

Hanna Rolka¹, Elżbieta Krajewska-Kułał¹, Wojciech Kułał², Wiesław Drozdowski³, Agata Gołębiewska⁴, Dorota Kondzior¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Klinika Rehabilitacji Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

³Klinika Neurologii z Pododdziałem Udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

⁴Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienie wstępne

Acceptance of disease and coping with pain as essentials components of quality with life in patients with migraine. Preliminary study

STRESZCZENIE

Wstęp. Migrena jest schorzeniem, w którym dominuje napadowy ból głowy z objawami towarzyszącymi, jak: nudności, wymioty, zawroty głowy, nadwrażliwość na dźwięki, światło, zapach. W czasie napadu pacjenci nie są w stanie funkcjonować aktywnie w życiu codziennym.

Cel pracy. Ocena poziomu akceptacji choroby i określenie występujących trudności mających istotny wpływ na funkcjonowanie społeczne u pacjentów z rozpoznaną migreną. Określenie najczęściej stosowanych przez pacjentów strategii radzenia sobie z bólem.

Materiał i metody. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał Skalę Akceptacji Choroby (AIS) i kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ). W badaniu wzięła udział grupa 60 osób aktywnych zawodowo z rozpoznaną migreną. U 39 badanych (65%) stwierdzono migrenę przebiegającą z aurą, natomiast u 21 osób (35%) występowała migrena bez aury. W badanej grupie występowały napady o różnym stopniu nasilenia objawów zasadniczych i dodatkowych.

Wyniki. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci, u których występowała migrena z aurą – 65% badanych w wieku od 25 do 45 lat. W przypadku 87% osób, u których występowały napady o przebiegu średnio ciężkim, ciężkim lub bardzo ciężkim, stosowano w terapii tryptany. Liczbę punktów w skali AIS w przedziale 30–40 uzyskało 26 pacjentów (44%), co wskazuje na wysoką akceptację migreny. Wartości średnie uzyskały 23 osoby (38%) uczestniczące w badaniu. Większość badanych chorych stosuje strategie, które zmierzają do aktywnego zaangażowania twórczego w życiu: radzenia sobie z bólem i przewartościowanie jego doznań.

Wnioski:

1. Sytuacja zdrowotna zdecydowanie utrudnia lub uniemożliwia okresowo codzienne funkcjonowanie w przypadku chorych, u których występują napady o natężeniu średnim, ciężkim i bardzo ciężkim objawów klinicznych.
2. Większość chorych przejawia wysoką akceptację choroby.
3. Badani stosują wybrane strategie: deklarowanie radzenia sobie i przewartościowanie doznań bólu w trakcie napadów.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (3): 178–183

Słowa kluczowe: migrena, jakość życia, akceptacja choroby

ABSTRACT

Introduction. Migraine is disease characterized by headache attacks, nausea, vomits, vertigo, sensitivity to sound, light and smell. During migraine attack patients are not active in daily life.

Aim. Assessment of disease acceptance and significant factors affected on social life in patients with diagnosed migraine. Assessment of more common coping strategies with pain by patients.

Material and methods. In the study we used diagnostic survey. Authors questionnaire included Acceptance of Illness Scale (AIS) and

Adres do korespondencji: dr Hanna Rolka, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, ul. M. Curie-Skłodowskiej 7a, 15-096 Białystok, tel.: (0 85) 748 55 27 wew. 33, e-mail: haniarolka@op.pl

Coping Strategies Questionnaire (CSQ). The study group included 60 active workers with migraine. In this group 39 patients (65%) had migraine with aura and 21 (35%) had migraine without aura. The patients had attacks with different severity of main and additional signs.

Results. The greatest group of patients was migraine with aura in 65% of active workers aged 25–45 years. Almost 87% of patients had moderate severity migraine attacks, patients with severe and very severe migraine attacks took triptans. Nearly 26 (44%) patients obtained 30–40 scores in AIS which indicate high migraine acceptance, 23 (38%) patients obtained mild values in AIS. Most of patients use strategies which make creative life: coping with pain and reevaluation of pain feelings.

Conclusions:

1. Health status significantly affect or unable daily activity in patients with moderate, severe or very severe migraine attacks.
2. Most patients had high level of illness acceptance.
3. The patients use selected strategies of coping, reevaluation of pain feelings during attacks.

Nursing Topics 2008; 17 (3): 178–183

Key words: migraine, quality of life, acceptance of illness

Wstęp

Zagadnienie jakości życia w sytuacji choroby pozwała na całościowe spojrzenie na sytuację osoby chorej. Umożliwia ocenę stanu zdrowia przez chorego z uwzględnieniem ważnych dla niego i priorytetowych dziedzin życia. Pojęcie jakości życia zostało wprowadzone w 1990 roku przez Schipperę, który definiował je jako „czynnościowy efekt choroby i jej leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez chorego” [za: 1]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) opisuje jakość życia jako „osobiste postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości w jakim żyje oraz w odniesieniu do stawianych celów, oczekiwań, wzorców i obaw” [2]. W holistycznym ujęciu zdrowia uwzględnia się 6 sfer w tym: fizyczną, intelektualną, emocjonalną, społeczną i osobistą, które wzajemnie się przenikają oraz stanowią nierozdzielalną całość i decydują o samopoczuciu jednostki [1, 2].

Badacze zajmujący się badaniem jakości życia podkreślają, że należy dokonywać jej oceny, uwzględniając stan somatyczny chorego, jego samopoczucie psychiczne, relacje społeczne i sprawność fizyczną. Stan zdrowia jest jednym z podstawowych czynników dobrej jakości życia (HRQOL, *Health Related Quality of Life*) [2].

W migrenie dominującym objawem klinicznym jest ból głowy. Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (IASP, *International Association for the Study of Pain*) definiuje ból jako „nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia” [3, 4]. Jest również spostrzeżeniem powstającym na podstawie psychicznej interpretacji zachodzącego zjawiska, które zostało zmodyfikowane przez wcześniejsze doświadczenia i uwarunkowania psychosomatyczne. W skład struktury bólu wchodzi:

— składowa somatyczna (wrażenie zmysłowe) — na tym poziomie odbywa się cały proces nocycepcji

bólu, czyli wykrycie bodźca uszkodzającego, sygnalizowanie jego obecności oraz percepcja,

- składowa psychiczna (element poznawczy i emocjonalny) — odbywa się tu opracowanie informacji sensorycznej i sposób reakcji organizmu na bodziec,
- składowa behawioralna — zachowania nastawione na usuwanie i/lub łagodzenie bólu [4, 5].

Ból jest procesem składającym się z kilku etapów powiązanych w całość. Etap pierwszy stanowi doznanie zmysłowe, które wywołuje odczucie przykrości (etap drugi). Etap trzeci — cierpienie jest zjawiskiem, na które składają się reakcje czuciowe, takie jak: depresja, lęk, gniew. Mają one ścisły związek z poglądami człowieka na ból, z cechami osobowości, sposobami radzenia sobie z sytuacją trudną itp. Czwarty etap to zachowania bólowe, czyli behawioralna ekspresja bólu. Składa się na nią nie tylko sposób wyrażania odczuć, ale również to, co można zaobserwować, czyli to, co człowiek robi, mówi, ale również to, czego nie robi, nie mówi, bo odczuwa ból. Ludzie o większej powściągliwości w wyrażaniu uczuć nie będą zbyt ekspresyjnie wyrażać odczuwanego bólu [6]. Reakcją psychiczną na ból dzieli się na reakcję poziomu progu czucia bólu i reakcję poziomu progu tolerancji bólu [4, 7].

Próg czucia bólu to najmniejsze natężenie bodźca powodującego świadome odczuwanie bólu — u każdego człowieka jest on stabilny i niewiele indywidualnie zróżnicowany. Próg tolerancji bólu oznacza największe natężenie bólu, które jednostka określa jako „ból do zniesienia” — jest bardzo zmienny (może być obniżony lub podwyższony) i zależy od wielu czynników. Próg bólowy obniżają: bezsenność, zmęczenie, przeżywanie niepokoju, lęku, występowanie negatywnych emocji typu: gniew, smutek, zamknięcie się w sobie, poczucie opuszczenia, izolacja wewnętrzna. Natomiast odpoczynek, empatia, życzliwość otoczenia, poczucie bezpieczeństwa i kontroli bólu, zrozumienie oraz łagodzenie objawów somatycznych podnosi próg bólowy [6, 7].

Migrenę definiuje się jako częste, przewlekłe i naruszające sprawność zaburzenie nerwowo-naczyniowe, znacząco napadami silnego bólu głowy z towarzyszącymi objawami autonomicznymi oraz — u części pacjentów — występowanie aury z objawami neurologicznymi [8]. W obrazie klinicznym migreny wyróżnia się objawy zasadnicze: ból głowy w większości przypadków tętniący, obejmujący w części przypadków całą głowę lub na zmianę prawą lub lewą stronę głowy (hemikrania), nudności, wymioty, nasilenie bólu podczas aktywności fizycznej, światłowstręt (fotofobia), złe znoszenie hałasu (fonofobia), nadwrażliwość na zapachy (osmofobia) [8–10]. Ponadto, prócz objawów zasadniczych, mogą dołączyć się objawy dodatkowe: zawroty głowy, objawy autonomiczne — dreszcze, poty, gorączka, kołatanie serca, suchość w ustach, duszność, ziewanie, biegunka, wielomocz, omdlenia [10].

Najczęściej obserwowane są 2 postaci choroby: migrena bez aury i migrena z aurą. Rzadziej występują: stan migrenowy, migrenowy zawał mózgu, migrena siatkówkowa, okoporażna, miesięczkowa, psychiczna, brzuszna, transformowana [10]. Napady zwykle trwają od kilku godzin do kilku dni. W zależności od stopnia nasilenia objawów, napady migrenowe dzieli się na: lekkie, podczas których obserwuje się zachowaną zdolność do wykonywania czynności codziennych i zawodowych przy znacznym dyskomforcie; o średnim natężeniu objawów klinicznych do napadów o charakterze ciężkim i bardzo ciężkim uniemożliwiających wykonywanie pracy zawodowej, wymagających zastosowania reżimu łóżkowego. Napady bardzo ciężkie niekiedy prowadzą do znacznego pogorszenia stanu chorego i odwodnienia [9]. Sytuacje takie stwarzają konieczność hospitalizacji — tak zwany stan migrenowy. Istotne jest również, że częstość napadów bywa różna: od kilku w roku do kilku w miesiącu. Migrena jest chorobą przewlekłą, występującą częściej w populacji kobiet (w stosunku 3:1), której dominującym objawem jest ból o różnym stopniu nasilenia, czasie trwania i lokalizacji, często zniechęcający do życia, a towarzyszące chorobie objawy zaburzają normalną aktywność życiową i zdecydowanie obniżają jakość życia [9, 10].

Cel pracy

Celem podjętych badań było:

1. ocenienie poziomu akceptacji choroby i określenie występujących trudności mających istotny wpływ na funkcjonowanie społeczne w grupie pacjentów z rozpoznaną migreną,
2. określenie najczęściej stosowanych przez pacjentów strategii radzenia sobie z bólem.

Materiał i metody

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał Skalę Akceptacji

Choroby (AIS) [11] oraz Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) [12].

Skalę AIS (*Acceptance of Illness Scale*) opracowali: B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen, zaś do warunków polskich zaadaptował ją Z. Juczyński. Skala AIS pozwala na ocenę stopnia akceptacji choroby przez pacjenta. Akceptacja choroby przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą i stosowaną terapią. Im większa akceptacja choroby, tym mniejsze nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą. Skala zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje stanu zdrowia. Każde stwierdzenie zawiera pięciostopniową skalę, a pacjent określa swój obecny stan zdrowia, wskazując odpowiednią cyfrę: 1 — zdecydowanie zgadzam się, 2 — zgadzam się, 3 — nie wiem, 4 — nie zgadzam się, 5 — zdecydowanie nie zgadzam się. Zaznaczenie odpowiedzi numer 1 oznaczało złe przystosowanie do choroby, natomiast odpowiedź numer 5 oznaczała pełną akceptację choroby. Suma akceptacji choroby jest miarą wszystkich punktów i mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Zdaniem autorów skala może mieć zastosowanie do oceny akceptacji w każdej chorobie [11].

Kwestionariusz CSQ (*Coping Strategies Questionnaire*) składa się z 42 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem, co umożliwia podział na 7 strategii radzenia sobie z dolegliwościami bólowymi oraz 2 pytań dotyczących oceny własnych umiejętności zastosowania różnych strategii dla radzenia sobie i obniżania bólu. Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedla 6 poznawczych oraz 1 behawioralna strategia, które wchodzi w skład 3 czynników: poznawczego radzenia sobie, odwracania uwagi, podejmowania czynności zastępczych oraz katastrofizowania i poszukiwania nadziei. Dla każdej strategii oblicza się wynik, który mieści się w obszarze od 0 do 36 punktów. Im wynik wyższy, tym większe znaczenie przypisywane danemu sposobowi radzenia sobie z bólem. W przypadku pytań dotyczących stopnia opanowania i możliwości zredukowania bólu, rozpiętość wyników wynosi od 0 do 6. Im wyższy wynik, tym większe znaczenie przypisywane własnym umiejętnościom radzenia sobie i obniżenia bólu [12].

Badani pacjenci zostali poinformowani o celu prowadzonych badań, ich dobrowolności i anonimowości oraz zostali poinstruowani o sposobie wypełnienia kwestionariusza ankiety. Wszyscy chorzy korzystali z konsultacji w 3 poradniach leczenia bólu zgłoszonych do kampanii „Niech życie nie boli — ból możemy pokonać wspólnie” z terenu województwa małopolskiego.

U 39 osób (65%) stwierdzono występowanie migreny z aurą, w przypadku 35% (21 osób) występowała migrena bez aury. Podczas prowadzenia badań analizowano czas trwania choroby. Osoby chorujące do 2 lat stanowiły 23% (14 osób), w przedziale czasu występowania choroby od 2 do 3 lat było 30% badanych

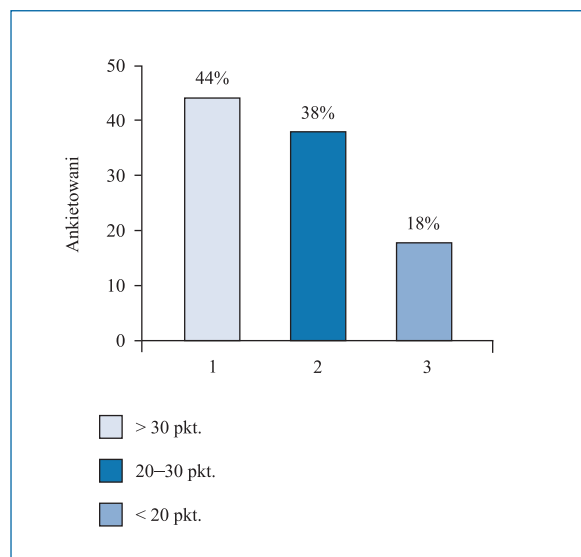
(18 osób), w przypadku 42% (25 osób) czas trwania choroby wynosił 3–4 lata, tylko 5% respondentów (3 osoby) chorowało powyżej 5 lat. W przypadku 14% ankietowanych (8 osób), u których występowały napady migreny rzadko (kilka napadów w ciągu roku), stosowano doustnie leki przeciwbólowe i ergotaminę w połączeniu z kofeiną (Coffecorn forte). Natomiast 52% badanych (31 osób), u których występowały napady o średnim stopniu nasilenia i w przypadku 33% (20 osób) cierpiących na postać ciężką migreny, w terapii prócz środków przeciwbólowych stosowano leki przeciwwymiotne (Metoclopramid) oraz tryptany: 34 osoby stosowały Imigran, 17 osób Maxalt. Wśród osób stosujących Imigran, 12 chorých przyjmowało lek w formie areozolu do nosa.

Wyniki

Spośród 60 osób z rozpoznaną migreną biorących udział w badaniu ankietowym, większość stanowiły kobiety — 62% (37 osób), mężczyźni stanowili 38% (23 osoby) badanej grupy. Wśród kobiet największą grupę stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym 36–45 lat — 49% (29 osób). Tylko 6% (4 osoby) stanowili ankietowani w przedziale wiekowym 25–35 lat. Wśród mężczyzn, podobnie jak u kobiet, największą grupę — 44% (25 osób) stanowili respondenci w przedziale wiekowym 36–45 lat. Wszystkie badane osoby były aktywne zawodowo.

Stopień ciężkości napadów w przebiegu migreny ma istotny wpływ na samopoczucie chorego, co zdecydowanie wpływa na funkcjonowanie w życiu codziennym. Objęci badaniem pacjenci z rozpoznaną migreną, to osoby, u których występowały różne stopnie ciężkości napadów bólowych. Wśród respondentów było 8 pacjentów (14%), u których napady bólu głowy przy stosowanej terapii występowały kilkakrotnie w ciągu roku (około 3–4 napadów), utrudniały normalne funkcjonowanie i nie zawsze uniemożliwiały (czy umożliwiały?) wykonywanie obowiązków zawodowych. Aż 52% badanych (31 osób) stwierdziło, że napady są ich zdaniem częste — od 1 do 2–3 w ciągu kwartału, co utrudnia im funkcjonowanie, natomiast 33% ankietowanych (20 osób) mimo terapii zmagają się silnymi bólami głowy, nudnościami, wymiotami, które wykluczają w czasie napadu podjęcie jakiegokolwiek aktywności.

Zakres skali AIS mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Za niski wynik uważa się wartości poniżej 20 punktów, który oznacza brak lub niską akceptację i przystosowanie się do choroby oraz silne uczucie dyskomfortu psychicznego. Natomiast wartości powyżej 30 punktów oznaczają wysoką lub pełną akceptację własnego stanu chorobowego. Za średni wynik uważa się zakres od 20 do 30 punktów. W badanej grupie 26 osób (44%) uzyskało liczbę punktów mieszczących się w przedziale 30–40, czyli wartości oznaczające wysoką akceptację migreny, lepsze przystosowanie do obecnego stanu zdrowia. Wartości średnie uzyskało 38%

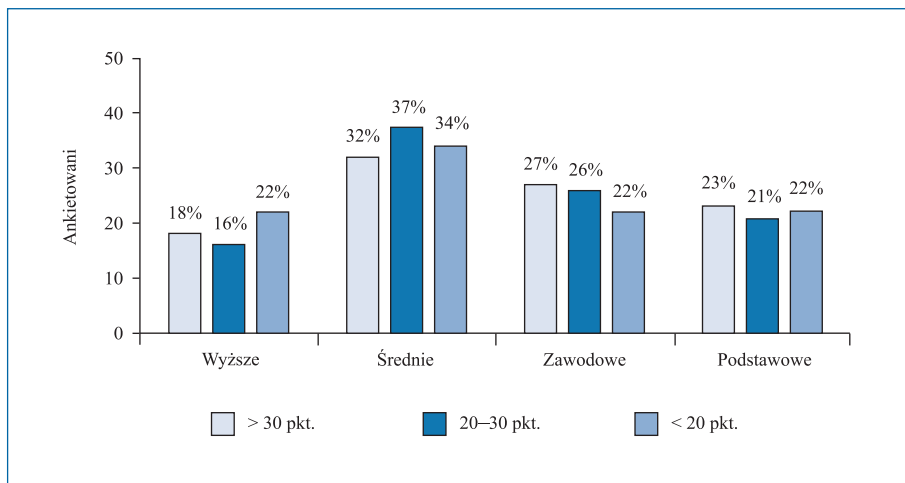


Rycina 1. Akceptacja choroby

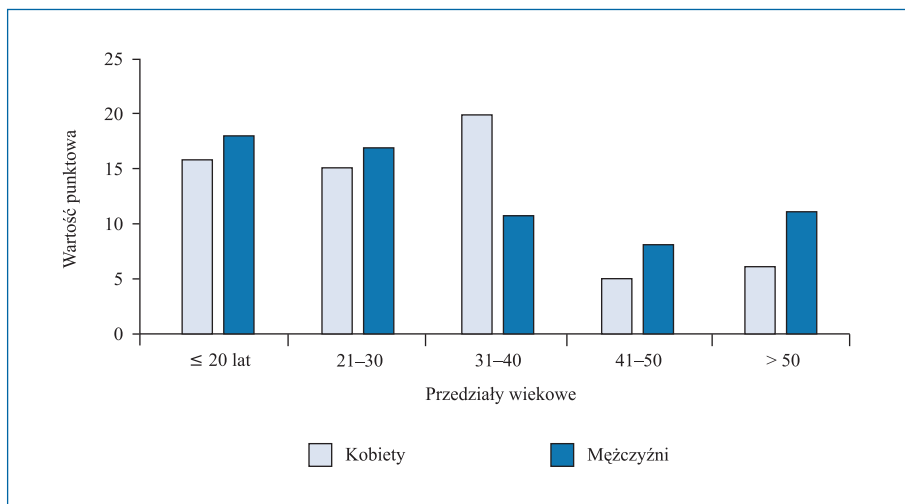
Figure 1. Illness acceptance

ankietowanych (23 osoby). Najniższą akceptację lub jej brak przejawiało 18% respondentów (11 osób) (ryc. 1). Z badań wynika, że wykształcenie nie ma zbyt dużego wpływu na stopień akceptacji choroby. Wszystkie osoby na pytania opowiadały bez zasadniczej różnicy (ryc. 2). W przeprowadzonych badaniach własnych wykazano, że pacjenci cierpiący na migrenę, w której występują liczne napady bólu głowy z towarzyszącymi objawami, w zdecydowanie mniejszym stopniu akceptują chorobę, która ogranicza ich życie pod względem fizycznym, psychicznym oraz społecznym — 49% (29 osób). Większość ankietowanych, u których napady pod względem ilości i nasilenia towarzyszących objawów mają przebieg lekki otrzymało w skali AIS ponad 30 punktów. Prowadząc badania, stwierdzono brak istotnej różnicy w akceptacji choroby pomiędzy grupą kobiet a grupą mężczyzn. Na pytanie zawarte w kwestionariuszu skali AIS: „Czy występują kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę?”, ponad połowa respondentów (58%) cierpiących na migrenę o przebiegu ciężkim (duża liczba napadów z towarzyszącymi objawami powodującymi znaczny dyskomfort i normalne funkcjonowanie społeczne) zdecydowanie zgadza się z tym, że ma kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.

Migrena jest chorobą, która znacząco wpływa na fizyczną, emocjonalną i społeczną stronę życia. Jako choroba przewlekła powoduje negatywne następstwa odczuwane przez chorego w wyniku występujących objawów klinicznych, wpływa na możliwość realizacji wytyczonych sobie celów i planów życiowych. Rozpoznanie



Rycina 2. Ocena akceptacji migreny u osób z różnym wykształceniem
Figure 2. Assessment of migraine acceptance in persons with various education

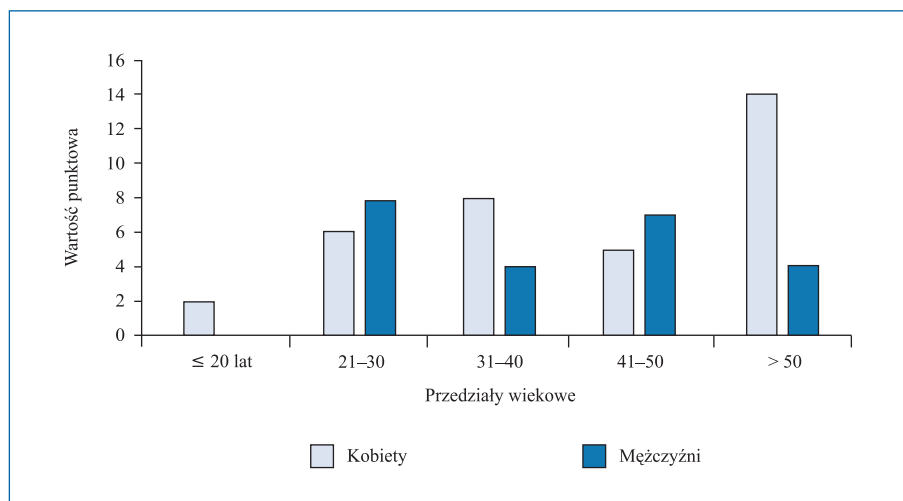


Rycina 3. Strategia radzenia sobie z bólem — deklarowanie radzenia sobie
Figure 3. Strategy coping with pain — declaration of coping

choroby przewlekłej jest źródłem stresu, ale również niesie ze sobą ból, cierpienie oraz zapowiedź niepokojących zmian w życiu [13]. Zmiany te wiążą się z byciem osobą chorą, czyli wizytami u lekarza, niekorzystnymi efektami leczenia. Podczas badań zaobserwowano, że w przypadku chorych, którzy systematycznie kontrolują stan zdrowia, leczenie przynosi optymalne efekty terapeutyczne, a pacjenci ci znacznie lepiej akceptują swoją chorobę. Na zmniejszenie bólu wpływa wiele procesów psychospołecznych i psychofizjologicznych. Jak dowodzą liczne badania naukowe prowadzone przez Suchocką — dotyczące zdolności radzenia sobie w sy-

tuacji choroby, której towarzyszą dolegliwości bólowe o różnym stopniu natężenia — chory w praktyce stosuje różnego rodzaju strategie, których celem finalnym jest obniżenie odczuwanego bólu [14].

Strategię radzenia sobie z bólem deklaruje większość badanych (ryc. 3). Jednak umiejętność radzenia sobie maleje wraz z wiekiem zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Kobiety najlepiej sobie radzą z bólem w wieku 31-40 lat, zaś mężczyźni w wieku do 30 lat, oraz po 50. roku życia. Duża liczba badanych stosowała strategię przewartościowania doznań bólu (ryc. 4). Podobnie, na powyższy aspekt zwróciła uwagę Suchocka, badając pa-



Rycina 4. Strategia radzenia sobie z bólem — przewartościowanie doznań bólu

Figure 4. Strategy coping with pain — reevaluation of pain feelings

centów hospitalizowanych z powodu chorób reumatycznych, u których objawem dominującym były dolegliwości bólowe. Stosowanie strategii, które zmierzały do aktywnego zaangażowania twórczego w życiu, tak zwana „aktywność ku życiu”, mimo silnych dolegliwości bólowych, motywowało jednostki do pozytywnego zmagania się z bólem i chorobą [13]. Natomiast osoby, które w sytuacji choroby wycofywały się z życia, były zniechęcone do wszystkiego, co je otacza, miały poczucie zagrożenia, rezygnacji wobec przyszłości, czujące złość z powodu zaistniałej sytuacji zdrowotnej, odczuwały wysoki poziom napięcia wewnętrznego oraz szereg negatywnych emocji, co pogłębiało poczucie cierpienia na poziomie fizycznym oraz utrudniało kontrolę bólu [14].

W badanej grupie, ankietowani stosowali wybrane strategie radzenia sobie z bólem. Nikt z badanych w sytuacji napadu migreny nie stosował takich strategii jak: ignorowanie doznań bólu, pokładanie nadziei/modlenie się, odwrócenie uwagi i katastrofizowanie.

Ból jest jednym z najbardziej dokuczliwych odczuć będących powodem cierpienia i dyskomfortu, a współistniejące objawy powodują odczucie braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych oraz niskiego poczucia własnej wartości.

Wnioski

1. Sytuacja zdrowotna zdecydowanie utrudnia lub uniemożliwia okresowo codzienne funkcjonowanie w przypadku chorych, u których występują napady o średnim, ciężkim i bardzo ciężkim natężeniu objawów klinicznych.
2. Większość chorych przejawia wysoką akceptację choroby.

3. Badane osoby stosują wybrane strategie: deklarowanie radzenia sobie i przewartościowanie doznań bólu w trakcie napadów choroby.

Piśmiennictwo

1. Bujok G. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny. *Wiadomości Lekarskie* 2005; 1–2: 67–70.
2. Steuden S., Okła W. Jakość życia w chorobie. Wydawnictwo KUL, Lublin 2007.
3. Dobrogowski J., Wordliczek J. Leczenie bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
4. Dobrogowski J., Wordliczek J. Medycyna bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
5. Przekłasa-Muszyńska A., Dobrogowski J., Wordliczek J. Patofizjologia bólu ostrego. *Terapia* 2006; 11: 6–10.
6. de Walden-Gałuszko K. Psychologiczne aspekty bólu. *Przewodnik Lekarski* 2001; 4: 58–59.
7. Sedlak K. Czynniki psychologiczne a odczuwanie bólu. W: Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K., Wordliczek J. Ból i jego leczenie. Wydawnictwo Springer PWN, Warszawa 1996.
8. Prusiński A. Bóle głowy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
9. Prusiński A. Migrena — główna przyczyna przewlekłych narastających bólów głowy. Część I. Obraz kliniczny i rozpoznanie. *Przewodnik Lekarza* 2004; 1: 64–72.
10. Prusiński A. Migrena w praktyce podstawowej opieki zdrowotnej. *Przewodnik Lekarza* 2001; 11: 118–125.
11. Felton B.J., Revenson T.A., Hionrichsen G.A. (adaptacja Juczynski Z.). Skala akceptacji choroby AIS. W: Juczynski Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 162–166
12. Rossenstiel A.C., Keefe F.J. (adaptacja Juczynski Z.). Adaptacja Kwestionariusza Strategii Radzenia Sobie z Bólem — CSQ. W: Juczynski Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 156–161.
13. Suchocka L. Psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2007.
14. Suchocka L. Psychologia bólu. Wydawnictwo Difin, Centrum Doradztwa i Informacji Difin Sp. z o.o., Warszawa 2008.