



# Ministerstwo Zdrowia

Departament  
Oceny Inwestycji

OIOM2.0164.1.2025.KM  
Warszawa, 06 marca 2025

**Pani**  
**Alicja Nowaczyk**  
Prezesa Zarządu Fundacji Matecznik  
kontakt@fundacjamatecznik.pl

***Dotyczy: Wniosku o udostępnienie informacji publicznej z 21 lutego 2025 r.***

*Szanowna Pani,*

w odpowiedzi na wniosek o udostępnienie informacji publicznej z 21 lutego 2025 r. w sprawie *Programu w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej*, Departament Oceny Inwestycji pełniący rolę Instytucji Pośredniczącej dla Programu Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), poniżej przekazuje odpowiedzi na zadane pytania.

*1. Informacje o szkoleniach z Funduszu Powera w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej:*

*a. Do kogo skierowane były szkolenia?*

*b. Jakie grupy zawodów medycznych wzięły w nich udział i w jakiej liczbie? W przypadku położnych prosimy o wskazanie, czy były to położne podstawowej opieki zdrowotnej czy położne pracujące w szpitalach. W przypadku lekarzy proszę o wskazanie specjalizacji.*

W 2018 r. Ministerstwo Zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, ogłosiło konkurs nr POWR.05.01.00-IP.05-00-006/18 na realizację projektów przewidujących wdrożenie programu profilaktycznego pn. Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej.

Szczegóły dot. przedmiotowego konkursu dostępne są pod linkiem:

[https://euslugi.zdrowie.gov.pl/power/nabor-426-konkurs\\_profilaktyka\\_depresji.html](https://euslugi.zdrowie.gov.pl/power/nabor-426-konkurs_profilaktyka_depresji.html)

W ramach PO WER podpisano 4 umowy o dofinansowanie projektów (w II kwartale 2019 r.) o wartości ogółem jak i dofinansowania ok. 6,26 mln zł, w tym wkład UE ok. 5,27 mln zł.

Realizacja programu profilaktycznego obejmowała komponent edukacyjny (szkolenia) skierowany do kadry medycznej: **pielęgniarek i położnych POZ** oraz komponent medyczny polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (konsultacji psychologicznych) osobom zakwalifikowanym do programu (kobietom w okresie poporodowym).

Zgodnie z postanowieniami programu profilaktycznego, do udziału w szkoleniach były kwalifikowane głównie położne i pielęgniarki POZ, które w ramach swoich obowiązków przeprowadzają wizyty patronażowe. Niemniej jednak **dotatkowo**, możliwy był udział w szkoleniach również **lekarzy POZ, którzy chcieli uzupełnić wiedzę w tym zakresie**. Udział

telefon: +48 22 250 01 46  
adres email: [kancelaria@mz.gov.pl](mailto:kancelaria@mz.gov.pl)  
[www.gov.pl/zdrowie](http://www.gov.pl/zdrowie)

ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa



Fundusze  
Europejskie



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejskie Fundusze  
Strukturalne i Inwestycyjne



lekarzy POZ w szkoleniach miał na celu zwiększyć ich uważność na problem depresji poporodowej w czasie wizyt lekarskich kobiety czy to z problemem własnego zdrowia czy też dziecka. Ich udział był uzależniony od dostępności miejsc.

Liczba osób, współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS wyniosła **1188**.

*2. Wyniki badania przeprowadzonego w ramach programu wśród 74.234 kobiet. Prosimy o przesłanie rezultatów/podsumowania badania.*

W ramach programu, została powołana Rada ds. Oceny Programu, do której została oddelegowana co najmniej 1 osoba od każdego realizatora programu. Rada odpowiedzialna była za ocenę realizacji programu, nadzór nad prowadzeniem systemu monitorowania uczestników szkoleń oraz zadań realizowanych przez pielęgniarki i położne oraz uczestników programu w tym jego podsumowanie. Poniżej przekazujemy fragmenty informacyjne z podsumowania z realizacji programu przygotowanego przez Radę:

*„6-godzinne szkolenia dla personelu medycznego.*

*Szkolenia realizowane były zgodnie z wytycznymi Instytucji Organizującej Konkurs (IOK). Z uwagi na pandemię Covid-19 i związane z nią obostrzenia, część szkoleń (np. w makroregionie północnym – wszystkie) realizowane była w formie online.*

*Wyniki szkolenia.*

*Przed przystąpieniem do realizacji projektu Rada ds. Oceny Programu opracowała kwestionariusz pre i post test, który był dystrybuowany wśród uczestników przed i po szkoleniach realizowanych w całej Polsce.*

*W makroregionach łącznie zaobserwowano wzrost wiedzy u 95 proc. uczestniczek i uczestników szkoleń. Wyniki ewaluacji wykazały, że przeprowadzone przez nas szkolenie okazało się skuteczne. Poniżej przedstawiamy bardziej szczegółowe informacje.*

*Przed szkoleniem tylko 17% położnych i pielęgniarek oraz pozostałego personelu medycznego biorącego udział w projekcie uważało się za wykształconych w zakresie depresji poporodowej i zdrowia psychicznego. Jest to szczególnie alarmujące, biorąc pod uwagę, iż obowiązek działań prewencyjnych i prowadzenia badania oceniającego czynniki ryzyka zachorowania i nasilenia objawów depresji został wprowadzony od 2019 roku.*

*Wiedza uczestników szkoleń zwiększyła się w sposób istotny: wzrosła po szkoleniu, średnio o trzy punkty, z M (przed szkoleniem) = 16,10, SD (przed szkoleniem) = 3,36; do średniej M (po szkoleniu) = 19,16, SD (po szkoleniu) = 2,84. Wielkość efektu była bardzo silna,  $d = 0,84$ .*

*W badaniu przeprowadzonym przed szkoleniem dotyczącym depresji poporodowej, w grupie położnych i pielęgniarek zainteresowanych tematem zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym, które chciały poszerzyć swoją wiedzę, 69% uczestników nieprawidłowo oceniło występowanie depresji u kobiet w ciąży, 54% występowanie baby blues, a 59,1% - depresji po narodzinach dziecka. Tylko 67% uczestniczek zainteresowanych tematem (zgłosiły się na szkolenie) uważało, że kobieta może przyjmować leki antydepresyjne w trakcie laktacji. Tylko 33% uczestniczek badanych 3 lata po wprowadzeniu nowego standardu opieki okołoporodowej wiedziało, że niektóre pytania w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej kodowane są w sposób odwrócony. Położne i pielęgniarki deklaryowały również, iż nie wykonują badania przesiewowego, gdyż nie wiedzą gdzie odsyłać kobiety z podwyższonym wynikiem.*

*Wyzwania i ograniczenia zaobserwowane podczas realizacji szkoleń.*

*Częstość występowania zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym oraz wskaźnik samobójstw wśród osób z PPD nadal były błędnie szacowane po odbyciu szkolenia. Wskazuje to, iż mimo ogólnego wzrostu wiedzy 6-godzinne szkolenie może nie być w pełni wystarczające, by przyswoić i przećwiczyć cały materiał.*

telefon: +48 22 250 01 46  
adres email: [kancelaria@mz.gov.pl](mailto:kancelaria@mz.gov.pl)  
[www.gov.pl/zdrowie](http://www.gov.pl/zdrowie)

ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa



Zaobserwowano również, że deklarowane lepsze przygotowanie edukacyjne do pracy z kobietami z grupy ryzyka depresji poporodowej jest związane z większą wiedzą na temat zaburzeń nastroju w okresie okołoporodowym tylko wtedy, gdy kontrolowany był wiek personelu medycznego. Młodszy wiek związany jest z faktycznie większą wiedzą, a starszy wiek związany jest z postrzeganiem siebie jako bardziej wyedukowanej/go. Wyniki programu podkreślają znaczenie uwzględniania wieku jako czynnika w zrozumieniu związku między postrzeganym przygotowaniem edukacyjnym, stażem pracy i wiedzą. Średni wiek położnych i pielęgniarek uczestniczących w szkoleniach przekraczał 40 lat, podczas gdy średni wiek położnych i położnych środowiskowych w Polsce wynosi 53 lata (NIPiP: Główna Rada Pielęgniarek i Położnych, 2022). Szczególną uwagę należy zwrócić na zapewnienie szkoleń dla starszych położnych i położnych środowiskowych, ponieważ ukończyły one programy, które nie obejmowały zarządzania zdrowiem psychicznym.

Działania edukacyjno-informacyjne dla wszystkich (informacje w MPK, telewizji, radiu, podczas pikników zdrowotnych i innych eventów, strona internetowa, filmy video, plakaty i ulotki).

W skali Polski zrealizowaliśmy więcej badań przesiewowych niż było zaplanowane, co związane jest z intensywną promocją programu przez poszczególnych realizatorów oraz zainteresowaniem tematem depresji poporodowej obserwowanym w mediach. Dodatkowo, mimo, iż pandemia covid-19 początkowo negatywnie wpłynęła na ilość zgłaszających się na konsultacje psychologiczne kobiet, promocja badań przesiewowych online wpłynęła pozytywnie na ilość wypełnień kwestionariusza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej online, co doprowadziło do niemal 3-krotnie wyższej liczby wypełnień online niż zakładano.

W skali Polski ponad 10 000 osób obserwowało nasze media społecznościowe.

Zwiększenie dostępu do specjalistów (psychologów) i badań przesiewowych, wykonano łącznie 74 234 badań przesiewowych.

Analizując wyniki zarówno z poszczególnych rejonów jak i łączne dane zwróciliśmy uwagę na szereg zjawisk.

Monitoring programu wykazał, iż kobiety są ogólnie zadowolone, gdy personel medyczny interesuje się ich zdrowiem psychicznym, średnia ocena zadowolenia i oceny kompetencji położnych wynosiła ponad 6 punktów na skali Likerta (odpowiedzi 1 – 7, gdzie 7 oznacza bardzo wysokie zadowolenie).

Znaczenie badania poziomu lęku: analiza danych z literatury pokazuje, że podobnie jak w przypadku objawów depresji, również objawy lęku nasilają się w pierwszym roku życia dziecka. Dodatkowo znaczenie ma czas prowadzenia badania przesiewowego: przeprowadzona analiza podskali Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej ESDP – 3A badającej nasilenie lęku, wykazała istotną różnicę między średnim wynikiem czynnika lęku w pierwszym badaniu przesiewowym ( $M = 2,52$ ,  $SD = 2,199$ ; wykonywanym przez położną/pielęgniarkę) oraz w badaniu follow-up ( $t = -10,98$ ,  $p < 0,001$ ,  $d$  Cohena =  $-0,304$ ;  $M = 3,09$ ,  $SD = 2,28$  – badanie follow-up analizujące tę zmienną odbywało się wyłącznie w makroregionie północnym). Wynik podwyższony (6 punktów i powyżej), wskazujący na zwiększone nasilenie objawów lękowych, uzyskało we wstępnym badaniu przesiewowym 9,5% badanych, a w badaniu follow-up – 21,2%.

Ocenę objawów lękowych na podstawie skróconego kwestionariusza GAD 7 - GAD-2 przeprowadzano wyłącznie w badaniu follow-up wyłącznie w makroregionie północnym na próbie 1250 kobiet. Średni wynik uzyskany przez kobiety wyniósł 1,13 ( $SD = 1,39$ , min. = 0, maks. = 6,  $n = 641$ ). Wynik kliniczny (3 punkty i powyżej) wskazujący na zwiększone nasilenie objawów lękowych, a tym samym na duże prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia lękowego uogólnionego, miało 13,4% badanych.

Sposoby badania lęku w podstawowej opiece zdrowotnej są proste i niskokosztowe (Matthey, 2008; Kroenke i in., 2007; Pummer i in., 2016). Z uwagi na wzrost poziomu lęku w

*kolejnych badaniach, zaleca się by badanie lęku włączyć w kolejne badania przesiewowe przeprowadzone w pierwszym roku życia dziecka.*

*Myśli o zrobieniu sobie krzywdy – pozycja 10 ESDP. Analiza danych z programu Przystanek MAMA dotycząca nasilenia myśli o zrobieniu sobie krzywdy (pozycja 10 Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej) wykazała, że 2% kobiet badanych w kontakcie bezpośrednim, przez położną, w pierwszym roku po narodzinach dziecka miało myśli o zrobieniu sobie krzywdy. Natomiast, w samobadaniu Edynburską Skalą Depresji Poporodowej w badaniu online, obecność myśli o zrobieniu sobie krzywdy deklarowało aż 45 % badanych!!*

*1/3 kobiet, które zadeklarowały takie myśli w obecności położnej, nie miała podwyższonych objawów depresji, a ponad 40 % - nie miało podwyższonych objawów lęku.*

*Za szczególnie istotny Rada uważa wniosek, iż monitorowanie odpowiedzi na tę pozycję w kwestionariuszu, dotyczącą myśli o zrobieniu sobie krzywdy jest istotne również wtedy, gdy kobiety nie doświadczają nasilonych objawów depresji i lęku.*

*Jawność versus anonimowość badań przesiewowych. Realizatorzy programu we wszystkich makroregionach zaobserwowali dużą rozbieżność między odpowiedziami udzielanymi online i w kontakcie bezpośrednim z położną/pielęgniarką. Podczas badania w obecności położnej/pielęgniarki uzyskały średni wynik ESDP 4.73 (SD = 4.15). Kobiety (n=20,454), które wykonywały samobadanie na stronie projektu otrzymywały średni wynik 16.05 (SD = 5.975). Podwyższony wynik, wskazujący na ryzyko objawów depresji uzyskało 7,2% w badaniu w kontakcie i 85 % matek w badaniu online. W profilaktyce zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym bardzo ważne jest utrzymanie możliwości samobadania online: wyższa anonimowość badania może ułatwiać ujawnianie prawdziwych myśli dotyczących swojego dobrostanu i objawów depresyjnych. Ważne jest, by po samobadaniu, kobiety otrzymywały wynik wraz z listą miejsc, gdzie można uzyskać bezpłatną i szybką pomoc.*

#### Świadczenia zdrowotne: wizyta u psychologa.

*Mimo iż zrealizowaliśmy oczekiwany wskaźnik i program budził coraz większe zainteresowanie wraz z czasem trwania, nasze badanie wykazało, że liczba kobiet, które skorzystały z porad dotyczących skierowań, była stosunkowo niska, ponieważ tylko 8% skierowanych kobiet zapisało się na konsultacje, a 6% wzięło udział we wszystkich trzech konsultacjach psychologicznych.*

*Ten wskaźnik mieści się w przedziałach podanych w literaturze światowej (Goodman & Tyler-Viola, 2010; Miller i in., 2009) i pokazuje, że akceptacja porady dotyczącej skierowania przez matkę, którą zdefiniowaliśmy jako dodatek do kroku 2, nadal stanowi słaby punkt w procesie prewencji depresji poporodowej.*

*Nasze wyniki wskazują, że proces prewencji depresji poporodowej powinien zostać rozszerzony z dwustopniowego (krok 1 = identyfikacja plus krok 2 = skierowanie/interwencja) na trzystopniowy (krok 1 = identyfikacja plus krok 2 = skierowanie i akceptacja skierowania przez matkę plus krok 3 = interwencja), podkreślając moment rozmowy między matką a pracownikiem służby zdrowia o wyniku badań przesiewowych, który może wpływać na akceptację skierowania po pozytywnym wyniku badania PPD.*

#### Wnioski.

*Pracownicy medyczni powinni być świadomi niskiego wskaźnika korzystania ze skierowań oraz czynników ryzyka, które uniemożliwiają szukanie pomocy. Dodatkowo, unikanie szukania pomocy jest charakterystycznym objawem depresji, zgodnym z brakiem dbałości o siebie typowym dla funkcjonowania w stanie depresji - co staraliśmy się przekazać uczestnikom szkoleń i współpracującemu personelowi medycznemu. Samo przekazanie wyniku nadania przesiewowego nie wystarczy by kobieta skorzystała z bezpłatnej pomocy psychologicznej. Kluczowa wydaje się rozmowa przeprowadzona przez położną, zasadne*



*wydaje się pytanie młodej mamy o wcześniejsze trudności emocjonalne/ wystąpienie depresji w historii życia. Zdajemy sobie sprawę, że skuteczność programu oceniana jest realizacją poszczególnych wskaźników, jednak wyjątkowo ważne wydała się nam analiza dodatkowej ankiety, którą wypełniali psychologowie lub kobiety w badaniu follow-up. Na pytanie: co Panią sprowadza na konsultacje, kobiety odpowiadały – porada/ namowa położnej. Wydaje się nam, że ta „jakościowa” odpowiedź również świadczy o efektywności szkoleń, sensowności wdrażania programu i zasadności wspierania położnych/pielęgniarek w dbaniu o zdrowie psychiczne w okresie okołoporodowym.”*

*Z wyrazami szacunku*

Małgorzata Iwanicka-Michałowicz  
Zastępca Dyrektora  
/dokument podpisany elektronicznie/