

KOWZS

**Kompleksowa Opieka nad
Pacjentem z Wczesnym
Zapaleniem Stawów**



Materiały edukacyjne

WARSZAWA 2025

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher
ul. Spartańska 1
02-637 Warszawa
<https://spartanska.pl/>

Warszawa 2025 r.

Powielanie tego dokumentu w całości, w częściach, jak również wykorzystywanie całości tekstu
lub jego fragmentów wymaga podania źródła.



Leczenie uzupełniające

*Dieta, aktywność fizyczna, rehabilitacja
i wsparcie psychologiczne*

Dieta



Nie ma dowodów na to, że konkretny sposób odżywiania wpływa na wystąpienie choroby zapalnej stawów, ale warto znać możliwości oddziaływania sposobu odżywiania się na jakość życia w chorobie. Warto pamiętać, że jedzenie nie może zastąpić leczenia, ale może je wspomagać. Znane są produkty spożywcze, które mają potencjalne działanie na zmniejszenie aktywności choroby, ale też takie, które wpływają na zaostrzenie jej objawów. Prawidłowe odżywianie może łagodzić działanie niepożądane leków, ułatwiać utrzymanie właściwej masy ciała, zmniejszać zagrożenie wystąpienia powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego czy rozwój osteoporozy. Uważa się, że najbardziej korzystna jest tzw. dieta śródziemnomorska.

Poniżej znajdują się zalecenia dla pacjentów z chorobą zapalną stawów – oczywiście nie obowiązują tutaj zasada „wszystko albo nic” i nawet pojedyncza zmiana może przynieść **korzystne efekty w dłuższej perspektywie**:

1. Stopniowa redukcja masy ciała w przypadku nadwagi i otyłości.

2. Spożywanie minimum 400 g różnorodnych warzyw i owoców dziennie, z zachowaniem proporcji 3/4 warzyw i 1/4 owoców. Wyniki badań wskazują, że dieta bogata w warzywa i owoce wiąże się z niższym markerem stanu zapalnego w organizmie, dlatego powinny znajdować się w większości posiłków. Produkty pochodzenia roślinnego wykazują silne działanie przeciwzapalne, dzięki obecności antyoksydantów: polifenoli (m.in. resweratrol, kwercetyna, rutyna), karotenoidów, witamin (wit. A, C, E). Warto sięgać po świeże, sezonowe warzywa i owoce, jednak należy pamiętać, że mrożone również są bardzo wartościowe.

3. Należy zwrócić szczególną uwagę na udział odpowiednich tłuszczów w diecie. W jadłospisie powinny dominować tłuszcze jednonienasycone i wielonienasycone (omega 3, 6, 9), znajdujące się m.in. w tłustych rybach morskich (np. łosoś, śledź, makrela), orzechach, pestkach, nasionach, awokado, oliwie z oliwek, oleju rzepakowym. Nasycone kwasy tłuszczowe oraz izomery trans kwasów tłuszczowych o działaniu prozapalnym powinny być ograniczone do minimum (znajdują się m.in. w tłustych mięsach, pełnotłustych produktach mlecznych, oleju kokosowym, oleju palmowym, słonych i słodkich przekąskach, gotowych wyrobach cukierniczych, zupach i sosach w proszku, żywności typu *fast food*).

4. Źródłem węglowodanów w diecie powinny być pełnoziarniste produkty zbożowe o niskim indeksie glikemicznym, do których należą: razowe pieczywo, gruboziarniste kasze np. gryczana, pęczak, brązowy ryż, pełnoziarnisty makaron. Są one bogate w błonnik pokarmowy, witaminy z grupy B oraz składniki mineralne (m.in. magnez, potas, żelazo, cynk).

5. Zalecane jest ograniczenie spożycia produktów bogatych w cukry proste, np. słodczy, słodkich napojów, cukru, miodu, dżemów.

6. Czerwone mięso i przetworzone produkty mięsne (np. parówki, kiełbasy, pasztety) powinny być zastąpione mięsem białym (np. indyk, kurczak), dwa razy w tygodniu rybami, najlepiej tłustymi, morskimi oraz przynajmniej raz w tygodniu nasionami roślin strączkowych (np. groch, fasola, ciecierzycą, soczewicą).

7. Każdego dnia warto spożywać mleko i produkty mleczne, najlepiej fermentowane, niskotłuszczowe, m.in. jogurt naturalny, kefir, maślanka, ser twarogowy.

8. Zadbanie o odpowiednie nawodnienie organizmu poprzez wypijanie od 2 do 2,5 l płynów dziennie, w tym wody, naparu z herbaty, kawy, naturalnego kakao.

9. Ograniczenie spożycia soli i zastąpienie jej świeżymi ziołami oraz przyprawami, które również są źródłem polifenoli (np. kurkuma, czosnek, goździki, cynamon, imbir).

10. Całkowita rezygnacja z palenia tytoniu i ograniczenie spożywania alkoholu.

11. Stosowanie odpowiednich technik kulinarnych, tj.: gotowanie na parze, gotowanie, duszenie bez obsmażania, pieczenie, grillowanie (grill elektryczny lub patelnia grillowa). Unikanie smażenia i pieczenia z dodatkiem dużej ilości tłuszczu.

12. Posiłki powinny być spożywane w spokojnej atmosferze, bez pośpiechu.

13. Dbanie o regularną aktywność fizyczną, dostosowaną do możliwości zdrowotnych i samopoczucia.

Aktywność fizyczna



W zapalnych chorobach reumatycznych aktywność fizyczna odgrywa bardzo istotną rolę w poprawie jakości życia, zmniejszaniu bólu i sztywności stawów oraz zapobieganiu utracie ich funkcji. Dodatkowo zapewnia wzmocnienie aparatu mięśniowego i struktur okołostawowych, poprawia koordynację ruchową i przeciwdziała rozwojowi osteoporozy oraz otyłości. Regularne ćwiczenia mają również korzystny wpływ na samopoczucie psychiczne. Pomagają w redukcji stresu, lęku i depresji, które mogą towarzyszyć osobom z chorobami reumatycznymi. Również utrzymana sprawność fizyczna i lepsza kondycja mogą pozytywnie wpłynąć na

ogólne poczucie własnej wartości. Poniżej kilka zasad, którymi należy się kierować:

1. Rodzaj i intensywność aktywności fizycznej powinien być dostosowany do stanu zdrowia pacjenta, etapu jego choroby i współistniejących obciążeń.

2. Aktywność fizyczna powinna być regularna, najlepiej codzienna lub przynajmniej przez większość dni w tygodniu.

3. W początkowej fazie choroby lub podczas zaostrzeń należy unikać intensywnego wysiłku obciążającego stawy. Zaleca się wówczas umiarkowaną aktywność, np. spacer czy jazdę na rowerze bądź ćwiczenia w odciążeniu, takie jak pływanie lub aerobik wodny.

4. W wypadku redukcji bólu, poprawy w zakresie ruchomości stawów i kondycji, warto stopniowo zwiększać intensywność ćwiczeń.

5. Ćwiczenia takie jak tai-chi czy pilates mogą pomóc w redukcji napięcia mięśniowego, poprawie postawy ciała oraz zwiększeniu elastyczności. Mają także pozytywny wpływ na redukcję stresu i poprawę ogólnego samopoczucia.

6. Należy regularnie monitorować stan zdrowia, szczególnie jeśli aktywność fizyczna wiąże się z bólem lub dyskomfortem. W przypadku nasilenia objawów należy skonsultować się z lekarzem w celu ewentualnej modyfikacji leczenia.

7. Zawsze warto skonsultować się ze specjalistą rehabilitacji lub fizjoterapeutą, który pomoże w doborze odpowiednich ćwiczeń na różnych etapach trwania choroby.

8. Prawidłowa technika wykonywania ćwiczeń zmniejsza ryzyko kontuzji.

9. Obuwie powinno być dobrze dopasowane, wygodne, z amortyzacją, która zmniejsza wpływ wstrząsów na stawy. W wypadku deformacji stopy (np. płaskostopie poprzeczne) warto zastosować odpowiednio dobrane wkładki.

10. W trakcie aktywności fizycznej ważne jest odpowiednie nawodnienie organizmu.

11. Ćwiczenia, które wypracowało się pod okiem fizjoterapeuty w trakcie rehabilitacji, warto kontynuować w domu.

12. Wskazane jest, aby wykonać kilka spokojnych ruchów na rozgrzewkę, tak żeby przygotować organizm do większego wysiłku. Warto zakończyć aktywność ćwiczeniami rozciągającymi i wyciszeniem.

13. Umiarkowany ból w mięśniach po ćwiczeniach jest normalny, zwłaszcza kiedy zaczyna się ich nową formę - dolegliwość ta powinna minąć w ciągu 24 godzin. Jeżeli podczas ćwiczeń lub zaraz po ich zakończeniu wystąpi szarpący ból, może to być oznaką kontuzji. Określenie ilości, czasu trwania i intensywności ćwiczeń, powinno się dostosować do „akceptowalnego” natężenia bólu.

14. Nawet niewielka zmiana może przynieść wymierne efekty.

Rehabilitacja



Rehabilitacja medyczna jest dziedziną medycyny mającą kluczowe znaczenie w leczeniu chorób narządu ruchu. W swoich założeniach ma przede wszystkim umożliwienie choremu powrót do pełnej lub możliwej do uzyskania w danych warunkach sprawności. W przypadku, gdy uzyskanie pełnej sprawności jest niemożliwe, pozwala ona wypracować mechanizmy kompensacyjne oraz adaptacyjne umożliwiające funkcjonowanie na co dzień. Nie do przecenienia są również jej walory przeciwbólowe.

Istnieje wiele metod stosowanych w rehabilitacji. W pierwszej kolejności pacjenci korzystają z kinezyterapii czyli leczenia ruchem. Jest to podstawowa, najważniejsza, najbardziej dostępna i stopniowalna w zależności od nasilenia objawów metoda umożliwiająca pełne zaangażowanie chorego. Należy pamiętać, że odpowiednio prowadzona kinezyterapia zawiera w sobie elementy edukacyjne, które pozwalają pacjentowi na wykonywanie ćwiczeń w domu – jest to niezbędny element utrzymania efektów rehabilitacji. Metoda ta ma też najlepszy stosunek ponoszonych kosztów do uzyskiwanych efektów! Przecież nawet spacer z kijkami Nordic Walking to wspierała możliwość poprawy wydolności krążeniowo-oddechowej, tolerancji wysiłku, redukcji dolegliwości bólowych. Kinezyterapia, przy prawidłowym ustaleniu programu rehabilitacji, jest możliwa do stosowania u każdego pacjenta.

Wśród pacjentów wielką popularnością cieszą się zabiegi fizykalne czyli fizykoterapia, przez niektórych chorych niestety błędnie sprowadzana do jedynych metod stosowanych w rehabilitacji. Fizykoterapia stosowana w połączeniu z kinezyterapią stanowi znakomite uzupełnienie programu leczenia. Pozwala przygotować organizm do wysiłku, redukuje ból, umożliwia restytucję po zabiegach kinezyterapii. Zdecydowanym ograniczeniem tych metod

jest praktycznie brak możliwości wykonywania ich w warunkach domowych. U części pacjentów ze ściśle określonymi przez lekarza wskazaniami można zastosować metody fizjoterapeutyczne obejmujące pracę na tkankach miękkich i powięziach (terapia manualna), a także u części chorych masaż. Są to jednak metody, które w wielu przypadkach są zastępowalne przez kinezyterapię połączoną z odpowiednio prowadzoną fizykoterapią. Do zakresu metod jakie można znaleźć wśród narzędzi rehabilitacyjnych są również zajęcia terapii zajęciowej, dobór zaopatrzenia ortopedycznego w tym odpowiednich kul, ortez, gorsetów i stabilizatorów, zajęcia obejmujące edukację chorego i praca z psychologiem.

Czy rehabilitacja jest dobra dla każdego?

Przy planowaniu rehabilitacji osób z chorobami stawów (a przede wszystkim ich zapaleniem), należy brać pod uwagę w pierwszej kolejności możliwości chorego, ograniczenia wynikające z wieku i chorób współistniejących, oczekiwania pacjenta oraz jego sytuację zawodową i środowiskową. Dlatego plan rehabilitacji powinien być stworzony w zespole interdyscyplinarnym, mającym w swoim składzie specjalistów z dziedziny leczenia narządu ruchu.

Optymalnie lekarzy (rehabilitacji medycznej, ortopedii, reumatologii i innych), fizjoterapeutów, techników zaopatrzenia ortopedycznego, psychologów, terapeutów zajęciowych. Chorzy z zapaleniem stawów chorują z pewną „dynamiką”, doświadczają okresów remisji, zaostrzenia i stanów podostrych, a także niejednokrotnie mają zajęcia innych układów poza narządem ruchu (niewydolność oddechowo-krążeniowa, zajęcia skóry, objawy ze strony układu moczowego czy pokarmowego). Wszystko to sprawia, że proces rehabilitacji jest bardzo dynamiczny i możliwy do wykorzystania niemal w każdej sytuacji – musi być jednak dostosowywany do aktualnego stanu chorego.

Wśród wielu pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu szczególną grupę stanowią pacjenci z chorobą zwyrodnieniową stawów. Choroba ta jest procesem przewlekłym, postępującym i w swojej istocie nieuleczalnym, a co najgorsze dotyka znacznej części społeczeństwa – niekiedy już od 40. roku życia. W grupie tej odpowiednio prowadzona rehabilitacja, biorąc pod uwagę brak innych, równie skutecznych, małoinwazyjnych metod leczenia, pozwala ograniczyć dolegliwości bólowe (a co za tym idzie – ilość spożywanych leków), a także odsuwa w czasie konieczność leczenia zabiegowego.



Wsparcie psychologiczne



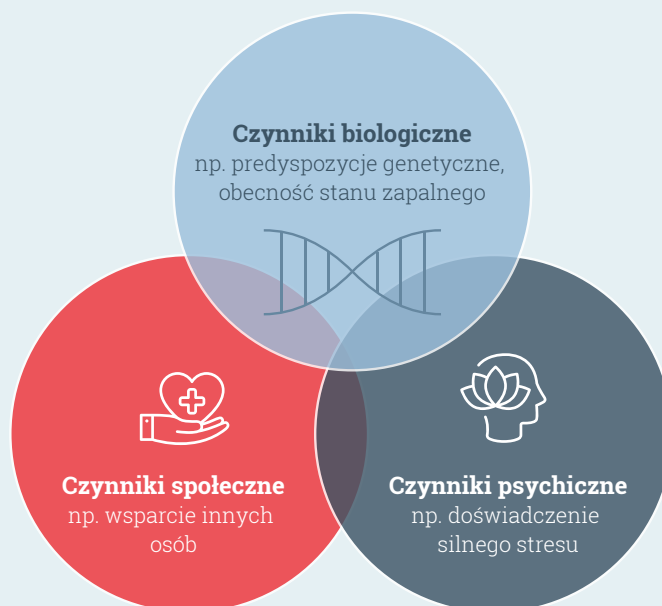
Pomoc psychologiczna w chorobach reumatycznych

Choroby przewlekłe, w tym układowe choroby tkanki łącznej, wiążą się z istotnymi zmianami w funkcjonowaniu pacjenta. Ból, obrzęk stawów, zmiany skórne, sztywność i zmęczenie mogą prowadzić nie tylko do ograniczeń fizycznych, ale także do lęku i obniżenia nastroju. Osoba chora staje przed wyzwaniem przystosowania się do sytuacji związanej z chorobą, uwzględniając ograniczenia z nią związane. W trakcie choroby mogą występować okresy ustępowania objawów, ale również zaostrzenia choroby lub potrzeba podjęcia istotnych decyzji dotyczących leczenia. Ponadto doświadczenie choroby może wpływać na obraz własnej osoby, wywołując negatywne emocje o różnym nasileniu oraz silne reakcje, takie jak gniew, złość wobec przeszkód i ograniczeń, poczucie winy czy wstyd (1). Z tego względu wsparcie psychologiczne stanowi istotny element interdyscyplinarnych oddziaływań terapeutycznych (2), a dobrostan psychiczny osoby z chorobą reumatyczną powinien być jednym z kluczowych celów skutecznego leczenia (3).

Rola czynników psychicznych w rozwoju i utrzymywaniu objawów chorób reumatycznych

Rola czynników psychicznych w rozwoju i utrzymywaniu chorób somatycznych stanowi ważne zagadnienie w ramach licznych badań z obszaru medycyny psychosomatycznej, medycyny behawioralnej i psychologii zdrowia. Jednym z najczęściej badanych modeli zależności między chorobą przewlekłą a czynnikami psychicznymi jest model biopsychospołeczny (4,5). Model ten zakłada, że choroby

przewlekłe charakteryzują się złożonym podłożem czynników, które wpływają na predyspozycje do zachorowania, rozwój choroby i podtrzymywanie jej objawów. Na to składają się czynniki biologiczne (np. predyspozycje genetyczne, obecność stanu zapalnego), psychiczne (np. doświadczenie silnego stresu) i społeczne (np. wsparcie innych osób).



Związek między objawami choroby reumatycznej a czynnikami psychicznymi jest złożony, a obszary te mogą wzajemnie na siebie wpływać. Istotnym problemem zgłaszanym przez pacjentów jest radzenie sobie z bólem (6). W chorobach reumatycznych występuje nie tylko ból ostry, ale najczęściej ból przewlekły. Przyczyną bólu przewlekłego może być stan zapalny, zmiany strukturalne w stawach, osłabienie siły mięśniowej, napięcie mięśni, podrażnienie lub ucisk nerwu (7). Jednocześnie na odczucie bólu mogą mieć wpływ także inne czynniki, takie jak niewygodna, zmęczenie, smutek, lęk, gniew, frustracja czy obniżony nastrój. Ponadto negatywne myśli związane z bólem, towarzyszące im emocje, silna koncentracja na bólu oraz poczucie niskiej kontroli nad nim również mogą nasilać jego odczuwanie (8).

Wyniki badań naukowych wskazują, że postrzeganie choroby zmienia się z biegiem czasu, co wpływa na odczuwanie bólu oraz funkcjonowanie pacjentów z układowymi chorobami tkanki łącznej (9,10). Ponadto objawy zaburzeń lękowych i depresyjnych są powszechne w tej grupie pacjentów i mogą negatywnie wpływać na przebieg choroby reumatycznej (11). Wykazano również, że niektóre cechy osobowości oraz stresory psychologiczne w początkowej fazie choroby wiążą się z wyższym ryzykiem rozwoju objawów lękowych i depresyjnych. Z tego względu wdrożenie interwencji psychologicznej na wczesnym etapie choroby reumatycznej jest niezwykle istotne.

Pomoc psychologiczna – czego może dotyczyć?

Oczekiwania pacjentów z chorobami reumatycznymi dotyczące pomocy psychologicznej są znaczące. Badania pokazują, że pacjenci z zapaleniem stawów oczekują wsparcia w zakresie zarządzania wpływem bólu i zmęczenia na ich dobrostan (82%), radzenia sobie z własnymi emocjami (57%), radzenia sobie z problemami w pracy i czasie wolnym (52%), trudnościami w relacjach (37%) oraz depresją (34%) (6). Ponadto powodem, by zwrócić się o pomoc do psychologa, mogą być:

- doświadczenie stresu – zarówno związanego z chorobą, jak i z innymi doświadczeniami,
- poczucie niesatysfakcjonujących mechanizmów radzenia sobie z chorobą przewlekłą,
- trudność w przystosowaniu się do sytuacji choroby przewlekłej,
- problem w utrzymaniu motywacji do leczenia,
- negatywne postrzeganie własnej osoby,
- poczucie osamotnienia i braku wsparcia,
- Utrzymujący się smutek, przygnębienie, poczucie pustki,
- brak radości i zainteresowania rzeczami, które wcześniej sprawiały przyjemność,

- poczucie bezsilności, beznadziei, winy oraz niskiej wartości.
- zmniejszenie apetytu lub nadmierne jedzenie, szczególnie w reakcji na negatywne emocje,
- bóle głowy, pleców, mięśniowe, które nie mają wyraźnej przyczyny medycznej,
- uczucie niepokoju, napięcia, częste zamartwianie się,
- trudności w koncentracji, poczucie „pustki w głowie”,
- poczucie przytłoczenia, niezdolność do radzenia sobie z codziennymi aktywnościami,
- uczucie oderwania od rzeczywistości lub własnej osoby.
- problemy z zasypianiem lub utrzymaniem snu, częste budzenie się w nocy, koszmary senne.
- przewlekły lęk, że stanie się coś złego.
- nawracające myśli o własnej śmierci, chęć zrobienia sobie krzywdy.
- uczucie duszenia się, przyspieszone tętno, kołatanie serca, drżenie, zawroty głowy, które nie mają przyczyny somatycznej.

Interwencja psychologiczna – potencjalne korzyści

Wykazano, że interwencja psychologiczna wspiera leczenie układowych chorób tkanki łącznej, poprawiając mechanizmy adaptacyjne, zwiększając poczucie skuteczności w walce z chorobą oraz redukując niepełnosprawność funkcjonalną i ból (12). Ponadto potencjalne korzyści z interwencji psychologicznych obejmują:

- poczucie emocjonalnego wsparcia – wielu pacjentów z chorobą reumatyczną oczekuje wsparcia emocjonalnego od profesjonalisty, aby móc dzielić się swoimi trudnościami z osobą spoza najbliższego otoczenia (13);
- większą kontrolę nad aspektami choroby podlegającymi wpływowi pacjenta;

- zrozumienie związku między przekonaniami, myślami, emocjami a zachowaniami – w długoterminowej perspektywie może to działać ochronnie w odniesieniu do rozwoju zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych (14);
- identyfikację czynników psychicznych wpływających na przebieg choroby reumatycznej (15);
- redukcję stresu i poprawę dobrostanu psychicznego (16);
- wzmocnienie mechanizmów radzenia sobie z chorobą oraz przystosowania do zmian w jej przebiegu (17);
- obniżenie nasilenia objawów bólu przewlekłego (8).



Podsumowując, pomoc psychologiczna stanowi istotny element kompleksowego leczenia pacjentów z chorobami reumatycznymi. Wsparcie psychologiczne nie tylko pomaga w radzeniu sobie z bólem i emocjonalnymi konsekwencjami choroby, ale także poprawia jakość życia oraz zdolność adaptacji do jej przewlekłego charakteru. Z tego powodu uwzględnienie interwencji psychologicznych w opiece nad pacjentami powinno być standardem, który wspiera zarówno ich dobrostan psychiczny, jak i ogólny przebieg leczenia. Konsultacja psychologiczna nierzadko pomaga ujawnić problemy wymagające konsultacji psychiatry i farmakoterapii.

Bibliografia

1. Heszen-Celińska I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydanie nowe. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 2020.
2. Geenen R, Overman CL, Christensen R, Åsenlöf P, Capela S, Huisinga KL, et al. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*. 2018;77(6):797–807.
3. Leon L, Redondo M, Fernández-Nebro A, Gómez S, Loza E, Montoro M, et al. Expert recommendations on the psychological needs of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*. 2018;38(12):2167–82.
4. George E, Engel L. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 1980;137(5):535–44.
5. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*. 2004;2(6):576–82.
6. Dures E, Almeida C, Caesley J, Peterson A, Ambler N, Morris M, et al. Patient preferences for psychological support in inflammatory arthritis: a multicentre survey. *Annals of the rheumatic diseases*. 2016;75(1):142–7.
7. Sierakowska M. Relacja terapeutyczna z pacjentem doświadczającym bólu w przewlekłej chorobie reumatycznej.
8. Otis JD. Przewlekły ból: terapia poznawczo-behawioralna: podręcznik terapii. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2018.
9. Løchting I, Fjerstad E, Garratt AM. Illness perceptions in patients receiving rheumatology rehabilitation: association with health and outcomes at 12 months. *BMC musculoskeletal disorders*. 2013;14:1–7.
10. Frantz C, Avouac J, Distler O, Amrouche F, Godard D, Kennedy AT, et al. Impaired quality of life in systemic sclerosis and patient perception of the disease: a large international survey. In Elsevier; 2016. p. 115–23.
11. Evers AW, Kraaijmaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW. Long-term predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year followup. *The Journal of rheumatology*. 2002;29(11):2327–36.
12. Astin JA, Beckner W, Soeken K, Hochberg MC, Berman B. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis & Rheumatism* [Internet]. 2002 Jun 15 [cited 2025 Mar 31];47(3):291–302. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.10416>
13. van Eijk-Hustings Y, Ammerlaan J, Voorneveld-Nieuwenhuis H, Maat B, Veldhuizen C, Repping-Wuts H. Patients' needs and expectations with regard to rheumatology nursing care: results of multicentre focus group interviews. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2013;72(6):831–5.
14. Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, Ryan B, Allard S. Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2003;42(3):435–41.
15. Doumen M, Pazmino S, Verschueren P, Westhovens R. Supporting mental health in the current management of rheumatoid arthritis: time to act! *Rheumatology*. 2023;62(S13):SI274–81.
16. Zangi HA, Mowinckel P, Finset A, Eriksson LR, Høystad TØ, Lunde AK, et al. A mindfulness-based group intervention to reduce psychological distress and fatigue in patients with inflammatory rheumatic joint diseases: a randomised controlled trial. *Annals of the rheumatic diseases*. 2012;71(6):911–7.
17. Treharne GJ, Kitas GD, Lyons AC, Booth DA. Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *Journal of health psychology*. 2005;10(3):457–74.

