

ARTYKUŁ ORYGINALNY / ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 20.02.2016 • Zaakceptowano/Accepted: 02.09.2016

© Akademia Medycyny

Poczucie koherencji a strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów z przewlekłym bólem neuropatycznym***Sense of coherence versus strategies of coping with pain among patients with chronic neuropathic pain*****Krystyna Kurowska, Iwona Ligas**

Zakład Teorii Pielęgniarstwa przy Katedrze Pielęgniarstwa Zachowawczego - Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Streszczenie**

Wstęp. Ból jest jednym z najbardziej trudnych i dokuczliwych stanów, z jakim zmagają się ludzie w swoim życiu. W sytuacji bólu przewlekłego jednostka uruchamia wszystkie dostępne zasoby, podejmuje określone strategie radzenia sobie z nim, aby dostosować się do sytuacji trudnej. Poczucie koherencji jest niezbędnym potencjałem gwarantującym uruchomienie odpowiednich zasobów i elastyczne ich wykorzystanie w sytuacji stresu, jakim jest ból neuropatyczny. **Cel.** Określenie poziomu poczucia koherencji oraz strategii radzenia sobie z bólem u pacjentów z przewlekłym bólem neuropatycznym, jako wyznacznika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia. **Material i metody.** Badaniem objęto 93 pacjentów z przewlekłym bólem neuropatycznym leczonych w Poradni Zwalczania Bólu Przewlekłego w Toruniu. Wykorzystano kwestionariusz radzenia sobie z bólem (CSQ) w adaptacji Juczyńskiego oraz kwestionariusz orientacji życiowej (SOC-29) Antonovsky'ego. **Wyniki.** Badani uzyskali przeciętny wynik poczucia koherencji. Grupa okazała się w tym zakresie dość zróżnicowana. Wysoki poziom poczucia koherencji skłaniał pacjentów do podejmowania strategii modlenia się/pokładania nadziei oraz strategii deklarowania radzenia sobie, niski poziom implikował częstszy wybór strategii katastrofizowania. **Wnioski.** Otrzymane wyniki mogą być istotnym czynnikiem wpływającym na planowane i realizowane metody pielęgnowania. Edukacja i udzielanie niezbędnych informacji powinny wpłynąć na podwyższenie poziomu poczucia koherencji. Działania skierowane na motywowanie pacjenta pozwolą lepiej przygotować go do zmagania się z trudną sytuacją choroby i bólu neuropatycznego, panowania nad nim oraz zmianę strategii radzenia sobie z nim poprzez dobieranie bardziej konstruktywnych metod radzenia sobie z bólem, które zapewnić mogą przesunięcie się pacjenta w kierunku bieguna zdrowia. *Anestezjologia i Ratownictwo 2016; 10: 254-264.*

Słowa kluczowe: poczucie koherencji (SOC), strategie radzenia sobie z bólem, przewlekły ból neuropatyczny

Abstract

Background. Pain is one of the most difficult and nagging condition that people have to struggle with through their lives. In the situation of chronic pain the person activates all the available resources and takes up specific strategies of coping with stress, in order to adjust oneself to the difficult situation. The sense of coherence is an indispensable capability which guarantees starting up appropriate resources and their flexible usage in stressful situation, which is neuropathic pain. **Aim.** Defining the level of the sense of coherence and the strategies of dealing with the pain in the patients suffering from chronic neuropathic pain, as a determinant of maintaining optimal health. **Material and methods.** The research was carried out among 93 patients with chronic neuropathic pain

treated in Chronic Pain Treatment Centre in Toruń. The following tools were used: the questionnaire of coping with the pain (CSQ) in Juczynski's adaptation and the questionnaire of life orientation (SOC-29) by Antonovsky. **Results:** Examined patients gained average sense of coherence results. The group turned out to be quite diverse in this field. High level of the sense of coherence induces patients to take up praying strategy and the strategy of declaring handling the situation. Patients with the lower level of the sense of coherence choose the strategy of catastrophic thinking more frequently. **Conclusion.** Received results may be a significant factor having an influence on planning and realization of nursing method. Education and giving valid information should increase the level of the sense of coherence. Actions focused on motivating the patients will allow to prepare them better to the struggle with difficult situation of the disease and neuropathic pain. It will help to control the pain and change the strategy of dealing with it by selecting more constructive methods of pain coping, which may bring the relief. *Anestezjologia i Ratownictwo 2016; 10: 254-264.*

Keywords: the sense of coherence, strategies of coping with pain, chronic neuropathic pain

Wstęp

Pomimo wielu dokonań i odkryć w dziedzinie medycyny ból przewlekły nadal stanowi wyzwanie, gdyż w wielu przypadkach nie jest możliwe całkowite zniwelowanie go i poprawienie jakości życia chorych do poziomu przez nich akceptowalnego. Specjaliści głównie zajmują się bólem o charakterze receptorowym, ponieważ takiego najczęściej doświadczają pacjenci [1]. Jednak zbyt mało uwagi poświęca się w badaniach i literaturze medycznej problemowi przewlekłego bólu neuropatycznego, ujmując pacjenta jako jedność biopsychospołeczną. Równie rzadko w praktyce medycy podejmują się leczenia bólu neuropatycznego, oceniając całościowo stan pacjenta [2]. Niedostateczna wiedza dotycząca tego tematu powoduje, że pacjenci spędzają czas na odwiedzaniu wielu specjalistów, cierpiąc przez miesiące lub lata, zapadając na depresję i nierzadko posądzani są, że symulują swoje dolegliwości. Często rozwiązanie problemów psychicznych lub społecznych powoduje znaczne zniwelowanie dolegliwości bólowych [1]. Zdaniem Antonowsky'ego poczucie koherencji jest meta zasobem gwarantującym pełniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów w walce ze stresem, którym niewątpliwie jest ból przewlekły, a w szczególności ból neuropatyczny. Wysoki poziom poczucia koherencji jest taką cechą, która koreluje dodatnio z podejmowaniem działań profilaktycznych, lepszym zdrowiem, skuteczniejszym zmaganiem się z chorobą oraz dostrzeganiem pełniejszego sensu w działaniu, nawet w przypadku, gdy stan fizyczny człowieka wiąże się z pewnym niedomaganiem. Wysoki poziom poczucia koherencji jest więc wartością, którą warto kształtować na wysokim poziomie, ponieważ znacznie

ułatwia zmaganie się z trudnościami życia i z chorobą [3]. Celem pracy było określenie poziomu poczucia koherencji oraz strategii radzenia sobie z bólem u pacjentów z przewlekłym bólem neuropatycznym, jako wyznacznika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metoda badawcza

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób ze schorzeniami przewlekłymi. Badania zostały przeprowadzone w terminie od czerwca 2011 do kwietnia 2012 roku w grupie 93 pacjentów w Poradni Zwalczenia Bólu Przewlekłego przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/355/2011). W grupie respondentów ból przewlekły miał charakter obwodowego bólu neuropatycznego. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej – SOC-29 Antonowsky'ego. Zawiera on 29 pytań, które odnoszą się do poszczególnych komponentów SOC, czyli zrozumiałości, zaradności i sensowności [3]. Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem – CSQ w adaptacji Juczynskiego. Składa się z 42 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają sześć poznawczych oraz jedną behawioralną strategię, która z kolei wchodzi w skład trzech czynników: poznawczego radzenia sobie, odwrócenia uwagi i podejmowania czynności zastępczych oraz katastrofizowania i poszukiwania nadziei. W skład każdej z siedmiu strategii radzenia sobie z bólem wchodzi sześć

stwierżeń. Wynik oblicza się sumując punkty. Wynik mieści się w obszarze od 0 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym większe znaczenie przypisywane danemu sposobowi radzenia sobie z bólem [4] oraz ankietę konstrukcji własnej odnoszącą się do różnych aspektów z życia badanych. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 10.

Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku badanych wyniosła niespełna 53 lata. Przeważały kobiety (61,3%). Najczęściej reprezentowany był przedział wiekowy 51-60 lat (36,6%). Większość miała wykształcenie średnie (46,2%) i zawodowe (35,5%), pozostawała w związkach małżeńskich (74,2%), posiadała potomstwo (92,2%), mieszkała z rodziną (86,0%). Z renty utrzymywało się 63,4% badanych, z emerytury 20,4%. Ogólnie należy stwierdzić, że była to grupa o przeciętnej sytuacji materialnej (51,0%). U większości problem bólu przewlekłego utrzymywał się powyżej 2 lat (82,8%). Odczuwany ból przewlekły był ciągły, z okresowym nasileniem się (69,9%). Większą grupę wśród zbadanych osób stanowiły osoby z natężeniem bólu w skali VAS – 7-10 punktów (65,6%). Średnia wartość

odczuwanego bólu w skali VAS wyniosła 7,04 punktów (od 3,0 do 10,0 punktów). Zaledwie 14,0% osób stwierdziło, że pomimo dolegliwości bólowych radzili sobie z czynnościami dnia codziennego bez problemów. Na pomoc członków rodziny mogło liczyć 67,2% badanych, w dalszej kolejności na znajomych, przyjaciół (22,4%) i personel medyczny (4,3%). Z powodu dolegliwości bólowych część z nich rezygnowała z pracy zawodowej (31,5%), ograniczyła kontakty społeczne (25,5%) oraz rezygnowała z niektórych zainteresowań (20,1%).

Zdaniem Antonovsky'ego poczucie koherencji jest głównym czynnikiem psychologicznym sprzyjającym zdrowiu i pełni ono funkcję kluczowej zmiennej dla ochrony i przywracania zdrowia. W celu zbadania poziomu SOC osób z rozpoznaniem przewlekłego bólu neuropatycznego wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 (tabela I). Badana grupa to osoby o przeciętnym poziomie poczucia koherencji. Uzyskana średnia – 127,65 punktu, to wynik mieszczący się w środkowej strefie wyników przeciętnych. Współczynnik zmienności ponad 20% wartości średniej, świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Poczucie zrozumiałości, to również poziom przeciętny. Średnia – 43,06 punktów, mieści się nieco powyżej środkowej strefy wyników przeciętnych. Współczynnik zmienności 21,6%, świadcząc również o znacznym zróżnicowaniu. Respondenci to również osoby o przeciętnym poziomie zaradności/sterowności. Średnia – 46,04 punktu mieści się w środkowej strefie wyników przeciętnych. Współczynnik zmienności 21,9%, co i w tym przypadku również świadczy

Tabela I. Wyniki ogólne poczucia koherencji (SOC)
Table I. General results of the sense of coherence (SOC)

wyniki	SOC		zrozumiałość		zaradność		sensowność	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
niskie	15	16,1	18	19,4	14	15,1	15	16,1
przeciętne	61	65,6	52	55,9	68	73,1	67	72,0
wysokie	17	18,3	23	24,7	11	11,8	11	11,8
N ważnych	93		93		93		93	
Średnia	127,65		43,06		46,04		38,54	
Odch.Std.	25,749		9,326		10,109		9,593	
Ufność -95%	122,34		41,14		43,96		36,56	
Ufność +95%	132,95		44,99		48,12		40,51	
Minimum	66,0		21,0		23,0		10,0	
Dolny kwartyl	113,0		38,0		40,0		31,0	
Mediana	130,0		44,0		46,0		39,0	
Górny kwartyl	148,0		50,0		54,0		46,0	
Maksimum	188,0		67,0		66,0		56,0	

o znacznym zróżnicowaniu. Podobnie prezentują się wyniki dotyczące poczucia sensowności. Badani to osoby o przeciętnym poziomie poczucia sensowności. Średnia – 38,54 punktu mieści się w środkowej strefie wyników przeciętnych. Współczynnik zmienności 24,8%, co świadczy o największym zróżnicowaniu wśród komponentów poczucia koherencji. Biorąc pod uwagę wyniki na osi niskie – wysokie, najwyższe wyniki prezentują badani w zrozumiałości, najniższe w sensowności.

Podjęto próbę ustalenia, czy poczucie koherencji wraz ze swoimi kategoriami zróżnicowane są poprzez zmienne, do których wytypowano płeć, grupy wiekowe, wykształcenie, czas odczuwania dolegliwości bólowych oraz natężenie odczuwania bólu. Wyższe wyniki zarówno poczucia koherencji, jak i poszczególnych kategorii prezentują badane kobiety. Wyjątek stanowi zaradność/sterowność, gdzie nieznacznie wyższe wyniki prezentują mężczyźni. Najwyższe wyniki poczucia koherencji prezentują badani w wieku 51-60 lat. Zrozumiałość najwyżej ocenili badani w wieku 41-50 lat, zaradność 51-60 lat a sensowność 41-50 lat. Zdecydowanie najwyższe wyniki SOC prezentują badani z wykształceniem wyższym. Podobnie kształtują się wyniki zrozumiałości. Wyższe wyniki zarówno poczucia koherencji jak i kategorii prezentują badani odczuwający dolegliwości bólowe do 2 lat oraz mający ból w skali VAS w zakresie 7-10. Najwyższy ból odczuwali, co ciekawe, badani o wynikach wysokich SOC, zrozumiałości, przeciętnych wynikach zaradności, niskich wynikach sensowności, najniższy o niskich wynikach SOC, zrozumiałości, zaradności i wysokich sensowności. Stosunkowo największego wsparcia emocjonalnego i duchowego potrzebują badani o niskich wynikach SOC.

W dalszym kroku analizie poddano kwestionariusz strategii radzenia sobie z bólem (tabela II). Wynik odwrócenia uwagi wyniósł zaledwie 9,18 punktu, co stanowi zaledwie 25,3% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 32). Stwierdzić można, że badani jako grupa nie przejawiają odwrócenia uwagi jako swojej strategii radzenia sobie z bólem. Wynik przewartościowania doznań bólu wyniósł 4,47 punktu, co stanowi zaledwie 12,4% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 27). Badani jako grupa nie przejawiają strategii przewartościowania doznań bólu. Wynik katastrofizowania wyniósł 15,7 punktu, co stanowi 43,6% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 33). Badani jako grupa przejawiają katastrofizowanie jako swoją

strategię radzenia sobie z bólem. Wynik ignorowania doznań wyniósł 6,73 punktu, co stanowi 18,7% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 28). Badani jako grupa nie przejawiają ignorowania doznań jako swojej strategii radzenia sobie z bólem. Wynik modlenia się/pokładania nadziei wyniósł 17,72 punktu, co stanowi 49,2% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 36). Badani jako grupa przejawiają modlenie się/pokładanie nadziei jako swoją strategię radzenia sobie z bólem. Wynik deklarowania radzenia sobie wyniósł 17,39 punktu, co stanowi 48,3% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 34). Badani jako grupa przejawiają deklarowanie radzenia sobie, jako swoją strategię radzenia sobie z bólem. Wynik zwiększonej aktywności behawioralnej wyniósł 11,82 punktu, co stanowi 32,8% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 28). Badani jako grupa nie przejawiają zwiększonej aktywności behawioralnej jako swojej strategii radzenia sobie z bólem. Wyższe wyniki zarówno odwrócenia uwagi jak i modlenia się/pokładania nadziei uzyskały badane kobiety. Najwyższe wyniki w strategii odwrócenia uwagi, przewartościowania doznań bólu, ignorowania doznań, deklarowania radzenia sobie i zwiększenia aktywności behawioralnej, prezentują badani w wieku 41-50 lat. W strategii katastrofizowania do 40 lat a w modleniu się/ pokładaniu nadziei 51-60 lat. Wyższe wyniki w strategii odwrócenia uwagi, modlenia się/pokładania nadziei i zwiększonej aktywności behawioralnej, osiągnęli badani z wykształceniem podstawowym, w strategii przewartościowania doznań bólu z wyższym a w strategii katastrofizowania z zawodowym, w ignorowaniu doznań i deklarowaniu radzenia sobie z średnim. Wyższe wyniki we wszystkich strategiach radzenia sobie z bólem prezentują badani odczuwający dolegliwości bólowe do 2 lat. Wyjątek stanowi strategia katastrofizowania, gdzie wyższe wyniki osiągnęli badani z dolegliwościami bólowymi powyżej 2 lat. Wyższe wyniki strategii odwrócenia uwagi, przewartościowania doznań bólu, ignorowania doznań, deklarowania radzenia sobie prezentowali badani mający ból w skali VAS w zakresie 4-6 a w przypadku strategii katastrofizowania, modlenia się/pokładania nadziei i zwiększonej aktywności behawioralnej w zakresie 7-10. Najwyższe wyniki katastrofizowania prezentują badani, którzy stwierdzili, że bardzo potrzebują wsparcia. Wyżej punktowali w strategii modlenia się/ pokładania nadziei badani czasami potrzebujący wsparcia a w odwróceniu uwagi i w strategii przewartościowania doznań bólu bardzo

potrzebujący wsparcia, w ignorowaniu doznań i w deklarowaniu radzenia sobie niepotrzebujący wsparcia, natomiast w zwiększonej aktywności behawioralnej bardzo potrzebujący wsparcia. Wynik stopnia kontroli bólu wyniósł 2,90 punktu, co stanowi 48,3% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 6). Badani jako grupa nie przejawiają umiejętności opanowania dolegliwości bólowych. Wynik możliwości zredukowania swojego bólu okazał się jeszcze niższy i wyniósł 2,46 punktu, co stanowi 41,0% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 5). Badani jako grupa nie przejawiają umiejętności zmniejszenia swojego bólu. Wyższe wyniki stopnia kontroli bólu uzyskali mężczyźni, kobiety natomiast, wyższe wyniki możliwości zredukowania bólu. Najwyższe wyniki zarówno stopnia opanowania jak i możliwości zredukowania swojego bólu uzyskali badani w wieku 41-50 lat a w stopniu opanowania bólu z średnim, natomiast w możliwości zredukowania bólu z podstawowym. Wyższe wyniki dotyczące stopnia opanowania i możliwości zredukowania swojego bólu, prezentowali badani mający ból w skali VAS w zakresie 4-6. Najwyższe wyniki dotyczące stopnia opanowania dolegliwości bólowych w najwyższym stopniu prezentują badani niepotrzebujący wsparcia. Możliwość zredukowania swojego bólu najwyżej ocenili badani rzadko potrzebujący wsparcia. Wynik czynnika – poznawcze radzenie sobie wyniósł 28,29 punktu, co stanowi 26,19% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 82). Badani nie przejawiają tego czynnika. Wynik czynnika – odwrócenie uwagi i podejmowanie czynności zastępczych wyniósł 21,09 punktów, co stanowi 29,2% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 57). Badani również jako grupa nie przejawiają tego czynnika. Wynik czynnika – katastrofizowanie i poszukiwanie nadziei wyniósł 33,42 punktów, co stanowi 46,41% możliwych do zdobycia punktów (od 0,0 do 61). Badani jako grupa w największym stopniu przejawiają ten czynnik. Nieznacznie wyższe wyniki w poznawczym radzeniu sobie odnotowano wśród mężczyzn. Znacząco wyższe wyniki w odwróceniu uwagi i podejmowaniu czynności zastępczych oraz katastrofizowaniu i poszukiwaniu nadziei wśród kobiet. Najwyższe wyniki w poznawczym radzeniu sobie oraz w odwróceniu uwagi i podejmowaniu czynności zastępczych wśród badanych w wieku 41-50 lat, natomiast w katastrofizowaniu i poszukiwaniu nadziei do 40 lat. Wyższe wyniki w poznawczym radzeniu sobie u badanych z wykształceniem średnim, w odwróceniu uwagi i podejmowaniu czynności

zastępczych, w katastrofizowaniu i poszukiwaniu nadziei z podstawowym. Wyższe wyniki zarówno w poznawczym radzeniu sobie, w odwróceniu uwagi i podejmowaniu czynności zastępczych oraz w katastrofizowaniu i poszukiwaniu nadziei wśród badanych dolegliwościami bólowymi do 2 lat. Wyższe wyniki w poznawczym radzeniu sobie wśród badanych o natężeniu dolegliwości bólowych w skali VAS w zakresie 4-6. W odwróceniu uwagi i podejmowaniu czynności zastępczych oraz w katastrofizowaniu i poszukiwaniu nadziei wyższe wyniki wśród badanych o natężeniu bólowym 7-10 w skali VAS. Wyższe wyniki w poznawczym radzeniu sobie u badanych niepotrzebujących wsparcia. W odwróceniu uwagi i podejmowaniu czynności zastępczych najwyższe wyniki wśród badanych rzadko potrzebujących wsparcia, najwyższe wyniki w katastrofizowaniu i poszukiwaniu nadziei wśród badanych czasami potrzebujących wsparcia. Wyniki globalnego poziomu SOC pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami strategii modlenia się/ pokładania nadziei oraz w korelacji średniej z katastrofizowaniem i deklarowaniem radzenia sobie (tabela III). Badani o niskich wynikach globalnego poziomu SOC osiągnęli najwyższe wyniki w strategii katastrofizowania, natomiast wysoki poziom SOC korelował z niskim wynikiem strategii katastrofizowania. Modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie w największym stopniu prezentowali badani o wysokich wynikach SOC, w najmniejszym stopniu o wynikach niskich globalnego SOC. Odwracanie uwagi w najwyższym stopniu przejawiali badani o wysokich wynikach SOC. Przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań i zwiększoną aktywność behawioralną w najwyższym stopniu przejawiali badani o wynikach przeciętnych globalnego poziomu SOC, w najniższym stopniu we wszystkich kategoriach uplasowali się badani o wynikach niskich globalnego poziomu SOC.

Dyskusja

Jednym z celów terapii bólu neuropatycznego jest wczesne jego zdiagnozowanie i tym samym jak najwcześniejsze zapewnienie kontroli nad nim. Wiele dostępnych metod terapii przynosi ulgę, jednak nie kontroluje bólu całkowicie. Szerokie i wnikliwe zrozumienie mechanizmów powstawania, odczuwania i interpretacji bólu oraz zrozumienie strategii radzenia sobie z bólem pacjentów są niezbędnym elementem

Tabela II. Wyniki ogólne strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)

Table II. General results of the strategies of coping with the pain (CSQ)

Strategia	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	min.	maks.
odwrócenie uwagi	93	9,18	8,080	7,52	10,85	0,0	32,0
przewartościowanie doznań bólu	93	4,47	6,077	3,22	5,72	0,0	27,0
katastrofizowanie	93	15,70	9,065	13,83	17,57	0,0	33,0
ignorowanie doznań	93	15,70	9,065	13,83	17,57	0,0	33,0
modlenie się/ pokładanie nadziei	93	17,72	9,213	15,82	19,62	0,0	36,0
deklarowanie radzenia sobie	93	17,39	8,343	15,67	19,11	0,0	34,0
zwiększona aktywność behawioralna	93	11,82	7,912	10,19	13,45	0,0	28,0

Tabela III. Korelacja poczucia koherencji (SOC) i strategii radzenia sobie z bólem (CSQ)

Table III. Correlation between the sense of coherence (SOC) and the strategies with coping with the pain (CSQ)

Strategia	N	R	t(N-2)	poziom p
odwrócenie uwagi	93	0,1748	1,6938	0,0937
przewartościowanie doznań bólu	93	0,0316	0,3019	0,7634
katastrofizowanie	93	-0,4757	-5,1587	0,0000
ignorowanie doznań	93	0,2007	1,9547	0,0537
modlenie się/ pokładanie nadziei	93	0,2075	2,0239	0,0459
deklarowanie radzenia sobie	93	0,3746	3,8546	0,0002
zwiększona aktywność behawioralna	93	0,1329	1,2788	0,2042

wiedzy dla pielęgniarek opiekujących się osobami z takimi dolegliwościami. W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że osoby z przewlekłym bólem neuropatycznym stanowią zróżnicowaną grupę ze względu na wyniki globalnego SOC, jak również jego składowych. Wynik globalnego SOC przeciętny, o dużej rozpiętości poczucia koherencji, świadczyć może o tym, że pacjenci są na różnym etapie choroby, różny jest stopień akceptacji oraz przystosowania się do sytuacji choroby i bólu przewlekłego. Globalny wynik poczucia koherencji jest niższy od wartości normatywnych podawanych przez Antonowsky'ego [3]. Analizując badania dotyczące poczucia koherencji należy stwierdzić, że w badanej grupie z przewlekłym bólem neuropatycznym poziom globalnego poczucia koherencji okazał się nieco wyższy niż w chorobach nowotworowych oraz innych chorobach przewlekłych, jak nadciśnienie tętnicze, przewlekłe zapalenie wątroby [5,6]. Zjawisko to rokuje dobrze, jeżeli chodzi o przystosowanie się do warunków stresu i przewlekłego bólu. Z literatury wynika, że poziom poczucia koherencji był uzależniony od wielu trudnych dla chorego momentów związanych z oczekiwaniem na postawienie diagnozy, stanem zagrożenia, niepewnością dotyczącą rozwoju choroby oraz lękiem o przyszłości chorego (w schorzeniach onkologicznych) [7,8]. Inne choroby przewlekłe

niedające trwałych perspektyw na wyleczenie, jak nadciśnienie tętnicze, przewlekłe zapalenie wątroby, związane były również z niepewnością, lękiem, koniecznością stałego przyjmowania leków, okresową kontrolą medyczną, co wymagało od chorych wyrzeczeń i wiązało się z uciążliwościami - mogło to wpłynąć na poziom globalnego SOC [5,6]. Składowe poczucia koherencji: zrozumiałość, zaradność i sensowność również ustalono w granicach wartości średnich. W porównaniu z wynikami innych badaczy pacjenci z bólem neuropatycznym osiągnęli jeden z niższych wyników w kategorii poczucia zrozumiałości, natomiast jeden z wyższych wyników w kategorii zaradności oraz sensowności w porównaniu z wynikami badań pacjentów z chorobami nowotworowymi oraz innymi chorobami przewlekłymi [5-8]. Fakt ten dowodzi, że pacjenci z bólem neuropatycznym nie rozumieją swojego stanu oraz brak im dostępnej, prostej i przekonującej informacji. Wielu pacjentów nie rozumie, że ból neuropatyczny może nie mieć ustalonej przyczyny, a nawet w przypadku ustalenia etiologii, terapia może przynieść tylko częściową ulgę. Jednak pomimo to pacjenci potrafili odnaleźć w swoim otoczeniu zasoby i korzystać z nich, aby lepiej radzić sobie w sytuacji trudnej oraz potrafili odnaleźć sens w sytuacji choroby i bólu przewlekłego. Jest to zjawisko korzystne, ponie-

waż jak twierdził Antonowsky, poczucie sensowności jest komponentą najważniejszą, która stwarza szansę na wzrost pozostałych składników poczucia koherencji. W odróżnieniu od wyników badań własnych pacjentów z chorobami nowotworowymi wykazali się większym poziomem zrozumiałości, natomiast nie potrafili nadać sensu swojej sytuacji zdrowotnej [7,8].

W przedmiocie strategii radzenia sobie z przewlekłym bólem neuropatycznym badana grupa wykazała się dużym zróżnicowaniem. Najczęściej podejmowana była strategia modlenia się/pokładania nadziei oraz deklarowania radzenia sobie, nieco rzadziej strategia katastrofizowania. Najrzadziej korzystano ze strategii przewartościowania i ignorowania doznań bólowych. Strategia modlenia się/pokładania nadziei świadczy o tym, że duża część osób z bólem przewlekłym odnosiła się do wartości duchowych i w tym obszarze poszukiwała ukojenia oraz wsparcia. Taka postawa pozwalała im mieć nadzieję na oczekiwanie lepszej przyszłości oraz na to, że poradzą sobie z bólem i zniosą go, bez względu na towarzyszące okoliczności. Podejmowana strategia deklarowania radzenia sobie oznacza, iż pacjenci posiadali poczucie, że panują nad sytuacją. Wynika to z faktu, że badana grupa pacjentów pozostawała w trakcie leczenia pod opieką lekarza poradni zwalczania bólu oraz otrzymywała opiekę i wsparcie od pielęgniarki, w związku z tym część osób czuła się na tyle silna, aby pomimo pozostających dolegliwości bólowych radzić sobie z bólem w sposób niezakłócający codziennych funkcji i zadań życiowych. Strategia katastrofizowania prawdopodobnie wynika z faktu, że duża część osób z bólem przewlekłym cierpiała na depresję z powodu przewlekłych dolegliwości, jak również doświadczała zaburzeń emocjonalnych, które obniżają próg odczuwania bólu, czyli pacjenci bardziej dotkliwie odczuwali ból. Większa część pacjentów z przewlekłym bólem neuropatycznym stwierdziła, że ból przewlekły spowodował zmiany w ich trybie życia: musiały zrezygnować z pracy zawodowej, kontaktów społecznych oraz swoich zainteresowań. Wnioskować można z powyższego, że ból spowodował ogromne przeorganizowanie życia tych pacjentów, degradację materialną i społeczną oraz wystąpienie smutku i przygnębienia. Ponadto wielu pacjentów zadeklarowało, że ma trudności z częścią czynności wykonywanych w dniu codziennym i potrzebuje pomocy w ich realizacji, co wpływa niekorzystnie na ich stan psychiczny, czują się zrezygnowani, bezradni, odbierają swoje położenie jako obciążające dla swoich

bliskich. Wiele przeanalizowanych badań wykazało podobną konfigurację w strategiach radzenia sobie z bólem wybieranych najczęściej. W wynikach badań Andruszkiewicz [9], Bączyk [10], Juczyńskiego [4], którzy badali pacjentów z koksatrozą, reumatoidalnym zapaleniem stawów i migreną najczęściej stosowaną strategią była strategia modlenia się/pokładania nadziei oraz deklarowania radzenia sobie. Najrzadziej podejmowana była strategia – przewartościowanie doznań bólowych. Odmiennie wyniki otrzymał Juczyński [4] badając strategię radzenia sobie z bólem w grupach pacjentów z bólami kręgosłupa i neuralgią. Badania wykazały, że w bólach kręgosłupa i neuralgiach pacjenci najczęściej wybierali aktywną metodę poradzenia sobie z bólem. W pierwszej kolejności stosowali strategię zwiększonej aktywności behawioralnej, potem strategię modlenia się/pokładania nadziei oraz strategię katastrofizowania. Pacjenci w badaniach Juczyńskiego najrzadziej stosowali strategię przewartościowania doznań bólu. Juczyński [4] porównał swoje analizy z badaniami uzyskanymi u angielskich pacjentów z neuralgią. W wynikach najczęściej pojawiała się strategia modlenia się/pokładanie nadziei, w dalszej kolejności deklarowanie radzenia sobie, potem zwiększona aktywność behawioralna. W porównaniu z badaniami własnymi u angielskich pacjentów pojawiła się znacznie częściej strategia pozytywna, jaką jest zwiększona aktywność behawioralna. Badacz stwierdził, że polscy pacjenci nie potrafili ignorować doznań bólowych oraz deklarowali gorsze umiejętności w przedmiocie zmniejszania bólu, co doprowadziło do potęgowania strategii katastrofizowania. Owa strategia występowała znacznie częściej w badaniach pacjentów polskich niż angielskich. Wpływ tu mogą mieć uwarunkowania kulturowe, społeczne, dynamiczne przemiany gospodarcze w kraju oraz preferowany styl życia i organizacja ochrony zdrowia – dostęp do lekarzy, pielęgniarek, psychologów w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Najbardziej niekonstrukttywne i nieprzystosowawcze strategii poradzenia sobie z bólem wybierali u pacjenci z chorobą refluksową przełyku w badaniach Marcinkowskiej-Bachlińskiej [11]. W wymienionej grupie chorych preferowana była strategia biernego poddawania się bólowi. Pacjenci nie podejmowali prób przewartościowania doznań bólowych ani ich ignorowania. Osoby z chorobą refluksową koncentrowały się najczęściej na emocjach i stosowały strategię modlenia się oraz strategię katastrofizowania, w porównaniu z grupą osób zdrowych, które podej-

mowały najczęściej strategię deklarowania radzenia sobie. Przeanalizowana literatura pokazała, że u pacjentów z przewlekłym bólem, który miał charakter napadowy lub sporadyczny, dominowały strategie bardziej aktywne, kiedy w sytuacji stresu człowiek nastawiony jest w większym stopniu na walkę niż na ucieczkę. Dowodem są badania przeprowadzone przez Kościelaka [12] u pacjentek z przewlekłym bólem migrenowym, które wskazały, że kobiety najczęściej posługiwały się strategią deklarowania radzenia sobie oraz modlenia się. Odmienne niż w wynikach badań własnych na czoło wysunęła się strategia konstruktywna, jaką jest strategia deklarowania radzenia sobie, która wyraża poczucie, że pacjent panuje nad sytuacją. Znacznie bardziej aktywne strategie radzenia sobie z bólem stosowały osoby z migreną w badaniach Rolki [13]. Większość badanych korzystała z aktywnych strategii radzenia sobie z bólem, takich jak: deklarowanie radzenia sobie i przewartościowanie doznań bólu. Badana grupa z bólem migrenowym różni się od pacjentów z przewlekłym bólem neuropatycznym tym, że ból migrenowy jest bardzo silny, jednak ma charakter głównie napadowy i pomiędzy napadami większość osób może prowadzić normalną aktywność życiową i zawodową. W odróżnieniu od migreny, ból neuropatyczny jest ciągły, dokuczliwy, męczący i przez te cechy bardziej uciążliwy, co wpływa znacząco na sposób jego interpretacji, postawy wobec bólu oraz metody zmagania się z nim. W badaniach angielskich pacjentów chorych na hemofilię sprawdzono strategie radzenia sobie z bólem w przypadkach krwawień do stawów oraz tkanek miękkich. Okazało się, że pacjenci posługiwali się głównie strategiami o charakterze konstruktywnym, jak: deklarowanie radzenia sobie oraz zwiększoną aktywnością behawioralną. Przy czym deklarowanie radzenia sobie z bólem było związane z otrzymywanymi wyższymi dochodami oraz większą ilością czasu spędzanego w pracy lub na nauce [14]. Związek strategii deklarowania radzenia sobie z aktywnością zawodową u angielskich pacjentów z hemofilią nasuwa przypuszczenie, dlaczego polscy pacjenci z przewlekłym bólem neuropatycznym stosowali dość często strategię katastrofizowania. Możliwe, że było to uzależnione od ich znikomej aktywności zawodowej oraz bardzo niskich dochodów, często na granicy ubóstwa. W konsekwencji utrzymywania się choroby i bólu przewlekłego pacjenci bardzo często tracili możliwość świadczenia pracy i przechodzili na rentę chorobową. Przyczyną tego stanu są nieprawidłowości

w systemie zabezpieczenia socjalnego ludzi chorych, brak możliwości przekwalifikowania się, brak aktywności socjalnej i społecznej, podejmowanej w celu utrzymania sprawności fizycznej i intelektualnej ludzi chorych przewlekle oraz niedopuszczenie do ich degradacji materialnej. Odmienne niż w badaniach własnych pacjenci z neuropatią obwodową w przebiegu HIV wybierali aktywne strategie radzenia sobie z bólem [15]. Chorzy najczęściej podejmowali strategię odwracania uwagi i deklarowanie radzenia sobie, rzadziej strategię modlenia się/pokładanie nadziei. Katastrofizowanie związane było z silniejszym poziomem negatywnego stresu, utrudnieniem dziennej aktywności, symptomami depresji oraz spadkiem wydolności fizycznej. Interesujące, że w tych badaniach, podobnie jak w badaniach własnych, strategia katastrofizowania nie była skorelowana z intensywnością odczuwanego bólu. Fakt ten uświadamia wielowymiarowość doświadczeń bólowych. W ocenie pacjenta z bólem przewlekłym istotny jest również jego nastrój oraz trudność, jaką sprawia ból w wykonywaniu codziennych aktywności [15]. W uzyskanych badaniach własnych średni stopień kontroli bólu wynosił 2,9 punktów (w skali 1-6). Przeświadczenie pacjentów o możliwości zmniejszenia własnego bólu było niższe i wynosiło 2,46 punktów (w skali 1-6). W porównywanych wynikach badań kontrola nad bólem przez samych pacjentów oraz możliwość zmniejszenia bólu najgorzej wypadła u pacjentów z neuralgią i z bólami kręgosłupa w badaniach Juczyńskiego [4], natomiast największą kontrolę nad bólem oraz zdolność jego zmniejszenia najwyżej ocenili chorzy z koksartrozą w badaniach Andruszkiewicz [9] i pacjenci z bólem migrenowym u Juczyńskiego [4]. Z przytoczonych badań wynika, że pacjenci z bólem punktowali nieco wyżej kontrolę nad swoim bólem, niż możliwości jego zmniejszenia. Tę możliwość przypisywali prawdopodobnie personelowi medycznemu oraz terapii farmakologicznej [4,12]. W przeprowadzonych badaniach własnych takie zmienne, jak: wiek, wykształcenie oraz natężenie bólu mierzonego w skali VAS, nie wpłynęły znamienne na wybór strategii radzenia sobie z bólem. Jedynie dłuższy czas utrzymywania się przewlekłego problemu bólowego ponad dwa lata powodował rzadsze korzystanie ze strategii odwracania uwagi od nieprzyjemnych doznań bólowych. Odmienne wypadły wyniki badań pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów [10]. Dłuższy czas trwania choroby skutkował wybieraniem zwiększonej

aktywności behawioralnej oraz większymi możliwościami opanowania doznań bólowych i zredukowania bólu stawów. Autorzy tłumaczą, że rozwój reumatoidalnego zapalenia stawów następuje w pierwszych latach choroby, później choroba stabilizuje się, stąd chorzy w tym czasie zdobywają akceptację choroby i uczą się jak zmniejszyć natężenie bólu [10], z kolei pacjenci z przewlekłym bólem neuropatycznym wraz z długością trwania bólu przewlekłego ograniczali stosowanie strategii odwrócenia uwagi, czyli przerzucania uwagi z bólu na inne bodźce. Prawdopodobnie związane to było ze zmianami emocjonalnymi u osób cierpiących, uciążliwością bólu przewlekłego oraz rezygnacją z aktywności życiowej i zawodowej. Mogło się to przyczynić do częstszego skupiania się na dolegliwościach bólowych, przeżywania negatywnych myśli, emocji i załamań. Potwierdzono tę tezę w badaniach Derbis [16], która wywnioskowała, że dłuższy okres trwania dolegliwości bólowych oznaczał większą ilość czasu spędzanego na rozmyślaniach, co było przejawem gorszego dobrostanu niż działanie. Z literatury wynika, że gorszy do zniesienia jest ból, co do którego człowiek nie ma nadziei, że ustąpi [17]. Tak się zdarza nierzadko w przypadku przewlekłego bólu neuropatycznego. Długi czas trwania bólu przyczynia się do poczucia zagubienia, zniechęcenia, biernej postawy wobec choroby i bólu przewlekłego. Potwierdzają ten fakt badania Golec [18], które ukazały, że w grupie pacjentów z bólem neuropatycznym wyniki oceny depresji były znacznie wyższe niż w grupie osób z bólem nieneuropatycznym. Również badania Bączyk [10] potwierdziły, że stan emocjonalny pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów oceniany skalą Becka związany był z takimi strategiami radzenia sobie, jak: katastrofizowanie oraz modlenie się/pokładanie nadziei. Obniżenie nastroju, zniechęcenie u pacjentów z przewlekłym bólem neuropatycznym wiąże się w sposób logiczny z wyrażoną przez pacjentów w badaniu własnym potrzebą uzyskiwania wsparcia duchowego i emocjonalnego, która skutkowałą wyborem strategii katastrofizowania/poszukiwania nadziei. Korzystną rolę poczucia koherencji w osiągnięciu i utrzymaniu zdrowia w przewlekłym bólu neuropatycznym potwierdziły badania własne. Stwierdzono, że wraz ze wzrostem poczucia koherencji w omawianej zbiorowości następował spadek w podejmowaniu nieprzystosowanej strategii katastrofizowania, natomiast silniejsze poczucie koherencji skutkowało podejmowaniem strategii deklarowania radzenia sobie

oraz modlenia się/pokładania nadziei. Silniejsze globalne SOC zapewniało pacjentom pełniejszą kontrolę nad bólem oraz wyższy stopień opanowania bólu. Wyższe wyniki w kategorii zrozumiałości i sensowności powodowały wzmocnienie możliwości stopnia zmniejszenia bólu oraz panowania nad bólem. Wyższa punktacja w kategorii zaradności implikowała lepszy stopień opanowania bólu, natomiast nie wpływała znamienne na możliwość zredukowania bólu. Wynika z powyższego, że silniejsze poczucie koherencji jest wyznacznikiem podejmowania aktywnej walki z bólem przewlekłym oraz bardziej konstruktywnych metod radzenia sobie z tym bólem. W literaturze nie odnaleziono badań dotyczących zależności pomiędzy poziomem poczucia koherencji a strategiami radzenia sobie z bólem. Zatem omawiane zagadnienie wymaga dalszych analiz i pogłębionych obserwacji. Z przedstawionych badań wynika, że w grupach pacjentów z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi o dużej uporczywości wiodącymi strategiami są te, które świadczą o małej aktywności. Pacjenci nie podejmują działań w stosunku do swojego bólu, aby go zreinterpretować, przewartościować i uruchomić swoje zasoby osobiste, społeczne, w celu podjęcia z nim aktywnej walki. W bólu przewlekłym uporczywym najczęstsze strategie radzenia sobie z bólem to modlenie się/pokładanie nadziei oraz deklarowanie radzenia sobie, ale również, lecz w mniejszym stopniu katastrofizowanie. Jednym z zasobów człowieka, który skutkuje wyborem określonej strategii radzenia sobie z bólem, jak wynika z badań własnych, jest poczucie koherencji. Spełnia ono rolę nadrzędną, sterującą w stosunku do innych zasobów, wpływa na podjęcie twórczej aktywności, sposobu spostrzegania oraz ocenę sytuacji stresowej. Dla pełniejszej kontroli nad bólem i lepszego radzenia sobie z nim ważne są również składowe poczucia koherencji, jak: zrozumiałość i sensowność. Poczucie koherencji pełni w sytuacji stresu rolę buforującą, ogranicza poziom doświadczanych negatywnych emocji, minimalizuje oceny negatywne, co powoduje istotny wpływ na korzystne funkcjonowanie człowieka [19]. Wiedza na temat mechanizmów radzenia sobie z bólem i sposobów jego interpretacji pozwoli personelowi pielęgniarskiemu kompleksowo zaplanować opiekę dostosowaną do potrzeb indywidualnego pacjenta. Będzie to mało nieoceniony wpływ na zadowolenie, wolę życia, kontrolę nad bólem oraz wzmocni szansę na uzyskanie wyższej jakości życia i przesunięcie się pacjenta w kierunku bieguna zdrowia.

Wnioski

1. Pacjenci z przewlekłym bólem neuropatycznym charakteryzują się dużym zróżnicowaniem poziomu poczucia koherencji. Wynik średni wyniósł 127,65.
2. Badani różnią się między sobą strategiami radzenia sobie z bólem. Najczęściej podejmowane są strategie: modlenie się/pokładanie nadziei, deklarowanie radzenia sobie oraz katastrofizowanie, najrzadziej przewartościowanie oraz ignorowanie doznań bólowych.
3. Niski poziom globalnego SOC oraz jego składowych implikował częstszy wybór strategii katastrofizowania. Osoby te potrzebowały więcej wsparcia emocjonalnego i duchowego. Słabo uruchamiali swoje możliwości zredukowania i opanowania dolegliwości bólowych.
4. Wysoki poziom globalnego SOC oraz jego składowych skłaniał do podejmowania strategii modlenia się/pokładania nadziei oraz deklarowania radzenia sobie. Korzystnie wpływał na ocenę

stopnia opanowania i zredukowania dolegliwości bólowych. Pacjenci odnajdowali więcej możliwości, metod i sposobów na zmniejszenie dolegliwości bólowych.

5. Psychoedukacja pacjenta powinna wpłynąć na podwyższenie poziomu poczucia koherencji oraz pozwoli lepiej przygotować go do zmagania się z trudną sytuacją choroby i bólu neuropatycznego, panowania nad nim oraz zmianę strategii radzenia sobie z nim poprzez dobieranie bardziej konstruktywnych metod radzenia sobie z bólem.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Krystyna Kurowska
Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy,
UMK Toruń
ul Łukasiewicza 1; 85-801 Bydgoszcz
☎ (+48 52) 585 21 94
✉ krystyna_kurowska@op.pl

Piśmiennictwo

1. Brookoif D. Ból przewlekły jako choroba: mechanizmy patologicznego bólu. McCarberg B, Passik SD: Leczenie bólu. Poradnik ekspercki – Część 1. Zeszyt edukacyjny. Med Dypł. 2008;(5):4-19.
2. Ciupik M, Dobrogowski J. Psychologiczne metody leczenia bólu. W: Leczenie bólu. Wordliczek J, Dobrogowski J (red.). Warszawa: Wydaw. Lek. PZWL; 2007. ss. 134-146.
3. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia - jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: IPiN; 2005.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
5. Kurowska K, Dąbrowska A. Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. Nadciśn Tętn. 2008;12(6):432-8.
6. Kurowska K, Kołcon M. Poczucie koherencji (SOC) a poziom posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem przewlekłym zapaleniem wątroby - doniesienia wstępne. Pielęg XXI w. 2010;(1-2):37-41.
7. Kurowska K, Bartoszek M. Poczucie koherencji a style radzenia sobie u osób z wylonioną kolostomią z powodu raka jelita grubego. Współcz Onkol. 2008;12(9):429-35.
8. Kurowska K, Jaworska M. Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. Probl Pielęg. 2010;18(4):429-34.
9. Andruszkiewicz A, Wróbel B, Marzec A, Kocięcka A. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. Probl Pielęg. 2008;16(3):237-40.
10. Bączyk G, Samborski W, Majchrzak E, Golusiński P. Strategie radzenia sobie z bólem stawów wśród chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Balneol Pol. 2008;50(3):198-204.
11. Marcinkowska-Bachlińska M, Małecka-Panas E. Poczucie kontroli i strategie radzenia sobie z emocjami i dolegliwościami u chorych na chorobę refluksową. Przew Lek. 2006;(9):83-90.
12. Kościelak R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Kraków: Ofic. Wydaw. IMPULS; 2010.
13. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W, Drozdowski W, Gołębiwska A, Kondzior D. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienie wstępne. Probl Pielęg. 2009;17(3):178-83.

14. Barry T, Elander J. Pain coping strategies among patients with haemophilia. *Psychol Health Med.* 2002;7(3):271-81.
15. Griswold G.A, Evans S, Spielman L, Fishman B. Coping strategies of HIV patients with peripheral neuropathy. *AIDS Care.* 2005;17(6):711-20.
16. Derbis R, Ortenburger D. Wybrane przejawy poczucia jakości życia a strategie radzenia sobie osób z bólem przewlekłym. *Czas Psychol.* 2004;10(2):163-79.
17. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain.* 1983;17(1):33-44.
18. Golec A. Ból psychogenny i psychologiczne aspekty bólu. W: *Ból przewlekły.* Dobrogowski J, Wordliczek J (red.). Kraków: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ; 2002. ss. 63-80.
19. Kaczmarek Ł. Związek między poczuciem koherencji a afektem pozytywnym i negatywnym w zależności od poziomu stresu. W: *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria.* T. Pasikowski, H. Sęk, L (red. nauk.). Poznań: Bogucki Wydaw. Nauk.; 2006; ss. 73-84.