



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
&  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ»

## ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΥΛΟ ΚΑΙ ΕΓΚΥΩΝ ΕΛΛΗΝΙΔΩΝ

PERINATAL OUTCOMES OF FEMALE ASYLUM SEEKERS AND  
PREGNANT GREEKS

Όνομα μεταπτυχιακής φοιτήτριας : Στεφανία Μωϋσιάδου  
Ιδιότητα : Μαία  
Α.Μ. : 7450102100012

### Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Επιβλέπων: Αλέξανδρος Σωτηριάδης, Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Εμβρυομητρικής Ιατρικής, Ιατρικής Σχολής, ΑΠΘ
2. Γεώργιος Μαστοράκος, Καθηγητής Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
3. Χρήστος Χατζάκης, Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Αθήνα, 2023

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες μου ευχαριστίες στην τριμελή επιτροπή της διπλωματικής επιτροπής. Προς τον επιβλέποντα μου , κ.Σωτηριάδη Αλέξανδρο, Καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Εμβρυομητρικής Ιατρικής, Ιατρικής Σχολής, ΑΠΘ, τον κ.Μαστοράκο Γεώργιο, Καθηγητή Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, και τον κ.Χατζάκη Χρήστο, Μαιευτήρα – Γυναικολόγο, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, για την καθοδήγηση και την ατελείωτη υποστήριξή τους. Η προσφορά του ήταν ουσιαστική για την ανάπτυξη και την επιτυχή ολοκλήρωση αυτού του ερευνητικού έργου.

Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ.Δεμερτζίδου Ελευθερία για την καθοδήγηση και τον χρόνο που αφιέρωσε για να γραφτεί η παρούσα εργασία, όπως επίσης και το ΓΝΘ Ιπποκράτειο και την Β Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική ΑΠΘ για την παραχώρηση των δεδομένων.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια και τους φίλους μου, που με στήριξαν όλο αυτό το διάστημα της συγγραφής.

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	04
Περίληψη Αγγλικά.....	05
Πρόλογος .....	06
Εισαγωγή.....	07

### Α΄ ΜΕΡΟΣ

<b>ΚΦ1<sup>0</sup> Προσφυγικό κύμα.....</b>	<b>10</b>
<b>ΚΦ2<sup>0</sup> Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και περιγεννητικά αποτελέσματα.....</b>	<b>12</b>
<b>ΚΦ3<sup>0</sup> Πρόωρος τοκετός.....</b>	<b>15</b>
3.1 Ορισμός πρόωρου τοκετού.....	15
3.2 Επιδημιολογία.....	15
3.3 Συμπτώματα.....	15
3.4 Παράγοντες κινδύνου έναρξης πρόωρου τοκετού.....	16
3.5 Παράγοντες κινδύνου πρόωρου τοκετού.....	16
3.6 Παράγοντες κινδύνου θνησιμότητας νεογνού λόγω πρόωρο τοκετού.....	16
3.7 Διάγνωση πρόωρου τοκετού.....	16
3.8 Αντιμετώπιση πρόωρης έναρξης τοκετού.....	17

### Β΄ ΜΕΡΟΣ

<b>ΚΦ4<sup>0</sup> Σκοπός και Στόχοι έρευνας.....</b>	<b>20</b>
<b>ΚΦ5<sup>0</sup> Μεθοδολογία έρευνας.....</b>	<b>21</b>
5.1 Είδος έρευνας.....	21
5.2 Προγραμματισμός και χρονοδιάγραμμα έρευνας.....	21
5.3 Δείγμα.....	21
5.4 Εργαλείο συλλογής δείγματος.....	21
5.5 Περιγεννητικές εκβάσεις.....	21
5.6 Περιορισμοί και πιθανές δυσκολίες.....	22
5.7 Ethics.....	22
5.8 Στατιστική ανάλυση.....	22
<b>ΚΦ 6<sup>0</sup> Αποτελέσματα.....</b>	<b>23</b>
<b>ΚΦ 7<sup>0</sup> Συζήτηση.....</b>	<b>24</b>
<b>ΚΦ8<sup>0</sup> Συμπεράσματα.....</b>	<b>26</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>27</b>
<b>Παράρτημα.....</b>	<b>31</b>

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί άφιξη ατόμων αιτούμενων άσυλο λόγω δυσμενών συνθηκών στην χώρα καταγωγή τους. Οι δυσκολίες στις οποίες υποβάλλονται και οι συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων αυτών μπορούν να έχουν σημαντική επιρροή στην υγεία τους. Εξαιρέση δεν αποτελούν και οι έγκυες γυναίκες. Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην διερεύνηση των περιγεννητικών αποτελεσμάτων των γυναικών αιτούμενων άσυλο συγκριτικά με Ελληνίδες έγκυες γυναίκες.

**Μεθοδολογία:** Η συλλογή του δείγματος έγινε από τα βιβλία τοκετού της Β Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής ΑΠΘ του ΓΝΘ Ιπποκράτειο, από τις 30/09/2017 έως τις 31/12/2022.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα ανέρχεται σε 3562 γυναίκες (395 αλλοδαπές αιτούμενες άσυλο και 3167 Ελληνικής καταγωγής). Οι αλλοδαπές γυναίκες ήταν κατά 3 χρόνια νεότερες συγκριτικά με της Ελληνίδες, ενώ είχαν επίσης γεννήσει περισσότερες φορές συγκριτικά με τις Ελληνίδες. Φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία κύησης κατά την έναρξη του τοκετού, με τις αλλοδαπές γυναίκες να έχουν στατιστικά μικρότερη ηλικία έναρξη τοκετού και εξαιρετικά πρόωρα πριν τις 28 εβδομάδες κύησης. Ακόμη, φάνηκε πως νεογνά γυναικών ελληνικής καταγωγής είχαν μεγάλο ποσοστό εισαγωγής στην ΜΕΝΝ.

**Συμπέρασμα:** Υπάρχουν διαφορές κυρίως σε ότι αφορά την έναρξη τοκετού πριν τις 28 εβδομάδες κύησης και την νοσηλεία των νεογνών στη ΜΕΝΝ, διαφορές οι οποίες πιθανόν να οφείλονται σε διαφορετικής παθολογίας κύηση ή ηλικίας της μητέρας. Περισσότερες μελέτες είναι απαραίτητες ώστε να γίνει καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων.

## Περίληψη αγγλικά

**Introduction:** The past few years, an influx of asylum-seekers due to adverse conditions in their home country has been observed. The difficulties they are subjected to, and the living conditions of these people can have a significant influence on their health. Pregnant women are no exception. The present research aims to investigate the perinatal outcomes of asylum-seeking women compared to Greek women.

**Methodology:** The sample was collected from the delivery records of the Second Obstetrics-Gynecology Clinic of the Aristotle University of Thessaloniki, General Hospital Hippokratio, from 30/9/2017 to 31/12/2022.

**Results:** The sample includes 3562 women (395 foreign asylum-seeking and 3167 Greek-origin women). Foreign women were, on average, 3 years younger compared to Greek women and had also given birth more times. Statistically significant differences were observed regarding the gestational age onset of labor, with foreign women having a younger age at onset of labor and extremely preterm before the 28<sup>th</sup> gestation week. Furthermore, it appeared that newborns of women of Greek origin had a high percentage of admission to the NICU.

**Conclusion:** There are differences mainly regarding the onset of labor before 28 weeks of gestation and the hospitalization of newborns in the NICU, differences which may be due to different pregnancy pathologies or the age of the mother. Further studies are necessary to better understand the results.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μία σημαντική περίοδο στη ζωή της γυναίκας. Είναι απαραίτητο η γυναίκα να παρουσιάζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας, ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες μίας κύησης, σωματικές και ψυχικές. Επιπλέον, όπως είναι κοινώς γνωστό, η εξέλιξη της εγκυμοσύνης επηρεάζεται από διάφορους εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, που έχουν επίδραση και στην ίδια την υγεία της γυναίκας.

Η ανάγκη εγκατάλειψης της χώρας διαμονής, λόγω απειλής στην επιβίωση, και η συνεπακόλουθη αναζήτηση ασύλου μπορούν να αποτελέσουν δυσμενείς συνθήκες για την έγκυο γυναίκα. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί αυτή η ροή μετακίνησης πληθυσμών λόγω αντίξων κοινωνικοοικονομικών και πολιτικών συνθηκών στην χώρα καταγωγής τους σε όλον τον κόσμο και η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση. Αυτό το γεγονός οδηγεί στο ερώτημα κατά πόσο οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει μία έγκυος γυναίκα αιτούμενη άσυλο επηρεάζουν τη έκβαση της εγκυμοσύνης και κατά πόσο η έκβαση της εγκυμοσύνης διαφέρει από την έκβαση της κύησης των ελληνικής καταγωγής γυναικών.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Την τελευταία δεκαετία το μεταναστευτικό κύμα που κινήθηκε προς την Ευρώπη παρουσίασε μεγάλη ένταση, με κύρια σημεία συγκέντρωσης τις μεσογειακές χώρες. Η υποβολή στη διαδικασία φυγής από τον τόπο καταγωγής και η αναζήτηση μιας πιο ασφαλούς ζωής σε μια ξένη χώρα εγκυμονεί πολλές δυσκολίες, τόσο στην διατήρηση της υγείας όσο και στην επιβίωση. Κάποιες από τις δυσκολίες που έρχονται αντιμέτωποι οι πληθυσμοί αυτοί είναι η πείνα, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, όπως επίσης και η κακιά υγειονομική κατάσταση, στην οποία πιθανώς υπόκεινται κατά τη μετακίνηση. Εξάιρεση δεν αποτελούν οι έγκυες γυναίκες.

Στη ζωή της γυναίκας η εγκυμοσύνη αποτελεί μία σημαντική περίοδο, η οποία συνοδεύεται από πληθώρα αλλαγών, σωματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών. Η έκβαση της εγκυμοσύνης, ωστόσο, μπορεί να διαφέρει σημαντικά, ανάλογα με τις εξωτερικές συνθήκες και τη βοήθεια που είναι διαθέσιμη κάθε φορά. Αυτό είναι ιδιαίτερα φανερό όταν συγκρίνουμε αποτελέσματα εγκυμοσύνης μεταξύ εγκύων γυναικών αιτούμενων άσυλο και Ελληνίδων εγκύων γυναικών. Η κατανόηση των διαφορών αυτών είναι σημαντική για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών και των δυσκολιών με των οποίων έρχονται αντιμέτωπες οι δύο αυτές ομάδες γυναικών καθώς και για την βελτίωση της έκβασης της εκάστοτε κύησης.

Όταν έγκυες αναγκάζονται να διαφύγουν σε μία ξένη χώρα και να αιτηθούν άσυλο, έρχονται πολύ συχνά αντιμέτωπες με ιδιαίτερες δυσκολίες και τραυματικές εμπειρίες. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αίσθηση της αβεβαιότητας για το μέλλον τους και της ασφάλεια της ευημερίας αυτών και των αγέννητων παιδιών τους. Αυτές οι γυναίκες βρίσκονται συχνά σε καταυλισμούς ή προσωρινές δομές υποδοχής, γεγονός το οποίο περιπλέκει την κύηση και επιφέρει αβεβαιότητα σχετικά με το νομικό τους στάτους, την πρόσβαση σε υγειονομικές εγκαταστάσεις και τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης. Συνεπώς, η έκβαση της κύησης μπορεί να επηρεαστεί από αυτές τις καταστάσεις, καθώς και η υγεία της ίδιας της γυναίκας όσο και του νεογνού της. Σε αντίθεση με τις γυναίκες αιτούμενες άσυλο, οι Ελληνίδες έγκυες μπορεί να έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε δομημένες μονάδες υγείας. Αν και ενδέχεται ακόμη και αυτές, να αντιμετωπίζουν κάποιες δυσκολίες που να μην σχετίζονται με την προσαρμογή στο νέο κοινωνικό περιβάλλον και την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό την ανάλυση της έκβασης της εγκυμοσύνης των γυναικών αιτούμενων άσυλο και των γυναικών ελληνικής καταγωγής της ίδιας χρονικής περιόδου, στοχεύοντας στην σύγκρισή των περιγεννητικών αποτελεσμάτων των δύο ομάδων. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής πιθανώς να βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των γυναικών που βρίσκονται στην ευαίσθητη ομάδα των αιτούμενων άσυλο. Θα γίνει αναφορά στο μεταναστευτικό κύμα των τελευταίων χρόνων, στο κατά πόσο το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο επηρεάζει την έκβαση της εγκυμοσύνης και τι ορίζεται ως πρόωρος τοκετός, ποιοι παράγοντες τον

πυροδοτούν και πως αντιμετωπίζετε η έναρξη ενός πρόωρου τοκετού. Το δείγμα επιστρατεύτηκε από τα αρχεία της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής κλινικής, του ΓΝΘ Ιπποκράτειο, του ΑΠΘ.

## Γενικές Πληροφορίες

Ως πρόσφυγας ορίζεται το άτομο που έχει καταφύγει σε μία ξένη χώρα λόγω πολιτικούς, θρησκευτικούς ή οικονομικούς λόγους, ή λόγω πολέμου στην χώρα καταγωγής του[1].

Ως άτομο αιτούμενο άσυλο ορίζεται το άτομο το οποίο έχει καταφύγει σε μία ξένη χώρα λόγω πολιτικών, θρησκευτικών ή οικονομικών λόγων, ή λόγω πολέμου στην χώρα καταγωγής τους και ζητάει από την κυβέρνηση της ξένης χώρας προστασία και την άδεια διαμονής του εκεί[2].

Μπορεί να μην μεταβούν όλα τα άτομα αιτούμενα άσυλο στην κατηγορία του πρόσφυγα, ωστόσο όλοι οι πρόσφυγες ξεκίνησαν ως άτομα αιτούμενα άσυλο[3].

Ως “Health migrant effect” χαρακτηρίζεται η περίπτωση κατά την οποία μετανάστες έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας από τα άτομα με εντοπιότητα[4,5], ενώ “Latino paradox” αναφέρεται κυρίως σε άτομα με καταγωγή από το Μεξικό ή την Λατινική Αμερική[6].



# **Α΄ ΜΕΡΟΣ**

## Κεφάλαιο1<sup>ο</sup>: Προσφυγικό κύμα

Ένα από τα πιο σημαντικά και συζητούμενα φαινόμενα του 21<sup>ου</sup> αιώνα αποτελεί το προσφυγικό κύμα των τελευταίων χρόνων, που έχει σημαντικές επιδράσεις στην παγκόσμια κοινότητα. Η προσέλευση εκατομμυρίων ανθρώπων με σκοπό την αναζήτηση ασφάλειας και προστασίας δημιουργεί πολυπλοκότητες και προκλήσεις σε πολλές χώρες. Από τον πόλεμο στην Ουκρανία, τις πολιτικές αναταραχές σε διάφορες περιοχές, μέχρι τον εμφύλιο πόλεμο στην Συρία, το προσφυγικό κύμα αποτελεί μία σύνθετη και διαρκώς εξελισσόμενη πραγματικότητα. Το 52% των προσφύγων αποτελείται από τις χώρες της Συρίας, της Ουκρανίας και του Αφγανιστάν [7].

Βάσει του United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), το 2017 οι πρόσφυγες ανέρχονταν στα 19,9 εκατομμύρια και οι αιτούμενοι άσυλο στα 3,08 εκατομμύρια. Το 2018 στα 20,3 και 3,5 αντίστοιχα, το 2019 στα 20,4 και 4,14 και το 2020 στα 20,6 και 4,18 αντίστοιχα[8]. Το 2021 89,3 εκατομμύρια άνθρωποι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τον χώρο διαμονής τους λόγω δυσμενών συνθηκών στην πατρίδα τους παγκοσμίως. Από αυτούς 27,1 εκατομμύρια ήταν πρόσφυγες και 4,6 εκατομμύρια αιτούνταν άσυλο [9]. Αντίστοιχα το 2022 οι άνθρωποι που αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τον τόπο διαμονής τους ανέρχονταν στους 108,4 εκατομμύρια. Σχεδόν 5,5 εκατομμύρια αιτούνταν άσυλο ενώ 35,3 εκατομμύρια ήταν πρόσφυγες [10]. Το UNHCR υπολογίζει πως το 2023 117.2 εκατομμύρια άνθρωποι θα αναγκαστούν να εγκαταλείψουν τον τόπο διαμονής τους, από τους οποίους υπολογίζεται το 29,3 εκατομμύρια να είναι πρόσφυγες και το 5,6 εκατομμύρια να είναι αιτούμενοι άσυλο [11]. Βάσει του Eurostat, τον Μάρτιο του 2023 οι πολίτες εκτός Ευρωπαϊκής ένωσης αιτούμενοι για πρώτη φορά άσυλο ανέρχονταν σχεδόν 86.000, ενώ τον Μάιο του 2023 ήταν πάνω από 80.000 [12,13]. Φαίνεται λοιπόν πως η παγκόσμια τάση του προσφυγικού κύματος αυξάνεται σταδιακά με το πέρασμα του χρόνου.

Σε ότι αφορά την Ευρώπη, βάσει τις στατιστικές αναλύσεις του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με τις αιτήσεις ασύλου και την μετανάστευση στην Ευρώπη, φαίνεται να υπάρχει μία ραγδαία προσέλευση ατόμων αιτούμενων άσυλο από το 2014 έως το 2016, όπου από τις 626.970 αιτήσεις το 2014 έφτασε στις 1.322.850 και 1.260.930 αιτήσεις το 2015 και 2016 αντίστοιχα. Έπειτα ο αριθμός έπεσε στα 712.235 το 2017 όπου κυμαινόταν σε αυτά τα επίπεδα περίπου έως το 2019. Το 2020 σημειώθηκε μία πτώση στα 472,395, ωστόσο το 2021 υπήρξε ανάκαμψη στις 632,315 αιτήσεις[14]. Το 2022 οι αιτήσεις για άσυλο ανέρχονταν στα 881.220, σημειώνοντας μία αύξηση περίπου κατά 1/3 από το 2021[15]. Το στάσιμο ποσοστό που παρατηρείται από το 2017 έως το 2019 μπορεί να δικαιολογηθεί λόγω της πανδημίας του κορονοϊού, ενώ η έντονη αύξηση των αιτήσεων ασύλου το 2022 μπορεί να ανταποδοθεί στον πόλεμο της Ρωσίας με την Ουκρανία[16].

Επικεντρώνοντας στην Μεσόγειο, το 2015, βάσει το OPERATIONAL DATA PORTAL REFUGEE SITUATIONS, οι πρόσφυγες ανέρχονταν στα 1.032.408, με ραγδαία μείωση στους 373.652 το 2016, στους 185.139 το 2017 φτάνοντας στους 95.774 το 2020. Από το 2021 παρατηρείται αύξηση στα 123.318 και 159.410 το 2022.

Σε ότι αφορά το 2023, έως τις 10 Δεκεμβρίου 2023 ο αριθμός ανερχόταν στους 253.905[17].

Στην Ελλάδα η άφιξη αιτούμενων άσυλο ήταν σχετικά σταθερή έως το 2014. Το 2015 παρατηρήθηκε μία αύξηση σχεδόν 50% σε σχέση με το 2014, φτάνοντας από 9.430 στους 13.205. Στη συνέχεια υπήρξε μία ραγδαία αύξηση από το 2015 φτάνοντας στο ανώτερο σημείο το 2017 με 77.275 αιτούμενους άσυλο. Στη συνέχεια ακολούθησε πτώση στους 40.560 το 2020 και 28.355 το 2021 αντίστοιχα και άνοδος των αιτήσεων το 2022 κατά 10.000, φτάνοντας στις 37.375 στο τέλος του 2022[18].

## Κεφάλαιο2<sup>ο</sup>: Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και έκβαση εγκυμοσύνης

Είναι κοινώς γνωστό πως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο επηρεάζει την υγεία της γυναίκας, και αυτή με τη σειρά της επηρεάζει την έκβαση της εγκυμοσύνης, όπως και την υγεία του εμβρύου-νεογνού. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο χαρακτηρίζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης της γυναίκας, το ετήσιο εισόδημα που έχει, την περιοχή στην οποία διαμένει, την οικογενειακή κατάστασή της και την εθνικότητά της[19]. Συνεπώς, θα ήταν αναμενόμενο να παρατηρηθεί διαφορά στην έκβαση της εγκυμοσύνης ανάμεσα σε πρόσφυγες και σε ιθαγενείς γυναίκες, με τις πρόσφυγες γυναίκες να έχουν χειρότερη έκβαση συγκριτικά με τις ιθαγενείς, καθώς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των προσφύγων είναι πολύ πιο χαμηλό από αυτό των ιθαγενών (ζουν με λίγα χρήματα, στις δομές φιλοξενίας, με δύσκολη πρόσβαση σε υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες[20]).

Η ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Campbell και Seabrook το 2016 αναδεικνύει τη σημασία της εκπαίδευσης, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης της γυναίκας και του επαγγέλματος στην έκβαση της κύησης. Η εκπαίδευση εμφανίζεται ως κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την υγεία γενικότερα. Ανώτερη εκπαιδευτική επίτευξη συσχετίζεται με καλύτερες επαγγελματικές ευκαιρίες, υψηλότερα επίπεδα εισοδήματος και πιο υγιείς επιλογές ζωής, συμβάλλοντας στην βελτίωση της φυσικής και ψυχικής υγείας. Το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας έχει επίσης σημαντική επίδραση στην έκβαση της κύησης, συσχετίζοντας τη χαμηλότερη εκπαιδευτική επίτευξη με υψηλότερο κίνδυνο πρόωρου τοκετού και γέννησης νεογνού χαμηλού βάρους γέννησης. Επιπρόσθετα, το εισόδημα παίζει σημαντικό ρόλο στα αποτελέσματα του τοκετού, με το χαμηλό εισόδημα να συσχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο δυσμενών αποτελεσμάτων. Οι ανισότητες στο εισόδημα μπορεί να διαφέρουν ανάμεσα σε διάφορες περιοχές, υπογραμμίζοντας τη σημασία της διασφάλισης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και των κοινωνικών συστημάτων υποστήριξης για τη μείωση αυτών των ανισοτήτων. Τέλος, το επάγγελμα των γονέων και οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν επίσης τα αποτελέσματα της κύησης, με το εργασιακός στρες και τις συνθήκες εργασίας να συσχετίζονται με δυσμενή αποτελέσματα[21].

Η συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε το 2021 από τους Thomson K. και συν. αναδεικνύει την ύπαρξη σημαντικών κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην εγκυμοσύνη στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Δημοκρατία της Ιρλανδίας. Αρχικά, φάνηκε πως όσες γυναίκες ανήκαν στις χαμηλότερες και ενδιάμεσες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, είχαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο αρνητικής έκβασης της εγκυμοσύνης, περιλαμβανομένων των επιπτώσεων όπως ο τοκετός θνησιγενούς εμβρύου, η περιγεννητική θνησιμότητα και η νεογνική θνησιμότητα. Σε ό,τι αφορά το χαμηλό βάρος γέννησης και τις χαμηλές και ενδιάμεσες κοινωνικές τάξεις δεν φάνηκε να υπάρχει κάποια συσχέτιση. Συγκρίνοντας, όμως, τις δύο αυτές κοινωνικές τάξεις, φάνηκε πως η χαμηλότερη κοινωνική τάξη εμφάνιζε υψηλότερο ποσοστό γέννησης νεογνού χαμηλού βάρους συγκριτικά με την ενδιάμεση τάξη. Αντιθέτως, φαίνεται πως οι γυναίκες ενδιάμεσης κοινωνικής τάξης έχουν υψηλότερη πιθανότητα μακροσωμίας του νεογνού, ενώ της χαμηλότερης κοινωνικής τάξης έχουν μικρότερη πιθανότητα συγκριτικά με την υψηλότερη κοινωνική τάξη. Ακόμη, η χαμηλή και ενδιάμεση τάξη έχουν υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης πρόωρου τοκετού

συγκριτικά με την υψηλή τάξη, με υψηλότερα ποσοστά στην χαμηλή τάξη. Τέλος, φαίνεται πως η εμφάνιση επιπλοκών μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από κοινωνικούς παράγοντες (επίπεδο εκπαίδευσης, ανεργία, χαμηλό εισόδημα, ασταθής στέγαση)[22].

Μία έρευνα που έγινε στο Βερολίνο της Γερμανίας μελέτησε εάν οι κοινωνικοί παράγοντες και η χώρα καταγωγής μπορούν να επιφέρουν κάποια επεξήγηση σε ότι αφορά το “Latino paradox” ανάμεσα σε γυναίκες που έχουν μεταναστεύει και έχουν γεννήσει στην Γερμανία. Ο μεταναστευτικός πληθυσμός κατηγοριοποιήθηκε σε μετανάστες πρώτης και δεύτερης γενιάς, ακόμη κατηγοριοποιήθηκε με βάσει τόπο καταγωγής τους (Γερμανία, Τουρκία, Λίβανο, άλλη χώρα καταγωγής). Σε ό,τι αφορά το κοινωνικό προφίλ των συμμετεχόντων, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι μετανάστριες (ειδικά αυτές της πρώτης γενιάς) είχαν υψηλότερα ποσοστά χαμηλής εκπαίδευσης και χαμηλότερα επίπεδα εισοδήματος σε σύγκριση με τις μη μετανάστριες γυναίκες. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι η παρουσία διαβήτη ήταν γενικά χαμηλότερη μεταξύ των μεταναστριών της πρώτης γενιάς, ειδικά εάν αυτές προέρχονταν από την Τουρκία και το Λίβανο. Ακόμη, ένα σημαντικό ποσοστό των μεταναστριών γυναικών εξέφρασαν ισχυρή θρησκευτική σύνδεση, σε αντίθεση με τις μη μετανάστριες γυναίκες, όπου μεγάλο ποσοστό δήλωσε πως δεν είχε καμία θρησκευτική σύνδεση ή είχε ελάχιστη θρησκευτική σύνδεση. Σχετικά με την μη πολιτιστική αφομοίωση των μεταναστριών τα ποσοστά ποικίλουν, με το ποσοστό των μεταναστριών πρώτης γενιάς να είναι περίπου εφταπλάσιο του ποσοστού της δεύτερης γενιάς. Ένα σημαντικό εύρημα, μελετώντας τη σχέση μεταξύ της χώρας καταγωγής και των αποτελεσμάτων της εγκυμοσύνης, ήταν πως οι γυναίκες από την Τουρκία είχαν χαμηλότερο ποσοστό πρόωρου τοκετού, ακόμη και έπειτα από την προσαρμογή μεταβλητών ελέγχου. Βάσει των ευρημάτων φαίνεται πως κάποιοι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικό ρόλο σε ότι αφορά το “Latino paradox” μεταξύ Τουρκία και Γερμανία, με γυναίκες τουρκικής καταγωγής που έχουν αφομοιωθεί περισσότερο στην γερμανική κουλτούρα να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα πρόωρου τοκετού. Όσον αφορά την γέννησης νεογνού μικρό για την ηλικία κύησης, μόνο το Λίβανο εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά, ωστόσο δεν φάνηκε να επηρεάζει ο βαθμός αφομοίωσης στην γερμανική κουλτούρα τις πιθανότητες νεογνού μικρού για την ηλικία κύησης[6].

Το 2018 δημοσιεύτηκε μια συστηματική ανασκόπηση από συστηματικές ανασκοπήσεις, η οποία προσέφερε πολύτιμες εισηγήσεις σχετικά με τα αποτελέσματα της υγείας κατά την διάρκεια της κύησης και την εμπειρία των γυναικών αιτούμενων άσυλο και προσφύγων σχετικά με την περίθαλψή τους. Τα ευρήματα δείχνουν πως υπάρχει υψηλή συχνότητα και αυξημένος κίνδυνος για περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, και πιο συγκεκριμένα επιλόχειου κατάθλιψης, στις μετανάστριες γυναίκες. Διάφοροι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες, όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η ανεργία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το ορατό στάτους μειονότητας, η πρωτοτοκία και η μητρική ηλικία, συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές κατά την περιγεννητική περίοδο. Σε ό,τι αφορά την θνησιμότητα, οι μετανάστριες γυναίκες σε χώρες της δυτικής Ευρώπης φαίνεται να έχουν διπλάσιες πιθανότητες θνησιμότητας συγκριτικά με τις γυναίκες με εντοπιότητα. Τα στοιχεία δείχνουν πως και οι απόγονοί τους έχουν αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας (τοκετός επί θνησιγενούς εμβρύου, περιγεννητική θνησιμότητα, νεογνικός θάνατος, βρεφικός θάνατος) σε χώρες της Ευρώπης, συγκριτικά με ιθαγενείς γυναίκες. Ωστόσο στις ΗΠΑ, τα παιδιά των μεταναστριών έχουν καλύτερα αποτελέσματα νεογνική θνησιμότητας συγκριτικά με τις ιθαγενείς

γυναίκες, υποδεικνύοντας ένα “healthy migrant effect”. Όσον αφορά τις μετανάστριες γυναίκες στην Ασία και την Βόρεια Αφρική, αυτές φαίνεται να έχουν σημαντικά αυξημένη συσχέτιση με έμβρυο-νεογνική θνησιμότητα συγκριτικά με τις ιθαγενείς. Δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στην έμβρυο-νεογνική θνησιμότητα στις γυναίκες που ζουν σε χώρες μαζικής υποδοχής προσφύγων και στις γυναίκες πρόσφυγες που έχουν γεννηθεί στην Ευρώπη και σε χώρες της Λατινικής Αμερικής. Σχετικά με το βάρος γέννησης του νεογνού, γυναίκες που γεννήθηκαν σε αφρικανικές και ασιατικές χώρες φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερες πιθανότητες να γεννήσουν νεογνό με χαμηλό βάρος γέννησης και μικρό για την ηλικία κύησης νεογνό. Αντιθέτως, μειωμένες πιθανότητες φαίνεται να έχουν οι γυναίκες με ευρωπαϊκή, λατίνο-αμερικάνικη και βόρειο-αφρικάνικη καταγωγή. Ωστόσο, καμία υποομάδα δεν έφτασε σε στατιστική σημαντικότητα. Αναφορικά με τον πρόωρο τοκετό, μετανάστριες γυναίκες στη Ευρώπη έχουν υψηλότερο ποσοστό, ωστόσο η πιθανότητα αυτή έχει διακυμάνσεις ανάλογα με την χώρα καταγωγής τους. Μεγαλύτερη διάρκεια κατοικίας στην χώρα φιλοξενίας φαίνεται να αυξάνει τα ποσοστά πρόωρου τοκετού μεταξύ των μεταναστριών. Ακόμη, μετανάστριες γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κήσεων επιπλεγμένων με συγγενείς ανωμαλίες. Τέλος, οι μετανάστριες γυναίκες αντιμετωπίζουν συχνά χειρότερες εκβάσεις όσον αφορά τις λοιμώξεις, όπως το HIV, η τοξοπλάσμωση και οι σεξουαλικώς μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Όσον αφορά τις εισαγωγές στην ΜΕΝΝ και στις μονάδες ειδικής φροντίδας, αυτές είναι πιο συχνές σε βρέφη μεταναστριών[23].

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, φαίνεται πως τόσο το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (οικονομική κατάσταση, ανεργία, επίπεδο εκπαίδευσης, ασταθής στέγαση), όσο και η χώρα καταγωγής παίζουν σημαντικό ρόλο για την καλή έκβαση της κύησης, με τις μετανάστριες γυναίκες να έχουν συνήθως πιο δυσμενή αποτελέσματα συγκριτικά με τις ιθαγενείς γυναίκες, πέρα από κάποιες εξαιρέσεις που είναι γνωστές ως “Latina paradox” ή “Healthy migrant effect”.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Πρόωρος τοκετός

### 3.1 Ορισμός Πρόωρου Τοκετού

Βάσει του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ως πρόωρος τοκετός ορίζεται ο τοκετός κάτω των 37/0 εβδομάδων κύησης. Επιπλέον, ο πρόωρος τοκετός μπορεί να διαχωριστεί στις παρακάτω υποκατηγορίες: 1) εξαιρετικά πρόωρος τοκετός, που είναι ο τοκετός κάτω των 28 εβδομάδων, 2) πολύ πρόωρος τοκετός, που είναι ο τοκετός μεταξύ των 28 και 32 εβδομάδων κύησης, και 3) όψιμος πρόωρος τοκετός, που είναι μεταξύ των 32 και 37 εβδομάδων κύησης[24]. Ως πρόωρη έναρξη τοκετού χαρακτηρίζεται η έναρξη τοκετού σε κύηση μικρότερη των 37 εβδομάδων, χωρίς να σημαίνει πως θα υπάρξει και πρόωρος τοκετός. Ωστόσο, χρήζει σε κάθε περίπτωση ιατρικής περίθαλψης[25].

### 3.2 Επιδημιολογία

Η UNICEF αναφέρει πως την τελευταία δεκαετία γεννήθηκαν 152 εκατομμύρια πρόωρα νεογνά. Η θνητότητα στα πρόωρα νεογνά είναι αυξημένη, με 1 στα 10 να επιβιώνει σε αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ 9 στα 10 στις ανεπτυγμένες[26]. Υπολογίζεται πως ο πρόωρος τοκετός ανέρχεται στο 10% των τοκετών παγκοσμίως, με το 5% αυτών των τοκετών να συμβαίνουν κάτω από τις 28 εβδομάδες κύησης, το 10% μεταξύ 28 και 32 εβδομάδων κύησης και το υπόλοιπο 85% από 32 έως 36 εβδομάδων. Σε κάποιες περιοχές της Ευρώπης το ποσοστό πρόωρου τοκετού μπορεί να φτάσει το 5%, ενώ σε περιοχές της Αφρικής φτάνει ακόμη και το 18%[27].

### 3.3 Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν σε περίπτωση έναρξης πρόωρου τοκετού είναι: 1) άλγος στην κατώτερη κοιλία (υπογάστριο), ήπιας έντασης (κράμπες), το οποίο μπορεί και να συνοδεύονται από διάρροια[25,29], 2) άλγος που ομοιάζει τις κράμπες εμμηνορρυσίας[28,29], 3) διαφορετική έκκριση από τον κόλπο (αιματηρή, βλενώδες, ρευστοποιημένη)[25,28,29], 4) αύξηση κοιλιακών εκκρίσεων[25,28], 5) πίεση στην πυελική ή κάτω κοιλιακή χώρα[25,28,29], 6) οσφυαλγία (συνεχόμενη, χαμηλής έντασης)[25,28,29], 7) συσπάσεις μήτρας σε τακτικό ή συχνό ρυθμό εμφάνισης ή αίσθημα σφιζίματος της μήτρας, επί των πλείστων χωρίς πόνο[25,28,29], 8) ρήξη των εμβρυϊκών υμένων[25,28]. Στην περίπτωση που η γυναίκα έχει συσπάσεις μπορεί κατά συνέπεια να έχει διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου[25].

### **3.4 Παράγοντες κινδύνου πρόωρης έναρξης τοκετού**

Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μία πρόωρη έναρξη τοκετού είναι: 1) πρόωρος τοκετός στο παρελθόν, 2) τράχηλος μικρού μήκους σε μικρή ηλικία κύησης, 3) παράγοντες από το ιατρικό ιστορικό της εγκύου (προηγούμενο γυναικολογικό πρόβλημα ή χειρουργείο), 4) επιπλοκές στην παρούσα κύηση, 5) παράγοντες σχετικοί με τον τρόπο ζωής της εγκύου γυναίκας[25,27].

### **3.5 Παράγοντες κινδύνου πρόωρου τοκετού**

Σε ό,τι αφορά τους παράγοντες που οδηγούν σε πρόωρο τοκετό, μπορούν να χωριστούν σε διάφορες κατηγορίες. Αναφορικά με το ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό, παράγοντες κινδύνου αποτελούν: 1) το ιστορικό πρόωρου τοκετού στο παρελθόν [25,27,30,31], 2) ιστορικό αποβολής δευτέρου τριμήνου [31], 3) προηγούμενες επεμβάσεις στον τράχηλο[25,27,30,31,32], 4) τραυματισμός τραχήλου σε προηγούμενο τοκετό[25], 5) ανωμαλίες της μήτρας [27,30,32], 6) χρόνια προβλήματα υγείας της γυναίκας[30,32].

Αναφορικά με την παρούσα κύηση, οι παράγοντες κινδύνου είναι: 1) ο μικρού μήκους τράχηλος [25,27,30,32], 2) η πρώιμη διαστολή τραχήλου [25], 3) η πρόωρη πρώιμη ρήξη εμβρυϊκών υμένων [30,31,32], 4) η πολύδυμη κύηση [25,27,30,31,32], 5) η εξωσωματική γονιμοποίηση[27,30,31], 6) η κολπική αιμορραγία κατά την διάρκεια της κύησης[25,30,31], 7) η λοιμώξη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης [25,27,30,32], 8) το oligo-πολυδράμνιο[25,30,32], 9) προβλήματα εμβρύου[27,32], 11) προβλήματα υγείας της εγκύου στην παρούσα εγκυμοσύνη[27,32].

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της γυναίκας, οι παράγοντες κινδύνου είναι: 1) το χαμηλό ή υψηλό βάρος της εγκύου[25,27,30,32], 2) το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης[25,27,30,31,32], 3) η χρήση ουσιών[27,30], 4) η εθνικότητα της εγκύου [27,30,31,32], 5) η μη ισορροπημένη διατροφή[25,27,30], 6) η ηλικία της γυναίκας κάτω των 17-20 ετών ή πάνω των 35-40 ετών[25,27,30,32], 7) το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο[27,32], 8) το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο[27,30].

### **3.6 Παράγοντες κινδύνου θνησιμότητας νεογνού**

Η θνησιμότητα ενός πρόωρου νεογνού εξαρτάται από το βάρος και την ηλικία κύησης που είχε κατά τον τοκετό, το φύλο, την εθνικότητα, τις πιθανές συγγενείς ανωμαλίες, την ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης, και το επίπεδο φροντίδας του νεογνού[27].

### **3.7 Διάγνωση πρόωρου τοκετού**

Η διάγνωση του πρόωρου τοκετού γίνεται με το καρδιογράφημα ηρεμίας[32,33], την εξέταση του τραχήλου (διαστολή και εξάλειψη)[28,35], τον κολπικό υπέρηχο (μέτρηση μήκος τραχήλου)[25,28,34], τον έλεγχο ρήξης των εμβρυϊκών υμένων [5,35] και τεστ κολπικών εκκρίσεων, όπως το fFN Test, όπου ελέγχεται η παρουσία συγκεκριμένων πρωτεϊνών στην τραχηλική ή κολπική βλέννα, η παρουσία των οποίων μπορεί να θεωρηθεί ένδειξη για πρόωρο τοκετό[25,28,33,34,35].



### 3.8 Αντιμετώπιση πρόωξης έναρξης τοκετού

Ανάλογα με την κατάσταση της εγκύου οι παρεμβάσεις που συστήνονται για την πρόληψη ενός πρόωρου τοκετού είναι:

1. η χορήγηση προγεστερόνης (όταν μήκος τραχήλου είναι μικρότερο ίσο των 25 χιλιοστών στις 20-24 εβδομάδες κύησης ή σε ιστορικό αποβολής 16-24 εβδομάδα κύησης ή πρόωρο τοκετό πριν τις 34 εβδομάδες κύησης) [31,36,37], μπορεί να συνδυασθεί με περίδεση του τραχήλου της μήτρας[28,31,36,37]. Εάν υπάρχει ιστορικό με αυτόματο πρόωρο τοκετό (πριν τις 34 εβδομάδες), ή ιστορικό αποβολής (16-24 εβδομάδες κύησης) που να εμφανίζεται τουλάχιστον 3 φορές ή και παραπάνω τότε συστήνεται να γίνει τοποθέτηση περιδέσεως τραχήλου από την στιγμή που θα μετρηθεί το μήκος του τραχήλου με υπερηχογράφημα[31,36].
2. η επείγουσα περίδεση τραχήλου, γίνεται έως τις 27 εβδομάδες κύησης όταν δεν είναι ερρηγμένο το θυλάκιο και υπάρχει διαστολή τραχήλου, αντενδείκνυται σε περίπτωση φλεγμονής, κολπικής αιμορραγίας και παρουσία συσπάσεων[31,36].
3. η χρήση τραχηλικού πεσσού, αντενδείκνυται σε κήσεις υψηλού κινδύνου (EMΓΕ: ορίζεται η κύηση όπου υπάρχει ιστορικό πρόωρου τοκετού μικρότερης ηλικίας κύησης των 34 εβδομάδων ή αποβολή στις 16 με 24 εβδομάδες ή χειρουργικές επεμβάσεις στον τράχηλο της μήτρας ή πρόωρη πρώιμη ρήξη εμβρυϊκών υμένων) και σε δίδυμες κήσεις[31].

Σε περίπτωση που έχουμε επαπειλούμενο πρόωρο τοκετό συστήνεται:

1. η χρήση θειϊκού μαγνησίου για την μείωση του κινδύνου εγκεφαλικής παράλυσης (σε κήσεις μικρότερες των 30-32 εβδομάδων)[25,31,36].
2. η χορήγηση στεροειδών για την μείωση του κινδύνου αναπνευστικής δυσχέρειας και περιγεννητικής θνησιμότητας έως τις 34 εβδομάδες κύησης[25,28,31,36].
3. η χορήγηση τοκόλυσης για την καθυστέρηση διεκπεραιώσεις του τοκετού ώστε να προλάβει να γίνει η μεταφορά της εγκύου σε τριτοβάθμια μονάδα υγείας ώστε να υπάρχει άμεση πρόσβαση σε MENN ή για παράταση της εγκυμοσύνης όταν αυτό μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση της δράσης των στεροειδών (συνιστάται να γίνετε από το όριο της βιωσιμότητας έως την ηλικία κύησης των 33 εβδομάδων και 6 ημερών)[25,28,31,36]. Αντενδείκνυται όταν η ηλικία κύησης είναι μικρότερη των 24 ή μεγαλύτερη των 33 συμπληρωμένων εβδομάδων, σε μη φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό, σε εμβρυϊκό θάνατο, σε αποκόλληση ή προδρομικό πλακούντα, σε μη καθησυχαστική κατάσταση του εμβρύου, σε σοβαρή προεκλαμψία ή εκλαμψία, σε αιμορραγία της μητέρας με αιμοδυναμική αστάθεια, σε πρώιμη ρήξη εμβρυϊκών υμένων, σε υποψία ενδομήτριας λοίμωξης/χοριοαμνιονίτιδα και σε αντένδειξη σε συγκεκριμένο τοκολυτικό παράγοντα[31]

4. Η χρήση αντιβιοτικών σε περίπτωση ρήξης εμβρυϊκών υμένων και στην περίπτωση θετικού τεστ για β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο στην κολπική καλλιέργεια της εγκύου όταν δεν υπάρχει ρήξη των υμένων[28,31,36].
5. Παρακολούθηση εμβρυϊκής κατάστασης με την χρήση καρδιοτοκογράφου. Η χρήση ηλεκτροδίου στην κεφαλή του εμβρύου αντενδείκνυται σε κύηση κάτω των 34 εβδομάδων, η λήψη εμβρυϊκού αίματος για τον έλεγχο της οξυγόνωσης του αντενδείκνυται σε κυήσεις κάτω των 34 εβδομάδων[36].
6. Τοκετός. Ο τρόπος τοκετού επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνεται για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τόσο ενός κολπικού τοκετού όσο και μιας καισαρικής τομής[36].

# **Β΄ ΜΕΡΟΣ**

## Κεφάλαιο4<sup>ο</sup>: Σκοπός και στόχοι

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μία σημαντική περίοδο στην ζωή μιας γυναίκας και απαιτεί επαρκή περίθαλψη και υποστήριξη για να διασφαλιστεί τόσο η υγεία αυτής, όσο και του εμβρύου που κυοφορεί. Η συνεχιζόμενη παγκόσμια προσφυγική κρίση έχει οδηγήσει σε σημαντική εισροή προσφύγων που ζητούν άσυλο σε διάφορες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας. Μεταξύ των πολλών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες, η έκβαση της αναπαραγωγικής τους υγείας και της εγκυμοσύνης απαιτούν προσοχή και διερεύνηση. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να συγκρίνει τις περιγεννητικές εκβάσεις των γυναικών αιτούμενων άσυλο και των Ελληνίδων γυναικών και να συνεισφέρει στην ήδη υπάρχουσα γνώση αναφορικά με το θέμα, δίνοντας έμφαση στην έκβαση του εμβρύου (πρόωρος τοκετός, νοσηλεία στη ΜΕΝΝ, κτλ).

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Μεθοδολογία**

### **5.1 Είδος Μελέτης**

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία αναδρομική μελέτη στιγμιότυπου (retrospective, cross-sectional).

### **5.2 Προγραμματισμός και χρονοδιάγραμμα**

Χρησιμοποιήθηκαν τα βιβλία τοκετού καθώς επίσης και τα βιβλία καταχώρησης εισαχθέντων γυναικών στο τμήμα της εμβρυομητρικής παρακολούθησης ως επαπειλούμενη κύηση της Β' Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής του ΓΝΘ Ιπποκρατείου από τις 30/09/2017 έως τις 31/12/2022.

### **5.3 Δείγμα**

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από γυναίκες με μονήρεις κύσεις, οι οποίες γέννησαν στην Β' Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική του ΓΝΘ Ιπποκρατείου, ανεξαρτήτως των δημογραφικών στοιχείων των γυναικας, της ηλικία κύησης, τρόπου έναρξης τοκετού και την έκβαση του τοκετού. Έγινε διαχωρισμός των δεδομένων σε δύο ομάδες, η μία ομάδα αποτελείται από αλλοδαπές εγκύους αιτούμενες άσυλο και η δεύτερη ομάδα αποτελείται από Ελληνίδες εγκύους. Ως γυναίκες που ανήκουν στην πρώτη ομάδα θεωρήθηκαν όλες οι γυναίκες που έχουν επίθετο που παραπέμπει σε αραβική καταγωγή. Πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους, ή στην περίπτωση αποτυχίας έγινε αναζήτηση του ΑΜΚΑ/ΠΑΑΥΠΙΑ τους, για επιβεβαίωση των στοιχείων. Οι υπόλοιπες γυναίκες θεωρήθηκε πως έχουν ελληνικό επίθετο και πως ανήκουν στην κατηγορία των γυναικών ελληνικής καταγωγής. Επίσης, όσες γυναίκες ανήκουν στην κατηγορίας των εγκύων γυναικών αιτούμενων άσυλο θεωρείται πως βρίσκονται σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, χρησιμοποιώντας ως proxy τον τόπο κατοικίας τους (camp, δομές φιλοξενίας, σπίτι, κτλ.).

### **5.4 Εργαλεία συλλογής δείγματος**

Έγινε ανασκόπηση των βιβλίων τοκετού της Β' Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής του ΓΝΘ Ιπποκρατείου. Τα στοιχεία περάστηκαν σε αρχείο Excel. Στο αρχείο καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία της γυναίκας, ημερομηνία τοκετού, ποιος τόκος είναι, η ηλικία κύησης, ο τρόπος τοκετού, εάν γέννησε με καισαρική τομή ποιος ο λόγος, το φύλο του νεογνού, το βάρος, το Apgar Score, εάν μεταφέρθηκε το νεογνό την MENN.

### **5.5 Περιγεννητικές εκβάσεις**

Οι εκβάσεις που αναλύθηκαν είναι οι εξής: ηλικία κύησης κατά την έναρξη του τοκετού, ο αριθμός προηγούμενων τοκετών, το βάρος νεογνού, ο πρόωρος τοκετός, τα Apgar score, η μέθοδος τοκετού, και η εισαγωγή του νεογνού στη MENN.

## 5.6 Περιορισμοί και Πιθανές Δυσκολίες

Ο μεγαλύτερος περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι πως οι γυναίκες που συμπεριλήφθηκαν στην ομάδα εγκύων αιτούμενων άσυλο δεν είναι γνωστό αν είχαν επαρκή προγεννητική φροντίδα και έλεγχο, καθώς και πρόσβαση σε εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της κύησης. Επιπλέον, είναι σαφές πως η ακρίβεια και η αξιολόγηση των δεδομένων εξαρτώνται από την σωστή συλλογή και ερμηνεία τους. Ως εκ τούτου συνιστάται καλύτερη και αναλυτικότερη καταγραφή δεδομένων των εγκύων τόσο σχετικά με τα δημογραφικά τους στοιχεία, όσο και με την ιατρική περίθαλψη που είχαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μη.

## 5.7 Ethics

Δόθηκε έγκριση χρήσης των δεδομένων της Β΄ Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής του Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο από το Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης με Αριθμό Πρωτοκόλλου κατάθεσης 19608/24-4-2023. Τα προσωπικά στοιχεία των ασθενών διατηρήθηκαν ανώνυμα σε όλη τη διάρκεια.

## 5.8 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε στο R version 4.2.1 (Open-source software, Vienna, 0Austria). Για κάθε έναν από τους μετρούμενους παράγοντες και ξεχωριστά σε κάθε ομάδα, έγινε περιγραφική ανάλυση. Για συνεχείς μεταβλητές, και ανάλογα με την κατανομή, χρησιμοποιήθηκαν είτε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση, είτε η διάμεση τιμή και το διατεταρτημοριακό διάστημα. Για κατηγορικές μεταβλητές, υπολογίστηκαν τα ποσοστά με τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης.

Όσον αφορά τη σύγκριση μεταξύ των ομάδων, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές δοκιμασίες για ανεξάρτητα δείγματα, Student's t-test και Mann-Whitney test για τις ποσοτικές μεταβλητές, και Chi-squared και Fischer's exact test για τις κατηγορικές. Τέλος, πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης (logistic ή linear regression).

Το απόλυτο βάρος του νεογνού μετατράπηκε σε εκατοστιαία θέση, χρησιμοποιώντας τον αλγόριθμο του INTEGROWTH-21<sup>st</sup>, που προσαρμόζει για το φύλο του νεογνού και την ηλικία κύησης[38]

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Αποτελέσματα

Στο χρονικό διάστημα από 30/09/2017 έως τις 31/12/2022, πραγματοποιήθηκαν 4100 τοκετοί μονήρων κηύσεων στη Β' Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής του ΓΝΘ Ιπποκρατείου. Από αυτούς αποκλείσθηκαν εκείνοι που αφορούσαν γυναίκες αλλοδαπές με επίθετο άλλο από αυτό αραβικής καταγωγής. Από τις 3562 εναπομείνουσες γυναίκες, 395 ήταν οι αλλοδαπές αιτούμενες άσυλο και 3167 οι γυναίκες Ελληνικής καταγωγής.

Οι έγκυοι αιτούμενες άσυλο είχαν όλες τους ως αναφορά κατοικίας δομές φιλοξενίας και camps της ευρύτερης περιοχής της Κεντρικής Μακεδονίας. Τα χαρακτηριστικά των δύο ομάδων γυναικών αναγράφονται στον Πίνακα 1. Οι δύο ομάδες διέφεραν στατιστικά σημαντικά στην ηλικία, με τις αλλοδαπές να εμφανίζονται μικρότερες κατά τρία έτη ( $27 \pm 6$  έναντι  $30 \pm 8$ ,  $p$ -value  $<0.001$ ), και στο ιστορικό προηγούμενων τοκετών, με τις αλλοδαπές να έχουν γεννήσει περισσότερες φορές ( $2.78 \pm 2.05$  έναντι  $1.90 \pm 1.29$ ,  $p$ -value  $<0.001$ ). Επιπλέον, η ηλικία κύησης κατά την έναρξη του τοκετού ήταν στατιστικά μικρότερη στις γυναίκες αιτούμενες άσυλο ( $36.60 \pm 9.53$  έναντι  $37.94 \pm 6.60$ ,  $p$ -value  $<0.001$ ). Ακόμη, περισσότερες αλλοδαπές έγκυοι γέννησαν εξαιρετικά πρόωρα πριν από τις 28 εβδομάδες (6.6% έναντι 2.6%,  $p$ -value  $<0.001$ ), ενώ δε διέφεραν τα ποσοστά τοκετού πριν τις 37 και 34 εβδομάδες ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Όσον αφορά το βάρος του νεογνού εκφρασμένο σε εκατοστιαίες θέσεις, φαίνεται πως οι δύο ομάδες δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά. Ακολούθως, το Apgar score στο 1<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> λεπτό της ζωής δε διέφερε, όπως και ο τρόπος τοκετού. Αντιθέτως, η εισαγωγή στη MENN φαίνεται να διέφερε σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες, με τις εγκύους ελληνικής καταγωγής να εμφανίζουν πιο αυξημένα ποσοστά εισαγωγής (15% έναντι 8.5%,  $p$ -value  $<0.001$ ).

Τα περιγεννητικά αποτελέσματα ελέγχθηκαν με πολυπαραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2. Οι γυναίκες αιτούμενες άσυλο γέννησαν κατά 1.7 εβδομάδα νωρίτερα από τις αντίστοιχες ελληνικής καταγωγής (CI 95% 2.5-0.98,  $p$ -value  $<0.001$ ), ενώ εμφανίζουν 3,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για τοκετό πριν τις 28 εβδομάδες (OR 3.5, CI 95% 2.15-5.66,  $p$ -value  $<0.001$ ), προσαρμόζοντας για την ηλικία της μητέρας και τον αριθμό των προηγούμενων κηύσεων αυτής. Σχετικά με τις εισαγωγές στη MENN, τα νεογνά των αλλοδαπών μητέρων έχουν 85% μικρότερη πιθανότητα να εισαχθούν (OR 0.15, CI 95% 0.06-0.33,  $p$ -value  $<0.001$ ), προσαρμόζοντας για την ηλικία της μητέρας, τον αριθμό των προηγούμενων κηύσεων αυτής, την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό και την εκατοστιαία θέση του βάρους νεογνού. Κατά ακολουθία, τα Apgar score στο 1<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> λεπτό ήταν μεγαλύτερα στα νεογνά των αλλοδαπών μητέρων κατά 0,11 (CI 0.03-0.19,  $p$ -value 0.006) και 0,06 (CI 0.00-0.11,  $p$ -value 0.034), αντίστοιχα.

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε στατιστική διαφορά στην ηλικία κύησης κατά την έναρξη τοκετού και το ποσοστό των πολύ πρόωρων τοκετών, με τις γυναίκες αιτούμενες άσυλο να εμφανίζουν πιο δυσμενή αποτελέσματα. Από την άλλη, τα νεογνά αυτών των γυναικών εισήχθησαν λιγότερο στη MENN, και είχαν καλύτερα Apgar score όταν αναλύθηκαν με μοντέλα παλινδρόμησης. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά ανάμεσα στις εκατοστιαίες θέσεις του βάρους των νεογνών ανάμεσα στις δυο ομάδες. Στη συνέχεια συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα με αντίστοιχες μελέτες από την Σουηδία[39], το Βέλγιο-Βρυξέλες[40], τις Βόρειες Κάτω Χώρες[41], το Ηνωμένο Βασίλειο[42], την Γερμανία-Βερολίνο[43], την Τουρκία[44] και την Νορβηγία[45].

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σε ό,τι αφορά την ηλικία της γυναίκας, την εβδομάδα κύησης και το ιστορικό προηγούμενων τοκετών με αντίστοιχες μελέτες φαίνεται να συμφωνούν αναφορικά με την ηλικία της γυναίκας και την πολυτοκία, με τις γυναίκες αιτούμενες άσυλο να έχουν μικρότερη ηλικία[39,40,41,42,43,44] και να είναι πολύτοκες[39,41,43,45]. Αναφορικά με την ηλικία κύησης δεν φάνηκε να υπάρχουν διαφορές τόσο στην ηλικία κύησης κατά την έναρξη τοκετού[40,41,44,45]. Σχετικά με τον πρόωρο τοκετό δεν φάνηκε διαφορά στην συχνότητα του τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και στις μελέτες αναφοράς που χρησιμοποιήθηκαν[39,40,41,42,43,44,45], με εξαίρεση τη μελέτη από το Βερολίνο, η οποία συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σε ότι αφορά τις αιτούμενες άσυλο και την έναρξη τοκετού πριν τις 28 εβδομάδες κύησης [43].

Αναφορικά με το βάρος γέννησης ενώ βρέθηκαν μελέτες που συμφωνούσαν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζοντας πως δεν υπάρχει κάποια σημαντική διαφορά στο βάρος γέννησης μεταξύ των δύο ομάδων[40,42,44], βρέθηκαν και μελέτες που υποστηρίζουν ότι τα νεογνά των γυναικών αιτούμενων άσυλο είχαν μικρότερο βάρος γέννησης συγκριτικά με τις ιθαγενής γυναίκες [41,43,45] ή είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι SGA νεογνά[39,41,43]. Σε ότι αφορά το Apgar Score φαίνεται να συμφωνούν οι μελέτες με την παρούσα έρευνα, υποστηρίζοντας πως δεν υπάρχει διαφορά είτε στο 1<sup>ο</sup> [42,44] είτε στο 5<sup>ο</sup> λεπτό[41] αντίστοιχα, ωστόσο μια έρευνα αναφέρει πως τα νεογνά των αλλοδαπών είχαν χαμηλότερο Apgar Score στο 1<sup>ο</sup> λεπτό[40]. Σχετικά με τον τρόπο τοκετού δεν βρέθηκαν διαφορές στις έρευνες αναφοράς[39,41,42,43,44] συγκρινόμενες με την παρούσα έρευνα. Τέλος, σε ότι αφορά την παραμονή του νεογνού στην MENN, ενώ η παρούσα έρευνα έδειξε πως τα νεογνά ελληνικής καταγωγής γυναικών είχαν μεγαλύτερο ποσοστό εισαγωγής στην MENN, οι μελέτες αναφοράς έδειξαν πως το ποσοστό ανάγκης για μεταφορά στην MENN είτε ήταν ίδιο[42] ή τα νεογνά γυναικών αιτούμενων άσυλο είχαν μεγαλύτερο ποσοστό μεταφοράς στην MENN[40,43]. Πιθανώς η διαφορά που παρατηρείται να οφείλεται στο γεγονός πως οι Ελληνίδες μητέρες βρίσκονταν σε μεγαλύτερη ηλικία, που συνεπάγεται μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης παθολογίας σχετιζόμενη με την κύηση (όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης-ΣΔΚ), η οποία θα εξηγούσε την ανάγκη για υποστήριξη στη MENN για τις ίδιες εβδομάδες κύησης και βάρος νεογνού. Επιπλέον, το κύμα της δυτικού τρόπου ζωής και διατροφής που θα είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του BMI (Body Mass Index) και σχετίζεται με χειρότερα περιγεννητικά αποτελέσματα (όπως η εισαγωγή στη MENN), πιθανώς θα έχει επηρεάσει τις γυναίκες ελληνικής καταγωγής περισσότερο.



Η μελέτη αυτή είναι η πρώτη που πραγματοποιείται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο στη βόρεια Ελλάδα, που δέχεται ταυτόχρονα ένα πολύ μεγάλο μέρος της περίθαλψης των προσφύγων, και δε των πρόωρων τοκετών. Επιπρόσθετα, είναι η πρώτη που καταδεικνύει την επίδραση της μετανάστευσης στο περιγεννητικό αποτέλεσμα. Σημαντικό μειονέκτημα, όμως, αποτελεί η έλλειψη καταγραφής, άρα και η αδυναμία ανάλυσης, κάποιων δεδομένων. Σε αυτά ανήκουν το BMI, το ιστορικό της παρούσας κύησης για πιθανές παθολογίες, καθώς και το ιστορικό πρόωρων τοκετών.

## Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>: Συμπεράσματα

Οι γυναίκες αιτούμενες άσυλο γεννούν πιο νωρίς σε σχέση με γυναίκες ελληνικής καταγωγής, ενώ εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά τοκετού πριν από τις 28 εβδομάδες. Αντίθετα, τα νεογνά Ελληνίδων εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εισαγωγής στη ΜΕΝΝ, πιθανώς λόγω διαφορετικής παθολογίας κύησης ή μεγαλύτερης ηλικίας της μητέρας. Η ανάγκη για βαθύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων, με σκοπό τη βελτίωσή της νεογνικής και μητρικής υγείας, υπογραμμίζει την επιτακτική ανάγκη για διεξαγωγή περισσότερων μελετών σε προσφυγικούς πληθυσμούς. Επιπλέον, μία πανελλήνια βάση δεδομένων με σκοπό την καταγραφή των μαιευτικών και περιγεννητικών εκβάσεων θα έθετε τα θεμέλια για το μέλλον.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΦΙΑ

1. Cambridge Dictionary. (n.d.) Refugee, Ανακτήθηκε από: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/refugee>
2. Cambridge Dictionary. (n.d.) Asylum Seeker, Ανακτήθηκε από: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/asylum-seeker>
3. Australia Red Cross. (n.d.). Refugee and asylum seeker facts. Ανακτήθηκε από: <https://www.redcross.org.au/act/help-refugees/refugee-facts/#:~:text=What's%20the%20difference%20between%20an,a%20refugee%20and%20a%20migrant%3F&text=An%20asylum%20seeker%20is%20a,a%20was%20given%20refugee%20status>
4. Elshahat, S., Moffat, T., Gagnon, O., Charkatli, L., & Gomes-Szoke, E. D. (2023). The relationship between diet/nutrition and the mental health of immigrants in Western societies through a holistic bio-psycho-socio-cultural lens: A scoping review. *Appetite*, 183, 106463. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106463>
5. Helgesson, M., Johansson, B., Nordquist, T., Vingård, E., & Svartengren, M. (2019). Healthy migrant effect in the Swedish context: a register-based, longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 9(3), e026972. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026972>
6. Zolitschka, K. A., Miani, C., Breckenkamp, J., Brenne, S., Borde, T., David, M., & Razum, O. (2019). Do social factors and country of origin contribute towards explaining a “Latina paradox” among immigrant women giving birth in Germany?. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6523-9>
7. United Nations High Commissioner Refugees. (n.d.). What is a Refugee? Definition and Meaning. USA for UNHCR. Ανακτήθηκε 12/2023 από: <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/what-is-a-refugee/>
8. United Nations High Commissioner Refugees. (n.d.). Refugee statistics. UNHCR. Ανακτήθηκε από: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=2bxU2f>
9. United Nations High Commissioner Refugees. (n.d.). Refugee statistics. USA for UNHCR. Ανακτήθηκε από: <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/statistics/>
10. United Nations High Commissioner Refugees. (2023, Ιούνιος 14). Refugee statistics. UNHCR. Ανακτήθηκε από: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
11. United Nations High Commissioner Refugees. (n.d.). 2023 Global planning figures. UNHCR. Ανακτήθηκε από: <https://reporting.unhcr.org/global-appeal-2023>
12. Eurostat. (2023, Ιούνιος 26). Almost 86000 asylum seekers in March 2023. Eurostat. Ανακτήθηκε από: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230626-1>
13. Eurostat. (2023, Αύγουστος 25). Over 80000 asylum seekers in May 2023. Eurostat. Ανακτήθηκε από: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230825-1>
14. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (n.d.). Άσυλο και μετανάστευση στην ΕΕ. [europarl.europa](http://europarl.europa). Ανακτήθηκε από:

- [https://www.europarl.europa.eu/infographic/asylum-migration/index\\_el.html#filter=2021](https://www.europarl.europa.eu/infographic/asylum-migration/index_el.html#filter=2021)
15. Eurostat. (2023, Μάιος 10). Annual asylum statistics. Eurostat. Ανακτήθηκε από: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Annual\\_asylum\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Annual_asylum_statistics)
  16. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2023, Ιούλιος 29). Προσφυγική κρίση και ΕΕ: στοιχεία και αριθμοί. European Parliament. Ανακτήθηκε από <https://www.europarl.europa.eu/news/el/headlines/society/20170629STO78630/prosfugiki-krisi-kai-ee-stoicheia-kai-arithmoi>
  17. Operational Data Portal Refugee Situation. (n.d.). Situation-Mediterranean situation. data2.unhcr. Ανακτήθηκε από: <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>
  18. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (n.d.). Άσυλο και μετανάστευση στην ΕΕ-Ελλάδα. europarl.europa. Ανακτήθηκε από: [https://www.europarl.europa.eu/infographic/asylum-migration/index\\_el.html#filter=2021-el](https://www.europarl.europa.eu/infographic/asylum-migration/index_el.html#filter=2021-el)
  19. American Psychological Association. (2022). *Socioeconomic status*. Apa.org. <https://www.apa.org/topics/socioeconomicstatus#:~:text=Socioeconomic%20status%20is%20the%20position>
  20. British Medical Association (BMA). (2022, April 13). *Overcoming barriers to refugees and asylum seekers accessing care - Refugee and asylum seeker patient health toolkit - BMA*. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/refugees-overseas-visitors-and-vulnerable-migrants/refugee-and-asylum-seeker-patient-health-toolkit/overcoming-barriers-to-refugees-and-asylum-seekers-accessing-care>
  21. Campbell, E., & Seabrook, J. (2016). *The Influence of Socio- economic Status on Adverse Birth Outcomes*. Canadian Journal of Midwifery Research and Practice. [https://www.cjmrp.com/files/v15n2\\_campbell\\_seabrook\\_socioeconomicstatus.pdf](https://www.cjmrp.com/files/v15n2_campbell_seabrook_socioeconomicstatus.pdf)
  22. Thomson, K., et al. (2021). Socioeconomic inequalities and adverse pregnancy outcomes in the UK and Republic of Ireland: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 11(3), e042753. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042753>
  23. Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., & Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0>
  24. World Health Organization. (2023, May 10). Preterm birth. Preterm Birth; World Health Organization: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
  25. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023, April). Preterm Labor and Birth. The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/preterm-labor-and-birth>
  26. UNICEF. (2023, May 19). Born too soon: decade of action on preterm birth. UNICEF DATA. <https://data.unicef.org/resources/born-too-soon-decade-of-action-on-preterm-birth/>

27. UpToDate. (n.d.). UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-definitions-of-prematurity-epidemiology-and-risk-factors-for-infant-mortality?search=preterm%20birth&topicRef=6761&source=see\\_link#](https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-definitions-of-prematurity-epidemiology-and-risk-factors-for-infant-mortality?search=preterm%20birth&topicRef=6761&source=see_link#)
28. Stanford Medicine Children's Health (n.d.). Preterm Labor. Stanford childrens. <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=preterm-labor-90-P02497>
29. National Institution of Child Health and Human Development (NICHD). (2023, May 9). What are the symptoms of preterm labor? NICHD. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/symptoms>
30. UpToDate. (n.d.). UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-preterm-birth-overview-of-interventions-for-risk-reduction?search=preterm%20birth&topicRef=6761&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-preterm-birth-overview-of-interventions-for-risk-reduction?search=preterm%20birth&topicRef=6761&source=see_link)
31. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία (ΕΜΓΕ). (2021, July). Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 53 . ΕΜΓΕ. <https://hsog.gr/wp-content/uploads/2021/08/53.pdf>
32. Queensland Health. (2020). Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Preterm labour and birth. In Queensland Government-Queensland Health. [https://www.health.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/140149/g-ptl.pdf](https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0019/140149/g-ptl.pdf)
33. Preterm labor diagnosis. (n.d.). NYU Langone Health. <https://nyulangone.org/conditions/preterm-labor/diagnosis>
34. Preterm labor - Symptoms, diagnosis and treatment. (n.d.). BMJ Best Practice US. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/1002>
35. National Institution of Child Health and Human Development (NICHD). (2023, May 9). How do health care providers diagnose preterm labor? NICHD <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/diagnosed>
36. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). (2015, November 20). *NICE Guideline NG25: Preterm labour and birth*. Nice.org.uk; NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25>
37. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). (2017, January 31). *What treatments are used to prevent preterm labor and birth?* Nichd.nih.gov; NICHD. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/treatments>
38. Villar, J., Papageorghiou, A. T., Pang, R., Ohuma, E. O., Ismail, L. C., Barros, F. C., Lambert, A., Carvalho, M., Jaffer, Y. A., Bertino, E., Gravett, M. G., Altman, D. G., Purwar, M., Frederick, I. O., Noble, J. A., Victora, C. G., Bhutta, Z. A., & Kennedy, S. H. (2014). The likeness of fetal growth and newborn size across non-isolated populations in the INTERGROWTH-21st Project: the Fetal Growth Longitudinal Study and Newborn Cross-Sectional Study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2(10), 781–792. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(14\)70121-4](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(14)70121-4)
39. Liu, C., Ahlberg, M., Hjerm, A., & Stephansson, O. (2019). Perinatal health of refugee and asylum-seeking women in Sweden 2014–17: a register-based cohort study. *European Journal of Public Health*, 29(6), 1048–1055. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz120>
40. Paquier, L., Barlow, P., Paesmans, M., & Rozenberg, S. (2020). Do recent immigrants have similar obstetrical care and perinatal complications as long-term residents? A retrospective exploratory cohort study in Brussels. *BMJ Open*, 10(3), e029683. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029683>

41. Verschuuren, A. E. H., Postma, I. R., Riksen, Z. M., Nott, R. L., Feijen-de Jong, E. I., & Stekelenburg, J. (2020). Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: a retrospective documentary analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02985-x>
42. Sturrock, S., Williams, E., Dassios, T., & Greenough, A. (2021). Antenatal care and perinatal outcomes of asylum seeking women and their infants. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(5), 619–623. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0572>
43. Ammoura, O., Sehouli, J., Kurmeyer, C., Richter, R., Kutschke, N., Henrich, W., & Inci, M. G. (2021). Perinatal Data of Refugee Women from the Gynaecology Department of Charité University Hospital Berlin Compared with German Federal Analysis. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 81(11), 1238–1246. <https://doi.org/10.1055/a-1397-6888>
44. Aktoz, F., Tercan, C., Vurgun, E., Gelir, B. D., Polat, I., & Yucel, B. (2023). Evaluation of Perinatal and Neonatal Outcomes of Syrian Refugees Compared to Turkish Population: A Snapshot During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(3), 522–528. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01470-9>
45. Eskild, A., Sommerfelt, S., Skau, I., & Jostein Grytten. (2019). Offspring birthweight and placental weight in immigrant women from conflict-zone countries; does length of residence in the host country matter? A population study in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(5), 615–622. <https://doi.org/10.1111/aogs.13777>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Χαρακτηριστικά των δύο ομάδων

	Γυναίκες ελληνικής καταγωγής N = 3,167 <sup>1</sup>	Γυναίκες αιτούμενες άσυλο N = 395 <sup>1</sup>	p-value <sup>2</sup>
Ηλικία	30 ± 8	27 ± 6	<0.001
Προηγούμενες κύσεις	1.90 ± 1.29	2.78 ± 2.05	<0.001
Μέθοδος τοκετού			0.002
Vaginal Birth	1,530 (48%)	224 (57%)	
Elective Cesarean Section	410 (13%)	53 (13%)	
Emergency Cesarean Section	1,224 (39%)	118 (30%)	
Ηλικία κύησης	37.94 ± 6.60	36.60 ± 9.53	<0.001
Εκατοστιαία θέση νεογνού	52 ± 29	54 ± 27	0.3
Αpgar Score 1 <sup>ο</sup> λεπτό	7.80 ± 0.81	7.85 ± 0.67	0.15
Αpgar Score 5 <sup>ο</sup> λεπτό			0.8
2	2 (<0.1%)	0 (0%)	
3	8 (0.3%)	0 (0%)	
4	1 (<0.1%)	0 (0%)	
5	7 (0.2%)	2 (0.5%)	
6	14 (0.4%)	1 (0.3%)	

	Γυναίκες ελληνικής καταγωγής N = 3,167 <sup>1</sup>	Γυναίκες αιτούμενες άσυλο N = 395 <sup>1</sup>	p-value <sup>2</sup>
7	26 (0.8%)	2 (0.5%)	
8	200 (6.4%)	20 (5.1%)	
9	2,851 (92%)	365 (94%)	
10	4 (0.1%)	0 (0%)	
MENN			<0.001
Όχι εισαγωγή	2,647 (85%)	356 (92%)	
Εισαγωγή	470 (15%)	33 (8.5%)	
Τοκετός <37 εβδ	634 (20%)	63 (16%)	0.055
Τοκετός <34 εβδ	268 (8.5%)	33 (8.4%)	>0.9
Τοκετός <28 εβδ	83 (2.6%)	26 (6.6%)	<0.001
<sup>1</sup> Mean ± SD; n (%)			
<sup>2</sup> Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test			



**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης των περιγεννητικών αποτελεσμάτων**

	Beta	95% CI <sup>1</sup>	p-value
<b>Ηλικία κύησης</b> , προσαρμόζοντας για ηλικία μητέρας και αριθμό προηγούμενων τοκετών			
Γυναίκες αιτούμενες άσυλο vs Γυναίκες ελληνικής καταγωγής	-1.7	-2.5, -0.98	<0.001
<b>Εκατοστιαία θέση νεογνού</b> , προσαρμόζοντας για ηλικία μητέρας και αριθμό προηγούμενων τοκετών			
Γυναίκες αιτούμενες άσυλο vs Γυναίκες ελληνικής καταγωγής	1.5	-1.7, 4.8	0.3
<b>Apgar Score 1<sup>ο</sup> λεπτό</b> , προσαρμόζοντας για ηλικία μητέρας, αριθμό προηγούμενων κήσεων, ηλικία κύησης και εκατοστιαία θέση του βάρους νεογνού.			
Γυναίκες αιτούμενες άσυλο vs Γυναίκες ελληνικής καταγωγής	0.11	0.03, 0.19	0.006
<b>Apgar Score 5<sup>ο</sup> λεπτό</b> , προσαρμόζοντας για ηλικία μητέρας, αριθμό προηγούμενων κήσεων, ηλικία κύησης και εκατοστιαία θέση του βάρους νεογνού.			
Γυναίκες αιτούμενες άσυλο vs Γυναίκες ελληνικής καταγωγής	0.06	0.00, 0.11	0.034
	OR	95% CI <sup>1</sup>	p-value
<b>Τοκετός πριν τις 37 εβδ</b> , προσαρμόζοντας για ηλικία μητέρας και αριθμό προηγούμενων τοκετών			
Γυναίκες αιτούμενες άσυλο vs Γυναίκες ελληνικής καταγωγής	0.92	0.68, 1.24	0.6
<b>Τοκετός πριν τις 34 εβδ</b> , προσαρμόζοντας για ηλικία μητέρας και αριθμό προηγούμενων τοκετών			
Γυναίκες αιτούμενες άσυλο vs Γυναίκες ελληνικής καταγωγής	1.41	0.93, 2.07	0.092

	Beta	95% CI <sup>1</sup>	p-value
<b>Τοκετός πριν τις 28 εβδ</b> , προσαρμόζοντας για ηλικία μητέρας και αριθμό προηγούμενων τοκετών			
Γυναίκες αιτούμενες άσυλο vs Γυναίκες ελληνικής καταγωγής	3.53	2.15, 5.66	<0.001
<b>Εισαγωγή MENN</b> , ηλικία μητέρας, αριθμό προηγούμενων κήσεων, ηλικία κύησης και εκατοστιαία θέση του βάρους νεογνού			
Γυναίκες αιτούμενες άσυλο vs Γυναίκες ελληνικής καταγωγής	0.15	0.06, 0.33	<0.001
<sup>1</sup> CI = Confidence Interval			