

Załącznik nr 4

**RAMOWY PROGRAM ZAPOBIEGANIA DEPRESJI;
PROJEKT DO DYSKUSJI**

ŁUKASZ ŚWIĘCICKI

**OPRACOWANO W RAMACH REALIZACJI NARODOWEGO
PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII, WARSZAWA 2011

Uwagi wstępne

Określenie „zapobieganie depresji” jest bardzo ogólne, trudno byłoby zaprojektować konkretne działania, które zapobiegałyby „depresji jako takiej” bez uwzględnienia

szczegółowego kontekstu występowania problemu. Konieczne jest raczej opisanie działań właściwych dla poszczególnych populacji. Dla celów tego opracowania wybrałem kilka takich populacji: populacje dzieci w wieku szkolnym, u których można się spodziewać zarówno większej skuteczności oddziaływań psychoedukacyjnych, jak i większego ryzyka narażenia na sytuacje traumatyczne oraz trzy populacje, w których można oczekiwać większego ryzyka wystąpienia depresji. Przyjęto więc trzy różne klucze doboru populacji stanowiących grupę docelową:

- większe prawdopodobieństwo skuteczności działań psychoedukacyjnych
- większe ryzyko wystąpienia sytuacji traumatycznych potencjalnie precypitujących (sprzyjających wystąpieniu) zaburzenia depresyjnego
- większe ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych ze względu na wiek (sumowanie się różnych czynników społecznych i psychologicznych, a w mniejszym stopniu biologicznych) lub na przebyte w przeszłości zaburzenia depresyjne (sumowanie się czynników psychologicznych i biologicznych)

Przedstawiony wybór w żaden sposób nie wyczerpuje zagadnienia zapobiegania depresji, nie uwzględniono choćby osób z poważnymi chorobami somatycznymi, czy też osób, które doznały poważnych urazów psychicznych np. w wyniku takich wydarzeń jak wypadki komunikacyjne czy klęski żywiołowe. Moduły dotyczące takich sytuacji mogą być w dalszym ciągu opracowywane i dodawane do tego programu.

Uzasadnienie celowości podejmowania działań w tych populacjach jest w zasadzie bardzo podobne, toteż zostało potraktowane łącznie, natomiast sam przebieg działań jest odrębny, został więc opisany w czterech różnych modułach.

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Problemem zdrowotnym jest zbyt częste występowanie depresji, jak również jej zbyt mała rozpoznawalność wówczas, gdy już wystąpi, co pociąga za sobą zbyt późne i często nieadekwatne działania terapeutyczne, a więc znacznie zwiększa koszty ponoszone w związku z występowaniem zaburzeń przez pacjentów, ich rodziny i całą społeczność.

Kwestię komplikuje dodatkowo fakt, że określenie „depresja” może być różnie definiowane i bywa różnie rozumiane. Ten program dotyczy depresji definiowanej dwojako:

- jako choroby, zgodnej z kryteriami międzynarodowymi (ICD-10) czyli zaburzenia afektywnego, zwanego dawniej depresją endogenną. W tekście używam też niekiedy wymiennie określenia „duża depresja”, które pochodzi z klasyfikacji amerykańskiej DSM, ale

znaczeniowo odpowiada epizodowi depresji w ICD, stosowanie tego terminu pozwala na odróżnienie „dużej” i „małej” depresji – odróżnienie tego typu nie figuruje w ICD-10, a z punktu widzenia założeń tego programu jest znaczące.

- jako zespołu objawów nie spełniających kryteriów ICD-10 dla rozpoznania dużej depresji, a więc stanu depresyjnego będącego przyczyną istotnego dyskomfortu, ale nie będącego chorobą, choć mogącego się przerodzić w pełnoobjawowy stan chorobowy (stan odpowiadający „małej depresji” w DSM).

Nie dotyczy jednak w żadnym stopniu fizjologicznego smutku nieuchronnie związanego z różnymi przykrymi wydarzeniami życiowymi – celem programu nie jest więc tzw. medykalizacja smutku czyli traktowanie zjawisk z codziennego życia jak patologii.

Kryteria rozpoznawania epizodu depresji przedstawiono w Tabeli 1.

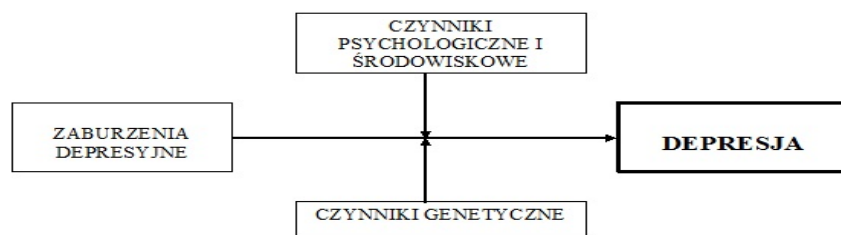
Tabela 1 Kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego wg ICD 10
Objawy podstawowe:
1. Obniżony nastrój*
2. Utrata zainteresowań i zdolności do radowania się
3. Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności.
Objawy dodatkowe:
1. Osłabienie koncentracji i uwagi.
2. Niska samoocena i mała wiara w siebie
3. Poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu)
4. Pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
5. Myśli i czyny samobójcze
6. Zaburzenia snu
7. Zmniejszony apetyt
Dla ustalenia rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez okres co najmniej 2 tygodni, choć może to być okres krótszy wówczas, gdy objawy osiągają bardzo duże nasilenie i narastają szybko.

* Dla osób nie stosujących na co dzień kategorii psychopatologicznych może to wyglądać na tautologię – przecież depresja jest tym samym co obniżony nastrój, jednak w rzeczywistości wcale tak nie jest, z psychiatrycznego punktu widzenia depresja jest chorobą całego organizmu, a obniżony nastrój jest tylko jednym z jej wielu objawów, który wcale nie musi występować. Dla zaznaczenia tej różnicy używa się też określenia „depresyjnie obniżony nastrój”, żeby zwrócić uwagę, że nie chodzi tu o „smutek”.

Dla stwierdzenia pełnego epizodu depresji (odpowiednik dużej depresji) konieczne jest stwierdzenie co najmniej 2 objawów podstawowych (obniżony nastrój **nie** musi być jednym z nich) i 2 objawów dodatkowych. W zaburzeniach depresyjnych nie spełniających pełnych kryteriów dla rozpoznania epizodu depresji występuje zazwyczaj tylko jeden objaw z listy objawów podstawowych. Program opisany w modułach pierwszym i drugim odnosi się do szeroko pojmowanych zaburzeń depresyjnych (czyli zarówno dużej jak i małej depresji), moduły trzeci i czwarty odnoszą się głównie do depresji definiowanej jako choroba.

Osobnym zagadnieniem jest możliwość przejścia od stanu zaburzeń depresyjnych, nie spełniających kryteriów choroby, do pełnoobjawowej choroby. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że proces taki zachodzi dość często, choć nie jest nieunikniony. Zdaniem Meeksa i wsp. (Meeks i WSP. 2011) można się liczyć z tym, że w ciągu roku duża depresja wystąpi u ok. 10% osób z małą lub podprogową postacią choroby (badanie w grupie osób w podeszłym wieku). Jeśli będziemy traktować depresję i zaburzenia depresyjne jako zjawiska o charakterze bio-psycho-społecznym to należy przyjąć, że im silniejszy czynnik biologiczny, czyli genetyczna podatność na wystąpienie depresji, tym bardziej nieuchronne jest przechodzenie zaburzeń depresyjnych w pełnoobjawową depresję, jeśli jednak moc tego czynnika nie jest duża, to stworzenie odpowiednich warunków środowiskowych oraz nauczenie odpowiedniego sposobu reagowania na niekorzystne bodźce z zewnątrz może w dużym stopniu zmniejszyć częstość przechodzenia zaburzeń depresyjnych w pełnoobjawową chorobę (por. Jonkers i wsp. 2012).

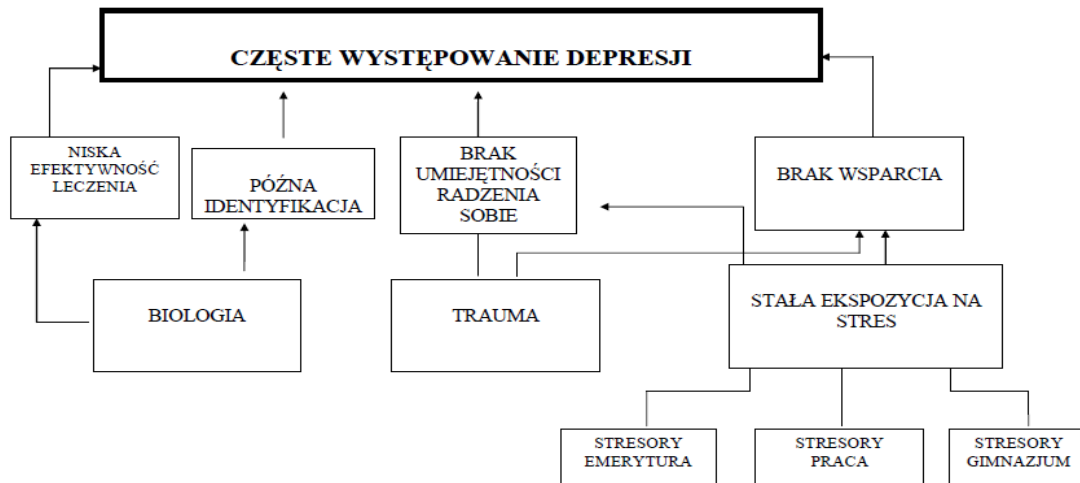
Proces ten przedstawiono schematycznie na Ryc. 1



Na ryc. 2 przedstawiono schematycznie podstawowy problem, którym jest częste występowanie zaburzeń depresyjnych i depresji oraz grupy przyczyn odpowiedzialnych za występowanie tego problemu. Prezentowany zestaw modułów odnosi się do przyczyn innych

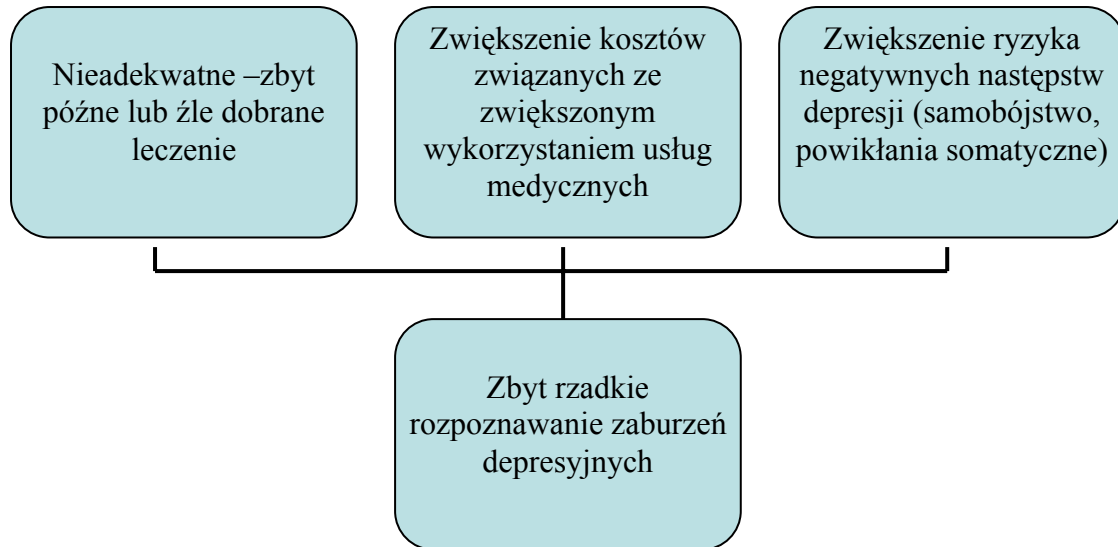
niż biologiczne. Obecnie nie jesteśmy w stanie zapobiegać biologicznym/ genetycznym skłonnościom do występowania depresji, możemy je tylko leczyć objawowo (przy pomocy farmakoterapii, innych biologicznych metod takich jak elektrowstrząsy).

Ryc. 2 Podstawowy problem i jego przyczyny



Częste występowanie depresji nie wyczerpuje istoty problemu. Rzecz w tym, że zaburzenia depresyjne, mimo częstego występowania, często pozostają nierozpoznane lub są błędnie rozpoznawane, w związku z tym nie podejmuje się adekwatnych działań terapeutycznych/ zapobiegawczych. Na ryc. 3 przedstawiono problem związany ze zbyt rzadkim rozpoznawaniem zaburzeń depresyjnych i jego następstwa.

Ryc. 3 Zbyt rzadkie rozpoznawanie depresji i jego następstwa



b. Epidemiologia

Depresja w przebiegu zaburzeń afektywnych (jednobiegunowych, dwubiegunowych, psychozy schizofrenii, schizofrenii) występuje u ok. 5% populacji ogólnej – jest to szacunek konserwatywny, w rzeczywistości częstość występowania może być większa. Częstość występowania depresji jest prawdopodobnie większa w grupie kobiet, choć jest to trudne do oszacowania ze względu na to, że kobiety częściej poszukują pomocy z powodu zaburzeń nastroju.

Zaburzenia depresyjne nie spełniające kryteriów choroby występują u ok. 15% mężczyzn i ok. 25% kobiet w populacji ogólnej (Pużyński 1988). Depresja tak definiowana jest przypuszczalnie najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym. Dla przykładu wyniki badania przeprowadzonego ostatnio na Węgrzech (Torzsa i wsp. 2009) wskazują na to, że duża depresja występuje u 7,3, a zaburzenia depresyjne nie spełniające w pełni kryteriów choroby u 18,5% osób leczonych przez lekarzy rodzinnych. Wynik badań przeprowadzonych w Słowenii wskazują na występowanie dużej depresji u 8,9% osób leczonych z powodu innych chorób przewlekłych (Rifel i wsp. 2010). Z kolei wyniki badań włoskich (Binkin i wsp. 2010) wskazują na występowanie depresji u 9,4% osób należących do populacji ogólnej (w wieku od 18 do 69 roku życia), przy czym aż 47% osób z tej grupy nie było w żaden sposób leczonych.

Wyniki metaanalizy podsumowującej 59 badań epidemiologicznych wskazują, że rzeczywista częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie poporodowym wynosi ok.

13 % (O'Hara i wsp. 1996), w praktyce jednak zaburzenia depresyjne w okresie poporodowym bardzo często pozostają nierozpoznane.

Szczegółowe dane epidemiologiczne dotyczące sytuacji w warunkach polskich przedstawiono w poniższych tabelach, które dotyczą leczonych z rozpoznaniem F30-F39 (zaburzenia afektywne) (dane pochodzą z formularzy wypełnianych przez poradnie zdrowia psychicznego i szpitale, wypełnianie tych formularzy nie jest jednak obowiązkowe, stąd zebrane informacje należy traktować jako jedynie częściowe).

Tabela 2. Opieka ambulatoryjna – osoby w wieku 0-18 i 65+ w latach 2004 i 2009*

Rok	Wiek			
	0-18		65+	
	Liczby bezwzględne	Współczynnik na 100 tys	Liczby bezwzględne	Współczynnik na 100 tys
2004	5998	67,7	37034	743,6
2009	4949	63,1	40243	782,0

* do 2003 roku w formularzu zbiorczym był inny podział wiekowy (0-19 i 20+)

Tabela 3. Opieka całodobowa – osoby w wieku 11-16 lat w latach 1999, 2004 i 2009

Rok	Wiek (w liczbach bezwzględnych)							Współczynnik na 100 tys.
	11	12	13	14	15	16	Razem	
1999	3	3	12	14	28	46	106	2,8
2004	6	7	9	27	48	62	159	4,9
2009	9	16	19	39	65	87	235	8,8

Tabela 4. Opieka całodobowa – osoby w wieku 0-18 w latach 1999, 2004 i 2009

Rok	Liczby bezwzględne	Współczynnik na 100 tys.
1999	215	2,1
2004	319	3,6
2009	466	5,9

Tabela 5. Opieka całodobowa – osoby w wieku 65+ w latach 1999, 2004 i 2009

Rok	Liczby bezwzględne	Współczynnik na 100 tys.
1999	2430	52,6
2004	2445	49,1
2009	2348	45,6

Zwraca uwagę zwłaszcza fakt wyraźnego zwiększenia częstości hospitalizacji z powodu depresji w populacji dzieci i młodzieży (moduł A) w latach 1999-2009. Co prawda liczby bezwzględne są stosunkowo niewielkie, trzeba jednak pamiętać, że hospitalizacja psychiatryczna jest powszechnie traktowana jako ostateczność, w praktyce decyzja o takim leczeniu dotyczy więc jedynie osób poważnie chorych. Trzeba także uwzględnić fakt, że przedstawione statystyki dotyczą jedynie osób ze zdiagnozowaną pełnoobjawową depresją spełniającą kryteria depresji jako choroby, nie dotyczą natomiast zaburzeń depresyjnych (małej depresji, depresji podprogowej), których częstość może być zdecydowanie większa. Ponadto bardzo wiele przypadków (także pełnoobjawowej depresji) nie zostaje zdiagnozowanych, w niektórych populacjach można przyjąć, że zaburzenia depresyjne są częściej nierozpoznawane niż rozpoznawane, to może oznaczać, iż rozpoznane depresji to raczej wierzchołek góry lodowej. Większość pacjentów, dotyczy to zwłaszcza osób starszych, nie trafia w ogóle do psychiatrii i pozostaje jedynie pod opieką lekarzy ogólnych, którzy wyjątkowo rzadko rozpoznają depresję, będącą w rzeczywistości często głównym źródłem skarg zgłaszanych przez ich pacjentów (moduł C).

c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.

Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu obejmuje kilka różnych grup:

- dzieci w wieku szkolnym (5 i 6 klasa szkoły podstawowej); uzasadnienie wyboru: przejście ze szkoły podstawowej do gimnazjum stanowi łatwy do zidentyfikowania czynnik stresowy, dzieci w tym wieku są w stanie uczestniczyć w dostosowanej do ich potrzeb psychoedukacji o charakterze poznawczo-behawioralnym.

- osoby w wieku emerytalnym (w przypadku kobiet 60, w przypadku mężczyzn 65); uzasadnienie: przejście na emeryturę jest jednym z najczęstszych i równocześnie łatwych do uchwycenia czynników precipitujących zaburzenia depresyjne.

- kobiety w okresie poporodowym – do 4 tygodni po porodzie; uzasadnienie: okres do 4 tygodni po porodzie to czas, w którym ujawnia się znaczna większość depresji poporodowych, to także okres wymagający od kobiety bardzo istotnych zmian w stylu życia.

- osoby, które w przeszłości przeżyły epizod depresji – rozpoznany i leczony; uzasadnienie: wystąpienie w przeszłości zaburzeń depresyjnych jest najsilniejszym czynnikiem predykcynym wskazującym na ryzyko ponownego pojawienia się takich zaburzeń.

Podział na grupy z uzasadnieniem jego celowości przedstawiono w Tabeli 6.

Tabela 6.

Populacje kwalifikujące się do udziału w programie

Charakterystyka populacji	Uzasadnienie wyboru	Moduł
Dzieci w wieku szkolnym: 5 i 6 klasa szkoły podstawowej	Przejście ze szkoły podstawowej do gimnazjum stanowi łatwy do zidentyfikowania czynnik stresowy, dzieci w tym wieku są w stanie uczestniczyć w dostosowanej do ich potrzeb psychoedukacji o charakterze poznawczo-behawioralnym. Jak wynika z Tabeli 4 w ciągu ostatnich 10 lat liczba dzieci hospitalizowanych z powodu depresji wzrosła ponad dwukrotnie.	A
Kobiety w ciąży i w okresie poporodowym	Okres do 4 tygodni po porodzie to czas, w którym ujawnia się znaczna większość depresji poporodowych, to także okres wymagający od kobiety bardzo istotnych zmian w stylu życia. Większość zaburzeń pozostaje nierozpoznanych.	B

Osoby w wieku emerytalnym: w przypadku kobiet 60, w przypadku mężczyzn 65	Przejście na emeryturę jest jednym z najczęstszych i równocześnie łatwych do uchwycenia czynników precipitujących zaburzenia depresyjne. Jest szereg innych bardzo istotnych czynników w tej grupie wiekowej (np. śmierć osób znaczących), jednak ich wystąpienie jest nieprzewidywalne. Osoby w wieku emerytalnym stanowią ponad 20% wszystkich leczonych z powodu depresji, a ich udział w tej grupie będzie się nadal powiększał z powodu starzenia się społeczeństwa.	C
Osoby, które w przeszłości przeżyły epizod depresji (pojedynczy lub więcej epizodów)	Wystąpienie w przeszłości zaburzeń depresyjnych jest najsilniejszym czynnikiem predykcyjnym wskazującym na ryzyko ponownego pojawienia się takich zaburzeń. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że wystąpienie w życiu trzech epizodów depresji oznacza ok. 90% ryzyko wystąpienia kolejnych epizodów.	D

d. Obecne postępowanie

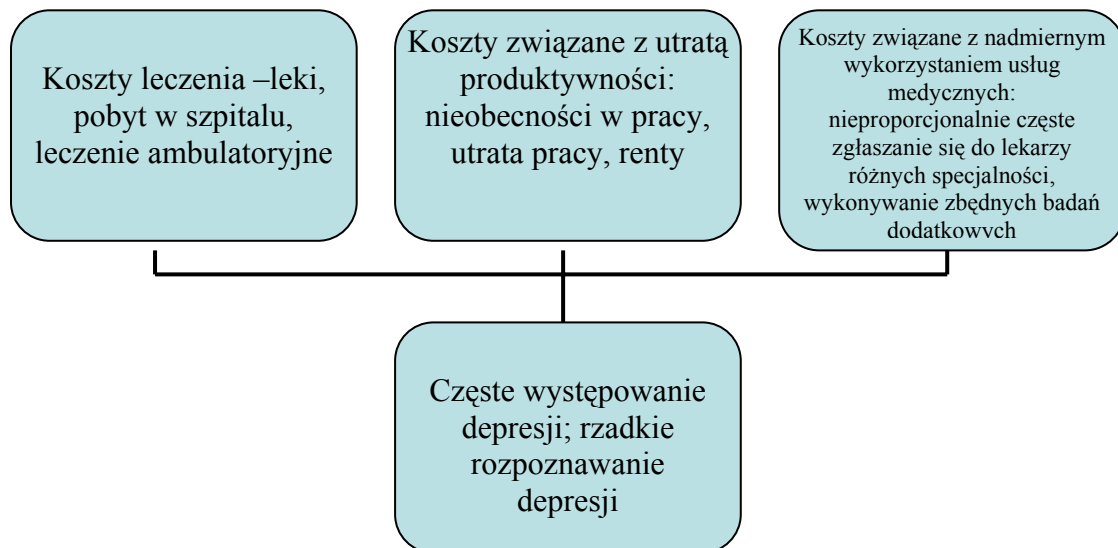
Z posiadanych przeze mnie informacji wynika, że obecnie w Polsce nie prowadzi się żadnych planowanych na szerszą skalę działań, których celem byłoby zapobieganie i wczesne wykrywanie depresji. Pacjenci są zwykle objęci specjalistyczną opieką psychiatryczną dopiero wówczas, gdy objawy choroby są już rozwinięte. Często zdarza się tak, że chorzy sami zgłaszają się do psychiatry (nie są kierowani przez lekarza ogólnego), a w przeszłości nigdy nie byli diagnozowani ani leczeni z powodu objawów depresyjnych. Nie prowadzi się więc żadnych planowanych na większą skalę działań profilaktycznych lub są one całkowicie niewystarczające. Np. z tego co udało mi się ustalić na terenie Warszawy w ramach szkoły rodzenia jest omawiany problem depresji poporodowych, nie ma jednak żadnego spotkania z psychologiem bądź psychiatrą, a personel szpitali położniczych dość często nie interesuje się zagadnieniem zdrowia psychicznego pacjentek, uważając, że nie należy to do jego zadań i powinien się tym zajmować psychiatra (co oczywiście nie wyklucza, że w wielu szpitalach położniczych zwraca się na to zagadnienie uwagę, zdają sobie sprawę, że wszelkie uogólnienia tego rodzaju mogą być odbierane jako bardzo niesprawiedliwe i krzywdzące). Niezależnie od wysiłku wielu osób zatrudnionych w szpitalach położniczych wydaje się, że problem nie jest rozwiązany na poziomie systemowym.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.

Depresja (w najszerszym rozumieniu tego określenia), która jest prawdopodobnie najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym pociąga za sobą liczne i znaczne koszty

bezpośrednie i pośrednie ponoszone przez pacjentów, ich rodziny, ubezpieczyciela, a w ostatecznej konsekwencji przez całe społeczeństwo. Na Ryc. 4 przedstawiono rodzaje kosztów związanych z częstym występowaniem depresji.

Ryc. 4 Koszty związane z częstym występowaniem depresji i rzadkim rozpoznawaniem



Na Rycinie 4 nie uwzględniono bardzo wysokich, ale trudnych lub niemożliwych do wyliczenia kosztów emocjonalnych ponoszonych nie tylko przez pacjentów, ale przez całe ich otoczenie (jak powiedział mąż jednej z moich pacjentek: „Ja cierpię z powodu żony, a reszta rodziny z mojego powodu”).

Dla przykładu w Japonii (kraju liczącym ok. 126 mln obywateli) ocenia się roczne koszty związane z depresją na około 11 miliardów dolarów amerykańskich, w tym jedynie 1,5 mld. (czyli ok. 15%) stanowią koszty bezpośrednie związane z leczeniem, a prawie 7 mld. to koszty związane z utratą produktywności (Okumura i Higuchi 2011). Także wyniki badania Dewa i wsp. [Dewa i wsp. 2011] wskazują, że około 30% kosztów związanych z depresją jest związanych z utratą produktywności – badania przeprowadzono w Kanadzie. Wyniki badania przeprowadzonego na Florydzie wykazały z kolei, że w latach 1996-2005 koszt leczenia jednego pacjenta z depresją zwiększył się z 2802 do 3610 USD rocznie (Fullerton i wsp. 2011).

Uzasadnieniem potrzeby wdrożenia programu jest chęć obniżenia kosztów związanych z depresją, nie tylko w sensie nakładów finansowych, ale także kosztów emocjonalnych choroby. Należy również pamiętać, że depresja jest najważniejszym czynnikiem ryzyka

samobójstwa – ocenia się, że ok. 80% ofiar samobójstw cierpiało na jakąś formę depresji, choć z oczywistych względów jest to jedynie wskaźnik hipotetyczny.

2. Cele programu

Spośród problemów przyczynowo związanych z częstym występowaniem depresji program koncentruje się na kwestiach niskiej efektywności leczenia, późnej identyfikacji depresji w niektórych grupach ryzyka oraz potencjalnego braku umiejętności radzenia sobie ze stresem wśród gimnazjalistów. Poza mandatem programu pozostają problemy, na które wpływ jest ograniczony takie jak uwarunkowania biologiczne, narażenie na wydarzenia traumatyczne i brak wsparcia ze strony środowiska społecznego.

a. Cel główny

Głównym celem programu jest zmniejszenie częstości występowania lub nawracania depresji we wskazanych populacjach.

b. Cele szczegółowe

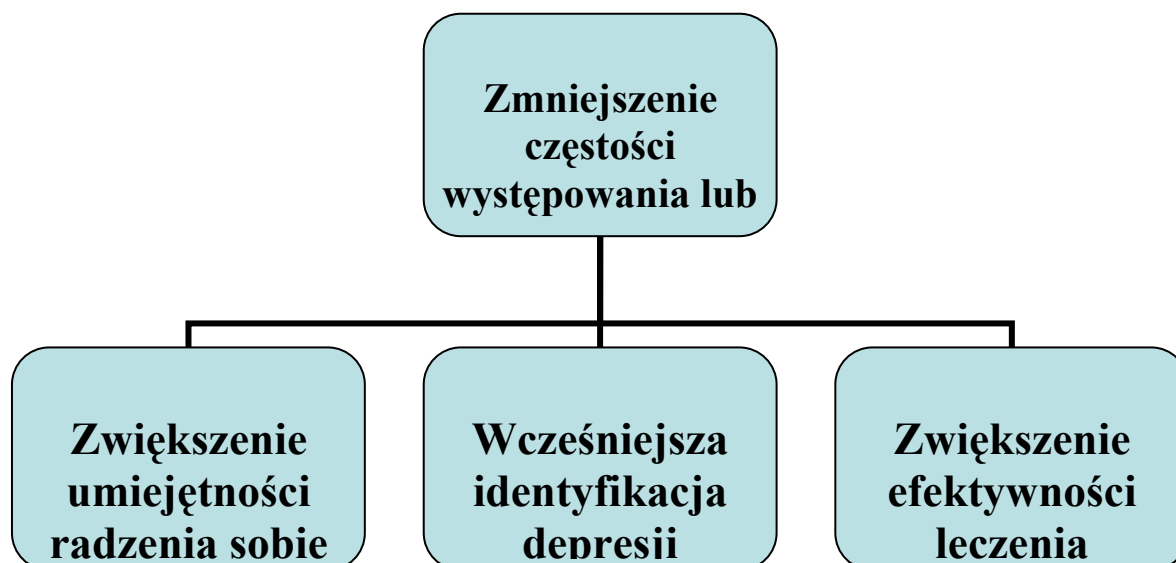
Zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów

Wcześniejsza identyfikacja depresji

Zwiększenie efektywności leczenia

Cel główny i cele szczegółowe przedstawiono na Ryc. 5.

Ryc. 5 Cel główny i cele szczegółowe programu



c. Oczekiwane efekty

W Tabeli 7 przedstawiono oczekiwane efekty programu. Efekt 1 „Poprawa umiejętności radzenia sobie ze stresem w grupie dzieci” powiązany jest z celem „Zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów”, Efekty 2-3 „Poprawa rozpoznawania depresji poporodowej oraz zaburzeń depresyjnych u osób w wieku emerytalnym” z celem „Wcześniejsza identyfikacja depresji” a efekt 4 „Poprawa stosowania się do zaleceń w grupie osób, które przeżyły epizod depresji” z celem „Zwiększenie efektywności leczenia”.

Oczekiwane efekty	Miernik skuteczności	Działania	Terminy
1. Poprawa umiejętności radzenia sobie ze stresem w grupie dzieci.	Mniejsza zapadalność na zaburzenia depresyjne.; zmniejszenie wskaźnika samobójstw	Psychoedukacja o charakterze poznawczo-behawioralnym jako „szczepionka” przeciwdepresyjna	Pilotaż w roku 2012
2. Poprawa rozpoznawania depresji poporodowej	Zwiększenie liczby osób leczonych z powodu depresji poporodowej w warunkach ambulatoryjnych; zmniejszenie liczby osób leczonych z tego powodu w warunkach szpitalnych.; zmniejszenie wskaźnika samobójstw	Szkolenie personelu szpitali położniczych, szkolenie położnych odbywających wizyty domowe, wykorzystanie narzędzia do badań przesiewowych.	Pilotaż w roku 2012
3. Poprawa rozpoznawania zaburzeń depresyjnych u osób w wieku emerytalnym	Zwiększenie liczby osób w wieku emerytalnym leczonych z powodu depresji w warunkach ambulatoryjnych; zmniejszenie liczby osób leczonych z tego powodu w warunkach szpitalnych; zmniejszenie wskaźnika samobójstw	Szkolenie lekarzy rodzinnych, wykorzystanie odpowiedniego narzędzia do badań przesiewowych.	Pilotaż w roku 2012

4. Poprawa stosowania się do zaleceń w grupie osób, które przeżyły epizod depresji.	Zmniejszenie częstości nawrotów choroby; wydłużenie okresów remisji między epizodami; poprawa jakości życia; zmniejszenie wskaźnika samobójstw	Psychoedukacja.	Pilotaż w roku 2012.
---	--	-----------------	----------------------

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Pomiar rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w populacji ogólnej.

Pomiar częstości występowania i skuteczność leczenia depresji poporodowej.

Ocena częstości leczenia depresji w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych – skuteczne działania powinny zmniejszyć częstość hospitalizacji i zwiększyć częstość leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

Częstość nawrotów i czas trwania remisji u osób, u których w przeszłości rozpoznawano depresję.

Wskaźnik samobójstw – korelujący z częstością występowania depresji.

3. Adresaci programu

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Dzieci uczęszczające do szkół podstawowych – klasa 5-6 – wszystkie.

Kobiety w okresie poporodowym – korzystające ze szkół rodzenia, rodzące w szpitalach, odwiedzane przez położne w ramach wizyt domowych.

Osoby w podeszłym wieku korzystające z opieki lekarza ogólnego.

Osoby, u których w przeszłości rozpoznawano depresję korzystające z leczenia podtrzymującego w warunkach podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej.

b. Tryb zapraszania do programu

W przypadku dzieci – zajęcia organizowane w ramach godzin wychowawczych lub przygotowania do życia w rodzinie.

Kobiety w ciąży – zajęcia edukacyjne w programie szkoły rodzenia, następnie dodatkowe badania po porodzie.

Osoby w podeszłym wieku zaproszenie od lekarza rodzinnego.

Osoby, które w przeszłości przeżyły depresję – zaproszenie od prowadzącego lekarza psychiatry.

Moduł A Program dla dzieci z klas 5 i 6 szkoły podstawowej

4. A. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Broszury informacyjne dla dzieci i rodziców, programy komputerowe opracowane z uwzględnieniem zasad terapii poznawczo-behawioralnej (CBT).

Etapy działań organizacyjnych przedstawiono w Tabeli 8.

Etap I Zapoznanie rodziców dzieci z broszurą prezentującą zasady i cele „szczepionki” komputerowej, uzyskanie zgody na udział dzieci w programie.
Etap II Przedstawienie programu dzieciom, zachęcenie do udziału.
Etap III Zajęcia z wykorzystaniem programu CBT.
Etap IV Podsumowanie programu, rozdanie dzieciom broszurek przypominających podstawowe punkty przerabianego programu.
Etap V Zajęcia przypominające po upływie 6-12 miesięcy.

Działania organizacyjne – opracowanie broszury i programu komputerowego. Przeprowadzenie zajęć dla nauczycieli, którzy mają raczej nadzorować niż prowadzić szkolenie. Ocena skuteczności programu.

b. Planowane interwencje

Podstawową interwencją planowaną w ramach tego programu jest rodzaj terapii poznawczo-behawioralnej nastawionej na poprawę umiejętności radzenia sobie ze stresem, prowadzonej przy pomocy specjalnego programu komputerowego lub przez wykwalifikowanych terapeutów.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w programie proszeni są wszyscy uczniowie klas piątych szkół podstawowych w danym rejonie. Udział w programie wezmą wszystkie dzieci, których rodzice wyrażą na to zgodę.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

W klasie piątej 10 godzin lekcyjnych psychoedukacji poznawczo-behawioralnej prowadzonej przy pomocy programu komputerowego lub prowadzonych przez terapeutę w ramach godzin wychowawczych. W klasie szóstej jedna godzina lekcyjna zajęć przypominających. Udział w zajęciach jest dla uczestników bezpłatny – zajęcia mają być elementem programu szkolnego.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Celem prowadzonych działań jest istotne zmniejszenie częstości zachorowań na depresję. Depresja jest leczona w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Także liczne powikłania depresji są finansowane z tych środków.

- f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.

Terapia kończy się po zakończeniu 10 sesji. Kontynuacją jest sesja przypominająca planowana w ciągu pół roku do roku od sesji wstępnej.

- g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji.

Planowana interwencja terapeutyczna jest w pełni bezpieczna, nie pociąga za sobą żadnego ryzyka dla uczestników programu.

- h. Kompetencje/ warunki niezbędne dla realizacji programu

Do realizacji programu konieczne jest opracowanie programu psychoedukacji poznawczo-behawioralnej przystosowanego do wieku uczestników i warunków przekazywania – samoobsługa przy użyciu komputera z minimalną ilością dodatkowych wskazówek (udzielanych przez przeszkolonych nauczycieli). Potrzebna jest także broszura dla rodziców zawierająca wyjaśnienia dotycząca przebiegu i celu terapii oraz dodatkowa broszura dla dzieci. W wersji, w której terapię prowadzą terapeuci (program pilotażowy) potrzebne będzie zatrudnienie wykwalifikowanych terapeutów poznawczych posiadających certyfikat uprawniający do prowadzenia terapii CBT.

- i. Dowody skuteczności planowanych działań.

Badania epidemiologiczne potwierdzają celowość objęcia szczególną opieką właśnie tej grupy wiekowej. Wyniki badania prowadzonego w Estonii (Samm i wsp. 2010) w trzech grupach wiekowych 11, 13 i 15 lat wskazują na wyraźne zwiększenie częstości objawów depresji i myśli samobójczych 13 roku życia (dotyczy to szczególnie dziewcząt). Wyniki innego estońskiego badania wskazują, że jedną z przyczyn takiego stanu może być bardzo wczesna inicjacja seksualna, u 25% dzieci ma ona miejsce jeszcze przed skończeniem 15 roku życia! (Heidmets i wsp. 2010). W badaniach angielskich (Joinson i wsp. 2011) także wykazano wyraźne zwiększenie częstości występowania objawów depresji w grupie dziewcząt między 11 a 13 rokiem życia, co autorzy wiążą z coraz wcześniejszym wiekiem występowania pierwszej miesiączki. Także Modrzejewska i Bomba (Modrzejewska i Bomba 2009) oceniający częstość występowania zaburzeń depresyjnych i zachowań autodestrukcyjnych w roku 1984 i 2001 w populacji uczniów szkół krakowskich, brali pod uwagę właśnie dzieci w wieku 13 lat. Autorzy stwierdzili, że ocenianym przez nich okresie istotnie zwiększyło się ryzyko występowania objawów autodestrukcyjnych (w

większym stopniu w grupie dziewcząt niż w grupie chłopców). Badania dotyczące zaburzeń depresyjnych jako czynników predykcyjnych zachowań samobójczych, prowadzone w Norwegii, także obejmowały grupę dzieci w wieku ok. 13 lat (średnio 13,7) (Nrugham i wsp. 2008). Autorzy uzasadniając ten wybór grupy wiekowej przytaczają liczne badania, które wskazują, że około 13 roku życia ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych wyraźnie wzrasta. Wydaje się, że dane z piśmiennictwa w pełni wspierają wybór właśnie tej grupy wiekowej. Nie jest to wybór arbitralny, ale związany ze swego rodzaju trajektorią rozwojową. Przyczyny dla których akurat wiek ok. 13 roku życia wydaje się być początkiem wieku zwiększonego ryzyka zaburzeń depresyjnych są prawdopodobnie bardzo różne, z pewnością jednak zetknięcie się z szeregiem nowych stresorów można, ogólnie rzecz biorąc, uznać za bardzo prawdopodobną grupę czynników sprawczych.

Clarke i wsp. (Clarke i WSP. 1995) oceniali skuteczność programu psychoedukacyjnego podobnego do tego, jaki jest proponowany w tym programie, w którym prowadzącymi zajęcia byli przeszkoleni nauczyciele. Autorzy nie stwierdzili skuteczności programu w zapobieganiu depresji. Podobne badanie z udziałem grupy nastolatków przeprowadzili Spence i wsp., w tym przypadku także zajęcia prowadzili nauczyciele, a program okazał się nieskuteczny. Kilka grup autorów (Clarke i wsp.1995; Clarke i wsp. 2001, Gillham i wsp. 1995, Seligman i wsp. 2001, Shochet i wsp. 2001) stwierdziło jednak zgodnie, że programy tego typu są skuteczne, a nawet bardzo skuteczne, jeśli są prowadzone przez wykwalifikowanych psychoterapeutów. Problem polega na tym, że dostępność takich programów jest wówczas niewielka, a ich koszty znaczne ze względu na konieczność udziału wyspecjalizowanych profesjonalistów. W tej sytuacji racjonalnym wyjściem z sytuacji mogłoby być zastosowanie specjalnie opracowanego programu komputerowego (Christensen i wsp. 2002). Wyniki badań (Clarke i wsp.2001, Shochet i wsp. 2001) wskazują, że prawidłowo przeprowadzona interwencja tego typu może zmniejszyć częstość występowania zaburzeń depresyjnych przynajmniej o 50% (w okresie 12 miesięcy od zakończenia terapii). Ma to oczywisty i wyraźny wpływ na zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem depresji i jej następstwami. Wyniki przeprowadzonych badań nie pozwalają na ocenę długoterminowej skuteczności tego typu działań. Podsumowując: zdecydowanie lepsze wyniki można uzyskać, jeśli zajęcia (rodzaj psychoedukacji) są prowadzone przez wyszkolonych terapeutów poznawczo-behawioralnych, prowadzenie zajęć przez nauczycieli nie jest skuteczne. Ze względu na większe koszty programu, w którym musieliby uczestniczyć terapeuci można zastosować

specjalnie przygotowany program komputerowy. Proponuję przeprowadzenie pilotażowego badania z udziałem terapeutów w celu oceny skuteczności takich działań w warunkach polskich.

5. A. Koszty

a. koszty jednostkowe:

- uczestnictwo w zajęciach psychoedukacyjnych przy wykorzystaniu programu komputerowego : 370 zł

- konsultacja psychoterapeutyczna : 30 zł (średnio na ucznia uczestniczącego w programie)

Suma: 400 zł

b. planowane koszty całkowite:

- opracowanie programu komputerowego – wspólna praca doświadczonego terapeuty/ terapeutów i informatyka: 40 000 zł.

- opracowania broszury (10 000 zł) dla rodziców dzieci uczestniczących w programie i wydrukowania broszury (200 000 zł).

- koniecznością przeszkolenia nauczycieli – 1-2 godziny (200 zł/szkolenie x 1372 grupy nauczycieli = 274 400), zakładając, że nauczyciele nie prowadzą zajęć, a jedynie nadzorują wykorzystanie programów komputerowych lub

- w przypadku, gdyby zajęcia mieli prowadzić nauczyciele potrzebne jest znacznie dłuższe szkolenie, co najmniej 10-20 godzin (20 000 zł/szkolenie x 1372 grupy nauczycieli = 27 440 000).

- konsultacje psychoterapeutyczne (120 zł/h x 140 000h = 16 800 000 zł).

Suma: 17 324 400 - 287 490 000 zł

6. A. Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do program

Nauczyciele będą mogli w prosty sposób ocenić liczbę dzieci, których rodzice wyrazili zgodę na udział w programie.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń będzie we wszystkich przypadkach bardzo zbliżona, ponieważ wykorzystywany będzie jeden wspólny program, drobne różnice mogą być związane z podejściem nauczycieli do udziału w programie.

c. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu polega na zbadaniu wybranej losowo grupy dzieci uczestniczących w zajęciach po upływie kolejnych lat od zakończenia psychoedukacji,

ocenie częstości występowania zaburzeń depresyjnych w takiej reprezentatywnej grupie i porównanie z wynikiem uzyskanym w grupie kontrolnej (dzieci, które nie brały udziału w programie). Dobrym miernikiem skuteczności powinien być także wskaźnik częstości leczenia depresji w warunkach szpitalnych w stosunku do częstości leczenia w warunkach ambulatoryjnych (wartość bezwzględna wskaźnika powinna maleć).

7.A. Okres realizacji programu

Okres realizacji pojedynczego modułu programu to dwa lata, ze względu na charakter problemu program, aby był skuteczny, musi być prowadzony w sposób ciągły w kolejnych rocznikach dzieci.

Moduł B Program dla kobiet w ciąży i okresie poporodowym

4B. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Program przeznaczony dla wszystkich kobiet w ciąży korzystających ze szkoły rodzenia. Broszura informująca o przebiegu, objawach i leczeniu depresji poporodowej, podkreślająca zwłaszcza znaczenie wspierającej postawy najbliższej rodziny. Zajęcia podczas szkoły rodzenia – 1 godzina zajęć. Kwestionariusz przesiewowy oceniający występowanie objawów depresji poporodowej.

W Tabeli 9 przedstawiono etapy programu.

Etap I Przeprowadzenie w ramach szkoły rodzenia zajęć dotyczących objawów depresji poporodowej, objawów zwiastunowych, możliwości radzenia sobie z podkreśleniem roli rodziny. Temat jest obecnie poruszany w szkołach rodzenia, ale z tego co udało mi się ustalić nie ma osobnych zajęć, nie ma też osobnego spotkania z psychologiem lub psychiatrą.
Etap II Rozdanie broszury dotyczącej depresji poporodowej.
Etap III Przeprowadzenie w okresie 3 dnia po porodzie przesiewowego badania kwestionariuszowego w celu identyfikacji objawów depresji poporodowej., a następnie powtórzenie badania po upływie 14-30 dni.
Etap IV Konsultacja psychologiczna/ psychiatryczna w zależności od potrzeby.

Działania organizacyjne: opracowanie programu 1 godziny zajęć dla szkoły rodzenia, opracowanie broszury informacyjnej, wydrukowanie i rozprowadzenie polskiej wersji kwestionariusza Edinburgh Post-natal Depression Scale (Cox i wsp. 1987) (kwestionariusz jest dostępny w polskiej wersji językowej) (Bnińska M.). (Zał. 1) (w Steiner i WSP. 1999)

b. Planowane interwencje

Edukacja kobiet ciężarnych i ich opiekunów – broszury edukacyjne, zajęcia z psychologiem lub psychiatrą w ramach szkoły rodzenia.

Edukacja lekarzy położników i pielęgniarek położnych w kwestii wczesnego rozpoznawania zagrożenia wystąpieniem depresji poporodowej.

Edukacja lekarzy pediatrów z zakresie rozpoznawania depresji poporodowej.

Konsultacja psychologiczna/ psychiatryczna u osób wytypowanych przez położników/ położne.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w programie są zapraszane kobiety i ich rodziny uczestniczący w zajęciach szkoły rodzenia oraz personel izb porodowych szpitali znajdujących się na tym terenie. Udział w programie wezmą wszystkie osoby, które wyrażą na to zgodę.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Pierwszą częścią programu jest dołączenie zajęć dotyczących depresji poporodowej do zajęć prowadzonych w ramach szkoły rodzenia. Planowana jest jedna godzina zajęć prowadzonych przez psychiatrę/ psychologa/ terapeutę. Przed zajęciami osoby, które mają w nich uczestniczyć otrzymają odpowiednią broszurę informacyjną, aby mogły przygotować pytania do prowadzącego zajęcia. Druga część to szkolenie dla personelu izb porodowych, zapoznanie z objawami i przebiegiem depresji poporodowej oraz Edynburską Skalą Depresji Poporodowej (ESDP). Trzecia część to udzielanie konsultacji psychiatrycznych/psychologicznych osobom kierowanym przez lekarzy położników (na podstawie oceny klinicznej i wyników ESDP). Kwestionariusz ESDP zamieszczono w Załączniku 1. Uczestnicy płacą za udział w zajęciach na takich zasadach jak za wszystkie zajęcia w ramach szkoły rodzenia (po zakończeniu zajęć opłata jest zwracana uczestnikom).

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

Pierwsza część programu jest rozwinięciem świadczeń związanych ze szkołą rodzenia.

Część druga jest rozwinięciem świadczeń związanych z opieką w publicznej placówce służby zdrowia.

Część trzecia wymaga rozwinięcia osobnej struktury.

f. Sposób zakończenia udziału w programie.

Udział w programie kończy się dla osób zdrowych po odbyciu wizyty domowej przez położną. Osoby ze zidentyfikowanymi objawami depresji kontynuują leczenie specjalistyczne (psychiatra/ psycholog).

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Planowane interwencje o charakterze psychoedukacyjnym i konsultacyjnym są w pełni bezpieczne i nie pociągają za sobą żadnego ryzyka.

h. Kompetencje/ warunki niezbędne dla zrealizowania programu

Do realizacji programu konieczne jest opracowanie broszury zawierającej informacje na temat ryzyka, objawów i sposobów postępowania w depresji poporodowej. Broszura powinna podkreślać korzystne aspekty związane ze wsparciem, którego mogą udzielać osoby z otoczenia, a także zwracać uwagę na korzyści płynące z ewentualnej konsultacji

psychologicznej/ psychiatrycznej (należy zwłaszcza podkreślić, że konsultacja taka nie ma charakteru stygmatyzującego i nie oznacza uznania kogokolwiek za „wariata”). W programie muszą brać udział wyszkoleni psychoterapeuci/ psychiatrzy, którzy występują zarówno w roli wykładowców, jak i w części trzeciej jako konsultanci. Nadzorowanie wypełnienia kwestionariusza i wstępna ocena stanu psychicznego nie przekraczają kompetencji personelu izby porodowej oraz położnej wizytującej kobiety w domu, choć dodatkowe szkolenie jest niezbędne dla zwiększenia motywacji osób biorących udział w programie.

i. Dowody skuteczności planowanych działań

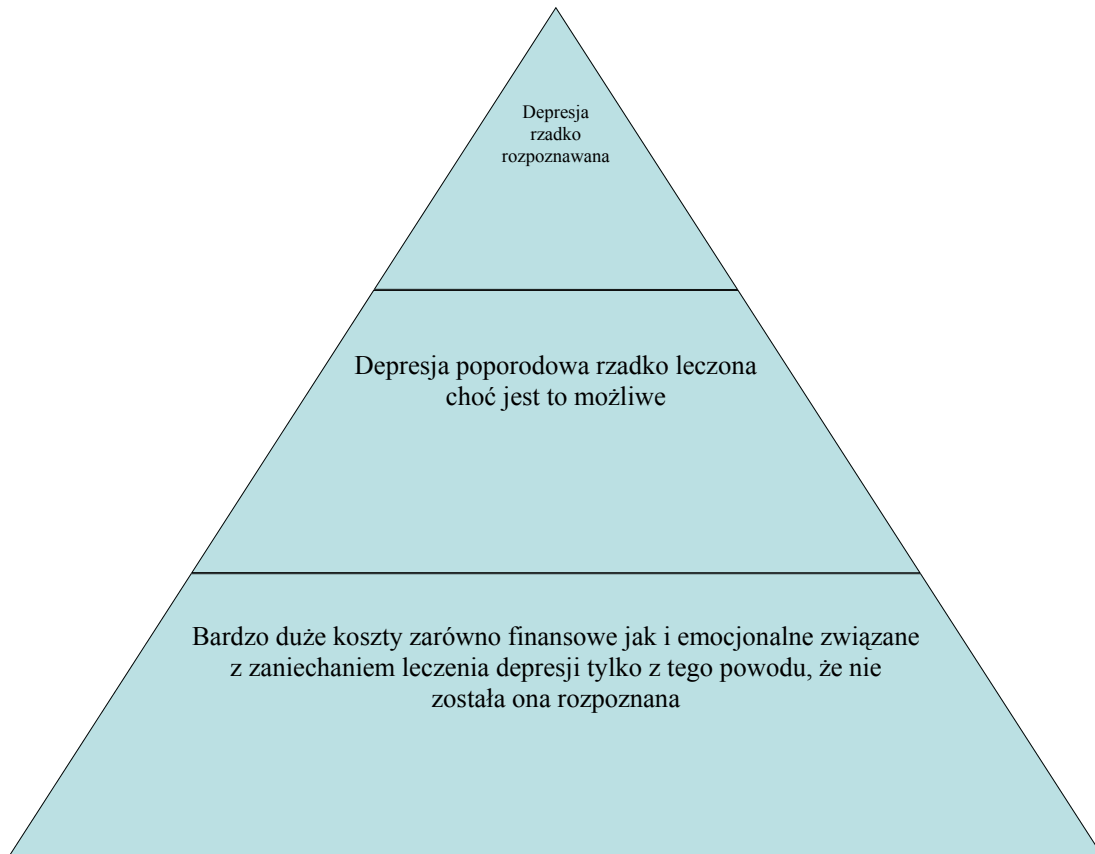
Wyniki licznych badań wskazują na dużą skuteczność leczenia depresji poporodowej (Meager i Milgrom 1996, Appleby i wsp. 1997, O'Hara i wsp. 2000, Milgrom i wsp. 1999), dotyczy to zarówno psychoterapii jak i farmakoterapii. Problem polega więc nie na leczeniu, którego skuteczność nigdy nie była kwestionowana, ale na rozpoznawaniu. Wielu autorów (m.in. Hearn i wsp. 1998) zgadza się co do tego, że depresja poporodowa jest niezwykle często nierozpoznawana.

Nawiasem mówiąc, mój kolega, który od lat jest ordynatorem oddziału noworodkowego w dużym szpitalu miejskim, powiedział mi ostatnio, że „nigdy w swoim życiu zawodowym nie spotkał się z depresją poporodową” (!!!). Położna, którą spytałem o zdanie powiedziała, że „depresje poporodowe poznaje się dość łatwo – trudno nie zauważyć próby samobójczej”. Z wypowiedziami, które przytaczam zetknąłem się ostatnio zupełnie przypadkowo, nie wiem czy stanowią one raczej wyjątek czy regułę, ale w każdym razie są zastanawiające.

Pozytywną wartość predykcyjną proponowanego kwestionariusza ESDP ocenia się na 70 (Cox i wsp. 1987), a nawet na 90% (Zelkovitz i Milet 1995).

Ryc. 6 przedstawia hierarchię problemów związanych z depresją poporodową.

Ryc. 6 Problemy związane z depresją poporodową



Tak więc dowody skuteczności planowanych działań wynikają z czystej indukcji. Jeśli przyczyna kosztów związanych z występowaniem depresji poporodowej jest jej nierozpoznawanie, to poprawa rozpoznawania (rozwiązanie głównego problemu) powinna bezpośrednio prowadzić do istotnego obniżenia tych kosztów. Podstawowym elementem jest tu zastosowanie dobrego narzędzia przesiewowego. Towarzyszące działania edukacyjne mają dwojaki cel:

- zwiększają motywację osób objętych programem do wzięcia w nim udziału (chodzi zarówno o kobiety i ich rodziny, jak i personel oddziałów położniczych)
- zmniejszają lęk przed stygmatyzacją, ułatwiają zrozumienie tego, do czego zmierza ocena (nie do „uznania za wariata” tylko do „udzielenia skutecznej pomocy”).

5. B. Koszty

a. koszty jednostkowe:

- uczestnictwo w badaniach przesiewowych: 0,60zł
- uczestnictwo w zajęciach w ramach szkoły rodzenia: 100 zł
- konsultacja psychoterapeutyczna : 104 zł

Suma: 204,60 zł

- uczestnictwo w szkoleniu dla personelu izb porodowych: 100 zł

Suma: 100 zł

b. planowane koszty całkowite:

- przygotowanie i wydrukowanie broszury informacyjnej przeznaczonej dla kobiet w ciąży i ich rodzin: 300 000 zł
- przeprowadzeniem dodatkowych zajęć w ramach szkoły rodzenia: 100 zł/h x 10 000 = 1 000 000 zł
- wydrukowanie kwestionariusza ESDP: 62 500 zł
- badania przesiewowe kobiet w 3. i w 14.-30. dobie po porodzie: 1 000 000 zł
- konsultacje psychoterapeutyczne: 120 zł/h x 431 632 h = 51 795 840 zł
- szkolenie dla personelu izb porodowych: 100 zł/h x 30 h x 560 grup = 1 680 000 zł

Suma: 54 838 340 zł

6. B. Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

Poszczególne części programu są od siebie niezależne. W pierwszej części ocena polega na wyliczeniu jaki odsetek osób uczestniczących w szkole rodzenia wziął udział w dodatkowym spotkaniu z psychologiem/ psychiatrą poświęconym depresji poporodowej i ile broszurek rozdano. W drugiej części ocena polega na wyliczeniu ile kobiet wypełniło (w sposób umożliwiający interpretację) kwestionariusz ESDP w porównaniu do ogólnej liczby kobiet rodzących w danym szpitalu.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Ocena jakości świadczeń wymaga przeprowadzenia ankiety wśród uczestników. Uczestnicy powinni odpowiedzieć na pytania czy w trakcie zajęć uzyskali jakieś nowe wiadomości, jak oceniają ich użyteczność, czy informacje zostały przekazane w sposób łatwy do zrozumienia oraz czy była możliwość zadania dodatkowych pytań i jak oceniają odpowiedzi na te pytania. Osoby wypełniające kwestionariusz należy zapytać czy ich zdaniem pytania kwestionariusza są prawidłowo sformułowane – czy są zrozumiałe i czy można udzielić na nie jednoznacznej

odpowiedzi, a także czy uważają taki kwestionariusz za przydatny. Wyniki badań wskazują, że część kobiet może uważać kwestionariusz za stygmatyzujący – powodujący, że ktoś może być uznany za „nienormalnego”, gdyby taki odbiór kwestionariusza okazał się częsty, należy rozważyć przeprowadzenie dodatkowych zajęć poświęconych temu zagadnieniu podczas szkoły rodzenia.

c. Ocena efektywności programu

Ponieważ obecnie wykrywa się prawdopodobnie jedynie niewielki odsetek depresji poporodowych, miernikiem nie może być stwierdzenie zmniejszenia częstości występowania depresji. Wręcz przeciwnie, poprawa wykrywalności będzie skutkowałą (pozornym) zwiększeniem częstości występowania zaburzeń. Paradoksalnie należy uznać to za miernik skuteczności – przyjmujemy bowiem założenie, że problemem nie jest leczenie, które jest dostępne i skuteczne, ale ujawnianie stanów wymagających leczenia. Tak więc za miernik skuteczności należy przyjąć zwiększenie liczby kobiet leczonych z powodu depresji poporodowej.

7.B. Okres realizacji programu

Jedne zajęcia w ramach szkoły rodzenia i okres do miesiąca po porodzie. W praktyce kobiety przebywają obecnie w szpitalach położniczych bardzo krótko. Najwłaściwsze będzie przeprowadzanie badań przy pomocy kwestionariusza bezpośrednio przed wypisem – ryzyko wystąpienia depresji wyraźnie rośnie od trzeciego dnia po porodzie czyli właśnie wtedy, kiedy większość kobiet jest wypisywanych ze szpitala. Dodatkowo należy uwzględnić dołączenie wypełniania kwestionariusza do zadań położnej, która odwiedza kobietę w domu w okresie połogu, ponieważ w przeciwnym razie badanie z dużym prawdopodobieństwem nie obejmie pacjentek na których najbardziej nam zależy, a więc tych, u których występują ciężkie zaburzenia depresyjne. Pełnoobjawowa depresja poporodowa rozwija się zazwyczaj później niż stan przemijającego przygnębienia określane jako „baby blues”. Ponieważ może się zdarzyć wystąpienie depresji poporodowej w okresie 8-12 tygodni po porodzie (czyli już po wizycie położnej) należy uwzględnić udział poradni pediatrycznej w programie.

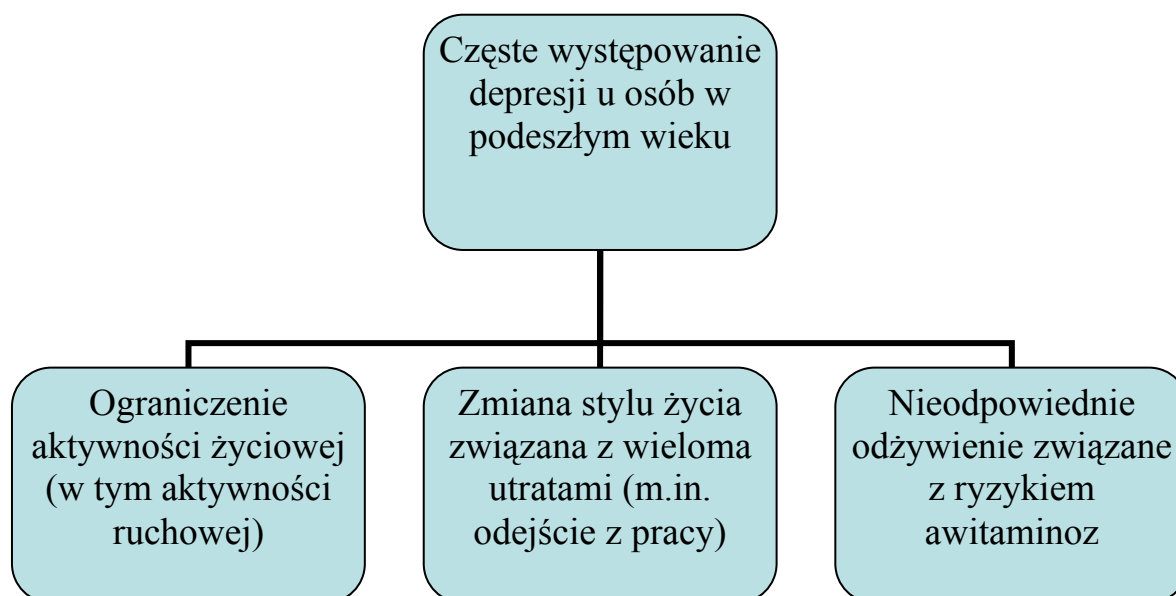
Moduł C Program dla osób w wieku emerytalnym (przechodzących na emeryturę)

4 C. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Części składowe programu wynikają bezpośrednio z analizy specyficznych dla populacji osób w wieku emerytalnym problemów. Problem ogólny i jego przyczyny przedstawiono na Rycinie.

Rycina 7. Problemy będące przyczyną częstszego występowania depresji u osób w wieku emerytalnym.



W Tabeli 10 przedstawiono działania, które należy podjąć w związku z występującymi problemami i ich oczekiwane efekty.

Problem	Cel	Efekt	Działanie
Ograniczenie aktywności życiowej.	Poprawa aktywności.	Mniejsza częstość występowania depresji.	Psychoedukacja. Organizacja zajęć ruchowych.
Zmiana stylu życia związana z utratami.	Promowanie innych form działania.	Mniejsza częstość występowania depresji.	Psychoedukacja. Udział w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku, w zajęciach klubowych itp.
Nieodpowiednie odżywienie związane z ryzykiem awitaminoz.	Poprawa odżywienia.	Rzadsze występowanie awitaminoz.	Dołączenie badania poziomu witamin do zestawu badań podstawowych. Porady dotyczące żywienia.

Zbyt rzadkie rozpoznawanie depresji przez lekarzy rodzinnych.	Poprawa diagnostyki na poziomie lekarza rodzinnego.	Poprawa rozpoznawania depresji.	Szkolenia dla lekarzy rodzinnych. Stosowanie narzędzi przesiewowych.
---	---	---------------------------------	---

Program jest przeznaczony dla wszystkich osób w wieku emerytalnym. Celowo unikam określenia wiek podeszły, ponieważ w związku z wydłużeniem czasu trwania życia i poprawą jakości opieki medycznej zwłaszcza kobiety, przechodzące na emeryturę w wieku 60 lat, z pewnością nie są jeszcze w wieku podeszłym, ale mimo to doświadczają wielu specyficznych problemów, z którymi nie konfrontowały się wcześniej. Części składowe programu to broszura informacyjna dla pacjentów dotycząca objawów zaburzeń depresyjnych, czynników sprzyjających ich wystąpieniu oraz możliwości ich uniknięcia, z podkreśleniem znaczenia aktywności fizycznej i właściwego odżywiania się (konkretne zalecenia, a nie ogólnikowe rady). Geriatryczna Skala Oceny Depresji wersja skrócona – rozpowszechniona wśród lekarzy ogólnych. Szkolenie dla lekarzy ogólnych obejmujące rozpoznawanie, leczenie i zasady kierowania do specjalistów osób w wieku emerytalnym z objawami depresji.

W Tabeli 11 przedstawiono etapy programu

Etap I Szkolenie dla lekarzy ogólnych z zakresu:
- znaczenie zdrowotne zaburzeń depresyjnych u osób w wieku emerytalnym: niekorzystny wpływ na występowanie i przebieg licznych chorób somatycznych, występowanie trudnych do zidentyfikowania objawów pseudosomatycznych, zalecenia wielu niepotrzebnych badań, obniżenie jakości życia.
- możliwości rzetelnego rozpoznawania zaburzeń depresyjnych przy użyciu prostego i dobrze sprawdzonego narzędzia jakim jest Geriatryczna Skala Oceny Depresji (wersja skrócona)
- zasady leczenia zaburzeń depresyjnych u osób w wieku emerytalnym: kiedy leki, jakie leki, jakie ryzyko interakcji, kiedy na psychoterapię
- konkretne zalecenia prozdrowotne – aktywność fizyczna, poprawa odżywiania, znaczenie kontrolowania poziomu witaminy B12 i kwasu foliowego.
Czas szkolenia – 4 – 6 godzin.
Etap II Rozpowszechnienie broszury dla pacjentów i Geriatrycznej Skali Oceny Depresji wśród lekarzy ogólnych.
Etap. III Włączenie zastosowania GSOD jako rutynowej procedury w przypadku osób w wieku emerytalnym; kwestionariusz może być wydawany w recepcji poradni i wypełniany przez pacjenta w czasie oczekiwania na wizytę.
Etap IV. Identyfikowanie przypadków zaburzeń depresyjnych przez lekarzy ogólnych, podejmowanie decyzji dotyczącej leczenia w ramach praktyki lekarza ogólnego lub kierowanie do leczenia specjalistycznego.

Działania organizacyjne: opracowanie programu szkolenia dla lekarzy ogólnych (4-6 godzin), przeprowadzenie cyklu szkoleń, opracowanie broszury informacyjnej dla pacjentów, rozpowszechnienie broszury, wydrukowanie i rozpowszechnienie Geriatrycznej Skali Oceny Depresji w wersji skróconej – uwaga! ze względu na stygmatyzującą nazwę (przykro brzmiące słowo „geriatryczna”) proponuję w nagłówku podawać jedynie skrót nazwy – GSOD.

b. Planowane interwencje

Edukacja lekarzy ogólnych – szkolenie.

Edukacja pacjentów – broszura informacyjna.

Powszechne badania przesiewowe – GSOD.

Konsultacje psychologiczno- psychiatryczne u osób kierowanych przez lekarzy ogólnych.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w programie zapraszani są wszyscy lekarze ogólni praktykujący na danym terenie oraz ich pacjenci w wieku emerytalnym.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Pierwszą częścią programu jest przeprowadzenie szeroko zakrojonych szkoleń dla lekarzy ogólnych. Stanowią oni podstawowe ogniwo interwencji, ponieważ mają największy kontakt z grupą osób narażonych na zwiększone ryzyko występowania zaburzeń depresyjnych. Podczas zajęć lekarze ogólni zostaną również zapoznani z broszurą przeznaczoną dla pacjentów i zachęteni do jej kolportowania. Przeszkoleni lekarze ogólni mają włączyć do swojej codziennej praktyki przesiewowe badanie pozwalające na wykrycie objawów depresji. Prowadzący szkolenie muszą przekonać lekarzy ogólnych, że prowadzenie takich badań przesiewowych wiąże się z istotną korzyścią dla samych lekarzy (rozwiązanie problemu wielu kłopotliwych pacjentów, zmniejszenie liczby niepotrzebnych skierowań na badania) przy minimalnych kosztach – skale oceny nie muszą być wypełniane podczas wizyty. Po stwierdzeniu objawów depresji lekarze ogólni muszą podjąć decyzję o dalszym leczeniu w ramach swojej praktyki lub skierowaniu do psychologa/ psychiatry.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Przesiewowe badanie osób w wieku emerytalnym będzie odbywać się w ramach standardowych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

f. Sposób zakończenia udziału w programie

Program ma z założenia charakter ciągły, przesiewowe badanie pod kątem występowania zaburzeń depresyjnych powinno stanowić stały element praktyki lekarskiej, tak jak mierzenie ciśnienia. Można szacunkowo wskazać wiek, w którym ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych wzrasta (np. okres w którym przechodzi się na emeryturę), ale nie można przewidzieć w którym dokładnie momencie zaburzenia depresyjne faktycznie wystąpią.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Planowane interwencje o charakterze psychoedukacji i badań przesiewowych są całkowicie bezpieczne.

h. Kompetencje/ warunki niezbędne dla zrealizowania programu

Do realizacji programu konieczne jest przeprowadzenie szkolenia i opracowanie broszury. Przeprowadzenie badania przesiewowego przy pomocy proponowanej skali samooceny mieści się w kompetencjach lekarza rodzinnego. Konieczne może być wypracowanie metody współpracy między lekarzami ogólnymi i konsultantami psychiatrami, do których mieliby być kierowani pacjenci.

i. Dowody skuteczności planowanych działań

Zdaniem Birda i Parslow (Bird i Parslow 2002) nie prowadzono dotąd oceny skuteczności zapobiegania depresji u osób w podeszłym wieku. Są natomiast liczne dowody wskazujące na korzystne działanie ćwiczeń fizycznych, zmian stylu życia, poprawy sposobu odżywiania. Zagadnienia te powinny zostać szczegółowo omówione w broszurze edukacyjnej przeznaczonej dla pacjentów. Podobnie jak to omówiono w przypadku Modułu B problemem wydaje się raczej nierozpoznanie zaburzeń depresyjnych – jeśli zostaną w porę zauważone, to z pewnością można podjąć skuteczne kroki, aby im przeciwdziałać. Jeśli jednak nie zostaną zauważone, to trudno oceniać skuteczność działań, które nie zostaną wówczas podjęte. Przeprowadzenie na szeroką skalę badań przesiewowych, nadzorowanych przez świadomych wagi zagadnienia lekarzy powinno stanowić rozwiązanie problemu.

5 C. Koszty

a. koszty jednostkowe:

- uczestnictwo w badaniach przesiewowych: 1 zł

- konsultacja psychoterapeutyczna : 40 zł

Suma: 41 zł

- uczestnictwo w szkoleniu dla lekarzy ogólnych: 20 zł

Suma: 20 zł

b. planowane koszty całkowite:

- przeprowadzenie szkolenia dla lekarzy ogólnych: 100 zł/h x 6 h x 730 grup = 438 000 zł

- przygotowanie i opublikowanie broszury informacyjnej dla pacjentów: 600 000 zł
- przygotowanie i rozpowszechnienie skali GSOD: 200 000 zł
- badanie przesiewowe: 450 000 zł
- konsultacje psychoterapeutyczne: 120 zł/h x 210 000 h = 25 200 000

Suma: 30 938 000 zł6C. Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu.

Ocena odsetka lekarzy rodzinnych, którzy przeszli szkolenie. Ocena odsetka pacjentów, u których przeprowadzono badanie przesiewowe (na podstawie dokumentacji). Ocena wykorzystania punktu konsultacyjnego.

b. Ocena jakości świadczeń

Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród lekarzy dotyczącej przydatności szkolenia.

c. Ocena efektywności programu

Bezpośrednim miernikiem jest zmniejszenie liczby zaburzeń depresyjnych w populacji uczestniczącej w programie, może to być bardzo trudne do oceny, ponieważ zakładamy, że obecnie rozpoznawalność jest nieadekwatnie niska. Dobrym pośrednim dowodem powinno być zmniejszenie poziomu wykorzystania usług medycznych – mniej wizyt, mniej badań dodatkowych ze względu na mniejsze potrzeby pacjentów. Można także spodziewać się zmniejszenia liczby osób leczonych w warunkach szpitalnych i zwiększenia liczby osób leczonych ambulatoryjnie.

7.C. okres realizacji programu

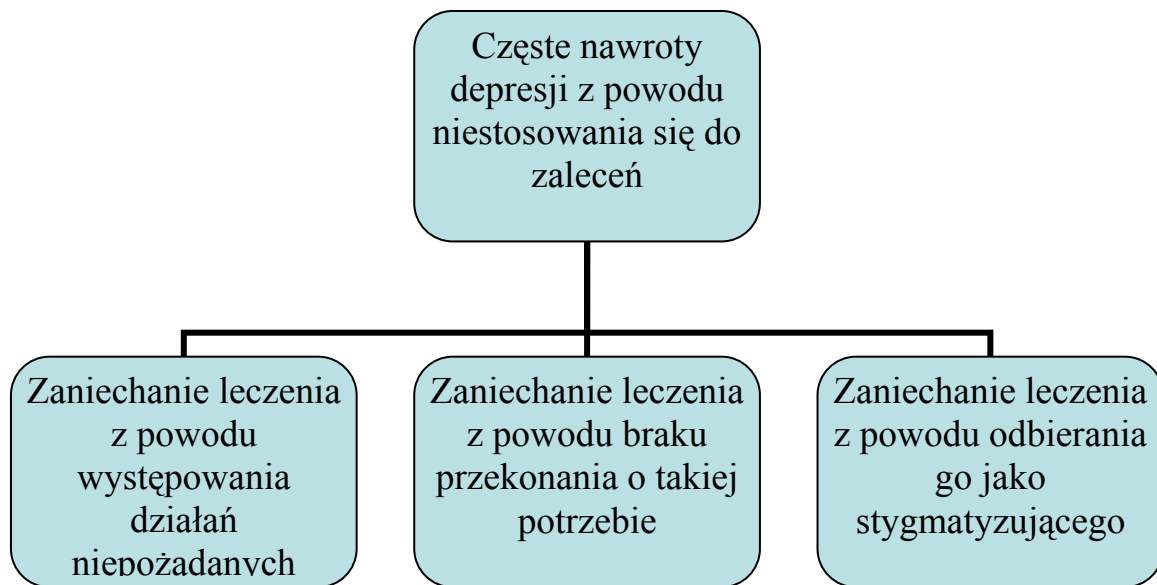
Program powinien być realizowany w trybie ciągłym. Przed wdrożeniem programu wskazane przeprowadzenie rocznego badania pilotażowego – brak danych na temat skuteczności programów tego typu.

4 D. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Program jest przeznaczony dla wszystkich osób, które przebyły epizod depresji, zarówno pierwszy jak i kolejne. Program składa się z cyklu 10 zajęć psychoedukacyjnych (10 godzin). Uzasadnienie celowości przeprowadzenia takich zajęć ukazuje Ryc. 8.

Rycina 8. Zaniechanie leczenia profilaktycznego i jego podstawowe przyczyny jako źródło częstych nawrotów zaburzeń depresyjnych.



Oczywiście występowanie nawrotów depresji ma również (przede wszystkim) przyczynę biologiczną, nierozdzielnie związaną z etiopatogenezą chorób afektywnych, jednak w tym zakresie nie można obecnie podjąć skuteczniejszych środków zapobiegawczych poza stosowaniem leczenia podtrzymującego.

W Tabeli 12 przedstawiono zestawienie problemów, celów i oczekiwanych efektów działania.

Problem	Cel	Efekt	Działanie
Zaniechanie leczenia z powodu występowania działań niepożądanych.	Poprawa stosowania się do zaleceń.	Zmniejszenie częstości przerywania kuracji.	Wyjaśnienie mechanizmu działań niepożądanych, zachęcenie do ich zgłaszania, przekonanie o uleczalności problemu.
Zaniechanie leczenia z powodu braku przekonania o takiej potrzebie.	Poprawa stosowania się do zaleceń.	Zmniejszenie częstości przerywania kuracji.	Wyjaśnienie istoty choroby przewlekłej, znaczenia leczenia podtrzymującego, ryzyka nawrotu.
Zaniechanie leczenia z powodu odbierania go jako stygmatyzującego.	Poprawa stosowania się do zaleceń.	Zmniejszenie częstości przerywania kuracji z tego powodu.	Destygmatyzacja.

W Tabeli 13 przedstawiono etapy programu

Etap I. Osoby wypisywane z oddziałów psychiatrycznych lub leczone w warunkach ambulatoryjnych po uzyskaniu remisji objawów depresyjnych są kierowane do udziału w programie psychoedukacyjnym prowadzonym w warunkach ambulatoryjnych.
Etap II Udział w programie psychoedukacyjnym składającym się z 10 godzinnych sesji.
Etap III Rozdanie uczestnikom broszury zawierającej streszczenie programu psychoedukacyjnego i zachęcenie do jej uważnego przeczytania i zachowania do wykorzystania w późniejszym okresie.

Działania organizacyjne: zorganizowanie ciągłego programu psychoedukacji (w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego lub Poradni Przychodniowej), opracowanie programu psychoedukacji, opracowanie broszury zawierającej streszczenie programu.

b. Planowane interwencje

Planowana interwencja polega na przeprowadzeniu cyklu zajęć psychoedukacyjnych uzupełnionych broszurą utrwalającą wiedzę/ umiejętności zdobyte w ramach psychoedukacji.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w zajęciach powinni być kierowani wszyscy pacjenci u których rozpoznawano depresję (F30-F39) niezależnie od tego czy byli z tego powodu leczeni w warunkach szpitalnych czy ambulatoryjnych w ramach przejścia do podtrzymującego etapu leczenia – gdy lekarz uzna, że zakończyła się ostra faza leczenia (niezależnie od tego czy uzyskano pełną remisję czy jedynie częściową poprawę).

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wszyscy pacjenci są kierowani do udziału w programie psychoedukacyjnym, który ma charakter ciągły – składa się z cyklu 10 zajęć, ale udział można rozpocząć od dowolnych zajęć, a potem przejść cały ich cykl. Zajęcia odbywają się w trybie ambulatoryjnym. Warunkiem udziału jest skierowanie od lekarza prowadzącego. Na zakończenie zajęć pacjent otrzymuje broszurę informacyjną.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Bazą do prowadzenia programu jest PZP lub Poradnia Przychodniowa.

f. Sposób zakończenia udziału w programie

Udział w programie jest zakończony, jeśli pacjent uczestniczył we wszystkich 10 sesjach psychoedukacyjnych.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Psychoedukacja jest interwencją w pełni bezpieczną, a udział w niej nie wiąże się z żadnym ryzykiem.

h. Kompetencje/ warunki niezbędne dla zrealizowania programu

Zajęcia muszą być prowadzone przez wykwalifikowanych psychoterapeutów, dobrze znających także zagadnienia biologicznych przyczyn i metod leczenia zaburzeń depresyjnych.

i. Dowody skuteczności planowanych działań

Wyniki badania przeprowadzonego przez Hana i wsp. (Han i wsp. 2006) wskazują, że psychoedukacja nastawiona na przedstawienie zaburzeń depresyjnych jako problemu ogólnie rzecz ujmując „biologicznego” (depresja jako choroba) istotnie zwiększa gotowość uczestników do dalszego udziału w leczeniu. Wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez Hollona i Ponniah (Hollon i Ponniah 2010), obejmującej 125 badań, wskazują, iż psychoedukacja jest skuteczna w zapobieganiu fazom hipomaniakalnym i maniakalnym, ale także, choć w mniejszym stopniu, w zapobieganiu depresji. Wyniki innej metaanalizy, przeprowadzonej przez Donkera i wsp. (Donker i WSP. 2009) wskazują na skuteczność psychoedukacji w leczeniu objawów depresyjnych. Wyniki systematycznego przeglądu oceniającego zarówno skuteczność jak i opłacalność (cost-effectiveness) podejmowanych interwencji, przeprowadzonego przez Soares-Weisera i wsp. (Soares-Weiser i wsp..2007) wskazują, że stosowanie grupowej psychoedukacji jako metody uzupełniającej farmakoterapię jest skuteczną i opłacalną metodą zapobiegania nawrotom choroby. Ayuso-Mateos i wsp. (Ayuso-Mateos i wsp. 2007) oceniali stosowanie się przez pacjentów do zalecenia wzięcia udziału w zajęciach psychoedukacyjnych. W przeprowadzonej przez nich ocenie udział taki zaproponowano 236 osobom, z tej grupy udział w zajęciach ukończyło 128 pacjentów.

5 D. Koszty

a. koszty jednostkowe:

- uczestnictwo w zajęciach psychoedukacyjnych: 45 zł

Suma: 45 zł

b. planowane koszty całkowite:

- przeprowadzenie zajęć psychoedukacyjnych: 100 zł/h x 10 h x 3000 grup = 3 000 000 zł

- przygotowanie i opublikowanie broszury informacyjnej dla pacjentów: 40 000 zł

Suma: 3 040 000 zł

6 D. Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

Udział będzie proponowany wszystkim chorym z depresją. Ocena zgłaszalności obejmuje odsetek osób, które zgłosiły się na pierwsze zajęcia, oraz odsetek osób, które wzięły udział w całym cyklu.

b. Ocena jakości świadczeń

Ankieta wśród pacjentów.

c. Ocena efektywności programu

Miernikiem efektywności jest czas do wystąpienia kolejnego nawrotu choroby w porównaniu z czasem do nawrotu w grupie osób, które nie brały udziału w psychoedukacji.

7. Okres realizacji programu

Zajęcia powinny się odbywać w trybie ciągłym. Proponuję przeprowadzenie badania pilotażowego w roku 2012.

Piśmiennictwo

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków-Warszawa. 1998.
2. [Meeks TW](#); [Vahia IV](#); [Lavretsky H](#); [Kulkarni G](#); [Jeste DV](#). A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord* 2011. 129 (1-3). 126-42.
3. [Jonkers CC](#); [Lamers F](#); [Bosma H](#); [Metsemakers JF](#); [van Eijk JT](#) The effectiveness of a minimal psychological intervention on self-management beliefs and behaviors in depressed chronically ill elderly persons: a randomized trial. *Int Psychogeriatr* 2012, 24 (2), 288-97.
4. Pużyński S.: Depresje. Wyd. II. PZWL. Warszawa 1988. str. 50-64.
5. Torzsa P., Gonda X., Szokontor N., Sebestyan B., Faludi G., Kalabay L., Rihmer Z.: P01-255 Detection and prevalence of depressive disorders in primary care settings in Hungary. *European Psychiat.* 2009. Supp. 1. 24. 643-643.
6. Rifel J., Svab I., Pavlic D.R., King M., Nazareth I.: Longstanding disease, disability or infirmity and depression in primary care. *Wien Klin Wochenschr.* 2010. 122. 19-20. 567-571.
7. Binkin N., Gigantesco A., Ferrante G., Baldissera S.: Depressive symptoms among adults 18-69 years in Italy: results from the Italian behavioural risk factor surveillance system, 2007. *Int J Public Health.* 2010. 55. 5. 479-488.
8. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression — a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
9. Okumura Y., Higuchi T.: Cost of depression among adults in Japan. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2011. 13.
10. [Dewa CS](#); [Thompson AH](#); [Jacobs P](#): The association of treatment of depressive episodes and work productivity. *Can J Psychiatry* 2011.56.12., 743-50.
11. [Fullerton CA](#); [Busch AB](#); [Normand SL](#); [McGuire TG](#); [Epstein AM](#). Ten-year trends in quality of care and spending for depression: 1996 through 2005. *Arch Gen Psychiatry* 2011. 68 .12, 1218-26.
12. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB. School-based prevention of depressive symptomatology in adolescents. *J Adolesc Res* 1993; 8: 183-204.
13. Spence SH, Sheffield J, Donovan C. Problem-solving orientation and attributional style: moderators of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002; 31: 219-229.
14. Samm A., Tooding L.M., Sisask M., Kolves K., Aasvee K., Varnik A.: Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010. 19. 5. 457-468.
15. Heidmets L., Samm A., Sisask M., Kolves K., Aasvee K., Varnik A.: Sexual behaviour, depressive feelings, and suicidality among Estonian school children aged 13 to 15 years. *Crisi.* 2010. 31. 3. 128-136.
16. Joinson C., Heron J., Lewis G., Croudace T., Araya R.: Timing of menarche and depressive symptoms in adolescent girls from UK cohort. *Br J Psychiatry.* 2011. 198. 1. 17-23. Sup. 1-2.
17. Modrzejewska R., Bomba J.: Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych na podstawie analizy wyników badań za pomocą inwentarza objawowego IO „B1” w latach 1984 i 2001. *Psychiatr Pol.* 2009. 43. 2. 175-182.

18. Nrugham L., Larsson B., Sund A.M.: Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal acts across adolescence. *J Affect Disord.* 2008. 111. 1. 83-93.
19. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, et al. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 312-321.
20. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, et al. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 1127-1134.
21. Gillham JE, Reivich KJ, Jaycox LH, Seligman MEP. Prevention of depressive symptoms in schoolchildren. *Psychol Sci* 1995; 6: 343-351.
22. Seligman MEP, Schulman P, DeRubeis RJ, Hollon SD. The prevention of depression and anxiety. *Prevention & Treatment* 2001; 2: article 8.
23. Shochet IM, Dadds MR, Holland D, et al. The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *J Clin Child Psychol* 2001; 30: 303-315.
24. Christensen H, Griffiths KM, Korten AE. Web-based cognitive behaviour therapy (CBT): analysis of site usage and changes in depression and anxiety scores. *J Med Internet Res* 2002; 4: e3
25. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782 -786.
26. Steiner M., Yonkers K.: *Depresja u kobiet* . 1999. Gdańsk: Via Medica. Tłumaczenie kwestionariusza Bnińska M.
27. Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30: 852-860.
28. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ* 1997; 314: 932-936.
29. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1039-1045.
30. Milgrom J, Martin PR, Negri LM. Treating postnatal depression. A psychological approach for health care practitioners. Chichester: Wiley, 1999.
31. Hearn G, Iliff A, Jones I, et al. Postnatal depression in the community. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1064-1066.
32. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
33. Zerkowitz P, Milet TH. Screening for postpartum depression in a community sample. *Can J Psychiatry* 1995; 40: 80-86.
34. Bird M.J., Parslow R.A.: Potential for community programs to prevent depression in older people. *MJA* 2002 177 (7 Suppl): S107-S110
35. 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(6):662-668
- 36.
37. Hollon S, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression And Anxiety.* 2010;27(10):891-932
38. Donker T, Griffiths K, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine* 2009. 16;7:79.

39. Soares-Weiser K, Bravo Vergel Y, Woolacott N, et al. A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2007;11(39)
40. Ayuso-Mateos J, Pereda A, Dowrick C, et al. Predictors of compliance with psychological interventions offered in the community. *Psychological Medicine* 2007;37(5):717-725.
41. Agara A, Onibi O. Effects of group psychoeducation (GPE) on compliance with scheduled clinic appointments in a neuro-psychiatric hospital in southwest Nigeria: a randomised control trial (RCT). *Annals Of The Academy Of Medicine, Singapore*. 2007;36(4):272-275.
42. Rouget B, Aubry J. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *Journal Of Affective Disorders* 2007;98(1-2):11-27
43. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* 2004; 3:45–49.
44. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, et al. Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: The Bambui Health Ageing study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:17–27.

Załącznik 1.

Edynburska Skala Depresji Poporodowej - kwestionariusz

Imię i nazwisko:

Adres:

Wiek dziecka:

Ponieważ ostatnio urodziłaś dziecko, chcielibyśmy wiedzieć, jak się czujesz. Proszę, podkreśl odpowiedź, która najlepiej oddaje twoje uczucia podczas ostatnich 7 dni (a nie tylko w dniu dzisiejszym).

W ciągu ostatnich 7 dni:

1. Potrafiłam śmiać się z różnych spraw i dostrzegać ich jasną stronę

- W takim samym stopniu jak zawsze
- Niezupełnie tak samo jak dawniej
- Zdecydowanie mniej niż dawniej
- Nie potrafiłam

2. Z radością wypatrywałam przyszłych zdarzeń i spraw:

- W takim samym stopniu jak zawsze
- W nieco mniejszym stopniu niż dawniej
- Zdecydowanie mniej niż dawniej
- Praktycznie w ogóle nie

3. Miałam nieuzasadnione poczucie winy, gdy coś się nie udawało:

- Tak, w większości przypadków
- Tak, w niektórych przypadkach
- Niezbyt często
- Nie, nigdy

4. Czulałam się zmartwiona lub wylękniona bez specjalnego powodu:

- Nie, nigdy
- Raczej nie

- Tak, czasami
- Tak, bardzo często

5. Czulałam się przerażona lub wpadałam w panikę bez specjalnego powodu:

- Tak, dość często
- Tak, czasami
- Nie, nie bardzo
- Nie, nigdy

6. Przytłaczały mnie różne sprawy:

- Tak, przez większość czasu i nigdy nie umiałam sobie z nimi poradzić
- Tak, czasami nie potrafiłam radzić sobie tak dobrze jak dawniej
- Nie, przez większość czasu radziłam sobie zupełnie nieźle
- Nie, radziłam sobie tak samo dobrze jak dawniej

7. Czulałam się tak nieszczęśliwa, że miałam trudności ze snem:

- Tak, przez większość czasu
- Tak, czasami
- Niezbyt często
- Nie, nigdy

8. Byłam smutna i czulałam się przygnębiona:

- Tak, przez większość czasu
- Tak, dość często
- Niezbyt często
- Nie, nigdy

9. Czulałam się tak nieszczęśliwa, że wybuchałam płaczem:

- Tak, przez większość czasu
- Tak, dość często

- Tylko czasami
- Nie, nigdy

10. Przychodziło mi do głowy, by zrobić sobie krzywdę:

- Tak, dość często
- Czasami
- Praktycznie nigdy
- Nigdy

Uzyskanie 13 i więcej punktów oznacza prawdopodobieństwo występowania depresji poporodowej. **Pamiętaj jednak! Wynik kwestionariusza nie jest wiążący! Diagnozę może wydać tylko i wyłącznie lekarz specjalista. Jeśli jesteś zaniepokojona/y swoim zdrowiem, bądź zdrowiem osoby Ci bliskiej, niezbędna jest wizyta u psychiatry lub psychologa.**

Załącznik 2

GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI

Wersja skrócona - 15 cech

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni zakreślając właściwą odpowiedź

PYTANIE	TAK	NIE
1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?	T	N
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?	T	N
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?	T	N
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?	T	N
5. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?	T	N
6. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?	T	N
7. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?	T	N
8. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?	T	N
9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?	T	N
10. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?	T	N
11. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?	T	N
12. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?	T	N
13. Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?	T	N
14. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?	T	N
15. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?	T	N