



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΚΑΒΑΛΙΕΡΑΤΟΥ Π. ΑΘΑΝΑΣΙΑ

**«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΥ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ ΚΑΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ»**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στην Διοίκηση Υγείας**

Πειραιάς, 2008



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΚΑΒΑΛΙΕΡΑΤΟΥ Π. ΑΘΑΝΑΣΙΑ

**«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΥ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ ΚΑΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ»**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στην Διοίκηση Υγείας**

Πειραιάς, 2008



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΚΑΒΑΛΙΕΡΑΤΟΥ Π. ΑΘΑΝΑΣΙΑ

**«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΥ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ ΚΑΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ»**

**Επόπτης Καθηγητής: Αθανάσιος Βοζίκης
Λέκτορας Πανεπιστημίου Πειραιώς**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στην Διοίκηση Υγείας**

Πειραιάς, 2008



**University of
Piraeus**

**MASTER IN
HEALTH MANAGEMENT**



TEI of Piraeus

KAVALIERATOU P. ATHANASIA

**«COMPARATIVE STUDY OF PREGNANCY AND LABOR IN
WOMEN ABOVE AND BELOW 35 YEARS OF AGE AND
ECONOMIC PARAMETERS»**

Supervisor Professor: Athanassios Vozikis

**Graduate Thesis Submitted for the Degree of Msc in
Health Management**

Piraeus, 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους που με βοήθησαν με την υποστήριξη και συμπαράστασή τους.

Ξεκινώντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Βοζίκη Αθανάσιο, χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του οποίου, αλλά και χωρίς την άριστη συνεργασία μαζί του, η συγγραφή αυτής της διπλωματικής εργασίας θα ήταν αδύνατη.

Για τη συνεισφορά του επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό του Δημόσιου Μαιευτηρίου στο οποίο διεξήχθη η έρευνα και το οποίο βοήθησε σημαντικά στην συλλογή των απαραίτητων στοιχείων για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Τέλος, ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στην οικογένεια και στους συναδέλφους μου, οι οποίοι μου συμπαραστάθηκαν σε αυτή μου την προσπάθεια, αλλά και στη συμφοιτήτριά μου Ασημακοπούλου Φωτεινή, η οποία με στήριξε σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας αυτής, κρίθηκε σκόπιμη, καθώς στις μέρες μας συχνά η μητρότητα περνά σε δεύτερη μοίρα και η τεκνοποίηση επιδιώκεται πλέον σε μεγαλύτερη ηλικία, επειδή ο ρόλος και οι επιδιώξεις των γυναικών στις σύγχρονες κοινωνίες έχουν διευρυνθεί.

Σκοπός της εργασίας ήταν η συγκριτική μελέτη των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που διέπουν την εγκυμοσύνη και τον τοκετό των γυναικών του δείγματος που μελετήθηκε, χωρισμένες σε δύο ηλικιακές ομάδες, άνω και κάτω των 35 ετών. Στα πλαίσια της έρευνας, εξετάστηκε το δείγμα ως προς τα δημογραφικά και επιδημιολογικά του χαρακτηριστικά, ως προς τη μητρική και νεογνική νοσηρότητα που προέκυψε αλλά και ως προς την ανάγκη για νοσηλεία. Επιπλέον, έγινε μία παρουσίαση διάφορων οικονομικών παραμέτρων, σχετικών με τα δεδομένα που μελετήθηκαν, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, με σκοπό να διαπιστωθεί η ύπαρξη επακόλουθης οικονομικής επιβάρυνσης και τα αίτια αυτής.

Συμπερασματικά, μέσα από την μελέτη των δεδομένων της παρούσας έρευνας, γίνεται σαφής η διαφοροποίηση που χαρακτηρίζει τις εγκυμοσύνες και τους τοκετούς των γυναικών άνω και κάτω των 35 ετών, τόσο επιδημιολογικά, όσο και οικονομικά.

Λέξεις κλειδιά: μαιευτικές υπηρεσίες, εγκυμοσύνη, τοκετός, ηλικία μητέρας, καισαρική τομή, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, μητρική νοσηρότητα, νεογνική νοσηρότητα, οικονομικά στοιχεία, δημόσιος τομέας, ιδιωτικός τομέας

ABSTRACT

The role of women in modern societies has expanded during the last decades, leading to achieving pregnancy later in life. Therefore, it is of great importance to study the characteristics of the pregnancy and labor of women above and below 35 years of age.

The goal of this thesis was to examine the demographical and epidemiological characteristics of the sample used, as well as the maternal and neonatal morbidity rates and the need for hospitalization. Moreover, a presentation of the relative economic parameters of the public and private obstetrical health services has been deemed necessary, in order to determine whether there is a subsequent increase in costs.

As a result, through this study, it becomes clear that there is a significant differentiation between the pregnancy and labor of women above and below 35 years of age, epidemiologically, as well as, economically.

Key words: obstetrical health services, pregnancy, labor, maternal age, cesarean section, assisted reproduction techniques, maternal morbidity, neonatal morbidity, economic elements, public health services, private health services

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	σελ. v
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ. vi
ABSTRACT	σελ. vii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	σελ. viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	σελ. xi
ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ	σελ. xii
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
1.1 Εισαγωγή.....	σελ. 1
1.2 Μαιευτικές υπηρεσίες.....	σελ. 1
1.3 Χαρακτηριστικά αγοράς υπηρεσιών υγείας.....	σελ. 3
1.4 Μαιευτικές Κλίνες.....	σελ. 4
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ – ΚΥΗΣΗ - ΤΟΚΕΤΟΣ	
2.1 Γονιμοποίηση.....	σελ. 8
2.2 Κύηση.....	σελ. 10
2.3 Τοκετός.....	σελ. 11
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΥΗΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ	
3.1 Εισαγωγή.....	σελ. 13
3.2 Το προφίλ της παρήλικης πρωτοτόκου.....	σελ. 15
3.3 Το προφίλ της παρήλικης πολυτόκου.....	σελ. 16
3.4 Διαμόρφωση της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας.....	σελ. 19
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΡΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ	
4.1 Υπογονιμότητα και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	σελ. 22

4.2	Ανατομικές αλλαγές της μήτρας.....	σελ. 23
4.3	Έκτοπη κύηση.....	σελ. 23
4.4	Αυτόματες εκτρώσεις.....	σελ. 23
4.5	Ενδομήτριοι θάνατοι.....	σελ. 24
4.6	Υπερτασική νόσος της κύησης.....	σελ. 24
4.7	Σακχαρώδης διαβήτης της κύησης.....	σελ. 25
4.8	Αιμορραγία.....	σελ. 25
4.9	Είδος τοκετού.....	σελ. 26
4.10	Λοχεία.....	σελ. 27
4.11	Μητρική θνησιμότητα.....	σελ. 27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ

5.1	Προωρότητα.....	σελ. 29
5.2	Χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού.....	σελ. 29
5.3	Μακροσωμία.....	σελ. 30
5.4	Συγγενείς ανωμαλίες.....	σελ. 30
5.5	Περιγεννητική θνησιμότητα.....	σελ. 30
5.6	Βρεφική θνησιμότητα.....	σελ. 31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ

6.1	Εισαγωγή.....	σελ. 32
6.2	Προγεννητικός έλεγχος.....	σελ. 34
6.2.1	Υπερηχογραφήματα.....	σελ. 34
6.2.2	Αυχενική διαφάνεια.....	σελ. 35
6.2.3	Αυχενική διαφάνεια + PAPP-A.....	σελ. 35
6.2.4	A – Test.....	σελ. 35
6.2.5	Αμνιοπαρακέντηση.....	σελ. 35
6.2.6	Doppler αγγείων (εμβρύου).....	σελ. 35
6.2.7	Λήψη τροφοβλάστης.....	σελ. 36
6.2.8	Ομφαλιδοκέντηση.....	σελ. 36
6.2.9	Ψυχολογική υποστήριξη.....	σελ. 36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ

7.1	Επιπτώσεις για τη γυναίκα.....	σελ. 38
7.2	Επιπτώσεις για το παιδί.....	σελ. 38
7.3	Επιπτώσεις για την κοινωνία.....	σελ. 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

8.1	Εισαγωγή.....	σελ. 40
8.2	Σκοπός.....	σελ. 40
8.3	Υλικό και μέθοδος.....	σελ. 40
8.4	Αποτελέσματα έρευνας.....	σελ. 42
8.4.1	Δημογραφικά στοιχεία.....	σελ. 42
8.4.2	Προηγούμενες κήσεις.....	σελ. 52
8.4.3	Παρούσα κήση.....	σελ. 56
8.4.4	Νεογνική νοσηρότητα.....	σελ. 72
8.4.5	Νοσηλεία.....	σελ. 75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

9.1	Εισαγωγή.....	σελ. 78
9.2	Δημόσια μαιευτήρια.....	σελ. 78
9.3	Ιδιωτικά μαιευτήρια.....	σελ. 83
9.4	Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	σελ. 86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ σελ. 87

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ – ΠΗΓΕΣ..... σελ. 91

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

I. Π Ι Ν Α Κ Ε Σ

1.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ (2006)	σελ. 5
2.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ (2006)	σελ. 5
3.	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ, ΚΛΙΝΕΣ, ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (2006)	σελ. 6
4.	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ (1994)	σελ. 7
5.	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΕΡΠΟΛΥΤΟΚΟΥ	σελ. 17
6.	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΖΩΝΤΩΝ ΕΤΟΣ 2000	σελ. 20
7.	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΖΩΝΤΩΝ ΕΤΟΣ 2006	σελ. 20
8.	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DOWN	σελ. 33
9.	ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 44
10.	ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 44
11.	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 46
12.	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 46
13.	ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 49
14.	ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 49
15.	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 51
16.	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 51
17.	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΥΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 53
18.	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΥΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 53
19.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΟΚΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 54
20.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΟΚΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 54
21.	ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 58
22.	ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 59
23.	ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 60
24.	ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 60
25.	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 61
26.	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 61
27.	ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 64
28.	ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 65
29.	ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 66
30.	ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 66
31.	ΤΟΚΕΤΟΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 68
32.	ΤΟΚΕΤΟΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 68
33.	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ	σελ. 71
34.	ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ APGAR ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΛΕΠΤΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ	σελ. 72
35.	ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ APGAR ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΛΕΠΤΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ	σελ. 73
36.	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 73
37.	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 74
38.	ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΕΝΟΠΙΟΙΗΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΙΟ	σελ. 79
39.	ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ-ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	σελ. 81

40.	ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	σελ. 82
41.	ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ-ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	σελ. 83
42.	ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ - ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	σελ. 84
43.	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ (ΕΦΑΠΑΞ ΜΕΧΡΙ 4 ΜΕΡΕΣ)	σελ. 84
44.	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ (ΕΦΑΠΑΞ ΜΕΧΡΙ 5 ΜΕΡΕΣ)	σελ. 85

II. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

1.	ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΕΤΟΣ 2000	σελ. 21
2.	ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΕΤΟΣ 2006	σελ. 21
3.	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΝΟΛΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	σελ. 43
4.	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 44
5.	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 45
6.	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΟΛΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	σελ. 46
7.	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 47
8.	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 47
9.	ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΣΥΝΟΛΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	σελ. 48
10.	ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	σελ. 50
11.	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	σελ. 52
12.	ΤΟΚΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 54
13.	ΤΟΚΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 55
14.	ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ	σελ. 56
15.	ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 57
16.	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 57
17.	ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	σελ. 59
18.	ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	σελ. 60
19.	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΥΗΣΗΣ	σελ. 62
20.	ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΚΥΗΣΗΣ - ΤΟΚΕΤΟΥ	σελ. 63
21.	ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΥΗΣΕΩΝ	σελ. 67
22.	ΤΟΚΕΤΟΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ	σελ. 69
23.	ΤΟΚΕΤΟΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ	σελ. 69
24.	ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ	σελ. 70
25.	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΕΟΓΝΩΝ	σελ. 74
26.	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	σελ. 76
27.	ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ	σελ. 77

Σ Υ Ν Τ Ο Μ Ε Υ Σ Ε Ι Σ

Ε.Σ.Υ.Ε.	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας
Μ.Ε.Ν.Ν.	Μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών
Μ.Ε.Θ.	Μονάδα εντατικής θεραπείας
Π.Δ.	Προεδρικό διάταγμα
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος οργανισμός υγείας
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο εφημερίδας της κυβέρνησης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΩΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προτού αρχίσουμε την ανάλυση των ιδιαιτεροτήτων που χαρακτηρίζουν την εγκυμοσύνη των γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών καθώς και της επιπλέον φροντίδας υγείας που ενδεχομένως να χρειάζονται, είναι απαραίτητο να γίνει μία σύντομη αναφορά στον τομέα των μαιευτικών υπηρεσιών της Ελλάδας.

Σκοπός των υπηρεσιών υγείας είναι η διατήρηση ή η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Άλλωστε, σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι απλώς η απουσία ασθένειας». Ένας τομέας των υπηρεσιών υγείας είναι και οι μαιευτικές υπηρεσίες, οι οποίες ασχολούνται με το εξαιρετικά σημαντικό για κάθε οικογένεια γεγονός που είναι η γέννηση ενός παιδιού.

Η ελαχιστοποίηση των επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η γέννηση ενός υγιούς παιδιού λοιπόν, αποτελεί τον στόχο της εθνικής πολιτικής υγείας όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από τρεις βασικές προϋποθέσεις. Την τεχνική περίθαλψη, η οποία συνίσταται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας καθώς και των άλλων επιστημών υγείας κατά τη διαδικασία ίασης ενός ασθενούς. Την καλή διαπροσωπική σχέση, η οποία οφείλει να τηρεί κοινωνικά καθορισμένες αξίες και κανόνες, που ενισχύονται από την ηθική προσταγή του ιατρικού λειτουργήματος και τις προσδοκίες των ασθενών. Τις παρεχόμενες ανέσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν παροχές όπως είναι για παράδειγμα η ευχάριστη και ξεκούραστη αίθουσα αναμονής.

1.2 ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Μαιευτικές υπηρεσίες μπορούν να θεωρηθούν οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στην γυναίκα από την στιγμή της σύλληψης του εμβρύου μέχρι και 40

ημέρες μετά την γέννηση του νεογνού, στην περίπτωση μίας ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι πως απευθύνονται σε όλες τις έγκυες γυναίκες. Η πρόσβαση σε αυτές θεωρείται εύκολη και υπάρχει πληθώρα και ποικιλία επιλογών. Ειδικότερα, διαχωρίζονται μεταξύ τους με χρονικούς προσδιορισμούς και συγκεκριμένα αφορούν :

- τη συστηματική παρακολούθηση της εγκύου (περιγεννητική περίοδος),
- την υλοποίηση της τελικής πράξης του τοκετού (φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή),
- την παρακολούθηση της λοχείας (τις πρώτες 40 ημέρες μεταγεννητικά).

Η εγκυμοσύνη είναι μία φυσιολογική κατάσταση στη ζωή της γυναίκας, η οποία ωστόσο μπορεί να επιπλακεί από παθολογικές καταστάσεις, που συνυπάρχουν με την κύηση, ή από μαιευτικές ανωμαλίες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της κύησης. Η πιθανότητα επιπλοκών και προβλημάτων σχετίζεται συχνότερα με κοινωνικούς παράγοντες, όπως η κύηση των γυναικών σε μεγαλύτερη πλέον ηλικία, με κληρονομικούς, όπως η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης και με εξωτερικούς, όπως οι συνθήκες εργασίας της γυναίκας.

Προκειμένου λοιπόν να αποφευχθούν οι διάφορες επιπλοκές και να εξασφαλιστεί τόσο για τη μητέρα όσο και το νεογνό όσο γίνεται καλύτερη υγεία και ευεξία είναι απαραίτητο η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και η πραγματοποίηση του τοκετού να ακολουθούν ορισμένα διεθνή αναγνωρισμένα πρότυπα, γεγονός ωστόσο που επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και από τις αντιλήψεις, απόψεις και προτιμήσεις των μελλοντικών γονέων. Τουλάχιστον το 90% των ενδιαφερομένων στη χώρα μας φαίνεται να θεωρεί ότι η επιθυμητή έκβαση της εγκυμοσύνης εξασφαλίζεται μέσα από την συστηματική παρακολούθηση της εγκύου από έναν μαιευτήρα – γυναικολόγο ο οποίος και διενεργεί την τελική πράξη του τοκετού σε ένα νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική.

Οι αντιλήψεις αυτές διαμορφώνουν τελικά τα δεδομένα της αγοράς των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα. Η αγορά ωστόσο που διαμορφώνεται είναι πεπερασμένη, καθώς το μέγεθός της προσδιορίζεται από την πραγματική ζήτηση, δηλαδή από τον συνολικό αριθμό των επιθυμητών συλλήψεων που οδηγούν στον συνολικό αριθμό των τοκετών ανά έτος. Εάν λοιπόν παρά τις μικρές διαφοροποιήσεις κάθε έτος, η ζήτηση για τοκετούς θεωρηθεί σταθερή, η προσφορά των μαιευτικών υπηρεσιών οφείλει να προσανατολιστεί στην ικανοποίησή της. Η ανταπόκριση της προσφοράς στη ζήτηση για μαιευτικές υπηρεσίες εξαρτάται κυρίως από το υπόδειγμα χρήσης των υπηρεσιών που

έχει διαμορφωθεί στη χώρα και από τις διαδικασίες πρόσβασης στον μαιευτήρα και στο νοσοκομείο όπου θα λάβει χώρα ο τοκετός.

Σε αντίθεση με τις άλλες υγειονομικές υπηρεσίες, στον μαιευτικό τομέα κυριαρχεί η ιδιωτική παροχή. Οι κυριότεροι λόγοι κατά πάσα πιθανότητα σχετίζονται με:

1.τη φύση του τοκετού ο οποίος δεν αποτελεί ασθένεια και άρα συχνά η υψηλότερου επιπέδου ποιότητα των ξενοδοχειακών υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα υπερτερεί του υψηλότερου επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα

2.την ανεπαρκή ακόμα ανάπτυξη των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών ιδίως στην περιφέρεια, γεγονός που εξηγεί τη συρροή επιτόκων από όλη την Ελλάδα στα μαιευτήρια της Αθήνας

3.τη μεγάλη προσφορά μαιευτήρων που παρέχουν υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα και αναμένουν να αποκομίσουν εισοδήματα από την ιδιωτική άσκηση του έργου τους

Έτσι λοιπόν, είναι φανερό ότι ο αριθμός των ιατρών και οι διαδικασίες πρόσβασης των γυναικών στους μαιευτήρες μέσω της ελεύθερης επιλογής, εμπιστοσύνης, κλπ, σε συνδυασμό με τον τρόπο χρηματοδότησης των τοκετών εκ μέρους των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, αποτελούν τους παράγοντες που καθορίζουν την κατανομή της αγοράς μαιευτικών υπηρεσιών μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι η αγορά όλων των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια και των μαιευτικών δεν αποτελεί συμβατικό παράδειγμα της ελεύθερης αγοράς. Η αγορά των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία και επηρεάζουν την συμπεριφορά των καταναλωτών των υπηρεσιών αυτών. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι:

❖ Η ασύμμετρη πληροφόρηση, η οποία αναφέρεται στην υπεροχή της ιατρικής γνώσης και στην αδυναμία του ασθενή να αντιληφθεί και να διαχειριστεί αυτόνομα την κατάσταση της υγείας του.

❖ Η σχέση αντιπροσώπευσης μεταξύ των παραγωγών – επαγγελματιών υγείας και των καταναλωτών – ασθενών σύμφωνα με την οποία η ζήτηση διατυπώνεται και η προσφορά ελέγχεται από το γιατρό, ο οποίος ενεργεί ως διαμεσολαβητής των ασθενών, εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης.

❖ Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας, αναφέρεται στη ζήτηση η οποία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή, είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς και της πρακτικής των επαγγελματιών υγείας και οδηγεί σε υπερβάλλουσα κατανάλωση.

❖ Η κυριαρχία του καταναλωτή – ασθενή στην αγορά υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη λόγω έλλειψης γνώσης, πληροφόρησης και επιλογής.

1.4 ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ

Επίσης, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η προσφορά ή η απουσία κλινών και μαιευτικών αιθουσών για παράδειγμα σε περιοχές της περιφέρειας, σε συνδυασμό με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και τη διαθεσιμότητά τους, ασκεί τη δική της επίδραση στην τελική επιλογή των χρηστών μαιευτικών υπηρεσιών υγείας.

Στην συνέχεια, επειδή όπως προέκυψε από τα παραπάνω μία από τις βασικότερες μεταβλητές που συνδέονται άμεσα με τη χρησιμοποίηση μαιευτικών υπηρεσιών είναι η διαθεσιμότητα των κλινών, παρατίθενται ορισμένα στοιχεία από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία σχετικά με την κατανομή μαιευτικών κλινών καθώς και την κατανομή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτές σε όλη την Ελλάδα για το έτος 2006 καθώς και παλαιότερα στοιχεία του 1994. Πρέπει μόνο να σημειωθεί ότι αν και είναι δύσκολο να απομονωθούν οι καθαρώς μαιευτικές κλίνες από τις γενικώς γυναικολογικές που χρησιμοποιούνται για την νοσηλεία γυναικών με γυναικολογικά προβλήματα, η ύπαρξη μαιευτικών ή και γυναικολογικών κλινών αντικατοπτρίζει την εικόνα της διαθέσιμης προσφοράς, η οποία επηρεάζει την κατανομή της ζήτησης και χρήσης υπηρεσιών μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. (Ματσαγγάνης, 2001)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΑ
ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ (2006)**

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ	ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΑΘΗΝΩΝ	3
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΒΟΙΑ	2
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	6
ΙΟΝΙΟ	0
ΗΠΕΙΡΟΣ	2
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	7
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	9
ΘΡΑΚΗ	2
ΑΙΓΑΙΟ	2
ΚΡΗΤΗ	1
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	34

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ ΚΑΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ (2006)**

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ	ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΑΘΗΝΩΝ	514
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΒΟΙΑ	35
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	110
ΙΟΝΙΟ	0
ΗΠΕΙΡΟΣ	30
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	154
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	292
ΘΡΑΚΗ	26
ΑΙΓΑΙΟ	37
ΚΡΗΤΗ	45
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	1.243

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ, ΚΛΙΝΕΣ, ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (2006)**

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΩΝ	ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ	34
ΚΛΙΝΕΣ	1.243
ΙΑΤΡΟΙ	710
ΜΑΙΕΣ	483
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ Π.Ε.	35
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ Τ.Ε.	96
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ Δ.Ε.	223
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ Υ.Ε.	33
ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	2
ΛΟΙΠΟΙ	131

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ ΣΤΟΝ
ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ (1994)

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	ΚΛΙΝΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΚΛΙΝΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΚΛΙΝΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΑΘΗΝΩΝ	776	43,2%	1.020	56,8%	1.796	37,4%
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΒΟΙΑ	115	47,9%	125	52,1%	240	5,0%
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	260	54,7%	215	45,3%	475	9,9%
ΙΟΝΙΟ	55	91,7%	5	8,3%	60	1,2%
ΗΠΕΙΡΟΣ	131	55,7%	104	44,3%	235	4,9%
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	79	28,5%	198	71,5%	277	5,8%
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	594	50,0%	593	50,0%	1.187	24,7%
ΘΡΑΚΗ	94	72,9%	35	27,1%	129	2,75
ΑΙΓΑΙΟ	127	80,9%	30	19,1%	157	3,3%
ΚΡΗΤΗ	108	44,1%	137	55,9%	245	5,15
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	2.339	48,7%	2.462	51,3%	4.801	100,0%

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ - ΚΥΗΣΗ - ΤΟΚΕΤΟΣ

2.1 ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Προτού αρχίσουμε τη μελέτη μας σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό γυναικών άνω των 35 ετών, θα ήταν σκόπιμη μία περιληπτική αναφορά στη φυσιολογία της γονιμοποίησης, της κύησης και του τοκετού.

Γονιμοποίηση ονομάζεται η σύζευξη των πυρήνων του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου. Αυτή επιτυγχάνεται όταν το δευτερογενές ωάριο, κατόπιν μειωτικών διαιρέσεων, που ολοκληρώνονται μετά την ωοθυλακιορρηξία, εισέλθει στη λήκυθο του ωαγωγού και συναντήσει ένα ώριμο σπερματοζωάριο. Η γονιμοποίηση είναι πιθανή εφ' όσον η συνουσία έχει γίνει όχι νωρίτερα από 48 ώρες και όχι αργότερα από 24 ώρες από την ωοθυλακιορρηξία, δεδομένου ότι η διάρκεια ζωής του ωαρίου μετά την ωοθυλακιορρηξία είναι 12-24 ώρες. Τα σπερματοζωάρια, αντίθετα φαίνεται ότι μπορούν να διατηρήσουν την ικανότητά τους για γονιμοποίηση για 48 περίπου ώρες.

Το γονιμοποιημένο ωάριο, που τώρα ονομάζεται ζυγωτό, παραμένει στη σάλπιγγα για περίπου 4 μέρες. Στο διάστημα αυτό γίνονται συνεχείς μιτωτικές διαιρέσεις με αργό ρυθμό : μία κάθε 12 ώρες. Η έντονη αυτή κυτταρική δραστηριότητα εκδηλώνεται στην επιφάνεια του ζυγωτού με το φαινόμενο της αυλάκωσης, που του προσδίδει τη μορφολογία μούρου και για το λόγο αυτό λέμε ότι το κύημα βρίσκεται στο στάδιο του μοριδίου (morulla). Το μορίδιο είναι μία συμπαγής κυτταρική μάζα. Την 5^η μέρα το ζυγωτό αποτελείται από 50 περίπου κύτταρα, έχει τη μορφή βλαστιδίου και εισέρχεται στην ενδομητρική κοιλότητα. Την 6^η μέρα από την ωοθυλακιορρηξία, αφού έχει αποβάλλει τη διαφανή του ζώνη (βιτελίνη), εμφυτεύεται στο ενδομήτριο. Από το στάδιο του βλαστιδίου, το κύημα αρχίζει να αποκτά μία κοιλότητα και τα κύτταρά του διαφοροποιούνται σε δύο ομάδες :

α) τα κύτταρα της εμβρυοβλάστης, που προορίζονται για το σχηματισμό του εμβρύου και του αμνίου και που μετά την εμφύτευση διαχωρίζονται σε 3 στιβάδες: το εξώδερμα, το μεσόδερμα, που αποτελεί, ουσιαστικά, προσεκβολή του ενδοδέρματος και καλύπτει εσωτερικά την κυτταροτροφοβλάστη, το ενδόδερμα

β) τα κύτταρα της τροφοβλάστης, που προορίζονται για το σχηματισμό του πλακούντα και του χορίου και που αμέσως μετά την εμφύτευση διαχωρίζονται σε δύο στρώματα : το εξωτερικό, που σχηματίζει τη συγκυτιακή τροφοβλάστη, και το εσωτερικό, που σχηματίζει την κυτταροτροφοβλάστη, που αποτελείται από μεγάλα στρογγυλά κύτταρα (κύτταρα του Langhans).

Αρχικά, όλα τα κύτταρα της εμβρυοβλάστης είναι ισοδύναμα. Στη συνέχεια, όμως, με την κυτταρική διαφοροποίηση κάθε ομάδα κυττάρων προορίζεται αποκλειστικά και μόνο για τη διάπλαση ενός ορισμένου οργάνου. Η ανάπτυξη του εμβρύου σε αυτό το διάστημα είναι σταδιακή. Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι την 6^η εβδομάδα ανιχνεύεται υπερηχογραφικά η εμβρυϊκή καρδιακή λειτουργία, στο τέλος της 12^{ης} εβδομάδας ολοκληρώνεται η διαφοροποίηση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων ενώ στο τέλος της 20^{ης} εβδομάδας εμφανίζεται χνούδι στο δέρμα και τρίχες στο κεφάλι. Στο τέλος της 36^{ης} εβδομάδας το κεφαλουραίο μήκος του εμβρύου είναι περίπου 32 εκατοστά ενώ η βιωσιμότητά του αγγίζει το 99%. Στο τέλος της 40^{ης} εβδομάδας το βάρος του εμβρύου κυμαίνεται μεταξύ 3000-4000g, το κεφαλουραίο μήκος είναι 36-50 εκατοστά ενώ έχουμε τέλεια ανάπτυξη του εμβρύου.

Παράλληλα με την ανάπτυξη του εμβρύου συμβαίνει και η ανάπτυξη του πλακούντα, ο οποίος είναι τροφοβλαστικής προέλευσης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Περιγραφικά, ο πλακούντας παρουσιάζει δύο επιφάνειες: α) τη μητρική, η οποία χωρίζεται με αύλακες σε 18 με 20, κατά μέσο όρο, λοβούς, που ονομάζονται κοτυληδόνες, και καλύπτεται από χόριο και β) την εμβρυϊκή, η οποία είναι στυλπνή, καλύπτεται από άμνιο και σε αυτή προσφύεται, περιφερικά ή κεντρικά, ο ομφάλιος λώρος. Προορισμός του πλακούντα είναι η εξασφάλιση της διατροφής και ανάπτυξης του εμβρύου καθώς και η αποβολή των προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης του. Επομένως, οι βασικές λειτουργίες του είναι η θρεπτική και η απεκκριτική. Επιπλέον, όμως, με την αναπνευστική του λειτουργία, ο πλακούντας εξασφαλίζει στο έμβρυο το απαραίτητο οξυγόνο και συμβάλλει στην αποβολή του άχρηστου διοξειδίου του άνθρακα. Παράλληλα, αποτελεί φυσιολογικό και ανοσοβιολογικό φραγμό, καθώς δεν επιτρέπει σε ορισμένες βλαβερές ουσίες να φθάσουν στο έμβρυο. Τέλος, ο πλακούντας παρουσιάζει σημαντική ενδοκρινική λειτουργία. (Καρπάθιος, 1999), (Αραβαντινός, 1982, 1989)

2.2 ΚΥΗΣΗ

Κύηση, λοιπόν, ονομάζεται η χρονική περίοδος μεταξύ της γονιμοποίησης και του τοκετού. Η διάρκειά της κυμαίνεται φυσιολογικά μεταξύ των 36-42 εβδομάδων ή αλλιώς μεταξύ 260-294 ημερών. Είναι μία ιδιαίτερη περίοδος για κάθε γυναίκα, κατά τη διάρκεια της οποίας βιώνει σημαντικές αλλαγές τόσο βιολογικές όσο και ψυχολογικές.

Περιληπτικά, μπορούμε να πούμε ότι οι σημαντικότερες αλλαγές αφορούν στο γεννητικό σύστημα, δηλαδή στα εξωτερικά γεννητικά όργανα, στη μήτρα η οποία είναι και το κατεξοχήν όργανο που υφίσταται διάφορες μεταβολές, αλλά και στους μαστούς, οι αλλαγές στους οποίους είναι έκδηλες από την αρχή σχεδόν της κύησης. Συμβαίνουν, επίσης, σημαντικές μεταβολές στο κυκλοφορικό σύστημα κατά τη διάρκεια της κύησης, καθώς ο συνολικός όγκος αίματος αυξάνει κατά 40-50% κυρίως από την 8^η εβδομάδα της κύησης και μετά. Φυσιολογικά ωστόσο, η αρτηριακή πίεση δεν παρουσιάζει αξιόλογες μεταβολές διότι η αύξηση του όγκου του αίματος εξισορροπείται από τη μειωμένη περιφερειακή αντίσταση. Τέλος, παρατηρείται αύξηση του σωματικού βάρους κατά 11-13kg, ναυτία, όξινες ερυγές, δυσπεψία και δυσκοιλιότητα λόγω ελάττωσης της κινητικότητας του εντέρου καθώς και των εκκρίσεών του. Παράλληλα εμφανίζεται μία προοδευτική λόρδωση και μία χαλάρωση των συνδέσμων και των αρθρώσεων της λεκάνης, ιδιαίτερα προς το τέλος της κύησης, λόγω της επίδρασης της προγεστερόνης, ώστε να διευκολυνθεί η κάθοδος και η έξοδος του εμβρύου κατά τον τοκετό.

Σημαντικές, όπως αναφέρθηκε στην αρχή, είναι και οι μεταβολές στην ψυχολογία της εγκύου. Η εγκυμοσύνη είναι μία από τις τρεις περιόδους στη ζωή μιας γυναίκας όπου εμφανίζεται μία ελάττωση της ικανότητάς της να αντιμετωπίζει τις συναισθηματικές εμπειρίες. Στη διάρκεια της εφηβείας και της εμμηνόπαυσης μπορεί να εμφανισθεί παρόμοιου βαθμού συναισθηματική αστάθεια, που οφείλεται πιθανότατα στις ενδοκρινικές μεταβολές. Κατά την κύηση συμβαίνουν τόσο συναισθηματικές όσο και βιολογικές μεταβολές, στις οποίες η γυναίκα πρέπει να προσαρμοσθεί. Γι αυτό ακόμα και στην περίπτωση που το παιδί είναι επιθυμητό μπορεί να εμφανισθεί μικρού βαθμού κατάθλιψη ή ευερεθιστότητα, ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες της κύησης. Γενικά, μπορεί να εμφανισθεί μία ποικιλία ψυχοσωματικών ενοχλημάτων, που οφείλεται στη λανθασμένη σχέση της γυναίκας με το γεγονός της εγκυμοσύνης. Η σχέση αυτή εξαρτάται από τη σχέση της με τον ίδιο της τον εαυτό, τις φαντασίες της, τα άγχη της, το

άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον αλλά και από επίκαιρες καταστάσεις ή απωθημένες εμπειρίες. Για παράδειγμα αν η γυναίκα θεωρεί την εγκυμοσύνη της ως μία «παθητική περίοδο», που διακόπτει το ρου της ζωής της και τις καθημερινές της ασχολίες, τις κοινωνικές της επαφές, ως μία «ανεπιθύμητη ή κουραστική αγγαρεία», είναι βέβαιο ότι θα αντιμετωπίσει μία προβληματική εξέλιξη της κύησης. Από την άλλη μεριά, η απουσία ενεργού ρόλου του πατέρα κατά τη διάρκεια της κύησης και η εναπόθεση της ολοκληρωτικής ευθύνης για την επιτυχή έκβασή της στη γυναίκα δημιουργεί ένα επιπρόσθετο άγχος και μπορεί να «συνθλίψει» τον ευαισθητοποιημένο ψυχισμό της. Επιπρόσθετα, η πρόωμη ψυχολογική ανάπτυξη και η εφηβεία της γυναίκας και ιδιαίτερα η σχέση της με τη δική της μητέρα παίζουν καθοριστικό ρόλο για την ωρίμανση και ανάπτυξη της προσωπικότητας «μητέρα». Ιδιαίτερα, οικογενειακά προβλήματα, ανταγωνιστική σχέση με το σύζυγο ή τους γονείς, καθώς και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως ανύπανδρη ή έφηβη μητέρα, οδηγούν σε αγχωτικές καταστάσεις και ανασφάλεια. (Καρπάθιος, 1999), (Αραβαντινός, 1982, 1989)

2.3 ΤΟΚΕΤΟΣ

Η ευτυχής έκβαση μίας εγκυμοσύνης είναι ο τοκετός ενός υγιούς παιδιού. Υπάρχουν πολλά είδη τοκετών, ανάλογα με τις μαιευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να γίνουν. Έτσι έχουμε πέρα από το φυσιολογικό τοκετό, τον τοκετό με αναρροφητήρα, με εμβρυουλκία, με μετασηματισμό, με καισαρική τομή κ.λ.π.. Φυσιολογικός τοκετός, σύμφωνα με τη I.C.M. (International Confederation of Midwives), θεωρείται ο τοκετός που άρχισε αυτόματα μετά την 37^η εβδομάδα κύησης, εξελίσσεται με τις δυνάμεις της επιτόκου μέσα σε λογικά χρονικά όρια και η επίτοκος – λεχώνα με το έμβρυο δεν παρουσιάζουν καμία ανωμαλία. Η προβολή είναι κεφαλική. Ο τοκετός δεν είναι μία ξαφνική διαδικασία. Ο οργανισμός της γυναίκας προετοιμάζεται για αυτόν τις 4 τελευταίες εβδομάδες της κύησης, οπότε οι συστολές Braxton-Hicks γίνονται εντονότερες και συχνότερες, αρχίζει να ωριμάζει ο τράχηλος ενώ και το έμβρυο παίρνει, φυσιολογικά, την κατάλληλη θέση για τον τοκετό. Υπάρχουν διάφορες θεωρίες για την έναρξη του τοκετού, οι οποίες ακόμη διερευνώνται. Η κυρίαρχη εξ αυτών είναι η θεωρία των προσταγλανδινών. Σύμφωνα με αυτήν, το ίδιο το έμβρυο ρυθμίζει την απελευθέρωση από τους υμένες του και το φθαρτό ειδικών ουσιών, οι οποίες διεγείρουν τη σύνθεση προσταγλανδινών, πιθανόν με την ενεργοποίηση της φωσφολιπάσης. Οι

προσταγλανδίνες επιδρούν στον τράχηλο και διευκολύνουν την εξάλειψη και τη διαστολή του, καθώς επίσης προετοιμάζουν τη μήτρα για τις συστολές.

Σε περίπτωση που ο τοκετός συμβεί νωρίτερα από την 37^η εβδομάδα κύησης, δηλαδή μεταξύ της 24^{ης} και 28^{ης} εβδομάδας και το νεογνό έχει βάρος 500-1000g μιλάμε για πρόωμο ή ανώριμο τοκετό, μεταξύ της 28^{ης} και 36^{ης} εβδομάδας μιλάμε για πρόωρο τοκετό. Αν πάλι ο τοκετός γίνει μετά την 42^η εβδομάδα μιλάμε για παρατασιακό ή υπερώριμο τοκετό.

Μετά τον τοκετό η κατάσταση του νεογνού αξιολογείται σύμφωνα με τον πίνακα κατά Apgar. Σύμφωνα με αυτόν ελέγχονται: ο καρδιακός ρυθμός, οι αναπνοές, ο μυϊκός τόνος, η αντανακλαστική αντίδραση και το χρώμα του νεογνού. Κάθε μία παράμετρος βαθμολογείται με άριστα το 2 και αν το συνολικό άθροισμά τους είναι >8, η κατάσταση του νεογνού θεωρείται πολύ καλή. Έπειτα, ελέγχονται και άλλοι παράμετροι, όπως το βάρος, το μήκος και η περίμετρος κεφαλιού. Το μέσο βάρος γέννησης του νεογνού κυμαίνεται μεταξύ των 3300-3400g. Αν το βάρος του είναι μεταξύ 1000-2500g τότε θεωρείται νεογνό χαμηλού βάρους γέννηση (low birth weight infant). Αν πάλι, έχει βάρος μικρότερο της 10^{ης} εκατοστιαίας θέσης του αναμενόμενου, σε σύγκριση με την ηλικία κύησης, βάρους και πάντως <2500g, χαρακτηρίζεται ως λιποβαρές ή υπολειπόμενου βάρους γέννησης νεογνό. Το μέσο μήκος ενός νεογνού είναι 50 εκατοστά ενώ η περίμετρος κεφαλής είναι συνήθως 34-35 εκατοστά. (Καρπάθιος, 1999), (Αραβαντινός, 1982, 1989)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΥΗΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ξεκινώντας τη μελέτη μας σχετικά με την εγκυμοσύνη γυναικών άνω των 35 ετών, είναι ενδιαφέρον να αναφέρουμε ότι ήδη από τον 18^ο αιώνα οι κήσεις των γυναικών προχωρημένης ηλικίας χαρακτηρίζονται ως κήσεις υψηλού κινδύνου. Δύο σημαντικοί παράγοντες μεταξύ άλλων, που λαμβάνονται υπόψη για το χαρακτηρισμό των κήσεων ως υψηλού κινδύνου, είναι η ηλικία της γυναίκας και ο τόκος. Γενικά, οι πρωτότοκες γυναίκες, ανεξαρτήτως ηλικίας, φαίνεται να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο από τις πολύτοκες. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1960, είχαν αναγνωρισθεί από το Κολέγιο των Μαιευτήρων και Γυναικολόγων της Μ. Βρετανίας διάφοροι κίνδυνοι στην κήση των πρωτότοκων γυναικών προχωρημένης ηλικίας. Σήμερα είναι γνωστό ότι οι πρωτότοκες γυναίκες, ανεξαρτήτως ηλικίας, εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα προεκλαμψίας, εμβρυοπυελικής δυσαναλογίας, παράτασης της κήσης, ανωμαλιών του τοκετού και μαιευτικών επεμβάσεων.

Η ηλικία αυτή καθεαυτή, αποτελεί ένα δεύτερο σημαντικό παράγοντα κινδύνου, αφού ορισμένα νοσήματα με προοδευτικό χαρακτήρα είναι περισσότερο συχνά σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Τέτοια νοσήματα θεωρούνται η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι νεφροπάθειες, οι καρδιοπάθειες, οι νευρολογικές διαταραχές, οι διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, αλλά και νεοπλασίες του γεννητικού και των άλλων συστημάτων, όπως ινομυώματα αλλά και κακοήθεις όγκοι. Άλλωστε, η προχωρημένη ηλικία έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί αιτία προοδευτικής δυστροφίας και ατροφίας των ιστών, όπως επίσης και ελαττωμένης ενέργειας των διαφόρων οργάνων, με επακόλουθο την ελάττωση της αντίστασης του οργανισμού. (Mangioni, 1964).

Η σπουδαιότητα ωστόσο, αυτών των παραγόντων, καθώς και η μεταξύ τους σχέση δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Σε έρευνα του Toohey και των συνεργατών του το 1995, φάνηκε ότι η ηλικία είναι ένας πολύ σοβαρότερος παράγοντας κινδύνου για επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, από ότι

αυτός καθαυτός ο τόκος, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω. Αυτό αιτιολογείται από το γεγονός ότι η επίπτωση των περισσότερων χρόνιων νοσημάτων αυξάνει καθώς μεγαλώνει η ηλικία. Δεν αποτελεί συνεπώς, έκπληξη το γεγονός ότι τόσο οι παθολογικοί, όσο και οι μαιευτικοί κίνδυνοι εμφανίζονται πιο συχνά σε μεγάλης ηλικίας έγκυες γυναίκες.

Επιπρόσθετα, επειδή η σοβαρότητα πολλών παθολογικών καταστάσεων αυξάνει ανάλογα με τη διάρκειά τους, είναι πιθανό οι μεγαλύτερης ηλικίας έγκυες να αντιμετωπίζουν παθολογικές καταστάσεις σε βαρύτερη μορφή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο σακχαρώδης διαβήτης, μία κατάσταση που επιδεινώνεται με την ηλικία. Οι περισσότερες περιπτώσεις σακχαρώδους διαβήτη τύπου II ή μη ινσουλινοεξαρτώμενου αφορούν ηλικίες άνω των 40 ετών. Παρομοίως, οι επιπλοκές που προκαλούνται στο κυκλοφορικό σύστημα, εξαιτίας του διαβήτη είναι άμεσα σχετιζόμενες με το χρονικό διάστημα, που παρήλθε από τη στιγμή που έγινε κλινική διάγνωση της νόσου.

Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι εισαγωγές στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιο συχνές ανάμεσα στις μεγαλύτερης ηλικίας έγκυες από ότι στις μικρότερες ηλικίες. (Cunningham και Leveno, 1986) (Yasin και Beydoun, 1988). Για παράδειγμα, από τις έγκυες που εισήχθησαν στη Μονάδα Παρακολούθησης Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου του νοσοκομείου του Parkland μόλις το 5% ήταν κάτω των 30 ετών, ενώ για τις έγκυες ηλικίας άνω των 35 ετών το ποσοστό αυτό άγγιζε το 12%. (Prysak και συν, 1995).

Αναφορικά με τις πολύτοκες γυναίκες, έχει αποδειχθεί ότι η ηλικία και ο μεγάλος αριθμός τόκων σε συνδυασμό με τη συνήθως κατώτερη κοινωνική στάθμη και την κακή διατροφή, που τις χαρακτηρίζουν, συμβάλλουν στην αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητά τους. Έρευνα, σε πολύτοκες γυναίκες άνω των 35 ετών, έδειξε σημαντικά αυξημένο κίνδυνο τόσο για χρόνια, όσο και για οφειλόμενη στην κύηση υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και μακροσωμία αλλά μειωμένο κίνδυνο για παράταση της κύησης. (Bobrowski και Bottoms, 1995).

Στη συνέχεια ακολουθεί μία σύντομη περιγραφή του προφίλ της παρήλικης πρωτοτόκου και πολυτόκου καθώς και μία αναφορά των πιθανών προβληματικών καταστάσεων, που μπορεί να εμφανισθούν τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και κατά τον τοκετό, σε σχέση με την παρήλικη εγκυμονούσα και το νεογνό της.

3.2 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΑΡΗΛΙΚΗΣ ΠΡΩΤΟΤΟΚΟΥ

Κάθε έγκυος πρωτότοκος ηλικίας 35 ετών και άνω, θεωρείται για τη Μαιευτική ειδική περίπτωση και καλείται «παρήλιξη ή υπερήλικη» πρωτότοκος, (“advanced maternal age”). Ο όρος αυτός υιοθετήθηκε πρώτη φορά το 1959 από τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιευτήρων Γυναικολόγων (International Federation of Obstetricians and Gynecologists) και ελπίζουμε σύντομα να αντικατασταθεί από έναν πιο δόκιμο όρο. Σύγχρονοι συγγραφείς ήδη, έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους σε εγκυμονούσες ηλικίας τουλάχιστον 40 ετών ενώ σε έρευνα χρησιμοποιήθηκε ο όρος “very advanced maternal age” για γυναίκες, που τεκνοποίησαν σε ηλικία μεγαλύτερη των 45 ετών.

Τα τελευταία χρόνια λοιπόν, έχει παρατηρηθεί αύξησή του αριθμού των γυναικών που τεκνοποιούν σε ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών, γεγονός που αποδίδεται σε διάφορους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, αλλά και στην πρόοδο που έχει γίνει στον τομέα της τεχνολογίας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υπογονιμότητας καθώς και στην εξέλιξη των μεθόδων προγεννητικού ελέγχου. Τέτοιοι κοινωνικοί παράγοντες είναι οι μεταβολές στο σύγχρονο τρόπο ζωής, η επιδίωξη απόκτησης υψηλού μορφωτικού επιπέδου, καριέρας και επαγγελματικής καταξίωσης των γυναικών, γεγονός που αναγκάζει τις γυναίκες να αναβάλλουν το γάμο και την τεκνοποίηση για πιο προχωρημένη ηλικία. Η τάση αυτή ενισχύθηκε και από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, καθώς και από την τελειοποίηση των μεθόδων αντισύλληψης.

Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, όλο και περισσότερο μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες και συχνά με υψηλό μορφωτικό επίπεδο αποφάσισαν να τεκνοποιήσουν. Έτσι, στις Η.Π.Α., το ποσοστό γυναικών άνω των 35 ετών που τεκνοποιούν για πρώτη φορά αυξήθηκε σημαντικά. (National Center for Health Statistics, 1991). Το 1993, στις Η.Π.Α. έγιναν 357.053 γεννήσεις από γυναίκες ηλικίας από 35 έως 39 ετών, 59.071 από γυναίκες 40 έως 44 ετών και 2.329 από γυναίκες ηλικίας 45 έως 49 ετών. (Ventura και συν, 1995α). Επίσης, έχουν επιτευχθεί εγκυμοσύνες σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών, μετά από ορμονική θεραπεία. (Sauer και συν, 1993), (Sauer και συν, 1995). Παράλληλα, ο αριθμός των γυναικών 30 ετών και άνω που παραμένουν άτεκνες έχει αυξηθεί σημαντικά τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Από τις γυναίκες που συμπλήρωσαν το 35^ο έτος της ηλικίας τους

μέχρι το τέλος του 1989, το 20% ήταν άτεκνες ενώ το αντίστοιχο ποσοστό το 1970 ήταν μόλις 9%. (Ventura, 1989)

Είναι χαρακτηριστικό, ότι οι γυναίκες που αποφασίζουν να τεκνοποιήσουν σε μεγαλύτερη ηλικία είναι πλέον αρκετά ώριμες και σίγουρες για την απόφασή τους. Εμφανίζονται λιγότερο προβληματισμένες από το γεγονός της εγκυμοσύνης τους και αναφέρουν λιγότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα κατά το πρώτο τρίμηνο. Ωστόσο, το άγχος τους αυξάνεται καθώς η εγκυμοσύνη εξελίσσεται, κυρίως λόγω των προβλημάτων, που φοβούνται ότι μπορεί να αντιμετωπίσουν εξαιτίας της ηλικίας τους. Όμως, η προσαρμογή τους στο τρίτο τρίμηνο της κύησης είναι συνήθως καλύτερη, ενώ και η προσμονή του τοκετού είναι λιγότερο αγχογόνος. Γενικά, οι μεγαλύτερης ηλικίας μητέρες μπορεί να διαφέρουν όσον αφορά στην ψυχολογία τους, αλλά δεν διαφέρουν σε ότι αφορά την ικανότητά τους να προσαρμόζονται στις αλλαγές, που επιφέρει η εγκυμοσύνη στη ζωή τους.

3.3 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΑΡΗΛΙΚΗΣ ΠΟΛΥΤΟΚΟΥ

Εκτός από την αναφορά, που ήδη έγινε στην παρήλικη πρωτότοκο, ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στην γυναίκα ηλικίας άνω των 35 ετών, η οποία αποφασίζει να τεκνοποιήσει για πολλοστή φορά. Πρώτος ο Duncan, το 1865, τόνισε ότι η πολυτοκία, από τη μια μεριά και η προχωρημένη ηλικία, από την άλλη, είναι δυνατόν να καταστούν απειλή τόσο για την υγεία της επιτόκου, όσο και για τη βιωσιμότητα του εμβρύου. Αργότερα, ο Robinson το 1930, μετά από μελέτες, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μαιευτικοί κίνδυνοι ελαττώνονται παράλληλα με την αύξηση του αριθμού των τόκων, μέχρι του τέταρτου, πέραν όμως αυτού, επανεμφανίζονται και αυξάνουν παράλληλα προς τους τόκους. Στη συνέχεια, ο Solomons, το 1934, επανήλθε στο θέμα της υπερπολυτοκίας με το άρθρο του “Dangerous multipara”, «Επικίνδυνη πολύτοκος». Σε αυτό, με τρόπο εντυπωσιακό συνέκρινε την πρωτότοκο με την πολύτοκο και κατέληξε σε σαφώς πιο δυσάρεστα προγνωστικά για τη δεύτερη.

Οι παραπάνω λοιπόν, συγγραφείς συνέβαλαν στην αναγνώριση των ιδιαίτερων παραμέτρων, που σχετίζονται με την πολύτοκο, επισημαίνοντας την εξαιρετικά αυξημένη μητρική θνησιμότητα αυτής, καθώς και τους γενικά, μεγάλους μαιευτικούς κινδύνους, στους οποίους υπόκειται. Με τον τρόπο αυτό, ανέτρεψαν την μέχρι τότε επικρατούσα γενική αντίληψη, ότι ο τοκετός των πολύτοκων είναι ευκολότερος. Έτσι, τα τελευταία 65 έτη, η πολύτοκος κατατάσσεται σε ιδιαίτερη

κατηγορία επιτόκων. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι στις πολύτοκες παρατηρούνται αυξημένες μαιευτικές επιπλοκές, η πρόκληση των οποίων επηρεάζεται κυρίως από την πολυτοκία αλλά και τη συνήθως μεγάλη ηλικία των γυναικών αυτών.

Το θέμα, που παραμένει υπό συζήτηση αφορά στο όριο, το οποίο πρέπει να λαμβάνεται ως βάση για τον χαρακτηρισμό μίας επιτόκου, ως υπερπολυτόκος. Υπάρχουν διάφορες γνώμες σχετικά με αυτό, αναφέρονται χαρακτηριστικά, ότι το όριο για τον Oxorn, το 1955 ήταν η 8τόκος, ενώ για το Mush, το 1964 η 6τόκος.

Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε στα ιδιαίτερα στοιχεία, που χαρακτηρίζουν την υπερπολυτόκο, τα οποία φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΕΡΠΟΛΥΤΟΚΟΥ
1. Πολυτοκία
2. Μεγάλη ηλικία
3. Παχυσαρκία*
4. Χαλαρά κοιλιακά τοιχώματα
5. Ρήξεις περινέου
6. Πρόπτωση μήτρας
7. Λέπτυνση μυομητρίου

* Η παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται στο πλούσιο σε υδατάνθρακες διαιτολόγιο των χαμηλής, κυρίως, κοινωνικής τάξης γυναικών αυτών. Ενδέχεται όμως, να αποτελεί μαιευτική έκφραση προδιαβητικής κατάστασης.

Η συχνότητα της πολυτοκίας διαμορφώνεται από διάφορους παράγοντες. Ένας από τους σημαντικότερους, είναι τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως φαίνεται από το γεγονός ότι η πολυτοκία είναι πιο συχνό φαινόμενο στις αγροτικές περιοχές. Άλλοι παράγοντες, που επηρεάζουν τη συχνότητα αυτή, είναι το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού, το είδος της εργασίας με την οποία απασχολείται και το επίπεδο μόρφωσής του.

Τα παραπάνω, καταδεικνύει έρευνα, που διεξήχθη στο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα» κατά τη δεκαετία 1955- 1964. Σε αυτή φαίνεται ότι το ποσοστό της

πολυτοκίας ανέρχεται στο 0,9%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε όλη τη χώρα, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα άγγιζε το 2,3%. Η μεγαλύτερη αναλογία πολυτοκίας στην ύπαιθρο εξηγείται από το ότι, κατά την περίοδο αυτή, στη χώρα μας, ο πληθυσμός ήταν κυρίως, αγροτικός. Γενικά, η συχνότητα της πολυτοκίας μειώνεται, όσο βελτιώνεται το βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού και αυξάνει η χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων. Γι' αυτό και είναι συχνότερη στις αγροτικές και εργατικές κοινότητες. Παρατηρήθηκε τέλος, ότι μόνο το 15% των περιπτώσεων αυτών, είχε ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της κύησης. (Λώλης, 1967).

Τέλος, η συχνότητα της πολυτοκίας φαίνεται να επηρεάζεται και από τη φυλή, καθώς παρουσιάζεται αυξημένη στις έγχρωμες φυλές. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες των έγχρωμων φυλών παντρεύονται σε μικρή ηλικία και παρουσιάζουν μεγάλη γονιμότητα που αρχίζει νωρίς. Εξάλλου, η πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων, μέσω της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων είναι πρακτικά ανύπαρκτη. (Lampert, Γαλλία -5,7%, 1965).

Στις αναπτυγμένες χώρες, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αστυφιλία, η αύξηση των καθημερινών αναγκών της ζωής και η αλλαγή των κοινωνικών προτύπων οδήγησαν στην προοδευτική ελάττωση των γεννήσεων. Αυτό είχε αντίκτυπο και επί της συχνότητας των πολύτοκων, οι οποίες σχεδόν εξαφανίσθηκαν. Ωστόσο, στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να γίνει μία σύντομη αναφορά στην πρόληψη της υπερπολυτοκίας. Είναι, λοιπόν απαραίτητο οι γυναίκες να ενημερώνονται για τους κινδύνους, που απορρέουν από τη μεγάλη πολυτοκία τόσο για τις ίδιες, όσο και για το νεογνό τους. Επίσης, πρέπει να τις ενημερώσουμε για τις μεθόδους αντισύλληψης που μπορούν να χρησιμοποιήσουν, ώστε να αποφύγουν μία ανεπιθύμητη κύηση. Στις γυναίκες αυτές η αντισυλληπτική μέθοδος εκλογής είναι το ενδομήτριο σπείραμα. Φυσικά, η επιλογή μίας αντισυλληπτικής μεθόδου θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και για αυτό είναι ενδεδειγμένο να γίνεται μετά από ενημέρωση της γυναίκας στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, που λειτουργούν σε όλα τα μεγάλα μαιευτήρια της Ελλάδας.

Είναι πλέον κοινώς παραδεκτό ότι ένα νεογνό, που έρχεται στον κόσμο πρέπει πέρα από υγιές να είναι και ευτυχισμένο. Για να επιτευχθεί αυτό, η απόφαση για την απόκτηση ενός παιδιού οφείλει να είναι συνειδητή και να λαμβάνεται μετά από ώριμη σκέψη.

3.4 ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των εξελίξεων όσον αφορά στην ηλικία τεκνοποίησης των γυναικών και στη χώρα μας. Έτσι λοιπόν, στην Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.Ε.), μπορεί κανείς να παρατηρήσει μία αύξηση της μέσης ηλικίας στην οποία αποφασίζει μια γυναίκα να τεκνοποιήσει, μέσα στα τελευταία 25 χρόνια. Ενώ λοιπόν, το 1980 η μέση ηλικία της μητέρας ήταν τα 25,1 έτη, το 1998 ανερχόταν στα 28,6 έτη. Ιδιαίτερη αναφορά, πρέπει να γίνει στις γεννήσεις από γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών. Στην ηλικιακή ομάδα των 35-39 ετών, σημειώθηκε αύξηση των γεννήσεων από 5,2% το 1980 σε 9,9% το 1998. Για τις γυναίκες ηλικίας 40-44 ετών, η αντίστοιχη αύξηση ήταν από 1,5% σε 1,8%. Ενώ για τις ηλικίες 45 ετών και άνω, το ποσοστό των γεννήσεων παρουσίαζε μικρή διακύμανση μεταξύ 0,1 - 0,2%. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., το έτος 2000 το σύνολο των γεννήσεων ήταν 103.274. Εξ αυτών, οι 12.810 αφορούσαν γυναίκες ηλικίας 35-39 ετών, ποσοστό 12,4%, οι 2.511 αφορούσαν γυναίκες ηλικίας 40-44 ετών, ποσοστό 2,4%, οι 221 γυναίκες ηλικίας 45-49 ετών, ποσοστό 0,2% και οι 63 γυναίκες 50 ετών και άνω, ποσοστό 0,06%. Το έτος 2006 το σύνολο των γεννήσεων έφτασε τις 112.042. Εξ αυτών, οι 17.844 αφορούσαν γυναίκες ηλικίας 35-39 ετών, ποσοστό 15,9%, οι 3.196 αφορούσαν γυναίκες ηλικίας 40-44 ετών, ποσοστό 2,9%, οι 335 γυναίκες ηλικίας 45-49 ετών, ποσοστό 0,3% και οι 37 γυναίκες 50 ετών και άνω, ποσοστό 0,03%. Είναι εμφανές λοιπόν η συνεχής αύξηση του αριθμού των γυναικών που τεκνοποιούν σε ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών και στη χώρα μας.

Ανάλογη αύξηση παρατηρείται στη μέση ηλικία των γυναικών που αποφασίζουν να παντρευτούν. Η ηλικία αυτή, το 1980 ήταν τα 22,6 έτη ενώ το 1998 ήταν τα 26,9 έτη. Ειδικότερα, το σύνολο των γάμων, το έτος 1997, ήταν 60.535. Εξ αυτών, οι 3.119 αφορούσαν γυναίκες ηλικίας 35-39 ετών, ποσοστό 5,2%, οι 1.452 αφορούσαν γυναίκες ηλικίας 40-44 ετών, ποσοστό 2,4% και οι 810 γυναίκες ηλικίας 45-49 ετών, ποσοστό 1,4%. Το έτος 2000, το σύνολο των γάμων μειώθηκε και ανερχόταν σε 48.880. Εξ αυτών, για τις αντίστοιχες ηλικίες οι γάμοι ήταν 2.955, ποσοστό 6%, 1.416, ποσοστό 2,9% και 779, ποσοστό 1,6%. Το έτος 2006, το σύνολο των γάμων αυξήθηκε και ανερχόταν σε 57.802. Από αυτούς, για τις αντίστοιχες ηλικίες, οι γάμοι ήταν 5.612, ποσοστό 9,7%, 2.092, ποσοστό 3,6% και 1.167, ποσοστό 2%. Φαίνεται, λοιπόν ότι είτε παρατηρείται μείωση είτε αύξηση του συνόλου των γάμων σε κάποιο έτος, εν τούτοις τα ποσοστά των γάμων για γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών παρουσιάζουν μία σταθερή

και σημαντική αύξηση. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί επίσης το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια συνεχώς αυξάνονται οι εκτός γάμου γεννήσεις καθώς και η συχνότητά τους στις ηλικίες άνω των 35 ετών.

Στους παρακάτω πίνακες φαίνεται η κατανομή των γεννήσεων, με ιδιαίτερη αναφορά στις γεννήσεις παιδιών εκτός γάμου, από γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω, στις διάφορες περιοχές της Ελλάδας, για τα έτη 2000 και 2006.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΖΩΝΤΩΝ ΕΤΟΣ 2000

ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	103.274 (100%)	4.196 (100%)
35-39 ετών	12.810 (12,4%)	421 (10%)
40-44 ετών	2511 (2,4%)	143 (3,4%)
45-49 ετών	221 (0,2%)	12 (0,3%)
50 ετών και άνω	63 (0,06%)	3 (0,07%)

ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

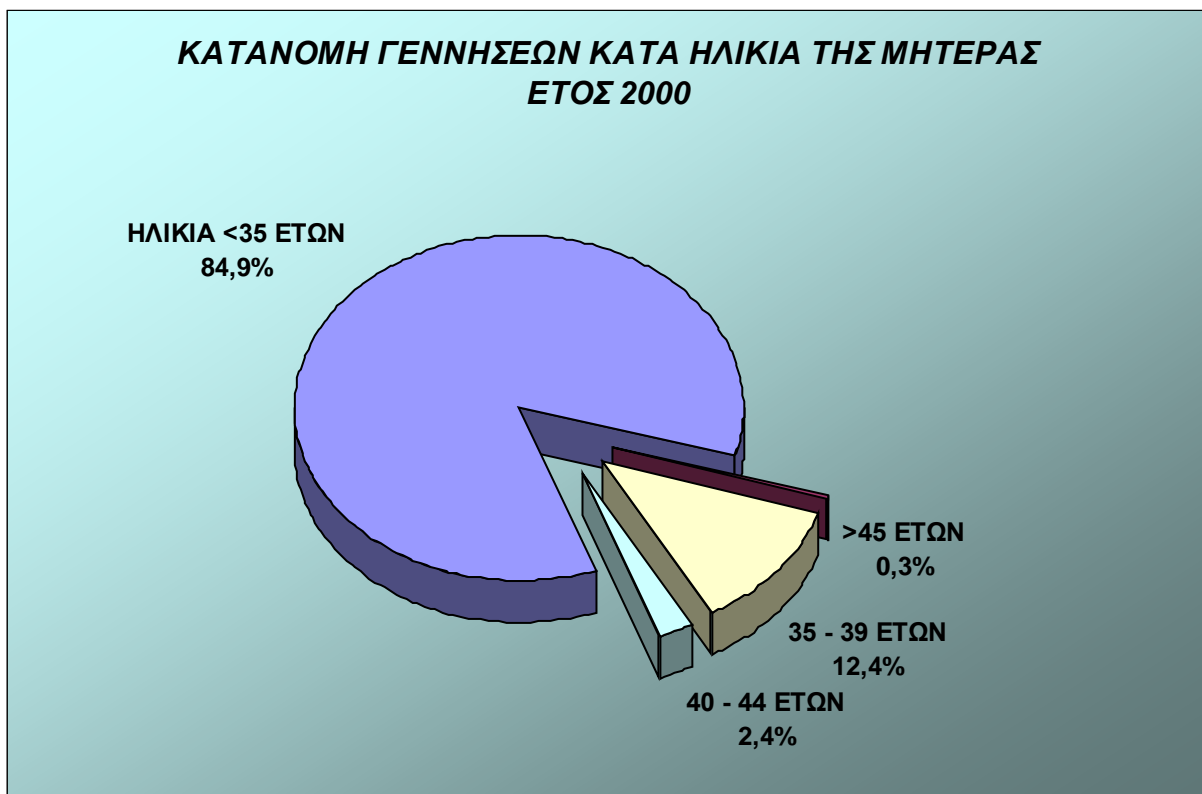
ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΖΩΝΤΩΝ ΕΤΟΣ 2006

ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	112.042 (100%)	5.914 (100%)
35-39 ετών	17.844 (15,9%)	730 (12,3%)
40-44 ετών	3.196 (2,9%)	229 (3,9%)
45-49 ετών	335 (0,3%)	29 (0,5%)
50 ετών και άνω	37 (0,03%)	6 (0,1%)

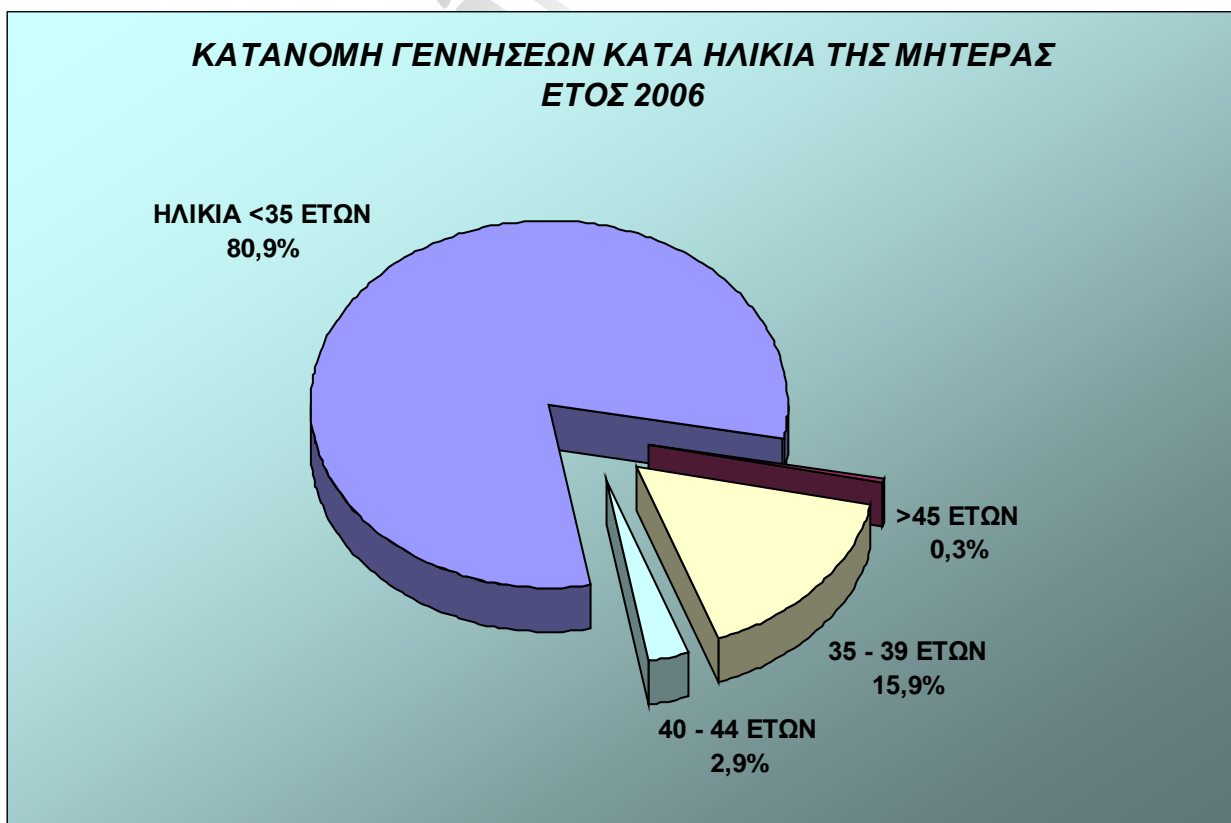
ΠΗΓΗ: ΕΣΥΕ

Επίσης, στα διαγράμματα που ακολουθούν φαίνεται και σχηματικά η κατανομή των γεννήσεων ανάλογα με την ηλικία της μητέρας, για τα έτη 2000 και 2006. Η κατανομή των ηλικιών έγινε στις ομάδες <35 ετών, 35 – 39 ετών, 40 – 44 ετών και >45 ετών, για καλύτερη απεικόνιση στα διαγράμματα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΡΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ

4.1 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Προτού αναφερθούμε στις επιπλοκές της κύησης γυναικών άνω των 35 ετών, θα πρέπει να αναφερθούμε και στην δυσκολία που αντιμετωπίζουν συχνά οι γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας στο να επιτύχουν μία εγκυμοσύνη. Έτσι λοιπόν, υπογονιμότητα, ορίζεται ως η ακούσια αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη και να ολοκληρώσει κύηση μετά από τουλάχιστον ένα έτος τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς αντισύλληψη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υπογονιμότητα αποτελεί πάθηση η οποία χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης, ενώ το 8 -12% των ζευγαριών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία δεν καταφέρνουν να οδηγηθούν σε εγκυμοσύνη μετά από 12 μήνες προσπάθειας.

Στο 40% των περιπτώσεων υπογονιμότητας ευθύνεται ο άνδρας, στο 40% η γυναίκα και στο 20% δεν προσδιορίζεται κάποια αιτιολογία. Η υπογονιμότητα οφείλεται κυρίως σε φλεγμονές του γεννητικού συστήματος και σε ορμονικές διαταραχές. Ωστόσο, σήμερα τα αίτια των προβλημάτων υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν πολλά ζευγάρια θα πρέπει να αναζητηθούν και στους τοξικούς παράγοντες του περιβάλλοντος, στους αργογόνους ρυθμούς ζωής, στην κακή διατροφή και φυσικά και στην ηλικία που μία γυναίκα αποφασίζει να κάνει παιδί. Αξίζει να αναφέρουμε, ότι η φυσιολογική πιθανότητα επιτυχίας κύησης από ένα γόνιμο ζευγάρι με φυσιολογική σεξουαλική ζωή δεν υπερβαίνει το 20% ανά μηνιαίο κύκλο κατά μέσο όρο. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο όταν η ηλικία της γυναίκας είναι κάτω των 25 ετών, παραμένει περίπου σταθερό μέχρι την ηλικία των 30 ετών και μειώνεται σταδιακά μέχρι την ηλικία των 40 ετών. Σε μεγαλύτερες ηλικίες, το ποσοστό φυσιολογικής σύλληψης είναι πολύ μικρό, της τάξεως του 5% το πολύ. (Σωματείο Ψυχολογικής Υποστήριξης Υπογόνιμων Ζευγαριών «Κυβέλη»)

4.2 ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Σε γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών παρατηρείται αύξηση του ινώδους ιστού της μήτρας. Το γεγονός αυτό φαίνεται ότι σχετίζεται με την αύξηση των ανώμαλων προβολών του εμβρύου, σε αυτές τις ηλικίες. Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η αύξηση των ποσοστών της ισχιακής προβολής από 1% έως 6%. Σε έρευνα, στα πλαίσια της οποίας πραγματοποιήθηκε πυελομέτρηση με χρήση ακτινών- x, διαπιστώθηκε ότι τύποι πυέλου ακατάλληλοι για φυσιολογικό τοκετό εμφανίζονταν 4 φορές συχνότερα σε πρωτοτόκες ηλικίας άνω των 35 ετών από ότι σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 25 ετών. (Ταμπακούδης και συν, 1991)

4.3 ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η συχνότητα της εξωμήτριας εγκυμοσύνης είναι αυξημένη στις γυναίκες μεγάλης ηλικίας και ανέρχεται σε 15%0, σε σύγκριση με 4,5%0, που αντιστοιχεί σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών.

Η έκτοπη εγκυμοσύνη αποτελεί μία σημαντική αιτία θανάτου στις Η.Π.Α., ιδιαίτερα για τις γυναίκες προχωρημένης ηλικίας. (Doyle MB και συν, 1991)

4.4 ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Η πλειοψηφία των επιδημιολογικών μελετών καταλήγει στο ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για αυτόματες εκτρώσεις. Έρευνα μελέτησε αναδρομικά 18.400 υπερηχογραφήματα κυήσεων ηλικίας 7 έως 12 εβδομάδων, στα οποία διαπιστώθηκε ένα υγιές, τουλάχιστον φαινομενικά, έμβρυο. Παρόλα αυτά, από τις παραπάνω κυήσεις, ένα ποσοστό 1,4% εγκύων ηλικίας μικρότερης των 30 ετών κατέληξε σε αποβολή. Για τις έγκυες ηλικίας άνω των 35 ετών το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 4,3%. (Wilson και συν, 1986).

Τα αποτελέσματα συγκριτικής μελέτης επτά εργασιών, οι πέντε εκ των οποίων διεξήχθησαν στις Η.Π.Α., η μία στον Καναδά και άλλη μία στην Ουγγαρία, έδειξαν ότι οι αυτόματες εκτρώσεις αυξάνουν ανάλογα με την ηλικία της εγκύου. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε αύξηση κατά 2 έως 4 φορές των αποβολών στις γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω, σε σχέση με εκείνες ηλικίας 20 έως 30 ετών. (Hansen, 1986).

Οι περισσότερες αυτόματες εκτρώσεις, που συμβαίνουν στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και το 30% αυτών που συμβαίνουν στο δεύτερο τρίμηνο σχετίζονται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι τρισωμίες είναι υπεύθυνες για λιγότερο από το 20% των αυτόματων εκτρώσεων σε έγκυες ηλικίας κάτω των 25 ετών, ενώ ευθύνονται για το 67% των αποβολών σε γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών. Το γεγονός αυτό δικαιολογείται, καθώς είναι γνωστή η σχέση μεγάλης ηλικίας εγκύου και αυξημένου κινδύνου για ανώμαλο καρυότυπο εμβρύου, κυρίως για τις αυτοσωμικές τρισωμίες. Ωστόσο, μόνο οι τρισωμίες 13, 18 και 21 είναι συμβατές με τη ζωή. Η ηλικία του πατέρα δε φαίνεται να επηρεάζει τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες σε σημαντικό βαθμό.

Ένας επιπρόσθετος παράγοντας, που ίσως να συμβάλλει στην αύξηση των αυτόματων εκτρώσεων σε γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών, είναι οι εξειδικευμένες εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου, που είναι ευρέως διαδεδομένες σε αυτή την ηλικία. Τέλος, δε θα πρέπει να παραληφθεί ότι οι γυναίκες στην ηλικία αυτή αντιμετωπίζουν συχνότερα αλλότρια ιατρικά προβλήματα, που μπορεί να οδηγήσουν σε αποβολές.

4.5 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ

Πλήθος μελετών αναφέρουν ότι το ποσοστό των εμβρυϊκών θανάτων αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας της εγκύου, ενώ το κυριότερο αναφερόμενο αίτιο εμβρυϊκών θανάτων στις παρήλικες πρωτοτόκες είναι η υποξαιμία. Έτσι λοιπόν, το ποσοστό εμβρυϊκού θανάτου φαίνεται να διπλασιάζεται για τις εγκυμοσύνες γυναικών άνω των 35 ετών, ενώ έως και να τετραπλασιάζεται για εκείνες άνω των 45 ετών, σε σχέση με μικρότερες ηλικίες. (Hansen, 1986)

4.6 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Με την αύξηση της ηλικίας, τόσο η συστολική όσο και η διαστολική πίεση του αίματος αυξάνει σταδιακά. Οι περισσότερες μελέτες, αναφέρουν ότι αυξάνει η συχνότητα εμφάνισης της υπέρτασικής νόσου της κύησης ανάλογα με την ηλικία ενώ, γενικά, φαίνεται ότι η συχνότητα της υπέρτασης της κύησης αυξάνει κατά 2-3 φορές σε γυναίκες μεγαλύτερες των 35 ετών σε σύγκριση με νεότερες γυναίκες. Επίσης, σε πρόσφατη έρευνα αναφέρεται ότι το ποσοστό εμφάνισης υπέρτασης της

κύησης για πρωτοτόκες άνω των 40 ετών ήταν 17,6%, ενώ για πολυτόκες της ίδιας ηλικίας ήταν 5,2%. (Chan, Lao, 1999)

Παραμένει αδιευκρίνιστο αν είναι σημαντικότερος εκλυτικός παράγοντας για την υπερτασική νόσο της κύησης η ηλικία της εγκύου ή το ιατρικό ιστορικό της.

4.7 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης είναι μία παθολογική κατάσταση, της οποίας η συχνότητα αυξάνει σημαντικά μετά την ηλικία των 35 ετών. Παθολογική καμπύλη σακχάρου, μετά από φόρτιση με γλυκόζη, παρατηρείται σε ποσοστό 3,7% σε γυναίκες ηλικίας 20 ετών και σε 13,8% σε γυναίκες μεγαλύτερες των 30 ετών. Το ποσοστό εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη σε κυήσεις γυναικών άνω των 35 ετών άγγιζε το 4,2%. (Ταμπακούδης και συν, 1991)

Σε έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α. για τα έτη 1992-1993 το ποσοστό εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη της κύησης για τις πρωτοτόκες ηλικίας άνω των 40 ετών ήταν 7% και για τις πολυτόκες άνω των 40 ετών ήταν 7,8%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες μικρότερης ηλικίας ήταν 1,7% και 1,6%. (Gilbert, Nesbitt, Danielsen, 1999).

4.8 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Στις παρήλικες πρωτοτόκες γυναίκες έχει διαπιστωθεί αυξημένη συχνότητα αιμορραγιών του τρίτου τριμήνου της κύησης, που οφείλονται είτε σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα είτε σε προδρομικό πλακούντα. Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα σε γυναίκες άνω των 40 ετών έχει αναφερθεί σε ποσοστό 3,2% έναντι 0,4% στο γενικό πληθυσμό. Οι γυναίκες μεγάλης ηλικίας, που έπασχαν από χρόνια υπέρταση εμφάνισαν πρόωρη αποκόλληση σε ποσοστό 3,7%, σε αντίθεση με εκείνες που δεν έπασχαν και στις οποίες το ποσοστό αυτό ήταν μόλις 2%. (Lehmann και Chism, 1987).

Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ιαπωνία και που συγκρίνει το ποσοστό εμφάνισης Π.Α.Π. σε γυναίκες άνω των 45 ετών και γυναίκες ηλικίας 20-29 ετών αναφέρεται ότι το ποσοστό για την πρώτη ομάδα είναι 6,1%, ενώ για τη δεύτερη μόλις 0,8%. Από την ίδια έρευνα δε, προκύπτει και ότι το ποσοστό εμφάνισης

προδρομικού πλακούντα για τις γυναίκες ηλικίας άνω των 45 ετών ήταν 4,4%, έναντι του 1,6% των γυναικών μικρότερης ηλικίας. (Abu- Heija, Jallad, Abukteish, 2000).

Ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα είναι η υπέρταση, η συχνότητα, της οποίας, όπως αναφέρθηκε αυξάνει ανάλογα με την ηλικία. Ο κίνδυνος εμφάνισης προδρομικού πλακούντα μεγαλώνει τόσο με την αύξηση της ηλικίας, όσο και με την πολυτοκία, χωρίς ωστόσο να έχει διευκρινιστεί ποιος από τους δύο παράγοντες είναι καθοριστικότερης σημασίας.

Η ηλικία, πιο συγκεκριμένα, μπορεί να προκαλέσει σκληρωτικές αλλαγές στα αγγεία, απόρροια της ανεπαρκούς αγγειακής τροφοδότησης της εμβρυομητρικής μονάδας. Η υποτροφοδότηση της μητροπλακουντιακής μονάδας μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία πλακουντιακών εμφράκτων, σε καθυστέρηση της ανάπτυξης του πλακούντα ή και σε αποκόλλησή του. Όταν ωστόσο, η γυναίκα παρακολουθείται σωστά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, δεν αυξάνει ο κίνδυνος για πρόωρο τοκετό.

4.9 ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

Το είδος του τοκετού επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία και για το λόγο αυτό στις έγκυες μεγάλης ηλικίας οι παρεμβατικές μέθοδοι είναι συχνότερες. Χαρακτηριστικά, σε μία μεγάλη έρευνα που διεξήχθη στο Δουβλίνο, το ποσοστό πρόκλησης τοκετού σε γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών ήταν 25,5%, διπλάσιο του αντίστοιχου γυναικών μικρότερης ηλικίας. Σε άλλη έρευνα το ποσοστό αποτυχίας της πρόκλησης τοκετού, σε πρωτότοκες άνω των 35 ετών, ήταν 38%. Σημαντικός παράγοντας δε για την έναρξη της πρόκλησης στο 71% των περιπτώσεων ήταν η υπέρταση.

Οι περισσότεροι ερευνητές, επίσης έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ο παρατεταμένος τοκετός είναι συχνότερος στις μεγαλύτερες γυναίκες, ιδιαίτερα στις πρωτότοκες. (Hansen, 1986).

Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος επιπλοκών κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι αυξημένος, όπως για παράδειγμα η δυστοκία των ώμων σχετιζόμενη με μεγαλόσωμα έμβρυα, λόγω σακχαρώδους διαβήτη ή παχυσαρκίας των γυναικών. Σύμφωνα με μία μελέτη, γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών, ανεξαρτήτως τύπου, γέννησαν παιδιά μεγαλύτερα των 4 kg σε ποσοστό 9% έναντι ποσοστού 4%, σε γυναίκες μικρότερες των 35 ετών. (Μεσσήνη και συν, 1982).

Επίσης, αυξημένο είναι στους τοκετούς των παρήλικων εγκύων, και το ποσοστό των εμβρυουλκιών και συκιουλκιών. Σε έρευνα που διεξήχθη το 1998 το ποσοστό σικουουλκιών ήταν 17,1% για τις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών, ενώ για τις γυναίκες μικρότερης ηλικίας ήταν 3,9%. (Wong, Ho, 1998). Όσον αφορά τα ποσοστά των σικουουλκιών για τις πρωτοτόκες ηλικίας 40 ετών και άνω σε σύγκριση με τις πολυτόκες της ίδιας ηλικίας, τα ποσοστά είναι 14,2% έναντι 6,3%. (Gilbert, Nesbitt, Danielsen, 1999).

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν μία σημαντικά αυξημένη συχνότητα καισαρικών τομών στις έγκυες μεγάλης ηλικίας, τόσο στις πρωτότοκες όσο και στις πολύτοκες. Το γεγονός αυτό είναι αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων, οι οποίοι περιλαμβάνουν διαταραχές της αρτηριακής πίεσης, σακχαρώδη διαβήτη, πρόωρο τοκετό και ανωμαλίες του πλακούντα. Ωστόσο, σε εργασία βρέθηκε ότι αυτή καθεαυτή η ηλικία της εγκύου αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για καισαρική τομή. (Peipert και Bracken, 1993).

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνες διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος για καισαρική τομή διπλασιάζεται στις γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών σε σύγκριση με τις νεότερες. (Adashek και συν, 1993), (Edge και Laros, 1993). Σε μία πρόσφατη ιαπωνική έρευνα αναφέρεται ότι το ποσοστό των καισαρικών τομών σε γυναίκες ηλικίας άνω των 45 ετών ήταν 32,4%, αρκετά υψηλότερο σε σχέση με το 10,7% των γυναικών μικρότερης ηλικίας. (Abu- Heijja, Jallad, Abukteish, 2000).

4.10 ΛΟΧΕΙΑ

Οι γυναίκες προχωρημένης ηλικίας και κυρίως εκείνες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν κατά τη διάρκεια της λοχείας θρομβωτικά επεισόδια και πνευμονικό οίδημα. (Lehmann και Chism, 1987). Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας σε αυτές τις γυναίκες έχει συχνά συσχέτιση με χρόνια ασυμπτωματική υπέρταση. (Cunningham και συν, 1986).

4.11 ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η πολυπλοκότητα των ιατρικών και μαιευτικών επιπλοκών, που μπορεί να ανακύψουν στην εγκυμοσύνη των γυναικών μεγάλης ηλικίας έχει

αντανάκλαση στη μητρική θνησιμότητα. Σε εργασία, που μελέτησε περισσότερους από 5.000 μητρικούς θανάτους στις Η.Π.Α. από το 1968 έως το 1975, διαπιστώθηκε ότι η μητρική θνησιμότητα για τις γυναίκες ηλικίας 35- 39 ετών ήταν τέσσερις φορές μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή των γυναικών ηλικίας 20- 24 ετών. (Rochat, 1981).

Γενικότερα, βρέθηκε ότι η μητρική θνησιμότητα των γυναικών άνω των 35 ετών, από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 έχει μειωθεί κατά 50% σε σύγκριση με εκείνη στο χρονικό διάστημα 1974- 1978. Υπολογίστηκε δε ότι η θνησιμότητα για τις γυναίκες άνω των 35 ετών ανερχόταν σε 58/100.000 γυναίκες, ποσοστό ωστόσο τετραπλάσιο του αντίστοιχου για τις γυναίκες ηλικίας 20- 34 ετών. (Buehler και συν, 1986).

Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος φαίνεται ότι κυρίως οφείλεται στη συχνότερη συνύπαρξη εγκυμοσύνης και προϋπαρχόντων προβλημάτων υγείας στις γυναίκες προχωρημένης ηλικίας. Οι γυναίκες εκείνες που δεν αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα δε φαίνεται να ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για αρνητικό μαιευτικό αποτέλεσμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ

5.1 ΠΡΩΩΡΟΤΗΤΑ

Διάφορες στατιστικές αναφέρουν αυξημένη συχνότητα πρόωρου τοκετού σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, ο σχετικός κίνδυνος για τοκετό πριν την συμπλήρωση των 37 εβδομάδων της κύησης για τις πρωτότοκες γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο για τις γυναίκες ηλικίας 20- 25 ετών (6,1% έναντι 1,5%). (Tuck και συν, 1988).

Λόγω της αυξημένης συχνότητας πρόωρων τοκετών, αυξάνει και ο κίνδυνος του συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας των νεογνών, περίπου στο διπλάσιο από ότι σε κυήσεις νεότερων γυναικών.

5.2 ΧΑΜΗΛΟ ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ

Το ποσοστό γέννησης χαμηλού βάρους νεογνών είναι μεγαλύτερο σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας, οφειλόμενο τόσο στη μεγαλύτερη συχνότητα πρόωρου τοκετού, όσο και στην αυξημένη συχνότητα εμβρύων με καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη.

Έρευνα αναφέρει ότι η συχνότητα γέννησης χαμηλού βάρους νεογνών σε γυναίκες άνω των 35 ετών είναι περίπου διπλάσια από ότι στις νεότερες γυναίκες. (Hansen, 1986). Ειδικότερα, το ποσοστό γέννησης νεογνών με βάρος μικρότερο από 2.500 g ήταν 8,2% για τις γυναίκες άνω των 35 ετών έναντι του 3,6% για τις νεότερες γυναίκες. (Tuck και συν, 1988).

Σε άλλη μελέτη διαπιστώθηκε η επίπτωση της υπέρτασης της μητέρας στη γέννηση νεογνών με χαμηλό βάρος. Αναλυτικότερα, το ποσοστό γέννησης αυτών των νεογνών, για τις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών ήταν 17% έναντι του 10% για τις νεότερες γυναίκες. Ωστόσο, όταν γινόταν ξεχωριστή ανάλυση για τις γυναίκες προχωρημένης ηλικίας με προβλήματα υγείας, συνήθως υπέρταση, διαβήτης ή και τα δύο, το ποσοστό αυτό άγγιζε το 32%. (Lehmann και Chism, 1987).

Πιο σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν τα παραπάνω ευρήματα. (Cnattingius και συν, 1992), (Prysak και συν, 1995).

5.3 ΜΑΚΡΟΣΩΜΙΑ

Οι παρήλικες έγκυες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα γέννησης μακροσωμικών νεογνών σε σύγκριση με τις γυναίκες μικρότερης ηλικίας. Σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών γέννησαν σε ποσοστό 9% νεογνά με βάρος μεγαλύτερο των 4.000g. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις νεότερες γυναίκες ήταν 4%. (Grimes και Gross, 1981). Σε ανάλογα αποτελέσματα κατέληξαν και οι Lehmann και Chism, το 1987, οι οποίοι διαπίστωσαν μία αντίστοιχη αύξηση της τάξης του 50%. Αυτός ο κίνδυνος δεν πρέπει σε καμία περίπτωση ωστόσο να αποτελεί μοναδική ένδειξη για εκτέλεση καισαρικής τομής προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο δυστοκίας ώμων.

5.4 ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Κάποιες από τις πιο δυσάρεστες συνέπειες της κύησης σε μεγάλη ηλικία είναι οι συγγενείς ανωμαλίες του νεογνού, όπως οι χρωμοσωμακές ανωμαλίες και κυρίως οι ανευπλοϊδίες, που είναι αυξημένες σε αυτή την ηλικία. Ο κίνδυνος των χρωμοσωμακών ανωμαλιών του εμβρύου, όπως το σύνδρομο Down, αυξάνει, ως αποτέλεσμα της ηλικίας και μόνο, και αγγίζει το 0.5% περίπου, σε γυναίκες με ηλικία γύρω στα 40 έτη. Για το λόγο αυτό, στις γυναίκες αυτές συνίσταται ενδελεχής προγεννητικός έλεγχος.

Η συσχέτιση, όμως, της ηλικίας με συγγενείς ανωμαλίες, που δεν οφείλονται σε ανευπλοϊδίες, δεν έχει ακόμα αποσαφηνιστεί. Η συχνότητα αυτών, σε έγκυες μεγάλης ηλικίας δεν είναι αυξημένη σε σύγκριση με τη συχνότητά τους στο γενικό πληθυσμό. Σε έρευνα, η οποία μελέτησε γεννήσεις σε 29 πολιτείες των Η.Π.Α., το ποσοστό αυτών σε γυναίκες άνω των 40 ετών βρέθηκε ότι ήταν 8,8%0, ενώ το αντίστοιχο για εκείνες κάτω των 35 ετών 6,6%0. (Hay και Barbano, 1972).

5.5 ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η περιγεννητική θνησιμότητα σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας έχει αυξηθεί ουσιαστικά, ενώ ως κυριότερη αιτία μπορεί να θεωρηθεί η γέννηση νεκρού

εμβρύου. Σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι θάνατοι εμβρύων έχουν μειωθεί περισσότερο από 70% τα τελευταία 30 έτη, για τις λευκές Καναδέζες. Ενώ λοιπόν, ο πραγματικός ρυθμός γέννησης νεκρών εμβρύων έχει μειωθεί για όλες τις γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας και τόκου, οι έγκυες μεγάλης ηλικίας παραμένουν υψηλού κινδύνου, ακόμα και όταν έχουν ελεγχθεί άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η αποκόλληση πλακούντα. Φυσικά, το ποσοστό της γέννησης νεκρών εμβρύων παραμένει χαμηλό και αγγίζει περίπου το 6‰. (Fretts και συν, 1995).

Στην ίδια έρευνα έγινε και μία άλλη ενδιαφέρουσα παρατήρηση σχετικά με την αλλαγή των κοινωνικών προτύπων αλλά και της προσπάθειας βελτίωσης των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Πιο αναλυτικά, λοιπόν, βρέθηκε ότι οι γυναίκες γύρω στα 40, που είχαν γεννήσει τη δεκαετία του 1960, έκαναν το τελευταίο τους παιδί. Αντίθετα, γυναίκες παρόμοιας ηλικίας, στη δεκαετία του 1990 έκαναν το πρώτο τους παιδί. Επίσης, οι τελευταίες ήταν πιο πιθανό να ήταν ανύπανδρες και να έχουν υποβληθεί σε τεχνητές εκτρώσεις. Επιπρόσθετα, οι τρίδυμες και γενικότερα, οι πολλαπλές κυήσεις αυξήθηκαν στις δεκαετίες του 1980 και 1990, σε σύγκριση με τη δεκαετία του 1960, πιθανότατα λόγω των τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. (Fretts και συν, 1995). Επειδή, λοιπόν, οι πολλαπλές κυήσεις συχνότερα, μπορούν να επιπλεκούν και να οδηγηθούν σε εμβρυϊκό θάνατο, αποτελούν έτσι ένα παράγοντα, που δικαιολογεί το ποσοστό της περιγεννητικής θνησιμότητας ανάμεσα στις έγκυες μεγαλύτερης ηλικίας.

5.6 ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η βρεφική θνησιμότητα είναι αυξημένη στις μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό έχει υπολογισθεί από βρέφη που γεννήθηκαν ζωντανά και απεβίωσαν τον πρώτο χρόνο της ζωής τους, σε αναδρομική μελέτη, που διενεργήθηκε με στοιχεία από το «National Infant Mortality Surveillance Project» για το 1980 και αφορούσε 1,6 εκατομμύρια γεννήσεις γυναικών ηλικίας από 25-49 ετών. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι η βρεφική θνησιμότητα για τις γυναίκες ηλικίας 25-29 ετών και τις γυναίκες 30-34 ετών ήταν περίπου ίδια. Αντίθετα, τα βρέφη μητέρων ηλικίας 35-39 ετών είχαν αυξημένο κίνδυνο για θνησιμότητα κατά 18%, ενώ σε αυτά των γυναικών ηλικίας 40-49 ετών ο κίνδυνος αυξανόταν κατά 69%. (Friede και συν, 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τα παραπάνω είναι φανερό ότι η εγκυμοσύνη σε ηλικίες άνω των 35 ετών, μπορεί να εμφανίσει μία μεγάλη ποικιλομορφία προβλημάτων. Για το λόγο αυτό, χρειάζεται ιδιαίτερη παρακολούθηση, καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης, σε καλά οργανωμένα ιατρικά κέντρα που θα στελεχώνονται από εξειδικευμένους επιστήμονες.

Η μαιευτική παρακολούθηση της εγκύου ηλικίας άνω των 35 ετών δε διαφέρει σημαντικά από εκείνη των υπολοίπων εγκύων. Ωστόσο, είναι χαρακτηριστικό ότι οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να τοποθετούν εξ αρχής τις έγκυες μεγάλης ηλικίας στην κατηγορία των «υψηλού κινδύνου» κυήσεων, παρόλο που τα ιατρικά αρχεία παρουσιάζουν μικρές διαφοροποιήσεις εξ αιτίας της ηλικίας τους. (Windridge, Berryman, 1999). Αυτό που απαιτείται λοιπόν, είναι μεγαλύτερη προσοχή σε ορισμένες παραμέτρους, λόγω των ιδιαιτεροτήτων, που μπορεί να παρουσιάσει η εγκυμοσύνη τους. Το ιδεώδες είναι η εξατομικευμένη μαιευτική φροντίδα για κάθε έγκυο.

Στην πρώτη επαφή με την έγκυο, είναι απαραίτητη η συμπλήρωση ενός λεπτομερούς ιστορικού, που θα πρέπει να γίνεται σε κλίμα εμπιστοσύνης, ώστε να είμαστε ενήμεροι για τυχόν προβλήματα υγείας που προϋπάρχουν και μπορούν να επηρεάσουν την εξέλιξη της κύησης. Συνήθως, οι γυναίκες της ηλικίας αυτής έχουν συνείδηση των ευθυνών, που απορρέουν από μία εγκυμοσύνη και είναι συνεπείς τόσο όσον αφορά στην προσέλευσή τους στις προγραμματισμένες επισκέψεις, όσο και στην εκτέλεση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων. Ιδιαίτερα, οι γυναίκες που πέτυχαν αυτή την εγκυμοσύνη μετά από θεραπεία υπογονιμότητας, έχουν περισσότερο αυξημένο το αίσθημα ευθύνης και συνέπειας.

Ωστόσο, σε αυτήν την ηλικιακή κατηγορία ανήκουν και πολύτοκες γυναίκες, τις οποίες, συνήθως διακατέχει μία απροθυμία να συνεργαστούν με την επιστημονική ομάδα, θεωρώντας ότι έχουν την απαραίτητη πείρα, για να φέρουν σε

πέρας την εγκυμοσύνη τους. Σε αυτές, λοιπόν τις γυναίκες πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα της παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Οφείλουμε να τις ενημερώσουμε για τους κινδύνους, που απορρέουν για τις ίδιες και για το νεογνό τους από το συνδυασμό της πολυτοκίας με την προχωρημένη ηλικία τους.

Έμφαση, από την αρχή της διάγνωσης της εγκυμοσύνης, πρέπει να δίνεται στο διαιτολόγιο, ώστε να αποφευχθεί η υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους. Επίσης, η προσεκτική διατροφή θα αποτρέψει, ως ένα βαθμό, την εμφάνιση ή και την επιδείνωση καταστάσεων όπως η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης, που εμφανίζονται συχνότερα σε έγκυες αυτής της ηλικίας.

Ιδιαίτερη αναφορά επιβάλλεται να γίνει στον λεπτομερή προγεννητικό έλεγχο, στον οποίο πρέπει να υποβληθούν οι έγκυες γενικά αλλά και αυτής της ηλικιακής ομάδας ειδικότερα, λόγω των αυξημένων πιθανοτήτων εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε έρευνα που διεξήχθη στην Ελβετία, οι έγκυες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών επέλεξαν σημαντικά συχνότερα να υποβληθούν σε αμνιοπαρακέντηση από ότι έγκυες ηλικίας 30-34 ετών. Επίσης, και στις 2 ομάδες, η πλειοψηφία των εγκύων δήλωσε ότι θα δεχόταν να υποβληθεί σε αμνιοπαρακέντηση εάν τους το πρότεινε ο γυναικολόγος τους. (Phillips και συνεργάτες, 1998). Παρακάτω παρατίθεται πίνακας που αναφέρεται στον κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου Down στο έμβρυο ανάλογα με την ηλικία της μητέρας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DOWN

Ηλικία εγκύου	Συχνότητα / ζωντανές γεννήσεις
29 ετών	1/935
30-34 ετών	1/600
35 ετών	1/365
35-39 ετών	1/300 - 1/100
40-45 ετών	1/60 – 1/50
>45 ετών	1/40

6.2 ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο προγεννητικός έλεγχος αφορά το σύνολο των διαγνωστικών εξετάσεων και μεθόδων με τις οποίες επιτυγχάνεται η έγκαιρη ενδομήτρια διάγνωση ορισμένων γεννητικών παθήσεων του εμβρύου. (Αντζακλής, 2000), (Ταμπακούδης, 2001). Οι καθιερωμένες ενδείξεις που σαφώς καταδεικνύουν έναν πλήρη προγεννητικό έλεγχο είναι:

- Ηλικία μητέρας κάτω από 16 ή πάνω από 35 ετών, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων, βάρος μητέρας κάτω από 50 κιλά, πτωχή διατροφή, κάπνισμα, λήψη φαρμάκων, αλκοόλ και αναιμία.
- Γονείς με ανωμαλίες χρωμοσωμάτων, προηγούμενο παιδί με ανωμαλία χρωμοσωμάτων, φυλοσύνδετη διαταραχή, συγγενή διαταραχή του μεταβολισμού.
- Οικογενειακό ιστορικό με ανοιχτές βλάβες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.
- Ιστορικό με προβλήματα αναπαραγωγής (μακροχρόνια στείρωση, επανειλημμένες αυτόματες εκτρώσεις, κύηση μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή).

Οι εξετάσεις που περιλαμβάνει ο προγεννητικός έλεγχος, πέραν των συνήθων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων είναι:

6.2.1 Υπερηχογραφήματα

Είναι μια μέθοδος απεικόνισης του εμβρύου και των οργάνων της πυέλου της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης. Αποτελούν το κυριότερο μέσο για τον έλεγχο του εμβρύου κατά την κύηση.

Οι υπέρηχοι εφαρμόζονται κυρίως για :

- Επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης,
- Ανίχνευση της εξωμήτριου κύησης,
- Καθορισμό της ηλικίας κύησης,
- Έλεγχο φυσιολογικής ανάπτυξης εμβρύου,
- Προσδιορισμό κινήσεων εμβρύου,
- Διάγνωση ανωμαλιών διάπλασης εμβρύου, όπως ανωμαλίες διάπλασης μελών, υδροκέφαλο, μηνιγγομυελοκίλη, απόφραξη εντέρου, αγενεσία νεφρών.
- Διάγνωση υδράμνιου ή ολιγάμνιου και
- Προσδιορισμό της θέσης, του μεγέθους και του βαθμού ωρίμανσης του πλακούντα.

6.2.2 Αυχενική Διαφάνεια

Είναι η υπερηχογραφική μέτρηση της αυχενικής πτυχής και είναι ένας αξιόπιστος δείκτης για τη διάγνωση της πιθανότητας ύπαρξης ανωμαλίας χρωμοσωμάτων στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (9^η - 13^η εβδομάδα της κύησης).

6.2.3 Αυχενική Διαφάνεια + PAPP-A

Πρόκειται για μία βιοχημική μέθοδο προσδιορισμού ανωμαλιών των χρωματοσωμάτων με τη μέτρηση της πρωτεΐνης του πλακούντα PAPP-A. Γίνεται στις 11 - 13 εβδομάδες της κύησης.

6.2.4 A – Test

Είναι μία βιοχημική μέθοδος προσδιορισμού ανωμαλιών των χρωματοσωμάτων με τη μέτρηση τριών βιοχημικών δεικτών, της β - χορειακής γονοδοτροπίνης, της α-FP και της οιστριόλης. Γίνεται στις 16 - 18 εβδομάδες.

6.2.5 Αμνιοπαρακέντηση

Συνίσταται στην παρακέντηση της αμνιακής κοιλότητας και την αναρρόφηση υγρού, στο οποίο γίνονται διάφορες κυτταρολογικές, γενετικές και βιοχημικές αναλύσεις. Συνήθως γίνεται μεταξύ της 16^{ης} -18^{ης} εβδομάδας και πάντα κάτω από συνεχή υπερηχογραφικό έλεγχο. Οι επιπλοκές από τη μητέρα είναι σπάνιες. Αμνιονίτιδα συμβαίνει σε ποσοστό 0,1% ενώ οι κίνδυνοι για το έμβρυο είναι η αποβολή και ο ενδομήτριος θάνατος και κυμαίνονται σύμφωνα με διάφορες στατιστικές από 0,03 - 0,1%. (Καρπάθιος, 1999)

6.2.6 Doppler αγγείων (εμβρύου)

Η Doppler υπερηχογραφία είναι μία τεχνική με την οποία εκτιμάται η αιματική ροή και έμμεσα η αιμάτωση οργάνων. Στην Μαιευτική εφαρμόζεται για μελέτη των μητριάων αρτηριών, των ομφαλικών αγγείων καθώς και των εμβρυϊκών αγγείων. Η Doppler υπερηχογραφία παρέχει αξιόλογες πληροφορίες σε παθολογικές

καταστάσεις της κύησης και συγκεκριμένα σε ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, προεκλαμψία, εμβρυϊκή αναιμία, αυτοάνοσα νοσήματα κατά την κύηση, πρόωρη ρήξη των υμένων, σακχαρώδη διαβήτη της εγκυμοσύνης και παράταση της κύησης.

6.2.7 Λήψη τροφοβλάστης (CVS)

Η λήψη τροφοβλάστης γίνεται κάτω από υπερηχογραφική καθοδήγηση μεταξύ της 10^{ης} -12^{ης} εβδομάδας. Η ανάλυση μπορεί να γίνει με άμεση παρασκευή των χρωμοσωμάτων ή με καλλιέργεια. Οι επιπλοκές είναι η φλεγμονή, η κολπική αιμόρροια, η αυτόματη έκτρωση, ο ενδομήτριος θάνατος και κυμαίνονται από 1-3%. (Καρπάθιος, 1999) Το ποσοστό των χρωμοσωματικών ανωμαλιών που ανιχνεύονται με τη μελέτη της τροφοβλάστης είναι 5,6%, ενώ με την αμνιοπαρακέντηση είναι περίπου 3,6%.(Καρπάθιος, 1999)

6.2.8 Ομφαλιδοκέντηση

Σπανιότερα, χρησιμοποιείται ως μέθοδος προγεννητικού ελέγχου η ομφαλιδοκέντηση τη 17^η – 20^η εβδομάδα της κύησης. Τέλος, σε περιπτώσεις εξωσωματικής γονιμοποίησης μπορεί να γίνει προεμφυτευτική διάγνωση γενετικών ανωμαλιών.

6.2.9 Ψυχολογική υποστήριξη

Σε περιπτώσεις σοβαρών γενετικών ανωμαλιών, που διαγιγνώσκονται κατά τον προγεννητικό έλεγχο συστήνεται η διακοπή της κύησης. Συνήθως πρόκειται για κυήσεις δευτέρου τριμήνου, οπότε η έκτρωση είναι μία επικίνδυνη διαδικασία, τόσο ιατρικά όσο και συναισθηματικά. Επίσης επειδή πρόκειται για επιθυμητές κυήσεις η έκτρωση αποτελεί μία ιδιαίτερα ψυχοτραυματική εμπειρία με αποτέλεσμα να ακολουθεί, συχνά, σοβαρή κατάθλιψη ή μεγάλη ένταση στο ζευγάρι, οπότε συνίσταται ψυχολογική υποστήριξη.

Ιδιαίτερη προσοχή, θα πρέπει επίσης να δοθεί στην ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου, ακόμα και όταν η κύηση εξελίσσεται ομαλά. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι γυναίκες άνω των 35 ετών, ακόμα και όταν είναι υγιείς, συχνά πιστεύουν ότι η ηλικία τους και μόνο, κάνει τα νεογνά τους ιδιαίτερα ευπαθή κατά τη

διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού Ταυτόχρονα, θεωρούν ότι και η δική τους υγεία, λόγω προχωρημένης ηλικίας, βρίσκεται σε κίνδυνο και ο οργανισμός τους δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις αυξημένες ανάγκες της εγκυμοσύνης. Στις γυναίκες δε, που έμειναν έγκυες με τη βοήθεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης, το άγχος αυτό, παρατηρείται συχνότερα και εντονότερα. (Windridge, Berryman, 1999)

Οι πολύτοκες έγκυες, σε αντίθεση με τις πρωτότοκες, δεν αντιμετωπίζουν σε τέτοιο βαθμό άγχος για την έκβαση της κύησης, όσο για τον τρόπο, με τον οποίο θα ανταπεξέλθουν στις αυξημένες τους υποχρεώσεις, μετά από την προσθήκη του νέου μέλους στην οικογένειά τους.

Για τους παραπάνω λόγους λοιπόν, κρίνεται απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη και η παροχή συμβουλών στις εγκύους, με σκοπό την εξάλειψη των φόβων τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 35 ΕΤΩΝ

Η εγκυμοσύνη, που επιτυγχάνεται προς το τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας παρουσιάζει αρκετές ιδιαιτερότητες, οι οποίες έχουν ήδη αναφερθεί, και μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστες καταστάσεις, που αφορούν τόσο στη γυναίκα και το παιδί, όσο και στην κοινωνία γενικότερα.

7.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Από όσα έχουν ήδη αναφερθεί, προκύπτει ότι η κύηση σε ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών, μπορεί να προκαλέσει οργανικές διαταραχές στη γυναίκα. Αυτό μπορεί να σημαίνει είτε επιβάρυνση προβλημάτων υγείας, που προϋπήρχαν της κύησης είτε εμφάνιση νέων, που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της κύησης. Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να είναι η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης, καθώς και η θρομβοφλεβίτιδα.

Εξίσου σημαντικές είναι και οι ψυχολογικές επιπτώσεις της κύησης σε αυτήν την ηλικία. Εκτός από το άγχος για την έκβαση της εγκυμοσύνης, οι πρωτότοκες μητέρες διακατέχονται και από άγχος για την ανατροφή του παιδιού τους. Η μεγάλη ηλικία τους, τις φοβίζει για το κατά πόσο θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις ευθύνες της μητρότητας. Αυτό, συχνά, έχει ως αποτέλεσμα να οδηγούνται σε ακραίες συμπεριφορές και να γίνονται υπερπροστατευτικές απέναντι στα παιδιά τους.

Τέλος, όσον αφορά στις πολύτοκες μητέρες της ηλικίας αυτής, το άγχος τους κυρίως, αφορά στις οικονομικές δυσκολίες, που θα αντιμετωπίσουν με την προσθήκη του νέου μέλους στην οικογένειά τους.

7.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Τα οργανικά προβλήματα, που είναι δυνατό να αντιμετωπίσει ένα νεογνό μητέρας ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών έχουν ήδη αναφερθεί αναλυτικά. Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να γίνει αναφορά κυρίως, στις κοινωνικές και τις

ψυχολογικές επιπτώσεις, που μπορεί να αντιμετωπίσει το παιδί αυτό. Το γεγονός ότι μεταξύ αυτού και των γονέων του υπάρχει μεγάλη διαφορά ηλικίας σε συνδυασμό με την υπερπροστατευτικότητα που συχνά τους χαρακτηρίζει, δημιουργεί προβλήματα στην ανατροφή του. Συχνά παρατηρείται έλλειψη επικοινωνίας, που μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις, οι οποίες γίνονται εντονότερες στην περίοδο της εφηβείας και μπορούν να οδηγήσουν το παιδί σε ακραίες συμπεριφορές.

Τα παιδιά των πολύτεκνων οικογενειών επίσης, έρχονται ορισμένες φορές αντιμέτωπα με δυσάρεστες καταστάσεις, που απορρέουν από τη δυσχερή οικονομική κατάσταση των γονέων τους αλλά και από την έλλειψη χρόνου αυτών να ασχοληθούν με την ανατροφή τους.

7.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η πολυπλοκότητα της προγεννητικής φροντίδας, που απαιτείται για τις έγκυες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνει σημαντικά το κόστος για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι αιτίες αύξησης του κόστους είναι η μεγαλύτερη ανάγκη για υψηλής τεχνολογίας προγεννητικό έλεγχο, με σκοπό τη διάγνωση γενετικών ανωμαλιών του εμβρύου, ο οποίος ενδεικτικά περιλαμβάνει την αμνιοπαρακέντηση. Επιπλέον, υπάρχει αυξημένη ανάγκη για ιατρική παρακολούθηση, αύξηση των καισαρικών τομών, ενώ συχνά παρατηρείται και μεγαλύτερη παραμονή των γυναικών σε νοσοκομειακές μονάδες, εξ αιτίας της πληθώρας των προβλημάτων, που πιθανόν να παρουσιαστούν κατά την κύηση τους. Τέλος, συχνή είναι και η αναγκαιότητα για εντατική νεογνική παρακολούθηση λόγω του μεγαλύτερου κινδύνου εμφάνισης προβλημάτων στο νεογέννητο.

Άλλωστε, σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα νεογνά μητέρων ηλικίας μικρότερης των 30 ετών εισήλθαν σε μονάδα εντατικής νοσηλείας σε ποσοστό 7%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα νεογνά των μητέρων ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών ήταν 12%. Επίσης, διπλάσιο είναι το ποσοστό των γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών, που παραμένουν στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό για μακρύτερο χρονικό διάστημα, σε σύγκριση με τις γυναίκες μικρότερης ηλικίας. (Davidson, Fukushima, 1985).

Τέλος, σημαντική οικονομική επιβάρυνση τόσο για το ζευγάρι, όσο και για την κοινωνία αποτελεί το υπέρογκο κόστος των αλληπάλληλων προσπαθειών εξωσωματικής γονιμοποίησης, που είναι συχνά απαραίτητες για την επίτευξη μίας εγκυμοσύνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εγκυμοσύνη και η μητρότητα σε μια πιο προχωρημένη αναπαραγωγική ηλικία χαρακτηρίζεται από ιδιαιτερότητες, που είναι πιθανό να επηρεάσουν την έκβαση της κύησης και του τοκετού. Η μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας καταδεικνύει την ύπαρξη ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά την εξέλιξη της εγκυμοσύνης των γυναικών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 35 ετών. Παρουσιάζει, λοιπόν, σημαντικό ερευνητικό ενδιαφέρον η μελέτη της πορείας της κύησης των παραπάνω γυναικών καθώς και της κατάστασης υγείας των νεογνών τους.

8.2 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας μας είναι να διερευνήσουμε την έκβαση της εγκυμοσύνης γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών και των προβλημάτων που τυχόν αντιμετώπισαν τα νεογνά τους σε σχέση με τις γυναίκες μικρότερης ηλικίας. Επιπροσθέτως, σκοπός μας είναι να διαπιστώσουμε κατά πόσο η τεκνοποίηση στην ηλικία αυτή προκαλεί αύξηση του κόστους σε σχέση με την τεκνοποίηση σε μικρότερη ηλικία.

8.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα μεταξύ Απριλίου του 2008 και Αυγούστου του 2008 σε μεγάλο Δημόσιο μαιευτήριο της Αθήνας. Μελετήθηκε τυχαίο δείγμα 149 λεχωίδων, εκ των οποίων οι 72 ήταν ηλικίας μικρότερης των 35 ετών και οι 77 ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών. Πρόκειται για προδρομική μελέτη, που έγινε με συμπλήρωση ανώνυμων ερωτηματολογίων με προσωπική συνέντευξη από τις εγκύους αλλά και με τη χρήση στοιχείων από τα ιστορικά τους.

Μέσω των ερωτηματολογίων, εξετάστηκαν το κοινωνικό και μορφωτικό υπόβαθρο της εγκύου, η πορεία της εγκυμοσύνης, η εξέλιξη του τοκετού, οι μαιευτικές επιπλοκές και η κατάσταση του νεογνού. Το ερωτηματολόγιο ήταν κοινό και δείγμα του παρατίθεται στη συνέχεια:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία μητέρας:
2. Έγγαμος Άγαμος
3. Καταγωγή:
4. Ατομικό ιστορικό:
5. Γυναικολογικό ιστορικό:
6. Μόρφωση: Ιβάθμια ΙΙβάθμια ΙΙΙβάθμια
7. Επάγγελμα :
8. Τόκος:
9. Προβλήματα κατά τη διάρκεια προηγούμενων κυήσεων- τοκετών :
10. Αποβολές: Τ.Ε. αριθμός: Α.Ε. αριθμός :
11. Παρούσα κύηση κατόπιν τεχνητής γονιμοποίησης; ΝΑΙ ΟΧΙ
12. Παρακολούθηση της εγκυμοσύνης: Δημόσιο Μαιευτήριο
Ιδιωτικό Μαιευτήριο
Ιδιώτης Ιατρός
13. Προγεννητικός έλεγχος : Υπερηχογράφημα: ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:
Αμνιοπαρακέντηση: ΝΑΙ ΟΧΙ
14. Αύξηση σωματικού βάρους κατά την παρούσα κύηση:
15. Προβλήματα κατά την παρούσα κύηση:
16. Διάρκεια κύησης:
17. Είδος τοκετού:
18. Προβλήματα κατά τη διάρκεια του τοκετού :
19. Βάρος νεογνού :
20. Προβλήματα του νεογνού:
21. Αντιμετώπιση των προβλημάτων του νεογνού:
22. Ημέρες νοσηλείας μητέρας:
23. Ημέρες νοσηλείας νεογνού:

8.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.4.1 Δημογραφικά στοιχεία

Ξεκινώντας, θα αναφερθούμε στα δημογραφικά στοιχεία που αφορούν το δείγμα που μελετήσαμε. Μέσω των ανώνυμων ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν μπορέσαμε να συλλέξουμε στοιχεία που αφορούσαν την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την καταγωγή και την επαγγελματική ιδιότητα του δείγματος. Η μελέτη των στοιχείων αυτών έγινε θεωρώντας το δείγμα τόσο ως ένα ενιαίο σύνολο όσο και ως δύο ξεχωριστές ηλικιακές ομάδες, με αποτέλεσμα να προκύπτουν ενδιαφέροντα συμπεράσματα.

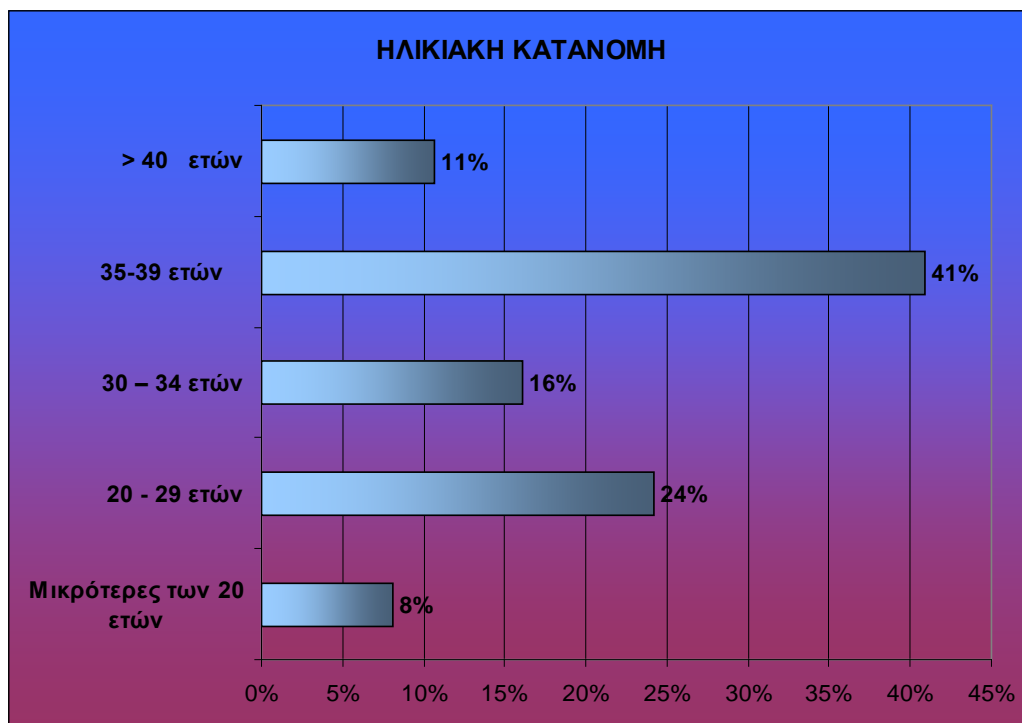
Ηλικιακή κατανομή

Αρχικά, πολύ σημαντική είναι η ηλικιακή κατανομή των 149 γυναικών που μελετήσαμε. Η ηλικία της γυναίκας η οποία πρόκειται να γίνει μητέρα επηρεάζει τόσο τον τρόπο με τον οποίο έλαβε την απόφαση αυτή, όσο και τον τρόπο και την υπευθυνότητα με την οποία αντιμετωπίζει την εγκυμοσύνη της. Επίσης, είναι λογικό να έχει αντίκτυπο και στην οικονομική της κατάσταση, η οποία είναι καθοριστικής σημασίας για τη χρήση μαιευτικών υπηρεσιών.

Όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα, το μεγαλύτερο ποσοστό (41%) των γυναικών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35 – 39 ετών και ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 20 – 29 ετών με ποσοστό 24%. Η ηλικιακή ομάδα κάτω των 20 ετών παρουσιάζει τη μικρότερη συχνότητα με ποσοστό 8%. Τέλος, ενδιαφέρον είναι το ότι οι γυναίκες άνω των 40 ετών αποτελούν το 11% του δείγματος, καταδεικνύοντας έτσι την τάση της σημερινής εποχής για τεκνοποίηση σε όλο και μεγαλύτερες ηλικίες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΝΟΛΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ



Σημαντική ωστόσο, είναι και η μελέτη του δείγματος χωρισμένου σε δύο ηλικιακές ομάδες γυναικών, ηλικίας κάτω και άνω των 35 ετών. Έτσι λοιπόν από τις 149 γυναίκες που μελετήσαμε οι 72 είναι ηλικίας κάτω των 35 ετών και οι 77 άνω των 35 ετών. Οι δύο ομάδες είναι σχεδόν ισάριθμες και έτσι η σύγκρισή τους θα μπορέσει να μας δώσει αξιόπιστα αποτελέσματα σχετικά με τις διαφορές που τις χαρακτηρίζουν.

Στους πίνακες που ακολουθούν, φαίνεται η συγκρότηση των δύο ομάδων. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι στην πρώτη ομάδα οι γυναίκες κάτω των 20 ετών που τεκνοποίησαν αποτελούσαν το 16,7% του συνόλου ποσοστό που είναι αρκετά σημαντικό. Σχετικά με τη δεύτερη ομάδα, αξίζει να σημειωθεί ότι το 20,8% των γυναικών ήταν ηλικίας άνω των 40 ετών, οι οποίες αποφάσισαν να τεκνοποιήσουν σε μία αρκετά προχωρημένη ηλικία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

<i>Ηλικία</i>	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
Μικρότερες των 20 ετών	12	16,7%
20 - 29 ετών	36	50%
30 – 34 ετών	24	33,3%
ΣΥΝΟΛΟ	72	100%

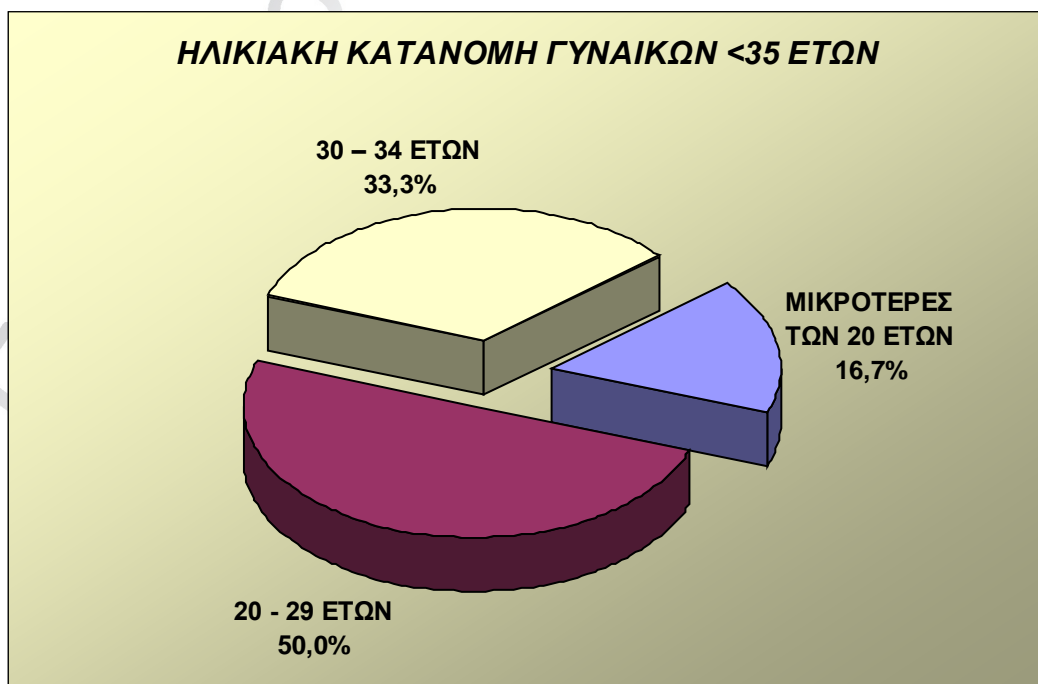
ΠΙΝΑΚΑΣ 10

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

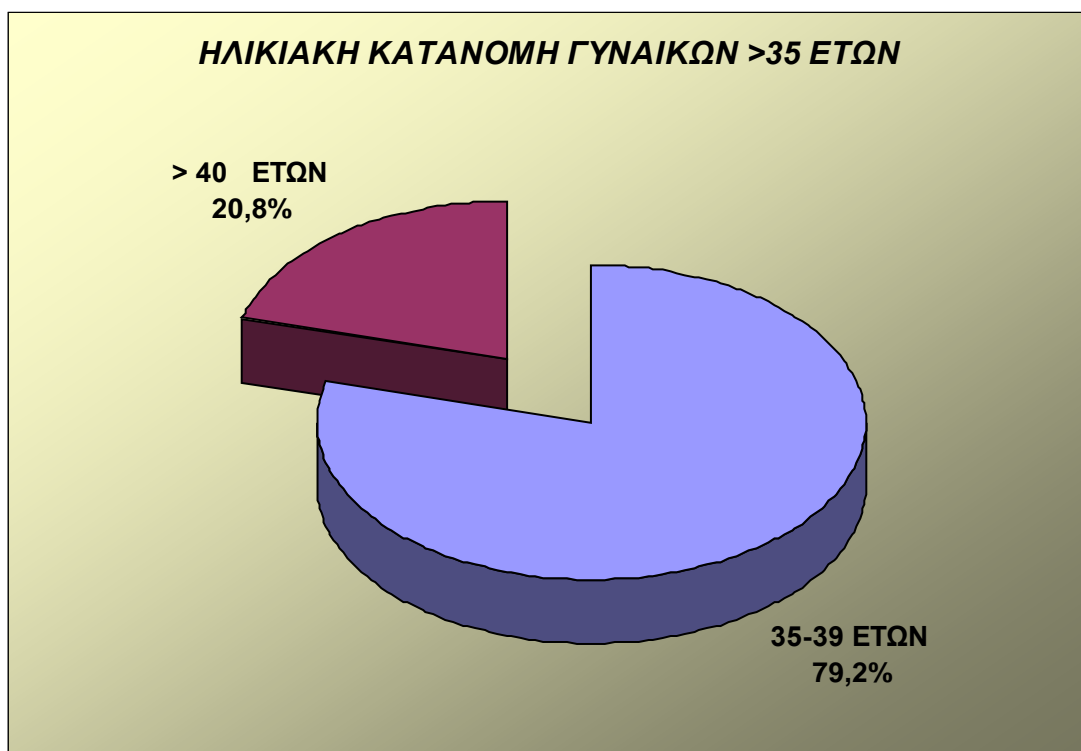
<i>Ηλικία</i>	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
35-39 ετών	61	79,2%
> 40 ετών	16	20,8%
ΣΥΝΟΛΟ	77	100%

Επίσης, σχηματικά η ηλικιακή κατανομή φαίνεται στα διαγράμματα που ακολουθούν.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5

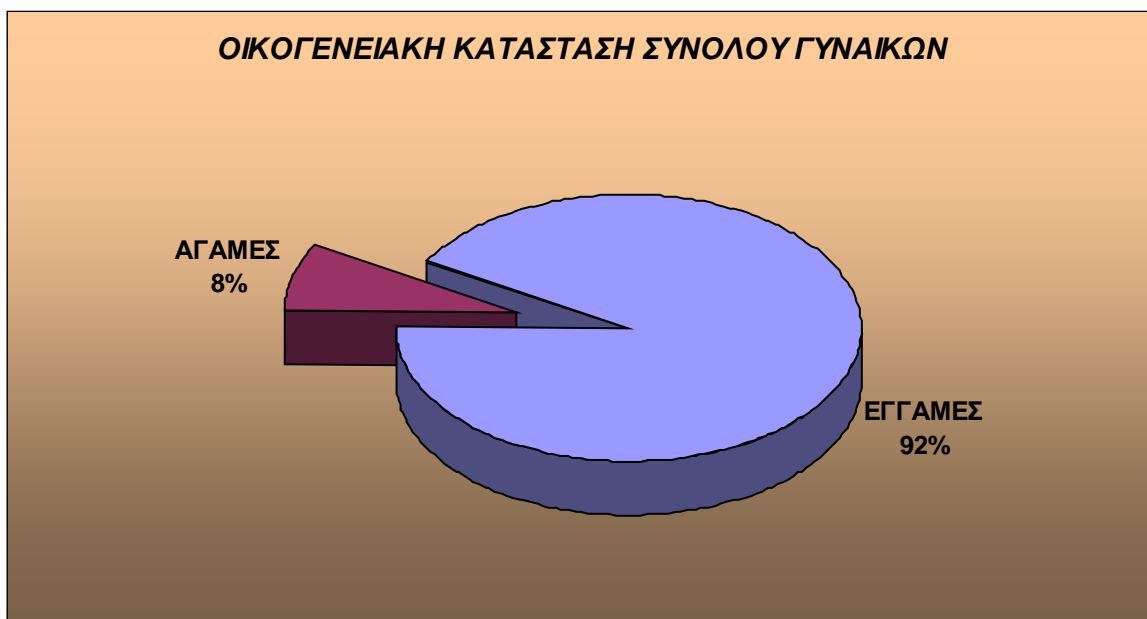


Οικογενειακή κατάσταση

Μέσω των σχετικών με την οικογενειακή κατάσταση στοιχείων προσπαθούμε να εξακριβώσουμε το ποσοστό των γυναικών που παίρνουν την απόφαση να δημιουργήσουν μία μονογονεϊκή οικογένεια. Άλλωστε μην ξεχνάμε ότι ένας παράγοντας που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μία τέτοια απόφαση είναι συχνά και η ηλικία της γυναίκας. Επίσης, η ύπαρξη μονογονεϊκών οικογενειών επηρεάζει και τη δυνατότητα χρήσης των μαιευτικών υπηρεσιών καθώς μπορεί να αποτελεί την αιτία για πιο περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες.

Στο σύνολο του δείγματός μας λοιπόν, το ποσοστό των άγαμων γυναικών που πήραν την απόφαση να τεκνοποιήσουν είναι 8% όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6



Όσον αφορά δε την ομάδα των γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών το αντίστοιχο ποσοστό είναι 8,3%, ενώ στην ομάδα των γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών είναι 7,8%. Δεν φαίνεται λοιπόν να υπάρχει κάποια ιδιαίτερη διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες σχετικά με το ποσοστό των γυναικών που αποφασίζουν να τεκνοποιήσουν εκτός γάμου. Ωστόσο, τα ποσοστά αυτά εμφάνισης άγαμων μητέρων δεν είναι σε καμία περίπτωση αμελητέα και δείχνουν σαφώς τις τάσεις της σημερινής κοινωνίας για τη συχνότερη δημιουργία μονογονεϊκών οικογενειών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
Έγγαμες	66	91,7%
Άγαμες	6	8,3%
ΣΥΝΟΛΟ	72	100%

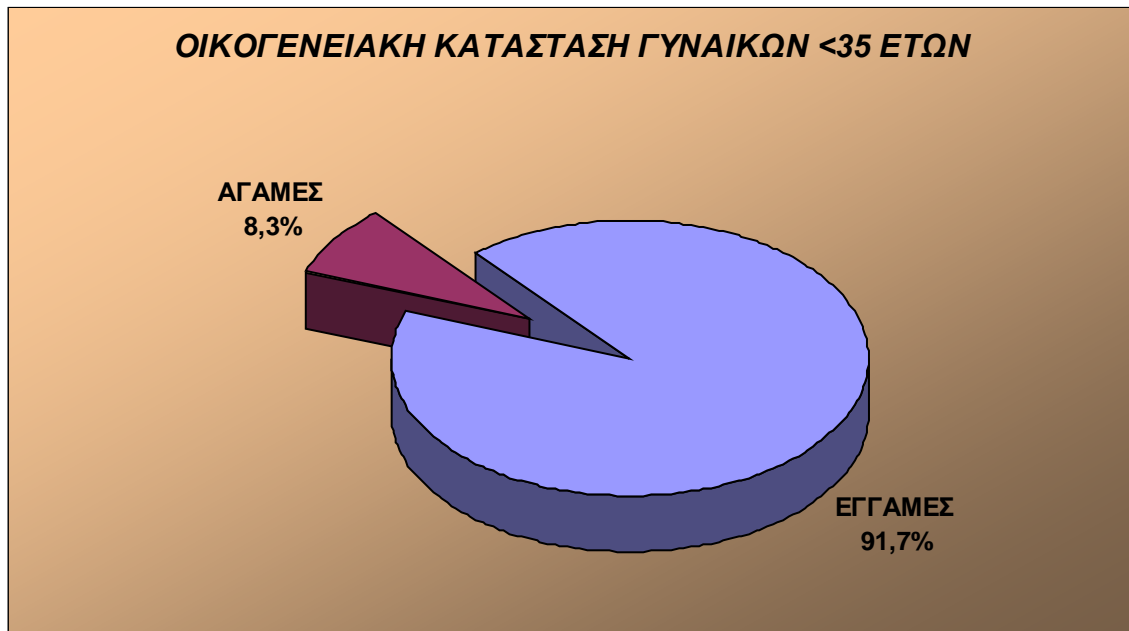
ΠΙΝΑΚΑΣ 12

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
Έγγαμες	71	92,2%
Άγαμες	6	7,8%
ΣΥΝΟΛΟ	77	100%

Στα διαγράμματα που ακολουθούν, φαίνονται τα ποσοστά άγαμων μητέρων σε κάθε ηλικιακή ομάδα χωριστά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8

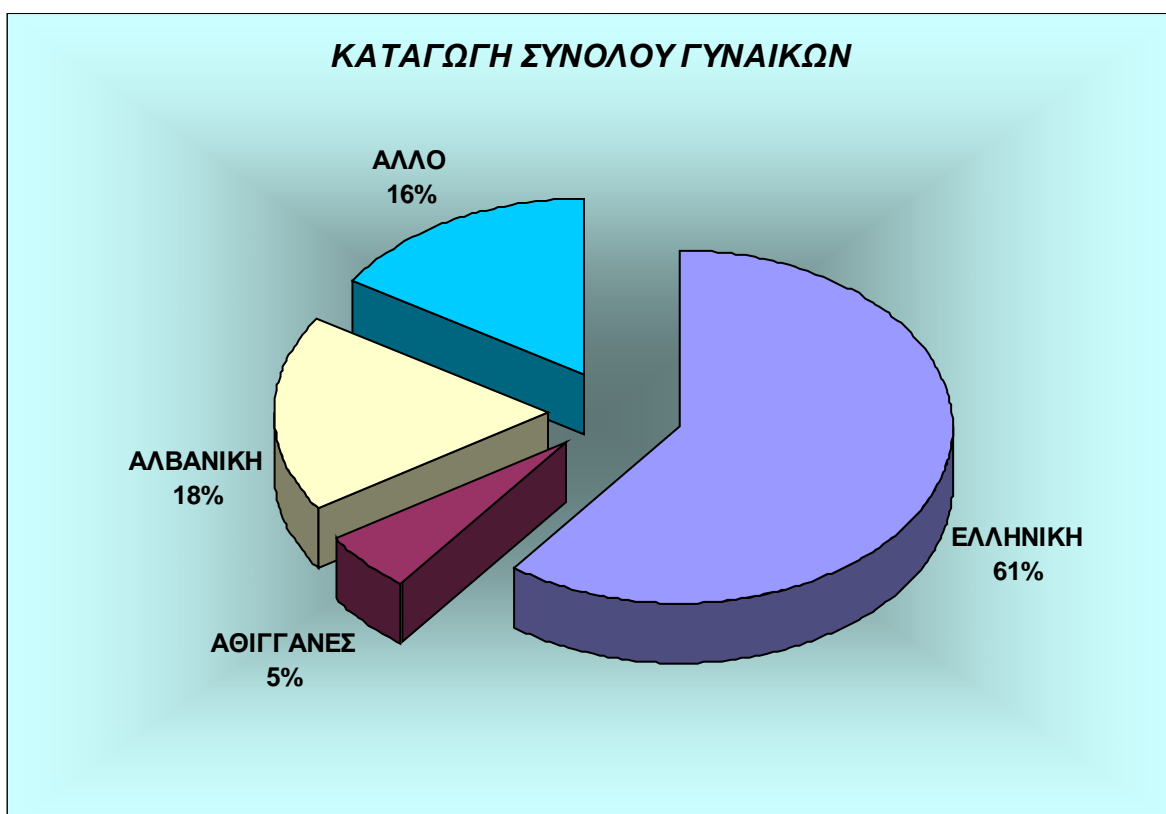


Καταγωγή

Η καταγωγή των γυναικών αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο, καθώς μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν την εγκυμοσύνη τους, το κατά πόσο επιλέγουν να κάνουν προγεννητικό έλεγχο ή όχι και κατά πόσο ακολουθούν τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας. Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται η ποσοστιαία κατανομή του συνόλου των γυναικών του δείγματος σχετικά με την καταγωγή τους. το μεγαλύτερο ποσοστό 61%, ανήκει στις γυναίκες ελληνικής καταγωγής, ενώ σημαντικό είναι και το 18%, ποσοστό των γυναικών αλβανικής καταγωγής.

Στην κατηγορία με την ονομασία «Άλλο», περιλαμβάνονται διάφορες εθνικότητες οι οποίες μεμονωμένα παρουσίασαν μικρότερη συχνότητα εμφάνισης στο δείγμα μας. Οι εθνικότητες αυτές είναι ρώσικη, βουλγάρικη, ρουμάνικη, νιγηριανή.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9



Στους παρακάτω πίνακες διαχωρίζουμε το δείγμα μας στις δύο ηλικιακές ομάδες κάτω και άνω των 35 ετών και έτσι μπορούμε να παρατηρήσουμε κάποιες σημαντικές διαφορές. Αρχικά, στην ομάδα γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών είναι συντριπτική η πλειοψηφία των γυναικών ελληνικής καταγωγής με ποσοστό 71,4% έναντι του αντίστοιχου 48,6% των γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών. Επίσης, σημαντικό στοιχείο αποτελεί το ότι ενώ στην ομάδα των γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών ένα ποσοστό 11,1% ήταν Αθίγγανες, στην ηλικιακή ομάδα άνω των 35 ετών δεν υπήρχε ούτε μία Αθίγγανη γυναίκα. Το παραπάνω γεγονός μπορεί να αποδοθεί στις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν αυτή την κοινωνική ομάδα.

Οι διαφορές που αναφέρθηκαν φαίνονται πιο ξεκάθαρα στο διάγραμμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

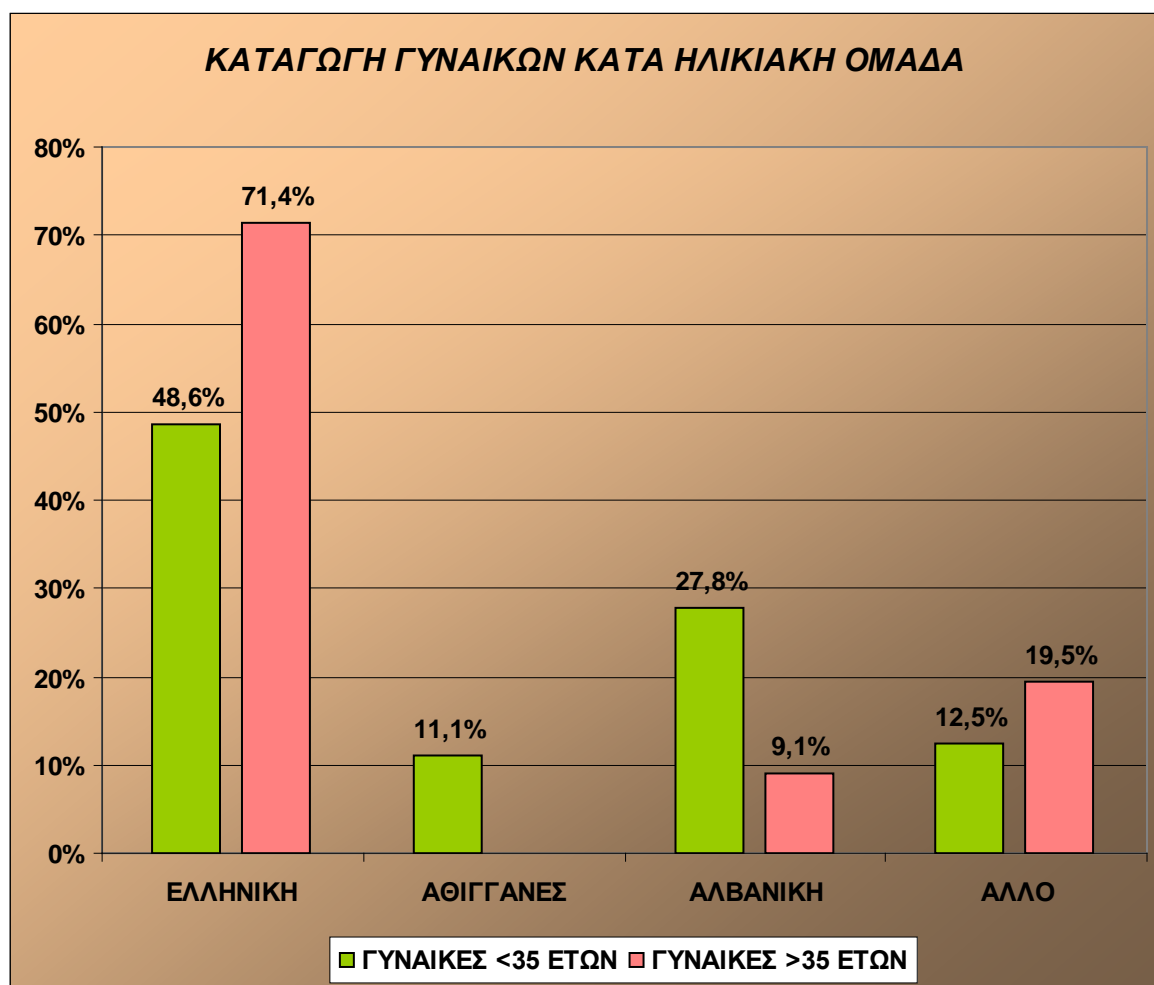
<i>Καταγωγή</i>	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
Ελληνική	35	48,6%
Αθίγγανες	8	11,1%
Αλβανική	20	27,8%
Άλλο	9	12,5%
ΣΥΝΟΛΟ	72	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

Καταγωγή	Αριθμός εγκύων	Ποσοστό
Ελληνική	55	71,4%
Αθίγγανες	-	-
Αλβανική	7	9,1%
Άλλο	15	19,5%
ΣΥΝΟΛΟ	77	100%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10



Επαγγελματική κατηγορία

Η επαγγελματική κατάσταση των γυναικών και κατ' επέκταση και αυτή των οικογενειών τους είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την απόφασή τους για κατανάλωση μαιευτικών υπηρεσιών, όπως είναι ο προγεννητικός έλεγχος. Μεγαλύτερο διαθέσιμο εισόδημα στην οικογένεια μπορεί να συνεπάγεται περισσότερες επιλογές και πιθανόν στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα, ενώ η αντίθετη περίπτωση μπορεί να επιφέρει στροφή προς το δημόσιο τομέα. Επιπροσθέτως, η επαγγελματική κατάστασή τους αντανακλά και το επίπεδο εκπαίδευσής τους, το οποίο αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα που επηρεάζει την συμπεριφορά τους απέναντι στην εγκυμοσύνη.

Σημαντικές διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες του δείγματός μας σχετικά με την επαγγελματική κατηγορία. Πιο συγκεκριμένα, στις γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών το 58,4% των γυναικών ασχολούνταν με τα οικιακά, γεγονός που πιθανόν να υποδηλώνει και μία μειωμένη οικονομική δυνατότητα.

Το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες άνω των 35 ετών είναι 35,1%, γεγονός που δείχνει ότι πολύ μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών αυτής της ηλικίας εργάζονται. Τα παραπάνω ποσοστά αντανακλούν και τη διαφορά του επιπέδου μόρφωσης των γυναικών που ανήκουν στις δύο διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Τέλος, σημαντική είναι και η διαφορά του ποσοστού των γυναικών που είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Το ποσοστό αυτό είναι 6,9% για την πρώτη ομάδα και 20,8% για τη δεύτερη ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

<i>Επαγγελματική κατηγορία</i>	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
Δημόσιος υπάλληλος	5	6,9%
Ιδιωτικός υπάλληλος	20	27,8%
Ελεύθερος επαγγελματίας	5	6,9%
Οικιακά	42	58,4%
ΣΥΝΟΛΟ	72	100%

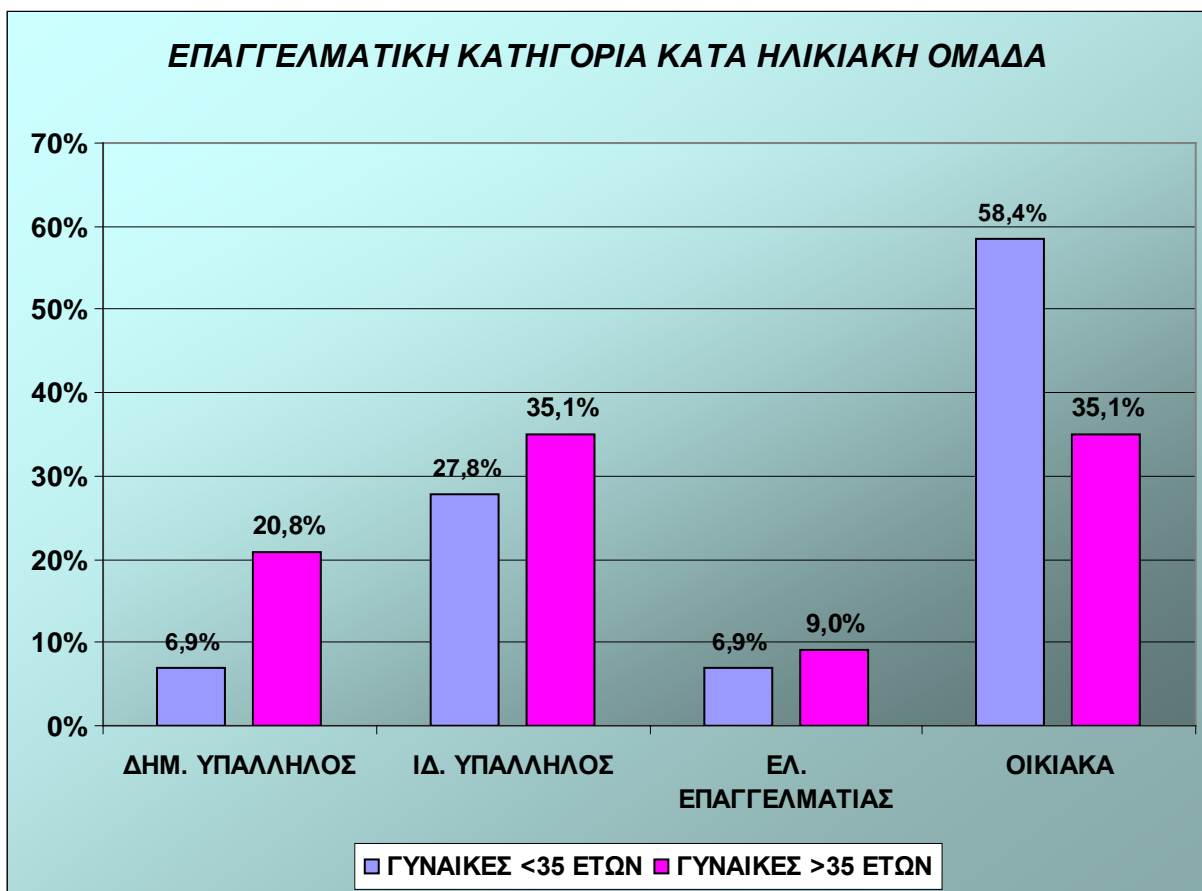
ΠΙΝΑΚΑΣ 16

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

<i>Επαγγελματική κατηγορία</i>	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
Δημόσιος υπάλληλος	16	20,8%
Ιδιωτικός υπάλληλος	27	35,1%
Ελεύθερος επαγγελματίας	7	9%
Οικιακά	27	35,1%
ΣΥΝΟΛΟ	77	100%

Σχηματικά οι διαφορές απεικονίζονται στο παρακάτω διάγραμμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11



8.4.2 Προηγούμενες κήσεις

Προβλήματα σε προηγούμενες κήσεις

Διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες των γυναικών εμφανίζεται ακόμα και στο κατά πόσο παρουσίασαν προβλήματα σε προηγούμενες κήσεις τους ή όχι. Στην πρώτη ομάδα των γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών μόλις μία γυναίκα παρουσίασε πρόβλημα σε προηγούμενη κήση, ποσοστό 1,4% επί του συνόλου. Στη δεύτερη ομάδα των γυναικών άνω των 35 ετών πρόβλημα σε προηγούμενη κήση παρουσίασε το 14,3%. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διαφορά ανάμεσα στα ποσοστά θα μπορούσε να εξηγηθεί σε μεγάλο βαθμό από το ότι για την πλειοψηφία των γυναικών κάτω των 35 ετών η παρούσα είναι η πρώτη τους κήση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΥΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
Υπαρξη προβλημάτων	1	1,4%
Μη ύπαρξη προβλημάτων	71	98,6%
ΣΥΝΟΛΟ	72	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΚΥΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
Υπαρξη προβλημάτων	11	14,3%
Μη ύπαρξη προβλημάτων	66	85,7 %
ΣΥΝΟΛΟ	77	100%

Αριθμός τοκετών

Μία σημαντική παράμετρος είναι ο αριθμός των προηγούμενων κύσεων, καθώς είναι εμφανής η διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες των γυναικών. Στην πρώτη ομάδα των γυναικών κάτω των 35 ετών είναι χαρακτηριστικό ότι για πάνω από τις μισές γυναίκες με ποσοστό 55,6% η παρούσα είναι η πρώτη τους εγκυμοσύνη, ενώ το ίδιο ισχύει για το 31,2% των γυναικών άνω των 35 ετών, ποσοστό σαφώς μικρότερο. Επίσης, στην πρώτη ομάδα το μέγιστο που βλέπουμε είναι η παρούσα να είναι η τρίτη κύηση της γυναίκας, ενώ στη δεύτερη ομάδα υπάρχουν και περιπτώσεις η παρούσα κύηση να είναι η τέταρτη, η πέμπτη ή και η έβδομη κύηση, αν και αυτός ο βαθμός υπερπολυτοκίας παρουσιάζεται σε πολύ μικρό ποσοστό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΟΚΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

<i>Αριθμός τόκου</i>	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
Πρωτοτόκος	40	55,6%
Δευτεροτόκος	26	36,1%
Τριτοτόκος	6	8,3%
ΣΥΝΟΛΟ	72	100%

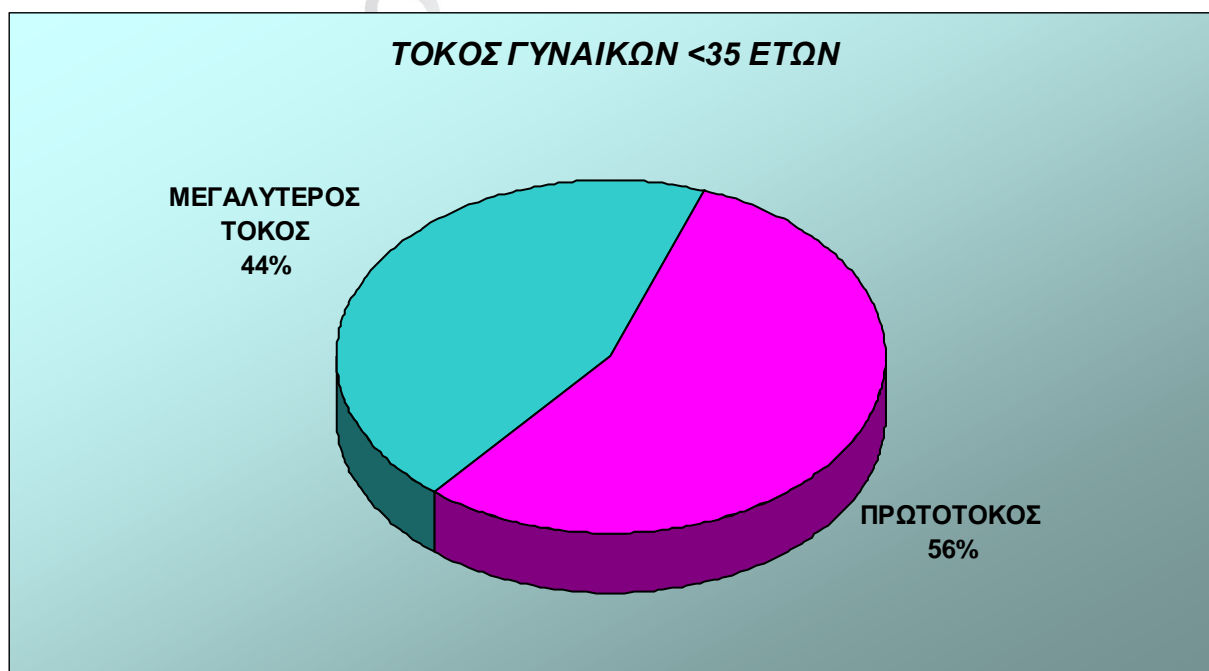
ΠΙΝΑΚΑΣ 20

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΟΚΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

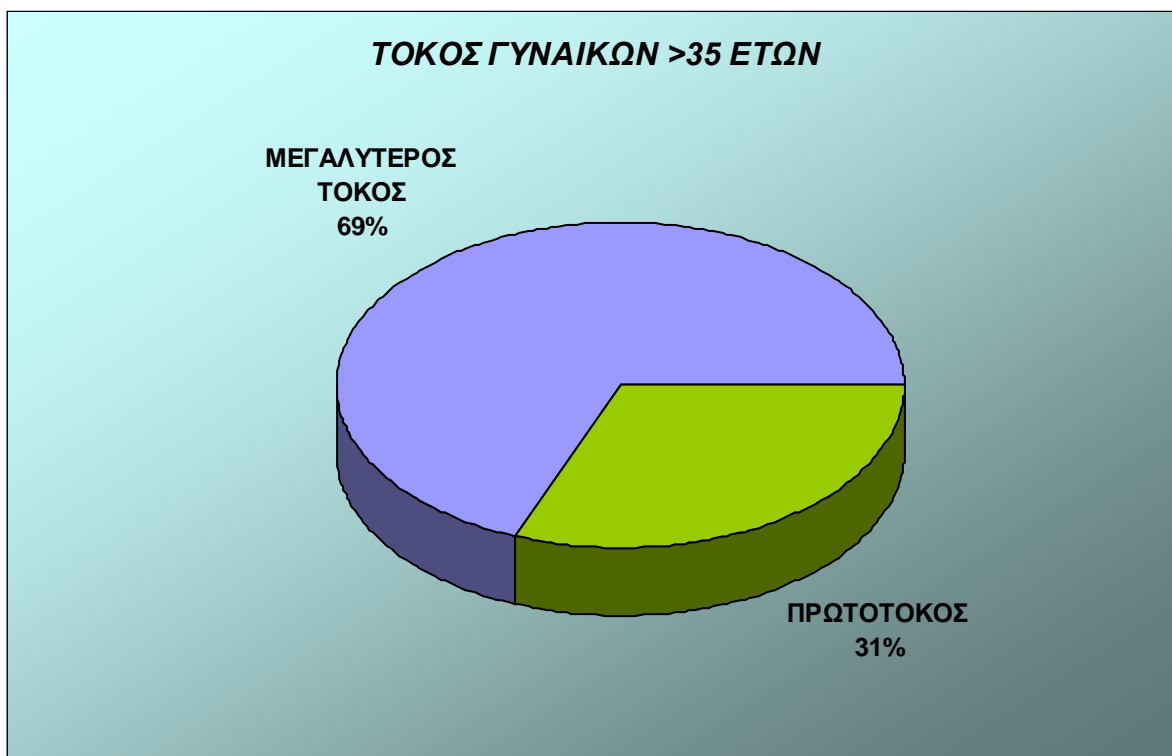
<i>Αριθμός τόκου</i>	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό</i>
Πρωτοτόκος	24	31,2%
Δευτεροτόκος	33	42,8%
Τριτοτόκος	16	20,8%
Τεταρτοτόκος	2	2,6%
Πεμπτοτόκος	1	1,3%
Εβδομοτόκος	1	1,3%
ΣΥΝΟΛΟ	77	100%

Στα παρακάτω διαγράμματα φαίνεται σχηματικά το ποσοστό των πρωτοτόκων και μη γυναικών σε κάθε ηλικιακή ομάδα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13

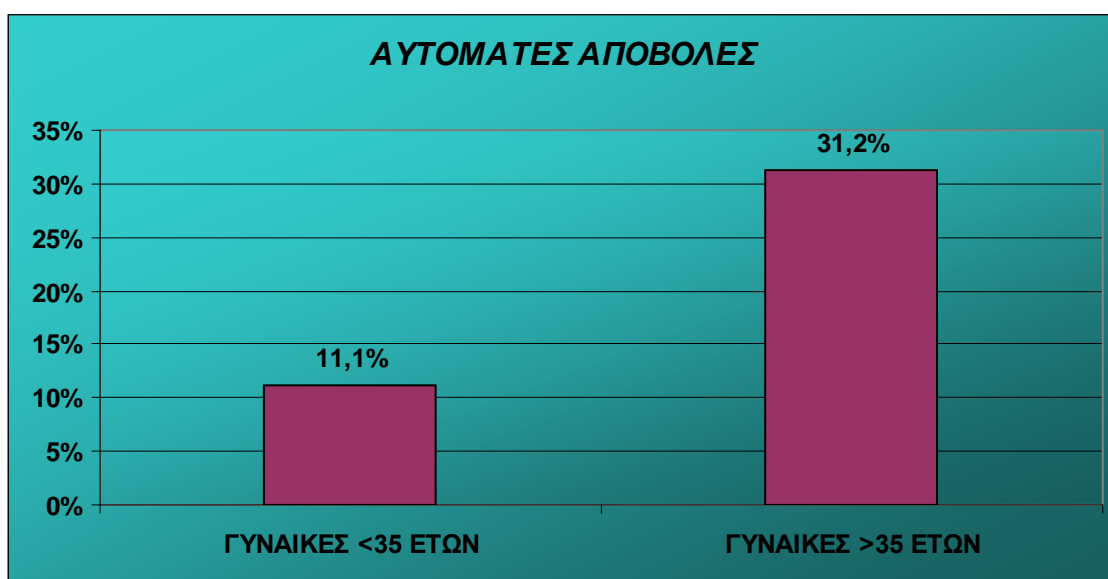


Αυτόματη αποβολή

Τα ποσοστά αυτόματων αποβολών αντικατοπτρίζουν τη δυσκολία απόκτησης παιδιών. Σε σχέση με παλιότερες εποχές παρατηρείται μεταβολή των αιτιών που κρύβονται πίσω από τις αυτόματες αποβολές. Έτσι λοιπόν, παλαιότερα η κύρια αιτία ήταν οι δύσκολες χειρωνακτικές εργασίες με τις οποίες ασχολούνταν οι γυναίκες και η έλλειψη σωστών συνθηκών διαβίωσης. Σήμερα ωστόσο, ως κύριες αιτίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν το άγχος, οι σύγχρονοι ρυθμοί ζωής, η διατροφή, η μόλυνση του περιβάλλοντος και φυσικά και η ηλικία στην οποία η γυναίκα αποφασίζει να τεκνοποιήσει.

Στο δείγμα των δύο ηλικιακών ομάδων που μελετήσαμε φαίνεται έντονα η επίδραση της μεγαλύτερης ηλικίας στα ποσοστά εμφάνισης αυτόματων αποβολών. Στις 72 γυναίκες κάτω των 35 ετών μόλις 8 είχαν αυτόματη αποβολή σε παλαιότερη κύηση, ποσοστό 11,1%, ενώ από τις 77 γυναίκες άνω των 35 ετών αυτόματη αποβολή είχαν οι 24, ποσοστό 31,2%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14



8.4.3 Παρούσα κύηση

Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Ένα φαινόμενο που γίνεται όλο και συχνότερο στην σημερινή εποχή είναι η αύξηση των ζευγαριών που αποκτούν παιδί μετά από θεραπεία υπογονιμότητας. Οι επιπτώσεις των ολοένα αυξανόμενων ποσοστών είναι φανερό ότι εκτός από ψυχολογικές είναι κυρίως οικονομικές και αφορούν τόσο την οικογένεια όσο και ολόκληρη την κοινωνία. Τα αίτια των προβλημάτων υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν πολλά ζευγάρια σήμερα θα πρέπει να αναζητηθούν στους τοξικούς παράγοντες του περιβάλλοντος, στους αγχογόνους ρυθμούς ζωής, στην κακή διατροφή και φυσικά και στην ηλικία που μία γυναίκα αποφασίζει να κάνει παιδί.

Η συχνότερη εμφάνιση προβλημάτων υπογονιμότητας σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας είναι φανερή και στο δείγμα των 149 γυναικών που μελετήσαμε. Στην ομάδα των γυναικών κάτω των 35 ετών καμία γυναίκα δεν υπεβλήθη σε θεραπεία υπογονιμότητας προκειμένου να επιτευχθεί η παρούσα κύηση, ενώ στην ομάδα γυναικών άνω των 35 ετών 4 γυναίκες οδηγήθηκαν σε εγκυμοσύνη μετά από τεχνητή γονιμοποίηση. Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται και σχηματικά ότι από τις 77 γυναίκες άνω των 35 ετών που μελετήσαμε το 5% ακολούθησε θεραπεία υπογονιμότητας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15



Ενδιαφέρον ωστόσο παρουσιάζει και η ηλικιακή κατανομή των γυναικών που έκαναν εξωσωματική γονιμοποίηση μέσα στην ίδια τους την ηλικιακή ομάδα. Από τις 4 γυναίκες που έκαναν θεραπεία λοιπόν, οι 3 ήταν άνω των 40 ετών ποσοστό 75% και μόνο η μία ήταν 35 ετών, ποσοστό 25% όπως φαίνεται και στο διάγραμμα. Επίσης, οι 3 ήταν πρωτοτόκες και μόνο η μία ήταν τριτοτόκος, αλλά οι προηγούμενοι τοκετοί είχαν λάβει χώρα προ 27ετίας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16



Προγεννητικός έλεγχος

Είναι γεγονός ότι ο προγεννητικός έλεγχος είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια μίας εγκυμοσύνης. Πολλοί ωστόσο είναι οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν το βαθμό εκτέλεσης ή μη προγεννητικών εξετάσεων από μία εγκυμονούσα. Οι λόγοι αυτοί μπορεί να είναι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, προσωπικές απόψεις και αντιλήψεις. Στόχος ωστόσο πρέπει να είναι η πραγματοποίηση του απαραίτητου προγεννητικού ελέγχου σε όλες τις εγκυμοσύνες, καθώς το ποσοστό των γυναικών που εκτελούν τις εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου υποδηλώνει και τα ποσοστά που μπορούμε να αναμένουμε σχετικά με τον περιορισμό της μητρικής, περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Βεβαίως, οι αυξημένες ανάγκες για ιατρική παρακολούθηση και προγεννητικό έλεγχο που χαρακτηρίζουν ορισμένες κατηγορίες εγκυμονούσων, συνεπάγεται και αύξηση του κόστους τόσο για την οικογένεια όσο και για την κοινωνία.

Στις δύο ομάδες των γυναικών που μελετήσαμε, εκτός από ένα ελάχιστο ποσοστό το οποίο δεν εφάρμοσε πλήρες προγεννητικό έλεγχο, ο πλήρης αιματολογικός έλεγχος, ο υπέρηχος β – επιπέδου, το υπερηχογράφημα Doppler και η αυχενική διαφάνεια αποτελούν εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου που η πλειοψηφία των γυναικών εφάρμοσε. Στο παρακάτω διάγραμμα, βλέπουμε συγκριτικά το ποσοστό των γυναικών που δεν εφάρμοσε πλήρες προγεννητικό έλεγχο και από τις δύο ηλικιακές ομάδες άνω και κάτω των 35 ετών. Είναι φανερή η διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες, καθώς ενώ το ποσοστό απουσίας προγεννητικού ελέγχου είναι 12,5% στις γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών, το αντίστοιχο ποσοστό είναι 2,6% στις μεγαλύτερες ηλικίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

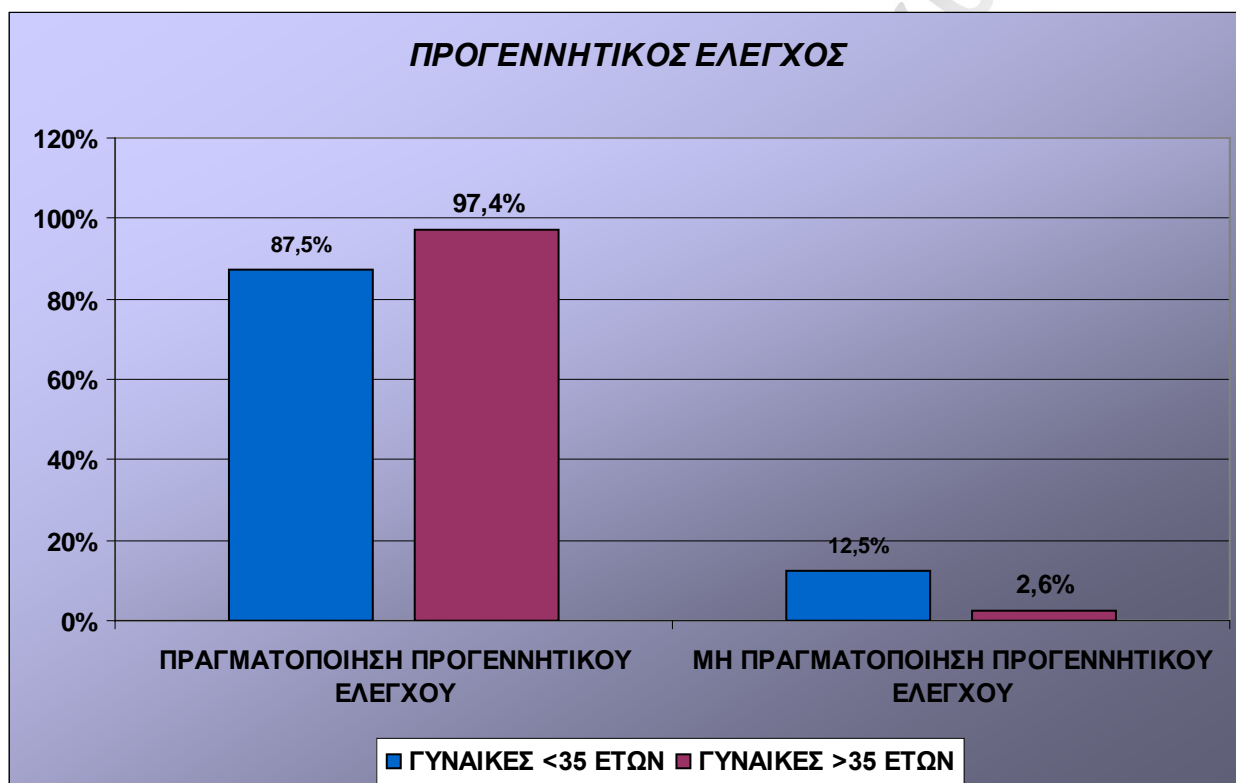
	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου</i>
Πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου	63	87,5%
Μη πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου	9	12,5%

ΠΙΝΑΚΑΣ 22

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

	Αριθμός εγκύων	Ποσοστό επί του συνόλου
Πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου	75	97,4%
Μη πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου	2	2,6%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17



Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό, ότι σχεδόν το σύνολο των γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών που δεν έκαναν τις εξετάσεις του πλήρους προγεννητικού ελέγχου ήταν αθίγγανες και ηλικίας 20 ετών και κάτω, ποσοστό 88,9%. Διαφαίνεται λοιπόν η επιρροή του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος, στην απόφαση για εκτέλεση προγεννητικού ελέγχου.

Στην συνέχεια, αξίζει να αναφερθούμε πιο αναλυτικά, στις ειδικότερες εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου οι οποίες αποτελούν και το κύριο στοιχείο διαφοροποίησης ανάμεσα στις γυναίκες άνω και κάτω των 35 ετών. Οι εξετάσεις αυτές είναι η αμνιοπαρακέντηση και η λήψη τροφοβλάστη οι οποίες έχουν ως σκοπό τη διαπίστωση ύπαρξης ή μη χρωμοσωμιακών ανωμαλιών του εμβρύου, μία πιθανότητα η οποία αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας. Όπως φαίνεται λοιπόν στο

παρακάτω διάγραμμα, ενώ το ποσοστό των γυναικών και των δύο ομάδων που έκαναν λήψη τροφοβλάστη είναι σχεδόν ίδιο, το ποσοστό των γυναικών που έκαναν αμνιοπαρακέντηση έχει σημαντική διαφορά. Από τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών αμνιοπαρακέντηση έκανε το 4,2%, ενώ από τις γυναίκες άνω των 35 ετών το 31,2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23

ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

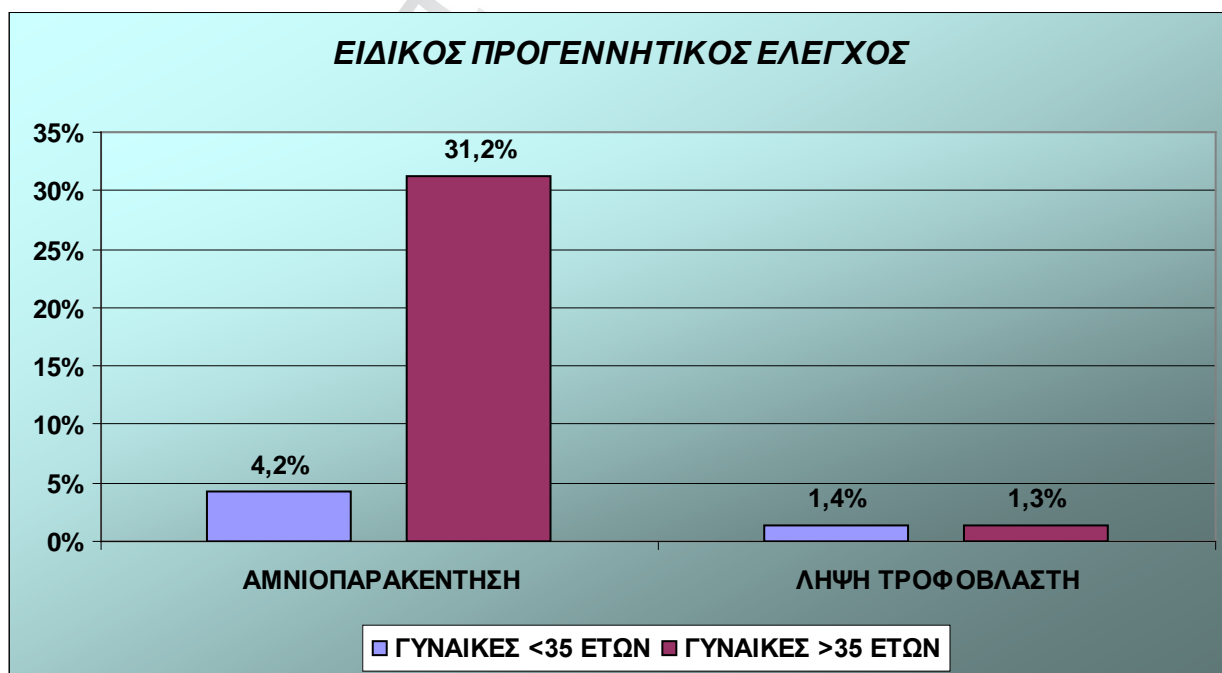
	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου</i>
Αμνιοπαρακέντηση	3	4,2%
Λήψη τροφοβλάστη	1	1,4%

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου</i>
Αμνιοπαρακέντηση	24	31,2%
Λήψη τροφοβλάστη	1	1,3%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18



Παρακολούθηση σε ιδιωτικό ιατρείο

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει σε προηγούμενα κεφάλαια, πολλοί είναι οι λόγοι που επηρεάζουν την απόφαση ενός ζευγαριού για παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και πραγματοποίηση του τοκετού στον δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Στο δείγμα που μελετήσαμε εμείς, το σύνολο των γυναικών γέννησε στο δημόσιο μαιευτήριο, ωστόσο, ένα ποσοστό τους παρακολουθούταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο ιδιωτικό ιατρείο του μαιευτήρα και όχι στο δημόσιο νοσοκομείο. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί, υπάρχει μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στο ποσοστό των γυναικών που παρακολουθούνταν σε ιδιωτικό ιατρείο ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες. Για τις γυναίκες άνω των 35 ετών το ποσοστό παρακολούθησης σε ιδιωτικό ιατρείο ήταν 81,8%, ενώ για τις γυναίκες μικρότερης ηλικίας ήταν 76,4%. Τα αποτελέσματά μας επιβεβαιώνουν την επίδραση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων κατά την επιλογή μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα καθώς και την τάση των Ελληνίδων να εμπιστεύονται περισσότερο το γιατρό τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

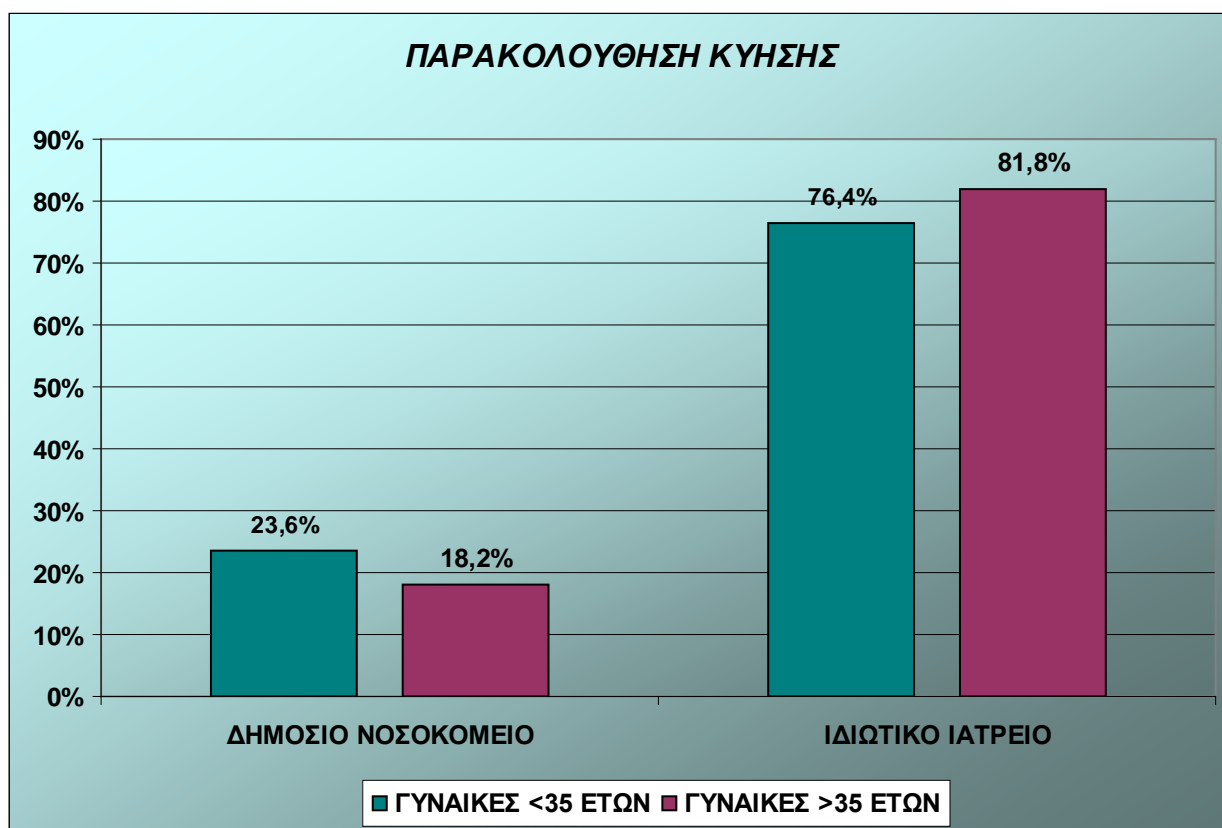
	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου</i>
Δημόσιο νοσοκομείο	17	23,6%
Ιδιωτικό ιατρείο	55	76,4%
ΣΥΝΟΛΟ	72	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 26

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου</i>
Δημόσιο νοσοκομείο	14	18,2%
Ιδιωτικό ιατρείο	63	81,8%
ΣΥΝΟΛΟ	77	100%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19



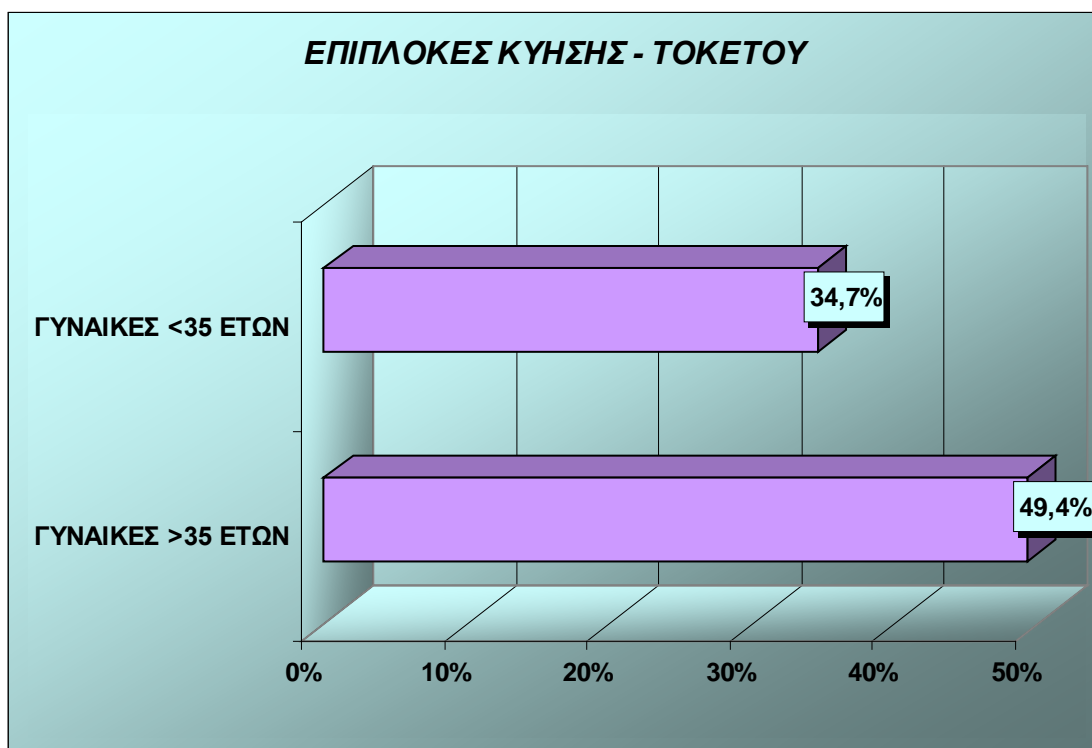
Επιπλοκές κύησης και τοκετού

Στα προηγούμενα κεφάλαια έχουμε κάνει ήδη εκτεταμένη αναφορά στην αυξημένη πιθανότητα για εμφάνιση προβλημάτων στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό γυναικών άνω των 35 ετών, όπως αυτή φαίνεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Η εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων στην κύηση ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι έχει και σοβαρές οικονομικές παραμέτρους, καθώς συνεπάγεται συχνότερες ιατρικές επισκέψεις, αυξημένο αριθμό ιατρικών εξετάσεων και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και λήψη φαρμάκων. Επίσης, η παθολογία στην κύηση μπορεί να οδηγήσει σε καισαρική τομή, αυξημένη νοσηλεία της μητέρας ή και νοσηλεία του νεογνού.

Στο δείγμα γυναικών που μελετήσαμε εμείς, έχει ενδιαφέρον αρχικά να παρατηρήσουμε πόσες γυναίκες παρουσίασαν κάποιου είδους επιπλοκή κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό τους. Από τις 72 γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών λοιπόν, κάποια επιπλοκή παρουσίασαν οι 25, ποσοστό 34,7%, ενώ από τις 77 γυναίκες άνω των 35 ετών, προβλήματα αντιμετώπισαν οι 38, ποσοστό 49,4%. Η διαφοροποίηση επομένως είναι έντονη, καθώς από τις γυναίκες άνω των 35 ετών κάποιο πρόβλημα

αντιμετώπισαν σχεδόν οι μισές, ενώ από τις γυναίκες κάτω των 35 σχεδόν το ένα τρίτο. Συγκριτικά τα ποσοστά φαίνονται στο διάγραμμα που ακολουθεί.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20



Σημασία βέβαια, έχει και η ακριβής εξακρίβωση του είδους των επιπλοκών που παρουσιάστηκαν πέρα από την απλή καταγραφή τους. Στους πίνακες που ακολουθούν, γίνεται μία λεπτομερής αναφορά του είδους των προβλημάτων που προέκυψαν και το ποσοστό εμφάνισής τους ανά ηλικιακή ομάδα. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα, γίνεται εύκολα φανερό η επιπλέον επιβάρυνση που χαρακτηρίζει τις γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών. Η εμφάνιση προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού είναι συχνότερη σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, αλλά και όσον αφορά τις επιπλοκές που εμφανίζονται και στις δύο ομάδες τα ποσοστά εμφάνισης είναι υψηλότερα στις μεγαλύτερες ηλικίες στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων. Χαρακτηριστικά, μπορούμε να αναφερθούμε στην υπέρταση κύησης που εμφανίστηκε με ποσοστό 1,4% στις γυναίκες κάτω των 35 ετών, ενώ με ποσοστό 5,2% στις γυναίκες άνω των 35 ετών. Το ίδιο ισχύει και για τον σακχαρώδη διαβήτη κύησης, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 8,3% και 13%, αλλά και για τους πρόωρους τοκετούς, όπου τα ποσοστά ήταν 4,2% και 13% αντίστοιχα.

Τέλος, σε κάποιες από τις περιπτώσεις που τα ποσοστά εμφάνισης επιπλοκών είναι αυξημένα στην ομάδα γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών, αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί σε παράγοντες όπως ελλιπής δυνατότητα επικοινωνίας, χαμηλό

μορφωτικό επίπεδο και πολύ μικρή ηλικία, καθώς και οι γυναίκες κάτω των 20 ετών αποτελούν μία ομάδα αυξημένου κινδύνου. Παράδειγμα θα μπορούσαν να αποτελούν τα αυξημένα ποσοστά αδυναμίας εξώθησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου</i>
Υπέρταση κύησης	1	1,4%
Σ.Δ. κύησης	6	8,3%
Αιμορραγία 1 ^{ου} τριμήνου	1	1,4%
Αναιμία κύησης (μετάγγιση)	1	1,4%
Ολιγάμνιο	4	5,6%
Αναφερόμενες μειωμένες εμβρυϊκές κινήσεις	1	1,4%
Πρόωρες συστολές	3	4,2%
Κεχρωσμένο αμνιακό υγρό	2	2,8%
Αλλοίωση παλμών	5	6,9%
Αδυναμία εξώθησης	6	8,3%
Αύξηση σωματικού βάρους > 14kgr	20	27,8%
Αυτόματες αποβολές	1	1,4%
Παλίνδρομες κυήσεις	1	1,4%
Ενδομήτριος θάνατος εμβρύου	3	4,2%

ΠΙΝΑΚΑΣ 28

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

	Αριθμός εγκύων	Ποσοστό επί του συνόλου
Υπέρταση κύησης	4	5,2%
Σ.Δ. κύησης	10	13%
Αιμορραγία 1 ^{ου} τριμήνου	2	2,6%
Προεκλαμψία	1	1,3%
Αυξημένο λεύκωμα ούρων	1	1,3%
Ολιγάμνιο	2	2,6%
Αναφερόμενες μειωμένες εμβρυϊκές κινήσεις	2	2,6%
Πρόωρες συστολές	10	13%
Κερωσμένο αμνιακό υγρό	2	2,6%
Αλλοίωση παλμών	2	2,6%
Αδυναμία εξώθησης	5	6,5%
Περίδεση τραχήλου μήτρας	1	1,3%
Αύξηση σωματικού βάρους > 14kgr	25	32,5%
Αυτόματες αποβολές	3	3,9%
Παλίνδρομες κυήσεις	4	5,2%
Ενδομήτριος θάνατος εμβρύου	2	2,6%

Εξέλιξη της παρούσας κύησης

Μετά από τη μελέτη των επιπλοκών που προέκυψαν κατά τη διάρκεια των κύσεων των γυναικών του δείγματός μας, ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξέλιξή τους. Όπως φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν, στις 72 κύσεις γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών το ποσοστό ολοκληρωμένων κύσεων ήταν 93%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις 77 γυναίκες άνω των 35 ετών ήταν 88,3%. Σχηματικά η διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες, φαίνεται στο διάγραμμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

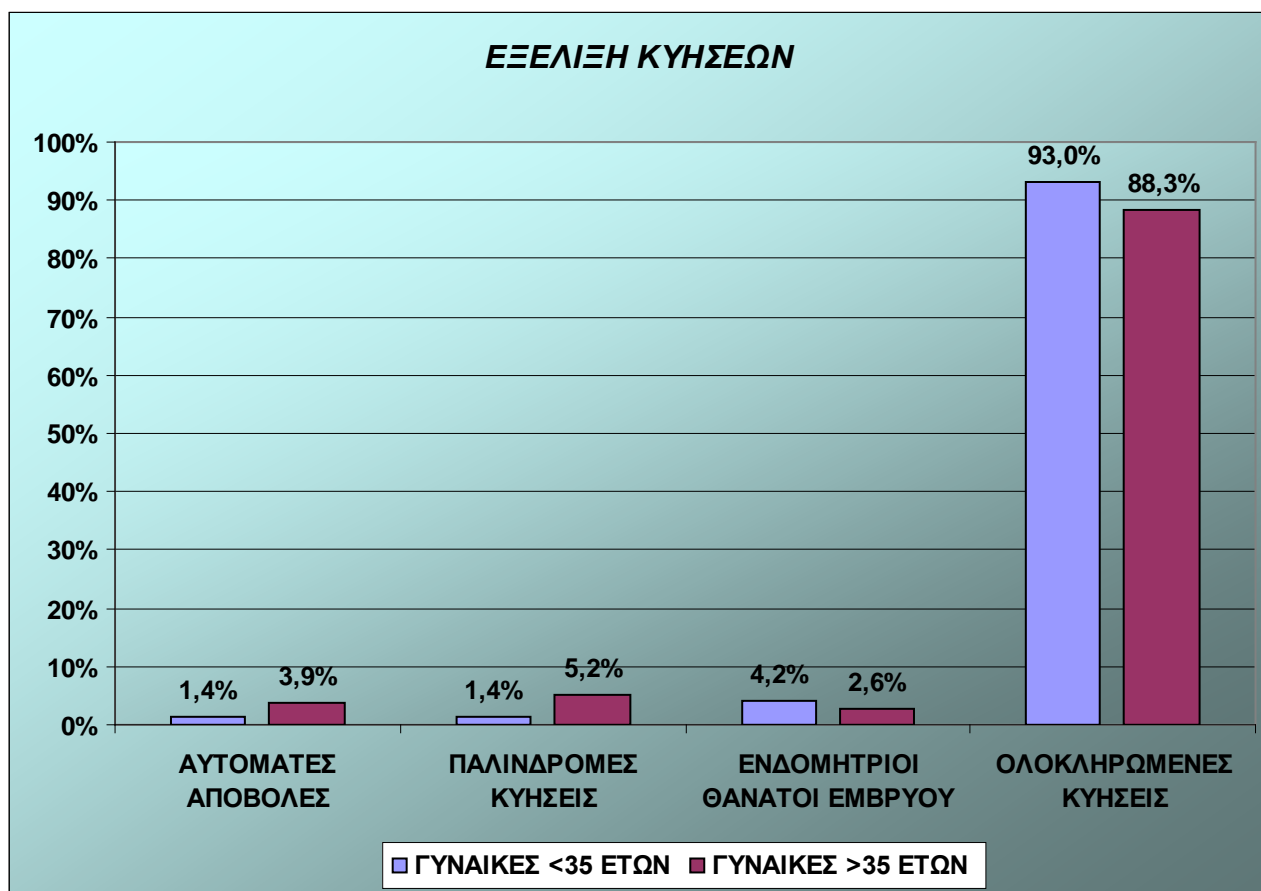
	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου</i>
Αυτόματες αποβολές	1	1,4%
Παλίνδρομες κύσεις	1	1,4%
Ενδομήτριος θάνατος εμβρύου	3	4,2%
Ολοκληρωμένες κύσεις	67	93%
ΣΥΝΟΛΟ	72	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 30

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου</i>
Αυτόματες αποβολές	3	3,9%
Παλίνδρομες κύσεις	4	5,2%
Ενδομήτριος θάνατος εμβρύου	2	2,6%
Ολοκληρωμένες κύσεις	68	88,3%
ΣΥΝΟΛΟ	77	100%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21



Είδος τοκετού

Είναι γεγονός η τάση που υπάρχει σήμερα στη χώρα μας για μία συνεχή αύξηση των ποσοστών καισαρικών τομών, καθώς στην Ελλάδα καταγράφεται το υψηλότερο ποσοστό διενέργειάς τους στην Ευρώπη. Ειδικότερα, σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Μαιευτήρων-Γυναικολόγων, στην Ελλάδα το ποσοστό των καισαρικών τομών επί του συνόλου των τοκετών υπολογίζεται στο 40% και είναι το υψηλότερο στην Ευρώπη. Η συχνότητα με την οποία διενεργούνται οι καισαρικές τομές στα ιδιωτικά μαιευτήρια είναι μεγαλύτερη και το σχετικό ποσοστό πλησιάζει το 50%, ενώ στα δημόσια νοσοκομεία είναι περίπου 30%-35%. Οι λόγοι για τους οποίους παρατηρείται αυτό το φαινόμενο είναι πολλοί. Μπορεί να γίνονται για την «ευκολία» υποψήφιων μητέρων και γυναικολόγων, για την επιδίωξη μεγαλύτερου κέρδους ή επειδή πραγματικά συντρέχει κάποιος ιατρικός λόγος. («Η Καθημερινή», 02/09/2007)

Στη δική μας έρευνα, μας απασχολεί η μελέτη του ποσοστού των φυσιολογικών τοκετών, καισαρικών τομών αλλά και εμβρυολυκίων που

πραγματοποιήθηκαν στις γυναίκες του δείγματός μας. Έτσι, θα μπορέσουμε να διαπιστώσουμε αν υπήρξαν λόγοι για αυξημένη επεμβατικότητα στους τοκετούς των γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών. Μην ξεχνάμε επίσης, ότι η καισαρική τομή οδηγεί και σε αυξημένο κόστος, καθώς εκτός των άλλων, κατά μέσο όρο απαιτείται και τουλάχιστον μία επιπλέον ημέρα νοσηλείας της γυναίκας μετά από μία καισαρική τομή, από ότι μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό.

Από την επεξεργασία των δεδομένων του δείγματός μας προκύπτουν τα αποτελέσματα που φαίνονται στους παρακάτω πίνακες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31

ΤΟΚΕΤΟΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

<i>Είδος τοκετού</i>	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου ολοκληρωμένων κήσεων</i>
Φυσιολογικοί τοκετοί	39	58,2%
Εμβρυουλκίες	5	7,5%
Καισαρικές τομές	23	34,3%
ΣΥΝΟΛΟ	67	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 32

ΤΟΚΕΤΟΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

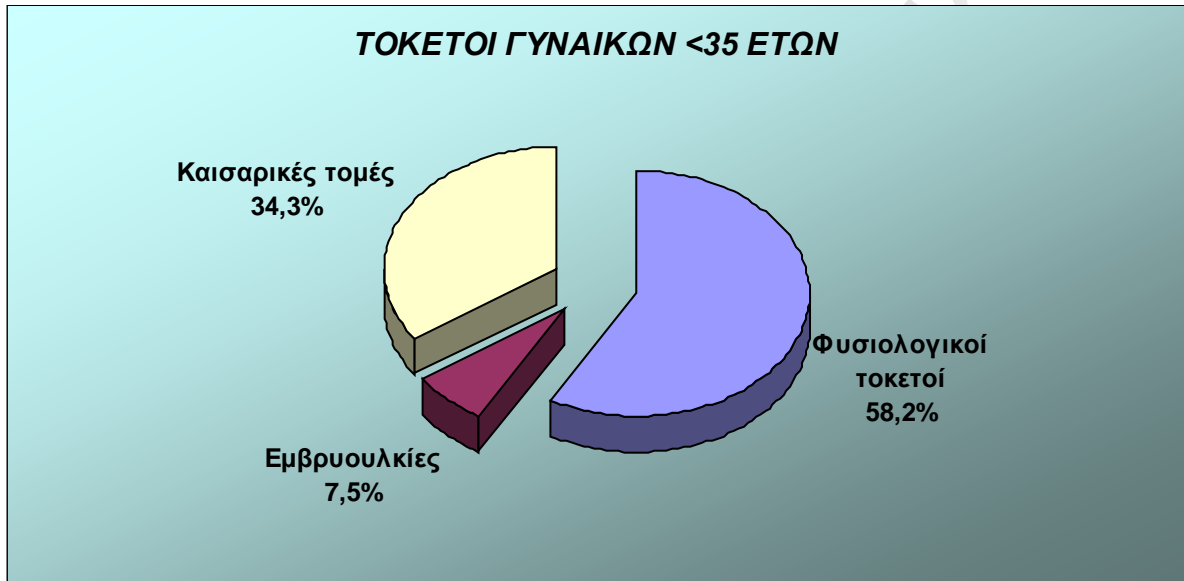
<i>Είδος τοκετού</i>	<i>Αριθμός εγκύων</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου ολοκληρωμένων κήσεων</i>
Φυσιολογικοί τοκετοί	33	48,5%
Εμβρυουλκίες	3	4,4%
Καισαρικές τομές	32	47,1%
ΣΥΝΟΛΟ	68	100%

Ενώ λοιπόν στην ομάδα γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών το 58,2% των τοκετών ήταν φυσιολογικοί και το 34,3% καισαρικές τομές, τα αντίστοιχα ποσοστά για την ομάδα γυναικών άνω των 35 ετών ήταν 48,5% και 47,1%. Τα σαφώς μεγαλύτερα ποσοστά των καισαρικών τομών στις γυναίκες άνω των 35 ετών μπορούν να δικαιολογηθούν τόσο από τα αυξημένα ποσοστά επιπλοκών, τη μεγαλύτερη ηλικία της μητέρας, όσο και από το ότι κάποιες από αυτές τις κήσεις χαρακτηρίστηκαν ως «πολύτιμες» καθώς προέκυψαν μετά από θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Άξιο λόγου είναι επίσης ότι στις γυναίκες άνω των 35 ετών τα ποσοστά φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών είναι σχεδόν ίσα. Τέλος, τα αυξημένα ποσοστά εμβρυουλκιών

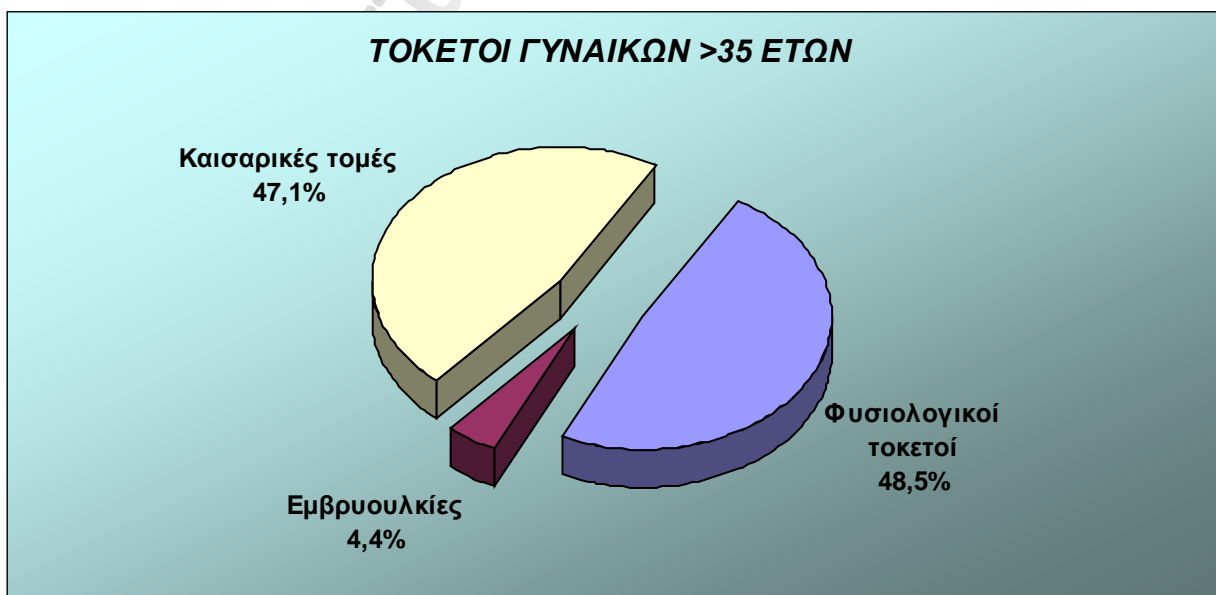
στις γυναίκες κάτω των 35 ετών, μπορούν να εξηγηθούν και από το ότι μία από τις συχνότερες επιπλοκές του τοκετού στην ομάδα αυτή ήταν η αδυναμία εξωθήσεως.

Η διαφοροποίηση που υπάρχει ανάμεσα στις δύο ομάδες σχετικά με το είδος του τοκετού, φαίνεται πιο ξεκάθαρα στα διαγράμματα που ακολουθούν τόσο μεμονωμένα όσο και σε αντιπαράθεση.

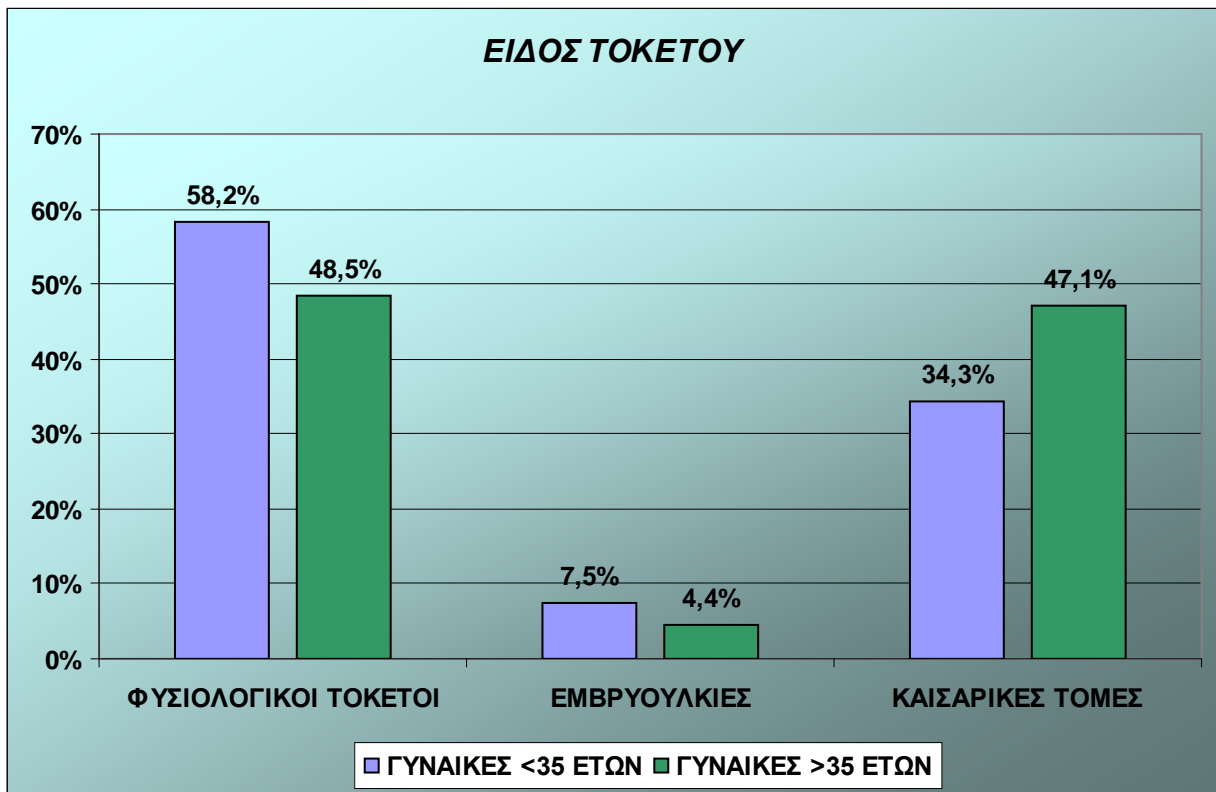
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24



Επίσης, σημασία έχει και η μελέτη των ενδείξεων των καισαρικών τομών που πραγματοποιήθηκαν. Όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί, στις ενδείξεις των γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών περιλαμβάνονται και περιπτώσεις που αφορούν προϋπάρχουσες της κύησης παθολογικές καταστάσεις όπως η στεφανιαία νόσος, κάτι που δεν παρατηρείται στις γυναίκες μικρότερης ηλικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ

	Γυναικών <35 ετών	Γυναικών >35 ετών
Προηγηθείσα καισαρική τομή	9	16
Σακχαρώδης διαβήτης της κύησης	6	4
Υπέρταση της κύησης	1	4
Αδυναμία εξώθησης	3	4
Αλλοίωση εμβρυικών παλμών	2	2
Ισχιακή προβολή	4	4
Δυσαναλογία	1	1
Ανισοκλινής θέση	-	1
Δίδυμος κύηση	1	1
Κύηση μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση	-	2
Υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη	-	1
Ελαττωμένη κινητικότητα εμβρύου	-	1
Οπίσθιος χαμηλός πλακούντας	-	1
Υψηλή μυωπία	-	2
Προηγηθείσα ινομυωματεκτομή	-	1
Κρίσεις επιληψίας	-	1
Στεφανιαία νόσος	-	1
Ολιγάμνιο	1	1
Αδυναμία εξέλιξης	1	-
Αποτυχία συκιοουλκίας	1	-
Δίκερος μήτρα	1	-
Λοίμωξη HIV	1	-

8.4.4 Νεογνική νοσηρότητα

Κλινική κατάσταση νεογνών

Στην συνέχεια, θα αναφερθούμε στην κλινική κατάσταση των νεογνών, προκειμένου να προσδιορίσουμε αν υπάρχει κάποια επιπλέον επιβάρυνση λόγω της ηλικίας της μητέρας. Αυξημένα ποσοστά παθολογίας στα νεογνά θα οδηγήσει σε αυξημένη πιθανότητα για νοσηλεία τους, ή πραγματοποίηση κάποιας άλλης ιατρικής πράξης.

Συνολικά από τις 149 κήσεις που μελετήσαμε, γεννήθηκαν 137 νεογνά, 68 από την ομάδα γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών και 69 από τις γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών. Στους δύο πίνακες που ακολουθούν, δίνονται αρχικά στοιχεία σχετικά με τη βαθμολόγηση των νεογνών κατά την κλίμακα APGAR το πρώτο λεπτό μετά τη γέννησή τους. Η κλίμακα APGAR είναι μία αντικειμενική μέθοδος εκτίμησης της αρχικής κλινικής εικόνας του νεογνού όπως αναφέρθηκε ήδη σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Από τα στοιχεία που παρατίθενται προκύπτει ότι τα νεογνά και από τις δύο ομάδες είχαν στην συντριπτική τους πλειοψηφία πολύ καλή γενική κατάσταση κατά τη γέννηση, καθώς η βαθμολογία τους στην κλίμακα APGAR ήταν 8 και πάνω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ APGAR ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΛΕΠΤΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ

<i>Κλίμακα APGAR (1^ο λεπτό)</i>	<i>Αριθμός νεογνών</i>	<i>Ποσοστό επί του συνόλου</i>
APGAR 9	40	58,8%
APGAR 8	24	35,3%
APGAR 7	3	4,4%
APGAR 6	1	1,5%
ΣΥΝΟΛΟ	68	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 35

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ

ΑΡΓΑΡ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΛΕΠΤΟ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ

Κλίμακα ΑΡΓΑΡ (1^ο λεπτό)	Αριθμός νεογνών	Ποσοστό επί του συνόλου
ΑΡΓΑΡ 10	3	4,4%
ΑΡΓΑΡ 9	43	62,3%
ΑΡΓΑΡ 8	20	28,9%
ΑΡΓΑΡ 7	3	4,4%
ΣΥΝΟΛΟ	69	100%

Πιο σημαντικό ωστόσο από την κλίμακα ΑΡΓΑΡ, είναι να μελετήσουμε αναλυτικότερα τα προβλήματα που τυχόν παρουσίασαν τα νεογνά αυτά. Στους πίνακες που ακολουθούν, αναφέρονται τα ποσοστά εμφάνισης παθολογικών καταστάσεων στα νεογνά ανά ηλικιακή ομάδα των μητέρων τους. Από τα αποτελέσματα γίνεται πολύ εύκολα κατανοητή η επιβάρυνση που χαρακτηρίζει τα νεογνά γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών. Αρκεί και μόνο να αναφερθούμε στην προωρότητα, η οποία εμφανίζεται με ποσοστό 4,4% στα νεογνά μητέρων ηλικίας κάτω των 35 ετών και με ποσοστό 15,9% σε εκείνα μητέρων άνω των 35 ετών.

Σχηματικά η διαφορές στα ποσοστά εμφάνισης προβλημάτων φαίνονται στο διάγραμμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ <35 ΕΤΩΝ

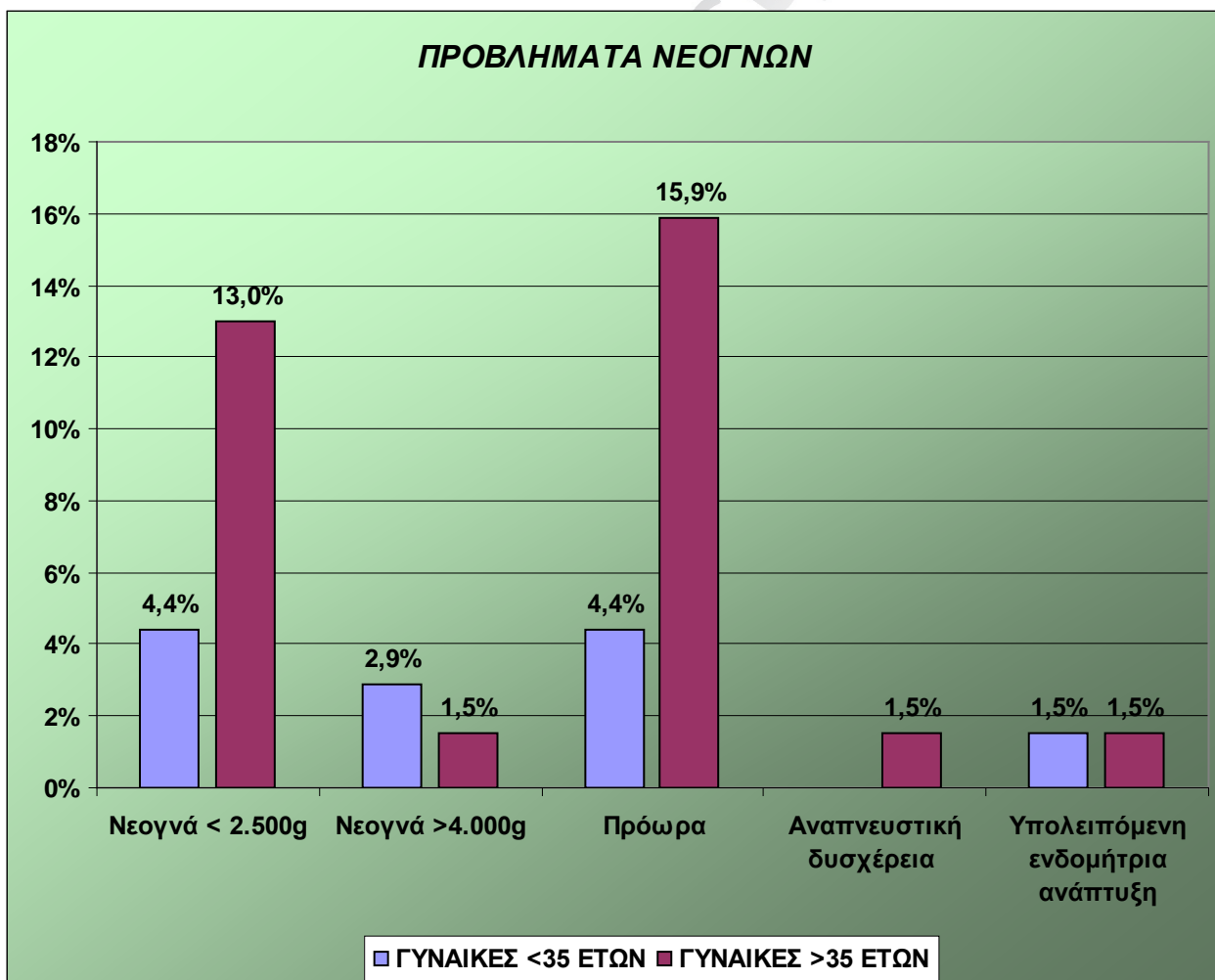
	Αριθμός νεογνών	Ποσοστό επί του συνόλου
Νεογνά < 2.500g	3	4,4%
Νεογνά >4.000g	2	2,9%
Πρόωρα	3	4,4%
Υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη	1	1,5%

ΠΙΝΑΚΑΣ 37

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΕΟΓΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ >35 ΕΤΩΝ

	Αριθμός νεογνών	Ποσοστό επί του συνόλου
Νεογνά < 2.500g	9	13%
Νεογνά >4.000g	1	1,5%
Πρόωρα	11	15,9%
Αναπνευστική δυσχέρεια	1	1,5%
Υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη	1	1,5%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25



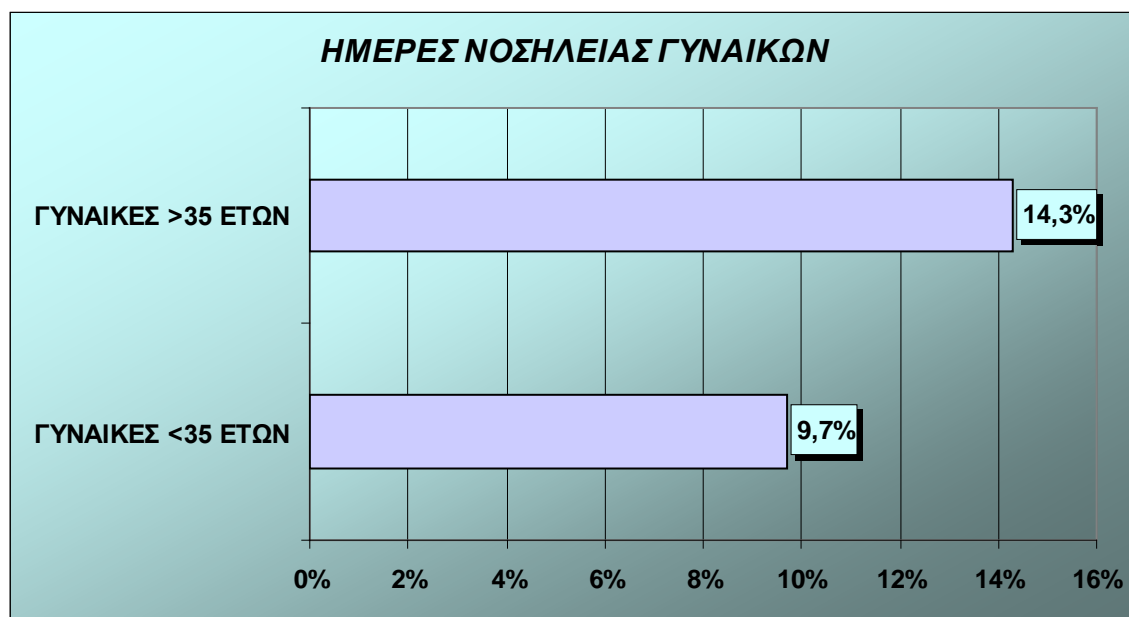
8.4.5 Νοσηλεία

Νοσηλεία μητέρων

Μία σημαντική παράμετρος που υποδεικνύει την πιθανή αυξημένη νοσηρότητα κάποιων από τις γυναίκες του δείγματός μας, είναι και ο αριθμός των ημερών που χρειάστηκε να νοσηλευτούν. Γίνεται δε εύκολα αντιληπτό, ότι οι μέρες νοσηλείας έχουν σημασία και στη μελέτη των οικονομικών παραμέτρων που σχετίζονται με την κύηση και τον τοκετό. Ο συνήθης χρόνος νοσηλείας στην περίπτωση που μελετάμε και εφ' όσον δεν υπάρχουν επιπλοκές, είναι 4 ημέρες μετά από φυσιολογικό τοκετό και 5 ημέρες μετά από καισαρική τομή, γεγονός που δείχνει και την επιπλέον επιβάρυνση που δημιουργείται με τη διενέργεια καισαρικών τομών. Επίσης, εάν πρόκειται για αποβολή ή παλίνδρομο κύηση συνήθως απαιτούνται 1 με 2 ημέρες νοσηλείας.

Στο δείγμα που μελετήσαμε εμείς, προκύπτει ότι και για τις δύο ηλικιακές ομάδες γυναικών ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας είναι 4,7 ημέρες. Ωστόσο, αν μελετήσουμε ξεχωριστά το πόσες γυναίκες χρειάστηκε να νοσηλευτούν από 6 ημέρες και πάνω, τότε προκύπτει μια μικρή διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες. Από τις 72 γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών, 7 γυναίκες νοσηλεύτηκαν περισσότερες μέρες από τις αναμενόμενες ποσοστό 9,7%, ενώ από τις 77 γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών περισσότερες ημέρες χρειάστηκε να νοσηλευτούν 11 γυναίκες, ποσοστό 14,3%. Η διαφορά μπορεί να εξηγηθεί από την αυξημένη νοσηρότητα των γυναικών της δεύτερης ομάδας. Στο διάγραμμα που ακολουθεί η σύγκριση γίνεται περισσότερο εμφανής.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26

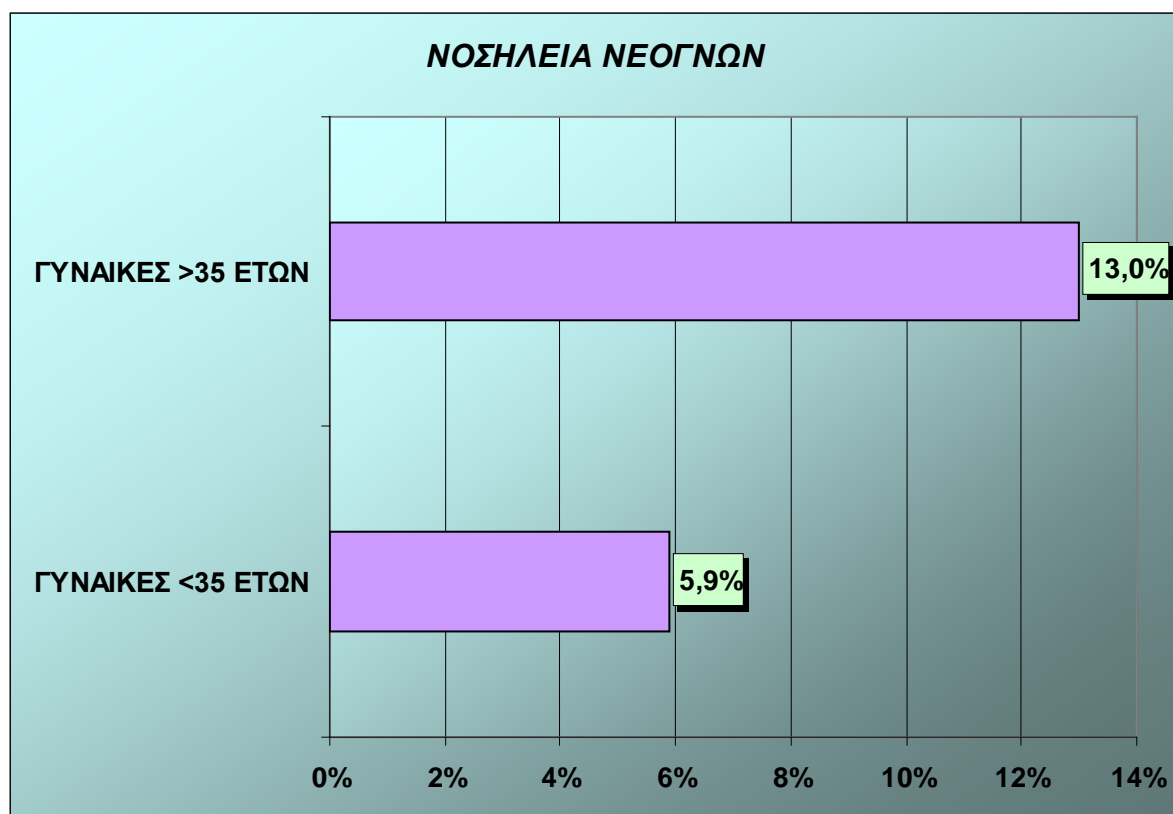


Νοσηλεία νεογνών

Σε αντιστοιχία με το παραπάνω κεφάλαιο, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μελέτη της αναγκαιότητας για νοσηλεία των νεογνών των γυναικών του δείγματός μας. Η αυξημένη νοσηλεία των νεογνών ή και κάποια επιπλέον ιατρική επέμβαση αν χρειαστεί, όπως και για τις μητέρες τους δεν σημαίνει μόνο αυξημένη νοσηρότητα αλλά και αυξημένο κόστος. Τα νεογνά υπό φυσιολογικές συνθήκες παραμένουν στο μαιευτήριο έως ότου να πάρει εξιτήριο η μητέρα τους, οπότε και γίνεται και ο έλεγχος ρουτίνας από τον νεογνολόγο. Όταν μιλάμε για νοσηλεία νεογνών, αναφερόμαστε σε επιπλέον νοσηλεία η οποία σχετίζεται με κάποια παθολογική κατάσταση.

Έτσι λοιπόν, από τα 68 νεογνά που γεννήθηκαν από τις μητέρες ηλικίας κάτω των 35 ετών χρειάστηκε να νοσηλευτούν τα 4, ποσοστό 5,9%, ενώ από τα 69 νεογνά μητέρων ηλικίας άνω των 35 ετών τα 9, ποσοστό 13%. Η διαφορά στα ποσοστά δικαιολογείται από την αυξημένη συχνότητα νεογνών με κάποιο πρόβλημα που παρουσιάστηκε στην ομάδα γυναικών άνω των 35 ετών. Τα ποσοστά φαίνονται πιο ξεκάθαρα στο διάγραμμα που ακολουθεί.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27



Σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας που απαιτήθηκαν δυστυχώς δεν είναι δυνατόν να γίνει υπολογισμός, καθώς λόγω έλλειψης κλινών στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν.Ν.) του μαιευτηρίου που διενεργήθηκε η έρευνά μας, χρειάστηκε η μεταφορά κάποιων εξ' αυτών σε μονάδες άλλων νοσοκομείων. Από τα 4 νεογνά της πρώτης ομάδας που χρειάστηκαν νοσηλεία μεταφέρθηκαν τα 2, ενώ από τα 9 νεογνά της δεύτερης ομάδας μεταφέρθηκαν τα 4.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

9.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ύψος του συνολικού κόστους επίτευξης μιας εγκυμοσύνης, πραγματοποίησης του επιβεβλημένου προγεννητικού ελέγχου, εκτέλεσης του τοκετού και παραμονής στο μαιευτήριο για νοσηλεία στην συνέχεια, τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού, διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες αλλά και επιλογές της κάθε γυναίκας. Τόσο οι ανάγκες όσο και οι επιλογές αυτές, καθορίζονται τελικά από δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και επιδημιολογικά στοιχεία.

Στην συνέχεια, θα γίνει μία αναφορά στην κοστολόγηση της εκτέλεσης του τοκετού και της νοσηλείας της μητέρας και του νεογνού στα Δημόσια μαιευτήρια της χώρας μας, που είναι και ο χώρος διεξαγωγής της έρευνάς μας. Επίσης, για λόγους σύγκρισης, χρήσιμο κρίνεται να γίνει και μία αναφορά στην αντίστοιχη κοστολόγηση στα Ιδιωτικά μαιευτήρια αλλά και μία αναφορά στο κόστος πραγματοποίησης Θεραπείας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

9.2 ΔΗΜΟΣΙΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ

Το κόστος εκτέλεσης ενός φυσιολογικού τοκετού ή καισαρικής τομής σε ένα δημόσιο μαιευτήριο, εξαρτάται από την επιλογή της θέσης της κλίνης όπου θα διαμείνει η μητέρα μετά τον τοκετό, τον αριθμό ημερών παραμονής στο δωμάτιο, την αμοιβή του μαιευτήρα, την επιλογή ή όχι επισκληριδίου αναλγησίας εφ' όσον πρόκειται για φυσιολογικό τοκετό και επομένως και την αμοιβή του αναισθησιολόγου και το ιδιαίτερο κόστος φάρμακων, ανάλογα με την περίπτωση. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις τα έξοδα εκτός της αμοιβής του μαιευτήρα και του αναισθησιολόγου, καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς φορείς, καθώς το λειτουργικό κόστος όλης της διαδικασίας του τοκετού δεν χρεώνεται στη γυναίκα αλλά στον προϋπολογισμό του δημόσιου νοσοκομείου. Εξαιρέσεις αποτελούν συγκεκριμένα φάρμακα, όπως σκευάσματα ολικών λευκωμάτων ή ενέσεις ευαισθητοποίησης στον Rhesus παράγοντα, τα οποία χρεώνονται

στο ατομικό συνταγολόγιο και πληρώνονται από την ίδια τη γυναίκα κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο, αν και μέρος αυτών των χρημάτων θα το λάβει πίσω αργότερα. Το κόστος παραμονής πληρώνεται και αυτό κατά την έξοδο αλλά με τα κατάλληλα έγγραφα και δικαιολογητικά η οικογένεια μπορεί να λάβει πίσω το μεγαλύτερο μέρος του ποσού.

Πιο συγκεκριμένα, το τιμολόγιο του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου όλων γενικά των Δημόσιων Νοσοκομείων καθορίζεται με βάση την παρακάτω Υπουργική Απόφαση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38

ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

<u>Υ4α/οικ.1320/98 (ΦΕΚ 99 Β'/10-2-1998)</u>
Έχοντας υπόψη:
1. Τις διατάξεις του άρθρ. 28 του Ν. 2519/97 (ΦΕΚ 165Α)
2. Τις διατάξεις της παρ.2 του άρθ.1 του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38/Α/97)
3. Την αριθμ. 1107147/1239/0067/96 (ΦΕΚ 922/Β/96) απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών.
4. Την αριθ. 80078/96 (ΦΕΚ 924/Β/96) απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
5. Την εκτίμηση ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται επιπρόσθετη δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού και των Ασφαλιστικών Ταμείων, καθώς η οριζόμενη νέα δομή νοσηλίου θα επιτρέψει τον ορθολογικό προγραμματισμό και έλεγχο της προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών νοσηλείας και θα συμβάλει στην αποτροπή επιπλέον δαπανών

Στην έννοια του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού νοσηλίου) περιλαμβάνεται:

- ❖ Κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή που παρέχεται από το Νοσοκομείο και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή στον άρρωστο των ανωτέρω υπηρεσιών.

Δεν περιλαμβάνονται στην κατά την προηγούμενη παράγραφο έννοια του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου:

- ❖ Ορισμένα φάρμακα όπως Κυτταροστατικά, Ανοσοσφαιρίνες κάθε τύπου, υποκατάστατα πλάσματος και παράγωγα αίματος, Ορμόνες υποθαλάμου, υποφύσεως και ομόλογα, κ.ά.
- ❖ Κάθε φάρμακο του οποίου το κόστος της ημερήσιας δόσης θεραπείας υπερβαίνει το 70% του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου του Παθολογικού Τομέα Γ' Θέσης.
- ❖ Τα φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα και εισάγονται από τα Νοσοκομεία μέσω Ε.Ο.Φ.
- ❖ Όλα τα είδη παρεντερικής διατροφής, τα ειδικά γάλατα και τα ειδικά διαλύματα.
- ❖ Όλες οι μιας χρήσης συσκευές που υποστηρίζουν προσωρινά, περιοδικά ή μόνιμα, ατελείς ή καταργημένες λειτουργίες του οργανισμού ή χρησιμοποιούνται για θεραπευτικές ή φαρμακευτικές μεθόδους.
- ❖ Όλα τα θεραπευτικά μέσα εμφυτεύσιμα και μη.
- ❖ Όλα τα μοσχεύματα.
- ❖ Οι θεραπευτικές προθέσεις.
- ❖ Υλικά αγγειακής προσπέλασης και αιμοδυναμικού ελέγχου για θεραπευτικούς και διαγνωστικούς σκοπούς.

Στον πίνακα που ακολουθεί, φαίνεται το τιμολόγιο του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου για νοσηλεία στο Χειρουργικό Τομέα, στον οποίο ανήκει και ο τομέας της Μαιευτικής – Γυναικολογίας, καθώς και για νοσηλεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αλλά και στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ).

ΠΙΝΑΚΑΣ 39

ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ - ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΕΥΡΩ
ΘΕΣΗ Γ	73,37 (+ 14,67 ΕΦΑΠΑΞ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΠΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ)
ΘΕΣΗ ΒΒ	88,04 (+ 14,67 ΕΦΑΠΑΞ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΠΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ)
ΘΕΣΗ ΒΑ	105,65 (+ 14,67 ΕΦΑΠΑΞ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΠΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ)
ΘΕΣΗ Α	240 (+ 14,67 ΕΦΑΠΑΞ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΠΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ)
ΘΕΣΗ ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑΣ	127,66 (+ 14,67 ΕΦΑΠΑΞ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΠΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ)
ΜΟΝΟΗΜΕΡΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (ΧΡΗΣΗ ΚΛΙΝΗΣ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗ)	88,04
ΜΕΝΝ	187,82 (+ 14,67 ΕΦΑΠΑΞ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΠΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ)
ΜΕΘ	187,82 (+ 14,67 ΕΦΑΠΑΞ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΠΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ)

Όσον αφορά την κοστολόγηση του είδους του τοκετού, αυτή γίνεται με βάση το Προεδρικό Διάταγμα

ΠΔ 157/91 (ΦΕΚ 62/Α/30.4.91)

το οποίο αναφέρεται στις αμοιβές ιατρικών πράξεων, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί:

ΠΙΝΑΚΑΣ 40

ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΕΙΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ - ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ	ΕΥΡΩ
ΤΟΚΕΤΟΣ ΑΝΕΥ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΣ	12,97 – 17,37
ΤΟΚΕΤΟΣ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΣ (ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ - ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΞΕΛΚΥΣΜΟΣ ΚΡΑΝΙΟΘΡΥΨΙΑ)	20,72 – 21,72
ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΤΟΠΙΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ	38,62 – 64,45
ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ Η ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΓΙΑ ΜΙΚΡΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	6,98
ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ Η ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΓΙΑ ΜΕΣΑΙΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	9,95
ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ Η ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΓΙΑ ΜΕΓΑΛΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	14,91

Τέλος, όσον αφορά τις ειδικές εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου, η κοστολόγησή τους φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί, ενώ δίπλα στην κάθε εξέταση αναγράφεται και το Προεδρικό Διάταγμα που καθορίζει την τιμή της.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΕΥΡΩ	Π.Δ.
ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ	9,51	ΠΔ 157/91 (ΦΕΚ 62/Α/30.4.91)
ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ	8,27	ΠΔ 81/1988 (ΦΕΚ Α 36/29.2.1988)
ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΛΗΨΗ ΤΟΦΟΒΛΑΣΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΗ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΤΑΙ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΑΜΝΙΑΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΔΕΝ ΘΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ)	123,26	ΠΔ 138/90(ΦΕΚ 54 Α)

9.3 ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ

Όσον αφορά τα ιδιωτικά μαιευτήρια, το συνολικό κόστος εξαρτάται από τις ίδιες παραμέτρους που ισχύουν και στο δημόσιο τομέα, αλλά τα δεδομένα σχετικά με την κοστολόγηση των μαιευτικών υπηρεσιών αλλάζουν σημαντικά. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην παροχή ξενοδοχειακών ανέσεων εκτός από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, γεγονός που σε συνδυασμό με την απαξιωτική εικόνα που παρουσιάζουν πλέον τα δημόσια μαιευτήρια, ανεβάζει κατά πολύ το συνολικό κόστος. Βέβαια, οι διοικήσεις των ιδιωτικών μαιευτηρίων στην προσπάθειά τους να προσεγγίσουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό πελατών, έχουν δημιουργήσει ειδικά «οικονομικά πακέτα», παρέχοντας την δυνατότητα σε περισσότερους να κάνουν χρήση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζεται συνοπτικά η κοστολόγηση των μαιευτικών υπηρεσιών σε ένα μεγάλο Ιδιωτικό μαιευτήριο της Αθήνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 42

ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ - ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ

ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΥΡΩ
ΒΒ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ	38
ΒΒ4	78
ΒΒ3	190
ΒΑ2	240
Α1	405
ΛΟΥΞ	700
ΣΟΥΙΤΑ	1.000
ΜΕΝΝ ΑΠΛΗ – ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ	150 (ΠΑΚΕΤΟ)
ΜΕΝΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ	300 (ΠΑΚΕΤΟ)
ΜΕΘ	650

ΠΙΝΑΚΑΣ 43

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ

(ΕΦΑΠΑΞ ΜΕΧΡΙ 4 ΜΕΡΕΣ)

ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΥΡΩ	
ΒΒ4	1.990	<u>Δεν συμπεριλαμβάνεται:</u> > Αμοιβή ιατρού > Νάρκωση και έξοδα νάρκωσης > Υγειονομικό υλικό > Εργαστηριακές και ιατρικές εξετάσεις > Φαρμακευτική αγωγή
ΒΒ3	2.090	
ΒΑ2	2.850	
Α1	5.200	
ΛΟΥΞ	7.150	
ΣΟΥΙΤΑ	11.950	
ΒΒ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ	1.890	<u>Δεν συμπεριλαμβάνεται:</u> > Αμοιβή ιατρού > Νάρκωση και έξοδα νάρκωσης <u>Περιλαμβάνεται:</u> > Συγκεκριμένο υγειονομικό υλικό > Συγκεκριμένες εργαστηριακές και ιατρικές εξετάσεις

ΠΙΝΑΚΑΣ 44
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ
(ΕΦΑΠΑΞ ΜΕΧΡΙ 5 ΜΕΡΕΣ)

ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΕΥΡΩ	
BB4	2.170	<u>Δεν συμπεριλαμβάνεται:</u> > Αμοιβή ιατρού > Υγειονομικό υλικό > Εργαστηριακές και ιατρικές εξετάσεις > Φαρμακευτική αγωγή
BB3	2.250	
BA2	2.990	
A1	5.450	
ΛΟΥΞ	8.150	
ΣΟΥΙΤΑ	12.800	
BB ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ	2.050	<u>Δεν συμπεριλαμβάνεται:</u> > Αμοιβή ιατρού > Νάρκωση και έξοδα νάρκωσης <u>Περιλαμβάνεται:</u> > Συγκεκριμένο υγειονομικό υλικό > Συγκεκριμένες εργαστηριακές και ιατρικές εξετάσεις

Τα κόστη τα οποία δεν περιλαμβάνονται στους παραπάνω πίνακες και συγκεκριμένα το υγειονομικό υλικό, οι εργαστηριακές και ιατρικές εξετάσεις και τα φάρμακα που χρειάζεται να χρησιμοποιηθούν, ανέρχονται για τον μεν φυσιολογικό τοκετό στα 730 ευρώ, για τη δε καισαρική τομή στα 1.040 ευρώ περίπου. Βεβαίως, εάν χρειαστεί να πραγματοποιηθούν επιπλέον πράξεις, χρεώνονται αναλόγως.

Επίσης, όσον αφορά τις ειδικές εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου, το κόστος τόσο της αμνιοπαρακέντησης όσο και της λήψης τροφοβλάστη στο συγκεκριμένο ιδιωτικό μαιευτήριο είναι 700 ευρώ.

Τέλος, όσον αφορά την αμοιβή του ιατρού, πολύ συχνά πλέον στα Ιδιωτικά μαιευτήρια αυτό που εφαρμόζεται είναι ότι όσο κοστίζει η παραμονή μίας γυναίκας σε ένα δωμάτιο μετά από φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή, τόση ακριβώς είναι και η αμοιβή του μαιευτήρα.

9.4 ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Σκόπιμο κρίνεται να γίνει και μία πολύ σύντομη αναφορά στο κόστος πραγματοποίησης θεραπειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ο λόγος είναι ότι όχι μόνο η συχνότητά πραγματοποίησης τους είναι αυξημένη στις γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών αλλά και η συνεισφορά τους στο συνολικό κόστος κάθε άλλο παρά αμελητέα είναι. Έτσι λοιπόν, το μέσο ποσό που απαιτείται για μία προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης μπορεί να φτάσει το ύψος των 3.500 ευρώ, από τα οποία περίπου 2.000 ευρώ είναι η αμοιβή του κέντρου για την κλινική διαδικασία και 1.500 ευρώ το κόστος των φαρμάκων. Στο ποσό αυτό δεν περιλαμβάνονται ένα πλήθος διαγνωστικών εξετάσεων που συχνά απαιτούνται για τη διάγνωση του προβλήματος, όπως είναι η υστεροσκόπηση, η σαλπιγγογραφία, το σπερμοδιάγραμμα κ.ά.

Τα περισσότερα ταμεία ασφάλισης προσφέρουν κάποια βοήθεια και καλύπτουν έτσι ένα μέρος του ποσού, το οποίο μέρος όμως είναι αρκετά μικρό:

- ❖ Το Ι.Κ.Α. προσφέρει δωρεάν τα φάρμακα για 4 προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης και δίνει ένα βοήθημα 350 ευρώ ανά προσπάθεια.
- ❖ Το Δημόσιο καλύπτει το 75% της αγοράς των φαρμάκων για 4 προσπάθειες και δίνει βοήθημα 350 ευρώ ανά προσπάθεια.
- ❖ Ο ΟΓΑ καλύπτει μόνο τα φάρμακα.
- ❖ Αντίστοιχα με το Δημόσιο λειτουργούν το Ταμείο Εμπόρων και το Τ.Ε.Β.Ε..

Ωστόσο, είναι φανερό ότι το τόσο υψηλό κόστος της κάθε προσπάθειας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, συμπεριλαμβανομένου και του κόστους των εξετάσεων, είναι δυσβάσταχτο και συχνά απαγορευτικό για πολλά ζευγάρια.

Τέλος, ο νόμος που ρυθμίζει τα όσα αφορούν την εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής είναι ο εξής:

N. 3305/05 (ΦΕΚ 17 Α'/27-1-05)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο Δημόσιο μαιευτήριο της Αθήνας και περιελάμβανε ένα τυχαίο δείγμα 149 γυναικών, εκ των οποίων οι 72 ήταν ηλικίας μικρότερης των 35 ετών και οι 77 ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών. Μετά την επεξεργασία των αποτελεσμάτων, οδηγηθήκαμε σε πολύ χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τις ιδιαιτερότητες της τεκνοποίησης σε μεγαλύτερη ηλικία της μητέρας και τις επιπτώσεις που υπάρχουν για την οικογένεια αλλά και την κοινωνία ως σύνολο.

Αρχικά, όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματός μας, ενδιαφέρον παρουσιάζει η ηλικιακή κατανομή των 149 γυναικών που μελετήσαμε, καθώς η ηλικία επηρεάζει με τρόπο καθοριστικό την έκβαση της εγκυμοσύνης αλλά και την στάση που θα κρατήσει η μέλλουσα μητέρα. Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, 41%, των γυναικών ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 35 – 39 ετών και ακολουθούσε η ηλικιακή ομάδα 20 – 29 ετών με ποσοστό 24%, ενώ η ηλικιακή ομάδα κάτω των 20 ετών παρουσίασε τη μικρότερη συχνότητα με ποσοστό 8%. Τέλος, οι γυναίκες άνω των 40 ετών αποτέλεσαν το 11% του δείγματος, καταδεικνύοντας την τάση της σημερινής εποχής για τεκνοποίηση σε όλο και μεγαλύτερες ηλικίες.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, εάν μελετήσουμε το δείγμα μας ως δύο ξεχωριστές ηλικιακές ομάδες γυναικών κάτω και άνω των 35 ετών, τα ποσοστά άγαμων μητέρων ήταν 8,3% για την πρώτη και 7,8% για τη δεύτερη ομάδα. Χωρίς λοιπόν να υπάρχει κάποια ιδιαίτερη διαφοροποίηση λόγω ηλικίας, φαίνεται η σύγχρονη τάση για τη δημιουργία μονογονεϊκών οικογενειών.

Σχετικά με την καταγωγή των 149 γυναικών που μελετήσαμε, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, 61%, ανήκε στις γυναίκες ελληνικής καταγωγής. Διαχωρίζοντας το δείγμα μας σε δύο ηλικιακές ομάδες κάτω και άνω των 35 ετών, προκύπτει ότι στην ομάδα γυναικών ηλικίας άνω των 35 ετών είναι συντριπτική η πλειοψηφία των γυναικών ελληνικής καταγωγής με ποσοστό 71,4% έναντι του αντίστοιχου 48,6% των γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών, ενώ ενδιαφέρον αποτελεί και το ότι ενώ στην ομάδα των γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών ένα ποσοστό 11,1%

ήταν Αθίγγανες, στην ηλικιακή ομάδα άνω των 35 ετών δεν υπήρχε ούτε μία Αθίγγανη γυναίκα.

Ενδιαφέρον παρουσίασαν και τα αποτελέσματα σχετικά με την επαγγελματική ενασχόληση των γυναικών του δείγματός μας. Από τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών το 58,4% ασχολούταν με τα οικιακά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες άνω των 35 ετών ήταν 35,1%, γεγονός που δείχνει ότι πολύ μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών αυτής της ηλικίας εργάζονται. Τα παραπάνω ποσοστά αντανακλούν και τη διαφορά του επιπέδου μόρφωσης των γυναικών που ανήκουν στις δύο διαφορετικές ηλικιακές ομάδες.

Εμφανής είναι η διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες των γυναικών όσον αφορά τον αριθμό των προηγούμενων κύσεων. Από τις 72 γυναίκες κάτω των 35 ετών πρωτοτόκες ήταν το 55,6%, ενώ από τις 77 γυναίκες άνω των 35 ετών, το 31,2%. Επίσης, στην πρώτη ομάδα το μέγιστο που συναντήσαμε ήταν η παρούσα να είναι η τρίτη κύηση της γυναίκας, ενώ στη δεύτερη ομάδα υπήρχε περίπτωση όπου η παρούσα ήταν η έβδομη κύηση. Επιπλέον, όσον αφορά τα προβλήματα σε προηγούμενες κύσεις, για την πρώτη ομάδα των γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών το ποσοστό ήταν 1,4%, ενώ για τη δεύτερη ομάδα των γυναικών άνω των 35 ετών, το ποσοστό ήταν 14,3%.

Στην παρούσα κύηση το ποσοστό των γυναικών άνω των 35 ετών που υπεβλήθη σε θεραπεία υπογονιμότητας ήταν 5%, ενώ καμία γυναίκα ηλικίας κάτω των 35 ετών δεν έκανε εξωσωματική γονιμοποίηση. Πιο συγκεκριμένα δε, το σύνολο σχεδόν των γυναικών που ακολούθησαν θεραπεία υπογονιμότητας ήταν άνω των 40 ετών.

Όσον αφορά τον προγεννητικό έλεγχο, είναι πολύ μικρότερο το ποσοστό που δεν εφάρμοσε τον πλήρη έλεγχο στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης, όσον αφορά πιο ειδικές εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου όπως η αμνιοπαρακέντηση, οι έγκυες άνω των 35 ετών την πραγματοποίησαν σε ποσοστό 31,2%, ενώ οι έγκυες ηλικίας κάτω των 35 σε ποσοστό 4,2% μόλις. Επιπλέον, μεγαλύτερο ήταν και το ποσοστό των εγκύων μεγαλύτερης ηλικίας οι οποίες παρακολουθούνταν σε ιδιωτικό ιατρείο μαιευτήρα.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και το ποσοστό των εγκύων που παρουσίασαν κάποια επιπλοκή κατά τη διάρκεια της κύησης, ή του τοκετού. Από τις 72 γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών λοιπόν, κάποια επιπλοκή παρουσίασε το 34,7%, ενώ από τις 77 γυναίκες άνω των 35 ετών, το 49,4%. Τα παραπάνω ποσοστά σε συνδυασμό

με το μικρότερο ποσοστό ολοκληρωμένων κυήσεων στις γυναίκες άνω των 35 ετών μας οδηγεί σε πολύτιμα συμπεράσματα σχετικά με την νοσηρότητα αυτής της ηλικιακής ομάδας. Η αυξημένη νοσηρότητα έχει βέβαια αντίκτυπο και στα αυξημένα ποσοστά επεμβατικών τοκετών. Το ποσοστό καισαρικών τομών στις γυναίκες κάτω των 35 ετών ήταν 34,3%, ενώ στις γυναίκες άνω των 35 ετών 47,1%. Αυξημένο τέλος, ήταν και το ποσοστό των γυναικών που χρειάστηκε να νοσηλευτεί περισσότερες μέρες από τις αναμενόμενες στις ηλικίες άνω των 35 ετών (14,3%), έναντι των μικρότερων ηλικιών, (9,7%).

Τέλος, όσον αφορά στα νεογνά, μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων είχαν εκείνα μητέρων άνω των 35 ετών. Ενδεικτικά, μπορούμε να αναφέρουμε την προωρότητα, η οποία εμφανίζεται με ποσοστό 4,4% στα νεογνά μητέρων ηλικίας κάτω των 35 ετών και με ποσοστό 15,9% σε εκείνα μητέρων άνω των 35. Όπως είναι φυσικό, αυτά τα νεογνά είχαν και μεγαλύτερη ανάγκη παρακολούθησης και νοσηλείας, με ποσοστό 13%, έναντι του 5,9% εκείνων που γεννήθηκαν από μητέρες μικρότερης ηλικίας.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, σε συνδυασμό με τα οικονομικά στοιχεία που παρατέθηκαν παραπάνω, επιβεβαιώνουν τόσο την ύπαρξη ιδιαιτεροτήτων στην κύηση και τον τοκετό γυναικών άνω των 35 ετών σε σχέση με τις γυναίκες μικρότερης ηλικίας, όσο και την αυξημένη επιβάρυνση που προκαλούν οι κυήσεις αυτές στις οικογένειες αλλά και στο σύστημα υγείας. Η αύξηση του κόστους οφείλεται όπως έγινε φανερό, στη μεγαλύτερη ανάγκη εκτέλεσης προγεννητικού ελέγχου υψηλής τεχνολογίας, στην αυξημένη ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης, στην αύξηση των ποσοστών καισαρικών τομών, αλλά και στην αυξημένη παραμονή των γυναικών και των νεογνών τους στο νοσοκομείο. Δεν πρέπει βεβαίως να ξεχνάμε, ότι οι κυήσεις αυτές συχνά προκύπτουν και μετά από την πραγματοποίηση αρκετές φορές αλληπάλληλων προσπαθειών εξωσωματικής γονιμοποίησης, των οποίων το κόστος είναι ιδιαίτερα υψηλό. Το γεγονός αυτό λοιπόν, οδηγεί τόσο σε επιπλέον αύξηση του συνολικού κόστους όσο και σε αυξημένη νοσηρότητα, καθώς και οι πολύδυμες κυήσεις οι οποίες προκύπτουν αυτές κάθε αυτές, συνδέονται με πιθανές επιπλοκές της εγκυμοσύνης και αύξηση της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Ο μόνος τρόπος ελέγχου των αυξανόμενων ποσοστών τεκνοποίησης σε ολοένα και μεγαλύτερες ηλικίες με όλα τα επακόλουθα που προκύπτουν, φαίνεται ότι είναι ένας σωστός Οικογενειακός Προγραμματισμός.

Το πρότυπο αναπαραγωγής, σύμφωνα με τις αρχές του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι :

- Υγιείς γονείς.
- Κύηση μεταξύ των ηλικιών 18-35 ετών.
- Μεσοδιαστήματα κήσεων >2 ετών.
- Αύξηση γεννήσεων, μείωση θνησιμότητας.

Τα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ο.Π.), προσφέρουν υπηρεσίες με σκοπό την επίτευξη των παραπάνω στόχων, όπως:

- ❖ Εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και ομάδων στα πλαίσια του κέντρου Ο.Π. και στην κοινότητα σε συνεργασία με φορείς της.
- ❖ Ενημέρωση, παροχή και εφαρμογή αντισύλληψης σε άτομα και ζευγάρια.
- ❖ Γενετική καθοδήγηση και προγεννητική διάγνωση.
- ❖ Συμμετοχή στην ενημέρωση των μαθητών όλων των ηλικιών μέσα στα σχολεία, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς και τους συλλόγους γονέων και κηδεμόνων.
- ❖ Ενημέρωση και προστασία της υγείας των γυναικών που προσέρχονται για διακοπή κύησης.
- ❖ Ενημέρωση του πληθυσμού μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.

Ωστόσο, λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής αλλά και των αυξημένων ρόλων και προσδοκιών των γυναικών στις σύγχρονες κοινωνίες, είναι μάλλον αδύνατο το να εκλείψουν οι κησεις στις ηλικίες άνω των 35 αλλά ακόμα και άνω των 40 ετών. Παρόλα αυτά, με τη βοήθεια του Οικογενειακού Προγραμματισμού, οι κίνδυνοι είναι δυνατό να μειωθούν, μέσω της σωστής ενημέρωσης και καθοδήγησης των σύγχρονων ζευγαριών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ - ΠΗΓΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

1. Αντζακλής Α. «Προγεννητική διάγνωση, Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία», Εκδ. οίκος Παρισιανός, Αθήνα 2000
2. Αραβαντινός Ι. Δ., «Μαιευτική», Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1989
3. Αραβαντινός Ι. Δ., «Φυσιολογία της γυναίκας», Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1982
4. Καρπάθιος Σ.Ε., «Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική», Τόμος 1^{ος}, Δεύτερη έκδοση, Εκδ. Βήτα medical arts, Αθήνα 1999
5. Καρπάθιος Σ.Ε., «Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική», Τόμος 2^{ος}, Δεύτερη έκδοση, Εκδ. Βήτα medical arts, Αθήνα 1999
6. Λώλης Ε. Δ., «Γυναικολογία και Μαιευτική», Τόμος 1^{ος}, Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγ. Παρισιανός» Μαρία Γ. Παρισιανού, Αθήνα 1995
7. Λώλης Ε. Δ., «Γυναικολογία και Μαιευτική», Τόμος 2^{ος}, Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγ. Παρισιανός» Μαρία Γ. Παρισιανού, Αθήνα 1995
8. Ματσαγγάνης Μ., «Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα», Κριτική Α.Ε. Επιστημονική Βιβλιοθήκη, 2001
9. Ταμπακούδης Π., «Προγεννητικός έλεγχος», Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία 2001, 13(1 - 2): 59-79
10. Ταμπακούδης Π., Παπαγεωργίου Γ., Τσαλίκης Τ., Καλαχάνης Ι., Μανταλενάκης Σ., «Κύηση και τοκετός σε πρωτοτόκες γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών», Γαληνός 1991, 33 (6): 570-574

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

11. Abu-Heija A.T., Jallad M.F., Abukteish F., “Maternal and perinatal outcome of pregnancies after the age of 45”, J. Obstet. Gynaecol. Res., 2000, 26 (1): 27-30
12. Adashek JA., Peaceman AM., Lopez-Zeno J., Minogue JP., Socol ML., “Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women”, Am. J. Obstet. Gynaecol., 1993, 169: 936

13. Bobrowski RA., Bottoms SF., “Underappreciated risks of the elderly multipara”, Am. J. Obstet. Gynaecol., 1995, 172: 1764
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. Chan B.C., Lao T.T., “Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above”, Hum. Reprod., 1999, 14 (3): 833-837
16. Cnattingius S., Forman MR., Berendes HW., Isotalo L., “Delayed childbearing and risk of adverse perinatal outcome”, JAMA, 1992, 268: 886
17. Cunningham F.G., MacDonald PC., Gant NF., Leveno KJ., Gilstrap LC., “Hankins, Clark, Williams Obstetrics”, 20th Edition, International Edition, 1997
18. Cunningham FG., Pritchard JA., Hankins GD., Anderson PL., Lucas MJ., Armstrong KF., “Peripartum heart failure: idiopathic cardiomyopathy or compounding cardiovascular events?”, Obstet. Gynaecol., 1986, 67 (2): 157-68
19. Doyle MB., DeCherney AH., Diamond MP., “Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy”, Obstet. Gynecol. Clin. North Am., 1991, 18 (1): 1-17
20. Edge V., Laros RK., “Pregnancy outcome in nulliparous women age 35 or older”, Am. J. Obstet. Gynaecol., 1993, 168: 1881
21. Fretts RC., Schmittdiel J., McLean FH., Usher RH., Goldman MB., “Increased maternal age and the risk of fetal death”, N. Engl. J. Med., 1995, 333: 953-957
22. Friede A., Baldwin W., Rhodes PH., Buehler JW., Strauss LT., “Older maternal age and infant mortality in the United States”, Obstet. Gynaeco.l, 1988, 72: 152
23. Gilbert W.M., Nesbitt T.S., Danielsen B., “Child bearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases”, Obstet. Gynaecol., 1999, 93 (1): 9-14
24. Grimes DA., Gross GK., “Pregnancy outcomes in black women aged 35 and older”, Obstet. Gynaecol., 1981, 58: 614
25. Hansen JP., “Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature”, Obstet. Gynaecol. Surv., 1986, 41: 726
26. Hamisu M. Salihu, M. Nicole Shumpert, Martha Slay, Russell S. Kirby, Greg R. Alexander, “Childbearing Beyond Maternal Age 50 and Fetal Outcomes in the United States”, Obstetrics & Gynaecology, 2003, 102: 1006-1014
27. Hay S., Barbano H., “Independent effects of maternal age and birth order on the incidence of selected congenital malformations”, Teratology, 1972, 5: 271

28. Jolly M., Sebire N., Harris J., Robinson S., Regan L., “The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older”, Human Reproduction, 2000, 15 (11): 2433-2437
29. Lampert M., “La grande multipare”, Gyn. Et Obstet., 1965, 64: 547
30. Lehmann DK., Chism J., “Pregnancy outcome in medically complicated and uncomplicated patients aged 40 years or older”, Am. Obstet. Gynaec., 1987, 157: 738
31. Linda J. Heffner, “Advanced Maternal Age — How Old Is Too Old?”, The New England Journal of Medicine, 2004, 351 (19): 1927-1929
32. Mangioni C., “Considerazioni Sulla Patalogia Obstetrica della grande multipara”, Am. Obstet. Gynaec., 1964, 86
33. Messini I., Malamitsi-Puchner A., Hadjigeorgiou E., Lolis D., Nicolopoulos D., “Perinatal complications in elderly primigravida”, Pediat. Padol., 1982, 17: 597-602
34. Peipert JF., Bracken MB., “Maternal age: An independent risk factor for cesarean delivery”, Obstet. Gynaecol., 1993, 81: 200
35. Phillips OP., Seely L., Wan JY., Wachtel SS., Shulman LP., “A survey of attitudes about maternal serum screening for fetal chromosome abnormalities in women 35 years of age and older”, Fetal Diagn. Ther., 1998, 13(6): 357-60
36. Prysak M., Lorenz RP., Kisly A., “Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older”, Obstet. Gynaecol., 1995, 85: 65
37. RoCHAT RW., “Maternal mortality of the U.S.A.”, World Health Stat. Rep., 1981, 34: 2
38. Sauer MV., Paulson RJ., Lobo RA., «Pregnancy after age 50: Applications of oocyte donation to women after natural menopause», Lanset, 1993, 341: 321
39. Sauer MV., Paulson RJ., Lobo RA., «Pregnancy in women 50 or more years of age: Outcomes of 22 consecutively established pregnancies from oocyte donation», Fertil. Steril., 1995, 64: 111
40. Stabile I., Grudzinskas J., “Ectopic pregnancy: A review of incidence, etiology and diagnostic aspects”, Obstet. Gynaecol. Surv., 1990, 45: 335
41. Toohey JS., Keegan KA., Morgan MA., Francis J., Task S., deVeciana M., “The dangerous multipara: fact or fiction?”, Am. J. Obstet. Gynaecol., 1995, 172: 683

42. Tuck SM., Yudkin AC., Turnbull AC., “Pregnancy outcome in elderly primigravidae with and without a history of infertility”, Br. J. Obstet. Gynaecol., 1988, 95: 230
43. Ventura SJ., “First births to older mothers, 1970-86”, Am. J. Public Health, 1989, 79 (12): 1675-7
44. Ventura SJ., Martin JA., Taffel SM., Mathews TJ., Clarke SC., “Advance report of final natality statistics”, National Center for Health Statistics Monthly Vital Statistics Report (suppl), 1995a, 44: 3
45. Wilson RD., Kendrick V., Wittmann BK., McGillivray B., “Spontaneous abortion and pregnancy outcome after normal first-trimester ultrasound examination”, Obstet. Gynaecol., 1986, 67 (3): 352-355
46. Windridge KC., Berryman JC., “Women’s experiences of giving birth after 35”, Birth, 1999, 26 (11): 16-23
47. Wong S.F., Ho L.C., “Labour outcome of low risk multiparas of 40 years and older. A case control study”, Aust. N.J. Obstet. Gynaecol., 1998, 38 (4): 388-390
48. Yasin SY., Beydoun SN., “Pregnancy outcome at greater than or equal to 20 weeks gestation in women in their 40s: a case control study”, J. Reprod. Med., 1988, 33: 209

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

49. <http://www.ivf.gr>
50. www.statistics.gr (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία)
51. <http://news.kathimerini.gr>
52. <http://www.kiveli.gr/epist/epist1.cfm>
53. <http://iaso.gr>
54. <http://www.docman.gr>
55. <http://www.et.gr/>