

Prejeto: 22-10-2008	Sig. z.: CMO
	Pril.:
Šifra zadeve: 3113-40/2008	Vrednost: 16

ZAKLJUČNO POROČILO
O REZULTATIH OPRAVLJENEGA RAZISKOVALNEGA DELA
NA PROJEKTU V OKVIRU CILJNEGA RAZISKOVALNEGA
PROGRAMA (CRP) »KONKURENČNOST SLOVENIJE 2006 – 2013«

I. Predstavitev osnovnih podatkov raziskovalnega projekta

1. Naziv težišča v okviru CRP:

Povezovanje ukrepov za doseganje trajnostnega razvoja

2. Šifra projekta:

V3-0369

3. Naslov projekta:

Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji

3. Naslov projekta

3.1. Naslov projekta v slovenskem jeziku:

Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji

3.2. Naslov projekta v angleškem jeziku:

Systematical screening, recognition and thorough treatment of depressive disorders in Slovenia

4. Ključne besede projekta

4.1. Ključne besede projekta v slovenskem jeziku:

presejanje, depresija, odkrivanje depresije, zdravljenje depresije

4.2. Ključne besede projekta v angleškem jeziku:

screening, depressive disorders, treatment of depression, screening for depression

5. Naziv nosilne raziskovalne organizacije:

Zdravstveni dom Ljubljana

5.1. Seznam sodelujočih raziskovalnih organizacij (RO):

Psihiatrična klinika Ljubljana
Univerza na Primorskem

6. Sofinancer/sofinancerji:

Ministrstvo za zdravje

7. Šifra ter ime in priimek vodje projekta:

18328

dr. Danica Rotar Pavlič

Datum: 10.10.2008

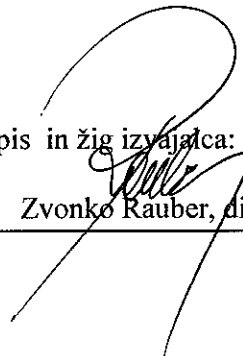
Podpis vodje projekta:

dr. Danica Rotar Pavlič



Podpis in žig izvajalca:

Zvonko Rauber, direktor



II. Vsebinska struktura zaključnega poročila o rezultatih raziskovalnega projekta v okviru CRP

1. Cilji projekta:

1.1. Ali so bili cilji projekta doseženi?

- a) v celoti
 b) delno
 c) ne

Če b) in c), je potrebna utemeljitev.

1.2. Ali so se cilji projekta med raziskavo spremenili?

- a) da
 b) ne

Če so se, je potrebna utemeljitev:

2. Vsebinsko poročilo o realizaciji predloženega programa dela¹:

1 IZHODIŠČA

1.1 EPIDEMIOLOGIJA DEPRESIVNIH MOTENJ

V študiji Svetovne zdravstvene organizacije je bilo ugotovljeno, da je prevalenca duševnih motenj med osebami, ki obišejo zdravnika v primarnem zdravstvu kar 24%. Osebe z duševno motnjo se običajno predstavijo s somatskimi simptomi (69%), zaradi česar so pogosto neprepoznane (Ustone et al., 1995). Med temi izstopajo depresivne motnje, ki so najpogostejše med duševnimi motnjami. Splošni zdravnik jih prepozna le v 42% primerov (Simone et al., 1999). To je toliko bolj zaskrbljujoče ob dejstvu, da v ambulanti splošnega zdravnika trpi za depresijo približno 12% bolnikov (Spitzer, 1995), kar jo uvršča na drugo mesto najpogostejših kroničnih obolenj v primarnem zdravstvu (Wells, 1996).

Študija evropske raziskovalne mreže za posledice depresije ODIN (Outcome of Depression International Network; Ayuso-Mate et al., 2001), je ugotovila, da je povprečna prevalenca depresivnih motenj med Evropejci 8.56%, med ženskami 10.05% in med moškimi 6.61%. Veliko obolelih do splošnega zdravnika ne pride nikdar. Študija DEPRES (Lepine et al., 1997), ki so jo izvedli v 6 državah EU, je namreč pokazala, da 43 % odstotkov oseb z depresijo ne poišče pomoči za svoje težave. Od tistih, ki poiščejo pomoč, jih 57 % obiše zdravnika splošne medicine. Od teh, ki pridejo do zdravnika, jih je le tretjina deležna zdravljenja (31 %) in od teh jih le četrtnina prejme antidepressiv. Če te številke prenesemo na stanje v Sloveniji, bi to pomenilo, da se od 100 000 obolelih za depresijo ustrezno zdravi le 1,5% (1500 od 100 000).

V Sloveniji (WHO, 2005) predstavlja depresija, v primerjavi z vsemi drugimi boleznimi, največ vsega bremena bolezni, to je 9% (sledijo ishemična bolezen srca s 6.3% in cerebrovaskularne bolezni s 6.1%). Slednje jasno kaže, da je depresija v Sloveniji eden osrednjih zdravstvenih problemov. Zasilen vpogled v incidenco depresivnih motenj na ravni celotnega prebivalstva nudi zunaj bolnišnična zdravstvena statistika (Zdravstveni statistični letopis, 2003), ki nam da podatek o številu diagnoz (ne o številu obolelih) oz. o številu prvih obiskov v danem letu zaradi depresivne motnje na primarni ravni zunaj bolnišničnega zdravstvenega varstva (približno 13.000 na leto). Te statistike potrjujejo, da spada depresivna motnja med najpogostejše vzroke obiskov pri splošnem zdravniku znotraj kategorije duševnih in vedenjskih motenj.

Kljub zgoraj prikazani vse večji resnosti problematike depresivnih motenj, v Sloveniji, razen ugotovitev nekaterih manjših raziskav na specifičnih vzorcih, ni reprezentativnih podatkov o pogostosti depresivnih motenj (Kozel in Marušič, 2006; Svetičič, 2005; Vesel, 2002, Tomori et al., 1997; Tomori et. al., 1998). Odkrivanje in obravnava depresivnih bolnikov je nezadostna - nimamo vzpostavljenega sistematičnega odkrivanja in izoblikovanega enotnega postopka za odkrivanje depresije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Zasnovali smo raziskavo v okviru katere smo pripravili dva presejalna instrumenta za depresijo. Instrumenta za odkrivanje depresivnih motenj sta bila uvedena v štirih zdravstvenih domovih (ZD Maribor, ZD Jesenice, ZD Postojna, ZD Radlje ob Dravi). Za vse splošne/družinske zdravnike, ki so bili pripravljene sodelovati v projektu, je bil organiziran seminar o depresivnih motnjah, presejalnem postopku ter smernicah za obravnavo depresivne motnje na primarni ravni zdravstvene dejavnosti.

¹ Potrebno je napisati vsebinsko raziskovalno poročilo, kjer mora biti na kratko predstavljen program dela z raziskovalno hipotezo in metodološko-teoretičen opis raziskovanja pri njenem preverjanju ali zavračanju vključno s pridobljenimi rezultati projekta.

Udeleženci izobraževanja (t.i. zdravstveni timi, ki so jih sestavljali zdravniki in medicinske sestre) so dobili informativno gradivo, namenjeno bolnikom, ki so ga lahko uporabili pri obravnavi. S skupino strokovnjakov (raziskovalno skupino sestavljajo strokovnjaki iz Psihiatrične klinike Ljubljana, Katedre za družinsko medicino, Inštituta za varovanje zdravja RS ter ZD Ljubljana).

1.2 NAMEN RAZISKAVE

Namen je raziskave je bil ugotoviti incidenco depresivnih motenj na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, opredeliti optimalno orodje za presejanje in način presejanja, oceniti učinkovitost presejanja s presejalnim orodjem v primerjavi z odkrivanjem depresivnih motenj brez merskih pripomočkov, in oceniti kadrovske ter organizacijske potrebe za izvedbo predlaganega načina presejanja.

1.3 HIPOTEZE:

- 1) Z uporabo samoocenjevalnega ali heterococenjevalnega presejalnega orodja zdravnik specialist splošne/družinske medicine prepozna večji delež oseb s klinično stopnjo znakov in simptomov depresije kot je delež prepoznanih oseb z diagnozo depresivna motnja, ki jih prepozna pri svojem rednem delu brez uporabe presejalnih orodij.**
- 2) Rezultati samoocenjevalnega in heterococenjevalnega orodja se ne bodo razlikovali.**
- 3) Z uporabo presejalnih orodij, bodo sodelujoči zdravniki odkrili prisotnost klinične stopnje depresivne simptomatike pri 12% ali več svojih bolnikov.**
- 4) Med ženskami bo več primerov s klinično stopnjo depresivne simptomatike.**
- 5) Med bolniki, ki bodo zdravnika obiskali zaradi kroničnega stanja bo več primerov s klinično stopnjo depresivne simptomatike.**
- 6) Sodelujoči zdravniki bodo imeli pozitivna stališča do presejanja z uporabo presejalnih orodij.**
- 7) Sodelujoče sestre bodo imele pozitivna stališča do presejanja z uporabo presejalnih orodij.**

1.4 RAZISKOVALNI NAČRT

V raziskavi je sodelovalo 26 zdravnikov specialistov splošne oz. družinske medicine iz zdravstvenih domov Postojna, Maribor, Jesenice in dva zdravnika koncesionarja iz Radelj ob Dravi, od tega 18 zdravnic in 8 zdravnikov.

Raziskava je potekala v treh fazah:

1. faza - Beleženje novo odkritih primerov depresivne motnje

V obdobju (december, 2007) pred uvedbo presejalnih vprašalnikov so zdravniki dva zaporedna tedna (10 delovnih dni) 3 ure na dan beležili število novo odkritih primerov depresivne motnje.

2. faza – Presejanje s pomočjo presejalni instrumentov

Zungova samoocenjevalna lestvica depresivnosti ima že zgodovino uporabe v slovenskem prostoru. Vprašalnik o bolnikovem zdravju – 9 pa je novejša lestvica. Praksa in raziskave v tujini kažejo, da je uporabna kot presejalni instrument in kot pripomoček pri diagnosticiranju depresivne motnje.

Presejanje s Zungovo samoocenjevalno lestvico depresivnosti

Ko je bolnik prišel v ambulanto zdravnika, ga je sestra opozorila na raziskavo in mu dala zloženko (glej prilogo). V ambulanti je bil plakat (glej prilogo), na katerem so bili opisani simptomi depresije in značilnosti raziskave, v katero se lahko vsak posameznik prostovoljno vključi. Besedilo na plakatu je nagovarjalo bolnika, da med čakanjem v roke vzame zloženko. Le-ta je vsebovala opis problematike depresivnih motenj, informacije o raziskavi, izjavo o prostovoljnem pristanku in Zungovo lestvico. Navodilo na zloženki je vodilo bolnika od seznanitve z raziskavo do samoocenjevalnega vprašalnika. Bolnik, ki je privolil v sodelovanje, je vprašalnik izpolnil in ga dal sestri. Izpolnjeno Zungovo lestvico je sestra ovrednotila (lahko tudi zdravnik) in rezultat posredovala zdravniku oz. ga je bolnik sam.

Bolniki, ki niso zmogli samostojno izpolniti Zungove lestvice

Bolnikom, ki niso imeli očal, starejšim, ki so potrebovali veliko dodatnih pojasnil, oz. vsem, ki niso mogli samostojno izpolniti vprašalnika, Zungove lestvice ni bilo potrebno izpolniti. Ti primeri so se beležili kot 'nezmožni' za samoocenjevanje. Te bolnike je zdravnik vprašal le na podlagi PHQ-9.

Bolniki, ki so zavrnilo sodelovanje

Sestra je beležila vse primere bolnikov, ki niso želeli sodelovati v študiji (spol in starost bolnika ter vzrok za nesodelovanje).

Presejanje z Vprašalnikom o bolnikovem zdravju

Faza presejanja se je izvajala v drugi polovici januarja 2008. Potekala je 2 tedna (10 delovnih dni), in sicer 3 ure dnevno v delavniku posameznega zdravnika enak časovni obseg kot faza beleženja.

Zdravnik je bolniku po pregledu (zaradi katerega se je sicer bolnik oglasil v ambulanti) postavil dve presejalni vprašanji iz PHQ-9 (glej opis vprašalnika v Metodi). Samo v primeru pozitivnih odgovorov je izvedel celotno lestvico (še dodatnih 7 vprašanj). Šele nato je pogledal rezultat na Zungovi lestvici. Če je bil rezultat na katerikoli lestvici pozitiven, je, glede na diagnostične smernice, ocenil stopnjo oz. resnost depresivne motnje in jo v skladu s smernicami obravnaval.

Zdravnik je beležil število postavljenih diagnoz depresivne motnje in vrsto obravnave za

posameznega bolnika (antidepresiv, svetovanje, napotilo k specialistu...). Prav tako je zdravnik zabeležil, ali gre za bolnika z akutno ali s kronično težavo.

3. faza - Evalvacija

Ob zaključku testnega obdobja so sodelujoči zdravniki in sestre izpolnili evalvacijske vprašalnike na podlagi katerih smo ocenili uvedbo presejalnega postopka z vidika sprejemljivosti, uporabnosti in izvedljivosti. V okviru evalvacije smo zbrali njihova mnenja, stališča, komentarje in predloge.

2 METODA

2.1 BOLNIKI

V sodelovanje v raziskavi je privolilo 2328 oseb, 366 (15.7%) pa jih je sodelovanje zavrnilo. Izločili smo 82 primerov: bolniki, ki so že imeli antidepresiv oz. so se zdravili zaradi depresije pri zdravniku ali psihiatru (v raziskavo so jih zdravniki vključili predvidoma pomotoma, saj je prisotnost depresivne motnje bil izključitveni kriterij), bolniki z bipolarno in psihotično motnjo.

V analizo je bilo tako zajetih 2246 oseb, od tega 907 (41%) moških in 1316 (59%) žensk (pri 23 osebah ni bilo podatka o spolu), ki so sodelovali vsaj pri enem presejalnem instrumentu. Njihova povprečna starost je bila 50.4 let (SD=16.2), 288 jih ni izpolnilo samoocenjevalnega vprašalnika, so pa PHQ-9 (niso imeli očal ali so imeli težave z razumevanjem vprašanj).

37% sodelujočih oseb, ki so bile zajete v analizo je prišlo k zdravniku zaradi kroničnega stanja, medtem ko so preostali prišli k zdravniku zaradi akutnih težav (od slednjih je bilo 7.2% sicer takih, pri katerih je sicer bilo prisotno tudi kronično stanje).

2.2 PRIPOMOČKI

2.2.1 ZUNGOVA SAMOOCENJEVALNA LESTVICA DEPRESIVNOSTI (Zung, 1965)

Zungova samoocenjevalna lestvica depresivnosti (v nadaljevanju tudi 'Zungova lestvica') je 20 postavčna samoocenjevalna lestvica simptomov depresije. Je ena najpogosteje uporabljenih presejalnih lestvic v svetu (Sharp in Lipsky, 2002). Pokriva čustvene, psihološke in telesne simptome, povezane z depresijo. Izpolnjevanje traja 10 minut. Namenjena je uporabi na področju primarne ravni zdravstvene oskrbe, psihiatrije in raziskovanja. Posameznik na 4 stopenjski lestvici oceni intenziteto simptoma v obdobju zadnjih dni. Skupni rezultat se uporablja za oceno resnosti depresivne simptomatike (Zung, 1965).

Vsota vseh postavk je surovi rezultat, ki se pretvori v odstotek depresije, ki jo lestvica meri (SDS indeks). Indeks rezultat se uporablja za ocenjevanje stopnje resnosti depresivne motnje in sicer v štirih kategorijah:

Kategorija	SDS indeks	Opis
I	< 50	normalni rezultat
II	50-59	minimalna do blaga depresija
III	60-69	srednja do huda depresija
IV	> 70	huda do zelo huda depresija

Rezultat na Zungovi lestvici ne dovoljuje klinične diagnoze depresivne motnje, ampak le nakazuje stopnjo simptomov depresije, ki je lahko klinično pomembna.

V primerih, ko se lestvico uporablja v presejalne namene, avtor in druge študije predlagajo presejalni kriterij ali »cut.off« (v nadaljevanju »kriterij«) 50 SDS točk.

Vrednotenje odgovorov traja do pol minute (s pomočjo šablone, ki se položi na vprašalnik, nakar se seštejejo ocene, vsota se pretvori v SDS indeks).

2.2.2 VPRAŠALNIK O BOLNIKOVEM ZDRAVJU 9 (Patient Health Questionnaire 9, Spitzer et. al, 1994)

Vprašalnik o bolnikovem zdravju 9 je modul Vprašalnika o bolnikovem zdravju (v nadaljevanju uporabljamo tudi izvorno okrajšavo PHQ-9), ki je samoocenjevalna verzija PRIME-MD (Spitzer et al., 1994). PRIME MD je dvostopenjski sistem, ki je sestavljen iz presejalnega vprašalnika in evalvacijskih navodil za odkrivanje najpogostejših skupin duševnih motenj na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Temelji na DSM-IV. Obe komponenti PRIME MD vprašalnikov sta bili kombinirani v samoocenjevalni vprašalnik PHQ-9.

PHQ-9 je torej podlestvica, ki obsega devet simptomov depresije (skladno z devetimi kriteriji DSM-IV). Oseba ali ocenjevalec na 4-stopenjski lestvici označi, koliko časa v zadnjih dveh tednih je bil posamezen simptom prisoten. Lestvica je namenjena odkrivanju depresije v splošni populaciji, na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in za klinične skupine (Martin et al., 2005). Martin et al. (2005) so ugotovili, da je PHQ-9 veljavna lestvica, tako za odkrivanje velike depresivne motnje kot tudi podpraznih oblik depresivnih motenj v splošni populaciji. Pri uporabi presejalnega kriterija > 9 točk sta občutljivost in specifičnost 88% (Kroenke, Robert, Spitzer, Williams, 2001).

Občutljivost in specifičnost dveh presejalnih vprašanj sta 97% oz. 67% (Arrol, Khin, Kerse, 2003).

2.2.3 EVALVACIJSKI VPRAŠALNIK (glej prilogo)

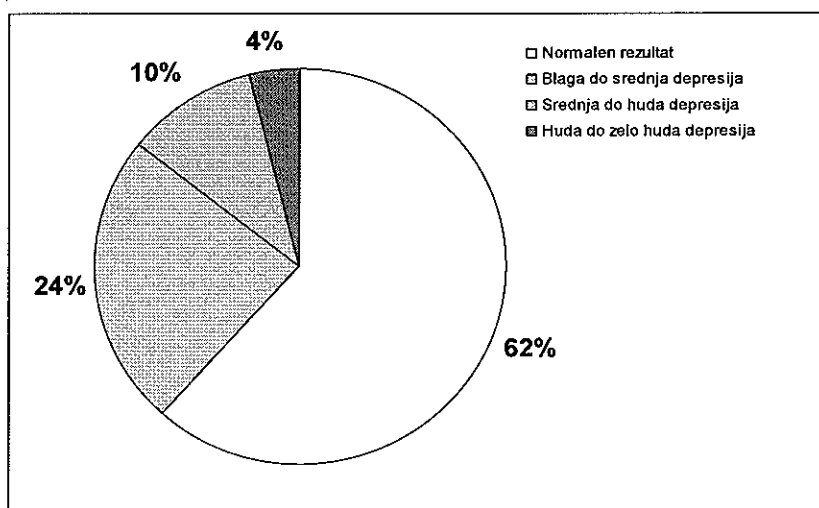
Ob zaključku testnega obdobja so sodelujoči zdravniki in sestre izpolnili evalvacijske vprašalnike, ki smo jih sestavili posebej v namene raziskave. Služili so oceni uvedbe presejalnega postopka z vidika sprejemljivosti, uporabnosti in izvedljivosti. V okviru evalvacije smo zbrali mnenja, stališča, komentarje ter predloge sodelujočih zdravnikov in sester.

3 REZULTATI

3.1 POGOSTOST ZNAKOV IN SIMPTOMOV DEPRESIJE

3.1.1 ZUNGOVA SAMOOCENJEVALNA LESTVICA DEPRESIVNOSTI

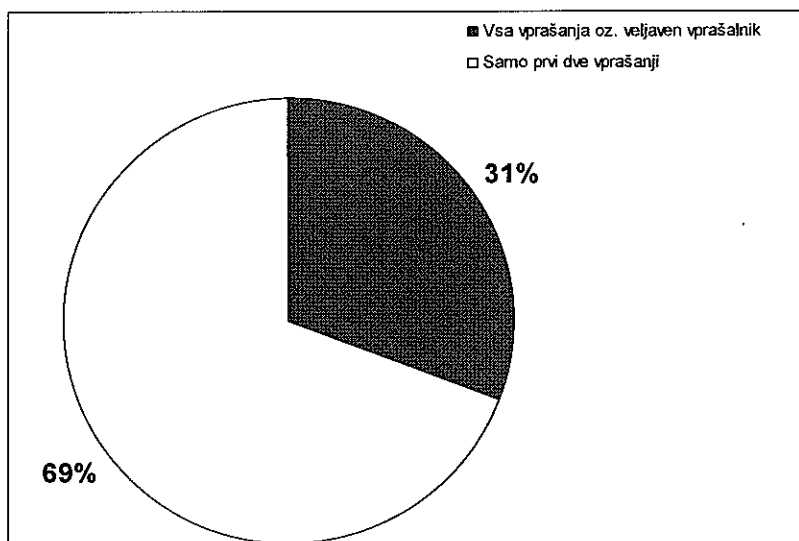
Iz analize je bilo izločenih 73 primerov lestvic - vsi primeri, ki so imeli več kot štiri manjkajoče postavke ter vsi tisti, pri katerih bi vsota ocen manjkajočih postavk v primeru najvišjih ocen pomenila končen pozitiven presejalni rezultat. V analizi so ostali primeri s štirimi ali manj manjkajočimi postavkami, pri katerih vsota manjkajočih postavk v primeru najvišjih ocen ne bi pomenila pozitivnega končnega skupnega rezultata. V analizo je bilo tako vključenih 1955 (87% vseh udeležencev) primerov Zungovih lestvic



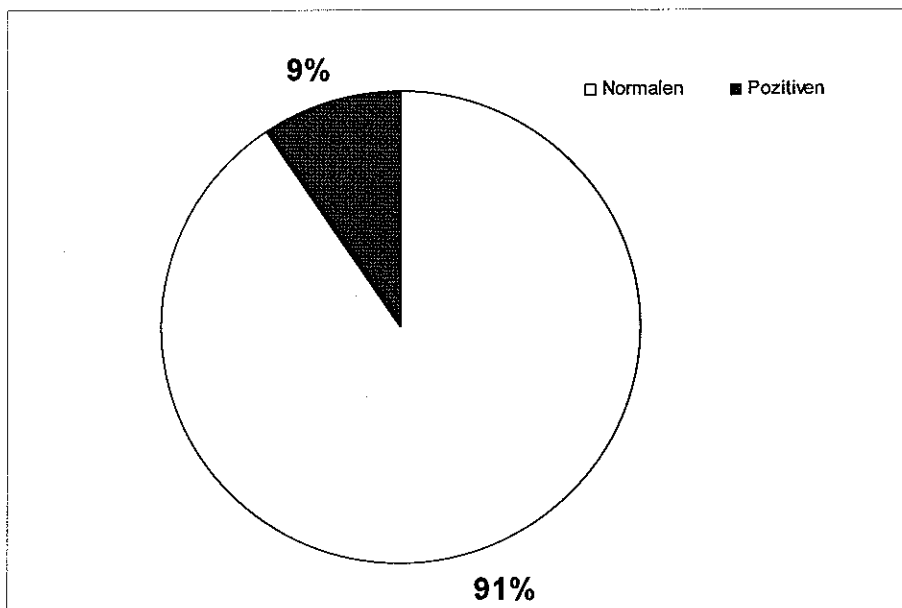
Slika 1. Iz slike je razvidno, da je na Zungovi samoocenjevalni lestvici depresivnosti kriterij za pozitiven rezultat preseglo 38% posameznikov.

3.1.2 VPRAŠALNIK O BOLNIKOVEM ZDRAVJU 9

Iz analize so bili izločeni vprašalniki z manjkajočimi postavkami, pri katerih bi vsota ocen manjkajočih postavk v primeru najvišjih ocen pomenila končen pozitiven presejalni rezultat. V analizo je bilo vključenih 2218 (98.7%) vprašalnikov.



Slika 2. Obseg izvedbe vprašalnika PHQ-9. Tretjina vprašalnikov je bila izvedenih v celoti, preostali dve tretjini pa v obsegu dveh vprašanj (ključna simptoma za diagnozo depresivne motnje po DSM-IV-TR, 2007)



Slika 3. Delež posameznikov, ki so na PHQ-9 dosegli pozitiven rezultat (10 ali več točk).

3.2 PRIMERJAVA REZULTATOV MED PHQ-9 IN ZUNGOVO LESTVICO

Primerov, ko sta bila uporabljena oba presejalna instrumenta, je 1930. V ostalih primerih ni bil izpolnjen eden od obeh, zato smo vse takšne izločili iz neposredne primerjalne analize.

Tabela 1

Primerjava presejalnih rezultatov na Zungovi samoocenjevalni lestvici depresije in Vprašalniku o bolnikovem zdravju – standardni presejalni kriterij na Zungovi lestvici (SDS index = 50)

		PHQ-9 < 10	PHQ-9 > 9	Skupaj
SDS indeks < 50	f	1185	5	1190
	% znotraj SDS indeks 50	99,6%	,4%	100,0%
	% znotraj PHQ-9	68,1%	2,6%	61,7%
	% skupaj	61,4%	,3%	61,7%
SDS indeks > 49	f	555	185	740
	% znotraj SDS indeks 50	75,0%	25,0%	100,0%
	% znotraj PHQ-9	31,9%	97,4%	38,3%
	% skupaj	28,8%	9,6%	38,3%
Skupaj	f	1740	190	1930
	% znotraj SDS indeks 50	90,2%	9,8%	100,0%
	% znotraj PHQ-9	100,0%	100,0%	100,0%
	% skupaj	90,2%	9,8%	100,0%

Pozitiven presejalni rezultat na obeh lestvicah je imelo 9.6% vseh sodelujočih, ki so bili zajeti v analizo. Iz zgornje tabele je razvidno, da je 28.8% takih posameznikov, ki so imeli pozitiven presejalni rezultat samo na Zungovi lestvici, ne pa tudi na PHQ-9. Le četrtnina pozitivno prepoznanih na Zungovi lestvici je bila pozitivno prepoznana na PHQ-9. **Ujemanje med lestvicama je bilo v 71% primerih.** Hi kvadrat test za testiranje razlik med skupinami je pokazal, da se vprašalnika statistično pomembno razlikujeta v odstotku posameznikov s pozitivnim presejalnim rezultatom ($df=1, p < 0.001, \chi^2 = 310.6$).

Tabela 2

Primerjava presejalnih rezultatov na Zungovi samoocenjevalni lestvici depresije in Vprašalniku o bolnikovem zdravju – visok presejalni kriterij na Zungovi lestvici (SDS index =60).

		PHQ < 10	PHQ > 9	Skupaj
SDS indeks < 60	f	1600	53	1653
	% znotraj SDS indeks 60	96,8%	3,2%	100,0%
	% znotraj PHQ-9	92,0%	27,9%	85,6%
	% skupaj	82,9%	2,7%	85,6%
SDS indeks > 59	f	140	137	277
	% znotraj SDS indeks 60	50,5%	49,5%	100,0%
	% znotraj PHQ-9	8,0%	72,1%	14,4%
	% skupaj	7,3%	7,1%	14,4%
Skupaj	f	1740	190	1930
	% znotraj SDS indeks 60	90,2%	9,8%	100,0%
	% znotraj PHQ-9	100,0%	100,0%	100,0%
	% skupaj	90,2%	9,8%	100,0%

Rezultat nad SDS indeksom 59 kaže na prisotnost *srednje do hude* oblike depresivne motnje. Iz tabele je razvidno, da je bilo posameznikov s tako visokim rezultatom 14,4%. Polovica od njih na PHQ-9 ni presegla presejalnega kriterija. **Ujemanje med lestvicama je v primeru strožjega presejalnega kriterija 90%.** Hi kvadrat test za testiranje razlik med skupinami je pokazal, da se vprašalnika statistično pomembno razlikujeta v odstotku posameznikov s pozitivnim presejalnim rezultatom ($df=1, p < .001, \chi^2= 571.8$).

Zungova lestvica in število pozitivnih glavnih simptomov na PHQ-9

Tabela 3

Prisotnost glavnih PHQ-9 simptomov in presejalni rezultat na Zungovi lestvici pri različnih kriterijih (v analizo so zajeti le PHQ-9 vprašalniki z ocenjenima ključnima simptomoma)

Število pozitivnih glavnih simptomov (2-PHQ-9 screen)		SDSi < 50	SDSi > 49	SDS < 60	SDS > 59	Skupaj
0	f	974	356	1253	77	1330
	% znotraj 2phq screen	73,2%	26,8%	94,2%	5,8%	100,0%
	% znotraj Zung	99,5%	98,1%	99,1%	98,7%	99,1%
	% Skupaj	72,6%	26,5%	93,4%	5,7%	99,1%
1	f	5	7	11	1	12
	% znotraj 2phq screen	41,7%	58,3%	91,7%	8,3%	100,0%
	% znotraj Zung	0,5%	1,9%	0,9%	1,3%	0,9%
	% Skupaj	0,4%	0,5%	0,8%	0,1%	0,9%
f		979	363	1264	78	1342
% znotraj 2phq screen		73,0%	27,0%	94,2%	5,8%	100,0%
% znotraj Zung		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% Skupaj		73,0%	27,0%	94,2%	5,8%	100,0%

Iz tabele 3 je razvidno, da je 26.8% brez dveh ključnih simptomov depresije, poročalo o klinično pomembni stopnji simptomov depresije na Zungovi lestvici, če smo uporabili standarden presejalni kriterij. Takih posameznikov je bilo 5.8%, če smo uporabili strožji kriterij.

Zgornje pomeni, da je po strožjih kriterijih za Zungovo samoocenjevalno lestvico depresije 5.8% posameznikov (N=1342), pri katerih nista prisotna ključna diagnostična simptoma depresije (anhedonija in slabo razpoloženje) srednje do hudo depresivnih, in ki so na podlagi presejanja z dvema presejalnima vprašalnikoma PHQ-9 hipotetično 'spregledani'.

Korelacija med Zungovo samoocenjevalno lestvico in Vprašalnikom o bolnikovem zdravju 9

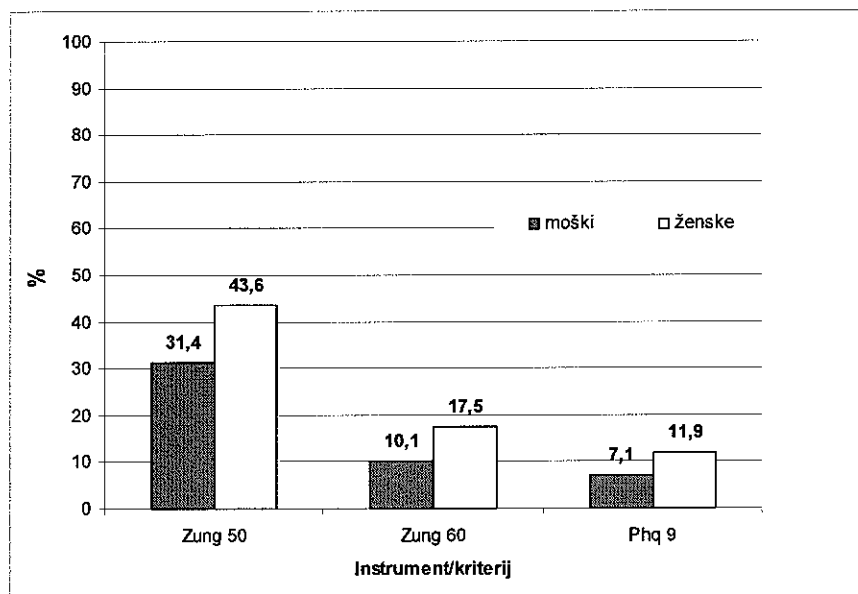
Korelacija – uporabili smo neparametrično rang korelacijo *Spearmanov Rho* - med Zungovo samoocenjevalno lestvico (SDS indeks) in skupnimi rezultatom PHQ-9 je 0.59 ($p < .000$; N=1930).

Če upoštevamo samo celotno izvedene Vprašalnike o bolnikovem zdravju korelacija znaša 0.72 ($p < .001$; N=586)

Korelacija na ravni diagnoz (le celotno izveden PHQ-9) je 0.58 ($p < .001$; $df=12$, N=1930).

3.3 RAZLIKE MED SPOLOMA

V primeru, ko uporabimo rezultat na Zungovi lestvici depresivnosti (SDS indeks) in rezultat na Vprašalniku o bolnikovem zdravju kot kontinuirani spremenljivki, imajo ženske pomembno višji rezultat na obeh lestvicah. Vendar v obeh primerih centralni rezultat pade v 'normalno' kategorijo. Glede na to, da je naš namen vendarle ugotoviti presejalno učinkovitost oz. značilnosti uporabljenih instrumentov, smo v nadalje uporabili dihonomiziran rezultat na obeh lestvicah (negativen/pozitiven).



Slika 4. Razlike v pozitivnih presejalnih rezultatih med spoloma pri različnih pogojih merjenja. Iz slike je razvidno, da je razmerje manjše kot sicer kažejo raziskave - 1:2 (DSM-IV-TR, 2000): 1: 1.39 za Zung 50, 1: 1.73 za Zung 60 in 1: 1.68 za PHQ-9).

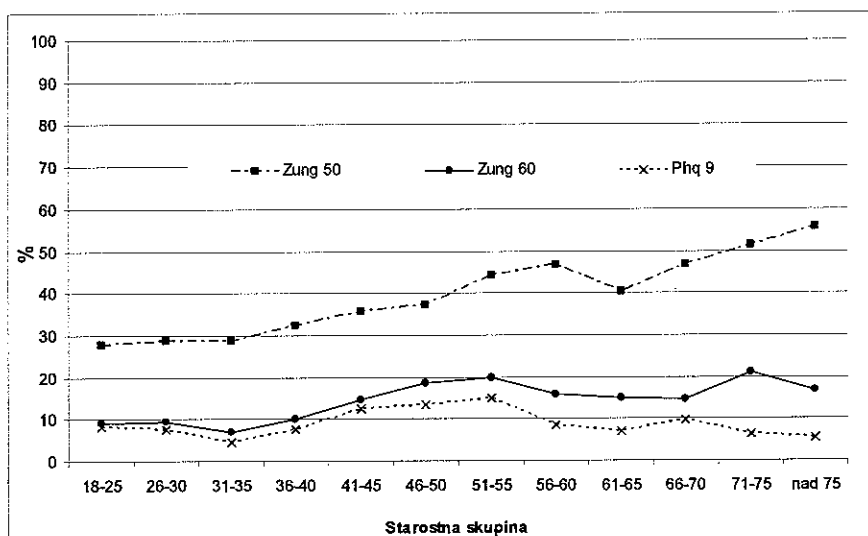
Tabela 4

Hi kvadrat test za testiranje razlik v presejalnem rezultatu med spoloma.

	χ^2	df	p
Zung 50	29.33	1	< .000
Zung 60	20.82	1	< .000
PHQ-9	12.11	1	< .005

Rezultati kažejo, da ima več žensk kot moških klinično stopnjo depresivnih simptomov.

3.4 PRESEJALNI REZULTAT IN STAROST



Slika 5. Slika prikazuje odstotek primerov s pozitivnim presejalnim rezultatom pri različnih pogojih merjenja. Pri vseh pogojih merjenja odstotek oseb s klinično stopnjo depresivne simptomatike narašča po 35. letu in doseže vrh v obdobju 51 do 60 leta. Po tem obdobju se rezultati pri različnih pogojih nekoliko razlikujejo.

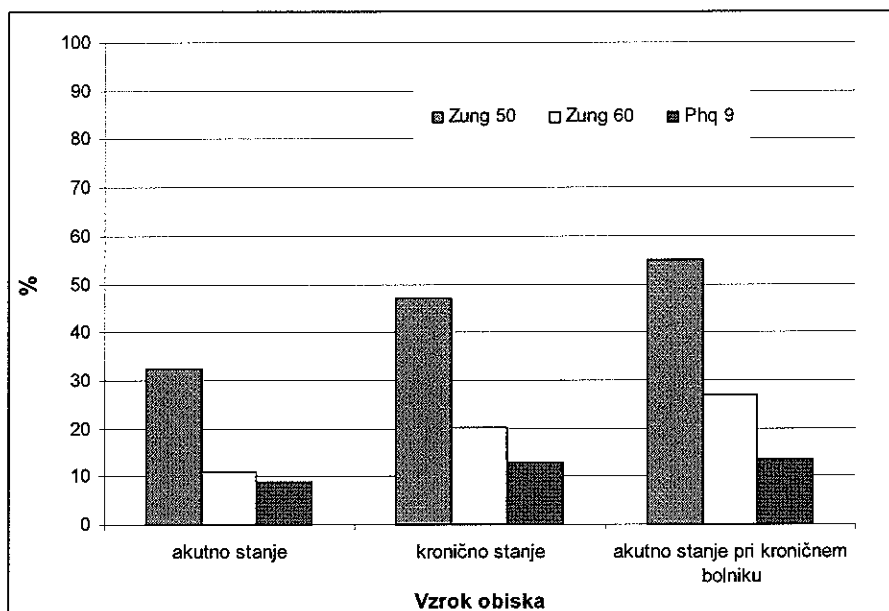
Tabela 5

Hi kvadrat test za testiranje razlik med starostnimi skupinami.

	χ^2	df	p
Zung 50	53.44	11	< .000
Zung 60	29.44	11	< .005
PHQ-9	27.97	11	< .005

Statistična analiza je pokazala, da se starostne skupine v vseh primerih merjenja med seboj pomembno razlikujejo v odstotku oseb s klinično pomembnimi znaki in simptomi depresije.

3.5 POGOSTOST DEPRESIVNE MOTNJE IN VZROK OBISKA



Slika 6. Iz slike je razvidno, da je v vseh primerih merjenja večji delež bolnikov s pozitivnim presejalnim rezultatom med kroničnimi bolniki (pri Zungovi lestvici z blažjim kriterijem za 14.5%, pri Zungovi lestvici s strožjim kriterijem za 8.9% in pri PHQ-9 za 4.2%).

Tabela 6

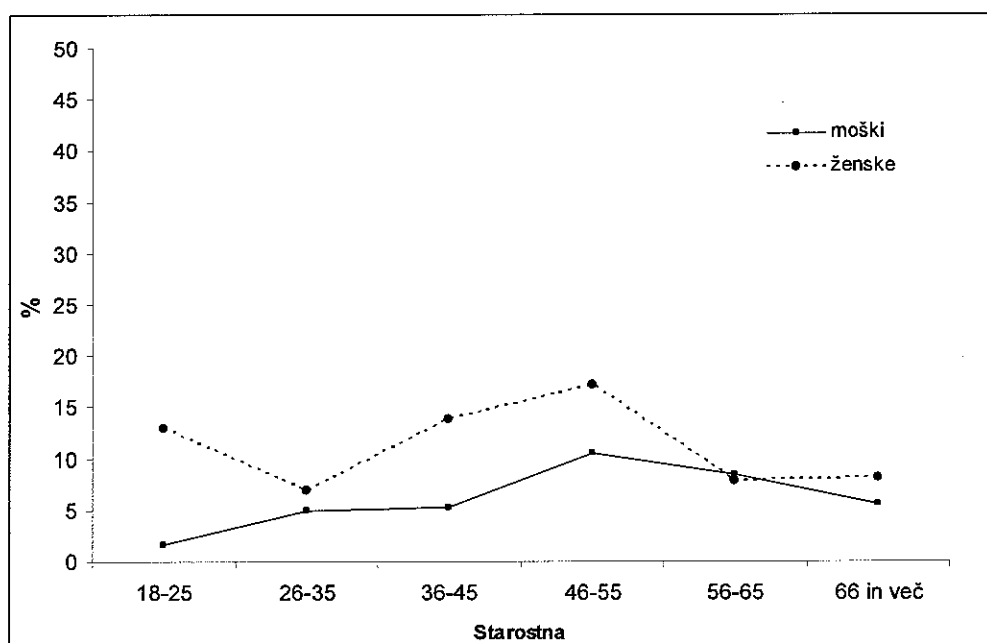
Hi kvadrat test za testiranje razlik v % pozitivnega rezultata med različnimi vzroki obiska.

	χ^2	df	p
Zung 50	42.49	2	< .000
Zung 60	32.59	2	< .000
PHQ-9	9.21	2	< .05

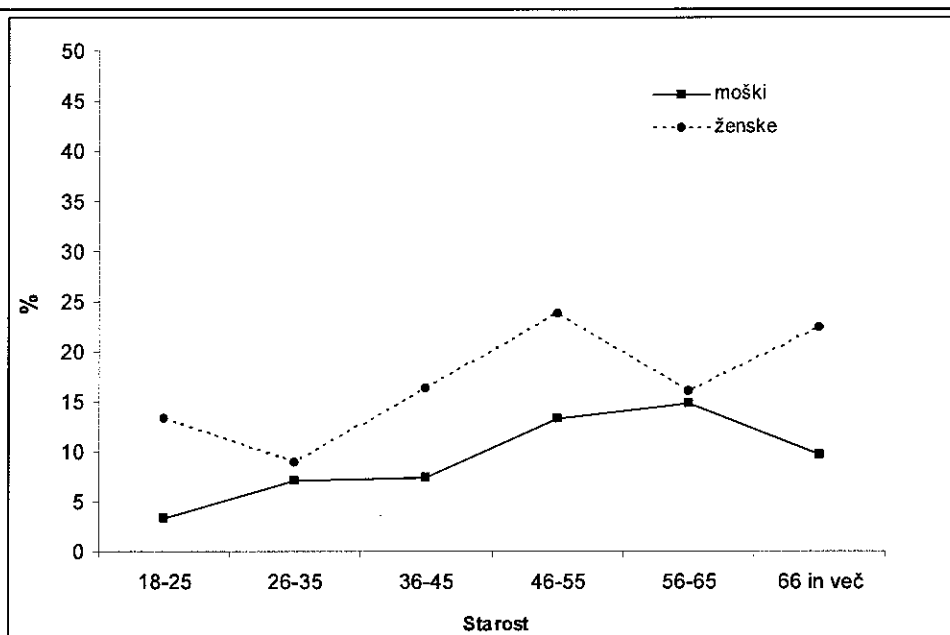
Hi kvadrat test je potrdil, da se skupine med seboj pomembno razlikujejo v deležu oseb s pozitivnih rezultatom. Po pričakovanjih, glede na druge raziskave (Wells, Golding, Burnam, 1988), je med kroničnimi bolniki večji odstotek oseb s kliničnimi znaki in simptomi depresije.

3.6 POZITIVEN PRESEJALNI REZULTAT IN STAROST – KONTROLA SPOLA IN VZROKA OBISKA

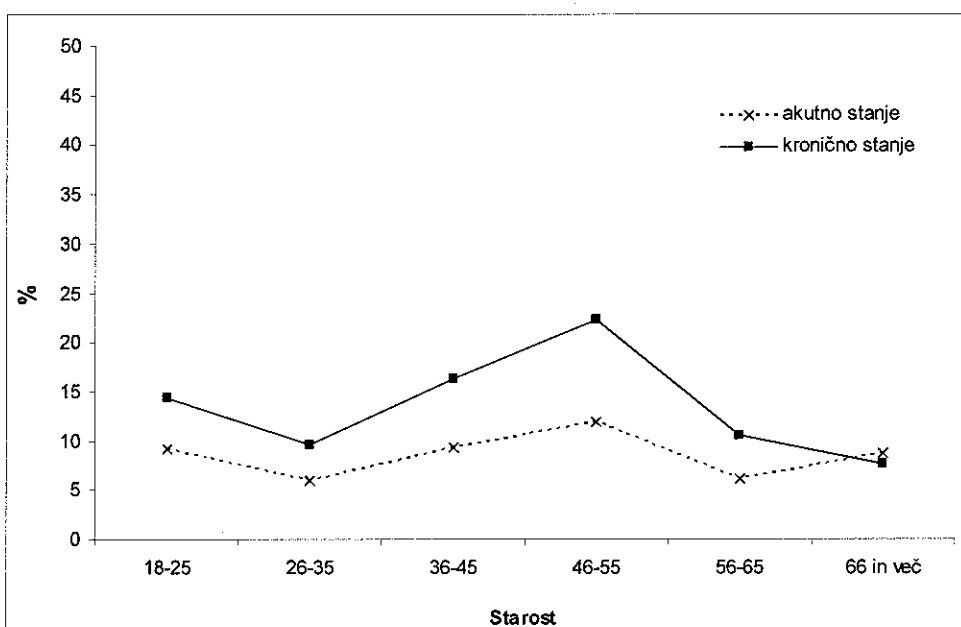
Depresivne motnje se pogosteje pojavljajo pri ženskah in pri kroničnih bolnikih (DSM-IV-TR, 2000). Pogostost kroničnih bolezni pa naraste v dobi srednje odraslosti. To je skupina pri kateri smo v naši raziskavi beležili največ primerov klinično pomembne stopnje znakov in simptomov depresije. Predvidevali smo, da omenjene starostne razlike do določenega obsega lahko pojasnjujeta prisotnost kronične bolezni in spol. Izvedli smo analizo razlik med starostnimi skupinami, pri čemer smo ločeno kontrolirali spol in vzrok obiska.



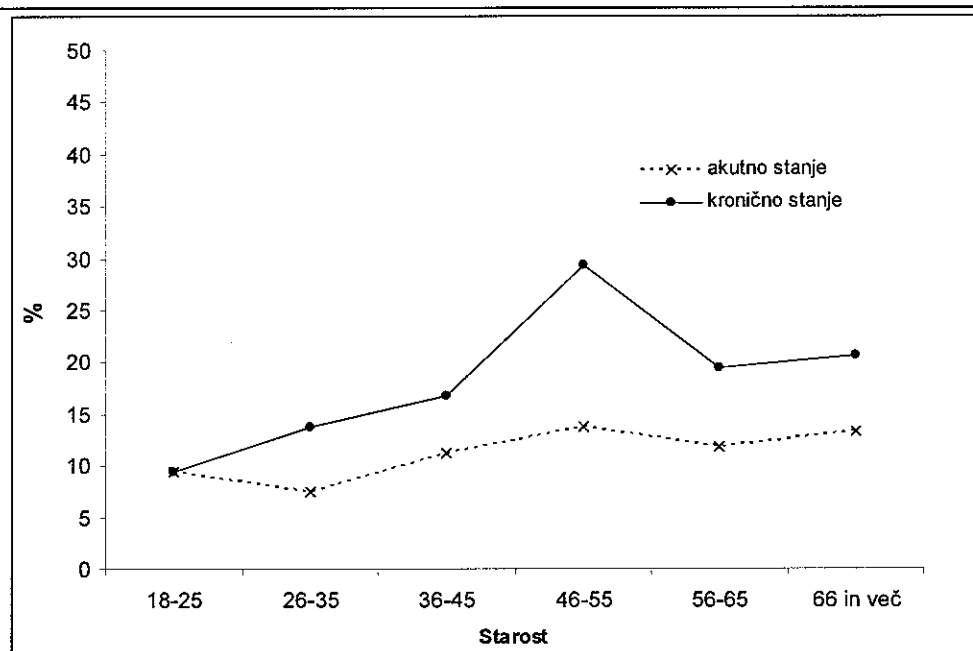
Slika 7.. Kontrola spola – PHQ-9. Delež oseb s pozitivnim presejalnim rezultatom se med starostnimi skupinami pomembno razlikuje le pri ženskah (moški: $\chi^2=9.46$, $p= .092$, $df=5$; ženske: $\chi^2=20.03$, $p= .001$, $df=5$). Vidimo, da je največji delež žensk s pozitivnim presejalnim rezultatom v skupini 18-25 ter v starostnem obdobju med 36 in 55, nato upade.



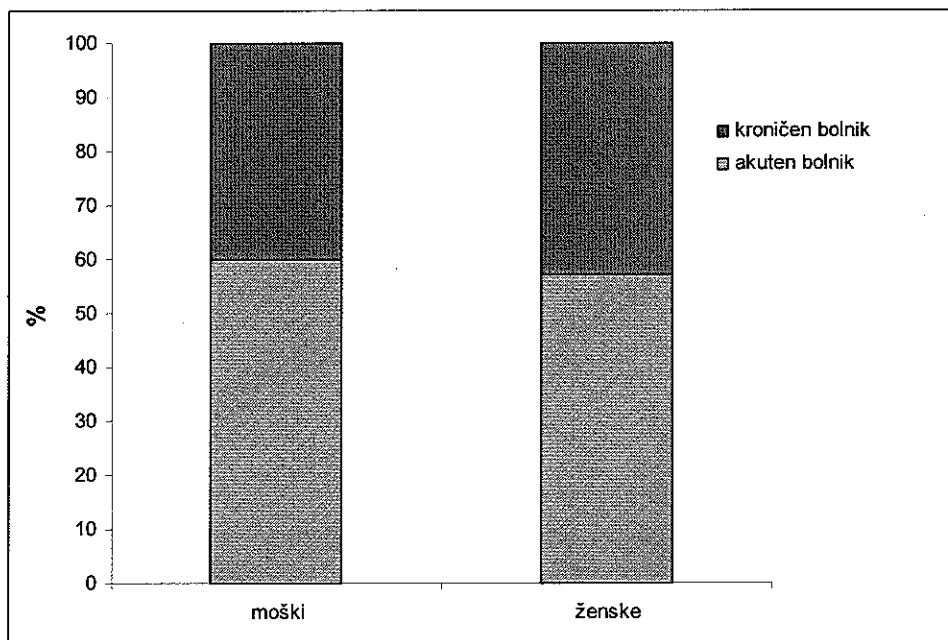
Slika 8. Kontrola spola - Zung60. Delež posameznikov s pozitivnim presejalnim rezultatom se med starostnimi obdobji pomembno razlikuje tako me moškimi kot med ženskami (moški: $\chi^2=11.57$, $p=.041$, $df=5$; ženske: $\chi^2=20.07$, $p=.001$, $df=5$).



Slika 9. Kontrola vzroka obiska – PHQ-9. Delež posameznikov s pozitivnim presejalnim rezultatom se med starostnimi obdobji pomembno razlikuje le v skupini oseb s kroničnim stanjem (akutno stanje: $\chi^2=7.39$, $p=.193$, $df=5$; kronično stanje: $\chi^2=23.03$, $p=.000$, $df=5$).



Slika 10. Kontrola vzroka obiska - Zung60. Delež posameznikov s pozitivnim presejalnim rezultatom se med starostnimi obdobji pomembno razlikuje le v skupini oseb s kroničnim stanjem (akutno stanje: $\chi^2=5.80$, $p= .326$, $df=5$; kronično stanje: $\chi^2=11.43$, $p= .044$, $df=5$). Izrazito visok odstotek oseb s kliničnimi znaki in simptomi depresije smo ugotovili pri bolnikih, ki so se pri zdravniku oglasili zaradi kroničnega stanja in so bili stari med 46 in 55 let.



Slika 11. Razmerje med osebami s kroničnim in akutnim stanjem se med spoloma ne razlikuje ($\chi^2=1.57$, $p= .211$, $df=1$). Prav tako ni pomembnih razlik v razmerju med spoloma, ko kontroliramo za presejalni rezultat (skupina nad presejalnim kriterijem) bodisi na Vprašalniku o bolnikovem zdravju ($\chi^2=3.012$, $p= .083$, $df=1$), bodisi na Zungovi samoocenjevalni lestvici z višjim kriterijem ($\chi^2= .36$, $p= .550$, $df=1$).

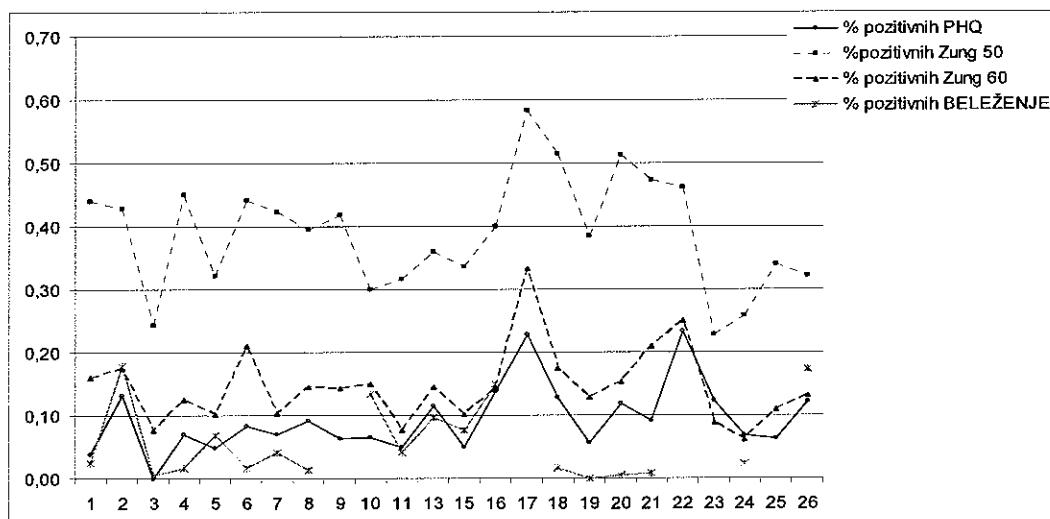
3.7. UČINEK UVEDBE PRESEJALNIH POSTOPKOV – primerjava rezultatov presejalnih vprašalnikov in rezultatov iz faze beleženja

Tabela 7

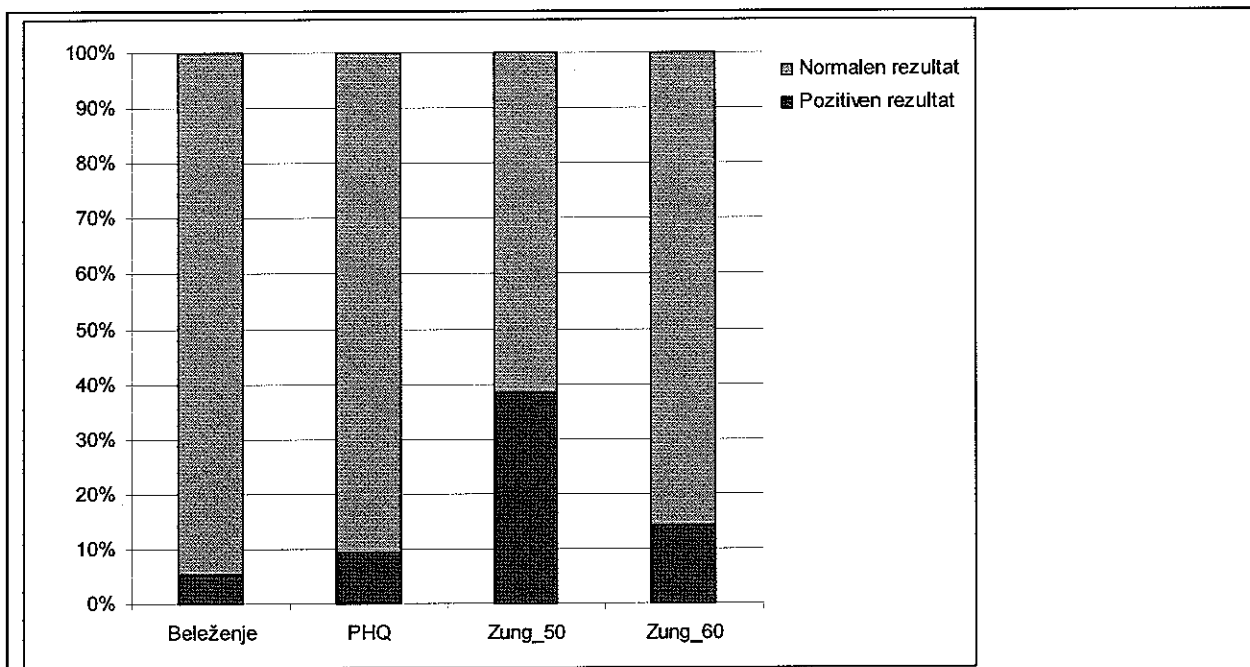
Testiranje razlik v odstotku prepoznanih primerov depresivne motnje oz. klinične stopnje znakov in simptomov depresije med fazo presejanja in fazo beleženja

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> (2-smerno)
pozitivnih PHQ-9 odkritih Beleženje	19	.0808	.0374	1.89	18	.075
pozitivnih Zung 50 % odkritih beleženje	19	.3856	.0795	12.89	18	.000
pozitivnih Zung 60 % odkritih beleženje	19	.1354	.0420	4.77	18	.000

Na osnovi presejanja s Zungovo lestvico je bilo v primeru obeh kriterijev prepoznanih več oseb s kliničnimi znaki in simptomi depresije kot na osnovi presejanja brez presejalnih orodij. Pomembne razlike nismo zabeležili v primeru uporabe PHQ-9. Zungova lestvica je pogosteje pokazala na klinično stopnjo znakov in simptomov depresije kot PHQ-9.



Slika 12. Primerjava rezultatov različnih oblik presejanja oz. beleženja za posameznega zdravnika. Iz slike je razvidno, da smo z Zungovo lestvico z blažjim kriterijem zabeležili zelo visoko število primerov depresivne simptomatike pri vseh zdravnikih. Na osnovi PHQ-9 zdravniki v povprečju niso odkrili več primerov klinično pomembne stopnje depresije, se je pa to zgodilo na podlagi uporabe Zungove lestvice tudi, če upoštevamo strožji kriterij. In sicer če ga dvignemo celo na raven, ko za pozitivne rezultate štejemo tiste stopnje depresivne simptomatike, ki po kategorizaciji v ocene diagnoz pomenijo že srednjo do hudo stopnjo depresije.



Slika 13. Primerjava vseh presejalnih rezultatov (ne glede na zdravnike). V fazi beleženja je bilo identificiranih 5% oseb z depresivno motnjo, s PHQ-9 smo zabeležili 9% oseb z kliničnimi znaki in simptomi depresije, z Zungovo lestvico z blažjim kriterijem 38% in s strožjim 14% oseb.

3.8. VRSTA OBRAVNAVE IN PRESEJALNI REZULTAT

Tabela 8

Deleži posameznikov s pozitivnim presejalnim rezultatom po posameznih vrstah obravnave (ločen prikaz kombiniranih obravnav)

	PHQ-9		Zung 60		Zung50	
	f	%	f	%	f	%
Antidepresiv	35	16,7	28	10,0	39	5,2
Anksiolitik	8	3,8	5	1,8	13	1,7
Specialist	15	7,1	15	5,4	15	2,0
Pogovor	56	26,7	61	21,8	163	21,7
Drugo	1	0,5	2	0,7	5	0,7
Brez	6	2,9	41	14,6	194	25,8
Antidepresiv + Anksiolitik	12	5,7	9	3,2	10	1,3
Antidepresiv + Specialist	8	3,8	9	3,2	9	1,2
Antidepresiv + Pogovor	28	13,3	24	8,6	29	3,9
Antidepresiv + Drugo	1	0,5	1	0,4	1	0,1
Anksiolitik + Specialist	3	1,4	2	0,7	2	0,3
Anksiolitik + Pogovor	4	1,9	1	0,4	7	0,9
Anksiolitik + Drugo	1	0,5	1	0,4	1	0,1
Specialist + Pogovor	7	3,3	5	1,8	7	0,9
Pogovor + Drugo	3	1,4	3	1,1	4	0,5
Antidepresiv + Anksiolitik + Specialist	4	1,9	4	1,4	4	0,5
Antidepresiv + Anksiolitik + Pogovor	8	3,8	8	2,9	9	1,2
Antidepresiv + Specialist + Pogovor	1	0,5	1	0,4	1	0,1
Antidepresiv + Specialist + Drugo	1	0,5	1	0,4	1	0,1
Anksiolitik + Pogovor + Drugo			1	0,4	1	0,1
Antidepresiv + Anksiolitik + Specialist + Pogovor	3	1,4	2	0,7	2	0,3
Obravnavani skupaj	205	97,6	227	81,1	522	69,5
Manjkajoči	5	2,4	53	18,9	229	30,5
Vsi (N)	210	100	280	100	751	100

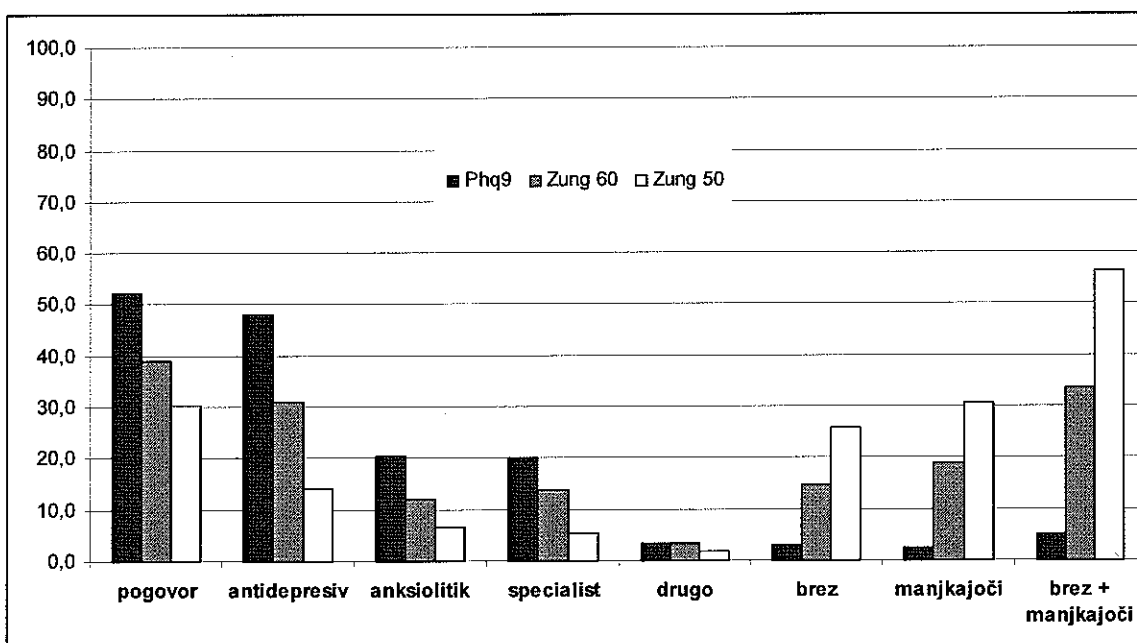
Tabela prikazuje, kakšno vrsto obravnave so prejeli posamezniki s pozitivnim presejalnim rezultatom. Glej tudi povzetek v tabeli 9.

Tabela 9

Deleži posameznikov s pozitivnim presejalnim rezultatom po posameznih vrstah obravnave

	PHQ-9 (%)	Zung 50 (%)	Zung 60 (%)
pogovor	52,4	30,4	38,9
antidepresiv	48,1	14,0	31,1
anksiolitik	20,5	6,7	12,1
specialist	20,0	5,5	13,9
drugo	3,3	1,7	3,2
brez	2,9	25,8	14,6
manjkajoči	2,4	30,5	18,9
brez + manjkajoči	5,2	56,3	33,6

Tabela prikazuje, kakšno vrsto obravnave so prejeli posamezniki s pozitivnim rezultatom. Večina (skoraj 95%) posameznikov, ki so imeli pozitiven rezultat na PHQ-9, so dobili obravnavo, najpogosteje pogovor, antidepresiv, anksiolitik ali/in so bili napoteni na sekundarni nivo. Več kot polovica oseb s pozitivnim rezultatom na Zungovi lestvici ni prejela nobene obravnave oz. vrsta obravnave ni bila zabeležena, medtem ko je takih oseb več kot 33%, če upoštevamo strožji kriterij na Zungovi lestvici.

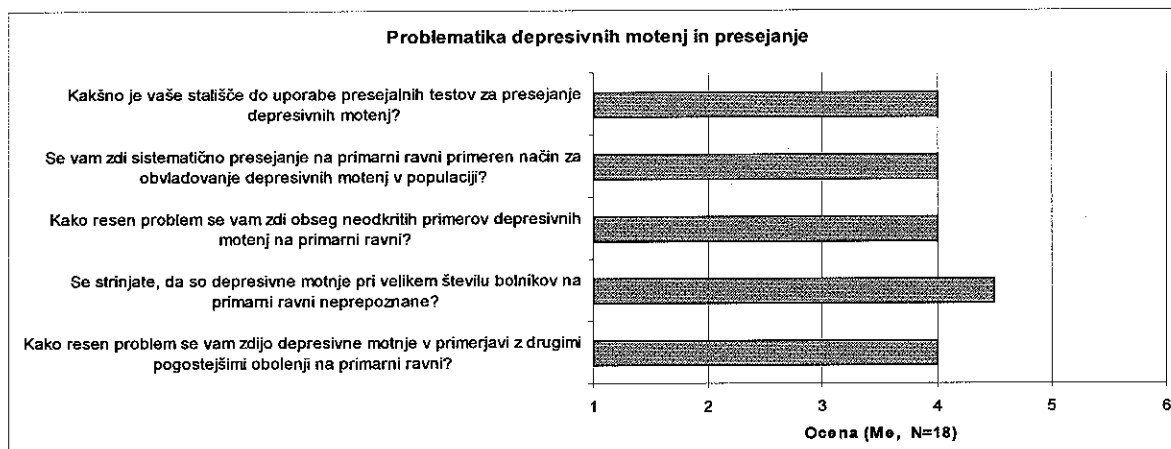


Slika 14. Deleži posameznikov s pozitivnim presejalnim rezultatom po različnih vrstah obravnave. Slikovni povzetek tabele 13.

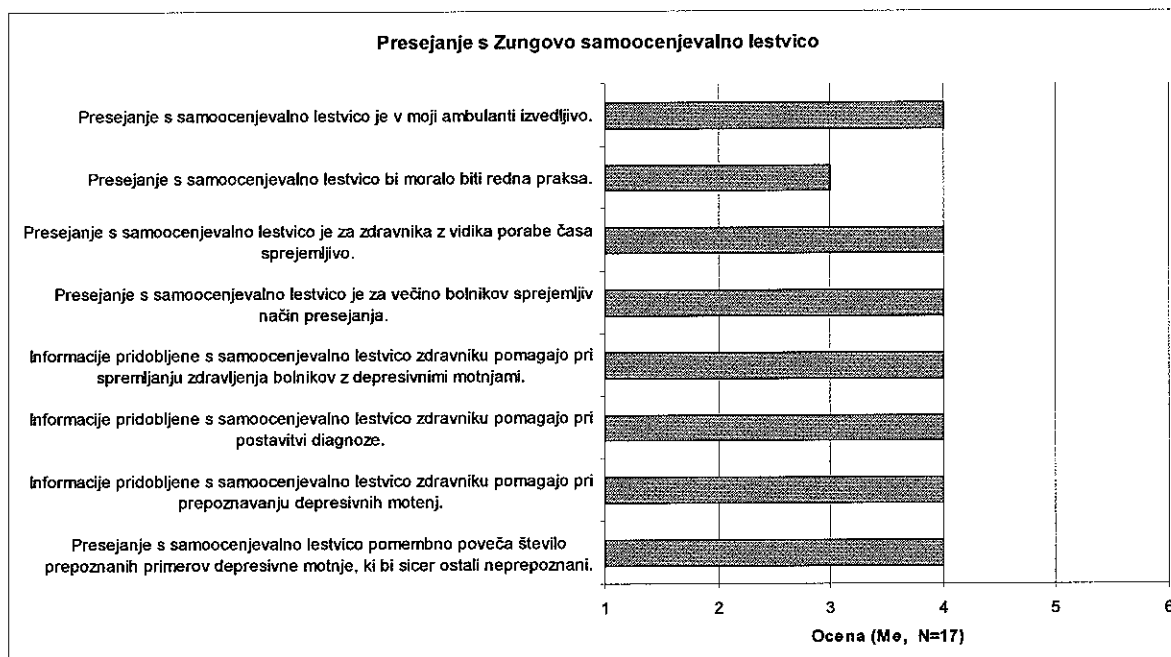
3.9 EVALVACIJA

Prikazane so centralne tendence (glede na metrični nivo podatkov je najustreznejša mera mediana).

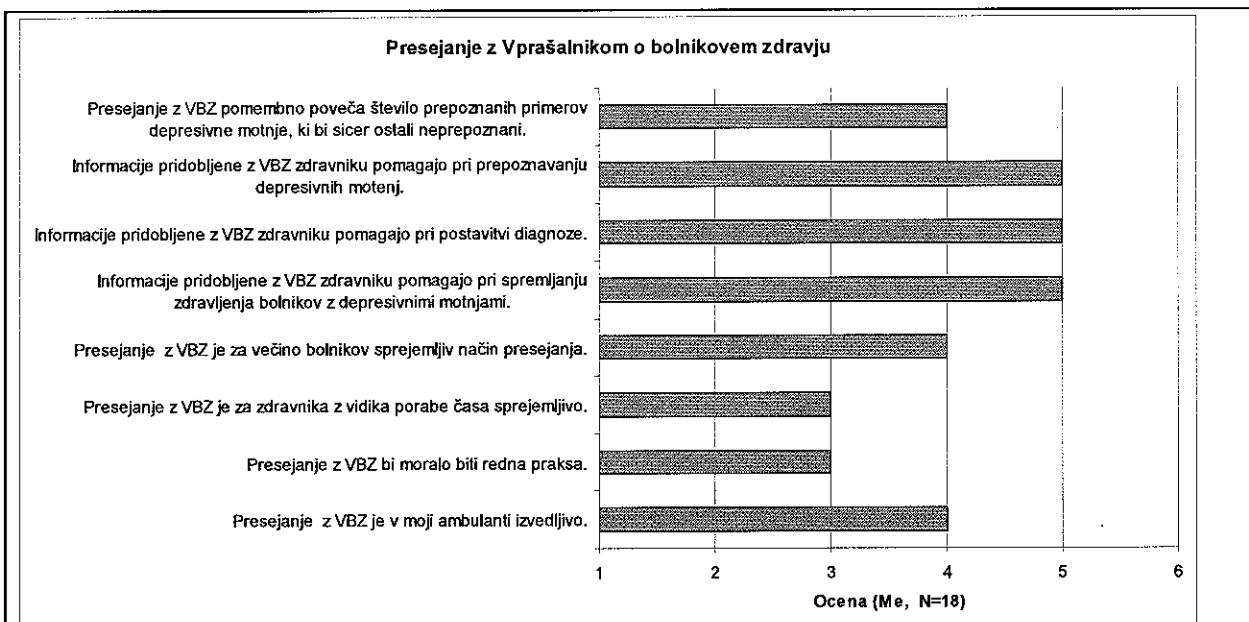
3.9.1 EVALVACIJA - ZDRAVNIKI



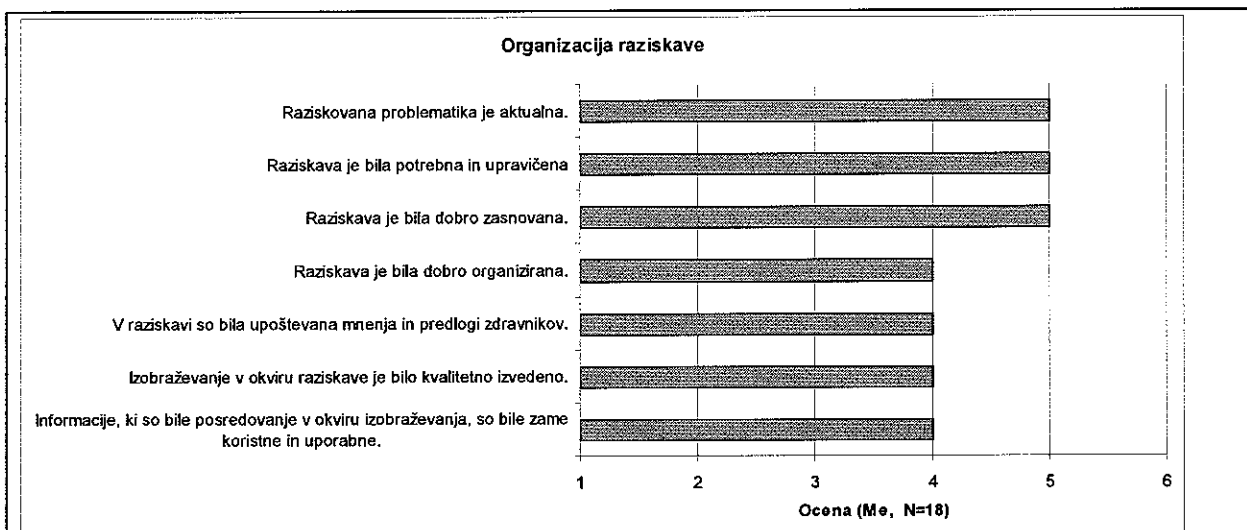
Slika 15. Povprečna ocena zdravnikov v odnosu do problematike depresivnih motenj in presejanja je pozitivna. V največji meri se zdravniki strinjajo s stališčem, da so depresivne motnje pri velikem številu bolnikov na primarni ravni neprepoznane.



Slika 16. Stališča do presejanja z Zungovo lestvico so v povprečju bolj pozitivna kot negativna. Zdravniki v povprečju ne strinjajo edino s stališčem, da bi moralo biti presejanje s samoocenjevalno lestvico redna praksa.



Slika 17. Zdravniki se zelo strinjajo, da informacije pridobljene s PHQ-9 zdravniku pomagajo pri prepoznavanju depresivnih motenj, pri postavitvi diagnoze in pri spremljanju zdravljenja. Zdravniki se v povprečju ne strinjajo s stališčem, da je presejanje s PHQ-9 za njih sprejemljivo in bi moralo biti redna praksa.



Slika 18. Stališča do organizacije raziskave – aktualnosti in upravičenosti raziskave, možnosti zdravnikovega udejstvovanja in sodelovanja, upoštevanja njihovih mnenje in zasnove ter izvedbe raziskave so pozitivna.

Nekaj vprašanj je bilo odprtega tipa (glej prilogo Evalvacijski vprašalnik – za zdravnike), tako da so zdravniki lahko vpisali svoje odgovore in komentarje. Organizacije in analize odgovorov na odprta vprašanja smo se lotili na tak način, da smo odgovore uvrstili v kategorije, ki so jih opredeljevali sami odgovori in pripisali frekvence pojavljanja posameznega tipa odgovora. Teh rezultatov ne moremo obdelati s statističnimi metodami, saj je število odgovorov majhno. Vsi zdravniki namreč niso odgovorili na vsa vprašanja. Vendar je potrebno izpostaviti, da rezultate pojmujeemo za pomembne kljub majhnemu vzorcu. Zavedati se namreč moramo, da so to ocene zdravnikov, ki so izvedli od 100 do 150 intervjujev s PHQ-9, torej je njihova ocena nastala na podlagi velikega števila preizkusov s posamezno lestvico. Zatorej je moč sklepati, da gre za veljavne odgovore, ki pomembno prispevajo k osvetlitvi raziskovane problematike.

Zdravniki so podali tudi povratne informacije, da je bil čas izvajanja presejanja neugoden zaradi obilice prehladnih obolenj, zasedenosti ambulante, in da so bili v dodatni časovni stiski zaradi izvajanja dveh presejalnih orodij.

Tabela 10

Prednosti in pomanjkljivosti Zungove samoocenjevalne lestvice depresije in Vprašalnika o bolnikovem zdravju (PHQ-9) kot so jih ocenili sodelujoči zdravniki.

Vprašanje 14: Katere so po vašem mnenju prednosti presejanja s samoocenjevalno lestvico?	
Odgovori:	f
Časovna ekonomičnost	6
Bolj ustreza bolniku/motivacija	6
Natančnost merjenja (zanesljivost/veljavnost)	1
Neopredeljivo	2
<i>Manjkajoči</i>	10

Vprašanje 15: Katere so po vašem mnenju pomanjkljivosti presejanja s samoocenjevalno lestvico?	
Odgovori:	f
Slabovidnost bolnikov	8
Težave z razumevanjem vprašanj	8
Majhna motivacija	3
Neiskrenost odgovorov	1
Neopredeljivo	3
<i>Manjkajoči</i>	9

Vprašanje 24: Katere so po vašem mnenju prednosti presejanja na podlagi zdravnikovega spraševanja?	
Odgovori:	f
Natančnost merjenja (zanesljivost/veljavnost)	6
Časovna ekonomičnost	4
Pozitiven vpliv na odnos zdravnik-bolnik	2
Neopredeljivo	2
<i>Manjkajoči</i>	11

Vprašanje 25: Katere so po vašem mnenju pomanjkljivosti presejanja na podlagi zdravnikovega spraševanja?	
Odgovori:	f
Časovna neekonomičnost/sprejemljivost	7
Nenatančnost merjenja ob uporabi 2 vprašanj	1
Natančnost merjenja (zanesljivost/veljavnost)	1
Neopredeljivo	1
<i>Manjkajoči</i>	12

Tabela 11

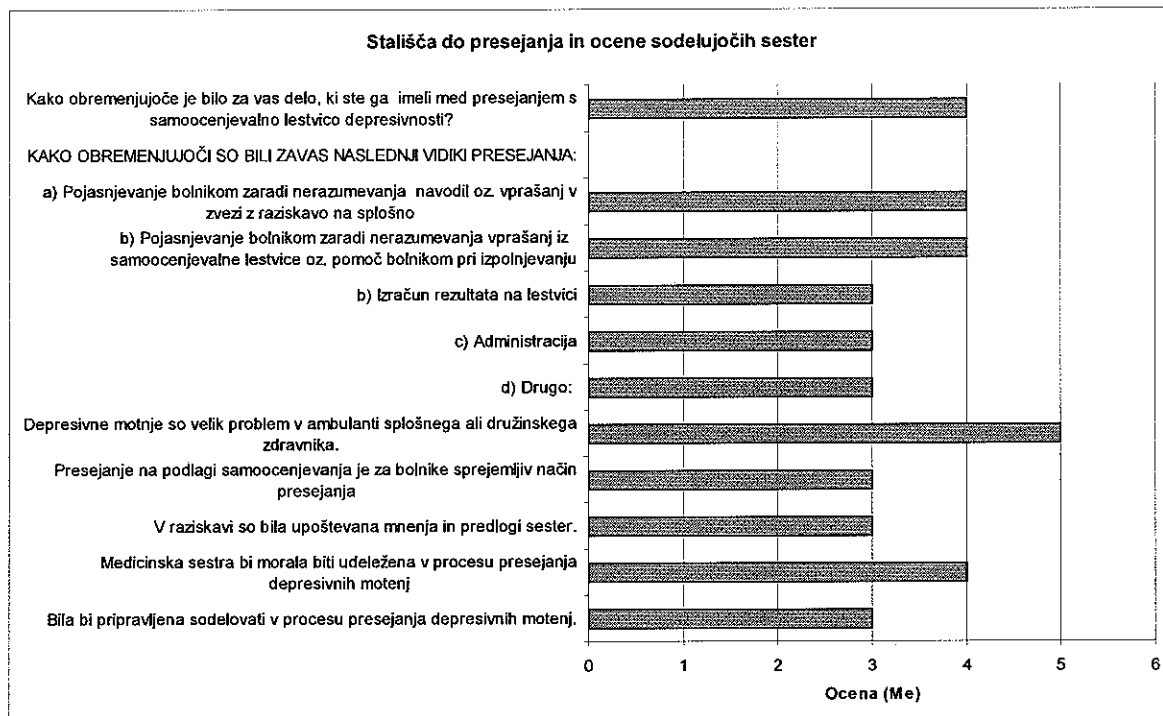
Izbor in utemeljitev izbora presejalnega instrumenta, ocena najbolj ogroženih skupin za presejanje in pripravljenost uvedbe presejanja v vsakodnevno prakso sodelujočih zdravnikov

Vprašanje: Kateri vprašalnik bi izbrali za svojo ambulanto? 26 in 27			
Izbor:	f	Utemeljitev	f
PHQ-9	6	Bolnik bolje razume Časovna ekonomičnost Natančnost merjenja (zanesljivost/veljavnost)	1 1 1
Zungova lestvica	0	/	
Kombinacija PHQ-9 in Zungova lestvica	8	Natančnost merjenja (zanesljivost/veljavnost)	5
Zungova lestvica in PHQ-9 samooценjevalno	1	/	

Vprašanje: Katera skupina bolnikov bi po vašem mnenju potrebovala sistematično presejanje depresivnih motenj 28 in 29			
Odgovori:	f	Katero skupino bi izpostavili? (f)	
Kronični bolniki	13	7	
Onkološki bolniki	13	0	
Starostniki	15	4	
Osebe s sindromom odvisnosti od alkohola	10	1	
Osebe z duševnimi motnjami	9	0	

Vprašanje 32: Se vam z vidika učinkovitosti in uporabnosti presejanje depresije zdi na splošno primerno, da bi ga uvedli v vsakdanjo prakso na primarni ravni, upoštevajoč ustrezne kadrovske in organizacijske rešitve?			
Odgovori:	f		
DA	12		
NE	3		

3.9.2 EVALVACIJA – SESTRE



Slika 19. Sestre so svoje sodelovanje pri presejanju ocenile kot obremenjujoče, predvsem zaradi pojasnjevanja bolnikom v zvezi z nerazumevanjem navodil in vprašanj na Zungovi lestvici. Depresivne motnje zaznavajo kot velik problem v ambulanti splošnega in družinskega zdravnika. Strinjajo se, da bi medicinska sestra morala biti udeležena v procesu presejanja depresivnih motenj, ne strinjajo pa se s tem, da je samoocenjevalno presejanje za bolnike sprejemljivo, da so bila v raziskavi upoštevana mnenja sester in tudi niso pripravljene sodelovati v procesu presejanja. Slednje je nekoliko protislovno z relativno pritrjenim stališčem, da depresivne motnje zaznavajo kot velik problem na primarni ravni in s stališčem, da bi medicinska sestra morala biti udeležena v procesu presejanja depresivnih motenj.

4 DISKUSIJA

POGOSTOST KLINIČNE STOPNJE ZNAKOV IN SIMPTOMOV DEPRESIJE NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Raziskava *Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresivnih motenj* je bila namenjena analizi stanja na področju prepoznavanja depresivnih motenj na primarni ravni in primerjavi s tujimi praksami, opredelitvi in aplikaciji presejalne metode in presejalnih orodij, oceni uporabnosti, učinkovitosti in sprejemljivosti izbranih presejalnih metod ter orodij, oceni in analizi podatkov, ki so bili s presejalnimi postopki tekom raziskave pridobljeni in opredelitvi predlogov za nadaljevanje in razvoj implementacije presejanja depresivnih motenj na primarno raven zdravstvene dejavnosti. Hkrati je bil tudi namen raziskave zapolniti vrzel na področju podatkov o epidemiologiji depresivnih motenj na primarni ravni zdravstvene oskrbe v Sloveniji. Sprva je bil naš cilj na reprezentativnem vzorcu bolnikov na primarni ravni oceniti pogostost ali prevalenco depresivnih motenj, vendar se je za osrednji namen in omejitve projekta to izkazalo za sekundaren in neizvedljiv cilj. Kljub temu smo z raziskavo pridobili pomembne ocene o razširjenosti depresivnih motenj na primarni ravni, hkrati pa smo izračunali tudi hipotetično oceno prevalence.

S pričujočo raziskavo smo dobili torej podatek o pogostosti **še neodkritih primerov** bolnikov, ki poročajo o klinični stopnji **znakov in simptomov depresije**. Opredelitev je pomembna za pravilno razumevanje interpretacije rezultatov in za oceno novih spoznanj ter zaključkov, ki nam jih rezultati raziskave prinašajo oz. omogočajo.

O pogostosti (prevalenci) depresivnih motenj govorimo takrat, ko na podlagi diagnostičnega intervjuja/orodja na dovolj velikem številu posameznikov izbrane populacije ugotovimo simptome depresivne motnje, ki zadostijo kriteriju za diagnozo depresivna motnja. Delež novih primerov bolezni v določenem obdobju glede na vse ogrožene se v epidemiološkem terminu imenuje incidenca.

Instrumenta, ki smo ju uporabili v naši študiji merita znake in simptome depresivne motnje in ne diagnoze. Čeprav lahko na podlagi informacij, ki jih dobimo z obema vprašalnikoma z veliko verjetnostjo sklepamo za kakšno stopnjo depresivne simptomatike oz. motnje gre (upoštevajoč, da se oba vprašalnika – sicer nesamostojno - uporabljata tudi v diagnostične namene) je strokovno korektno, da uporabljamo termine prevalenca oz. incidenca znakov in simptomov depresivne motnje oz. pogostost/stopnja novo odkritih primerov kliničnih znakov in simptomov depresije oz. oseb, ki so presegle presejalni kriterij (v eng. *cut off*).

Narava naše raziskave nam torej omogoča izračun incidence klinične stopnje znakov in simptomov depresivne motnje za obdobje 10 dni, kolikor časa je potekalo presejanje.

Glede na dejstvo, da številne študije v Evropi in svetu dajejo podobne rezultate o prevalenci depresivnih motenj (npr. Ayuso-Mateos, Vazquez-Barquero, Dowrick et al., 2001), smo predpostavili, da tudi za slovensko okolje velja podobna pogostost. Sicer pa bo natančen odgovor na to vprašanje dalo nekaj drugih študij oz. projektov, ki v tem času potekajo oz. so potekali v našem prostoru (King, Nazereth, Weich, Torres-Honzález et al., 2006).

Kar smo v študiji želeli in dejansko smo ugotovili, je, ali je možno, da z dobro definiranim presejalnim postopkom izboljšamo prepoznavanje in odkrivanje klinične stopnje depresivnih motenj v primerjavi s prepoznavanjem in odrivanjem brez definirane presejalne postopka.

Zungova lestvica depresivnosti

V našem vzorcu smo ugotovili relativno visok odstotek oseb, ki so presegle presejalni kriterij na Zungovi samoocenjevalni lestvici (slika 1). V raziskavah je bilo ugotovljeno (Passik, Kirsh, Donaghy et al., 2001), da so presejalni kriteriji za določene skupine oseb preblagi, zato predlagajo dvig kriterijev. V nadaljevanju smo zraven klasičnega kriterija SDS index = 50 v analize vključili rezultate strožjega kriterija, in sicer smo za strožji presejalni kriterij vzeli SDS index = 60. Osebe z rezultatom nad tem kriterijem imajo po navodilih za interpretacijo Zungove lestvice znake in simptome *srednje do hude stopnje* depresivne motnje. Na tak način verjetno zmanjšamo občutljivost vprašalnika, vendar pridobimo na specifičnosti. Verjetnost, da testni rezultat odraža dejansko stanje je zelo velika, tudi glede same stopnje diagnoze depresivna motnja. Strožji presejalni kriterij je preseglo več kot 14% udeleženih posameznikov. **To pomeni, da je več ko 14% oseb, ki so izpolnile vprašalnik, poročalo o simptomih, ki kažejo na prisotnost srednje do hude stopnje depresije.**

Vprašalnik o bolnikovem zdravju 9

Zdravniki so dobili navodilo, da postavijo prvi dve vprašanji, ki sta ključna simptoma depresivne motnje. V primeru, da je bil vsaj eden od obeh prisoten v klinično pomembni stopnji, postavijo preostalih sedem (slika 2).

9% oseb, ki so v času presejanja obiskali splošnega zdravnika in niso imeli diagnoze depresivna motnja, je po kriterijih Vprašalnika o bolnikovem zdravju 9 doseglo tako število točk (stopnjo simptomov depresivne motenj), ki kaže na prisotnost depresivne motnje (slika 3). Od tega jih je 4.8 % imelo simptome, ki kažejo na srednjo stopnjo depresije, 3.3% simptome srednje do hude depresije in 1.3% simptome hude depresije. Brez simptomov depresije je bilo 80.9% posameznikov. 9,6% jih je imelo blage simptome, ki so po navodilih za interpretacijo pod presejalnim pragom.

Hipotezo 3 potrdimo deloma. Z uporabo Zungove lestvice smo ugotovili več kot 12% bolnikov s klinično stopnjo depresivne simptomatike (tudi z zelo strogim presejalnim kriterijem), medtem ko smo z Vprašalnikom o bolnikovem zdravju ugotovili manj kot 12% bolnikov s klinično stopnjo depresivne simptomatike.

UČINEK UVEDBE PRESEJALNIH POSTOPKOV

V fazi beleženja so zdravniki beležili primere diagnoz depresivnih motenj, v fazi presejanja pa zanesljivega podatka o diagnozah nimamo. Nanj še najbolj zanesljivo sklepamo na podlagi podatkov o obravnavi. Skoraj v 95% primerov (tabela 9) so bili obravnave deležni posamezniki, ki so imeli pozitiven presejalni rezultat na PHQ-9. Zatorej sklepamo, da je večini teh bila tudi postavljena diagnoza depresivna motnja. Ob upoštevanju že izpostavljenе zanesljivosti in veljavnosti Zungove lestvice samo upravičeni sklepati, da tudi vsi primeri rezultatov na Zungovi lestvici, ki presegajo strožji kriterij, z veliko verjetnostjo kažejo na prisotnost depresivne motnje. Statistična analiza, v kateri smo primerjali odstotke oseb z diagnosticirano depresivno motnjo in odstotke oseb s klinično stopnjo znakov in simptomov depresije po posameznih zdravnikih (korelirane meritve), kaže, da zdravniki s pomočjo PHQ-9 (torej dvostopenjskega spraševanje po lestvici) niso prepoznali več primerov klinične stopnje depresivne simptomatike kot so prepoznali diagnoz fazi beleženja. V primeru uporabe Zungove samoocenjevalne lestvice so zdravniki pri obeh kriterijih merjenja prepoznali statistično pomembno več odstotkov primerov klinične stopnje depresivne simptomatike kot so postavili odstotkov diagnoz v fazi beleženja. Hipotezo 1 smo potrdili deloma. Vendar se moram na tem mestu vprašati ali v proučevanju takšnega problema kot je naš lahko enačimo statistično od klinične pomembnosti?! S PHQ-9 so zdravniki namreč ugotovili skoraj enkrat več primerov oseb s klinično stopnjo depresivne simptomatike (9%) kot so postavili diagnoz v fazi beleženja (5%; slika 13).

PRESEJALNI REZULTAT IN PRESEJALNO ORODJE

Ob upoštevanju standardnih navodil smo z Zungovo lestvico prepoznali trikrat višje število posameznikov s klinično stopnjo depresivnih simptomov kot z Vprašalnikom o bolnikovem zdravju 9 (slika 13). Izsledki naše študije in variiranje presejalnega kriterija kažejo, da so torej presejalni rezultati še kako odvisni od presejalnega orodja. Še več, v naši raziskavi je na rezultat verjetno vplival tudi način aplikacije. Na eni strani imamo oceno, ki je nastala na podlagi samoocenjevanja, na drugi strani oceno, ki je nastala na podlagi heteroocenjevanja oz. ocenjevanja s strani zdravnikov. Stopnjo do katere vpliva na rezultat način izvedbe lestvice bi natančno lahko ocenili le tako, da bi npr. Vprašalnik o bolnikovem zdravju 9 v ambulantni bolniki izpolnili samoocenjevalno in bi na to zdravnik ponovno ocenil stopnjo simptomatike na podlagi spraševanja po istem vprašalniku. Tak način raziskovanja bi seveda postregel z natančnimi rezultati učinka metode merjenja na rezultat, vendar si ga v klinični situaciji nismo mogli privoščiti, saj smo že s pričujočim raziskovalnim načrtom precej posegli v potek dela v ambulantni in od udeleženi zdravnikov ter medicinskih sester zahtevali prilagoditev dela. Odtod tudi pritožbe sodelujočega osebja, da so v času trajanja študije imeli zaostanek pri delu in da si sistematično presejanje težko predstavljajo v redni praksi pod nespremenjenimi kadrovskimi in organizacijskimi pogoji (glej poglavje Evalvacija). To kaže na morebitno prisotnost še nekaterih drugih spremenljivk, ki lahko pomembno vplivajo na rezultat presejanja: npr. stališča in motivacija zdravnika, da korektno in zavzeto izpelje razgovor (če ima npr. gnečo, če se mu 'zdi', da določena oseba zagotovo ima ali zagotovo nima depresivne motenje), nesenzitivnost na simptomatiko (če npr. 'dobro pozna' bolnika in 've', da ni depresiven, da 'le' ima prehodne življenjske težave), ali zdravnik 'verjame' oz. upošteva presejalni rezultat vprašalnikov (glej obravnavo pri različnih presejalnih rezultatih v tabeli 8), ali zdravnik dovolj dobro pozna znake in simptome depresivne motnje, ali se čuti kompetentnega zdraviti bolnika z depresivno motnjo itd.

Zungova samoocenjevalna lestvica depresivnosti

Od tega, kakšen kriterij postavimo, je odvisno, kako bomo ocenili stopnjo neprepoznane depresije na primarni ravni in kakšno stopnjo alarmantnosti situacije bomo opredelili (slika 13). Naš interes je seveda čimbolj realna ocena. Zato smo prej izbrali konzervativen kriterij kot preblagega. Glede na izsledke in priporočila številnih drugih raziskav - zavedati se moramo, da je Zungova samoocenjevalna lestvica eden od najpogosteje uporabljenih vprašalnikov depresije v svetu, kar je povezano s številnimi študijami ter aplikacijami tega orodja (Sharp in Lipsky, 2002) - je delež oseb s kliničnimi znaki in simptomi depresivne motnje ali pozitivnim presejalnim rezultatom, ki smo ga dobili z upoštevanjem zelo strogega kriterija, zelo visok. Za zaključke naše študije oz. projekta je pomembno, kako bomo vse dobljene rezultate interpretirali tako v kontekstu metodologije kot okoliščin v katerih se je raziskava odvijala. A če so rezultati zaskrbljujoči kljub skrajni konzervativnosti kriterijev, to le potrjuje oceno, da je problematika depresivnih motenj pri nas zelo aktualna, podcenjena in brez ustreznega systemskega pristopa.

Vprašalnik o bolnikovem zdravju 9

Vprašalnik o bolnikovem zdravju je večplasten vprašalnik, ki ga lahko uporabimo na različne načine. Kot presejalno orodje ga lahko uporabimo dvostopenjsko ali pa v celotnem obsegu z vsemi devetimi vprašanji. Vprašanja se dejansko nanašajo na kriterije DSM-IV-TR za diagnosticiranje depresivne motnje. Torej se lahko vprašalnik uporablja tudi kot diagnostično orodje – sicer ne izključno na podlagi samoocenjevanja, kot opozarjajo avtorji. Prav tako se lahko uporablja kot orodje za spremljanje odziva pri obravnavi depresivne motnje.

Nekateri zdravniki so izvedli celoten vprašalnik tudi v primerih, ko sta bila oba glavna simptoma odsotna. Ti primeri nam omogočajo oceno deleža posameznikov, pri katerih nobeden od obeh glavnih simptomov ni prisoten v klinično pomembni stopnji, a bi bil skupen rezultat verjetno pozitiven (in

posledično utemeljen sum na prisotnost depresivne motnje). To so dejansko posamezniki, za katere sta prvi dve vprašanji pre malo občutljivi in so 'prepoznani' kot lažno negativni na osnovi dveh presejalnih vprašanj. V naši študiji jih je bilo 3.4%

Zungova lestvica in Vprašalnik o bolnikovem zdravju 9

Podrobnejša primerjava rezultatov PHQ-9 in Zungove lestvice z obema kriterijema (tabela 1 in 2) kaže, da PHQ-9 bodisi podcenjuje stopnjo simptomov depresije, bodisi jo Zungova lestvica depresije precenjuje. Razlike med rezultati vprašalnikov so pri vseh kombinacijah pogojev statistično pomembne. Hipoteze 2 tako ne potrdimo.

V primeru ocenjevanja občutljivosti dveh presejalnih vprašanj na PHQ-9 smo ugotovili, da je senzitivnost razmeroma visoka. Iz tabele 3 je razvidna senzitivnost dveh presejalnih vprašanj v odnosu do rezultata na Zungovi lestvici. Po pričakovanjih vidimo, da je posameznikov brez dveh ključnih simptomov na PHQ-9, ki imajo visok pozitiven rezultat na Zungovi lestvici 5.8% (tabela 3). To je eden od dvajsetih bolnikov. V praksi to pomeni, da zdravnik vsaj pri enem od dvajsetih bolnikov ni upošteval visokega rezultata na Zungovi lestvici, ko sta bila na PHQ-9 odsotna oba glavna simptoma oz. je bil po zdravnikovi oceni visok rezultat na Zungovi lestvici vsaj v enem od dvajsetih primerov lažen.

IZRAČUN HIPOTETIČNE OCENE PREVALENCE ZNAKOV IN SIMPTOMOV DEPRESIJE

V ambulanti splošnega zdravnika naj bi bilo prepoznanih manj kot polovica primerov depresivnih motenj (Simone et al., 1999), medtem ko je ocenjena prevalenca 12% (Spitzer, 1995). To pomeni, da je 6% posameznikov, ki obiščejo splošnega oz. družinskega zdravnika predvidoma že diagnosticiranih, preostalih 6% jih je spregledanih.

V naši raziskavi so v obdobju beleženja zdravniki odkrili 5% stopnjo depresivne motnje. Predpostavimo lahko, da je ta stopnja mera njihove učinkovitosti odkrivanja. Vsak % odkrite depresivne motnje s pomočjo presejalnega vprašalnika nad 5% je pa tisti delež posameznikov, ki jih prepozna presejalni vprašalnik, ne pa tudi zdravnik. Zato predpostavimo, da na splošno zdravnik prepozna depresivno motnjo v 5% svoje populacije. Preostalih 95% bolnikov pa depresivne motnje na podlagi njegovega prepoznavanja nima. Glede na to, da zdravniki v raziskavo niso vključili bolnikov, ki so trpeli oz. se zdravili z depresivno motnjo (to je predpostavljenih 5% njegove populacije) in je % odkritih s presejalnim vprašalnikom znašal 9% za PHQ-9, 32% za Zung50 in 14% za Zung60, se slednji % nanašajo na 95% njegove populacije, kjer depresivna motnja ni bila prepoznana z njegove strani. K predvidenemu 5% zdravnikove populacije z depresivno motnjo, tako prištejemo še ocenjeni delež s presejalnih rezultatov, ki presega tisti %, ki bi ga sicer sam odkril – to je 4% za PHQ-9, 33% za Zung 50 in 9% za Zung60. Na podlagi projekcije v njegovi populaciji neprepoznanih ostaja 3.8%, če upoštevamo PHQ-9, 31.4%, če upoštevamo Zung50 in 8.6%, če upoštevamo Zung60. Kar pomeni, da je celokupni delež (prepoznani in neprepoznani) oz. povprečna prevalenca depresivnih motenj v ambulantah sodelujočih zdravnikov 8.8%, če bi jo merili s PHQ-9, 36.4%, če bi jo merili s Zungovo lestvico in upoštevali standardni kriterij, ter 13.6%, če bi jo merili s Zungovo lestvico in upoštevali strožji kriterij. Razlika med PHQ-9 in Zungovo lestvico depresivnosti s strožjim kriterijem je še zmeraj relativno velika (4.8%). Z rezultati tujih raziskav je bolj skladen rezultat Zungove lestvice s strožjim kriterijem. Še bolj ilustrativne so ocene spregledane stopnje posameznikov z depresivno motnjo. Te znašajo 43% za PHQ-9, 87% za Zung50 in 64% za Zung60. Kar je po naši oceni veliko in alarmantno, tudi če upoštevamo rezultate vprašalnika, ki je pokazala na najmanjšo razliko v stopnji prepoznane depresivne motnje med prepoznavanjem brez in s presejalnim orodjem.

PRESEJALNI REZULTAT IN DRUGI POVEZANI MERJENI DEJAVNIKI

Spol

Z obema vprašalnikoma smo ugotovili pomembne razlike v pogostosti kliničnih znakov in simptomov depresije med spoloma (slika 4, tabela 4). V literaturi je običajno navedeno razmerje v pogostosti depresivnih motenj med moškimi in ženskami 1:2 (DSM-IV-TR, 2000), v našem primeru je razmerje ne glede na presejalno orodje in kriterij manjše. Hipotezo 4 smo potrdili.

Starost

Ne glede na uporabljeno presejalno orodje in kriterij ugotavljamo razlike v pogostosti klinične stopnje znakov in simptomov depresije med starostnimi obdobji (slika 5, tabela 5). Pričujoča raziskava nam omogoča, da kontroliramo vsaj dve spremenljivki, in sicer spol ter prisotnost kroničnih bolezni (v nadaljevanju podpoglavje v Rezultatih), ki bi lahko prispevale k pojasnitvi omenjenih razlik.

Vzrok obiska

Vzrok obiska je v bila v naši raziskavi kategorična spremenljivka s tremi kategorijami – akutno stanje, kronično stanje, akutno stanje pri kroničnem bolniku. Delež bolnikov s kroničnim stanjem, ki so se sicer v ambulanti sodelujočega zdravnika oglasili zaradi akutnega stanja je bil relativno majhen, zato smo to skupino združili s skupino bolnikov s kroničnim stanjem. Tako v analizi nadalje udeležence po vzroku obiska obravnavamo kot osebe s kroničnim bolezenskim stanjem in osebe brez kroničnega bolezenskega stanja (akutno bolezensko stanje).

Pogosteje smo nove primere klinično pomembnih znakov in simptomov depresije ugotovili med bolniki, ki so se pri zdravniku oglasili zaradi kroničnega stanja v primerjavi z bolniki, ki so zdravnika obiskali zaradi akutnega bolezenskega stanja (slika 6, tabela 6). Potrdili smo hipotezo 5. To je skladno z drugimi raziskavami (npr. Polsky et. al., 2005), da se depresivne motnje pogosteje pojavljajo pri kroničnih bolnikih. V naši raziskavi nismo zbirali informacij o vrstah kroničnih bolezni oz. akutnih stanjih, tako da ne vemo, za kakšna kronična stanja je šlo. Domnevamo, da gre za kronična stanja, ki so sicer prevladujoča v ambulanti splošnega zdravnika.

Starost in spol

Izvedli smo analizo razlik med starostnimi skupinami, pri čemer smo kontrolirali spol.

Rezultati PHQ-9 (slika 7) in Zungove lestvice 60 (slika 8) so z vidika trenda podobni. Pri čemer so na Zungovi lestvici (s strožjim kriterijem) statistično pomembne tudi razlike med starostnimi skupinami pri moških. V skupini 66 let in več je na lestvici PHQ-9 odstotek oseb s klinično stopnjo znakov in simptomov depresije med moškimi in ženskami zelo podoben, na Zungovi lestvico pa imajo ženske veliko višji odstotek. Prav tako je v primerjavi s PHQ-9 pri ženskah in moških večji delež oseb presegel kriterij pri starostni skupini 56-65.

Testirali smo razlike med spoloma znotraj posameznega starostnega obdobja (testiranje razlik s kontrolo starosti) in ugotovili statistične razlike (Zungova lestvica) v vseh razen v starostnem obdobju 26-35 in 56-65 (kot je jasno razvidno tudi iz slike 8).

Če zaključimo na podlagi rezultatov Zungove lestvice je za moške in ženske najbolj tvegano obdobje za pojav depresivne motnje med 46 in 55 letom oz. za moške še obdobje, ki sledi do 65. leta, če jih primerjamo z drugimi starostnimi obdobji znotraj posameznega spola. V enaki meri sta oba spola ogrožena edino v starostnem obdobju od 26-35 (ženske najmanj) ter 56-65 (moški najbolj).

Teza, ki jo postavljamo na podlagi teh rezultatov je, da ženski spol v primerjavi z moškimi predstavlja večje tveganje za razvoj depresivne motnje skozi vse življenjsko obdobje, razen v starostnem obdobju od 26-35 let in 56-65 let.

Med spolom in vzrokom obiska nismo našli povezanosti (slika 11) oz. interakcije v odnosu do pogostosti primerov s klinično pomembno stopnjo znakov in simptomov depresije. S tem smo izločili morebiten učinek interakcije spola in vzroka obiska na značilnosti pojavljanja pogostosti kliničnih znakov in simptomov depresije tekom različnih starostnih obdobjih, ko smo proučevali neodvisen vpliv spola oz. vzroka obiska.

Starost in vzrok obiska

Čeprav je trend pojavljanja klinične simptomatike skozi različna starostna obdobja podoben tudi v skupini oseb z akutnim stanjem, rezultati analize ne kažejo statistične pomembnosti tega trenda. Rezultati PHQ-9 (slika 9) pomenijo, da se pri osebah brez kroničnega stanja klinično pomembni znaki in simptomi depresije skozi vsa starostna obdobja pojavljajo v podobnem obsegu, medtem, ko so klinični znaki in simptomi depresije pri osebah s kroničnimi stanji najpogostejši v starostni skupini 36-45 (okrog 16%) in 46-55 (okrog 22%). Delež je relativno visok tudi v starostni skupini 18-25 (14%).

Rezultati Zungove lestvice 60 (slika 10) so podobni, le da so odstotki oseb s pozitivnim presejalnim rezultatom v nekaterih starostnih obdobjih še višji

Testirali smo razlike med obema vrstama vzroka obiska znotraj posameznega starostnega obdobja (testiranje razlik s kontrolo starosti) in ugotovili statistično pomembne razlike (Zungova lestvica) le v starostni skupini 46 in 55.

Teza, ki jo postavljamo na podlagi teh rezultatov je, da kronična bolezen v starostnem obdobju 46-55 predstavlja večje tveganje za depresivno motnjo kot kronična bolezen v drugih starostnih obdobjih v primerjavi s tveganjem, ki ga ugotavljamo pri osebah z vzrokom obiska zaradi akutnega stanja. Oz. kronična bolezen predstavlja zelo visoko in večje tveganje za depresivno motnjo edino v starostnem obdobju 46-55 let.

PRESEJALNI REZULTAT IN OBRAVNAVA

Rezultati analize obravnave bolnikov, ki so bili presejani, kažejo (tabela 9, slika 14), da zdravniki pri več kot polovici oseb s pozitivnim rezultatom s standardnim kriterijem na Zungovi lestvici in pri tretjini oseb s strogim kriterijem niso potrdili prisotnosti depresivne motnje. Glede na to, da je do obravnave prišlo pri večini bolnikov s pozitivnim rezultatom na PHQ-9, predpostavljamo, da so zdravniki v večini primerov potrdili stanje, kot je bilo ocenjeno na podlagi PHQ-9. Glede na zanesljivost in veljavnost Zungove lestvice, kar dokazujejo druge raziskave (Sharp in Lipsky, 2002) sklepamo, da je, zlasti v primeru strožjega kriterija, Zungova lestvica instrument na zelo visokem psihometričnem nivoju in da je bila občutljivost presejanja s PHQ-9 vprašljiva. Iz tabel 8 in 9 je razvidno, da so prevladujoče vrste obravnav naslednje: zdravljenje z antidepresivi, pogovor, anksiolitiki ali napotitev na sekundarni nivo. Relativno majhen delež bolnikov (3.8%, tabela 8), ki so imeli pozitiven presejalni rezultat, je bilo zdravljenih samo z anksiolitikom, kar je spodbuden podatek.

EVALVACIJA

Zdravniki

Ocen, ki smo jih dobili z evalvacijo ne moremo primerjalno analizirati, zato bomo skušali interpretirati njihov neposreden pomen. Izmeriti smo želeli naslednja področja: stališča do problematike depresivnih motenj in presejanja, stališča do presejanja s Zungovo samoocenjevalno lestvico depresivnosti, stališča do presejanja PHQ-9 in ocene različnih vidikov organizacije raziskave.

Na področju problematike depresivnih motenj in presejanja imajo zdravniki pozitivna stališča, čeprav ocene na splošno niso skrajne. Kar pomeni, da se bolj strinjajo kot ne, vendar se ne strinjajo popolnoma. Kljub temu takšna stališča (slika 15) ocenjujemo kot pozitivna. Lahko rečemo, da se zdravnikom zdi problematika pojavljanja in prepoznavanja depresivnih motenj resen problem in da imajo pozitivno stališče tako do presejanja kot načina presejanja s presejalnimi vprašalniki oz. lestvicami.

Primerjava stališč do presejanja s PHQ-9 in do presejanja s Zungovo lestvico je pokazala, da ni statistično pomembni razlik v ocenah (slika 16 in 17).

Tudi do organizacije raziskave so zdravniki imeli večinoma pozitivna stališča (slika 18). Raziskovana simptomatika se jim zdi zelo aktualna, raziskava potrebna in upravičena ter dobro zasnovana. Nekoliko nižja, a še vedno pozitivna je ocena glede organiziranosti raziskave in upoštevanja njihovih mnenj ter predlogov, kvalitete izobraževanja in uporabnosti informacij, ki so jih dobili tekom izobraževanja.

Pozitivna ocena do raziskovanega problema in same organizacije raziskave je pomembna, saj lahko na podlagi tega pričakujemo, da so se zdravniki počutili kot del raziskovalnega tima, da so imeli občutek, da so pomembni člen raziskave in so bili posledično motivirani, da so upoštevali protokol in zanesljivo izvajali raziskovalno delo.

Zdravniki so torej imeli pozitivna stališča do presejanja z uporabo presejalnih orodij, potrdili smo hipotezo 6.

Analiza odgovorov na odprta vprašanja

Iz tabele 10 je razvidno, da so najpogosteje izpostavljene prednosti Zungove lestvice po mnenju sodelujočih zdravnikov časovna ekonomičnost in primernost/sprejemljivost za bolnika, medtem ko je najpogosteje izpostavljena prednost PHQ-9 časovna ekonomičnost. Najpogosteje navedene pomanjkljivosti Zungove lestvice so nezmožnost izpolnjevanja zaradi slabovidnosti (visoke delež starejše populacije v ambulantih) in težave z razumevanjem vprašanja. Najpogosteje navedena pomanjkljivost presejanja s PHQ-9 je časovna neekonomičnost (zdravniki morajo bolnikom pojasnjevati vprašanja, bolniki se razgovorijo...). Glede PHQ-9 smo zabeležili torej ambivalentne ocene, časovna ekonomičnost je tako pomanjkljivost kot prednost. Vendar to niti ni tako kontradiktorno. Na eni strani lahko s PHQ-9 zdravnik zelo hitro in natančno oceni, ali ima bolnik simptome. Po drugi strani PHQ-9 zahteva nekaj zdravnikovega časa za pogovor. In če sta to 2 minuti, je pri zdravniku, ki na dan pregleda npr. 30 bolnikov, na koncu dneva zaradi presejanja s PHQ-9 ena ura zaostanka. Iz podobnega vidika je presejanje na podlagi spraševanja lahko hitro tudi časovno neekonomično. Sploh v primerjavi s Zungovo lestvico, kjer zdravnik le preveri presejalni rezultat. Sam bolnik vse opravi v čakalnici.

Ena od pomembnih značilnosti obeh lestvic je prav gotovo časovna ekonomičnost pri sistematičnem prepoznavanju depresivnih motenj, vendar je z vidika zdravnika vsaka dodatna obremenitev lahko 'časovno neekonomična', zlasti če je že tako ali tako preobremenjen z delom. V takih primerih je

Zungova lestvica bolj časovno ekonomična (kot potrjujejo rezultati), saj presejalni del v celotni meri opravi bolnik sam, po potrebi z določeno pomočjo sestre.

Iz tabele 11 je razvidno, da bi tretjina zdravnikov izmed ponujenih možnih orodij ali kombinacij orodij za presejanje izbrala kombinacijo Zungove lestvice in PHQ-9, medtem, ko bi jih 6 izbralo samo PHQ-9. Polovica zdravnikov ni utemeljila svoje izbire. Največ enakovrednih utemeljitev je v primeru izbora omenjene kombinacije in sicer zaradi večje natančnosti merjenja. Zdravniki menijo, da vse predlagane skupine bolnikov potrebujejo sistematično presejanje; kot najbolj ogrožene ocenjujejo kronične bolnike in starostnike.

Večina zdravnikov, ki so odgovorili na vprašanje se strinja, da bi bilo presejanje potrebno uvesti v vsakodnevno prakso, če bi našli kadrovske in organizacijske rešitve.

Sestre

Sestre v povprečju ocenjujejo, da je bilo delo povezano s presejanjem srednje obremenjujoče, predvsem zaradi pojasnjevanja bolnikom, ki niso razumeli navodil ali vprašanj na Zungovi lestvici. Podobno kot zdravniki se tudi sestre zelo strinjajo, da so depresivne motnje velik problem v ambulanti splošnega ali družinskega zdravnika. Strinjajo se tudi, da bi sestra morala biti udeležena v procesu presejanja, čeprav se po drugi strani ne strinjajo, da so pripravljene sodelovati, da so bila v raziskavi upoštevana njihova mnenja in predlogi ter da je samoocnjevanje za bolnike sprejemljiv način sprejemanja (slika 19).

Zaključimo lahko, da se sestre v splošni ambulanti zavedajo problema depresivnih motenj in da se, bolj kot ne, vidijo kot udeležene v procesu presejanja. Vendar, sklepamo, je problem zaradi strahu pred preobremenitvijo – ki se predvsem nanaša na komunikacijo z bolniki, ko le ti ne razumejo vprašanja ali navodil. Menimo, da obstajajo rezerve. Na eni strani v prilagoditvi navodil ter oblikovanju rešitev za bolnike, ki imajo težave z vidom. Na drugi strani edukacija sester iz področja prepoznavanja depresivnih motenj, večšin komunikacije z osebami z depresivnimi motnjami in opredelitve protokola za primere, ko je presejanja zaradi različnih vzrokov oteženo ali nemogoče. Sestre so v večini primerov imele pozitivna stališča do samega presejanja z uporabo presejalnih orodij, tako da lahko potrdimo hipotezo 7.

OMEJITVE RAZISKAVE

Med izvajanjem projekta smo naleteli na nekatere težave, zaradi katerih smo morali v določenih fazah izvedbo projekta prilagoditi. Prav tako smo naleteli na nekatere ovire, zaradi katerih smo morali prilagoditi nekatere cilje, čeprav smo temeljne cilje dosegli. Identifikacija in analiza omejitev je pomembna, saj so rezultati bolj veljavni in zanesljivi, če jih obravnavamo ter interpretiramo upoštevajoč omejitve.

Omejitve in slabosti projekta so bile:

- relativno kratek čas presejanja oz. omejen čas presejanja (ni nujno; da je izbrani triurni interval presejanja omogočil reprezentativen vzorec)
- odsotnost diagnostičnega intervjuja, da bi ocenili dejansko občutljivost in specifičnost presejalnih vprašalnikov
- v raziskavo niso bile vključene osebe, ki so se trenutno zdravile za depresivno motnjo, da bi lahko ocenili prevalenco depresivne motnje v ambulanti. Tako smo izračunali le oceno prevalence na podlagi beleženja in presejanja
- relativno majhno število sodelujočih zdravnikov oz. zdravstvenih domov
- ker se identificirani bolniki ne spremljajo naprej, ne poznamo učinka presejanja na obvladovanje problematike depresivnih motenj na primarni ravni
- ne dovolj natančno opisane oz. evidentirane obravnave bolnikov s pozitivnim presejalnim rezultatom
- vsi zdravniki niso poslali rezultatov iz faze beleženj, kar je dodatno zmanjšalo želeno splošljivost rezultatov pri analizi učinkov presejanja

PREDLOGI NA PODLAGI VSEH REZULTATOV RAZISKAVE OZ. PROJEKTA KOT CELOTE

Temeljni cilj projekta je bil izvesti raziskavo s področja presejanja depresivnih motenj v ambulantni splošnega/družinskega zdravnika in na podlagi analize rezultatov, sprejemljivosti, uporabnosti, izvedljivosti takšnega projekta opredeliti predloge za sistematično presejanje depresivnih motenj na primarni ravni zdravstvene dejavnosti v Sloveniji za Zdravstveni svet. Sestava predloga je vezana na obdobje po projektu, temeljni poudarki predloga pa so:

1. Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti je potrebno implementirati sistematično presejanje depresivnih motenj, ki so zelo obsežen in podcenjen problem.
2. Skupine s posebnim tveganjem in ki potrebujejo posebno pozornost pri sistematičnosti presejanja so:
 - ženske v času menopavze (46-55 let)
 - kronični bolniki (posebej skupina v starosti med 46 in 55 let)
 - starostniki.
3. Sistematičnost presejanja: vsi bolniki posameznega zdravnika enkrat v roku dveh let, bolniki s kroničnimi boleznimi in ženske v menopavzi v roku enega leta.
4. Predlagamo izvedbo presejanja z obema presejalnima orodjema, ki sta bili preizkušeni v pričujoči raziskavi - Vprašalnik o bolnikovem zdravju 9 in Zungovo samoocenjevalno lestvico depresivnosti. In sicer na sledeči način: sestra postavi bolniku 2 ključni presejalni vprašanji iz PHQ-9, v primeru pozitivnega odgovora pa mu ponudi v izpolnjevanje Zungovo samoocenjevalno lestvico depresivnosti. Kot presejalni kriterij na Zungovi lestvici se šteje strožji kriterij (kot v naši študiji). Sestra ali pacient sam zdravniku posreduje rezultat. Zdravnik v primeru pozitivnega rezultata ali suma v primeru nižjega rezultata preveri kriterije za diagnozo depresivne motnje.
5. Zaradi poročane obremenjenosti zdravstvenih delavcev predlagamo okrepitev kadrov, ki bodo razbremenili pritisk zaradi presejanja in večjega števila prepoznanih primerov depresivne motnje. Predlagamo spremembe na dveh nivojih:
 - **neposredno v ožjem timu**
Povečati tim neposredno v ambulantni splošnega/družinskega zdravnika, npr. z diplomirano medicinsko sestro, ki bo skrbela za potek preventivnega programa – to pomeni, da bi bila prisotna v določenem deležu zaposlitve za čas izvajanja preventivne dejavnosti
 - **krepitev obstoječih Zdravstveno-vzgojnih centrov**
Prevzeti morajo odgovornost za podporne dejavnosti osnovni obravnavi zdravnika pri obravnavi depresivnih motenj. Tako bi postali centri za t.i. krepitev zdravja. Nudijo obravnavo sodobnih potreb pri oskrbi bolnikov z duševnimi težavami, kakor tudi v primerih vseh drugih kroničnih nenalezljivih bolezni.
6. Organizacija aktivnosti za destigmatizacijo depresivne motnje (tako ambulanta, gradiva za domov kot širše – mediji, šola, javni prostori).

5 LITERATURA

Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6):1069-1078.

Arrol B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *British Medical Journal* 2003; 327:1144-6.

Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G; ODIN Group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 308-316.

Cummings SM, Neff JA and Husaini BA. Functional Impairment as a Predictor of Depressive Symptomatology: The Role of Race, Religiosity and Social Support. *Health & Social Work* 2003; 25: 23-32.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR 4th ed, text rev. Washington, D.C.: American Psychiatry Association, 2000.

Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, Corey-Lisle PK. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry* 2003; 64(12):1465-75.

King M, Weich S, Torres-González F, Svab I, Maarros HI, Neeleman J, Xavier M, Morris R, Walker C, Bellón-Saameño JA, Moreno-Küstner B, Rotar D, Rifel J, Aluoja A, Kalda R, Geerlings MI, Carraça I, de Almeida MC, Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Nazareth I. Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health*. 2006;6:6.

Kozel, D, Marušič, A. Individuals with diabetes mellitus with and without depressive symptoms: could social network explain the comorbidity? *Psychiatria Danubina* 2006; 18(1-2): 12-8.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams, JBW. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16:6006-613.

Lesperence F, Frasura-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosomatic medicine* 1996; 58: 99-110

Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, et al. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society International clinical psychopharmacology. 1997; 12: 19-29.

Marušič A, Roškar S. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana 2004: DZS, d.d.

Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1990;51: Suppl: 12-7.

Murray CK, Lopez AD. Evidence-based health policy: lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1996; 274: 1593-1594.

Passik, SD, Kirsh KL, Donaghy KB, Theobald DE, Lundberg JC, Holtsclaw E, Dugan WM. An attempt to employ the Zung Self-Rating Depression Scale as a lab test to trigger follow-up in ambulatory oncology clinics : Criterion validity and detection. *Journal of pain and symptom management* 2001; 21 (4): 273-281.

Polsky D, Doshi JA, Marcus S, Oslin D, Rothbard A, Thomas N, et al. Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165:1260–1266

Sharp, LK in Lipsky, MS. Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *American Family Physician*, 2002;66: 1001-1008.

Simon GE, Goldber D, Tiemens BG, Ustun TB. Outcomes of recognized and unrecognized depression in primary in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry*, 1999; 21: 97-105.

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV 3d, et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995; 274: 1511-17.

Svetičič, J. Depresivnost in samomorilno vedenje oseb, ki so v otroštvu ali mladostništvu prebolele raka, 2005 Neobjavljeno diplomsko delo delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.

Thomas CM, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183:514-9.

Tomori M, Rus-Makovec M in Stergar E. Suicidalna ideacija pri slovenskih srednješolcih. *Psihološka obzorja* 1997; 3(1): 15-33

Tomori M, Stergar E, Pintar B, Rus-Makovec M in Stikovič S. Dejavniki tveganja pri slovenski srednješolcih 1998. Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Ustun B, Sartorius N. *Mental illness in general health care*. Chichester: John Wiley; 1995.

Vesel J. Pogostost simptomov depresivnosti med gimnazijci. *Psihološka obzorja* 2002; 11(2): 115-129.

Wells KB. *Caring for depression*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1996.

Wells K, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988;145: 976-981

World Health Organisation (2005). *The world health report 2005*. Geneva: World Health Organisation; 2001. Dosegljivo na: http://www.who.int/mental_health/en/

Zdravstveni statistični letopis 2003. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

6 PRILOGE

- Zloženska
- Vprašalnik o bolnikovem zdravju 9 s preostalimi študijskimi vprašanji
- Evalvacijski vprašalnik za zdravnike
- Evalvacijski vprašalnik za sestre

1. Izkoriščanje dobljenih rezultatov:

3.1. Kakšen je potencialni pomen² rezultatov vašega raziskovalnega projekta za:

- a) odkritje novih znanstvenih spoznanj;
- b) izpopolnitev oziroma razširitev metodološkega instrumentarija;
- c) razvoj svojega temeljnega raziskovanja;
- d) razvoj drugih temeljnih znanosti;
- e) razvoj novih tehnologij in drugih razvojnih raziskav.

3.2. Označite s katerimi družbeno-ekonomskimi cilji (po metodologiji OECD-ja) sovpadajo rezultati vašega raziskovalnega projekta:

- a) razvoj kmetijstva, gozdarstva in ribolova - Vključuje RR, ki je v osnovi namenjen razvoju in podpori teh dejavnosti;
- b) pospeševanje industrijskega razvoja - vključuje RR, ki v osnovi podpira razvoj industrije, vključno s proizvodnjo, gradbeništvom, prodajo na debelo in drobno, restavracijami in hoteli, bančništvom, zavarovalnicami in drugimi gospodarskimi dejavnostmi;
- c) proizvodnja in racionalna izraba energije - vključuje RR-dejavnosti, ki so v funkciji dobave, proizvodnje, hranjenja in distribucije vseh oblik energije. V to skupino je treba vključiti tudi RR vodnih virov in nuklearne energije;
- d) razvoj infrastrukture - Ta skupina vključuje dve podskupini:
 - transport in telekomunikacije - Vključen je RR, ki je usmerjen v izboljšavo in povečanje varnosti prometnih sistemov, vključno z varnostjo v prometu;
 - prostorsko planiranje mest in podeželja - Vključen je RR, ki se nanaša na skupno načrtovanje mest in podeželja, boljše pogoje bivanja in izboljšave v okolju;
- e) nadzor in skrb za okolje - Vključuje RR, ki je usmerjen v ohranjanje fizičnega okolja. Zajema onesnaževanje zraka, voda, zemlje in spodnjih slojev, onesnaženje zaradi hrupa, odlaganja trdnih odpadkov in sevanja. Razdeljen je v dve skupini:
- f) zdravstveno varstvo (z izjemo onesnaževanja) - Vključuje RR - programe, ki so usmerjeni v varstvo in izboljšanje človekovega zdravja;
- g) družbeni razvoj in storitve - Vključuje RR, ki se nanaša na družbene in kulturne probleme;
- h) splošni napredek znanja - Ta skupina zajema RR, ki prispeva k splošnemu napredku znanja in ga ne moremo pripisati določenim ciljem;
- i) obramba - Vključuje RR, ki se v osnovi izvaja v vojaške namene, ne glede na njegovo vsebino, ali na možnost posredne civilne uporabe. Vključuje tudi varstvo (obrambo) pred naravnimi nesrečami.

² Označite lahko več odgovorov.

3.3. Kateri so **neposredni rezultati** vašega raziskovalnega projekta glede na zgoraj označen potencialni pomen in razvojne cilje?

1. Analizirali smo stanje na področju problematike razširjenosti in prepoznavanja depresivnih motenj v tujini in naredili primerjalno analizo z razmerami v domačem okolju.
2. Na velikem vzorcu smo opredelili, preizkusili in evalvirali dve orodji za presejanje depresivnih motenj.
3. Opredelili smo postopke presejanja, t.i. »know how«. Ti vključujejo tudi predloge, ocene, mnenja zdravnikov in sester, ki temeljijo na njihovih izkušnjah z izvajanjem presejanja .
4. Pridobili smo oceno incidence kliničnih znakov in simptomov depresije na primarni ravni.
5. Izračunali smo hipotetično oceno prevalence kliničnih znakov in simptomov depresije na primarni ravni.
6. Sestavili smo gradiva za posredovanje presejalnih samoocenjevalnih vprašalnikov ter izobraževalnega gradiva oz. gradiva za osveščanje bolnikov in njihovih svojcev o depresivni motnji in prepoznavanju (zloženska).
7. Vzpostavili smo mreže zdravstvenih timov, ki so sodelovali v projektu in so podali pozitivno mnenje o raziskavi, projektu, tematiki in bi bili pripravljeni pod določenimi organizacijskimi in kadrovskimi pogoji uvesti sistematično presejanje v svojo ambulanto.
8. Z evalvacijsko študijo smo pridobili oceno organizacijskih ter kadrovskih pomanjkljivosti in prednosti za uvedbo sistematičnega presejanja na primarno raven.
9. Opredelili smo na dokazih temelječe predloge o možnostih, značilnostih in pogojih uvedbe sistematičnega presejanja depresivnih motenj na primarno raven.

3.4. Kakšni so lahko **dolgoročni rezultati** vašega raziskovalnega projekta glede na zgoraj označen potencialni pomen in razvojne cilje?

1. Program za sistematično prepoznavanje in odkrivanje depresij na primarni ravni zdravstvene dejavnosti na nacionalni ravni.
2. Zmanjšan obseg problematike neprepoznanih in podiagnosticiranih primerov depresivne motnje na primarni ravni zdravstvene dejavnosti.
3. Učinkovitejša in bolj celostna oskrba oseb z depresivno motnjo, ki se bodo zdravile na primarni ravni zdravstvene dejavnosti.
4. Zmanjšana pogostost nezdravljenih depresivnih motenj v populaciji ter s tem povezano zmanjšanje neposrednih ter posrednih posledic obolevnosti za depresivnimi motnjami (psihosocialnih, ekonomskih, družbenih).
5. Destigmatizacija depresivnih motenj.

3.5. Kje obstaja verjetnost, da bodo vaša znanstvena spoznanja deležna zaznavnega odziva?

- a) v domačih znanstvenih krogih;
- b) v mednarodnih znanstvenih krogih;
- c) pri domačih uporabnikih;
- d) pri mednarodnih uporabnikih.

3.6. Kdo (poleg sofinancerjev) že izraža interes po vaših spoznanjih oziroma rezultatih?

/

3.7. Število diplomantov, magistrov in doktorjev, ki so zaključili študij z vključenostjo v raziskovalni projekt?

/

10. Sodelovanje z tujimi partnerji:

4.1. Navedite število in obliko formalnega raziskovalnega sodelovanja s tujimi raziskovalnimi inštitucijami.

/

4.2. Kakšni so rezultati tovrstnega sodelovanja?

/

11. Bibliografski rezultati³ :

Za vodjo projekta in ostale raziskovalce v projektni skupini priložite bibliografske izpise za obdobje zadnjih treh let iz COBISS-a) oz. za medicinske vede iz Inštituta za biomedicinsko informatiko. Na bibliografskih izpisih označite tista dela, ki so nastala v okviru pričujočega projekta.

³ Bibliografijo raziskovalcev si lahko natisnete sami iz spletne strani:<http://www.izum.si/>

12. Druge reference⁴ vodje projekta in ostalih raziskovalcev, ki izhajajo iz raziskovalnega projekta:

⁴ Navedite tudi druge raziskovalne rezultate iz obdobja financiranja vašega projekta, ki niso zajeti v bibliografske izpise, zlasti pa tiste, ki se nanašajo na prenos znanja in tehnologije. Navedite tudi podatke o vseh javnih in drugih predstavitev projekta in njegovih rezultatov vključno s predstavitvami, ki so bile organizirane izključno za naročnika/naročnike projekta.