

SKURDAS KAIP RIZIKOS VEIKSNYS PSIČIKOS SVEIKATOS PROBLEMOMS ATSIKASTI

Dainius Pūras

Docentas
Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas
Psichiatrijos klinika
Vytauto g. 15, LT–2004 Vilnius
Tel. 273 01 53
El. paštas: dainius.puras@mf.vu.lt

Jelena Stanislavovienė

Higienos institutas
Darbo medicinos centras
Etmonų g. 3/6, LT–2001 Vilnius
Tel. 212 28 17
El. paštas: jelena@dmc.lt

Robertas Povilaitis

Vilniaus universitetas Medicinos fakultetas
Psichiatrijos klinika
Vytauto g. 15, LT–2004 Vilnius
Tel. 278 05 25
El. paštas: robertas.povilaitis@vrc.vu.lt

Viso pasaulio sveikatos specialistai yra susirūpinę vis didėjančiu žmonių sveikatos ir jų finansinio pajėgumo skirtumu. 1997 m. susikūrusi Tarptautinė skurdo ir sveikatos organizacija siūlo spręsti šią problemą įvairiais būdais. Vienas jų yra į sveikatos specialistų rengimo programas įtraukti informaciją apie tai, kaip socioekonominiai skirtumai veikia žmonių sveikatą.

Darbo tikslas: nustatyti skurdo ir psichikos sveikatos problemų ryšį.

Metodika. Tyrime buvo panaudotas anoniminis anketinės apklausos būdas. Anketa buvo sudaryta iš 3 dalių: demografinių duomenų, duomenų apie psichikos sveikatą, informacijos apie ekonominę tiriamųjų padėtį. Tyrime dalyvavo 1231 asmuo.

Rezultatai. Nustatytas koreliacinis psichikos sveikatos problemų ir tiriamųjų pajamų ryšys. Stipriausias teigiamas koreliacinis ryšys buvo nustatytas tarp pajamų ir nuotaikos ($r_s = 0,321$). Stipriausias neigiamas koreliacinis ryšys ($r_s = -0,368$) buvo nustatytas tarp tiriamųjų pajamų ir to, kaip dažnai jie jaučiasi nuliūde ir prislėgti. Nustatytas statistiškai patikimas skirtumas, kaip į klausimus apie psichikos sveikatą atsako tiriamieji, priklausantys visoms skurdo rizikos grupėms, ir žmonės, kurie toms grupėms nepriklauso. Tiriamieji, kurie nepatenkina minimalių savo poreikių, taip pat daugeliu atvejų statistiškai patikimai dažniau pažymėdavo atsakymus, kurie liudija apie prastesnę psichikos sveikatą, palyginti su tais žmonėmis, kurie savo poreikius patenkina.

Įvadas

Pasaulio sveikatos organizacija 2001 metų pranešime „Psichikos sveikata; naujas supratimas,

nauja viltis“ ypatingą dėmesį skyrė skurdui, kuris vienodai svarbus tiek kaip psichikos sutrikimų rizikos veiksnys, tiek kaip vienas psichikos sutrikimų padarinių.

Lietuvoje iki šiol nepakankamai dėmesio buvo skiriama skurdo ir sveikatos (juo labiau – skurdo ir psichikos sveikatos) ryšiui tyrinėti. Tokius tyrimus pasunkina ir metodologinės problemos. Lietuvoje nėra bendros nuomonės dėl skurdo apibrėžimo. Skurdo mažinimo Lietuvoje strategijos autoriai laikosi nuostatos, kad skurde gyvena tie žmonės, kurių pajamos ir kiti ištekčiai (materialiniai, kultūriniai ir socialiniai) yra tokie menki, kad neužtikrina Lietuvos visuomenei priimtinių gyvenimo standartų. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, Lietuvoje skursta apie 600 tūkst. žmonių. Jie sudaro 16 proc. visų gyventojų. Šis pagrindinis skurdo lygis buvo apskaičiuotas naudojant santykinę skurdo ribą ir 2000 metais sudarė 260 litų (Pranešimas apie žmogaus socialinę raidą Lietuvoje 2001. Vilnius, 2001). Tačiau šiuolaikinėje visuomenėje ne mažiau svarbus yra ir nematerialinis vartojimo aspektas, t. y. visuomeninių paslaugų (švietimo, sveikatos priežiūros, kultūros) vartojimo galimybės. Be to, skurdas reiškia ne tik nepatenkinamas gyvenimo sąlygas, kurios įvertinamos pajamų ar vartojimo rodikliais, bet ir asmens požiūrį į savo gyvenimo sąlygas, jo savijautą, nusiteikimą (Marciniak E., 2000). Pasaulinės sveikatos organizacijos leidinyje „Socialinių ir ekonominių sveikatos skirtumų įvertinimas“ yra aprašomi pagalbiniai socialinio-ekonominio statuso rodikliai (Kunst A., Muchentbach J., 1995), tarp jų gyvenamosios erdvės klausimas (žmonių skaičius viename kambaryje) arba pagrindinių patogumų (vonios, tualetų, geriamojo vandens, vandentiekio) buvimas (Goto V., 1987) ir kt. Kita pagalbinių rodiklių kategorija susideda iš kintamų socialinių-demografinių dydžių, kurie apibūdina gyventojų grupes, atsidūrusias ypač nepalankioje situacijoje. Tai bedarbiai, etninės mažumos, vienišos motinos arba žmonės, kurie priklauso nuo so-

cialinių pašalpų (Levine-Clark M., 2000). Grupių parinkimas tyrimui priklauso nuo nacionalinio konteksto. Geriausiai skurdo paplitimą tarp Lietuvos gyventojų ir jo ypatumus išnagrinėjo „Skurdo mažinimo Lietuvoje strategijos“ autoriai, kurių išvadomis ir buvo vadovaujama šiame tyrime skiriant skurdo rizikos grupes. Kaip ir daugumoje pasaulio šalių, Lietuvoje skurstančiųjų grupei dažniausiai priklauso ūkininkai, bedarbiai ir pensininkai. Tačiau Lietuvoje ypač svarbi daugiavaikių šeimų skurdo problema. Taip pat skurstantiesiems dažniau priskiriami namų ūkiai, kur gyvena kelios kartos, t. y. tėvai, vaikai, seneliai (jau jų bendras gyvenimas rodo nepakankamas atskiram būstui įsigyti pajamas), daugiavaikės šeimos, našlės ir išsituokusios moterys su vaikais. Taip pat dažniau skursta namų ūkiai, kuriuose moters pajamos didesnės už vyro.

Viso pasaulio sveikatos specialistai yra susirūpinę socialiniais-ekonominiais sveikatos skirtumais, kurie gali būti apibrėžti kaip sveikatos problemų pasiskirstymo ir pasikartojimo tarp atskirų aukštesniojo ir žemesniojo socialinio statuso atstovų skirtumai (Kunst A., Muchentbach J., 1995). Pasaulinės sveikatos organizacijos Europos regiono narės priėmė strategiją pavadinimu „Sveikata visiems“, kurios pagrindinis tikslas išdėstytas taip: „Iki 2000 m. sveikatos būklės skirtumai tarp atskirų šalių ir tarp atskirų grupių turi būti sumažinti mažiausiai 25 proc. ir tai turi būti pasiekta gerinant nepalankioje situacijoje esančių tautų ir grupių sveikatos lygį“ (Sveikata visiems 21 amžiuje). Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programoje yra parašyta, kad reikia „realizuoti pagrindines Skurdo mažinimo strategijos nuostatas, o naujus įstatymų ir kitų teisės aktų projektus vertinti skurdo ir socialinės atskirties įveikimo požiūriu“ (Lietuvos sveikatos programa

1997–2010). Tarptautinė skurdo ir sveikatos organizacija, įkurta 1997 metais, siūlo kovoti su šia problema įvairiais būdais. Vienas jų – į sveikatos specialistų rengimo programas įtraukti informaciją apie tai, kaip socioekonominiai skirtumai veikia žmonių sveikatą.

Kai kurie autoriai (*Neurological, Psychiatric and Developmental Disorders. Meeting the challenge in the developing world*, 2001) išskiria kelis su skurdu susijusius veiksnius, kurie gali turėti įtakos psichikos sveikatai:

1. Nesaugios ir nehygieniškos gyvenimo sąlygos

Dauguma skurdžiausių pasaulio žmonių gyvena neatitinkančiomis visuomenei priimtinių gyvenimo standartų sąlygomis. Pinigų trūkumas dažniausiai apriboja gyvenamosios vietos pasirinkimo galimybę. Šių žmonių aplinka apibrėžiama tokiais žodžiais kaip „purvas“, „prievarta“, „nusikalstamumas“. Neturintys pinigų žmonės priversti gyventi skurdžiausiuose rajonuose, kur patiria švaraus oro ir vandens trūkumą. Jų aplinkoje dažnai per didelis toksinų kiekis, daugiau vartojama narkotinių medžiagų ir alkoholio (Freeman H., 1978; Hallyday G., Banerjee S., Philpot M., Macdonald A., 2000; Sorofalo G., 1999). Gyvenant tokiomis sąlygomis yra didesnis pavojus būti traumotam, o tai gali tapti tiek somatinių, tiek psichikos ligų priežastimi. Tai patvirtina ir kitų autorių atlikti tyrimai (Glover G., Leese M., p. McCrone, 1999; Olfson M., Shea S., Feder A., Fuentes M., Nomura Y., Gameroff M., et al., 2000). Taip pat svarbus aplinkos toksinų poveikis, dėl kurio vaikams gali išsivystyti psichikos sutrikimai (McMichael A., 2000; Tong S., von Schirnding Y. E., Prapamontol T., 2000). B. Rodger (1991), S. Weich, G. Lewis (1998) atliko tyrimus, kurie parodė didesnę psichikos

sveikatos sutrikimų (neurozių) paplitimą tarp žmonių, gyvenančių, neatitinkančiomis gyvenimo standartų sąlygomis.

2. Alkis ir nepakankama mityba

Ypač tai svarbu nėščioms moterims – jų kūdikių vystymasis (taip pat ir psichikos sveikatos) esant sunkioms ekonominėms sąlygoms, kurios neužtikrina fiziologinių mitybos poreikių patenkinimo, atsilieka. Tai patvirtina pasaulyje atlikti tyrimai (Perez-Escamilla P., Pollit E., 1992; Scheper-Nughe N., 1992). N. Scheper-Hughes atlikto tyrimo duomenimis, elgesio sutrikimai ir depresijos gali būti susijusios su nuolatiniu alkium (Scheper-Hughes N., 1988).

3. Neadekvatus paslaugų prieinamumas

Autoriai teigia, kad skurdžiai gyvenantys žmonės retai gauna tinkamą kvalifikuotą pagalbą. Šį teiginį patvirtina pasaulyje atliktų tyrimų duomenys (Birbeck G., 2000; Fukujima M., de Santana B. A., de Oliveria R. M., 1996; Patel V., Simunyu E., Gwanzura F., 1997; Saeed K., Gater R., Hussian A., Mubbasharn M., 2000). Savai me aišku, kad negydoma šizofrenija, epilepsija, depresija, priklausomybių ligos ir kiti psichikos sveikatos sutrikimai veda prie invalidumo ir net mirties.

Sunkesnę prieinamumą prie sveikatos sistemos paslaugų patvirtina ir Lietuvoje Statistikos departamento atliktas tyrimas, kurio duomenimis, 1996–1999 metais skurdžiai gyvenančių šeimų socialinė atskirtis didėjo: jos mažiau naudojos sveikatos priežiūros paslaugomis, turėjo mažiau galimybių mobilumui, naudotis poilsio ir kultūros infrastruktūra (Sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai Lietuvoje. Situacijos analizė. 1998).

Šio tyrimo autoriai teigia, kad skurdžiai gyvenančių šeimų vartojimas vis labiau atitrūksta nuo vidutinio vartojimo lygio. Geriau gyvenančių ir socialinės pašalpos gavėjų išlaidos sveikatos priežiūrai 1996 metais skyrėsi du kartus, o 1999 metais šis skirtumas jau siekė 3,3 karto. Aišku, kad tokie žmonės neturi galimybių pirkti papildomų medikamentų, naudotis privačių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis. Šitame tyrime nėra akcentuojamos psichikos sveikatos centrų paslaugos, tačiau yra maža tikimybė, kad esant sunkiai pasiekiamai bendrai sveikatos priežiūros sistemai, psichikos sveikatos priežiūros sistema bus lengviau prieinama.

Literatūroje skurdo ir psichikos sveikatos problemos yra aptariamoms ne tik vieno individo, bet ir visos šalies mastu. Pasaulinė sveikatos organizacija šiuo klausimu teigia, kad blogai išsivysčiusios šalys turi labai nedaug išteklių psichikos sveikatai ir tokios paslaugos yra dažnai nepasiekiamos ne tik skurdžiausiam tos bendruomenės segmentui. Tam pritaria Indijos ir Zambijos mokslininkai (Birbeck G., 2000; Patel V., Parreira J., Coutinho L., Fernandes R., Mann A., 1998). Tačiau yra pabrėžiama, kad net gerai išsivysčiusiose šalyse socialinės-ekonominės padėties ir psichikos sveikatos ryšys taip pat reikšmingas. Bet gerai išsivysčiusiose šalyse skurdo poveikis siejamas su tokiais reiškiniais kaip menkas išsilavinimas ir nedarbas.

Pasaulyje atlikti tyrimai patvirtina išsilavinimo ir skurdo ryšį su psichikos sveikata (Fox J., 1990; Sorofalo G., 1999). Šių tyrimų duomenimis, gyvenantieji skurde turi menką galimybę gauti gerą išsilavinimą, o žmonės, turintys menką išsilavinimą, dažniau atsiduria tarp skurstančiųjų. Tų pačių tyrimų duomenimis, psichikos sveikatos problemos yra labiau paplitusios tarp žmonių, turinčių žemesnį išsilavinimą. R. Roberts tyrime „Ekonominių sąlygų įtaka Didžio-

sios Britanijos studentų psichikos ir fizinei sveikatai“ nustatė, kad dėl finansinių sunkumų labai daug dirbantys studentai (ypač – viršvalandžius) skundėsi prastesne psichikos sveikata, daugiau vartojo tabako, alkoholinių gėrimų ir narkotinių medžiagų (Roberts R., Golding J., Towell T., Weinreb I., 1999). Tarp nedirbančių ir turinčių labai nedideles pajamas studentų depresijų paplitimas buvo didesnis negu nedirbančių, bet turinčių pakankamas pajamas, kad užsitikrintų normalų gyvenimo lygį. Tačiau studentai, turintys finansinių sunkumų, neatsižvelgiant į tai, ar bando su jais susidoroti, ar ne, turėjo psichikos sveikatos problemų.

Nedarbo ryšį su skurdu ir psichikos sveikata taip pat patvirtina pasaulyje daryti tyrimai (Birbeck G., 2000; Marrone J., Golowka Ed., 1999; Turner J. B., 1995; Weich S., Lewis G., 1998). Šių tyrimų duomenimis, daugiau psichikos sveikatos problemų ir sutrikimų yra tarp bedarbių, negu tarp dirbančių žmonių. W. Skott ir L. Glyn atliko tyrimą „Skurdas, nedarbas ir psichikos sveikatos sutrikimai: populiacinis kohortos tyrimas“ (Weich S., Lewis G., 1998). Šito tyrimo duomenimis, skurdas ir nedarbas labiau susiję su psichikos sveikatos sutrikimų palaikymu, bet ne su atsiradimu. Finansiniai sunkumai (nebūtinai skurdas) daro įtaką tiek psichikos sveikatos sutrikimų atsiradimui, tiek palaikymui. Užsienio autoriai taip pat dažnai nurodo, kad nedarbas, kaip savarankiškas reiškinys, yra susijęs su psichikos sveikatos sutrikimais (Ferguson D. M., Horwood L. J., Lynskey M. T., 1997; Turner J. B., 1995).

Užsienio literatūroje aprašoma dar viena problema, siejama tiek su skurdu, tiek su psichikos sveikatos sutrikimais dėl sunkiai prieinamos medicinos pagalbos. Tai yra tautinių mažumų ir emigrantų problema. Literatūroje šis reiškinys aiškinamas tuo, kad patekusiems į svetimą šalį

žmonėms sunkiau susirasti gerą darbą ir suteikti savo vaikams tinkamą išsilavinimą, o tai yra susiję su skurdu ir, kaip buvo aiškinama anksčiau, su psichikos sveikatos problemomis. Taip pat valstybinės kalbos nemokėjimas, socialinio draudimo neturėjimas gali būti neįveikiama kliūtis kvalifikuotai pagalbai gauti (*The world health report*, 2001). R. C. Kessler ir H. W. Neighbors savo tyrimais (Kessler R. C., Neighbors H. W., 1986) įrodė, kad tarp afroamerikiečių skurdžiai gyvenantys žmonės sudaro 32, o tarp kitų amerikiečių – 11 proc. Tie patys afroamerikiečiai turėjo daugiau neigiamų emocijų savo gyvenime, negu visa kita Amerikos populiacija. E. Alderete, W. A. Vega teigia, kad tarp emigrantų iš Meksikos tiek skurdo, tiek psichikos sveikatos problemų paplitimas yra didesnis negu tarp vietinių Amerikos gyventojų (Alderete E., Vega W. A., Kolody B., Aguilar-Gaxiola S., 2000).

Tačiau ne visų autorių tyrimų tikslas yra nustatyti, koks su skurdu susijęs reiškinys daro didžiausią įtaką psichikos sveikatai, jie tiesiog konstatuoja, kad tarp žmonių, kurių socialinė-ekonominė padėtis yra žemesnė, psichikos sveikatos sutrikimų paplitimas yra didesnis negu tarp aukštesnio socialinio-ekonominio statuso žmonių. Duomenys, surinkti Brazilijoje, Čilėje, Indijoje ir Zimbabvėje, rodo, kad psichikos sveikatos sutrikimų dvigubai dažniau pasitaiko tarp skurdžiai gyvenančių žmonių negu tarp turtingųjų (Patel A., Knapp M. G. J., 1998; Patel V., Araya R., de Lima M., Ludermir A., Todd C., 1999). R. Kohn, atlikęs 15 tyrimų apžvalgą, padarė išvadą, kad psichikos ligų paplitimas tarp neturtingųjų ir turtingųjų yra 2,1:1 (Kohn R., Dohrenwend B. P., Mirotznik J., 1998; Kopp M. S., Skrabski A., Szedmark S., 2000).

Lietuvos statistikos departamento atlikto tyrimo duomenimis, geriausiai savo sveikatą vertino dideles pajamas turintys žmonės: 49,1 proc.

vyrų ir 42,7 proc. moterų manė, kad jų sveikata gera arba gana gera. Mažas pajamas gaunančiųjų grupėje gerai jautėsi 39,6 proc. vyrų ir 28,7 proc. moterų. Beveik pusė mažas pajamas turinčių žmonių jautė depresiją.

Vienas sunkiausių psichikos sveikatos sutrikimų padarinių yra savižudybės. Kelių tyrimų duomenimis, tarp žmonių, gyvenančių sunkiomis materialinėmis sąlygomis, didesnis savižudybių paplitimas (Bunting J., Kelly S., 1998; Gunnel D., Peters T., Kammerling M., Brooks J., 1995; Whitley E., 1999).

Anksčiau minėto Pasaulinės sveikatos organizacijos pranešimo autoriai teigia, kad skurdo ir psichikos sveikatos ryšys yra kompleksinis arba ciklinis (*The world health report*, 2001). Aprašyti tyrimai tik patvirtina šį teiginį. Skurdas gali atsirasti dėl blogos sveikatos arba gali sukelti ligą. Jų nuomone, dėl psichikos sveikatos sutrikimo žmogus gali ilgam prarasti darbingumą. Jeigu socialinė pagalba nėra laiku suteikiama, skurdas vystosi labai greitai. Tai gali būti susiję su nepakankamu psichikos sveikatos priežiūros sistemos ir socialinių paslaugų sistemos bendradarbiavimu. Kita vertus, kaip parodo anksčiau minėti tyrimai, žmogui, gyvenančiam skurde, sunkiau prieinama kvalifikuota pagalba, jam tenka patirti daugiau emocinių pergyvenimų ir dėl to gali pradėti vystytis psichikos sveikatos sutrikimai.

Darbo tikslas: nustatyti skurdo ir psichikos sveikatos problemų ryšius.

Uždaviniai:

1. Nustatyti psichikos sveikatos problemų ir pajamų ryšį;
2. Nustatyti psichikos sveikatos problemų ir pagalbinių socialinio-ekonominio statuso rodiklių (skurdo rizikos grupių ir poreikių patenkinimo) ryšį.

Metodika

Įvertinimo būdai. Tyrime buvo naudotas anoniminis anketinės apklausos būdas.

Apklausa buvo vykdoma pasitelkus specialiai šiam tyrimui sukurtą anketą. Anketa buvo sudaryta iš 3 dalių:

- 1) demografiniai duomenys;
- 2) pagrindiniai ir pagalbiniai socialinės-ekonominės padėties rodikliai: a) klausimai, ar žmogus nepriklauso toms grupėms, kurios dažniau patenka tarp skurstančiųjų (bedarbiai, pensininkai, vienišos moterys su vaikais, daugiavaikės šeimos, ūkininkai, šeimos, kuriose kartu gyvena kelios kartos (vaikai, tėvai, seneliai), šeimos, kur moters atlyginimas didesnis); b) klausimai apie poreikių patenkinimą (maisto, baldų, kultūros, drabužių, ryšių, transporto, komunalinių paslaugų, galimybę taupyti pinigus, pinigų skolinimąsi minimaliems poreikiams patenkinti); c) pasitenkinimas finansine padėtimi; d) pajamos (bendra šeimos pajamų suma buvo dalijama iš šeimos narių skaičiaus);
- 3) duomenys apie psichikos sveikatą: nuotaiką, neviltį, nerimą, agresyvumą, psichologinę įtampą, nuovargį, psichikos sveikatos problemų intensyvumą, elgesio, emocijų valdymą, vaistų vartojimą, pasitenkinimą psichikos sveikata, alkoholio vartojimą.

Pirmoji ir antroji anketos dalys buvo sudarytos remiantis Skurdo mažinimo Lietuvoje strategija, trečiajai daliai sukurti buvo panaudoti šie klausimynai: „Multidimensis sveikatos klausimynas“, „Suaugusiųjų ADD klausimynas“, „Gyvenimo kokybės klausimynas“, „Manijos klausimynas“, „Montgomerio ir Asbergo depresijos vertinimo skalė“, „Psichikos sveikatos klausimynas“, pakeista „Tarptautinio diagnostinio klausimyno“ versija. Anketai patikrinti buvo atliktas pilotinis tyrimas.

Duomenys buvo apdoroti „EpiInfo“ (6 versija) ir SPSS (11 versija) programomis. Buvo vertinami tokie epidemiologiniai rodikliai kaip reliatyvi rizika (reliatyvi rizika (angl. *relative risk*) – naujų atvejų dažnumo tarp rizikos veiksnio veikiamų ir neveikiamų asmenų santykis. Reliatyvi rizika apibūdina rizikos veiksnio ir tiriamojo reiškinio ryšio stiprumą), jos pasikliautiniai intervalai ir Spearmano koreliacijos koeficientas. Duomenų patikimumui įvertinti buvo panaudotas X^2 testas. Duomenys vertinami kaip patikimi kai $p < 0,05$.

Vertinant reliatyvią riziką, visi atsakymai pagal intensyvumą (dažnumą) buvo suskirstyti į 2 grupes. Pirmosios grupės atsakymai buvo vertinami kaip psichikos sveikatos problema, antrosios – ne.

Tyrimo eiga. Naudojantis klausimynu buvo apklausti Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio, Utenos miestų, Adukiškio miestelio ir Gudelių bei Bališkių kaimų atsitiktinės atrankos būdu atrinkti gyventojai. Atrinkus 7 miesto gatves ir atsitiktinai atrinkus jose namus, buvo apklausiami sutikę dalyvauti tyrime vyresni nei 18 metų žmonės. Vienoje gatvėje buvo surenkama apie 30 anketų. Anketa buvo pildoma savarankiškai. Buvo apklausiamas tik vienas šeimos narys. Gudelių kaime buvo apklausti tik vienos gatvės gyventojai.

Tiriamieji. Tyrimo imtis buvo apskaičiuota pagal „EpiInfo“ programą. Tyrime dalyvavo 1231 asmuo, iš jų 808 (65,9 proc.) moterys ir 418 (34,1 proc.) vyrų. 334 (27,2 proc.) tyrimo dalyviai gyveno kaime ir 897 (72,8 proc.) – mieste. Tiriamųjų amžiaus vidurkis yra 37,2 m., minimumas – 18 m., maksimumas – 92 m., mediana – 37 m., moda – 21 m.

Dauguma tyrimo dalyvių buvo žmonės, turintys aukštąjį ir vidurinį išsilavinimą. Mažiausiai apklaustųjų turėjo pradinį išsilavinimą. Pa-

gal žmonių skaičių šeimoje tarp apklaustųjų pirmavo šeimos iš 2, 3 ir 4 žmonių. Dauguma apklaustųjų buvo vedę. Savo pajamas nurodė 1050 žmonių, tai sudaro 85,3 proc. apklaustųjų, tarp jų buvo 306 (29,14 proc.) asmenys, kurių pajamos mažesnės negu 260 Lt.

Tyrimo rezultatai

43,7 proc. dalyvavusių tyrime ir nurodžiusių savo pajamas asmenų parašė, kad jų pajamos yra mažesnės negu 260 Lt ir 56,3 proc. – didesnės.

Nustatytas koreliacinis psichikos sveikatos problemų ir pajamų ryšys: stipriausias teigiamas koreliacinis ryšys yra tarp pajamų ir nuotaikos ($r_s = 0,321$) (kuo didesnės pajamos, tuo dažniau būna gera nuotaika), o stipriausias neigiamas ($r_s = -0,368$) – tarp žmonių pajamų ir to, kaip dažnai jie jaučiasi nuliūdeję ir prislėgti (kuo di-

desnės pajamos, tuo rečiau būna tokia nuotaika). Visais atvejais koreliacijos teigiamos tada, kai kalbama apie geresnę psichikos sveikatos būseną, o neigiamos, kai kalbama apie nepageidaujama psichikos sveikatos būklę, tai yra geresnė psichikos sveikata susijusi su didesnėmis pajamomis. Labai stiprių žmonių pajamų ir psichikos sveikatos problemų koreliacinių ryšių nebuvo nustatyta, tačiau nustatytas ryšys visais atvejais buvo statistiškai patikimas (1 lentelė).

Nustatytas patikimas žmonių, priklausančių visoms skurdo rizikos grupėms, atsakymų į klausimus apie psichikos sveikatą ir žmonių, nepriklausančių toms grupėms, atsakymų skirtumas. Daugiavaikių šeimų nariai, bedarbiai, vienišos moterys su vaikais, pensininkai, žmonės iš šeimų, kur kartu gyvena 3 kartos arba kur moterys gauna didesnę atlyginimą, ūkininkai dažniau pažymėdavo atsakymus, rodančius psichikos svei-

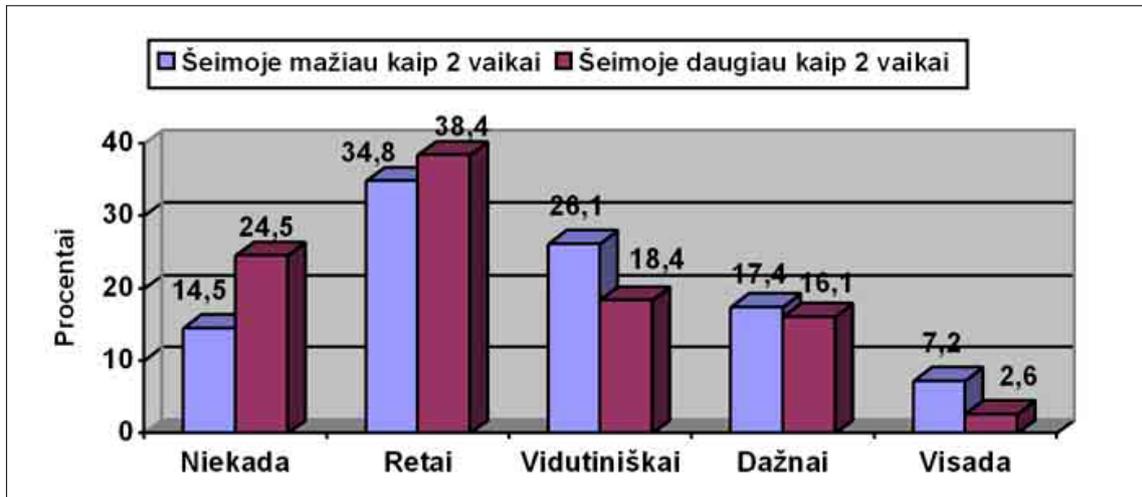
1 lentelė. *Koreliacinis nurodomų pajamų ir atsakymų apie psichikos sveikatos problemas ryšys*

<i>Klausimai apie psichikos sveikatą</i>	<i>Spearmano koreliacijos koeficientas</i>
Ar Jūsų nuotaika gera?	0,321*
Ar atsibundate pailsėjęs (-usi) ir išsimiegojęs (-usi)?	0,167*
Ar Jūsų kasdiniame gyvenime yra dalykų, kurie Jus labai domina?	0,152*
Ar Jūs jaučiatės nuliūdejęs (-usi) ir prislėgtas (-a)?	-0,368*
Ar Jūs jaučiatės praradęs (-usi) viltį ir manote, kad viskas beprasmiška?	-0,340*
Ar Jūs jaučiate įtampą ir stresą?	-0,288*
Ar jaučiatės labai pavargęs (-usi) ir išsekęs (-usi)?	-0,269*
Ar Jus vargina nerimas?	-0,257*
Ar Jus vargina nervingumas?	-0,226*
Ar turite sunkumų dėl savo emocijų ir jausmų, kurių negalite suvaldyti?	-0,242*
Ar būna situacijų, kai jaučiate, kad nevaldote savo elgesio?	-0,216*
Ar turėjote pakankamai rimtų emocijų, elgesio ar psichikos problemų, kai manėte, kad Jums reikia pagalbos?	-0,206*
Ar galvojote apie savižudybę?	-0,204*
Kiek kartų per pastaruosius metus pastebėjote, kad pradėjęs (-usi) gerti nebegalite sustoti?	-0,152*
Ar esate agresyvus (-i) ir piktas (-a)?	-0,141*
Ar esate vartojęs (-usi) vaistų dėl padidėjusio nervingumo, nemigos, blogos nuotaikos ar bet kokių kitų psichikos sveikatos problemų?	-0,117*

* $p < 0,01$

katos problemas, negu žmonės, nepriklausantys toms grupėms. Pavyzdžiui, į klausimą: „Ar Jūs jaučiatės nuliūdęs (-usi) ir prislėgtas (-a)?“ daugiavaikių šeimų nariai dažniau negu žmonės iš

šeimų, kur nėra arba yra ne daugiau kaip du vaikai, atsakinėjo „visada“, „dažnai“, „vidutiniškai“ ir rečiau – „niekada“ ir „retai“. Skirtumas yra statistiškai patikimas, $p < 0,001$ (1 pav.).



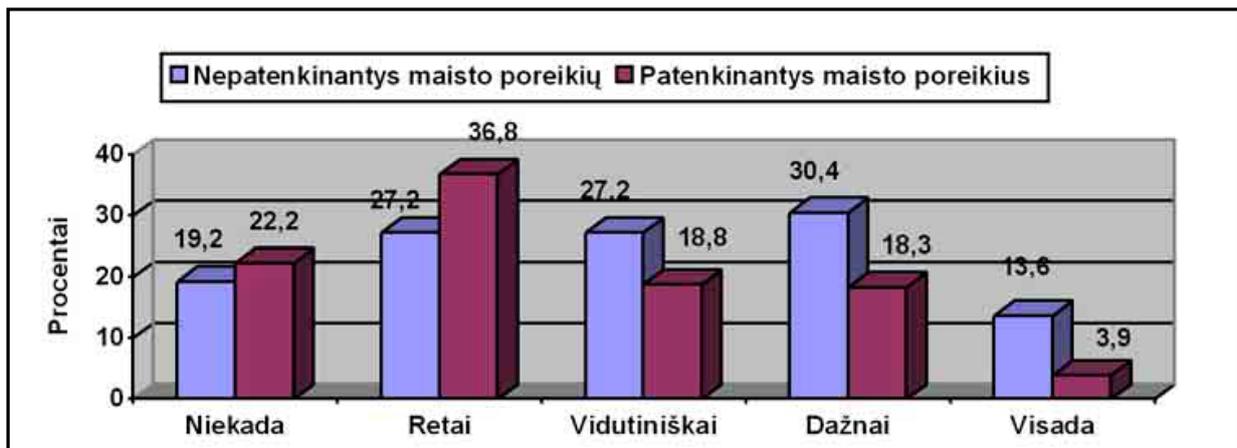
1 pav. Daugiavaikių šeimų narių ir žmonių iš šeimų, kur nėra arba yra ne daugiau kaip du vaikai, atsakymai į klausimą „Ar Jūs jaučiatės nuliūdęs (-usi) ir prislėgtas (-a)?“

2 lentelė. Skurdo rizikos grupėms priklausančių ir nepriklausančių tiriamųjų atsakymų apie psichikos sveikatos problemas palyginimas (X^2 p reikšmės)

	Daugia- vaikių šeimų nariai	Bedarbiai	Vienišos motinos	Pensinin- kai	Žmonės iš šeimų, kur kartu gy- vena 3 kartos	Žmonės iš šeimų, kur moters alga yra didesnė	Ūkininkai
1	2	3	4	5	6	7	8
Ar Jūsų nuotaika gera?	<0,001	<0,001	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar Jus vargina Jūsų nervingumas?	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001	>0,05	>0,001	>0,001
Ar Jus vargina nerimas?	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05
Ar būna situacijų, kai nevaldote savo elgesio?	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001
Ar turite sunkumų dėl savo emocijų ir jausmų, kurių negalite suvaldyti?	<0,001	<0,001	>0,05	<0,01	<0,001	<0,001	<0,01
Ar Jūs jaučiatės nuliūdęs (-usi) ir prislėgtas (-a)?	<0,001	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
Ar Jūs jaučiatės praradęs (-usi) viltį ir manote, jog viskas beprasmiška?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
Ar Jūs jaučiate įtampą, stresą?	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar esate agresyvus (-i) ir piktas(-a)?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar atsibundate pailsėjęs (-usi) ir išsimiegojęs (-usi)?	>0,05	<0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001	<0,05
Ar Jūsų kasdieniniame gyvenime yra dalykų, kurie Jus labai domina?	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001

2 lentelės tęsinys

1	2	3	4	5	6	7	8
Ar jaučiatės labai pavargęs (-usi), išsisėmęs (-usi) ar išsekęs (usi) ?	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05
Ar galvojote apie savižudybę?	>0,05	<0,001	>0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001
Kiek kartų per pastaruosius metus pastebėjote, kad pradėjęs (-usi) gerti nebegalite sustoti?	>0,05	<0,001	<0,05	<0,05	<0,001	>0,05	<0,001
Kiek kartų per pastaruosius metus Jūs negalėjote atlikti savo įprastinių darbų dėl gėrimo?	<0,001	<0,01	<0,01	>0,05	<0,001	>0,05	<0,001
Ar turėjote pakankamai rimtų psichikos sveikatos problemų, kai manėte, jog Jums reikia pagalbos?	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	<0,05
Ar esate vartoję vaistus dėl padidėjusio nervingumo, nemigos, blogos nuotaikos ar bet kokių psichikos sveikatos problemų?	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001



2 pav. Žmonių, nepatenkinančių ir patenkinančių savo maisto poreikius, atsakymai į klausimą „Ar Jus vargina nerimas?“

2-oje lentelėje pažymėti atvejai, kai žmonių, priklausančių skurdo rizikos grupėms, ir žmonių, nepriklausančių toms grupėms, atsakymų skirtumas statistiškai patikimas.

Žmonės, kurie nepatenkina savo maisto, ryšių, transporto, kultūros, komunalinių paslaugų, baldų, drabužių poreikio, neturi galimybės taupyti pinigų arba skolinasi pinigų dėl to, kad jų neužtenka net minimaliems poreikiams patenkinti, taip pat daugeliu atvejų statistiškai pa-

tikimai dažniau pažymėdavo atsakymus, rodančius, kad jų psichikos sveikata, palyginti su tais žmonėmis, kurie šituos poreikius patenkina, turi galimybę susitaupyti pinigų ir nesiskolina jų, kad patenkintų minimalius savo poreikius, daug prastesnė. Pavyzdžiui, į klausimą „Ar Jus vargina nerimas?“ žmonės, kurie nepatenkina savo maisto poreikių, dažniau negu patenkinantys atsakinėjo „visada“, „dažnai“, „vidutiniškai“ ir rečiau „niekada“, „retai“. Skirtumas yra statistiškai patikimas, $p < 0,001$ (2 pav.).

3 lentelė. *Nepatenkinančių ir nepatenkinančių savo poreikius tiriamųjų atsakymų apie psichikos sveikatos problemas palyginimas (X^2 p reikšmės)*

	<i>Nepatenkinantys maisto poreikių</i>	<i>Nepatenkinantys ryšių poreikių</i>	<i>Nepatenkinantys transporto poreikių</i>	<i>Nepatenkinantys kultūros poreikių</i>	<i>Nepatenkinantys komunalinių paslaugų poreikių</i>	<i>Nepatenkinantys baldų poreikių</i>	<i>Nepatenkinantys drabužių poreikių</i>	<i>Neturintys galimybės taupyti pinigus</i>	<i>Skolinantys pinigų minimaliems poreikiams tenkinti</i>	<i>Žmonės, kurių pajamos yra mažesnės nei 260 Lt</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ar Jūsų nuotaika gera?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar Jus vargina Jūsų nervin-gumas?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar Jus vargina nerimas?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
Ar būna situacijų, kai nevaldote savo elgesio?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar turite sunkumų dėl savo emocijų ir jausmų, kurių negalite suvaldyti?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
Ar Jūs jaučiatės nuliūdęs (-usi) ir prisilėgęs (-a)?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar Jūs jaučiatės praradęs (-usi) viltį ir manote, jog viskas beprasmiška?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar Jūs jaučiate įtampą, stresą?	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar esate agresyvus (-i) ir piktas(-a)?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar atsibundate pailsėjęs (-usi) ir išsimiegojęs (-usi)?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar Jūsų kasdieniniame gyvenime yra dalykų, kurie Jus labai domina?	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar jaučiatės labai pavargęs (-usi), išsisėmęs (-usi) ar išsekęs (-usi)?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar galvojote apie savižudybę?	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Kiek kartų per pastaruosius metus pastebėjote, kad pradėjęs (-usi) gerti nebegalite sustoti?	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

3 lentelės tęsinys

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Kiek kartų per pastaruosius metus Jūs negalėjote atlikti savo įprastinių darbų dėl gėrimo?	<0,001	>0,05	<0,001	>0,05	<0,05	>0,05	<0,001	<0,05	<0,001	<0,001
Ar turėjote pakankamai rimtų psichikos sveikatos problemų, kad manėte, jog Jums reikia pagalbos?	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ar esate vartoję vaistus dėl padidėjusio nervingumo, nemigos, blogos nuotaikos ar bet kokių psichikos sveikatos problemų?	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

4 lentelė. *Reliatyvi rizika (RR) ir 95 proc. pasikliautiniai intervalai (PI) žmonėms iš skurdo rizikos grupių ir žmonėms, nepatenkinantiems savo poreikių, turėti psichikos sveikatos problemų*

<i>Skurdo rizikos grupė arba poreikių nepatenkinimas / Psichikos sveikatos problema</i>	<i>RR</i>	<i>PI</i>
Žmonės, neturintys galimybės taupyti pinigus		
Liūdna, prislėgta nuotaika	3,32	2,47–4,48
Elgesio valdymo problemos	2,68	1,78–4,05
Nevilties jausmas	3,68	2,5–5,4
Varginantis nerimas	2,93	2,3–3,74
Įtampa, stresas	3,05	2,29–4,05
Besiskolinantys pinigų minimaliems poreikiams patenkinti		
Varginantis nervingumas	2,42	2–2,94
Miego problemos	1,82	1,47–2,27
Nuovargio jausmas	1,76	1,47–2,09
Psichikos sveikatos problemos, kurioms kilus reikia pagalbos	1,85	1,54–2,22
Žmonės iš šeimų, kur kartu gyvena 3 kartos		
Emocijų valdymo problemos	3,11	2,31–4,19
Pyktis ir agresyvumas	2,14	1,61–2,84
Pradėjus vartoti alkoholį sunkumai sustoti	2,32	1,73–3,1
Pensininkai		
Sumažėjęs domėjimasis gyvenimu	2,42	1,76–3,33
Ūkininkai		
Mintys apie savižudybę	2,23	1,57–3,18
Nesugebėjimas atlikti įprastinių darbų dėl alkoholio vartojimo	2,64	1,86–3,74

Žmonės iš šeimų, kur moteris gauna didesnę atlyginimą		
Vaistų vartojimas	3,18	2,21–4,56
Nepatenkinantys ryšių poreikių		
Niekada, labai retai būti geros nuotaikos	5,03	3,11–8,14

3-ioje lentelėje pažymėti atvejai, kai žmonių, patenkinančių ir nepatenkinančių savo poreikius, atsakymų skirtumas statistiškai patikimas.

Apskaičiavus reliatyvios rizikos rodiklius paaiškėjo, kad didžiausia rizika turėti psichikos sveikatos problemų nustatyta žmonėms, kurie neturi galimybės taupyti pinigų, besiskolinantiems pinigų net minimaliems poreikiams patenkinti, žmonėms iš šeimų, kur kartu gyvena 3 kartos, kur moteris gauna didesnę atlyginimą, pensininkai, ūkininkai ir nepatenkinantys ryšių poreikių (4 lentelė).

Rezultatų aptarimas

Tyrimo metu žmonių, kurių pajamos mažesnės negu 260 Lt, skaičius (43,7 proc.) stipriai skyrėsi nuo Lietuvos statistikos departamento duomenų, pagal kuriuos Lietuvoje 16 proc. žmonių gyvena skurde (vertinant pajamas). Manoma, kad tai gali būti susiję su autoselekcijos klaidomis, nes tyrimo metu daugelis žmonių argumentuodavo savo atsisakymą dalyvauti tyrime tuo, kad jie „neturi nei vienu, nei kitų problemų“.

Nustatytas koreliacinis psichikos sveikatos problemų ir pajamų ryšys, nors statistiškai ir patikimas, nėra labai stiprus. Pajamos teigiamai koreliuoja su psichikos sveikatos rodikliais ir neigiamai – su psichikos sveikatos problemomis. Tai atitiko rezultatus, kurių tikėtasi.

Reliatyvi rizika turėti psichikos sveikatos problemų skurdžiai gyvenantiems žmonėms (vertinant skurdą pagal pajamas) visada buvo daugiau nei vienas ir buvo statistiškai patikima.

Gauti duomenys atitinka rezultatus, kurių tikėtasi, tačiau sunku juos lyginti su pasaulyje atliktų tyrimų duomenimis, nes kituose tyrimuose dažniausiai vertinami pagal tarptautines ligų klasifikacijas diagnozuojami psichikos sveikatos sutrikimai, o ne psichikos sveikatos problemos ir naudojami labai įvairūs ekonominės padėties vertinimo rodikliai. Tačiau gauti duomenys neprieštarauja užsienio autorių daromoms išvadoms, kad žmonės, kurių pajamos pagal tos šalies sąlygas yra mažos, dažniau skundžiasi psichikos sveikatos problemomis (Marrone J., Golowka E., 1999; Kohn R., Dohrenwend B. P., Mirotznik J., 1998; Fox J., 1990; Kopp M. S., Skrabsi A., Szedmark S., 2000).

Tačiau apskaičiavę žmonių, kurie gauna mažas pajamas, iš skurdo rizikos grupių (žmonių iš daugiavaikių šeimų, bedarbių, vienišų motinų, pensininkų, žmonių iš šeimų, kur kartu gyvena 3 kartos arba kur moterys gauna didesnę atlyginimą, ūkininkų, kurie neturi galimybės taupyti pinigų), nepatenkinančių savo minimalių poreikių (maisto, ryšių, transporto, kultūros, komunalinių paslaugų, baldų, drabužių, skolinasi pinigų minimaliems poreikiams patenkinti) reliatyvios rizikos rodiklį nustatėme, kad šis rodiklis niekada nebuvo didžiausias žmonėms, kurių pajamos yra mažos. Atsižvelgus į tai galima teigti, kad priklausomybė skurdo rizikos grupėms ir poreikių nepatenkinimas turi didesnę reikšmę psichikos sveikatos problemų atsiradimui negu materialinė skurdo išraiška.

Sunku lyginti šiuos mūsų duomenis su kitais tyrimais, nes aprašyti nepiniginiai skurdo rodik-

liai retai yra vertinami siejant juos su psichikos sveikata. Tarp tokių rodiklių yra aprašomi tokie kaip: 1. Maisto poreikių nepatenkinimas. Šio tyrimo duomenys neprieštaruoja tyrimo, kuriame nurodyta, kad pastovus alkis daro įtaką depresinio sindromo vystymuisi (Scheper-Hughes N., 1998) duomenims. 2. Psichikos sveikatos problemų dažniau kyla bedarbiams negu dirbantiems žmonėms. Šiame tyrime bedarbiai taip pat dažniau skųsdavosi psichikos sveikatos problemomis negu dirbantys žmonės (Birbeck G., 2000; Marrone J., Golowka Ed., 1999; Turner J. B., 1995; Weisch S., Lewis G., 1998).

Dažniausiai didžiausia reliatyvi rizika nustatoma žmonėms, kurie turi skolintis pinigų minimaliems poreikiams patenkinti.

Rečiausiai statistiškai patikimi rodikliai buvo nustatomi vienišoms moterims su vaikais ir žmonėms iš daugiavaikių šeimų. Manoma, kad taip atsitiko dėl to, kad šiame tyrime tiek vienišų moterų, tiek žmonių iš daugiavaikių šeimų nurodytos pajamos statistiškai patikimai nesiskiria nuo žmonių, kurių šeimoje nėra arba yra mažiau vaikų, bei ne vienišų moterų pajamų. Tai

skiriasi nuo pateiktų Skurdo likvidavimo programos autorių duomenų, kur nurodyta, kad šios grupės dažniau patenka tarp skurstančiųjų.

Tyrime nustatyta, kad labiausiai apie savižudybę galvoja ūkininkai, o tai atitinka duomenis apie tai, kad Lietuvoje daugiausia savižudybių būna kaimuose, tačiau nurodoma, jog dažniau žudosi vyrai, bet šio tyrimo metu nebuvo nustatytas lyties ir minčių apie savižudybę ryšys (Prašimas apie žmogaus socialinę raidą Lietuvoje 2001. Vilnius, 2001).

Išvados

1. Nustatytas statistiškai reikšmingas psichikos sveikatos problemų ir skurdo koreliacinis ryšys vertinant tiek tiesioginius (pajamas), tiek pagalbinus (žmonių priklausomybę skurdo rizikos grupėms, poreikių patenkinimą) skurdo rodiklius.
2. Tiriamųjų priklausymas skurdo rizikos grupėms ir poreikių nepatenkinimas rodo didesnę psichikos sveikatos problemų riziką nei mažos pajamos.

LITERATŪRA

Alderete E., Vega W. A., Kolody B., Aguilar-Gaxiola S. Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among mexican migrant farmworkers in California // *American Journal of Public Health*. 2000, April, vol. 90, issue 4, p. 608–614.

Birbeck G. Barriers to care for patients with neurologic disease in rural Zambia // *Archive of neurology*. 2000, March, vol. 57 (3), p. 414–417.

Bunting J., Kelly S. Geographic variations in suicide mortality, 1982–1996 // *Pop Trends*. 1998, vol. 93, p. 7–18.

Fergusson D. M., Horwood L. J., Lynskey M. T. The effects of unemployment on psychiatric illness during youth adulthood // *Psychology and Medicine*. 1997, p. 27; 371–381.

Fox J. Social class, mental illness, and social mobility: The social selection drift hypothesis for serious mental illness // *Journal of Health and Social Behaviour*. 1990, vol. 31 (4), p. 344–353.

Freeman H. Mental health and the environment // *British Journal of Psychiatry*. 1978, February, p. 132; 113–124.

Fukujima M., de Santana B. A., and de Oliveira R. M. Socioeconomic characteristics of patient with stroke // *Arg Neuropsychiatrics*. 1996, vol. 54 (3), p. 428–432.

Glover G., Leese M. and p. McCrone. Move severe mental illness is more concentrated in deprived areas // *British Journal of Psychiatry*. 1999, December, p. 175; 544–548.

- Goto V. et. al. Socioeconomic status and hypertension in children of two state schools in Naples, Italy: preliminary findings // *European Journal of epidemiology*. 1987, vol. 3, p. 288–294.
- Gunnel D., Peters T., Kammerling M., Brooks J. The relation between parasuicide, suicide, psychiatric admission, and socioeconomic deprivation // *British Medical Journal*. 1995, p. 311; 226.
- Hallyday G., Banerjee S., Philpot M., and Macdonald A. Community study of people who live in squallor // *Lancet*. 2000, March, vol. 11, p. 882–886.
- Kessler R. C. & Neighbors H. W. A new perspective on the relationships among race, social class, and psychological distress // *Journal of Health and Social Behaviour*. 1986, vol. 27, p. 107–115.
- Kohn R., Dohrenwend B. P., Mirotznik J. Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population // B. P. Dohrenwend, ed. *Adversity, stress, and psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 1998. P. 235–284.
- Kopp M. S., Skrabski A., Szedmark S. Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society // *Social Science and Medicine*. 2000, vol. 51, p. 1351–1361.
- Kunst A., Machentbach I. Socialinių ir ekonominių sveikatos skirtumų įvertinimas. Pasaulinė sveikatos organizacija, 1995.
- Levine-Clark M. Disfunctional domesticity: female insanity and family relationship among the riding poor in the mid-nineteenth century // *Journal of family history*. 2000, July, vol. 5, issue 3, p. 341–362.
- Lietuvos sveikatos programa 1997–2010. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 18 p.
- Marciniak E. Recalculating poverty // *Commonweal*. 2000, January 28.
- Marrone J., Golowka Ed. If work makes people with mental illness sick, what do unemployment, poverty, and social isolation cause? *Psychological Rehabilitation Journal*. 1999, February, vol. 23, issue 2, p. 187–194.
- McMichael A. The urban environment and health in a world of increasing globalisation; issues for developing countries // *Bulletin of World Health Organisation*. 2000, p. 4–5.
- Neurological, Psychiatric and Developmental Disorders. Meeting the challenge in the developing world. 2001, p. 21–29; 34–37.
- Olfson M., Shea S., Feder A., Fuentes M., Nomura Y., Gameroff M., et al. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorder in an urban general medicine practice // *Archive of family Medicine*. 2000, September-October, vol. 9 (9), p. 876–883.
- Pal D., Carpio A., and Sander J. Neurocysticercosis and epilepsy in developing countries // *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 2000, February, vol. 68 (2), p. 137–143.
- Patel A., Knapp M. G. J. Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*. 1998, vol. 5, p. 4–10.
- Patel V., Araya R., de Lima M., Ludermitr A., Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies // *Social science and medicine*. 1999, vol. 49, p. 1461–1471.
- Patel V., Parieira J., Coutinho L., Ferdinandes R., and Mann A. Psychological disorder and disability in primary care attenders in Goa, India // *British Journal of Psychiatry*. 1998, p. 171; 533–536.
- Patel V., Simunyu E., and Gwanzura F. The pathways to primary mental health care in Harare, Zimbabwe // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1997, p. 32; 97–103.
- Perez-Escamilla P. and Pollit E. Causes and consequences of intrauterine growth retardation in Latin America // *Bulletin of the Pan American Health Organization*. 1992, vol. 26 (2), p. 128–147.
- Pranešimas apie žmogaus socialinę raidą Lietuvoje 2001. Vilnius, 2001.
- Roberts R., Golding J., Towell T., Weinreb I. // *Journal of Americal Coll Health*. 1999, Nov., vol. 48 (3), p. 103–112.
- Rodger B. Socio-economic status, employment and neurosis // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1991, vol. 26, p. 104–114.
- Saeed K., Gater R., Hussian A., and Mubbasharn M. The prevalence, classification and treatment of mental disorders among attenders of netive faith healers in rural Pakistan // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2000, October, vol. 35 (10), p. 480–485.
- Scheper-Hughes N. The madness of hunger: Sickness, delirium, and human needs // *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1988, December, vol. 12 (4), p. 429–458.
- Scheper-Nughes N. *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California, 1992. P. 547.
- Singh A. and Kaur A. Epilepsy in rural Hatyana-Prevalince and treatment seeking behaviour // *Journal of the Indian Medical Assotiation*. 1997, February, vol. 95 (2), p. 37–39.
- Skurdo mažinimo Lietuvoje strategija. Vilnius, 1999. P. 6–10.

Sorofalo G. Socioeconomic Status and Chronic Stress: Does Stress Account for SES Effects on Health? *Annals of the New York Academy of Science*. 1999, vol. 896, p. 131–144.

Sveikata visiems 21 amžiuje. Sveikatos apsaugos ministerija.

Tong S., von Schirnding Y. E., and Prapamontol T. Environmental lead exposure: A public health problem of global dimension // *Bulletin of the World Health Organisation*. 2000, vol. 78 (9), p. 1068–1077.

Turner J. B. Economic context and the health effects of unemployment // *Journal of Health and Social Behaviour*. 1995, vol. 36, p. 213–229.

Weich S., Lewis G. Maternal standard of living, social class and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1998, vol. 52, p. 8–10.

Weich S., Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study // *British medical journal*. 1998, November, vol. 316, issue 7151, p. 5, 115.

Whitley E. Ekological study of social fragmentation, poverty, and suicide // *British Medical Journal*. 1999, October 16, p. 14–21.

World Health Report 2001 – Mental Health – New Understanding, New Hope. World Health Organization, 2001.

POVERTY AS A RISK FACTOR OF MENTAL HEALTH PROBLEMS

Dainius Pūras, Robertas Povilaitis, Jelena Stanislavovienė

Summary

Health care specialists all over the world are entirely preoccupied with the growing distance between people's health and their socio-economic level. In 1997 established International Poverty and Health Organization suggests to struggle against the problem by various means and one of them encompasses the possibility to include information how socio-economical differences affect people's health into health care specialists training curricula. In many other countries respective studies are being carried out or are already done.

Goal of the work: to detect the link between poverty and mental health problems.

Methodology: The survey was done using the questionnaire created especially for this study and it was composed of 3 parts: demographic data, indicators of

socio-economical status, mental health data. 1231 person were randomly selected and interviewed.

Results: Correlation between incomes and mental health problems is established as follow: the strongest positive correlation ($r_s = 0,321$) is between incomes and moods and the strongest negative correlation ($r_s = -0,368$) is between incomes and how often people is in the state of sad and blue. It is established that there is a statistically reliable difference between answers to the questions about state of mental health of people who are in all poverty risk groups and who are not. It is also established that those who can not satisfy their minimal needs more often mark answers showing worse state of mental health.

Gauta 2003 10 06