

## **COM DOR TODOS VÃO AO MÉDICO, SÓ ALGUNS MEDITAM: COMPARAÇÃO TRANSCULTURAL PORTUGAL/EUA**

Catarina Rodrigues<sup>1</sup>, Patrícia Pinto<sup>2</sup>, Isabel Leal<sup>1,2</sup>, José Pais-Ribeiro<sup>1,2</sup>, Mark Jensen<sup>3</sup>, & Alexandra Ferreira-Valente<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal, catarinarodrigues8@hotmail.com

<sup>2</sup>William James Centre for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal, mafvalente@gmail.com

<sup>3</sup>University of Washington, Department of Rehabilitation Medicine, Seattle, WA, United States of America

---

**RESUMO:** A dor crónica é um problema de saúde com elevado impacto pessoal, económico e social, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais. O coping é um dos fatores psicológicos frequentemente apontados pela literatura como relevante para o ajustamento em pessoas com dor crónica. Experiência de dor, o seu significado e o coping com a dor são porém, cultural e situacionalmente determinados. Por isso, espera-se que a mesma pessoa lide com a dor de forma diferente em diferentes circunstâncias, e pessoas de diferentes culturas lidem com a dor de forma distinta. Este estudo exploratório tem como objetivo conhecer semelhanças e diferenças na forma de lidar com a dor crónica entre pessoas portuguesas e norte americanas com dor crónica. A amostra foi constituída por 21 (12 portugueses e 9 norte americanos) adultos com dor há mais de 12 meses, participantes em 4 grupos focais (2 por nacionalidade). As transcrições dos grupos focais foram sujeitas a análise temática. Existem muitas comunalidades (e.g. estratégias biomédicas e movimento físico), mas também algumas diferenças (e.g. recurso a substâncias psicoativas, yoga e meditação apenas pelos participantes norte americanos) na forma de lidar com a dor em pessoas com dor crónica de ambas as nacionalidades. Os resultados sugerem que a cultura pode influenciar a forma como as pessoas lidam com a dor. Os resultados serão discutidos quanto às suas implicações clínicas e para a investigação.

*Palavras-chave:* Dor crónica, Coping, Comparação Transcultural, Análise temática

---

## **EVERYONE WITH PAIN GOES TO THE DOCTOR, BUT ONLY SOME DO MEDITATION: CROSS-CULTURAL COMPARISON USA VS PORTUGAL**

**ABSTRACT:** Chronic pain is a relevant health problem, with great personal and socioeconomic negative impact. Both chronic pain and its impact is influenced by biopsychosocial factors. Coping is one of the psychosocial factors most strongly associated with pain experience and with adjustment to chronic pain. In turn, both pain experience, and its meaning and pain coping strategies are known to be situation- and culturally-determined. Thus, it is expectable that the way a person copes with pain varies from one circumstance to another, and across individuals with different cultural backgrounds. This exploratory study aims at exploring the similarities and differences between chronic pain patients from Portugal and from the USA in regards to their pain coping strategies. The study sample was composed by 21 (12 from Portugal, 9 from the

USA) adults experiencing pain for at least 12 months, that participated in 4 focus groups (2 *per* country). The focus groups recording were transcribed and the transcriptions submitted to thematic analysis. There are many similarities (e.g. biomedical strategies, strategies related to physical movement), but also a few differences (e.g. use of psychoactive substances, yoga and meditation by participants from the USA only) in the way participants from both countries coped with pain. The results support the role of culture in influencing pain coping strategies of adults with chronic pain. Findings will be discussed in regards to their clinical and research implications.

Keywords: Chronic pain, Coping, Cross-cultural comparison, Thematic analysis

Recebido em 15 de Novembro de 2019/ Aceite em 29 de Janeiro de 2020

A dor crónica é um problema de saúde significativo que afeta cerca 20% da população adulta europeia (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006) e 36,7% da população adulta em Portugal (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2012). Trata-se de uma condição com um impacto negativo significativo na qualidade de vida e bem-estar da pessoa com dor crónica (Azevedo et al., 2012; Breivik et al., 2006).

Entre os fatores psicossociais que a literatura demonstra estarem associados à experiência da dor crónica encontram-se as estratégias de *coping* (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2009, 2014; Jensen, Keefe, Lefebvre, Romano, & Turner, 2003; Thong, Tan, Lee, & Jensen, 2016). A investigação acerca da relação entre as estratégias de *coping* e medidas de ajustamento em pessoas com dor crónica não é consensual quanto ao seu carácter (mal)adaptativo. Parece ser, com efeito, que: (1) não só seleção da(s) estratégia(s) de *coping* para lidar com um mesmo *stressor* variam de pessoa para pessoa, e na mesma pessoa em diferentes momentos; como também (2) o carácter (mal)adaptativo destas estratégias não é transversal/universal a todas as culturas e pode mesmo variar, no mesmo indivíduo, em função das circunstâncias (Ferreira-Valente et al., 2009, 2014; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, Jensen, & Almeida, 2011). O *coping* é um processo dinâmico, situacional e culturalmente determinado (Lazarus & Folkman, 1984). Os estudos que colocam em contraponto as estratégias de *coping* usadas (e sua relação com medidas de ajustamento) por pessoas de distintas culturas parecem suportar a influência desta na determinação das estratégias de *coping* adotadas, como também no seu carácter (mal)adaptativo em pessoas com dor crónica (Ferreira-Valente et al., 2011; 2014; Thong et al., 2016).

Embora a investigação acerca do papel da cultura – aqui operacionalizada como nacionalidade – na determinação das estratégias de *coping*, como sua na associação com medidas de ajustamento, pareça suportar tal hipótese, a investigação neste domínio é ainda insipiente. A confirmar-se esta hipótese, os programas de intervenção psicossocial desenvolvidos maioritariamente nos Estados Unidos da América – e usualmente traduzidos e utilizados com pessoas com dor crónica em Portugal – devem ser culturalmente adaptados. O objetivo deste estudo é explorar as semelhanças e diferenças nas estratégias de *coping* utilizadas por pessoas com dor crónica norte americanas e portuguesas.

## MÉTODOS

### *Participantes*

Os participantes deste estudo foram adultos de nacionalidade portuguesa ou norte americana, com dor (lombar ou devido a osteoartrose) há pelo menos 12 meses. Excluíram-se pessoas com

## COPING COM A DOR: COMPARAÇÃO PORTUGAL-EUA

psicopatologia e com incapacidade cognitiva significativa. A amostra não probabilística foi constituída por um total de 21 participantes, 12 dos quais portugueses. O quadro 1 sumaria as características da amostra.

### *Material*

Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico (e.g. sexo, idade, nível de escolaridade), bem assim como à Escala Numérica de intensidade da dor e à Escala de Interferência da dor do *Brief Pain Inventory*. Para dinamização dos grupos focais utilizou-se um guião semiestruturado.

A Escala Numérica de intensidade da dor é uma escala de tipo *likert* de 11 pontos (0 – “Sem dor”; 10 – “Pior dor que se pode imaginar”). Os participantes são instruídos a selecionar o número que melhor caracteriza a intensidade de dor sentida, em média, nas últimas 24 horas. A literatura suporta a validade, responsividade e fiabilidade desta escala (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011).

A Escala de Interferência da dor do *Brief Pain Inventory* é composta por sete itens que avaliam a interferência da dor em diferentes domínios da vida diária, numa escala de tipo *likert* de 11 pontos (0 – “Não interferiu”; 10 – “Interferiu Completamente”). A literatura suporta a sua validade e fiabilidade em pessoas portuguesas e em pessoas norte americanas com dor (Cleeland & Ryan, 1994; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2012).

**Quadro 1.** Caraterização sociodemográfica da amostra.

	Participantes de Portugal (n=12)			Participantes dos Estados Unidos da América (n=9)			p*
	fi	M	DP	fi	M	DP	
<b>Sexo</b> (feminino)	6	-	-	4	-	-	0,575 <sup>a</sup>
<b>Idade</b>	-	70,25	9,62	-	67,30	7,77	0,461 <sup>b</sup>
<b>Escolaridade</b>							<0,001 <sup>a</sup>
1º Ciclo	8	-	-	0	-	-	
2º/3.º Ciclo	3	-	-	0	-	-	
Secundário	1	-	-	2	-	-	
Bacharelato/Licenciatura	0			6			
Mestrado/Doutoramento	0	-	-	1	-	-	
<b>NRS Intensidade da dor</b>	-	7,42	1,93	-	4,33	1,80	0,001 <sup>b</sup>
<b>BPI Interferência da dor</b>	-	6,62	2,28	-	5,27	2,24	0,192 <sup>b</sup>

Nota: \*Teste de hipóteses para comparação entre os grupos; <sup>a</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>b</sup> Teste *t* de Student para amostras independentes.

Durante os grupos focais foram colocados à discussão quatro questões que compunham o guião semiestruturado: as estratégias de *coping* utilizadas pelos próprios para lidar com a dor; as crenças e atribuições relativas à dor; o significado da dor; e o impacto da dor no sentido de vida das pessoas com dor crónica.

### *Procedimento*

O estudo foi revisto e aprovado pelas Comissões de Ética do Centro de Investigação do ISPA – Instituto Universitário e da University of Washington. Aos participantes foram-lhes explicados os

objetivos e procedimentos do estudo, e garantido o anonimato e confidencialidade. Após consentimento informado, os participantes preencheram o questionário sociodemográfico e clínico, após o que se conduziram os grupos focais. Realizaram-se quatro grupos focais, dois em cada país.

### *Análise dos dados*

Procedeu-se a análise temática de acordo com uma abordagem indutiva ou “*bottom up*” segundo os *guidelines* propostos por Braun e Clarke (2006). A codificação dos grupos focais foi levada a cabo por dois codificadores independentes, e as discordâncias resolvidas durante uma reunião de consenso, e/ou através de consulta de um terceiro investigador sénior (Yardley, 2015). A procura de temas, revisão de potenciais temas, definição e nomeação final dos temas foi levada a cabo pelos dois codificadores e pelo investigador sénior. Para os fins deste estudo, apenas os temas relativos ao *coping* com a dor são apresentados e discutidos. A fim de comparar as amostras de participantes de Portugal e dos Estados Unidos da América quanto às suas características sociodemográficas e clínicas, foram utilizados o teste *t* de *Student* para amostras independentes e o teste Exacto de *Fisher*. Os pressupostos do teste *t* de *Student* para amostras independentes foram avaliados antes da sua aplicação. Considerou-se um nível de significância de 0,05.

## RESULTADOS

A análise temática permitiu identificar quatro temas principais no que se refere às estratégias de *coping* usadas para lidar com a dor: (a) *coping* biomédico; (b) *coping* relacionado com o movimento físico; (c) *coping* mental/cognitivo; (d) *coping* relacionado a conexão pessoal, social e espiritual.

### *Estratégias de coping biomédicas*

Todos os participantes salientaram o recurso a estratégias de *coping* biomédicas como primeira opção para lidar com a dor. Entre estas, ganha especial destaque o recurso à medicina tradicional, e, em particular, o recurso a medicação analgésica e/ou anti-inflamatória como estratégia de primeira linha para a gestão da dor. Em todos os grupos foi referido o recurso à fisioterapia, massagem e/ou termoterapia (gelo ou calor húmido) para lidar com a dor. É a perceção da eficácia destas estratégias que motiva a sua utilização nos participantes de ambas as nacionalidades. Contudo, entre os participantes portugueses, o recurso à termoterapia não está isento de reservas, já que a sua eficácia é percebida como limitada, ainda que desta advenha relaxamento muscular. Para além do recurso à medicina tradicional, apenas um dos participantes portugueses se refere ao recurso a outras substâncias – o chá – como estratégia biomédica para lidar com a dor.

Já os participantes norte americanos destacam, igualmente, o recurso à cirurgia (e.g. artoplastia). Pese embora um certo receio face aos riscos e período de recobro, é a expectativa de bons resultados (i.e. diminuição da dor e aumento da capacidade funcional) que está na base do desejo do recurso a cirurgia. Estes participantes têm reservas quanto ao uso de medicação – designadamente de opióides – face aos seus efeitos secundários e perigo de adição, o que justifica o uso de estratégias biomédicas alternativas, tais como: (1) o uso de substâncias psicoativas (e.g. marijuana); (2) o recurso às medicinas complementares alternativas (e.g. acupuntura); e (3) a adoção de um estilo de vida saudável (e.g. higiene do sono adequada).

## COPING COM A DOR: COMPARAÇÃO PORTUGAL-EUA

### *Estratégias de coping relacionadas com o movimento físico*

Estas estratégias são referidas pelos participantes de ambas as nacionalidades. Entre aquelas comuns a ambos os grupos encontram-se o exercício físico (e.g caminhadas), a correção postural, o descanso e o limitar/evitar atividades físicas, as quais são vistas como eficazes. Entre os participantes portugueses o recurso ao exercício físico é motivado pela associação entre falta de exercício físico e agravamento da dor, ao passo que a correção postural é usada, sobretudo, durante a noite, para poder conciliar o sono. Já o descanso e o evitamento da atividade são estratégias usadas em última instância.

Uma particularidade dos participantes norte americanos é a referência ao *Yoga*, alongamentos e *wiggling* como estratégias para prevenir e lidar com a dor, cuja utilização é motivada pela perceção da sua eficácia, ausência de efeitos secundários e por, no caso do *Yoga*, permitir socialização e distração.

### *Estratégias de coping mentais/cognitivas*

Aquelas estratégias mentais/cognitivas comum a ambas as nacionalidade são o suportar/aguentar a dor, ignorar a dor, a persistência na tarefa, o focar-se no positivo, a distração ou desvio da atenção, e a adoção de uma atitude positiva perante a vida e perante a dor. No caso dos participantes portugueses, o tentar manter uma atitude positiva parece traduzir-se por uma tentativa de “deixar a dor levar a melhor” que os leve a sentir-se derrotados ou a ruminar sobre a dor, sofrimento e morte. O desvio da atenção da dor parece ser conseguido através de atividades de lazer que impliquem socialização. Contudo, a estratégia mental/cognitiva de primeira linha parece ser o suportar e/ou aguentar a dor. Esta estratégia parece estar associada ao ignorar a dor e “continuar a viver” apesar da dor, e, por vezes, ao persistir na tarefa apesar da dor. Trata-se aqui de um persistir na tarefa “apesar” da dor e porque é necessário – por contraposição ao persistir na tarefa “para lidar com” a dor ou “para distrair-se da” dor – que parece ser mais o caso entre os participantes norte americanos.

Uma particularidade dos participantes americanos é o recurso à oração e/ou meditação para lidar com a dor, e a mudança de perspectiva acerca da dor. A meditação é vista como eficaz e aparece como uma estratégia distrativa que permite concentrar-se e pensar em outras coisas. Outra particularidade é uso do humor e o discurso auto-motivacional, i.e. uma conversa de si para si sobre quem se é, sobre as suas conquistas, sobre outras pessoas e sobre a gratidão que sente para com os outros.

### *Estratégias de coping relacionadas a conexão pessoal, social e espiritual*

Os participantes de ambas as nacionalidades referiram o uso de estratégias relacionadas com a conexão pessoal, social e espiritual. Dentro destas, a socialização emerge como aquela estratégia utilizada de forma transversal pela generalidade dos participantes. Os participantes norte americanos destacam ainda a religião e a fé como essenciais. A relação com o transcendente, a fé, e o exemplo e suporte social e espiritual que advém da comunidade religiosa são elementos chave. Também o é trabalho de voluntariado na comunidade religiosa, o qual, para além de distrativo da dor, proporciona alegria. Também neste grupo surgem as estratégias relacionados com o cuidar de si próprio e com a conexão pessoal, em que surgem aqui cuidados de beleza, ações reconfortantes para consigo e a poesia.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo exploratório indicam que existem muitas comunalidades, mas também algumas diferenças, na forma como as pessoas com dor crónica destas duas nacionalidades lidam com a dor. Os participantes de ambas as nacionalidades usam estratégias de *coping* biomédicas (e.g. medicação, massagem, termoterapia), relativas ao movimento físico (e.g. exercício físico, correção postural, descansar, evitar atividades), cognitivas/mentais (e.g. suportar/aguentar a dor, persistência na tarefa, atitude positiva, distração, o focar-se no positivo e ignorar a dor), e aquelas relacionadas com a conexão pessoal, social e/ou espiritual (e.g. a socialização). Contudo, nem todas as estratégias destas quatro grandes categorias, ou temas, são usadas universalmente pelos participantes de ambos os grupos, nem têm por detrás a mesma motivação. São específicas dos participantes dos Estados Unidos da América o recurso a substâncias psicoativas, o *Yoga*, o “*wiggling*”, a mudança de perspetiva, o recurso a práticas religiosas e/ ou espirituais, o servir os outros, e os cuidados pessoais. Já o persistir na tarefa – em linha com a conclusão de Ferreira-Valente et al. (2011) – é usado por ambos os grupos de participantes, mas parece ser motivado por objetivos distintos em cada um dos grupos. Se, no caso dos participantes dos Estados Unidos da América o persistir na tarefa parece ser uma estratégia sobretudo distrativa, com vista a desviar o foco da atenção da dor, no caso dos participantes portugueses ela parece associar-se à necessidade de “*continuar a viver*” e realizar as tarefas em mãos “*apesar da dor*” e não como estratégia para lidar com dor ou distrair-se da dor.

Estes resultados parecem estar em linha com aqueles de estudos anteriores que colocaram a confronto as estratégias de *coping* usadas por pessoas portuguesas e dos Estados Unidos da América (Ferreira-Valente et al., 2011; Ferreira-Valente et al., 2014). Como nestes estudos, estão presentes nos participantes de ambas as nacionalidade a socialização como forma de distração e procura de suporte social e na adoção de uma atitude positiva perante a dor e/ou sofrimento, a qual que se traduz, por vezes, num diálogo interno de auto-motivação e encorajamento, a que Jensen et al. (2003) chamam de *coping self-statements*.

As diferenças encontradas, porém, podem resultar não só de fatores culturais, como também de diferenças entre os sistemas de saúde de ambos os países, de outras diferenças legais e de diferenças no acesso e uso de novas tecnologias da informação e meios de comunicação. Este pode ser o caso, por exemplo, quanto ao uso, por participantes norte americanos mas não portugueses, de substâncias psicoativas, das medicinas complementares alternativas, do *yoga* e da meditação. Com efeito, podem existir diferenças no acesso a informação e testemunhos de recurso a estratégias e métodos alternativos numa população clínica maioritariamente mais jovem e mais escolarizada como a dos Estados Unidos da América, por comparação àquela em Portugal – note-se que a nossa amostra apresenta diferenças significativas quanto ao nível de escolaridade de ambos os grupos. Por outro lado, a estas diferenças não será, certamente, alheio, o enquadramento legal de ambos os países. A recente legalização do consumo e comercialização de substâncias psicoativas - ditas drogas leves – no estado de *Washington*, nos Estados Unidos da América, poderá ter favorecido a diminuição do estigma associado à utilização de *marijuana* para fins medicinais, ao mesmo tempo que agiliza o acesso. Quanto ao recurso a medicinas alternativas e complementares, o seu uso pode estar associado, ademais de a fatores culturais e de ao acesso a informação e testemunhos de outrem (Carvalho, Lopes, & Gouveia, 2012), ao facto de que algumas destas são cobertas e asseguradas por alguns seguros de saúde nos Estados Unidos da América. O mesmo não ocorre em Portugal, onde o seu uso não está, genericamente, consagrado nem as mesmas são disponibilizadas pelo sistema nacional de saúde (Associação Internacional de Medicinas Integradas, 2013).

Entre as limitações deste estudo destacam-se o limitado número de participantes e de grupos focais realizados em cada país, e as diferenças sociodemográficas e clínicas verificadas entre os

## COPING COM A DOR: COMPARAÇÃO PORTUGAL-EUA

grupos de participantes de nacionalidades distintas. Assim, como salientado anteriormente, é possível que as diferenças encontradas podem resultar destas, e não de diferenças culturais propriamente ditas. Futuras investigações deverão utilizar uma amostra e número de grupos focais maior, e grupos semelhantes do ponto de vista sociodemográfico e clínico, a fim de garantir que foi alcançada a saturação e que os resultados encontrados não refletem diferenças sociodemográficas e clínicas entre os grupos.

Apesar destas limitações, este estudo exploratório permite-nos concluir que, embora as semelhanças entre os grupos sejam mais do que as diferenças encontradas, a cultura pode ter um papel relevante na determinação da forma como as pessoas com dor lidam com ela. Se estes resultados forem confirmados em posteriores investigações, clínicos e investigadores deveriam considerar a possibilidade de adaptar os programas de intervenção psicossociais originalmente desenvolvidos nos Estados Unidos da América e outros países anglos-saxónicos à luz das especificidades dos pacientes portugueses, de forma a maximizar a eficácia de tais programas e intervenção.

## REFERÊNCIAS

- Associação Internacional de Medicinas Integradas (2013). *Proposta de Regulamentação das Medicinas Não Convencionais – Breve Apresentação da ASIMI e Comentário Sobre a Proposta de Lei 111/XII/2.a*.
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., & Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain, 13*, 773–783. doi: 10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain, 10*(4), 287–287. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Carvalho, C., Lopes, S., & Gouveia, M. (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: Desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, Community & Health, 1*, 81-94. doi:10.5964/pch.v1i1.10
- Cleeland, C., & Ryan, K. (1994). Pain assessment: Global use of the brief pain inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore, 23* (2), 129-138. Retirado de: <http://www.annals.edu.sg>
- Ferreira-Valente, M.A., Pais-Ribeiro, J.L., & Jensen, M.P. (2009). Coping, depression, anxiety, self-efficacy and social support: Impact on adjustment to chronic pain. *Escritos de Psicologia, 2*(3), 8-17. Retirado de [http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo\\_2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo_2.pdf)
- Ferreira-Valente, M.A., Pais-Ribeiro, J.L., & Jensen, M.P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain, 152*, 2399-2404. doi: 10.1016/j.pain.2011.07.005
- Ferreira-Valente, M.A., Pais-Ribeiro, J.L., & Jensen, M.P. (2012). Further validation of a Portuguese version of the brief pain inventory interference scale. *Clínica y Salud, 23*, 89-96. doi: 10.5093/cl2012a6
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2014). Associations between psychosocial factors and pain intensity, physical functioning, and psychological functioning in patients with chronic pain: A cross-cultural comparison. *The Clinical Journal of Pain, 30*, 713-723. doi: 10.1097/AJP.0000000000000027

- Ferreira-Valente, M. A., Pais Ribeiro, J. L., Jensen, M. P., & Almeida, R. (2011). Coping with chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the United States: A cross-cultural study. *Pain Medicine, 12*, 1470–1480. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01208.x
- Jensen, M. P., Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Romano, J. M., & Turner, J. A. (2003). One-and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain, 104*(3), 453-469. doi: 10.1016/S0304-3959(03)00076-9
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
- Thong, I., Tan, G., Lee, T., & Jensen, M. P. (2016). A comparison of pain beliefs and coping strategies and their association with chronic pain adjustment between Singapore and United States. *Pain Medicine, 18*, 1668-167. doi: 10.1093/pm/pnw237
- Yardley, L. (2015). Demonstrating validity in qualitative psychology. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 257- 272). London, UK: Sage.