

Małgorzata Lesińska-Sawicka***Wybrane elementy biografii zdrowotnej późnych pierwiastek jako wskazówki dla personelu medycznego do planowania działań edukacyjnych*****Streszczenie**

Analiza wybranych elementów biografii zdrowotnej respondentek pozwala wysunąć wnioski będące jednocześnie wskazówkami, które powinien uwzględnić personel medyczny planując działania edukacyjne dla kobiet odraczających swą pierwszą ciążę na późniejsze etapy życia. Występujące częściej wśród dojrzałych kobiet przewlekłe schorzenia oraz zabiegi operacyjne wykonywane przed zajściem w ciążę obniżają samoocenę stanu zdrowia u tej grupy kobiet. Liczne choroby ginekologiczne wpływają na problemy z zapłodnieniem, a wiek respondentek koresponduje ze zmniejszoną ich płodnością, utrudniając poczęcie dziecka. Badane dojrzałe kobiety, świadome możliwości wystąpienia komplikacji okołoporodowych dla potomka i siebie, współpracują podczas ciąży z personelem położniczym, poszukują u nich informacji, służących wyjaśnianiu trapiących wątpliwości, rzadziej jednak niżby należało oczekiwać uczestniczą w zajęciach szkoły rodzenia w celu lepszego przygotowania się do pełnienia zadań związanych z rolą macierzyńską. Odpowiednio zaplanowana i przeprowadzona edukacja zdrowotna tej grupy kobiet zmniejsza powikłania okresu okołoporodowego, zwiększa komfort kobiety oraz czyni z niej świadomego partnera w interakcjach.

Słowa kluczowe

Opieka okołoporodowa, pierwiastki, stare pierwiastki.

Wstęp

Macierzyństwo kojarzone jest przeważnie z młodymi mężatkami, a na pewno z kobietami w młodym wieku. Dodatkowo jeszcze w społeczeństwie polskim istnieje mocno zakorzeniony pogląd, że w pierwszą ciążę powinny zachodzić kobiety w optymalnym wieku rozrodczym, tj. między 20 a 30 rokiem życia. Zdaniem lekarzy położników jest to czas najlepszy na rodzenie dzieci, za czym przemawia szereg niezbitych dowodów: młodsze kobiety lepiej znoszą ciążę, mają łatwiejszy poród, szybciej dochodzą do równowagi fizycznej i psychicznej po porodzie oraz szybciej wracają do pracy, mają lepszy kontakt z dzieckiem wskutek mniejszej różnicy lat, a także istnieje u nich mniejsze ryzyko urodzenia dziecka z wadami. Potwierdzają to również dane demograficzne ukazujące, że przeciętna Polka zostaje matką średnio w wieku 23 lat [13].

Liczba urodzeń w Polsce zmniejsza się z roku na rok, jednocześnie zwiększa się liczba porodów u kobiet dojrzałych rodzących po raz pierwszy. Coraz więcej kobiet decyduje się na urodzenie dziecka po przekroczeniu trzydziestego lub nawet czterdziestego roku życia. Zdaniem badaczy zjawiska, przyczyn tego stanu rzeczy upatrywać należy w zmianie sytuacji społeczno-gospodarczej kraju (niepewność ekonomiczna) i innego niż dotychczas podejścia do pracy zawodowej (awans i kariera jako wartości nadrzędne), a także w zmianie postaw Polaków (położenie akcentu na indywidualizm i samorealizację).

Późne macierzyństwo kobiet rozumieć można na kilka sposobów, mianowicie [14]:

- Przyjmując, że istnieje pewna granica wieku rozdzielająca grupy młodszych i starszych kobiet będących w wieku rozrodczym.
- Uznając, że wraz z wiekiem matki wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia komplikacji okołoporodowych.
- Stosując ten termin tylko do kobiet, które przekroczywszy pewną cenzurę wieku decydują się na urodzenie dziecka, zwłaszcza pierwszego.

W niniejszym opracowaniu skupiono się na pierwszym rozumieniu późnego macierzyństwa dobierając kryterium wieku i wyodrębniając na tej podstawie dwie próby: kobiety, które urodziły pierwsze dziecko mając 20-30 lat i kobiety, które urodziły w wieku 35 i więcej lat. Jednocześnie dodać należy, iż w analizie wzięto pod uwagę także i kolejne, wymienione sposoby określania późnego macierzyństwa.

Kobiety rodzące po raz pierwszy w wieku 35 i więcej lat stanowić będą niedługo coraz większą grupę pacjentek na sali porodowej. Poród w tym okresie życia jest odległy od optimum płodności i z tej przyczyny można spodziewać się większej częstości potencjalnych powikłań zarówno ciąży, jak i porodu [7]. Jest to zagadnienie, które należy rozpatrywać wieloaspektowo, od strony medycznej, psychologicznej i socjologicznej, bowiem macierzyństwo kobiet dojrzałych może rodzić problemy, z którymi nie mają do czynienia matki w młodszym wieku. Nie pozostaje więc ono bez wpływu na stan zdrowia kobiety, rozwój psychofizyczny dziecka, na organizację życia rodziny i społeczeństwa. Celem podjętych badań była próba ukazania zastosowania wiedzy o podstawowych elementach biografii zdrowotnej późnych pierwiastek na planowanie działań edukacyjnych przez personel medyczny.

Materiał i metody

Badaniami zostały objęte kobiety z powiatów koszalińskiego, słupskiego, pilskiego, miastecckiego, sławieńskiego i kołobrzeskiego. Wzięło w nich udział 358 respondentek, po 179 rodzących pierwsze dziecko w wieku 35 i więcej lat (próba zasadnicza) i kobiet, które urodziły pierwsze dziecko między 20 a 30 rokiem życia (próba kontrolna).

Do rozwiązania problemów badawczych wykorzystano metodę statystyczną, natomiast zastosowaną techniką badawczą była ankieta.

W ciągu dziesięciu lat poddanych analizie (1992-2002) odsetek kobiet rodzących pierwsze dziecko w wieku 35 i więcej lat wahał się od 0,7 – 1,2 % ogółu rodzących w badanym regionie.

Wiek kobiet z próby zasadniczej w momencie urodzenia pierwszego dziecka zawierał się między 35 a 43 rokiem życia, zaś średnia wieku respondentek zostających matką w późniejszym wieku wynosiła 36,9 lat, natomiast młodszych badanych - 25,6 lat.

Na podstawie porównawczej charakterystyki społeczno-demograficznej kobiet, które odroczyły macierzyństwo na późniejsze fazy swego życia można powiedzieć, że cechowały się one w przeciwieństwie do młodych matek: głównie miejskim rodowodem, wyższym poziomem wykształcenia, większym odsetkiem żyjących bez partnera, bądź w rodzinie zrekonstruowanej, dłuższym stażem małżeńskim w chwili urodzenia dziecka, większą aktywnością zawodową, wyższymi dochodami rodziny.

Wyniki badań

Poddając analizie biografie zdrowotne respondentek, skoncentrowano się na następujących jej elementach:

- 1) Samoocenie zdrowia przez badane kobiety.
- 2) Przebytych przed ciążą chorobach przewlekłych i zabiegach operacyjnych.
- 3) Planowaniu ciąży.
- 4) Wiedzy medycznej kobiet o przebiegu ciąży, skutkach i zagrożeniach odkładania jej na późniejsze fazy życia.
- 5) Uczestnictwie respondentek w szkole rodzenia.

Respondentki z obu badanych prób w zdecydowanej większości oceniły swoje zdrowie pozytywnie (82,7% w próbie zasadniczej i 89,4% w próbie kontrolnej), podczas gdy jako raczej złe i złe określiło swoje zdrowie 1,7% i 1,1% osób spośród badanych.

Samoocena zdrowia, dokonana przez respondentki ulega pogorszeniu wraz z wiekiem. Kobiety, które zostały matkami w wieku 35 i więcej lat, gorzej oceniają swoje zdrowie niż młodsze badane - zdecydowanie więcej respondentek z próby kontrolnej oceniło swoje zdrowie jako bardzo dobre, podczas gdy badane zostające matkami w dojrzałym wieku częściej określały je jako dobre i raczej dobre.

Stwierdzono istotność statystyczną (chi-kwadrat 10,84) pomiędzy wiekiem kobiet a występowaniem chorób przewlekłych. Respondentki z próby zasadniczej, zdecydowanie częściej niż kobiety rodzące pierwsze dziecko w wieku 20-30 lat, chorowały na przewlekłe schorzenia (odpowiednio 18,4% i 3,4%).

Wśród chorób, na które leczyły się respondentki z próby zasadniczej odnotowano w kolejności: nadciśnienie tętnicze, przewlekłe stany zapalne narządu rodowego, astmę, kamice

nerkową, wady serca, psychozę, alergię, odmiedniczkowe zapalenie nerek, endometriozę, mastopatię, cukrzycę, depresję. Natomiast w próbie kontrolnej w pojedynczych przypadkach wystąpiły takie schorzenia jak: zapalenie stawów, cukrzyca insulinozależna, toksoplazmoza, epilepsja.

Badane odraczające ciążę częściej także poddawane były zabiegom operacyjnym – stwierdzono zależność między wiekiem a częstością występowania incydentów chorobowych wymagających zabiegowych interwencji lekarskich (chi-kwadrat 9,72).

Na przebieg zapłodnienia, ciąży i sposób jej ukończenia wpływ mogą mieć także choroby ginekologiczne. Spośród respondentek z próby zasadniczej u 10,1% kobiet wystąpiły przed poczęciem następujące schorzenia: mięśniaki macicy, przebyty zabieg wyłuszczenia mięśniaków macicy, niepłodność pierwotna. Natomiast w próbie kontrolnej tylko 1 kobieta leczyła się przed ciążą z powodu niepłodności pierwotnej.

Wraz z wiekiem kobiety zmniejsza się jej płodność i możliwość zajścia w ciążę. Często występującym zjawiskiem u kobiet po 30 roku życia, nakładającym się na fizjologiczny cykl życia jest niepłodność. Z zebranych materiałów wynika, że co szósta respondentka rodząca dziecko po 35 roku życia leczyła się z powodu niepłodności od 0,5 roku do 13 lat. Stwierdzono także, że spośród badanych, które zostały matkami w wieku 35 i więcej lat, 25,3% miało w czasie terapii niepłodności stosowane inwazyjne metody leczenia, takie jak laparoscopia czy histeroscopia.

Respondentki z obu badanych prób, w podobnej proporcji zaplanowały swoją pierwszą ciążę - odpowiednio 61,5% i 58,1%. Wśród respondentek z próby zasadniczej jedna trzecia planowała ciążę w wyniku, której urodziła swoje pierwsze dziecko przy jednoczesnym stosowaniu metod regulacji poczęć. Wśród metod zapobiegania ciąży respondentki wymieniały w kolejności: metody naturalne - kalendarzyk małżeński, metoda objawowo-termiczna, metoda termiczna, metody sztuczne - prezerwatywa, globulki i kremy dopochwowe, metody farmakologiczne – tabletki antykoncepcyjne oraz stosunek przerywany.

Większość badanych z obu prób interesowało się przebiegiem swej ciąży, zmianami zachodzącymi w organizmie w trakcie jej trwania (odpowiednio 79,3% i 71,5%).

Kobiety, rodzące swoje pierwsze dziecko w wieku 35 i więcej lat świadome były zagrożeń dla prawidłowego przebiegu ciąży, porodu i porożu, a także niebezpieczeństw zdrowotnych i rozwojowych dla ich dzieci (70,4% wskazań). Znaczna większość respondentek z próby zasadniczej знаła przed ciążą ewentualne powikłania okresu okołoporodowego wynikające

z wieku rodzącej oraz ewentualne skutki rozwojowe i zdrowotne dla ich dzieci (53,6% wskazań).

Najczęściej wymienianymi przez respondentki, znanymi im powikłaniami były m.in.: trudności w czasie porodu, choroby charakterystyczne dla okresu ciąży, takie jak cukrzyca, gestoza, przedwczesne ukończenie ciąży, niedorozwój psychofizyczny dzieci.

Wiedzę tę badane kobiety zdobyły przede wszystkim od lekarza prowadzącego ciążę, ale także i poprzez samokształcenie, poszukiwanie ważnych dla nich informacji w dostępnej literaturze popularnonaukowej, naukowej, czasopismach, programach telewizyjnych i za pośrednictwem Internetu.

Doskonałym źródłem wiedzy o prawidłowym rozwoju ciąży i dziecka, a także późniejszej pielęgnacji noworodka, przygotowania się przyszłych matek do wypełniania zadań macierzyńskich jest szkoła rodzenia. Mimo wielu walorów, frekwencja w szkole rodzenia wśród badanych kobiet nie była wysoka. Jedynie co czwarta respondentka z próby zasadniczej i co piąta z próby kontrolnej uczęszczała na tego typu zajęcia.

Badane kobiety wymieniały następujące motywy uczestnictwa w zajęciach szkoły rodzenia:

- Należyte przygotowanie się do porodu zarówno przez kobietę, jak i jej partnera (35,2% wskazań).
- Uzyskanie istotnych informacji o przebiegu ciąży, porodu i opieki nad noworodkiem (27,7%).
- Łatwiejszy poród (13,0%).
- Dla dobra i bezpieczeństwa kobiety i jej dziecka podczas porodu (13,0%).
- Zalecenie personelu medycznego (5,6%).
- Przyjazna atmosfera w na zajęciach (3,6%).
- Poleciała sąsiadka (1,0%).
- Dla towarzystwa (0,9%).

Wśród przyczyn, które respondentki podały jako usprawiedliwienie ich nieobecności na zajęciach w szkole rodzenia, w kolejności były: brak czasu, złe samopoczucie psychofizyczne w czasie ciąży, przekonanie, że ciąża nie zakończy się porodem fizjologicznym, nie dostrzeganie potrzeby uczęszczania na tego typu formę kształcenia, duża odległość od miejsca zamieszkania, samodzielne przygotowywanie się do rodzicielstwa na podstawie literatury, ukrywanie ciąży, wstyd przed młodszymi kobietami, brak wiedzy o istnieniu szkoły rodzenia, brak zaleceń lekarskich do uczestnictwa w tego typu zajęciach.

Ze względu na większe prawdopodobieństwo wystąpienia wad genetycznych u dzieci urodzonych przez kobiety w wieku 35 i więcej lat, zgodnie z przyjętymi i obowiązującymi standardami opieki, zaleca się wykonanie w tej grupie ciężarnych badań prenatalnych. Analiza statystyczna potwierdziła zależność między wiedzą na temat możliwości występowania wad u dziecka a wiekiem matki (chi-kwadrat 13,90). Respondentki z próby zasadniczej, świadome większego ryzyka wystąpienia wad u ich dziecka, wielokrotnie częściej poddawały się badaniom prenatalnym niż młodsze ciężarne z próby kontrolnej.

Z ustaleń autorki wynika również, że większość badanych z próby zasadniczej wiedziała o możliwości wykonania badań kontrolujących rozwój psychofizyczny stan płodu, ale równocześnie tylko połowa z nich знаła zagrożenia dla ich dziecka wynikające z ciąży w późniejszym wieku kobiety. Jednocześnie stwierdzono brak związku między badaniami prenatalnymi a znajomością ewentualnych zagrożeń dla ciąży w późniejszym wieku ($r = 0,01$), religijnością ($r = - 0,09$) i wykształceniem kobiet ($r = - 0,03$).

Omówienie

Ciąża i poród w późniejszym wieku stanowią duże ryzyko dla matki, płodu i noworodka. Należy jednakże w tym miejscu przytoczyć wypowiedź D. Kirz'a, który uważa, że przy prawidłowo prowadzonej opiece prenatalnej i okołoporodowej, ryzyko powikłań u starszej kobiety nie jest większe niż u młodszej ciężarnej czy rodzącej [5]. Potwierdza to także S. Al.-Mansour pisząc, że problemy położnicze spotykane u „starszych pierwiastek” nie różnią się od problemów występujących u młodszych ciężarnych i rodzących oraz stopień niebezpieczeństwa dla matki i dziecka w obu grupach jest zbliżony [1]. Ciąży i poród u pacjentek starszych są istotnymi problemami medycznym, bardziej jednak „wskaźnikami” ryzyka niż czynnikami ryzyka.

Aby ciąża kobiety przebiegała bez zmian patologicznych i warunki dla rozwijającego się wewnątrzłonowo dziecka były optymalne, ciężarna powinna być zdrowa. Tymczasem kobieta po 35 roku życia to osoba z potencjalnymi zagrożeniami charakterystycznymi dla późniejszego wieku – m.in. z zagrożeniem początkową fazą choroby niedokrwiennej serca, nierzadko otyłością, nadciśnieniem, cukrzycą, chorobą wrzodową żołądka, zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa, niewydolnością nerek, nadczynnością tarczycy, reumatyzmem. Wymienione stany chorobowe, coraz częściej pojawiające się w społeczeństwie polskim, związane są z powszechnie występującymi czynnikami ryzyka, dotykając coraz młodsze osoby. Nie można

więc wykluczyć, że u dojrzałych kobiet nie spotkamy którejs z tych chorób mogącej wikłać przebieg ciąży i wpływać na jej zakończenie.

Wyniki badań autorki potwierdzają tę tezę, bowiem 18,4% spośród respondentek leczyło się z powodu chorób przewlekłych a zabiegi operacyjne przed ciążą były wykonywane u 10,1% badanych kobiet. Nie można więc wykluczyć, że porody przedwczesne - 20,7% respondentek oraz porody zabiegowe i cięcia cesarskie – 46,3%, będące wypadkową wielu czynników, były również uwarunkowane ogólnym stanem zdrowia kobiety.

Po 30 roku życia czas oczekiwania na ciążę wydłuża się co związane jest ze zmniejszającą się wraz z wiekiem kobiety płodnością i zdolnością do zapłodnienia [3]. Pierwszy z tych czynników zależy w dużej mierze od prawidłowości faz zachodzących w czasie cyklu miesięczkowego, diety i standardu życia. Drugi natomiast, uzależniony jest zdolnością do zapłodnienia przez mężczyznę, przeszłością położniczą kobiety, częstością spółkowania oraz warunkami środowiskowymi [5]. Wpływ na zmniejszenie płodności ma również rodzaj i długość stosowanej antykoncepcji. Wyniki badań autorki ukazują, że 21,7% respondentek z próby zasadniczej przez dłuższy czas stosowało tabletki antykoncepcyjne.

W badaniach van Noorda–Zaadstra i wsp. oceniano skuteczność sztucznego zapłodnienia nasieniem dawcy w stosunku do wieku kobiety i określono, że szanse na pomyślny wynik maleją po 31 roku życia. Po 12 cyklach takiego zapłodnienia ciąża wystąpiła u 74,0% kobiet w wieku 20–31 lat i u 54,0% powyżej 31 roku życia [15].

W wynikach badań autorki zauważyć należy, że 17,9% kobiet z próby zasadniczej leczyło się z powodu niepłodności, podczas gdy respondentki, które zostały matkami w wieku optymalnym - 3,4%.

Specyfika ciąży i porodu u kobiet po 35 roku życia przejawia się w częstszym występowaniu obciążeń adaptacyjnych wszystkich układów oraz zaburzeń czynności skurczowej macicy, jak również obecnością zwiększonego oporu porodowego [12].

Autorzy zarówno polscy jak i zagraniczni zgodnie wymieniają powikłania ciąży u pacjentek powyżej 35 roku życia. Na podstawie badań i długoletnich obserwacji stwierdzili, że u kobiet dojrzałych występuje zwiększona ilość powikłań - otyłość, nadciśnienie, stan przedrzucawkowy, przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego, łożysko przodujące, cukrzyca w tym częściej cukrzyca ciężarnych, krwawienia poporodowe, poród przedwczesny, poronienia [10,11,16]. W grupie pacjentek powyżej 35 roku życia odnotowuje się także większą częstość występowania wad zastawkowych oraz zaburzeń rytmu serca, wymagających stałego leczenia

farmakologicznego [2]. Wzrasta również dwukrotnie liczba porodów zabiegowych – cięć cesarskich [10]. Wraz z wiekiem śmiertelność okołoporodowa matek jest większa [15].

Wraz z wiekiem matki wzrasta, niezależnie od innych obciążeń wynikających ze statusu socjalno–ekonomicznego i wywiadu rodzinnego, ryzyko urodzenia dziecka niepełnosprawnego. Zaawansowany wiek kobiety może mieć wpływ na gorszą jakość jej komórek rozrodczych. Jak podaje J. Roszkowski – komórka jajowa ma zawsze tyle lat ile ma kobieta, a starzenie się gamety jest związane z samoistnymi mutacjami dotyczącymi chromosomów, czy pojedynczych genów [8]. Starzejąca się gameta tworzy niepełnowartościową zygotę, która ulega następnie zaburzonej organogenezie i nieprawidłowemu wzrostowi [9]. U dzieci starszych matek częściej występuje zespół Downa i inne anomalie chromosomowe. U kobiet po 35 roku życia ryzyko przyjścia na świat dziecka np. z zespołem Downa wynosi 1/1000, a po 40 roku życia – 1/100.

Z wyników badań autorki wynika, że kobiety odkładające ciążę na późniejsze fazy swego życia, świadome ewentualnych zagrożeń okresu okołoporodowego interesowały się zmianami w ich organizmie charakterystycznymi dla tego okresu, znały większość powikłań i dzięki temu mogły być aktywnymi partnerami personelu położniczego w sprawowaniu opieki i samoopieki.

Kobiety ciężarne w wieku powyżej 35 roku życia mają możliwość wykonania diagnostyki prenatalnej. Należy podkreślić, że mimo ogromnego postępu w położnictwie, w diagnozowaniu ciąży, nadal nie ma takiej metody, która mogłaby z całą pewnością wykluczyć bądź potwierdzić występowanie wady u płodu. W wielu ośrodkach działają poradnie genetyczne, gdzie można uzyskać informację na temat ryzyka związanego z konkretną ciążą. Istnieje też możliwość wykonania badań prenatalnych, jednakże decyzja o ich przeprowadzeniu należeć powinna do kobiety, która będzie zapoznana także z ryzykiem ewentualnych badań [7]. Badania autorki potwierdzają, że kobiety choć wiedzą o możliwościach diagnostyki prenatalnej to skorzystało z niej tylko 8,9%.

Z punktu widzenia medycyny, późna pierwsza ciąża nie jest korzystna dla kobiety. Jednak postęp nauki i praktyki medycznej umożliwia kobiecie zostanie matką nawet w okresie jej życia, kiedy w myśl panujących przekonań, powinna już mieć dzieci „odchowane”. W związku z tym, że zwiększa się liczba tzw. „dojrzałych pierwiastek”, u których występują liczniejsze powikłania ciąży, porodu, położu rośnie zapotrzebowanie na fachową literaturę traktującą o okresie okołoporodowym „późnych” matek i problemach zdrowotnych i psychopedagogicznych związanych z wychowaniem dzieci – braki na rynku wydawniczym czynią

personel medyczny jedynym adresatem potrzeb edukacyjnych i oczekiwań poradnictwa służącego rozwiązywaniu problemów charakterystycznych dla dojrzałych matek. Dodatkowo jeszcze świadomość zagrożeń późnej ciąży dla matki i dziecka wywołuje większe zapotrzebowanie na wsparcie i pomoc ze strony personelu medycznego oraz bardziej partnerskich relacji starszych matek z lekarzami i położnymi. Wydaje się zatem konieczne położenie większego nacisku w kształceniu położnych i lekarzy-położników jako *edukatorów* i *doradców* matek, które rodzą pierwsze dziecko i w wieku 35 i więcej lat. Funkcje edukacyjną i wspierającą w odniesieniu do tej kategorii matek mogą także pełnić organizacje pozarządowe.

Odpowiednio zaplanowana i przeprowadzona edukacja zdrowotna tej grupy kobiet zmniejsza powikłania okresu okołoporodowego, zwiększa komfort kobiety oraz czyni z niej świadomego partnera w interakcjach.

Wnioski

Podsumowując analizę elementów biografii zdrowotnej respondentek, można wysunąć następujące wnioski będące jednocześnie wskazówkami do planowania działań edukacyjnych:

1. Występujące częściej wśród respondentek z próby zasadniczej przewlekłe schorzenia oraz zabiegi operacyjne wykonywane przed zajściem w ciążę obniżyły samoocenę stanu zdrowia u kobiet mających 35 i więcej lat.
2. Liczne choroby ginekologiczne mogły mieć wpływ na problemy z zapłodnieniem, a wiek respondentek korespondował ze zmniejszoną płodnością kobiet, utrudniając poczęcie dziecka.
3. Badane kobiety, świadome możliwości wystąpienia komplikacji dla potomka i siebie, współpracowały podczas ciąży z personelem położniczym, poszukiwały informacji służących wyjaśnieniu trapiących wątpliwości, rzadziej jednak niżby należało oczekiwać uczestniczyły w zajęciach szkoły rodzenia w celu lepszego przygotowania się do pełnienia zadań związanych z rolą macierzyńską.

Piśmiennictwo

1. Al.-Mansour S. *Obstetrical problems of elderly primipara. Doctor's thesis.* Warszawa, 1989.
2. Borowiecka E, Borowiecka-Elwertowska A, Liszewska-Pjejer D, Marianowski L. *Przebieg ciąży i porodu u pacjentek z wszczepionymi sztucznymi zastawkami serca.* *Gin Pol* 1997; 68 (6):1-565.
3. DeCherney AH., Berkowitz GS. *Female fecundity and age.* *The N Eng J of Med* 1982; 7: 424-426.
4. Erickson D, Elliot B. *Pregnancy Risk in Women Over 35.* *Minn Med* 1988; 71: 433-436.

5. Fonteyn VJ, Isada NB. *Nongenetic Implications of Childbearing after Age Thirty-Five*. Obst and Gyn Surv 1988; 12: 709-720.
6. Kluz-Kowal AB, Południowski G, Jarocki S, Bielecki DA, Bielecki M. *Powikłania ciąży i porodu u rodzących po 35 roku życia*. Klin Perin i Gin. Materiały II Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej 1998; 27: 106-109.
7. Kleszcz H. *Smak późnego macierzyństwa*. Mag Piel i Poł 1997; 6: 35-36.
8. Kowalewska M, Pokrzywnicka M, Kobierska I. *Późne macierzyństwo – zjawisko końca XX wieku – ocena stanu klinicznego noworodków donoszonych, urodzonych w Instytucie Ginekologii i Położnictwa w Łodzi przez matki w wieku zaawansowanym*. Gin Pol 2000; 4: 173-178.
9. Kornacka M, Żak L. *Sezonowość i wiek rodziców noworodków z wadami rozwojowymi*. Klin Per Gin 1993; Supl. 5: 79–86.
10. Kraczkowski JJ, Hławacz J, Robak JM, Kotowska-Biegaj L, Semczuk M. *Przebieg ciąży i porodu u pacjentek po 35 roku życia*. Gin Pol 1997; 5: 461.
11. Prysak M, Kisly A. *Age greater than thirty – four years in an independent pregnancy risk factor in nulliparous women*. J Per 1997; 4: 296-300.
12. Rzempoluch J, Cieślak G, Mitas L, Mniszek J. *Stara pierworódka jako problem położniczy*. Ann Acad Med Siles 1990; 21: 83.
13. Sawicka M. *Socjomedyczne aspekty spóźnionego macierzyństwa. Rodzina w czasach szybkich przemian*. Roczn Socj Rodz 2001; 13: 245.
14. Szukalski P. *Późne macierzyństwo w Europie*. Wiad Stat 2004; 11: 75.
15. Silverton L. *Stara pierwiastka*. (w:) Alexander J, Levy V, Roch S. (red.) *Nowoczesne położnictwo. Praktyka położnicza*, t. 4. Warszawa, PZWL, 1995, s. 91-109.
16. Tuck SM, Yudkin PL, Turnbull AC. *Pregnancy outcome in elderly primigravidae with and without a history of infertility*. Brit J of Obst and Gyn 1988; 95: 230-237.

Informacje o autorze artykułu

dr n. hum., mgr pielęgniarstwa Małgorzata Lesińska-Sawicka – Redaktor Naczelny Czasopisma „Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo”, Adiunkt w Katedrze Pielęgniarstwa Akademii Pomorskiej w Słupsku.

Wykorzystując treść powyższego artykułu należy zastosować następujący przypis:

Lesińska-Sawicka M. *Wybrane elementy biografii zdrowotnej późnych pierwiastek jako wskazówki dla personelu medycznego do planowania działań edukacyjnych*. Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo 2008, vol. 2, nr 1. Portal Pielęgniarek i Położnych - <http://www.pielegniarki.info.pl/>