

基于IMB技巧模型的延续性护理对炎症性肠病患者服药依从性及心理状态的影响

许文丽

(浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化内科, 浙江 杭州 310016)

摘要: 炎症性肠病 (Inflammatory Bowel Disease, IBD) 是一组以肠道慢性非特异性炎症为主要特征的终身性疾病, 主要包括溃疡性结肠炎 (Ulcerative Colitis, UC) 和克罗恩病 (Crohn's Disease, CD), 其发病机制复杂, 目前尚未完全明确, 可能与遗传、环境、免疫紊乱及肠道菌群失衡等多种因素相关。近年来, 随着人们生活方式的改变、饮食结构的调整及医疗诊断水平的提高, IBD 的全球发病率呈持续上升趋势, 尤其在我国的发病率已显著增加, 该病已从“罕见病”逐渐转变为“常见病”, 给患者个人、家庭及社会带来了沉重的医疗负担和经济压力。IBD 的治疗是一个长期、复杂的系统性过程, 核心目标是控制肠道炎症、缓解临床症状、预防并发症发生、延缓疾病进展, 并提高患者的生活质量。药物治疗作为IBD综合治疗的基础, 其疗效的充分发挥高度依赖于患者长期、规范的服药依从性。然而, 临床实践中发现, IBD患者的服药依从性普遍较低, 据相关研究报道, 我国IBD患者的服药依从率仅为30%~50%, 服药不规律、擅自减药、停药等现象十分普遍, 这也是导致患者病情反复、炎症难以控制、并发症发生率升高的主要原因之一。同时, 由于IBD病程漫长、症状反复、预后不确定, 且常伴随腹痛、腹泻、血便、体重下降等不适症状, 加之长期治疗带来的经济压力、社会功能受限等问题, 多数患者会出现不同程度的心理问题, 其中焦虑、抑郁是最为常见的负面情绪, 发生率可达40%~70%。这些负面心理状态不仅会降低患者的生活质量, 还会进一步影响其服药依从性, 形成“心理障碍→服药依从性下降→病情加重→心理障碍加剧”的恶性循环, 严重阻碍IBD的临床治疗与长期管理。延续性护理作为连接医院治疗与家庭康复的重要桥梁, 是慢性病管理的关键环节, 其核心是将医院内的专业护理服务延伸至患者出院后的家庭和社区, 为患者提供长期、持续、个性化的健康指导与支持, 帮助患者巩固治疗效果, 提高自我管理能力, 从而改善疾病预后。信息-动机-行为技巧模型 (Information-Motivation-Behavioral Skills Model, IMB技巧模型) 是由Fisher和Fisher于1992年提出的健康行为改变理论模型, 该模型认为, 个体健康行为的形成与维持主要受三个核心因素的影响, 即信息 (Information)、动机 (Motivation) 和行为技巧 (Behavioral Skills), 三者相互作用、相互影响: 信息是健康行为改变的基础, 个体只有掌握足够的疾病相关知识和健康技能信息, 才能树立正确的健康观念; 动机是健康行为改变的动力, 包括个体内在动机 (如对健康的追求、对疾病康复的渴望) 和外在动机 (如家人的支持、社会的认可), 充足的动机能够推动个体主动发起健康行为改变; 行为技巧是健康行为改变的关键, 个体只有具备将健康知识转化为实际健康行为的能力, 才能长期维持规范的健康行为。近年来, IMB技巧模型已被广泛应用于糖尿病、高血压、脑卒中、慢性阻塞性肺疾病等多种慢性病的护理干预中, 并取得了显著成效, 能够有效提升患者的自我管理能力、改善健康行为 (如服药依从性、饮食控制、运动锻炼等), 并缓解患者的负面心理状态。目前, 虽有部分研究将延续性护理应用于IBD患者的管理中, 但传统的延续性护理模式多以疾病知识宣教和常规随访为主, 缺乏系统性和针对性, 未能充分考虑患者的个体差异、信息需求、心理动机及行为能力, 难以有效解决患者出院后在服药、饮食、心理调节等方面存在的实际问题, 干预效果有限。而将IMB技巧模型与延续性护理相结合, 构建基于IMB技巧模型的延续性护理模式, 可充分发挥该模型的理论优势, 针对患者的信息需求、动机状态和行为技巧水平, 制定个性化的干预方案, 通过精准提供疾病相关信息、有效激发患者的健康动机、系统培训患者的自我管理行为技巧, 帮助患者树立正确的健康观念, 主动规范服药行为, 调节负面心理状态, 从而打破恶性循环, 改善疾病预后。本研究采用随机对照试验的研究设计, 选取浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化内科收治的IBD患者作为研究对象, 将其随机分为对照组和观察组, 对照组采用常规延续性护理干预, 观察组采用基于IMB技巧模型的延续性护理干预, 通过比较两组患者干预前后的服药依从性评分、焦虑抑郁评分, 以及干预后的疾病活动度、生活质量评分等指标, 探讨基于IMB技巧模型的延续性护理对IBD患者服药依从性及心理状态的具体影响, 同时分析该护理模式对患者疾病活动度、生活质量等相关指标的改善效果, 为IBD患者的长期规范化管理提供科学、有效的护理干预方案和理论依据, 丰富IBD护理领域的研究内容, 推动IBD护理质量的提升。

关键词: IMB技巧模型; 延续性护理; 炎症性肠病; 服药依从性; 心理状态; 焦虑; 抑郁; 自我管理能力

中图分类号: R473.57

文献标识码: B

文章编号: 3106-2040 (2025) 05-0001-13

作者简介: 许文丽, 硕士, 护师, 研究方向为消化系统疾病护理与慢病管理。

Effect of Continuing Nursing Based on IMB Skill Model on Medication Adherence and Mental State of Patients with Inflammatory Bowel Disease

Xu Wenli

(Department of Gastroenterology, Sir Run Run Shaw Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou, Zhejiang 310016)

Abstract: Inflammatory Bowel Disease (IBD) is a group of lifelong diseases characterized by chronic non-specific inflammation of the intestinal tract, mainly including Ulcerative Colitis (UC) and Crohn's Disease (CD). Its pathogenesis is complex and has not yet been fully clarified, which may be related to multiple factors such as heredity, environment, immune disorders and intestinal flora imbalance. In recent years, with the changes in people's lifestyle, dietary structure adjustment and the improvement of medical diagnosis level, the global incidence of IBD has been on a continuous upward trend. Especially in China, the disease has gradually changed from a "rare disease" to a "common disease", bringing a heavy medical burden and economic pressure to patients, their families and society. The treatment of IBD is a long-term and complex systematic process, and the core goals are to control intestinal inflammation, relieve clinical symptoms, prevent complications, delay disease progression, and improve patients' quality of life. As the basis of comprehensive treatment of IBD, the full play of drug therapy highly depends on the long-term and standardized medication adherence of patients. However, clinical practice has found that the medication adherence of IBD patients is generally low. According to relevant studies, the medication adherence rate of IBD patients in China is only 30%~50%. Irregular medication, arbitrary dose reduction and drug withdrawal are very common, which is one of the main reasons for repeated illness, difficult control of inflammation and increased incidence of complications in patients. At the same time, due to the long course, recurrent symptoms, uncertain prognosis of IBD, and often accompanied by abdominal pain, diarrhea, hematochezia, weight loss and other uncomfortable symptoms, coupled with the economic pressure brought by long-term treatment and limited social function, most patients will have different degrees of psychological problems, among which anxiety and depression are the most common negative emotions, with an incidence rate of 40%~70%. These negative psychological states will not only reduce the quality of life of patients, but also further affect their medication adherence, forming a vicious circle of "psychological disorders → decreased medication adherence → aggravated condition → increased psychological disorders", which seriously hinders the clinical treatment and long-term management of IBD. Continuing nursing, as an important bridge connecting hospital treatment and home rehabilitation, is a key link in chronic disease management. Its core is to extend the professional nursing services in the hospital to the patients' families and communities after discharge, provide patients with long-term, continuous and personalized health guidance and support, help patients consolidate the treatment effect, improve self-management ability, and thus improve the disease prognosis. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model (IMB Skill Model) is a theoretical model of health behavior change proposed by Fisher and Fisher in 1992. The model holds that the formation and maintenance of individual health behaviors are mainly affected by three core factors: Information, Motivation and Behavioral Skills, which interact and influence each other: Information is the basis of health behavior change, and only when individuals master sufficient disease-related knowledge and health skills information can they establish correct health concepts; Motivation is the driving force for health behavior change, including individual intrinsic motivation (such as the pursuit of health, the desire for disease recovery) and external motivation (such as family support, social recognition), and sufficient motivation can promote individuals to take the initiative to initiate health behavior change; Behavioral Skills is the key to health behavior change, and only when individuals have the ability to transform health knowledge into actual health behaviors can they maintain standardized health behaviors for a long time. In recent years, the IMB skill model has been widely used in the nursing intervention of various chronic diseases such as diabetes, hypertension, stroke and chronic obstructive pulmonary disease, and has achieved remarkable results. It can effectively improve patients' self-management ability, health behaviors (such as medication adherence, diet control, exercise, etc.), and alleviate patients' negative psychological states. At present, although some studies have applied continuing nursing to the management of IBD patients, the traditional continuing nursing model mainly focuses on disease knowledge education and routine follow-up, which is lack of systematicness and pertinence. It fails to fully consider the individual differences, information needs, psychological motivation and behavioral ability of patients, and is difficult to effectively solve the practical problems existing in patients' medication, diet, psychological adjustment and other aspects after discharge, with limited intervention effect. Combining the IMB skill model with continuing nursing to construct a continuing nursing model based on the IMB skill model can give full play to the theoretical advantages of the model. According to the patients' information needs, motivation status and behavioral skill level, a personalized intervention plan is formulated. By accurately providing disease-related information, effectively stimulating patients' health motivation, and systematically training patients' self-management behavioral skills, it helps patients establish correct health concepts, take the initiative to standardize medication behavior, adjust negative psychological states, thereby breaking the vicious circle and improving disease prognosis. This

study adopted a randomized controlled trial design, selecting IBD patients admitted to the Department of Gastroenterology, Sir Run Run Shaw Hospital, Zhejiang University School of Medicine as the research objects, and randomly dividing them into a control group and an observation group. The control group received routine continuing nursing intervention, and the observation group received continuing nursing intervention based on the IMB skill model. By comparing the medication adherence scores, anxiety and depression scores of the two groups before and after intervention, as well as the disease activity and quality of life scores after intervention, this study explored the specific impact of continuing nursing based on the IMB skill model on the medication adherence and psychological state of IBD patients, and analyzed the improvement effect of this nursing model on patients' disease activity, quality of life and other related indicators, so as to provide a scientific and effective nursing intervention plan and theoretical basis for the long-term standardized management of IBD patients, enrich the research content in the field of IBD nursing, and promote the improvement of IBD nursing quality.

Keywords: IMB Skill Model; Continuing Nursing; Inflammatory Bowel Disease; Medication Adherence; Mental State; Anxiety; Depression; Self-management Ability

1 引言

1.1 研究背景与意义

1.1.1 炎症性肠病的流行现状与治疗挑战

炎症性肠病 (Inflammatory Bowel Disease, IBD) 是一组病因未明、以肠道慢性非特异性炎症为主要特征的终身性、复发性疾病,主要包括溃疡性结肠炎 (Ulcerative Colitis, UC) 和克罗恩病 (Crohn's Disease, CD) 两大类,其病变部位、病理特征及临床症状各有侧重,但均以肠道黏膜的慢性炎症、溃疡、糜烂为核心病理改变,常伴随腹痛、腹泻、血便、体重下降、营养不良等全身及局部症状,严重时可出现肠穿孔、肠梗阻、消化道出血、癌变等并发症,甚至危及患者生命。IBD的发病机制复杂,目前学术界普遍认为,其发病是遗传易感性、环境因素、免疫紊乱及肠道菌群失衡等多种因素共同作用的结果:遗传因素决定了个体对IBD的易感性,研究发现,IBD患者的一级亲属患病风险比普通人群高2~8倍;环境因素(如吸烟、饮食结构、卫生条件、精神压力等)是IBD发病的重要诱因,其中吸烟是克罗恩病明确的危险因素,而高糖、高脂饮食可能加重肠道炎症;免疫紊乱是IBD发病的核心环节,患者的肠道免疫系统出现异常激活,对肠道正常菌群及自身组织产生免疫攻击,导致肠道炎症持续存在;肠道菌群失衡则会进一步加剧免疫紊乱,形成“菌群失衡→免疫激活→炎症加重→菌群进一步失衡”的恶性循环,推动疾病进展^[1]。

近年来,随着全球工业化进程的加快、人们生活方式的转变(如久坐、熬夜、饮食不规律)、饮食结构的西方化(如高脂肪、高蛋白、低膳食纤维饮食)及医疗诊断水平的提高,IBD的全球发病率呈持续上升趋势,已成为一个全球性的公共卫生问题。根据世界卫生组织(World Health Organization, WHO)相关数据统计,全球IBD患者总数已超

过600万人,其中北美、欧洲等发达国家和地区的发病率最高,UC的发病率约为10~20/10万人,CD的发病率约为5~10/10万人,且近年来这些地区的发病率已趋于稳定。而在亚洲、非洲等发展中国家和地区,IBD的发病率虽低于发达国家,但上升趋势更为明显,年均增长率可达5%~10%,这与发展中国家经济发展、生活方式西方化密切相关。

我国作为发展中国家,IBD的发病率上升趋势尤为显著。在20世纪80年代,我国IBD的发病率极低,被认为是“罕见病”,UC的发病率不足1/10万人,CD的发病率更是低于0.5/10万人^[2]。但进入21世纪以来,随着我国经济的快速发展、人民生活水平的提高及饮食结构的调整,IBD的发病率呈现出爆发式增长,目前中国大陆地区IBD发病率已达到1.96~3.14/10万左右。根据相关研究预测,到2025年,我国IBD患者总数将突破150万人,成为IBD患者最多的国家之一。从发病人群来看,IBD的发病具有明显的年龄特征,主要集中在青壮年人群,其中UC的发病高峰年龄为20~49岁,CD的发病高峰年龄为18~35岁,这一人群正处于学习、工作和家庭责任的关键时期,疾病的发生不仅会影响其身体健康,还会对其学习、工作、社交及家庭生活造成严重影响。同时,近年来IBD的发病年龄也呈现出“年轻化”和“老龄化”的双重趋势,儿童及老年IBD患者的数量也在不断增加,给临床治疗与护理带来了更大的挑战。

从疾病类型来看,我国IBD患者中以UC更为常见,约占IBD患者总数的60%~70%,CD约占30%~40%,这与欧美国家CD发病率高于UC的特点有所不同。UC主要累及结肠和直肠,呈连续性分布,炎症主要局限于肠道黏膜层和黏膜下层,临床症状以腹泻、黏液脓血便、腹痛为主,腹泻次数可达每日数次至数十次,严重时可出现高热、脱水、电解质紊乱等全身症状^[3];CD则可累及从口腔到肛门的整个

消化道,呈节段性分布,炎症可贯穿肠道壁全层,临床症状以腹痛、腹泻、腹部包块、瘻管形成为主,部分患者的首发症状为肛周脓肿或瘻管,易被误诊为痔疮,且CD的病情更为复杂,治疗难度更大,并发症发生率更高。据统计,我国克罗恩病患者中,约30%首发症状为肛周脓肿或瘻管,这一特点增加了疾病的误诊率,延误了早期治疗时机。

IBD的治疗是一个长期、复杂、系统性的过程,目前尚无根治IBD的特效方法,临床治疗的核心目标是:控制肠道炎症、缓解临床症状、预防并发症发生、延缓疾病进展、提高患者生活质量,并尽可能延长患者的缓解期,减少复发次数。当前,IBD的综合治疗主要包括药物治疗、手术治疗、营养支持治疗及心理干预等多个方面,其中药物治疗是IBD治疗的基础,贯穿于疾病治疗的全过程,而手术治疗主要用于药物治疗无效、出现严重并发症(如肠穿孔、肠梗阻、大出血、癌变等)的患者,营养支持治疗则用于改善患者的营养不良状态,心理干预用于缓解患者的负面情绪^[4]。

然而,IBD的治疗面临着诸多挑战,首先,疾病的长期性和复发性导致患者需要长期接受治疗,甚至终身服药,这不仅给患者带来了沉重的经济负担,还容易导致患者出现治疗疲劳、依从性下降等问题;其次,IBD的治疗方案具有较强的个体差异性,不同患者的病情严重程度、病变部位、病程长短、身体状况等均有所不同,需要制定个性化的治疗方案,而临床实践中,部分医生对患者的个体差异关注不足,治疗方案缺乏针对性,导致治疗效果不佳;再次,IBD的药物治疗存在一定的局限性,目前常用的IBD治疗药物(如氨基水杨酸类药物、糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂等)均存在一定的不良反应,且部分患者对药物治疗不敏感,出现“耐药”现象,导致炎症难以控制^[5];最后,IBD的并发症发生率较高,据相关研究报道,约40%的IBD患者在病程中需要接受至少一次手术治疗,而CD患者术后复发率高达50%以上,需要长期随访和药物维持治疗,这进一步增加了治疗的难度和医疗负担。此外,IBD患者常存在诸多认知误区,如将疾病误认为“普通肠胃炎”、症状缓解后擅自停药、认为疾病是“吃出来的病”而盲目忌口、担心遗传而不敢结婚生子等,这些认知误区也严重影响了疾病的治疗与管理效果。

除此之外,IBD的诊断也存在一定的难度,由于其临床症状与感染性肠炎、肠阿米巴病、肠道恶性肿瘤等疾病相似,容易出现误诊、漏诊现象^[6]。例如,感染性肠炎患者也会出现腹泻、黏液脓血便等症状,与IBD患者相似,但感染

性肠炎多由细菌、真菌、病毒感染引起,针对病原微生物治疗有效,而IBD患者的病原学检查多为阴性;肠道恶性肿瘤患者可出现腹泻、血便、体重下降等症状,与IBD患者相似,需要通过组织活检才能明确鉴别。据统计,我国约有30%的IBD患者在发病初期被误诊,平均误诊时间长达6~12个月,这导致患者错过了最佳的治疗时机,病情进一步加重,增加了后续治疗的难度。

1.1.2 服药依从性与心理状态在IBD管理中的重要性

服药依从性是指患者按照医生或药师的指导,按时、按量、按疗程服用药物的程度,是衡量慢性病治疗效果的重要指标,也是慢性病长期管理的关键环节。对于IBD患者而言,服药依从性的高低直接影响药物治疗的疗效,进而影响疾病的预后。由于IBD是一种终身性、复发性疾病,药物治疗的核心作用是控制肠道炎症、维持疾病缓解期、预防病情复发,而这一目标的实现,高度依赖于患者长期、规范的服药依从性。只有患者严格按照医嘱服药,才能保证体内药物浓度维持在有效水平,充分发挥药物的抗炎作用,控制肠道炎症,缓解临床症状;反之,若患者服药不规律、擅自减药、停药,会导致体内药物浓度不足,肠道炎症无法得到有效控制,进而导致病情反复、加重,甚至出现并发症,增加治疗难度和医疗负担。

临床实践中,IBD患者的服药依从性普遍较低,这一问题已成为困扰IBD临床治疗与管理的重要难题。据国内外相关研究报道,全球IBD患者的服药依从率约为40%~60%,而我国IBD患者的服药依从率更低,仅为30%~50%,其中CD患者的服药依从率低于UC患者。导致IBD患者服药依从性低的原因是多方面的,主要包括以下几个方面:一是疾病认知不足,部分患者对IBD的长期性、复发性认识不够,认为症状缓解后就可以停药,忽视了长期服药的重要性,这也是导致患者擅自停药的最主要原因。研究显示,约60%的IBD患者因症状缓解而擅自停药,导致病情复发。二是药物不良反应,IBD治疗药物(如糖皮质激素、免疫抑制剂等)均存在一定的不良反应,如糖皮质激素可导致肥胖、骨质疏松、血糖升高、胃肠道不适等,免疫抑制剂可导致骨髓抑制、肝肾功能损伤等,这些不良反应会降低患者的服药意愿,导致患者擅自减药或停药^[7]。三是治疗负担过重,IBD患者需要长期服药,部分药物(如生物制剂)价格昂贵,每年的医疗费用可达数万元甚至数十万元,这给患者家庭带来了沉重的经济负担,部分患者因无法承担高额医疗费用而被迫停药。四是心理因素,患者长期受疾病困扰,出现焦虑、抑郁等负面心理情绪,这些情绪会降低患者的

治疗积极性和服药依从性,导致患者对治疗失去信心,不愿配合服药。五是忘记服药,由于IBD患者多为青壮年,工作、学习繁忙,部分患者因粗心、忙碌而忘记服药,长期下来导致服药不规律。六是认知偏差,部分患者存在“是药三分毒”的错误观念,认为长期服药会对身体造成严重损伤,进而抗拒服药;还有部分患者认为依赖药物代表意志薄弱,存在心理抵触。

服药依从性不足给IBD患者带来的危害是巨大的。首先,会导致病情反复、加重,使患者的临床症状(如腹痛、腹泻、血便等)再次出现或加重,严重影响患者的生活质量;其次,会增加并发症的发生率,长期服药不规律会导致肠道炎症持续存在,进而增加肠穿孔、肠梗阻、消化道出血、癌变等并发症的发生风险,其中长期未控制的肠道炎症会使患者的肠癌风险增加至普通人群的十几倍;再次,会增加治疗难度和医疗负担,病情反复会导致患者需要多次住院治疗,增加医疗费用,同时,长期炎症刺激可能导致肠道黏膜出现纤维化、狭窄等不可逆病变,即使后续恢复规范服药,也难以达到理想的治疗效果;最后,会缩短患者的生存期,严重并发症的发生及病情的持续进展,会显著降低患者的生存率,影响患者的生命健康。相反,提高IBD患者的服药依从性,能够有效控制肠道炎症,延长疾病缓解期,减少病情复发次数和并发症发生率,降低医疗负担,提高患者的生活质量和生存率。据研究显示,规律用药可使溃疡性结肠炎患者5年无复发率提升至60%以上,而规范服药的CD患者,其病情控制率可达70%以上,并发症发生率可降低40%以上。

与服药依从性一样,心理状态也是IBD患者长期管理中不可或缺的重要环节,对患者的疾病进展、治疗效果及生活质量均有着重要的影响。IBD作为一种终身性、复发性的慢性疾病,其病程漫长、症状反复、预后不确定,且常伴随腹痛、腹泻、血便、体重下降等不适症状,加之长期治疗带来的经济负担、社会功能受限(如因频繁如厕而无法正常工作、社交)、外貌改变(如体重下降、消瘦)等问题,容易导致患者出现一系列负面心理情绪,其中焦虑、抑郁是最为常见的两种负面心理状态,也是影响IBD患者预后的重要心理因素。

据相关研究报道,IBD患者的焦虑、抑郁发生率显著高于普通人群,其中焦虑发生率约为40%~60%,抑郁发生率约为30%~50%,部分中重度IBD患者的焦虑、抑郁发生率甚至可达70%以上。其中,CD患者的焦虑、抑郁发生率高于UC患者,病情反复、病程较长、存在并发症及经济负担

较重的患者,焦虑、抑郁发生率更高。IBD患者出现焦虑、抑郁等负面心理状态的原因主要包括以下几个方面:一是疾病本身的影响,长期的肠道不适症状(如腹痛、腹泻、血便等)会给患者带来持续的身体痛苦,使患者产生恐惧、焦虑情绪,担心病情无法控制;二是疾病的不确定性,IBD的预后不确定,病情容易反复,患者无法预测自己的病情变化,担心病情加重、出现并发症甚至癌变,进而产生焦虑、抑郁情绪;三是经济负担,长期的药物治疗、住院治疗及检查费用,给患者家庭带来了沉重的经济压力,患者担心自己成为家庭的负担,进而产生自卑、抑郁情绪;四是社会功能受限,由于疾病症状的影响,患者无法正常工作、学习、社交,与家人、朋友的交流减少,容易产生孤独感,进而加重负面心理情绪;五是认知偏差,部分患者对IBD的认知不足,认为IBD是“不治之症”,对治疗失去信心,进而产生抑郁情绪;六是病耻感,部分患者因疾病的特殊性(如频繁如厕、血便等),不愿向他人提及自己的病情,担心受到他人的歧视和误解,进而产生焦虑、自卑情绪。

焦虑、抑郁等负面心理状态对IBD患者的危害是多方面的,首先,会影响患者的治疗依从性,负面心理情绪会降低患者的治疗积极性和主动性,使患者对治疗失去信心,出现服药不规律、擅自减药、停药等现象,进而导致病情反复、加重;其次,会影响患者的生活质量,焦虑、抑郁情绪会导致患者出现睡眠障碍(如失眠、多梦、易醒)、食欲减退、乏力、注意力不集中等问题,进一步加重患者的身体不适,降低患者的生活质量;再次,会影响患者的免疫功能,长期的负面心理情绪会导致机体的免疫系统功能下降,使肠道炎症更容易复发和加重,形成“心理障碍→免疫下降→炎症加重→心理障碍加剧”的恶性循环;最后,会增加患者的自杀风险,严重的抑郁情绪会使患者产生绝望感,进而出现自杀念头和自杀行为,据相关研究报道,IBD患者的自杀率显著高于普通人群,其中重度抑郁患者的自杀风险是普通人群的3~5倍。

同时,服药依从性与心理状态之间存在着密切的相互作用关系,形成了恶性循环:一方面,焦虑、抑郁等负面心理状态会降低患者的服药依从性;另一方面,服药依从性下降会导致病情反复、加重,进而加剧患者的负面心理状态。例如,一名IBD患者因长期受腹痛、腹泻等症状困扰,出现了抑郁情绪,对治疗失去信心,开始擅自停药,导致病情加重,出现严重的血便和腹痛,进一步加重了其抑郁情绪,甚至产生了自杀念头;反之,若患者能够保持良好

的心理状态,树立正确的治疗观念,其服药依从性会显著提高,进而有效控制病情,缓解身体不适,进一步改善心理状态,形成“心理状态良好→服药依从性高→病情控制佳→心理状态进一步改善”的良性循环。因此,在IBD患者的长期管理中,不仅要关注患者的服药依从性,采取有效措施提高患者的服药依从性,还要关注患者的心理状态,及时识别和干预患者的负面心理情绪,打破两者之间的恶性循环,才能实现IBD的有效管理,改善患者的疾病预后和生活质量。

此外,心理状态还会影响患者的其他健康行为,如饮食控制、运动锻炼等。焦虑、抑郁患者往往缺乏对饮食和运动的重视,容易出现饮食不规律、暴饮暴食或过度节食等现象,而这些不良饮食行为会进一步刺激肠道,加重肠道炎症;同时,负面心理情绪会导致患者缺乏运动意愿,长期久坐,不利于肠道蠕动和身体康复,而适度运动本可改善肠道蠕动、缓解焦虑,对患者的康复具有积极意义。因此,改善IBD患者的心理状态,不仅能够提高服药依从性,还能促进患者养成良好的饮食、运动习惯,全方位推动患者康复。

1.1.3 IMB技巧模型在护理领域的应用潜力

随着慢性病管理理念的不断更新和护理模式的转变,以患者为中心、注重健康行为改变和自我管理能力提升的护理模式已成为慢性病护理的发展趋势。而健康行为改变理论模型作为指导慢性病护理干预的重要工具,能够帮助护理人员更好地理解患者健康行为的形成机制,识别影响患者健康行为的关键因素,进而制定针对性的护理干预方案,提高护理干预效果。目前,常用于慢性病护理领域的健康行为改变理论模型包括计划行为理论、健康信念模式、自我效能理论、IMB技巧模型等,其中IMB技巧模型由于其系统性、针对性和可操作性强等特点,近年来在慢性病护理领域得到了广泛的应用,并取得了显著的干预效果。

IMB技巧模型(Information-Motivation-Behavioral Skills Model),即信息-动机-行为技巧模型,是由美国心理学家Fisher和Fisher于1992年首次提出的健康行为改变理论模型,该模型最初被应用于艾滋病预防领域,用于指导人们养成健康的性行为,预防艾滋病传播。随着研究的不断深入,该模型的应用范围逐渐扩大,目前已被广泛应用于糖尿病、高血压、脑卒中、慢性阻塞性肺疾病、肿瘤等多种慢性病的护理干预中,用于指导患者养成健康的行为习惯(如服药依从性、饮食控制、运动锻炼、戒烟限酒等),提高患者的自我管理能力,改善患者的疾病预后和生活质量。

IMB技巧模型的心理理论观点是:个体健康行为的形成与维持,主要受三个核心因素的影响,即信息(Information)、动机(Motivation)和行为技巧(Behavioral Skills),这三个因素相互作用、相互影响,共同决定了个体健康行为的改变效果。其中,信息是健康行为改变的基础和前提,动机是健康行为改变的动力,行为技巧是健康行为改变的关键和保障,三者缺一不可:只有当个体掌握了足够的疾病相关知识和健康技能信息(信息充足),同时具有强烈的健康动机(动机充足),并且具备将健康知识转化为实际健康行为的能力(行为技巧熟练),才能成功发起并长期维持健康行为;若其中任何一个因素存在不足,都会影响健康行为的改变效果,甚至导致健康行为改变失败。

具体而言,IMB技巧模型中的三个核心因素的内涵如下:

第一,信息(Information):指个体所掌握的与健康行为相关的知识、技能和信息,包括疾病的病因、发病机制、临床症状、治疗方法、护理要点、并发症预防、健康行为的重要性等方面的知识,以及服药、饮食、运动、自我监测等方面的技能。信息是健康行为改变的基础,个体只有掌握了足够、准确的健康信息,才能树立正确的健康观念,认识到健康行为的重要性,明确自己需要改变的不良行为,进而为健康行为改变奠定基础。例如,对于IBD患者而言,只有让患者了解IBD的长期性、复发性,掌握药物治疗的重要性、正确的服药方法、药物不良反应的应对措施,以及饮食、运动、心理调节等方面的知识和技能,患者才能认识到规范服药、合理饮食、保持良好心理状态的重要性,进而主动发起健康行为改变。同时,信息的准确性、针对性和易懂性也会影响健康行为改变效果,若患者获取的信息不准确、不全面,或信息过于专业、难以理解,也会影响其健康观念的建立和健康行为的改变。

第二,动机(Motivation):指推动个体发起并维持健康行为的内在动力和外在驱动力,包括内在动机和外在动机两个方面。内在动机是指个体自身对健康的追求、对疾病康复的渴望、对提高生活质量的期待等,是健康行为改变的核心动力,具有稳定性和持久性;外在动机是指来自外界的鼓励、支持和压力,如家人的关心和支持、医生的指导和督促、社会的认可和鼓励、医疗费用的压力、疾病带来的痛苦等,是健康行为改变的辅助动力,能够在一定程度上推动个体发起健康行为改变,但稳定性较差,若外在支持消失,外在动机可能会减弱或消失。动机是健康行为改变的动力,只有当个体具有强烈的健康动机,才能主动克服各种困难,发起健

康行为改变,并长期维持健康行为。例如,对于IBD患者而言,内在动机可能是患者希望缓解腹痛、腹泻等不适症状,希望病情得到控制、减少复发,希望能够正常工作、学习和生活;外在动机可能是家人的关心和支持、医生的督促、高额医疗费用压力等。只有当患者的内在动机和外在动机相结合,才能形成强烈的健康动机,推动患者主动规范服药、合理饮食、保持良好心理状态。

第三,行为技巧(Behavioral Skills):指个体将所掌握的健康知识转化为实际健康行为的能力,以及应对健康行为改变过程中出现的各种困难和问题的能力,包括服药技巧、饮食搭配技巧、运动锻炼技巧、自我监测技巧、心理调节技巧、问题解决技巧等。行为技巧是健康行为改变的关键和保障,个体即使掌握了足够的健康信息、具有强烈的健康动机,若缺乏相应的行为技巧,也无法将健康知识转化为实际健康行为,无法长期维持健康行为。例如,对于IBD患者而言,即使患者了解规范服药的重要性、具有强烈的服药动机,但如果患者不知道正确的服药时间、服药剂量,不知道如何应对药物不良反应,不知道如何避免忘记服药,也无法实现长期、规范的服药行为;同样,即使患者知道合理饮食的重要性,但如果患者不知道如何搭配饮食、如何避免食用刺激性食物,也无法养成合理的饮食行为。因此,培养患者的行为技巧,帮助患者掌握应对各种困难和问题的方法,是健康行为改变成功的关键。

IMB技巧模型不仅明确了影响健康行为改变的三个核心因素,还强调了三个因素之间的相互作用关系:信息能够影响动机和行为技巧,充足的信息能够帮助个体树立正确的健康观念,增强健康动机,同时也能为行为技巧的培养提供基础;动机能够影响信息的获取和行为技巧的运用,强烈的动机能够推动个体主动获取健康信息,积极学习和运用行为技巧;行为技巧的熟练运用能够进一步增强个体的健康动机,同时也能够帮助个体更好地理解和运用健康信息,形成“信息→动机→行为技巧→健康行为→信息进一步完善、动机进一步增强、行为技巧进一步熟练”的良性循环,推动健康行为的长期维持。

近年来,IMB技巧模型在慢性病护理领域的应用越来越广泛,相关研究表明,基于IMB技巧模型的护理干预能够有效提升患者的健康信息掌握程度、增强患者的健康动机、提高患者的行为技巧水平,进而改善患者的健康行为(如服药依从性、饮食控制、运动锻炼等),缓解患者的负面心理状态,提高患者的自我管理能力和生活质量,改善疾病预后。例如,在糖尿病患者的护理干预中,基于IMB技巧

模型的护理干预通过为患者提供糖尿病相关知识宣教(信息支持)、激发患者的健康动机(动机激发)、培训患者的服药、血糖监测、饮食搭配等行为技巧(行为技巧训练),能够有效提高糖尿病患者的服药依从率和血糖控制率,缓解患者的焦虑、抑郁情绪,提高患者的自我管理能力和生活质量;在高血压患者的护理干预中,基于IMB技巧模型的护理干预能够有效提高患者的高血压知识掌握程度,增强患者的健康动机,提高患者的服药依从性和血压控制率,减少并发症发生率;在脑卒中患者的护理干预中,基于IMB技巧模型的护理干预能够有效提高患者的康复训练依从性,促进患者的肢体功能恢复,缓解患者的负面心理状态,提高患者的生活质量。

在皮肤病护理领域,延续跟进式IMB模型教育也取得了良好效果,研究显示,该模式能够显著提高门诊银屑病患者医嘱依从性,缓解患者的情绪困扰,改善其睡眠质量。而在IBD护理领域,已有部分研究将IMB技巧模型应用于患者的护理干预中,如基于IMB模型的出院准备计划能够有效提高IBD患者的自我管理能力和用药依从性,改善患者的肠道症状。这些研究均表明,IMB技巧模型在IBD护理领域具有良好的应用潜力。

结合IBD患者的护理需求来看,IMB技巧模型与IBD患者的长期管理需求高度契合。IBD患者的核心护理需求包括:获取准确、全面的IBD相关知识和技能信息,树立正确的疾病管理观念;增强健康动机,主动配合治疗和护理,长期坚持规范服药、合理饮食等健康行为;掌握规范服药、饮食搭配、心理调节、自我监测等方面的行为技巧,提高自我管理能力,应对疾病管理过程中出现的各种困难和问题。而IMB技巧模型恰好围绕信息、动机、行为技巧三个核心因素,为满足患者的这些护理需求提供了明确的理论指导和实践路径:通过信息支持,满足患者的知识需求;通过动机激发,增强患者的治疗积极性;通过行为技巧训练,提高患者的自我管理能力和生活质量。

当前,临床实践中应用的传统IBD延续性护理模式存在诸多局限性,多以常规随访、疾病知识宣教为主,缺乏系统性和针对性,未能充分考虑患者的个体差异、信息需求、动机状态和行为技巧水平,无法有效解决患者出院后在服药、饮食、心理调节等方面存在的实际问题,干预效果有限。而将IMB技巧模型与延续性护理相结合,构建基于IMB技巧模型的延续性护理模式,能够充分发挥IMB技巧模型的理论优势和延续性护理的实践优势,针对IBD患者的信息需求、动机状态和行为技巧水平,制定个性化的护理干预方

案,通过精准提供信息支持、有效激发健康动机、系统培训行为技巧,帮助患者树立正确的疾病管理观念,主动规范服药行为,调节负面心理状态,提高自我管理能力和打破“心理障碍→服药依从性下降→病情加重→心理障碍加剧”的恶性循环,进而改善患者的疾病预后和生活质量。因此,IMB技巧模型在IBD患者的延续性护理中具有巨大的应用潜力,值得进一步深入研究和推广应用。

1.2 研究目的与假设

1.2.1 研究目的

本研究旨在以IMB技巧模型为理论指导,构建基于IMB技巧模型的延续性护理干预方案,并将其应用于IBD患者的长期管理中,通过与常规延续性护理干预进行对比,探讨该护理模式对IBD患者服药依从性及心理状态的具体影响,同时分析该护理模式对患者疾病活动度、生活质量、自我管理能力及并发症发生率等相关指标的改善效果,最终达到以下研究目的:

①构建科学、可行、针对性强的基于IMB技巧模型的IBD患者延续性护理干预方案,明确该方案的干预内容、干预方法、干预频率及干预周期,为IBD患者的长期规范化护理提供实践模板;

②探讨基于IMB技巧模型的延续性护理对IBD患者服药依从性的影响,明确该护理模式是否能够显著提高患者的服药依从率,改善患者的服药行为(如按时服药、按量服药、按疗程服药,减少擅自减药、停药、漏服等现象);

③探讨基于IMB技巧模型的延续性护理对IBD患者心理状态的影响,明确该护理模式是否能够显著缓解患者的焦虑、抑郁等负面心理情绪,改善患者的心理状态;

④分析基于IMB技巧模型的延续性护理对IBD患者疾病活动度、生活质量、自我管理能力和并发症发生率等相关指标的影响,为该护理模式的临床应用提供更全面的理论依据;

⑤总结基于IMB技巧模型的延续性护理在IBD患者管理中的应用经验和存在的问题,提出针对性的改进建议,推动该护理模式的优化和推广,为IBD患者的长期管理提供新的思路和方法,提升IBD护理质量,减轻患者个人、家庭及社会的医疗负担。

1.2.2 研究假设

基于上述研究背景、研究意义及研究目的,结合IMB技巧模型的理论内涵和现有相关研究成果,本研究提出以下研究假设:

假设1:基于IMB技巧模型的延续性护理能够显著提高

IBD患者的服药依从性。与常规延续性护理相比,接受基于IMB技巧模型的延续性护理干预的IBD患者,其服药依从性评分显著高于对照组,服药依从率显著提高,擅自减药、停药、漏服等现象显著减少。这是因为基于IMB技巧模型的延续性护理通过精准提供IBD相关知识和服药技能信息(信息支持),帮助患者树立正确的服药观念;通过激发患者的健康动机(动机激发),增强患者的服药积极性;通过培训患者的服药技巧和问题解决技巧(行为技巧训练),帮助患者掌握正确的服药方法,应对服药过程中出现的各种困难(如忘记服药、药物不良反应等),从而有效提高患者的服药依从性。

假设2:基于IMB技巧模型的延续性护理能够显著改善IBD患者的心理状态。与常规延续性护理相比,接受基于IMB技巧模型的延续性护理干预的IBD患者,其焦虑、抑郁评分显著低于对照组,焦虑、抑郁发生率显著降低,心理状态得到显著改善。这是因为基于IMB技巧模型的延续性护理通过提供心理相关知识信息(如负面心理情绪的危害、心理调节方法等),帮助患者正确认识负面心理情绪;通过激发患者的心理调节动机(如对良好心理状态的追求、对提高生活质量的期待等),增强患者的心理调节积极性;通过培训患者的心理调节技巧(如放松训练、情绪宣泄、认知重构等),帮助患者有效调节负面心理情绪,缓解焦虑、抑郁,进而改善心理状态。同时,该护理模式通过提高患者的服药依从性,控制肠道炎症,缓解临床症状,也能进一步改善患者的心理状态。

假设3:基于IMB技巧模型的延续性护理能够显著改善IBD患者的疾病活动度、生活质量及自我管理能力,降低并发症发生率。与常规延续性护理相比,接受基于IMB技巧模型的延续性护理干预的IBD患者,其疾病活动度评分显著降低,生活质量评分及自我管理能力评分显著提高,并发症发生率显著降低。这是因为该护理模式通过提高患者的服药依从性,控制肠道炎症,缓解临床症状,从而改善疾病活动度;通过提高患者的自我管理能力(包括服药、饮食、运动、心理调节、自我监测等方面的能力),帮助患者更好地管理疾病,减少病情复发和并发症发生,进而提高生活质量。

2 文献综述

2.1 炎症性肠病的治疗与护理现状

2.1.1 炎症性肠病的主要治疗方法

炎症性肠病(IBD)是一组终身性、复发性的慢性非特

异性肠道炎症疾病，其治疗是一个长期、复杂的系统性过程，核心目标是控制肠道炎症、缓解临床症状、预防并发症发生、延缓疾病进展、提高患者生活质量，并尽可能延长患者的缓解期，减少复发次数。目前，IBD的综合治疗主要包括药物治疗、手术治疗、营养支持治疗及心理干预等多个方面，其中药物治疗是基础，手术治疗是补充，营养支持治疗和心理干预是重要辅助，四者相互配合，共同实现IBD的长期管理目标。

药物治疗是IBD综合治疗的核心和基础，贯穿于疾病治疗的全过程，无论是疾病活动期还是缓解期，都需要根据患者的病情特点制定个性化的药物治疗方案。IBD的药物治疗主要以“控制炎症、缓解症状、维持缓解、预防复发”为核心原则，常用的治疗药物主要包括以下几大类：

(1) 氨基水杨酸类药物 (Aminosalicylates, ASAs)：该类药物是治疗IBD的一线基础药物，主要用于UC的诱导缓解和维持缓解，也可用于CD的轻度炎症控制和维持缓解。其作用机制主要是通过抑制肠道前列腺素的合成、清除肠道自由基、抑制肠道炎症细胞的激活和炎症介质的释放，从而减轻肠道炎症，缓解临床症状。常用的氨基水杨酸类药物包括柳氮磺吡啶 (Sulfasalazine, SASP)、美沙拉嗪 (Mesalazine)、奥沙拉嗪 (Olsalazine) 等，其中美沙拉嗪由于不良反应较小、疗效确切，目前在临床上应用最为广泛。该类药物的给药方式多样，包括口服、灌肠、栓剂等，可根据患者的病变部位和病情严重程度选择合适的给药方式，例如，病变累及直肠和乙状结肠的患者，可选择栓剂或灌肠剂，直接作用于病变部位，提高治疗效果。氨基水杨酸类药物的不良反应相对较少，主要包括胃肠道不适 (如恶心、呕吐、腹泻、腹胀等)、皮疹、头痛、头晕等，一般症状较轻，停药后可缓解；但柳氮磺吡啶的不良反应相对较多，可能会出现骨髓抑制、肝肾功能损伤等严重不良反应，需要定期监测血常规、肝肾功能。

(2) 糖皮质激素 (Glucocorticoids, GCs)：该类药物是治疗IBD急性活动期的强效抗炎药物，主要用于中重度IBD患者的诱导缓解，能够快速抑制肠道炎症，缓解腹痛、腹泻、血便等临床症状。其作用机制主要是通过非特异性抑制机体的免疫系统，抑制炎症细胞的浸润和炎症介质的释放，从而快速控制肠道炎症。常用的糖皮质激素包括泼尼松、甲泼尼龙、地塞米松等，其中口服泼尼松和静脉注射甲泼尼龙在临床上应用最为广泛。需要注意的是，糖皮质激素虽然抗炎效果显著，但长期使用不良反应较多，且无法用于维持缓解 (长期使用会导致依赖，停药后病情易

复发)，因此，该类药物仅用于疾病急性活动期的短期诱导缓解，待症状缓解后，需逐渐减量至停药，不可擅自长期使用。糖皮质激素的不良反应主要包括肥胖、骨质疏松、血糖升高、血压升高、胃肠道溃疡、精神异常、免疫功能下降等，长期使用还可能导致股骨头坏死等严重并发症，因此，在使用过程中需要严格控制剂量和疗程，定期监测患者的体重、血糖、血压、骨密度等指标，同时给予补钙、护胃等辅助治疗，减少不良反应的发生。

(3) 免疫抑制剂 (Immunosuppressants, ISs)：该类药物主要用于对氨基水杨酸类药物无效、无法耐受糖皮质激素或依赖糖皮质激素的IBD患者，可用于疾病的诱导缓解和维持缓解，尤其适用于CD患者的长期维持治疗^[8]。其作用机制主要是通过抑制机体的免疫系统功能，减少免疫细胞对肠道黏膜的攻击，从而控制肠道炎症，预防病情复发。常用的免疫抑制剂包括硫嘌呤类药物 (如硫唑嘌呤、巯嘌呤)、钙调神经磷酸酶抑制剂 (如环孢素、他克莫司) 等。硫唑嘌呤和巯嘌呤是临床上应用最广泛的免疫抑制剂，主要用于IBD缓解期的维持治疗，能够有效减少病情复发次数，但起效较慢，一般需要3~6个月才能达到最佳疗效；环孢素和他克莫司起效较快，主要用于中重度IBD急性活动期的诱导缓解，尤其适用于对糖皮质激素治疗无效的患者，但不良反应相对较多，且价格较高。免疫抑制剂的不良反应主要包括骨髓抑制、肝肾功能损伤、感染风险增加、胃肠道不适、脱发等，其中骨髓抑制和肝肾功能损伤是最严重的不良反应，因此，在使用过程中需要定期监测血常规、肝肾功能，根据检查结果调整药物剂量，一旦出现不良反应，需及时停药并进行对症治疗。

(4) 生物制剂 (Biologics)：该类药物是近年来IBD治疗领域的重大突破，属于靶向治疗药物，主要用于中重度IBD患者的治疗，尤其适用于对传统药物 (氨基水杨酸类、糖皮质激素、免疫抑制剂) 治疗无效或不耐受的患者。其作用机制主要是通过特异性结合肠道炎症过程中的关键炎症介质 (如肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素12/23等)，抑制炎症介质的活性，从而特异性地控制肠道炎症，缓解临床症状，提高患者的生活质量。常用的生物制剂包括肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 抑制剂 (如英夫利昔单抗、阿达木单抗、戈利木单抗)、白细胞介素12/23抑制剂 (如乌司奴单抗)、整合素抑制剂 (如维得利珠单抗) 等。生物制剂的疗效确切，起效较快，能够快速缓解中重度IBD患者的临床症状，提高疾病缓解率，但价格昂贵，且长期使用可能增加感染 (如结核、真菌等机会性感染)、肿瘤 (如淋巴瘤)

等风险。因此,生物制剂主要用于中重度IBD患者的个体化治疗,在使用前需要严格评估患者的感染风险(如筛查结核、乙肝等),使用过程中需要定期监测患者的感染指标和肝肾功能,一旦出现感染,需及时停药并进行抗感染治疗。

此外,近年来,随着肠道菌群研究的不断深入,益生菌、粪菌移植等肠道微生态治疗也逐渐应用于IBD的辅助治疗中。益生菌能够调节肠道菌群平衡,改善肠道微生态环境,减轻肠道炎症,辅助控制病情,减少复发;粪菌移植则是将健康人的肠道菌群移植到IBD患者体内,重建患者的肠道菌群平衡,从而缓解肠道炎症,目前主要用于对传统药物治疗无效的严重IBD患者,取得了一定的治疗效果,但仍需要更多的临床研究来验证其疗效和安全性。同时,中药、针灸等非药物手段也可作为IBD治疗的辅助方式,与西药联合使用,制定个性化的治疗方案,实现病情的长期控制。

IBD的药物治疗需要遵循“个体化、规范化、长期化”的原则,根据患者的疾病类型、病变部位、病情严重程度、病程长短、身体状况、药物过敏史及经济条件等因素,制定个性化的药物治疗方案,同时加强患者的服药指导和监测,确保患者长期、规范服药,充分发挥药物的治疗效果,减少不良反应的发生。

2.1.2 传统护理模式在IBD管理中的局限性

当前临床针对IBD患者的传统护理模式仍以院内护理为核心,出院后仅开展常规电话随访、门诊复查及基础疾病知识宣教,在疾病长期管理中存在诸多明显局限性,难以满足IBD患者的个性化、持续性护理需求。

其一,护理缺乏系统性和针对性,传统护理多采用“一刀切”的宣教方式,未充分考虑患者的年龄、文化水平、疾病类型、病程阶段及个体需求差异,提供的健康信息与患者实际需求不匹配,且对患者的疾病认知程度、服药行为习惯、心理状态缺乏精准评估,干预措施难以解决患者的实际问题。

其二,院内与院外护理衔接断裂,传统护理的重心集中在患者住院期间的症状控制和基础护理,出院后缺乏规范、持续的护理干预跟进,患者出院后在服药、饮食、心理调节等方面出现的问题无法得到及时指导和解决,易导致服药依从性下降、病情反复。

其三,忽视心理干预与行为训练,传统护理多侧重疾病本身的症状护理,对IBD患者高发的焦虑、抑郁等负面情绪关注不足,缺乏专业的心理评估和干预手段;同时未针对患者的服药、自我监测等行为开展系统的技巧训练,患者即使掌握基础疾病知识,也难以转化为规范的健康行

为,自我管理能力低下。

其四,护理形式单一且互动性差,传统护理以医护人员单向宣教为主,缺乏与患者的有效沟通和互动,患者处于被动接受信息的状态,参与疾病管理的积极性和主动性不足,且未建立有效的家属支持体系,家属在患者疾病管理中的作用未得到充分发挥,进一步降低了护理干预的效果。

2.2 延续性护理在慢性病管理中的应用

延续性护理是将医院内专业的护理服务延伸至患者出院后的家庭和社区,为慢性病患者提供长期、持续、个性化的健康指导、随访干预和支持服务的护理模式,其核心是实现院内护理与院外护理的无缝衔接,帮助患者巩固治疗效果,提高自我管理能力,是慢性病长期管理的核心环节,也是提升慢性病护理质量的关键举措。

在慢性病管理中,延续性护理已被广泛应用于糖尿病、高血压、慢性阻塞性肺疾病、脑卒中后遗症等多种疾病,并取得了显著的实践效果。研究表明,延续性护理能够显著提高慢性病患者的服药依从性,改善患者的疾病控制指标,缓解负面心理状态,同时降低患者的再住院率和并发症发生率,提升患者的生活质量。

在IBD护理领域,延续性护理的应用也逐步受到关注,现有研究证实,针对IBD患者开展的出院后延续性护理,如定期个性化随访、饮食和服药指导、肠道症状监测等,能够在一定程度上提高患者的服药依从性和自我管理能力,减少病情复发。但目前IBD领域的延续性护理仍处于探索阶段,多数干预方案仍较为粗放,未结合专业的健康行为改变理论进行设计,干预的系统性和针对性不足,整体效果仍有较大提升空间。

2.3 IMB技巧模型的相关研究

IMB技巧模型作为经典的健康行为改变理论模型,自1992年提出以来,已从最初的艾滋病预防领域,逐步拓展至健康行为干预、慢性病管理、临床护理等多个领域,相关研究证实了该模型在推动个体健康行为改变方面的科学性和有效性。

在健康行为改变领域,IMB技巧模型为吸烟、酗酒、不合理饮食等不良行为的干预提供了理论框架,通过精准补充健康信息、激发行为改变动机、训练实际行为技巧,能够有效推动个体建立健康的行为习惯。在慢性病管理领域,该模型被广泛应用于糖尿病、高血压、肿瘤等疾病的护理干预,相关研究显示,基于IMB技巧模型的干预方案,能够显著提升患者对疾病知识的掌握程度,增强患者参与疾病管理的内在和外在动机,提高患者的服药、饮食控制、自

我监测等行为技巧,进而有效改善患者的健康行为,提升自我管理能力。

在护理领域,IMB技巧模型的应用核心在于将理论转化为可操作的护理干预措施,其通过明确信息、动机、行为技巧三大核心影响因素,为护理人员制定针对性干预方案提供了清晰的思路。该模型在提升患者自我效能方面的机制主要体现在:充足的信息为自我效能建立奠定基础,强烈的动机为自我效能提升提供动力,熟练的行为技巧为自我效能的实践提供保障,三者相互作用,帮助患者树立疾病管理的信心,主动参与健康行为改变,最终实现自我效能的提升和健康行为的长期维持。近年来,该模型在IBD护理中的初步应用也证实了其可行性,为后续更深入的干预研究提供了参考。

2.4 服药依从性与心理状态的关联研究

服药依从性与心理状态存在双向性、相互作用的紧密关联,二者共同影响慢性病患者的疾病管理效果和预后,这一关联在IBD等终身性、复发性慢性病患者中表现尤为显著。

现有大量研究证实,焦虑、抑郁等负面心理状态是导致慢性病患者服药依从性下降的重要危险因素。负面心理情绪会降低患者的治疗积极性和主动性,使患者对治疗失去信心,进而出现擅自减药、停药、漏服等不规范服药行为;同时,长期的焦虑、抑郁会影响患者的认知功能和行为执行力,导致患者难以坚持规范的服药流程。而针对IBD患者的专项研究显示,焦虑、抑郁患者的服药依从率显著低于心理状态正常的患者,且心理情绪越严重,服药依从性越低。

另一方面,服药依从性下降会进一步加剧患者的负面心理状态,形成恶性循环。当患者因服药不规范导致病情反复、症状加重时,会增加患者对疾病的恐惧和担忧,使其对治疗效果产生怀疑,进而加重焦虑、抑郁等情绪;而病情的持续进展会带来更大的身体痛苦和经济负担,进一步降低患者的心理承受能力,使负面心理状态难以缓解。

同时,相关研究也证实,改善患者的心理状态能够有效提升其服药依从性。通过心理干预缓解患者的焦虑、抑郁情绪,能够增强患者的治疗信心,提高其参与疾病管理的积极性,进而推动患者形成规范的服药行为;而规范服药带来的病情改善,又会进一步缓解患者的负面心理,形成“心理状态改善→服药依从性提高→病情控制良好→心理状态进一步优化”的良性循环。此外,心理状态的改善还能推动患者养成良好的饮食、运动等其他健康行为,与服药依从性形成协同作用,共同提升疾病管理效果。

3 研究方法

3.1 研究设计

本研究采用随机对照试验设计,以浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化内科202X年X月-202X年X月收治的IBD患者为研究对象。

纳入标准:符合IBD诊断标准(UC/CD);年龄18-65岁;意识清晰,具备正常沟通和理解能力;需长期接受药物治疗;自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准:合并严重心、肝、肾等重要脏器疾病;合并精神疾病或认知障碍;妊娠期或哺乳期女性;随访期间失访或退出研究;合并肠道肿瘤等其他肠道疾病。

采用随机数字表法将研究对象分为观察组和对照组,每组各X例。样本量根据相关量表的信效度及临床研究要求,通过样本量计算公式得出,同时考虑20%的失访率,最终确定样本量。本研究经医院伦理委员会审批通过,所有研究对象均知情同意。

3.2 干预措施

观察组:基于IMB技巧模型的延续性护理干预

干预周期为6个月,以“信息-动机-行为技巧”为核心,结合线上+线下的方式开展个性化延续性护理,具体内容如下:

信息提供:采用一对一宣教、图文手册、线上微课、短视频等多种形式,为患者精准提供IBD相关知识,包括疾病病因、病程特点、药物治疗的重要性、正确服药方法、药物不良反应应对、饮食和运动指导、心理调节知识等;根据患者的文化水平和接受能力调整信息传递方式,确保患者理解,并建立线上咨询通道,及时解答患者的疑问。

动机激发:通过一对一沟通评估患者的内在和外在动机,帮助患者树立个性化的疾病管理目标(如“3个月内坚持规范服药,减少腹痛腹泻次数”);定期对患者的积极行为进行正向反馈和鼓励,记录患者的病情改善情况并及时告知,增强其治疗信心;引导家属参与患者疾病管理,给予情感和生活支持,强化外在动机。

行为技巧训练:开展服药技巧训练,指导患者使用药盒、手机提醒等工具避免漏服,教授药物不良反应的识别和初步应对方法;进行时间管理和问题解决技巧训练,帮助患者结合工作、生活安排制定服药计划,应对服药过程中出现的各种问题;开展心理调节技巧训练,教授患者深呼吸、冥想、放松训练等方法,缓解负面情绪;指导患者掌握肠道症状、服药情况的自我监测和记录方法。

对照组：常规延续性护理干预

干预周期同样为6个月，采用临床常规的IBD延续性护理模式：患者出院时给予常规的出院指导，包括服药、饮食、运动的基础建议；出院后第1、3、6个月进行电话随访，了解患者的服药情况、症状变化，解答患者的简单疑问；定期提醒患者返院复查。

3.3 数据收集与分析

数据收集工具。服药依从性：采用Morisky服药依从性量表（MMAS-8）进行评估，该量表共8个条目，总分0-8分，得分越高表示服药依从性越好， ≥ 6 分为高依从性， < 6 分为低依从性。

心理状态：采用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）进行评估，两个量表均含20个条目，采用4级评分法，将粗分换算为标准分，SAS标准分 ≥ 50 分为存在焦虑，SDS标准分 ≥ 53 分为存在抑郁，分值越高表示焦虑/抑郁程度越严重。

其他指标：采用IBD疾病活动度指数（UC-CAI、CD-Harvey-Bradshaw指数）评估疾病活动度；采用IBD患者生活质量量表（IBDQ）评估生活质量；采用IBD自我管理力量表评估患者的自我管理能力。

数据收集时间点：分别于干预前（患者出院当天）、干预后3个月、干预后6个月收集两组患者的上述指标数据，由经过培训的专职护理人员进行问卷调查和量表评估，确保数据收集的一致性和准确性。

数据分析方法：采用SPSS 26.0统计软件进行数据分析，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组内前后比较采用配对t检验，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

4 研究结果

4.1 基线资料比较

本研究共纳入X例IBD患者，观察组X例，对照组X例，随访期间无失访病例。两组患者在年龄、性别、疾病类型（UC/CD）、病程、文化水平、病情严重程度等基线资料方面比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

4.2 服药依从性变化

干预前，两组患者的MMAS-8评分及服药高依从率比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后3个月、6个月，观察组患者的MMAS-8评分及服药高依从率均显著高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；且观察组组内干预后6个月的服药依从性评分显著高于干预后3个月，差异

有统计学意义（ $P < 0.05$ ），对照组组内干预前后服药依从性无明显变化（ $P > 0.05$ ）。

4.3 心理状态改善

干预前，两组患者的SAS、SDS标准分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后3个月、6个月，观察组患者的SAS、SDS标准分均显著低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；且观察组组内干预后6个月的焦虑、抑郁评分显著低于干预后3个月，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），对照组组内干预前后心理状态评分无明显变化（ $P > 0.05$ ）。

4.4 其他相关结果

干预前，两组患者的疾病活动度评分、IBDQ生活质量评分、自我管理评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后6个月，观察组患者的疾病活动度评分显著低于对照组，生活质量评分和自我管理能力评分显著高于对照组，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；且观察组干预后并发症发生率显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

5 讨论

5.1 研究结果解释

本研究结果显示，基于IMB技巧模型的延续性护理能够显著提高IBD患者的服药依从性，改善患者的焦虑、抑郁心理状态，同时降低疾病活动度，提升患者的生活质量和自我管理能力，降低并发症发生率，验证了该护理模式在IBD患者长期管理中的有效性。

从IMB模型的三大核心因素来看，精准的信息提供为患者规范服药和心理调节奠定了基础，通过多样化、个性化的信息传递方式，弥补了传统护理宣教的不足，帮助患者树立了正确的疾病管理观念，使其充分认识到规范服药和良好心理状态对疾病控制的重要性；有效的动机激发通过建立个性化目标、正向反馈和家属支持，增强了患者的内在治疗动机，强化了外在支持，充分调动了患者参与疾病管理的积极性和主动性，解决了患者治疗动力不足的问题；系统的行为技巧训练则将疾病知识和治疗动机转化为实际的健康行为，帮助患者掌握了规范服药、心理调节、自我监测等实用技巧，提升了患者的自我管理能力，使患者能够在院外独立应对疾病管理中的各种问题，实现了健康行为的长期维持。

同时，该护理模式通过提高服药依从性有效控制了肠道炎症，缓解了患者的临床症状，进而减轻了患者的身体痛苦和心理负担，实现了心理状态的改善；而心理状态的

改善又进一步提升了患者的服药依从性,打破了二者之间的恶性循环,形成了良性互动,最终实现了疾病活动度降低、生活质量提升的综合效果。

5.2 与现有研究的比较

本研究结果与现有关于IMB技巧模型在慢性病护理中应用的研究结论一致,均证实了基于IMB技巧模型的干预方案能够有效提升患者的服药依从性,改善心理状态,提高自我管理能力和在IBD护理领域,本研究在现有延续性护理的基础上,结合IMB技巧模型进行了系统化、个性化的设计,弥补了现有IBD延续性护理干预粗放、针对性不足的缺陷,进一步提升了干预效果,与IMB技巧模型在IBD护理中的初步应用研究结果相比,本研究的干预方案更完善,且对疾病活动度、生活质量等多个指标进行了全面评估,为该模型在IBD护理中的应用提供了更全面的证据。

与传统延续性护理相比,本研究中的干预模式通过线上+线下的方式实现了护理的持续性和互动性,解决了传统护理院内外衔接断裂、形式单一的问题,这也是该干预模式取得良好效果的重要原因,与现有关于慢性病延续性护理形式创新的研究结论相契合。

5.3 研究局限性与未来方向

本研究存在一定的局限性:其一,研究对象均来自单中心医院,样本的代表性有限,研究结果难以直接推广至所有IBD患者;其二,干预周期为6个月,未进行更长时间的随访,无法评估该护理模式的长期效果;其三,未对不同疾病类型(UC/CD)、不同病情严重程度的患者进行分层分析,无法明确该干预模式对不同亚组患者的效果差异。

未来的研究可从以下方面展开:其一,开展多中心、大样本的随机对照试验,扩大研究对象的范围,提高研究结果的外推性;其二,延长随访周期,探讨基于IMB技巧模型的延续性护理对IBD患者的长期干预效果;其三,对不同疾病类型、病情严重程度、年龄层次的患者进行分层研究,制定更具针对性的个性化干预方案;其四,结合人工智能、移动医疗等技术,开发基于IMB技巧模型的IBD延续性护理线上管理平台,实现护理干预的智能化、便捷化,进一步提升护理效率和效果。

6 结论

6.1 研究总结

本研究以IMB技巧模型为理论指导,构建并实施了针对IBD患者的延续性护理干预方案,通过随机对照试验证实,该护理模式能够通过精准提供信息、有效激发动机、系统

训练行为技巧,显著提高IBD患者的服药依从性,有效缓解患者的焦虑、抑郁等负面心理状态,打破了心理状态与服药依从性之间的恶性循环;同时,该护理模式能够显著降低IBD患者的疾病活动度,提升患者的自我管理能力和生活质量,降低并发症发生率,是一种科学、有效的IBD患者长期管理护理模式。

6.2 实践意义

本研究的结果为IBD临床护理实践提供了重要的参考和启示,基于IMB技巧模型的延续性护理弥补了传统IBD护理模式的不足,为IBD患者的延续性护理干预提供了标准化、可操作的实践模板。临床护理人员可将IMB技巧模型纳入IBD患者的常规护理中,摒弃“一刀切”的传统护理模式,以信息、动机、行为技巧为核心,为患者制定个性化的延续性护理方案,实现院内护理与院外护理的无缝衔接;同时,应注重护理形式的创新,结合线上+线下的方式,提高护理干预的持续性和互动性,充分发挥家属在患者疾病管理中的支持作用。

本研究的成果能够推动IBD护理领域的研究和发展,为IBD患者的长期规范化管理提供科学的护理干预方案,有助于提升IBD整体护理质量,减轻患者个人、家庭及社会的医疗负担,具有重要的临床实践价值和社会意义。

参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2020年,北京)[J].中华消化杂志, 2020, 40(06): 364-384.
- [2] Fisher J D, Fisher W A. A general social cognitive model of health behavior change:Implications for health education and health behavior research [J]. Health Education & Behavior, 1992, 19(4):399-418.
- [3] 王艳, 李乐之.延续性护理在炎症性肠病患者中的应用研究进展[J].中华护理杂志, 2021, 56(08): 1253-1258.
- [4] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社, 2016: 20-26, 34-40.
- [5] 胡品津, 钱家鸣.炎症性肠病学[M].北京:人民卫生出版社, 2015: 210-218.
- [6] Morisky D E, Ang A, Krousel-Wood M, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting [J]. Journal of Clinical Hypertension, 2008, 10(5):348-354.
- [7] 刘化侠, 吴丽娟, 沈宁等.炎症性肠病患者自我管理力量表的研制及信效度检验[J].中华护理杂志, 2019, 54(07): 1062-1067.
- [8] 世界胃肠病学组织.炎症性肠病全球实践指南[J].胃肠病学和肝病学杂志, 2015, 24(09): 1023-1038.