

A gyermekágyas időszak kutatásának legújabb eredményei

A gyermekágy időszak a hatalmas érzelmi, társadalmi és lelki változásokat hoz a legtöbb nő számára. A gyermekágy időszaka a méhlepény megszületése után egy órával kezdődik, és 6 hétig tart, ám a szociális és pszichés problémák (ideértve a szülés utáni depressziót, a szoptatást, a házassággal és a fogamzásgátlással kapcsolatos kérdéseket, illetve a vizeleti és bélműködési zavarokat) egy része akár egy évig, vagy még tovább is húzódhat.

Egy nemrég megjelent összefoglalóban a szerzők áttekintést adtak a szülést megelőzően egészséges nők gyermekágyi gondozásával kapcsolatos új ismeretekről és problémákról.

Lévé, hogy a legtöbb észak-amerikai kórházban egyre inkább a rövid tartamú szülés utáni kórházi ápolás válik gyakorlattá, a gyermekágyi gondozás és oktatás elsősorban az alapellátásra és a szociális-társadalmi szférára hárul. Felmérésekből kiderült, hogy a minden nő számára, rizikóprofiltól függetlenül biztosított gyermekágyi gondozás nem hatékony.

Ugyanakkor, a gondozás hatékonynak bizonyult, ha csak meghatározott rizikófaktorokkal rendelkező kismamák számára célzottan, vagy ha részletes igényfelmérést követően, az egyén számára szükséges szolgáltatások formájában végezték a gondozói tevékenységet.

A gyermekágyi depresszió, a 13%-os előfordulási gyakoriságával, kétségtelenül az egyik leggyakoribb szülési szövődmény. Kutatások és felmérések igazolják antidepresszáns gyógyszeres kezelést, illetve ezzel kombináltan, vagy akár önmagában alkalmazott pszichoterápia hatékonyságát. Figyelembe véve azonban egyrészt a szoptató, gyermekágyas nők gyógyszeres kezelését övező ellenérzéseket, másrészt, a pszichológiai-pszichiátriai konzultációk elérhetőségét, költségét és időigényességét, érthető, hogy a közelmúltban a gyermekágyi depresszió egyéb lehetséges kezelési módjai felé fordult a szakmai figyelem.

Egy Ausztráliában elvégzett előzetes vizsgálat keretében, egy depresszió skálán 12 feletti pontszámot elért nők csoportja 12 héten át, hetente három alkalommal vett részt csoportos babakocsis gyereksétáltatáson, emellett szociális támogatásban részesült. Hasonló állapotú, de mindennapi tevékenységet végző nőkkel összehasonlítva, a hatodik hétre, a „babakocsis” csoportban, jelentős mértékben csökkent az depresszió-skálán elért pontok száma. A gyermekágyi depresszió kezelésének másik, jelenleg érdeklődésre számot tartó területe, az omega-3 zsírsavak terápiás célú alkalmazása.

Azon túlmenően, hogy az omega-3 zsírsavak fogyasztása a terhesség végén és a szoptatási időszak kezdetén jót tesz a magzat, illetve az újszülött agyfejlődésének, három vizsgálatot is végeztek a közelmúltban, melyekben depressziós, de nem szülés után levő betegeket kezeltek hagyományos antidepresszánsokkal és vagy omega-3 zsírsavval, vagy placebóval. Statisztikailag szignifikáns mértékű javulást tapasztaltak a kiegészítő omega-3 zsírsavat is kapók csoportjában.

Gyakori gyermekágyi probléma a fogamzásgátlás újrakezdése, illetve a fogamzási képesség visszatérése. Az Amerikai Szülész-Nőgyógyász Társaság szoptató nők számára a csak progeszteron tartalmú készítmények használatát ajánlja, és bármiféle kombinált fogamzásgátló készítmény bevezetését csak a szülést követő hatodik héttől engedi meg, tekintettel a fokozott vérrög-képződési, trombózis kialakulási kockázatra.

A vizsgálatok a szerint a méhen belüli eszközök hatékony fogamzásgátlást nyújtanak, de nincs pontosan meghatározva az eszköz felhelyezésének optimális időpontja. Úgy tűnik azonban, hogy a szülést követően azonnal felhelyezett IUD-k nagyobb arányban lökődnek ki.

A terhesek dohányzásról leszoktatását célzó erőfeszítések, úgy tűnik, nem eredménytelenek, de a legtöbb felmérés szerint a nők 50%-a visszatér káros szokásához a szülés után. A dohányzásnak az anya szervezetére gyakorolt, jól ismert, negatív hatásain kívül, a gyermekágy alatti cigarettázás kockázati tényezője a hirtelen bölcsőhalál szindrómának és a csecsemőkori légúti betegségeknek, mint a hörgőgyulladásnak, az asztmának és a középfülgyulladásnak is.

A szülés utáni időszak egy megfelelő alkalom lehetne a dohányzás elhagyásához, illetve az absztinencia fenntartásához, de az eddig rendelkezésre álló eredmények elég kiábrándítóak. Úgy tűnik, hogy különböznek a leszokás, illetve az absztinencia fenntartásának a motivációi a terhesség alatt, és a gyermekágy időszakában.

A gyermekszülést követően kialakuló vizelet inkontinencia becsült gyakorisága 6-43%. Nemrég befejeződött, 6,10 és 12 éves utánkövetésű vizsgálatok eredményeinek fényében alkothatunk képet a probléma hosszú távú kihatásairól. Egy 6 éves utánkövetésű, az Egyesült Királyságban és Új-Zélandon élő, első alkalommal és többedszerre szülő nők körében végzett tanulmányban a tartós vizelettartási zavar (inkontinencia) gyakoriságát 24%-nak találták.

Az érintett nők 47%-a számolt be higiéniés, 16%-a általános háztartásbeli, 35%-a társadalmi érintkezéssel és 13%-a a szexuális élettel kapcsolatos nehézségekről. A szülést követő harmadik hónapban is fennálló vizelettartási nehézség szoros korrelációban állt a tünetek hat éven keresztül állandóságával.

Több vizsgálatban igazolták, hogy a medenceizmoknak a szülés utáni első évben történő erősítése révén hatékonyan előzhető meg és kezelhető a szülést követő vizelet inkontinencia. Tekintettel a nagy arányban előforduló állandósult problémára, azon nőknek, akik az első 3 hónap során vizelettartási gonddal szembesülnek, ajánlatos volna elsajátítani és gyakorolni a medenceizomzat tornáját.

Forrás: Curr Opin Obstet Gynecol 19; (6): 561-7.