

痛风患者饮食控制知信行及影响因素研究进展

阎嘉鑫, 李小寒

Advances in knowledge, belief and practice of dietary control and the influencing factors in patients with gout Yan Jiaxin, Li Xiaohan

摘要: 对国内外痛风患者饮食控制知信行现状、影响因素进行分析与归纳,指出其差异性与优缺点,同时给出干预措施。旨在为痛风患者饮食控制健康教育计划及干预方案的制订提供参考,以提高痛风患者饮食控制效果。

关键词: 痛风; 饮食控制; 知识; 信念; 态度; 行为; 综述文献

中图分类号: R473.5; R459.3 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2022.19.108

随着社会压力增加、饮食模式和生活习惯的改变,痛风患病率正不断增加。流行病学数据显示,痛风全球患病率已达到 0.03%~15.30%^[1];我国痛风总体患病率也已上升至 1.1%^[2]。近年来,世界各国指南和专家共识均指出长期坚持高质量的饮食控制可降低痛风患者的血尿酸水平并使其维持在正常范围,有助于痛风的预防和治疗,对于改善患者的生活质量,减轻家庭和社会负担十分有意义^[3-4]。知信行理论是将行为的改变分为获取知识、形成信念及产生行动三个连续步骤的理论模式^[5]。基于知信行理论,患者对饮食控制相关知识的掌握程度、饮食控制的信念均会对他们的饮食控制行为产生重要影响^[6],因此提高痛风患者饮食控制知信行的水平是提高其饮食控制质量的关键。国内虽已有痛风患者饮食控制依从性相关的综述^[7],但缺乏对痛风患者饮食控制知信行的明确论述,不利于护理人员及相关研究者全面了解痛风患者饮食控制信息。笔者通过检索与复习痛风患者饮食控制知信行方面的文献,梳理归纳其要点并进行综述,旨在为痛风患者饮食控制的教育与指导提供参考,以全面提高痛风患者饮食控制效果。

1 痛风患者饮食控制知信行研究现状

1.1 痛风患者饮食控制知识现状 饮食控制知识水平是指痛风患者对饮食控制的相关知识的理解和掌握情况,包括疾病与饮食的关系、避免和限制摄入的饮食种类以及鼓励摄入的饮食种类。随着痛风患病率的逐步攀升,其饮食控制总体知识水平也在逐步提高,但患者对饮食控制相关知识的掌握仍存在一定的倾向性和片面性。刘红等^[8]研究结果显示,痛风患者饮食控制知识平均得分为 50.43 分,总体知识水平为良好,知识掌握程度较以往有所提高。同时,有研究指出,痛风患者虽然知道哪些食物会引起血尿酸水平增高,但很难正确辨别哪些食物应限制摄入量、哪些食物应完全避免摄入^[9]。此外,有研究报告,仅

8.7% 的患者了解低脂或脱脂奶制品可降低血尿酸水平^[10],这意味着痛风患者特别关注不能食用升高血尿酸水平的食物,而不知晓有利于降低血尿酸水平的食物。在饮食控制知识来源方面,痛风患者大多通过医护人员、家人和朋友以及网络获取饮食控制的相关知识。Singh 等^[11]研究指出,医生是痛风患者最常见的信息来源。同时,多项研究表明痛风患者会在互联网上搜索痛风饮食管理的有关信息并加入痛风患者的互联网论坛或讨论组^[12-13]。综上,现阶段痛风患者的饮食控制知识水平仍需进一步提高,医护人员可运用网络资源对痛风患者及其家属进行健康教育,加强患者对食物摄入量控制及鼓励摄入食物方面的知识学习和掌握。同时,医护人员应警惕具有误导性的网络信息并在健康教育过程中及时纠正错误信息。

1.2 痛风患者饮食控制态度现状 痛风患者饮食控制态度主要包括患者对接受饮食控制健康教育的态度、对改变饮食方式的态度以及对坚持控制饮食的态度。研究结果表明,痛风患者饮食控制态度或信念整体处于中等水平,未来仍需进一步提高^[8,14]。相关研究指出,约半数痛风患者表示愿意接受生活方式或饮食控制相关知识与指导,但仅有不到一半的患者表示他们愿意主动改变他们的饮食方式,只有 38.3% 的患者有意愿坚持终身饮食控制以改善痛风症状,过半数患者对长期饮食控制持消极态度^[14-15]。由此可见,痛风患者在饮食控制方面的态度仍不够积极,虽然大多数患者具有饮食控制意识,愿意了解饮食控制在降尿酸治疗中的重要作用且有获取饮食控制相关信息的意愿,但在坚持饮食控制方面的积极性仍较差且缺乏主动性。此外,患者饮食控制知识掌握情况的差异导致了患者对饮食控制的态度不同。Chandratre 等^[16]的结果指出,饮食控制态度积极的患者大多了解饮食控制是疾病治疗过程中必不可少的一部分并能较好掌握避免和限制的饮食以及鼓励的饮食种类,该类患者具有较强的自我保健意识和积极的饮食控制信念;而不了解饮食在引发和治疗痛风中作用的患者对坚持饮食控制态度则更消极。

1.3 痛风患者饮食控制行为现状 痛风患者饮食控

作者单位:中国医科大学护理学院(辽宁 沈阳,110122)

阎嘉鑫:女,硕士在读,学生

通信作者:李小寒,xhli@cmu.edu.cn

收稿:2022-04-04;修回:2022-06-12

制行为主要包括在不同情境下的饮食控制行为、对各类食物饮食控制行为及饮食控制坚持情况等方面。研究结果显示,与知识和信念态度相比,痛风患者在饮食控制行为方面得分率最低^[17]。目前痛风患者饮食控制依从性整体不高,饮食控制质量差,饮食控制情况并不乐观。张凡^[18]研究指出,我国痛风患者在饮食管理方面得分为 34.17 ± 5.54 ,整体处于偏低水平。其中,痛风患者戒酒困难问题尤为突出。刘秀芳等^[19]对我国东北地区 13 例痛风患者的访谈结果显示,只有不足半数患者采取了饮食控制行为,特别是在饮酒方面仅有 3 例患者做到了完全戒酒,6 例仅减少了饮酒次数,此外仍有近 1/3 的患者从不限制饮酒。Richette 等^[15]对 3 079 例痛风患者进行的队列研究也显示,44% 的痛风患者每天饮酒量超过 2 杯,14% 的患者每天喝 1 杯以上的含糖汽水。痛风患者饮食控制难以坚持的问题也十分突出,有研究指出,痛风患者虽会采取相应的饮食控制行为,但往往难以坚持,尤其是在外出就餐时不遵医嘱饮食现象普遍存在,长期饮食控制的质量难以得到有效保证^[20]。综上所述,目前痛风患者在饮食控制方面普遍缺乏毅力,改善痛风患者饮食控制现状迫在眉睫。痛风患者仍需要不断提高饮食控制相关知识水平,培养正确的饮食控制态度,坚持合理有效的饮食控制。

2 痛风患者饮食控制知信行影响因素

2.1 人口学因素

2.1.1 年龄 不同年龄的患者在饮食控制行为方面存在较大差别,其中青年患者的饮食控制问题格外突出。Richette 等^[15]研究结果显示,年龄与痛风患者饮食控制行为显著相关,与老年人群相比,青年和中年人群饮食控制依从性更差。Sheng 等^[21]对 341 例痛风患者的回顾性调查结果也表明,在饮食控制行为方面,30 岁及以下青年组的患者得分最低,饮食控制情况最差;而 60 岁及以上老年组的患者得分最高,在饮食控制方面表现最好。这可能是因为与老年人群相比,中青年患者大多在职,在外就餐时间多,没有条件控制饮食,长期坚持饮食控制的难度更大。

2.1.2 文化程度 文化程度高的患者在饮食控制知识、信念和行为方面的整体水平均较高。李会仿等^[17]结果显示,接受过高等教育的患者在饮食控制知识、信念和行为方面得分均高于高中及中专的患者。Johnston 等^[22]的研究结果表明,与文化程度高的患者相比,文化程度低的痛风患者在饮食调节和管理方面的问题更显著,此类患者往往很难做到避免饮酒也不愿坚持低嘌呤饮食,饮食控制效果也更差。Dalbeth 等^[23]的研究结果也表明,患者文化程度的高低是造成痛风患者长期饮食控制质量不同的重要原因,文化程度越高的患者所能维持有效饮食控制的时间也往往越长,其饮食控制质量越高。一方面,这可能是因为患者文化程度越高,越能快速接受并掌握饮

食控制相关知识,越能体会到饮食控制的必要性,进而能更好地贯彻执行医生制订的饮食控制方案;另一方面则可能与文化程度较高者所处的社会氛围和社会环境更好,更有利于患者掌握有关饮食控制的科学知识并积极调节饮食有关。

2.1.3 职业 职业是痛风患者饮食控制知信行水平的主要影响因素之一。安娜等^[24]对我国 68 例痛风患者的饮食控制行为调查指出,职业是影响痛风患者饮食控制知识水平及行为状况的主要因素之一,其中体力劳动者饮食控制知信行水平整体较低。这可能与体力劳动者对痛风饮食控制的有关理论知识掌握得较少,且工作强度大、能量消耗也较多,为保持充沛的体力常摄入大量高热量、高嘌呤的食物有关;同时,部分体力劳动者工作繁忙且无固定时间,因此无法保证按时规律饮食。Coulshed 等^[25]对痛风患者的访谈结果也表明,痛风患者常因没有合适的工作餐而难以保证有效控制饮食,其中体力劳动者不得不进食较多肉类来保证有足够的体力工作,饮食控制依从性较其他职业患者差。

2.1.4 家庭收入 目前,关于家庭收入对患者饮食控制知信行的影响尚存在不同结论。李会仿等^[17]研究显示,家庭人均月收入越高的患者在饮食控制行为方面表现越差,在知识、信念方面并无差异。而刘红等^[8]研究表明,家庭人均月收入越高的患者对饮食控制有关知识的掌握情况越好,饮食控制态度越积极,但在饮食控制行为方面并无显著差异。两项研究所用测量工具为同一量表。因此,家庭收入对患者饮食控制知信行水平的影响仍需进一步研究加以证实。

2.2 疾病相关因素

2.2.1 痛风急性发作情况 痛风急性发作频率和是否处于痛风急性发作期均是患者饮食控制相关知识水平的影响因素。研究表明,痛风急性发作越频繁的患者,饮食控制相关知识的知晓率更低^[10]。与痛风急性发作期患者相比,处于稳定期的患者对饮食触发因素的掌握程度更好^[26]。这可能与痛风病情控制不佳者对饮食控制相关知识的关注较少有关,同时患者对痛风的饮食控制相关知识掌握不够又导致患者痛风反复发作进而形成恶性循环。

2.2.2 病程 病程越长的患者饮食控制态度越积极,饮食控制依从性越高^[15,27]。这可能是因为病程越长的患者接触医护人员的机会越多,接受个体化的健康教育的机会也越多,因此患者能更好地获取专业的饮食控制知识并树立积极的饮食控制信念,进而更好地将饮食控制切实转化为日常生活中的实际行动。此外,患者病程越长,越能体会到饮食控制在疾病防治方面的重要性,其饮食控制依从性越好。这提示医护人员应加强对新确诊患者的健康教育,在早期提高其饮食控制知信行水平。

2.2.3 并存疾病 是否并存疾病也是痛风患者饮食

控制知信行水平的重要影响因素,尤其是在饮食控制的行为方面。多项研究指出,并存疾病是饮食控制依从性的主要预测因素,伴有慢性肾病、糖尿病、高脂血症和高血压等并存疾病的痛风患者在饮食控制态度、行为方面的得分和知信行综合得分均明显低于无并存疾病的患者^[21,28]。这可能是因为有并存疾病的患者对痛风和与痛风相关慢性病尚存在认知误区,未能意识到饮食控制在预防痛风相关并存疾病的发生发展方面所起的积极作用,进而导致饮食控制依从性不佳。

2.3 治疗相关因素 疾病治疗相关因素如是否服用降尿酸药物,是否了解目前血尿酸值及是否知晓血尿酸控制目标是痛风患者饮食控制知信行水平的影响因素。服用降尿酸药物、了解目前血尿酸值及知晓血尿酸控制目标的痛风患者其饮食控制信念、行为及知信行总体水平均较高^[8,17]。一方面,这可能与服用降尿酸药物、对血尿酸水平关注、知晓血尿酸控制目标的痛风患者更注重自身身体健康和疾病控制状况,因此对饮食控制也更加重视,饮食控制积极性较强,能够坚持高质量的饮食控制有关;另一方面,这可能是因为此类患者具有较强的自我保健意识,当他们得知自己的病情后,会积极寻求帮助,通过多种途径了解饮食控制有关知识,树立积极的饮食控制的态度,在此基础上改变自身的行为,自觉养成健康合理的饮食习惯,以达到延缓病情进展的目的。

2.4 心理因素 病耻感是指被“污名化”的群体不被社会所认可和接受而产生的内心羞耻体验,常与刻板印象、偏见和歧视相关^[29]。病耻感会对痛风患者饮食控制的态度和行为产生影响。痛风常被认为是过度饮酒或食用过多肉类和海鲜所致的疾病,研究表明大众对痛风的刻板印象会导致患者羞愧进而产生消极的饮食控制态度。Coleshill等^[30]的研究结果也显示,对“痛风”标签的抵触情绪强烈的患者,对待饮食控制的态度更消极;过于强调饮食不当导致痛风发作而忽略了其他致病因素会加重患者的心理负担,导致患者自我否定并对饮食控制产生排斥心理,进而导致患者饮食控制依从性不佳。此外,其他一些重要的心理因素如焦虑、恐惧等也可能影响患者对疾病坚持治疗的信心,目前国内外对心理因素的研究仍有限,上述因素对痛风患者饮食控制知信行的影响尚不清楚,未来仍需要进一步研究。

2.5 社会因素 不可避免的社交活动为患者的饮食控制带来困扰。许多患者表示,聚餐是他们文化和社交聚会的重要组成部分;因此,在假日、生日或外出应酬时,患者往往难以坚持饮食控制^[31],有些急性发作期的患者甚至在服药的同时还饮酒应酬。一方面可能是因为社交聚会时的饮食多为海鲜和肉类等痛风患者需严格限制摄入量的食物,这给患者的饮食控制带来困难;另一方面,可能是因为聚会时单独点餐会被认为是不合群的表现,因此多数患者不愿意被特殊

照顾。社会支持是指个体可获得的外界帮助,包括家庭成员、医护人员、朋友和同事等在生理、心理、经济等方面给予的支持。有研究指出,接受过来自医护人员、亲属或朋友正确饮食建议的患者其饮食控制态度、行为方面的表现优于其他患者;而来自亲属或朋友的错误饮食建议,则会让患者对正确的饮食控制方案产生质疑,影响患者对饮食控制的态度,从而导致患者排斥合理有效的饮食策略和方案,最终造成患者饮食控制依从性不佳^[32]。这表明医护人员在开展健康保健教育工作时应着重强调合理膳食的必要性,同时要警惕错误的饮食建议并及时纠正。

2.6 家庭因素 家庭关怀也是痛风患者饮食控制的影响因素之一。Deprouw等^[33]对痛风患者和其家人的访谈结果显示,家人对患者的疾病情况越关心,患者的饮食控制态度越积极;家人对痛风护理的高参与度、积极和富有同理心的应对态度有利于增加患者对饮食控制的信心并促进患者对饮食控制的坚持。钟欣等^[34]对我国200例痛风患者的研究结果显示,相较于家庭功能一般或较差的患者而言,家庭功能较好的痛风患者其自我管理能力和明显更高。因此,加强亲人对患者的关爱并让亲人积极投入到痛风患者各项治疗和护理活动中,可有效促进痛风患者提高自我管理能力。

3 干预策略

3.1 电子健康干预 电子健康干预是一种改善慢性病患者健康状况的有效方法。在国外,电子健康干预被用来改善痛风患者饮食控制知信行水平的新兴方法。Serlachius等^[35]使用移动健康(mHealth)应用程序对痛风患者进行为期2周的干预,结果有效提高了患者饮食控制知识水平,同时有助于强化患者饮食控制信念。Khanna等^[36]开发并初步测试了MyGout-Care(MGC)网络平台,一个为痛风患者量身定做的基于网络的交互式教育资源,结果MGC不仅在短期内增加了患者对痛风的认识,而且促进患者采取了切实有效的饮食改变策略。由此可见,使用电子健康干预策略能提醒患者积极获取疾病相关知识并促使患者的饮食控制态度和行为改变,可对痛风患者自我护理行为产生积极影响。

3.2 多学科护理干预 近年来,一些涉及联合医疗保健人员参与的多学科痛风项目或干预措施已经在不同国家得到了应用。联合医生、护士和营养师的多学科的痛风护理措施可以为患者提供更全面、更个性化的饮食健康教育。Doherty等^[37]建立了由1名风湿病专家、1名护士和1名药剂师的护理团队,对在风湿科就诊的痛风患者开展健康教育并进行为期2年的随访,研究结果显示,与痛风的常规护理相比,护士主导的多学科护理能有效提高患者痛风管理参与率,患者自我管理效果更好。Fuller等^[38]的研究结果显示,由护士主导的痛风护理更个性化,能够更有效

地提高痛风患者的长期依从性,优于由全科医生主导的痛风护理。Howren 等^[39]以共享的电子病历作为支持,将不同医疗机构的专家聚集在一起构建痛风患者健康教育方案,该研究结果显示分散式多学科护理模式能有效提高患者饮食控制知识掌握程度并降低患者血尿酸水平。

3.3 其他干预策略 有研究基于跨理论模型指导对痛风患者实施饮食健康教育并进行随访,结果显示,患者其饮食控制知信行量表得分高于未接受者^[40],可见基于跨理论模型的健康教育可有效提高痛风患者饮食控制依从性。另有研究报道,对痛风患者采用基于健康信念模型的健康教育,显著提高了患者低嘌呤饮食和锻炼方面的知识,并促进患者养成健康的生活方式^[41]。该干预方式有效提高了患者的信念与行为。

4 小结

饮食控制作为痛风非药物治疗的重要部分,与患者的疾病控制和生活质量密切相关。现阶段,国内外痛风患者的饮食控制知识知晓率仍需进一步提高,在饮食控制态度和行为方面还存在诸多问题。因此,提升痛风患者的饮食控制知信行水平以改善其饮食控制质量势在必行。然而目前,国内外研究对痛风患者饮食控制知信行影响因素的分析仍不够全面,其他一些重要的因素如心理因素等对痛风患者饮食控制知信行的影响仍需进一步澄清。此外,在痛风患者饮食控制方面,国外已有一定数量的干预性研究,目前国内干预性研究仍较少,尚无系统的干预方案。因此,在未来的研究中应更多地考虑痛风患者饮食控制的干预措施研究,促进知信行理论在痛风患者饮食健康教育中的应用,以降低痛风发作频率、延缓并发症的发生与发展,改善痛风患者的生活质量。

参考文献:

[1] Dehlin M, Jacobsson L, Roddy E. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence, treatment patterns and risk factors[J]. *Nat Rev Rheumatol*, 2020, 16(7): 380-390.

[2] Chen Y Z, Tang Z Z, Huang Z Y, et al. The prevalence of gout in mainland China from 2000 to 2016: a systematic review and meta-analysis [J]. *J Public Health*, 2017, 25: 521-529.

[3] Nielsen S M, Zobbe K, Kristensen L E, et al. Nutritional recommendations for gout: an update from clinical epidemiology[J]. *Autoimmun Rev*, 2018, 17(11): 1090-1096.

[4] Stamp L K, Dalbeth N. Prevention and treatment of gout [J]. *Nat Rev Rheumatol*, 2019, 15(2): 68-70.

[5] 李小妹. 护理学导论[M]. 4 版: 人民卫生出版社, 2017: 244-245.

[6] Yokose C, McCormick N, Choi H K. Dietary and lifestyle-centered approach in gout care and prevention[J].

Curr Rheumatol Rep, 2021, 23(7): 51.

[7] 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.

[8] 刘红, 李红, 邓兰兰, 等. 绵阳市痛风患者饮食控制知行现状调查[J]. *华南预防医学*, 2020, 46(1): 5-9.

[9] Liddle J, Richardson J C, Hider S L, et al. It's just a great muddle when it comes to food': a qualitative exploration of patient decision-making around diet and gout [J]. *Rheumatol Adv Pract*, 2021, 5(3): rkab055.

[10] 李朝霞, 李谦华, 莫颖倩, 等. 痛风患者饮食控制相关知识的问卷调查[J]. *中山大学学报(医学科学版)*, 2015, 36(2): 306-312.

[11] Singh J A, Edwards N L. Patient perceptions of gout management goals: a cross-sectional internet survey[J]. *J Clin Rheumatol*, 2020, 26(4): 129-133.

[12] Onder M E, Zengin O. YouTube as a source of information on gout: a quality analysis[J]. *Rheumatol Int*, 2021, 41(7): 1321-1328.

[13] Yin Y, Wang H, Fan C F, et al. Potential development of a mobile application for gout self-management: what support do patients need? [J]. *Patient Prefer Adherence*, 2021, 15: 2231-2238.

[14] Singh J A, Shah N, Edwards N L. A cross-sectional internet-based patient survey of the management strategies for gout[J]. *BMC Complement Altern Med*, 2016, 16: 90.

[15] Richette P, Flipo R N, Patrikos D K. Characteristics and management of gout patients in Europe: data from a large cohort of patients[J]. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2015, 19(4): 630-639.

[16] Chandratne P, Mallen C D, Roddy E, et al. "You want to get on with the rest of your life": a qualitative study of health-related quality of life in gout[J]. *Clin Rheumatol*, 2016, 35(5): 1197-1205.

[17] 李会仿, 朱雪梅, 马晓波, 等. 高尿酸血症及痛风患者饮食控制知信行现状及影响因素[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(15): 83-86.

[18] 张凡. 痛风患者自我管理现状及影响因素的研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2017.

[19] 刘秀芳, 刘丽, 周郁秋. 痛风患者的健康素养: 一项关于东北地区中青年患者的质性研究[J]. *中国全科医学*, 2020, 23(15): 1916-1920.

[20] Rolston C J, Conner T S, Stamp L K, et al. Improving gout education from patients' perspectives: a focus group study of Māori and Pākehā people with gout[J]. *J Prim Health Care*, 2018, 10(3): 194-200.

[21] Sheng F, Fang W, Zhang B, et al. Adherence to gout management recommendations of Chinese patients[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2017, 96(45): e8532.

[22] Johnston M E, Treharne G J, Chapman P T, et al. Patient information about gout: an international review of existing educational resources[J]. *J Rheumatol*, 2015, 42(6): 975-978.

- [23] Dalbeth N, Petrie K J, House M, et al. Illness perceptions in patients with gout and the relationship with progression of musculoskeletal disability[J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2011, 63(11):1605-1612.
- [24] 安娜,任方,王效影. 痛风患者对饮食控制认知行为调查及影响因素研究[J]. *西南国防医药*, 2013, 23(3):263-266.
- [25] Coulshed A, Nguyen A D, Stocker S L, et al. Australian patient perspectives on the impact of gout [J]. *Int J Rheum Dis*, 2020, 23(10):1372-1378.
- [26] De Meulemeester M, Mateus E, Wieberneit-Tolman H, et al. Understanding the patient voice in gout: a quantitative study conducted in Europe[J]. *BJGP Open*, 2020, 4(1):bjgpopen20X101003.
- [27] 张文旭. 老年高尿酸血症和痛风患者饮食控制“知行信”状况及影响因素[J]. *中国老年保健医学*, 2021, 19(1):87-89.
- [28] Harding M. Alcohol use and activity limitations in gout patients[J]. *Orthop Nurs*, 2016, 35(6):391-398.
- [29] Perry B L. The labeling paradox: stigma, the sick role, and social networks in mental illness[J]. *J Health Soc Behav*, 2011, 52(4):460-477.
- [30] Coleshill M J, Aung E, Carland J E, et al. Rebranding gout: could a name change for gout improve adherence to urate-lowering therapy? [J]. *Ther Innov Regul Sci*, 2021, 55(1):138-141.
- [31] Rebello C, Thomson M, Bassett-Clarke D, et al. Patient awareness, knowledge and use of colchicine: an exploratory qualitative study in the Counties Manukau region, Auckland, New Zealand[J]. *J Prim Health Care*, 2016, 8(2):140-148.
- [32] Fields T R, Batterman A. How can we improve disease education in people with gout? [J]. *Curr Rheumatol Rep*, 2018, 20(3):12.
- [33] Deprouw C, Guignot M, Bougeois-Sarran C, et al. Partners and nurses' knowledge and representations of gout: a qualitative study[J]. *Joint Bone Spine*, 2019, 86(6):769-776.
- [34] 钟欣,翁其彪,卜丽亚,等. 痛风患者家庭功能与自我管理的调查[J]. *赣南医学院学报*, 2020, 40(8):799-801.
- [35] Serlachius A, Schache K, Kieser A, et al. Association between user engagement of a Mobile Health App for gout and improvements in self-care behaviors: randomized controlled trial[J]. *JMIR Mhealth Uhealth*, 2019, 7(8):e15021.
- [36] Khanna P, Berrocal V, An L, et al. Development and pilot testing of my gout care: a novel web-based platform to educate patients with gout [J]. *J Clin Rheumatol*, 2020, 26(8):320-326.
- [37] Doherty M, Jenkins W, Richardson H, et al. Efficacy and cost-effectiveness of nurse-led care involving education and engagement of patients and a treat-to-target urate-lowering strategy versus usual care for gout: a randomised controlled trial[J]. *Lancet*, 2018, 392(10156):1403-1412.
- [38] Fuller A, Jenkins W, Doherty M, et al. Nurse-led care is preferred over GP-led care of gout and improves gout outcomes: results of Nottingham Gout Treatment Trial follow-up study[J]. *Rheumatology (Oxford)*, 2020, 59(3):575-579.
- [39] Howren A, Tsao N W, Choi H K, et al. eHealth-supported decentralized multi-disciplinary care for gout involving rheumatology, pharmacy, and dietetics: proof-of-concept study[J]. *Clin Rheumatol*, 2020, 39(4):1241-1249.
- [40] 马倩,霍冬琴,黄露,等. 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[J]. *中国临床研究*, 2020, 33(8):1146-1149.
- [41] Shao C, Wang J, Liu J, et al. Effect of a Health Belief Model-based education program on patients' belief, physical activity, and serum uric acid: a randomized controlled trial[J]. *Patient Prefer Adherence*, 2018, 12:1239-1245.

(本文编辑 王菊香)

警惕假冒《护理学杂志》工作人员及网站征稿、收费的声明

一直以来,相关网络、微信、邮箱经常出现某些谎称为《护理学杂志》编辑部人员,要求加作者为好友,或谎称文章可录用或已录用,要求缴纳审稿费、版面费;有些通过盗用本编辑部名称和地址、伪造资质证书等违法手段,假借《护理学杂志》编辑部的名义收录稿件,以达到非法敛财的目的。为此,《护理学杂志》编辑部郑重声明如下:

- 1.《护理学杂志》编辑部指定官方域名(网站)为 <http://www.hlzz.com.cn> 或 <http://www.chmed.net>。从官方网站投稿是唯一途径。文章经审核合格被录用后,由投稿系统通过作者预留的邮箱发放录用通知和缴纳版面费通知,再无其他收费项目和其他途径。请作者明确,切勿受骗上当。
- 2.《护理学杂志》的编辑人员不会要求作者加微信好友;本刊不允许个人通知作者缴纳费用,未设个人账户收费。
- 3.凡要求作者将论文版面费转账至个人账户的均非本编辑部所为。假冒本编辑部网站发布的信息、活动及后果均与本编辑部无关。

在此特别提醒广大读者、作者注意甄别本刊网站合法域名,选择正确途径投稿和缴纳费用,避免不必要的损失。

地址:武汉市解放大道 1095 号《护理学杂志》编辑部,邮编 430030

E-mail:jns@tjh.tjmu.edu.cn; 咨询电话:027-83662666; 联系人:雷冰霞