

Strokovni članek / Professional article

## NOSEČNOST PO 35. LETU – TVEGANJE ALI NORMALEN POJAV SODOBNE DRUŽBE

PREGNANCY AFTER THE AGE OF 35 – RISK BEHAVIOUR OR A NORMAL PHENOMENON OF MODERN SOCIETY

*Mojca Burnik, Ana Polona Mivšek*

**Ključne besede:** starost matere, pozna nosečnost in materinstvo, prednosti in slabosti

**Key words:** maternal age, late pregnancy and motherhood, advantages and disadvantages

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Nosečnost po 35. letu starosti že dolgo povezujejo z določenimi tveganji za zdravje nosečnice in ploda, vendar pa je danes kljub tveganjem poznejše materinstvo bolj sprejeto s strani družbe kot nekoč, saj so poznane določene socialne prednosti rojevanja otrok v poznejšem obdobju življenja. Namen prispevka je opredeliti tveganja oz. medicinske argumente proti nosečnosti po 35. letu starosti ter sociološke argumente, ki podpirajo poznejše materinstvo.

**Metode:** Uporabljen je bil pregled strokovne literature, pridobljene s pomočjo elektronskih baz podatkov (CINAHL, ProQuest, PubMed, The Cochrane Library in ScienceDirect). Uporabljenih je bilo 22 virov literature.

**Diskusija in zaključki:** Pregled literature je pokazal, da je nosečnost po 35. letu starosti postal pogost pojav v naši družbi, saj se ženske na splošno kasneje odločajo za ustvarjanje družine. Pomemben razlog za to je predhodno ustvarjanje finančne in stanovanjske varnosti. Starejše prvorodke so navadno bolje izobražene, živijo bolj zdravo, iščejo informacije o nosečnosti in porodu iz formalnih in neformalnih virov ter imajo bolj pozitivno samopodobo kot njihove mlajše vrstnice. Nosečnost v poznejših letih življenja pa je povezana tudi s številnimi dodatnimi zdravstvenimi tveganji, kot so povišan krvni tlak ali gestacijski diabetes pri materi, kromosomske anomalije ploda, rojstvo otroka z nizko porodno težo, težji porod oz. carski rez ter nevarnost prezgodnjega poroda. Kljub določenim prednostim poznejšega materinstva tudi z razvojem tehnologije in usposobljenostjo zdravstvenega osebja določenih zapletov v nosečnosti ni mogoče preprečiti. S povečevanjem števila nosečnic, starejših od 35 let, se povečuje tudi število patoloških nosečnosti in porodov. Poleg tega literatura navaja tudi vprašanje moralne sprejemljivosti rojevanja otrok v poznih štiridesetih ali celo petdesetih letih starosti.

### ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy after age 35 has long been connected with heightened risks for both mother and child. However, later-in-life pregnancy is nowadays becoming more widely accepted due to certain social advantages. The aim of this paper is to delineate the scientifically based health risks and arguments opposing advanced maternal age, and the social benefits of later-in-life motherhood.

**Methods:** Review of 22 relevant sources was performed as gathered by online databases (CINAHL, ProQuest, PubMed, The Cochrane Library and ScienceDirect).

**Discussion and conclusions:** The information summarized through literature research indicates that pregnancy and maternity after 35 years of age have become quite a common phenomenon in contemporary society. Women wish to secure financial stability and adequate housing before starting a family. Primiparous women 35 years of age or older are often well educated and cognisant of a healthy life-style. They search for new information on their own initiative and are psychologically prepared for parenthood with a positive self-esteem. However, they often face several health risks associated with late pregnancy, such as high blood pressure or gestational diabetes. There is a higher incidence of chromosome abnormalities in the foetus as well as premature and low birth weight infants. Studies often report of difficult deliveries in this group of women resulting in a higher number of caesarean sections. Despite certain advantages, getting pregnant later in life also entails some risks that cannot be prevented even by improved medical knowledge and sophisticated technology. As the number of pregnancies over 35 mounts, the risk of pathological pregnancies and deliveries is also on the rise. Along with the above, the literature also questions the moral aspects of later-in-life motherhood over forty or even fifty years of age.

Mojca Burnik, dipl. bab., e-naslov: mojca.burnik@email.si

mag. Ana Polona Mivšek, dipl. bab., viš. pred., Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo

Članek je nastal na osnovi diplomskega dela prve avtorice.

## Uvod

Od nekdaj so v družbi obstajale norme, ki so določale sprejemljivo reproduktivno vedenje žensk – med drugim so predpisovale tudi, kdaj je pravi čas, da se odločijo za materinstvo (Wu, Macneill, 2002).

Izraz »starejša prvorodka« sta prvič uporabila Waters in Wagner leta 1950 in z njim opisala ženske, stare 35 let ali več, ki so bile prvič noseče. Danes ima izraz bistveno manjši pomen, zahvaljujoč napredkom v medicini in perinatologiji (Neumann, Graf, 2004). V porodništvu se je zato meja »varne« nosečnosti zamaknila nad starost 40 let (Witek, Boydis-Szyndlar, 2006).

Nosečnost po 35. letu starosti je že od nekdaj povezana z določenimi tveganji za zdravje nosečnice in ploda. V teh letih so ženske še posebej dovzetne za razvoj bolezni, kot so kardiovaskularna obolenja, ter so manj odporne na stres. Z nosečnostjo povezana sladkorna bolezen, hipertenzivne motnje ali že prej prisotni kronični zdravstveni problemi lahko omejijo rast in razvoj ploda. Poročajo tudi o povečani potrebi medporodnih intervencij (Dunphy Suplee, Dawley, Rosen Bloch, 2007).

Glavni argumenti, ki podpirajo pozno nosečnost in materinstvo, temeljijo na dejstvu, da se smrtnost in obolevnost otrok v zadnjih treh desetletjih pri starejših prvorodkah niža, kronične bolezni, ki lahko zapletejo nosečnost starejših žensk, pa so danes zaradi napredovanja medicine ozdravljive oz. jih je mogoče nadzorovati. Tako naj bi socialne prednosti starejših nosečnic, kot so povečana finančna varnost, rešen stanovanjski problem, zagotovljena redna služba ter večja psihična stabilnost, premagale biološke slabosti in posledice za otroka in mater (Carolan, 2003).

## Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda oziroma kritični pregled strokovne literature. Literatura je bila pridobljena s pomočjo dostopa do baz podatkov Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ProQuest, PubMed, The Cochrane Library in ScienceDirect. Uporabljenih je bilo 22 virov literature; 20 virov tujih avtorjev in 2 vira slovenskih avtorjev. Vključitveni kriteriji so bili angleški in slovenski jezik ter dostop do celotnega besedila člankov. Večina izbrane literature izvira iz obdobja od leta 1992 do leta 2007, le štirje viri segajo v obdobje osemdesetih let, a so bili zaradi svoje smiselnosti in relevantnosti (za osvetlitev zgodovinskega ozadja problematike) vseeno vključeni v pregled literature.

## Pregled literature

Mirowski (2005) je v svojem članku predstavil dva nasprotujoča si vidika o tem, kako starost ob prvem porodu vpliva na zdravje žensk v nadaljnjem življenju. Prvi vidik je biorazvojni, le-ta za pomemben pogoj za

zdravje in kakovost življenja ženske v prihodnjih letih šteje pripravljenost in uravnovešenost organizma v času prvega poroda. Kot optimalno starost za prvega otroka predlaga obdobje kmalu po puberteti, ko je reproduktivni sistem za nosečnost že pripravljen in še ni toliko možnosti za pojav kroničnih bolezni. Zavedati pa se je potrebno, česar Mirowski ni upošteval, tudi negativnih zdravstvenih plati prezgodnje (najstniške) nosečnosti (Lao, Ho, 1997; Smith, Pell, 2001).

Drugi vidik je biosocialni, le-ta upošteva predvsem socialne dejavnike in posledice starosti ob prvem porodu. Trdi, da si z odlašanjem materinstva v čim poznejše starostno obdobje ženske zagotovijo boljše zdravje in višjo kakovost življenja v nadaljevanju življenja, in sicer predvsem zaradi zagotovljene redne službe, stabilne partnerske zveze ter preskrbljenosti v smislu imetja. Ta vidik pa tudi upošteva, da staranje reproduktivnega sistema in pojavljanje kroničnih bolezni omejuje odlašanje materinstva v nedogled. Kljub temu postavlja optimalno starost za prvega otroka kasneje v odraslost, tj. bližje h koncu reproduktivnega obdobja ženske kot na začetek le-tega.

## Vpliv izobrazbe in zaposlitve na rojevanje otrok

Danes število žensk, ki se odločajo za materinstvo v poznih tridesetih letih starosti, narašča, kar naj bi bila posledica višje stopnje izobrazbe in načrtnega odločanja za družino. Ženske tehtajo prednosti in slabosti odločitve o tem, ali imeti otroka v določenem času njihovega življenja. Na njihovo odločitev vplivajo pridobljena izobrazba, kariera in finančno stanje.

Z izpostavljenostjo žensk netradicionalnim vlogam v družbi in z višanjem stopnje izobrazbe ter z zaposlitvijo izven doma ter posledično z ekonomsko neodvisnostjo so njihove možnosti za odločanje za materinstvo v biološko najbolj ugodnih reproduktivnih letih zmanjšane (Wu, Macneill, 2002). Takrat, ko je medicinsko gledano zanje biološko najbolj ugoden čas, da bi imele otroka, so namreč zaposlene s tem, da si omogočijo optimalne pogoje za življenje.

Kljub pomikanju priporočene starostne meje za materinstvo v poznejša leta si ženske še vedno enako močno želijo imeti otroke. Odločitev za poznejše materinstvo jim je olajšana zaradi dejstva, da jim »biološka ura« ne »tiktaka« tako hitro, kot jim je včasih. Razvoj medicinske znanosti in tehnologije jim namreč zagotavlja, da materinstvo lahko kar varno odlašajo v pozna trideseta leta starosti (Wu, Macneill, 2002).

## Počutje in sprejemanje nosečnosti po 35. letu starosti

Ob vse večjem številu starejših prvorodk v današnjem času, se je izoblikovala kompleksna podoba psi-

hosocialnih karakteristik teh žensk. Njihove značilnosti naj bi bile naslednje:

- navadno so bolj izobražene;
- imajo višji socialnoekonomski status kot povprečno;
- so v boljši psihični kondiciji;
- imajo ožje socialno omrežje ljudi, s katerimi bi delile izkušnje nosečnosti;
- prenatalno oskrbo iščejo bolj zgodaj;
- so željne in aktivne pri iskanju informacij;
- večina jih je zaposlenih izven doma;
- so bolj zaskrbljene za svoje in otrokovo zdravje (Neumann, Graf, 2004).

Ena od glavnih slabosti poznega materinstva, ki jo izpostavljajo Dunphy Suplee, Dawley, Rosen Bloch (2007), je pomanjkanje socialne in družinske podpore. Matere po 35. letu starosti so bolj socialno izolirane, saj so njihovi prijatelji pogosto (pre)zaposleni in imajo malo časa za obiske in pomoč. Poleg tega imajo manj podpore doma. Partnerji visokoizobraženih žensk so pogosto zelo zaposleni in preživijo večji del dneva v službi. Če imajo starše še žive, so ti pogosto že v letih in slabotni, zato jim ne morejo nuditi posebne pomoči. V prilagajanju na materinstvo, ob skrbi za novorojenca, gospodinjstvo in partnerja ter vračanju nazaj na delo tako navadno skrbijo še za starajoče se starše.

Glede na to, da podatki kažejo na pomanjkanje podpore ženskam, ki imajo otroka kasneje v življenju, ni pričakovati, da bodo te matere lahko opravljale vse obveznosti iz časa pred nosečnostjo. Toda te matere dokazujejo ravno nasprotno, saj jih večina kmalu po porodu nadaljuje številne dejavnosti, povezane z njihovo službo in kariero (Dunphy Suplee, Dawley, Rosen Bloch, 2007).

Łuczak-Wawrzyniak et al. (2003) so naredili študijo o počutju in sprejemanju nosečnosti po 35. letu starosti. Skupina, ki so jo preučevali, je obsegala 183 nosečnic, starejših od 35 let. Metoda zbiranja informacij je bil natančen intervju z vsako nosečnico posebej. Raziskavo so zaključili z dejstvom, da je prilagoditev na nosečnost pri ženskah po 35. letu starosti pogosto težka življenjska izkušnja in da je za te ženske pomembno, da imajo temeljito zdravstveno oskrbo in prijetno ter skrbno okolje.

### *Prednosti starejših nosečnic*

Po mnenju Winslowa (1987) naj bi ženske, ki zanosijo kasneje v življenju, lastno nosečnost dojemale kot zahteven projekt, ki se ga lotijo, tako kot vse svoje projekte, s skrbnim načrtovanjem in organizacijo. Za rojstvo otroka se navadno odločijo premišljeno in med nosečnostjo uporabljajo strategije (t. i. copying style), ki so se že prej v življenju izkazale za uspešne.

Glede na bogate predhodne življenjske izkušnje in znanja imajo starejše prvorodke prednost pred mlajšimi. Navadno bolj načrtujejo, se pripravijo na nosečnost in boljše skrbijo zase med nosečnostjo. Po zanositvi iščejo informacije iz formalnih in neformalnih virov, se udeležujejo več priprav na starševstvo in redno obiskujejo ginekološke preglede.

Vsaka izmed starejših prvorodk ima določene življenjske izkušnje in razloge, zaradi katerih je postala mati kasneje v življenju. Nekateri so se srečali z neplodnostjo, druge z iskanjem primerne partnerja, ostale z ustvarjanjem kariere in grajenjem osebne identitete. Večina starejših prvorodk načrtuje nosečnost, le-ta je rezultat njihove dolgoletne želje po otroku, zato se čutijo maksimalno pripravljene na svojo novo vlogo matere (Nelson, 2004).

Robinson s sodelavci (1987) pravi, da imajo nosečnice, ki so starejše od 35 let, več avtonomije, so manj konservativne in jim nosečnost povzroča manj organizacijskih težav. Zaradi svoje zrelosti so navadno tudi boljše matere. Nasprotno pa Randell (1989) trdi, da imajo starejše prvorodke več težav s prilagajanjem na nosečnost in materinstvo. Ker imajo že izdelan življenjski stil se težje prilagodijo novim družbenim vlogam, hočejo ohraniti lasten jaz in imajo težave s sprejemanjem nosečnosti ter materinstva.

Pomembna značilnost starejših nosečnic v primerjavi z mlajšimi je tudi ta, da izražajo več skrbi za otroka, kar se kaže kot številna vprašanja in zahteve. Zdravstveni delavci jih lahko zaradi teh elementov skrbi dojemajo kot anksiozne in nevrotične, vendar pa je to le ena njihovih karakteristik – želijo obdržati nadzor nad situacijo. V splošnem so zelo entuziastične glede nosečnosti ter imajo pozitivnejšo samopodobo (Nelson, 2004).

### *Tveganja starejših nosečnic*

V nasprotju z naštetimi prednostmi poznejšega materinstva v socialnem smislu so tveganja, s katerimi se soočajo starejše prvorodke, zlasti zdravstvene narave. Večina žensk, ki rodijo po 35. letu starosti, ima sicer zdrav in normalen potek nosečnosti in normalen porod ter rodijo zdrave novorojence, vendar raziskave vseeno dokazujejo, da se ženske, ki odlašajo materinstvo v poznih trideseta in štirideseta leta starosti, lahko soočajo z nekaterimi tveganji, kot so:

- lahko imajo večje težave pri spočetju otroka in pogosto potrebujejo dalj časa da zanosijo;
- v povprečju je dvakrat bolj verjetno, da bodo imele povišan krvni tlak med nosečnostjo ali gestacijski diabetes;
- obstaja večje tveganje, da bodo rodile otroka s kromosomsko napako (predvsem se zviša možnost za Downov sindrom);
- večja je možnost, da bodo v nosečnosti krvavele (predležeča posteljica);

- večja je možnost, da bodo rodile otroka z nizko porodno težo (Intrauterine Growth Restriction – IUGR);
- večja je možnost, da bodo imele prolongiran ali težji porod oziroma carski rez;
- večja je možnost, da bodo rodile pred predvidenim terminom poroda (Amarin, Akasheh, 2001);
- večja je verjetnost, da bodo v nosečnosti razvile kronične bolezni (Neumann, Graf, 2004).

### *Nastanek zapletov v nosečnosti pri prvorodkah, starejših od 35 let*

Možen zaplet v nosečnosti po 35. letu je nosečnostna hipertenzija, ki se navadno pojavi v drugi polovici nosečnosti in vključuje vse od hipertenzije brez proteinurije do različnih oblik in stopenj preeklampsije. Vse oblike hipertenzije zapletejo nosečnost z intrauterinim zastojem rasti ploda in lahko vodijo v prezgodnji porod (Heffner, 2004).

Posledično obstaja tudi povečana nevarnost maternalne smrti. Incidenca maternalne smrti ob porodu je namreč povezana z boleznimi, kot so: preeklampsija, HELLP (Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelet) sindrom, poporodna krvavitev in že prej obstoječe kronične bolezni matere. Še posebej so tveganju za razvoj preeklampsije izpostavljene ženske s prej vsaj štiri leta prisotno kronično hipertenzijo (Carolan, 2003).

Med starejšimi nosečnicami so bolj pogosti tudi zapleti s krvavitvami – predležeča posteljica, abrupcija placente. Abrupcija placente je namreč povezana s staranjem materničnega žilja in s kroničnimi hipertenzivnimi obolenji (Cunningham, Leveno, 1995).

Obstaja tudi povezava med višanjem maternalne starosti in tveganjem za fetalno smrt ter spontani splav. Nedavna raziskava je pokazala, da se polovica nosečnosti v starosti 42 let konča s fetalno smrtjo, medtem ko je tveganje za spontani splav v starosti ženske 45 let ali več 74,7 % (Diejomaoh et al., 2006).

Endokrinološke študije dokazujejo, da večina žensk vstopi v obdobje menopavze v poznih štiridesetih in v začetku petdesetih let starosti. V predmenopavzalnem obdobju je stopnja spontanih zanositev nizka, tveganje za spontani splav pa je visoko. V tej starostni skupini je sicer mogoča spontana zanositev, vendar je za večino nosečnosti potrebna umetna oploditev – in vitro fertilizacija (IVF), kjer uporabijo darovano jajčno celico mlajše ženske (Heffner, 2004). Po statističnih podatkih privatnih klinik v Veliki Britaniji, ki se ukvarjajo s postopki IVF, je tako opaziti porast žensk, ki rodijo v starosti od 45 do 49 let. Od leta 1992 do leta 2002 je število teh porodov naraslo s 15 primerov na 108 primerov letno. Prav tako je naraslo število žensk, ki rodijo po 50. letu, in sicer za 24 primerov letno. V določenih državah so zato zdravljenje neplodnosti omejili na starost do 40 oz. 50 let, toda ponekod privatne klinike sprejemajo tudi pacientke po 60. letu starosti (Lincia, 2006).

S starostjo matere ob porodu se viša tudi tveganje za dokončanje poroda s carskim rezom. Raziskave kažejo (Ecker et al., 2001), da je zvišanje incidence carskih rezov med starejšimi ženskami rezultat povečanega števila indikacij za elektivni carski rez. Med pomembne indikacije za elektivni carski rez namreč sodijo: prejšnja miomektomija, malprezentacija ploda, placentarne motnje (predležeča posteljica), virusne okužbe matere (aktivna herpesna okužba). Med starejšimi nosečnicami je povečano tudi število večplodnih nosečnosti, ki so posledica asistirane reprodukcije med starejšimi prvorodkami in ki so ponekod indikacija za elektivni carski rez. Toda pri interpretaciji teh podatkov je potrebna previdnost, določeni avtorji namreč ugotavljajo, da so starejše prvorodke izpostavljene nekaterim posegom (tudi carskemu rezu) le zato, ker jih doktrina predpisuje rutinsko v primeru starosti nad 35 let (Palles, 2008).

### *Dodatni dejavniki tveganja pozne nosečnosti*

Zdrav življenjski slog pred in v nosečnosti je pomemben za vse nosečnice, še toliko pomembnejši pa je pri nosečnicah, ki so stare več kot 35 let, saj so, kot je razvidno iz prejšnjih poglavij, še dodatno ogrožene. Dodatni dejavniki tveganja, na katere ima nosečnica vpliv, so: nepravilno prehranjevanje (prevelika ali premajhna telesna teža, motnje hranjenja), zloraba dovoljenih in nedovoljenih drog, kajenje in stres. Nosečnica pa ne more vplivati na genetske anomalije ter kronične bolezni, kot sta diabetes ali hipertenzija ter na razvoj depresije in na neplodnost (Neumann, Graf, 2004).

Za ženske po 35. letu, ki so karierno uveljavljene, je stres skorajda neizogiben. Z leti stres postaja vse bolj intenziven zaradi vse več odgovornosti na delovnem mestu in doma. Ni redkost, da se ženske v tridesetih letih svojega življenja počutijo popolnoma odgovorne za vse ter imajo občutek, da je vse breme na njihovih ramenih. Odzivi na ponavljajoči stres lahko vodijo v depresijo ali anksiozno stanje (Neumann, Graf, 2004). Stres v nosečnosti je pomemben dejavnik tveganja predvsem za prezgodnje rojstvo ploda. Znanstveniki še niso popolnoma razjasnili, ali so starejše nosečnice bolj anksiozne od mlajših zgolj zaradi njihove starosti ali zaradi ostalih prisotnih zdravstvenih problemov že iz časa pred nosečnostjo (Dunphy Suplee, Dawley, Rosen Bloch, 2007).

Naslednji specifični dodatni dejavnik tveganja pri starejših prvorodkah je ta, da je ženska plodnost razmeroma stabilna do zgodnjih trideset let starosti, nato pa se zmanjšuje do zelo nizke ravni v zgodnjih štiridesetih letih. Vrhunec doseže med 20. in 24. letom starosti. V starosti od 30 do 35 let se plodnost zmanjša za 15 do 20 %, v starosti od 35 do 39 let za 25 do 50 % in v starosti od 40 do 45 let za 95 %. Plodnost zmanjšujejo tudi dejavniki, ki niso povezani s starostjo; na primer že omenjeno kajenje, sladkorna bolezen, infekcije in endometrioza (Johnson, 2001).

Dokazano tveganje za ženske, starejše od 35 let, da bodo rodile otroka s katero koli kromosomsko napako, je 1:192. Taki otroci se lahko rodijo katerikoli materi, vendar pa se s starostjo matere in očeta povečuje tudi tveganje za kromosomske napake. Najpogostejša genetska napaka pri otrocih, katerih matere so starejše od 35 let, je Downov sindrom. Danes so na voljo različni presejalni testi (merjenje nihalne svetline, biopsija horionskih resic, dvojni oz. trojni hormonski test in amniocenteza), s katerimi se že pred rojstvom otroka lahko ugotovi morebitno genetsko okvaro ploda (Neumann, Graf, 2004). Zaradi tveganja, ki je prisotno ob nekaterih presejalnih testih (npr. možnost splava ob amniocentezi), se za te posege mnoge ženske težko odločijo. Posebno v primeru težko pričakovane nosečnosti strah pred izgubo otroka premaga strah pred rojstvom otroka z genetsko okvaro (Dunphy Suplee, Dawley, Rosen Bloch, 2007). Poleg tega je problematično tudi trajanje preiskav – ko se ženska z nenormalnimi rezultati ultrazvoka odloči za nadaljnje diagnostične postopke, testiranja navadno trajajo 3 do 4 tedne. Ker nekatere ženske ne morejo popolnoma sprejeti otroka, dokler ne dobijo dokončnih dokazov o njegovem zdravju, je zanje to obdobje zelo stresno. Zgodnje presejanje z dolgo neznanim rezultatom zato lahko vpliva na proces navezovanja matere na otroka.

Izkušnje nosečnosti starejših nosečnic so zaradi vseh znanih tveganj pogosto zasenčene s skrbjo in občutkom ranljivosti, kar lahko negativno vpliva na zgodnje materinstvo (Dunphy Suplee, Dawley, Rosen Bloch, 2007).

### *Vloga babice pri skrbi za starejše nosečnice*

Skrb babice za starejšo nosečnico in njeno družino mora, kot za vse ostale varovanke, temeljiti na individualnem in celostnem pristopu, ki vključuje individualne, psihične, čustvene in socialne potrebe med nosečnostjo. Obravnava mora temeljiti predvsem na potrebah zdrave nosečnice, in ne na zapletih in tveganjih, ki temeljijo zgolj na predpostavki njihove starosti (Dunphy Suplee, Dawley, Rosen Bloch, 2007).

Kljub vsemu pa se moramo zavedati nekaterih posebnosti skrbi za starejše prvorodke. Kot je že omenjeno, so številne ženske, ki se odločijo za materinstvo kasneje v življenju, visoko izobražene. O sami nosečnosti, porodu in puerperiju ter negi novorojenčka veliko berejo in iščejo dodatne informacije; neredko tudi iz strokovne literature. Njihova nosečnost je običajno načrtovana. Ker so vajene imeti nadzor nad tem, kaj se v njihovem življenju dogaja, želijo biti tudi o dogajanju v nosečnosti informirane ter soodločati o postopkih in posegih, ki jih bodo deležne. Potemtakem pomenijo velik izziv za babico, ki zanje skrbi. Ne le, da so preskusni kamen za njeno strokovno znanje, testirajo tudi njene predsodke, strpnost oz. zmožnost tolerance za drugačnost, njene sposobnosti za partnerstvo v obravnavi ter enakopravnost v komunikaciji.

Navkljub svoji proaktivnosti in vedoželjnosti, bi ženske, ki zanosijo pozneje v življenju, potrebovale vse oblike podpore in strokovne skrbi:

- psihično podporo – morda še več kot ostale nosečnice, saj se zavedajo vseh tveganj, ki jih zanje nosečnost in porod pomenita;
- instrumentalno podporo – v smislu fizične priprave na starševstvo ter konkretne pomoči pri skrbi zase in otroka;
- nenazadnje tudi informacijsko podporo – kljub samoiniciativnosti pri iskanju znanja, jim zdravstvene vzgoje ne smemo odreči, zavedati pa se moramo, da mora biti le-ta prilagojena njihovim potrebam in sposobnostim.

Morda je bolj kot pri katerikoli drugi skupini nosečnic v interakciji babice s starejšimi prvorodkami pomemben način komuniciranja. V času nosečnosti se v ženskem telesu dogajajo izjemne spremembe tako na telesnem kot na psihičnem nivoju. Sploh ženski, ki je zanosila pozno, se poraja tisoče vprašanj, strahov in dvomov. Da bi zmanjšale stiske, omilile strahove in odgovorile na mnoga vprašanja, se morajo babice približati nosečnicam. Tega ne dosežejo le z govorjenjem, ampak tudi z aktivnim poslušanjem, ki je bistven element svetovanja (Dermol Hvala, 2001) in izkazuje spoštovanje sogovornika.

### **Diskusija in zaključki**

Nosečnost po 35. letu starosti je postala pomemben pojav v naši družbi, saj je vse več žensk, ki se odločijo za materinstvo v poznih tridesetih in štiridesetih letih starosti. To naj bi bila posledica višje stopnje izobrazbe ter načrtnega odločanja za družino. Večina žensk, ki rodijo po 35. letu starosti, ima zdrav in normalen potek nosečnosti in poroda ter rodijo zdrave novorojence. V družbi so starejše prvorodke, kljub temu da pozno materinstvo pomeni tudi določene prednosti (večja zrelost matere, boljši socialnoekonomski položaj družine), še vedno do neke mere stigmatizirane. Nasprotno moški ne doživljajo stigme, če se za očetovstvo odločijo v poznejših letih. Vsemu navkljub se je potrebno zavedati bioloških omejitev odločitve za pozno starševstvo. Kljub napredovanju medicine in tehnologije se starost, ki je še primerna za rojevanje otrok, ne more pomikati navzgor v nedogled. Razlog za to je predvsem moralna spornost rojevanja otrok v tako poznih letih življenja ter staranje reproduktivnega sistema ženske, ki ga kljub sodobni tehnologiji ne moremo zaustaviti.

### *Literatura*

1. Amarin VN, Akasheh HF. Advanced maternal age and pregnancy outcome. East Mediterr health J. 2001;7(4/5):646–51.

2. Carolan M. The graying of the obstetric population: implications for the older mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(1):19–25.
3. Cunningham FG, Leveno KJ. Childbearing among older women – the message is cautiously optimistic. *N Engl J Med*. 1995;333(15):1002–4.
4. Dermol Hvala H. Pomen govornice besede pri delu zdravstvenih delavcev. *Obz Zdr N*. 2001;35(1–2):45–9.
5. Diejomaoh M, Al-Shamali I, Al-Kandari F, Al-Qenae M, Mohd A. The reproductive performance of women at 40 years and over. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006;126(1):33–8.
6. Dunphy Suplee P, Dawley K, Rosen Bloch K. Tailoring peripartum nursing care for women of advanced maternal age. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(6):617–21.
7. Ecker J, Chen K, Cohen A, Riley L, Lieberman E. Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: indications and associated factors in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185(4):883–7.
8. Heffner LJ. Advanced maternal age – how old is too old? *New Engl J Med*. 2004;351(19):1927–9.
9. Johnson RV. Vse o nosečnosti in otrokovem prvem letu. Ljubljana: Educy; 2001, 5.
10. Lao TT, Ho LF. The obstetric implications of teenage pregnancy. *Hum Reprod*. 1997;12(10): 2303–5.
11. Lincia D. Fertility treatment: how old is too old for pregnancy and parenthood. *Br J Midwifery*. 2006;14(6):341.
12. Łuczak-Wawrzyniak JK, Szczepaska M, Skrzyżezak JM, Kornacki I, Hepnev K. Psychological adaptation of the women after 35 years of age for pregnancy. *Arch Por Med*. 2001;7(1):83–4.
13. Mirowski J. Age at first birth, health and mortality. *J Health Soc Behav*. 2005;46(3):32–50.
14. Nelson AM. A qualitative study of older first – time mothering in the first year. *J Pediatr Health Care*. 2004;18(6):284–91.
15. Neumann N, Graf C. Pregnancy after age 35. *Lifelines*. 2004;7(5):424–9.
16. Palles K. Advancing maternal age: a risk indicator or a risk factor for primiparous women in childbearing? A systematic review. *MIDIRS Midwifery digest*. 2008;18(1):7–18.
17. Randell BP. Growth versus stability: older primiparous women as a paradigmatic case for persistence. *J Adv Nurs*. 1989;18(4):518–25.
18. Robinson CE, Garner DM, Gare DJ, Crawford B. Psychological adaptation to pregnancy in childless women more than 35 years of age. *Am J Obstet Gynecol*. 1987;156(2):328–33.
19. Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *Br Med J*. 2001;323(7311):476.
20. Winslow W. First pregnancy after 35: what is the experience. *MCN*. 1987;12(2):92–6.
21. Witek A, Boydis-Szyndlar M. Pregnancy after the age of 40 – a new norm in obstetrics. *Przegląd menopauzalny*. 2006;5(5):306–10.
22. Wu Z, Macneill L. Education, work and childbearing after age 30. *J Comp Family Studies*. 2002;33(2):191–213.