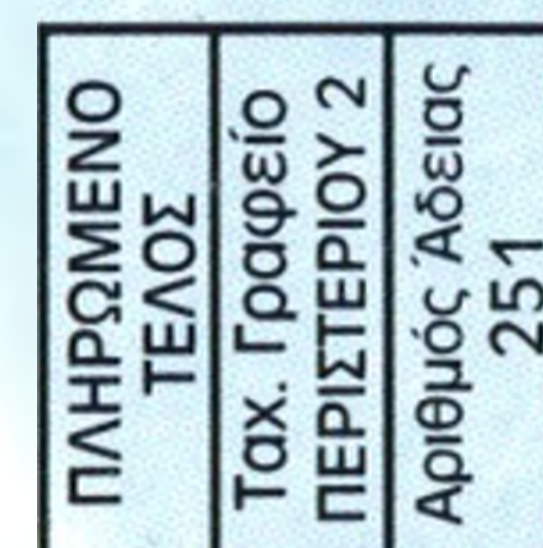


ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ



VEMA OF ASKLIPIOS

OCTOBER - DECEMBER 2006 VOLUME 5 No 4

QUARTERLY EDITION BY THE 1st NURSING DEPARTMENT
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

In cooperation with ION PUBLISHING GROUP

- Πολιτική Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στη Σχολική Κοινότητα
- Γεφυρώνοντας το Χάσμα μεταξύ Νοσηλευτικής Θεωρίας και Πράξης
- Εισάγοντας Νοσηλευτικές Θεωρίες στην Κλινική Άσκηση
- Προσέγγιση του Προβλήματος των Μυοσκελετικών Κακώσεων της Οσφυϊκής Μοίρας
- Μη Στεροειδή, Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα
- Πεθαίνοντας από Ντόπινγκ για τη Νίκη
- Εγκυμοσύνη σε Μικρές και Μεγάλες Ηλικίες Επιπτώσεις στη Μητέρα, στο Έμβρυο και στο Νεογνό
- Συμπεριφορές Υγείας Νοσηλευτών
- Policy for the Development of Health Education Programs in the School Environment
- Bridging the Gap between Nursing Theory and Practice
 - Introduction Nursing Theories in Clinical Practice
 - Dealing with the Problem of Musculoskeletal Lumpar Damage
 - Non Steroidal Antinflammatory Drugs
 - Dying from Doping to Win
- Pregnancy in Young and Advanced Ages Consequences in Mother, Fetus and Newborn
- Health Attitudes and Professionals of Health Services

Σε συνεργασία με τον ΕΚΔΟΤΙΚΟ ΟΜΙΛΟ ΙΩΝ

Περιεχόμενα

Ανασκοπήσεις

Πολιτική Ανάπτυξης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στη Σχολική Κοινότητα
Z. Ρούπα, E. Μυλωνά 361

Γεφυρώνοντας το Χάσμα μεταξύ Νοσηλευτικής Θεωρίας και Πράξης: Η Συμβολή της Έρευνας
Παναγιώτα Μπέλλου-Μυλωνά,
Γεωργία Κ. Γερογιάννη 366

Εισάγοντας Νοσηλευτικές Θεωρίες στην Κλινική Άσκηση: Ανάλυση μιας Καινοτομίας
Αικατερίνη E. Χάληρη 375

Προσέγγιση του Προβλήματος των Μυοσκελετικών Κακώσεων της Οσφυϊκής Μοίρας στο Νοσηλευτικό Προσωπικό
Ζωή Ρούπα-Δαριβάκη, Αριστείδης Βασιλόπουλος 380

Μη Στεροειδή, Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα και Καρδιαγγειακός Κίνδυνος
I. Μυριοκεφαλιτάκης, Χ. Αντωνακούδης,
Σ. Καρόγιαννη 387

Πεθαίνοντας από Ντόπινγκ για τη Νίκη
Στυλιανός Χ. Αντωνιάδης,
Ελισάβετ Θ. Διονυσοπούλου 398

Ερευνητική Εργασία

Εγκυμοσύνη σε Μικρές και Μεγάλες Ηλικίες-Επιπτώσεις στη Μητέρα, στο Έμβρυο και στο Νεογνό
Αντωνιάδης Σ., Καβαλιεράτου Α., Αντωνάκου Α.,
Κλεάνθους Π., Λιώσης Γ., Χατζησταματίου Ζ.,
Μπαρούτης Γ. 402

Συμπεριφορές Υγείας Νοσηλευτών
Μαρβάκη Α., Αβραμικά Μ., Καρκούλη Γ., Καδδά
Όλγα, Δρίζου Μ., Καλογιάννη Α., Νέστωρ Αθ. 406

Οδηγίες για τους Συγγραφείς 413

Contents

Reviews

Policy for the Development of Health Education Programs in the School Environment
Z. Roupa, E. Mylona 361

Bridging the Gap between Nursing Theory and Practice: The Contribution of Research
Panagiota Bellou-Mylona, Georgia K. Gerogianni 366

Introducing Nursing Theories in Clinical Practice: Analysis of an Innovation
Ekaterini E. Halarie 375

Dealing with the Problem of Musculoskeletal Lumpar Damage in Nursing Staff
Z. Roupa, A. Vasilopoulos 380

Non Steroidal Antinflammatory Drugs and Cardiovascular Risk
J. Myriokefalitakis, C. Antonakoudis,
S. Karogianni 387

Dying from Doping to Win
Stelios Antoniadis,
Elisabeth Th. Dionysopoulou 398

Original Paper

Pregnancy in Young and Advanced Ages- Consequences in Mother, Fetus and Newborn
Antoniadis S., Kavalieratou A., Antonakou A.,
Kleanthous P., Liosis G., Hatzistamatiou Z.
Baroutis G. 402

Health Attitudes and Professionals of Health Services
Marvaki K., Avramika M., Karkouli G., Kadda O.,
Drizou M., Kalogianni A., Nestor Ath. 406

Instructions to Authors 413

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΕ ΜΙΚΡΕΣ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ, ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

Αντωνιάδης Σ¹, Καβαλιεράτου Α²,
Αντωνάκου Α³, Κλεάνθους Π⁴,
Λιώσης Γ⁵, Χατζισταματίου Ζ⁶,
Μπαρούτης Γ⁷

¹ Καθηγητής Παιδιατρικής Τ.Ε.Ι. Αθήνας

^{2,3} Φοιτήτριες Μαιευτικού τμήματος Τ.Ε.Ι. Αθήνας

⁴ Νεογνολόγος Μαιευτηρίου Ιασώ

⁵ Νεογνολόγος Μαιευτηρίου Μαρίκα Ηλιάδη

^{6,7} Νεογνολόγος Μαιευτηρίου Αλεξάνδρα

Antoniadis S¹, Kavalieratou A²,
Antonakou A³, Kleanthous P⁴,
Liosis G⁵, Hatzistamatiou Z⁶,
Baroutis G⁷

¹ Prof of Pediatrics TEI Athens

^{2,3} Students of midwifery department of TEI of Athens

⁴ Neonatologist of Iaso maternity hospital

⁵ Neonatologist of Marika Iliadi maternity hospital

^{6,7} Neonatologist of Alexandra maternity hospital

Περίληψη Η είσοδος της γυναίκας στην παραγωγή είχε ως αποτέλεσμα τη μετάθεση της ηλικίας γάμου και τεκνοποίησης προς τις μεγαλύτερες ηλικίες. Τα ίδια περίπου αίτια που έχουν σχέση με την άνοδο του μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου προκάλεσαν τη μείωση των τοκετών στις μικρές ηλικίες.

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να διερευνήσουμε τα προβλήματα που μπορεί να προκαλέσει η εγκυμοσύνη και ο τοκετός στις ακραίες ηλικίες τόσο στη μητέρα όσο και στο νεογνό.

Μελετήσαμε στη διάρκεια ενός έτους σε 2 δημόσια και 1 ιδιωτικό μαιευτήριο τις περιπτώσεις 431 εγκύων γυναικών ηλικίας μικρότερης των 20 (159) και μεγαλύτερης των 35 (272) ετών. Η εργασία μας είναι προοπτική, βάσει πρωτοκόλλου με συμπλήρωση ερωτηματολογίου.

Από τα αποτελέσματά μας φάνηκε ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δυο ηλικιακών ομάδων τόσο ως προς την κύηση, όσο και ως προς τον τοκετό. Στις νεαρές μητέρες περισσότερα ήταν τα προβλήματα χωρίς ιδιαίτερη σημασία, όπως η σιδηροπενία σε 7 απ' αυτές (4,4%) και οι ουρολοιμώξεις σε άλλες 3 (1,9%). Στις μεγαλύτερες απ' αυτές όμως παρατηρούνται σοβαρότερα προβλήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης για 21 απ' αυτές (7,7%) και η υπέρταση σε 10 (3,7%), ο προδρομικός πλακούντας σε 5 (1,8%) και η πρόωρη αποκόλληση σε 10 (3,7%). Σε ό,τι αφορά στα έμβρυα και τα νεογνά, η υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη σε 7 (2,7%) περιπτώσεις καθώς και το ότι γεννιούνται πρόωρα συνολικά 38 (14,8%) περιπτώσεις συναντώνται συχνότερα στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Συμπερασματικά, τα προβλήματα και των δυο ηλικιακών ομάδων δεν είναι συνήθως σοβαρά και δεν αποτελούν απειλή για τη ζωή της μητέρας ή του παιδιού. Πιστεύουμε ότι με την καλύτερη ενημέρωση είναι δυνατό όλα αυτά να βελτιωθούν.

Λέξεις κλειδιά: Εγκυμοσύνη, μικρές – μεγάλες ηλικίες, τοκετός, έμβρυο, νεογνό.

PREGNANCY IN YOUNG AND ADVANCED AGES – CONSEQUENCES IN MOTHER, FETUS AND NEWBORN

Abstract The participation of women in production had as a result the marriage and pregnancy in older ages. The same reasons, related with better educational and socioeconomic status resulted in the reduction of pregnancies in young ages.

The aim of our work was to study the problems of pregnancy and delivery in mothers of young and advanced ages, as well as the problems in their fetuses and newborns.

We studied prospectively, according to protocol (questionnaire), in two state and one private maternity hospitals 431 cases of pregnant women aged less than 20 (159) and more than 35 (272) years old.

In our results we found that there are differences between the two age groups concerning pregnancy and delivery. These problems in the younger age group were benign, like iron deficiency 7 of them (4,4%) and urinary tract infections 3 (1,9%) whereas in the older age group there were severe problems like hypertension 10 (3,7%), diabetes 21 (7,7%), placenta previa 5 (1,8%), preterm abruption of the placenta 10 (3,7%). As far as the fetuses and the newborns are concerned IUGR 7 (2,7%) and preterm delivery 38 (14,8%) we more frequent in advanced ages.

In conclusion, the problems of the two age groups are not severe and don't threaten the mother or child's health. We believe that with better information it is possible to improve the results.

Key words: Pregnancy, young – advanced ages, delivery, fetus, newborn.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Καθηγητής Σ. Αντωνιάδης

Παιδίατρος – Καρδιολόγος παιδών

Ηρακλείτου 4 Κολωνάκι Αθήνα 10673

Τηλ 210,3602745, 9833413

e-mail prdrsant @ otenet.gr

Corresponding author:

Prof. Dr. S. Antoniadis

Pediatrician, Pediatric Cardiologist

4 Heraklitou str. Kolonaki Athens 10673

Tel. 210 3602745, 2109833413

e-mail prdrsant @ otenet.gr

Εισαγωγή

Η εγκυμοσύνη τόσο στις μικρές ή πολύ μικρές ηλικίες, όσο και στις μεγάλες ή μεγαλύτερες όπως είναι γνωστό μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στη μητέρα, στο έμβρυο και στο νεογνό. Τα τελευταία χρόνια η αλληλαγή της θέσης της γυναίκας στην κοινωνία, οι σπουδές και η εργασία με σκοπό την καριέρα, έχουν μετατοπίσει προς τα άνω τις ηλικίες γάμου και τεκνοποίησης¹⁻³ Σε ό,τι αφορά στις μικρές ηλικίες, κυρίως την εφηβική, παρά τη σημαντική μείωση που παρατηρήθηκε με το πέρασμα των χρόνων, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, συνεχίζει να υπάρχει ένας καθόλου ευκαταφρόνητος αριθμός τοκετών.⁴⁻⁶ Η ελλιπής ενημέρωση, το επίπεδο μόρφωσης καθώς και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και στις δύο κατηγορίες φαίνεται ότι παίζει το δικό του ρόλο.^{7,8}

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να διερευνήσουμε την έκβαση της εγκυμοσύνης και του τοκετού γυναικών ηλικίας μικρότερης των 20 και μεγαλύτερης των 35 ετών, καθώς και τα πιθανά προβλήματα που παρουσίαζαν τα νεογνά τους. Επίσης, θελήσαμε να διαπιστώσουμε τις πιθανές ομοιότητες και διαφορές, που μπορεί να υπάρχουν στις κυήσεις μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων.

Υλικό και μέθοδος

Μελετήσαμε στη διάρκεια ενός χρόνου, σε τρία μαιευτήρια της Αθήνας, δύο δημόσια και ένα ιδιωτικό, τυχαίο δείγμα 431 εγκύων γυναικών, ηλικίας μικρότερης των 20 και μεγαλύτερης των 35 ετών. Στο δείγμα μας 159 γυναίκες ήταν ηλικίας μικρότερης των 20 ετών και 272 μεγαλύτερης των 35. Η εργασία μας είναι προοπτική, βάσει πρωτοκόλλου, με συμπλήρωση ερωτηματολογίου.

Αποτελέσματα

Από τα αποτελέσματά μας φάνηκε ότι η αναλογία των τοκετών στη συγκεκριμένη περίοδο, στις μικρότερες των 20 ετών μητέρες, στο ένα από τα δύο δημόσια μαιευτήρια ήταν σε σύνολο 1066 τοκετών, 138 (12,9%). Στο δεύτερο δημόσιο μαιευτήριο σε σύνολο 1025 τοκετών 87 (8,5%), ενώ στο ιδιωτικό μαιευτήριο σε σύνολο 637 τοκετών ήταν 5 (0,8%). Η αντίστοιχη εκατοστιαία αναλογία των τοκετών στις γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών ήταν 132 (12,4%), 131 (12,4%) και 191 (30%). Από τις παραπάνω περιπτώσεις, μπορέσαμε να μελετήσουμε αντίστοιχα για τις μικρές ηλικίες 130, 24 και 5, ενώ για τις μεγαλύτερες 89, 24, 107 περιπτώσεις, στις υπόλοιπες δεν κατέστη δυνατή η ακριβής συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είτε λόγω άρνησης της μητέρας είτε λόγω ύπαρξης ελλιπών πληροφοριών. Οι 34 (21,4%) από τις

μικρότερες των 20 ετών ήταν άγαμες, ενώ στις μεγαλύτερες των 35 ετών άγαμες ήταν 13 (4,8%). Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (χωρίς ή με πτυχίο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης) είχε το 89,9% (143) των νεαρών και το 24,6% (67) των μητέρων άνω των 35 ετών. Σε ό,τι αφορά στον προγεννητικό έλεγχο υπήρχαν, επίσης, διαφορές μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων, 122 (76,7%) από τις νεότερες και 246 (90,4%) από τις μεγαλύτερες είχαν ελεγχθεί με υπέρηχους τουλάχιστον μία φορά.

Σε ό,τι αφορά στα προβλήματα που παρουσιάστηκαν βρήκαμε ότι υπέρταση εμφανίστηκε σε 2 (1,3%) έφηβες και σε 10 (3,7%) γυναίκες άνω των 35 ετών από τις οποίες 2 (0,7%) παρουσίαζαν προεκλαμψία. Σακχαρώδης διαβήτης παρουσιάστηκε κατά τη διάρκεια της κύησης σε 1 (0,6%) μόλις έφηβη και σε 21 (7,7%) από τις παρήλικες έγκυες. Φλεγμονές του ουροποιογεννητικού συστήματος εμφανίστηκαν μόνο σε 3 (1,9%) έφηβες. Αιμορραγία του 1ου τριμήνου παρουσιάστηκε σε 2 (1,3%) νεαρές έγκυες και σε 21 (7,7%) από τις γυναίκες της ομάδας των μεγάλων ηλικιών. Σε 2 (1,3%) εκ των εφήβων παρατηρήθηκε πρόπτωση ομφαλίδας. Το ίδιο συνέβη μόνο σε 1 (0,4%) γυναίκα άνω των 35 ετών. Προδρομικός πηλακούντας παρατηρήθηκε σε 1 (0,6%) από την ομάδα των νεότερων και σε 5 (1,8%) από την ομάδα των μεγαλύτερων γυναικών. Πρόωρη αποκόλληση του πηλακούντα παρουσιάστηκε σε 1 (0,6%) έγκυο από την μικρότερη ηλικιακή ομάδα έναντι των 10 (3,7%) εγκύων, που ανήκαν στη μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα. Υπερέμεση παρουσιάστηκε σε 7 (4,4%) έφηβες και σε 3 (1,1%) γυναίκες άνω των 35 ετών. Σιδηροπενία παρουσίαζαν 7 (4,4%) έφηβες και 4 (1,5%) γυναίκες άνω των 35 ετών. Κερωσμένο αμνιακό υγρό εμφανίστηκε σε 5 (3,1%) μικρότερης ηλικίας και σε 13 (4,8%) μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες. Τέλος, 33 (20,7%) από τις μικρότερες των 20 ετών μέλλουσες μητέρες παρουσίασαν υπερβολική αύξηση του σωματικού τους βάρους, πέρα των 14 κιλών, σε σύγκριση με 83 (30,5%) από τις μεγαλύτερες των 35 ετών

Σε αυτόματη έκτρωση 1ου τριμήνου κατέληξαν 5 (3,1%) από τις εφηβικές εγκυμοσύνες, που μελετήσαμε, και 11 (4%) από τις κυήσεις των γυναικών άνω των 35 ετών. Επίσης, σε 5 (3,1%) έφηβες η εγκυμοσύνη παθινοδρόμησε, ενώ το ίδιο συνέβη σε 14 (5,1%) γυναίκες άνω των 35 ετών.

Ως προς το είδος του τοκετού, 106 (71,6%) από τις 148 έφηβες γέννησαν φυσιολογικά, όπως και οι 109 (44,7%) από τις 244 γυναίκες άνω των 35 ετών, οι 12 (8,1%) με σικουηκία έναντι των 10 (4,1%) και οι 30 (20,3%) με καισαρική τομή έναντι των 125 (51,2%), αντίστοιχα.

Από τις 133 πρωτοτόκες έφηβες οι 98 (73,7%) γέννησαν φυσιολογικά, οι 12 (9%) με σικουηκία και οι 23 (17,3%) με καισαρική τομή. Από τις 92 πρωτοτόκες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών σε τοκετό κατέληξαν οι 88 (95,36%). Απ' αυτές οι 30 (34,1%) πρωτότοκες γέννησαν φυσιολογικά, οι 4 (4,5%) με σικουηκία και οι 54 (61,4%) με καισαρική τομή.

Σε ό,τι αφορά στα νεογνά, παρατηρήσαμε ότι από τα 149 νεογνά που γεννήθηκαν από τις μικρότερες των 20 ετών μητέρες, 9 (6%) είχαν βάρος γέννησης <2500 gr, ενώ αντίστοιχα στις μεγαλύτερες των 35 ετών μητέρες η συχνότητα των νεογνών με αυτό το βάρος ήταν 14 (5,4%) από το σύνολο των 257. Τα νεογνά των εφηβικών κυήσεων με βάρος γέννησης >4000g ήταν 6 (4%) έναντι 3 (1,2%) από τις μεγαλύτερες μητέρες. Πρόωρα γεννήθηκαν 12 (8%) νεογνά από τις νεανικές εγκυμοσύνες έναντι 38 (14,8%) από τις μεγάλης ηλικίας. Υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη (I.U.G.R.) παρουσίασαν 7 (2,7%) νεογνά των γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών. Κάτι αντίστοιχο δεν παρουσιάστηκε στις νεανικές κυήσεις. Συγγενείς διαμαρτίες παρουσιάστηκαν σε 4 (2,7%) νεογνά των έφηβων μητέρων και σε 9 (3,5%) αυτών με μεγάλη ηλικία.

Συζήτηση

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν στις εφηβικές κυήσεις δεν μπορούμε να τα χαρακτηρίσουμε ιδιαίτερα σημαντικά. Πιθανότατα έχουν σχέση με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό-μορφωτικό επίπεδο, τη διατροφή και τις βιολογικές ιδιαιτερότητες της εφηβικής ηλικίας, όπως π.χ. η σιδηροπενική αναιμία και οι φλεγμονές του ουρογεννητικού συστήματος. Αντίθετα, τα προβλήματα στις μεγάλης ηλικίας οφείλονται συνηθέστερα σε οργανικά αίτια, όπως π.χ. ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση που συνήθως έχουν σχέση με παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες προϋπάρχουν.⁹⁻¹¹

Από τη σύγκριση των δύο ηλικιακών ομάδων φαίνεται ότι υπάρχουν πολύ σημαντικές διαφορές. Στις μεγάλης ηλικίας πολύ συχνότερα παρατηρούνται, οι αιμορραγίες του α' τριμήνου, ο προδρομικός πηλακούντας, η πρόωρη αποκόλληση του πηλακούντα και οι αυτόματες εκτρώσεις, ενώ στις μικρότερες όπως αναφέρθηκε οι φλεγμονές και η σιδηροπενία. Στα ποσοστά των παθολογικών κυήσεων δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Σε ό,τι αφορά στα νεογνά στις μεγαλύτερες ηλικίες υπήρχαν 50% περίπου περισσότερες κυήσεις πρόωρων και ελαφρά αυξημένη συχνότητα συγγενών διαμαρτιών. Επίσης, φαίνεται ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες έχουν σωστότερο προγεννητικό έλεγχο, γεννούν συχνότερα σε ιδιωτικά μαιευτήρια με καισαρική τομή, ενώ οι μικρότερες έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και είναι σε τριπλάσιο ποσοστό άγαμες μητέρες.¹²⁻¹⁶

Θα πρέπει, επίσης, να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική μείωση των κυήσεων από μητέρες μικρής ηλικίας στις ανεπτυγμένες χώρες. Στις Η.Π.Α. στην οκταετία 1991 – 1998 το ποσοστό μειώθηκε κατά 38%, ενώ στην Ελλάδα, μειώθηκε από 53,1% που ήταν το 1980 σε 11,8% το 1998. Ωστόσο πιστεύουμε ότι θα πρέπει να ληφθούν επιπρόσθετα μέτρα για την πρόληψή της εφηβικής εγκυμοσύνης, λόγω των πιθανών αρνητικών της επιπτώσεων, οργανικών και

ψυχολογικών, τόσο για την έφηβη όσο και για το νεογνό.¹⁷⁻¹⁹ Σε ό,τι αφορά στην κύηση σε μεγάλης ηλικίας γυναίκες, συμβαίνει το αντίθετο, με το ποσοστό τους συνεχώς να αυξάνεται λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που διαμορφώθηκαν στις καταναλωτικές κοινωνίες με την αλληλαγή της θέσης της γυναίκας στην παραγωγή, την επιδίωξη καριέρας, αποτέλεσμα πολλής φορές πολύχρονης σπουδών και σκληρής δουλειάς. Στην Ελλάδα το 1980 το ποσοστό γέννησης νεογνών από γυναίκες ηλικίας 35-39 ετών ήταν 5,2% ενώ το 1998 έφτασε το 9,9%. Θα μπορούσαμε ωστόσο, να πούμε ότι εφόσον γίνεται επιμελής προγεννητικός έλεγχος και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να επιτευχθεί τοκετός χωρίς ιδιαίτερους κινδύνους για την μητέρα καθώς και γέννηση νεογνών που δε θα παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα. Επομένως, δεν είναι σκόπιμο να επιβάλλονται στις γυναίκες αυστηρά χρονικά όρια τεκνοποίησης, εφόσον είναι βέβαιο ότι κάθε γυναίκα μπορεί να αισθανθεί τότε είναι έτοιμη να γίνει μητέρα.²⁰⁻²³

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι, η εγκυμοσύνη στις ακραίες ηλικιακές ομάδες μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα τόσο στη μητέρα όσο και στο νεογνό. Τα προβλήματα αυτά στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι ιδιαίτερα σοβαρά και είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν με επιτυχία. Παρ' όλα αυτά πιστεύουμε ότι με την ορθότερη προγεννητική συμβουλευτική από τον οικογενειακό γιατρό, τον παιδίατρο, το μαιευτήρα, τη μαία καθώς και τις ομάδες οικογενειακού προγραμματισμού είναι δυνατό να επιτευχθούν, οι όποιες πιθανότητες βελτίωσης.

Βιβλιογραφία

1. Callaway LK, Lust K, McIntyre HD
Pregnancy Outcomes in women of very advanced maternal age
Obstet Gynecol Surv. 2005;60:562-563
2. Callaway LK, Lust K, McIntyre HD
Pregnancy Outcomes in women of very advanced maternal age
Aust N Z J Obstet Gynaecol.2005;45:12-6
3. Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B.
Childbearing beyond age 40 pregnancy outcome in 24.032 cases.
Obstet Gynecol.1999;93:9-14
4. Miller FC
Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium.
J Pediatr Adolesc Gynecol. 2000; 13:5-8
5. Taylor DJ, Chavez GF, Adams EJ, Chabra A, Shan RS
Demographic characteristics in adult paternity for first births to adolescents under 15 years of age.
J Adolesc Health. 1999;24: 251-258

6. Mason WA, Zimmerman L, Evans W.
Sexual and physical among incarcerated youth: implications for sexual behavior, contraceptive use and teenage pregnancy.
Child Abuse Negl. 1998; 22:987-95.
7. Hemminki E, Merilainen J, Malin M, Rahkonen O, Teperi J.
Mother's education and perinatal problems in Finland.
Int J Epidemiol. 1992 ;21 :720-4
8. Faundes A, Hardy E, Diaz J, Pinotti J.
Association of marital status and years of schooling with perinatal outcome: the influence of pre-natal care as an intermediate variable.
J Perinat Med. 1982;10:105-13.
9. Ziadeh S, Yahaya A.
Pregnancy outcome at age 40 and older.
Arch Gynecol Obstet. 2001;265:30-3
10. Golding J, Greenwood R, McCaw-Binns A, Thomas P.
Associations between social and environmental factors and perinatal mortality in Jamaica.
Pediatr Perinat Epidemiol. 1994; Suppl 1: 17-19
11. Prysak M, Lorenz RP, Kisly A.
Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older.
*Obstet Gynecol.*1995; 85:65
12. Ananth CV, Smulian JC, Vintzilaios AM
The effect of placenta previa on neonatal mortality: a population-based study in the United States, 1989 through 1997.
Am J Obstet Gynecol. 2003; 188: 1299-1304
13. Ταμπακούδης Π, Παπαγεωργίου Γ, Τσαλίκης Τ, Καλαχάνης Ι, Μανταλενάκης Σ
Κύηση και τοκετός σε πρωτοτόκες γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών.
Γαληνός 1991; 33: 570-574.
14. Buehler JW, Kaunitz AM, Hogue CJR, Hughes JM, Smith JC, RoCHAT RW.
Maternal mortality in women aged 35 years or older: United States
*JAMA.*1986; 255:53
15. Berg CJ, Atrash HK, Koonin LK, Tucker M.
Pregnancy-related mortality in the United States., 1987-1990
*Obst. Gynaecol.*1966;87:668.
16. MacDonald LD, Peacock JL, Anderson HR.
Marital status: association social and economic circumstances, psychological state and outcomes of pregnancy.
*J Public Health Med.*1992; 14:26-34.
17. Sawchuk LA, Burke SD, Benady S.
Assessing the impact of adolescent pregnancy and the premarital conception stress complex on birth weight among young mothers in Gibraltar's civilian community.
J Adolesc Health. 1997;21:259-66.
18. Amini SB, Catalano PM, Mann LI.
Births to unmarried mothers: trends and obstetric outcomes.
*Womens Health Issues.*1996; 6:264-72.
19. Ventura SJ, Mathews TJ, Curtin SC.
Declines in teenage birth rates, 1991-1997: national and state patterns
*Natl Vital Stat Rep.*1988;47:1-17.
20. Ziadeh SM
Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older.
Gynecol Obstet Invest. .2002; 54:6-10.
21. Connolly G, Byrne P.
Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality.
*Br J Obstet Gynaecol.*1999;106:1230
22. Fretts RC, Schmittdiel J, McLean FH, Usher RH, Goldman MB.
Increased maternal age and the risk of fetal death.
N. Engl J Med 1995; 332:1113-1117.
23. Peipert JF, Bracken MB.
Maternal age : An independent risk factor for cesarean delivery.
*Obstet. Gynaecol.*1993; 81:200