

KTH 整合式干预护理模式对肠梗阻患者心理状态及医学应对方式的影响

曾伟芳, 李志强, 徐悦

广东省珠海市香洲区人民医院 广东珠海

【摘要】目的 探讨知信行模式-跨理论模式-健康信念模式(KTH)整合式干预护理模式对肠梗阻患者的影响。**方法** 选取本院于2024年1月-2025年1月间收治的肠梗阻患者106例为研究对象,根据随机数字表法分为两组,各53例。对照组采取常规护理,观察组采取KTH整合式干预护理模式,比较干预前后两组临床指标[腹胀腹痛缓解时间、排气时间、排便时间、肠鸣音恢复正常时间]、心理状态[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)]、医学应对方式[医学应对方式问卷(MCMQ)]、自我效能[一般自我效能感量表(GSES)]及生活质量[简明健康状况调查表(SF-36)]。**结果** 干预后,观察组临床指标恢复情况优于对照组,差异具备统计学差异($P<0.05$)。观察组干预后SAS评分、SDS评分低于对照组,差异具备统计学差异($P<0.05$)。观察组干预后MCMQ中屈服和面对维度评分低于对照组,面对维度评分高于对照组,差异具备统计学差异($P<0.05$)。观察组干预后GSES评分、SF-36评分高于对照组,差异具备统计学意义($P<0.05$)。**结论** KTH整合式干预护理模式可促进肠梗阻患者康复,改善其心理状态,使其积极面对疾病,提高自我效能及生活质量。

【关键词】 肠梗阻; KTH整合式干预护理模式; 医学应对方式; 心理状态

【收稿日期】 2026年7月3日

【出刊日期】 2026年8月2日

【DOI】 10.12208/j.cn.20260444

The impact of KTH integrated intervention nursing model on psychological state and medical coping strategies in patients with intestinal obstruction

Weifang Zeng, Zhiqiang Li, Yue Xu

Xiangzhou District People's Hospital, Zhuhai, Guangdong

【Abstract】 Objective To explore the impact of the Knowledge-Attitude-Practice Model-Trans-Theoretical Model-Health Belief Model (KTH) integrated nursing intervention model on patients with intestinal obstruction. **Methods** A total of 106 patients with intestinal obstruction who were admitted to our hospital from January 2024 to January 2025 were selected as the research subjects. They were divided into two groups according to the random number table method, with 53 cases in each group. The control group received routine nursing care, while the observation group received the KTH integrated nursing intervention model. The clinical indicators [time to relief of abdominal distension and pain, time to flatus, time to defecation, time to normalization of bowel sounds], psychological status [Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Self-Rating Depression Scale (SDS)], medical coping styles [Medical Coping Modes Questionnaire (MCMQ)], self-efficacy [General Self-Efficacy Scale (GSES)], and quality of life [Short Form-36 Health Survey (SF-36)] were compared between the two groups before and after the intervention. **Results** After the intervention, the recovery of clinical indicators in the observation group was better than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After the intervention, the SAS score and SDS score of the observation group were lower than those of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After the intervention, the scores of the yielding and facing dimensions in the MCMQ of the observation group were lower than those of the control group, while the facing dimension score was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After the intervention, the GSES score and SF-36 score of the observation group were higher than those of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The KTH integrated nursing intervention model can promote the recovery of patients with intestinal obstruction, improve their psychological state, encourage them to actively face the disease, and enhance self-efficacy and quality of life.

【Keywords】Intestinal obstruction; KTH integrated nursing intervention model; Medical coping styles; Mental state

肠梗阻属于临床常见的急腹症,是由多种病因导致肠道内物质传送受阻,主要表现为恶心呕吐、阵发性腹痛、排气排便异常、腹胀等,可引发全身系统病变^[1]。手术是治疗肠梗阻的有效方式,可解除肠道阻塞,促使肠道功能恢复正常^[2]。然而治疗过程中,部分患者因受无法进食、持续腹痛等症状困扰,易出现焦虑、抑郁等负性情绪,且在应对疾病时往往缺乏积极有效的方式,对治疗效果造成不良影响^[3]。常规护理模式在应对患者生理与心理需求方面存在一定局限性,可对康复进程及生活质量造成一定影响^[4]。知信行理论通过知识传播与信息沟通,引导患者转变行为,实现知识到实践的转化;跨理论模式融合了自我效能等多种理论,可有效推动个体行为改变;健康信念模式常用于分析个体对健康行为的态度、信念及行为意向。知信行模式-跨理论模式-健康信念模式(knowledge attitude belief practice、transtheoretical model、health belief model, KTH)整合式护理干预综合上述理论框架,旨在提升个体的健康认知水平,强化其健康信念与自我效能,并提供有效的行为改变策略,以促进健康行为的建立与维持^[5]。目前, KTH 整合式护理干预模式已广泛应用于临床并取得良好效果。基于此,本研究探讨 KTH 整合式干预护理模式对肠梗阻患者的影响,旨在为临床提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院于 2024 年 1 月-2025 年 1 月间收治的肠梗阻患者 106 例为研究对象,随机分为两组,各 53 例。纳入标准:(1)符合《小肠梗阻的诊断与治疗中国专家共识(2023 版)》^[6]中肠梗阻诊断标准;(2)年龄 ≥ 18 岁;(3)意识清楚,可配合研究者;(4)已签署知情同意书者。排除标准:(1)合并重要脏器功能障碍者;(2)妊娠或哺乳期妇女;(3)合并精神异常或沟通障碍者;(4)合并恶性肿瘤者;(5)合并血液或免疫系统疾病者。本研究经本院医学伦理委员会批准。

1.2 方法

两组均接受常规治疗,包括纠正电解质紊乱、胃肠减压等。治疗期间密切监测生命体征、腹部体征及实验室指标变化。

1.2.1 对照组:采取常规护理。具体内容包括:(1)基础护理:严密监测患者体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征、腹部症状及引流液情况;(2)胃肠减压护理:

妥善固定胃管,定时冲洗防止堵塞,定期口腔护理预防感染;(3)饮食护理:根据患者情况制定饮食计划,梗阻未缓解前禁食禁水,缓解后逐步从流质过渡至半流质、普食;(4)疼痛护理:定期评估患者疼痛情况,给予其腹部热敷或遵医嘱使用止痛药物;(5)并发症护理:密切监测患者是否出现绞窄性肠梗阻征象,包括血性引流液、腹膜刺激征等,如有异常及时报告医生处理;(6)心理护理:适当给予患者安抚和鼓励,缓解其焦虑等负性情绪。

1.2.2 观察组:采取 KTH 整合式干预护理模式。

具体内容包括:(1)组建护理干预小组:包括胃肠外科主治医师 1 名、护士长 1 名、责任护士若干名。护士长担任组长,负责团队的组建、任务分配及日常协调管理,同时监督干预模式的实施情况;主治医师负责监测患者病情变化并提供专业的医学指导,确保护理干预模式与整体治疗方案相辅相成;责任护士负责方案的具体执行,观察并记录干预期间患者各指标变化情况。实施干预模式前,由护士长组织成员进行 KTH 整合式干预护理相关内容的培训,所有成员考核合格后即可上岗;(2)知信行模式干预:①知识传递:责任护士为患者提供结构化的健康教育课程,发放图文手册,结合模型演示肠道解剖结构,向患者阐述肠梗阻病因、治疗方案、并发症风险及康复关键;对于患者的问题、疑虑及时进行解答和疏导,帮助其理解治疗的必要性,缓解其负性情绪;②信念强化:与患者进行深入交流,引导患者认识到自身健康行为的积极后果和消极后果,激发其内在改变动机;邀请康复良好患者分享心路历程与恢复经验,形成积极示范效应,增强患者治疗信心;动员家属共同参与,让家属了解并认同健康行为的重要性,从而为患者提供持续的情感支持和信念强化,营造支持性的康复环境;③行为引导:结合患者情况为其制定个性化的行为计划,设定具体、可行、可衡量的短期行为目标,如“今日在床上完成踝泵运动 20 个,明日尝试下床活动 5 分钟”;给予患者营养指导,帮助患者制定饮食计划,并指导其每日记录饮食日记;为患者提供技能指导,由责任护士演示正确的腹部按摩手法、术后活动技巧等,并让患者重复练习至掌握;通过口头提醒及家属监督方式,对患者的行为执行情况进行监督,对达成目标的患者给予鼓励。(2)基于跨理论模式的健康信念干预:①阶段评估:从认知态度、行为意图、实际行动三个方面将患者心理状态划分

为前意向、意向、准备、行动、维持 5 个阶段,入院时通过一对一面谈的方式评估患者心理状态,确定其所处行为改变阶段并实施差异化干预;②前意向阶段干预:根据评估结果,责任护士针对患者存在的认知误区和不足,采用个性化的健康教育方式,向患者讲解肠梗阻的危害和严重性,如肠梗阻可能导致肠道坏死、感染性休克等严重并发症,甚至危及生命,唤醒患者疾病感知威胁,建立初步健康危机意识;向患者强调健康行为改变对疾病治疗和康复的重要性,如早期活动可以促进肠道蠕动、预防肠粘连,合理饮食可以减轻肠道负担、促进病情恢复等,通过提高患者的疾病认知和健康意识,激发患者产生改变不良健康行为的意图;③意向阶段干预:帮助患者分析自身具备的优势和资源,让患者认识到自己有能力改变不良健康行为;分享一些与患者情况相似的成功案例,让患者了解其他患者在面对类似困难时是如何克服困难、成功改变健康行为的,从而增强患者的自我效能感,相信自己也能够做出改变;与患者共同探讨在改变健康行为过程中可能遇到的问题,如担心活动会引起伤口疼痛、对饮食调整不适应等,并给予其解决方案和指导;④准备阶段干预:与患者共同制定行为改变计划,明确行为改变的目标、步骤和时间等,如“第 5 天上午进行床边站立 10 分钟,下午在室内短距离行走 15 分钟”等,并根据患者情况适当调整行为改变计划;建立患者互助小组,让患者之间相互交流、相互鼓励、相互支持,共同促进健康行为的改变;⑤行动阶段干预:责任护士加强对患者行为改变过程的监督和指导,及时发现患者在行为改变过程中存在的问题和困难,如对于活动量不足的患者,鼓励患者增加活动时间和强度,给予正确的活动方法指导;当患者表现出积极的健康行为时,责任护士及时给予肯定和强化,让患者感受到自己的努力得到了认可和鼓励,从而增强其动力;⑥维持阶段:向患者强调维持健康行为的重要性,告知患者肠梗阻有复发的可能性,并指导其预防疾病复发的方法,提高患者自我管理意

识和能力。两组均由入院干预至出院。

1.3 观察指标

1.3.1 临床指标:记录并比较两组腹胀腹痛缓解时间、排气时间、排便时间、肠鸣音恢复正常时间。

1.3.2 心理状态:干预前后采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[7]评估。SAS、SDS 的 Cronbach's α 系数分别为 0.733、0.784。SAS、SDS 均包括 20 个条目,总分 80 分,得分与焦虑、抑郁水平正相关。

1.3.3 医学应对方式:干预前后采用医学应对方式问卷(MCMQ)^[8]评估。量表各维度的 Cronbach's α 系数分别为 0.863、0.702、0.820。MCMQ 包括 3 个维度,共 20 个条目,采用 Likert 4 级评分法。

1.3.4 自我效能:干预前后采用一般自我效能感量表(GSES)^[9]评估。量表的 Cronbach's α 系数为 0.724。GSES 共 10 个条目,采用 Likert 4 级评分法,总分 40 分,得分与自我效能水平正相关。

1.3.5 生活质量:干预前后采用简明健康状况调查表(SF-36)^[10]评估。量表的 Cronbach's α 系数为 0.720。SF-36 包括 8 个维度,共 36 个条目,各维度 0~100 分,总分为各维度均分。得分与生活质量正相关。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 分析处理数据,计量资料由($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料由例数(%)表示,采用卡方检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较

两组一般资料比较无差异($P > 0.05$),见表 1。

2.2 两组临床指标比较

干预后,观察组各指标恢复情况优于对照组($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组心理状态比较

干预后,观察组 SAS 评分、SDS 评分低于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 1 两组一般资料比较[$\bar{x} \pm s$, n (%)]

组别	n	性别		年龄(岁)	体质量指数(kg/m ²)	文化程度		
		男	女			初中及以下	高中至中专	大专及以上
对照组	53	29 (54.72)	24 (45.28)	60.26 $\pm$ 8.75	22.37 $\pm$ 2.60	30 (56.60)	19 (35.85)	4 (7.55)
观察组	53	26 (49.06)	27 (50.94)	61.42 $\pm$ 8.61	21.97 $\pm$ 2.55	29 (54.72)	21 (39.62)	3 (5.66)
t/χ^2 值		0.340		0.688	0.800	0.260		
P 值		0.560		0.493	0.426	0.878		

表 2 两组临床指标比较 ($\bar{x} \pm s, h$)

组别	<i>n</i>	腹痛腹胀缓解时间	排气时间	排便时间	肠鸣音恢复正常时间
对照组	53	75.34 ± 15.47	31.36 ± 13.75	41.12 ± 13.50	29.97 ± 12.55
观察组	53	64.61 ± 13.80	26.09 ± 10.44	35.89 ± 10.68	25.28 ± 9.59
<i>t</i> 值		3.768	2.222	2.212	2.162
<i>P</i> 值		<0.001	0.028	0.029	0.033

表 3 两组心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	53	59.88 ± 8.05	47.23 ± 6.40	58.72 ± 7.54	44.24 ± 6.25
观察组	53	60.14 ± 7.62	40.52 ± 5.69	59.04 ± 6.71	38.97 ± 5.28
<i>t</i> 值		0.171	5.704	0.231	4.689
<i>P</i> 值		0.865	<0.001	0.818	<0.001

表 4 两组医学应对方式比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	面对维度		屈服维度		回避维度	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	53	13.06 ± 1.14	19.87 ± 1.30	18.07 ± 1.24	12.17 ± 1.06	20.36 ± 1.15	15.37 ± 1.09
观察组	53	12.98 ± 1.20	23.66 ± 1.42	18.30 ± 1.30	9.54 ± 0.97	20.58 ± 1.22	10.51 ± 1.11
<i>t</i> 值		0.352	14.330	0.932	13.330	0.955	22.740
<i>P</i> 值		0.726	<0.001	0.354	<0.001	0.342	<0.001

表 5 两组自我效能和生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	GSES 评分		SF-36 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	53	21.97 ± 2.46	27.28 ± 3.05	51.34 ± 6.89	58.33 ± 6.52
观察组	53	22.08 ± 2.53	30.51 ± 3.14	50.94 ± 7.07	63.70 ± 6.25
<i>t</i> 值		0.227	5.372	0.295	4.329
<i>P</i> 值		0.821	<0.001	0.769	<0.001

2.4 两组医学应对方式比较

干预后, 观察组面对维度评分高于对照组, 屈服、回避维度评分低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.5 两组自我效能和生活质量比较

干预后, 观察组 GSES 评分、SF-36 评分高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 5。

3 讨论

肠梗阻属于外科临床中常见的急腹症, 其死亡率约为 5%~10%, 该病的病因较为复杂, 通常认为与肠道炎症、肠粘连等多种因素相关, 治疗过程中患者常产生负性情绪, 影响治疗与康复^[11,12]。常规护理模式虽然在肠梗阻患者长期临床实践中体现出较好效果, 但也存

在一定不足。比如相关护理内容多围绕基础生命体征监测、胃肠减压及并发症观察等维度, 对患者心理状态的动态评估与干预较为薄弱, 难以有效缓解焦虑、抑郁等负性情绪。同时常规护理缺乏系统的行为改变理论指导, 健康教育多为单向灌输式, 未能根据患者个体差异及行为改变阶段实施分层干预, 导致患者在疾病应对方式上多表现为屈服或回避, 自我效能感和康复主动性普遍较低。KTH 整合式干预护理模式是近年来临床护理优化的成果, 它是基于早期肢体康复理念, 并结合疾病特征与患者具体需求所制定的护理模式, 已在多种疾病的治疗与康复中广泛应用, 成效显著^[13]。本研究通过对比常规护理与 KTH 整合式干预护理模式对

肠梗阻患者心理状态与应对方式的影响, 探讨该模式的应用价值。

本研究显示, 干预后, 观察组临床指标恢复情况优于对照组 ($P<0.05$), 说明 KTH 整合式干预护理模式对肠梗阻患者的康复效果优于常规护理。分析原因在于, KTH 整合式干预护理结合三大模式优势, 可确保患者护理方案的可行性^[14]。该干预模式下的知识传递可让患者深入了解肠梗阻相关知识, 理解早期活动、合理饮食等健康行为对康复的重要性, 从而积极配合治疗与护理, 促进肠道功能恢复。干预后, 观察组 SAS 评分、SDS 评分低于对照组 ($P<0.05$), 说明 KTH 整合式干预护理模式较常规护理干预可显著改善患者心理状态, 分析原因在于, KTH 整合式干预模式通过提供心理支持, 减轻患者心理负担^[15]。在知信行模式中, 责任护士通过解答患者疑虑, 缓解其负性情绪; 信念强化环节, 与患者深入交流, 引导其认识健康行为的积极后果, 并邀请康复患者分享经验, 动员家属参与支持, 增强患者治疗信心。同时, 跨理论模式根据患者不同阶段实施差异化干预, 逐步改善其心理状态。干预后, 观察组 MCMQ 面对维度评分高于对照组 ($P<0.05$), 表明 KTH 整合式干预护理模式可帮助患者更好地应对疾病挑战, 分析原因在于, 知信行模式下, 责任护士为患者制定个性化行为计划, 设定具体目标, 并给予营养指导、技能指导及监督鼓励, 让患者在面对疾病时更有方向和动力。跨理论模式则在不同阶段帮助患者分析问题、制定计划、解决问题并强化积极行为, 使患者更愿意主动面对疾病, 积极采取应对措施^[15]。干预后, 观察组 GSES 评分高于对照组 ($P<0.05$), 说明 KTH 整合式干预护理模式可改善患者自我效能水平, 分析原因在于, 知信行模式干预可让患者掌握相关知识和技能, 树立进行健康行为改变的意识; 跨理论模式干预帮助患者分析自身优势资源、分享成功案例、解决遇到的问题, 让患者体验到改变健康行为的成就感, 从而提高自我效能^[16]。干预后, 观察组 SF-36 评分高于对照组 ($P<0.05$), 分析原因在于, 系统化的护理干预能够有效提升患者生活质量, KTH 整合式干预护理模式通过全面考虑患者生理与心理层面的需求, 并提供综合的护理服务, 使患者在疾病治疗期间生活质量提高^[17]。

综上所述, KTH 整合式干预护理模式在肠梗阻患者中具有较好的应用效果, 可缩短患者症状缓解时间, 改善其心理状态和医学应对方式, 提高自我效能感和生活质量, 值得推广应用。但本研究仍存在一定局限

性: 比如样本量有限且来源于单中心, 研究观察时间仅限于住院期间, 未对患者出院后的远期康复效果及疾病复发情况进行跟踪随访。此外, 本研究未对不同病因或严重程度分层效应进行深入分析, 未来可开展多中心、大样本、长期随访的随机对照研究, 以全面评估该模式的远期效果。

参考文献

- [1] 何晓芳, 陈洁, 李秋萍, 张林, 朱小莉, 陈莺. 基于机器学习算法的腹腔镜结直肠癌根治术后肠梗阻预测模型[J]. 机器人外科学杂志(中英文), 2024, 5(6): 1205-1210.
- [2] 方莎, 支杨. IKAP 健康教育联合保留灌肠对急性胰腺炎并发麻痹性肠梗阻患者预后的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(15): 175-177.
- [3] 李永军, 张秋霞. 肠梗阻病人围手术期心理护理服务对于不良情绪评分及术后并发症的价值[J]. 包头医学, 2024, 48(1): 44-46.
- [4] 石卉, 黄德伍, 周瑾. 焦点式心理护理联合手部经络操对肠梗阻患者心理状况及康复效果的影响[J]. 中国医药导报, 2024, 21(18): 164-168.
- [5] 周晴, 李晓旭, 周莉莹. KTH 整合式护理干预在乳腺癌化疗联合靶向治疗患者中的应用[J]. 当代护士(中旬刊), 2025, 32(2): 70-74.
- [6] 中华医学会肠外肠内营养学分会, 中国国际医疗保健促进交流会外科康复促进学分会. 小肠梗阻的诊断与治疗中国专家共识(2023 版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2023, 26(5): 401-409.
- [7] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(09): 676-679.
- [8] 沈晓红, 姜乾金. 医学应对方式问卷中文版 701 例测试报告[J]. 中国行为医学科学, 2000, 9(1): 18.
- [9] 王才康, 胡中锋, 刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. 应用心理学, 2001, (01): 37-40.
- [10] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华预防医学杂志, 2002, (02): 38-42.
- [11] 张培培, 李双, 孟祥雷. 计划行为理论的康复心理干预模式对肠梗阻术后患者自我管理能力及并发症发生率的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2025, 33(7): 1094-1097.
- [12] 姚俊喜. 曼彻斯特疼痛管理模式联合针对性心理辅导在结肠癌并急性肠梗阻手术中的应用价值[J]. 黔南民族医学学报, 2024, 37(3): 323-325.
- [13] 黄蓉蓉, 陈春婷, 赖保珍. 知信行模式、跨理论模式、健康信

- 念模式整合式护理干预联合康复训练在改良乳腺癌根治术后患者中的应用效果研究[J].现代医学与健康研究电子杂志,2025,9(9):21-24.
- [14] 英成艳.KTH 整合式护理对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗术后患者运动耐量的影响[J].反射疗法与康复医学,2025,6(1):147-150.
- [15] 王梅.KTH 整合式干预模式对急性白血病化疗患者心理状态及应对方式的影响[J].中外医学研究,2025,23(11):173-176.
- [16] 陈珠英,那旭红,孙小花,沈燕清.KTH 整合式护理对不孕症患者周期自我管理和自我效能的影响[J].国际医药卫生导报,2020,26(7):1012-1013.
- [17] 凡玉平.KTH 整合式护理模式对糖尿病肾病血液透析患者心理弹性及生活质量的影响[J].医学临床研究,2025,42(4):715-718.
- 版权声明:** ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

**OPEN ACCESS**