

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Jogilė Medešienė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro baigiamasis darbas

**Internetu prieinamos kognityviosios elgesio terapijos vyresnio amžiaus
depresyviems asmenims ilgalaikis veiksmingumas**

Darbo vadovas: dr. Jonas Eimontas

Vilnius 2022

TURINYS

SANTRAUKA.....	4
SUMMARY.....	5
PRATARMĖ.....	6
1. ĮVADAS.....	7
1.1. Depresija šiuolaikiniame kontekste.....	7
1.1.1. Depresija vyresniame amžiuje.....	8
1.2. Psichologinės pagalbos prieinamumas.....	10
1.3. Internetu teikiama psichologinė pagalba.....	11
1.4. Internetu prieinamos KET efektyvumas depresijos gydyme.....	13
1.4.1. Internetu prieinamos KET efektyvumas vyresnio amžiaus asmenims.....	16
1.4.2. Ilgalaikis iKET efektyvumas depresijos gydyme.....	20
1.4.2.1. Internetu prieinamos KET individualizavimas.....	21
1.4.2.2. Antidepresantų ryšys su internetu prieinamos KET efektyvumu.....	22
1.4.3. Ilgalaikio iKET veiksmingumo tyrimų ateities perspektyvos.....	23
2. TYRIMO METODIKA.....	25
2.1. Tyrimo dalyviai.....	25
2.2. Tyrimo instrumentai.....	28
2.3. Tyrimo eiga.....	30
2.4. Duomenų analizės metodai.....	32
3. REZULTATAI.....	33
3.1 Tyrimo dalyviai prieš intervenciją.....	33
3.2. Internetu prieinamos KET programos veiksmingumas.....	35
3.3. Internetu prieinamos KET ilgalaikis veiksmingumas.....	38
3.3.1. iKET ilgalaikio efektyvumo statistinis reikšmingumas.....	40
3.3.2. Kliniškai reikšmingas ilgalaikis iKET poveikis.....	41
3.3.3. Ilgalaikį iKET efektyvumą prognozuojantys veiksniai.....	42
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	44
4.1. iKET efektyvumas: kontrolinės ir intervencinės grupės palyginimas.....	44
4.2. iKET ilgalaikis efektyvumas.....	45

4.2.1. Su iKET ilgalaikiu efektyvumu vyresnio amžiaus grupėje susiję veiksniai.....	46
4.3. Kliniškai reikšmingi iKET intervencijos efektai.....	48
4.4. iKET ilgalaikį efektyvumą prognozuojantys veiksniai.....	49
4.4.1. Depresijos simptomų sunkumas ir ilgalaikis iKET efektyvumas.....	49
4.4.2. Programos žinių praktikavimas ir ilgalaikis iKET efektyvumas.....	50
4.5. Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų kryptys.....	51
IŠVADOS.....	53
LITERATŪRA.....	54
PRIEDAI.....	64
1 priedas. Paciento sveikatos klausimynas (PHQ-9).....	64
2 priedas. Geriatriinė depresijos skalė, trumpoji versija (GDS-15).....	65

SANTRAUKA

Internetu prieinamos kognityviosios elgesio terapijos vyresnio amžiaus depresyviems asmenims ilgalaikis veiksmingumas

Jogilė Medeišienė, Vilniaus universitetas, Vilnius, 2022 m. (65 p.)

Internetu prieinamos kognityviają elgesio terapija (KET) grįstos programos su terapeuto pagalba yra žinomos kaip efektyvi priemonė gydant įvairaus sunkumo depresiją, tačiau jų ilgalaikis efektyvumas dar itin mažai tyrinėtas. Šiame magistro darbe buvo nagrinėtas internetu prieinamos KET ilgalaikis efektyvumas depresiškiems vyresnio amžiaus asmenims. Tyrime dalyvavo 84 asmenys nuo 60 iki 83 metų amžiaus $67,55$ ($SD = 5,94$), iš kurių didžioji dalis buvo moterys (97,6%). Dalyvių atranka vyko įvairiais medijų kanalais bandant pasiekti specifines auditorijas bei per psichikos sveikatos centrus. Tyrime buvo naudoti šie instrumentai: PHQ-9 (Paciento sveikatos klausimynas), GDS-15 (Geriatrinė depresijos skalė), WHO-5 (Pasaulio sveikatos organizacijos geros savijautos indeksas), GAD-7 (Generalizuoto nerimo sutrikimo klausimynas). Longitudinis atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas vyko keturiais etapais, o ilgalaikis efektas stebėtas 3 mėn. ir 12 mėn. po programos. Gauti rezultatai rodo ir po metų išliekantį internetu prieinamos KET programos poveikį bei reikšmingai sumažėjusį (64 %) depresijos atvejų skaičių. Tai daug žadantys rezultatai depresijos gydymui nuotoliniu būdu, tačiau reikalingi tolesni tyrinėjimai.

Raktiniai žodžiai: Internetu prieinama KET, depresija, vyresnis amžius, ilgalaikis efektyvumas

SUMMARY

Long-term effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy for elderly with depressive tendencies

Jogilė Medeišienė, Vilnius University, Vilnius, 2022 (65 pp.)

Internet-based cognitive behavioral therapy (CBT) programs with therapist support are known to be an effective tool in the treatment of depression of varying severity, but their long-term effectiveness has not been widely studied. This master's thesis examines the long-term effectiveness of internet-based CBT for depressed older people. The study included 84 participants aged 60 to 83 years ($M = 67.55$, $SD = 5.94$), the majority of whom were women (97.6%). The selection of participants took place through various media channels in an attempt to reach specific audiences and through mental health centers in Lithuania. The following instruments were used in the study: PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), GDS-15 (Geriatric Depression Scale), WHO-5 (World Health Organization Well-Being Index), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire). A longitudinal randomized controlled trial was conducted in four phases with 3 months and 12 months follow-up. The results show that the impact of the internet-based CBT program remains significant a year after completion and that the number of depression cases has decreased significantly (64%). These are promising results in the field of internet-based treatments for depression, but further research is needed.

Key words: Internet-based CBT, depression, elderly, long-term, effectiveness

PRATARMĖ

Paskutinį dešimtmetį pasaulyje yra stebimas spartus visuomenės senėjimas. Jungtinių Tautų Organizacijos 2019-ųjų metų pranešime „Pasaulio gyventojų senėjimas“ viena iš pagrindinių žinučių buvo, kad iki 2050-ųjų metų kas šeštas pasaulio gyventojas bus 65 m. ar vyresnis asmuo (United Nations, 2019). O kadangi senėjimo procesas yra dažnu atveju neatsiejamas nuo sveikatos problemų, kognityvinių galimybių silpnėjimo bei įvairių gyvenimo pokyčių, tai kelia papildomus iššūkius vyresniems asmenims siekiant išlaikyti gerą savijautą ir pasitenkinimą gyvenimu. Rytų Europoje ir buvusiose Sovietų Sąjungos valstybėse vyresnio amžiaus asmenų gerovė su amžiumi tendencingai mažėja, o gerovės mažėjimas ir dažnesnės ligos padidina riziką depresijos sutrikimų vystymuisi (Stephoe, Deaton, & Stone, 2015), kurie šioje amžiaus grupėje dažnai lieka nepastebėti bei negydomi.

Pasaulinė COVID-19 pandemija paskatino psichologinės pagalbos perėjimą į nuotolį tam, kad būtų užtikrintas pagalbos tęstinumas. Vyresnio amžiaus asmenys, kurie ir taip dažnai lieka nepastebėti sveikatos sistemoje (PSO, 2017), susidūrę su pandemija patyrė papildomų iššūkių - pasaulinis pandemijos kontekstas ne tik paskatino depresijos simptomų sustiprėjimą (Gorenko et al., 2021), bet ir apsunkino psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą (Van Tilburg et al., 2020). Mąstant apie ateities iššūkius augant senyvo amžiaus žmonių skaičiui, o kartu ir depresijos atvejų skaičiui šioje amžiaus grupėje bei apie gyvenimą pandemijos kontekste, didelės vilties teikia internetu prieinamos intervencijos depresijos gydymui.

Šios intervencijos jau kurį laiką yra tyrinėjamos ir vis daugėja įrodymų apie jų efektyvumą gydant depresiją (Karyotaki et al., 2021). Internetu prieinamos programos gydant depresiją vyresniame amžiuje turi daug potencialo dėl savo prieinamumo, o taip pat ir galimo efektyvumo mažinant depresijos simptomų raišką bei didinant pasitenkinimą gyvenimu. Tačiau tyrimų su vyresnio amžiaus grupe dar gerokai trūksta (Karyotaki et al., 2018^a), o ypatingai ilgalaikio efektyvumo studijų, kurios nagrinėtų depresijos raiškos trajektorijas bei su jomis susijusius veiksnius vyresnėje amžiaus kategorijoje.

Magistro darbo tyrimas yra dalis didesnio finansuojamo projekto: „Psichologinė pagalba internetu vyresnio amžiaus depresiškiems asmenims: veiksmingumas ir įsitraukimas (iPSYDE)“ (Nr. 09.3.3-LMT-K-712-19-0192). Projekto trukmė: 2020 liepa - 2022 birželis. Darbo autorė dalyvavo 2021 sausio - 2022 gegužės etape.

1. ĮVADAS

1.1. Depresija šiuolaikiniame kontekste

Visame pasaulyje daugiau nei 10% žmonių turi įvairių psichikos sveikatos sutrikimų, iš kurių bene didžiausią dalį (2-6%) sudaro depresija sergantys asmenys (Dattani, Ritchie & Roser, 2021). Pasak Pasaulio sveikatos organizacijos (angl. *WHO*, liet. *PSO*, 2021), depresija yra pagrindinė negalios priežastis pasaulyje bei labai prisideda prie bendros pasaulinės ligų naštos. Jau trečius metus trunkanti pasaulinė COVID-19 pandemija (Cucinotta & Vanelli, 2020) paskatino depresijos bei nerimo sutrikimų paūmėjimą visuomenėje (WHO, 2022). Skirtingose šalyse atlikti tyrimai išskiria socialinę izoliaciją, vienišumą, perteklinį socialinių tinklų naudojimą COVID-19 pandemijos metu, kaip žalingą žmogaus gerbūviui ir tampriai susijusį su depresijos bei nerimo simptomais (Brailovskaia, Truskauskaite-Kuneviciene, Margraf, & Kazlauskas, 2021; Gorenko, Moran, Flynn, Dobson, & Konnert, 2021; Hyland et al., 2020; Hwang, Rabheru, Peisah, Reichman, & Ikeda, 2020; Joseph, O'Shea, Eastman, Finlay, & Kobayashi, 2022; Kotwal et al., 2020; Killgore, Cloonan, Taylor, & Dailey, 2020; Loades et al., 2020). Žinoma, karantino valdymas nėra paprasta situacija ir izoliavimasis yra svarbi viruso plitimą stabdanti priemonė, kuri daugiau ar mažiau pakeitė kiekvieno žmogaus gyvenimą - vieni greičiau adaptavosi prie pokyčių, kiti lėčiau, tačiau yra žmonių grupių, kurių psichologinė sveikata buvo ypatingai paveikta. Loades ir kitų tyrėjų sisteminiame apžvalgoje (2020) vaikai bei paaugliai išskiriami kaip labiausiai paveikta žmonių grupė, kuriai prognozuojama didesnė depresijos tikimybė priverstinės izoliacijos metu ir po jos. Kitame tyrime prie labiau pažeidžiamų depresijos simptomams grupių išskiriama moteriška lytis bei vyresnis amžius (Hyland et al., 2020). Visgi, ilgalaikiai tyrimai mato ir pozityvias depresijos simptomų mažėjimo tendencijas, nes tirti asmenys adaptavosi (Fancourt, Steptoe, & Bu, 2020), o jaunuolių depresijos simptomai buvo linkę mažėti vasaros metu, kai apribojimai buvo atlaisvinami (Hawes, Szency, Olin, Nelson, & Klein, 2021). Galima kelti klausimą, kiek depresijos simptomai, kaip atsakas į nenormalią karantino situaciją yra normali žmonių reakcija, o kada ji jau tampa problematiška?

Depresijos būseną skirtingose klasifikacijose yra apibūdinama kaip dvi ir daugiau savaičių trunkantis epizodas, kuriam būdinga prislėgta nuotaika, sumažėjęs susidomėjimas anksčiau mėgta veikla, o taip pat būdingi ir kiti simptomai: miego sunkumai, sumažėjęs ar padidėjęs apetitas, nuovargis, sunkumas susikaupti, bevertiškumo jausmas, nerimastingumas, pernelyg didelė kaltė,

mintys apie savižudybę (APA, 2013; WHO, 2019). Ilgą laiką trunkantys depresijos simptomai stipriai paveikia gyvenimo kokybę, nes jie daro įtaką socialiniams ryšiams, savęs bei pasaulio vertinimui, žmogaus darbingumui, fizinei sveikatai. Tai kompleksiška liga, kurios suvokimas istorijoje plečiasi bei keičiasi (Kendler, 2020), dabartinių mokslinių tyrimų duomenys analizuoja rizikos veiksnius, kurie siejami su asmens pažeidžiamumu depresijos vystymuisi bei kelia klausimus ateities studijoms. Todėl matant pandemijos konteksto sukeltus iššūkius ne tik fizinei, bet ir psichologinei sveikatai bei suprantant depresiją, kaip plačiai paplitusią naštą ir kančią pačiam žmogui, platesnei visuomenei, svarbu toliau kelti klausimus ir gilintis į depresijos temą ieškant mokslu grįstų sprendimų šios ligos prevencijai bei gydymui.

1.1.1. Depresija vyresniame amžiuje

Yra viena amžiaus grupė, kuriai neretai aplinkiniai, tiek patys sau, priskiria depresijos simptomus, kaip įprasto gyvenimo būseną - tai vyresnio amžiaus asmenys (Sarkisian, Lee-Henderson, & Mangione, 2003). PSO teigimu (2017), depresija vyresniame amžiuje dažnai yra nepastebima ir negydoma liga, dėl to, kad vystosi paraleliai su kitomis, amžiui priskiriamomis, problemomis. Turint omenyje, kad dėl gerėjančios gyvenimo kokybės, tobulėjančios medicinos, besivystančios įspūdingu greičiu technologijos, žmonių gyvenimo trukmė vis ilgėja ir pasaulyje sparčiai daugėja vyresnio amžiaus asmenų (WHO, 2020), depresijos prevencija ir gydymas taps dar labiau aktualus. Lietuvoje 2070 m. kas trečias gyventojas bus vyresnis nei 65 metai (Vyriausybės strateginis analizės centras, 2020). Vyresni asmenys sudarys didžiąją visuomenės dalį. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis (2017), maždaug 15% 60 metų ir vyresnių asmenų kenčia nuo psichikos sutrikimo. Kadangi vyresnio amžiaus asmenų grupė susiduria ne tik su panašiomis problemomis kaip visi žmonės, bet ir dažniau turi fizinių sveikatos sutrikimų, finansinių sunkumų, judrumo apribojimų bei patiria artimųjų, draugų netektis, mėgiamos veiklos netekimą po išėjimo į pensiją, dažniau būna vieniši ir izoliuoti, todėl daliai vyresnio amžiaus žmonių šie veiksniai gali sudaryti palankią terpę psichikos sutrikimų vystymuisi. Vink ir kolegų straipsnių apžvalgoje (2008) išskiriamos depresijos vyresniame amžiuje rizikos faktorių kategorijos: biologiniai (1), psichologiniai (2) bei socialiniai (3) faktoriai. Į biologinių (1) rizikos faktorių grupę patenka chroniškos ligos, kraujagyslių ligos, žemas aktyvumo lygis, prasta sveikata, miego trikdžiai, medikamentų vartojimas, negalia, genetiniai faktoriai, žalingi įpročiai. Tarp psichologinių (2) - asmenybės bruožai (neurotiškumas, išorinis kontrolės lokusas), prasti įveikos mechanizmai, žema

savivertė, psichopatologijos istorija. Socialiniai (3) rizikos faktoriai skirstomi į socialinio tinklo kiekybinius aspektus (mažas socialinis ratas, buvimas nevedusiu, retas susitikimų dažnis), kokybinius socialinio tinklo aspektus (socialinės paramos trūkumas, vienišumas), stresinius įvykius (neigiami vaikystės įvykiai, netektys, dabartiniai neigiami įvykiai, artimojo depresiškumas) bei socialinės demografijos veiksnius (vyresnis amžius, mažesnis išsilavinimo lygis, moteriška lytis, priklausymas etninei mažumai, mažesnės pajamos). Su senėjimu ir ligomis susiję procesai - aterosklerozė, uždegimai, endokrininiai bei imuniniai pokyčiai, - didina vyresnių asmenų pažeidžiamumą depresijai bei kartu ir mirtingumą (Alexopoulos, 2005). Žinoma, pateiktas rizikos veiksnių sąrašas nėra baigtinis ir ne kiekvienas vyresnis asmuo suserگا depresija, jei susiduria su nemažai rizikos veiksnių, tai tik parodo kryptį, kuria specialistams reikėtų būti jautriems ir budriems vertinant depresijos simptomus.

Neretai asmuo turintis gretutinių ligų savo nemigą, prastą nuotaiką, energijos bei motyvacijos veikti trūkumą, liūdesį, pyktį, irzlumą bus linkęs priskirti ne psichologinėms, bet biologinėms priežastims ir tai gali kliudyti siekti psichologinio gydymo. Nair ir kolegų sisteminėje apžvalgoje (2019) buvo nagrinėjamos vyresnio amžiaus asmenų nuostatos į depresiją ir jos gydymą, kur atsiskleidė individualūs, visuomeniniai bei struktūriniai veiksniai darantys įtaką požiūriui į depresiją kaip normalią gyvenimo dalį. Vyresni suaugusieji teikė pirmenybę savipagalbos strategijoms (pvz., bendravimui, maldai), kurios atitiko jų išgyventą patirtį ir savęs įvaizdį. Profesionalios intervencijos (pvz., antidepresantai, psichologinės terapijos) kartais buvo laikomos būtinomis sunkesnės depresijos atveju, tačiau dalyvių nuomonės buvo prieštaringos. Noras išbandyti gydymą buvo pagrįstas skirtingų sprendimų pusiausvyra, įskaitant suvokimą apie galimą žalą ir požiūrį, pagrįstą pasitikėjimu, pažinimu ir praeities patirtimi. Visuomeniniai ir struktūriniai veiksniai apėmė stigmatizaciją, etninę kilmę, kultūrinius aspektus ir diskriminaciją dėl amžiaus (angl. *ageism*), taip pat svarbus veiksnys buvo pagalbos prieinamumas bei žinių apie sveikatą kiekis (Nair, Bhanu, Frost, Buszewicz, & Walters, 2019). Diskriminacija dėl amžiaus yra opi problema šiuolaikinėje senstančioje visuomenėje, kuri daro įtaką depresijos diagnozavimui bei gydymui - yra duomenų, kad ne tik vyresni asmenys susitaiko su savo depresijos veikiamą savijauta ir neįaučia poreikio arba netiki pagalbos galimybėmis, bet ir patys gydytojai nepastebi bei negydo depresijos, o kai kurie į gydymą žiūri, kaip į laiko gaišimą (Klap, Unroe, & Unützer, 2003; Licht-Strunk, Beekman, de Haan, & van Marwijk, 2009; Nair et al., 2019; Sanglier, Saragoussi, Milea, & Tournier, 2015). Todėl vyresnio amžiaus asmenų depresijos gydymas yra ypatingai apsunkintas dėl vyraujančių pačių senyvo amžiaus asmenų bei visuomenės nuostatų.

Tam, kad šiek tiek geriau pavyktų suprasti depresijos kompleksiskumą vyresniame amžiuje, norisi paliesti ir savaiminės remisijos reiškinį. Mokslinėje literatūroje minimas spontaniškos remisijos terminas, nusako depresijos simptomų palengvėjimą be intervencijų. Sistemineje negydomų depresijos epizodų remisijos tyrimų apžvalgoje teigiama, kad vyresnio amžiaus grupei patirti spontanišką ligos pagerėjimą yra mažesnė tikimybė nei jaunesniems asmenims (Whiteford et al., 2013). Jei suaugusių imtyje po metų net pusei žmonių turėtų palengvėti depresijos simptomai be intervencijų (Whiteford et al., 2013), tai vyresnio amžiaus grupėje palengvės tik apie trečdaliui (Licht-Strunk et al., 2009). Nors depresijos simptomai turi tendenciją keistis laike ir nėra aiškių priežasčių, kodėl tai vyksta, tačiau vyresniems žmonėms šis fenomenas, atrodo, kad veikia skirtingai nei likusiai populiacijos daliai, todėl čia gali būti svarbios intervencijos, kurios didintų pagyvenusių asmenų gyvenimo kokybę. Depresija nėra normali vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo dalis, tačiau ji pasireiškia kitaip nei jaunesniame amžiuje, tad kyla klausimas, kiek pagalba yra galima bei kokia pagalba yra veiksminga depresijos gydymui vyresniame amžiuje.

1.2. Psichologinės pagalbos prieinamumas

Kiekvienas žmogus turi teisę į geriausią turimą psichikos sveikatos priežiūrą, tačiau ne visi šia teise nori ir gali pasinaudoti arba tai padaryti apsunkina pati psichikos sveikatos priežiūros sistema. Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktuose tyrimuose matomas neatitikimas tarp sergančiųjų depresija priežiūros ir pacientų klinikinių poreikių (Mojtabai, Olfson, & Han, 2016; Olfson, Blanco, & Marcus, 2016). Aiškinantis priežastis, kaip taip nutinka, kad teikiama pagalba neatitinka asmens individualių interesų, sistemineje tyrimų apžvalgoje buvo išskirti bendrosios praktikos gydytojų konsultacijų laiko apribojimai ir tęstinumo trūkumas, dėl kurių vyresni suaugusieji rečiau kalbėjosi su savo šeimos gydytojais apie depresijos simptomus ir buvo labiau linkę teikti pirmenybę fizinės sveikatos poreikiams (Nair et al., 2019). Viena vertus, galima kalbėti apie sveikatos sistemos spragas, kai žmogui skiriami laiko, specialistų, finansiniai resursai yra riboti, tačiau pagalbos prieinamumui trukdo ir vidiniai asmens įsitikinimai, lūkesčiai, turimos patirtys ir žinios (Schuermans, & van Balkom, 2011; Titov et al., 2015). Gilinantis į tai, kokie vyresnio amžiaus asmenys yra linkę ieškoti psichologinės pagalbos patiriant depresiją, o kurie ne, tyrimuose atsiskleidžia tam tikros tendencijos, - vyriška lytis bei žemesnis išsilavinimas, neigiami įsitikinimai apie antidepresantus, stipresnis socialinio atstumo troškimas nuo psichikos sutrikimą turinčių asmenų ir neigiamo požiūrio jų atžvilgiu turėjimas, siejosi su retesne pagalbos siekimo elgsena, o

tie asmenys, kurie patyrė sunkesnę depresiją, ilgiau truncančius bei pasikartojančius epizodus, kurie turėjo teigiamus įsitikinimus, apie patogumą ieškant pagalbos, dažniau kreipiasi psichologinei pagalbai (Magaard, Seeralan, Schulz, & Brütt, 2017). Patogumas kreiptis ir gauti tinkamą pagalbą patiriant depresijos simptomus yra reikšmingas veiksnys skatinantis siekti gydymo, tačiau pastarųjų metų COVID-19 pandemijos kontekstas smarkiai apribojo pagalbos galimybes. Psichikos sveikatos priežiūros specialistams teko ieškoti alternatyvių būdų, kaip užtikrinti pacientams teikiamos pagalbos tęstinumą, kuris tradiciniu kontaktiniu būdu kabinete tapo nesaugus. Nors tai ir didelei daliai specialistų buvo nauja patirtis bei iššūkis, tačiau nuotoliu teikiama psichologinė pagalba gali tapti tinkama ir stabilia psichikos sveikatos priežiūros galimybe, kuri atvertų prieinamumą turintiems judėjimo apribojimų, gyvenantiems ne miestuose (De Witte et al., 2021). Žinant, kad vyresnio amžiaus grupė yra linkusi rečiau kreiptis psichologinės pagalbos būtent dėl minėtų apribojimų bei dėl stigmatizacijos, finansinių resursų, specialistų trūkumo (Schuurmans, & van Balkom, 2011; Titov et al., 2015), nuotolinė psichologinė pagalba, kurios aktualumas staigiai išaugo COVID-19 pandemijos akivaizdoje, galėtų tapti patrauklia alternatyva arba papildymu tradiciniam kontaktiniam darbui su klientu.

1.3. Internetu teikiama psichologinė pagalba

Į sąvoką „internetu teikiama psichologinė pagalba“ telpa labai platus spektras pagalbos būdų. Skirtingų arba tų pačių sąvokų naudojimas norint apibūdinti atitinkamai vienodas arba skirtingas intervencijas atliekamas interneto pagalba, įnešė nemažai painiavos mokslo pasaulyje, tad Barak ir kolegų išsami apžvalga (2009) sustruktūruoja ir išskiria 4-ias internetu teikiamos pagalbos kategorijas grįstas geriausiomis praktikomis: internetinės intervencijos (1) (angl. *web-based interventions*), nuotolinis konsultavimas ir terapija (2) (angl. *online counseling and therapy*), internetu valdoma terapinė programinė įranga (3) (angl. *Internet operated therapeutic software*) ir kita nuotolinė veikla (4) (pvz.: papildančios kontaktiniu būdu atliekama terapija). Toje pačioje apžvalgoje internetinės intervencijos apibūdinamos plačiau: „*tai dažniausiai savarankiškai valdomos (angl. self-guided) intervencijos programos, vykdomos per svetainės internetinę programą, kurią naudoja vartotojai, ieškantys su sveikata ir psichikos sveikata susijusios pagalbos. Intervencijos programa bandoma sukurti teigiamus pokyčius ir (arba) pagerinti/sustiprinti žinias, sąmoningumą ir supratimą, teikiant patikimą su sveikata susijusią medžiagą ir naudojant interaktyvius interneto komponentus.*“. Pagal pobūdį internetinės intervencijos skirstomos į

šviečiamojo formato, savarankiškai valdomas internetines terapines intervencijas (be pagalbos) bei internetines terapines intervencijas su žmogaus/terapeuto pagalba (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009). Kituose tyrimuose sutinkamos dvi pagrindinės savipagalbos internetu intervencijos - su terapeuto arba apmokyto asmens pagalba ir be (angl. *guided, unguided*) (Andersson, 2016; Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014). Psichologinėje pagalboje teikiamoje kontaktiniu būdu yra ypatingai pabrėžiamas terapeuto vaidmuo, todėl natūraliai kilo nemažai klausimų bandytų atsakyti tyrimais, ar psichologinės pagalbos perkėlimas į internetinę erdvę gali iš viso būti efektyvus bei kiek ir kam. Sisteminė apžvalga bei metaanalizė lygino internetu grįstų kognityvinių elgesio terapijų (iKET) efektyvumą su kontaktiniu būdu teikiamų KET ir įvardino jas kaip vienodai efektyvias gydant tam tikrus sutrikimus, tarp kurių ir depresiją (Andersson, & Cuijpers, 2009; Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper, & Hedman-Lagerlöf, 2018). Visgi, ateities tyrimų imtys galėtų būti didesnės bei pačių kontroliuojamų studijų reikia daugiau, kad rezultatai būtų labiau užtikrinti, nes dabartiniais duomenimis labiau linkstama kalbėti apie didelį internetinių intervencijų potencialą ir tolimesnių tyrimų perspektyvas. Internetu prieinamos intervencijos padeda spręsti psichologinės pagalbos prieinamumo ir įperkamumo problemas, todėl svarbu jas toliau empiriškai tyrinėti bandant suprasti, kaip jos veikia.

Įvairios terapinės paradigmos skirtingai dirba su klientais turinčiais depresijos simptomų, tačiau kalbant apie internetines intervencijas terapinių mokyklų įvairovė yra mažesnė, nes čia dominuoja kognityvinė elgesio terapija (KET). Mokslinėje literatūroje išpopuliarėjus KET labai greitai uždominavo tyrimų lauką dėl savo metodologinio patogumo (Gaudiano, 2008), todėl nenuostabu, kad tarp internetinių intervencijų ji taip pat yra plačiausiai tyrinėjama ir populiariausia paradigma. Kognityvinė elgesio terapija yra skėtinė sąvoka apimanti kognityvinę terapiją (angl. *cognitive therapy*), į problemos sprendimą orientuotą terapiją (angl. *problem-solving therapy*), dialektinę elgesio terapiją (angl. *dialectical behavior therapy*), įsisaugoninimu grįstą kognityvinę terapiją (angl. *mindfulness-based cognitive therapy*), schemų terapiją (angl. *schema-focused therapy*) bei kitas (Gaudiano, 2008). Kuriamos labai įvairios iKET programos, kurios skiriasi ne tik turiniu, bet ir intervencijos ilgumu, intensyvumu, terapeuto įsitraukimo lygiu, individualizavimo lygiu, o taip pat ir pačios programos skiriasi savo interaktyvumu - yra naudojami skirtingi komunikavimo su dalyviu kanalai (garso, vaizdo, žinučių, skambučių). Todėl analizuojant tyrimus, kuriuose buvo taikoma internetinė intervencija grįsta KET, galime įsivaizduoti, kad čia įvairovės netrūksta.

Kodėl visgi kognityvinė elgesio terapija tokia populiari ir tapo pagrindine paradigma, kuria grįstos internetinės intervencijos? David su kolegomis (2018) išskiria KET kaip labiausiai ištirtą psichoterapijos formą ir jokia kita terapijos forma nebuvo įrodyta kaip sistemingai pranašesnė. Taip pat prie KET populiarumo prisideda trumpalaikiškumas, aiški struktūra, lengvesnis nei kitų terapijų įgyvendinimas, tad ir ekonomiškai ši terapijos rūšis labiau apsimoka valstybėms ieškant efektyvių alternatyvų tradicinei psichoterapijai (Gaudio, 2008). Prie visų KET privalumų, tyrimų duomenimis ji efektyviai gydo depresiją ir vyresnio amžiaus asmenų grupėje (Koder, Brodaty, & Anstey, 1996; Serfaty et al., 2009; Thompson, Coon, Gallagher-Thompson, Sommer, & Koin, 2001). Yra tyrimų kalbančių ir apie KET terapijos pranašumą prieš kitas terapijos rūšis gydant depresiją - Tolin (2010) metaanalizėje išryškėjo KET didesnis efektyvumas, tačiau svarbu paminėti, kad daugiausiai KET buvo lyginama su psichodinamine paradigma, tad kitų terapijų įvairovės nebuvo. Kaip galima interpretuoti tokius rezultatus? Viena vertus, galime pasidžiaugti, kad mokslas tyrinėja ir ieško efektyvių būdų padėti depresija sergantiems asmenims bei kad KET yra veiksminga, kita vertus, nesinorėtų išskirti KET kaip vienintelio ar geriausio būdo depresijos gydyme, kad ir kiek privalumų jis turėtų, nes apibendrinimai susiaurina individualius poreikius ir charakteristikas. Seligman 1995 m. labai taikliai atkreipė dėmesį į veiksmingumo tyrimų ribotumą - labai sunku pamatuoti terapijos veiksmingumą, ypač tradicinių terapijų, kurios yra mažiau struktūruotos, yra veikiamos daugiau neapibrėžtumo ir gausybės veiksnių, o juos yra itin sunku užfiksuoti, apčiuopti bei empiriškai patvirtinti. Tarp veiksmingų depresijos gydymo būdų, kuriuos lengviau pamatuoti, veiksmingos gali būti ne tik įvairios terapijos, bet ne mažiau efektyvus ir fizinis aktyvumas, kuris reikšmingai mažina depresijos simptomus visose amžiaus grupėse (Frazer, Christensen, & Griffiths, 2005; Ku, Steptoe, Liao, Sun, & Chen, 2017). KET apjungia moksliai patvirtintus būdus, kaip žmogui sau pačiam padėti, o vienas iš jų ir aktyvumo didinimas, kuris ypač svarbus depresijos temoje. Vis dėlto, KET ne veltui yra tokia paklausi pasaulyje - ji greitai, todėl pigesnė, aiškiai struktūruota, plačiai tyrinėjama ir empiriškai įrodyta kaip efektyvi gydant depresiją.

1.4. Internetu prieinamos KET efektyvumas depresijos gydyme

Internetu prieinamos KET programos (iKET) yra palyginus nauja, tačiau perspektyvi sritis psichikos sveikatos priežiūroje, kurios efektyvumas depresijos gydyme yra vis plačiau tyrinėjamas. Ne viena sisteminė apžvalga ir metaanalizė parodė, kad iKET lyginant su įprastiniu gydymu

pirminėje sveikatos priežiūroje, tradiciniu būdu gyvai teikiama KET terapija bei kitomis terapijos rūšimis, - yra tiek pat efektyvi mažinant depresijos simptomų raišką (Andrews et al., 2018; Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014; Carlbring et al., 2018; Karyotaki et al., 2021). Visgi, norisi atkreipti dėmesį į tai, kad kiekviena iKET programa, kurios efektyvumas tyrinėjamas, yra skirtinga savo ilgiu, komunikavimo su vartotoju būdu (kas kiek laiko, sinchroniškai ar asinchroniškai, kokio ilgio bendravimas, ar iš viso yra galimybė susisiekti ir kita) bei, žinoma, turiniu. Lyginant iKET su kontaktiniu (tradiciniu) būdu atliekama KET terapija nebuvo rasta skirtumų, tačiau duomenų vis dar trūksta, kad gauti rezultatai būtų interpretuojami daugelio sutrikimų gydyme, kol kas daugiausiai KET su iKET lygintos nerimo bei depresijos gydyme (Carlbring et al., 2018). Įdomu, kad iKET laikoma tiek pat efektyvi kaip ir KET gydant depresiją, o programos efektas išlieka ir po 2 metų bei asmenys naudojęsi internetu prieinama kognityvine elgesio terapija vertina ją itin pozityviai (Andrews et al., 2018). Minėtoje metaanalizėje skirtingi tyrimai labai įvairiai matavo gyvenimo kokybės pokyčius bei taikytos iKET programos buvo itin skirtingos, nors ir skirtos depresijos gydymui, tai tik rodo, kad nėra vieno teisingo atsakymo, kas veikia. Internetu prieinamų KET programų tyrimų laukas rodo pozityvius rezultatus depresijos simptomų gydyme, kurie nesiskiria nuo tradiciniu kontaktiniu būdu atliekamos KET.

Panašu, kad iKET priimtina didesnei daliai žmonių, kurie naudojo programą, tad ji tikrai turi privalumų, tačiau trūkumų taip pat. Pirmiausia, išskiriamas didžiulis iKET programų privalumas lyginant su tradiciniu kontaktiniu būdu atliekamomis terapijomis, tai jos ekonomiškumas - tyrimai rodo didelius efekto dydžius gydant depresiją, o terapeuto įsitraukimas yra minimalus arba mažesnis nei dirbant kontaktiniu būdu (Hedman, Ljótsson, & Lindefors, 2012). Taip pat ši intervencijos rūšis yra (1) lengvai prieinama žmonėms, kurie turi interneto ryšį ir išmanų prietaisą, (2) jos naudojimas yra lankstus - nėra prisirišimo prie laiko ir vietos, (3) programa galima naudoti savarankišku tempu, kuris padidina savo veiksmingumo jausmą, (4) privatumas ir anonimiškumas yra patrauklus stigmatizaciją jaučiantiems asmenims, (5) iKET programų turinys yra standartizuotas, kas reiškia programos poveikį nepriklausomai nuo terapeuto įgūdžių, (6) šios programos yra lengvai adaptuojamos skirtingoms kultūroms ir kalboms, (7) o taip pat iKET programų įdiegimas mažai kainuoja net ir didesnėms populiacijoms (Schröder, Berger, Westermann, Klein, & Moritz, 2016). Tačiau su privalumais iškyla ir tam tikri iššūkiai - (1) pirmiausia, tai technologijų ribotumas, prastas interneto ryšys, kompiuterinio raštingumo trūkumas, (2) būtinybė užtikrinti didelį duomenų saugumo skaidrumą, kas nėra paprasta, (3) šios programos nėra tinkamos krizių ar savižudybės rizikos atvejais, (4) taip pat dėl didelio nuasmeninimo, kai kuriems asmenims

trūksta gyvo kontakto ir sunkiau juntamas terapinio santykio poveikis arba asmuo gali neteisingai interpretuoti, suprasti pateiktą medžiagą dėl sumažėjusių bendravimo kanalų (Schröder et al., 2016). Matant iKET programų privalumus ir trūkumus atrodo, kad yra žmonių, kuriems šios programos labiau tinka ir kuriems jos gali visai netikti.

Nors tyrimai rodo iKET efektyvumą gydant depresiją, šis pagalbos būdas tinkamas ne visiems. Depresijos simptomų intensyvumas yra vienas iš veiksnių, į kurį atsižvelgiama įtraukiant tiriamuosius į kontroliuojamus iKET efektyvumo tyrimus. Dažnai sunkią depresiją patiriančių asmenų tyrimai neįtraukia (Andersson, 2016), tačiau yra duomenų, rodančių iKET gydymo efekto teigiamas sąsajas su depresijos intensyvumo lygiu pradiniam matavime - kuo stipresnė depresijos raiška buvo, tuo didesnis iKET efektas (Bower et al., 2013). Nors minėtas tyrimas ir pateikė reikšmingą sąveiką tarp depresijos intensyvumo bei iKET efekto dydžio, tačiau depresijos simptomų sumažėjimas nebuvo kliniškai reikšmingas ir tai verčia dvejoti šios programos tinkamumu sunkios depresijos atvejais. Kitas svarbus aspektas sprendžiant apie internetu prieinamą kognityvinės elgesio terapijos programų tinkamumą skirtingo intensyvumo depresijai gydyti, yra terapeuto ar kito apmokyto asmens įsitraukimas. Karyotaki ir kolegų atlikta sisteminė apžvalga ir metaanalizė (2021) išskyrė iKET su terapeuto pagalba kaip efektyvesnę gydant sunkią bei vidutinę depresiją, o tuo tarpu lengvos formos depresijai gydyti pakanka iKET be terapeuto pagalbos. Tai svarbus rezultatas atsižvelgiant į finansines sąnaudas įtraukus apmokytą terapeutą į intervencijos procesą. Įdomu, kad pats terapeuto efektas tekstinėse intervencijose taikomose iKET programose yra laikomos labiau ne terapinio pobūdžio, o motyvacinio ir terapeuto gali būti nebūtinai psichikos sveikatos specialistas, bet tam apmokytas asmuo (Almlöv, Carlbring, Berger, Cuijpers, & Andersson, 2009; Nordgreen, Blom, Andersson, Carlbring, & Havik, 2019; Schröder et al., 2016). Tai įdomūs rezultatai galvojant apie tradiciniu būdu teikiamas psichologines paslaugas, kuriose terapeuto išsilavinimas ir patirtis bei asmenybė turi didelės reikšmės gydymo procesui, tačiau iKET programų pobūdis yra daug labiau orientuotas į savipagalbą ir programos terapeutas čia daugiau palaiko ir motyvuoja tęsti procesą. Todėl vis dar nėra aišku, kiek terapeuto įsitraukimas į programą gali padėti efektyviai gydyti sunkesnės depresijos atvejus ir kiek tie efektai laikosi laikui bėgant.

Iš esmės, bet kokių psichologinių intervencijų pagrindinis tikslas yra palengvinti psichologinę kančią ir pagerinti žmogaus savijautą, tačiau dėl įvairių priežasčių, kai kuriems asmenims intervencijos gali turėti priešingą efektą. Įdomu, kad lyginant neigiamų efektų po iKET programos dažnį (5,8%) (Rozenal, Magnusson, Boettcher, Andersson, & Carlbring, 2017) su kontaktiniu būdu atliekamų terapijų pablogėjimo dažniu (8,2%) (Hansen, Lambert, & Forman,

2006) reikšmingų skirtumų nėra, tačiau lyginant iKET programų neigiamų efektų dydį su kontroline grupe (17,4 %) (Rozental et al., 2017), skirtumas yra didelis. Internetinių intervencijų neigiami efektai dar vis gana mažai tyrinėti, o informacija apie programų dalyvius, kuriems iKET pastiptina depresijos simptomus, galėtų būti naudinga vertinant, kokioms žmonių grupėms šis pagalbos būdas gali būti netinkamas. Tolimesniems tyrimams lieka neatsakyti klausimai apie tai ir kokią įtaką iKET efektyvumui daro depresijos epizodų skaičius, simptomų trukmė, gretutiniai sutrikimai bei kiek efektyvi iKET kliniškai reikšmingam pokyčiui sunkios depresijos atvejais.

Apibendrinus galima teigti, kad tyrimų duomenys rodo internetu prieinamos KET reikšmingą ir daug žadantį indėlį gydant įvairaus lygio depresiją. Ši intervencijos rūšis turi nemažai privalumų, kurių vienas svarbiausių yra didesnis prieinamumas platesnei visuomenei dėl laiko, finansinių resursų taupymo, tačiau iKET nėra tinkama visiems žmonėms ir svarbu toliau gilintis, kam šios intervencijos tinkamos, o kam ne.

1.4.1. Internetu prieinamos KET efektyvumas vyresnio amžiaus asmenims

Grįžtant šiek tiek atgal, diskusijose girdimas klausimas, kiek išvis vyresnio amžiaus žmonių depresija yra paveiki gydymui. Jei ir patys pagyvenusio amžiaus asmenys, ir gydytojai linkę nurašyti depresiją tokiam amžiuje, kaip negydomą (Klap et al., 2003; Licht-Strunk et al., 2009; Nair et al., 2019; Sanglier et al., 2015), tai tyrimų duomenys rodo priešingai - psichoterapijos yra veiksmingas būdas gydyti vėlyvojo amžiaus depresiją (Cuijpers, Quero, Dowrick, & Arroll, 2019; Cuijpers, Van Straten, Smit, & Andersson, 2009; Cuijpers, Van Straten, & Smit, 2006). Žinant, kad terapija yra efektyvus būdas mažinantis depresijos įtaką pagyvenusio žmogaus gyvenimo kokybei, kyla klausimas, kodėl taip dažnai vyresnio amžiaus asmenų depresija yra gydoma tik antidepressantais ir terapijos daug rečiau taikomos (Sanglier et al., 2015). Žinoma, atsakymas yra ne vienas, tačiau šioje vietoje norisi išskirti porą - diskriminaciją dėl amžiaus (angl. *ageism*) bei stigmatizaciją. Diskriminacija dėl amžiaus plačiai paplitęs fenomenas, kuris užsuka ydingą ratą to, kaip visuomenė žiūri į pagyvenusius žmones ir kaip patys pagyvenę mato save (Nair et al., 2019). Internetu prieinamos kognityvinės elgesio terapijos programos galėtų būti viena iš alternatyvų mažinant stigmatizacijos našą. Tyrimų duomenimis vyresnio amžiaus žmonės labai teigiamai vertino iKET programas ir buvo į jas įsitraukę (Dear et al., Read et al., 2021; Titov et al., 2015). Donker ir kolegų atliktame tyrime (2013) išryškėjo, kad pagyvensiems žmonėms iKET net buvo efektyvesnė, nei jaunesnio amžiaus grupei, kuriai labiau tinkama buvo internetu prieinama

tarpasmeninių santykių terapija. Kitame tyrime vyresnio amžiaus grupė prognozavo pozityvesnes ilgalaikio depresijos gydymo trajektorijas iKET pagalba (Batterham et al., 2017). Žinoma, netradicinių psichologinių intervencijų programose dalyvavimas yra savanoriškas, tad dalyviai, kurie palankiau vertina technologijų naudojimą bei naujo modalumo pagalbą, patys siekė dalyvauti, todėl galimybių rinktis kitokius psichologinės pagalbos būdus praplėtimas ir integravimas į psichikos sveikatos sistemą, galėtų plačiau atliepti žmonių poreikius. Depresiški vyresnio amžiaus žmonės yra imlūs terapiniam gydymui bei daliai jų iKET programos bus priimtinos ir palankiai vertinamos intervencijos.

Bendri populiacijų tyrimai rodo iKET programų efektyvumą gydant depresiją, o taip pat ir jų priimtinumą vyresniems asmenims, tačiau nėra aišku, kiek šios novatoriškos programos yra tinkamos gydyti vyresnio amžiaus asmenis patiriantiems depresijos simptomus. Yra keletas tyrimų, kurie nagrinėjo iKET veiksmingumą asmenims nuo 60 m. su depresijos simptomatika ir jų duomenimis ši terapijos rūšis gali būti veiksminga mažinant depresijos simptomų intensyvumą (Silfvernagel et al. 2017; Titov et al., 2015). Kitoje studijoje buvo tirti asmenys virš 50 metų surinkę slenkstinį depresijos simptomų įvertį ir autoriai daro išvadą, kad iKET programos taip pat gali veikti prevenciškai užkertant kelią naujiems depresijos epizodams (Spek et al., 2008). Kadangi į tyrimą įtraukti vyresni asmenys turėjo aukštesnį kompiuterinį raštingumą nei bendra vyresnio amžiaus grupės populiacija, kyla klausimas, kiek šiuos rezultatus galima generalizuoti, kai žemesnis išsilavinimas yra siejamas su didesne depresijos rizika (Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008). Atlikti tyrimai su vyresnio amžiaus grupe verčia kelti tolimesnius klausimus, nes dabartiniai duomenys yra gana siaurai reprezentuoja depresijos simptomus patiriančių pagyvenusių žmonių grupę. Į tyrimus įtraukiami turintys aukštesnį kompiuterinį raštingumą asmenys, kas yra natūralu, kadangi iKET pasisavinimui yra reikalingi bent minimalūs įgūdžiai su kompiuteriu ar kitu išmaniuoju prietaisu, tačiau tai reiškia, kad tam tikra grupė žmonių lieka netiriama. Net tarp įtrauktų į tyrimą dalyvių 37 % nepateikė duomenų depresijos simptomų matavimui po metų ir tai dažna internetinių intervencijų problema, nes didelė dalis programos dalyvių nutraukia dalyvavimą (Vink et al., 2008). Iškritus dažnai daugiau nei trečdaliui tiriamųjų, lygiai tiek pat informacijos apie intervencijos veiksmingumą ir jos efektus dalyviams lieka nepasiekiami. Tam kad tyrimo dalyviai būtų labiau linkę išsilaikyti programose gali padėti pirminiai pokalbiai su potencialiais dalyviais prieš ir/arba po programos, nes kontaktas sustiprina išsilaikymą (Johansson, & Andersson, 2012). Taip pat kontakto metu aiškinantis ar dalyvis yra tinkamas programai, kuri turi savo specifinį taikinį, svarbu patikimos diagnostinės procedūros vertinant dalyvio tinkamumą, o aiškus programos terminas taip pat stiprina

motyvaciją ir įsitraukimą (Johansson, & Andersson, 2012). Tad didinant įsitraukimą į programas, būtų galima geriau suprasti, kaip programa veikia jos dalyvius, o patikimos atrankos procedūros, kontaktas su dalyviu ir terminų aiškumas, pastiprina dalyvio norą baigti programą, tačiau įsitraukimo didinimas yra tik dalis atsakymo, kodėl tiek daug iKET programų dalyvių iškrenta.

Nors yra duomenų, kad vyresnio amžiaus žmonės yra patenkinti ir palankiai priima internetines intervencijas, tačiau tyrimuose didesnę dalis žmonių iš intervencinės grupės yra linkę nutraukti dalyvavimą nei iš kontrolinės (Karyotaki et al., 2018^b). Nagrinėjantys iškritimo priežastis tyrimai išskiria aukštesnį išsilavinimo lygį, ekstraversiją ir dalyvių įgūdžių panaudojimą, kaip mažinančius riziką iškristi iš iKET programų, o techninius sunkumus ir atvirumą patirčiai, kaip didinančius iškritimo riziką (Schmidt, Forand, & Strunk, 2019). Šie rezultatai kalba apie tai, kad žmogus jausis labiau įsitraukęs į programą, jei ugdo ir praktikuoja KET įgūdžius, o vartotojo patirties (angl. *user experience*) programoje tobulinimas gali padėti išvengti didelių iškritimo skaičių. Aktyvus mokymasis galėtų veikti prevenciškai siekiant sėkmingo pažintinių funkcijų senėjimo vyresniems asmenims, kurių kognityviniai gebėjimai (pvz.: apdorojimo greitis, atmintis, kalba, vykdomosios funkcijos) senstant mažėja (Harada, Natelson Love, & Triebel, 2013). Visgi, kai kuriems vyresnio amžiaus asmenims iKET programos gali kelti per didelius kognityvinius iššūkius ir jie bus linkę nutraukti dalyvavimą.

Geresnis iKET programų nutraukimo rizikos supratimas padėtų labiau suprasti, kokiems žmonėms tinkamesnės šios programos, o taip pat paskatintų įsitraukimą į programą ir jos išlaikymą. Dar vienas papildantis aiškinimas dėl programos nutraukimo galėtų būti kontroliuojamuose tyrimuose dalyvių paskirstymas į atsitiktines intervencijos grupes, kur dalyvis ne savo noru priskiriamas į grupę, kurios galbūt nenorėjo, pavyzdžiui, vietoje iKET grupės jam teko grupinė KET intervencija. Skirtingi asmenys teikia pirmenybę skirtingoms gydymo galimybėms ir daug svarbiau, kad asmuo savarankiškai pasirinktų bei apsispręstų, ko nori, nes taip gydymas veikia efektyviau - asmens požiūris ir nuostatos, išsilaikymas gydyme yra pozityvesni (Karyotaki et al., 2018^a). Tam, kad bet kokia terapija būtų veiksmingesnė, žmogus turi aktyviai dalyvauti renkantis, suprantant ir kontroliuojant jo gydymą (Stephenson, & Hale, 2017). Todėl labai svarbu dalyvio aktyvus įsitraukimas į gydymo procesą, susipažinimas su informacija apie intervenciją prieš jai prasidedant, lūkesčių gydymui ir realybės atitikimas.

Nagrinėjant iKET terapijos, kaip ir bet kurios kitos terapijos, veiksmingumą, reikšminga paliesti ir individualius veiksnius susijusius su gydymo patirtimi. Kas lemia, kad vienodą ar panašią intervenciją gaunantys asmenys, skirtingai į ją reaguoja. Svarbu tyrinėti, kokie veiksniai vyresnio

amžiaus asmenų grupėje siejasi su iKET veiksmingumu mažinant depresijos simptomų intensyvumą. Niles ir kolegų atliktame iKET efektyvumo tyrime (2021) buvo ieškota, kas prognozuoja pozityvesnę depresijos gydymo efektą ir gauti įdomūs rezultatai. Simptomų pagerėjimą stipriausiai prognozavo prieš intervenciją gauti didesni kognityviniai šališkumai (pvz.: neigiamos automatinės mintys) bei ankstesnės psichologinės pagalbos neturėjimas. Kuo didesnis pradinis pagrindinių terapinių taikinių deficitas, tuo veiksmingesnė buvo internetu prieinama kognityvioji elgesio terapija. Atliktame tyrime demografinės charakteristikos: amžius, lytis ir išsilavinimas, nebuvo statistiškai reikšmingi prognozuojant veiksmingumą. Kitas platesnės apimties tyrimas gavo iš dalies skirtingus rezultatus - geresnius iKET programos rezultatus gydant depresijos simptomus prognozavo pradiniame matavime buvęs žemesnis disfunkcinių nuostatų lygis (pvz.: mažesni polinkis į perfekcionizmą bei patvirtinimo poreikis, kurie bendrai įvardijami kaip didesnis kognityvinis pažeidžiamumas), moteriška lytis bei jaučiamas žemesnis kontrolės lygis, tačiau amžius neprognozavo rezultatų (Donker et al., 2013). Depresijos atveju disfunkcinių nuostatų sąvoka apima neigiamų minčių apie save, kitus, ateitį turėjimą, o kartu su automatinėmis neigiamomis mintimis šie du ydingi kognityviniai mechanizmai prisideda prie depresijos simptomų palaikymo (Rnic, Dozois, & Martin, 2016), tad tyrimuose gauti skirtingi rezultatai gali būti susiję su tuo, kad buvo tirtos skirtingos imtys žmonių - bendra populiacija bei ambulatorinės psichikos sveikatos klinikos pacientai, o intervencijų laikas skyrėsi daugiau nei dvigubai (atitinkamai 4 savaitės ir 10 savaitių). Nors tyrimų metodologija buvo skirtinga, įdomu, kaip gauti rezultatai keistųsi ilgalaikėje perspektyvoje - ar didesnis terapinių taikinių deficitas pirminiame matavime išlaikytų aukštesnę depresijos simptomų sumažėjimą, ar būtų priešingai. Ne mažiau reikšmingas rezultatas, kad amžius neturėjo įtakos programos efektyvumui, tai suponuoja, kad vyresniems asmenims iKET programos vienodai efektyvios, kaip ir jaunesniems.

Taigi, iš dabartinių duomenų matoma, kad pagyvenusio amžiaus asmenims, kurie patiria depresijos simptomus psichoterapinis gydymas yra veiksmingas ir perkėlus jį į internetinę erdvę efektyvumas nesumažėja. Trumpai apžvelgus, iKET intervencijų vyresnio amžiaus asmenims tyrimų laukas dar augantis, reikalingi tolimesni tyrinėjimai, aiškinantis kam šios programos tinkamesnės, tačiau jau yra šiek tiek duomenų suponuojančių, kad iKET programos efektyviai gydo dalies vyresnio amžiaus asmenų depresiją. Su programų efektyvumu siejamas informacijos apie pačią programą turėjimas bei laisvas gydymo pasirinkimas, tačiau dar labai trūksta kontroliuojamų tyrimų būtent su vyresnio amžiaus grupe bei lieka neaišku, kiek gaunami efektai išlaikytų ilgalaikėje perspektyvoje.

1.4.2. Ilgalaikis iKET efektyvumas depresijos gydyme

Toliau apžvelgsime dabartinius tyrimų rezultatus ilgalaikio iKET veiksmingumo temoje. Jau išsiaiškinome, kad depresija vyresniame amžiuje yra opi problema visuomeniniu lygiu, todėl ilgalaikio poveikio iKET programos galėtų būti svarbia psichikos sveikatos priežiūros sistema papildančia, arba galbūt ir kai kuriais atvejais alternatyvia, intervencija. Andersson ir kolegų atliktame išties įspūdingai ilgame internetu prieinamos KET efektyvumo tyrime (2013)^b, buvo gauti rezultatai, kad lengvos ar vidutinio sunkumo depresijos simptomų gydymui, iKET gali būti naudinga net ir praėjus 3,5 metų po gydymo pabaigos. O tyrime dalyvavę asmenys ir toliau vidutiniškai gerėjo stebėjimo laikotarpiu. Tačiau įspūdingi rezultatai nenusako, kiek tai vien iKET programos nuopelnas, žinant, kad daugiau nei pusė tyrimo dalyvių per stebėjimo laikotarpį gavo papildomą psichologinę ar farmakologinę pagalbą. Naujausios sisteminės apžvalgos ir metaanalizės nagrinėjančios vyresnio amžiaus grupės depresijos gydymo iKET programų pagalba efektyvumą, įvardina internetu prieinamas kognityvinės elgesio terapijos programas kaip perspektyvias bei veiksmingas (Cremers, Taylor, Hodge, & Quigley, 2019; Grossman, Frumkin, Rodebaugh, & Lenze, 2020; Xiang et al., 2019). Tačiau reikalinga paminėti ir šių apžvalgų ribotumus - tyrimai, kuriuose dalyvavo depresiški vyresnio amžiaus žmonės, buvo riboti bei kai kurie žemos kokybės, o pačios iKET programos labai skirtingos, taip pat vadinamų „vyresnio amžiaus“ asmenų metai svyravo nuo 40 m., todėl kalbėti apie tokių tyrimų apibendrinimą pagyvenusiems asmenims reikėtų atsargiai. Į analizes įtraukti tyrimai dėl galimo publikavimo šališkumo buvo vien pozityviai vertinantys iKET programas, tad galbūt duomenys, kurie rodo prastus iKET rezultatus yra nepublikuojami, tad dar sunku daryti išvadas apie visų skirtingų iKET programų rūšių veiksmingumą ir reikalinga didesnė, tvarkingai suplanuotų kontroliuojamų tyrimų bazė, kad būtų parengtos geriausios praktikos gairės ateičiai.

Ilgalaikio veiksmingumo tyrimų su vyresniais asmenimis patiriančiais depresijos simptomus yra labai nedaug, o intervencijų poveikio ilgalaikiškumas vertinamas iki dvejų su puse metų laikotarpyje. Prevenciškai naudota iKET programa vyresniems asmenims su gretutinėmis ligomis, kurie, kaip žinia, turi didesnę pažeidžiamumą susirgti depresija (Vink et al., 2008), po dvejų metų 44% mažesnis dalyvių skaičius nei įprastinio gydymo grupėje (angl. *treatment as usual, TAU*) susirgo depresija (Read et al., 2021). Apžvelgus porą ilgalaikio efektyvumo tyrimų, buvo rasti palankūs rezultatai, suponuojantys, kad ir po metų iKET poveikis vyresnių nei 50 m. asmenų grupėje išlieka (Spek et al., 2008; Titov et al. 2015). Tyrimų rezultatai kelia prielaidą, kad iKET

programos gali ne tik efektyviai gydyti depresiją vyresniame amžiuje, bet ir veikti kaip prevencinė priemonė metų - dvejų perspektyvoje. Įdomu, kaip keistūsi tyrimų rezultatai tolimesnėje ateityje, tačiau bet kokių atveju iKET programos gali padėti įgalinti vyresnius asmenis didinant jų savarankiškumą ir kompetenciją apie savo savijautą ir jos reguliavimą.

Kadangi minėtuose tyrimuose dalyvauja labiau išsilavinę ir aukštesnio ekonominio statuso žmonės turintys kompiuterinių įgūdžių bei prieigą prie interneto, lieka neaišku, kiek galima apibendrinti rezultatus populiaciniu lygiu, o taip pat didesnė tyrimų dalyvių dalis turėjo slenkstinę depresijos įvertį, tad neaišku, kaip sunkesnės depresijos atveju keistūsi ilgalaikis efektas. Todėl iKET veiksmingumo tyrimų su būtent vyresnio amžiaus žmonėmis dar tikrai nėra pakankamai, kad būtų galima daryti tvirtas išvadas. Karyotaki ir kolegų (2018^a) sisteminė apžvalga išskyrė iKET ilgalaikio efektyvumo tyrimų trūkumą skirtingoms žmonių grupėms, nes apie pusę tyrimų dalyvių nerodo pagerėjimo, kas gali reikšti, kad egzistuoja dalyvių pogrupis, kuriam būtų naudingesnės kitos gydymo formos. Tyrimuose minimas ne tik publikacijų, kurios nagrinėtų iKET efektyvumą vyresnio amžiaus žmonių grupei, trūkumas, bet ir bendrai gydymo bei tyrimų su šia amžiaus grupe stygius (Andersson et al., 2013; Silfvernagel et al., 2017). Daliai žmonių internetu prieinama KET yra efektyvi priemonė depresijos simptomų intensyvumui mažinti, kuris laikosi ir ilgalaikėje perspektyvoje, tačiau dar nėra aišku, kuo pasižymi ta dalis, kuriai terapija veikia bei jos rezultatai matomi praėjus ilgesniam laikui po terapijos. Taigi, vertinga toliau ieškoti atsakymų į klausimus: kas daro šią terapijos rūšį efektyvia ilgalaikėje perspektyvoje bei kokiomis charakteristikomis pasižymintiems vyresnio amžiaus asmenims ji gali būti veiksminga?

1.4.2.1. Internetu prieinamos KET individualizavimas

Svarbus efektyvumo veiksnys, apie kurį rašoma naujausioje sisteminėje apžvalgoje, internetu prieinamos kognityviosios elgesio terapijos individualizavimas (Karyotaki et al., 2021). Iš psichologijos teorijos yra žinoma, kad depresijos raiška, nors ir turi bendrų bruožų, tarp individų jos patyrimas skiriasi. Vienas iš būdų individualizuoti, galėtų būti parinkimas asmeniui aktualių temų iKET programoje, kurios skirsis kiekvienam pagal jo asmeniškai patiriamą simptomatiką. Žmonės patiria ne tik skirtingus ar panašius simptomus, bet ir skirtingą depresijos intensyvumo lygį. Nors yra atlikta nemažai studijų rodančių iKET efektyvumą, didžioji dalis jų apima tik lengvą ar vidutinio sunkumo depresijos raišką, tuo tarpu sunkios depresijos atveju, dar trūksta mokslu grįstu įrodymu, kiek tokia pagalba yra veiksminga ilgalaikėje perspektyvoje (Anderssons, 2016). Įvertinus

depresijos sunkumo lygį, būtų galima teikti adekvačią pagalbą, kuri atitinkamai skirsis pagal terapeuto įsitraukimo lygį. Lengviems depresijos simptomams gali būti pakankama iKET programa be terapeuto įsitraukimo, o vidutinę ar sunkesnę simptomatiką gydyti efektyviau su įsitraukusio į programą terapeuto pagalba (Karyotaki et al., 2021). Terapeuto vaidmuo yra teikti paramą, padaršinimą ir kartais nukreipti terapinę veiklą (Johansson, & Andersson, 2012). Padėti vyresnio amžiaus žmonėms savarankiškai susitvarkyti su lengvesniais depresijos simptomais gali būti priimtinau nei profesionali intervencija (Nair et al., 2019). Visgi, nėra aišku, kiek iKET su terapeuto įsitraukimu gali būti efektyvi sunkios depresijos atveju (Nordgreen et al., 2019). Įdomu, kad stiprėjant depresijos raiškai, terapeuto vaidmuo tampa svarbus siekiant efektyvesnių rezultatų, tačiau tyrimų duomenimis, paties terapeuto kvalifikacija nėra reikšmingas efektyvumo rodiklis (Almlöv et al., 2009; Baumeister et al., 2014). Nors studijose dalyvaujantys terapeutai būna apmokomi prieš pradėdami iKET programą, pamatuoti terapeuto ištikimybę gairėms būtų naudinga (Nordgreen et al., 2019). Terapeuto efektas iKET veiksmingumui vyresnio amžiaus asmenims su depresijos simptomais nėra atskirai nagrinėtas. Taigi, ateities tyrimams plečiant iKET programos vyresnio amžiaus asmenims individualizavimo supratimą, galėtų būti svarbu panagrinėti terapeuto efektą gydant skirtingo sunkumo depresiją bei kaip intervencijų programos pritaikytos atskiriems individo poreikiams atliepti veikia ilgalaikį efektyvumą.

1.4.2.2. Antidepresantų ryšys su internetu prieinamos KET efektyvumu

Dar vienas tyrimuose minimas ilgalaikiam iKET veiksmingumui įtakos turintis veiksnys - antidepresantų vartojimas. Norisi išskirti antidepresantus depresijos gydyme kaip ypatingai aktualius vyresnio amžiaus asmenų grupei. Daug dažniau antidepresantai skiriami asmenims nuo 65 metų kaip pagrindinis depresijos gydymo būdas (Tham et al., 2016). Tai verčia susimąstyti, kiek čia veikia sveikatos sistemos spragos, kiek gydytojų nusistatymas, o kiek tai pačių vyresniųjų nuostata į depresijos gydymą. Įdomu, kad tyrimai rodo prastesnius depresijos gydymo rezultatus ilgalaikėje perspektyvoje, kai buvo vartojami antidepresantai (Eriksson, et al., 2017; Ruwaard et al., 2009). Tačiau svarbu pastebėti, kad minėtos studijos netyrė vyresnio amžiaus asmenų, o gauti prastesni depresijos gydymo rezultatai vartojant antidepresantus galimi nevienareikšmėms interpretacijoms. Gali būti, kad ne patys antidepresantai daro įtaką prastesniems rezultatams ilgalaikėje perspektyvoje, bet jų vartojimas dažnai yra greitas problemos sprendimo būdas, kai asmuo pasijunta prasčiau praėjus kuriam laikui po iKET intervencijos. Antidepresantų vartojimas yra pagalbos

siekiantis elgesys, kuris tyrimuose siejasi su stipriau išreikštais depresijos simptomais, todėl galimai pajutus savijautos pagerėjimą po iKET, kai kurie asmenys nutraukia antidepresantų vartojimą, bet ilgalaikis iKET efektas neišsilaiko, o kai kuriems dar labiau pablogėja ir yra grįžtama prie antidepresantų vartojimo (Eriksson, et al., 2017; Ruwaard et al., 2009). Tyrimų duomenimis kombinuotas gydymas vertinamas kaip veiksmingesnis nei bet kuri psichoterapija arba farmakoterapija atskirai (Cuijpers et al., 2019). Net žengiama toliau, teigiant, kad vyresnio amžiaus žmonės, kurie patyrė sunkesnius depresijos simptomus ir nevartojo antidepresantų, buvo didesnėje rizikoje, kad depresijos diagnozė išliks ir po 2 metų (Bruin et al., 2018). Visgi, minėtame tyrime kalbama apie žmones, kurie nesigydo nei terapiniu būdu, nei farmakologiniu, todėl jų simptomų išsilaikymas nestebina, tačiau kelia susirūpinimą, kodėl chroniška depresija sergantys vyresni asmenys, kurie patiria iš tiesų sunkius depresijos simptomus, kenčia nesikreipdami pagalbos. Kito didelio masto tyrimo duomenys antidepresantų vartojimą vyresniame amžiuje siejo su sunkiomis sveikatos problemomis, tai reiškia, kad negydomos ligos trukmė gali neigiamai paveikti depresijos ir gretutinių ligų prognozę, todėl labai svarbu kuo anksčiau pastebėti ir gydyti depresija, kuri labai dažnai yra nepastebima ir negydoma vyresniame amžiuje (Sanglier et al., 2015). Minėtame tyrime išryškėjo dažna tendencija, kad daug dažniau vyresniems žmonėms yra skiriami antidepresantai nei terapinis gydymas lyginant su jaunesne imtimi. O gydymui atsparios depresijos (angl. *treatment resistant depression*) klinikinėje praktikoje mastas siekia apie 50-60% (Fava, 2003), tai reiškia, kad daugiau nei pusė antidepresantais gydomų asmenų su klinikinės reikšmės depresija, nejaus pagerėjimo. Todėl žinant, kad antidepresantus dažniau vartoja vyresnio amžiaus asmenys, jie rečiau pajaus simptomų palengvėjimą gydantis vien vaistų pagalbą, tad vertinga tirti, kaip antidepresantų vartojimas siejasi su ilgalaikiu depresijos simptomatikos pagerėjimu šioje amžiaus grupėje ir kiek tai suderinama su internetu prieinama kognityviaja elgesio terapija.

1.4.3. Ilgalaikio iKET veiksmingumo tyrimų ateities perspektyvos

Atlikta gana daug iKET efektyvumo tyrimų, kurių duomenimis ši terapija yra efektyvi depresijos gydyme ir ne tik nenusileidžia kitokioms terapijos rūšims, bet kai kuriais atvejais yra efektyvesnė ilguoju periodu (Almlöv et al., 2009; Andersson, 2016; Andersson, et al., 2013; Andrews et al., 2018; Baumeister, et al., 2014; Carlbring, et al., 2018; Cuijpers et al., 2010; Eriksson, et al., 2017; Karyotaki, et al., 2021; Karyotaki, et al., 2018; Niles et al., 2021; Nordgreen et al., 2019; Ruwaard et al., 2009; Silfvernagel et al., 2017; Spek et al., 2008; Titov et al. 2015). Tai

iš tiesų daug žadantys rezultatai psichologinių intervencijų srityje, galvojant apie senstančią, iš COVID-19 pandemijos besikapstančią visuomenę. Apibendrinant iKET efektyvumo tyrimus, jau žinoma, kad internetu prieinamos KET programų individualizavimas yra siekiamybė, kuri siejasi su terapijos veiksmingumu. Ilgalaikiam veiksmingumui reikšmingas ir asmens įgalinimas rinktis priimtina gydymo būdą, informuotumas bei aktyvus įsitraukimas į sprendimų priėmimą. Visgi, dar likę daug neatsakytų klausimų apie vyresnio amžiaus grupės depresijos gydymą, kuriuos galėtų kelti ateities tyrimai: kaip kinta iKET terapijos veiksmingumas priklausomai nuo to, kelintą depresijos epizodą išgyvena vyresnio amžiaus asmuo; kaip terapijos veiksmingumą veikia komorbidiniai sutrikimai; kokią įtaką turi antidepresantų vartojimas; kas kuria šios terapijos efektyvumą; kurios iKET programos temos veikia ir kam jos veikia bei kas kuria internetu prieinamos kognityvios elgesio terapijos su terapeuto įsitraukimu ilgalaikį veiksmingumą ir ar išvis ši intervencijos rūšis gali būti veiksminga gydant depresiją ilgalaikėje perspektyvoje vyresnio amžiaus grupėje?

Šio magistro darbo tikslas yra įvertinti internetu prieinamos kognityviosios elgesio terapijos ilgalaikį veiksmingumą vyresnio amžiaus depresyviems asmenims.

Darbo tikslui pasiekti buvo iškelti šie uždaviniai:

1. Palyginti iKET programos efektyvumą intervencijos grupei su kontroline laukiančiųjų grupe.
2. Atlikti intervencijos grupės dalyvių depresijos, nerimo simptomų bei psichologinės gerovės kaitos analizę per vienerius metus po intervencijos pabaigos.
3. Išsiaiškinti, ar programa turėjo kliniškai reikšmingą poveikį tyrimo dalyvių depresijos diagnozės kaitai per metus.
4. Išanalizuoti, kas prognozuoja internetu prieinamos KET ilgalaikį efektyvumą šioje imtyje.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

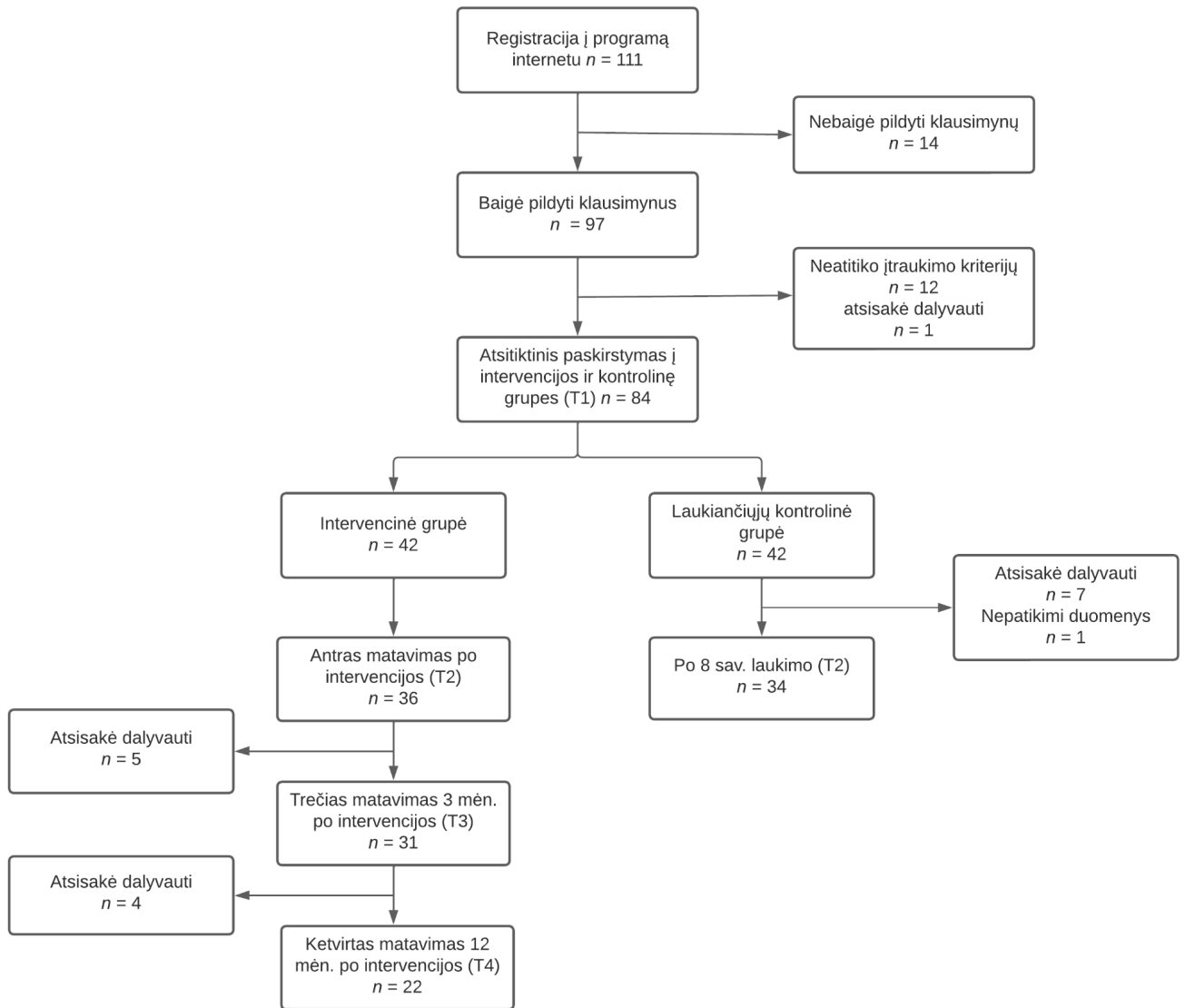
Magistro darbo tyrimas yra didesnio finansuojamo projekto dalis. Šiame darbe analizuojami keturių matavimų tyrimo duomenys (T1 - 2021 vasaris; T2 - 2021 balandis; T3 - 2021 liepa; T4 - 2022 balandis). Pirmame tyrimo etape dalyvavo 84 dalyviai nuo 60 iki 83 m. amžiaus, vidutinis amžius buvo 67,55 ($SD = 5,94$). Tyrimo dalyvių skaičių skirtingais tyrimo etapais galima pamatyti 1-ame paveikslėlyje. Su kiekvienu potencialiu tyrimo dalyviu buvo vykdomi individualūs interviu telefonu, kurių metu buvo vertinamas dalyvio tinkamumas dalyvauti programoje. Įtraukimo į tyrimą kriterijai buvo šeši: (1) bent dvi savaites jausti lengvos - sunkios depresijos simptomus; (2) būti 60 metų, ar vyresniam; (3) turėti prieigą prie interneto ir kompiuterinės įrangos (telefono, planšetės ar kito); (4) naudojimosi programa metu negauna kitos psichologinės pagalbos; (5) supranta ir gali rašyti lietuviškai; (6) turi laiko resursų dalyvauti programoje visą jos laiką.

Atrinkti tyrimo dalyviai buvo atsitiktiniu būdu paskirstyti į intervencijos ir kontrolinę laukiančiųjų grupes. Intervencijos grupė naudojo programą 8-ias savaites, o kontrolinė grupė laukė 8-ias savaites, kol galės pradėti naudotis programa. Atrinktų tyrimo dalyvių daugumą sudarė moterys ($n = 82$), vyrų dalyvių buvo 2 (2,4%) (1 lentelė). Atsitiktinai į grupes suskirstyti tyrimo dalyviai nesiskyrė pagal amžių, išsilavinimo lygį, gyvenamąją vietą bei pagal užpildytų klausimynų įvertinius, išskyrus PHQ-9, kurio kontrolinės grupės vidurkis buvo statistiškai reikšmingai mažesnis. Didžioji dalis tyrimo dalyvių sirgo lėtinėmis ligomis (65,5%) ir turėjo fizinių skausmų (72,6%). Taip pat 27 pirmo matavimo dalyviai turėjo depresijos diagnozę. Paprašius subjektyviai įvertinti savo kompiuterinio raštingumo įgūdžius (10-balėje sistemoje), dalyviai vertino vidutiniškai ($M = 5,90$, $SD = 2,06$).

T1-T2 tyrimo etape dalyvavo 84 tiriamieji, kurių duomenys buvo įtraukti į terapijos efektyvumo analizę. Vėlesniuose tyrimo etapuose T3 ir T4 dalyvavo tik intervencijos grupė. Visuose keturiuose tyrimo etapuose dalyvavo 21 asmuo iš intervencijos grupės.

Tyrimo eigoje dalyvių skaičius kito, nes dalis atsisakė dalyvauti toliau, o dalis tiriamųjų tiesiog neužpildė klausimynų. Atsisakymo dalyvauti priežastys buvo įvairios - keletui žmonių kilo techninių sunkumų prisijungiant prie programos, todėl nedalyvavo, buvo žmonių, kuriems programa tiesiog nepatiko, arba jautėsi, kad neturi jėgų dalyvauti. Buvo dalis žmonių, kurie

neužpildė klausimynų, bet neatsisakė dalyvauti tyrime toliau, todėl buvo toliau įtraukiami į tyrimo etapus.



1 pav. Tyrimo dalyviai T1, T2, T3 ir T4 etapuose.

1 lentelė. Tyrimo grupių demografinių rodiklių bei klausimynų palyginimas prieš intervenciją

Kintamieji	Intervencijos grupė (n = 42)		Kontrolinė grupė (n = 42)		Iš viso (N = 84)		Statistinis reikšmingumas
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	
Lytis							
Vyrai	2	4,8	0	0	2	2,4	$\chi^2(1) = 2,05,$ $p = 0,494$
Moterys	40	95,2	42	100	82	97,6	
Amžius							
Vidurkis (SD)	67,17 (5,86)	-	67,93 (6,07)	-	67,55 (5,94)	-	$t(82) = -0,585,$ $p = 0,921$
Intervalas	60-83	-	60-83	-	60-83	-	
Išsilavinimas							
Vidurinis	4	9,5	5	11,9	9	10,7	$\chi^2(2) = 1,588,$ $p = 0,509$
Aukštasis	30	71,4	33	78,6	63	75	
Kita	8	19,1	4	9,5	12	14,3	
Gyvenamoji vietovė							
Didmiestis	23	54,8	26	61,9	49	58,3	$\chi^2(2) = 1,82,$ $p = 0,402$
Miestas	12	28,6	13	31	25	29,8	
Kaimas	7	16,7	3	7,1	10	11,9	
PHQ-9 (M, SD)	13,05 (4,77)		10,98 (4,67)		12,01 (4,81)		$t(82) = 2,01,$ $p = 0,048$
GDS-15 (M, SD)	10,52 (2,53)		9,60 (3,03)		10,06 (2,81)		$t(82) = 1,53,$ $p = 0,131$
WHO-5 (M, SD)	27,81 (11,82)		31,90 (15,44)		29,86 (13,82)		$t(82) = -1,37,$ $p = 0,167$
GAD-7 (M, SD)	10,67 (4,81)		9,43 (4,41)		10,05 (4,63)		$t(82) = 1,230,$ $p = 0,222$

Pastaba. PHQ-9 = Paciento sveikatos klausimynas; GDS-15 = Geriatriinė depresijos skalė; WHO-5 = Pasaulio sveikatos organizacijos geros savijautos indeksas; GAD-7 = Generalizuoto nerimo sutrikimo klausimynas; SBG = Subjektyvus gerovės įvertis.

2.2. Tyrimo instrumentai

Pirmojo matavimo metu (T1) tyrimo dalyviai internetu buvo supažindinti su atliekamu tyrimu bei užpildę informuoto sutikimo dalyvauti tyrime formą, pildė klausimynus. Buvo renkama demografinė tyrimo dalyvių informacija: amžius, lytis, gyvenamoji vieta, išsilavinimas, šeimyninė padėtis, darbinė veikla, taip pat buvo prašoma pažymėti ar yra gavęs bei ar šiuo metu yra gaunama kokia nors psichologinė/psichiatrinė pagalba, ar vartoja vaistus, antidepresantus, ar turi somatinių nusiskundimų, ar serga lėtinėmis ligomis, ar turi judėjimo negalią bei ar nėra numatyta planinių operacijų, kurios trukdytų dalyvauti programoje. Taip pat demografinėje anketoje buvo klausiama, kiek ilgai tyrimo dalyvis jaučia depresijos simptomus bei ar yra turėjęs depresijos epizodų anksčiau. Tyrimo dalyviai pateikė savo asmeninius el. paštus bei telefono numerius, per kuriuos su jais kontaktavo tyrėjai.

T1, T2 ir T3 matavimuose buvo naudojami 4 klausimynai, kuriuos tyrimo dalyviai kiekvieną kartą pildė internetu per programos puslapį. Trijų matavimų metu buvo naudojamas **Paciento sveikatos klausimynas** (angl. *Patient Health Questionnaire-9*, PHQ-9). Tai platesnio paciento sveikatos klausimyno (PHQ) dalis skirta įvertinti depresijos raiškai. Šis klausimynas paremtas amerikietiška ligų klasifikacija DSM-IV (angl. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*) ir anot klausimyno autorių K. Kroenke, R. L. Spitzer ir J. B. Williams (2001), surinkę nuo 5-9 balų asmenys patiria lengvos depresijos simptomus, nuo 10-14 balų vidutinės, nuo 15-19 sunkios, o nuo 20-27 balų labai sunkios depresijos raišką. Vidinis skalių suderinamumas originalioje klausimyno versijoje tirtoje su pirminės sveikatos priežiūros pacientais buvo itin aukštas - Cronbacho $\alpha = 0,86$. Biliūnaitės ir kolegų tyrime, kuriame buvo naudota lietuviška PHQ-9 klausimyno versija, buvo gautas aukštas vidinis suderinamumas (Cronbacho $\alpha = 0,82$). Šiame darbe PHQ-9 klausimyno skirtingais tyrimo etapais Cronbacho α svyravo nuo 0,70 iki 0,91, o vidutinis Cronbacho $\alpha = 0,82$. Nors PHQ-9 originaliai sukurtas bendrai populiacijai įvertinti depresijos simptomų raišką, Phelan ir kitų tyrėjų analizėje (2010) PHQ-9 klausimynas patvirtintas, kaip tinkamas vyresnio amžiaus asmenims vertinant depresijos simptomų išreikštumą. Lietuvoje šis klausimynas nėra validuotas, tačiau išverstą versiją, šio plačiai ištirto jautraus ir specifinio instrumento, galima laisvai naudoti. Paciento sveikatos klausimyną (PHQ-9) sudaro 9 teiginiai, kurie vertinami pastarųjų 2 savaičių laiko perspektyvoje: „visai nekamavo“ (0), „keletą dienų kamavo“ (1), „daugiau nei pusė iš visų dienų“ (2), „beveik kiekvieną dieną“ (3). Keletas klausimyno teiginių pavyzdžių: „Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus“,

„Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)“, - su likusiais galima susipažinti 1 priede.

Kitas naudotas klausimynas trijuose matavimuose - **Geriatrinė depresijos skalė** (angl. *The Geriatric Depression Scale*, GDS-15). Tai sutrumpinta originalios GDS versijos forma, kurioje iš 30-ies klausimų buvo išrinkti 15 turintys stipriausią koreliaciją su depresijos simptomais ($r = 0,84$, $p < 0,001$) (Yesavage & Sheikh, 1986). Ši skalė sukurta naudoti vyresnio amžiaus asmenų depresijos simptomatikai, todėl sutrumpinta versija tinkamesnė, nes pildant šią skalę asmenys patiria mažiau nuovargio, bei lengviau išlaiko dėmesį. Ji tinkama tiek sveikiems, tiek turintiems somatinių skundų ar švelnių-vidutinių kognityvinių sunkumų asmenims. Skalę sudaro 15 klausimų, kuriais vertinamas asmens depresiškumo lygis. Į klausimus „*Ar esate patenkintas savo gyvenimu?*“, „*Ar apleidote daugelį savo pomėgių ir darbų?*“ bei kitus (2 priedas) atsakoma „*Taip*“ arba „*Ne*“ ir skaičiuojama bendra suma. Iš 15 klausimų 10 nurodo depresijos simptomatiką, kai atsakoma teigiamai, o likusieji (klausimai 1, 5, 7, 11, 13) nurodo depresijos raišką, kai atsakoma neigiamai. Skaičiuojama bendra suma atsakymų nurodančių depresiškumą. Surinkus nuo 5-8 lengva depresijos raiška, 9-11 balų laikomi vidutiniškai depresijos simptomai, nuo 12- 15 sunkios depresijos simptomai. Šiame tyrime GDS-15 Cronbacho α skirtingais tyrimo etapais svyravo nuo 0,67 iki 0,87, vidutiniškai Cronbacho $\alpha = 0,78$.

Taip pat tyrime buvo naudotas **Generalizuoto nerimo sutrikimo klausimynas** (angl. *Generalized Anxiety Disorder Assessment scale*, GAD-7). Šis klausimynas skirtas įsivertinti generalizuoto nerimo simptomų sunkumą pagal DSM-IV diagnostinius kriterijus. Septynių klausimų sutrumpinta skalė buvo sudaryta 2006 m. Spitzer ir kitų tyrėjų nustačius klausimų skaičių, reikalingą geram patikimumui bei procedūrinio, konstrukto ir diagnostinio kriterijaus validumui pasiekti. Originalios skalės vidinis suderinamumas buvo labai aukštas (Cronbacho $\alpha = 0,92$), kaip ir šiame tyrime naudotas skalės vidutinis vidinis suderinamumas (Cronbacho $\alpha = 0,90$), o skirtinguose etapuose jis svyravo nuo 0,84 iki 0,93. Kiekvienas atsakymas 7-ių klausimų skalėje yra vertinamas balais nuo 0 iki 3, atsižvelgiant į nerimo simptomų dažnumą per pastarąsias dvi savaites („Visai nekamavo“ (0), „Keletą dienų“ (1), „Daugiau nei pusę iš visų dienų“ (2), „Beveik kiekvieną dieną“ (3)). Bendras skalės suminis balas gali siekti nuo 0 iki 21, kuo didesnis suminis balas, tuo didesnis nerimo sunkumas. Surinkus nuo 5-9 balų yra lengvi, nuo 10-14 balų vidutinio sunkumo, nuo 15 balų sunkūs nerimo simptomai.

Paskutinis naudotas instrumentas buvo **Pasaulio sveikatos organizacijos geros savijautos klausimynas** (angl. *World Health Organization - Five Well-Being Index*, WHO-5). Šis klausimynas

vertina įvairius psichologinės savijautos aspektus dviejų savaitių bėgyje (World Health Organisation, 1998). Klausimyną sudaro 5 teiginiai, kurie vertinami 6 balų skalėje nuo „niekada“ (0) iki „visą laiką“ (5). Gauta teiginių suma dauginama iš 4, tad įverčiai svyruoja nuo 0 iki 100. Kuo didesnis įvertis, tuo geresnė asmens savijauta, o surinkus mažiau 52 balų (arba mažiau 13-os pirminių balų), didėja rizika depresijos sutrikimui. Lietuvišką WHO-5 versiją sudarė Misevičienės ir Žilinskas (Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre in Mental Health, 1999). Šiame tyrime vidutinis WHO-5 vidinis suderinamumas aukštas - Cronbacho $\alpha = 0,86$, o per skirtingus tyrimo etapus jis svyravo nuo 0,79 iki 0,90.

Visi tyrime naudoti instrumentai buvo tarpusavyje statistiškai reikšmingai susiję (nuo $r = -0,365$ iki $r = 0,660$, $p < 0,001$).

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimas buvo atliktas 4 etapais. Pirmame longitudinalinio tyrimo etape (**T1 - 2021 gruodis-vasaris**) buvo siekta pasiekti kuo daugiau vyresnio amžiaus asmenų platinant kvietimą dalyvauti tyrime laikraščiuose, per radiją, socialiniuose tinkluose, taip pat susisiekiant su Lietuvos psichikos sveikatos centrais, nevyriausybinėmis organizacijomis dirbančiomis su vyresnio amžiaus asmenimis. Po kvietimo viešinimo etapo vyko užsiregistravusių dalyvių atranka. Buvo peržiūrėti užpildyti klausimynai (PHQ-9; GDS-15; GAD-7; PSO-5), jų įverčiai, taip pat demografinės anketos ir ruošiamasi dalyvių struktūrinio diagnostinio interviu etapui. Su kiekvienu užsiregistravusiu, tyrėjų komanda, kurioje dalyvavo ir darbo autorė, susisiekė asmeniškai telefonu ir siekė išsiaiškinti, ar asmeniui yra tinkama 8-ių savaitių savipagalbos programa su pagalba atliekant diagnostinį interviu. Atrankos interviu protokolu besivadovaujantis tyrėjas aiškinosi, ar asmuo šiuo metu patiria depresijos epizodą bei ar jis pasikartojantis. Taip pat buvo tikrinama potencialaus tyrimo dalyvio trumpalaikės atminties funkcija bei galimybės dalyvauti visoje programoje. Apmokyta tyrėjų komanda buvo pasiruošusi esant reikalui vertinti savižudybės riziką ir iš karto reaguoti nukreipiant žmogų skubiai pagalbai, jei rizika yra aukšta arba nesant aukštai rizikai, nukreipiant į artimiausią psichikos sveikatos centrą. Po interviu su potencialiais programos-tyrimo dalyviais tyrėjų komanda turėdavo bendrus skambučius, kurių metu sprendavo, ar dalyvis tinkamas programai. Atrinkti tiriamieji buvo informuojami, kad galės ne už ilgo pradėti naudotis programa arba 8-ias savaites lauks savo eilės. Su nepriimtais į programą asmenimis buvo asmeniškai susisiekiama nukreipiant tinkamesnei psichologinei pagalbai (Sidabrinė linija, psichikos sveikatos centrai).

Antrasis etapas (**T2 - 2021 vasaris-birželis**) prasidėjo atsitiktiniu būdu padalinus tiriamuosius į dvi grupes: intervencijos ir kontrolinę. Pusė atrinktų dalyvių iš karto galėjo naudotis programa, kita pusė laukė 8-ias savaites. Programos metu intervencijos grupė gavo internetinę prieigą prie 8-ių asmeniškai pritaikytų modulių (iš viso temų buvo 12) pagal išsakomus individualius sunkumus. Taip pat kiekvienas tyrimo dalyvis turėjo jam priskirtą programos terapeutą, į kurį raštu galėjo kreiptis kylant klausimams susijusiems su programa, o kiekvieną savaitę terapeutas suteikdavo atgalinį ryšį apie atliktas savaitės temas užduotis. Apmokyti programos terapeutai, kuriuo buvo ir darbo autorė, teikė palaikymą programos dalyviams bei padėdavo įsisavinti programos medžiagą, kai dalyviui reikėjo pagalbos. Programos terapeutai turėjo kas savaitines supervizijas siekiant užtikrinti teikiamos pagalbos kokybę. Praėjus 8-ių savaitių laikotarpiui tyrimo dalyviai vėlgi pildė klausimynus (PHQ-9; GDS-15; GAD-7; PSO-5) apie savijautą po programos kaip ir kontrolinė grupė, kuri visas 8-ias savaites laukė. Tuomet kontrolinė grupė pradėjo tokiu pačiu principu naudotis programa bei jai pasibaigus trečią kartą pildė klausimynus (PHQ-9; GDS-15; GAD-7; PSO-5) apie savo savijautą po programos.

Trečiasis tyrimo etapas (**T3-2021 liepa**) buvo skirtas trumpalaikiam programos efektyvumo poveikiui intervencinei grupei patikrinti. Intervencinės grupės dalyviai pildė visus klausimynus (PHQ-9; GDS-15; GAD-7; PSO-5) trečią kartą praėjus 3 mėnesiams po programos pabaigos. Tuomet su kiekvienu užpildžiusiu klausimynus buvo susisiektas trumpam interviu telefonu, kurio metu tyrėjai aiškinosi, kas turėjo įtakos jų dabartinei savijautai bei kaip pasikeitė galima depresijos diagnozė. Darbo autorė kartu su kolege susisiekė su visais intervencijos grupės dalyviais.

Paskutinis tyrimo etapas (**T4-2022 balandis**) vyko praėjus metams po intervencinės grupės programos baigimo. Intervencinė grupė vėl gavo prašymą užpildyti savo savijautos klausimynus (PHQ-9; GDS-15; GAD-7; PSO-5) bei su kiekvienu užpildžiusiu klausimynus dalyviu buvo susisiektas telefoniniam struktūriniam diagnostiniam interviu. Šio tyrimo etape norėta išsiaiškinti ilgalaikius programos efektyvumo požymius, kas turėjo įtakos dabartinei dalyvių savijautai bei kiek programos dalyviai taikė gautas žinias praktikoje. Su visais ketvirto etapo dalyviais susisiekė darbo autorė.

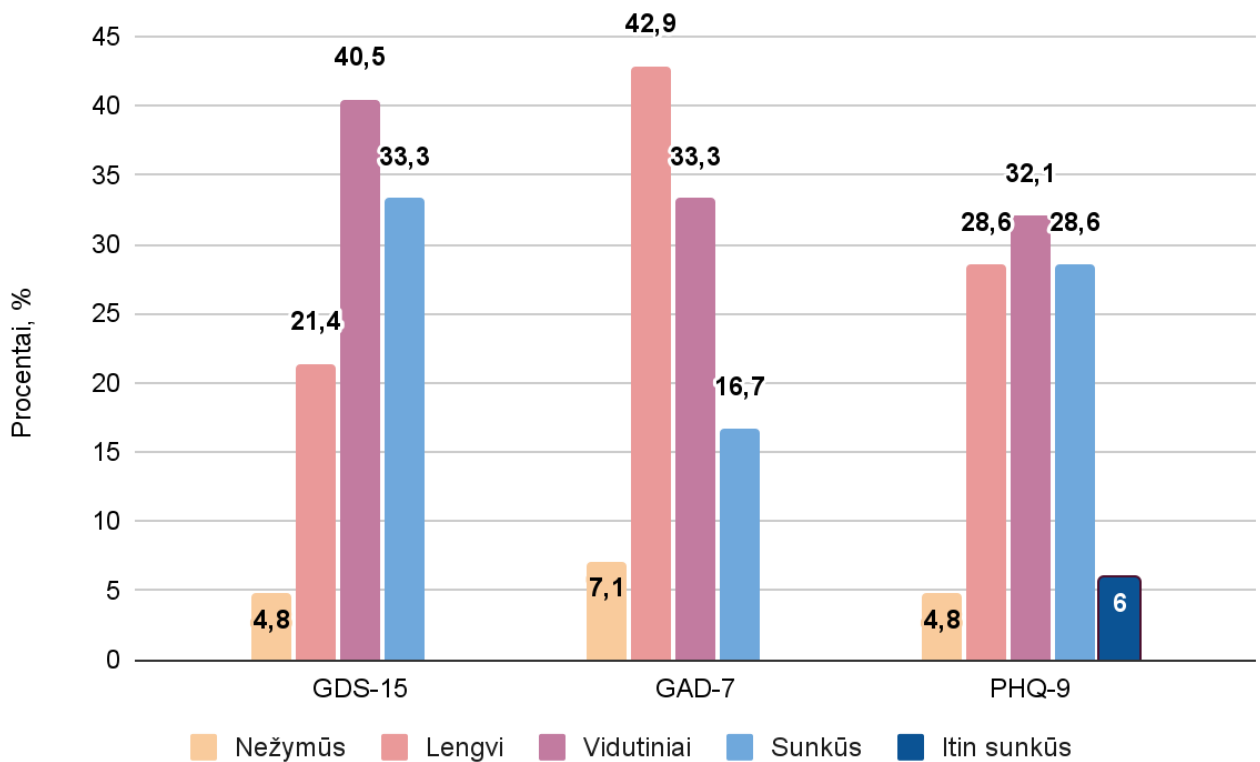
2.4. Duomenų analizės metodai

Siekiant įvertinti 8-ių savaitių trukmės internetu prieinamos kognityvinės elgesio terapijos programos efektyvumą, buvo naudotas IBM SPSS Statistics 28 programinis paketas. Pirmiausia, aprašomajai statistikai skaičiuoti vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, procentai, taip pat klausimynų vidiniam suderinamumui Cronbacho α koeficientai. Prieš pradėdant programą atsitiktinai paskirstytos intervencinė ir kontrolinė grupės palygintos tarpusavyje naudojant Chi-kvadratą ir Student t-testą. Programos veiksmingumas matuotas vertinant depresijos, nerimo simptomų ir psichologinės gerovės lygio pokytį paskaičiuojant Cohen d efekto koeficientus, kurie literatūroje nuo 0,2 yra laikomi mažu, nuo 0,5 vidutiniu, o nuo 0,8 dideliu efekto dydžiu (Cohen, 1988). Analizuojami buvo tiek tyrimo visuose etapuose dalyvavusių tiriamųjų duomenys (angl. *completer analysis*), tiek ketinimo gydyti metodu (angl. *Intention-to-treat analysis*) užpildant trūkstamus duomenis iš ankstesnių matavimų. Vėliau analizuojant duomenis buvo naudota logistinė regresija ieškant ilgalaikį efektyvumą prognozuojančių veiksnių. Taip pat buvo naudotas patikimo pokyčio indeksas (angl. *Reliable change index*), suskirstant tiriamuosius į pokyčio, pablogėjimo ir jokio pokyčio grupes. Kliniškai reikšmingam galimos depresijos diagnozės atveju pokyčiui buvo naudotas McNemar neparametrinis kriterijus.

3. REZULTATAI

3.1 Tyrimo dalyviai prieš intervenciją

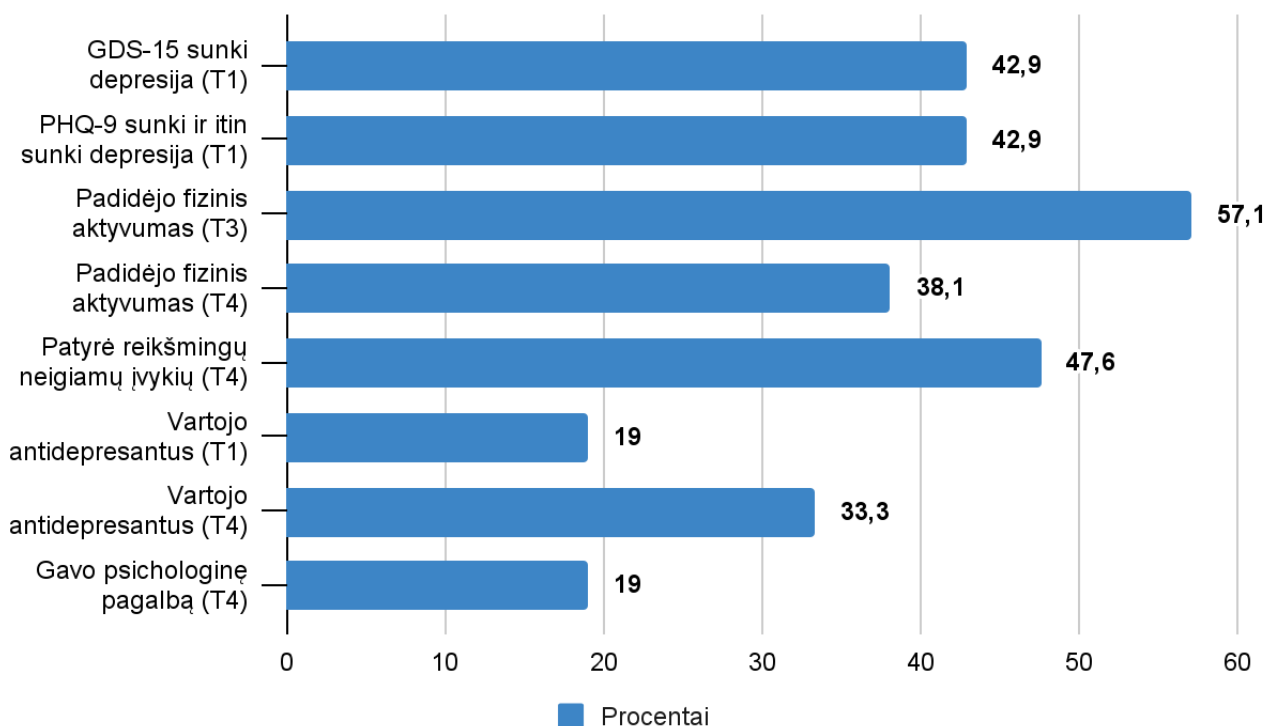
Prieš keliaujant į gilesnes tyrimo rezultatų analizes, buvo išnagrinėtos dalyvavusių asmenų svarbios tyrimui charakteristikos. Geresniam įsivaizdavimui, kas buvo atrinkti dalyvauti tyrime, pasižiūrėta į simptomų stiprumo pagal klausimynų normas pasiskirstymą tarp dalyvių T1 (2 pav.). Su WHO-5 dalyviai suskirstyti į tuos, kurie turi padidintą riziką depresijos sutrikimui ir tuos, kurie nėra rizikoje, didžioji dalis tyrimo dalyvių (90,5%) pateko į padidintos rizikos grupę. Pirmame tyrimo etape dalyvavę asmenys daugiausiai pateko į lengvų, vidutinių ir sunkių simptomų kategorijas.



2 pav. Simptomų grupių pasiskirstymas procentais tiriamųjų imtyje T1 ($N = 84$)

Tyrimo dalyviai, kurie visuose keturiuose matavimų etapuose pateikė atsakymus apie savo savijautą buvo pagrindinė ilgalaikio efektyvumo tyrinėjimo grupė. Tolimesniems rezultatams geriau suprasti, čia bus pateikiamos kai kurios 21-o dalyvio charakteristikos (3 pav.). Paveikslėlyje galima matyti, kad tarp visuose etapuose dalyvavusių asmenų, didesnė dalis patenka į sunkių depresijos

simptomų kategoriją (42,9%), lyginant su bendra tyrimo imtimi (34,5 %). Taip pat buvo atliktas nepriklausomų imčių Student t-testas, kuriuo gauta, kad T4 tyrimo etape vartojantys antidepresantus asmenys ($M = 14,14$; $SD = 2,67$) turėjo statistiškai reikšmingai aukštesnius PHQ-9 įverčius T1 matavime, nei nevartojantys antidepresantų ($M = 13,14$; $SD = 4,74$) ($t = 0,52$, $df = 19$, $p = 0,044$). Gaunantys psichologinę pagalbą T4 nesiskyrė savo klausimynų įverčiais.



3 pav. Visuose tyrimo etapuose dalyvavusių asmenų charakteristikos ($n = 21$)

Pateiktoje 2-oje lentelėje galima susipažinti su pagalbos siekiančio elgesio ir amžiaus Pearson koreliacijomis. Su amžiumi statistiškai reikšmingai neigiamai susijęs tik antidepresantų vartojimas po metų ($r = - 0,584$, $p = 0,005$). Tai reiškia, kad jaunesni vyresnės amžiaus grupės asmenys dažniau vartojo antidepresantus praėjus metams po terapijos nei vyresni. Psichologinės pagalbos gavimas buvo statistiškai reikšmingai tiesiogiai susijęs su antidepresantų vartojimu tiek prieš programą, tiek metai po jos. Nors į lentelę neįtraukta, tačiau buvo rastas teigiamas ryšys tarp paskutinio matavimo fizinio aktyvumo ir didesnės psichologinės gerovės įverčio WHO-5 ($r = 0,474$, $p = 0,030$).

2 lentelė. Amžiaus ir pagalbos siekiančios elgsenos Pearson koreliacijos ($n = 21$)

	Amžius	Antidepresantai (T1)	Antidepresantai (T4)	Psichologas (T4)
Amžius	-	-0,411	-0,584**	-0,363
Antidepresantai (T1)	-0,411	-	0,686***	0,691***
Antidepresantai (T4)	-0,584**	0,686***	-	0,686***
Psichologas (T4)	-0,363	0,691***	0,686***	-

Pastaba. ** $p = 0,005$; *** $p < 0,001$.

3.2. Internetu prieinamos KET programos veiksmingumas

Visų pirma, buvo norima išsiaiškinti iKET programos efektyvumą vyresnio amžiaus asmenims. Šiam klausimui atsakyti buvo lyginami dviejų atsitiktiniu būdu paskirstytų grupės dalyvių simptomai prieš intervenciją su simptomų stiprumu po intervencijos arba laukimo periodo. Gautų T1 ir T2 matavimų klausimynų vidurkių ir standartinių nuokrypių įverčiai buvo reikalingi apskaičiuojant Cohen d efekto dydžius. Tam, kad būtų apskaičiuotas tarpgrupinis efekto dydis, buvo išvesti kintamieji iš grupės T1 ir T2 matavimų skirtumo. Kadangi nuo pradinio matavimo T1 iki T2 dalyvių skaičius sumažėjo, buvo atliktos dvi analizės, kurių rezultatai pateikti skirtingose lentelėse - programą baigusiujų analizė (3 lentelė) bei ketinimo gydyti (angl. *Intention-to-treat*) analizė (4 lentelė), į kurią buvo įtraukti ir antrame matavime nedalyvavę asmenys, jų pirminius balus iš T1 pakartojant antrame matavime. Ketinimo gydyti metodu papildant analizuojamus rezultatus yra gaunami labiau konservatyvūs gydymo efektai, o šis būdas vertingas, nes sumažina painiavą dėl neatsitiktinio iškritimo arba taisyklių nesilaikymo kontroliuojamuose tyrimuose (Gupta, 2011).

Programos efekto dydžių analizė iKET baigusiems intervencinės grupės dalyviams parodė didelius bei vidutinius programos efekto dydžius, kurie svyravo nuo $d = 0,60$ iki $d = 0,87$ (3 lentelė). Ketinimo gydyti metodu efekto dydžiai buvo vidutinio dydžio, nuo $d = 0,53$ iki $d = 0,75$ (4 lentelė). Kontrolinėje grupėje, kuri 8-ias savaites laukė, abiejose analizėse buvo nežymūs efekto dydžiai, siekiantys iki $d = 0,1$. Intervencinėje grupėje gauti didesni programos efekto dydžiai lyginant su kontroline grupe.

Tarpgrupinio efekto dydžių palyginimo metu buvo gauti vidutiniai ir dideli efekto dydžiai (0,73-0,80), kai lyginami kontrolinės grupės simptomų vidutinis pokytis per 8-ias savaites, su intervencinės grupės vidutiniu simptomų pokyčiu po programos baigimo. Ketinimo gydyti metodu skaičiuoti efekto dydžiai vėlgi yra mažesni, bet išlieka vidutiniai ir dideli (0,53-0,80).

3 lentelė. *Intervencinės ir kontrolinės grupių palyginimas bei efekto dydžiai (Cohen d) - programą baigusią tiriamųjų analizė*

Klausimynai ir grupė	T1	T2	T1 - T2	Tarpgrupinis
	(M, SD)	(M, SD)	d	d
PHQ-9				
Intervencijos grupė (n = 36)	13,64 (4,68)	9,50 (4,87)	0,87	0,80
Laukiančiųjų grupė (n = 34)	10,74 (4,67)	10,35 (5,55)	0,08	
GDS-15				
Intervencijos grupė (n = 36)	10,75 (2,51)	8,28 (3,44)	0,82	0,73
Laukiančiųjų grupė (n = 34)	9,26 (3,05)	9,06 (3,37)	0,06	
WHO-5				
Intervencijos grupė (n = 36)	27,89 (12,30)	37,11 (18,08)	0,60	0,76
Laukiančiųjų grupė (n = 34)	32,35 (15,30)	31,29 (17,77)	0,06	
GAD-7				
Intervencijos grupė (n = 36)	10,78 (4,85)	7,50 (4,69)	0,69	0,80
Laukiančiųjų grupė (n = 34)	9,09 (4,35)	9,56 (4,63)	0,10	

Pastaba. PHQ-9 = Paciento sveikatos klausimynas; GDS-15 = Geriatrinė depresijos skalė; WHO-5 = Pasaulio sveikatos organizacijos geros savijautos indeksas; GAD-7 = Generalizuoto nerimo sutrikimo klausimynas.

4 lentelė. *Intervencinės ir kontrolinės grupių palyginimas ir efekto dydžiai (Cohen d) - ketinimo gydyti metodas*

Klausimynai ir grupė	T1	T2	T1 - T2	Tarpgrupinis
	(M, SD)	(M, SD)	d	d
PHQ-9				
Intervencijos grupė (n = 42)	13,05 (4,77)	9,50 (4,71)	0,75	0,76
Laukiančiųjų grupė (n = 42)	10,98 (4,67)	10,67 (5,41)	0,06	
GDS-15				
Intervencijos grupė (n = 42)	10,52 (2,53)	8,40 (3,30)	0,72	0,80
Laukiančiųjų grupė (n = 42)	9,60 (3,03)	9,43 (3,31)	0,05	
WHO-5				
Intervencijos grupė (n = 42)	27,81 (11,82)	35,71 (17,37)	0,53	0,56
Laukiančiųjų grupė (n = 42)	31,90 (15,44)	31,04 (17,42)	0,05	
GAD-7				
Intervencijos grupė (n = 42)	10,67 (4,81)	7,86 (4,75)	0,59	0,53
Laukiančiųjų grupė (n = 42)	9,43 (4,41)	9,81 (4,61)	0,08	

Pastaba. PHQ-9 = Paciento sveikatos klausimynas; GDS-15 = Geriatriinė depresijos skalė; WHO-5 = Pasaulio sveikatos organizacijos geros savijautos indeksas; GAD-7 = Generalizuoto nerimo sutrikimo klausimynas.

3.3. Internetu prieinamos KET ilgalaikis veiksmingumas

Gilinantis į ilgalaikį terapijos veiksmingumą bus apsiribojama intervencinės grupės rezultatais, kurie gauti keturiais matavimo etapais. Siekiant patikrinti ilgalaikį programos poveikį buvo skaičiuoti efekto dydžiai (Cohen *d*) trimis laiko intervalais. Kaip intervencijos efektas kito laike, programą baigusiu dalyvių analizėje, pateikta 5-oje lentelėje. Vieno tyrimo dalyvio rezultatai buvo išimti iš analizės, nes jis praleido T2 matavimą. Efekto dydžiai laike šioje analizėje svyruoja nuo 0,76 iki 1,75, didžioji dalis yra dideli efekto dydžiai. Po intervencijos praėjus 3 mėn. (T3) efekto dydžiai buvo itin dideli su visais simptomų vidutiniais pokyčiais. Išsiskiria GDS-15 skalė, kurios efekto dydžiai visais laiko intervalais viršija vieną.

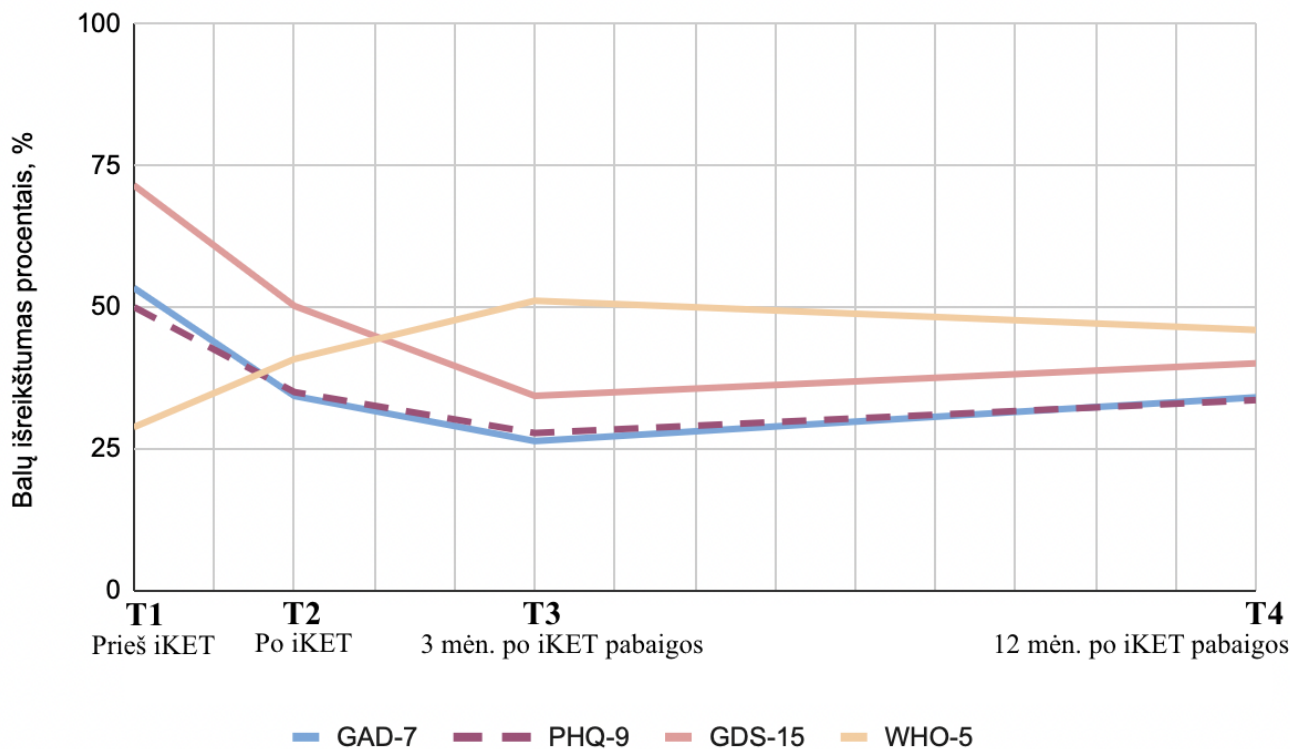
5 lentelė. *Intervencijos grupės klausimynų įverčiai ir efekto dydžiai (Cohen d) T1, T2, T3, T4 - programą baigusiu tiriamųjų analizė (n = 21)*

	T1	T2	T3	T4	T1-T2 <i>d</i>	T1-T3 <i>d</i>	T1-T4 <i>d</i>
PHQ-9 (<i>M, SD</i>)	13,48 (4,12)	9,43 (4,95)	7,48 (6,05)	9,05 (4,21)	0,89	1,16	1,06
GDS-15 (<i>M, SD</i>)	10,71 (2,55)	7,52 (3,64)	5,14 (3,72)	6,00 (3,51)	1,02	1,75	1,54
WHO-5 (<i>M, SD</i>)	28,76 (12,34)	40,76 (18,70)	51,05 (19,92)	45,90 (18,53)	0,76	1,35	1,09
GAD-7 (<i>M, SD</i>)	11,19 (5,02)	7,19 (3,60)	5,52 (4,50)	7,14 (3,55)	0,92	1,19	0,93

Pastaba. T1 - prieš intervenciją; T2 - po intervencijos; T3 - 3 mėn. po intervencijos pabaigos; T4 - 12 mėn. po intervencijos pabaigos; PHQ-9 = Paciento sveikatos klausimynas; GDS-15 = Geriatrinė depresijos skalė; WHO-5 = Pasaulio sveikatos organizacijos geros savijautos indeksas; GAD-7 = Generalizuoto nerimo sutrikimo klausimynas.

Vidutinių balų išreikštumo procentinės trajektorijos vizualiai pateiktos 4-ame paveikslėlyje. Vidutinis balų išreikštumas pavaizduotas procentiškai, kur 100 % reiškia maksimalų klausimyno balų įvertį. Paveikslėlyje matomas PHQ-9, GDS-15 ir GAD-7 vidutinis simptomų stiprumo kritimas

nuo T1 iki T3 ir lengvas augimas nuo T3 iki T4. GAD-7 ir PHQ-9 vidutinis simptomų stiprumas nuo T3 iki T4 grįžo į pointervencinį T2 lygį. Su WHO-5 klausimynu trajektorija buvo priešinga, nes psichologinei gerovei augant, balų išreikštumas didėja, kai su GAD-7, PHQ-9, GDS-15 depresijos ir nerimo simptomams silpnėjant, balų išreikštumas mažėja.



4 pav. Vidutinių balų išreikštumo kaita procentais nuo T1 iki T4 ($n = 21$)

Ketinimo gydyti metodo būdu skaičiuoti efekto dydžiai varijuoja nuo vidutinių 0,53 iki didelių 1,03 (6 lentelė). Šioje analizėje efekto dydžiai, kaip ir tikėtasi, yra mažesni, tačiau didžioji dalis išlieka dideli, ypač trečiojo matavimo metu (T3). Aukščiausi efekto dydžiai matomi su GDS-15 skale (nuo 0,72 iki 1,03), o žemiausi su GAD-7 (nuo 0,55 iki 0,69). Simptomų vidutinė raiška intervencijos grupėje ir po programos baigimo išlaikė didelius efektus, kiek mažesni efekto dydžiai buvo gauti su nerimą matuojančiu klausimynu.

6 lentelė. Intervencijos grupės klausimynų įverčiai ir efekto dydžiai (Cohen *d*) T1, T2, T3, T4 - ketinimo gydyti metodas (*n* = 42)

	T1	T2	T3	T4	T1-T2 <i>d</i>	T1-T3 <i>d</i>	T1-T4 <i>d</i>
PHQ-9 (<i>M, SD</i>)	13,05 (4,77)	9,50 (4,70)	8,55 (5,60)	9,31 (4,59)	0,75	0,87	0,80
GDS-15 (<i>M, SD</i>)	10,52 (2,53)	8,40 (3,30)	7,02 (4,08)	7,43 (3,79)	0,72	1,03	0,96
WHO-5 (<i>M, SD</i>)	27,81 (11,82)	35,71 (17,37)	43,24 (20,95)	40,67 (19,45)	0,53	0,91	0,80
GAD-7 (<i>M, SD</i>)	10,67 (4,81)	7,86 (4,75)	7,12 (5,45)	8,00 (4,89)	0,59	0,69	0,55

Pastaba. T1 - prieš intervenciją; T2 - po intervencijos; T3 - 3 mėn. po intervencijos pabaigos; T4 - 12 mėn. po intervencijos pabaigos; PHQ-9 = Paciento sveikatos klausimynas; GDS-15 = Geriatriinė depresijos skalė; WHO-5 = Pasaulio sveikatos organizacijos geros savijautos indeksas; GAD-7 = Generalizuoto nerimo sutrikimo klausimynas.

Rezultatuose tiek vienu, tiek kitu analizės būdu yra matomas vidutinio - didelio efekto išsilaikymas simptomų kaitoje praėjus 3 mėnesiams ir vieniems metams po intervencijos pabaigos. Didžiausi efekto dydžiai stebėti su depresijos simptomus bei psichologinę gerovę matuojančiais klausimynais.

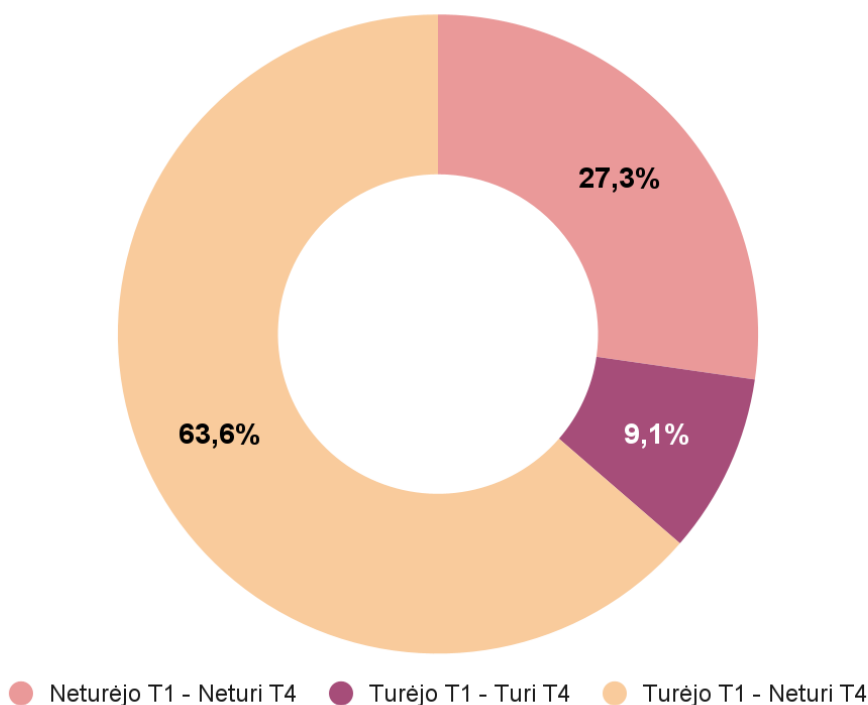
3.3.1. iKET ilgalaikio efektyvumo statistinis reikšmingumas

Analizuojant duomenis toliau buvo siekta pažiūrėti, ar skirtingų matavimų klausimynų vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi tyrimo etapuose. Buvo atlikta blokuotųjų duomenų dispersinė analizė (angl. *repeated measures ANOVA*), siekiant palyginti PHQ-9, GAD-7, WHO-5 bei GDS-15 balų vidurkius prieš intervenciją (T1), po intervencijos (T2), 3 mėn. po intervencijos (T3) ir 12 mėn po intervencijos (T4). Bonferoni kriterijus parodė, kad pirmojo matavimo PHQ-9 ir GAD-7 vidurkiai buvo statistiškai reikšmingai didesni nei kitų matavimų ($p < 0,001$). Taip pat ir su WHO-5 klausimyno vidurkiais - pirmo matavimo vidurkis buvo statistiškai reikšmingai mažesnis nei kitų matavimų vidurkiai ($p < 0,001$).

Pritaikius blokuotųjų duomenų ANOVA GDS-15 skalės vidurkiams skirtinguose matavimuose, su Greenhouse-Geisser pataisa, Bonferoni kriterijus parodė, kad prieš intervenciją dalyvių GDS-15 balų vidurkis buvo statistiškai reikšmingai didesnis nei kitų matavimų ($p < 0,001$), o antro matavimo GDS-15 balų vidurkis (T2) statistiškai reikšmingai didesnis nei trečio matavimo (T3) ($p < 0,001$).

3.3.2. Kliniškai reikšmingas ilgalaikis iKET poveikis

Analizuojant ilgalaikį intervencijos veiksmingumą, buvo norima išsiaiškinti ar programos poveikis vyresnio amžiaus dalyviams buvo kliniškai reikšmingas. Šiai analizei naudoti duomenys gauti diagnostinio interviu su kiekvienu dalyviu metu. Depresija buvo vertinta prieš intervenciją bei praėjus 1-iems metams po intervencijos pabaigos. Pritaikius McNemar neparametrinį kriterijų buvo lyginami depresijos diagnozės atvejai T1 ir T4, paaiškėjo, kad intervencijos grupėje po metų statistiškai reikšmingai sumažėjo depresijos atvejų ($p < 0,001$), lyginant su depresijos atvejais prieš intervenciją. Prieš intervenciją diagnostiniu interviu buvo fiksuota 16 depresijos diagnozių (72,7 %), o praėjus metams po intervencijos pabaigos, dvi depresijos diagnozės (9,1 %). Kaip kito asmenų su depresijos diagnoze proporcija, pateikta 5 pav. Galimos depresijos diagnozės atvejų sumažėjo 64 % nuo T1 iki T4.



5 pav. Depresijos diagnozės kaita intervencijos grupėje nuo T1 iki T4 ($n = 22$)

3.3.3. Ilgalaikį iKET efektyvumą prognozuojantys veiksniai

Galiausiai, buvo analizuojami ilgalaikį iKET efektyvumą prognozuojantys veiksniai. Prieš atliekant logistinę regresiją buvo nuspręsta, kas bus priklausomas kintamasis, kuris atspindėtų geriausiai ilgalaikį intervencijos poveikį tyrimo dalyviams. Kadangi PHQ-9 klausimynas buvo patikimesnis (vidutinis Cronbacho $\alpha = 0,82$) nei GDS-15 (vidutinis Cronbacho $\alpha = 0,780$), buvo pasirinkta PHQ-9 naudoti apibrėžiant programos efektyvumą. Ilgalaikis iKET intervencijos poveikis buvo matuojamas įvedant naują kintamąjį, kurį sudarė PHQ-9 įvertis po intervencijos (T2) atėmus PHQ-9 įvertį po metų (T4) bei sugrupuojant gautą naują kintamąjį į tuos, kuriems praėjus metams po programos baigimo PHQ-9 įvertis nepakito arba sumažėjo, kas suponuotų, jog intervencijos poveikis laikosi laike ir į tuos, kurių PHQ-9 įvertis padidėjo (depresijos simptomai sustiprėjo).

Logistinė regresija buvo atlikta siekiant įvertinti daugelio veiksnių įtaką intervencijos poveikio išsilaikymui ilgalaikiu (metų) laikotarpiu. Remiantis teoriniu pagrindu į logistinės regresijos modelį buvo įtraukiami įvairūs reikšmingi kintamieji. Visgi, į logistinės regresijos modelį neįtraukti demografiniai kintamieji (amžius, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, šeimyninė padėtis, chroniškos ligos, patiriamas fizinis skausmas, socialinio rato dydis ir kt.), likusių klausimynų įverčiai, psichologinės pagalbos gavimas T4, simptomų trukmė, nes nebuvo tinkami modeliui su šios imties duomenimis. Modelyje buvo 5 nepriklausomi kintamieji: (1) pradinis PHQ-9 įvertis prieš intervenciją, (2) intervencijoje įgytų žinių taikymas kasdienybėje, (3) per metus nutikę reikšmingi neigiami įvykiai, (4) antidepresantų vartojimas T4 tyrimo etape bei (5) fizinis aktyvumas T4. Regresijos modelis, apimantis visus prognozuojančius veiksnius, buvo statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 5,65$, $df = 8$, $p = 0,687$), o tai rodo, kad modelis sugebėjo atskirti respondentus, kuriems išsilaikė intervencijos poveikis ilgalaikėje perspektyvoje. Visas modelis paaiškino nuo 38,2% iki 50,9% intervencijos poveikio išsilaikymo dispersijos ir teisingai klasifikavo 81% atvejų. Kaip parodyta 8-oje lentelėje, tik du nepriklausomi kintamieji turėjo statistiškai reikšmingą indėlį į modelį: pradinis PHQ-9 įvertis prieš intervenciją bei po intervencijos gautų žinių taikymas. Stipriausias ilgalaikio intervencijos poveikio pranašas buvo naudojimas programos žiniomis pasibaigus programai. Rezultatai parodė, kad respondentams, kurie taikė programos metu įgytas žinias ir po programos, buvo 93 kartus didesnė tikimybė, kad metų perspektyvoje išliks intervencijos poveikis nei tiems, kurie netaikė programos metu įgytų žinių, kontroliuojant visus kitus modelio veiksnis. Šansų santykis 0,66 PHQ-9 pradiniam įverčiui rodo, kad už kiekvieną

papildomą pradinį depresijos simptomų vertintų PHQ-9 skale balą, respondentams 0,66 karto dažniau neišsilaikė intervencijos poveikis po metų, kontroliuojant kitus modelio veiksnius.

Rezultatai parodė, kad pradinis žemesnis depresijos simptomų lygmuo vertinant PHQ-9 klausimynu ir programoje įgytų žinių taikymas, prognozuoja ilgalaikį iKET veiksmingumą šioje dalyvių grupėje.

8 lentelė. *Ilgalaikio intervencijos poveikio prognoziniai veiksniai*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis			
	Ilgalaikis efektyvumas			
	<i>OR</i>	<i>p</i>	X^2	<i>p</i>
PHQ-9 (T1)	0,66	0,045	5,65	0,687
Žinių taikymas	93,01	0,030		
Neigiami įvykiai	1,63	0,862		
Antidepresantų vartojimas	0,46	0,574		
Fizinis aktyvumas	0,49	0,425		

Pastaba. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo ištirti ilgalaikį internetu teikiamos iKET programos poveikį depresiškiems vyresnio amžiaus asmenims. Gauti rezultatai parodė, kad programa gali reikšmingai palengvinti depresijos, nerimo simptomų raišką, o šis efektas išlieka ir praėjus metams po intervencijos. Panašu, kad programos turinys turėjo savo indėlį į ilgalaikį internetu prieinamos KET efektyvumą, tačiau tik tuo atveju, jei jis buvo ir po programos toliau praktikuojamas kasdienybėje. Taip pat ilgalaikiam efektyvumui buvo svarbus depresijos sunkumas prieš pradedant programą, tie dalyviai, kurie jautė lengvesnius depresijos simptomus turėjo didesnę tikimybę, kad programos efektas išsilaikys ilgalaikėje perspektyvoje. Kadangi tyrimo klausimas buvo programos efektyvumas depresiškiems vyresniems asmenims, net ir gavus reikšmingus savijautos pagerėjimo bei nerimo susilpnėjimo rezultatus, kurie tampriai susiję su depresija, šiame darbe buvo koncentruotasi į depresijos simptomų vyresniame amžiuje kaitą. Gauti reikšmingi rezultatai, kurie rodo ir ilgalaikį klinikiškai reikšmingą programos poveikį daliai dalyvių, kurių simptomai po metų nebesiekė depresijos diagnozės lygmenį. Visgi, interpretuojant rezultatus toliau, labai svarbu atsižvelgti į šių dienų kontekstą bei tyrimo ribotumus.

4.1. iKET efektyvumas: kontrolinės ir intervencinės grupės palyginimas

Visų pirma, buvo ieškoma atsakymo, ar internetu prieinama KET programa su terapeuto pagalba išvis yra efektyvi intervencija depresijos simptomų mažinimui vyresnio amžiaus grupėje. Rezultatai parodė, kad lyginant su programoje nedalyvavusiais asmenimis (kontroline grupe), ši 8-ių savaičių programa reikšmingai sumažino depresijos bei nerimo simptomų raišką ir pagerino bendrą savijautą. Gauti efekto dydžiai mūsų tyrime siekė nuo vidutinių iki didelių ($d = 0,53-0,80$), kas buvo matoma ir kitose efektyvumo studijose, kur intervencijos grupė buvo lyginama su kontroline laukiančiųjų grupe ir tarpgrupiniai efekto dydžiai siekė nuo 0,5 iki 1,1 (Ruwaard et al., 2009), kitame tyrime $d = 0,53$ (Spek et al., 2008). Minėtuose tyrimuose buvo tirti būtent vyresnio amžiaus asmenys ir gauti panašūs tarpgrupiniai efekto dydžiai su mūsų tyrimo rezultatais.

Ne vienas ankstesnis tyrimas parodė, kad įvairios iKET programos gydant depresiją yra efektyvios bei savo efektyvumu nenusileidžia kontaktiniu būdu vykdomoms KET ar biblioterapijai (Andrews et al., 2018; Ruwaard et al., 2009). Tyrimuose su vyresnio amžiaus grupe taip pat buvo

gauti pozityvūs rezultatai, rodantys programų efektyvumą gydant depresiją vyresniame amžiuje (Silfvernagel et al. 2017; Titov et al., 2015). Ir šiame tyrime gautas efektyvumas lyginant su laukusia kontroline grupe paantrina negausius literatūroje matomus pavyzdžius, tačiau reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad simptomų sunkumas yra svarbus rodiklis intervencijos veiksmingumui, o kontrolinė grupė vieno klausimyno (PHQ-9) įverčiais vidutiniškai skyrėsi nuo intervencijos grupės. Visgi, kitais atžvilgiais grupės buvo vienodos ir matomai, tai didelės reikšmės rastiems reikšmingiems intervencijos efekto dydžių skirtumams tarp grupių neturėjo. Tad su šia tiriamųjų grupe iKET terapijos programa buvo veiksmingesnė nei jokio gydymo negavimas, todėl galima manyti, kad gausėjant tyrimams su vyresne amžiaus grupe, prie kurių prisideda ir šio magistro darbo rezultatai, - internetu prieinamos KET gali būti efektyvi priemonė depresijos simptomų mažinimui bent jau trumpalaikėje perspektyvoje.

4.2. iKET ilgalaikis efektyvumas

Svarbiausia šio darbo rezultatų dalis buvo internetu prieinamos KET ilgalaikio efektyvumo vyresniems asmenims analizė. Tyrimo rezultatai parodė, kad ši programa buvo efektyvi programos dalyviams ir depresijos simptomų sumažėjimas išliko praėjus 12-ai mėnesių po internetinės intervencijos pabaigos. Tęstinių depresijos gydymo metodų tyrinėjimų lauke, iKET terapijos veiksmingumas buvo stebimas po metų, po 1,5 m., 2 m. bei 3,5 m. (Andersson et al., 2013^b, Read et al., 2021; Ruwaard et al., 2009), tačiau tęstinių tyrimų su vyresne grupe dar labai nedaug ir nors iKET efektas išlieka ir po metų ar dvejų, visgi, gautus tyrimų rezultatus mokslininkai vertina apdairiai dėl mažų (dideli iškritimo iš tyrimo rodikliai) bei pakankamai homogeniškų (išsilavinimo lygiu, vyrų ir moterų santykiu) imčių. Šis tyrimas ne išimtis, nes iš intervencijos visuose tyrimo etapuose sudalyvavo tik pusė tiriamųjų. Kituose tyrimuose duomenų depresijos simptomų matavimui po metų ar ilgesnio laikotarpio, nepateikė nuo 37 % iki 43 % programos dalyvių (Andersson et al., 2013^b; Spek et al., 2008; Vink et al., 2008). Iškritimo iš matavimų mastai iš tiesų yra didelė internetu grįstų intervencijų tyrimų problema, nes yra netenkama reikšmingos dalies informacijos apie programos poveikį iškritusiems dalyviams.

Stebint, kaip keitėsi depresijos, nerimo bei prastą savijautą indikuojantys simptomai, buvo matoma, kad laikui bėgant tyrimo dalyviams vidutiniškai gerėjo, o pasibaigus programai gerėjimas net tęsėsi arba išliko laike. Besitęsiantis gerėjimas po programos pabaigos buvo matomas ir kituose tyrimuose, kurie stebėjo intervencijos dalyvius ir praėjus 18 bei 42 mėn. po programos baigimo

(Andersson et al., 2013^b; Batterham et al., 2017). Šiame tyrime praėjus 3 mėnesiams po intervencijos, efekto dydžiai buvo didžiausi, o metai po programos baigimo, efekto dydžiai gauti mažesni, bet viršijantys iš karto po intervencijos gautus pokyčius tiek ketinimo gydyti metodu, tiek programą baigusiujų analizėje. Viena studija gavo $d = 1,7$ efekto dydį nuo pradinių depresijos simptomų matavimo iki 3,5 m. po intervencijos (Andersson et al., 2013^b), kitame tyrime efekto dydis išaugo nuo 0,53 iš karto po intervencijos, iki 1,22 praėjus metams (Spek et al., 2008). Intervencijos efekto didėjimo tendencija kelia klausimus, ar tai vis dar iKET programos poveikis, kadangi ji paremta išmokimu, praktinių žinių įgijimu, kurias vėliau programos dalyviai kviečiami taikyti kasdienybėje ir tęsti praktikavimą, ar tai gali būti susiję ir su kitais veiksniais.

4.2.1. Su iKET ilgalaikiu efektyvumu vyresnio amžiaus grupėje susiję veiksniai

Nagrinėjant priežastis ir svarstant, kas lemia, kad kai kuriems dalyviams iKET terapijos efektas išsilaiko ir metai po terapijos, svarbu apsvaistyti ir ne tik tiesiogiai su programa susijusius veiksniai. Galbūt po programos baigimo kai kurie dalyviai toliau intensyviai ieško pagalbos, jei jaučia, kad jų savijauta vis dar netenkina, anksčiau minėtame tyrime daugiau nei pusė programos dalyvių ilgalaikėje perspektyvoje sulaukė papildomo gydymo, tiek farmakologinio, tiek psichoterapinio (Andersson et al., 2013^b). Mūsų imtyje 32,3 % dalyvavusių visuose matavimuose asmenų pasidalino, kad papildomai lankosi pas psichologą arba/ir vartoja antidepresantus. Nors papildomo gydymo siekimas gali suponuoti prastesnę savijautą, tačiau mūsų imtyje psichologinės pagalbos gavimas nesisiejo su stipriau išreikštais depresijos ar nerimo simptomais. Vis dėlto, antidepresantus po metų mūsų imtyje vartojo turėję sunkesnius depresijos simptomus pirmame matavime, kas gali reikšti, kad iš dalies jų simptomų palengvėjimą galėjo lemti antidepresantai, nes reikšmingo ryšio tarp antidepresantų vartojimo ir depresijos simptomų po metų nebuvo.

Taip pat tai, kad programos veiksmingumas laikui bėgant tik augo, o ypatingai praėjus trims mėnesiams po intervencijos, kviečia apsvaistyti ir kitas galimas tokio gerėjimo priežastis. Mūsų atliktas tyrimas yra neatsiejamas nuo COVID-19 pandemijos bei dabartiniu metu ir karo Ukrainoje konteksto. Tyrimo pradžia buvo beveik metai po visuotinio karantino Lietuvoje paskelbimo ir apribojimų įvedimo. Vyresnio amžiaus žmonės, kaip ypatingai pažeidžiama viruso grupė, patyrė nerimą ne tik dėl savęs, bet ir savo artimųjų sveikatos, o taip pat ir buvo atriboti nuo savo socialinių ratų, kurie dažnai yra ir taip riboti, o tai vedė prie prastesnės savijautos ir padidėjusios rizikos depresijos sutrikimui (Gorenko et al., 2021; Joseph et al., 2022). Šiame darbe aprašytas stiprus

simptomų palengvėjimas 2021 liepos mėnesio matavime, kuris išsiskiria iš kitų matavimų. Svarstant su kuo tai galėjo būti susiję, verta paminėti vasarą atlaisvėjančius karantino ribojimus. Ilgalaikis tyrimas stebėjęs depresijos simptomų trajektorijas pandemijos metu, pastebėjo tendenciją, kad depresijos ir nerimo lygis stipresnis buvo ankstyvose užsidarymo dėl karantino stadijose, vėliau žmonės adaptavosi ir simptomai silpnėjo (Fancourt et al., 2020), o jaunuolių depresijos simptomų kaitą pandemijos metu tyrinėję mokslininkai, pastebėjo, kad balandžio pabaigoje simptomai sustiprėjo ir per vasarą sumažėjo (Hawes et al., 2021). Tad ir šiame tyrime matomos tendencijos galėjo iš dalies būti paveiktos ir pandemijos konteksto pokyčių, nes būnant mažiau suvaržymų vyresnio amžiaus žmonės galėjo daugiau laiko leisti su savo artimais.

Taip pat negalima ignoruoti ir karo Ukrainoje temos. Interviu metu 77 % apklaustųjų minėjo, kad karas neigiamai paveikė jų savijautą. Kadangi T4 duomenys renkami ir interviu atliekami buvo jau praėjus daugiau nei mėnesiui po įvykio pradžios, didelė dalis tiriamosios grupės išsakė, kad ieško būdų kaip prisitaikyti, jaučiasi adaptavęsi prie pradžioje didelį šoką ir nerimą sukėlusio karo Ukrainoje. Iš dalies, šalia vykstančio karo kontekstas ir vis dar nesibaigiančios pandemijos priminimas apie save, tikrai galėjo turėti įtakos paskutinio matavimo rezultatams. Tyrimų duomenimis, patirti neigiami įvykiai laikomi rizikos veiksniais depresijos simptomų vystymuisi (Vink et al., 2008), tačiau sunku būtų įsivaizduoti žmogų, kuris nepatiria per gyvenimą jokių neigiamų įvykių, bet tikrai ne visi suserga depresija arba patiria stiprius jos simptomus. Todėl svarbu atsižvelgti į karo daromą įtaką tiriamųjų savijautai, bet nepamiršti ir žmonių atsparumo bei adaptyvumo.

Papildant veiksnius, kurie galėjo turėti įtakos vasarą atlikto matavimo rezultatams, svarbu paminėti ir fizinį aktyvumą. Praėjus trims mėnesiams po terapijos baigimo apklausus tyrimo dalyvius, net 57 % išsakė, kad jų fizinis aktyvumas padidėjo nuo programos pabaigos. Galima svarstyti, kiek tai vasaros klimatas palankus išvykoms, pasivaikščiavimams, ilgos dienos, sodo darbai, kiek tai ir programos poveikis, kurioje buvo kalbama apie aktyvumo didinimą ir jo sąsajas su depresijos simptomais. Tyrimų duomenimis, laikas praleistas fizinei veiklai yra atvirkščiai proporcingas depresijos simptomams, o sėdimas laikas didina depresijos simptomų riziką (Ku et al., 2017). Mankšta įrodytas veiksmingas būdas gydant depresiją, o taip pat net ir gydymui atsparios depresijos atvejus (Frazer et al., 2005; Mather et al., 2002). Per metus mūsų tyrime dalyvių fizinis aktyvumas šiek tiek sumažėjo (19 %), nepaisant to, aktyvesni pagyvenę asmenys reikšmingai geriau jautėsi T4 etape.

Apibendrinus, mūsų tyrimo rezultatai rodo ilgalaikį terapijos efektyvumą, kuris laikui bėgant ne silpnėja, bet dar ir stiprėja. Su tokia tendencija gali būti susiję daug šalutinių veiksnių, kurių yra per daug, kad būtų galima visus išnagrinėti, bet šiame poskyryje apžvelgėme pagrindinius, kuriuos ir toliau nagrinėsime rezultatų aptarime.

4.3. Kliniškai reikšmingi iKET intervencijos efektai

Toliau svarbu aptarti mūsų gautų rezultatų klinikinę svarbą. Gavome iKET programos didelius bei vidutinius efektyvumo dydžius, kurie laikėsi laike ir rodė reikšmingą depresijos simptomų sumažėjimą po intervencijos praėjus 3 mėn. bei 12 mėn. Visgi, išliko klausimas, o kiek gauti rezultatai turi klinikinės reikšmės? Klinikiniam intervencijos reikšmingumui pasižiūrėti, buvo palyginti interviu metu gautų depresijos diagnozių pokytis laike. Prieš programą apklausti vyresnio amžiaus žmonės ir praėjus 12-ai mėnesių po programos turėjo reikšmingai mažiau galimos depresijos diagnozės atvejų - nuo 73 % depresijos diagnozės atvejų prieš programą, iki 9 % depresijos diagnozės atvejų. Galimos depresijos diagnozės atvejų praėjus metams po iKET programos vyresnio amžiaus asmenų grupėje sumažėjo maždaug 64-iais procentais nuo pradinio matavimo (prieš intervenciją). Read ir kolegų tyrime (2021), kuriame iKET programa buvo naudojama kaip depresijos prevencijos priemonė vyresnio amžiaus asmenims su gretutinėmis ligomis, po dviejų metų 44 % mažiau depresijos atvejų buvo nei kontrolinėje grupėje. Kitame tyrime 45,5 % vyresnių depresiškų asmenų kliniškai reikšmingai pagerėjo metai po intervencijos (Silfvernagel et al., 2017). O po 3,5 m. stebėti pokyčiai depresijos simptomų kliniškai reikšmingo sumažėjimo (nesiekiančio minimalios galimos diagnozės reikšmės) buvo 67,6 % (Andersson et al., 2013^b). Minėtuose tyrimuose klinikinis reikšmingumas yra skirtingai apibrėžiamas, tad lyginant su mūsų rezultatais, gali būti skirtumų, nes juose buvo analizuojami savęs vertinimo balai, o mūsų tyrime turėjome papildomą patikimumo garantą - pokalbį su kiekvienu tyrimo dalyviu. Visgi, nors ir mūsų duomenimis kliniškai reikšmingai sumažėjo depresijos diagnozių, tai nereiškia, kad nesiekiantys depresijos diagnozės lygmens asmenys visiškai nepatiria depresijai būdingų simptomų.

Apibendrinant, šiame darbe nagrinėti kliniškai reikšmingi pokyčiai praėjus metams po terapijos pabaigos yra iš tiesų daug žadantys kalbant apie depresijos simptomus patiriančios vyresnės amžiaus grupės ilgalaikį gydymą internetu prieinamomis KET grįstomis programomis.

4.4. iKET ilgalaikį efektyvumą prognozuojantys veiksniai

Šio tyrimo rezultatuose buvo gauti įdomūs ilgalaikį internetu prieinamos KET veiksmingumą vyresnėje amžiaus grupėje prognozuojantys veiksniai. Ankstesniame poskyryje jau šiek tiek apžvelgėme ir pasvarstėme, kas galėjo lemti gautus geresnius rezultatus po 3 mėn. ir išlikusį terapijos efektą po 12 mėn. pasibaigus programai, o dabar svarstymams duos pagrindo regresinės analizės rezultatai. Visų pirma, svarbu paminėti, kad skirtingose studijose ilgalaikį efektyvumą tyrėjai apibrėžia įvairiai, šiame darbe ilgalaikiu efektyvumu buvo laikoma nuo intervencijos pabaigos iki paskutinio tyrimo etapo depresijos simptomų laikymasis tame pačiame arba žemesniame lygyje. Prognozavome, kas lems, kad šis ilgalaikis efektas išliks, o kas lems, kad neišliks. Gavome du ilgalaikį efektyvumą šioje tiriamųjų grupėje prognozuojančius veiksniai - lengvesnius depresijos simptomus ir programoje įgytą žinių taikymą pasibaigus intervencijai. Šiame magistro darbe atliktoje analizėje nei fizinis aktyvumas, nei antidepresantų vartojimas, nei per metus nutikę reikšmingi neigiami įvykiai neprognozavo ilgalaikio iKET efektyvumo. Žinoma, į regresijos modelį nepakliuvo ir daug daugiau manytų reikšmingų veiksnių susijusių su depresijos raiška ir trajektorijomis, tačiau šie buvo reikšmingi sudarant pagrįstą regresijos modelį.

4.4.1. Depresijos simptomų sunkumas ir ilgalaikis iKET efektyvumas

Ilgalaikiam iKET programos efektui išsilaikyti padėjo žemesni pirminiai depresijos simptomai. Tai šiek tiek kontraversiškai vertinamas rezultatas mokslinėje literatūroje. Vienuose tyrimuose minima, kad aukštesni depresijos simptomų įverčiai yra susiję su didesniu iKET programų veiksmingumu (Bower et al., 2013; Ruwaard et al., 2009), kiti tyrimai gauna priešingus rezultatus - sunkesni depresijos simptomai ilgalaikėje perspektyvoje siejosi su patekimu į sunkėjančių simptomų grupę (Batterham et al., 2017), dar vieni tyrimai neranda jokių reikšmingų sąsajų tarp simptomų stiprumo ir ilgalaikio iKET programų efektyvumo (Andersson et al., 2013^b; Donker et al., 2003). Vienas iš aiškinimų galėtų būti skirtingos tiriamųjų imtys - vieni renkasi tyrimo dalyvius, kurie tesiekia slenkstinius depresijos simptomų įverčius, kiti atlieka tyrimus su daugiau klinikinėmis imtimis, o tai gali turėti reikšmės ilgalaikiams rezultatams. Mūsų tyrime dalyvavo asmenys pagal klausimynų normas patenkantys tiek į lengvos, tiek į vidutinės ar sunkios (keli atvejai ir į itin sunkios) depresijos kategorijas. Internetu prieinamų KET efektyvumo tyrimų apžvalgoje Anderssons (2016) pastebi, kad dauguma efektyvumo tyrimų atliekama su vidutinės ir

lengvos depresijos atvejais, o ar iKET programos ilgalaikėje perspektyvoje yra efektyvios sunkios depresijos atvejams gydyti, dar trūksta mokslinių įrodymų. Visgi, naujesnėje mokslinių tyrimų sisteminėje apžvalgoje iKET su terapeuto pagalba vertinama kaip efektyvi sunkios ir vidutinės depresijos gydymui (Karyotaki et al., 2021). Tačiau mūsų tyrimo imtyje, nors ir programa buvo su terapeuto pagalba, ilgalaikį terapijos efektą prognozavo žemesni pirminiai depresijos simptomų balai vertinant vienu iš klausimynų. Gali būti, kad aukštesnius įverčius surinkusiems asmenims reikalinga papildoma pagalba gerinant savijautą.

Šioje vietoje norėtusi praplėsti ir antidepresantų vartojimo temą. Nors antidepresantų vartojimas prieš programą ar po programos neprognozavo ilgalaikio iKET efektyvumo arba neefektyvumo, tačiau buvo rastas reikšmingas ryšys tarp tų, kurie vartojo antidepresantus ir sunkesnių pirminių depresijos simptomų. Yra pagrindo manyti, kad sunkiau besijaučiantys asmenys nusprendė, kad jiems reikalinga papildoma pagalba pasibaigus terapijai. Kadangi antidepresantų vartojimas koreliavo ir su psichologinės pagalbos siekimu, atrodo, kad žmogus bando padėti sau įvairiais būdais, kas, žinant depresijos eigą, tikrai nestebina. Įdomu atkreipti dėmesį į tai, kad mūsų imtyje jaunesnis amžius buvo susijęs su antidepresantų vartojimu po iKET programos baigimo. Literatūroje vyresnio amžiaus žmonių grupė išskiriama, kaip ta, kuriai daug dažniau, kaip pagrindinį depresijos gydymą priskiria antidepresantus ir kad ši grupė rečiau siekia pagalbos gydant depresiją lyginant su jaunesniais (Silfvernagel et al., 2017). Galbūt į šį tyrimą susirinko būtent tie žmonės, kurie labiau linkę siekti pagalbos ir ieškoti būdų, kaip pagerinti savijautą su ar be antidepresantų. Visgi, mūsų tyrime antidepresantai neprognozavo iKET programos efektyvumo, nors yra duomenų, kad programos metu vartojami antidepresantai siejosi su prastesniais rezultatais praėjus 1,5 m. programos pabaigos (Ruwaard et al., 2009). Vertinga būtų patyrinėti, kaip antidepresantų vartojimas paveiktų rezultatus po ilgesnio laiko tarpo. Tačiau šiame tyrime tokio užmojo nekėlėme.

4.4.2. Programos žinių praktikavimas ir ilgalaikis iKET efektyvumas

Kitas prognostinis veiksnys ilgalaikio depresijos simptomų mažėjimo išsilaikymui po metų, buvo programos žinių taikymas. Atrodytų, tai labai akivaizdus rezultatas, kuris atspindi internetu grįstų terapijų esmę - kad pasinaudoję programa žmonės išmokytų, sužinotų apie save kažką naujo ir vėliau tai taikytų savo kasdienybėje, praktikuotų. Tačiau nors ir akivaizdus, ne taip lengvai pamatuojamas ir įvertinamas. Mes klausėme savo programos dalyvių ar jie tebetaiko tai, ką išmoko

ir tie kurie atsakė, kad taiko, turėjo didesnę tikimybę jausti programos poveikį ir po metų. Nors dar labai mažai žinoma apie skirtingų programų turinio poveikį (Silfvernagel et al., 2017), bet akivaizdu, kad kažkas veikia. Mūsų tyrime, mes netikrinome, kaip gerai dalyviai įsisavino pateiktą medžiagą bei klioavėmės jų pačių savęs vertinimu apie tai, ką ir kiek jie taiko savo kasdienybėje. Ateityje būtų vertinga panagrinėti, kokias žinias jie išsineša bei ką ir kiek taiko išsamiau. Kad ir atrodo intuityvu, jog programos žinių taikymas ilgalaikėje perspektyvoje padeda žmonėms išlaikyti gerus rezultatus laikui bėgant, tačiau toks rezultatas gali kalbėti ir apie pačią tiriamųjų sudėtį. Visgi, mokymuisi ir vėliau įgytų žinių taikymui yra reikalingi įgūdžiai, o tai siejasi su aukštesnio išsilavinimo lygiu, kurie kartu ir mažina riziką iškristi iš programos (Schmidt et al., 2019). Patiriantys didesnių sunkumų mokantis, ar įsisavinant medžiagą lengviau iškrenta iš iKET programų (Schmidt et al., 2019). Gali būti, kad programų efektyvumą tyrinėjame tam tikroms grupėms žmonių, kuriems jos tiek kognityviškai, tiek techniškai labiau prieinamos. Visgi, aktyvaus mokymosi įtraukimas vyresniems asmenims yra ypač vertingas ir net veikia prevenciškai siekiant sėkmingo pažintinių funkcijų senėjimo (Harada et al., 2013). Viena vertus, depresija sergantys vyresni asmenys dažnai patiria ir kognityvinių funkcijų apsunkinimus (Wilkins, Mathews, & Sheline, 2009), todėl nenuostabu, kad pati programa ir jos turinys gali veikti kai kuriems priešinga linkme ir paskatinti nutraukti dalyvavimą programoje. Kita vertus, iKET programos galėtų pasitarnauti šiai grupei žmonių ne tik kaip efektyvi priemonė depresijos simptomatikai mažinti, bet ir kaip prevencijos priemonė, mažinanti depresijos simptomų stiprėjimą bei stiprinanti silpstančias kognityvines funkcijas.

4.5. Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų kryptys

Šio tyrimo imtis yra vienas iš pagrindinių ribotumų, kuris kelia klausimą, kiek gauti rezultatai atsikartotų su didesniu dalyviu skaičiumi. Galbūt didesnis dalyvių skaičius paveiktų prognostinius ilgalaikio efektyvumo veiksnius. Būtų galima analizuoti platesnę pagalbos siekiančio elgesio (psichologinio konsultavimo ir antidepresantų) vaizdą, kaip jų įtaka keičiasi platesniame tiriamųjų rate. O taip pat kaip pradiniai depresijos simptomai veiktų ilgalaikio programos efekto rezultatus. Taip pat mūsų tyrime dalyvavo didžiaja dalimi išsilavinusios ir didmiesčiuose gyvenančios moterys. Šios tendencijos yra pastebėtos ir kituose iKET programų efektyvumo tyrimuose, bet klausimas, kaip pasiekti kuo platesnę visuomenės dalį vis dar lieka neatsakytas ir itin aktualus. Įvairesnės tyrimo dalyvių charakteristikos, demografiniai duomenys padėtų daryti

užtikrintesnes išvadas iš gautų rezultatų bei jas apibendrinti platesnei vyresnio amžiaus asmenų populiacijai. Kalbant apie dalyvių skaičių, iKET programos pasižymi ir dideliu iš tyrimo etapų iškrentančių dalyvių skaičiumi, todėl dalis svarbios informacijos tampa nepasiekiamo. Tyrėjai kelia klausimą, kaip skatinti dalyvių įsitraukimą ir jau turi keletą atsakymų, kuriuos savo tyrimo dizaine mes taip pat taikėme - tai atrankiniai pokalbiai su kiekvienu dalyviu prieš programą, įvertinimas ar programa yra tinkama potencialiam dalyviui, aiškus programos terminas, o taip pat ir terapeuto parama visos programos metu (Johansson, & Andersson, 2012). Kadangi mūsų programa depresijos simptomų mažinimui buvo internetu prieinama, tai pareikalavo dalyvių turėti papildomų priemonių tam, kad galėtų dalyvauti programoje, o tai apribojo mūsų programos prieinamumą žmonėms turintiems tiek ribotas kompiuterinio raštingumo, tiek interneto bei reikalingos įrangos galimybes. Galiausiai, reikalinga paminėti, kad mūsų tyrimas buvo vykdomas pasaulinės pandemijos laikais ir nors tai tapo kiekvieno kasdienybės dalis, tačiau nėra aišku, kiek šis kontekstas turėjo įtakos depresijos simptomų kaitai. Galbūt ne pandemijos aplinkybėmis būtų buvę gauti dar geresni programos efektyvumo rezultatai?

Ateities tyrimai galėtų koncentruotis į platesnių imčių įtraukimą, galbūt net bendradarbiaujant su pirminės sveikatos priežiūros įstaigomis, kad tie asmenys, kurie neturi asmeninių galimybių kompiuterinei įrangai ir internetui, arba kurių informacija apie dalyvavimą programoje nepasiekia, galėtų naudotis programa viešose įstaigose su pagalba, jei to prireiktų. Svarbu toliau aiškintis vyresnės amžiaus grupės depresijos gydymo ilgalaikes trajektorijas su platesne visuomenės dalimi. Ypatingai, ieškant būdų, kaip pritraukti vyrus į šias programas, kurie vyresnio amžiaus grupėje yra retesni dalyviai dėl jaučiamos stigmatos ar diskriminacijos dėl amžiaus. Vyresnių žmonių tyrimuose dažniausiai amžiaus pasiskirstymas pasiskirsto apie jaunesniųjų ribą, todėl dar vyresnių imčių susinkimas labiau atspindėtų visą vyresnio amžiaus žmonių grupę. Taip pat vertinga būtų patyrinėti, kiek programos turinio įsisavina ir taiko programą baigusieji bei kaip tai siejasi su jų simptomų stiprumu. Kadangi vis dar nėra aišku, kas būtent kuria šių programų efektyvumą, kurie programos moduliai yra efektyviausi. Programų individualizavimo tema jau aptarinėjama tyrimų lauke, tačiau tyrimų, kurie tikrintų individualizuotos programos efektyvumą dar nėra. Dar daugiau informacijos apie programos dalyvių patirtis suteiktų kokybiniai tyrimai, analizuojantys neigiamus programos efektus bei individualius dalyvių išgyvenimus, kas jiems padėjo, o kas trukdė programos metu. Ilgalaikių tyrimų kontekste stebėjimai pabaigus intervenciją dažniausiai atliekamo po vieno metų arba dvejų, būtų įdomu, kaip rezultatai keistųsi dar ilgesniame laiko tarpe, kad būtų iš tiesų galima kalbėti apie ilgalaikį efektą.

IŠVADOS

1. Internetu prieinama kognityvioji elgesio terapija (iKET) yra veiksminga pagalbos priemonė depresyviems vyresnio amžiaus asmenims: depresijos ir nerimo simptomai po intervencijos reikšmingai sumažėjo, tuo tarpu psichologinė gerovė padidėjo, o po terapijos gauti svarūs pokyčiai išliko ir praėjus metams po programos baigimo.
2. Po iKET programos baigimo praėjus metams, kliniškai reikšmingai sumažėjo depresijos diagnozės atvejų: vyresnio amžiaus asmenų, kurių simptomai siekia depresijos diagnozę sumažėjo 64-iais % praėjus metams po programos pabaigos, lyginant su depresijos atvejais prieš programą.
3. Ilgalaikį programos efektyvumą galima prognozuoti remiantis pradiniu depresijos simptomų lygiu ir programos metu įgytų žinių taikymu jai pasibaigus: tiems vyresniems asmenims, kurie turėjo silpnesnius depresijos simptomus prieš programą buvo didesnė tikimybė, kad po terapijos praėjus vieneriems metams išliks intervencijos poveikis, o tie vyresni asmenys, kurie terapijos metu įgytas žinias praktikavo kasdienybėje pasibaigus programai, turėjo didesnę tikimybę ilgiau išlaikyti programos poveikį.

LITERATŪRA

- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961–1970. doi:10.1016/s0140-6736(05)66665-2
- Almlöv, J., Carlbring, P., Berger, T., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2009). Therapist Factors in Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Major Depressive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 247–254. doi:10.1080/16506070903116935
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 157–179. Doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006
- Andersson, G., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Hedman, E. (2013). Guided Internet-Based CBT for Common Mental Disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4), 223–233. Doi:10.1007/s10879-013-9237-9
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196–205. doi:10.1080/16506070903318960
- Andersson, G., Hesser, H., Hummerdal, D., Bergman-Nordgren, L., & Carlbring, P. (2013)^b. A 3.5-year follow-up of Internet-delivered cognitive behavior therapy for major depression. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 22(2), 155–164. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.608747>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M.G., McEvoy, P., English, C.L., & Newby, J.M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 38(1), 4–17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Batterham, P. J., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Gosling, J. A., Thorndike, F. P., Ritterband, L. M., ... Griffiths, K. M. (2017). Trajectories of change and long-term outcomes in a randomised controlled trial of internet-based insomnia treatment to prevent depression. *BJPsych Open*, 3(5), 228–235. doi:10.1192/bjpo.bp.117.005231

- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions—A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205-215.
- Biliunaite, I., Kazlauskas, E., Sanderman, R., Truskauskaite-Kuneviciene, I., Dumarkaite, A., Andersson, G. (2021). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Informal Caregivers: Randomized Controlled Pilot Trial. *Journal of Medical Internet research*, 23(4). doi: 10.2196/21466
- Brailovskaia, J., Truskauskaite-Kuneviciene, I., Margraf, J., & Kazlauskas, E. (2021). Coronavirus (COVID-19) outbreak: Addictive social media use, depression, anxiety and stress in quarantine – an exploratory study in Germany and Lithuania. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100182. doi:10.1016/j.jadr.2021.100182
- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S., ... Liu, E. T.-H. (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *British Medical Journal*, 346 :f540. doi:10.1136/bmj.f540
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47, 1-18.
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22(3), 545–553. doi:10.1016/j.chb.2004.10.009
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cremers, G., Taylor, E., Hodge, L., & Quigley, A. (2019). Effectiveness and Acceptability of Low-intensity Psychological Interventions on the Well-being of Older Adults: A Systematic Review. *Clinical Gerontologist*, 1–21. doi:10.1080/07317115.2019.16628
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12). doi:10.1007/s11920-019-1117-x
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry*, 21(12), 1139–1149. <https://doi.org/10.1002/gps.1620>

- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smit, F., & Andersson, G. (2009). Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? A meta-regression analysis. *International Psychogeriatrics*, 21(1), 16-24. doi:10.1017/S1041610208008089
- Dattani, S., Ritchie, H. & Roser, M. (2021). Mental Health. *Our World In Data*. Paimta iš <https://ourworldindata.org/mental-health>
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9. doi:10.3389/fpsy.2018.00004
- Dear, B. F., Zou, J., Titov, N., Lorian, C., Johnston, L., Spence, J., ... Knight, R. G. (2012). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression: A feasibility open trial for older adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2), 169–176. doi:10.1177/0004867412466154
- De Witte, N. A. J., Carlbring, P., Etzelmueller, A., Nordgreen, T., Karekla, M., Haddouk, L., ... Van Daele, T. (2021). Online consultations in mental healthcare during the COVID-19 outbreak: An international survey study on professionals' motivations and perceived barriers. *Internet Interventions*, 25, 100405. doi:10.1016/j.invent.2021.100405
- Donker, T., Batterham, P. J., Warmerdam, L., Bennett, K., Bennett, A., Cuijpers, P., ... Christensen, H. (2013). Predictors and moderators of response to internet-delivered Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Behavior Therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 343–351. doi:10.1016/j.jad.2013.06.020
- Eriksson, M. C. M., Kivi, M., Hange, D., Petersson, E. L., Ariai, N., Häggblad, P., Ågren, H., Spak, F., Lindblad, U., Johansson, B. & Björkelund, C. (2017). Long-term effects of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for depression in primary care – the PRIM-NET controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(2), 126-136. Doi:10.1080/02813432.2017.1333299
- Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Biological Psychiatry*, 53(8), 649–659. doi:10.1016/s0006-3223(03)00231-2
- Frazer, C. J., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). Effectiveness of treatments for depression in older people. *Medical Journal of Australia*, 182(12), 627–632. doi:10.5694/j.1326-5377.2005.tb06849.x
- Gaudiano, B. A. (2008). Cognitive-behavioural therapies: achievements and challenges. *Evidence-based mental health*, 11(1), 5–7. <https://doi.org/10.1136/ebmh.11.1.5>

- Girdhar R., Srivastava V., & Sethi S. (2020). Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *Journal of Geriatric Care and Research*, 7(1), 29-32.
- Grossman, J. T., Frumkin, M. R., Rodebaugh, T. L., & Lenze, E. J. (2020). mHealth Assessment and Intervention of Depression and Anxiety in Older Adults. *Harvard review of psychiatry*, 28(3), 203–214. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000255>
- Gorenko, J. A., Moran, C., Flynn, M., Dobson, K., & Konnert, C. (2021). Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 40(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/0733464820958550>
- Gupta, S. K. (2011). Intention-to-treat concept: A review. *Perspectives in clinical research*, 2(3), 109–112. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.83221>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2006). The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329–343. doi:10.1093/clipsy.9.3.329
- Harada, C. N., Natelson Love, M. C., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737–752. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002>
- Hawes, M. T., Szency, A. K., Olino, T. M., Nelson, B. D., & Klein, D. N. (2021). Trajectories of depression, anxiety and pandemic experiences; A longitudinal study of youth in New York during the Spring-Summer of 2020. *Psychiatry Research*, 298, 113778. doi:10.1016/j.psychres.2021.113778
- Hyland, P., Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Karatzias, T., Bentall, R. P., ... Vallières, F. (2020). Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi:10.1111/acps.13219
- Hwang, T., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220. doi:10.1017/S1041610220000988
- Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). 9/ Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165–173. doi:10.1300/j018v05n01_09
- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(7), 861–870. doi:10.1586/ern.12.63

- Joseph, C.A., O'Shea, B.Q., Eastman, M.R., Finlay, J.M., Kobayashi, L.C. (2022). Physical isolation and mental health among older US adults during the COVID-19 pandemic: longitudinal findings from the COVID-19 Coping Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02248-4>
- Karyotaki, E., Ebert, D. D., Donkin, L., Riper, H., Twisk, J., Burger, S., ... Cuijpers, K. (2018)^a. Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 80-92.
- Karyotaki, E., Kemmeren, L., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., . . . Cuijpers, P. (2018)^b. Is self-guided internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) harmful? An individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(15), 2456-2466. doi:10.1017/S0033291718000648
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., Berman, F. M. G., Furukawa, T. A, Cuijpers, P., ... Forsell, Y. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 361-371. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4364
- Kendler, K. S. (2020). The Origin of Our Modern Concept of Depression—The History of Melancholia From 1780-1880. *JAMA Psychiatry*, 77(8), 863. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8–19.
- Killgore, W. D. S., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., & Dailey, N. S. (2020). *Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19*. *Psychiatry Research*, 290, 113117. doi:10.1016/j.psychres.2020.113
- Klap, R., Unroe, K. T., & Unützer, J. (2003). Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11(5), 517–524.
- Koder, D.-A., Brodaty, H., & Anstey, K. J. (1996). Cognitive therapy for depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(2), 97–107. doi:10.1002/(sici)1099-1166(199602)11:2<97::aid-gps310>3.0.co;2-w

- Kotwal, A. A., Holt-Lunstad, J., Newmark, R. L., Cenzer, I., Smith, A. K., Covinsky, K. E., ... Perissinotto, C. M. (2020). *Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID -19 Shelter-in-Place Orders. Journal of the American Geriatrics Society, 69(1), 20–29.* doi:10.1111/jgs.16865
- Kroenke, K. (2012). Enhancing the clinical utility of depression screening. *CMAJ : Canadian Medical Association journal, 184(3), 281–282.* <https://doi.org/10.1503/cmaj.112004>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine, 16(9), 606–613.* <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Ku, P.-W., Steptoe, A., Liao, Y., Sun, W.-J., & Chen, L.-J. (2017). Prospective relationship between objectively measured light physical activity and depressive symptoms in later life. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33(1), 58–65.* doi:10.1002/gps.4672
- Licht-Strunk, E., Beekman, A. T., de Haan, M., & van Marwijk, H. W. (2009). The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *Journal of affective disorders, 114(1-3), 310–315.* <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.006>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* doi:10.1016/j.jaac.2020.05.009
- Löwe, B., Unützer, J., Callahan, C. M., Perkins, A. J., & Kroenke, K. (2004). Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Medical care, 42(12), 1194–1201.* <https://doi.org/10.1097/00005650-200412000-00006>
- Magaard, J. L., Seeralan, T., Schulz, H., & Brütt, A. L. (2017). Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PLOS ONE, 12(5), e0176730.* doi:10.1371/journal.pone.017673
- Mather, A., Rodriguez, C., Guthrie, M., McHarg, A., Reid, I., & McMurdo, M. (2002). Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 180(5), 411-415.* doi:10.1192/bjp.180.5.411

- Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). *National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults*. *PEDIATRICS*, *138*(6), e20161878–e20161878. doi:10.1542/peds.2016-1878
- Niles, A. N., Axelsson, E., Andersson, E., Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Andersson, G., Johansson, R., Widén, S., Driessen, J., Santoft, F., & Ljótsson, B. (2021). Internet-based cognitive behavior therapy for depression, social anxiety disorder, and panic disorder: Effectiveness and predictors of response in a teaching clinic. *Behaviour research and therapy*, *136*, 103767. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103767>
- Nair, P., Bhanu, C., Frost, R., Buszewicz, M., & Walters, K. R. (2019). A Systematic Review of Older Adults' Attitudes towards Depression and its Treatment. *The Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnz048
- Nordgreen, T., Blom, K., Andersson, G., Carlbring, P. & Havik, O. E. (2019). Effectiveness of guided Internet-delivered treatment for major depression in routine mental healthcare - An open study. *Internet Interventions*, *18*, 100274. Doi: 10.1016/j.invent.2019.100274
- Olfson, M., Blanco, C., & Marcus, S. C. (2016). Treatment of Adult Depression in the United States. *JAMA Internal Medicine*, *176*(10), 1482. doi:10.1001/jamainternmed.2016.
- Phelan, E., Williams, B., Meeker, K., Bonn, K., Frederick, J., Logerfo, J., Snowden, M. (2010). A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC Primary Care*, *11*(1). doi: 10.1186/1471-2296-11-63.
- Read, J.R., Sharpe, L., Burton, A.L., Areán, P.A., Raue, P.J., McDonald, S., Titov, N., Gandy, M., Dear, B.F. (2021). Preventing depression in older people with multimorbidity: 24-month follow-up of a trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy. *Age and Ageing*, *50*(6), 2254-2258. doi:10.1093/ageing/afab145.
- Rnic, K., Dozois, D. J., & Martin, R. A. (2016). Cognitive Distortions, Humor Styles, and Depression. *Europe's journal of psychology*, *12*(3), 348–362. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i3.1118>
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, *85*(2), 160–177. <https://doi.org/10.1037/ccp0000158>
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H., & Lange, A. (2009). Standardized Web-Based Cognitive Behavioural Therapy of Mild to Moderate

- Depression: A Randomized Controlled Trial with a Long-Term Follow-Up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 206–221. Doi:10.1080/16506070802408086
- Sanglier, T., Saragoussi, D., Milea, D., & Tournier, M. (2015). Depressed older adults may be less cared for than depressed younger ones. *Psychiatry Research*, 229(3), 905–912. doi:10.1016/j.psychres.2015.07.
- Sarkisian, C. A., Lee-Henderson, M. H., & Mangione, C. M. (2003). Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care?. *Journal of general internal medicine*, 18(12), 1001–1005. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2003.30215.x>
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. doi:10.1037/0003-066x.50.12.965
- Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical Effectiveness of Individual Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older People in Primary Care. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1332. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2
- Silfvernagel, K., Westlinder, A., Andersson, S., Bergman, K., Hernandez, R., D., Fallhagen, L., Lundqvist, I., Masri, N., Viberg, L., Forsberg, M., L., Lind, M., Berger, T., Carlbring P., Andersson, G. (2017). Individually tailored internet-based cognitive behaviour therapy for older adults with anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 286-300. Doi: 10.1080/16506073.2017.1388276
- Schmidt, I.D., Forand, N.R., & Strunk, D.R. (2019). Predictors of Dropout in Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research* 43, 620–630 . <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9979-5>
- Schröder, J., Berger, T., Westermann, S., Klein, J. P., & Moritz, S. (2016). Internet interventions for depression: new developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18(2), 203-212. DOI: [10.31887/DCNS.2016.18.2/jschroeder](https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.2/jschroeder)
- Schuurmans, J., van Balkom, A. (2011). Late-life Anxiety Disorders: A Review. *Curr Psychiatry Rep* 13, 267–273. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0204-4>
- Spek, V., Cuijpers, P., NyklíÅLcek, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer J. & Pop, V. (2008). One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological Medicine*, 38, 635–639.

- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *The Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Stephenson, L., & Hale, B. (2017). An Exploration Into Effectiveness of Existential–Phenomenological Therapy as a U.K. NHS Psychological Treatment Intervention. *Journal of Humanistic Psychology*, 002216781771917. Doi:10.1177/0022167817719178
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648. doi:10.1016/s0140-6736(13)61489-0
- Thompson, L. W., Coon, D. W., Gallagher-Thompson, D., Sommer, B. R., & Koin, D. (2001). Comparison of Desipramine and Cognitive/Behavioral Therapy in the Treatment of Elderly Outpatients With Mild-to-Moderate Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 225–240. doi:10.1097/00019442-200108000-00006
- Titov, N., Dear, B. F., Ali, S., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., ... Fogliati, V. J. (2015). Clinical and Cost-Effectiveness of Therapist-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Older Adults With Symptoms of Depression: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 46(2), 193–205. Doi:10.1016/j.beth.2014.09.008
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights* (ST/ESA/SER.A/430). Paimta iš <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2020). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology: Social sciences*, 20, 1-7. doi:10.1093/geronb/gbaa111
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1-2), 29–44. doi:10.1016/j.jad.2007.06.005
- Vyriausybės strateginis analizės centras (2020). *Analitinė apžvalga: Senstanti Lietuvos visuomenė*. Paimta iš

<https://strata.gov.lt/images/tyrimai/2020-metai/zmogiskojo-kapitalo-politika/20200924-senst-anti-lietuvos-visuomene.pdf>

- Whiteford, H., Harris, M., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J., & Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(8), 1569-1585. doi:10.1017/S0033291712001717
- World Health Organisation. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen. Paimta iš https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf
- World Health Organization (2017). *Mental health of older adults*. Paimta iš <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). Paimta iš <https://icd.who.int/>
- World Health Organization (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. Paimta iš <https://www.who.int/publications/i/item/9789240023307>
- World Health Organization (2021). *Depression*. Paimta iš <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization (2022). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief*. Paimta iš https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Xiang, X., Wu, S., Zuberink, A., Tomasino, K. N., An, R., & Himle, J. A. (2019). Internet-delivered cognitive behavioral therapies for late-life depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 1–11. doi:10.1080/13607863.2019.15903

PRIEDAI

1 priedas. Paciento sveikatos klausimynas (PHQ-9)

PACIENTO SVEIKATOS KLAUSIMYNAS-9 (PHQ-9)

Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites jus kamavo kurios nors iš šių problemų? (Norėdami pažymėti savo atsakymą naudokite „,√“)	Visai nekamavo	Keletą dienių	Daugiau nei pusė iš visų dienių	Beveik kiekvieną dieną
1. Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus	0	1	2	3
2. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)	0	1	2	3
3. Sunkumas užmigti ar išmiegoti, arba per ilgas miegojimas	0	1	2	3
4. Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas	0	1	2	3
5. Prastas apetitas arba persivalgymas	0	1	2	3
6. Prasta savijauta – pojūtis, kad esate nevykėlis (-ė) arba kad nuvylėte save ar savo šeimą	0	1	2	3
7. Sunkumas susikoncentruoti ties tokiais dalykais, kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas	0	1	2	3
8. Judėjimas ar kalbėjimas taip lėtai, kad kiti žmonės galėjo pastebėti? Arba atvirkščiai – buvimas tokiam (-ai) neramiam (-ai) ar nenustygstančiam (-ai), kad judėjote daug daugiau nei įprasta	0	1	2	3
9. Mintys, kad jums būtų geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą kokių nors būdu	0	1	2	3

Bendra balų suma =

Jei pažymėjote kokias nors problemas, kaip šios problemos apsunkino jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis?

**Visai
neapsunkino**

**Šiek tiek
apsunkino**

**Labai
apsunkino**

**Ypač
apsunkino**

2 priedas. Geriatriinė depresijos skalė, trumpoji versija (GDS-15)

Geriatric Depression Scale (GDS)

Tyrimo data _____

(Trumpoji versija)

Tiriamąjį vardas, pavardė _____

Pasirinkite atsakymą, kuris tiksliausiai apibūdina jūsų praėjusios savaitės savijautą.

1. Ar esate patenkintas savo gyvenimu?	taip/ NE
2. Ar apleidote daugelį savo pomėgių ir darbų?	TAIP /ne
3. Ar jaučiate, kad jūsų gyvenimas tuščias?	TAIP /ne
4. Ar dažnai nuobodžiaujate?	TAIP /ne
5. Ar dažnai esate geros nuotaikos?	taip/ NE
6. Ar bijote, kad jums gali atsitikti kas nors bloga?	TAIP /ne
7. Ar jaučiatės laimingas?	taip/ NE
8. Ar dažnai jaučiatės bejėgis?	TAIP /ne
9. Jums labiau patinka būti namuose nei kur nors eiti ir imtis naujų darbų?	TAIP /ne
10. Ar jums atrodo, kad jūsų atmintis prastesnė nei kitų žmonių?	TAIP /ne
11. Ar jums atrodo, kad gyventi dabar puiku?	taip/ NE
12. Ar šiuo metu jaučiatės bevertis?	TAIP /ne
13. Ar jaučiatės kupinas energijos?	taip/ NE
14. Ar jaučiate, kad jūsų padėtis beviltiška?	TAIP /ne
15. Ar manote, kad daugeliui žmonių sekasi geriau nei jums?	TAIP /ne

Iš viso (sudėti didžiosiomis raidėmis parašytus atsakymus):

Paryškinti atsakymai rodo depresiją.

> 5 - galima depresija,

> 10 - depresija
