

VILNIAUS UNIVERSITETAS

MEDICINOS FAKULTETAS

Biomedicinos mokslų institutas (Farmacijos ir farmakologijos centras)

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Visuomenės vaistinėje besilankančių pacientų nuotaikos sutrikimai ir mintys apie savižudybę bei požiūris į visuomenės vaistininko suteikiamą konsultaciją apie nuotaikos sutrikimus

Studentas (-ė): Morta Žūkaitė
(Parašas)

5 kursas, 2 grupė

Darbo vadovas: Doc. dr. Jūratė Pečeliūnienė
(Parašas)

Farmacijos ir farmakologijos centro vadovas: Doc. dr. Kristina Garuolienė
(Parašas)

Biomedicinos mokslų instituto direktorius: Prof. dr. Algirdas Edvardas Tamošiūnas
(Parašas)

Darbo įteikimo data: 2024-05-14

Registracijos Nr. _____

Studento elektroninio pašto adresas: morta.zukaite@mf.stud.vu.lt

2024 m.

TURINYS	
SANTRUMPOS	4
SANTRAUKA	5
SUMMARY	7
ĮVADAS	9
1. LITERATŪROS APŽVALGA	13
1.1. Nuotaikos sutrikimai	13
1.2. Savižudybė	14
1.3. Nuotaikos sutrikimų ir savižudybės sąsajos bendrojoje populiacijoje	14
1.4. Nuotaikos sutrikimų neatpažinimo problema bendrojoje populiacijoje	15
1.5. Vaistinio įtraukimas į nuotaikos sutrikimų valdymą	18
1.6. Vaistinio vaidmuo nuotaikos sutrikimų atpažinime	19
1.7. Kliūtys, trukdančios visuomenės vaistinio dalyvavimui NS valdyme	22
1.8. PHQ-9 klausimyno tinkamumas depresijos patikrai	23
1.9. Galimų diagnostinių PHQ-9 verčių vertinimas šiandieniniame mokslo kontekste	26
2. TYRIMO METODIKA	28
2.1. Lietuvos bioetikos komiteto (LBEK) leidimas atlikti biomedicininį tyrimą	28
2.2. Tiriamųjų apibūdinimas:	28
2.4. Pacientų apklausa	29
2.5. Statistinė analizė	31
3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	32
3.1. Bendra tiriamųjų imtis ir pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje rutininio vizito metu, sociodemografiniai duomenys	32
3.2. Pacientų, besilankančių vaistinėje rutininio vizito metu, požiūris į savo nuotaikos būklę pagal tyrimui sudarytą anketą	33
3.3. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje rutininio vizito metu, PHQ-9 klausimyno rezultatai (I)	36
3.4. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje rutininio vizito metu, PHQ-9 klausimyno rezultatai (II)	39
3.5. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje rutininio vizito metu, požiūris į vaistinio suteikiamą konsultaciją apie NS	42
3.6. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje rutininio vizito metu, požiūris į vaistinio suteikiamą konsultaciją apie NS ir sociodemografinių duomenų sąsajos	45
4. REZULTATŲ APTARIMAS	47
4.1. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje rutininio vizito metu, sociodemografiniai duomenys ir požiūris į savo nuotaikos būklę	47
4.2. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje, nuotaikos sutrikimų ir minčių apie savižudybę, atpažintų visuomenės vaistinio, naudojant PHQ-9 klausimyną, rutininio vizito metu, dažnis	48

4.3. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje rutininio vizito metu, požiūris į vaistininko suteikiamą konsultaciją apie nuotaikos sutrikimus	50
4.4. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje rutininio vizito metu, sociodemografinių duomenų ir požiūrio į vaistininko suteikiamą konsultaciją apie nuotaikos sutrikimus sąsajos	51
IŠVADOS.....	53
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	54
LITERATŪROS SĄRAŠAS	55
PRIEDAI.....	66

SANTRUMPOS

APhA – angl. The American Pharmacists Association / Amerikos farmacininkų asociacija

DDS – angl. Major Depressive Disorder / Didžiosios depresijos sutrikimas

FP – farmacinė paslauga

LBEK – Lietuvos bioetikos komitetas

NS – nuotaikos sutrikimai

PCMCD – angl. The Pharmacists' Confidence scale about Medication Consultation for Depressive patients / Vaistinininkų pasitikėjimą vertinanti skalė teikiant konsultaciją apie vaistus depresija sergantiems pacientams

PHQ-2 – angl. Patient Health Questionnaire-2 / Paciento sveikatos klausimynas-2

PHQ-9 – angl. Patient Health Questionnaire-9 / Paciento sveikatos klausimynas-9

PSO – angl. World Health Organisation / Pasaulio Sveikatos Organizacija

RVM – rutininio vizito metu

SI – mintys apie savižudybę

SN – standartinis nuokrypis

V – vidurkis

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas. Įvertinti pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje (PVV) rutininio vizito metu RVM, nuotaikos sutrikimus (NS) ir mintis apie savižudybę (SI) bei požiūrį į visuomenės vaistininko (VV) suteikiamą konsultaciją apie NS

Darbo uždaviniai. 1. Įvertinti PVV RVM, sociodemografinius duomenis ir požiūrį į savo nuotaiką. 2. Įvertinti PVV NS ir SI atpažintų VV, naudojant PHQ-9 klausimyną, RVM, dažnį. 3. Įvertinti PVV RVM, požiūrį į VV suteikiamą konsultaciją apie NS. 4. Įvertinti PVV RVM, sociodemografinių duomenų ir požiūrio į VV suteikiamos konsultacijos apie NS sąsajas.

Tyrimo metodai. Skerspjūvio tyrimas. 336 PVV (175 (52,9%) moterys ir 161 (47,9%) vyras). Naudota anoniminė apklausa, kurią sudarė trys dalys: sociodemografinė anketa, PHQ-9 klausimynas, ir požiūrio į VV suteikiamą konsultaciją apie NS klausimai.

Tyrimo rezultatai. Našlių ir išsiskyrusių vyrų buvo reikšmingai mažiau nei moterų, $n=4$ (2,5%) vs $n=14$ (8,0%); $n=11$ (6,8%) vs $n=23$ (13,1%), ($p=0,023$). Mažamečių vaikų turėjo $n=92$ PVV (MV+), ir neturėjo PVV $n=244$ (MV-). $n=48/344$ (14,4%) jautė depresijos požymius tyrimo metu, iš jų $n=8$ (33,3%) vyrai vs $n=25$ (73,5%) moterys atžymėjo suprastėjusią nuotaiką, ($p=0,003$). Vaistus nuo nerimo teigė vartojantys $n=4$ (2,7%) vyrai vs $n=13$ (8,7%) moterų, ($p=0,049$). Pagal PHQ-9, 47 (14,1%) pacientai patyrė depresijos simptomus (DS+), 287 (85,9%) nepatyrė depresijos simptomų (DS-). 20 pacientų patyrė SI. DS+ amžiaus vidurkis skyrėsi nuo DS- ($40,2\pm 19$ vs $46,7\pm 15,7$), ($p=0,011$). Nustatyta neigiama koreliacija tarp PHQ-9 ir PVV amžiaus ($r=-0,178$), ($p<0,01$). DS+ geriau vertino teiginį apie VV draugiškumą dėl NS nei DS-, ($3,4\pm 0,7/5$ vs $3,0\pm 0,9/5$) ($p=0,008$). PHQ-9 balas neigiamai koreliavo su teiginiu apie VV žinias apie NS ir gebėjimą atpažinti NS, atitinkamai ($r=-0,115$), ($p<0,05$); ($r=-0,135$), ($p<0,05$). Blogiausiai įvertinti teiginiai apie kalbėjimąsi su VV apie NS ir depresiškų minčių išsakymą VV, atitinkamai $2,6\pm 1/5$; $2,6\pm 1/5$. Geriausiai įvertinti teiginiai apie VV paaiškinimą, kaip vartoti vaistus ir VV konfidencialumo išlaikymą dėl sveikatos problemų, atitinkamai $4,2\pm 0,7/5$; $4,0\pm 0,9/5$. MV+ reikšmingai blogiau nei MV- vertino teiginius apie VV žinias apie NS $3,2\pm 0,8/5$ vs $3,4\pm 0,9/5$ ($p=0,021$); VV NS atpažinimą $3,1\pm 0,6/5$ vs $3,3\pm 0,9/5$ ($p=0,010$); depresiškos savijautos atskleidimą VV $2,3\pm 0,9/5$ vs $2,7\pm 1,0/5$ ($p=0,003$); bei ramumą kalbant apie NS $2,4\pm 0,9/5$ vs $2,7\pm 1,0/5$ ($p=0,004$); VV draugišką NS priėmimą $2,7\pm 0,9/5$ vs $3,2\pm 0,9/5$ ($p=0,00005$); ir baimę kalbėtis apie NS su VV $2,5\pm 0,9/5$ vs $2,8\pm 1,0/5$ ($p=0,010$).

Tyrimo išvados. 1. PVV RVM, sociodemografiniai duomenys nesiskyrė. PVV RVM, požiūris į savo nuotaiką nesiskyrė. 2. Septintadalis pacientų, PVV RVM, turėjo NS, iš jų - daugiausiai buvo vidutinio stiprumo depresijos simptomai, mažiausiai – sunkūs depresijos simptomai. Dvidešimt pacientų patyrė SI. Kuo jaunesnis PVV, tuo PHQ-9 balų suma didesnė, o požiūris į VV žinias ir gebėjimą atpažinti NS turinčius pacientus prastesnis. 3. PVV RVM, požiūris į vaistininką buvo vertinamas vidutiniškai. Geriausiai buvo vertinamas VV gebėjimas paaikškinti, kaip yra vartojami vaistai (aukščiau 4 balų/5), blogiausiai buvo vertinamas pasitikėjimas VV, lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą (aukščiau 2 balų/5). 4. Įvertinus PVV RVM, požiūrio ir sociodemografinių duomenų sąsajas, nustatytas reikšmingas skirtumas turėjusių ir neturėjusių mažamečių vaikų respondentų imtyje, vertinant požiūrį į vaistininko žinias ir gebėjimą atpažinti NS turinčius bei vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą.

SUMMARY

Title. Mood Disorders and Suicidal Ideations in Patients, Attending Community Pharmacy, and Their Attitude Towards Community Pharmacist-provided Consultation Regarding Mood Disorders.

Aim was to evaluate mood disorders (MD) and suicidal ideation (SI) in patients, attending community pharmacy (PCP) during routine visits (DRV), and their attitude towards community pharmacist-provided consultation regarding MS.

Objectives. 1. Evaluate sociodemographic data of PCP DRV and attitude towards their mood. 2. Evaluate the frequency of MD and SI in PCP DRV, recognised by community pharmacists (CP) using the PHQ-9 questionnaire. 3. Evaluate attitude of PCP DRV towards CP provided consultation regarding MD. 4. Evaluate the association between sociodemographic data of PCP DRV and their attitude towards CP provided consultation regarding MD.

Method. Cross-sectional study. 336 PCP DRV, of which 175 (52.9%) were female and 161 (47.9%) were male. An anonymous survey was conducted, which consisted of three parts: a sociodemographic questionnaire, the PHQ-9 questionnaire, and questions about attitude towards CP provided consultation regarding MD.

Results. There were significantly fewer widowed and divorced men than women, $n=4$ (2.5%) vs $n=14$ (8.0%); $n=11$ (6.8%) vs $n=23$ (13.1%), ($p=0.023$). 92 of PCP had minor children (MC+) and 244 did not (MC-). $n=48/344$ (14.4%) felt symptoms of depression during the study, of which $n=8$ (33.3%) men vs $n=25$ (73.5%) women reported depressive mood, ($p=0.003$). Anti-anxiety drugs were reported by $n=4$ (2.7%) men vs $n=13$ (8.7%) women, ($p=0.049$). According to PHQ-9, 47 (14.1%) patients experienced depressive symptoms (DS+), 287 (85.9%) patients did not experience depressive symptoms (DS-). 20 patients experienced SI. The mean age of DS+ differed from DS- (40.2 ± 19 vs 46.7 ± 15.7), ($p=0.011$). A negative correlation was found between PHQ-9 and patients age ($r=-0.178$), ($p<0.01$). DS+ rated the statement about the friendliness of CP regarding MD better than DS-, ($3.4\pm 0.7/5$ vs $3.0\pm 0.9/5$) ($p=0.008$). PHQ-9 score negatively correlated with statement about CP's knowledge about MD and ability to recognize MD, respectively ($r=-0.115$), ($p<0.05$); ($r=-0.135$), ($p<0.05$). The worst rated statements were about talking to CP about MD and expressing depressive thoughts to CP, respectively $2.6\pm 1/5$; $2.6\pm 1/5$. The best rated statements were about CP's explanation of drugs usage and CP's maintenance of confidentiality regarding health problems, respectively $4.2\pm 0.7/5$; $4.0\pm 0.9/5$. MV+ rated the statements worse than MV- regarding CP's knowledge about MD $3.2\pm 0.8/5$ vs $3.4\pm 0.9/5$, ($p=0.021$); CP's recognition of MD $3.1\pm 0.6/5$ vs $3.3\pm 0.9/5$, ($p=0.010$); disclosure of depressive feelings to CPs $2.3\pm 0.9/5$ vs $2.7\pm 1.0/5$, ($p=0.003$); and

calmness when discussing MD with CP $2.4 \pm 0.9/5$ vs $2.7 \pm 1.0/5$, ($p=0.004$); CP's friendly perception of MD $2.7 \pm 0.9/5$ vs $3.2 \pm 0.9/5$ ($p=0.00005$); fear of talking about MD with CPs $2.5 \pm 0.9/5$ vs $2.8 \pm 1.0/5$ ($p=0.010$).

Conclusions. 1. Sociodemographic data of PCP DRV, did not differ. The attitude of PCP DRV, towards their mood did not differ. 2. One-seventh of PCP DRV, had MD, with most experiencing moderate depressive symptoms and the fewest experiencing severe depressive symptoms. Twenty patients experienced SI. The younger the patients, the higher their PHQ-9 score, and the poorer their perception of CP knowledge and ability to recognize patients with MD. 3. The attitude of PCP DRV towards CP was rated average. CP's ability to explain medication usage was rated the highest (above 4/5), while trust in CP compared to physicians when discussing depressive mood was rated the lowest (above 2/5). 4. When evaluating the associations between the attitude and sociodemographic data of PCP DRV, a significant difference was found between those who had minor children and those who did not, in terms of their perception of CP's knowledge and ability to recognize patients with MD, as well as in comparing CP to physicians when discussing depressive mood.

IVADAS

Depresija yra ne tik pagrindinė negalios priežastis visame pasaulyje, bet dažnai ši liga yra ir mirtina (1). Didžioji depresija yra viena iš labiausiai paplitusių bei labiausiai sekinančių asmens ir visuomenės sveikatos būklių visame pasaulyje (2). Tyrimai rodo, kad nuotaikos ir nerimo sutrikimai, taip pat SI yra ne tik labai paplitę, bet ir nepakankamai atpažįstami bei gydomi tiek bendroje populiacijoje, tiek pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (3–9). Depresija yra reikšmingas savižudybių rizikos veiksnys (10), nuo pusės iki dviejų trečdalių visų savižudybių įvykdo žmonės, kenčiantys nuo nuotaikos sutrikimų (11). Vienas iš dažniausiai pasitaikančių nuotaikos sutrikimų (NS) yra depresija. Remiantis Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO) duomenimis, apie 280 milijonų žmonių serga depresija, nuo savižudybių kasmet miršta daugiau nei 700 000 žmonių, o bandymų nusizudyti skaičius yra dar didesnis (1i).

Lietuvoje depresijos ir susijusių sutrikimų paplitimas yra aukštas, o pagal savižudybių skaičių ši šalis pirmauja Europoje (12). Remiantis Lietuvos Higienos instituto Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistemos duomenimis, 2017 m. sergamumas nuotaikos (afektiniais) sutrikimais ir depresijomis, atitenkantis tūkstančiui gyventojų, siekė 4,89 ir 4,76 atvejų, atitinkamai (2i). O ligotumas nuotaikos (afektiniais) sutrikimais ir depresijomis, atitenkantis tūkstančiui gyventojų, siekė 23,81 ir 23,19 atvejų, atitinkamai (3i). Remiantis 2019 m. duomenimis, Lietuva buvo pirmoje vietoje pagal savižudybių skaičių, atitenkantį 100 000 gyventojų, kuris siekė 26,1 (4i).

Nepaisant vis didėjančio depresijos paplitimo, ši liga ir toliau dažnai lieka neatpažįstama nei pacientų, nei sveikatos priežiūros specialistų (13): mažiau nei du trečdaliai pacientų kreipiasi dėl gydymo (14) ir tik pusė pacientų, kurie kenčia nuo psichikos sutrikimų, gauna bet kokią gydymą (5i), (13). Kitų sveikatos priežiūros specialistų, tokių kaip vaistininkai, dalyvavimas gali padėti įveikti esamas kliūtis, kurios trukdo vykdyti tinkamą depresijos atpažinimą ir gydymą. Amerikos farmacininkų asociacijos (angl.: American Pharmacists Association, APhA) fondas paskelbė informaciją, kurioje buvo skatinamas vaistininkų įsitraukimas į depresijos valdymą (13). Taigi, vaistininkai, būdami neatsiejami sveikatos priežiūros komandos nariai, gali atpažinti simptomus, susijusius su psichikos sutrikimais, paskatinti pacientus kreiptis į atitinkamą sveikatos priežiūros specialistą ir atidžiai stebėti, kaip pacientas laikosi vaistų vartojimo režimo (15).

Praktiniu požiūriu, vertinant diagnostines rekomendacijas, klinikinėje praktikoje yra rekomenduojama atlikti suaugusiųjų patikrą (skriningą) dėl depresijos, nes tai suteiktų

tikslesnės diagnozės, veiksmingo gydymo paskyrimo ir tolesnio stebėjimo galimybę (16,17). Žmonių, kurie turi depresijos požymių, patikra gali padėti įveikti kliūtis, trukdančias tinkamai atpažinti ir nustatyti depresiją (18). Yra sukurta daug instrumentų, naudojamų depresijos patikrai atlikti, vienas iš jų – Paciento Sveikatos Klausimynas – 9 (angl.: Patient Health Questionnaire – 9, PHQ-9 (16,17). PHQ-9 instrumentas yra naudojamas siekiant atpažinti psichikos sutrikimus ir taikomas pirminėje sveikatos priežiūros srityje (19). Šis instrumentas naudojamas ne tik depresijos diagnostikai, bet ir depresijos simptomų klasifikavimui pagal jų sunkumą (20). Ankstesni tyrimai parodė vaistininkų gebėjimą atpažinti pacientus, kurie turi depresijos simptomų, naudojant PHQ-9 (13,21,22). 2013m. Rosser ir kt. atliktame tyrime vaistininkai netgi buvo skatinami vadovautis savo profesiniais sugebėjimais konsultuojant ir siunčiant pas gydytoją pacientus, turinčius teigiamą PHQ-2 testo rezultatą, bet neatitinkančius PHQ-9 testo kriterijų, o tai rodo sėkmingą vaistininko vykdomos depresijos patikros programos kūrimą ir įgyvendinimą visuomenės vaistinėje (13). Todėl manoma, kad naudodami PHQ, vaistininkai gali atpažinti depresijos simptomus nediagnozuotiems pacientams ir, prireikus, paskatinti pacientus kreiptis į atitinkamus sveikatos priežiūros specialistus (23).

2020 m. atliktoje sisteminėje apžvalgoje buvo aprašomos dešimtyje tyrimų vaistininkų naudotos aštuonios skirtingos depresijos patikros priemonės, tačiau dažniausiai naudota priemonė buvo PHQ-9 (24). Nustatyta, jog visuomenės vaistininkai gali atpažinti nediagnozuotus suaugusiuosius, kuriems pasireiškia depresijai būdingi simptomai, naudodami šią depresijos nustatymo priemonę ir tinkamai nusiųsti tuos pacientus, kuriems reikia tolimesnės pagalbos (24). Tačiau vaistininkų imtyje vis dar trūksta tyrimų, vertinančių depresijos atpažinimą bendrojoje žmonių populiacijoje.

Kadangi psichinės ligos tampa vis plačiau pripažįstamos ir aptariamoms visuomenėje, vaistininkams tenka dar didesnė atsakomybė bendradarbiaujant su pacientais užtikrinti geresnę pacientų priežiūrą (25). Tačiau yra aprašomos tam tikros kliūtys, trukdančios vaistininkams sėkmingai teikti psichinės sveikatos priežiūrą: psichinės sveikatos stigma, neigiamas požiūris ir netinkami bendravimo įgūdžiai, laiko trūkumas, netinkamas vaistininkų mokymas, nepasitikėjimas savimi bei privatumo vaistinėje trūkumas (23,26–30). Vaistininko profesijoje neturėtų būti vietos stigmatoms, nukreiptai į psichinėmis ligomis sergančius asmenis, nes tai pažeidžia vaistininko etikos kodeksą. Todėl stigma, kartu su visomis kitomis kliūtimis, vaistininko profesijoje turi būti pašalinta, nes tik tokiu būdu bus pasiektas didžiausias poveikis pacientų psichinės sveikatos priežiūrai (31).

Tai pirmasis tyrimas Lietuvoje, kuriuo siekiama įvertinti pacientų nuotaikos sutrikimus, mintis apie savižudybę ir pacientų požiūrį į VV suteikiamą konsultaciją apie NS. Tikėtina, jog išanalizavus duomenis, bus galima matyti, kokio konsultavimo pacientai tikisi iš vaistininkų ir dėl to pagerės vaistininko ir paciento tarpusavio bendravimas ir pasitikėjimas. Tikėtina, jog pagerėjus vaistininko ir paciento tarpusavio bendradarbiavimui ir pasitikėjimui, galima tikėtis geresnio NS atpažinimo bei valdymo, nes vaistininkai yra kompetentingi atpažinti šiuos simptomus ir paskatinti pacientą kreiptis pagalbos į kitus specialistus.

Darbo hipotezė: VV, naudodamas PHQ-9 klausimyną, gali atpažinti pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, NS ir SI

Darbo tikslas: Įvertinti pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, NS ir SI bei požiūrį į VV suteikiamą konsultaciją apie nuotaikos sutrikimus

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografinius duomenis ir požiūrį į savo nuotaikos būklę.
2. Įvertinti pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje, NS ir SI, atpažintų vaistininko, naudojant PHQ-9 klausimyną, RVM, dažnį.
3. Įvertinti pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrį į VV suteikiamą konsultaciją apie NS.
4. Įvertinti pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografinių duomenų ir požiūrio į VV suteikiamos konsultacijos apie NS sąsajas.

Studento atlikti darbai.

Dalyvavimas užsienio ir Lietuvos konferencijose:

1. Žūkaitė, Morta; Pečeliūnienė, Jūratė. A protocol for a cross-sectional study on attitude of patients attending pharmacy towards pharmacist's role in pharmaceutical care of mood disorders // 21st European Congress of Internal Medicine (ECIM) and the 12th International Congress of Internal Medicine, 15-18 March, 2023, Athens, Greece. Geneva : KENES Group. 2023.
2. Žūkaitė, Morta; Pečeliūnienė, Jūratė. Stigma, confidence, attitudes, barriers and incentive factors in pharmaceutical care of patients with depression in Lithuania: a protocol for a prospective 3 years follow-up study // European psychiatry: EPA2023:

Social cohesion, a common goal for psychiatry : abstracts of the 31st European congress of psychiatry, Paris, France, 25-28 March 2023. Cambridge : Cambridge University Press.

3. Žūkaitė, Morta; Pečeliūnienė, Jūratė. "Pacientų požiūris į vaistininko suteiktą konsultaciją apie nuotaikos sutrikimus (NS)" // VU SMVT Farmacijos sekcija, Vilniaus universitetas, Vilnius, 2024.05.13.

Parengtos publikacijos mokslo populiarinimo žurnalams:

1. Žūkaitė, Morta; Pečeliūnienė, Jūratė. Diabeto sukeltas nuovargis: ar tai depresija? // Diabetas. Vilnius : Sveikata. ISSN 1392-5946. 2023, Nr. 3, p. 1-2.
2. Žūkaitė, Morta; Pečeliūnienė, Jūratė; Lotužytė, Augustė; Levkina, Anastasija. Diabeto keliamas distresas – nematoma diabeto pusė Lietuvoje? // Endokrinologas.lt. Kaunas : Medicininės informacijos centras. ISSN 2029-5804. 2023, Nr. 3/4, p. 6-8.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Nuotaikos sutrikimai

Nuotaika apibrėžiama kaip vyraujanti ir ilgalaikė emocinė būseną, kuri yra išgyvenama viduje ir daro įtaką beveik visiems žmogaus elgesio išoriniame pasaulyje aspektams. Nuotaikos sutrikimai arba afektiniai sutrikimai apibūdinami ryškiais emocijų pasikeitimais (sunkiais nuosmukiais, vadinamais depresija, arba pakilimais, vadinamais hipomanija ar manija) (32). Šie psichikos sutrikimai yra dažni, dėl jų didėja sergamumas ir mirtingumas (32).

Remiantis Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovu, penktuoju leidimu (DSM-5), nuotaikos sutrikimai bendrai skirstomi į bipolinius sutrikimus ir depresinius sutrikimus (32).

Didžiosios depresijos sutrikimas (DDS) diagnozuojamas esant 5 iš 9 simptomų: liūdna nuotaika, nemiga, kaltės jausmas, sumažėjęs energijos lygis, sumažėjusi koncentracija, sumažėjęs apetitas, sumažėjęs susidomėjimas įprastine veikla (anhedonija), padidėjęs ar sumažėjęs psichomotorinis aktyvumas ir pasikartojančios SI/savęs žalojimas/bandymas nusižudyti. Šie simptomai turi pasireikšti didžiąją dienos dalį, beveik kiekvieną dieną ne trumpiau kaip dvi savaites (32).

Bipoliniai sutrikimai toliau skirstomi į I ir II tipo bipolinį sutrikimą, ciklotimiją bei kitus įvardintus bipolinius ir susijusius sutrikimus:

- **I tipo bipolinis sutrikimas** yra epizodinis nuotaikos sutrikimas, kurį apibrėžia vienas ar daugiau manijos ar mišrių epizodų. Pasireiškiantys simptomai turi atitikti manijos ir (arba) depresijos epizodą, trukti didžiąją dienos dalį, beveik kiekvieną dieną, ne trumpiau kaip 2 savaites (jei netaikomas gydymas) (6i).
- **II tipo bipolinis sutrikimas** yra epizodinis nuotaikos sutrikimas, kurį apibrėžia vienas ar daugiau hipomanijos epizodų ir bent vienas depresijos epizodas. Nepasireiškia manijos ar mišrūs epizodai (6i).
- **Ciklotimiam** sutrikimui būdingas nuolatinis nuotaikos nestabilumas trunkantis ne trumpiau kaip 2 metus ir apimantis daugybę hipomanijos ir depresijos simptomų, kurie yra išreikšti didžiąja laiko dalį (6i).

1.2. Savižudybė

Savižudybė yra sudėtingas (ir ne iki galo suprantamas) reiškinys, kurį gali lemti įvairūs veiksniai: neurobiologija, asmeninė ir šeimos istorija, stresą sukėlę gyvenimo įvykiai, sociokultūrinė aplinka, taip pat, savižudybės dažniau įvyksta socialinių ir ekonominių, šeimyninių ir individualių krizinių situacijų laikotarpiais (pvz., artimo žmogaus netektis, darbo praradimas ir pan.) (33). Psichinė sveikata yra labai svarbus savižudybės rizikos veiksnys, nes žmonės, turintys psichikos sutrikimų (dažniausiai NS) yra labai pažeidžiama populiacijos grupė (33–35). Taip pat, daugelis psichikos sutrikimų turinčių (kartais ir neturinčių) pacientų bando ieškoti pagalbos prieš bandydami nusižudyti (36), todėl labai svarbu atpažinti šį „pagalbos šauksmą“ ir anksti pastebėti gresiančios savižudybės ženklus (33,37).

1.3. Nuotaikos sutrikimų ir savižudybės sąsajos bendrojoje populiacijoje

Ankstesni tyrimai rodo, kad depresija yra reikšmingas savižudybių rizikos veiksnys (10), nuo pusės iki dviejų trečdalių visų savižudybių įvykdo žmonės, kenčiantys nuo nuotaikos sutrikimų (11).

Remiantis G. Arsenault-Lapierre ir kt. atlikta metaanalize, beveik visiems analizuotuose tyrimuose aprašytiems tiriamiesiems (87,3%) prieš mirtį buvo diagnozuoti tam tikri psichologiniai sutrikimai (38). Tai rodo, kad savižudiškas elgesys būdingas žmonėms, turintiems nuotaikos sutrikimų (39). Didžioji dalis NS turinčių pacientų turi SI arba yra bandę nusižudyti (40). Atliekant skerspjūvio tipo tyrimus, nustatyta, jog bandymų nusižudyti paplitimas tarp pacientų, sergančių I ar II tipo bipoliniu sutrikimu, yra didesnis nei tarp pacientų, sergančių didžiąja depresija) (11,40,41). Regionui reprezentatyviuose tyrimuose tiek ambulatoriškai, tiek stacionare gydomų didžiosios depresijos pacientų bandymų nusižudyti paplitimas yra 30 – 40 proc., o sergančių bipoliniu sutrikimu apie 50 proc. (11,40,41). Tokie rezultatai parodė, jog savižudiškas elgesys yra būdingas žmonėms, turintiems nuotaikos sutrikimų (11).

Įvairiuose moksliniuose tyrimuose jau seniai yra diskutuojama, kokią įtaką psichikos sutrikimai daro savižudybės rizikai (42). 2014m. E. Chesney ir kt. atliktoje metaapžvalgoje nustatyta, jog tų, moterų, kurios turėjo ribinės asmenybės, depresijos, bipolinio, opioidų vartojimo, šizofrenijos bei nervinės anoreksijos ir alkoholio vartojimo sutrikimų, mirtingumo nuo savižudybių rodiklis buvo 10 kartų didesnis nei bendrojoje populiacijoje (43). 2019m. Lay San Too ir kt. atliktoje metaanalizėje buvo nustatyta, jog psichikos sutrikimai yra

labai svarbus savižudybės rizikos veiksnys ir žmonės, kuriems buvo diagnozuotas psichikos sutrikimas, turi aštuonis kartus didesnę savižudybės riziką nei tie, kurie šios diagnozės neturi, ši rizika yra dar didesnė (devynis kartus), neįtraukus tyrimų, kurie tyrė tik vyresnio amžiaus žmones (42). Visi psichikos sutrikimai, ypač psichoziniai sutrikimai, NS ir asmenybės sutrikimai, kelia didelę savižudybės riziką (42).

Kitoje, 2019m. atliktoje metaanalizėje, buvo nustatyta, jog savižudybės rizika sergant bipoliniu sutrikimu yra žymiai didesnė nei bendroje žmonių populiacijoje ir sergant šizofrenija bei šiek tiek didesnė nei sergant didžiąja depresija (44). Tačiau skirtumas tarp sirgimo bipoliniu sutrikimu ir depresija, atsižvelgiant į savižudybės rizikos paplitimą viso gyvenimo laikotarpiu, nepasiekė statistiškai reikšmingo lygmens (44). Nustatytas savižudiškas elgesys yra didesnis moterų populiacijoje (34,44) galimos to priežastys yra santykinai dažnesni depresijos epizodai (44,45), taip pat fizinė bei seksualinė prievarta vaikystėje (44,46).

Psichikos sutrikimai yra reikšmingas savižudybės rizikos veiksnys (42), ir tai, kad savižudybė yra sudėtingas reiškinys, reiškia, kad jos prevencija reikalauja daugialypio atsako (47), tačiau psichikos sveikatos ir kiti specialistai turėtų būti pagrindinė šio atsako dalis (42). Geriausias metodas savižudybių prevencijai yra pirminės sveikatos priežiūros gydytojų mokymas apie depresijos valdymą ir tokių mokymo programų plėtra kitiems specialistams, kurie nėra psichiatrai (48). Kadangi šeimos gydytojai nepakankamai gerai atpažįsta depresijos simptomus (9), kitų sveikatos priežiūros specialistų, tokių kaip vaistininkai, įtraukimas gali padėti vykdyti tinkamą depresijos atpažinimą ir gydymą (13). Moksliniuose tyrimuose yra atskleidžiama, jog bendradarbiaujančios sveikatos priežiūros specialistų komandos, o tarp jų ir vaistininkai, padeda pagerinti psichinės sveikatos priežiūros rezultatus (49,50). A. L. Murphy ir kt. atlikto tyrimo išvadose atskleidžiama, jog vaistininkų vaidmuo psichikos sveikatos priežiūros srityje yra pripažįstamas ir palaikomas visuomenėje: vaistininkai galėtų būti „pirmuoju kontaktu“ sveikatos priežiūros sistemoje ir dalyvauti savižudybių rizikos vertinime bei mažinime (51). Tyrimai parodė, kad vaistininkai gali atlikti ir savižudybės rizikos įvertinimą naudojant patikros priemones (pvz., PHQ-9) (13,23,51). Kiti prevencijos metodai gali būti susiję su psichikos sutrikimų turintiems žmonėms teikiamos priežiūros kokybės gerinimu, pagalbos ieškojimo skatinimu, stigmos, susijusios su psichikos sutrikimais, mažinimu (42). Apibendrinus, reikalingos nuolatinės pastangos maksimaliai padidinti psichikos sveikatos priežiūros galimybes, siekiant sumažinti savižudybių riziką.

1.4. Nuotaikos sutrikimų neatpažinimo problema bendrojoje populiacijoje

Nepaisant vis didėjančio depresijos paplitimo, ši liga ir toliau dažnai lieka neatpažįstama nei pacientų, nei sveikatos priežiūros specialistų (13): mažiau nei du trečdaliai pacientų kreipiasi dėl gydymo (14) ir tik pusė pacientų, kuriems diagnozuota depresija, gauna bet kokį gydymą (5i), (13). Yra atlikta nemažai tyrimų, kuriuose atskleista, kad nors nuotaikos sutrikimų paplitimas yra aukštas, jie dažnai yra nepakankamai gerai atpažįstami ir diagnozuojami (52–56).

Yra daug galimų priežasčių, dėl kurių depresija yra nepakankamai atpažįstama ir nepakankamai gydoma; išskirtos su pacientu, sveikatos priežiūros specialistu ir sveikatos sistema susijusios kliūtys (57). Pacientai skundžiasi somatiniais, o ne emociniais simptomais, o tai gali apsunkinti depresijos ar nerimo diagnozės galimybes, nes simptomai yra priskiriami fizinėms priežastims (57). Taip pat, pacientai dažnai patys sau nepripažįsta, jog jaučia depresijos simptomus, todėl tampa pasyvūs arba kaltina save dėl tokios būsenos (58). Be to, labai didelė problema yra stigma susijusi su psichinėmis ligomis ir dėl šios priežasties pacientai vengia kalbėti apie jaučiamus depresijos simptomus arba bando juos nuslėpti (59). Kalbant apie su sveikatos priežiūros specialistais susijusiomis nepakankamo depresijos diagnozavimo priežastimis, dažnu atveju, gydytojai turi nepakankamai žinių ir gebėjimų atpažinti ir gydyti depresinius sutrikimus (57,59). Pirminės sveikatos priežiūros gydytojai dažnai nėra susipažinę su tam skirtais depresijos patikros instrumentais. O pirminės sveikatos priežiūros įstaigose depresija neretai net nelaikoma „tikra“ liga, todėl nėra skiriama pakankamai laiko veiksmingai gydyti tokius pacientus (60). Sveikatos sistemoje taip pat yra spragų, kurios gali lemti nepakankamą depresijos atpažinimą: trumpas laiko tarpas, kurį gydytojas gali skirti vienam pacientui, todėl konsultacijos metu nepakanka laiko diagnozės nustatymui, paciento mokymui, gydymo galimybių bei kitų informacinių ir medicininių poreikių aptarimui (60,61).

Gydytojų, kurie nėra psichiatrai, sugebėjimas atpažinti depresiją sulaukia vis didesnio mokslininkų dėmesio, kadangi depresija tapo viena iš labiausiai paplitusių XXI amžiaus ligų ir svarbia visuomenės sveikatos problema. 2008m. M. Cepoiu ir kt. atliktoje sisteminėje literatūros apžvalgoje ir metaanalizėje buvo atskleista, jog tik mažiau nei pusė depresija sergančių pacientų yra atpažįstami jų gydytojų (57).

Neretai pasitaiko, jog gydytojai nepakankamai gerai, o kartais kaip tik per dažnai diagnozuoja depresinius sutrikimus (54,62). Nepakankamas diagnozavimas gali lemti nepakankamą gydymą, o tyrimai rodo, kad aktyvus gydymas taikomas tik 15 – 60 % sergančiųjų depresija. Ir atvirkščiai, per dažnas diagnozavimas arba klaidingas identifikavimas gali lemti per daug intensyvaus gydymo taikymą, todėl labai svarbu, kad gydytojai sugebėtų

nustatyti tinkamą depresinių sutrikimų diagnozę (54,63). 2009m. A. J. Mitchell ir kt. atliko metaanalizę, siekdami įvertinti klinikinės depresijos diagnozavimo galimybę pirminės sveikatos priežiūros srityje, į šią metaanalizę buvo įtrauktas 41 tyrimas, kuriame buvo vertinamas bendrosios praktikos gydytojų gebėjimas diagnozuoti depresiją palyginus su patikimu psichiatrinių interviu rezultatų standartu (54). Šiame tyrime buvo nustatyta, kad diagnostinis jautrumas yra 47,3–50,1%, o tai rodo, kad bendrosios praktikos gydytojai paprastai gali nustatyti tik maždaug pusę tikrųjų depresijos atvejų (54). Daugeliu intervencijų buvo siekiama pagerinti pirminės sveikatos priežiūros depresijos diagnozės tikslumą. Nors jau atrodė, kad naudojant depresijos nustatymo skales, diagnozės nustatymas šiek tiek pagerėjo, tačiau teigiamas poveikis bendriems paciento rezultatams nebuvo įrodytas (54,64).

Kita nepakankamo depresijos atpažinimo problemos priežastis yra diagnostinių klasifikacijų, leidžiančių nustatyti depresinius sutrikimus pirminės sveikatos priežiūros srityje, trūkumas ir netolygumas (65–68). Todėl nepakankamai diagnozuojamos depresijos problema dažnai yra bandoma spręsti iš sistemos perspektyvos: didinti žmogiškuosius išteklius psichikos sveikatos sistemoje ir tinkamus diagnostinius kriterijus, leidžiančius gydytojams pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose nėra psichiatrinio mokymo, atpažinti depresijos simptomus ir nustatyti teisingą diagnozę (68). 2022m. A. Faisal-Cury ir kt. atliktame tyrime nustatyta, jog 8080 tūkst. žmonių sirgo depresija (kai PHQ-9 >9), tačiau iš 8080 tūkst. žmonių, net 5158 tūkst. neturėjo anksčiau nustatytos klinikinės depresijos diagnozės. Tokie rezultatai rodo, jog nepakankamas depresijos diagnozavimo paplitimas yra 63,6% - beveik 2 iš 3 depresija sergančių žmonių nėra diagnozuojama depresija (68). Tačiau nemažos dalies depresijos atvejų, kurie buvo nepakankamai diagnozuoti, būtų išvengta pagerinus švietimą, galimybes lankytis sveikatos priežiūros įstaigose ir padidinus bendras šeimos pajamas (68).

Taigi, nustatyta, kad nuotaikos sutrikimai yra ne tik paplitę, bet ir vis dar nepakankamai diagnozuojami (52–56) ir dėl to nėra patenkinami sveikatos priežiūros poreikiai (69). Tai greičiausiai lemia tiek pacientų individualios, tiek sveikatos priežiūros specialistų, tiek sveikatos sistemos priežastys (57). Nors šeimos gydytojai dažnu atveju yra pagrindinis kontaktinis asmuo ir atlieka lemiamą vaidmenį diagnozuojant ir gydant nuotaikos sutrikimus, labai svarbu stengtis įgalinti šeimas, mokyklas ir bendradarbius, kad rizikos grupėje esantys asmenys galėtų kreiptis pagalbos, be to, reikia tobulinti psichikos sveikatos raštingumą, skatinti pacientus ieškoti pagalbos (55). Atsižvelgiant į NS nevienalytiškumą simptomų sunkumo, poveikio asmens sveikatai ir prognozės aspektais, turėtų būti pritaikomos ir atitinkamos intervencijos (55). Todėl vaistininkai, būdami sveikatos priežiūros komandos dalimi, gali padėti

kitiems sveikatos priežiūros specialistams diagnozuoti nuotaikos sutrikimus (24) ir prisidėti prie psichinės sveikatos priežiūros gerinimo (70).

1.5. Vaistininko įtraukimas į nuotaikos sutrikimų valdymą

Atsižvelgiant į dažną nepakankamą nuotaikos sutrikimų atpažinimo ir gydymo problemą, nustatyta, kad vaistininkai gali turėti svarbų vaidmenį teikiant pirminę sveikatos priežiūrą pacientams, sergantiems depresija (71). Vaistininkai gali teikti patarimus, rekomendacijas, konsultuoti apie vaistus, stebėti pacientus dėl su vaistų vartojimu susijusių problemų ir įvertinti pacientų vaistų vartojimo režimo laikymąsi pagal jų turimus įgūdžius ir žinias (71,72). Visuomenės vaistininkas yra pripažintas neatsiejamu tarpdisciplininės pirminės sveikatos priežiūros komandos nariu, teikiant pirminę priežiūrą pacientams, sergantiems lėtinėmis ir ūmiomis ligomis (73).

Įvairūs moksliniai tyrimai rodo, jog vaistininkų teikiama farmacinė priežiūra teikia didelę naudą pacientų sveikatai ir gyvenimo kokybės gerinimui (74–77).

Tinkamai nustačius ir pradėjus gydyti pirmąjį depresijos epizodą, yra 70-90% tikimybė, kad simptomai visiškai išnyks ir nebeatsiras pakartotinai. Tinkamai parinktas gydymas apima ne tik diagnozę bei paskirtus vaistus, bet ir racionalų vaistų vartojimą, todėl vaistininkas gali prisidėti prie šio tikslo įgyvendinimo (74). Gomes ir kt. atliktame moksliniame tyrime buvo vertinamas vaistininkų teikiamos farmacinės priežiūros (depresijos simptomų nustatymo, paciento anamnezės rinkimo, tolimesnių veiksmų plano parengimo) efektyvumas, ir farmacinės priežiūros įtaka pacientų gyvenimo kokybei (74). Šio tyrimo rezultatai rodo ne tik klinikinės depresijos pagerėjimą, bet ir pagerėjusią gyvenimo kokybę pacientams, kuriems buvo suteikta tarpdisciplininė priežiūra, todėl manytina, kad vaistininkų teikiama farmacinė priežiūra buvo veiksminga prisidedant prie depresijos ir nerimo simptomų mažinimo, vaistų vartojimo režimo laikymosi didinimo ir pacientų gyvenimo kokybės gerinimo (74).

Depresija sergantys pacientai gali prasčiau laikytis paskirto farmakologinio gydymo ir dėl šios priežasties padidėja gydymo nutraukimo, netinkamo gydymo, hospitalizacijų, nedarbingumo ir savižudybių rizika (75). Taip pat, psichikos ligos yra labai stigmatizuojamos ne tik visuomenėje, bet ir tarp sveikatos priežiūros specialistų (78–80), o tai yra tiesiogiai susiję su retesniu pagalbos ieškojimo dėl psichinės sveikatos problemų (81). Štai kodėl vaistininkas, būdamas tarpdisciplininės komandos dalimi, gali teikti farmacinę priežiūrą ir tokiu būdu prisidėti prie tinkamo gydymo parinkimo, paciento stebėjimo, konsultavimo apie

šalutinius vaistų poveikius ir vaistų sąveiką bei pagerinti depresijos kamuojamo paciento gyvenimo kokybę (75,82,83). 2016m. atliktame tyrime buvo siekiama įvertinti farmacinės priežiūros įtaką depresijos gydymui ir gyvenimo kokybei – dalyviai buvo suskirstyti į dvi grupes: vienos grupės pacientai kas mėnesį per šešių mėnesių laikotarpį buvo stebimi vaistininkų pagal farmacinės priežiūros programą (intervencinė grupė), o kitos grupės pacientai dalyvavo standartiniuose vizituose su psichiatru (75). Tyrimo rezultatai rodo, jog taikant farmacinės priežiūros programą, pacientų gyvenimo kokybė ir vaistų vartojimo režimo laikymasis pagerėjo, o tai lemia ir veiksmingesnį depresijos gydymą (75). Remiantis tokiais rezultatais, galima manyti, jog vaistininko teikiama farmacinė priežiūra yra efektyvi ir vaistininkas turėtų būti svarbia tarpdisciplininės komandos dalimi gydant depresija sergančius pacientus. Dar daugiau dėmesio skiriant vaistininkų mokymui psichikos sutrikimų, ypač depresijos, srityje, atsirastų galimybė pasiekti dar geresnių rezultatų (75).

Bipolinis sutrikimas taip pat yra priskiriamas nuotaikos sutrikimams. Sergančiųjų bipoliniu sutrikimu gyvenimo trukmė yra gerokai trumpesnė nei bendrosios populiacijos, be to, ši liga susijusi su neigiamu poveikiu sveikatos išteklių (hospitalizacijos, skubios pagalbos konsultacijos ir ambulatoriniai apsilankymai) poreikio padidėjimui ir su netiesioginėmis išlaidomis, tokiomis kaip neįgalumas, nedarbas ir produktyvumo praradimas (77,84). Literatūroje yra apžvalgų, kuriose vertinamas vaistininkų vaidmuo siekiant terapinių tikslų psichikos sveikatos srityje ir pabrėžiama, kad vaistininkų įtraukimas į sveikatos priežiūros komandą pagerina tinkamą vaistų vartojimo režimo ir gydymo laikymąsi (77,85,86). 2017m. A. Salazar-Ospina ir kt. atliko tyrimą, kurio tikslas buvo įvertinti farmacinės intervencijos, taikant "Dader" metodą, veiksmingumą pacientams, sergantiems I tipo bipoliniu sutrikimu, matuojant hospitalizacijų, skubios pagalbos konsultacijų ir neplanuotų ambulatorinių apsilankymų skaičiaus sumažėjimą per vienerių metų laikotarpį (šiuo tyrime vaistininkų teikiama farmacinė priežiūra (intervencinė grupė) buvo lyginama su įprastine pacientų priežiūra psichiatrijos klinikoje (kontrolinė grupė)) (77). Rezultatai rodo, kad farmacinė priežiūra žymiai sumažino I tipo bipoliniu sutrikimu sergančių pacientų ambulatorinių hospitalizacijų ir skubios pagalbos konsultacijų skaičių bei paskatino teigiamus depresijos simptomų ir bipolinio sutrikimo sunkumo pokyčius (77).

1.6. Vaistininko vaidmuo nuotaikos sutrikimų atpažinime

Praktiniu požiūriu, vertinant diagnostines rekomendacijas, klinikinėje praktikoje yra rekomenduojama atlikti suaugusiųjų patikrą dėl depresijos, nes tai suteiktų tikslesnės

diagnozės, veiksmingo gydymo paskyrimo ir tolesnio stebėjimo galimybę (16,17). Žmonių, kurie turi depresijos požymių, patikra gali padėti įveikti kliūtis, trukdančias tinkamai atpažinti ir nustatyti depresiją (18). Nors teigiamas depresijos stebėjimo priemonės rezultatas negali užtikrinti depresijos diagnozės, tačiau tai gali būti labai naudinga priemonė tolimesniam stebėjimui ir vėlesniam diagnozės nustatymui. Taip pat labai svarbus ir pacientų siuntimas pas gydytoją paciento sveikatos būklės įvertinimui, diagnozės nustatymui ir gydymo paskyrimui (18).

Remiantis anksčiau aprašytais moksliniais tyrimais, vaistininkai ne tik atlieka svarbų vaidmenį teikiant pirminę sveikatos priežiūrą pacientams, turintiems NS (71,74–77) bet ir gali prisidėti prie nepakankamo NS diagnozavimo problemos sprendimo (13,21,23,24).

Kitų sveikatos priežiūros specialistų, tokių kaip vaistininkai, dalyvavimas gali padėti vykdyti tinkamą depresijos atpažinimą ir gydymą (13). APhA fondas paskelbė informaciją, kurioje buvo skatinamas vaistininkų įsitraukimas į depresijos valdymą – VV turėtų aktyviau dalyvauti rūpinantis depresija sergančiais pacientais, siekiant pagerinti klinikinius rezultatus ir gyvenimo kokybę (18). Konkrečiai, VV raginami imtis depresijos patikros programų ir depresijos farmakologinės terapijos valdymo įgyvendinimo kartu su kitų ligų valdymo programomis (13,18). S. Rosser ir kt. atlikto tyrimo tikslas buvo įvertinti, ar vaistininkai, naudodami PHQ depresijos patikros instrumentą, gali nustatyti ir nusiųsti pas gydytoją nediagnozuotus pacientus – rezultatai rodo sėkmingą vaistininko vykdomos depresijos patikros programos kūrimą ir įgyvendinimą visuomenės vaistinėje (13). Šiame tyrime vaistininkai identifikavo ir penkis pacientus, kurie turėjo SI. Tai rodo, kad VV gali identifikuoti ir tokius pacientus. Todėl manoma, kad naudodami PHQ, vaistininkai gali greitai atpažinti depresijos simptomus nediagnozuotiems pacientams ir tiems pacientams, kuriems depresijos simptomai išlieka net ir taikant gydymą (13).

VV jau kurį laiką, ypač per pastaruosius 20 metų, buvo įtraukti į sveikatos priežiūros teikimą psichikos ligomis sergantiems pacientams (24,30,87). Tai apima pacientų mokymą, stebėjimą, psichinės gerovės skatinimą bei bendradarbiavimą su pirminės sveikatos priežiūros gydytojais (24). Žmonės pas šeimos gydytoją apsilanko vidutiniškai šešis kartus per metus ir aptaria psichikos sveikatos problemas daugiau nei bet kokią kitą sveikatos problemą (24,88). Palyginimui, visuomenės vaistinėje gyventojai lankosi daugiau nei du kartus dažniau, o tie, kurie serga lėtinėmis ligomis, lankosi tris ar keturis kartus per mėnesį arba daugiau nei trisdešimt šešis kartus per metus (24). Žmonės, užmezgę tvirtus santykius su vaistininku, jaučiasi patogiai su juo aptardami ir savo psichikos sveikatos problemas, todėl vaistininkų

įtraukimas identifikuojant depresija sergančius pacientus, galėtų pagerinti klinikinius rezultatus ir pagerinti paciento gyvenimo kokybę (18). 2020m. P. Miller ir kt. atlikta sisteminė apžvalga rodo, kad visuomenės vaistininkai gali atpažinti nediagnozuotus suaugusiuosius, kuriems pasireiškia depresijai būdingi simptomai, naudodami depresijos nustatymo priemones ir tinkamai nusiųsti tuos pacientus, kuriems reikia tolimesnės pagalbos (24).

Sveikatos priežiūros specialistai, įskaitant bendrosios praktikos gydytojus ir VV, atlieka esminį vaidmenį gerinant depresijos nustatymą pirminėje sveikatos priežiūroje, o VV turi unikalią galimybę tikrinti pacientus dėl depresijos, kadangi jie yra lengvai pasiekiami ir patikimi specialistai (23). Kai pacientai užmezga pasitikėjimo ryšius su VV, visuomenės vaistinė tampa saugia erdve aptarti ir psichinės sveikatos problemas (89). Vaistininkai taip pat turi įgūdžių ir patirties, kad pagerintų nuotaikos sutrikimais sergančių pacientų kokybišką vaistų vartojimą (90,91). Vaistininkams buvo teikiama parama išplėsti savo vaidmenį pirminės psichikos sveikatos priežiūros srityje, šios gairės suformuluoja veiklą, žinias ir galimybes, kurių tikimasi iš vaistininkų psichikos sveikatos priežiūros srityje, siekiant pagerinti vaistų vartojimo kokybę ir sveikatos priežiūros rezultatus (30). Įrodyta, kad vaistininkai turi aukštą psichinės sveikatos raštingumo lygį ir gali prisidėti prie depresijos valdymo (92). 2015m. O'Reilly ir kt. atliktas tyrimas parodė, kad VV gali atlikti depresijos patikrą ir rizikos vertinimą pirminėje sveikatos priežiūros srityje ir siųsti pacientus pas atitinkamus specialistus, kai tai reikalinga (23). Prieš pradėdant vykdyti tyrimą, VV buvo parengta interaktyvi mokymo programa, kuri leido jiems būti pasirengusiems ir pasitikėti savimi tikrinant pacientus dėl depresijos. Rezultatai parodė, kad VV turi galimybę dalyvauti depresijos patikroje ir rizikos vertinime visuomenės vaistinėje ir kad depresijos patikra visuomenės vaistinėse gali būti įgyvendinama, o VV įtraukimas į depresijos patikros programas gali padėti atpažinti psichikos sveikatos problemas ir suteikti galimybę pacientams laiku gauti reikiamą pagalbą (23).

Dar viena problema susijusi su depresija yra tai, kad ši liga prisideda prie didelės sveikatos priežiūros išlaidų dalies (93). Kaip jau minėta, visuomenės vaistininkai užima puikią poziciją ir gali suteikti konsultacijas net ir tiems pacientams, kurie kitu būdu negali sužinoti apie depresijos diagnozės galimybę (21). Nustatyta, kad depresijos patikros naudojimas kasdienėje vaistininko darbo eigoje gali būti įmanoma ir veiksminga priemonė, o PHQ-9 klausimyno administravimo metodai, apimantys tiesioginę vaistininko intervenciją, gali būti veiksminga priemonė įtraukiant pacientus į pokalbį apie jų psichinę sveikatą (21). VV gali apsvarstyti galimybę pagerinti tokios programos veiksmingumą, orientuojantis į konkrečias gyventojų grupes, kurios turi žinomą didesnę riziką sirgti depresija (serga diabetu ar kitomis

lėtinėmis ligomis), arba naudoti kaip farmakologinės terapijos valdymo aspektą tiems pacientams, kuriems jau yra paskirtas gydymas nuo depresijos (21).

VV yra vieni iš labiausiai pasiekiamų sveikatos priežiūros specialistų ir dažnai bendrauja su pacientais, kurie serga arba turi padidėjusią riziką sirgti depresija (23), todėl VV užima idealią poziciją, kad galėtų patikrinti ir padėti identifikuoti tokius pacientus (21). Vaistininko atliekama depresijos patikra gali turėti teigiamos įtakos tolimesnei pacientų priežiūrai. Vaistininkai dalyvauja kitų lėtinių ligų valdymo programose (94,95); todėl depresijos valdymas turėtų būti įmanomas. Tačiau vaistininkų imtyje vis dar trūksta tyrimų, vertinančių depresijos atpažinimą bendrojoje žmonių populiacijoje (24). Svarbu tai, kad depresijos patikros programos turėtų ir toliau skatinti sveikatos priežiūros specialistų priežiūros ir bendradarbiavimo tęstinumą (13).

1.7. Kliūtys, trukdančios VV dalyvavimui NS valdyme

Kadangi psichinės ligos tampa vis plačiau pripažįstamos ir aptariamoms visuomenėje, vaistininkams tenka dar didesnė atsakomybė bendradarbiaujant su pacientais užtikrinti geresnę pacientų priežiūrą (26). Tačiau yra aprašomos tam tikros kliūtys, trukdančios vaistininkams sėkmingai teikti psichinės sveikatos priežiūrą: psichinės sveikatos stigma, neigiamas požiūris ir netinkami bendravimo įgūdžiai, laiko trūkumas, netinkamas vaistininkų mokymas, nepasitikėjimas savimi bei privatumo vaistinėje trūkumas (27,30). Vaistininko profesijoje negali būti vietos stigmati, nukreiptai į psichinėmis ligomis sergančius asmenis, ypač kai ši profesija reikalauja tiesioginės paciento priežiūros. Stigma, kartu su visomis kitomis kliūtimis, vaistininko profesijoje turi būti pašalinta, nes tik tokiu būdu bus pasiektas didžiausias poveikis pacientų psichinės sveikatos priežiūrai (31).

Tyrimuose buvo vertinama vaistininkų stigma, pasitikėjimas, požiūris ir kliūtys teikiant farmacinę paslaugą depresija sergantiems pacientams (26,28,96). Vaistininkų stigma dėl depresija sergančių pacientų įvairiuose tyrimuose buvo vertinama naudojant elementus, sukurtus tiems tyrimams (26,97–99). Vaistininkų pasitikėjimas konsultuojant depresija sergančius pacientus apie vaistų vartojimą buvo vertinamas naudojant Vaistininkų pasitikėjimą vertinančią skalę teikiant konsultaciją apie vaistus depresija sergantiems pacientams (angl.: The Pharmacists' Confidence scale about Medication Consultation for Depressive patients (PCMCD)) (96). Ši skalė buvo sukurta ir patvirtinta 2019m. bei turi pakankamą validumą ir vidinę metodikos konsistenciją ir yra puiki priemonė įvertinti vaistininkų pasitikėjimą teikiant

farmacinę priežiūrą depresija sergantiems pacientams (96). 2009m. vaistininkų požiūris į depresiją buvo vertinamas pritaikius depresijos požiūrio klausimyną (angl.: Depression Attitude Questionnaire) (28). Vėliau, 2015m., vaistininkų požiūris į farmacinės paslaugos teikimą pacientams, sergantiems depresija, buvo vertinamas naudojant atnaujintą depresijos požiūrio klausimyną (angl.: The revised Depression Attitude Questionnaire, R-DAQ) (100).

Vis daugėja mokslinių įrodymų apie tam tikras kliūtis, trukdančias teikti farmacinę paslaugą nuotaikos sutrikimų turintiems pacientams (23,26–30). Literatūroje įvardijamos dažniausiai pasitaikančios kliūtys: psichinės sveikatos stigma, neigiamas požiūris ir netinkami bendravimo įgūdžiai, laiko trūkumas, netinkamas vaistininkų mokymas, nepasitikėjimas savimi bei privatumo vaistinėje trūkumas (23,26–30). Vaistininko profesijoje neturėtų būti vietos stigmai, nukreiptai į psichinėmis ligomis sergančius asmenis, nes tai pažeidžia vaistininko etikos kodeksą. Todėl stigma, kartu su visomis kitomis kliūtimis, vaistininko profesijoje turi būti pašalinta, nes tik tokiu būdu bus pasiektas didžiausias poveikis pacientų psichinės sveikatos priežiūrai (31).

1.8. PHQ-9 klausimyno tinkamumas depresijos patikrai

Yra daug įvairių depresijos patikros priemonių, kurios skiriasi ilgiu, moksliniu pagrindu, taip pat dizainu, pateikimu, administravimu ir psichometrinėmis savybėmis, tačiau šiuo metu nėra sutarimo dėl vienos konkrečios patikros priemonės, kuri būtų naudojama depresijos patikrai pirminės sveikatos priežiūros srityje, todėl depresijos patikros priemonės buvo įvertintos pagal jų savybes (101). Keletas iš jų būtų šie:

- ✓ PHQ-9 klausimyną sudaro 9 elementai, o didžioji depresija yra diagnozuojama, kai PHQ-9 balų suma ≥ 10 (74). Moksliniuose tyrimuose nurodoma, jog PHQ-9 jautrumas svyruoja nuo 28% iki 95%, o specifiškumas – nuo 61% iki 98% (101). PHQ-9 privalumas - tai trumpas klausimynas, turintis puikų patikimumą ir pagrįstumą didžiosios depresijos epizodo patikrai ir depresijos simptomų sunkumui matuoti. Tačiau PHQ-9 turėtų būti atsargiai naudojamas psichiatrijoje, nes PHQ-9 klausimynu galima įvertinti tik dabartinį didžiosios depresijos epizodą, bet ne nustatyti didžiojo depresinio sutrikimo diagnozę, nes tam reikalingi keli atmetimo kriterijai, pvz., manijos ar hipomanijos epizodo nebuvimas, tačiau į PHQ-9 nėra įtraukti šie kriterijai (102). PHQ-9 yra tinkama patikros priemonė, leidžianti vaistininkams atpažinti nediagnozuotus pacientus, patiriančius depresijos simptomus (13,103). Tyrimai parodė,

kad vaistininkai gali atlikti ir savižudybės rizikos įvertinimą naudojant patikros priemones (pvz., PHQ-9) (13,23,104).

- ✓ PHQ-2 klausimyną sudaro du pirmieji PHQ-9 klausimai, ir šiuo instrumentu siekiama pastebėti pirmuosius depresijos požymius, bet ne nustatyti galutinę depresijos diagnozę ar stebėti depresijos simptomų sunkumą, o ribinis PHQ-2 balas yra ≥ 3 (105). Moksliniuose tyrimuose nurodoma, jog PHQ-2 jautrumas svyruoja nuo 42% iki 95%, o specifiškumas – nuo 61% iki 95% (101). Vaistininko praktikoje PHQ-2 naudojama kaip preliminari patikros priemonė, skirta nustatyti, ar pacientai turi būti įvertinti naudojant PHQ-9 (13,22).
- ✓ Bendrosios sveikatos klausimyną (angl.: General Health Questionnaire ((GHQ-12)) sudaro 12 elementų ir jis yra skirtas bendroms (ne psichozinėms) pirminės sveikatos priežiūros pacientų psichikos sveikatos problemoms įvertinti, o dažniausias ribinis balas 2/3 (106). Moksliniuose tyrimuose nurodoma, jog GHQ-12 jautrumas svyruoja nuo 72% iki 87%, o specifiškumas 63% iki 75% (101). GHQ-12 instrumentas labiausiai naudingas atpažįstant tuos pacientus, kurie turi sunkiausias simptomus, tačiau šis klausimynas nėra specifiškas diagnozei ir tai yra jo trūkumas (9,107).
- ✓ Mini tarptautinis neuropsichiatrinis interviu (angl.: angl. Mini-International Neuropsychiatric Interview, MINI) – kurį sudaro 10 elementų, įvertinančių kliesdus, haliucinacijas ir neigiamus psichozės simptomus. 1–7 punktai vertinami pagal paciento atsakymus, o 8, 9 ir 10 punktai vertinami remiantis gydytojo sprendimu (108). Gydytojais gali naudoti MINI po trumpų mokymų, tačiau būti apmokytiems tyrėjams reikalingi daug išsamesni mokymai (109) . Paprastai įvertinti pacientus šia patikros priemone užtrunka 15 – 20min., tačiau kartais pokalbis gali užtrukti ir iki valandos (109,110).
- ✓ PRIME-MD instrumentas, tai struktūruotas psichiatrinis interviu, kurio metu klausiama apie nuotaikos svyravimus, nerimą, somatoforminius sutrikimus, alkoholio vartojimą ir valgymo sutrikimus pagal DSM-IV kriterijus (111). PRIME-MD instrumentas yra priimtina priemonė NS diagnozavimui, bet nepriimtina kitų psichologinių sutrikimų diagnostikai pirminėje sveikatos priežiūroje (9,107).

Depresijos patikra yra paprastas ir ekonomiškai naudingas būdas padidinti ankstyvą depresijos atpažinimą (23,112). Depresijos patikra ir rizikos įvertinimas gali padėti greičiau nustatyti depresijos požymius bei simptomus ir nedelsiant kreiptis į atitinkamą sveikatos priežiūros specialistą, tačiau depresijos patikros veiksmingumas labiausiai priklauso nuo naudojamos atrankos priemonės, todėl turi būti atsižvelgiama į jos patikimumą,

pagrįstumą, įgyvendinamumą ir praktiškumą (23). Pastaraisiais metais PHQ-9 diagnostinis tikslumas ir psichometrinės savybės sulaukė daug dėmesio tarptautinėje mokslo bendruomenėje, todėl buvo atliekama nemažai tyrimų (101).

PHQ-9 instrumentas yra naudojamas siekiant atpažinti psichikos sutrikimus ir taikomas pirminėje sveikatos priežiūros srityje (19). Šis instrumentas naudojamas ne tik depresijos diagnostikai, bet ir depresijos simptomų klasifikavimui pagal jų sunkumą (20). Ankstesni tyrimai parodė vaistinėlių gebėjimą atpažinti pacientus, kurie turi depresijos simptomų, naudojant PHQ-9 (13,21,22,103). PHQ-9 klausimyno esmė įvertinti, kaip dažnai per paskutines dvi savaites pacientą kamavo kurie nors iš pateiktų simptomų. Šį klausimyną sudaro 9 elementai, kurių kiekvienas nusako tam tikrą atitinkamą sunkumo indeksą: 0 = "beveik nekamavo", 1 = "keletą dienų", 2 = "daugiau nei pusė iš visų dienų", 3 = "beveik kiekvieną dieną". Balų suma gali svyruoti nuo 0 iki 27, laikoma, kad depresijos rodiklis yra teigiamas, kai požymių ir simptomų taškų suma yra didesnė arba lygi 10. Pagal skalėje gautus taškus galima išskirti tokią klasifikaciją: a) 0 – 4 balai rodo depresijos nebuvimą arba minimalius depresijos simptomus; b) 5 – 9 balai rodo silpną depresiją; c) 10 – 14 balai rodo vidutinio sunkumo depresiją; d) 15–19 balų rodo vidutinio sunkumo ir sunkią depresiją; e) 20 ir daugiau balų rodo sunkią depresiją (74).

Praktiniu požiūriu, vertinant diagnostines rekomendacijas, klinikinėje praktikoje yra rekomenduojama atlikti suaugusiųjų patikrą dėl depresijos, nes tai suteiktų tikslesnės diagnozės, veiksmingo gydymo paskyrimo ir tolesnio stebėjimo galimybę (16,17). Depresijos stebėjimas paprastai atliekamas naudojant patikros priemonę, atsižvelgiant į rezultatus, nustatoma, ar asmuo turi didelę, ar mažą riziką susirgti šia liga ir, jei pirminės sveikatos priežiūros specialisto manymu, yra reikalingas tolimesnis būklės įvertinimas, pacientas turėtų būti siunčiamas pas atitinkamus specialistus (101). Idealiu atveju, depresijos patikros įrankis leistų be klaidų atskirti sergančius ir nesergančius, tačiau tokie patikros testai yra labai reti. Taigi, depresijos patikros veiksmingumas labai priklauso nuo naudojamos patikros priemonės, o neseniai atliktose sisteminėje apžvalgoje ir metaanalizėje, PHQ-9 klausimynas buvo nustatytas kaip plačiausiai įvertinta (101), dažniausiai naudojama (24) ir patikimiausia (19) depresijos patikros priemonė.

2018m. El-Den ir kt. atliktoje sisteminėje apžvalgoje, naudojant 14 skirtingų tyrimų iš 11 skirtingų šalių nustatyta, kad PHQ-9 buvo labiausiai naudojama priemonė vertinant šios patikros psichometrinės savybes – atsižvelgiant į dideles jautrumo ir specifiškumo vertes

ir duomenų apie jo patikimumą ir pagrįstumą įvairovę, apžvalgoje pateikiami įtikinami įrodymai, kad PHQ-9 naudojamas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (101).

2020 m. atliktoje sisteminėje apžvalgoje buvo aprašomos aštuonios vaistininkų naudotos depresijos nustatymo priemonės dešimtyje skirtingų tyrimų, tačiau dažniausiai naudota priemonė buvo PHQ-9 (24). Nustatyta, jog visuomenės vaistininkai gali atpažinti nediagnozuotus suaugusiuosius, kuriems pasireiškia depresijai būdingi simptomai, naudodami šią depresijos nustatymo priemonę ir tinkamai nusiųsti tuos pacientus, kuriems reikia tolimesnės pagalbos (24). 2021m. sisteminės apžvalgos duomenys rodo, kad PHQ-9 buvo plačiai naudotas depresijos patikrai ir buvo patvirtintas kaip depresijos tikrinimo priemonė pirminėje sveikatos priežiūros srityje skirtingose šalyse, o jo psichometrinis patikimumas jau yra teigiamai įvertintas (19).

Remiantis aprašytais moksliniais tyrimais, PHQ-9 klausimynas turi gerą patikimumą ir pagrįstumą bei didelį pritaikymą depresija sergančių pacientų tikrinimui ir atpažinimui (19,101). Tai paprasta, greita, efektyvi ir patikima patikros priemonė, leidžianti įvertinti depresijos simptomus bei jų sunkumą (113). PHQ-9 klausimynas yra laisvos prieigos instrumentas depresijos diagnostikai ir yra išvertas į 30 kalbų (7i), o tarp jų taip pat yra ir lietuviška šio klausimyno versija.

PHQ-9 klausimynas gali būti naudojamas VV praktikoje, siekiant atpažinti pacientus, turinčius depresijos simptomų (13,21,23,24).

1.9. Galimų diagnostinių PHQ-9 verčių vertinimas šiandieniniame mokslo kontekste

Atsižvelgiant į tai, kad PHQ-9 yra plačiai naudojama depresijos patikros priemonė ir kad tam tikri ribiniai balai rekomenduojami kaip dalis nacionalinių depresijos tikrinimo strategijų, yra mokslinių tyrimų, kuriuose bandoma nustatyti, ar 10 balų riba yra optimali depresijos patikrai (114). 2012m. L. Manea ir kt. atliktoje metaanalizėje buvo analizuojama 18 tyrimų, kuriuose buvo aprašytas PHQ-9 diagnostinis tikslumas diagnozuojant pagrindinius depresijos simptomus ir šio tyrimo rezultatai rodo, jog 8-11 PHQ-9 balų jau gali būti priimtina depresijos diagnostika (114). 10 PHQ-9 balų riba gali sukelti daug klaidingai neigiamų rezultatų ligoninėse, o daugiau klaidingai teigiamų rezultatų galima pastebėti pirminės sveikatos priežiūros srityje, todėl tyrimo išvadose pabrėžiama, kad svarbu atsargiai vertinti konkretų ribinį balą ir reiktų atsižvelgti į populiacijos ypatybes (114). 2011m. K. Tomaszewski ir kt. atlikto tyrimo tikslas buvo įvertinti lenkiškos PHQ-9 versijos diagnostinį

pagrįstumą hospitalizuotiems vyresnio amžiaus lenkų pacientams ir rasti optimalų PHQ-9 ribinį balą, kad būtų galima nustatyti didžiosios depresijos epizodą. Nustatyta, kad lenkiška PHQ-9 versija yra tinkama ir naudinga depresijos patikros priemonė, o > 6 PHQ-9 balai yra optimalus ribinis balas hospitalizuotiems pagyvenusiems žmonėms (115). Kitame, 2020m. E. Cichon ir kt. atliktame tyrime, dvejais metodais buvo siekiama nustatyti optimalų PHQ-9 *cut-off* žmonėms, sergantiems 2 tipo cukriniu diabetu. Šio tyrimo rezultatai rodo, jog optimalus ribinis balas, nurodytas Youdeno indeksu (≥ 7) ir dviejų pakopų metodu (≥ 5) buvo mažesnis už paprastai rekomenduojamą ribinį balą ≥ 10 (jautrumas = 68,75%, specifiškumas = 95,65%). Šiame tyrime buvo daroma išvada, jog žmonėms, sergantiems 2 tipo cukriniu diabetu yra rekomenduojamas mažesnis PHQ-9 ribinis balas nei bendrai žmonių populiacijai (116).

Taigi, tas pats ribinis balas gali būti tinkamas ne visuomet. PHQ-9 yra labai naudinga depresijos patikros priemonė, tačiau, atsižvelgiant į klausimyno struktūrą ir numatomą jo, kaip patikros priemonės, naudojimą, optimalus ribinis balas gali skirtis priklausomai nuo tiriamos populiacijos ypatumų (114).

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Lietuvos bioetikos komiteto (LBEK) leidimas atlikti biomedicininį tyrimą

Leidimas atlikti biomedicininį tyrimą, pavadinimu, „Vaistinio teikiamos farmacinės paslaugos (VTFP) įtaka nuotaikos sutrikimų (NS) turinčių pacientų atpažinimui bei vaistinio ir paciento tarpusavio bendradarbiavimui (1VAPAN)“, iš LBEK buvo gautas 2023 m. rugsėjo 19 d. Leidimas atlikti biomedicininį tyrimą išduotas LBEK Biomedicininių tyrimų ekspertų grupės posėdžio, įvykusio 2023 m. rugpjūčio 29 d., sprendimu. Planuojama viso biomedicininio tyrimo trukmė 7 metai (2023.09 – 2030.09) (žr. Priedas Nr. 1).

2.2. Tiriamųjų apibūdinimas:

Tiriamųjų įtraukimo į biomedicininį tyrimą kriterijai

Įtraukiami visi iš eilės, dėl bet kokių priežasčių RVM, vaistinėje apsilankę asmenys (lankytojai, klientai, pacientai, toliau tekste, pagal LBEK protokolą – pacientai), suaugę, 18 metų ir vyresni, suprantantys tyrimo esmę bei sutinkantys dalyvauti, kuriems esamu momentu nereikalinga skubi medicininė pagalba, susijusi su gyvybei pavojinga būkle.

Neįtraukimo į biomedicininį tyrimą kriterijai:

Pacientai, kurie:

- ✓ turi kritinių sveikatos būklių, reikalaujančių neatidėliotinos medicininės pagalbos;
- ✓ atsisako dalyvauti biomedicininiame tyrime;
- ✓ nesupranta tyrimo esmės;
- ✓ yra jaunesni nei 18m.

Tiriamųjų skaičius ir jo pagrindimas

Apskaičiuotas imties dydis 7 metams yra 2581 pacientas, skaičiuojant imties dydį, su tikimybe, kad atsako dažnis būtų 80%, todėl į tyrimą planuojama įtraukti 2600 pacientų. Šiame tyrimo etape (nuo 2023.09.19 iki 2024.03.01) buvo surinkti ir įvertinti 336 pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, duomenys. Biomedicininis tyrimas tęsiamas toliau.

2.3. Tyrimo metodika

Skerspjuvio tyrimas. Pacientų anoniminė apklausa buvo vykdoma vaistinėse, kurios yra UAB „Nemuno vaistinės“ tinkle, skirtinguose Lietuvos miestuose. Buvo gautas tyrime dalyvaujančio vaistinės tinklo (UAB „Nemuno vaistinė“) personalo direktorės leidimas (Priedas Nr. 2) atlikti tyrimą visame UAB „Nemuno vaistinės“ tinkle nuo 2023m. balandžio mėn. iki 2024m. balandžio mėn. Atsitiktinės atrankos būdu, išskaičiuojant kompiuterine atranka pasirinkimą iš UAB „Nemuno vaistinės“ tinkle esančių vaistinių. Tyrimas buvo atliekamas keturiose šio tinklo visuomenės vaistinėse: fil. Nr. 319, Vilnius; fil. Nr. 490, Kaunas; fil. Nr. 257, Alytus; fil. Nr. 411, Druskininkai. Iš kiekvieno, tyrime dalyvaujančio, vaistinės filialo vedėjo buvo gautas atskiras sutikimas atlikti tyrimą atitinkamoje vaistinėje.

Dalyvauti tyrime buvo kviečiami visi iš eilės, vaistinėje RVM apsilankantys pacientai, atitinkantys įtraukimo į tyrimą kriterijus ir sutikę dalyvauti tyrime, susipažinę su tyrimo paskirtimi, tikslu, nauda, tyrimo užsakovais, trukme, dalyvavimo tyrime etapais, rizika ar/ir nepatogumais, teise atsisakyti dalyvauti tyrime, konfidencialumo klausimais bei kitais su tyrimu susijusiais klausimais. Visi pacientui neaiškūs klausimai, patikslinimo reikalaujantys klausimai ar susiję su tyrimu klausimai buvo atsakomi pacientui žodžiu iki tenkinančio pacientą atsakymo lygmens. Tie pacientai, kurie galimai turėjo SI, nustatytų pagal PHQ-9, buvo paskatinami kreiptis į kitus sveikatos priežiūros specialistus tolimesniai diagnozės vertinimui. Kiekvienas atskiras pacientas buvo vertinamas tik vieną kartą ir jam nebuvo suteikiamas identifikacinis kodas. Dalyvavimas tyrime buvo laisva valia, dalyvavimas galėjo būti nutraukiamas bet kuriuo metu, jei tiriamieji pareikštų tokį norą.

2.4. Pacientų apklausa

Anoniminė pacientų apklausa buvo sudaryta iš trijų dalių (Priedas Nr. 3), šia apklausa buvo siekiama įvertinti pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografinius duomenis, taip pat, tiriamųjų depresinius sutrikimus bei SI, galimai esamų depresinių sutrikimų stiprumą ir pacientų požiūrį į VV suteikiamą konsultaciją apie NS.

Anoniminės apklausos pradžioje buvo pateikta pacientų susipažinimui skirta informacija apie atliekamo tyrimo esmę bei tikslus, o pati apklausa buvo sudaryta iš 15 klausimų:

I dalis. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografinių duomenų vertinimas.

Pacientų sociodemografiniai duomenys: lytis, amžius, įgytas aukščiausias išsilavinimas, šeimyninė padėtis. Pacientų buvo klausiama, ar šiuo metu jaučia depresijos požymius, jei taip, ar kreipėsi į gydytoją, kokie veiksniai, jų nuomone, lemia tokią savijautą ir kokius simptomus jie patiria. Taip pat, visų pacientų buvo klausiama, ar vartoja antidepresantus, vaistus nuo nerimo ir, ar serga lėtinėmis ligomis.

II dalis. PHQ-9 klausimynas, kuriuo siekiama įvertinti, ar pacientai, besilankantys visuomenės vaistinėje RVM, turi depresinių sutrikimų.

PHQ-9 klausimynu buvo siekiama įvertinti, kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites pacientus kamavo kurios nors iš šių problemų:

1. Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus;
2. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam(-ai) ar beviltiškam (-ai);
3. Sunkumas užmigti ar išsimiegoti, arba per ilgas miegojimas;
4. Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas;
5. Prastas apetitas arba persivalgymas;
6. Prasta savijauta - pojūtis, kad esate nevykėlis (-ė) arba kad nuvylėte save ar savo šeimą;
7. Sunkumas susikoncentruoti ties tokiais dalykais kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas;
8. Judėjimas ar kalbėjimas taip lėtai, kad kiti žmonės galėjo pastebėti? Arba atvirksčiai - buvimas tokiam (-ai) neramiam (-ai), kad judėjote daugiau;
9. Mintys, kad Jums geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą koku nors būdu.

Didžiosios depresijos epizodo diagnozė yra nustatoma pagal kriterijus apibrėžtus 4-ajame Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadove (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV) (117,118). PHQ-9 sudaro elementai, apimantys 9 kriterijaus A simptomus, skirtus DSM-IV didžiosios depresijos epizodo diagnozei. Papildomas klausimas yra apie simptomų įtaką asmens funkcionavimui, analogiškas DSM-IV didžiosios depresijos epizodo C kriterijui (117,118).

Atsakant į visus PHQ-9 elementus, pacientas turėjo pažymėti labiausiai jam tinkantį atsakymo variantą, kuris kiekvienas nusako tam tikrą atitinkamą sunkumo indeksą: „beveik nekamavo“ vertinama kaip 0 balų, „keletą dienų“ – 1 balas, „daugiau nei pusė iš visų dienų“ – 2 balai, „beveik kiekvieną dieną“ 3 balai (74) . Tokia šio klausimyno struktūra reiškia,

kad jis gali būti naudojamas tiek tikėtina didelės depresijos diagnozei, tiek polinkio į depresiją diagnozei nustatyti, taip pat įvertinti depresijos simptomų sunkumą. Balų suma gali svyruoti nuo 0 iki 27 (117). Laikoma, kad depresijos rodiklis yra teigiamas, kai požymių ir simptomų taškų suma yra didesnė arba lygi 10. Pagal skalėje gautus taškus galima išskirti tokią klasifikaciją: a) 0 – 4 balai rodo depresijos nebuvimą arba minimalius depresijos simptomus; b) 5 – 9 balai rodo silpną depresiją; c) 10 – 14 balai rodo vidutinio sunkumo depresiją; d) 15–19 balų rodo vidutinio sunkumo ir sunkią depresiją; e) 20 ir daugiau balų rodo sunkią depresiją (74). Tačiau yra mokslinių tyrimų, kuriuose yra apibrėžiamos ir kitokios ribinių balų vertės. 2012m. atliktoje metaanalizėje apibrėžiama, jog nuo 8 iki 11 PHQ-9 balų jau yra priimtina depresijos diagnostika (114). Todėl reikia atsargiai vertinti konkretų ribinį balą nustatant depresijos simptomų buvimą, kadangi šie ribiniai balai gali skirtis priklausomai nuo imamos populiacijos ypatumų (114).

III dalis. Klausimai, vertinantys pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrį į VV suteikiamą konsultaciją apie NS.

Šioje anoniminės apklausos dalyje pacientams buvo pateikti teiginiai, sukurti šiam tyrimui, kurių atsakymai buvo vertinami pagal Likert'o skalę, nuo 1 – visiškai nesutinku iki 5 – visiškai sutinku. Pacientai turėjo pasirinkti, kaip stipriai sutinka ar nesutinka su pateiktais teiginiais.

2.5. Statistinė analizė

Surinktiems popieriniams tyrimo duomenims susisteminti buvo naudojama *Microsoft Office Excel* programa. Susisteminti tyrimo duomenys buvo perkelti į IBM SPSS 29.0.2.0 versijos programą. Buvo skaičiuojami apklausų duomenų vidurkiai, dažniai, standartiniai nuokrypiai. Duomenys buvo lyginami naudojant Fisher'io tikslųjį, Chi kvadrato, ANOVA testus. Duomenų tarpusavio sąsajos laikomos statistiškai reikšmingomis, kai reikšmingumo lygmuo mažiau už 0,05 ($p < 0,05$).

3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

3.1. Bendra tiriamųjų imtis ir pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografiniai duomenys

Tyrimo dalyvavo 336 dėl bet kokių priežasčių RVM vaistinėje apsilankę pacientai. Iš 336 tyrimo dalyvavusių pacientų, n=175 (52,1%) buvo moterys ir n=161 (47,9%) - vyrai. Vidutinis tyrimo dalyvavusių pacientų amžius - $45,93 \pm 16,458$. Vidutinis tyrimo dalyvavusių moterų amžius - $47,43 \pm 15,584$, vidutinis tyrimo dalyvavusių vyrų amžius - $44,29 \pm 17,258$. Pacientų sociodemografiniai duomenys pateikti 1 lentelėje.

1 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografiniai duomenys.

		Tiriamieji	
		n	proc.
Lytis	Moterys	175	52,1%
	Vyrai	161	47,9%
Amžius metais (V ± SN)	Moterys	47,43 ± 15,584	
	Vyrai	44,29 ± 17,258	
Įgytas aukščiausias išsilavinimas	Pradinis	1	0,3%
	Vidurinis	53	15,8%
	Profesinis	47	14,0%
	Aukštasis neuniversitetinis	76	22,6%
	Aukštasis universitetinis	159	47,3%
Šeimyninė padėtis	Vedęs/Ištekėjusi/Gyvena poroje	216	64,3%
	Nevedęs/netekėjusi	68	20,2%
	Našlys/našlė	18	5,4%
	Išsiskyres/išsiskyrusi	34	10,1%
Mažamečių vaikų turėjimas	Taip	92	27,4%
	Ne	244	72,6%

V – vidurkis; SN – standartinis nuokrypis.

Daugiausiai respondentų (47,3%) pažymėjo, jog yra įgavę aukštąjį universitetinį išsilavinimą. 1 (0,3%) respondentas turėjo tik pradinį išsilavinimą (žr. lentelę 1).

3.1.1. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografinių duomenų pasiskirstymas pagal lytį

Duomenys parodė, jog našlių vyrų, skirtingai nei našlių moterų, buvo reikšmingai mažiau, atitinkamai $n=4$ (2,5%) ir $n=14$ (8,0%), išsiskyrusių vyrų taip pat buvo reikšmingai mažiau nei išsiskyrusių moterų, atitinkamai, $n=11$ (6,8%) ir $n=23$ (13,1%), ($p=0,023$) (žr. 2 lentelę). Tačiau įvertinus duomenis pagal lytį ir partnerio turėjimą arba neturėjimą, reikšmingų skirtumų tarp lyčių nebuvo nustatyta.

Įvertinus pasiskirstymą pagal mažamečių vaikų turėjimą ir lytį, iš viso atsakė 175 moterys ir 161 vyras. Vaikų turėjo 92 respondentai: 49 (53,3%) moterys ir 43 (46,7%) vyrai, ir, atitinkamai, vaikų neturėjo 244 respondentai - 126 (51,6%) moterys bei 118 (48,4%) vyrų.

2 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografinių duomenų pasiskirstymas pagal lytį

Teiginys	Vertinimas	Lytis	n	proc.	p
Našlys/našlė	Taip	Moteris	14	8,0%	0,023*
		Vyras	4	2,5%	
Išsiskyres/išsiskyrusi	Taip	Moteris	23	13,1%	
		Vyras	11	6,8%	

* - statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,05$)

3.2. Pacientų, besilankančių vaistinėje RVM, požiūris į savo nuotaikos būklę pagal tyrimui sudarytą anketą

3.2.1. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, šiuo metu jaučiami depresijos požymiai pagal tyrimui sudarytą anketą

Iš 334 respondentų, $n=48$ (14,4%) pažymėjo, jog šiuo metu jaučia depresijos požymius, $n=286$ (85,6%) – nejaučia (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, šiuo metu jaučiami depresijos požymiai pagal tyrimui sudarytą anketą

		Tiriamieji	
		n	proc.
Šiuo metu jaučiami depresijos požymiai	Taip	48	14,4%
	Ne	286	85,6%

Reikšmingų skirtumų tarp moterų ir vyrų, šiuo metu jaučiančių depresijos požymius, nebuvo nustatyta, atitinkamai $n=27$ (56,3%) ir $n=21$ (43,8%).

3.2.2. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, šiuo metu jaučiančių depresijos požymius pagal tyrimui sudarytą anketą, subjektyvus savijautos vertinimas bei kreipimasis į gydytoją

Duomenys, vertinantys pacientų, šiuo metu jaučiančių depresijos požymius, subjektyvų savijautos vertinimą ir kreipimąsi į gydytoją, pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, šiuo metu jaučiančių depresijos požymius pagal tyrimui sudarytą anketą, subjektyvus savijautos vertinimas bei kreipimasis į gydytoją

		Tiriamieji	
		n	proc.
Kreipimasis į gydytoją	Taip	10	20,8%
	Ne	38	79,2%
Veiksniai, pacientų nuomone, lemiantys tokią savijautą	Finansinių išteklių trūkumas	12	25,5%
	Tamsusis periodas	24	50%
	Nesutarimai šeimoje	11	22,9%
	Santykiai su partneriu/-e	7	14,6%
	Kita	7	20,6%
Per paskutines dvi savaites beveik kiekvieną dieną, didžiąją laiko dalį jaučiami simptomai	Miego pokyčiai (nemiga arba per ilgas miegojimas)	36	62,1%
	Apetito pokyčiai (apetito stoka arba persivalgymas)	25	43,1%
	Svorio pokyčiai (sumažėjęs arba padidėjęs svoris)	16	27,6%
	Įprastinės ankstesnės veiklos nebeteikia tiek džiaugsmo, kiek teikė anksčiau	18	31,0%
	Suprastėjusi nuotaika	33	56,9%
	Atsiradusios suicidinės mintys/ketinimai	8	13,8%

Pacientų teigimu, pagrindinis veiksnys, lėmęs depresišką savijautą buvo tamsusis periodas (50%). Per paskutines dvi savaites beveik kiekvieną dieną, didžiąją laiko dalį dažniausiai jaučiami simptomai buvo miego pokyčiai (nemiga arba per ilgas miegojimas) ir suprastėjusi nuotaika (62,1% ir 56,9%). Žr. 4 lentelę.

3.2.3. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, šiuo metu jaučiamų depresijos požymių pagal tyrimui sudarytą anketą sąsaja su lytimi

Įvertinus didžiosios depresijos simptomatiką, per paskutines dvi savaites, beveik kiekvieną dieną, didžiąją laiko dalį, vyrams statistiškai reikšmingai mažiau pasireiškė suprastėjusi nuotaika lyginant su moterimis – n=8 (33,3%) vs n=25 (73,5%), (p=0,003). Duomenys pateikiami 5 lentelėje. Įvertinus kitus didžiosios depresijos simptomus – miego pokyčius, apetito pokyčius, svorio pokyčius bei įprastinę ankstesnę veiklą – reikšmingų skirtumų tarp lyčių nebuvo nustatyta.

5 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, šiuo metu jaučiamų depresijos požymių pagal tyrimui sudarytą anketą sąsaja su lytimi

Teiginys	Vertinimas	Lytis	n	proc.	p
Suprastėjusi nuotaika	Taip	Moteris	25	73,5%	0,003*
		Vyras	8	33,3%	
	Ne	Moteris	9	26,5%	
		Vyras	16	66,7%	

* - statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

3.2.4. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, duomenys, susiję su antidepresantų ir vaistų nuo nerimo vartojimu bei sirgimu lėtinėmis ligomis

Duomenys, vertinantys pacientų antidepresantų ir vaistų nuo nerimo vartojimą bei sirgimą lėtinėmis ligomis, pateikiami 6 lentelėje.

6 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, duomenys, susiję su antidepresantų ir vaistų nuo nerimo vartojimu bei sirgimu lėtinėmis ligomis

		Tiriamieji	
		n	proc.
Antidepresantų vartojimas	Taip	7	2,3%
	Ne	290	97,0%
	Nežinau	2	0,7%
Vaistų nuo nerimo vartojimas	Taip	17	5,7%

	Ne	281	94%
	Nežinau	1	0,3%
Sirgimas lėtinėmis ligomis	Taip	74	24,7%
	Ne	208	69,6%
	Nežinau	17	5,7%

Antidepresantus teigė vartojantys 7 pacientai, 6 (85,7%) moterys ir 1 (14,3%) vyras. Respondentų teigimu, vaistus nuo nerimo vartojo 17 (5,7%) pacientų. Statistiškai reikšmingai vaistus nuo nerimo dažniau vartojo moterys – n=13 (8,7%) nei vyrai – n=4 (2,7%) (p=0,049) (žr. 7 lentelę). Pacientų teigimu, lėtinėmis ligomis sirgo 34 (45,9%) moterys ir 40 (54,1%) vyrų.

7 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, vaistų nuo nerimo vartojimas

Teiginys	Vertinimas	Lytis	n	proc.	p
Vaistų nuo nerimo vartojimas	Taip	Moteris	13	8,7%	0,049*
		Vyras	4	2,7%	

* - statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

3.3. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, PHQ-9 klausimyno rezultatai (I)

3.3.1. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 vertinimas (I)

PHQ-9 klausimyno rezultatai pagal surinktus balus (min. 0 balų, max 27 balai) buvo suskirstyti į dvi grupes: nuo 0 iki 10 balų – pacientas depresijos simptomų nepatyrė; 10 balų ir daugiau – pacientas patyrė depresijos simptomus.

Į PHQ-9 klausimyną atsakė 334 pacientai, iš jų 287 (85,9%) pacientai nepatyrė depresijos simptomų, 47 (14,1%) pacientai patyrė depresijos simptomus. Duomenys pateikiami 8 lentelėje.

8 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 vertinimas

	Tiriamieji	
	n	proc.

PHQ-9 vertinimas	Nepatyrė depresijos simptomų (0 – 10 balų)	287	85,9%
	Patyrė depresijos simptomus (10 balų ir daugiau)	47	14,1%

Iš pacientų, patyrusių depresijos simptomus, 31 (66,0%) pacientas patyrė vidutinio sunkumo depresijos simptomus, 12 (25,5%) pacientų patyrė vidutinio sunkumo ir sunkius depresijos simptomus, ir 4 (8,5%) pacientai patyrė sunkius depresijos simptomus.

3.3.2. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajos su lytimi (I)

Duomenys parodė, jog iš 287 pacientų, nepatyrusių depresijos simptomų, 147 (51,2%) buvo moterys, 140 (48,8%) – vyrai. Iš 47 pacientų, patyrusių depresijos simptomus, 27 (52,1%) buvo moterys, 20 (42,6%) – vyrai.

Įvertinus depresijos simptomų buvimą pagal PHQ-9, reikšmingų skirtumų tarp lyčių nebuvo nustatyta.

3.3.3. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajos su amžiumi (I)

Pacientų amžius metais buvo suskirstytas į 6 grupes kas 10 metų:

- I. 18 – 30;
- II. 31 – 40;
- III. 41 – 50;
- IV. 51 – 60;
- V. 61 – 70;
- VI. 71 – 80.

Įvertinus duomenis, reikšmingų skirtumų tarp depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 ir amžiaus grupes nebuvo nustatyta.

Tačiau įvertinus pacientų amžių neskirstant į grupes, duomenys rodo, jog pacientų, patyrusių depresijos simptomus, amžiaus vidurkis buvo statistiškai reikšmingai mažesnis nei tų pacientų, kurie nepatyrė depresijos simptomų ($40,17 \pm 18,963$ vs $46,67 \pm 15,732$) ($p = 0,011$) (žr. 9 lentelę).

9 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajos su amžiumi

		Amžius (V ± SN)	p
PHQ-9 vertinimas	Nepatyrė depresijos simptomų (0 – 10 balų)	46,67 ± 15,732	0,011*
	Patyrė depresijos simptomus (10 balų ir daugiau)	40,17 ± 18,963	

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis; * - statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Nustatyta neigiama koreliacija tarp PHQ-9 ir pacientų amžiaus (r=-0,178) (p<0,01).

3.3.4. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrio į vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą, ir depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajos (I)

Duomenys parodė, jog tie pacientai, kurie patyrė depresijos simptomus, statistiškai reikšmingai geriau vertino teiginį „Lyginant su gydytoju, vaistininkas draugiškiau priima mano nuotaikos problemas“, nei tie pacientai, kurie nepatyrė depresijos simptomų (3,35 ± 0,706 vs 2,98 ± 0,898) (p = 0,008). Duomenys pateikiami 10 lentelėje.

10 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrio į vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą, ir depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajos (I)

Teiginys	PHQ-9 vertinimas	Vertinimas (V ± SN)	p
Lyginant su gydytoju, vaistininkas draugiškiau priima mano nuotaikos problemas	Nepatyrė depresijos simptomų (0 – 10 balų)	2,98 ± 0,898	0,008*
	Patyrė depresijos simptomus (10 balų ir daugiau)	3,35 ± 0,706	

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis; * - statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

Rezultatai, vertinantys pacientų požiūrio į vaistininkų žinias apie NS ir gebėjimą atpažinti pacientus, galimai turinčius NS, ir PHQ-9 balų sumos sąsajas, parodė, jog didėjant bendram PHQ-9 balui, mažėjo teiginio „Vaistininkas turi pakankamai žinių apie nuotaikos sutrikimus“ įvertis (r=0,115) (p<0,05). Taip pat, didėjant bendram PHQ-9 balui, mažėjo teiginio

„Vaistininkas gali atpažinti pacientą, kuris galimai turi nuotaikos sutrikimų“ įvertis ($r=0,135$) ($p<0,05$).

Reikšmingų skirtumų tarp kitų teiginių, vertinančių pacientų požiūrio į vaistininko teikiamą konsultaciją ir depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajas, nebuvo nustatyta.

3.4. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, PHQ-9 klausimyno rezultatai (II)

3.4.1. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 vertinimas (II)

PHQ-9 klausimyno rezultatai pagal surinktus balus (min. 0 balų, max 27 balai) buvo suskirstyti į tris grupes: nuo 0 iki 5 balų – pacientas depresijos simptomų nepatyrė; 6-7 balai – pacientas galimai patyrė depresijos simptomus; daugiau nei 8 balai – pacientas patyrė depresijos simptomus.

Į PHQ-9 klausimyną atsakė 334 pacientai, iš jų 229 (68,6%) pacientai nepatyrė depresijos simptomų, 32 (9,6%) pacientai galimai patyrė depresijos simptomus, 73 (21,9%) pacientai patyrė depresijos simptomus. Duomenys pateikiami 11 lentelėje.

11 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 vertinimas (II)

		Tiriamieji	
		n	proc.
PHQ-9 vertinimas	Nepatyrė depresijos simptomų (0 – 5 balai)	229	68,6%
	Galimai patyrė depresijos simptomus (6 – 7 balai)	32	9,6%
	Patyrė depresijos simptomus (daugiau nei 8 balai)	73	21,9%

3.4.2. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajos su lytimi (II)

Duomenys parodė, jog iš 229 pacientų, nepatyrusių depresijos simptomų, 114 (49,8%) buvo moterys, 115 (50,2%) – vyrai. Iš 32 pacientų, galimai patyrusių depresijos simptomus, 18 (56,3%) buvo moterys, 14 (43,8%) – vyrai. Iš 73 pacientų, patyrusių depresijos simptomus, 42 (57,5%) buvo moterys, 31 (42,5%) – vyrai.

Įvertinus depresijos simptomų buvimą pagal PHQ-9, reikšmingų skirtumų tarp lyčių nebuvo nustatyta.

3.4.3. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajos su amžiumi (II)

Pacientų amžius metais buvo suskirstytas į 6 grupes kas 10 metų:

- I. 18 – 30;
- II. 31 – 40;
- III. 41 – 50;
- IV. 51 – 60;
- V. 61 – 70;
- VI. 71 – 80.

Įvertinus duomenis, reikšmingų skirtumų tarp depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 ir amžiaus grupes nebuvo nustatyta.

Tačiau įvertinus pacientų amžių neskirstant į grupes, duomenys parodė, jog pacientų, patyrusių depresijos simptomus, amžiaus vidurkis buvo statistiškai reikšmingai mažesnis nei tų pacientų, kurie galimai patyrė depresijos simptomus ir tų, kurie nepatyrė depresijos simptomų ($40,85 \pm 15,365$ vs $47,16 \pm 17,618$ vs $47,13 \pm 15,365$) ($p = 0,014$) (žr. 12 lentelę).

12 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajos su amžiumi (II)

		Amžius (V ± SN)	p
PHQ-9 vertinimas	Nepatyrė depresijos simptomų (0 – 5 balų)	47,13 ± 15,365	0,014*
	Galimai patyrė depresijos simptomus 6 – 7 balai	47,16 ± 17,618	
	Patyrė depresijos simptomus (daugiau nei 8 balai)	40,85 ± 15,365	

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis; * - statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$)

3.4.4. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrio į vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą, ir depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajos (II)

Duomenys parodė, jog tie pacientai, kurie patyrė depresijos simptomus statistiškai reikšmingai blogiau vertino teiginį „Vaistininkas gali atpažinti pacientą, kuris galimai turi nuotaikos sutrikimų“ nei tie pacientai, kurie galimai patyrė depresijos simptomų ir tie, kurie nepatyrė depresijos simptomų ($3,00 \pm 0,816$ vs $3,25 \pm 0,803$ vs $3,33 \pm 0,808$) ($p = 0,010$).

Duomenys parodė, jog tie pacientai, kurie galimai patyrė depresijos simptomus statistiškai reikšmingai blogiau vertino teiginį „Lyginant su gydytoju, aš mažiau bijau kalbėtis apie depresiją su vaistininku“ nei tie pacientai, kurie nepatyrė depresijos simptomų ir tie, kurie patyrė depresijos simptomus ($2,28 \pm 1,023$ vs $2,76 \pm 0,950$ vs $2,70 \pm 0,982$) ($p = 0,033$).

Duomenys pateikiami 13 lentelėje.

13 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrio į vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą, ir depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajos (II)

Teiginys	PHQ-9 vertinimas	Vertinimas (V ± SN)	p
Vaistininkas gali atpažinti pacientą, kuris galimai turi nuotaikos sutrikimų	Nepatyrė depresijos simptomų (0 – 5 balų)	3,33 ± 808	0,010*
	Galimai patyrė depresijos simptomus (6 – 7 balai)	3,25 ± 0,803	
	Patyrė depresijos simptomus (daugiau nei 8 balai)	3,00 ± 0,816	
Lyginant su gydytoju, aš mažiau bijau kalbėtis apie depresiją su vaistininku	Nepatyrė depresijos simptomų (0 – 5 balų)	2,76 ± 0,950	0,033*
	Galimai patyrė depresijos simptomus (6 – 7 balai)	2,28 ± 1,023	
	Patyrė depresijos simptomus (daugiau nei 8 balai)	2,70 ± 982	

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis; * - statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,05$)

Reikšmingų skirtumų tarp kitų teiginių, vertinančių pacientų požiūrio į vaistininko suteikiamą konsultaciją ir depresijos simptomų buvimo pagal PHQ-9 sąsajas, nebuvo nustatyta.

3.5. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris į vaistininko suteikiamą konsultaciją apie NS

3.5.1. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris į vaistininko teikiamą konsultaciją

Pacientai teiginį „Vaistininkas yra tik pardavėjas“ vertino labiau neigiamai $2,05 \pm 1,078$. Pacientai sutiko su teiginiu, jog vaistininkas visuomet paaiškina, kaip vartoti vaistus $4,23 \pm 0,731$. Taip pat, pacientai sutiko, jog gali pasitikėti vaistininku, kad pateikta informacija apie jų sveikatos problemas išlieka konfidenciali $4,00 \pm 0,893$ (žr. 14 lentelę).

14 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris į vaistininko teikiamą konsultaciją

Teiginys	(V ± SN)
Vaistininkas yra tik pardavėjas	$2,05 \pm 1,078$
Vaistininkas visuomet paaiškina, kaip vartoti vaistus	$4,23 \pm 0,731$
Galiu pasitikėti vaistininku, kad pateikta informacija apie mano sveikatos problemas išlieka konfidenciali	$4,00 \pm 0,893$

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis.

3.5.2. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris apie vaistininkų žinias ir gebėjimą atpažinti NS turinčius pacientus

Duomenys parodė, kad pacientai vaistininko turimas žinias apie NS vertino nei teigiamai, nei neigiamai $3,37 \pm 0,837$. Taip pat, pacientai nei teigiamai, nei neigiamai vertino vaistininkų gebėjimą atpažinti pacientus galimai turinčius NS $3,25 \pm 0,818$ (žr. 15 lentelę).

15 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris apie vaistininkų žinias ir gebėjimą atpažinti NS turinčius pacientus

Teiginys	(V ± SN)
Vaistininkas turi pakankamai žinių apie NS	3,37 ± 0,837
Vaistininkas gali atpažinti pacientą, kuris galimai turi NS	3,25 ± 0,818

NS – nuotaikos sutrikimai, V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis

3.5.3. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris apie vaistininko domėjimąsi jų nuotaikos būkle

Duomenys parodė, jog pacientams nei patinka, nei nepatinka, kai vaistininkas domisi jų nuotaikos būkle $3,36 \pm 1,057$ (žr. 16 lentelę).

16 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris apie vaistininko domėjimąsi jų nuotaikos būkle

Teiginys	(V ± SN)
Man patinka, kai vaistininkas domisi mano nuotaikos būkle	3,36 ± 1,057

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis

3.5.4. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris į vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą

Duomenys parodė, jog pacientai labiau nesutiko, kad lyginant su gydytoju, kalbėtis apie depresišką savijautą yra patikimiau su vaistininku $2,57 \pm 1,020$. Taip pat, pacientai labiau nesutiko su teiginiu „Lyginant su gydytoju, išsakyti depresiškas mintis ir savijautą yra ramiau vaistininkui“ $2,62 \pm 1,001$. Pacientai nei sutiko, nei nesutiko su teiginiu „Lyginant su gydytoju, vaistininkas draugiškiau priima mano nuotaikos problemas“ $3,03 \pm 0,884$. Pacientai labiau nesutiko, jog lyginant su gydytoju, jie mažiau bijo kalbėtis apie depresiją su vaistininku $2,70 \pm 0,942$. Duomenys pateikiami 17 lentelėje.

17 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris į vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą

Teiginys	(V ± SN)
Lyginant su gydytoju, kalbėtis apie depresišką savijautą yra patikimiau su vaistininku	2,57 ± 1,020

Lyginant su gydytoju, išsakyti depresiškas mintis ir savijautą yra ramiau vaistininkui	2,62 ± 1,001
Lyginant su gydytoju, vaistininkas draugiškiau priima mano nuotaikos problemas	3,03 ± 0,884
Lyginant su gydytoju, aš mažiau bijau kalbėtis apie depresiją su vaistininku	2,70 ± 0,942

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis.

3.5.5. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, nuomonė apie vaistininko požiūrį į NS turinčius pacientus

Duomenys parodė, jog respondentai labiau nesutiko su teiginiu „Pacientai, turintys nuotaikos sutrikimų, patiria stigmą (netoleranciją, nelygybę, diskriminaciją) iš vaistininkų“ 2,33 ± 0,942 (žr. 18 lentelę).

18 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, nuomonė apie vaistininko požiūrį į NS turinčius pacientus

Teiginys	(V ± SN)
Pacientai, turintys nuotaikos sutrikimų, patiria stigmą (netoleranciją, nelygybę, diskriminaciją) iš vaistininkų	2,33 ± 0,942

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis.

3.5.6. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, nuomonė apie vaistininkų ir gydytojų bendradarbiavimą dėl NS turinčių pacientų

Duomenys parodė, jog pacientai labiau sutiko, kad vaistininkai ir gydytojai turėtų bendradarbiauti dėl NS turinčių pacientų 3,87 ± 0,923 (žr. 19 lentelę).

19 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, nuomonė apie vaistininkų ir gydytojų bendradarbiavimą dėl NS turinčių pacientų

Teiginys	(V ± SN)
Vaistininkai ir gydytojai turėtų bendradarbiauti dėl nuotaikos sutrikimų turinčių pacientų	3,87 ± 0,923

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis.

3.6. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrio į vaistininko suteikiamą konsultaciją apie NS ir sociodemografinių duomenų sąsajos

3.6.1. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrio į vaistininkų žinias ir gebėjimą atpažinti NS turinčius pacientus sąsajos su sociodemografiniais duomenimis

Duomenys parodė, jog respondentų, turėjusių ir neturėjusių mažamečių vaikų, požiūris apie vaistininkų žinias ir gebėjimą atpažinti NS turinčius pacientus reikšmingai skyrėsi. Respondentai, turėję mažamečių vaikų, reikšmingai blogiau vertino vaistininkų turimas žinias apie NS ir gebėjimą atpažinti NS turinčius pacientus. Duomenys pateikiami 20 lentelėje.

20 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrio į vaistininkų žinias ir gebėjimą atpažinti NS turinčius pacientus sąsajos su sociodemografiniais duomenimis

Teiginys	Mažamečių vaikų turėjimas	n	Vertinimas (V ± SN)	p
Vaistininkas turi pakankamai žinių apie NS	Taip	92	3,20 ± 0,788	0,021*
	Ne	243	3,43 ± 0,847	
Vaistininkas gali atpažinti pacientą, kuris galimai turi NS	Taip	92	3,07 ± 0,643	0,010*
	Ne	242	3,32 ± 0,866	

NS – nuotaikos sutrikimai, V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, * - statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

3.6.2. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrio į vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą, ir sociodemografinių duomenų sąsajos

Duomenys parodė, jog respondentų, turėjusių ir neturėjusių mažamečių vaikų, požiūris į vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą, reikšmingai skyrėsi. Respondentai, turėję mažamečių vaikų, reikšmingai blogiau vertino vaistininką,

lyginant su gydytoju, nei tie respondentai, kurie mažamečių vaikų neturėjo. Duomenys pateikiami 21 lentelėje.

21 lentelė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrio į vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą, ir sociodemografinių duomenų sąsajos

Teiginys	Mažamečių vaikų turėjimas	n	Vertinimas (V ± SN)	p
Lyginant su gydytoju, kalbėtis apie depresišką savijautą yra patikimiau su vaistininku	Taip	92	2,32 ± 0,889	0,003*
	Ne	243	2,68 ± 1,012	
Lyginant su gydytoju, išsakyti depresiškas mintis ir savijautą yra ramiau vaistininkui	Taip	92	2,37 ± 0,922	0,004*
	Ne	242	2,72 ± 1,012	
Lyginant su gydytoju, vaistininkas draugiškiau priima mano nuotaikos problemas	Taip	91	2,71 ± 0,847	0,00005*
	Ne	243	3,15 ± 0,869	
Lyginant su gydytoju, aš mažiau bijau kalbėtis apie depresiją su vaistininku	Taip	92	2,48 ± 0,883	0,010*
	Ne	242	2,79 ± 0,991	

V – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis, * - statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,05)

4. REZULTATŲ APITARIMAS

4.1. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografiniai duomenys ir požūris į savo nuotaikos būklę

Tyrimė siekėme įvertinti pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografinius duomenis bei subjektyvų savijautos vertinimą. Tyrimė pavyko išlaikyti moterų ir vyrų santykį - iš 336 tyrimė dalyvavusių pacientų, šiek tiek daugiau nei pusė tiriamųjų buvo moterys - 175, likusieji buvo vyrai - 161. Jauniausias tyrimė dalyvavęs pacientas buvo 18 metų, o vyriausias – 84 metų (amžiaus vidurkis $45,93 \pm 16,458$). Daugiausiai pacientų pažymėjo, jog yra įgavę aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Našlių ar išsiskyrusių vyrų buvo mažiau nei našlių ar išsiskyrusių moterų. Ketvirtadalis pacientų turėjo mažamečių vaikų. Pačių pacientų teigimu, 48 pacientai tuo metu jautė depresijos požymius. 2018m. A. Kondova ir kt. atliktame tyrimė, visuomenės vaistinėje dėl depresijos simptomų tikrinamų pacientų amžiaus vidurkis buvo šiek tiek didesnis (57,8) (119). Amžiaus vidurkio skirtumas, lyginant šį tyrimą ir A. Kondova ir kt. atliktą tyrimą, galėjo atsirasti dėl skirtingos tyrimo imties (šio tyrimo imtis buvo keturis kartus didesnė), o taip pat ir dėl skirtingo mokslinio dizainio – A. Kondova ir kt. atliktame tyrimė dėl depresijos simptomų buvo tikrinami tik tie asmenys, kurie jautė depresijai būdingus simptomus, pavyzdžiui, suprastėjusią nuotaiką, nuovargį ir miego sutrikimus ilgiau nei 2 savaites, ir, kurie konsultavosi vaistinėje (119).

Vertinant pagal didžiosios depresijos standartinius klausimus, tik suprastėjusios nuotaikos simptomatika statistiškai reikšmingai skyrėsi pagal lytį: daugiau negu du kartus dažniau buvo stebima moterų imtyje. Taip pat, pacientų teigimu, vaistus nuo nerimo vartojo dvidešimtadalis ($n=17$) pacientų – moterys vaistus nuo nerimo vartojo tris kartus dažniau nei vyrai. Tačiau tiek standartiškai, tiek pagal kitokias diagnostines ribas vertinant depresijos simptomų buvimą pagal PHQ-9 klausimyną, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp lyčių nebuvo nustatyta. Analizuojant mokslinius tyrimus, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp moterų ir vyrų, patiriančių depresijos simptomus: beveik du kartus dažniau depresijos simptomai pasireiškė moterims (120). 2017m. Rachel H. Salk, Janet S. Hyde ir Lyn Y. Abramson atliko dvi nacionaliniu mastu reprezentatyvias metaanalizes, į kurias buvo įtraukta 65 ir 95 straipsniai, apimantys duomenis iš 1 716 195 ir 1 922 064 žmonių daugiau nei 90-yje skirtingų šalių. Metaanalizėse nustatyta, jog šansų santykis moterims ir vyrams sirgti didžiąja depresija, buvo $=1,95$ (pasikliautinis intervalas 95%) (120). Tokie metaanalizių rezultatai leidžiamanyi, jog moterys beveik du kartus dažniau patiria depresijos simptomus nei vyrai. Skirtumai tarp šio tyrimo rezultatų ir moksliniuose tyrimuose pateikiamų duomenų galėjo atsirasti dėl galimai nepakankamos šio tyrimo imties. Reikalingi tolimesni tyrimai, apimantys

didesnę žmonių imtį, norint tikslingiau įvertinti depresijos simptomų pasireiškimą moterims ir vyrams.

Standartiškai vertinant depresijos simptomų buvimą pagal PHQ-9 klausimyną, nustatyta, jog pacientų, patyrusių depresijos simptomus, amžiaus vidurkis buvo statistiškai reikšmingai mažesnis nei tų pacientų, kurie nepatyrė depresijos simptomų. Vertinant depresijos simptomų buvimą pagal galimai jautresnes PHQ-9 diagnostines vertes, taip pat nustatyta, jog pacientų, patyrusių depresijos simptomus, amžiaus vidurkis buvo statistiškai reikšmingai mažesnis nei tų pacientų, kurie galimai patyrė depresijos simptomus ir tų, kurie nepatyrė depresijos simptomų. Pacientų, patyrusių depresijos požymius pagal standartines ir žemesnes PHQ-9 diagnostines vertes, amžiaus vidurkis buvo $40,2 \pm 19$ ir $40,9 \pm 15$ atitinkamai. Užsienio moksliniuose tyrimuose taip pat yra aprašomas depresijos paplitimas panašaus amžiaus žmonių grupėje. 2018m. A. Kondova ir kt. atliktame tyrime buvo nustatyta, jog depresijos simptomai dažniausiai pasireiškia 40 – 65 metų amžiaus žmonėms ir rečiausiai pasireiškia tiems žmonėms, kuriems yra virš 65 metų (119). 2021m. J. A. de la Torre ir kt. atliktame, populiaciją atspindinčiame, tyrime buvo nustatyta, jog reikšmingai didesnis galimo depresinio sutrikimo paplitimas yra tarp 45 – 59 metų amžiaus žmonių, palyginus su 16 – 29 metų amžiaus žmonėmis (121). 2011m. R. C. Kessler ir kt. atliktame tyrime nustatyta, jog 7 iš 10 išsivysčiusių šalių, didžiosios depresijos epizodų paplitimas buvo reikšmingai didesnis 18 – 34 amžiaus žmonių grupėje nei 65+ amžiaus grupėje (7,0% vs 2,6%) (122). Tačiau 2020m. S. Wagnern ir kt. atliktame tyrime buvo nustatyta, jog vėlyvo vidurinio amžiaus (50 – 65) grupės pacientai buvo vyresni depresijos atsiradimo pradžioje, taip pat šioje amžiaus grupėje dažniau pasireiškėdavo pasikartojantys depresijos epizodai nei jaunesniems pacientams (18 – 29) (123). Taip pat, 2021m. Y. Zenebe ir kt. atliktoje sisteminėje apžvalgoje ir metaanalizėje nustatyta, kad bendras depresijos paplitimas tarp vyresnio amžiaus žmonių pasaulyje buvo labai didelis – 31,74% (124). Tokie skirtumai tarp šio tyrimo bei užsienio tyrimų duomenų galėjo atsirasti dėl tyrimų metodinių skirtumų, analizuojamų populiacijų skirtumų, skirtingų prieinamumo prie sveikatos priežiūros specialistų galimybių. Analizuojant šio tyrimo ir užsienio tyrimų duomenis, negalima daryti vienos bendros išvados, kuri leistų apibrėžti didžiausią depresijos paplitimą tarp skirtingų amžiaus grupių. Reikalingi tolimesni moksliniai tyrimai šioje srityje.

4.2. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje, nuotaikos sutrikimų ir minčių apie savižudybę, atpažintų VV, naudojant PHQ-9 klausimyną, RVM, dažnis

Gauti duomenys parodė, jog standartiškai vertinant PHQ-9 klausimyno balų ribas, didžiosios dalies pacientų ($n=287$) surinkti PHQ-9 balai buvo mažiau nei 10, tai reiškė, jog jie

nepatyrė depresijos simptomų arba patyrė silpnus depresijos simptomus. Tačiau septintadalio pacientų (n=47) PHQ-9 balų suma buvo ≥ 10 , tai parodė depresijos simptomų buvimą. Iš pacientų, patyrusių depresijos simptomus, didžioji dalis (n=31) patyrė vidutinio sunkumo depresijos simptomus, 12 pacientų patyrė vidutinio sunkumo ir sunkius depresijos simptomus, ir mažoji dalis pacientų (n=4) patyrė sunkius depresijos simptomus. Užsienio tyrimų duomenys taip pat atskleidė VV gebėjimą atpažinti NS požymių turinčius pacientus, naudojant PHQ-9 klausimyną ((13), (21), (119)). 2013m. S. Rosser ir kt. atliko tyrimą 32 didelėse Sinsinačio ir Deitono vaistinėse, į šį tyrimą buvo įtraukti 3,726 ≥ 18 metų pacientai (13). 17 pacientų atitiko kriterijus, dėl kurių buvo rekomenduojama apsvarstyti depresijos diagnozę arba koreguoti jau esamą depresijos gydymą. Visi pacientai, kuriems nustatytas teigiamas PHQ-9, buvo nukreipti į savo šeimos gydytoją tolimesnei priežiūrai. S. Rosser ir kt. atlikto tyrimo rezultatai parodė, jog vaistininkai gali sėkmingai įgyvendinti depresijos patikrą visuomenės vaistinėje (13). 2018m. A. Kondova ir kt. atliko tyrimą, kurio metu visuomenės vaistinėje 32 iš 83 tyrime dalyvavusių pacientų buvo nustatyti depresijos simptomų požymiai. A. Kondova ir kt. atliktame tyrime, pagal PHQ-9 surinktus balus, 11 pacientų patyrė lengvus depresijos simptomus, 16 pacientų vidutinio sunkumo depresijos simptomus ir 5 pacientai patyrė vidutinio sunkumo ir sunkios depresijos simptomus. Šie pacientai buvo nukreipiami į psichiatrą tolimesniam vertinimui (119). 2019m. Jordan M. Ballou ir kt. atliktame tyrime nustatyta, kad 18 iš 77 pacientų patyrė depresijos simptomus. Didžioji dalis (n=12) patyrė vidutinio sunkumo depresijos simptomus, 2 pacientai patyrė vidutinio sunkumo ir sunkius depresijos simptomus, ir 4 patyrė sunkius depresijos simptomus (21). Analizuojant šio tyrimo ir užsienio tyrimų duomenis, galima manyti, jog vaistininkai geba atpažinti NS požymių turinčius pacientus naudojant PHQ-9 klausimyną. Tačiau sėkmingam to pritaikymui visuomenės vaistinėje reikalingi tolimesni moksliniai tyrimai.

Gautus PHQ-9 klausimyno duomenis vertinant pagal galimai jautresnes, moksliniuose tyrimuose aprašomas, diagnostines vertes, rezultatai atskleidė, kad net daugiau nei ketvirtadalis pacientų (n=73) patyrė depresijos simptomus (daugiau nei 8 PHQ-9 balai). 2012m. L. Manea ir kt. atliktoje metaanalizėje buvo analizuojama 18 tyrimų, kuriuose buvo aprašytas PHQ-9 diagnostinis tikslumas diagnozuojant pagrindinius depresijos simptomus. Šio tyrimo rezultatai parodė, jog 8-11 PHQ-9 balų jau gali būti priimtina depresijos diagnostika (114). 2020m. E. Cichon ir kt. atliktame tyrime dvejais metodais buvo siekiama nustatyti optimalias PHQ-9 diagnostines vertes žmonėms, sergantiems 2 tipo cukriniu diabetu. Šio tyrimo rezultatai parodė, jog optimalus ribinis balas, nurodytas Youdeno indeksu (≥ 7) ir dviejų pakopų metodu (≥ 5) buvo mažesnis už paprastai rekomenduojamą ribinį balą ≥ 10 (jautrumas

= 68,75%, specifiškumas = 95,65%). E. Cichon ir kt. atliktame tyrime buvo daroma išvada, jog žmonėms, sergantiems 2 tipo cukriniu diabetu rekomenduojamas mažesnis PHQ-9 ribinis balas nei bendrai žmonių populiacijai (116). Remiantis šiuo tyrimu ir užsienio tyrimų duomenimis, galima manyti, jog PHQ-9 gali turėti ir žemesnį optimalų ribinį balą nei standartinis PHQ-9 ribinis balas (≥ 10). Todėl reiktų atsargiai vertinti konkretų ribinį balą nustatant depresijos simptomų buvimą, kadangi šie ribiniai balai gali skirtis priklausomai nuo imamos populiacijos ypatumų. Reikalingi tolimesni moksliniai tyrimai, norint nustatyti optimalų PHQ-9 ribinį balą visuomenės vaistinėje besilankantiems pacientams.

Gauti šio tyrimo rezultatai atskleidė, jog pagal PHQ-9 klausimyno 9 klausimą, buvo nustatyta 20 pacientų, patiriančių SI. Nėra atlikta daug užsienio mokslinių tyrimų, vertinančių vaistininko gebėjimą atpažinti SI patiriančius pacientus. Tačiau, jau minėtame, 2013m. S. Rosser ir kt. atliktame tyrime, vaistininkams pavyko identifikuoti 5 pacientus, turinčius SI ir šie pacientai buvo nukreipti tolimesniam stebėjimui (13). Šiame tyrime iš vienuolika kartų mažesnės pacientų imties nei S. Rosser ir kt. tyrime, buvo nustatyta keturis kartus daugiau pacientų, turinčių SI. Lyginant šio tyrimo duomenis ir S. Rosser ir kt. tyrimo duomenis, galime pastebėti problemos, susijusios su savižudybėmis, aktualumą Lietuvoje. Tačiau duomenų apie vaistininkų atpažintus pacientus, patiriančius SI, šiai dienai yra nepakankamai, todėl nedrįstame daryti korektiškų išvadų. Tačiau tolimesni tyrimai turėtų būti atliekami siekiant tiksliau įvertinti SI paplitimą VV praktikoje bei pradėti formuoti praktines rekomendacijas VV. O taip pat šis tyrimas turėtų padėti pildyti tiek mokslinę spragą, tiek praktines žinias bei jų poreikį Lietuvoje.

4.3. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris į vaistininko suteikiamą konsultaciją apie NS

Duomenys parodė, jog pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris į vaistininką buvo vidutiniškas. Pacientai labiau nesutiko su teiginiu, kad vaistininkas yra tik pardavėjas, labiau pritarė teiginiui, kad vaistininkas visuomet paaiškina, kaip vartoti vaistus ir, kad gali pasitikėti vaistininku, jog pateikta informacija apie jų sveikatos problemas išlieka konfidenciali. Tačiau vaistininko žinios apie NS ir gebėjimas atpažinti pacientus, galimai turinčius NS buvo vertinamos vidutiniškai ir kiek geriau nei vidutiniškai. Taip pat, pacientams nei patinka, nei nepatinka, kai vaistininkas domisi jų nuotaikos būkle. Pacientai labiau linkę problemas apie depresišką savijautą išsakyti gydytojui, o ne vaistininkui. Tačiau pacientai labiau nesutiko, kad pacientai, turintys nuotaikos sutrikimų, patiria stigmą (netoleranciją,

nelygybę, diskriminaciją) iš vaistininkų ir manė, jog vaistininkai ir gydytojai turėtų bendradarbiauti dėl NS turinčių pacientų. Užsienio moksliniuose tyrimuose vaistininko įsitraukimas į depresijos valdymą taip pat buvo vertinamas nevienareikšmiškai. 2020m. C. M. Mospan ir kt. atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad kai kurie pacientai labai palaikė idėją, jog VV galėtų atlikti depresijos patikrą vaistinėje, tačiau kita dalis pacientų manė, jog vaistininkas tam neturi pakankamai gebėjimų ir žinių, ir taip pat, kad vaistinė nėra depresijos patikrai tinkama aplinka (125). Pagrindiniai veiksniai, lėmę neigiamą pacientų požiūrį į vaistininko vykdomą depresijos patikrą, buvo privatumo ir konfidencialumo trūkumas vaistinėje bei vis dar išlikusi stigma, susijusi su psichikos problemomis (125). 2019m. J. M. Ballou ir kt. atliktame tyrime buvo nustatyta, jog didžioji dalis pacientų (93%) manė, kad depresijos patikros teikimas visuomenės vaistinėje yra bent kažkiek vertingas, o daugiau nei pusė pacientų manė, kad tai yra „labai“ arba „nepaprastai“ vertinga (21). Nors W. Gidman ir kt. atliktame tyrime visuomenės pasitikėjimas šeimos gydytojais buvo didesnis nei pasitikėjimas VV (126), tačiau kitame tyrime didžioji dalis pacientų (79,3%) įvertino, jog gali pasitikėti vaistininku (127). Analizuojant šio tyrimo ir užsienio tyrimo rezultatus, sunku daryti apibendrintas išvadas, kadangi nėra atlikta pakankamai daug tyrimų, vertinančių pačių pacientų požiūrį į vaistininkų suteikiamą konsultaciją apie NS, bet vis dėl to, šis tyrimas turėtų reikšmingai prisidėti prie mokslinių tyrimų trūkumo problemos mažinimo, o ypač Lietuvoje, kadangi čia yra atliekamas pirmą kartą.

4.4. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografinių duomenų ir požiūrio į vaistininko suteikiamą konsultaciją apie NS sąsajos.

Duomenys parodė, jog tie pacientai, kurie patyrė depresijos simptomus, statistiškai reikšmingai geriau vertino teiginį „Lyginant su gydytoju, vaistininkas draugiškiau priima mano nuotaikos problemas“, nei tie pacientai, kurie nepatyrė depresijos simptomų. 2019m. J. M. Ballou ir kt. atliktame tyrime buvo nustatyta, jog visi pacientai, kurių PHQ-9 balų suma buvo ≥ 10 , įvertino, jog vaistininko teikiama depresijos patikra vaistinėje būtų „labai“ arba „nepaprastai“ vertinga (21). Tačiau vertinant šio tyrimo pacientų požiūrį ir PHQ-9 balų sumos sąsajas, buvo nustatyta, jog didėjant PHQ-9 balui, prastėja požiūris į vaistininko žinias apie NS ir gebėjimą atpažinti pacientus, galimai turinčius NS.

Duomenys parodė, jog respondentų, turėjusių ir neturėjusių mažamečių vaikų, požiūris apie vaistininkų žinias ir gebėjimą atpažinti NS turinčius pacientus reikšmingai skyrėsi. Respondentai, turėję mažamečių vaikų, skeptiškiau vertino vaistininkų turimas žinias apie NS ir gebėjimą atpažinti pacientus, galimai turinčius NS. Taip pat, duomenys parodė, jog

respondentų, turėjusių ir neturėjusių mažamečių vaikų, požiūris į vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą, reikšmingai skyrėsi. Respondentai, turėję mažamečių vaikų, skeptiškiau vertino vaistininką, lyginant su gydytoju, nei tie respondentai, kurie mažamečių vaikų neturėjo. Yra labai mažai užsienio tyrimo duomenų, vertinančių tėvų, turinčių mažamečių vaikų, požiūrį į vaistininką. Tačiau 2021m. A. N. Rashed ir S. Tomlin tyrime buvo pabrėžiama, kad tėvai, globėjai ir jaunuoliai nepilnai naudojami VV paslaugomis, kurios galėtų būti suteikiamos vaikams, o tai gali būti siejama su nepakankamu tėvų ar globėjų informuotumu apie VV teikiamas paslaugas vaikams, o taip pat ir dėl nepasitikėjimo VV žiniomis ir gebėjimais spręsti vaikų sveikatos problemas (128). Patys VV taip pat ne visuomet pasitiki savo gebėjimais konsultuoti klausimais, susijusiais su vaikų sveikatos problemomis, nes VV dažnai nėra specialiai apmokyti, kad galėtų teikti farmacinę paslaugą vaikams, o ir specialūs pediatrijos mokymo kursai nėra plačiai prieinami (128). Analizuojant šio ir užsienio tyrimų duomenis, negalime daryti apibendrintų išvadų, kodėl pacientai, turintys mažamečių vaikų prasčiau vertina VV. Tačiau viena iš priežasčių galėtų būti tėvų nepasitikėjimas VV žiniomis ir gebėjimais konsultuoti klausimais, susijusiais su vaikų sveikatos problemomis, o taip pat ir pediatrijų mokymų, skirtų VV, trūkumas. Tęstiniai šio tyrimo rezultatai galėtų prisidėti prie tikslesnių atsakymų, todėl jis ir yra tęsiamas dar iki 2030m.

IŠVADOS

1. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, sociodemografiniai duomenys nesiskyrė. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris į savo nuotaiką nesiskyrė.
2. Septintadalis pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, turėjo NS, iš jų - daugiausiai buvo vidutinio stiprumo depresijos simptomai, mažiausiai – sunkūs depresijos simptomai. Dvidešimt pacientų patyrė SI. Kuo jaunesnis pacientas, tuo PHQ-9 balų suma didesnė, o požiūris į vaistininko žinias ir gebėjimą atpažinti NS turinčius pacientus prastesnis.
3. Pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūris į visuomenės vaistininką buvo vertinamas vidutiniškai. Geriausiai buvo vertinamas visuomenės vaistininko gebėjimas paaiškinti, kaip yra vartojami vaistai (aukščiau 4 balų/5), blogiausiai buvo vertinamas pasitikėjimas visuomenės vaistininku, lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą (aukščiau 2 balų/5).
4. Įvertinus pacientų, besilankančių visuomenės vaistinėje RVM, požiūrio ir sociodemografinių duomenų sąsajas, nustatytas reikšmingas skirtumas turėjusių ir neturėjusių mažamečių vaikų respondentų imtyje, vertinant požiūrį į vaistininko žinias ir gebėjimą atpažinti NS turinčius bei vaistininką lyginant su gydytoju, kai kalbama apie depresišką savijautą.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Visuomenės vaistininko praktikoje būtų tikslingas kiekvieno paciento vertinimas dėl NS.
2. Psichikos sveikatos patikros instrumentas, toks kaip PHQ-9, galėtų būti naudojamas VV praktikoje, siekiant atpažinti NS požymių bei SI turinčius pacientus. Tačiau reikalinga atlikti daugiau tyrimų, norint įvertinti PHQ-9 instrumento tinkamumą depresijos simptomų turinčių pacientų atpažinimui VV praktikoje.
3. Vertinant tai, jog pacientų požiūris į VV teikiamą konsultaciją apie NS buvo vidutinis, būtų tikslinga plėsti VV žinias NS srityje, būtų galima organizuoti VV skirtus mokymus apie NS atpažinimą, tinkamą bendravimą su NS turinčiais pacientais. Taip pat, būtų tikslinga į universitetines farmacijos studijų programas įtraukti daugiau programų apie psichologinę žmonių sveikatą. Tikėtina, jog pritaikius tokias intervencijas, VV galėtų labiau pasitikėti savo žiniomis ir gebėjimais, todėl galėtų geriau konsultuoti NS turinčius pacientus, ir dėl to pagerėtų pacientų požiūris. Būtų tikslinga pagilintai apmokyti jau praktikuojančius vaistininkus apie NS ir tuomet atlikti tolimesnius tyrimus, vertinančius, ar keičiasi pacientų požiūri. Be to, visuomenės vaistinėse galėtų būti tam tikra, net ir nedidelė, privati erdvė, kurioje, esant poreikiui, VV galėtų pasišnekėti su pacientu apie jį kamuojančias problemas. Tokiu būdu galimai būtų galima pagilinti paciento pasitikėjimą vaistininku ir vaistininko bei paciento tarpusavio bendradarbiavimą.
4. Vertinant prastesnį pacientų, turinčių mažamečių vaikų, požiūrį į VV, ir analizuojant literatūroje pateiktus duomenis, būtų galima manyti, jog tėvai nepasitiki VV žiniomis ir gebėjimais konsultuoti klausimais, susijusiais su vaikų sveikatos problemomis. Būtų tikslinga gilinti VV komunikacijos žinias teikiant konsultaciją su vaikų sveikatos problemomis susijusiais klausimais

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Beurel E, Toups M, Nemeroff CB. The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation: Double Trouble. Vol. 107, *Neuron*. Cell Press; 2020. p. 234–56.
2. Monroe SM, Harkness KL. Major Depression and Its Recurrences: Life Course Matters. Vol. 18, *Annual Review of Clinical Psychology*. Annual Reviews Inc.; 2022. p. 329–57.
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement. 2004;109(420):38–46.
4. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 May;67(5):489–96.
5. Kessler RC, Wai TC, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Vol. 62, *Archives of General Psychiatry*. 2005. p. 617–27.
6. Lecrubier Y. 68 (suppl 2) Widespread Underrecognition and Undertreatment of Anxiety and Mood Disorders: Results From 3 European Studies. Vol. 36, *J Clin Psychiatry*. 2007.
7. Nieuwsma JA, Trivedi RB, Mcduffie J, Kronish I, Benjamin D, Williams JW. Brief Psychotherapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis NIH Public Access. Vol. 43, *Int J Psychiatry Med*. 2012.
8. Norton JL, De Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie KA, Mann AH. [Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription]. Available from: <https://inserm.hal.science/inserm-00319508>
9. Pečeliūnienė J. MOOD, ANXIETY DISORDERS AND SUICIDAL IDEATION IN PRIMARY CARE PATIENTS.
10. Liu D, Liu S, Deng H, Qiu L, Xia B, Liu W, et al. Depression and suicide attempts in Chinese adolescents with mood disorders: the mediating role of rumination. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2023 Jun 1;273(4):931–40.
11. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why? *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014 Mar;59(3):120–30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079239/>
12. Styraite G, Buka AA, Sarskute A, Vecmuktans D, Peceliuniene J. Depression Management in Primary Care in Lithuania and Latvia. 2020;22(1).
13. Rosser S, Frede S, Conrad WF, Heaton PC. Development, implementation, and evaluation of a pharmacist-conducted screening program for depression. *Journal of the American Pharmacists Association* [Internet]. 2013 Jan;53(1):22–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1544319115302831>

14. Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka-Burton G, Waite P. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Vol. 30, *European Child and Adolescent Psychiatry*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021. p. 183–211.
15. Virginia BS Pharm RpCPWHYCT. The Pharmacist's Role in Educating Patients About Depression [Internet]. Available from: <https://www.uspharmacist.com/article/the-pharmacists-role-in-educating-patients-about-depression>
16. Maurer DM. Screening for Depression. *afp* [Internet]. 2012 Jan;85(2):139–44. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2012/0115/p139.html>
17. Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmsow D, Coker TR, Davidson KW, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Vol. 329, *JAMA*. American Medical Association; 2023. p. 2057–67.
18. Millonig MK. White paper on expanding the role of the community pharmacist in managing depression APhA Foundation Coordinating Council Discusses Collaborative Role of the Community Pharmacist in Managing Depression [Internet]. Available from: www.phqscreeners.com,
19. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, Colucci ME, Costanza A, Serafini G, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. Vol. 279, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2021. p. 473–83.
20. Ford J, Thomas F, Byng R, McCabe R. Use of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in Practice: Interactions between patients and physicians. *Qual Health Res*. 2020 Nov 1;30(13):2146–59.
21. Ballou JM, Chapman AR, Roark AM, Huie CH, McKee J, Marciniak MW. Conducting depression screenings in a community pharmacy: A pilot comparison of methods. *JACCP Journal of the American College of Clinical Pharmacy*. 2019;2(4):366–72.
22. Zmoira A, Rogers E, Johnson A, Johnson K. Implementation of a depression screening as part of a holistic adherence assessment in a large community pharmacy chain. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2021 Jul 1;61(4):S154–60.
23. O'Reilly CL, Wong E, Chen TF. A feasibility study of community pharmacists performing depression screening services. *Research in Social and Administrative Pharmacy* [Internet]. 2015 May;11(3):364–81. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741114003179>
24. Miller P, Newby D, Walkom E, Schneider J, Li SC. Depression screening in adults by pharmacists in the community: a systematic review. Vol. 28, *International Journal of Pharmacy Practice*. Blackwell Publishing Ltd; 2020. p. 428–40.
25. Giannetti V, Caley CF, Kamal KM, Covvey JR, McKee J, Wells BG, et al. Community pharmacists and mental illness: a survey of service provision, stigma, attitudes and beliefs. *Int J Clin Pharm* [Internet]. 2018 Oct;40(5):1096–105. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0619-7>

26. Giannetti V, Caley CF, Kamal KM, Covvey JR, McKee J, Wells BG, et al. Community pharmacists and mental illness: a survey of service provision, stigma, attitudes and beliefs. *Int J Clin Pharm*. 2018 Oct 1;40(5):1096–105.
27. Knox K, Hattingh L, Wheeler AJ. Community pharmacy staff motivations and barriers to working with mental health consumers. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2016 Sep 1;46(3):245–52.
28. Scheerder G, De Coster I, Van Audenhove C. Community pharmacists' attitude toward depression: A pilot study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2009 Sep;5(3):242–52.
29. Rubio-Valera M, Chen TF, O'Reilly CL. New Roles for Pharmacists in Community Mental Health Care: A Narrative Review. Vol. 11, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI; 2014. p. 10967–90.
30. Pharmaceutical Society of Australia. Mental health care project. 2013.
31. Calogero S, Caley CF. Supporting patients with mental illness: Deconstructing barriers to community pharmacist access. *Journal of the American Pharmacists Association* [Internet]. 2017 Mar;57(2):248–55. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1544319116310068>
32. Sekhon S, Gupta V. Mood Disorder. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558911/>
33. De Berardis D, Martinotti G, Di Giannantonio M. Editorial: Understanding the complex phenomenon of suicide: From research to clinical practice. Vol. 9, *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A.; 2018.
34. Tondo L, Pompili M, Forte A, Baldessarini RJ. Suicide attempts in bipolar disorders: Comprehensive review of 101 reports. Vol. 133, *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016. p. 174–86.
35. Pompili M, Gonda X, Serafini G, Innamorati M, Sher L, Amore M, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. Vol. 15, *Bipolar disorders*. 2013. p. 457–90.
36. Schaffer A, Sinyor M, Kurdyak P, Vigod S, Sareen J, Reis C, et al. Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: Identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry*. 2016 Jun 1;15(2):135–45.
37. De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kölves K. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention? *Compr Psychiatry*. 2013 Oct;54(7):1117–23.
38. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. Vol. 4, *BMC Psychiatry*. 2004.
39. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. Vol. 33, *Psychological Medicine*. 2003. p. 395–405.

40. Petteri Sokero T, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003 Sep 1;64(9):1094–100.
41. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä ET. Suicidal Ideation and Attempts in Bipolar I and II Disorders. Vol. 66, *J Clin Psychiatry*. 2005.
42. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. Vol. 259, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2019. p. 302–13.
43. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review.
44. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2020 Jan;29:e63. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/prevalence-of-suicide-attempts-in-bipolar-disorder-a-systematic-review-and-metaanalysis-of-observational-studies/494471CA6E53CECADA92AAF9246FDC5F>
45. Schneck CD, Miklowitz DJ, Calabrese JR, Allen MH, Thomas MR, Wisniewski SR, et al. Article Phenomenology of Rapid-Cycling Bipolar Disorder: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program [Internet]. Vol. 161, *Am J Psychiatry*. 2004. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org>
46. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women. *Soc Sci Med*. 2011 Jul;73(1):79–86.
47. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Vol. 387, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016. p. 1227–39.
48. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. Vol. 178, *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association; 2021. p. 611–24.
49. Gide DN, El-Den S, Lee YLE, Gisev N, Ou K, O’Reilly CL. Community pharmacists’ acceptability of pharmacist-delivered depression screening for older adults: a qualitative study. *Int J Clin Pharm*. 2023 Oct 1;45(5):1144–52.
50. Davis B, Qian J, Ngorsuraches S, Jeminiwa R, Garza KB. The clinical impact of pharmacist services on mental health collaborative teams: A systematic review. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2020 Sep 1;60(5):S44–53.
51. Murphy AL, Martin-Misener R, Kutcher SP, O’Reilly CL, Chen TF, Gardner DM. From personal crisis care to convenience shopping: an interpretive description of the experiences of people with mental illness and addictions in community pharmacies. *BMC Health Serv Res*. 2016 Oct 12;16(1):1–14.

52. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, Diagnosis, and Treatment of Depression. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1999 Sep;14(9):569–80. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1497.1999.03478.x>
53. Hirschfeld RMA, Cass AR, Holt DCL, Carlson CA. Screening for Bipolar Disorder in Patients Treated for Depression in a Family Medicine Clinic. *J Am Board Fam Pract* [Internet]. 2005 Jul;18(4):233–9. Available from: <https://www.jabfm.org/content/18/4/233>
54. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet* [Internet]. 2009 Aug;374(9690):609–19. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609608795>
55. Pelletier L, O’Donnell S, Dykxhoorn J, McRae L, Patten SB. Under-diagnosis of mood disorders in Canada. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2017 Aug;26(4):414–23. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/underdiagnosis-of-mood-disorders-in-canada/68581D51E09F9955DABEE8E0450DC0E2>
56. Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebhi M. Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *J Affect Disord* [Internet]. 2018 Dec;241:461–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503271830805X>
57. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians—A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2008 Jan;23(1):25–36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2173927/>
58. Verhaak PFM, Prins MA, Spreeuwenberg P, Draisma S, van Balkom TJLM, Bensing JM, et al. Receiving treatment for common mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Jan;31(1):46–55.
59. Kovandžić M, Chew-Graham C, Reeve J, Edwards S, Peters S, Edge D, et al. Access to primary mental health care for hard-to-reach groups: From “silent suffering” to “making it work.” *Soc Sci Med*. 2011 Mar;72(5):763–72.
60. Wells BG. Underrecognition and Undertreatment of Depression: What is the Pharmacist’s Culpability? *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* [Internet]. 1999;19(11):1237–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1592/phco.19.16.1237.30868>
61. Sinnema H, Terluin B, Volker D, Wensing M, van Balkom A. Factors contributing to the recognition of anxiety and depression in general practice. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2018 Jun;19(1):99. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0784-8>
62. Zastrow A, Faude V, Seyboth F, Niehoff D, Herzog W, Löwe B. Risk factors of symptom underestimation by physicians. *J Psychosom Res*. 2008 May;64(5):543–51.
63. Maginn S, Boardman AP, Craig TKJ, Haddad M, Heath G, Stott J. The detection of psychological problems by General Practitioners - Influence of ethnicity and other demographic variables. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Jun;39(6):464–71.

64. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: A meta-analysis. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2008 Apr 8;178(8):997–1003.
65. BIOLOGICAL PSYCHIATRY AND PSYCHOPHARMACOLOGY biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija [Internet]. Available from: <http://biological-psychiatry.eu>
66. Goldberg DP, Prisciandaro JJ, Williams P. The primary health care version of ICD-11: The detection of common mental disorders in general medical settings. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Nov;34(6):665–70.
67. Ziebold C, Mari JJ, Goldberg DP, Minhas F, Razzaque B, Fortes S, et al. Diagnostic consequences of a new category of anxious depression and a reduced duration requirement for anxiety symptoms in the ICD-11 PHC. *J Affect Disord*. 2019 Feb 15;245:120–5.
68. Faisal-Cury A, Ziebold C, Rodrigues DM de O, Matijasevich A. Depression underdiagnosis: Prevalence and associated factors. A population-based study. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2022 Jul;151:157–65. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239562200228X>
69. Eimontas J, Gegieckaitė G, Zamalijeva O, Pakalniškienė V. Unmet Healthcare Needs Predict Depression Symptoms among Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 1;19(15).
70. Akour A, Halloush S, Nusair MB, Barakat M, Abdulla F, Al Momani M. Gaps in pharmaceutical care for patients with mental health issues: A cross-sectional study. *Int J Clin Pharm*. 2022 Aug 1;44(4):904–13.
71. Kamusheva M, Ignatova D, Golda A, Skowron A. The Potential Role of the Pharmacist in Supporting Patients with Depression – A Literature-Based Point of View. *Integr Pharm Res Pract* [Internet]. 2020 Feb;9:49–63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7049755/>
72. Guillaumie L, Ndayizigiye A, Beaucage C, Moisan J, Grégoire JP, Villeneuve D, et al. Patient perspectives on the role of community pharmacists for antidepressant treatment: A qualitative study. *Canadian Pharmacists Journal*. 2018 Mar 1;151(2):142–8.
73. Munger MA. Primary Care Pharmacists: Provision of Clinical-Decision Services in Healthcare. *Am J Pharm Educ* [Internet]. 2014 Mar;78(2):43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3965151/>
74. Candida Gomes N, Oliveira Abrao P, Luciene Fernandes M, Alberto Beijo L, Ferreira Magalhaes V, Alves Moreira Marques L. Effectiveness of Pharmaceutical Care about the Quality of Life in Patients with Depression. *SM J Depress Res Treat* [Internet]. 2015;1(1):1–5. Available from: https://www.jsmcentral.org/sm-depression/fulltext_smjdr-t-v1-1005.pdf
75. Zahida Binakaj. Pharmaceutical Care of the Patients Suffering from Depression. *JPP* [Internet]. 2016 May;4(6). Available from: <http://www.davidpublisher.org/index.php/Home/Article/index?id=25977.html>

76. Rubio-Valera M, Bosmans J, Fernández A, Peñarrubia-María M, March M, Travé P, et al. Cost-Effectiveness of a Community Pharmacist Intervention in Patients with Depression: A Randomized Controlled Trial (PRODEFAR Study). *PLoS One*. 2013 Aug 12;8(8).
77. Salazar-Ospina A, Amariles P, Hincapié-García JA, González-Avendaño S, Benjumea DM, José Faus M, et al. Effectiveness of the Dader Method for Pharmaceutical Care on Patients with Bipolar I Disorder: Results from the EMDADER-TAB Study [Internet]. Vol. 23, *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 2017. Available from: www.jmcp.org
78. Lien YY, Lin HS, Lien YJ, Tsai CH, Wu TT, Li H, et al. Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: a systematic review and network meta-analysis. *Psychol Health*. 2021;36(6):669–84.
79. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. Vol. 387, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016. p. 1123–32.
80. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. Vol. 1, *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd; 2014. p. 467–82.
81. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. Vol. 210, *British Journal of Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists; 2017. p. 261–8.
82. Geurts MME, Talsma J, Brouwers JRBJ, de Gier JJ. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2012 Jul;74(1):16–33.
83. Zaj S, Pereira Maia K, Leguelinel-Blache G, Roux-Marson C, Kinowski JM, Richard H. Intervention of pharmacist included in multidisciplinary team to reduce adverse drug event: a qualitative systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2023 Dec 1;23(1).
84. Guo JJ, Keck PE, Li H, Jang R, Kelton CML. Treatment costs and health care utilization for patients with bipolar disorder in a large managed care population. *Value in Health*. 2008;11(3):416–23.
85. Bell S, McLachlan AJ, Aslani P, Whitehead P, Chen TF. Community pharmacy services to optimise the use of medications for mental illness: A systematic review. Vol. 2, *Australia and New Zealand Health Policy*. 2005.
86. Finley PR, Crismon ML, Rush AJ. Evaluating the Impact of Pharmacists in Mental Health: A Systematic Review. Vol. 23, *Pharmacotherapy*. 2003. p. 1634–44.
87. Finley PR, Crismon ML, Rush AJ. Evaluating the Impact of Pharmacists in Mental Health: A Systematic Review. Vol. 23, *Pharmacotherapy*. 2003. p. 1634–44.
88. Australian Institute of Health and Welfare. *Australia's health 2018 : in brief*. 50 p.

89. Mey A, Knox K, Kelly F, Davey AK, Fowler J, Hattingh L, et al. Trust and safe spaces: mental health consumers' and carers' relationships with community pharmacy staff. *Patient*. 2013;6(4):281–9.
90. Rubio-Valera M, March Pujol M, Fernández A, Peñarrubia-María MT, Travé P, López del Hoyo Y, et al. Evaluation of a pharmacist intervention on patients initiating pharmacological treatment for depression: A randomized controlled superiority trial. *European Neuropsychopharmacology*. 2013 Sep;23(9):1057–66.
91. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belío J, Fernández A, García-Campayo J, Pujol MM, et al. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*. 2011 Jan;45(1):39–48.
92. O'Reilly CL, Chen TF, Bell JS. Pharmacists' beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: a mental health literacy survey. Vol. 44, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010.
93. König H, König HH, Konnopka A. The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Cambridge University Press; 2019.
94. Abdulrhim S, Sankaralingam S, Ibrahim MIM, Awaisu A. The impact of pharmacist care on diabetes outcomes in primary care settings: An umbrella review of published systematic reviews. Vol. 14, *Primary Care Diabetes*. Elsevier Ltd; 2020. p. 393–400.
95. Simpson SH, Johnson JA, Tsuyuki SH. Economic impact of community pharmacist intervention in cholesterol risk management: An evaluation of the study of cardiovascular risk intervention by pharmacists. *Pharmacotherapy*. 2001;21(5):627–35.
96. Shoji M, Fujiwara A, Onda M. Creation and validation of a semi-quantitative instrument to assess the confidence of pharmacists in medication consultation for patients with depression: The pharmacists' confidence scale about medication consultation for depressive patients (PCMCD). *Pharm Pract (Granada)*. 2019;17(4).
97. Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*. 2012 Jun 13;12.
98. Liekens S, Smits T, Laekeman G, Foulon V. Factors determining social distance toward people with depression among community pharmacists. *European Psychiatry*. 2012 Oct;27(7):528–35.
99. Rickles NM, Dube GL, McCarter A, Olshan JS. Relationship between attitudes toward mental illness and provision of pharmacy services. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2010;50(6):704–13.
100. Haddad M, Menchetti M, McKeown E, Tylee A, Mann A. The development and psychometric properties of a measure of clinicians' attitudes to depression: The revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ). *BMC Psychiatry*. 2015 Dec 12;15(1).

101. El-Den S, Chen TF, Gan YL, Wong E, O'Reilly CL. The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare settings: A systematic review. Vol. 225, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2018. p. 503–22.
102. Inoue T, Tanaka T, Nakagawa S, Nakato Y, Kameyama R, Boku S, et al. Utility and limitations of PHQ-9 in a clinic specializing in psychiatric care. *BMC Psychiatry*. 2012 Jul 3;12.
103. Vutova Y, Kamusheva M, Ignatova D, Milushewa P. Screening for depression among chronically ill patients in community pharmacy settings: a pilot study in Bulgaria. *Biotechnology and Biotechnological Equipment*. 2021;35(1):1393–400.
104. Murphy AL, Ataya R, Himmelman D, O'Reilly C, Rosen A, Salvador-Carulla L, et al. Community pharmacists' experiences and people at risk of suicide in Canada and Australia: a thematic analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018 Nov 1;53(11):1173–84.
105. The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)-Overview.
106. Anjara SG, Bonetto C, Van Bortel T, Brayne C. Using the GHQ-12 to screen for mental health problems among primary care patients: Psychometrics and practical considerations. *Int J Ment Health Syst*. 2020 Aug 10;14(1).
107. James C. Ballenger MD; JRTDMD; YLMD; and DJNMD, PhD (International CG on D and A. A Proposed Algorithm for Improved Recognition and Treatment of the Depression/Anxiety Spectrum in Primary Care. 2001;44–52.
108. Korte KJ, Jaguga F, Kim HH, Stroud RE, Stevenson A, Akena D, et al. Psychometric properties of the mini international neuropsychiatric interview (MINI) psychosis module: A Sub-Saharan Africa cross country comparison. *Psychol Med*. 2023 Mar 10;4(1).
109. Soundara Pandian R. Training allied mental health professional to use Mini International Neuropsychiatric Interview for clinical screening [Internet]. 2017. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/331112505>
110. Pettersson A, Modin S, Wahlström R, Af Winklerfelt Hammarberg S, Krakau I. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: A mixed-methods study. *BMC Fam Pract*. 2018 Jan 24;19(1).
111. Fakultetas SM, Zakšauskaitė J. VYTAUTO DIDŽIOJO UNIVERSITETAS.
112. van den Berg M, Smit F, Vos T, van Baal PHM. Cost-effectiveness of opportunistic screening and minimal contact psychotherapy to prevent depression in primary care patients. *PLoS One*. 2011;6(8).
113. Sun Y, Fu Z, Bo Q, Mao Z, Ma X, Wang C. The reliability and validity of PHQ-9 in patients with major depressive disorder in psychiatric hospital. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020 Sep;20(1):474. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02885-6>

114. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A meta-analysis. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2012 Feb 21;184(3).
115. Tomaszewski K, Za M, ń AB, Chmurowicz E, No W. Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Polish version in the hospitalised elderly population [Internet]. Vol. 2, *Psychiatria Polska*. 2011. Available from: <http://www.phqscreeners.com>.
116. Cichoń E, Kiejna A, Kokoszka A, Gondek TM, Radzio R, Jastrzębski A, et al. People with diabetes need a lower cut-off than others for depression screening with PHQ-9. *PLoS One*. 2020 Oct 1;15(10 October).
117. Morgan AJ, Jorm AF, Mackinnon AJ. Protocol for a randomised controlled trial investigating self-help email messages for sub-threshold depression: The Mood Memos study. *Trials*. 2011 Jan 13;12.
118. Segal DL. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - IV - TR) . In: *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. Wiley; 2010. p. 1–3.
119. Kondova A, Todorova A, Tsvetkova A, Arnaoudova M, Andreevska K, Grekova D. SCREENING AND RISK ASSESSMENT FOR DEPRESSION IN COMMUNITY PHARMACY- PILOT STUDY. *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)* [Internet]. 2018 Mar 9;24(1):1928–31. Available from: <https://www.journal-imab-bg.org/issues-2018/issue1/vol24issue1p1928-1931.html>
120. Supplemental Material for Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychol Bull*. 2017;
121. Arias de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Dregan A, Ricci-Cabello I, Hatch SL, et al. Prevalence and age patterns of depression in the United Kingdom. A population-based study. *J Affect Disord*. 2021 Jan 15;279:164–72.
122. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO world mental health survey initiative. *Depress Anxiety*. 2010 Apr;27(4):351–64.
123. Wagner S, Wollschläger D, Dreimüller N, Engelmann J, Herzog DP, Roll SC, et al. Effects of age on depressive symptomatology and response to antidepressant treatment in patients with major depressive disorder aged 18 to 65 years. *Compr Psychiatry*. 2020 May 1;99.
124. Zenebe Y, Akele B, W/Selassie M, Necho M. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. Vol. 20, *Annals of General Psychiatry*. BioMed Central Ltd; 2021.
125. Mospan CM, Gillette C, Wilson JA. Patient and prescriber perceptions of depression screening within a community pharmacy setting. In: *Journal of the American Pharmacists Association*. Elsevier B.V.; 2020. p. S15–22.

126. Gidman W, Ward P, McGregor L. Understanding public trust in services provided by community pharmacists relative to those provided by general practitioners: A qualitative study. *BMJ Open*. 2012;2(3).
127. John McHugh MP. The Prescription of Trust Pharmacists Transforming Patient Care.
128. Rashed AN, Tomlin S. Have parents' views on using community pharmacy services for children in the UK changed over the past ten years?

LITERATŪROS SĄRAŠAS (prieiga per internetą):

- 1i. World Health Organisation (WHO), Depressive disorder (depression). Prieiga per internetą: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- 2i. Higienos Institutas, Psichikos ir elgesio sutrikimų statistika. Sergamumas nuotaikos (afektiniais) sutrikimais ir depresijomis. Prieiga per internetą: https://www.hi.lt/uploads/Psichikos%20sveikatos%20centras/sergnuot_depr2017.jpg
- 3i. Higienos Institutas, Psichikos ir elgesio sutrikimų statistika. Ligotumas nuotaikos (afektiniais) sutrikimais ir depresijomis. Prieiga per internetą: https://www.hi.lt/uploads/Psichikos%20sveikatos%20centras/ligot_nuot_depres_2020.jpg
- 4i. Global Economy, Suicides - Country rankings. Prieiga per internetą: <https://www.theglobaleconomy.com/rankings/suicides/Europe/>
- 5i. The State Of Mental Health In America, STATISTICS 2023, prieiga per internetą: <https://mhanational.org/issues/state-mental-health-america>
- 6i. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Prieiga per internetą: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#76398729>
- 7i. American Psychological Association, Patient Health Questionnaire (PHQ-9 & PHQ-2), prieiga per internetą: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/patient-health>

PRIEDAI

Priedas Nr. 1. LBEK leidimas atlikti biomedicininį tyrimą

PATVIRTINTA
Lietuvos bioetikos komiteto direktoriaus
2016 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-14



LIETUVOS BIOETIKOS KOMITETAS

Biudžetinė įstaiga, Studentų g. 45a, LT-08107 Vilnius, tel. (8 5) 212 4565,
el. p. lbeik@bioetika.sam.lt, <http://bioetika.sam.lt>
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188710595

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2023-10-10 Nr. L-23-8

Vilnius

Tyrimo pavadinimas: „Vaistinio teikiamos farmacinės paslaugos (VTFP) įtaka nuotaikos sutrikimų (NS) turinčių pacientų atpažinimui bei vaistinio ir paciento tarpusavio bendradarbiavimui (IVAPAN)“
Protokolo Nr.: IVAPAN Versija: 4.0 Data: 2023 m. rugsėjo 19 d.
Tiriamiesiems skirti dokumentai:
Pagrindinis tyrėjas: Gyd., med. m. dr. Jūratė Pečeliūnienė
Tyrimo centro pavadinimas: Vilniaus universitetas Medicinos fakultetas Adresas: M. K. Čiurlionio g. 21, 03101 Vilnius

Leidimas atlikti biomedicininį tyrimą išduotas Lietuvos bioetikos komiteto Biomedicininų tyrimų ekspertų grupės posėdžio, įvykusio 2023 m. rugpjūčio 29 d., sprendimu.

Direktorė

Asta Čekanauskaitė

Priedas Nr. 2. UAB „Nemuno vaistinė“ personalo direktorės leidimas atlikti tyrimą



**Vilniaus
universitetas**

UAB „Nemuno vaistinės“

Personalo direktorei Laurai Šerpytytei

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto

Biomedicinos mokslų instituto Farmacijos centro

Doc. Dr. Jūratės Pečeliūnienės

Prašymas

2023.03.06

Vilnius

Prašau leisti Vilniaus universiteto Farmacijos krypties IV kurso studentei Mortai Žūkaitei atlikti mokslo tiriamąjį darbą „Vaistinininko teikiamos farmacinės paslaugos (VTFP) įtaka nuotaikos sutrikimų (NS) turinčių pacientų atpažinimui bei vaistinininko ir paciento tarpusavio bendradarbiavimui“ UAB „Nemuno vaistinės“ tinkle. Mokslo tiriamojo darbo tikslas įvertinti VTFP įtaką NS turinčių pacientų atpažinimui bei vaistinininko ir paciento tarpusavio bendradarbiavimui. Tikimasi, jog išanalizavus rezultatus, atsiras galimybė teikti rekomendacijas, susijusias su vaistinininko teikiama farmacine paslauga NS turintiems pacientams. Duomenys bus renkami tiriamiesiems, vaistinininkams ir pacientams, pateikiant šiam tyrimui sudarytas anonimes anketas (šios anketos yra pridedamos Priede Nr.1 ir Priede Nr.2). Numatoma tyrimo trukmė yra nuo 2023 m. balandžio mėn. iki 2024 m. balandžio mėn. Visi surinkti duomenys bus anoniminiai ir naudojami tik mokslinio tyrimo tikslu.

Pagarbiai,

Doc. Dr. Jūratė Pečeliūnienė

Personalas direktorė
Laura Šerpytė

sutinku leisti atlikti tyrimą

Priedas Nr. 3. Klausimynas pacientams

Klausimynas pacientams

Sveiki, esame Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto tyrėjų komanda ir šiuo metu atliekame tyrimą, pavadinimu „Vaistinio teikiamos farmacinės paslaugos (VTFP) įtaka nuotaikos sutrikimų (NS) turinčių pacientų atpažinimui bei vaistinio ir paciento tarpusavio bendradarbiavimui (VAPAN)“. Šio tyrimo tikslas yra įvertinti visuomenės vaistinėje dirbančio vaistinio suteikiamą farmacinę paslaugą nuotaikos sutrikimų turinčių pacientų atpažinimui bei vaistinio ir paciento tarpusavio bendradarbiavimui. Žemiau pateiktu klausimynu mes siekiame įvertinti pacientų požiūrį apie vaistinio teikiamos farmacinės paslaugos įtaką nuotaikos sutrikimų turinčių pacientų atpažinimui bei vaistinio ir paciento tarpusavio bendradarbiavimui. Taip pat, įvertinti pacientų požiūrį apie savo nuotaikos būklę.

Šis klausimynas yra anoniminis ir surinkti duomenys bus naudojami tik mokslinio tyrimo tikslais.

I dalis. Sociodemografiniai klausimai (atsakymą žymėkite X).

1. Kokia Jūsų lytis?

- Moteris
- Vyras
- Nenoriu atskleisti
- Kita

2. Koks Jūsų amžius? (Irašykite skaičių)

3. Koks Jūsų įgytas aukščiausias išsilavinimas?

- Pradinis
- Vidurinis
- Profesinis
- Aukštasis neuniversitetinis
- Aukštasis universitetinis

4. Kokia yra Jūsų šeimyninė padėtis?

- Vedęs/Ištekėjusi/Gyvena poroje
- Nevedęs/netekėjusi
- Našlys/našlė
- Išsiskyęs/išsiskyrusi

5. Ar turite mažamečių vaikų?

- Taip
- Ne

6. Ar šiuo metu jaučiate depresijos požymius?

- Taip
- Ne (jei pasirinkote ne, pereikite prie 10 klausimo)

7. Ar dėl šiuo metu jaučiamų depresijos požymių kreipėtės į gydytoją?

- Taip
- Ne

8. Kas, Jūsų nuomone, lemia tokia Jūsų savijauta?

- Finansinių išteklių trūkumas
- Tamsusis periodas
- Nesutarimai šeimoje
- Santykiai su partneriu/-e
- Kita (įrašykite)

9. Ar per paskutines dvi savaites beveik kiekvieną dieną, didžiąją laiko dalį, jautėte kuriuos nors iš šių simptomų? (Galimi keli pasirinkimo variantai)

- Miego pokyčiai (nemiga arba per ilgas miegojimas)
- Apetito pokyčiai (apetito stoka arba persivalgymas)
- Svorio pokyčiai (sumažėjęs arba padidėjęs svoris)
- Įprastinės ankstesnės veiklos nebeteikia tiek džiaugsmo, kiek teikė anksčiau
- Suprastėjusi nuotaika
- Atsiradusios suicidinės mintys/ketinimai

10. Ar vartojate antidepresantus?

- Taip
- Ne
- Nežinau

11. Ar vartojate vaistus nuo nerimo?

- Taip
- Ne
- Nežinau

12. Ar sergate lėtinėmis ligomis?

- Taip
- Ne
- Nežinau

II dalis. Paciento sveikatos klausimynas – 9 (PHQ-9) (atsakymą žymėkite X)

13. Kaip dažnai per pastarąsias 2 savaites Jus kamavo kurios nors iš šių problemų?

	Visai nekamavo	Keletą dienų	Daugiau nei pusė iš visų dienų	Beveik kiekvieną dieną
1. Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam(-ai) ar beviltiškam (-ai)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sunkumas užmigti ar išsimiegoti, arba per ilgas miegojimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Prastas apetitas arba persivalgymas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Prasta savijauta - pojūtis, kad esate nevykėlis (-ė) arba kad nuvylytė save ar savo šeimą	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sunkumas susikonsultuoti ties tokiais dalykais kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Judėjimas ar kalbėjimas taip lėtai, kad kiti žmonės galėjo pastebėti? Arba atvirkščiai - buvimas tokiam (-ai) neramiam (-ai), kad judėjote daugiau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mintys, kad Jums geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą koku nors būdu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Jei pažymėjote kurias nors iš aukščiau išvardintų problemų, kaip jos apsunkino Jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis?

- Visai neapsunkino
- Šiek tiek apsunkino
- Labai apsunkino
- Ypač apsunkino

III dalis. Pacientų požiūris (atsakymą žymėkite X).

15. Įvertinkite, kaip stipriai sutinkate ar nesutinkate su toliau pateiktais teiginiais:

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
1. Vaistininkas yra tik pardavėjas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vaistininkas visuomet paaiškina, kaip vartoti vaistus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Galiu pasitikėti vaistininku, kad pateikta informacija apie mano sveikatos problemas išlieka konfidenciali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vaistininkas turi pakankamai žinių apie nuotaikos sutrikimus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Vaistininkas gali atpažinti pacientą, kuris galimai turi nuotaikos sutrikimų	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Man patinka, kad vaistininkas domisi mano nuotaikos būkle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lyginant su gydytoju, kalbėtis apie <u>depresiška</u> savijautą yra patikimiau su vaistininku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
8. Lyginant su gydytoju, išsakyti <u>depresiškas</u> mintis ir savijautą yra ramiau vaistininkui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Lyginant su gydytoju, vaistininkas draugiškiau priima mano nuotaikos problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Lyginant su gydytoju, aš mažiau bijau kalbėtis apie depresiją su vaistininku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pacientai, turintys nuotaikos sutrikimų patiria stigmą (netoleranciją, nelygybę, diskriminaciją) iš vaistininkų	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Vaistininkai ir gydytojai turėtų bendradarbiauti dėl nuotaikos sutrikimų turinčiu pacientu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>