A gyermekágyas idõszak kutatásának legújabb eredményei

A gyermekágy idõszaka hatalmas érzelmi, társadalmi és lelki változásokat hoz a legtöbb nõ számára. A gyermekágy idõszaka a méhlepény megszületése után egy órával kezdõdik, és 6 hétig tart, ám a szociális és pszichés problémák (ideértve a szülés utáni depressziót, a szoptatást, a házasélettel és a fogamzásgátlással kapcsolatos kérdéseket, illetve a vizelési és bélmûködési zavarokat) egy része akár egy évig, vagy még tovább is húzódhat.

Egy nemrég megjelent összefoglalóban a szerzõk áttekintést adtak a szülést megelõzõen egészséges nõk gyermekágyi gondozásával kapcsolatos új ismeretekrõl és problémákról.

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

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

A gyermekágyi depresszió, a 13%-os elõfordulási gyakoriságával, kétségtelenül az egyik leggyakoribb szülési szövõdmény. Kutatások és felmérések igazolják antidepresszáns gyógyszeres kezelés, illetve ezzel kombináltan, vagy akár önmagában alkalmazott pszichoterápia hatékonyságát. Figyelembe véve azonban egyrészt a szoptató, gyermekágyas nõk gyógyszeres kezelését övezõ ellenérzéseket, másrészt, a pszichológiai-pszichiátriai konzultációk elérhetõségét, költségét és idõigényességét, érthetõ, hogy a közelmúltban a gyermekágyi depresszió egyéb lehetséges kezelési módjai felé fordult a szakmai figyelem.

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

Azon túlmenõen, hogy az omega-3 zsírsavak fogyasztása a terhesség végén és a szoptatási idõszak kezdetén jót tesz a magzat, illetve az újszülött agyfejlõdésének, három vizsgálatot is végeztek a közelmúltban, melyekben depressziós, de nem szülés után levõ betegeket kezeltek hagyományos antidepresszánssal és vagy omega-3 zsírsavval, vagy placeboval. Statisztikailag szignifikáns mértékû javulást tapasztaltak a kiegészítõ omega-3 zsírsavat is kapók csoportjában.

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

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

A terhesek dohányzásról leszoktatását célzó erõfeszítések, úgy tûnik, nem eredménytelenek, de a legtöbb felmérés szerint a nõk 50%-a visszatér káros szokásához a szülés után. A dohányzásnak az anya szervezetére gyakorolt, jól ismert, negatív hatásain kívül, a gyermekágy alatti cigarettázás kockázati tényezõje a hirtelen bölcsõhalál szindrómának és a csecsemõkori légúti betegségeknek, mint a hörgõgyulladásnak, az asztmának és a középfülgyulladásnak is.

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

A gyermekszülést követõen kialakuló vizelet inkontinencia becsült gyakorisága 6-43%. Nemrég befejezõdött, 6,10 és 12 éves utánkövetésû vizsgálatok eredményeinek fényében alkothatunk képet a probléma hosszú távú kihatásairól. Egy 6 éves utánkövetésû, az Egyesült Királyságban és Új-Zélandon élõ, elsõ alkalommal és többedszerre szülõ nõk körében végzett tanulmányban a tartós vizelettartási zavar (inkontinencia) gyakoriságát 24%-nak találták.

Az érintett nõk 47%-a számolt be higiénés, 16%-a általános háztartásbeli, 35%-a társadalmi érintkezéssel és 13%-a a szexuális élettel kapcsolatos nehézségekrõl. A szülést követõ harmadik hónapban is fennálló vizelettartási nehézség szoros korrelációban állt a tünetek hat éven keresztüli állandósulásával.

Több vizsgálatban igazolták, hogy a medenceizmoknak a szülés utáni elsõ évben történõ erõsítése révén hatékonyan elõzhetõ meg és kezelhetõ a szülést követõ vizelet inkontinencia. Tekintettel a nagy arányban elõforduló állandósult problémára, azon nõknek, akik az elsõ 3 hónap során vizelettartási gonddal szembesülnek, ajánlatos volna elsajátítani és gyakorolni a medenceizomzat tornáját.

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