

基于跨理论模型的康复护理对慢性心力衰竭患者运动耐力的影响研究

丁晓艳 李春雨 王 茹*
宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750001

摘要:目的: 探讨基于跨理论模型的康复护理对慢性心力衰竭患者运动耐力的影响效果。方法: 选取2023年1月至2025年6月期间收治的110例慢性心力衰竭患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各55例。对照组给予常规康复护理干预, 观察组在常规护理基础上实施基于跨理论模型的康复护理干预。比较两组患者的运动耐力指标、生活质量评分及自我管理能力。结果: 干预后观察组患者的各项指标均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 基于跨理论模型的康复护理能够有效改善慢性心力衰竭患者的运动耐力, 提高生活质量及自我管理水平。

关键词: 跨理论模型; 康复护理; 慢性心力衰竭; 运动耐力

慢性心力衰竭是心血管疾病的终末阶段, 发病率逐年上升, 严重影响患者的生活质量和生存期。运动耐力下降是慢性心力衰竭患者的主要临床表现之一, 直接影响患者的日常活动能力和生活质量^[1]。传统的康复护理模式往往缺乏系统性和个体化特点, 难以充分调动患者的主观能动性。跨理论模型作为一种行为改变理论框架, 强调个体行为改变的阶段性特征, 为慢性心力衰竭患者的康复护理提供了新的思路^[2]。本研究旨在探讨基于跨理论模型的康复护理对慢性心力衰竭患者运动耐力的改善效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2025年6月期间在我院心血管内科住院治疗的110例慢性心力衰竭患者。采用随机数字表法分为观察组和对照组各55例。观察组中男性31例, 女性24例; 年龄45-72岁, 平均年龄(58.4±7.2)岁; 病程6-24个月, 平均病程(14.6±4.8)个月。对照组中男性33例, 女性22例; 年龄43-74岁, 平均年龄(59.1±6.8)岁; 病程7-26个月。两组一般资料比较 ($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: 符合慢性心力衰竭诊断标准; 心功能分级为NYHAI-III级。排除标准: 合并严重心律失常或急性心肌梗死; 合并恶性肿瘤; 存在认知功能障碍。本研究经医院伦理委员会审核批准, 所有参与研究的患者均签署知情同意书^[3]。

1.2 干预方法

作者简介: 王茹, 1986年9月, 女, 汉族, 宁夏银川, 学历本科, 研究方向: 心血管慢病、心脏重症护理, 邮箱: 1481052190@qq.com

对照组给予常规康复护理干预: (1) 健康教育: 向患者讲解慢性心力衰竭的基本知识、用药注意事项及生活指导; (2) 运动指导: 根据患者心功能状况制定个体化运动方案, 以低强度有氧运动为主; (3) 心理支持: 关注患者心理状态, 及时进行心理疏导; (4) 定期随访: 出院后每月电话随访一次, 了解患者病情变化。

观察组在常规护理基础上实施基于跨理论模型的康复护理干预: (1) 前意向阶段干预: 针对尚未意识到运动重要性的患者, 通过多元化健康宣教、同伴交流分享等方式提高其对运动康复的认识, 激发其内在改变意愿。护士需运用通俗易懂的语言详细讲解运动对心功能改善的生理机制, 包括增强心肌收缩力、改善冠脉循环、降低心脏负荷等作用原理。通过多媒体设备播放康复成功案例视频, 展示同龄患者的康复历程, 增强患者信心和期望值。同时邀请康复良好的病友进行经验分享, 营造积极向上的康复氛围。(2) 意向阶段干预: 对已有运动意愿但未开始实际行动的患者, 采用动机访谈技术帮助其深入探索运动的价值和意义。协助患者制定个性化、可操作的具体运动计划, 设定SMART原则下的短期(如一周内步行15分钟)和长期目标(如一月内心肺功能指标改善)。与患者共同讨论运动的具体时间安排、适宜场所选择、运动方式偏好等关键细节问题, 通过开放式提问识别并消除其潜在顾虑和障碍因素。(3) 准备阶段干预: 全面协助患者做好运动前的各项准备工作, 包括指导选择舒适透气的运动服装、防滑性能良好的运动鞋等合适装备。实地考察并确定安全可靠的运动环境, 排除跌倒、交通等安全隐患^[4]。通过示范教学和反复练习帮助患者掌握正确的运动技巧和呼吸方法, 确保

动作规范性。同时建立多元化支持网络,鼓励配偶、子女等家庭成员积极参与监督和支持,形成良好的家庭康复氛围。(4)行动阶段干预:严格按照既定个性化运动处方指导患者进行渐进式运动训练,从低强度有氧运动开始逐步递增。密切监测运动过程中心率、血压、血氧饱和度等关键生命体征变化,观察是否出现胸闷、气促等不适症状。根据患者耐受程度和反应情况,及时调整运动强度、持续时间和频率,确保运动的安全性和有效性达到最佳平衡。建立运动日记记录制度,追踪每日运动完成情况。(5)维持阶段干预:运用行为改变理论帮助患者建立长期坚持运动的可持续习惯模式,通过积分奖励、康复之星评选等激励机制维持其运动动机。组织患者间建立同伴互助小组,定期开展经验交流活动,相互鼓励坚持锻炼。建立定期随访制度,通过门诊复查、电话回访等方式评估运动效果和心功能改善情况,根据评估结果及时调整治疗方案和运动处方,确保健康新生活方式的长期维持。

1.3 观察指标

(1)运动耐力指标:采用6分钟步行试验评估患者的运动耐力水平,记录患者在6分钟内能够行走的最大距离。(2)生活质量评分:采用明尼苏达心力衰竭生活质量量表(MLHFQ)评估患者的生活质量,总分范围0-105分,分数越高表示生活质量越差。(3)自我管理能力:采用心力衰竭自我管理量表评估患者的自我管理能力,总分范围10-40分,分数越高表示自我管理能力越好。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据,计数(由百分率(%)进行表示)、计量(与正态分布相符,由均数±标准差表示)资料分别行 χ^2 、*t*检验; $P < 0.05$,则差异显著。

2 结果

2.1 两组患者运动耐力指标比较

干预后,观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 运动耐力指标比较($\bar{x} \pm s, m$)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后
观察组	55	312.4±35.6	428.7±41.2
对照组	55	315.8±33.9	365.2±38.7
<i>t</i> 值		0.486	8.257
<i>P</i> 值		0.628	0.000

2.2 两组患者生活质量评分比较

干预后,观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 生活质量评分比较($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后
观察组	55	58.3±8.7	32.6±6.4

续表:

组别	<i>n</i>	干预前	干预后
对照组	55	57.9±9.1	48.2±7.8
<i>t</i> 值		0.235	11.164
<i>P</i> 值		0.815	0.000

2.3 两组患者自我管理能力的比较

干预后,观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 自我管理能力的比较($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后
观察组	55	22.4±4.2	34.7±3.8
对照组	55	22.1±4.5	27.3±4.1
<i>t</i> 值		0.362	9.547
<i>P</i> 值		0.718	0.000

3 讨论

随着人口老龄化和心血管疾病发病率增加,慢性心力衰竭患病率上升,成为全球性健康问题。该病影响患者生理功能、心理状态和社会适应能力。运动耐力下降是其核心症状,表现为活动后气促、乏力等,影响患者日常生活。大量证据显示,规律运动训练可改善心肌重构,增强心肌收缩力,提高氧利用效率,改善患者运动耐力和生活质量。但临床中,许多患者因担忧运动安全、缺乏指导或动力不足,难以坚持运动训练。跨理论模型是Prochaska和DiClemente提出的行为改变理论,认为个体行为改变是渐进过程,包括前意向、意向、准备、行动和维持五个阶段,各阶段有特定特征,需采取相应干预策略促进行为改变。

在慢性心力衰竭患者的康复护理中应用跨理论模型,能够更好地理解患者在运动康复过程中的心理变化和行为习惯,从而提供更加精准和个性化的护理干预。传统的康复护理往往采用“一刀切”的方式,忽视了患者个体差异和行为改变的阶段性特征,导致干预效果不佳。而基于跨理论模型的护理干预能够根据患者所处的不同阶段,采用相应的沟通技巧和干预措施,逐步引导患者建立积极的运动行为。在前意向阶段,患者通常对运动康复的重要性认识不足,可能存在恐惧或抵触情绪。此时护理人员需要通过多种形式的健康教育,帮助患者认识到运动对心功能改善的重要作用,激发其改变动机。在意向阶段,患者虽然认识到运动的重要性,但尚未付诸行动。护理人员应协助患者分析运动的利弊,帮助其克服心理障碍,建立运动意愿。在准备阶段,重点是制定具体的运动计划,包括运动类型、强度、时间和频次等,并做好相关的准备工作。行动阶段是行为改变的关键时期,需要护理人员密切监测患者的运动过

程,及时调整运动方案,确保运动的安全性和有效性^[5]。维持阶段的目标是帮助患者建立长期坚持运动的习惯,预防复发。这一阶段需要建立持续的支持系统,包括家庭支持、同伴支持和专业指导等。

从运动耐力改善的角度来看,6分钟步行试验是评估慢性心力衰竭患者运动耐力的经典方法,具有良好的重复性和可靠性。本研究结果显示,观察组患者干预后的6分钟步行距离显著长于对照组($P < 0.05$),这表明基于跨理论模型的康复护理确实能够有效改善患者的运动能力。这种改善可能与以下几个方面有关:首先,跨理论模型强调个体化的行为改变策略,能够更好地激发患者的内在动机。基于跨理论模型的护理干预能够识别患者所处的行为改变阶段,采用相应的激励策略,从而更有效地调动患者的主观能动性。其次,该护理模式注重建立完善的支持体系。在运动康复过程中,患者往往会遇到各种困难和挫折,容易产生放弃的念头。跨理论模型强调社会支持的重要性,通过家庭成员、医护人员、病友群体等多方面的支持,为患者提供持续的动力源泉。再次,该模式重视技能培养和知识传授的结合。患者不仅需要掌握正确的运动方法,还需要了解运动的安全要点和注意事项。基于跨理论模型的护理干预通过系统的健康教育,提高了患者对疾病和运动康复的认知水平,增强了其自我管理的信心^[6]。从生活质量改善的角度分析,本研究中观察组患者的生活质量评分显著低于对照组($P < 0.05$),说明跨理论模型护理干预在改善患者整体健康状况方面发挥了积极作用。生活质量的改善主要体现在身体功能的提升、心理状态的改善以及社会功能的恢复等方面。运动能力的提高直接改善了患者的日常生活能力,减少了因活动受限带来的困扰。同时,成功的运动体验能够增强患者的自信心,缓解焦虑抑郁等负面情绪。此外,积极参与运动康复的患者往往能够获得更多的社会支持,改善人际关系,从而全面提升生活质量。自我管理能力的提升是本研究的另一个重要发现。慢性心力衰竭是一种需要长期管理的慢性疾病,患者的自我管理能力的提升直接影响治疗效果和预后。观察组患者干预后的自我管理能力的评分显著高于对照组($P < 0.05$),

说明基于跨理论模型的护理干预能够有效提升患者的自我管理水平的提升主要体现在疾病知识的掌握、症状监测的准确性、用药依从性的提高以及生活方式的改善等方面。跨理论模型通过分阶段的行为干预,帮助患者逐步建立健康的行为模式,形成良好的自我管理习惯。这种能力的提升不仅有利于当前病情的控制,也为长期的疾病管理奠定了基础。跨理论模型护理干预的优势在于其系统性和科学性。该模型基于行为改变的科学理论,具有坚实的理论基础。同时,该模型强调个体差异,能够针对不同患者的特点制定个性化的干预方案。

综上所述,基于跨理论模型的康复护理能够有效改善慢性心力衰竭患者的运动耐力,提高生活质量,增强自我管理能力的提升。该护理模式通过分阶段的行为干预,充分调动患者的主观能动性,建立了完整的支持体系,实现了个体化、系统化的护理服务。

参考文献

- [1]张晨,冯文化,周宇.基于跨理论模型的康复护理在慢性心力衰竭患者中的应用效果[J].中国民康医学,2025,37(16):169-172.
- [2]侯倩茹,王倩,陆妍.基于CICARE沟通模式的综合康复护理在慢性心力衰竭患者中的应用价值[J].河北医药,2025,47(5):869-872,876.
- [3]赵明明.协同康复护理联合运动平板训练对慢性心力衰竭患者运动耐力及生活质量的影响[J].反射疗法与康复医学,2025,6(7):74-77.
- [4]兰云霞,易梦思,王晓明,等.基于恐惧-回避模型的康复护理方案在老年慢性心力衰竭患者中的应用[J].护理学杂志,2024,39(11):96-100.
- [5]田雪艳,孟祥旭.自我效能辅助运动康复护理在慢性心力衰竭患者中的应用效果[J].中国民康医学,2025,37(13):166-169.
- [6]申允玲.基于代谢当量的康复护理干预在老年慢性心力衰竭患者中的效果分析[J].航空航天医学杂志,2025,36(3):340-343.