

Rola lekarza pierwszego kontaktu w promocji zdrowia psychicznego i wykrywaniu zaburzeń psychicznych

*Dominik Olejniczak, Katarzyna Wysocka

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa
Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. Janusz Ślusarczyk

THE ROLE OF THE GP IN MENTAL HEALTH PROMOTION AND DETECTION OF MENTAL DISORDERS

Summary

Introduction: The number of new cases of mental disorders over the years shows an upward trend both in Poland and other European countries. Mental disorders are one of the top issues facing IT European countries. One of the conditions to improve the current statistics may become effective mental health promotion including in it the role of GP. The aim of the work is to present measures of mental health promotion including the role of the GP.

Material and methods: The group of 154 patients benefiting from visits to the GP was conducted anonymous survey. Compiling the necessary measures collected data was performed in SPSS.

Results: The results of studies conducted on patients doctors GP, show a small part of the problem, such as the destruction of the mental and the associated mental health promotion, detection of mental disorders and their treatment. Also illustrates a problem that is associated with a GP who, after analyzing the data does not play a significant role in these activities in the area of mental health.

Conclusions: The role of the GP in the area of mental health care is low. The doctor did not talk with patients about mental health.

Key words: GP, mental health promotion, mental disorders

WSTĘP

Zaburzenia psychiczne i ich występowanie na przestrzeni lat ma tendencję wzrostową. Dostępne dane nie odzwierciedlają całkowitej skali problemu, ponieważ dane nie są kompletne ze względu na to, że pacjenci bardzo często nie trafiają do placówek psychiatrycznej służby zdrowia, korzystając bardzo często z porad prywatnych. Główne wnioski dla Polski opublikowane w raporcie PZH z 2008 r. (1) są następujące:

- liczba chorych leczonych po raz pierwszy oraz leczonych ogółem w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej podwoiła się w latach 1997-2004, w latach 2005-2006 nastąpiło lekkie zahamowanie tej wzrostowej tendencji,

- liczba pacjentów leczonych w oddziałach całodobowej opieki zdrowotnej w latach 1997-2006 podwoiła się,

- w oddziałach całodobowej opieki psychiatrycznej głównym rozpoznaniem w grupie mężczyzn były zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu, kobiety były leczone o prawie połowę częściej z powodu zaburzeń nerwicowych i zaburzeń nastroju (1).

Rozpowszechnienie zaburzeń i ich występowanie ma wpływ na pojawienie się określonych społecznych

konsekwencji. Z punktu widzenia finansów, na podstawie danych szacunkowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii zamieszczonych w Narodowym Programie Zdrowotnym na lata 2007-2015, wynika iż zaburzenia psychiczne mogą generować koszty rzędu 3-4% PKB, są również najczęstszym powodem wypłacania rent inwalidzkich. Inne koszty bezpośrednie związane z zaburzeniami psychicznymi to koszty leczenia, hospitalizacji, koszty badań i leków. Kosztami pośrednimi są natomiast koszty ponoszone w wyniku absencji w pracy, bezrobocia i zabezpieczenia socjalnego. Osoby chore borykają się z szeregiem problemów, poczynając od wykluczenia społecznego po nieefektywnie działający system opieki zdrowotnej. Problem choroby psychicznej, jeśli nie jest to osoba samotna, dotyczy również najbliższego otoczenia osoby chorej. Problemy ze zdrowiem psychicznym osoby najbliższej bardzo często są powodem kryzysów; rodziny mają jednocześnie problem z otrzymaniem wsparcia, są bardzo często pozbawione jakiegokolwiek opieki (2).

Obowiązująca w Polsce ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994 r., za organy odpowiedzialne za organizację ochrony zdrowia uznaje organy

administracji rządowej, samorządowej oraz instytucje, które powołane są, aby zajmować się ochroną zdrowia psychicznego. Dopuszczony jest również udział i zaangażowanie stowarzyszeń, organizacji społecznych, fundacji, kościołów. Ustawa określa ochronę zdrowia psychicznego jako działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, oraz zapewnienie osobom chorym łatwo dostępnej i wszechstronnej opieki zdrowotnej. Zapewnienie również innych form pomocy i opieki, mających na celu ułatwienie funkcjonowania w środowisku społecznym i rodzinie. Zadaniem w ochronie zdrowia psychicznego jest także kształtowanie właściwych postaw w społeczeństwie wobec chorych (tolerancji, życzliwości i zrozumienia wobec choroby) i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób chorych i dyskryminacji (3).

Poza ustawą o ochronie zdrowia psychicznego ogólne regulacje dotyczące funkcjonowania instytucji działających w kręgu ochrony zdrowia psychicznego określają przepisy zawarte w ustawach:

- o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku,
- o zawadzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 roku,
- o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku,
- o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 roku (4).

W rozpoznawaniu problemów psychicznych ważną rolę sprawuje lekarz pierwszego kontaktu, ponieważ do niego zgłaszają się pacjenci mający również problemy natury psychologicznej. W gestii lekarzy jest, aby potrafili, mimo krótkiego czasu wizyt, rozpoznać i pokierować dalsze leczenie, zanim problem się pogłębi.

W Polsce w zakresie ochrony i promocji zdrowia psychicznego są organizowane działania zarówno prawnie udokumentowane (Narodowy Program Ochrony Zdrowia na lata 2007-2015 – cel strategiczny nr 4, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – 2011-2015), jak również będące inicjatywą organizacji pozarządowych (np. Forum przeciw depresji, Schizofrenia otwórzcie drzwi). W Unii Europejskiej jednym z ważniejszych dokumentów, również traktujących o ochronie zdrowia psychicznego, jest Zielona Księga Komisji Europejskiej oraz Europejski Pakt na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego (2, 5-7).

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie działań, jakie są podejmowane w zakresie promocji zdrowia psychicznego oraz poznanie opinii i oczekiwań pacjentów korzystających z wizyt u lekarza pierwszego kontaktu na temat szeroko pojętej opieki nad zdrowiem psychicznym.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone w czasie od lipca 2010 do stycznia 2011 r. przy wykorzystaniu autorskiego kwestionariusza ankiety.

Pytania zawarte w ankiecie dotyczą: opinii na temat zdrowia psychicznego, korzystania z wizyt u lekarza

pierwszego kontaktu, opinii i oczekiwań dotyczących lekarza w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym pacjenta. Kwestionariusz ankiety dotyczącej zdrowia psychicznego składa się z 15 pytań zamkniętych, w tym 3 pytania mają drugą część, doprecyzowującą odpowiedź. Pytania zamknięte zawierają od 2 do 5 dystraktorów. W jednym pytaniu jest możliwość udzielania odpowiedzi wielokrotnego wyboru, w pozostałych pytaniach jest poprawna tylko jedna odpowiedź. Kwestionariusz uzupełniony jest o metryczkę.

Wyniki badań zostały wprowadzone do statystycznego programu SPSS Statistics, przy jego wykorzystaniu dane zostały przetworzone i analizowane.

Liczebność grupy wyniosła 154 osoby, korzystające z wizyt u lekarza pierwszego kontaktu. Największy udział w grupie badanych stanowiły osoby między 19 a 30 rokiem życia (55,8%). Grupa wiekowa 31-40 lat i 41-50 – ich liczebność była na zbliżonym poziomie i wspólnie stanowiły 1/4 wszystkich respondentów. Osoby w wieku 51-60 lat stanowiły około 1/10 próby. Najmniejszy udział w badaniu miały osoby po 61 roku życia oraz osoby do 18 roku życia (łącznie stanowili około 1/10 wszystkich osób). Reprezentatywność grupy nie pozwała na wyciągnięcie wniosków na temat ogólnej społeczności, jednakże pozwala na szacunkowe określenie wiedzy i opinii z badanego zakresu.

WYNIKI

W opinii 98,7% respondentów zdrowie psychiczne ma wpływ na funkcjonowanie człowieka w życiu codziennym. Pozostała część nie zna bądź nie dostrzega zależności.

Osoby które udzieliły odpowiedzi, iż wpływ zdrowia psychicznego na funkcjonowanie w życiu codziennym istnieje, określiły następujące stopnie zależności: dla prawie połowy (49,4%) respondentów wpływ ten jest znaczący, 37,7% określiło wpływ jako bardzo duży, a pozostała część (11,7%) stopień umiarkowany. Żaden z respondentów nie udzielił odpowiedzi zawartej w kafeterii do określenia stopnia wpływu – „małym”.

W opinii prawie 9/10 respondentów zdrowie psychiczne ma wpływ na zdrowie fizyczne, takiego wpływu nie ma wg niecałych 6% ankietowanych. Pozostała część osób nie wie, czy taki związek istnieje.

W najbliższym otoczeniu prawie 2/3 respondentów nie ma osób, które mają problem ze zdrowiem psychicznym, w najbliższym otoczeniu nieznacznie ponad 1/3 osób są osoby mające problem ze zdrowiem psychicznym.

Wymienić z nazwy przykład zaburzeń psychicznych potrafi około 7/10 osób ankietowanych. Pozostała część osób nie wymieni nazwy zaburzenia psychicznego. Najczęściej podawanymi przykładami były schizofrenia i depresja.

W opinii znacznej przewagi osób ankietowanych (91,6%) zdrowie psychiczne jest tak samo ważne jak zdrowie fizyczne, nieznacznie powyżej jednego procenta nie stawia na równi tych dwóch obszarów zdrowia. Opinię, iż tych pojęć nie należy porównywać, podziela 4,5%

badanych. Pozostała grupa (2,6%) osób nie ma zdania w tej kwestii.

W ocenie osób ankietowanych tylko niecałe 2% uważa, że osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są odbierane negatywnie przez społeczeństwo. Przeważający udział 92,9% ma opinię że osoby chore są negatywnie odbierane w społeczeństwie.

W opinii 3/5 osób ankietowanych osoby mające problem z zaburzeniami psychicznymi wstydzą się swojego problemu. Przeciwnego zdania jest 1/5 respondentów. Pozostałe osoby nie mają zdania na ten temat i udzieliły odpowiedzi „nie wiem”.

Zaufanie do lekarza pierwszego kontaktu ma 56,5% wszystkich ankietowanych, nie ufa 16,2%, pozostała część 26,6% nie ufa do końca.

W opinii większości ankietowanych (54,5%) lekarz pierwszego kontaktu pozostaje w obowiązku dbania o zdrowie psychiczne pacjentów. Nie ma zdania na ten temat 1/4 ankietowanych, a w opinii 1/5 wszystkich respondentów lekarz nie ma takiego obowiązku.

Prawie połowa (46,8%) respondentów odpowiedziała twierdząco, wyrażając chęć rozmowy z lekarzem pierwszego kontaktu w momencie pojawienia się problemu natury psychicznej. Nie jest zdecydowanych 1/5 ankietowanych, 47 osób (30,5%) nie wyraża takiej potrzeby.

Zdecydowana większość ankietowanych, bo 87%, nigdy nie rozmawiała ze swoim lekarzem pierwszego kontaktu na temat zdrowia psychicznego. Nieznacznie powyżej 1/10 ankietowanych taką rozmowę odbyło.

Okoliczności rozmów z lekarzem pierwszego kontaktu były następujące: 3,2% wśród osób, które miały rozmowę na temat zdrowia psychicznego deklarują, że lekarz rozpoczął sam rozmowę na ten temat, 1,3% – było to samodzielne zgłoszenie się osoby do lekarza z problemem natury psychicznej. Dla pozostałej części respondentów (4,5%) okoliczności tej rozmowy były inne niż wymienione powyżej.

W przypadku problemów psychicznych połowa ankietowanych szukałaby pomocy w placówkach prywatnych. 37% osób ankietowanych zgłosiłoby się do publicznej służby zdrowia. Pomocy nie szukałoby lub szukałoby w innych miejscach niż placówki prywatnej i publicznej służby zdrowia 1/10 respondentów.

Nie cała połowa udzielonych odpowiedzi wskazywała na psychologa jako specjalistę, do którego udałoby się ankietowani w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym. Około 1/3 ankietowanych wybrało psychiatrę, lekarza pierwszego kontaktu wybrało 16%, innego specjalistę – 3,2%.

DYSKUSJA

W opinii przeważającej liczby ankietowanych zdrowie psychiczne jest uważane za składową ogólnego poczucia bycia zdrowym. Potwierdzają odczuwalny i znaczący wpływ zdrowia psychicznego na jakość funkcjonowania w życiu codziennym (tab. 1 i 2). Podobnie rzecz ma się w opinii respondentów na temat zależności pomiędzy stanem zdrowia psychicznego, a fizycznego – 87% widzi możliwość wpływu stanu psychicznego na kondycję fizyczną (tab. 3).

Również większość ankietowanych stawia na równy stan zdrowia psychicznego i fizycznego, co może świadczyć o rozumieniu pojęcia zdrowia w sposób holistyczny (tab. 6).

Na podstawie badań własnych, ale także na przykładzie badań przeprowadzonych dla Instytutu Edukacji Zdrowotnej i Praw Pacjenta z 2008 roku (osoby chore

Tabela 1. Czy wg Pana/Pani zdrowie psychiczne może mieć wpływ na funkcjonowanie człowieka w życiu codziennym? (jeśli zaznaczono odpowiedź NIE, proszę przejść do kolejnego pytania).

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Tak	152	98,7
Nie	1	0,6
Nie wiem	1	0,6
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Tabela 2. Jeśli TAK, to w jakim stopniu:

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Brak odpowiedzi	2	1,3
Umiarkowanym	18	11,7
Znaczącym	76	49,4
Bardzo dużym	58	37,7
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Tabela 3. Czy wg Pana/Pani zdrowie psychiczne może mieć wpływ na zdrowie fizyczne?

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Tak	134	87,0
Nie	9	5,8
Nie wiem	11	7,1
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Tabela 4. Czy w Pana/Pani najbliższym otoczeniu jest osoba cierpiąca z powodu zaburzeń psychicznych?

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Tak	55	35,7
Nie	99	64,6
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Tabela 5. Czy potrafi Pan/Pani wymienić z nazwy przykłady zaburzeń psychicznych?

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Brak odpowiedzi	1	0,6
Tak	109	70,8
Nie	44	28,6
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Tabela 6. Czy wg Pana/Pani zdrowie psychiczne jest równie ważne jak zdrowie fizyczne?

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Tak	141	91,6
Nie	2	1,3
Nie wiem	4	2,6
Tych pojęć nie należy porównywać	7	4,5
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

psychicznie w społeczeństwie), stwierdza się, że osoby chore psychicznie są w dalszym ciągu odbierane negatywnie przez społeczeństwo. W przytoczonych badaniach przeanalizowano, w jaki sposób są określane osoby chore. Uzyskane odpowiedzi we wszystkich rozpatrywanych grupach socjo- demograficznych w przeważającej części są określeniami negatywnymi. Zdecydowaną mniejszość stanowią opinie pozytywne lub neutralne. W podziale na grupy socjo- demograficzne, negatywne opinie i określenia na temat chorych psychicznie spotyka się wśród osób o niższym wykształceniu i dochodach (8) (tab. 7, 8).

Niezmiennym zjawiskiem, jakie zostało przedstawione w badaniach, a również potwierdzone w badaniach własnych, jest wyrażane przekonanie, iż choroba psychiczna jest powodem do jej ukrywania i jest przyczyną towarzyszenia poczucia wstydu u osób chorych (tab. 7, 8).

Zjawisko wykluczenia społecznego osób chorych jest kwestią istotną w wielu wymiarach, ale najważniejszym jest ten, że negatywne nastawienie społeczeństwa utrudnia proces zdrowienia (opinia psychiatrów) i ponownej adaptacji chorego. Osoby cierpiące mają kolejną przeszkodę, na drodze ku zdrowieniu naruszającą ich godność.

Tabela 7. Czy wg Pana/Pani choroby psychiczne i inne problemy natury psychicznej są negatywnie odbierane przez społeczeństwo?

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Tak	143	92,9
Nie	3	1,9
Nie wiem	8	5,2
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Tabela 8. Czy wg Pana/Pani osoby mające problemy z zaburzeniami psychicznymi mogą wstydzić się swojego problemu?

	Liczba badanych	Udział (%)
Brak odpowiedzi	2	1,3
Tak	96	62,3
Nie	31	20,1
Nie wiem	25	16,2
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Uzyskane wyniki badań ukazują kolejny problem związany ochroną zdrowia psychicznego, mianowicie rola lekarza pierwszego kontaktu. W opinii respondentów ponad połowa ankietowanych uważa, że lekarz POZ ma obowiązek zajmowania się zdrowiem psychicznym (tab. 10), również prawie połowa respondentów chciałaby w przypadku pojawienia się problemów ze zdrowiem psychicznym móc rozmawiać na ten temat z lekarzem pierwszego kontaktu (tab. 11), przy czym większość respondentów darzy zaufaniem swojego lekarza (tab. 9). Z drugiej strony tylko niecała 1/5 respondentów miała okazję rozmawiać na temat zdrowia psychicznego z lekarzem (tab. 12) i tylko w 5 przypadkach lekarz sam rozpoczął taką rozmowę (tab. 13). W artykule A. Araszkiwicza „Zaburzenia depresyjne i lękowe w podstawowej opiece zdrowotnej – rozpowszechnienie i diagnostyka” zostaje także poruszona kwestia uczestnictwa lekarza pierwszego kontaktu w opiece nad zdrowiem psychicznym (9). Wg Araszkiwicza od 20 do 33% pacjentów korzystających z podstawowych świadczeń to pacjenci z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego. Rozpoznawalność i diagnoza zaburzeń psychicznych przez lekarzy POZ jest na poziomie 2,5-4,9% wszystkich osób zgłaszających się po pomoc (9).

Tabela 9. Czy Pan/Pani darzy obecnego lekarza pierwszego kontaktu zaufaniem?

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Brak odpowiedzi	1	0,6
Tak	87	56,5
Nie	25	16,2
Nie ufam do końca	41	26,6
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Tabela 10. Według Pana/Pani lekarz pierwszego kontaktu ma również obowiązek zajmować się zdrowiem psychicznym?

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Tak	84	54,5
Nie	31	20,1
Nie mam zdania	39	25,3
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Tabela 11. Czy gdyby dotknął Pana/Panią problem natury psychicznej, chciałby/aby Pan/Pani porozmawiać na ten temat ze swoim lekarzem pierwszego kontaktu?

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Tak	72	46,8
Nie	47	30,5
Nie jestem zdecydowany	35	22,7
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Tabela 12. Czy kiedykolwiek rozmawiał/a Pan/Pani z lekarzem pierwszego kontaktu o zdrowiu psychicznym?

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Brak odpowiedzi	2	1,3
Tak	18	11,7
Nie	134	87,0
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Tabela 13. Jeśli TAK, to proszę zaznaczyć okoliczności tej rozmowy:

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Brak odpowiedzi	140	90,9
Lekarz sam rozpoczął rozmowę na ten temat	5	3,2
Zgłosiłem/am się sam/sama z problemem natury psychicznej	2	1,3
Inne	7	4,5
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

Potwierdza się więc istotna rola lekarza pierwszego kontaktu w opiece nad zdrowiem psychicznym pacjentów. Konieczne jest podjęcie szeregu działań usprawniających organizację opieki na jej podstawowym poziomie, a także przygotowanie bądź stworzenie dobrego narzędzia dla lekarzy pierwszego kontaktu umożliwiającego, ze względu na ograniczoność czasu poświęcanego dla jednego pacjenta, szybką orientację w problemach zdrowotnych uskarżających się na zdrowie psychiczne. Istotne jest również, aby lekarze POZ byli bardziej wyczuleni na to, że pacjenci zgłaszający się z problemami najczęściej somatycznymi, mogą wykazywać objawy zaburzeń psychicznych. Pozwoliłoby to na uniknięcie kosztów związanych z niecelową diagnostyką pacjenta (9).

W kontekście powyższego, dużego znaczenia nabiera fakt, iż w razie problemów psychicznych respondenci szukaliby pomocy właśnie u lekarza (zarówno w placówkach publicznych, jak i niepublicznych) (tab. 14). Lekarz pierwszego kontaktu, z racji swoich obo-

Tabela 14. Czy gdyby dotknął Pana/Panią problem natury psychicznej, szukałby/aby Pan/Pani pomocy w:

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Brak odpowiedzi	3	1,9
W publicznej służbie zdrowia	57	37,0
W prywatnej służbie zdrowia	77	50,0
Nigdzie	11	7,1
Inne	6	3,9
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

wiązków byłby najpewniej pierwszym, do którego trafiłby pacjent.

Istotną kwestią, która utrudnia diagnostykę i dalsze leczenie pacjentów, szczególnie w wiejskich gminach, małych miejscowościach, jest to, że lekarz nie ma gdzie skierować pacjenta, tak aby zajął się nim lekarz psychiatra, psychoterapeuta.

Wyniki badań własnych potwierdziły, że osoby w momencie pojawienia się problemu ze zdrowiem psychicznym wybrałyby opiekę prywatną oraz specjalistę jakim jest psycholog. Możliwe, iż jest to wynikiem po pierwsze, organizacji podstawowej opieki zdrowotnej oraz tego, że diagnostyka jest tam utrudniona. Kolejną kwestią mającą wpływ na wybór prywatnej służby zdrowia jest odczuwalna większa anonimowość, bo ma również miejsce takie zjawisko jak szukanie pomocy przez osoby jej potrzebujące poza miejscem zamieszkania. Wybór specjalisty jakim jest psycholog wiąże się ze schematem i lękiem przed wizytą u lekarza psychiatry, jako że osoby korzystające z wizyt u psychiatry zaczęły być etykietowane w negatywny sposób, określający osoby mające problemy ze zdrowiem psychicznym (tab. 15). W badaniach na temat „Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego”, przeprowadzonych na zlecenie Instytutu Edukacji Zdrowotnej i Praw Pacjenta w 2008 roku, odpowiedź na bardzo zbliżone pytanie dotyczące tego, gdzie respondent udałby się po pomoc, w przypadku gdy bliska osoba zachorowałaby psychicznie można uznać za zbieżną z wynikami niniejszego badania. Najczęstszą odpowiedzią jest lekarz psychiatra, kolejną lekarz, osoba z rodziny i psycholog. W rozróżnieniu na grupy socjodemograficzne, wizyty u psychiatry preferują osoby o wyższym wykształceniu, jak wynika z badań osoby młode i mniej zamożne oraz z mniejszych miejscowości, są nastawione na szukanie pomocy wśród najbliższych lub u lekarza POZ (10).

Uzyskane wyniki badań własnych, jak również wyniki badań wyżej przytoczonych, na tym samym zbliżonym poziomie 35% pozytywnych odpowiedzi ankietowanych, przedstawiają to, że mieli w swoim najbliższym otoczeniu kontakt z osobą mającą problemy związane ze zdrowiem psychicznym (tab. 4). W przytoczonych badaniach zostały podkreślone dwie istotne kwestie, mianowicie brak kontaktu z osobami chorymi może spowodować większą podatność na przyjęcie nega-

Tabela 15. Do jakiego specjalisty Pan/Pani udałby/aby się:

	Liczba odpowiedzi	Udział (%)
Brak odpowiedzi	6	3,9
Lekarz pierwszego kontaktu	25	16,2
Psycholog	74	48,1
Psychiatra	44	28,6
Inny	5	3,2
	N=154	100,0

Źródło: badanie własne

tywnych opinii i stereotypów, funkcjonujących nadal w naszym społeczeństwie (10). Podkreślony zostaje także fakt, iż dużą rolę w kształtowaniu opinii i postrzegania problemów zdrowia psychicznego odgrywają media. Ten fakt potwierdza się niejako w odpowiedzi na pytanie zadane w badaniu własnym dotyczącym podania z nazwy przykładu choroby psychicznej. Najczęściej wymienianą nazwą jest depresja i schizofrenia. W mojej opinii ma to związek z prowadzonymi kampaniami społecznymi oraz ich nagłośnieniem w mediach (tab. 5).

Problematykę związaną ze zdrowiem psychicznym, promocją zdrowia psychicznego i zaznaczeniem roli lekarza pierwszego kontaktu, uważam za jedno z kluczowych zagadnień zdrowia publicznego. Analiza statystyk obrazujących skalę problemu wskazuje, iż trend będzie mieć tendencję wzrostową.

WNIOSKI

Pierwszy wniosek nasuwający się po analizie udzielonych odpowiedzi, to że osoby chore psychiczne mogą czuć się wykluczone społecznie i wciąż funkcjonują stereotypy związane z zaburzeniami, ponieważ na odpowiedź na pytanie: Czy osoby chore psychicznie mogą być negatywnie odbierane przez społeczeństwo, aż 90% respondentów udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Również przewaga odpowiedzi twierdzących pojawiła się w pytaniu na temat wstydu, jaki towarzyszy choremu. Istotne jest, że tylko nieznaczna część ankietowanych ma w swoim otoczeniu osobę z problemami zaburzeń psychicznych, przez co staje się prawdopodobne, że rozumienie problematyki zaburzeń psychicznych jest wciąż na niskim poziomie.

Rola lekarza pierwszego kontaktu w promocji zdrowia psychicznego, a także wykrywaniu zaburzeń psychicznych jest obecnie niewielka. Do takiego wniosku skłania bardzo mały udział w odpowiedziach osób, które rozmawiały z lekarzem pierwszego kontaktu na temat zdrowia psychicznego. Istnieje też szansa na to, że ten udział mógłby się zwiększyć, ponieważ w opinii respondentów lekarz pierwszego kontaktu ma obowiązek dbać również o zdrowie psychiczne. W przypadku

pojawienia się problemu ze zdrowiem psychicznym ankietowany w większości chciałby móc porozmawiać z lekarzem na ten temat, ponieważ również większość osób darzy swojego lekarza zaufaniem. Zaufanie jest podstawą do tego, aby pacjent mógł się otworzyć, a lekarz mógł uzyskać prawdziwe i niezbędne informacje, aby postawić dobrą diagnozę.

Kampanie społeczne prowadzone przez różne organizacje mają widoczny oddźwięk w odpowiedziach osób badanych, ponieważ osoby, które deklarowały możliwość wymienienia z nazwy zaburzenia psychicznego, w większości podawały schizofrenię i depresję. Na temat problemu depresji i schizofrenii, zostały przeprowadzone nagłośnione medialnie kampanie (np. Forum przeciwko depresji, Schizofrenia otwórzcie drzwi). Dalsze kampanie w tematyce zdrowia psychicznego są jak najbardziej uzasadnione, ponieważ przybliżają problem, uświadamiają i oswajają z daną jednostką chorobową. Uważam, że konsekwentne prowadzenie kampanii może pozytywnie wpłynąć na obecne zjawiska stygmatyzacji chorych psychicznie i ich wykluczenia społecznego. □

Piśmiennictwo

1. Goryński P, Wojtyński B: Sytuacja Zdrowotna Ludności. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008; 119.
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007; 20-21.
3. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994 r. (Dz. U. z dnia 20.10.1994 r.)
4. Okulicz-Kozaryn K, Ostaszewski K: Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008; 265.
5. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2011-2013.
6. Komisja Wspólnot Europejskich, Zielona Księga (poprawa zdrowia psychicznego ludności – Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej), Bruksela 2005; 3.
7. World Health Organization – Europe. Europejski Pakt na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego, Bruksela 2008; 1-5.
8. Centrum Badania Opinii Społecznej. Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań. Warszawa 2008; 5-8.
9. Araszkiewicz A: Zaburzenia depresyjne i lękowe w podstawowej opiece zdrowotnej – rozpowszechnienie i diagnostyka. Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej 2001; t. 1, nr 1.
10. Centrum Badania Opinii Społecznej: Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego. Komunikat z badań. Warszawa 2008; 13-14.

nadesłano: 26.07.2011
zaakceptowano do druku: 25.08.2011

Adres do korespondencji:
*Dominik Olejniczak
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego WUM
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa
tel.: 22 599-21-80, 509-030-878
e-mail: dominikolejniczak@op.pl