ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z DNĄ MOCZANOWĄ

THE ROLE OF NURSES IN THE CARE OF PATIENTS WITH GOUT

Marzena Kidyba[1], Kamil Iwaniszczuk[2], Aneta Kościołek[3,4*], Halina Lenartowicz[3], Paweł Jerzak[3], Agnieszka Sadurska[3,4]

[1]Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

[2]Studenckie Koło Naukowe przy Instytucie Nauk Medycznych „Pielęgniarstwo z Pasją", Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

[3] Instytut Nauk Medycznych, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

[4]Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

https://doi.org/10.29316/9788368103397_9

Streszczenie

Dna moczanowa jest przewlekłą chorobą zapalną stawów związaną z odkładaniem się kryształów moczanu sodu u osób z hiperurykemią. Schorzenie prowadzi do nawracających napadów bólu, ograniczenia sprawności funkcjonalnej oraz pogorszenia jakości życia. Istotną rolę w procesie terapeutycznym odgrywa pielęgniarka, której działania obejmują edukację zdrowotną, wsparcie psychiczne oraz monitorowanie stanu pacjenta. Celem rozdziału było określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z dną moczanową. Badanie przeprowadzono metodą indywidualnego przypadku. Wykorzystano wywiad, obserwację, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiar parametrów życiowych. Narzędzia badawcze obejmowały kartę opieki pielęgniarskiej, wskaźnik BMI, skalę NRS, kwestionariusz AUDIT, skalę Headley oraz kwestionariusz oceny sposobu odżywiania. Badaniem objęto 55-letniego pacjenta chorującego na dnę moczanową od 15 lat. U pacjenta stwierdzono otyłość I stopnia, nadciśnienie tętnicze, silne dolegliwości bólowe oceniane na 10 punktów w skali NRS, obecność guzków dnawych, zaburzenia snu, ograniczenie sprawności ruchowej oraz uzależnienie od alkoholu.

* e-mail: akosciolek@panschelm.edu.pl

Wykazano również niski poziom wiedzy na temat choroby, niewystarczającą motywację do leczenia oraz nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Na podstawie zebranych danych sformułowano diagnozy pielęgniarskie: ból ostry, nieskuteczne samozarządzanie zdrowiem, nieskuteczne radzenie sobie oraz bezsilność. Zaplanowano interwencje pielęgniarskie zgodne z klasyfikacjami NANDA, NIC i NOC. Najistotniejszym problemem zdrowotnym pacjenta był silny ból wpływający negatywnie na funkcjonowanie fizyczne i psychiczne. Uzależnienie od alkoholu, nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz niski poziom motywacji utrudniały skuteczne leczenie choroby. Kluczową rolę w opiece nad pacjentem z dną moczanową odgrywa pielęgniarka poprzez edukację zdrowotną, wsparcie w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych, promocję zdrowego stylu życia oraz działania ukierunkowane na poprawę jakości życia chorego.

Słowa kluczowe: dna moczanowa, opieka pielęgniarska, proces pielęgnowania, edukacja zdrowotna, ból przewlekły, hiperurykemia, samoopieka, studium przypadku

Abstract

Gout is a chronic inflammatory joint disease associated with the deposition of sodium urate crystals in individuals with hyperuricemia. The condition leads to recurrent episodes of pain, reduced functional ability, and a diminished quality of life. Nurses play a significant role in the therapeutic process, with their activities including health education, psychological support, and monitoring of the patient's condition. The aim of this chapter was to define the role of nurses in the care of patients with gout. The chapter was conducted using the individual case study method. Data collection involved interviews, observation, analysis of medical records, and measurement of vital signs. Research tools included a nursing care plan, BMI index, NRS scale, AUDIT questionnaire, Headley scale, and a dietary assessment questionnaire. The study included a 55-year-old patient who had been suffering from gout for 15 years. The patient was diagnosed with grade I obesity, hypertension, severe pain rated at 10 points on the NRS scale, the presence of tophus, sleep disturbances, limited mobility, and alcohol dependence. A low level of knowledge about the disease, insufficient motivation for treatment, and non-compliance with therapeutic recommendations were also demonstrated. Based on the collected data, the following nursing diagnoses were formulated: acute pain, ineffective self-management of health, ineffective coping, and helplessness. Nursing interventions were planned in accordance with the NANDA, NIC, and NOC classifications. The patient's most significant health problem was severe pain negatively affecting physical and mental functioning. Alcohol dependence, poor dietary habits, and low motivation hindered effective treatment of the disease. The nurse plays a key role in the care of a patient with gout through health education, support in adhering to therapeutic recommendations, promotion of a healthy lifestyle, and activities aimed at improving the patient's quality of life.

Keywords: gout, nursing care, nursing process, health education, chronic pain, hyperuricemia, self-care, case study

Wstęp

Dna moczanowa jest schorzeniem przewlekłym, czynnikami wywołującymi chorobę są gromadzone kryształy moczanu sodu w stawach u osób z hiperurykemią (Afinogenova i in., 2022). Z każdym rokiem liczba osób chorujących rośnie zwłaszcza w państwach z wysoko rozwiniętą gospodarką, szacuję się, że co piąta osoba może być dotknięta tym schorzeniem, a powszechność występowania dny moczanowej na świecie to 2-3% w całej populacji (Brzezińska i in., 2021; Sautner i in., 2022).

Początek zaostrzenia dny moczanowej objawia się nagłym bólem najczęściej w godzinach nocny lub o świcie, zwykle atak występuje wokół stawu śródstopno-paliczkowego palucha i nazywany jest podagrą, zazwyczaj w początkowych stadiach choroby ból dotyka jedynie pojedynczego stawu (Ashiq i in., 2021; Pillinger i in., 2020; Tausche i in., 2016; Mbuyi i in., 2020).

Jednym z najważniejszych czynników powstawania dny moczanowej jest długo utrzymujący się stan podwyższonego poziomu kwasu moczowego w surowicy inaczej hiperurykemia, zaleca się, aby poziom ten nie przekraczał 6 mg/dl (Sinnappah i in., 2022). Hiperurykemia jest spowodowana nadmierną syntezą lub niewystarczającą eliminacją, moczanów z organizmu przez nerki, wysoki poziom moczanu sodu może doprowadzić do rozwoju dny (Brzezińska i in., 2021). W wyniku odkładania się kryształów sodu może dojść do tworzenia guzków czy też zapalenia stawów, patologia ta ma również negatywny wpływ na funkcjonowanie nerek (Nuki i in., 2020).

Dieta ma ogromny wpływ na rozwój choroby, spożywanie produktów bogatych w puryny może zaostrzyć stan pacjenta, konsumpcja takich produktów jak czerwone mięso, owoce morza czy też alkohol, może stwarzać ryzyko do powstawania bolesnych napadów dny (Pillinger i in., 2020). Wraz ze wzrostem ilości spożywanych produktów, które są przeciwwskazane, wzrasta prawdopodobieństwo zaostrzeń choroby, osoby chore powinny szczególnie unikać alkoholu, z badań wynika, że spożycie piwa w porównaniu z trunkami o wysokiej zawartości spirytusu w najwyższym stopniu może doprowadzić do ataku dny, najniższe ryzyko wiąże się ze spożyciem wina (Ragab i in., 2017). Alkohol destabilizuje usuwanie kwasu moczowego przez nerki, potęgując produkcję moczanów. Nadmierne spożycie fruktozy również wpływa na zaostrzenie dny, po pierwsze, przez swój metabolizm powodując syntezę kwasu moczowego oraz może powodować otyłość i wzrost BMI (Tana i in., 2018).

Leczenie dny moczanowej powinno obejmować zarówno farmakoterapię jak i terapię niefarmakologiczną, a więc zmianę stylu życia, zastosowanie diety, wzrost aktywności fizycznej, ważne jest również, aby pacjent zredukował dotychczasową wagę, jeśli występuje otyłość. Chory powinien w pewnym stopniu zrezygnować z produktów bogatych w puryny, wyniki badań jasno wskazują, że spadek masy ciała powoduje obniżenie stężenia kwasu moczowego i redukcję ilości zaostrzeń choroby (Abhishek i in., 2018).

Cel rozdziału to określenie roli pielęgniarki jaką pełni, sprawując opiekę nad pacjentem z dną moczanową.

Materiały i metody

Zastosowaną metodą badawczą jest metoda indywidualnego przypadku. Techniki badawcze wykorzystane w rozdziale to: wywiad, obserwacje, analiza dokumentacji, pomiar parametrów życiowych. Narzędziami, które posłużyły w realizacji badania są: karta opieki pielęgniarskiej, wskaźnik BMI, skala numeryczna oceny bólu NRS, kwestionariusz uzależnienia od alkoholu – AUDIT, skala do oceny funkcjonalnych konsekwencji bólu wg Headley, kwestionariusz oceny sposobu odżywiania.

Podmiotem badania jest 55 letni pacjent, cierpiący na dnę moczanową od 15 lat. Badanie zostało przeprowadzone 3, 4 i 5 stycznia 2023 r. w środowisku domowym pacjenta. Przed przeprowadzeniem badania uzyskano świadomą zgodę pacjenta na dokonanie badania. Pacjent został poinformowany o celu badania. Zgromadzone informacje o stanie zdrowia pacjenta posłużyły do postawiania diagnoz pielęgniarskich oraz skonstruowania planu opieki pielęgniarskiej.

Wyniki

Opis stanu bio-psycho-społecznego pacjenta

Pacjent lat 55, od 15 lat choruje na dnę moczanową, od 12 lat leczy się na nadciśnienie. Mężczyzna waży 110 kg przy wzroście 187 cm, zgodnie ze wskaźnikiem masy ciała, pacjent cierpi na otyłość I stopnia. W trakcie badania dokonano pomiaru parametrów życiowych. Wyniki były prawidłowe poza ciśnieniem tętniczym wynoszącym 150/98 mmHg. Pacjent przyjmuje leki nieregularnie, niesystematyczność jest wynikiem jak sam podaje, uniknięcia interakcji alkoholu z przypisanymi lekami. Farmaceutyki przypisane przez lekarza to Colchicum diasper, Anapran, Xartan. Pacjent odczuwa silny ból, w skali NRS 10,

szczególnie gdy nie przestrzega zaleceń lekarskich, popełnia błędy dietetyczne, spożywa alkohol i nie przyjmuje leków. Najczęściej dolegliwości bólowe obejmują stawy śródręcza, śródstopia, staw kolanowy i łokciowy. Na tych również stawach występują guzki dnawe, które utrudniają poruszanie się i wykonywanie czynności dnia codziennego. Przez problemy bólowe pacjent nie może spać, a w trakcie zaostrzeń dny moczanowej nie opuszcza łóżka, aby nie pogłębiać przykrych dolegliwości.

Chory w trakcie wywiadu informuje o uzależnieniu od alkoholu od ponad 20 lat, co potwierdza przeprowadzony u pacjenta test AUDIT. Ma obniżony nastrój szczególnie w trakcie ataku choroby odczuwa lęk i apatię. Nie wierzy w sensowność podejmowanego leczenia, ponieważ leki nie zawsze przynoszą ulgę. Kontakt utrzymuje jedynie z siostrą, opuszcza mieszkanie jedynie, kiedy musi zrobić zakupy spożywcze lub na wizytę u lekarza. Pacjent mieszka sam, uzyskuje wsparcie jedynie od siostry, ma dorosłego syna, jest rozwiedziony. Ma wyższe wykształcenie, nie pracuje posiada rentę stałą z tytułu niezdolności do pracy. Mężczyzna mieszka w mieszkaniu socjalnym, warunki mieszkaniowe są dobre jednak nie jest to miejsce dostosowane do potrzeb pacjenta, szczególnie kiedy dochodzi do zaostrzeń dny moczanowej. W trakcie wywiadu z chorym, można stwierdzi, że pacjent nie ma dostatecznej wiedzy na temat swojej choroby oraz brakuje mu motywacji do podjęcia działań, które mogłyby poprawić jego stan zdrowia. Dane od pacjenta zostały zebrane w oparciu o Kartę Opieki Pielęgniarskie.

Układ krążenia:

- Tętno: 75 uderzeń na minutę; miarowe, napięcie prawidłowe.
- Ciśnienie krwi: 150/98 mmHg.

Układ oddechowy:

- Oddechy: Prawidłowe, częstość: 16/min.
- Duszności: brak.
- Zaleganie wydzieliny: brak.

Układ pokarmowy:

- Masa ciała: 110 kg.
- Wzrost: 187 cm.
- BMI: 31,46 kg/m2.
- Stan uzębienia: prawidłowy.
- Stan śluzówek: prawidłowy.

- Objętość przyjętych doustnie płynów na dobę: 1 l.
- Łaknienie: prawidłowe.
- Rodzaj diety: ogólna.
- Wymioty, nudności, zgaga: brak.
- Wydalanie: częstość, wypróżnień 1/dobę.

Układ moczowy:

- Liczba mikcji: 5/dobę.
- Diureza prawidłowa.

Układ mięśniowo-szkieletowy:

- Mobilność: zaburzona.
- Dysfunkcje narządu ruchu: obecność guzków dnawych na stawach utrudnia 28 wykonywanie ruchu.

Układ nerwowy:

- Stan świadomości: prawidłowy.
- Ból: tak, charakter: tępy, nasilenie: 10/10 w skali NRS, umiejscowienie: najczęściej stawy śródręcza, śródstopia, staw kolanowy i łokciowy.
- Stan psychiczny:
- Komunikacja: werbalna, logiczna.
- Nastrój: obniżony.
- Zachowanie: apatia.
- Sen: zaburzony – wybudzanie w nocy spowodowane silnym bólem. Liczba godzin snu: 5-6 h.
- Nałogi: papierosy – nie; alkohol – tak; środki psychoaktywne – nie.

Narządy zmysłów:

- Wzrok: prawidłowy.
- Słuch: prawidłowy.

Skóra:

- Cechy: sucha.
- Ciepłota ciała: 36,7˚C.

Sytuacja rodzinno-społeczna:

- Warunki mieszkaniowe: dobre.
- Choroby przewlekłe w rodzinie: alkoholizm u ojca; rak trzustki u matki.
- Radzenie sobie pacjenta w aspekcie:
- Wiedzy: niedostateczny poziom.
- Umiejętności: niski poziom.
- Motywacja: niski poziom.

Do oceny wydolności stanu zdrowia pacjenta użyto następujących narzędzi badawczych:

- Skala numeryczna oceny bólu – NRS: pacjent zgłasza, że nasileniu bólu w skali od 0 do 10 w skali NRS wynosi 10.
- Kwestionariusz uzależnienia od alkoholu – AUDIT: pacjent podczas wywiadu przyznał, że spożywa nadmierne ilości alkoholu, wykazał to również test.
- Skala do oceny funkcjonalnych konsekwencji bólu wg Headley: dzięki użytej skali można stwierdzić, że towarzyszący choremu ból nie tylko powoduje przykre dolegliwości, ale również utrudnia funkcjonowanie w życiu codziennym.
- Kwestionariusz oceny sposobu odżywiania: za pomocą kwestionariusza ustalono, że dieta, stan odżywienia oraz wiedza pacjenta na temat odżywiania są ubogie i potrzebuje edukacji z tego zakresu.

Diagnozy pielęgniarskie i planowane interwencje pielęgniarskie odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta powstały na podstawie zebranego wywiadu z chorym, przeanalizowaniu wyników badań diagnostycznych, wykonaniu testów i skal oraz dokonaniu pomiaru parametrów życiowych.

1. Ból ostry.
2. Nieskuteczne samozarządzanie zdrowiem.
3. Nieskuteczne radzenie sobie.
4. Bezsilność.

Interwencje pielęgniarskie powstały w oparciu o system klasyfikacji NANDA, NIC i NOC (Ackley, Ladwig, 2011).

<table>
<tr><td colspan="3">Diagnoza: Ból ostry</td></tr>
<tr><td colspan="3">Przyczyny: Czynniki uszkadzające</td></tr>
<tr><td colspan="3">Definicja: nieprzyjemne uczucie lub emocjonalne doświadczenie powstające w związku z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w taki sposób nagły lub powolny początek bólu o jakikolwiek nasileniu od łagodnego do bardzo silnego z oczekiwanym lub przewidywanym końcem i czasem trwania krótszym niż 6 miesięcy.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Objawy:</td><td>Obiektywne</td><td>Subiektywne</td></tr>
<tr><td>Wzrost częstości tętna</td><td>Pacjent wskazuje numer 10 na skali NRS</td></tr>
<tr><td colspan="3">Cel: Przy użyciu skali bólu pacjent określa obecny poziom bólu, opisuje poziom komfortu</td></tr>
<tr><td colspan="2">Działania pielęgniarskie:</td><td>Uzasadnienie:</td></tr>
</table>

Dokonanie oceny bólu u pacjenta przy użyciu aktualnego i rzetelnego narzędzia samooceny, takiego jak Numeryczna skala bólu.	Pojedyncze oceny bólu są ważną i wiarygodną miarą jego intensywności
Używanie wielokierunkowego podejścia przy leczeniu bólu ostrego.	Analgezja multimodalna łączy dwa lub więcej leków albo metod z różnych grup farmakologicznych, które mają różny mechanizm działania w zwalczaniu bólu, włączając opioidy, leki nieopioidowe oraz adiuwanty
Określenie, jakie leki pacjent zażywa obecnie.	Dokładny wywiad dostarcza informacji na temat leków, które wypróbowano, a które nie przyniosły efektów
Opisanie szkodliwych efektów niełagodzonego bólu.	Niełagodzony ból ostry może mieć fizjologiczne i psychologiczne konsekwencje, które przyczyniają się do niepomyślnych wyników. Nieefektywne leczenie bólu ostrego może spowodować zmiany neurohumoralne, przebudowę neuronów, mieć wpływ na funkcjonowanie układu neuroimmunologicznego, oraz długotrwałe fizjologiczne, psychologiczne i emocjonalne dolegliwości, a także może prowadzić do bólu chronicznego
Nauczanie i wprowadzenie niefarmakologicznych interwencji przy relatywnie dobrze kontrolowanym bólu za pomocą leków.	Niefarmakologiczne metody powinny być traktowane jako dodatek, a nie zamiennik metod farmakologicznych.

Źródło: APS, 2009; Brennan i in., 2007; Polomano i in., 2008; Evans, Ndirangu, 2009; Brevik i in., 2008.

Diagnoza: Nieskuteczne samozarządzanie zdrowiem	
Przyczyna: Niedostateczna ilość wskazówek	
Definicja: Wzorzec regulowania i włączania do życia codziennego reżimu terapeutycznego w celu leczenia choroby i następstwo jego zastosowania niezadowalające dla osiągniecia szczegółowych celów zdrowotnych.	
Objawy	Wyrażanie trudności w zakresie zaleconego reżimu Wyrażanie chęci zarządzania chorobą Dokonywanie wyborów w życiu codziennym nieskutecznych dla osiągnięcia celów zdrowotnych
Cel: Poprawa gotowości do uczenia się	
Wysłuchanie opowiadania pacjenta o swoim zarządzaniu chorobą.	Z badań wynika, że lekarze i inni świadczeniodawcy mogą pozytywnie wpływać na opowiadanie o chorobie przez daną osobę przez znalezienie własnego udziału w tym opowiadaniu o chorobie

Pomoc pacjentowi w określeniu „samego siebie" w samozarządzaniu.	Samozarządzanie oznacza, że dana osoba wykorzystuje samodeterminacje w celu adaptacji zaleceń lekarskich i pielęgniarskich dotyczących jej własnego życia i potrzeb osobistych
Zawarcie kontaktu z pacjentem w celu utrzymania motywacji do zmian zachowania.	Interwencja pielęgniarska zawierania z chorym umowy dostarcza konkretnego środka do utrzymania kierunku działań w celu osiągnięcia celów zdrowotnych
Pomoc pacjentowi w samozarządzaniu własnym zdrowiem przez nauczanie strategii zmiany nawyków.	Edukacja w zakresie samozarządzania pomaga osiągnąć pozytywne rezultaty zdrowotne
Stosowanie różnych form w celu zapewnienia informacji dotyczących reżimu terapeutycznego, włącznie z edukacją grupową, broszurami, taśmami video, instrukcjami pisemnymi, programami komputerowymi i kontaktem telefonicznym.	Stwierdzono, że wywiad telefoniczny obejmujący 781 osób dostarczył wiarygodnych i aktualnych danych na temat samozarządzania i innych zmiennych

Źródło: Baker i in., 2005; Warsi i in., 2004; Govil i in., 2009; Bulechek i in., 2008; Farell i in., 2004; Haidet, Stein 2006.

Diagnoza: Nieskuteczne radzenie sobie	
Przyczyna: Nadużywanie środków chemicznych	
Definicja: Niezdolność do sformułowania adekwatnej oceny stresorów, niewłaściwe wybory stosowanych reakcji i niezdolność do wykorzystania dostępnych zasobów.	
Objawy: Wysoki współczynnik chorobowości	
Cel: Zwiększanie zdolności radzenia sobie	
Działania pielęgniarskie:	**Uzasadnienie:**
Stosowanie werbalnych i niewerbalnych sposobów podejścia do komunikacji terapeutycznej, włącznie z empatią, aktywnym słuchaniem i konfrontacją, aby zachęcić pacjenta do wyrażania emocji, takich jak smutek, poczucie winy czy złość, werbalizacja lęków i problemów oraz wyznaczanie celów.	Zdolności komunikacji klinicystów przyczyniają się do dobrostanu pacjenta i minimalizują problemy psychospołeczne
Skierowanie pacjenta do grup wsparcia.	Predyktory uczestnictwa w grupach wsparcia pacjentów obejmują poglądy zaufanych osób na temat grup wsparcia, wsparcie otrzymane od bliskich osób oraz własne przekonania pacjentów dotyczące grup wsparcia

Pouczenie pacjenta na temat dostępnych zasobów społecznych (np. terapeutów, doradców, grup pomocy).	Podczas gdy badania wskazują, że osoby potrzebujące usług w społeczności lokalnej są zainteresowane korzystaniem z tych usług. Jednak nie wszyscy, którzy potrzebują usług z nich korzystają. Dzieje się tak częściowo z powodu zapotrzebowania na większą ilość informacji dotyczących zasobów, ich efektywniejszego wykorzystania, jak również z powodu dostępności usług
Pomaganie pacjentowi w ustaleniu realistycznych celów i określeniu osobistych umiejętności i wiedzy.	Badacze doszli do wniosku, że pomocne będą interwencje pielęgniarskie ukierunkowane na pomoc pacjentom w identyfikacji i redukcji stresorów oraz zwiększenie ich zdolności radzenia sobie ze stresorami

Źródło: Alsen i in., 2008; Cohen-Mansfield, Frank, 2008; Janda i in., 2008; Grande i in., 2021.

Diagnoza: Bezsilność	
Przyczyna: Schemat postępowania związany z chorobą	
Definicja: Przekonanie, że podejmowane przez siebie działania nie będą miały wpływu na wynik działania braku kontroli nad obecną sytuacją lub nagłymi zdarzeniami.	
Objawy: Pasywność	
Cel: Zmiana sposobu myślenia	
Działania pielęgniarskie:	**Uzasadnienie:**
Dokonanie oceny pod kątem braku współpracy w procesie leczenia. Zwracanie uwagi na zachowania pacjentów, którzy mogą próbować pokazać swoją siłę, nawet jeżeli dążą do konfrontacji. Udzielenie pomocy pacjentom w wyrażaniu ich zachowań w skuteczny sposób.	Wśród stosowanych przez kobiety strategii mających na celu ponowne uzyskanie kontroli nad niepewnie przebiegającą chorobą zalicza się wychodzenie z terapii, brak współpracy w leczeniu, konfrontację, perswazję, stawianie żądań i demonstracyjne dystansowanie się
Ocena źródeł kontroli pacjenta w stosunku do jego zdrowia.	Zewnętrzne źródło kontroli może mieć negatywny wpływ na postrzeganie przez pacjenta posiadanego nadzoru nad sytuacją zdrowotną, a wierzenia religijne mogą być składową osobistych przekonań dotyczących kontroli
Zachęcanie pacjenta do dzielenia się przekonaniami, myślami i oczekiwaniami dotyczącymi jego choroby.	Model Przekonań Zdrowotnych identyfikuje spostrzeżenia i oczekiwania dotyczące choroby, w tym postrzegania przeszkód i postrzegania podatności na zachorowanie na daną chorobę, jako silne predykatory motywujące pacjenta do podejmowania działań zapobiegających chorobie oraz mobilizujące do uczestniczenia w zarządzaniu samoobsługą

Wyjaśnienie pacjentowi wszystkich istotnych objawów choroby, stosowanych procedur, schematów leczenia oraz oczekiwanych rezultatów leczenia.	W badaniu, w którym sprawdzono postrzeganie przez pacjentów ich zdrowia, osoby, które informowały o bezsilności, mówiły również o braku wiedzy oraz braku informacji na temat strategii leczenia

Źródło: Nordgren, Fridlund, 2001; Sparks i in., 2005; Asbring, Narvanen, 2004.

Dyskusja

W rozdziale przedstawiono rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem z dną moczanową. Choroba została zdiagnozowana 15 lat temu, mężczyzna leczy się również na nadciśnienie. Zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne pielęgniarki w opiece nad pacjentem z dną moczanową, w dużej mierze zależą od zaawansowania choroby. Niewątpliwie ból jest nieodłącznym symptomem dny moczanowej, są jednak sposoby, dzięki którym w pewnym stopniu można go obniżyć, nie tylko farmakologicznie. Pielęgniarka powinna poinformować pacjenta jak może sobie radzić z dokuczliwym objawem choroby, jednym ze sposobów minimalizacji bólu jest zastosowanie okładu z lodu, terapia ta może trwać maksymalnie do 30 minut, najlepiej powtórzyć ją cztery razy w ciągu dnia, dzięki takiemu działaniu ustąpią nie tylko dolegliwości bólowe, ale również obrzęk, który jest nierozerwalnie związany z dną moczanową (Abhishek i in., 2018). Oprócz stosowania okładów pacjent powinien odpocząć, nie należy zapominać o nawadnianiu, gdyż przy stanach odwodnienia może dochodzić do napadu bądź zaostrzenia odczuć bólowych, tymczasowe unieruchomienie dotkniętego stawu obniża poczucie nieprzyjemnej dolegliwości (Dalbeth i in., 2021; Rogoveanu i in., 2013).

Zadaniem pielęgniarki jest również edukacja pacjenta pod kątem zasad przyjmowania przepisanych leków przez lekarza, a jeśli pacjent jest niewydolny samoobsługowo to informowanie o zasadach stosowania farmaceutyków bliskich chorego. Sprawując opiekę nad pacjentem z dną moczanową pielęgniarka musi wiedzieć, kiedy podać pacjentowi lek czy też w jakich sytuacjach nie powinna tego robić na przykład przy zaostrzeniu dny moczanowej nie powinna podawać pacjentowi kwasu acetylosalicylowego, po zażyciu 18 tego preparatu stężenie kwasu moczowego rośnie co pogarsza stan pacjenta (Janiec, 2021).

Wnioski

1. Najbardziej uciążliwym symptomem choroby objawiającym się u pacjenta jest przeszywający ból, który jest nie do zniesienia szczególnie w godzinach nocnych, przez co chory nie może w pełni wypocząć. Sytuacja ta wywołuje u pacjenta obniżony nastrój, apatię i utratę motywacji do podjęcia działań, które mogą poprawić stan chorego.
2. Chory przyznał, że jest uzależniony od alkoholu, co wykazał również kwestionariusz AUDIT. Pacjenta powinien zostać poinformowany o skutkach jakie powoduje nadużywanie napojów alkoholowych szczególnie w jego sytuacji chorobowej.
3. Ból objawiający się u chorego jest nie tylko przykrą dolegliwością, potrafi wyłączyć chorego z życia na długie godziny, przez co mężczyzna nie może podjąć czynności dnia codziennego, a każda próba zainicjowania działań kończy się pogłębianiem dolegliwości.
4. Dieta pacjenta nie jest odpowiednia do stanu w jakim obecnie się znajduje, potrzebuje edukacji z zakresu prowadzenia zdrowego stylu życia, nawyki żywieniowe, które były dotąd stosowane przez mężczyznę jeszcze bardziej zaogniały istniejące symptomy.

Literatura

1. Abhishek, A., Doherty, M. (2018). Education and non-pharmacological approaches for gout. *Rheumatology, 57*(suppl. 1), i51-i58.
2. Ackley, B., Ladwig, G. (2011). *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich*. GC Media House.
3. Afinogenova, Y., Danve, A., Neogi, T. (2022). Update on gout management: what is old and what is new. *Current Opinion Rheumatology, 34*(2), 118-124.
4. Alsen, P., Brink, E., Persson, L. O. (2008). Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing, 64*, 459-468.
5. Åsbring, P., Närvänen, A-L. (2004). Patient Power and Control: A Study of Women with Uncertain Illness Trajectories. *Sage Journals, 14*(2), 226-240.
6. Ashiq, K., Bajwa, M. A., Tanveer, S., Qayyum, M., Ashiq, S., Khokhar, R., Abid, F. (2021). A comprehensive review on gout: The epidemiological trends, pathophysiology, clinical presentation, diagnosis and treatment. *Journal of the Pakistan Medical Association, 71*(4), 1234-1238.
7. Baker, J. A., Richards, D. A., Campbell, M. (2005). Nursing attitudes towards acute mental health care: development of a measurement tool. *J Adv Nurs, 49*(5) 522-529.

8. Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Hals, E. K. B., Kvarstein, G., Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia, 101*(1), 17-24.
9. Brennan, F., Carr, D. B., Cousins, M. (2007). Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesthesia & Analgesia, 105*(1), 205-221.
10. Brzezińska, O., Styrzyński, F., Makowska, J., Walczak, K. (2021). Role of vitamin C in prophylaxis and treatment of gout – *A literature review. Nutrients, 13*(2), 701.
11. Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC).* Mosby.
12. Cohen-Mansfield, J., Frank J. (2008). Relationship Between Perceived Needs and Assessed Needs for Services in Community-Dwelling Older Persons. *The Gerontologist, 48*(4), 505-516.
13. Dalbeth, N., Gosling, A., Gaffo, A., Abhishek, A. (2021). Gout. *The Lancet, 397*(10287), 1843-1855.
14. Evans, C., Ndirangu, E. (2009). The nursing implications of routine provider-initiated HIV testing and counselling in sub-Saharan Africa: A critical review of new policy guidance from WHO/UNAIDS. *International Journal of Nursing Studies, 46*(5), 723-731.
15. Farell, P. T., Ainscow, M., Howes, A. J. (2004). Inclusive education for all: Dream or reality? *Journal of International Special Needs Education, 7*, 7-11.
16. Govil, S. R., Weidner, G., Merritt-Worden, T., Ornish, D. (2009). Socioeconomic Status and Improvements in Lifestyle, Coronary Risk Factors, and Quality of Life: The Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *American Journal of Public Health, 99*(7), 1158-1333.
17. Grande, R. A. N., Berdida, D. J. E., Villagracia, H. N., Ablao, J. N., Garcia, P. R. B. (2021). Assessment of nursing students' research competencies with competency--based education. *Journal of Competency-Based Education, 6*(4), 211-221.
18. Haidet, P., Stein, H. F. (2006). The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians. *Journal of General Internal Medicine, 21*, 16-20.
19. Janda M., Steginga S., Dunn J., Langbecker D., Walker D., Eakin E. (2008). Unmet supportive care needs and interest in services among patients with a brain tumour and their carers. *Patient Education and Counseling, 71*(2), 251-258.
20. Janiec, W. (2021). *Kompendium farmakologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
21. Mbuyi, N., Hood, C. (2020). An update on gout diagnosis and management for the primary care provider. *The Nurse Practitioner, 45*(10), 16-25.
22. Nordgren, S., Bengt Fridlund, B. (2001). Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing, 35*(1), 117-125.
23. Nuki, G., Riches, P. (2020). Changing paradigms in the management of gout. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh, 50*(2), 124-132.

24. Pillinger, M. H., Mandell, B. F. (2020). Therapeutic approaches in the treatment of gout. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 50*(3) Supplement, S24-S30.
25. Polomano, R. C., Rathmell, J. P., Krenzischek, D. A., Dunwoody, C. J. (2008). Emerging trends and new approaches to acute pain management. *J. Perianesth Nurs, 23*(1 Suppl), S43-S53.
26. Ragab, G., Elshahaly, M., Bardin, T. (2017). Gout: An old disease in new perspective- A review. *Journal of advanced research, 8*(5), 495-511.
27. Rogoveanu, O., Trăistaru, R., Cherciu, I., Popescu, P. (2013). Clinical Evolutive. Aspects and Physical Rehabilitation in Patients with Chronic Gout. *Current Health Sciences Journal, 39*(2), 112-117.
28. Sautner, J., Eichbauer-Sturm, G., Gruber, J., Lunzer, R., Puchner, R. J. (2022). 2022 update of the Austrian Society of Rheumatology and Rehabilitation nutrition and lifestyle recommendations for patients with gout and hyperuricemia. *Wiener klinische Wochenschrift, 134*(13-14), 546-554.
29. Sinnappah, K. A., Stocker, S. L., Chan, J. S., Hughes, D. A., Wright, D. F. B. (2022). Clinical interventions to improve adherence to urate-lowering therapy in patients with gout: a systematic review. I*nternational Journal of Pharmacy Practice, 30*(3), 215-225.
30. Sparks, S. A., Corcoran, K. J., Nabors, L. A., Hovanitz, C. A. (2005). Job Satisfaction and Subjective Well-Being in a Sample of Nurses. *Journal of Applied Social Psychology, 35*(5), 922-938.
31. Tana, C., Busetto, L., Di Vincenzo, A., Ricci, F., Ticinesi, A., Lauretani, F., Nouvenne, A., Giamberardino, M. A., Cipollone, F., Vettor, R., Meschi, T. (2018). Management of hyperuricemia and gout in obese patients undergoing bariatric surgery. *Postgraduate medicine, 130*(6), 523-535.
32. Warsi, A., Wang, P. S., LaValley, M. P., Avorn, J., Solomon, D. H. (2004). Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of internal medicine, 164*(15), 1641-1649.