

• 论 著 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2024.06.019

基于 IMB 模型的服药依从性策略构建对幽门螺杆菌感染患者的干预效果分析*

史思文¹, 王 洋^{2△}, 黎晓琴¹, 何 菁², 赵书博¹

首都医科大学附属北京世纪坛医院:1. 消化内科;2. 护理部, 北京 100038

摘要:目的 研究基于信息-动机-行为技巧(IMB)模型的服药依从性策略构建对幽门螺杆菌感染患者的干预效果。方法 采用前瞻性研究,以 2022 年 1—4 月在该院进行治疗的幽门螺杆菌感染患者 200 例作为研究对象,按随机数字表法将患者分为干预组和对照组,每组 100 例。对照组患者接受常规用药指导,干预组患者是在对照组的基础上接受基于 IMB 模型的健康教育,各组均干预 2 周。比较两组患者的服药依从性、健康促进生活方式量表评分、自我管理效能、焦虑及抑郁情绪评分、生命质量评分之间的差异。结果 干预组患者的服药依从性明显优于对照组($Z=2.921, P<0.05$)。干预前,两组患者健康促进生活方式量表各项评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组患者的自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、压力应对评分以及总分均较干预前明显升高($P<0.05$);且干预后干预组患者的自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、压力应对评分及总分均明显高于对照组($P<0.05$)。干预前,两组患者自我管理效能各项评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组患者营养、心理安逸、运动、健康责任评分及总分均较干预前升高($P<0.05$);且干预后干预组患者的营养、心理安逸、运动、健康责任评分及总分均明显高于对照组($P<0.05$)。干预前,两组患者的 SAS、SDS 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组患者的 SAS、SDS 评分均较干预前显著下降($P<0.05$);且干预后干预组患者的 SAS、SDS 评分均明显低于对照组($P<0.05$)。干预前,两组患者生命质量各项指标评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,干预组患者生理功能、生理职能、躯体疼痛、一般健康、精力、社会功能、情感职能、心理健康评分及总分均明显高于对照组($P<0.05$)。结论 基于 IMB 模型的健康教育措施对于提高幽门螺杆菌感染患者服药依从性具有显著的优势,建议临床推广应用。

关键词:幽门螺杆菌; 健康教育; 信息-动机-行为技巧模型; 自我管理; 依从性

中图分类号:R452

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2024)06-0813-07

Analysis on intervention effect of medication compliance strategy construction based on IMB model on patients with Helicobacter pylori infection*

SHI Siwen¹, WANG Yang^{2△}, LI Xiaoqin¹, HE Jing², ZHAO Shubo¹

1. Department of Gastroenterology; 2. Department of Nursing, Affiliated Beijing Millennium Monument Hospital of Capital Medical University, Beijing 100038, China

Abstract: Objective To investigate the intervention effect of medication compliance strategy construction based on information-motivation-behavioral skill (IMB) model on patients with Helicobacter pylori infection. **Methods** The prospective study was conducted, and 200 patients with Helicobacter pylori infection treated in this hospital from January to April 2022 were selected as the study subjects and divided into the intervention group and control group according to the random number table method, 100 cases in each group. The patients in the control group received the routine medication guidance, while the patients in the intervention group received the health education based on the IMB model on the basis of the control group, and both groups were intervened for 2 weeks. The differences in medication adherence, Health Promotion Lifestyle Scale scores, self-management efficacy, anxiety and depression emotion scores, and quality of life scores were compared between the two groups. **Results** The medication adherence in the intervention group was significantly better than that in the control group ($Z=2.921, P<0.05$). Before intervention, there was no statistically significant differences in the scores of the Health Promotion Lifestyle Scale between the two groups ($P>0.05$). After inter-

* 基金项目:首都医科大学附属北京世纪坛医院青年基金项目(2020-q22)。

作者简介:史思文,女,主管护师,主要从事消化内科疾病方面的护理工作。△ 通信作者, E-mail:wy_herry1111@163.com。

vention, the scores of self actualization, health responsibility, exercise, nutrition, interpersonal relationships, stress coping and total score in both groups were significantly higher than those before intervention ($P < 0.05$); moreover, the scores of self actualization, health responsibility, exercise, nutrition, interpersonal relationships, stress coping and total score after intervention in the intervention group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). Before intervention, there were no statistically significant differences in self-management efficacy scores between the two groups ($P > 0.05$). After intervention, the scores of nutrition, psychological comfort, exercise, health responsibility and total score in both groups were higher than those before intervention ($P < 0.05$); moreover, the scores of nutrition, psychological comfort, exercise, health responsibility and total score after intervention in the intervention group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). Before intervention, there was no statistically significant differences in SAS score and SDS score between the two groups ($P > 0.05$). After intervention, the SAS and SDS scores in both groups were obviously decreased compared with those before intervention ($P < 0.05$); moreover, the SAS and SDS scores after intervention in the intervention group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). Before intervention, there was no statistically significant differences in the scores of various quality of life indicators between the two groups ($P > 0.05$). After intervention, the scores of physiological function, physiological competence, physical pain, general health, energy, social function, emotional function, psychological health score and total score in the intervention group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The health education measures based on IMB model have significant advantages in improving the medication compliance of the patients with *Helicobacter pylori* infection, and it is recommended to be popularized in clinical practice.

Key words: *Helicobacter pylori*; health education; information-motivation-behavior skills model; self management; compliance

目前临床已经证实,幽门螺杆菌是造成慢性消化性疾病的主要病原体,可导致胃癌、慢性胃炎、胃溃疡以及反流性胃炎等^[1]。流行病学调查显示,全球幽门螺杆菌感染率达 30%~50%^[2],在幽门螺杆菌感染的早期最先引起慢性胃炎,随着疾病的进展,逐步发展为胃溃疡以及萎缩性胃炎,甚至进展为胃癌,严重影响患者的生活质量以及生命安全^[3]。一旦感染幽门螺杆菌后,机体很难在短时间内以自我清除的方式进行免疫,所以根除治疗是最经济、最有效的方法。在对幽门螺杆菌感染患者的用药研究中,有报道证实,服药依从性较好的患者,其根除率显著优于依从性较差的患者^[4]。药理学的研究已经证实,患者的依从性不仅影响幽门螺杆菌的根除率,同时较差的服药依从性还可能造成幽门螺杆菌的耐药,增加后续治疗的难度^[5]。信息-动机-行为技巧(IMB)模式从信息、动机以及行为技巧 3 个层面对患者进行引导,促进患者在不同的情境中对其自身的健康行为进行调整,提高患者的服药依从性,对提升临床治疗效果有重要意义。本研究主要通过基于 IMB 模型构建提高幽门螺杆菌感染患者服药依从性的策略,进而为临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究样本量估算采用 $N = Z^2 \times (P \times (1 - P) / E^2)$ 进行计算,以 2021 年 3—6 月在本

院进行治疗的幽门螺杆菌感染患者 200 例作为研究对象,按随机数字表法将患者分为干预组和对照组,每组 100 例。纳入标准:(1)入组前 4 周均未使用过质子泵抑制剂及抗菌药物;(2)幽门螺杆菌碳 13 呼气试验为阳性。排除标准:(1)存在严重脏器功能障碍;(2)对本研究使用的药物不耐受;(3)存在认知功能障碍;(4)哺乳期女性;(5)无法配合研究。两组患者的一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。所有患者对本研究均知情同意并签署知情同意书。本研究经本院医学伦理委员会批准[sjtky11-1x-2022(13)]。

1.2 方法 确诊幽门螺杆菌感染后,对照组患者接受常规用药指导:合理饮食,在治疗期间,避免进食刺激性食物,多吃易消化、营养丰富的食物,如米粥、面条、蔬菜等;保持良好的生活习惯和规律作息,注意休息和睡眠,避免过度劳累;在治疗期间定期到医院进行检查和复查,以了解治疗效果,并根据医生的建议及时调整治疗方案;按医嘱正确使用药物,不可随意更改剂量或停止用药;如果出现不良反应或过敏症状应及时告知医生或护士;在治疗期间应避免饮酒和吸烟等不良习惯,并遵守禁忌事项,如不能同时服用某些药物等;注意个人卫生,保持身体清洁、干燥,避免交叉感染;在治疗期间,患者可能会出现焦虑、抑郁等情绪问题,应及时寻求心理支持和帮助。对照组患者

干预 2 周。

干预组患者在对照组基础上接受基于 IMB 模型的健康教育,项目实施 2 周。在项目的实施过程中,所有医护人员均经过严格培训,同时对培训的每个细节以及阶段均形成标准化操作手册。

IMB 模型的健康教育主要分为建立正确的健康观念、动机改变及健康行为改变 3 个方面。访谈的方式采取门诊面对面的方式进行,每周访谈 1 次,共计访谈 2 次。(1)建立正确的健康观念:在患者确诊后,及时发现患者服药不依从的原因,根据既往临床调查以及文献搜索等,本研究主要对患者的服药过程中相关知识的缺乏,以及心理因素、治疗疗程较长、不良反应等情况进行观察。给患者发放幽门螺杆菌用药指导手册,向患者讲解用药准则、药物作用、不良反应及服药时间和方法。在对患者进行相关知识宣教过程中,提高患者对幽门螺杆菌感染性疾病相关知识的了解,进一步提升幽门螺杆菌感染患者治疗的总体依从性,让患者充分了解治疗的目的、原则以及服药的方法。同时也要指导患者在服药过程中观察疾病的进展以及不良反应的发生,及时采取措施。(2)动机改变:主要是在患者服药过程中进行面对面的访谈,针对患者可能对药物不依从的动机以及原因进行分析,对其服药的必要性以及态度进行健康教育。同时在对患者的健康教育过程中,要对其可能产生的不良服药习惯以及服药质疑进行讲解,纠正患者可能存在的认知错误及心理负担,通过对其不依从行为以及不正

确服药的矫正,进一步鼓励患者与其家属共同进行服药健康教育。在对患者的健康教育中,可以通过有效的同伴教育,让患者了解正确服药所带来的积极效应。在访谈中,也要针对患者服药过程中产生的一些疑虑进行一一解答,让患者描述自己的疾病进展、情绪生活的改变,让其深入体会到自己依从性的好坏对临床治疗效果及生活质量的影响,促使患者更加重视服药的自我管理。(3)健康行为改变:主要是通过自我效能的提升,进一步增加幽门螺杆菌感染患者服药自我管理的信心。在患者的服药过程中,及时发放幽门螺杆菌感染患者服药提示卡,使用醒目的文字提醒患者记录服药的种类、时间、剂量、次数。每次服药后,都要求患者在提示卡中进行勾画,防止发生少服、漏服及多服的情况。充分利用社交网络或者手机等智能设备进行闹钟设置,提醒患者服药的规律性。同时也可以指导患者通过药物顿服分装盒方式,将药物装入分装盒中,出门也可以方便携带,改善患者由于外出造成的服药不依从。而在健康教育的具体实施过程中,在实施的前 3 d 帮助患者建立正确的健康观念,随后 4~6 d 对患者的动机进行改变,在实施的第 2 周,则通过教授特定技能(如时间管理、情绪调节、应对压力等),培养患者采用健康行为所需的必要技能。同时将前 3 个步骤紧密结合起来,在实践中引导患者采用积极的健康行为,同时加强其维持这些行为所需的自我监测和反馈策略。

表 1 两组患者的一般资料比较

组别	n	男/女 (n/n)	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	体质量指数 ($\bar{x}\pm s$,kg/m ²)	教育程度(n)			合并高血压 (n)	合并糖尿病 (n)	血脂异常 (n)
					小学	中学	高中及以上			
干预组	100	50/50	47.24±3.34	24.45±2.37	22	20	58	60	40	62
对照组	100	52/48	46.81±3.27	24.64±2.24	23	21	56	62	37	74
χ^2 或 <i>t</i>		0.080	0.920	0.583		0.082		0.084	0.190	3.309
<i>P</i>		0.777	0.359	0.561		0.960		0.772	0.663	0.069

1.3 观察指标

1.3.1 两组患者的服药依从性分析 分别于干预前及干预 2 周后采用 Morisky 服药依从性量表(MMAS-8)^[6]分析患者的服药依从性。该量表从 8 个方面对患者的服药依从性进行分析,包括“是否忘记服药”“过去两周内是否忘记服药”“治疗期间症状加重或者出现其他不良反应是否自行停止或者降低用量”“外出旅行时忘记服药”“昨天您服药了没?”“病情得到控制后是否停止用药?”“是否觉得坚持服药有困难?”“按时服药是否存在困难”,备选答案为是或者否,是为 1 分,否为 0 分。MMAS-8 总评分<6 则为依从性较差,6~8 分为依从性中等,>8 分则为

依从性好。

1.3.2 两组患者的健康促进生活方式量表评分比较 分别于干预前及干预 2 周后采用健康促进生活方式量表-II(HPLP-II)^[7]进行评价,主要包括自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系以及压力应对 6 个维度 52 个条目,每个条目采用 4 级评分,记 1~4 分,总分为 52~208 分,分数越高则表示生活方式越好。

1.3.3 两组患者的自我管理效能比较 分别于两组患者的干预前以及干预后 3 个月采用健康行为能力量表(SRAHP)^[8]进行评估。SRAHP 主要通过对患者的健康责任、营养、运动以及心理安逸进行评分,每

项评分按照没有把握、有一定把握但不确定、有把握、比较有把握、绝对把握有进行 0~4 分评估。

1.3.4 两组患者的焦虑以及抑郁情绪评分比较 分别于干预前及干预 2 周后采用焦虑自评量表(SAS)进行评价,该量表在 50 分以下为正常,如果量表评分在 50 分以上则为焦虑,分数越高,其焦虑情况越严重^[9]。抑郁情况则采取抑郁自评量表(SDS)进行评估,该量表在 53 分以下为正常,如果量表评分≥53 分则为抑郁,分数越高,其抑郁情况越严重^[10]。

1.3.5 两组患者生命质量评分比较 分别于干预前及干预 2 周后采用 SF-36 评分^[11]对患者生命质量进行评估。该量表主要对患者的心理健康、生理功能、情感职能、生理职能、社会功能、躯体疼痛、精力以及一般健康进行评估。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据处理。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以例数、百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者的服药依从性分析 干预组患者的服药依从性优于对照组($Z = 2.921, P < 0.05$),见表 2。

2.2 两组患者的健康促进生活方式量表评分比较 干预前,两组患者健康促进生活方式量表各项评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患

者的自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、压力应对评分以及总分均较干预前明显升高($P < 0.05$);且干预后干预组患者的自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、压力应对评分及总分均明显高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 两组患者的自我管理效能比较 干预前,两组患者自我管理效能各项评分及总分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患者营养、心理安逸、运动、健康责任评分以及总分均较干预前升高($P < 0.05$);且干预后干预组患者的营养、心理安逸、运动、健康责任评分及总分均明显高于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

表 2 两组患者的服药依从性分析[$n(\%)$]				
组别	n	好	中	差
干预组	100	90(90.00)	8(8.00)	2(2.00)
对照组	100	75(75.00)	12(12.00)	13(13.00)
Z			2.921	
P			0.004	

2.4 两组患者的焦虑以及抑郁情绪评分比较 干预前,两组患者的 SAS、SDS 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患者的 SAS、SDS 评分均较干预前下降($P < 0.05$);且干预后干预组患者的 SAS、SDS 评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 5。

表 3 两组患者的健康促进生活方式量表评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	自我实现				健康责任			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
干预组	100	11.77±2.24	25.27±3.31	−33.778	<0.001	12.04±4.24	27.27±3.72	−27.001	<0.001
对照组	100	11.27±2.94	23.77±3.27	−27.001	<0.001	12.08±4.17	25.27±3.73	−23.575	<0.001
t		1.353	3.224			−0.067	3.797		
P		0.178	0.001			0.946	<0.001		

组别	n	运动				营养			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
干预组	100	11.77±2.26	24.89±3.37	−32.334	<0.001	11.03±5.22	25.66±5.37	−19.535	<0.001
对照组	100	11.73±2.27	23.02±2.69	−32.076	<0.001	11.02±5.37	22.13±4.39	−16.018	<0.001
t		0.125	4.337			0.013	5.089		
P		0.901	<0.001			0.989	<0.001		

组别	n	人际关系				压力应对				总分			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
干预组	100	11.77±7.24	27.27±5.31	−17.263	<0.001	11.04±4.24	26.27±6.72	−21.859	<0.001	74.75±2.97	148.74±2.63	−186.510	<0.001
对照组	100	11.67±6.94	25.77±5.27	−16.181	<0.001	11.08±4.17	23.27±5.73	−17.201	<0.001	74.92±1.16	145.68±1.25	−414.938	<0.001
t		0.100	2.005			−0.067	3.397			−0.533	10.508		
P		0.921	0.046			0.946	0.001			0.595	<0.001		

2.5 两组患者的生命质量评分比较 干预前,两组患者生命质量各项指标评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,干预组患者生理功能、生理职能、躯体疼痛、一般健康、精力、社会功能、情感职能、心理健康评分及总分均明显高于对照组($P<0.05$)。见表6。

表 4 两组患者的自我管理效能比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	营养				心理安逸			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
干预组	100	14.61±2.80	20.78±2.57	−16.234	<0.001	14.18±2.84	20.51±1.78	−18.886	<0.001
对照组	100	14.59±2.36	18.94±1.61	−18.886	<0.001	14.45±2.98	18.06±1.69	−10.538	<0.001
t		0.055	6.067			−0.656	9.982		
P		0.956	<0.001			0.513	<0.001		

组别	n	运动				健康责任				总分			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
干预组	100	10.96±2.58	17.44±2.96	−16.503	<0.001	17.75±2.64	21.36±1.77	−11.358	<0.001	57.05±1.93	85.32±2.56	−88.178	<0.001
对照组	100	10.98±2.64	15.59±1.94	−14.071	<0.001	17.78±2.92	19.15±2.21	−3.741	<0.001	57.51±2.32	75.39±2.68	−50.442	<0.001
t		−0.054	5.227			−0.076	7.805			−1.524	26.793		
P		0.957	<0.001			0.939	<0.001			0.129	<0.001		

表 5 两组患者的焦虑以及抑郁情绪评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	SAS				SDS			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
干预组	100	66.17±5.13	38.15±2.11	50.514	<0.001	72.20±2.57	50.52±1.88	68.086	<0.001
对照组	100	66.92±5.42	48.35±2.14	68.086	<0.001	72.43±0.87	61.25±1.52	63.836	<0.001
t		−1.005	−33.940			−0.848	−44.383		
P		0.316	<0.001			0.398	<0.001		

表 6 两组患者的生命质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	生理功能				生理职能			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
干预组	100	60.16±2.96	75.47±1.90	−43.527	<0.001	60.47±2.01	74.40±2.98	−38.754	<0.001
对照组	100	60.74±2.17	65.50±2.89	−38.754	<0.001	60.93±2.54	70.72±1.82	−31.331	<0.001
t		−1.580	28.826			−1.420	10.539		
P		0.116	<0.001			0.157	<0.001		

组别	n	躯体疼痛				一般健康			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
干预组	100	65.39±2.67	86.66±2.02	−63.53	<0.001	70.56±2.65	87.04±2.12	−48.561	<0.001
对照组	100	65.55±2.29	80.49±1.61	−53.37	<0.001	70.66±2.99	80.57±2.45	−25.637	<0.001
t		−0.455	23.886			−0.250	19.970		
P		0.650	<0.001			0.803	<0.001		

组别	n	精力				社会功能			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
干预组	100	70.04±2.18	86.11±1.54	−60.208	<0.001	64.67±2.05	87.49±2.98	−45.493	<0.001
对照组	100	70.16±2.85	80.30±1.86	−29.795	<0.001	64.55±2.92	77.93±1.48	−40.872	<0.001
t		−0.334	24.060			0.336	28.732		
P		0.738	<0.001			0.737	<0.001		

续表 6 两组患者的生命质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	情感职能				心理健康				总分			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
干预组	100	66.16±2.20	75.77±1.80	-12.766	<0.001	68.30±2.58	88.92±1.97	-37.63	<0.001	65.75±2.02	87.66±1.92	-48.743	<0.001
对照组	100	66.01±2.99	70.42±1.73	-12.766	<0.001	68.08±2.03	77.76±1.58	-37.63	<0.001	65.64±1.92	75.82±1.48	-41.993	<0.001
t		0.404	21.429			0.670	44.192			0.395	48.841		
P		0.687	<0.001			0.504	<0.001			0.693	<0.001		

3 讨 论

不同的经济条件、生活习惯、健康意识及服药依从性均会对幽门螺杆菌感染患者的治疗效果产生影响。而在治疗过程中,由于患者缺乏对幽门螺杆菌的了解,一般服药依从性较差,即使服药后,患者连续服药 2 周及定期复诊的依从性依然较差^[12]。临床上,在对幽门螺杆菌感染患者一线药物治疗失败后,极易造成患者耐药,导致后续治疗存在一定的困难^[13]。所以在临床治疗中,通过有效的健康教育手段,进一步改善患者服药的依从性,可有效提高药物的治疗效果,对提升生命质量有积极的促进作用。

3.1 IMB 模型对动机信念的改变 IMB 模型最早是在 1992 年由 FISHER 等最早提出,在基于该模型的健康教育中,通过改变患者的动机及自我效能,进一步改变患者的健康素养以及健康行为^[14]。通过同伴教育、健康知识宣教以及家属的社会支持性力量,进一步改变患者的健康知识及健康观念,同时通过动机性的访谈,进一步改造患者健康意识的理念,促使患者掌握方法及技巧。在改变患者的健康意识以及健康动机后,及时改进患者的健康行为^[15]。而在本研究中,两组患者的健康生活方式比较,差异有统计学意义($P<0.05$),提示采取基于 IMB 模型的护理措施,可显著激发个体的健康动机,并促使他们采取积极健康行为。

3.2 IMB 模型对健康行为维持的积极影响 本研究中,对干预组患者进行干预后,患者的健康知识水平、自我效能、健康促进行为、负面情绪以及生活质量均有明显的改善,且改善较对照组更明显。分析认为,实施基于 IMB 模型的健康教育,在对其不良的生活状况进行详细了解后,及时对其采取个性化的干预措施,展开有针对性的健康教育活动。对学历较高、接受程度较好的患者,可以开展专业的健康知识宣教,通过科学的方式引导患者采取健康行为。在健康宣教中,通过对幽门螺杆菌感染患者感染后的发病数据及耐药数据的模拟,对其健康观念以及动机进行有效纠正,同时通过有效的家属陪伴以及生活支持,进而对其服药依从性进行指导^[16]。而对接受程度较低以及认知水平较差的老年患者,可以采取直接、有效的方式展开健康宣教,在日常生活中,及时对患者的饮食、运动以及情绪开展管理^[17],同时要求家属进行配

合监督^[18-19]。采取基于 IMB 模型的健康教育措施干预后,患者的生命质量评分显著改善。在干预前,大部分患者缺乏足够的健康知识和相关技能,干预后,患者学会了如何有效地管理自己的身体和心理状态,并且提高了对于常见疾病的认知和应对能力。此外还加强了患者对预防措施和治疗方案的理解和信心,使其更加积极地参与到治疗过程中去。在自我效能方面,本研究发现干预组患者在接受健康教育之前,大部分患者对于自己的健康管理能力持怀疑态度,缺乏足够的信心和动力。干预后,通过制订合理的健康计划,并且在实践过程中不断调整和完善,加强了患者对于自身健康管理能力的信心,提高了自我效能水平。在健康促进行为方面,通过干预,患者逐渐养成了良好的生活习惯和行为,并且持续保持着这些良好的行为方式。这些积极变化不仅有助于改善患者身体状态,还可以降低疾病复发和并发症的风险。通过干预,患者学会了如何有效地应对负面情绪,并且逐渐养成了积极、乐观的心态。这些积极变化不仅有助于改善患者的身体状态,还可以提高生活质量和幸福感。在生活质量方面,患者逐渐养成了良好的生活习惯和行为,并且在心理上更加稳定和自信。卢旭雯等^[20]在对胃癌患者基于 IMB 模型的健康教育应用分析中发现,患者的健康知识水平以及治疗后的自我管理效能均得到显著提升,与本研究结果一致。

综上所述,基于 IMB 模型的健康教育对提高幽门螺杆菌感染患者的服药依从性具有显著的优势,建议临床推广应用。

参考文献

[1] 赵莉,李文彬,罗庆锋,等.健康体检人群胃镜检查结果分析[J].中华消化内镜杂志,2021,38(4):315-318.
[2] 杨玉梅,刘玉萍,王林,等.成都地区居民幽门螺杆菌感染现状及危险因素分析[J].现代预防医学,2020,47(17):3220-3224.
[3] 周纪宁,穆晓春,卫国,等.湖北省鄂州市 6006 例城乡居民健康体检结果分析[J].护理学杂志,2020,35(17):90-92.
[4] 沈友辉.天津地区中老年妇女幽门螺杆菌感染状况及其影响因素分析[J].中国妇幼保健,2020,35(13):2392-2395.
[5] 刘成成,石春雷,石菊芳,等.2015—2017 年中国城市居民肿瘤预防意识健康素养及相关因素分析[J].中华预防医

学杂志, 2020, 54(1): 47-53.

[6] 张莉萍, 胡近近, 王慧. 引导式健康教育对老年高血压伴消化性溃疡患者自我管理行为的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2018, 26(27): 1612-1617.

[7] 王翠苹, 李玉梅. 心理干预对幽门螺杆菌阳性消化性溃疡患者疾病不确定感的影响[J]. 中国病原生物学杂志, 2016, 11(10): 937-939.

[8] 黄敏, 刘慧玲, 余贻汉, 等. 2 型糖尿病患者幽门螺杆菌感染的临床分析及综合干预研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(7): 1697-1699.

[9] SPÓSITO L, FORTUNATO G C, DE CAMARGO B A, et al. Exploiting drug delivery systems for oral route in the peptic ulcer disease treatment[J]. J Drug Target, 2021, 29(10): 1029-1047.

[10] BERNEGGER S, VIDMAR R, FONOVIĆ M, et al. Identification of desmoglein-2 as a novel target of *Helicobacter pylori* HtrA in epithelial cells[J]. Cell Commun Signal, 2021, 19(1): 108.

[11] RADOMSKI B M, ŠEŠELJA D, NAUMANN K. Rethinking the history of peptic ulcer disease and its relevance for network epistemology[J]. Hist Philos Life Sci, 2021, 43(4): 113.

[12] HOSSEINI R S, RAHIMIAN G, SHAFIGH M H, et al. Correlation between clarithromycin resistance, virulence factors and clinical characteristics of the disease in *Helicobacter pylori* infected patients in Shahrekord, South-west Iran[J]. AMB Express, 2021, 11(1): 147.

[13] 林蓓蓓, 黄小乔, 姚美村, 等. 早期半夏泻心汤后期香砂六君子汤联合中药地榆与三联疗法分阶段治疗难治性幽门螺杆菌感染[J]. 实用医学杂志, 2021, 37(6): 811-815.

[14] MUHAMMAD A K, MILLER K, RAWSON K, et al. Synthesis and in vitro anti-*Helicobacter* and anti-Staphylococcal activities of novel diaryldisulfides and diarylthio-sulfonates[J]. ABC, 2021, 11(5): 251-265.

[15] MUTHUSAMY S, JAN H M, HSIEH M Y, et al. Enhanced enzymatic production of cholesteryl 6'-acylglucoside impairs lysosomal degradation for the intracellular survival of *Helicobacter pylori*[J]. J Biomed Sci, 2021, 28(1): 72.

[16] ESMAEILZADEH A, GOSHAYESHI L, BERGQUIST R, et al. Characteristics of gastric precancerous conditions and *Helicobacter pylori* infection among dyspeptic patients in north-eastern Iran: is endoscopic biopsy and histopathological assessment necessary? [J]. BMC Cancer, 2021, 21(1): 1143.

[17] KEIKHA M, KARBALAEI M. Probiotics as the live microscopic fighters against *Helicobacter pylori* gastric infections[J]. BMC Gastroenterol, 2021, 21(1): 388.

[18] SAMADAEI GELEHKOLAEI K, MAASOUMI R, AZIN S A, et al. Stakeholders' perspectives of comprehensive sexuality education in Iranian male adolescences [J]. Reprod Health, 2021, 18(1): 26.

[19] PUTMAN S M, WANG C, RICKELMAN B, et al. Comparing German and American students' cognitive strategies and affective attributes toward online inquiry[J]. Educ Inf Technol (Dordr), 2020, 25(4): 3357-3382.

[20] 卢旭雯, 应学, 章蕾, 等. 基于 IMB 模型的护理干预对胃癌患者术后恢复、自我管理效能及生活质量的影响[J]. 全科医学临床与教育, 2021, 19(8): 758-760.

(收稿日期: 2023-11-07 修回日期: 2024-02-01)

(上接第 812 页)

某地学生人群献血情况分析[J]. 实验与检验医学, 2020, 38(5): 1008-1010.

[6] 陆彩慧, 楚强, 韦春丽. 2017—2019 年桂林市高校无偿献血情况及血液检测结果分析[J]. 右江医学, 2020, 48(6): 455-459.

[7] 古晓鸽, 能利萍, 温涛, 等. 郑州地区高校大学生无偿献血情况分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2019, 29(13): 1634-1636.

[8] 赵丙全, 孔波, 张晓娜, 等. 2015—2019 年日照市在校大学生献血情况与血液检测结果分析[J]. 社区医学杂志, 2020, 18(11): 767-770.

[9] 周天舒, 桑列勇. 2018—2019 年浙江省绍兴市高校无偿献血情况分析[J]. 现代实用医学, 2021, 33(6): 758-759.

[10] 何松芹, 刘素芳, 张跃卫, 等. 漯河地区 2014—2018 年大学生无偿献血情况及血液传染性指标检测结果分析[J]. 安徽预防医学杂志, 2020, 26(2): 151-153.

[11] 徐翠玲, 李莹. 某血液中心 2017 年无偿献血者脂肪血分析[J]. 实验与检验医学, 2019, 37(5): 975-977.

[12] 李建兵. 团体献血脂肪血产生原因分析及应对措施[J]. 中国输血杂志, 2019, 32(5): 494-496.

[13] 赵雪莲, 刘海涛. 无偿献血时脂肪血的产生因素调查及预防干预措施[J]. 中国输血杂志, 2021, 34(2): 180-182.

[14] 陈婷, 何亦斌, 范奕, 等. 江西省大学生超重肥胖睡眠现状及其相关性[J]. 中国学校卫生, 2022, 43(10): 1574-1578.

[15] 储晓敏, 汪媛, 张三焕. 2017—2019 年芜湖市无偿献血者脂肪血发生因素探讨[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(4): 548-549.

[16] 张进, 赵会霞, 王爽. 大学生无偿献血健康教育效果评价[J]. 中国健康教育, 2022, 38(10): 932-934.

[17] 石彩侠, 樊晶, 程雪, 等. 2012—2021 年天津市大学生团体无偿献血情况分析[J]. 中国输血杂志, 2022, 35(7): 746-750.

[18] 吴芬. 165 例无偿献血的采血不足量原因分析及应对策略[J]. 实验与检验医学, 2020, 38(3): 600-602.

[19] 李浩, 马清杰. 高校大学生初次无偿献血者焦虑情绪的影响因素及护理干预效果研究[J]. 中国输血杂志, 2022, 35(5): 555-557.

[20] 岳红, 毕岐勇, 陈霄, 等. 北京市大学生无偿献血的认知情况调查[J]. 北京医学, 2023, 45(8): 718-723.

(收稿日期: 2023-08-02 修回日期: 2024-01-19)