

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ
ΤΟΥΣ ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

Επιβλέπων καθηγητής
κ. ΟΔΥΣΣΕΑΣ ΜΟΥΖΑΣ, Επ. Καθηγητής Ψυχιατρικής

Μέλη: Μπονώτης Κων/νος, Λέκτορας Ψυχιατρικής
Τσιούρη Ιωάννα, Ψυχολόγος

ΒΑΜΒΑΚΑ Ν. ΕΥΔΟΞΙΑ

Μεταπτυχιακή Διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική
εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του
Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας »
του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2013

Υπεύθυνη δήλωση

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στη διπλωματική εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

ΛΑΡΙΣΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2013

Ευχαριστίες

Θεωρώ χρέος μου να ευχαριστήσω πολύ τον καθηγητή κ. Οδυσσέα Μουζά για την αμέριστη ηθική υποστήριξη του και τις εποικοδομητικές του παρατηρήσεις κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσης εργασίας. Επίσης, για το ενδιαφέρον του, το ήθος του και τις συμβουλές του προς εμένα σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος. Επίσης θα πρέπει να ευχαριστήσω και τον κ. Μιχάλη Βενιζέλο, για την πολύτιμη καθοδήγηση και τη βοήθεια που μου παρείχε κατά τη διάρκεια σύνταξης του εργαλείου-ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα. Τέλος οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους φίλους μου για την ηθική συμπαράσταση που μου προσέφεραν όλο αυτό το διάστημα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές, νευρολογικές και συμπεριφορικές διαταραχές ανέρχονται σε εκατοντάδες εκατομμύρια. Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν σχεδόν το 12 % του παγκόσμιου πληθυσμού. Επιπλέον, το 10% των μακροχρόνιων προβλημάτων υγείας ξεκινούν από ψυχικές είτε από συναισθηματικές αιτίες

Στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα μελέτης έδειξαν ότι από σχιζοφρένεια πάσχουν περίπου 100.000 άτομα, από κατάθλιψη 200.000 άτομα, ενώ συνολικά από κάποια ψυχονοητική διαταραχή πάσχουν περί τα 750.000 άτομα. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονισθεί η σημασία της πρωτοβάθμιας ψυχικής μέριμνας και ο ρόλος του γενικού ιατρού. Έχει βρεθεί ότι περίπου 50% των ασθενών με ψυχικά προβλήματα που επισκέπτονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παραμένουν αδιάγνωστοι.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανίχνευση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στην αντιμετώπιση των υπαρχόντων και αναδυόμενων προβλημάτων ψυχικής υγείας από άποψη ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης των γενικών γιατρών και υπό το πρίσμα της λογικής της ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια μελέτη επισκόπησης, έρευνα πεδίου. Η έρευνα έγινε με τη χρήση εργαλείου - ερωτηματολογίου και με ποσοτική μέθοδο ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων. Από τους γενικούς γιατρούς του δείγματος το 68,5% δηλώνει την ανεπαρκή εκπαίδευση ως λόγο μη ενασχόλησης και παραπομπής των ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Ένα σημαντικό πρόβλημα που έχει διαπιστωθεί είναι εκείνο του συντονισμού των υπηρεσιών. Αναφορικά με την συνεργασία και σύνδεση με δομές κοινωνικής φροντίδας και ψυχικής υγείας, τα άτομα του δείγματος της παρούσας μελέτης δηλώνουν ότι αυτή δεν είναι επαρκής σε ποσοστό 53,7%. Η μη αναγνώριση των ψυχιατρικών διαταραχών από τους γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να στερήσει την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση από ένα μεγάλο αριθμό ασθενών (Barlow et al., 2005· Douma et al., 2006· Issakidis & Andrews, 2003· Ormel et al., 1990, 1991). Για να διορθωθεί αυτό οι γενικοί γιατροί πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε να αποκτήσουν δεξιότητες με ασθενείς με συνήθεις ψυχικές διαταραχές. Το τρίμηνο άσκησης στην ψυχιατρική,

που συμπεριλήφθηκε στην ειδικότητα των γενικών γιατρών τα τελευταία χρόνια, φαίνεται να βοήθησε τους τελευταίους να μη «φοβούνται» τους ψυχικά ασθενείς δεν είναι όμως αρκετό. Η ψυχική υγεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά προγράμματα της ΠΦΥ και να υπάρχει επιμόρφωση, ώστε να βελτιώνεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Λέξεις κλειδιά : πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ψυχικά ασθενείς, ψυχική υγεία, ψυχιατρική μεταρρύθμιση

ABSTRACT

Millions of people, worldwide, suffer from neurological and psychiatric disorders. Mental disorders affect 12% of the world's population, while mental and psychological problems are the main cause of at least 10% of all health problems in general.

In Greece, a major study showed that 100.000 people suffer from schizophrenia, and 200.000 people suffer from depression. In total, 750.000 people suffer from some kind of mental illness. At this point, one must emphasize the importance of a general practitioner (GP) in the management of mental disorders. About 50% of mentally ill patients are misdiagnosed when they refer to primary health care units.

The aim of the present study is to evaluate the effectiveness of the primary health care services in the management of the current and emerging mental health problems, in correlation to the awareness and training of GP's and in combination to the integration of mental health in Primary Care.

This is an observational study, which uses a questionnaire that was analyzed with quantity methods analysis. 68,5 % of the GP's that took part in the present study, state that they underwent insufficient training in managing mental disorders.

Another major issue is that of the lack of coordination between health care units. 53,7% of the GP's, who participated in the present study, feel that they have no link or collaboration with psychiatric services. Misdiagnosis of psychiatric disorders from the GP's could deprive many patients of the proper therapeutic management (Barlow et al., 2005· Douma et al., 2006· Issakidis & Andrews, 2003· Ormel et al., 1990, 1991). A three month educational programme, in managing psychiatric disorders, which is already included in the GPs residency, is not enough. In order to avoid undertreated mentally ill patients the GPs should undergo a more intense educational and training programme.

Key words: primary health care, mentally ill patients, mental health, psychiatric reform

Περιεχόμενα

Υπεύθυνη δήλωση	σελ.2
Ευχαριστίες	σελ.3
Περίληψη	σελ.4
Abstract	σελ.6
Περιεχόμενα	σελ.7
Εισαγωγή	σελ.8
Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας	σελ.9
<i>Η ελληνική πραγματικότητα</i>	σελ.9
<i>Η πρωτοβάθμια ψυχική μέριμνα και ο ρόλος του γενικού ιατρού</i>	σελ.10
<i>Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα</i>	σελ.14
<i>Η κατάθλιψη και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπισή της</i> ...	σελ.16
<i>Η διαχείριση της ψυχικής νόσου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας</i>	σελ.18
<i>Σκοπός της παρούσας μελέτης</i>	σελ.19
Μεθοδολογία-σχεδιασμός	σελ.20
Αποτελέσματα	σελ.26
Συζήτηση ...	σελ.48
Συμπεράσματα	σελ.59
Επίλογος	σελ.67
Βιβλιογραφία	σελ.70

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ψυχικές, νευρολογικές και οι σχετιζόμενες με τη συμπεριφορά διαταραχές απαντώνται συχνά σε ολόκληρο τον κόσμο. Τα άτομα που πάσχουν από αυτές τις διαταραχές είναι συχνά κοινωνικά απομονωμένα, έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής και αυξημένη θνησιμότητα. Οι διαταραχές αυτές προκαλούν μεγάλο οικονομικό και κοινωνικό κόστος.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές, νευρολογικές και συμπεριφορικές διαταραχές ανέρχονται σε εκατοντάδες εκατομμύρια. Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν σχεδόν το 12 % του παγκόσμιου πληθυσμού. Επιπλέον, το 10% των μακροχρόνιων προβλημάτων υγείας ξεκινούν από ψυχικές είτε από συναισθηματικές αιτίες. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη το 2002 ήταν 154 εκατομμύρια, τα άτομα με σχιζοφρένεια 25 εκατομμύρια, ενώ 95 εκατομμύρια έπασχαν από διαταραχές σχετιζόμενες με κατάχρηση αλκοόλ.

Σύμφωνα πάντα με την ίδια πηγή, υπολογίζεται ότι περίπου 877.000 άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο και 1 στους 4 ασθενείς που επισκέπτονται κάποια υπηρεσία υγείας πάσχει από τουλάχιστον 1 ψυχική, νευρολογική ή σχετιζόμενη με τη συμπεριφορά διαταραχή.

Οι πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές στην ΕΕ είναι οι φοβίες και η κατάθλιψη, η αντιμετώπιση των οποίων παρουσιάζει σημαντικές διαφορές τόσο μεταξύ των κρατών μελών όσο και στο εσωτερικό της κάθε χώρας, ενώ οι πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται είναι συχνά μεμονωμένες. Τα στοιχεία που μας παρέχει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι ανησυχητικά: υπολογίζει ότι ως το

2020 η κατάθλιψη, σε παγκόσμιο επίπεδο, θα είναι η δεύτερη σημαντική αιτία ανικανότητας προς εργασία. Το 25% των Ευρωπαίων πολιτών θα βιώσει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας στη διάρκεια της ζωής του. Το 27% του πληθυσμού των ενηλίκων της Ευρώπης -δηλαδή 93 εκατομμύρια άτομα- πλήττεται από προβλήματα ψυχικής υγείας. Όσο για το κόστος, στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι θα φθάσει τα 240 δισ. ευρώ ετησίως, ενώ το κόστος στην παραγωγικότητα ανέρχεται στα 136 δισ. ευρώ, συμπεριλαμβανομένων και των αναρρωτικών αδειών.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η ελληνική πραγματικότητα

Εξετάζοντας την ελληνική πραγματικότητα στο χώρο της υγείας ανακαλύπτει κανείς αντιφατικά χαρακτηριστικά. Σε αντίθεση με τις αρνητικές δημογραφικές εξελίξεις, οι δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού διατηρούνται σε ικανοποιητικά επίπεδα, γεγονός που δεν αποδίδεται στην υψηλή πολιτική προτεραιότητα, τον αποτελεσματικό συντονισμό δράσης ή την εποικοδομητική κοινωνική συμμετοχή, αλλά σχετίζεται κυρίως με παράγοντες όπως οι συνθήκες διαβίωσης και διατροφής του παρελθόντος. Ιστορικές, πολιτισμικές και πολιτικές αιτίες συνέβαλλαν στην Ελλάδα για την καθυστερημένη αναγνώριση του αγαθού της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος και για την αργή διαδικασία ενσωμάτωσης της πολιτικής υγείας στη συλλογική κρατική κοινωνική ευθύνη (Venieris, 1997). Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983, αποτέλεσε το ορόσημο τόσο για την πολιτική υγείας, όσο και για την κοινωνική πολιτική στη χώρα (Philalithis, 1986; Kent, 1989). Οι νομοθετικές ρυθμίσεις περιελάμβαναν την αποκέντρωση και την εισαγωγή ενός ενιαίου λειτουργικού πλαισίου ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, την αναμόρφωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και συνοδεύτηκε από τάσεις

διεύρυνσης των δαπανών υγείας, με κάθετη αναδιανομή των πόρων στην κατεύθυνση της κοινωνικής δικαιοσύνης (Ζηλίδης, 2005). Τις δεκαετίες του '80 και '90, υπό το πρίσμα μεγάλων επιδημιολογικών μελετών σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), αναδείχθηκε η πραγματική διάσταση του προβλήματος. Στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα μελέτης (2004) έδειξαν ότι από σχιζοφρένεια πάσχουν περίπου 100.000 άτομα, από κατάθλιψη 200.000 άτομα, ενώ συνολικά από κάποια ψυχονοητική διαταραχή πάσχουν περί τα 750.000 άτομα. Η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στη ΠΦΥ είναι αυξανόμενη, με τις αγχώδεις διαταραχές να εμφανίζονται ως και στο 25% του πληθυσμού (Φωτιάδου και συν, 2004).

Σημαντικό στοιχείο των αποτελεσμάτων της πλειοψηφίας των μελετών είναι ότι η αναγνώριση των συνήθων ψυχικών διαταραχών από τους ιατρούς της ΠΦΥ ήταν καλύτερη στις χώρες με καλά αναπτυγμένο σύστημα ΠΦΥ (Mant et al, 2004).

Ένας άλλος παράγων που καθιστά την ψυχική υγεία θέμα άμεσης προτεραιότητας είναι η γήρανση του πληθυσμού παγκοσμίως αλλά ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Ελλάδα. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβιώσεως συνεπάγεται και αύξηση των νόσων φθοράς του οργανισμού, και στην περίπτωση των νευροψυχιατρικών νοσημάτων, της νόσου Alzheimer και των άλλων ανοϊκών καταστάσεων. Έχει από πολλές πλευρές επισημανθεί ότι, λόγω της δημογραφικής γήρανσης, πρέπει η ψυχιατρική να επικεντρωθεί περισσότερο στις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που συνοδεύουν το γήρας (κατάθλιψη, παρανοειδείς καταστάσεις, ανοϊκές καταστάσεις) και η κρατική πρόνοια να επικεντρωθεί επιλεκτικά στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες αυτής της πληθυσμιακής ομάδας.

Η σημασία της πρωτοβάθμιας ψυχικής μέριμνας και ο ρόλος του γενικού ιατρού

Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονισθεί η σημασία της πρωτοβάθμιας ψυχικής μέριμνας και ο ρόλος του γενικού ιατρού. Έχει βρεθεί ότι περίπου 50% των ασθενών με ψυχικά προβλήματα που επισκέπτονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παραμένουν αδιάγνωστοι. Αυτό οφείλεται ασφαλώς στην ανεπαρκή εκπαίδευση των γενικών γιατρών αλλά και σε άλλους παράγοντες, όπως είναι η ανυπαρξία «προσωπικού» γιατρού που να γνωρίζει τα προβλήματα του ασθενούς, η απουσία συστήματος συνεντεύξεων (ραντεβού) η απουσία συνέχειας της φροντίδας (continuity of care), δηλ. παρακολούθηση του ασθενούς από την ίδια ομάδα θεραπειών. Συντελεί επίσης και η εγγενής δυσκολία αναγνώρισης ορισμένων ψυχικών νοσημάτων (τυπικό παράδειγμα η κατάθλιψη) που εκφράζονται με ατυπία, κυρίως μέσα από σωματικά κανάλια (πόννοι και άλλες υποχονδριακές αιτιάσεις, αλκοολισμός, αϋπνία, μείωση της libido, εξάρτηση από ουσίες κλπ).

Η διάγνωση ψυχιατρικών προβλημάτων στην πρώιμη φάση της νόσου καθιστά την θεραπεία εφικτή και την πρόγνωση καλύτερη, συντελεί στην αποτροπή βαρύτερων συνεπειών της νόσου και επιτρέπει τη διάγνωση και θεραπεία καταστάσεων που ενδεχομένως δεν θα έφθαναν ποτέ στον ειδικό γιατρό. Οι διαπιστώσεις αυτές συνηγορούν για την απαρτίωση των υπηρεσιών σωματικής και ψυχικής υγείας σε ένα ενιαίο σύστημα στο επίπεδο της κοινότητας. Σύμφωνα με τη διακήρυξη του ΠΟΥ με τίτλο «Εντάσσοντας την Ψυχική Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μία Παγκόσμια Προοπτική», η ένταξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη θα φέρει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πιο κοντά στα σπίτια των ανθρώπων, συμβάλλοντας έτσι στη διατήρηση των συνεκτικών δεσμών της οικογένειας και καταπολεμώντας το στίγμα που θα προέκυπτε αν χρησιμοποιούσε κανείς την εναλλακτική λύση της εισαγωγής σε νοσοκομείο. Τονίζεται ακόμη η οικονομική προσφορότητα της λύσης αυτής.

Η ψυχική υγεία επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα στην οικογένεια, στο σχολείο, στους χώρους εργασίας και αναψυχής. Η καλή ψυχική υγεία συμβάλλει στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη καθώς και στην ευημερία του ανθρώπου. Η κακή ψυχική υγεία μπορεί να υποβαθμίσει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η κατάσταση αυτή όχι μόνον αποτελεί πρόβλημα για τον τομέα της υγείας, αλλά συγκαταλέγεται ανάμεσα στους τρεις κυριότερους λόγους απουσίας από την εργασία, ενώ αποτελεί σημαντική αιτία για πρόωρη συνταξιοδότηση ή αναπηρική σύνταξη. Δημιουργεί επίσης σημαντικές δαπάνες που επιβαρύνουν την κοινωνία και το οικονομικό, εκπαιδευτικό, ασφαλιστικό, ποινικό και δικαστικό σύστημα.

Για την Ευρώπη το οικονομικό κόστος από τη μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση ψυχικών ασθενειών είναι της τάξης των 240 δις ευρώ ανά έτος. Επιπροσθέτως, υπολογίζεται ότι στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι πολυδιάστατες επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στοιχίζουν περίπου το 3 με το 4% του ΑΕΠ. Επίσης, οι ψυχικές διαταραχές στο σύνολό τους αποτελούν την κύρια αιτία της πρόωρης συνταξιοδότησης και των συντάξεων αναπηρίας, ενώ το κοινωνικό κόστος (διάλυση οικογενειών, απώλεια εργασίας, ανεργία, αυτοκτονίες, πράξεις βίας κ.λπ.) δεν μπορεί να υπολογισθεί. Παρ' όλα αυτά, η ψυχική νόσος παραμένει ο φτωχός συγγενής των διαφόρων συστημάτων υγείας, έτσι ώστε να μην ικανοποιούνται ούτε στοιχειωδώς οι ανάγκες των πασχόντων και των οικογενειών τους.

Οι κυβερνήσεις των χωρών της ΕΕ έχουν την κύρια ευθύνη για τη λήψη μέτρων στον τομέα της ψυχικής υγείας. Οι ευρωπαϊκές πολιτικές στοχεύουν στην προστασία και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας, στην ευαισθητοποίηση του κοινού στα προβλήματα που η τελευταία συνεπάγεται, στη δημιουργία ενός πανευρωπαϊκού πλαισίου συνεργασίας και ανταλλαγής ορθών πρακτικών - μεταξύ κυβερνήσεων και

συναφών τομέων - και στο συντονισμό των διαφόρων πολιτικών, πρακτικών και ερευνητικών δραστηριοτήτων.

Τα παραπάνω αποτελούν στόχους του Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Ψυχική Υγεία και την Καλή Ψυχική Κατάσταση, το οποίο έχει 5 προτεραιότητες:

- **πρόληψη της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας**
- **ψυχική υγεία των νέων και εκπαίδευση**
- **ψυχική υγεία στο χώρο εργασίας**
- **ψυχική υγεία ηλικιωμένων**
- **καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού**

Οι ψυχικές διαταραχές είναι στην πλειοψηφία τους αντιμετωπίσιμες, εφόσον γίνεται σωστή χρήση των διαθέσιμων θεραπειών. Ωστόσο, η αντιμετώπιση καθίσταται δύσκολη στις περιπτώσεις κατά τις οποίες είτε δεν γίνεται σωστή διάγνωση της σοβαρότητας της διαταραχής, είτε δεν κατανοούνται σωστά τα οφέλη που προκύπτουν από τις υπηρεσίες θεραπείας των ψυχικών ασθενειών. Έτσι, αν και αποτελούν αρκετά συχνό πρόβλημα (27% των ενηλίκων ευρωπαϊών πολιτών μια φορά τουλάχιστον στη ζωή τους υπέφεραν από κακή ψυχική υγεία), 60 -65% απ' αυτούς που υποφέρουν δεν λαμβάνουν ακριβή διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία.

Η σωματική και η ψυχική υγεία είναι αλληλένδετες. Υπάρχει επιπλέον πραγματική ανάγκη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των ατόμων με χρόνιες σωματικές ασθένειες και σωματικής φροντίδας της ψυχικής υγείας των καταναλωτών μέσα από μια συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα. Στις περισσότερες χώρες, ιδιαίτερα αυτές του χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρουσιάζουν σοβαρή έλλειψη πόρων - ανθρώπινων και οικονομικών. Από τους πόρους υγειονομικής περίθαλψης που είναι διαθέσιμοι, οι περισσότεροι επί του παρόντος δαπανώνται για την εξειδικευμένη θεραπεία και τη φροντίδα των ατόμων με ψυχική ασθένεια, και σε μικρότερο βαθμό για την παροχή

ολοκληρωμένου ενός συστήματος ψυχικής υγείας. Αντί για την παροχή περίθαλψης σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι χώρες πρέπει να ενσωματώνουν την ψυχική υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, να παρέχουν φροντίδα σε γενικά νοσοκομεία και να προωθούν την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα είναι ενταγμένες σε κάθε κοινότητα. Ακόμη λιγότερη χρηματοδότηση είναι διαθέσιμη για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, έναν γενικό όρο που καλύπτει μια ποικιλία στρατηγικών, όλα με στόχο την θετική επίδραση στην ψυχική υγεία και την ευημερία γενικότερα. Δυστυχώς, οι περισσότερες από τις χώρες αυτές επενδύουν μόνο το 1% του προϋπολογισμού τους για την υγεία στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Κατά συνέπεια, δεν δίδεται προτεραιότητα στις πολιτικές για την ψυχική υγεία, τη σχετιζόμενη νομοθεσία και τις μονάδες κοινοτικής φροντίδας και αντιμετώπισης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Παράλληλα, είναι πολύ σημαντικό να διαπιστώσουμε ότι έμφαση πρέπει να δοθεί στην προώθηση της ψυχικής υγείας σε όλη τη διάρκεια της ζωής για να διασφαλιστεί ένα υγιές ξεκίνημα στη ζωή για τα παιδιά και για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή και το γήρας.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Έχοντας ως κύριο στόχο του την εφαρμογή των αρχών της κοινοτικής ψυχιατρικής, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει ξεκινήσει και υλοποιεί με σταθερούς ρυθμούς ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας.

Το σημαντικό αυτό πρόγραμμα χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους, και στόχο έχει την παροχή σύγχρονων, ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ειδικότερα:

- Την παροχή υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν την υγεία ως ολότητα, χωρίς διαχωρισμούς μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας και που δεν υποβοηθούν ή αναπαράγουν κοινωνικούς στιγματισμούς και αποκλεισμούς
- Την αποασυλοποίηση, αποϊδρυματοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών
- Την πρόληψη, μέριμνα, φροντίδα και περίθαλψη από εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό, κοντά στον τόπο διαμονής των ασθενών

Μέσα στο πλαίσιο αυτό υλοποιήθηκαν και υλοποιούνται δράσεις οι οποίες αφορούν:

- Στην ανάπτυξη κοινοτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με την δημιουργία και τη στήριξη υποδομών και υπηρεσιών παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τη στήριξη της δευτεροβάθμιας περίθαλψης με εξειδικευμένες μονάδες ενταγμένες στο υπάρχον σύστημα δευτεροβάθμιας περίθαλψης
- Στην ενίσχυση της αποασυλοποίησης με την δημιουργία μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένα διαμερίσματα)
- Στην επαγγελματική αποκατάσταση και εργασιακή ένταξη των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, με την λειτουργία εργαστηρίων κατάρτισης και απασχόλησης αλλά και κοινωνικών συνεταιρισμών περιορισμένης ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) που στόχο έχουν την δημιουργία θέσεων απασχόλησης των ατόμων αυτών
- στην υλοποίηση του νέου αναθεωρημένου δεκαετούς Εθνικού Σχεδίου Δράσης «Ψυχαργώ», με βάση τις σύγχρονες ανάγκες αλλά και την εμπειρία που αποκομίστηκε από τις προηγούμενες εφαρμογές του
- στην ενεργοποίηση του θεσμού της τομεοποίησης με στόχο τη βελτιστοποίηση της εποπτείας και αξιολόγησης του έργου των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

- στην ανάπτυξη επιδημιολογικού χάρτη της Ελλάδος για ενήλικες και ανηλίκους, για την καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης ψυχικών νόσων, με στόχο την βελτιστοποίηση του σχεδιασμού της αντιμετώπισής τους
- στον εξορθολογισμό και στη χρηστή διαχείριση των πόρων, εθνικών και κοινοτικών, που διατίθενται για την ψυχική, με την ενεργοποίηση μηχανισμών ελέγχων.

Τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα της προσπάθειας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά: το σύνολο των μονάδων ψυχικής υγείας στη χώρα έχουν υπερδιπλασιαστεί σε σχέση με το 2000, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις (ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία παιδών και εφήβων), η αύξηση φτάνει το 77%.. Παράλληλα, οι δομές αποασυλοποίησης (ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα) ανέρχονται σήμερα σε 452 (από 146 το 2000), ενώ τόσο ο αριθμός των ενοίκων των δομών αυτών, όσο και του απασχολούμενου σε αυτές προσωπικού παρουσιάζει κάθετη αύξηση (3689 ένοικοι και 4343 εργαζόμενοι το 2008 σε σχέση με μόλις 1289 και 1589 αντίστοιχα, έξι χρόνια νωρίτερα).

Παράλληλα, στον άξονα που αφορά στην επαγγελματική αποκατάσταση των χρόνια ασθενών με ψυχικές νόσους, έχουν συσταθεί μέχρι σήμερα 13 ΚοιΣΠΕ, σε διάφορες περιοχές της χώρας, με 162 συνολικά εργαζόμενους ασθενείς. Οι συνεταιρισμοί αυτοί συντελούν ουσιαστικά τόσο στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, όσο και στην ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο με ίσους όρους, ενώ παράλληλα συμβάλλουν στην ταχύτερη θεραπεία και αποκατάστασή τους

Η κατάθλιψη και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπισή της

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή και αναμένεται κατά τα επόμενα 20 χρόνια να έχει αυξητικές τάσεις. Σύμφωνα με τα στοιχεία του

Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η κατάθλιψη παγκοσμίως κατέχει σήμερα την 4^η θέση, από πλευράς απώλειας ετών ζωής, απαλλαγμένων από αναπηρία και κοινωνική δυσλειτουργία, ενώ το 2020, θα καταλάβει τη 2^η θέση στις δυτικές κοινωνίες και την 1^η ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή της ζωής τους σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία, ενώ στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι 25% των ανδρών (περίπου 850.000 Έλληνες) και το 33% των γυναικών (περίπου 1,1 εκ Ελληνίδες) πάσχουν από ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη.

Μέσα στο πλαίσιο του προγράμματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, που έχει κατατεθεί και υλοποιείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει σαν βασικούς στόχους την πρόληψη, τη φροντίδα και θεραπευτική αγωγή, την αντιμετώπιση του στιγματισμού και των διακρίσεων εις βάρος ατόμων με ψυχικές διαταραχές και τη βελτίωση της πληροφόρησης για θέματα ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό ενθαρρύνονται δράσεις που αφορούν στη βελτίωση της γονικής συμπεριφοράς, την ενθάρρυνση πνεύματος συνεργασίας στο εργασιακό περιβάλλον και την προώθηση των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης, της κοινωνικής ένταξης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Αναλυτικότερα, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης συνίσταται:

- Στην καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού, των προκαταλήψεων και της απομόνωσης, καθώς και την κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών.
- Στον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου κατάθλιψης και τη μείωση των περιστατικών κατάθλιψης.
- Στην εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες πρόληψης, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.

- Στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την υποβοήθηση των ατόμων με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
- Στην καθολική εξασφάλιση του δικαιώματος στην πρόωμη παρέμβαση και θεραπεία.
- Στη βελτίωση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, ώστε να ανταποκρίνονται σωστά σε άτομα που ζητούν βοήθεια.
- Στην εξασφάλιση επιπλέον οικονομικών πόρων για προληπτική πολιτικήμέσα από την οργανωτική αναδιάρθρωση του συστήματος.
- Στη δημιουργία σταθερού πλαισίου συνεργασίας και εμπλοκής με όλους τους συναρμόδιους φορείς, τον κόσμο της παραγωγής και της εργασίας για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Στην ενίσχυση της έρευνας σε εθνικό επίπεδο για την καλύτερη κατανόηση της κατάθλιψης και των επιρροών της στη δημόσια υγεία και την κοινωνική συνοχή.

Η διαχείριση της ψυχικής νόσου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η ΠΦΥ είναι ο ιδανικός χώρος για την ταυτόχρονη παροχή γενικών ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών. Η διεπιστημονική συνεργασία κρίνεται απαραίτητη στις περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζουν ψυχιατρική συμπτωματολογία η οποία οδήγησε δευτερογενώς σε σωματική παθολογία, σε ασθενείς με εμφανή σωματικού τύπου συμπτωματολογία, η οποία όμως μπορεί να υποκρύπτει στη βάση της ψυχολογικά αίτια (και σε ασθενείς με αμιγώς σωματική παθολογία, της οποίας όμως η ένταση, η κατάληξη ή τα συμπτώματα, καθιστούν απαραίτητη τη συμβολή του ειδικού ψυχικής υγείας προκειμένου να υποστηριχθεί το πάσχον άτομο (Minas, 1991; Caplan, 1993).

Η κλινική εμπειρία διδάσκει ότι τόσο η αποδοχή των ψυχολογικών διαταραχών όσο και η αναζήτηση θεραπείας στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας μειώνουν το στίγμα της ψυχιατρικής νόσου, σε αντίθεση με το ψυχιατρείο (Ποταμιάνος, 2005). Η πρόωμη εκτίμηση και αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών, καθώς και η αγωγή κοινότητας, αποτελούν πρωταρχικούς στόχους για να είναι ομαλή η μετάβαση του πάσχοντος, έτσι ώστε από την πρωτοβάθμια φροντίδα, να μπορεί στη συνέχεια να γίνει χρήστης των λοιπών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Μαυρατζώτου, 2003; Serrano-Blanco et al, 2010).

Σημαντικός αναδεικνύεται ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος πλεονεκτεί λόγω της προσιτότητάς του, της έγκαιρης διάκρισης ασυνήθιστων συμπεριφορών και πρόληψής τους και της δυνατότητας συνεχούς παρακολούθησης και υποκίνησης του οικείου περιβάλλοντος του ασθενή για βοήθεια (Rafferty, 1998). Το δίκτυο αυτό των δομών Ψυχικής Υγείας απαιτεί, εκτός της κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής, ένα πλήθος ειδικοτήτων επαγγελματιών (ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, παιδαγωγοί και άλλοι), αλλά και μια ανθρωποκεντρική αντίληψη των επαγγελματιών αυτών για τον ψυχικά ασθενή (Τσιάντης, 2001). Η τελευταία αυτή αναγκαιότητα επιβάλλει σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την εκπαίδευση και δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας καθώς και τις μεθόδους και τις διαδικασίες μεταφοράς τεχνογνωσίας. Προϋποθέτει επίσης την στήριξη των τοπικών κοινωνιών και αρχών, την υπέρβαση του φόβου για την ψυχική ασθένεια που έχουν διαμορφώσει οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα, προκειμένου σταδιακά να εξαλειφθεί το κοινωνικό στίγμα για τον ψυχικά ασθενή και την οικογένειά του (Γεωργιάδης, 2003; Μπέλλος, 2009).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανίχνευση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στην αντιμετώπιση των υπάρχοντων και αναδυόμενων

προβλημάτων ψυχικής υγείας από άποψη ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης των γενικών γιατρών και υπό το πρίσμα της λογικής της ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Η μέθοδος της έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια μελέτη επισκόπησης, έρευνα πεδίου. Η έρευνα έγινε με τη χρήση εργαλείου - ερωτηματολογίου και με ποσοτική μέθοδο ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων.

Διαδικασία έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο έως τον Απρίλιο του 2012.

Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας ήταν Γενικοί ιατροί Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών ιατρείων. Προκειμένου να συλλεχθεί δείγμα από τον πληθυσμό στόχο επιλέχθηκε ως μελέτη περίπτωσης η περιοχή των νομών Μαγνησίας και Λάρισας της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Αρχικά επιλέχθηκαν τα Κέντρα Υγείας που θα συμμετείχαν στην έρευνα και ακολούθως το σύνολο των Γενικών Ιατρών που απασχολούνται στα ΚΥ που επιλέχθηκαν. Τα ΚΥ ήταν τα ακόλουθα: Αλμυρού, Βελεστίνου, Φαρσάλων, Αργαλαστής, Ελασσόνας, Αγιάς και Τυρνάβου.

Στους Γενικούς Ιατρούς των παραπάνω ΚΥ διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν έτσι ώστε να έχουν σαφήνεια. Επίσης, τηρήθηκαν ορισμένοι κανόνες δεοντολογίας. Οι Ιατροί ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, συμμετείχαν εκούσια, οι απαντήσεις των

ατόμων έγιναν σεβαστές και υπήρξε απόλυτη εχεμύθεια. Ολόκληρο το εργαλείο της έρευνας παρατίθεται στο Παράρτημα.

Κατά την διανομή του ερωτηματολογίου έγιναν να τα ακόλουθα:

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από την ερευνήτρια σε κάθε ΚΥ και σε κάθε επιλεγμένο άτομο του δείγματος, μετά από ενημέρωση του ΚΥ.

Σε κάθε ιατρό γίνονταν ενημέρωση για το στόχο της έρευνας από την ερευνήτρια και στην συνέχεια οι ιατροί συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, τα οποία συγκεντρώθηκαν από την ερευνήτρια την επόμενη ημέρα της διανομής.

Η συμπλήρωση ερωτηματολογίων έγινε ατομικά (εφαρμογή ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς με συμπλήρωση χωρίς την συμπλήρωση από συνεντεύκτη). Κατόπιν τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια συγκεντρώνονταν.

Ο χρόνος συμπλήρωσης εκτιμάται στα 8 min.

Συμμετέχοντες

Συνολικά διανεμήθηκαν 70 ερωτηματολόγια και συγκεντρώθηκαν 54. Η ανταπόκριση κρίνεται ικανοποιητική (77,1%).

Το άτομα είχαν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

Η κατανομή ως προς το φύλο προκύπτει ότι οι γυναίκες είναι το 57,4% και άνδρες 42,6%.

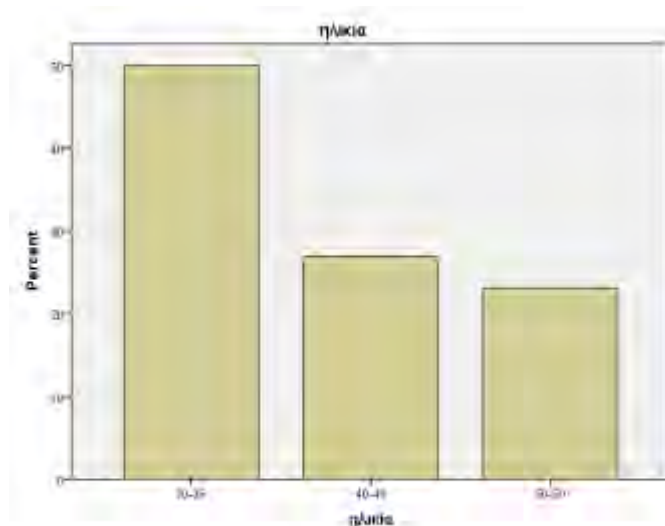
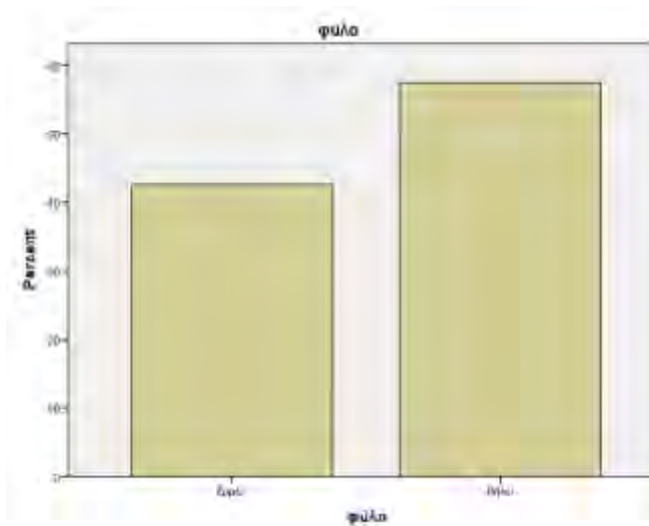
Αναφορικά με την ηλικία, το 50% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30-39 ετών, και το 26,9% είναι στην ομάδα 40-49 ετών. Το μικρότερο ποσοστό 23,1% εμφανίζεται στις ηλικίες άνω των 50 ετών.

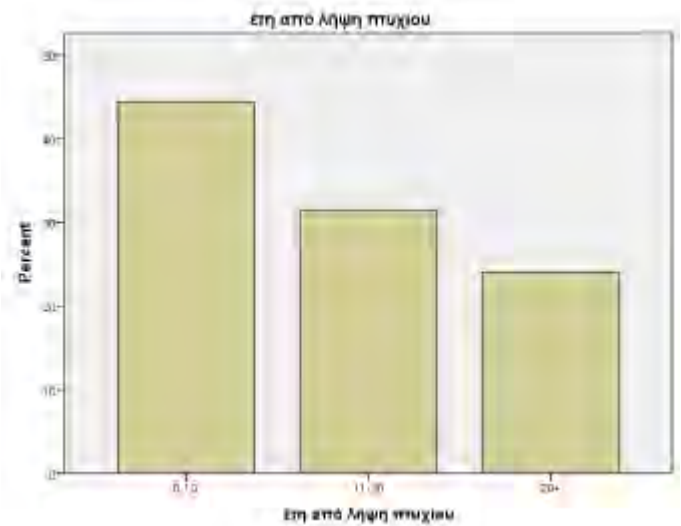
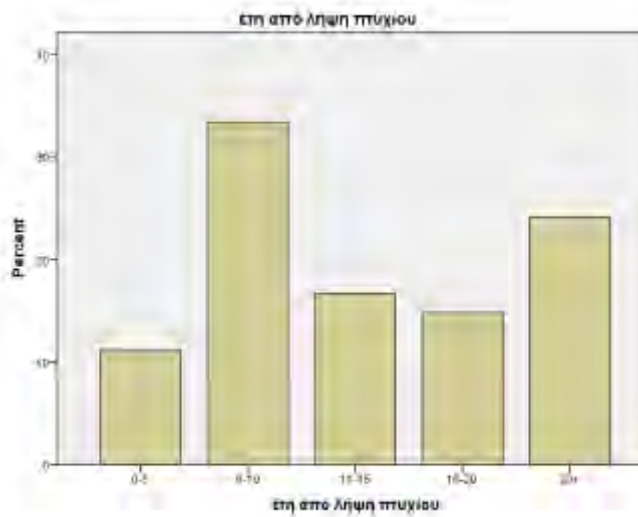
Αναφορικά με τα έτη από τη λήψη του πτυχίου το 33% δήλωσε από 6 έως 10 έτη με το αθροιστικό ποσοστό των ετών 0 έως 10 έτη να είναι 44,4%. Το επόμενο ποσοστό 31,5% δηλώνεται στην περίοδο 10-19 έτη και τέλος το 24,1% δηλώνει περισσότερο από 20 έτη.

Αντίστοιχα το 52,8% δηλώνει ότι έχει αποκτήσει ειδικότητα το πολύ την τελευταία 5ετία.

Τέλος, αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, την Θεσσαλία δήλωσε σχεδόν το σύνολο των ατόμων του δείγματος (96,2%)

Ακολουθούν πίνακες κατανομών συχνοτήτων και ποσοστών, πίνακες μέτρων θέσης και διασπορών (μέσων τιμών και διασποράς) καθώς και υποστηρικτικά γραφήματα.





Εργαλείο συλλογής

Α ΕΡΓΑΛΕΙΟ:

Για την συλλογή του υλικού χρησιμοποιήθηκε εργαλείο το οποίο αποτελείται από ερωτήσεις σε 5 ενότητες:

- A. δημογραφικά στοιχεία
- B. είδη ψυχιατρικών περιστατικών
- Γ. χειρισμός περιστατικών
- Δ. Χαρακτηριστικά παραπομπής
- Δ1. Κατάθλιψη
- E. Εκπαίδευση

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία αυτά είναι:

- Φύλο
- Ηλικία
- Έτη από λήψη πτυχίου
- Έτη από λήψη ειδικότητας
- Τρίμηνο ψυχιατρικής κατά την ειδικότητα

Αναφορικά με τα είδη, ζητείται να προσδιοριστούν οι κατηγορίες ψυχικών διαταραχών που τα άτομα του δείγματος αντιμετωπίζουν στην καθημερινή πρακτική τους, καθώς και να προσδιοριστούν οι συνηθέστερες.

Αναφορικά με τον χειρισμό των περιστατικών ζητείται να προσδιοριστεί:

- Αν γίνεται χρήση κλίμακας διάγνωσης
- Ποιες παραπέμπονται
- Ποιες παρακολουθούνται από τον ιατρό
- Σε ποιες υπάρχει συνεργασία με ειδικό

Αναφορικά με την παραπομπή

- Προσδιορίζεται ο λόγος της παραπομπής
- Αξιολογείται η συνεργασία με δομές
- Προσδιορίζεται που γίνεται η παραπομπή
- Προσδιορίζεται ο λόγος της επιλογής
- Αναφέρεται αν για την παραπομπή απασχολείται ο ιατρός

Ειδικά προσδιορίζονται οι λόγοι που οδηγούν σε παραπομπή στην περίπτωση της κατάθλιψης

Αναφορικά με την εκπαίδευση και κατάρτιση ζητείται να προσδιοριστεί:

- Αν υπάρχει συμμετοχή στο παρελθόν
- Τα αντικείμενα ψυχιατρικής στα οποία χρειάζεται εκπαίδευση ένας γενικός ιατρός

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά γίνεται περιγραφική στατιστική, δηλαδή παρουσιάζονται οι κατανομές συχνοτήτων και ποσοστών των απαντήσεων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Ακολουθεί στατιστική συμπερασματολογία, δηλαδή εξετάζεται αν εξαρτώνται οι μεταβλητές του ερωτηματολογίου και συνεπώς η συμπεριφορά των ατόμων στις αντίστοιχες ερωτήσεις, από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, και ειδικότερα από το φύλο, την ηλικία, τα έτη από την λήψη πτυχίου και ειδικότητας και την ύπαρξη τριμήνου ψυχιατρικής κατά την ειδικότητα. Ο παραπάνω έλεγχος πραγματοποιείται με εφαρμογή χ^2 test μεταξύ των ερωτήσεων και των δημογραφικών στοιχείων. Για την εφαρμογή του χ^2 test έχουν επιλεγεί οι ομαδοποιημένες μεταβλητές των ετών από την λήψη πτυχίου και ειδικότητας ώστε να ικανοποιούνται οι συνθήκες εφαρμογής του ελέγχου. Στα παρακάτω αποτελέσματα παρουσιάζονται μόνο οι περιπτώσεις όπου από τον έλεγχο προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

Η παρουσίαση των περιγραφικών στοιχείων και των αντίστοιχων ελέγχων γίνεται ανά ενότητα ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Το επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιείται είναι $\alpha=,05$.

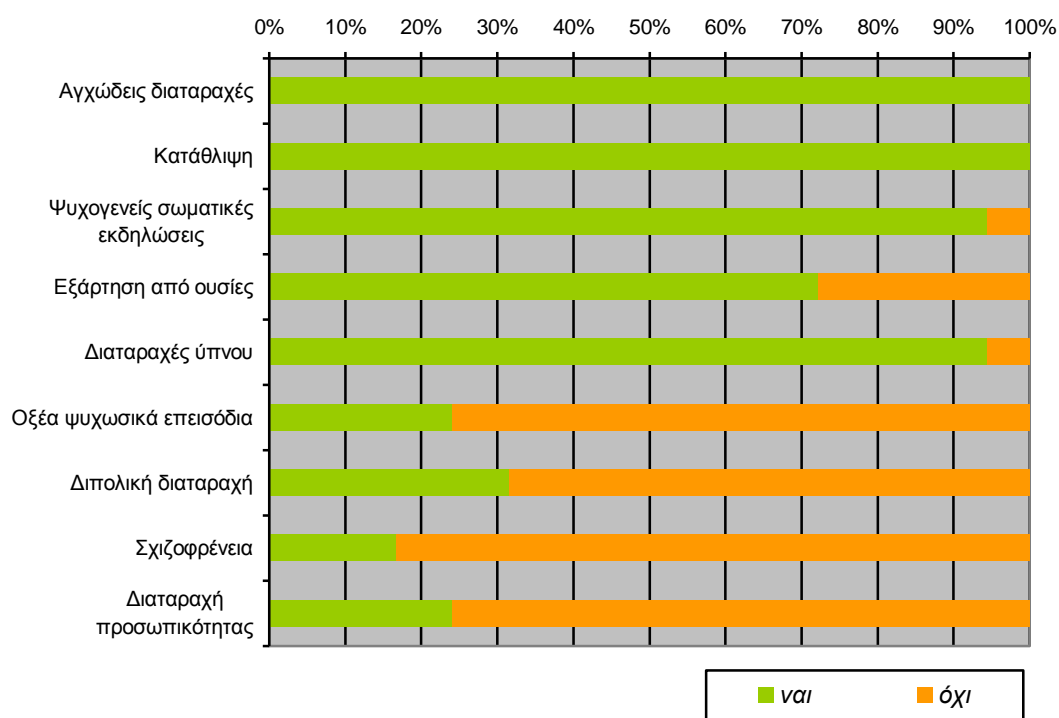
Η ανάλυση του δείγματος έγινε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS – PASW Statistics 18).

Είδη ψυχιατρικών διαταραχών.

Παρακάτω ακολουθεί κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών για τις ερωτήσεις που αφορούν τον προσδιορισμό των διαταραχών που αντιμετωπίζονται καθημερινά καθώς και η ιεράρχηση με βάση την συχνότητα αντιμετώπισης.

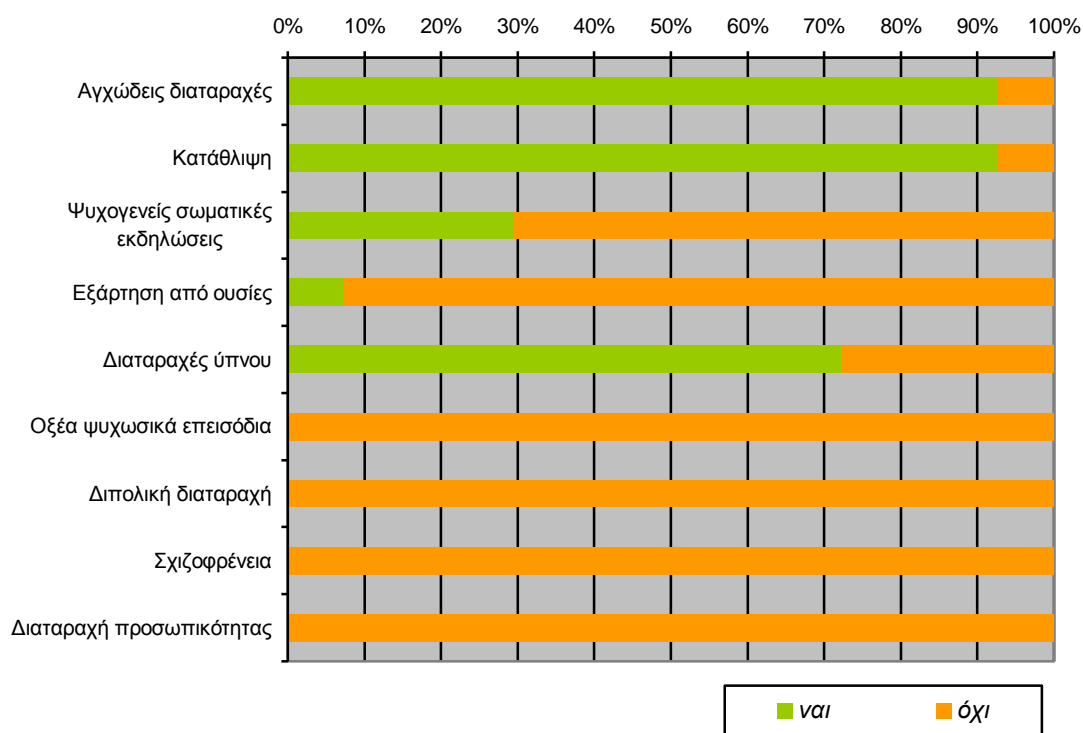
Ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζονται στην καθημερινή πρακτική

	ναι	όχι
Αγχώδεις διαταραχές	100,0	
Κατάθλιψη	100,0	
Ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις	94,4	5,6
Εξάρτηση από ουσίες	72,2	27,8
Διαταραχές ύπνου	94,4	5,6
Οξεία ψυχωσικά επεισόδια	24,1	75,9
Διπολική διαταραχή	31,5	68,5
Σχιζοφρένεια	16,7	83,3
Διαταραχή προσωπικότητας	24,1	75,9



Οι συνηθέστερες Ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζονται στην καθημερινή πρακτική

	ναι	όχι
Αγχώδεις διαταραχές	92,6	7,4
Κατάθλιψη	92,6	7,4
Ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις	29,6	70,4
Εξάρτηση από ουσίες	7,4	92,6
Διαταραχές ύπνου	72,2	27,8
Οξεία ψυχωσικά επεισόδια		100,0
Διπολική διαταραχή		100,0
Σχιζοφρένεια		100,0
Διαταραχή προσωπικότητας		100,0



Οι διαταραχές που προκύπτουν ότι ιατροί αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση είναι οι αγχώδεις διαταραχές καθώς δηλώνεται από το 100% των ατόμων του δείγματος, η κατάθλιψη με όμοιο ποσοστό, οι ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις και οι

διαταραχές ύπνου με όμοια ποσοστά δήλωσης 94,4% και τέλος η εξάρτηση από ουσίες που δηλώνεται από το 72,2% των περιπτώσεων του δείγματος. Οι υπόλοιπες κατηγορίες διαταραχών δηλώνεται ότι αντιμετωπίζονται καθημερινά από την μειοψηφία του δείγματος συγκεντρώνοντας ποσοστά μικρότερα του 35% των ιατρών και συγκεκριμένα τα οξέα ψυχωσικά επεισόδια δηλώνονται από το 24% των ιατρών, η διπολική διαταραχή από το 31,5%, η σχιζοφρένεια από το 16,7% και η διαταραχή προσωπικότητας από το 24%.

Εξετάζοντας τις παραπάνω διαταραχές με βάση το πόσο συνηθισμένες είναι στην καθημερινή πρακτική των ιατρών προκύπτει ότι η Αγχώδεις καταστάσεις και η κατάθλιψη εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά επιλογής καθώς δηλώνονται από το 92,6% των ατόμων και ακολουθούν οι διαταραχές ύπνου σε ποσοστό 72,2%.

Αναφορικά με τον προσδιορισμό των συνηθέστερων διαταραχών που αντιμετωπίζονται καθημερινά, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς τα έτη από την λήψη ειδικότητας εντοπίζεται στην περίπτωση της κατάθλιψης. Εξετάζοντας τις κατανομές των ποσοστών των ομάδων, όμοια με πριν, προκύπτει ότι όσο τα έτη από την λήψη ειδικότητας αυξάνονται τόσο μειώνεται το ποσοστό των ιατρών που κατατάσσουν την κατάθλιψη μεταξύ των 3^{ων} συνηθέστερων διαταραχών που αντιμετωπίζουν καθημερινά .

Χειρισμός ψυχιατρικών διαταραχών.

Παρακάτω ακολουθεί κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών για τις ερωτήσεις που αφορούν τον χειρισμό των διαταραχών που αντιμετωπίζονται καθημερινά.

Αναφορικά με την χρήση κλίμακας διάγνωσης, μόνο το 33,3% δήλωσε ότι κάνει χρήση με το 66,6% να απαντά αρνητικά.

Έχουν δηλωθεί 10 κλίμακες μέτρησης με επικρατέστερη την Hamilton ενώ ακολουθούν οι AUDIT και mini mental.

Εξετάζοντας τα είδη διαταραχών ως προς την παραπομπή χωρίς ενασχόληση, την αποκλειστική παρακολούθηση ή τον συνδυασμό παρακολούθησης σε συνεργασία με ειδικό, προκύπτει:

Διαταραχές που κρίνονται ότι πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικό ψυχίατρο χωρίς αρχική ενασχόληση

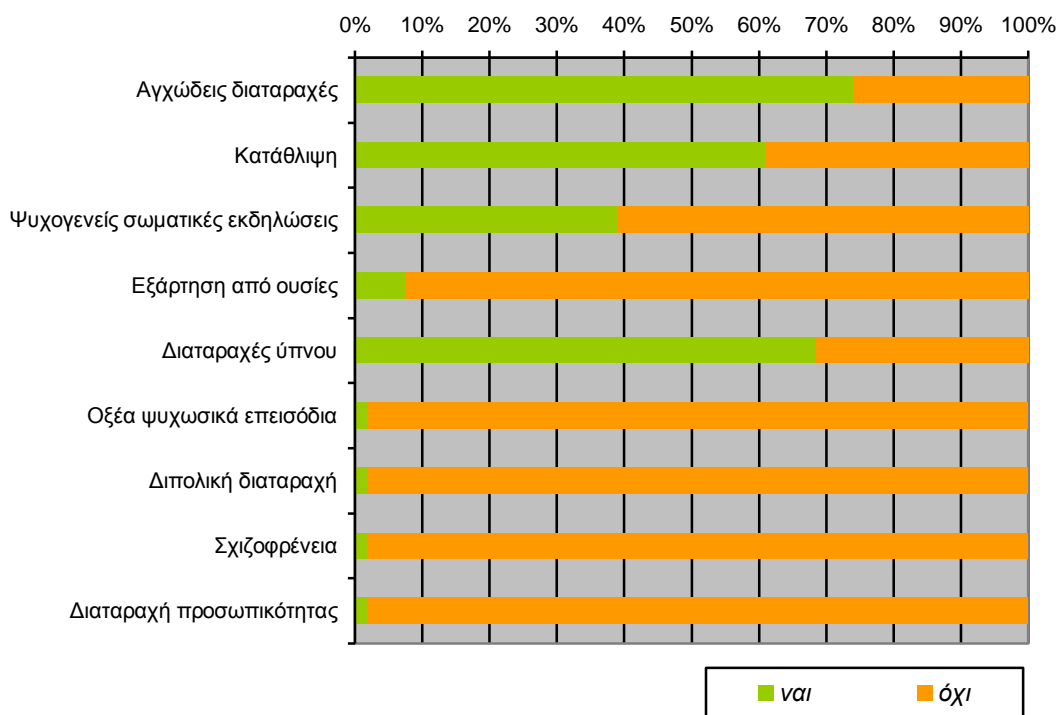
	ναι	όχι
Αγγώδεις διαταραχές	11,1	88,9
Κατάθλιψη	14,8	85,2
Ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις	11,1	88,9
Εξάρτηση από ουσίες	40,7	59,3
Διαταραχές ύπνου	13,0	87,0
Οξέα ψυχωσικά επεισόδια	66,7	33,3
Διπολική διαταραχή	74,1	25,9
Σχιζοφρένεια	85,2	14,8
Διαταραχή προσωπικότητας	48,1	51,9

Ως διαταραχές που χρήζουν παραπομπής χωρίς την περαιτέρω ενασχόληση του ιατρού προτείνονται τα οξέα ψυχωσικά επεισόδια, η διπολική διαταραχή, και η σχιζοφρένεια με την σχιζοφρένεια να προτείνεται από τους περισσότερους συγκεντρώνοντας ποσοστό 74,1%.

Μέτρια ποσοστά 48,1% εμφανίζεται στην περίπτωση της διαταραχής προσωπικότητας όπου τα άτομα εμφανίζονται διχασμένα. Οι διαταραχές που έχουν προηγούμενα δηλωθεί ως διαταραχές με καθημερινή ενασχόληση, παρουσιάζουν τα μικρότερα ποσοστά για παραπομπή (κάτω του 15%) με εξαίρεση την εξάρτηση από ουσίες, ωστόσο και σε αυτή την περίπτωση μόνο το 40,7% του δείγματος δήλωσε ότι θα πρέπει να παραπέμπονται.

Διαταραχές που παρακολουθούνται αποκλειστικά από τα μέλη του δείγματος με την χορήγηση ή όχι αγωγής

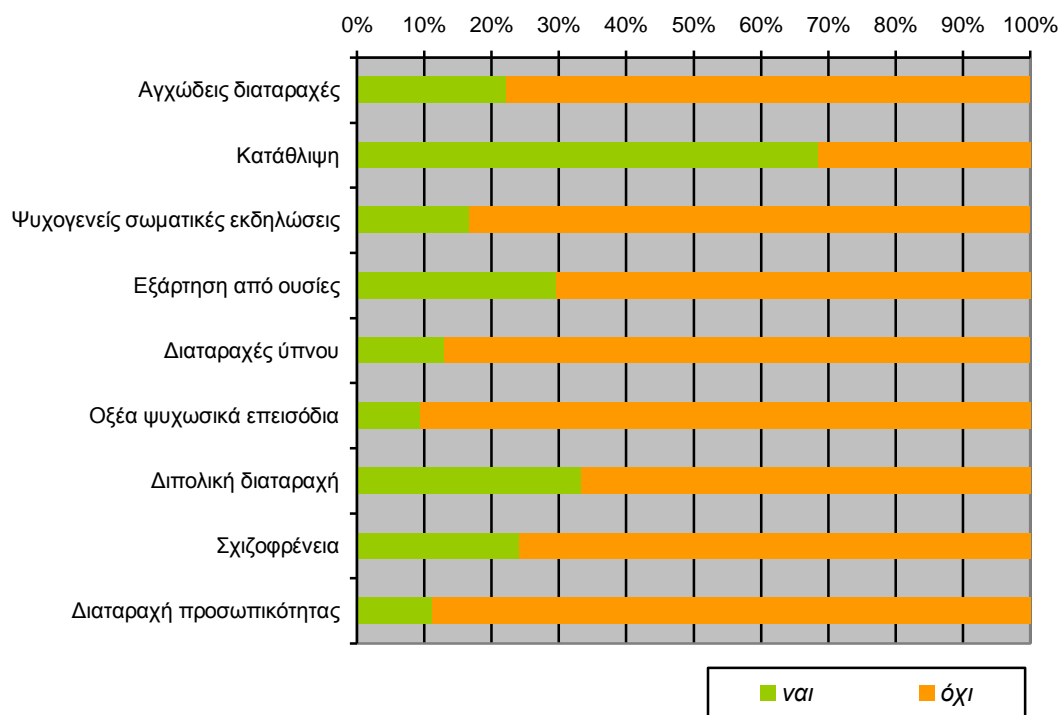
	ναι	όχι
Αγχώδεις διαταραχές	74,1	25,9
Κατάθλιψη	61,1	38,9
Ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις	38,9	61,1
Εξάρτηση από ουσίες	7,4	92,6
Διαταραχές ύπνου	68,5	31,5
Οξεία ψυχωσικά επεισόδια	1,9	98,1
Διπολική διαταραχή	1,9	98,1
Σχιζοφρένεια	1,9	98,1
Διαταραχή προσωπικότητας	1,9	98,1



Ως διαταραχές που παρακολουθούνται αποκλειστικά από τον ιατρό προτείνονται οι αγχώδεις διαταραχές από το 74,1% των ιατρών, η κατάθλιψη από το 61,1%, οι διαταραχές ύπνου από το 68,5%. Οι ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις οι οποίες ανήκουν στις καθημερινές ενασχολήσεις προτείνονται να παρακολουθούνται από τον ιατρό με το συγκριτικά μικρότερο ποσοστό 38,9% και η εξάρτηση από ουσίες προτείνονται μόνο από το 7,4%. Όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις εμφανίζουν ποσοστό 1,9%.

Διαταραχές που παρακολουθούνται από τα μέλη του δείγματος σε συνδυασμό με ειδικό ψυχίατρο

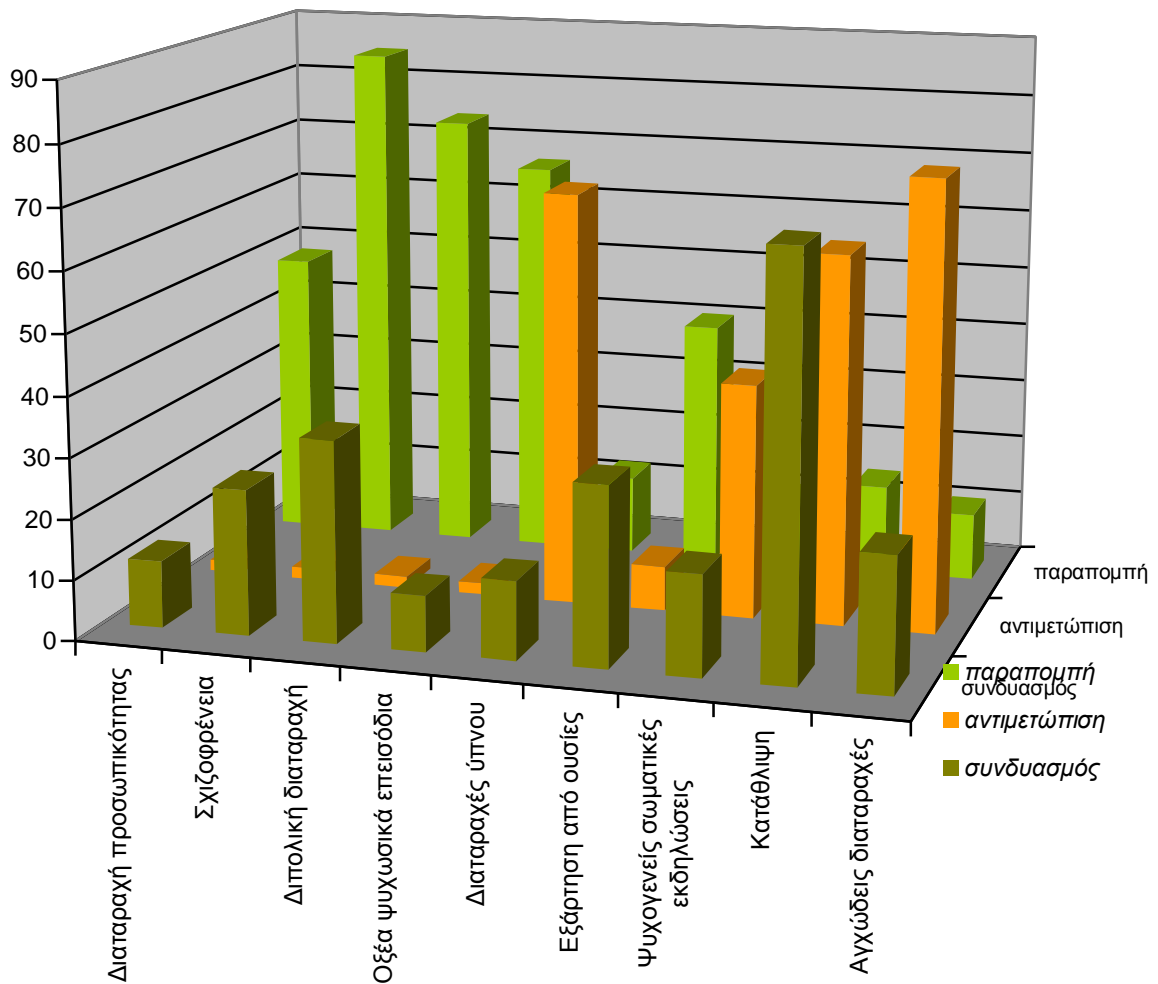
	ναι	όχι
Αγχώδεις διαταραχές	22,2	77,8
Κατάθλιψη	68,5	31,5
Ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις	16,7	83,3
Εξάρτηση από ουσίες	29,6	70,4
Διαταραχές ύπνου	13,0	87,0
Οξέα ψυχωσικά επεισόδια	9,3	90,7
Διπολική διαταραχή	33,3	66,7
Σχιζοφρένεια	24,1	75,9
Διαταραχή προσωπικότητας	11,1	88,9

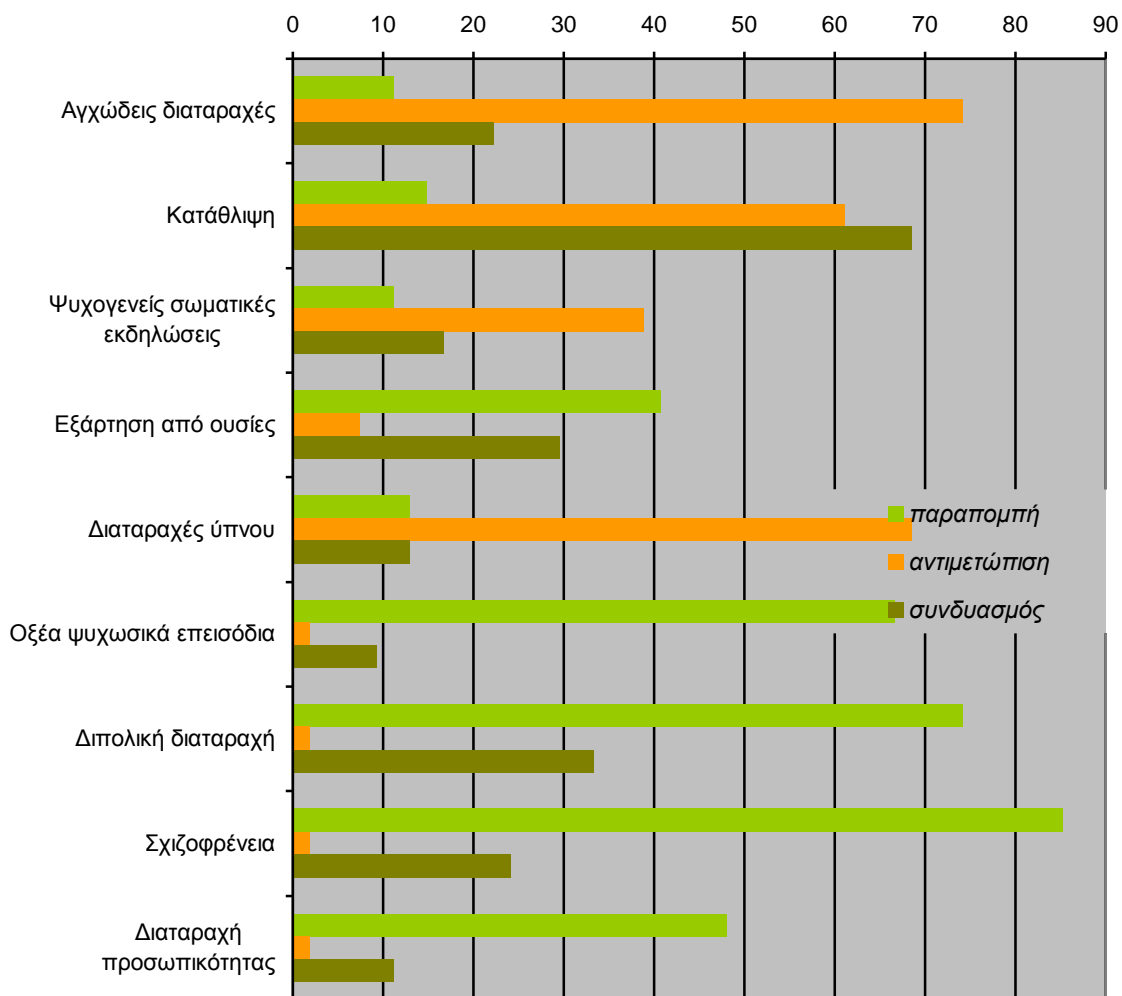


Το σύνολο σχεδόν των διαταραχών συγκεντρώνουν μικρά ποσοστά θετικών απαντήσεων στην πρόταση για συνδυασμένη παρακολούθηση του περιστατικού από τον ιατρό σε συνεργασία με ειδικό. Τα ποσοστά είναι κάτω του 30% στις περισσότερες περιπτώσεις. Μόνο η περίπτωση της κατάθλιψης φαίνεται να προκρίνεται σε αυτή την πρακτική καθώς η συγκεκριμένη επιλογή γίνεται από το 68,5% των ατόμων του δείγματος.

Εξετάζοντας συνδυασμένα τις απαντήσεις στις 3 επιλογές προκύπτει ότι

	παραπομπή	αντιμετώπιση	συνδυασμός
Αγχώδεις διαταραχές	11,1	74,1	22,2
Κατάθλιψη	14,8	61,1	68,5
Ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις	11,1	38,9	16,7
Εξάρτηση από ουσίες	40,7	7,4	29,6
Διαταραχές ύπνου	13,0	68,5	13,0
Οξεία ψυχωσικά επεισόδια	66,7	1,9	9,3
Διπολική διαταραχή	74,1	1,9	33,3
Σχιζοφρένεια	85,2	1,9	24,1
Διαταραχή προσωπικότητας	48,1	1,9	11,1





Εξετάζοντας συνδυασμένα τις απαντήσεις στις 3 επιλογές προκύπτει ότι ανά περίπτωση προτείνεται:

Αγχώδεις διαταραχές: αντιμετώπιση από τον γενικό ιατρό

Κατάθλιψη: αντιμετώπιση σε συνεργασία με ειδικό ή αντιμετώπιση από τον γενικό ιατρό

Ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις: αντιμετώπιση από τον γενικό ιατρό (η στάση δεν είναι ισχυρή)

Εξάρτηση από ουσίες: παραπομπή και ως 2^η επιλογή συνδυασμένη παρακολούθηση

Διαταραχές ύπνου: κυρίως αντιμετώπιση

Οξεία ψυχωσικά επεισόδια: παραπομπή

Διπολική διαταραχή: παραπομπή και ίσως συνδυασμένη παρακολούθηση

Σχιζοφρένεια: παραπομπή και ίσως συνδυασμένη παρακολούθηση

Διαταραχή προσωπικότητας: παραπομπή

Τρίμηνο ψυχιατρικής στην ειδικότητα

		έχετε κάνει το τρίμηνο της Ψυχιατρικής κατά την ειδικότητά σας		X2	df	p
		ναι	όχι			
Χρησιμοποιείτε κάποιες κλίμακες διάγνωσης ψυχικών διαταραχών	ναι	42,9%		Fisher'sTest		,004
	όχι	57,1%	100,0%			
παραπομπή						
Αγχώδεις διαταραχές	ναι	4,8%	33,3%	7,714	1	,005
	όχι	95,2%	66,7%			
Εξάρτηση από ουσίες	ναι	31,0%	75,0%	7,501	1	,006
	όχι	69,0%	25,0%			
Διαταραχές ύπνου	ναι	7,1%	33,3%	5,674	1	,017
	όχι	92,9%	66,7%			
Διαταραχή προσωπικότητας	ναι	40,5%	75,0%	4,456	1	,035
	όχι	59,5%	25,0%			
παρακολούθηση						
Ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις	ναι	71,4%	25,0%	8,466	1	,004
	όχι	28,6%	75,0%			
Διαταραχές ύπνου	ναι	78,6%	33,3%	8,855	1	,003
	όχι	21,4%	66,7%			
συνδυασμός						
Διαταραχές ύπνου	ναι	7,1%	33,3%	5,674	1	,017
	όχι	92,9%	66,7%			

Η παρακολούθηση τριμήνου ψυχιατρικής κατά την περίοδο της ειδικότητας συσχετίζονται με την χρήση κλιμάκων. Εξετάζοντας τις κατανομές των απαντήσεων προκύπτει ότι η χρήση κλιμάκων δηλώνεται από το 42,9% των ιατρών που έχουν παρακολουθήσει το τρίμηνο ψυχιατρικής ενώ το αντίστοιχο το ποσοστό μηδενίζεται στους υπόλοιπους.

Αναφορικά με τον προσδιορισμό των διαταραχών που παραπέμπονται, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εντοπίζεται στις περιπτώσεις: Αγχώδεις διαταραχές, Εξάρτηση από ουσίες, διαταραχές ύπνου και διαταραχή προσωπικότητας. Σε όλες τις

παραπάνω περιπτώσεις τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει το τρίμηνο και απαντούν θετικά για την παραπομπή είναι αναλογικά λιγότερα από τα άτομα που δεν έχουν παρακολουθήσει το αντίστοιχο τρίμηνο. Έτσι το μόνο το 4,8% των ατόμων που έχουν παρακολουθήσει τρίμηνο είναι υπέρ της παραπομπής των αγχωδών διαταραχών έναντι του 33,3% των υπολοίπων, το 31% των ατόμων με τρίμηνο έναντι του 75% των υπολοίπων για την εξάρτηση από ουσίες, το 7,1% των ατόμων με τρίμηνο έναντι του 33,3% των υπολοίπων για την διαταραχή ύπνου και το 40,5% των ατόμων με τρίμηνο έναντι του 75% των υπολοίπων για την διαταραχή προσωπικότητας.

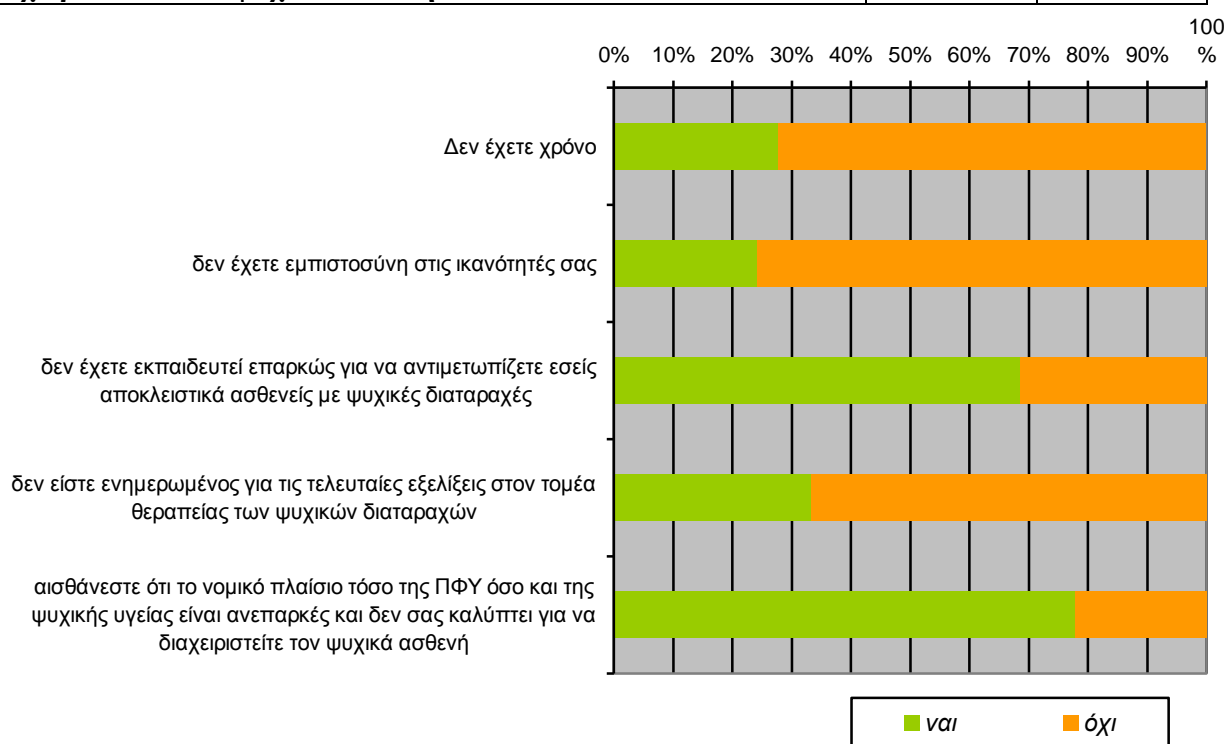
Αναφορικά με τον προσδιορισμό των διαταραχών που παρακολουθούνται, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση εντοπίζεται στις περιπτώσεις: ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις, διαταραχές ύπνου. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει το τρίμηνο και απαντούν θετικά για την παρακολούθηση είναι αναλογικά περισσότερα. Έτσι το 71,4% των ατόμων που έχουν παρακολουθήσει τρίμηνο είναι υπέρ της παρακολούθησης των ψυχογενών εκδηλώσεων έναντι του 25% των υπολοίπων, και το 78,6% των ατόμων με τρίμηνο έναντι του 33,3% των υπολοίπων για την διαταραχή ύπνου.

Χαρακτηριστικά παραπομπής διαταραχών.

Παρακάτω ακολουθεί κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών για τις ερωτήσεις που αφορούν τα χαρακτηριστικά των παραπομπών.

Παραπομπή διότι:

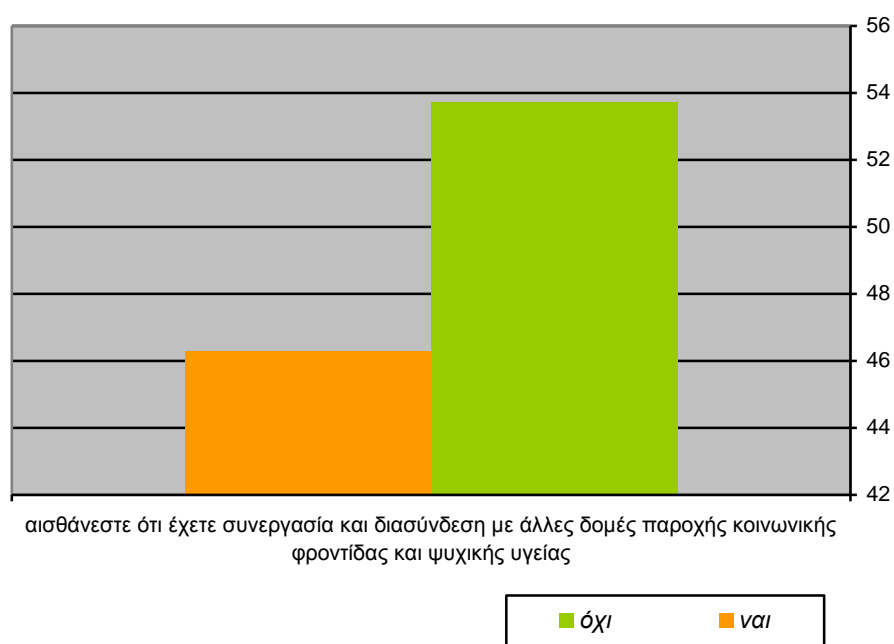
	ναι	όχι
Δεν έχετε χρόνο	27,8	72,2
δεν έχετε εμπιστοσύνη στις ικανότητές σας	24,1	75,9
δεν έχετε εκπαιδευτεί επαρκώς για να αντιμετωπίζετε εσείς αποκλειστικά ασθενείς με ψυχικές διαταραχές	68,5	31,5
δεν είστε ενημερωμένος για τις τελευταίες εξελίξεις στον τομέα θεραπείας των ψυχικών διαταραχών	33,3	66,7
αισθάνεστε ότι το νομικό πλαίσιο τόσο της ΠΦΥ όσο και της ψυχικής υγείας είναι ανεπαρκές και δεν σας καλύπτει για να διαχειριστείτε τον ψυχικά ασθενή	77,8	22,2



Ως βασικοί λόγοι παραπομπής εμφανίζονται το νομικό πλαίσιο καθώς δηλώνεται από το 77,8% των ατόμων και η ανεπαρκής εκπαίδευση που δεν βοηθά την αποκλειστική αντιμετώπιση ασθενών με ψυχικές διαταραχές 68,5%.

Οι υπόλοιπες 2 επιλογές συγκέντρωσαν ποσοστά μικρότερα του 35% και δεν αναδεικνύονται ως κύριοι λόγοι.

Αναφορικά με την συνεργασία και σύνδεση με δομές κοινωνικής φροντίδας και ψυχικής υγείας, τα άτομα του δείγματος δηλώνουν ότι αυτή δεν είναι υπαρκτή σε ποσοστό 53,7%.



Αναφορικά με το που γίνεται η παραπομπή των περιστατικών προκύπτει ότι τα ΕΙ των νοσοκομείων καθώς και το ΚΨΥ δηλώνεται και άρα επιλέγεται από το 53,7% των ιατρών του δείγματος.

Το 31,5% των ιατρών δήλωσαν το νοσηλευτικό ίδρυμα που έχει την συνέχεια του περιστατικού, το 29,6% παραπέμπει σε ιδιώτη ψυχίατρο ενώ στο 5,6% των ιατρών έχει δηλωθεί και άλλη μονάδα η οποία αφορά κινητή μονάδα ψυχικής υγείας.

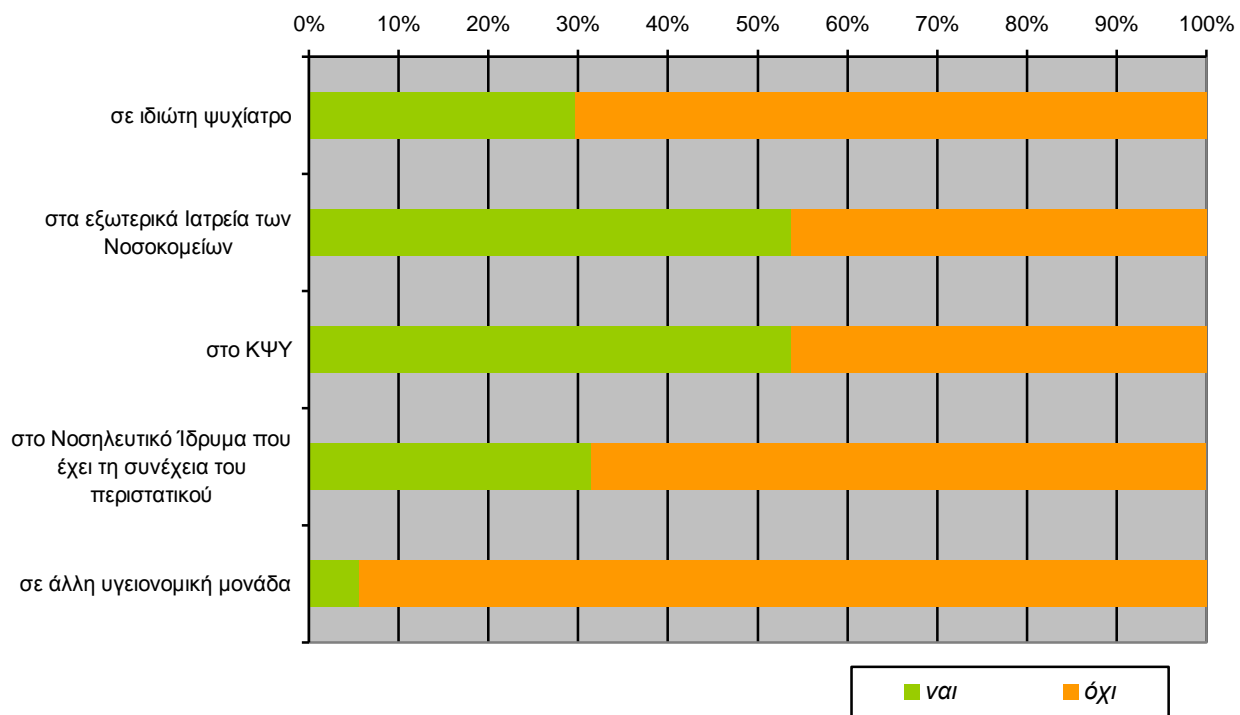
Οι παραπάνω επιλογές έχουν γίνει λόγω της επιθυμίας του ασθενούς καθώς αυτό δηλώνεται από το 50% των ιατρών και ακολουθούν οι επόμενοι λόγοι όπως η ταχεία διακίνηση του περιστατικού (48,1%), για ευκολία πρόσβασης ή οικονομικούς λόγους

(46,3%) και λόγω της προσωπικής εκτίμησης σχετικά με την αποτελεσματικότητα του ειδικού που προτάθηκε (42,6%). Οι άλλοι λόγοι που αναφέρθηκαν (1,9%) αφορούν την νομοθεσία.

Στο σύνολο (92,6%) σχεδόν των περιπτώσεων για την παραπομπή απασχολήθηκε προσωπικά ο ιατρός ενώ στις ελάχιστες περιπτώσεις (4 περιπτώσεις) που δηλώνεται ότι έχει ασχοληθεί άλλος, αυτή ήταν επισκέπτρια υγείας (3 περιπτώσεις) και ιδιώτης ψυχίατρος (1 περίπτωση).

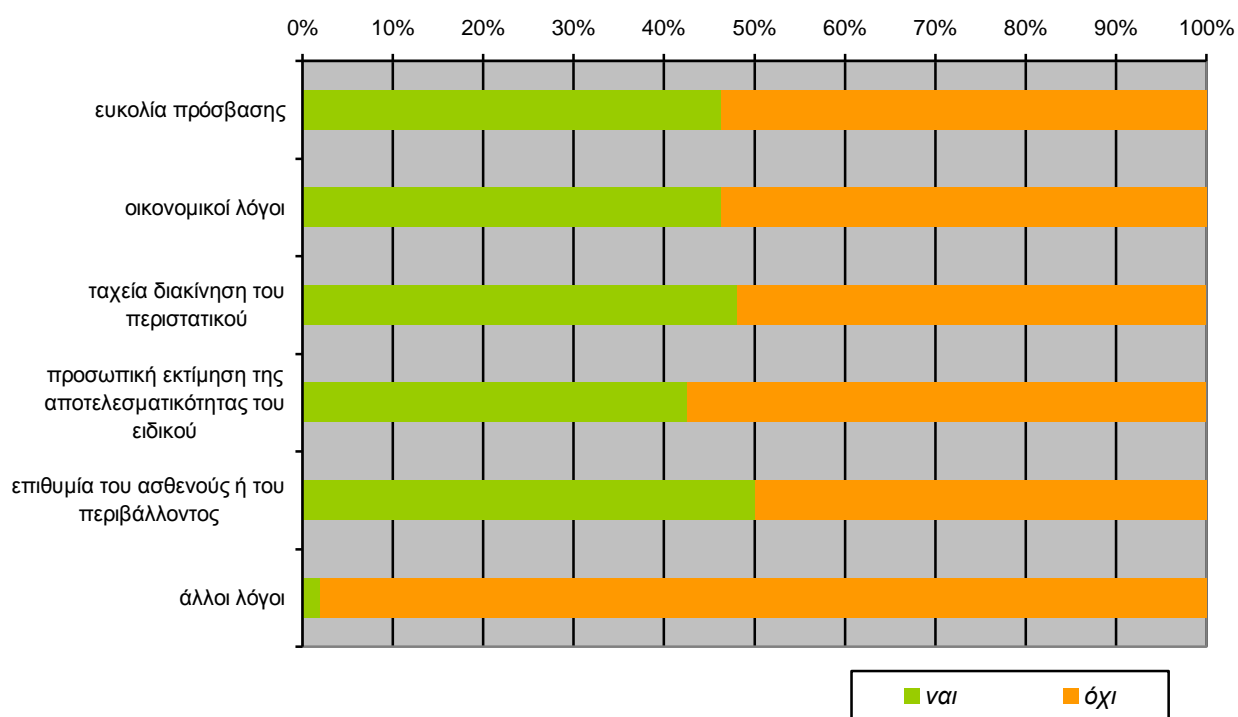
Παραπομπή σε:

	ναι	όχι
σε ιδιώτη ψυχίατρο	29,6	70,4
στα εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων	53,7	46,3
στο ΚΨΥ	53,7	46,3
στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα που έχει τη συνέχεια του περιστατικού	31,5	68,5
σε άλλη υγειονομική μονάδα	5,6	94,4



Επιλογή είδους Παραπομπής διότι:

	ναι	όχι
ευκολία πρόσβασης	46,3	53,7
οικονομικοί λόγοι	46,3	53,7
ταχεία διακίνηση του περιστατικού	48,1	51,9
προσωπική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του ειδικού	42,6	57,4
επιθυμία του ασθενούς ή του περιβάλλοντος	50,0	50,0
άλλοι λόγοι	1,9	98,1





Ηλικία

Απόφαση παραπομπής		ηλικία			X2	df	p
		30-39	40-49	50-59			
δεν έχετε εμπιστοσύνη στις ικανότητές σας	ναι	19,2%	7,1%	58,3%	9,954	2	,007
	όχι	80,8%	92,9%	41,7%			
αισθάνεστε ότι το νομικό πλαίσιο τόσο της ΠΦΥ όσο και της ψυχικής υγείας είναι ανεπαρκές και δεν σας καλύπτει για να διαχειριστείτε τον ψυχικά ασθενή	ναι	92,3%	50,0%	75,0%	9,208	2	,010
	όχι	7,7%	50,0%	25,0%			

Αναφορικά με τους λόγους παραπομπής, η ηλικία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εμπιστοσύνη στις ικανότητες και το νομικό πλαίσιο. Εξετάζοντας τις κατανομές των απαντήσεων σχετικά με την εμπιστοσύνη ανά ηλικιακή ομάδα προκύπτει ότι μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων της ηλικιακής ομάδας άνω των 50 απαντούν θετικά (58,3%) και επιλέγουν τον συγκεκριμένο λόγο σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Εξετάζοντας τις κατανομές των απαντήσεων σχετικά με το νομικό πλαίσιο ανά ηλικιακή ομάδα προκύπτει ότι ο συγκεκριμένος λόγος επιλέγεται από το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων της ηλικιακής ομάδας κάτω των 39 (92,3%) και από το

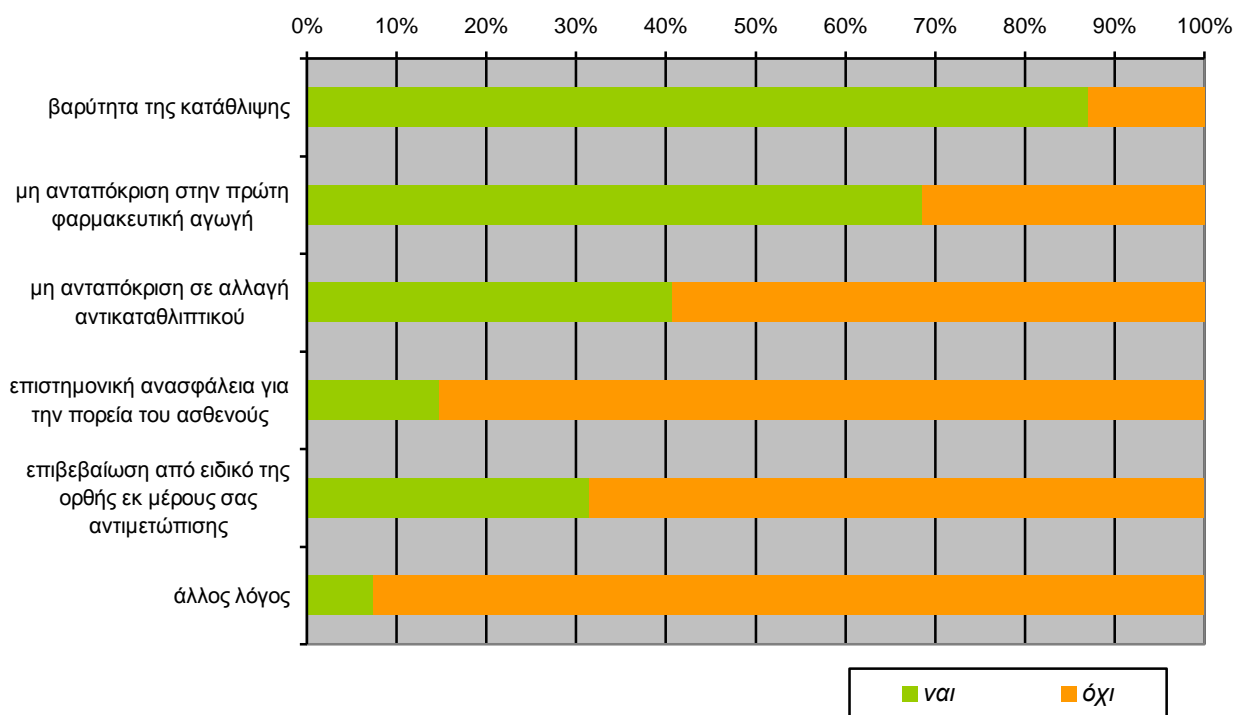
μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων της ηλικιακής ομάδας άνω των 50 (75%). Τα άτομα ηλικίας 40-49 επιλέγουν τον παραπάνω λόγο σε ποσοστό 50%.

Λόγοι παραπομπής στην περίπτωση της κατάθλιψης

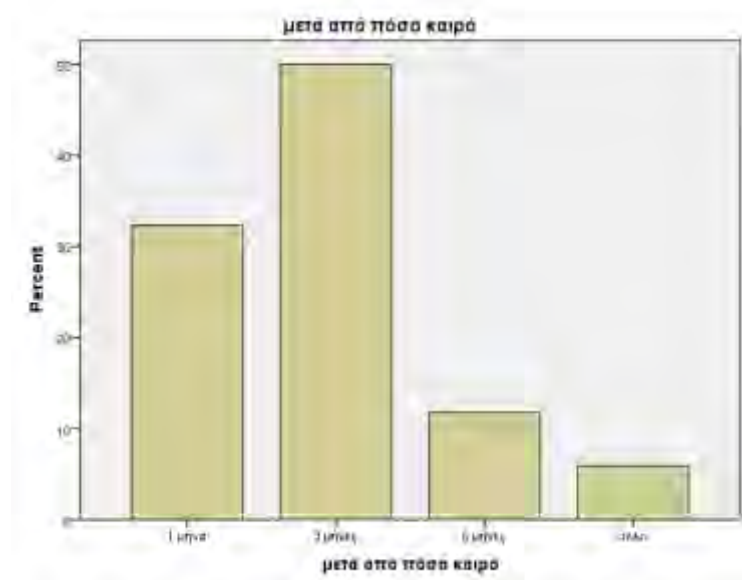
Παρακάτω ακολουθεί κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών για τις ερωτήσεις που αφορούν τα χαρακτηριστικά των παραπομπών.

Λόγοι παραπομπής ασθενή με κατάθλιψη

	ναι	όχι
βαρύτητα της κατάθλιψης	87,0	13,0
μη ανταπόκριση στην πρώτη φαρμακευτική αγωγή	68,5	31,5
μη ανταπόκριση σε αλλαγή αντικαταθλιπτικού	40,7	59,3
επιστημονική ανασφάλεια για την πορεία του ασθενούς	14,8	85,2
επιβεβαίωση από ειδικό της ορθής εκ μέρους σας αντιμετώπισης	31,5	68,5
άλλος λόγος	7,4	92,6



Κύριος λόγος παραπομπής είναι η βαρύτητα της κατάθλιψης καθώς δηλώθηκε από το 87% του δείγματος. Ακολουθεί η μη ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή, λόγος που δηλώνεται από το 68,5% των ιατρών. Το χρονικό διάστημα που αποφασίζεται αυτό είναι κυρίως οι 3 μήνες (50% των απαντήσεων) και ακολουθεί ο 1 μήνας (32,4% των απαντήσεων). Σε μέρται θέση βρίσκεται η μη ανταπόκριση σε αλλαγή αντικαταθλιπτικού και η επιβεβαίωση από ειδικό της ορθής αντιμετώπισης. Τέλος στο 7,4% εμφανίζεται άλλος λόγος ο οποίος είναι κυρίως ο αυτοκτονικός ιδεασμός



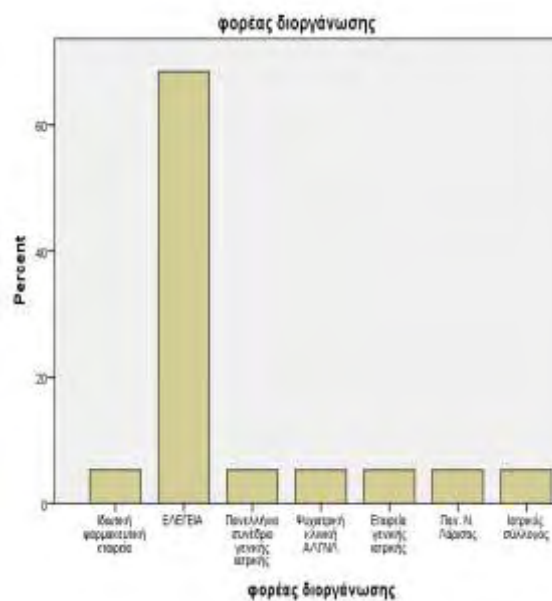
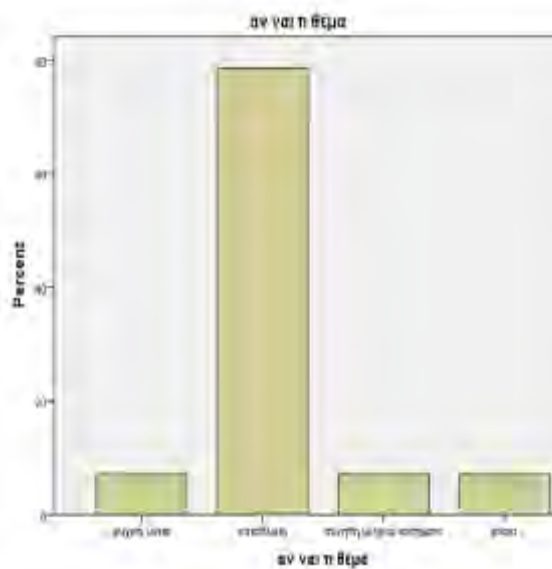
Η παρακολούθηση τριμήνου ψυχιατρικής κατά την περίοδο της ειδικότητας συσχετίζεται με την μη ανταπόκριση σε φαρμακευτική αγωγή και με την επιστημονική ανασφάλεια.

Στην πρώτη περίπτωση ο λόγος δηλώνεται από το 78,6% των ιατρών που έχουν παρακολουθήσει το τρίμηνο ψυχιατρικής ενώ το αντίστοιχο το ποσοστό γίνεται 33,3% στους υπόλοιπους. Στην δεύτερη περίπτωση ο λόγος δηλώνεται από το 9,5% των ιατρών που έχουν παρακολουθήσει το τρίμηνο ψυχιατρικής ενώ το αντίστοιχο το ποσοστό γίνεται 33,3% στους υπόλοιπους.

Εκπαίδευση - κατάρτιση

Παρακάτω ακολουθεί κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών για τις ερωτήσεις που αφορούν προηγούμενη και πιθανή επόμενη επαγγελματική κατάρτιση.

Προηγούμενη κατάρτιση



Το 51,9% των ατόμων του δείγματος δήλωσαν ότι έχουν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό σεμινάριο που σας βοήθησε να διαχειρίζεστε τις ψυχικές διαταραχές στην ΠΦΥ.

Κύριο θέμα καθώς δηλώνεται από το 78% των περιπτώσεων ήταν η κατάθλιψη ενώ ΗΛΕΓΓΕΙΑ είναι ο βασικός φορέας διοργάνωσης του εκπαιδευτικού σεμιναρίου καθώς αναφέρθηκε από το 68,4% του δείγματος.

Η παρακολούθηση εκπαιδευτικού σεμιναρίου σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των παραπομπών συσχετίζεται με την περίπτωση της κατάθλιψης. Εξετάζοντας τις κατανομές των απαντήσεων σύμφωνα με την ύπαρξη σεμιναρίου τα άτομα που έχουν παρακολουθήσει παραπέμπουν περιπτώσεις κατάθλιψης με μικρότερο ποσοστό (3,6%) έναντι των ατόμων που δεν έχουν παρακολουθήσει και τα οποία παραπέμπουν σε ποσοστό 26,9%.

Αντικείμενα για περαιτέρω εκπαίδευση

	ναι	όχι
διαγνωστικά κριτήρια ψυχικών νόσων	37,0	63,0
θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων	44,4	55,6
διαχείριση χρόνιων ασθενειών στην κοινότητα	61,1	38,9
τεχνικές επικοινωνίας και λήψης ψυχιατρικού ιστορικού	29,6	70,4
ψυχοφαρμακολογία	35,2	64,8
κοινοτική ψυχιατρική	29,6	70,4
ΠΦΥ	46,3	53,7
άλλο	3,7	96,3

Αναφορικά για το προσδοκόμενα αντικείμενα μιας μελλοντικής κατάρτισης αυτά είναι:

Η διαχείριση χρόνιων ασθενειών στην κοινότητα (61,1%)

Η ΠΦΥ (46,3%)

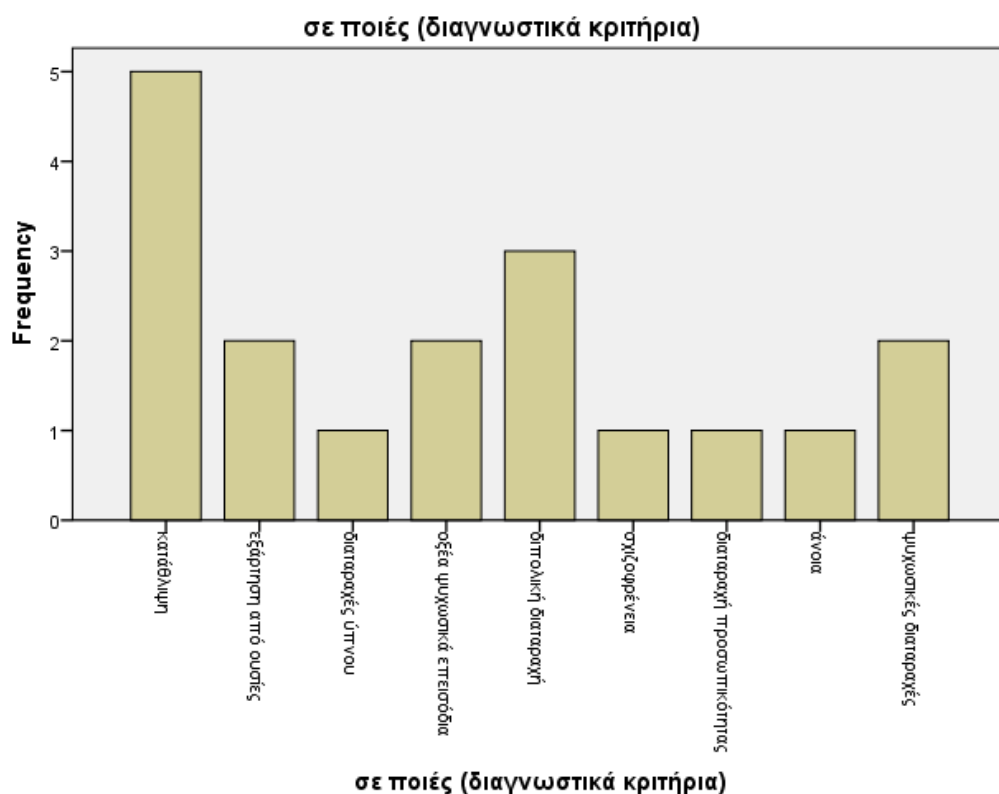
Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων (44,4%)

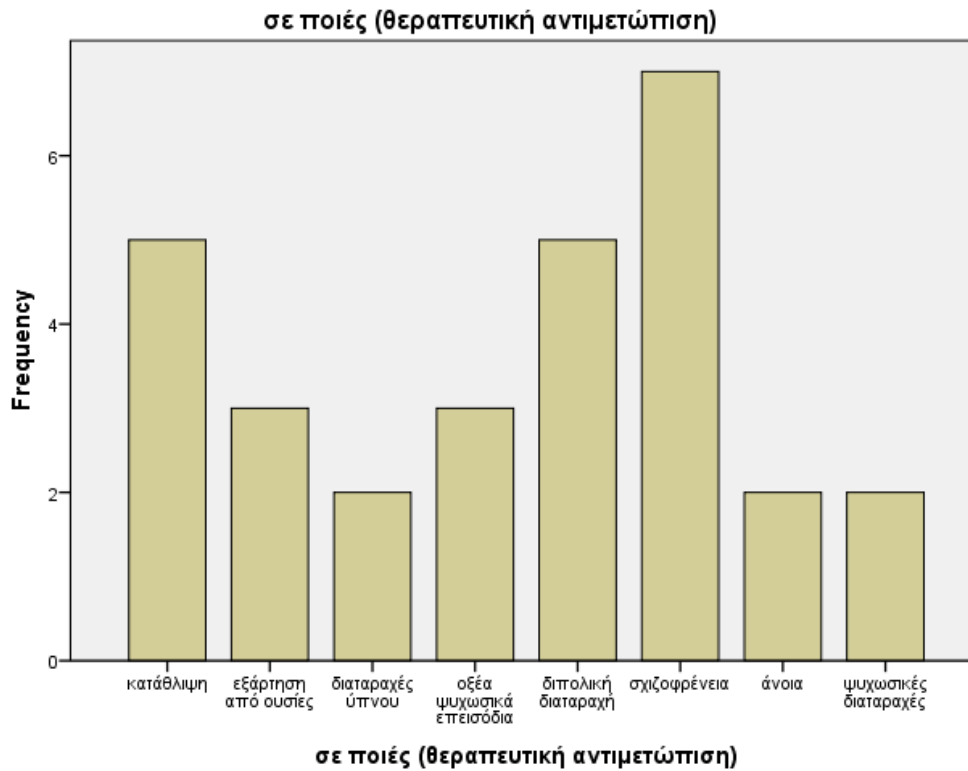
Ειδικά οι ψυχικές νόσοι που προσδιορίζονται είναι η σχιζοφρένεια από το 24% του δείγματος, η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη από το 17,2% και ακολουθούν η εξάρτηση από ουσίες και τα οξέα ψυχωσικά επεισόδια 10,3%.

Ακολουθούν τα διαγνωστικά κριτήρια ψυχικών νόσων (37%)

Οι ψυχικές νόσοι που πρέπει να φορούν τα κριτήρια είναι η κατάθλιψη καθώς προσδιορίζεται από το 27,8% και ακολουθούν η διπολική διαταραχή 16,7% και οι εξάρτηση από ουσίες, τα οξέα ψυχωσικά επεισόδια και οι ψυχωσικές διαταραχές.

Τέλος με μέτρια ποσοστά επιλέγεται η ψυχοφαρμακολογία (35,2%).





ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από ασθενείς: Μειωμένη συχνότητα χρήσης και καθυστερήσεις

Επιδημιολογικές μελέτες (Leaf et al., 1987· Leaf et al., 1985· Madianos et al., 1993· Magee et al., 1996· Shapiro et al., 1984· Vessey & Howard, 1993· Ware et al., 1984) έδειξαν ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων που πληρούν κριτήρια ψυχικών διαταραχών δε χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ακόμη και όταν η θεραπευτική παρέμβαση είναι δωρεάν. Επίσης, ανάμεσα στους ανθρώπους που ζητούν βοήθεια, ένα τρίτο δεν πληρούν κριτήρια για καμία ψυχιατρική διαταραχή (Shapiro et al., 1984). Παρά το τεράστιο φορτίο που επιφέρουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας και τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών θεραπειών, το χαμηλό ποσοστό αναζήτησης βοήθειας στην ψυχιατρική φροντίδα συνεχίζει να είναι ένα

τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Είναι σημαντικό να αποκαλυφθούν οι μηχανισμοί και οι διαδικασίες αναζήτησης βοήθειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένων των πηγών στις οποίες απευθύνονται για βοήθεια καθώς και τους τύπους των υπηρεσιών που λαμβάνουν (Alliance for Health Reform, 2006· Angermeyer et al., 2001· Flynn et al., 2003· Hayran et al., 2000· Issakidis & Andrews, 2003· Lechky, 1995· Mechanic, 1990· Meltzer et al., 2007· Wilson et al., 2005· Wrigley et al, 2005· Wu et al, 2001).

Η μείζονα κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές αναγνωρίζονται ως η κύρια αιτία αναπηρίας στις αναπτυγμένες χώρες. Ένα στα πέντε άτομα βιώνουν μια ψυχική διαταραχή σε ένα χρόνο και μόνο το 50% αυτών αναζητούν βοήθεια που θα μπορούσε να περιορίσει τα συμπτώματα. Το χαμηλό επίπεδο ψυχικής υγείας είναι μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η κοινότητα. Παρά τα μεγάλα ποσοστά ανάγκης, οι παρεμβάσεις ψυχικής υγείας παραμένουν περιορισμένες στις ΗΠΑ και τον υπόλοιπο κόσμο. Το πιο σημαντικό πρόβλημα στην παρέμβαση της κατάθλιψης, ωστόσο, είναι ότι τα άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη δεν είναι πρόθυμα να ζητήσουν βοήθεια από ειδικό. Οι μελέτες αναφέρουν ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των καταθλιπτικών ατόμων ζήτησαν βοήθεια από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Haddad et al., 2007· Han et al., 2006· Monteiro et al., 2006). Περίπου το 50% των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν αναζητούν ειδικευμένη βοήθεια που θα μπορούσε να βελτιώσει την κατάστασή τους. Η μόνιμη και σοβαρή μειωμένη χρήση των ειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι χαρακτηριστική ιδιαίτερα στις μειονότητες. Ανάμεσα στα άτομα που λαμβάνουν φροντίδα για συναισθηματικές διαταραχές, περίπου το 50% λαμβάνουν τη μόνη τους φροντίδα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Ανάμεσα στα άτομα με καταθλιπτική διαταραχή σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μόνο το 20%-25% λαμβάνουν

κατάλληλη φροντίδα και μόνο το 50% περίπου των ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη αναγνωρίζονται ως καταθλιπτικοί από τους επαγγελματίες υγείας (Jaycox et al., 2006). Δεν είναι τυχαίο πως και οι γενικοί γιατροί που συμμετείχαν στη δική μας έρευνα απαντούν πως συναντούν στην καθημερινή τους πρακτική ψυχικές διαταραχές. Οι διαταραχές που προκύπτουν ότι ιατροί αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση είναι οι αγχώδεις διαταραχές καθώς δηλώνεται από το 100% των ατόμων του δείγματος, η κατάθλιψη με όμοιο ποσοστό, οι ψυχογενείς σωματικές εκδηλώσεις και οι διαταραχές ύπνου με όμοια ποσοστά δήλωσης 94,4%.

Οι γυναίκες βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για όλους τους τύπους κατάθλιψης. Οι εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναφέρουν ότι λιγότερες από το 25% των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν πρόσβαση σε αποτελεσματική θεραπεία (Huang et al., 2007). Η κατάθλιψη στους εφήβους συσχετίζεται με τη φτωχή κοινωνική λειτουργικότητα και σχολική απόδοση, αυξημένο κίνδυνο για κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών και εξάρτηση από νικοτίνη. Ωστόσο, τα τρέχοντα δεδομένα δείχνουν ότι μικρό ποσοστό των νέων σε ανάγκη λαμβάνουν φροντίδα (Jaycox et al., 2006).

Παρά τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών θεραπειών για την κοινωνική φοβία, οι περισσότεροι ενήλικες στις Ηνωμένες Πολιτείες με κοινωνική φοβία δε λαμβάνουν φροντίδα ψυχικής υγείας για τα συμπτώματά τους. Στην Epidemiological Catchment Area study, για παράδειγμα, οι περισσότεροι από τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων με κοινωνική φοβία (72%) ανέφεραν ότι δεν είχαν λάβει ψυχιατρική φροντίδα για τα συμπτώματά τους (Salander et al., 1999).

Στην Ισπανόφωνη μειονότητα των Ηνωμένων Πολιτειών, η επικράτηση των κρίσεων πανικού στο γενικό πληθυσμό μπορεί να είναι 9,4% και τα συμπτώματα

πανικού είναι συνηθισμένα στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ωστόσο, πολλά άτομα με κρίσεις πανικού (44%) δεν αναζητούν φροντίδα για τα συμπτώματα πανικού (Katerndahl & Realini, 1998).

Συχνά υπάρχει καθυστέρηση στην ψυχιατρική θεραπεία (Boey, 1998· Lincoln & McGorry, 1995· Wang et al., 2004). Σε μια πρόσφατη μελέτη (Wang et al., 2004) βρέθηκε καθυστέρηση χρονικού διαστήματος μεγαλύτερου από δεκαετία ανάμεσα σε διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές. Ποιες είναι οι θεραπευτικές επιλογές που κάνει ο ψυχιατρικός ασθενής και ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις επιλογές αυτές, είναι θέματα που πρέπει να μελετηθούν (Tang et al., 2006).

Τα πρόδρομα συμπτώματα μπορούσαν να επιμένουν για περιόδους που κυμαίνονταν από μέρες μέχρι χρόνια (Haas & Sweeney, 1992· McGlashan & Johannessen, 1996· Yung & McGorry, 1996). Η διάρκεια της πρόδρομης φάσης που προηγείται του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου ποικίλει σημαντικά και κυμαίνεται από λίγες μέρες μέχρι πολλά χρόνια και στη μειοψηφία των περιπτώσεων δε βρέθηκε καθόλου πρόδρομη φάση. Η διακύμανση αυτή προκύπτει από τους διαφορετικούς και κατά προσέγγιση τρόπους μέτρησης της πρόδρομης φάσης που χρησιμοποιήθηκαν στις διάφορες μελέτες, ωστόσο, η διάρκειά της είναι της τάξης των 1-2 χρόνων, αν λάβουμε υπόψη τις πιο έγκυρες μελέτες (Beiser et al., 1993· Bhugra & Hicks, 2004· Fuller et al., 2000· Godfrey-Faussett et al., 2002· Häfner et al., 1993· Johnstone et al., 1986· Larsen et al., 1996· Loebel et al., 1992· McKenzie, 2006· Monteiro et al., 2006· Rabiner et al., 1986· Yung & Jackson, 1999). Αυτή η κρίσιμη χρονική περίοδος, που είναι χαμένη σε μια συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας από μη ειδικούς, επηρεάζει την πορεία και θεραπεία της αρρώστιας αρνητικά. Παρατηρήθηκε ότι μη

φυσιολογικές εμπειρίες δεν εκτιμώνται πάντα ως σοβαρή ψυχική αρρώστια (Ünal et al., 2007).

Σε μια μελέτη 10.000 ενηλίκων στις Η.Π.Α., η πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική διαταραχή τελικά έρχονταν σε επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά συχνά περίμεναν πολύ χρόνο πριν το κάνουν με μέσες καθυστερήσεις, πριν αναζητηθεί βοήθεια, 8 χρόνια για τις διαταραχές της διάθεσης και τουλάχιστον 9 χρόνια για τις αγχώδεις διαταραχές. Οι Gormley και O' Leary (1998) αναφέρουν ότι κατά μέσο όρο υπήρχε καθυστέρηση πάνω από 2 μήνες ανάμεσα στην έναρξη της κατάθλιψης και της επαφής με επαγγελματίες υγείας (Angermeyer & Matschinger, 1996· Balestrieri et al., 1994).

Τα ευρήματα αυτά έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων πολιτικής υγείας για την έγκαιρη παρέμβαση σε άτομα με ψύχωση στο Ηνωμένο Βασίλειο που σκοπό έχουν να μειωθεί η περίοδος αυτή και γι' αυτό μελετούνται οι διαδρομές που ακολουθούν τα άτομα για να αναζητήσουν βοήθεια (Chen et al., 2005· McKenzie, 2006). Η μελέτη αυτών των διαδρομών μπορεί να είναι σημείο έναρξης για την ανάπτυξη βελτιωμένων στρατηγικών έγκαιρης εντόπισης (Addington et al., 2002).

Η καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, η οποία αφορά κάθε είδους πρόβλημα και όχι μόνο τις επείγουσες καταστάσεις, έχει αποτελέσει ένα ενδιαφέρον και σημαντικό πεδίο έρευνας. Γενικά, αυτή η καθυστέρηση περιλαμβάνει τρία στάδια. Ο χρόνος αξιολόγησης είναι το χρονικό διάστημα που χρειάζεται ο ασθενής για να εκτιμήσει αν τα συμπτώματά του αποτελούν ένδειξη κάποιας αρρώστιας και για να αποφασίσει ότι αυτά που νιώθει υποδηλώνουν την ύπαρξη ενός σοβαρού προβλήματος. Η καθυστέρηση στην αντιμετώπιση της αρρώστιας αφορά το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της συνειδητοποίησης του ασθενούς ότι

νοσεί και της απόφασής του να αναζητήσει φροντίδα. Αυτή η καθυστέρηση ενδέχεται να οφείλεται στην πεποίθηση ότι η ιατρική βοήθεια δεν πρόκειται να βελτιώσει την κατάσταση. Η καθυστέρηση στην χρήση των ιατρικών υπηρεσιών αφορά το χρονικό διάστημα που παρεμβάλλεται μεταξύ της απόφασης να αναζητηθεί βοήθεια και της πραγματικής παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Η συνολική καθυστέρηση αναφέρεται στο συνολικό χρόνο που χρειάζεται ένα άτομο για να περάσει από το στάδιο της αναγνώρισης του συμπτώματος στο στάδιο της άφιξης στον επαγγελματία υγείας. Κατ' αρχήν, το άτομο δίνει προσοχή και ενδιαφέρεται για τα συμπτώματά του. Στη συνέχεια, τα αξιολογεί και τα συγκρίνει σε σχέση με τις γενικές γνώσεις που έχει για τα ζητήματα υγείας και την προηγούμενη εμπειρία του. Τέλος, αναλαμβάνει κάποιου είδους δράση, η οποία αν είναι προκαταρκτική, τότε πραγματοποιείται μια επαναξιολόγηση της κατάστασης και στη συνέχεια ακολουθεί η τελική δράση (Rushton et al, 1998).

Η σημασία του έγκαιρου εντοπισμού και της έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης στα προβλήματα ψυχικής υγείας

Οι ψυχιατρικές διαταραχές έχουν μεγάλο έμμεσο κόστος. Η αρρώστια επηρεάζει την ποιότητα ζωής (πχ πόνος, κοινωνική επιβάρυνση) όπως και την μακροζωία. Αυτές οι επιδράσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο για το άτομο που πάσχει αλλά και για την οικογένειά του και τους φίλους του και για τους άλλους ανθρώπους των οποίων η ζωή επηρεάζεται με κάποιο τρόπο από την αρρώστια. Οι ψυχιατρικές διαταραχές συσχετίζονται με διαταραγμένη λειτουργικότητα σε ένα σύνολο κοινωνικών ρόλων (Patel, 2000). Η κατάσταση αυτή προκαλεί μεγάλο πόνο

στα άτομα που πάσχουν και στις οικογένειές τους καθώς και τεράστια επιβάρυνση στα συστήματα περίθαλψης υγείας.

Η αναζήτηση βοήθειας από μη ψυχίατρο για ψυχική διαταραχή

Τις τελευταίες δεκαετίες ένα μεγάλο μέρος της έρευνας σχετίζεται με τη βελτίωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων των ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Judge et al., 2007). Στις πιο αναπτυγμένες χώρες ο γενικός γιατρός είναι ο ειδικός στον οποίο απευθύνονται τα άτομα με ψυχικά προβλήματα που χρειάζονται βοήθεια (Compton et al., 2006).

Οι Shepherd et al. αναγνωρίζουν ότι ο γενικός γιατρός παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαδικασία που ξεκινά με την αναγνώριση ότι ο ασθενής είναι ψυχικά άρρωστος και ολοκληρώνεται με την αντιμετώπιση ή την παραπομπή του στις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Σύμφωνα με το πρότυπο των Goldberg και Huxley οι περισσότεροι ψυχιατρικοί ασθενείς αρχικά συμβουλευότανται το γενικό τους γιατρό και μετά αν χρειάζεται προχωρούν σε ένα κέντρο ψυχικής υγείας. Παρόλο που η διαδικασία που αναφέρεται είναι γεγονός, σε κάποιο βαθμό, για κοινότητες με καλά αναπτυγμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αναγνωρίζεται ότι σε κάποιες καταστάσεις, τα άτομα παραπέμπονται στις ψυχιατρικές υπηρεσίες από άλλους επαγγελματίες και σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται μια διαφορετική διαδρομή. Παρά τις διαφορές αυτές, οι διαδρομές που ακολουθούν οι ασθενείς για να φτάσουν στην ιατρική περίθαλψη σπάνια έχουν εξεταστεί συστηματικά.

Η πλειοψηφία των νέων ασθενών έρχονται σε πρώτη επαφή με το γενικό γιατρό (54%) και το νοσοκομειακό γιατρό (26%) και στη συνέχεια παραπέμπονται

στις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Το 84% των ασθενών που τελικά παρουσιάστηκαν στις ψυχιατρικές υπηρεσίες είχαν παραπεμφθεί από τις δυο αυτές πηγές. Οι άμεσες παραπομπές στις ψυχιατρικές υπηρεσίες είναι πολύ λίγες (10%). Και στις αστικές και στις αγροτικές περιοχές, οι κύριες πηγές παραπομπής είναι ο γενικός γιατρός και ο νοσοκομειακός γιατρός.

Στις αγροτικές περιοχές οι ασθενείς έχουν άμεση επαφή σε υψηλότερο ποσοστό με τους γενικούς γιατρούς που στη συνέχεια τους παραπέμπουν στις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Αυτές οι διαφορές τονίζουν τον καίριο ρόλο του γενικού γιατρού στην ψυχιατρική φροντίδα των ασθενών στις αγροτικές περιοχές και τη μειωμένη δραστηριότητα των ειδικευμένων ψυχιατρικών υπηρεσιών (νοσοκομειακός γιατρός, ειδικευμένος γιατρός ή ψυχίατρος) στο πρωτοβάθμιο επίπεδο παροχής ψυχιατρικής φροντίδας υγείας (Vazquez - Barquero et al., 1993).

Παρόλο που οι περισσότεροι επαγγελματίες και πιο συγκεκριμένα, οι γενικοί γιατροί αναμένεται να μπορούν να ανιχνεύουν τέτοιες καταστάσεις, κάποιιοι μπορεί να μην έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να αναγνωρίζουν τις ψυχιατρικές διαταραχές ή μπορεί να ανταποκριθούν ανεπαρκώς στα πρώιμα προειδοποιητικά σημεία. Στην παρούσα μελέτη αναφορικά με την χρήση κλιμάκων διάγνωσης ψυχικών διαταραχών, μόνο το 33,3% δήλωσε ότι κάνει χρήση με το 66,6% να απαντά αρνητικά.

Εξετάζοντας τις κατανομές των απαντήσεων προκύπτει ότι η χρήση κλιμάκων δηλώνεται από το 42,9% των ιατρών που έχουν παρακολουθήσει το τρίμηνο ψυχιατρικής ενώ το αντίστοιχο ποσοστό μηδενίζεται στους υπόλοιπους. Σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημάνουμε πως από τους γενικούς γιατρούς του

δείγματος το 68,5% δηλώνει την ανεπαρκή εκπαίδευση ως λόγο μη ενασχόλησης και παραπομπής των ασθενών με ψυχικές διαταραχές.

Μια ασαφής και συγκεχυμένη κλινική εικόνα κατά την επαφή με τον ασθενή δεν είναι ασυνήθιστη, γεγονός που καθιστά τη διάγνωση προβληματική, εκτός αν συμβεί διαφοροποίηση της κλινικής εικόνας και ωριμάσουν τα συμπτώματα (Amaddeo et al, 2001· Bhugra & Hicks, 2004· Platz et al., 2006). Η μη αναγνώριση των ψυχιατρικών διαταραχών από τους γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να στερήσει την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση από ένα μεγάλο αριθμό ασθενών (Barlow et al., 2005· Douma et al., 2006· Issakidis & Andrews, 2003· Ormel et al., 1990, 1991). Για να διορθωθεί αυτό: οι γενικοί γιατροί πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε να αποκτήσουν δεξιότητες με ασθενείς με συνήθεις ψυχικές διαταραχές. Ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης, για τις ψυχικές διαταραχές θα έπρεπε να είναι σύνηθες γνώρισμα στον τύπο, το ραδιόφωνο και την τηλεόραση. Ιστοσελίδες του Πανεπιστημίου και του Υπουργείου Υγείας θα έπρεπε να προσφέρουν τέτοιου είδους πληροφορίες (Bedirhan Ustun, 2000).

Στην Ελλάδα, σε μια πανελλήνια επιδημιολογική συγχρονική έρευνα ψυχικής υγείας και των παραγόντων που την επηρεάζουν βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 18% είχε επισκεφτεί γιατρό άλλης ειδικότητας για το ψυχολογικό του πρόβλημα από το σύνολο εκείνων που είχαν αναφέρει ότι αντιμετώπιζαν ένα πρόσφατο σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα (Madianos et al, 1993). Γίνεται, επομένως, αντιληπτό ότι ο γενικός γιατρός και οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων έρχονται σε καθημερινή επαφή με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχιατρική νόσο και επισκέπτονται τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας. Η πρώτη επαφή του γιατρού με το άτομο που υποφέρει ψυχικά παίζει σημαντικό ρόλο στην παραπέρα πορεία της ψυχοπαθολογίας

του ατόμου. Η πρώτη επαφή επηρεάζεται από το επίπεδο της διαπροσωπικής επικοινωνίας του θεραπευτή και την ιδεολογία της παροχής υπηρεσιών που διακατέχει το προσωπικό της υπηρεσίας δηλαδή κατά πόσο είναι ευαίσθητοι σε ψυχοκοινωνικά θέματα και δε στιγματίζουν το άτομο. Ένα σημαντικό πρόβλημα που έχει διαπιστωθεί είναι εκείνο του συντονισμού των υπηρεσιών. Αναφορικά με την συνεργασία και σύνδεση με δομές κοινωνικής φροντίδας και ψυχικής υγείας, τα άτομα του δείγματος της παρούσας μελέτης δηλώνουν ότι αυτή δεν είναι υπαρκτή σε ποσοστό 53,7%. Επιπλέον το σύνολο σχεδόν των ψυχικών διαταραχών συγκεντρώνουν μικρά ποσοστά θετικών απαντήσεων στην πρόταση για συνδυασμένη παρακολούθηση του περιστατικού από τον γενικό ιατρό σε συνεργασία με ειδικό. Τα ποσοστά είναι κάτω του 30% στις περισσότερες περιπτώσεις. Τα βασικά προβλήματα που προκύπτουν είναι η έλλειψη έγκαιρης διάγνωσης ότι το άτομο πάσχει από ψυχική νόσο και η μη έγκαιρη αντιμετώπιση ή και παραπομπή του σε ειδική υπηρεσία ψυχικής υγείας για παραπέρα αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Παρόλο που οι περισσότεροι επαγγελματίες και πιο συγκεκριμένα, οι γενικοί γιατροί αναμένεται να μπορούν να ανιχνεύουν τέτοιες καταστάσεις, κάποιον μπορεί να μην έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να αναγνωρίζουν τις ψυχιατρικές διαταραχές ή μπορεί να ανταποκριθούν ανεπαρκώς στα πρώιμα προειδοποιητικά σημεία. Η μη αναγνώριση των αλλαγών της ψυχικής κατάστασης των ατόμων που θεωρούνται πρόδρομες για τη διαταραχή από τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να στερήσει την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση από ένα μεγάλο αριθμό ασθενών (Ormel et al., 1990, 1991).

Εκτίμηση και αντιμετώπιση των αρχικών φάσεων της ψύχωσης

Η κοινοτική εκπαίδευση και η υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας όπως είναι οι γενικοί γιατροί, οι κοινοτικοί νοσηλευτές που μπορούν να αναγνωρίζουν το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και η παροχή εύκολης πρόσβασης του ατόμου για εκτίμηση τις κατάστασής του σε συνδυασμό με ευρεία ενημέρωση του κοινού για τις κατάλληλες υπηρεσίες και τον τρόπο πρόσβασης σ' αυτές είναι παρεμβάσεις που μπορούν να μειώσουν την καθυστέρηση. Προσπάθειες να καλλιεργηθούν οι δεξιότητες αναγνώρισης των περιπτώσεων από πολλές επαγγελματικές ομάδες μπορούν να μειώσουν επιπλέον την καθυστέρηση, ωστόσο, η πιο αποτελεσματική παρέμβαση θα ήταν μια εκστρατεία πληροφόρησης του κοινού που στόχο έχει να μειώσει το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και να επικεντρώσει το ενδιαφέρον στις αρχικές φάσεις όταν «κάτι δεν πάει τελείως καλά», παρέχοντας τη δυνατότητα για πιο ευνοϊκή στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια και για έγκαιρη εντόπιση και παραπομπή. Προφανώς τέτοια καμπάνια θα απαιτούσε την υποστήριξη πολλών υπηρεσιών που θα πρέπει να είναι σε θέση να ανταποκριθούν άμεσα και πλήρως στις νέες παραπομπές (McGorry και Singh, 1995· Paykel et al., 1998).

Η έγκαιρη εντόπιση και παρέμβαση των ψυχιατρικών διαταραχών είναι μια μεγάλη πρόκληση για την ψυχιατρική. Φαρμακευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε άτομα που εμφανίζουν πρόδρομα σημεία και συμπτώματα συμβάλουν στην καλύτερη έκβαση της ασθένειας.

Το 1984 ο Falloon δημιούργησε ένα μοντέλο κοινοτικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας στο Buckingham. Το πρόγραμμα παρέμβασης συνδυάζει προσέγγιση δυο σταδίων (1) την έγκαιρη εντόπιση των ψυχικών γνωρισμάτων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (εκπαίδευση του γενικού γιατρού, οικογενειακού γιατρού

και νοσηλευτών δημόσιας υγείας να αναγνωρίσουν τα πρόδρομα συμπτώματα μείζονων ψυχικών διαταραχών με (2) στενή διασύνδεσή τους με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (χωρίς καθυστέρηση, να παραπέμψουν τα άτομα αυτά σε άμεση εξειδικευμένη ψυχιατρική εκτίμηση) (Falloon, 1992· Falloon et al., 1996· Falloon et al., 1998).

Το Κέντρο Πρόληψης και Παρέμβασης στην Πρώιμη Ψύχωση (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre - EPPIC) άρχισε να λειτουργεί στη Μελβούρνη, στην Αυστραλία, το 1992. Ο σκοπός του κέντρου είναι η έγκαιρη εντόπιση και παρέμβαση στους εφήβους και νέους ενήλικες που βιώνουν την αρχική έναρξη της ψύχωσης και η παροχή συνεχιζόμενης περίθαλψης κατά την κρίσιμη περίοδο δηλαδή τα πρώτα δυο χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας. Προσφέρει ένα μοντέλο αντιμετώπισης του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου που περιλαμβάνει έγκαιρη εντόπιση, φαρμακευτική αγωγή χαμηλής δοσολογίας και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε ένα λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον (McGorry et al., 1996).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι σημαντικό να διερευνηθούν θέματα που σχετίζονται με την αναζήτηση βοήθειας και την πρόσβαση των ασθενών στη θεραπεία κατά τα πρώιμα στάδια της ψυχικής νόσου. Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι η καθυστέρηση στην αναζήτηση και λήψη έγκαιρης θεραπείας αποτελεί καίριο πρόβλημα. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να μην επιδράσει καταλυτικά για την ευνοϊκότερη έκβαση της κατάστασής τους, οι κλινικοί πείθονται

όλο και περισσότερο ότι για την πλειοψηφία των ασθενών, τα οφέλη από την έγκαιρη παρέμβαση είναι αναμφισβήτητα.

Η διερεύνηση της πορείας των ασθενών που ζητούν βοήθεια ανέδειξε τον ουσιαστικό διασυνδεδετικό ρόλο του γιατρού και της θεραπευτικής ομάδας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Από την πλευρά των επαγγελματιών που παρέχουν φροντίδα, η πρόκληση είναι η προώθηση της έγκαιρης πρόσβασης των ασθενών με την οργάνωση εύκολα προσεγγίσιμων, διαθέσιμων, αποτελεσματικών και εξυπηρετικών για το κοινό υπηρεσιών. Η βελτιωμένη παροχή υπηρεσιών και η ενημέρωση του ασθενή για τις εναλλακτικές επιλογές που υπάρχουν είναι απαραίτητα στοιχεία. Η διασύνδεση των υπηρεσιών πρέπει να είναι οργανωμένη, ευέλικτη και αποδοτική για τα άτομα που χρειάζονται μετέπειτα εξειδικευμένη παρακολούθηση και θεραπεία.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των μελών της κοινότητας για τα γνωρίσματα της πρόδρομης φάσης και τη σημασία της παρέμβασης στη φάση αυτή είναι, επίσης, σημαντικό στοιχείο. Η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών και η ενημέρωση, από μόνα τους, δεν επαρκούν για να μειώσουν την καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας πέρα από ένα συγκεκριμένο σημείο, αν δεν αντιμετωπιστεί το στίγμα που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια και που αναγκάζει το άτομο να τη βιώνει ως ένα γεγονός που το απειλεί και το αποδυναμώνει.

Οι παραπάνω ουσιαστικές αλλαγές θα συμβάλλουν ώστε τα μέλη της κοινότητας να γίνουν πιο ανοικτά και πρόθυμα να συνειδητοποιήσουν την αξία της έγκαιρης εντόπισης και θεραπευτικής προσέγγισης των ψυχώσεων και να δραστηριοποιηθούν προς την κατεύθυνση αυτή.

«Για όλους τους ανθρώπους η ψυχική, η σωματική και η κοινωνική υγεία είναι παράγοντες ζωτικής σημασίας που συμπλέκονται και αλληλεξαρτώνται στενά. Καθώς η κατανόηση αυτής της σχέσης βαθαίνει, γίνεται ακόμη περισσότερο προφανές ότι η ψυχική υγεία είναι αποφασιστικής σημασίας για την εν γένει ευεξία ατόμων, κοινωνιών, χωρών». (WHO).

Σήμερα είναι κοινά αποδεκτό ότι η αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων καθορίζει την εκδήλωση και την πορεία των ψυχικών διαταραχών. Τις τελευταίες δεκαετίες οι κατακτήσεις στους διάφορους κλάδους της σύγχρονης ψυχιατρικής βελτίωσαν σημαντικά τις δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης ενώ συγχρόνως υπήρξαν καταλυτικές διευκολύνοντας καινοτομίες και μεταρρυθμιστικές αλλαγές στις Δημόσιες Υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης. Από τη σκοπιά της οργάνωσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, δομικό χαρακτηριστικό των νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι η ανάπτυξή τους και στις τρεις βαθμίδες περίθαλψης (Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας) με την λειτουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικών Κλινικών σε Γενικό Νοσοκομείο και Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Λειτουργικά χαρακτηριστικά αυτών των υπηρεσιών είναι η εγγύτητα, η προσβασιμότητα, η παροχή ευρέως φάσματος θεραπευτικών απαντήσεων και ολοκληρωμένων θεραπευτικών προγραμμάτων αλλά και η διασύνδεσή τους με τις υπηρεσίες Γενικής Υγείας. Όσον αφορά την διασύνδεση θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι κατευθυντήριες γραμμές του Π.Ο.Υ. θεωρούν σωστή την πλήρη ενσωμάτωση της ψυχιατρικής φροντίδας στις γενικές υπηρεσίες υγείας αφού αυτό προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα όπως:

1. Βελτιωμένη και έγκαιρη διαγνωστική αξιολόγηση

2. Δυνατότητα καλύτερης θεραπείας

3 Μείωση του στίγματος

4 Υψηλότερη παραγωγικότητα και εξοικονόμηση πόρων

Οι συγκεκριμένοι όμως τρόποι ενσωμάτωσης της Ψυχικής Υγείας στο Γενικό Σύστημα Υγείας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την υπάρχουσα κατάσταση και τη λειτουργία του Πρωτοβάθμιου, Δευτεροβάθμιου και Τριτοβάθμιου επιπέδου, μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της κάθε χώρας. (WHO) Στην Ελλάδα η ενσωμάτωση αυτή έχει μεν συζητηθεί αλλά το δικό μας Ε.Σ.Υ. δεν είναι προφανώς ακόμα σε θέση να πραγματοποιήσει μια τόσο σημαντική αλλαγή. Είναι γι' αυτό αναγκαίο να γίνονται κινήσεις προς αυτή την κατεύθυνση.

Το μεγάλο στοίχημα κάθε σύγχρονου συστήματος υγείας κερδίζεται με την αποκέντρωση των υπηρεσιών και την ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο τελικός στόχος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι η ενσωμάτωση της Ψυχικής με την Γενική Υγεία, μέχρις ότου όμως ολοκληρωθεί αυτή η διαδικασία η Γενική και η Ψυχική Υγεία στη χώρα μας θα συνεχίσουν να παρέχονται σε ένα βαθμό από ξεχωριστές υπηρεσίες. Κατά συνέπεια είναι απαραίτητο αυτές να βρίσκουν σημεία συνάντησης, και να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες σε περιφερειακό και σε τοπικό επίπεδο ώστε να γεφυρώνουν τις ανάγκες για απαρτίωση της φροντίδας μέσω συγκροτημένων συνεργασιών.

Η ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας ανάμεσα σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας αποτελεί ένα τεράστιο κεφάλαιο που ξεκίνησε να γράφεται και να διερευνάται την 10ετία του '60 με την ιστορικής σημασίας επιδημιολογική έρευνα του Michael Sepherd. Η έρευνα αυτή είχε

φανερώνει για πρώτη φορά τότε ότι το μεγαλύτερο μέρος των ψυχικών διαταραχών που υπάρχουν στο γενικό πληθυσμό δεν φθάνει ποτέ στην παρατήρηση του ειδικού, στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, γιατί μένει και αντιμετωπίζεται στα ιατρεία των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Γενικής Ιατρικής. Εκεί λοιπόν, σε αυτά τα ιατρεία, θα έπρεπε να επενδυθούν μεγαλύτεροι πόροι προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της ψυχιατρικής φροντίδας για τον γενικό πληθυσμό. Μεταγενέστερες έρευνες, ορισμένες από τις οποίες είναι πρόσφατες επιβεβαιώνουν τα στοιχεία του M. Sepherd, ότι δηλαδή η πλειοψηφία των ασθενών με ψυχιατρικό πρόβλημα είτε χρησιμοποιεί ως πόρτα εισόδου στο σύστημα υγείας είτε παραμένει συχνά για αντιμετώπιση στις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Γενικής Υγείας και μόνο ένα μικρό ποσοστό αντιμετωπίζεται ή φθάνει σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για αντιμετώπιση από ειδικό. Ο Goldberg σε μία μεγάλη σειρά ασθενών βρήκε ότι οι Γενικοί Ιατροί έβαλαν διάγνωση ψυχιατρικής πάθησης στο 19,5% των περιπτώσεων που αντιμετώπισαν στα ιατρεία τους. Γίνεται φανερό από τους παραπάνω αριθμούς η προληπτική αξία της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης ψυχιατρικών συμπτωμάτων από τον οικογενειακό γιατρό, αφού αυτός έχει την πρώτη επαφή με τον άρρωστο. Επίσης εκτιμήσεις που αφορούν την περιοχή της Βερόνας στην Ιταλία υποδεικνύουν ότι τα άτομα που παρουσιάζουν ένα ψυχικό πρόβλημα και απευθύνονται στους γιατρούς Γενικής Ιατρικής είναι δέκα φορές περισσότερα από αυτά που απευθύνονται στις ψυχιατρικές υπηρεσίες.(Tansella et. Williams, 1989). Τα ανωτέρω δεδομένα επιβεβαιώνονται και από αντίστοιχη ελληνική μελέτη (Μ. Μαδιανός). Κατά συνέπεια η κλινική εμπειρία και οι μελέτες σε διεθνές επίπεδο αναδεικνύουν τον κεντρικό ρόλο που κατέχουν και πρέπει να κατέχουν οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες γενικής υγείας ως πόρτα εισόδου στο σύστημα υγείας και ως σημείο κατ' αρχήν αντιμετώπισης των

ασθενών με ψυχική διαταραχή, ιδιαίτερα, αν και όχι μόνο, των ασθενών που παρουσιάζουν μια διαταραχή του φάσματος των κοινών ψυχικών διαταραχών.

Ο Π.Ο.Υ θέλοντας να τονίσει την σημασία των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών γενικής υγείας στην ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχικής φροντίδας σε διακήρυξή του υποστηρίζει πως « Οι πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Γενικής Υγείας είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της κοινοτικής ψυχιατρικής» (WHO, 1983).«Είναι πλέον σαφές σήμερα ότι θα ήταν λάθος να διαχωρίζονται και να αντιμετωπίζονται ξεχωριστά και αποσπασματικά τα σωματικά από τα ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα (εκτός των σοβαρών περιπτώσεων) όταν οι ασθενείς παρουσιάζονται και απευθύνονται στις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Γενικής Υγείας ή τα ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων» (Tansella et Thornicroft, 1999).Σήμερα οι σχέσεις συνεργασίας ανάμεσα στην Κοινοτική Ψυχιατρική και τις Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες Γενικής υγείας είναι ένα από τα σημαντικά θέματα που απασχολούν την διεθνή ψυχιατρική κοινότητα και γι' αυτό είναι ανοικτό ένα πεδίο συζήτησης σχετικά με το ποια θεωρητικά πρότυπα, και ποια οργανωτικά μοντέλα μπορούν να εξυπηρετήσουν καλύτερα αυτό το σκοπό, σε κάθε χώρα, σε κάθε περιοχή, σε κάθε συγκεκριμένη πραγματικότητα. Σκοπός αυτής της συνεργασίας είναι η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Γενικής Υγείας μέσω μιας διασυνδεδετικής, συμβουλευτικής, εκπαιδευτικής και ερευνητικής σχέσης με τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας με στόχο:

- Τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της τρέχουσας διαχείρισης των ψυχικών διαταραχών στις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.
- Τη βελτίωση της αναγνώρισης και της πρώιμης διάγνωσης περιπτώσεων
- Τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του έργου στο επίπεδο της Δευτερογενούς Πρόληψης

- Τη θέσπιση μοντέλων παραπομπής περιστατικών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Βέβαια το θέμα της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας παρουσιάζεται κάπως περίπλοκο γιατί διάφοροι παράγοντες παρεμβαίνουν εμποδίζοντας μια παραγωγική ανταλλαγή πληροφοριών, όπως παραδείγματος χάριν το πρόβλημα των ρόλων και του πεδίου παρέμβασης. Επίσης η παραδοσιακή απόσταση που χωρίζει τις ειδικότητες, ο φόβος έκθεσης σε κάποια ανεπάρκεια αλλά και η γενικότερη δυσκολία για συνεργασία, ως δυσκολία τροποποίησης του προσωπικού στυλ εργασίας, είναι παράγοντες που καθιστούν δύσκολη την συνεργασία μεταξύ γιατρών που παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ειδικών Ψυχιάτρων. Από την άλλη πλευρά όμως τα κίνητρα για την ανάπτυξη μιας συνεργασίας είναι σημαντικά, όπως:

- Η βελτίωση της ικανότητας αναγνώρισης ασθενών που χρήζουν ψυχιατρικής - ψυχολογικής βοήθειας
- Η έγκαιρη διάγνωση και έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχιατρικών περιστατικών
- Η προαγωγή της «εν έργω» εκπαίδευσης που είναι χρήσιμη και στις δύο ειδικότητες (του Γενικού Γιατρού και του Ψυχιάτρου)
- Η προαγωγή της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας Πρόληψης
- Η δυνατότητα πραγματοποίησης στοχευμένων επιδημιολογικών μελετών αναφορικά με την συχνότητα και την κατανομή των ψυχιατρικών προβλημάτων στην κοινότητα.

Κρίνεται γι' αυτό απαραίτητο οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας να επεξεργαστούν και να αρχίσουν να εφαρμόζουν στοιχεία από διάφορα μοντέλα

συνεργασίας με στόχο την συγκροτημένη διασύνδεσή τους με τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Γενικής Υγείας, ανάλογα με τις εκάστοτε τοπικές συνθήκες και ιδιαιτερότητες, διαμορφώνοντας ένα πεδίο Κοινοτικής Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής. Η ανάπτυξη μίας δομημένης αλλά συγχρόνως και με άτυπα στοιχεία συνεργασίας μπορεί να περιλαμβάνει:

1. Οργάνωση συναντήσεων στα Κέντρα Υγείας με επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων. Τα θέματα αυτών των συναντήσεων μπορεί να αφορούν την αναγνώριση μιας περίπτωσης, τα διαγνωστικά κριτήρια, την στρατηγική παρέμβασης, την χρήση των ψυχοφαρμάκων, τη δυσκολία των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν τον ψυχικά ασθενή.
2. Παρουσία μιας ψυχιατρικής υπηρεσίας στα Κέντρα Υγείας ως προϋπόθεση για μια παραγωγική συνεργασία.
3. Ο γιατρός του Κέντρου Υγείας και ο Ψυχίατρος μπορεί να αποφασίσουν να συναντήσουν μαζί τον ασθενή επιλέγοντας ακολούθως την παρέμβαση που κρίνεται πιο σωστό να πραγματοποιηθεί.

Ακόμα και σήμερα με τις υπάρχουσες αδυναμίες είναι απαραίτητο Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας και υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας να αντικρίσουν η μία την άλλη και μαζί να αναγνωρίσουν την ανάγκη ανάπτυξης μίας συγκροτημένης συνεργασίας. Πιστεύουμε ότι αυτό είναι εφικτό ακόμη και στο πλαίσιο ενός Ε.Σ.Υ., που δεν παρουσιάζεται ιδιαίτερα ισχυρό. Αυτό που μέχρι σήμερα καλούμαστε να παράγουμε και ούτως ή άλλως παράγουμε, μπορεί μέσω ενός συντονισμένου έργου να αποδώσει καλύτερα αποτελέσματα στο επίπεδο της πρόληψης και της ποιότητας της φροντίδας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχική υγεία είναι ένα ανθρώπινο δικαίωμα. Επιτρέπει στους πολίτες να ευημερούν, να έχουν υγεία και ποιότητα ζωής. Προωθεί την εκμάθηση, την εργασία και τη συμμετοχή στην κοινωνία.

Οι ψυχικές διαταραχές βρίσκονται σε άνοδο. Η κατάθλιψη είναι ήδη το επικρατέστερο πρόβλημα υγείας σε πολλά κράτη. Η αυτοκτονία παραμένει μια σημαντική αιτία θανάτου.

Οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν απέραντη δυστυχία στα άτομα, τις οικογένειες τους και τις κοινότητες στις οποίες ανήκουν. Είναι σημαντική αιτία ανικανότητας καθώς ασκούν πίεση στην υγεία, στην αγορά εργασίας, στην οικονομία, στην εκπαίδευση και σε όλα τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας.

Η δράση για την ψυχική υγεία και ευημερία πρέπει να αναπτυχθεί συμπεριλαμβάνοντας στους σχετικούς φορείς χάραξης πολιτικής, τους φορείς υγείας, εκπαίδευσης, τους κοινωνικούς εταίρους, καθώς επίσης και ανθρωπιστικές οργανώσεις. Υπάρχει ανάγκη να αυξηθεί η γνώση μας στα θέματα της ψυχικής υγείας: με τη συλλογή στοιχείων όσον αφορά την ψυχική υγεία του πληθυσμού και με την ανάθεση έρευνας για την επιδημιολογία, τις αιτίες, τους καθοριστικούς παράγοντες, τις επιπτώσεις της κακής ψυχικής υγείας, καθώς και τις δυνατότητες για επεμβάσεις και καλύτερες στους τομείς της υγείας και της κοινωνίας.

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές εκτίθενται καθημερινά σε ένα ευρύ φάσμα παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Το στίγμα που αντιμετωπίζουν σημαίνει ότι συχνά εξοστρακίζονται από την κοινωνία και δεν λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται ενώ αντιμετωπίζουν διακρίσεις σε καθημερινή βάση μεταξύ άλλων στους τομείς της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και της στέγασης. Για να προωθούνται και

να προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές πρέπει να υπάρχει:

- Αλλαγή νοοτροπίας, εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση προς την ψυχική ασθένεια και την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.
- Αντικατάσταση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων με κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες θα υποστηρίζονται από την ύπαρξη ψυχιατρικών κλινών σε γενικά νοσοκομεία και κατ'οίκον περίθαλψη.
- Αύξηση των επενδύσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας και ανάπτυξη/εκπαίδευση του δυναμικού . της Ψυχικής Υγείας για πρόσβαση σε καλής ποιότητας υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε κάθε επίπεδο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.
- Υιοθέτηση πολιτικών, νόμων και υπηρεσιών που προάγουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και τη δυνατότητα να αποφασίζουν οι ίδιοι για τη ζωή τους.
- Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες γενικής υγείας πρέπει να κατέχουν κεντρικό ρόλο ως πόρτα εισόδου στο σύστημα υγείας και ως σημείο κατ' αρχήν αντιμετώπισης των ασθενών με ψυχική διαταραχή, ιδιαίτερα, αν και όχι μόνο, των ασθενών που παρουσιάζουν μια διαταραχή του φάσματος των κοινών ψυχικών διαταραχών.

Οι γενικοί γιατροί, οι οποίοι αποτελούν το θεμέλιο λίθο της ΠΦΥ, οφείλουν να εκπαιδευτούν ώστε να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τις κοινές ψυχιατρικές διαταραχές. Καθώς επίσης και να παραπέμπουν τους ασθενείς που πρέπει να αντιμετωπιστούν από ειδικό. Είναι παρήγορο ότι το τρίμηνο άσκησης στην ψυχιατρική, που συμπεριλήφθηκε στην ειδικότητα των γενικών

γιατρών τα τελευταία χρόνια, φαίνεται να βοήθησε τους τελευταίους να μη «φοβούνται» τους ψυχικά ασθενείς. Ωστόσο έχουμε πολύ δρόμο ακόμη για να καταφέρουμε να αντιμετωπίζονται ως ένα τα σωματικά, τα ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα των ασθενών που απευθύνονται στις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Γενικής Υγείας. Έχουμε δρόμο ακόμη για να επιτευχθεί η προαγωγή της ψυχικής υγείας στις περιοχές ευθύνης των γενικών γιατρών μέσα από ένα καλά δομημένο εθνικό σύστημα υγείας. Για να φτάσουμε στο στόχο η ψυχική υγεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά προγράμματα της ΠΦΥ και να υπάρχει επιμόρφωση, ώστε να βελτιώνεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alliance for Health Reform. Mental Health Covering Health Issues, 2006,151- 162.
2. Amaddeo, F., Zambello, F., Tansella, M. & Thornicroft, G.: Accessibility and pathways to psychiatric care in a community based mental - health system. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36: 500-507.
3. American Psychiatric Association.: DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edn, Revised. American Psychiatric Association: Washington, DC 1987.
4. Angermeyer, M., Matschinger, H. & Riedel - Heller, S.: Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Epidemiology*, 1999, 35: 202-210.
5. Balestrieri, M., Bon., M., Rodriguez - Sacristan, A. & Tansella, M.: Pathways to psychiatric care in South - Verona, Italy. *Psychological Medicine*, 1994, 24: 641-649.
6. Bedirhan Ustun, T.: Unmet need for management of mental disorders in primary care. In G. Andrews & S. Henderson (Eds). *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press 2000.
7. Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D. & Gunnell, D.: Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behavior. *Sociology of Health & Illness*, 2007, 29 (2): 1-20.
8. Blacker, C.V. & Clare, A.W.: Depressive Disorder in Primary Care. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150: 737-751.
9. Compton, M.T., Esterberg, M.L., Druss, B.G., Walker, E.F. & Kaslow, N.J.: A descriptive study of pathways to care among hospitalized urban African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006, 41:566-573.
10. Daker-White, G., Beattie, A.M., Gilliard, J. & Means, R.: Minority ethnic groups in dementia care: a review of service needs, service provision and models of good practice. *Aging & Mental Health*, 2007, 6(2): 101-108.
11. Douma, J.C.H., Dekker, M.C., De Ruiter, K.P., Verhulst, F.C. & Koot, H.M.: Help-seeking process of parents for psychopathology in young with moderate to borderline intellectual disabilities. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2006, 45:10.
12. Edwards, J., Maude, D., McGorry, P., Harrigan, S. & Cocks, J.: Prolonged recovery in first - episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl.33): 1998, 107-116.
13. Falloon, I., Coverdale, J., Laidlaw, T., Merry, S., Kydd, R., Morosini, P. et al.: Early intervention for schizophrenic disorders. Implementing optimal treatment strategies in routine clinical services. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172 (suppl. 33): 33-38.

14. Fava, G. & Kellner, R.: Prodromal Symptoms in Affective Disorders. *Am J Psychiatry*, 1991, 148: 823-830.
15. Fava, G., Grandi, S., Canestrari, R. & Molnar, G.: Prodromal symptoms in primary major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 1990, 19: 149-152.
16. Fava, G.: Subclinical symptoms in mood disorders: pathophysiological and therapeutic implications. *Psychological Medicine*, 1999, 29: 47-61.
17. Flynn, H.A., Marcus, S.M., Kerber, K. & Alessi, N.: Patients' concerns about and perceptions of electronic psychiatric records. *Psychiatric services*, 2003, 54 (11): 1539-1541.
18. Fuller, J., Edwards, J., Proeter, N. & Moss, J.: How definition of mental health problems can influence help seeking in rural and remote communities. *Aust. J. Rural Health*, 2000, 8: 148-153.
19. Godfrey-Faussett, P., Kaunda, H., Kamanga, J., van Beers, S., van Cleeff, M., Kumwenda-Phiri, R. & Tihon, V.: Why do patients with a cough delay seeking care at Lusaka urban health centres? A health systems research approach. *Int. J. Tuberc. Lung. Dis.*, 2002, 6(9):796-805.
20. Goldberg D., «L'assistenza di disturbi mentali», εκδ. Centro Scientifico Editore, 2003, σ. 3
21. Goldberg D., op.cit., σ. 8
22. Goldberg, D. & Huxley, P.: *Common Mental Disorders: A bio-social Model*. London: Tavistock 1992.
23. Gormley, N. & O' Leary, D.: Time to initial medical presentation in a first - admission group with depression. *Acta Psychiatr Scand*, 1998, 97: 166-167.
24. Haddad, M., Walters, P. & Tylee, A.: District nursing staff and depression: A psychometric evaluation of Depression Attitude Questionnaire findings. *International Journal of Nursing Studies*, 2007, 44: 447-456.
25. Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., Fatkenheuer, B., An Der Heiden, W., Riecher-Rössler, A., Behrens, S. & Gattaz, W.: The epidemiology of Early Schizophrenia. Influence of Age and Gender on Onset and Early Course. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 164 (suppl. 23): 29-38.
26. Han, D., Chen, S., Hwang, K. & Wei, H.: Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2006, 60: 662-668.
27. Helgason, L.: Twenty years' follow - up of first psychiatric presentation for schizophrenia: What could have been prevented? *Acta Psychiatr Scand*, 1990, 81: 231-235.
28. Hinton, L., Franz, C. & Friend, J.: Pathways to dementia diagnosis. Evidence for Cross-Ethnic Differences. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2004, 18 (3): 134-144.
29. Huang, Z.J., Wong, F.Y., Ronzio, C.R. & Yu, S.M.: Depressive Symptomatology and Mental Health Help-Seeking Patterns of U.S. - and Foreign-Born Mothers. *Matern Child Health J*, 2007, 11: 257-267.
30. Issakidis, C. & Andrews, G.: Rationing of health care: Clinical decision making in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 2003, 17: 59-74.
31. Jaycox, L.H., Asarnow, J.R., Sherbourne, C.D., Rea, M.M., LaBorde, A.P. & Wells, K.B.: Adolescent Primary Care Patients' Preferences for Depression Treatment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2006, 33(2): 198-207.

32. Jones, P., Bebbington, P., Foerster, A., Lewis, S., Murray, R., Russel, A., Sham P., Toone, B. & Wilkins, S.: Premorbid Social Underachievement in Schizophrenia. Results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162: 65-71.
33. Jorgensen, P., Nordentoft, M., Abel, M., Gouliaev, G., Jeppesen, P. & Kasso, P.: Early Detection and assertive community treatment of young psychotics: the Opus Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2000, 35: 283-287.
34. Judge, A.M., Perkins, D.O., Nieri, J. & Penn, D.L.: Pathways to care in first episode psychosis: A pilot study on help-seeking precipitants and barriers to care. *Journal of Mental Health*, 2007, 14(5): 465-469.
35. Kupfer, D., Frank, E., Perel, J.: The Advantage of Early Treatment Intervention in Recurrent Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1989, 46: 771-775.
36. Larsen, T., Moe, L.C., Vibe - Hansen, L. & Johannessen, J.: Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first - episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 2000, 45: 1-9.
37. Lechky, O.: FPs' knowledge about diagnosis, treatment of psychosocial problems improving: psychiatrist. *Can Med Assoc J*, 1995, 152(10):1676-1678.
38. Lincoln, C. & McGorry, P.: Who Cares? Pathways to Psychiatric Care for Young People Experiencing a First Episode of Psychosis. *Psychiatric Services*, 1995, 46(11): 1166-1171.
39. Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L. & Knox, V.J.: Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health*, 2007, 10(6): 574-582.
40. Madianos, M.G., Madianou, D. & Stefanis, C.N.: Help - seeking behaviour for psychiatric disorder from physicians or psychiatrists in Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1993, 28: 285-291.
41. Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H., McGonagle, K.A. & Kessler, R.C.: Agoraphobia, Simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53: 159-168.
42. McGorry, P.D., Yung, A.R., Phillips, L.J., Yuen, H.P., Francey, S., Cosgrave, E.M., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adlard, S. & Jackson, H.: Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first - episode psychosis in a clinical sample with sub-threshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59: 921-928.
43. Mechanic, D.: Is the Prevalence of mental disorders a good measure of the need of services? *Health Affairs*, 2003, 22 (5):8-20.
44. Morrison, A.P., French, P., Waldorf, L., Lewis, S.W., Kilcommons, A., Green, J., Parker, S. & Bentall, R.P.: Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra - high risk: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185: 291-297.
45. Norman, R.M.G., Malla, A.K. & Manchanda, R.: Delay in treatment for psychosis. Its relation to family history. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2007, 174-179.
46. Okello, E. Cultural explanatory models of depression in Uganda. Karolinska University Press 2006.

47. Ormel, J.W., Koeter, M., Van den Brink, W., van de Willige, G.: Recognition, Management, and Course of Anxiety and Depression in General Practice. *Arch Gen Psychiatry*, 1991, 48: 700-706.
48. Patel, V.: Health systems research: a pragmatic model for meeting mental health needs in low income countries. In G. Andrews & S. Henderson (Eds). *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press 2000.
49. Paykel, E., Hart, D., Priest, R.: Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172 (suppl.33): 519-522.
50. Platz, C., Umbricht, D.S., Cattapan-Ludewig, K., Dvorsky, D., Arbach, D., Brenner, H.D. & Simon, A.E.: Help-seeking pathways in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006, 41:967-974.
51. Rabiner, C., Wegner, J. & Kane, J.: Outcome Study of First - Episode Psychosis, I: Relapse Rates After 1 Year. *Am J Psychiatry*, 1986, 143(9): 1155-1158.
52. Rosvold, E.O. & Bjertness, E.: Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2007, 30:2, 125-132.
53. Santorius, N.: Assessing needs for psychiatric services. In G. Andrews & S. Henderson (Eds). *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press 2000.
54. Saraceno B, «La fine dell' internamento» εκδ. ETAS, 2000, σ. 105
55. Shapiro, S., Skinner, E.A., Kessler, L.G., Von Korff, M., German, P.S., Tischler, G.L., Leafh, P.J., Benham, L., Cottler, L. & Regier, D.: Utilization of health and mental Health services. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41: 971-978.
56. Shepherd M., Cooper B., A.C (1996). *Psychiatric illness in general practice*, Oxford University Press, London
57. Smith, J., Tarrier, N.: Prodromal Symptoms in manic depressive psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1992, 27: 245-248.
58. Sorgaard, K., Sandanger, I., Sorensen, T., Ingebriqtsen, G. & Dalgard, O.: Mental disorders and referrals to mental health specialists by general practitioners. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1999, 34: 128-135.
59. Steel, Z., McDonald, R., Silove, D., Bauman, A., Sandford, P., Herron, J. & Minas I.H.: Pathways to the first contact with specialist mental health care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, 40:347-354.
60. Tang, Y., Sevigny, R., Mao, P., Jiang, F. & Cai, Z.: Help-seeking Behaviors of Chinese Patients with Schizophrenia Admitted to a Psychiatric Hospital. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*, 2006, 34:101-107.
61. Turner, M., Smith-Hamel, C., Mulder, R.: Pathways to care in a New Zealand first-episode of psychosis cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, 40:421-428.
62. Ünal, S., Kaya, B., Yalvañ, Y.D.: Patients' Explanation Models for Their Illness and Help-Seeking Behavior. *Türk Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Psychiatry)*, 2007, 18 (1): 1-9.
63. Verdoux, H., Cougnard, A., Grolleau, S., Besson, R., Delcroix, F.: How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005, 40: 892-898.

64. Wang, P.S., Berglund, P. & Kessler, R.C.: Recent care of common mental disorders in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 2000, 15: 284-292.
65. Wilson, C.J., Deane, F.P., Ciarrochi, J.: Can hopelessness and adolescents' beliefs and attitudes about seeking help account for help negation? *Journal of clinical psychology*, 2005, 61 (12): 1525-1539.
66. Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F., Komiti, A.: Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2005, 39: 514-521.
67. Wyatt, R., Damiani, L., Henter, I.: First - episode schizophrenia. Early intervention and medication discontinuation in the context of course and treatment. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172 (suppl.33): 77-83.
68. Yung, A.R., Stanford, C., Cosgrave, E., Killackey, E., Phillips, L., Nelson, B., McGorry, P.D.: Testing the Ultra High Risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophrenia Research*, 2006, 84: 57-66.
69. Αλεξανδρόπουλος Κ, Κατσαρός Α, « Η ενοποίηση του Οργανισμού του Ψ. Ν. Κέρκυρας με το Γεν. Νοσοκομείο Κέρκυρας.» Συνέδριο ιατροχειρουργικής εταιρείας Κέρκυρας
70. Ανδρέας Κατσαρός «Ανάγκες διασύνδεσης της ψυχικής με την γενική υγεία» ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ 2010, Τόμος 6, Τεύχος 2
71. Ζαρταλουδη Α., Μαδιανός Μ. «Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης ψυχιατρικών περιπτώσεων και της θεραπευτικής παρέμβασης» *Encerphalos Journal_files\header.gif*
72. Ιεροδιακόνου Χ. Σ., «Ψυχιατρικές γνώσεις για εφαρμογή από κάθε γιατρό», εκδ. Μαστορίδη, σ. 17
73. Κυλούδης Π., Τανανάκη Μ., Ρεκλείτη Μ., «Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2012) Τόμος 4, Τεύχος 1, 1-8 ISSN 1791 – 9649*
74. Λιάκος Α., Σύνδεση αποσυλοποίησης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στο :*Δαμίγος Δ (συντον).*, «ΑΠΟΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη», εκδ. Παπαζήση, 2009, σ. 151.
75. Μαδιανός Μ, «Κλινική ψυχιατρική», εκδ. Καστανιώτη, 2006, σ. 546
76. Π.Ο.Υ «Έκθεση για την παγκόσμια υγεία 2001, ψυχική υγεία: νέα αντίληψη , νέα ελπίδα»
77. Σκαπινάκης Π., Μαυρέας Β., Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Διαφορετικοί ασθενείς, διαφορετικές ανάγκες, στο : *Δαμίγος Δ (συντον).*, «ΑΠΟΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ 167 και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη», εκδ. Παπαζήση, 2009, σ. 318-320

