

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Η σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές στην περίοδο της όψιμης εφηβείας Συγχρονική μελέτη στη βορειοδυτική Ελλάδα

ΣΚΟΠΟΣ Η εφηβεία είναι μια περίοδος με υψηλή ψυχιατρική νοσηρότητα. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστικών παραγόντων της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε δείγμα εφήβων της βορειοδυτικής Ελλάδας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Συγχρονική μελέτη 2.363 εφήβων ηλικίας 15–18 ετών από 10 ενιαία λύκεια της βορειοδυτικής Ελλάδας. Η μελέτη έγινε σε δύο φάσεις: στην πρώτη φάση χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Στη δεύτερη φάση επιλέχθηκε στρωματοποιημένο τυχαίο δείγμα 875 μαθητών με βάση τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διαλογής. Στους μαθητές που επιλέχθηκαν χορηγήθηκε η αναθεωρημένη κλινική διαγνωστική συνέντευξη (revised clinical interview schedule, CIS-R). Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές μετρήθηκαν στην πρώτη φάση και συμπεριέλαβαν το μορφωτικό επίπεδο και την απασχόληση των γονέων, την υποκειμενική αξιολόγηση των οικονομικών δυσκολιών της οικογένειας από τους μαθητές και την υποκειμενική αξιολόγηση της σχολικής επίδοσης ως μέτρο της κοινωνικής θέσης του μαθητή στο σχολείο. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η κλινικά σημαντική «ψυχιατρική νοσηρότητα» (κατά την τελευταία εβδομάδα) ήταν 12,5% (κορίτσια: 18,5%, αγόρια: 6,8%). Δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και την απασχόληση του πατέρα ούτε με την κοινωνική θέση του μαθητή. Σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση βρέθηκε με την υποκειμενική αξιολόγηση των οικονομικών δυσκολιών της οικογένειας. Η κατάσταση ανεργίας της μητέρας συσχετίστηκε μόνο με την ψυχική υγεία των κοριτσιών. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η υπόθεση της «κοινωνικής εξίσωσης» στην υγεία των εφήβων φαίνεται να υποστηρίζεται μερικώς από τα δεδομένα της έρευνάς μας. Ωστόσο, ορισμένες σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ανευρίσκονται και σε αυτή την περίοδο της ζωής, ιδίως όταν χρησιμοποιούνται υποκειμενικοί τρόποι μέτρησης του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Παρά την άποψη που είχε επικρατήσει επί μακρόν, σύμφωνα με την οποία η εφηβεία αποτελεί μια, αν όχι τη μοναδική, περίοδο «πλήρους» υγείας, η σύγχρονη έρευνα έχει δείξει ότι οι διαταραχές της ψυχικής σφαιράς είναι εξαιρετικά συχνές και στους εφήβους. Έτσι, έως και το 14% των εφήβων παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή,¹ ενώ ένας στους 10 εφήβους αναμένεται να εμφανίσει μία τουλάχιστον διαταραχή, η οποία ενδεχομένως να απαιτεί και θεραπεία.²

Μεταξύ των ποικίλων παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν την υγεία, ψυχική ή σωματική, ως εξαιρετικής σημασίας προβάλλουν εκείνοι που σχετίζονται με το κοινω-

οικονομικό επίπεδο του ατόμου. Και αυτό, επειδή –σε αντίθεση με τους υπόλοιπους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία– οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι δυνητικά τροποποιήσιμοι. Έτσι λοιπόν, μετά τη δημοσίευση της περίφημης πλέον «αναφοράς του Black» στις αρχές της δεκαετίας του 1980,³ σύμφωνα με την οποία, τουλάχιστον όσον αφορά στη Βρετανία, οι χαμηλές κοινωνικές βαθμίδες παρουσίαζαν χαμηλότερο επίπεδο υγείας, ένα πλήθος ερευνών έχει ασχοληθεί με την έκταση, το πρότυπο και την αιτιολογία των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Ως αποτέλεσμα, η ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας έχει πλέον επιβεβαιωθεί, τόσο για τον πληθυσμό των ενηλίκων,^{4,5} όσο και γι' αυτόν των παιδιών.^{6,7} Ωστόσο,

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2007, 24(Συμπλ 1):19–29
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2007, 24(Suppl 1):19–29

Π. Σκαπινάκης,
Κ. Μαγκλάρα,
Σ. Μπέλλος,
Τ. Γκάτσα,
Γ. Μιχάλης,
Β. Μαυρέας

Τμήμα Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

The association between socio-economic status and mental disorders in late adolescence: Cross sectional survey in the northwestern part of Greece

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Έφηβος
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες
Ψυχικές διαταραχές/επιδημιολογία

η αρχική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία οι ανισότητες υγείας μεταξύ των κοινωνικών τάξεων αποτελούν ένα σταθερό εύρημα σε όλη τη διάρκεια της ζωής, από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και από εκεί στην ενήλικη ζωή έως τα γηρατειά, εξακολουθεί μέχρι και σήμερα να εγείρει αρκετές αμφισβητήσεις. Σε αντίθεση λοιπόν με τους πληθυσμούς των παιδιών και των ενηλίκων, οι ενδείξεις σχετικά με την ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας μεταξύ των εφήβων δεν είναι σταθερές. Ορισμένες έρευνες διαπίστωσαν την ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία των εφήβων,⁸⁻¹⁴ ενώ άλλες ανέφεραν αδύναμες μόνο ή και ανύπαρκτες ανισότητες.¹⁵⁻¹⁹ Η έλλειψη σταθερών ευρημάτων οδήγησε στη διατύπωση της υπόθεσης ότι η εφηβεία αποτελεί μια περίοδο, τη μόνη ενδεχομένως, όπου παρατηρείται το φαινόμενο της λεγόμενης «κοινωνικής εξίσωσης» (social equalization) στην υγεία.¹⁹ Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, οι επιρροές που σχετίζονται με την ηλικία, όπως το σχολικό περιβάλλον, οι συνομήλικοι και η νεανική κουλτούρα, φαίνεται να υπερισχύουν εκείνων που σχετίζονται με την κοινωνική τάξη και να οδηγούν έτσι στην εξίσωση.

Παρόμοια εικόνα εμφανίζεται και μεταξύ των μελετών που επικέντρωσαν το ερευνητικό τους ενδιαφέρον στην ψυχική υγεία. Έτσι, και όσον αφορά στις καταθλιπτικές διαταραχές, διάφοροι ερευνητές κατέδειξαν ότι το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο του γονέα και η χαμηλή κοινωνική τάξη φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με τον επιπολασμό των ψυχιατρικών διαταραχών,²⁰ όπως επίσης η ανεργία και των δύο γονέων και το εξαιρετικά χαμηλό εισόδημα.^{1,21} Από την άλλη πλευρά, αρκετές είναι οι μελέτες στις οποίες οι παραπάνω κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες δεν φάνηκε να συσχετίζονται θετικά με τις καταθλιπτικές διαταραχές.^{22,23}

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας και των συσχετίσεών της με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε πληθυσμό Ελλήνων εφήβων. Η Ελλάδα αποτελεί μια μεσογειακή χώρα με αρκετές διαφορές σε σχέση με τη δυτική Ευρώπη και τη βόρεια Αμερική, όπου έχει διεξαχθεί ο κύριος όγκος των αντίστοιχων ερευνών, τόσο ως προς τις οικογενειακές δομές και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, όσο και ως προς την ανάπτυξη του συστήματος πρόνοιας. Απ' όσο είναι γνωστό, πέρα από μία έρευνα, η οποία όμως αφορούσε στις συμπεριφορές υψηλής επικινδυνότητας των εφήβων,²⁴ δεν έχει πραγματοποιηθεί ανάλογη έρευνα στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχέδιο της μελέτης και δείγμα

Η σχολική μελέτη της Ηπείρου σχεδιάστηκε με σκοπό την εκτίμηση του επιπολασμού και των συσχετίσεων των κοινών ψυχιατρικών και σωματικών συμπτωμάτων σε εφήβους μαθητές

που φοιτούν σε λύκεια της περιφέρειας Ηπείρου και της ευρύτερης περιοχής της δυτικής-βορειοδυτικής Ελλάδας. Για το σκοπό αυτόν επιλέχθηκαν όλα τα ενιαία λύκεια της πόλης των Ιωαννίνων (8) και από ένα ενιαίο λύκειο (το πρώτο) στην Πρέβεζα και το Αγρίνιο. Η επιλογή των σχολικών μονάδων στις άλλες πόλεις εκτός των Ιωαννίνων έγινε με βάση τη διαθεσιμότητα των ερευνητών εκείνη την περίοδο. Η έρευνα έλαβε την άδεια διεξαγωγής από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και το Υπουργείο Υγείας. Στα επιλεγέντα σχολεία ζητήθηκε η συμμετοχή όλων των μαθητών και των τριών τάξεων, εκτός από τα λύκεια Πρέβεζας και Αγρινίου, όπου η διευματοληψία αφορούσε μόνο στις πρώτες δύο τάξεις, για λόγους διαχειριστικούς. Οι μαθητές ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης και οι γονείς τους κλήθηκαν να υπογράψουν έντυπο ενεργητικής συναίνεσης.

Η μελέτη χρησιμοποίησε το επιδημιολογικό σχέδιο των δύο φάσεων.²⁵ Σύμφωνα με το σχέδιο αυτό, στην πρώτη φάση διανέμεται ένα απλό και γρήγορο ερωτηματολόγιο διαλογής. Με βάση τα αποτελέσματα στο ερωτηματολόγιο διαλογής, στη δεύτερη φάση επιλέγεται ένα τυχαίο δείγμα των συμμετεχόντων στην πρώτη φάση. Η επιλογή γίνεται κατά στρώματα, ανάλογα με το αποτέλεσμα της διαλογής.

Μέτρηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας

Η ψυχιατρική νοσηρότητα εκτιμήθηκε με τη βοήθεια της ψυχιατρικής συνέντευξης "clinical interview schedule-revised" (CIS-R) (αναθεωρημένη κλινική διαγνωστική συνέντευξη).²⁶ Αυτή είναι μια πλήρως δομημένη συνέντευξη, η οποία έχει σχεδιαστεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να χορηγηθεί από συνεντευκτές που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι ή ψυχολόγοι), γι' αυτό και έχει χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό σε όλον τον κόσμο.²⁷⁻²⁹

Οι ηλικίες στις οποίες μπορεί να χορηγηθεί η συνέντευξη είναι από 16 ετών και άνω. Ωστόσο, κατά τη δημιουργία της είχε ληφθεί ιδιαίτερη μέριμνα για την απλότητα της συνέντευξης και ο δείκτης ευκολίας ανάγνωσης κατά Fleisch είναι υψηλός (78,5), υποδεικνύοντας ότι μπορεί να γίνει κατανοητή ακόμη και από μικρότερες ηλικίες.²⁶ Για το λόγο αυτόν, η συνέντευξη έχει κατά το παρελθόν χρησιμοποιηθεί ακόμη και από μαθητές του γυμνασίου (13-14 ετών).^{30,31} Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί σε εφήβους >15 ετών στο περιβάλλον του σχολείου³² ή σε κλινικά περιβάλλοντα.³³

Ένας επιπρόσθετος λόγος για την επιλογή της συγκεκριμένης συνέντευξης είναι η ύπαρξή της σε ηλεκτρονική μορφή, έτσι ώστε να μπορεί να χορηγηθεί με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η μορφή αυτή έχει βρεθεί να έχει συγκρίσιμη αξιοπιστία με την κλασική, πρόσωπο με πρόσωπο, συνέντευξη,³⁴ ενώ παρουσιάζει το πλεονέκτημα της ευκολίας στην εισαγωγή των δεδομένων αλλά και της μεγαλύτερης εχεμύθειας, που διευκολύνει τη συμπλήρωση των σχετικών με την ψυχική υγεία ερωτημάτων. Η ηλεκτρονική αυτή μορφή έχει επίσης χρησιμοποιηθεί στο περιβάλλον του σχολείου σε εφήβους μαθητές της Αυστραλίας, με πολύ καλά αποτελέσματα.³⁵

Η συνέντευξη διερευνά την παρουσία, κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, 14 κοινών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά είναι κατά

σειρά διερεύνησης τα εξής: σωματικά συμπτώματα σχετιζόμενα με την ψυχική υγεία ή με ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, κόπωση, συγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα κατά τον ύπνο, ευερεθιστότητα, ανησυχία για τη σωματική υγεία (υποχονδριακές ιδέες), κατάθλιψη (συναίσθημα), καταθλιπτικές ιδέες, άγχος γενικευμένο, άγχος σωματικό, φοβίες, πανικός, ιδεοληψίες και καταναγκασμοί. Κάθε σύμπτωμα βαθμολογείται με μια βαθμολογία από 0–4, εκτός από τον καταθλιπτικό ιδεασμό, που έχει μέγιστη βαθμολογία 5. Έτσι, η συνολική βαθμολογία στη συνέντευξη μπορεί να κυμαίνεται από 0–57. Στη Μ. Βρετανία και αλλού, βαθμολογία >12 θεωρείται ενδεικτική κλινικής περίπτωσης. Εκτός της συνολικής βαθμολογίας, που αποτελεί μια γενική ένδειξη ψυχιατρικής νοσηρότητας, με τη βοήθεια ειδικών διαγνωστικών αλγορίθμων μπορεί να γίνει εκτίμηση των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σύμφωνα με τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10). Η εφαρμογή των αλγορίθμων γίνεται με τη βοήθεια ειδικού προγράμματος στον υπολογιστή.

Η συνέντευξη μεταφράστηκε στα ελληνικά από την ερευνητική μας ομάδα, ενώ η αξιοπιστία της και η χρησιμότητά της μελετήθηκαν στα πλαίσια πιλοτικής μελέτης στα σχολεία του νομού Ιωαννίνων κατά το σχολικό έτος 2006–2007 και της παρούσας μελέτης. Η ηλεκτρονική έκδοση της συνέντευξης, που χορηγείται με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή, έχει επίσης αναπτυχθεί από την ομάδα μας σε πλατφόρμα που βασίστηκε επάνω στην αντίστοιχη αγγλική έκδοση.

Ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων

Η συνέντευξη CIS-R προτάσσει σε κάθε σύμπτωμα που διερευνά δύο ερωτήσεις διαλογής. Η δεύτερη ερώτηση ερωτάται μόνο εφόσον η απάντηση στην πρώτη ήταν αρνητική. Αν και οι δύο απαντήσεις είναι αρνητικές, τότε παρακάμπτονται όλες οι υπόλοιπες ερωτήσεις αυτού του συμπτώματος και ο συμμετέχων προχωρά στο επόμενο σύμπτωμα. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της κόπωσης, οι δύο ερωτήσεις διαλογής είναι οι εξής:

Ερώτηση 1: Ένωσες κουρασμένος τον περασμένο μήνα;

Ερώτηση 2: Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, ένιωσες ατονία;

Για την επιλογή των μαθητών στη δεύτερη φάση της μελέτης χρησιμοποιήσαμε στην πρώτη φάση την πρώτη ερώτηση διαλογής κάθε ενότητας του CIS-R. Δεδομένου ότι αξιολογούνται 14 συμπτώματα, προέκυψαν 14 ερωτήσεις. Προσθέσαμε ωστόσο και άλλες δύο ερωτήσεις στα συμπτώματα εκείνα στα οποία η δεύτερη ερώτηση ήταν υποχρεωτική και όχι προαιρετική. Αυτό συνέβη στην εκτίμηση των προβλημάτων ύπνου (η πρώτη ερώτηση αφορούσε σε προβλήματα με μειωμένο ύπνο, η δεύτερη με υπερυπνία) και στις διαταραχές συγκέντρωσης-μνήμης (η πρώτη ερώτηση αφορούσε στη συγκέντρωση-προσοχή, η δεύτερη στη μνήμη). Προέκυψαν συνολικά 16 ερωτήσεις διαλογής. Όλες οι ερωτήσεις ήταν του τύπου «Ναι – Όχι», με το «Ναι» να βαθμολογείται με 1 και το «Όχι» με 0. Έτσι, το πιθανό εύρος της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο κυμαινόταν από 0–16. Η συντρέχουσα εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου διαλογής έγινε στην πιλοτική μελέτη και στα

πλαίσια της παρούσας μελέτης. Για τη συντρέχουσα εγκυρότητα χρησιμοποιήθηκε και το γενικό ερωτηματολόγιο υγείας (GHQ-12) στη μορφή των 12 λημμάτων.³⁶

Εκτίμηση ψυχιατρικών διαταραχών

Οι διαγνωστικές κατηγορίες που εκτιμήθηκαν στα πλαίσια της παρούσας μελέτης είναι οι ακόλουθες: καταθλιπτικό επεισόδιο (F32), κοινωνική φοβία (F40.1), αγοραφοβία με ή χωρίς διαταραχή πανικού (F40.0), διαταραχή πανικού (F41.0), γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (F41.1) και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (F42). Με βάση τις διαγνωστικές αυτές κατηγορίες δημιουργήσαμε μια ενιαία μεταβλητή, που χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυσή μας ως η κύρια έκβαση ενδιαφέροντος: οποιαδήποτε καταθλιπτική ή αγχώδης διαταραχή (εξαιρουμένων των ειδικών φοβιών και της μη ειδικής ψυχιατρικής νοσηρότητας). Η μεταβλητή αυτή αναφέρεται στα αποτελέσματα ως κλινικά σημαντική «ψυχιατρική νοσηρότητα».

Μέτρηση κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές μετρήθηκαν στην πρώτη φάση της μελέτης και περιέλαβαν τις ακόλουθες:

- Μορφωτικό επίπεδο πατέρα (5 κατηγορίες)
- Μορφωτικό επίπεδο μητέρας (5 κατηγορίες)
- Εργασιακή κατάσταση πατέρα (7 κατηγορίες)
- Εργασιακή κατάσταση μητέρας (7 κατηγορίες)
- Υποκειμενική εκτίμηση της οικονομικής κατάστασης της οικογένειας. Οι μαθητές κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση: «Πώς πιστεύεις ότι τα πηγαίνει η οικογένειά σου στον οικονομικό τομέα;» (Απαντήσεις: Δεν αντιμετωπίζει κάποια δυσκολία, λίγες δυσκολίες, αρκετές δυσκολίες, πολλές δυσκολίες). Δεν ρωτήσαμε απευθείας το οικογενειακό εισόδημα, επειδή προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η εκτίμηση των μαθητών για το οικογενειακό εισόδημα δεν είναι πάντα αξιόπιστη.³⁷
- Ρωτήσαμε, τέλος, την υποκειμενική άποψη του μαθητή για την επίδοσή του στο σχολείο («Γενικά, θα χαρακτήριζα τον εαυτό μου σχετικά με την επίδοσή μου στο σχολείο ως: άριστο, πολύ καλό, καλό, μέτριο») ως μέτρο της κοινωνικής θέσης (social position) του μαθητή μέσα στο σχολείο.³⁸

Άλλες μεταβλητές

Στο ερωτηματολόγιο της πρώτης φάσης, που διανεμήθηκε στην τάξη, περιέχονταν και οι υπόλοιπες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές (ηλικία γονέων, οικογενειακή κατάσταση), ερωτήσεις για την αξιολόγηση της γενικής υγείας των μαθητών και της ψυχολογικής τους υγείας ειδικότερα, ερωτήσεις για τον αριθμό των αδελφών, για τις σχέσεις με τους γονείς και αξιολόγηση της υγείας των γονέων.

Ερευνητική διαδικασία

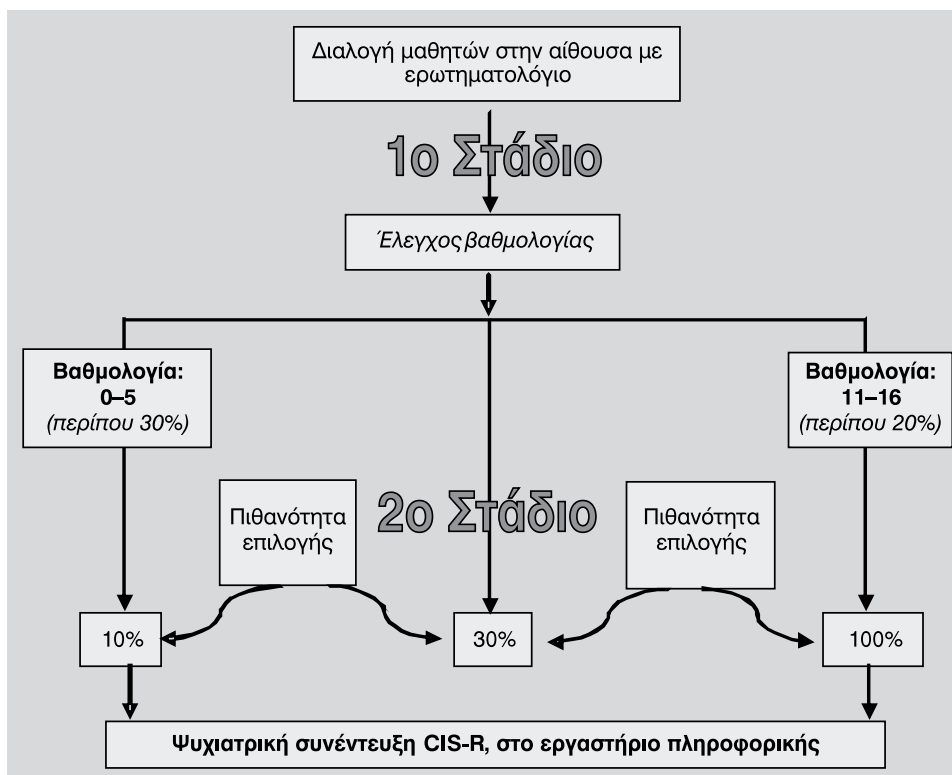
Όπως προαναφέρθηκε, η μελέτη συμπεριέλαβε δύο φάσεις

(εικ. 1). Η πρώτη φάση έλαβε χώρα μέσα στις τάξεις και συμμετείχαν όλοι οι μαθητές που είχαν συναινέσει και οι οποίοι βρίσκονταν εκείνη την ημέρα στο σχολείο (σύνολο μαθητών που συμμετείχαν $N_1=2363$, ποσοστό συμμετοχής 88%). Η δεύτερη φάση διεξήχθη στα εργαστήρια πληροφορικής λίγες ημέρες μετά και συμμετείχαν οι μαθητές που είχαν επιλεγεί στο τυχαίο στρωματοποιημένο δείγμα ($N_2=875$, ποσοστό συμμετοχής 99%). Η συλλογή των δεδομένων έγινε από το Δεκέμβριο του 2006 έως το Μάιο του 2007. Πιο αναλυτικά, στην πρώτη φάση συμπληρώθηκε από τους μαθητές το ερωτηματολόγιο που περιείχε τις κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, το ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων και το GHQ-12 (χρόνος συμπλήρωσης περίπου 10 min). Με βάση τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διαλογής οι μαθητές επιλέχθηκαν να συμμετάσχουν στη δεύτερη φάση ως εξής: μαθητές με υψηλή βαθμολογία (≥ 11) επιλέχθηκαν με πιθανότητα 100%, μαθητές με ενδιάμεση βαθμολογία (≤ 10 και ≥ 6) επιλέχθηκαν με πιθανότητα 30% και μαθητές με χαμηλή βαθμολογία (≤ 5) επιλέχθηκαν με πιθανότητα 10%. Οι συγκεκριμένες τιμές διαχωριστικού ορίου (cut-off point) του ερωτηματολογίου προέκυψαν από την πιλοτική μελέτη και αντιστοιχούν στο 80ό (η τιμή 11) και 30ό (η τιμή 5) εκατοστημόριο. Η δειγματοληψία αυτή αναφέρεται ως στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία (stratified random sampling). Για την τυχαία επιλογή χρησιμοποιήθηκε ειδικό πρόγραμμα παραγωγής τυχαίων αριθμών (<http://www.randomizer.org/>). Οι μαθητές που επιλέχθηκαν για τη δεύτερη φάση οδηγήθηκαν (ανά ομάδα μαθητών του κάθε τμήματος) στα εργαστήρια πληροφορικής του σχολείου και συμπλήρωσαν τη συνέντευξη (χρόνος από 15–30 min, ανάλογα με τη συμπτωματολογία). Στους μαθητές δεν δόθηκε κάποια ιδιαίτερη διευκρίνιση για τη συμπλήρωση της συνέντευξης, απλά αναφέρθηκε από τον ερευνητή να διαβάζουν προσεκτικά την κάθε ερώτηση και να επιλέγουν με το ποντίκι του υπολογιστή την απάντηση που τους ταιριάζει περισσότερο.

Η εισαγωγή των δεδομένων των ερωτηματολογίων της τάξης έγινε από την ερευνητική ομάδα. Τα δεδομένα της συνέντευξης εξάγονται αυτόματα σε μορφή που είναι συμβατή με την πλειονότητα των στατιστικών πακέτων και λογιστικών φύλλων.

Στατιστική ανάλυση

Όλες οι αναλύσεις έγιναν με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου STATA 9.0 SE. Λόγω της φύσης της δειγματοληψίας, χρησιμοποιήσαμε τις εντολές svy του STATA. Οι εντολές αυτές επιτρέπουν την εισαγωγή δειγματοληπτικών σταθμών και εκτιμούν σωστά τα τυπικά σφάλματα σε μελέτες δύο φάσεων. Οι εντολές αυτές δίνουν επίσης τη δυνατότητα να ληφθεί υπόψη η πιθανή συρροή των δεδομένων (clustering) ανά σχολική μονάδα, δεδομένου ότι οι μαθητές που πηγαίνουν στο ίδιο σχολείο τείνουν να μοιάζουν περισσότερο μεταξύ τους. Όλες οι αναλύσεις των δεδομένων της δεύτερης φάσης έχουν γίνει με την προσθήκη των κατάλληλων σταθμών. Οι αριθμοί που αναφέρονται στους πίνακες είναι αστάθμητοι, αλλά όλα τα ποσοστά είναι σταθμισμένα και αντιστοιχούν στον αρχικό πληθυσμό της πρώτης φάσης, στον οποίο έγινε και η διαλογή. Για την εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών και της ψυχιατρικής νοσηρότητας εκτιμήσαμε τους λόγους των odds (odds ratios) και τα



Εικόνα 1. Το σχέδιο της μελέτης.

95% διαστήματα εμπιστοσύνης με την εντολή του STATA svylogit. Η στρατηγική της ανάλυσης ήταν η εξής: Στο πρώτο μοντέλο εκτιμήσαμε τη συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών με την ψυχιατρική νοσηρότητα σταθμίζοντας μόνον ως προς το φύλο και την ηλικία των μαθητών. Στο δεύτερο μοντέλο εισάγαμε στο μοντέλο τις υπόλοιπες κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές ταυτόχρονα, για να διαπιστώσουμε την πιθανότητα ανεξάρτητων συσχετίσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφή του δείγματος

Στον πίνακα 1 αναφέρονται τα βασικά χαρακτηριστικά

του δείγματος στην πρώτη φάση της μελέτης. Το 54% ήταν κορίτσια (n=1277) και το 46% αγόρια (n=1086). Το 37% ήταν μαθητές της Α΄ Λυκείου, το 35% της Β΄ Λυκείου και το 28% της Γ΄ Λυκείου. Η μέση τιμή στο ερωτηματολόγιο διαλογής ήταν 7,57, με τυπική απόκλιση (SD) 3,40, διάμεση τιμή 8 και εύρος 0–16. Στα αγόρια, η μέση τιμή (SD) του ερωτηματολογίου διαλογής ήταν 6,45 (3,34), ενώ στα κορίτσια ήταν 8,53 (3,14) (P<0,0001). Η μέση τιμή (SD) στο GHQ-12 ήταν 2,39 (2,45) για τα αγόρια και 3,77 (2,96) για τα κορίτσια. Το ερωτηματολόγιο διαλογής παρουσίαζε ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το GHQ-12 (συντελεστής Spearman P 0,66, P<0,0001).

Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά δείγματος πρώτης φάσης (N1=2363).

| Μεταβλητή | N (%) ή μέση τιμή (SD) | Μεταβλητή | N (%) ή μέση τιμή (SD) |
|-------------------------------|---------------------------|---|---------------------------|
| Φύλο | | Απασχόληση μητέρας | |
| Αγόρι | 1086 (46,0%) | Δημόσιος υπάλληλος | 845 (35,8%) |
| Κορίτσι | 1277 (54,0%) | Ιδιωτικός υπάλληλος | 427 (18,0%) |
| Ηλικία | | Ελεύθερος επαγγελματίας | 274 (11,6%) |
| 15 | 910 (38,5%) | Άνεργη | 121 (5,1%) |
| 16 | 844 (35,7%) | Οικιακά | 564 (23,9%) |
| 17 | 567 (24%) | Άλλο | 132 (5,6%) |
| 18 | 42 (1,8%) | Μορφωτικό επίπεδο πατέρα | |
| Τάξη | | Δημοτικό | 264 (11,2%) |
| Α΄ Λυκείου | 878 (37,2%) | Γυμνάσιο | 317 (13,4%) |
| Β΄ Λυκείου | 816 (34,5%) | Λύκειο | 712 (30,1%) |
| Γ΄ Λυκείου | 669 (28,3%) | ΤΕΙ | 282 (11,9%) |
| Βαθμός | 16,5 (2,2) | ΑΕΙ | 788 (33,4%) |
| Οικογενειακή κατάσταση γονέων | | Μορφωτικό επίπεδο μητέρας | |
| Παντρεμένοι | 2151 (91,0%) | Δημοτικό | 253 (10,7%) |
| Διαζευγμένοι/σε διάσταση | 141 (6,0%) | Γυμνάσιο | 295 (12,5%) |
| Χηρεία | 71 (3,0%) | Λύκειο | 880 (37,2%) |
| Ηλικία πατέρα | 47,8 (4,9) | ΤΕΙ | 220 (9,3%) |
| Ηλικία μητέρας | 42,7 (4,6) | ΑΕΙ | 715 (30,3%) |
| Αριθμός αδελφών | | Οικονομικές δυσκολίες | |
| Κανένα | 194 (8,2%) | Όχι | 820 (34,7%) |
| Ένα | 1.407 (59,6%) | Λίγες | 1245 (52,7%) |
| Δύο | 537 (22,7%) | Αρκετές | 252 (10,7%) |
| Τρία ή περισσότερα | 225 (9,5%) | Πολλές | 46 (1,9%) |
| Απασχόληση πατέρα | | Υποκειμενική αξιολόγηση σχολικής επίδοσης | |
| Δημόσιος υπάλληλος | 866 (36,6%) | Άριστα | 180 (7,6%) |
| Ιδιωτικός υπάλληλος | 482 (20,4%) | Πολύ καλά | 819 (34,7%) |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 761 (32,2%) | Καλά | 920 (38,9%) |
| Συνταξιούχος | 115 (4,9%) | Μέτρια | 444 (18,8%) |
| Υπολειμματική κατηγορία | 139 (5,9%) | | |

Στη δεύτερη φάση, λόγω της υπερδειγματοληψίας των μαθητών με περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα και της σχέσης που παρουσιάζουν αυτά με το φύλο, τα κορίτσια ήταν περισσότερα από τα αγόρια (61% έναντι 39%).

Επιπολασμός ψυχιατρικής νοσηρότητας και συσχέτιση με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές

Ο επιπολασμός της ψυχιατρικής νοσηρότητας (κατά την τελευταία εβδομάδα), όπως ορίστηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, ήταν 12,5% (18,5% στα κορίτσια και 6,8% στα αγόρια). Στον πίνακα 2 αναφέρεται η κατανομή της ψυχιατρικής νοσηρότητας κατά κοινωνικοοικονομική μεταβλητή από τη δεύτερη φάση της μελέτης και οι σχετικοί λόγοι των odds. Όπως φαίνεται από τον πίνακα, ως πιο ισχυρή συσχέτιση αναδεικνύεται η υποκειμενική αντίληψη των οικονομικών δυσκολιών, η οποία παρουσιάζει σαφή γραμμική τάση ($P=0,007$ για τη γραμμική σχέση). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσιάζει και με την κατηγορία άνεργη μητέρα ($P=0,006$). Τέλος, υψηλό λόγο των odds, αλλά χωρίς στατιστική σημαντικότητα σε αυτό το μικρό σχετικά δείγμα, παρουσίασε η υπολειμματική κατηγορία απασχόλησης του πατέρα, που περιλαμβάνει τους λίγους δηλωθέντες ανέργους ή ανίκανους για εργασία ($n=6$) και τις ελλείπουσες τιμές ($P=0,3$), καθώς και η αξιολόγηση της σχολικής επίδοσης ως μέτριας ($P=0,2$).

Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης παρουσιάζεται στον πίνακα 3. Μετά από τη στάθμιση για τις υπόλοιπες κοινωνικοδημογραφικές και τις άλλες κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, η εικόνα των αποτελεσμάτων δεν αλλάζει σημαντικά. Οι συσχετίσεις που βρέθηκαν προηγουμένως παρουσιάζονται και σε αυτή την ανάλυση ισχυρές. Να σημειωθεί ότι η μεταβλητή που εκτιμά τις οικονομικές δυσκολίες συνεχίζει να είναι στατιστικά σημαντική στη γραμμική της σχέση (odds ratio 1,48, $P=0,047$). Αξίζει να σημειωθεί ότι στην ανάλυση παλινδρόμησης οι λόγοι των odds για το φύλο είναι 2,96 (1,64–5,36), ενώ στατιστικά σημαντική αναδεικνύεται και η κατηγορία οικογενειακής κατάστασης «διαζευγμένοι/σε διάσταση» με κατηγορία αναφοράς όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες και λόγο των odds 2,63 (1,25–5,52).

Για να διαπιστωθεί κατά πόσον οι δύο στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις (άνεργη μητέρα και οικονομικές δυσκολίες στην οικογένεια) παρουσιάζουν αλληλεπίδραση με το φύλο, έγιναν περαιτέρω αναλύσεις, χωριστά για τα δύο φύλα. Διαπιστώθηκε ότι η ανεργία της μητέρας συσχετίζεται μόνο με την ψυχιατρική νοσηρότητα των κοριτσιών

(odds ratio 6,24, $P=0,001$ για τα κορίτσια και 1,04, $P=0,974$ για τα αγόρια), ενώ οι οικονομικές δυσκολίες κυρίως με τη νοσηρότητα των αγοριών (2,24, $P=0,013$ για τα αγόρια και 1,24, $P=0,313$ για τα κορίτσια).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κύρια ευρήματα

Σε αυτή τη συγχρονική μελέτη 875 εφήβων, οι οποίοι συμπλήρωσαν μια λεπτομερειακή ψυχιατρική συνέντευξη (από ένα αρχικό δείγμα 2.363 εφήβων που συμπλήρωσαν απλό ερωτηματολόγιο διαλογής), μελετήθηκε η συσχέτιση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και ψυχικής υγείας. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων ούτε με την απασχόληση του πατέρα. Ωστόσο, υπήρξε σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση με την υποκειμενική αξιολόγηση των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζει η οικογένεια, καθώς και με την κατάσταση ανεργίας της μητέρας. Ενδιαφέρον είναι το εύρημα ότι η ανεργία της μητέρας συσχετίζεται μόνο με την ψυχική υγεία των κοριτσιών, ενώ οι αναφερόμενες οικονομικές δυσκολίες στην οικογένεια επηρεάζουν κυρίως τα αγόρια και λιγότερο τα κορίτσια (αν και διαφαίνεται και στα τελευταία μια παρόμοια τάση, η οποία όμως δεν φθάνει τα επίπεδα της στατιστικής σημαντικότητας). Η κοινωνική θέση του μαθητή, όπως αυτή αντανάκλαται στην αξιολόγηση της επίδοσής του στην τάξη, δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την ψυχική του υγεία.

Περιορισμοί της μελέτης

Τα αποτελέσματα αυτά θα πρέπει να αξιολογηθούν στα πλαίσια των παρακάτω περιορισμών της μελέτης:

- Η μελέτη είναι συγχρονική και οποιαδήποτε συσχέτιση αναδεικνύεται μπορεί να έχει πολλές διαφορετικές ερμηνείες, συνήθως μη αιτιολογικές. Αιτιώδης συνάφεια μπορεί να εξεταστεί μόνο σε καλά σχεδιασμένες επιδημιολογικές διαχρονικές μελέτες.
- Η αξιολόγηση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων και της απασχόλησής τους έγινε με αυτοαναφορά των ίδιων των μαθητών και όχι από τους γονείς τους. Αν και προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η αυτοαναφορά μπορεί να είναι αξιόπιστη, υπάρχει η πιθανότητα λανθασμένης ταξινόμησης (misclassification). Ωστόσο, η λανθασμένη αυτή ταξινόμηση είναι πιθανότερο να συμβαίνει τυχαία (random misclassification) και έτσι, εάν επηρεάζει τα αποτελέσματά μας, είναι πιο πιθανό να τα επηρεάζει προς τη μηδενική τιμή (null value), δηλαδή να αυξάνει την πιθανότητα σφαλμάτων τύπου II (ψευδώς αρνητικών).

Πίνακας 2. Συσχέτιση ψυχιατρικής νοσηρότητας με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές* (N2=875).

| Μεταβλητή | Ψυχιατρική νοσηρότητα N (%) | | Λόγοι odds** | 95% ΔΕ |
|--|--------------------------------|-------------|-----------------|-------------------|
| | Όχι | Ναι | | |
| <i>Απασχόληση πατέρα</i> | | | | |
| Δημόσιος υπάλληλος | 259 (87,2%) | 78 (12,8%) | 1,00 (αναφοράς) | 0,48–1,58 |
| Ιδιωτικός υπάλληλος | 142 (89,6%) | 35 (10,4%) | 0,87 | 0,42–1,67 |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 206 (88,16%) | 56 (11,8%) | 0,84 | 0,30–1,66 |
| Συνταξιούχος | 35 (91,36%) | 5 (8,6%) | 0,71 | 0,54–6,23 |
| Υπολειμματική κατηγορία | 40 (77,18%) | 16 (22,8%) | 1,84 | |
| <i>Απασχόληση μητέρας</i> | | | | |
| Δημόσιος υπάλληλος | 252 (90,7%) | 49 (9,3%) | 1,00 (αναφοράς) | 0,75–3,09 |
| Ιδιωτικός υπάλληλος | 115 (85,0%) | 45 (15,0%) | 1,52 | 0,71–2,40 |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 84 (88,9%) | 22 (11,1%) | 1,31 | 1,37–4,23 |
| Άνεργη | 40 (79,0%) | 15 (21,0%) | 2,41 | 0,70–3,91 |
| Οικιακά | 152 (84,8%) | 48 (15,2%) | 1,66 | 0,48–3,81 |
| Άλλο | 39 (86,7%) | 11 (13,3%) | 1,35 | |
| <i>Μορφωτικό επίπεδο πατέρα</i> | | | | |
| Δημοτικό | 86 (85,0%) | 22 (15,0%) | 1,00 (αναφοράς) | 0,27–1,43 |
| Γυμνάσιο | 94 (90,0%) | 22 (9,9%) | 0,63 | 0,37–2,10 |
| Λύκειο | 192 (87,1%) | 59 (12,9%) | 0,88 | 0,68–3,00 |
| ΤΕΙ | 79 (80,5%) | 31 (19,5%) | 1,43 | 0,28–1,81 |
| ΑΕΙ | 231 (90,0%) | 56 (10,0%) | 0,71 | |
| <i>Μορφωτικό επίπεδο μητέρας</i> | | | | |
| Δημοτικό | 78 (85,2%) | 29 (14,8%) | 1,00 (αναφοράς) | 0,29–2,55 |
| Γυμνάσιο | 81 (88,1%) | 19 (11,9%) | 0,86 | 0,37–2,78 |
| Λύκειο | 243 (86,5%) | 75 (13,5%) | 1,02 | 0,28–7,20 |
| ΤΕΙ | 65 (82,4%) | 17 (17,6%) | 1,42 | 0,37–1,57 |
| ΑΕΙ | 215 (90,2%) | 50 (9,8%) | 0,76 | |
| <i>Οικονομικές δυσκολίες</i> | | | | |
| Όχι | 222 (92,0%) | 46 (8,0%) | 1,00 (αναφοράς) | 1,19–2,51 |
| Λίγες | 364 (85,8%) | 106 (14,2%) | 1,73 | 1,17–3,94 |
| Αρκετές | 79 (81,9%) | 29 (18,0%) | 2,15 | 1,20–23,17 |
| Πολλές | 17 (72,4%) | 9 (27,7%) | 5,27 | |
| <i>Υποκειμενική αξιολόγηση σχολικής επίδοσης</i> | | | | |
| Άριστα | 49 (89,3%) | 12 (10,7%) | 1,00 (αναφοράς) | 0,43–2,93 |
| Πολύ καλά | 219 (89,1%) | 55 (10,9%) | 1,12 | 0,47–3,37 |
| Καλά | 268 (88,1%) | 76 (11,8%) | 1,26 | 0,66–5,22 |
| Μέτρια | 146 (83,1%) | 47 (16,9%) | 1,86 | |

* Όλοι οι αριθμοί που αναφέρονται είναι οι αριθμοί που παρατηρήθηκαν πραγματικά. Τα ποσοστά, ωστόσο, έχουν σταθμιστεί για να αντανακλούν τον πληθυσμό στον οποίο έγινε η διαλογή στην πρώτη φάση (N1=2363)

** Λόγοι των odds σταθμισμένοι κατά φύλο και ηλικία

ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης

– Η απασχόληση των γονέων δεν περιέλαβε και την εξακρίβωση της σχετικής ιεραρχίας μέσα στο συγκεκριμένο επαγγελματικό κλάδο και έτσι δεν ήταν δυνατόν να

υπάρξουν στοιχεία σχετικά με την εργασιακή «τάξη» (occupational class) των γονέων, αλλά μόνο με τον τύπο της απασχόλησής τους.

Πίνακας 3. Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης.

| Μεταβλητή | Λόγοι odds* | 95% ΔΕ |
|--|-----------------|------------------|
| <i>Απασχόληση πατέρα</i> | | |
| Δημόσιος υπάλληλος | 1,00 (αναφοράς) | |
| Ιδιωτικός υπάλληλος | 0,75 | 0,41–1,36 |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 0,75 | 0,41–1,37 |
| Συνταξιούχος | 0,57 | 0,21–1,51 |
| Υπολειμματική κατηγορία | 1,90 | 0,26–13,82 |
| <i>Απασχόληση μητέρας</i> | | |
| Δημόσιος υπάλληλος | 1,00 (αναφοράς) | |
| Ιδιωτικός υπάλληλος | 1,55 | 0,75–3,23 |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 1,59 | 0,85–2,97 |
| Άνεργη | 2,39 | 1,13–5,05 |
| Οικιακά | 1,80 | 0,86–3,77 |
| Άλλο | 1,41 | 0,43–4,72 |
| <i>Μορφωτικό επίπεδο πατέρα</i> | | |
| Δημοτικό | 1,00 (αναφοράς) | |
| Γυμνάσιο | 0,72 | 0,34–1,54 |
| Λύκειο | 1,00 | 0,52–1,95 |
| ΤΕΙ | 1,56 | 0,62–3,92 |
| ΑΕΙ | 0,96 | 0,41–2,24 |
| <i>Μορφωτικό επίπεδο μητέρας</i> | | |
| Δημοτικό | 1,00 (αναφοράς) | |
| Γυμνάσιο | 0,92 | 0,36–2,35 |
| Λύκειο | 1,08 | 0,42–2,79 |
| ΤΕΙ | 1,37 | 0,21–8,96 |
| ΑΕΙ | 1,21 | 0,43–3,38 |
| <i>Οικονομικές δυσκολίες</i> | | |
| Όχι | 1,00 (αναφοράς) | |
| Λίγες | 1,49 | 0,85–2,60 |
| Αρκετές | 1,97 | 1,01–3,85 |
| Πολλές | 4,00 | 0,63–25,66 |
| <i>Υποκειμενική αξιολόγηση σχολικής επίδοσης</i> | | |
| Άριστα | 1,00 (αναφοράς) | |
| Πολύ καλά | 1,24 | 0,47–3,25 |
| Καλά | 1,22 | 0,48–3,07 |
| Μέτρια | 1,55 | 0,56–4,30 |

* Λόγοι των odds σταθμισμένοι για φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μέγεθος της οικογένειας, ηλικία πατέρα και μητέρα και όλες τις άλλες μεταβλητές του πίνακα

ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης

– Η έρευνα έγινε μόνο σε ενιαία λύκεια μιας συγκεκριμένης περιοχής της Ελλάδας. Τα αποτελέσματά της δεν μπορούν να γενικευτούν σε εφήβους που έχουν διακόψει το σχολείο ή σε μαθητές άλλων τύπων λυκείων (π.χ. τεχνικά

λύκεια). Προσοχή χρειάζεται επίσης στη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε εφήβους που κατοικούν σε άλλες περιοχές της Ελλάδας, ιδιαίτερα εάν δεν διαμένουν σε μεγάλες αστικές περιοχές.

Παρά τους περιορισμούς, η μελέτη έχει ως ισχυρά της σημεία το σχέδιο δύο φάσεων, τη μεγάλη συμμετοχή και την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας με λεπτομερειακή δομημένη διαγνωστική συνέντευξη και μάλιστα χωρίς τη μεσολάβηση ανθρώπινου συνεντευκτή.

Σύγκριση με άλλες έρευνες

Η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία των εφήβων έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές στο παρελθόν. Οι περισσότερες μελέτες, ωστόσο, έχουν ασχοληθεί κυρίως με τη γενική υγεία^{8,13} ή άλλες σπάνιες εκβάσεις, όπως οι χρόνιες σωματικές νόσοι ή η γενική θνησιμότητα.¹⁹ Οι έρευνες που έχουν γίνει ειδικά για την ψυχική υγεία και έχουν χρησιμοποιήσει ειδικές κλίμακες εκτίμησης ψυχιατρικών συμπτωμάτων είναι λιγότερες,^{39–41} ενώ άλλες έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει κλίμακες αδρής εκτίμησης των ψυχολογικών συμπτωμάτων, όπως το GHQ-12 ή άλλα παρόμοια εργαλεία.^{42,43} Στον τομέα της γενικής υγείας και των σχετικών με αυτή εκβάσεων, η κυρίαρχη άποψη είναι αυτή της άμβλυνσης των ανισοτήτων στην περίοδο της εφηβείας σε σχέση με την παιδική ηλικία. Αρκετοί μελετητές θεωρούν ότι αυτή η «κοινωνική εξίσωση» (social equalization) εξαρτάται από το είδος της έκβασης υγείας που εκτιμάται αλλά και από τον τρόπο μέτρησης των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Στη Βρετανία, για παράδειγμα, όπου η υπόθεση της εξίσωσης είναι αρκετά δημοφιλής,¹⁹ συνήθως χρησιμοποιείται η μεταβλητή της κοινωνικής τάξης, όπου σε άλλες χώρες είναι δύσκολο να εκτιμηθεί με την ίδια ακρίβεια όπως στη Βρετανία. Επίσης, όπως πολύ ορθά επισημαίνουν οι Goodman και Huang,⁴⁴ ο πληθυσμός των εφήβων είναι σε γενικές γραμμές υγιής (όσον αφορά στα σωματικά προβλήματα) και έτσι πολλές φορές η έλλειψη σημαντικής μεταβλητότητας στη διακύμανση των συμπτωμάτων υγείας που μελετώνται αναμένεται να δυσκολεύει την επισήμανση συσχετίσεων με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Η μεγάλη επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των εφήβων αποτελεί σχετικά πρόσφατη διαπίστωση.⁴⁰ Η επιδημιολογική μελέτη των ψυχικών διαταραχών στην ηλικιακή αυτή ομάδα είναι σχετικά περιορισμένη, συγκρινόμενη με εκείνη των ενηλίκων, ακόμη και σε χώρες όπως οι ΗΠΑ με μεγάλη εμπειρία και πρακτική σε τέτοιες μελέτες. Η πρακτική της ανίχνευσης ψυχιατρικών προβλημάτων στο περιβάλλον του σχολείου δεν είναι διαδεδομένη, αλλά όταν γίνεται αποκαλύπτει μια «σιωπηλή» επιδημία, όπως αναφέρει ο Friedman.⁴⁵

Λαμβάνοντας αυτά υπόψη, μπορεί κάποιος να υποθέσει ότι, όταν χρησιμοποιηθεί ως έκβαση η ψυχική υγεία, τότε αυξάνεται η πιθανότητα ανεύρεσης διαφορών μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Τέτοιες θετικές συσχετίσεις με την ψυχική υγεία έχουν βρει, μεταξύ άλλων, οι Goodman et al⁴¹ για το εισόδημα και οι Schneider et al⁴⁶ στην Ολλανδία για το μορφωτικό επίπεδο και την απασχόληση. Στη Βρετανική επιδημιολογική μελέτη,⁴⁷ αν και βρέθηκαν συσχετίσεις με τις περισσότερες κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, στην πολυμεταβλητή ανάλυση αυτές εξαφανίστηκαν. Στο δικό μας δείγμα, οι συσχετίσεις των πιο κλασικών κοινωνικοοικονομικών δεικτών, μορφωτικό επίπεδο και εργασιακή απασχόληση, δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με την ψυχική υγεία των μαθητών, με εξαίρεση την κατάσταση ανεργίας της μητέρας, που ήταν σημαντική για τα κορίτσια. Αυτό όμως που έχει ενδιαφέρον είναι η σημαντική συσχέτιση με τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει η οικογένεια, όπως αυτές αξιολογούνται από τα ίδια τα παιδιά. Η ερώτηση για την ύπαρξη δυσκολιών έχει συχνά χρησιμοποιηθεί σε έρευνες σε ενήλικους,^{48,49} αλλά σπανιότερα σε έρευνες σε εφήβους.¹² Δεδομένου ότι η αξιοπιστία της αξιολόγησης από τους μαθητές των κλασικών κοινωνικοοικονομικών δεικτών των γονέων τους έχει αμφισβητηθεί,³⁷ η χρήση υποκειμενικών δεικτών μπορεί να προσφέρει πλεονεκτήματα. Όπως και στη δική μας έρευνα, έτσι και στην έρευνα των Piko και Fitzpatrick¹² από την Ουγγαρία, η υποκειμενική εκτίμηση της οικονομικής κλίμακας της οικογένειας παρουσίαζε ισχυρή συσχέτιση με την κλίμακα της κατάθλιψης που χρησιμοποιήθηκε.

Η συσχέτιση με την ανεργία της μητέρας έχει αναφερθεί και στη μελέτη των Sleskova et al,⁴² που έγινε σε δείγματα από την Ολλανδία και τη Σλοβακία, αλλά όχι με συνέπεια και στα δύο δείγματα. Το γεγονός ότι στη μελέτη μας περιορίζεται στα κορίτσια μπορεί να εξηγείται από τους στενότερους συναισθηματικούς δεσμούς των κοριτσιών με τις μητέρες τους.

Ερμηνεία – σημασία αποτελεσμάτων

Μπορεί να θεωρηθεί ότι η αυξανόμενη οικονομική δυσκολία μιας οικογένειας, όπως αυτή βιώνεται από τους μαθητές, αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει στην αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Η συγχρονική φύση των δεδομένων δεν επιτρέπει τον έλεγχο τέτοιων υποθέσεων. Και οι δύο εναλλακτικές ερμηνείες είναι πιθανές: είτε οι μαθητές που έχουν αυξημένη συμπτωματολογία είναι πιο πιθανό να αντιλαμβάνονται μεγαλύτερες οικονομικές δυσκολίες (αντίστροφη αιτιότητα), είτε οι αυξανόμενες οικονομικές δυσκολίες συμβάλλουν στη δημιουργία συμπτωμάτων στους εφήβους. Το γεγονός ότι οι έφηβοι δεν ελέγχουν οι ίδιοι την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, και πιθανότατα δεν μπορούν πάντα να γνωρίζουν τις πραγματικές συνθήκες, ίσως να μπορεί να εξηγήσει μια πιθανή οδό μέσω της οποίας οι οικονομικές δυσκολίες μπορεί να οδηγούν σε προβλήματα στους εφήβους. Τέτοιες υποθέσεις θα πρέπει να ελεγχθούν σε διαχρονικές μελέτες.

Ανεξάρτητα από την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, η μελέτη μας δείχνει ότι το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο των εφήβων μπορεί να έχει σημασία στην αυξημένη ψυχιατρική νοσηρότητα που παρατηρείται σε αυτή την περίοδο της ζωής και θα πρέπει να μελετάται, μαζί με τους άλλους σημαντικούς προσδιοριστές της υγείας, βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς, εάν θέλουμε να σχεδιάσουμε παρεμβάσεις που θα στοχεύσουν στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το ερευνητικό έργο συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση-Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) και Εθνικούς Πόρους, στα πλαίσια του προγράμματος με τίτλο «ΠΥΘΑΓΟΡΑΣ II», το οποίο εντάσσεται στο ΕΠΕΑΕΚ II του 3ου Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης του ΥΠΕΠΘ.

ABSTRACT

The association between socio-economic status and mental disorders in late adolescence: Cross sectional survey in the northwestern part of Greece

P. SKAPINAKIS, K. MAGKLARA, S. MPELLOS, T. GKATSA, G. MIHALIS, V. MAVREAS
Department of Psychiatry, University of Ioannina, School of Medicine, Ioannina, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2007, 24(Suppl 1):19–29

OBJECTIVE Psychiatric morbidity during adolescence is quite prevalent. The aim of the present study was to investigate the socio-economic determinants of psychiatric morbidity among adolescents living in the northwestern part of Greece. **METHOD** Cross-sectional study of 2,363 adolescents aged 15–18 years old attending 10 secondary schools in northwestern Greece. The study was carried out in two phases: in the first phase subjects were screened with a symp-

toms' questionnaire. In the second phase, a stratified random sampling of the students was selected (n=875) with the probability of selection based on the scores of the screening questionnaire. Psychiatric morbidity was assessed in the second phase with the administration of the "revised clinical interview schedule" (CIS-R). Socio-economic variables included parents' education and employment status, subjective assessment of the family's financial difficulties by the adolescents and school performance as a measure of the adolescents' social position in school. **RESULTS** 12.5% of the adolescents (girls: 18.5%, boys: 6.8%) had clinically significant "psychiatric morbidity" (during the past week). No statistically significant association was found with parental education, father's occupation or adolescents' social position. A significant positive linear association was confirmed between adolescents' psychiatric morbidity and the family's financial difficulties. Mother's unemployment was associated with psychiatric morbidity in girls only. **CONCLUSIONS** These findings partially support the "social equalization" hypothesis in adolescent health. Nevertheless, significant socio-economic inequalities are also reported in this period of life, especially when subjective measures of socio-economic status are used.

Key words: Adolescent, Mental disorders/epidemiology, Socioeconomic factors

Βιβλιογραφία

- SAWYER MG, ARNEY FM, BAGHURST PA, CLARK JJ, GRAETZ BW, KOSKY RJ ET AL. *Mental health of young people in Australia. Child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being*. Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra, 2000
- FORDT, GOODMAN R, MELTZER H. The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, 42:1203–1211
- TOWNSEND P, DAVIDSON N. *Inequalities in health: The black report*. Harmondsworth, Penguin, 1982
- ADLER NE, OSTROVE JM. Socioeconomic status and health: What we know and what we don't know. *Ann N Y Acad Sci* 1999, 896:3–15
- MACKENBACH, JP, KUNST AE, CAVELAARS AE, GROENHOF F, GEURTS JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU Working Group on socioeconomic inequalities in health. *Lancet* 1997, 349:1655–1659
- DILIBERTI JH. The relationship between social stratification and all-cause mortality among children in the United States: 1968–1992. *Pediatrics* 2000, 105:e2
- SINGH G, YU SM. US childhood mortality, 1950 through 1993: Trends and socioeconomic differentials. *Am J Public Health* 1996, 86:505–512
- GOODMAN E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescent's health. *Am J Public Health* 1999, 89:1522–1528
- GECKOVA AM, VAN DIJK JP, ZEZULA I, TUNISTRA J, GROOTHOFF JH, POST D. Socio-economic differences in health among Slovak adolescents. *Soz Praventivmed* 2004, 49:26–35
- HALLDORSSON M, KUNST AE, KOHLER L, MACKENBACH JP. Socio-economic inequalities in the health of children and adolescents – a comparative study of the five Nordic countries. *Eur J Public Health* 2000, 10:281–288
- PIKO B, FITZPATRICK KM. Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Soc Sci Med* 2001, 53:817–830
- PIKO BF, FITZPATRICK KM. Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents. *Eur J Public Health* 2007, 17:353–360
- TORSHEIM T, CURRIE C, BOYCE W, KALNINS I, OVERPECK M, HAUGLAND S. Material deprivation and self-rated health: A multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med* 2004, 59:1–12
- STARFIELD B, RILEY AW, WITT WP, ROBERTSON J. Social class gradients in health during adolescence. *J Epidemiol Community Health* 2002, 56:354–361
- MCINTYRE S, WEST P. Lack of class variation in health in adolescence: An artefact of an occupational measure of social class? *Soc Sci Med* 1991, 32:395–402
- RAHKONEN O, LAHELMA E. Gender, social class and illness among young people. *Soc Sci Med* 1992, 34:649–656
- TUINSTR A J, GROOTHOFF JW, VAN DEN HEUVEL WJA, POST D. Socio-economic differences in health risk behaviour in adolescence: Do they exist? *Soc Sci Med* 1998, 47:67–74
- WEST P, MCINTYRE S, ANNANDALE E, HUNT K. Social class and health in youth: Findings from the west of Scotland twenty-07 study. *Soc Sci Med* 1990, 30:665–673
- WEST P. Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth? *Soc Sci Med* 1997, 44:833–858
- MELTZER H, GATWARD R, CORBIN T, GOODMAN R, FORD T. *Persistence, onset, risk factors and outcomes of childhood mental disorders*. The Stationery Office, London, 2003
- COSTELLO EJ, ANGOLD A, BURNS BJ, STANGL DK, TWEED DL, ERKANLI A ET AL. The great smoky mountains study of youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53:1129–1136
- CANINO G, SHROUT PE, RUBIO-STIPECK M, BIRD HR, BRAVO M, RAMIREZ R ET AL. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:85–93
- GAU SS, CHONG MY, CHEN TH, CHENG AT. A 3-year panel study of mental disorders among adolescents in Taiwan. *Am J Psychiatry* 2005, 162:1344–1350
- PETRIDOU E, ZAVITSANOS X, DESSYPRIS N, FRANGAKIS C, MANDYLA

- M, DOXIADIS S ET AL. Adolescents in high-risk trajectory: Clustering of risky behaviour and the origins of socioeconomic health differentials. *Prev Med* 1997, 26:215–219
25. DUNN AL, MARCUS BH, KAMPERT JB, GARCIA ME, KOHL HW, BLAIR SN. Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardio-respiratory fitness. *JAMA* 1999, 28:327–334
 26. LEWIS G, PELOSI AJ, ARAYA R, DUNN G. Measuring psychiatric disorder in the community: A standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992, 22:465–486
 27. BOTEAGA NJ, PEREIRA WA, BIO MR, GARCIA JUNIOR C, ZOMIGNANI MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: A standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using “lay” interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995, 30:127–131
 28. JENKINS R, BEBBINGTON P, BRUGH A, FARRELL M. The national psychiatric morbidity surveys of Great Britain: Strategy and methods. *Psychol Med* 1997, 27:765–774
 29. ARAYA R, ROJAS G, FRITSCH R, ACUNA J, LEWIS G. Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001, 178:228–233
 30. BOND L, CARLIN JB, THOMAS L, RUBIN K, PATTON G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *Br Med J* 2001, 323:480–484
 31. MONCK E, GRAHAM P, RICHMAN N, DOBBS R. Adolescent girls. II. Background factors in anxiety and depressive states. *Br J Psychiatry* 1994, 165:770–780
 32. PATTON GC, COFFEY C, POSTERINO M, CARLIN JB, WOLFE R. Adolescent depressive disorder: A population-based study of ICD-10 symptoms. *Aust N Z J Psychiatry* 2000, 34:741–747
 33. FREITAS GV, BOTEAGA NJ. Prevalence of depression, anxiety and suicide ideation in pregnant adolescents. *Rev Assoc Med Bras* 2002, 48:245–249
 34. LEWIS G, PELOSI AJ, GLOVER E, WILKINSON G, STANSFELD SA, WILLIAMS P ET AL. The development of a computerized assessment for minor psychiatric disorder. *Psychol Med* 1988, 18:737–745
 35. PATTON GC, COFFEY C, POSTERINO M, CARLIN JB, WOLFE R, BOWES G. A computerized screening instrument for adolescent depression: Population-based validation and application to a two-phase case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999, 34:166–172
 36. GOLDBERG D, WILLIAMS P. *A user's guide to the general health questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor, 1988
 37. CURRIE CE, ELTON RA, TODD J, PLATT S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: The WHO health behaviour in school-aged children survey. *Health Educ Res* 1997, 12:385–397
 38. KOIVUSILTA LK, RIMPELÄ AH, KAUTIAINEN SM. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health* 2006, 6:110
 39. WIGHT R, BOTTICELLO A, ANESHENSEL C. Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multi-level investigation. *J Youth Adolesc* 2006, 35:115–126
 40. CHEN KW, KILLEA-JONES LA, VEGA WA. Prevalence and co-occurrence of psychiatric symptom clusters in the US adolescent population using DISC predictive scales. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005, 1:22 (doi:10.1186/1745-0179-1-22)
 41. GOODMAN E, HUANG B, WADE TJ, KAHN RS. A multi-level analysis of the relationship of socioeconomic status to adolescent depressive symptoms: Does school context matter? *J Pediatr* 2003, 143:451–456
 42. SLESKOVA M, TUINSTR A, GECKOVA AM, VAN DIJK JP, SALONNA F, GROOTHOFF JW ET AL. Influence of parental employment status on Dutch and Slovak adolescents' health. *BMC Public Health* 2006, 6:79–93
 43. DUE P, LYNCH J, HOLSTEIN B, MODVIG J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: The role of different types of social relations. *J Epidemiol Community Health* 2003, 57:692–698
 44. GOODMAN E, HUANG B. Socioeconomic status, depressive symptoms and adolescent substance use. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002, 156:448–453
 45. FRIEDMAN RA. Uncovering an epidemic: Screening for mental illness in teens. *N Engl J Med* 2006, 355:2717–2719
 46. SCHNEIDERS J, DRUKKER M, VAN DER ENDE J, VERHULST FC, VAN OS J, NICOLSON NA. Neighbourhood socioeconomic disadvantage and behavioural problems from late childhood into early adolescence. *J Epidemiol Community Health* 2003, 57:699–703
 47. FORD T, GOODMAN R, MELTZER H. The relative importance of child, family, school and neighborhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39:487–496
 48. SKAPINAKIS P, WEICH L, LEWIS G, SINGLETON N, ARAYA R. Socioeconomic position and common mental disorders. *Br J Psychiatry* 2006, 189:109–117
 49. WEICH S, LEWIS G. Poverty, unemployment and common mental disorders: Population based cohort study. *Br Med J* 1998, 317:115–119
- Corresponding author:*
- P. Skapinakis, Department of Psychiatry, University of Ioannina, School of Medicine, GR-451 10 Ioannina, Greece
e-mail: pskapin@cc.uoi.gr