

无糖尿病家族史和未接受过糖尿病健康教育的患者相比,有糖尿病家族史和接受过糖尿病健康教育的患者自我管理得分更高,和张祎等<sup>[14]</sup>研究一致,因为其已认识到糖尿病的危害,有糖尿病家族史和已经接受过健康教育的人群更趋于改善不良生活方式,主动寻求健康指导,因此在糖尿病一级预防中,医疗保健人员更应关注文化程度较低、无糖尿病家族史的中青年人群。

#### 4 小结

综上所述,糖尿病前期人群对疾病的认识及自我管理水平较低。自我管理行为的建立与长期执行的决心是以足够的疾病认知为前提的,日后基层医疗机构及医务人员还需加大健康宣教力度,尤其对于文化程度较低、无糖尿病家族史的超重及肥胖的中青年人群,通过健康教育提高疾病知识水平,促进其改变不良生活行为习惯,指导其定期检测血糖指标,明确自身血糖状态,掌握血糖进展情况,形成有益的自我管理健康行为,在长期坚持中,逐渐改善血糖状态,甚至逆转最终结局。

#### 参考文献

- [1]Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition[J].Diabetes Res Clin Pract. 2019; 157:107843
- [2]Ch á vez-Talavera O, Wargny M, Pichelin M, et al. Bile acids associate with glucose metabolism, but do not predict conversion from impaired fasting glucose to diabetes[J]. Metabolism. 2020; 103:154042
- [3]Shang Y, Marseglia A, Fratiglioni L, et al. Natural history of prediabetes in older adults from a population-based longitudinal study[J]. J Intern Med. 2019;286(3):326-340
- [4]Sheng Z, Cao JY, Pang YC, et al. Effects of Lifestyle Modification and Anti-diabetic Medicine on Prediabetes Progress: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. Front Endocrinol (Lausanne). 2019;10:455
- [5]Glechner A, Keuchel L, Affengruber L, et al. Effects of life style changes on adults with prediabetes: A systematic review and meta-analysis[J].Prim Care Diabetes. 2018;12(5):393-408
- [6]张利霞,赵姜楠,郑蔚,等.糖尿病前期人群知信行问卷的编制及信效度检验[J].护士进修杂志,2015(15):1401-1404
- [7]葛果,陈伟菊,余建,等.基于Delphi法糖尿病前期自我管理量表的研制[J].护理学报,2015(21):5-9
- [8]葛果,陈伟菊,余建,等.糖尿病前期自我管理量表的编制与信效度检验[J].护士进修杂志,2016;31(6):484-487
- [9]禹俊杰.赋能教育对糖尿病前期人群自我管理能力的影[D].郑州大学,2018
- [10]李蕊,刘芳丽,陈霞,等.基于质性研究的糖尿病前期患者疾病态度和生活方式转变影响因素的系统综述[J].中国全科医学,2021;24(12):1506-1511
- [11]葛果,陈伟菊,周佩如,等.糖调节受损病人自我管理现状及影响因素研究[J].护理研究,2018;32(22):3565-3569
- [12]朱淑青,张利霞,赵姜楠,等.糖尿病前期患者自我效能及影响因素分析[J].现代预防医学,2016;43(20):3827-3830
- [13]邵爱君,吴伟明,章丽丹.糖尿病前期人群自我管理能力及影响因素调查[J].上海预防医学,2013;25(01):19-20
- [14]张祎,王继红,袁凤娟.中年与老年糖尿病前期患者自我效能及其影响因素[J].现代临床护理,2017;16(04):11-15

## 护理人员术前宣教认知度的调查研究

彭 慧<sup>1</sup>,田海珍<sup>1</sup>,蒋 苏<sup>2</sup>

(1.内蒙古医科大学附属医院 手术室,内蒙古 呼和浩特 010050;2.内蒙古医科大学附属医院 皮肤科)

关键词:术前宣教;护理人员认知度;问卷调查

中图分类号:R472

文献标识码:B

文章编号:2095-512X(2021)S1-0117-04

术前宣教被认为是病人护理的一个重要方面,而它能否得到有效的实施在实际工作中更为重要

和迫切。大量研究表明,术前宣教对手术效果有积极的影响,如降低焦虑水平、恢复时间、术后并发症

作者简介:彭慧(1985-),女,内蒙古医科大学附属医院手术室护师。

通讯作者:田海珍,副主任护师,硕士研究生导师,E-mail:5023558qq.com 内蒙古医科大学附属医院手术室,010050

和镇痛药物的使用,提高患者对治疗方案的满意度和依从性<sup>[1]</sup>。毫无疑问,术前宣教对于日间手术患者是至关重要的,然而,如何对手术患者进行有效的宣教是护士面临的一项重要工作。作为主要的宣教工作者,护士对术前宣教重要性的认识度可能直接影响术前宣教的效果。一些研究人员调查了护士对术前宣教的看法<sup>[2]</sup>,这些研究在病房环境中探讨了护士对术前宣教的看法。然而,目前国内缺少护理人员在手术患者中宣教的认知度的调查研究。

## 1 目的

本研究的目的是探讨护士对手术病人术前信息采集、沟通、教育的重要性的认识度,以及影响护士宣教效果的因素。研究问题如下:(1)对于手术患者,我院护士认为哪些术前信息是最重要的;(2)我院护士为患者提供哪些术前信息;(3)术前宣教重要性和术前宣教方案之间存在差异吗;(4)护士目前如何提供术前宣教?他们更喜欢哪种信息传递方式?

## 2 方法

### 2.1 设计

描述性横断面设计和数据收集于2017-12~2018-12。

### 2.2 参与者

在数据收集期间,随机选择100位来自我院手术室、眼科、神经外科或门诊的护士填写问卷,≥100分合格,经筛选后50位参与者符合条件,50%的反馈率。

### 2.3 数据收集

研究人员邀请符合条件的参与者,填写问卷,然后用密封收回。

自填问卷包括两部分:参与人信息资料和术前宣教问卷(PTQ)。(1)参与人基本信息。收集年龄、性别、职称、最高学历、工作年限和目前工作科室;(2)术前宣教调查问卷。PTQ由Summer等<sup>[2]</sup>开发,由11个问题组成,包括5个方面:术前信息的影响(问题1);护士所提供资料的准确性(问题2);传递信息的方法(问题3~4);影响护士术前宣教的因素(问题5~8)和护士对信息传递的满意度(问题9~11)。受访者的回答分为5分制的李克特量表(Likert scale)和二分制的“是/否”(yes/no)两种。克伦巴赫 $\alpha$ 系数>0.7。

## 3 数据分析

采用描述性统计方法对数据资料进行汇总。同意的百分比是根据参与者在每个问题上得分4分或4分以上的来计算。当 $\alpha=0.05$ 时,使用McNemar检验来分析是否存在统计学上的显著差异( $P<0.05$ )(见表1)。

表1 术前重要宣教信息各分量表的 $\alpha$ 系数

信息类型	变量数目	$\alpha$ 系数
手术操作细节	8	0.852
术前准备细节	8	0.814
手术室环境信息	5	0.812
手术预后信息	5	0.827
手术麻醉细节	4	0.840

## 4 结果

### 4.1 数据统计资料

50名参与者的信息统计(见表2)。

表2 参与者的信息统计表

相关信息	<i>n</i>	%
年龄		
<30	14	28
31~40	25	50
41~50	8	16
>50	3	6
性别		
女性	44	88
男性	6	12
职称		
初级护师	32	64
主管护师	9	18
高级护师	9	18
学历		
大专	26	52
本科	21	42
研究生	3	6
工作科室		
手术室	15	30
病房	35	70
工作年限	1~30	

### 4.2 术前宣教内容重要性的认知度和实际提供宣教方案的可操作度

参与者对术前宣教内容重要性的认识度,以及

他们目前能提供宣教内容的首选度(见图1)。参与者评价的三种最重要的术前信息是:手术麻醉细节(62.4%),手术预后信息(41.3%)和手术操作细节(35.2%)。然而,他们对当前提供信息的方案进行了不同的排序。参与者提供的三种最常见的信息类型是:(1)术前准备细节(53.6%);(2)手术预后信息(48.0%)和(3)手术室环境信息(38.5%)。当对比认知度和可操作度时,三项比较,有统计学差异:术前准备细节( $\chi^2 = 18.28$  d.f.=1,  $P < 0.05$ ),手术室环境信息( $\chi^2 = 11.68$  d.f.=1,  $P = 0.05$ ),手术麻醉细节( $\chi^2 = 44.63$  d.f.=1,  $P < 0.05$ )。

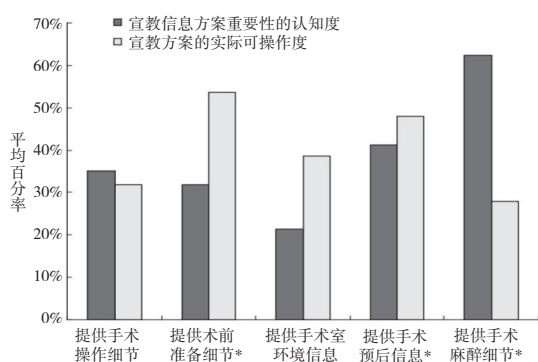


图1 参与者对各项宣教内容重要性的认知度与实际工作中宣教内容可操作度具有明显差异

#### 4.3 信息收集方式

参与者对宣教方案重要性的认知度与其宣教方案的首选度(实际操作中最常用的方案)对之间的比较(见图2)。认知度最高的三种信息收集方法是:面对面的口头宣教(91.1%),应用图片宣教(72.2%)和应用宣传册宣教(69.2%)。他们首选度也呈现出相似的模式。当比较首选度和认知度时,发现以下方法统计上有显著差异:小册子( $\chi^2 = 19.28$  d.f.=1,  $P < 0.05$ ),口头解释照片( $\chi^2 = 21.01$  d.f.=1,  $P < 0.05$ )和视频( $\chi^2 = 24.01$  d.f.=1,  $P < 0.05$ )。60.5%参与者满意目前现有的术前宣教方案。

#### 4.4 影响术前宣教的因素

研究显示,超过半数的参与者(54.5%)认为提供给患者的信息量是足够的,满意的。然而,65.9%的参与者说他们常常不给患者提供所需要知道的一切信息。三个主要因素影响给门诊手术患者提供信息的量:宣教的时间(81.7%),语言沟通障碍(79.0%)和患者问到的问题类型(74.0%)。此外,医务人员提供信息的耐心(56.3%),繁重日常工作(52.1%)和期待病人自己理解手术风险(42.6%)被认为是阻止护士向病人提供完整信息的因素。

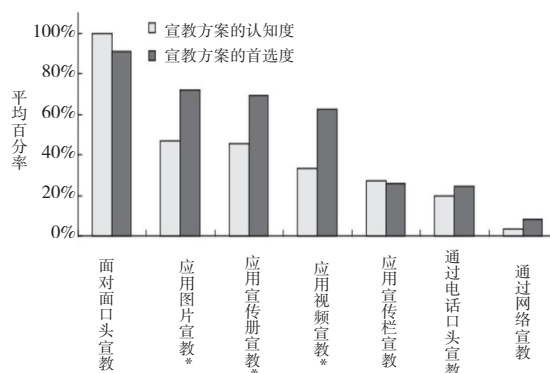


图2 参与者对于宣教方式的认知度与首选度呈正相关,并且实际宣教方式的使用度要高于认知度

## 5 讨论

### 5.1 术前信息的重要性和提供信息的方案

我们发现护士对术前信息重要性的认知与他们目前应用的宣教方法存在差异。大多数人认为“麻醉细节”是术前最重要的信息。然而,他们很少给病人这样的信息。在目前的宣教实践中,门诊手术患者需要进行术前麻醉评估。麻醉师将解释麻醉的风险和效果,并提供有关术后疼痛处理的信息,然后患者才能进行手术。护士可能认为提供这些信息的责任属于麻醉师,他们认为病人在签署同意书时收到了关于麻醉的信息。这些认知可能会促使护士不愿提供麻醉信息,尽管他们认为这些信息是术前教学情况中比较重要的因素。

参与者将“手术室环境”列为最不重要的信息,但他们将其列为向患者传递信息的第三类信息,其原因是护士的宣教可能受到常规护理活动和工作环境等情况的影响。根据我们对参与者的一般资料分析,大多数参与者在手术室或日间手术室工作,也许因为他们可能没有意识到向病人介绍手术室环境的重要性,但这些信息可以帮助病人熟悉手术环境,减轻他们的焦虑,并在手术过程中获得良好的依从性。

同样,参与者虽然认为“术前准备”并不重要,但他们仍然经常向患者提供此类信息。在手术室,护士有术前核查表,以确保病人为手术做好充分准备。因此,参与者可能会将“使用术前核查表来检查患者是否进行了术前准备”误解为“提供术前准备的信息”。这种误解可能导致术前宣教内容重要性的认知度和实际提供宣教方案的可操作度之间的差异。



## 5.2 信息传递方式

在本研究中,大多数护士更倾向于使用面对面的口头解释作为术前宣教的方法,这是目前实践中最常见的方法。事实上,其它的方法,如用图片、小册子和视频进行口头讲解,可以更有效的进行术前宣教。然而,尽管参与者认为这些方法很重要,但他们并不经常使用,可能的原因包括与患者接触时间有限和资源有限。的确,手术室护士在手术前与病人的接触时间是有限的。最有效和可行的方法可能是利用接触时间向患者口头传递信息。根据 Fitzpatrick 和 Hyde<sup>[3]</sup> 报告的发现,宣教工具的使用取决于它们的实用性和个别护士的宣教能力。在我院的实际工作中,由于手术室里可能没有其他的宣教材料,面对面的口头讲解将是护士向病人传达信息的唯一途径。

## 5.3 影响术前宣教的因素

超过一半的护士认为自己不经常向病人提供完整的信息。影响向患者提供信息量的因素与时间、工作量、患者反馈、医生的耐心和语言沟通障碍有关。

**5.3.1 宣教时间和繁重的工作量** 护士认为宣教时间是影响向患者提供信息量的最主要因素,其次是繁重的手术工作。有限的护理时间被认为是护士开展教学活动的主要障碍。Turner 等人<sup>[4]</sup> 也发现,护士在面对有限的接触时间和繁重的工作量时,对病人的宣教重视程度明显降低。

**5.3.2 语言沟通障碍** 语言沟通能力和障碍是影响护士提供信息量的第二大因素。参与者经常使用面对面的口头解释来传达术前信息。当存在语言沟通障碍时,应该采用另一种方法。然而,目前的研究显示,护士很少使用其他宣教模式,这表明有限的宣教方法可能影响了信息传递的数量,从而影响了宣教的效果。

**5.3.3 病人的反馈** 患者在宣教过程中的质疑与提问是另一个影响宣教效果的因素。这与 Blay 和 Donoghue<sup>[5]</sup> 的研究结果一致,他们报道“患者问的问题类型”是影响患者术前信息数量的第二大因素。如果不提问,他们可能会认为病人已经得到了足够的信息。因此,护士往往只在病人提出问题时才提供进一步的信息。

**5.3.4 医生的责任** 在这项研究中,大约 60% 的护士认为医生有责任在术前向病人提供信息,因此这也影响到护士向病人提供信息的完整性。Turner 等人<sup>[6]</sup> 也发现护士很难接受作为病人宣教者的主要实

施者:他们常常对自己在这个角色中的合法性以及履行这一角色的责任表示困惑。

**5.3.5 研究的局限性** 这项研究有几个局限性。(1)样本量小影响调查结果的普遍性。由于“影响信息提供量的因素”、“导致护士提供不完全信息的因素”等类似问题,需要进一步修改问卷内容以提高调查工具的有效性;(2)提问的深度有限,而且不能保证问卷的内容反映我院护理人员的实际认知度和操作度。手术患者的心理宣教是很重要的,但在本研究中并没有涉及,因此应该增加这部分内容,以便更全面地评估术前宣教的有效性。

## 6 结论

为了提高术前宣教的有效性和护理质量,研究和调查我院护理人员对术前宣教的认知度和现有的宣教方法的实施情况是十分重要的。本研究提示,首先应考虑采用不同的信息传递方式,减少患者术前焦虑,满足患者的需求;同时为了提高护士对术前宣教的满意度和积极性,应组织护士在职培训,并对护士参与患者宣教给予肯定。最后,可以建立一个包括外科医生、麻醉师和护士在内的多学科的前宣教团队,专注于日间手术病人的术前宣教,这将有助于加强不同医护人员之间的沟通,防止遗漏或重复向患者提供的信息,提高手术病人术前宣教效果,从而满足手术病人的需求。

## 参考文献

- [1] Kim Nayoung, Yang Jangmi. The Effects of Preoperative Education for Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Nursing Science*, 2020(8):01-04
- [2] Summer Cannon, Michele Lastella, Lisa Vincze, et al. A review of pregnancy information on nutrition, physical activity and sleep websites[J]. *Women and Birth*, 2020(33):35-40
- [3] Fitzpatrick E. Hyde A. What characterizes the 'usual' preoperative education in clinical contexts? *Nursing and Health Sciences* 2005(7):251-258
- [4] Turner D.S, Wellard S, Nethune E. Registered nurses' perceptions of teaching: constraints to the teaching moment. *International Journal of Nursing Practice* 1999(5):14-20
- [5] Blay N, Donoghue J. Source and content of health information for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *International Journal of Nursing Practice* 2016(12):64-70
- [6] Brumfield V.C, Kee C.C, Johnson J.Y. Pre-operative patient teaching in ambulatory surgery settings. *The Association of Perioperative Registered Nurse Online*, 2017(6):941-952