

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Π. ΧΡΟΥΣΟΣ

ΝΕΟΓΝΑ 34-36⁺⁶ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ ΚΥΗΣΗΣ:

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΠΡΟΩΡΑ ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΑ;

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΓΙΑΤΡΑΚΟΥ ΕΡΑΣΜΙΑ

ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ - ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΟΣ

ΑΘΗΝΑ 2017

Ημερομηνία αρχικής αίτησης: 22/07/2009

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 03/11/09.

Μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

- Χ. Μπακούλα, Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών
- Λαγκώνα-Στάθη Ευαγγελία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών
- Σ. Σιαχανίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Νεογνολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 27/11/2009

Ημερομηνία κατάθεσης τελευταίας έκθεσης προόδου: 01/02/2017

Ημερομηνία κατάθεσης της διδακτορικής διατριβής: 01/02/2017

ΟΡΚΟΣ

ΟΜΝΥΜΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΝ
ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ, ΙΣΤΟΡΑΣ
ΠΟΙΕΥΜΕΝΟΣ, ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ
ΕΜΗΝ ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΦΗΝ ΤΗΝΔΕ· ΗΓΗΣΕΣΘΑΙ
ΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΔΑΣΚΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΙΣΑ ΓΕΝΕΤΗ;
ΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΧΡΕΩΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ
ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΣΘΑΙ, ΚΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΕΣΥΤΟΥ ΑΔΕΛ-
ΦΟΙΣ ΙΣΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝΕΙΝ ΑΡΡΕΣΙ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΚΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ
ΤΑΥΤΗΝ, ΗΝ ΧΡΗΖΟΥΣΙ ΜΑΝΘΑΝΕΙΝ, ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓ-
ΓΡΑΦΗΣ, ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ
ΑΠΑΣΗΣ ΜΑΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΣΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣ
ΚΑΙ ΤΟΙΣ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΣΚΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΗΣΙ ΣΥΓΓΕΓΡΑΜ-
ΜΕΝΟΙΣΙ ΤΕ ΚΑΙ ΟΡΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ ΙΗΤΡΙΚΩ, ΑΛΛΩ ΔΕ ΟΥΔΕΝΙ.
ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗΝ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ
ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ, ΕΠΙΔΗΛΗΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗΝ, ΕΙΡΕΕΙΝ.
ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙ-
ΜΟΝ ΟΥΔΕ ΥΦΗΓΗΣΟΜΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ· ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ
ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ· ΑΓΝΩΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΞΙΩΣ
ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ, ΟΥ ΤΕΜΕΩ
ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΘΙΩΝΤΑΣ, ΕΚΧΟΡΗΣΩ ΔΕ ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΝΔΡΑΣΙ
ΠΡΗΕΙΟΣ ΤΗΣΔΕ, ΕΞ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ ΑΝ ΕΞΙΩ, ΕΞΕΛΕΥΣΟΜΑΙ
ΕΠ'ΩΦΕΛΕΙΗΝ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤΟΣ ΕΩΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΙ-
ΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΙΗΣ ΤΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΔΟΡΟΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙ
ΤΕ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΤΕ ΚΑΙ
ΔΟΥΛΩΝ. Α ΔΕ ΑΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, Η ΪΔΩ Η ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΒΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, Α ΜΗ ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑ-
ΛΕΙΣΘΑΙ ΕΞΩ, ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙ-
ΑΥΤΑ. ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ, ΚΑΙ
ΜΗ ΣΥΓΧΕΟΝΤΙ, ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ ΔΟΞΑ-
ΖΟΜΕΝΩ, ΠΑΡΑ ΠΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΙΣ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ·
ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΟΥΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΩΝ.

ΟΡΚΟΣ

ΟΡΚΙΖΟΜΑΙ ΕΙΣ ΤΟΝ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟΝ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΟΝ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑΝ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΗΝ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΕΙΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΘΕΟΥΣ ΚΑΙ ΕΙΣ ΟΛΑΣ ΤΑΣ ΘΕΑΣ, ΕΠΙΚΑΛΟΥΜΕΝΟΣ ΑΥΤΟΥΣ ΩΣ ΜΑΡΤΥΡΑΣ, ΟΤΙ ΘΑ ΤΗΡΗΣΩ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΙΝ ΜΟΥ ΑΥΤΟΝ ΕΔΩ ΤΟΝ ΟΡΚΟΝ ΚΑΙ ΑΥΤΗΝ ΕΔΩ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΟΝ ΣΥΜΦΩΝΙΑΝ. ΘΑ ΘΕΩΡΩ ΜΕΝ ΕΚΕΙΝΟΝ, Ο ΟΠΟΙΟΣ ΜΕ ΕΔΙΔΑΞΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΑΥΤΗΝ, ΙΣΟΝ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΝ ΚΑΜΩ ΚΟΙΝΩΝΟΝ ΤΟΥ ΒΙΟΥ ΜΟΥ ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΝ ΒΟΗΘΩ ΟΤΑΝ ΕΥΡΙΣΚΕΤΑΙ ΕΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΝ ΑΝΑΓΚΗΝ, ΚΑΙ ΘΑ ΘΕΩΡΩ ΤΟΥΣ ΑΠΟΓΟΝΟΥΣ ΤΟΥ ΩΣ ΑΔΕΛΦΟΥΣ ΜΟΥ ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΥΣ ΔΙΔΑΞΩ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΑΥΤΗΝ. ΕΑΝ ΘΕΛΟΥΝ ΝΑ ΤΗΝ ΜΑΘΟΥΝ, ΧΩΡΙΣ ΑΜΟΙΒΗΝ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΦΟΝ ΣΥΜΦΩΝΙΑΝ, ΘΑ ΠΑΡΕΧΩ ΔΕ ΣΥΜΒΟΥΛΑΣ, ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΦΟΡΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΛΑΣ ΤΑΣ ΥΠΟΛΟΙΠΟΥΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥ ΔΙΔΑΣΚΑΛΟΥ ΜΟΥ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΑΣ, ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΚΑΙ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΕΧΟΥΝ ΔΩΣΕΙ ΟΡΚΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟΝ ΝΟΜΟΝ, ΕΙΣ ΚΑΝΕΝΑ ΔΕ ΆΛΛΟΝ.

ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩ ΔΕ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΝ ΑΓΩΓΗΝ ΠΡΟΣ ΩΦΕΛΕΙΑΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΙΝ ΜΟΥ. ΘΑ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΩ ΔΕ ΒΛΑΒΗΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΔΙΚΙΑΝ, ΔΕΝ ΘΑ ΔΩΣΩ ΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΝ ΕΙΣ ΚΑΝΕΝΑ, ΟΥΤΕ ΚΑΙ ΕΑΝ ΜΟΥ ΖΗΤΗΣΗ, ΚΑΙ ΟΥΤΕ ΘΑ ΔΩΣΩ ΤΟΙΑΥΤΗΝ ΣΥΜΒΟΥΛΗΝ ΩΣ ΑΥΤΟΣ ΟΥΤΕ ΕΙΣ ΕΡΚΥΟΝ ΓΥΝΑΙΚΑ ΘΑ ΔΩΣΩ ΕΚΤΡΩΤΙΚΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΝ, ΘΑ ΔΙΑΤΗΡΩ ΔΕ ΤΟΝ ΒΙΟΝ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΡΟΠΟΝ ΑΓΝΟΝ ΚΑΙ ΣΥΜΦΩΝΟΝ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΘΕΙΟΝ ΝΟΜΟΝ. ΑΚΟΜΗ ΔΕ ΔΕΝ ΘΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩ ΟΥΤΕ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑΣ ΑΠΟ ΛΙΘΙΑΣΙΝ, ΑΛΛΑ ΘΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΠΕΜΠΩ ΕΙΣ ΑΝΔΡΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥΣ, ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΔΙΑ ΤΟ ΕΡΓΟΝ ΤΟΥΤΟ. ΕΙΣ ΟΣΑΣ ΔΕ ΟΙΚΙΑΣ ΜΕΤΑΒΑΙΝΩ, ΘΑ ΕΙΞΕΡΧΟΜΑΙ ΠΡΟΣ ΒΟΗΘΕΙΑΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΑΠΕΧΘΩ ΠΑΣΗΣ ΕΚΟΥΣΙΑΣ ΑΔΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΣ ΔΙΑΦΘΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΑΡΚΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ Η ΑΝΔΡΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΚΑΙ ΔΟΥΛΩΝ.

ΟΣΑ ΔΕ ΙΔΩ Η ΑΚΟΥΣΩ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΝ Η ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΝ ΜΟΥ ΜΕΤΑ ΤΩΝ ΆΛΛΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΕΙΣ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΝ ΤΟΥΣ ΖΩΗΝ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΟΥΝ ΕΙΣ ΤΟΥΣ ΆΛΛΟΥΣ, ΘΑ ΚΡΑΤΩ ΜΥΣΤΙΚΑ, ΠΙΣΤΕΥΩΝ ΟΤΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΡΡΗΤΑ. ΕΦ' ΟΣΟΝ ΜΕΝ ΛΟΙΠΟΝ, ΤΗΡΩ ΑΥΤΟΝ ΕΔΩ ΤΟΝ ΟΡΚΟΝ ΚΑΙ ΔΕΝ ΤΟΝ ΠΑΡΑΒΑΙΝΩ, ΕΙΘΕ ΝΑ ΑΠΟΛΑΥΩ ΚΑΙ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ, ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΕΞΑΕΙ ΑΠΟ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ' ΕΑΝ ΟΜΩΣ ΠΑΡΑΒΩ ΑΥΤΟΝ ΚΑΙ ΓΙΝΩ ΕΠΙΟΡΚΟΣ, ΝΑ ΠΑΘΩ ΤΑ ΑΝΤΙΘΕΤΑ ΤΟΥΤΩΝ.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ Γιατράκου
ΟΝΟΜΑ Ερασμία
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ 3 Ιουλίου, 1976
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ Canterbury, United Kingdom
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Αριστοτέλους 49, Χαλάνδρι, ΤΚ152-32
ΤΗΛ./FAX: 210 6823855, 6977253333
ΗΛ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ erasmia@hotmai.com
ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Έγγαμη, 1 τέκνο

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Σεπτ 1994 - Μάιος 2000: **Πτυχίο Ιατρικής**, Doctor of Medicine Semmelweis Medical University Budapest, Hungary Βαθμός: **Άριστα**
Μάρτιος 2001: Αναγνώριση από ΔΙΚΑΤΣΑ κατόπιν εξετάσεων
Μάρτιος 2007: Ισότιμο μέλος του Βρετανικού Κολλεγίου Παιδιάτρων κατόπιν εξετάσεων (**MRCPC**)
Ιούλιος 2008: Πτυχίο **Παιδιατρικής Ειδικότητας**, Αθήνα
Ιούνιος 2011: Πτυχίο εξειδίκευσης στην **Νεογνολογία**, Αθήνα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Σεπτ 2001 – Δεκ. 2001: Τρίμηνη εκπαίδευση στο Γ.Ν.Ν. Άμφισσας, Ν. Φωκίδος.
Δεκ 2001 – Ιαν 2003: Αγροτική ιατρός στο Κ.Υ. Ιτέας, Ν Φωκίδας
Αυγ 2003 – Αυγ 2004: Ειδικευόμενη ιατρός στην Παιδιατρική. Νοσοκομείο Glan Clwyd, Ουαλία, Μεγ. Βρετανία
Αυγ 2004 – Αυγ 2005: Ειδικευόμενη ιατρός στην Παιδιατρική Νοσοκομείο Royal Gwent, Ουαλία, Μεγ. Βρετανία
Αυγ 2005 – Ιαν 2007: Ειδικευόμενη ιατρός στην Παιδιατρική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Cardiff, Ουαλία, Μεγ. Βρετανία.

- Απρ 2007 – Απρ 2008: Ειδικευόμενη ιατρός στην Παιδιατρική, Α΄ Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσ. Παίδων "Η Αγ. Σοφία", Αθήνα
- Ιαν 2009 – Ιαν 2011: Εξειδίκευση στη Νεογνολογία, Α΄ Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσ. Παίδων «Η Αγ. Σοφία», Αθήνα
- Ιαν 2011 – Οκτ 2012: Νεογνολόγος στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του Μαιευτηρίου Λητώ
- Αυγ 2013 – τώρα: **Επιμελήτρια Β΄, Α΄ Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Νοσ. Παίδων «Η Αγ. Σοφία», Αθήνα**

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ – ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ

Ενεργός συμμετοχή στα ακόλουθα εκπαιδευτικά σεμινάρια:

1. **Επείγουσα Προνοσοκομειακή και Νοσοκομειακή Ιατρική**, 5/3/2003 - 23/5/2003, ΚΕΚ Γ.Ν. Ασκληπιείου Βούλας, Αθήνα
2. **Ultrasound Imaging of the Neonatal Brain** Imperial College, 25-26/04/2005, London, UK
3. **Neonatal and Paediatric Ventilation Course**, University College, 9-10/06/2005, London, UK
4. **Advanced Paediatric Life Support Course**, Advanced Life Support Group και Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, 4-6/04/2008, Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, Αθήνα
5. Συμμετοχή στο 15^ο μετεκπαιδευτικό σχολείο στην **Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική** του **ΕΚΑΒ** από τις 22/01/2009.
6. **Newborn Life Support Provider Course**, European Resuscitation Council και Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, 26/04/2009, Αθήνα. Διάκριση – πρόταση να συμμετάσχω σε πρόγραμμα εκπαιδευτών
7. **Generic Instructor Course**, European Resuscitation Council, 14/12/2009-15/12/2009, Brixen, Italy. Πιστοποίηση ως **εκπαιδευτή στην νεογνική ανάνηψη**, στα πλαίσια του διεθνούς φήμης Newborn Life Support (NLS)

8. **IPOKRATES Clinical Seminar**, Nutrition and Gastroenterology of the Newborn, 4-6/11/11, Athens, Greece
9. **Προαγωγή Ψυχικής Υγείας κατά την Εγκυμοσύνη, τη Νεογνική και την Βρεφική Περίοδο**, Ελληνική Εταιρεία για την Ψυχική Υγεία των Βρεφών, 10/14-07/15, Αθήνα

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

- Βρίσκομαι στη διαδικασία εκπόνησης διδακτορικής διατριβής με τίτλο: Νεογνά 34-36 εβδομάδων κύησης: Περισσότερο πρόωρα ή περισσότερο τελειόμηνα; Πανελλήνια διαχρονική μελέτη.
- Στα πλαίσια της διατριβής μου έχω παρουσιάσει μέρος των αποτελεσμάτων σε συνέδρια εσωτερικού και εξωτερικού (βλ. κάτωθεν ανακοινώσεις και έχω εκπονήσει δημοσίευση σε περιοδικό του εξωτερικού.
- Για την ανακοίνωσή μου: Όψιμα Πρόωρα Νεογνά, Μάθηση και Συμπεριφορά στο 17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής, 1-3/11/13, μου απονεμήθηκε βραβείο καλύτερης! ελεύθερης ανακοίνωσης

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΥΠΟ

1. Perinatal lethal form of Gaucher disease. Clinical and molecular characterization of a Greek case. Letter to the Editor
Michelakakis H, Valari M, Mitsiadi V, Yatrakou E, Karachristou K, Cozar M, Vilageliu L, Grinberg D, Blood Cells, Molecules and Diseases, 2009
2. **School Performance at Age 7 of Children Born Late Preterm, Preliminary Results. Yatrakou E, Gika A, Bakoula C, Advances in Perinatal Medicine, May 26-29 2010, p 511-14**

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ – ΟΜΙΛΙΕΣ

Συμμετοχή σε επιστημονικά συνέδρια με τις ακόλουθες εργασίες:

1. Spontaneous Bilateral Iliac Arteries Thrombosis in a Newborn, Neonatal Educational Forum, Royal Gwent Hospital, 6/07/2005, North Wales, UK

2. Αντι-ουδετεροφιλικά Αντισώματα σε Παιδιά με Ουδετεροπενία, 46^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 13-15/06/2008, Κέρκυρα
3. Περιγραφή Περιστατικού: Νεογνό με Νόσο Gaucher Τύπου II, 47^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 19-21/06/2009, Κρήτη
4. Περιγραφή Περίπτωσης: Νεογνό με Πάρεση Αριστερού Ημιδιαφράγματος, 47^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 19-21/06/2009, Κρήτη
5. Congenital Methemoglobinemia in a Newborn – A Case Report, 9th World Congress of Perinatal Medicine, 24-28/10/2009, Berlin, Germany
6. **Σχολική Επίδοση στην Ηλικία των 7 Ετών σε Νεογνά Όψιμης Προωρότητας, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 16-18/04/2010, Αθήνα**
7. Αμφιβληστροειδοπάθεια της Προωρότητας στις MENN: Αναδρομική Μελέτη, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 16-18/04/2010, Αθήνα
8. **School Performance at Age 7 of Children Born Late Preterm, Preliminary Results, 12th European Congress of Perinatal Medicine, 26-29/05/2010, Spain**
9. **School Performance of Children Born Late Preterm, 9th World Congress in Fetal Medicine, 20-24/06/2010, Ρόδος**
10. **School Performance at Age 7 of Children Born Late Preterm: The Factors Affecting It, 5th Conference of Epidemiological Longitudinal Studies in Europe, 13-15/10/2010, Cyprus**
11. Διόρθωση Υποπλαστικού Αορτικού Τόξου και Μεσοκοιλιακής Επικοινωνίας σε Ένα Χρόνο σε Πρώιμη Βρεφική Ηλικία: Η Πρώτη Επιτυχής Επέμβαση στο Νοσ/μειο Παίδων «Η Αγία Σοφία», 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργών Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων, 18-20/11/2010, Αθήνα
12. Απολίνωση Ανοικτού Βοταλείου Πόρου: Το «Απλό» Που Μπορεί να Γίνει Περίπλοκο, 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργών Θώρακος-Καρδιάς- Αγγείων, 18-20/11/2010, Αθήνα
13. Recessive Mutations in the Skeletal Muscle Ryanodine Receptor (RYR1) Gene May Mimic X-Linked Centronuclear Myopathy, 9th European Pediatric Neurology Society Congress, 11-14/05/2011, Dubrovnik, Croatia

14. **Late Preterm Neonates in Greece: School Attainment at 7 and 18 Years of Age – A Longitudinal Study, VIth Recent Advances in Neonatal Medicine, 2-4/10/2011, Wurzburg, Germany**
15. Κίνδυνοι και Οφέλη από τον Αυστηρό Περιορισμό στη Λήψη Βάρους στην Εγκυμοσύνη. Πανελλήνιες Διαχρονικές Τάσεις, 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής, 21- 23/10/2011, Αθήνα
16. **Ώψιμα Πρόωρα Νεογνά: Σχολική Επίδοση στην Ηλικία των 7 και 18 Ετών, 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής, 21-23/10/11, Αθήνα**
17. **School Attainment of Children Born Late Preterm, 52nd Annual Meeting of The ESPR, 14-17/11/2011, Newcastle, UK**
18. Case Report: A Neonate with Haddad Syndrome, 3rd International Congress of UENPS, 14-17/11/2012, Porto, Portugal
19. **Ώψιμα Πρόωρα Νεογνά, Μάθηση και Συμπεριφορά, 17^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής, 1-3/11/2013, Αθήνα**
20. Η Επίδραση του Μητρικού Θηλασμού στην Τιμή της γ-GT, 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 10-11/05/2014
21. Περιγραφή Περιστατικού: Περιγεννητική Εκδήλωση Υδρομητρόκολπου / Υδροσάλπιγγας, 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 10-11/05/2014
22. Οι Ανοσολογικές Ιδιότητες του Μητρικού Γάλακτος, Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού, 07/11/2014, Αθήνα
23. Postoperative C-Reactive Protein Course in Neonatal Population after Major Cardiovascular operation, 4th International Congress of UENPS, 11-14/12/2014, Αθήνα
24. Θεραπευτική Αντιμετώπιση Εμμένουσας Υπερασβεστιαμίας με Παμιδρονάτη σε Νεογνό με Νεογνικό Σκλήρημα και Νέκρωση Υποδορίου Λίπους, 18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής, 16-18/10/2015, Αθήνα
25. Συγγενές Μόρφωμα Γλουτού: Σπάνια Περίπτωση Διάχυτης Νεογνικής Νευροινωμάτωσης, 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 20-22/05/2016, Αθήνα

26. Περιγραφή Περίπτωσης: Πρόωρο Νεογνό με Κοινό Αρτηριακό Κορμό, 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 20-22/05/2016, Αθήνα
27. Επεισόδιο Νεογνικών Σπασμών που Συνδυάζεται με Αντίδραση Ξαφνιάσματος: Σπάνια Περίπτωση Συνδρόμου Υπερεκπληξίας, 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 20-22/05/2016, Αθήνα
28. Παρουσία Πολλαπλών Αιμαγγειωμάτων Ήπατος, σε Νεογνό με Γαλακτοζαμία που Οφείλεται σε Έλλειψη της Επιμεράσης της Γαλακτόζης, 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 20-22/05/2016, Αθήνα

ΣΥΝΕΔΡΙΑ – ΗΜΕΡΙΔΕΣ

Παρακολούθηση των ακόλουθων επιστημονικών συνεδρίων:

1. 3^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Γενετικής «Τερατογόνοι Παράγοντες στο Έμβρυο και το Παιδί», Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2/05/2003, Αθήνα
2. 36^η Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 3-4/05/2003, Αθήνα
3. 23^ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής, Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 8-9/11/2003, Αθήνα
4. Ενημερωτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής «Η Παιδιατρική στην Πράξη», Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών, 22-23/11/2003, Αθήνα
5. North Wales Perinatal Meeting, 26/11/2003, Glan Clwyd Hospital, North Wales, UK
6. Child Protection Level 2 Training, Conwy and Denbighshire NHS Trust, 15/12/2003, North Wales, UK
7. 8^ο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδολογίας και Αθηροσκλήρυνσης, 22/04/2004, Αθήνα
8. Paed Reg 2005, Institute of Physics, 21-23/11/2005, London, UK
9. 40^η Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 14-15/04/2007, Αθήνα

10. Εφ' Όλης της Ύλης: 6^ο Εκπαιδευτικό Διήμερο Παιδιατρικής Ενημέρωσης, 6-7/10/2007, Αθήνα
11. Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Ζωής στα Παιδιά (Advanced Paediatric Life Support), Advanced Life Support Group, 4-6/04/2008, Αθήνα
12. Εφ' Όλης της Ύλης: 7^ο Εκπαιδευτικό Διήμερο Παιδιατρικής Ενημέρωσης, 11-12/10/2008, Αθήνα
13. 6^η Μετεκπαιδευτική Ημερίδα της Ελληνικής Νεογνολογικής Εταιρείας, 28/03/2009, Αθήνα
14. Ανάνηψη Νεογνού (Neonatal Life Support), Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, 26/04/2009, Αθήνα
15. 47^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 19-21/06/2009, Κρήτη
16. 9th World Congress of Perinatal Medicine, 24-28/10/2009, Berlin, Germany
17. Neonatal Update 2009, 16-20/11/2009, Imperial College, London, UK
18. 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υποειδικοτήτων Παιδιατρικής, 6-7/03/2010, Αθήνα
19. 1st Perinatal Symposium "Perinatal Asphyxia", 13/03/2010, Αθήνα
20. 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Κολλεγίου Παιδιάτρων, 13-14/03/2010, Αθήνα
21. 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 16-18/04/2010, Αθήνα
22. 43^η Ετήσια Θεραπευτική Ενημέρωση, 10-11/04/2010, Αθήνα
23. 2^ο Συμπόσιο για Πρωτοπαθείς Ανοσοανεπάρκειες, Παιδιατρική Ανοσολογία, 29-30/04/2010, Αθήνα
24. 12th European Congress of Perinatal Medicine, 26-29/05/2010, Spain
25. Εφ' Όλης της Ύλης: 9^ο Εκπαιδευτικό Διήμερο Παιδιατρικής Ενημέρωσης, 9-10/10/2010, Αθήνα
26. 5th Conference of Epidemiological Longitudinal Studies in Europe, 13-15/10/2010, Paphos, Cyprus
27. Neonatal Update 2010, 15-19/11/2010, Imperial College, London, UK
28. Ημέρες Παιδιατρικής Ενημέρωσης, 12-13/03/2011, Αθήνα

28. VIth Recent Advances in Neonatal Medicine, 2-4/10/2011, Wurzburg, Germany
29. 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής, 21-23/10/2011, Αθήνα
30. 52nd Annual Meeting of the European Society for Pediatric Research, 14-17/11/2011, Newcastle, UK
31. Perinatal Symposium “ IUGR – Fetal Programming”, 10/03/12, Αθήνα
32. 3rd International Congress of UENPS, 14-17/11/12, Porto, Portugal
33. 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 10-11/05/14, Αθήνα
34. Ημερίδα Νευρολογικών Προβλημάτων Πρόωρων και Τελειόμηνων Νεογνών, 17/10/14, Αθήνα
35. Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού, 07/11/2014, Αθήνα
36. 4th International Congress of UENPS, 11-14/12/14, Αθήνα
37. 18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής, 16-18/10/15, Αθήνα
38. 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεογνολογίας, 20-22/05/2016, Αθήνα
39. Διημερίδα Νεογνολογίας, “Εξελίξεις στη Νεογνολογία”, 20-21/05/2017, Αθήνα

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

Κατά τη διάρκεια της εργασίας μου συμμετείχα ενεργά στο εκπαιδευτικό έργο των εκάστοτε κλινικών

- A) Είμαι πιστοποιημένη ενεργός εκπαιδευτρια στην νεογνική ανάνηψη στο διεθνούς κύρους Newborn Life Support (NLS)
- B) Δίδαξα στο ΤΕΕ Α΄ Κύκλου Σπουδών Βοηθών Νοσηλευτών του Γ.Ν. Νοσοκομείου Άμφισσας το μάθημα της Αγωγής Υγείας το σχολικό έτος 2001-2002
- Γ) Συμμετείχα σε διανοσοκομειακές ημερίδες και παρουσιάσεις στο αμφιθέατρο τόσο σε παιδιατρικό επίπεδο όσο και σε συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων με σημαντικό αριθμό παρουσιάσεων ως εξής:
 1. Pneumothorax in Infants Admitted to SCBU, Jan 2004, Glan Clwyd Hospital, N Wales, UK
 2. Childhood Exanthemas, April 2004, Glan Clwyd Hospital, N Wales, UK

3. Conjugated Hyperbilirubinaemia, June 2004, Glan Clwyd Hospital, N Wales, UK
4. Hypoglycaemia, Sept 2004, Royal Gwent Hospital, Wales, UK
5. Failure to Thrive, Oct 2004, Royal Gwent Hospital, Wales, UK
6. An audit of EEG Requests, Oct 2004, Royal Gwent Hospital, Wales, UK
7. Childhood Hyponatraemia, Jan 2005, Royal Gwent Hospital, Wales, UK
8. Neurofibromatosis Type 1: Follow-up, Imaging and Management of Neuroglomas, Jan 2005, Royal Gwent Hospital, Wales, UK
9. NEC and Enteral Feeding, March 2005, Royal Gwent Hospital, Wales, UK
10. Discontinuing Neonatal Life Support, April 2005, Royal Gwent Hospital, Wales, UK
11. Potential Substitution of Neonatal Blood by Placental Blood in the Evaluation of Neonatal Sepsis, May 2005, Royal Gwent Hospital, Wales, UK
12. Pathophysiology of Chronic Lung Disease, July 2005, Royal Gwent Hospital, Wales, UK
13. An audit of Blood Letting in SCBU, Aug 2005, Royal Gwent Hospital, Wales, UK
14. DiGeorge Syndrome – Endocrine Problems, Sept 2005, Cardiff University Hospital, Wales, UK
15. Duchenne Muscular Dystrophy – Current Opinion, Dec 2005, Cardiff University Hospital, Wales, UK
16. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura, Jan 2006, Cardiff University Hospital, Wales, UK
17. Perinatal Meeting Case Presentation, June 2006, Cardiff University Hospital, Wales, UK
18. Congenital diaphragmatic Hernia, Feb 2006, Cardiff University Hospital, Wales, UK
19. The DART study, July 2006, Cardiff University Hospital, Wales, UK
20. Childhood Obesity, Nov 2006, Cardiff University Hospital, Wales, UK

21. Fever in Children of 3 Years or Less, Protocol Presentation, Dec 2007,
Cardiff University Hospital, Wales, UK

ΓΝΩΣΕΙΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ

Λειτουργικά Συστήματα Windows XP, VISTA, 10

Προγράμματα Microsoft Word, Excel, Power Point, SPSS

Internet και email σαν μέρος της καθημερινής πρακτικής

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Αγγλικά: Certificate of Proficiency in English, University of Cambridge, Αθήνα, 1993.

Γαλλικά: Certificat de Langue Francaise, Athens, 1992.

Ουγγρικά: Γραπτά και Προφορικά

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον Καθηγητή-Διευθυντή της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κο Γ. Χρούσο, για την ανάθεση της παρούσας διατριβής.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα την Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κα Χ. Μπακούλα, η οποία κατ αρχήν εκπόνησε ως έργο ζωής την 1^η και 2^η Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα καθώς και την Διαχρονική Μελέτη της Υγείας των Ελληνοπαίδων και μοιράστηκε το λαμπρό αυτό υλικό μαζί μου για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Επίσης την ευχαριστώ για την αμέριστη συμπαράσταση, ουσιαστική καθοδήγηση και συμβουλή όλο το διάστημα εκπόνησης της διατριβής.

Ευχαριστώ την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Νεογνολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κα Σ. Σιαχανίδου, που με την πολύτιμη βοήθεια και την επικοινωνιακή κριτική της συνέβαλε στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

Επιπλέον ευχαριστώ την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κα Λαγκώνα-Στάθη Ευαγγελία, για την συμπαράσταση και τις συμβουλές της κατά την εκπόνηση της διατριβής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
B. ABSTRACT	5
Γ. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
1. Εισαγωγή.....	9
2. Ορισμοί	10
3. Μέγεθος Προβλήματος	11
4. Επιβαρυντικοί Παράγοντες	12
5. Περιγεννητική Πορεία	15
6. Νοσηρότητα και Θνησιμότητα	19
7. Ανάπτυξη του Εγκεφάλου.....	22
8. Μελέτες Νευροαναπτυξιακής Έκβασης	24
Δ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	31
1. Σκοπός της Μελέτης	32
2. Πληθυσμός Μελέτης και Μεθοδολογία	33
2.1. Περιγραφή Πληθυσμού Ανάλυσης.....	33
2.2. Αντιπροσωπευτικότητα Δείγματος	34
3. Στατιστική Επεξεργασία	37
4. Αποτελέσματα	38
4.1. Περιγραφική Ανάλυση	38
4.1.1. Έτος 1983	38
4.1.2. Έτος 1990	39
4.1.3. Έτος 2001	44
4.2. Μονοπαραγοντική Ανάλυση	47
4.2.1. Έτος 1983 – Σύγκριση ανά ομάδα ηλικίας κύησης.....	47
4.2.2. Έτος 1990 – Σύγκριση ανά ομάδα ηλικίας κύησης	49
4.2.3. Έτος 2001 – Σύγκριση ανά ομάδα ηλικίας κύησης	53

4.3. Πολυπαραγοντική Ανάλυση	55
4.3.1. Έτος 1990	55
4.3.2. Έτος 2001	58
5. Συζήτηση	64
6. Συμπεράσματα	72
7. Παράρτημα	74
Ε. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	136
ΣΤ. ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	147

A. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Αντίθετα από τα σαφή βιβλιογραφικά δεδομένα για την εξέλιξη των πολύ πρόωρων νεογνών, είναι λίγες και αντιφατικές οι μελέτες για τα όψιμα πρόωρα (ΟΠ), με ηλικία 34 έως 36⁺⁶ εβδομάδες κύησης, παρ' όλο που αποτελούν την μεγαλύτερη ομάδα πρόωρων παγκοσμίως. Αν και δεν διαφέρουν από τα τελειόμηνα, η γέννηση ενός παιδιού πριν τον προκαθορισμένο του χρόνο προκαλεί πάντοτε σημαντική ανησυχία στους γονείς.

Τα ΟΠ νεογνά αντιμετωπίζονται κατά το πλείστον σε μαιευτικές κλινικές, χωρίς εισαγωγή σε MENN, έχουν μία σχετικά ομαλή περιγεννητική πορεία, ακόμη και όταν η εισαγωγή τους σε MENN κριθεί απαραίτητη, ενώ πατροπαράδοτα δεν έχουν θεωρηθεί υποψήφια για προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης. Αυτός είναι και ο λόγος που στην ελληνική βιβλιογραφία τέτοιες μελέτες λείπουν, ενώ και στο εξωτερικό τα αποτελέσματα δεν είναι καταληκτικά. Ελάχιστες δε μελέτες έχουν ουσιαστικά επικεντρωθεί στη διαχρονική παρακολούθηση υγείων όψιμων πρόωρων νεογνών για ικανό χρονικό διάστημα. Πριν λοιπόν γίνουν αλλαγές στα προγράμματα παρακολούθησης των όψιμων πρόωρων είναι απαραίτητο να αποσαφηνιστεί η έκταση και η φύση του κινδύνου που αντιμετωπίζει αυτή η ομάδα. Επίσης ιδιαίτερης προγνωστικής σημασίας είναι και η αντιστοίχιση αυτών των δεδομένων στον ελληνικό πληθυσμό με τη χαρακτηριστική οικογενειακή και κοινωνική δομή του και τις περιορισμένες υπηρεσίες υγείας .

Σκοπός λοιπόν της εργασίας αυτής είναι να μελετήσει τον πληθυσμό των οριακά πρόωρων νεογνών όσον αφορά στην απώτερη εξέλιξή τους σε σύγκριση με αυτήν των:

- πρόωρων <34 εβδομάδων κύησης (ΠΡ) και
- των τελειόμηνων νεογνών (ΤΜ).

Παράλληλα η μελέτη μας στοχεύει να διερευνήσει τις πιθανές απώτερες συνέπειες της γέννησης ΟΠ νεογνών στην Ελλάδα προκειμένου να απαντηθεί το ερώτημα αν τα

ΟΠ ομοιάζουν περισσότερο με τα πρόωρα ή τα τελειόμηνα νεογνά, όσον αφορά την έκβασή τους.

Πληθυσμός και Μέθοδοι: Πρόκειται για πληθυσμιακή προοπτική μελέτη από την γέννηση έως τα 18 έτη ζωής, η οποία πραγματοποιήθηκε με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων σε τρεις καίριες χρονικές στιγμές στη ζωή των παιδιών ως εξής:

A) Η «1η Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα» περιλαμβάνει γεννήσεις στην χώρα τον Απρίλιο του 1983 (στοιχεία από ιατρούς, μαίες και επιτόκους), με τελικό πληθυσμό 10.433 νεογνά με πλήρη στοιχεία. Από την μελέτη αποκλείστηκαν τα δεδομένα παιδιών που απεβίωσαν στην νεογνική ηλικία καθώς και παιδιών από πολύδυμες κήσεις και αυτών με συγγενείς διαμαρτίες, λόγω αυξημένης νοσηρότητας των δύο αυτών πληθυσμών.

B) Η «Πληθυσμιακή Μελέτη της Υγείας και Συμπεριφοράς των Ελληνοπαίδων», το 1990, σε υποπληθυσμό ηλικίας 7 ετών (στοιχεία γονέων και δασκάλων) 6.284 παιδιών, και τέλος

Γ) Η «Διευρωπαϊκή Μελέτη των Παραγόντων από της Γεννήσεως που Διαμορφώνουν την Υγεία, Συμπεριφορά και τις Προοπτικές για τη Ζωή», το 2001, σε ηλικία 18 ετών (στοιχεία γονέων και εφήβων). Μελετήθηκαν 2004 παιδιά, μετά την ταυτοποίηση με τον αρχικό πληθυσμό.

Αρχικά, έγινε στατιστικός συγκριτικός έλεγχος αντιπροσωπευτικότητας των πληθυσμών (1983, 1990, 2001) και βρέθηκε πως δεν διέφεραν ως προς τον αρχικό σε σχέση με την κατανομή της ηλικίας κύησης στις τρεις ομάδες ΠΡ, ΟΠ, ΤΜ ($p=0.86$) αλλά και σε άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά όπως τον τόπο κατοικίας (αστική, αγροτική περιοχή, $p=0.05$), ως προς το ποιός είχε αναλάβει την ευθύνη της ανατροφής τους ως μωρά ($p=0.46$) αλλά και ως προς το βάρος, το ύψος και την περίμετρο κεφαλής των νεογνών ($p=0.12$, 0.51 και 0.36 αντίστοιχα).

Αποτελέσματα: Συγκρίνοντας τους πληθυσμούς του 1990 και του 2001 παρατηρήθηκαν τα εξής:

Στην ηλικία των 7 ετών: Αναφορικά με την κινητική κι αισθητηριακή ανάπτυξή τους, παρατηρήθηκαν λιγοστές μόνο διαφορές ανάμεσα σε όψιμα πρόωρα και τελειόμηνα. Συγκεκριμένα τα τελειόμηνα παιδιά έχουν 40% μεγαλύτερη πιθανότητα

να γράφουν τους αριθμούς 1-9 συγκρινόμενα με τα όψιμα πρόωρα ($p = 0.04$), και 22% μικρότερη πιθανότητα προβλημάτων μάθησης ($p = 0.001$). Αντίθετα τα πολύ πρόωρα παιδιά έχουν μεγαλύτερες διαφορές από τα τελειόμηνα και χαρακτηρίζονται συχνότερα ευερέθιστα και «δύσκολα», ενώ παρουσιάζουν την τάση να καταστρέφουν αντικείμενα σε αρκετά μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τις δυο άλλες ομάδες και έχουν 36% μεγαλύτερη πιθανότητα προβλημάτων μάθησης. Επίσης, τα πρόωρα έχουν 11πλάσια πιθανότητα κινητικής μειοπραγίας σε σχέση με τα οριακά πρόωρα ($p = 0.008$), ενώ δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ όψιμων προώρων και τελειομήνων.

Αντίστοιχα, η απόδοση και η επίδοσή των ΠΡ στο σχολείο είναι γενικά χαμηλότερη σε σχέση με τα ΟΠ και τα ΤΜ, τα οποία δεν έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση προκύπτει πως, εκτός από τον βαθμό προωρότητας, τόσο βιολογικοί όσο και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν την σχολική επίδοση, σ' αυτήν την ηλικία. Η υπέρταση στην κύηση, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων και ιδιαίτερα της μητέρας, η έλλειψη προσχολικής αγωγής και η μη τακτική προσέλευση στο σχολείο, αποτελούν άλλους σημαντικούς επιβαρυντικούς παράγοντες.

Αναφορικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς (ερωτηματολόγιο γονέων Rutter), σύμφωνα με την ανάλυσή μας, η ηλικία κύησης δε φαίνεται στατιστικά σημαντική, μόνο δε η μικρή ηλικία (≤ 20 έτη) και το κάπνισμα της μητέρας, η δυσκολία προσαρμογής και η μη τακτική παρακολούθηση στο σχολείο αναδείχθηκαν ως επιβαρυντικοί παράγοντες προβλημάτων συμπεριφοράς.

Στην ηλικία των 18 ετών: Οι μαθησιακές δυσκολίες που παρατηρήθηκαν στην ηλικία των επτά ετών ακόμη και μεταξύ των παιδιών που γεννήθηκαν πολύ πρόωρα, σε σχέση με τα τελειόμηνα, τείνουν να εξαλειφθούν, ενώ δεν υπάρχει και πάλι στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ όψιμων προώρων και τελειομήνων. Οι επιδόσεις στο σχολείο, η επιθυμία συνέχισης των σπουδών και η συμπεριφορά (ερωτηματολόγιο Achenbach - Youth Self Report) ενός παιδιού στην ηλικία των 18 ετών είναι όλα ανεξάρτητα της ηλικίας κύησης.

Αντίθετα, στους εφήβους, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να καθορίζουν σε μέγιστο βαθμό την επίδοση και συμπεριφορά τους. Πιο συγκεκριμένα,

καλύτερες επιδόσεις έχουν τα παιδιά που νιώθουν ικανοποιημένα από τη ζωή τους, από οικογένειες με καλή οικονομική κατάσταση, με πατέρα υψηλού μορφωτικού επιπέδου και κορίτσια στο φύλο (με εξαίρεση τη φυσική αγωγή), αντίστοιχα δε είναι και τα αποτελέσματα σε σχέση με την επιθυμία συνέχισης των σπουδών σε Α.Ε.Ι. Το ενδιαφέρον των γονέων για το παιδί αποτελεί τον ανεξάρτητο στατιστικά σημαντικό παράγοντα για την επίδοση στα φιλολογικά, τα μαθηματικά, την συνολική βαθμολογία και την επιθυμία του παιδιού να σπουδάσει. Συγκεκριμένα, τα παιδιά έχουν αυξημένη πιθανότητα να μην επιθυμούν να σπουδάσουν περαιτέρω εάν οι γονείς ενδιαφέρονται μόνο περιστασιακά (OR 3,5), μεγαλύτερο κίνδυνο κακής σχολικής επίδοσης στην γλώσσα (OR 2,6), στην αριθμητική (OR 1,82) και στην συνολική βαθμολογία (OR 3), σε σύγκριση με παιδιά των οποίων οι γονείς ενδιαφέρονται και βρίσκονται δίπλα στα παιδιά τους. Όσον αφορά τα προβλήματα συμπεριφοράς, σταθερά στατιστικά σημαντική είναι η κακή εικόνα του εφήβου για τον εαυτό του, ενώ το κάπνισμα και το χρόνιο νόσημα είναι επίσης επιβαρυντικοί παράγοντες.

Συμπεράσματα: Η νευροαναπτυξιακή πορεία του ΟΠ νεογνού, τόσο στην ηλικία των 7 όσο και στην ηλικία των 18 ετών, ομοιάζει περισσότερο με αυτή του τελειομήνου, παρά με του ΠΡ νεογνού σε όλους τους βασικούς άξονες, με κύριο κριτήριο την σχολική επίδοση και την συμπεριφορά. Τα βιολογικά προβλήματά των παιδιών αυτών, την πρώτη σχολική περίοδο δεν φαίνεται να είναι σημαντικά, μπορούν όμως- εάν δεν τύχουν υποστήριξης - να επηρεάσουν την εξέλιξή τους. Σε μεγαλύτερη ηλικία, δεν φαίνεται να καθορίζουν τόσο την πορεία τους, όσο το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και το ενδιαφέρον των γονέων. Αυτό είναι ένα αισιόδοξο μήνυμα για τους γονείς του ΟΠ. Αποτελεί όμως και ευθύνη τόσο των γονέων, όσο και του κοινωνικού πλαισίου συνολικά και των παιδιάτρων ειδικά, που εν καιρώ κρίσης οικονομικής και ηθικής, οφείλει να εξασφαλίσει την διαχρονική παρακολούθηση, καταγραφή και έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων του ευάλωτου πληθυσμού των όψιμων προώρων.

B. ABSTRACT

Late preterm babies, are those born between 34-36⁺⁶ weeks of gestation. This definition came into effect in 2005, amidst worries regarding the rapid rise in their numbers, short term morbidity and possible long-term neurodevelopmental sequelae. However, there is in fact little evidence from epidemiological studies, as late preterms have mostly been dealt with at postnatal wards and were not considered candidates for follow-up programs. This is also true of the Greek late preterm population, whose development has not been previously considered to be in danger.

The purpose of this study is therefore, to examine the neurodevelopmental outcome of the late preterm population in Greece. To this effect we will analyze, from an epidemiologic point of view, the outcomes of late preterm (LP) infants, at age seven and 18 years and we will compare them with the more preterm <34 weeks of gestation (PT) and with term infants ≥ 37 weeks of gestation (TM).

The data used for the analysis is derived from three national, prospective epidemiologic studies: A) the 1st *Panhellenic Perinatal Study* (consecutive births during the month of April 1983) with a population of 10.433 neonates (after excluding babies who died during the 1st month, multiples and those with congenital disorders), B) the follow-up study of the *Health and Development of Greek Children* at seven years of age (1990), with a final population 6.284 children and C) the second follow-up study of *Factors Affecting the Health and Development of Teenagers* at 18 years of age (2001), which include 2.004 of the original children, after cross-matching.

At first we assessed whether the populations at age 7 and 18 years, were representative of the original. We found no statistical differences regarding the weight, height, head circumference at birth ($p=0.12, 0.51, 0.36$ respectively), regarding were the family lived, rural or city dwelling ($p 0.05$), the type of main carer - mostly the mother- ($p 0.46$), maternal ($p 0.44$) and paternal ages ($p 0.14$). Most importantly the

three populations were representative of the birth cohort regarding the distribution in the three gestational age groups PT, LP, TM ($p=0.86$).

Age 7 years: We found little statistical difference between LP and TM babies regarding their motor and sensory development. Term-born children have 40% higher odds as compared to late preterms of writing numbers 1-9 at this age ($p 0.04$), and a 22% decreased risk of learning difficulties ($p 0.001$). LPs and TM children have no statistically significant differences in school attainment, both by subject and overall achievement. On the other hand, children born <34 weeks of gestation, as expected, bear the burden of disability and have worse school performance, are described more often as “difficult” children by both teachers and parents and have a tendency to destroy objects more often. Besides gestational age, pregnancy-induced hypertension, low maternal educational level, poor or no attendance at preschool and school absenteeism, are other significant risk factors for poor school performance at this age.

Regarding possible behavioral problems at this age, we used Rutter’s Parents Questionnaire, calculated Rutter’s score and further analyzed data, by multilinear regression model, using as cut-off the 98th centile. Gestational age was not found to be statistically significant, while maternal age ≤ 20 years, mother’s smoking habit, non-regular attendance at school and >1 month time needed to adjust to school, appear to be the only risk factors leading to a high Rutter’s score.

Age 18 years: Gestational age does not appear to affect school performance, by subject and overall grade, plans for higher education, or behavior (using Achenbach’s Youth Self Report tool) neither for LPs, nor for PT-born children, to any statistically significant degree at this age. It appears from our study that other factors become important in this age group and determine teenager’s further development: Children, who describe themselves as happier with their life, from a higher socioeconomic background and girls have better school attainment and more chance of wanting to enter higher education. Parental involvement is also extremely important: Those children, whose parents seldom take an interest in their studies versus those whose parents are often involved have a 3.5 increased risk of not wanting to continue their

education, and higher odds of poor performance in Greek Language, mathematics and overall grades by 2.6, 1.82 and 3 respectively.

Regarding teenager's behavior we analyzed their YSR scores and used again the 98th centile as a cut-off for possible problems. The teenagers poor image of themselves is a consistently significant risk factor for all symptoms in the YSR scale, while smoking and chronic illness also lead to increased risk. Gestational age was not found to be statistically significant.

In conclusion, from our analysis, the LPs neurodevelopmental course through life appears to be almost parallel with that of TM babies. Minor disabilities were found at age 7 and cannot be fully explored by an epidemiologic study non-inclusive of a neurologic examination; however it appears that gestational age is not the only risk factor; other biological factors, the family's socioeconomic status and parental involvement are also equally important. The latter two are also major determinants of the children's outcomes at age 18.

These findings are especially significant at this time of economic crisis in Greece, when vulnerable populations suffer most. It becomes then, both the family's and the duty of society as a whole to ensure that these children receive comprehensive care: Protocols that underscore perinatal awareness, provide pathways for timely intervention and suitable parental guidance at birth must be in place. Neonates should be entered into follow-up programs and benefit from early intervention and age-appropriate assistance as required, so that they can attain their full potential.

Γ. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η προωρότητα έχει γίνει το αντικείμενο μελέτης και συζήτησης, καθώς τα κατώτερα όρια βιωσιμότητας έχουν αλλάξει σημαντικά, με την αλματώδη πρόοδο της περιγεννητικής φροντίδας. Το συνοπτικό αποτέλεσμα των ερευνών είναι πως όσο μικραίνει η ηλικία κύησης, αυξάνει γραμμικά η πιθανότητα θανάτου και αναπηρίας. Επιπλέον, τα πολύ πρόωρα νεογνά έχουν αυξημένη πιθανότητα χειρότερης ακαδημαϊκής επίδοσης, νευροψυχιατρικά και προβλήματα ένταξης.

Αντίθετα από τα σαφή βιβλιογραφικά δεδομένα για τα πολύ πρόωρα νεογνά, είναι λίγες και αντιφατικές οι μελέτες για τα όψιμα πρόωρα νεογνά (ΟΠ), με ηλικία 34 έως 36⁺⁶ εβδομάδες κύησης, παρ' όλο που αποτελούν την μεγαλύτερη ομάδα προώρων παγκοσμίως. Πρόκειται για νεογνά που αντιμετωπίζονται συχνά στις μαιευτικές κλινικές, χωρίς εισαγωγή σε MENN, έχουν μία σχετικά ομαλή περιγεννητική πορεία, ακόμη και όταν η εισαγωγή τους σε MENN κριθεί απαραίτητη και πατροπαράδοτα δεν θεωρήθηκαν υποψήφια για προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης.

Υπάρχουν πλέον αρκετές μελέτες στην βιβλιογραφία, με διαφορετικούς ορισμούς, μεθόδους και πηγές δεδομένων, που εγείρουν επιφυλάξεις για την νευροαναπτυξιακή έκβαση των ΟΠ, ελάχιστες όμως μελέτες έχουν ουσιαστικά επικεντρωθεί στη διαχρονική παρακολούθηση υγείων όψιμων πρόωρων νεογνών για ικανό χρονικό διάστημα. Πριν λοιπόν γίνουν αλλαγές στα προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης και με δεδομένη την παγκόσμια οικονομική κρίση, είναι απαραίτητο να αποσαφηνιστεί η έκταση και η φύση του κινδύνου που αντιμετωπίζει αυτή η ομάδα. Επίσης ιδιαίτερης προγνωστικής σημασίας είναι και η αντιστοίχιση αυτών των δεδομένων στον ελληνικό πληθυσμό με την ιδιαίτερη οικογενειακή και κοινωνική δομή του.

Σκοπός λοιπόν της εργασίας αυτής είναι να μελετήσει τον πληθυσμό των οριακά προώρων νεογνών όσον αφορά την πρώιμη νοσηρότητα και απώτερη εξέλιξή τους σε

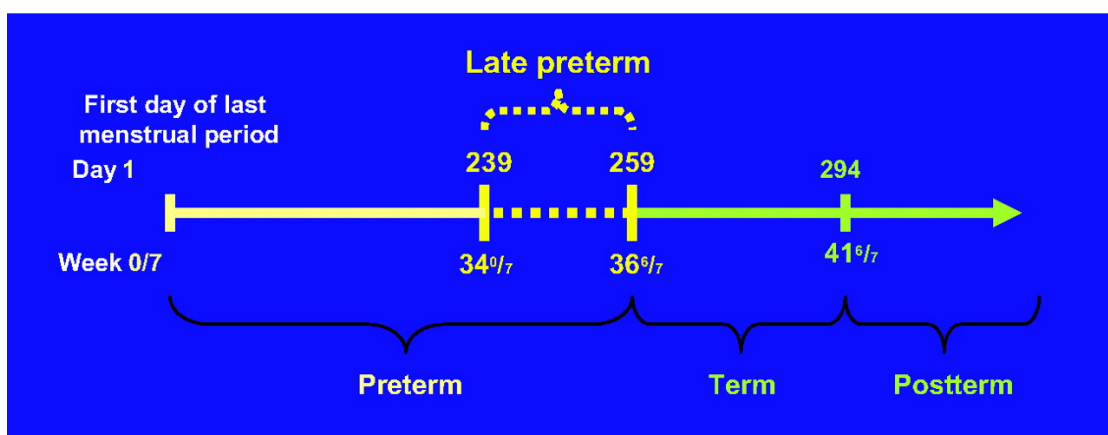
σύγκριση με αυτήν των Α)προώρων <34 εβδομάδων κύησης (ΠΡ) και Β)των τελειομήνων (ΤΜ) και να διερευνήσει τις πιθανές απώτερες συνέπειες της γέννησης ΟΠ νεογνών στα πλαίσια μιας πανελλήνιας διαχρονικής μελέτης (1983-2001), προκειμένου να απαντηθεί το ερώτημα αν τα χαρακτηριστικά των ΟΠ είναι περισσότερο αυτά των προώρων ή των τελειόμηνων νεογνών.

2. ΟΡΙΣΜΟΙ

Η ηλικία κύησης (ΗΚ) ορίζεται με την εβδομάδα και την ημέρα της γέννησης.

- *Πρόωρα* είναι τα νεογνά που γεννιούνται πριν ή και την τελευταία ημέρα της 36^{ης} εβδομάδας από την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμήνου ρύσης της μητέρας (259^η ημέρα).
- *Τελειόμηνα* είναι τα νεογνά που γεννιούνται από την 1^η ημέρα (ημέρα 260) της 37^{ης} εβδομάδας έως και την τελευταία ημέρα της 41^{ης} εβδομάδας (ημέρα 294).
- *Παρατασιακά* χαρακτηρίζονται τα νεογνά που έχουν γεννηθεί την πρώτη ημέρα της 42^{ης} εβδομάδας και αργότερα (ημέρα 295)^{1,2}.

Εικόνα 1. Ορισμός ηλικίας κύησης



Από Engle et al. Pediatrics 2007;120:1390-1401

Το 2005 το National Institute of Health των ΗΠΑ πρότεινε τον όρο «**όψιμα πρόωρα**» για να χαρακτηρίσει τα νεογνά εκείνα που γεννιούνται την 34^{0/7}-36^{6/7} εβδομάδα κύησης (ΕΚ)³. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για να διαφοροποιήσει τα ΟΠ από τα περισσότερο πρόωρα νεογνά αλλά και από τα ΤΜ καθώς δεν έχουν την ίδια ωριμότητα με αυτά αν και προσομοιάζουν συχνά στο βάρος και την γενικότερη συμπεριφορά⁴. Η 34¹ ΕΚ χρησιμοποιήθηκε ως το κατώτερο όριο, καθώς αποτελεί σημαντική εβδομάδα για τις μαιευτικές αποφάσεις, π.χ. αν το νεογέννητο θα πρέπει να εισαχθεί σε ΜΕΝΝ μετά την γέννηση και αν η μητέρα θα λάβει κορτικοστεροειδή προγεννητικά για την αποφυγή συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας (ΣΑΔ)³. Επίσης η διαφοροποίηση αυτή θεωρήθηκε και προγνωστικής σημασίας³.

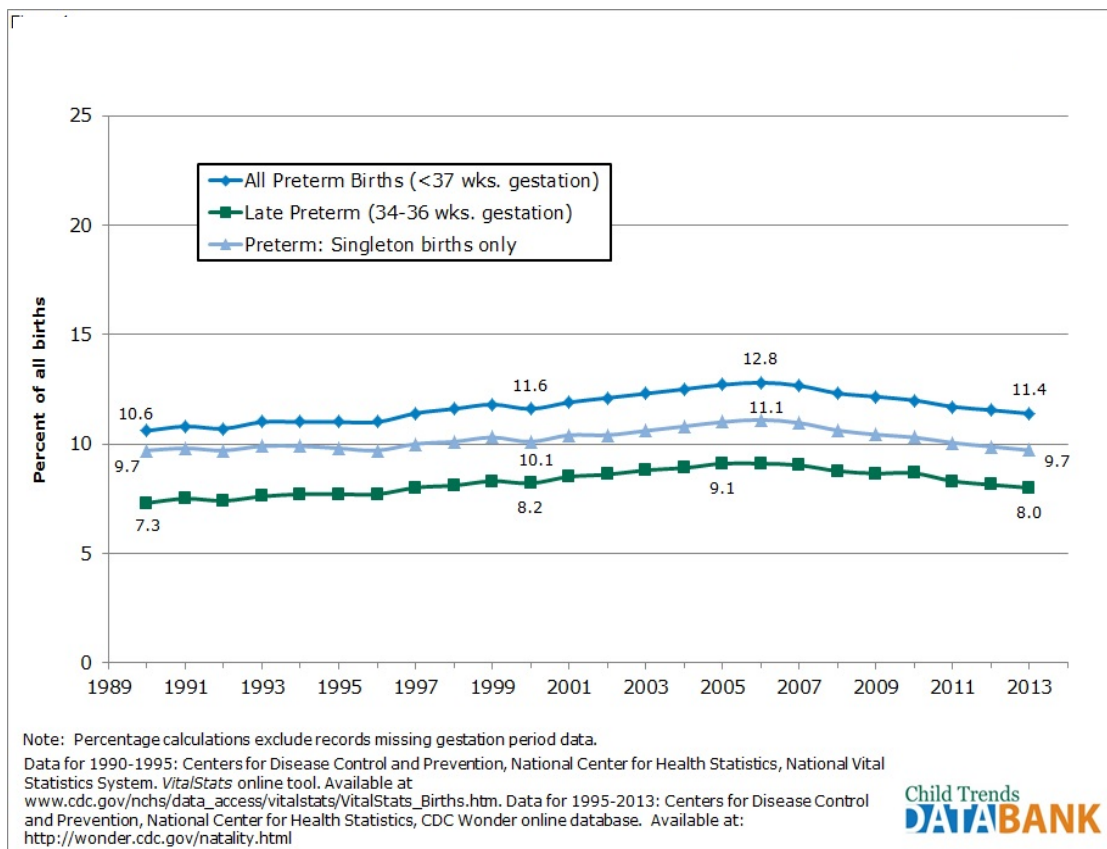
3. ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Τα ΟΠ αποτελούν τον μεγαλύτερο πληθυσμό προώρων παγκοσμίως αλλά και τον πληθυσμό ο οποίος συνεχώς αυξάνει. Το ποσοστό των ΟΠ αυξήθηκε στις ΗΠΑ μεταξύ 1990-2006 από 7.3% σε 9.14%, δηλαδή κατά 25% και το ποσοστό αυτό ήταν αντίστοιχο παγκοσμίως⁵. Την ίδια περίοδο, τα ΟΠ συνέβαλαν κατά 84% στην αύξηση του συνολικού ποσοστού προωρότητας. Η ανησυχία που προκάλεσε αυτή η αύξηση, ιδιαίτερα όσον αφορά τις μαιευτικές πρακτικές, συγκεκριμένα την πρόκληση τοκετού και καισαρική τομή σε ΗΚ 34-36⁺⁶ ΕΚ, οδήγησε στην εθνική καμπάνια «Healthy Babies are Worth the Wait⁶», για να ευαισθητοποιήσουν την ιατρική κοινότητα και το κοινό στην ανάγκη μείωσης των ΟΠ τοκετών, χωρίς σαφή ένδειξη^{7,8}. Αυτή η προσπάθεια είχε αποτέλεσμα την ταχεία μείωση των προώρων τοκετών, χωρίς σαφή ένδειξη, αλλά και τη μείωση της συνολικής παραμονής στο νοσοκομείο των νεογνών⁸.

Έχει δε υπολογιστεί ότι η αύξηση του κόστους για την νοσηλεία του ΟΠ νεογνού είναι 2,9 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα ΤΜ, δηλαδή κατά 2.630 δολάρια ανά νεογνό (p 0.004)⁹. Η μελέτη του Gilbert et al, με στοιχεία από νοσοκομεία της Καλιφόρνια το 1996, έδειξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ νοσηλείων και ΗΚς, με κόστος από \$7.200, \$4.200, \$2.600, και \$1.100 στις 34, 35, 36 και 38 ΕΚ αντίστοιχα. Βεβαίως το κόστος για την νοσηλεία νεογνού 25 ΕΚ ήταν \$202.000, όμως το μέσο κόστος

νοσηλείας στις 25 ΕΚ ήταν 38,9 εκατομμύρια δολάρια, ενώ το μέσο κόστος για νεογνό 35 ΕΚ ήταν 41.1 εκατομμύρια δολάρια¹⁰. Παρόλο που η νοσηλεία των ΠΡ νεογνών είναι πολυέξοδη, το συνολικό κόστος της νοσηλείας των ΟΠ είναι εξίσου μεγάλο, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού των νεογνών στην ομάδα αυτή.

Διάγραμμα 1. Πρόωροι και όψιμοι πρόωροι τοκετοί (% του συνόλου γεννήσεων), 1990-2013



Από www.cdc.gov/nchs/data_access/vitalstats/VitalStats_Births.htm

4. ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα αίτια της αύξησης των ΟΠ είναι σύνθετα και συνήθως κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με την κλινική παρουσίαση, δηλαδή αυτόματος πρόωρος τοκετός (με ή χωρίς ρήξη εμβρυικών μεμβρανών) και τοκετός κατόπιν ιατρικής ενδείξεως (μητρικής ή του νεογνού)¹¹. Η συμβολή κάθε αιτιολογίας διαφέρει ανάμεσα στις μελέτες, αλλά

συνολικά περίπου τα 2/3 όλων των πρόωρων τοκετών είναι αυτόματοι¹¹. Το 2013 το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτικής-Γυναικολογίας εξέδωσε οδηγία για τις απόλυτες ενδείξεις διενέργειας τοκετού σε όψιμη πρόωρη ή σε πρώιμη τελειόμηνη (37^{0/7} – 38^{6/7}) ηλικία¹²:

Εικόνα 2. Συστάσεις για διενέργεια όψιμου πρόωρου τοκετού

Condition	General Timing	Suggested Specific Timing
Placental/Uterine Issues		
Placenta praevia	Late preterm/early term	36 - 37 ⁺⁶ weeks of gestation
Placenta praevia with suspected accreta, Increta or percreta	Late preterm	34 – 35 ⁺⁶ weeks of gestation
Prior classical cesarean	Late preterm/early term	36 – 37 ⁺⁶ weeks of gestation
Prior myomectomy	Early term/term (individualize)	37 – 38 ⁺⁶ weeks of gestation
Fetal Issues		
Growth restriction (singleton)		
Otherwise uncomplicated, no concurrent findings	Early term/tem	38 – 39 ⁺⁶ weeks of gestation
Concurrent conditions (oligohydramnios, abnormal Doppler studies, maternal co-morbidity e.g. hypertension, preeclampsia)	Late preterm/early term	34 – 37 ⁺⁶ weeks of gestation
Growth restriction (twins)		
Di-Di twins with isolated fetal growth restriction	Later preterm/early term	36 – 37 ⁺⁶ weeks of gestation
Di-Di twins with concurrent condition	Late preterm	32 – 34 ⁺⁶ weeks of gestation
abnormal Doppler studies, maternal co-morbidity e.g. hypertension, preeclampsia		
Mo-Di twins with isolated fetal growth restriction	Late preterm	32 – 34 ⁺⁶ weeks of gestation
Multiple gestations		
Di-Di twins	Early term	38 – 38 ⁺⁶ weeks of gestation
Mo-Di twins	Late preterm/early term	34 – 37 ⁺⁶ weeks of gestation
Oligohydramnios	Late preterm/early term	36 – 37 ⁺⁶ weeks of gestation
Maternal Issues		
Chronic hypertension		
Controlled or no medications	Early term/term	38 – 39 ⁺⁶ weeks of gestation
Controlled on medications	Early term/term	37 - 39 ⁺⁶ weeks of gestation
Difficult to control	Late preterm/early term	36 – 37 ⁺⁶ weeks of gestation
Gestational hypertension	Early term	37 – 38 ⁺⁶ weeks of gestation
Preeclampsia, severe	Late preterm	At diagnosis after 34 w.of g.
Preeclampsia, mild	Early term	At diagnosis after 37 w. of g.
Diabetes		
Pregestational well-controlled	Late preterm	
Pregestational with vascular complications	Early term/term	37 – 39 ⁺⁶ weeks of gestation
Pregestational, poorly controlled	Late preterm/early term	Individualized
Gestational, well controlled	Late preterm	
Gestational, poorly controlled	Late preterm/early term	Individualized
Obstetric Issues		
PPROM	Late preterm	34 weeks of gestation

Abbreviations: Di-Di, dichorionic-diamniotic, Mo-Di, monochorionic-diamniotic; PPRM, preterm premature rupture of membranes

Committee Opinion No. 560, April 2013 (Reaffirmed 2015), The American College of Obstetrics and Gynecology Committee on Obstetric Practice, The Society for Maternal-Fetal Medicine

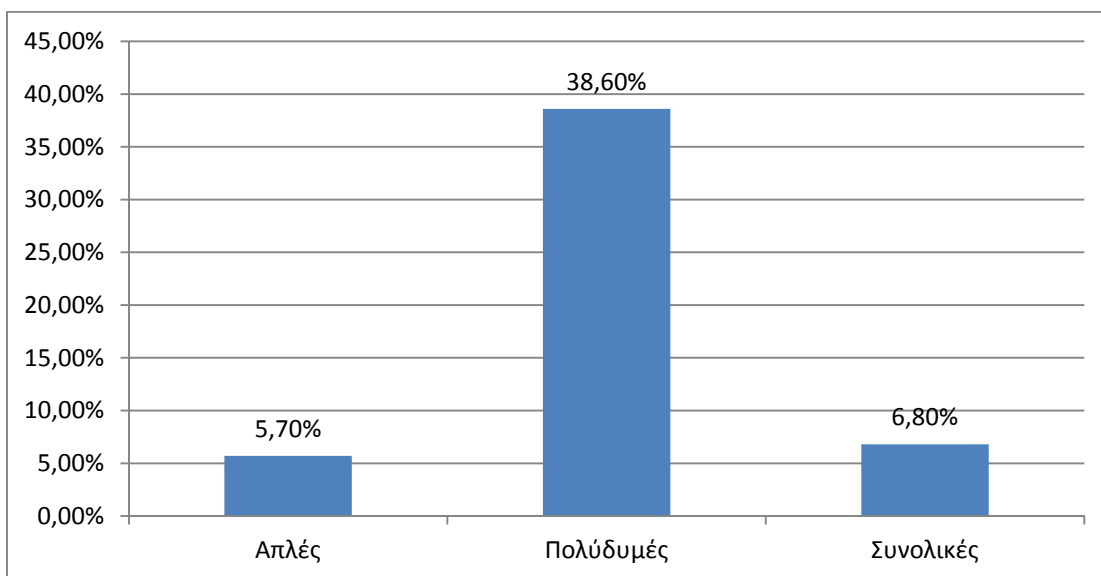
Ανησυχητικό ωστόσο είναι το γεγονός πως σε πρόσφατη μελέτη, που βασίστηκε στην ένδειξη τοκετού στους ιατρικούς φακέλους, βρέθηκε πως περισσότεροι από τους μισούς τοκετούς στα ΟΠ δεν είχαν σαφή τεκμηρίωση της ιατρικής ένδειξης τοκετού¹³.

Πολλαπλοί είναι και οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με αυτόματους πρόωρους τοκετούς:

A) Πολύδυμες κυήσεις και Τεχνικές Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΤΥΑ):

Δίδυμες ή πολύδυμες κυήσεις συνδέονται με αυξημένα ποσοστά τοκετών ΟΠ. Μεταξύ του 1990-2008 το ποσοστό των απλών γεννήσεων ΟΠ αυξήθηκε κατά 14.7% ενώ των πολυδύμων κυήσεων αντίστοιχα κατά 27.4%¹⁴.

Διάγραμμα 2. Όψιμες πρόωρες γεννήσεις στις ΗΠΑ το 2014



Από National Center for Health Statistics, final natality data.

Η αύξηση στις πολύδυμες κυήσεις οφείλεται σε αυξημένη ηλικία της μητέρας και σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής¹⁵. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επίσης συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο των ΟΠ νεογνών στις πολύδυμες κυήσεις σε σχέση με τις απλές κυήσεις, όμως δεν έχει αποσαφηνισθεί το εάν αυτό οφείλεται στην ιατρική παρέμβαση ή στους ίδιους τους λόγους που οδήγησαν σε υπογονιμότητα αρχικά¹⁶.

B) Συγγενείς Διαμαρτίες:

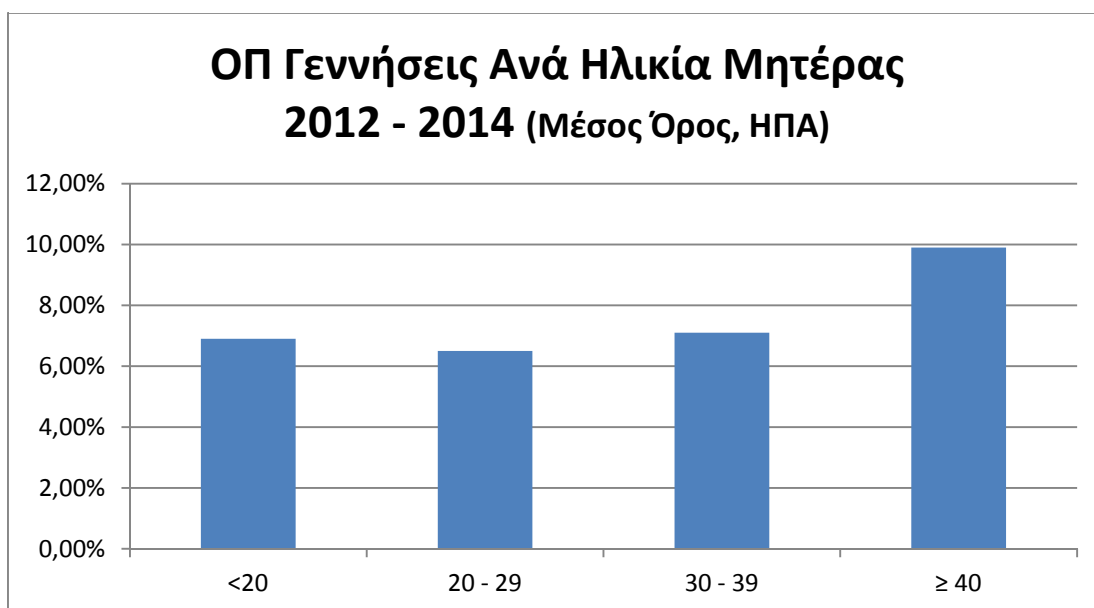
Όπως είναι γνωστό, οι συγγενείς ανωμαλίες συνδέονται με αυξημένα ποσοστά προωρότητας. Μελέτη στις ΗΠΑ έδειξε πως τα νεογνά που γεννήθηκαν μεταξύ 32-36

ΕΚ, είχαν διπλάσιο κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών συγκριτικά με τα ΤΜ¹⁷. Ο κίνδυνος ήταν 5 φορές μεγαλύτερος για τα ΠΡ.

Γ) Ηλικία της Μητέρας:

Το 2008 οι γεννήσεις ΟΠ ήταν υψηλότερες σε γυναίκες <20 και >35 ετών. Ο αυξημένος κίνδυνος στις μεγαλύτερες γυναίκες οφείλεται στην αυξημένη νοσηρότητα, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση, αλλά και σε αυξημένη πιθανότητα πολύδυμων κυήσεων λόγω τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής¹⁷. Στις ηλικίες <20 ετών, ο αυξημένος κίνδυνος μπορεί να οφείλεται είτε σε βιολογική ανωριμότητα, κατώτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, και σε συμπεριφορικούς παράγοντες όπως το κάπνισμα¹⁸.

Διάγραμμα 3. Γεννήσεις όψιμων προώρων ανά ηλικία μητέρας, μέσος όρος τριετίας 2012 – 2014



Από National Center for Health Statistics, final natality data.

5. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

Τα ΟΠ δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, κι έτσι είναι λίγα τα στοιχεία για την βιολογία και τους μηχανισμούς της νοσηρότητας σε αυτά τα νεογνά^{19,3,20,21,22-30}, γι αυτό και τα

υπάρχοντα στοιχεία βασίζονται κυρίως σε περιγραφικές μελέτες (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Οι συχνότερες επιπλοκές όψιμων προώρων περιγεννητικά:

Τύπος ασθένειας την περιγεννητική περίοδο	Νοσηρότητα ΟΠ		Νοσηρότητα ΤΜ		OR	P
	No.	%	No.	%		
Δυσχέρεια σίτισης						
Wang et al ² (35–36 ^{6/7} ΕΚ)	29	32.2	7	7.4	—	—
Υπογλυκαιμία						
Wang et al ² (35–36 ^{6/7} ΕΚ)	14	15.6	5	5.3	3.30	.028
Ίκτερος						
Wang et al ² (35–36 ^{6/7} ΕΚ)	49	54.4	36	37.9	1.95	.027
Αστάθεια θερμοκρασίας						
Wang et al ² (35–36 ^{6/7} ΕΚ)	9	10.0	0	0.0	Άπειρο	.0012
Άπνοια						
Henderson-Smart (34–35 ^{6/7} ΕΚ)	—	7.0	—	<0.1	—	—
Merchant et al ⁴² (35–36 ^{6/7} ΕΚ)	6	12.0	0	0.0	12.0	.0267
Wang et al (35–36 ^{6/7} ΕΚ)	4	4.0	0	0.0	—	.054
Αναπνευστική Δυσχέρεια						
Escobar et al ²⁴ (34–36 ^{6/7} ΕΚ)	345	10.7	975	2.7	—	—
Gilbert et al ⁷⁰ (34–36 ^{6/7} ΕΚ)	1167	3.6	843	0.8	—	—
Rubaltelli et al ³³ (34–36 ^{6/7} ΕΚ)	314	9.6	359	0.6	—	—
Wang et al ² (35–36 ^{6/7} ΕΚ)	26	28.9	4	4.2	9.14	.00001
Ανάγκη για ΕΦ υγρά						
Wang et al ² (35–36 ^{6/7} ΕΚ)	24	26.7	5	5.3	6.48	.0007
Έλεγχος για σηψαιμία						
Wang et al (35–36 ^{6/7} ΕΚ)	33	36.7	12	12.6	3.97	.00015
Μηχανικός Αερισμός						
Gilbert et al (34–36 ^{6/7} ΕΚ)	1103	3.4	950	0.9	—	—

Από Engle WA, Tomashek KM, Wallman C. Late Preterm Infants – A Population at Risk. *Pediatrics* 2007;120;1393.

Μετά την γέννηση τα νεογνά με εμβρυική δομή του πνεύμονα και ανώριμη λειτουργική χωρητικότητα βρίσκονται σε σχετικά αυξημένο κίνδυνο αναπνευστικής δυσχέρειας, ανάγκης για οξυγόνο, μηχανικό αερισμό και εισαγωγή σε ΜΕΝΝ^{19,31-33}. Οι 34-36 ΕΚ είναι φυσιολογικά ο χρόνος που οι κυψελιτικοί πόροι εξελίσσονται σε τελικούς αεροφόρους σάκους (πρωτογενείς κυψελίδες) που όμως είναι επενδυμένοι με λεπτό μόνο στρώμα τύπου 1 επιθηλιακών κυττάρων^{34,35}. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου τα πνευμονικά τριχοειδή αγγεία επίσης φουσκώνουν και προεξέχουν μέσα σε κάθε αεροφόρο σάκο, ενώ δημιουργείται και ικανή ποσότητα επιφανειοδραστικού παράγοντα. Ανάλογα με την ΗΚ, ο ανώριμος πνεύμονας μπορεί να έχει αυξημένο κίνδυνο για έλλειψη επιφανειοδραστικού παράγοντα αλλά και παροδική ταχύπνοια του νεογνού^{24,25}.

Τα ΟΠ έχουν επίσης αυξημένη πιθανότητα απνοιών σε σχέση με τα ΤΜ νεογνά. Η συχνότητα των απνοιών στα ΟΠ υπολογίζεται περίπου στο 4% - 7%^{28,31,37,38}, σε σύγκριση με το 1-2% των ΤΜ^{38,39}. Επίσης ο τύπος των απνοιών διαφέρει: τα ΤΜ συνήθως έχουν άπνοιες σύντομες, τις οποίες ξεπερνούν χωρίς ανάγκη παρέμβασης. Η προδιάθεση που έχουν τα ΟΠ στις άπνοιες σχετίζεται με αυξημένη ευαισθησία σε υποξική καταστολή του αναπνευστικού, ελαττωμένη ευαισθησία των κεντρικών χημειοποδοχέων στο διοξείδιο του άνθρακα, ανώριμους ερεθιστικούς πνευμονικούς υποδοχείς, αυξημένη ευαισθησία σε ερεθισμό του λάρυγγα, και ελαττωμένο μυϊκό τόνο των μυών διαστολής του ανώτερου αεραγωγού^{31,38,40-42}. Επίσης τα ΟΠ έχουν αυξημένο κίνδυνο κεντρικών απνοιών γιατί το ΚΝΣ τους είναι ανώριμο (λιγότερη μυελίνη, λιγότερες άλακες και έλικες) και ο εγκέφαλος τους έχει όγκο ίσο με τα 2/3 του ΤΜ³⁰.

Λίγα είναι γνωστά για την φυσιολογία του καρδιαγγειακού συστήματος στα ΟΠ. Αυτό που είναι γνωστό είναι πως η δομική και λειτουργική ανωριμότητα τους περιορίζει τα αποθέματα του καρδιαγγειακού σε περίπτωση stress και περιπλέκει πιθανό ΣΑΔ με εμμένουσα εμβρυική κυκλοφορία⁴⁵.

Η φυσιολογική προσαρμογή του νεογέννητου σε ψυχρό περιβάλλον σχετίζεται με την ΗΚ, το βάρος, το υποδόριο λίπος και την ωριμότητα του υποθαλάμου⁴⁶⁻⁴⁸. Η δημιουργία και ωρίμανση του φαιού λίπους, αλλά και η επάρκεια των ορμονών που

ρυθμίζουν τον μεταβολισμό του (πχ προλακτίνη, λεπτίνη νορεπινεφρίνη, κορτιζόλη και τριοδοθυρονίνη) φτάνουν στο ζενίθ τους σε τελειόμηνη ηλικία^{49,50}. Τα όψιμα πρόωρα για την θερμογένεση έχουν λοιπόν στην διάθεση τους ελαφρώς μειωμένο υποδόριο λευκό λίπος και πιθανώς δυσκολία στον μεταβολισμό του φαιού.

Τα νεογνά συνολικά έχουν τον κίνδυνο να παρουσιάσουν υπογλυκαιμία κατά την νηστεία, εξαιτίας ανώριμης απάντησης στην οξεία απώλεια της παροχής μητρικής γλυκόζης στην γέννηση⁵¹⁻⁵⁵. Η επίπτωση της υπογλυκαιμίας είναι αντιστρόφως ανάλογη της ηλικίας κύησης. Στο ΤΜ, την 1^η ημέρα ζωής τα ένζυμα υπεύθυνα για την ηπατική γλυκονεογένεση και κετογένεση αυξάνουν με γρήγορους ρυθμούς και η ρύθμιση της γλυκόζης στο αίμα αποκαθίσταται. Τα ΠΡ έχουν αυξημένο κίνδυνο υπογλυκαιμίας μετά την γέννηση καθώς η ηπατική γλυκογενόλυση, γλυκονεογένεση και κετογένεση έχουν ανώριμους μηχανισμούς, υπάρχει δε ορμονική απορρύθμιση και ανεπαρκής λιπόλυση. Η γλυκόζη του αίματος φτάνει στο ναδίρ της την 1^η-2^η ώρα ζωής και παραμένει χαμηλή έως ότου είτε το νεογνό ανταπεξέλθει μεταβολικά, είτε υπάρξει εξωγενής χορήγηση γλυκόζης^{51,54}. Ο μηχανισμός του μεταβολισμού των υδατανθράκων δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητός στα ΟΠ. Αυτό που είναι γνωστό, είναι ότι έχουν ανάγκη εφ'έγχυσης γλυκόζης με μεγαλύτερη συχνότητα απ'ότι τα ΤΜ¹⁹.

Ο ίκτερος και η υπερχοληριθριναιμία έχουν μεγαλύτερη επίπτωση και διαρκούν περισσότερο στα ΟΠ απ'ότι στα ΤΜ, καθώς τα ΟΠ έχουν καθυστερημένη ωρίμανση και χαμηλότερη συγκέντρωση της UDPG γλυκουρονικής μεταφοράσης^{21,56}. Τα ΟΠ έχουν διπλάσια πιθανότητα απ'τα ΤΜ να εμφανίσουν υψηλές τιμές χολερυθρίνης και υψηλότερες τιμές συνολικά στις 5 και 7 ημέρες ζωής²¹.

Τα ΟΠ νεογνά έχουν επίσης ανώριμη λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος^{57,58} και ήπια δυσχέρεια σίτισης που τα προδιαθέτει σε αύξηση της εντεροηπατικής κυκλοφορίας, μικρότερο αριθμό κενώσεων, αφυδάτωση και υπερχολερυθριναιμία⁵⁹⁻⁶⁸. Στην αφυδάτωση επίσης συντελεί και ο χαμηλότερος σχετικά μυϊκός τόνος, όμως από την 34^η εβδομάδα υπάρχει ώριμο αντανεκλαστικό θηλασμού και συνεργασία θηλασμού κατάποσης, παρ'όλα αυτά τα ΟΠ μπορούν να παρουσιάσουν δυσχέρεια και ανάγκη για ρινογαστρική σίτιση παροδικά⁶⁷⁻⁶⁹.

6. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Τα ΟΠ έχουν αυξημένο γενικά κίνδυνο νεογνικής νοσηρότητας αναφορικά με τα ΤΜ. Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, στην αρχική νοσηλεία γέννησης, έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωσθούν με τουλάχιστον μία ιατρική διάγνωση και 3.5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα 2 ή περισσότερων διαγνώσεων¹⁹. Στην ίδια νοσηλεία έχουν αυξημένη επίπτωση θερμοαστάθειας¹⁹, αναπνευστικής δυσχέρειας^{19,24,33,70,71}, άπνοιας^{38,42}, ικτέρου¹⁹ και δυσχέρειας σίτισης¹⁹.

Πίνακας 2. Επανεισαγωγή των όψιμων προώρων στο νοσοκομείο

Μελέτη	Επανεισαγωγή		Ανάγκη Νοσηλείας		OR
	No.	%	No.	%	
Επιζήσαντες από MENN σε 6 Kaiser Permanente νοσοκομεία των ΗΠΑ, N = 6054 (Escobar et al)					
33–36 wk, χρόνος παραμονής < 96 h	31	5.7	—	—	2.94
33–36 wk, χρόνος παραμονής ≥ 96 h	26	2.2	—	—	1.13 (0.69–1.84)
ΤΜ, χρόνος παραμονής ≥ 96 h	32	2.8	—	—	1.31
ΤΜ, χρόνος παραμονής < 96 h	56	2.2	—	—	—
Μισές του συνόλου γεννήσεων >34 ΕΚ, στο βόρειο UK, N = 11406 (Oddie et al ⁷⁵)					
35–37 ΕΚ	37	6.3	—	—	1.72
>40 wk	57	2.4	—	—	0.70
38–40 ΕΚ	178	3.4	—	—	—
Όλα τα νεογνά σε 7 Kaiser Permanente νοσοκομεία των ΗΠΑ, N = 33 276 (Escobar et al)					

Μελέτη	Επανεισαγωγή		Ανάγκη Νοσηλείας		OR
	No.	%	No.	%	
34–36 ΕΚ, σε MEN ≥ 24 h					0.89 (0.54–1.46)
34–36 ΕΚ, σε MEN < 24 h					1.31 (0.41–4.21)
34–36 ΕΚ, όχι MEN					3.10 (2.38–4.02)
≥37 ΕΚ, σε MEN ≥ 24 h					0.79 (0.52–1.21)
≥37 ΕΚ, σε MEN < 24 h					1.43 (0.73–2.81)
≥37 ΕΚ, όχι MEN					—
Όλα τα νεογνά γεννημένα στην Μασαχουσέτη, ΦΤ, πρώιμο εξιτήριο, N = 25 324 (Tomashek et al)					
34–36 ΕΚ	35	3.5	—	—	RR 1.8
37–41 ΕΚ	489	2.0	—	—	—
34–36 ΕΚ	—	—	43	4.3	RR 1.5
37–41 ΕΚ	—	—	648	2.7	—

Από Engle WA, Tomashek KM, Wallman C. Late Preterm Infants – A Population at Risk. *Pediatrics* 2007;120;1394.

Τον πρώτο μήνα μετά την γέννηση, έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ίκτερο^{21,60,72,73} και να εισαχθούν στο νοσοκομείο για υπερχολερυθριναιμία^{19,59,64} δυσχέρεια σίτισης και έλεγχο σηψαιμίας⁷⁴. Βεβαίως υπάρχει και αυξημένος κίνδυνος για υποψία νοσηρότητας στα ΟΠ, καθώς ο ουδός του ιατρικού προσωπικού για παρακολούθηση και διερεύνηση των προβλημάτων τους μπορεί να είναι μειωμένος. Για παράδειγμα η μελέτη του Wang et al έδειξε πως τα ΟΠ νεογνά ελέγχθηκαν για την πιθανότητα σηψαιμίας 3 φορές περισσότερο απ' ό,τι τα ΤΜ και έλαβαν αντιβίωση σε περιπτώσεις όπου τα ΤΜ δεν θα ελάμβαναν¹⁹. Υπάρχουν όμως και αρκετές μελέτες που καταγράφουν πραγματικά αυξημένο κίνδυνο σοβαρής νοσηρότητας στα ΟΠ^{19,24,70}, ο

οποίος μειώνεται αυξανόμενης της διάρκειας κύησης. Η μελέτη του Gilbert et al, σε ΟΠ που γεννήθηκαν κατόπιν απλής κύησης μέχρι το 1^ο έτος ζωής είχαν 3-9 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να χρειαστούν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής απ ότι νεογνά με ΗΚ 38 εβδομάδες⁷⁰. Επίσης η μελέτη του Escobar et al, έδειξε πως 88% των νεογνών που γεννήθηκαν στις 34 ΕΚ, 54% στις 35 ΕΚ, 25% στις 36 ΕΚ, 12% στις 37 ΕΚ, και 2,6% στις 38-40 ΕΚ, εισήχθησαν σε ΜΕΝΝ⁷⁴.

Αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τον κίνδυνο επανεισαγωγής στο νοσοκομείο^{62,62,65,68,78}. Η μελέτη του Oddie et al στο Ηνωμένο Βασίλειο, βρήκε ότι νεογνά 35-37 ΕΚ είχαν 1.7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο κατά την νεογνική περίοδο συγκριτικά με νεογνά 38-40 ΕΚ⁷⁵. Η μελέτη του Escobar et al, κατέγραψε αναδρομικά ότι 4.4% όλων των ΟΠ που μελετήθηκαν και 2% των ΤΜ επανεισήχθησαν στο νοσοκομείο σε 2 εβδομάδες μετά την έξοδο τους από την νοσηλεία γέννησης και ο κίνδυνος ήταν ακόμη ψηλότερος για νεογνά που δεν είχαν νοσηλευθεί ποτέ σε ΜΕΝΝ. Όμως η ίδια μελέτη σημειώνει πως προγραμματισμένος επανέλεγχος του νεογνού 72 ώρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, μείωνε σημαντικά την πιθανότητα επανεισαγωγής⁷⁴! Επιπλέον η μελέτη του Bhutani et al το 2004, έδειξε πως νεογνά που δεν είχαν εισαχθεί σε ΜΕΝΝ είχαν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα επανεισαγωγής για υπερχοληριθριναιμία απ ότι τα ΤΜ⁵⁹. Οι κυριότεροι λόγοι που τα ΟΠ νεογνά επανεισάγονται στο νοσοκομείο φαίνεται να είναι ο ίκτερος, η πιθανή σηψαιμία και η δυσχέρεια σίτισης, ειδικά για ΟΠ με βραχύ χρόνο νοσηλείας σε ΜΕΝΝ⁶⁶ ή βραχείας νοσηλείας αμέσως μετά την γέννηση²¹. Στην μελέτη των Tomashek et al, νεογνά με πρώιμο εξιτήριο (<2 ημερών) κατόπιν ΦΤ παρατήρησε 3,5% πιθανότητα στα ΟΠ και 2% στα ΤΜ επανεισαγωγής. Ίκτερος και λοίμωξη ήταν η αιτιολογία εισαγωγής σε 77% των ΟΠ έναντι 60,3% των ΤΜ. Σε αυτήν την μελέτη τα θηλάζοντα ΟΠ είχαν 1.8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να χρειαστούν νοσηλεία και 2.2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα επανεισαγωγής σε σχέση με θηλάζοντα ΤΜ. Αντίθετα δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ΟΠ και ΤΜ που δεν θηλάζαν!

Η σοβαρότητα του κινδύνου των ΟΠ εκφράζεται και από την αυξημένη θνησιμότητα. Στις ΗΠΑ ΤΟ 2002, το ποσοστό νεογνικής θνησιμότητας για τα ΟΠ ήταν

4.6 φορές μεγαλύτερο απ ότι για τα ΤΜ (4.1 έναντι 0,9/1000 ζώντα νεογνά)^{76,77}. Η αιτιολογία του θανάτου των ΟΠ ήταν κυρίως συγγενείς ανωμαλίες, αιφνίδιος θάνατος, ατυχήματα, νόσοι του κυκλοφορικού, ενδομήτρια υποξία και περιγεννητική ασφυξία. Πρώιμη νεογνική θνησιμότητα (< 7 ημέρες ζωής), ήταν 6 φορές μεγαλύτερη, απώτερη νεογνική θνησιμότητα (7-27 μέρες ζωής) 3 φορές μεγαλύτερη και βρεφική θνησιμότητα διπλάσια απ ότι στα ΤΜ⁷⁷. Το βάρος σώματος σε κάθε ηλικία κύησης είναι ανεξάρτητος παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την θνησιμότητα σε κάθε ηλικία κύησης, με τα χαμηλού βάρους για την ηλικία κύησης να έχουν αυξημένο κίνδυνο. Για παράδειγμα, ΟΠ αγόρια και κορίτσια με χαμηλό βάρος γέννησης έχουν 14 και 6 φορές αντίστοιχα αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με αντίστοιχα ΤΜ νεογνά⁷⁹.

7. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Αυτό όμως που πραγματικά δεν έχει σταθμιστεί είναι το κατά πόσον τα περιγεννητικά προβλήματα των ΟΠ, επηρεάζουν ουσιαστικά και σε ποιο βαθμό την νευροαναπτυξιακή τους έκβαση.

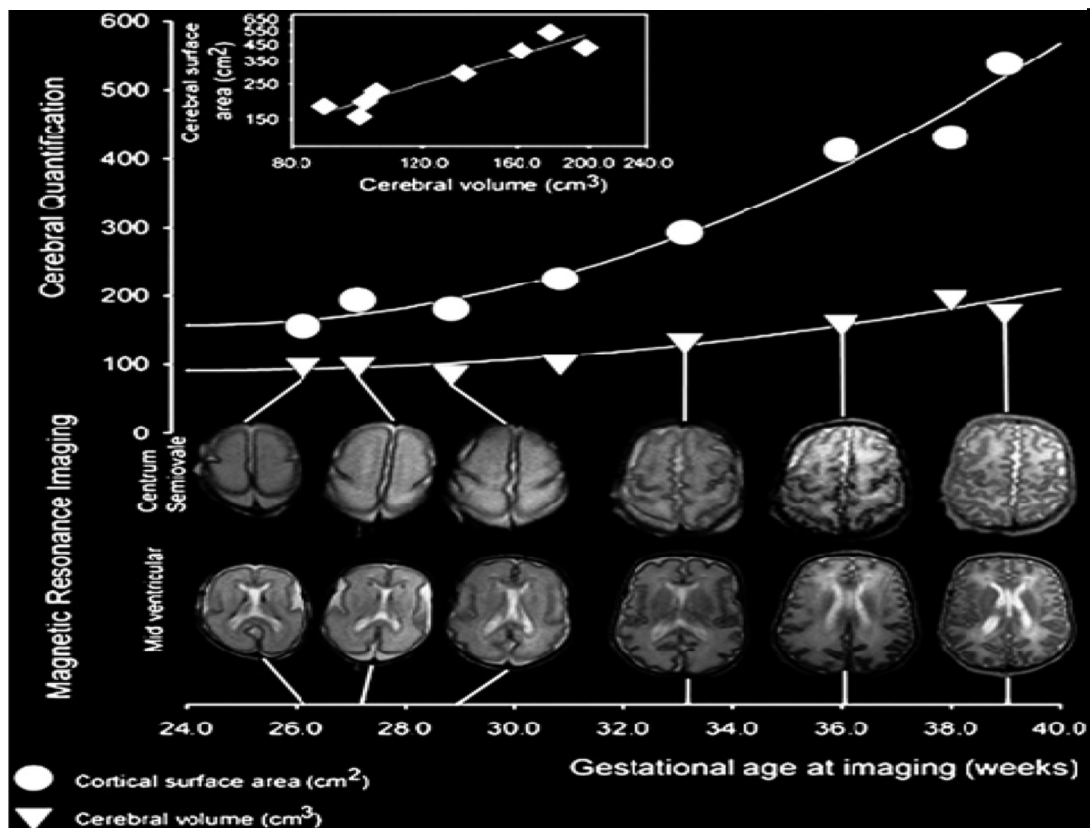
Η ανάπτυξη του εγκεφάλου είναι μία δυναμική διαδικασία που συνεχίζεται έως και μετά την γέννηση. Υπάρχει μία κρίσιμη περίοδος αύξησης του μεγέθους και ανάπτυξης στις τελευταίες εβδομάδες κύησης που είναι ζωτικής σημασίας για πολλές δομές και νευρικές οδούς⁸⁰.

Παρ' όλο που ο πολλαπλασιασμός και η μετανάστευση των νευρώνων στον φλοιό έχει ολοκληρωθεί ήδη από τις 24 ΕΚ, η ωρίμανση αυτών των ιστών, συμπεριλαμβανομένου της ελίκωσης του εγκεφάλου είναι ατελής στα ΟΠ. Στις 20 ΕΚ, ο εγκέφαλος ζυγίζει 10% περίπου του ΤΜ εγκεφάλου και το βάρος αυξάνει γραμμικά σε όλη την διάρκεια της κύησης. Στις 34 ΕΚ, ο εγκέφαλος ζυγίζει 65% του ΤΜ⁸¹.

Η σχετική κατανομή των κυττάρων επίσης αλλάζει με την ηλικία κύησης. Στα αρχικά στάδια, λευκή ουσία χωρίς μυελίνη υπερτερεί. Στο μέσο περίπου της κύησης οι αμύελες λευκές και η φαιά ουσία βρίσκονται σε ίσες περίπου ποσότητες. Μετά τις 30 εβδομάδες, εμμύελη λευκή ουσία παρουσιάζεται και πενταπλασιάζεται μέχρι το τέλος της κύησης. Ο όγκος της φαιάς ουσίας αυξάνει κατά την κύηση με ρυθμό 1.4% ή

22ml/εβδομάδα και επίσης έχει ταχεία αύξηση όμως μεταξύ 36040 EK εξαιτίας της διαφοροποίησης των νευρώνων και της ελίκωσης των εγκεφαλικών ημισφαιρίων⁸¹. Η ταχεία αυτή αύξηση αποτελεί και παράγοντα κινδύνου για τα ΟΠ σε κατάσταση stress.

Εικόνα 3. Ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά την κύηση



Από Kapelou O, Counsell SJ, Kennea N et al, Abnormal cortical development after premature birth shown by altered allometric scaling of brain growth. PLOS Med 2006;3:e265

Το ανώριμο προολιγοδενδροκύτταρο είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο σε βλάβη και φαίνεται πως παίζει βασικό ρόλο στην παθογένεση της περικοιλιακής λευκομαλάκυνσης (PVL). Αυτά τα κύτταρα κυριαρχούν στην λευκή ουσία από τις 23-32 EK. Γι αυτό και η επίπτωση της PVL μειώνεται σημαντικά μετά τις 32 εβδομάδες, ενώ η αύξηση της μυελίνης φαίνεται πως προσφέρει κάποια προστασία σε βλάβη της λευκής ουσίας. Παρ όλα αυτά η συναπτογένεση των νευραξόνων, η ωρίμανσή και επιμήκυσή τους συμβαίνει κυρίως στις τελευταίες εβδομάδες της κύησης και μετά την γέννηση^{80,82}. Τα κύτταρα που παράγουν μυελίνη εντοπίζονται στον εγκέφαλο με

ανοσοχημικούς μεθόδους στα ΟΠ, όμως μικροσκοπικά η μυελίνη εμφανίζεται στους 1-2 μήνες εξωμήτριου ζωής, ενώ σωλήνες μυελίνης δεν παρουσιάζονται μέχρι τους 11-13 μήνες ζωής⁸³. Μελέτη σε ΤΜ βρέφη που απεβίωσαν κατόπιν εξωσωματικής κυκλοφορίας για συγγενή καρδιοπάθεια, έδειξε επίπτωση PVL 61%, 32% δε των αλλοιώσεων είχαν μορφή οξείας βλάβης, δηλαδή και σε αυτήν την ηλικία κύησης η πιθανότητα της PVL είναι υπαρκτή⁸⁴. Ο ουδός όμως της βλάβης και η συχνότητα σε ΟΠ νεογνά με ήπια κλινική πορεία (που αποτελούν την πλειοψηφία) δεν είναι γνωστά⁸⁵.

Ο εγκέφαλος του ΠΡ είναι ιδιαίτερα ευάλωτος ως προς την εγκεφαλική αιμορραγία. Καθώς ο αναπτυσσόμενος εγκέφαλος ωριμάζει, η επίπτωση της εγκεφαλικής αιμορραγίας είναι αντιστρόφως ανάλογη της αυξανόμενης ΗΚς. Γενικά η ενδοκοιλιακή αιμορραγία στο ΠΡ ξεκινά από τα λεπτά τοιχώματα των ενδοθηλιακών κυττάρων της υποεπενδυματικής βλαστικής ζώνης. Η βλαστική ζώνη παρουσιάζει τάση υποστροφής με την αύξηση της ΗΚς και μέχρι την 36^η ΕΚ έχει σχεδόν πλήρως υποστραφεί⁸². Επίσης οι γύρω ιστοί αναπτύσσουν πιο σταθερή δομή καθώς το έμβρυο πλησιάζει την ΤΜ ηλικία. Γι αυτούς τους λόγους το ΟΠ παρουσιάζει σημαντικά μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης ενδοκοιλιακής αιμορραγίας.

8. ΜΕΛΕΤΕΣ ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ

Υπάρχουν στην βιβλιογραφία λίγα δεδομένα σχετικά με την έκβαση των ΟΠ, κυρίως καθώς στο παρελθόν δεν συμπεριλαμβάνονταν σε προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης⁸⁶.

A) Νεογέννητο έως προσχολική ηλικία: (Πίνακας 3)

Τα ευρήματα των μελετών για αυτή την περίοδο δεν είναι καταληκτικά, και λόγω του διαφορετικού σχεδιασμού των μελετών.

Η πρώτη μελέτη βασίστηκε στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου NICU Network Neurodevelopmental Scale στις 24-72 ώρες ζωής, όπου τα ΟΠ είχαν στατιστικά χαμηλότερη βαθμολογία για την συγκέντρωση, αφύπνιση, κινητικότητα, παρουσίαζαν δε πιο αδρανή αντανακλαστικά ($p < 0.001$) και ήταν πιο υποτονικά⁸⁷. Στην μελέτη του

Romeo et al, σε φυσιολογικά ΟΠ, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο δείκτη ωριμότητας εγκεφάλου – mental developmental index (MDI) στους 12 και 18 μήνες διορθωμένης ηλικίας κύησης σε σύγκριση με τα ΤΜ νεογνά⁸⁸. Είναι από τις λίγες μελέτες που χρησιμοποιήθηκε η διορθωμένη ηλικία κύησης αλλά και η χρονολογική ηλικία (στην οποία τα ΟΠ είχαν στατιστικά χαμηλότερο MDI). Έτσι στην μελέτη των Woythaler et al⁸⁹, τα ΟΠ είχαν χαμηλότερα σκορ στο MDI και PDI στους 24 μήνες ζωής, χωρίς όμως διόρθωση για την ΗΚ.

Πίνακας 3. Μελέτες νευροαναπτυξιακής έκβασης από την γέννηση ως και την προσχολική ηλικία

Συγγραφείς	ΗΚ	Ηλικία	Γνωσιακά Προβλήματα	Άλλα
Barros et al 2011	36 ΟΠ 96 ΤΜ 40 ΕΚ	Νεογνά	↓συγκέντρωση p0,04 ↓αφύπνιση p0,01 ↓κινητικότητα p<0.001	↑υποτονίας P0.029
Romeo et al 2010	61 υγιή 33 -36 ΕΚ 60 υγιή πληθυσμός αναφοράς	ΧΗ και ΔΗΚ 12 ΚΑΙ 18 μηνών	Mental Developmental Index (MDI) στην ΔΗΚ χωρίς διαφορά	
Woythaler et al 2011	1200 34-37 ΕΚ 6300 38-40	ΧΗ 24 μηνών	↓MDI p<0.0001	↓Psychomotor Dev. Index
Baron et al 2009	60 ΟΠ από ΜΕΝΝ 35 ΤΜ	ΧΗ 3,5-4,1 έτη	↓αντίληψη χώρου 0.005 ↓αντίληψη κινητικ. 0.12 Εκτελεστικά προβλημ.	
Baron et al 2011	90 ΟΠ ΜΕΝΝ 28 ΟΠ όχι ΜΕΝΝ 100 ΤΜ	ΧΗ 3,8 ετών	ΜΕΝΝ ΟΠ δυσκολίες στην συλλογιστική και αίσθηση χώρου	
Baron et al 2012	52 ΠΡ 196 ΟΠ 121 ΤΜ	ΧΗ 3-4 ετών	ΟΠ δυσκολίες μνήμης	
Morse et al 2009	34-41 ΕΚ φυσιολογικά νεογνά 164,804 (όχι	ΧΗ 0-5 ετών	0-3 ετών↑ αναπτυξιακή καθυστέρηση, 4-5 ειδική αγωγή στο	

Συγγραφείς	ΗΚ	Ηλικία	Γνωσιακά Προβλήματα	Άλλα
	πολύδυμα)		σχολείο	
Roth et al 2004	ΒΣ 1500-2499, 7,432	5 ετών	11% ↑ανάγκη για ειδική αγωγή απ' ότι ΤΜ	↑11 εκ. δολάρια κόστος

Οι Baron et al κοίταξαν το κατά πόσον η εισαγωγή σε MENN των ΟΠ επιβαρύνει την νευροαναπτυξιακή τους έκβαση⁹⁰ και όπως ήταν αναμενόμενο, σε σύγκριση με τα ΤΜ, τα ΟΠ αυτά είχαν στην ηλικία των 3 ετών χαμηλότερες επιδόσεις στην αίσθηση χώρου και κίνησης και στην ομιλία. Σε μία δεύτερη μελέτη, τα ΟΠ που ήταν υγιή δεν είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τα ΤΜ, ενώ οι απόφοιτοι MENN είχαν σταθερά κατώτερες επιδόσεις⁹¹. Σε μία τρίτη μελέτη όμως⁹² έδειξαν ότι στην ηλικία των 3 ετών τα ΟΠ είχαν προβλήματα με την συνδυαστική μνήμη σε σύγκριση με τον ΤΜ πληθυσμό αναφοράς. Στην μεγάλη μελέτη των Morse et al⁹² στην Florida των ΗΠΑ, σε φυσιολογικά ΟΠ, βρέθηκε να έχουν 36% αυξημένο κίνδυνο για αναπτυξιακή καθυστέρηση ως την ηλικία των 3 ετών, 15% αναπτυξιακή αναπηρία στην προσχολική αγωγή, 12% στο νηπιαγωγείο και 13% ανάγκη για ειδική αγωγή. Η μελέτη ήταν όμως αναδρομική και βασισμένη στην χρονολογική ηλικία. Τέλος στην μελέτη των Roth et al⁹³, υπήρχε αυξημένο κόστος εξαιτίας της ειδικής αγωγής στο νηπιαγωγείο σε παιδιά βάρους 1500-2499gr, και δεν υπήρχε ξεκάθαρη αναφορά στην ηλικία κύησης.

Β) Σχολική ηλικία: (Πίνακας 4)

Τα δεδομένα είναι αρκετά αντιφατικά και στη σχολική ηλικία. Στην μελέτη των Chyi et al⁹⁴, χρησιμοποιήθηκαν εθνικά δεδομένα των ΗΠΑ για να συγκρίνουν νεογνά 32-33 ΕΚ με ΟΠ και ΤΜ. Σε τυποποιημένα διαγωνίσματα τα ΠΡ είχαν χαμηλότερη επίδοση αναφορικά με τα ΤΜ στην ανάγνωση και αριθμητική στην 1^η, 3^η και 5^η τάξη. Τα ΟΠ είχαν χαμηλότερη επίδοση μόνο στην ανάγνωση και μόνο έως την 1^η τάξη. Τα αποτελέσματα ήταν ίδια και όταν χρησιμοποιήθηκε η βαθμολογία του δασκάλου, με την εξαίρεση ότι σε αυτήν τα ΟΠ είχαν και στην αριθμητική χαμηλότερη απόδοση απ' ότι τα ΤΜ στην 1^η μόνο τάξη. Τα ΟΠ δεν είχαν μεγαλύτερη ανάγκη για ειδική αγωγή.

Στη μελέτη των Talge et al⁹⁵, παρατηρήθηκε αυξημένος κίνδυνος χαμηλότερου IQ στα ΟΠ και οριακά μόνο αυξημένα προβλήματα συμπεριφοράς. Σε αυτήν την μελέτη δεν συμπεριλήφθηκαν παιδιά με σοβαρά νευρολογικά προβλήματα ή παιδιά από πολύδυμες κυήσεις. Στην 2^η μελέτη των Talge et al⁹⁸, τα ΟΠ που γεννήθηκαν κατόπιν ιατρικής παρέμβασης είχαν αυξημένο κίνδυνο για διάσπαση προσοχής σε ηλικία 3-5 ετών, και αυξημένο κίνδυνο ΔΕΠΥ 6-9 ετών.

Πίνακας 4. Μελέτες νευροαναπτυξιακής έκβασης στην σχολική ηλικία

Συγγραφείς	ΗΚ	Ηλικία	Σχολική Επίδοση	Άλλα
Chyi et al 2008	32-36 ΕΚ, 32-34 203 ΟΠ 767 TM 13.671	5 ετών	↓ανάγνωση 5 ^η τάξη ↑ ειδική αγωγή νηπιαγωγείο και 1 ^η τάξη	
Talge et al 2010	ΟΠ 168 TM 168	6-7 ετών	full scale IQ <85, 21% ΟΠ, 12% TM performance IQ <85, 20% ΟΠ, 13% TM	↑ προβλήματα συγκέντρωσης
Huddy et al 2010	32-35 ΕΚ ΠΡ=TM 117	7 ετών	1/3 ανάγκη πόρων	20% προβλήματα συμπεριφοράς
Talge et al 2012	152 ΟΠ 610 TM	3-9 ετών		↑ Προβλήματα συμπεριφοράς
Lipkind et al 2012	ΠΡ 32-33 ΕΚ 2332 13.207 ΟΠ 199.599 TM	3η τάξη	διαφορά σε τεστ αριθμητικής ΠΡ 10,4% και ΟΠ 6,7% ειδική αγωγή ΠΡ OR 1.5, ΟΠ OR 1.34	
Odd et al 2012	32-36 ΕΚ 742, TM 8.878	8-11 ετών	↓βαθμ. σε ανάγνωση και επανάληψη λέξης ↑ειδική αγωγή OR 1.56	
Gurka et al 2010	1298 , ΟΠ 53	5-15 ετών	Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά	

Συνολικά όμως τα ΟΠ σε σύγκριση με τα TM δεν είχαν αυξημένο κίνδυνο ΔΕΠΥ σε καμία ηλικιακή ομάδα. Στην μελέτη των Odd et al⁹⁶, σε ηλικία 11 ετών τα ΠΡ και τα ΟΠ

δεν είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο IQ, συγκριτικά με τα TM. Είχαν όμως δυσκολίες στην ανάγνωση και την επανάληψη λέξεων, ενώ τα ΠΡ και ΟΠ μαζί είχαν 56% αυξημένο κίνδυνο ανάγκης ειδικής αγωγής. Στην μελέτη των Huddy et al⁹⁷, τα ΠΡ και τα ΟΠ στην ηλικία των 7 ετών είχαν κατά το 1/3 ανάγκη κάποιας ενισχυτικής διδασκαλίας στην γραφή και λεπτή κινητικότητα αλλά και στην αριθμητική σύμφωνα με ερωτηματολόγια δασκάλων. Τόσο στις απαντήσεις των γονέων όσο και των δασκάλων (ερωτηματολόγια Strengths and Difficulties Behavior Questionnaire) είχαν παθολογική βαθμολογία συμπεριφοράς κατά το 20%, με συχνότερη την υπερκινητικότητα, που ανέφεραν 25% των γονέων και 22% των δασκάλων.

Τέλος, σε πληθυσμιακή αναδρομική ανάλυση παιδιών που γεννήθηκαν στις ΗΠΑ (1914-1998), τα ΠΡ είχαν 50% και τα ΟΠ 34% αυξημένο κίνδυνο ανάγκης ειδικής αγωγής αναφορικά με τα TM. Επίσης παρατήρησαν 6% και 4% αντίστοιχα χαμηλότερη επίδοση σε τυποποιημένα τεστ αγγλικής γλώσσας αναφορικά με TM, και χαμηλότερη επίδοση κατά 10% και 7% στην αριθμητική.

Γ) Έφηβοι και ενήλικες: (Πίνακας 5)

Ελάχιστες είναι οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί με στοιχεία διαχρονικής παρακολούθησης των ΟΠ σε μεγαλύτερη ηλικία.

Η πρώτη μελέτη των Eide et al¹⁰⁰, αναφέρεται σε 18χρονα αγόρια των οποίων τα στοιχεία προέρχονται από την στρατολογία της Νορβηγίας. Τα ΟΠ είχαν αυξημένο κίνδυνο χαμηλότερης βαθμολογίας νοημοσύνης αναφορικά με τα TM (OR 1.21). Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα σε μεγάλη Σουηδική μελέτη, 119.664 αγοριών¹⁰¹, 18-19 ετών, επίσης από τα αρχεία της στρατολογίας, όπου η μέση μαθησιακή βαθμολογία ελαττωνόταν κλιμακωτά με την ΗΚ αλλά με μικρές διαφορές, και όπου η στατιστική διαφορά για τα ΟΠ ήταν μικρή (-0.11). Αντίθετα, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση ήταν σημαντικός παράγοντας και κατόπιν διόρθωσης για αυτήν, η διαφορά μεταξύ ΟΠ και TM μειωνόταν περαιτέρω κατά 26%. Και οι δύο προηγούμενες μελέτες είχαν ως κοινό εύρημα την μεγάλη σημασία της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης σε αυτήν την ηλικία.

Ακόμη μία Σουηδική εθνική μελέτη, με πληθυσμό 545.628 γεννήσεις την περίοδο 1973-1979, διερεύνησε τον κίνδυνο νοσηλείας σε νοσοκομείο για ψυχιατρικές διαταραχές και χρήση αλκοόλ η απαγορευμένων ουσιών¹⁰². Στην ΗΚ 24-28 εβδομάδες και 3.5% στις 29-32 ΕΚ, νοσηλεύτηκαν για ψυχιατρικές διαταραχές. Ο κίνδυνος νοσηλείας για κάποια ψυχιατρική διαταραχή ήταν στις 24-28ΕΚ 1.68, στις 33-36 ΕΚ 1.21 και στις 37-38 ΕΚ 1.08, δηλαδή ο κίνδυνος ψυχιατρικής διαταραχής αύξανε όσο μικραίνει η ΗΚ.

Πίνακας 5. Μελέτες νευροαναπτυξιακής έκβασης από 18 ετών και στην ενήλικη ζωή

Συγγραφείς	ΗΚ	Ηλικία	Σχολική Επίδοση	Άλλα
Eide et al 2007	Όλες οι ΗΚ ΟΠ 10.836 ΤΜ 37.484	19 ετών	↓OR για IQ 1.21 για ΟΠ	
Ekeus et al 2010	Όλες οι ΗΚ ΟΠ 3.918 ΤΜ 94.821	18-19 ετών	↓γνωστική λειτουργία με ↓ ΗΚ	
Lindstrom et al 2009	545.628 24-28 ΕΚ 29-32 ΕΚ 33-36 ΕΚ	Έφηβοι - 29 ετών		OR για ψυχιατρικές διαταραχές 24-32 ΕΚ 1.68 33-36 ΕΚ 1.21 38-38 ΕΚ 1.08
Moster et al 2008	Όλες οι ΗΚ 867.692	Ενήλικες γεννημένοι 1967-1983	Αυξημένο κίνδυνο για νοητική υστέρηση ΟΠ 1.6	30% ↑ κίνδυνος σχιζοφρένειας, 40-50% ↑ κίνδυνος ψυχ. διαταραχές.
Dalziel et al 2007	32-35 ΕΚ 112	Γέννηση 1969-1974, 31 ετών	Καμία διαφορά σε γνωστική λειτουργία, μνήμη και προσοχή	Καμία διαφορά σε σχιζοειδή συμπεριφορά και φοβία

Στην μελέτη των Moster et al¹⁰³, στοιχεία από μία εθνική υποχρεωτική βάση δεδομένων αναλύθηκαν για έκβαση ανάλογα με την ΗΚ σε 867.692 ενήλικες. Τα αποτελέσματα ήταν σημαντικά στατιστικά για μία αντιστρόφως ανάλογη αύξηση της εγκεφαλικής παράλυσης, νοητικής υστέρησης, αυτιστικό φάσμα άλλες ψυχικές διαταραχές με την μείωση της ΗΚ, αλλά και αυξημένο κίνδυνο άλλων νοσημάτων που επηρέαζαν την ικανότητα για εργασία. Σε όλες τις αναλύσεις τα ΟΠ είχαν αυξημένο κίνδυνο. Ο κίνδυνος αυτός επεκτεινόταν και σε χαμηλότερα ποσοστά αποφοίτησης από το λύκειο, αποφοίτησης από ΑΕΙ και εργασίας υψηλού εισοδήματος.

Συνοψίζοντας, οι μελέτες για την νευροαναπτυξιακή έκβαση των ΟΠ είναι σε κάθε ηλικία περιορισμένες, ετερογενείς και κυρίως αναδρομικές και έχουν αντιφατικά αποτελέσματα που δεν επιτρέπουν την εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων.

Δ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το κύριο ερώτημα προς απάντηση της μελέτης αυτής είναι το κατά πόσον τα χαρακτηριστικά και η απώτερη έκβαση των ΟΠ, ομοιάζουν περισσότερο με τα ΠΡ ή τα ΤΜ νεογνά στα πλαίσια της Πανελλήνιας Διαχρονικής Μελέτης (1983-2001).

- Έτσι, η εργασία αυτή επικεντρώνεται στους βασικούς άξονες της νευροαναπτυξιακής πορείας των όψιμων πρόωρων παιδιών σε δύο χρονικές στιγμές της ζωής τους, στην ηλικία των 7 και 18 ετών, σε σύγκριση με τα περισσότερο πρόωρα και τα τελειόμηνα νεογνά.

- Επίσης στοχεύει να καθορίσει κατά πόσον οι πιθανές αποκλίσεις ανά ομάδα διάρκειας κύησης οφείλονται σε βιολογικούς ή/και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες.

- Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας και την συμβουλευτική των γονέων προκειμένου να επιτευχθεί η μεγίστη απόδοση των δυνατοτήτων των Ελληνοπαίδων.

2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Τρεις πανελλήνιες, συγχρονικές μελέτες χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή των δεδομένων.

Από την «1η Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα¹⁰⁴» (γεννήσεις που πραγματοποιήθηκαν στην χώρα τον Απρίλιο του 1983) αντλήθηκαν πληροφορίες σχετικές με το ιατρικό ιστορικό της εγκυμοσύνης, του τοκετού, την περιγεννητική φροντίδα μητέρας και νεογνού, καθώς και κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά της οικογένειας. Ο πληθυσμός αυτός αναφέρεται στην ανάλυση ως πληθυσμός έτους 1983.

Η «Πληθυσμιακή μελέτη της υγείας και συμπεριφοράς των Ελληνοπαίδων¹⁰⁵», χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή στοιχείων αναφορικά με τη σωματική και ψυχική υγεία των ίδιων των παιδιών στην ηλικία των 7 ετών, πληθυσμός έτους 1990. Για την εκτίμηση της συμπεριφοράς των παιδιών χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του έγκριτου ερωτηματολογίου “Rutter Children Behaviour Questionnaire¹⁰⁷» .

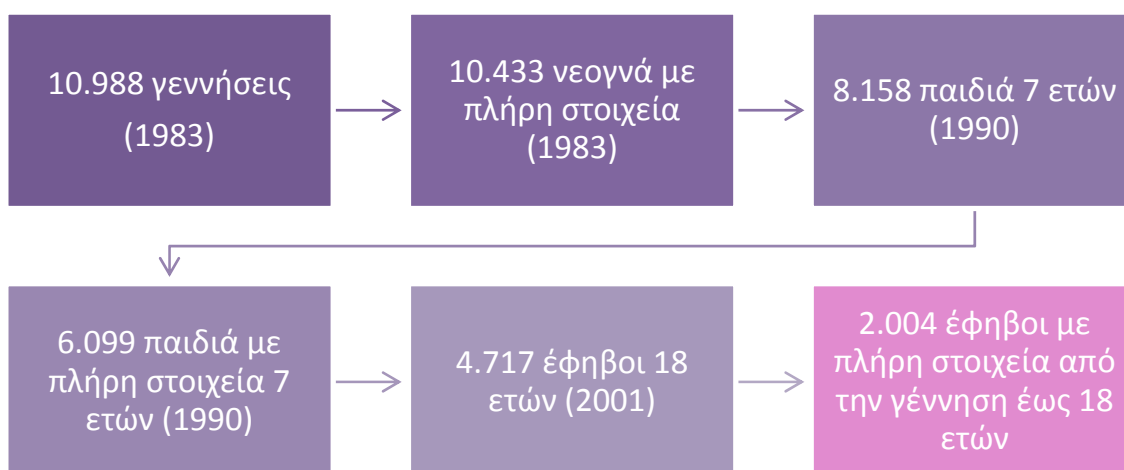
Τέλος από την «Διευρωπαϊκή μελέτη των παραγόντων από της γεννήσεως που διαμορφώνουν την υγεία, συμπεριφορά και τις προοπτικές για τη ζωή¹⁰⁶», πάρθηκαν πληροφορίες σχετικές με την υγεία (σωματική και ψυχική), τις μαθητικές επιδόσεις, τις συνήθειες και τις διαπροσωπικές σχέσεις στην ηλικία των 18 ετών, και αναφέρεται ως πληθυσμός έτους 2001. Για την έγκυρη διάγνωση προβλημάτων συμπεριφοράς και κοινωνικοποίησης σε αυτήν την ηλικία, οι έφηβοι κλήθηκαν να απαντήσουν και στις ερωτήσεις του “Youth Self Report tool” μέρος του Child Behavior Checklist που αναπτύχθηκε από τον Achenbach¹⁰⁸.

Ο αρχικός πληθυσμός του έτους 1983 αντιστοιχεί στις γεννήσεις του μήνα Απριλίου, για τις οποίες υπήρχαν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και είναι ίσος με 10.988. Εξαιρώντας, νεογνά από πολύδημες κυήσεις καθώς και νεογνά με διάγνωση

συγγενικούς ανωμαλίας (λόγω αυξημένης νοσηρότητας σε αυτά τα βρέφη), αλλά και λαμβάνοντας υπ' όψιν την περιγεννητική θνησιμότητα καταλήξαμε με 10.433 βρέφη.

Το έτος 1990, εντοπίστηκαν εκ νέου 8.158 παιδιά επτά ετών. Κατόπιν σύνδεσης με τον αρχικό πληθυσμό και εξαιρώντας και πάλι παιδιά από πολύδημες κυήσεις, καθώς κι εκείνα που έπασχαν από συγγενείς ανωμαλίες, ο διαθέσιμος αριθμός παιδιών προς ανάλυση ήταν 6.099. Τέλος, το έτος 2001 εντοπίστηκαν 4.717, από τα οποία 2004 συνδέθηκαν με τον αρχικό πληθυσμό. Και σε αυτή την περίπτωση παιδιά από πολύδημες κυήσεις, όπως και παιδιά που ως βρέφη είχαν διαγνωσθεί με κάποια συγγενή ανωμαλία δεν συμπεριλήφθησαν (Διάγραμμα 4).

Διάγραμμα 4. Συνοπτική παρουσίαση των υπό μελέτη πληθυσμών



2.2. ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ

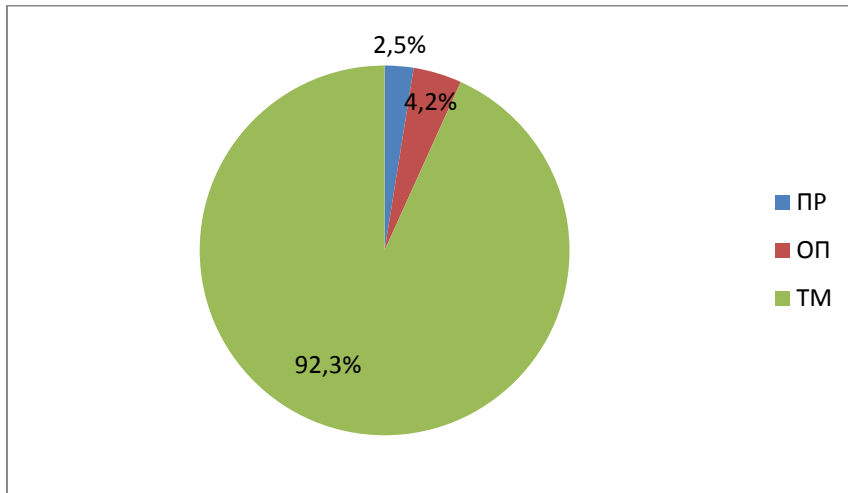
Το κατά πόσο οι πληθυσμοί του 1990 και 2001 ήταν αντιπροσωπευτικοί του αρχικού πληθυσμού του 1983, ελέγχθηκε ως προς ένα σύνολο βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών των οικογενειών των παιδιών (τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο μητέρας, πατέρα κλπ.), καθώς και χαρακτηριστικών των ίδιων των παιδιών (φύλο, ύψος, βάρος κατά τη γέννηση, προωρότητα κλπ.).

Οι τρεις πληθυσμοί ελέγχθηκαν ως προς ένα σύνολο βασικών δημογραφικών μεταβλητών, τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα Π1 του

Παραρτήματος. Παρατηρούμε πως τα παιδιά που εντοπίστηκαν το 1990 και 2001 δεν διαφέρουν ως προς τον αρχικό πληθυσμό σε σχέση με τον τόπο κατοικίας (αστική, αγροτική περιοχή, $p = 0.048$), όπως και ως προς το ποιος είχε αναλάβει την ευθύνη της ανατροφής τους ως μωρά, με τη συντριπτική πλειοψηφία να μεγάλωσε μαζί με τη μητέρα του, όπως ήταν αναμενόμενο, είτε με τη μητέρα και τη γιαγιά του ($p = 0.46$). Αντιθέτως, φαίνεται να υπάρχει διαφορά σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων ($p < 0.001$ για μορφωτικό επίπεδο μητέρας και πατέρα). Συγκεκριμένα, στους πληθυσμούς του 1990 και 2001, παρατηρούμε πως μειώνεται ο αριθμός των γονέων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και αυξάνεται ο αριθμός γονέων με ανώτερη/ανώτατη μόρφωση, δηλαδή φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στα χρόνια σπουδών παιδιού και γονέων. Αναφορικά με την ηλικία των γονέων, δεν εντοπίστηκε διαφορά μεταξύ των τριών πληθυσμών ανάλυσης ($p = 0.44$ για τις μητέρες και $p = 0.14$ για τους πατέρες αντίστοιχα). Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά προκύπτει και ως προς το φύλο ($p < 0.001$). Ενώ στον αρχικό πληθυσμό, το ποσοστό των αγοριών ήταν υψηλότερο (52.5% έναντι 47.2% για τα κορίτσια), αυτό αντιστρέφεται μελλοντικά (1990: 52.1% και 47.9%, 2001: 45.3% και 54.7%).

Η βαθμολογία κατά Apgar, τόσο κατά το 1^ο όσο και κατά το 5^ο λεπτό, δεν διαφέρει μεταξύ των τριών ομάδων, με τη διάμεση βαθμολογία το 1^ο λεπτό ίση με 8, ενώ το 5^ο λεπτό ίση με 10 ($p = 0.96$ και $p = 0.35$). Τέλος, οι τρεις πληθυσμοί είναι συγκρίσιμοι ως προς το βάρος, το ύψος και την περιμέτρο κεφαλής των νεογνών ($p = 0.12$, 0.51 και 0.36 κατά αντίστοιχα) αλλά κυρίως και για την κατανομή της ηλικίας κύησης στις τρεις ομάδες ΠΡ, ΟΠ, ΤΜ ($p = 0.86$). Στην γέννηση η κατανομή ανά ηλικίας κύησης φαίνεται στο διάγραμμα 5:

Διάγραμμα 5. Κατανομή πληθυσμού γέννησης ανά ηλικία κύησης



3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Η ανάλυση της παρούσας μελέτης επικεντρώνεται στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων για κάθε έναν από τους τρεις πληθυσμούς και στη συνέχεια πραγματοποιείται η επιμέρους σύγκριση αυτών των αποτελεσμάτων μεταξύ τελειομένων (ΤΜ), οριακά πρόωρων (ΟΠ) και πιο πρόωρων νεογνών (ΠΡ) αρχικά με μονοπαραγοντική και κατόπιν με πολυπαραγοντική ανάλυση.

Για κάθε έναν από τους τρεις πληθυσμούς, παρουσιάζονται οι διαθέσιμες απαντήσεις από τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από γιατρούς και μαίες (έτος 1983), από τους γονείς και τους δασκάλους (έτος 1990) και από τα παιδιά (έτος 2001).

Οι κατηγορικές μεταβλητές συνοψίζονται ως συχνότητες με τα αντίστοιχα ποσοστά, ενώ για τις συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται μέτρα θέσης και διασποράς, τόσο συνολικά όσο και ξεχωριστά ανά ηλικία κύησης (ΠΡ, ΟΠ, ΤΜ). Στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν για τις κατηγορικές μεταβλητές με χρήση είτε του ελέγχου Pearson's Chi-square, είτε του ελέγχου Fisher's exact. Όσον αφορά στις συνεχείς, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος διαμέσων Mann-Whitney/Kruskal-Wallis. Για τις μεταβλητές εκείνες για τις οποίες βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, έγινε περαιτέρω διερεύνηση με τη χρήση μοντέλου απλής λογιστικής παλινδρόμησης, ώστε να εντοπιστεί ποιες ήταν οι ομάδες εκείνες που διέφεραν μεταξύ τους. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν και μοντέλα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης, ώστε να διεξαχθεί έρευνα ύπαρξης περισσότερων του ενός παραγόντων που επηρέαζαν ταυτόχρονα συγκεκριμένες συμπεριφορές των παιδιών. Για τα μοντέλα αυτά χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία της διαδοχικής αφαίρεσης ή απαλοιφής μεταβλητών σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%.

Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% (με εξαίρεση τα μοντέλα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης, όπου χρησιμοποιήθηκε το 10%). Η ανάλυση έγινε με χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS V.23.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

4.1.1. Έτος 1983

Τον Απρίλιο του 1983, ερωτηματολόγια για 10.988 γεννήσεις συμπληρώθηκαν στην Ελλάδα. Οι σχετικές απαντήσεις που δόθηκαν από τις μαίες και τους γιατρούς παρουσιάζονται στο Παράρτημα, Πίνακας Π2, για το σύνολο του πληθυσμού.

- Γενικές πληροφορίες:

Η πλειονότητα των γεννήσεων έλαβε χώρα σε αστικές περιοχές (65.2% έναντι 25.5% αγροτικών περιοχών). Σχεδόν όλες οι μητέρες ήταν παντρεμένες (97.8%), με μέσο όρο ηλικίας τα 25.8 έτη. Η μικρότερη μητέρα σε ηλικία ήταν 14 ετών, ενώ η μεγαλύτερη 46. Αντίστοιχα, η μέση ηλικία των πατέρων ήταν τα 31.3 έτη, με τον μικρότερο σε ηλικία να είναι 16 ετών και τον μεγαλύτερο 63. Η μόρφωση των γονέων ήταν παρόμοια, με σχεδόν τους μισούς να έχουν αποφοιτήσει από το δημοτικό. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι περισσότερες μητέρες (59.6%) θα πρόσεχαν μόνες το μωρό στο σπίτι, ενώ 27.1% θα είχε τη βοήθεια της γιαγιάς.

- Προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό μητέρας, εγκυμοσύνη & τοκετός

Για τις περισσότερες μητέρες δεν ήταν η πρώτη τους εγκυμοσύνη (67.3% έναντι 30.7%). Στη μεγάλη τους πλειοψηφία οι γυναίκες παρουσίασαν υπέρταση (98.3%), αλλά όχι ουρολοίμωξη, διαβήτη, ενεργό φυματίωση ή καρδιοπάθεια. Οι 2661 (23.8%) γυναίκες δηλώσαν καπνίστριες κατά τον τελευταίο χρόνο πριν μείνουν έγκυες, με το 82.5% αυτών να αλλάζουν τη συνήθεια του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Για το 60.2% των συμμετεχόντων στην έρευνα ο τοκετός ήταν αυτόματος, ενώ για το 36.5% προκλητός. Με φυσιολογικό τρόπο γέννησαν το 74.3% των γυναικών, ενώ με καισαρική το 12.6%. Δυσπραγία εμβρύου παρατηρήθηκε στο

4.5% των γεννήσεων, ενώ δυσπραγία μητέρας στο 1.7%. Τέλος, στο 91.1% των τοκετών υπεύθυνος ήταν μαιευτήρας.

- Πληροφορίες για το νεογνό

Το ποσοστό αγοριών ήταν ελαφρώς υψηλότερο από αυτό των κοριτσιών (52.6% έναντι 47.0%), ενώ σε 9 περιπτώσεις το φύλο ήταν ακαθόριστο. Ανάνηψη χρειάστηκαν το 4.8% των νεογνών. Ανάνηψη μόνο των αεροφόρων οδών χρειάστηκε στο 61.9% των νεογνών, ενώ στο 30.6% δεν χρειάστηκε καθόλου ανάνηψη. Σε ποσοστό 96.3% το νεογνό έκλαψε αμέσως. Κατά μέσο όρο τα νεογνά είχαν βάρος 3.3 κιλά, το πιο μικρό ζύγιζε 500 γραμμάρια, ενώ το βαρύτερο 5.6 κιλά. Το 98.2% των γεννήσεων ήταν απλές κυήσεις, ενώ καταγράφηκαν 93 δίδυμες κυήσεις και μία τρίδυμη. Η διάμεση τιμή της βαθμολογίας κατά Apgar το 1^ο λεπτό ήταν 8 (ελάχιστο-μέγιστο: 0-10) και η αντίστοιχη τιμή το 5^ο λεπτό ήταν 10 (ελάχιστο-μέγιστο: 0-10). Συνολικά 1003 (9.1%) νεογνά παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα ή παθολογικό σύμπτωμα κατά τη διάρκεια την παραμονής τους στο μαιευτήριο, τα κυριότερα εκ των οποίων ήταν βαρύς ίκτερος και αναπνευστική δυσχέρεια (332 και 295 περιπτώσεις, αντίστοιχα). Καταγράφηκαν 151 περιστατικά συγγενών ανωμαλιών (1.4%), εκ των οποίων 30 ήταν σκελετικές, 25 καρδιαγγειακές, 23 χρωμοσωμικές και 20 του νευρικού συστήματος. Από τα 10988 νεογνά που γεννήθηκαν τα 10244 (92.3%) ήταν τελειόμηνα, τα 465 (4.2%) οριακά πρόωρα και τα 279 πρόωρα (2.5%). Τέλος, σχετικά με την περιγεννητική θνησιμότητα καταγράφηκαν 319 θάνατοι (2.9%).

4.1.2. Έτος 1990

Από τον αρχικό πληθυσμό γεννήσεων του 1983 (εξαιρώντας παιδιά από πολύδυμες κυήσεις και παιδιά με διαγνωσμένη συγγενή ανωμαλία), το έτος 1990 εντοπίστηκαν και υπάρχουν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια για 6284 παιδιά ηλικίας επτά ετών. Για 185 από αυτά δεν υπήρχε η πληροφορία για το αν είχαν γεννηθεί τελειόμηνα, οριακά πρόωρα ή πρόωρα, οπότε 6099 παιδιά χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη.

Ο Πίνακας Π4 παρουσιάζει τις συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά για τις κατηγορίες των μεταβλητών (ερωτήσεων) που επελέγησαν ως πιο σημαντικές για την ανάλυση του πληθυσμού.

- **Δομή της οικογένειας**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών ζει και με τους δύο φυσικούς του γονείς (91.5%), ενώ στις περιπτώσεις που το παιδί ζει με τον έναν από τους γονείς, αυτός είναι συνήθως η μητέρα (80.7%). Μέχρι τα επτά έτη, ένα μικρό ποσοστό (4.0%) των παιδιών χρειάστηκε να αποχωριστούν από τον ένα γονέα στο παρελθόν για διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών, ενώ ένα αντίστοιχο ποσοστό των παιδιών (3.9%) ήταν αποχωρισμένο από τον ένα γονέα μέχρι και την στιγμή της έρευνας. Οι λόγοι για τον αποχωρισμό αυτό ήταν κυρίως επαγγελματικοί (47.5%). Κατά τη διάρκεια του αποχωρισμού το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών έμεναν με την μητέρα τους (68.4%).

- **Ιατρικό ιστορικό του παιδιού**

Μέχρι τα επτά πρώτα έτη ζωής, 1743 (28.6%) παιδιά χρειάστηκαν νοσοκομειακή νοσηλεία από μία έως τέσσερις φορές. Συνολικά καταγράφηκαν 797 εγχειρήσεις από τις οποίες το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε επέμβαση αμυγδαλών (23.6%), αδενοειδών εκβλαστήσεων (20.9%) και κηλών (16.1%).

- **Κινητική κι αισθητηριακή ανάπτυξη**

Όσον αφορά στην κινητική κι αισθητηριακή ανάπτυξη, παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα ευρήματα. Ένα μικρό ποσοστό (1.6%) παρουσίασε καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη (σύμφωνα με τους γονείς).

Συνολικά, 112 (1.8%) από τα παιδιά περπάτησαν μόνα τους μετά την ηλικία των δύο ετών, 59 (1.0%) δεν μπορούσαν να γράψουν ολόκληρο το ονοματεπώνυμό τους και 81 (1.3%) δεν μπορούσαν να γράψουν τους αριθμούς από το ένα έως το εννέα. Σχετικά με τον αριθμό των παιδιών που δεν μπορούσαν να μετρήσουν από το ένα έως το δέκα, αυτός ήταν σημαντικά μεγαλύτερος και συγκεκριμένα ίσος με 363 (6.0%).

Την ίδια εικόνα έδειξαν τα παιδιά που δεν γνώριζαν τις ημέρες της εβδομάδας, τα οποία ήταν 167 (2.7%).

Συνολικά, τα παιδιά που παρουσίαζαν πιθανά προβλήματα λόγου και ομιλίας ήταν 113 (1.9%). Από εκεί και πέρα, 352 (5.8%) παιδιά παρουσίαζαν δυσκολία στο να προφέρουν κάποια σύμφωνα, 32 (0.5%) παιδιά τραύλιζαν, 39 (0.6%) παιδιά καταλαβαίνονταν δύσκολα από τους άλλους και 17 (0.3%) παιδιά παρουσίαζαν κάποιο άλλο πρόβλημα στην ομιλία.

Τέλος, ο αριθμός των παιδιών που είχαν κάποια κινητική μειοπραγία ήταν 31 (0.5%).

- **Υγεία του παιδιού**

Από το σύνολο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου για το 1990, κρατήθηκε για ανάλυση μόνο εκείνη σχετικά με το αν το παιδί λάμβανε κάποια συστηματική φαρμακευτική αγωγή. Συνολικά για 92 (1.5%) παιδιά καταγράφηκε θετική απάντηση με 30 (32.6%) να παίρνουν φαρμακευτική αγωγή τους τελευταίους έξι μήνες.

- **Εξωσχολικές δραστηριότητες**

Η επόμενη κατηγορία που ερευνήθηκε αναφέρεται στις ώρες του παιδιού εκτός σχολείου.

Σχετικά με το χρόνο που αφιέρωναν στο διάβασμα των μαθημάτων του σχολείου παρατηρήθηκε ότι για τα περισσότερα παιδιά (45.3%) αυτός ήταν δύο ώρες κάθε μέρα, ενώ το 32.6% των παιδιών αφιέρωναν χρόνο για το διάβασμα των μαθημάτων έξι από τις επτά ημέρες της εβδομάδας. Ακολουθούν εκείνα που διάβαζαν για το σχολείο πέντε (29.8%) και επτά (24.8%) ημέρες την εβδομάδα. Το 45.4% των παιδιών είχαν τη βοήθεια της μητέρας στο διάβασμά τους, ενώ υψηλό ήταν και το ποσοστό των παιδιών που είχαν βοήθεια από κάποιο πρόσωπο εκτός της μητέρας ή του πατέρα (27.6%).

- Προσχολική ηλικία – Νηπιαγωγείο

Το 60% των παιδιών δεν πήγαν σε παιδικό σταθμό, ενώ το 32.1% πήγαιναν συχνά κάτι που σημαίνει ότι οι μητέρες προτιμούσαν να μένουν με το μωρό τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Αντίστροφη συμπεριφορά παρουσίασαν οι απαντήσεις για το αν το παιδί πήγε στο νηπιαγωγείο. Το 88.3% των παιδιών πήγαιναν συχνά στο νηπιαγωγείο, ενώ το 8.0% δεν πήγαν ποτέ.

Σύμφωνα με τους γονείς, ο χρόνος που χρειάστηκε για την προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο ήταν λιγότερο από ένας μήνας για το 80.4% των παιδιών, ενώ σύμφωνα με τους δασκάλους το ποσοστό αυτό ήταν 73.5%. Από έναν έως τρεις μήνες χρειάστηκαν παιδιά σε ποσοστό 11.2% σύμφωνα με τους γονείς και το αντίστοιχο ποσοστό που αναφέρθηκε από τους δασκάλους ήταν 10%. Παρατηρούμε ότι για την κάθε κατηγορία χρόνου προσαρμογής στο σχολείο τα ποσοστά που αναφέρθηκαν από τους γονείς ήταν πολύ κοντά σε αυτά που αναφέρθηκαν από τους δασκάλους, κάτι που σημαίνει ότι γενικά τα παιδιά δεν παρουσίαζαν διαφορετική συμπεριφορά στο σπίτι απ' ό τι στο σχολείο.

- Συμπεριφορά του παιδιού

Οι γονείς των παιδιών δέχτηκαν έναν αριθμό ερωτήσεων που αφορούσαν στη συμπεριφορά του παιδιού τους τελευταίους έξι μήνες μόνο κι όχι νωρίτερα. Συγκεκριμένα, ερωτήθηκαν για το αν το παιδί βρέχεται στο κρεβάτι, αν «λερώνεται» πάνω του και αν παρουσιάζει προβλήματα ύπνου. Στην πρώτη ερώτηση η απάντηση ήταν θετική για 523 (8.6%) παιδιά από τα οποία τα 135 (25.8%) το έκαναν τις περισσότερες νύχτες. Για την δεύτερη ερώτηση οι θετικές απαντήσεις ήταν 184 (3%) με το 68.5% των παιδιών αυτών να το παθαίνουν μια φορά το μήνα. Τέλος, για την τρίτη ερώτηση σχετικά με τα προβλήματα ύπνου οι θετικές απαντήσεις ήταν αρκετά περισσότερες και συγκεκριμένα 849 (13.9%). Το ιδιαίτερο πρόβλημα που παρουσιαζόταν στα περισσότερα από αυτά τα παιδιά (31.0%) ήταν ότι έτριζαν τα δόντια τους κατά τη διάρκεια του ύπνου τους.

Στη συνέχεια του πίνακα παρουσιάζεται μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με την συμπεριφορά του παιδιού στην καθημερινότητά του, για τις οποίες ρωτήθηκαν τόσο

οι γονείς όσο και οι δάσκαλοι των παιδιών. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν οι εξής: αν το παιδί είχε δυσκολία συγκέντρωσης, αν προσπαθούσε μόνο του, αν ήταν ένα παιδί που το κορόιδευαν, αν κατέστρεφε αντικείμενα, αν ήταν μίζερο/γκρινιάρικο, αν ήταν αδέξιο, αν ήταν ιδιαίτερα ανήσυχο, αν ήταν ευερέθιστο, αν έτεινε να μαλώνει με άλλα παιδιά, αν «βύζαινε» το δάχτυλο του, αν είχε τικ, και τέλος αν γενικά ήταν «δύσκολο» παιδί. Οι γονείς κι οι δάσκαλοι είχαν να επιλέξουν μεταξύ των «ποτέ», «σπάνια» και «συχνά». Για όλες τις ερωτήσεις, εκτός από εκείνη που είχε να κάνει με το αν το παιδί προσπαθούσε μόνο του, τα μεγαλύτερα ποσοστά ανάμεσα στις τρεις πιθανές απαντήσεις ήταν για το «ποτέ», ενώ για την συγκεκριμένη ερώτηση το «συχνά» ήταν η απάντηση που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό, τόσο από τους γονείς (54.2%) όσο κι από τους δασκάλους (42.7%). Στον πίνακα φαίνονται αναλυτικά τα ποσοστά για κάθε απάντηση σε αυτές τις ερωτήσεις.

- **Γονείς – Οικογενειακό περιβάλλον**

Ακολουθούν κάποια στοιχεία σχετικά με τους γονείς. Στην πλειοψηφία τους (59.3%) οι μητέρες των παιδιών δεν είχαν κάποιο επάγγελμα εκτός σπιτιού, αλλά ασχολούνταν με τα οικιακά και το παιδί. Οι περισσότεροι πατεράδες ήταν δημόσιοι (20.7%) και ιδιωτικοί (14.3%) υπάλληλοι ή εργάτες (15.7%). Τις ώρες που η μητέρα εργαζόταν το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών συνήθως πήγαινε στο σχολείο (36.4%), αλλιώς έμενε στο σπίτι με τους παππούδες, τον πατέρα, τα μεγαλύτερα αδέρφια, συγγενείς ή κάποιο πρόσωπο με αμοιβή. Σε ελάχιστες περιπτώσεις δηλώθηκε ότι το παιδί έμενε μόνο του στο σπίτι (0.1%).

- **Απόδοση στο σχολείο**

Η τελευταία ομάδα ερωτήσεων περιγράφουν πόσο αποδοτικά εκτελούσε το παιδί τις βασικές του υποχρεώσεις στο σχολείο. Οι ερωτήσεις αυτές απαντήθηκαν αποκλειστικά από τους δασκάλους και για να διατυπώσουν την γνώμη τους, τους ζητήθηκε να χρησιμοποιήσουν μια κλίμακα πέντε βαθμίδων: «άριστα», «πολύ καλά», «καλά», «μέτρια», «πολύ φτωχά».

Ως προς την αντίληψη περιβάλλοντος, τον προφορικό λόγο και την ανάγνωση, την συνθετική ικανότητα και την αριθμητική, η βαθμίδα «πολύ καλά» συγκέντρωσε τα μεγαλύτερα ποσοστά (αντίληψη περιβάλλοντος 40.7%, προφορικός λόγος-ανάγνωση 36.4%, συνθετική ικανότητα 37.3%, αριθμητική 37.8%). Σχετικά με το αν τα παιδιά παρουσίαζαν δυσκολία στις λεπτές κινήσεις, στο αν ήταν αδέξια ή υπερκινητικά το ποσοστό των αρνητικών απαντήσεων ήταν πάνω από 73%.

Τέλος, τέθηκε η ερώτηση για το αν το παιδί είχε εξεταστεί από ειδικό (αναπτυξιολόγο), όπου το ποσοστό των θετικών απαντήσεων ήταν 90.1%. Υπήρχε ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 0.6% (37 παιδιά) στα οποία παρεχόταν επιπλέον βοήθεια από το σχολείο, ενώ για το 4.9% των παιδιών δεν δόθηκε απάντηση.

4.1.3. Έτος 2001

Στον πίνακα Π6 παρουσιάζονται οι κυριότερες μεταβλητές σε σχέση με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα το έτος 2001. Το ερωτηματολόγιο επικεντρωνόταν σε παράγοντες που σχετίζονταν με την μακροζωία και ευζωία στην ενήλικη ζωή.

- Οικογένεια, φίλοι, σχολείο

Από τον αρχικό πληθυσμό γεννήσεων του 1983 (εξαιρώντας παιδιά από πολύδμημες κυήσεις και παιδιά με διαγνωσμένη συγγενή ανωμαλία), το έτος 2001 εντοπίστηκαν και υπήρχαν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια για 2004 νέους και νέες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νέων δήλωσε πως ζούσε και με τους δύο γονείς του (90.7%), ακολουθεί ένα ποσοστό της τάξης του 5.0% που ζούσε μόνο με τη μητέρα του. Επίσης, το 96.1% είχε αδέρφια. Η αναλογία κοριτσιών στο δείγμα ήταν ελαφρώς μεγαλύτερη από αυτή των αγοριών (54.7% και 45.3%). Αναφορικά με τη σχέση τους με τους γονείς τους, τα παιδιά σε ποσοστό 66.2% δήλωσαν πως οι γονείς τους σχεδόν πάντα γνώριζαν το πώς περνούσαν τον ελεύθερο τους χρόνο, ενώ μόλις το 5.8% ανέφερε πως οι γονείς συνήθως δεν ήταν ενήμεροι. Η μεγάλη πλειοψηφία ανέφερε πως και οι δύο γονείς γνώριζαν τους φίλους. Όπως θα αναμέναμε, σχεδόν όλα τα παιδιά (97.3%) είπαν πως οι γονείς τους ενδιαφέρονταν σε μεγάλο βαθμό για τις

επιδόσεις τους στο σχολείο. Ως καλή χαρακτήρισαν την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους το 80.4% των νέων, λίγα οικονομικά προβλήματα δήλωσαν πως είχαν σε ποσοστό 80.4%. Σε γενικό λύκειο φοιτούσαν το 72.6% των παιδιών, ενώ το 22.4% σε τεχνικό λύκειο. Το 12.8% του δείγματος είχε στο παρελθόν επαναλάβει κάποια τάξη στο σχολείο. Το 46.5% χαρακτήρισαν τις επιδόσεις τους στα φιλολογικά μαθήματα ως καλύτερη του μέσου όρου, το 44.1% μέτρια και κακή το 8.3% (πραγματικά άσχημη και χειρότερη από τον μέσο όρο). Στην ιστορία και τα θρησκευτικά το ποσοστό των παιδιών που χαρακτήρισαν την επίδοσή τους είτε ως μέτρια είτε ως καλύτερη του μέσου όρου, ήταν υψηλότερο σε σχέση με τα φιλολογικά και ίσο με 93.1%. Το αντίστοιχο ποσοστό για τα μαθηματικά ήταν χαμηλότερο και ίσο με 79.3%. Στη φυσική, τη χημεία και τη βιολογία, η εκτίμηση των παιδιών ήταν πως σε ποσοστό 85.1% οι επιδόσεις τους ήταν είτε μέτριες είτε άνω του μέσου όρου. Κατά αντιστοιχία, τα ποσοστά για το μάθημα των καλλιτεχνικών, καθώς και για την φυσική αγωγή ήταν 85.5% και 93.6%. Σε σχέση με το θέμα των σπουδών, οι περισσότεροι μαθητές επιθυμούσαν να συνεχίσουν τις σπουδές τους σε Α.Ε.Ι. (55.1%) και σε Τ.Ε.Ι. (22.5%). Τέλος, δεν εκδήλωσαν την επιθυμία να σπουδάσουν το 2.9%. Σχετικά ικανοποιητική χαρακτήρισαν τη ζωή τους το 58.1% των παιδιών, πολύ ικανοποιητική το 21.6%, ενώ δυσαρεστημένα ήταν το 14.7% (λίγο και πολύ απογοητευμένα από τη ζωή τους).

- Υγεία

Τουλάχιστον καλή (καλή και πολύ καλή) χαρακτήρισε την υγεία του το 86.6%, ενώ πολύ κακή το 4.3%. Μόλις 4 περιστατικά συγγενούς καρδιοπάθειας διαγνωσμένης από γιατρό καταγράφηκαν (0.2%). Χρόνια πάθηση ή αναπηρία δηλώθηκε από 34 παιδιά (1.7%). Το ποσοστό παιδιών που έπασχαν από άσθμα ήταν 6.0%, από συριγμό κατά τη διάρκεια της αναπνοής έπασχε το 4.4%, ενώ από συριγμό όταν ανέπνεαν κατά τη διάρκεια ή μετά από άσκηση στο 2.9%. Ολική απώλεια όρασης δήλωσαν 34 παιδιά (1.7%), αντίθετα δεν υπήρχαν παιδιά με ολική απώλεια ακοής. Ικανοποιημένο με την εμφάνισή του δήλωσε το 77.7%, ενώ ανησυχία εξέφρασε το 21.3% (αισθάνονταν άσχημοι, ανησυχούσαν ότι μπορεί να μην είναι ελκυστικοί, υπήρχε βεβαιότητα πως είναι αποκρουστικοί). Σε σχέση με τη σεξουαλικότητα τους, οι

συμμετέχοντες, σε ποσοστό 62.7%, χαρακτήρισαν το σεξ ως ένα πολύ σημαντικό θέμα για τη ζωή τους, το 25.4% ως πολύ σημαντικό. Αντιθέτως ένα ποσοστό της τάξης του 10.6% δεν χαρακτήρισε το σεξ ως σημαντικό. Σε σταθερή σχέση δήλωσε πως βρισκόταν το 34.3% του δείγματος, ενώ ολοκληρωμένες επαφές είχε το 35.5%. Τα αγόρια ανέφεραν πως την πρώτη τους εκσπερμάτιση την είχαν σε ηλικία κατά μέσο όρο περίπου 13 ετών (13.1 χρ. 95% ΔΕ: 13.0-13.2). Στα κορίτσια η μέση ηλικία πρώτης περιόδου ήταν τα 12.7 έτη (μικρότερη-μεγαλύτερη: 9.0-18.0).

- Άλλες συνήθειες

Λίγο παραπάνω από το μισό του δείγματος (51.7%) είχε καπνίσει σε κάποια στιγμή της ζωής του, ενώ το 22.5% των νέων χαρακτήρισαν τον εαυτό τους ως συστηματικούς καπνιστές. Τέλος, σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ, το 17.6% είχε δοκιμάσει στο παρελθόν, αλλά δήλωσε πως δεν έπινε, μία φορά το μήνα έπινε αλκοόλ το 20.7%, μία φορά την εβδομάδα το 22.5% και μερικές φορές τον μήνα το 33.2%.

- Στοιχεία ιδιοσυγκρασίας

Από τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον Πίνακα Π6, παρατηρούμε πως τα μισά σχεδόν παιδιά θεωρούσαν τον χαρακτήρα τους ζωντανό (51.1%). Έλλειψη ζωντάνιας μερικές φορές αναφέρθηκε από το 38.8%, ενώ μόνιμη από το 7.7%. Νευρικό χαρακτήρισαν τον χαρακτήρα τους το 93.5% του δείγματος των νέων. Το 48.8% θεωρούσαν πως μερικές φορές υπήρχε συνομωσία εναντίον τους. Το 28.8% ανέφερε πως μερικές φορές έκλαιγαν χωρίς λόγο, ενώ το 45.8% μερικές φορές ένιωθαν το μυαλό κενό από σκέψεις. Αδυναμία να τα βγάλει πέρα μερικές φορές δήλωσε πως είχε το 58.1%. Αίσθημα αποτυχία μερικές φορές διακατείχε το 40.2% των νέων. Αντιθέτως το 42.2% δήλωσε πως ένιωθε προορισμένο για να γίνει σπουδαίο. Αδυναμία συγκίνησης μερικές φορές από σημαντικά γεγονότα διαπίστωσε το 48.5%. Το ποσοστό έλλειψης συναναστροφής με κόσμο αποτυπώθηκε στο 46.7%. Τα μισά παιδιά δήλωσαν πως μερικές φορές παραμελούσαν την προσωπική τους υγιεινή, καθώς και την εξωτερική τους εμφάνιση. Περίπου το 95.0% των παιδιών δήλωσαν πως κάποια στιγμή αισθάνθηκαν λυπημένα. Την αίσθηση πως δεν είχαν μέλλον

ανέφερε το 44.1%. Τέλος, εντύπωση προκαλεί το γεγονός πως συνολικά το 38% των εφήβων δήλωσε πως νιώθει ότι δεν θέλει να ζει!

4.2. ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

4.2.1. Έτος 1983. Σύγκριση ανά ομάδα ηλικίας κύησης ΠΡ, ΟΠ, ΤΜ

- Γενικές πληροφορίες

Στον πίνακα Π3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν από μητέρες και γιατρούς ανά ηλικία κύησης του νεογνού. Στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε στην ηλικία της μητέρας ανάμεσα στις τρεις ομάδες ΗΚς – οι μικρότερες μητέρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα τελειόμνου τοκετού ($p < 0.001$), αντίθετα η ηλικία του πατέρα διέφερε στατιστικά ($p = 0.003$) όμως όχι ουσιαστικά με ελαφρώς μεγαλύτερη μέση ηλικία στους πατέρες των ΠΡ (32.4 vs 31.9 vs 31.3 στις 3 κατηγορίες αντίστοιχα).

- Προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό μητέρας, εγκυμοσύνη & τοκετός

Το ποσοστό των πρόωρων τοκετών ήταν μικρότερο στις πρωτοτόκους (21.1%, $p < 0.001$). Οι γυναίκες που γέννησαν τελειόμνη νεογνά είχαν το χαμηλότερο ποσοστό εκτρώσεων (20.3%, $p < 0.001$), οι αντίστοιχες τιμές για τα πρόωρα και τα οριακά πρόωρα ήταν 30.5% και 28.8%.

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε και στην ανάγκη νοσηλείας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ($p < 0.001$), με τις γυναίκες που γέννησαν είτε πρόωρα είτε οριακά πρόωρα να έχουν υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας σε σχέση με τις υπόλοιπες (5.0%, $p < 0.001$). Υπήρχε θετική συσχέτιση με το βαθμό προωρότητας και την λήψη φαρμάκων (πέρα από βιταμίνες και σίδηρο) κατά την κύηση ($p < 0.001$). Υψηλότερα ποσοστά υπέρτασης εμφάνισαν οι μητέρες που γέννησαν οριακά πρόωρα (3.9%, $p = 0.0002$). Το κάπνισμα φαίνεται πως είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το αν ένα παιδί γεννήθηκε πρόωρα ($p < 0.001$). Όπως ήταν αναμενόμενο, οι μητέρες οι οποίες γέννησαν τελειόμνη νεογνά είχαν τα μικρότερα ποσοστά καπνίσματος (23.3%), αντιθέτως τα αντίστοιχα ποσοστά για τις ομάδες των πρόωρων και των οριακά πρόωρων ήταν 30.1% και 29.2%. Το κατά πόσο η μητέρα άλλαξε τη συνήθεια του

καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν φαίνεται να επηρέασε το αν το παιδί γεννήθηκε πρόωρα ή όχι (p 0.23), η σύγκριση πραγματοποιήθηκε εξαιρώντας τις μη καπνίστριες).

Οι μητέρες που γέννησαν τελειόμηνα νεογνά είχαν το χαμηλότερο ποσοστό αυθόρμητης έναρξης τοκετού (59.8%, $p < 0.001$), ενώ υψηλότερα ποσοστά φυσιολογικού τοκετού εντοπίστηκαν στα τελειόμηνα και στα οριακά πρόωρα (74.0% και 77.0%, $p < 0.001$). Δυσπραγία εμβρύου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά πιο συχνά στα πρόωρα νεογνά (6.8%, $p < 0.001$) σε σχέση με τα οριακά πρόωρα και τα τελειόμηνα (3.4% και 4.5%).

Αναφορικά με τη δυσπραγία μητέρας, τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώθηκαν στις τελειόμηνες κυήσεις (1.6%, p 0.033). Η ύπαρξη δυσαναλογίας, καθώς και η ανώμαλη θέση του εμβρύου δε φαίνεται να σχετίζονταν με την προωρότητα (p 0.091 και p 0.30).

- Πληροφορίες για το νεογνό

Η προωρότητα δεν επηρεάστηκε από το φύλο (p 0.34). Τα ποσοστά ανάνηψης νεογνών ήταν χαμηλότερα στα τελειόμηνα (3.7%) όπως ήταν αναμενόμενο, αντιθέτως για περισσότερα από τα μισά οριακά πρόωρα νεογνά υπήρξε ανάγκη ανάνηψης (55.3%, $p < 0.001$). Η βαθμολογία κατά Apgar, τόσο κατά το 1ο όσο και κατά το 5ο λεπτό, διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ των υπό σύγκριση ομάδων ($p < 0.001$ και $p < 0.001$). Συγκεκριμένα η βαθμολογία των οριακά πρόωρων προσέγγιζε τα αντίστοιχα των τελειομήνων, σε σύγκριση με τα πρόωρα νεογνά που είχαν χαμηλότερες τιμές. Επίσης, τα πρόωρα νεογνά έκλαψαν λιγότερο συχνά αμέσως μετά τον τοκετό (61.3%) σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες ($p < 0.001$). Κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο μαιευτήριο τα πρόωρα και τα οριακά πρόωρα νεογνά παρουσίασαν πιο συχνά προβλήματα υγείας (35.5% και 20.6%), σε σχέση με τα τελειόμηνα (7.9%, $p < 0.001$). Το πιο συχνό παθολογικό σύμπτωμα ήταν η αναπνευστική δυσχέρεια (24.7% και 10.3% για πρόωρα και οριακά πρόωρα νεογνά, αντίστοιχα). Σημειώνεται ότι τα ΟΠ παρουσίασαν σημαντικό ίκτερο σε μεγαλύτερο ποσοστό (4.7%) συγκριτικά όχι μόνο με τα ΤΜ (3%) αλλά και με τα ΠΡ (1.4%). Η θνησιμότητα στην γέννηση ήταν στατιστικά

σημαντικά υψηλότερη στα πρόωρα νεογνά (43.4%) σε σχέση με τα οριακά πρόωρα και τα τελειόμηνα (6.4% και 1.6%, $p < 0.001$). Επιπρόσθετα, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε και ως προς τις συγγενείς ανωμαλίες με τις ομάδες των οριακά προώρων και τελειομήνων να έχουν τα μικρότερα ποσοστά (3.4% και 1,2%, $p < 0.001$). Επίσης, οι τρεις ομάδες παρουσίασαν διαφορά και ως προς το βάρος, το ύψος, καθώς και την περιφέρεια κεφαλής ($p < 0.001$), προφανώς. Και σε αυτήν την περίπτωση οι τιμές των οριακά προώρων βρεφών ήταν πλησιέστερες σε αυτές των τελειομήνων. Όπως ήταν αναμενόμενο, πιο συχνά προέκυψαν πρόωρα και οριακά πρόωρα νεογνά από τις πολύδημες κυήσεις ($p < 0.001$).

4.2.2. Έτος 1990. Σύγκριση ανά ομάδα ηλικία κύησης

Για τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων στην ηλικία των 7 ετών έγινε σύγκριση για τις τρεις ομάδες ηλικίας κύησης (ΠΡ, ΟΠ, ΤΜ) ώστε να εντοπιστούν πιθανές διαφορές ως προς αυτή. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα Π5. Υπενθυμίζεται ότι για όλες τις ερωτήσεις, η κατηγορία «Άγνωστο» δεν λήφθηκε υπ' όψιν για τον υπολογισμό της σημαντικότητας.

- Δομή της οικογένειας

Αξιοσημείωτο ήταν ότι παιδιά σε μονογονεϊκές οικογένειες ήταν κατά βάση πρόωρα (8.9%) και οριακά πρόωρα (6.4%), συγκρινόμενα με τα τελειόμηνα (4.6%), ($p < 0.001$). Για καμία από τις υπόλοιπες μεταβλητές που ανήκουν σε αυτή την ενότητα ερωτήσεων δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων προωρότητας.

- Ιατρικό ιστορικό του παιδιού

Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στον αριθμό νοσηλειών μέχρι τα επτά έτη ανάμεσα στις τρεις ομάδες προωρότητας ($p = 0.0949$). Όσον αφορά στο είδος της επέμβασης που χρειάστηκε να κάνουν κάποια παιδιά, η κατανομή ανάμεσα στις ομάδες ήταν παρόμοια, χωρίς σημαντικές διαφορές.

- Κινητική κι αισθητηριακή ανάπτυξη

Στην γενική ερώτηση για καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη καταγράφηκε στατιστικά σημαντική καθυστέρηση στα πρόωρα παιδιά σε σχέση με τα όψιμα πρόωρα και τελειόμηνα (ποσοστά 7.1%, 2.7% και 1.4%, αντίστοιχα) ($p < 0.001$). Ωστόσο στην ερώτηση που αφορούσε στο αν τα παιδιά περπάτησαν μόνα τους μετά την ηλικία των δύο ετών, αν μπορούσαν να γράψουν ολόκληρο το ονοματεπώνυμό τους και αν μπορούσαν να γράψουν τους αριθμούς από το ένα έως το εννέα δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στις τρεις ομάδες στην μονοπαραγοντική ανάλυση.

Σχετικά με τον αριθμό των παιδιών που δεν μπορούσαν να μετρήσουν από το ένα έως το δέκα, εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα πρόωρα (14.2%) και στις δύο άλλες ομάδες ΟΠ και ΤΜ (7.1% και 5.7%, $p < 0.001$).

Την ίδια εικόνα παρουσίαζαν τα παιδιά που δεν γνώριζαν τις ημέρες της εβδομάδας, όπου επίσης παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά μεταξύ πρόωρων (7.1%) και ΟΠ, ΤΜ (3.9% και 2.6%, $p = 0.0046$).

Σε πιθανά προβλήματα λόγου και ομιλίας συνολικά, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά, εκτός στην δυσαρθρία, όπου 4.4% των προώρων, 3% των ΟΠ και μόνο 1.7% των ΤΜ ($p = 0.025$) δεν πρόφεραν καθαρά κάποιες λέξεις.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το γεγονός ότι από 31 παιδιά που ανέφεραν κάποια κινητική μειοπραγία, τα 27 (87.1%) παρατηρήθηκε στα τελειόμηνα παιδιά. Όμως η στατιστική διαφορά ανάμεσα στις 3 ομάδες αναφορικά με την κινητική μειοπραγία οφείλεται στα μεγαλύτερα ποσοστά των πολύ πρόωρων νεογνών, καθ' ότι κινητική μειοπραγία αναφέρθηκε σε 2.7% των ΠΡ, 0.2% των ΟΠ και 0.5% των ΤΜ ($p = 0.004$).

- **Υγεία του παιδιού**

Δείκτης για την υγεία του παιδιού στην διάρκεια της προσχολικής ηλικίας, χρησιμοποιήθηκε το κατά πόσον το παιδί λάμβανε συστηματική φαρμακευτική αγωγή: 0.9% των ΠΡ, 2% των ΟΠ και 1.5% των ΤΜ ελάμβαναν φάρμακα από ιατρό συστηματικά, δεν υπήρχε όμως στατιστική σημαντικότητα ($p = 0.64$).

- **Ώρες Μελέτης για το Σχολείο**

Μεταξύ των τριών ομάδων δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ούτε ως προς τον αριθμό ωρών ανά ημέρα, ούτε ως προς τον αριθμό ημερών ανά εβδομάδα που αφιέρωναν στην μελέτη των σχολικών μαθημάτων.

- **Προσχολική ηλικία – Νηπιαγωγείο**

Για καμία ερώτηση αυτής της ενότητας δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές κατά τη σύγκριση των τριών υπό εξέταση ομάδων ηλικίας κύησης.

- **Συμπεριφορά του παιδιού**

Στατιστική διαφορά σχετικά με την εκπαίδευση του αλτέας παρουσιάζουν και οι δύο ομάδες προωρότητας: 8.8% των ΠΡ, 5.4% των ΟΠ και μόνο 2.7% των ΤΜ είχαν ακράτεια τους τελευταίους 6 μήνες ($p < 0.001$).

Συγκρίνοντας τις τρεις ομάδες για τις ερωτήσεις σχετικά με την συμπεριφορά του παιδιού στην καθημερινότητά του, βρέθηκαν τα παρακάτω: τα πρόωρα (σύμφωνα με την απάντηση των γονέων) παρουσίαζαν πιο συχνά δυσκολία συγκέντρωσης (18.6%) από τα όψιμα πρόωρα (14.5%) και τα τελειόμηνα (12.3) ($p = 0.0453$), όμως δεν υπήρχε στατιστική σημαντικότητα στην αντίστοιχη απάντηση των δασκάλων, παρ' όλο που και αυτοί υποστήριξαν πως τα πολύ πρόωρα νεογνά έχουν συχνότερα δυσκολία συγκέντρωσης (19.5% έναντι 16.7% και 13.5% αντίστοιχα, $p = 0.16$). Τα οριακά πρόωρα έτειναν να καταστρέφουν αντικείμενα (σύμφωνα με την απάντηση των δασκάλων) πιο συχνά (8.1%) από τα τελειόμηνα (6.2%), αλλά πολύ λιγότερο συχνά από τα πρόωρα (13.3%), ($p = 0.0133$). Κατά τη γνώμη των δασκάλων «μίζερα/γκρινιάρικα» χαρακτηρίστηκαν επίσης περισσότερο τα πολύ πρόωρα παιδιά (37.1%), λιγότερα τα όψιμα πρόωρα (30,5%) και ακόμη λιγότερα τα τελειόμηνα (26.3%) ($p = 0.024$). Αντίστοιχες ήταν και οι απαντήσεις των γονέων (47.7% έναντι 38.7% και 37% αντίστοιχα), όμως εδώ η παρατήρηση ήταν οριακά μόνο σημαντική ($p = 0.08$).

Στατιστικά διαφορά βρέθηκε στην ερώτηση για το αν το παιδί ήταν αδέξιο. Θετικές απαντήσεις έδωσαν οι γονείς 46% των προώρων, 36.2% των όψιμων προώρων και 34% των τελειομήνων ($p = 0,01$). Οι δάσκαλοι, περισσότερο ανεκτικοί, και

πάλι όμως διαπίστωσαν στατιστικά περισσότερη αδεξιότητα στα πρόωρα, 37.2% για τα πρόωρα, 29.5% για τα ΟΠ και 24.8% για τα ΤΜ ($p=0.01$). Και από τις δύο πηγές πληροφοριών υπήρχε αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ διάρκειας κύησης και αδεξιότητας.

Στο ερώτημα εάν τα παιδιά είναι ευερέθιστα, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα σε πρόωρα (57.5%) με τα όψιμα πρόωρα (47.3%) και τα τελειόμηνα (48.0%), με τα πρόωρα να παρουσιάζουν τέτοιου είδους συμπεριφορά σε συχνότερη βάση ($p=0.045$). Είναι δε αξιοσημείωτο, ότι αντίστοιχα ποσοστά έδωσαν και οι γονείς (68.1%, 61.6% και 62.4% αντίστοιχως), παρ' όλο που και αυτή η παρατήρηση δεν είχε στατιστική σημαντικότητα ($p=0.20$). Επίσης, στο ερώτημα αν οι γονείς θεωρούσαν δύσκολα τα παιδιά τους, απάντησαν ότι τα πρόωρα, όπως ήταν αναμενόμενο είναι πιο δύσκολα (36.3%) από τα όψιμα πρόωρα (29.8%) και τα τελειόμηνα (26.9%), ($p=0.02$). Το ίδιο απάντησαν και οι δάσκαλοι (28.3%, 24.8% και 21.1% αντίστοιχα) όμως η παρατήρηση δεν ήταν εδώ στατιστικά σημαντική ($p=0.13$).

Συνολικά, ακόμη και όταν δεν υπήρχε στατιστική σημαντικότητα, αναφορικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς μεταξύ των τριών ομάδων υπήρχε αρνητική συσχέτιση και από τους γονείς και τους δασκάλους.

- **Γονείς – Οικογενειακό περιβάλλον**

Για καμία από τις ερωτήσεις της συγκεκριμένης ενότητας δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά όταν έγινε σύγκριση των τριών ομάδων προωρότητας μεταξύ τους.

- **Απόδοση στο σχολείο**

Στην σύγκριση των τριών ομάδων σχετικά με την αντίληψη περιβάλλοντος, τον προφορικό λόγο και την ανάγνωση, την συνθετική ικανότητα και την αριθμητική παρατηρήθηκαν τα εξής:

Τα πρόωρα παιδιά σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα οριακά πρόωρα και τα τελειόμηνα βρέθηκε να έχουν «μέτρια» και «πολύ φτωχή» αντίληψη περιβάλλοντος ($p<0.001$). Η ίδια ακριβώς τάση των όψιμων προώρων να ομοιάζουν προς τα ΤΜ

έναντι των ΠΡ, παρατηρήθηκε και στον προφορικό λόγο και την ανάγνωση ($p < 0.001$). Για τις δυο ερωτήσεις που σχετίζονταν με την συνθετική ικανότητα των παιδιών και την απόδοση τους στην αριθμητική από την ομάδα των προώρων ελάχιστα παιδιά ανήκαν στην κατηγορία του «άριστα», σε αντίθεση με την κατηγορία του «πολύ φτωχά» που ήταν τα περισσότερα ($p < 0.001$). Τα ποσοστά των ΟΠ και ΤΜ ομοιάζαν αναφορικά με την συνθετική ικανότητα, εκτός από την κατηγορία «πολύ φτωχά» όπου υπερτερούσαν τα ΟΠ (5.9% vs 3.2%). Επίσης μεταξύ ΟΠ και ΤΜ, στην αριθμητική περισσότερα ΟΠ έχουν «μέτρια» ή «πολύ φτωχή» επίδοση (10.1% vs 7.3% και 5.9% vs 3.2% αντίστοιχα). Για τις κατηγορίες «άριστα, πολύ καλά, καλά» δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ομάδων.

Εντυπωσιακό είναι το εύρημα ότι για την υπερκινητικότητα φάνηκε ότι το ποσοστό των οριακά πρόωρων (14.8%) ήταν υψηλότερο από τις άλλες δυο ομάδες (πρόωρα 12.4%, τελειόμηνα 10.1%, $p < 0.02$). Στις ερωτήσεις αν τα παιδιά χαρακτηρίζονταν από προσκόλληση στην μητέρα τους ή ήταν κατά καιρούς αφηρημένα δεν φάνηκε κάποια διαφορά ανά ομάδα. Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό των προώρων που είχαν προβλήματα μάθησης (31.0%) ήταν σημαντικά υψηλότερο ($p = 0.0041$) από εκείνο των οριακά πρόωρων και των τελειόμηνων (24.6% και 20.3%, αντίστοιχα).

4.2.3. Έτος 2001. Σύγκριση ανά ομάδα ηλικίας κύησης

Στον πίνακα Π7 φαίνονται οι απαντήσεις των εφήβων, σε ανάλυση σύμφωνα με την διάρκεια κύησης. Υπενθυμίζεται ότι το ερωτηματολόγιο Achenbach απαντήθηκε από τους ίδιους τους εφήβους.

- Οικογένεια, φίλοι, σχολείο

Αναφορικά με τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά της οικογένειας μεταξύ των τριών ομάδων δεν υπήρχαν στατιστικές διαφορές (όλα τα p -values των ελέγχων ήταν μεγαλύτερα του 5% επιπέδου σημαντικότητας).

Σε σχέση με τις επιδόσεις των παιδιών στο σχολείο δεν υπήρχε διαφορά ως προς την επιλογή γενικού ή τεχνικού λυκείου ανάμεσα στις 3 ομάδες, ή με την ανάγκη

επανάληψης τάξης. Στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ των τριών ομάδων ως προς τα μαθηματικά ($p < 0.005$). Τα τελειόμηνα παιδιά δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό πως απέδιδαν στα μαθηματικά καλύτερα από τον μέσο όρο (43.9%), έναντι των οριακών προώρων (30%), και των προώρων (30.4%), ενώ 34.8% των προώρων είχαν επίδοση κάτω του μέσου όρου, έναντι των όψιμων προώρων (21.4%) και των τελειομήνων (14.9%). 17.4% των προώρων έναντι 21.4% των ΟΠ και 10.8% των ΤΜ είχαν απόδοση χειρότερη του μέσου όρου στην φυσική/χημεία/βιολογία, όμως η παρατήρηση ήταν μόνο οριακά σημαντική ($p < 0.06$). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην απόδοση στα φιλολογικά, στην ιστορία και τα θρησκευτικά, τα καλλιτεχνικά και την φυσική αγωγή. Όσον αφορά τα σχέδια των παιδιών σε σχέση με τις σπουδές τους δεν διέφεραν μεταξύ των τριών ομάδων (όλα τα $p > 0.05$), εκτός της επιθυμίας για σπουδές σε ΙΕΚ, όπου κανένα από τα πρόωρα, 5.7% των ΟΠ και 1% των ΤΜ, εξέφρασαν τέτοια επιθυμία ($p < 0.013$).

- **Υγεία**

Σε σχέση με την σωματική υγεία υπήρχαν λίγες στατιστικές διαφορές στις τρεις ομάδες. Σχετικά με την όραση, όλα τα περιστατικά απώλειάς της εντοπίστηκαν σε παιδιά που ήταν τελειόμηνα ($p < 0.001$, 31 περιπτώσεις).

Αναφορικά με το θέμα της σεξουαλικότητας, η αντίληψη επί του θέματος ήταν κοινή και δεν διέφερε μεταξύ των τριών ομάδων ($p < 0.40$). Επίσης, δεν εντοπίστηκε διαφορά αναφορικά με την ύπαρξη σταθερής σχέσης στη ζωή των παιδιών ($p < 0.59$), ούτε σε σχέση με το αν είχαν ολοκληρωμένες σχέσεις ($p < 0.30$). Τέλος, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία που τα αγόρια είχαν την πρώτη εκσπερμάτιση ($p < 0.61$) και τα κορίτσια την πρώτη έμμηνο ρήση ($p < 0.67$). Διαφορές δεν εντοπίστηκαν ούτε ως προς το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ ($p < 0.34$ και 0.29).

- **Στοιχεία ιδιοσυγκρασίας:**

Η προωρότητα στην μονοπαραγοντική ανάλυση φαίνεται να σχετίζεται με το αίσθημα αποτυχίας, όπου 11.5% των ΠΡ, 18.5% των ΟΠ αισθάνονται συχνά

αποτυχημένα, συγκριτικά με κανένα από τα τελειόμηνα ($p = 0.027$). Οριακή σημαντικότητα έχει και η παρατήρηση ότι 10.1% των ΠΡ, 7.2% των ΟΠ και μόνο 4.3% των ΤΜ αισθάνονται συχνά πως τους λείπει η ζωντάνια ($p = 0.07$), αλλιώς όλα τα p -values αναφορικά με τον χαρακτήρα και την συμπεριφορά των εφήβων βρέθηκαν μεγαλύτερα του 5% επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας.

4.3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

4.3.1. Έτος 1990 – Ηλικία 7 ετών

Από το σύνολο των ερωτήσεων στην ηλικία των 7 ετών, επελέγησαν κάποιες για τις οποίες εφαρμόστηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, ώστε να διαπιστωθεί αν και κατά πόσο διέφεραν τα παιδιά από διαφορετική ομάδα ηλικίας κύησης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης φαίνονται στους πίνακες Π8-10.

Τα τελειόμηνα έχουν 40% μεγαλύτερη πιθανότητα των οριακά προώρων να γράφουν αριθμούς από 1-9 στην ηλικία των 7 ετών ($p = 0.04$), ενώ δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ όψιμων προώρων και προώρων. Επίσης, τα πρόωρα έχουν 11πλάσια πιθανότητα κινητικής μειοπραγίας σε σχέση με τα οριακά πρόωρα ($p = 0.008$), ενώ δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ όψιμων προώρων και τελειομήνων.

Όσον αφορά την εκπαίδευση του αλτέρας, η λογιστική παλινδρόμηση έδειξε ότι τα τελειόμηνα έχουν σχεδόν τη μισή πιθανότητα να λερώνονται από τα οριακά πρόωρα ($OR=0.492$, $p<0.001$), ενώ η πιθανότητα για τα πρόωρα ξεπερνούσε αυτής των οριακά πρόωρων κατά 68% ($OR=1.68$, $p = 0.014$).

Κατά τους γονείς (όχι όμως το δάσκαλο) τα τελειόμηνα έχουν πιθανότητα σχεδόν ίση ($OR=1.07$, $p = 0.005$) με τα οριακά πρόωρα να χαρακτηρίζονται «αδέξια», ενώ έκπληξη προκαλεί το γεγονός ότι σύμφωνα πάλι με τους γονείς τα πρόωρα έχουν 38% μικρότερη πιθανότητα να είναι αδέξια αναφορικά με τα όψιμα πρόωρα ($OR=0.623$, $p = 0.007$). Για τα ΟΠ, συγκρινόμενα με τις άλλες ομάδες ως προς τα μαθησιακά προβλήματα, βρέθηκε ότι τα ΤΜ είχαν 22% μικρότερη πιθανότητα ($OR=0.78$, $p = 0.001$), ενώ τα ΠΡ είχαν 36% μεγαλύτερη πιθανότητα ($OR=1.357$, $p = 0.045$) να παρουσιάσουν μαθησιακά προβλήματα.

- Σχολική επίδοση

Επειδή η μεταβλητή της σχολικής επίδοσης είναι μία ποιοτική μεταβλητή αναφορικά με την έκφραση, ανάγνωση, γραφή, αριθμητική, συνολική επίδοση που αφορά τον χαρακτηρισμό του δασκάλου από «άριστα» έως «πολύ κακή», δημιουργήθηκε ποσοτική μεταβλητή ανά μάθημα με τιμές ως: «5 = εξαιρετική», «4 = πολύ καλή», «3 = καλή», «2 = μέτρια», «1 = κακή», ενώ για την στατιστική ανάλυση διχοτομήθηκε περαιτέρω ως «καλή επίδοση» (βαθμολογία 5 έως και 2) και «κακή επίδοση» (βαθμολογία 1), καθώς τα παιδιά που ελάμβαναν αυτόν τον χαρακτηρισμό, στην πράξη ανεπαρκούσαν σημαντικά.

Στην λογαριθμική παλινδρόμηση ως προς την κακή επίδοση δημιουργήθηκε πολυμεταβλητό μοντέλο για σημαντικές κοινωνικο-οικονομικές παραμέτρους όπως: ηλικία, εκπαίδευση της μητέρας, εκπαίδευση του πατέρα, είδος τοκετού, υπέρταση και κάπνισμα κατά την κύηση, εάν είχε παρακολουθήσει το παιδί νηπιαγωγείο ή όχι, χρόνος προσαρμογής στο σχολείο, απουσία από το σχολείο. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός πως οι όποιες διαφορές μεταξύ ΟΠ και ΤΜ ουσιαστικά εξαφανίζονται και στατιστικά σημαντική διαφορά μένει μόνο για τα ΠΡ που έχουν σαφώς κατώτερη επίδοση όπως φαίνεται ακολούθως και στους πίνακες Π9α-ε:

Πίνακας 6. «Κακή» επίδοση στα 7 έτη

	ΠΡ vs ΤΜ	ΟΠ vs ΤΜ
	OR (95% CI), p	OR (95% CI), p
Έκφραση	3.02 (1.125-7.32), p 0.01	1.42 (0.65-3.08), p 0.38
Ανάγνωση	3.24 (1.43-7.33), p 0.005	1.39 (0.67-2.88) p 0.37
Γραφή	2.61 (1.13-6.03) p 0.03	1.4 (0.71-2.74) p 0.33
Αριθμητική	4.43 (1.95-10.06) p<0.005	1.37 (0.63-3) p 0.42
Συνολική Επίδοση	3.03 (1.42-6.45) p<0.005	1.08 (0.55-2.10) p 0.83

Από τα πολυμεταβλητά μοντέλα είναι προφανές πως στην ηλικία των 7 ετών, εκτός από τον βαθμό προωρότητας, τόσο βιολογικοί όσο και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες εμπλέκονται στην σχολική επίδοση σε αυτήν την ηλικία. Έτσι εάν η

μητέρα είχε υπέρταση κατά την κύηση υπήρχε αυξημένος κίνδυνος κακής σχολικής επίδοσης σε όλα τα μαθήματα, 2 φορές στην γενική επίδοση, 3 φορές στην έκφραση, ανάγνωση και γραφή, έως και 5 φορές στην αριθμητική, με το αποτέλεσμα να είναι πάντοτε στατιστικά σημαντικό. Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων αποτελεί επίσης επιβαρυντικό παράγοντα: εάν η μητέρα έχει 6 ή λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης σε αντίθεση με μητέρα με 12 ή περισσότερα χρόνια, τα παιδιά έχουν 3,5 φορές αυξημένο κίνδυνο κακής επίδοσης στην έκφραση, 2.8 φορές στην ανάγνωση, 2.5 φορές στην γραφή και 3.5 φορές στην αριθμητική και γενική απόδοση. Η απουσία ή η ελλιπής προσχολική αγωγή, η δυσκολία προσαρμογής και η μη τακτική προσέλευση των παιδιών στο σχολείο αποτελούν όπως είναι αναμενόμενο επίσης σημαντικούς επιβαρυντικούς παράγοντες που είναι στατιστικά σημαντικοί για όλα τα μαθήματα και την γενική επίδοση.

- Συμπεριφορά

Με πολυμεταβλητά μοντέλα ελέγχθηκε και η συμπεριφορά των παιδιών, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο γονέων Rutter (Πίνακες Π10α-γ), τις ερωτήσεις του οποίου υπενθυμίζεται περιείχαν τα ερωτηματολόγια των 7 ετών. Ως υψηλή βαθμολογία, που υποδηλώνει παθολογία θεωρήθηκε η 95^η ΕΘ σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία¹⁰⁷. Μέσω λογαριθμικής παλινδρόμησης έγινε διόρθωση για σημαντικές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές όπως προαναφέρθηκαν.

Αναφορικά με την συμπεριφορά στα 7 έτη, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς την ομάδα ηλικίας κύησης. Αντιθέτως το κάπνισμα κατά την κύηση - 2 φορές αυξημένος κίνδυνος στις καπνίστριες - αποτελεί επιβαρυντικό βιολογικό παράγοντα. Σταθερά στατιστικά σημαντικοί παράγοντες, όπως και στην σχολική επίδοση, είναι η ηλικία της μητέρας, με τα παιδιά μητέρων <20 ετών να έχουν 1.5 φορά αυξημένο κίνδυνο, η τακτική προσέλευση στο σχολείο αλλά και η ταχεία προσαρμογή. Έτσι τα παιδιά που δεν κάνουν απουσίες έναντι αυτών που απουσιάζουν περισσότερο από δύο εβδομάδες έχουν 30% μικρότερο κίνδυνο βαθμολογίας >95^η ΕΘ και 40% μικρότερο κίνδυνο βαθμολογίας >98^η ΕΘ. Αντίστοιχα, τα παιδιά που προσαρμόστηκαν στο σχολείο σε λιγότερο από ένα μήνα, έναντι αυτών

που χρειάστηκαν 1-3 μήνες έχουν 75% μικρότερη πιθανότητα βαθμολογίας >95^η και >98^η ΕΘ κατά Rutter.

4.3.2. Έτος 2001 – Ηλικία 18 ετών

Η σχέση μεταξύ της επίδοσης των εφήβων στα μαθήματα σε σχέση με την διάρκεια κύησης ελέγχθηκε όπως προηγουμένως και με μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης (Πίνακας Π11).

Για την ανάλυση, η επίδοση των μαθητών χωρίστηκε σε δύο κατηγορίες: «καλή» (μέτρια και άνω του μέσου όρου) και «κακή» (χειρότερα από τον μέσο όρο). Για όλα τα μαθήματα (φιλολογικά, μαθηματικά, φυσική, χημεία, βιολογία, καλλιτεχνικά, ιστορία, θρησκευτικά και φυσική αγωγή), η επίδραση της ομάδας ηλικίας κύησης στην επίδοση των μαθητών δεν ήταν στατιστικά σημαντική (όλα τα p-values μεγαλύτερα του 5% επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας). Επειδή η επίδοση των μαθητών είχε μετρηθεί βάσει δικής τους αξιολόγησης, ως ένα πιο αξιόπιστο μέτρο ελέγχθηκε και ο μέσος όρος βαθμολογίας. Και σε αυτή την περίπτωση η επίδραση της ομάδας ηλικίας κύησης δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική (p 0.83 & 0.96). Επιπλέον η ομάδα ηλικίας κύησης δεν είχε σημαντική επίδραση ούτε στα σχέδια των παιδιών να συνεχίσουν τις σπουδές τους σε Α.Ε.Ι. (p >5%).

Περαιτέρω, για να εντοπιστούν εκείνοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την επίδοση των μαθητών, δημιουργήθηκαν πολυμεταβλητά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης. Ελέγχθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την ικανοποιητική επίδοση (>10), όσο και την ανεπαρκή επίδοση (<10), για τα μαθήματα, την συνολική βαθμολογία αλλά και την επιλογή ή μη συνέχισης σπουδών μετά το λύκειο. Συμπεριλήφθηκαν δε στις αναλύσεις, εκτός από την ομάδα ηλικίας κύησης και άλλες σημαντικές μεταβλητές για τους εφήβους: το φύλο, η ηλικία της μητέρας, η εκπαίδευση της μητέρας και του πατέρα, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, το ενδιαφέρον των γονέων για την εκπαίδευση του παιδιού (αντίληψη του έφηβου), η ύπαρξη αναπηρίας, το χρόνιο νόσημα, η επανάληψη τάξης, καθώς και η εικόνα του εφήβου για την ζωή του.

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση προκύπτει πως στην ηλικία των 18 ετών η ηλικία κύησης δεν είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας ούτε για την καλή/κακή επίδοση στο σχολείο, ούτε και για την επιθυμία ή μη συνέχισης των σπουδών (Πίνακες Π12-15), ενώ οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν σε μέγιστο βαθμό:

- **Φιλολογικά μαθήματα:**

Από το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης (Πίνακες Π12α και Π13α), προκύπτει πως η καλή επίδοση ενός παιδιού στα φιλολογικά μαθήματα σχετίζεται με το κατά πόσο το παιδί είναι ικανοποιημένο από τη ζωή του ($p < 0.007$), καθώς και από το φύλο του ($p < 0.001$). Βλέπουμε λοιπόν πως η πιθανότητα ένα παιδί, ικανοποιημένο από τη ζωή του, να έχει καλή επίδοση στα φιλολογικά είναι 70% μεγαλύτερη σε σχέση με ένα παιδί που δήλωσε μη ικανοποιημένο. Επίσης, η πιθανότητα ένα κορίτσι να είχε καλύτερη επίδοση στα φιλολογικά είναι 3πλάσια της αντίστοιχης πιθανότητας για ένα αγόρι. Αναφορικά με την κακή επίδοση, η απουσία γονικού ενδιαφέροντος είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας, με 14 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο κακής επίδοσης εάν ο γονέας δεν ενδιαφέρεται σε σχέση με έφηβο του οποίου οι γονείς δείχνουν συχνό ενδιαφέρον ($p < 0.04$)

- **Μαθηματικά**

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρατηρούμε πως η ικανοποίηση από τη ζωή (OR 1.9), η καλή οικονομική κατάσταση της οικογένειας (OR 1.45), καθώς και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο του πατέρα (1.2) έχουν θετική επίδραση στην καλή επίδοση ενός μαθητή σε αυτό το μάθημα ($p < 0.01$, 0.08 & < 0.005 αντίστοιχα; Πίνακας Π12β). Τα μαθηματικά είναι το μόνο μάθημα στο οποίο οι βιολογικοί παράγοντες φαίνεται να συντελούν στην κακή επίδοση (Πίνακας 13β), με 1.5 φορά αυξημένο κίνδυνο στα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με κάποια αναπηρία ($p < 0.04$). Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και η κακή οικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι επίσης επιβαρυντικοί παράγοντες, με έφηβους των οποίων η μητέρα έχει μόρφωση ≤ 6 έτη έναντι μητέρας με ανώτερη/ανώτατη να έχει 2.5 φορές αυξημένο

κίνδυνο, ενώ αν η οικογένεια έχει κακή οικονομική κατάσταση έχει 2.0 φορές αυξημένο κίνδυνο ανεπαρκούς επίδοσης στα μαθηματικά ($p < 0.001$ και $p < 0.03$ αντίστοιχα).

- **Καλλιτεχνικά**

Το φύλο και η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην επίδοση στα καλλιτεχνικά ($p < 0.005$, Πίνακας Π12γ). Τα κορίτσια φαίνεται να έχουν καλύτερες επιδόσεις (OR=2.6) με παρόμοια θετική επίδραση και της οικονομικής ευρωστίας της οικογένειας (OR=1.9).

- **Φυσική αγωγή**

Παράγοντες με στατιστικά σημαντική επίδραση στην φυσική αγωγή ήταν η ικανοποίηση ή όχι από τη ζωή, καθώς και το φύλο ($p < 0.01$ & $p < 0.005$; Πίνακας Π12δ). Οι νέοι που ένιωθαν ικανοποιημένοι από τη ζωή τους ήταν πιο πιθανό να έχουν καλύτερες επιδόσεις στην φυσική αγωγή (OR=2.1). ενώ τα κορίτσια έχουν χαμηλότερη τάση προς το άθλημα (OR=0.37).

- **Φυσική, χημεία & βιολογία**

Το κατά πόσο ένα παιδί νοιώθει ικανοποιημένο από τη ζωή του, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας του και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα σχετίζονται επίσης με την επίδοση στα μαθήματα της χημείας και της βιολογίας ($p < 0.001$, & $p < 0.02$, Πίνακας Π12ε). Το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, η καλή οικονομική κατάσταση και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, έχουν θετική επίδραση στην καλή επίδοση των μαθητών (OR=2.02, 1.62 & 1.39 αντίστοιχα).

- **Συνολική Βαθμολογία**

Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας και το φύλο συνδέονται σταθερά με τη καλή γενική βαθμολογία ($p < 0.005$) και για τις τρεις ομάδες των παιδιών (Πίνακας Π12στ). Η καλή οικονομική κατάσταση της οικογένειας και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων έχουν θετική επίδραση στη βαθμολογία των παιδιών (OR=1.59, 1.78 και 2.1). Επιπρόσθετα, τα κορίτσια ήταν πιο

πιθανό να έχουν καλύτερη βαθμολογία απ' ότι τα αγόρια (OR=2.4). Αναφορικά με την κακή συνολική βαθμολογία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του πατέρα οδηγεί σε σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο (OR 1.89, p 0.04) σε σχέση με γονείς ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης, ενώ το σπάνιο ενδιαφέρον των γονέων αυξάνει αυτόν τον κίνδυνο 3 φορές ($p < 0.001$), σε σχέση με εφήβους των οποίων οι γονείς έχουν τακτικό ενδιαφέρον.

- Επιθυμία ή μη συνέχισης των σπουδών σε Α.Ε.Ι.

Το ενδιαφέρον των γονέων για την εκπαίδευση του εφήβου, το είδος του σχολείου (γενικό, τεχνικό, ειδικό λύκειο, έχει αποφοιτήσει, εργάζεται και δεν φοιτεί) και η εκπαίδευση της μητέρας επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην επιθυμία ή μη συνέχισης των σπουδών σε Α.Ε.Ι. (Πίνακες Π14-15). Ένα παιδί από μητέρα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (OR 0.34), που ενδιαφέρεται σπάνια για την εκπαίδευσή του (OR 0.26), που έχει επαναλάβει κάποια τάξη του λυκείου και που φοιτά σε τεχνικό/επαγγελματικό λύκειο (OR 0.21) είναι λιγότερο πιθανό να σχεδιάζει να σπουδάσει σε Α.Ε.Ι. σε σχέση με έφηβο από μητέρα με ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση, που ενδιαφέρεται για την επίδοσή του, που δεν έχει επαναλάβει κάποια τάξη και φοιτά σε κανονικό λύκειο ($p < 0.001$ για όλα).

- Υγεία

Για κάποιες σημαντικές μεταβλητές υγείας (κατάσταση υγείας, χρόνια πάθηση, κλπ) παρόλο που τα αποτελέσματα των ελέγχων Fisher's exact και Pearson's Chi-square, έδειξαν πως δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις τρεις υπό μελέτη ομάδες διάρκειας κύησης, δημιουργήθηκαν και απλά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης (Πίνακας Π16). Τα αποτελέσματά τους, επιβεβαιώνουν πως η κατάσταση της υγείας, καθώς και θέματα σεξουαλικής φύσεως δεν σχετίζονται με την ηλικία κύησης (όλα τα p -values μεγαλύτερα του 5% επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας).

- Συμπεριφορά

Στην προσπάθεια να αναδειχθούν πιθανά προβλήματα συμπεριφοράς και οι παράγοντες που οδηγούν σε αυτά, οι απαντήσεις των εφήβων αναλύθηκαν σύμφωνα με την κλίμακα Youth Self Report του Achenbach και ως σημαντική για παθολογικό αποτέλεσμα χρησιμοποιήθηκε η 98η ΕΘ για κάθε βαθμολογία των εφήβων σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία¹⁰⁸. Κατόπιν δημιουργήθηκε πολυμεταβλητό μοντέλο για κάθε σύμπτωμα της κλίμακας, με σημαντικούς βιολογικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες: ηλικία και εκπαίδευση μητέρας, εκπαίδευση πατέρα, οικονομική κατάσταση της οικογένειας, χρόνιο νόσημα ή αναπηρία, ομάδα ηλικίας κύησης, είδος σχολείου που φοιτά το παιδί, επανάληψη τάξης, ενδιαφέρον των γονέων για την εκπαίδευση του παιδιού, κάπνισμα, ολοκληρωμένες σχέσεις, αλλά και την εικόνα του εφήβου για τον εαυτό του (Πίνακας Π17).

Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως για κανένα από τα συμπτώματα της κλίμακας δεν βρέθηκε να είναι η ηλικία κύησης στατιστικά σημαντική. Εντύπωση επίσης προκαλεί το γεγονός πως στην πολυπαραγοντική ανάλυση η επίδραση του οικονομικού επιπέδου της οικογένειας αλλά και του μορφωτικού επιπέδου των γονέων εξαφανίζεται. Αντιθέτως σταθερά στατιστικά σημαντικός παράγοντας αναδύεται, αναφορικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος, η εικόνα του εφήβου για τον εαυτό του. Έτσι ο έφηβος που είναι βέβαιος πως έχει κακή εξωτερική εμφάνιση έχει 12 φορές αυξημένο κίνδυνο βαθμολογίας >98^η ΕΘ για απόσυρση ($p = 0.006$), 4 φορές για σωματοποίηση ($p = 0.01$), 58 φορές για άγχος/καταθλιπτική συμπεριφορά ($p = 0.001$), 31 φορές για διάσπασης προσοχής ($p = 0.001$), 50 φορές για συμπτώματα εσωτερίκευσης ($p < 0.001$) και 55 φορές για προβλήματα διαγωγής ($p = 0.001$). Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα, που συνδέεται με 2.4 φορές αυξημένο κίνδυνο άγχους/κατάθλιπτικής συμπεριφοράς ($p = 0.04$), 3.7 φορές για προβλήματα σκέψης ($p < 0.001$) και 3.2 φορές για προβλήματα διαγωγής ($p = 0.01$), αλλά και το χρόνιο νόσημα/αναπηρία που αυξάνουν τον κίνδυνο για σωματοποίηση (OR 4.9, $p < 0.001$) και προβλήματα σκέψης (OR 2.4, $p = 0.04$). Προστατευτικά φαίνεται να δρα η σύναψη ολοκληρωμένων σχέσεων για την

παραβατική (OR 0.28, p 0.005), την επιθετική (OR 0.32, p 0.007) και την εναντιωματική/προκλητική συμπεριφορά (OR 0.3, p 0.008).

Συμπερασματικά από την ανάλυσή μας προκύπτει πως:

- Στην ηλικία των 7 ετών τα ΟΠ ομοιάζουν περισσότερο με τα ΤΜ και όχι με τα ΠΡ ετών, τα οποία στατιστικά σημαντικά διαφέρουν ως προς την εξέλιξή τους.
- Η επίδραση των βιολογικών παραγόντων προϊούσης της ηλικίας εξισορροπείται, έτσι ώστε ο βαθμός προωρότητας να εξαφανίζεται τελείως στην εφηβεία, στην οποία αναδύονται ως σημαντικοί παράγοντες για την περαιτέρω εξέλιξη του παιδιού εκτός από το φύλο, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, ιδιαίτερα της μητέρας, το ενδιαφέρον τους για το παιδί, αλλά και η εικόνα του έφηβου για τον εαυτό του, δηλαδή οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εργασία μας είναι μία διαχρονική, εθνική, συγχρονική μελέτη του ίδιου πληθυσμού σε τρεις διαφορετικές ηλικίες. Τα παιδιά αυτά αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού μας γεωγραφικά, ανθρωπολογικά και κοινωνικο-οικονομικά. Καθώς η μετανάστευση ήταν σε πολύ χαμηλά ποσοστά στην Ελλάδα το 1983, ο πληθυσμός είναι επίσης και ιδιαιτέρως ομοιογενής. Τα παιδιά γεννήθηκαν όλα τον ίδιο μήνα και έτσι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην ηλικία τους, και δεν είχαν διαφορετικές κλιματολογικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις. Επίσης η έρευνα ξεκίνησε, σχεδιάστηκε και ολοκληρώθηκε σε μία εποχή αυξανόμενης οικονομικής ευμάρειας και σταθερότητας.

Επομένως πρόκειται για μία πολυπαραγοντική παρακολούθηση των παιδιών, που μπορεί να συνδέσει την κύηση και περιγεννητική περίοδο, με την συνολική πορεία όχι μόνο του παιδιού αλλά και της οικογένειας και της κοινωνίας που το περιβάλλει. Γίνεται προφανές δε και από τα στοιχεία μας πως πέρα από τον φαινότυπο που ορίστηκε στην γέννηση, το περιβάλλον δρα, όπως είναι πλέον γνωστό και με επιγενετικούς μηχανισμούς που καθορίζουν την εξέλιξη του παιδιού, τόσο δραστικά όσο και το αρχικό γενετικό του υλικό.

Στην γέννηση το ερωτηματολόγιο αφορούσε κυρίως το ιστορικό της μητέρας, της κύησης και του τοκετού και απαντήθηκε από την μαία και τον γιατρό που την είχαν αναλάβει, αλλά και την ίδια την μητέρα. Δεν αφαιρέθηκαν τα νεογνά που είχαν χρειαστεί νοσηλεία σε ΜΕΝΝ.

Στην ηλικία των 7 ετών, το ερωτηματολόγιο αφορούσε το ιστορικό του παιδιού από την γέννηση μέχρι και τα επτά του χρόνια, ενώ μεγάλη σημασία δόθηκε στην κινητική κι αισθητηριακή ανάπτυξη του παιδιού, καθώς και στην συμπεριφορά που παρουσιάζει στην καθημερινότητά του και την συναναστροφή με άλλους. Το ερωτηματολόγιο αυτό απαντήθηκε από τους γονείς και τους δασκάλους του παιδιού

και αντανακλά την φροντίδα που είχε λάβει, την νοσηρότητα και τρόπο ζωής του παιδιού στην προσχολική ηλικία

Το τρίτο και τελευταίο ερωτηματολόγιο εξετάζει την υγεία και πορεία της ανάπτυξης, τις σχολικές επιδόσεις του παιδιού και στοιχεία ιδιοσυγκρασίας, συναισθήματος και συμπεριφοράς μέχρι την ηλικία των 18 ετών, απαντήθηκε δε από το ίδιο το παιδί και τους γονείς του.

Αναφορικά με την σχολική επίδοση, τα παιδιά βρίσκονταν σε δημόσια και σε ιδιωτικά σχολεία σε όλη την χώρα, αλλά και σε ειδικά σχολεία. Η γνώμη των δασκάλων στα 7 έτη ζητήθηκε στο τέλος της χρονιάς, όταν δηλαδή ο εκπαιδευτικός είχε μία συνολική εικόνα της πορείας του παιδιού. Επίσης και στα 18 έτη, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους εφήβους και τους γονείς τους στο τέλος της σχολικής χρονιάς.

Η μελέτη μας παρουσιάζει την εικόνα του παιδιού από τότε που ξεκινά την εκπαιδευτική του διαδικασία, και παρακολουθεί την εξελικτική, αναπτυξιακή, συμπεριφορική και γνωστική του πορεία, έως την ηλικία των 18 ετών. Το διάστημα αυτό είναι ικανό, ώστε τόσο η σχολική παρέμβαση, όσο και η προσπάθεια της οικογένειας αλλά και των ίδιων των παιδιών είχε την ευκαιρία να αποδώσει καρπούς. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για μία χώρα όπως η Ελλάδα με ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς να αποτελούν την βάση της κοινωνικής της δομής το 1983 αλλά και σήμερα¹⁰⁹, γεγονός που κάνει την μελέτη μας ιδιαίτερη επίκαιρη.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι τα νεογέννητα της εργασίας μας, 8% των ετήσιων γεννήσεων της χώρας αντιμετωπίστηκαν ιατρικά το 1983, στην εποχή προ του επιφανειοδραστικού παράγοντα και όταν η νεογνική αντιμετώπιση στις ΜΕΝΝ δεν ήταν τόσο εξελιγμένη.

Συγκρίνοντας τους πληθυσμούς του 1990 και του 2001 αποδείχθηκε στατιστικά ότι ήταν αντιπροσωπευτικοί του αρχικού δείγματος. Στην ηλικία των επτά ετών, σε ερωτήσεις που αφορούν στην κινητική κι αισθητηριακή ανάπτυξη τους υπάρχουν αρκετές διαφορές, κυρίως ανάμεσα στα παιδιά που γεννήθηκαν πρόωρα και τα τελειόμηνα. Λιγότερες είναι οι περιπτώσεις που παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα οριακά πρόωρα και στα τελειόμηνα, μιας και στην

πλειοψηφία των ερωτήσεων τα ποσοστά αυτών των δύο ομάδων ομοιάζουν. Από την ανάλυση των στοιχείων μας φαίνεται πως αυτές οι διαφορές στην ηλικία των 7 ετών οφείλονται εξίσου σε βιολογικούς παράγοντες όπως ο βαθμός προωρότητας και η κύηση, όσο και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες όπως το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.

Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τον αυξανόμενο όγκο πρόσφατης βιβλιογραφίας που έρχεται να καταρρίψει την θεώρηση πως τα ΟΠ έχουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρών νευροαναπτυξιακών προβλημάτων. Έχει όντως παρατηρηθεί πως τα ΟΠ έχουν περισσότερα ιατρικά προβλήματα στην γέννηση, αυξημένο κόστος νοσηλείας και ανώριμο κεντρικό σύστημα, ευαίσθητο σε πιθανό στρες^{19-30, 80,82}.

Προηγούμενες εργασίες αναφέρουν στατιστικά σημαντικά νευροαναπτυξιακά ελλείμματα για ΟΠ παιδιά σχολικής ηλικίας^{92,94,95,98} που εκφράζονται με χειρότερη επίδοση στο σχολείο και προβλήματα συμπεριφοράς. Στην μελέτη των Morse et al⁹², το εξαιρετικά μεγάλο δείγμα (>100.000 παιδιά), οδηγεί στατιστικά σημαντικές παρατηρήσεις που όμως στον πληθυσμό είναι στην πραγματικότητα σε μικρό ποσοστό (σχετικός κίνδυνος για αναπτυξιακή καθυστέρηση 1.25 και 1.19 κίνδυνος επανάληψης του νηπιαγωγείου). Επίσης πρόκειται κυρίως για αναδρομικές και όχι συγχρονικές μελέτες.

Σε διαχρονική παρακολούθηση των παιδιών του Avon Longitudinal Study⁹⁶, ενώ στην μονοπαραγοντική ανάλυση τα ΟΠ και τα ΠΡ είχαν σημαντικά ελλείμματα στο IQ στην ηλικία των 11 ετών, στην πολυπαραγοντική ανάλυση μόνο στην επανάληψη λέξεων και στην ανάγνωση υστερούσαν τα ΟΠ, γεγονός που οδήγησε τους συγγραφείς να υποθέσουν πως αν τα ΟΠ παρουσιάσουν δυσκολίες αυτές θα είναι ίσως ήπιες γνωστικές δυσκολίες σε συγκεκριμένους τομείς. Στην έρευνα των Chyi et al⁹⁴, που ήταν συγχρονική, επίσης βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Παρ' όλα αυτά και σε αυτήν την μελέτη ο ουσιαστικός κίνδυνος ήταν υπαρκτός, αλλά πρακτικά μικρός (OR γενικά <1.5). Οι συγγραφείς παρουσίασαν αυξημένη ανάγκη για ενισχυτική διδασκαλία σε προσχολική ηλικία (OR=2.1), η οποία όμως βασίστηκε σε κακή επίδοση, με ορισμό της κακής επίδοσης στην ανάγνωση και αριθμητική βαθμολογία χαμηλότερη από την 50^η ΕΘ. Είναι δηλαδή δύσκολο να υποστηρίξει

κανείς πως OR 1.28 για τέτοιο αποτέλεσμα σε τυποποιημένα τεστ ανάγνωσης στην 1^η δημοτικού είναι, παρά την στατιστική διαφορά, πραγματικά σημαντικό. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί η εργασία των Gurka et al¹¹⁰ η οποία είναι προοπτική και συγχρονική, περιλαμβάνει φυσιολογικά ΟΠ νεογνά, στα οποία δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίδοση και την συμπεριφορά ανάμεσα στα ΟΠ και τα ΤΜ.

Τα αποτελέσματα αυτά δεν πρέπει προκαλούν έκπληξη, συνάδουν με την εμπειρία που υπάρχει από τα ΟΠ στην πράξη. Ασφαλώς, η μελέτη μας είναι αμιγώς επιδημιολογική και δεν συνοδεύτηκε από νευρολογική εξέταση. Γι αυτό το λόγο δεν μπορούν να αποκλεισθούν ήπιες νευροαναπτυξιακές ανωμαλίες. Μία τέτοια τάση αναδύεται και στην μελέτη μας: Ενώ τα ΤΜ και ΟΠ δεν έχουν στατιστική διαφορά στον κίνδυνο κινητικής μειοπραγίας, τα ΤΜ έχουν 40% μεγαλύτερη πιθανότητα να γράφουν αριθμούς 1-9, και μισή πιθανότητα να έχουν αποτυχία στην εκπαίδευση τουαλέτας. Επίσης και από τα ευρήματά μας υπάρχει πιθανότητα 22% μικρότερη μαθησιακών προβλημάτων στα ΤΜ απ ό τι τα ΟΠ.

Παρ όλα αυτά από την πολυπαραγοντική ανάλυση προκύπτει πως δεν υστερούν στην σχολική επίδοση, όταν γίνει διόρθωση για άλλους σημαντικούς βιολογικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Δεν είναι ίσως προφανές από την μελέτη μας αν το ΟΠ έπρεπε να προσπαθήσει περισσότερο για να έχει το ίδιο αποτέλεσμα με το ΤΜ, τα όποια προβλήματά του όμως, δεν φαίνεται ούτε να είναι αξεπέραστα, ούτε και να το διαφοροποιούν σε ικανό βαθμό από ένα τελειόμηνο παιδί. Η ηλικία της μητέρας, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η προσχολική αγωγή και η τακτική προσέλευση στο σχολείο είναι οι παράγοντες που περισσότερο καθορίζουν την σχολική επιτυχία για τα ΤΜ και ΟΠ.

Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα από την ανάλυση των παραγόντων κινδύνου για προβλήματα συμπεριφοράς. Η ηλικία κύησης, και πάλι δεν αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα. Αντίθετα για μία ακόμη φορά επιβεβαιώνεται η σημασία της ώριμης και συγκροτημένης αντιμετώπισης του παιδιού από τους γονείς και την σχολική κοινότητα. Βεβαίως εδώ θα πρέπει να αναφερθεί πως ο πληθυσμός

των ΟΠ που μελετήθηκε αποτελούνταν κατά 80% από νεογνά 35-36 εβδομάδων που έχουν μεγαλύτερο βάρος γέννησης και επομένως και ευνοϊκότερη πρόγνωση.

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, φαίνεται ότι οι μαθησιακές δυσκολίες που είχαν παρατηρηθεί στην ηλικία των επτά ετών εξαλείφονται ακόμη και για τα παιδιά που γεννήθηκαν <34 ΕΚ. Σημαντικό κριτήριο για αυτό το συμπέρασμα αποτελεί το γεγονός ότι από τα σχολικά μαθήματα μόνο στα μαθηματικά παρατηρήθηκε διαφορά ανάμεσα σε πρόωρα και τελειόμηνα, ενώ στη φυσική και τη χημεία, που είναι επίσης θετικά μαθήματα, η διαφορά αυτή δεν εμφανίστηκε. Ως προς τα θέματα υγείας, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι όλα τα περιστατικά παιδιών με ολική απώλεια όρασης ανήκαν στην ομάδα των τελειόμηνων.

Από τα αποτελέσματά μας δηλαδή προκύπτει πως, αν και η ηλικία κύησης ενός νεογνού το επηρέαζε σε μικρότερη ηλικία ως προς κάποια αναπτυξιακά και συμπεριφορικά κριτήρια, αυτή η επιρροή εξαφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία εξισορροπώντας κατά κάποιο τρόπο την διαμόρφωση της ψυχοσύνθεσης και της σχολικής επίδοσης ανάμεσα στις τρεις ομάδες.

Το αν ένα παιδί είχε γεννηθεί πρόωρα, οριακά πρόωρα ή όχι δεν φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις επιδόσεις ενός παιδιού στο σχολείο στην ηλικία των 18 ετών, ούτε και με την επιθυμία συνέχισης των σπουδών του. Αντιθέτως, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες σχετίζονται με τις μαθητικές επιδόσεις και με την προσδοκία για σπουδές. Πιο συγκεκριμένα, καλύτερες επιδόσεις είχαν τα παιδιά που ένιωθαν ικανοποιημένα από τη ζωή τους, από οικογένειες με καλή οικονομική κατάσταση, με πατέρα υψηλού μορφωτικού επιπέδου και κορίτσια στο φύλο (με εξαίρεση τη φυσική αγωγή). Τόσο η καλή οικογενειακή οικονομική κατάσταση, όσο και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας λειτουργούν αποτρεπτικά ως προς τη συνέχιση σπουδών σε τεχνολογικά ιδρύματα και ενισχύουν τα σχέδια για εισαγωγή σε Α.Ε.Ι.

Ένας παράγοντας που παραμένει στατιστικά σημαντικός για τα φιλολογικά, τα μαθηματικά, την συνολική βαθμολογία και το αν το παιδί θέλει ή όχι να σπουδάσει αποτελεί το γονικό ενδιαφέρον: Τα παιδιά έχουν αυξημένο κίνδυνο να μην θέλουν να σπουδάσουν 3,5 φορές εάν οι γονείς ενδιαφέρονται περιστασιακά, ενώ έχουν

κίνδυνο χειρότερης σχολικής επίδοσης 2,6 φορές στα φιλολογικά, 1.8 φορές στην αριθμητική και 3 φορές στην συνολική βαθμολογία, σε σύγκριση με αυτά των οποίων οι γονείς ενδιαφέρονται συστηματικά.

Το γεγονός αυτό επίσης δεν προκαλεί έκπληξη. Είναι βιβλιογραφικά τεκμηριωμένο πως η επίδοση στο σχολείο είναι πολυπαραγοντική και δεν μπορεί να προβλεφτεί μόνο από την ΗΚ ή και το IQ^{111,112,113,114}. Η συνεργασία γονιού-σχολείου και η γονική φροντίδα έχει μεγάλη σημασία. Συνάδει δε και με την ελληνική πραγματικότητα, γενικά χωρών με κέντρο της κοινωνίας την οικογενειακή εστία, όπου η καλή σχολική επίδοση, με ενεργό συμμετοχή των γονέων και ισχυρό μητρικό πρότυπο, πρέπει πάση θυσία να οδηγήσει σε ακαδημαϊκή επιτυχία^{115,116,117}.

Βεβαίως, το αποτέλεσμα αυτό δεν πρέπει να οδηγεί στο συμπέρασμα πως τα προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης δεν θα προσφέρουν στο ΟΠ. Αντιθέτως, εάν το παιδί έχει την ενδογενή ικανότητα να ανταπεξέλθει, η οργανωμένη φροντίδα και η έγκαιρη καθοδήγηση της οικογένειας, θα μπορούσε να εξαλείψει την οποιαδήποτε τάση προς αναπτυξιακά ελλείματα αλλά και να στηρίξει την οικογένεια που μπορεί να πάσχει οικονομικά και ηθικά και αδυνατεί να δώσει την απαραίτητη ενίσχυση το παιδί.

Στην ηλικία των 18 ετών τα ευρήματά μας επίσης δεν απέχουν από την διεθνή βιβλιογραφία. Στην μελέτη των Eide et al¹⁰⁰, αναλύθηκε πληθυσμός αγοριών ηλικίας 18 ετών, τα οποία όμως αντιμετωπίστηκαν ιατρικά ως νεογνά την περίοδο 1967-1979, δηλαδή σε εποχή πριν τους υπερήχους κήσης και πριν την εξέλιξη της νεογνολογίας. Παρ' όλα αυτά στα αποτελέσματά τους το ΟΠ έχει κίνδυνο μόνο 1,2 φορές μεγαλύτερο για χαμηλότερο IQ, δηλαδή στατιστικά όχι όμως και πρακτικά σημαντικό. Στην μεγάλη μελέτη των Ekeus et al¹⁰¹, η μείωση της μέσης γνωστικής βαθμολογίας στα 18, στην ΗΚ 33-34 και 35-36 ήταν -0.11 και -0.02, ενώ το αποτέλεσμα μειωνόταν κατά 26-33% εάν γινόταν διόρθωση για κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Είναι δηλαδή προφανές πως και στην δική τους έρευνα οι κοινωνικές παράμετροι έχουν μεγαλύτερη σημασία απ' ό,τι η ΗΚ στα 18 έτη. Στην εργασία των Moster et al, ο αυξημένος κίνδυνος που καταγράφηκε - 1.6 στα ΟΠ - για νοητική υστέρηση θα πρέπει

να αξιολογηθεί στα πλαίσια ενός ιδιαίτερα μεγάλου δείγματος (867,692 άτομα), που τονίζει νόσους που πρακτικά έχουν μικρή επίπτωση στην κοινότητα¹⁰³.

Στην ανάλυση των Dalziel et al¹¹⁸, όπως και στην δική μας, δεν φάνηκαν διαφορές στις γνωστικές λειτουργίες, στην μνήμη ή την προσοχή, το άγχος ή την σχιζοειδή συμπεριφορά. Αντίστοιχα όσον αφορά την συμπεριφορά στην δική μας εργασία δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά για τα ΟΠ και τα ΤΜ, σε πολυπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας Π17). Αντίθετα, ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας φαίνεται να είναι η αντίληψη του εφήβου για τον εαυτό του, ενώ εξίσου σημαντικό παράγοντα αποτελεί και το αν έχει συνάψει σεξουαλικές σχέσεις που είναι προστατευτικές (72% για παραβατική συμπεριφορά, 68% για επιθετική συμπεριφορά, 70% για εναντιωματική/προκλητική συμπεριφορά).

Είναι αδιαμφισβήτητο πως η αλματώδης πρόοδος της περιγεννητικής ιατρικής, ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία έχει οδηγήσει στην επιβίωση περισσότερων πρόωρων νεογνών και αυτό ισχύει όχι μόνο για τα πολύ πρόωρα, χαμηλού βάρους νεογέννητα αλλά και για εκείνα τα ΟΠ που παρουσιάζουν την βαρύτερη κλινική εικόνα και που στο παρελθόν δεν θα επιβίωναν πέραν του πρώτου έτους ζωής. Αυτή είναι μία ομάδα που θα μπορούσε να διαφέρει σε πρόγνωση από τον πληθυσμό της μελέτης μας.

Παρ' όλα αυτά με την αυξημένη επιβίωση, έχει αυξηθεί και η πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα, διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση σε αυτά τα παιδιά, έτσι ίσως υπάρχει μία εξισορρόπηση, παρ όλα αυτά είναι απαραίτητο να ξεκινήσει άμεσα μία καταγραφή του πληθυσμού των ΟΠ συνολικά στην χώρα. Αυτό είναι ιδιαίτερα επιθυμητό και εξαιτίας του μεγάλου κύματος μετανάστευσης προς , με πληθυσμό που είχε και ακόμη έχει περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, έλλειψη συστηματικής παρακολούθησης και μειονεκτεί εξαιτίας του κακού μορφωτικού και οικονομικού του επιπέδου.

Δεν είναι όμως μόνο οι μετανάστες που κινδυνεύουν στην Ελλάδα της κρίσης. Όπως φάνηκε ξεκάθαρα και από την μελέτη μας, η προωρότητα οδηγεί αναπόφευκτα σε αυξημένες ανάγκες για παρακολούθηση, αντιμετώπιση, παιδεία και ενίσχυση της οικογένειας. Δυστυχώς, η έλλειψη πόρων και προσωπικού, η μειωμένη πρόσβαση

στην οργανωμένη υγεία και μόρφωση, η κατάρρευση του ιστού της οικογένειας, η απογοήτευση και μείωση των προσδοκιών προς τα παιδιά, προοιωνίζονται μία δυσμενή εικόνα του μέλλοντος. Είναι λοιπόν χρέος της πολιτείας, της ιατρικής κοινότητας και όσων έρχονται σε επαφή με τα παιδιά να επαγρυπνούν και να θωρακίσουν τα δικαιώματα των ευάλωτων πληθυσμών, μεταξύ των οποίων ανήκουν και τα πρόωρα νεογνά.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την μελέτη μας προκύπτει πως η αναπτυξιακή πορεία του ΟΠ νεογνού, τόσο στην ηλικία των 7 όσο και στην ηλικία των 18 ετών, μοιάζει περισσότερο με αυτήν του τελειόμηνου, παρά με του περισσότερο πρόωρου νεογνού σε όλους τους βασικούς άξονές της.

Ο πληθυσμός αυτός γεννιέται σε κρίσιμη περίοδο ταχείας ωρίμανσης του εγκεφάλου και έχει αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα σε σχέση με τα ΤΜ, έχει όμως ήπια πορεία –εκτός εξαιρέσεων- σε σχέση με τα πολύ ευάλωτα <34 εβδομάδων κύησης νεογνά.

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν πως η σχετική ανωριμότητά τους οδηγεί σε τάση προς ήπια μεμονωμένα αναπτυξιακά προβλήματα στην προσχολική και πρώιμη σχολική περίοδο της ζωής τους, που δεν μπορούν ίσως να αποτυπωθούν πλήρως στα πλαίσια μιας επιδημιολογικής μελέτης η οποία δεν συνοδεύεται από νευροαναπτυξιακή εξέταση. Οι βιολογικοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων είναι και η ηλικία κύησης, συμβάλλουν σε αυξημένο κίνδυνο προβλημάτων στα 7 έτη, προϊούσης όμως της ηλικίας, αυτή η επίδραση μειώνεται σημαντικά, δεν είναι δηλαδή τα προβλήματα των ΟΠ ανυπέρβλητα, εάν τύχουν της κατάλληλης φροντίδας από την οικογένεια και κοινωνία.

Στο τέλος μίας δεκαετίας οικονομικής και κοινωνικής ύφεσης, όπου οι ευάλωτοι πληθυσμοί είναι αυτοί που πλήττονται πρώτοι και στον μέγιστο βαθμό, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο έχει και κάθε προσπάθεια να μειωθεί ο αριθμός των γεννήσεων ΟΠ, χωρίς σαφή, τεκμηριωμένη ιατρική ένδειξη. Αυτό είναι εφικτό μέσω ενημέρωσης της ιατρικής κοινότητας αλλά και του κοινού όπως φάνηκε ξεκάθαρα από αντίστοιχες προσπάθειες στις ΗΠΑ και σε χώρες της δυτικής Ευρώπης.

Τα ΟΠ νοσηλεύονται πατροπαράδοτα σε μαιευτικά τμήματα και αυτή είναι μία πρακτική που δεν έχει αμφισβητηθεί, καθώς στην πλειονότητά τους δεν έχουν ανάγκη νοσηλείας σε ΜΕΝΝ. Αυτό όμως που είναι απαραίτητο είναι να υπάρχει

ευαισθητοποίηση για την αυξημένη νοσηρότητα στην περιγεννητική περίοδο και εγκατεστημένα πρωτόκολλα έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας, σαν μέσο πρόληψης απώτερων νευροαναπτυξιακών προβλημάτων.

Για τους ίδιους λόγους, θεωρείται συνετό, το να ενταχθούν τα ΟΠ σε προγράμματα καταγραφής, διαχρονικής παρακολούθησης και πρώιμης παρέμβασης, εφ' όσον το τελευταίο απαιτείται. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο για ΟΠ νεογνά που έχουν νοσηλευθεί σε ΜΕΝΝ.

Σημαντική κρίνεται και η ενημέρωση των γονέων του ΟΠ: Πρέπει μεν να εξατομικεύεται σύμφωνα με την κλινική πορεία του νεογνού στην γέννηση, αλλά και να επισημαίνεται εξ' αρχής η ανάγκη για εξειδικευμένη παρακολούθηση και ενίσχυση του παιδιού. Από την ανάλυσή μας φαίνεται πως στον ελληνικό πληθυσμό η νευροαναπτυξιακή πορεία των παιδιών αυτών δύναται να είναι πολύ καλή, εφ' όσον τόσο η οικογένεια όσο και η κοινωνία συνδράμει στο να ξεπεραστούν τα όποια προβλήματα, με δομημένα προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης. Στην σημερινή Ελλάδα της οικονομικής κρίσης και της έντονης μετανάστευσης αυτό δεν είναι ίσως πλέον αυτονόητο. Είναι χρέος επομένως όλων των επαγγελματιών σε επαφή με παιδιά και ιδιαίτερα του παιδιάτρου/νεογνολόγου, να ενημερώνει τους γονείς του ΟΠ, με συγκρατημένη αισιοδοξία αλλά με υπογραμμισμένη την ανάγκη για επαγρύπνηση και διαρκή στήριξη.

7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Σύγκριση των τριών πληθυσμών ανάλυσης (1983, 1990 & 2001)
ως προς ένα σύνολο βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών

Χαρακτηριστικό	1983 (N=10.433)	1990 (N=6.284)	2001 (N=2.004)	p-value
Τόπος κατοικίας				
Αστική περιοχή	6815 (65.3)	4220 (67.2)	1327 (66.2)	0.05
Αγροτική περιοχή	2650 (25.4)	1496 (23.8)	507 (25.3)	
Άγνωστο	968 (9.3)	568 (9.0)	170 (8.5)	
Ποιός προσέχει το μωρό στο σπίτι				
Μητέρα	6299 (60.4)	3851 (61.3)	1178 (58.8)	0.46
Μητέρα & γιαγιά	2859 (27.4)	1703 (27.1)	571 (28.5)	
Μητέρα & αμειβόμενο πρόσωπο	459 (4.4)	262 (4.2)	98 (4.9)	
Μητέρα & παιδ. σταθμός	110 (1.1)	66 (1.1)	28 (1.4)	
Άλλος	56 (0.5)	27 (0.4)	12 (0.6)	
Άγνωστο	650 (6.2)	375 (6.0)	117 (5.8)	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας				
Αγράμματη ή το πολύ 2 τάξεις δημοτικού	361 (3.5)	122 (1.9)	33 (1.6)	<0.001
Δημοτικό	4455 (42.7)	2664 (42.4)	733 (36.6)	
Γυμνάσιο	1844 (17.7)	1169 (18.6)	383 (19.1)	
Λύκειο	2075 (19.9)	1332 (21.2)	474 (23.7)	
Ανώτερη Εκ.	633 (6.1)	400 (6.4)	161 (8.0)	
> 12 yrs	893 (8.6)	518 (8.2)	203 (10.1)	
Άγνωστο	172 (1.6)	79 (1.3)	17 (0.8)	
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα				
Αγράμματος ή το πολύ 2 τάξεις δημοτικού	314 (3.0)	123 (2.0)	26 (1.3)	<0.001
Δημοτικό	4331 (41.5)	2598 (41.3)	729 (36.4)	
Γυμνάσιο	1853 (17.8)	1190 (18.9)	373 (18.6)	
Λύκειο	1354 (13.0)	871 (13.9)	315 (15.7)	
Ανώτερη Εκ.	957 (9.2)	601 (9.6)	233 (11.6)	
> 12 yrs	1370 (13.1)	800 (12.7)	303 (15.1)	
Άγνωστο	254 (2.4)	101 (1.6)	25 (1.2)	
Μητέρα καπνίστρια κατά τον τελευταίο χρόνο πριν την εγκυμοσύνη				
Ναι	2472 (23.7)	1479 (23.5)	428 (21.4)	0.071

Χαρακτηριστικό	1983 (N=10.433)	1990 (N=6.284)	2001 (N=2.004)	p-value
Όχι	7961 (76.3)	4805 (76.5)	1576 (78.6)	
Φύλο				
Αγόρι	5477 (52.5)	3274 (52.1)	908 (45.3)	<0.001
Κορίτσι	4923 (47.2)	3010 (47.9)	1096 (54.7)	
Ακαθόριστο	5 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Άγνωστο	28 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Ομάδα Ηλικίας Κύησης				
Τελειόμηνο	9911 (95.0)	5990 (95.3)	1911 (95.4)	0.86
Οριακά πρόωρο	382 (3.7)	215 (3.4)	70 (3.5)	
Πρόωρο	140 (1.3)	79 (1.3)	23 (1.1)	
Ηλικία Μητέρας				
N	10395	6277	2002	0.44
Μέσος (95% ΔΕ)	25.7 (25.6-25.8)	25.8 (25.6-26.0)	25.9 (25.6-26.1)	
Διάμεσος (Ελάχ.-Μεγ.)	25.0 (14.0-46.0)	25.0 (15.0-46.0)	25.0 (15.0-46.0)	
Ηλικία Πατέρα				
N	10257	6235	1898	0.14
Μέσος (95% ΔΕ)	31.3(31.2– 31.4)	31.3(31.2– 31.5)	31.5(31.3– 31.8)	
Διάμεσος (Ελάχ.-Μέγ.)	30.0 (16.0-63.0)	30.0 (18.0-63.0)	30.0 (18.0-63.0)	
Βαθμολογία κατά Αργα το 1^ο λεπτό				
N	10017	6059	1927	0.96
Μέσος (95% ΔΕ)	8.4 (8.37, 8.42)	8.4 (8.38-8.44)	8.4 (8.33-8.44)	
Διάμεσος (Ελάχ.-Μέγ.)	8.0 (0.0-10.0)	8.0 (0.0-10.0)	8.0 (0.0-10.0)	
Βαθμολογία κατά Αργα το 5^ο λεπτό				
N	9878	5982	1899	0.35
Μέσος (95% ΔΕ)	9.7 (9.71-8.75)	9.7 (9.71-9.76)	9.7 (9.70 – 9.78)	
Διάμεσος (Ελάχ.-Μέγ.)	10.0 (0.0-10.0)	10.0 (0.0-10.0)	10.0 (0.0-10.0)	
Ύψος νεογνού				
N	9952	5994	1892	0.12
Μέσος (95% ΔΕ)	50.7 (50.6-50.7)	50.7 (50.6-50.8)	50.6 (50.5-50.7)	
Διάμεσος (Ελάχ.-Μέγ.)	50.0(30.0– 60.0)	51.0(30.0- 60.0)	50.0 (33.0-60.0)	
Βάρος νεογνού				
N	10414	6277	2001	0.51
Μέσος (95% ΔΕ)	3365(3356-3375)	3378(3365- 3390)	3373(3352-3394)	
Διάμεσος (Ελάχ.-Μέγ.)	3400(1000- 5600)	3400(1000- 5600)	3380(1020- 5150)	
Περίμετρος Κεφαλής				
N	9713	5853	1844	0.36
Μέσος (95% ΔΕ)	34.3(34.2– 34.3)	34.3(34.2- 34.3)	34.3(34.2– 34.3)	
Διάμεσος (Ελάχ.-Μέγ.)	34.0(20.0– 40.0)	34.0(20.0-40.0)	34.0(22.0- 39.0)	

Πίνακας 2: Απαντήσεις ερωτηματολογίου 1983 για το σύνολο των παιδιών

Ερώτηση	N (%)
Γενικές πληροφορίες	
Τόπος κατοικίας	
Αστική περιοχή	7164 (65.2)
Αγροτική περιοχή	2796 (25.5)
Άγνωστο	1028 (9.4)
Ποιος προσέχει το μωρό στο σπίτι	
Μητέρα	6553 (59.6)
Μητέρα & Γιαγιά	2982 (27.1)
Μητέρα & αμειβόμενο πρόσωπο	481 (4.4)
Μητέρα & παιδικός σταθμός	117 (1.1)
Άλλος	58 (0.5)
Δεν απάντησαν	797 (7.3)
Ηλικία Μητέρας	
N	10925
Μέσος (95% ΔΕ)	25.8 (25.7-25.9)
Διάμεσος (Ελάχιστο-Μέγιστο)	25.0 (14.0-46.0)
Ηλικία Πατέρα	
N	10761
Μέσος (95% ΔΕ)	31.3 (31.2-31.4)
Διάμεσος (Ελάχιστο-Μέγιστο)	30.0 (16.0-63.0)
Μόρφωση μητέρας	
Αγράμματη ή το πολύ 2 τάξεις δημοτικού	399 (3.6)
Δημοτικό	4702 (42.8)
Γυμνάσιο	1919 (17.5)
Λύκειο	2154 (19.6)
Ανώτ. Εκπαίδευση	664 (6.0)
> 12 έτη	935 (8.5)
Δεν απάντησαν	215 (2.0)
Μόρφωση πατέρα	
Αγράμματος ή το πολύ 2 τάξεις δημοτικού	351 (3.2)
Δημοτικό	4556 (41.5)
Γυμνάσιο	1937 (17.6)
Λύκειο	1419 (12.9)
Ανώτ. Εκπαίδευση	991 (9.0)
> 12 έτη	1426 (13.0)

Ερώτηση	N (%)
Δεν απάντησαν	308 (2.8)
Παρακολούθηση, παθολογία εγκυμοσύνης και τοκετός	
Νοσηλεία σε νοσοκομείο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης	
Ναι	582 (5.3)
Όχι	10380 (94.5)
Άγνωστο	26 (0.2)
Φαρμακευτική αγωγή κατά την εγκυμοσύνη	
Όχι	577 (5.3)
Βιταμίνες & σίδηρος μόνο	8460 (77.0)
Άλλα	823 (7.5)
Άγνωστο	1128 (10.3)
Πρόσληψη βάρους κατά την εγκυμοσύνη	
N	10096
Μέσος (95% ΔΕ)	13.3 (13.2-13.4)
Διάμεσος (Ελάχιστο-Μέγιστο)	13.0 (1.0-60.0)
Διαβήτης κύησης	
Ναι	29 (0.3)
Όχι	10933 (99.5)
Άγνωστο	26 (0.2)
Υπέρταση κατά την κύηση	
Ναι	10800 (98.3)
Όχι	162 (1.5)
Άγνωστο	26 (0.2)
Κάπνισμα τον τελευταίο χρόνο πριν κύηση	
Ναι	2611 (23.8)
Όχι	8351 (76.0)
Άγνωστο	26 (0.2)
Αλλαγή της συνήθειας του καπνίσματος κατά την κύηση	
Ναι	2146 (19.5)
Όχι	445 (4.0)
Μη καπνίστρια	8397 (76.4)
Πρόκληση τοκετού	
Αυθόρμητος	6620 (60.2)
Προκλητός	4008 (36.5)
Άγνωστο	360 (3.3)
Είδος τοκετού	
Φυσιολογικός	8163 (74.3)
Αναρροφητήρα	1178 (10.7)

Ερώτηση	N (%)
Εμβρυουλκία εισόδου	42 (0.4)
Εμβρυουλκία ευρυχωρίας	27 (0.2)
Εμβρυουλκία στενού	44 (0.4)
Προγραμματισμένη καισαρική	734 (6.7)
Επείγουσα καισαρική	647 (5.9)
Άλλο τρόπο	16 (0.1)
Άγνωστο	137 (1.2)
Δυσπραγία εμβρύου	
Ναι	497 (4.5)
Όχι	10451 (95.1)
Άγνωστο	40 (0.4)
Δυσπραγία μητέρας	
Ναι	186 (1.7)
Όχι	10770 (98.0)
Άγνωστο	32 (0.3)
Παράταση χρόνου τοκετού	
Ναι	554 (5.0)
Όχι	10404 (94.7)
Άγνωστο	30 (0.3)
Δυσαναλογία	
Ναι	329 (3.0)
Όχι	10626 (96.7)
Άγνωστο	33 (0.3)
Ανώμαλες θέσεις εμβρύου	
Ναι	382 (3.5)
Όχι	10577 (96.3)
Άγνωστο	29 (0.3)
Ανάγκη για ανάνηψη νεογνού	
Ναι	527 (4.8)
Όχι	3357 (30.6)
Μόνο αναρρόφηση των αεροφόρων οδών	6801 (61.9)
Άγνωστο	303 (2.8)
Υπεύθυνος την ώρα του τοκετού	
Μαιευτήρας	10015 (91.1)
Μαία	784 (7.1)
Άλλος γιατρός	53 (0.5)
Όχι εκπαιδευμένο πρόσωπο	20 (0.2)
Κανένας	13 (0.1)

Ερώτηση	N (%)
Άγνωστο	103 (0.9)
Νεογνό	
Φύλο	
Αγόρι	5781 (52.6)
Κορίτσι	5162 (47.0)
Ακαθόριστο	9 (0.1)
Άγνωστο	36 (0.3)
Βαθμολογία Apgar το 1^ο λεπτό	
N	10401
Μέσος	8.3 (8.29, 8.37)
Διάμεσος (Ελάχιστο-Μέγιστο)	8.0 (0.0-10.0)
Άγνωστο	587 (5.3)
Βαθμολογία Apgar το 5^ο λεπτό	
N	10253
Μέσος	9.68 (9.66, 9.70)
Διάμεσος (Ελάχιστο-Μέγιστο)	10.0 (0.0-10.0)
Άγνωστο	735 (6.7)
Έκλαψε το μωρό αμέσως μετά τον τοκετό?	
Ναι	10578 (96.3)
Όχι	241 (2.2)
Άγνωστο	169 (1.5)
Κατά τη διάρκεια της παραμονής στο μαιευτήριο παρουσίασε το νεογνό κανένα πρόβλημα ή παθολογικό σύμπτωμα?	
Ναι	1003 (9.1)
Όχι	9960 (90.6)
Άγνωστο	25 (0.2)
Αν ναι το πιο σημαντικό ήταν	
Αναπνευστική δυσχέρεια	295 (2.7)
Κυάνωση	84 (0.8)
Σπασμοί	6 (0.1)
Βαρύς ίκτερος	332 (3.0)
Νωθρότητα	92 (0.8)
Άλλο	189 (1.7)
Άγνωστο	9990 (90.9)
Θνησιμότητα νεογνού την περιγεννητική περίοδο	
Νεκρό	319 (2.9)
Ζωντανό	10669 (97.1)
Βάρος νεογνού	

Ερώτηση	N (%)
N	10947
Μέσος	3316.3 (3305.6, 3327.0)
Διάμεσος (Ελάχιστο-Μέγιστο)	3350.0 (500.0- 5600.0)
Κύηση	
Απλή κύηση	10799 (98.3)
Πολύδυμη	189 (1.7)
Συγγενείς ανωμαλίες	
Όχι	10837 (98.6)
Ναι	151 (1.4)
<i>Τύπος</i>	
Καρδιαγγειακή	25
Νευρικού συστήματος	20
Σκελετική	30
Χρωμοσωμική	23
Πολλαπλές	20
Άλλη	30
Άγνωστο	3
Ομάδα ηλικίας κύησης	
Πρόωρο	279 (2.5)
Οριακά πρόωρο	465 (4.2)
Τελειόμηνο	10244 (93.2)

Πίνακας 3: Απαντήσεις ερωτηματολογίου 1983, ανά ομάδα ηλικίας κύησης

Ερώτηση	Πρόωρα (n=279)	Οριακά Πρόωρα (n=465)	Τελειόμηνα (n=10244)	p-value
Γενικές πληροφορίες				
Τόπος κατοικίας				
Αστική περιοχή	169 (60.6)	305 (65.6)	6690 (65.3)	0.56
Αγροτική περιοχή	76 (27.2)	122 (26.24)	2598 (25.4)	
Άγνωστο	34 (12.2)	38 (8.2)	956 (9.3)	
Ποιάς προσέχει το μωρό στο σπίτι				
Μητέρα	147 (52.7)	256 (55.1)	6150 (60.0)	0.05
Μητέρα & Γιαγιά	62 (22.2)	128 (27.5)	2792 (27.3)	
Μητέρα- αμειβόμενο πρόσωπο	4 (1.4)	20 (4.3)	457 (4.5)	
Μητέρα- παιδικός σταθμός	5 (1.8)	7 (1.5)	105 (1.0)	
Άλλος	0 (0.0)	6 (1.3)	52 (0.5)	
Δεν απάντησαν	61 (21.9)	48 (10.3)	688 (6.7)	
Ηλικία μητέρας				
N	277	463	10185	
Μέσος (95% ΔΕ)	26.6 (26.0-27.3)	26.7 (26.2-27.3)	25.7 (25.6-25.8)	<0.001
Διάμεσος (Ελάχιστο- Μέγιστο)	25.0 (16.0-43.0)	26.0 (16.0-46.0)	25.0 (14.0-46.0)	
Ηλικία πατέρα				
N	269	452	10040	
Μέσος (95% ΔΕ)	32.4 (31.6-33.1)	31.9 (31.3-32.5)	31.3 (31.2-31.4)	0.003
Διάμεσος (Ελάχ-Μέγ)	32.0 (19.0-53)	31.0 (19.0-57.0)	30.0 (16.0-63.0)	
Μόρφωση μητέρας				
Αγράμματη/το πολύ 2 τάξεις δημοτικού	16 (5.7)	29 (6.2)	354 (3.5)	
Δημοτικό	122 (43.7)	211 (45.4)	4369 (42.6)	0.007
Γυμνάσιο	49 (17.6)	75 (16.1)	1795 (17.5)	
Λύκειο	48 (17.2)	67 (14.4)	2039 (19.9)	
Ανώτ. Εκπαίδευση	12 (4.3)	32 (6.9)	620 (6.1)	
> 12 έτη	24 (8.6)	38 (8.2)	873 (8.5)	
Δεν απάντησαν	8 (2.9)	13 (2.8)	194 (1.9)	
Μόρφωση πατέρα				
Αγράμματος/ το πολύ 2 τάξεις δημοτικού	13 (4.7)	23 (4.9)	315 (3.1)	0.22

Ερώτηση	Πρώωρα (n=279)	Οριακά Πρώωρα (n=465)	Τελειόμνηνα (n=10244)	p-value
Μόρφωση πατέρα				
Δημοτικό	118 (42.3)	191 (41.1)	4247 (41.5)	
Γυμνάσιο	50 (17.9)	73 (15.7)	1814 (17.7)	
Λύκειο	37 (13.3)	50 (10.8)	1332 (13.0)	
Ανώτ. Εκπαίδευση	19 (6.8)	43 (9.2)	929 (9.1)	
> 12 έτη	28 (10.0)	58 (12.5)	1340 (13.1)	
Δεν απάντησαν	14 (5.0)	27 (5.8)	267 (2.6)	
Παρακολούθηση, παθολογία εγκυμοσύνης και τοκετός				
Πρόσληψη βάρους κατά την κύηση				
N	228	410	9458	
Μέσος (95% ΔΕ)	10.0 (9.4-10.6)	12.3 (11.8-12.7)	13.4 (13.3-13.5)	<0.001
Διάμεσος (Ελαχ-Μέγ)	10.0 (1.0-26.0)	12 (3.0-40.0)	13.0 (1.0-60.0)	
Νοσηλεία κατά την κύηση				
Ναι	31 (11.1)	42 (9.0)	509 (5.0)	<0.001
Όχι	240 (86.0)	422 (90.8)	9718 (94.9)	
Άγνωστο	8 (2.9)	1 (0.2)	17 (0.2)	
Φαρμακευτική αγωγή κατά την κύηση				
Κανένα	23 (8.2)	31 (6.7)	523 (5.1)	<0.001
Βιταμίνες & σίδηρος	169 (60.6)	335 (72.0)	7956 (77.7)	
Άλλα	43 (15.4)	49 (10.5)	731 (7.1)	
Άγνωστο	44 (15.8)	50 (10.8)	1034 (10.1)	
Διαβήτης κύησης				
Ναι	2 (0.7)	5 (1.1)	22 (0.2)	0.003
Όχι	269 (96.4)	459 (98.7)	10205 (99.6)	
Άγνωστο	8 (2.9)	1 (0.2)	17 (0.2)	
Υπέρταση κύησης				
Ναι	6 (2.2)	18 (3.9)	138 (1.3)	<0.001
Όχι	265 (95.0)	446 (95.9)	10089 (98.5)	
Άγνωστο	8 (2.9)	1 (0.2)	17 (0.2)	
Κάπνισμα τον τελευταίο χρόνο πριν κύηση				
Ναι	84 (30.1)	136 (29.2)	2391 (23.3)	<0.001
Όχι	187 (67.0)	328 (70.5)	7836 (76.5)	
Άγνωστο	8 (2.9)	1 (0.2)	17 (0.2)	
Αλλαγή συνήθειας καπνίσματος κατά την κύηση				
Ναι	67 (24.0)	113 (24.3)	1966 (19.2)	0.23
Όχι	21 (7.5)	24 (5.2)	400 (3.9)	
Μη καπνίστρια	191 (68.5)	328 (70.5)	7878 (76.9)	

Ερώτηση	Πρώωρα (n=279)	Οριακά Πρώωρα (n=465)	Τελειόμηνα (n=10244)	p-value	
Πρόκληση τοκετού					
Αυθόρμητος	196 (70.3)	358 (77.0)	6122 (59.8)	<0.001	
Προκλητός	75 (26.9)	137 (29.5)	3796 (37.1)		
Άγνωστο	15 (5.4)	19 (4.1)	326 (3.2)		
Είδος τοκετού					
Φυσιολογικός	196 (70.3)	385 (77.0)	7609 (74.3)	<0.001	
Αναρροφητήρα	17 (6.1)	24 (5.2)	1137 (11.1)		
Εμβρυουλκία εισόδου	1 (0.4)	1 (0.2)	40 (0.4)		
Εμβρυουλκία ευρυχωρίας	0 (0.0)	0 (0.0)	27 (0.3)		
Εμβρυουλκία στενού	1 (0.4)	0 (0.0)	43 (0.4)		
Προγραμματισμένη καισαρική	19 (6.8)	26 (5.6)	689 (6.7)		
Επείγουσα καισαρική	29 (10.4)	51 (11.0)	567 (5.5)		
Άλλο τρόπο	5 (1.8)	1 (0.2)	10 (0.1)		
Άγνωστο	11 (3.9)	4 (0.9)	122 (1.2)		
Δυσπραγία εμβρύου					
Ναι	19 (6.8)	16 (3.4)	462 (4.5)		0.08
Όχι	253 (90.7)	447 (96.1)	9751 (95.2)		
Άγνωστο	7 (2.5)	2 (0.4)	31 (0.3)		
Δυσπραγία μητέρας					
Ναι	9 (3.2)	12 (2.6)	165 (1.6)	0.03	
Όχι	264 (94.6)	451 (97.0)	10055 (98.2)		
Άγνωστο	6 (2.2)	2 (0.4)	24 (0.2)		
Παράταση χρόνου τοκετού					
Ναι	6 (2.2)	8 (1.7)	540 (5.3)	<0.001	
Όχι	267 (95.7)	455 (97.8)	9682 (94.5)		
Άγνωστο	6 (2.2)	2 (0.4)	22 (0.2)		
Δυσαναλογία					
Ναι	3 (1.1)	10 (2.2)	316 (3.1)	0.09	
Όχι	270 (96.8)	452 (97.2)	9904 (96.7)		
Άγνωστο	6 (2.2)	3 (0.6)	24 (0.2)		
Ανώμαλες θέσεις εμβρύου					
Ναι	10 (3.6)	22 (4.7)	350 (3.4)	0.30	
Όχι	263 (94.3)	441 (94.8)	9873 (96.4)		
Άγνωστο	6 (2.1)	2 (0.4)	21 (0.2)		

Ερώτηση	Πρώωρα (n=279)	Οριακά Πρώωρα (n=465)	Τελειόμνηνα (n=10244)	p-value
Ανάγκη για ανάνηψη νεογνού				
Ναι	78 (28.0)	257 (55.3)	384 (3.7)	<0.001
Όχι	49 (17.6)	206 (44.3)	3172 (31.0)	
Μόνο αναρρόφηση των αεροφ. Οδών	83 (29.7)	239 (51.4)	6479 (63.2)	
Άγνωστο	69 (24.7)	25 (5.4)	209 (2.0)	
Υπεύθυνος την ώρα του τοκετού				
Μαιευτήρας	253 (90.7)	418 (89.9)	9344 (91.2)	0.05
Μαία	16 (5.7)	38 (8.2)	730 (7.1)	
Άλλος γιατρός	4 (1.4)	2 (0.4)	47 (0.5)	
Όχι εκπαιδευμένο πρόσωπο	2 (0.7)	2 (0.4)	16 (0.2)	
Κανένας	1 (0.4)	0 (0.0)	12 (0.1)	
Άγνωστο	3 (1.1)	5 (1.1)	95 (0.9)	
Νεογνό				
Φύλο				
Αγόρι	152 (54.4)	257 (55.3)	5372 (52.4)	0.34
Κορίτσι	123 (44.1)	206 (44.3)	4833 (47.2)	
Ακαθόριστο	1 (0.4)	0 (0.0)	8 (0.1)	
Άγνωστο	3 (1.1)	2 (0.4)	31 (0.3)	
Βαθμολογία Αργαυ κατά το 1^ο λεπτό				
N	195	418	9788	<0.001
Μέσος	6.9 (6.6, 7.2)	7.9 (7.77, 8.0)	8.4 (8.38, 8.43)	
Διάμεσος (Ελάχιστο-Μέγιστο)	8.0 (0.0-10.0)	8.0 (0.0-10.0)	8.0 (0.0-10.0)	
Βαθμολογία Αργαυ κατά το 5^ο λεπτό				
N	191	412	9650	<0.001
Μέσος	8.3 (8.0-8.7)	9.3 (9.1-9.4)	9.7 (9.71-9.75)	
Διάμεσος (Ελάχιστο-Μέγιστο)	9.0 (0.0-10.0)	10.0 (0.0-10.0)	10.0 (0.0-10.0)	
Έκλαψε το μωρό αμέσως μετά τον τοκετό?				
Ναι	171 (61.3)	431 (92.7)	9976 (97.4)	<0.001
Όχι	461 (16.5)	17 (3.7)	178 (1.7)	
Άγνωστο	62 (22.2)	17 (3.7)	90 (0.9)	
Κατά τη διάρκεια της παραμονής στο μαιευτήριο παρουσίασε το νεογνό κανένα πρόβλημα ή παθολογικό σύμπτωμα?				
Ναι	99 (35.5)	96 (20.6)	808 (7.9)	<0.001

Ερώτηση	Πρόωρα (n=279)	Οριακά Πρόωρα (n=465)	Τελειόμηνα (n=10244)	p-value
Όχι	173 (62.0)	368 (79.1)	9419 (91.9)	
Άγνωστο	7 (2.5)	1 (0.2)	17 (0.2)	
Αν ναι το πιο σημαντικό ήταν				
Αναπνευστική δυσχέρεια	69 (24.7)	48 (10.3)	178 (1.7)	<0.001
Κυάνωση	11 (3.9)	10 (2.2)	63 (0.6)	
Σπασμοί	0 (0.0)	0(0.0)	6 (0.1)	
Βαρύς ίκτερος	4 (1.4)	22 (4.7)	306 (3.0)	
Νωθρότητα	2 (0.7)	10 (2.2)	80 (0.8)	
Άλλο	13 (4.7)	21 (4.5)	155 (1.5)	
Κανένα πρόβλημα	180 (64.5)	3545 (76.1)	9456 (92.3)	
Θνησιμότητα νεογνού την περιγεννητική περίοδο				
Νεκρό	121 (43.4)	30 (6.4)	168 (1.6)	<0.001
Ζωντανό	158 (56.6)	435 (93.6)	10076 (98.4)	
Συγγενείς ανωμαλίες				
Ναι	15 (5.4)	16 (3.4)	120 (1.2)	<0.001
Όχι	261 (94.6)	449 (96.6)	10124 (98.8)	
Τύπος				
Καρδιαγγειακή	1 (0.1)	3 (0.2)	21 (0.2)	
Νευρικού συστήματος	2 (0.1)	1 (0.1)	17 (0.1)	
Σκελετική	0 (0.0)	3 (0.2)	27 (0.2)	
Χρωμοσωμική	2 (0.1)	3 (0.2)	18 (0.1)	
Πολλαπλές	5 (0.3)	3 (0.2)	12 (0.1)	
Άλλη	5 (0.3)	3 (0.2)	22 (0.2)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.03)	
Βάρος				
N	276	465	10206	<0.001
Μέσος	1724.9 1823.5)	(1629.3- 2699.9 (2645.0-2754.8)	3387.4 3396.6)	(3378.2-
Διάμεσος (Ελάχ-Μέγ)	1610.0 4100.0)	(500.0- 3400 (500.0-4.500)	3400 (500.0-5600.0)	
Τύπος κήσης				
Απλή	256 (89.6)	413(88.8)	10136 (99.0)	<0.001
Πολύδυμη	29 (10.4)	52 (11.2)	108 (1.0)	

Πίνακας 4: Απαντήσεις ερωτηματολογίου 1990 για το σύνολο του πληθυσμού

Ερώτηση	N (%)
Δομή της οικογένειας	
Με ποιόν ζει το παιδί	
Και με τους 2 φυσικούς γονείς	5581 (91.5)
Μόνο με τη φυσική μητέρα	235 (3.9)
Μόνο με τον φυσικό πατέρα	56 (0.9)
Κανέναν από τους φυσικούς γονείς	39 (0.6)
Άλλο	183 (3.0)
Άγνωστο	5 (0.1)
Αποχωρισμός από τον 1 γονέα για τουλάχιστον 6 μήνες	
Όχι	5616 (92.1)
Ναι, στο παρελθόν	246 (4.0)
Ναι, μέχρι σήμερα	235 (3.9)
Άγνωστο	2 (0.0)
Λόγος για αποχωρισμό από τον 1 γονέα για τουλάχιστον 6 μήνες	
Θάνατος	35 (7.0)
Διαζύγιο	91 (18.1)
Διάλυση γάμου	62 (12.3)
Προβλήματα υγείας	14 (2.8)
Επαγγελματικοί λόγοι	239 (47.5)
Άλλοι λόγοι	28 (5.6)
Άγνωστο	34 (6.8)
Κατά τη διάρκεια του αποχωρισμού με ποιόν μένει το παιδί	
Μητέρα	344 (68.4)
Πατέρας	22 (4.4)
Δεν βλέπει καθόλου τον 1 γονέα	80 (15.9)
Άγνωστο	57 (11.3)
Ιατρικό ιστορικό του παιδιού	
Φορές που νοσηλεύτηκε το παιδί στο νοσοκομείο μέχρι τα 7 έτη	
1	1241 (68.2)
2	321 (17.7)
3	109 (6.0)
4	72 (4.0)
Άγνωστο	76 (4.2)
Κινητική & αισθητηριακή ανάπτυξη	
Καθυστερήση στην κινητική ανάπτυξη	
Όχι	5933 (97.3)
Ναι	95 (1.6)
Άγνωστο	71 (1.2)
Περπατάει μόνο του στην ηλικία των 2 ετών	

Ερώτηση	N (%)
Όχι	112 (1.8)
Ναι	5909 (96.9)
Άγνωστο	78 (1.3)
Γράφει το ονοματεπώνυμό του	
Όχι	59 (1.0)
Ναι	6030 (98.9)
Άγνωστο	10 (0.2)
Γράφει τους αριθμούς από το 1-9	
Όχι	81 (1.3)
Ναι	5996 (98.3)
Άγνωστο	22 (0.4)
Μετράει από το 1-10	
Όχι	363 (6.0)
Ναι	5640 (92.5)
Άγνωστο	96 (1.6)
Γνωρίζει τις μέρες της εβδομάδας	
Όχι	167 (2.7)
Ναι	5916 (97.0)
Άγνωστο	16 (0.3)
Προβλήματα λόγου και ομιλίας	
Όχι	5600 (91.8)
Ναι	499 (8.2)
<i>Δεν προφέρει καθαρά λέξεις</i>	
Όχι	5986 (98.1)
Ναι	113 (1.9)
<i>Δεν προφέρει σύμφωνα</i>	
Όχι	5747 (94.2)
Ναι	352 (5.8)
<i>Τραυλίζει</i>	
Όχι	6067 (99.5)
Ναι	32 (0.5)
<i>Δύσκολα το καταλαβαίνουν</i>	
Όχι	6060 (99.4)
Ναι	39 (0.6)
Άλλο	
Όχι	6082 (99.7)
Ναι	17 (0.3)
Παρούσα κινητική μειοπραγία	

Ερώτηση	N (%)
Όχι	6068 (99.5)
Ναι	31 (0.5)
<hr/>	
<i>Δύο πόδια</i>	4 (12.9)
<i>Αριστερό χέρι</i>	4 (12.9)
<i>Αριστερό πόδι</i>	3 (9.7)
<i>Δεξί χέρι</i>	3 (9.7)
<i>Δεξί πόδι</i>	11 (35.5)
<i>Σε ολόκληρο το σώμα</i>	6 (19.4)
<hr/>	
Υγεία του παιδιού	
Λήψη συστηματικής φαρμακευτικής αγωγής	
Όχι	6007 (98.5)
Ναι	92 (1.5)
<hr/>	
<i>Τον τελευταίο μήνα</i>	21 (22.8)
<i>Τους τελευταίους 3 μήνες</i>	18 (19.6)
<i>Τους τελευταίους 6 μήνες</i>	30 (32.6)
<i>Τους τελευταίους 12 μήνες</i>	23 (25.0)
<hr/>	
Εξωσχολικές δραστηριότητες	
Ώρες που αφιερώνει στο διάβασμα/ημέρα	
0	516 (8.5)
1	1386 (22.7)
2	2763 (45.3)
3	1053 (17.3)
4	376 (6.2)
Άγνωστο	5 (0.1)
<hr/>	
Μέρες που αφιερώνει στο διάβασμα/εβδομάδα	
0	195 (3.2)
1	84 (1.4)
2	142 (2.3)
3	88 (1.4)
4	80 (1.3)
5	1818 (29.8)
6	1987 (32.6)
7	1515 (24.8)
Άγνωστο	190 (3.1)
<hr/>	
Ποιός βοηθάει το παιδί με τα μαθήματα	
Και οι 2 γονείς	1268 (20.8)
Μητέρα	2766 (45.4)
Πατέρας	96 (1.6)
Κανείς	288 (4.7)
Άλλος	1681 (27.6)

Ερώτηση	N (%)
Προσχολική ηλικία – Νηπιαγωγείο	
Παιδικός σταθμός	
Ναι, συχνά	1956 (32.1)
Ναι, κάποιες φορές	205 (3.4)
Ποτέ	3660 (60.0)
Άγνωστο	278 (4.6)
Νηπιαγωγείο	
Ναι, συχνά	5383 (88.3)
Ναι, κάποιες φορές	110 (1.8)
Ποτέ	489 (8.0)
Άγνωστο	117 (1.9)
Απαιτούμενος χρόνος για την προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο (γονείς)	
Λιγότερο από 1 μήνα	4906 (80.4)
1-3 μήνες	686 (11.2)
Δεν έχει προσαρμοστεί ακόμα	507 (8.3)
Απαιτούμενος χρόνος για την προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο (δάσκαλοι)	
Λιγότερο από 1 μήνα	4484 (73.5)
1-3 μήνες	612 (10.0)
Δεν έχει προσαρμοστεί ακόμα	1003 (16.4)
Συμπεριφορά του παιδιού	
Βρέχεται στο κρεβάτι (τους τελευταίους 6 μήνες)	
Όχι	5576 (91.4)
Ναι	523 (8.6)
1 φορά το μήνα	187 (35.7)
1 φορά την εβδομάδα	105 (20.1)
Τις περισσότερες νύχτες	135 (25.8)
Κάθε νύχτα	96 (18.4)
Λερώνεται πάνω του (τους τελευταίους 6 μήνες)	
Όχι	5915 (97.0)
Ναι	184 (3.0)
1 φορά το μήνα	126 (68.5)
1 φορά την εβδομάδα	34 (18.5)
Τις περισσότερες ημέρες	24 (13.0)
Προβλήματα ύπνου (τους τελευταίους 6 μήνες)	
Όχι	5250 (86.1)
Ναι	849 (13.9)
Δεν πηγαίνει νωρίς στο κρεβάτι	128 (15.1)
Ξυπνά τη νύχτα	111 (13.1)

Ερώτηση	N (%)
<i>Ξυπνάει νωρίς το πρωί</i>	131 (15.4)
<i>Εφιάλτες/κραυγές</i>	120 (14.1)
<i>Μιλά, τρίζει δόντια</i>	263 (31.0)
<i>Υπνοβατεί</i>	61 (7.2)
<i>Άλλο</i>	35 (4.1)
Δυσκολία συγκέντρωσης (γονείς)	
Ποτέ	4024 (66.0)
Σπάνια	1238 (20.3)
Συχνά	767 (12.6)
Άγνωστο	70 (1.1)
Δυσκολία συγκέντρωσης (δάσκαλοι)	
Ποτέ	3881 (63.6)
Σπάνια	1339 (22.0)
Συχνά	846 (13.9)
Άγνωστο	33 (0.5)
Προσπαθεί μόνο του (γονείς)	
Ποτέ	1206 (19.8)
Σπάνια	1498 (24.6)
Συχνά	3307 (54.2)
Άγνωστο	88 (1.4)
Προσπαθεί μόνο του (δάσκαλοι)	
Ποτέ	1677 (27.5)
Σπάνια	1710 (28.0)
Συχνά	2603 (42.7)
Άγνωστο	109 (1.8)
Το κοροϊδεύουν (γονείς)	
Ποτέ	4492 (73.7)
Σπάνια	983 (16.1)
Συχνά	424 (7.0)
Άγνωστο	200 (3.3)
Το κοροϊδεύουν (δάσκαλοι)	
Ποτέ	4791 (78.6)
Σπάνια	919 (15.1)
Συχνά	275 (4.5)
Άγνωστο	114 (1.9)
Καταστρέφει αντικείμενα (γονείς)	
Ποτέ	4182 (68.6)
Σπάνια	998 (16.4)

Ερώτηση	N (%)
Συχνά	881 (14.4)
Άγνωστο	38 (0.6)
Καταστρέφει αντικείμενα (δάσκαλοι)	
Ποτέ	4806 (78.8)
Σπάνια	818 (13.4)
Συχνά	392 (6.4)
Άγνωστο	83 (1.4)
Μίζερο, γκρινιάρικο (γονείς)	
Ποτέ	3795 (62.2)
Σπάνια	1383 (22.7)
Συχνά	891 (14.6)
Άγνωστο	30 (0.5)
Μίζερο, γκρινιάρικο (δάσκαλοι)	
Ποτέ	4413 (72.4)
Σπάνια	1166 (19.1)
Συχνά	460 (7.5)
Άγνωστο	60 (1.0)
Αδέξιο (γονείς)	
Ποτέ	3960 (64.9)
Σπάνια	1189 (19.5)
Συχνά	908 (14.9)
Άγνωστο	42 (0.7)
Αδέξιο (δάσκαλοι)	
Ποτέ	4505 (73.9)
Σπάνια	985 (16.2)
Συχνά	560 (9.2)
Άγνωστο	49 (0.8)
Ιδιαίτερα ανήσυχο (γονείς)	
Ποτέ	2926 (48.0)
Σπάνια	1462 (24.0)
Συχνά	1658 (27.2)
Άγνωστο	53 (0.9)
Ιδιαίτερα ανήσυχο (δάσκαλοι)	
Ποτέ	3330 (54.6)
Σπάνια	1585 (26.0)
Συχνά	1058 (17.3)
Άγνωστο	126 (2.1)
Ευερέθιστο (γονείς)	
Ποτέ	2260 (37.1)

Ερώτηση	N (%)
Σπάνια	1742 (28.6)
Συχνά	2067 (33.9)
Άγνωστο	30 (0.5)
Ευερέθιστο (δάσκαλοι)	
Ποτέ	3114 (51.1)
Σπάνια	1789 (29.3)
Συχνά	1145 (18.8)
Άγνωστο	51 (0.8)
Τικ (γονείς)	
Ποτέ	5863 (96.1)
Σπάνια	108 (1.8)
Συχνά	86 (1.4)
Άγνωστο	42 (0.7)
Τικ (δάσκαλοι)	
Ποτέ	5852 (96.0)
Σπάνια	106 (1.7)
Συχνά	77 (1.3)
Άγνωστο	64 (1.0)
Ανυπάκουο (γονείς)	
Ποτέ	3703 (60.7)
Σπάνια	1591 (26.1)
Συχνά	771 (12.6)
Άγνωστο	34 (0.6)
Ανυπάκουο (δάσκαλοι)	
Ποτέ	4236 (69.5)
Σπάνια	1288 (21.1)
Συχνά	547 (9.0)
Άγνωστο	28 (0.5)
«Δύσκολο παιδί» (γονείς)	
Ποτέ	4250 (69.7)
Σπάνια	918 (15.1)
Συχνά	745 (12.2)
Άγνωστο	186 (3.0)
«Δύσκολο παιδί» (δάσκαλοι)	
Ποτέ	4649 (76.2)
Σπάνια	816 (13.4)
Συχνά	496 (8.1)
Άγνωστο	138 (2.3)
Γονείς – Οικογενειακό περιβάλλον	

Ερώτηση	N (%)
Επάγγελμα μητέρας	
Οικιακά	3617 (59.3)
Δημόσια υπάλληλος	733 (12.0)
Ιδιωτική υπάλληλος	563 (9.2)
Ναυτικός	266 (4.4)
Έμπορος	265 (4.3)
Βιομηχανική εργάτρια	241 (4.0)
Τεχνίτρια	108 (1.8)
Αγρότισσα	91 (1.5)
Εργάτρια	66 (1.1)
Στρατιωτικός	17 (0.3)
Άγνωστο	132 (2.2)
Επάγγελμα πατέρα	
Δημόσιος υπάλληλος	1260 (20.7)
Ιδιωτικός υπάλληλος	872 (14.3)
Εργάτης	960 (15.7)
Έμπορος	564 (9.2)
Βιομηχανικός εργάτης	531 (8.7)
Αγρότης	515 (8.4)
Ναυτικός	444 (7.3)
Στρατιωτικός	401 (6.6)
Τεχνίτης	276 (4.5)
Άγνωστο	276 (4.5)
Όταν η μητέρα εργάζεται ποιός προσέχει το παιδί	
Συνήθως πηγαίνει σχολείο	2219 (36.4)
Παππούς-γιαγιά	187 (3.1)
Πατέρας	126 (2.1)
Μεγαλύτερα αδέρφια	56 (0.9)
Ακολουθεί τη μητέρα	55 (0.9)
Συγγενείς	32 (0.5)
Πρόσωπο με αμοιβή	24 (0.4)
Διαφορετικά πρόσωπα κάθε φορά	11 (0.2)
Μένει μόνο του σπίτι	9 (0.1)
Άγνωστο	3380 (55.4)
Απόδοση στο σχολείο	
Αντίληψη περιβάλλοντος	
Άριστα	1577 (25.9)
Πολύ καλά	2483 (40.7)
Καλά	1552 (25.4)

Ερώτηση	N (%)
Μέτρια	338 (5.5)
Πολύ φτωχά	88 (1.4)
Ασαφής γνώμη	61 (1.0)
Προφορικός λόγος-Ανάγνωση	
Άριστα	1741 (28.5)
Πολύ καλά	2221 (36.4)
Καλά	1391 (22.8)
Μέτρια	446 (7.3)
Πολύ φτωχά	231 (3.8)
Ασαφής γνώμη	69 (1.1)
Συνθετική ικανότητα	
Άριστα	1104 (18.1)
Πολύ καλά	2276 (37.3)
Καλά	1765 (28.9)
Μέτρια	610 (10.0)
Πολύ φτωχά	278 (4.6)
Ασαφής γνώμη	66 (1.1)
Αριθμητική	
Άριστα	1554 (25.5)
Πολύ καλά	2306 (37.8)
Καλά	1496 (24.5)
Μέτρια	463 (7.6)
Πολύ φτωχά	214 (3.5)
Ασαφής γνώμη	66 (1.1)
Δυσκολία στις λεπτές κινήσεις	
Όχι	5331 (87.4)
Ναι	107 (1.8)
Ίσως	299 (4.9)
Άγνωστο	362 (5.9)
Αδεξιότητα	
Όχι	5299 (86.9)
Ναι	127 (2.1)
Ίσως	270 (4.4)
Άγνωστο	403 (6.6)
Υπερκινητικότητα	
Όχι	4503 (73.8)
Ναι	636 (10.4)
Ίσως	565 (9.3)

Ερώτηση	N (%)
Άγνωστο	395 (6.5)
Εξαρτημένο από τη μητέρα του	
Όχι	4738 (77.7)
Ναι	141 (2.3)
Ίσως	700 (11.5)
Άγνωστο	520 (8.5)
Δυσκολία στην επικοινωνία (προβλήματα λόγου)	
Όχι	5417 (88.8)
Ναι	109 (1.8)
Ίσως	185 (3.0)
Άγνωστο	388 (6.4)
Αφηρημένο (πιθανά προβλήματα ακοής)	
Όχι	5178 (84.9)
Ναι	146 (2.4)
Ίσως	387 (6.3)
Άγνωστο	388 (6.4)
Προβλήματα μάθησης	
Όχι	4411 (72.3)
Ναι	1269 (20.8)
Άγνωστο	419 (6.9)
Έχει εξεταστεί από ειδικό	
Όχι	61 (1.0)
Ναι	5494 (90.1)
Άγνωστο	544 (8.9)
Χρειάζεται «παράλληλη στήριξη» στο σχολείο	
Όχι	5766 (94.5)
Ναι	37 (0.6)
Άγνωστο	296 (4.9)

Πίνακας 5: Απαντήσεις ερωτηματολογίου 1990, ανά ηλικία κύησης

Ερώτηση	Πρόωρα (n=113)	Οριακά Πρόωρα (n=406)	Τελειόμηνα (n=5580)	p-value
Δομή της οικογένειας				
Με ποιόν ζει το παιδί				
Και με τους 2 φυσικούς γονείς	96 (85.0)	365 (89.9)	5120 (91.8)	<0.001
Μόνο με τη φυσική μητέρα	7 (6.2)	23 (5.7)	205 (3.7)	
Μόνο με τον φυσικό πατέρα	3 (2.7)	3 (0.7)	50 (0.9)	
Κανέναν από τους φυσικούς γονείς	1 (0.9)	0 (0.0)	38 (0.7)	
Άλλο	6 (5.3)	15 (3.7)	162 (2.9)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.1)	
Αποχωρισμός από 1 γονέα για τουλάχιστον 6 μήνες				
Όχι	99 (87.6)	367 (90.4)	5150 (92.3)	0.19
Ναι, στο παρελθόν	8 (7.1)	22 (5.4)	216 (3.9)	
Ναι, μέχρι σήμερα	6 (5.3)	17 (4.2)	212 (3.8)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.0)	
Λόγος για αποχωρισμό από 1 γονέα για τουλάχιστον 6 μήνες				
Θάνατος	3 (21.4)	2 (4.6)	30 (6.7)	0.26
Διαζύγιο	1 (7.1)	9 (20.5)	81 (18.2)	
Διάλυση γάμου	3 (21.4)	7 (15.9)	52 (11.7)	
Προβλήματα υγείας	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (3.2)	
Επαγγελματικοί λόγοι	5 (35.7)	20 (45.5)	214 (48.1)	
Άλλοι λόγοι	2 (14.3)	1 (2.3)	25 (5.6)	
Άγνωστο	0 (0.0)	5 (11.4)	29 (6.5)	
Κατά τη διάρκεια του αποχωρισμού με ποιον μένει το παιδί				
Μητέρα	10 (71.4)	31 (70.5)	303 (68.1)	0.91
Πατέρας	0 (0.0)	1 (2.3)	21 (4.7)	
Δεν βλέπει καθόλου τον 1 γονέα	3 (21.4)	8 (18.2)	69 (15.5)	
Άγνωστο	1 (7.1)	4 (9.1)	52 (11.7)	
Ιατρικό ιστορικό του παιδιού				
Φορές που νοσηλεύτηκε το παιδί στο νοσοκομείο μέχρι τα 7 έτη				
1	32 (65.3)	97 (65.1)	1112 (68.6)	0.09
2	5 (10.2)	31 (20.8)	285 (17.6)	
3	5 (10.2)	9 (6.0)	95 (5.9)	
4	6 (12.2)	6 (4.0)	60 (3.7)	
Άγνωστο	1 (2.0)	6 (4.0)	69 (4.3)	

Ερώτηση	Πρώωρα (n=113)	Οριακά Πρώωρα (n=406)	Τελειόμνηνα (n=5580)	p-value
Είδος εγχείρησης που αναφέρθηκε				
Αμυγδαλές	7 (25.0)	18 (25.0)	184 (23.4)	0.39
Αδενοειδείς εκβλαστήσεις	4 (14.3)	8 (11.1)	173 (22.0)	
Κήλη	9 (32.1)	17 (23.6)	116 (14.8)	
Ορθοπεδική επέμβαση	2 (7.1)	8 (11.1)	69 (8.8)	
Φίμωση	2 (7.1)	4 (5.6)	69 (8.8)	
Σκωληκοειδίτιδα	2 (7.1)	6 (8.3)	49 (6.2)	
Στραβισμός	0 (0.0)	2 (2.8)	24 (3.1)	
Διάνοιξη ρινοδακρυικού πόρου	0 (0.0)	1 (1.4)	10 (1.3)	
Πολλαπλές επεμβάσεις	0 (0.0)	1 (1.4)	6 (0.8)	
Μυριγγοτομή	1 (3.6)	0 (0.0)	5 (0.6)	
Άλλο	1 (3.6)	7 (9.7)	80 (10.2)	
Κινητική & Αισθητηριακή ανάπτυξη				
Καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη				
Όχι	104 (92.0)	391 (96.3)	5438 (97.5)	<0.001
Ναι	8 (7.1)	11 (2.7)	76 (1.4)	
Άγνωστο	1 (0.9)	4 (1.0)	66 (1.2)	
Περπατάει μόνο του στην ηλικία των 2 ετών				
Όχι	3 (2.7)	7 (1.7)	102 (1.8)	0.80
Ναι	109 (96.5)	394 (97.0)	5406 (96.9)	
Άγνωστο	1 (0.9)	5 (1.2)	72 (1.3)	
Γράφει το ονοματεπώνυμό του				
Όχι	2 (1.8)	5 (1.2)	52 (0.9)	0.56
Ναι	110 (97.3)	401 (98.8)	5519 (98.9)	
Άγνωστο	1 (0.9)	0 (0.0)	9 (0.2)	
Γράφει τους αριθμούς από το 1-9				
Όχι	4 (3.5)	7 (1.7)	70 (1.3)	0.09
Ναι	109 (96.5)	398 (98.0)	5489 (98.4)	
Άγνωστο	0 (0.0)	1 (0.2)	21 (0.4)	
Μετράει από το 1-10				
Όχι	16 (14.2)	29 (7.1)	318 (5.7)	<0.001
Ναι	96 (85.0)	369 (90.9)	5175 (92.7)	
Άγνωστο	1 (0.9)	8 (2.0)	87 (1.6)	
Γνωρίζει τις μέρες της εβδομάδας				
Όχι	8 (7.1)	16 (3.9)	143 (2.6)	0.005

Ερώτηση	Πρόωρα (n=113)	Οριακά Πρόωρα (n=406)	Τελειόμηνα (n=5580)	p-value
Ναι	105 (92.9)	390 (96.1)	5421 (97.2)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (0.3)	
Προβλήματα λόγου και ομιλίας				
Όχι	103 (91.2)	366 (90.2)	5131 (92)	0.43
Ναι	10 (8.9)	40 (9.9)	449 (8.1)	
<i>Δεν προφέρει καθαρά λέξεις</i>				
Όχι	108 (95.6)	394 (97.0)	5484 (98.3)	0.03
Ναι	5 (4.4)	12 (3.0)	96 (1.7)	
<i>Δεν προφέρει σύμφωνα</i>				
Όχι	108 (95.6)	379 (93.3)	5260 (94.3)	0.62
Ναι	5 (4.4)	27 (6.7)	320 (5.7)	
<i>Τραυλίζει</i>				
Όχι	112 (99.1)	405 (99.8)	5550 (99.5)	0.64
Ναι	1 (0.9)	1 (0.2)	30 (0.5)	
<i>Δύσκολα το καταλαβαίνουν</i>				
Όχι	113 (100)	403 (99.3)	5544 (99.4)	0.67
Ναι	0	3 (0.7)	36 (0.6)	
<i>Άλλο</i>				
Όχι	112 (99.1)	406 (100.0)	5564 (99.7)	0.27
Ναι	1 (0.9)	0	16 (0.3)	
Παρούσα κινητική μειοπραγία				
Όχι	110 (97.3)	405 (99.8)	5553 (99.5)	0.004
Ναι	3 (2.7)	1 (0.2)	27(0.48)	
<i>Δύο πόδια</i>				
Αριστερό χέρι	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (14.8)	0.1143
Αριστερό πόδι	0 (0.0)	1 (100.0)	2 (7.4)	
Δεξί χέρι	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (11.1)	
Δεξί πόδι	3 (100.0)	0 (0.0)	8 (29.6)	
Σε ολόκληρο το σώμα	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (22.2)	
Υγεία του παιδιού				
Λήψη συστηματικής φαρμακευτικής αγωγής				
Όχι	112 (99.1)	398 (98.0)	5497 (98.5)	0.64
Ναι	1 (0.9)	8 (2.0)	83 (1.5)	
<i>Τον τελευταίο μήνα</i>				
Τους τελευταίους 3 μήνες	1 (100.0)	2 (25.0)	15 (18.1)	0.41

Ερώτηση	Πρώωρα (n=113)	Οριακά Πρώωρα (n=406)	Τελειόμνηνα (n=5580)	p-value
<i>Τους τελευταίους 6 μήνες</i>	-	4 (50.0)	26 (31.3)	
<i>Τους τελευταίους 12 μήνες</i>	-	1 (12.5)	22 (26.5)	
Εξωσχολικές δραστηριότητες				
Ώρες που αφιερώνει στο διάβασμα/ημέρα				
0	10 (8.8)	42 (10.3)	464 (8.3)	0.84
1	24 (21.2)	94 (23.2)	1268 (22.7)	
2	51 (45.1)	180 (44.3)	2532 (45.4)	
3	22 (19.5)	71 (17.5)	960 (17.2)	
4	6 (5.3)	19 (4.7)	351 (6.3)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.1)	
Μέρες που αφιερώνει στο διάβασμα/εβδομάδα				
0	4 (3.5)	15 (3.7)	176 (3.2)	0.52
1	2 (1.8)	5 (1.2)	77 (1.4)	
2	1 (0.9)	12 (3.0)	129 (2.3)	
3	3 (2.7)	8 (2.0)	77 (1.4)	
4	2 (1.8)	6 (1.5)	72 (1.3)	
5	35 (31.0)	132 (32.5)	1651 (29.6)	
6	28 (24.8)	120 (29.6)	1839 (33.0)	
7	37 (32.7)	90 (22.2)	1388 (24.9)	
Άγνωστο	1 (0.9)	18 (4.4)	171 (3.1)	
Ποιός βοηθάει το παιδί με τα μαθήματα				
Και οι 2 γονείς	24 (21.2)	86 (21.2)	1158 (20.8)	0.83
Μητέρα	49 (43.4)	180 (44.3)	2537 (45.5)	
Πατέρας	3 (2.7)	9 (2.2)	84 (1.5)	
Κανείς	4 (3.5)	24 (5.9)	260 (4.7)	
Άλλος	33 (29.2)	107 (26.4)	1541 (27.6)	
Προσχολική ηλικία – Νηπιαγωγείο				
Παιδικός σταθμός				
Ναι, συχνά	29 (25.7)	127 (31.3)	1800 (32.3)	0.45
Ναι, κάποιες φορές	6 (5.3)	16 (3.9)	183 (3.3)	
Ποτέ	72 (63.7)	238 (58.6)	3350 (60.0)	
Άγνωστο	6 (5.3)	25 (6.2)	247 (4.4)	
Νηπιαγωγείο				
Ναι, συχνά	98 (86.7)	357 (87.9)	4928 (88.3)	0.35
Ναι, κάποιες φορές	4 (3.5)	5 (1.2)	101 (1.8)	

Ερώτηση	Πρόωρα (n=113)	Οριακά Πρόωρα (n=406)	Τελειόμνηνα (n=5580)	p-value
Ποτέ	9 (8.0)	40 (9.9)	440 (7.9)	
Άγνωστο	2 (1.8)	4 (1.0)	111 (2.0)	
Απαιτούμενος χρόνος για την προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο (γονείς)				
Λιγότερο από 1 μήνα	92 (81.4)	311 (76.6)	4503 (80.7)	0.19
1-3 μήνες	15 (13.3)	57 (14.0)	614 (11.0)	
Δεν έχει προσαρμοστεί ακόμα	6 (5.3)	38 (9.4)	463 (8.3)	
Απαιτούμενος χρόνος για την προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο (δάσκαλοι)				
Λιγότερο από 1 μήνα	81 (71.7)	285 (70.2)	4118 (73.8)	0.39
1-3 μήνες	15 (13.3)	48 (11.8)	549 (9.8)	
Δεν έχει προσαρμοστεί ακόμα	17 (15.0)	73 (18.0)	913 (16.4)	
Συμπεριφορά του παιδιού				
Βρέχεται στο κρεβάτι (τους τελευταίους 6 μήνες)				
Όχι	101 (89.4)	369 (90.9)	5106 (91.5)	0.48
Ναι	12 (10.6)	37 (9.1)	474 (8.5)	
1 φορά το μήνα	6 (50.0)	12 (32.4)	169 (35.7)	
1 φορά την εβδομάδα	0 (0.0)	7 (18.9)	98 (20.7)	
Τις περισσότερες νύχτες	2 (16.7)	10 (27.0)	123 (25.9)	
Κάθε νύχτα	4 (33.3)	8 (21.6)	84 (17.7)	
Λερώνεται πάνω του (τους τελευταίους 6 μήνες)				
Όχι	103 (91.2)	384 (94.6)	5428 (97.3)	<0.001
Ναι	10 (8.8)	22 (5.4)	152 (2.7)	
1 φορά το μήνα	5 (50.0)	13 (54.5)	108 (71.1)	
1 φορά την εβδομάδα	4 (40.0)	4 (18.2)	26 (17.1)	
Τις περισσότερες ημέρες	1 (10.0)	5 (22.7)	18 (11.8)	
Προβλήματα ύπνου (τους τελευταίους 6 μήνες)				
Όχι	96 (85.0)	349 (86.0)	4805 (86.1)	0.94
Ναι	17 (15.0)	57 (14.0)	775 (13.9)	
Δεν πηγαίνει νωρίς στο κρεβάτι	3 (17.6)	10 (17.5)	115 (14.8)	
Ξυπνά τη νύχτα	3 (17.6)	11 (19.3)	97 (12.5)	
Ξυπνάει νωρίς το πρωί	3 (17.6)	7 (12.3)	121 (15.6)	
Εφιάλτες/κραυγές	1 (5.9)	9 (15.8)	110 (14.2)	
Μιλά, τρίζει δόντια	4 (23.5)	16 (28.1)	243 (31.4)	
Υπνοβατεί	2 (11.8)	3 (5.3)	56 (7.2)	
Άλλο	1 (5.9)	1 (1.8)	33 (4.3)	
Δυσκολία συγκέντρωσης (γονείς)				

Ερώτηση	Πρόωρα (n=113)	Οριακά Πρόωρα (n=406)	Τελειόμηνα (n=5580)	p-value
Ποτέ	77 (68.1)	263 (64.8)	3684 (66.0)	0.045
Σπάνια	13 (11.5)	78 (19.2)	1147 (20.6)	
Συχνά	21 (18.6)	59 (14.5)	687 (12.3)	
Άγνωστο	2 (1.8)	6 (1.5)	62 (1.1)	
Δυσκολία συγκέντρωσης (δάσκαλοι)				
Ποτέ	68 (60.2)	245 (60.3)	3568 (63.9)	0.16
Σπάνια	23 (20.4)	88 (21.7)	1228 (22.0)	
Συχνά	22 (19.5)	68 (16.7)	756 (13.5)	
Άγνωστο	0 (0.0)	5 (1.2)	28 (0.5)	
Προσπαθεί μόνο του (γονείς)				
Ποτέ	27 (23.9)	81 (20.0)	1098 (19.7)	0.67
Σπάνια	29 (25.7)	107 (26.4)	1362 (24.4)	
Συχνά	56 (49.6)	213 (52.5)	3038 (54.4)	
Άγνωστο	1 (0.9)	5 (1.2)	82 (1.5)	
Προσπαθεί μόνο του (δάσκαλοι)				
Ποτέ	38 (33.6)	102 (25.1)	1537 (27.5)	0.25
Σπάνια	35 (31.0)	114 (28.1)	1561 (28.0)	
Συχνά	38 (33.6)	182 (44.8)	2383 (42.7)	
Άγνωστο	2 (1.8)	8 (2.0)	99 (1.8)	
Το κοροϊδεύουν (γονείς)				
Ποτέ	90 (79.6)	292 (71.9)	4110 (73.7)	0.21
Σπάνια	13 (11.5)	66 (16.3)	904 (16.2)	
Συχνά	9 (8.0)	38 (9.4)	377 (6.8)	
Άγνωστο	1 (0.9)	10 (2.5)	189 (3.4)	
Το κοροϊδεύουν (δάσκαλοι)				
Ποτέ	87 (77.0)	309 (76.1)	4395 (78.8)	0.37
Σπάνια	18 (15.9)	66 (16.3)	835 (15.0)	
Συχνά	7 (6.2)	25 (6.2)	243 (4.4)	
Άγνωστο	1 (0.9)	6 (1.5)	107 (1.9)	
Καταστρέφει αντικείμενα (γονείς)				
Ποτέ	71 (62.8)	283 (69.7)	3828 (68.6)	0.10
Σπάνια	16 (14.2)	60 (14.8)	922 (16.5)	
Συχνά	26 (23.0)	62 (15.3)	793 (14.2)	
Άγνωστο	0 (0.0)	1 (0.2)	37 (0.7)	
Καταστρέφει αντικείμενα (δάσκαλοι)				
Ποτέ	79 (69.9)	319 (78.6)	4408 (79.0)	0.01

Ερώτηση	Πρώωρα (n=113)	Οριακά Πρώωρα (n=406)	Τελειόμηνα (n=5580)	p-value
Σπάνια	19 (16.8)	53 (13.1)	746 (13.4)	
Συχνά	15 (13.3)	33 (8.1)	344 (6.2)	
Άγνωστο	0 (0.0)	1 (0.2)	82 (1.5)	
Μίζερο, γκρινιάρικο (γονείς)				
Ποτέ	59 (52.2)	247 (60.8)	3489 (62.5)	0.08
Σπάνια	37 (32.7)	90 (22.2)	1256 (22.5)	
Συχνά	17 (15.0)	67 (16.5)	807 (14.5)	
Άγνωστο	0 (0.0)	2 (0.5)	28 (0.5)	
Μίζερο, γκρινιάρικο (δάσκαλοι)				
Ποτέ	69 (61.1)	279 (68.7)	4065 (72.8)	0.02
Σπάνια	30 (26.5)	93 (22.9)	1043 (18.7)	
Συχνά	12 (10.6)	31 (7.6)	417 (7.5)	
Άγνωστο	2 (1.8)	3 (0.7)	55 (1.0)	
Αδέξιο (γονείς)				
Ποτέ	61 (54.0)	255 (62.8)	3644 (65.3)	0.01
Σπάνια	24 (21.2)	92 (22.7)	1073 (19.2)	
Συχνά	28 (24.8)	55 (13.5)	825 (14.8)	
Άγνωστο	0 (0.0)	4 (1.0)	38 (0.7)	
Αδέξιο (δάσκαλοι)				
Ποτέ	71 (62.8)	284 (70.0)	4150 (74.4)	0.007
Σπάνια	24 (21.2)	78 (19.2)	883 (15.8)	
Συχνά	18 (15.9)	42 (10.3)	500 (9.0)	
Άγνωστο	0 (0.0)	2 (0.5)	47 (0.8)	
Ιδιαίτερα ανήσυχο (γονείς)				
Ποτέ	58 (51.3)	206 (50.7)	2662 (47.7)	0.47
Σπάνια	20 (17.7)	93 (22.9)	1349 (24.2)	
Συχνά	33 (29.2)	105 (25.9)	1520 (27.2)	
Άγνωστο	2 (1.8)	2 (0.5)	49 (0.9)	
Ιδιαίτερα ανήσυχο (δάσκαλοι)				
Ποτέ	66 (58.4)	222 (54.7)	3042 (54.5)	0.62
Σπάνια	23 (20.4)	108 (26.6)	1454 (26.1)	
Συχνά	24 (21.2)	72 (17.7)	962 (17.2)	
Άγνωστο	0 (0.0)	4 (1.0)	122 (2.2)	
Ευερέθιστο (γονείς)				
Ποτέ	36 (31.9)	156 (38.4)	2068 (37.1)	0.20
Σπάνια	27 (23.9)	110 (27.1)	1605 (28.8)	

Ερώτηση	Πρώωρα (n=113)	Οριακά Πρώωρα (n=406)	Τελειόμηνα (n=5580)	p-value
Συχνά	50 (44.2)	140 (34.5)	1877 (33.6)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	30 (0.5)	
Ευερέθιστο (δάσκαλοι)				
Ποτέ	48 (42.5)	212 (52.2)	2854 (51.1)	0.04
Σπάνια	37 (32.7)	102 (25.1)	1650 (29.6)	
Συχνά	28 (24.8)	90 (22.2)	1027 (18.4)	
Άγνωστο	0 (0.0)	2 (0.5)	49 (0.9)	
Βυζαίνει το δάχτυλο (γονείς)				
Ποτέ	101 (89.4)	375 (92.4)	5170 (92.7)	0.17
Σπάνια	3 (2.7)	11 (2.7)	180 (3.2)	
Συχνά	9 (8.0)	20 (4.9)	212 (3.8)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (0.3)	
Βυζαίνει το δάχτυλο (δάσκαλοι)				
Ποτέ	102 (90.3)	383 (94.3)	5324 (95.4)	0.07
Σπάνια	3 (2.7)	10 (2.5)	102 (1.8)	
Συχνά	5 (4.4)	11 (2.7)	92 (1.6)	
Άγνωστο	3 (2.7)	2 (0.5)	62 (1.1)	
Τικ (γονείς)				
Ποτέ	108 (95.6)	391 (96.3)	5364 (96.1)	0.95
Σπάνια	3 (2.7)	7 (1.7)	98 (1.8)	
Συχνά	1 (0.9)	6 (1.5)	79 (1.4)	
Άγνωστο	1 (0.9)	2 (0.5)	39 (0.7)	
Τικ (δάσκαλοι)				
Ποτέ	108 (95.6)	387 (95.3)	5357 (96.0)	0.59
Σπάνια	3 (2.7)	10 (2.5)	93 (1.7)	
Συχνά	1 (0.9)	7 (1.7)	69 (1.2)	
Άγνωστο	1 (0.9)	2 (0.5)	61 (1.1)	
Ανυπάκουο (γονείς)				
Ποτέ	64 (56.6)	255 (62.8)	3384 (60.6)	0.09
Σπάνια	28 (24.8)	89 (21.9)	1474 (26.4)	
Συχνά	20 (17.7)	61 (15.0)	690 (12.4)	
Άγνωστο	1 (0.9)	1 (0.2)	32 (0.6)	
Ανυπάκουο (δάσκαλοι)				
Ποτέ	74 (65.5)	267 (65.8)	3895 (69.8)	0.34
Σπάνια	27 (23.9)	97 (23.9)	1164 (20.9)	
Συχνά	12 (10.6)	42 (10.3)	493 (8.8)	

Ερώτηση	Πρώωρα (n=113)	Οριακά Πρώωρα (n=406)	Τελειόμηνα (n=5580)	p-value
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (0.5)	
Λέει ψέματα (γονείς)				
Ποτέ	72 (63.7)	255 (62.8)	3391 (60.8)	0.56
Σπάνια	33 (29.2)	116 (28.6)	1766 (31.6)	
Συχνά	8 (7.1)	34 (8.4)	381 (6.8)	
Άγνωστο	0 (0.0)	1 (0.2)	42 (0.8)	
Λέει ψέματα (δάσκαλοι)				
Ποτέ	78 (69.0)	276 (68.0)	3979 (71.3)	0.2
Σπάνια	27 (23.9)	100 (24.6)	1235 (22.1)	
Συχνά	6 (5.3)	25 (6.2)	226 (4.1)	
Άγνωστο	2 (1.8)	5 (1.2)	140 (2.5)	
«Δύσκολο παιδί» (γονείς)				
Ποτέ	70 (61.9)	273 (67.2)	3907 (70.0)	0.02
Σπάνια	22 (19.5)	55 (13.5)	841 (15.1)	
Συχνά	19 (16.8)	66 (16.3)	660 (11.8)	
Άγνωστο	2 (1.8)	12 (3.0)	172 (3.1)	
«Δύσκολο παιδί» (δάσκαλοι)				
Ποτέ	79 (69.9)	295 (72.7)	4275 (76.6)	0.13
Σπάνια	20 (17.7)	59 (14.5)	737 (13.2)	
Συχνά	12 (10.6)	42 (10.3)	442 (7.9)	
Άγνωστο	2 (1.8)	10 (2.5)	126 (2.3)	
Γονείς – Οικογενειακό περιβάλλον				
Επάγγελμα μητέρας				
Οικιακά	64 (56.6)	250 (61.6)	3303 (59.2)	0.13
Δημόσια υπάλληλος	14 (12.4)	44 (10.8)	675 (12.1)	
Ιδιωτική υπάλληλος	6 (5.3)	38 (9.4)	519 (9.3)	
Ναυτικός	5 (4.4)	13 (3.2)	248 (4.4)	
Έμπορος	5 (4.4)	21 (5.2)	239 (4.3)	
Βιομηχανική εργάτρια	3 (2.7)	17 (4.2)	221 (4.0)	
Τεχνίτρια	5 (4.4)	3 (0.7)	100 (1.8)	
Αγρότισσα	3 (2.7)	4 (1.0)	84 (1.5)	
Εργάτρια	3 (2.7)	9 (2.2)	54 (1.0)	
Στρατιωτικός	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (0.3)	
Άγνωστο	5 (4.4)	7 (1.7)	120 (2.2)	
Επάγγελμα πατέρα				

Ερώτηση	Πρώωρα (n=113)	Οριακά Πρώωρα (n=406)	Τελειόμνηνα (n=5580)	p-value
Δημόσιος υπάλληλος	23 (20.4)	70 (17.2)	1167 (20.9)	0.48
Ιδιωτικός υπάλληλος	16 (14.2)	63 (15.5)	793 (14.2)	
Εργάτης	16 (14.2)	80 (19.7)	864 (15.5)	
Έμπορος	8 (7.1)	42 (10.3)	514 (9.2)	
Βιομηχανικός εργάτης	10 (8.8)	38 (9.4)	483 (8.7)	
Αγρότης	12 (10.6)	27 (6.7)	476 (8.5)	
Ναυτικός	9 (8.0)	31 (7.6)	404 (7.2)	
Στρατιωτικός	11 (9.7)	25 (6.2)	365 (6.5)	
Τεχνίτης	4 (3.5)	12 (3.0)	260 (4.7)	
Άγνωστο	4 (3.5)	18 (4.4)	254 (4.6)	
Όταν η μητέρα εργάζεται ποιός προσέχει το παιδί				
Συνήθως πηγαίνει σχολείο	44 (38.9)	146 (36.0)	2029 (36.4)	0.20
Παππούς-γιαγιά	5 (4.4)	18 (4.4)	164 (2.9)	
Πατέρας	0 (0.0)	6 (1.5)	120 (2.2)	
Μεγαλύτερα αδέρφια	3 (2.7)	4 (1.0)	49 (0.9)	
Ακολουθεί τη μητέρα	0 (0.0)	3 (0.7)	52 (0.9)	
Συγγενείς	0 (0.0)	1 (0.2)	31 (0.6)	
Πρόσωπο με αμοιβή	0 (0.0)	1 (0.2)	23 (0.4)	
	0 (0.0)			
Διαφορετικά πρόσωπα κάθε φορά		0 (0.0)	11 (0.2)	
Μένει μόνο του σπίτι	0 (0.0)	1 (0.2)	8 (0.1)	
Άγνωστο	61 (54.0)	226 (55.7)	3093 (55.4)	
Απόδοση στο σχολείο				
Αντίληψη περιβάλλοντος				
Άριστα	24 (21.2)	97 (23.9)	1456 (26.1)	<0.001
Πολύ καλά	38 (33.6)	151 (37.2)	2294 (41.1)	
Καλά	33 (29.2)	117 (28.8)	1402 (25.1)	
Μέτρια	13 (11.5)	27 (6.7)	298 (5.3)	
Πολύ φτωχά	5 (4.4)	11 (2.7)	72 (1.3)	
Ασαφής γνώμη	0 (0.0)	3 (0.7)	58 (1.0)	
Προφορικός λόγος-Ανάγνωση				
Άριστα	25 (22.1)	109 (26.8)	1607 (28.8)	0.001
Πολύ καλά	34 (30.1)	139 (34.2)	2048 (36.7)	
Καλά	28 (24.8)	95 (23.4)	1268 (22.7)	
Μέτρια	13 (11.5)	37 (9.1)	396 (7.1)	
Πολύ φτωχά	12 (10.6)	21 (5.2)	198 (3.5)	
Ασαφής γνώμη	1 (0.9)	5 (1.2)	63 (1.1)	

Ερώτηση	Πρώωρα (n=113)	Οριακά Πρώωρα (n=406)	Τελειόμνηνα (n=5580)	p-value
Συνθετική ικανότητα				
Άριστα	19 (16.8)	62 (15.3)	1023 (18.3)	<0.001
Πολύ καλά	30 (26.5)	151 (37.2)	2095 (37.5)	
Καλά	35 (31.0)	117 (28.8)	1613 (28.9)	
Μέτρια	15 (13.3)	48 (11.8)	547 (9.8)	
Πολύ φτωχά	14 (12.4)	25 (6.2)	239 (4.3)	
Ασαφής γνώμη	0 (0.0)	3 (0.7)	63 (1.1)	
Αριθμητική				
Άριστα	23 (20.4)	91 (22.4)	1440 (25.8)	<0.001
Πολύ καλά	32 (28.3)	153 (37.7)	2121 (38.0)	
Καλά	32 (28.3)	94 (23.2)	1370 (24.6)	
Μέτρια	13 (11.5)	41 (10.1)	409 (7.3)	
Πολύ φτωχά	13 (11.5)	24 (5.9)	177 (3.2)	
Ασαφής γνώμη	0 (0.0)	3 (0.7)	63 (1.1)	
Δυσκολία στις λεπτές κινήσεις				
Όχι	98 (86.7)	340 (83.7)	4893 (87.7)	0.54
Ναι	1 (0.9)	9 (2.2)	97 (1.7)	
Ίσως	8 (7.1)	23 (5.7)	268 (4.8)	
Άγνωστο	6 (5.3)	34 (8.4)	322 (5.8)	
Υπερκινητικότητα				
Όχι	85 (75.2)	276 (68.0)	4142 (74.2)	0.02
Ναι	14 (12.4)	60 (14.8)	562 (10.1)	
Ίσως	8 (7.1)	34 (8.4)	523 (9.4)	
Άγνωστο	6 (5.3)	36 (8.9)	353 (6.3)	
Εξαρτημένο από τη μητέρα του				
Όχι	87 (77.0)	295 (72.7)	4356 (78.1)	0.17
Ναι	3 (2.7)	15 (3.7)	123 (2.2)	
Ίσως	14 (12.4)	54 (13.3)	632 (11.3)	
Άγνωστο	9 (8.0)	42 (10.3)	469 (8.4)	
Δυσκολία στην επικοινωνία (προβλήματα λόγου)				
Όχι	102 (90.3)	343 (84.5)	4972 (89.1)	0.4
Ναι	2 (1.8)	9 (2.2)	98 (1.8)	
Ίσως	3 (2.7)	18 (4.4)	164 (2.9)	
Άγνωστο	6 (5.3)	36 (8.9)	346 (6.2)	
Αφηρημένο (πιθανά προβλήματα ακοής)				
Όχι	90 (79.6)	329 (81.0)	4759 (85.3)	0.1
Ναι	4 (3.5)	11 (2.7)	131 (2.3)	

Ερώτηση	Πρόωρα (n=113)	Οριακά Πρόωρα (n=406)	Τελειόμηνα (n=5580)	p-value
Ίσως	13 (11.5)	31 (7.6)	343 (6.1)	
Άγνωστο	6 (5.3)	35 (8.6)	347 (6.2)	
Προβλήματα μάθησης				
Όχι	72 (63.7)	279 (68.7)	4060 (72.8)	0.004
Ναι	35 (31.0)	100 (24.6)	1134 (20.3)	
Άγνωστο	6 (5.3)	27 (6.7)	386 (6.9)	
Έχει εξεταστεί από ειδικό				
Όχι	2 (1.8)	8 (2.0)	51 (0.9)	0.09
Ναι	100 (88.5)	365 (89.9)	5029 (90.1)	
Άγνωστο	11 (9.7)	33 (8.1)	500 (9.0)	
Χρειάζεται «παράλληλη στήριξη» στο σχολείο				
Όχι	109 (96.5)	380 (93.6)	5277 (94.6)	0.26
Ναι	1 (0.9)	0 (0.0)	36 (0.6)	
Άγνωστο	3 (2.7)	26 (6.4)	267 (4.8)	

Πίνακας 6: Απαντήσεις παιδιών ερωτηματολογίου 2001

Ερώτηση	N(%)
Οικογένεια, φίλοι, σχολείο	
Με ποιά άτομα από τα παρακάτω μένεις	
Ζω μόνος-η	16 (0.8)
Πατέρα	16 (0.8)
Πατέρα & μητριά	16 (0.8)
Μητέρα	100 (5.0)
Μητέρα & Πατέρα	1817 (90.7)
Μητέρα & πατριό	9 (0.4)
Άλλος κηδεμόνας	12 (0.6)
Άγνωστο	18 (0.9)
Αδέλφια	
Όχι	76 (3.8)
Ναι	1926 (96.1)
Άγνωστο	2 (0.1)
Φύλο	
Αγόρι	908 (45.3)
Κορίτσι	1096 (54.7)
Διαμονή σε χώρα εκτός Ελλάδας	
Όχι	1883 (94.0)
Ναι	114 (5.7)
Άγνωστο	7 (0.3)
Γνωρίζουν οι γονείς σου πώς περνάς τον ελεύθερο σου χρόνο?	
Συνήθως δε γνωρίζουν	117 (5.8)
Μερικές φορές γνωρίζουν	558 (27.8)
Σχεδόν πάντα γνωρίζουν	1326 (66.2)
Άγνωστο	3 (0.1)
Οι γονείς σου γνωρίζουν τους φίλους σου?	
Δεν έχω φίλους	7 (0.3)
Οι γονείς μου δεν τους γνωρίζουν	117 (5.8)
Μόνο ο πατέρας μου τους γνωρίζει	13 (0.6)
Μόνο η μητέρα μου τους γνωρίζει	219 (10.9)
Και οι δύο οι γονείς μου τους γνωρίζουν	1641 (81.9)
Άγνωστο	7 (0.3)
Ενδιαφέρον γονέων για την επίδοση στο σχολείο	
Ποτέ	5 (0.2)
Σπάνια	118 (5.9)
Σχεδόν πάντα	1878 (93.7)
Άγνωστο	3 (0.1)
Οικονομική κατάσταση οικογένειας	

Ερώτηση	N(%)
Λίγα προβλήματα	347 (17.3)
Αρκετά προβλήματα	37 (1.8)
Καλή	1612 (80.4)
Άγνωστο	8 (0.4)
Είδος σχολείου	
Γενικό λύκειο	1454 (72.6)
Τεχνικό λύκειο	448 (22.4)
Πολυκλαδικό	53 (2.6)
Ειδικό	10 (0.5)
Έχω αποφοιτήσει	7 (0.3)
Εργάζομαι	6 (0.3)
Δεν πηγαίνω σχολείο	5 (0.2)
Άγνωστο	21 (1.0)
Επανάληψη τάξης	
Όχι	1684 (84.0)
Ναι	257 (12.8)
Άγνωστο	63 (3.1)
Φιλολογικά	
Πραγματικά άσχημα	20 (1.0)
Χειρότερα από τον μέσο όρο	147 (7.3)
Μέτρια	883 (44.1)
Καλύτερα από τον μέσο όρο	931 (46.5)
Άγνωστο	23 (1.1)
Ιστορία, θρησκευτικά	
Πραγματικά άσχημα	13 (0.6)
Χειρότερα από τον μέσο όρο	73 (3.6)
Μέτρια	665 (33.2)
Καλύτερα από τον μέσο όρο	1201 (59.9)
Άγνωστο	52 (2.6)
Μαθηματικά	
Πραγματικά άσχημα	81 (4.0)
Χειρότερα από τον μέσο όρο	307 (15.3)
Μέτρια	721 (36.0)
Καλύτερα από τον μέσο όρο	867 (43.3)
Άγνωστο	28 (1.4)
Φυσική, χημεία, βιολογία	
Πραγματικά άσχημα	35 (1.7)
Χειρότερα από τον μέσο όρο	226 (11.3)
Μέτρια	814 (40.6)

Ερώτηση	N(%)
Καλύτερα από τον μέσο όρο	891 (44.5)
Άγνωστο	38 (1.9)
Καλλιτεχνικά	
Πραγματικά άσχημα	50 (2.5)
Χειρότερα από τον μέσο όρο	88 (4.4)
Μέτρια	498 (24.9)
Καλύτερα από τον μέσο όρο	1214 (60.6)
Άγνωστο	154 (7.7)
Φυσική αγωγή	
Πραγματικά άσχημα	26 (1.3)
Χειρότερα από τον μέσο όρο	40 (2.0)
Μέτρια	322 (16.1)
Καλύτερα από τον μέσο όρο	1553 (77.5)
Άγνωστο	63 (3.1)
Σχέδια για σπουδές	
<i>Δε μπορώ να πω ακόμα</i>	
Όχι	1662 (82.9)
Ναι	342 (17.1)
<i>Δε πρόκειται να σπουδάσω</i>	
Όχι	1946 (97.1)
Ναι	58 (2.9)
<i>Θα παρακολουθήσω Ι.Ε.Κ.</i>	
Όχι	1982 (98.9)
Ναι	22 (1.1)
<i>Ενδιαφέρομαι να σπουδάσω σε Τ.Ε.Ι</i>	
Όχι	1554 (77.5)
Ναι	450 (22.5)
<i>Ενδιαφέρομαι να σπουδάσω σε Α.Ε.Ι</i>	
Όχι	899 (44.9)
Ναι	1105 (55.1)
<i>Ενδιαφέρομαι να σπουδάσω σε ιδιωτική σχολή</i>	
Όχι	1981 (98.9)
Ναι	23 (1.1)
<i>Θα σπουδάσω στο εξωτερικό</i>	
Όχι	1986 (99.1)
Ναι	18 (0.9)
Πώς θα περιέγραφες τη ζωή σου σήμερα?	
Πολύ απογοητευτική	45 (2.2)
Λίγο απογοητευτική	250 (12.5)

Ερώτηση	N(%)
Σχετικά ικανοποιητική	1164 (58.1)
Πολύ ικανοποιητική	433 (21.6)
Δε μπορώ να πω	100 (5.0)
Άγνωστο	12 (0.6)
Υγεία	
Κατάσταση υγείας	
Πολύ κακή	86 (4.3)
Κακή	17 (0.8)
Μέτρια	147 (7.3)
Καλή	758 (37.8)
Πολύ καλή	978 (48.8)
Άγνωστο	18 (0.9)
Χρόνια πάθηση ή αναπηρία διεγνωσμένη από ιατρό?	
Όχι	1856 (92.6)
Δεν υπάρχει ιατρική γνωμάτευση	107 (5.3)
Ναι	34 (1.7)
Άγνωστο	7 (0.3)
Προβλήματα όρασης	
Είμαι τυφλός-η	34 (1.7)
Φυσιολογική	1245 (62.1)
Φυσιολογική με γυαλιά ή φακούς επαφής	719 (35.9)
Άγνωστο	6 (0.3)
Προβλήματα ακοής	
<i>Αριστερό αυτί - ελαφρά επηρεασμένο</i>	
Όχι	1862 (92.9)
Ναι	142 (7.1)
<i>Αριστερό αυτί – είμαι κουφός-ή</i>	
Όχι	2004 (100.0)
Ναι	0 (0.0)
<i>Αριστερό αυτί – φυσιολογική</i>	
Όχι	185 (9.2)
Ναι	1819 (90.8)
<i>Αριστερό αυτί - σαφώς μειωμένη</i>	
Όχι	1997 (99.7)
Ναι	7 (0.3)
<i>Δεξί αυτί - ελαφρά επηρεασμένο</i>	
Όχι	1855 (92.6)
Ναι	149 (7.4)
<i>Δεξί αυτί – είμαι κουφός-ή</i>	

Ερώτηση	N(%)
Όχι	2004 (100.0)
Ναι	0 (0.0)
<i>Δεξί αυτί – φυσιολογική</i>	
Όχι	171 (8.5)
Ναι	1833 (91.5)
<i>Δεξί αυτί – σαφώς επηρεασμένο</i>	
Όχι	1998 (99.7)
Ναι	6 (0.3)
Πώς νιώθεις σχετικά με την εμφάνιση σου?	
Είμαι σίγουρος-η ότι είμαι άσχημος-η, αποκρουστικός-η	18 (0.9)
Αισθάνομαι ότι είμαι άσχημος	114 (5.7)
Ανησυχώ ότι μπορεί να μην είμαι ελκυστικός-η	294 (14.7)
Είμαι σχετικά ικανοποιημένος-η	1276 (63.7)
Δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά στην εμφάνιση μου που δε μου αρέσουν	281 (14.0)
Άγνωστο	21 (1.0)
Είναι το σεξ σημαντικό θέμα για σένα?	
Όχι	212 (10.6)
Αρκετά σημαντικό	1257 (62.7)
Πολύ σημαντικό	509 (25.4)
Άγνωστο	26 (1.3)
Σταθερή σχέση	
Όχι	1295 (64.6)
Ναι	687 (34.3)
Άγνωστο	22 (1.1)
Ολοκληρωμένη σχέση	
Όχι	1260 (62.9)
Ναι	711 (35.5)
Άγνωστο	33 (1.6)
Ηλικία πρώτης εκσπερμάτισης	
N	830
Μέσος (95% ΔΕ)	13.1 (13.0-13.2)
Διάμεσος (Ελάχιστο – Μέγιστο)	13.0 (7.0-18.0)
Ηλικία πρώτης έμμηνου ρήσης	
N	1068
Μέσος (95% ΔΕ)	12.7 (12.6- 12.8)
Διάμεσος (Ελάχιστο – Μέγιστο)	13.0 (9.0-18.0)
Άλλες συνήθειες	
Κάπνισμα	

Ερώτηση	N(%)
Όχι	908 (45.3)
Ναι	1036 (51.7)
Άγνωστο	60 (3.0)
Υπήρξε περίοδος κατά την οποία κάπνιζες συστηματικά?	
Όχι	1496 (74.7)
Ναι	451 (22.5)
Άγνωστο	57 (2.8)
Έχεις πιει ποτέ ή πίνεις έστω περιστασιακά αλκοολούχα ποτά?	
Δεν έχω δοκιμάσει	99 (4.9)
Έχω δοκιμάσει, αλλά δεν πίνω τώρα	353 (17.6)
Πίνω αλκοόλ μία φορά το μήνα	415 (20.7)
Πίνω αλκοόλ μία φορά την εβδομάδα	451 (22.5)
Πίνω αλκοόλ μερικές φορές τον μήνα	666 (33.2)
Άγνωστο	20 (1.0)
Στοιχεία ιδιοσυγκρασίας	
Αισθάνεσαι ποτέ ότι είσαι χαρακτήρας που του λείπει η ζωντάνια?	
Ποτέ	1025 (51.1)
Μερικές φορές	777 (38.8)
Σχεδόν πάντα	45 (2.2)
Πάντα	154 (7.7)
Άγνωστο	3 (0.1)
Νιώθεις καμιά φορά τα νεύρα σου τεντωμένα?	
Ποτέ	119 (5.9)
Μερικές φορές	907 (45.3)
Σχεδόν πάντα	197 (9.8)
Πάντα	770 (38.4)
Άγνωστο	11 (0.5)
Νιώθεις καμιά φορά σαν να γίνεται συνομωσία από τους άλλους εναντίον σου?	
Ποτέ	874 (43.6)
Μερικές φορές	978 (48.8)
Σχεδόν πάντα	23 (1.1)
Πάντα	122 (6.1)
Άγνωστο	7 (0.3)
Κλαις χωρίς λόγο?	
Ποτέ	1242 (62.0)
Μερικές φορές	577 (28.8)
Σχεδόν πάντα	31 (1.5)
Πάντα	149 (7.4)
Άγνωστο	5 (0.2)
Νιώθεις καμιά φορά πως το μυαλό σου είναι κενό από σκέψεις?	

Ερώτηση	N(%)
Ποτέ	910 (45.4)
Μερικές φορές	918 (45.8)
Πάντα	149 (7.4)
Σχεδόν πάντα	23 (1.1)
Άγνωστο	4 (0.2)
Νιώθεις καμιά φορά πως δεν έχεις ενέργεια να τα βγάλεις πέρα?	
Ποτέ	483 (24.1)
Μερικές φορές	1164 (58.1)
Σχεδόν πάντα	41 (2.0)
Πάντα	312 (15.6)
Άγνωστο	4 (0.2)
Αίσθημα αποτυχίας	
Ποτέ	953 (47.6)
Μερικές φορές	806 (40.2)
Σχεδόν πάντα	40 (2.0)
Πάντα	194 (9.7)
Άγνωστο	11 (0.5)
Νιώθεις καμιά φορά πως είσαι προορισμένος να γίνεις σπουδαίος-α?	
Ποτέ	775 (38.7)
Μερικές φορές	846 (42.2)
Σχεδόν πάντα	95 (4.7)
Πάντα	278 (13.9)
Άγνωστο	10 (0.5)
Νιώθεις καμιά φορά πως σημαντικά γεγονότα σε αφήνουν αδιάφορο-η?	
Ποτέ	727 (36.3)
Μερικές φορές	972 (48.5)
Σχεδόν πάντα	41 (2.0)
Πάντα	261 (13.0)
Άγνωστο	3 (0.1)
Νιώθεις καμιά φορά πως δεν ενδιαφέρεσαι να βρίσκεσαι με κόσμο?	
Ποτέ	776 (38.7)
Μερικές φορές	936 (46.7)
Σχεδόν πάντα	40 (2.0)
Πάντα	242 (12.1)
Άγνωστο	10 (0.5)
Νιώθεις καμιά φορά πως παραμελείς την προσωπική σου υγιεινή και εμφάνιση?	
Ποτέ	681 (34.0)
Μερικές φορές	1010 (50.4)
Σχεδόν πάντα	46 (2.3)
Πάντα	257 (12.8)
Άγνωστο	10 (0.5)

Ερώτηση	N(%)
Νιώθεις καμιά φορά σαν να μην έχεις μέλλον?	
Ποτέ	1108 (55.3)
Μερικές φορές	693 (34.6)
Σχεδόν πάντα	37 (1.8)
Πάντα	155 (7.7)
Άγνωστο	11 (0.5)
Αισθάνεσαι καμιά φορά λυπημένος?	
Ποτέ	111 (5.5)
Μερικές φορές	1345 (67.1)
Σχεδόν πάντα	50 (2.5)
Πάντα	497 (24.8)
Άγνωστο	1 (0.0)
Νιώθεις καμιά φορά σαν να μη θέλεις να ζεις?	
Ποτέ	1234 (61.6)
Μερικές φορές	582 (29.0)
Σχεδόν πάντα	35 (1.7)
Πάντα	146 (7.3)
Άγνωστο	7 (0.3)

Πίνακας 7: Απαντήσεις παιδιών ερωτηματολογίου 2001 ανά ηλικία κύησης

Ερώτηση	ΠΡ (N=23)	ΟΠ (N=70)	ΤΜ (N=1911)	p-value
Οικογένεια, Φίλοι, σχολείο				
Με ποιά άτομα από τα παρακάτω μένεις?				
Ζω μόνος-η	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (0.8)	0.49
Πατέρα	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (0.8)	
Πατέρα & μητριά	1 (4.3)	2 (2.9)	13 (0.7)	
Μητέρα	0 (0.0)	4 (5.7)	96 (5.0)	
Μητέρα & Πατέρα	22 (95.7)	64 (91.4)	1731 (90.6)	
Μητέρα & πατριό	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (0.5)	
Άλλος κηδεμόνας	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (0.6)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (0.9)	
Φύλο				
Αγόρι	9 (39.1)	30 (42.9)	869 (45.5)	0.75
Κορίτσι	14 (60.9)	40 (57.1)	1042 (54.5)	
Γνωρίζουν οι γονείς σου πώς περνάς τον ελεύθερο σου χρόνο?				
Συνήθως δε γνωρίζουν	1 (4.3)	5 (7.1)	111 (5.8)	0.79
Μερικές φορές γνωρίζουν	7 (30.4)	16 (22.9)	535 (28.0)	
Σχεδόν πάντα γνωρίζουν	15 (65.2)	49 (70.0)	1262 (66.0)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.2)	
Ενδιαφέρον γονέων για την επίδοσή σου στο σχολείο				
Ποτέ	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.3)	0.25
Σπάνια	2 (8.7)	7 (10.0)	109 (5.7)	
Σχεδόν πάντα	21 (91.3)	63 (90.0)	1794 (93.9)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.2)	
Ενδιαφέρον γονέων για τις εξωσχολικές δραστηριότητες				
Ποτέ	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.3)	0.25
Σπάνια	2 (8.7)	7 (10.0)	109 (5.7)	
Σχεδόν πάντα	21 (91.3)	63 (90.0)	1794 (93.9)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.2)	
Οικονομική κατάσταση οικογένειας				
Αρκετά προβλήματα	0 (0.0)	1 (1.4)	36 (1.9)	0.85
Λίγα προβλήματα	5 (21.7)	10 (14.3)	332 (17.4)	
Καλή	18 (78.3)	59 (84.3)	1535 (80.3)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (0.4)	
Είδους σχολείου				
Γενικό Λύκειο	16 (69.6)	47 (67.1)	1391 (72.8)	0.22

Ερώτηση	ΠΡ (N=23)	ΟΠ (N=70)	ΤΜ (N=1911)	p-value
Τεχνικό λύκειο	5 (21.7)	19 (27.1)	424 (22.2)	
Πολυκλαδικό	2 (8.7)	3 (4.3)	48 (2.5)	
Ειδικό	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (0.5)	
Έχω αποφοιτήσει	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (0.4)	
Εργάζομαι	0 (0.0)	1 (1.4)	5 (0.3)	
Δεν πηγαίνω σχολείο	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.3)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	21 (1.1)	
Επανάληψη τάξης				
Όχι	22 (95.7)	60 (85.7)	1602 (83.8)	0.45
Ναι	1 (4.3)	7 (10.0)	249 (13.0)	
Άγνωστο	0 (0.0)	3 (4.3)	60 (3.1)	
Φιλολογικά				
Πραγματικά άσχημα	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (1.0)	0.29
Χειρότερα από τον μέσο όρο	1 (4.3)	4 (5.7)	142 (7.4)	
Μέτρια	10 (43.5)	31 (44.3)	842 (44.1)	
Καλύτερα από τον μέσο όρο	12 (52.2)	34 (48.6)	885 (46.3)	
Άγνωστο	0 (0.0)	1 (1.4)	22 (1.2)	
Ιστορία, θρησκευτικά				
Πραγματικά άσχημα	0 (0.0)	2 (2.9)	11 (0.6)	0.28
Χειρότερα από τον μέσο όρο	1 (4.3)	2 (2.9)	70 (3.7)	
Μέτρια	9 (39.1)	26 (37.1)	630 (33.0)	
Καλύτερα από τον μέσο όρο	13 (56.5)	39 (55.7)	1149 (60.1)	
Άγνωστο	0 (0.0)	1 (1.4)	51 (2.7)	
Μαθηματικά				
Πραγματικά άσχημα	0 (0.0)	5 (7.1)	76 (4.0)	0.005
Χειρότερα από τον μέσο όρο	8 (34.8)	15 (21.4)	284 (14.9)	
Μέτρια	8 (34.8)	29 (41.4)	684 (35.8)	
Καλύτερα από τον μέσο όρο	7 (30.4)	21 (30.0)	839 (43.9)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (1.5)	
Φυσική, χημεία, βιολογία				
Πραγματικά άσχημα	1 (4.3)	2 (2.9)	32 (1.7)	0.06
Χειρότερα από τον μέσο όρο	4 (17.4)	15 (21.4)	207 (10.8)	
Μέτρια	6 (26.1)	28 (40.0)	780 (40.8)	
Καλύτερα από τον μέσο όρο	12 (52.2)	25 (35.7)	854 (44.7)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	38 (2.0)	
Καλλιτεχνικά				
Πραγματικά άσχημα	1 (4.3)	1 (1.4)	48 (2.5)	0.87

Ερώτηση	ΠΡ (N=23)	ΟΠ (N=70)	ΤΜ (N=1911)	p-value
Χειρότερα από τον μέσο όρο	1 (4.3)	3 (4.3)	84 (4.4)	
Μέτρια	5 (21.7)	16 (22.9)	477 (25.0)	
Καλύτερα από τον μέσο όρο	14 (60.9)	42 (60.0)	1158 (60.6)	
Άγνωστο	2 (8.7)	8 (11.4)	144 (7.5)	
Φυσική αγωγή				
Πραγματικά άσχημα	0 (0.0)	1 (1.4)	25 (1.3)	0.35
Χειρότερα από τον μέσο όρο	0 (0.0)	1 (1.4)	39 (2.0)	
Μέτρια	4 (17.4)	9 (12.9)	309 (16.2)	
Καλύτερα από τον μέσο όρο	19 (82.6)	58 (82.9)	1476 (77.2)	
Άγνωστο	0 (0.0)	1 (1.4)	62 (3.2)	
Ποιά είναι τα σχέδια σου για σπουδές				
<i>Δε μπορώ να πω ακόμα</i>				
Όχι	20 (87.0)	54 (77.1)	1588 (83.1)	0.37
Ναι	3 (13.0)	16 (22.9)	323 (16.9)	
<i>Δε πρόκειται να σπουδάσω</i>				
Όχι	23 (100.0)	66 (94.3)	1857 (97.2)	0.30
Ναι	0 (0.0)	4 (5.7)	54 (2.8)	
<i>Θα παρακολουθήσω Ι.Ε.Κ.</i>				
Όχι	23 (100.0)	69 (98.6)	1890 (98.9)	0.65
Ναι	0 (0.0)	1 (1.4)	21 (1.1)	
<i>Ενδιαφέρομαι να σπουδάσω σε Τ.Ε.Ι</i>				
Όχι	14 (60.9)	55 (78.6)	1485 (77.7)	0.16
Ναι	9 (39.1)	15 (21.4)	426 (22.3)	
<i>Ενδιαφέρομαι να σπουδάσω σε Α.Ε.Ι</i>				
Όχι	12 (52.2)	39 (55.7)	848 (44.4)	0.13
Ναι	11 (47.8)	31 (44.3)	1063 (55.6)	
<i>Ενδιαφέρομαι να σπουδάσω σε ιδιωτική σχολή</i>				
Όχι	23 (100.0)	66 (94.3)	1892 (99.0)	0.01
Ναι	0 (0.0)	4 (5.7)	19 (1.0)	
<i>Θα σπουδάσω στο εξωτερικό</i>				
Όχι	23 (100.0)	70 (100.0)	1893 (99.1)	>0.99
Ναι	0 (0.0)	0 (0.0)	18 (0.9)	
Πώς θα περιέγραφες τη ζωή σου σήμερα?				
Δε μπορώ να πω	1 (4.3)	3 (4.3)	96 (5.0)	0.73
Πολύ απογοητευτική	0 (0.0)	0 (0.0)	45 (2.4)	
Λίγο απογοητευτική	3 (13.0)	13 (18.6)	234 (12.2)	
Σχετικά ικανοποιητική	14 (60.9)	37 (52.9)	1113 (58.2)	
Πολύ ικανοποιητική	5 (21.7)	16 (22.9)	412 (21.6)	
Άγνωστο	0 (0.0)	1 (1.4)	11 (0.6)	

Ερώτηση	ΠΡ (N=23)	ΟΠ (N=70)	ΤΜ (N=1911)	p-value
Υγεία				
Κατάσταση υγείας σήμερα				
Κακή	0 (0.0)	2 (2.9)	15 (0.8)	0.57
Πολύ κακή	2 (8.7)	1 (1.4)	83 (4.3)	
Μέτρια	2 (8.7)	6 (8.6)	139 (7.3)	
Καλή	9 (39.1)	28 (40.0)	721 (37.7)	
Πολύ καλή	10 (43.5)	32 (45.7)	936 (49.0)	
Άγνωστο	0 (0.0)	1 (1.4)	17 (0.9)	
Χρόνια πάθηση ή αναπηρία διαγνωσμένη από ιατρό				
Όχι	21 (91.3)	67 (95.7)	1768 (92.5)	0.54
Δεν υπάρχει ιατρική γνωμάτευση	1 (4.3)	2 (2.9)	104 (5.4)	
Ναι	1 (4.3)	1 (1.4)	32 (1.7)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (0.4)	
Προβλήματα όρασης				
Είμαι τυφλός-η	0 (0.0)	0 (0.0)	31 (1.6)	<0.001
Φυσιολογική	11 (47.8)	51 (72.9)	1183 (61.9)	
Φυσιολογική με γυαλιά ή φακούς επαφής	9 (39.1)	18 (25.7)	692 (36.2)	
Άγνωστο	3 (13.0)	1 (1.4)	5 (0.3)	
Προβλήματα ακοής				
<i>Αριστερό αυτί - ελαφρά επηρεασμένο</i>				
Όχι	21 (91.3)	63 (90.0)	1778 (93.0)	0.50
Ναι	2 (8.7)	7 (10.0)	133 (7.0)	
<i>Αριστερό αυτί – είμαι κουφός-η</i>				
Όχι	23 (100.0)	70 (100.0)	1911 (100.0)	-
Ναι	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>Αριστερό αυτί – φυσιολογική</i>				
Όχι	2 (8.7)	9 (12.9)	174 (9.1)	0.49
Ναι	21 (91.3)	61 (87.1)	1737 (90.9)	
<i>Αριστερό αυτί - σαφώς μειωμένη</i>				
Όχι	23 (100.0)	70 (100.0)	1904 (99.6)	>0.99
Ναι	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (0.4)	
<i>Δεξί αυτί - ελαφρά επηρεασμένη</i>				
Όχι	21 (91.3)	60 (85.7)	1774 (92.8)	0.07
Ναι	2 (8.7)	10 (14.3)	137 (7.2)	

Ερώτηση	ΠΡ (N=23)	ΟΠ (N=70)	ΤΜ (N=1911)	p-value
<i>Δεξί αυτί – είμαι κουφός-η</i>				
Όχι	23 (100.0)	70 (100.0)	1911 (100.0)	-
Ναι	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>Δεξί αυτί – φυσιολογική</i>				
Όχι	2 (8.7)	11 (15.7)	158 (8.3)	0.1
Ναι	21 (91.3)	59 (84.3)	1753 (91.7)	
<i>Δεξί αυτί – σαφώς επηρεασμένη</i>				
Όχι	23 (100.0)	70 (100.0)	1905 (99.7)	>0.99
Ναι	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (0.3)	
Πώς νιώθεις σχετικά με την εμφάνιση σου?				
Είμαι σίγουρος-η ότι είμαι άσχημος-η, αποκρουστικός-η	0 (0.0)	1 (1.4)	17 (0.9)	0.57
Αισθάνομαι ότι είμαι άσχημος	2 (8.7)	6 (8.6)	106 (5.5)	
Ανησυχώ ότι μπορεί να μην είμαι ελκυστικός-η	5 (21.7)	8 (11.4)	281 (14.7)	
Είμαι σχετικά ικανοποιημένος-η	13 (56.5)	48 (68.6)	1215 (63.6)	
Δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά στην εμφάνιση μου που δε μου αρέσουν	3 (13.0)	5 (7.1)	273 (14.3)	
Άγνωστο	0 (0.0)	2 (2.9)	19 (1.0)	
Είναι το σεξ σημαντικό θέμα για σένα?				
Όχι	4 (17.4)	6 (8.6)	202 (10.6)	0.40
Αρκετά σημαντικό	14 (60.9)	47 (67.1)	1196 (62.6)	
Πολύ σημαντικό	5 (21.7)	15 (21.4)	489 (25.6)	
Άγνωστο	0 (0.0)	2 (2.9)	24 (1.3)	
Σταθερή σχέση				
Όχι	13 (56.5)	43 (61.4)	1239 (64.8)	0.59
Ναι	10 (43.5)	25 (35.7)	652 (34.1)	
Άγνωστο	0 (0.0)	2 (2.9)	20 (1.0)	
Ολοκληρωμένη σχέση				

Ερώτηση	ΠΡ (N=23)	ΟΠ (N=70)	ΤΜ (N=1911)	p-value
Όχι	12 (52.2)	40 (57.1)	1208 (63.2)	0.30
Ναι	11 (47.8)	28 (40.0)	672 (35.2)	
Άγνωστο	0 (0.0)	2 (2.9)	31 (1.6)	
Ηλικία πρώτης εκσπερμάτισης				
N	9	29	729	0.61
Μέσος (95% ΔΕ)	12.8 (12.1-13.4)	13.0 (12.4-13.6)	13.1 (13.0-13.3)	
Διάμεσος (Ελάχιστο – Μέγιστο)	13.0 (12.0-14.0)	13.0 (9.0-15.0)	13.0 (7.0-18.0)	
Ηλικία πρώτης εμμήνου ρήσης				
N	14	39	1015	0.67
Μέσος (95% ΔΕ)	12.9 (12.1-13.7)	12.5 (12.1-12.9)	12.7 (12.6-12.8)	
Διάμεσος (Ελάχιστο – Μέγιστο)	12.5 (11.0-16.0)	13.0 (11.0-18.0)	13.0 (9.0-18.0)	
Άλλες συνήθειες				
Κάπνισμα				
Όχι	11 (47.8)	28 (40.0)	869 (45.5)	0.40
Άγνωστο	0 (0.0)	3 (4.3)	57 (3.0)	
Ναι	12 (52.2)	39 (55.7)	985 (51.5)	
Υπήρξε περίοδος κατά την οποία κάπνιζες συστηματικά?				
Όχι	16 (69.6)	47 (67.1)	1433 (75.0)	0.59
Ναι	7 (30.4)	19 (27.1)	425 (22.2)	
Άγνωστο	0 (0.0)	4 (5.7)	53 (2.8)	
Έχεις πιει ποτέ ή πίνεις έστω περιστασιακά αλκοολούχα ποτά?				
Δεν έχω δοκιμάσει	2 (8.7)	0 (0.0)	97 (5.1)	0.30
Έχω δοκιμάσει, αλλά δεν πίνω τώρα	2 (8.7)	16 (22.9)	335 (17.5)	
Πίνω αλκοόλ μία φορά το μήνα	5 (21.7)	13 (18.6)	397 (20.8)	
Πίνω αλκοόλ μία φορά την εβδομάδα	3 (13.0)	16 (22.9)	432 (22.6)	
Πίνω αλκοόλ μερικές φορές τον μήνα	11 (47.8)	23 (32.9)	632 (33.1)	
Άγνωστο	0 (0.0)	2 (2.9)	18 (0.9)	
Στοιχεία ιδιοσυγκρασίας				
Αισθάνεσαι ποτέ ότι είσαι χαρακτήρας που του λείπει η ζωντάνια?				
Ποτέ	14 (60.9)	39 (55.7)	972 (50.9)	0.07

Ερώτηση	ΠΡ (N=23)	ΟΠ (N=70)	ΤΜ (N=1911)	p-value
Μερικές φορές	7 (30.4)	26 (37.1)	744 (38.9)	
Σχεδόν πάντα	1 (4.3)	2 (2.9)	42 (2.2)	
Πάντα	0 (0)	3 (4.3)	151 (7.9)	
Άγνωστο	1 (4.3)	0 (0.0)	2 (0.1)	
Νιώθεις καμιά φορά τα νεύρα σου τεντωμένα?				
Ποτέ	0 (0.0)	2 (2.9)	117 (6.1)	0.11
Μερικές φορές	12 (52.2)	26 (37.1)	869 (45.5)	
Σχεδόν πάντα	2 (8.7)	8 (11.4)	187 (9.8)	
Πάντα	9 (39.1)	34 (48.6)	727 (38.0)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (0.6)	
Νιώθεις καμιά φορά σαν να γίνεται συνομωσία από τους άλλους εναντίον σου?				
Ποτέ	6 (26.1)	28 (40.0)	840 (44.0)	0.15
Μερικές φορές	16 (69.6)	33 (47.1)	929 (48.6)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	4 (5.7)	19 (1.0)	
Πάντα	1 (4.3)	5 (7.1)	116 (6.1)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (0.4)	
Κλαις ποτέ χωρίς λόγο?				
Ποτέ	14 (60.9)	44 (62.9)	1184 (62.0)	0.84
Μερικές φορές	8 (34.8)	20 (28.6)	549 (28.7)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	2 (2.9)	29 (1.5)	
Πάντα	1 (4.3)	4 (5.7)	144 (7.5)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.3)	
Νιώθεις καμιά φορά πως το μυαλό σου είναι κενό από σκέψεις?				
Ποτέ	13 (56.5)	28 (40.0)	869 (45.5)	0.95
Μερικές φορές	8 (34.8)	35 (50.0)	875 (45.8)	
Πάντα	2 (8.7)	6 (8.6)	141 (7.4)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	1 (1.4)	22 (1.2)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.2)	
Νιώθεις καμιά φορά πως δεν έχεις ενέργεια να τα βγάλεις πέρα?				
Ποτέ	8 (34.8)	15 (21.4)	460 (24.1)	0.65
Μερικές φορές	10 (43.5)	41 (58.6)	1113 (58.2)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	4 (5.7)	37 (1.9)	
Πάντα	5 (21.7)	10 (14.3)	297 (15.5)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.2)	
Νιώθεις καμιά φορά πως είσαι αποτυχημένος-η?				
Ποτέ	9 (39.1)	23 (32.9)	921 (48.2)	0.03
Μερικές φορές	14 (60.9)	34 (48.6)	758 (39.7)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	1 (1.4)	39 (2.0)	
Πάντα	0 (0.0)	12 (17.1)	182 (9.5)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (0.6)	

Ερώτηση	ΠΡ (N=23)	ΟΠ (N=70)	ΤΜ (N=1911)	p-value
Νιώθεις καμιά φορά πως είσαι προορισμένος να γίνεις σπουδαίος-α?				
Ποτέ	9 (39.1)	27 (38.6)	739 (38.7)	0.92
Μερικές φορές	11 (47.8)	30 (42.9)	805 (42.1)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	5 (7.1)	90 (4.7)	
Πάντα	3 (13.0)	8 (11.4)	267 (14.0)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (0.5)	
Νιώθεις καμιά φορά πως σημαντικά γεγονότα σε αφήνουν αδιάφορο-η?				
Ποτέ	10 (43.5)	23 (32.9)	694 (36.3)	0.91
Μερικές φορές	11 (47.8)	33 (47.1)	928 (48.6)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	1 (1.4)	40 (2.1)	
Πάντα	2 (8.7)	13 (18.6)	246 (12.9)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.2)	
Νιώθεις καμιά φορά πως δεν ενδιαφέρεσαι να βρίσκεσαι με κόσμο?				
Ποτέ	13 (56.5)	27 (38.6)	736 (38.5)	0.29
Μερικές φορές	8 (34.8)	30 (42.9)	898 (47.0)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	2 (2.9)	38 (2.0)	
Πάντα	2 (8.7)	11 (15.7)	229 (12.0)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (0.5)	
Νιώθεις καμιά φορά πως παραμελείς την προσωπική σου υγιεινή και εμφάνιση?				
Ποτέ	9 (39.1)	21 (30.0)	651 (34.1)	0.88
Μερικές φορές	13 (56.5)	36 (51.4)	961 (50.3)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	3 (4.3)	43 (2.3)	
Πάντα	1 (4.3)	10 (14.3)	246 (12.9)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (0.5)	
Νιώθεις καμιά φορά σαν να μην έχεις μέλλον?				
Ποτέ	16 (69.6)	27 (38.6)	1065 (55.7)	0.27
Μερικές φορές	6 (26.1)	34 (48.6)	653 (34.2)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	0 (0.0)	37 (1.9)	
Πάντα	1 (4.3)	9 (12.9)	145 (7.6)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (0.6)	
Αισθάνεσαι καμιά φορά λυπημένος?				
Ποτέ	0 (0.0)	4 (5.7)	107 (5.6)	0.20
Μερικές φορές	18 (78.3)	42 (60.0)	1285 (67.2)	
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	1 (1.4)	49 (2.6)	
Πάντα	5 (21.7)	23 (32.9)	469 (24.5)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	
Νιώθεις καμιά φορά σαν να μη θέλεις να ζεις?				
Ποτέ	18 (78.3)	36 (51.4)	1180 (61.7)	0.20
Μερικές φορές	0 (0.0)	27 (38.6)	550 (28.8)	

Ερώτηση	ΠΡ (N=23)	ΟΠ (N=70)	ΤΜ (N=1911)	p-value
Σχεδόν πάντα	0 (0.0)	3 (4.3)	32 (1.7)	
Πάντα	5 (21.7)	4 (5.7)	142 (7.4)	
Άγνωστο	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (0.4)	

Πίνακας 8: Απλά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για επιλεγμένες μεταβλητές που αφορούν στην ανάπτυξη του παιδιού το έτος 1990 σε σχέση με την ομάδα προωρότητας

Χαρακτηριστικό	Προωρότητα	OR	95% CI	p-value
Γράφει το ονοματεπώνυμό του	ΤΜ vs. ΟΠ	1.32	(0.53, 3.33)	0.29
	ΠΡ vs. ΟΠ	0.69	(0.13, 3.58)	0.49
Γράφει τους αριθμούς από το 1-9	ΤΜ vs. ΟΠ	1.38	(0.63, 3.02)	0.04
	ΠΡ vs. ΟΠ	0.48	(0.14, 1.67)	0.10
Κινητική μειοπραγία	ΤΜ vs. ΟΠ	1.97	(0.27, 14.52)	0.39
	ΠΡ vs. ΟΠ	11.04	(1.14, 107.23)	0.007
Προβλήματα λόγου & ομιλίας	ΤΜ vs. ΟΠ	1.25	(0.89, 1.76)	0.39
	ΠΡ vs. ΟΠ	1.13	(0.54, 2.32)	0.98
Συστηματικής φαρμακ. αγωγής	ΤΜ vs. ΟΠ	0.75	(0.36, 1.56)	0.83
	ΠΡ vs. ΟΠ	0.44	(0.05, 3.59)	0.51
«Λερώνεται» πάνω του	ΤΜ vs. ΟΠ	0.49	(0.31, 0.78)	<.001
	ΠΡ vs. ΟΠ	1.68	(0.77, 3.67)	0.01
Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί (γονείς)	ΤΜ vs. ΟΠ	1.07	(0.87, 1.32)	0.78
	ΠΡ vs. ΟΠ	1.08	(0.7, 1.67)	0.84
Είναι αδέξιο	ΤΜ vs. ΟΠ	0.62	(0.42, 0.93)	0.005
	ΠΡ vs. ΟΠ	1.07	(0.87, 1.31)	0.007
Είναι υπερκινητικό	ΤΜ vs. ΟΠ	1.244	(0.98, 1.59)	0.52
	ΠΡ vs. ΟΠ	1.3	(0.77, 2.19)	0.54
Προβλήματα μάθησης	ΤΜ vs. ΟΠ	0.78	(0.61, 0.99)	0.001
	ΠΡ vs. ΟΠ	1.36	(0.85, 2.16)	0.045

Σημείωση: Στα πολυμεταβλητά μοντέλα που ακολουθούν, αναφέρονται μόνο οι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές. Επομένως, που δεν αναφέρεται η ομάδα ηλικίας κύησης, αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική (καθώς ελέγχθηκε σε όλα τα μοντέλα).

Πίνακας 9α: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την «κακή επίδοση» στην Έκφραση.

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ομάδα Ηλικίας Κύησης			
ΠΡ vs ΤΜ	3.02	(1.25, 7.32)	0.01
ΟΠ vs ΤΜ	1.42	(0.65, 3.08)	0.38
Εκπαίδευση Μητέρας (χρόνια)			
0-6 vs ≥ 12	3.57	(1.32, 9.6)	0.01
Εκπαίδευση Πατέρα (χρόνια)			
0-6 vs ≥ 12	1.97	(0.92, 4.24)	0.08
Σχολική Απουσία (εβδομαδ.)			
2-4 vs 0	2.42	(1.48, 3.95)	<0.001
Χρόνος Προσαρμογής (μήνες)			
1-3 vs ≤1	7.88	(5.67, 10.95)	<0.001
Προσχολική Αγωγή			
Σπάνια vs Τακτικά	5.65	(2.9, 11.01)	<0.001
Ποτέ vs Τακτικά	1.68	(1.04, 2.72)	0.03
Υπέρταση Κύησης			
Ναι vs Όχι	3.72	(1.47, 9.46)	0.006

Πίνακας 9β: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την «κακή επίδοση» στην Ανάγνωση.

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ομάδα Ηλικίας Κύησης			
ΠΡ vs ΤΜ	3.24	(1.43, 7.33)	0.005
ΟΠ vs ΤΜ	1.39	(0.67, 2.88)	0.37
Εκπαίδευση Μητέρας (χρόνια)			
0-6 vs ≥ 12	2.78	(1.22, 6.32)	0.02
Ηλικία Μητέρας			
21-30 vs ≤20	0.67	(0.46, 0.98)	0.03
Σχολική Απουσία (εβδομαδ.)			

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
<1 vs 0	1.54	(1.02, 2.33)	0.04
2-4 vs 0	3	(1.89, 4.76)	<0.001
Χρόνος Προσαρμογής (μήνες)			
1-3 vs ≤1	5.07	(3.7, 6.95)	<0.001
Προσχολική Αγωγή			
Σπάνια vs Τακτικά	3.2	(1.59, 6.42)	0.001
Υπέρταση Κύησης			
Ναι vs Όχι	3.45	(1.47, 8.11)	0.004

Πίνακας 9γ: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την «κακή επίδοση» στην Γραφή.

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ομάδα Ηλικίας Κύησης			
ΠΡ vs ΤΜ	2.61	(1.13, 6.03)	0.03
ΟΠ vs ΤΜ	1.4	(0.71, 2.74)	0.33
Εκπαίδευση Μητέρας (χρόνια)			
0-6 vs ≥ 12	2.5	(1.16, 5.37)	0.02
Εκπαίδευση Πατέρα (χρόνια)			
0-6 vs ≥ 12	2.2	(1.12, 4.3)	0.02
Σχολική Απουσία (εβδομαδ.)			
<1 vs 0	1.5	(1.06, 2.25)	0.024
2-4 vs 0	2.5	(1.58, 3.82)	<0.001
Χρόνος Προσαρμογής (μήνες)			
1-3 vs ≤1	7.38	(5.5, 9.9)	<0.001
Προσχολική Αγωγή			
Σπάνια vs Τακτικά	3.97	(2.07, 7.65)	<0.001
Ποτέ vs Τακτικά	1.9	(1.25, 2.85)	0.003
Υπέρταση Κύησης			
Ναι vs Όχι	3.1	(5.5, 9.9)	<0.01

Πίνακας 9δ: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την «κακή επίδοση» στην Αριθμητική.

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ομάδα Ηλικίας Κύησης			
ΠΡ vs ΤΜ	4.43	(1.95, 10.1)	<0.001

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
ΟΠ vs ΤΜ	1.37	(0.63, 3)	0.42
Εκπαίδευση Μητέρας (χρόνια)			
0-6 vs ≥ 12	3.4	(1.19, 9.8)	0.02
Εκπαίδευση Πατέρα (χρόνια)			
0-6 vs ≥ 12	2.82	(1.25, 6.36)	0.01
Σχολική Απουσία (εβδομαδ.)			
2-4 vs 0	1.86	1.15, 3)	0.01
Χρόνος Προσαρμογής (μήνες)			
1-3 vs ≤1	8.12	(5.84, 11.28)	<0.001
Προσχολική Αγωγή			
Σπάνια vs Τακτικά	2.39	(1.04, 5.46)	0.04
Ποτέ vs Τακτικά	1.57	(0.97, 2.53)	0.07
Υπέρταση Κύησης			
Ναι vs Όχι	5.06	(2.17, 11.82)	<0.001

Πίνακας 9ε: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την «κακή επίδοση» στην Γενική Βαθμολογία.

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ομάδα Ηλικίας Κύησης			
ΠΡ vs ΤΜ	3.03	(1.42, 6.45)	0.004
ΟΠ vs ΤΜ	1.08	(0.55, 2.1)	0.831
Εκπαίδευση Μητέρας (χρόνια)			
0-6 vs ≥ 12	3.49	(1.63, 7.5)	0.001
Εκπαίδευση Πατέρα (χρόνια)			
0-6 vs ≥ 12	2.43	(1.3, 4.55)	0.05
Σχολική Απουσία (εβδομαδ.)			
2-4 vs 0	2.03	(1.37, 2.3)	<0.001
Χρόνος Προσαρμογής (μήνες)			
1-3 vs ≤1	6.98	(5.35, 9.09)	<0.001
Προσχολική Αγωγή			
Σπάνια vs Τακτικά	3.3	(1.74, 6.25)	<0.001

Πίνακας 10α: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την συμπεριφορά – Rutter γονέων 80-95^η ΕΘ.

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Απουσία από το σχολείο			
Καμία vs 2 ή περισσότερες εβδο.	0.7	(0.55, 0.88)	0.002
Κάπνισμα μητέρας			
Δεν vs. Καπνίζει	1.98	(1.3, 3.01)	0.001

Πίνακας 10β: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την συμπεριφορά – Rutter γονέων >95^η ΕΘ.

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ηλικία Μητέρας			
≤20χρ vs 31+	1.47	(1.04, 2.08)	0.028
Απουσία από το σχολείο			
Καμία vs 2 ή περισσότερες εβδο	0.7	(0.51, 0.96)	0.027
Κάπνισμα μητέρας			
Καπνίζει vs Δεν καπνίζει	1.94	(1.21, 3.11)	0.006
Χρόνος Προσαρμογής			
1 μήνα vs >1 μήνα	0.27	(0.21, 0.33)	<0.001

Πίνακας 10γ: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την συμπεριφορά – Rutter γονέων >98^η ΕΘ.

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ηλικία Μητέρας			
≤20χρ vs 31+	1.53	(0.99, 2.37)	0.05
Απουσία από το σχολείο			
Καμία vs 2 ή περισσότερες εβδο	0.61	(0.40, 0.91)	0.015
Κάπνισμα μητέρας			
Καπνίζει vs Δεν καπνίζει	2.14	(1.23, 3.71)	0.007
Χρόνος Προσαρμογής			
1 μήνα vs >1 μήνα	0.26	(0.19, 0.34)	<0.001

Πίνακας 11: Μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την κακή σχολική επίδοση και επιθυμία για συνέχιση των σπουδών στους έφηβους σε σχέση με την ομάδα ηλικίας κύησης

Μάθημα	Πρωρότητα	OR	95% CI	p-value
Φιλολογικά	ΟΠ vs. ΤΜ	1.52	(0.55, 4.24)	0.93
	ΠΡ vs. ΤΜ	2.06	(0.28, 15.41)	0.62
Μαθηματικά	ΟΠ vs. ΤΜ	0.59	(0.35, 1.01)	0.72
	ΠΡ vs. ΤΜ	0.44	(0.19, 1.05)	0.22
Φυσική, χημεία, βιολογία	ΟΠ vs. ΤΜ	0.46	(0.26, 0.80)	0.21
	ΠΡ vs. ΤΜ	0.53	(0.19, 1.43)	0.63
Καλλιτεχνικά	ΟΠ vs. ΤΜ	1.17	(0.42, 3.27)	0.64
	ΠΡ vs. ΤΜ	0.77	(0.18, 3.33)	0.66
Φυσική αγωγή	ΟΠ vs. ΤΜ	1.20	(0.29, 5.01)	0.97
	ΠΡ vs. ΤΜ	-	-	
Ιστορία, Θρησκευτικά	ΟΠ vs. ΤΜ	0.74	(0.26, 2.08)	0.67
	ΠΡ vs. ΤΜ	1.00	(0.13, 7.52)	0.88
Επανάληψη τάξης	ΟΠ vs. ΤΜ	0.75	(0.34, 1.66)	0.61
	ΠΡ vs. ΤΜ	0.29	(0.04, 2.18)	0.29
Θέλεις να σπουδάσεις σε Τ.Ε.Ι	ΟΠ vs. ΤΜ	0.95	(0.53, 1.70)	0.21
	ΠΡ vs. ΤΜ	2.24	(0.96, 5.21)	0.06
Θέλεις να σπουδάσεις σε Α.Ε.Ι	ΟΠ vs. ΤΜ	0.63	(0.39, 1.03)	0.34
	ΠΡ vs. ΤΜ	0.73	(0.32, 1.67)	0.84
Βαθμολογία	ΟΠ vs. ΤΜ	0.93	(0.57, 1.51)	0.83
	ΠΡ vs. ΤΜ	0.98	(0.43, 2.23)	0.96

Πίνακας 12α: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την επίδοση στα Φιλολογικά

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ικανοποιημένος από τη ζωή			
Ικανοποιημένος vs. Μη ικανοποιημένος	1.75	(1.17, 2.61)	0.007
Φύλο			
Κορίτσι vs. Αγόρι	3.52	(2.44, 5.07)	<0.001

Πίνακας 12β: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την επίδοση στα Μαθηματικά

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ικανοποιημένος από τη ζωή			
Ικανοποιημένος vs. Μη ικανοποιημένος	1.90	(1.45, 2.55)	<0.001
Οικονομική κατάσταση οικογένειας			
Καλή vs. Κακή	1.45	(1.09, 1.93)	0.01
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα			
Ανώτερο vs. Κατώτερο	1.24	(0.98, 1.57)	0.08

Πίνακας 12γ: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την επίδοση στα καλλιτεχνικά

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Οικονομική κατάσταση οικογένειας			
Καλή vs. Κακή	1.87	(1.25, 2.8)	0.002
Φύλο			
Κορίτσι vs. Αγόρι	2.6	(1.77, 3.82)	<0.001

Πίνακας 12δ: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την επίδοση στη φυσική αγωγή

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ικανοποιημένος από τη ζωή			
Ικανοποιημένος vs. Μη ικανοποιημένος	2.06	(1.16, 3.66)	0.01
Φύλο			
Κορίτσι vs. Αγόρι	0.37	(0.2, 0.66)	<0.001

Πίνακας 12ε: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την επίδοση των παιδιών στα μαθήματα της φυσικής, χημείας και βιολογίας

Μεταβλητή	OR	95% ΔΕ	p-value
Ικανοποιημένος από την ζωή			
Ικανοποιημένος vs. Μη ικανοποιημένος	2.03	(1.46, 2.82)	<0.001
Οικονομική κατάσταση οικογένειας			
Καλή vs. Κακή	1.62	(1.17, 2.24)	0.003
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα			
Ανώτερο vs. Κατώτερο	1.39	(1.05, 1.85)	0.02

Πίνακας 12στ: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την συνολική βαθμολογία

Μεταβλητή	ODDS Ratio	95% ΔΕ	p-value
Οικονομική κατάσταση οικογένειας			
Καλή vs. Κακή	1.59	(1.21, 2.07)	<0.001
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα			
Ανώτερη vs. Κατώτερη	1.78	(1.39, 2.29)	<0.001
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας			
Ανώτερο vs. Κατώτερο	2.05	(1.6, 2.64)	<0.001
Φύλο			
Κορίτσι vs. Αγόρι	2.37	(1.93, 2.91)	<0.001

Πίνακας 13α: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την κακή (<10) επίδοση στα φιλολογικά

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Εκπαίδευση Πατέρα			
≤6 vs. >12 έτη	0.41	(0.22, 0.76)	0.004
Ενδιαφέρον Γονέων			
Κανένα vs. Συχνά	14.19	(1.11, 181.86)	0.04
Σπάνια vs. Συχνά	2.64	(1.3, 5.2)	0.005

Πίνακας 13β: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την κακή (<10) επίδοση στα μαθηματικά

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Εκπαίδευση Μητέρας			
≤6 vs. >12 έτη	2.56	(1.51, 4.35)	<0.001
6-12 vs. >12	2.21	(1.36, 3.6)	0.01
Ενδιαφέρον Γονέων			
Σπάνια vs. Συχνά	1.82	(1.08, 3.06)	0.02
Οικονομική κατάσταση			
Κακή vs. Καλή	2.06	(1.09, 3.89)	0.026
Μέτρια vs. Καλή	1.66	(1.03, 2.68)	0.036
Επανάληψη τάξης (όχι vs. ναι)	0.4	(0.28, 0.56)	<0.001
Διάγνωση Αναπηρίας (ναι vs όχι)	1.54	(1.06, 2.3)	0.04

Πίνακας 13γ: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την κακή (<10) συνολική βαθμολογία

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Εκπαίδευση πατέρα			
≤6 vs. >12 έτη	1.89	(1.02, 3.05)	0.04
Ενδιαφέρον γονέων			
Σπάνια vs. Συχνά	3.01	(1.65, 5.5)	<0.001

Πίνακας 14: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την μη επιθυμία συνέχισης των σπουδών σε Α.Ε.Ι.

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Ενδιαφέρον γονέων			
Σπάνια vs. Συχνά	3.57	(1.6, 7.98)	0.002
Είδος σχολείου			
Τεχνικό vs. Κανονικό	8.5	(4.1, 17.69)	<0.001
Δουλεύει vs. Κανονικό	42.42	(8.8, 310.69)	<0.001

Πίνακας 15: Πολυμεταβλητό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την επιθυμία συνέχισης των σπουδών σε Α.Ε.Ι.

Μεταβλητή	OR	95% CI	p-value
Εκπαίδευση Μητέρας			
≤6 vs. >12 έτη	0.34	(0.22, 0.54)	<0.001
6-12 vs. >12	0.52	(0.35, 0.78)	<0.001
Ενδιαφέρον γονέων			
Σπάνια vs. Συχνά	0.26	(0.13, 0.52)	<0.001
Είδος σχολείου			
Τεχνικό vs. κανονικό	0.21	(0.01, 0.04)	<0.001
Δουλεύει vs. κανονικό	0.083	(0.15, 0.57)	0.023
Δεν δουλεύει vs. κανονικό	0.14	(0.003, 0.06)	<0.001
Επανάληψη τάξης			
Όχι vs. Ναι	5.31	(3.36, 8.39)	<0.001

Πίνακας 16: Αποτελέσματα απλών λογιστικών μοντέλων για την κατάσταση της υγείας των μαθητών καθώς και της σεξουαλικότητας τους ανά ομάδα ηλικίας κύησης

Χαρακτηριστικό	Πρωρότητα	OR	95% CI	p-value
Κακή κατάσταση υγείας	ΟΠ vs. ΤΜ	0.76	(0.24, 2.46)	0.26
	ΠΡ vs. ΤΜ	2.55	(0.74, 8.70)	0.11
Χρόνια πάθηση	ΟΠ vs. ΤΜ	3.37	(0.66, 17.29)	0.39
	ΠΡ vs. ΤΜ	1.63	(0.08, 35.37)	0.99
Προβλήματα όρασης	ΟΠ vs. ΤΜ	0.74	(0.1, 5.44)	0.52
	ΠΡ vs. ΤΜ	2.31	(0.30, 17.57)	0.38
Προβλήματα ακοής	ΟΠ vs. ΤΜ	1.02	(0.48, 2.16)	0.76
	ΠΡ vs. ΤΜ	0.75	(0.18, 3.23)	0.70
Σταθερή σχέση	ΟΠ vs. ΤΜ	1.01	(0.61, 1.65)	0.28
	ΠΡ vs. ΤΜ	0.47	(0.18, 1.28)	0.15
Φίλοι	ΟΠ vs. ΤΜ	0.74	(0.33, 1.65)	0.97
	ΠΡ vs. ΤΜ	-	-	0.99
Ικανοποιημένος από την εμφάνιση σου?	ΟΠ vs. ΤΜ	0.92	(0.52, 1.62)	0.43
	ΠΡ vs. ΤΜ	0.48	(0.2, 1.14)	0.13

Πίνακας 17: Achenbach Youth Self Report: Στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για βαθμολογία >98 ΕΘ

Σύμπτωμα	Παράγοντες	OR	95% ΔΕ	p-value
Απόσυρση	Πιθανότητα κακής εμφάνισης	5	(1.9, 13.6)	0.001
	Βεβαιότητα κακής εμφάνισης	12	(2.02, 71.5)	0.006
Σωματοποίηση	Χρόνια Νόσος	4.9	(2.21, 10.8)	<0.001
	Πιθανότητα κακής εμφάνισης	2.3	(1.03, 4.9)	0.4
	Βεβαιότητα κακής εμφάνισης	4	(1.36, 11.7)	0.01
Άγχος/Κατάθλιψη	Κάπνισμα	2.4	(1.05, 5.7))	0.04
	Πιθανότητα κακής εμφάνισης	6.4	(1.9, 21.1)	0.002
	Βεβαιότητα κακής εμφάνισης	58	(9.5, 356.14)	0.001
Κοινωνικά Προβλήματα	Πιθανότητα κακής εμφάνισης	10.5	(3.8, 28.59)	<0.001
	Βεβαιότητα κακής εμφάνισης	28.03	(4.6, 171)	<0.001
Προβλήματα Σκέψης	Χρόνια Νόσος	2.4	(1.06, 5.8)	0.04
	Κάπνισμα	3.7	(1.8, 7.4)	<0.001
Διάσπαση Προσοχής	Ίσως κακή εμφάνιση	2.63	(1, 6.9)	0.05
	Πιθανότητα κακής εμφάνισης	11.9	(0.37, 9.7)	0.43
	Βεβαιότητα κακής εμφάνισης	31.52	(4.12, 241.3)	0.001
Εσωτερίκευση	Ίσως κακή εμφάνιση	3.29	(1.18, 9.1)	0.022
	Πιθανότητα κακής εμφάνισης	20.12	(6.5, 61.4)	<0.001
	Βεβαιότητα κακής εμφάνισης	50.3	(6.8, 372)	<0.001
Προβλήματα Διαγωγής	Κάπνισμα (ναι vs όχι)	3.2	(1.2, 8.3)	0.01
	Βεβαιότητα κακής εμφάνισης	55.1	(7.7, 394)	0.001
Παραβατική Συμπεριφορά	Ολοκληρωμένες σχέσεις (ναι vs όχι)	0.28	(0.11, 0.68)	0.005
Επιθετική Συμπεριφορά	Ολοκληρωμένες σχέσεις (ναι vs όχι)	0.32	(0.14, 0.73)	0.007
Εναντιωματική/Προκλητ. Συμπ.	Ολοκληρωμένες σχέσεις (ναι vs όχι)	0.3	(0.12, 0.73)	0.008

E. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Gilstrap LC, Oh W. Guidelines for Perinatal Care. American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists.2002; 5th ed. Elk Grove Village, IL.
- 2) World Health Organization. Sexual and reproductive health. www.who.int/reproductive-health. 2005; June 1.
- 3) Raju TN, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) gestations and for late-preterm infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institutes of Health and Human Development. *Pediatrics*. 2006;118:1207–1214.
- 4) Sarici SU, Serdar MA, Korkmaz A, et al. Incidence, course, and prediction of hyperbilirubinemia in near-term and term newborns. *Pediatrics*. 2004;113:775–780.
- 5) Dalziel SR, Lim VK, Lambert A, et al. Psychological functioning and health-related quality of life in adulthood after preterm birth. *Dev Med Child Neurol* 2007;49:597–602.
- 6) Healthy Babies are Worth the Wait; 2011. [Available at: http://www.marchofdimes.com/professionals/medicalresources_hbww.html].
- 7) Oshiro BT, Henry E, Wilson J, Branch DW, Varner MW. Decreasing elective deliveries before 39 weeks of gestation in an integrated health care system. *Obstet Gynecol* 2009;113:804e11.
- 8) Clark SL, Frye DR, Meyers JA, et al. Reduction in elective delivery at <39 weeks of gestation: comparative effectiveness of 3 approaches to change and the impact on neonatal intensive care admission and stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203. 449 e1e449 e6.
- 9) Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, et al. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics* 2004;114:372–6.

- 10) Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. The cost of prematurity: quantification by gestational age and birth weight. *Obstet Gynecol* 2003;102:488–92.
- 11) Ananth CV, Vintzileos AM. Epidemiology of Preterm Birth and its Clinical Subtypes. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2006; 19: 773-82.
- 12) Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. Committee Opinion. The American College of Obstetricians and gynecologists Committee on Obstetric Practice. The Society for Maternal-Fetal Medicine. No 560. April 2013.
- 13) Bannerman CG, Fuchs KM, Young OM, Hoffman MK. Non-spontaneous late preterm birth: etiology and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:456.e1e6.
- 14) VitalStats. [Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/vitalstats.htm>].
- 15) Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Mathews TJ, Osterman MJ. Births: final data for 2008. *Natl Vital Stat Rep* 2010;59:1e72.
- 16) Basso O, Baird DD. Infertility and preterm delivery, birthweight, and Caesarean section: a study within the Danish National Birth Cohort. *Hum Reprod* 2003;18:2478e84.
- 17) Sunderam S, Chang J, Flowers L, et al. Assisted reproductive technology surveillance e United States, 2006. *MMWR Surveill Summ* 2009;58:1e25.
- 18) Strobino DM, Ensminger ME, Kim YJ, Nanda J. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. *Am J Epidemiol* 1995;142:504e14.
- 19) Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics.* 2004;114:372–376.
- 20) Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, Barfield W, Weiss J, Evans S. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among “healthy” late preterm newborns. *Semin Perinatol.* 2006;30:54–60.
- 21) Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Weiss J, et al. Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal mortality. *Semin Perinatol.* 2006;30:61–68.
- 22) Seubert DE, Stetzer BP, Wolfe HM, Treadwell MC. Delivery of the marginally preterm infant: what are the minor morbidities? *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:1087–1091.

- 23) Lupton A, Jackson GL. Cold stress and hypoglycemia in the late preterm (“near-term”) infant: impact on nursery of admission. *Semin Perinatol.* 2006;30:24–27.
- 24) Escobar GJ, Clark RH, Greene JD. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. *Semin Perinatol.* 2006;30:28–33.
- 25) Jain L, Eaton DC. Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. *Semin Perinatol.* 2006;30:34–43.
- 26) Ward RM. Drug disposition in the late preterm (“near-term”) newborn. *Semin Perinatol.* 2006;30:48–51.
- 27) Clapp DW. Developmental regulation of the immune system. *Semin Perinatol.* 2006;30:69–72.
- 28) Hunt CE. Ontogeny of autonomic regulation in late preterm infants born at 34–37 weeks postmenstrual age. *Semin Perinatol.* 2006;30:73–76.
- 29) Neu J. Gastrointestinal maturation and feeding. *Semin Perinatol.* 2006;30:77–80.
- 30) Kinney HC. The near-term (late pre-term) human brain and risk for periventricular leukomalacia: a review. *Semin Perinatol.* 2006;30:81–88.
- 31) Arnon, S, Dolfon T, Litmanovitz I, Regev R, Bauer S, Fejgin M. Preterm labour at 34–36 weeks of gestation: should it be arrested? *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15:252–256.
- 32) Avery ME, Mead J. Surface properties in relation to atelectasis and hyaline membrane disease. *AMA J Dis Child.* 1959;97: 517–523.
- 33) Rubaltelli FF, Bonafe L, Tangucci M, Spagnolo A, Dani C. Epidemiology of neonatal acute respiratory disorders. *Biol Neonate.* 1998;74:7–15.
- 34) Jobe AH. The respiratory system. Part 1: lung development and maturation. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin’s Neonatal-Perinatal Medicine.* 8th ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2006:1069–1194.
- 35) Post M. Lung development: pulmonary structure and function. In: Gluckman PD, Heymann MA, eds. *Pediatrics and Perinatology: The Scientific Basis.* 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 1996:797–800.

- 36) Hawgood S. Alveolar region: pulmonary structure and function. In: Gluckman PD, Heymann MA, eds. *Pediatrics and Perinatology: The Scientific Basis*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 1996:814–819.
- 37) Henderson-Smart DJ, Pettigrew AG, Campbell DJ. Clinical apnea and brain-stem neural function in preterm infants. *N Engl J Med*. 1983;308:353–357.
- 38) Henderson-Smart DJ. The effect of gestational age on the incidence and duration of recurrent apnoea in newborn babies. *Aust Paediatr J*. 1981;17:273–276.
- 39) Ramanathan R, Corwin MJ, Hunt CE, et al. Cardiorespiratory events recorded on home monitors: comparison of healthy infants with those at increased risk for SIDS. *JAMA*. 2001;285:2199–2207.
- 40) Curzi-Dascalova L, Christova-Gueorguieva E. Respiratory pauses in normal prematurely born infants: a comparison with full-term newborns. *Biol Neonate*. 1983;44:325–332.
- 41) Miller MJ, Fanaroff AA, Martin RJ. The respiratory system. Part 5: respiratory disorders in preterm and term infants. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine*. 8th ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2006:1122–1146.
- 42) Merchant JR, Worwa C, Porter S, Coleman JM, deRegnier RA. Respiratory instability of term and near-term healthy newborn infants in car safety seats. *Pediatrics*. 2001;108:647–652.
- 43) Lee LA, Kimball TR, Daniels SR, Khoury P, Meyer RA. Left ventricular mechanics in the preterm infant and their effect on the measurement of cardiac performance. *J Pediatr*. 1992;120: 114–119 44.
- 44) Zahka KG. The cardiovascular system. Part 4: principles of neonatal cardiovascular hemodynamics. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine*. 8th ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier;2006:1211–1215.
- 45) Randala M, Eronen M, Andersson S, Pohjavuori M, Pesonen E. Pulmonary artery pressure in term and preterm neonates. *Acta Paediatr*. 1996;85:1344–1347.

- 46) Hammarlund K, Sedin G. Transepidermal water loss in newborn infants. VI. Heat exchange with the environment in relation to gestational age. *Acta Paediatr Scand.* 1982;71:191–196.
- 47) Sinclair JC. Management of the thermal environment. In: Sinclair JC, Bracken MB, eds. *Effective Care of the Newborn Infants.* New York, NY: Oxford University Press; 1992:40–58.
- 48) Sedin G. Physical environment. Part 1: the thermal environment of the newborn infant. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine.* 8th ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2006:585–597.
- 49) Stephenson T, Budge H, Mostyn A, Pearce S, Webb R, Symonds ME. Fetal and neonatal adipose tissue maturation: a primary site of cytokine and cytokine-receptor action. *Biochem Soc Trans.* 2001;29:80–85.
- 50) Symonds ME, Mostyn A, Pearce S, Budge H, Stephenson T. Endocrine and nutritional regulation of fetal adipose tissue development. *J Endocrinol.* 2003;179:293–299.
- 51) Stanley CA, Pallotto EK. Disorders of carbohydrate metabolism. In: Taeusch HW, Ballard RA, Gleason CA, eds. *Avery's Diseases of the Newborn.* 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2005:1410–1422.
- 52) Cornblath M, Ichord R. Hypoglycemia in the neonate. *Semin Perinatol.* 2000;24:136–149.
- 53) Ward Platt M, Deshpande S. Metabolic adaptation at birth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2005;10:341–350.
- 54) Kalhan SC, Parimi PS. Metabolic and endocrine disorders. Part 1: disorders of carbohydrate metabolism. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine.* 8th ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2006:1467–1491.
- 55) Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Screening guidelines for newborns at risk for low blood glucose. *Paediatr Child Health.* 2004;9:723–729.

- 56) Kawade N, Onishi S. The prenatal and postnatal development of UDP-glucuronyltransferase activity towards bilirubin and the effect of premature birth on this activity in the human liver. *Biochem J.* 1981;196:257–260.
- 57) Berseth CL. Developmental anatomy and physiology of the gastrointestinal tract. In: Taeusch HW, Ballard RA, Gleason CA, eds. *Avery's Diseases of the Newborn.* 8th ed. Philadelphia, PA:Elsevier Saunders; 2005:1071–1085.
- 58) Al Tawil Y, Berseth CL. Gestational and postnatal maturation of duodenal motor responses to intragastric feeding. *J Pediatr.* 1996;129:374–381.
- 59) Bhutani VK, Johnson LH, Maisels MJ, et al. Kernicterus: epidemiological strategies for its prevention through systems-based approaches. *J Perinatol.* 2004;24:650–662.
- 60) Newman TB, Escobar GJ, Gonzales VM, Armstrong MA, Gardner MN, Folck BF. Frequency of neonatal bilirubin testing and hyperbilirubinemia in a large health maintenance organization *Pediatrics.* 1999;104:1198–1203.
- 61) Hall RT, Simon S, Smith MT. Readmission of breastfed infants in the first 2 weeks of life. *J Perinatol.* 2000;20:432–437.
- 62) Maisels MJ, Kring E. Length of stay, jaundice, and hospital readmission. *Pediatrics.* 1998;101:995–998.
- 63) Maisels MJ, Newman TB. Jaundice in full-term and near-term babies who leave the hospital within 36 hours: the pediatrician's nemesis. *Clin Perinatol.* 1998;25:295–302.
- 64) Brown AK, Damus K, Kim MH, et al. Factors relating to readmission of term and near-term neonates in the first two weeks of life. Early Discharge Survey Group of the Health Professional Advisory Board of the Greater New York Chapter of the March of Dimes. *J Perinat Med.* 1999;27:263–275.
- 65) Soskolne EI, Schumacker R, Fyock C, Young ML, Schork A. The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996;150:373–379.

- 66) Escobar GJ, Joffe S, Gardner MN, Armstrong MA, Folck BF, Carpenter DM. Rehospitalization in the first two weeks after discharge from the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*. 1999;104(1).
- 67) Johnson D, Jin Y, Truman C. Early discharge of Alberta mothers post-delivery and the relationship to potentially preventable newborn readmissions. *Can J Public Health*. 2002;93:276–280.
- 68) Geiger AM, Petitti DB, Yao JF. Rehospitalisation for neonatal jaundice: risk factors and outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15:352–358.
- 69) Escobar GJ, Gonzales V, Armstrong MA, Folck B, Xiong B, Newman TB. Rehospitalization for neonatal dehydration: a nested case-control study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:155–161.
- 70) Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. The cost of prematurity: quantification by gestational age and birth weight. *Obstet Gynecol*. 2003;102:488–492.
- 71) Dani C, Reali MF, Bertini G, Wiechmann L, et al. Risk factors for the development of respiratory distress syndrome and transient tachypnoea in newborn infants. Italian Group of Neonatal Pulmonology. *Eur Respir J*. 1999;14:155–159.
- 72) Newman TB, Liljestrand P, Escobar GJ. Infants with bilirubin levels of 30 mg/dL or more in a large managed care organization. *Pediatrics*. 2003;111:1303–1311.
- 73) Chou SC, Palmer RH, Ezhuthachan S, et al. Management of hyperbilirubinemia in newborns: measuring performance by using a benchmarking model. *Pediatrics*. 2003;112:1264–1273.
- 74) Escobar GJ, Greene JD, Hulac P, et al. Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child*. 2005;90:125–131.
- 75) Oddie SJ, Hammal D, Richmond S, Parker L. Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Arch Dis Child*. 2005;90:119–124.
- 76) Kramer MS, Demissie K, Yang H, Platt RW, Sauve´ R, Liston R. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *JAMA*. 2000;284:843–849.

- 77) Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: final data for 2003. *Natl Vital Stat Rep.* 2005;54(2):1–116.
- 78) Grupp-Phelan J, Taylor JA, Liu LL, Davis RL. Early newborn hospital discharge and readmission for mild and severe jaundice. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:1283–1288.
- 79) Pulver LS, Guest-Warnick G, Stoddard GJ, et al. Weight for gestational age affects the mortality of late preterm infants. *Pediatrics* 2009;123:e1072–7.
- 80) Fumagalli M, Ramenghi LA, De Carli A, et al. Cranial ultrasound findings in late preterm infants and correlation with perinatal risk factors. *It J Ped* 2015;41:65.
- 81) Huppi PS, Warfield S, Kikinis R, et al. Quantitative magnetic resonance imaging of brain development in premature and mature newborns. *Ann Neurol* 1998;43:224–35.
- 82) Volpe JJ. *Neurology of the newborn.* 4th edition. Philadelphia: WB Saunders; 2001.
- 83) Back SA, Luo NL, Borenstein NS, et al. Late oligodendrocyte progenitors coincide with the developmental window of vulnerability for human perinatal white matter injury. *J Neurosci* 2001;15:1302–12.
- 84) Kinney HC, Panigrahy A, Newburger JW et al. Hypoxic Ischemic Brain Injury in Infants with Congenital Heart Disease Dying after Cardiac Syrgery. *Acta Neuropathol (Berl)* 2005;110:563-578.
- 85) Johnson S, Evans TA, Draper ES, et al. Neurodevelopmental outcomes following late and moderate prematurity: a population-based cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015;100:F301-F308.
- 86) Engle WA. Morbidity and Mortality in Late Preterm and Early Term Newborns: A Continuum. *Clin Perinatol* 2011;38:493-516.
- 87) Barros MC, Mitsuhiro S, Chalem E, et al. Neurobehavior of late preterm infants of adolescent mothers. *Neonatology* 2011;99:133–9.
- 88) Romeo DM, Di Stefano A, Conversano M, et al. Neurodevelopmental outcome at 12 and 18 months in late preterm infants. *Eur J Paediatr Neurol* 2010;14:503–7.

- 89) Woythaler MA, McCormick MC, Smith VC. Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants. *Pediatrics* 2011;127:e622–9.
- 90) Baron IS, Erickson K, Ahronovich MD, et al. Visuospatial and verbal fluency relative deficits in 'complicated' late-preterm preschool children. *Early Hum Dev* 2009;85:751–4.
- 91) Baron IS, Erickson K, Ahronovich MD, et al. Spatial location memory discriminates children born at extremely low birth weight and late-preterm at age three. *Neuropsychology* 2010;24:787–94.
- 92) Morse SB, Zheng H, Tang Y, et al. Early school-age outcomes of late preterm infants. *Pediatrics* 2009;123:e622–9.
- 93) Roth J, Figlio DN, Chen Y, et al. Maternal and infant factors associated with excess kindergarten costs. *Pediatrics* 2004;114:720–8.
- 94) Chyi LJ, Lee HC, Hintz SR, et al. School outcomes of late preterm infants: special needs and challenges for infants born at 32 to 36 weeks gestation. *J Pediatr* 2008;153:25–31.
- 95) Talge NM, Holzman C, Wang J, et al. Late-preterm birth and its association with cognitive and socioemotional outcomes at 6 years of age. *Pediatrics* 2010;126:1124–31.
- 96) Odd DE, Emond A, Whitelaw A. Long-term cognitive outcomes of infants born moderately and late preterm. *Dev Med Child Neurol* 2012;54:704–9.
- 97) Huddy CL, Johnson A, Hope PL. Educational and behavioural problems in babies of 32-35 weeks gestation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2001;85:F23–8.
- 98) Talge NM, Holzman C, Van Egeren LA, et al. Late-preterm birth by delivery circumstance and its association with parent-reported attention problems in childhood. *J Dev Behav Pediatr* 2012;33:405–15.
- 99) Lipkind HS, Slopen ME, Pfeiffer MR, et al. School-age outcomes of late preterm infants in New York City. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:222.e1–6.

- 100)** Eide MG, Oyen N, Skjaerven R, et al. Associations of birth size, gestational age and adult size with intellectual performance: evidence from a cohort of Norwegian men. *Pediatr Res* 2007;62:636–42.
- 101)** Ekeus C, Lindstrom K, Lindblad F, et al. Preterm birth, social disadvantage, and cognitive competence in Swedish 18- to 19-year-old men. *Pediatrics* 2010;125: e67–73.
- 102)** Lindstrom K, Lindblad F, Hjern A. Psychiatric morbidity in adolescents and young adults born preterm: a Swedish national cohort study. *Pediatrics* 2009;123: e47–53.
- 103)** Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-term medical and social consequences of preterm birth. *N Engl J Med* 2008;359:262–73.
- 104)** The Greek national perinatal survey: I: Design, methodology, case ascertainment. Tzoumaka-Bakoula C. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1987 Apr;1(1):43-55.
- 105)** Από την γέννηση στα επτά χρόνια Ζωής. Πληθυσμιακή διαχρονική μελέτη της υγείας και συμπεριφοράς των Ελληνοπαίδων. Αθήνα 1983.
- 106)** Kari A, Veltsista A, Sovio U, et al. Comparison of self-reported emotional and behavioural problems in adolescents from Greece and Finland. *Acta Paediatr.* 2007;96:1174-1179.
- 107)** Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, Health and Behavior.* London: Longman; 1970.
- 108)** Achenbach T. *Manual for the Youth Self Report and 1991 Profile.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
- 109)** Καλογεράκη Σ. Οικογενειακά μοντέλα και γονική επιτήρηση: Μια συγκριτική μελέτη μεταξύ Μεγάλης Βρετανίας, Σουηδίας και Ελλάδας. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη* 2008 3 (2),137-151.
- 110)** Gurka MJ, LoCasale-Crouch J, James A. Delivery Indications at Late-Preterm Gestations and Infant Mortality Rates in the United States. *Pediatrics.* 2009 July ; 124(1): 234–240.
- 111)** Κοντογιαννοπούλου-Πολυδωρίδη, Γ., Σολομών, & Ι., Σταμέλος, Γ. Ανιχνεύοντας την επίδοση στην ελληνική εκπαίδευση. 2000; Μεταίχμιο.

- 112)** Λυκίδη, Σ. Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τους μαθητές και οι προσδοκίες τους για τη σχολική επίδοση. Μια ερευνητική προσέγγιση σε πολιτισμικά διαφορετικούς μαθητές. 2012; Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών.
- 113)** Τουρτούρας, Χ. Σχολική αποτυχία και αποκλεισμός- Η περίπτωση των παιδιών από την πρώην Σοβιετική Ένωση. 2010; Επίκεντρο.
- 114)** Φιλίππου Γ, Χρίστου Κ. Κείμενα Παιδείας- Συναισθηματικοί παράγοντες και μάθηση των Μαθηματικών. 2002; Ατραπός.
- 115)** Rogers MA, Theule J, Ryan BA, Adams GR, Keating L. Parental Involvement and Children's School Achievement. Evidence for Mediating Processes. *Can J School Psychol* 2009 March;24(1):34-57.
- 116)** Hill NE, Taylor LC. Parental School Involvement and Childrens Academic Achievement. *Curr Dir Psychol Science*. 13(4):161-164.
- 117)** Συμεού Λ. Σχέσεις Σχολείου – Οικογένειας: Έννοιες, Μορφές και Εκπαιδευτικές Συνεπαγωγές. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση* 36, 101-113.
- 118)** Dalziel SR, Lim VK, Lambert A, et al. Psychological functioning and health-related quality of life in adulthood after preterm birth. *Dev Med Child Neurol* 2007;49:597–602.

ΣΤ. ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

(με σειρά εμφάνισης στο κείμενο)

ΠΡ: πρόωρα νεογνά <34 εβδομάδων κύησης

ΟΠ: όψιμα πρόωρα νεογνά 34-36⁺⁶ εβδομάδων κύησης

MENN: μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών

ΤΜ: τελειόμηνα νεογνά >37 εβδομάδων κύησης

ΗΚ: ηλικία κύησης

ΕΚ: εβδομάδα κύησης

ΣΑΔ: σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του νεογνού

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

\$: δολάριο

ΤΕΥ: τεχνητή υποστήριξη αναπνοής

OR: odds ratio

ΚΝΣ: κεντρικό νευρικό σύστημα

UDPG: uridine diphosphoglucuronate

CI: confidence interval

h: hour

RR: relative risk

ΦΤ: φυσιολογικός τοκετός

ΧΒΓ: χαμηλό βάρος γέννησης

PVL: periventricular leukomalacia

ΧΗ: χρονολογική ηλικία

ΔΗΚ: διορθωμένη ηλικία κύησης

MDI: mental developmental index

PDI: psychomotor developmental index

ΔΕΠΥ: διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας

VS: versus

ΕΘ: εκατοστιαία θέση