

基于跨理论模型的健康教育对高尿酸血症及痛风患者饮食依从性的影响

马倩, 霍冬琴, 黄露, 张玉玲

南京大学医学院附属鼓楼医院中医科, 江苏 南京 210008

摘要: **目的** 探讨基于跨理论模型的健康教育对高尿酸血症及痛风患者饮食依从性的影响。**方法** 选取 2017 年 1 月至 2018 年 10 月住院治疗的高尿酸血症及痛风患者 68 例作为研究对象,按随机数字表法分为观察组和对照组,各 34 例。观察组采用基于跨理论模型的健康教育,对照组采用常规健康教育,分别在入院时和干预 1、3、6 个月时,对比两组血尿酸水平和饮食控制依从性。在出院前及干预 6 个月后评价责任护士健康教育的有效性。**结果** 干预 3 个月和 6 个月时,观察组血尿酸水平低于对照组,知信行量表得分高于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。干预 6 个月后,两组责任护士健康教育有效性评分均优于出院前,且观察组高于对照组($P < 0.01$)。**结论** 基于跨理论模型的健康教育可有效提高高尿酸血症及痛风患者饮食的依从性,从而降低其尿酸水平,利于患者预后。

关键词: 跨理论模型; 健康教育; 高尿酸血症; 痛风; 饮食

中图分类号: R 473.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2020)08-1146-04

随着人们饮食结构的改变和生活水平的提高,高尿酸血症和痛风的患病率呈上升和年轻化趋势^[1]。美国国家健康和营养调查(NHANES)研究发现,美国高尿酸血症和痛风的总患病率分别为 21.4% 和 3.9%^[2]。除此之外,1 项关于中国大陆居民 2000 至 2014 年的 Meta 分析表明,我国高尿酸血症和痛风患病率分别为 13.3% 和 1.1%^[3]。大部分高尿酸血症患者通常无明显临床症状,未能引起重视,而临床上加强护理干预可明显改善患者的治疗效果。作为非药物治疗的基础和核心,饮食控制尤为重要^[4]。对患者的饮食指导、告知患者平时监测血尿酸的同时,也应监测血压、血糖、血脂等指标^[5],同时积极治疗合并疾病是治疗的核心内容之一^[6]。

跨理论模型(the trans-theoretical model of change, TTM)也称行为分阶段健康行为转变理论模型,它是基于多元心理学理论对个体行为变化的系统研究,目前已广泛应用于健康行为改变的领域^[7]。针对高尿酸血症及痛风患者的饮食控制依从性问题,本研究应用跨理论模型健康教育方式并取得良好效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2018 年 10 月南京鼓楼医院中医科收治的高尿酸血症及痛风患者

68 例,按照随机数字表法将研究对象分为观察组与对照组,各 34 例,两组患者基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组基线资料比较 ($n = 34$)

项目	观察组 ($n = 34$)	对照组 ($n = 34$)	χ^2/t 值	P 值
男/女(例)	25/9	25/9	-	1.000
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	68.00 \pm 15.85	63.97 \pm 15.96	1.045	0.300
婚姻状况(例)				
已婚	33	32		
未婚	1	2	0.000	1.000
医保(例)				
有	31	31		
无	3	3	0.183	0.669
文化程度(例)				
初中及以下	16	11		
初中以上	18	23	1.536	0.215
病程(例)				
<1 年	32	32		
≥ 1 年	2	2	0.266	0.606
糖尿病(例)	3	2	0.000	1.000
高血脂(例)	2	2	0.266	0.606
肾脏疾病(例)	4	3	0.000	1.000
痛风性关节炎(例)	2	1	0.000	1.000
高血压(例)	7	8	0.086	0.770
经济状况(例)				
年收入 > 10 万	19	20		
年收入 < 10 万	15	14	0.060	0.806
居住地(例)				
省内	29	30		
省外	5	4	0.000	1.000

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:(1)符合《高尿酸血症和痛风治疗的中国专家共识》与《2016 中国痛风诊疗指南》的诊断标准,确诊为原发性高尿酸血症或痛风;(2)年龄 ≥ 18 岁,能独立完成问卷;(3)自愿参加本研究,并签署知情同意书。排除标准:(1)继发性高尿酸血症及痛风者;(2)认知、精神障碍者;(3)肝、肾等重度器官功能障碍者。

1.3 调查工具及资料收集 (1)一般资料问卷,以了解患者的基本情况。包括性别、年龄、婚姻状况、有无医保、文化程度、经济状况、现居住地等。见表 1。(2)李会仿等^[8]的高尿酸血症及痛风患者饮食控制知信行量表,以评价患者接受教育后的效果。该量表包括知识、信念、行为 3 部分,共 42 个条目,采用 Likert 5 级评分法,得分越高,表明知信行水平越高。(3)自制责任护士健康教育有效性评价表,以评价护士对健康教育知识的掌握程度及对患者宣教的有效性。该表包括 5 个问题,4 分为完全做到,3 分为基本做到,2 分为没做到,1 分为完全没做到,总分 ≤ 10 分则为不合格。资料收集方法:使用纸质版问卷进行调查。调查员为经过培训合格的本科室工作 3 年以上的责任护士。对住院患者,由责任护士进行一对一调查;出院后的患者,由责任护士采用电话回访的方式调查。

1.4 干预方法 两组患者在住院期间,给予低嘌呤饮食及多饮水方案,在痛风发作期间,遵医嘱给予服用别嘌醇 1 片,每天 3 次。

1.4.1 对照组 实施常规健康教育,责任护士为每位入院患者发放科室制定的《高尿酸血症及痛风健康指导手册》,住院期间对其进行饮食、用药、生活习惯等方面的常规教育,出院前进行疾病相关的出院指导。出院后,责任护士分别在 1、3、6 个月对患者进行电话随访,了解其饮食控制的知信行情况,同时给予饮食、用药、生活习惯等方面的健康教育。

1.4.2 观察组 实施基于跨理论模型指导下的饮食健康知识讲解和教育跨理论模型包含 4 个部分:变化阶段、变化过程、自我效能、决策平衡,其中变化阶段为其变化的核心部分,又包含 5 个阶段。(1)前意向阶段:个体在未来 6 个月内没有改变目标行为的意愿。(2)意向阶段:个体在 6 个月内有改变自己的目标行为的意愿,但尚无明确计划。(3)准备阶段:个体打算在 1 个月内进行目标行为改变并且已有改变计划。(4)行动阶段:个体已经进行目标行为改变,但是该行为尚未超过 6 个月。(5)维持阶段:个体坚

持改变目标行为已超过 6 个月,且行为改变相对稳定^[9]。具体见表 2。

本科室成立跨理论模型健康教育团队,由主治医师 1 名,营养师 1 名,护士长 1 名,总责任护士 2 名,责任护士 5 名共 10 名人员组成。(1)团队首先根据跨理论模型的 5 个变化阶段制定有科室特色的《高尿酸血症及痛风患者的饮食健康教育手册》;(2)为患者建立档案,设置专人进行数据录入及管理;(3)由护士长组织所有参与人员培训,由医师及营养师负责讲授相关知识;(4)护士长及两名总责护士对研究的过程进行质量控制,保证培训的效果及内容有效落实;(5)建立随访方案,本研究统一采用一对一电话随访方式,由两名责任护士全程负责,以保证随访的有效性。

由责任护士对入院患者进行行为阶段的评估,根据不同阶段予以不同的干预措施,每次干预前都需再次进行评估。具体不同阶段所进行健康教育如表 2。

1.5 观察指标 在入院时和干预后 1、3、6 个月,检测两组患者的血尿酸水平,及采用李会仿等^[8]的高尿酸血症及痛风患者饮食控制知信行量表评估患者的饮食依从性。在出院前及干预 6 个月后,进行责任护士健康教育有效性评分。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件进行数据分析,计数资料用例表示,行 χ^2 检验和校正 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者不同时间段的血尿酸水平比较 入院时和干预 1 个月时,两组血尿酸水平比较无统计学差异($P > 0.05$)。干预 3 个月和 6 个月时,观察组血尿酸水平低于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。见表 3。

2.2 两组患者不同时间段饮食控制知信行量表得分比较 入院时和 1 个月时,两组知信行量表得分比较无统计学差异($P > 0.05$)。干预 3 个月和 6 个月时,观察组知信行量表得分高于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。见表 4。

2.3 入院时及 6 个月后责任护士健康教育有效性评分比较 出院前,两组患者对责任护士健康教育有效性评分比较无统计学差异($P > 0.05$)。干预 6 个月后,两组责任护士健康教育有效性评分均优于出院前,且观察组高于对照组($P < 0.01$)。见表 5。

表 2 不同阶段所进行健康教育

阶段	特点	健康教育
前意向阶段	患者无行为改变的意愿(未来 6 个月内)	通过视频、图片及病友之间沟通的方式,予以高尿酸血症及痛风的饮食健康教育,并重点讲解高嘌呤、高脂饮食习惯对高尿酸血症及痛风病情发展的不良影响及远期结果。
意向阶段	患者有改变自己行为的打算,但无明确的计划(6 个月内)。	责任护士与患者一起制定饮食计划。为患者推荐正确的饮食方式并告知患者行为改变带来的益处。鼓励患者更多地了解高尿酸血症及痛风饮食方面的知识,协助其找出最易和最难接受改变的饮食习惯。鼓励他们从最容易接受改变的饮食习惯着手,并尽快促使他们进入准备阶段,帮助其树立实现高尿酸血症饮食的愿望及信心。
准备阶段	患者打算进行行为改变并开始准备改变计划(1 个月内)。	责任护士加强与患者及家属的深度沟通,探讨其实施行为实践中遇到的困难,帮助患者制定行为改变计划,落实计划内容,根据其日常生活中的嘌呤限度,为其选择合适的中嘌呤含量食品,制定科学合理的食谱,注意饮食的“四避五益”,给予中药茶饮方如:车前草汤 ^[10] 、姜黄汤 ^[11] ,同时争取家庭成员的支持与合作。鼓励患者多与其他在饮食习惯上有明显进步的高尿酸血症或痛风患者交流,增强其信心。
行动阶段	患者已开始改变(行为时间不超过 6 个月)。	痛风患者在急性发作期由于剧烈疼痛、活动受限,会表现出情绪烦躁、焦虑不安,责任护士应对患者主动关心和照顾,进行有针对性的心理疏导 ^[12] ,并对患者已经取得的改变加以肯定,鼓励患者继续维持新的饮食习惯,与患者及家属一起探讨在饮食习惯改变过程中遇到的阻力或障碍,并给以切实可行的建议,以减少周围环境的不良刺激,以防旧行为的复发;邀请实验组患者组织一次中医食疗比赛,增加趣味性并加深记忆。
维持阶段	维持改变后的新行为长达 6 个月以上。	经过 6 个月的行为维持,患者已养成良好的饮食习惯,此时应防止患者受到不良刺激而使旧的行为复发。在随访中,护士对患者长时间坚持正确的饮食方式给以鼓励和肯定,同时对其前后改变所产生的良性结果进行对比,以激发患者对这种良好饮食习惯的坚持。另外,邀请患者向其他患者分享成功的经验,同时为其他患者分享其饮食内容。

表 3 两组患者不同时间段的血尿酸水平比较 ($n=34, \mu\text{mol/L}, \bar{x} \pm s$)

组别	入院时	1 个月	3 个月	6 个月	6 个月与入院时的血尿酸差值
观察组	471.19 ± 130.47	455.10 ± 97.41	430.60 ± 89.31	372.10 ± 91.23	100.21 ± 92.3
对照组	475.47 ± 92.16	467.30 ± 102.52	474.80 ± 83.22	438.71 ± 85.62	37.77 ± 84.8
<i>t</i> 值	0.156	0.503	2.111	3.104	2.905
<i>P</i> 值	0.876	0.617	0.039	0.003	0.005

表 4 两组患者不同时间段饮食控制知行量表得分比较 ($n=34, \text{分}, \bar{x} \pm s$)

组别	入院时	1 个月	3 个月	6 个月	6 个月与入院时的血尿酸差值
观察组	90.00 ± 12.71	95.79 ± 11.64	99.72 ± 13.56	103.84 ± 11.50	14.50 ± 12.80
对照组	90.38 ± 9.53	91.85 ± 10.29	92.35 ± 9.78	93.81 ± 9.86	3.59 ± 10.57
<i>t</i> 值	0.139	1.479	2.570	3.861	3.832
<i>P</i> 值	0.890	0.144	0.012	0.000	0.000

表 5 责任护士健康教育有效性评分比较 ($n=34, \text{分}, \bar{x} \pm s$)

组别	出院前	6 个月后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	14.36 ± 0.75	18.56 ± 0.30	30.318	0.000
对照组	14.55 ± 0.83	15.25 ± 0.41	4.409	0.000
<i>t</i> 值	0.990	37.990		
<i>P</i> 值	0.326	0.000		

3 讨论

跨理论模型表明,人的行为变化是一个连续的过程,处于不同阶段的个体需求不同,个体行为改变涉及自我认知、情感、社会关系,因此根据个体实际需求制定干预模式,以个性化介入健康教育为基础,满足患者不同阶段行为意图^[13]。

相关研究表明,跨理论模型的健康教育已广泛应用于高血压、脑卒中康复期患者,能够提高患者自我管理能力和在高尿酸血症健康教育方面未有提及。欧洲风湿防治联合会指出,医护人员的健康教育是患者坚持饮食控制的重要因素^[14]。朱彩虹^[15]的调查

研究也表明,延伸护理服务也有助于提高痛风患者饮食的依从性。而本文的研究结果也表明,将跨理论模型应用于高尿酸血症的饮食干预中,让医护人员对患者住院期间及出院后进行分阶段的健康教育,能够有效提高患者的饮食依从性,改善患者的生活方式,从而明显降低患者的血尿酸水平,这与相关研究结果一致。

在前意向阶段,患者未意识到高嘌呤饮食对机体健康的危害而拒绝进行饮食行为改变,在此阶段,护理人员着重提高患者危机意识,强调饮食健康与疾病进展的相关性,帮助患者建立改变不良行为习惯的主观意识;进入意向阶段的患者已体会到高尿酸血症对自身生活质量的影响,有改变自身不良行为的诉求但难以克制自身对饮食习惯的改变,此时医护人员需帮助患者分析自身存在的不良行为并权衡利弊,同时引导患者进行不良行为的改变。准备阶段与行动阶段的患者行为开始发生变化,根据医护人员制定的高尿酸血症饮食计划进行日常饮食习惯的建立,通过家人

的监督与支持鼓励患者进行自我行为改变。维持阶段的患者不良行为基本改变,已建立合理正确的饮食模式,护理人员强化了患者自我监测行为的意识,通过家人肯定以及定期评估与调整,防止行为管理下降及倒退,促使患者长期保持良好饮食习惯。通过跨理论模型的健康教育,有效的提高了患者的饮食依从性,同时也提高了护士健康教育的能力。

综上所述,基于跨理论模型的健康教育可有效提高高尿酸血症及痛风患者饮食的依从性,从而降低其尿酸水平,利于患者预后。

参考文献

[1] 中华医学会内分泌学分会. 高尿酸血症和痛风治疗的中国专家共识[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2013, 29(11): 913-920.

[2] Zhu YY, Pandya BJ, Choi HK. Prevalence of gout and hyperuricemia in the US general population; the National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2008 [J]. *Arthritis Rheum*, 2011, 63(10): 3136-3141.

[3] Liu R, Han C, Wu D, et al. Prevalence of hyperuricemia and gout in mainland China from 2000 to 2014: a systematic review and meta-analysis [J]. *Biomed Res Int*, 2015, 2015: 762820.

[4] 董倩, 朱雪梅, 陈玉珍, 等. 痛风及高尿酸血症患者饮食控制依从性影响因素的研究进展[J]. 解放军护理杂志, 2018, 35(15): 39-42, 54.

[5] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年

版)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2014, 30(10): 893-942.

[6] 邹和建, 姜林娣. 2012 年美国风湿病学会痛风治疗指南评析[J]. 内科理论与实践, 2012, 7(6): 458-460.

[7] 孔德华, 陆皓, 汉瑞娟, 等. 跨理论模型在健康行为改变中应用的研究进展[J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(13): 28-31.

[8] 李会仿, 朱雪梅, 李妮娜, 等. 基于德尔菲法构建高尿酸血症及痛风病人饮食控制知行量表[J]. 护理研究, 2017, 31(36): 4656-4660.

[9] 祝让放, 葛晴霞, 付伟. 跨理论模型在护理中的应用进展[J]. 护理研究, 2016, 30(30): 3735-3738.

[10] 曾金祥, 毕莹, 魏娟, 等. 车前草提取物降低急性高尿酸血症小鼠尿酸水平及机理研究[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(9): 2064-2066.

[11] 殷华峰, 戴平, 陈旅翼, 等. 姜黄降尿酸作用的实验研究[J]. 药学与临床研究, 2011, 19(2): 134-135.

[12] 易中兰. 痛风的饮食指导和护理[J]. 医学信息(中旬刊), 2010, 5(12): 3639.

[13] 陈小芳, 刘海波. 跨理论模型在健康教育中的研究进展[J]. 医学与哲学(B), 2016, 37(9): 73-75, 83.

[14] Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT) [J]. *Ann Rheum Dis*, 2006, 65(10): 1312-1324.

[15] 朱彩虹. 延伸性护理服务对痛风患者饮食依从性及疾病认知状态的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2016(4): 15-17.

收稿日期: 2019-11-20 修回日期: 2019-12-15 编辑: 王宇

(上接第 1145 页)

[4] 王静净. 早期活动联合体感音乐预防 ICU 机械通气患者 ICU - AW 护理研究[J]. 河北医药, 2018, 40(2): 306-309, 313.

[5] 王汝展, 刘兰芬, 崔开艳, 等. ZUNG 氏抑郁自评量表作为内科住院患者抑郁障碍筛查工具的可行性研究[J]. 中国健康心理学杂志, 2009, 17(8): 923-925.

[6] 张从会, 梁瑜, 吴洁, 等. 循证护理对 ICU 中心静脉导管相关性并发症的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(14): 164-165.

[7] 梁建峰, 李智勇, 董海山, 等. 影响 ICU 脓毒症患者预后的多因素分析[J]. 中国急救医学, 2018, 38(1): 46-52.

[8] 刘辉, 高冬娜, 冯卓. 回顾性分析 ICU 急性中毒患者的危重程度及影响预后的因素[J]. 医学与哲学, 2015, 36(5): 52-53, 66.

[9] 吴琴珍, 潘月敏, 石红荣, 等. 静脉用药安全管理中的前馈控制[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(7): 824-827.

[10] Armaignac D, Valle C, Gidel L, et al. 781: the effect of TELE-ICU innovation on progressive care unit (PCU) patient population [J]. *Crit Care Med*, 2015, 43(12 Suppl 1): 196-197.

[11] Demetriadou E, Kokkinou M, Metaxas G, et al. Psychological support for families of ICU patients; longitudinal documentation of the service [J]. *Psychol Health Med*, 2017, 22(6): 736-743.

[12] 刘晓华, 宫钰, 董文婷, 等. 急诊 ICU 患者对疾病的认知与其生活质量及不良情绪的相关性分析[J]. 现代医学, 2018, 46(10): 1178-1181

[13] Papathanassoglou E, Williams G, Benbenishty J. Research advances in critical care: targeting patients' physiological and psychological outcomes [J]. *Biomed Res Int*, 2015, 2015: 283067.

[14] Wade D, Moon Z, Windgassen S, et al. Nonpharmacological interventions to reduce short-term or long-term psychological stress in ICU patients: a systematic review [J]. *Critical Care*, 2015, 19 (Suppl 1): 556.

[15] 江雅, 吴丹纯, 李铁花. 阶梯递进法在新护士急救技能培训中的应用[J]. 卫生职业教育, 2014, 32(17): 138-139.

[16] 葛艳红, 王绵, 於丽红, 等. “递进式”护理模式在临床降糖药物试验中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(27): 3286-3288.

[17] Hester JM, Guin PR, Danek GD, et al. The economic and clinical impact of sustained use of a progressive mobility program in a neuro-ICU [J]. *Crit Care Med*, 2017, 45(6): 1037-1044.

收稿日期: 2020-01-22 编辑: 石嘉莹