

基于 IKAP 理论的心脏康复护理模式对慢性心力衰竭患者 生活质量及睡眠质量的影响

张峥梅 李春兰 (通讯作者) 潘召倩

中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院 山东 济南 250031

【摘要】：IKAP 理论是以知信行理论为基础的健康行为核心理论，将行为过程划分为信息、知识、信念、行为四个连续、动态且相互转化的步骤^[1]。该理论已广泛应用于多种疾病的健康教育，效果良好^[2]。研究表明，基于 IKAP 理论的健康教育有助于提升患者的疾病认知水平与自我效能，改善生活质量^[3]。慢性心力衰竭患者的生活质量普遍低于正常人群及其他慢病患者^[4]。据研究，慢性心力衰竭患者中睡眠障碍的发生率非常高，临床中约达 70%左右^[5]。而常规心脏康复护理模式缺乏具体化、程序化和目标化，患者处于被动状态，积极性、自我管理能力及依从性均较差。目前，IKAP 理论在心脏康复领域的应用研究尚缺乏。本研究旨在探讨基于 IKAP 理论的心脏康复模式对慢性心力衰竭患者生活质量及睡眠质量的影响，为临床实践提供参考。

【关键词】：心力衰竭；心脏康复；IKAP 理论；健康教育；护理模式

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.059

1 研究方案

1.1 研究对象

采用随机分组法，选取在我院心血管内科住院的 80 例慢性心衰患者作为试验组及对照组（各 40 例）。

纳入标准：符合心力衰竭诊断标准；18 岁≤年龄≤80 岁；心功能 II~III 级；会使用微信。

排除标准：存在严重肝、肾功能并发症；合并严重冠心病及心律失常、高血压、主动脉瓣重度狭窄等疾病；存在心内血栓或合并下肢静脉血栓；下肢残疾或生活无法自理；存在精神类障碍。

本研究已获得医院医学伦理委员会批准（KYLL-202107-031）。患者一般情况见表 1，组间无差异。

2 研究方法

2.1 对照组

对照组接受常规心脏康复护理：入院评估、健康教育（心衰危险因素、治疗用药、运动饮食、心理护理及康复五大处方）及院内康复指导；出院时嘱患者坚持康复，并于第 1、3 个月门诊复诊。

2.2 试验组

(1) 组建团队组建心脏康复干预团队，共 8 人：副主任医师（1 名）负责病情评估与运动方案制定；副主任护师（2 名）负责模式修订、研究推进与人员分工；主管护师（2 名）负责方案实施、随访与反馈；心理咨询师（2 名）提供心理指导；护理研究生（1 名）负责问卷发放、回收与数据统计。

(2) 构建模式以 IKAP 理论（信息-知识-信念-行为）为框架，通过文献回顾初步构建护理模式。经两轮德尔菲专家函询及 10 例预试验完善后，最终形成心力衰竭患者心脏康复护理方案。见表 2

(3) 实施方案入院评估：采用问卷评估患者一般资料、生活质量及睡眠状况；心理咨询师进行一对一访谈，了解认知与心理状态，并给予指导。院内干预：责任护士基于 IKAP 理论评估知识盲区，讲解病因、症状管理、用药、饮食、液体限制及活动内容；依据 FITT-VP 原则制定个性化清单式康复管理表单。出院随访：责任护士进行 3 次电话随访，指导康复措施落实，并嘱患者于出院后第 1、3 个月门诊复诊。

3 评价指标

(1) 生活质量。采用健康调查简表（SF-36）评估。该量表包含 9 个维度、36 个条目，各维度 0~100 分，总分取平均分，得分越高表明生活质量越好。

(2) 睡眠质量。采用匹兹堡睡眠质量量表（PSQI）评估。该量表包含 23 个条目、7 个维度，总分 21 分，得分越高表示睡眠质量越差。

4 资料收集方法

所有资料收集人员均经统一培训考核。研究前，向患者说明目的并签署知情同意书。干预前，在安静环境中使用统一指导语，指导患者填写一般资料问卷、SF-36 及 PSQI。采用单盲设计，由不了解分组者收集资料以减少偏倚。患者出院 3 个月复查时再次测评；无法到院者电话随访完成。问卷当场核查，疑问即时核实，数据经双人核对后录入。

5 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件分析数据。计量资料采用均数±标准差表示，用 t 检验。P<0.05 为差异具有统计学意义。

6 结果

干预后，两组 SF-36 总分均较干预前升高，PSQI 总分均较干预前降低，且试验组 SF-36 评分显著高于对照组，PSQI 评分显著低于对照组 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者干预前后生活质量及睡眠质量比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	试验组	对照组	t 值	P 值	
例数	40	40			
SF-36	干预前	52.37±6.84	53.06±7.11	0.442	0.659
	干预后	71.25±7.32*	62.18±6.95*	5.683	<0.001
PSQI	干预前	14.38±3.12	14.75±3.35	0.511	0.61
	干预后	8.45±2.36*	11.62±2.84*	5.429	<0.001

注：与本组干预前相比，*P<0.05。

7 讨论

本研究显示，基于 IKAP 理论的心脏康复护理模式能显著

改善慢性心衰患者的生活质量和睡眠质量。该模式通过信息收集 (I)、知识传授 (K)、信念转变 (A) 和行为促进 (P) 形成闭环管理：前期精准评估患者认知盲区与心理阻碍；中期分阶段个性化教育提升疾病认知与自我管理能力，这与相关研究结论一致^[6]。在信念转变环节，通过动机性访谈和叙事护理，帮助患者建立积极信念，增强自我效能，从而提升康复依从性。最终通过行为促进，将理论知识转化为具体康复实践，包括运动训练、用药管理、饮食控制等多维度干预。睡眠质量的改善可能与多方面因素有关：IKAP 模式指导下的规律康复运动有助于调节自主神经功能，减轻心力衰竭症状，为改善睡眠创造生理条件。同时心理干预措施如渐进性肌肉放松训练和正念冥想，能够有效降低焦虑水平，打破“焦虑-失眠”的恶性循环，进而改善睡眠质量。此外，家庭支持系统的建立和延续性护理的落实，通过微信群打卡、电话随访等形式，确保了健康行为的长期维持。即延续性护理结合知行理论能够显著提高心力衰竭患者的自我管理能力和生活质量。

利益冲突所有作者声明无利益冲突

作者贡献声明：张峥梅：研究项目可行性分析、预实验、试验设计、论文撰写李春兰：构建基于 IKAP 理论的心脏康复护理模式、制定患者评估问卷潘召倩：专家函询、数据录入、统计分析。

表 2 基于 IKAP 理论的慢性心力衰竭患者康复护理模式

主题	干预时间	干预方式	实施者	干预内容
掌握患者信息 (I)	入院当天	面对面沟通 问卷及量表	责任护士 责任护士	目的：通过规范化评估，准确掌握患者信息。 1、收集患者一般资料、疾病特征。 2、初始化评估，了解患者入院时生活质量及睡眠质量。
	出院当天及出院后 3 月	面对面沟通 面对面沟通	医生及心理治疗师	3、评估患者的运动能力、用药情况及其依从性、对烟草的依赖程度、心理状态。使用微型营养评价量表 (MNA-SF)，进行营养评估。
	出院后 1 月、2 月	面对面沟通、 问卷、量表 社交平台随访	责任护士 责任护士 责任护士	4、从照护者方面了解患者信息，掌握其日常生活、自身症状、情绪等自我管理方面的需求，了解社会支持情况。 5、评估干预效果，了解生活质量及睡眠质量改善、心功能好转、心脏康复处方掌握等情况。 6、动态了解当前认知、态度、需求，根据信息优化调整干预措施。
				目的：给予多方面信息支持，提高患者健康素养。
传授相关知识 (K)	每周四下午	多媒体授课、 发放科普手册	医生	1、疾病常识：心功能分级、心力衰竭诱因、临床表现、治疗方法、并发症观察与预防。共 2 学时，每学时 45min。
	每周一、三、五下午	多媒体授课	研究团队主管 护士	2、心脏康复相关知识：a:早期运动干预的必要性及运动心脏康复方法 (心肺耐力训练、抗阻训练、柔韧性训练、平衡训练)、靶心率及 Borg 呼吸困难评分、居家自测脉搏及血压。b:心力衰竭患者常用药物疗效及不良反应、安全服药指导。c:心力衰竭患者平衡膳食食谱、液体摄入量管理。d:吸烟对治疗效果的影响及戒烟技巧。e:情绪管理技巧、正念冥想疗法及叙事护理。共 5 学时，每学时 45min。
	每周五下午	模拟人演示	研究团队主管 护士	3、突发事件处置：定期开展照顾者心肺复苏科普，保证院外心脏康复中发生突发事件能及时得到救治。共 1 学时，每学时 45min。
	每周二、周四	公众号推送、 社交平台随访	研究团队	4、巩固反馈：建立微信群，出院后定期推送科普知识；及时回复患者疑问、提供专业指导。

转变思想观念 (A)	入院 2-3 天	面对面沟通	心理治疗师	目的：通过多渠道信念支持，增强患者自我效能。
	入院 2-3 天	面对面沟通	医生	1、密切关注患者的心理情绪变化，积极沟通交流，建立充分信任。
	入院 4-5 天	面对面沟通	责任护士	2、在健康行为改变理论的指导下，进行动机性访谈，转变患者错误的疾病自我管理理念。 时长 30-40min。
	每周三下午	面对面及社交平台交流	研究团队	3、开展叙事护理，鼓励患者表达自己的心声，为患者提供个性化支持。
				4、邀请患者及家属参与康复计划的制定，充分调动患者积极性。
				5、鼓励照护者理解、关爱患者，建立家庭支持系统。
				6、给予表现较好的患者表扬和肯定，组织自我管理成功案例分享及经验交流会。
				目的：掌握心脏康复行为技巧，维持患者健康行为。
促进行为改变 (P)	入院 2-3 天	开具处方	医生	1、从运动、服药、营养、戒烟、心理 5 方面，结合患者现状及需求，开具针对性、个性化康复处方。
	入院 4-5 天开始	面对面指导	责任护士及心理治疗师	2、依照患者康复行为记录表，引导患者按计划进行运动心脏康复、渐进式肌肉放松训练及正念冥想等康复训练。3-5 次/周，30-45min/次。
	出院前	面对面指导	责任护士	3、分发智能提示电子药盒，提醒患者按时服药。处理可能导致患者营养不良的因素，适当调整膳食食谱；发放控油壶、控盐勺，促进患者居家精准减盐减油。
	住院期间及出院后	电话及社交平台沟通	责任护士	4、贯彻延续护理举措，督促患者每日进行微信群内康复运动、戒烟、心理放松训练打卡。掌握患者出院后各项干预措施落实，及时调整康复方案。对依从性差的患者，分析原因，给予单独指导。

参考文献：

[1] 马昕玥,焦改梅.IKAP 模式下延续护理在慢性病患者中的应用进展[J].疾病监测与控制,2022,16(2):164-168.

[2] 荆璇,薛平,袁丽荣.IKAP 模式在慢性病管理中的应用研究进展[J].护理研究,2021,35(8):1441-1446.

[3] 王铁成,李建勋,孙艳芳,等.老年脑卒中患者基于 IKAP 理论的口腔管理健康教育[J].护理学杂志,2023,38(2):77-81.

[4] Mulugeta H,Sinclair PM,Wilson A.Health-related quality of life of people with heart failure in low-and middle-income countries:a systematic review and meta-analysis.Qual Life Res.2024;33(5):1175-1189.

[5] 张莉,覃光球,蒋青健,等.老年慢性心力衰竭患者睡眠障碍影响因素的质性研究[J].临床医学进展,2024,14(10):972-978.

[6] 潘培茜,王静,黄容.基于 IKAP 理念的院外护理对慢性心衰患者服药信念、生活质量的影响[J].现代护理医学杂志,2023,2(4).