



Opinia Rady Przejrzystości
nr 198/2025 z dnia 3 listopada 2025 roku
w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań
przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz
warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki
i wczesnego wykrywania depresji poporodowej

Rada Przejrzystości uważa za zasadne finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej: Profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji poporodowej:

- 1. Badań przesiewowych z wykorzystaniem kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w populacji kobiet w ciąży oraz po porodzie.*
- 2. Działań informacyjno-edukacyjnych w populacji kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka, a także dla ich partnerów oraz osób bliskich.*
- 3. Szkoleń dla personelu medycznego w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia depresji poporodowej.*
- 4. Konsultacji specjalistycznych.*

Uzasadnienie

Problem zdrowotny

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, np.: zdrowie, kariera, tryb życia. Pacjenci dotknięci depresją doświadczają smutku, braku satysfakcji z podejmowanych działań, obniżenia energii, bezsenności, wahań masy ciała, uczucia straty i bezcelowości oraz nawracających myśli samobójczych. Depresja poporodowa opisywana jest jako epizod depresyjny, który pojawia się w przeciągu 12 miesięcy od porodu. Zwiększone ryzyko wystąpienia depresji poporodowej można wykryć jeszcze w czasie ciąży. Głównymi czynnikami ryzyka rozwoju depresji okołoporodowej, tj. w okresie ciąży lub połogu, są: 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). Dodatkowo ryzyko zwiększają czynniki społeczne jak niski status socjoekonomiczny czy brak

wsparcia socjalnego i ekonomicznego. Istotnym czynnikiem podnoszącym ryzyko wystąpienia depresji okołoporodowej może być także ciąża u nieletnich. 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 lub braku wartości oraz nawracające myśli samobójcze. Objawy takie jak depresyjny nastrój czy utrata zainteresowania są konieczne by stwierdzić depresję i muszą być one obecne przez minimum dwa tygodnie. Depresję poporodową należy różnicować z mniej poważnym dla kobiet syndromem, tzw. „baby blues”, czyli przemijającym zaburzeniem nastroju obejmującym nieuzasadniony płacz, drażliwość, zmęczenie i niepokój. Syndrom ten ustępuje zazwyczaj w przeciągu 10 dni od porodu.

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).

Zgodnie z danymi w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych w 2023 r. odsetek osób z zaburzeniami nastroju w grupie wiekowej 18-29 lat wyniósł 1,29% (175 548 osób) i 1,07% (166 954 osób) w grupie wiekowej 30-39 lat (BASiW 2025). Nie wyodrębniono grupy zaburzeń związanych z ciążą i/lub porodem.

W opracowaniu NFZ z 2024 r. dotyczącym występowania zaburzeń depresyjnych w Polsce liczba kobiet w wieku 18-34 lata z rozpoznaniem depresji wyniosła 83 482 osoby, a w grupie 35-44 lata 78 625. Nie przedstawiono danych dla zaburzeń związanych z porodem.

W raporcie IPiN podsumowującym wyniki badania EZOP II z lat 2018-2019 zaburzenia depresyjne wśród kobiet w wieku 18-29 lat występowały u 2,18% badanych, natomiast w grupie 30-39 lat wśród 3,89% kobiet.

W publikacji z 2022 r. podsumowującej program „Przystanek MAMA” prowadzony w makroregionie północnym, średni wynik bezpośredniego badania przesiewowego za pomocą kwestionariusza EPDS wyniósł 4,73 pkt (7 345 kobiet). Wynik wynoszący ≥ 12 pkt wskazujący na wystąpienie depresji poporodowej wystąpił u 7,3% badanych kobiet, a nieznacznie zwiększony (10-11 pkt) u 4,7% badanych (Chrzan-Dętkoś 2022).

Poprzez realizację badań przesiewowych EPDS przez Internet, w ramach inicjatywy „Przystanek MAMA”, uzyskano średni wynik dla kobiet bezpośrednio po porodzie oraz do 4 lat po urodzeniu dziecka. Wynik ukształtował się na poziomie 16,05 pkt. (10 454 kobiety). Wyniki ≥ 12 pkt miało 77% kobiet, które wypełniły kwestionariusz online, a 8,3% miało wynik pomiędzy 10 a 11 pkt (Chrzan-Dętkoś 2022).

Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania, warunki realizacji

Rekomendacje towarzystw naukowych pozostają zgodne w zakresie zasadności realizacji badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej. Docelowym narzędziem w tym zakresie pozostaje Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS). Organizacje zalecają także aby badanie przesiewowe wykonać dwukrotnie (SIGN 2023, RACGP 2023, ACOG 2023a, COPE 2023, WHO 2022, GPE 2021, NICE 2020).

Działaniami profilaktycznymi w kierunku depresji poporodowej powinny być objęte wszystkie kobiety będące w ciąży oraz po urodzeniu dziecka (RACGP 2024, ACOG 2023a, ACOG 2023b, SIGN 2023, COPE 2023, AWHONN 2022, WHO 2022, GPE 2021, APA 2020, NICE 2020).

Dostępne rekomendacje podkreślają istotę realizacji działań informacyjno-edukacyjnych w populacji kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka. Działania z tego zakresu powinny zostać ukierunkowane na zwiększenie wiedzy pacjentek o objawach depresji poporodowej oraz podwyższonym ryzyku jej wystąpienia na przestrzeni ciąży i po późniejszym urodzeniu (SIGN 2023, ACOG 2023b, COPE 2023, WHO 2022, GPE 2021, APA 2020, NICE 2020).

Część wytycznych wskazuje także na zasadność uwzględnienia w działaniach edukacyjnych także ich partnerów, rodzin oraz opiekunów prawnych (COPE 2023, SIGN 2023, NICE 2020).

Pewna część uwzględnionych rekomendacji zwraca także uwagę na potrzebę realizacji działań informacyjno-edukacyjnych wśród personelu medycznego (SIGN 2023, COPE 2023, AWHONN 2022, WHO 2022, APA 2020).

Przedstawione w rekomendacji nr 13/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących problemu zdrowotnego depresji poporodowej, warunki realizacji należy uznać za aktualne.

Warunki realizacji powinny nadto uwzględniać interwencje w postaci działań informacyjno-edukacyjnych w populacji kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka, a także dla ich partnerów oraz osób bliskich, w zakresie wymagań wobec personelu - lekarz, położna, pielęgniarka lub inny przedstawiciel zawodu medycznego lub psycholog, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji do prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych w tym zakresie.

Dowody naukowe

Do raportu włączono łącznie 37 publikacji naukowych odnoszących się do skuteczności działań profilaktycznych i wczesnego wykrywania depresji poporodowej. W ramach zebranych dowodów znalazło się: 9 publikacji

określające czynniki ryzyka wystąpienia depresji poporodowej; 8 publikacji określających efektywność interwencji psychologicznych; 6 publikacji określających efektywność działań informacyjno-edukacyjnych; 6 publikacji określających wpływ alternatywnych metod profilaktycznych; 4 publikacje dotyczących efektywności programów badań przesiewowych; oraz 4 publikacje odnoszące się do wpływu aktywności fizycznej.

Badanie przesiewowe z wykorzystaniem kwestionariusza EPDS odznacza się czułością i swoistością, w wykrywaniu depresji poporodowej, na poziomie odpowiednio 79% [95%CI: (0,67; 0,88)] i 92% [95%CI: (0,76; 0,98)] (Park 2023)

Uczestnictwo w kompleksowych programach badań przesiewowych, obejmujących ocenę ryzyka depresji poporodowej z wykorzystaniem wystandaryzowanych kwestionariuszy (głównie EPDS) oraz wdrożenie elementów leczenia i skierowań na leczenie, prowadzi do istotnego statystycznie:

- zmniejszenia szansy uzyskania wyniku wskazującego na umiarkowane bądź wysokie ryzyko depresji poporodowej – OR=0,55 [95%CI: (0,45; 0,66)];
- zwiększenie szansy poszukiwania pomocy w leczeniu tej depresji – OR=3,74 [95%CI: (2,14; 6,52)] (Waqas 2022).

Realizacja interwencji psychoedukacyjnych, u kobiet w ciąży w porównaniu z brakiem interwencji lub standardową opieką, skutkowała istotną statystycznie poprawą w zakresie nasilenia objawów depresji:

- bezpośrednio po interwencji – SMD=-0,26 [95%CI: (-0,47; -0,04)];
- 3 miesiące po porodzie – SMD=-0,56 [95%CI: (-1,09; -0,02)] (Ong 2023).

Istotną statystycznie poprawę w zakresie nasilenia objawów depresji stwierdzono zarówno w przypadku uczestnictwa partnera w interwencji (SMD=-1,81 [95%CI: (-2,23; -1,39)]) jak i w sytuacji jego nieobecności (SMD=-0,29 [95%CI: (-0,46; -0,12)]) (Ong 2023).

Opcjonalne technologie medyczne

W ramach aktualnie obowiązujących wytycznych klinicznych oraz dostępnych wtórnych dowodów naukowych, możliwe jest realizowanie następujących interwencji:

- działań informacyjno-edukacyjnych;
- badań przesiewowych;
- modyfikacji stylu życia;
- interwencji psychologicznych i psychoedukacyjnych;
- szkoleń dla personelu medycznego.

Kluczowym działaniem w zakresie profilaktyki depresji poporodowej pozostają badania przesiewowe. Złotym standardem w tym zakresie pozostaje w dalszym ciągu Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS), mimo iż jest kilka narzędzi

kwestionariuszowych i skal możliwych do zastosowania w kierunku wykrycia omawianego problemu zdrowotnego - część rekomendacji dopuszcza także możliwość zastosowania alternatywnego badania przesiewowego, wykorzystującego kwestionariusz PHQ-9.

W dostępnych publikacjach stosunkowo często wskazuje się także na potrzebę prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych. Działaniami edukacyjnymi można w tym przypadku objąć nie tylko same kobiety w ciąży i okresie poporodowym, ale także ich partnerów oraz członków rodziny. Wskazuje się także na zasadność edukowania kobiet nt. zdrowego stylu życia. Wdrożenie chociażby regularnej aktywności fizycznej może przyczynić się w tym przypadku do obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia tego problemu zdrowotnego w przyszłości.

Zebrane w ramach przeglądu dane wskazują także na zasadność prowadzenia interwencji psychologicznych. Zgodnie z rekomendacjami, docelowo zalecanymi teoriami psychologicznymi pozostają terapia behawioralno-poznawcza oraz terapia interpersonalna. Dostępne dowody wtórne potwierdzają także, że omawiane metody mogą wspomóc pacjentkę w zmniejszeniu intensywności odczuwanych objawów depresji.

W przypadku szkoleń dla personelu medycznego zalecane jest zaznajomienie uczestników z zagadnieniem depresji poporodowej.

Wskaźniki monitorowania i ewaluacji

I. Monitorowanie realizacji programu dotyczy oceny zgłaszalności do programu oraz jakości oceny świadczeń w ramach programu.

Ocena zgłaszalności do programu opiera się na takich parametrach jak:

- Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- Liczba osób, które uczestniczyły w działaniach informacyjno-edukacyjnych dla kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka, a także dla ich partnerów oraz osób bliskich;
- Liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- Liczba świadczeniobiorców, którzy wypełnili co najmniej jeden kwestionariusz EPDS;
- Liczba świadczeniobiorców, którzy wypełnili co najmniej jeden kwestionariusz EPDS i uzyskali co najmniej jeden wynik dodatni (tj. sumaryczny wynik końcowy ≥ 10 pkt lub > 0 pkt w pytaniu nr 10);
- Liczba świadczeniobiorców, którzy skorzystali z co najmniej jednej konsultacji specjalistycznej w ramach programu;

- *Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tego powodów;*
- *Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie.*

Ocena jakości świadczeń w ramach programu opiera się na takich parametrach jak:

- *Każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.*
- *Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.*

II. Jako wskaźniki ewaluacji przyjęto takie parametry jak:

- *Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu).*
- *Liczba osób uczestniczących w działaniach informacyjno-edukacyjnych dla kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka, a także dla ich partnerów oraz osób bliskich, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu).*
- *Liczba osób, u których doszło do zdiagnozowania podwyższonego ryzyka wystąpienia depresji poporodowej w ramach programu.*
- *Liczba osób, które zostały skierowane na terapię poza PPZ w czasie konsultacji ze specjalistą.*
- *Odsetek osób, które zrealizowały co najmniej jedną konsultację ze specjalistą względem wszystkich osób, które wzięły udział w przesiewie.*

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48aa ust. 1, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146), z uwzględnieniem z uwzględnieniem raportu w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów nr: DPPZ.434.4.2025 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji poporodowej”; data ukończenia: październik 2025 r.