

# ***Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16 – 17 lat.***

Program edukacyjny z zakres zdrowia psychicznego

Okres realizacji programu:

2012 - 2015

Lublin, 2012

## 1. Opis problemu zdrowotnego

Zaburzenia psychiczne stanowią najczęstszą przyczynę niepełnosprawności w populacji globalnej, polskiej i lubelskiej. W grupie 10 najczęstszych przyczyn niepełnosprawności znajduje się 5 zaburzeń psychicznych (depresja, uzależnienia, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne).

W Polsce narasta problem szczególnie zaburzeń afektywnych, które są przyczyną większości samobójstw (ok. 6000 w Polsce rocznie). Większość zaburzeń psychicznych ma swój początek w okresie wieku rozwojowego, a więc w dzieciństwie i okresie adolescencji, kiedy to formowane są prodromy rozwijających się w pełni w okresie dorosłości zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, czy schizofrenia.

W grupie osób dorosłych istnieje zaznaczone zjawisko braku tolerancji i stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, czego nie obserwuje się wśród dzieci. Należy więc sądzić, że do zmiany obrazu osób z zaburzeniami psychicznymi zachodzi w okresie adolescencji. W grupie adolescentów (badanie ponad 3000 osób) wskazuje na obecność zaburzeń psychicznych u ok. ¼ probandów, z najczęstszą manifestacją w postaci depresji i uzależnienia od alkoholu (Stec, Czernikiewicz, 2006).

W województwie lubelskim w roku 2006 poradnie zdrowia psychicznego, uzależnień od alkoholu oraz środków psychoaktywnych zarejestrowały 54 086 osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym 13 908 osób po raz pierwszy. W roku 2007 r. liczba osób leczonych w powyższych placówkach była wyższa w stosunku do roku 2006 i wynosiła 68 105 osób, w tym 17 763 osób po raz pierwszy.

Główną przyczynę zgłaszalności do poradni zdrowia psychicznego w 2006 roku stanowiły zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne. Chorobowość na terenie województwa lubelskiego wynosiła 16 718 (76,86/10 tys.) osób, a zachorowalność 4 345 (19,97/10 tys.) osób. W mieście Lublinie odnotowano znacznie wyższe wskaźniki chorobowości (158,89/10 tys. ludności) i zachorowalności (51,80/10 tys. ludności) w porównaniu ze wskaźnikiem w województwie. Chorobowość w Lublinie to 5 629 osób, zachorowalność 1 835 osób.

Podobną sytuację odnotowano w roku 2007. Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem oraz somatoformiczne to główne przyczyny wizyt w poradniach zdrowia psychicznego. Wskaźniki chorobowości i zachorowalności w porównaniu z rokiem 2006 były jednak wyższe i wynosiły w województwie lubelskim odpowiednio 87,05/10 tys. ( 18 880 osób) oraz 26,6/10 tys. (5 769 osób).

W odniesieniu do innych powiatów województwa lubelskiego najwyższe wskaźniki zachorowalności na 10 tys. mieszkańców, zarówno w roku 2006, jak również w roku 2007 odnotowano w mieście Lublin ( 51,8 w roku 2006 ); (64,57 w roku 2007).

Drugą przyczynę pod względem liczby osób zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego stanowiły zarówno w roku 2006, jak również w roku 2007 zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu. Zachorowalność na terenie województwa lubelskiego w roku 2006 wyniosła 3 169 osób (14,57/10 tys.), chorobowość 8 153 osoby (37,48/10 tys.). Podobna sytuacja w zakresie zachorowalności wystąpiła w mieście Lublinie, gdzie stwierdzono 1 040 przypadków (29,36/10 tys. ludności). Wskaźnik chorobowości ( w 2006 r.) wyniósł w mieście Lublinie 56,09/10 tys. ludności i był trzecim, co do wielkości wskaźnikiem chorobowości spośród innych chorób i zaburzeń psychicznych (1 987 osób). W roku 2007 ogólna liczba zachorowań w województwie lubelskim zwiększyła się i wynosiła 4 095 osób (18,88/10 tys. ludności), z tego 964 przypadków zachorowań odnotowano w mieście Lublinie (27,33/10 tys. ludności). Wskaźnik zachorowalności na 10 tys. ludności w Lublinie był niższy w stosunku do roku 2006, w którym wynosił 29,36.

Drugie miejsce pod względem wielkości wskaźnika chorobowości w mieście Lublinie w 2006 roku stwierdzono w zakresie depresji nawracających i zaburzeń dwubiegunowych ( 64,89/10 tys.). Prawidłowość ta dotyczyła również roku 2007. Na depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe w 2006 r. w województwie lubelskim zachorowały 1 572 osoby, co stanowiło trzecią, co do wielkości wskaźnika zachorowalności przyczynę wizyt w poradniach zdrowia psychicznego ( 7,23/10 tys. ). W mieście Lublinie w 2006 roku zachorowało 688 osób. Wskaźnik zachorowalności wyniósł 19,42/10 tys. ludności i stanowił czwarty, co do wielkości wskaźnik określający zachorowalność na poszczególne rodzaje chorób i zaburzeń psychicznych. W roku 2007 wskaźnik ten był niższy i wyniósł 15,76/10 tys. ludności. Na depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe zachorowało 556 mieszkańców Lublina. Jednak chorobowość w tej kategorii zaburzeń i chorób psychicznych stanowiła drugi, co do wielkości wskaźnik chorobowości wśród mieszkańców Lublina (73,05/10 tys. ludności), po zaburzeniach

nerwicowych związanych ze stresem i zaburzeniach somatoformicznych (210,52/10 tys. ludności).

Wskaźnik zachorowalności na schizofrenię w 2007 roku wyniósł w województwie lubelskim 4,71 na 10 tys. ludności. Wskaźniki innych zaburzeń psychiatrycznych i urojeniowych to 3,53 na 10 tys. ludności, depresji nawracających i zaburzeń dwubiegunowych 7,87 na 10 tys. ludności. Najwięcej osób, które zachorowały na schizofrenię odnotowano w mieście Lublin (11,05/10 tys. ). Najwyższe wskaźniki zachorowalności na 10 tys. ludności dotyczące innych zaburzeń psychiatrycznych i urojeniowych wystąpiły również w mieście Lublin.

W 2007 roku nastąpiła tendencja spadkowa w stosunku do lat ubiegłych wskaźników dotyczących zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych. Wskaźniki zachorowalności i chorobowości w województwie lubelskim wynosiły odpowiednio 2,76 i 6,76 na 10 tys. ludności. W roku 2006 wskaźniki zachorowalności i chorobowości wynosiły odpowiednio 3,86 i 7,42 na 10 tys. ludności. W roku 2007 w przekroju powiatowym miasto Lublin znalazło się na drugim miejscu, co do wielkości wskaźnika zachorowalności na 10 tys. mieszkańców (7,65), zaś w roku 2006 na pierwszym miejscu. W roku 2006 wskaźnik ten był prawie trzy razy większy w stosunku do roku 2007 i wynosił 20,55. Wielkość wskaźników zachorowalności i chorobowości dla miasta Lublina jest wyższa w porównaniu ze wskaźnikami wojewódzkimi, zarówno w roku 2006, jak też w roku 2007. Wskaźniki zachorowalności dla województwa w roku 2006, 2007 wynosiły odpowiednio 3,86/10 tys. oraz 2,76/10 tys., dla miasta Lublina 20,55/10 tys. oraz 6,76/10 tys. (dane statystyczne zamieszczone w Informatorze Statystycznym Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego za rok 2006 oraz 2007, opracowanego przez Lubelskie Centrum Zdrowia Publicznego).

## 2. Epidemiologia

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że 27 % populacji Unii Europejskiej doświadczy w ciągu życia poważnego kryzysu psychicznego wymagającego profesjonalnej pomocy. Dane prezentowane przez Komisję Europejską mówią, że 27 % mieszkańców naszego kontynentu ma zły stan zdrowia psychicznego. Zaburzenia psychiczne są najczęstszą przyczyną wcześniejszego przechodzenia na emeryturę i pobierania świadczeń z powodu niezdolności do pracy, co pochłania ok. 3 - 4 % PKB UE. Z badań przeprowadzonych na 40 tys. osób w 60 krajach UE wynika, że 9 - 16 % dorosłych choruje psychicznie, a 25 - 30 % zachoruje w ciągu życia (Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J. et al., JAMA 2004). Z analiz Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wynika, że w Polsce w 2010 r. było ok. 1,6 mln osób chorujących psychicznie, w tym 200 tys. leczonych w szpitalach psychiatrycznych. W województwie lubelskim w 2009 r. liczebność osób leczonych z zaburzeniami psychicznymi ogółem i po raz pierwszy wynosiła 84 798 (Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego za rok 2009, Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie).

W ciągu 18 lat, od roku 1990 do 2007, wskaźnik zarejestrowanego rozpowszechniania zaburzeń psychicznych wzrósł o 119% (z 1629 do 3571 na 100 tys. ludności) w opiece ambulatoryjnej i o 50% (z 362 do 542 na 100 tys. ludności) w opiece stacjonarnej. Przy czym, o ile do roku 2005 wskaźniki sukcesywnie wzrastały, to między rokiem 2005 a 2007 wskaźnik rozpowszechniania w opiece ambulatoryjnej spadł o 2%, a wskaźnik hospitalizacji wzrósł zaledwie o 1%. Zjawisko to spowodowane zostało w większym stopniu spadkiem zapadalności (liczbą rejestrowanych pacjentów po raz pierwszy zgłaszających się do leczenia) niż spadkiem liczby pacjentów leczonych w poprzednich latach. W latach 1990-2005 zapadalność w opiece ambulatoryjnej wzrosła o 132%, a w opiece całodobowej o 86%, natomiast w latach 2005-2007 zapadalność w opiece ambulatoryjnej spadła o 10% (z 1029 do 930 tys. na 100 ludności), a w opiece całodobowej o 7% (z 240 do 223 na 100 tys. ludności). (Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego).

W przypadku województwa lubelskiego zachorowalność na zaburzenia psychiczne oraz chorobowość w zakresie zaburzeń psychicznych przedstawia się następująco:

| <i>Zachorowalność na zaburzenia psychiczne w 2006 roku (wskaźnik na 10 tys. ludności (grupy rozpoznań); I – XIII pozycja (częstość występowania)</i> |                    |                 |
|--|--------------------|-----------------|
| <b>Rozpoznanie</b>   | <b>Województwo</b> | <b>Miasto</b>   |
| 1. Organiczne zaburzenia psychiczne  | 6,74 V             | 9,23 VIII       |
| 2. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu   | 14,57 III          | 29,36 III       |
| 3. Zaburzenia spowodowane używaniem innych substancji psychoaktywnych  | 3,86 VI            | 20,55 V         |
| 4. Grupa schizofrenii  | 7,50 IV            | 21,00 IV        |
| <b>5. Grupa zaburzeń afektywnych</b>   | <b>18,28 II</b>    | <b>41,66 II</b> |
| 6. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i somatoformiczne   | 19,97 I            | 51,80 I         |
| 7. Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi  | 2,26 X             | 9,26 VII        |
| 8. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych  | 2,18 XI            | 8,33 X          |
| 9. Upośledzenie umysłowe   | 3,62 VII           | 8,36 IX         |
| 10. Zaburzenia rozwoju psychicznego  | 0,52 XII           | 1,56 XII        |
| 11. Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym   | 2,53 IX            | 10,13 VI        |
| 12. Inne nieokreślone zaburzenia psychiczne  | 0,34 XIII          | 0,34 XIII       |
| 13. Obserwacja stanu psychicznego, rozpoznania nie ustalone  | 2,87 VIII          | 3,58 XI         |

Województwo – 18.541 osób, wskaźnik - 85,24/10 tys.; Lublin - 7.622 osoby, wskaźnik - 132,04/10 tys.

| <i>Chorobowość w zakresie zaburzeń psychicznych w 2006 roku (wskaźnik na 10 tys. ludności (grupy rozpoznań); I – XIII pozycja (częstość występowania)</i> |                    |                  |
|---|--------------------|------------------|
| <b>Rozpoznanie</b>  | <b>Województwo</b> | <b>Miasto</b>    |
| Organiczne zaburzenia psychiczne  | 23,58 V            | 34,47 V          |
| Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu   | 37,48 III          | 56,09 IV         |
| Zaburzenia spowodowane używaniem innych substancji psychoaktywnych  | 7,42 VIII          | 32,43 VI         |
| Grupa schizofrenii  | 37,23 IV           | 95,04 III        |
| <b>Grupa zaburzeń afektywnych</b>   | <b>76,45 II</b>    | <b>156,14 II</b> |
| Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i somatoformiczne   | 76,86 I            | 158,89 I         |
| Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi  | 4,50 XI            | 17,92 X          |
| Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych  | 5,44 IX            | 18,71 IX         |
| Upośledzenie umysłowe   | 14,53 VI           | 25,04 VIII       |
| Zaburzenia rozwoju psychicznego   | 1,48 XII           | 4,94 XI          |
| Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym  | 7,51 VII           | 26,73 VII        |

|   |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|
| Inne nieokreślone zaburzenia psychiczne                 | 1,08 | XIII | 1,38 | XIII |
| Obserwacja stanu psychicznego, rozpoznania nie ustalone | 4,56 | X    | 4,15 | XII  |

Województwo – 64.844 osoby, wskaźnik - 298,12/10 tys.; Lublin – 22.388 osób, wskaźnik - 631,93/10 tys.

| <b>Zachorowalność na zaburzenia psychiczne w 2007 roku</b> (wskaźnik na 10 tys. ludności (grupy rozpoznań); I – XIII pozycja (częstość występowania)) |                    |           |               |           |
|---|--------------------|-----------|---------------|-----------|
| <b>Rozpoznanie</b>  | <b>Województwo</b> |           | <b>Miasto</b> |           |
| 1. Organiczne zaburzenia psychiczne   | 8,66               | IV        | 12,70         | VII       |
| 2. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu  | 18,88              | III       | 27,33         | III       |
| 3. Zaburzenia spowodowane używaniem innych substancji psychoaktywnych   | 2,76               | XI        | 7,65          | X         |
| 4. Grupa schizofrenii   | 8,24               | V         | 20,89         | IV        |
| <b>5. Grupa zaburzeń afektywnych</b>  | <b>21,49</b>       | <b>II</b> | <b>38,97</b>  | <b>II</b> |
| 6. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i somatoformiczne  | 26,60              | I         | 64,57         | I         |
| 7. Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi   | 4,09               | VIII      | 16,25         | V         |
| 8. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych   | 3,43               | X         | 9,16          | VIII      |
| 9. Upośledzenie umysłowe  | 4,32               | VII       | 6,86          | XI        |
| 10. Zaburzenia rozwoju psychicznego   | 0,91               | XII       | 1,01          | XII       |
| 11. Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym  | 3,96               | IX        | 14,65         | VI        |
| 12. Inne nieokreślone zaburzenia psychiczne   | 0,46               | XIII      | 0,31          | XIII      |
| 13. Obserwacja stanu psychicznego, rozpoznania nie ustalone   | 4,41               | VI        | 8,96          | IX        |

Województwo – 23.414 osoby, wskaźnik - 108,21/10 tys.; Lublin – 8.125 osób, wskaźnik - 229,31/10 tys.

| <b>Chorobowość w zakresie zaburzeń psychicznych w 2007 roku</b> (wskaźnik na 10 tys. ludności (grupy rozpoznań); I – XIII pozycja (częstość występowania)) |                    |          |               |           |
|--|--------------------|----------|---------------|-----------|
| <b>Rozpoznanie</b>   | <b>Województwo</b> |          | <b>Miasto</b> |           |
| Organiczne zaburzenia psychiczne   | 32,76              | V        | 40,31         | V         |
| Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu  | 44,67              | IV       | 53,21         | IV        |
| Zaburzenia spowodowane używaniem innych substancji psychoaktywnych   | 6,76               | X        | 17,97         | X         |
| Grupa schizofrenii   | 47,16              | III      | 97,06         | III       |
| <b>Grupa zaburzeń afektywnych</b>  | <b>99,88</b>       | <b>I</b> | <b>177,02</b> | <b>II</b> |
| Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i somatoformiczne  | 87,05              | II       | 210,52        | I         |
| Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi   | 7,37               | IX       | 29,54         | VII       |

|  |       |      |            |
|--|-------|------|------------|
| Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych   | 8,66  | VIII | 21,91 VIII |
| Upośledzenie umysłowe  | 18,56 | VI   | 21,49 IX   |
| Zaburzenia rozwoju psychicznego  | 2,41  | XII  | 8,53 XII   |
| Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym | 8,98  | VII  | 35,23 VI   |
| Inne nieokreślone zaburzenia psychiczne  | 1,16  | XIII | 2,64 XIII  |
| Obserwacja stanu psychicznego, rozpoznania nie ustalone                                      | 6,21  | XI   | 9,58 XI    |

Województwo – 80.606 osób, wskaźnik - 371,63/10 tys.; Lublin – 25.577 osób, wskaźnik - 725,01/10 tys.

Depresja to nie tylko smutek, który zdarza się okresowo każdemu szczególnie w obliczu trudności życiowych. Jako choroba to zespół objawów, trwających odpowiednio długo. Nieleczona lub niewłaściwie leczona choroba stanowi poważny problem dla osoby chorej znacznie utrudniając jej funkcjonowanie w rodzinie, szkole, pracy, a długotrwała w dużym nasileniu często kończy się śmiercią samobójczą.

Depresja w przebiegu zaburzeń afektywnych (jednobiegunowych, dwubiegunowych, psychozy schizoafektywnej, schizofrenii) występuje u ok. 5% populacji ogólnej. Rozpowszechnienie grupy zaburzeń afektywnych szacowane jest w przedziale 10-15%, są jednak często nierozpoznawane i nieleczone. Częstość występowania depresji jest prawdopodobnie większa w grupie kobiet, choć jest to trudne do oszacowania ze względu na to, że kobiety częściej poszukują pomocy z powodu zaburzeń nastroju. Zaburzenia depresyjne występują u ok. 15% mężczyzn i 25% kobiet w ogólnej populacji (Pużyński). Depresja tak definiowana jest przypuszczalnie najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym.

Osobnym zagadnieniem jest możliwość przejścia od stanu zaburzeń depresyjnych, nie spełniających kryteriów choroby, do pełnoobjawowej choroby. Doświadczenia kliniczne wskazują, że proces taki zachodzi często, choć nie jest nieunikniony. Stworzenie odpowiednich warunków środowiskowych oraz nauczenie odpowiedniego sposobu reagowania na niekorzystne bodźce może w dużym stopniu ograniczyć częstość przechodzenia zaburzeń w pełnoobjawową chorobę.

W przypadku depresji nawracających i zaburzeń dwubiegunowych, zachorowalność i chorobowość w podziale na powiaty przedstawia się następująco:



| 2006 rok                     |                    |                              |                    |                              |
|------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Wyszczególnienie             | Zachorowalność     |                              | Chorobowość        |                              |
|                              | Liczby bezwzględne | Wskaźnik na 10 tyś. ludności | Liczby bezwzględne | Wskaźnik na 10 tyś. ludności |
| <b>województwo lubelskie</b> | <b>1 572</b>       | <b>7,23</b>                  | <b>7 186</b>       | <b>33,04</b>                 |
| <b>powiaty:</b>              |                    |                              |                    |                              |
| m. Lublin                    | <b>688</b>         | <b>19,42</b>                 | <b>2 299</b>       | <b>64,89</b>                 |
| białski                      | 42                 | 2,45                         | 342                | 19,91                        |
| biłgorajski                  | 20                 | 1,92                         | 73                 | 7,00                         |
| chełmski                     | 121                | 8,18                         | 418                | 28,25                        |
| hrubieszowski                | 59                 | 8,57                         | 314                | 45,62                        |
| janowski                     | 150                | 31,33                        | 501                | 104,65                       |
| krasnostawski                | 15                 | 2,17                         | 220                | 31,76                        |
| kraśnicki                    | 26                 | 2,61                         | 170                | 17,04                        |
| lubartowski                  | 20                 | 2,21                         | 126                | 13,93                        |
| lubelski                     | 22                 | 1,57                         | 103                | 7,33                         |
| łęczyński                    | 3                  | 0,52                         | 58                 | 10,12                        |
| lukowski                     | 78                 | 7,20                         | 557                | 51,39                        |
| opolski                      | 26                 | 4,13                         | 149                | 23,64                        |
| parczewski                   | -                  | -                            | -                  | -                            |
| puławski                     | 21                 | 1,80                         | 117                | 10,01                        |
| radzyński                    | 2                  | 0,33                         | 91                 | 14,81                        |
| rycki                        | 50                 | 8,46                         | 283                | 47,86                        |
| świdnicki                    | 4                  | 0,55                         | 323                | 44,68                        |
| tomaszowski                  | 31                 | 3,51                         | 354                | 40,07                        |
| włodawski                    | 16                 | 3,99                         | 109                | 27,21                        |
| zamojski                     | 178                | 10,07                        | 579                | 32,74                        |

| 2007 rok                     |                    |                              |                    |                              |
|------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Wyszczególnienie             | Zachorowalność     |                              | Chorobowość        |                              |
|                              | Liczby bezwzględne | Wskaźnik na 10 tys. ludności | Liczby bezwzględne | Wskaźnik na 10 tys. ludności |
| <b>województwo lubelskie</b> | <b>1 706</b>       | <b>7,87</b>                  | <b>9 551</b>       | <b>44,03</b>                 |
| <b>powiaty:</b>              |                    |                              |                    |                              |
| m. Lublin                    | 556                | 15,76                        | 2 577              | 73,05                        |
| białski                      | 70                 | 4,08                         | 668                | 38,94                        |
| biłgorajski                  | 20                 | 1,93                         | 107                | 10,30                        |
| chełmski                     | 92                 | 6,24                         | 799                | 54,23                        |
| hrubieszowski                | 102                | 14,99                        | 405                | 59,50                        |
| janowski                     | 43                 | 9,01                         | 173                | 36,26                        |
| krasnostawski                | 301                | 43,79                        | 540                | 78,56                        |
| kraśnicki                    | 13                 | 1,31                         | 265                | 26,67                        |
| lubartowski                  | 28                 | 3,10                         | 420                | 46,53                        |
| lubelski                     | 22                 | 1,55                         | 60                 | 4,23                         |
| łęczyński                    | 28                 | 4,89                         | 144                | 25,14                        |
| łukowski                     | 75                 | 6,93                         | 518                | 47,89                        |
| opolski                      | 29                 | 4,62                         | 156                | 24,86                        |
| parczewski                   | 20                 | 5,50                         | 70                 | 19,26                        |
| puławski                     | 54                 | 4,63                         | 786                | 67,46                        |
| radzyński                    | 8                  | 1,31                         | 132                | 21,59                        |
| rycki                        | 76                 | 12,91                        | 389                | 66,10                        |
| świdnicki                    | 44                 | 6,08                         | 330                | 45,59                        |
| tomaszowski                  | 32                 | 3,64                         | 322                | 36,64                        |
| włodawski                    | 14                 | 3,51                         | 115                | 28,79                        |
| zamojski                     | 79                 | 4,48                         | 575                | 32,62                        |

### 3. Adresaci programu

Mieszkańcy województwa lubelskiego - uczniowie szkół ponadgimnazjalnych w Lublinie:  
2012 r. (etap pilotażowy): wybór realizacji pilotażu wynika z największej zachorowalności na danym terenie

- uczniowie szkół ponadgimnazjalnych w Lublinie;
- razem ok. 600 osób;
- wiek uczniów - 16 – 17 rok życia;
- liczebność jednej grupy - 20 os.

kolejne lata – (2013- 2015 r.):

- uczniowie szkół ponadgimnazjalnych z terenu województwa lubelskiego;
- razem ok. 29 tys. uczniów/rok;
- wiek uczniów - 16 – 17 rok życia;
- nauczyciele i pedagodzy szkolni szkół ponadgimnazjalnych z terenu województwa lubelskiego;
- pracownicy poradni psychologiczno – pedagogicznych z terenu województwa lubelskiego;
- rodzice tych uczniów;

W odniesieniu do poszczególnych etapów programu dla projektu pilotażowego:

*etap I – psychoprofilaktyka –*

- uczniowie szkół ponadgimnazjalnych w Lublinie;
- wiek uczniów - 16 – 17 rok życia;
- razem ok. 600 osób.

*etap II - wczesna diagnoza –*

- uczniowie II klas szkół średnich w Lublinie zakwalifikowani do pełnej diagnostyki;

*etap III – podsumowanie i kontynuacja programu w latach 2013 - 2015 –*

- uczniowie szkół ponadgimnazjalnych z terenu województwa lubelskiego

### 4. Uzasadnienie wyboru

Profilaktyka chorób i problemów zdrowotnych, w tym zaburzeń psychicznych, obejmuje profilaktykę pierwszorzędową, drugorzędową i trzeciorzędową. Profilaktyka pierwszorzędowa to zapobieganie zachorowaniu na dane zaburzenie w postaci eliminacji jego przyczyn, czy

czynników ryzyka (np. edukacja dotycząca zdrowia psychicznego, treningi radzenia sobie ze stresem). Profilaktyka drugorzędowa to wczesna detekcja zaburzeń i wczesna interwencja (np. diagnoza zaburzenia w okresie wystąpienia objawów zwiastunowych). Profilaktyka trzeciorzędowa to zapobieganie nawrotom danego zaburzenia (np. stosowanie prewencyjnej terapii i psychoedukacji).

Niniejszym program zakłada stosowanie metod profilaktyki drugorzędowej, a więc celowanej detekcji w stanach prodromalnych zaburzeń psychicznych, opierając się na licznych doniesieniach wskazujących na znaczenie wczesnej, celowanej interwencji w odniesieniu do zaburzeń psychicznych, szczególnie zaburzeń afektywnych i psychotycznych (Correl i wsp. 2007, Stec 2007, Czernikiewicz i Szulc 2007, Czernikiewicz 2009, McGLashan 2010; Lieberman, Stroup i Perkins 2011). Szczególne znaczenie zyskuje tu *celowana prewencja dotycząca osób wysokiego ryzyka, u których można stwierdzić minimalne objawy zwiastujące objawy specyficznego zaburzenia psychicznego lub biologiczne markery tego zaburzenia.., a jednocześnie u osoby tej nie można potwierdzić przy użyciu kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia...* (Mrazek i Haggarty, 1994 wg. Czernikiewicza 2009).

Wczesna detekcja jest niesłychanie istotna w odniesieniu do zaburzeń rozpoczynających się w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości, których skutki osobnicze i społeczne są bardzo istotne, często związane z ryzykiem śmierci, w tym samobójczej, i których następstwem lub przyczyną może być nadużywanie i uzależnienie, głównie od środków psychoaktywnych, a więc - zaburzenia afektywne (jedno i dwubiegunowe), psychozy z kręgu schizofrenii, fobia społeczna i zaburzenia odżywiania się. Potencjalne korzyści z takiej drugorzędowej profilaktyki przedstawione są w oparciu o potencjalne korzyści z wczesnej diagnostyki i interwencji w psychozach schizofrenicznych, natomiast są one tożsame z potencjalnymi korzyściami w zakresie wszystkich zaburzeń psychicznych przedstawionych powyżej.

Wyboru grupy dokonano w oparciu o dane dotyczące wzrostu zachorowalności na zaburzenia depresyjne, które w niektórych badaniach określono na poziomie do 25% w grupie dzieci i młodzieży. Ocenia się, że nawet ¼ osób do 18 roku życia przechodzi epizod depresyjny wymagający specjalistycznej pomocy. W grupie wiekowej od 10 do 18 roku życia samobójstwo jest drugą przyczyną zgonu wśród chłopców, a trzecią - wśród dziewcząt. W znacznej większości przypadków jest to wynikiem przeżywanego stanu depresyjnego. Nieleczenie zaburzeń depresyjnych szczególnie wśród dzieci i młodzieży ma szczególne znaczenie ze

względu na ograniczenie lub zatrzymanie rozwoju osobistego i społecznego. Stanowi źródło dyskomfortu i rzutuje na przyszłe osiągnięcia.

Ze względu na liczebność grupy docelowej Program zakłada realizację z podziałem na etap pilotażu (2012 r.) oraz etap właściwej realizacji Programu w latach 2012 - 2015.

## **5. Cele i efekty programu**

**Cel główny: Wczesne wykrywanie zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16-17 lat z terenu województwa lubelskiego w latach 2012-2015.**

W odniesieniu do poszczególnych etapów programu:

### ***etap I – psychoprofilaktyka -***

#### cele szczegółowe –

- rozwijanie świadomości na temat występowania depresji w młodszych grupach wiekowych;
- kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych;

#### oczekiwane efekty –

- zwiększenie wiedzy na temat występowania i możliwości leczenia zaburzeń depresyjnych;
- wzrost umiejętności radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów;

#### miernik efektywności –

- na podstawie ankiet końcowych i ankiet ewaluacyjnych – liczba osób objętych programem;
- zmiany w wiedzy na temat zaburzeń depresyjnych (%) przed programem i po;

### ***etap II - wczesna diagnoza –***

#### cele szczegółowe –

- identyfikacja osób wymagających leczenia oraz osób z grup ryzyka;
- ocena rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych u młodzieży w wieku 16 – 17 lat;
- określenie grup szczególnego ryzyka zapadania na inne zaburzenia psychiczne;

#### oczekiwane efekty –

- oszacowanie skali zjawiska występowania zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16 – 17 lat;

- ujawnienie liczby osób z grupy zwiększonego ryzyka i /lub osób chorujących wśród młodzieży w wieku 16 – 17 lat;
  - wcześniejsza identyfikacji depresji – upowszechnienie diagnostyki zaburzeń depresyjnych;
- miernik efektywności –
- liczba osób wstępnie zdiagnozowanych wykazujących zaburzenia depresyjne;
  - liczba osób skierowanych do pełnej diagnostyki;
  - liczba osób skierowanych do leczenia/ terapii;

### ***etap III – podsumowanie i kontynuacja programu***

#### cele szczegółowe –

- podsumowanie dwóch pierwszych etapów – efekty i wnioski końcowe;
- opracowanie metod zapobiegania zaburzeniom depresyjnym oraz wczesnego ich wykrywania i terapii;

#### oczekiwane efekty –

- zwiększenie wykrywalności zaburzeń depresyjnych;
- zwiększenie efektywności leczenia zaburzeń depresyjnych;

#### miernik efektywności –

- liczba osób objętych programem;
- liczba rozdanych broszur edukacyjnych.

## **6. Organizacja programu**

6.1. Części składowe, etapy poszczególnych działań:

### ***etap I – psychoprofilaktyka***

działania i narzędzia:

- ankieta początkowa;
- program edukacyjny uwzględniający następującą tematykę:
  - a) *przyczyny zaburzeń nastroju;*
  - b) *objawy, ze szczególnym uwzględnieniem poszczególnych grup wiekowych (dzieci i młodzież, osoby dorosłe);*

c) *metody leczenia zaburzeń nastroju, ze szczególnym uwzględnieniem oddziaływań psychospołecznych;*

- ankieta końcowa;

forma pracy – spotkania grupowe - mini wykład, pogadanka;

czas trwania - 5 godzin dydaktycznych;

realizacja – team terapeutyczny - lekarz psychiatra / lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii / psycholog / pielęgniarka psychiatryczna;

### ***etap II - wczesna diagnoza***

działania i narzędzia:

a) *Skala oceny zaburzeń psychicznych M.I.N.I.;*

b) *Skala depresji Becka;*

c) *Skala depresji u młodzieży Kutchera (KADS);*

forma pracy - spotkania grupowe;

czas trwania - 3 godziny dydaktyczne (wszyscy uczniowie);

spotkania indywidualne - osoby zakwalifikowane do pełnej diagnozy – 1 godzina dydaktyczna na osobę;

- ankieta ewaluacyjna - spotkanie grupowe – 1 godzina dydaktyczna;

realizacja – lekarz psychiatra / lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii / psycholog, badanie skalą – stażyści

### ***etap III – podsumowanie i kontynuacja programu***

działania i narzędzia:

a) *publikacja broszury edukacyjnej;*

Liczbowe zestawienie działań na jednego uczestnika – 10 godzin dydaktycznych.

6.2. Planowane interwencje – działania zmierzające do podniesienia świadomości na temat wczesnej diagnozy zaburzeń depresyjnych i możliwości leczenia oraz wzrost

- umiejętności radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów poprzez zwiększenie wiedzy na temat zaburzeń depresyjnych i innych zaburzeń psychicznych.
- 6.3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników – do udziału w Programie zaproszeni zostaną uczniowie lubelskich szkół ponadgimnazjalnych po uprzedniej akceptacji Programu przez dyrektora szkoły – ostatecznie wezmą udział osoby, których rodzice wyrażą zgodę na uczestnictwo w projekcie.
- 6.4. Zasady udzielania świadczeń - wg. etapów poszczególnych działań – pkt 6.1.  
Osobą odpowiedzialną za realizację Programu zgodnie z założeniami będzie koordynator. W zakresie jego zadań będzie:
- organizacja poszczególnych działań, ustalanie harmonogramów spotkań;
  - dobór osób do realizacji poszczególnych działań;
  - kontakty z dyrekcją szkół, nauczycielami;
  - prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości merytorycznej projektu;
  - nadzorowanie opracowania broszury informacyjnej.
  - bieżące kontakty oraz rozliczenia finansowe ze zleceniodawcą
  - monitoring i ewaluacja programu.
- 6.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych - Skierowanie do Poradni Zdrowia Psychicznego i Poradni Psychologicznych.
- 6.6. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania – końcowym etapem udziału w Programie będzie skierowanie przez lekarza psychiatrę / lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii do Poradni Zdrowia Psychicznego i / lub Poradni Psychologicznych, Zespołu Leczenia Środowiskowego do właściwej formy leczenia (farmakoterapia, psychoterapia, poradnictwo psychologiczne), a następnie także do koordynatora Punktu informacyjno – konsultacyjnego do placówek zajmujących się terapią, aktywizacją i wsparciem osób z zaburzeniami psychicznymi oraz rodzin (ośrodków wsparcia, grup terapeutycznych).



- 6.7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji – program będzie wdrażany po akceptacji dyrektorów szkół oraz konsultacjach z nauczycielami.
- 6.8. Kompetencje / warunki niezbędne do realizacji programu – realizatorami projektu będą specjaliści posiadający niezbędne kwalifikacje i doświadczenie w pracy terapeutycznej z osobami wykazującymi zaburzenia depresyjne – będą to lekarze psychiatry (i lekarze w trakcie specjalizacji), psychologowie / psychoterapeuci / pielęgniarki, ankieterzy – stażyści i wolontariusze.
- 6.9. Dowody skuteczności planowanych działań – edukacja jest jedną z podstawowych form oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych – sprzyja wzmocnieniu kompetencji do radzenia sobie z kryzysem psychicznym oraz wczesnemu wykrywaniu choroby i podjęciu specjalistycznego leczenia. Rozwija samoświadomość oraz umiejętności radzenia sobie z trudnościami i objawami zaburzenia. Osoba świadoma umie sobie lepiej radzić i skuteczniej poszukiwać pomocy.
- 6.10. Koszty:

2012 r. – etap pilotażu:

- szacowany koszt całkowity – ok. 137 200,00 zł;
- średni koszt w przeliczeniu na jednego uczestnika włączonego do programu – ok. 228,67 zł.

| lp. | zestawienie świadczeń oferowanych w programie                 | miara jednostkowa | liczba jednostek | koszt jednostkowy |
|-----|---|-------------------|------------------|-------------------|
| 1   | profilaktyka - program edukacyjny                             | h dydakt.         | 150              | 300,00            |
| 2   | wstępna diagnoza - badania i kwalifikacja do dalszej diagnozy | h dydakt.         | 90               | 300,00            |
| 3   | pełna diagnoza i skierowanie do leczenia                      | h dydakt.         | śr.100           | 300,00            |

| <b>lp.</b> | <b>pozostałe koszty</b>                   | <b>miara jednostkowa</b> | <b>liczba jednostek</b> | <b>koszt jednostkowy</b> |
|------------|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1          | kwestionariusze do badań                  | egz.                     | 3                       | 1 000,00                 |
| 2          | opracowanie i wydruk broszury edukacyjnej | szt.                     | 5 000                   | 1,00                     |
| 3          | materiały edukacyjne                      | os.                      | 600                     | 10,00                    |
| 4          | zatrudnienie koordynatora projektu        | h                        | 360                     | 50,00                    |
| 5          | koszty administracyjno - biurowe          | m-c                      | 4                       | 800,00                   |

Program finansowany ze środków Samorządu Województwa Lubelskiego zgodnie z umowami zawartymi z placówkami wybranymi do realizacji Programu.

Skala realizacji Programu w kolejnych latach będzie odpowiadała warunkom finansowym Budżetu Samorządu Województwa Lubelskiego.

6.11. Monitorowanie i ewaluacja – monitoring działań będzie prowadzony na bieżąco, ewaluacja dokonana zostanie na podstawie ankiet końcowych i ewaluacyjnych oraz efektów poszczególnych etapów mierzonych na podstawie:

- liczby osób objętych programem;
- liczby osób wstępnie zdiagnozowanych wykazujących zaburzenia depresyjne;
- liczby osób skierowanych do pełnej diagnostyki;
- liczby osób skierowanych do leczenia/ terapii.

Osoba odpowiedzialną za monitoring i ewaluację będzie koordynator programu

6.12. Okres realizacji programu – IX – XII. 2012 – etap pilotażowy oraz kolejne lata – 2013 – 2015.