

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ORIGINAL PAPER

**Επιπολασμός κοινών ψυχιατρικών
διαταραχών σε μια νησιωτική περιοχή
Εκτίμηση αναγκών και σχεδιασμός δράσεων
ψυχικής υγείας**

ΣΚΟΠΟΣ Αντικείμενο μελέτης της παρούσας έρευνας ήταν ο επιπολασμός κοινών ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό της Πάρου-Αντιπάρου, καθώς και η διερεύνηση των συσχετίσεών τους με κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές. Η εκτίμηση της συχνότητας των ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό αποτελεί ένα βασικό εργαλείο σχεδιασμού δράσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας σε συνεργασία με τους τοπικούς φορείς. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Πρωτογενής συγχρονική μελέτη σε δείγμα 506 ατόμων από το γενικό πληθυσμό, που επιλέχθηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία. Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στο σπίτι των συμμετεχόντων με τη βοήθεια φορητού υπολογιστή από εκπαιδευμένη ομάδα 15 φοιτητών Ψυχολογίας με εποπτεία. Η ψυχιατρική νοσηρότητα εκτιμήθηκε με την πλήρως δομημένη συνέντευξη Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R), αναθεωρημένη κλινική διαγνωστική συνέντευξη. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Από τα 776 άτομα που επιλέχθηκαν, δέχθηκαν να συμμετάσχουν τα 506 (ποσοστό συμμετοχής 65%). Από αυτούς, 65% ήταν γυναίκες και 35% άνδρες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 44 έτη (ηλικιακό εύρος 18–74). Κλινικά σημαντική νοσηρότητα εμφάνιζε το 22% του δείγματος (95% ΔΕ 19–26%). Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη νοσηρότητα σε σχέση με τους άνδρες, 30% έναντι 13%. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στις γυναίκες ήταν 7,88% και στους άνδρες 1,14%. Επιβλαβής χρήση οινοπνεύματος βρέθηκε σε ποσοστό 13,06% (23,86% στους άνδρες και 3% στις γυναίκες). Ως προς τις συσχετίσεις με τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές στην πολυμεταβλητή ανάλυση βρέθηκε ότι οι γυναίκες, οι ανύπαντροι και οι άνεργοι παρουσίαζαν υψηλότερη νοσηρότητα, ενώ τα άτομα ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης, καθώς και τα άτομα που δήλωναν υψηλό οικογενειακό εισόδημα, παρουσίαζαν χαμηλότερη νοσηρότητα. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Τα αποτελέσματα συνάδουν με τα δεδομένα που προέρχονται τόσο από την ελληνική όσο και από τη διεθνή βιβλιογραφία. Αυτά θα αξιοποιηθούν στο σχεδιασμό νέων ερευνητικών υποθέσεων και παρεμβάσεων, με στόχο τη βελτίωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών και των δράσεων προαγωγής και αγωγής της ψυχικής υγείας στην περιοχή.

Η μελέτη της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών (επιδημιολογική έρευνα) στο γενικό πληθυσμό αποτελεί βασικό εργαλείο για την εκτίμηση των αναγκών σε επίπεδο ψυχικής υγείας και την οργάνωση προγραμμάτων, εστιασμένων στην πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων που αναδεικνύονται. Οι μελέτες αυτές επιτρέπουν τον εντοπισμό ομάδων υψηλού κινδύνου χωρίς τους κινδύνους των συγχυτικών μεταβλητών, που μπορεί να υπάρχουν στη μελέτη κλινικών περιπτώσεων (case reports). Η αναγνώριση ατόμων με ψυχιατρική συμπτωματολογία

στην κοινότητα συντελεί στην αποτελεσματικότερη εκτίμηση παραγόντων που διαμορφώνουν τη χρήση των υπηρεσιών, την παρακολούθηση της εξέλιξης στο χρόνο ψυχιατρικών καταστάσεων, όπως η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων ψυχιατρικών διαταραχών, και, τέλος, τη διερεύνηση της συσχέτισης της επίπτωσης ψυχιατρικών συμπτωμάτων με διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες.^{1,2} Η επιδημιολογική διερεύνηση της επίπτωσης των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε ένα συγκεκριμένο γεωγραφικό τομέα ευθύνης, λοιπόν,

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2010, 27(4):675–683
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2010, 27(4):675–683

Σ. Στυλιανίδης,^{1,3}
Π. Σκαπινάκης,²
Σ. Παντελίδου,¹
Π. Χονδρός,¹
Α. Αυγουστάκη,¹
Μ. Ζιακούλης¹

¹Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), Αθήνα
²Ψυχιατρικό Τμήμα, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
³Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα

Prevalence of common psychiatric disorders in an island region

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές
Νησιωτικές περιοχές
Προαγωγή ψυχικής υγείας
Ψυχιατρική νοσηρότητα

Υποβλήθηκε 20.10.2009
Εγκρίθηκε 10.11.2009

θεωρείται ένα από τα πλέον βασικά στάδια στη διαδικασία ανάπτυξης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών στη συγκεκριμένη περιοχή, εφόσον μπορεί να αποτελεί ένδειξη της ανάγκης για παροχή θεραπείας σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού και για εστιασμένες δράσεις πρόληψης.

Στον ευρωπαϊκό χώρο, η μελέτη του επιπολασμού των ψυχιατρικών διαταραχών είναι αρκετά συνηθισμένη τόσο σε συγχρονικό όσο και σε διαχρονικό επίπεδο, ενώ έχουν προκύψει ποικίλα και ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Αναφορικά, το 2001, στο Όσλο της Νορβηγίας πραγματοποιήθηκε μια διαχρονική επιδημιολογική μελέτη του επιπολασμού των ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό, σε δείγμα 2.066 ατόμων. Η επικράτηση όλων των ψυχικών διαταραχών σε ετήσιο επίπεδο βρέθηκε να είναι 32,8% και σε όλη τη ζωή 52%. Η κατάχρηση και η εξάρτηση από το οινόπνευμα, καθώς και η μείζων κατάθλιψη, ήταν οι διαταραχές με τη μεγαλύτερη επικράτηση. Σε όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές, οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη νοσηρότητα απ' ό,τι οι άνδρες, εκτός από τη χρήση οινόπνευματος, όπου συμβαίνει το αντίθετο.³

Μια άλλη, πολύ σημαντική επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ευρωπαϊκό επίπεδο, με τη συμμετοχή του Βελγίου, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ιταλίας, της Ολλανδίας και της Ισπανίας (Esemed project), μέτρησε την επικράτηση των ψυχιατρικών διαταραχών (τον τελευταίο χρόνο και σε όλη τη ζωή) στο γενικό πληθυσμό σε δείγμα 21.425 ατόμων, ηλικίας >18 ετών. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, το 14% του πληθυσμού ανέφερε ότι στη διάρκεια της ζωής έχει εμφανίσει κάποια μορφή διαταραχής της διάθεσης, το 13,6% κάποια αγχώδη διαταραχή και το 5,2% κάποια διαταραχή σχετιζόμενη με τη χρήση οινόπνευματος. Η μείζων κατάθλιψη και οι ειδικές φοβίες ήταν οι κύριες διαταραχές που εμφανίζονταν χωρίς συννοσηρότητα. Και σε αυτή την έρευνα φάνηκε ότι οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν διαταραχές της διάθεσης ή διαταραχές άγχους, ενώ οι άνδρες εμφανίζουν πολύ υψηλότερα απ' ό,τι οι γυναίκες ποσοστά διαταραχών που σχετίζονται με την κατάχρηση του οινόπνευματος.⁴

Ενδιαφέροντα αποτελέσματα προκύπτουν από μια μετα-ανάλυση επιδημιολογικών δεδομένων μεγάλης κλίμακας ψυχικών διαταραχών από έρευνες στην κοινότητα, που περιελάμβανε 27 μελέτες με ποικίλους σχεδιασμούς και μεθόδους, στις οποίες συμμετείχαν 150.000 άτομα από 16 ευρωπαϊκές πρωτεύουσες. Από τη μελέτη αυτή υπολογίστηκε ότι περίπου το 27% του ενήλικου πληθυσμού, ηλικίας 18–65 ετών, είχε εμφανίσει τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή τον προηγούμενο χρόνο. Λαμβάνοντας υπ' όψη τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας (περίπου το ένα τρίτο είχαν περισσότερες από μία διαταραχές), οι συχνότερες διαταραχές

είναι οι αγχώδεις, οι καταθλιπτικές και οι σωματόμορφες διαταραχές, καθώς και οι διαταραχές που σχετίζονται με την εξάρτηση από ουσίες. Όταν λαμβάνεται υπ' όψη ο σχεδιασμός, το δείγμα και οι υπόλοιπες μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των μελετών, δεν παρέχονται ενδείξεις για σημαντικές διαπολιτισμικές διαφορές.⁵

Στην Ελλάδα, η έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων παραμένει ένα βασικό πρόβλημα παρά τις σημαντικές αλλαγές που έχουν επέλθει στο δημόσιο σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών τα τελευταία 25 έτη. Οι ευρείες μελέτες του επιπολασμού των ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό είναι πολύ περιορισμένες και αφορούν κυρίως σε αστικά περιβάλλοντα. Παλαιότερες σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι ένα ποσοστό 16% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή,⁶ ενώ οι γυναίκες, οι χήροι και τα άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου είχαν υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας.⁷ Σε μια πιο πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα στο γενικό πληθυσμό, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Εύβοια με τη μέθοδο αναλογικής δειγματοληψίας ποσοστώσεων (quota), στο πλαίσιο μιας πολυκεντρικής έρευνας που διοργανώθηκε από συνεργαζόμενο κέντρο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (δείγμα 50.000 ατόμων), βρέθηκε ότι ποσοστό 29% έπασχε από τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή.^{8,9}

Στην έρευνα του ΠΟΥ στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) βρέθηκε ότι ο επιπολασμός των ψυχιατρικών διαταραχών στην ΠΦΥ, στην Ελλάδα, σε ένα μήνα ήταν 22%.¹⁰ Η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη γενική Ιατρική είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει τους ερευνητές.¹¹ Η ικανότητα των ιατρών στην ΠΦΥ να διαγνώσουν ψυχικές διαταραχές άλλοτε θεωρείται ως επαρκής σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες¹² και άλλοτε αναφέρεται ότι οι ιατροί της ΠΦΥ αδυνατούν να αναγνωρίσουν πιθανές περιπτώσεις σε ποσοστό 88%.¹³

Άλλη μια επιδημιολογική έρευνα στην Ελλάδα, που πραγματοποιήθηκε σε γενικό πληθυσμό αγροτικών κοινοτήτων του βορείου Αιγαίου, με τη συμμετοχή 428 ατόμων έδειξε ότι το 14% του πληθυσμού εμφάνιζε κάποια ψυχιατρική συμπτωματολογία, ενώ οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποιο ψυχιατρικό σύμπτωμα.¹⁴ Από τις συσχετίσεις με τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες εκτός από το φύλο (υψηλότερη νοσηρότητα στις γυναίκες), το ετήσιο εισόδημα παρουσίασε θετική σχέση (το μεγαλύτερο εισόδημα συσχετίστηκε με μεγαλύτερη ψυχιατρική νοσηρότητα) και ο αριθμός αυτοκινήτων στην οικογένεια αρνητική σχέση.

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί μια μεγάλη έρευνα που

πραγματοποιήθηκε σε εθνικό επίπεδο αναφορικά με τον επιπολασμό της αυτοκτονικότητας. Από τις 5.954 αυτοκτονίες που πραγματοποιήθηκαν συνολικά την περίοδο 1980–1995, στο 74% των περιπτώσεων ο αυτόχειρας ήταν άνδρας ενώ στο 26% ήταν γυναίκα. Τα ποσοστά αυτοκτονικότητας παραμένουν υψηλότερα για τους άνδρες σε όλες τις ηλικιακές και κοινωνικο-οικονομικές κατηγορίες, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονικότητας εμφανίζουν οι παντρεμένοι (άνδρες και γυναίκες). Η αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται να σχετίζεται με ψυχιατρική νοσηρότητα, κυρίως με κατάθλιψη, αλκοολισμό, σχιζοφρένεια και διαταραχές προσωπικότητας, ενώ γενετικοί, βιολογικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν ρόλο στην αιτιολογία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.¹⁵

Μια ακόμη έρευνα έχει πραγματοποιηθεί για τον ελληνικό πληθυσμό με στόχο τη μέτρηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αυτοκτονικού ιδεασμού και απόπειρας αυτοκτονίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε εθνικό δείγμα 1.316 εφήβων, ηλικίας 12–17 ετών, και 1.114 νεαρών ενηλίκων, ηλικίας 18–24 ετών. Το 20,3% των εφήβων και το 35,7% των νεαρών ενηλίκων χαρακτηρίστηκαν ως καταθλιπτικοί. Παρόμοιες διαφορές στις δύο ομάδες παρατηρήθηκαν αφενός με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και αφετέρου με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Επίσης, τα άτομα που είχαν επιχειρήσει κάποια απόπειρα αυτοκτονίας εμφάνιζαν αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία και χαμηλότερες επιδόσεις στο σχολείο, έκαναν χρήση ουσιών, είχαν αναζητήσει ψυχιατρική βοήθεια στο παρελθόν και υπήρχαν επιπρόσθετα ψυχιατρικά προβλήματα στο οικογενειακό τους περιβάλλον.¹⁶

Πλαίσιο παρούσας έρευνας

Οι γενικοί στόχοι της έρευνας αυτής ήταν (α) η καταγραφή και η ανάλυση του επιπολασμού της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας στο γενικό πληθυσμό των νησιών Πάρου και Αντιπάρου και (β) η μελέτη της συσχέτισης των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων του υπό μελέτη πληθυσμού με τον επιπολασμό των ψυχιατρικών διαταραχών.

Η συγκεκριμένη έρευνα υλοποιήθηκε στο πλαίσιο των δράσεων της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ) Βορειοανατολικών Κυκλάδων, που λειτουργεί υπό την ευθύνη της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), η οποία εδράζεται στην Πάρο.* Η λειτουργία μιας ΚΜΨΥ βασίζεται στις αρχές και τη φιλοσοφία της κοινοτικής Ψυχιατρικής.^{17,18}

Ο τομέας ευθύνης για την Κινητή Μονάδα Βορειοανατολικών Κυκλάδων με έδρα την Πάρο περιλαμβάνει τα νησιά Σύρο, Άνδρο, Μύκονο, Τήνο, Πάρο και Αντίπαρο (εκτιμώμενος πραγματικός πληθυσμός 70.000–75.000).

Συνοπτικά, το πλαίσιο λειτουργίας των ΚΜΨΥ περιλαμβάνει (α) την παροχή υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχικής υγείας και/ή ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες (με εξαίρεση τα περιστατικά που σχετίζονται με χρήση ουσιών και παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες), (β) την εκτίμηση και την καταγραφή των ψυχιατρικών αναγκών στον τομέα ευθύνης, (γ) την ανάπτυξη δράσεων αγωγής και προαγωγής ψυχικής υγείας στην κοινότητα, (δ) τη διασύνδεση τόσο με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όσο και με κοινωνικούς φορείς στην κοινότητα και (ε) την κινητοποίηση των τοπικών αρχών για τη στήριξη των δράσεων της κινητής μονάδας και την απαρτίωσή τους στην κοινωνική και την υγειονομική πολιτική του δήμου και της κοινότητας κάθε νησιού.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η ιδιαιτερότητα της Κινητής Μονάδας των Βορειοανατολικών Κυκλάδων έγκειται στο γεγονός ότι καλύπτει ένα νησιωτικό σύμπλεγμα (με δυσκολίες πρόσβασης κυρίως κατά τους χειμερινούς μήνες λόγω καιρικών συνθηκών και περιορισμένων δρομολογίων), χωρίς άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την εξυπηρέτηση ψυχιατρικών και παιδοψυχιατρικών περιστατικών, εκτός από την ψυχιατρική υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Σύρου.¹⁹

Όσον αφορά στα νησιά Πάρο και Αντίπαρο, όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα, εκεί παρέχονται υπηρεσίες από την ΚΜΨΥ Βορειοανατολικών Κυκλάδων με κλιμάκιο ειδικών ψυχικής υγείας μερικής απασχόλησης (3 ημέρες ανά 15 ημέρες κλιμάκιο, που αποτελείται από ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο). Τα τελευταία δύο χρόνια έχουν αναπτυχθεί πολλά πιλοτικά προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και δικτύωσης με τους υπόλοιπους φορείς (ΠΦΥ, κοινωνικοί φορείς, τοπική αυτοδιοίκηση). Είναι χαρακτηριστικό ότι τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των νέων περιστατικών ανά έτος (ενήλικες και παιδιά) προσεγγίζει περίπου τα 200 σε έναν πληθυσμό 13.500 κατοίκων (αριθμός σχεδόν διπλάσιος ή και τριπλάσιος από τα υπόλοιπα νησιά που καλύπτει η κινητή μονάδα). Η διερεύνηση της αύξησης των αιτημάτων για ψυχιατρική φροντίδα, καθώς και η ουσιαστική διασύνδεση και υποστήριξη της τοπικής αυτοδιοίκησης, αποτέλεσαν τους βασικούς λόγους για τους οποίους επιλέχθηκαν η

* Βασικό χαρακτηριστικό της λειτουργίας μιας Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ), σύμφωνα με το Νόμο 2716/99, είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (α) σε Τομείς Ψυχικής Υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά, καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων των περιοχών αυτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και (β) σε Τομείς Ψυχικής Υγείας όπου δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Πάρου και η Αντίπαρος για τη μελέτη της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό.

Σημειώνεται ότι ο πληθυσμός της Πάρου και της Αντιπάρου, σύμφωνα με την τελευταία απογραφή (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2001), είναι περίπου 13.000 άτομα. Εκτός από το Κέντρο Υγείας Πάρου, στο νησί υπάρχει ένα εθελοντικό κέντρο ατόμων με ειδικές ανάγκες, το Κέντρο Πρόληψης και της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών «ΘΗ-ΣΕΑΣ» Κυκλάδων, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και η Νομαρχιακή Κοινωνική Υπηρεσία της Πρόνοιας. Κατά συνέπεια, η Κινητή Μονάδα αποτελεί τη μόνη υπηρεσία που παρέχει υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης σε άτομα που πάσχουν από ψυχιατρική διαταραχή στην κοινότητα. Συνολικά, έχουν εξυπηρετηθεί και εξυπηρετούνται >1.300 άτομα όλων των ηλικιών. Σχετικά με το επιδημιολογικό προφίλ των εξυπηρετούμενων από την υπηρεσία (2004–2008), στους ενήλικες συχνότερες είναι οι διαταραχές της διάθεσης (29%), οι αγχώδεις διαταραχές (14%) και τα προβλήματα σχέσεων (14%), ενώ οι ψυχωσικές διαταραχές διαγνώστηκαν σε ποσοστό 7%.²⁰

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μέτρηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας

Για την εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας χρησιμοποιήθηκε η ψυχιατρική συνέντευξη "clinical interview schedule-revised (CIS-R)".²¹ Το εργαλείο αυτό αποτελεί μια πλήρως δομημένη κλινική συνέντευξη, που εκτιμά 14 κοινά ψυχολογικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Τα συμπτώματα που μετράει είναι: σωματικά συμπτώματα σχετιζόμενα με το stress, κόπωση, διαταραχές συγκέντρωσης/προσοχής, προβλήματα ύπνου, ευερεθιστότητα, ανησυχία για τη σωματική υγεία, καταθλιπτικό συναίσθημα, καταθλιπτικός ιδεασμός, άγχος, ανησυχίες, φοβικά συμπτώματα, κρίσεις πανικού, ιδεοληψίες, καταναγκασμοί. Με τη χρήση ειδικών διαγνωστικών αλγορίθμων, η συνέντευξη μπορεί να εκτιμήσει τον επιπολασμό 6 ψυχιατρικών διαταραχών με βάση τα κριτήρια του ICD-10. Κάθε σύμπτωμα βαθμολογείται σε μια κλίμακα που κυμαίνεται από 0–4, όπου 0 σημαίνει απουσία συμπτώματος και 4 παρουσία στο μέγιστο βαθμό. Μόνη εξαίρεση αποτελεί η κλίμακα του καταθλιπτικού ιδεασμού, όπου η μέτρησή της γίνεται σε μια κλίμακα από 0–5. Ένα σύμπτωμα θεωρείται ότι έχει κλινική σημαντικότητα όταν εμφανίζει βαθμολογία ≥ 2 .²¹

Η ελληνική έκδοση του CIS-R μεταφράστηκε, ακολουθώντας τη μεθοδολογία που συνιστάται από τον ΠΟΥ (http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/index.html).

Από την προηγούμενη χρήση της συνέντευξης στην Ελλάδα, ο συντελεστής δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας υπολογίστηκε σε 0,84.¹⁴

Άλλες μεταβλητές

Εκτός από την ψυχιατρική νοσηρότητα, εκτιμήθηκε επίσης η

χρήση οινόπνευματος, με το ερωτηματολόγιο AUDIT του ΠΟΥ,²² καθώς και τα κοινωνικο-δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, μηνιαίο εισόδημα).

Μέθοδος δειγματοληψίας

Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με απλή τυχαία δειγματοληψία των νοικοκυριών που είχαν καταχωρημένο το τηλέφωνό τους στον τηλεφωνικό κατάλογο της Πάρου-Αντιπάρου. Από τα 776 άτομα που επιλέχθηκαν, δέχθηκαν να συμμετάσχουν τα 506 (ποσοστό συμμετοχής 65%), ενώ ως προς το φύλο το δείγμα περιελάμβανε περισσότερες γυναίκες (65% έναντι 35% ανδρών).

Ερευνητική διαδικασία

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν είτε σε δημόσια κτήρια των δημοτικών διαμερισμάτων του νησιού που επιλέχθηκαν μετά από συνεννόηση με τις δημοτικές αρχές, είτε στο χώρο διαμονής των ερωτώμενων. Τη διαδικασία των συνεντεύξεων διενήργησε ομάδα φοιτητών Ψυχολογίας που είχε εκπαιδευτεί κατάλληλα, υπό την εποπτεία του επιστημονικού προσωπικού της ΚΜΨΥ και των συνεργατών της.

Το λογισμικό του ερωτηματολογίου είχε εγκατασταθεί σε φορητούς ηλεκτρονικούς υπολογιστές, τους οποίους διέθετε ο κάθε φοιτητής-συνεντευκτής και κατέγραφε ηλεκτρονικά τις απαντήσεις του κάθε συμμετέχοντα την ώρα της συνέντευξης. Ο μέγιστος εκτιμώμενος χρόνος ολοκλήρωσης της συνέντευξης ήταν 35–40 min με πλήρη συμπωματολογία.

Στατιστική ανάλυση

Για όλες τις στατιστικές αναλύσεις που διεξήχθησαν για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Stata 9.0. Για την εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών και της ψυχιατρικής νοσηρότητας εκτιμήθηκαν οι λόγοι των odds (odds ratios) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης με μοντέλα λογαριθμικής παλινδρόμησης. Η στρατηγική της ανάλυσης ήταν η εξής: Στο πρώτο μοντέλο εκτιμήθηκε η συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών με την ψυχιατρική νοσηρότητα χωρίς να σταθμιστεί για κάποιον άλλο παράγοντα. Στο δεύτερο μοντέλο εισήχθησαν οι υπόλοιπες κοινωνικο-δημογραφικές και κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές ταυτόχρονα για να διαπιστωθεί η πιθανότητα ανεξάρτητων συσχετίσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα (n=506), το 35% ήταν άνδρες και το 65% γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 44 έτη (ηλικιακό εύρος 18–74). Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των ερωτωμένων, το μεγαλύτερο

ποσοστό (55%) ήταν απόφοιτοι λυκείου και γυμνασίου, 17% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, ενώ 27% είχαν φοιτήσει σε σχολή ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν παντρεμένοι (75%), 16% ήταν ελεύθεροι, 6% σε διάσταση ή διαζευγμένοι και 3% χήροι. Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα στο μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (39%) κυμαινόταν από 1.000–2.000 €, 34% των ερωτηθέντων είχαν μηνιαίο εισόδημα >2.000 €, 25% από 500–1.000 € και, τέλος, 3% είχε μηνιαίο εισόδημα <500 €.

Στον πίνακα 1 φαίνεται ο επιπολασμός και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης των 14 κοινών συμπτωμάτων που εκτιμήθηκαν με τη δομημένη συνέντευξη CIS-R κατά φύλο και, συνολικά, σε όλο το δείγμα. Ο επιπολασμός αναφέρεται στην παρουσία του συμπτώματος σε βαθμό κλινικά σημαντικό (βαθμολογία 2 ή μεγαλύτερο). Όπως φαίνεται, η κόπωση, η ανησυχία, η ευερεθιστότητα, τα σωματικά συμπτώματα και ο καταθλιπτικός ιδεασμός είναι τα πλέον επικρατούντα συμπτώματα στο δείγμα της μελέτης. Όλα τα συμπτώματα είναι συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες.

Για τη μελέτη της συσχέτισης της ψυχιατρικής νοσηρότητας με τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές έγινε κατηγοριοποίηση της συνολικής βαθμολογίας στο CIS-R σε δύο κατηγορίες: ≤ 12 και ≥ 12 . Το όριο των 12

έχει χρησιμοποιηθεί σε όλες τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν με τη συγκεκριμένη συνέντευξη.²¹ Η κατηγοριοποίηση αυτή είναι ενδεικτική και διακρίνει μια ομάδα συμμετεχόντων που αναφέρει σημαντική ψυχιατρική συμπτωματολογία, η οποία πιθανότατα να ήταν αντικείμενο κλινικής προσοχής. Με βάση το όριο αυτό, 22% των συμμετεχόντων είχε κλινικά σημαντική συμπτωματολογία την εβδομάδα που προηγήθηκε της συνέντευξης (13% των ανδρών, 30% των γυναικών).

Στον πίνακα 2 αναφέρονται οι συσχετίσεις των βασικών κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών με την ψυχιατρική νοσηρότητα. Στην πρώτη στήλη αναφέρεται ο λόγος των odds και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης σταθμισμένος ως προς το φύλο και την ηλικία, ενώ στη δεύτερη στήλη σταθμισμένος για όλες τις άλλες μεταβλητές του πίνακα. Όπως φαίνεται, το φύλο σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα από τους άνδρες ($p < 0,05$). Επιπρόσθετα, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της ψυχιατρικής νοσηρότητας στο σταθμισμένο μοντέλο, με την πιθανότητα η εκδήλωση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας να είναι μικρότερη σε άτομα ανώτερου/ανώτατου μορφωτικού επιπέδου ($p < 0,05$). Όσον αφορά στη συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας, φαίνεται ότι στο σταθμισμένο

Πίνακας 1. Επιπολασμός συμπτωμάτων CIS-R στο γενικό πληθυσμό Πάρου-Αντιπάρου (n=506).

Σύμπτωμα	Γυναίκες (n=330)			Άνδρες (n=176)			Σύνολο (n=506)		
	n	%	95% ΔΕ ¹	n	%	95% ΔΕ ¹	n	%	95% ΔΕ ¹
Κόπωση	120	36	31–41	41	23	17–30	161	32	28–36
Ανησυχία	113	34	29–39	44	25	19–31	157	31	27–35
Ευερεθιστότητα	111	34	28–39	34	19	13–25	145	29	25–33
Καταθλιπτικός ιδεασμός	81	25	20–29	24	14	9–19	105	21	17–24
Σωματικά συμπτώματα	84	25	21–30	22	13	8–17	106	21	17–24
Προβλήματα ύπνου	78	24	19–28	16	9	5–13	94	19	15–22
Καταθλιπτικό συναίσθημα	64	19	15–24	12	7	3–11	76	15	12–18
Ιδεοληψίες	50	15	11–19	20	11	7–16	70	14	11–17
Διαταραχές συγκέντρωσης/προσοχής	43	13	9–17	12	7	3–11	55	11	8–14
Άγχος	42	13	9–16	12	7	3–11	54	11	8–13
Ανησυχία για τη σωματική υγεία	37	11	8–15	13	7	3–11	50	10	7–12
Καταναγκασμοί	31	9	6–12	8	5	1–8	39	8	5–10
Φοβικά συμπτώματα	23	7	4–10	4	2	0,5–4	27	5	3–7
Κρίσεις πανικού	17	5	3–8	5	3	0,5–5	22	4	2–6
Συνολική βαθμολογία ≥ 12	99	30	25–35	23	13	8–18	122	22	20–28

¹ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης

Πίνακας 2. Συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (n=506).

Μεταβλητή	Λόγος των odds (95% ΔΕ) ¹	
	Αδρός λόγος ¹	Σταθμισμένος λόγος ¹
Ηλικία	1,00 (0,98–1,01)	0,98 (0,96–1,01)
Φύλο		
Άνδρες	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
Γυναίκες	2,85 (1,73–4,69)	2,97 (1,68–5,25)
Μορφωτικό επίπεδο		
Αναλφάβητοι/Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
Γυμνάσιο/Λύκειο	0,52 (0,31–0,87)	0,55 (0,30–1,03)
Ανώτερη/Ανώτατη	0,32 (0,17–0,60)	0,33 (0,15–0,70)
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένοι	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
Ανύπανδροι	1,32 (0,77–2,27)	1,81 (0,95–3,44)
Διαζευγμένοι/Διάσταση	0,90 (0,38–2,14)	0,93 (0,37–2,35)
Χήροι	1,67 (0,55–5,00)	0,77 (0,22–2,65)
Εργασιακή κατάσταση		
Εργαζόμενοι	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
Άνεργοι	0,82 (0,17–3,85)	0,54 (0,11–2,64)
Οικιακά/Οικονομικά αδρανείς	2,06 (1,31–3,21)	1,28 (0,76–2,15)
Συνταξιούχοι	1,81 (0,84–3,88)	2,64 (1,01–6,87)
Μηνιαίο εισόδημα (€)		
>2.000	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
1.000–2.000	1,52 (0,91–2,54)	1,43 (0,84–2,44)
500–1.000	2,23 (1,29–3,85)	1,59 (0,87–2,89)
<500	3,6 (1,16–11,13)	2,41 (0,72–8,00)
Γραμμική τάση	1,50 (1,18–1,92)	1,28 (0,98–1,67)

¹ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης

μοντέλο οι ανύπανδροι παρουσιάζουν συχνότερα ψυχιατρική νοσηρότητα ($p < 0,05$). Το εισόδημα στο αδρό μοντέλο παρουσιάζει επίσης στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την ψυχιατρική νοσηρότητα (μεγαλύτερο εισόδημα, μικρότερη νοσηρότητα, $p < 0,05$).

Στον πίνακα 3 φαίνεται η συσχέτιση μεταξύ επιβλαβούς χρήσης οιοπνεύματος και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών. Φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ φύλου και επιβλαβούς χρήσης οιοπνεύματος (οι γυναίκες παρουσιάζουν λιγότερο συχνά επιβλαβή χρήση οιοπνεύματος από τους άνδρες, $p < 0,05$). Επιπρόσθετα, οι ανύπανδροι και οι άνεργοι παρουσιάζουν συχνότερα επιβλαβή χρήση οιοπνεύματος ($p < 0,05$). Τέλος, φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ κλινικά σημαντικής ψυχιατρικής νοσηρότητας και επιβλαβούς χρήσης οιοπνεύματος ($p < 0,05$).

Πίνακας 3. Συσχέτιση μεταξύ επιβλαβούς χρήσης οιοπνεύματος και κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών (n= 506).

Μεταβλητή	Λόγος των odds (95% ΔΕ) ¹	
	Αδρός λόγος ¹	Σταθμισμένος λόγος ¹
Ηλικία	1,00 (0,97–1,02)	1,00 (0,97–1,04)
Φύλο		
Άνδρες	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
Γυναίκες	0,11 (0,05–0,22)	0,14 (0,06–0,30)
Μορφωτικό επίπεδο		
Αναλφάβητοι/Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
Γυμνάσιο/Λύκειο	1,30 (0,55–3,09)	0,89 (0,30–2,63)
Ανώτερη/Ανώτατη	1,69 (0,68–4,24)	1,28 (0,41–3,98)
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένοι	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
Ανύπανδροι	3,93 (2,09–7,40)	3,02 (1,33–6,90)
Διαζευγμένοι/Διάσταση	1,20 (0,34–4,17)	1,02 (0,27–3,83)
Χήροι	0,86 (0,11–6,75)	1,10 (0,11–11,21)
Εργασιακή κατάσταση		
Εργαζόμενοι	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
Άνεργοι	1,27 (0,27–6,01)	2,78 (0,42–18,34)
Οικιακά/Οικονομικά αδρανείς	0,10 (0,02–0,38)	0,25 (0,05–1,12)
Συνταξιούχοι	1,27 (0,50–3,24)	1,21 (0,35–4,11)
Μηνιαίο εισόδημα (€)		
>2.000	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
1.000–2.000	1,36 (0,71–2,61)	1,19 (0,58–2,45)
500–1.000	0,82 (0,36–1,85)	1,00 (0,39–2,53)
<500	0,71 (0,09–5,77)	0,58 (0,05–7,30)
Γραμμική τάση	0,92 (0,65–1,30)	0,98 (0,64–1,49)
Κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα		
Όχι	1,00 (αναφοράς)	1,00 (αναφοράς)
Ναι	1,02 (0,53–1,99)	1,86 (0,85–4,05)

¹ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης

Στον πίνακα 4 φαίνεται ο επιπολασμός των ψυχιατρικών διαταραχών κατά CIS-R (κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα). Η κατάθλιψη διαγνώστηκε σε ποσοστό 5,53%, ενώ ήταν συχνότερη στις γυναίκες (7,88%) απ' ό,τι στους άνδρες (1,14%) σε ποσοστό στατιστικά σημαντικό ($p < 0,001$). Η διαταραχή γενικευμένου άγχους εμφανίστηκε επίσης συχνότερα στις γυναίκες (5,76%) απ' ό,τι στους άνδρες (1,70%). Προς την ίδια κατεύθυνση φαίνεται να είναι και τα αποτελέσματα για τον επιπολασμό της διαταραχής πανικού, των φοβιών και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, που εμφανίζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες (στατιστικά σημαντική διαφορά για τις

Πίνακας 4. Επιπολασμός εβδομάδας ψυχιατρικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό Πάρου-Αντιπάρου (n=506).

Ψυχιατρικές διαταραχές κατά CIS-R	Άνδρες (n=176)	Γυναίκες (n=330)	Σύνολο (n=506)	p
Κατάθλιψη	1,14%	7,88%	5,53%	0,002
Διαταραχή γενικευμένου άγχους	1,70%	5,76%	4,35%	0,03
Διαταραχή πανικού	0,57%	1,82%	1,38%	0,30
Φοβίες	2,27%	6,97%	5,34%	0,02
Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή	0,01%	2,73%	1,78%	0,03

φοβίες και την ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή, $p < 0,05$). Οι συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές στο δείγμα ήταν η κατάθλιψη και οι φοβίες (5,34%). Επιπρόσθετα, η επιβλαβής χρήση οινοπνεύματος βρέθηκε σε ποσοστό 13,06% (23,86% στους άνδρες και 3% στις γυναίκες).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε ο επιπολασμός ψυχολογικών/ψυχιατρικών συμπτωμάτων και, κατά συνέπεια, η κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα σε τυχαίο δείγμα του γενικού πληθυσμού μιας νησιωτικής περιοχής, καθώς και οι συσχετίσεις τους με κάποιες βασικές κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές. Σε συμφωνία με δεδομένα από την ελληνική και τη διεθνή βιβλιογραφία, η κόπωση, η ανησυχία, η ευερεθιστότητα, τα σωματικά συμπτώματα και ο καταθλιπτικός ιδεασμός είναι τα συμπτώματα που παρατηρήθηκαν συχνότερα στο δείγμα. Όλα τα συμπτώματα ήταν συχνότερα στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Η κόπωση, η ευερεθιστότητα και οι ανήσυχες ιδέες εμφάνισαν την υψηλότερη επιδημιολογική συχνότητα και στην επιδημιολογική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε αγροτικές κοινότητες στην περιφέρεια βορείου Αιγαίου.¹⁴

Επιπρόσθετα, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι 22% των συμμετεχόντων είχε κλινικά σημαντική συμπτωματολογία την εβδομάδα που προηγήθηκε της συνέντευξης, με τις γυναίκες να έχουν το προβάδισμα (30% έναντι 13% στους άνδρες). Το ποσοστό αυτό εμφανίστηκε αυξημένο σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό που βρέθηκε στην επιδημιολογική έρευνα στο βόρειο Αιγαίο (14% κλινικά σημαντική συμπτωματολογία, 19% στους άνδρες, 9% στις γυναίκες).¹⁴ Ωστόσο, σε σχέση με ευρήματα που έδειξαν σημαντικές επιδημιολογικές έρευνες στο γενικό πληθυσμό στο εξωτερικό, το ποσοστό της κλινικά σημαντικής νοσηρότητας στο γενικό πληθυσμό της Πάρου και της Αντιπάρου είναι χαμηλότερο.^{3,4} Χαμηλότερη επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό στην Αθήνα είχε βρεθεί από παλαιότερη έρευνα⁶ (16%), ενώ στην επιδημιολογική

έρευνα σε αγροτικές και σε αστικές περιοχές της Εύβοιας η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό ήταν μεγαλύτερη (29%).⁸ Ωστόσο, οι έρευνες αυτές διαφέρουν σημαντικά ως προς τη μεθοδολογία και το φάσμα των ψυχικών διαταραχών που καταγράφονται και επομένως απαιτείται μεγάλη προσοχή στη σύγκριση των δεδομένων. Από εμπειρικού τύπου επιτόπιες κοινωνιολογικές και κλινικές παρατηρήσεις των θεραπειών της κινητής μονάδας διαπιστώνεται μια έντονη διαφοροποίηση των στάσεων και των αξιών στην κοινωνική οργάνωση κατά τους θερινούς μήνες (στάση ανδρών-γυναικών σε σχέση με την υπερβολική επένδυση στην εργασία-επιδίωξη κερδοφορίας, επαγγελματική εξουθένωση, νοσηματοδότηση της τουριστικής δραστηριότητας ενταγμένης στο σύνολο των πολιτισμικών κωδίκων της κοινότητας). Η απότομη άνοδος του βιοτικού επιπέδου ενός μεγάλου τμήματος του πληθυσμού δεν συνοδεύτηκε από την ανάπτυξη άλλων πολιτισμικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων και πόρων, προκειμένου να ενισχυθεί η κοινωνική συνοχή. Οι παραδοσιακές ταυτότητες φύλων βρίσκονται σε συνεχή τάση και ρευστότητα, ενώ οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις δεν διαθέτουν ευνοϊκό πλαίσιο επεξεργασίας και αντιμετώπισης. Στο πλαίσιο μιας ποιοτικής έρευνας είναι ενδιαφέρον να μελετηθεί η συσχέτιση των αυξημένων ποσοστών της γυναικείας κατάθλιψης με την παραδοσιακή λειτουργία των φύλων στην πυρηνική οικογένεια, καθώς και η ενίσχυση της ρευστής ανδρικής ταυτότητας μέσω της «κοινωνικής νομιμοποίησης» της αυξημένης χρήσης οινοπνεύματος στους άνδρες. Οι αγροτικές περιοχές του βορείου Αιγαίου, όπου η κλινικά σημαντική νοσηρότητα και η επιβλαβής χρήση οινοπνεύματος εμφανίζεται μειωμένη, είχαν σαφώς περιορισμένο βαθμό άναρχης τουριστικής και οικονομικής ανάπτυξης σε σύγκριση με τις κοινότητες της Πάρου και της Αντιπάρου.

Επιπλέον, η εμφάνιση των συμπτωμάτων και η κλινικά σημαντική νοσηρότητα είναι συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, εύρημα συχνό και σε άλλες έρευνες τόσο σε αγροτικές όσο και σε αστικές περιοχές,^{14,6} καθώς και σε διεθνείς έρευνες.^{3,4,6,8,9} Αντίθετα, η επιβλαβής χρήση οινοπνεύματος είναι συχνότερη στον ανδρικό πληθυσμό.^{3,4}

Η συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της ψυχιατρικής νοσηρότητας στο σταθμισμένο μοντέλο δείχνει την πιθανότητα εκδήλωσης ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, η οποία δυνητικά είναι μικρότερη σε άτομα ανώτερου/ανώτατου μορφωτικού επιπέδου. Το εύρημα αυτό συμφωνεί επίσης με τα δεδομένα από άλλες επιδημιολογικές μελέτες, όπου το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας.^{3,4}

Η συχνότερη εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στους ανύπανδρους συμφωνεί επίσης με δεδομένα από τη διεθνή

βιβλιογραφία, που δείχνουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογίας σε άτομα που μένουν μόνα τους³ και σε άτομα που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ.⁴ Επίσης, είναι ενδιαφέρον ότι η αυξημένη νοσηρότητα σε άτομα με χαμηλό εισόδημα έρχεται σε αντίθεση με το εύρημα της έρευνας σε αγροτικές περιοχές του βορείου Αιγαίου,¹⁴ αλλά συμφωνεί με ευρήματα από άλλες έρευνες που δείχνουν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας σε άτομα χαμηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.²³ Ωστόσο, μια πρόσφατη διαχρονική έρευνα στο γενικό πληθυσμό στη Μεγάλη Βρετανία δεν έδειξε συσχέτιση κοινωνικο-οικονομικών δεικτών με εκδήλωση ψυχοπαθολογίας στη δεύτερη εκτίμηση, 18 μήνες μετά από την πρώτη.²⁴ Τέλος, η συχνότερη εμφάνιση επιβλαβούς χρήσης οινόπνευματος στους άνεργους και σε άτομα που εμφανίζουν ψυχιατρική νοσηρότητα έχει επίσης επιβεβαιωθεί από άλλες έρευνες.^{3,4,8}

Περιορισμοί-συνέπειες

Παρά τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, που αφορούν κυρίως στη χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα των ανδρών κατά την τελική δειγματοληψία –κυρίως εξαιτίας της έλλειψης διαθεσιμότητάς τους λόγω εργασίας– τα αποτελέσματα της έρευνας παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για την ψυχική υγεία του πληθυσμού όπου παρέχει υπηρεσίες η ΚΜΨΥ. Η χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα των ανδρών δεν αναμένεται να επηρεάσει τον υπολογισμό του επιπολασμού των ψυχολογικών συμπτωμάτων στους άνδρες, καθώς δεν αναμένεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης της διαθεσιμότητας με τα συμπτώματα αυτά. Ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλειστεί τελείως αυτό το ενδεχόμενο, και στη συγκεκριμένη περίπτωση ενδέχεται να έχει γίνει υποεκτίμηση του επιπολασμού των ψυχολογικών συμπτωμάτων στους άνδρες (εάν αποδεχθεί κάποιος την άποψη ότι εκείνοι που λείπουν από το σπίτι ή εργάζονται είναι πιθανότερο να βρίσκονται σε καλή υγεία).

Παρόλο που η συγκεκριμένη εκτίμηση στον πληθυσμό Πάρου και Αντιπάρου παρέχει ενδείξεις ψυχιατρικής νοσηρότητας, αυτό δεν σημαίνει ότι το ποσοστό των ανθρώπων που εμφανίζεται να παρουσιάζει υψηλή βαθμολογία σε κάποιες διαγνωστικές κατηγορίες χρήζει, στο σύνολό του, ψυχιατρικής φροντίδας και παρακολούθησης. Ωστόσο, από αυτή τη δεξαμενή των ανθρώπων, τελικά, κάποιοι θα νοσήσουν. Προκειμένου να αποφευχθεί αυτό, αλλά και να διασφαλιστεί ότι τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή θα έχουν τη δυνατότητα να λάβουν την απαιτούμενη φροντίδα, είναι αναγκαία η οργάνωση και ο συντονισμός μιας σειράς δράσεων. Έτσι, για ακόμη μία φορά αναδεικνύεται η ανάγκη για δράσεις πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας –όπως για παράδειγμα οργάνωση focus groups γυναικών για κατάθλιψη, ενημέρωση για επιβλαβή χρήση οινόπνευματος– καθώς και η ανάγκη παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, που θα βοηθήσουν στη μείωση του στίγματος που συνοδεύει την ψυχική νόσο. Σε μια περίοδο δε όπου οι πόροι για την υγεία και ιδιαίτερα για την ψυχική υγεία είναι μειωμένοι, γίνεται ζωτικής σημασίας η εμπλοκή της κοινότητας και των τοπικών φορέων, κατευθύνοντάς μας στο να ανακαλύψουμε νέους τρόπους συμμετοχής τους στο μελλοντικό τοπικό σχεδιασμό για την υγεία και την ψυχική υγεία.

Επίσης, η μελλοντική έρευνα χρειάζεται να στραφεί προς τη συγχρονική και τη διαχρονική μελέτη του επιπολασμού της ψυχιατρικής νοσηρότητας, ενώ πολύ ενδιαφέροντα στοιχεία μπορούν να προκύψουν και μέσα από έρευνες βασισμένες στα δεδομένα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην περιοχή. Επιπλέον, πολύ ενδιαφέρουσα θα ήταν η σύγκριση των δεδομένων της παρούσας έρευνας με δεδομένα από αστικό πληθυσμό, καθώς και από άλλες νησιωτικές περιοχές.

ABSTRACT

Prevalence of common psychiatric disorders in an island region

S. STYLIANIDIS,^{1,3} P. SKAPINAKIS,² S. PANTELIDOU,¹ P. CHONDROS,¹ A. AVGOUSTAKI,¹ M. ZIAKOULIS¹

¹Association for Regional Development and Mental Health, Athens, ²Department of Psychiatry, Medical School, University of Ioannina, Ioannina, ³Department of Psychology, Panteion University of Social and Political Sciences, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2010, 27(4):675–683

OBJECTIVE To assess the prevalence of common mental disorders and their association with sociodemographic variables in the general population of the islands Paros and Antiparos in Greece. **METHOD** A cross-sectional survey in a random sample of the general adult population of the two islands. Psychiatric morbidity was measured with the Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R), a fully structured psychiatric interview. **RESULTS** The sample comprised 506 persons (65% women and 35% men) with a mean age of 44 (range: 18–74) years, of whom 22% were assessed to have clinical significant psychiatric morbidity (30% of the women and 13% of the men). The prevalence of depres-

sion was 7.88% in women and 1.14% in men. Hazardous drinking was reported in 13.06% of the sample, 23.86% in men and 3% in women. Women, the unmarried and the unemployed presented the highest rates of psychiatric morbidity. A higher level of education and higher income were negatively associated with the presence of psychiatric symptoms. **CONCLUSIONS** The findings of this study are important for planning interventions in the domain of prevention and mental health promotion in the area, appropriate to the specific needs of the population, as it is the first epidemiological study conducted in these islands.

Key words: Psychiatric morbidity, Remote islands, Sociodemographic variables

Βιβλιογραφία

1. BEBBINGTON PE. Population surveys of psychiatric disorder and the need for treatment. In: Mezzich JE, Miguel JR, Salloume IM (eds) *Psychiatric epidemiology. Assessment concept and methods*. The John Hopkins University Press, Baltimore, 1994
2. THORNICROFT G. *Measuring mental health needs*. 2nd ed. Gaskell, Royal College of Psychiatrist, London, 2001
3. KRINGLEN E, TORGRREN S, CRAMER V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1091–1098
4. ALONSO J, ANGERMEYER MC, BERNERT S, BRUFFAERTS R, BRUGHATS, BRYSON H ET AL. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004, 420:21–27
5. WITTCHEN HU, JACOBI F. Size and burden of mental disorders in Europe – A critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005, 15:357–376
6. MAVREAS VG, BEIS A, MOUYIAS A, RIGONI F, LYKETSOS GC. Prevalence of psychiatric disorders in Athens. A community study. *Soc Psychiatry* 1986, 21:172–181
7. MADIANOS M, VLACHONIKOLIS I, MADIANOU D, STEFANIS C. Prevalence of psychological disorders in the Athens area. Prediction of causal factors. *Acta Psychiatr Scand* 1985, 71:479–487
8. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ, ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ Σ, ΧΟΝΔΡΟΣ Π. Συνοπτική παρουσίαση και αποτελέσματα της έρευνας: Η ψυχική υγεία στο γενικό πληθυσμό: Εικόνες και πραγματικότητες. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2005, 90:130–133
9. BELLAMY V, ROELANDT JL, CARIA A. Premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale: Images et réalités. *L'Information Psychiatrique* 2005, 81:295–304
10. MAVREAS V, KONTEA D, DIKEOS E. Results from the Athens centre. In: Üstün TB, Sartorius N (eds) *Mental illness in general health care*. John Wiley & Sons Ltd, New York, 1986
11. ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Λιάππας ΙΑ, Τομαράς ΒΔ, Βασιλειάδου ΜΣ (Επιμ.). *Η Ψυχιατρική στη Γενική Ιατρική*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2003:1–7
12. ΛΙΟΝΗΣ Χ. Συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του ιατρού Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής: Εμπειρίες από την Ελλάδα. *Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου* 2003, 1:20–23
13. BOARDMAN AP, BILANKIS N, ZOUNI M, BOURAS N. The detection of psychiatric cases by Greek physicians: Report on a study carried out in a Greek primary care setting. *Int J Soc Psychiatry* 1992, 38:235–241
14. ΣΚΑΠΙΝΑΚΗΣ Π, ΖΗΣΗ Α, ΣΑΒΒΙΔΟΥ Μ, ΤΣΕΛΩΝΗ Μ, ΧΙΟΥ Μ. Επιπολασμός και κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε αγροτικές κοινότητες της περιφέρειας του βόρειου Αιγαίου. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2007, 24(Συμπλ. 1):30–36
15. ZACHARAKIS CA, MADIANOS MG, PAPADIMITRIOU GN, STEFANIS CN. Suicide in Greece 1980–1995: Patterns and social factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998, 33:471–476
16. MADIANOS MG, GEFOU-MADIANOU D, STEFANIS CN. Depressive symptoms and suicidal behaviour among general population adolescents and young adults across Greece. *Eur Psychiatry* 1993, 8:139–146
17. TANSELLA M, THORNICROFT G. The principles underlying community care. In: Thornicroft G, Szukler G (eds) *Textbook of community psychiatry*. Oxford University Press, New York, 2001:155–165
18. MECHANIC D. The scientific foundations of community psychiatry. In: Thornicroft G, Szukler G (eds) *Textbook of community psychiatry*. Oxford University Press, New York, 2001:41–52
19. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ, ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ Σ, ΧΟΝΔΡΟΣ Π. Unites mobiles de sante mentale dans le Cyclades. *L'Information Psychiatrique* 2007, 83:682–688
20. ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ Σ, ΣΤΑΥΡΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Μ, ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ. Κλινικές και κοινοτικές δράσεις κινητών μονάδων ψυχικής υγείας ΒΑ Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ. *Ψυχιατρική* 2008, 18(Παράρτημα 1):70
21. 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
22. BABOR TF, DE LA FUENTE JR, SAUNDERS JB, GRANT M. *The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care*. WHO/MNH/DAT 92.4. World Health Organization, Geneva, 1992
23. WEICH S, LEWIS G. Material standard of living, social class and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *Epidemiol Community Health* 1998, 52:8–14
24. SKAPINAKIS P, WEICH S, LEWIS G, SINGLETON N, ARAYA R. Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *Br J Psychiatry* 2006, 189:109–117

Corresponding author:

S. Stylianidis, Association for Regional Development and Mental Health, 61–63 Grammou str., GR-151 24 Marousi, Greece
e-mail: stylianidis@vivodinet.gr - epapsy@epapsy.gr