAS 信度、效度的测量学指标，需在今后大样本的不同地域的不同人群中进一步的验证。

第三，本研究痴呆症照护教育项目共实施 22 周，包括 20 个学时，授课时间相对较短，在今后的相关研究中需延长教育项目的实施时间，以便更客观地评价教育项目对医护人员痴呆症照护实践的远期效果。

第四，受本研究的时间限制，研究者在教育项目结束后 3 个月完成对教育项目效果的测评，下一步的研究需增加教育项目结束后的随访，以便更好地评价教育项目的效果在医护人员中的保持情况。

第五，本研究对教育项目效果的评价采用量性测评工具与半结构式小组访谈的形式进行，此种方式能够弥补单一评价方法的不足，使评价结果更加全面和客观。但是由于受到研究时间的限制，本研究未从痴呆症患者的角度出发对教育项

目的效果进行评价。在今后的研究中可将痴呆症患者预后的相关测量学指标纳入痴呆症照护教育项目效果的评价中，以获得更加完善和详尽的评价资料。

## 5 结论

1. 我国初级卫生机构的医护人员其痴呆症知识缺乏；对痴呆症患者及其照护者的照护态度不积极；在照护中较少地使用以人为中心的痴呆症照护方式。

2. 为医护人员发展并提供专项的痴呆症照护教育项目能够显著提高医护人员的痴呆症知识、照护态度和照护方式水平，改善痴呆症照护实践。

3. 医护人员痴呆症照护教育项目应涵盖知识、态度、技能要素和临床实践中的以人为中心的照护原则，同时，应该采取多种教学与学习策略提高医护人员对痴呆症照护的学习效果，并促进其将所学知识应用到痴呆症照护实践中。

4. 初级卫生机构在痴呆症患者的照护中起着重要的作用。随着我国人口老龄化的加速和痴呆症患者人数的增多，政府应进一步在政策、财政和人力方面加强对痴呆症照护服务的支持。初级卫生机构需与各三级医院、相关社会部门建立合作，以推动我国痴呆症照护服务的发展。

## 参考文献

- [1]Baillie L. Caring for older people with dementia in hospital. Part one: challenges [J]. *Nursing Older People*, 2012, 24(8): 33-37.
- [2]Williams R. Hospital program for dementia-specific care [J]. *Nursing Older People*, 2011, 23(7): 14-17.
- [3]Xiao L D, Shen J, Wu H, et al. An innovative continuing nursing education program targeting key geriatric conditions for hospitalized older people in China [J]. *Educational Gerontology*, 2013, 38(8): 585-598.
- [4]Galvin J E, Kuntemeier B, Al-Hammadi N, et al. "Dementia-friendly hospitals: care not crisis" an educational program designed to improve the care of the hospitalized patient with dementia [J]. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 2010, 24(4): 372-379.
- [5]Teodorczuk A, Welfare M, Corbett S, et al. Developing effective educational approaches for Liaison Old Age Psychiatry teams: a literature review of the learning needs of hospital staff in relation to managing the confused older patient [J]. *International Psychogeriatrics*, 2010, 22(6): 874-885.
- [6]Smyth W, Fielding E, Beattie E, et al. A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff [J]. *BMC Geriatrics*, 2013, 13(1): 2.
- [7]Ballard C, Bannister C. Criteria for the Diagnosis of Dementia [M]. Ames D, Burns A, O'Brien J. *Dementia*. London: Hodder Arnold, 2010: 31-45.
- [8]Cigolle C, Langa K, Kabeto M, et al. Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study [J]. *Annals of Internal Medicine*, 2007, 147(3): 156-164.
- [9]Liu Z, Albanese E, Li S, et al. Chronic disease prevalence and care among the elderly in urban and rural Beijing, China - a 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey [J]. *BMC Public Health*, 2009, 9(1): 394-405.
- [10]Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2009* [R]. London: Alzheimer's Disease International, 2009.
- [11]Liu J, Wang L N, Tan J P. Dementia in China: current status [J]. *Neurology*, 2013, 81(12): 1077-1078.
- [12]陈弘. 预防老年性痴呆的健康教育 [J]. *中国健康教育*, 2003, 19(8): 647.
- [13]Liu J, Wang L N. Caregivers of patients with dementia in Chinese mainland: a



retrospective analysis [J]. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 2013, 28(7): 679-681.

[14]World Health Organization.Dementia: A Public Health Priority [R]. Geneva: World Health Organization, 2012.

[15]伏丽晶, 李敏. 老年痴呆病人照护者的负担影响因素 [J]. *临床军医杂志*, 2008, 36(6): 862.

[16]Brooker D. What is person-centred care in dementia? [J]. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2004, 13(3): 215-222.

[17]钟雪冰, 楼玮群. 老年痴呆症长期照顾模式的国际研究趋势 [J]. *中国老年学杂志*, 2011, 31(10): 1937-1939.

[18]Brooker D. Person-centrd dementia care: making service better [M]. London: Jessica Kingsley;2007.

[19]Chenoweth L, King M T, Jeon Y-H, et al. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial [J]. *The Lancet Neurology*, 2009, 8(4): 317-325.

[20]Ervin K, Koschel A. Dementia care mapping as a tool for person centred care [J].*Australian Nursing Journal*, 2012, 19(10):32-35.

[21]Bone C, Cheung G, Wade B. Evaluating person centred care and dementia care mapping in a psychogeriatric hospital in New Zealand: a pilot study [J]. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 2010, 57(1): 35.

[22]van de Ven G, Draskovic I, Adang E M, et al. Effects of dementia-care mapping on residents and staff of care homes: a pragmatic cluster-randomised controlled trial [J]. *PloS One*, 2013, 8(7): e67325.

[23]McCormack B, McCance T V. Development of a framework for person - centred nursing [J]. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 56(5): 472-479.

[24]Brodaty H, Cumming A. Dementia services in Australia [J]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2010, 25(9): 887-895.

[25]Kang Y, Moyle W, Venturato L. Korean nurses' attitudes towards older people with dementia in acute care settings [J]. *International Journal of Older People Nursing* 2011, 6(2): 143-152.

[26]Wang J, Xiao L D, He G P, et al. Family caregiver challenges in dementia care in a country with undeveloped dementia services [J]. *Journal of Advanced Nursing*, 2013,

70(6): 1369-1380.

[27]Adams T. Dementia care nursing: promoting well-being in people with dementia and their families [M]. Basingstoke: Palgrave Macmillan;2008.

[28]Cummings J. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients [J]. Neurology, 1997, 48(6): 10-16.

[29]Gandesha A, Souza R, Chaplin R, et al. Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff [J]. Nursing Older People, 2012, 24(4): 26-31.

[30]McClelland D. Testing for competence rather than for intelligence [J]. American Psychologist, 1973, 28(1): 1-14.

[31]Roach M S. The Human Act of Caring :A Blueprint for the Health Professions [M]. Ottawa, ON: Canadian Hospital Association Press;1992.

[32]Roach T. A preoperative assessment and education program: implementation and outcomes [J]. Patient Education and Counselling, 1992, 25(1): 83-88.

[33]DOH. 10 Essential Shared Capabilities [R].London: The National Stationary Office, 2004.

[34]Cowan D T, Norman I, Coopamah V P. Competence in nursing practice: a controversial concept-a focused review of literature [J]. Nurse Education Today, 2005, 25(5): 355-362.

[35]Watson R. Clinical competence: starship enterprise or straitjacket [J]. Nurse Education Today, 2002, 22(6): 476-480.

[36]Watson R, Stimpson A, Topping A, et al. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature [J]. Journal of Advanced Nursing, 2002, 39(5): 421-431.

[37]Gonczi A, Hager P, Athanasou J. The development of competency-based assessment strategies for the professions [M]. Canberra: Australian Capital Territory: Australian Government Publishing Service;1993.

[38]Tsaroucha A, Benbow S M, Kingston P, et al. Dementia skills for all: A core competency framework for the workforce in the United Kingdom [J]. Dementia, 2013, 12(1): 29-44.

[39]Abbey J, Palk E, Carlson L. Clinical Practice Guidelindes and Care Pathways People with Dementia Living in the Community [R].Brisbane: Queensland University of Technology, 2008.

[40]While C, Nunn R, Donohue L. Supporting practice in dementia care: evaluation

of an education program for district nurses [J]. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 2010, 5(3): 14-21.

[41]Hughes J, Bagley H, Reilly S, et al. Care staff working with people with dementia: Training, knowledge and confidence [J]. *Dementia*, 2008, 7(2): 227-238.

[42]Travers C M, Beattie E, Martin-Khan M, et al. A survey of the Queensland healthcare workforce: attitudes towards dementia care and training [J]. *BMC Geriatrics*, 2013, 30(13): 101.

[43]Chang E, Daly J, Johnson A, et al. Challenges for professional care of advanced dementia [J]. *International Journal of Nursing Practice*, 2009, 15(1): 41-47.

[44]Kada S, Nygaard H A, Mukesh B N, et al. Staff attitudes towards institutionalised dementia residents [J]. *Journal of Clinical Nursing*, 2009, 18(16): 2383-2392.

[45]Moyle W, Murfield J E, Griffiths S G, et al. Care staff attitudes and experiences of working with older people with dementia [J]. *Australasian Journal on Ageing*, 2011, 30(4): 186-190.

[46]Zimmerman S, Williams C S, Reed P S, et al. Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia [J]. *Gerontologist*, 2005, 45(suppl 1): 96-105.

[47]McClokey R M. Caring for patients with dementia in an acute care environment [J]. *Geriatric Nursing*, 2004, 25(3): 139-144.

[48]Inouye S K, Bogardus S J, Baker D I, et al. The hospital Elder Life Program: A model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalised patients [J]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000, 48(12): 1697-1706.

[49]Tucker D, Bechtel G, Quartana C, et al. The OASIS program: redesigning hospital care for older adults [J]. *Geriatric Nursing*, 2006, 27(2): 112-117.

[50]Otero M E, Drasković I, Bottema B, et al. Professionals' shared competences in multidisciplinary dementia care: validation of a self-appraisal instrument [J]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2009, 57(9): 1719-1721.

[51]Turner S, Iliffe S, Downs M, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia [J]. *Age and Ageing*, 2004, 33(5): 461-467.

[52]Nilsson A, Rasmussen B H, Edvardsson D. Falling behind: a substantive theory of care for older people with cognitive impairment in acute settings [J]. *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 22(11-12): 1682-1691.

- [53]Bryans M, Keady J, Turner S, et al. An exploratory survey into primary care nurses and dementia care [J]. *British Journal of Nursing* 2003, 12(17): 1029-1037.
- [54]Ahmad S, Orrell M, Iliffe S, et al. GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia [J]. *The British Journal of General Practice*, 2010, 60(578): e360-365.
- [55]Michigan Dementia Coalition. Knowledge and Skills Needed for Demetia Care: A Guide for Direct Care Workers [R].Michigan: Minchigan Dementia Coalition, 2006.
- [56]Collins M, Connolly J, Dyck B, et al. Dementia: Care Support Worker Competency Profile [R]. Alberta: Calgary Regional Health Authority(CRHA), 2000.
- [57]Cleave V K, Jackson M. Mississippi Department of Mental Health State Plan for Alzheimer's Disease and other Dementia [R]. Mississippi: Division of Alzheimer's Disease & Other Dementia, 2006.
- [58]Health and Social Care Change Agent Team. Dementia in Acute Care Setting[R].London: Healthcare London, 2006.
- [59]Williams C L, Hyer K, Kelly A, et al. Development of nurse competencies to improve dementia care [J]. *Geriatric Nursing*, 2005, 26(2): 98-105.
- [60]Traynor V, Schalykwyk.W. D V, McGarry J. Implementing Person Centred Care in Acute Setting: An Action Research Study [R].Nottingham: University of Nottingham, 2005.
- [61]Schepers A K, Orrell M, Shanahan N, et al. Sense of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS) scale: development, reliability, and validity [J]. *International Psychogeriatrics*, 2012, 24(07): 1153-1162.
- [62]Visser S, McCabe M, Hudgson C, et al. Managing behavioural symptoms of dementia: effectiveness of staff education and peer support [J]. *Aging and Mental Health*, 2008, 12(1): 47-55.
- [63]Kuske B, Luck T, Hanns S, et al. Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany [J]. *International Psychogeriatrics*, 2009, 21(02): 295-308.
- [64]Jansen B D W, Weckmann M, Nguyen C M, et al. A cross-national cross-sectional survey of the attitudes and perceived competence of final-year medicine, nursing and pharmacy students in relation to end-of-life care in dementia [J]. *Palliative Medicine*, 2013, 27(9): 847-854.
- [65]Jackson E M, Cherry K E, Smitherman E A, et al. Knowledge of memory aging

and Alzheimer's disease in college students and mental health professionals [J]. *Aging and Mental Health*, 2008, 12(2): 258-266.

[66]Nguyen C M, Jansen B W, Hughes C M, et al. A qualitative exploration of perceived key knowledge and skills in end-of-life care in dementia patients among medical, nursing, and pharmacy students [J]. *Journal of Palliative Medicine*, 2015, 18(1): 56-61.

[67]Supiano K P. Weaving interdisciplinary and discipline-specific content into palliative care education: One successful model for teaching end-of-life care [J]. *OMEGA--Journal of Death and Dying*, 2013, 67(1): 201-206.

[68]Belloni E, Faccio E, Costa N, et al. Health Professionals Working with Persons with Dementia Reflections for New Training Courses [J]. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014, 116(1): 4700-4705.

[69]Webster D, DiBartolo M C. Using a standardized patient learning activity to teach baccalaureate nursing students about dementia care [J]. *Nurse Educator*, 2014, 39(3): 103-104.

[70]蒋瑞辉, 单鑫, 张瑞新, 等. 医生与护士对老年痴呆症相关知识认知情况的比较 [J]. *中国临床保健杂志*, 2009, 12(2): 194-195.

[71]钟碧橙, 邹淑珍, 杨凤娇. 老年痴呆病人社区护理现状调查分析 [J]. *护理研究*, 2010, 24(6): 1526-1527.

[72]陆惠芳, 方宁远. 重视老年医学教育的研究与建设-21世纪医学教育的重大历史使命 [J]. *中国老年学杂志*, 2011, 31(20): 4073-4074.

[73]Lisa D, Steven H Z, Judy M Z, et al. The Alzheimer's Disease knowledge test [J]. *The Gerontological Society of America*, 1988, 28(3): 402-407.

[74]Brown C J, Mutran E J, Slone P D, et al. Primary care physicians' knowledge and behaviour related to Alzheimer's disease [J]. *Journal of Applied Gerontology*, 1998, 17(4): 462-479.

[75]Edwards R M, Plant M A, Novak D S, et al. Knowledge about aging and Alzheimer's disease among baccalaureate nursing students [J]. *Journal of Nursing Education*, 1992, 31(3): 127-135.

[76]Gilleard C, Groom F. A study of two dementia quizzes [J]. *British Journal of Clinical Psychology*, 1994, 33(Pt 4): 529-534.

[77]Barrett J J, Haley W E, Harrell L E, et al. Knowledge about Alzheimer's disease among primary care physicians, psychologists, nurses and social workers [J].

- Alzheimer Disease and Associated Disorders, 1997, 11(2): 99-106.
- [78]Kuhn D, King S P, Fulton B R. Development of the knowledge about memory loss and care (KAML-C) test [J]. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 2005, 20(1): 41-49.
- [79]Carpenter B D, Balsis S, Otilingam P G, et al. The Alzheimer's disease knowledge scale: development and psychometric properties [J]. Gerontologist, 2009, 49(2): 236-247.
- [80]Carpenter B D, Zoller S M, Balsis S, et al. Demographic and contextual factors related to knowledge about Alzheimer's disease [J]. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 2011, 26(2): 121-126.
- [81]O'Connor M L, McFadden S H. Development and psychometric validation of the dementia attitudes scale [J]. International Journal of Alzheimer's Disease, 2010(1): 1-10.
- [82]Comrey A L. Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology [J]. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988, 56(5): 754-761.
- [83]Lintern T, Woods B, Phair L. Before and after training: a case study of intervention [J]. Journal of Dementia Care, 2000, 8(1): 15-17.
- [84]Kaduszkiewicz H, Wiese B, van den Bussche H. Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care results of postal survey [J]. BMC Health Services Research, 2008, 8(54): 1-10.
- [85]王贞慧, 高晖, 冯晨秋, 等. 在校大学生对老年痴呆症知识掌握、态度及接触经验的现状 [J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(6B): 33-35.
- [86]贺润莲, 余红梅, 李变娥, 等. 医护人员对阿尔茨海默病的了解现状及其影响因素 [J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(15): 1740-1745.
- [87]Brislin R W. The Wording and Translation of Research Instruments. In: Lonner, W. J., Berry, J. W.(Eds.), Field Methods in Cross-Culture Research [M]. CA: Sage, Newbury Park;1986.
- [88]Tabachnick B G, Fidell L S. Using Multivariate Statistics, 6th ed [M]. 5th ed. Sydney: Pearson;2007.
- [89]Lin P C, Hsieh M H, Lin L C. Hospital nurse knowledge of and approach to dementia care [J]. Journal of Nursing Research, 2012, 20(3): 197-207.
- [90]Xiao L D. Continuing nursing education policy in China and its impact on health



- equity [J]. *Nursing Inquiry*, 2010, 17(3): 208-220.
- [91]Briggs S R, Cheek J M. The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales [J]. *Journal of Personality*, 1986, 54(1): 106-148.
- [92]Polit D F. *Statistics and Data Analysis for Nursing Research* [M]. Boston: Person Education, 2010: 339-340.
- [93]Beckstead J W. Content validity is naught [J]. *International Journal of Nursing Studies*, 2009, 46(9): 1274-1283.
- [94]Polit D F, Beck C T. *Nursing Research:Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* [M]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2012.
- [95]孙晓军, 周宗奎. 探索性因子分析及其在应用中存在的主要问题 [J]. *心理科学*, 2005, 28(6): 1440-1442.
- [96]Kline P. *Handbook of Psychological Testing* [M]. New York: Routledge;2013.
- [97]郭佳. 儿童青少年 1 型糖尿病患者疾病适应模型的理论及实证研究 [D]. 长沙: 中南大学, 2011.
- [98]孙振球. *医学统计学* [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [99]Streiner D L, Norman G R. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*, 3rd ed [M]. New York: Oxford University Press;2008.
- [100]史静琤, 莫显昆, 孙振球. 量表编制中内容效度指数的应用 [J]. *中南大学学报(医学版)*, 2012, 37(2): 152-155.
- [101]Shen J, Xiao L D. Factors affecting nursing students' intention to work with older people in China [J]. *Nurse Education Today*, 2012, 32(3): 219-223.
- [102]Traynor V, Inoue K, Crookes P. Literature review: understanding nursing competence in dementia care [J]. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, 20(13-14): 1948-1960.
- [103]Brooker D. Dementia care mapping: a review of the research literature [J]. *Gerontologist*, 2005, 45(suppl 1): 11-18.
- [104]Chenoweth L, King M T, Jeon Y H, et al. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial [J]. *Lancet Neurology*, 2009, 8(4): 317-325.
- [105]Jones P S, Lee J W, Phillips L R, et al. An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research [J]. *Nursing Research*, 2001, 50(5): 300-304.

- [106]曾五一, 黄炳艺. 调查问卷的信度和有效度分析 [J]. 统计与信息论坛, 2005, 20(6): 11-15.
- [107]Polit D F, Beck C T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [J]. *Research in Nursing & Health*, 2006, 29(5): 489-497.
- [108]Comrey A L, Lee H B. *A first course in factor analysis* [M]. East Sussex Psychology Press;2013.
- [109]Smythe A, Jenkins C, Harries M, et al. Evaluation of dementia training for staff in acute hospital settings [J]. *Nursing Older People*, 2014, 26(2): 18-24.
- [110]Gaskin C J, Happell B. On exploratory factor analysis: A review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use [J]. *International Journal of Nursing Studies*, 2014, 51(3): 511-521.
- [111]Prince M, Bryce R, Albanese E, et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis [J]. *Alzheimer's & Dementia*, 2013, 9(1): 63-75.
- [112]Pulsford D, Hope K, Thompson R. Higher education provision for professionals working with people with dementia: a scoping exercise [J]. *Nurse Education Today*, 2007, 27(1): 5-13.
- [113]王婧. 痴呆症家庭照顾者面临的挑战及对痴呆症照顾服务的期望 [D]. 长沙: 中南大学, 2014.
- [114]Trickey H, Turton P, Harvey I, et al. Dementia and the Over - 75 Check: the role of the primary care nurse [J]. *Health & Social Care in the Community*, 2000, 8(1): 9-16.
- [115]Huang H-L, Shyu Y-I L, Huang H-L, et al. Factors associated with dementia care practices among community health nurses: results of a postal survey [J]. *International Journal of Nursing Studies*, 2013, 50(9): 1219-1228.
- [116]唐鲁. 《死亡教育》护士继续教育课程方案的构建与实验研究 [D]. 上海: 第二军医大学, 2013.
- [117]Draper B, Low L-F, Withall A, et al. Translating dementia research into practice [J]. *International Psychogeriatrics*, 2009, 21(S1): S72-S80.
- [118]Scerri A, Scerri C. Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia—A questionnaire survey [J]. *Nurse Education Today*, 2013, 33(9): 962-968.
- [119]Kwok T, Lam K-C, Yip A, et al. Knowledge of dementia among undergraduates in the health and social care professions in Hong Kong [J]. *Social Work in Mental*

Health, 2011, 9(4): 287-301.

[120]Baillie L, Merritt J, Cox J. Adult nursing students'experiences of caring for older people with dementia in hospital and implications for pre-registration education [M]. 2012.

[121]Henderson S, Happell B, Martin T. Impact of theory and clinical placement on undergraduate students' mental health nursing knowledge, skills, and attitudes [J]. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007, 16(2): 116-125.

[122]Robinson A, Cubit K. Caring for older people with dementia in residential care: Nursing students' experiences [J]. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 59(3): 255-263.

[123]Hsu M C, Moyle W, Creedy D, et al. An investigation of aged care mental health knowledge of Queensland aged care nurses [J]. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2005, 14(1): 16-23.

[124]Pulsford D, Hall S, Keen T, et al. The contribution of higher education to dementia care [J]. *Journal of Dementia Care*, 2003, 11(4): 27-29.

[125]Chan P A, Chan T. The impact of discrimination against older people with dementia and its impact on student nurses professional socialisation [J]. *Nurse Education in Practice*, 2009, 9(4): 221-227.

[126]Alabaster E. Involving students in the challenges of caring for older people [J]. *Nursing Older People*, 2007, 19(6): 23-28.

[127]Skaalvik M W, Normann H K, Henriksen N. Student experiences in learning person - centred care of patients with Alzheimer' s disease as perceived by nursing students and supervising nurses [J]. *Journal of clinical nursing*, 2010, 19(17-18): 2639-2648.

[128]Andrew N, Robb Y, Ferguson D, et al. 'Show us you know us': Using the Senses Framework to support the professional development of undergraduate nursing students [J]. *Nurse Education in Practice*, 2011, 11(6): 356-359.

[129]Brown J, Nolan M, Davies S, et al. Transforming students' views of gerontological nursing: realising the potential of 'enriched' environments of learning and care: a multi-method longitudinal study [J]. *International Journal of Nursing Studies*, 2008, 45(8): 1214-1232.

[130]Draper B, Karmel R, Gibson D, et al. The Hospital Dementia Services Project: age differences in hospital stays for older people with and without dementia [J].

- International Psychogeriatrics, 2011, 23(10): 1649-1658.
- [131]Mukadam N, Sampson E L. A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients [J]. International Psychogeriatrics, 2011, 23(03): 344-355.
- [132]Nayton K, Fielding E, Brooks D, et al. Development of an education program to improve care of patients with dementia in an acute care setting [J]. The Journal of Continuing Education, 45(12): 552-558.
- [133]Ekman S L, Norberg A, Viitanen M, et al. Care of demented patients with severe communication problems [J]. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1991, 5(3): 163-170.
- [134]Dewing J. Care for older people with a dementia in acute hospital settings: Jan Dewing advises nurses in acute hospital settings how to cope with challenging behaviours in older people [J]. Nursing Older People, 2001, 13(3): 18-20.
- [135]Eriksson C, Saveman B I. Nurses' experiences of abusive/non - abusive caring for demented patients in acute care settings [J]. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2002, 16(1): 79-85.
- [136]Spector A, Orrell M, Schepers A, et al. A systematic review of 'knowledge of dementia' outcome measures [J]. Ageing Research Reviews, 2012, 11(1): 67-77.
- [137]Mitchell T, Furniaux J. Mental health training helps care home staff [J]. Mental Health Nursing, 2004, 24(1): 4-8.
- [138]Millard F, Baune B. Dementia—who cares?: A comparison of community needs and primary care services [J]. Australian Family Physician, 2009, 38:642-649.
- [139]Millard F B, Kennedy R L, Baune B T. Dementia: opportunities for risk reduction and early detection in general practice [J]. Australian Journal of Primary Health, 2011, 17(1): 89-94.
- [140]Perry M, Drašković I, van Achterberg T, et al. Can an EASYcare based dementia training program improve diagnostic assessment and management of dementia by general practitioners and primary care nurses? The design of a randomised controlled trial [J]. BMC Health Services Research, 2008, 8(1): 71.
- [141]Bailey K E. Student awareness of Alzheimer's disease [J]. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 2000, 15(6): 375-378.
- [142]Barrett J J, Haley W E, Harrell L E, et al. Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers [J].

- Alzheimer Disease & Associated Disorders, 1997, 11(2): 99-106.
- [143]Peterson D, Berg-Weger M, McGillick J, et al. Basic Care I: The effect of dementia-specific training on certified nursing assistants and other staff [J]. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 2002, 17(3): 154-164.
- [144]Adams T. Developing a multi-professional education and training pathway in dementia care [J]. Mental Health and Learning Disabilities Care, 2001, 4:370-371.
- [145]Aveyard B. Education and person-centred approaches to dementia care: Barry Aveyard examines the sometimes complex issue of how the educational needs of professional carers of people with dementia might be best facilitated [J]. Nursing Older People, 2001, 12(10): 17-19.
- [146]Richards D, Toop L, Graham P. Do clinical practice education groups result in sustained change in GP prescribing? [J]. Family Practice, 2003, 20(2): 199-206.
- [147]Graham I D, Logan J, Harrison M B, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? [J]. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2006, 26(1): 13-24.
- [148]刘文彬, 陈英耀, 茅艺伟, 等. 我国卫生技术评估研究成果向决策转化的理论模型构建 [J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(7): 7-12.
- [149]Harvey N, Holmes C A. Nominal group technique: an effective method for obtaining group consensus [J]. International Journal of Nursing Practice, 2012, 18(2): 188-194.
- [150]Van de Ven A H, Delbecq A L. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies [J]. American Journal of Public Health, 1972, 62(3): 337-342.
- [151]Potter M, Gordon S, Hamer P. The nominal group technique: a useful consensus methodology in physiotherapy research [J]. New Zealand Journal of Physiotherapy, 2004, 32:126-130.
- [152]Sabat S R. Dementia in developing countries: a tidal wave on the horizon [J]. The Lancet, 2009, 374(9704): 1805-1806.
- [153]Quintero-Osorio M, Falque-Madrid L, Segal O, et al. Capacity building for dealing with dementia in developing countries: Lessons from the Maracaibo Aging Study [J]. Alzheimer's & Dementia, 2012, 8(4): 430.
- [154]Jonas-Simpson C. From silence to voice: knowledge, values, and beliefs guiding healthcare practices with persons living with dementia [J]. Nursing Science Quarterly,

2001, 14(4): 304-310.

[155]Kovach C R, Krejci J W. Facilitating change in dementia care: staff perceptions [J]. *Journal of Nursing Administration*, 1998, 28(5): 17-27.

[156]Chung J, Lai C. Addressing the informational needs of healthcare professionals in dementia care: an explorative study in a Chinese society [J]. *Aging & Mental Health*, 2003, 7(4): 287-293.

[157]Epstein R M, Levenkron J C, Frarey L, et al. Improving Physicians' HIV Risk - assessment Skills Using Announced and Unannounced Standardized Patients [J]. *Journal of General Internal Medicine*, 2001, 16(3): 176-180.

[158]Hintze J. PASS 12 [M]. Kaysville, Utah: NCSS, LLC;2013.

[159]Sullivan K, O'Connor F. Providing education about Alzheimer's disease [J]. *Aging&Mental Health*, 2001, 5(1): 5-13.

[160]Hébert R, Leclerc G, Bravo G, et al. Efficacy of a support group program for care-givers of demented patients in the community: a randomized controlled trial [J]. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1994, 18(1): 1-14.

[161]Mukhopadhyay S, Smith S. Outcome-based education: principles and practice [J]. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2010, 30(8): 790-794.

[162]Nayton K, Fielding E, Brooks D, et al. Development of an Education Program to Improve Care of Patients With Dementia in an Acute Care Setting [J]. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 2014:1-7.

[163]Downe - Wamboldt B. Content analysis: method, applications, and issues [J]. *Health care for women international*, 1992, 13(3): 313-321.

[164]Sandelowski M. Qualitative analysis: What it is and how to begin [J]. *Research in Nursing & Health*, 1995, 18(4): 371-375.

[165]Cavanagh S. Content analysis: concepts, methods and applications [J]. *Nurse Researcher*, 1997, 4(3): 5-13.

[166]Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process [J]. *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 62(1): 107-115.

[167]Chinn P L, Jacobs M K, Kramer M K. *Theory and Nursing: A Systematic Approach* [M]. St Louis: CV Mosby;1999.

[168]Illiffe S, Manthorpe J, Eden A. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study [J]. *Family Practice*, 2003, 20(4): 376-381.



- [169]Iliffe S, Wilcock J. The identification of barriers to the recognition of, and response to, dementia in primary care using a modified focus group approach [J]. *Dementia*, 2005, 4(1): 73-85.
- [170]Iliffe S, Wilcock J, Haworth D. Obstacles to Shared Care for Patients with Dementia: A qualitative study [J]. *Family Practice*, 2006, 23(3): 353-362.
- [171]Woods R, Moniz-Cook E, Iliffe S, et al. Dementia: issues in early recognition and intervention in primary care [J]. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2003, 96(7): 320-324.
- [172]Banerjee S, Willis R, Matthews D, et al. Improving the quality of care for mild to moderate dementia: an evaluation of the Croydon Memory Service Model [J]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007, 22(8): 782-788.
- [173]Milne A, Peet J. Challenges & resolutions to psycho-social well-being for people in receipt of a diagnosis of dementia: a literature review [M]. London: Mental Health Foundation & Alzheimer's Society;2008.
- [174]Mittelman M S, Roth D L, Clay O J, et al. Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention [J]. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007, 15(9): 780-789.
- [175]Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2011[R].London: Alzheimer's Disease International, 2011.
- [176]De Vries K, Brooker D J, Smith P. Dementia skills and competencies for primary care liaison: a model for improving identification and timely diagnosis [J]. *Primary Health Care Research & Development*, 2013, 14(03): 240-249.
- [177]Foreman P, Gardner I. Evaluation of education and training of staff in dementia care and management in acute settings [R]. Melbourne, Department of Human Service,2005.
- [178]Barba B E, Fay V. Does continuing education in gerontology lead to changes in nursing practice [J]. *Journal of Gerontological Nursing*, 2009, 35(4): 11-17.
- [179]Lange J, Wallace M, Gerard S, et al. Effect of an acute care geriatric educational program on fall rates and nurse work satisfaction [J]. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 2009, 40(8): 371-379.
- [180]Palmer M H, Kowlowitz V, Campbell J, et al. Using clinical simulations in geriatric nursing continuing education [J]. *Nursing Outlook*, 2008, 56(4): 159-166.
- [181]Wallace M, Greiner P, Grossman S, et al. Development, implementation, and

evaluation of a geriatric nurse education program [J]. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 2005, 37(5): 214-217.

[182]Page J B, Kowlowitz V, Alden K R. Development of a scripted unfolding case study focusing on delirium in older adults [J]. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 2010, 41(5): 225-230.

[183]Naidoo M, Bullock R. Breaking down the walls of silence: the development of an integrated pathway for dementia [J]. *Journal of Clinical Excellence*, 2001, 3(1): 11-13.

[184]Shanahan N, Orrell M, Schepers A K, et al. The development and evaluation of the DK-20: a knowledge of dementia measure [J]. *International Psychogeriatrics/IPA*, 2013, 25(11): 1899-1907.

[185]Beall C, Baumhover L A, Novak D A, et al. Educating about Alzheimer's disease: Curricular implications for health professionals [J]. *Gerontology & Geriatrics Education*, 1992, 12(3): 93-108.

[186]Normann H K, Asplund K, Norberg A. Attitudes of registered nurses towards patients with severe dementia [J]. *Journal of Clinical Nursing*, 1999, 8(4): 353-359.

## 综述

### 医护人员痴呆症照护胜任力研究

[关键词] 医护人员；痴呆症；照护胜任力

痴呆症，是一种进行性发展的神经系统退行性疾病，常伴有精神和行为障碍及其他躯体合并疾病，是老年人接受医疗服务最常见的原因之一<sup>[1]</sup>。最新流行病学调查统计显示，2010年，全球痴呆症患者人数已达3500万，预计到2030年，患病人数将增加一倍<sup>[2]</sup>。我国拥有全球20%的痴呆症患者，庞大的患病人群和复杂的疾病管理对我国痴呆症照护服务提出了更高的要求和挑战<sup>[3]</sup>。医护人员在痴呆症患者的治疗照护和家庭照护者的教育支持中发挥着至关重要的作用<sup>[4]</sup>。然而，目前我国关于医护人员痴呆症照护胜任力的研究较少，尚未形成医护人员痴呆症照护胜任力的理论架构。本文通过对国内外医护人员痴呆症照护胜任力研究进行系统综述，旨在为我国发展适合自身特点的医护人员痴呆症照护胜任力理论提供依据，加强医护人员在痴呆症患者治疗和照护中的积极作用，改善和提高患者的生活质量。

#### 1 痴呆症照护胜任力定义

“胜任力”这一概念由哈佛大学心理学家 McClelland 教授首次提出，近年来成为国内外学者研究和讨论的热点，并广泛应用于许多行业的人力资源管理，但目前尚无统一的定义<sup>[5]</sup>。Roach 认为胜任力是指能够充分满足个体职业责任所持有的知识、判断、技能、精力、经验和动机的状态<sup>[6]</sup>。其他关于胜任力的定义还包括“个体必须拥有、掌握的能够达到高水平服务表现的一系列行为”<sup>[7]</sup>。NHS 知识和技能理论框架 (Knowledge and Skills Framework, KSF) 指出了作为医护人员通用的胜任力应涵盖以下6个方面：交流 (communication)、个体发展 (personal and people development)、健康和安全 (health, safety and security)、改善服务 (service improvement)、质量 (quality)、平等和多样化 (equality and diversity)<sup>[8]</sup>。具体到痴呆症照护领域，医护人员痴呆症胜任力 (Dementia Care Competence) 被用来描述和评价医护人员为痴呆症患者提供有效治疗和照护服务的能力<sup>[9-11]</sup>。

Gonczi 指出, 医护人员所表现出的胜任力来源于医疗护理的实践, 是能够胜任痴呆症照护工作所具备的一系列专业知识、照护态度和技能等特质<sup>[12]</sup>。具体来说, 胜任力是一种综合能力, 某一项单独的特质不能构成或代表胜任力, 知识、态度和技能三者密不可分<sup>[12]</sup>。

## 2 痴呆症照护胜任力基本要素

### 2.1 知识

医护人员的专业知识是改善痴呆症患者照护质量的重要前提<sup>[13]</sup>。全面的专业知识应该涵盖痴呆症的早期发现、诊断、治疗、照护方式、合并症的管理及对家庭照护者的教育和支持<sup>[14,15]</sup>。研究表明, 良好的专业知识可以使医护人员对痴呆症患者投入更多的时间和精力, 加强医护人员在痴呆症疾病管理中的主动作用<sup>[4,16]</sup>。随着医疗服务的不断发展, 加之痴呆症本身是一种不断进展性疾病, 医护人员在临床实践中应不断更新自身的专业知识, 根据患者不同阶段的病情做出正确的决策<sup>[17]</sup>。

### 2.2 态度

医护人员对待痴呆症患者的态度受到他们所掌握的专业知识的影响, 并对痴呆症患者的健康和生活质量产生直接的影响<sup>[18,19]</sup>。具有较高专业知识水平的医护人员能够正确地看待患者的病情, 在照护中往往对患者表现出更多的理解、尊重、关怀和宽慰, 并能积极地采取行动以更好的方式满足患者及其家庭照护者的需求, 提高他们对照护服务的满意度<sup>[18]</sup>。

### 2.3 技能

照护技能是医护人员的专业知识和照护态度在临床实践中的应用。目前, 国内外学者普遍提倡“以人为中心”的痴呆症照护理念, 认为这是提高痴呆症患者

“生存质量”的关键所在<sup>[20]</sup>。以人为中心的照护理念主张医护人员通过承认和走进痴呆症患者的世界，维持和建立患者的个性，使其权力、价值、意义、潜能和共同制定决定的能力得到支持，从而为患者提供个体化的照护<sup>[21-24]</sup>。研究表明，良好的专业知识能够使医护人员在复杂的疾病管理和临床环境中注重对痴呆症患者采取以人为中心的照护方式<sup>[25]</sup>。医护人员对待痴呆症患者的态度则能够反应出他们实施以人为中心照护服务的能力<sup>[26]</sup>。

### 3 痴呆症照护胜任力理论研究

通过以检索词：痴呆症/Dementia；阿尔茨海默氏症/Alzheimer's Disease；照护胜任力/Care Competence 和照护标准/Care Standard，检索 Pubmed，Medline，Cochrane，Web of Science，Science Direct，Scopus，Google Scholar，万方数据资源系统，清华同方(CNKI)数据库获得目标文献。各检索词以尽可能多的方式进行组合，获取的目标文献限定于痴呆症领域，共获得 7 种医护人员痴呆症照护胜任力理论。胜任力理论的研究方法包括：文献回顾、访谈、问卷调查、专家同行讨论和德尔菲法等。检索到的痴呆症照护胜任力理论适用于不同的医护人员群体，包括照护人员、全科护士、痴呆症专科护士、全科医生以及照护组织机构。现分别介绍如下（详见表 1）。

#### 3.1 组织研究

**3.1.1 美国密歇根痴呆症协会**（Michigan Dementia Coalition，USA）于 2006 年提出了针对照护人员的痴呆症照护胜任力理论<sup>[27]</sup>，包括 7 项照护人员所需掌握的知识和技能，其中每一项包括 29 个细化的目标，同时，此标准详细阐述了照护人员在为痴呆症患者实施照护服务时组织机构需提供的支持。然而，该理论并未根据不同层次的照护人员将所需达到的相应的痴呆症照护胜任力标准进行分级和区别。

**3.1.2 加拿大卡尔加里痴呆症网**（Calgary Regional Health Authority Dementia

Network) 提出了包括 7 项能力和 5 种照护态度的医护人员痴呆症照护胜任力理论<sup>[28]</sup>。该理论的目标是使医护人员对自身能力进行评估, 并通过解决自身和照护组织机构的需求, 以一种整体全面的方式提升医护人员对痴呆症照护的胜任能力。

**3.1.3 密西西比精神卫生部** (Mississippi Department of Mental Health) 所提出的痴呆症照护胜任力理论从系统的观点出发增加了一个特有的领域, 即组织机构的痴呆症照护能力<sup>[29]</sup>。此理论不以照护本身为重点, 而侧重于组织机构对于痴呆症照护的态度。

**3.1.4 伦敦医疗协会** (Healthcare London) 针对痴呆症疾病进展的各个不同阶段, 提出了医护人员痴呆症照护胜任力理论, 并且进行了细化, 适用于医院以及社会照护机构中的医护人员<sup>[30]</sup>。

## 3.2 学者研究

**3.2.1 William** 等报道了针对工作在长期照护机构中护士的痴呆症照护胜任力理论<sup>[31]</sup>。通过文献回顾, 在原有研究的基础上增加了 4 项新的领域, 即人际交往、资质、技巧和道德, 包括 6 种相关的能力, 旨在为居住在长期照护机构中的痴呆症患者提供更全面的专科照护。同时, 该标准为以痴呆症照护胜任力为基础的医护人员教育培训和课程设计提供了依据。

**3.2.2 Otere** 等发展了针对多学科协作管理 (Multi-Disciplinary Teams, MDTs) 的痴呆症照护胜任力理论, 此理论认为痴呆症照护的复杂性需要多学科的相互合作, 初级护理医师、社区医护人员、老年医学专家、职业理疗师和神经心理学家等在痴呆症照护中都需要承担自己特定的角色来诊断、治疗和管理痴呆症, 这就要求他们需要具备一些基本的痴呆症照护胜任能力。基于此, **Otere** 等提出了涵盖知识、态度和技能 3 方面的 11 项能力。该胜任力理论可用于医护人员对于自身痴呆症的照护胜任力进行评价, 针对相应的问题改善并提高自己的照护服务,



表 1 医护人员痴呆症照护胜任力理论介绍

美国密歇根痴呆症协会 <sup>[27]</sup>	加拿大卡尔加里老年痴呆症网 <sup>[28]</sup>	密西西比精神卫生部 <sup>[29]</sup>	伦敦医疗协会 <sup>[30]</sup>	Williams <sup>[31]</sup>	Otere <sup>[32]</sup>	Traynor <sup>[33]</sup>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 痴呆症知识</li> <li>2. 以人为本的照护</li> <li>3. 照护服务中的互动</li> <li>4. 丰富患者的生活</li> <li>5. 理解患者的行为</li> <li>6. 与患者家人交流</li> <li>7. 医护人员的自我保健</li> </ol>	<p>知识</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 痴呆症的自然属性</li> <li>2. 患者的行为改变</li> <li>3. 交流技巧</li> <li>4. 患者的生活环境</li> <li>5. 患者日常生活活动</li> <li>6. 与患者家庭合作</li> <li>7. 临终关怀态度</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 尊重患者及其家庭</li> <li>2. 尊重患者的个性</li> <li>3. 耐心与体贴</li> <li>4. 灵活性和机智</li> <li>5. 对患者充满爱心</li> <li>6. 对患者目前的治疗保持乐观</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家庭支持</li> <li>2. 患者的能力</li> <li>3. 公众意识</li> <li>4. 最佳临床实践</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 促进信息交流</li> <li>2. 与患者及照护者有效地交流</li> <li>3. 对患者家庭、照护者及其他看护人员进行支持</li> <li>4. 交流并理解与患者家庭、照护者共同工作和相互支持的重要性</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 掌握痴呆症专业知识</li> <li>2. 识别、预防和管理患者的危险行为</li> <li>3. 理解患者家庭及亲人的特殊需求</li> <li>4. 促进患者日常生活的独立性</li> <li>5. 为患者创造一个有利的环境</li> <li>6. 意识到患者照护中的相关伦理问题，并把它们与照护实践相结合</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 痴呆症重要症状的识别</li> <li>2. 管理痴呆症患者的行为问题（如冷漠或进攻性行为）</li> <li>3. 根据患者和照护者的需求提供个性化的照护</li> <li>4. 应对患者的认知局限</li> <li>5. 为患者提供安全、愉悦的居家环境并提出建议</li> <li>6. 熟悉患者的危险行为</li> <li>7. 向对待其他患者一样，为痴呆症患者提供有效的照护</li> <li>8. 充分理解痴呆症患者的各项问题</li> <li>9. 认为向痴呆症患者提供照护是有益的</li> <li>10. 对自己在痴呆症照护中的表现满意</li> <li>11. 痴呆症患者能够感激自己所提供的照护</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治疗工作（干预）</li> <li>2. 分享关于痴呆症的信息及照护问题</li> <li>3. 先进的评估技巧</li> <li>4. 确定照护工作的优先顺序</li> <li>5. 痴呆症的预防工作和患者的健康促进</li> <li>6. 伦理问题和以人为本的照护</li> <li>7. 平衡患者及其照护者之间的需求</li> <li>8. 促进最佳的临床实践</li> </ol>

并为痴呆症照护教育项目提供理论依据<sup>[32]</sup>

**3.2.3 Traynor** 等报道了适用于痴呆症专科护士（Specialist Dementia Care Nurses）的照护胜任力理论<sup>[33]</sup>，其研究的重点是痴呆症患者照护者和支持者的需求。痴呆症专科护士起着教育和咨询的作用，主要目的是改善提供痴呆症照护服务的方式，共包括 8 项核心能力。

以上痴呆症照护胜任力理论各自适用于特定的医护人员群体，痴呆症的治疗和照护需要不同学科间的相互配合，细化的痴呆症胜任力标准有助于医护人员明确各自的职责，对自身照护能力进行评价和改进。研究者可以根据不同的研究的目标和研究人群，选择合适的痴呆症照护胜任力理论指导自己的研究。痴呆症照护胜任力理论的提出也为医护人员痴呆症照护教育项目的发展、制定和评价提供了理论依据。值得注意的是，目前检索到的痴呆症照护胜任力理论并没有根据不同层次的医疗护理等级（如初级卫生服务、二级医院、三级医院）和不同的医护人员群体对其所需达到的痴呆症照护胜任力标准进行区别。因此，在今后的研究中需进一步对不同等级医疗服务机构和不同医护人员群体的痴呆症照护胜任力细节作出阐释和区分。此外，目前尚未检索到我国关于医护人员痴呆症胜任力理论的研究，这将在很大程度上限制我国痴呆症照护服务的发展。

## 4 我国存在的问题

### 4.1 缺乏针对医护人员痴呆症照护胜任力的研究

我国痴呆症照护服务较国外发展相对落后，针对医护人员痴呆症照护胜任力的研究较少，而且主要局限于胜任力的某一特质，如我国学者蒋瑞<sup>[34]</sup>，钟碧橙<sup>[35]</sup>等调查了医护人员对痴呆症疾病知识的了解现状，并未形成关于痴呆症照护胜任力整体系统的理论构架。除此之外，结合我国痴呆症照护服务体系来确定医护人员痴呆症照护胜任力的具体标准、意义和影响因素的研究需进一步开展。

### 4.2 医护人员对于痴呆症胜任力不足

调查发现三级综合医院的医生和护士对痴呆症的关注程度分别为 64.6%、60.7%，而诊断知识认知率分别为 70.4%、46.7%，提示医护人员对于痴呆症的认知和关注不足<sup>[34]</sup>。同时，社区医护人员对痴呆症的综合防治护理措施的知

晓率仅为 57.1%，医护人员普遍缺乏预防知识与治疗该病的信心<sup>[35]</sup>。目前，我国对老年痴呆患者的治疗护理尚停留在在流水作业式的功能制护理，此种护理模式使痴呆症患者缺少与医护人员的沟通与交流，缺少对患者心理上的抚慰，严重影响了患者自我照顾的主动性，同时也增加了患者家庭的经济负担<sup>[34]</sup>。以上调查研究说明我国医护人员对于痴呆症照护胜任力不足。

### 4.3 缺乏对于医护人员痴呆症照护胜任力的培养

我国老年医学教育发展滞后，绝大多数医学院校无老年学系，医护人员在大学学习中接受的有关痴呆症的教育有限<sup>[36]</sup>。除此之外，我国国家级继续医学教育项目和住院医护人员规范化培训尚未包括有关痴呆症照护的相关内容，这严重限制了我国对于医护人员痴呆症照护胜任力的培养。

## 5 小结

本文简要介绍了国内外关于医护人员痴呆症照护胜任力的研究。在查阅大量文献的基础上，检索到的医护人员痴呆症照护胜任力理论大都来自西方国家，尚未发现我国关于医护人员痴呆症照护胜任力理论。由于各国医疗服务体系的差异，他国提出的胜任力理论可能不一定完全适合我国痴呆症照护服务的需求。在借鉴国外研究的基础上，应结合本国国情，加强和发展我国对于医护人员痴呆症照护胜任力的相关研究。我国人口老龄化不断加剧，医护人员在为痴呆症患者及其家庭照护者提供优质照护服务中起着至关重要的作用。痴呆症照护胜任力的研究，对于提高我国医护人员对于痴呆症患者的治疗和照护水平，培养和教育专科人才，改善痴呆症患者的生活质量具有重要的指导意义。

## 参考文献

- [1]Traynor V, Inoue K, Crookes P. Literature review: understanding nursing competence in dementia care[J].Journal of Clinical Nursing,2011,20(13-14):1948-1960.
- [2]Alzheimer's Disease International.World Alzheimer Report 2009[R]. London: Alzheimer's Disease International,2009.
- [3]Liu J, Wang LN, Tan JP. Dementia in China: current status[J]. Neurology, 2013; 81(12):1077-1078.

- [4]Hughes J, Bagley H, Reilly S, *et al.* Care staff working with people with dementia: Training, knowledge and confidence[J]. *Dementia*, 2008,7 (2):227-238.
- [5]McClelland DC.Testing for competence rather than for intelligence[J].*American Psychologist*,1973,28( 1) : 1-14.
- [6]Roach M S. *The Human Act of Caring: A Blueprint for the Health Professionals*[M].Ottawa, ON: Canadian Hospital Association Press,1992.
- [7]Roach T. A preoperative assessment and education program: implementation and outcomes[J]. *Patient Education and Counselling*, 1992,25(1):83-88.
- [8]DOH.10 *Essentia Shared Capabilities*[R]. London: The National Stationary Office, 2004.
- [9]Watson R. Clinical competence: starship enterprise or straitjacket? [J]. *Nurse Education Today*, 2002, 22:476-480.
- [10]Watson R, Stimpson A, Topping A ,*et al.*Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature[J]. *Journal of Advanced Nursing*,2002, 39:421-431.
- [11]Cowan DT, Norman I, Coopamah VP.Competence in nursing practice: a controversial concept -a focused review of literature[J]. *Nurse Education Today*, 2005, 25:355-362.
- [12]Gonczi A, Hager P, Athanasou J .The development of competency-based assessment strategies for the professions[M]. Canberra :Australian Capital Territory: Australian Government Publishing Service,1993.
- [13]Tsaroucha A, Benbow SM, Kingston P, *et al.* Dementia skills for all: A core competency framework for the workforce in the United Kingdom[J].*Dementia*, 2013;12:29-44.
- [14]Abbey J, Palk E, Carlson L, *et al.* *Clinical practice guidelines and care pathways people with dementia living in the community*[R]. Brisbane: Queensland University of Technology, 2008.
- [15]While C, Nunn R, Donohue L, *et al.* Supporting practice in dementia care: evaluation of an education program for district nurses[J]. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 2010,5 (3):14-21.
- [16]Travers CM, Beattie E, Martin-Khan M, *et al.* A survey of the Queensland healthcare workforce: attitudes towards dementia care and training[J].*BMC Geriatrics*, 2013,13:101.

- [17]Chang E, Daly J, Johnson A, Harrison K, *et al.*Challenges for professional care of advanced dementia[J]. *International Journal of Nursing Practice*,2009,15 (1),41-47.
- [18]Kada S, Nygaard HA, Mukesh BN, *et al.*Staff attitudes towards institutionalised dementia residents[J]. *Journal of Clinical Nursing*, 2009,18 (16), 2383-2392.
- [19]Moyle W, Murfield JE, Griffiths SG, *et al.* Care staff attitudes and experiences of working with older people with dementia[J]. *Australasian Journal on Ageing*, 2011,30 (4):186-190.
- [20]钟雪冰,楼玮群.痴呆症长期照顾模式的国际研究趋势[J].*中国老年学杂志*, 2011,31(10): 1937-1939.
- [21]Brooker D. What is Person-centred care in dementia?[J].*Clinical Gerontology*, 2004,13(03): 215-222.
- [22]Brooker D. *Person-centred dementia care: making services better*[M]. London :Jessica Kingsley Publishers, 2007.
- [23]De Bellis A, Bradley SL, Wotherspoon A, *et al.* *Come Into My World - How to Interact with a Person who has Dementia: An educational resource for undergraduate healthcare students on person-centered care*[M]. Adelaide: Hyde Park Press, 2009.
- [24]王瑶,Lily Dongxia Xiao, 王婧,等.以人为中心照护服务测评量表的研究进展[J].*中国全科医学*,2013,16(17):2307-2310.
- [25]Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, *et al.* Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia[J]. *Gerontologist*, 2005,45 Spec No 1 (1),96-105.
- [26]McCloskey RM.Caring for patients with dementia in an acute care environment [J]. *Geriatric Nursing*, 2004,25 (3):139-144.
- [27] Michigan Dementia Coalition.Knowledge and skills needed for dementia care: A guide for direct care workers[R]. Michigan:Michigan Dementia Coalition, 2006.
- [28]Collins M, Connolly J, Dyck B, *et al.* *Dementia: care support worker competency profile*[R].Alberta:Calgary Regional Health Authority, 2000.
- [29]Cleave VK, Jackson M. Mississippi department of mental health state plan draft for alzheimer's disease and other dementia[R].Mississippi: Division of Alzheimer's Disease & Other Dementia, 2006.
- [30]Health Care London. *Dementia integrated care pathway-workforce competencies*[R]. London:Commissioning Support for London,2008

- [31]Williams CL, Hyer K, Kelly A, *et al.*Development of nurse competencies to improve dementia care[J]. *Geriatric Nursing*, 2005,26:98-105.
- [32]Otero M E, Drasković I, Bottema B, et al. Professionals' shared competences in multidisciplinary dementia care: validation of a self-appraisal instrument[J]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2009, 57(9): 1719-1721.
- [33]Traynor V, Dirkse Van Schalykwyk W, McGarry J.Implementing Person Centred Care in Acute Settings: An Action Research Study[M]. Nottingham:University of Nottingham, 2005.
- [34]蒋瑞辉,单鑫,张瑞新,等.医生与护士对痴呆症相关知识认知情况的比较[J]. *中国临床保健杂志*, 2009,12(02):194-195.
- [35]钟碧橙,邹淑珍,杨凤姣. 老年痴呆病人社区护理现状调查分析[J].*护理研究*, 2010,24(6):1526-1527.
- [36]陆惠华,方宁远.重视老年医学教育的研究与建设—21 世纪医学教育的重大历史使命[J].*中国老年学杂志*,2011,31(20):4073-4074.



## 附 录

### 附录 1

#### 英文版阿尔茨海默症知识量表

##### Alzheimer's Disease Knowledge Scale

Directions: Select the Best response alternative for each of the questions below.

1. People with Alzheimer's disease are particularly prone to depression.	True	False
2. It has been scientifically proven that mental exercise can prevent a person from getting Alzheimer's disease.	True	False
3. After symptoms of Alzheimer's disease appear, the average life expectancy is 6 to 12 years.	True	False
4. When a person with Alzheimer's disease becomes agitated, a medical examination might reveal other health problems that caused the agitation.	True	False
5. People with Alzheimer's disease do best with simple, instructions given one step at a time.	True	False
6. When people with Alzheimer's disease begin to have difficulty taking care of themselves, caregivers should take over right away.	True	False
7. If a person with Alzheimer's disease becomes alert and agitated at night, a good strategy is to try to make sure that the person gets plenty of physical activity during the day.	True	False
8. In rare cases, people have recovered from Alzheimer's disease.	True	False
9. People whose Alzheimer's disease is not yet severe can benefit from psychotherapy for depression and anxiety.	True	False
10. If trouble with memory and confused thinking appears suddenly, it is likely due to Alzheimer's disease.	True	False
11. Most people with Alzheimer's disease live in nursing homes.	True	False
12. Poor nutrition can make the symptoms of Alzheimer's disease worse.	True	False
13. People in their 30s can have Alzheimer's disease.	True	False
14. A person with Alzheimer's disease becomes increasingly likely to fall down as the disease gets worse.	True	False
15. When people with Alzheimer's disease repeat the same question or story several times, it is helpful to remind them that they are repeating themselves.	True	False

16. Once people have Alzheimer's disease, they are no longer capable of making informed decisions about their own care.	True	False
17. Eventually, a person with Alzheimer's disease will need 24-hour supervision.	True	False
18. Having high cholesterol may increase a person's risk of developing Alzheimer's disease.	True	False
19. Tremor or shaking of the hands or arms is a common symptom in people with Alzheimer's disease.	True	False
20. Symptoms of severe depression can be mistaken for symptoms of Alzheimer's disease.	True	False
21. Alzheimer's disease is one type of dementia.	True	False
22. Trouble handling money or paying bills is a common early symptom of Alzheimer's disease.	True	False
23. One symptom that can occur with Alzheimer's disease is believing that other people are stealing one's things.	True	False
24. When a person has Alzheimer's disease, using reminder notes is a crutch that can contribute to decline.	True	False
25. Prescription drugs that prevent Alzheimer's disease are available.	True	False
26. Having high blood pressure may increase a person's risk of developing Alzheimer's disease.	True	False
27. Genes can only partially account for the development of Alzheimer's disease.	True	False
28. It is safe for people with Alzheimer's disease to drive, as long as they have a companion in the car at all times.	True	False
29. Alzheimer's disease cannot be cured.	True	False
30. Most people with Alzheimer's disease remember recent events better than things that happened in the past.	True	False

来源: *The Gerontologist*, 2009, 49 (2), Brian D. Carpenter, Steve Balsis, Poorni G. Otilingam, Priya K. Hanson, and Margaret Gatz. The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties, 236-247.

版权: Copyright © 2009, Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America.

## 英文版老年痴呆症照护态度量表

### Dementia Care Attitude Scale

Directions: Rate each of the following statements by ticking the response that reflects your opinion.

A (1)                      B (2)                      C (3)                      D (4)                      E (5)  
 Strongly Disagree      Disagree                  Neither                      Agree                      Strongly Agree

	A	B	C	D	E
1. Providing a diagnosis is usually more helpful than harmful.	1	2	3	4	5
2. Managing dementia is more often frustrating than rewarding.	1	2	3	4	5
3. Much can be done to improve the quality of life of people with dementia.	1	2	3	4	5
4. Dementia is best diagnosed by specialist services.	1	2	3	4	5
5. It is better to talk to the patient in euphemistic terms.	1	2	3	4	5
6. Families would rather be told about their relative's dementia as soon as possible.	1	2	3	4	5
7. The primary care team has a limited role to play in the care of people with dementia.	1	2	3	4	5
8. Much can be done to improve the quality of life of carers of people with dementia.	1	2	3	4	5
9. Patients with dementia can be a drain on resources with little positive outcome.	1	2	3	4	5
10. There is little point in referring families to services as they do not want to use them.	1	2	3	4	5

来源: *British Journal of Nursing*, 2003,12 (17), Michelle Bryans, John Keady, Steve Turner, Jane Wilcock, Murna Downs, Steve Iliffe. An exploratory survey into primary care nurses and dementia care, 1029-1037.

版权: Copyright © 2003, MA Healthcare Limited.

## 附录 2

### 中文版阿尔茨海默氏症知识量表

阿尔茨海默氏症知识量表 (Alzheimer's Disease Knowledge Scale, ADKS)

作答方式：请选择您觉得最适当的选项来回答下列问题

1. 阿尔茨海默氏症患者特别容易抑郁。	对	错
2. 科学已证明，智力训练能够避免患阿尔茨海默氏症。	对	错
3. 阿尔茨海默氏症症状出现后，患者的平均预期寿命是 6 到 12 年。	对	错
4. 当阿尔茨海默氏症患者表现出激越时，医学检查可能显示引起患者激越的其他健康问题。	对	错
5. 阿尔茨海默氏症患者可在简单的、一次一个步骤的指导下做到最好。	对	错
6. 当阿尔茨海默氏症患者开始出现自我照顾困难时，照护者应该马上照顾他们。	对	错
7. 如果阿尔茨海默氏症患者在夜间变得警觉和激越，一个好的策略是尽量确保患者在白天进行足量的身体活动。	对	错
8. 极少数情况下，阿尔茨海默氏症患者可以康复。	对	错
9. 当阿尔茨海默氏症患者还不严重时，心理疗法有助于缓解其抑郁和焦虑。	对	错
10. 如果突然出现记忆障碍和思维混乱，可能是由于阿尔茨海默氏症所致。	对	错
11. 大多数阿尔茨海默氏症患者住在养老院。	对	错
12. 营养不良可以使阿尔茨海默氏症症状加重。	对	错
13. 30 多岁的人可患阿尔茨海默氏症。	对	错
14. 随着病情加重，阿尔茨海默氏症患者跌倒的可能性越大。	对	错
15. 当阿尔茨海默氏症患者多次重复同样的问题或事情，提醒他们是在重复会有帮助。	对	错
16. 一旦患有阿尔茨海默氏症，患者便不能对自我的照护做出合理的决定。	对	错
17. 最终，阿尔茨海默氏症患者需要 24 小时看护。	对	错
18. 高胆固醇可能增加患阿尔茨海默氏症的风险。	对	错
19. 手或手臂的震颤是阿尔茨海默氏症患者的一种常见症状。	对	错
20. 严重的抑郁症状可能被误认为是阿尔茨海默氏症的症状。	对	错
21. 阿尔茨海默氏症是痴呆症的一种类型。	对	错
22. 管理钱或支付账单困难是阿尔茨海默氏症的一种早期常见症状。	对	错

23. 阿尔茨海默氏症患者可能出现的一种症状，即认为其他人在偷他的东西。	对	错
24. 当患阿尔茨海默氏症时，使用便条是一种依赖，会使患者的病情恶化。	对	错
25. 有预防阿尔茨海默氏症的处方药物。	对	错
26. 患高血压可能增加患阿尔茨海默氏症的风险。	对	错
27. 基因只能部分解释阿尔茨海默氏症的发生。	对	错
28. 只要车里一直有人陪同，阿尔茨海默氏症患者开车是安全的。	对	错
29. 阿尔茨海默氏症不能治愈。	对	错
30. 大部分阿尔茨海默氏症患者能记起近期发生的事情，但记不清过去发生的事情。	对	错

翻译授权： 英文版阿尔茨海默氏症知识量表作者： Professor Brian D. Carpenter  
 英文版阿尔茨海默氏症知识量表出版商： Oxford University Press

## 中文版老年痴呆症照护态度量表

老年痴呆症照护态度量表（Dementia Care Attitude Scale, DCAS）

作答方式：请阅读以下条目，并根据您的观点做出选择。

A (1)	B (2)	C (3)	D (4)	E (5)
非常不同意	不同意	中立	同意	非常同意

	A	B	C	D	E
1. 提供诊断通常是有益的而不是有害的。	1	2	3	4	5
2. 痴呆症的管理通常是令人沮丧的而不是有回报的。	1	2	3	4	5
3. 有许多事情可以做，来提高痴呆症患者的生活质量。	1	2	3	4	5
4. 痴呆症最好是通过专科服务做出诊断。	1	2	3	4	5
5. 最好以委婉的方式与痴呆症患者交谈。	1	2	3	4	5
6. 家属宁愿被及早告知他们的亲属患有痴呆症。	1	2	3	4	5
7. 初级医疗保健团队在痴呆症患者照护中作用有限。	1	2	3	4	5
8. 有许多事情可以做，来提高痴呆症患者照护者的生活质量。	1	2	3	4	5
9. 痴呆症患者在消耗资源而没有任何积极的医疗效果。	1	2	3	4	5
10. 当家庭不想使用服务资源时，向他们转介服务资源是没有任何意义的。	1	2	3	4	5

翻译授权：英文版老年痴呆症照护态度量表作者：Professor Murna Downs

英文版老年痴呆症照护态度量表出版商：MA Healthcare Limited



## 附录 3

### 医护人员一般资料

1. 您的年龄是\_\_\_\_\_
2. 您的性别： ①男           ②女
3. 您的婚姻状况：①已婚           ②未婚           ③离异           ④丧偶
4. 您所获得的最高教育程度？  
    ①大专及以下           ②本科           ③硕士           ④博士
5. 您的职称：  
    (1) 医生：①副主任及以上医师 ②主治医师 ③住院医师 ④其他\_\_\_\_\_  
    (2) 护士：⑤副主任护师及以上 ⑥主管护师 ⑦护师       ⑧护士
6. 您从事医疗/护理职业多少年？\_\_\_\_\_年
7. 在工作中，您是否照顾过患有痴呆症的病人？ ①是           ②否
8. 在生活中，您是否照顾过患有痴呆症的家人？ ①是           ②否

## 附录 4

### 繁体版中文版痴呆症照护方式问卷

#### 癡呆癥照護方式問卷

林奶奶84歲，她大約在兩年前成為了你工作單位裡的病人。她對時間、地點和情境的定向感有輕微混亂，但對其他事項很不清楚，例如：她經常認為有人偷她東西。在她住進病房的這兩年間，她的心智住況更加退化。她已被診斷失智症，而且對時間、地點和情境不再有定向感。她的行為特徵是頻繁地作出重複性不安的活動，例如：拿取東西、拉自己的衣服或桌巾等。在某些時候，她會坐著搖晃她的上半身或有節奏性以右手敲打桌子或坐椅的扶手。她也經常在單位內前後遊走。現在她會呻吟或嗚咽。她很少用文字溝通而且她使用的文字很難被理解。

※請在下列每一個題組中（有兩種照護方式），勾選你目前將會採取的照護方式。

1.  今日的現實定向對林奶奶是非常重要的。因此她應該被給予時間、地點和情境的定向。  
 對林奶奶而言今天的現實是不太重要的。
2.  林奶奶應該被允許自由地表達她自己，即使似乎是毫無意義的行為。  
 當林奶奶表達似乎毫無意義的行為時應該被糾正。
3.  對林奶奶而言，時鐘上的時間是不重要的。她對時間的經驗會連結到對過去的感覺。  
 對林奶奶而言，時鐘上的時間是重要的，因此她應該被定向一天內時鐘的時間。
4.  對林奶奶而言，最重要的事是將焦點放在她的過去。  
 對林奶奶而言，最重要的事是將焦點放在她的現在。
5.  透過重複的定向刺激，例如：「現在是早上八點，吃早餐的時候」，將可能引導林奶奶回到現實。  
 重複的現實定向刺激，可能惡化林女士的生活狀況。
6.  當林奶奶對與現在有關的問題提供錯誤回答時，要用自然的方式對她解釋正確的答案。  
 當林奶奶對與現在有關的問題提供錯誤回答時，要糾正她或給她正確答案並不重要。
7.  我應該糾正林奶奶的行為並且告訴她應該怎麼做。  
 我應該接受林奶奶表達的行為。
8.  我相信林奶奶的混亂對她是沒有意義的。  
 我相信林奶奶的混亂對她是有意義的。
9.  林奶奶應該被與她過去相關的事物刺激，以避免她狀況惡化。

- 林奶奶應該被與她現在相關的事物刺激，以避免她狀況惡化。
10.  與林奶奶溝通的目的是要幫助她用更好的方法處理她現今的生活情境。  
 與林奶奶溝通的目的是要刺激她與過去有關的感受。
11.  當林奶奶參與團體活動時，她應該被告知要做甚麼。  
 當林奶奶參與團體活動時，不須要告訴她要做甚麼。
12.  假如林奶奶被允許活在過去，她將有更多機會去保留她的自我本性/身份(identity)。  
 假如林奶奶被帶回現在，她將有更多機會去保留她的自我本性/身份(identity)
13.  若允許生活在她自己的世界裡，是滿足林奶奶需求的最好方式，那麼身為護理人員的我和她溝通時，我必須以這個為最優先考慮的事。  
 若在現實導向架構下生活，是滿足林奶奶需求的最好方式，那麼身為護理人員的我和她溝通時，我必須將焦點放在現在/此時此刻。

## 附录 5

### 简体版中文版痴呆症照护方式问卷

#### 痴呆症照护方式问卷

林奶奶84岁，她大约在两年前成为了你工作单位里的病人。她对时间、地点和情境的定向感有轻微混乱，但对其他事项很不清楚，例如：她经常认为有人偷她东西。在她住进病房的这两年间，她的心智状况更加退化。她已被诊断失智症，而且对时间、地点和情境不再有定向感。她的行为特征是频繁地做出重复性不安的活动，例如：拿取东西、拉自己的衣服或桌巾等。在某些时候，她会坐着摇晃她的上半身或有节奏性以右手敲打桌子或座椅的扶手。她也经常在单位内前后游走。现在她会呻吟或呜咽。她很少用文字沟通而且她使用的文字很难被理解。

※请再下列每一个题组中（有两种照护方式），勾选你目前将会采取的照护方式。

1.  今日的现实定向对林奶奶是非常重要的。因此她应该被给予时间、地点和情境的定向。  
 对林奶奶而言今日的现实是不太重要的。
2.  林奶奶应该被允许自由地表达她自己，即使似乎是毫无意义的行为。  
 当林奶奶表达似乎毫无意义的行为时应该被纠正。
3.  对林奶奶而言，时钟上的时间是不重要的。她对时间的经验会连结到对过去的感觉。  
 对林奶奶而言，时钟上的时间是重要的，因此她应该被定向一天内时钟的时间。
4.  对林奶奶而言，最终的事将焦点放在她的过去。  
 对林奶奶而言，最重要的事是将焦点放在她的现在。
5.  透过重复的定向刺激，例如：「现在是早上八点，吃早餐的时候」，将可能引导林奶奶回到现实。  
 重复的现实定向刺激，可能恶化林女士的生活状况。
6.  当林奶奶对于现在有关的问题提供错误回答时，要用自然的方式对她解释正确的答案。  
 当林奶奶对于现在有关的问题提供错误回答时，要纠正她或给她正确答案并不重要。
7.  我应该纠正林奶奶的行为并告诉她应该怎么做。  
 我应该接受林奶奶表达的行为。
8.  我相信林奶奶的混乱对她是没有意义的。

我相信林奶奶的混乱对她是有意义的。

9.  林奶奶应该被与她过去相关的事物刺激，以避免她状况恶化。

林奶奶应该被与她现在相关的事物刺激，以避免她状况恶化。

10.  与林奶奶沟通的目的是要帮助她用更好的方法处理它现今的生活情境。

与林奶奶沟通的目的是要刺激她与过去有关的感受。

11.  当林奶奶参与团体活动时，她应该被告知要做什么。

当林奶奶参与团体活动时，不须要告诉她要做什么。

12.  假如林奶奶被允许活在过去，她将有更多机会去保留她的自我本性/身份(identity)。

假如林奶奶被带回现在，她将有更多机会去保留她的自我本性/身份(identity)。

13.  若允许生活在她自己的世界里，是满足林奶奶需求的最好方式，那么身为护理人员的我和她沟通时，我必须以这个为最优先考虑的事。

若在现实向架构下生活，是满足林奶奶需求的最好方式，那么身为护理人员的我和她沟通时，我必须将焦点放在现在/此时此刻。

## 附录 6

### 知情同意书

我年满 18 岁，同意参与“医护人员痴呆症照护教育项目的构建及实证研究”的科研项目，参加其所设计的问卷调查或者访谈。我已知晓以下问题：

- 1.我自愿参加此项研究，并明确研究的详细过程。
- 2.研究过程中任何可能发生的风险我已十分明确。
- 3.我同意研究人员对研究过程进行录音。
- 4.收集的资料仅做研究之用，研究完成后将会给予销毁。
- 5.我在任何时候都可退出此项研究，研究过程中我有权拒绝回答我不愿意回答的问题。
- 6.基于该研究所发表的所有成果将不会涉及我的任何个人信息，我的身份不会被识别。
- 7.我是否参与此项研究，或者在同意参与研究后是否中途退出，都不会影响我的照护对象所接受的治疗与护理服务。
- 8.我可以在任何时候要求停止对我的录音或者观察，同时，我也可以在任何时候退出讨论或者研究。我不会因此遭受任何损失。
9. 我知道我应该保留一份知情同意书已供将来参考。

如有疑问或需要查询有关问题，请与研究者直接联系，感谢您的参与！

参与者签名\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_

我保证已经向参与者解释了此项研究的有关事宜，确认参与者已经理解了研究内容以及自愿参与研究的原则。

研究人员姓名\_\_\_\_\_ 参与者签名 \_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_

备注：知情同意书一式两份，研究人员一份，参与者一份。



## 附录 7

### 痴呆症照护教育项目各单元案例分析资料

#### 单元 1 痴呆的病理生理及其自然病程

##### 案例讨论与学习

##### 案例描述 1

江先生是一位 76 岁的已婚男性，他和他的妻子生活在自己的家里。他在医生的推荐下来到了记忆力诊所，江先生说他的妻子非常关心他的记忆力。他承认，如果不被提醒，他经常会在约会当天忘记约会的事情，甚至偶尔还会忘记新认识的人的名字。他的妻子陈述，他可能会忘记孙子的生日，但没有其他症状的发作。他是一个退休的仓库管理员，除了治疗高血压（每天服用培哚普利 5 毫克）就没有其他主要的就医情况了。他仍然可以没有困难地进行驾驶汽车。除此之外，无正式的进一步的指征出现。

他从不吸烟，每周饮酒 3 次，饮用 2 份标准饮料。无已知的痴呆家族史。无抑郁症病史。

在检查中无局灶性神经功能缺失的表现，其余的体格检查无异常。

在简易精神状态检查中，他的得分为 24/30，其中，时间定向力方面失去 2 分，注意力方面失去 1 分，短期记忆方面失去 2 分，造句方面失去 1 分。额叶功能评定表（FAB）结果显示，他的得分为 11/18。画钟测试显示他只有在数字排序上存在小的异常。

头部 CT 示：没有预期的比他的年龄更多的萎缩，只有小范围的室周低密度灶，这与轻度小血管缺血性损伤的症状相符。

##### 小组讨论问题

1. 这个人患有痴呆症吗？
2. 如果没有，其诊断是什么？
3. 你有什么建议给他和他的妻子，以使他的认知功能进行性下降的风险最小化？

## 案例描述 2

一年后再次见到江先生，江先生的妻子报告他的记忆功能随时间波动，有时近乎完美，有时却很“可怕”。然而，更令她担忧的是，当外出散步的时候，江先生多次出现无明显原因所致的摔倒，有时他会和房间里的人们交谈，而实际上房间里并没有人，同时江先生还出现了走路缓慢僵硬的现象。在询问中，她报告，多年来，江先生在睡眠时非常活跃，并且经常在晚上把衣服踢下床。

江先生的认知功能测试得分基本稳定，但在体格检查中，他双侧上肢呈铅管样强直，并且走路时出现停止姿势，步伐变小，曳行步态。

### 小组讨论问题

4. 你对江先生的诊断有没有改变，它是什么？
5. 江先生潜在的病理过程是什么？
6. 你给他和他的妻子在医疗、症状和支持性治疗方面有哪些建议？

## 单元2 痴呆症的诊断与鉴别诊断

### 案例讨论与学习

#### 案例描述

患者男，75岁，退休工人，因记忆力减退1年入院。患者1年前无明显诱因地出现记忆力减退、健忘，近期症状加重，常不能记起自己的住址，且语言含糊、条理不清，但无明显头痛、头晕、视幻觉、肢体抽搐，无发热、外伤等，大小便正常。既往史：20年前有胃溃疡手术史，有原发性高血压史5年，间断服药。嗜好烟酒，婚育史、家庭史无特殊。体格检查：血压为150/110mmHg，生命体征平稳，心、肺检查和腹部检查无明显异常。专科检查：意识清楚，构音正常，语言表达条理性差，近期记忆力差，远期记忆力尚可，定向力正常。脑神经无异常，四肢肌力、肌张力正常，双手平举时可见轻微震颤，感觉正常，反射基本正常，病理征阴性，脑膜刺激征阴性。MMSE得分19分，CDT2分。辅助检查：血常规、尿常规、大便常规、肝功能、肾功能、血糖、血脂、电解质、肌酶、甲状腺功能均正常。心电图、胸片、脑电图正常。头颅MRI示轻度脑萎缩。

#### 小组讨论问题

- 1.你会对患者做出什么诊断？
- 2.此患者的疾病属于何种类型？
- 3.此患者的疾病属于何种程度？

## 单元3 以人为中心的痴呆症照护

### 案例讨论与学习

#### 案例描述

齐某，女性，89岁。2011年4月因在家跌倒被送往长沙市第四医院，检查发现无骨折、肌腱、韧带损伤，右上臂严重瘀伤。儿子、儿媳妇主诉无法照护患者，患者变得越来越糊涂，经常没有任何意义地到处乱逛，同时出现攻击性行为，表现为狂躁不安，错把厨房当作厕所。患者总是忘记时间，一直问同样的问题。患者一直跟随其儿媳，并在儿媳周围踱步。儿子主诉患者两年来出现缓慢的记忆衰退，而且越来越严重。儿媳抱怨患者出现无意义的谈话，不认识家人，进食、走路和穿衣需要他人帮助，不能按照他们告诉她的去做。这像是一场战斗。患者不去做儿子、儿媳让她去做的事，即使做了，之后很快忘记自己做了什么。患者有时不肯起床，将床弄湿。儿子、儿媳对医生和护士难以启齿患者的情况。

医生、护士询问患者儿子、儿媳是怎样应对患者的上述情况的。儿子、儿媳主诉，他们将患者锁在家中，而且曾经儿子恨不得打患者，他们认为照料患者是一件非常困难的事。他们最终选择无视患者或试图忽视患者。患者总是把到处弄得一团糟，而且总是做坏事，需始终有人对其看护。对儿子、儿媳来说这是非常糟糕的，而且让他们感到非常的失落。护士同样发现，对患者提供照护非常困难，患者一直试图出走，而且护士亲耳听到其儿子、儿媳对老人使用诋毁性的称呼。儿子、儿媳表现出非常失落，通过医护人员评估，他们具有较高的照护负担。医护人员发现，社区护士有必要向患者儿子、儿媳介绍以人为中心的照护服务。初级卫生机构应提供必要的支持、合适的环境和活动。齐某一直想回家——如今她已经回家了！

#### 小组讨论问题

1. 在患者齐某一直想出门的情况下，你该怎么做？患者的儿子、儿媳非常沮丧、悲伤，你该怎么做？
2. 此案例中发生了哪些恶性心理互动？
3. 在患者正在走向门口的情境中，你该怎样指导患者儿子、儿媳使用以人为中心的照护服务模式与患者互动？
4. 作为进行家庭访视的医护人员：你怎样评估患者齐某的需求？你怎样评估家庭的需求？

5. 有哪些其他的资源、家庭、人员、社区、卫生服务、环境、活动和照护服务适合在家中照护患者齐某？

## 单元 4 痴呆症患者的日常生活活动

### 案例讨论与学习

#### 案例描述

患者，男，74岁。因记忆力障碍15年，双下肢乏力3天，于2011年7月20日扶送入院。患者，曾为企业高管，59岁时，曾有一次出差途中，在酒店误入女同事房，遭人误解和嘲笑。之后的3年里，多次发生类似的事件，但未引起同事和家人重视。

62岁时，出现记忆力明显下降，有时思维紊乱，曾去医院就医，CT检查证实有脑萎缩，诊断为“老年性痴呆”。

2001年曾因血糖增高、视力减退住院治疗，诊断为糖尿病，2005年诊断有前列腺增生。近5年来，患者记忆力减退很快，特别是近期记忆，有时，刚告诉他的事立刻就忘了，严重时不认识自己儿子，生活自理能力也明显减退，近3天出现活动后胸闷、气促，双下肢乏力，食欲下降，遂入院。

入院以来，患者食纳可，睡眠出现过昼夜颠倒，且自言自语。曾出现大小便失禁，可自行在床上解小便，小便壶放在床旁桌上，患者有时自行拿取，有时喊醒陪人告知自己需要解小便，夜尿增多；如厕需要人帮扶。患者现可进行简单的沟通，但经常重复问相同的问题，有时自言自语。患者可部分自理其生活，视力差，不愿活动。

入院诊断为：1、老年性痴呆 2、冠状动脉粥样硬化性心脏病 心绞痛型 心功能Ⅱ级 3、2型糖尿病 4、前列腺增生（良性）。

#### 小组讨论问题

1. 如何认识老年性痴呆？
2. 如何帮助患者如厕？
3. 该患者曾出现睡眠紊乱，如何预防再次出现睡眠紊乱并提高他的睡眠质量？
4. 该患者有前列腺增生且出现过大小便失禁，怎样帮助他预防小便失禁？
5. 由于视力问题患者不喜活动，怎样帮助他活动并提高他的独立性？



## 单元 5 痴呆症患者家庭照护者的相关问题

### 案例讨论与学习

#### 案例描述 1

江奶奶，103岁，丧偶，因在家中跌倒导致头皮破裂和出血而收治于初级卫生机构。她的儿媳妇，程女士，72岁，在扶她的婆婆从地上起来的时候将背部拉伤，也进入初级卫生机构治疗。程女士的丈夫，江先生，78岁，请求卫生服务中心将她们二位安置在同一病房，以便他可以同时照顾她们两人。这两位患者的责任医生，李医生将江奶奶的头皮裂伤缝合并止血，同时下了观察江奶奶神经功能的医嘱。他记录了江奶奶的病史，江奶奶在2009年被诊断患有老年痴呆，江奶奶的情况自从2010年中风之后逐渐恶化。江奶奶完全依靠她的儿媳妇来照顾，江先生作为第二照顾者协助他的妻子。江先生的健康状况并不是很好，他患有高血压、2型糖尿病，2年前还有一次轻度中风。

李医生完善了程女士的检查，包括脊柱X线，没有证据表明有脊柱损伤。但是，程女士的丈夫告诉李医生他的妻子最近几个月总是抱怨疲劳和头痛。他还注意到由于夜间要留意江奶奶，程女士的睡眠状况也不好。程女士的胃口也不好，以前喜欢看的电视剧也不看了。她在家庭晚餐的时候在孩子面前哭了出来，她还说江奶奶辱骂她、对她很不好、每天在家里制造麻烦。李医生诊断程女士有“背部软组织损伤”，并为程女士开了止痛药和促进睡眠的药物。

易护士负责在夜间看护患者，并按照李医生的医嘱观察患者情况。她发现江奶奶离开了她的病床，并且在走廊里徘徊。当她试着帮江奶奶回到她的病床时，江奶奶非常生气，还说她要给她准备去上早班的儿子做饭。易护士还发现江奶奶尿湿了裤子。她试图帮江奶奶换衣服并帮她洗干净，但江奶奶拒绝换衣服，还想打易护士，把她推开，还骂她。程女士和她的丈夫都醒了并去帮易护士。易护士还注意到程女士眼含泪水，对易护士说她几乎在家里几乎每天都面对这些情况，她感到很无助。易护士在早上交接班时向李医生和护士长报告了这一情况。

#### 小组讨论问题

- 1.根据这个案例，医生和护士还应该为江奶奶和程女士做什么评估？为什么？
- 2.如果你是易护士，你会对江奶奶的行为作何反应？
- 3.如果你是李医生和易护士，你将如何回应程女士对于她照顾者角色的感受？

## 案例描述 2

在两天住院时间里，江奶奶和程女士情况都很稳定，李医生下出院医嘱，并预约了一周后看门诊。江先生向李医生咨询了一些如何处理他母亲行为的建议，同时他也很担心他妻子的健康和精神状况。李医生和王护士长在门诊安排了一次个案讨论会，并邀请江先生和程女士来参加这个个案讨论会。在开会之前，他们请医生和护士回顾病历，并就怎样帮助家庭照顾者应对面临的挑战表达了他们的想法。

### 小组讨论问题

1. 如果你是参加这个个案讨论会的医生或护士，你会就有关教育家庭照顾者如何积极应对挑战的问题提出哪些建议？
2. 如果你认为程女士承担照顾者角色的压力过大，那么你认为应该采取哪些干预措施？

## 案例描述 3

在这个个案讨论会里，江先生和他的妻子觉得把他们的母亲一直留在家非常困难，因为他们俩的年纪也比较大了，身体状况也不理想，不能每天 24 小时照顾她。此外，他们感觉每天都被隔离在房子里，既不能拜访朋友，也不能参加孙子们的学校活动。然而，他们并不想把江奶奶送进养老院，因为他们不信任养老院提供的服务。此外，他们会为把妈妈送进养老院觉得内疚，因为在他们全天工作的时候，是他们的妈妈帮他们养育 4 个孩子。江先生希望初级卫生机构能够这个社区的居民提供一些老年人照护服务。

### 小组讨论问题

1. 如果你是参加会议的医生或护士，你会提出怎样的服务和支持机制来帮助家庭照顾者尽可能长时间地把老年痴呆患者留在家里？
2. 初级卫生机构在发展这些服务和支持机制的同时会面临哪些挑战和难题？你会制定什么计划来应对这些挑战？

## 单元 6 痴呆合并症的识别与治疗

### 案例讨论与学习

#### 案例描述

苗某，男，92岁，患者自30年前开始出现记忆减退，呈进行性，近事遗忘明显，并伴智能减退，逐渐不认识人，答非所问，多次入院进行治疗，2008年入院诊断为“痴呆症、脑梗塞、脑萎缩、冠心病”，经“抗痴呆症等治疗”，病情好转，反复，1年来逐渐出现间歇性大小便失禁，近来加重。不知道叫人，直接解到床上。有时也能控制，近来二便失禁加重，经常发生。患者护理全部依赖他的妻子，她也已经80多岁，患者近来进食无明显改变，体重无显著变化。查体：T36.5℃，脉搏59次/分，呼吸18次/分，血压149/69mmHg，营养一般，正常面容，神志清楚，精神尚可，自动体位，查体合作，智能减退，答非所问。患者无法行走，且有便秘史，他妻子指出患者大便不成形。

骶尾部皮肤2度压疮（3cm×2cm），小便有强力的刺鼻气味。巴氏征阴性，克氏征阴性，布氏征阴性。

用药：呋塞米 40mgs 每天

中国传统草药泻药 PRN

奥昔布宁 5mg TID

#### 小组讨论问题

- 1.请指出任何可以导致患者尿失禁和大便失禁的可逆的原因或因素。
- 2.可以采用的皮肤护理措施有哪些？
- 3.请讨论他妻子有哪些潜在的需求？
- 4.如何利用现有的资源支持患者及其家庭照护者对其尿失禁和大小便失禁进行管理？

## 单元 7 痴呆症患者的行为管理

### 案例讨论与学习

#### 案例描述

患者，男，80岁，身体状况良好，患阿尔茨海默氏症5年。患者需要被多次提醒才会去洗澡，有时他妻子无法让他在一周内洗澡超过2次。他不善于与人交流，每天大部分的时间都坐在椅子上。他的妻子发现了他的孤独和沮丧，因为她已经习惯于与他分享生活中的点点滴滴。他曾跌倒导致髌部骨折入院。在医院里，患者意识混乱的程度进一步加重，护理人员在给他洗澡的时候，他不仅表现出反抗行为还将护士划伤，并动手打了另一位护士。他一直试着站起来，但却有很高的跌倒风险。

#### 小组讨论问题

1. 这名患者身上有哪些挑战性行为？
2. 患者入院后，你会从哪里着手对其进行评估？
3. 你认为对患者最佳的管理策略是什么？

## 单元 8 痴呆症照护的安全性问题及患者的意外防护

### 案例讨论与学习

#### 案例描述

患者，男，86岁，已婚。自述于5年前无明显诱因出现明显记忆力减退，定向力差。2008年9月于我院诊断为“老年性痴呆”，寡言少语，不愿意参加活动，患者于2008年12月15日因“记忆力减退5年，排尿困难1周”第5次入住我院我科。诊断为：1、阿尔茨海默病（重度）；2、高血压病2级 极高危；3、2型糖尿病；4、心律失常型 心功能II级；5、椎基底动脉供血不足；6、老年性白内障；7、良性前列腺增生症。予以降压、护心、抗心律失常、改善认知功能、控制血糖、调节免疫力及营养支持治疗，2009年7月3日因突发畏寒、寒颤、发热、呕吐咖啡样液体，查血培养示革兰氏阴性菌，经予抗感染、补液、抑酸等治疗后，体温逐渐降至正常，住院期间患者反复泌尿系及肺部感染，予抗炎治疗后症状能有所改善，患者起病以来，昼夜颠倒，夜间游走，有时跌倒，家人发现患者无目的地将煤气阀打开点火，患者也拿老伴正准备服的药往嘴里送。食欲可，大小便失禁，体重无明显变化。巴氏征阴性，克氏征阴性，布氏征阴性。既往史：既往曾多次入我院，诊断为1、老年性痴呆症 2、高血压病2级 极高危 3、2型糖尿病 4、椎基底动脉供血不足 5、良性前列腺增生症 6、高脂血症，无外伤手术史、输血史。

#### 小组讨论问题

- 1.该患者由于记忆力减退，定向力差，容易发生安全意外事件，作为护理人员应该在哪些方面加强护理与防范？
- 2.该患者多病共存，如何保障用药安全？
- 3.患者在平日的居家条件下，存在一些怎样的行为，有可能会引起严重的安全问题的出现？

## 单元 9 痴呆症常用治疗方法

### 案例讨论与学习

#### 案例描述

张某，男，94岁，因反应迟钝3年余，双下肢乏力1月余，加重1天入院。患者自2009年上半年起家人发现其反应迟钝，对亲人的问话很长时间反应不过来，逐渐发展至不认识部分亲人，对自己做的事不能回忆。近1月以来双下肢乏力，行走困难并加重而入院。无发热、咳嗽等。无大、小便失禁。睡眠差，经常夜间吵闹并且说有人进屋来攻击他。既往有“冠心病（人工起搏器植入后），慢性支气管炎肺气肿，2型糖尿病，前列腺增生，左肾盂移行细胞癌根治术后，左股骨骨折等病史”。入院体查：T: 36°C；R: 18次/分；P>0次/分；Bp: 120/70mmHg；神志清楚，反应迟钝。记忆力，计算力减退，定向力障碍。颅神经(-)，颈损，双肺无罗音，心率70次/分，律齐，无杂音，腹平软，无压痛，肠音正常，无杵状指（趾），双下肢肌力V级，双上肢肌力正常，双膝反射正常，巴氏征(-)，踝阵挛(-)。MMSE评分4分。目前治疗：安理申 5mg Bid；鼠神经生长因子 30ug Qd；奥拉西坦 4g Qd；氯吡格雷 25g Qd；硝酸异山梨醇酯 20mg Bid；银杏滴丸 10粒 tid；尼麦角林 5mg tid。

#### 小组讨论问题

- 1.患者为94岁高龄，针对此年龄段痴呆症患者你认为需要治疗吗？为什么？
- 2.你认为目前该患者的治疗是否恰当？
- 3.针对该病例你认为还有那些更好的治疗方案？
- 4.在该患者的疗程中需要注意哪些问题？



## 附录 8

### 痴呆症照护教育项目满意度问卷

#### 一、Likert 七点量表

请您仔细阅读以下针对教育项目的陈述，根据您的真实情况做出选择，在适当的选项前划“√”

A (1)          B(2)          C(3)          D(4)          E(5)          F(6)          H(7)  
 非常不同意      不同意      有些不同意      中立态度      有些同意      同意      非常同意

1.在参加此教育项目之前，我对痴呆症照护服务的相关知识了解非常有限。	A 1	B 2	C 3	D 4	E 5	F 6	H 7
2.此教育项目帮助我学到痴呆症照护服务方面的新知识。	1	2	3	4	5	6	7
3.教育项目中的课堂讲座是必须的，而且是有帮助的。	1	2	3	4	5	6	7
4.案例讨论加强了我对痴呆症照护服务的学习。	1	2	3	4	5	6	7
5.如何将知识转化为实践的讨论帮助我思考怎样将学到知识应用到我的工作实际中。	1	2	3	4	5	6	7
6.教育手册和多媒体课件使我能够在需要的时候回顾和复习课程。	1	2	3	4	5	6	7
7.总体来说，此教育项目符合我对痴呆症照护服务及向同事、社区居民传授痴呆症照护相关知识的学习需求。	1	2	3	4	5	6	7

## 附录 9

### 半结构式小组访谈提纲

以下是半结构式小组访谈提纲。在实际讨论中，提问的顺序可能有所不同，也可能临时增减一些问题，这取决于参与者的反应。

1. 请您谈谈您在初级卫生机构从事医疗或护理工作的经历？
2. 在参加教育项目前，您是否治疗或护理过患有痴呆症的家人或患者？如果有，请您谈谈您之前的治疗或护理经验？
3. 在参加痴呆症照护教育项目后您有哪些收获？即使您还没有防治或护理过痴呆症的患者，此教育项目的学习有没有提高您在预防、治疗痴呆症和照护痴呆症患者方面的信心？请用以下 5 个分级来表示您的信心的提高。  
A.没有提高 B.只有一点提高 C.有提高 D.有较大的提高 E.有非常大的提高
4. 在参加痴呆症照护教育项目后，您在痴呆症患者的治疗或护理方面与参加教育项目前有什么变化（有哪些您觉得比之前好？有哪些还不如之前）？如果有，请您给我一些例子？如果没有，请您谈谈为什么参加教育项目后仍无变化？
5. 在参加痴呆症照护教育项目后，您在对待痴呆症患者的态度方面和以前有什么变化吗？
6. 您觉得这个教育项目怎么样？能不能对其效果进行评价？比如说好的方面以及需要改进的方面？
7. 您还希望继续了哪些痴呆症相关的知识？