

Iwona Malarz, Joanna Basiaga-Pasternak, Madalena Malarz

Przekonania na temat kontroli bólu i radzenie sobie z bólem u pacjentów stomatologicznych – badania pilotażowe

Pain control and coping with pain in dental patients opinion – pilot study

Iwona Malarz (Prywatna Praktyka Stomatologiczna Kraków)

Joanna Basiaga-Pasternak (Zakład Psychologii AWF Kraków)

Magdalena Malarz (Student – Collegium Medicum UJ Kraków)

Wprowadzenie

Ból nieodłącznie towarzyszy ludzkiemu życiu. Jak wykazują badania, aż 31% Kanadyjczyków odczuwa chroniczny, uporczywy ból, z czego jedna trzecia dotyczy obszaru jamy ustnej [1]. Mała Encyklopedia Medycyny [2] definiuje go jako “wrażenie powstające przez podrażnienie zakończeń bólowych nerwów czuciowych przez bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne, najczęściej na skutek procesu chorobowego toczącego się w tkankach ciała”). Ból jest ujmowany jako: ostrzeżenie przed działaniem silnych czynników uszkadzających tkanki; towarzysz procesów chorobowych; jeden z objawów chorobowych; czynnik prewencyjny pozwalający odróżnić co jest szkodliwe dla organizmu, a co nie; czynnik pełniący rolę odruchowo – obronną oraz mobilizacja mechanizmów obronnych organizmu [2]. Ból można podzielić także ze względu na jego klasyfikację: anatomiczna (receptorowy, powierzchniowy, głęboki, naczyniowy, kostnowstawowy, mięśniowy, narządowy, przewodowy, nerwoból, deafferentacyjny, korzeniowy,

splotowy, kazuzalgia, fantomowy, ośrodkowy, organiczny, czynnościowy, mięśniowy, regionalny), czas trwania (ostry i przewlekły) czy miejsce postrzegania (zlokalizowany, rzutowy, uogólniony) [2].

Tak jak samego zjawiska bólu nie da się jednoznacznie sklasyfikować, tak różne są przeżycia bólowe. Wpływają na nie czynniki wewnętrzne – psychologiczne (wcześniejsze doświadczenia bólowe, postawa wobec bólu, stan emocjonalny, cechy osobowości), zewnętrzne – społeczne (sytuacja życiowa, sytuacja społeczno – ekonomiczna, bezpośrednio zagrożenie życia, wsparcie rodziny i wsparcie społeczne, przeszkody) oraz czynniki związane z chorobą (diagnoza, choroba zasadnicza, choroby współistniejące, zabiegi lecznicze, zaburzenia snu, rokowanie choroby, postępowanie leczenia) [2]. Podobnie od wielu zmiennych zależy jaką postawę wobec bólu przyjmie osoba nim doświadczana, co z kolei prowadzi do podejmowania określonych strategii radzenia sobie z bólem. Jak podaje Szentmartoni [3] ludzie w obliczu choroby

prezentują następujące postawy: rezygnacyjno – pasywna, projekcyjno – agresywna, tendencja do racjonalizacji choroby, częściowej lub całościowej negacji choroby, reaktywno – walcząca. Za bardzo efektywne metody radzenia sobie z bólem uważa się także techniki poznawcze [4] oraz poznawczo behawioralne (takie jak systematyczna desyntyzacja, relaksacja progresywna Jacobsona, modelowanie, techniki związane z kontrolą pobudzenia i samokontrolą, programy kierowana stresem [5].

Można powiedzieć, że sytuacja pacjenta stomatologicznego jest dosyć specyficzna. Większość pacjentów zgłasza się do lekarza stomatologa właśnie na skutek odczuwania silnego bólu zębów kiedy to proces chorobowy jest często wyraźnie zaawansowany. Wynika to z braku wiedzy o konsekwencjach chorób zębów na funkcjonowanie całego organizmu. Często przed wizytą u lekarza powstrzymuje także lęk, który jest skorelowany z bólem [6]. Wykazano także, iż osoby przekonane o kontroli bólu, rzeczywiście słabiej reagują na ból [7]. Problem spostrzegania i radzenia sobie z bólem wydaje się być zatem interesujący poznawczo, szczególnie w odniesieniu do pacjentów stomatologicznych.

Osoby badane i metody

Cel badań

Celem badań było wykazanie w jaki sposób oceniają możliwość kontroli bólu pacjenci stomatologiczni oraz jak radzą sobie z bólem. Interesowało nas, czy wiek oraz płeć będą różnicować percepcję bólu i dominujące strategie radzenia sobie z nim. Praca ma charakter empiryczny i jest humanistycznym ujęciem problematyki bólu.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. W jaki sposób postrzegają możliwość kontroli bólu kobiety a jak mężczyźni?
2. Czy płeć wpływa na dominujący typ strategii radzenia sobie z bólem?
3. Czy wiek determinuje sposoby kontroli bólu u pacjentów?

W jaki sposób z bólem radzą sobie pacjenci poniżej i powyżej 40. roku życia?

Grupa badana

Przebadano 59 pacjentów stomatologicznych: 41 kobiet oraz 18 mężczyzn. Były to osoby dorosłe. Średnia wieku badanych wynosiła 36,39 lat (min = 18 lat, max = 74 lata).

Wyniki jakie uzyskano na podstawie badań zostały poddane analizie według dwóch kryteriów: płeć oraz wiek – badani powyżej (24 osoby) i poniżej 40. roku życia (35 osób). Kryterium wieku zostało uwzględnione na podstawie podziału Harwas-Napierały i Trempały [8], zgodnie z którym do 40. roku życia okres rozwojowy człowieka wczesna dorosłość, a po 40. roku życia rozpoczyna się okres średniej dorosłości.

Metoda badawcza

Wykorzystano następujące metody badawcze:

1. Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) Rosenstiela i Keefe w polskiej adaptacji Juszczyńskiego [9]. Kwestionariusz mierzy różne sposoby radzenia sobie z bólem, które odzwierciedlają sześć poznawczych i jedną behawioralną strategii. Są to: odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, katastrofizowanie, ignorowanie doznań, modlenie się/pokładanie nadziei, deklarowanie radzenia sobie – strategii poznawcze; zwiększona aktywność behawioralna – strategia behawioralna. Ponadto kwestiona-

riusz pozwala określić stopień panowania nad bólem oraz zdolność zmniejszenia bólu.

2. Kwestionariusz przekonań na temat kontroli bólu – BPCQ [10] zawierający 13 twierdzeń wchodzące w skład czynników mierzących siłę indywidualnych przekonań, jakie dotyczą kontroli bólu. Ludzie mogą przejawiać przekonania o osobistych możliwościach kontroli bólu – czynniki wewnętrzne; o roli lekarza w kontroli bólu (czynniki wewnętrzne, siła innych) oraz o roli przypadku (przypadkowe zdarzenia).

Powyższe kwestionariusze nie uwzględniały rodzaj i nasilenia bólu. Miały zbadać subiektywne przekonania na temat bólu.

Wyniki

Zaprezentowane poniżej analizy dotyczą zależności pomiędzy płcią badanych a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli bólu.

Tabela 1. Umiejscowienie kontroli bólu: wartości średnie – płeć

Średnie wartości w zakresie kontroli bólu a płeć			
	Umiejscowienie kontroli bólu wewnętrzne	Umiejscowienie kontroli bólu – wpływ lekarza	Umiejscowienie kontroli bólu – przypadkowe zdarzenia
kobiety	3,04	3,19	3,06
mężczyźni	3,72	3,51	2,79

Jak widać w tabeli 2, wewnętrzna kontrola bólu zaznacza się nieco bardziej wśród badanych mężczyzn ($\bar{x} = 3,72$ punktu) niż u badanych kobiet ($\bar{x} = 3,04$ punktu). Podobnie jak w przypadku poczucia wewnętrznej kontroli bólu, także wiara w rolę lekarza na kontrolę bólu jest nieznacznie silniejsza u ankietowanych mężczyzn ($\bar{x} = 3,51$) niż u kobiet ($\bar{x} = 3,19$). Kobiety największą rolę w kontroli bólu przypisują natomiast przypadkowym zdarzeniom – średni wynik w tej grupie ($\bar{x} = 3,06$). Przypadkowe zdarzenia są dla badanych mężczyzn czynnikiem najmniej znaczącym ($\bar{x} = 2,79$).

Kolejne analizy dotyczą umiejscowienia kontroli bólu z uwzględnieniem wieku badanych.

Okazuje się, że wiek nie różnicuje wewnętrznego poczucia kontroli bólu w badanej grupie. Podobnie, pacjenci różniący się wiekiem niemal w taki sam sposób upatrują wpływ przypadkowych zdarzeń na kontrolę bólu. Analizując wiek a zmienną „wpływ lekarza na umiejscowienie kontroli bólu” widać, że pacjenci starsi (powyżej 40. roku życia) bardziej ($\bar{x} = 3,84$) od osób poniżej 40. roku życia ($\bar{x} = 2,91$) upatrują w osobie lekarza kogoś, kto pomoże im w kontroli bólu.

Tabela 2. Umiejscowienie kontroli bólu: wartości średnie – wiek

Średnie wartości w zakresie kontroli bólu a wiek			
	Umiejscowienie kontroli bólu wewnętrzne	Umiejscowienie kontroli bólu – wpływ lekarza	Umiejscowienie kontroli bólu – przypadkowe zdarzenia
poniżej 40. roku życia	3,22	2,91	2,99
powyżej 40. roku życia	3,3	3,84	2,97

Poniższe prezentacje graficzne i analizy dotyczą zależności pomiędzy płcią a strategiami radzenia sobie w obliczu bólu.

Tabela 3a. Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – płeć

Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – płeć			
	odwracanie uwagi	przewartościowanie doznań bólu	katastrofizowanie
kobiety	13,41	9,51	11,44
mężczyźni	12,22	12	7,28

Tabela 3b. Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – płeć

Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – płeć			
	ignorowanie doznań	modlenie się/pokładanie nadziei	deklarowanie radzenia sobie
kobiety	11,76	16,29	18,49
mężczyźni	15,83	12,56	20,78

Tabela 3c. Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – płeć

Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – płeć			
	zwiększona aktywność behawioralna	panowanie nad bólem	zdolność zmniejszenia bólu
kobiety	15,02	3,3	3,03
mężczyźni	14,67	3,67	3,44

Okazuje się, że ta strategię „odwracanie uwagi” będą silniej stosować badane kobiety ($\bar{x}=13,41$) niż mężczyźni ($\bar{x}=12,22$). Z kolei badani panowie zdecydowanie silniej ($\bar{x}=12,00$) od pacjentek ($\bar{x}=9,51$) podejmują strategię jaką jest przewartościowanie doznań bólu. Badane kobiety w obliczu bólu podejmują za to częściej strategię jaką jest „katasfrozowanie” ($\bar{x}=11,44$) w porównaniu z panami ($\bar{x}=7,28$). Również badani mężczyźni częściej stosują strategię „ignorowanie doznań” ($\bar{x}=15,83$) w porównaniu z kobietami ($\bar{x}=11,76$). U badanych kobiet silniej za to zaznacza się strategia „modlenie się / pokładanie nadziei” ($\bar{x}=16,29$) niż u mężczyzn ($\bar{x}=12,56$) w obliczu bólu. Kolejne analizy dotyczą zależności pomiędzy płcią a deklarowaniem radzenia sobie w obliczu bólu. Deklaracje o radzeniu sobie są większe u pacjentów ($\bar{x}=20,78$) niż u pacjentek ($\bar{x}=18,49$). Konkretnie działanie (zwiększona aktywność behawioralna) odczuwając ból podejmują nieco silniej badane kobiety ($\bar{x}=15,02$) w porównaniu

z badanymi mężczyznami ($\bar{x}=14,67$). W nieznacznie większym stopniu podejmują strategię „panowanie nad bólem” badani mężczyźni ($\bar{x}=3,67$). Kolejne zależności pomiędzy płcią a radzeniem sobie z bólem dotyczą ogólnej zdolności zmniejszania bólu. Nieznacznie silniej deklarują taką zdolność badani mężczyźni ($\bar{x}=3,44$) od badanych kobiet ($\bar{x}=3,03$).

Ostatnie analizy dotyczyć będą zależności pomiędzy strategiami radzenia sobie z bólem a wiekiem badanych. Uwzględniono dwa przedziały wiekowe: pacjenci powyżej i poniżej 40. roku życia. Jak widać w przedstawionych poniżej analizach odchylenia standardowego, największe zróżnicowanie w grupie pacjentów zarówno poniżej jak i powyżej 40. roku życia zaznaczyło się w zakresie strategii radzenia sobie z bólem takich jak: odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, katastrofizowanie, ignorowanie doznań, modlenie się/ pokładanie nadziei, deklarowanie radzenia sobie, zwiększona aktywność behawioralna.

Tabela 4a. Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – wiek

Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – wiek			
	odwracanie uwagi	przewartościowanie doznań bólu	katastrofizowanie
poniżej 40. roku życia	14	11,97	10,2

Tabela 4b. Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – wiek

Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – wiek			
	ignorowanie doznań	modlenie się /pokładanie nadziei	deklarowanie radzenia sobie
poniżej 40. roku życia	15,54	13,69	19,86
powyżej 40. roku życia	9,26	17,29	18,21

Tabela 4c. Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – wiek

Radzenie sobie z bólem: wartości dla odchylenia standardowego – wiek			
	zwiększona aktywność behawioralna	panowanie nad bólem	zdolność zmniejszenia bólu
poniżej 40. roku życia	16,49	3,73	3,52
powyżej 40. roku życia	12,63	2,96	2,63

Jak widać w tabeli 4a strategię „odwracanie uwagi” zdecydowanie częściej podejmują pacjenci młodszy ($\bar{x}=14$) w porównaniu ze starszymi ($\bar{x}=11,67$). Podobnie grupa ta (do 40 roku życia) częściej deklaruje przewartosciowanie doznań bólowych ($\bar{x}=11,97$) od pacjentów starszych ($\bar{x}=7,79$). Wiek natomiast nie ma specjalnego znaczenia w stosowaniu strategii „katastrofizowanie” – obydwie grupy podejmują tą strategię w podobnym stopniu. Wyrażna różnica zaznaczyła się jednak przy strategii „ignorowanie doznań”. Zdecydowanie silniej stosują ją w obliczu bólu pacjenci młodszy ($\bar{x}=15,54$) od starszych ($\bar{x}=9,26$). „Modlenie się / pokładanie nadziei” to strategia częściej podejmowana przez pacjentów starszych ($\bar{x}=17,29$). Jest to strategia wyraźnie zaznaczająca się w tej grupie wiekowej. Z kolei pacjenci młodszy (poniżej 40. roku życia) będą częściej niż starsi ($\bar{x}=18,21$) stosować strategię radzenia sobie z bólem – deklarowanie radzenia sobie. W omawianej grupie uzyskano średnie wartości dla tej strategii ($\bar{x}=19,86$). Zdecydowanie częściej w obliczu bólu pacjenci młodszy podejmują bezpośrednie działania co określa strategia „zwiększona aktywność behawioralna” ($\bar{x}=16,49$). U pacjentów starszych strategia ta pojawia się w mniejszym nasileniu ($\bar{x}=12,63$). Analizując możliwości radzenia sobie z bólem, można zauważyć, że wiek nieco różnicuje ten wymiar. Pacjenci młodszy deklarują większe możliwości radzenia

sobie z bólem ($\bar{x}=3,73$) od pacjentów powyżej 40 roku życia ($\bar{x}=2,96$). Ostatnie analizy dotyczą spostrzeganej zdolności zmniejszenia bólu. Podobnie jak powyżej, także i tu pacjenci młodszy ($\bar{x}=3,52$) deklarują większe zdolności od pacjentów starszych ($\bar{x}=2,63$).

Omówienie wyników

Ból to nie tylko doznanie czuciowe, ale także i emocjonalne. Towarzyszy mu często lęk, niepokój, gniew, zniecierpliwienie, gniew, wrogość, depresja, wstyd, poczucie winy czy bezradność [11]. Interesowało nas zatem jak radzą sobie z bólem i postrzegają go pacjenci stomatologiczni.

Uzyskane rezultaty pozwoliły zaobserwować wśród badanych ciekawe tendencje. Okazało się, że w zakresie płci istnieje odmiennosc poczucia kontroli bólu. Mężczyźni uważają, że od nich samych zależy kontrola bólu (wewnętrzne poczucie kontroli), ewentualnie, że na kontrolę bólu wpłynąć może lekarz. Wydaje się to być pozytywny sposób rozumienia bólu – poczucie sprawstwa wewnętrzne sprzyja radzeniu sobie z bólem. Rzeczywiście badani mężczyźni uważają że potrafią radzić sobie z doznaniem bólowymi. Jednak, badani panowie stosują silniej niż kobiety strategię „ignorowanie doznań” (najsilniej przez niech podejmowana strategia radzenia sobie z bólem). Świadczy ona o tym, że dopiero silny ból mobilizuje ich do działania. Już nawet potoczne

obserwacje nasuwają wnioski, że mężczyźni są bardziej skłonni do unikania kontaktów z lekarzami. Wewnętrzne poczucie możliwości panowania nad bólem, być może skłonność do negocjowania problemów zdrowotnych spowodowana stereotypem silnego, zdrowego mężczyzny powoduje, że pacjenci płci męskiej bagatelizują objawy płynące z organizmu. Dopiero silny ból owocuje decyzją o kontakcie z lekarzem. Tego typu spostrzeżenie może stać się punktem wyjścia do propagowania większej psychoedukacji mężczyzn w zakresie psychologii zdrowia. Podejmowanie strategii ucieczkowych (negowanie) w obliczu bólu może prowadzić do poważnych, negatywnych konsekwencji zdrowotnych.

Wśród badanych kobiet siniej niż u mężczyzn zaznacza się przekonanie o roli przypadku w kontroli nad bólem. Jest to negatywny sposób myślenia. Wskazuje na zewnętrzne poczucie sprawstwa, brak wiary w możliwość wyeliminowania bólu przez siebie lub przez lekarza. Ponadto badane panie wyraźniej od mężczyzn podejmowały strategie takie jak: odwracanie uwagi, katastrofizowanie oraz modlenie się. Porównując je do strategii radzenia sobie ze stresem [12], można przyjąć że są to metody głównie emocjonalne, mające na celu poprawę samopoczucia. Jednak brak zwiększonej aktywności behawioralnej oznacza, że po regulacji emocji, badane pacjentki nie podejmują konkretnych działań mających na celu redukcję bólu. Nie jest to efektywne.

Jak widać zarówno badani mężczyźni i kobiety nie doceniają roli bólu. Ich działania choć odmienne, nie są związane z zachowaniami prozdrowotnymi.

Kolejne analizy dotyczyły oceny poczucia kontroli bólu oraz dominujących strategii radzenia sobie z bólem u osób powyżej oraz poniżej 40. roku życia. Tutaj także zaznaczyły

się ciekawe zależności. Osoby młodsze silniej stosują w obliczu bólu zróżnicowane strategie radzenia sobie: zarówno skierowane na regulację emocji, jak i na działanie. Bardziej zatem zaznaczyły się tu strategie takie jak: odwracanie uwagi, przewartościowanie, ignorowanie bólu, ale także i zwiększona aktywność behawioralna. Badani ci uważają, że dobrze sobie radzą z bólem, potrafią panować nad nim i zmniejszać odczucia bólowe.

Z kolei pacjenci powyżej 40. roku życia kontrolę nad bólem „powierzają” niejako lekarzowi. Strategię, jaką najsilniej stosują jest „modlenie się”. Jest to bardzo niekorzystny wzorzec pokazujący, że osoby starsze nie dostrzegają w sobie źródeł walki z bólem czy chorobą. Za takim podejściem stoi bezradność, brak wiary w walkę z chorobą (bólem). Być może doświadczenia życiowe, nasilające się schorzenia związane z wiekiem wpływają na taką postawę. Zaznacza się tutaj pasywność w działaniu, bezradność. Niezbędne wydaje się dostarczenie wsparcia tej grupie pacjentów i pokazanie jak dużą rolę odgrywa ich własna postawa i działanie w leczeniu rozmaitych chorób.

Przedstawione powyżej wyniki i analizy nie wyczerpują tematu, przeciwnie stają się implikacją do dalszych badań. Warto by zbadać zależności pomiędzy pozostałymi zmiennymi takimi jak typ osobowości, wykształcenie, poziom materialny, rodzaj schorzeń a percepcją bólu. Omówione charakterystyki stanowią jednak punkt wyjścia i uzyskane na tym etapie badań wyniki mogą mieć pewien wymiar praktyczny. Warto powtórzyć je na większej grupie badanej (szczególnie dotyczy to mężczyzn), stąd pilotażowy charakter prezentowanej pracy.

Podsumowanie

1. Strategie radzenia sobie z bólem u badanych mężczyzn polegają przede wszystkim na ignorowaniu doznań. Warto zatem podjąć działania profilaktyczne mające na celu uświadamianie mężczyzn o roli sygnałów bólowych i konieczności konsultacji z lekarzem jeśli takie się pojawiają.

2. Badane kobiety podejmują przede wszystkim strategię radzenia sobie z bólem mające na celu regulację emocji. Lekarz pracujący z cierpiącymi pacjentkami, powinien zwrócić uwagę na relację jaka wytwarza się pomiędzy nim a pacjentką. Zanim podejmie działania strictly medyczne, warto by zwrócił uwagę także na aspekt psychologiczny by pomóc chorej w redukcji negatywnych emocji oraz by zwiększyć jej poczucie bezpieczeństwa.

3. Ankietowani mężczyźni uważają, że kontrola bólu zależy od nich samych oraz od lekarza, natomiast kobiety uzależniają ją od przypadkowych zdarzeń.

Zdecydowanie korzystne wydaje się dostarczenie wsparcia pacjentom starszym i edukacja tej grupy odnośnie roli ich własnej postawy zmaganiu się z bólem i chorobą.

Streszczenie

Prezentowana praca ma na celu ukazanie w jaki sposób pacjenci stomatologiczni spostrzegają ból i możliwości radzenia sobie z nim. Przebadano 59 osób – pacjentów stomatologicznych (41 kobiet i 18 mężczyzn). 24 osoby ukończyło 40 lat, 35 to osoby poniżej 40. roku życia. Wykorzystano Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) Rosenstiela i Keefe w polskiej adaptacji Juszczyńskiego oraz Kwestionariusz przekonań na temat kontroli bólu – BPCQ Skevington w polskiej adaptacji Juszczyńskiego.

Badania wykazały, że kobiety uważają, że kontrola bólu zależy od przypadku, silniej stosują strategię radzenia sobie z bólem takie jak katastrofizowanie, odwracanie uwagi i modlenie się. Mężczyźni prezentują wewnętrzne poczucie kontroli bólu oraz podkreślają rolę lekarza. Ich główne strategię radzenia sobie z bólem to ignorowanie doznań. Deklarują przy tym dobre radzenie sobie z bólem. W przypadku kryterium wieku zauważono, że osoby powyżej 40. roku życia cechuje przekonanie o wpływie lekarza i swoim własnym na kontrolę bólu, a główną strategią jest modlenie się. Osoby młodsze stosują przewartościowanie, ignorowanie, odwracanie uwagi, deklarują dobre radzenie sobie, panowanie i zdolność zmniejszania bólu. Częściej też zwiększają aktywność behawioralną.

Słowa kluczowe: pacjenci stomatologiczni, kontrola bólu, radzenie sobie z bólem

Summary

In work it perform research in estimate of correlations between gender, sex and pain perceiving by dental patients. It was interesting how cope with the pain younger and older dental patients. In research attended 59 people: 41 female and 18 male; 35 below and 24 over 40 years old. CSQ and BPCQ were used.

The results that were received show that males are characterized by doctors influences and internal locus of pain control. Their coping with the pain strategies is experiences ignoring. They cope with the pain effective. Females are characterized by external locus of pain control. Their strategies are: catastrophic thoughts, diverting their attentions from pain, praying.

Dental patients over 40 years old are characterized by doctors influences beliefs and internal locus of pain control. Their main strategy coping with the pain is praying. Diverting attentions from pain, ignoring, values system changes, better copying with the pain and behavior activity – these strategies are typical for people under 40 years old.

Key words: stomatology patients, pain control, coping with pain

Chir.stom. Iwona Malarz
Prywatna Praktyka Stomatologiczna,
ul.Wolska 1, 30-663 Kraków, Poland
imalarz@wp.pl

dr Joanna Basiaga-Pasternak
Akademia Wychowania Fizycznego,
Zakład Psychologii, Al. Jana Pawła II 78,
31-571 Kraków, Poland
joanna.basiaga@awf.krakow.pl

stud. kierunku lekarsko-dentystycznego
Magdalena Malarz
Uniwersytet Jagielloński,
Collegium Medicum,
ul. św. Anny 12, 31-008 Kraków
mmalarz@wp.pl

Bibliografia

1. Peck C., 2002, Pain, Pain, Go Away. Good Impressions No 31, Faculty of Dentistry, University of British Columbia.
2. Suchocka L., 2008, Psychologia bólu, Difin, Warszawa, s. 17, 18, 48
3. Szentmartoni M., 1995, Psychologia pastoralna, Wydawnictwo WAM Kraków, s. 91.
4. Fernandez W., Turk DC., 1989, The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a meta-analysis. Pain. Volume 38, Issue 2, August 1989, Pages 123-135.
5. Gatchel R.J., Turk D.C., 1999, Psychosocial Factors in Pain. Critical Perspectives. The Guilford Press. A Division of Guilfords Publications, Inc. New York.
6. Kanegane K., Penha S.S, Munhoz C.D., Rocha R.G., 2009, Dental anxiety and salivary cortisol levels before urgent dental care, Journal of Oral Science, Vol. 51, No. 4, 515-520.
7. Łysiak M., 1988, Psychologiczne problemy stomatologii (w:) Jarosz M., (red.) Psychologia lekarska, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, s. 446-447.
8. Harwas-Napierała B., Trempała J., 2000, Psychologia rozwoju człowieka. Tom 2. Charakterystyka okresów życia człowieka, Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa.
9. Rosentiel A.C., Keefe F.J., 2001, Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) (w:) Juczyński Z., (red). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego

Towarzystwa Psychologicznego,
Warszawa.

10. Skevington S., 2001, Kwestionariusz przekonań na temat kontroli bólu – BPCQ, (w:) Juczyński Z., (red). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.
11. Guzy G., Frańczuk B., Basiaga-Pasternak J., 2011, Skuteczność metody McKenziego w redukcji bólu oraz poprawie emocji u osób z zespołem zaburzeń strukturalnych w odcinku szyjnym kręgosłupa, *The Journal of Orthopaedics Trauma Surgery and Related Resarch. The Journal of Spine Surgery* Vol. 2, s. 26.
12. Łosiak W., 2008, *Psychologia stresu. Psychologia wobec współczesności*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, s. 88.