

A szülési fájdalom mérésével szerzett tapasztalataink

PÓKA RÓBERT DR., BERECKZI ERIKA, PETŐ IRÉN

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinikája (igazgató: Borsos Antal dr., egyetemi tanár) közleménye.

Összefoglalás: A szerzők felmérést végeztek a szülési fájdalom szubjektív megítéléséről. Vizuális analóg-skála alkalmazásával rögzítették a betegek által megítélt, a tágulási és kitolási szakban, valamint hazabocsátáskor a hüvelyben és a gáttájékon érzett fájdalom erősségét. Ötven egységnyi skálán az átlagos fájdalom intenzitás sorrendben 28, 26 és 17 volt. A betegek által jelzett fájdalom erőssége jelentős korrelációt mutatott a szülés szakaszainak tartamával, az oxytocinos infúzió alkalmazásával, a paritással, sutura végzésével valamint a partner szülésnél való jelenlétével.

Kulcsszavak: szülés, fájdalom, mérés

A szüléssel kapcsolatos érzelmek jelentős része szorosan kapcsolódik az átélt fájdalomhoz. Magyarországon 1993-ban a több mint 100 ezer szülésnek csak kis hányada során alkalmaztak valamilyen fájdalomcsillapító módszert [1]. A jelenleg leghatásosabb fájdalomcsillapító eljárást, a gerinc-körüli érzéstelenítést csak az esetek 5%-ában alkalmazták. Hazánkban elsősorban neonatológiai okok miatt a kábító fájdalomcsillapítók vajúadás alatti alkalmazásának nincsenek hagyományai. Bár a pszichoprofilaxis módszere egyre szélesebb körben terjed, továbbra is többségben vannak azok a terhesek, akik felkészítés nélkül kerültek szülőszobára. Kevesen alkalmaznak nitrogén-oxidált és szinte még ismeretlenek azok az alternatív fájdalomcsillapító formák, mint a transzcután elektromos idegstimuláció vagy a vízben vajúadás. A DOTE Női Klinikáján ebben a vonatkozásban az országos átlaggal csaknem megegyezik a helyzet. Felmerést végeztünk annak vizsgálatára, hogy gyermekágyasaink mennyire fájdalmasnak ítélték a szüléskörüli időszakot. A felmérés eredményeit a szülészeti adatokkal összevetve vizsgáltuk azt,

hogy milyen tényezők és milyen mértékben befolyásolják a szüléskörüli fájdalom erősségét.

Beteganyag és módszer

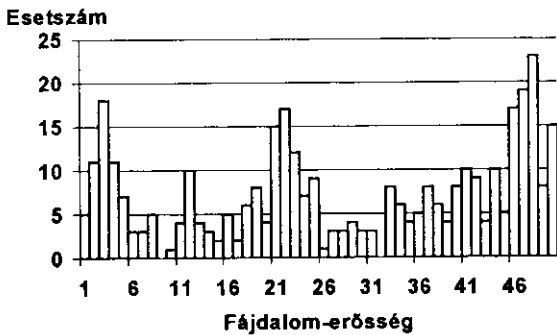
Felmérésünk során gyermekágyasainkat kérdőív kitöltésére kértük meg. A kérdőív három egyszerű kérdést tartalmazott: „Mennyire fáj a tágulási szak?”, „Mennyire fáj a kitolási szak?” és „Mennyire fáj a hüvely és a gát?”. A kérdőívet hazabocsátáskor, túlnyomó többségben a szülést követő 4. napon töltötték ki a betegek. A válaszadás 50 mm-es vizuális analóg-skálán történt kitöltési útmutató segítségével. Az útmutató arra kérte a betegeket, hogy elviselhetetlennek ítélt fájdalom esetén a vonal jobboldali végéhez tegyenek keresztet, fájdalommentesség esetén pedig a baloldali végéhez. A két szélsőérték közé eső fájdalomerősség esetén arra kértük betegeinket, hogy az általuk megítélt erősséggel arányosan helyezték el a keresztet a két szélső érték közé. Tanulmányunkban közel 500 kérdőív illetve szülés adatait dolgoztuk fel.

Szülészeti adatbázisunkban rögzítettük a terhességi kort, az előző szülések számát, az oxytocinos infúzió alkalmazását, a tágulási szak időtartamát, a kitolási

szak hosszát, a születési súlyt, a sutura végzését valamint azt, hogy a férj illetve partner jelen volt-e a szülésnél. Korrelációs vizsgálatot végeztünk az egyes esetekben szubjektíven megítélt fájdalom erőssége, valamint a rögzített szülészeti paraméterek összefüggésének elemzésére.

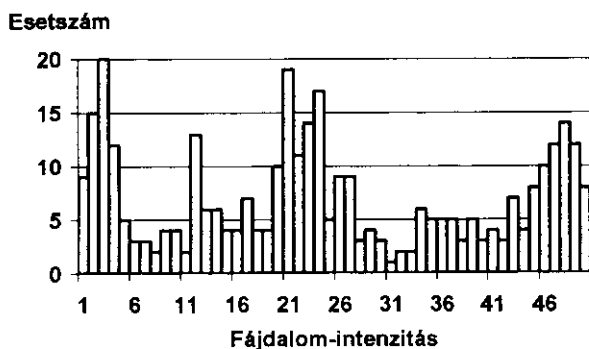
Eredmények

A tágulási szakban érzett fájdalomereősség megoszlása háromsztatú képet mutat. A betegek legnagyobb része igen erős fájdalomról számolt be és csak a betegek mintegy negyede értékelte a tágulási szakban érzett fájdalmát 50-es skálán 10-nél enyhébbnek. A tágulási szakban érzett fájdalom erőssége 28 volt (1. ábra).



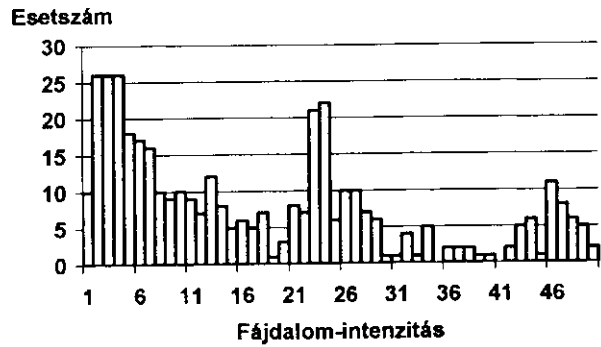
1. ábra Fájdalom-intenzitás megoszlása a tágulási szakaszban

A kitolási szakban érzett fájdalom erőssége hasonló eloszlást mutatott. A kitolási szakban érzett fájdalomereősség szubjektív megítélésének átlagos értéke 26 volt (2. ábra).



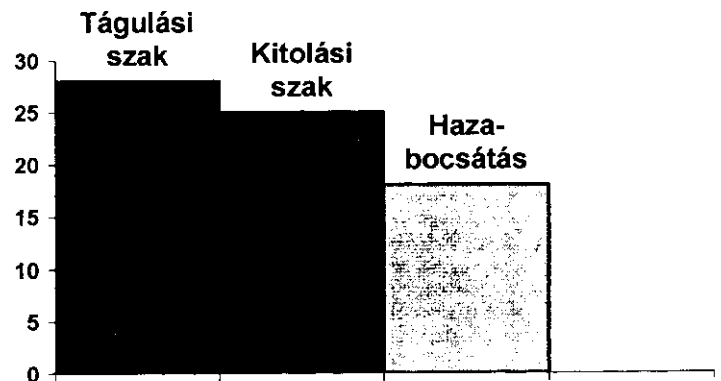
2. ábra Fájdalom-intenzitás megoszlása a kitolási szakaszban

A hüvely és gáttáji fájdalom megítélése hazabocsátáskor hasonló megoszlást mutatott, bár ebben a betegek többsége enyhébb fájdalomról panaszkodott (3. ábra). Betegeink az 50-es analóg skálán átlagosan 17-es erősségűnek jelezték a hüvely és a gáttájékon érzett fájdalmat.



3. ábra Hüvely és gáttáji fájdalom-intenzitás megoszlása hazabocsátáskor

A tágulási szakban érzett fájdalmat a vizsgált paraméterek közül pozitív irányban legjelentősebben az befolyásolta, hogy alkalmaztak-e oxytocinos infúziót, milyen hosszú volt a tágulási szak, hányszor szült a terhes, milyen súlyú volt az újszülött (4. ábra). Meglepő eredmény volt az, hogy a férj illetve partner jelenléte esetén a betegek erősebben ítélték a tágulási szakban érzett fájdalmukat. A várakozásnak megfelelően enyhébb volt a fájdalom akkor, ha a terhes többször szülő volt.

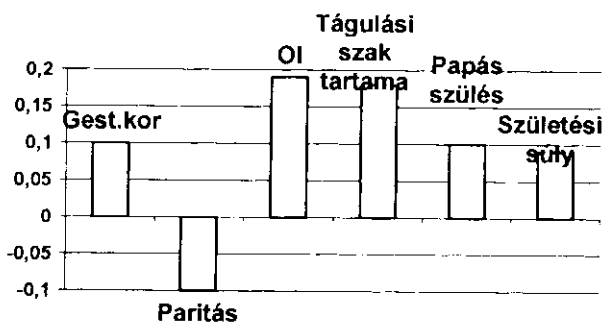


4. ábra Átlagos fájdalom-intenzitás

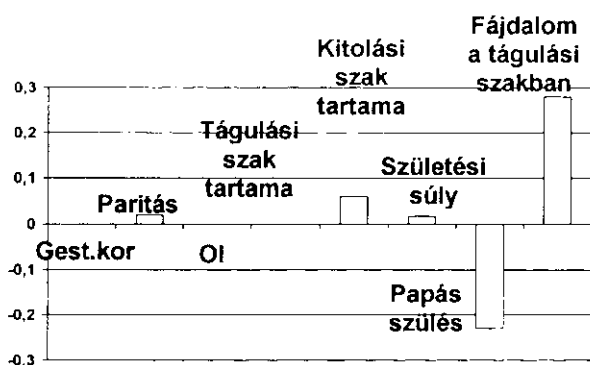
A kitolási szakban érzett fájdalmat a szülészeti paraméterek közül csak néhány befolyásolta jelentős mértékben. A legmagasabb korrelációt ezek közül a kitolási szak tartama mutatta. Abszolút értékben is jelentős meghatározó tényezőnek bizonyult azonban a tágulási szakban érzett fájdalom erőssége. Szemben a tágulási szakban érzett fájdalommal, a kitolási szak fájdalmának megítélése során a férj illetve partner jelenléte negatív korrelációjú tényezőként jelentkezett, tehát a férj illetve partner jelenléte jelentősen csökkentette a kitolási szak fájdalmát illetve annak szubjektív megítélését (5. ábra).

A hazabocsátáskor érzett hüvelyi illetve gáttáji fájdalom megítélésében legjelentősebb pozitív korrelációt a tágulási és a kitolási szakban érzett

fájdalom, valamint a paritás mutatott. Enyhébb volt a fájdalom azoknál, akiknél oxytocinos infúziót alkalmaztunk, hosszabb volt a tágulási szak és gátmetszésük illetve suturájuk volt (6. ábra).



5. ábra A tágulási szakban érzett fájdalmat befolyásoló tényezők és azok korrelációs együtthatója



6. ábra A kitolási szakban érzett fájdalmat befolyásoló tényezők és korrelációs együtthatóik

Megbeszélés

Magyarországon ma a szülészeti fájdalomcsillapítás színvonala indokolatlanul alacsony. Országos felmérés eredményei igazolják, hogy az effektív fájdalomcsillapító módszerek csak igen alacsony gyakorisággal kerülnek alkalmazásra [1]. A szubjektíven átélt fájdalom mérésének jól bevált eszköze a betegek által kitöltött kérdőív. A fájdalom-erősség megítélésére alkalmazott vizuális analóg-skála előnye, hogy a verbális fokozatokkal kijelölt skálával szemben itt a válaszok folytonos változóként kerülhetnek statisztikai feldolgozásra. Az 50 mm hosszúságú skálán differenciáltabb válaszadásra van lehetőség, mint egy négy-öt fokozattal elkülönített verbális vagy egy tízfokozatú digitális skálán. Az általunk alkalmazott kérdőíven számok egyáltalán nem szerepeltek. A válaszok számértékkel történő kifejezése többféleképpen történhet. Ha 1 cm-es szakaszokra bontva mérjük a válaszok origótól mért távolságát, akkor nullától ötig

terjedő értékelés lehetséges, ha fél milliméteres pontossággal digitalizáljuk a válaszokat, akkor pedig nullától százig terjed a mért változó értéke. Miután a válaszadásra biztosított vonal hossza 50 mm volt, ésszerűnek látszott a válaszok milliméteres pontosságú digitalizálása. A kérdőív „felbontóképességének” ilyen megválasztása retrospektíve is előnyösnek bizonyult, hiszen tíz fokozat esetén a háromszatúságra nem derült volna fény, még nagyobb felbontás esetén pedig a kategóriánkénti alacsony esetszámok okoztak volna gondot. A szülési fájdalom szubjektív megítélésére alkalmazott verbális skálán, McGill-féle fájdalom-kérdőívvel és viselkedési skálával mért értékek jól korrelálnak a vizuális analóg-skálán nyert adatokkal [2]. Az utóbbi módszer legfontosabb előnye az, hogy gyorsabb kitöltést és adatfeldolgozást tesz lehetővé. Hátránya, hogy nem ad lehetőséget a fájdalomérzést befolyásoló lelki feszültség mérésére.

Finn adatok szerint a vajúdok 80%-a súlyosnak, illetve elviselhetetlennek ítéli a szülési fájdalom erősségét [3]. A több mint 1000 megkérdezettnek mintegy fele érezte úgy, hogy hatékonyabb fájdalomcsillapításra lett volna szüksége.

Tanulmányunkban a tágulási és kitolási szakban, valamint a hazabocsátáskor a hüvelyben és a gáttájékon érzett fájdalom erősségének megoszlása is háromszatú képet mutatott. A háromszatúság magyarázatoként két tényező vetődött fel. Az egyik az, hogy a kérdőív magyarázószövege nagymértékben befolyásolja a betegeket abban, hogy válaszaikat szélső értéként vagy a skála közepe körül helyezték el. Ez ellen szól az, hogy hasonló vizuális analóg-skálával és lényegében azonos magyarázószöveggel készített korábbi felmérések nem eredményeztek ilyen háromszatúságot [3]. A másik magyarázat az lehet, hogy a szülés után néhány nappal a betegek egy része a valóságnál kellemesebb, egy másik része pedig annál kellemetlenebb élményként emlékszik vissza a szülésre. A pozitív és negatív irányú elfogultság igen gyakori a szüléskörüli események felelevenítésében [4].

A tágulási szakban érzett szubjektív fájdalom-erősséget számos tényező befolyásolja. Érthető, hogy ezek részesedése egyenként kismértékű, azonban az összes szerepet játszó tényező felméréséhez sokkal bonyolultabb kérdőívre lenne szükség. A vélhetően meghatározó szerepű kérdések közé tartozik az, hogy tervezte-e valaki a terhességet, mennyire volt megelégedve a szülésznő illetve a szülésorvos hozzáállásával, milyen a beteg iskolai végzettsége, mennyire volt

megelégedve a gyermekágyas osztály komfortjával, vagy hogy mennyire volt sikeres a szoptatás az első néhány gyermekágyi napon. Meglepő, hogy a partner jelenléte pozitív korrelációban állt a tágulási szakban érzett fájdalom erősségével. Ennek magyarázata lehet a nem megfelelő felkészülés a szülésre, illetve az, hogy az együttszülésre jelentkező párok között gyakoribb a paternalista személyiségjegyekkel bíró terhes. A tágulási szakban a vajúdo viszonylag passzív szerepet játszik. Ezzel szemben, a kitolási szakban a terhes aktív közreműködése jelentősen befolyásolhatja a szülés időtartamát.

A hatékony közreműködés élményének fájdalomcsökkentő szerepét egyértelműen igazolja az, hogy rövidebb kitolási szak esetén a születési súlytól és paritástól függetlenül is alacsonyabb a megélt fájdalom intenzitása. Ez valamelyest ellentmond annak az irodalmi adatnak, amely szerint a gátmetszést liberálisan alkalmazó szülészek nagyobb eséllyel alkalmazzák a szülést gyorsító eljárásokat és betegek nagyobb eséllyel szenvednek gátsérülést és a megélt fájdalmuk erőssége is magasabb [5].

A hazabocsátáskor érzett hüvelyi, illetve gáttáji fájdalom megítélésében legjelentősebb pozitív korrelációt a tágulási és a kitolási szakban érzett fájdalom, valamint a paritás mutatott. Enyhébb volt a fájdalom azoknál, akiknél oxytocinos infúziót alkalmaztunk, hosszabb volt a tágulási szak és gátmetszésük, illetve suturájuk volt.

A több vonatkozásban is meglepő eredmények magyarázatának és jelentőségének tisztázására további vizsgálatokat tartunk indokoltnak. Különösen fontosnak tartjuk a hatékonyabb szülési fájdalomcsillapító módszerek alkalmazása mellett szült nők élményének összehasonlítását azokéval, akik psychoprofilaxis mellett vagy fájdalomcsillapítás nélkül élték át a vajúdot.

Irodalom

- [1] Takács G, Beke A, Fedák L. A szülészeti és nőgyógyászati anesztézia helyzete Magyarországon 1993-ban. *Orv Hetil* 1995; 136:1259-62.
- [2] Morisot P, Boureau F. Evaluation of obstetrical pain by a questionnaire of adjective. Comparison of two epidural analgesia protocols. *Ann Fr Anesth Reanim* 1991; 10:117-126.
- [3] Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, Jouppila R. Maternal expectations and experiences of labour pain – options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1995; 39: 60-66.
- [4] Slade P, MacPherson SA, Hume A, Maresh M. Expectations, experiences and satisfaction with labour. *Br J Clin Psychol* 1993; 32:469-483.
- [5] Klein MC, Kaczorowski J, Robbins JM, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Joshi AK. Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care. *Can Med Assoc J* 1995; 153:769-779.

Póka R, Bereczky E, Pető I. *Our experiences with studying labor pain intensity*

The authors designed a study in order to evaluate the subjective components of labor pain. By using the visual analogue-scale technique they registered the severity of pain experienced by the patients at the time of cervical dilatation and bearing down as well as in the vagina and perineal region at their dismissal home. On a 50 grade scale the mean pain intensity experienced was 28, 26, and 17 respectively in due order. The severity of the pain experienced by the patient showed good correlation with the elapsed time at the various stages of labor, administration of intravenous oxytocin drip, parity, suture application and the presence of the spouse at the time of delivery.

Key words: labor, pain intensity, evaluation

Közlésre elfogadva: 1996. július 29.