

· 健康教育 ·  
· 论 著 ·

# 基于 ADOPT 模式的健康教育方案在炎症性肠病患者中的应用

王丹丹<sup>1,2</sup>, 李雪芹<sup>1</sup>, 任世广<sup>2</sup>, 胡睿<sup>2</sup>, 杨英妹<sup>2</sup>, 翟慧兰<sup>3</sup>, 江璐<sup>3</sup>, 徐双双<sup>3</sup>

**摘要:**目的 探讨基于 ADOPT 模式的健康教育方案在炎症性肠病患者中的应用效果。方法 将 78 例炎症性肠病患者分为两组各 39 例。观察组采取基于 ADOPT 模式的健康教育方案,对照组采取常规健康教育,干预从入院后第 1 天至 12 周。于干预前、干预 4 周和 12 周后评估,比较两组患者的自我管理行为、疾病知识掌握程度、自我效能感和生存质量。结果 对照组 33 例、观察组 35 例完成研究。两组自我管理行为、疾病知识、自我效能及生存质量得分的组间效应、时间效应、交互效应显著(均  $P < 0.05$ );干预 4 周与 12 周后,观察组自我管理行为、疾病知识、自我效能及生存质量总分显著优于对照组(均  $P < 0.05$ )。结论 基于 ADOPT 模式的健康教育方案可有效提升其自我管理行为与疾病知识认知水平,且有助于提高患者的自我效能感及整体的生存质量。

**关键词:**炎症性肠病; 健康教育; 自我管理行为; ADOPT 模式; 疾病知识; 自我效能; 生存质量

**中图分类号:**R473.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.10.092

## Application of an ADOPT model-based health education program for patients with inflammatory bowel disease

Wang Dandan, Li Xueqin, Ren Shiguang, Hu Rui, Yang Yingmei, Zhai Huilan, Jiang Lu, Xu Shuangshuang, Department of Nursing, The Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330006, China

**Abstract:** **Objective** To explore the application effect of a health education program based on the ADOPT model in patients with inflammatory bowel disease. **Methods** A total of 78 patients with inflammatory bowel disease were selected as the research participants and divided into an observation group and a control group, with 39 cases in each group. The observation group received a health education program based on the ADOPT model, while the control group received conventional health education. The intervention started from the first day of hospitalization and lasted for 12 weeks. Self-management behaviors, disease knowledge, self-efficacy, and quality of life were assessed and compared between the two groups at baseline, 4 weeks post-intervention, and 12 weeks post-intervention. **Results** A total of 33 patients in the control group and 35 in observation group completed the study. Significant between-group effects, time effect, and interaction effects were found for self-management behaviors, disease knowledge, self-efficacy, and quality of life scores in both groups ( $P < 0.05$ ). At 4 weeks and 12 weeks of intervention, the observation group demonstrated significantly higher scores in self-management behaviors, disease knowledge, self-efficacy, and quality of life compared with the control group (all  $P < 0.05$ ). **Conclusion** The health education program based on the ADOPT model can effectively improve the self-management behavior and disease knowledge level of patients, and is helpful to enhance their self-efficacy and overall quality of life.

**Keywords:** inflammatory bowel disease; health education; self-management behaviors; ADOPT model; disease knowledge; self-efficacy; quality of life

炎症性肠病(Inflammatory Bowel Disease, IBD)是一类病因不明的慢性肠道炎症,包括溃疡性结肠炎(Ulcerative Colitis, UC)和克罗恩病(Crohn's Disease, CD),临床以腹泻、腹痛等消化道症状和发热、乏力、体质量下降等全身症状常见,严重时可发生肠穿孔、肠梗阻,甚至诱发癌变<sup>[1-2]</sup>。目前,该疾病尚无法治愈,且易复发,这不仅给个人、家庭和社会带来沉重的经济负担,同时也严重影响患者的身心健康和生存质量<sup>[3]</sup>。当患者实施自我管理后能显著减轻炎症反

应、缓解临床症状、提高心理和身体健康水平,并改善整体的生存质量<sup>[4]</sup>。然而,IBD 患者的自我管理行为现状不容乐观,其疾病知识掌握度不高,药物依从性仅为 49.7%,长期坚持运动的仅占 17.0%<sup>[5-7]</sup>。健康教育是提升慢病患者自我管理行为水平的重要策略<sup>[8]</sup>。然而,目前大部分的健康教育注重于传授自我管理的行为技能,而忽略了问题解决能力在自我管理中的积极作用,导致患者无法将自我管理的行为技能转化为行动并长期坚持。为弥补上述不足,本研究引入 ADOPT 模式<sup>[9]</sup>,该模式由态度(Attitude)、定义(Definition)、开放思维(Open mind)、计划(Planning)和实施(Try it out)5 个阶段递进构成,旨在为患者提供一种以解决问题为导向的行为干预框架,通过提升个体的问题解决能力,帮助患者建立良好的行为<sup>[10]</sup>,最终实现患者对疾病的自我管理、自我监测和自我教育<sup>[11]</sup>。因此,本研究基于 ADOPT 模式,以

作者单位:南昌大学第二附属医院 1. 护理部 3. 消化内科(江西南昌,330006);2. 南昌大学护理学院

通信作者:李雪芹,2509807985@qq.com

王丹丹:女,硕士,护士,504268326@qq.com

科研项目:江西省卫生健康委课题(202610395);江西省 2023 年度研究生创新专项项目(YC2023-S199)

收稿:2025-12-31;修回:2026-02-24

IBD 患者自我管理现存问题为核心,构建并实施个体化健康教育方案,旨在提高患者自我管理行为、疾病知识水平,增强自我效能感,改善患者的生存质量。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用便利抽样法,选取 2024 年 5—8 月在江西省南昌大学第二附属医院消化内科就诊的 IBD 患者为研究对象。纳入标准:①经《IBD 诊断与治疗的共识意见(2018 年·北京)》<sup>[1]</sup>确诊;②年龄 $\geq 18$  周岁;③能够正确理解量表的内容,独立完成对量表内容的填写;④会使用智能手机;⑤愿意参加本次研究,签署知情同意书。排除标准:①正在参与其他研究;②处于妊娠期或哺乳期;③恶性肿瘤或有严重 IBD 并发症,并存严重心、肾等脏器疾病;④因各种原因需行手术治疗;⑤有严重听力、视力障碍。剔除标准:①中途退出研究者;②因各种原因失去联系,资料不全者。本研究以 IBD 自我管理行为得分为主要结局指标,采用两样本均数比较的样本量计算,根据文献<sup>[12]</sup>, $\sigma=17.17$ , $\delta=13.99$ ,设 $\alpha=0.05$ , $1-\beta=0.90$ ,考虑 15% 的脱落率,计算总样本量为 76 例,本研究实际纳入 78 例。根据患者入住病房号的奇偶数进行分组:奇数房号纳入观察组,偶数房号纳入对照组,每组各 39 例。本研究已获得医院伦理委员会批准(I-医研伦审查[2024]第 26 号)。

### 1.2 干预方法

**1.2.1 对照组** 采用常规健康教育,内容包括发放健康教育手册、建立微信群以及定期举办健康知识教育讲座等。具体如下:①入院时向 IBD 患者发放疾病自我管理健康教育手册;②创建微信群,邀请患者加入微信群,每周推送 1 次,内容由科室 IBD 小组根据国内外权威指南与患者教育资料整理出涵盖饮食、用药、运动及并发症预防等知识的科普材料,全部材料经科室主任审核确认后才可推送,持续 12 周,共推送 12 次;③通过线上视频会议形式,开展为期 12 周、共计 3 次的 IBD 系列健康讲座,每 4 周 1 次,每次约 60 min;④在 4 周、12 周时通过电话、微信或面对面随访,随访内容包括自我管理能力和疾病知识水平、自我效能和生存质量。

### 1.2.2 观察组

**1.2.2.1 构建研究团队** 团队成员包括 1 名消化内科护理专家(组长)、2 名消化内科医师、3 名消化内科主管护师和 2 名护理在读研究生。组长负责研究质量审查及协调管理,指导健康教育方案的制订,并对成员开展培训与考核;医生负责疾病的诊疗,指导健康教育方案的制订,向护士和患者提供专业的指导与支持;主管护师经培训考核合格后实施健康教育方案,及时向组长汇报实施方案时遇到的难题及患者的需求;研究生在组长指导下构建和实施健康教育方案,以及收集、整理与分析数据。

### 1.2.2.2 构建基于 ADOPT 模式的健康教育方案

于 2024 年 2 月检索 PubMed、Web of Science、Embase、Cochrane Library、中国知网、维普网、万方数据知识服务平台、中国生物医学文献数据库等数据库和国际指南协作网、医脉通等指南网,收集与 IBD 自我管理和 ADOPT 模式的相关文献。根据 ADOPT 模式的步骤,结合文献检索的内容及团队成员的临床经验构建健康教育方案,于 2024 年 3 月邀请医院消化内科、胃肠外科和慢病管理专家对方案进行 2 轮论证,男 3 人,女 7 人;年龄 49.5(35, 59)岁;工作年限 20.5(10, 30)年;消化内科医疗专家 3 人,胃肠外科医疗专家 2 人,慢病管理专家 2 人,消化护理 3 人;本科 5 人,硕士 5 人;正高级职称 3 人,副高级 4 人,中级 3 人。按照专家提出的意见进行修改、完善,形成了基于 ADOPT 模式的健康教育方案,见表 1。

**1.2.2.3 健康教育方案的实施** 正式干预前,组长组织团队成员进行培训,内容包括 IBD 相关指南和共识解读、方案实施的步骤与人员分工、问卷收集要点等,完成 4 次理论研习和 1 次技能测评,单次课时 30~50 min,培训结束后通过考核后方可参与干预。由于患者在干预期间需要适时调整自我管理计划,且随着自我管理行为的持续,可能会出现疲劳和积极性波动,因此每 4 周进行 1 次整体的 ADOPT 模式干预。干预分为 3 个阶段:1~4 周(干预适应期),5~8 周(干预加强期),9~12 周(干预维持期)。在每个阶段,基于 ADOPT 模式的五步骤框架(态度评估—定义问题—开放思维—制订计划—实施),构建阶梯式自我管理健康教育,并依据各阶段行为改变特征实施精准化自我管理干预策略。干预方式为一对一,分别在基线期、干预第 5 周初和第 9 周初实施 1 次完整的 ADOPT 模式,每次 40~60 min,第 1 次干预在消化内科安静病房或会议室,第 2 次和第 3 次根据患者的情况选择线下或线上。在 2 次完整干预之间(即第 2~4 周、第 6~8 周、第 10~12 周),研究人员将通过每周 1 次的电话随访、短信或微信简短交流,了解方案执行情况,督促目标落实,并为患者提供必要的支持。为保障干预方案的顺利实施,采取以下措施:①在入组前,研究者与患者进行充分沟通,明确告知研究持续时间、每周需投入的时间、干预形式,确保其在完全知情、自愿且有时间保障的前提下参与;②每周知识的推送在相同时间,形成规律,降低患者遗忘的可能性;③通过微信、短信或电话提醒患者按时完成计划。

### 1.3 评价方法

**1.3.1 自我管理行为** 使用尚星辰等<sup>[13]</sup>编制的 IBD 自我管理行为量表评估。该量表由用药(5 个条目)、饮食(9 个条目)、情绪(6 个条目)、运动(3 个条目)、日常生活(4 个条目)和资源利用(5 个条目)、6 大管理与 1 个疾病监测(4 个条目)7 个维度、36 个条目组成。适用于评估我国 IBD 患者的自我管理行为水平。

条目评分方式为 5 级评分法,从 1 分“从来不”到 5 分“总是”评价,总分 36~180 分。其 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.95,本研究中为 0.96。

**1.3.2 疾病知识** 使用 Eaden 等<sup>[14]</sup>编制、朱迎等<sup>[15]</sup>翻译和修订的克罗恩病和溃疡性结肠炎知识问卷评估。涉及用药、饮食、并发症及一般疾病知识,共 24 题,每答对 1 题得 1 分,答错不得分,得分范围为 0~24 分,得分越高表明个体对疾病知识的掌握程度越好。该评估工具的 KR20 系数为 0.89,本研究中为 0.72。

**1.3.3 自我效能感** 采用 Keefer 等<sup>[16]</sup>编制、徒文静等<sup>[17]</sup>汉化的 IBD 自我效能感量表评估。共 29 个条目,分别从医疗护理、疾病管理、缓解期维持及压力情绪管理 4 个方面全面评估患者的自我效能感。每个条目均使用 10 级评分法,1 分代表“完全不确信”,5 分代表“有点确信”,10 分代表“完全确信”,总得分 29~290,分数越高,患者的自我效能感越好。该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.97,本研究中为 0.87。

**1.3.4 生存质量** 采用由 Guyatt 等<sup>[18]</sup>编制、周薇等<sup>[19]</sup>汉化的 IBD 生存质量问卷评估。该问卷由社会功能、全身症状、情感功能与肠道症状 4 个维度构成,共计 32 个条目。计分方式为 Likert 7 级法,1 代表程

度最重,7 代表程度最轻。总分为 32~224 分,得分越低表明 IBD 患者的生存质量较差。问卷总的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.95,本研究中为 0.91。

**1.4 资料收集方法** 于患者入院 24 h 内(即干预前),采用由研究者主导的电子病历数据提取结合患者自行填写的方式在消化内科会议室或安静病房收集患者的一般资料、自我管理行为水平、疾病知识掌握程度、自我效能和生存质量等资料。于干预 4 周和 12 周后进行第 2 次和第 3 次资料收集,根据患者的情况,选择合适的收集方式(面对面、微信、电话)。

**1.5 统计学方法** 收集的数据经双人核对后录入 Excel,借助 SPSS25.0 软件进行统计分析。服从正态分布的计量数据以( $\bar{x} \pm s$ )描述,组间比较采用独立样本  $t$  检验;非正态数据以中位数和四分位数描述,使用 Wilcoxon 秩和检验;分类变量以频数(百分比)进行描述,组间比较根据理论频数选择  $\chi^2$  检验或 Fisher 精确概率法;有序变量以频数进行描述,组间比较使用 Wilcoxon 秩和检验。采用广义估计方程分析两组在 3 个时点干预的时间、组间和交互效应;单组在 3 个时点的比较亦采用广义估计方程分析,并经 Bonferroni 法多重校正;两组在单个时间点的比较采用  $t$  检验,检验水准  $\alpha=0.05$ 。

表 1 基于 ADOPT 模式的健康教育方案

阶段	干预步骤	干预目标	干预内容	干预方式
第 1 阶段 (1~4 周) 适应期	A 态度	患者表达自我管理真实体验	(1)患者评估(入院 24 h 内完成):①查阅病史、用药史、体格检查、并发症及实验室检查;②评估自我管理、疾病知识、自我效能及生存质量。(2)探寻患者自我管理的态度,评估其自我管理的认知和影响自我管理的因素:①您之前听说过自我管理吗?②您是怎么理解 IBD 的自我管理的	量表评估 半结构化访谈
	D 定义	定义自我管理现存问题	(1)与患者共同讨论自我管理主要存在的问题:①不清楚如何识别疾病复发的早期信号。②症状缓解后,自行停药;③忽略饮食对疾病的影响;④不敢运动,担心运动会促使疾病复发……(2)探寻现存问题背后的原因。(3)根据影响程度对问题排序和分析	半结构化访谈
	O 开放思维	鼓励患者开放思维 积极设立自我管理目标	(1)鼓励患者寻找解决现存问题的措施:①引导思考问题的根源和可能的解决方案;②分享其他患者自我管理的成功经验;③鼓励患者主动寻求和构建支持网络;④在前期评估基础上,结合患者具体情况,鼓励患者设置自我管理目标和表达个人需求,分阶段设定短期目标	动机访谈 榜样引导
	P 计划	制订个性化自我管理计划 促进自我管理目标的达成	(1)研究团队与患者共同制订计划实施方案(以用药依从性为例):①目标,提高患者按时用药的比例,减少自行停药情况。②具体措施,a.与医生沟通,根据病情调整用药计划;b.提前设定每次的用药时间,并使用手机提醒功能;c.提供药物知识教育,帮助患者学会辨别药物不良反应;d.每月进行 1 次随访,了解患者的服药情况和身体反应。③监测与评估,a.记录用药情况;b.定期评估疗效。④支持与激励	
	T 实施	强化个体自我管理行为实践 进行有效自我管理	(1)计划指导与监督:每周通过电话/短信/微信评估患者计划执行情况。(2)疾病知识宣教:每周一、周三、周五 20:00 在微信群中推送 IBD 相关的疾病知识、药物使用知识及饮食建议。(3)定期回顾与总结:每 2 周引导患者进行回顾性总结,评估自我管理计划的执行效果,识别存在的问题,根据实际情况调整管理策略。(4)问题分析与解决:在监督过程中,若发现患者未按计划完成任务,与其共同分析原因,并制订针对性解决方案,确保计划的可持续性和有效性	院外随访 知识推送 总结回顾
第二阶段 (5~8 周) 加强期	A 态度	强化自我管理认知 建立自我管理的信心	(1)问卷评估患者的自我管理、疾病知识、自我效能及生存质量;(2)根据第一阶段完成情况和调查结果进行动机访谈:①前 4 周您的自我管理计划完成得怎么样?②您觉得这个计划对您的日常生活产生了哪些影响	量表评估 半结构化访谈
	D 定义	定义第一阶段执行自我管理计划存在问题	(1)分析自我管理行为改变的阻碍因素:通过随访记录、问卷调查和访谈。(2)评估自我管理认知水平与积极性。(3)肯定患者的努力与进步。(4)问题排序:优先解决影响计划实施的最大问题	资料分析 半结构化访谈

续表 1 基于 ADOPT 模式的健康教育方案

阶段	干预步骤	干预目标	干预内容	干预方式
第三阶段 (9~12 周) 维持期	O 开放思维	提高自我效能	(1) 评选第一阶段自我管理计划完成情况较好的患者, 邀请其分享经验; (2) 组织团队成员围绕“如何积极参与自我管理”展开交流	线上同伴分享会
	P 计划	根据自我管理目标调整干预计划	(1) 根据问题调整计划: ①若第一阶段计划完成, 则根据遇到的新问题制订新的自我管理计划; ②若第一阶段计划未完成, 则根据调查的影响因素, 在第一阶段的基础上调整自我管理计划	动机访谈
	T 实施	实施调整后的计划	(1) 根据第一阶段的方法指导和监督患者。(2) 疾病知识宣教: 每周一、周三、周五 20:00 在微信群推送 IBD 的运动知识和心理调节方式。(3) 定期回顾与总结。(4) 未完成时共同寻找原因	随访 知识推送 总结回顾
	A 态度	持续激励 坚持长期自我管理	(1) 鼓励患者表达自我管理之后的感受, 并对取得的短期成就给予肯定; (2) 探寻患者制订长期自我管理目标的意愿; (3) 鼓励患者分享自我管理过程中遇到的困难及解决方法; (4) 评估现阶段患者自我管理的积极性	动机访谈
	D 定义	定义长期执行自我管理计划存在的问题	(1) 引导患者思考自我管理计划执行失败的原因, 让其主动发现在自我管理过程中存在的问题和需求; (2) 引导患者总结自我管理的经验和激发自我管理的信心	
	O 开放思维	强化干预 提供激励措施	(1) 根据第一、第二阶段随访记录评选完成程度好的患者, 予以物质激励; (2) 引导家属及朋友协同参与自我管理	奖励法
	P 计划	根据自我管理目标调整干预计划	以患者的具体情况和所设置的自我管理目标为主, 再次对自我管理计划进行调整, 其过程与第二阶段的方式一样	动机访谈
	T 实施	实施调整后的计划	(1) 实施新制订的自我管理计划; (2) 每周六 20:00 在微信群推送“良好自我管理的案例”。其余与第一、第二阶段方法一致	案例推送 随访

2 结果

6 例), 脱落率为 12.8%。两组一般资料比较, 见表

2.1 两组一般资料的比较 本研究最终完成全程干预者 68 例, 脱落 10 例(观察组脱落 4 例, 对照组

2。

表 2 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄[岁, M(P <sub>25</sub> , P <sub>75</sub> )]	文化程度(例)			就医条件 方便(例)	运动(例)			
		男	女		初中及以下	高中或中专	大专及以上		每天	2~3 次/周	偶尔	不运动
对照组	33	27	6	25(22.0, 31.5)	3	4	26	18	2	11	16	4
观察组	35	27	8	25(20.0, 29.0)	6	8	21	17	0	12	15	8
统计值		$\chi^2=0.227$		$Z=-0.566$	$Z=-1.636$			$\chi^2=0.243$				
P		0.634		0.572	0.102			0.622	0.414*			

  

组别	例数	BMI (kg/m <sup>2</sup> , $\bar{x} \pm s$ )	疾病诊断(例)		手术 (例)	病程(例)			并发症 (例)	用药种类(例)		
			UC	CD		≤1 年	1~5 年	>5 年		1 种	2~3 种	3 种以上
对照组	33	20.01±3.52	2	31	10	12	15	6	12	22	9	2
观察组	35	20.74±3.43	6	29	12	15	17	3	14	25	6	4
统计量		$t=-0.310$			$\chi^2=0.123$	$Z=-0.888$			$\chi^2=0.095$	$Z=-0.234$		
P		0.758	0.260*		0.726	0.374			0.758	0.815		

注: \* Fisher 精确概率法。

2.2 两组不同时间自我管理行为总分比较 见表 3。

2.3 两组不同时间疾病知识得分比较 见表 4。

表 3 两组不同时间自我管理行为总分比较

表 4 两组不同时间疾病知识得分比较

组别	例数	干预前	干预 4 周后	干预 12 周后
对照组	33	111.36±19.93	126.79±15.48	123.58±12.63
观察组	35	112.29±18.90	137.23±13.18 <sup>△</sup>	141.83±8.47 <sup>△*</sup>
t		0.196	3.000	6.955
P		0.845	0.004	<0.001

组别	例数	干预前	干预 4 周后	干预 12 周后
对照组	33	10.15±2.90	16.03±2.30	15.52±2.21
观察组	35	10.03±2.73	20.09±2.45 <sup>△</sup>	21.46±1.62 <sup>△*</sup>
t		0.180	7.024	12.597
P		0.857	0.001	0.001

注: 两组比较, Wald $\chi^2_{\text{组间}}=8.422(P=0.004)$ 、Wald $\chi^2_{\text{时间}}=257.797(P<0.001)$ 、Wald $\chi^2_{\text{交互}}=52.707(P<0.001)$ 。<sup>△</sup>与干预前比较,  $P<0.05$ ; \* 与干预 4 周后比较,  $P<0.05$ 。

注: 两组比较, Wald $\chi^2_{\text{组间}}=41.564$ 、Wald $\chi^2_{\text{时间}}=1181.050$ 、Wald $\chi^2_{\text{交互}}=132.247$ , 均  $P<0.001$ 。<sup>△</sup>与干预前比较,  $P<0.05$ ; \* 与干预 4 周后比较,  $P<0.05$ 。

2.4 两组不同时间自我效能总分比较 见表 5。

表 5 两组不同时间自我效能总分比较

分, $\bar{x} \pm s$				
组别	例数	干预前	干预 4 周后	干预 12 周后
对照组	33	193.82±18.28	202.30±15.13	197.52±13.87
观察组	35	191.51±22.57	226.86±17.08 <sup>△</sup>	233.11±15.70 <sup>△*</sup>
<i>t</i>		0.461	6.261	9.887
<i>P</i>		0.646	0.001	0.001

注: 两组比较,  $Wald\chi^2_{组间} = 22.663 (P = 0.004)$ 、 $Wald\chi^2_{时间} = 765.825 (P < 0.001)$ 、 $Wald\chi^2_{交互} = 534.276 (P < 0.001)$ 。<sup>△</sup>与干预前比较,  $P < 0.05$ ; \*与干预 4 周后比较,  $P < 0.05$ 。

2.5 两组不同时间生存质量总分比较 见表 6。

表 6 两组不同时间生存质量总分比较

分, $\bar{x} \pm s$				
组别	例数	干预前	干预 4 周后	干预 12 周后
对照组	33	144.76±16.12	158.27±15.75	162.33±12.99
观察组	35	143.94±17.53	183.66±10.35 <sup>△</sup>	187.20±8.60 <sup>△*</sup>
<i>t</i>		0.199	7.806	9.252
<i>P</i>		0.843	0.001	0.001

注: 两组比较,  $Wald\chi^2_{组间} = 25.639$ 、 $Wald\chi^2_{时间} = 1845.692$ 、 $Wald\chi^2_{交互} = 546.581$ , 均  $P < 0.001$ 。<sup>△</sup>与干预前比较,  $P < 0.05$ ; \*与干预 4 周后比较,  $P < 0.05$ 。

3 讨论

3.1 基于 ADOPT 模式的健康教育通过提升疾病知识与自我效能, 协同促进 IBD 患者的自我管理行为水平 本研究显示, 观察组患者在干预 4 周、12 周的疾病知识总分、自我效能感总分及自我管理行为总分均显著高于对照组, 且组内比较显示, 随着干预时间的延长, 观察组总分均呈现持续升高的趋势 ( $P < 0.05$ )。分析原因可能是: 首先, ADOPT 模式的“**A**(态度)”与“**D**(定义)”为“**知识**”的构建奠定了基础。本研究摒弃了传统的单向知识灌输<sup>[20]</sup>, 在干预时通过“一对一”的半结构性访谈, 评估患者的知识盲区与认知困境, 这与王双等<sup>[21]</sup>研究相一致。本过程不仅是信息收集, 更是一次深刻的“**A**(态度)”干预, 它促使患者反思自身与疾病的关系, 从而“**D**(定义)”出亟待解决自我管理的核心问题。这种以患者为中心的理念, 确保了后续教育内容的针对性与相关性, 这可能也是观察组患者疾病知识水平得以持续提升的原因。

其次, 从知识到行为的转化并非自动发生, 还需要强大的心理动力桥梁, 这便是自我效能感<sup>[22]</sup>的核心作用。根据 Bandura<sup>[23]</sup>的自我效能理论, 自我效能感的形成主要源于四种途径: 直接经验、间接经验、言语劝说、生理和情绪状态。本研究实施的 ADOPT 模式, 在“**O**(开放思维)”阶段, 团队成员通过分享他人自我管理成功经验向患者提供了“替代性经验”。同

时, 在共同分析自我管理难点时, 团队成员的鼓励成为一种强有力的“言语劝说”, 直接增强了患者“我能行”的信念。而且在“**P**(计划)”阶段, 由患者主导参与制订个体化、阶梯式的自我管理目标, 为积累“直接经验”铺路。当患者逐一完成计划时, 他们积累了成功的直接经验。此外, 本研究所设的奖励机制<sup>[24]</sup>, 正是对这类成功经验的即时性、正向性反馈, 进一步强化了患者的成就感, 有助于提升患者的自我管理效果。基于 ADOPT 模式的健康教育通过其结构化的 5 个步骤(态度—定义—开放思维—计划—实施)有效培养了 IBD 患者解决问题的能力, 同时解决了 IBD 患者自我管理行为改变中的关键环节: 不仅告知“做什么”, 而且帮助患者建立“我能做到”的信念, 从而确保了自我管理行为的采纳与维持。

3.2 基于 ADOPT 模式的健康教育可提高 IBD 患者的生存质量水平 生存质量是个体在特定文化及价值观框架下, 对自身生活状态是否满足其核心目标与价值诉求的综合体验<sup>[25]</sup>。IBD 患者由于疾病迁延不愈, 易发生焦虑、抑郁和睡眠障碍等心理问题, 从而降低了患者的生存质量<sup>[26]</sup>。因此, 改善并恢复患者的生存质量是 IBD 治疗的远期目标<sup>[27]</sup>。本研究发现, 接受常规健康教育的对照组患者, 其生存质量在随访期间改善有限, 而观察组在干预 4 周、12 周的生存质量总分持续提升。分析原因可能是: 一方面, 患者通过健康教育掌握了丰富的疾病知识与自我管理技能, 使其能够更好地控制症状, 从而减少了疾病对日常生活的直接干扰。另一方面, 自我效能感的提升使患者在面对疾病挑战时, 能采取更积极的策略, 而非陷入无助与焦虑, 这直接改善其情绪功能与心理状态, 为生存质量的提升奠定了稳定的心理基础<sup>[28]</sup>。

4 结论

本研究结果显示, 基于 ADOPT 模式的健康教育显著提升了 IBD 患者的自我管理行为水平, 同时增强了患者的自我效能, 提高了患者的疾病知识水平, 改善了患者的生存质量。但本研究存在一定的局限性: 首先, 采用按病房奇偶号的分组方法, 无法完全避免相邻病房患者之间的交流, 同时, 样本量也较小, 且未实施盲法, 这些因素可能引入偏倚。其次, 干预周期为 3 个月且缺乏结束后随访, 无法评估长期效果; 采用的评价指标均为主观量表, 缺乏炎症因子等客观生物学指标支撑。未来研究应采用随机序列及分配隐藏, 实施盲法, 并扩大样本量。另外, 应在研究设计中引入长期随访和客观指标(如炎症指标、生物标志物), 从而验证 ADOPT 模式对 IBD 患者远期健康结局与生理状态的影响, 为其推广应用提供更科学、全面的证据。

参考文献:

[1] 吴开春, 梁洁, 冉志华, 等. 炎症性肠病诊断与治疗的共识

- 意见(2018年·北京)[J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(9):796-813.
- [2] Olivera P A, Zuily S, Kotze P G, et al. International consensus on the prevention of venous and arterial thrombotic events in patients with inflammatory bowel disease [J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2021, 18(12): 857-873.
- [3] Yu Q, Zhu C, Feng S, et al. Economic burden and health care access for patients with inflammatory bowel diseases in China: web-based survey study [J]. *J Med Internet Res*, 2021, 23(1): e20629.
- [4] Lamers C R, de Roos N M, Heerink H H, et al. Lower impact of disease on daily life and less fatigue in patients with inflammatory bowel disease following a lifestyle intervention[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2022, 28(12): 1791-1799.
- [5] 卢学萍, 邴魏魏, 康梅, 等. 基于云平台的反馈式健康教育在炎症性肠病居家患者中的应用效果研究[J]. 中国护理管理, 2024, 24(3): 387-393.
- [6] Lasa J, Correa G, Fuxman C, et al. Treatment adherence in inflammatory bowel disease patients from Argentina: a multicenter study[J]. *Gastroenterol Res Pract*, 2020: 4060648.
- [7] Tew G A, Jones K, Mikocka-Walus A. Physical activity habits, limitations, and predictors in people with inflammatory bowel disease: a large cross-sectional online survey[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2016, 22(12): 2933-2942.
- [8] 姜睿, 常广明, 徐玲玲, 等. 基于反脆弱发展理论的我国基层医疗卫生服务干预策略研究: 以慢性病管理为例[J]. 中国全科医学, 2026, 29(1): 17-23.
- [9] Peter H, Shankar S, Klassen A C, et al. A problem solving approach to nutrition education and counseling[J]. *J Nutr Educ Behav*, 2006, 38(4): 254-258.
- [10] 刘忆冰, 丁梅梅, 王晓宇, 等. 基于 ADOPT 模式的运动干预在血液透析患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2023, 38(13): 78-82.
- [11] 张安琪, 刘瑞云, 李颖, 等. ADOPT 联合自我管理教育与支持干预对学龄期 1 型糖尿病患儿血糖管理的影响[J]. 护理学杂志, 2024, 39(13): 100-105.
- [12] 赵月月. 基于医患管理平台的接纳承诺疗法在炎症性肠病患者心理干预中的应用研究[D]. 郑州: 郑州大学, 2022.
- [13] 尚星辰, 林征, 卞秋桂, 等. 炎症性肠病病人自我管理行为量表的编制及信效度检验[J]. 护理研究, 2019, 33(14): 2374-2380.
- [14] Eaden J A, Abrams K, Mayberry J F. The Crohn's and Colitis Knowledge Score: a test for measuring patient knowledge in inflammatory bowel disease[J]. *Am J Gastroenterol*, 1999, 94(12): 3560-3566.
- [15] 朱迎, 林征, 卞秋桂, 等. 中文版克罗恩病与溃疡性结肠炎知识问卷的信效度研究[J]. 护理研究, 2013, 27(30): 3449-3451.
- [16] Keefer L, Kiebles J L, Taft T H. The role of self-efficacy in inflammatory bowel disease management: preliminary validation of a disease-specific measure[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2011, 17(2): 614-620.
- [17] 徒文静, 徐桂华. 中文版炎症性肠病自我效能量表的信效度研究[J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(22): 18-21.
- [18] Guyatt G, Mitchell A, Irvine E J, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease[J]. *Gastroenterology*, 1989, 96(3): 804-810.
- [19] 周薇, 尤黎明, 李瑜元, 等. 中文版炎症性肠病问卷的信度和效度研究[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(8): 620-622.
- [20] 刘晓琳, 牛俊坤, 吴静, 等. 专业团队多途径健康教育模式对炎症性肠病患者自我管理的影响[J]. 中华消化杂志, 2021, 41(2): 112-117.
- [21] 王双, 刘义兰, 王培红, 等. 基于内容分析法的人性化健康教育中护理人员关怀行为探讨[J]. 护理学杂志, 2024, 39(23): 78-82.
- [22] Zhu Y, Liu K, Jiang J, et al. Structural equation modeling of the impact of disease activity on inflammatory bowel disease control: the mediating roles of self-efficacy and self-management behaviors[J]. *BMC Gastroenterol*, 2025, 25(1): 30.
- [23] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. *Psychol Rev*, 1977, 84(2): 191-215.
- [24] 甘艳艳, 孙菊. 慢病自我管理激励的理论逻辑与机制构建: 基于医疗保险视角[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(2): 6-9.
- [25] WHO. The development of the WHO quality of life assessment instrument[R]. Geneva: WHO, 1993.
- [26] Zhang J, Liu C, An P, et al. Psychological symptoms and quality of life in patients with inflammatory bowel disease in China: a multicenter study[J]. *United European Gastroenterol J*, 2024, 12(3): 374-389.
- [27] Le Berre C, Peyrin-Biroulet L. Selecting end points for disease-modification trials in inflammatory bowel disease: the SPIRIT Consensus From the IOIBD[J]. *Gastroenterology*, 2021, 160(5): 1452-1460.
- [28] Mitropoulou M A, Fradelos E C, Lee K Y, et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: importance of psychological symptoms[J]. *Cureus*, 2022, 14(8): e28502.