Poczucie kontroli nad bólem porodowym u kobiet aktywnych i nieaktywnych ruchowo w czasie ciąży

Labor pain control among women physically active and inactive during pregnancy

Diana Dudziak, Monika Guskowska

Zakład Psychologii, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Streszczenie

Wstęp: Ból porodowy jest zjawiskiem fizjologicznym i świadczy o postępowaniu akcji porodowej. Odczuwanie bólu, także bólu porodowego, jest silnie zindywidualizowanym doświadczeniem wewnętrznym. Niektóre rodzące ból porodowy znoszą bez potrzeby wsparcia farmakologicznego, dla innych ból porodowy jest tak silny, że wymaga interwencji medycznej. Ludzie różnią się także pod względem przekonań dotyczących możliwości kontrolowania bólu. Przekonania te wpływają na ich nastawienie wobec doznań bólowych i oczekiwania interwencji medycznych ukierunkowanych na uśmierzanie bólu.

Celem pracy było określenie, czy regularna aktywność fizyczna w czasie ciąży różnicuje przekonania dotyczące kontroli nad bólem porodowym oraz ustalenie czynników warunkujących te przekonania i ich korelatów.

Material i metody: Badaniami objęto 100 kobiet ciężarnych w wieku 19-38 lat, w tym 50 kobiet, które regularnie uprawiały ćwiczenia fizyczne w czasie ciąży i 50 ciężarnych nieaktywnych fizycznie. W badaniach zastosowano zmodyfikowaną wersję Kwestionariusza na Temat Kontroli Bólu (BPCQ) Skevington, zawierającą 11 stwierdzeń na temat możliwości kontrolowania bólu porodowego osobiście, poprzez wpływ personelu medycznego oraz jego zależności od czynników losowych, ankietę dotyczącą historii położniczej i sytuacji osobistej oraz Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielbergera i współautorów.

Wyniki: Wyniki wskazują, że kobiety nieaktywne ruchowo są silniej przekonane niż kobiety podejmujące aktywność ruchową w czasie ciąży, że nasilenie bólu porodowego zależy od czynników zewnętrznych (pomoc personelu medycznego, czynniki losowe). Predyktorami przekonań dotyczących kontroli nad bólem porodowym są: cecha lęku, sytuacja materialna, wcześniejsze poronienia oraz aktywność ruchowa.

Wnioski: Ciężarne aktywne ruchowo w okresie ciąży ujawniają silniejsze przekonania dotyczące możliwości osobistego kontrolowania nasilenia bólu porodowego, co świadczy o bardziej wewnętrznej lokalizacji kontroli. Można oczekiwać, że podczas porodu prezentować będą bardziej aktywną postawę, współpracując z personelem medycznym, w mniejszym stopniu oczekując podejmowania różnych interwencji, w tym ukierunkowanych na uśmierzanie bólu czy przyspieszenie akcji porodowej.

Słowa kluczowe:

kobiety nieaktywne fizycznie, kobiety aktywne fizycznie, ból

Abstract

Introduction: Labor pain is a physiological phenomenon and demonstrates progression of the labor. Feeling pain, also labor pain, is strongly individualized internal experience. Some parturients do not need any pharmacological intervention, for others labor pain is so strong that it requires a medical intervention. People also differ in terms of beliefs about the ability to control pain. These beliefs affect their attitudes towards pain sensations and expectations of medical interventions aimed at pain relief.

The aim of this study was to determine whether regular physical activity during pregnancy varies beliefs about control over labor pain and to establish determinants of these beliefs and their correlates.

Material and methods: 100 pregnant women aged 19-38 years, including 50 women who regularly practiced physical exercise during pregnancy and 50 pregnant physically inactive took part in this study. Modified "Beliefs About Pain Control Questionnaire" (BPCQ) Sk-evington's, containing 11 statements about labor pain control, a questionnaire on obstetric history and personal situation, and Inventory of State and Trait Anxiety by Spielberger et al. were used in this study.

Results: Results indicate that physically inactive pregnant women are more strongly convinced than women taking physical activity during pregnancy, that labor pain intensity depends on external factors (medical assistance, random factors). Trait anxiety, financial situation, previous miscarriage and physical activity are predictors of beliefs about labor pain control.

Conclusions: Pregnant women physically active during pregnancy reveal stronger beliefs about personal control in labor pain, indicating a more internal location of the control. It is expected that those women will present active attitude during childbirth, cooperating with medical personnel, those women will less expect medical intervention also those targeted on pain relief for to labor acceleration.

Keywords: women physically inactive, women physically active, pain

Wstęp

Ból to jeden z podstawowych mechanizmów obronnych, sygnalizujący różnorodne zagrożenia czy choroby. Może mieć swoje źródło w bodźcach zewnętrznych i wewnętrznych, w tym również psychicznych. Może być efektem zaburzeń funkcji lub struktury poszczególnych narządów. W swoim subiektywnym natężeniu ból może zmieniać się w bardzo szerokim zakresie pod wpływem wielu czynników psychologicznych, socjologicznych czy kulturowych [1,2].

Ból towarzyszy człowiekowi przez całe życie. Jest on jedną z wielkich zagadek istnienia. Trudno jest o precyzyjną definicję tego zjawiska, ponieważ ból jest osobistym doświadczeniem. Moim zdaniem najbardziej trafną definicję podaje Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu: „Ból to subiektywne przykre wrażenie zmysłowe i emocjonalne powstające pod wpływem bodźców uszkodzających tkankę lub zagrażających ich uszkodzeniom. Należy podkreślić, że ból jest odczuciem subiektywnym, dlatego jest nim wszystko to, co chory w ten sposób nazywa, bez względu na obiektywne objawy z nim związane” [3].

Ból odgrywa bardzo ważną rolę w naszym życiu – ostrzega nas przed niebezpieczeństwem z zewnątrz, jest sygnałem zaburzeń homeostazy z wewnątrz, a pamięć bólu pozwala unikać kontaktu z niebezpieczeństwem (np. z ogniem, ostrymi przedmiotami).

Doświadczenie bólu jest silnie zależne od kultury, poprzednich doświadczeń, potrzeb emocjonalnych oraz procesów poznawczych. Znaczący wpływ na odczuwanie bólu mają także potrzeby emocjonalne i poziom stresu. Jest to szczególnie wyraźne w przypadku bólu psychologicznego, czyli przewlekłego bólu, niemającego żadnych określonych podstaw fizycznych (np. ból amputowanej kończyny). Ból taki nie wynika z urazów

fizycznych, ale występuje w reakcji na potrzeby psychiczne pacjenta [4].

Niezależnie od źródeł, ból podlega także oddziaływaniu stresu. Istnieje korelacja pomiędzy codziennym stresem a intensywnością bolesnych objawów. Nie bez znaczenia są także stresory środowiska, jak konflikty rodzinne oraz ważne wydarzenia życiowe, na przykład ciąża. Lęk spowodowany stresem może intensyfikować odczuwany ból. Wy tłumaczeniem tych zjawisk jest fakt, iż stres emocjonalny może wpływać na ból przez zwiększenie poziomu lęku, co z kolei prowadzi do długotrwałego napięcia mięśniowego i innych reakcji fizjologicznych potęgujących skalę odczuwanego bólu.

Już w 1969 roku H. Beecher dowiódł, że poczucie kontroli i własnej skuteczności także odgrywa rolę w modulowaniu doświadczenia bólu. Na przykład badani poinstruowani, jak mogą kontrolować ból spowodowany przez bodźce elektryczne, zgłaszali mniej intensywne doznania bólu aniżeli osoby, które zostały poinformowane, że na odczuwany ból nie mają żadnego wpływu. Wykazano, że wiara w możliwości skutecznego kontrolowania bólu może prowadzić do ograniczenia intensywności eksperymentalnie indukowanych doznań bólowych.

Istnieje wiele technik kontroli bólu, które można podzielić na fizyczne oraz psychologiczne. Do tych pierwszych zaliczamy oczywiście medyczną kontrolę bólu, czyli za pomocą środków farmaceutycznych, techniki chirurgiczne (na przykład blokada nerwu) oraz stymulację fizyczną, czyli akupunkturę i stymulację przezskórną. Do psychologicznych metod kontroli bólu zaliczamy różne techniki warunkowania – redukowania zachowań bólowych, popularny dziś biofeedback, czyli rozwijanie kontroli bólu, hipnozę, techniki relaksacji oraz techniki poznawczo-behawioralne, które działają wielopłaszczyznowo [1].

Ból to doznanie dyskomfortu i każdy człowiek spotyka się z nim w różnych etapach swojego życia. Znaczna część kobiet najbardziej obawia się bólów związanych z porodem. Zgodnie z przytaczanymi badaniami, można i do takiego bólu odpowiednio się przygotować. Ból porodowy można zmniejszać różnymi środkami farmaceutycznymi, ale nie wszystkie kobiety akceptują tę formę, starając się nie ingerować w swoje ciało. Dlatego bardzo skuteczną alternatywą może być odpowiednie przygotowanie fizyczne kobiety. Poprzez regularne ćwiczenia kobieta hartuje swoje ciało, powoli przygotowując się do trudnego zadania – porodu. Odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne mogą wpływać na zwiększenie poczucia kontroli nad bólem porodowym, pozwalają uwierzyć w swoje siły oraz mogą doprowadzić do zwiększenia pewności siebie. Aktywność ruchowa w okresie ciąży przynosi istotne korzyści zdrowotne wyrażające się zwiększeniem wydolności fizycznej, poprawą sprawności układu krążenia, pożądanymi zmianami metabolicznymi prowadzącymi do mniejszego przyrostu masy ciała [5].

Nauka dostarcza niezliczonych dowodów potwierdzających założenie, że aktywność fizyczna przyczynia się do utrzymania zdrowia fizycznego i psychicznego. Nie jest już dzisiaj żadną tajemnicą, że ćwiczenia fizyczne zmniejszają ryzyko choroby wieńcowej serca, raka okrężnicy, osteoporozy czy udaru. Ciężarne aktywne fizycznie w czasie ciąży szybciej odzyskują sprawność fizyczną, a ich aktywność wiąże się z bardziej pozytywnym nastawieniem do ciąży, słabszym lękiem przed porodem, silniejszą motywacją do karmienia piersią, większym zrównoważeniem psychicznym w czasie ciąży i w okresie poporodowym [6,7].

Aktywność ruchowa w czasie ciąży może być istotnym czynnikiem poprawy samopoczucia ciężarnych wyrażającej się obniżeniem poziomu negatywnych, zaś podwyższeniem poziomu pozytywnych stanów nastroju [8].

DeVries i Adams stwierdzili, że 15-minutowy spacer ma większe działanie rozluźniające niż typowa dawka łagodnego leku uspokajającego. Raglin i Morgan udowadniają, że zarówno ćwiczenia aerobowe, jak i spokojny odpoczynek zmniejszają lęk. Ćwiczenia zastosowane w badaniu obejmowały bieganie, grę w tenisa, koszykówkę, pływanie i jazdę na rowerze stacjonarnym. Badania dowiodły, że spadek lęku utrzymywał się dłużej po ćwiczeniach niż odpoczynku.

Ćwiczenia fizyczne powodują spadek stanu lęku nawet już bezpośrednio po ćwiczeniach [8,9,10].

Niektórzy badacze potwierdzają, że depresja może ustąpić dzięki zyskiwanemu w trakcie ćwiczeń fizycznych poczuciu sprawności i rozwijającej się samokontroli. Ponadto pod wpływem uczestnictwa w zajęciach ruchowych poprawia się obraz własnego ciała oraz podnosi poczucie własnej wartości [11].

Ćwiczenia fizyczne są uważane za podstawową metodę pokonywania stresu, ponieważ wpływają nie tylko na

sferę fizyczną, ale i na wiele zmiennych psychologicznych. Te wieloaspektowe korzyści płynące z uprawiania rekreacji ruchowej są nieodpartym dowodem na fakt, iż mogą pozytywnie wpływać również na samopoczucie, lęk i kontrolę bólu kobiet będących w ciąży. To zrozumiałe, że w okresie ciąży, w miarę możliwości, należy zrezygnować z przyjmowania leków. Dlatego niejednokrotnie lekarze i specjaliści zalecają kobietom ciężarnym odpowiednią dawkę ruchu, która ma je przygotować do porodu od strony fizycznej i psychicznej. Ćwiczenia mogą bowiem zmniejszyć strach przed porodem, mogą poprawić samopoczucie, zadowolenie z siebie oraz nauczyć kontrolować ból, związany z przyjściem dziecka na świat.

Celem pracy było znalezienie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy poczucie kontroli nad bólem porodowym różni się w zależności od aktywności ruchowej kobiet ciężarnych?
2. Czy cecha lęku jest głównym predyktorem umiejscowienia poczucia kontroli nad bólem porodowym?

Na podstawie przesłanek teoretycznych sformułowano następujące hipotezy:

1. Kobiety aktywne ruchowo w czasie ciąży ujawniają silniejsze poczucie wewnętrznej kontroli bólu porodowego.
2. Cecha lęku jest głównym predyktorem umiejscowienia poczucia kontroli bólu porodowego.

Materiał i metody

W badaniach zastosowano przedstawione niżej narzędzia diagnostyczne:

Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu Porodowego w opracowaniu własnym

Na wzór Kwestionariusza Przekonań na temat Kontroli Bólu BPCQ Skevington opracowano narzędzie diagnozujące poczucie kontroli w odniesieniu do bólu porodowego (Skala Kontroli Bólu Porodowego). Adaptację skali do warunków polskich przeprowadził Juczyński [12]. W oryginalnej wersji kwestionariusz zawiera 13 stwierdzeń dotyczących przekonań na temat możliwości kontrolowania bólu osobiście, poprzez wpływ lekarzy i przypadkowe zdarzenia. W autorskiej adaptacji tego kwestionariusza pytania dotyczące kontroli bólu zostały zastąpione pytaniami dotyczącymi kontroli bólu porodowego przez kobiety ciężarne.

Zastosowana w badaniach skala zawiera 9 stwierdzeń, z których 3 dotyczą wewnętrznej lokalizacji kontroli bólu (np. dbając dobrze o siebie mogę zmniejszyć odczuwanie bólu w trakcie porodu), 4 – wpływu personelu medycznego (np. ulga w bólu porodowym w głównej mierze zależy od lekarzy), 2 – znaczenia czynników losowych w odczuwaniu bólu podczas porodu (np. brak

bólu przy porodzie jest w dużym stopniu sprawą szczęścia). Zgodnie z wersją oryginalną zastosowano 6-punktowy format odpowiedzi (od: 1 – zupełnie nie, do: 6 – całkowicie tak). Wersją pierwotną skali przebadano 56 kobiet ciężarnych. Określono moc dyskryminacyjną poszczególnych pozycji, która waha się od 0,330 (dbając dobrze o siebie mogą zmniejszyć odczuwanie bólu w trakcie porodu) do 0,890 (jeżeli mam cierpieć podczas porodu, to będę cierpieć niezależnie od tego, co zrobię) i może być uznana za dobrą. Rzetelność narzędzia jest w pełni satysfakcjonująca (α Cronbacha=0,785). W badaniach wykorzystano wskaźnik sumaryczny obrazujący zewnętrzną lokalizację kontroli bólu porodowego. Skala zawiera ponadto dwa pytania dotyczące znaczenia aktywności ruchowej w radzeniu sobie z bólem porodowym, jedno kierowane jest do ciężarnych podejmujących taką aktywność w czasie ciąży, drugie – do kobiet niećwiczących.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) Spielbergera

Kwestionariusz pozwala diagnozować stan i cechy lęku. Składa się z dwóch skal: skali lęku-stanu (X-1) i lęku-cechy (X-2). Lęk - stan rozumiany jest jako „subiektywne, świadome postrzegane uczucia, obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenia autonomicznego układu nerwowego” [13]. Natomiast lęk-cecha definiowany jest przez Spielbergera jako konstrukt teoretyczny oznaczający „motywny lub nabyty dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa” [13]. Adaptacji narzędzia do warunków polskich dokonali K. Wrześniewski i T. Sosnowski [14].

W wersji kwestionariusza wykorzystanej w badaniach w skali lęku-stanu kobieta ciężarna miała za zadanie określić swoje odczucia w momencie wyobrażania sobie porodu poprzez wybór jednej z czterech odpowiedzi: „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”. To pozwalało ocenić nasilenie lęku w sytuacji wyobrażonego porodu. W skali lęku-cechy nie dokonano żadnych zmian i zgodnie ze standardową instrukcją kobiety określały, jak czują się zazwyczaj, na ogół. Do każdego pytania należało dopasować odpowiedź: „prawie zawsze”, „często”, „czasem”, „prawie nigdy”. Odpowiedzi punktowane są od 1 do 4. W każdej skali teoretyczna zmienność wyników mieści się w granicach 20-80 punktów.

W badaniach zastosowano program statystyczny SPSS 14.0.

Ankieta własna

Anonimowa ankieta zawierająca pytania dotyczące: wieku, trymestru ciąży, wykształcenia, stanu cywilnego, sytuacji materialnej, wcześniejszych poronień i porodu rodzinnego, wsparcia ze strony partnera oraz aktywności fizycznej.

Osoby badane

Badaniami objęto 100 ciężarnych kobiet w wieku 19-38 lat, w tym 50 kobiet aktywnych ruchowo w okresie ciąży. Wszystkie kobiety otrzymały kwestionariusze podczas pobytu na sali porodowej bądź podczas zajęć „Szkoły Rodzenia”.

Dzięki specjalnie ułożonej ankiecie osobowej podzielono kobiety na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiły ciężarne, które uprawiały regularne ćwiczenia fizyczne przed ciążą i w jej trakcie, drugą grupę – ciężarne nieaktywne ruchowo.

Podział na grupy badawcze był możliwy dzięki zastosowaniu w ankiecie trzech pytań dotyczących aktywności ruchowej każdej z kobiet przed ciążą i w trakcie jej trwania. Pierwsze z nich brzmiało: „Czy uprawiała Pani ćwiczenia fizyczne przed ciążą?”, drugie: „Czy uczestniczy Pani w zorganizowanych zajęciach ruchowych dla kobiet w ciąży” i trzecie: „Czy ćwiczy Pani samodzielnie w domu?”.

Wyniki

Kwestionariusz na Temat Kontroli Bólu Skevington nawiązuje do czynników, które mierzą siłę indywidualnych przekonań dotyczących kontrolowania bólu osobiście (poprzez czynniki wewnętrzne), poprzez wpływ lekarzy (siła innych) czy też przez przypadkowe zdarzenia. W zmodyfikowanej wersji, przeznaczonej do badań nad kobietami w ciąży uzyskiwano jeden wskaźnik obrazujący stopień przekonania ciężarnej na temat braku możliwości kontrolowania bólu przez nią samą (poczucie kontroli zewnętrznej).

W tabeli 1 przedstawiono średnie wyników punktowych w obu grupach. Różnica jest istotna statystycznie. Kobiety nieaktywne ruchowo mają silniejsze poczucie zewnętrznej kontroli nad bólem porodowym, uważają, że zależy on od czynników zewnętrznych oraz przypadkowych zdarzeń. Kobiety aktywne z kolei uważają, że potrafią wewnętrznie kontrolować swój ból, a pomoc lekarska wpływa na niego w stopniu umiarkowanym.

Tab.1. Poczucie zewnętrznej kontroli nad bólem porodowym w obu badanych grupach

Tab.1. Sense of external control over maternity pain in both groups

Osoby badane	Suma punktów BPCQ	t	p
Kobiety nieaktywne ruchowo	36,24	11,297	0,0001
Kobiety aktywne ruchowo	22,64		

Ważny jest również rozkład odpowiedzi na końcowe twierdzenia skali, różnie sformułowane dla badanych z obu grup. W przypadku kobiet aktywnych ruchowo twierdzenie brzmiało: „Jestem przekonana, że mój ból podczas porodu będzie słabszy, dzięki temu, że ćwicząc przygotowałam się do niego”. Kobiety nieaktywne ruchowo ustosunkowywały się do stwierdzenia: „Jestem przekonana, że mój ból podczas porodu będzie silniejszy, ponieważ nie uprawiałam ćwiczeń fizycznych w czasie ciąży”. Rozkład odpowiedzi kobiet z obu grup został przedstawiony w tabeli 2.

Tab. 2. Odpowiedzi kobiet aktywnych ruchowo na stwierdzenie: „Jestem przekonana, że mój ból podczas porodu będzie słabszy, dzięki temu, że ćwicząc przygotowałam się do niego” oraz odpowiedzi kobiet nieaktywnych ruchowo na stwierdzenie „Jestem przekonana, że mój ból podczas porodu będzie silniejszy, ponieważ nie uprawiałam ćwiczeń fizycznych w czasie ciąży”

Tab. 2. Answers of physically active women on the statement: ‘I am convinced that my pain during childbirth is weaker, due to the fact that practicing prepared for him’ and answers of physically active women on the statement: ‘I am convinced that my pain during childbirth will be stronger, due to the fact that I did not do exercise during pregnancy’

Odpowiedzi kobiet ciężarnych na stwierdzenie	KOBIETY NIEAKTYWNE RUCHOWO „Jestem przekonana, że mój ból podczas porodu będzie silniejszy, ponieważ nie uprawiałam ćwiczeń fizycznych w czasie ciąży”	KOBIETY AKTYWNE RUCHOWO „Jestem przekonana, że mój ból podczas porodu będzie słabszy, dzięki temu, że ćwicząc przygotowałam się do niego”
Nie, zupełnie się nie zgadzam	1	0
Nie zgadzam się	4	2
Raczej nie zgadzam się	10	6
Raczej zgadzam się	10	23
Zgadzam się	7	19
Tak, całkowicie zgadzam się	0	0

W grupie kobiet aktywnych najwięcej osób (46%) zaznaczyło odpowiedź „raczej zgadzam się” oraz (38%) „zgadzam się” ze stwierdzeniem, iż ból podczas porodu będzie słabszy dzięki ich aktywności ruchowej; 12% badanych kobiet raczej nie zgadza się z tym stwierdzeniem, a tylko 4% nie zgadza się. Można więc powiedzieć, że kobiety aktywne ruchowo uważają, że dzięki regularnym bądź sporadycznym ćwiczeniom łatwiej będzie im rodzić, a ból będzie mniejszy niż gdyby nie ćwiczyły w ogóle.

W grupie ciężarnych nieaktywnych po 19% badanych zaznaczyło odpowiedzi „raczej nie zgadzam się” i „raczej zgadzam się”, że brak aktywności ruchowej może przyczynić się do nasilenia bólu porodowego; 14% kobiet „zgadza się” ze stwierdzeniem, 8% nie zgadza się z nim, a tylko 2% zupełnie się nie zgadza. Ten rozkład odpowiedzi sugeruje, że kobiety są świadome tego, że brak aktywności ruchowej może spowodować większy ból i trudniejszy poród.

W badaniach poszukiwano także związków między badanymi zmiennymi. Ustalono, że poczucie braku kontroli nad bólem porodowym koreluje dodatnio z nasileniem stanu lęku w sytuacji wyobrazonego porodu ($r=0,517$; $p<0,001$; tab.3.). Silne przekonanie o braku kontroli nad bólem porodowym powiązane jest z wyż-

szym poziomem lęku-stanu w sytuacji wyobrazonego porodu.

Tab. 3. Korelacje pomiędzy poczuciem braku kontroli nad bólem porodowym (BPCQ) a lękiem-stanem

Tab. 3. Correlation between sense of lack of control over maternity pain (BPCQ) and fear-state

	Lęk-stan
Korelacja Pearsona	0,517
Poziom istotności (p)	0,001

Bardzo ważnym aspektem badań jest również fakt, że zaobserwowano silne korelacje pomiędzy lękiem-cechą a lękiem stanem (tab. 4)

Lęk-cecha koreluje dodatnio z lękiem-stanem. Oznacza to, że im większe natężenie lęku jako cechy tym wyższy poziom lęku-stanu.

Tab. 4. Korelacje pomiędzy lękiem-cechą a lękiem-stanem

Tab. 4. Correlation between fear-feature and fear-state

	Lęk-stan
Korelacja Pearsona	0,756
Poziom istotności (p)	0,000

Tab. 5. Predyktory umiejscowienia poczucia kontroli nad bólem porodowym w grupie kobiet nieaktywnych ruchowo

Tab. 5. Predictors of locus of control over maternity pain in women physically inactive

Predyktor	β	T	p
Lęk jako cecha	0,425	3,215	0,002

$R^2=0,163$

Lokalizacja kontroli nad bólem porodowym w grupie kobiet nieaktywnych ruchowo okazuje się zależna jedynie od cechy lęku. U kobiet skłonnych do reagowania lękiem można oczekiwać bardziej zewnętrznej lokalizacji kontroli bólu porodowego. Model odpowiada za 16,3% zmienności zmiennej zależnej (tab. 5)

Tab. 6. Predyktory poczucia kontroli nad bólem porodowym w grupie kobiet aktywnych ruchowo

Tab. 6. Predictors of locus of control over maternity pain in women physically active

Predyktor	B	T	p
Wcześniejsze poronienia	-0,424	-3,293	0,002
Lęk jako cecha	0,291	2,264	0,028

$R^2=0,201$

W grupie kobiet aktywnych ruchowo wydzielono dwa predyktory odpowiedzialne w 20% za zmienność poczucia kontroli nad bólem porodowym. Silniejszego przekonania o braku takiej kontroli (lokalizacja zewnętrzna) można oczekiwać u kobiet bardziej skłonnych do reagowania lękiem oraz bez wcześniejszych poronień (tab. 6).

Tab. 7. Predyktory umiejscowienia poczucia kontroli nad bólem porodowym w obu grupach

Tab. 7. Predictors of locus of control over maternity pain in both groups

Predyktor	β	T	p
Lęk jako cecha	0,505	5,701	0,000
Samodzielna aktywność w domu	-0,314	-3,541	0,001
Sytuacja materialna	0,171	2,572	0,012
Wcześniejsze poronienia	-0,138	-2,081	0,040

$R^2=0,569$

W całej grupie lokalizację kontroli nad bólem porodowym można przewidywać w niemal 60% na podstawie poziomu cechy lęku, aktywności fizycznej w domu, sytuacji materialnej i wcześniejszych poronień (tab. 7). Bardziej zewnętrznej lokalizacji kontroli należy oczekiwać u kobiet bardziej lękliwych i posiadających lepszą sytuację materialną oraz nieaktywnych ruchowo w domu i takich, które nie doświadczyły wcześniej poronień.

Dyskusja

Wyniki badania za pomocą zmodyfikowanej wersji kwestionariusza BPCQ potwierdziły hipotezę, mówiącą, że kobiety aktywne ruchowo ujawniają silniejsze poczucie wewnętrznej kontroli nad bólem porodowym. Kobiety nieaktywne nie wierzą we własne siły dotyczące porodu – liczą na pomoc lekarzy i środki farmaceutyczne uśmierzające ból. Jest to zrozumiałe, ponieważ organizm niezaadaptowany do wysiłku nie potrafi znieść intensywnego bólu. Jest to zgodne z wcześniejszymi, obszernymi badaniami C. Łapeckiej-Klusek i M. Jucha z 1997 roku. Odpowiedzi udzielane przez te kobiety na pytanie: „Jestem przekonana, że mój ból podczas porodu będzie silniejszy, ponieważ nie uprawiałam ćwiczeń fizycznych w czasie ciąży” sugerują, że kobiety zdają sobie sprawę z faktu, że ćwiczenia fizyczne mogą pomóc w porodzie. Tak więc kobiety w większości wiedzą, że odpowiednie przygotowanie organizmu może zmniejszyć odczuwanie bólu porodowego. Potwierdzają to również badania H. Beechera już z 1969 roku. Jednakże kobiety te nie podejmują żadnej aktywności fizycznej podczas ciąży, świadomie rezygnując z dobrodziejstw płynących z odpowiednio dobranej aktywności.

Grupa kobiet aktywnych fizycznie jest w większym stopniu przekonana o korzyściach płynących z uprawiania rekreacji ruchowej oraz jej korzystnego wpływu na przebieg ciąży i sam poród. Doświadczenia płynące z obserwacji własnego ciała podczas wielu lat uprawiania aktywności fizycznej na pewno przyczyniły się do ukształtowania przekonania o zmniejszeniu bólu porodowego dzięki ćwiczeniom fizycznym.

Wyniki badań pozwoliły również na wyodrębnienie predyktorów umiejscowienia poczucia kontroli nad bólem porodowym. Dla obu grup wyodrębniono cztery wspólne predyktory. Są to: cecha lęku, samodzielne podejmowanie ćwiczeń fizycznych w domu, sytuacja materialna oraz występowanie wcześniejszych poronień.

Im silniejsza jest skłonność ciężarnej do reagowania lękiem, tym bardziej zewnętrzna jest lokalizacja kontroli bólu porodowego. Kobieta obawiająca się porodu i bólu z nim związanego liczy na pomoc lekarzy i działanie środków przeciwbólowych. Kobiety o słabszej skłonności do reagowania lękiem mają bardziej wewnętrzne poczucie kontroli, uważają, że same są w stanie w pewnym stopniu kontrolować nasilenie bólów porodowych.

Drugi wyodrębniony predyktor – samodzielne podejmowanie ćwiczeń fizycznych w domu – ma znak ujemny, co oznacza, że im częściej kobieta podejmuje taką aktywność, tym bardziej wewnętrzne będzie umiejscowienie poczucia kontroli nad bólem porodowym. Ma to swoje uzasadnienie, ponieważ kobieta może być wtedy traktowana jako bardziej samodzielna, co przekłada się na jej dzielność życiową oraz pokonywanie przeszkód i bólu bez pomocy osób trzecich.

Uzyskane wyniki wskazują, że im bardziej zadowolająca jest sytuacja materialna, tym bardziej zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli nad bólem w trakcie porodu. Tak więc kobieta określająca swoją sytuację jako bardzo dobrą czy dobrą ma bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli nad bólem w trakcie porodu. Może bowiem, dzięki zapleczu finansowemu, pozwolić sobie na opłacenie drogich znieczuleń i zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej. Kobiety, których sytuacja materialna jest trudna, muszą liczyć na własne siły, więc umiejscowienie kontroli ma charakter wewnętrzny.

Ostatnim predyktorem poczucia umiejscowienia kontroli bólu porodowego wspólnym dla obu badanych grup jest fakt występowania wcześniejszych poronień. Ujemny znak sugeruje, że brak przebytych poronień wpływa na zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli tych bólów. Kobiety mogą ufać lekarzom i postępowi medycyny. Wynika stąd, że jeśli kobieta, pomimo pomocy lekarskiej poroniła, może teraz silniej odczuwać, że sama ma wpływ na przebieg porodu i kontrolę bólu z nim związanego, ponieważ nie pokłada już nadziei w pomocy lekarskiej.

Analiza predyktorów umiejscowienia kontroli bólu porodowego została przeprowadzona również dla obu badanych grup oddzielnie. W grupie kobiet nieaktywnych ruchowo zaobserwowano, że zewnętrzne umiejscowienie kontroli bólu jest zależne tylko od lęku rozumianego jako cecha. Oznacza to, że im bardziej lękliwa jest kobieta, tym bardziej zewnętrznie będzie lokalizować kontrolę bólu porodowego.

W grupie kobiet aktywnych ruchowo wyodrębniono natomiast dwa predyktory umiejscowienia kontroli bólu porodowego. Jest to, podobnie jak w grupie nieaktywnej cecha lęku oraz fakt występowania wcześniejszych poronień. Jest to predyktor ujemny, który świadczy o tym, że jeśli kobieta doświadczyła poronień, to jej poczucie kontroli umiejscawia się wewnętrznie.

Analizując uzyskane wyniki można podsumować, że umiejscowienie kontroli bólu porodowego u kobiet nieaktywnych ruchowo nie jest zależne od czynników sytuacyjnych, lecz tylko od cechy lęku. U kobiet z grupy aktywnej ruchowo wpływ na poczucie kontroli mają poza czynnikiem wewnętrznym, jakim jest cecha lęku, również czynniki zewnętrzne, takie jak przebyte poronienia, ciąża wysokiego ryzyka oraz podejmowanie samodzielnej aktywności fizycznej w domu.

Wnioski

Wyniki badań można podsumować następująco:

1. Ciężarne biorące udział w zajęciach ruchowych mają bardziej wewnętrzne umiejscowienie kontroli nad

bólem porodowym, natomiast kobiety nieaktywne ruchowo – zewnętrzne.

2. Umiejscowienie poczucia kontroli nad bólem porodowym jest w głównej mierze uwarunkowane lękiem rozumianym jako cecha osobowości.
3. Głównymi predyktorami umiejscowienia kontroli nad bólem porodowym są: cecha lęku, samodzielne podejmowanie ćwiczeń fizycznych w domu, sytuacja materialna oraz wystąpienie wcześniejszych poronień.
4. Kontrola bólu porodowego w grupie kobiet aktywnych ruchowo jest bardziej zależna od czynników zewnętrznych niż samej cechy lęku, jak to jest w przypadku kobiet nieaktywnych ruchowo.

Piśmiennictwo

1. Bishop BG. Psychologia zdrowia. Wrocław: Wyd. Astrum; 2002.
2. Radmacher S, Sheridan Ch. Psychologia zdrowia. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 1998.
3. Merskey H. The definition of pain. *European Journal of Psychiatry* 1991;6:153-159.
4. Wörz R, editor. Farmakoterapia bólu. Warszawa: PZWL; 1992.
5. Łepecka-Klusek C, Jucha M. Zachowania zdrowotne kobiet w okresie ciąży. *Problemy Pielęgniarstwa* 1997;1-2:69.
6. Jastrzębski T, Kumor J. Przebieg porodu po przygotowaniu psychoprofilaktycznym w szkole rodzenia. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 1989; supl. 22-31.
7. Araujo D. Ćwiczenia fizyczne a ciąża. *Sport i zdrowie. Dział Medycyny po Dyplomie* 1998;7/1:168-172.
8. Guskowska M, Dudziak D. Stany nastroju i lęk przed porodem kobiet aktywnych i nieaktywnych ruchowo w czasie ciąży. In: Krawczyński M, editor. Psychologiczne konteksty aktywności fizycznej człowieka. Gdańsk: Ateneum- Szkoła Wyższa; 2008. p.57-69
9. Guskowska M. Wpływ ćwiczeń fizycznych na poziom lęku i depresji oraz stany nastroju. *Psychiatria Polska* 2004;37:611-620.
10. Guskowska M, Rogacz- Mańka D, Wit B. Wpływ gimnastycznych form rekreacji na poziom lęku u kobiet. *Wychowanie Fizyczne i Sport* 2000;2:21-31.
11. Turosz MA, Pacholczak J. Znaczenie aktywności ruchowej w kształtowaniu wysokiej samooceny i postawy prozdrowotnej kobiet. *Medycyna Sportowa* 2001;17:391-395.
12. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
13. Spielberger CD. Theory and research on anxiety. In: Spielberger CD, editor. *Anxiety and Behaviour*. New York: Academic Press; 1966.
14. Sosnowski T, Wrześniewski K. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1987.