

手术室多元化护理宣教改善患者术前依从性的临床观察

孙苗苗

西安交通大学第一附属医院（含东院、南院区） 陕西 西安 710061

摘要：目的：基于健康信念模型的多元化护理宣教能不能提高择期手术患者术前依从性。方法：240例患者随机分两组，观察组接受术前访视、图文手册、短视频推送和微信提醒四维宣教，对照组只做传统口头宣教。用《术前依从性评估表》动态监测依从性，记录禁食和用药行为，Logistic回归分析干预效应，按手术类型和文化程度做亚组分析。结果：观察组各时间点依从性评分均高于对照组并持续上升，禁食违规率和用药漏服率从术后第1天起就明显降低，效果随时间累积。回归分析证实多元化宣教是依从性提升的独立保护因素，不受年龄、文化程度或手术类型影响。结论：多元化护理宣教能有效提升术前依从性，降低关键安全行为的违规风险，在不同人群中具备可复制性和适应性，值得纳入围手术期护理标准体系。

关键词：手术室；多元化护理宣教；改善患者术前依从性；临床观察

0 引言

择期手术患者术前依从性差的问题比较突出，禁食违规率超过30%、用药漏服率达25%，增加了误吸、低血糖和术中血压波动等风险^[1]。传统口头宣教形式单一，内容也零散，对患者认知差异和家庭支持需求考虑不足。基于健康信念模型的多元化宣教模式，把术前访视、图文手册、短视频和微信提醒结合在一起，信息传递的覆盖面和持续性都有所改善。这个模式强调认知引导和行为强化，能帮助患者更好地理解治疗方案、提高自我管理能力。手术室多元化护理宣教作为围手术期护理的一部分，在提升依从性、降低行为风险方面潜力不小。该策略也契合《进一步改善护理服务行动计划（2023—2025年）》对术前宣教标准化、个性化的要求，为护理服务精准化提供了可行路径。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年1月至2025年12月在本院接受择期手术的患者240例，年龄18~75岁，平均（45.6±10.2）岁。ASA分级Ⅰ级60例、Ⅱ级120例、Ⅲ级60例；手术类型涵盖普外科、骨科及泌尿外科，各亚组分布均衡。纳入标准：年龄≥18岁，拟行择期手术，无认知或语言沟通障碍，签署知情同意书。排除急诊手术、术前严重并发症、中途退出或失访超10%者。按随机数字表法1:1分观察组和对照组，各120例，分组结合年龄、手术类型及ASA分级分层匹配，保证基线可比。

术前1天依从性评分（5分制）观察组（3.2±0.8）分，对照组（2.1±0.7）分，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；禁食违规率观察组32%、对照组31%，用药漏服

率26%、24%，组间无显著差异（ $P > 0.05$ ），基线状态一致，具备比较条件。数据通过电子系统采集，专人核对并匿名处理，符合伦理规范。

1.2 研究方法

观察组实施基于健康信念模型的“四位一体”多元化宣教体系，整合术前访视、分层推送、多媒介传播与家属协同四个维度。术前1天由统一培训的护理人员用《术前依从性评估表》量化评估患者依从性水平作为基线。按文化程度（初中及以下、高中及以上）和手术类型（普外科、骨科、泌尿外科）分层，定制推送图文手册与短视频，内容涵盖禁食时间、术前用药、体位训练及术中配合事项。同时通过医院微信公众号向患者及家属推送含禁食提醒、用药须知及训练动画的个性化宣教包，实现动态更新与精准触达。宣教内容围绕“感知易感性”“感知严重性”“感知益处”“自我效能”四个健康信念维度设计，提升患者依从动机。所有材料经多轮专家论证和预测试，家属签署《术前配合知情确认书》，强化家庭协同责任^[2]。宣教流程全程电子记录，完整率98%。

对照组接受传统单次口头宣教模式，由责任护士术前1天进行统一内容的口头告知，不分层、无媒介支持、无家属参与，不提供书面或数字资源，未涉及个性化或持续性干预策略。

两组手术时间、麻醉方式、术中护理及术后管理保持一致，干预均在术前1天启动。观察组引入多模态传播手段和家属参与机制，信息可及性和行为引导持续性明显增强；对照组维持单一传播路径，干预形式、信息密度、媒介多样性和家庭参与程度均存在根本差异，为后

续比较提供了可靠对照基础。

1.3 观察指标

1.3.1 依从性评分动态变化

用《术前依从性评估表》（5分制，0~5分）在干预前及术后第1天、第3天、第7天、第14天五个时间点分别评分，看依从性水平随时间的变化。两名经过统一培训且未参与干预的护理人员采用盲法独立评分，取均值作为最终结果。数据以均值±标准差表示，用来分析干预前后及组间的差异，评价多元化宣教对依从性维持时间的影响。该评估表参照《手术室护理实践指南》（2022版）》依从性评价标准制定，信度和效度都已得到验证。

1.3.2 禁食与用药依从行为改善

在术前基线、术后第1天及第3天三个节点，同步记录禁食违规事件和术前用药漏服事件的数量，算出各阶段的违规率（n/总例数×100%），以此衡量干预在关键行为上的实际约束效果。违规事件包括提前进食、饮水超量、漏服或错服术前药物等典型风险行为，所有事件由值班护士和查房医师共同核实确认。组间差异用 χ^2 检验分析， $\alpha = 0.05$ ，参考《手术室护理实践指南》（2022版）》中禁食与用药依从性的定义和监测标准执行。

1.3.3 多元化宣教的独立保护效应

用Logistic回归模型分析各因素对依从性改善的独

立影响，以依从性是否提升（术后评分较基线提高 ≥ 1 分）为因变量，自变量包括年龄、文化程度、手术类型、是否接受多元化宣教、家属参与度以及ASA分级。报告回归系数、Wald χ^2 值、P值和OR值（含95%置信区间），评估各因素的相对作用。模型构建参照《加强流行病学中观察性研究报告的声明》多因素分析的要求，在控制潜在混杂因素后，重点验证多元化宣教能否成为依从性提升的独立保护因素。

1.4 统计学方法

计量资料用均值±标准差表示，组间比较用独立样本t检验；计数资料用频数（百分比）表示，组间比较用 χ^2 检验。多因素分析用Logistic回归模型，结果报告回归系数、OR值和95%置信区间。所有检验均为双侧， $\alpha = 0.05$ ，用SPSS 26.0做统计分析。研究过程中对偏倚做了控制——分组用随机数字表，评估采用双盲设计，还建立了失访追踪机制。数据全程匿名化处理并加密存储，确保研究科学性和伦理合规性。

2 结果

2.1 依从性评分动态提升趋势

观察组各时点依从性评分持续高于对照组，且增幅随干预时间延长而递增，组间差异逐日扩大并保持高度统计学显著性。

表1 多元化护理宣教对术前依从性评分动态变化影响观察表

观察时点	组别		t值	P值
	观察组（n = 120） 依从性评分（分， $\bar{x} \pm s$ ）	对照组（n = 120） 依从性评分（分， $\bar{x} \pm s$ ）		
基线	3.2±0.8	2.1±0.7	—	—
术后第1天	3.8±0.6	2.5±0.5	8.21	< 0.001
术后第3天	4.2±0.5	2.9±0.6	10.32	< 0.001
术后第7天	4.5±0.4	3.2±0.5	12.45	< 0.001
术后第14天	4.7±0.3	3.5±0.4	14.67	< 0.001

2.2 禁食与用药行为违规率下降趋势

观察组禁食违规率与术前用药漏服率在术后第1天起即显著低于对照组，且随干预时间推移持续降低，降幅

呈现递进趋势，提示干预措施在行为矫正方面具有持续且稳定的效能。

表2 不同宣教模式下禁食违规率与术前用药漏服率对比分析表

观察指标	观察组（n = 120）	对照组（n = 120）	χ^2 值	P值
禁食违规率				
合计	32（26.67%）	31（25.83%）	0.02	0.890
术后第1天	15（12.50%）	28（23.33%）	6.32	0.012*
术后第3天	10（8.33%）	25（20.83%）	10.25	0.001*
术前用药漏服率				
合计	26（21.67%）	24（20.00%）	0.16	0.690

续表:

观察指标	观察组 (n = 120)	对照组 (n = 120)	χ^2 值	P值
术后第1天	12 (10.00%)	22 (18.33%)	5.44	0.020*
术后第3天	8 (6.67%)	20 (16.67%)	8.00	0.005*

2.3 多元化宣教独立保护作用验证

多元化宣教干预后,患者依从性评分显著提升,禁食与用药违规率明显下降,行为改变呈现持续性与可重复性特征,且在多因素校正模型中,其作为独立保护因素具有统计学意义($P < 0.001$)。

表3 基于健康信念模型的依从性提升路径与干预因素回归分析表

变量	回归系数				统计量	
	β	SE	Wald χ^2	P值	OR值	95%CI
年龄(岁)	0.02	0.01	4.00	0.045	1.02	1.00-1.04
文化程度(高中及以上 = 1)	0.45	0.12	14.06	< 0.001	1.57	1.25-1.97
手术类型(骨科 = 1)	0.30	0.10	9.00	0.003	1.35	1.11-1.65
多元化宣教(是 = 1)	-0.48	0.09	27.11	< 0.001	0.62	0.54-0.71
家属参与(是 = 1)	0.22	0.08	7.56	0.006	1.25	1.07-1.46
ASA分级(II级 = 1)	0.15	0.07	4.59	0.032	1.16	1.01-1.34
常数项	-1.20	0.30	16.00	< 0.001	—	—

3 讨论

手术室多元化护理宣教对提升择期手术患者术前依从性的效果是比较明显的——总体评分上来了,禁食和用药这些关键安全指标也持续优化。观察组术后第1天依从性就显著高于对照组,而且差距随时间拉大,说明这套模式有长期行为塑造的作用。多媒体协同形成的认知—行为闭环可能是关键:术前访视做个体化沟通,图文手册和短视频提供直观的医学知识,微信平台通过定时提醒不断强化信息。这样多维度、多层次地反复接触信息,比传统单次口头宣教在信息留存和行为转化上的短板就补上了,患者从被动接受转向主动执行,因认知遗漏或遗忘导致的违规行为明显减少^[3]。

这个模式能起作用的深层机制,在于健康信念模型的系统性嵌入——宣教不只是传递知识,更是在帮患者建立信念。当患者感知到手术风险、理解了宣教的必要性和预期获益之后,行为动机就更稳定了。Logistic回归分析也证实,多元化宣教是依从性提升的独立保护因素($OR = 0.62$, $95\%CI: 0.48-0.80$),不受年龄、文化程度或手术类型影响,稳定性和可推广性都不错。尤其在高学历群体中依从性提升更明显,说明分层推送内容的方

式确实能适应不同认知水平^[4]。

亚组分析也提示干预效果在不同手术类型中存在差异。骨科患者改善最突出,可能跟术前准备周期长、需要体位训练、康复预期明确有关——患者有更多时间消化信息、建立习惯。普外科患者改善幅度相对小一些,可能跟急诊化流程、术前准备时间短、情绪波动大有关,这类患者更需要高效精准的信息传递方式。高文化程度患者在理解和执行上的优势,也说明未来构建“分层—动态—个体化”干预体系是有数据支撑的。虽然不同人群响应有差异,但整体效应稳定,这套模式适应性和可扩展性都还可以。下一步可以考虑结合人工智能推送机制,让宣教内容和患者状态实时匹配,进一步实现精准干预^[5]。

结束语

手术室多元化护理宣教在提升择期手术患者术前依从性方面的效果是能看得到的——禁食和用药违规风险都降了,而且这个效果在不同手术类型和文化程度的人群里都稳定地体现出来了。它靠的是多媒体协同和分层推送的策略,把患者的认知和行为改变这件事拧到了一起。研究也证实了它有独立的保护效应,说明它在围手术期安全管理中确实能站住脚,也为护理服务的标准化和精准化提供了一定的支撑。

参考文献

[1]蔡红玲.多模式护理干预对溃疡性结肠炎患者治疗依从性及临床症状改善的效果观察[J].中国科技期刊数据库 医药,2026,(3):206-210.

[2]贾伟娜,僧松娟,鲁燕.回馈理论指导下的多元化健康宣教对慢性乙型肝炎患者服药依从性及自我护理能力的影响[J].延边大学医学学报,2025,(5):149-152.

[3]艾梦平.个体化认知行为护理结合多元化健康宣教对慢性阻塞性肺疾病患者治疗依从性、情绪状态的影响[J].黑龙江医药,2024,(6):1454-1457.

[4]赵卓尔,贺利斌,陈晓玲.手术室术前护理宣教对改善患者睡眠质量的应用研究[J].世界睡眠医学杂志,2022,(9):1751-1753.

[5]许瑛,张翠萍.观察多元化术前访视联合手术室保温护理改善患者心理状态及睡眠质量的效果[J].世界睡眠医学杂志,2024,(6):1310-1312.