

**Matylda Sierakowska, Jolanta Lewko, Katarzyna Krajewska,  
Krystyna Kowalczyk, Elżbieta Krajewska-Kuśak**

Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

# Jak żyć z przewlekłą chorobą reumatyczną – rola pielęgniarki w edukacji pacjentów

How to live with a chronic rheumatic disease – nurse's role in patient education

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Matylda Sierakowska  
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego  
Uniwersytet Medyczny  
w Białymstoku  
ul. Skłodowskiej-Curie 7A  
15-096 Białystok  
tel./faks: (0 85) 748 55 27 w. 34

## STRESZCZENIE

Przewlekłe choroby reumatyczne, o postępującym i zróżnicowanym przebiegu, prowadzą często do dużego stopnia niepełnosprawności i kalectwa ruchowego. Problemy pielęgnacyjne chorego dotyczą wielu sfer życia, zaburzeń funkcjonowania układu mięśniowo-stawowego i narządów wewnętrznych oraz wpływu choroby na psychikę pacjenta, odgrywanie ról społecznych i zawodowych. Osoba dotknięta chorobą reumatyczną potrzebuje wsparcia i porady jak stawiać czoło problemom życia codziennego, stresowi, cierpieniu związanemu ze schorzeniem. Choremu należy pomóc w adaptacji do zmieniających się warunków i nauczyć różnych metod radzenia sobie z chorobą.

Celem pracy jest przedstawienie zagadnień edukacyjnych, realizowanych przez pielęgniarkę w przygotowywaniu chorego do samoopieki, z uwzględnieniem metod walki z bólem, stanami zaostrezenia choroby, zniekształceniem stawów, niepożądanym działaniem farmakoterapii i przystosowaniem chorego i środowiska do życia z kalectwem.

W pierwszym etapie postępowania pielęgniarka określa problemy zdrowotne pacjenta i istniejące ograniczenia, wiedzę i umiejętności radzenia sobie w chorobie oraz motywację do udziału w edukacji. Rozpoznaje również sytuację rodzinną pacjenta, możliwości uzyskania wsparcia oraz nieprofesjonalnej pomocy i na tej podstawie ustala deficyt samoopieki i określa cele edukacyjne. W dalszym etapie opracowuje indywidualny program edukacji, uwzględniający wiedzę na temat choroby, zasad postępowania leczniczego, pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego oraz zachowań ograniczających skutki leczenia i przewlekły, postępujący proces chorobowy.

Pacjent i rodzina, przygotowywani w procesie edukacji do samoopieki i samoobserwacji powinni być zmotywowani do podejmowania działań profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz współpracować w ramach kompleksowego postępowania terapeutycznego.

**Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (1, 2): 199–204**

**Słowa kluczowe:** edukacja pacjentów, samoopieka, choroby reumatyczne

## ABSTRACT

Chronic rheumatic diseases, which have a progressive and diversified progress, often result in a significant degree of incapacity and mobility handicap. Nursing problems relating to these patients affect many aspects of life, including muscle–joint system and internal organ disorders as well as the impact of the disease on the patient's psyche and their social and professional roles. Patient of rheumatic diseases needs support and advice how to deal with disease–related problems affecting his/her everyday life, how to cope with stress and pain. Patients need assistance in their adaptation to the changing conditions and learning to live with the disease.

The objective of this study is to present the education issues covered by the nurse preparing a patient to self–care, such as, for instance, the methods of pain relief, dealing with disease aggra-

vation periods, joint deformity, side-effects of pharmacotherapy and the adjustment of patients and their environment to living with the handicap.

In the first stage of the procedure, the nurse assesses the patient's health problems and limitations, their knowledge and ability to cope with the disease as well as their motivation to participate in the education process. She also evaluates the patient's family situation, possibilities of obtaining support and non-professional help and, on the basis of that, assesses the self-care deficit and sets the education goals. Later on, the nurse prepares an individual education programme taking into account the knowledge about the disease, the rules of therapeutic, nursing and rehabilitation procedure as well as the behaviours which limit the effects of treatment and the chronic, progressive disease process.

Patients and their families, who are prepared to self-care and self-observation in the education process, should be motivated to undertake preventive, therapeutic and rehabilitation activities and to cooperate in the complex therapeutic treatment.

**Nursing Topics 2008; 16 (1, 2): 199–204**

**Key words:** education of patients, self-care, rheumatic diseases

## Wstęp

Edukacja chorego i osób opiekujących się nim stanowi zasadniczą część leczenia każdej choroby układu mięśniowo-szkieletowego, jednak jest szczególnie ważna w przypadku chorób przewlekłych i tych, które mogą powodować długo utrzymujący się ból i prowadzić do inwalidztwa.

Pielęgniarka, uczestnicząc w kompleksowym postępowaniu terapeutycznym wobec pacjenta z chorobą reumatyczną, pełni funkcję diagnostyczną, terapeutyczną i opiekuńczą — w stanach zaostrzenia choroby (łagodzenie dolegliwości, walka z bólem, profilaktyka zakażeń, obserwacja stanów zagrażających życiu pacjenta), rehabilitacyjną (współpraca z fizykoterapeutą) i funkcję wychowawczą w stosunku do pacjenta i rodziny (przygotowanie do samoopieki i samoobserwacji). Z uwagi na niepożądane efekty podawanych leków modyfikujących przewlekły przebieg choroby (LMPCh), immunosupresyjnych, niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), glukokortykoidów (GKS), monitoruje stan pacjenta, udziela porad co do bezpiecznego stosowania leków i zachęca do niefarmakologicznych form leczenia bólu [1, 2].

Pacjent z chorobą reumatyczną potrzebuje wsparcia i porady, jak stawiać czoło problemom życia codziennego związanym z chorobą, stresem, cierpieniem oraz pomocy w adaptacji do zmieniających się warunków [3].

W pierwszym etapie postępowania, mając na uwadze czas trwania choroby i wcześniejsze doświadczenia chorego, pielęgniarka zbiera dane o pacjencie, określając jego problemy zdrowotne i istniejące ograniczenia, wiedzę i umiejętności radzenia sobie w chorobie oraz motywację do udziału w edukacji. Rozpoznaje również sytuację rodzinną pacjenta, możliwości uzy-

skania wsparcia oraz nieprofesjonalnej pomocy i na tej podstawie ustala deficyt samoopieki i określa cele edukacyjne. W dalszym etapie opracowuje indywidualny program edukacji, w którym określa tematykę, formę prowadzenia zajęć (indywidualna, grupowa), dobiera odpowiednie metody (np. rozmowa indywidualna, pogadanka, wykład, pokaz z objaśnieniem, dyskusja) i środki dydaktyczne (np. plansze, materiały informacyjne, filmy, prezentacje multimedialne), ustala terminy i osoby odpowiedzialne za realizację programu.

Główne założenia merytoryczne w realizacji edukacji pacjenta reumatologicznego powinny obejmować treści z zakresu przebiegu choroby, następstw i zagrożeń; zasad postępowania leczniczego i pielęgnacyjnego; metod postępowania usprawniającego; zaleceń dietetycznych w chorobie i problemów psychologicznych chorych przewlekle.

W zakresie kształtowanych umiejętności, pacjent powinien nabyć sprawność wykonywania ćwiczeń ruchowych, dostosowania otoczenia do ograniczonych możliwości wynikających z niesprawności, odciążania stawów radzenia sobie z bólem, monitorowania objawów ubocznych stosowanego leczenia farmakologicznego i radzenia sobie ze stresem, rezygnacją i przygnębieniem [2, 4, 5].

## Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie zagadnień edukacyjnych, realizowanych przez pielęgniarkę w przygotowaniu chorego do samoopieki, z uwzględnieniem metod walki z bólem, stanami zaostrzenia choroby, zniekształceniem stawów, niepożądanym działaniem farmakoterapii i przystosowaniem chorego i środowiska do życia z kalectwem.

## Zalecenia samoopiekuńcze

### Ochrona stawów w stanach zaostrzenia stanu zapalnego

Choremu zaleca się:

- bezwzględne leżenie w łóżku, do ustąpienia objawów ostrego zapalenia (pozycja płaska na wznak, z małą poduszką pod głowę i małym wałkiem pod stawami kolanowymi), położenie woreczków z piaskiem nad stawami kolanowymi, podparcie stóp; w pozycji na boku, ułożenie kończyn dolnych w pozycji wyprostowanej (nie zginać w stawie biodrowym i kolanowym — profilaktyka przykurczy) i włożenie między kończyny wałka z koca; pozycję leżącą na brzuchu stosować 2–3 razy dziennie przez 30 min z odwiedzionymi udami i stopami poza brzegiem łóżka;
- zmianę pozycji co 20–30 min;
- zabezpieczenie palców rąk – palce lekko ugięte z ustawieniem kciuka w opozycji do pozostałych palców (kąąt ustawienia ułatwia włożenie grubego wałka);
- łóżko powinno być twarde, równe, odpowiednio elastyczne, starannie pościelone, wyposażone w sznurową drabinkę wspomagającą siadanie;
- jak najwcześniejsze wprowadzenie ćwiczeń ruchowych (wczesne uruchamianie) — profilaktyka przeciwzkrzepowa;
- 2- lub 3-dniowe unieruchamianie stawu w łusce, szynie lub longecie gipsowej (szczególnie rąk i nadgarstków), zwłaszcza w porze nocnej (w ciągu dnia szynę lub longetę zdejmuje się dla umożliwienia ruchu w stawie); w czasie unieruchomienia stawu wykonywanie ćwiczeń izometrycznych (napinanie mięśni) oraz ruchów w stawach nieobjętych unieruchomieniem;
- stosowanie zimnych okładów, zawijanie stawów;
- masaż delikatnymi ruchami głaskającymi (sprzyja rozluźnieniu mięśni i zmniejszeniu bólu) [6–8].

### Poprawa sprawności poruszania się i płynności ruchów, profilaktyka urazów

#### Środki zapobiegawcze:

- wyposażenie łazienki w maty antypoślizgowe i uchwyty, zamontowanie barierki przy schodach;
- używanie podczas chodzenia laski, kul łokciowych lub balkonika, ułatwiających stabilność chodu;
- przestrzeganie dopuszczalnej dla pacjenta wagi przedmiotów, które może dźwigać (< 10% masy ciała) w ręce po stronie najbardziej zmienionego chorobowo kolana czy biodra;
- stosowanie korekcyjnych wkładek do obuwia; zalecane buty sportowe z wkładką środkowo-boczną, dobrym podbiciem (łukiem) środka stopy i podkładką podpiętową, elastyczna podeszwa;

- stosowanie stabilizatorów i ortez na staw kolanowy w chorobie zwyrodnieniowej kolana (gonartrozie);
- używanie do przemieszczania się roweru (po równym, gładkim terenie);
- unikanie intensywnego wchodzenia i schodzenia po schodach, stania na jednej nodze, szybkiego i długiego chodzenia i biegania, chodzenia po nierównym terenie, skoków;
- pamiętanie o tym, że zdrowsza kończyna powinna poprzedzać chorą przy wchodzeniu na schody, natomiast przy schodzeniu ze schodów laska oraz chora kończyna powinny być pierwsze [4, 9, 10].

#### Zasady prawidłowego korzystania z laski lub kul łokciowej:

- laskę, kulę łokciową trzymać w ręce po stronie przeciwnej względem chorego kolana czy biodra, w którym zmiany na przykład zwyrodnieniowe są najbardziej zaawansowane;
- długość laski powinna być równa odległości między górną granicą krętarza górnego kości udowej a podeszwą buta, tak aby kąąt zgięcia łokcia wynosił około 20 stopni;
- korki na końcach laski i kul powinny być wymieniane, aby uniknąć poślizgnięcia się na gładkiej lub mokrej powierzchni.

#### Zasady usprawniania ruchowego:

- przed przystąpieniem do wykonywania ćwiczeń nauczyć się świadomego i kontrolowanego „rozluźniania” mięśni (ćwiczenia przy nadmiernie napiętych mięśniach powodują ból i napięcie mięśni);
- ćwiczenia ruchowe przeplatać ćwiczeniami oddechowymi i rozluźniającymi;
- wykonywać ćwiczenia izometryczne wszystkich grup mięśniowych (zapobiegają zanikom mięśni, powodując przyrost ich masy i siły oraz utrzymują aktywność);
- wykonywać stosunkowo krótkie ćwiczenia (do pierwszego bólu) na przemian z długim odpoczynkiem — dobrane indywidualnie i stopniowane w zależności od możliwości pacjenta;
- ćwiczyć, siedząc lub leżąc na wznak;
- wykonywać ćwiczenia codziennie, co najmniej 2 h po posiłku;
- przed gimnastyką wywietrzyć pokój, natomiast gdy jest ciepło ćwiczyć przy otwartym oknie;
- ubiór do ćwiczeń powinien być lekki, by nie krępował ruchów, obuwie wygodne, z gumowymi podeszwami (najlepiej ćwiczyć boso, leżąc na dywanie);
- w okresie początkowym ćwiczenia łatwe wykonywać 6–8 razy, trudne 4–6 w wolnym tempie;
- czas odpoczynku jest tak długi, jak długo wykonywane są ćwiczenia.

Każde z ćwiczeń składa się z następujących po sobie elementów, do których należą: pozycja wyjściowa, wy-

konywanie odpowiedniego ruchu, powrót do pozycji wyjściowej, krótki odpoczynek dla rozluźnienia mięśni.

### Zasady samoobsługi, ułatwiające wykonywanie codziennych czynności bez obciążania stawów:

- pić z lekkiego kubka, z grubym uchwytem lub obejmować go oburącz;
- podczas podnoszenia talerza ze stołu przytrzymać go oburącz od dołu;
- przy długim pisaniu używać długopisu z grubym uchwytem;
- otwierać krany za pomocą specjalnego uchwyty z grubą rączką (najlepsze są krany wahadłowe);
- do krojenia chleba lub mięsa używać maszynki albo korzystać z gotowych produktów;
- do otwierania słoików, puszek, butelek stosować specjalne otwieracze;
- zaopatrzyć się w przyrząd do obracania kluczy, przedłużyć i wzmocnić klamki;
- przy zakładaniu butów posługiwać się długą łyżką do obuwia;
- czytając książkę, nie trzymać jej w rękach, lecz położyć na stole;
- przy zmianach zwyrodnieniowych w jednym stawie biodrowym siedzieć na krześle z siedziskiem opuszczonym po stronie chorego stawu;
- podwyższyć sedes, krzesło, zamontować uchwyty ułatwiające siadanie i wstawanie [6, 7, 11, 12].

### Ochrona kręgosłupa

Aby zachować dobrą postawę i mobilność kręgosłupa choremu zaleca się:

- wykonywane przynajmniej 2 razy dziennie ćwiczeń rozciągających kręgosłup (na początku zaleca się rozgrzewkę, zmniejszającą sztywność i prawdopodobieństwo urazu);
- utrzymywanie prawidłowej pozycji podczas wykonywania codziennych czynności (chodzenie, siedzenie, sen);
- właściwy dobór nieobciążającego kręgosłupa obuwia;
- dla zachowania fizjologicznych krzywizn kręgosłupa i zapobiegania rozwojowi deformacji — spanie na twardym materacu, z cienką poduszką lub poduszką profilowaną;
- unikanie czynności wywołujących napięcie mięśni pleców (garbienie się lub pochylanie przez dłuższy czas) — zaleca się regularne prostowanie i przeciąganie;
- modyfikacja stanowiska pracy — przy pracy przed komputerem używać lekko nachylonych biurka, przeciwdziałających pochylaniu się, oraz regulowane krzesła obrotowe z podporami lędźwiowymi;
- bezwzględnie przeciwwskazane intensywne sporty lub wymagające gwałtownych ruchów kręgosłupa

(zalecane pływanie, jazda na rowerze); w przypadku jazdy na rowerze, wymagającej napiętej, wysuniętej ku przodowi pozycji, zaleca się podwyższenie kierownicy [13, 14].

### Udział pacjenta w farmakoterapii

**Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ).** Pacjent powinien nauczyć się monitorować objawy niepożądane przy stosowaniu NLPZ, ze szczególnym zwróceniem uwagi na:

- objawy ostrego lub przewlekłego bólu brzucha;
- objawy krwawienia ze strony przewodu pokarmowego (obserwacja stolca, powłok skórnych, objawów osłabienia, spadku ciśnienia tętniczego);
- obserwację funkcji nerek, układu krążenia (pomiar wagi ciała, obserwacja obręzków, ciśnienia tętniczego krwi, diurezy), szczególnie u osób starszych.

Konieczne jest wykonywanie badań diagnostycznych (morfologia krwi, aktywność enzymów wątrobowych, stężenie kreatyniny w surowicy).

Zaleca się przyjmowanie leków w trakcie bądź po posiłku, nielączenie 2 i więcej leków przeciwzapalnych, potęgujących działanie niepożądane, ograniczenie dawek, dostosowanie czasu do rytmu dolegliwości bólowych (zanim ból stanie się silny), profilaktyczne stosowanie w celu zapobiegnięcia przewidywanemu bólowi na przykład przyjęcie środka przeciwbólowego na pół godziny przed kinezyterapią;

**Leki modyfikujące przewlekły przebieg choroby (LMPCh).** Monitorowanie objawów niepożądanych przy stosowaniu LMPCh:

- wykonywanie badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza — badanie ogóle moczu, morfologia krwi, enzymy wątrobowe, stężenie kreatyniny w surowicy; badań radiologicznych klatki piersiowej;
- obserwacja pod kątem działań niepożądanych stosowanych leków (zmian skórnych, objawów z strony przewodu pokarmowego — nudności, wymioty, biegunka, owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej; wartość ciśnienia tętniczego krwi).

Zaleca się ściśle przestrzeganie zalecanych dawek terapeutycznych leków, drogi i czasu podania. Ważna jest znajomość szkodliwego działania leków na płód. Przy planowaniu ciąży konieczne jest wcześniejsze odstawienie leków przez oboje rodziców.

**Glukokortykoidy (GKS).** Monitorowanie objawów niepożądanych przy stosowaniu GKS:

- pomiar parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi), waga ciała, obserwacja skóry;
- wykonywanie zleconych badaniach laboratoryjnych;
- w przypadku dostawowego podania GKS, obserwacja pod kątem zaostżenia procesu zapalnego, odciążenie stawu;
- przestrzeganie zalecanej dawki leku, drogi i czasu podania (rano);

- unikanie nagłego odstawienia leku;
- eliminacja z diety soli, ograniczenie płynów, zwiększenie podaży wapnia i witamin, unikanie czynników ryzyka rozwoju infekcji [9, 15].

#### **Zalecenia dietetyczne w chorobie reumatycznej:**

- dieta niskotłuszczowa (mało mięsa i tłuszczów zwierzęcych), lekkostrawna;
- potrawy osłaniające żołądek, świeże, z dużą ilością warzyw i owoców, z suplementacją witamin A, D, C i E;
- bez alkoholu i ostrych przypraw (wskazane przyprawy naturalne);
- ograniczenie cukru, słodczy;
- „płukanie” organizmu herbatkami ziołowymi, sokami z buraka, marchwi lub selera;
- spożywanie ryb morskich (makrela, sardynka, śledź, łosoś, tuńczyk), oliwy z oliwek.

Chory powinien pamiętać o tym, że zmniejszenie masy ciała to odciążenie stawów i zmniejszenie dolegliwości.

#### **Niefarmakologiczne sposoby radzenia sobie z bólem:**

- stosowanie ćwiczeń napinających i rozluźniających mięśnie;
- korzystanie z zalecanych form fizykoterapii, łagodzących dolegliwości bólowe (zabiegi cieplne, leczenie zimnem, pulsacyjne pole elektromagnetyczne, laseroterapia, przezskórna elektrostymulacja, jono- i fonoforeza, ultradźwięki, akupunktura, masaż mięśni); unikanie zimna i wilgoci;
- przestrzeganie zasad zdrowego jedzenia — energetyzująca i utrzymująca właściwą wagę dieta (zmniejszenie nacisku na stawy kręgosłupa, bioder, kolan, stóp);
- korzystanie ze sprzętu odciążającego stawy (kule, laska, narzędzia o długich i szerokich uchwytych);
- unikanie napięć, stresu; stosowanie technik relaksacyjnych [5, 16].

#### **Metody łagodzenia napięcia, stanu przygnębienia, depresji**

##### **Techniki relaksacyjne**

Ćwiczenia oddechowe — przyjęcie wygodnej pozycji siedzącej lub leżącej, wykonywanie głębokiego, wolnego, przeponowego oddechu (wdech przez nos — napełnienie brzucha — „balon napełniający się powietrzem”, wydech przez usta — „z balona uchodzi powietrze”).

Postępująca relaksacja Jakobsona — obserwowanie swojego ciała, kiedy wzrasta napięcie, a kiedy się zmniejsza (różnicowanie uczucia napięcia i relaksu). Należy: — przyjąć pozycję leżącą lub usiąść na krześle, nie krzyżować rąk i nóg;

— zamknąć oczy, poczuć, jak ciało zapada się w podłoże;

- oddychać głęboko — wdech przez nos, wydech przez usta;
- świadomie napinać i rozluźniać główne grupy mięśni od stóp do głowy;
- na koniec wziąć głęboki oddech i otworzyć oczy. Badanie ciała — skierowanie całej uwagi na swój organizm (najlepiej stosować, leżąc na plecach). Należy:
- być świadomym swojego oddechu, skupić się na oddychaniu;
- po 3–4 min skierować uwagę do palców stóp;
- po kilku chwilach przenieść uwagę do kolejnych części ciała, posuwając się ku górze;
- napotkane napięcia usuwać myślą wraz z wydechem.

Technika pomaga w zasypianiu poprzez oczyszczenie umysłu z napięć i rozpraszających myśli.

Odwracanie uwagi — przydatne podczas kłopotliwych i przykrych czynności lub przy kłopotach ze snem. Przykładowe sposoby wyłączania umysłu z myślenia o chorobie:

- przy wchodzeniu po schodach myśleć w szczegółach na przykład o tym, co będzie się działo po wejściu na górę; można wymienić na każdym stopniu inne na przykład zwierzę czy roślinę, których nazwa zaczyna się od kolejnej litery alfabetu;
- przy sprzątaniu wyobrazić sobie, że podłoga jest mapą i spróbować po niej wędrować, nazywając i zaliczając kolejne miejsca;
- przy odczuwaniu na przykład bólu czy napięcia psychicznego, znaleźć sobie zajęcie, które zainteresuje i oderwie od problemu.

Medytacja — wyciszenie umysłu, uspokojenie ciała, pełna koncentracja na oddechu, świadomość tego, co dzieje się z ciałem:

- przyjąć pozycję na krześle lub po turecku na podłodze;
- stopy oprzeć o podłogę, ręce położyć na kolanach;
- oddychać wolno, wstrzymać na chwilę oddech, wypuścić powietrze;
- medytować przez 15–30 min, 4–5 razy dziennie.

Wmawianie sobie: „wiem, że potrafię” — zmiana przyzwyczajęń myślenia negatywnego na pozytywne:

- wsłuchać się uważnie we własne myślenie o sobie, zwrócić uwagę na to, co jest szczególnie trudne i stresujące, jakie myśli przychodzą o sobie, kiedy czujemy się źle;
- pracować nad zamianą negatywnych myśli na pozytywne, zapisać pozytywne myśli: „wiem, że mogę zrobić wszystko, wierzę że mogę”, „ludzie mnie lubią i ja sam czuję się dobrze ze sobą”;
- czytać i ćwiczyć pozytywną postawę, zapamiętywać pozytywne myśli o sobie;
- wypróbować nową postawę w konkretnej sytuacji.

Wraz z upływem czasu, przy zachowaniu cierpliwości, nowe pozytywne myśli będą przychodziły same [3, 12, 17].

### Podsumowanie

Zadania edukacyjne realizowane przez pielęgniarkę w stosunku do pacjenta z chorobą reumatyczną i jego rodziny/opiekunów, dotyczące istoty choroby, zasad terapii i zalecanego trybu życia, wydają się mieć pozytywny wpływ na zmniejszenie bólu i poprawę ogólnego stanu zdrowia. Pacjent nauczony kontrolowania swojej choroby zdobywa umiejętność radzenia sobie z problemami i przeciwdziałania postępującemu kalectwu. Chory/rodzina przygotowani do współpracy w realizacji procesu pielęgnowania powinni być zmotywowani do podejmowania działań profilaktycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Ważna jest akceptacja choroby, umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, chwilach zwątpienia i rezygnacji.

Spotkania w grupach samopomocy, umożliwiające kontakt z chorymi o podobnych problemach zdrowotnych, wymianę doświadczeń i wsparcie emocjonalne, mogą mieć również korzystny wpływ na poprawę umiejętności samoopieki, akceptację choroby oraz motywację pacjenta do współudziału w kompleksowej terapii.

### Piśmiennictwo

- Filipowicz-Sosnowska A., Stanisławska-Biernat E., Zubrzycka-Sienkiewicz A. Reumatoidalne zapalenie stawów. W: Standardy diagnostyczno-terapeutyczne w najczęstszych chorobach reumatycznych. *Reumatologia* 2004; 42 (supl. 1): 3–16.
- Fitzgerald P. Multidisciplinary team care of the rheumatic patient. W: *Rheumatology nursing. A creative approach*. Hill J. (red.). Jon Wiley&Sons, Ltd, 2006: 312–35.
- Haythornthwaite J.A., Heinberg L.J., McGuire L. Psychological factors in scleroderma. *Rheum. Dis. Clin. North Am.* 2003; 29: 427–39.
- Hill J. Patient education. W: Hill J. *Rheumatology nursing. A creative approach*. (red.). Jon Wiley&Sons, Ltd, 2006: 436–58.
- Samuelson U.K., Ablem E.M. Development and evaluation of a patient education program persons with systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis Care Res.* 2000; 13: 141–8.
- Rosławski A. *Reumatologia praktyczna. Podręcznik dla fizjoterapeutów i pielęgniarek*. Wydawnictwo BK, Wrocław 1998.
- Rosławski A. *Ćwiczenia lecznicze w chorobach reumatycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- Ryan S. *Rheumatology. Part 4. Psychosocial issues*. Professional Nurse, 1999; 14: 509–512.
- Hochberg M.C., Silman A.J., Smolen J.S., Weinblatt M.E., Weisman M.H. *Rheumatology*. 3<sup>rd</sup> edition, Mosby, Edinburgh 2003.
- Stucki G. Understanding disability. *Ann. Rheum. Dis.* 2003; 62: 289–290.
- Klipper J.H., Dieppe P.A., Ferri F.F. *Reumatologia (polski redaktor naukowy L. Szczepański)*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000: 209–214.
- Bartlett S.J., Bingham C.O., Maricic M.J., Daly Iversen M., Rufin V. (red.). *Clinical care in the rheumatic diseases*. 3<sup>rd</sup> edition. Association of Rheumatology Health Professionals, a Division of the American College of Rheumatology, Atlanta, Georgia 2006.
- Arthur V., Hill J. The musculoskeletal system and the rheumatic diseases. W: *Rheumatology nursing. A creative approach*. Hill J. (red.). Jon Wiley&Sons, Ltd, 2006: 25–91.
- Sierakowska M., Karpińska A., Sierakowski S., Krajewska-Kułak E., Kamieńska I., Domysławska I. The quality of life patients with ankylosing spondylitis. *Annales Academiae Medicae Stetinensis, Annales The Pomeranian Medical University* 2006; 52 (supl. 2): 29–37.
- Rang H.P., Dale M.M., Ritter J.M. *Farmakologia kliniczna (polski redaktor naukowy M. Wielosz)*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
- Lapsley H.M., March L.M., Tribe K.L. et al. Living with rheumatoid arthritis: expenditures, health status, and social impact on patients. *Ann. Rheum. Dis.* 2002; 61: 818–821.
- Sierakowska M., Matys A., Kosior A. i wsp. The assessment of the quality of life patients with rheumatoid arthritis. *Reumatologia* 2006; 6: 298–303.