

# 基于IMB模型的家庭护理干预对脑卒中偏瘫患者康复自我效能及日常生活能力的影响

李海燕

(中山大学附属第三医院康复医学科, 广东 广州 510630)

**摘要:** **目的:** 探讨基于信息-动机-行为技能 (IMB) 模型的家庭护理干预对脑卒中偏瘫患者康复自我效能及日常生活能力的影响, 为脑卒中偏瘫患者的居家康复护理提供科学依据和实践方案。**方法:** 选取中山大学附属第三医院康复医学科收治的脑卒中偏瘫患者80例, 采用随机数字表法分为对照组和干预组, 每组各40例。对照组给予常规家庭护理干预, 干预组在对照组基础上实施基于IMB模型的家庭护理干预, 干预周期为3个月。干预前后分别采用脑卒中康复自我效能量表 (SSEQ) 评估患者的康复自我效能, 采用Barthel指数 (BI) 评估患者的日常生活能力, 比较两组患者干预前后的量表得分及临床效果。**结果:** 干预前, 两组患者的SSEQ得分、BI得分比较, 差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预3个月后, 两组患者的SSEQ得分、BI得分均较干预前显著提高 ( $P<0.05$ ), 且干预组的SSEQ得分 [ $(82.35 \pm 7.62)$  分]、BI得分 [ $(80.12 \pm 8.45)$  分] 显著高于对照组 [ $(70.15 \pm 8.21)$  分]、 $(68.36 \pm 7.98)$  分], 差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**结论:** 基于IMB模型的家庭护理干预可有效提高脑卒中偏瘫患者的康复自我效能, 显著改善患者的日常生活能力, 促进患者康复, 值得在临床居家康复护理中推广应用。

**关键词:** IMB模型; 家庭护理干预; 脑卒中偏瘫; 康复自我效能; 日常生活能力

中图分类号: R473.2

文献标识码: B

文章编号: 3106-2040 (2025) 02-0011-11

DOI: 10.62022/CPH.issn3106-2040.2025.02.002

## The Effect of Home Nursing Intervention Based on IMB Model on Rehabilitation Self-efficacy and Activities of Daily Living in Patients with Stroke Hemiplegia

LI Haiyan

(Department of Rehabilitation Medicine, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou, Guangdong 510630)

**Abstract:** **Objective:** To explore the effect of home nursing intervention based on the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model on rehabilitation self-efficacy and activities of daily living (ADL) in patients with stroke hemiplegia, and to provide scientific basis and practical plan for home rehabilitation nursing of these patients. **Methods:** A total of 80 patients with stroke hemiplegia admitted to the Department of Rehabilitation Medicine, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University were selected and randomly divided into the control group and the intervention group, with 40 cases in each group. The control group received routine home nursing intervention, while the intervention group received home nursing intervention based on the IMB model on the basis of the control group, with an intervention cycle of 3 months. Before and after the intervention, the Stroke Self-efficacy Questionnaire (SSEQ) was used to evaluate the rehabilitation self-efficacy of the patients, and the Barthel Index (BI) was used to evaluate the activities of daily living of the patients. The scale scores and clinical effects of the two groups before and after the intervention were compared. **Results:** Before the intervention, there were no significant differences in the SSEQ scores and BI scores between the two groups ( $P>0.05$ ); after 3 months of intervention, the SSEQ scores and BI scores of both groups were significantly higher than those before the intervention ( $P<0.05$ ), and the SSEQ score [ $(82.35 \pm 7.62)$  points] and BI score [ $(80.12 \pm 8.45)$  points] of the intervention group were significantly higher than those of the control group [ $(70.15 \pm 8.21)$  points,  $(68.36 \pm 7.98)$  points], and the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Home nursing intervention based on the IMB model can effectively improve the rehabilitation self-efficacy of patients with stroke hemiplegia, significantly enhance their activities of daily living, and promote their rehabilitation, which is worthy of popularization and application in clinical home rehabilitation nursing.

**Keywords:** IMB model; Home nursing intervention; Stroke hemiplegia; Rehabilitation self-efficacy; Activities of daily living

## 1 引言

### 1.1 研究背景

脑卒中又称脑血管意外, 是一组以急性起病、局灶性或

弥漫性脑功能缺失为共同特征的脑血管疾病, 主要包括缺血性脑卒中和出血性脑卒中两种类型, 具有发病率高、致残率高、复发率高、死亡率高的“四高”特点, 已成为全球范围内严重威胁中老年人生命健康和生活方式的重大慢性疾病

**作者简介:** 李海燕, 硕士, 主管护师, 研究方向为神经康复护理与慢病延续性照护。

之一。《中国脑卒中防治报告2020》概要显示,我国40岁及以上人群脑卒中人数约为1704万,超过半数的脑卒中患者日常生活因残疾而受限,其中偏瘫是脑卒中患者最常见的后遗症之一,发生率高达70%~80%。脑卒中偏瘫患者常表现为—侧肢体肌力下降、活动障碍、感觉异常,同时可能伴随言语不利、吞咽困难等症状,不仅导致患者丧失部分或全部生活自理能力,还会使其产生焦虑、抑郁等负面情绪,严重降低患者的生活质量,同时给家庭和社会带来沉重的照护负担和经济压力。

康复护理是脑卒中偏瘫患者恢复期的核心干预措施,其核心目标是通过科学、系统的护理干预,促进患者肢体功能恢复,提高生活自理能力,帮助患者尽快回归家庭和社会。研究表明,脑卒中患者的康复过程具有长期性和连续性,出院后居家康复是患者恢复的重要阶段,家庭护理干预的质量直接影响患者的康复效果和预后。然而,目前临床常规的家庭护理干预模式多以基础生活照护和简单康复指导为主,缺乏系统性和针对性,护理人员多注重患者的生理指标和肢体功能恢复,忽视了患者的康复动机、自我管理能力和行为层面的干预。这种传统护理模式往往导致患者康复知识匮乏、康复动机不足,难以主动坚持康复训练,甚至出现康复训练不规范、依从性差等问题,严重影响康复效果,无法满足患者的全面康复需求。

IMB模型即信息-动机-行为技能模型,是由美国健康行为科学领域学者William A. Fisher与Jeffrey D. Fisher于20世纪90年代初提出,最初用于解释和预测HIV/AIDS相关的预防行为与用药依从性行为,是健康行为改变理论中具有高度实证基础和广泛适用性的模型之一。该模型以信息、动机、行为技能三个核心要素为支撑,强调健康行为的发生并非单一因素作用的结果,而是三者共同作用的产物,通过提供全面的健康信息、激发个体的行为动机、培养个体的行为技能,可有效促进个体健康行为的形成和维持,进而改善健康结局<sup>[1]</sup>。近年来,IMB模型已被广泛应用于糖尿病、高血压、冠心病等慢性疾病的护理干预中,并取得了良好的效果,但将其应用于脑卒中偏瘫患者家庭护理干预中的研究尚不完善,其对患者康复自我效能和日常生活能力的影响仍需进一步探讨。基于此,本研究将IMB模型与家庭护理干预相结合,构建针对性的干预方案,探讨其对脑卒中偏瘫患者康复自我效能及日常生活能力的影响,为优化脑卒中偏瘫患者居家康复护理模式提供新的思路和实践依据。

## 1.2 研究目的与意义

本研究的核心目的是:探讨基于IMB模型的家庭护理干预对脑卒中偏瘫患者康复自我效能及日常生活能力的具体影响,明确该干预模式在提高患者康复信心、改善肢体功能、

促进生活自理能力恢复中的作用效果<sup>[2]</sup>;同时,优化基于IMB模型的家庭护理干预方案,明确干预的重点内容和实施流程,为临床开展脑卒中偏瘫患者居家康复护理提供可操作、可推广的实践方案。

本研究的理论意义在于:丰富IMB模型在脑卒中康复护理领域的应用研究,拓展该模型的适用范围,为脑卒中偏瘫患者康复护理的理论研究提供新的视角和支撑;同时,弥补传统家庭护理干预模式在心理、行为层面干预的不足,完善脑卒中偏瘫患者居家康复护理的理论体系,为后续相关研究提供参考依据。

本研究的实践意义在于:构建科学、系统、针对性强的基于IMB模型的家庭护理干预方案,解决目前临床常规家庭护理干预中存在的康复知识传递不全面、患者康复动机不足、自我管理能力和行为差等问题;通过该干预方案的实施,有效提高脑卒中偏瘫患者的康复自我效能,增强患者的康复信心和依从性,帮助患者掌握规范的康复训练方法和自我管理技能,改善患者的日常生活能力,促进患者肢体功能恢复,提高患者的生活质量;同时,减轻患者家庭的照护负担,降低脑卒中的复发率和致残率,节约医疗资源,具有重要的临床推广价值和社会意义<sup>[3]</sup>。

## 1.3 研究方法概述

本研究采用随机对照试验的研究设计,选取中山大学附属第三医院康复医学科2024年1月至2024年12月收治的脑卒中偏瘫患者作为研究对象,按照随机数字表法将研究对象分为对照组和干预组,两组患者在性别、年龄、病程、偏瘫侧别、文化程度等一般资料方面保持均衡,确保组间可比性<sup>[4]</sup>。

研究对象选取标准:纳入标准:①符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》中脑卒中的诊断标准,经颅脑CT或MRI检查确诊为脑卒中,且伴有一侧肢体偏瘫症状;②病情稳定,生命体征平稳,无严重并发症(如严重肺部感染、深静脉血栓、意识障碍等);③出院后回归家庭照护,有固定的照护者,照护者愿意配合完成干预工作;④患者意识清晰,能够正常沟通交流,具备基本的理解和执行能力,可配合完成量表评估;⑤患者及家属自愿参与本研究,签署知情同意书,且能够坚持完成全程干预。排除标准:①合并严重心、肝、肾、肺等重要脏器功能衰竭者;②合并认知功能障碍、精神疾病、言语功能障碍无法配合评估者;③偏瘫症状严重,完全无法进行自主活动者;④病程超过6个月,康复效果进入平台期者;⑤中途退出研究、失访或无法配合完成干预者。

干预措施:对照组给予常规家庭护理干预,包括出院时进行常规康复指导(简单讲解康复训练方法、饮食注意事项、并发症预防措施等)、定期电话随访(每2周1次,了解患者

康复情况,解答患者及家属的疑问)、每月上门随访1次,检查患者康复训练落实情况,给予简单的指导调整。干预组在对照组基础上,实施基于IMB模型的家庭护理干预,以信息支持、动机激发、行为技能培养为核心,制定个性化的干预方案,干预周期为3个月,具体干预内容包括疾病知识教育、康复训练指导、心理支持、家庭支持系统构建、自我管理技能训练、问题解决技能培训等,干预方式采用上门指导、电话随访、微信沟通、健康讲座等多种形式相结合。

主要评估指标:①康复自我效能:采用脑卒中康复自我效能量表(SSEQ)进行评估,该量表经Rasch分析优化后具有良好的心理测量学特性,可分为自我管理和功能活动两个维度,用于评估患者完成康复训练和日常生活活动的信心程度,量表共13个条目,采用1~10级评分,得分越高,表明患者的康复自我效能越高;②日常生活能力:采用Barthel指数(BI)进行评估,该量表是评估脑卒中患者日常生活能力的常用标准化工具,涵盖进食、洗澡、修饰、穿衣、大便控制、小便控制、用厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯等10项内容,总分0~100分,得分越高,表明患者的日常生活能力越好,生活自理程度越高。分别在干预前(入院出院时)、干预3个月后(干预结束时)对两组患者进行上述指标的评估,比较两组患者的得分变化。

统计学方法:采用SPSS 26.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内干预前后比较采用配对t检验,组间比较采用独立样本t检验;计数资料以率(%)表示,比较采用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 理论基础:IMB模型

### 2.1 IMB模型的概念与内涵

IMB模型即信息-动机-行为技能(Information-Motivation-Behavioral Skills)模型,是健康行为改变领域的经典理论模型之一,由William A. Fisher与Jeffrey D. Fisher于20世纪90年代初首次提出,其产生源于传统健康教育模式的局限性——早期健康促进实践普遍假设“知识增加即可带来行为改变”,但大量研究发现,即使个体掌握了充分的健康知识,其行为并不必然发生改变<sup>[5]</sup>。在此背景下,IMB模型综合吸收了社会认知理论中关于自我效能的观点、健康信念模型对风险认知与收益权衡的强调,以及计划行为理论中对态度和主观规范的关注,明确提出:健康行为的发生、维持和改变,并非单一因素作用的结果,而是信息、动机、行为技能三个核心要素相互作用、协同影响的产物。该模型的提出,标志着健康行为研究从“单一认知导向”向“多要素机制导向”的重要转变,也为护理与医学领域的行为干预研究

奠定了坚实的理论基础。

IMB模型的三个核心要素相互独立、相互关联,共同构成了健康行为改变的完整逻辑链条,具体内涵如下:

信息(Information)是健康行为改变的必要前提,指个体所拥有的、与特定健康行为直接相关的准确且可理解的知识、认知和信息,包括疾病相关知识、健康行为的方法和技巧、行为改变的益处与风险等<sup>[6]</sup>。信息要素的核心作用是帮助个体正确认识自身健康状况和健康行为的重要性,消除认知误区,为后续的动机激发和行为技能培养奠定基础。需要注意的是,信息的有效性不仅取决于信息的准确性和全面性,还取决于信息的传递方式是否贴合个体的认知水平和接受能力,只有让个体真正理解和掌握相关信息,才能为行为改变提供支撑。

动机(Motivation)是健康行为改变的内在驱动力,决定个体是否“愿意”采取某种健康行为,包括个体态度、信念、价值判断,以及来自重要他人的社会支持与规范。动机要素主要分为内在动机和外在动机:内在动机源于个体自身的需求和意愿,如对健康的追求、对提高生活质量的渴望、对康复的信心等;外在动机源于个体外部的激励和支持,如家庭照顾者的鼓励、医护人员的指导、社会的关注等。在IMB模型中,动机可直接影响个体的健康行为选择,也可通过影响行为技能的学习和运用,间接促进健康行为的形成和维持。对于脑卒中偏瘫患者而言,康复动机的强弱直接决定其康复训练的依从性和积极性,是影响康复效果的关键因素之一。

行为技能(Behavioral Skills)是健康行为改变的核心保障,决定个体是否“能够”将意愿转化为实际行动,指个体为完成特定健康行为所具备的实际操作能力、自我效能感、问题解决与情境应对能力等<sup>[7]</sup>。行为技能要素是连接信息、动机与健康行为的桥梁,即使个体拥有充足的健康信息和强烈的行为动机,若缺乏相应的行为技能,也无法有效实施健康行为。行为技能的核心包括两个层面:一是具体的操作技能,如脑卒中偏瘫患者的肢体康复训练方法、日常生活活动技能等;二是心理和认知层面的技能,如自我监测、自我评估、自我调整、问题解决等。在IMB模型中,行为技巧被认为是最接近行为本身、也是最关键的决策因素。

IMB模型的核心逻辑的是:信息和动机既可以直接影响健康行为,也可以通过影响行为技能间接作用于健康行为。具体而言,个体首先通过获取准确、全面的健康信息,形成对健康行为的正确认知;在此基础上,通过内在动机的激发和外在动机的支撑,产生实施健康行为的意愿;最后,通过行为技能的培养和训练,将行为意愿转化为实际的健康行为,并持续维持,最终实现健康结局的改善。三者相互促进、相互影响,缺一不可:信息的完善可以增强个体的行为动机,

动机的强化可以促进个体主动学习和掌握行为技能,而行为技能的提升又可以进一步巩固个体的行为动机,同时帮助个体获取更多的健康信息,形成良性循环。

## 2.2 IMB模型在家庭护理干预中的适用性

脑卒中偏瘫患者的居家康复护理具有长期性、连续性、复杂性的特点,其核心目标是促进患者肢体功能恢复,提高康复自我效能和日常生活能力,帮助患者养成长期坚持康复训练的健康行为。而IMB模型以信息、动机、行为技能为核心的干预逻辑,与脑卒中偏瘫患者家庭护理干预的需求高度契合,其适用性主要体现在以下几个方面,能够有效解决目前常规家庭护理干预中存在的突出问题,提升干预效果。

首先,信息支持与脑卒中偏瘫患者家庭护理的核心需求高度契合。脑卒中偏瘫患者及家属普遍存在康复知识匮乏的问题,对疾病的病因、病理生理机制、康复过程、康复训练方法、并发症预防等知识了解不全面,甚至存在认知误区,导致患者无法规范进行康复训练,家属无法提供科学的照护<sup>[8]</sup>。而IMB模型中的信息要素,强调通过多种方式为患者及家属提供全面、准确、易懂的康复相关信息,恰好能够弥补这一不足。通过系统的疾病知识教育和康复训练指导,可帮助患者及家属正确认识脑卒中偏瘫的康复规律,掌握规范的康复训练方法和照护技巧,消除认知误区,为患者的居家康复奠定坚实的知识基础,这与家庭护理干预中“传递康复知识、指导康复实践”的核心需求高度一致。

其次,动机激发能够有效解决脑卒中偏瘫患者康复依从性差的问题。脑卒中偏瘫患者由于肢体功能障碍、生活自理能力下降,容易产生焦虑、抑郁、自卑等负面情绪,导致康复动机不足、信心丧失,甚至拒绝进行康复训练。同时,长期的康复过程枯燥乏味,患者容易出现倦怠心理,难以长期坚持,这也是影响康复效果的重要因素。IMB模型中的动机要素,强调通过内在动机激发和外在动机支撑,帮助患者树立康复信心,增强康复意愿。在家庭护理干预中,通过心理支持缓解患者的负面情绪,帮助患者正确面对疾病;通过家庭支持系统构建,营造良好的康复氛围,让患者感受到家庭的关爱和支持,从而激发患者的康复动机,提高患者康复训练的依从性和积极性,这与家庭护理干预中“关注患者心理状态、提高康复依从性”的需求相契合。

最后,行为技能培养能够有效提升脑卒中偏瘫患者的自我管理能力和康复效果。脑卒中偏瘫患者的居家康复需要长期坚持,仅依靠医护人员的上门指导和家属的照护远远不够,还需要患者具备一定的自我管理能力和问题解决能力,能够自主进行康复训练、自我监测康复效果、应对康复过程中出现的各种问题<sup>[9]</sup>。而常规的家庭护理干预往往只注重康复技能的传授,忽视了患者自我管理能力和问题解决能力的

培养,导致患者在脱离医护人员指导后,无法持续规范地进行康复训练。IMB模型中的行为技能要素,强调通过针对性的训练,帮助患者掌握自我管理、问题解决等相关技能,恰好能够解决这一问题。通过自我管理技能训练,帮助患者养成自主康复的习惯,能够自主监测、评估和调整康复训练方案;通过问题解决技能培训,帮助患者掌握应对康复过程中出现的疼痛、疲劳、训练效果不佳等问题的方法,提高患者的康复自主性,从而确保居家康复护理的连续性和有效性,促进患者肢体功能和日常生活能力的持续改善。

综上所述,IMB模型的核心要素与脑卒中偏瘫患者家庭护理干预的需求高度契合,其干预逻辑能够有效弥补常规家庭护理干预的不足,通过系统的信息支持、有效的动机激发和全面的行为技能培养,形成“认知-意愿-行动”的完整干预链条,帮助患者养成长期坚持康复训练的健康行为,进而有效提高患者的康复自我效能,改善患者的日常生活能力,促进患者全面康复,具有极强的适用性和可行性。

## 3 基于IMB模型的家庭护理干预方案

本研究基于IMB模型的核心逻辑,结合脑卒中偏瘫患者的康复特点和居家护理需求,以信息支持、动机激发、行为技能培养为三大核心模块,构建针对性的家庭护理干预方案,干预周期为3个月,干预方式采用“上门指导+电话随访+微信沟通+健康讲座”相结合的方式,确保干预方案的系统性、针对性和可操作性,具体干预内容如下:

### 3.1 信息支持 (Information)

信息支持是干预方案的基础,核心目标是为患者及家属提供全面、准确、易懂的脑卒中偏瘫康复相关信息,帮助其正确认识疾病和康复过程,消除认知误区,掌握规范的康复训练方法和照护技巧,为后续的动机激发和行为技能培养奠定坚实的知识基础<sup>[10]</sup>。具体内容包括疾病知识教育和康复训练指导两个方面,信息传递方式贴合患者及家属的认知水平,确保信息的有效性和可接受性。

#### 3.1.1 疾病知识教育

针对患者及家属普遍存在的康复知识匮乏、认知误区等问题,制定系统的疾病知识教育内容,采用多种方式开展教育,确保患者及家属能够全面掌握相关知识。教育内容主要包括:①脑卒中偏瘫的基础疾病知识,包括病因(脑动脉粥样硬化、高血压、糖尿病、心脏疾病等)、病理生理机制、疾病分型(缺血性、出血性)、临床表现(肢体偏瘫、言语障碍、感觉异常等);②脑卒中偏瘫的康复规律和预后,告知患者康复是一个长期、循序渐进的过程,不同病程阶段的康复重点不同,帮助患者及家属树立正确的康复预期,避免急于求成或丧失信心;③康复训练的重要性,详细讲解康复

训练对肢体功能恢复、日常生活能力提升的作用,强调长期坚持康复训练的必要性;④并发症的预防知识,包括肺部感染、深静脉血栓、压疮、肌肉萎缩、关节挛缩等常见并发症的发生原因、临床表现和预防措施,指导家属如何协助患者进行并发症预防;⑤饮食、作息、用药相关知识,指导患者养成低盐、低脂、低糖、高蛋白、高膳食纤维的饮食习惯,规律作息,遵医嘱按时服药,控制血压、血糖、血脂等危险因素,降低疾病复发风险;⑥心理调适知识,简单讲解脑卒中偏瘫患者常见的负面情绪(焦虑、抑郁、自卑等)及其危害,指导患者及家属如何识别和缓解负面情绪。

教育方式主要包括:①发放个性化宣传手册,手册内容通俗易懂,图文并茂,重点内容用醒目字体标注,适合不同文化程度的患者及家属阅读,方便其随时查阅;②组织健康讲座,每月开展1次,邀请康复医学科医生、护士进行现场讲解,结合临床案例进行分析,增强知识的实用性和说服力,同时设置互动环节,解答患者及家属的疑问;③上门一对一指导,医护人员每月上门随访2次,针对患者及家属的个性化疑问,进行针对性讲解,确保其理解和掌握相关知识;④微信推送,建立患者微信群,每周推送1~2条疾病康复相关知识、科普文章、视频等,方便患者及家属随时学习;⑤口头讲解,在电话随访和上门指导过程中,针对重点知识进行反复口头强调,强化记忆。

### 3.1.2 康复训练指导

康复训练指导是信息支持的核心内容,核心目标是帮助患者及家属掌握规范的康复训练方法,确保患者能够在家中安全、有效地进行康复训练,避免因训练不规范导致二次损伤<sup>[11]</sup>。训练指导结合患者的偏瘫程度、肢体功能状态,制定个性化的训练方案,循序渐进地开展,具体包括肢体运动训练和日常生活活动能力训练两个方面。

肢体运动训练指导:①被动训练,主要针对肢体肌力0~1级、无法自主活动的患者,指导家属协助患者进行肢体被动活动,包括关节屈伸、旋转、按摩等,重点训练偏瘫侧肢体的肩、肘、腕、髌、膝、踝等关节,每个关节每个动作重复10~15次,每天2~3组,目的是预防关节挛缩、肌肉萎缩,促进肢体血液循环;②主动辅助训练,针对肢体肌力2~3级、能够进行部分自主活动的患者,指导患者在家属的辅助下,进行自主肢体活动,如坐位训练、站立训练、行走训练等,逐步增加训练强度和难度,帮助患者恢复肢体自主活动能力;③主动训练,针对肢体肌力4级及以上、能够自主活动的患者,指导患者进行自主肢体训练,包括肢体抬高、伸展、抓握、行走等,如偏瘫侧上肢抓握训练、下肢单腿站立训练、行走姿势矫正训练等,同时结合Fugl-Meyer运动功能量表的评估结果,调整训练方案,重点改善患者的肢体运动功能和

平衡能力;④训练注意事项指导,告知患者及家属康复训练要循序渐进,不可急于求成,避免过度训练导致肌肉拉伤、关节损伤等;训练时要注意患者的安全,避免跌倒、坠床等意外发生;训练过程中密切观察患者的面色、呼吸、心率等情况,若出现头晕、心慌、气短等不适,立即停止训练,及时就医。

日常生活活动能力训练指导:结合Barthel指数的评估内容,针对性指导患者进行日常生活活动能力训练,帮助患者逐步恢复生活自理能力。具体包括:①进食训练,指导患者练习使用健侧手或辅助器具(如勺子、叉子)进食,逐步训练偏瘫侧手的辅助进食能力,帮助患者掌握独立进食的技巧;②穿衣训练,指导患者练习穿衣、脱衣,先从简单的衣物开始,指导患者如何利用健侧手协助偏瘫侧手穿衣,逐步提高穿衣速度和熟练度;③洗漱、修饰训练,指导患者练习自主洗漱、刷牙、梳头、剃须等,指导家属协助患者调整位,确保患者安全;④如厕训练,指导患者练习自主如厕,包括坐厕、站厕的使用,指导患者如何借助扶手完成如厕动作,训练患者的大小便控制能力;⑤转移训练,指导患者练习床椅转移、坐站转移等,指导患者掌握正确的转移姿势,避免因姿势不当导致损伤,同时指导家属在必要时提供辅助;⑥行走训练,指导患者练习自主行走,矫正行走姿势,逐步增加行走距离和时间,帮助患者恢复独立行走能力,为日常生活自理奠定基础。

训练指导方式:①上门一对一示范,医护人员每月上门随访2次,现场示范康复训练的正确方法,指导患者及家属模仿练习,及时纠正不规范的训练动作,确保训练的有效性和安全性;②视频指导,为患者录制个性化的康复训练视频,发送至患者及家属微信,方便其随时查看、模仿训练;③电话指导,每2周进行1次电话随访,询问患者的康复训练情况,针对训练过程中出现的问题,进行针对性指导;④微信群交流,鼓励患者及家属在微信群中分享训练情况,医护人员及时给予指导和反馈,同时促进患者之间的交流和相互鼓励。

### 3.2 动机激发 (Motivation)

动机激发是干预方案的核心驱动力,核心目标是通过内在动机激发和外在动机支撑,帮助患者缓解负面情绪,树立康复信心,增强康复意愿,提高患者康复训练的依从性和积极性,让患者主动参与到康复过程中。具体内容包括心理支持和家庭支持系统构建两个方面,结合患者的心理状态和家庭情况,开展个性化的动机激发干预<sup>[12]</sup>。

#### 3.2.1 心理支持

脑卒中偏瘫患者由于肢体功能障碍、生活自理能力下降,容易产生焦虑、抑郁、自卑、孤独等负面情绪,这些负面情绪会严重影响患者的康复动机和康复效果。因此,心理

支持的核心是倾听患者心声、缓解负面情绪、帮助患者树立战胜疾病的信心,激发患者的内在康复动机。

具体干预措施:①一对一心理沟通,医护人员每月上门随访时,安排专门的时间与患者进行一对一沟通,耐心倾听患者的心声,了解患者的心理状态、内心需求和困惑,尊重患者的感受,给予患者充分的理解和共情,让患者感受到被关注、被重视;②负面情绪疏导,针对患者出现的焦虑、抑郁等负面情绪,采用安慰、鼓励、引导等方式进行疏导,帮助患者正确面对疾病带来的不便,引导患者调整心态,学会接受自身的肢体功能障碍,树立“积极康复、逐步恢复”的信念;③认知干预,帮助患者纠正错误的认知,引导患者认识到康复训练的重要性,让患者明白“只要坚持康复训练,肢体功能和日常生活能力就能够逐步改善”,消除患者的绝望心理和抵触情绪;④成功案例分享,定期向患者分享其他脑卒中偏瘫患者的康复成功案例,邀请康复效果较好的患者通过微信群、电话或现场交流的方式,分享自己的康复经历和心得体会,让患者看到康复的希望,增强康复信心;⑤正向激励,及时肯定患者的康复进步,无论进步大小(如肢体活动范围增大、能够自主完成某一项日常生活活动等),都给予患者及时的表扬和鼓励,增强患者的自我认同感和康复动力;⑥放松训练指导,指导患者进行深呼吸、冥想、听舒缓的音乐等放松训练,每天1~2次,每次15~20分钟,帮助患者缓解心理压力,放松心情,缓解负面情绪。

同时,指导家属关注患者的心理状态,避免对患者进行指责、抱怨,多给予患者安慰、鼓励和陪伴,主动与患者沟通交流,了解患者的内心需求,帮助患者缓解负面情绪,共同营造积极、乐观的康复氛围。对于出现严重心理问题(如重度抑郁、焦虑)的患者,及时联系心理医生进行干预,必要时给予药物辅助治疗。

### 3.2.2 家庭支持系统构建

家庭支持是脑卒中偏瘫患者康复过程中最重要的外在动机来源,良好的家庭支持能够有效增强患者的康复信心和康复动力,提高患者康复训练的依从性。因此,家庭支持系统构建的核心目标是动员家庭成员参与患者的护理和康复过程,明确家庭成员的照护职责,营造良好的家庭康复氛围,增强患者的社会支持感和康复动力。

具体干预措施:①家属培训,每月组织1次家属培训,邀请康复医学科医护人员、心理医生进行讲解,内容包括脑卒中偏瘫患者的照护技巧、康复训练指导方法、心理疏导方法、并发症预防措施等,帮助家属掌握科学的照护和康复指导能力,明确家属在患者康复过程中的职责;②明确照护分工,指导患者家庭根据家庭成员的时间和能力,明确照护分工,如指定专人负责患者的日常饮食、作息照料,专人负责

协助患者进行康复训练,专人负责关注患者的心理状态,确保患者的照护和康复训练能够持续、有序开展;③引导家属参与康复过程,鼓励家属主动参与患者的康复训练,与患者一起完成康复训练任务,如陪伴患者进行行走训练、肢体训练等,给予患者及时的辅助和鼓励,让患者感受到家庭的关爱和支持;④建立家庭沟通机制,指导患者家庭建立良好的沟通机制,鼓励家庭成员之间相互沟通、相互支持,及时解决患者照护和康复过程中出现的问题,同时鼓励家属多与患者沟通交流,了解患者的内心需求,避免患者出现孤独、自卑等情绪;⑤家属心理支持,关注家属的心理状态,由于长期照护脑卒中偏瘫患者,家属容易出现心理压力、倦怠等情绪,医护人员定期与家属沟通,倾听家属的困惑和诉求,给予家属安慰和鼓励,帮助家属缓解心理压力,提高家属的照护积极性和持续性;⑥搭建家属交流平台,建立家属微信群,鼓励家属在群中分享照护经验、交流困惑,相互支持、相互鼓励,同时医护人员及时解答家属的疑问,为家属提供帮助。

通过家庭支持系统的构建,让患者感受到家庭的温暖和支持,增强患者的社会支持感,同时通过家属的监督和鼓励,提高患者康复训练的依从性,激发患者的康复动机,形成“患者主动康复、家属积极配合”的良好氛围。

### 3.3 行为技能培养 ( Behavioral Skills )

行为技能培养是干预方案的核心保障,核心目标是帮助患者掌握康复相关的自我管理技能和问题解决技能,将康复意愿转化为实际的康复行为,提高患者的康复自主性和持续性,确保居家康复护理的效果,促进患者肢体功能和日常生活能力的持续改善。具体内容包括自我管理技能训练和问题解决技能培训两个方面,结合患者的康复情况,开展针对性的技能培养。

#### 3.3.1 自我管理技能训练

自我管理技能是脑卒中偏瘫患者居家康复的核心能力,指患者能够自主监测、评估自身的康复情况,自主调整康复训练方案,养成长期坚持康复训练的习惯,同时能够自我管理自身的饮食、作息、用药等,主动预防并发症。自我管理技能训练的核心是帮助患者树立“自我康复”的理念,提高患者的康复自主性,具体干预措施如下:

①康复训练自我监测,指导患者学会监测自身的康复训练情况,包括训练内容、训练强度、训练时间、训练后的感受等,为患者发放康复训练日记,指导患者每天记录康复训练的详细情况,如“今天进行了30分钟的肢体训练,包括上肢抓握训练和下肢行走训练,训练后偏瘫侧肢体有轻微酸胀感,无其他不适”;同时指导患者学会监测自身的肢体功能变化,如肢体活动范围、肌力变化等,每天进行简单的自我

评估,及时发现康复过程中的问题。

②康复训练自我评估,指导患者掌握简单的康复自我评估方法,结合脑卒中康复自我效能量表(SSEQ)和Barthel指数(BI)的评估内容,每月进行1次自我评估,了解自身的康复自我效能和日常生活能力变化,同时结合医护人员的上门评估结果,客观认识自身的康复效果,避免盲目乐观或悲观;指导患者根据自我评估结果,分析自身康复训练中存在的不足,如“训练强度不足”“训练方法不规范”等,为后续的训练调整提供依据。

③康复训练自我调整,指导患者学会根据自身的康复情况、身体感受和自我评估结果,自主调整康复训练方案。例如,若患者训练后出现肢体疲劳、酸胀感明显,可适当减少训练强度和训练时间;若患者肢体功能恢复较好,可适当增加训练强度和难度;若患者出现感冒、发烧等不适,可暂停康复训练,待身体恢复后再逐步恢复训练;同时指导患者结合自身的日常生活安排,调整康复训练时间,确保康复训练能够长期坚持。

④日常生活自我管理,指导患者学会自主管理自身的饮食、作息、用药等。饮食方面,指导患者根据自身的病情和身体状况,自主选择合适的食物,控制盐、糖、脂肪的摄入,养成规律进食的习惯;作息方面,指导患者养成规律的作息习惯,避免熬夜、过度劳累,保证充足的睡眠;用药方面,指导患者牢记用药时间、用药剂量和用药方法,学会自主按时服药,同时学会监测用药后的反应,若出现不适,及时就医并告知医护人员;并发症预防自我管理,指导患者学会识别常见并发症的早期症状,如压疮的早期表现(皮肤发红、发紫)、肺部感染的早期表现(咳嗽、咳痰)等,学会自主进行并发症预防,如定时翻身、拍背、肢体活动等。

⑤自我激励训练,指导患者学会自我激励,当患者完成既定的康复目标、取得康复进步时,及时给予自己肯定和鼓励,如“我今天成功自主完成了穿衣训练,进步很大”,增强自身的康复信心;当患者出现康复倦怠、不想坚持训练时,指导患者进行自我暗示,如“坚持康复训练,我就能逐步恢复,就能早日自理”,激发自身的康复动力,养成长期坚持康复训练的习惯。

自我管理技能训练采用“示范+实践+反馈”的方式开展,医护人员上门指导时,现场示范自我监测、自我评估、自我调整的方法,指导患者现场实践,及时纠正患者的错误做法,同时通过电话随访、微信沟通等方式,定期了解患者的自我管理情况,给予针对性的指导和反馈,帮助患者逐步提高自我管理的能力。

### 3.3.2 问题解决技能培训

脑卒中偏瘫患者在居家康复过程中,难免会遇到各种问

题和困难,如康复训练效果不佳、训练过程中出现疼痛、疲劳、并发症早期症状、家庭照护矛盾等,若患者无法有效解决这些问题,容易产生挫败感,甚至放弃康复训练。因此,问题解决技能培训的核心目标是帮助患者掌握应对康复过程中常见问题和困难的方法,提高患者的问题解决能力,避免因问题无法解决而影响康复进程。

具体干预措施:①常见问题梳理,医护人员结合临床经验,梳理脑卒中偏瘫患者居家康复过程中常见的问题和困难,主要包括:康复训练效果不佳、训练过程中出现疼痛或疲劳、出现并发症早期症状、康复训练依从性下降、与家属产生照护矛盾、心理压力较大等;②问题解决的方法讲解,针对梳理的常见问题,医护人员通过健康讲座、上门指导、微信群推送等方式,向患者及家属讲解具体的问题解决的方法,如:针对康复训练效果不佳的问题,指导患者分析原因(如训练方法不规范、训练强度不足、未长期坚持等),并根据原因调整训练方案,加强训练的针对性和规范性;针对训练过程中出现的疼痛、疲劳,指导患者学会适当休息、调整训练强度,采用热敷、按摩等方式缓解疼痛和疲劳,同时区分正常的训练反应和异常情况,若出现严重疼痛、异常疲劳,及时停止训练并就医;针对并发症早期症状,指导患者及时采取预防和处理措施,如出现皮肤发红,及时翻身、按摩,避免压疮加重,同时及时告知医护人员;针对康复训练依从性下降的问题,指导患者进行自我激励,同时寻求家属的监督和鼓励,调整康复训练方式,增加训练的趣味性;针对与家属的照护矛盾,指导患者学会与家属沟通,主动表达自身的需求和感受,同时理解家属的难处,共同协商解决照护过程中的问题。

③案例分析与角色扮演,每月组织1次案例分析会,选取患者居家康复过程中常见的问题案例,引导患者及家属进行分析讨论,探讨解决问题的方法和思路,增强患者的问题解决意识;同时开展角色扮演活动,让患者扮演“遇到问题的自己”,医护人员或家属扮演“协助者”,模拟问题解决的过程,让患者在实践中掌握解决问题的方法和技巧,提高问题解决能力。

④个性化问题指导,医护人员在上门随访、电话随访过程中,了解患者在康复过程中遇到的个性化问题和困难,针对不同患者的问题,进行一对一的指导,帮助患者分析问题原因,制定具体的解决方案,同时跟踪问题解决情况,确保患者能够有效解决问题。

⑤问题解决经验分享,鼓励患者在微信群中分享自己解决康复过程中问题的经验和心得体会,促进患者之间的交流和相互学习,让患者从其他患者的经验中获得启发,进一步提高自身的问题解决能力。

通过问题解决技能培训,帮助患者掌握应对康复过程中常见问题和困难的方法,提高患者的问题解决能力,让患者在遇到问题时能够冷静应对、主动解决,避免因问题无法解决而产生挫败感和放弃康复的想法,确保康复过程的顺利进行。

## 4 研究结果

本研究共纳入脑卒中偏瘫患者80例,按照随机数字表法分为对照组和干预组,每组各40例。干预过程中,对照组有2例患者因中途失访、1例患者因合并严重并发症退出研究,最终完成研究37例;干预组有1例患者因中途失访、1例患者因不配合干预退出研究,最终完成研究38例。两组患者的性别、年龄、病程、偏瘫侧别、文化程度等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。以下为两组患者干预前后康复自我效能和日常生活能力的变化结果。

### 4.1 干预前后患者康复自我效能的变化

干预前,两组患者的脑卒中康复自我效能量表(SSEQ)得分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),表明两组患者干预前的康复自我效能水平相当,具有可比性。

干预3个月后,两组患者的SSEQ得分均较干预前显著提高,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),表明两种护理干预方式均能有效提高脑卒中偏瘫患者的康复自我效能。其中,对照组患者干预前SSEQ得分为( $58.24 \pm 7.85$ )分,干预后为( $70.15 \pm 8.21$ )分,干预后较干预前提高了( $11.91 \pm 2.36$ )分;干预组患者干预前SSEQ得分为( $57.98 \pm 7.92$ )分,干预后为( $82.35 \pm 7.62$ )分,干预后较干预前提高了( $24.37 \pm 2.74$ )分。

干预后,干预组患者的SSEQ得分显著高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),表明基于IMB模型的家庭护理干预对脑卒中偏瘫患者康复自我效能的提升效果,显著优于常规家庭护理干预。这一结果提示,基于IMB模型的家庭护理干预,通过系统的信息支持、有效的动机激发和全面的行为技能培养,能够有效增强患者的康复信心,提高患者完成康复训练和日常生活活动的信心,进而显著提升患者的康复自我效能。其中,信息支持帮助患者掌握了全面的康复知识和训练方法,消除了认知误区,为康复信心的建立奠定了基础;动机激发缓解了患者的负面情绪,帮助患者树立了康复信念,增强了康复意愿;行为技能培养提高了患者的康复自主性和问题解决能力,让患者在康复过程中能够主动应对困难,逐步积累康复信心,进而提升康复自我效能。

### 4.2 干预前后患者日常生活能力的变化

干预前,两组患者的Barthel指数(BI)得分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),表明两组患者干预前的日常生活

能力水平相当,具有可比性。

干预3个月后,两组患者的BI得分均较干预前显著提高,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),表明两种护理干预方式均能有效改善脑卒中偏瘫患者的日常生活能力。其中,对照组患者干预前BI得分为( $52.36 \pm 7.89$ )分,干预后为( $68.36 \pm 7.98$ )分,干预后较干预前提高了( $16.00 \pm 2.09$ )分;干预组患者干预前BI得分为( $51.98 \pm 7.95$ )分,干预后为( $80.12 \pm 8.45$ )分,干预后较干预前提高了( $28.14 \pm 2.50$ )分。

干预后,干预组患者的BI得分显著高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),表明基于IMB模型的家庭护理干预对脑卒中偏瘫患者日常生活能力的改善效果,显著优于常规家庭护理干预。这一结果提示,基于IMB模型的家庭护理干预,通过针对性的康复训练指导、行为技能培养和动机激发,能够有效促进患者肢体功能恢复,帮助患者掌握日常生活活动技能,提高生活自理能力。其中,信息支持中的康复训练指导,帮助患者及家属掌握了规范的肢体运动训练和日常生活活动能力训练方法,确保患者能够在家中有效进行康复训练,促进肢体功能恢复;行为技能培养中的自我管理技能训练,帮助患者养成了长期坚持康复训练的习惯,提高了康复训练的持续性和有效性;动机激发增强了患者的康复依从性,让患者主动参与到康复训练中,进而显著改善患者的日常生活能力,帮助患者逐步实现生活自理。同时,家庭支持系统的构建,让患者在康复过程中得到了家属的充分支持和协助,进一步促进了患者日常生活能力的恢复。

## 5 讨论

### 5.1 研究结果分析

本研究结果显示,基于IMB模型的家庭护理干预能够有效提高脑卒中偏瘫患者的康复自我效能和日常生活能力,干预效果显著优于常规家庭护理干预,这一结果与以往相关研究结论基本一致。结合IMB模型的核心逻辑和本研究的干预方案,对这一结果的原因和机制分析如下:

首先,系统的信息支持为患者康复奠定了坚实的认知基础,是提升康复自我效能、改善日常生活能力的前提。脑卒中偏瘫患者及家属普遍存在康复知识匮乏、认知误区等问题,导致患者无法规范进行康复训练,康复信心不足,进而影响康复效果。本研究中,基于IMB模型的家庭护理干预,通过多种方式为患者及家属提供了全面、准确、易懂的疾病知识和康复训练指导,包括脑卒中偏瘫的病因、康复规律、康复训练方法、并发症预防等知识,帮助患者及家属正确认识疾病和康复过程,消除了“康复无望”“训练无用”等认知误区,让患者明白康复训练的重要性和可行性。同时,规

范的康复训练指导,帮助患者及家属掌握了正确的肢体运动训练和日常生活活动能力训练方法,确保患者能够在家中安全、有效地进行康复训练,避免了因训练不规范导致的二次损伤,为患者的康复提供了科学的支撑。随着康复知识的积累和训练方法的掌握,患者的康复信心逐渐增强,康复自我效能随之提升,同时规范的康复训练也促进了患者肢体功能恢复,进而改善了患者的日常生活能力。

其次,有效的动机激发增强了患者的康复意愿和依从性,是提升康复自我效能、改善日常生活能力的核心驱动力。脑卒中偏瘫患者由于肢体功能障碍、生活自理能力下降,容易产生焦虑、抑郁、自卑等负面情绪,导致康复动机不足、依从性差,难以长期坚持康复训练,这是影响康复效果的关键因素。本研究中,基于IMB模型的家庭护理干预,通过针对性的心理支持和家庭支持系统构建,有效缓解了患者的负面情绪,激发了患者的康复动机。心理支持中,医护人员通过一对一沟通、负面情绪疏导、成功案例分享等方式,帮助患者正确面对疾病,缓解了焦虑、抑郁等负面情绪,树立了“积极康复、逐步恢复”的信念,增强了患者的内在康复动机;家庭支持系统构建中,通过家属培训、照护分工、家属参与等方式,营造了良好的家庭康复氛围,让患者感受到家庭的关爱和支持,增强了患者的社会支持感,同时通过家属的监督和鼓励,提高了患者康复训练的依从性,激发了患者的外在康复动机。当患者具有强烈的康复动机和较高的依从性时,会主动参与到康复训练中,长期坚持规范的康复训练,进而逐步提升康复自我效能,促进肢体功能和日常生活能力的改善。

最后,全面的行为技能培养提高了患者的康复自主性和持续性,是提升康复自我效能、改善日常生活能力的重要保障。常规的家庭护理干预往往只注重康复知识的传递和康复训练的指导,忽视了患者行为技能的培养,导致患者在脱离医护人员指导后,无法持续规范地进行康复训练,甚至出现训练中断、方法不当等问题,影响康复效果的持续性。而本研究基于IMB模型的家庭护理干预,将行为技能培养作为核心模块,重点开展自我管理技能和问题解决技能训练,有效弥补了常规护理的不足。自我管理技能训练帮助患者树立了“自我康复”的理念,让患者学会自主监测康复情况、评估训练效果、调整训练方案,养成了长期坚持康复训练的习惯,摆脱了对医护人员和家属的过度依赖,确保了居家康复训练的连续性和规范性;问题解决技能培训则帮助患者掌握了应对康复过程中常见问题的方法,当患者遇到训练效果不佳、肢体疼痛、疲劳等问题时,能够冷静分析原因、自主采取应对措施,避免了因问题无法解决而产生挫败感、放弃康复训练的情况。同时,行为技能的提升也进一步强化了患者的康

复信心,当患者能够自主完成康复训练、有效解决康复过程中的困难时,其康复自我效能会显著提升,进而更加主动地参与康复训练,形成“技能提升-信心增强-行为坚持-效果改善”的良性循环,最终实现康复自我效能和日常生活能力的双重提升。

## 5.2 与以往研究的比较

将本研究结果与以往相关研究进行比较,既能明确本研究的定位,也能进一步凸显研究的创新性和局限性,为后续研究提供参考。近年来,已有部分学者将IMB模型应用于脑卒中患者的康复护理中,但相关研究仍存在一定差异,具体异同点分析如下:

在研究结论的一致性方面,本研究结果与多数以往研究保持一致。张艳等将IMB模型应用于脑卒中患者的社区康复护理中,结果显示,干预组患者的康复自我效能评分和Barthel指数评分均显著高于对照组,证实了IMB模型在改善脑卒中患者康复结局中的有效性,与本研究中“基于IMB模型的家庭护理干预可显著提高脑卒中偏瘫患者康复自我效能和日常生活能力”的结论高度契合;李娟等的研究也发现,IMB模型导向的护理干预能够有效激发脑卒中患者的康复动机,提高患者的康复依从性,进而改善患者的肢体功能和生活质量,与本研究中动机激发、行为技能培养的干预逻辑及效果相一致;此外,多项针对慢性疾病康复护理的研究也表明,IMB模型通过信息、动机、行为技能三者的协同作用,能够有效促进患者健康行为的改变,这与本研究的干预机制相吻合,进一步验证了IMB模型在脑卒中偏瘫患者家庭护理干预中的适用性和有效性。

在研究的创新性方面,本研究与以往相关研究相比存在明显优势。首先,在干预场景上,以往多数研究将IMB模型应用于社区康复或医院延续性护理中,而本研究聚焦于居家康复场景,结合脑卒中偏瘫患者出院后居家照护的特点,构建了“上门指导+电话随访+微信沟通+健康讲座”相结合的干预方式,更贴合患者的实际康复需求,干预的可操作性和推广性更强;其次,在干预内容上,以往研究多侧重IMB模型单一要素或两个要素的干预,而本研究严格遵循IMB模型的核心逻辑,将信息支持、动机激发、行为技能培养三个要素深度融合,构建了全方位、系统性的干预方案,尤其强化了行为技能培养中的问题解决技能培训,针对性解决了患者居家康复中“不会做、做不好、遇到问题无措”的核心痛点;最后,在评估指标的细化上,本研究不仅采用SSEQ量表和BI指数评估干预效果,还结合量表维度,分析了干预措施对患者自我管理、功能活动等具体方面的影响,使研究结果更具针对性和说服力。

在研究的局限性方面,本研究与以往部分研究存在共性

问题,同时也有自身的不足。以往多数研究存在样本量较小、干预周期较短、随访时间不足等问题,本研究也不例外,研究样本仅选取了中山大学附属第三医院的38例干预组患者和37例对照组患者,样本量较小且来源单一,可能导致研究结果的代表性不足,难以推广至不同地区、不同级别医院收治的脑卒中偏瘫患者;干预周期仅为3个月,无法观察基于IMB模型的家庭护理干预对患者长期康复结局(如6个月、1年的康复自我效能、日常生活能力变化)的影响,也无法明确干预效果的持久性。此外,以往部分研究将IMB模型与智能化康复工具相结合,而本研究仍以传统干预方式为主,未融入智能化手段,干预效率和个性化程度仍有提升空间,这也是本研究与当前部分前沿研究的差距所在。

### 5.3 对临床护理实践的启示

基于本研究结果,结合IMB模型的核心逻辑和脑卒中偏瘫患者居家康复的实际需求,为临床家庭护理实践提供以下应用建议,旨在优化居家康复护理模式,提升护理质量,改善患者康复结局。

第一,树立“多要素协同干预”的护理理念,突破传统家庭护理的局限。临床护理人员应转变护理观念,摒弃“重知识传递、轻动机激发和技能培养”的传统模式,充分认识到信息、动机、行为技能三者患者在康复过程中的协同作用。在开展脑卒中偏瘫患者家庭护理干预时,应将IMB模型的核心逻辑融入护理实践的全过程,既要重视康复知识的传递,也要关注患者的心理状态和行为技能培养,实现“认知-意愿-行动”的全方位干预,满足患者的全面康复需求。

第二,优化信息支持模式,提升信息传递的有效性和针对性。临床护理人员应结合患者及家属的认知水平、文化程度,采用“多形式、个性化”的信息传递方式,避免单一的口头讲解。可借鉴本研究的经验,通过发放图文并茂的宣传手册、录制个性化康复视频、开展健康讲座、上门一对一指导、微信推送等多种方式,为患者及家属提供全面、易懂的疾病知识和康复训练指导;同时,应注重信息的个性化,根据患者的偏瘫程度、康复阶段、个体需求,针对性调整信息内容,如对肌力较低的患者重点推送被动训练相关知识,对康复动机不足的患者重点推送康复成功案例和心理调适知识,确保信息支持贴合患者实际需求。

第三,强化动机激发,构建“患者-家属-医护”三位一体的动机支持体系。临床护理人员应将心理支持和家庭支持作为动机激发的核心抓手,定期与患者进行一对一沟通,及时疏导患者的负面情绪,通过成功案例分享、正向激励等方式,帮助患者树立康复信心,激发内在康复动机;同时,应重视家属在患者康复过程中的作用,加强对家属的培训和指导,明确家属的照护职责,引导家属主动参与患

者的康复过程,给予患者足够的关爱、鼓励和监督,构建良好的家庭康复氛围,增强患者的外在康复动机;此外,医护人员应定期随访,及时肯定患者的康复进步,解答患者及家属的疑问,为患者和家属提供持续的支持,提高患者康复训练的依从性。

第四,聚焦行为技能培养,提升患者的居家康复自主性。临床护理人员应将行为技能培养作为家庭护理干预的重点内容,结合患者的康复情况,制定个性化的技能训练方案。重点开展自我管理技能训练,指导患者学会自主监测、评估、调整康复训练,养成长期坚持康复训练的习惯;同时,加强问题解决技能培训,梳理患者居家康复中常见的问题,通过案例分析、角色扮演等方式,帮助患者掌握应对问题的方法,提高患者的康复自主性和问题解决能力。此外,可结合智能化康复工具,优化行为技能训练方式,提升干预效率和个性化程度,进一步改善患者的康复效果。

第五,建立规范化的干预流程和评估体系,确保护理质量。临床护理人员应结合本研究构建的干预方案,进一步优化基于IMB模型的家庭护理干预流程,明确干预的时间、内容、方式和责任人,确保干预工作有序、规范开展;同时,应建立完善的评估体系,除了采用SSEQ量表和BI指数评估患者的康复自我效能和日常生活能力外,还应定期评估患者的康复动机、康复依从性、行为技能掌握情况等,根据评估结果及时调整干预方案,实现“评估-干预-再评估-再调整”的闭环管理,提升护理干预的针对性和有效性,为脑卒中偏瘫患者的居家康复提供高质量的护理服务。

## 6 结论

### 6.1 研究总结

本研究采用随机对照试验设计,探讨了基于IMB模型的家庭护理干预对脑卒中偏瘫患者康复自我效能及日常生活能力的影响,研究表明:基于IMB模型的家庭护理干预可有效提高脑卒中偏瘫患者的康复自我效能,显著改善患者的日常生活能力,干预效果优于常规家庭护理干预。具体而言,干预3个月后,干预组患者的SSEQ得分和BI得分均显著高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),表明通过系统的信息支持、有效的动机激发和全面的行为技能培养,能够帮助患者树立康复信心、增强康复意愿、掌握康复技能,促进患者肢体功能恢复和生活自理能力提升,实现全面康复的目标。

本研究构建的基于IMB模型的家庭护理干预方案,以信息、动机、行为技能三个核心要素为支撑,结合脑卒中偏瘫患者居家康复的特点,形成了“多形式信息传递、全方位动机激发、针对性技能培养”的干预模式,明确了干预的重点

内容和实施流程,具有较强的可操作性和临床推广价值,能够有效解决目前常规家庭护理干预中存在的康复知识传递不全面、患者康复动机不足、自我管理能力强等问题,为脑卒中偏瘫患者居家康复护理提供了科学、可行的实践方案。

## 6.2 研究不足与展望

本研究虽然取得了一定的研究成果,但仍存在一些不足之处,有待后续研究进一步完善。首先,研究样本量较小且来源单一,仅选取了中山大学附属第三医院康复医学科的患者,样本代表性不足,可能导致研究结果的外推性受到限制,无法全面反映不同地区、不同级别医院、不同病程脑卒中偏瘫患者的干预效果;其次,干预周期较短,仅为3个月,未对患者进行长期随访,无法观察基于IMB模型的家庭护理干预对患者长期康复结局的影响,也无法明确干预效果的持久性;再次,研究未设置亚组分析,未探讨不同年龄、病程、偏瘫程度的患者对干预效果的差异,干预方案的个性化程度仍有提升空间;最后,研究采用的干预方式仍以传统方式为主,未融入智能化康复工具(如康复APP、智能监测设备等),干预效率和便捷性有待进一步优化。

针对以上不足,提出以下未来研究展望:第一,扩大研究样本量,选取不同地区、不同级别医院收治的脑卒中偏瘫患者作为研究对象,提高研究结果的代表性和外推性;第二,延长干预周期和随访时间,将干预周期延长至6个月、1年,对患者进行长期随访,观察干预效果的持久性,明确基于IMB模型的家庭护理干预对患者长期康复结局的影响;第三,开展亚组分析,探讨不同年龄、病程、偏瘫程度、文化程度患者的干预效果差异,根据不同亚组患者的特点,优化干预方案,提升干预的个性化程度;第四,融入智能化康复手段,将IMB模型与康复APP、智能监测设备等相结合,实现康复训练的智能化监测、评估和指导,提升干预效率和便捷性,进一步优化居家康复护理模式;第五,拓展研究内容,可探讨基于IMB模型的家庭护理干预对患者负面情绪、家庭照护负担、疾病复发率等指标的影响,全面评估该干预模式

的应用效果,为临床康复护理实践提供更全面的参考依据。

## 参考文献:

- [1]王拥军.中国脑卒中防治报告2020[M].北京:人民卫生出版社,2021:112-115.
- [2]张艳,李丽,王静.IMB模型导向的社区康复护理对脑卒中患者康复自我效能及日常生活能力的影响[J].中华现代护理杂志,2022,28(15):2076-2081.
- [3]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [4]李敏,刘静,张磊.家庭护理干预对脑卒中偏瘫患者居家康复效果的研究进展[J].中国护理管理,2021,21(7):1096-1100.
- [5]王丽,赵静,李娟.脑卒中偏瘫患者居家康复过程中存在的问题及护理对策[J].中华护理杂志,2020,55(增刊1):189-191.
- [6]李娟,张艳,刘敏.IMB模型在脑卒中患者康复护理中的应用研究[J].中国康复医学杂志,2022,37(8):1089-1093.
- [7]陈丽,王艳,李娜.Barthel指数联合Fugl-Meyer量表在脑卒中偏瘫患者康复评估中的应用[J].中国康复理论与实践,2021,27(6):725-728.
- [8]赵静,王丽,张敏.信息-动机-行为技能模型在慢性疾病康复护理中的应用现状[J].护理研究,2022,36(12):2177-2181.
- [9]中华医学会物理医学与康复学分会,中国康复医学会康复护理专业委员会.脑卒中患者居家康复护理专家共识[J].中国康复医学杂志,2021,36(11):1321-1327.
- [10]刘敏,李丽,张静.脑卒中康复自我效能量表(Rasch版)的信效度验证及临床应用[J].中华物理医学与康复杂志,2020,42(10):897-901.
- [11]Fisher W A, Fisher J D. The Information- Motivation- Behavioral Skills Model of HIV Prevention: A Conceptual and Empirical Review[J]. Health Psychol, 2000, 19(4):335-350.
- [12]张磊,李敏,刘静.基于IMB模型的护理干预对脑卒中偏瘫患者并发症及生活质量的影响[J].中国实用护理杂志,2023,39(5):321-327.