

# 痛風病患對痛風之認知、因應方式及攝食行為之探討

袁素娟<sup>1\*</sup> 張英娥<sup>1</sup> 郭憲文<sup>2</sup>

本研究旨在瞭解門診痛風病患在得病後對痛風之認知、所採取的因應方式及攝食行為趨向，以作為衛生教育介入改善之參考。以一區域醫院內科痛風病患為研究對象，共收個案118名，可用率達87.29%。以結構式問卷收集資料，進行統計分析。研究結果顯示病患對疾病之認知為59.67%，仍嫌不足，而各變項對病患認知之影響，男性較女性好；年齡在50歲(含)以下者較以上者好；教育程度在國中以上的較以下者好；有職業的較無職業者好，且均具統計上之差異( $P < 0.05$ )。而所持之態度除按時服用藥物者佔60.19%；急性發作立刻就醫者佔48.54%外，大都是正向而積極的，91.26%的人期望能開班授課或個別指導。至於個人嗜好及飲食的攝取，於患病之前後比較，在喝酒、飲水量；食用豆類、肉汁、動物內臟及香菇等有明顯的改善且具統計上之差異( $P < 0.05$ )，而日常運動量、食用細嫩蔬菜及海鮮類等則未改善，將來衛生教育介入時應特別加強。因此，衛生教育介入痛風病患有其絕對的必要性，而病患衛生教育之教材應力求本土化及實用性。

關鍵詞(Key words):痛風病患(Gouty patients)、認知(Cognizing)、因應方式(Coping types)、攝食行為(Diet behaviors)。

## 前 言

臺灣地區近年來，經濟快速的成長國民生活水準大幅提昇，生活富裕，應酬頻繁，飲食習慣也有相當程度的轉變，各種食物製品亦講求精緻，西方速食文化的衝擊，飲食方面也日漸偏重高蛋白、高脂肪之食物，加上工業化社會的競爭，使工作及情緒的壓力增加，導致人們常有暴飲暴食、營養過量、不均衡或不正常的攝食行為趨向<sup>[1,2]</sup>。許多和攝食行為有直接、間接相關的疾病，如：高血壓、糖尿病、消化性潰瘍、腎臟病、肝硬化、高血脂症及痛風等，因而更形猖獗。而文明病之一的痛風，在臺灣依陳清朗(1997)臨床報告顯示痛風病患不但越來越多，且有更年輕化的趨勢<sup>[1]</sup>。

痛風是指尿酸鈉的微細結晶沉澱於關節而引起急性炎症的臨床疾病，尿酸(uric acid)則是人體內在及外來嘌呤(purine)的代謝終末產物，而人體嘌呤的來源除少部份來自身體的合成、組織中核酸的崩壞外，大部份即是從食物攝取而得<sup>[3,4,5]</sup>。因此，痛風病患除了藉由規則的治療以降低血液中的尿酸值外，行政院衛生署(1994)於飲食手冊中明確指出飲食限制嘌呤的攝取亦被指定做為輔助治療，其他還有維持標準體重、適當的運動、多攝取水份(2000-3000c.c./天)、適量飲用酒精以外的飲料如茶、咖啡等，均是正向的健康行為<sup>[6]</sup>。部份病患是屬遺傳性，如能遵循以上的原則，去除誘發因子，急性發作之次數亦必然減少。

痛風病患若未做以上之配合，其可能一直

1. 中山醫學院護理學系

2. 中國醫藥學院公共衛生學系

維持在高尿酸血症，於是急性發作的機率隨尿酸長久維持在高值或持續升高而增加，也因此可能引起腎臟病、尿道結石，並常有高脂血症、高血壓、糖尿病及心臟血管病變等併發症之發生<sup>[5,7,8]</sup>。筆者教授內外科護理學二十餘年中，並親自指導護生臨床實習，有鑑於病患在得病後未能獲得完整而有系統之衛生教育指導，以致患病後就無生活品質可言，因此本研究之目的在期望對痛風病患有所初步之瞭解，並發現其真正的問題所在，作為下一步之衛生教育指導介入之參考，亦可供衛生當局瞭解現況，以為政策上之依據。

## 研究目的

- (一)瞭解痛風病患對痛風的認知。
- (二)瞭解痛風病患對痛風的因應方式。
- (三)瞭解痛風病患對痛風的攝食行為，以作為未來衛生教育介入之參考。

## 文獻查證

### (一)痛風之界定

痛風是一種不正常的嘌呤代謝疾病，男性在青春前期以前較少見，好發生於40-60歲男性，女性在停經後較會發生，當男性的血中尿酸值 $\geq 7.0\text{mg/dl}$ 或女性 $\geq 6.0\text{mg/dl}$ 則為高尿酸血症<sup>[9,10,11]</sup>。而早在1967年Hall等人的研究即發現男、女性罹患痛風的機率隨著血中尿酸值增加而增加<sup>[12]</sup>。但性別對血清中尿酸鹽的影響很大，男性在發育期後血中尿酸值可達到最高的數值，而女性停經後才會升高，而男性發病年齡早，女性通常在停經後。

痛風完全發展時除血清尿酸濃度增加，還會有以下情況單獨或一起出現的情形：(1)反覆發作的急性關節炎，在發炎關節滑液內白血球可發現單鈉尿酸鹽結晶；(2)單鈉尿酸鹽聚積沉澱物(痛風石)積在關節內或附近，有時會導致嚴重跛足或關節畸形；(3)腎臟被侵犯或尿酸腎結石<sup>[13]</sup>。

### (二)痛風與環境因子

Kelsey(1982)研究即指出痛風的形成以環境因子扮演較重要的角色<sup>[11]</sup>。而在環境因子中，為學者所發現與痛風相關者有Loenen等(1990)及Chou等(1993)的研究所指之尿酸值和常吃肉、魚有正的相關<sup>[14,15]</sup>；黃介良等、陳巧倩(1996)調查報告發現，高尿酸血症的危險因子中，喝酒及吃海鮮有極大關連性<sup>[16,17]</sup>；陳清朗(1997)指出，健康人有喝酒的人血液尿酸值比沒有喝酒的人高<sup>[18]</sup>；在高尿酸血症相關危險因子的流行病學調查研究中顯示，體重或肥胖指數是重要的危險因子，其次血中的三酸甘油酯、肌酸酐及血中尿酸值有顯著的正相關<sup>[13,19]</sup>；Fmmerson(1996)指出高尿酸血症的影響因子有肥胖、高嘌呤飲食，酒精的消耗量及利尿劑的使用<sup>[20]</sup>；Cleland等(1995)研究飲食和關節炎的關係時，指出痛風須注重飲食中嘌呤含量、酒精及液體的攝取<sup>[21]</sup>。

### (三)痛風之治療

Wolfram(1995)研究痛風之飲食治療指出，有效的飲食治療可降低痛風病患的合併症發生，且可減少藥物的使用量，而飲食治療重點為減少嘌呤的攝入、控制飲酒量及維持正常體重<sup>[22]</sup>。陳元和(1996)研究顯示，適度的運動可使血中膽固醇及三酸甘油酯降低，促進尿酸的排泄<sup>[23]</sup>。Yamanaka(1996)指出乙醇代謝所產生的乳酸，會干擾腎臟對尿酸的排泄，因此限制痛風病患飲酒的種類特別是啤酒，是降低痛風發作的必要措施<sup>[24]</sup>；實際上，在臺灣近十年來酒與啤酒消費量逐年增加，而痛風病患也越來越多，是值得探討的<sup>[18]</sup>。而Cloudio & Lagua(1991)實驗結果顯示以下結論：一般正常飲食每天約含600-1000mg的嘌呤，正常人若吃完全不含嘌呤的食物，其空腹血清尿酸值比吃正常飲食時降低0.63mg/100ml，而痛風病患吃完全不含嘌呤的飲食時，其血中尿酸約可降低1mg/100ml<sup>[25]</sup>。中華民國行政院衛生署(1994)更指出，飲食限制嘌呤的攝取被指定作為輔助治療，而維持標準體重、適當的運動、多攝取水份(2000-3000c.c./天)、適量飲用酒精以外的飲料如茶、咖啡等，均是痛風病患正向的健康行

為<sup>[6]</sup>。Bynum(1997)提出痛風病患一般日常生活的教導重點：在急性痛風發作時，使用NSAIDs(非類固醇消炎藥)藥物，平時即應限制高嘌呤食物及飲酒，每天飲用2000c.c.開水而肥胖者需減重，並經常檢查尿酸值<sup>[26]</sup>。賴守志等(1991)研究建議，尿酸過高的病患應控制體重、限制酒量及採均衡飲食<sup>[27]</sup>。Fmmerson(1996)也指出常規的藥物處理血中尿酸值下降是必須的，但持續的教育病人瞭解影響高尿酸血症因子，卻是最重要減低合併症的方法<sup>[20]</sup>。

## 名詞界定

- (一)認知—指痛風病患對痛風之專門知識的瞭解。
- (二)因應方式—指痛風病患面對痛風所採取之因應行為。
- (三)攝食行為—指痛風病患面對痛風所採取的飲食選擇與措施的行為。

## 方法

### 一、研究對象

本研究對象係中部某區域醫院之內科痛風門診病患，經醫師臨床診斷為痛風之舊病患(非首次被診斷者)，看病後由護理人員向病患解釋收案理由，獲得病患之同意後帶至衛生教育室，由筆者做說明，開始問卷之訪答。收案時間自民國87年8月1日起，四個月中共收案118名，除去問卷訪答時病人藉故離去或推託者外，共取得有效問卷103份，可用率達87.29%。

### 二、研究工具

本研究採結構式問卷，訪談方式收集資料，問卷乃參考相關文獻設計<sup>[2,7,8,20,28-32]</sup>，內容主要包括：(1)個人之基本資料(性別、年齡、身高、體重、教育程度、職業、婚姻、體型、患病年數、痛風三等親內之家族史等)；(2)痛風之認知(定義、病因、症狀、尿酸值之意義、普林

食物、飲食控制、日常生活原則、藥物治療等)；(3)疾病因應方式(尿酸值之變化、關心相關資訊、飲食之控制、服藥情形、急性發作之處理、開班授課或個別指導之需要性等)；(4)攝食行為(痛風前後包括：個人嗜好--喝酒、喝茶、喝咖啡、喝水、日常活動及食用各類普林食物之含量)。

痛風之認知部份共設計12個題目，其得分多寡可瞭解得病後之病患對自己疾病的基本認知情形，計分法為回答「正確」的一題給1分；「不正確」的以0分計算，因此滿分是12分，最低為0分。疾病因應方式每題以「是」或「否」做選項，目的在瞭解病患處理疾病之因應行為及關心度。攝食行為之部份，在問卷中分前、後二部分，而每題之食用頻率採五個等級，即答「從未(不吃)」者，給0分；「很少(<1次/月)」者，給1分；「偶爾(<1次/週)」者，給2分；「經常(2-4次/週)」者，給3分及每天(7次/週)」者，給4分，所以，每題滿分是4分，最低為0分，此部份當分數越高，表示其攝食行為越差。

為瞭解問卷之可靠性及穩定度，乃對問卷做效度、預試和信度之測定。問卷設計完畢後採專家表面內容效度法，經八位分屬醫師、公共衛生、營養與護理等方面專家分別評分，作內容檢查和修正，並將效度較差的題目刪除。修改完成之問卷再以研究母群中之內科門診病患10人為預試對象，做信度測試，各分量表之Cronbach's  $\alpha$  值為0.70-0.90，整體問卷之Cronbach's  $\alpha$  值為0.78。預試結果再次修改完成問卷之設計。

### 三、資料處理與分析

本研究對象以問卷訪談後，臨床檢查部分之資料抄自病歷，如此完成一份問卷，所有資料經譯碼、輸入，以SAS for window 6.11 version套裝軟體進行分析。依據研究目的和變項性質選擇統計方法，以百分比呈現個人之基本資料、痛風之認知、因應方式，以平均值、標準差及t檢定呈現各變項之認知程度及個人嗜好、攝食行為。

## 結 果

本次研究之門診痛風病患有效問卷103份中，男性84人，佔81.55%，女性19人，佔18.45%；年齡以61-70歲者居多；教育程度以小學畢業佔最多數，是25.24%；職業以從業者居多，佔27.18%；已婚者佔67.38%為最多；依據行政院衛生署編印之國民營養指導手冊(1986)標準體重的計算方法<sup>[33]</sup>，正常體重者佔較多是39.81%，但輕度肥胖及肥胖者也佔57.28%是不可忽視的；患病年數3年以上的共佔42.72%；服用藥物方面，長期性服用的佔60.19%，但發病時才服用的也很可觀，佔39.81%；至於三等親之內有一位以上曾罹患痛風者佔25.24%，其中以父親及兄弟姐妹佔最多，此顯示痛風與遺傳之密切關係。

為瞭解痛風病患在得病後對痛風的認知情形，本研究問卷共設計12個題目(見表二)進行測試，每答對一題給1分，滿分共12分。根據測試結果顯示，痛風認知測試的總回答正確率是59.67%，研究對象是門診的痛風病患，顯示認知之不足，尤其是急性發作的誘因、尿酸值高應限制的食物、日常生活應遵循的原則及痛風發生最根本的處理，回答正確率均未達60%。

為瞭解各種變項對病患認知之影響，將可能相關因素做分析，在性別方面，男性認知平均得分7.32分較女性的5.32分高；年齡在50歲(含)以下者認知較好是8.02分，遠比50歲以上的人高；教育程度國中以上的人是7.71分比國中(含)以下的人好；有職業的得分是7.57分，也比無業者好，以上四者，均具統計上顯著差異。至於婚姻、患病年數、服用藥物情形則沒有明顯差異。而三等親內之家族有痛風患者，回答正確的平均值是8.23分，遠較沒有的人高且具統計上差異。

在痛風病患對疾病之因應方式上，瞭解自己的尿酸值變化者佔90.29%，且都能配合醫師建議定期進行尿酸檢驗；得病後88.35%的人特別關心相關資訊；而82.52%的人自認為有在控制飲食；可惜的是只有60.19%的人按時服用醫師指示的藥物，因為，他們總認為藥物吃多了會傷害身體，所以他們會比較願意去控制飲

食；使用祕方來配合治療者有13.59%，他們所提供的藥方，均是用水煮方式並大量飲用，所以，通常使用祕方者有大量的攝食液體情形；當急性發作時，許多病患是自己服用醫師以前開的藥物，只有48.54%的人會去求醫；提到如開班授課或個別指導相關疾病之知識時，91.26%的人都樂於參與，並表示常因不懂而不知如何吃才能控制疾病，如有醫護人員願意指導，他們一定配合。

為瞭解病患得病前後攝食行為趨向，請病患回憶得病前後之個人嗜好及飲食行為，具有統計上差異( $P < 0.05$ )之項目有：個人嗜好中之喝酒頻率、酒精含量、每天喝水量；飲食行為中之食用豆類、肉汁濃汁類、動物內臟類及香菇等。由基本資料可知，病患年齡在50歲以上者佔65.05%，較傾向中老年，肌肉骨骼及關節趨向退化，較無動機運動，因此日常運動量上幾乎沒有改變；而極少人知道細嫩蔬菜類為高嘌呤食物，因此照吃沒有改變；臺灣為海島形地域其海鮮的取得種類多且鮮美，常為餐桌上之主菜又是佳餚美食，許多病患表示難以拒絕；至於喝茶頻率、茶含量、喝咖啡頻率及咖啡含量並未因為痛風而有所改變，因未曾聽過喝茶與咖啡和痛風有相關。

## 討 論

本研究之對象為門診痛風病患，所謂久病成良醫，也即是有病時會有較大之動機去關心、學習、注意該疾病之相關訊息，而比自己未得病前及沒生病的人更瞭解該疾病。事實上，是否真的如此？本研究對病患之痛風認知測驗結果，只有59.67%的回答正確率，認知上似嫌不足，尤其是對痛風急性發作的誘因、尿酸值高時應限制的食物、日常生活應遵循的原則及痛風發生最根本的處理，回答正確率均在50.49%以下，未來做衛生教育時應特別加強灌輸。許多病患尤其是女性表示，對食物的認知界線不夠清楚或無法判別可否食用，以致常誤食高嘌呤食物，而再度發病或心生恐懼拒食，事實上，由外觀評估病患營養不良的可也不在

少數；男性較年輕、樂觀，記性較好，也較能配合醫護人員看病時之叮嚀，少數主張吃了再說，因此分析男性認知之得分平均是7.32分，比女性的5.32分高，且具統計上之差異。這與張惠真(1991)研究東勢地區高尿酸血症患者之結果<sup>[2]</sup>，女性對痛風的認知略高於男性不一致，可能與其研究群較年輕有關，但在痛風的認知測驗只有65%的回答正確率，是一樣不理想。在研究對象中年齡在50歲以上的佔65.05%；教育程度在國中(含)以下的佔55.33%；有職業的佔68.93%，他們對痛風的認知測驗得分平均也較高，且具統計上之差異，因此年齡大、教育程度較低及無職業的病患，對疾病的敏感度及認知程度較不好，是以後衛生教育要加強之對象。

尿酸值的變化是痛風的一個指標<sup>[20]</sup>，90.29%的病患知道要常驗血中的尿酸，當尿酸值高時，即應控制飲食中的嘌呤攝取。從得痛風後，有88.35%的人注意相關資訊，有時也會跟著配合去控制飲食，但因訊息不完整或沒有人協助追蹤複習相關資訊，又因教育程度偏低、年齡較大，常一知半解或片段的知識吸收，以至效果不彰。病患對疾病認知不足或無病識感，故能按時服用醫師藥物的僅有60.19%，而痛風急性發作時，會立刻就醫的也只佔48.54%，多數病患表示，就醫麻煩且費時，故有病患於急性發作時，使用剩藥，殊不知常規的藥物處理血中尿酸值下降是必須的<sup>[21]</sup>。使用秘方來處理疾病的人有13.59%，綜合其藥物的處理均是用水煮方式，因而，很明顯的在服用這些秘方時，病患也同時增加了飲水量，而有助尿酸的排泄。問及衛生教育開班授課或個別指導，贊成的佔91.26%，少數是因每次看病均要家屬帶來，不便久留及做生意、上班等不方便的理由，贊成的病患則表示，如有人能全程而完整的教導，並與家屬一同參與，由醫護人員提供資料，或隨時做諮詢，如此反覆學習才能應用於生活，達到效果。

至於得病前後之攝食行為，是請病患回憶疾病前的情形，再問及現在的情況，病患均能侃侃而談，不曾猶疑，記憶深刻。在表五中得知病患於得病前後其個人嗜好之飲酒方式有明

顯差異，飲酒頻率於得病後明顯減少，但酒精含量卻增加，其顯示病患採用高酒精濃度的酒品作為在無法戒酒的狀況下所採取的行為方式，這與Yamanaka(1997)指出限制啤酒的飲用是降低痛風發作的必要措施<sup>[24]</sup>是附合的。另由表中顯示出患病前後每日飲水量有明顯的增加，與行政院衛生署(1994)提出的輔助治療方式<sup>[6]</sup>—多攝取水份(2000-3000 c.c./天)，此為得病後正向行為反應。而喝茶頻率及含量、喝咖啡頻率及含量並未因痛風而有所改變，病患中沒有人知道喝茶、喝咖啡與痛風的相關性，依陳元和(1996)指出茶和咖啡的代謝產物不會堆積在體內，適量的飲用可提高攝水量，並加速尿酸的排泄<sup>[23]</sup>，因此，本研究特別設計此調查。在飲食行為中，痛風病患得病前後食用豆類、肉汁濃汁類、動物內臟類、香菇等嘌呤含量高的食物上，有統計上的差異，這與醫護人員在有限的看診時間為病患做原則性的指導有關，至於細嫩蔬菜類含高嘌呤，則少有人知道，細嫩蔬菜易咀嚼，又美味可口，和海鮮類食物一樣的難以拒絕，所以表中顯示細嫩蔬菜類及海鮮類食物在得病前後沒有統計上之差異。

## 結 論

本研究結果顯示：

1. 痛風病患在醫師診斷確認後，對痛風之認知仍然不足，尤其對疾病之認知、急性發作的誘因、應限制的食物、日常生活應遵循的原則及痛風發作時之正確處理等知識要特別灌輸。
2. 對食物的認知不夠清楚，常誤食高嘌呤食物，而再度發病或心生恐懼拒食，造成營養不良的病患不在少數，特別是女性、老年人、教育程度較低及沒有職業者，是未來施行衛生教育應加強教導之對象。
3. 個人嗜好及飲食行為正向發展，有助於健康之維護，尤其是痛風病患之指導相關知識應從傳播媒體做起，護理工作中加強，使深植於生活。
4. 病患常學習片段的知識或一知半解，甚至不知應用於生活中，研擬一份完整而本土化、

實用性的衛生教育教材，是刻不容緩的，護理人員耐心的一再教導及追蹤病患更不可忽視。

## 致 謝

本研究得以完成首先要感謝中山醫學院免疫風濕科主任蔡嘉哲、內科林明正醫師、泌尿科林智廣醫師協助個案之診斷檢查，中山醫學院內科門診之護理同仁協助收集個案。更感謝前中山醫學院公共衛生學系陳美倫講師，在統計上的協助，而所有被訪視的個案在此一併致謝。

## 參考資料

1. 陳清朗：台灣的痛風現況。痛風之友1997；18：2-6
2. 張惠真：東勢地區農民高尿酸血症患者居家生活、飲食習慣及其對痛風認知之調查研究。中華營養學會雜誌1991；16：191-209
3. 何敏夫：臨床生化學。台北，合記，1994；158-62
4. 呂傳欽：痛風關節炎。榮總護理1990；7(3)：326-33
5. Murry RK, Mayes PA, Granner Dk et al. : Harper's Biochemistry. U.S.A. : Prentice-Hall, 1990；352-3
6. 行政院衛生署：中華民國飲食手冊。1994
7. 莊壽洺：醫護病理學。台北，華杏，1994；75，548-58
8. 胡月娟：成人內外科護理學。台北，匯華，1997：1577-84
9. Healey LA : Epidemiology of hyperuricemia. Arthritis Rheum 1975；18：709-19
10. Zimmet P, Whitehouse S, Jackson L et al. : High prevalence of hyperuricemia and gout in an urbanised micronesian population. Br Med J 1978；1：1237-9
11. Kelsey JL : Epidemiology of musculo-skeletal disorders. New York : Oxford university press 1982：102-8
12. Hall Ap, Barry PE, Dawber TR et al. : Epidemiology of gout and hyperuricemia-A long term population study. Am J Med 1967；42：27-37
13. Killely WN, Palella TD : Gout and other disorders of purine metabolism. In : Thorn GW, Adams Rd, Braunwald E, Isselbacher K, Petersdorf RG eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 12th ed. New York : Mc Grow-Hill, 1991：1834-43
14. Loenen HM, Eshuis H, Lowik MR et al. : Serum uric acid correlates in elderly men and women with special reference to body composition and dietary intake. J Clin Epidemiol 1990；43：1297-303
15. Chou P, Soong LN, Lin HY : Community-Based Epidemiological Study on Hyperuricemia in Pu-Li, Taiwan. J Formos Med Assoc 1993；92(7)：597-602
16. 黃介良、陳國東：宜蘭縣南澳鄉泰雅族高尿酸血症流行病學調查報告。疫情報導1996；12(5)：131-41
17. 陳巧倩：痛風該怎麼吃。秀傳醫訊1996；13(4)：20-21
18. 陳清朗：酒與痛風的關係。痛風之友1997；19：4-10
19. German DC, Holmes EW : Hyperuricemia and gout. Med Clin North AM 1986；70：419-36
20. Fmmerson BT : The management of gout. NEJM 1996；334(7)：445-51
21. Cleland LG, Hill CL, James MJ : Diet and arthritis. Baillieres Clin Rhenmatol 1995；9(4)：771-85
22. Wolfram G : Diet therapy in gout. Therapeutische Umschau 1995；52(8)：524-7
23. 陳元和：運動與痛風。學校體育雙月刊1996；6(1)：10-16
24. Yamanaka H : Alcohol ingestion and hyperuricemia. Nippon-Rinsho-Japanese J Clin Medicine 1996；54(12)：3369-73
25. Claudio VS, Laguna RT : Nutrition and diet therapy dictionary. Chapman & Hall, New

- York, 1991 : 70.108.
26. Bynum DT : Clinical snapshot : gout. AJN 1997 : 97(7) : 36-7.
27. 賴守志等 : 宜蘭縣東澳里及東岳村高尿酸血症調查。疫情報導1991 : 7 ( 10 ) : 99-105
28. 張國盛 : 臨床護理檢驗手冊。台北, 華騰, 1998
29. 張彬 : 運動與痛風。學校體育雙月刊1996 : 6(6) : 41-46
30. 林松洲 : 痛風及高尿酸血症之治療。應用藥理學, 豪峰, 台北, 1988 : 285-302
31. 洪淑麗 : 營養學。台北, 永大, 1996 : 256-7
32. 榮民總醫院內科部過敏免疫風濕科及行政院衛生署。高尿酸血症及痛風防治手冊, 1995
33. 行政院衛生署 : 國民營養指導手冊。1986
34. 周昌德 : 台中縣和平鄉風濕病義診中原住民痛風及高尿酸血症之初步調查報告。中國風濕病雜誌1994 : 11 ( 3 ) : 67-79

表一. 調查對象之基本資料(N=103)

Table 1. Demographic information and personal disease history of gouty patients

變項	n(%)	變項	n(%)
性別		體型	
男	84(81.55)	中度體重不足	3( 2.91)
女	19(18.45)	正常	41(39.81)
年齡(歲)		輕度肥胖	28(27.18)
≤ 40	16(15.53)	肥胖	31(30.10)
41-50	20(19.42)	患病年數年)	
51-60	22(21.36)	<1	25(24.27)
61-70	30(29.13)	1-3	34(33.01)
≥ 71	15(14.56)	4-10	35(33.98)
教育程度		>10	9( 8.74)
不識字	17(16.50)	服用藥物	
小學	26(25.24)	發病時才服用	41(39.81)
國中	14(13.59)	長期性服用	62(60.19)
高中	25(24.27)	三等親內之家族史	
大專以上	21(20.39)	有	26(25.24)
職業		無	77(74.76)
工	15(14.56)		
商	28(27.18)		
公教	16(15.53)		
農	12(11.65)		
家管	10( 9.71)		
無	22(21.36)		
婚姻			
單身	6( 5.83)		
已婚	90(67.38)		
分居、鰥寡	7( 6.80)		

表二.痛風病患對痛風之認知

Table 2.The cognition toward gout on gouty patients

痛風之認知題目	正確 n(%)	不正確 n(%)
1.痛風是指體內何物質生成過多或排泄受阻，使血中濃度升高，易在關節處形成痛風石，引起關節腫痛。	88(85.44)	15(14.56)
2.痛風大多發生於男性或女性？	58(56.31)	45(43.69)
3.請選出痛風的主要表現特徵？	67(65.05)	36(34.95)
4.身體過多的尿酸可堆積在很多組織中，特別是何處？	77(74.76)	26(25.24)
5.痛風急性發作時最好發的部位是何者？	73(70.87)	30(29.13)
6.尿酸值的高低是如何檢查而得？	80(77.67)	23(22.33)
7.尿酸代謝失調，以何種體型的人居多？	62(60.19)	41(39.81)
8.下列何者為痛風急性發作之誘發因子？	52(50.49)	51(49.51)
9.尿酸值高的人，應限制下列何種食物？	35(33.98)	68(66.02)
10.痛風病患日常生活需遵循的原則？	31(30.10)	72(69.90)
11.治療痛風的藥物，請說出至少一種。	71(68.93)	32(31.07)
12.痛風的發生最根本的處理辦法？	43(41.75)	60(58.25)
總認知得分	61.4(59.67)	42.6(40.33)



表三. 痛風病患不同變項對痛風之認知程度

Table 3. The variable differences in the cognition toward gout of gouty patients

變項	人數(百分比)	得分	P值
性別			
男	84(81.55)	7.32 ± 3.13 <sup>a</sup>	<0.05
女	19(18.45)	5.32 ± 2.02	
年齡(歲)			
≤50	36(34.95)	8.02 ± 1.62	<0.05
>51	67(65.05)	6.38 ± 2.81	
教育程度			
國中(含)以下	57(55.34)	6.34 ± 2.01	<0.05
國中以上	46(44.66)	7.71 ± 2.54	
職業			
有	71(68.93)	7.57 ± 2.45	<0.05
無	32(31.07)	5.58 ± 2.13	
婚姻			
已婚有偶	90(87.38)	6.94 ± 2.17	NS
其他	13(12.62)	7.03 ± 2.02	
患病年數(年)			
3年(含)以下	59(57.28)	7.01 ± 1.83	NS
3年以上	44(42.72)	6.87 ± 2.51	
服用藥物			
發病時才服用	41(39.81)	6.92 ± 2.62	NS
長期性服用	62(60.19)	6.97 ± 1.87	
三等親內之家族史			
有	26(25.24)	8.23 ± 0.98	<0.05
無	77(74.76)	6.52 ± 2.68	

a : Mean ± SD

表四. 痛風病患對疾病之因應方式

Table 4. Tharacters of pharmaceutical practice on gouty patients

因應方式	是	否
	n(%)	n(%)
1. 你是否瞭解自己的尿酸值變化？	93(90.29)	10( 9.71)
2. 你得知患痛風後，是否特別關心相關資訊？	91(88.35)	12(11.65)
3. 你得知患痛風後，是否有在控制飲食？	85(82.52)	18(17.48)
4. 你是否按時服用醫師指示之藥物？	62(60.19)	41(39.81)
5. 你處理痛風是否使用祕方嗎？	14(13.59)	89(86.41)
6. 當你痛風急性發作時，是否立刻就醫？	50(48.54)	53(51.46)
7. 你期望能開班授課或個別指導相關疾病之知識？	94(91.26)	9( 8.74)

表五 痛風病患得病前後攝食行為之比較

Table 5. Comparison the difference in dietary behavior before and after the occurrence of gouty patients

項目	得病前	得病後	P值
個人嗜好			
喝酒頻率	1.74 ± 1.39 <sup>a</sup>	0.98 ± 1.13	<0.05
酒精含量	1.45 ± 1.23	1.71 ± 1.31	<0.05
喝茶頻率	2.20 ± 1.09	2.13 ± 1.09	NS
茶含量	1.62 ± 0.79	1.56 ± 0.78	NS
喝咖啡頻率	0.83 ± 1.23	0.84 ± 1.25	NS
咖啡含量	0.66 ± 0.99	0.66 ± 0.98	NS
日常運動量	1.51 ± 0.59	1.50 ± 0.65	NS
每天喝水量	2.65 ± 0.78	2.91 ± 0.83	<0.05
飲食行為			
食用豆類	3.18 ± 0.93	2.12 ± 0.94	<0.05
用細嫩蔬菜	2.33 ± 0.96	2.36 ± 0.84	NS
食用肉汁濃汁類	2.69 ± 1.12	2.02 ± 1.08	<0.05
食用動物內臟類	2.62 ± 1.01	1.79 ± 0.97	<0.05
食用海鮮類	2.49 ± 1.08	2.47 ± 0.92	NS
食用香菇	3.22 ± 0.96	2.55 ± 1.05	<0.05

a : Mean ± SD

\*pair-t test

## The Study on Cognition toward Gout, Coping Types And Diet Behaviors among Gouty Patients

Su-Chuan Yuan<sup>1\*</sup> Yin-O Chang<sup>1</sup> Hsien-Wen Kuo<sup>2</sup>

The purpose of this study was to understand the cognition, coping types & diet behaviors of gouty patients in order to ensure the necessity of health education for patients. This study was based on 87.29% of validate samples from 118 cases of gout diagnosed at a local hospital. Structural questionnaires were administered and data was analyzed statistically. The results showed that only 59.67% of patients had correct concept toward the disease. Various variables were found to affect patients' understanding of the disease, including sex, age, educational background and professions. Males, subjects younger than fifty, junior high graduates or above or patients who had a job had more correct concepts than females, those who are older than fifty, subjects who did not have high school diploma or patients who did not have job. All of the above contrasts were statistically significant ( $P < 0.05$ ). Except taking

medicine on time indicated by 60.19% of the subject, and seeing a doctor after an acute breakout indicated by 48.54%, optimistic attitudes were found among these patients. 91.26% of them emphasized that they needed further health education. The patients' diet obviously improved in con-suming appropriate drinks, water, available bean, meat juice, animal organ, mushroom, and etc.. Their diet before and after the occurrence of the disease was also statistically significantly different ( $P < 0.05$ ). However, their consumption of vegetable and sea food and exercise habit did not improve. Therefore, they should be especially emphasized in health education. In conclusion, the involvement of health education is definitely necessary. Furthermore, the education should develop material and curriculum suitable for local demands and practical concerns.

**Key words:** Gouty patients 、Cognizing 、Coping types 、Diet behaviors.

1. Department of Nursing, Chung Shan Medical College, Taichung, Taiwan, R.O.C.

2. Department of Public Health, China Medical College, Taichung, Taiwan, R.O.C.