

患者治疗教育；一种多面性医疗保健方法

摘要

本文提供了对两位伤口护理专家在欧洲大会上所做口头演讲的总结，并介绍了对患者治疗教育（TPE）的文献综述。本文将患者治疗教育与护理学中的护理模型，以及其他处于医疗保健实践的核心且为这种方法做出贡献的研究相关联。

关键词 患者治疗教育，以人为本的护理，造口治疗，伤口护理

文献引用 Lataillade L and Chabal L. Therapeutic patient education; A multifaceted approach to healthcare. WCET® Journal 2020;40(2):35-42.

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.40.2.35-42>

患者治疗教育：在有造口和/或伤口患者中的实际应用介绍

在1970年以前，教育方法一直很少见，并且仅限于一些孤立的医疗干预，例如“糖尿病患者手册”。1972年，美国医生Leona Miller展示了患者教育的积极效果。通过教学法，她使洛杉矶资源贫乏地区的糖尿病患者可以控制病况，并通过减少药物依赖提高自己的独立性¹。

1975年，瑞士日内瓦的糖尿病专家Jean Philippe Assal教授采用了这一概念，在日内瓦大学医院成立了糖尿病治疗和教育部门。他组建了一个创新的跨学科团队，由护士、医师、营养师、心理学家、护理者、艺术治疗师和理疗师组成，其目的是鼓励患者参与他们的学习²。该团队的灵感来自Carl Rogers以人为本的理论³、Kübler-Ross有关悲伤过程的研究⁴、日内瓦在成人学习教育科学方面的成果，以及日内瓦有关教学法和科学认识论的学习者概念的研究。

从那时起，针对患有不同慢性疾病和病症（如哮喘、肺功能不全、癌症和炎症性肠病）的患者，尤其是有造口和/或伤口的患者，开发了患者治疗教育（TPE）。TPE的目的是帮助患者和护理者更好地了解患者所患疾病的性质和所需的治疗策略，并帮助患者在管理和应对疾病的过程方法上，获得更高水平的个体自主性。

Laurence Lataillade

临床专科护士和造口治疗师，日内瓦大学医院

Laurent Chabal*

造口治疗护士和讲师，日内瓦健康科学学院，瑞士西部高等专业学院（HES-SO）。2018-2020年任WCET®副主席

* 通信作者

患者治疗教育（TPE）的定义

根据世界卫生组织（1998年）的说法，TPE是一项教育，由接受过患者教育培训的医疗保健提供者管理，旨在使患者（或一组患者和家属）能够管理其疾病治疗，并预防可避免的并发症，同时维持或改善生活质量。其主要目的是产生除所有其他干预（药物治疗、物理疗法等）的疗效之外的额外治疗效果。因此，患者治疗教育还旨在训练患者在自我管理或根据自身特定的慢性疾病调整治疗方面的技能，以及应对过程和技能。它还应有助于降低患者和社会的长期护理成本。它对于高效的自我管理，以及对所有长期疾病或病情的护理质量至关重要，不过不应将急性病患者从其受益群体中排除。

因此，“TPE应使患者获得并维持使他们能够在患病情况下最佳地管理自己的生活的能力。因此这是一个连续的过程，应融入医疗保健中”⁵。

TPE作为医疗保健方法的前提是，它将患者或护理者置于医疗保健提供者和患者关系的中心，承认他们是医疗保健过程中不可或缺的一部分⁶⁻⁸。这种方法的基石是患者具有必须得到重视、鼓励、刺激和/或探索的知识、技能和经验。对于医疗从业者来说，他们需要认可并强调患者对自身和自身能力的了解，这要求医疗从业者调整个人立场来提供护理和教育。医疗保健提供者通常倾向于与患者谈论他们的疾病，而不是在日常管理过程中训练患者，以此助其更好地控制病情⁵。正如Gottlieb的解释^{9,10}，这不仅仅是行为上的改变，更是一种范式上的改变，它要求从业者依靠患者的长处，而非纠正患者的不足，并且超越了Orem提出的“模式”¹¹理论。

TPE是对患有有一种或多种慢性疾病的人进行教育和支持的模式。目的是通过被护理者可理解的教育计划使其参与对自身的护理，从而达到支持被护理者的效果，并在这个过程中，减少患并发症的风险¹²，和改善他们的生活质量。TPE工具促进患者与医疗保健从业者之间的真正合作。这就需要一种整

体、综合和跨学科的方法¹³。

TPE的目标是什么？执业者应该采取什么样的立场？

执业者使用TPE的目标是，使自己的患者在护理过程中变得独立，并改善他们的生活质量。然而，每个特定时刻的患者目标并非一成不变。例如，突然出现的疾病（例如结肠癌）和造口的形成（通常是治疗疾病导致的结果）对患者的生活产生重大影响。造口患者会经历许多情绪过程，这些情绪过程通常深刻强烈，有时会完全淹没患者。

患者治疗教育的目的是在这种情绪调节的阶段和过程中，为患者提供支持，以使他们能够在其日常生活中更好地适应¹⁴并接纳其疾病和造口。目标是让患者掌握管理其造口和治疗所需的技能，以及在日常生活中接纳其造口的社会心理技能。

执业者面临的挑战是，在兼顾患者遇到的困难和学习需求的同时，在TPE计划中协调这两种类型的学习。建立在相互信任和伙伴关系基础上的治疗关系，是该教育过程必不可少的条件。在这一联合的框架中，重点放在患者和执业者之间的道德对等关系上¹⁵。

TPE框架内的第一个教育阶段，包含鼓励患者表达自我并为患者表达自我提供空间，以便揭示对患者或医疗执业者而言可能并不总是不言自明的患者特殊需求，并就这些需求达成一致。

在从Lasserre Moutet等人¹⁶的研究中粗略翻译而成（图1）的TPE过程图式（建议的日内瓦TPE模型）中，该图式描述了以下概念：

1. 中间的两个齿轮分别代表患者和执业者，他们都在参与过程的有效运转。他们都拥有自己的特定知识库。执业者拥有科学知识、临床技能和针对有类似病情的其他患者的临床经验；患者除了拥有个人知识外，还拥有关于其疾病和治疗的个人生活经验。尽管这种关系本质上是**不对称的**，但在知识层面上未进行等级分类。执业者是调解人，在患者转变知识的过程中为其提供支持，以便患者更好地了解自己的疾病、疾病过程的后果以及补救性医疗干预。为了让这些齿轮运转，必须调整节奏。TPE过程的第一部分对于维持这种参与度尤为重要：患者和执业者必须就问题达成一致，揭示患者每天会遇到的现实情况。对于执业者来说，这涉及到对患者及其有关疾病的生活故事产生真正的兴趣。
2. 在这种共识的基础上，将阐明患者需要掌握的教育需求、实践技能和能力，以使其能够克服遇到困难，或解决日常问题。

3. 一旦与患者共同确定了目标，即可采用策略，引导患者了解新想法，体验对自身处境的新视角，并找到替代方案来组织自己的日常生活。
4. 最后，为了进行调整并继续该过程，将对TPE过程和所带来的变化进行共同评价。

可在一次或多次咨询期间执行此四步法。

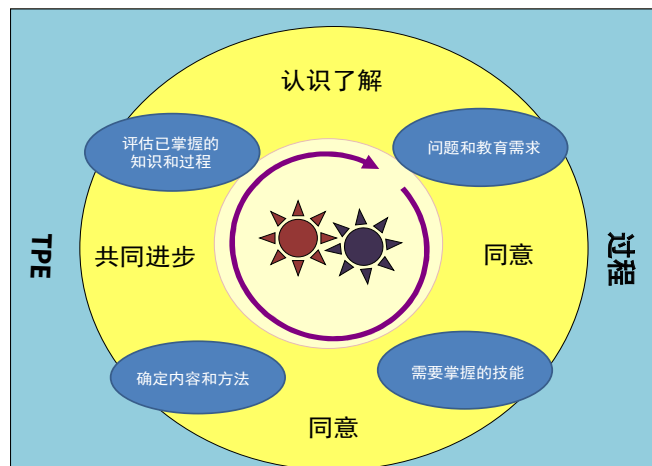


图1. TPE过程图式

对于造口患者，我们应使用哪种治疗教育？

造口患者面临着身体变化，并且多数患有慢性疾病^{17,18}，这限制了他们照见自己新的生活现实的能力。造口治疗护士的关键作用之一是，帮助患者进行适当的学习，让他们逐步适应新的生活平衡方式。

无论造口是暂时性的还是永久性的，都会打击患者，并影响患者生活的方方面面：社交和职业生活、情感和家庭生活以及人格同一性和自尊。在暂时性造口的情况下，在患者有造口的时期，造口常常被视为患者生活的一大主要障碍。在肠实现重新连接后，一些患者还会担心自己会需要新的造口，不过这确实是有可能的。

抱着在患者护理需求管理方面实现患者独立性的目标，或在造口患者、护理者无法实现这一点的情况下，造口治疗护士要将TPE整合为理解患者生活经验的持续过程，并建立合作伙伴关系，在术前治疗、术后、康复、居家护理，以及短期或长期随访等所有阶段中教导患者和告知患者相关知识。

该患者的教育根据患者的需求侧重于不同的主题。例如，造口相关的、需要自我护理的组织方面（护理、更换器具、均衡消化、食品安全性等）。患者的一些自我调节困难，例如畸形的自我形象、低自尊等心理情感影响¹⁹⁻²¹，以及难以在自己的社交圈谈论自身疾病或造口，或难以恢复性生活，很可能需要培养社会心理应对技能和能力，来加快适应。因此，执业者可以运用自己的知识、临床技能和人际交往技能，找到适合患者或护理者学习方式的**教学策略**，同时始终尊重/考虑患者的极限、恐惧感以及任何抵触情绪，以引导他们完成TPE过程的每一步。最终，这些过程的成功整合将使患者能够对自己进行自我护理，并适应与造口（有时还存在慢性疾病）的共处。

造口患者会经历哪些阶段？我们如何帮助他们克服困难？

根据Selder²²的理论，慢性疾病患者的生活经历类似于一个穿过充满不确定性的混乱现实的旅程，该旅程最终导致对该现实的重构。

为了动员患者的资源，执业者必须借助自己的适应力^{23,24}、融会贯通（应对技能）²⁵和赋权技能²⁶，自己承担起与患者会面并理解他们的陈述、价值观和信念的工作^{27,28}，以便将患者纳入自己的医疗保健。这些方面与个人适应的社会文化和宗教背景息息相关，也必须予以考虑，以便将其整合在为患者提供的护理中^{29,30}。

根据Bandura的理论^{31,32}，患者的自我效能感取决于四个方面：个人控制感、模仿、社会学习以及他们的生理和情绪状态。这会在具有良好自我效能水平的患者中产生三种类型的积极影响：第一种与所采取行动的选择有关，第二种与所采取行为的持久性有关，第三种与面对不可预见的事件和困难时的强大适应力有关。实施TPE的护士将能够通过其医疗保健干预，来动员TPE的这四个方面，以达到在患者身上引发这三类积极影响的目的。

表1

问题	学习目标
造口患者由于无法控制尿液（尿道造口术）或粪便和气体（空肠造口术、回肠造口术或结肠造口术）的排出而感到生活受限，经历了营养对消化运输的不良副作用。	<ul style="list-style-type: none"> 确定他们与造口术代表的限制有关的情绪和想法。 使用他们的日常经历来说明消化系统的新感觉和新反应。 调整他们的饮食以控制尿液和/或粪便及气体的排出。 考虑到他们的活动，计划并分配食物摄入量。 确定控制新感觉的策略：气体和噪音的产生。
造口患者可能会因为担心造口袋可以从自己衣服下看到或渗漏而考虑不要离家。	<ul style="list-style-type: none"> 向他们的社交圈朋友和护理者表达自己的恐惧。 弄清需要对他们服装的哪些方面进行更改，以使他们感到自在舒适，同时保持他们喜爱的时尚感。 选择他们的策略并进行试验。在他们的社交圈中确定“教练”，来帮助他们更换行头（组织“时装秀”等）。 清楚他们的长处，学会珍惜自己的长处，并发现新的长处。
造口患者感到不堪重负，觉得无法护理自己的造口以及更换器具。	<ul style="list-style-type: none"> 确定他们的资源、长处和能力。 确定对他们而言重要的事项，以及值得继续争取的事项。
回肠造口患者或造口排量高的患者为了限制液状粪便的排量，可能会强迫自己禁食或禁水。	<ul style="list-style-type: none"> 了解此行为对其健康的有害影响。 知晓脱水的体征。 学习可以使粪便固化和/或使尿液酸化的水合方法和食物。 识别作为脱水表现的身体症状，并能将这些症状解释为脱水表现。 尽其所能地实施有关水合和饮食的建议，以防止脱水。
造口患者难以面对自己的自我形成。	<ul style="list-style-type: none"> 与他们的体像“和平共处”。 确定他们觉得痛苦的、有关体像改变的不同方面。 确定在日常生活中他们会感到尴尬以及感到可以接受的情况。 确定他们的外貌中自己特别引以为傲之处。 审查他们对正面自我形象的标准。 在他们生活的不同背景下，采用实用方法以自己的新形象更舒适地生活（着装、新造口袋或配件等）。

根据Diclemente等人的观点³³，行为生活的改变只能分阶段进行。在造口治疗中，这些以患者为中心的方法始于术前阶段，在该阶段，需要向患者（及可能的家属）提供有关可能需要造口、具体手术操作和术后护理的说明（WCET®建议3.1.2, SOE=B+²⁹），即使尚未确认进行造口术。这些建议已被伤口造口失禁护士协会®（WOCN®）³⁴采用。

根据Martin和Savary的研究³⁵粗略翻译和改编而成的图式描述了学习过程中需要满足和培养的主要步骤（图2）。取决于患者的年龄，成人教育所采用的知识、工具和过程，为达到这些要求，TPE要求可能是动员患者的必要组成部分^{36,37}。对于相对年轻的人群，特别是青少年，将需要采取其他策略^{38,39}。

造口患者治疗教育中的问题和目标示例

这些问题和教学目标可能适用于失禁造口患者，这反映了最常遇到的情形（表1）。

对于其他不太常见类型的造口患者，例如可控性或营养支持造口患者^{40,41}，其中一些问题和教学目标仍适用，和/或需要进行改编以适应其特殊情况；其他更具体的问题可能适用。肠外瘘患者也是如此⁴²。

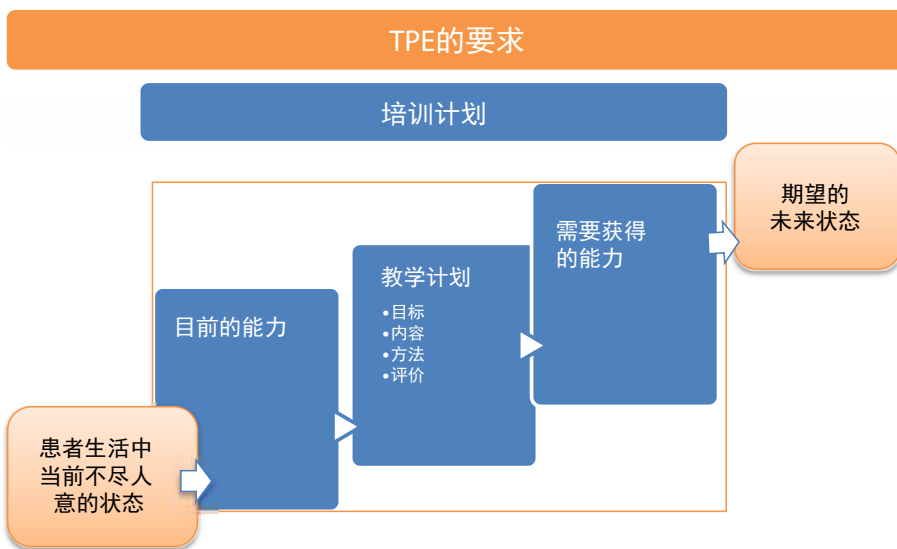


图2. TPE的要求

在某些情况下，出于厌恶、拒绝、否定和/或无能力（运动功能、大脑、心理情感或精神病），造口患者可能无法完成学习和赋权的某些或全部过程⁴³。这可能是短期、中期问题，有时还会成为长期的问题。在这些情况下，应当想到并安排向护理者（执业者或近亲）求助。必须以相对类似的方式，进行赋权所需的教育过程，以期在最大程度上加快使造口患者返家的过程。对此必须增加支持性沟通，以及人际关系的管理和可能的改变，以及可能情况下，患者及其伴侣之间的亲密关系的管理和可能的改变。可通过应用TPE的原理来产生此类改变，并且将需要对这种类型的护理进行定期重新评估，并采用针对患者及其各自情况的整体方法加以考虑。

对于独自居住的患者而言，这些过程甚至更加复杂，对于年老的患者而言则还要更复杂，因为这可能导致对这些患者出院回家，以及独自生活的能力产生质疑。在这种情况下需要保证强大的通信中继和网络，使我们想起了2012年美国退休人员协会（AARP）报告中的所提建议^{45,46}。

最后，偶尔情况下，造口患者会有多个造口，这些造口可能都是永久性的（图3和4）。根据我们的经验，这些复杂的情况比过去更加频繁，并且通常与恶性病变相关。



图3.永久性左侧结肠造口术和经回肠经皮输尿管造口术（Bricker术）患者示例，伴有紫色尿袋综合征⁴⁷。



图4.暂时性结肠造口术和保护性回肠造口术数天后的术后患者示例。经过从下游造口开始，然后是上游造口的两次干预后，将在9个月内恢复消化系统的连续性。

有关慢性伤口患者的见解和额外信息

与某些先入之见相反，尽管使用原始术语造口治疗师（ET）⁴⁸可能导致概念混淆，但造口治疗并不仅仅与造口患者的护理有关。实际上，完整的造口治疗师护理教育计划（ETNEP）⁴⁹包含为存在伤口、排便功能障碍、肠外瘘的人提供医疗保健，在一些学院还包含为经过乳房切除术的人提供医疗保健。即便如此，伤口护理专业方向本身已成为专科服务，许多ET或造口治疗护士与伤口护理专科人员开展了密切合作。需要注意的重要一点是，在欧洲的课程中，这些方面的患者教育专门针对伤口护理专科护士（第3和4单元）⁵⁰⁻⁵²。

在文献中，关于为有伤口的患者提供的教育，所教导的知识被描述为自我管理的过程，特别是在患有下肢溃疡等慢性疾病的患者中⁵³。为了使教育有效，患者必须从他们参与提议的预防性活动而可能产生的改变中得到可感知的受益。无论是身体还是情绪方面的受益，其均会增强所提建议的积极效果⁵⁴。

使用多媒体教学方法的好处在于可结合多种传输信息的方法。这有助于解决患者遇到的问题，而且也可以增强向患者提供的信息^{55,56}。

对于静脉性溃疡、糖尿病足溃疡和压力性损伤的患者，已进行了许多Cochrane系统评价。他们发现：

- 对于下肢溃疡患者，尽管事实是，对加压疗法的依从性是防止下肢溃疡复发的重要因素，但尚无足够的研究评估可以增加患者依从性的患者支持策略⁵⁷。
- 对于糖尿病患者，没有足够的证据表明，在没有其他预防措施的情况下，教育足以降低足部病变和足截肢/下肢截肢的发生率⁵⁸。
- 最后，对于压力性损伤，作者指出，患者参与的想法仍然含糊不清，且包括许多因素，这些因素各不相同，还包含范围较广的干预和可能的活动。同时他们澄清，这种对护理的参与（例如尊重患者权利）是重要的价值观，可以在他们的医疗保健中发挥作用。这种参与可能具有提升他们在个人健康方面的动力和知识的受益。此外，这种参与可能会涉及提高他们管理自身疾病和照顾自己的能力，从而提升他们的安全感，并使他们在改善健康方面取得更好的结果⁵⁹。

对于有癌性伤口的患者，欧洲肿瘤护理学会的建议指出，有一些量表可用于评估这些伤口类型的症状，从而可及早检出相关并发症，以及减少与护理相关的费用和用于医疗保健的设备数量，同时提高患者的参与度。确实，可以向患者建议使用所述的一些工具，让他们使用工具来帮助控制病情⁶⁰。为了促成这种情况发生，尽管这些患者可能已经对自己、自身的治疗和自己的医疗团队失去了信心，但仍有必要向其提供有关使用工具的教育。即使他们的病情可能已有所好转，但伤口仍然是其疾病不可磨灭的痕迹。

结论

治疗教育是对患有慢性疾病或有慢性病征的个人进行干预的基石，其目标是带来健康相关的改善、进行预防和提供教育。这是一项基本活动，横跨了造口治疗专业方向的所有领域。由于每种情况都是独特的，因此治疗教育使从业者可以发展该领域的技能，从而改善护理的提供水平。它也促使我们进行创新、发挥创造力、不断适应和打破常规进行思考，以找到其他干预策略；它也要求我们举止谦逊，因为我们可能需要通过国内和/或国际专业网络寻求帮助。

根据Adams⁶¹的研究，TPE在干预方面仍有诸多前景，其中教育干预在改善医疗保健影响方面的效用仍在讨论中。但研究结果仍太有限，无法支持他们的证据。对其他作者而言，到目前为止，其有效性已被研究证实。在许多医院中，据报告这是一种节省成本的措施，出于它可以缩短患者住院时间，并减少患者并发症的数量⁶²⁻⁶⁶。

最后，在医院开始教育过程的同时，门诊和家庭护理服务也在进行跟进。从这个意义上讲，通信中继的实施和维护将是确保护理连续性、开展的过程的连贯性和协调性，以及将协作决定的未来阶段的这些方面的基础。在患者及其亲属的同意下，居家护理者参与这些过程很重要。他们的参与尽管可能产生其他必须解决的问题，但仍是不可忽视的资源。

对专业医护人员（尤其是护士）进行有关应用TPE的培训，

将增强他们在患者教育方面的专业知识和效率⁶⁷，他们会了解到，每种情况都会促使他们寻找新的策略和技能来克服所面临的挑战。

利益冲突

作者声明没有利益冲突。

伤口小节的内容部分是基于有关该主题的University Conference Model (UCM) 小组会议⁶⁸期间所做的笔记。本次小组会议在荷兰阿姆斯特丹的2017年欧洲伤口管理协会 (EWMA) 大会上举行，演讲者为组织活性临床专科护士Julie Jordan O'Brien和高级临床专科护士Véronique Urbaniak⁶⁹。

资助

作者未因该项研究收到任何资助。

参考文献

1. Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med* 1972;286:1388–1391.
2. Lacroix A, Assal JP. Therapeutic education of patients – new approaches to chronic illness, 2nd ed. Paris: Maloine; 2003.
3. Rogers C. Client-centered therapy, its current practice, implications and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
4. Kübler-Ross E. On death and dying. London: Routledge; 1969.
5. World Health Organization. Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers. Report of a World Health Organization Working Group; 1998. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf
6. Stewart M, Belle Brown J, Wayne Weston W, MacWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Oxon: Radcliffe; 2003.
7. Kronenfeld JJ. Access to care and factors that impact access, patients as partners in care and changing roles of health providers. *Research in the sociology of health care*. Bingley: Emerald Book; 2011.
8. Dumez V, Pomey MP, Flora L, De Grande C. The patient-as-partner approach in health care. *Academic Med: J Assoc Am Med Coll* 2015;90(4):437–1.
9. Gottlieb LN, Gottlieb B, Shamian J. Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: a new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century. *Nursing Leadership* 2012;25(2):38–50.
10. Gottlieb LN. Strengths-based nursing care: health and healing for persons and family. New York: Springer; 2013.
11. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book Inc; 1991.

12. The Official Website of the Disabled Persons Protection Commission; 2018. Available from: <http://www.mass.gov/dppc/abuse-prevention/types-of-prevention.html>
13. Finset A, editor. Patient education and counselling journal. Amsterdam: Elsevier; 2019. Available from: <https://www.journals.elsevier.com/patient-education-and-counseling/>
14. Roy, C. The Roy adaptation model. New Jersey: Pearson; 2009.
15. Price P. How we can improve adherence? *Diabetes Metab Res Rev* 2016;32(S1):201–5.
16. Lasserre Moutet A, Chambouleyron M, Barthassat V, Lataillade L, Lagger G, Golay A. Éducation thérapeutique séquentielle en MG. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2011;25(869):2–4.
17. Ercolano E, Grand M, McCorkle R, Tallman NJ, Cobb MD, Wendel C, Krouse R. Applying the chronic care model to support ostomy self-management: implications for nursing practice. *Clin J Oncol Nurs* 2016;20(3):269–74.
18. World Health Organization. Non-communicable diseases; 2020. Available from: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/
19. Price B. Explorations in body image care: Peplau and practice knowledge. *J Psychiatric Mental Health Nurs* 1998;5(3):179–186.
20. Segal N. Consensuality: Didier Anzieu, gender and the sense of touch. New York: Rodopi BV; 2009.
21. Anzieu D. The skin-ego. A new translation by Naomi Segal (The history of psychoanalysis series). Oxford: Routledge; 2016.
22. Selder F. Life transition theory: the resolution of uncertainty. *Nurs Health Care* 1989;10(8):437–40, 9–51.
23. Cyrulnik B, Seron C. Resilience: how your inner strength can set you free from the past. New York: TarcherPerigee; 2011.
24. Scardillo J, Dunn KS, Piscotty R Jr. Exploring the relationship between resilience and ostomy adjustment in adults with permanent ostomy. *J WOCN* 2016;43(3): 274–279.
25. Wilson EO. Consilience: the unity of knowledge. New York: Knopf; 1998.
26. Zimmerman MA. Empowerment theory, psychological, organizational and community levels of analysis. In Rappaport J, Seidman E, editors. *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000. p. 43–63.
27. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Behav* 1988;15(2):175–183.
28. Knowles SR, Tribbick D, Connel WR, Castle D, Salzberg M, Kamm MA. Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, psychological morbidity, and quality of life in individuals with fecal ostomies. *J WOCN* 2017;44(1):69–73.
29. Zulkowski K, Ayello EA, Stelton S, editors. *WCET international ostomy guideline*. Perth: Cambridge Publishing, WCET; 2014.
30. Purnell L. The Purnell Model applied to ostomy and wound care. *JWCET* 2014;34(3):11–18.
31. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191–215.
32. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. *Psychological review*. San Francisco: Freeman WH; 1997.
33. Diclemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviours. In Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviours. processes of change*. New York: Springer; 1998. p. 3–24.
34. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society – Guideline Development Task Force. *WOCN® Society clinical guideline management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy – an executive summary*. *J WOCN* 2018;45(1):50–58.
35. Martin JP, Savary E. *Formateur d'adultes: se professionnaliser, exercer au quotidien*. 6th ed. Lyon: Chronique Sociale; 2013.
36. Lataillade L, Chabal L. Therapeutic patient education (TPE) in wound and stoma care: a rich challenge. ECET Bologna, Italy [Oral presentation]; 2011.
37. Merriam SB, Bierema LL. *Adult learning: linking theory and practice*. Indianapolis: Jossey-Bass; 2013.
38. Mohr LD, Hamilton RJ. Adolescent perspectives following ostomy surgery. *J WOCN* 2016;43(5): 494–498.
39. Williams J. Coping: teenagers undergoing stoma formation. *BJN* 2017;26(17):S6–S11.
40. Stroud M, Duncan H, Nightingale J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. *Gut* 2003;52(7):vii1–vii12.
41. Roveron G, Antonini M, Barbierato M, Calandrino V, Canese G, Chiurazzi LF, Coniglio G, Gentini G, Marchetti M, Minucci A, Nembrini L, Nari V, Trovato P, Ferrara F. Clinical practice guidelines for the nursing management of percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy (PEG/PEJ) in adult patients. An executive summary. *JWCON* 2018;45(4):32–334
42. Brown J, Hoeflok J, Martins L, McNaughton V, Nielsen EM, Thompson G, Westendrop C. Best practice recommendations for management of enterocutaneous fistulae (ECF). The Canadian Association for Enterostomal Therapy; 2009. Available from: <https://nswoc.ca/wp-content/uploads/2015/02/caet-ecf-best-practices.pdf>
43. Jukes M. Learning disabilities: there must be a change in attitude. *BJN* 2004;13(22):1322.
44. Wendorf JH. *The state of learning disabilities: 507 facts, trends and emerging issues*. 3rd ed. New York: National Center for Learning Disabilities, Inc; 2014.
45. Reinhard SC, Levine C, Samis S. *Home alone: family caregivers providing complex chronic care*. AARP Public Policy Institute; 2012.
46. Reinhard SC, Ryan E. *From home alone to the CARE act: collaboration for family caregivers*. AARP Public Policy Institute, Spotlight 28; 2017.
47. Peters P, Merlo J, Beech N, Giles C, Boon B, Parker B, Dancer C, Munckhof W, Teng H.S. The purple urine bag syndrome: a visually striking side effect of a highly alkaline urinary tract infection. *Can Urol Assoc J* 2011;5(4):233–234.
48. Erwin-Toth P, Krasner DL. *Enterostomal therapy nursing. Growth & evolution of a nursing specialty worldwide*. A Festschrift for Norma N. Gill-Thompson, ET. 2nd ed. Perth: Cambridge Publishing; 2012.
49. World Council of Enterostomal Therapists®, Education Committee; 2020. Available from: <http://www.wceten.org/the-wcet-education>
50. Pokorná A, Holloway S, Strohal R, Verheyen-Cronau I. Wound curriculum for nurses: post-registration qualification wound management – European qualification framework level 5. *J Wound Care* 2017;26(2):S9–12, S22–23.
51. Probst S, Holloway S, Rowan S, Pokorná A. Wound curriculum for nurses: post-registration qualification wound management – European qualification framework level 6. *J Wound Care* 2019;28(2):S10–13, S27.
52. European Wound Management Association. *EQF level 7 curriculum for nurses*; 2020. Available from: <https://ewma.org/it/what-we-do/education/ewma-wound-curricula/eqf-level-7-curriculum-for-nurses-11060/>
53. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns* 2003;51(3):267–275.

54. Van Hecke A, Beeckman D, Grypdonck M, Meuleneire F, Hermie L, Verheaghe S. Knowledge deficits and information-seeking behaviour in leg ulcer patients, an exploratory qualitative study. *J WOCN* 2013;40(4):381–387.
55. Ciciriello S, Johnston RV, Osborne RH, Wicks I, Dekroo T, Clerehan R, O'Neill C, Buchbinder R. Multimedia education interventions for customers about prescribed and over-the-counter medications. *Cochrane Database Syst Rev*; 2013. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008416/full>
56. Moore Z, Bell T, Carville K, Fife C, Kapp S, Kusterer K, Moffatt C, Santamaria N, Searle R. International best practice statement: optimising patient involvement in wound management. London: Wounds International; 2016.
57. Weller CD, Buchbinder R, Johnston RV. Intervention for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*; 2013. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008378.pub2/abstract>
58. Dorrestelijn JA, Kriegsman DMW, Assendelft WJJ, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*; 2014. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001488.pub5/abstract>
59. O'Connor T, Moore ZEH, Dumville JC, Patton D. Patient and lay carer education for preventing pressure ulceration in at-risk populations. *Cochrane Database Syst Rev*; 2015. Available from: http://www.cochrane.org/CD012006/WOUNDS_patient-and-lay-carer-education-preventing-pressure-ulceration-risk-populations
60. Probst S, Grocott P, Graham T, Gethin G. EONS recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds. London: European Oncology Nursing Society; 2015.
61. Adams R. Improving health outcomes with better patient understanding and education. *Risk Manag Healthc Policy* 2010;3:61–72.
62. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns* 2010;79(3):283–286.
63. Kindig D, Mullaly J. Comparative effectiveness – of what? Evaluating strategies to improve population health. *JAMA* 2010;304(8):901–902.
64. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatt on-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. *J Canc Educ* 2011;26(1):12–21.
65. Jensen BT, Kiesbye B, Soendergaard I, Jensen JB, Ammitzboell Kristensen S. Efficacy of preoperative uro-stoma education on self-efficacy after radical cystectomy; secondary outcome of a prospective randomised controlled trial. *Eur J Oncol Nurs* 2017;28:41–46.
66. Rojanasart S. The impact of early involvement in a post-discharge support program for ostomy surgery patients on preventable healthcare utilization. *J WOCN* 2018;45(1):43–49.
67. Knebel E, editor. Health professions education: a bridge to quality (quality chasm). Washington DC: National Academies Press; 2003.
68. European Wound Management Association; 2020. Available from: <http://ewma.org/what-we-do/education/ewma-ucm/>
69. European Wound Management Association Conference; 2017. Available from: <http://ewma.org/ewma-conference/2017-519/>