



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Oceny Technologii Medycznych

Profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji poporodowej

Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych,
działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej
oraz warunków realizacji tych programów

(art. 48aa ust. 1 Ustawy)

Raport nr: OT.423.7.2018

08.01.2020

Warszawa, styczeń 2020

Streszczenie

Agencja do dnia 08.01.2020 roku, zgodnie z trybem określonym w Ustawie o świadczeniach, wydała 6 opinii dotyczących PPZ z przedmiotowego zakresu, w tym: 1 opinie pozytywną, 2 opinie warunkowo pozytywne oraz 2 opinie negatywne. W 2 na 5 PPZ główną interwencję stanowił skryning ukierunkowany na depresję poporodową z wykorzystaniem Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESPD). W części analizowanych PPZ główną populację stanowiły kobiety w okresie poporodowym do 1 roku (60% PPZ). W PPZ nie określono żadnych dodatkowych kryteriów kwalifikacji populacji docelowej.

Podsumowanie problemu zdrowotnego

Depresja jest terminem zawierającym w sobie wiele zaburzeń, wliczając w to zespół depresyjny. Jest to zespół nerwicowy będący reakcją na utratę (przewidywaną lub dokonaną) ważnych dla człowieka wartości (życia, zdrowia, kariery, trybu życia itp.). Pacjenci dotknięci depresją nie doświadczają jedynie smutku ale także brak satysfakcji z podejmowanych działań, obniżenie energii, bezsenność, wahania masy ciała, uczucie straty i bezcelowości oraz nawracające myśli samobójcze. Depresja poporodowa opisywana jest jako epizod depresyjny, który pojawia się w przeciągu 12 miesięcy od porodu. (Szczeklik 2017).

W Polsce brak jest populacyjnych badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych, w tym depresji poporodowej. Nie są prowadzone również rejestry, które odnosiłyby się do omawianego problemu zdrowotnego. Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w skali światowej, ok. 10% kobiet w ciąży oraz 13% położnic doświadcza zaburzeń psychicznych, głównie depresji (USPSTF 2019; Wright 2008). Dostępne są także, w niewielkiej liczbie, badania ankietowe gdzie częstość występowania depresji poporodowej szacuje się na poziomie od 10% do 30% (Fejfer-Szpytko 2016; Rymaszewska 2005).

W oparciu o odszukane informacje w zakresie częstości występowania depresji porodowej w Polsce, przyjęto poziom 13% zgodnie z danymi WHO. Liczba urodzeń żywych od roku 2000 utrzymuje się na poziomie powyżej 360 tys. rocznie. Od 2015 obserwowany był powolny wzrost liczby urodzeń z poziomu 369,30 tys. do 402 tys. w roku 2017, by następnie spaść do liczby 388,2 tys. w roku 2018. W zależności od liczby urodzeń w danych latach szacunkowa liczba depresji poporodowych może wynosić od 47,37 tys. w roku 2005 do 52,26 tys. w roku 2017. W pierwszej połowie roku 2019 odnotowano ponad 180 tys. urodzeń żywych, wobec czego szacunkowa liczba depresji poporodowych może wynosić ok. 23 tys. (GUS 2018; GUS 2018a).

Wśród badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej wyróżnia się: Edynburską Skalę Depresji Poporodowej, Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ-9) oraz Skalę Depresji Becka (BDI). Narzędzia te są dedykowane identyfikacji potencjalnych kobiet w ciąży i w okresie poporodowym z depresją. W przypadku nefarmakologicznego leczenia depresji poporodowej wymienia się: terapię behawioralno poznawczą (CBT) oraz terapię interpersonalną (IPT).

Podsumowanie rekomendacji

Do analizy włączono 12 najaktualniejszych rekomendacji/wytycznych o dokładnie określonej metodologii. Dodatkowo uwzględniono również polską rekomendację Ministerstwa Zdrowia z 2019 roku.

Wszystkie uwzględnione rekomendacje podkreślają istotę prowadzenia wczesnego skryningu ukierunkowanego na depresję poporodową (MZ 2019; RNAO 2019; USPSTF 2019; AGDH 2018; ACOG 2018; NICE 2018; EU 2016; BC Mental Health 2014; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; Beyondblue 2011; AAFP 2010). 7 z 12 rekomendacji jako najlepsze narzędzie skryningowe w ww. zakresie zaleca stosowanie Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej i może ono być stosowane zarówno w trakcie jak i po zakończeniu ciąży (MZ 2019; AGDH 2018; BC Mental Health 2014; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; Beyondblue 2011; AAFP 2010).

Skryningiem powinny zostać objęte wszystkie kobiety w ciąży i w okresie poporodowym do jednego roku (MZ 2019; RNAO 2019; USPSTF 2019; AGDH 2018; ACOG 2018; NICE 2018; EU 2016; BC Mental Health 2014; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; Beyondblue 2011; AAFP 2010), ze szczególnym uwzględnieniem kobiet u których stwierdzono obecność dodatkowych czynników ryzyka (m.in. przebyta depresja, doświadczenie molestowania seksualnego lub przemocy) (MZ 2019; NICE 2018; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; AAFP 2010)

6 z 12 rekomendacji sugeruje stosowanie edukacji pacjentek z zakresu rozpoznawania depresji poporodowej jako istotnego elementu profilaktyki (MZ 2019; USPSTF 2019; NICE 2018; EU 2016; BC 2014; NICE/NCCMH 2014). Należy prowadzić szkolenia personelu medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem położnych i pielęgniarek zajmujących się kobietami w ciąży bądź kobietami, z m.in. rozpoznawania depresji poporodowej oraz stosowania narzędzi skryningowych (RNAO 2019; ACOG 2018; EU 2016; Beyondblue 2011).

W przypadku zdiagnozowania depresji poporodowej istotnym krokiem w jej leczeniu jest opracowanie przez specjalistę z zakresu zdrowia psychicznego, we współpracy z pacjentką, celów i planów dalszych działań

terapeutycznych (MZ 2019; RNAO 2019; USPSTF 2019; ACOG 2018; NICE 2018; BC 2014; SIGN 2012). Z uwagi na wrażliwość populacji, której dotyczyą uwzględnione rekomendacje, pierwszą linię leczenia powinny stanowić terapie psychologiczne, a przede wszystkim terapia behawioralno-poznawcza (RNAO 2019; USPSTF 2019; SIGN 2012; Beyondblue 2011) oraz terapia interpersonalna (RNAO 2019; USPSTF 2019; EU 2016; Beyondblue 2011; AAFP 2010).

Podsumowanie dowodów skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa

Wyniki odnalezionych metaanaliz (O'Connor 2016; Chorwe-Sungani 2017; Owara 2016) wskazują na wysoką czułość oraz swoistość kwestionariusza ESDP do prawidłowego identyfikowania osób z podejrzeniem depresji porodowej w porównaniu do standardowej opieki (czułość 0,80 95% CI,[0,69-1]; swoistość 0,81 95% CI,[0,73-0,92]) Chorwe-Sungani 2017. Wszystkie wyniki były istotnie statystycznie, za wyjątkiem publikacji O'Connor 2016 gdzie metaanaliza nie została w całości przeprowadzona, ze względu na dużą heterogeniczność włączonych badań. Autorzy metaanalizy Owara 2016 przeprowadzili również analizę skuteczności ESDP, zarówno w trakcie trwania ciąży jak i po jej zakończeniu: okres przedporodowy (czułość 0,82 95% BCI,[0,50-0,98]; swoistość 0,91 95% BCI,[0,66-0,99]); okres poporodowy (czułość 0,72 (95% BCI,[0,46-0,91]; swoistość 0,97 95% BCI,[0,84-0,99]). Różnice między poszczególnymi wynikami metaanalizy wynikała z dużej liczby i heterogeniczności załączonych badań pierwotnych. W najnowszym z przeglądów systematycznych, odnoszących się do omawianego punktu końcowego (Chorwe-Sungani 2017) włączono w sumie 11 badań o zróżnicowanej metodologii.

Wyniki odnalezionych opracowań wtórnych (O'Connor 2019; Long 2019; Morrell 2016) wskazują na zasadność stosowania niektórych działań profilaktycznych. Wpływ tych działań w ww. opracowaniach wtórnych został opisany jako zmiana w wyniku otrzymywanego z narzędzia skryningowego (ESDP) po zastosowaniu interwencji w porównaniu do jej braku. W najnowszej metaanalizie (O'Connor 2019) wykazano, że część interwencji profilaktycznych ma istotnie statystycznie wpływ na uzyskiwane z narzędzi skryningowych wyniki. Do interwencji tych zaliczają się: konsultacje psychologiczne (skupiające się na udzieleniu wsparcia) w przypadku wyniku ESDP ≥ 13 pkt. (WMD -1,51 95% CI,[-2,84- -0,18]); interwencje nakierowane na system ochrony zdrowia (szkolenia, warsztaty) (WMD -3,28 95% CI,[-4,01- -2,55]); aktywność fizyczna (WMD -3,45 95% CI,[-4,99- -1,91]) oraz edukacja (poszerzająca wiedzę, kompetencje oraz udzielanie wsparcia) (WMD -1,50 95% CI,[3,10-0,10]). Inne interwencje okazały się mieć nieistotnie statystycznie wpływ na zmianę wyniku w narzędziach skryningowych: sen (WMD -5,29 95% CI,[-11,20-0,62]); wsparcie środowiskowe (WMD -0,42 95% CI[-1,49-0,65]); suplementy diety (WMD -0,07 95% CI,[-1,79-1,64]) oraz yoga (WMD -0,53 95% CI,[-3,48-2,42]). W metaanalizie Huang 2019 sprawdzono również wpływ stosowania interwencji w postaci terapii behawioralno poznawczej na zmianę wyniku. Interwencje te zostały wdrożone u kobiet u których wynik ESDP ≥ 13 pkt.. Stosowanie CBT jako interwencji profilaktycznej ma istotnie statystycznie wpływ na zmianę wyniku ESDP (SMD -2,86 95% CI,[-4,41 - -1,31]) oraz BDI (SMD -6,30 95% CI,[-11,32 - -1,28]). Zastosowanie ww. interwencji skutkuje obniżeniem liczby punktów otrzymywanych w badaniach skryningowych przeprowadzonych na podstawie ESDP. Autorzy metaanalizy Stephens 2016 stwierdzają także, iż terapia interpersonalna stosowana jako interwencja profilaktyczna ma istotnie statystycznie wpływ na zmianę wyniku narzędzia skryningowego (SMD -0,93 95% CI,[-1,27 - -0,59]).

Wyniki najnowszej metaanalizy O'Connor 2019 pozwoliły również określić ogólny wpływ dostępnych interwencji profilaktycznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Niezależnie od interwencji stosowanie działań profilaktycznych okazało się mieć istotnie statystycznie wpływ na ryzyko wystąpienia depresji porodowej (RR 0,73 95% CI,[0,64-0,82]). Spośród wszystkich interwencji mających istotnie statystycznie wpływ na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej dominującą interwencją okazała się ta zdefiniowana jako „konsultacja psychologiczna” (RR 0,61 95% CI,[0,47-0,78]). Autorzy poddali metaanalizie wyniki badań dotyczących wpływu stosowania środków farmakologicznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Zarówno antydepresanty (RR 0,70 95% CI,[0,32-1,51]) jak i suplementy diety (RR 1,71 95% CI,[0,70-4,17]), nie mają istotnie statystycznego wpływu na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej.

Wyniki odnalezionych metaanaliz (O'Connor 2019; Stephens 2016) wskazują na istotnie statystycznie pozytywny wpływ interwencji na ryzyko przekroczenia przez pacjentów progu diagnostycznego, różnie definiowanego przez autorów badań pierwotnych (ESDP ≥ 12 ; ESDP ≥ 10 ; BDI ≥ 14 ; BDI ≥ 10). W metaanalizie Stephens 2016 autorzy wzięli pod uwagę wpływ dostępnych interwencji psychologicznych na ww. punkt końcowy. Wszystkie uwzględnione interwencje okazały się mieć istotnie statystycznie wpływ na ryzyko przekroczenia przez pacjenta progu diagnostycznego: CBT (OR 1,79 95% CI,[1,28-2,48]); IPT (OR 3,26 95% CI,[1,65-6,48]); konsultacje psychologiczne (OR 2,61 95% CI,[1,45-4,70]; inne interwencje psychologiczne (OR 3,40 95% CI,[1,75-6,61]).

W dowodach wtórnych odnaleziono informacje dotyczących potencjalnych szkód wynikających z prowadzenia skryningu, leczenia oraz działań profilaktycznych nakierowanych na depresje poporodową. W autorzy metaanalizy O'Connor 2016 stwierdzili w oparciu o jedno badanie RCT Leung 2010, o łącznej populacji 462

kobiet, że skryning z użyciem ESDP nie prowadzi do wystąpienia żadnych szkód. Natomiast w przypadku raportu HTA Morrell 2016, autorzy określili stygmatyzację społeczną jako jedną z potencjalnych szkód płynących ze skryningu z użyciem ESDP oraz z działań profilaktycznych.

Niniejsze opracowanie stanowi wyjściową wersję Raportu.

Zastosowane skróty:

AAFP	ang. <i>American Academy of Family Physicians</i>
ACOG	ang. <i>The American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AGDH	ang. <i>Australian Government Department of Health</i>
AIDS	ang. <i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
AMSTAR	ang. <i>Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews</i>
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych I Taryfikacji
Bd.	brak danych
BDI	Kwestionariusz depresji Becka ang. <i>Beck Depression Inventory</i>
CBT	Terapia behawioralno-poznawcza Ang. <i>Cognitive Behavioral Therapy</i>
CCT	Badanie kliniczno-kontrolne
CDC	Ang. <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CES-D	ang. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CIDI	ang. <i>Composite International Diagnostic Interview</i>
CIS-R	ang. <i>Clinical Schedule-Revise</i>
DHA	kwasy dokozaheksaenowe
DPP	Depresja poporodowa
DPPZ	Dział Programów Polityki Zdrowotnej
DSM	ang. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSM-IV	ang. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EAAD	ang. <i>European Alliance Against Depression</i>
EPA	kwasy eikozapentaenowe
ESDP	Edynburska Skala Depresji Poporodowej
FP	wyniki fałszywie pozytywne
GRADE	ang. <i>The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HDRS	ang. <i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HIV	ang. <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HTA	ang. <i>Health technology assessment</i>
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICER	ang. <i>incremental cost-effectiveness ratio</i>
IPT	Terapia interpersonalna Ang. <i>Interpersonal Therapy</i>
KK	Konsultant Krajowy
MCPAP	ang. <i>Massachusetts Child Psychiatry Access Program</i>
MHFA	Metoda Pierwszej Pomocy Zdrowia Psychicznego ang. <i>Mental Health First Aid</i>
MHGAP	ang. <i>Mental Health Global Action Plan</i>
MINI	ang. <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
MPZ	mapy potrzeb zdrowotnych
MT	terapię uważnościową
MZ	Ministerstwo Zdrowia

NICE	ang. <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NICE/NCCMH	ang. <i>National Institute for Health and Care Excellence/ National Collaborating Centre for Mental Health</i>
OR	iloraz szans ang. odds ratio
PHQ-9	Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta Ang. <i>Patient Health Questionnaire</i>
PMAD	ang. <i>Perinatal Mood and Anxiety Disorders</i>
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PPZ	Programy Polityki Zdrowotnej
PSE	ang. <i>Present State Examination</i>
RCT	Randomizowane Badanie Kliniczne
RDC	ang. <i>Desearch Diagnostic Criteria</i>
RNAO	ang. <i>Registered Nurses' Association of Ontario</i>
RR	ryzyko względne ang. <i>Relative Risk</i>
SADS	ang. <i>Schedule for Affective disorders and Schizophrenia</i>
SCAN	ang. <i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</i>
SCID	ang. <i>Structured Clinical Interview for DSM Disorders</i>
SIGN	ang. <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SPI	ang. <i>Standardized Psychiatry Interview</i>
SSRI	selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny
UE	ang. <i>European Union</i>
USPSTF	ang. <i>United States Preventive Task Force</i>
USPSTF	ang. <i>US Preventive Services Task Force</i>
Ustawa	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia ang. <i>World Health Organization</i>
YAM	ang. <i>Youth Aware of Mental Health in schools</i>

Spis treści

1. Problem decyzyjny	8
2. Problem zdrowotny	9
2.1. Opis jednostki chorobowej.....	9
2.2. Wskaźniki epidemiologiczne.....	10
2.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli.....	11
3. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania	12
3.1. Aktualne postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych w innych krajach.....	13
3.2. Wskazanie opcjonalnych technologii medycznych (zgodnie z art. 48aa ust. 7 pkt. 4).....	15
4. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu	16
5. Opinie ekspertów klinicznych	30
6. Analiza kliniczna	53
6.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych.....	53
6.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych.....	54
6.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa.....	55
6.3.1. Charakterystyka badań włączonych do analizy	56
6.3.2. Wyniki analizy skuteczności	62
6.3.2.1. Zmiana wyniku z narzędzia skryningowego po zastosowaniu interwencji	69
6.3.2.2. Ryzyko depresji poporodowej.....	74
6.3.2.3. Ryzyko przekroczenia progu diagnostycznego przez pacjenta	77
6.3.2.4. Czułość i swoistość narzędzi skryningowych	81
6.3.3. Wyniki analizy bezpieczeństwa	82
6.3.4. Efektywność kosztowa	83
6.4. Ograniczenia analizy klinicznej.....	84
7. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.....	85
8. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym	86
9. Podsumowanie	89
9.1. Kluczowe wnioski wynikające z zebranych danych w odniesieniu do pytań klinicznych	89
9.2. Podsumowanie raportu w zakresie istotnym dla utworzenia schematu PPZ	90
10. Piśmiennictwo.....	92
11. Załączniki.....	94

1. Problem decyzyjny

<Opisać historię zlecenia, ew. korespondencję ze zleceniodawcą lub opisać szczegółowo wynik weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej >

Zgodnie z art. 48aa. 1. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy Ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów PPZ i na podstawie wskazanej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Zgodnie z art. 48aa ust. 6 Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji opracowanie i wydanie rekomendacji, o której mowa w ust. 5, dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Dnia 9.11.2018 do Agencji wpłynęło zlecenie FZR.9081.60.2018.JI dotyczące przygotowania rekomendacji o których mowa w art. 48aa ust. 5 ustawy w zakresach zgodnych z realizowanymi przez Ministerstwo Zdrowia 9, posiadającymi pozytywne opinie Agencji, programami współfinansowanymi przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

2. Problem zdrowotny

<Opis problemu zdrowotnego, którego dotyczy Raport, w tym znaczenie dla sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, czynniki ryzyka, etiologia, objawy, najważniejsze informacje na temat leczenia i diagnostyki>

2.1. Opis jednostki chorobowej

Definicja

Depresja poporodowa (ICD-10: F53.0 – depresja poporodowa)¹

Depresja jest terminem zawierającym w sobie wiele zaburzeń, wliczając w to zespół depresyjny. Jest to zespół nerwicowy będący reakcją na utratę (przewidywaną lub dokonaną) ważnych dla człowieka wartości (życia, zdrowia, kariery, trybu życia itp.)². Pacjenci dotknięci depresją nie doświadczają jedynie smutku ale także braku satysfakcji z podejmowanych działań, obniżenie energii, bezsenność, wahania masy ciała, uczucie straty i bezcelowości oraz nawracające myśli samobójcze. Depresja poporodowa opisywana jest jako epizod depresyjny, który pojawia się w przeciągu 12 miesięcy od porodu³.

Etiologia i patogeneza

Częstą przyczyną depresji są czynniki psychospołeczne (myśl o utracie życia, zdrowia brak wsparcia) a także egzystencjalne – poczucie zmarnowania życia i brak jego sensu. Istnieją także przyczyny biologiczne np. przewlekły ból, odór lub brak kontroli zwieraczy. Szczególnie często depresja występuje u chorych z nowotworami. Przyczyny można dopatrywać się także w stosowanych lekach⁴.

Głównymi czynnikami ryzyka rozwoju depresji okołoporodowej pozostają: obecność epizodów depresyjnych w historii rodzinnej bądź osobistej, doświadczone w przeszłości seksualne bądź psychiczne molestowanie, fakt niechcianej bądź nieplanowanej ciąży, prowadzenie stresującego trybu życia, obecność cukrzycy przedporodowej i ciążowej oraz komplikacje w czasie ciąży (m.in. realne zagrożenie poronieniem oraz przedwczesny poród)⁵. Dodatkowymi czynnikami ryzyka są także czynniki społeczne jak niski status socjoekonomiczny czy brak wsparcia socjalnego i ekonomicznego. Istotnym czynnikiem podnoszącym ryzyko wystąpienia depresji okołoporodowej może być także ciąża u nieletnich⁶.

Istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji poporodowej może być również obecność przeciwciał tarczycowych w okresie połogu. Kobiety u których stwierdzono obecność tych przeciwciał nierzadko otrzymywały wyższe wyniki w wypełnionym formularzu Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP). Dotyczy to także kobiet u których stwierdza się gwałtowny spadek β -endorfin w okresie poporodowym oraz związanego z porodem spadku poziomu estrogenów⁷.

Rozpoznanie

Diagnozy depresji poporodowej, tak jak w przypadku innych typów depresji, następuje na drodze obserwacji zachowania oraz rozmowy z kobietą w ciąży oraz z jej bliskimi⁸. Diagnozy dokonuje się także w oparciu o wyniki wypełnianego formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP). Jest to podstawowe narzędzie wykorzystywane przy ocenie ryzyka wystąpienia depresji poporodowej. Otrzymanie wyniku powyżej 12 punktów lub potwierdzenie obecności myśli nakierowanych na uszkodzenie własnego ciała wymaga dokładniejszej analizy psychologicznej⁹.

¹ World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf, dostęp z 20.08.2019

² Szczekliki, A. (2017). Interna Szczekliki 2017. Medycyna Praktyczna

³ Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary. In AHRQ evidence report summaries. Agency for Healthcare Research and Quality (US).

⁴ Szczekliki, A. (2017). Interna Szczekliki 2017. Medycyna Praktyczna

⁵ Final Recommendation Statement: Perinatal Depression: Preventive Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.

⁶ Ibidem

⁷ Wright, P., Stern, J., Phelan, M., & Bhandari, S. (2008). Psychiatria: sedno. Elsevier Urban & Partner.

⁸ Szczekliki, A. (2017). Interna Szczekliki 2017. Medycyna Praktyczna

⁹ DelRosario, G. A., Chang, A. C., & Lee, E. D. (2013). Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. Journal of the American Academy of PAs, 26(2), 50-54.

Obraz kliniczny, objawy

Do podstawowych objawów depresji poporodowej zalicza się:

- Utratę zainteresowania codziennymi aktywnościami
- Utratę energii
- Depresyjny nastrój
- Zmiany w zakresie snu
- Zmiany w zakresie diety i odżywiania
- Ograniczenie zdolności do racjonalnego myślenia i koncentracji uwagi
- Poczucie bezcelowości/ braku wartości
- Nawracające myśli samobójcze

Objawy takie jak depresyjny nastrój czy utrata zainteresowania są konieczne by stwierdzić depresję i muszą być one obecne przez minimum 2 tygodnie. Częstym zjawiskiem jest mylenie depresji poporodowej z mniej poważnym dla kobiet syndromem, tzw. „*baby blues*”, częstym i przemijającym zaburzeniem nastroju obejmującym nieuzasadniony płacz, drażliwość, zmęczenie i niepokój. Syndrom ten jest mało szkodliwy i ustępuje za zwyczaj w przeciągu 10 dni od porodu¹⁰.

Rokowanie

Większość depresji poporodowych ustępuje w przeciągu 6 miesięcy od porodu. W tym czasie jednak może mieć ona niekorzystny wpływ na relację między matką a dzieckiem oraz pozostałymi członkami rodziny. Zaburzenie to może również wpływać na rozwój dziecka z uwagi na mniejsze zainteresowanie matki jego potrzebami a nawet mogą one na nie wrogo reagować¹¹.

Profilaktyka

Profilaktyka depresji poporodowej może odbywać się poprzez:

- Szkolenia położnych, pielęgniarek i lekarzy POZ w zakresie obserwowania pacjentek i stwierdzania ryzyka wystąpienia depresji poporodowej
- Edukację kobiet będących w trakcie ciąży lub po porodzie oraz przekazanie podstawowych informacji na temat depresji poporodowej oraz powszechniejszym syndromem tzw. „*baby blues*”
- Ocena i nadzór ryzyka wystąpienia depresji wśród kobiet w ciąży znajdujących się w grupie wysokiego ryzyka
- Prowadzenie obserwacji kobiet przejawiających tzw. przygnębienie poporodowe
- Prowadzenie badań przesiewowych z wykorzystaniem kwestionariuszy diagnostycznych jak ESDP lub HAD¹².

2.2. Wskaźniki epidemiologiczne

<Wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, zalecane – w odniesieniu do obszaru, którego problem dotyczy; opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą>

W Polsce brak jest populacyjnych badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych, w tym depresji poporodowej¹³. Nie są prowadzone również rejestry, które odnosiłyby się do omawianego problemu zdrowotnego. Zgodnie z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w skali światowej, ok. 10% kobiet w ciąży oraz 13% położnic doświadcza zaburzeń psychicznych, głównie depresji. W przypadku krajów rozwijających się odsetek ten może wynosić od 15,6% (u kobiet w ciąży) do 19,8% (u kobiet po porodzie)¹⁴.

¹⁰ Final Recommendation Statement: Perinatal Depression: Preventive Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019.

¹¹ Wright, P., Stern, J., Phelan, M., & Bhandari, S. (2008). *Psychiatry: sedno*. Elsevier Urban & Partner.

¹² Ibidem

¹³ Zdrowia, M. (2017). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski. Pobrano z: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_Polska.pdf. dostęp z: 08.11.2019

¹⁴ WHO (2015). Maternal mental health. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/ Dostęp z: 08.11.2019

Dostępne są także, w niewielkiej liczbie, badania ankietowe gdzie częstość występowania depresji poporodowej szacuje się na poziomie od 10% do 30%^{15 16 17}. W oparciu o odszukane informacje w zakresie częstości występowania depresji porodowej w Polsce, przyjęto poziom 13% zgodnie z danymi WHO. Uzyskany odsetek zestawiono z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w zakresie liczby urodzeń w ostatnich latach.

Liczba urodzeń żywych od roku 2000 utrzymuje się na poziomie powyżej 360 tys. rocznie. Od 2015 obserwowany był powolny wzrost liczby urodzeń z poziomu 369,30 tys. do 402 tys. w roku 2017, by następnie spaść do liczby 388,2 tys. w roku 2018. W zależności od liczby urodzeń w danych latach szacunkowa liczba depresji poporodowych może wynosić od 47,37 tys. w roku 2005 do 52,26 tys. w roku 2017. W pierwszej połowie roku 2019 odnotowano ponad 180 tys. urodzeń żywych, wobec czego szacunkowa liczba depresji poporodowych może wynosić ponad 23 tys.^{18 19}.

Tabela 1. Szacunkowa liczba depresji poporodowych w latach 2000-2019 (wyliczenia własne w oparciu o dane GUS i WHO)

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	I poł. 2019
Urodzenia żywe (w tys.)	378,40	364,40	413,30	369,30	382,30	402,00	388,20	180,20
L. depresji poporodowych (w tys.)	49,19	47,37	53,73	48,01	49,70	52,26	50,47	23,43

2.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli

Znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:

- ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia
- ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia
- zapobiegania przedwczesnemu zgonowi
- poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość

Uwagi

<Przedstawić przewidywane skutki wdrożenia programu w zależności od rodzaju programu: prewencyjny – przewidywany stopień uniknięcia zachorowania/pogorszenia stanu zdrowia; przesiewowy – przewidywane korzyści wczesnego wykrycia choroby; leczniczy – znaczenie podjęcia leczenia; poprawiający jakość życia – znaczenie poprawy jakości życia>

W przypadku skryningu w kierunku depresji poporodowej ma on na celu skierowanie kobiet z podejrzeniem DPP do specjalisty w dziedzinie zdrowia psychicznego. Specjalista natomiast przeprowadzenia kompleksową ocenę psychologiczną w celu zdiagnozowania depresji poporodowej.

Z uwagi na wrażliwość populacji kobiet w ciąży i w okresie poporodowym na leczenie farmakologiczne z użyciem antydepresantów pierwszą linię leczenia stanowią terapie i wsparcie psychologiczne. Środki farmakologiczne mogą zostać wdrożone przy braku powodzenia leczenia niefarmakologicznego²⁰.

¹⁵ Fejfer-Szpytko, J., Włodarczyk, J., & Trąbińska-Haduch, M. (2016). Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3), 91-116.

¹⁶ Rymaszewska, J. O. A. N. A., Dolna, M. A. R. Z. E. N. A., Gryboś, M. A. R. I. A. N., & Kiejna, A. N. D. R. Z. E. J. (2005). Zaburzenia psychiczne okołoporodowe –epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. *Ginekol. Pol.*, 76(4), 322-329.

¹⁷ Poporodowej, E. S. D. (2008). Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. *Ginekol. Pol.*, 79, 182-185.

¹⁸ Główny Urząd Statystyczny (2018). Urodzenia i dzietność. Pobrano z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/urodzenia-i-dzietnosc,34,1.html> dostęp z: 12.11.2019

¹⁹ Główny Urząd Statystyczny (2018). Rocznik Demograficzny 2019. Pobrano z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html> dostęp z: 12.11.2019

²⁰ Ministerstwo zdrowia (2019). Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. Pozyskano z: <https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/5.-Rekomendacje-odnosnie-profilaktyki-i-leczenia-depresji.pdf> dostęp z: 18.11.2019

3. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania

<Opisać obecną sytuację w Polsce tj. odniesienie do świadczeń gwarantowanych i aktualnie realizowanych ogólnopolskich programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej – opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą. Przedstawić dostępne informacje, zwłaszcza nt. finansowania zagranicą technologii medycznych wykorzystywanych w danym problemie zdrowotnym w zakresie określonej interwencji i obecnego postępowania w danym kraju w określonym problemie zdrowotnym, jeśli dotyczy>

Od 1 stycznia 2016 r. w Polsce jest również realizowany „Program zapobiegania depresji w Polsce” na lata 2016-2020. Program ten jest także programem wieloletnim realizowany na podstawie art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077). Podstawę prawną dla jego utworzenia i realizacji stanowi art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.)²¹. W ramach realizacji programu dostępna jest także strona internetowa <https://wyleczdepresje.pl/> na której to znajdują się materiały informacyjno-edukacyjne, kontakt do ośrodków oferujących pomoc oraz kwestionariusz ESDP do samodzielnego wypełnienia przez pacjentkę.

Ponadto w ramach EFS POWER (POWR.05.01.00-IP.05-00-006/18) realizowany jest Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej, którego głównym celem jest zwiększenie świadomości na temat depresji poporodowej²². Okres realizacji programu to 2018-2023. Ze środków przedmiotowego programu realizowane są następujące projekty:

- „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej w makroregionie centralnym”
 - Okres realizacji: 01.07.2019-30.06.2019
 - Wartość ogólna projektu: 1 870 020 zł
 - Interwencje: Szkolenia personelu medycznego; Przesiew z użyciem ESDP; Działania informacyjno-edukacyjne; Konsultacje psychologiczne
 - Realizacja: Województwo łódzkie
- "Uśmiech Mamy" Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej.
 - Okres realizacji: 01.01.2019-31.12.2021
 - Wartość ogólna projektu: 984 016,25 zł
 - Interwencje: Szkolenia personelu medycznego; skryning z użyciem ESDP; działania informacyjno-edukacyjne; Konsultacje psychologiczne
 - Realizacja: Województwo łódzkie i lubelskie
- Wschodnie Centrum Profilaktyki Depresji Poporodowej
 - Okres realizacji: 01.01.2019-31.12.2021
 - Wartość ogólna projektu: 1 295 340 zł
 - Interwencje: Szkolenia personelu medycznego; skryning z użyciem ESDP; działania informacyjno-edukacyjne; Konsultacje psychologiczne
 - Realizacja: Województwo lubelskie i kujawsko-pomorskie
- Przystanek MAMA
 - Okres realizacji: 01.01.2019-31.12.2021
 - Wartość ogólna projektu: 2 114 838,5 zł
 - Interwencje: Szkolenia personelu medycznego; skryning z użyciem ESDP; działania informacyjno-edukacyjne; Konsultacje psychologiczne
 - Realizacja: Województwo lubelskie, kujawsko-pomorskie i małopolskie

²¹Program Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020. Pozyskano z: <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/program-zapobiegania-depresji-w-polsce-na-lata-2016-2020/> dostęp z: 06.11.2019

²² Departament Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia (2019). Informacja o ocenie wniosków. Pozyskano z: http://zdrowie.gov.pl/power/nabor-560-informacja_o_rozstrzygniciu_konkursu.html dostęp z: 06.11.2019

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285), świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych. W ramach świadczeń dla dorosłych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych gwarantowane są m.in.: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa realizowane przez: psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psychologa, osobę prowadzącą psychoterapię, specjalistę w dziedzinie psychiatrii, lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

W ramach edukacji na temat problemu depresji poporodowej dostępne są także materiały na stronach internetowych organizacji; stowarzyszeń i fundacji m.in.:

- Materiały edukacyjne stowarzyszenia fundacji „Twarze Depresji”²³ m.in. w zakresie:
 - Ogólnych informacji na temat depresji poporodowej i jej czynników ryzyka
 - Informacje na temat procesu i dostępnych opcji leczniczych
 - Informacje na temat Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP)
- Materiały informacyjne ze strony ogólnopolskiej kampanii informacyjnej „Depresja. Rozumiesz-Pomagasz”²⁴ m.in. w zakresie:
 - Przyczyn depresji poporodowej oraz jej czynników ryzyka
 - Ulotki informacyjne; informacje na temat ośrodków udzielających pomocy we wskazanym zakresie oraz informacje na temat dostępnych działań profilaktycznych
 - Podstawowych różnic między tzw. zespołem „baby blues” a depresją poporodową
 - Procesu diagnostyki i leczenia depresji poporodowej
 - Dostępna jest także wersja internetowa ESDP do samodzielnego wypełnienia
- Materiały edukacyjno-informacyjne opublikowane w ramach „*Mental Health Global Action Plan*” sporządzonych przez WHO²⁵ m.in. w zakresie:
 - Podstawowych informacji w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego
 - Procesu prowadzenia edukacji w populacji docelowej
 - Dostępnych metod leczenia depresji, tak farmakologicznych jak i nefarmakologicznych
- Materiały edukacyjno-informacyjne opublikowane przez „*European Alliance Against Depression*”²⁶ m.in. w zakresie:
 - Ogólnych informacji na temat depresji i jej czynników ryzyka
 - Materiały edukacyjne sporządzone w oparciu o dowody naukowe zarówno w zakresie samej depresji jak i działań profilaktycznych oraz dostępnych metod terapeutycznych

3.1. Aktualne postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych w innych krajach

<Opisać obecną sytuację w Polsce tj. odniesienie do świadczeń gwarantowanych i aktualnie realizowanych ogólnopolskich programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej – opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą>

USA:

²³ Fundacja „Twarze Depresji” (2019). Materiały edukacyjne zawarte na stronie fundacji. Pozyskano z: <http://twarzedepresji.pl/> dostęp z: 27.12.2019

²⁴ Ministerstwo Zdrowia (2016). Materiały informacyjne w zakresie depresji poporodowej w ramach kampanii społecznej „Wylecz depresję”. Pozyskano: <https://wyleczdepresje.pl/depresja-poporodowa/> dostęp z: 27.11.2019

²⁵ Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., & Hipple Walters, B. (2016). Prevention of Depression and Promotion of Resilience-Consensus Paper. The European Commission.

²⁶ Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., & Hipple Walters, B. (2016). Prevention of Depression and Promotion of Resilience-Consensus Paper. The European Commission.

Massachusetts Child Psychiatry Access Program for Moms²⁷

Finansowanie: *Massachusetts Department of Mental Health*

Interwencja: konsultacje psychologiczne połączone z edukacją

Populacja docelowa:

- Kobiety w ciąży oraz po porodzie
- Dzieci do momentu ukończenia przez nie 1 roku życia
- Ich rodziny
- Specjaliści w zakresie: położnictwa, pediatrii oraz personel pomocniczy

W początkowych latach MCPAP stanowił program nakierowany przede wszystkim na dzieci z zaburzeniami behawioralnymi. Konsultacje psychologiczne miały stanowić część składową badań pediatrycznych w celu poprawy ogólnego zdrowia. Od roku 2014 program obejmuje swoim zakresem również kobiety w ciąży i te po porodzie. Celem tej części programu jest promowanie zdrowia matki i dziecka poprzez edukację i poprawę kompetencji świadczeniodawców zajmujących się kobietami w ciąży i po porodzie oraz ich dziećmi. Podstawę stanowi tu skuteczne zapobieganie, identyfikacja i prowadzenie kobiet dotkniętych depresją poporodową.

Postpartum Depression Prevention Program²⁸

Finansowanie: *The Postpartum Stress Center*

Interwencje: konsultacje psychologiczne

Populacja docelowa:

- Kobiety będące w ciąży z historią wystąpienia depresji, depresji poporodowej lub innych zaburzeń psychicznych

Program nakierowany jest na spotkanie kobiet z populacji docelowej z psychologiem. Wizyt mają na celu oszacowanie ryzyka wystąpienia u kobiety w ciąży depresji poporodowej a następnie zaplanowanie działań mających na celu zapewnienie wsparcia oraz zapobieżenie wystąpieniu depresji poporodowej. W działania są włączeni również partnerzy kobiet w ciąży aby zapoznali się z tematem i byli świadomi planowanych działań w ww. zakresie.

The Mothers and Babies Program²⁹

Finansowanie: *Institute for Public Health and Medicine Center for Community Health* (oraz wiele pojedynczych organizacji)

Interwencje: Konsultacje psychologiczne oraz działania edukacyjne

Populacja docelowa: kobiety w ciąży oraz po porodzie

Program ma na celu udzielenie wsparcia, kobietom w ciąży oraz młodym matkom, w zakresie radzenia sobie ze stresem oraz budowania zdrowej relacji z dzieckiem. Proste w zrozumieniu i zastosowaniu interwencje, dostarczane przez świadczeniodawców lub społeczność, mają na celu redukcję stresu na zasadzie terapii grupowej lub indywidualnej.

Kanada:The Mothers' Health Education, Research & Screening³⁰

Finansowane: *Queen's Perinatal Research Unit*

Interwencja: Działania edukacyjne i badanie przesiewowe z użyciem edynburskiej skali depresji poporodowej (ESDP)

²⁷ Massachusetts Department of Mental Health (2019). Massachusetts Child Psychiatry Access Program for Moms. Pozyskano z: <https://www.mcpapformoms.org/> Dostęp z: 06.12.2019.

²⁸ The postpartum stress center (2019). Postpartum Depression Prevention Program. Pozyskano z: <https://postpartumstress.com/about/additional-ppsc-programs/postpartum-depression-prevention-program/> dostęp z: 12.11.2019

²⁹Northwestern (2019). The Mothers and Babies Program. Pozyskano z: <http://www.mothersandbabiesprogram.org/materials/> dostęp z: 12.11.2019

³⁰ Queen's Perinatal Research Unit (2019). The Mothers' Health Education, Research & Screening. Pozyskano z: <https://www.themothersprogram.ca/> dostęp z: 13.11.2019

Populacja docelowa:

- Kobiety w ciąży
- Kobiety przed zajściem w ciążę
- Kobiety w okresie poporodowym

Główne założenie programu obejmuje szereg działań nakierowanych na poprawę ogólnego stanu zdrowia kobiet. W skład programu wchodzi także profilaktyka depresji poporodowej opierająca się na edukacji oraz wczesnym wykryciu depresji przy użyciu skali ESDP. Działania edukacyjne z ww. zakresu ograniczają się do udzielenia informacji na temat: identyfikacji depresji poporodowej i jej odróżnienia od tzw. „baby blues”; dostępnych badań skryningowych/diagnostycznych (w tym ESDP); sposobu postępowaniu w przypadku stwierdzenia obecności depresji lub zauważonych przez członków rodziny objawów wskazujących na ww. zaburzenie.

3.2. Wskazanie opcjonalnych technologii medycznych (zgodnie z art. 48aa ust. 7 pkt. 4)

<Na podstawie odnalezionych rekomendacji klinicznych, badań i opinii ekspertów przedstawić opcjonalne technologie medyczne mające zastosowanie w przedmiotowym zakresie>

Na podstawie załączonych rekomendacji oraz analizy PPZ w zakresie wykrywania depresji poporodowej w populacji bezobjawowych kobiet w ciąży i w okresie poporodowym wskazano 2 narzędzia możliwe do zastosowania w Polsce: Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP); Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ-9) oraz Skalę Depresji Becka (BDI), przy czym PHQ-9 oraz BDI standardowo są stosowane do wykrywania depresji w populacji ogólnej. Przesiew z użyciem Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej stanowi obecnie najczęściej stosowane w PPZ narzędzie skryningowe w kierunku depresji poporodowej.

Alternatywnym postępowaniem w przypadku podejrzenia depresji porodowej może być przeprowadzony przez położną wywiad połączony z oceną stanu psychicznego położnicy (w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej). W ramach tego postępowania należy również obserwować położnicę pod kątem niepokojących objawów depresyjnych.

W ramach dalszej diagnostyki, mającej na celu potwierdzenie wyniku badania przesiewowego, prowadzi się dokładną ocenę psychiatryczną przy udziale specjalisty z zakresu zdrowia psychicznego. Po potwierdzeniu depresji poporodowej jako pierwszą linię leczenia należy wdrożyć terapie psychologiczne a w szczególności terapię interpersonalną lub terapię behawioralno-poznawczą. Wskazanym metodom leczenia towarzyszy stały kontakt ze specjalistą prowadzącym pacjenta oraz monitorowanie jego stanu psychicznego.

4. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu

<Przedstawić odnalezione rekomendacje kliniczne i dot. finansowania w ocenianym wskazaniu>

W tabelach poniżej (Tabela 2; Tabela 3) przedstawiono rekomendacje odnalezione w wyniku przeprowadzonego wyszukiwania w bazach i na stronach towarzystw naukowych, którego metodologia została opisana w rozdz. 6.1. (n=12). Do poniższego zestawienia włączono wyłącznie najaktualniejsze rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania.

Tabela 2. Rekomendacje w zakresie stosowania edynburskiej skali depresji poporodowej (ESDP) w skryningu depresji poporodowej

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Źródła pierwotne	Jakość dowodów naukowych GRADE
MZ ³¹	2019	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym	Obecność dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej jak: przeżyta depresja lub trudna sytuacja ekonomiczna	<i>Appleby 1997; Boyd 2005; Brugha 2011; Dennis 2013; Evins 2000; Gavin 2005; Gayens 2005</i>	Nie określono
USPSTF ³²	2019	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym	Obecność dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej jak: przeżyta depresja lub inne zidentyfikowane czynniki socjoekonomiczne	<i>O'Connor 2019; Hoffmann 2012; Phipps 2008; Zlotnick 2016; Zlotnick 2001; Zlotnick 2008 Zlotnick 2011</i>	B
RNAO ³³	2018	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym ORAZ Personel medyczny sprawujący opiekę nad kobietami w okresie porodowym	Obecność dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej jak: przeżyta depresja; wysoki poziom doświadczanego stresu lub przeżyte traumy	<i>Bhat 2016; WHO 2014;; Lin 2009; Hassani 2015; Avalos 2016; Kohlhoff 2016</i>	Nie określono
ACOG ³⁴	2018	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym ORAZ Personel medyczny sprawujący opiekę nad kobietami w okresie porodowym	Brak	<i>Gavin 2005; Whitton 1996; Earls 2010; Melville 2014</i>	Nie określono

³¹ Ministerstwo zdrowia (2019). Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. Pozyskano z: <https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/5.-Rekomendacje-odnosnie-profilaktyki-i-leczenia-depresji.pdf> dostęp z: 18.11.2019

³² Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... & Kubik, M. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 321(6), 580-587.

³³ Registered Nurses' Association of Ontario (2019). Assessment and Interventions for Perinatal Depression Second Edition. Pobrano z: <https://nao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression> dostęp z: 13.11.2019

³⁴ American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG committee opinion no. 757: Screening for perinatal depression. *Obstetrics & Gynecology*, 132(5), e208-e212.

AGDH ³⁵	2018	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym	Brak	<i>Campbell 2008; Giallo 2014; Grigoriadis 2013; Marc 2011</i>	Nie określono
NICE ³⁶	2018	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym	Brak	<i>Burns 2013; Felice 2006; Ekeroma 2012; Laurent 2013</i>	Nie określono
UE ³⁷	2016	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym ORAZ Personel medyczny sprawujący opiekę nad kobietami w okresie porodowym	Obecność dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej jak: przeżyta depresja w przeszłości; doświadczone prześladowanie bądź molestowanie; ciąża nieletnich.	<i>Brugha 2011; Clarke 2001; Cooper 2003; Dennis 2013; Merry 2011</i>	Nie określono
BC ³⁸	2014	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym	Brak	<i>Gavin 2005; Areias 1996, Dennis 2013; Myers 2013; Leung 2010; Yawn 2012</i>	Nie określono
NICE/NCCMH ³⁹	2014	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym	Obecność dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej jak: przeżyta depresja w przeszłości; doświadczone prześladowanie bądź molestowanie; ciąża nieletnich.	<i>Burns 2013; Felice 2006; Ekeroma 2012; Laurent 2013</i>	Nie określono

³⁵ Australian Government Department of Health (2018). Screening for depression and anxiety disorders Pobrano z: <https://www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines/part-e-social-and-emotional-screening/screening-for-depressive-and-anxiety-disorders> dostęp z: 13.11.2019

³⁶ National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). (2018). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. National Institute for Health and Clinical Excellence.

³⁷ Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., & Hipple Walters, B. (2016). Prevention of Depression and Promotion of Resilience-Consensus Paper. *The European Commission*.

³⁸ Williams, J., Ryan, D., & Thomas-Peter, K. (2014). Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period. BC Mental Health.

³⁹ National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance: Updated edition. British Psychological Society.

SIGN ⁴⁰	2012	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym	Obecność dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej jak: przebyta depresja w przeszłości; nierówności socjoekonomiczne;	<i>Cooper 2003; O'Connor 2002; Forty 2006; Grote 2009; Zlotnick 2006; Howard 2005</i>	2B
Beyondblue ⁴¹	2011	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym ORAZ Personel medyczny sprawujący opiekę nad kobietami w okresie porodowym	Brak	<i>Morrell 2009; Ingadottir 2006; Rowel 2008; Hanusa 2008</i>	Nie określono
AAFP ⁴²	2010	Kobiety w ciąży i okresie poporodowym	Obecność dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej jak: przebyta depresja w przeszłości; doświadczony molestowanie; ciąża nieletnich.	<i>ACOG 2010; Wisner 2002; Mander 2005; Dennis 2007; Payne 2007</i>	2B
<p>Poziomy jakości dowodów naukowych. Kategoria 1: w oparciu o dowody wysokiej jakości, jednolity konsensus w zakresie zasadności interwencji; Kategoria 2A: w oparciu o dowody naukowe niższej jakości, jednolity konsensus w zakresie zasadności interwencji; Kategoria 2B: oparta o dowody naukowe niższej jakości, istnieje konsensus w zakresie zasadności interwencji; Kategoria 3: w oparciu o dowody naukowe każdej jakości, istnieje różnica zdań ekspertów w zakresie zasadności interwencji.</p>					

⁴⁰ Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2002). Postnatal depression and puerperal psychosis: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

⁴¹ Austin, M. P., & Highet, N. (2011). Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals.(Beyondblue) Available at <http://resources.beyondblue.org.au/prism/file>.

⁴² Hirst, K. P., & Moutier, C. Y. (2010). Postpartum major depression. *Am Fam Physician*, 82(8), 926-933.

Tabela 3. Zestawienie rekomendacji

Organizacja	Treść rekomendacji
Rekomendacje krajowe	
Ministerstwo Zdrowia – MZ 2019 ⁴³	<p>Metodologia: Przegląd wytycznych</p> <p>Rekomendacja:</p> <p>Dot. działań edukacyjnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się wprowadzenie modułu edukacyjnego związanego z tematyką depresji poporodowej dla wszystkich kobiet w ciąży korzystających ze szkoły rodzenia (1 godzina zajęć) • Należy przeprowadzić zajęcia edukacyjne dla ciężarnych i ich opiekunów w zakresie symptomów depresji postnatalnej, objawów zwiastunowych, możliwości radzenia sobie z tym problemem, z podkreśleniem roli wsparcia rodziny • Zaleca się przekazanie broszury dotyczącej choroby • Należy zapewnić możliwości konsultacji psychologicznej/psychiatrycznej dla kobiet potrzebujących takiej interwencji. • Rekomenduje się edukację ciężarnych pacjentek w temacie problemów psychicznych okresu okołoporodowego, w tym ryzyka i objawów depresji postnatalnej <p>Dot. badań przesiewowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność symptomów depresyjnych powinna być rutynowo oceniana u każdej kobiety w ciąży i po porodzie za pomocą kwestionariusza ESDP • Sugeruje się, aby wyjaśnić kobiecie cel badania i uzyskać jej świadomą zgodę na wypełnienie kwestionariusza • Zaleca się, aby lekarze ginekolodzy i/lub położne przeprowadzali rutynowo u wszystkich kobiet spodziewających się dziecka i po porodzie skryning w kierunku depresji postnatalnej przynajmniej dwa razy: w czasie ciąży oraz 6-8 tygodni po porodzie (podczas wizyty kontrolnej). Zalecane jest także przeprowadzenie badania przesiewowego w trakcie hospitalizacji pacjentki (3 dnia po porodzie). • Wskazuje się potrzebę, aby lekarze pediatrzy przeprowadzali wśród pacjentek każdorazowo rutynowo badanie skryningowe w kierunku depresji przy okazji pierwszej wizyty z dzieckiem w poradni. • Zaleca się, aby lekarze rodzinni i położne środowiskowe robili rutynowo, przy okazji pierwszej wizyty pacjentek po porodzie, badanie przesiewowe w kierunku depresji, a także podczas wizyty patronażowej położnej środowiskowej. • Jeśli kobieta nie wyraża zgody na wypełnienie kwestionariusza ESDP, badanie skryningowe należy ponownie zaproponować przy następnej wizycie. • Wskazane jest zebranie wywiadu odnośnie czynników ryzyka depresji poporodowej. Warto zapytać kobietę o następujące czynniki ryzyka: <ul style="list-style-type: none"> ○ depresję poporodową w przeszłości ○ psychozę poporodową ○ depresję w ciąży ○ depresję niezależną od okresu okołoporodowego ○ chorobę afektywną dwubiegunową ○ zaburzenia psychiczne w rodzinie ○ trudną sytuację materialną, bytową, brak wsparcia w najbliższym otoczeniu ○ stresujące wydarzenia życiowe w czasie ciąży i po porodzie.

⁴³ Ministerstwo zdrowia (2019). Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. Pozyskano z: <https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/5.-Rekomendacje-odnosnie-profilaktyki-i-leczenia-depresji.pdf> dostęp z: 18.11.2019

	<ul style="list-style-type: none">• U kobiet z grupy zwiększonego ryzyka depresji poporodowej wskazane jest przeprowadzanie badania przesiewowego przy okazji każdej wizyty w trakcie w ciąży i w okresie poporodowym• Zalecane jest również zebranie wywiadu w kierunku uzależnienia od alkoholu, narkotyków i leków. W przypadku pozytywnego wyniku trzeba uważnie monitorować pacjentkę i rozważyć skierowanie do opieki psychiatrycznej.• W przypadku wyniku 10, 11 i 12 punktów na skali ESDP wskazane jest ponowne badanie za 2-4 tygodnie.• Wynik 13 punktów i więcej na skali ESDP wymaga uzupełnienia badania o wywiad w kierunku objawów depresji. Pomocne mogą być pytania dotyczące samopoczucia pacjentki w ciągu ostatnich 7 dni, tj. o:<ul style="list-style-type: none">○ uczucie zmęczenia, wyczerpania○ brak energii i motywacji do codziennej aktywności○ smutek, obniżony nastrój, poczucie beznadziejności○ problemy z koncentracją uwagi i pamięcią○ nadmierny lęk o zdrowie dziecka○ poczucie winy, niskiej wartości, nieradzenia sobie z obowiązkami matki○ lęk przed utratą kontroli i „zwariowaniem”○ brak zainteresowania noworodkiem○ lęk/myśli związane ze skrzywdzeniem dziecka○ płaczliwość, drażliwość○ myśli o samouszkodzeniu oraz myśli samobójcze.• Pozytywny wynik (13 punktów i więcej) badania przesiewowego wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej. Zaleca się następnie podjąć następujące działania:<ul style="list-style-type: none">○ przedyskutować z pacjentką wynik badania skryningowego○ jeśli pacjentka wyraża zgodę, poinformować jej bliskich o rozpoznaniu i planie leczenia○ ocenić poziom wsparcia w najbliższym otoczeniu○ poinformować o możliwych opcjach dalszego postępowania i możliwościach leczenia (psychoterapia, farmakoterapia)○ rozważyć zalecenie wsparcia psychologicznego, wizyt środowiskowych, skierowanie do grup wsparcia○ zaproponować plan dalszego postępowania – skierowanie do lekarza psychiatry lub psychologa. <p>Dot. interwencji terapeutycznych:</p> <ul style="list-style-type: none">• Zalecana jest skoordynowana opieka nad pacjentką z rozpoznaną depresją w okresie ciąży i po porodzie we współpracy ze specjalistami psychiatrami i psychologami. Sugeruje się wspólne ustalenie planu wizyt i leczenia.• W następujących przypadkach pacjentkę należy skierować w trybie pilnym na konsultację psychiatryczną:<ul style="list-style-type: none">○ deklarowanie myśli samobójczych, dotyczących samookaleczenia (lub wynik powyżej 0 w punkcie 10. na skali ESDP)○ przyznanie się do myśli o skrzywdzeniu dziecka○ duże nasilenie objawów depresyjnych, wyraźnie upośledzających codzienne funkcjonowanie pacjentki○ podejrzenie psychozy poporodowej○ podejrzenie choroby afektywnej dwubiegunowej.
Rekomendacje zagraniczne	

US Preventive Services Task Force- USPSTF 2019 ⁴⁴	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny</p> <p>Rekomendacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja zaleca zastosowanie lub skierowanie pacjenta ze stwierdzonym ryzykiem wystąpienia depresji okołoporodowej do konsultacji psychologicznych • USPSTF zaleca prowadzenie skryningu nakierowanego na depresję u osób dorosłych, wliczając w to kobiety w ciąży i po porodzie. • Podstawowymi metodami terapeutycznymi w przypadku depresji okołoporodowej są: <ul style="list-style-type: none"> ○ edukacja pacjentek ○ określenie nowych celów ○ interwencje nakierowane na identyfikację i modyfikację niekorzystnych wzorców myślowych ○ aktywizacja zachowań • Terapia interpersonalna powinna skupiać się na leczeniu interpersonalnych problemów, które mogą przyczyniać się do rozwoju lub utrzymywania się zaburzeń psychicznych • Konsultacje psychologiczne nakierowane na zapobieganie depresji poporodowej powinny w głównej mierze skupiać się na terapii poznawczo-behawioralnej oraz terapii interpersonalnej. <p>Nie odnaleziono bezpośrednich dowodów dotyczących najlepszego momentu wprowadzenia lub skierowania na ww. konsultacje psychologiczne, jednakże, w większości przeanalizowanych badań ww. interwencja przeprowadzana była w 2. trymestrze ciąży.</p>
Registered Nurses' Association of Ontario- RNAO 2018 ⁴⁵	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny badań i opinii eksperckich</p> <p>Rekomendacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>dot. badań przesiewowych:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zaleca się stosowanie zwalidowanych narzędzi skryningowych w celu okresowej oceny ryzyka depresji okołoporodowej. Skryning z użyciem tych narzędzi powinien stanowić istotną część opieki przed i poporodowej ○ Zaleca się prowadzenie lub ułatwienie dostępu do kompleksowej oceny depresji okołoporodowej przy udziale osoby z pozytywnym wynikiem depresji okołoporodowej • <u>W zakresie dot. interwencji</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zaleca się współpracę z pacjentami w celu ułożenia wyczerpującej oraz spersonalizowanej ścieżki postępowania, uwzględniającej istotne cele dla osoby ze stwierdzoną depresją okołoporodową (GRADE IA, IV, V) ○ Należy skonstruować i wdrożyć działania profilaktyczne mające na celu zmniejszenie ryzyka progresji depresji okołoporodowej (GRADE IB, IB, IIB) ○ Zaleca się promowanie działań samoleczniczych wśród osób z ryzykiem wystąpienia depresji okołoporodowej w tym (GRADE IA, IB, IV): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uwzględniania czasu dla siebie (GRADE IV) ▪ Ćwiczeń (GRADE IA) ▪ Techniki relaksacji (GRADE IB) ▪ Snu (GRADE IA, IV) ○ Rekomenduje się zachęcanie osób z objawami depresji okołoporodowej do szukania wsparcia u partnera, członków rodziny, rówieśników i lokalnej społeczności (GRADE IA, IB, IV)

⁴⁴ Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... & Kubik, M. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 321(6), 580-587.

⁴⁵ Registered Nurses' Association of Ontario (2019). Assessment and Interventions for Perinatal Depression Second Edition. Pobrano z: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression> dostęp z: 13.11.2019

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Należy zapewnić lub ułatwić dostęp do interwencji w zakresie psychoedukacji osobom z ryzykiem wystąpienia lub doświadczenia depresji okołoporodowej (GRADE IB) ○ Należy zapewnić lub ułatwić dostęp do profesjonalnie prowadzonych interwencji psychospołecznych, włączając w to nieprzymuszone poradnictwo (GRADE IA, IB) ○ Należy zapewnić lub ułatwić dostęp do psychoterapii, takich jak terapia poznawczo-behawioralna lub terapia interpersonalna (GRADE IA, IB) ○ Zaleca się wspieranie świadomie podjętych decyzji oraz wspieranie dostępu do leczenia farmakologicznego właściwego dla depresji porodowej (GRADE IA, IB) ○ Należy umożliwić podejmowanie świadomych decyzji dotyczących stosowania komplementarnych i alternatywnych metod leczenia depresji okołoporodowej (GRADE IA) ○ Zaleca się ocenę i weryfikację schematu opieki nad depresją okołoporodową we współpracy z osobą dotkniętą depresją, do momentu osiągnięcia zamierzonych celów. W uzasadnionych przypadkach w schemacie należy również uwzględnić partnera, rodzinę i sieć wsparcia danej osoby (GRADE V) • <u>W zakresie dot. edukacji:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rozwój programów edukacyjnych nakierowanych na opiekę nad chorymi na depresję poporodową powinny uwzględniać zarówno teoretyczne jak i kliniczne podejście w zakresie pielęgniarstwa licencjonowanego oraz pokrewnych zawodów medycznych (GRADE IV) ○ Personelowi medycznemu zaleca się ciągły rozwój umiejętności zawodowych oraz wiedzy w zakresie zdrowia psychicznego i metod wsparcia osób dotkniętych depresją okołoporodową (GRADE IA, IIB, IV) ○ Należy zachęcać do prowadzenia przez pacjenta regularnych autorefleksji na temat postaw i przekonań dotyczących depresji okołoporodowej (GRADE IA, IV) • <u>dot. organizacji i polityki zdrowotnej:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zaleca się wdrożenie kompleksowych i skoordynowanych działań z zakresu zdrowia psychicznego oraz wsparcia dla osób dotkniętych depresją okołoporodową we wszystkich społecznościach w celu wspierania świadczonej opieki przez pielęgniarki oraz inne zawody medyczne (GRADE IB, IV)
<p>Australian Government Department of Health – AGDH 2018⁴⁶</p>	<p>Metodologia: Konsensus ekspertów</p> <p>Rekomendacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skryning w zakresie możliwych zaburzeń depresyjnych jest zalecany u kobiet przy wykorzystaniu Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP) • Dalsze postępowanie i badania zalecane są w przypadku kobiet, u których wynik formularza ESDP wyniósł 13 lub więcej punktów • Skryning należy przeprowadzić najwcześniej jak to tylko możliwe w trakcie trwania ciąży i powinien zostać powtórzony przynajmniej raz • Kobiety z wynikiem formularza ESDP między 10 a 12 należy monitorować a następnie powtórzyć wypełnienie formularza ESDP w przeciągu 4-6 tygodni z uwagi na potencjalny wzrost wyniku • Jeśli istnieje kliniczne uzasadnienie, należy powtórzyć badanie ESDP • W przypadku kobiet z pozytywną odpowiedzią na pytanie nr. 10 formularza ESDP, należy podjąć działania nakierowane na dalszą diagnostykę oraz, jeśli istnieje ryzyko podjęcia próby samobójczej, należy podjąć natychmiastowe działania zgodne z praktyką/lokalną polityką zdrowotną • Skryningiem winny być objęte także kobiety należące do mniejszości narodowych. Sam formularz ESDP powinien być dostosowany pod kątem języka i kultury.
<p>The American College of Obstetricians and</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny badań i opinii eksperckich</p>

⁴⁶ Australian Government Department of Health (2018). Screening for depression and anxiety disorders Pobrano z: <https://www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines/part-e-social-and-emotional-screening/screening-for-depressive-and-anxiety-disorders> dostęp z: 13.11.2019

<p>Gynecologists ACOG 2018⁴⁷</p>	<p>Rekomendacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się aby położnicy-ginekolodzy oraz inni świadczeniodawcy z zakresu opieki położniczej przynajmniej raz przeprowadzili badania skryningowe z wykorzystaniem wystandaryzowanych, zwalidowanych narzędzi w trakcie trwania okresu okołoporodowego. Ma to na celu wykrycia objawów depresji i lęku. • Zaleca się aby wszyscy ginekolodzy położnicy oraz inni świadczeniodawcy z zakresu opieki położniczej dokonali kompleksowej oceny samopoczucia oraz ogólnego stanu emocjonalnego (włączając w to interwencje skryningowe nakierowane na depresję oraz lęk, z wykorzystaniem zwalidowanych narzędzi) podczas trwania szczegółowej wizyty poporodowej. • Jeśli pacjentka w ciąży zostanie poddana skryningowi nakierowanemu na depresję oraz lęk, dodatkowe badanie skryningowe powinno zostać przeprowadzone podczas szczegółowej wizyty poporodowej • Organizacja wskazuje na kliniczne korzyści płynące ze skryningu, jednak wdrożenie leczenia lub skierowanie do świadczeniodawców zapewniających opiekę w zakresie zdrowia psychicznego gwarantuje maksymalne korzyści. Personel kliniczny zapewniający opiekę z zakresu ginekologii i położnictwa winien być przygotowany do wdrożenia terapii klinicznej, skierowania pacjenta do odpowiedniego ośrodka z zakresu zdrowia behawioralnego lub, jeśli to konieczne, zastosować obie dostępne interwencje • Zaleca się aby utworzyć odpowiednie systemy zapewniające kontynuację diagnostyki i leczenia.
<p>National Institute for Health and Care Excellence- NICE 2018⁴⁸</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny</p> <p>Rekomendacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Szczegółowa ocena oraz diagnoza podejrzewanych zaburzeń psychicznych u kobiet w ciąży i po porodzie powinny uwzględniać takie czynniki jak: <ul style="list-style-type: none"> ○ Historię jakichkolwiek problemów związanych ze zdrowiem psychicznym wliczając w to te, które pojawiły się w trakcie ciąży lub podczas okresu poporodowego ○ Ogólny stan fizyczny oraz historię problemów z nim związanych ○ Nadużywanie alkoholu i wyrobów tytoniowych ○ Ogólne nastawienie kobiety względem ciąży, włączając w to wypieranie faktu ciąży ○ Doświadczenie przez kobietę skutków ciąży oraz inne problemy doświadczane przez nią, płód lub dziecko ○ Relacje matka-dziecko ○ Jakiegokolwiek przebyte lub obecnie leczone problemy związane ze zdrowiem psychicznym, oraz związane z nim reakcje ○ Środowisko społeczne oraz jakość osobistych relacji ○ Warunki życia oraz izolacja społeczna ○ Historię chorób psychicznych w rodzinie pierwszego stopnia ○ Przemoc domową oraz maltretowanie, molestowanie seksualne, traumatyczne przeżycia lub doświadczane znęcanie się w dzieciństwie ○ Zakwaterowanie, zatrudnienie, status ekonomiczny i migracyjny ○ Inne odpowiedzialności • W przypadku stwierdzenia zaburzeń psychicznych, specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego, wliczając w to specjalistów w zakresie okołoporodowego zdrowia psychicznego, powinni opracować plan opieki we współpracy z kobietami które doświadczyły lub doświadczają poważnych zaburzeń psychicznych. W proces tworzenia planu, jeśli kobieta wyrazi na to zgodę, może wziąć udział partner lub inne bliskie osoby. • Wszelkie interwencje w zakresie zdrowia psychicznego powinny być wykonywane przez kompetentnych i wykwalifikowanych specjalistów. Specjaliści z tego zakresu powinni rozważyć wzięcie udziału w szkoleniach mających na celu dalsze polepszanie ich kompetencji w omawianym zakresie.

⁴⁷ American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG committee opinion no. 757: Screening for perinatal depression. *Obstetrics & Gynecology*, 132(5), e208-e212.

⁴⁸ National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). (2018). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. National Institute for Health and Clinical Excellence.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pacjentka powinna otrzymać szereg informacji na temat zaburzeń psychicznych, które mogą wystąpić w okresie okołoporodowym. Informacje powinny być przekazane, w przypadku wyrażenia zgody, także partnerowi oraz rodzinie. Należy upewnić się, że przekazane informacje uświadamiają kobietę, o występowaniu zaburzeń w zakresie zdrowia psychicznego, szczególnie w okresie okołoporodowym i nie jest zjawiskiem wyjątkowym. Należy ją także poinformować o możliwościach leczenia i postępowania profilaktycznego. • Należy jednocześnie przedyskutować z pacjentką sposoby leczenia i zapobiegania, a wszystkie wątpliwości dotyczące ciąży, porodu i dziecka powinny zostać wyjaśnione. Informacja powinna być udzielona pacjentce, a w przypadku wyrażenia przez nią zgody partnerowi oraz rodzinie.
European Union – EU 2016 ⁴⁹	<p>Metodologia: Konsensus ekspertów</p> <p>Rekomendacja:</p> <p>W zakresie ogólnej profilaktyki depresji poporodowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku kobiet z depresją poporodową, należy zastosować wczesny skryning nakierowany na objawy depresyjne, stosowany podczas rutynowych wizyt kontrolnych u specjalistów. • Interwencje w zakresie zapobiegania depresji poporodowej zawierają w sobie zapewnienie kobiecie narażonej poporodowych wizyt domowych. Prowadzone są one przez położną środowiskową lub położną wyszkoloną w identyfikacji objawów depresji oraz w zapewnianiu podstawowego wsparcia psychicznego. • Do bardziej intensywnych opcji leczenia w zapobieganiu zaostrzeniom objawów depresji zalicza się psychoterapię interpersonalną. <p>W zakresie poprawy dostępu do leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy promować edukację wszystkich specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego (nie tylko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej) w celu umożliwienia im wdrożenia pierwszej linii leczenia depresji • Należy użytkować materiały sporządzone przez WHO w ramach <i>Mental Health Global Action Plan (MHGAP)</i> • Wspierać lokalne/regionalne oparte na dowodach, efektywne wielopoziomowe podejście do zwalczania depresji oraz do optymalizacji użycia ograniczonych zasobów • Należy wspierać wprowadzanie opartych na dowodach elektronicznych narzędzi w zakresie zdrowia psychicznego do zwalczania depresji • Należy zwiększyć dostęp do opartych na dowodach naukowych psychoterapii • Należy poszerzyć dostęp do opieki psychiatrycznej poprzez zwiększenie jej przepustowości oraz zakresu <p>W zakresie informacji, edukacji i komunikacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utworzenie lokalnej/regionalnej ścieżki edukacyjnej w zakresie depresji w oparciu o oparte o dowody naukowe podejścia jak: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>European Alliance Against Depression (EAAD)</i>, ○ <i>Youth Aware of Mental Health (YAM) in schools</i>, ○ Szkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej • Należy promować efektywne interwencje zdrowia publicznego jak metodę pierwszej pomocy zdrowia psychicznego (MHFA) w zakresie zmiany nastawienia, poprawy wiedzy oraz wspierania pozytywnych zachowań u specjalistów sprawujących opiekę nad kobietami w okresie poporodowym. MHFA jest specjalistycznym kursem skierowanym do lekarzy specjalistów, który nakierowany jest na zaznajomienie z metodami rozpoznawania objawów chorób psychicznych, w tym depresji poporodowej. • Należy korzystać z udanych kampanii medialnych nakierowanych na stygmatyzację i zdrowie psychiczne z innych krajów członkowskich. Należy także kontynuować działania informacyjne w zakresie depresji oraz samobójstw

⁴⁹ Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., & Hipple Walters, B. (2016). Prevention of Depression and Promotion of Resilience-Consensus Paper. *The European Commission*.

	<ul style="list-style-type: none"> Należy podnosić świadomość odnośnie dostępności do psycho-edukacyjnych stron internetowych dla osób narażonych i ich opiekunów. Należy także wspomagać inne kraje członkowskie w dopasowywaniu ich stron internetowych do omawianego zagadnienia Zaleca się wprowadzenie lokalnych materiałów edukacyjnych dla pacjentów oraz ich bliskich w miejscach dostępu do opieki zdrowotnej Zaleca się wprowadzenie zasobów sieciowych, które przekazują poprawne informacje na temat depresji Zaleca się także wdrożenie szkolnych programów edukacyjnych na temat depresji oraz samobójstw Zaleca się także podnoszenie świadomości grup wysokiego ryzyka (kobiety w ciąży, bezrobotni, imigranci etc.). Zaleca się edukację na temat zapobiegania nawrotom depresji (poprze ćwiczenia, higienę snu, cykl dniowy, dietę, radzenie sobie ze stresem) i musi być ona włączona w zakres schematu leczenia depresji Należy promować i wdrażać programy, które prowadzą do podnoszenia wiedzy i zmniejszania stygmatyzacji na temat depresji oraz innych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym w populacji ogólnej <p>W zakresie budowania kompetencji i szkolenia personelu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Należy promować edukację wszystkich lekarzy-specjalistów (nie tylko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej) w celu podniesienia zdolności rozpoznawania i umożliwienia im wdrożenia pierwszej linii leczenia depresji Zaleca się wspieranie inicjatyw dotyczących kursów edukacyjnych na temat depresji (specjalistyczne szkolenia dla lekarzy i innych specjalistów służby zdrowia) oraz poszerzania wiedzy w ramach programów akademickich pracowników służby zdrowia Zaleca się wspieranie inicjatyw skierowanych na zastosowanie w kursach edukacyjnych, opartych o dowody naukowe elektroniczne narzędzia z zakresu zdrowia psychicznego. Dotyczy to także programów akademickich dla pracowników służby zdrowia w celu zwiększenia liczby nowowprowadzanych, kosztowo-efektywnych podejść do opieki nad zdrowiem psychicznym Należy wspierać lub utworzyć ośrodki odpowiedzialne za translację i klasyfikację najnowszych doniesień naukowych. Ośrodki te powinny w sposób ciągły sprawdzać, ewaluować oraz przystosowywać nowe wyniki badań z zakresu zdrowia psychicznego i samobójstw do zastosowania w praktyce klinicznej. Wyniki te muszą zostać przetłumaczone i udostępnione dla lekarzy zajmujących się zdrowiem psychicznym. Zaleca się promowanie zachowań mających na celu uwzględnienie najnowszych wyników badań w praktyce klinicznej przez lekarzy 						
<p>BC Mental Health 2014⁵⁰</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny i konsensus ekspertów</p> <p>Rekomendacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rekomenduje się aby główna ścieżka postępowania w przypadku depresji okresu okołoporodowego obejmowała przede wszystkim badanie skryningowe wszystkich kobiet. Zaleca się aby skryning był prowadzony przy użyciu ESDP. Skryning winien być prowadzony przynajmniej raz w okresie ciąży oraz przynajmniej raz w okresie poporodowym. Sugerowane ramy czasowe do zastosowania ESDP wynoszą: <ul style="list-style-type: none"> Między 28 a 32 tygodniem trwania ciąży (jednakże narzędzie może zostać zastosowane w każdym momencie trwania ciąży) Między 6 a 16 tygodniem trwania okresu poporodowego oraz w każdym innym momencie gdy stan psychiczny pacjentki budzi zastrzeżenia Dalsza ścieżka postępowania powinna zostać ustalona w zależności od otrzymanego wyniku: <table border="1" data-bbox="427 1161 2072 1281"> <thead> <tr> <th data-bbox="427 1161 772 1203">Wynik badania ESDP</th> <th data-bbox="772 1161 1084 1203">Interpretacja</th> <th data-bbox="1084 1161 2072 1203">Działanie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="427 1203 772 1281">Mniej niż 8 punktów</td> <td data-bbox="772 1203 1084 1281">Depresja mało prawdopodobna</td> <td data-bbox="1084 1203 2072 1281">Zalecane kontynuowanie wsparcia psychicznego</td> </tr> </tbody> </table>	Wynik badania ESDP	Interpretacja	Działanie	Mniej niż 8 punktów	Depresja mało prawdopodobna	Zalecane kontynuowanie wsparcia psychicznego
Wynik badania ESDP	Interpretacja	Działanie					
Mniej niż 8 punktów	Depresja mało prawdopodobna	Zalecane kontynuowanie wsparcia psychicznego					

⁵⁰ Williams, J., Ryan, D., & Thomas-Peter, K. (2014). Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period. BC Mental Health.

	Między 9 a 11 punktów	Możliwa depresja	Zalecane kontynuowanie wsparcia, przeprowadzenie dodatkowego badania w przeciągu 2 do 4 tygodni. Należy wziąć pod uwagę konieczność skierowania do świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej
	Między 12 a 13 punktów	Dość wysokie prawdopodobieństwo depresji	Zaleca się monitorowanie pacjentki, wspieranie psychiczne i zaoferowanie działań edukacyjnych. Należy skierować pacjentkę do świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej.
	14 i więcej (wynik pozytywny skryningu)	Prawdopodobna depresja	Diagnostyczna ocena stanu psychicznego i leczenie przez świadczeniodawcę podstawowej opieki zdrowotnej bądź specjalistę zdrowia psychicznego
	Pozytywny wynik (1, 2 lub 3) na pytanie nr 10 (ryzyko intencji samobójczych)	-	Wymagane natychmiastowe omówienie tematu z pacjentką. Należy skierować ją do świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej i/lub specjalisty zdrowia psychicznego lub wdrożenie zasobów awaryjnych w celu dalszej oceny i wdrożenia adekwatnej interwencji. Pilność skierowania pacjentki będzie zależało od: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Czy myślom samobójczym towarzyszy plan ▪ Czy w przeszłości występowały próby samobójcze ▪ Czy obecne są objawy zaburzeń psychiatrycznych i/lub istnieje zagrożenie krzywdy dziecka
	<ul style="list-style-type: none"> • W przypadku łagodnej i umiarkowanej depresji należy skupić się na psychoedukacji, samo-leczeniu i/lub psychoterapiach. 		
National Institute for Health and Care Excellence/ National Collaborating Centre for Mental Health – NICE/NCCMH 2014 ⁵¹	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny</p> <p>Rekomendacja:</p> <p>Rekomendacje dotyczące skryningu zaburzeń psychicznych w ciąży i połogu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W trakcie każdego kontaktu z ochroną zdrowia, kobieta ciężarna powinna być pytana o historię zaburzeń psychicznych, • W trakcie pierwszego kontaktu z ochroną zdrowia, zarówno w trakcie ciąży jak i połogu, personel medyczny powinien zapytać o: <ul style="list-style-type: none"> ○ Przeszłe i obecne ciężkie zaburzenia psychiczne, takie jak schizofrenia, zaburzenia dwubiegunowe, psychozy w okresie poporodowym oraz ciężkie depresje, ○ Wcześniejsze leczenie psychiatryczne ○ Obecność zaburzeń psychicznych w historii rodzinny, • Czynniki takie jak słaba więź emocjonalna z partnerem, nie powinny być uznawane za predyktor rozwoju zaburzeń psychicznych, • W trakcie wizyt kobiet ciężarnych u lekarza (4-6 tydzień, 3-4 miesiąc), personel medyczny powinien zadawać dwa pytania w celu zidentyfikowania prawdopodobnej depresji: <ul style="list-style-type: none"> ○ Czy w trakcie ostatniego miesiąca pacjenta czuła się przygnębiona, ○ Czy w trakcie ostatniego miesiąca pacjentka nie odczuwała przyjemności związanej z wykonywaniem różnych czynności, ○ Trzecie pytanie powinno być zadawane, o ile pacjentka odpowiedziała twierdząco na dwa pierwsze: czy potrzebuje jakiejś pomocy w związku z tym jak się czuje, • W przypadku pozytywnych odpowiedzi na powyższe pytania należy zastosować u kobiety: <ul style="list-style-type: none"> ○ Formularz ESDP lub Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ-9) jako części pełnej oceny LUB 		

⁵¹ National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance: Updated edition. British Psychological Society.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Skierować kobietę do jej lekarza prowadzącego lub, jeśli podejrzewa się obecność ciężkich zaburzeń psychicznych, do specjalisty z zakresu zdrowia psychicznego • Jeśli kobieta cierpiała lub cierpi na zaburzenia psychiczne, powinna pozostawać pod opieką specjalisty. <p>Inne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kluczową rolę w zakresie prewencji występowania zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym powinna odgrywać edukacja. Edukowanie powinno swoim zakresem obejmować takie aspekty ciąży, porodu, opieki nad dzieckiem oraz zdrowia psychicznego tak matki jak i noworodka. W edukowaniu można skupić się na społecznych i osobistych czynnikach determinujących rolę rodzica.
<p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network-SIGN 2012⁵²</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z metaanalizą</p> <p>Rekomendacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie zaleca się rutynowego stosowania oceny psychospołecznej u kobiet w okresie przedporodowym w celu określenia ryzyka wystąpienia depresji poporodowej (Grade B) • Podczas przeprowadzania oceny psychicznej kobiet w okresie okołoporodowym należy pamiętać, że normalne zmiany emocjonalne mogą maskować objawy depresyjne lub mogą zostać zinterpretowane jako depresja (standard postępowania w oparciu o opinie eksperckie) • Narzędzia użyteczne przy wykrywaniu depresji nie mogą stanowić narzędzi wspierających w diagnostyce innych chorób psychicznych jak stany lekowe czy zaburzenia odżywiania (standard postępowania w oparciu o opinie eksperckie) • Wywiad w zakresie objawów depresyjnych powinien zostać z góry zaplanowany i odbyć zarówno w trakcie trwania ciąży jak i po urodzeniu dziecka. Wywiad po urodzeniu dziecka powinien odbyć się między 4 a 6 tygodniem oraz między 3 a 4 miesiącem od porodu. (Grade D) • W przypadku kobiet ze stwierdzonym podwyższonym ryzykiem wystąpienia depresji poporodowej zaleca się aby ww. wywiad był przeprowadzany przy każdej sposobności. (Grade D) • Skala ESDP lub Pytania Whooley'a mogą zostać użyte zarówno w okresie przed jak i poporodowym jako wsparcie przy klinicznym monitorowaniu i dyskusji na temat problemów emocjonalnych pacjentki (standard postępowania w oparciu o opinie eksperckie) • W przypadku kobiet u których istnieje obawa o obecności depresji zaleca się by poddać je ponownej ocenie po dwóch tygodniach. Jeśli objawy nie zanikają, lub jeśli podczas pierwszej oceny istniały przesłanki o poważnej chorobie lub skłonnościach samobójczych zaleca się by takie kobiety kierować do lekarza prowadzącego bądź specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego w celu dalszej oceny (standard postępowania w oparciu o opinie eksperckie) • Terapia behawioralno-poznawcza powinna być brana pod uwagę jako sposób leczenia w przypadku łagodnej i umiarkowanej depresji poporodowej (Grade B) • Jeżeli istnieją przesłanki o zaburzeniach relacji matki z dzieckiem, zaleca się rozważenie dodatkowych interwencji nakierowanych na unormowanie tych relacji (Grade C) • Zaleca się aby wspierać pacjentki z depresją poporodową do podjęcia aktywności fizycznej jako metody leczenia (Grade B)
<p>Beyondblue- the national depression initiative 2011⁵³</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny</p> <p>Rekomendacja:</p>

⁵² Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2002). Postnatal depression and puerperal psychosis: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

⁵³ Austin, M. P., & Highet, N. (2011). Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals.(Beyondblue) Available at <http://resources.beyondblue.org.au/prism/file>.

	<ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się aby wszyscy specjaliści zapewniający opiekę zdrowotną w okresie okołoporodowym brali udział w szkoleniach w zakresie komunikacji z kobietami w ciąży oraz oceny psychospołecznej (Grade C) • ESDP powinna być używana przez specjalistów jako element szczegółowej oceny wszystkich kobiet w okresie poporodowym w celu zidentyfikowania objawów depresji w okresie przedporodowym (Grade B) • ESDP powinno być stosowane przez specjalistów zapewniających opiekę zdrowotną jako element szczegółowej oceny wszystkich kobiet w okresie poporodowym w celu zidentyfikowania objawów depresji lub współ-rozwijającej się depresji ze stanami lękowymi (Grade B) • Uzyskanie wyniku 13 lub więcej punktów stanowi podstawę do przypuszczania obecności objawów ciężkiej depresji w okresie okołoporodowym (Grade C) • Nie przymuszone konsultacje, w kontekście wizyt domowych, mogą być wzięte pod uwagę jako element ścieżki postępowania w przypadku łagodnej i umiarkowanej depresji u kobiet w okresie poporodowym (Grade C) • Terapia behawioralno-poznawcza (CBT) powinna zostać wzięta pod uwagę w leczeniu kobiet ze zdiagnozowaną łagodną lub umiarkowaną depresją poporodową (Grade B) • Terapia interpersonalna (IPT) może zostać wzięta pod uwagę w leczeniu kobiet ze zdiagnozowaną łagodną lub umiarkowaną depresją poporodową (Grade C) • Terapia psycho-dynamiczna może zostać wzięta pod uwagę w leczeniu kobiet ze zdiagnozowaną łagodną lub umiarkowaną depresją poporodową (Grade D)
American Academy of Family Physicians – AAFP 2010 ⁵⁴	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny</p> <p>Rekomendacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się rozważenie skryningu skierowanego na depresję u wszystkich kobiet w ciąży lub kobiet po porodzie. Skryning w okresie poporodowym może zostać przeprowadzony podczas wizyty porodowej lub po dwóch miesiącach podczas wizyty kontrolnej dziecka (Grade C) • Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP) może zostać użyta jako narzędzie w skryningu depresji poporodowej z uwagi na dostateczną czułość i swoistość formularza (Grade C) • Zaleca się aby kobiety z depresją zostały zapytane przez personel o obecność myśli samobójczych i, o ile jest to konieczne, skierowanie do leczenia psychiatrycznego oraz hospitalizacji (Grade C) • Kobiety z podejrzeniem depresji poporodowej powinny zostać przepytane odnośnie obecności, w indywidualnej lub rodzinnej historii, zaburzeń dwubiegunowych. Odpowiedź pozytywna stanowi podstawę do skierowania kobiety do psychiatry lub dalszej diagnostyki (Grade C) • Terapia interpersonalna i terapia zachowań poznawczych prowadzone w sposób grupowy lub indywidualny są skuteczne w leczeniu łagodnej oraz umiarkowanej depresji poporodowej (Grade B) • Jeżeli kobieta w poprzednim okresie dobrze reagowała na leczenie farmakologiczne z wykorzystaniem określonych antydepresantów, należy zastosować te same leki w leczeniu depresji poporodowej o ile nie istnieją żadne dowody na istnienie potencjalnych szkód dla jej niemowlęcia (Grade C)

⁵⁴ Hirst, K. P., & Moutier, C. Y. (2010). Postpartum major depression. *Am Fam Physician*, 82(8), 926-933.

5. Opinie ekspertów klinicznych

<Przedstawić opinie ekspertów, jeśli takie otrzymano>

W toku prac analitycznych nad niniejszym raportem zwrócono się do siedmiu ekspertów z prośbą o opinię z w sprawie zasadności prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu depresji poporodowej (wykrywanie). Prośby o opinie skierowano do Konsultantów Krajowych z dziedzin: perinatologii; położnictwa i ginekologii; psychologii klinicznej oraz psychiatrii. Zwrócono się także do Prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; Prezesa Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej; Prezesa fundacji „Twarze Depresji”; Kierownika Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu im Karola Marcinkowskiego; adiunkta w Katedrze Epidemiologii i Badań Populacyjnych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum; adiunkta w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego oraz psychologa ginekologicznego. Prośby o opinię skierowano także do konsultantów regionalnych z zakresu psychiatrii oraz położnictwa i ginekologii.

Na dzień zakończenia prac nad raportem (08.01.2020), uzyskano 6 opinii. Wszystkie otrzymane stanowiska eksperckie zostały dopuszczone decyzją Prezesa Agencji do prac analitycznych i uwzględnione w niniejszym opracowaniu [Zal 1; Zal 2; Zal 3; Zal 4; Zal 5].

W Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania. przedstawiono zestawienie opinii ekspertów w odniesieniu do 12 pytań zadanych w formularzu.

Pytanie 1. Populację docelową programu stanowią kobiety w ciąży i w pierwszym roku od porodu. Jakie ścieżki docierania z informacją o możliwości wzięcia udziału w programie programu będą najskuteczniejsze?

Pytanie 2. Jakie są źródła polskich informacji epidemiologicznych obejmujące depresję poporodową?

Pytanie 3. Jakie informacje na temat programu powinna uzyskać osoba, która do niego przystępuje?

Pytanie 4. W jakim momencie należy przeprowadzić pierwsze badanie z użyciem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP)? (np. wskazać który tydzień ciąży albo czas po porodzie)

Pytanie 5. W jakich interwałach czasowych należy powtarzać pomiary z użyciem kwestionariusza ESDP?

Pytanie 6. Czy wypełnianie kwestionariusza ESDP na stronie internetowej będzie tak samo dobre jak wypełnianie kwestionariusza z możliwością bezpośredniej konsultacji wyników ze specjalistą?

Pytanie 7. Jakie powinny być dalsze kroki postępowanie w przypadku dodatniego wyniku ESDP, tj. przy wyniku wskazującym na możliwość wystąpienia depresji poporodowej? Proszę uwzględnić wymagania dotyczące warunków realizacji zaproponowanego postępowania, w tym wymogi dotyczące personelu oraz wyposażenia i warunków lokalowych

Pytanie 8. Czy w tworzonym modelowym rozwiązaniu należy wskazać określone postępowanie terapeutyczne, które cechują się najlepszą skutecznością? Jeśli tak, to proszę o wskazanie jakie to postępowanie i jakie powinny być wymogi od osoby je realizującej

Pytanie 9. Na jakim etapie osoba z potwierdzonym wystąpieniem depresji poporodowej powinna zostać przekazana do systemu opieki zdrowotnej realizowanego poza programem, gdzie uzyska dalsze leczenie? W ramach programu są przewidziane wyłącznie interwencje nefarmakologiczne.

Pytanie 10. Czy zasadne jest prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego z przedmiotowego zakresu? Jeśli tak, to w jakich sytuacjach? Jeśli tak, to jakie kompetencje powinna mieć osoba odpowiedzialna za szkolenie personelu medycznego realizatora?

Pytanie 11. Zgodnie z Rozporządzeniem⁵⁵ cel główny programu należy sformułować tak, aby był to oczekiwany i docelowy stan po jego realizacji. Powinien być mierzalny i możliwy do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Jakie brzmienie powinien mieć cel główny dla programu dotyczącego depresji poporodowej?

Pytanie 12. Zgodnie z Rozporządzeniem mierniki umożliwiają obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów programu polityki zdrowotnej. Mierniki powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie polityki zdrowotnej oraz powinny być wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników

⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej

powinny być określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po jego realizacji. Jakie brzmienie powinien mieć miernik dla zaproponowanego w poprzednim pytaniu celu głównego?

Tabela 4. Zestawienie opinii ekspertów klinicznych

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
Pytanie 1 Rozpowszechnienie informacji w populacji docelowej	<ul style="list-style-type: none"> Za pośrednictwem Internetu 	<p>Wskazane byłoby opracowanie ujednoliconego tekstu broszury informacyjnej dotyczącej Programu polityki zdrowotnej z zakresu depresji poporodowej, łącznie z kontaktem do infolinii/strony internetowej, gdzie można zasięgnąć więcej informacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> Informacja ta powinna zawarta jako załącznik do karty wypisowej ze szpitala położniczego po urodzeniu dziecka Obowiązek informacyjny spoczywający na lekarzu prowadzącym ciążę (adnotacja w dokumentacji medycznej o przekazaniu broszury) Obowiązek informacyjny spoczywający na 	<ul style="list-style-type: none"> Oddziały ginekologiczno-położnicze, w których następowal poród 	<p>Ulotki, tablice informacyjne w poczekalniach gabinetów położniczo-ginekologicznych i pediatrycznych. Informacje od lekarzy prowadzących ciążę/norodki. Kampania reklamowa o szerokim zasięgu.</p>	<p>Rekomenduję wykorzystanie różnorodnych ścieżek dotarcia do grupy docelowej, tj. uwzględnienie zarówno tradycyjnych, jak i elektronicznych kanałów komunikacji. Informacje na temat programu powinny być dystrybuowane:</p> <ul style="list-style-type: none"> w formie papierowej - przy wykorzystaniu ulotek, plakatów lub innych form papierowych, dostępnych np. w gabinetach i poradniach ginekologicznych, w szpitalach na oddziałach ginekologiczno-położniczych, neonatologicznych, pediatrycznych, a także w poradniach rodzinnych i gabinetach andrologicznych (badania pokazują, że jednym z najczęściej wskazywanych czynników ryzyka męskiej depresji związanej z narodzinami dziecka jest depresja poporodowa partnerki matki dziecka; por. Cameron et al., 2016; Edward et al., 2014), ponadto w instytucjach opieki społecznej, w szczególności w domach opieki dedykowanym kobietom w ciąży i matkom małych dzieci; za pomocą przekazu ustnego, najlepiej personalnie kierowanego do kobiet 	<p>Informowanie przez lekarzy ginekologów-położników oraz przez lekarzy pediatrów (informacja ustna podczas wizyty ulotka informacyjna przekazywana przez lekarza). Informacje w mediach internetowych (np. na forach dla młodych matek)</p>

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
		<p>położnej środowiskowej sprawującej opiekę nad ciężarną (adnotacja w dokumentacji medycznej o przekazaniu broszury)</p> <p>4. Obowiązek informacyjny spoczywający na lekarzu, u którego pacjentka zgłasza się na kontrolną wizytę położową (adnotacja w dokumentacji medycznej o przekazaniu broszury)</p>			<p>należących do populacji docelowej (np. informacja przekazywana przez lekarza ginekologa, lub lekarza rodzinnego, w szczególności w sytuacji, gdy pacjentka może należeć do grupy wysokiego ryzyka zachorowania na depresję poporodową)</p> <ul style="list-style-type: none"> poprzez tzw. reklamy społeczne, emitowane w środkach masowego przekazu (radio, telewizja, prasa) poprzez kampanie prowadzone w mediach społecznościowych (np. na Facebook’u) 	
Pytanie 2 Informacje na temat epidemiologii w Polsce	<ul style="list-style-type: none"> Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. <i>Obstetric</i> 	<p>Brakuje przekrojowych danych epidemiologicznych oceniających depresji poporodowej w polskiej populacji. Zgodnie z danymi światowymi z metaanaliz częstość</p>	<ul style="list-style-type: none"> Jaeschke, R. R., Dudek, D., Topór-Mądry, R., Drozdowicz, K., Datka, W., Siwek, M., & Rybakowski, J. (2017). Postpartum depression: bipolar or unipolar? Analysis of 434 	<ul style="list-style-type: none"> Jaeschke, R. R., Dudek, D., Topór-Mądry, R., Drozdowicz, K., Datka, W., Siwek, M., & Rybakowski, J. (2017). Postpartum depression: bipolar or unipolar? Analysis of 434 Polish postpartum 	<p>W Polsce nie przeprowadzono (lub nie opublikowano) dotychczas badań epidemiologicznych dotyczących depresji poporodowej. Coraz częściej jednak depresja poporodowa analizowana jest jako zmienna w badaniach przekrojowych (cross-sectional). Z badań tych wynika, że wśród badanych odsetek kobiet doświadczających objawów depresji</p>	<p>Przeprowadzone w 2012 r. badanie „epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – polska”, potwierdziło istnienie problemu depresji o</p>

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorzyc KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
	<p>s & <i>Gynecology</i>, 106(5), 1071-1083.</p> <ul style="list-style-type: none"> Jaeschke, R., Siwek, M., & Dudek, D. (2012). Poporodowe zaburzenia nastroju—update 2012. <i>Neuropsychiatria i Neuropsychologia</i>, 7(3), 113-121. 	<p>występowania zaburzeń w ciągu pierwszych 12 miesięcy po urodzeniu dziecka sięga około 20%. W badaniu przeprowadzonym w regionie małopolskim w latach 2009-2013 obejmującym 434 kobiety ryzyko depresji poporodowej, określanej jako 13 i więcej punktów w skali EPDS, stwierdzono u 15,2% badanych.</p>	<p>Polish postpartum women. <i>Brazilian Journal of Psychiatry</i>, 39(2), 154-159.</p> <ul style="list-style-type: none"> Maliszewska, K., Świątkowska-Freund, M., Bidzan, M., & Preis, K. (2017). Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. <i>Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie. <i>Psychiatria Polska</i>, 51(5), 889-898.</i> Samochowicz, J., Rybakowski, J., Gałeczki, P., Szulc, A., Rymaszewska, J., Cudała, W. J., & Dudek, D. (2019). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u 	<p>women. <i>Brazilian Journal of Psychiatry</i>, 39(2), 154-159.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dudek, D., Jaeschke, R., Siwek, M., Mączka, G., Topór-Mądry, R., & Rybakowski, J. (2014). Postpartum depression: identifying associations with bipolarity and personality traits. Preliminary results from a cross-sectional study in Poland. <i>Psychiatry research</i>, 215(1), 69-74. Samochowicz, J., Rybakowski, J., Gałeczki, P., Szulc, A., Rymaszewska, J., & Cudała, W. J. (2019). Recommendations of the Polish Psychiatric Association for treatment of affective disorders in women of childbearing age. Part I: Treatment of depression. <i>Psychiatria Pol.</i>, 2, 245-262. 	<p>poporodowej jest zbliżony do wskaźników rozpowszechnienia depresji poporodowej w populacji światowej.</p> <p>Przykładowo, uwzględniając wybrane wyniki badań opublikowanych w latach 2010-2019, są to następujące liczby:</p> <ul style="list-style-type: none"> spośród 41 badanych kobiet u 19,51% obecne były objawy łagodnej depresji, zaś u 2,44% objawy depresji umiarkowanej pod koniec pierwszego miesiąca po porodzie (Golec i in., 2016); spośród 285 położnic objawy depresji poporodowej (na podstawie wyniku w skali EPDS >12 pkt) wystąpiły u 23,2% (Kaźmierczak i in., 2014); spośród 284 kobiet, w tym 112 z zagrożonym przebiegiem ciąży, objawy depresji poporodowej obecne były u 38% wszystkich badanych (Kossakowska, 2016); spośród 548 kobiet uczestniczących w prospektywnym badaniu przekrojowym, objawy depresji poporodowej były obecne u 11,73% i 4,81%, kolejno w 4 tygodniu i 3 miesiącu po 	<p>3% dorosłych mieszkańców polski. Jednak badanie to nie odnosiło się bezpośrednio do depresji poporodowej</p> <p>Wynik metaanalizy podsumowującej 59 badań epidemiologicznych zawarte w opracowaniu przygotowanych przez prof. Ł. Świąćickiego w ramach realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, wskazują, że rzeczywista częstość występowania zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie poporodowym wynosi ok. 13%</p> <p>Wskazuje to za potrzebę przeprowadzenia w Polsce dobrze zaprojektowanych badań epidemiologicznych w populacji kobiet w</p>

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
			<p>kobiet w wieku rozrodczym. Część I: Leczenie depresji. <i>Psychiatr. Pol</i>, 53(2), 245-262.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rybakowski i wsp. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku rozrodczym. Część II: Choroba afektywna dwubiegunowa <i>Psychiatria Polska</i> 2019; 53:277-292 	<ul style="list-style-type: none"> Podolska, M. Z., Bidzan, M., Majkowicz, M., Podolski, J., Sipak-Szmigiel, O., & Ronin-Walknowska, E. (2010). Personality traits assessed by the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) as part of the perinatal depression screening program. <i>Medical Science Monitor</i>, 16(9), PH77-PH81. 	<p>porodzie (Maliszewska i in., 2017);</p> <ul style="list-style-type: none"> spośród 150 badanych objawy depresji poporodowej odnotowano u 20% kobiet (Chrzan-Dętkoś i in., 2012); spośród 117 badanych objawy depresji poporodowej obecne u 32% kobiet (Podolska, Sipak-Szmigiel, 2010). 	<p>okresie okołoporodowym</p>
<p>Pytanie 3 Zakres informacji przekazywanych pacjentowi</p>	<p>Należy przekazać podstawowe informacje na temat depresji poporodowej oraz skutków jej nie leczenia. Należy także poinformować pacjentkę o istocie badań przesiewowych oraz możliwościach w zakresie prewencji depresji poporodowej.</p>	<p>Osoba przystępująca do programu powinna uzyskać informację dotyczącą: rozpowszechniania oraz typowych objawów depresji poporodowej, celowości wykonania badania przesiewowego (wypełnienia kwestionariusza), możliwości uzyskania specjalistycznej pomocy w ramach</p>	<p>Informacja, że będą przeprowadzone badania dotyczące występowania depresji poporodowej. W przypadku wykrycia depresji lub jej podejrzenia osoba zostanie skierowana do odpowiedniego leczenia specjalistycznego</p>	<p>Krótkie informacje o depresji (epidemiologia, ile na 100 kobiet, objawy, skutki). Możliwości terapii. Przyczyny. Sposoby wykrywania (testy, badania lekarskie). Korzyści wynikające z wzięcia udziału w programie. i terapii.</p>	<p>Przede wszystkim informacje czym jest depresja poporodowa, tzn. jakie są jej objawy, a także konsekwencje nieleczonej depresji poporodowej dla rozwoju dziecka, więzi pomiędzy matką a dzieckiem, ale również dla samej kobiety i jej funkcjonowania w wybranych sferach. Ma to na celu uświadomienie dlaczego tak istotne jest monitorowanie czynników ryzyka oraz objawów (jeśli wystąpią) depresji poporodowej, a także poszukiwanie wsparcia i profesjonalnej pomocy psychologicznej/psychiatrycznej.</p>	<p>Objawy depresji poporodowej, czynniki ryzyka jej wystąpienia, możliwości leczenia, miejsca w których można szukać pomocy. Skutki zdrowotne i społeczne depresji poporodowej</p>

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
		programu, możliwości i skuteczności leczenia (farmakologicznego i niefarmakologicznego) depresji poporodowej, bezpieczeństwa leków stosowanych w terapii podczas laktacji, a także informacje dotyczące przetwarzania i przechowywania danych wrażliwych.			Kobieta przystępująca do programu powinna również uzyskać informacje na czym dokładnie polega udział w programie, tj. jakiego rodzaju interwencji i wsparcia może się spodziewać ona sama oraz jej najbliższa rodzina.	
Pytanie 4 Moment zastosowania ESDP	Ze względu na możliwość pojawienia się depresji poporodowej w różnych momentach okresu poporodowego badanie z użyciem EDPS należy powtarzać kilkakrotnie. Źródła wskazują że skuteczna w redukcji ryzyka depresji poporodowej jest użycie skali ESDP w 4-6 tygodniu po urodzeniu dziecka podczas wizyty środowiskowej położnej. Badanie powinno zostać przeprowadzone przynajmniej dwukrotnie (jedno w trakcie ciąży i drugie w ciąży	Zgodnie z aktualnie obowiązującym Standardem opieki okołoporodowej z 2018 roku ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji powinna być przeprowadzona między 11-14 oraz 33-37 tygodniu ciąży oraz w połogu. Ze względów praktycznych najbardziej efektywne wydaje się przeprowadzenie oceny wyjściowej na początku ciąży (lekarz prowadzący) oraz kolejnej w okresie	W okresie do 2 tygodni po porodzie	Aby wykluczyć depresję przed ciążą, już na pierwszej wizycie ciążyowej.	<u>Badanie z użyciem EPDS w okresie ciąży:</u> Brakuje udokumentowanych naukowo zaleceń odnośnie ram czasowych dla badań przesiewowych pod kątem ryzyka wystąpienia depresji poporodowej w trakcie trwania ciąży. Niektóre programy profilaktyczno-terapeutyczne zalecają jednak by badanie w okresie prenatalnym odbyło się pomiędzy 28 a 32 tygodniem ciąży, zwłaszcza jeśli ma miejsce tylko raz (BC Reproductive Mental Health Program & Perinatal Services BC, 2014). Skala EPDS może być jednak stosowana w dowolnym momencie trwania ciąży. Co ważne, EPDS nie zawiera twierdzeń odnoszących się do somatycznych objawów depresji,	Bezpośredni po porodzie (w 3-5 dobie) powszechnie występuje tzw. smutek poporodowy, dotyczący 60-80% kobiet. W zdecydowanej większości przypadków jest on łagodny i przemija ciągu kilku dni, nie wymaga leczenia. Jeśli utrzymuje się dłużej i/lub jest nasilony należy kobietę obserwować pod kątem ryzyka poważniejszych zaburzeń. Depresja poporodowa występuje zazwyczaj

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
	pierwszego roku po porodzie).	okołoporodowym (w szpitalu położniczym) oraz podczas wizyty położkowej (położna środowiskowa).			<p>nie istnieje więc ryzyko zawyżania wyników ze względu na zgłoszenie przez badaną objawów/dolegliwości związanych z ciążą.</p> <p>Wczesne badania przesiewowe są ważne dla całego procesu diagnostycznego, ponieważ pozwalają na wyłonienie czynników ryzyka depresji poporodowej. Depresja w ciąży zwiększa ryzyko rozwinięcia depresji poporodowej pięciokrotnie (Milgrom i wsp., 2008).</p> <p>Należy jednak pamiętać, że ich przeprowadzenie jedynie na bardzo wczesnym etapie ciąży może utrudnić/uniemożliwić rozpoznanie objawów, które rozwijają się w późniejszym okresie ciąży.</p> <p>W związku z tym ramy czasowe oceny występowania objawów depresji w ciąży (11-14 tc oraz 33-37tc) zgodne z obowiązującym od 1 stycznia 2019 r. standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej w Polsce (<i>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej</i>) stanowią racjonalne rozwiązanie.</p> <p><u>Badanie z użyciem EPDS po porodzie:</u></p> <p>Pierwsze badanie po porodzie powinno się odbyć ok. 6 tygodnia po porodzie; wg wytycznych</p>	<p>kilka tygodni od porodu. Jej diagnostyka z użyciem ESDP powinna być przeprowadzona ok. 6-8 tyg. po porodzie (w badaniach naukowych stosuje się najczęściej kryterium do 12 tygodni) i lub zawsze wtedy, gdy zachowanie i funkcjonowanie kobiety jest zaburzone i wzbudza niepokój kobiety lub otoczenia.</p> <p>Warto jednakże podkreślić że samo badanie kwestionariuszowe nie zastąpi badania psychiatrycznego i oceny klinicznej pacjentki i wynik w ESDP nie może być podstawą do rozpoznania depresji poporodowej</p>

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
					<p>Beyondblue (2011) między 6 a 12 tygodniem po porodzie, a następnie przynajmniej jeden raz w czasie pierwszego roku po porodzie (Austin i in., 2017).</p> <p>Jeśli badanie miało się odbyć po porodzie tylko raz, sugerowany przedział czasowy wynosi od 6 do 16 tygodni po porodzie. Ma to równoważyć z jednej strony możliwość rozpoznania depresji poporodowej o wczesnym początku z ryzykiem pominięcia kobiet, które doświadczają depresji poporodowej o późnym początku.</p>	
<p>Pytanie 5 Interwały czasowe w których należy powtórzyć badanie ESDP</p>	<p>Zaleca się minimum trzykrotną ocenę objawów depresyjnych: podczas pierwszej wizyty w ciąży, między 4 a 6 tygodniem oraz między 3 a 4 miesiącem po porodzie.</p>	<p>Zgodnie z aktualnie obowiązującym Standardem opieki okołoporodowej z 2018 roku ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji powinna być przeprowadzona między 11-14 oraz 33-37 tygodniu ciąży oraz w porożu.</p>	<p>W okresach miesięcznych przez pierwsze 6 miesięcy po porodzie.</p>	<p>Haran, C., Van Driel, M., Mitchell, B. L., & Brodribb, W. E. (2014). Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth, 14(1), 51.</p>	<p>Propozycje będące odpowiedzią na pytanie poprzednie (nr 4) w pewnym sensie stanowią odpowiedź na niniejsze pytanie. Można jednak poprzestać na zaproponowanych powyżej 3-4 momentach pomiarów, jeśli wyniki uzyskane w EPDS nie wskazują na ryzyko lub występowania objawów depresji poporodowej. Jeśli jednak jest to klinicznie wskazane, badanie za pomocą EPDS może i powinno być powtarzane w dowolnym momencie ciąży i w pierwszym roku po urodzeniu dziecka (Austin i in., 2017).</p> <p>W przypadku, gdy badana uzyskuje w EPDS wynik między 10 a 12, rekomenduje się monitorowanie i</p>	<p>Powtarzanie pomiaru z użyciem ESDP ma na celu monitorowanie stanu pacjentki i postępów leczenia. Warto to robić początkowo co 1-2 tygodnie, następnie powtórzyć w odstępach miesięcznych.</p>

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
					<p>powtórzenie pomiaru z użyciem EPDS w ciągu 2–4 tygodni (Austin i in., 2017).</p> <p>Z kolei w przypadku kobiet z grupy ryzyka, National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) zaleca obowiązkową ocenę z użyciem EPDS na każdej wizycie lekarskiej w pierwszym roku po urodzeniu dziecka (tj. podczas rutynowych wizyt położnej środowiskowej, przy każdej wizycie w poradni POZ, np. podczas szczepienia dziecka, itp).</p>	
<p>Pytanie 6</p> <p>Skuteczność kwestionariusza ESDP wypełnianego w Internecie</p>	<p>Pomimo poszerzenia dostępności i prostoty wypełnienia kwestionariusza nie gwarantuje to kompletnego jego wypełnienia przez pacjentkę. Wypełnienie kwestionariusza przy udziale personelu medycznego umożliwia udzielenie potrzebnych wyjaśnień badanej kobiecie i umożliwia zweryfikowanie poprawności otrzymanych danych na temat poziomu depresji u konkretnej kobiety.</p>	<p>Wypełnienie kwestionariusza na stronie internetowej może być bardzo dobrym rozwiązaniem praktycznym, pod warunkiem zapewnienia realnej możliwości uzyskania pomocy specjalistycznej. Pozwala ono dodatkowo na ocenę liczby kobiet wypełniających kwestionariusz w danym regionie, pod warunkiem skonstruowania systemu pozwalającego na</p>	<p>Tak, jeżeli wypełniony kwestionariusz zostanie niezwłocznie przesłany drogą mailową do osoby nadzorującej badanie</p>	<p>Oczywiście, wypełnienie kwestionariusza od okiem specjalisty może pomóc szybciej otrzymać wsparcie. Wypełnienie internetowej ankiety może dojść do większej ilości kobiet. W dobie Internetu nie możemy negować jego siły.</p>	<p>Oczywiście nie będzie, a powody są zróżnicowane. Nie należy jednak odrzucać całkowicie tej formy zwrócenia uwagi nowych matek na problem depresji poporodowej.</p> <p>Z jednej strony musimy pamiętać, że przestrzeń internetowa jest swego rodzaju naturalnym środowiskiem dla coraz większego odsetka populacji polskiej, w szczególności dla tzw. pokolenia Z, czyli osób urodzonych po 1990 roku, dla których technologia to główne narzędzie do poszerzania wiedzy. Z drugiej strony wciąż wiele osób, z różnych powodów, nie ma dostępu do Internetu, nie są użytkownikami mediów społecznościowych lub nie są w stanie efektywnie korzystać z dostępnych technologii</p>	<p>Nie</p>

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
		przetwarzanie danych pacjentek.			<p>informatycznych (Ball, 2019). Stanowi to pewne ograniczenie dla oddziaływań realizowanych przy pomocy Internetu.</p> <p>Jednak podstawowym ograniczeniem kwestionariuszy samo-opisu wypełnianych w Internecie jest, jak słusznie zauważacie Państwo w pytaniu – brak bezpośredniej konsultacji ze specjalistą. Może to mieć dwojakie konsekwencje: nadmierne i niedostateczne rozpoznanie ryzyka i/lub depresji poporodowej. Proszę zwrócić uwagę na formularz EPDS i jego wyniki dostępne na stronie WWW.wyleczdepresję.pl (dokładny adres: https://wyleczdepresje.pl/edynburska-skala-depresji-poporodowej-esdp/). W sytuacji uzyskania w nim 9 pkt użytkowniczka otrzymuje następującą informację: „Test przesiewowy nie wskazuje na prawdopodobieństwo występowania depresji (...)”. Taka odpowiedź pojawia się nawet wówczas, gdy kobieta wybierze odpowiedź np. „czasami” (2 pkt.) na pytanie 10 („Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy”), które uznaje się za diagnostyczne. A zatem nawet jeśli łączny wynik uzyskany w EPDS nie jest wysoki, ale zawiera jakąkolwiek pozytywną (punktowaną) odpowiedź na pytanie nr 10, kobieta powinna zostać</p>	

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
					<p>skonsultowana przez specjalistę. Taka informacja w w/w przypadku nie ma miejsca.</p> <p>Podczas stosowania EPDS, tak w formie papierowej np. w obecności członka personelu medycznego, jak i w szczególności w wersji internetowej warto zapoznać się z rekomendacjami dot. punktu odcięcia, czyli liczby punktów powyżej których przyjmuje się występowanie ryzyka i/lub objawów depresji poporodowej. Autorzy narzędzia przyjmują wynik 12/13 punktów jako graniczny, wskazujący na występowanie ryzyka depresji poporodowej oraz podkreślają, że należy zwrócić szczególną uwagę w sytuacji, gdy kobieta wysoko ocenia obecność myśli samobójczych, nawet wówczas, gdy ogólny wynik EPDS jest niski. Wynik ten uzyskany został w brytyjskich badaniach walidacyjnych (Cox, Holden, Sagovsky, 1987). W jednych z polskich badań nad właściwościami psychometrycznymi EPDS punkt odcięcia ustalono nawet wyżej na 13/14 pkt (Kossakowska, 2013). Polska wersja EPDS nie doczekała się jeszcze normalizacji i walidacji, dlatego należy ostrożnie podchodzić do uzyskanych wyników. W tej sytuacji autodiagnoza za pomocą wersji internetowej za każdym razem</p>	

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Izydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
					<p>powinna zostać skonsultowana ze specjalistą.</p> <p>Z kolei wśród głównych korzyści wynikających ze stosowania elektronicznych wersji EPDS wymienia się możliwość udzielenia odpowiedzi w bardziej prywatnych, spokojnych warunkach, a także zmniejszenie poczucie stygmatyzacji związane z depresją (Cox, Holden, Henshaw, 2014).</p>	
<p>Pytanie 7 Dalsze kroki w przypadku dodatniego wyniku ESDP</p>	<p>Należy zapewnić stały kontakt z lekarzem prowadzącym i możliwość regularnego kontaktu z psychologiem celem zapewnienia psychoedukacji i/lub pomocy psychologicznej. Kobieta, u której ujawniono cechy depresji, należy objąć kompleksową opieką medyczną, uzależnioną od potrzeb. Należy wdrożyć także zindywidualizowany program wsparcia i/lub leczenia psychologiczne. Należy także przeprowadzić szkoleniem personelu medycznego który ma stały kontakt z kobietami w ciąży w zakresie</p>	<p>Wskazane byłoby podanie kontaktu do lokalnego ośrodka interwencji kryzysowej lub poradni zdrowia psychicznego, przy jednoczesnym zapewnieniu realnej możliwości odbycia wizyty i uzyskania pomocy. Z danych GUS wynika, że w 2018 roku odbyło się w Polsce około 388 tysięcy porodów. Biorąc pod uwagę cytowane wyżej badanie, z którego wynika, że około 15% kobiet może uzyskać punktację w skali EPDS 13 i powyżej, kluczowe jest rozwiązanie kwestii w</p>	<p>Skierowanie pacjentki na konsultację psychologiczną lub psychiatryczną do psychologa lub psychiatry współpracującego w programie.</p>	<p>EPDS (ESDP) bada wyłącznie prawdopodobieństwo lub ryzyko depresji poporodowej. Należy to ryzyko potwierdzić u psychiatry lub ew. psychologa. Może ewentualnie inne testy, jak PHQ -9, BDI II (test Becka).</p>	<p>W przypadku wyniku 12-13 punktów w EPDS rekomenduje się dalszy monitoring, wsparcie i psychoedukację pacjentki w zakresie depresji poporodowej, ewentualnie skierowanie do lekarza pierwszego kontaktu w celu konsultacji.</p> <p>W przypadku 14 i więcej punktów w EPDS – ocenę diagnostyczną i konsultację specjalisty - lekarza psychiatry lub psychologa klinicznego.</p> <p>W przypadku pozytywnego wyniku (czyli 1, 2 lub 3 punkty) w pytaniu nr 10 (służy do oceny ryzyka samobójstwa) rekomendowana jest natychmiastowa konsultacja ze specjalistą (psychiatra, psycholog kliniczny) i skierowanie do leczenia psychiatrycznego (za: NICE, 2014).</p>	<p>Przeprowadzenie badania lekarskiego w oparciu o wywiad z pacjentką i osobą/osobami z jej otoczenia, obserwację pacjentki analizę objawów pod kątem kryteriów diagnostycznych. Badanie może być przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych. Nie wymaga specjalnych warunków lokalowych czy wyposażenia</p>

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
	właściwej komunikacji z pacjentką i umiejętnościami zbierania wywiadu z kobietą i jej rodziną. Szkolenia powinny także objąć specyfikacje rozwoju depresji poporodowej oraz świadczenie pomocy psychologicznej.	jaki sposób można zapewnić specjalistyczną opiekę około 58 tysiącom kobiet rocznie.			Jak wynika z powyższych rekomendacji, do realizacji tego punktu programu konieczna jest współpraca ze specjalistą psychiatrą oraz psychologiem klinicznym, którzy przeprowadzą wywiad kliniczny w kierunku depresji poporodowej oraz podejmą dalsze stosowne działania zgodnie z obszarem swoich kompetencji. Specyfika i delikatny charakter pracy zarówno lekarza psychiatry jak i psychologa klinicznego wymaga zapewnienia pacjentce bezpiecznych warunków. Każdy z nich powinien dysponować gabinetem (może to oczywiście być gabinet wspólny, jeśli będzie dzielony, a nie wykorzystywany jednocześnie), w którym możliwe będzie przeprowadzenie rozmowy z pacjentką w sprzyjających warunkach bez świadków.	
Pytanie 8 Najskuteczniejsze postępowanie terapeutyczne w modelowym rozwiązaniu	Specyfika przebiegu symptomatologii depresji poporodowej u kobiet może być zróżnicowana dlatego forma pomocy psychologicznej także może być zróżnicowana w zależności od potrzeb konkretnej pacjentki. Nie jest łatwe jednoznaczne wskazania najskuteczniejszego	Nie mam wiedzy pozwalającej udzielić odpowiedzi na to pytanie	W depresji poporodowej najbardziej skuteczne jest leczenie farmakologiczne stosowane przez psychiatrę. Przy stosowaniu leków należy uwzględnić ich przechodzenie do mleka matki i odpowiednio ustalić sposób karmienia.	Warto takie stworzyć, choć dalej brakuje pewnych, szeroko zakrojonych badań w tym temacie (jak, kiedy, czym badać?). Może model 2-3 stopniowy. W modelu powinien uwzględniony być kontakt z psychologiem, a następnie psychiatrą.	Wśród najbardziej skutecznych niefarmakologicznych metod leczenia depresji poporodowej wymienia się oddziaływania oparte na założeniach terapii poznawczo behawioralnej (ang. cognitive-behavioral therapy, CBT) oraz terapię interpersonalną (ang. interpersonal therapy, IPT), zarówno indywidualnej jak i grupowej (za: Austin i in., 2017). Beyondblue (2011) rekomenduje dodatkowo	Postępowanie powinno być spersonalizowane, dostosowane do nasilenia i profilu objawów, preferencji pacjentki, jej możliwości podjęcia wskazanego leczenia (np. w wielu miejscach jest problem z dostępnością do psychoterapii).

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Lzydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
	postępowania terapeutycznego.				<p>terapię psychodynamiczną oraz wsparcie psychologiczne.</p> <p>Zgodnie z zaleceniami NICE (2014) kobiety z depresją poporodową kierowane na psychoterapię powinny otrzymać leczenie w ciągu miesiąca od rozpoznania.</p> <p>Osobą prowadzącą terapię powinien być pracujący pod superwizją certyfikowany psychoterapeuta (tj. taki, który ukończył akredytowaną szkołę psychoterapii w zakresie rekomendowanego nurtu terapii).</p>	<p>Leczenie obejmuje psychoterapię i/lub farmakoterapię za pomocą leków przeciwdepresyjnych (w uzasadnianych w połączeniu z innymi lekami np. Przecipsychotyczny mi czy przeciwlekowym). Planując farmakoterapię należy uwzględnić karmienie piersią</p> <p>Może być w większości przypadków prowadzone ambulatoryjnie. Kobiety z nasilonymi objawami, myślami i tendencjami samobójczymi, objawami psychotycznymi często wymagają hospitalizacji</p> <p>Leczenie należy prowadzić we współpracy z pacjentką i jej partnerem</p> <p>Psychoterapię powinien prowadzić certyfikowany</p>

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Izydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
						psychoterapeuta. Leczenie farmakologiczne – przeszkolony lekarz rodzinny lub psychiatra
Pytanie 9 Moment przekierowania kobiety z depresją do systemu opieki zdrowotnej na dalsze leczenie	Bezwzględnie po zdiagnozowaniu depresji poporodowej kobieta winna otrzymać pomoc medyczną i psychologiczną – najlepiej tam gdzie jest ona najlepiej dostępna. Forma i rodzaj pomocy winny być dostosowane do indywidualnych potrzeb chorej na depresję.	Nie mam wiedzy pozwalającej udzielić odpowiedzi na to pytanie, wskazania do interwencji farmakologicznej stawiane są przez lekarza psychiatrę.	Patrz odpowiedzi na pytanie 7 i 8.	<ul style="list-style-type: none"> • Stwierdzone myśli, prób samobójcze, samouszkodzenia lub uszkodzenia dziecka. • Depresja ciężka (na podstawie wyników EPDS nie można ocenić ciężkości depresji). • Depresja w wywiadzie, istotna klinicznie, wymagająca (złożonej?) farmakoterapii. 	<p>Decyzja o przekazaniu pacjentki do leczenia poza programem powinna za każdym razem być rozpatrywana indywidualnie, ale to lekarz/specjalista powinien podjąć tę decyzję w oparciu o przeprowadzony wywiad kliniczny/diagnostyczny. A zatem każdorazowe badanie przesiewowe powinno być monitorowane przez specjalistę, który po rozpoznaniu objawów wskaże kierunek dalszego postępowania.</p> <p>Jeśli w ramach programu oferowany jest jakiś rodzaj pomocy psychologicznej rekomenduję włączenie do niego kobiet, które uzyskały pozytywny wynik i stały się pod nadzorem specjalisty, a w przypadku ich nasilenia – przekazanie do systemu opieki zdrowotnej poza programem.</p> <p>Natomiast, tak jak podano w odpowiedzi na pyt. 7, w przypadku pozytywnego wyniku w pytaniu nr 10 rekomendowana jest natychmiastowa konsultacja ze specjalistą i skierowanie do leczenia psychiatrycznego (za: NICE, 2014).</p>	W każdym przypadku, gdy wskazana jest farmakoterapia (nasilenie objawów, brak porpawy pod wpływem interwencji niefarmakologicznych)

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Izydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
<p>Pytanie 10</p> <p>Prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego – czy jest zasadne i kompetencje osoby prowadzącej</p>	<p>Zasadne jest szkolenie personelu medycznego jest zasadne. Szkolenia powinny objąć psychologiczne aspekty funkcjonowania kobiet z ryzykiem rozwinięcia się u nich depresji poporodowej. Osoba prowadząca szkolenia dla personelu medycznego powinna być specjalistą w zakresie psychologii klinicznej, psychiatrii lub psychoterapii będąc jednocześnie zapoznanym z różnymi aspektami diagnozy i leczenia depresji poporodowej. Istotne jest także podjęcie działań informacyjno-edukacyjnych przybliżających problematykę depresji poporodowej wśród lekarzy ginekologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, położnych środowiskowych, personelu izb porodowych i oddziałów położniczych.</p>	<p>Szkolenie personelu medycznego to jest położnych oraz lekarzy położników-ginekologów jest głęboko uzasadnione. Osobami prowadzącymi szkolenia powinni być specjaliści psychiatrii, będący w stanie przybliżyć zagadnienie istotności wczesnego identyfikowania ryzyka depresji poporodowej personelowi medycznemu sprawującemu bezpośrednią opiekę nad kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu.</p>	<p>Zasadne jest szkolenie personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i położnych z zakresu epidemiologii, rozpoznawania i leczenia depresji poporodowej.</p>	<p>Oczywiście. Psycholog /psychiatra z doświadczeniem w leczeniu kobiety z depresją poporodową.</p>	<p>Nie tylko zasadne, ale konieczne. To właśnie tacy specjaliści jak pediatra, ginekolog, lekarz rodzinny, położna i położna środowiskowa mają najczęściej okazji do przeprowadzenia badania przesiewowego w kierunku depresji poporodowej i dostrzec zmiany w zachowaniu pacjentki, które wynikają z objawów choroby.</p> <p>Powinni oni posiadać kompetencje komunikacyjne umożliwiające przeprowadzenie rozmowy z pacjentką, w tym zadawania pytań obejmujących tzw. trudne tematy (np. o wcześniejsze epizody depresji, przemoc domową, które stanowią czynnik ryzyka dla depresji poporodowej, czy myśli o zrobieniu krzywdy sobie i dziecku), a także wiedzę z zakresu stosowania EPDS i interpretowania jego wyników.</p> <p>Osoba odpowiedzialna za szkolenie personelu medycznego musi również posiadać opisane wyżej kompetencje interpersonalne oraz doświadczenie w stosowaniu skali EPDS. Najlepiej jeśli będzie to psychiatra lub psycholog.</p>	<p>Tak. Szkolenie powinno obejmować ginekologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, położne. Szkolenie powinno być prowadzone przez psychiatrę.</p>

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Izydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
Pytanie 11 Cel główny dla programu w zakresie depresji poporodowej	Wzmacniania i utrwalenie w codziennym funkcjonowaniu kobiety w ciąży wzorca zachowań samoobserwacji oraz rozpoznawania objawów depresji poporodowej, rozwijanie wiedzy stymulującej poszerzenie świadomości kobiet w ciąży na temat rozpoznawania możliwych objawów i zachowań depresyjnych, a następnie zgłaszania się po pomoc medyczno-psychologiczną w sytuacji kiedy depresja się pojawia	Celem głównym Programu zdrowotnego dotyczącego depresji poporodowej jest zwiększenie dostępności do opieki specjalistycznej dla kobiet z podwyższonym ryzykiem depresji poporodowej, które uzyskały dodatni wynik w skali ESPD.	Rozpoznawanie i leczenie depresji poporodowej	Poprawa stanu klinicznego w badaniu klinicznym, ewentualnie zmniejszenie punktacji w EPDS.	Cel główny to zwiększenie świadomości społecznej na temat depresji poporodowej (a w szczególności podniesienie poziomu wiedzy wśród personelu medycznego zaangażowanego w opiekę nad kobietą i jej rodziną w okresie okołoporodowym) oraz wzrost odsetka kobiet z wcześnie wykrytymi objawami depresji poporodowej i wzrost odsetka kobiet z objawami depresji poporodowej, którym udzielona zostanie pomoc psychologiczna	Poprawa wykrywalności i leczenia depresji poporodowej. Zmniejszenie wskaźnika prób samobójczych i samobójstw dokonanych u kobiet w okresie poporodowym
Pytanie 12 Miernik dla zaproponowanego celu głównego	Ewaluacja efektów poprzez sprawdzanie np. ankietami oceny jakości doświadczonych przez osoby badane usług	Miernikiem realizacji celu głównego Programu jeśli odsetek kobiet, uzyskujących dodatni wynik w skali ESDP, a mających realną możliwość uzyskania pomocy specjalistycznej (czas do uzyskania konsultacji nie powinien przekraczać tygodnia), a w	1. Określenie częstości występowania depresji poporodowej 2. Określenie liczby osób leczonych z powodu depresji poporodowej (jaka część spośród tych, u których ją stwierdzono	Zmniejszenie punktacji w ESPD wśród pacjentek/kobiet, u których w pierwszym badaniu stwierdzono punktacji 10/13 punktów.	Miernikami dla zaproponowanego powyżej celu głównego będą: <ul style="list-style-type: none">Wzrost wiedzy na temat depresji poporodowej (w tym rozpoznawania objawów i czynników ryzyka przy wykorzystaniu EPDS) u co najmniej 70% przedstawicieli personelu medycznego biorących udział w szkoleniach - oceniany na podstawie ankiet <i>ex ante</i> i <i>ex post</i>.	Brak odpowiedzi

Pytanie	dr. hab. Bernadetta Izydorczyk KK w dz. psychologii klinicznej	prof. dr hab. Mirosław Wielgoś – KK w dziedzinie perinatologii	Prof. Janusz Rybakowski KW w dz. psychiatrii dla woj. wielkopolskiego	dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku	dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego	Prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
		<p>przypadku ostrych objawów (myśli samobójcze) kobieta powinna mieć zapewnioną natychmiastową pomoc. Docelowy wskaźnik powinien sięgać 100% kobiet.</p> <p>Czas do uzyskania świadczenia wynoszący do 7 dni wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą kobiety w okresie ciąży mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej (art. 47c ust. 1).</p>	<p>3. Wynik leczenia depresji poporodowej (procent osób z poprawą i remisją, po jaki czasie?)</p>		<ul style="list-style-type: none"> Wzrost odsetka osób deklarujących podniesienie poziomu świadomości na temat depresji poporodowej – co najmniej 60 % spośród osób objętych działaniami edukacyjnymi i informacyjnymi (np. realizowanymi za pomocą tradycyjnych środków masowego przekazu, jak i mediów społecznościowych) – oceniany na podstawie ankiet adresowanych do uczestników tych działań, w tym ankiet internetowych. Wzrost odsetka kobiet z wczesnie wykrytymi objawami depresji poporodowej – mierzony liczbą wypełnionych kwestionariuszy EPDS (szacowana liczba będzie zależać od obszaru objętego programem) Zwiększenie liczby przeprowadzonych konsultacji o charakterze psychologicznym adresowanych do kobiet, u których rozpoznano depresję poporodową – mierzone liczbą odbytych konsultacji ((szacowana liczba będzie zależać od obszaru objętego programem) 	

Podsumowanie opinii ekspertów

- Rozpowszechnianie informacji o programie w populacji docelowej powinno odbywać się za pośrednictwem:
 - Internetu oraz portali społecznościowych na zasadzie kampanii społecznej
 - W formie papierowej: ulotki; plakaty dostępne w gabinetach i poradniach ginekologicznych
 - Tablic informacyjnych w poczekalniach gabinetów położniczo-ginekologicznych
 - Personelu medycznego sprawującego opiekę nad kobietami w okresie poporodowym
 - Reklamy społeczne emitowane w środkach masowego przekazu
- Zakres informacji przekazywanych pacjentowi:
 - Należy przekazać podstawowe informacje na temat depresji poporodowej oraz skutków jej leczenia.
 - Czynniki ryzyka i sposoby wykrywania depresji poporodowej
 - Zaznajomienie pacjentki z ideą i istocie badań przesiewowych oraz możliwościach w zakresie prewencji depresji poporodowej
 - Konsekwencje wynikające z nieleczonej depresji poporodowej
 - Poinformowanie na czym opiera się program i jakim interwencjom zostanie poddana kobieta
 - Udzielić informacji na temat docelowych miejsc w których udzielają pomocy osobom z depresją poporodową
- Docelowy moment stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Ekspersi nie są zgodni w zakresie najbardziej optymalnego momentu prowadzenia skryningu z użyciem ESDP, jednak są oni zgodni że skryning powinien być powtórzony kilkakrotnie. Proponowane ramy czasowe do wprowadzenia skryningu obejmują:
 - 4-6 tygodniu po urodzeniu dziecka podczas wizyty środowiskowej położnej.
 - W okresie do 2 tygodni po porodzie
 - już na pierwszej wizycie ciąży
 - 11-14 tydzień oraz 33-37 tydzień ciąży
 - między 6 a 12 tygodniem po porodzie
 - od 6 do 16 tygodni po porodzie
 - bezpośrednio po porodzie w (3-5 dobie)
- Interwały czasowe w których należy powtórzyć badanie ESDP. Ekspersi nie są zgodni w zakresie najbardziej w których momentach należy prowadzić skryning z użyciem ESDP :
 - Skryning należy prowadzić podczas pierwszej wizyty w ciąży, między 4 a 6 tygodniem oraz między 3 a 4 miesiącem po porodzie.
 - W okresach miesięcznych przez pierwsze 6 miesięcy po porodzie.
 - W przypadku, gdy badana uzyskuje w EPDS wynik między 10 a 12, rekomenduje się monitorowanie i powtórzenie pomiaru z użyciem EPDS w ciągu 2–4 tygodni
 - Warto to robić początkowo co 1-2 tygodnie, następnie powtórzyć w odstępach miesięcznych
- Skuteczność kwestionariusza ESDP wypełnianego w Internecie w porównaniu do kwestionariusza wypełnianego przy asyście personelu medycznego:
 - Pomimo poszerzenia dostępności i prostoty wypełnienia kwestionariusza nie gwarantuje to kompletnego jego wypełnienia przez pacjentkę (KK.w dz. psychologii klinicznej)
 - Wypełnienie kwestionariusza na stronie internetowej może być bardzo dobrym rozwiązaniem praktycznym, pod warunkiem zapewnienia realnej możliwości uzyskania pomocy specjalistycznej. Pozwala ono dodatkowo na ocenę liczby kobiet wypełniających kwestionariusz w danym regionie, pod warunkiem skonstruowania systemu pozwalającego na przetwarzanie danych pacjentek. (KK w dz. perinatologii)

- Tak, jeżeli wypełniony kwestionariusz zostanie niezwłocznie przesłany drogą mailową do osoby nadzorującej badanie (KW w dz. psychiatrii dla woj. Wielkopolskiego)
- Oczywiście, wypełnienie kwestionariusza od okiem specjalisty może pomóc szybciej otrzymać wsparcie. Wypełnienie internetowej ankiety może dojść do większej ilości kobiet. W dobie Internetu nie możemy negocjować jego siły. (Zal. 4)
- Nie (Zal. 5).
- Wypełnienie internetowej ankiety może dojść do większej ilości kobiet. W dobie Internetu nie możemy negocjować jego siły. Z jednej strony musimy pamiętać, że przestrzeń internetowa jest swego rodzaju naturalnym środowiskiem dla coraz większego odsetka populacji polskiej. (Zal. 5)
- Dalsze kroki w przypadku dodatniego wyniku ESDP:
 - Stały kontakt z lekarzem prowadzącym i psychologiem
 - Wywiad lekarski
 - Wskazanie kontaktu do lokalnego ośrodka interwencji kryzysowej lub poradni zdrowia psychicznego
 - Kompleksowa opieka medyczna (wsparcie i leczenie psychologiczne) uzależniona od potrzeb kobiety dotkniętej depresją
 - Szkolenie personelu medycznego w zakresie właściwej komunikacji z pacjentką i umiejętnościami zbierania wywiadu z kobietą i jej rodziną
 - EPDS (ESDP) bada wyłącznie prawdopodobieństwo lub ryzyko depresji poporodowej. Należy to ryzyko potwierdzić u psychiatry lub ew. psychologa.
 - Dalsze monitorowanie stanu pacjentki oraz konsultacje z psychiatrą bądź psychologiem klinicznym
 - W przypadku pozytywnej odpowiedzi na pytanie nr 10 rekomendowana jest natychmiastowa konsultacja ze specjalistą (psychiatrą, psychologiem klinicznym) i skierowanie do leczenia psychiatrycznego
- Najskuteczniejsze postępowanie terapeutyczne w modelowym rozwiązaniu:
 - W depresji poporodowej najbardziej skuteczne jest leczenie farmakologiczne stosowane przez psychiatrę. Przy stosowaniu leków należy uwzględnić ich przechodzenie do mleka matki i odpowiednio ustalić sposób karmienia. (KW w dz. psychiatrii dla woj. Wielkopolskiego)
 - Warto takie stworzyć, choć dalej brakuje pewnych, szeroko zakrojonych badań w tym temacie (jak, kiedy, czym badać?). Może model 2-3 stopniowy. W modelu powinien uwzględniony być kontakt z psychologiem, a następnie psychiatrą (Zal. 3).
 - Terapia poznawczo-behawioralna (ang. cognitive-behavioral therapy, CBT)
 - Terapia interpersonalna (ang. interpersonal therapy, IPT), zarówno indywidualnej jak i grupowej
 - Dodatkowa terapia psycho-dynamiczna oraz wsparcie psychologiczne
 - Podejście do pacjentki powinno być spersonalizowane i zgodne z jej stanem oraz preferencjami
 - Leczenie farmakologiczne przy jednoczesnym uwzględnieniu karmienia piersią
- Moment przekierowania kobiety z depresją do systemu opieki zdrowotnej na dalsze leczenie:
 - Bezwzględnie po zdiagnozowaniu depresji poporodowej kobieta winna otrzymać pomoc medyczną i psychologiczną – najlepiej tam gdzie jest ona najlepiej dostępna. (KK.w dz. psychologii klinicznej)
 - Moment stwierdzenia: myśli, prób samobójcze, samouszkodzenia, uszkodzenia dziecka, depresji ciężkiej na podstawie wyników EPDS lub istotnie klinicznie depresji w wywiadzie. (Zal. 4).
 - Decyzja o przekazaniu pacjentki do leczenia poza programem powinna za każdym razem być rozpatrywana indywidualnie, ale to lekarz/specjalista powinien podjąć tę decyzję w oparciu o przeprowadzony wywiad kliniczny/diagnostyczny. (Zal. 5).
- Zasadność prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego i kompetencje osoby prowadzącej:
 - Szkolenie personelu medycznego jest zasadne. Osoba prowadząca szkolenia dla personelu medycznego powinna być specjalistą w zakresie psychologii klinicznej, psychiatrii lub psychoterapii

- będąc jednocześnie zapoznanym z różnymi aspektami diagnozy i leczenia depresji poporodowej. (KK.w dz. psychologii klinicznej)
- Szkolenie personelu medycznego to jest położnych oraz lekarzy położników-ginekologów jest głęboko uzasadnione. Osobami prowadzącymi szkolenia powinni być specjaliści psychiatrii, będący w stanie przybliżyć zagadnienie istotności wczesnego identyfikowania ryzyka depresji poporodowej personelowi medycznemu sprawującemu bezpośrednią opiekę nad kobietami w okresie ciąży, porodu i porożu. (KK w dz. perinatologii)
 - Zasadne jest szkolenie personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i położnych z zakresu epidemiologii, rozpoznawania i leczenia depresji poporodowej. (KW w dz. psychiatrii dla woj. Wielkopolskiego)
 - Oczywiście. Psycholog /psychiatra z doświadczeniem w leczeniu kobiety z depresją poporodową. (Zal. 4).
 - Nie tylko zasadne, ale konieczne. Osoba odpowiedzialna za szkolenie personelu medycznego musi posiadać określone kompetencje komunikacyjne umożliwiające przeprowadzenie rozmowy z pacjentką, w tym zadawania pytań obejmujących tzw. trudne tematy (np. o wcześniejsze epizody depresji, przemoc domową, które stanowią czynnik ryzyka dla depresji poporodowej, czy myśli o zrobieniu krzywdy sobie i dziecku), a także wiedzę z zakresu stosowania EPDS i interpretowania jego wyników. Najlepiej jeśli będzie to psychiatra lub psycholog. (Zal. 5).
 - Tak. Szkolenie powinno obejmować ginekologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, położne. Szkolenie powinno być prowadzone przez psychiatrę (Zal. 6).
- Cel główny dla programu w zakresie depresji poporodowej:
 - Wzmacniania i utrwalenie w codziennym funkcjonowaniu kobiety w ciąży wzorca zachowań samoobserwacji oraz rozpoznawania objawów depresji poporodowej, rozwijanie wiedzy stymulującej poszerzenie świadomości kobiet w ciąży na temat rozpoznawania możliwych objawów i zachowań depresyjnych, a następnie zgłaszania się po pomoc medyczno-psychologiczną w sytuacji kiedy depresja się pojawia (KK.w dz. psychologii klinicznej)
 - Zwiększenie dostępności do opieki specjalistycznej dla kobiet z podwyższonym ryzykiem depresji poporodowej, które uzyskały dodatni wynik w skali ESPD. (KK w dz. perinatologii)
 - Rozpoznawanie i leczenie depresji poporodowej (KW w dz. psychiatrii dla woj. Wielkopolskiego)
 - Poprawa stanu klinicznego w badaniu klinicznym, ewentualnie zmniejszenie punktacji w EPDS (Zal. 4) .
 - Zwiększenie świadomości społecznej na temat depresji poporodowej (a w szczególności podniesienie poziomu wiedzy wśród personelu medycznego zaangażowanego w opiekę nad kobietą i jej rodziną w okresie okołoporodowym) oraz wzrost odsetka kobiet z wczesnie wykrytymi objawami depresji poporodowej i wzrost odsetka kobiet z objawami depresji poporodowej, którym udzielona zostanie pomoc psychologiczna (Zal. 5) .
 - Poprawa wykrywalności i leczenia depresji poporodowej. Zmniejszenie wskaźnika prób samobójczych i samobójstw dokonanych u kobiet w okresie poporodowym (Zal. 6)
 - Mierniki dla proponowanego celu głównego:
 - Ewaluacja efektów poprzez sprawdzanie np. ankietami oceny jakości doświadczonych przez osoby badane usług (KK.w dz. psychologii klinicznej)
 - Mierniki:
 - odsetek kobiet, uzyskujących dodatni wynik w skali ESDP, a mających realną możliwość uzyskania pomocy specjalistycznej (czas do uzyskania konsultacji nie powinien przekraczać tygodnia), a w przypadku ostrych objawów (myśli samobójcze) kobieta powinna mieć zapewnioną natychmiastową pomoc. Docelowy wskaźnik powinien sięgać 100% kobiet.
 - Czas do uzyskania świadczenia wynoszący do 7 dni wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą kobiety w okresie ciąży mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej (art. 47c ust. 1). (KK w dz. perinatologii)
 - Określenie częstości występowania depresji poporodowej; Określenie liczby osób leczonych z powodu depresji poporodowej (jaka część spośród tych, u których ją stwierdzono; Wynik leczenia

- depresji poporodowej (procent osób z poprawą i remisją, po jaki czasie?) (KW w dz. psychiatrii dla woj. Wielkopolskiego)
- Zmniejszenie punktacji w ESPD wśród pacjentek/kobiet, u których w pierwszym badaniu stwierdzono punktacji 10/13 punktów (Zal. 4) .
 - Miernikami dla zaproponowanego powyżej celu głównego będą:
 - Wzrost wiedzy na temat depresji poporodowej (w tym rozpoznawania objawów i czynników ryzyka przy wykorzystaniu EPDS) u co najmniej 70% przedstawicieli personelu medycznego biorących udział w szkoleniach - oceniany na podstawie ankiet ex ante i ex post.
 - Wzrost odsetka osób deklarujących podniesienie poziomu świadomości na temat depresji poporodowej – co najmniej 60 % spośród osób objętych działaniami edukacyjnymi i informacyjnymi (np. realizowanymi za pomocą tradycyjnych środków masowego przekazu, jak i mediów społecznościowych) – oceniany na podstawie ankiet adresowanych do uczestników tych działań, w tym ankiet internetowych.
 - Wzrost odsetka kobiet z wczesnie wykrytymi objawami depresji poporodowej – mierzony liczbą wypełnionych kwestionariuszy EPDS (szacowana liczba będzie zależać od obszaru objętego programem)
 - Zwiększenie liczby przeprowadzonych konsultacji o charakterze psychologicznym adresowanych do kobiet, u których rozpoznano depresję poporodową – mierzone liczbą odbytych konsultacji ((szacowana liczba będzie zależać od obszaru objętego programem) (Zal. 5).

6. Analiza kliniczna

6.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych

<Przedstawić, w jakim zakresie dane zagadnienie może być ocenione za pomocą metod HTA, jeśli istnieje możliwość oceny HTA – wykonać wyszukiwanie rekomendacji i badań, przedstawiając zasady wyszukiwania i wymieniając przeszukiwane źródła. W tym miejscu powinny zostać opisane kroki prowadzące do selekcji rekomendacji i dowodów naukowych włączonych do opracowania, jak: przeszukane źródła, kryteria włączenia/wykluczenia wg. PICOS, wyniki wyszukiwania oraz selekcji. Strategie wyszukiwania, schemat graficzny etapów wyszukiwania i selekcji w postaci diagramu zgodnego z zaleceniami QUOROM, tabele włączonych i wykluczonych publikacji (z podaniem przyczyn wykluczenia) – powinny być umieszczone w rozdziale „Załączniki” na końcu dokumentu – wówczas odpowiednie odesłanie powinno znaleźć się w tekście>

W poszukiwaniu dowodów naukowych przeszukano następujące źródła: Medline (przez PubMed), Embase (przez OVID), Cochrane Library.

Dodatkowo przeprowadzono ręczne wyszukiwanie dowodów naukowych/rekomendacji w następujących źródłach: *Australian Government – Department of Health (AGDoH)*, *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, *Guidelines International Network (G-I-N)*, *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Prescrire International*, *TRIP Database*, *U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)*, *World Health Organization (WHO)*.

Populacja	Kobiety w okresie okołoporodowym
Interwencja	Badanie przesiewowe z wykorzystaniem kwestionariusza przesiewowego w kierunku depresji poporodowej, wczesne wykrywanie depresji poporodowej
Komparator	Nie ograniczono
Efekty zdrowotne	Nie ograniczono
Rodzaj badań	Przeglądy systematyczne z i bez metaanalizy, wytyczne oraz rekomendacje kliniczne
Ograniczenia	Publikacje w języku angielskim lub polskim

Do analizy włączono łącznie 8 publikacji oraz 6 opinii ekspertów klinicznych:

- 8 przeglądów systematycznych/metaanaliz
 - 7 ze strategii wyszukiwania (Long 2019; Huang 2018; Chorwe-Sungami 2017; O'Connor 2016; Owara 2016; Morrell 2016, Stephens 2016);
 - 1 z innych źródeł (O'Connor 2019);
- 12 rekomendacji (MZ 2019; RNAO 2019; USPSTF 2019; AGDH 2018; ACOG 2018; NICE 2018; EU 2016; BC 2014; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; Beyondblue 2011; AAFP 2010).

6.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych

Tabela 5. Ocena przeglądów systematycznych narzędziem AMSTAR2

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Metaanaliza O'Connor 2019	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Przegląd systematyczny Long 2019	Tak	Tak	Nie	Nie	-	Nie	-	Krytycznie niska
Metaanaliza Huang 2018	Tak	Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Metaanaliza Chorwe-Sungami 2017	Tak	Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Nie	Nie	Krytycznie Niska
Raport HTA Morrell 2016	Tak	Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Metaanaliza O'Connor 2016	Tak	Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Metaanaliza Stephens 2016	Tak	Tak	Częściowo Tak	Nie	Tak	Nie	Nie	Niska
Metaanaliza Owora 2016	Częściowo Tak	Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Nie	Tak	Niska

Domeny krytyczne: pytanie 2 – przygotowanie protokołu przed wykonaniem przeglądu systematycznego; pytanie 4 – wszechstronna strategia wyszukiwania; pytanie 7 – lista publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu; pytanie 9 – zastosowanie odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego; pytanie 11 – dobór właściwej metody dla przeprowadzenia metaanalizy; pytanie 13 – uwzględnienie indywidualnych ocen ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań; pytanie 15 – uwzględnienie obecności błędu systematycznego publikacji i omówienie jego wpływ na wyniki. Jedno uchybienie w domenie krytycznej oznacza uzyskanie oceny „niska”, zaś dwa i więcej uchybień to ocena „krytycznie niska”. Jeśli w domenach niekrytycznych występują liczne uchybienia, to powodują one obniżenie oceny końcowej.

Narzędzie do krytycznej oceny przeglądów systematycznych AMSTAR2 pozwala na wyselekcjonowanie publikacji o najwyższej jakości. Takimi pracami są: Metaanaliza Huang 2018, raport HTA Morrell 2016 oraz metaanaliza O'Connor 2019. Już jedno uchybienie w domenie krytycznej skutkuje obniżeniem oceny przeglądu systematycznego do wartości „niska”. Taka sytuacja miała miejsce w przypadku metaanalizy Owora 2016; metaanalizy Stephens 2016 oraz metaanalizy O'Connor 2016 gdzie zabrakło: uwzględnienia obecności błędu systematycznego publikacji i omówienie jego wpływ na wyniki oraz uwzględnienia indywidualnych ocen ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań. Te braki powodują niepełną transparentność w opracowywaniu wyników metaanaliz oraz opracowaniu wniosków płynących z przeglądów systematycznych. W przeglądzie systematycznym Long 2019 nie zastosowano żadnych metod oceny błędu systematycznego oraz nie uwzględniono indywidualnych ocen ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań. W Metaanalizie Chorwe-Sungami 2017 nie uwzględniono indywidualnych ocen ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań oraz nie uwzględniono obecności błędu systematycznego publikacji i omówienie jego wpływ na wyniki. W efekcie ww. publikacje otrzymały ocenę krytycznie niską, czyli najniższą jaką można uzyskać w narzędziu AMSTAR2.

6.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa

<Należy opisać odnalezione dowody naukowe dotyczące efektywności klinicznej i bezpieczeństwa działań wykorzystywanych w danym zagadnieniu>

Zgodnie z metodologią przedstawioną w rozdziale 6.1. do analizy włączono n=8 przeglądów systematycznych/metaanaliz (przeglądy/analizy włączone ze strategii wyszukiwania n=7, przeglądy/analizy włączone w ramach ręcznego wyszukiwania n=1). Odnalezione wtórne dowody naukowe, swoim zakresem, obejmowały 3 podstawowe tematyki: badania przesiewowe nakierowane na depresję poporodową przy zastosowaniu ESDP (Tabela 7); działania profilaktyczne (Tabela 8) oraz leczenie z użyciem terapii psychologicznych (Tabela 9). Załączone przeglądy systematyczne i metaanalizy zostały rozmieszczone w, odpowiadających im tematycznie, tabelach.

6.3.1. Charakterystyka badań włączonych do analizy

Tabela 6. Charakterystyka badań wtórnych włączonych do analizy

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
<p>O'Connor 2019⁵⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> US Preventive Services Task Force</p>	<p>Rodzaj badania: Przegląd systematyczny z metaanalizą</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Ilość włączonych badań: 50</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT, CCT, PCT,</p> <p>Cel badania: Ocena skuteczności działań w zakresie zapobiegania depresji poporodowej.</p> <p>Komparatory: standardowa opieka bark interwencji lub placebo</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: 2008- 2015</p>	<p>Terapie behawioralne, wliczając w to te nacelowane na system opieki zdrowotnej oraz świadczeniodawców, oraz antydepresantów i suplementów diety.</p>	<p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kobiety w ciąży • Kobiety w okresie po ciąży (do 1 roku) • Kobiety znajdujące się w grupie podwyższonego ryzyka depresji poporodowej. <p><u>Kryteria wyłączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kobiety leczone obecnie lub w przeszłości na zaburzenia i epizody depresyjne • Kobiety z poważnymi stanami medycznymi (np. HIV/AIDS) • Kobiety objęte opieką długoterminową lub opieką domową • Osoby przebywające w ośrodkach zamkniętych (np. zamknięte szpitale psychiatryczne, więzienia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zapadalność na depresję poporodową, jej rozpowszechnienie lub przekroczenie granicy wymaganych objawów • Wpływ konsultacji psychologicznych, ochrony zdrowia i aktywności fizycznej na zapadalność na depresję poporodową, jej rozpowszechnienie lub przekroczenie granicy wymaganych objawów • Wpływ stosowania suplementów diety i antydepresantów na zapadalność na depresję poporodową, jej rozpowszechnienie lub przekroczenie granicy wymaganych objawów
<p>Long 2019⁵⁷</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Nie określono</p>	<p>Rodzaj badania: Przegląd systematyczny badań obserwacyjnych</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IIIA</p> <p>Ilość włączonych badań: 25</p>	<p>Wszelkie dostępne interwencje nacelowane na zintegrowanie opieki położniczej z opieką nad chorymi depresją w systemie opieki ambulatoryjnej</p>	<p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pracownicy ochrony zdrowia m.in. lekarze POZ; położne; ginekolodzy; pediatrzy 	<p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wszelkie wskaźniki odnoszące się do skuteczności skryningu • Wskaźniki odnoszące się do leczenia i liczby nań skierowań

⁵⁶ O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M., Gaynes, B. N., Coppola, E., & Weyrich, M. S. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force.

⁵⁷ Long, M. M., Cramer, R. J., Jenkins, J., Bennington, L., & Paulson, J. F. (2019). A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. Archives of women's mental health, 22(1), 25-36..

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	<p>Rodzaj włączonych badań: Badania obserwacyjne + 1 CCT</p> <p>Cel badania: Przegląd i określenie efektywności interwencji nakierowanych na pracowników ochrony zdrowia, które zostały użyte w celu podniesienia liczby kobiet poddanych skryningowi i sklasyfikowane jako te z PMAD.</p> <p>Komparatory: standardowa opieka</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: 1994-2017</p>			<ul style="list-style-type: none"> Wskaźniki pozytywnych prób skryningowych wskazujących na PMAD Wskaźniki odnoszące się do szacowania wiedzy zastawienia i umiejętności pracowników ochrony zdrowia
<p>Huang 2018⁵⁸</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak</p>	<p>Rodzaj badania: Przegląd systematyczny z metaanalizą</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Ilość włączonych badań: 20</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT</p> <p>Cel badania: Określenie czy terapia behawioralno poznawcza jest skuteczniejsza w poprawie stanów depresyjnych u kobiet po porodzie w porównaniu do standardowego leczenia przy użyciu metaanalizy.</p>	<p>Terapia behawioralno-poznawcza (CBT)</p>	<p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Kobiety, które urodziły dziecko w przeciągu ostatniego roku z kliniczną diagnozą depresji poporodowej lub ryzykiem wystąpienia depresji poporodowej. 	<p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Wszelkie wskaźniki odnoszące się do skuteczności skryningu Wskaźniki odnoszące się do leczenia i liczby nań skierowań Wskaźniki pozytywnych prób skryningowych wskazujących na PMAD Wskaźniki odnoszące się do szacowania wiedzy zastawienia i umiejętności pracowników ochrony zdrowia

⁵⁸ Huang, L., Zhao, Y., Qiang, C., & Fan, B. (2018). Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. PloS one, 13(10), e0205243.

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	Komparatory: standardowe leczenie Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 03.2017			
Chorwe-Sungani 2017⁵⁹ <u>Źródło finansowania:</u> Brak	Rodzaj badania: Przegląd systematyczny Klasyfikacja AOTMIT: IIIA Ilość włączonych badań: 11 Rodzaj włączonych badań: badania obserwacyjne Cel badania: Przegląd obecnych dowodów naukowych w celu określenia czułości i swoistości narzędzi skryningowych w zakresie depresji w opiece okołoporodowej przy wykorzystaniu niskiej ilości zasobów. Komparatory: złoty standard użyty w celu sprawdzenia poprawności testów indeksowych pod kątem badań przesiewowych w zakresie PPD. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: 2000-2015	Dowolne narzędzie służące do skryningu nakierowanego na depresję poporodową	<u>Kryteria włączenia:</u> <ul style="list-style-type: none"> Nie określono 	<u>Pierwszorzędowe:</u> <ul style="list-style-type: none"> Zdolność wybranych narzędzi do wykrywania depresji poporodowej

⁵⁹ Chorwe-Sungani, G., & Chipps, J. (2017). A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. BMC psychiatry, 17(1), 112.

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
<p>O'Connor 2016⁶⁰</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> US Preventive Services Task Force</p>	<p>Rodzaj badania: Przegląd systematyczny z metaanalizą</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Ilość włączonych badań: 65</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT + 1 SER</p> <p>Cel badania: Przegląd systematyczny korzyści i szkód związanych ze skryningiem w kierunku depresji oraz leczeniem, oraz dokładności wybranych narzędzi przesiewowych u kobiet w ciąży i po porodzie .</p> <p>Komparatory: standardowa opieka</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: 2008- 2015</p>	<p>Formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP)</p>	<p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kobiety w wieku 18 i więcej lat, w ciąży bądź w okresie post ciążowym (w trakcie 1 roku po porodzie) • Zamieszkujące bardzo rozwinięte kraje (zgodnie z kryteriami WHO) 	<p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Korzyści płynące ze skryningu: <ul style="list-style-type: none"> ○ częstość występowania depresji w pierwszego roku od skryningu ○ Remisja depresji lub liczba zgłoszeń w przeciągu pierwszego roku od skryningu • Skuteczność interwencji: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dokładność diagnostyczna ESDP w stosunku do wywiadu diagnostycznego ○ Dokładność diagnostyczna Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta (PHQ) w stosunku do wywiadu diagnostycznego • Szkody wynikające z leczenia depresji • Częstość występowania innych poważnych szkód związanych z leczeniem antydepresantami
<p>Morrell 2016⁶¹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Nie określono</p>	<p>Rodzaj badania: Przegląd systematyczny z metaanalizą</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Ilość włączonych badań: 44</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT + przeglądy systematyczne</p>	<p>Wszelkie dostępne interwencje okołoporodowe i poporodowe dla kobiet w ciąży i okresie poporodowym w celu zapobieżenia depresji</p>	<p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kobiety w każdym wieku, które są w ciąży lub urodziły dziecko w przeciągu ostatnich 6 tygodni. • Kobiety poniżej 18 r.ż. będące w ciąży lub okresie poporodowym ze szczególnym uwzględnieniem kobiet, które: <ul style="list-style-type: none"> ○ Są narażone na przemoc 	<p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Efektywność kliniczna interwencji nacelowanych na kobiety w ciąży i w okresie poporodowym w celu zapobieżeniu wystąpienia depresji poporodowej • Efektywność kosztowa interwencji nacelowanych na kobiety w ciąży i w okresie poporodowym w celu

⁶⁰ O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 315(4), 388-406.

⁶¹ Morrell, C. J., Sutcliffe, P., Booth, A., Stevens, J., Scope, A., Stevenson, M., ... & Ren, S. (2016). A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technology Assessment*, 20(37)..

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	<p>Cel badania: Określenie efektywności klinicznej, efektywności kosztowej, akceptowalności i bezpieczeństwa okołoporodowych i poporodowych interwencji dla kobiet w ciąży i okresie poporodowym w celu zapobieżenia depresji poporodowej.</p> <p>Komparatory: brak</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do roku 2013</p>		<ul style="list-style-type: none"> ○ Będące w mniejszości etnicznej ○ Mają dodatni wynik na HIV ○ Żyjące w deprywacji ○ Mające problemy finansowe lub żyjące w ubóstwie ○ Żyjące w wykluczeniu społecznym <ul style="list-style-type: none"> • Kobiety w ciąży lub w okresie poporodowym mające podwyższone wyniki w kwestionariuszach ryzyka przedporodowego (m.in. BDI, ESDP) • Kobiety w ciąży ze zdiagnozowaną depresją przy pomocy <i>Research Diagnostic Criteria</i> lub DSM-IV <p><u>Kryteria wyłączenia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kobiety w okresie poporodowym ze zdiagnozowaną depresją poporodową • Kobiety w ciąży ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi • Kobiety w okresie poporodowym z innymi poważnymi problemami zdrowotnymi 	<p>zapobieżeniu wystąpienia depresji poporodowej</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bezpieczeństwo interwencji naceLOWanych na kobiety w ciąży i w okresie poporodowym w celu zapobieżenia wystąpienia depresji poporodowej
<p>Owora 2016⁶²</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak</p>	<p>Rodzaj badania: Przegląd systematyczny z metaanalizą</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Ilość włączonych badań: 14</p> <p>Rodzaj włączonych badań: badania obserwacyjne</p>	<p>Dowolne narzędzie służące do skryningu nakierowanego na depresje poporodową</p>	<p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kobiety posiadające dzieci w wieku 0 do 5 lat 	<p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie określono

⁶² Owora, A. H., Carabin, H., Reese, J., & Garwe, T. (2016). Summary diagnostic validity of commonly used maternal major depression disorder case finding instruments in the United States: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 205, 335-343.

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	<p>Cel badania:</p> <p>Przeprowadzenie metaanalizy w celu oszacowania użyteczności powszechnie stosowanych narzędzi skryningowych z zakresu depresji poporodowej w USA.</p> <p>Komparatory: złoty standard opieki – ocena psychiatryczna</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: 1994-31.12.2015</p>			
<p>Stephens 2016⁶³</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Nie określono</p>	<p>Rodzaj badania:</p> <p>Przegląd systematyczny z metaanalizą</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Ilość włączonych badań: 10</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT</p> <p>Cel badania:</p> <p>Oszacowanie skuteczności terapii psychologicznych w pierwszej linii leczenia depresji poporodowej.</p> <p>Komparatory: standardowa opieka</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: 1994-31.12.2015</p>	<p>Terapie psychologiczne stosowane w leczeniu depresji poporodowej</p>	<p><u>Kryteria włączenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Kobiety, które spełniły kryteria diagnostyczne stawiane w ESDP (wynik powyżej 12 pkt.) lub BDI (wynik powyżej 10 pkt.) <p>Oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> Mają dzieci poniżej jednego roku życia 	<p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Wpływ terapii psychologicznych na zmianę wyniku narzędzi skryningowych (ESDP lub BDI) natychmiast po zastosowaniu interwencji Wpływ terapii psychologicznych na zmianę wyniku narzędzi skryningowych (ESDP lub BDI) w wydłużonym interwale czasowym Wpływ profilaktycznych terapii psychologicznych na ryzyko względne przekroczenia progów diagnostycznych omawianych narzędzi skryningowych (ESDP>12 lub BDI >10)

⁶³ Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. The Annals of Family Medicine, 14(5), 463-472.

6.3.2. Wyniki analizy skuteczności

Tabela 7. Wyniki przeglądów systematycznych i metaanaliz włączonych do analizy w zakresie skuteczności ESDP

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Okres objęty wyszukiwaniem	Kryteria włączenia do przeglądu (populacja)	Metoda skryningu, komparator	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)			
				Korzyści ze skryningu: Częstość występowania depresji w przebiegu 1 roku od skryningu***	Korzyści ze skryningu: Remisja depresji lub negatywna odpowiedź na leczenie w przebiegu 1 roku od skryningu***	Szkody wynikające z zastosowania skryningu	Dokładność diagnostyczna ESDP w porównaniu do wywiadu diagnostycznego**
O'Connor 2016 ⁶⁴	2008-12.2015	Kobiety w wieku 18 i więcej lat, w ciąży bądź w okresie post ciążowym (w trakcie 1 roku po porodzie), zamieszkujące kraje bardzo rozwinięte (zgodnie z kryteriami WHO)	Formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP) vs. standardowa opieka	RRR 18%-59% (5 badań; n= 9220)	ARI 10%-33,8% (4 badania; n= 9343)	Nie stwierdzono żadnych szkód wynikających ze skryningu (1 badanie; n=462)	<u>Czułość ESDP</u> 0,67(95% CI,[0,18- 0,96]) – 1,00(95% CI,[0,67-1,00]) (23 badań; n=5398) <u>Swoistość ESDP</u> ≥0,87 (23 badań; n=5398)
Chorwe-Sungani 2017 ⁶⁵	2000-2015	-	Dowolne narzędzie służące do skryningu nakierowanego na depresję poporodową VS. złoty standard	Bd.	Bd.	Bd.	<u>Czułość ESDP</u> 0,80 (95% CI,[0,69-1]) (8 badań; n=2032) <u>Swoistość ESDP</u> 0,81 (95% CI,[0,73- 0,92]) (8 badań; n=2032)

⁶⁴ O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 315(4), 388-406

⁶⁵ Chorwe-Sungani, G., & Chippis, J. (2017). A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. *BMC psychiatry*, 17(1), 112.

Owara 2016 ⁶⁶	1994- 31.12.2015	Kobiety posiadające dzieci w wieku 0d 0 do 5 lat	Dowolne narzędzie służące do skryningu nakierowanego na depresję poporodową VS. złoty standard opieki (ocena psychiatryczna)	Bd.	Bd.	Bd.	<p><u>Okres przedporodowy</u></p> <p><u>Czułość ESDP</u> 0,82 (95% BCI,[0,50-0,98]) (10 badań; n=2103)</p> <p><u>Swoistość ESDP</u> 0,91 (95% BCI,[0,66-0,99]) (10 badań; n=2103)</p> <p><u>Okres poporodowy</u></p> <p><u>Czułość ESDP</u> 0,72 (95% BCI,[0,46-0,91]) (10 badań; n=2103)</p> <p><u>Swoistość ESDP</u> 0,97 (95% BCI,[0,84-0,99]) (10 badań; n=2103)</p>
<p>*w zakres leczenia wliczaly się: selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI); Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego nor-epinefryny; bupropion; nefazodon; trazodon; mirtazapina.</p> <p>** We włączonych do przeglądu systematycznych badaniach stosowano różne formy wywiadu diagnostycznego. W badaniach zastosowano następujące modele: Composite International Diagnostic Interview (CIDI); Clinical Schedule-Revised (CIS-R); Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI); Patient Health Questionnaire (PHQ); Present State Examination (PSE); Desearch Diagnostic Criteria (RDC); Schedule for Affective disorders and Schizophrenia (SADS); Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN); Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID); Standardized Psychiatry Interview (SPI).</p> <p>*** Po zakończeniu badania skryningowego, z użyciem formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, pacjenci którzy uzyskali wynik >12 pkt.lub odpowiedzieli pozytywnie na pytanie nr. 10 otrzymali dodatkowe interwencje w postaci: konsultacji z psychologiem i/lub pielęgniarką zdrowia matki i dziecka oraz działania edukacyjne.</p>							

⁶⁶ Owara, A. H., Carabin, H., Reese, J., & Garwe, T. (2016). Summary diagnostic validity of commonly used maternal major depression disorder case finding instruments in the United States: a meta-analysis. Journal of affective disorders, 205, 335-343

Tabela 8. Wyniki przeglądów systematycznych i metaanaliz włączonych do analizy w zakresie skuteczności działań profilaktycznych

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Okres objęty wyszukiwaniem	Kryteria włączenia do przeglądu (populacja)	Interwencja, komparator	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)			
				Ogólny wpływ dostępnych interwencji na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej	Wpływ działań profilaktycznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej	Wpływ poszczególnych działań profilaktycznych na uzyskiwane wyniki w dostępnych narzędziach skryningowych dotyczących depresji poporodowej**	Wpływ interwencji skierowanych do personelu medycznego na działania skryningowe
O'Connor 2019 ⁶⁷	2008-2015	Kobiety w ciąży Kobiety w okresie po ciążowym (do 1 roku) Kobiety znajdujące się w grupie podwyższonego ryzyka depresji poporodowej.	Wszelkie terapie behawioralne, w tym te nacelowane na pracowników ochrony zdrowia oraz zastosowanie antydepresantów i suplementów diety vs. standardowa opieka, brak interwencji lub placebo	RR 0,73 (95% CI,[0,64-0,82]) (43 badania; n= 15 269)	<u>Konsultacje psychologiczne****</u> RR 0,61 (95% CI,[0,47-0,78]) (17 badań; n=3094) <u>Interwencje nakierowane na system ochrona zdrowia*</u> RR 0,60 (95% CI,[0,43-0,83]) (3 badania; n=4738) <u>Aktywność fizyczna</u> RR 0,54 (95% CI,[0,33-0,87]) (3 badania; n=1021) <u>Antydepresanty****</u>	<u>Konsultacje psychologiczne****</u> WMD -1,51 (95% CI,[- 2,84- -0,18]) (13 badań; n=1380) <u>Interwencje nakierowane na system ochrona zdrowia *</u> WMD -3,28 (95% CI,[- 4,01- -2,55]) (1 badanie; n=433) <u>Aktywność fizyczna</u> WMD -3,45 (95% CI,[- 4,99- -1,91]) (2 badania; n=302) <u>Edukacja</u> WMD -1,50 (95% CI,[3,10-0,10]) (1 badanie; n=70)	Bd.

⁶⁷ O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M., Gaynes, B. N., Coppola, E., & Weyrich, M. S. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force.

					<p>RR 0,70 (95% CI,[0,32-1,51]) (2 badania; n=73)</p> <p><u>Suplementy***</u></p> <p>RR 1,71 (95% CI,[0,70-4,17]) (3 badania; n=202)</p>	<p><u>Wsparcie środowiska</u></p> <p>WMD -0,42 (95% CI[-1,49-0,65]) (1 badanie; n=452)</p> <p><u>Sen</u></p> <p>WMD -5,29 (95% CI,[-11,20-0,62]) (1 badanie; n=53)</p> <p><u>Yoga</u></p> <p>WMD -0,53 (95% CI,[-3,48-2,42]) (1 badanie; n=39)</p> <p><u>Suplementy diety</u></p> <p>WMD -0,07 (95% CI,[-1,79-1,64]) (2 badania; n=169)</p>	
Long 2019 ⁶⁸	1994-2017	Pracownicy ochrony zdrowia m.in. lekarze POZ; położne; ginekolodzy; pediatrzy	Wszelkie dostępne interwencje nacelowane na zintegrowanie opieki położniczej z opieką nad chorymi depresją w systemie opieki ambulatoryjnej	Bd.	Bd.	Bd.	<p><u>Edukacja personelu medycznego</u></p> <p>Wzrost wskaźników ukończenia badań przesiewowych z 39% do 100%</p> <p><u>Zmiany w elektronicznej dokumentacji medycznej</u></p> <p>Wzrost odsetka prawidłowo skierowanych kobiet z depresją</p>

⁶⁸ Long, M. M., Cramer, R. J., Jenkins, J., Bennington, L., & Paulson, J. F. (2019). A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. Archives of women's mental health, 22(1), 25-36.

							do leczenia z poziomu 98% do 100%
							<p><u>Prowadzenie ćwiczeń z pacjentem</u></p> <p>Wzrost odsetka kobiet biorących udział w badaniach przesiewowych z 39% do 100%</p>
Morrell 2016 ⁶⁹	Do 2013	<p>Kobiety w każdym wieku, które są w ciąży lub urodziły dziecko w przeciągu ostatnich 6 tygodni.</p> <p>Kobiety poniżej 18 r.ż. będące w ciąży lub okresie poporodowym ze szczególnym uwzględnieniem kobiet, które: są narażone na przemoc; będące w mniejszości etnicznej; mają dodatni wynik na HIV; żyjące w deprivacji; mające problemy finansowe lub żyjące w ubóstwie; żyjące w wykluczeniu społecznym</p>	<p>Wszelkie dostępne interwencje okołoporodowe i poporodowe dla kobiet w ciąży i okresie poporodowym w celu zapobieżenia depresji poporodowej</p>	Bd.	Bd.	<p><u>Przeprojektowana opieka poporodowa świadczona przez położne (12 miesiąc okresu poporodowego)</u></p> <p>-1,43 (95% CrI,[-4,00-1,36]) (1 badanie; n=36)</p> <p><u>Zindywidualizowane podejście do pacjenta</u></p> <p>-0,97 (95% CrI,[-3,54-1,71]) (1 badanie; n=4084)</p> <p><u>Terapia interpersonalna (3 miesiąc okresu poporodowego)</u></p> <p>-1,85 (95% CrI,[-5,60-2,14]) (2 badania; n=169)</p> <p><u>Edukacja (6 miesiąc okresu poporodowego)</u></p>	Bd.

⁶⁹ Morrell, C. J., Sutcliffe, P., Booth, A., Stevens, J., Scope, A., Stevenson, M., ... & Ren, S. (2016). A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. Health Technology Assessment, 20(37).

						-1,32 (95% CrI,[-3,54-1,10]) (2 badania; n=418) <u>Terapia behawioralno-poznawcza</u> -0,78 (95% CrI,[-3,41-1,91]) (1 badanie; n=1633)	
<p>* Interwencje nakierowane na system ochrona zdrowia obejmowały przede wszystkim szkolenia personelu medycznego (położne). W zależności od badania szkolenia te obejmowały: poprawne użytkowanie narzędzi skryningowych oraz właściwe prowadzenie kobiet dotkniętych depresją podczas trwania ciąży (1 badanie); użytkowanie specjalnie przygotowanych wytycznych z zakresu skryningu oraz prowadzenia kobiet dotkniętych depresją oraz innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego podczas trwania okresu poporodowego, wraz z zapewnianiem ulepszonego, nieprzerwanego wsparcia dla ww. osób (2 badania).</p> <p>** Skale użyte w badaniach: CES-D; EPDS; BDI; BDI-II; HDRS;</p> <p>*** Suplementacja z użyciem: kwasu eikozapentaenowego (EPA) lub kwasu dokozaheksaenowego (DHA)</p> <p>**** Użyte antydepresanty: Nortyptylina lub Sertralina</p> <p>***** W ramach konsultacji psychologicznych prowadzone były terapie psychologiczne. W zależności od badania stosowano: terapię behawioralno-poznawczą (CBT); terapie treningu uważności (MT); terapie interpersonalną (IPT).</p>							

Tabela 9. Wyniki przeglądów systematycznych i metaanaliz włączonych do analizy w zakresie skuteczności terapii psychologicznych w leczeniu depresji poporodowej

Metaanaliza/ Przeгляд systematyczny	Okres objęty wyszukiwaniem	Kryteria włączenia do przeglądu (populacja)	Interwencja, komparator	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)		
				Wpływ zastosowania terapii behawioralno-poznawczej na zmianę wyniku otrzymanego z narzędzi skryningowych	Ryzyko nieprzekroczenia przez pacjenta progu diagnostycznego po zastosowaniu interwencji	Wpływ zastosowania innych interwencji psychologicznych na zmianę wyniku otrzymanego z narzędzi skryningowych bezpośrednio po interwencji

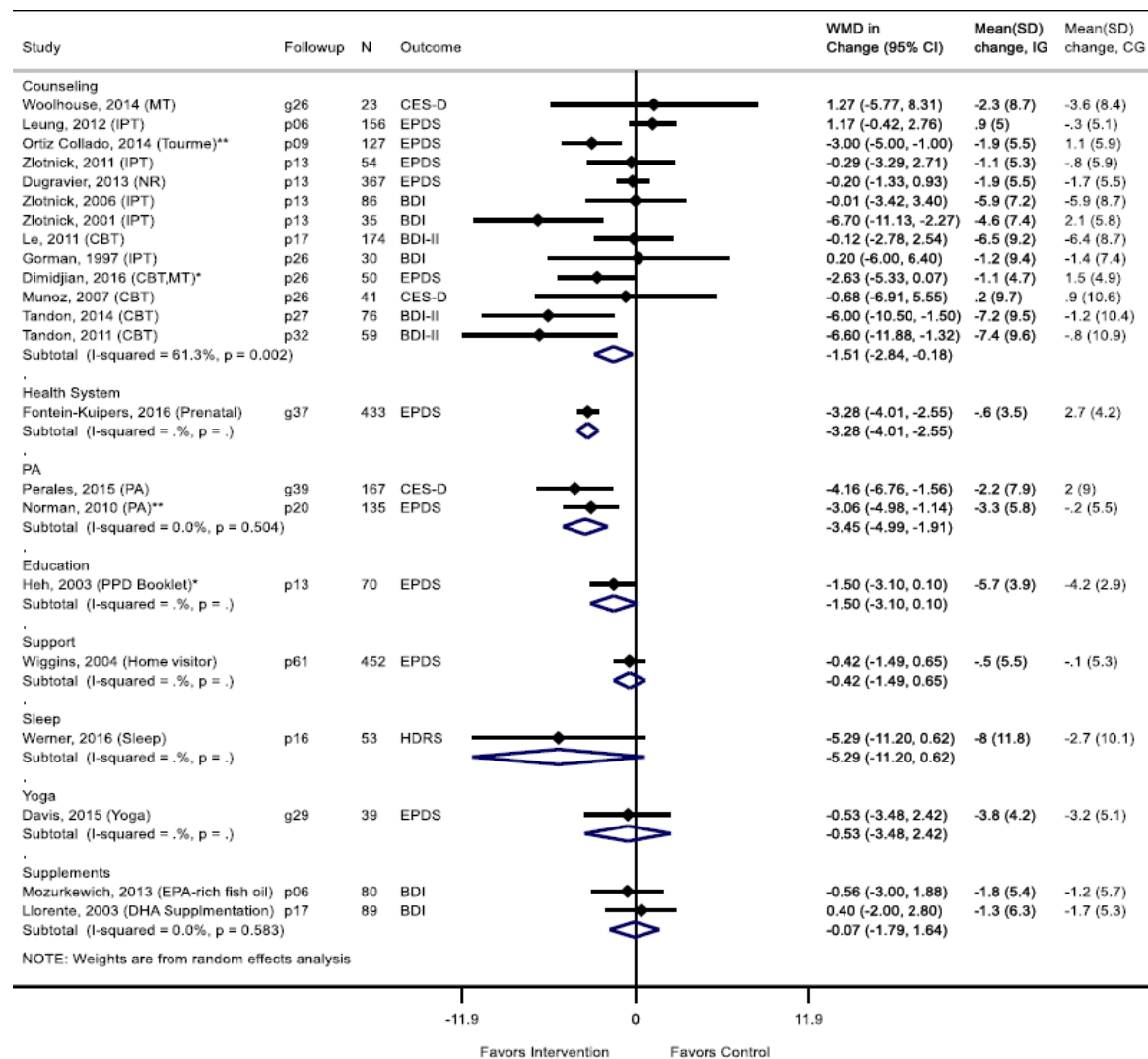
<p>Huang 2018⁷⁰</p>	<p>do 03.2017</p>	<p>Kobiety, które urodziły dziecko w przeciągu ostatniego roku z kliniczną diagnozą depresji poporodowej lub ryzykiem wystąpienia depresji poporodowej</p>	<p>Terapia behawioralno-poznawcza (CBT) VS. Standardowe leczenie</p>	<p><u>Bezpośrednio po interwencji (przy użyciu narzędzia w postaci ESDP)</u> SMD -2,86 (95% CI,[-4,41 - -1,31]) (n=1599; 10 badań)</p> <p><u>Dłuższy okres czasu po interwencji (przy użyciu narzędzia w postaci ESDP)</u> SMD -1,68 (95% CI,[-1,81 - -1,56]) (n=1365; 9 badań)</p>	<p><u>CBT bezpośrednio po interwencji</u> OR 6,57 (95% CI,[1,84-23,48]) (n= 590; 4 badania)</p> <p><u>CBT w dłuższym czasie po interwencji</u> OR 2,00 (95% CI,[1,61-2,48]) (n=1558; 9 badań)</p>	<p>Bd.</p>
<p>Stephens 2016⁷¹</p>	<p>1994- 31.12.2015</p>	<p>Kobiety, które spełniły kryteria diagnostyczne stawiane w ESDP (wynik powyżej 12 pkt.) lub BDI (wynik powyżej 10 pkt.) oraz mają dzieci poniżej jednego roku życia</p>	<p>Terapie psychologiczne stosowane w leczeniu depresji poporodowej VS. standardowa opieka</p>	<p><u>Bezpośrednio po interwencji (bez podziału na poszczególne narzędzia skryningowe)</u> SMD -0,36 (95% CI,[-0,52 - -0,21]) (n=616; 6 badań)</p>	<p><u>Terapia behawioralno-poznawcza</u> OR 1,79 (95% CI,[1,28-2,48]) (n=673; 6 badań)</p> <p><u>Terapia interpersonalna</u> OR 3,26 (95% CI,[1,65-6,48]) (n=170; 2 badania)</p> <p><u>Konsultacje psychologiczne</u> OR 2,61 (95% CI,[1,45-4,70]) (n=206; 3 badania)</p> <p><u>Inne interwencje psychologiczne</u> OR 3,40 (95% CI,[1,75-6,61]) (n=84; 2 badania)</p>	<p><u>Bezpośrednio po interwencji (bez podziału na poszczególne narzędzia skryningowe)</u></p> <p><u>Terapia interpersonalna</u> SMD -0,93 (95% CI,[-1,27 - -0,59]) (n=149; 2 badania)</p> <p><u>Konsultacje psychologiczne</u> SMD -0,29 (95% CI,[-0,53 - -0,05]) (n=276; 3 badania)</p> <p><u>Inne interwencje psychologiczne</u> SMD -0,23 (95% CI,[-0,46 - -0,01]) (n=280; 3 badania)</p>

⁷⁰ Huang, L., Zhao, Y., Qiang, C., & Fan, B. (2018). Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. PloS one, 13(10), e0205243.

⁷¹ Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. The Annals of Family Medicine, 14(5), 463-472.

6.3.2.1. Zmiana wyniku z narzędzia skryningowego po zastosowaniu interwencji

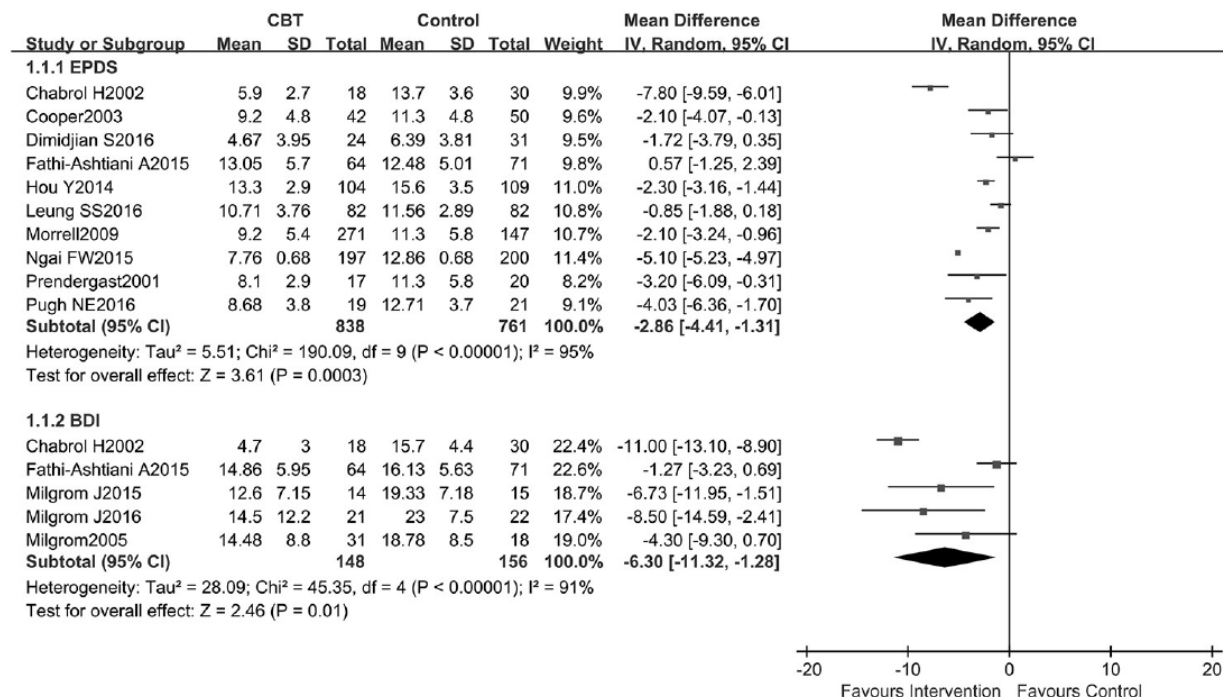
Metaanaliza O'Connor 2019



Rycina 1. Wpływ działań profilaktycznych na uzyskiwane wyniki w dostępnych narzędziach skryningowych (w porównaniu do standardowej opieki lub braku interwencji) (źródło: O'Connor 2019)

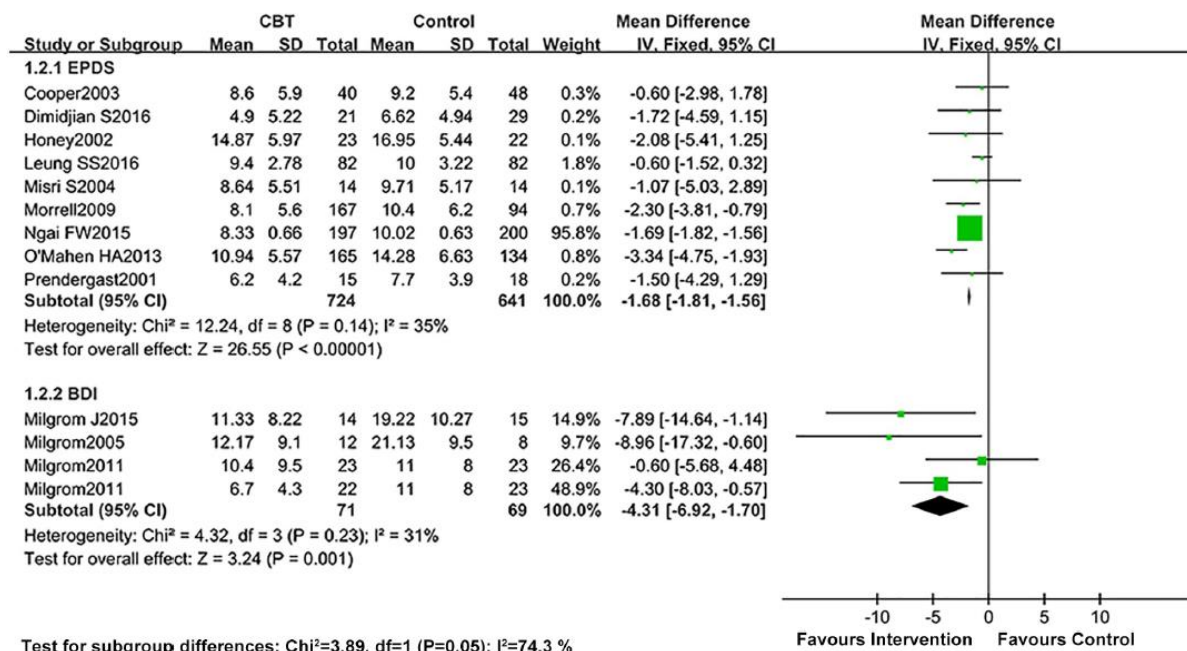
22 badania posłużyło autorom przeglądu do określenia wpływu stosowania poszczególnych działań profilaktycznych na uzyskiwane wyniki w dostępnych narzędziach dotyczących depresji poporodowej w porównaniu do standardowej opieki lub braku tych interwencji. W zakres interwencji profilaktycznych wchodziły takie działania jak: aktywność fizyczna (2 badania); edukacja (1 badanie); wsparcie środowiska (1 badanie); sen (1 badanie); yoga (1 badanie); Interwencje nakierowane na system ochrony zdrowia (1 badanie) oraz konsultacje psychologiczne (13 badań). Przeprowadzona przez autorów metaanaliza wykazała, że stosowanie konsultacji psychologicznych (WMD -1,51 CI,[-2,84- -0,18]), interwencji nakierowanych na system ochrony zdrowia (WMD -3,28 CI,[-4,01- -2,55]), aktywność fizyczna (WMD -3,45 CI,[-4,99- -1,91]) oraz edukacja (WMD -1,50 CI,[3,10-0,10]) mają istotnie statystyczne wpływ na uzyskiwane wyniki, świadczące o możliwie obecnej depresji poporodowej, z dostępnych narzędzi skryningowych. W przypadku wsparcia środowiska (WMD -0,42 CI[-1,49-0,65]); Snu (WMD -5,29 CI,[-11,20-0,62]); yogi (WMD -0,53 CI,[-3,48-2,42]) oraz suplementów diety (WMD -0,07 CI,[-1,79-1,64]) interwencji okazały się nie mieć istotnie statystycznie wpływu na uzyskiwane wyniki w dostępnych narzędziach skryningowych dotyczących depresji poporodowej.

Metaanaliza Huang 2018



Rycina 2. Wpływ interwencji na zmianę wyniku otrzymanego z ESDP i BDI bezpośrednio po wdrożeniu działania (porównanie CBT vs. brak interwencji lub standardowa opieka) (źródło: Huang 2018)

10 badań posłużyło autorom do określenia wpływu zastosowania terapii behawioralno-poznawczej na zmianę wyniku otrzymanego wyniku z narzędzi skryningowych bezpośrednio po zastosowaniu ww. interwencji w porównaniu do standardowego leczenia. Terapia behawioralno-poznawcza ma istotnie statystycznie wpływ na zmianę wyniku otrzymywanego wyniku formularza ESDP (SMD -2,86 CI,[-4,41 - -1,31]). CBT ma również istotnie statystycznie wpływ na zmianę wyniku otrzymywanego wyniku formularza BDI (SMD -6,30 95% CI,[-11,32 - -1,28])

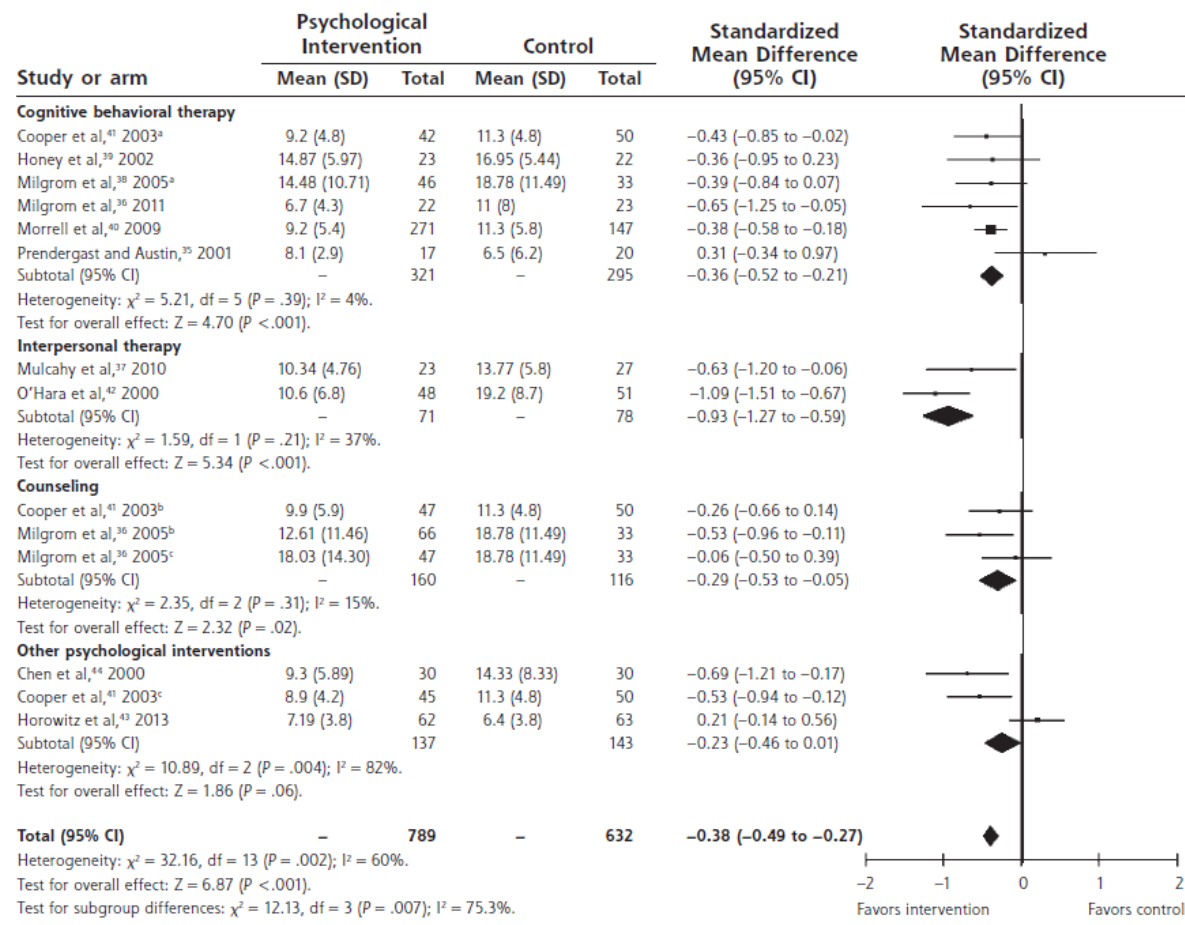


Test for subgroup differences: Chi²=3.89, df=1 (P=0.05); I²=74.3 %

Rycina 3. Wpływ interwencji na zmianę wyniku otrzymanego z ESDP i BDI w dłuższej perspektywie czasu (porównanie CBT vs. brak interwencji lub standardowa opieka) (źródło: Huang 2018)

9 badań posłużyło autorom do określenia wpływu zastosowania terapii behawioralno-poznawczej na zmianę wyniku otrzymanego z narzędzi skryningowych w dłuższej perspektywie czasu po zastosowaniu ww. interwencji w porównaniu do standardowego leczenia. Terapia behawioralno-poznawcza ma istotnie statystycznie wpływ na zmianę wyniku otrzymywanego wyniku formularza ESDP (SMD 1,68 CI,[-1,81 - -1,56]).

Metaanaliza Stephens 2016



^a Cognitive behavioral therapy arms of those trials.

^b Counseling arm (Cooper et al) or individual counseling arm (Milgrom et al).

^c Group counseling arm (Milgrom et al) or psychodynamic therapy arm (Cooper et al).

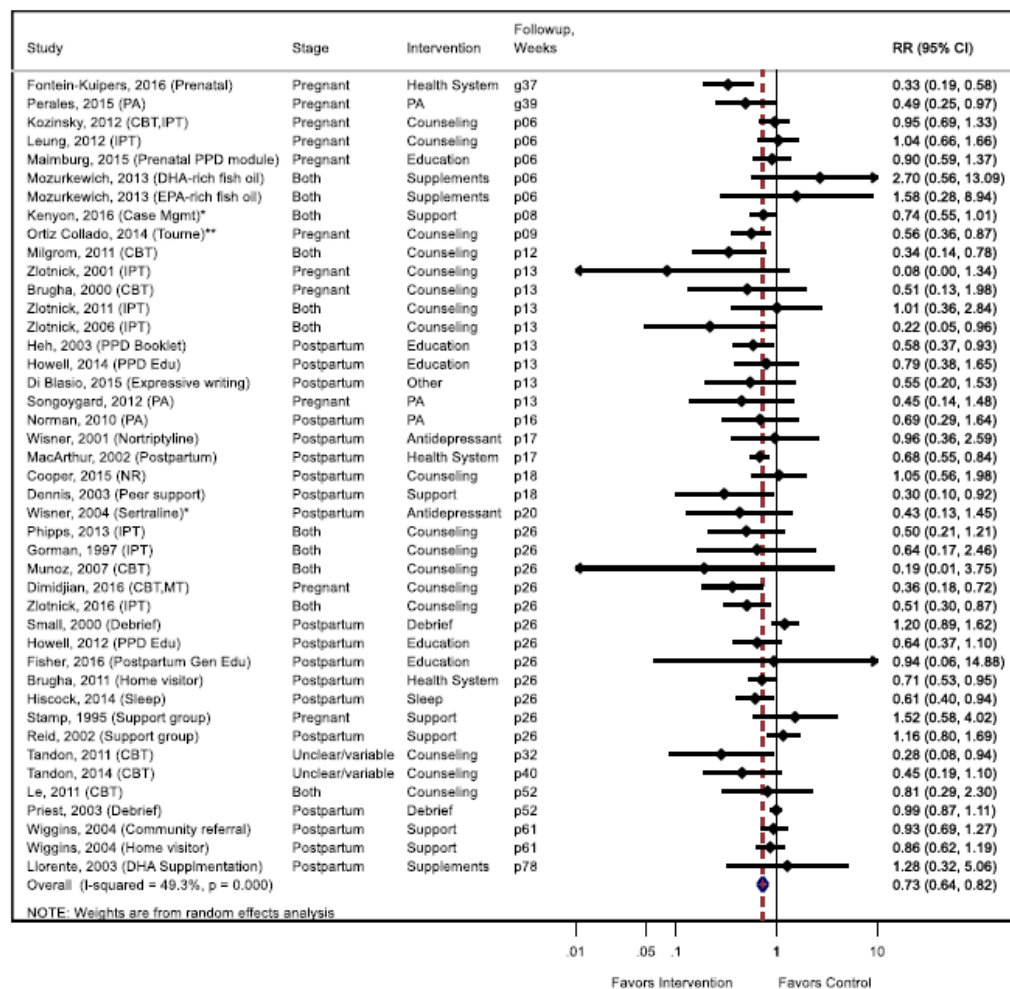
Rycina 4. Wpływ interwencji na zmianę wyniku otrzymanego z ESDP i BDI (interwencje w porównaniu do standardowej opieki) (źródło: Stephens 2016)

14 badań posłużyło autorom przeglądu do oceny wpływu zastosowania różnych terapii psychologicznych na zmianę wyniku otrzymanego z narzędzi skryningowych (m.in. ESDP; CBI; PHQ-9) w porównaniu do braku interwencji lub standardowej opieki. 6 z nich posłużyło do oceny wpływu zastosowania terapii behawioralno-poznawczej a 3 kolejne natomiast posłużyły do oceny konsultacji psychologicznych. 3 badania posłużyły także do oceny wpływu zastosowania innych interwencji psychologicznych a 2 ostatnie posłużyły do oceny wpływu terapii interpersonalnej. Wszystkie z wyżej wymienionych interwencji okazały się mieć istotnie

statystycznie wpływ na zmianę w wyniku otrzymanego z narzędzi skryningowych. Terapia behawioralno-poznawcza ma istotnie statystycznie wpływ na zmianę w wyniku otrzymanego z narzędzi skryningowych (SMD -0,36 CI,[-0,52 - -0,21]). Również terapia interpersonalna (SMD -0,93 CI,[-1,27 - -0,59]), konsultacje psychologiczne (SMD -0,29 CI,[-0,53 - -0,05]) oraz inne interwencje psychologiczne (SMD -0,23 95% CI,[-0,46 - -0,01]) okazały się mieć istotnie statystyczne wpływ na zmianę w wyniku otrzymanego z narzędzi skryningowych bezpośrednio po ich zastosowaniu.

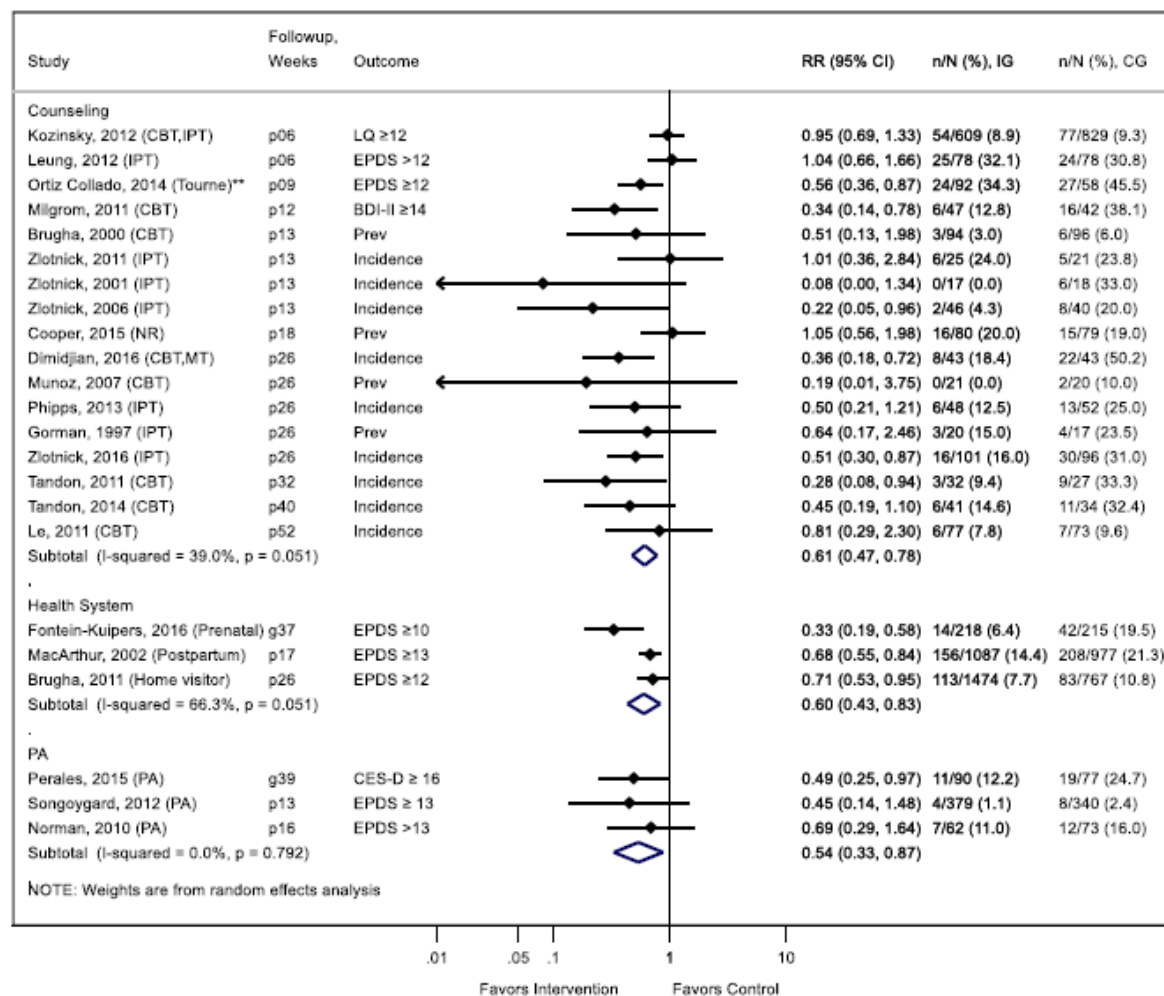
6.3.2.2. Ryzyko depresji poporodowej

Metaanaliza O'Connor 2019



Rycina 5. Ogólny wpływ dostępnych interwencji profilaktycznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej (w porównaniu do braku interwencji) (źródło: O'Connor 2019)

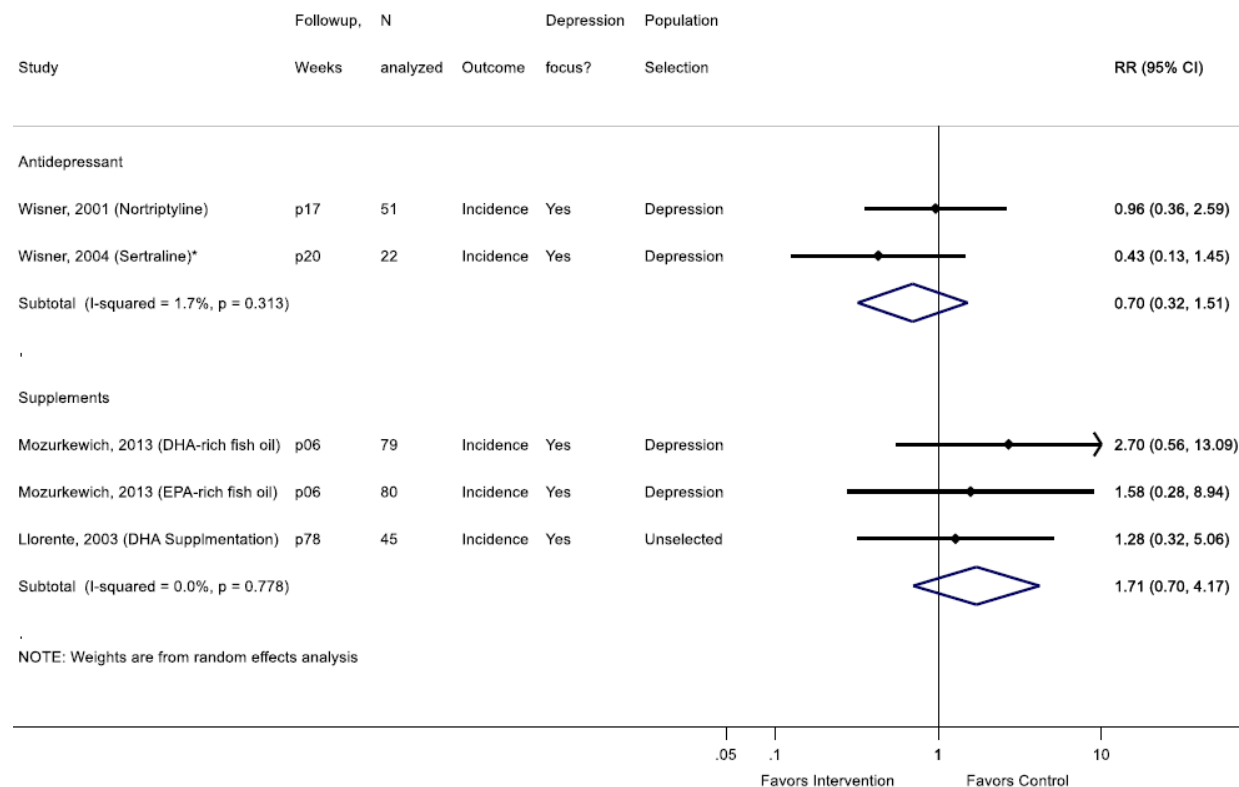
43 badania posłużyło autorom przeglądu do określenia ogólnego wpływu dostępnych interwencji profilaktycznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej w porównaniu do braku interwencji lub standardowej opieki. W zakres interwencji wchodziły takie działania jak: sen; konsultacje psychologiczne; suplementy diety czy edukacja. Przeprowadzona przez autorów metaanaliza wykazała, że stosowanie interwencji profilaktycznych ma istotnie statystyczny wpływ na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej (RR 0,73 CI[0,64-0,82]).



Rycina 6. Wpływ poszczególnych działań profilaktycznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej (konsultacje psychologiczne; Interwencje nakierowane na system ochrony zdrowia; aktywność fizyczna Vs. Standardowa opieka lub brak interwencji) (źródło: O'Connor 2019)

23 badania posłużyło autorom przeglądu do określenia wpływu określonych interwencji profilaktycznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej w porównaniu do braku interwencji lub standardowej opieki. W zakres interwencji wchodziły konsultacje psychologiczne, interwencje nakierowane na system ochrona zdrowia (jak edukacja czy szkolenia w temacie PPD) oraz aktywność fizyczna. W efekcie 17 badań posłużyło do oceny konsultacji psychologicznych a pozostałe 6 posłużyło do oceny interwencji z zakresu ochrony zdrowia (3 badania) oraz aktywności fizycznej (3 badania). Przeprowadzona przez autorów metaanaliza wykazała, że stosowanie interwencji profilaktycznych w postaci konsultacji psychologicznych ma istotnie statystycznie wpływ na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej (RR

0,61 CI,[0,47-0,78]). Istotnie statystyczne okazały się także aktywność fizyczna (RR 0,54 CI,[0,33-0,87]) oraz interwencje nakierowane na system ochrona zdrowia (RR 0,60 CI,[0,43-0,83]).

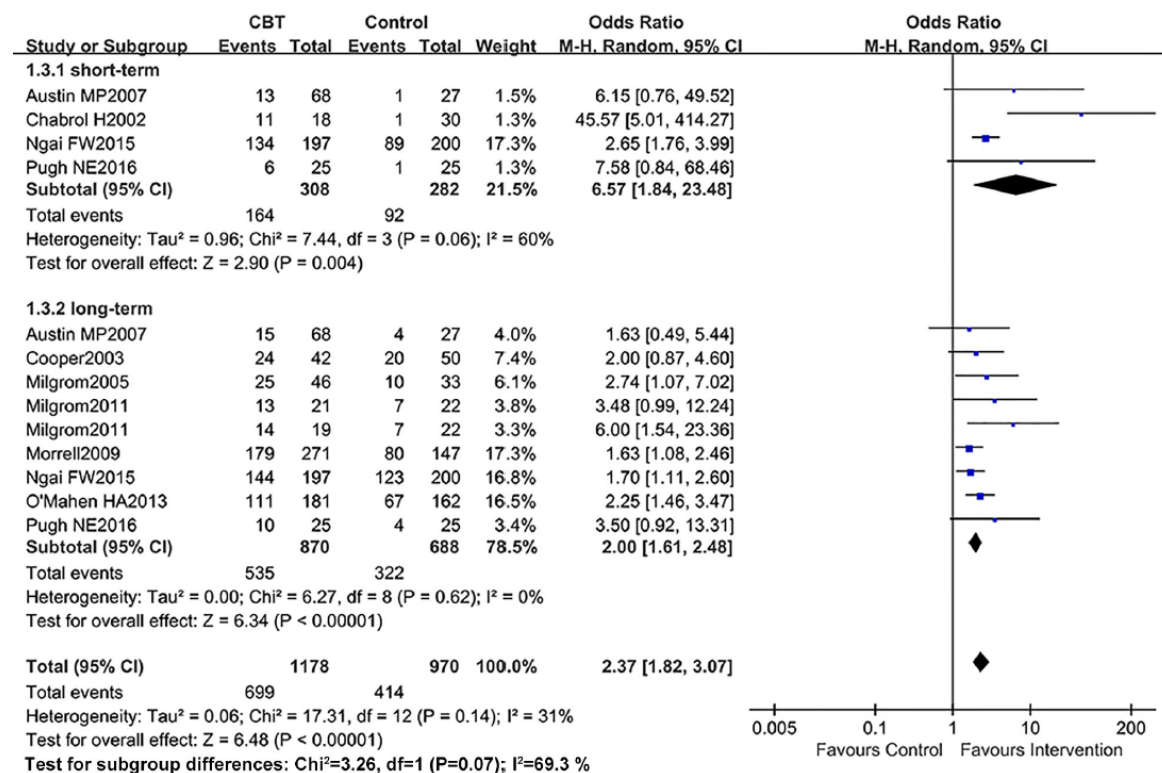


Rycina 7. Wpływ poszczególnych interwencji farmakologicznych na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej (antydepresanty; suplementy diety Vs. Placebo) (źródło: O'Connor 2019)

5 badań posłużyło autorom przeglądu do określenia wpływu stosowania antydepresantów i suplementów diety na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej w porównaniu do placebo. 3 badania posłużyły autorom do oceny wpływu suplementów, 2 pozostałe natomiast zostały spożytkowane w określeniu wpływu antydepresantów. Przeprowadzona przez autorów metaanaliza wykazała, że stosowanie tak antydepresantów (RR 0,70 CI,[0,32-1,51]) jak i suplementów diety (RR 1,71 CI,[0,70-4,17]) nie ma istotnego statystycznie wpływu na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej.

6.3.2.3. Ryzyko przekroczenia progu diagnostycznego przez pacjenta

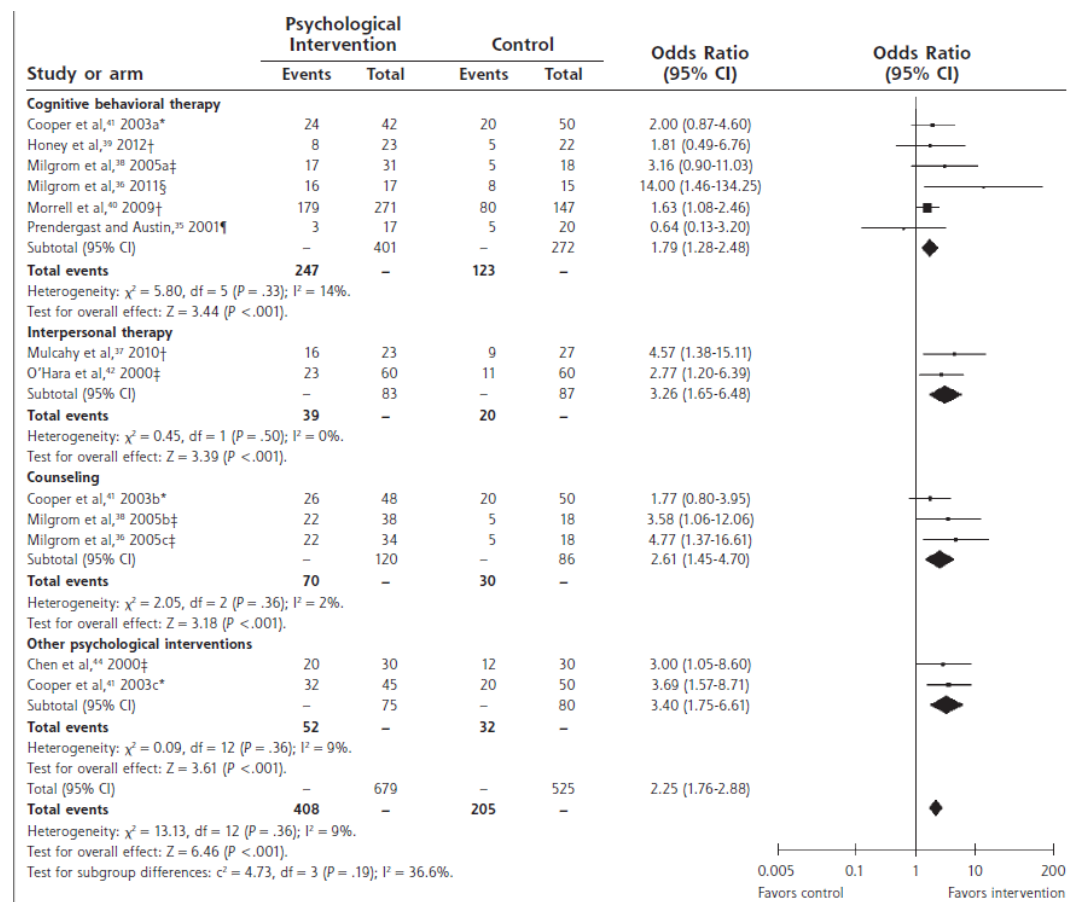
Metaanaliza Huang 2018



Rycina 8. Wpływ interwencji na ryzyko przekroczenia przez pacjenta progu diagnostycznego (terpia behawiorlano-poznawcza Vs. brak interwencji lub standardowa opieka) (źródło: Huang 2019)

15 badań posłużyło autorom do określenia szansy nieprzekroczenia przez pacjenta progu diagnostycznego (różnie definiowanego) po zastosowaniu terapii behawioralno-poznawczej, jako metody leczenia depresji poporodowej w porównaniu do standardowego leczenia. 4 z nich posłużyły do określenia ww. punktu końcowego w krótszym okresie czasu, natomiast kolejne 9 posłużyło do określenia szansy nieprzekroczenia przez pacjenta progu diagnostycznego w dłuższej perspektywie czasu. Terapia behawioralno-poznawcza jest istotnie statystycznie skuteczna w leczeniu depresji poporodowej zarówno w krótkiej (OR 6,57 CI,[1,84-23,48]) jak i dłuższej (OR 2,00 CI,[1,61-2,48]) perspektywie czasu.

Metaanaliza Stephens 2016



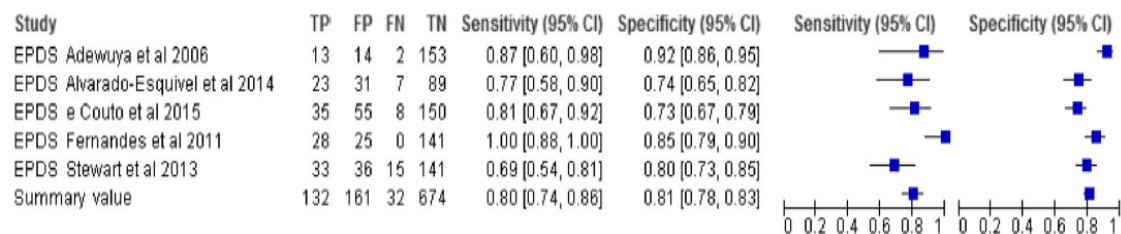
^a Cognitive behavioral therapy arms of those trials.
^b Counseling arm (Cooper et al) or individual counseling arm (Milgrom et al).
^c Group counseling arm (Milgrom et al) or psychodynamic therapy arm (Cooper et al).
^{*} Diagnostic threshold: clinical interview.
[†] Diagnostic threshold: Edinburgh Postnatal Depression Scale score ≥ 12 .
[‡] Diagnostic threshold: Beck Depression Inventory score ≥ 10 .
[§] Diagnostic threshold: Beck Depression Inventory, second version score ≥ 14 .
[¶] Diagnostic threshold: Edinburgh Postnatal Depression Scale score ≥ 10 .

Rycina 9. Wpływ interwencji na ryzyko przekroczenia przez pacjenta progu diagnostycznego (w porównaniu do standardowej opieki) (źródło: Stephens 2016)

13 badań posłużyło autorom przeglądu do określenia ryzyka przekroczenia przez pacjenta progu diagnostycznego (różnie zdefiniowanego) przy zastosowaniu interwencji psychologicznych w porównaniu do standardowej opieki lub braku interwencji. 6 z nich posłużyło do oceny terapii behawioralno-poznawczej a 3 kolejne posłużyły do oceny konsultacji psychologicznych. 2 badania posłużyły także do oceny wpływu zastosowania innych interwencji psychologicznych a 2 ostatnie z kolei posłużyły do oceny wpływu terapii interpersonalnej. Terapia behawioralno-poznawcza ma istotnie statystycznie pozytywny wpływ na ryzyko przekroczenia przez pacjenta progu diagnostycznego (OR 1,79 CI,[1,28-2,48]). Tyczy się to także terapii interpersonalnej (OR 3,26 CI,[1,65-6,48]), konsultacji psychologicznych (OR 2,61 CI,[1,45-4,70]) oraz innych interwencji psychologicznych (OR 3,40 CI,[1,75-6,61]) okazały się mieć istotnie statystycznie pozytywny wpływ na ryzyko przekroczenia przez pacjenta progu diagnostycznego.

6.3.2.4. Czulość i swoistość narzędzi skryningowych

Metaanaliza Chorwe-Sungani 2017



Rycina 10. Czulość i swoistość Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w wykrywaniu depresji poporodowej (źródło: Chorwe-Sungani 2017)

6 badań posłużyło autorom metaanalizy do oszacowania czulości i swoistości Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. W wyniku metaanalizy autorzy przeglądu oszacowali czulość testu na poziomie 0,81 (95% CI,[0,69-1]) oraz swoistość na poziomie 0,81 (95% CI,[0,73-0,92]).

6.3.3. Wyniki analizy bezpieczeństwa

W wyniku prac analitycznych odnaleziono jedną metaanalizę oraz przegląd HTA odnoszące się do potencjalnych szkód wynikających z prowadzenia działań skryningowych. W autorzy metaanalizy O'Connor 2016 stwierdzili w oparciu o jedno badanie RCT Leung 2010, o łącznej populacji 462 kobiet, że skryning z użyciem ESDP nie prowadzi do wystąpienia żadnych szkód. Natomiast w przypadku raportu HTA Morrell 2016, autorzy określili stygmatyzację społeczną jako jedną z potencjalnych szkód płynących ze skryningu z użyciem ESDP oraz z działań profilaktycznych. Jednakże nie zaprezentowano żadnych wartości liczbowych odnoszących się do ryzyka wystąpienia zdarzenia jako skutku prowadzenia działań skryningowych i profilaktycznych.

6.3.4. *Efektywność kosztowa***Metaanaliza Morrell 2016**

Interwencja	Szacowany inkrementalny koszt*	Średnie inkrementalne QALY*	Koszt na QALY w porównaniu do standardowej opieki	Częstość generowania przez interwencję większego QALY niż standardowa opieka (%)	Inkrementalny koszt, który skutkuje kosztem £20 tyś./QALY**	Pełna analiza, koszt na QALY (£)***
Analiza przypadku						
Przeprojektowana poporodowa opieka położnych	107,64	0,0236	4570	89,2	471	12 961
Edukacja przygotowująca do rodzicielstwa (tzw. szkoły rodzenia)	266,17	0,0158	16,811	93,3	317	16 811
Interwencja skoncentrowana na pacjencie (PCA)	3,00	0,0067	447	63,5	134	447
Analiza wrażliwości						
Przeprojektowana poporodowa opieka położnych	107,64	0,0363	2963	92,8	727	9340
Edukacja przygotowująca do rodzicielstwa (tzw. szkoły rodzenia)	266,17	0,0193	13,785	86,4	386	13 785
Interwencja skoncentrowana na pacjencie (PCA)	3,00	0,0119	251	62,9	239	251
* w porównaniu do standardowej opieki						
**liczba ujemna świadczy o tym, że interwencja musiałaby być tańsza od standardowej opieki						
***Wszelkie inkrementalne wartości są na 1 kobietę.						

Autorzy metaanalizy stwierdzają, że prowadzenie pewnych działań profilaktycznych jest bardziej efektywne kosztowo niż ich nie prowadzenie. Najbardziej kosztowo efektywnymi interwencjami okazały się przeprojektowana opieka położnych (interwencja oparta o raporty sporządzone przez agendy rządowe Wielkiej Brytanii w celu udoskonalenia opieki okołoporodowej)(£9340/QALY), interwencje skoncentrowane na pacjencie (podejście obejmujące skupienie terapii na pacjencie i jego postrzeganiu siebie. Terapeuta ma za zadanie zrozumienie jego perspektywy i wdrożenie działań wspierających akceptację przez pacjenta samego siebie) (£251/QALY) oraz edukacja przygotowująca do rodzicielstwa (tzw. szkoły rodzenia nakierowane na poprawę wiedzy kobiet o ich własnym zdrowiu i zachęcenie do podjęcia aktywności w celu jego polepszenia) (£13785/QALY), zarówno w analizie wrażliwości jak i w analizie przypadku (odpowiednio: £12961/QALY; £16811/QALY; £477/QALY). Interwencje te zapewniają większą liczbę QALY w porównaniu do standardowej opieki (brak interwencji).

Autorzy metaanalizy wskazują, że szacunki w zakresie efektywności kosztowej są obciążone pewnym ryzykiem błędu.

6.4. Ograniczenia analizy klinicznej

<Jeżeli w odnalezionych badaniach określone były ograniczenia należy je opisać>

- Uwzględniono wyłącznie publikacje w języku angielskim i polskim.
- Wyszukiwanie zawężono do najwyższych poziomów hierarchii doniesień naukowych, tj. przeglądów systematycznych z metaanalizą (badania wtórne)
- Komparatory w odnalezionych przeglądach systematycznych/ metaanalizach były zróżnicowane – porównywano EDSP z brakiem skryningu lub standardową opieką; narzędziem PHQ-9 lub innymi narzędziami służącymi do skryningu w kierunku depresji poporodowej.
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych dowodów naukowych dotyczyły zróżnicowanej populacji pod względem położenia etnicznego i geograficznego.
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych dowodów naukowych nie uwzględniały populacji polskiej.
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych dowodów naukowych cechowała duża heterogeniczność (m.in. różne narzędzia skryningowe; zróżnicowane progi odcięcia tych narzędzi czy różnice w zakresie stosowanych interwencji)
- Wyszukane publikacje zostały utworzone w powiązaniu z kontekstem kulturowym, ekonomicznym oraz sposobem funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który pod różnymi względami może być różny od rozwiązań obecnych w Polsce.

7. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego

<Wskazać warunki realizacji programów polityki zdrowotnej na podstawie odnalezionych rekomendacji, badań wtórnych, analiz, opinii ekspertów oraz aktów prawnych>

Tabela 10. Warunki realizacji opracowane na podstawie odnalezionych rekomendacji

Interwencja	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	<ul style="list-style-type: none"> Nie określono
Wymagania wobec personelu	<ul style="list-style-type: none"> prorowadzenie skryningu z użyciem ESDP: lekarze ginekolodzy i/lub położne (MZ 2019) prorowadzenie skryningu z użyciem ESDP: lekarze rodzinni i położne środowiskowe wizyty patronażowej (MZ 2019; ACOG 2018;) leczenie prowadzone przez specjalistów psychiatrii i psychologów (MZ 2019) działania profilaktyczne prowadzone przez pielęgniarkę zdrowia publicznego lub położną wyszkoloną w identyfikacji objawów depresji oraz w zapewnianiu podstawowego wsparcia psychicznego (EU 2016)
Wymagania sprzętowe	<ul style="list-style-type: none"> Nie określono

Tabela 11. Warunki realizacji opracowane na podstawie opinii ekspertów

Interwencja	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	<ul style="list-style-type: none"> Nie określono
Wymagania wobec personelu	<ul style="list-style-type: none"> W zakresie konsultacji psychologicznych: Psycholog kliniczny lub lekarz-psychiatra W zakresie dalszego prowadzenia pacjentki ze stwierdzoną depresją poporodową: lekarz POZ, psycholog klinicznych, psychiatra Szkolenia personelu medycznego prowadzone przez specjalistę w zakresie psychologii klinicznej, psychiatrii lub psychoterapii
Wymagania sprzętowe	<ul style="list-style-type: none"> Nie określono

8. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym

<Wskazać wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji programów polityki zdrowotnej na podstawie odnalezionych rekomendacji, badań wtórnych, analiz oraz opinii ekspertów>

Tabela 12. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w opiniach Prezesa AOTMiT

Nr opinii Prezesa Agencji	Zaproponowane wskaźniki
<p>28/2015 z dnia 9 lutego 2015 r.</p> <p>Opinia prezesa: pozytywna warunkowo</p>	<p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba osób, która została zaproszona do uczestnictwa w programie, <p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba materiałów informacyjnych/edukacyjnych wydrukowanych oraz dostarczonych do uczestników programu • liczba osób, która zgłosiła się po poradę do wybranego pracownika systemu opieki zdrowotnej w omawianym zakresie w porównaniu z rokiem poprzedzającym realizację programu <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kwestionariusz oceny jakości świadczeń do wypełnienia przez pacjentów <p><u>Ewaluacja programu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • poziom wiedzy uczestników przed i po realizacji programu określony na podstawie narzędzia stworzonego przez realizatorów interwencji pierwszej, • poziom współczynnika zachorowalności na depresję w kraju przed i po realizacji programu
<p>70/2017 z dnia 7 kwietnia 2017 r.</p> <p>Opinia prezesa: pozytywna</p>	<p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba przeszkolonych lekarzy POZ • liczba przebadanych osób w ramach profilaktyki wstępnej • liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie z uwzględnieniem przyczyn rezygnacji <p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba rozkolportowanych (min. 10.000) materiałów edukacyjnych (broszury) wśród osób pracujących na rzecz POZ oraz wśród grupy docelowej • odsetek uczestników projektu deklarujących wzrost wiedzy na temat rozpoznawania i leczenia depresji - co najmniej 60% • liczba przeprowadzonych akcji edukacyjnej dla pacjentów przy możliwym współudziale organizacji pozarządowych • liczba porad edukacyjnych mających na celu uświadomienie wagi problemu depresji, znaczeniu wczesnego jej rozpoznawania i leczenia udzielonych przez personel medyczny • liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • kwestionariusz oceny jakości świadczeń do wypełnienia przez pacjentów oraz lekarzy POZ • ocena jakości dokumentacji medycznej w zakresie jej kompletności oraz korespondencji pomiędzy personelem medycznym
<p>265/2017 z dnia 20 września 2017 r.</p> <p>Opinia prezesa: pozytywna warunkowo</p>	<p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba przeszkolonych położnych, pielęgniarek i lekarzy POZ,

	<ul style="list-style-type: none"> • liczba kobiet, które wypełniły formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (z położną lub pielęgniarką lub on-line) • liczba przeprowadzonych konsultacji psychologicznych <p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • odsetek pracowników ochrony zdrowia deklarujących wzrost wiedzy w zakresie rozpoznania objawów depresji poporodowej oraz stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej – co najmniej 70% • liczba wypełnionych z kobietami w okresie poporodowym formularzy Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej • liczba przeprowadzonych konsultacji psychologicznych • liczba rozkolportowanych materiałów edukacyjnych (broszury, ulotki, plakaty) wśród grupy docelowej • liczba przeprowadzonych akcji edukacyjnej dla kobiet przy możliwym współdziałaniu organizacji pozarządowych <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • kwestionariusz oceny jakości świadczeń do wypełnienia przez pacjentów oraz lekarzy POZ <p><u>Ewaluacja programu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Przeprowadzona na podstawie wskazanych w treści projektu mierników efektywności
<p>62/2012 z dnia 23 kwietnia 2012</p> <p>Opinia prezesa: negatywna</p>	<p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilość kobiet objętych programem <p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilość wykrytych depresji <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • kwestionariusz oceny jakości świadczeń do wypełnienia przez pacjentów <p><u>Ewaluacja programu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilość wykrytych depresji
<p>34/2012 z dnia 26 marca 2012 r.</p> <p>Opinia prezesa: negatywna</p>	<p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba dzieci, których rodzice wyrazili zgodę na udział w programie • liczba kobiet, która wzięła udział w spotkaniu z psychologiem • liczba kobiet, która wypełniła kwestionariusz ESDP <p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • częstość leczenia depresji w warunkach szpitalnych w stosunku do częstości leczenia w warunkach ambulatoryjnych <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • kwestionariusz oceny jakości świadczeń do wypełnienia przez pacjentów oraz lekarzy POZ <p><u>Ewaluacja programu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Częstość występowania zaburzeń depresyjnych

Tabela 13. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w opiniach ekspertów

<p>Zaproponowane wskaźniki</p>
<p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba osób, która została włączona do programu

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- liczba zdiagnozowanych depresji poporodowych
- liczba pacjentek ze zmniejszonym wynikiem ESPD po zastosowaniu interwencji profilaktycznych
- liczba pacjentek deklarujących wzrost poziomu świadomości na temat depresji porodowej

Ocena jakości świadczeń w ramach programu:

- Kwestionariusz oceny jakości świadczeń do wypełnienia przez pacjentów

Ewaluacja programu

- liczba osób, która została skierowana do leczenia depresji porodowej
- odsetek kobiet z wczesnie wykrytymi objawami depresji poporodowej
- liczba przeprowadzonych konsultacji o charakterze psychologicznym

9. Podsumowanie

9.1. Kluczowe wnioski wynikające z zebranych danych w odniesieniu do pytań klinicznych

Informacje przedstawione poniżej stanowią podsumowanie z odnalezionych i opisanych rekomendacji klinicznych, opinii ekspertów, przeglądów systematycznych, badań pierwotnych, weryfikacji założeń zgromadzonych PPZ oraz opinii Prezesa wydanych do przedmiotowych PPZ, w kontekście zadanych pytań klinicznych (PK) opisanych w rozdziale 6.1.

Do analizy włączono: 6 metaanaliz oraz 2 przeglądy systematyczne. Badania wtórne uwzględniały wiele badań pierwotnych charakteryzujące się dużą heterogenicznością. Populacje tych badań najczęściej stanowiły: kobiety w ciąży i po porodzie z obecnością czynników podnoszących ryzyko wystąpienia depresji poporodowej m.in. uprzednio przeżyta depresja lub doświadczone molestowanie seksualne. Żadne dodatkowe kryteria włączenia nie zostały uwzględnione w badaniach wtórnych.

Do analizy włączono 6 metaanaliz, jednak pytanie kliniczne nie było w żaden sposób ograniczone efektami zdrowotnymi (O'Connor 2019; Huang 2018; Chorwe-Sungami 2017; Morrell 2016; Stephens 2016; Owora 2016).

Zmiana wyniku z narzędzia skryningowego po zastosowaniu interwencji:

- Konsultacje vs. standardowa opieka lub brak interwencji: WMD -1,51 (95% CI,[-2,84- -0,18]) (O'Connor 2019; 13 badań; n=1380)
- Interwencje nakierowane na system ochrona zdrowia vs. standardowa opieka lub brak interwencji: WMD -3,28 (95% CI,[-4,01- -2,55]) (O'Connor 2019; 1 badanie; n=433)
- Aktywność fizyczna vs. standardowa opieka lub brak interwencji: WMD -3,45 (95% CI,[-4,99- -1,91]) (O'Connor 2019; 2 badania; n=302)
- Edukacja vs. standardowa opieka lub brak interwencji: WMD -1,50 (95% CI,[3,10-0,10]) (O'Connor 2019; 1 badanie; n=70)
- Wsparcie środowiska vs. standardowa opieka lub brak interwencji: WMD -0,42 (95% CI[-1,49-0,65]) (O'Connor 2019; 1 badanie; n=452)
- Sen vs. standardowa opieka lub brak interwencji: WMD -5,29 (95% CI,[-11,20-0,62]) (O'Connor 2019; 1 badanie; n=53)
- Yoga vs. standardowa opieka lub brak interwencji: WMD -0,53 (95% CI,[-3,48-2,42]) (O'Connor 2019; 1 badanie; n=39)
- Suplementy diety vs. placebo lub brak interwencji: WMD -0,07 (95% CI,[-1,79-1,64]) (O'Connor 2019; 2 badania; n=169)
- CBT (bezpośrednio po interwencji) vs. standardowe leczenie: SMD -2,86 (95% CI,[-4,41 - -1,31]) (Huang 2018; n=1599; 10 badań)
- CBT (dłuższy okres czasu po interwencji) vs. standardowe leczenie: SMD -1,68 (95% CI,[-1,81 - -1,56]) (Huang 2018; n=1365; 9 badań)
- CBT (bezpośrednio po interwencji) vs. standardowe leczenie: SMD -0,36 (95% CI,[-0,52 - -0,21]) (Stephens 2016; n=616; 6 badań)
- ITP (bezpośrednio po interwencji) vs. standardowa opieka: SMD -0,93 (95% CI,[-1,27 - -0,59]) (Stephens 2016; n=149; 2 badania)
- Konsultacje vs. standardowa opieka: SMD -0,29 (95% CI,[-0,53 - -0,05]) (Stephens 2016; n=276; 3 badania)
- Inne interwencje psychologiczne vs standardowa opieka: SMD -0,23 (95% CI,[-0,46 - -0,01]) (Stephens 2016; n=280; 3 badania)

Ryzyko depresji poporodowej:

- Interwencje profilaktyczne ogółem vs. standardowa opieka lub brak interwencji: RR 0,73 (95% CI,[0,64-0,82]) (O'Connor 2019; 43 badania; n= 15 269)
- Konsultacje vs. standardowa opieka lub brak interwencji: RR 0,61 (95% CI,[0,47-0,78]) (O'Connor 2019; 17 badań; n=3094)

- Interwencje nakierowane na system ochrona zdrowia vs. standardowa opieka lub brak interwencji: RR 0,60 (95% CI,[0,43-0,83]) (O'Connor 2019; 3 badania; n=4738)
- Aktywność fizyczna vs. standardowa opieka lub brak interwencji: RR 0,54 (95% CI,[0,33-0,87]) (O'Connor 2019; 3 badania; n=1021)
- Antydepresanty vs. standardowa opieka lub brak interwencji: RR 0,70 (95% CI,[0,32-1,51]) (O'Connor 2019; 2 badania; n=73)
- Suplementy diety vs. standardowa opieka lub brak interwencji: RR 1,71 (95% CI,[0,70-4,17]) (O'Connor 2019; 3 badania; n=202)

Ryzyko przekroczenia progu diagnostycznego przez pacjenta:

- CBT (w krótkiej perspektywie czasu) vs. brak interwencji lub standardowa opieka: OR 6,57 (95% CI,[1,84-23,48]) (Huang 2018; n= 590; 4 badania)
- CBT (w dłuższej perspektywie czasu) vs. brak interwencji lub standardowa opieka: OR 2,00 (95% CI,[1,61-2,48]) (Huang 2018; n=1558; 9 badań)
- CBT vs. standardowa opieka: OR 1,79 (95% CI,[1,28-2,48]) (Stephens 2016; n=673; 6 badań)
- ITP vs. standardowa opieka: OR 3,26 (95% CI,[1,65-6,48]) (Stephens 2016; n=170; 2 badania)
- Konsultacje vs. standardowa opieka: OR 2,61 (95% CI,[1,45-4,70]) (Stephens 2016; n=206; 3 badania)
- Inne interwencje psychologiczne vs. standardowa opieka: OR 3,40 (95% CI,[1,75-6,61]) (Stephens 2016; n=84; 2 badania)

Czułość i swoistość narzędzi skryningowych

- ESDP: czułość 0,80 (95% CI,[0,69-1]) (8 badań; n=2032); swoistość 0,81 (95% CI,[0,73-0,92]) (8 badań; n=2032) (Chorwe-Sungani 2017)
- ESDP (okres przedporodowy): czułość 0,82 (95% BCI,[0,50-0,98]) (10 badań; n=2103); swoistość 0,91 (95% BCI,[0,66-0,99]) (10 badań; n=2103) (Owara 2016)
- ESDP (okres poporodowy): czułość 0,72 (95% BCI,[0,46-0,91]) (10 badań; n=2103); swoistość 0,97 (95% BCI,[0,84-0,99]) (10 badań; n=2103) (Owara 2016)

9.2. Podsumowanie raportu w zakresie istotnym dla utworzenia schematu PPZ

- Populacja, która jest zalecana do objęcia skryningiem z użyciem Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, stanowią kobiety w okresie okołoporodowym i do jednego roku po porodzie (MZ 2019; RNAO 2019; USPSTF 2019; AGDH 2018; ACOG 2018; NICE 2018; EU 2016; BC Mental Health 2014; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; Beyondblue 2011; AAFP 2010) oraz kobiety w ciąży u których stwierdzono obecność dodatkowych czynników ryzyka jak przebyta depresja czy doświadczone w przeszłości molestowanie seksualne (MZ 2019; NICE 2018; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; AAFP 2010).
- Planowane interwencje w zakresie PPZ powinny obejmować: badanie przesiewowe z użyciem ESDP (MZ 2019; AGDH 2018; BC Mental Health 2014; NICE/NCCMH 2014; SIGN 2012; Beyondblue 2011; AAFP 2010); edukację kobiet w zakresie depresji poporodowej (MZ 2019; USPSTF 2019; NICE 2018; EU 2016; BC 2014; NICE/NCCMH 2014); szkolenia personelu medycznego w ww. zakresie (RNAO 2019; ACOG 2018; EU 2016; Beyondblue 2011) oraz działania terapeutyczne poprzez: ścisłą współpracę pacjenta ze specjalistą medycznym w zakresie zdrowia psychicznego (MZ 2019; RNAO 2019; USPSTF 2019; ACOG 2018; NICE 2018; BC 2014; SIGN 2012) i sugerowanie zastosowania terapii behawioralno-poznawczej (RNAO 2019; USPSTF 2019; SIGN 2012; Beyondblue 2011) bądź terapii interpersonalnej (RNAO 2019; USPSTF 2019; EU 2016; Beyondblue 2011; AAFP 2010)
- Mając na uwadze wtórne dowody naukowe, narzędzie skryningowe, które należy zastosować w PPZ powinno stanowić ESDP ze względu na swoją wysoką czułość (0,80 95% CI,[0,69-1]) i swoistość (0,81 95% CI,[0,73-0,92]) (Chorwe-Sungani 2017). Zasadnym jest także włączenie w poczet interwencji PPZ określonych działań profilaktycznych z uwagi na ich istotnie statystycznie wpływ na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej m.in. konsultacje psychologiczne (RR 0,61 95% CI,[0,47-0,78]); czy szkolenia personelu medycznego (RR 0,60 95% CI,[0,43-0,83]) (O'Connor 2019). Autorzy przeglądów systematycznych i metaanaliz wykazują także, że stosowanie niektórych działań w ramach profilaktyki ma także istotny wpływ na zmianę wyniku otrzymywanego z narzędzi skryningowych. Takimi interwencjami są m.in. konsultacje psychologiczne (WMD -1,51 95% CI,[-2,84- -0,18]); edukacja (WMD -1,50 95%

CI,[3,10-0,10]) (O'Connor 2019); CBT (SMD -1,68 95% CI,[-1,81 - -1,56]) (Huang 2018) oraz IPT (SMD -0,93 95% CI,[-1,27 - -0,59]) (Stephens 2016).

- Mając na uwadze rekomendacje, cele i mierniki stosowane w PPZ powinny odnosić się do punktów końcowych takich jak: poprawa wykrywalności depresji poporodowej; udostępnienie materiałów i modułów edukacyjnych osobom biorącym udział w programie; rozpowszechnienie informacji o trwającym programie przy użyciu materiałów informacyjno-edukacyjnych; liczba wypełnionych z kobietami w okresie poporodowym formularzy Edynburskiej Skali Depresji Poporodowe.
- Zakończenie udziału uczestnika w programie może nastąpić na drodze: wykrycia potencjalnej depresji poporodowej i skierowania pacjenta na dalszą diagnostykę; zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ; zakończenie realizacji samego PPZ; ukończenie pierwszego roku życia przez dziecko pacjentki (O'Connor 2019; O'Connor 2016; Stephens 2016; BC 2014; AAFP 2010; AGDH 2018).
- W celu realizacji PPZ ukierunkowanego na wykrywanie depresji poporodowej należy spełnić określone warunki dotyczące personelu. Rekomendacje zalecają aby realizacją poszczególnych etapów PPZ zajął się określony specjalista. W przypadku prowadzenia skryningu z użyciem ESDP zaleca się aby był on prowadzony przez lekarzy ginekologów, położne, lekarzy rodzinnych i/lub położne środowiskowe. Leczenie niefarmakologiczne powinno być natomiast prowadzone przy udziale psychiatrów i/lub psychologów. Jeśli zaś chodzi o działania profilaktyczne winny być prowadzone przede wszystkim przez specjalistę zdrowia publicznego lub położną wyszkoloną w identyfikacji objawów depresji oraz w zapewnieniu podstawowego wsparcia psychicznego (MZ 2019; ACOG 2018; EU 2016)
- Rekomendacje zalecają aby materiały informacyjno-edukacyjne były sporządzane w oparciu o następujące, sprawdzone źródła informacji dot. depresji poporodowej: *Mental Health Global Action Plan*; *European Alliance Against Depression*, *Youth Aware of Mental Health in schools*. W ramach materiałów krajowych dostępne są materiały informacyjne dostępne na stronach: fundacji „Twarze Depresji”; ogólnopolskiej kampanii informacyjnej „Depresja. Rozumiesz-Pomagasz” oraz stronie internetowej programu MZ „Program zapobiegania depresji w Polsce”. (EU 2016)
- Sposób monitorowania oraz ewaluacji są zgodne z wydanymi opiniami Prezesa Agencji odnośnie PPZ oraz rekomendacjami w powyższym zakresie m.in. poziom współczynnika zachorowalności na depresję na terenie realizacji programu przed i po jego realizacji; poziom wiedzy uczestników programu (zarówno pacjentów jak i personelu medycznego) przed i po realizacji programu przy użyciu narzędzia stworzonego przez realizatorów; poziom współczynnika zachorowalności na depresję poporodową na terenie realizacji programu przed i po jego zakończeniu; liczba pacjentek u których stwierdzono prawdopodobieństwo depresji porodowej.
- Koszty jednostkowe oraz koszty całkowite programów profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji poporodowej powinny odpowiadać rzeczywistym potrzebom uwzględnionym w rekomendacjach, jak: koszt prowadzenia skryningu ESDP; koszt sporządzenia i rozpowszechnienia materiałów informacyjno-edukacyjnych; koszt prowadzenia szkoleń personelu medycznego; koszt realizacji interwencji terapeutycznych składających się z terapii psychologicznych; koszt udzielenia konsultacji psychologicznych (BC 2014; Beyondblue 2011; NICE 2014; NICE/NCCMH 2014)

10. Piśmiennictwo

<Sporządzić zestawienie wykorzystanego piśmiennictwa wg poniższego wzoru tabeli. W „Piśmiennictwie” należy uwzględnić publikacje z badań, rekomendacje, książki i inne publikacje oraz doniesienia konferencyjne (wszystkie źródła wykorzystane w opracowaniu Raportu). Układ alfabetyczny (wg skrótów). W przypadku rekomendacji tych samych organizacji i z tego samego roku, mających inną treść, skróty w tabeli należy formułować w następujący sposób: AAP 2014, AAP 2014A, AAP 2014B.>

Źródła rekomendacji	
MZ 2019	Ministerstwo zdrowia (2019). Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. Pozyskano z: https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/5.-Rekomendacje-odnosnie-profilaktyki-i-leczenia-depresji.pdf
RNAO 2019	Registered Nurses' Association of Ontario (2019). Assessment and Interventions for Perinatal Depression Second Edition. Pobrano z: https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression
USPSTF 2019	Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... & Kubik, M. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Jama</i> , 321(6), 580-587.
AGDH 2018	Australian Government Department of Health (2018). Screening for depression and anxiety disorders Pobrano z: https://www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines/part-e-social-and-emotional-screening/screening-for-depressive-and-anxiety-disorders dostęp z: 13.11.2019
ACOG 2018	American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG committee opinion no. 757: Screening for perinatal depression. <i>Obstetrics & Gynecology</i> , 132(5), e208-e212.
NICE 2018	National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). (2018). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. National Institute for Health and Clinical Excellence.
EU 2016	Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., & Hipple Walters, B. (2016). Prevention of Depression and Promotion of Resilience-Consensus Paper. The European Commission.
BC Mental Health 2014	Williams, J., Ryan, D., & Thomas-Peter, K. (2014). Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period. BC Mental Health.
NICE/NCCMH 2014	National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance: Updated edition. British Psychological Society
SIGN 2012	Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2002). Postnatal depression and puerperal psychosis: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
Beyondblue 2011	Austin, M. P., & Highet, N. (2011). Clinical practice guidelines for depression and related disorders— anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals.(Beyondblue) Available at http://resources.beyondblue.org.au/prism/file .
AAFP 2010	Hirst, K. P., & Moutier, C. Y. (2010). Postpartum major depression. <i>Am Fam Physician</i> , 82(8), 926-933.
Źródła przeglądów systematycznych	
O'Connor 2016	O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama</i> , 315(4), 388-406
Chorwe-Sungani 2017	O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M., Gaynes, B. N., Coppola, E., & Weyrich, M. S. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force
Owara 2016	Owara, A. H., Carabin, H., Reese, J., & Garwe, T. (2016). Summary diagnostic validity of commonly used maternal major depression disorder case finding instruments in the United States: a meta-analysis. <i>Journal of affective disorders</i> , 205, 335-343
O'Connor 2019	O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M., Gaynes, B. N., Coppola, E., & Weyrich, M. S. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force.
Long 2019	Long, M. M., Cramer, R. J., Jenkins, J., Bennington, L., & Paulson, J. F. (2019). A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. <i>Archives of women's mental health</i> , 22(1), 25-36.
Morrell 2016	Morrell, C. J., Sutcliffe, P., Booth, A., Stevens, J., Scope, A., Stevenson, M., ... & Ren, S. (2016). A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies

	evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. Health Technology Assessment, 20(37).
Stephens 2016	Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. The Annals of Family Medicine, 14(5), 463-472.
Huang 2018	Huang, L., Zhao, Y., Qiang, C., & Fan, B. (2018). Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. PloS one, 13(10), e0205243.
Problem zdrowotny/epidemiologia	
ICD-10	World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf ,
Szczeklik 2017	Szczeklik, A. (2017). Interna Szczeklika 2017. Medycyna Praktyczna
Gaynes 2005	Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary. In AHRQ evidence report summaries. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
USPSTF 2019	Final Recommendation Statement: Perinatal Depression: Preventive Interventions. U.S. Preventive Services Task Force. July 2019
Wright 2008	Wright, P., Stern, J., Phelan, M., & Bhandari, S. (2008). Psychiatria: sedno. Elsevier Urban & Partner.
DelRosario 2013	DelRosario, G. A., Chang, A. C., & Lee, E. D. (2013). Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. Journal of the American Academy of PAs, 26(2), 50-54.
MPZ 2017	Zdrowia, M. (2017). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski. Pobrano z: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_Polska.pdf .
WHO 2015	WHO (2015). Maternal mental health. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/ Dostęp
Fejfer-Szpytko 2016	Fejfer-Szpytko, J., Włodarczyk, J., & Trąbińska-Haduch, M. (2016). Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 15(3), 91-116
Rymaszewska 2005	Rymaszewska, J. O. A. N. N. A., Dolna, M. A. R. Z. E. N. A., Gryboś, M. A. R. I. A. N., & Kiejna, A. N. D. R. Z. E. J. (2005). Zaburzenia psychiczne okołoporodowe—epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. Ginekol. Pol, 76(4), 322-329.
Kosińska 2008	Poporodowej, E. S. D. (2008). Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie—analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. Ginekol Pol, 79, 182-185.
GUS 2018	Główny Urząd Statystyczny (2018). Urodzenia i dzietność. Pobrano z: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/urodzenia-i-dzietnosc,34,1.html
GUS 2018a	Główny Urząd Statystyczny (2018). Rocznik Demograficzny 2019. Pobrano z: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html
Pozostałe	
MotHERS 2019	Queen's Perinatal Research Unit (2019). The Mothers' Health Education, Research & Screening. Pozyskano z: https://www.themothersprogram.ca/
MCPAP 2019	Massachusetts Department of Mental Health (2019). Massachusetts Child Psychiatry Access Program for Moms. Pozyskano z: https://www.mcpapformoms.org/
Northwestern 2019	Northwestern (2019). The Mothers and Babies Program. Pozyskano z: http://www.mothersandbabiesprogram.org/materials/

11. Załączniki

<Dla większej przejrzystości dokumentu należy zamieścić: opinie ekspertów, strategie wyszukiwania, schemat graficzny zgodny z zaleceniami QUOROM, tabelę włączonych oraz wykluczonych publikacji (z podaniem przyczyn wykluczenia)>.

- Zal 1 Opinia eksperta - dr. hab. Bernadetta Izydorczyk – Konsultant Krajowy w dz. psychologii klinicznej
 Zal 2 Opinia eksperta - prof. d. hab. Mirosław Wiegoś – Konsultant Krajowy w dz. perinatologii
 Zal 3 Opinia eksperta – prof. Janusz Rybakowski – Konsultant Wojewódzki w dz. psychiatrii dla województwa wielkopolskiego
 Zal 4 Opinia eksperta – dr Karolina Maliszewska – lekarz rezydent (położnictwo i ginekologia) w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku
 Zal 5 Opinia eksperta – dr Karolina Kossakowska – Adiunkt w instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego
 Zal 6 Opinia eksperta – prof. dr hab. Dominika Dudek – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
 Zal 7 Publikacje źródłowe dla opisanych rekomendacji
 Zal 8 Strategia wyszukiwania – baza Medline (PubMed), data wyszukiwania: 19.11.2019

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#13	Search (#8 AND #9) Filters: Systematic Reviews; Meta-Analysis; Publication date from 2016/01/01 to 2019/12/31	46
#12	Search (#8 AND #9) Filters: Systematic Reviews; Meta-Analysis	90
#11	Search (#8 AND #9) Filters: Systematic Reviews	79
#10	Search (#8 AND #9)	3341
#9	Search (#4 OR #5 OR #6)	2381928
#8	Search (#1 AND #7)	28323
#7	Search (#2 OR #3)	542553
#6	Search early detection of disease[MeSH Terms]	48001
#5	Search screening[MeSH Terms]	141834
#4	Search (screening [tiab] OR Questionnair* [tiab] Edinburgh Postpartum Depression Scale [tiab] OR EPDS [tiab] OR screening test* [tiab] OR detect* [tiab] OR early detect* [tiab])	2266515
#3	Search postpartum depression[MeSH Terms]	5226
#2	Search (Depressive Disorder [tiab] OR depress*[tiab] OR anxiety[tiab] OR anxious[tiab])	541873
#1	Search (postnatal[tiab] OR postnatal[tiab] OR postpartum[tiab] OR post partum[tiab] OR mother*[tiab] OR maternal[tiab] OR puerperal[tiab])	513037

- Zal 9 Strategia wyszukiwania Cochrane Library, data wyszukiwania: 20.11.2019

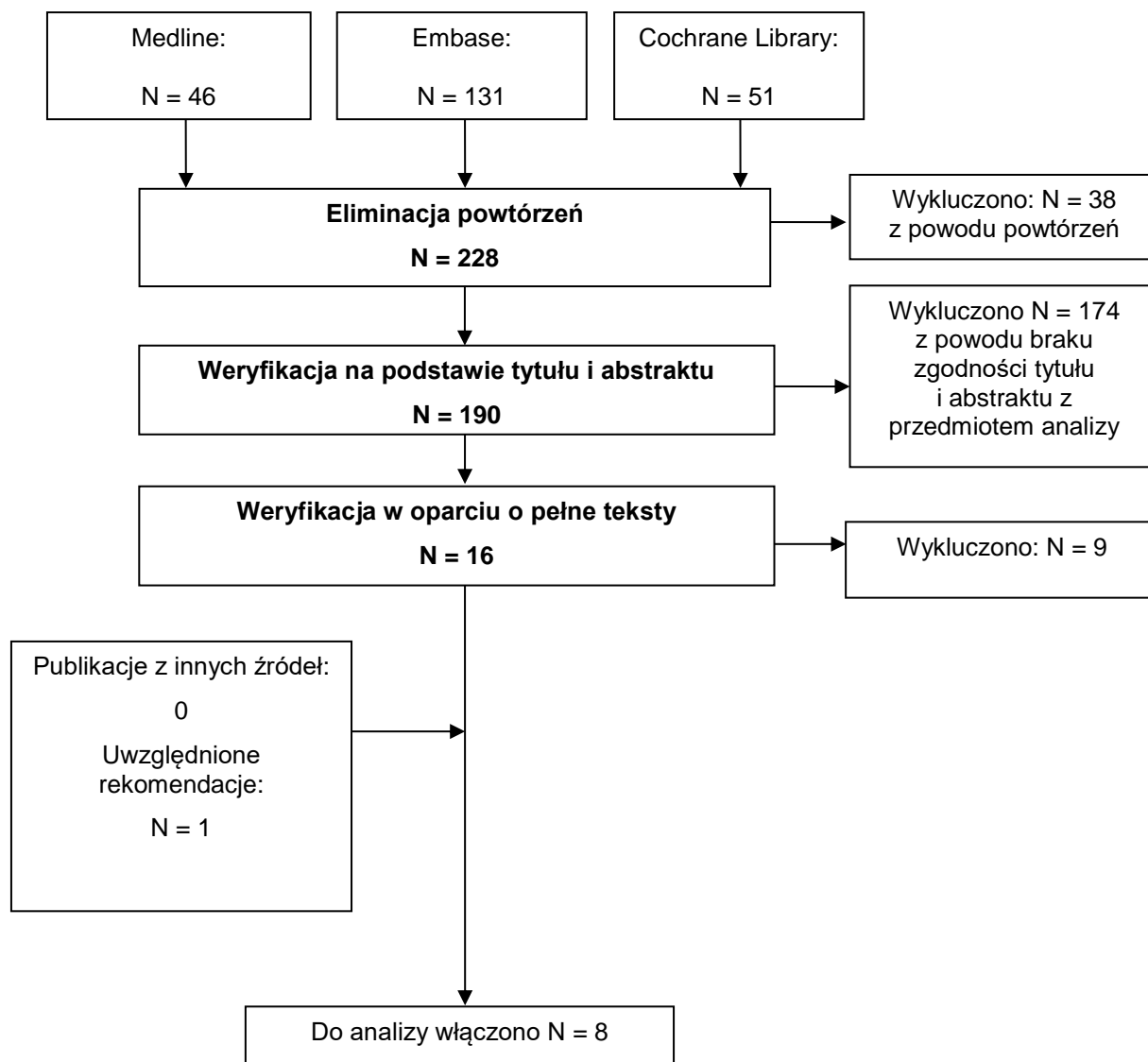
Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#1	postnatal OR postnatal OR postpartum OR post partum OR mother* OR maternal OR puerperal.ti,ab,kw	38470
#2	Depressive Disorder OR depress*OR anxiety OR anxious.ti,ab,kw	18161
#3	MeSH descriptor: [Depression, Postpartum] explode all trees	497
#4	screening OR Questionnair* OR Edinburgh Postpartum Depression Scale OR EPDS OR screening test* OR detect* OR early detect*.ti,ab,kw	233478

#5	MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees	3681
#6	MeSH descriptor: [Early Diagnosis] explode all trees	1593
#7	#2 OR #3	18510
#8	#1 AND #7	971
#9	#4 OR #5 OR #6	23373 4
#10	#8 AND #9 with Cochrane Library publication date Between Jan 2016 and Dec 2019, in Cochrane Reviews	51

Zal 10 Strategia wyszukiwania Embase (Ovid), data wyszukiwania: 20.11.2019

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
1	postnatal.ab,kw,ti.	114209
2	(postpartum or post partum).ab,kw,ti.	71712
3	"mother*".ab,kw,ti.	237978
4	maternal.ab,kw,ti.	285329
5	puerperal.ab,kw,ti.	3829
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	571403
7	(Depressive Disorder or depress* or anxiety or anxious).ab,kw,ti.	654284
8	postnatal depression/	2511
9	7 or 8	654604
10	6 and 9	36169
11	(screening or Questionnair* or Edinburgh Postpartum Depression Scale or EPDS or screening test* or detect* or early detect*).ab,kw,ti.	3764448
12	screening/ ()	173064
13	early diagnosis/ ()	102546
14	11 or 12 or 13 ()	3842771
15	10 and 14 ()	10727
16	limit 15 to ((meta analysis or "systematic review") and yr="2016 -Current")	131

Zal 11 Etapy procesu prowadzącego do ostatecznej selekcji



Zal 12 Wykaz publikacji włączonych do analizy skuteczności na podstawie abstraktów oraz wynik analizy tych publikacji na podstawie pełnego tekstu (kolumna Status na podst. pełnego tekstu) ze strategii wyszukiwania. Publikacje włączone na podstawie pełnego tekstu zostały pogrubione.

Lp.	Autorzy, Tytuł, Czasopismo	Status na podstawie pełnego tekstu	Powód wykluczenia (P, I, S)
1	Bright, K. S., Charrois, E. M., Mughal, M. K., Wajid, A., McNeil, D., Stuart, S., ... & Kingston, D. (2019). Interpersonal psychotherapy for perinatal women: a systematic review and meta-analysis protocol. <i>Systematic reviews</i> , 8(1), 248.	Wykl.	S
2	Byatt, N., Xu, W., Levin, L. L., & Moore Simas, T. A. (2019). Perinatal depression care pathway for obstetric settings. <i>International Review of Psychiatri</i> , 31(3), 210-228.	Wykl.	I
3	Camacho, E. M., & Shields, G. E. (2018). Cost-effectiveness of interventions for perinatal anxiety and/or depression: a systematic review. <i>BMJ open</i> , 8(8), e022022.	Wykl.	P
4	Chorwe-Sungani, G., & Chipps, J. (2017). A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. <i>BMC psychiatri</i>, 17(1), 112.	Wł.	

5	Gurung, B., Jackson, L. J., Monahan, M., Butterworth, R., & Roberts, T. E. (2018). Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations. <i>BMC pregnancy and childbirth</i> , 18(1), 179.	Wykl.	S
6	Hamel, C., Lang, E., Morissette, K., Beck, A., Stevens, A., Skidmore, B., ... & Thombs, B. D. (2019). Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. <i>Systematic reviews</i> , 8(1), 27.	Wykl.	S
7	Huang, L., Zhao, Y., Qiang, C., & Fan, B. (2018). Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. <i>PLoS one</i>, 13(10), e0205243.	Wł.	
8	Levis, B., McMillan, D., Sun, Y., He, C., Rice, D. B., Krishnan, A., ... & Bhandari, P. M. (2019). Comparison of major depression diagnostic classification probability using the SCID, CIDI, and MINI diagnostic interviews among women in pregnancy or postpartum: An individual participant data meta-analysis. <i>International journal of methods in psychiatric research</i> .	Wykl.	I
9	Long, M. M., Cramer, R. J., Jenkins, J., Bennington, L., & Paulson, J. F. (2019). A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. <i>Archives of women's mental health</i>, 22(1), 25-36.	Wł.	
10	Morrell, C. J., Sutcliffe, P., Booth, A., Stevens, J., Scope, A., Stevenson, M., ... & Ren, S. (2016). A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. <i>Health Technology Assessment</i>, 20(37).	Wł.	
11	O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama</i>, 315(4), 388-406.	Wł.	
12	O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M., Gaynes, B. N., Coppola, E., & Weyrich, M. S. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force.	Wł.	
13	Owora, A. H., Carabin, H., Reese, J., & Garwe, T. (2016). Diagnostic performance of major depression disorder case-finding instruments used among mothers of young children in the United States: A systematic review. <i>Journal of affective disorders</i> , 201, 185-193.	Wykl.	P
14	Owora, A. H., Carabin, H., Reese, J., & Garwe, T. (2016). Summary diagnostic validity of commonly used maternal major depression disorder case finding instruments in the United States: a meta-analysis. <i>Journal of affective disorders</i>, 205, 335-343.	Wł.	
15	Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. <i>The Annals of Family Medicine</i>, 14(5), 463-472.	Wł.	
16	van der Zee-van, A. I., Boere-Boonekamp, M. M., IJzerman, M. J., Haasnoot-Smallegange, R. M., & Reijneveld, S. A. (2017). Screening for postpartum depression in well-baby care settings: a systematic review. <i>Maternal and child health journal</i> , 21(1), 9-20.	Wykl.	I
17	Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S., & Mori, R. (2014). Schedules for home visits in the early postpartum period. <i>Evidence-based child health: a Cochrane review journal</i> , 9(1), 5-99.	Wykl.	I

P – populacja; I – interwencja; S – metodyka

W celu zobrazowania skutków przeprowadzenia przesiewu pod kątem wykrycia depresji poporodowej w populacji docelowej została przeprowadzona symulacja oparta na danych empirycznych (Rycina 11). Ilościowy rozkład wyników badania ESDP z podziałem na typy został przedstawiony poniżej (Tabela 14).

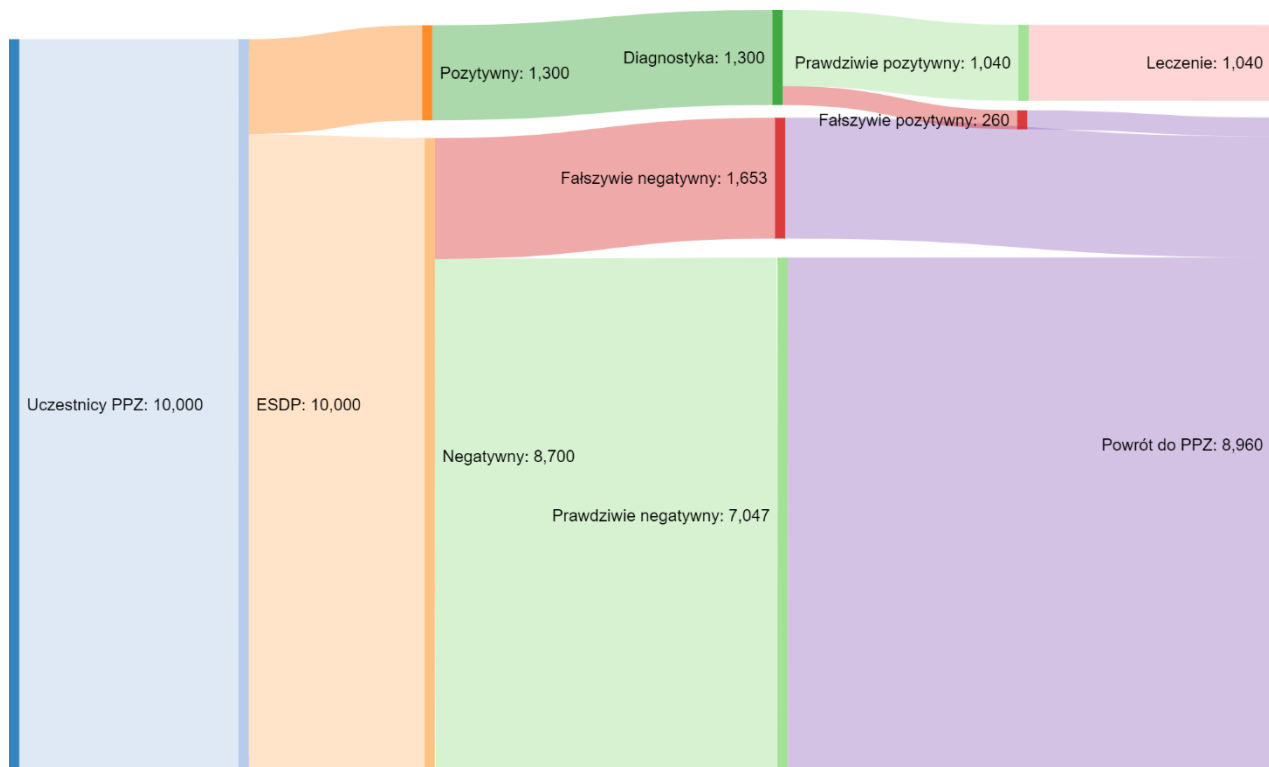
Przy grupie 10 000 uczestników PPZ objętych ESDP należy spodziewać się około 1300 osób z wynikiem pozytywnym. Jest to około 13% uczestników poddanych badaniu ESDP, którzy zostaną skierowani na dalszą

diagnostykę. Należy się spodziewać, że depresja poporodowa zostanie wykryty u około 1040 osób, co stanowić będzie 80% osób z wynikiem pozytywnym ESDP. Osoby te będą leczone w ramach PPZ, z użyciem terapii psychologicznych (CBT; IPT). Pozostałe 20% uczestników PPZ z wynikiem pozytywnym NDTK po dalszej diagnostyce w ramach PPZ, otrzyma informacje o braku depresji poporodowej. Osoby te będą mogły ponownie zgłosić się do udziału w PPZ. Osoby, które uzyskają wynik fałszywie-pozytywny, będą stanowiły 2,6% uczestników poddanych badaniu ESDP.

Wynik negatywny badania ESDP uzyska około 87% uczestników. W PPZ nie są przewidziane dalsze działania diagnostyczne dla uczestników z wynikiem negatywnym. Około 1653 osób (19% uczestników z wynikiem negatywnym) w rzeczywistości będą dotknięte depresją poporodową. Stanowi to 16,5% uczestników PPZ poddanych ESDP. Uczestnicy z wynikiem negatywnym, u których depresja poporodowa faktycznie nie występuje stanowią 81,0% osób z wynikiem negatywnym.

Symulacja opiera się na danych liczbowych dotyczących czułości (80%), swoistości (81,%) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia depresji poporodowej w populacji wysokiego ryzyka (13%) pochodzących z danych WHO dla krajów wysokorozwiniętych.

W przedstawionym modelu zakłada się, że 100% osób zakwalifikowanych do uczestnictwa w PPZ zgłosi się na badanie ESDP oraz że każda z osób z pozytywnym wynikiem badania po otrzymaniu wyniku weźmie udział w ocenie psychologicznej w celu potwierdzenia diagnozy. Zakłada się także, że osoby, które będą miały wynik prawdziwie dodatni wezmą udział w dalszym leczeniu przy użyciu IPT lub CBT. W sytuacji rzeczywistej należy się spodziewać, że część osób zrezygnuje z udziału w PPZ lub nie podejmie diagnostyki i leczenia.



Rycina 11. Symulacja skutków prowadzenia przesiewu pod kątem wykrycia raka płuca z wykorzystaniem ESDP w populacji docelowej w oparciu o dane empiryczne. Źródło: opracowanie własne.

Tabela 14. Ilościowy rozkład wyników pod kątem wykrycia depresji poporodowej z wykorzystaniem kwestionariusza ESDP w populacji docelowej z podziałem na typy wyników. Źródło: opracowanie własne

		Prawdziwie	Falszywie	
Liczba osób objęta badaniem ESDP z populacji docelowej N = 10 000	Pozytywny	1 040 [PP]	260 [FP]	1300 [xP]
	Negatywny	7 047 [PN]	1 653 [FN]	8 700 [xN]
		8087 [Px]	1 913 [Fx]	

Zal 13 Proponowany szablon programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji poporodowej