

Liten for alderen ved fødselen – mental helse, skolesituasjon og fritid som ungdom

Sammendrag

Bakgrunn. I tidligere studier vedrørende følger i ungdomstiden av det å være liten for alderen ved fødselen (small for gestational age, SGA) har det vært varierende resultater. Målet med vår studie var å undersøke sammenhenger mellom størrelsen ved fødselen og forekomst av psykiske symptomer, skoleproblemer og problemer knyttet til fritiden i en større, uselektert tenåringsgruppe.

Materiale og metode. I 1995–97 ble gutter og jenter i alderen 13–19 år invitert til å delta i ungdomsdelen av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (UNG-HUNT). 90 % av de inviterte besvarte et spørreskjema. Opplysningene ble koblet med Medisinsk fødselsregister. Blant de 8 519 ungdommene var det 803 med fødselsvekt under 10-prosentilen.

Resultater. Det var ingen forskjeller i skår for angst og depresjon mellom gruppen av dem som var små ved fødselen og de andre, men guttene var mer plaget med nervøsitet og bekymring enn andre gutter. Jentene var sjeldnere fornøyd med skoleprestasjonene sine, oppfattet undervisningen dårligere og leste ikke så mye lekser som andre jenter. Samtidig hadde de færre konsentrasjonsvansker, var mindre urolige, mer stille og kom sjeldnere i konflikt med læreren. De ble oftere mobbet. Guttene som var små for alderen ved fødselen, skilte seg her ikke fra andre gutter.

Fortolkning. Jenter som var små for alderen ved fødselen var som ungdommer stillere og mer tilbaketrukkne enn andre, guttene var mer plaget av nervøsitet og bekymring enn andre gutter.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Silje Haavind
siljehaa@stud.ntnu.no

Ingri Bergin

Ann-Mari Brubakk

Institutt for laboratoriemedisin,
barne- og kvinnesykdommer
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Olav Kyrres gate 9
7489 Trondheim

Definisjonen på å være «liten for alderen ved fødselen» (small for gestational age, SGA) er en fødselsvekt under 10-prosentilen i forhold til svangerskapslengden (1, 2). En viss andel av disse barna er genetisk små, normale nyfødte. Andre kan ha vært vekstretardert gjennom hele svangerskapet som følge av blant annet intrauterine infeksjoner eller alkohol- og narkotikamisbruk hos moren, eller kun i tredje trimester, oftest som følge av preeklampsi (3). Uavhengig av om de er små på grunn av genetiske forhold eller vekstretardasjon, blir disse barna betraktet som risikoutsatte (4).

Små barn født til termin kan ha økt risiko for komplikasjoner i forbindelse med fødselen og for utvikling av cerebral parese (3). I tidligere studier er det i tillegg påvist en sammenheng mellom det å være liten for alderen ved fødselen og krybbedød samt utvikling av insulinavhengig diabetes mellitus i tidlig barnealder (2).

Det finnes få studier der man har sett på kognitive og psykiske problemer i tenårene hos dem som var små for alderen ved fødselen. Det har i tillegg vært begrensede utvalg og varierende resultater. I noen studier har man konkludert med mulig risiko for svekket oppmerksomhet og atferdsvansker, men det har vært uklare langtidsutsikter (3). O’Keeffe og medarbeidere (5) fant at det hos disse for små barna av begge kjønn var høyere forekomst av lærevansker i ungdomstiden enn hos barn med fødselsvekt over 10-prosentilen. I tillegg var det signifikant økt forekomst av oppmerksomhetsforstyrrelser hos jenter med fødselsvekt under 3-prosentilen (5). En annen studie konkluderte med at for små barn født til termin hadde redusert kognitiv kapasitet i ung voksen alder sammenliknet med andre (6).

Indredavik og medarbeidere (7) rapporterte at hver femte av ungdommene som var små for alderen ved fødselen syntes å ha psykiatriske symptomer. Utvalget i studien var imidlertid begrenset, og det var ikke signifikant mer psykiatriske symptomer hos disse ungdommene enn hos kontrollpersonene. I en annen studie av Indredavik og

medarbeidere var det høyere foreldrerapportert skår på atferds- og oppmerksomhetsforstyrrelse enn hos andre (8).

Formålet med vår studie var å studere sammenhenger mellom det å være liten for alderen ved fødselen og symptomer på angst og depresjon, skoleproblemer og problemer knyttet til sosiale situasjoner og fritid.

Materiale og metode

I 1995–97 ble alle elever i ungdomsskolen og videregående skole (13–19 år) i Nord-Trøndelag fylke invitert til UNG-HUNT, ungdomsdelen av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT).

UNG-HUNT-undersøkelsen ble gjennomført på skolene, og et spørreskjema ble utfyllt i en skoletime. Elevene hadde ingen mulighet til å se hverandres svar. Skjemaet ble lagt i en konvolutt, kun identifisert med fødselsnummer i strekkode.

Totalt 8 984 ungdommer, 90 % av de forespurte, besvarte spørreskjemaet i UNG-HUNT. Til sammen 167 ungdommer som var 12 eller 20 år ble ekskludert fra totalmaterialet.

Data fra UNG-HUNT-materialet ble koblet med data fra Medisinsk fødselsregister. I registeret manglet det for 290 unge opplysninger om personen var liten for alderen ved fødselen/normalvektig. Som en følge av definisjonen av «liten for alderen ved fødselen» i fødselsregisteret ble i tillegg åtte ungdommer født etter et svangerskap på under 28 uker ekskludert. Data for 8 519 ungdommer, 4 219 jenter og 4 300 gutter, var således tilgjengelig for analyse.

Variabler fra UNG-HUNT

Variablene fra UNG-HUNT-materialet omhandlet ungdommens skolesituasjon, symptomer på angst og depresjon, deres helsetilstand og selvpoppfatning samt forhold rundt aktiviteter i fritiden.

Hovedbudskap

- Jenter som var små for alderen ved fødselen, var som tenåringer mer tilbaketrukkne enn andre jenter
- Disse jentene hadde også flere skoleproblemer
- Gutter som var små for alderen ved fødselen, var mer preget av nervøsitet og bekymring i tenårene enn andre gutter

Skolevariablene, som alle hadde fire svaralternativer – «aldri», «en gang iblant», «ofte» og «svært ofte» – ble dikotomisert ulikt. Spørsmål som omhandlet hva man forsto av undervisningen, tilfredshet med resultatet på prøver samt mobbing ble delt i «aldri/en gang iblant» og «ofte/svært ofte». Spørsmål om konsentrasjonsvansker, krangling med/å få skjenn av læreren og uro i timene ble imidlertid delt slik at «aldri» ble sammenliknet med de øvrige svaralternativene. Årsaken til at disse spørsmålene ble delt slik, var at vi i denne studien var interessert i å se på dem som skilte seg ut som ekstra stille i skolesammenheng.

Spørsmålet om hvor ofte elevene hadde gjort lekser i mer enn en time de siste sju dagene ble delt i «mindre enn to ganger» og «to eller flere ganger».

Spørsmålene om angst og depresjon er hentet fra en kortversjon med fem punkter av Hopkins Symptoms Check List. De lød: «Har du vært stadig redd og engstelig?», «Har du følt deg anspent eller urolig?», «Har du følt håpløshet når du tenker på framtida?», «Har du følt deg nedfor eller trist?» og «Har du bekymret deg for mye om forskjellige ting?» (9). Alle disse hadde fire svaralternativer: «ikke plaget», «litt plaget», «ganske plaget» og «veldig plaget». Svarene på de fem spørsmålene ble summert og dividert på fem til en gjennomsnittsskår. Her ble verdier > 2 definert som høy skår på angst og depresjon.

Enkeltspørsmålene «Er du ofte bekymret?», «Bekymrer du deg for at fryktelige ting kan skje?», «Er du for det meste stille når du er sammen med andre?» var dikotomisert i «ja» og «nei». Spørsmålet «Har du vært plaget med nervøsitet (irritabel, urolig, anspent eller rastløs) i løpet av den siste måneden?» ble delt i «nesten hele tida/ofte» og «av og til/aldri».

Variabelen «Hvordan er helsa di nå?» ble delt i «svært god» og «god/ikke helt god/dårlig». Årsaken til at vi delte det slik, og ikke på midten, var at forholdsvis få svarte «dårlig» eller «ikke helt god» på dette spørsmålet. I tillegg var vi i denne studien interessert i å se på dem med svært god helse.

Selvoppfatning ble vurdert ut fra en kortversjon av Rosenbergs skala (10) og besto av fire utsagn: «Jeg har en positiv holdning til meg selv», «Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider», «Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av» og «Jeg føler at jeg er en verdifull person, i hvert fall på lik linje med andre». Det var fire svaralternativer på hvert spørsmål: «svært enig», «enig», «uenig» og «svært uenig». Her ble svaralternativene omkodet slik at 1 alltid representerte det mest negative svaralternativet og 4 alltid det mest positive. De fire svarene ble så summert og dividert på fire til en gjennomsnittsskår. Verdier > 3 ble vurdert som positiv selvoppfatning.

Når det gjaldt spørsmålene som omhandlet fritidsaktiviteter utenfor hjemmet siste

sju dager – «Besøkte noen du kjente» og «Var på møte eller trening i en forening eller et lag» – ble «ingen gang» sammenliknet med de andre svaralternativene.

Variabelen «Hender det at du føler deg ensom?» ble delt i «svært ofte/ofte» og «av og til/sjelden/svært sjelden eller aldri».

Variabler fra Medisinsk fødselsregister

Fra Medisinsk fødselsregister hentet vi variablene «liten for alderen ved fødselen» (SGA), svangerskapsalder i uker, fødselsvekt i gram og apgarskår etter fem minutter. «Liten for alderen ved fødselen» var i Medisinsk fødselsregister definert som fødselsvekt under 10-prosentilen og inkluderte bare dem som var født etter et svangerskap på over 28 uker.

Statistikk

Dataene ble analysert ved hjelp av SPSS for Windows versjon 13.0 (SPSS Inc. Illinois).

Ungdommene som var små for alderen ved fødselen ble sammenliknet med ungdom med fødselsvekt lik eller over 10-prosentilen. Pearsons khikvadrattest og oddsratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI) ble brukt i sammenlikninger. En p-verdi < 0,05 ble regnet som statistisk signifikant. I kjønnsespesifikke, binære logistiske regresjonsmodeller med liten for alderen ved fødselen/normal vekt ved fødselen som uavhengig variabel ble det korrigert for alder, apgarskår og svangerskapsalder.

Tabell 1 Forekomst blant skoleungdom av det å være liten for alderen ved fødselen og av problemer knyttet til skole, psykisk helse og fritid etter kjønn i Nord-Trøndelag 1995–97

Variabler	Jenter			Gutter		
	Antall	Prosent	(KI)	Antall	Prosent	(KI)
	n = 4 219 [49,5 %]			n = 4 300 [50,5 %]		
Liten for alderen ved fødselen	409	9,7	[8,8–10,6]	394	9,2	[8,3–10,1]
Konsentrasjonsvansker i timen en gang iblant/ofte	3 884	93,3	[92,5–94,1]	3 740	89,3	[88,4–90,2]
Urolig i timen en gang iblant/ofte	2 655	64,3	[62,9–65,8]	2 585	62,2	[60,8–63,7]
Forstår sjelden undervisningen	465	11,2	[10,3–12,2]	394	9,4	[8,5–10,3]
Sjelden fornøyd med prøveresultater	1 691	41,1	[39,6–42,6]	1 853	44,7	[43,2–46,2]
Sjelden lekselesing > 1 time siste uke	1 969	47,4	[45,9–48,9]	2 559	61,1	[59,6–62,6]
Krangler med læreren en gang iblant/ofte	1 495	36,0	[34,6–37,5]	1 729	41,4	[39,9–42,9]
Får skjenn av læreren en gang iblant/ofte	1 705	41,2	[39,7–42,7]	2 084	50,1	[48,6–51,6]
Ofte mobbet	79	1,9	[1,5–2,3]	88	2,1	[1,7–2,5]
Høy skår på angst og depresjon	581	14,2	[13,2–15,3]	228	5,5	[4,8–6,2]
Ofte bekymret	1 828	44,4	[42,9–45,9]	1 243	29,6	[28,2–31,0]
Bekymret for at fryktelige ting kan skje	1 910	46,4	[44,9–47,9]	1 437	34,3	[32,9–35,7]
Plaget av nervøsitet siste måned	2 455	58,8	[57,3–60,3]	1 819	43,2	[41,7–44,7]
Svært god selvrapportert helse	950	22,9	[21,6–24,2]	1 437	34,0	[32,6–35,4]
Positiv selvoppfatning	1 142	28,4	[27,0–29,8]	2 142	51,8	[50,3–53,3]
Ikke borte på besøk siste uke	302	7,3	[6,5–8,1]	315	7,5	[6,7–8,3]
Ikke på møte eller trening siste uke	1 868	45,1	[43,6–46,6]	1 922	46,2	[44,7–47,7]
Ofte ensom	319	7,6	[6,8–8,4]	171	4,1	[3,5–4,7]
For det meste stille sammen med andre	853	20,8	[19,6–22,0]	1 064	25,5	[24,2–26,8]

Etikk

Alle ungdommene selv og foreldrene til dem under 16 år ga skriftlig samtykke til deltakelse i UNG-HUNT. Regional komité for medisinsk forskningsetikk Midt-Norge tilrådte studien, og Datatilsynet ga konsesjon.

Resultater

Av de 8 984 ungdommene som deltok i UNG-HUNT 1995–97 var det totalt 803 som var små for alderen ved fødselen og 7 716 med fødselsvekt over 10-prosentilen tilgjengelig for analyser. Gjennomsnittlig fødselsvekt for de små var 2 721 g, gjennomsnittlig svangerskapsalder 40 uker. For de andre var gjennomsnittsvekten ved fødselen 3 612 g, gjennomsnittlig svangerskapsalder 40 uker. Av ungdommene som var små for alderen ved fødselen var 25 (3,1%) født etter et svangerskap på under 37 uker, mot 303 (3,9%) av de andre.

Tabell 1 gir en oversikt over benyttede variabler og andelen gutter og jenter som anga å ha problemer på de forskjellige områdene.

Skolesituasjonen

En stor andel av ungdommene, 90,5%, svarte at de hadde hatt konsentrasjonsvansker (tab 1). Denne store andelen skyldtes hovedsakelig at 65,7% anga å ha hatt konsentrasjonsvansker en gang iblant. Kun 8,6% av ungdommene oppga at de aldri hadde hatt konsentrasjonsproblemer.

Jentene som var små for alderen ved fød-

selen skilte seg fra de andre når det gjaldt skolesituasjonen (tab 2). De hadde oftere problemer med å forstå undervisningen, var sjeldnere fornøyd med resultater på prøver, leste mindre lekser og ble oftere mobbet. Men de fikk også i mindre grad skjenn av læreren, hadde mindre konsentrasjonsvansker i timen, og det var en tendens til at de kranglet mindre med læreren enn de andre.

For guttene var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt skolesituasjonen (tab 2).

Symptomer på angst og depresjon

Guttene som var små for alderen ved fødselen, var signifikant mer bekymret for at fryktelige ting kunne skje samt hadde siste måned vært mer plaget av nervøsitet enn de andre. For de andre variablene som omhandlet symptomer på angst og depresjon var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene, verken for jenter eller gutter.

Helse og selvopfatning

Det var ingen signifikante forskjeller i selvopfatning hos dem som var små for alderen ved fødselen og de andre. Hos de små jentene var det en tendens til mindre god selvrapportert helse enn hos de andre ungdommene.

Fritid

Jentene som var små for alderen ved fødselen var mer stille sammen med andre og sjeldnere på møter eller trening enn andre

ungdommer. Det var også en tendens til at de oftere var ensomme og at de sjeldnere var borte på besøk. Det var ingen signifikante forskjeller mellom guttene som var små for alderen ved fødselen og andre gutter når det gjaldt variablene som omhandlet fritid.

Etter å ha justert for alder, apgarskår etter fem minutter og svangerskapsalder i kjønns-spesifikke logistiske regresjonsmodeller var alle tidligere signifikante forskjeller mellom ungdommene som var små for alderen ved fødselen og de andre fortsatt signifikante. De små jentene var også nå signifikant mindre urolig i timen, og de kranglet signifikant mindre med læreren enn de andre (tab 3).

Diskusjon

Vi fant altså signifikante forskjeller mellom jenter som var små for alderen ved fødselen og andre jenter i skolesammenheng. De leste mindre lekser, de forsto sjeldnere undervisningen og var sjeldnere fornøyd med resultatet på prøver. I tillegg ble de oftere mobbet. Videre fant vi at disse jentene var stillere, også i skolesammenheng, og de var ikke så ofte på møte eller trening som de andre jentene. Guttene som var små for alderen ved fødselen var på sin side mer bekymret for at fryktelige ting kunne skje og oftere plaget med nervøsitet enn andre gutter.

Denne studiens styrke er at den omfatter en stor uselektert tenåringpopulasjon, inkludert et stort antall ungdommer som var

Tabell 2 Forekomst blant skoleungdom av problemer knyttet til skole, psykisk helse og fritid etter det å være liten for alderen ved fødselen og kjønn i Nord-Trøndelag 1995–97

Variabler	Jenter					Gutter				
	Liten for alderen ved fødselen		Normal vekt ved fødselen		P-verdi	Liten for alderen ved fødselen		Normal vekt ved fødselen		P-verdi
	n = 409		n = 3 810			n = 394		n = 3 906		
Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)			
Konsentrasjonsvansker i timen en gang iblant/ofte	364	(90,5)	3 520	(93,6)	0,02	344	(90,1)	3 396	(89,2)	0,61
Urolig i timen en gang iblant/ofte	242	(60,8)	2 413	(64,7)	0,13	244	(64,6)	2 341	(62,0)	0,33
Forstår sjelden undervisningen	59	(14,7)	406	(10,8)	0,02	39	(10,3)	355	(9,4)	0,55
Sjelden fornøyd med prøveresultater	187	(47,6)	1 504	(40,4)	<0,01	181	(47,9)	1 672	(44,3)	0,19
Sjelden lekselesing > 1 time siste uke	215	(53,1)	1 754	(46,8)	0,02	236	(61,9)	2 323	(61,0)	0,72
Krangler med læreren en gang iblant/ofte	126	(31,4)	1 369	(36,5)	0,05	163	(43,1)	1 566	(41,2)	0,47
Får skjenn av læreren en gang iblant/ofte	141	(35,3)	1 564	(41,8)	0,01	199	(52,4)	1 885	(49,8)	0,35
Ofte mobbet	13	(3,2)	66	(1,8)	0,04	7	(1,8)	81	(2,1)	0,70
Høy skår på angst og depresjon	51	(12,9)	530	(14,3)	0,45	18	(4,8)	210	(5,6)	0,51
Ofte bekymret	177	(44,7)	1 651	(44,3)	0,89	120	(31,3)	1 123	(29,5)	0,45
Bekymret for at fryktelige ting kan skje	192	(48,0)	1 718	(46,3)	0,51	155	(40,6)	1 282	(33,7)	<0,01
Plaget av nervøsitet siste måneden	237	(58,5)	2 218	(58,9)	0,89	188	(49,1)	1 631	(42,6)	0,01
Svært god selvrapportert helse	78	(19,4)	872	(23,3)	0,07	122	(31,4)	1 315	(34,3)	0,25
Positiv selvopfatning	99	(25,4)	1 043	(28,7)	0,17	179	(48,0)	1 963	(52,2)	0,12
Ikke borte på besøk siste uke	39	(9,7)	263	(7,0)	0,05	29	(7,7)	286	(7,5)	0,90
Ikke på møte eller trening siste uke	204	(51,3)	1 664	(44,5)	0,01	181	(48,5)	1 741	(46,0)	0,35
Ofte ensom	40	(9,9)	279	(7,4)	0,07	13	(3,4)	158	(4,1)	0,50
For det meste stille sammen med andre	104	(25,9)	749	(20,2)	<0,01	107	(28,2)	957	(25,3)	0,20

små for alderen ved fødselen. Svarprosenten i UNG-HUNT var høy, og skjemaene ble dessuten godt utfylt. Materialet ble i tillegg koblet med data fra Medisinsk fødselsregister, slik at opplysningene som omhandler lav vekt i forhold til svangerskapslengde og forhold omkring fødselen er mest mulig korrekte.

Det at «liten for alderen ved fødselen» defineres som fødselsvekt under 10-prosentilen, kan medføre at det er blitt inkludert en del personer som ikke er veksthemmet, men bare normalt små. I tillegg kan noen vekstretarderte barn bli klassifisert som normalvektige fordi fødselsvekten ligger over 10-prosentilen. Dette innebærer at forskjeller funnet mellom dem som var små for alderen ved fødselen og de andre kan være et underestimert av de virkelige forskjellene (7).

En annen eventuell svakhet ved denne studien er at UNG-HUNT-dataene er selvrapporterte. Det er mulig at selvrapportering i større grad fanger opp internaliserte problemer, og at atferdsproblemer oppleves og observeres bedre av andre. I en studie av Indredavik og medarbeidere ble det blant annet beskrevet at foreldrene til ungdommer som var små for alderen ved fødselen hyppigere rapporterte om svekket oppmerksomhet og atferdsvansker enn foreldrene til andre ungdommer. Ungdommene selv rapporterte ikke om mer problemer (8).

Når det gjaldt sosioøkonomisk status, nærmere bestemt foreldrenes utdannings-

nivå, manglet vi informasjon om 19,6 % av mødrene og 32,4 % av fedrene. Denne andelen var så høy at det følgelig ikke ble justert for sosioøkonomisk status i regresjonsmodellen. Det var imidlertid ingen signifikante forskjeller i utdanning mellom foreldrene til dem som var små for alderen ved fødselen og foreldrene til de andre ungdommene i det materialet vi hadde til rådighet.

I tidligere studier på området har man gjerne benyttet seg av anerkjente, på forhånd utarbeidede spørreskjemaer for å kartlegge psykiatriske symptomer (8) samt for å stille psykiatriske diagnoser, men noen få har brukt diagnostiske intervjuer utført av barne- og ungdomspsykiatere (7). I denne studien så vi på enkeltstående symptomer som på ingen måte kunne oppfylle diagnosekriterier. Vi benyttet i tillegg validerte skalaer for symptomer på angst og depresjon (9) samt selvfølelse (10). Det er viktig å ta i betraktning at det i de forskjellige studier er benyttet ulike typer skalaer som hver for seg er standardiserte, men som likevel er forskjellige. Dette gjør sammenlikning vanskelig.

I vår studie var jentene som var små for alderen ved fødselen stillere og mer tilbaketrukne enn de andre jentene. Tidligere forskning på dette området er mangelfull. Indredavik og medarbeidere påpekte at det hos dem som var små for alderen ved fødselen var større tendens til tilbaketrekning som ungdom. De fant også at det hos jentene var mer internaliserende symptomer enn hos

guttene (8), noe som synes å være i samsvar med våre funn. Vi fant i tillegg at jenter som var små for alderen ved fødselen oftere enn andre jenter ble mobbet. Det er mulig at denne faktoren kan være med på å forklare disse jentenes tendens til tilbaketrekning. På en annen side kan det at de er stille og tilbaketrukne i seg selv være en årsak til mobbing.

Premature født i uke 28–37 ble inkludert i studien vår. De utgjorde 3,1 % av dem som var små for alderen ved fødselen og 3,9 % av de andre barna. Tidligere studier har vist at det hos små premature kan være reduserte akademiske ferdigheter og økt forekomst av psykiatriske symptomer (3). Dette kunne tenkes å påvirke resultatene våre, selv om det ble kontrollert for svangerskapsalder i analysene. Ekskludering av de premature påvirket imidlertid ikke resultatene.

I denne studien hadde jentene som var små for alderen ved fødselen mer skoleproblemer enn kontrollgruppen. Det er sprikende resultater fra tidligere forskning på vansker i skolesammenheng – i noen studier har man funnet lavere akademiske ferdigheter hos dem som var små for alderen ved fødselen, i andre er det ikke funnet noen forskjell. Indredavik og medarbeidere konkluderte med at de akademiske ferdighetene hos ungdommer som var små for alderen ved fødselen ikke var dårligere enn i kontrollgruppen (3). Våre funn støttes imidlertid av O’Keeffe og medarbeidere, som viste at det for begge

Tabell 3 Resultater av binær logistisk regresjon med justering for alder, apgarskår etter fem minutter og svangerskapsalder, der hver rad uttrykker siste trinn i en rekke separate regresjonsanalyser. Sammenhengen mellom det å være liten for alderen ved fødselen (uavhengig variabel) og problemer knyttet til skole, psykisk helse og fritid (avhengige variabler) er vist ved justert oddsratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI) og p-verdi etter kjønn. Nord-Trøndelag 1995–97

Avhengige variabler	Jenter			Gutter		
	Liten for alderen ved fødselen			Liten for alderen ved fødselen		
	OR	(KI)	P-verdi	OR	(KI)	P-verdi
Konsentrasjonsvansker i timen en gang iblant/ofte	0,6	(0,41–0,93)	0,02	1,1	(0,75–1,6)	0,60
Urolig i timen en gang iblant/ofte	0,8	(0,62–0,99)	0,04	1,1	(0,84–1,4)	0,60
Forstår sjelden undervisningen	1,4	(1,0–2,0)	0,04	1,0	(0,66–1,5)	0,93
Sjelden fornøyd med prøveresultater	1,3	(1,0–1,7)	0,02	1,1	(0,90–1,4)	0,28
Sjelden lekselesing > 1 time siste uke	1,3	(1,0–1,6)	0,03	1,0	(0,79–1,3)	0,99
Krangler med læreren en gang iblant/ofte	0,7	(0,56–0,93)	0,01	1,0	(0,82–1,3)	0,76
Får skjenn av læreren en gang iblant/ofte	0,7	(0,55–0,89)	< 0,01	1,1	(0,87–1,4)	0,46
Ofte mobbet	2,1	(1,1–4,0)	0,02	0,7	(0,29–1,8)	0,51
Høy skår på angst og depresjon	0,8	(0,52–1,1)	0,13	0,8	(0,44–1,4)	0,37
Ofte bekymret	1,0	(0,81–1,3)	0,86	1,2	(0,90–1,5)	0,25
Bekymret for at fryktelige ting kan skje	1,1	(0,89–1,4)	0,34	1,4	(1,1–1,8)	< 0,01
Plaget av nervøsitet siste måned	0,9	(0,70–1,1)	0,31	1,3	(1,1–1,7)	0,01
Svært god selvrapportert helse	0,7	(0,60–1,0)	0,08	0,9	(0,70–1,1)	0,36
Positiv selvoppfatning	0,8	(0,61–1,1)	0,10	0,8	(0,66–1,1)	0,12
Ikke borte på besøk siste uke	1,5	(0,98–2,2)	0,06	1,0	(0,62–1,5)	0,84
Ikke på møte eller trening siste uke	1,4	(1,1–1,8)	< 0,01	1,1	(0,85–1,4)	0,55
Ofte ensom	1,1	(0,7–1,7)	0,64	0,8	(0,45–1,6)	0,58
For det meste stille sammen med andre	1,3	(1,0–1,8)	0,03	1,2	(0,94–1,6)	0,14

kjønn var større forekomst av lærevansker i ungdomstiden enn for dem med fødselsvekt over 10-prosentilen (5).

I tidligere studier har man funnet større tendens til atferdsforstyrrelser og hyperaktivitet hos ungdommer som var små for alderen ved fødselen (7, 8). Dette stemmer ikke med våre funn. I disse studiene hentet man imidlertid informasjon fra flere kilder, inkludert spørreskjemaer og psykiatriske intervjuer, noe som kan være med på å forklare forskjellene i resultater (3).

Videre fant vi ingen signifikant forskjell i skår for angst og depresjon mellom dem som var små for alderen ved fødselen og de andre. Dette samsvarer med tidligere studier der man heller ikke fant noen forskjell på dette området, verken ved intervjuer eller ved bruk av spørreskjemaer (3). Vi fant likevel at guttene var mer plaget av nervøsitet og bekymring for at fryktelige ting kunne skje. Det finnes få studier der man har sett på akkurat disse symptomene tidligere. Indredavik og medarbeidere påpekte dog at ungdom som var små for alderen ved fødselen hadde mer «tankeproblemer» enn andre – dvs. det var mer av merkelig oppførsel, frykt og tvangstanker (8). Dette kan være i samsvar med våre funn.

Konklusjon

I denne studien fant vi at jenter som var små for alderen ved fødselen har økt risiko for å bli stille og tilbaketrukne ungdommer. Denne sammenhengen vedvarte etter justering for alder, svangerskapsalder og apgarskår. Vi fant ingen sammenheng mellom det å være liten for alderen ved fødselen og høy skår på angst og depresjon i ungdomstiden, men guttene var mer plaget av nervøsitet og bekymring for at fryktelige ting kunne skje enn andre gutter.

Våre funn tyder på at man bør være oppmerksom på at jentene kan bli preget av tilbaketrekning og få problemer i skolesammenheng. Det er også viktig å tenke på at guttene kan være plaget med nervøsitet og bekymring, særlig siden dette ikke oppfattes som vanlige problemer blant gutter generelt. Det at jenter og gutter som var små for alderen ved fødselen kan ha mer problemer enn andre tenåringer, krever at det settes inn nødvendige tiltak hvis problemer oppstår, spesielt i skolesammenheng.

Litteratur

1. Larsen JF, Skajaa K, Westergaard JG. Obstetrik. København: Munksgaard, 2001.
2. Dejin-Karlsson E. Psychosocial resources, lifestyle factors and fetal growth: with special refer-

ence to small-for-gestational age (SGA) infants. Doktoravhandling. Lund: Lunds universitetet, Avdelning för socialmedicin, 1999.

3. Indredavik MS. Mental health and cerebral magnetic resonance imaging in adolescents with low birth weight. Doktoravhandling. Trondheim: Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2005.
4. Bergsjø P, Maltau JM, Molne K et al. Obstetrik. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
5. O'Keeffe MJ, O'Callaghan M, Williams GM et al. Learning, cognitive, and attentional problems in adolescents born small for gestational age. *Pediatrics* 2003; 112: 301–7.
6. Viggedal G, Lundälv E, Carlsson G et al. Neuropsychological follow-up into young adulthood of term infants born small for gestational age. *Med Sci Monit* 2004; 10: 8–16.
7. Indredavik MS, Vik T, Heyerdahl S et al. Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89: F445–50.
8. Indredavik MS, Vik T, Heyerdahl S et al. Psychiatric symptoms in low birth weight adolescents, assessed by screening questionnaires. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14: 226–36.
9. Tambs K, Moum T. How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 364–7.
10. Ystgård M. Sårbar ungdom og sosial støtte: en tilnærming til forebygging av psykisk stress og selvmord. Oslo: Senter for sosialt nettverk og helse, 1993.

Manuskriptet ble mottatt 23.5. 2006 og godkjent 10.3. 2007. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.