

# НАЦИОНАЛНО ПРЕДСТАВИТЕЛНО ЕПИДЕМИОЛОГИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА ЧЕСТИТЕ ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА В БЪЛГАРИЯ (2002-2006):

## Инструменти, методика, провеждане и оценка

*Социална медицина, брой 4, 2008г.*

Тома Томов<sup>1</sup>, Христо Хинков<sup>2</sup>, Захари Зарков<sup>2</sup>, Майя Младенова<sup>1</sup>, Светлозар Василев<sup>1</sup>,  
Михаил Околийски<sup>2</sup>

*Нов Български Университет<sup>1</sup>*

*Национален център по опазване на общественото здраве<sup>2</sup>*

### 1. ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години в световната психиатрия протичат важни промени, зад които стоят институции като СЗО<sup>1</sup> и Световната Банка. Те са предизвикани от откритието, че някои основни допускания, на които се е опирала дълго време световната здравеопазна практика, не са точни. Става дума за вярването, че тежките психични разстройства (напр., шизофренията) не са сериозен социален проблем защото не са „болести-убийци“ (за разлика от СПИН например) и защото честотата им е малка; а честите психични разстройства (напр. депресията) преминават не толкова с лечение, колкото с времето и усилията на индивида и семейството и не водят до сериозни загуби за индивида и обществото. Неоснователността на това вярване стана особено ясна след изследване на тези организации<sup>2</sup>, което показва, че социалното бреме на психичните болести е огромно, но досега неизмерено и че честите психични болести съставляват основна част на това бреме във всички страни. Специално депресията, която през 1990 е била четвъртата водеща причина за човешко страдание, икономически загуби поради болест и разходи за здраве в света, през 2020 г се очаква да бъде първа.

В контекста на тази преориентация на разбирането за значението на честите психични разстройства в живота на индивидите и обществата СЗО поде Световната инициатива за психично здраве (СИПЗ, World Mental Health Initiative) като създаде консорциум от изследователи на база университетите Харвард и Мичиган (Ан Арбър), САЩ. Консорциумът разви метод за Представително проучване на домакинствата (ППД, Household Sample Survey<sup>3</sup>) за наличие на чести психични разстройства, който е приложим във всички страни, включително тези в преход каквато е България, които нямат научен и кадрови ресурс да анализират данните и да ги преведат на езика на здравна политика. Задачата на Консорциума е да подпомага страните-членки на СЗО при провеждане на национални епидемиологични проекти с метода на ППД.

СИПЗ се налага заради особените затруднения, които честите психични разстройства създават пред здравеопазните системи. Главното от тях е, че тяхната болестност е висока (между 10 и 30 % от общото население), но разпознаването на разстройството затруднява засегнатите лица и техните близки, а търсенето на помощ от малкото, които са се разпознали като случай, е най-често неуспешно поради липсата на подход сред общите здравните кадри, поради трудния (стигматизиращ) достъп или пълна липса на специализирани грижи, което е израз на дезавуиране на психичното

страдание в културите на насилие. Ето защо информацията от годишните отчети на заведенията, която се използва за планиране на услугите, системно заблуждава управлението като подсказва много пъти по-ниска честота от реалната. Това води до заключение, че няма нужда от инвестиции в обслужването на тези разстройства, което спира развитието на специализирани програми, а това на свой ред осигурява ниска заявена болестност през следващия годишен цикъл. Съществуването на описаната ситуация беше установено най-напред в САЩ, където през осемдесетте години беше проведено Епидемиологичното изследване на географски територии (Epidemiologic Catchment Area, ECA, Study, Robins and Regier, 1991<sup>4</sup>, 1984<sup>5</sup>). Впоследствие това положение на нещата беше потвърдено за страни от всички части на света. Днес правенето на психично-здравна снимка на общността се приема за задължителна първа стъпка на всяка сериозна психично-здравна политика, която има амбицията да гради взимането на решения върху количествена епидемиологична информация (а не на данни за „обращаемостта“). Като условие за влизане в ЕС България беше поканена да замени приютната си психиатрия с психиатрия в общността с помощта на компетентна политика предшествана от епидемиологичен анализ на данни от ППД. При тези обстоятелства България се присъедини към СИПЗ.

Тази публикация има за цел да представи за българските читатели метода на ППД, да опише неговото усвояване и прилагане у нас за приложение в областта на психичното здраве, да посочи резултатите от срещата с тази технология на основаното на данни управление на здравеопазването и да ги обсъди.

## **2. ИНСТРУМЕНТИ И МЕТОДИКА НА РАБОТАТА С ТЯХ**

Проучването е основано на оценяване със структурирано клинично изследване, наречено Съставно интернационално диагностично интервю, СИДИ, (Composite International Diagnostic Interview, CIDI<sup>6</sup>), създадено на основата на Скалата за диагностично интервю (DIS, Robins et al 1981<sup>7</sup>) използвана в Епидемиологичното изследване на географските територии споменато по-горе. В проекта СИПЗ СИДИ се прилага от анкетьори без подготовка по психиатрия и медицина, но с опит в провеждането на анкети и въпросници, преминали обучение за работа с варианта на въпросника известен като СИДИ 2.3.

### **2.1. Съдържание на интервюто**

Този вариант на СИДИ включва набори от въпроси за клинична оценка на 19 разстройства от МКБ-10 (съответно от DSM IV, Диагностичен и статистически наръчник на Американската психиатрична асоциация), разпределени в четири групи както следва:

**Разстройства на тревожността** (разстройство на паника, генерализирано тревожно разстройство, социална фобия, специфична фобия, агорафобия без паника, пост-травматично стресово разстройство, обесивно-компулсивно разстройство и разстройство на сепарационна тревожност при възрастни),

**Разстройства на настроението** (дистимия, депресивно разстройство и биполарно разстройство),

**Разстройства в контрола над импулсите** (разстройство с противопоставяне и предизвикателство, разстройство в поведението, разстройство с дефицит на вниманието, интермитентно експлозивно разстройство)

**Разстройства свързани с употребата на психоактивни вещества** (злоупотреба с алкохол, зависимост от алкохол, злоупотреба с дроги, зависимост от дроги).

Организацията на СИДИ е на **модулен принцип** и изследователите имат възможност да изберат за кои диагностични категории ще използват въпросника съобразно целите на проекта и ресурсите на екипите. Диагностичните правила за много от изброените разстройства са спорни или в процес на промяна. В това отношение се извършва огромна изследователска работа и проектите на СИПЗ имат за цел да проверят приложимостта на ново-предложените диагностични алгоритми в сравнение със старите. Ето защо СИДИ интервюто съществува в два варианта – **къс**, който се прилага при всички лица при които скринирането при въвеждането в интервюто е установило висока вероятност за наличие на някое от така наречените **задължителни** (core) разстройства и **дълъг** – който се прилага само при случайна извадка от всички интервюирани лица. Късият вариант включва: разстройство на паника, специфична фобия, социална фобия, агорафобия, генерализирано тревожно разстройство, интермитентното експлозивно разстройство, депресия, мания, злоупотреба и зависимост (на алкохол и дроги). Българският дълъг вариант на СИДИ включва пост-травматичното разстройство – често, но трудно разпознавано и рядко лекувано заболяване, което поставя много въпроси пред изследователите. Тъй като за този модул извадката се състоеше от част от основната извадка получена на случаен принцип, в проучването се работи с две извадки, наречени **първа** и **втора**, всяка от които беше претеглена с оглед установяване на нейната представителност (виж. по-долу). За всяко от разстройствата има компютърна програма за поставяне на диагноза съгласно диагностичните критерии на DSM IV. При това много от параметрите на компютърната диагноза могат да бъдат променяни и на тази база – оптимизирани.

Освен за клиничната оценка СИДИ събира информация за **социалните нарушения** (social impairments) и за **емоционалното страдание** (emotional distress) съпътстващи заболяването. Социалната дисфункция се измерва като мярка за клинична тежест (Sheehan Disability Scales<sup>8</sup>) независима от клиничната специфика на разстройството и като показател за социалното бреме (social burden) на разстройството (WHO-DAS, Disability Assessment Schedule<sup>9</sup>). Вградени в СИДИ са и скали за клинична тежест разработени за специфични разстройства и прилагани в клиничната практика (напр. Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS<sup>10</sup>). Целта е при анализа клиничната тежест на случаите от общата популация да може да бъде съпоставена с клиничната тежест на лекуваните случаи.

СИДИ съдържа и въпроси за оценка на **протичането** както в хода на живота (напр., брой на епизодите, брой на годините с поне един епизод) така и през последните 12 месеца (напр., брой седмици през последните 12 месеца със симптоми). Тази информация е от голямо значение за оценката на социалното бреме на честите психични разстройства.

За изучаване на корелациите между честите психични разстройства и факторите на средата в СИДИ са добавени **други раздели** (извън тези за диагностична оценка), а именно:

**Суицидалност.** Този раздел позволява да се проучи епидемиологията на опитите за самоубийство.

**Тютюнопушене.** С тази информация се търсят връзки между тютюнопушенето и нарушенията в емоционалния живот.

**Хронични заболявания:** Този раздел събира информация за болестността, възрастта на началото и текущите прояви (последните 12 месеца) на най-честите хронични соматични (рак, сърдечни болести) и психофизиологични (хронична умора) заболявания. Оценката в изпълнението на социалните роли поради тези заболявания се прави със същите скали, по-които се оценява социалната дисфункция при психичните разстройства (Sheehan Disability Scales). Това ще позволи пряко сравняване на социалния товар при двете групи.

**Лечебни услуги:** С въпросника се събира два вида информация за лечебните услуги получени от респондентите: специфична - за разстройството, което респондентът е имал през месеца преди интервюто, и глобална – за лечебните услуги през едногодишния период преди интервюто. Информацията е подробна и включва брой прегледи, продължителност на прегледа и назначени лечения. В раздела по **фармакоепидемиология** се събира информация за медикаментите, дозите и продължителността на употребата им. На тази основа ще може да се прави преценка за съответствието на лечението на добрата практика. Освен това се събира информация за пречките пред получаване на лечебни услуги.

**Детство:** Във връзка с откритието, че честите психични разстройства започват много рано в живота, интервюто включва раздел върху детството. Целта е оценка от гледна точка на отношенията с родителите, между тях и в семейството като формираща среда и основен източник на стрес в този етап от живота (поради зависимост от родителите). Целта е да се изучи връзката между изложеност на стрес и възникване на заболяване от кръга на честите психични разстройства.

**Социодемографски данни:** Този раздел събира обширна информация за протичането на живота на респондента с оглед проверка на рискови фактори за психични разстройства и неблагоприятни последици от психични разстройства. Така например на под извадката на лица имали брак протекъл с насилие се задават редица въпроси за началото на връзката им с партньора, за нейното протичане, за развода им и т.н., за да се определи дали семейното положение влияе върху започването и протичането на психично разстройство, както и какъв е ефектът на ранно психично разстройство върху възрастта на сключване на брак, стабилността и качеството на брака.

**Подизвадка на брачните двойки:** Изучаването на двамата членове в двойката по отношение психично разстройство - начало, ход, протичане, клиника - ще позволи да се установи играе ли роля процеса като избирателното подбиране по показател психично разстройство на членовете в двойката и как разболяването на единия член влияе върху другия.

## **2.2. Структура на интервюто**

Преди да се пристъпи към подробното събиране на данни за клинична оценка респондентът преминава скрининг чрез възлови въпроси за установяване дали през живота си е имал прояви, които говорят, че вероятно е прекарал някое от разстройствата. Информацията извлечена от скрининга се организира в план за провеждане на интервюто с този конкретен пациент с помощта на Карта за справка. Принципът е тези модули, за които скринингът е отрицателен, да се пропускат при интервюто с този конкретен пациент, което спестява много време.

Предимствата на тази организация на процеса на интервюиране са подробно описани от Kessler и Ustun<sup>11</sup>. Едно от тях е, че при скрининга респондентът се въвежда в контекста на проучването чрез изискването да прегледа живота си за наличието на периоди от време (епизоди), през които са били налице възловите прояви на разстройствата на тревожността, настроението, употребата на алкохол и дроги, личността и контрола над импулсите. Така респондентът става наясно за подхода на психиатрията в самото начало на интервюто. Това му помага да си даде сметка дали е прекарал някое от тези разстройства без да е разбрал това и без да е търсил помощ. Тъй като основната цел, с която се провежда изследването е да се получи валидна оценка за **болестността от честите психични разстройства**, разбирането от страна на респондентите на тази цел и произтичащата необходимост да проследят живота си за прояви на тези разстройства в миналото или сега е важно. Това важи с пълна сила за българската популация, тъй като у нас никога не е имало ясна политика за обслужване на честите психични разстройства и затова в цялата култура - и сред лекарите и сред пациентите - не е разпространено разбирането за протичането психичните разстройства в епизоди.

За сполучливото справяне с тази задача интервюиращите разполагат с Наръчник, който наред с правилата и принципите привлича вниманието върху трудните места във воденето на интервюто, напр. преминаването от една секция в друга, пропускането на секции или маршрутите през които се влиза в различните модули.

Наред с това интервюиращият разполага и с Наръчник за интервюираня, който предоставя на лицето и който помага преди всичко при затруднения в избора на правилния отговор при въпросите с множествен избор или с визуални аналогови скали.

## **2.3. Превод и адаптация на българската версия на инструмента.**

Подготовката на българската версия на инструмента се извърши през втората половина на 2002 г. При изпълнението и бяха спазени изискванията на координационния център в СЗО. Тя премина през пет стъпки. Най-напред английската оригинална версия беше преведена на български език от професионален преводач, който получи консултации на експерти за намиране на българското звучене на термини от професионалния психиатричен жаргон. Във втората стъпка беше направен обратен превод от български на английски на избрани части от интервюто. При подбора на тези части бяха следвани инструкциите на специалисти от СИПЗ. Целта на обратния превод беше да се установи дали не се изопачава

смисъла първоначално вложен в оригиналния текст на въпросите. Редактирането беше направено с оглед на точно и гладко изразяване на български език на описанията на психиатричните белези и симптоми, които се въвеждат и които се използват устойчиво и без промяна във всички словосъчетания, в които участват, във всички раздели на интервюто. Целеше се също така да се избегнат психиатричните термини за обозначаване на клинично смислени състояния, преживявания и психични процеси, които са непознати на респондентите и да се заместят с равностойни по смисъл обикновени думи. Окончателният подбор на "речника" използван във въпросника беше направен от панел от специалисти психиатри.

След описаната редакция българската версия беше оценена от група психиатри и беше получено тяхното съгласие за адекватността на езика използван в интервюто. Основната задача изпълнена от тях беше адаптирането на интервюто към практиката в България. Те трябваше да намерят решения на такива въпроси като: имената на фармацевтичните препарати разрешени у нас, практикуваните религии, видовете здравни осигуровки, списъка на професиите, ранжирането на доходите, количественото измерване на консумирания алкохол от лицето и пр.

В четвъртата стъпка интервюто беше приложено в реална ситуация на среща с респонденти и след тази проверка в хода на 50 пробни оценки интервюто беше окончателно прието и дадено за печат. В крайния си вид СИДИ 2.3 (България) представлява документ от 410 страници (A4).

#### **2.4. Обучение на интервюиращите**

Подготовката на интервюиращите за работа с интервюто протече в две части - лекционна и практическа. Лекционната част въведе принципите и целите на епидемиологичната работа в психиатрията поставяйки акцента върху ролята на интервюиращия (за разлика от тази на анкетъора). На второ място тя подробно изложи съдържанието на Наръчника за полева работа, от който интервюиращият се води в срещата си с респондента. Правилата обхващат четири групи въпроси. Първата група засяга установяването на първия контакт с домакинството попаднало в извадката – първоначално чрез писмо разказващо за проучването и определящо деня на първото посещение. Втората група въпроси обхваща срещата с домакинството и спечелването му за участие в изследването. Интервюиращият събира с кратка структурирана анкета данните за членовете и по случаен ред, регламентиран в Наръчника определя, кой от членовете на домакинството ще бъде предмет на интервю. Третият кръг въпроси засяга спечелването на търпението, усърдието и вниманието на интервюиращия с цел приключване на интервюто, което рядко отнема под 90 минути и с цел получаване на точна информация. Четвъртата последна група от въпроси, за които интервюиращите получават точна информация при обучението е как приключват, номерират и предават попълнения въпросник на координатора на полевата работа.

Втората част от обучението на анкетъорите обхваща запознаването с въпросника и тренировка в прилагането му в условията на малка група под ръководството на клиницист, познаващ спецификата на въпросника и специално практиката на

пропускане на секции и части от секции, когато отговорите на скриниращите или въвеждащите въпроси са негативни.

За българската част от изследването бяха обучени над 40 интервюиращи по описания начин. С това обучението не приключи. Първите интервюта на полето станаха повод за обучение на място по конкретни въпроси при посещенията на координатора.

### **3. СТАТИСТИЧЕСКИ МОДЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

Дизайнът на българското изследване беше разработен при спазване на изискванията на генеричния дизайн на СИПЗ и с оглед получаването на представителна извадка от минимум 5000 успешни интервюта, от които 4500 главни респонденти и 500 брачни партньори на възраст от 18 години нагоре.

#### **3.1. Извадката от населението**

Рамка за извличане на извадката беше Националният граждански регистър, който дава уникален номер на т.нар. "секции" от по средно 200 домакинства обособени на географски принцип. При прогнозирана отзивчивост (response rate) от минимум 75% и очакване, че поне 6% от адресите на домакинствата попаднали в извадката ще бъдат неверни, беше изчислено, че трябва да се изберат общо 6300 домакинства. По случаен признак в първа стъпка бяха избрани населени места, а във втора - секции във всяко от тях. В трета стъпка бяха подбрани домакинства във всяка секция.

Респондентът беше посочван измежду членовете на домакинството от интервюиращия също по случаен ред с помощта на таблици на Kish<sup>12</sup>. Всеки идентифициран респондент получаваше собствен личен номер. Статистическият дизайн беше одобрен от експерти на Главната квартира на изследването.

След приключване на полевата работа, прехвърлянето на данните в компютър и изчистването на записите от грешки българската база данни наброява 5318 случая, от които 779 съпруги на главни респонденти, което прави отзивчивост (response rate) от 72 %.

#### **3.2. Тегла и претегляне**

Претеглянето на лицата окончателно влезли в българската извадка си постави за цел да доближи максимално извадката до общото население по пол, възраст и географско разпределение, с цел да се гарантира висока валидност на резултатите. Източникът за данните за общото население беше Националният статистически институт, който предостави официалната преценка за състава на българското население по посочените показатели към 31 декември 2005 г. Методът за извършване на претеглянето е описан от Kessler et al.<sup>13</sup>

Таблица 1: Демографско разпределение на извадката в сравнение с общото население по възраст, пол и област (след стратификацията на променливите)

	Извадка I Непретеглена (N=5318) %	Извадка I Претеглена (N=5318) %	Извадка II Непретеглена (N=2233) %	Извадка II Претеглена (N=2233) %	Данни от преброяване населението %
<b>Възраст</b>					
18 - 29	15.2	20.1	12.4	19.6	20.4
30 - 39	15.3	17.7	14.0	17.9	17.7
40 - 49	16.6	16.5	15.9	16.7	16.4
50 - 59	20.2	17.4	23.3	17.3	17.3
60 - 69	16.5	13.4	17.4	13.6	13.4
70+	16.2	14.9	17.0	14.9	14.8
<b>Пол</b>					
Мъже	45.7	47.9	42.6	47.8	47.8
Жени	54.3	52.1	57.4	52.2	52.2
<b>Област</b>					
Благоевград	2.9	4.3	3.0	4.3	4.2
Бургас	3.9	5.4	4.9	5.4	5.4
Видин	2.6	1.5	2.8	1.5	1.5
Варна	7.3	5.9	6.5	6.0	5.9
Враца	3.3	2.7	4.5	2.7	2.7
В.Търново	3.9	3.8	3.0	3.8	3.7
Габрово	2.5	1.8	1.7	1.8	1.8
добрич	4.2	2.6	3.8	2.7	2.6
Кърджали	3.2	2.0	2.6	2.0	2.0
Кюстендил	2.5	2.0	1.9	1.8	2.0
Ловеч	2.9	2.0	2.5	2.1	2.0
Монтана	2.0	2.1	2.7	2.2	2.1
Пловдив	8.0	9.4	8.6	9.4	9.2
Пазарджик	3.1	3.7	3.6	3.8	3.8
Перник	3.3	1.9	3.9	1.9	1.9
Плевен	4.6	3.9	5.7	4.0	3.9
Разград	2.2	1.8	2.8	1.8	1.7
Русе	2.6	3.4	1.7	3.1	3.4
София град	11.0	16.1	9.9	16.7	16.5
Ст.Загора	4.3	4.5	4.8	4.3	4.6
Сливен	2.6	2.6	2.8	2.6	2.6
Смолян	1.4	1.7	1.5	1.7	1.7
Силистра	1.9	1.7	1.8	1.7	1.7
София обл.	2.5	3.4	3.0	3.4	3.4
Търговище	2.5	1.7	2.3	1.7	1.7
Хасково	3.7	3.5	3.9	3.5	3.4
Шумен	2.5	2.5	1.6	2.3	2.5
Ямбол	2.4	1.9	2.4	1.9	1.9

#### 4. СЪБИРАНЕ НА ДАННИТЕ

Провеждането на интервютата беше организирано на основата на график във времето, който в случая с България беше разположен в три последователни



календарни години 2003-2005. Извадката от всички случаи беше разделена на три равностойни от гледна точка на теглата на социодемографските променливи вълни от по 2100 души - по една през всяка година. Тази технология позволи "трудните" за откриване и убеждаване за участие в интервюто случаи да не се струпат "за изчистване" на края. Друго предимство на този "календар" на полевата работа беше възможността ако изследването се прекрати предсрочно поради политическата нестабилност в държавата, която финансира програмата, данните от първата или от първата и втората вълни да продължат да бъдат представителни. Трето предимство на "календара" е, че изследването разчиташе изцяло на млади хора в период на обучение и формиране. То беше добра школа в това отношение, особено защото този календар допускаше да бъдат правени грешки, които после се коригират и водят до научаване.

Събирането на данните протече в две основни стъпки – получаване на информацията чрез интервюиране и прехвърляне на данните от хартиения носител в компютърен файл. Контролът над качеството в протичането на всяка от двете стъпки беше от възлово значение за осигуряване на база данни, която покрива изискванията на СИПЗ.

#### **4.1 Контрол над качеството на интервюирането**

Контролът над интервюирането беше осъществен с придържането към протокол, който изисква седмичен отчет от всеки интервюиращ. Освен с посещения на място от координатора на полевата работа тази задача се изпълняваше и с помощта на безплатна телефонна линия за достъп до щаба на проучването. На второ място в щаба се извършваше проверка на всяко интервю по определен ред с цел ранно откриване на типичните грешки, които се допускаха при преходите между модулите на инструмента.

Прехвърлянето на данните от хартиения носител в компютър се пое от външен извършител и се осъществи с програмата BLAISÉ<sup>14</sup>.

#### **4.2. Проверка на данните за грешки**

Грешки възникват както при вписването на данни от интервюиращите така и при въвеждането им в компютъра от операторите. Основният брой грешки се отстраняват от проверките, които извършват самите изпълнители на собствената си работа, което е част от протокола, по който работят. Така например, всеки интервюиращ е задължен да провери попълнените през деня интервюта следвайки указание в Наръчника, а операторът трябва да качи повторно 10% от данните също съгласно протокол за контрол над грешките свързани с така наречения човешки фактор.

Част от грешките са от естество, което не позволява улавянето им от самите извършители на операциите. Така например, много от въпросите събират факти от историята на индивида, семейството или боледуването и те се вписват в интервюто като дати. Почти правило е, споменът за житейските събития да не е прецизен и в записва за лицето да се окажат данни, които са логически невъзможни, като

например, оздравяване преди разболяването, настъпване на раздяла преди събиране на двойката и пр. Втори вид грешки се получават при набори от данни нанесени в разрез с формалната логика на диагностичните алгоритми или на конструираните променливи. Те могат да бъдат уловени с програми за проверка на логическата консистентност на следвания от интервюиращия план за провеждането на конкретното интервю. И най-сетне трета група грешки са израз напълно нелогични като например внесени кодове, които не съществуват като опции.

Процедурата за улавянето и отстраняването на описаните грешки изисква прецизна координация на екипа на страната и статистическия център в главната квартира на СИПЗ. В случая с България след като файловете на отделените оператори бяха събрани и базата данни беше сглобена с помощта на програмата BLAISE и трансформирана в SPSS запис бяха необходими 5 кръга на проверка за несъгласувани, вътрешно-противоречиви или липсващи данни до пълното отстраняване на грешки. В този процес се наложи да отпаднат 69 интервюта, които имаха неотстранени пропуски, главно защото респондентите бяха станали недостъпни година или повече след интервюто.

#### **4.3. Поддържане и използване на базата данни**

През април 2008 година след около година усилия за отстраняване на допуснати грешки българската база данни премина теста за качествена информация и беше предоставена за ползване в публичния домен на СИПЗ. Достъпът до информацията е с парола и се предоставя след съгласуване на искането с колектива от изследователи създали базата. Ползването е с две цели. Първата е предоставяне на доклад за болестността от чести психични разстройства сред общото население – информацията нужна на МЗ, за да актуализира следващите версии на своята психично-здравна политика. Втората е проверката на различни хипотези за причините на разстройствата, за обслужването им и за системата от здравни грижи.

### **5. ОБСЪЖДАНЕ**

Провеждането на представителни национални проучвания за установяване на честота на честите психични разстройства, връзката на тази болестност със социодемографски фактори, фактори на развитието, средата и семейството, както и с търсенето и получаване обслужване, е възможно да се проведе в страни в преход, каквато е България, благодарение на международното сътрудничество осигурявано от СЗО и голямото развитие на инструментите, комуникацията и компютърните технологии.

Използването на напълно структуриран въпросник (CIDI-3), за разлика от полуструктурираните интервюта, дава възможност да се ползват анкетьори, които нямат професионална подготовка в областта на психиатрията. Този подход има няколко предимства. Първото от тях е, че себестойността на изследването се намалява, а в страни с малко психиатрични кадри самото проучване става възможно. Алтернатива на използването на интервюиращи без психиатрична подготовка е прилагането на двустъпков дизайн: скрининг, последван от валидиране на скрининг позитивните след обстойно интервю с психиатър и в съпоставка с извадка

от скрининг отрицателните . Когато обаче на дневен ред седи въпросът за подобряване на прилаганата нозологична класификация, какъвто е случаят сега в света с МКБ-10 и с DSM IV, ръководителите на здравеопазването очакват много повече от епидемиологията отколкото данни за скритата болестност. От особено значение са въпросите с огромни икономически импликации като: ранното откриване, своевременното лекуване, избягването на хронифицирането и социалната дисфункция чрез идентифицирането на социалните и психологични фактори, които ги обуславят. Точно това предимство дава на изследователите използваният от СИПЗ и България инструмент СИДИ 3.1. Крос-културалните изследвания са незаменима възможност за проверка на дълъг списък хипотези по тези въпроси.

Българското проучване в рамките на СИПЗ, завършило с успешно създаване на базата данни от български колектив (какъвто не е случаят в редица други страни) е местен успех в няколко отношения. На първо място изследването показва възможност за сътрудничество между клиницисти (психиатри) и специалисти в областта на общественото здраве. На второ място то е пример за сътрудничество между държавни, университетски и граждански структури, което успява да преодолее много трудности свързани най-вече с класическите управленски грешки на българската администрация и конфликтите в отношенията на участниците. На трето място резултатът от проведеното проучване – базата данни равностойна по качествата си на базите данни на страни с далеч по-големи изследователски възможности – е предизвикателство към самодоволството и заедно с това императивен стимул за влягане на нови ресурси – любопитство, труд и средства – за съвместни начинания, в които българските изследователи ще бъдат равноправни участници. Те не трябва да емигрират ако искат да се занимават с любимия предмет на професионалните си усилия и не трябва да изоставят професията си, ако искат да живеят в България.

Проучването подложи на изпитание способността на изследователската група да прояви гъвкавост, за да отговори на дългия списък от неочаквани изисквания, продължили да възникват и след като беше започнал да се осъществява. Така например, въпроси и цели секции бяха добавяни към интервюто, което водеше до промяна в инструкциите за изпълнителите. Финансовите средства не можеха да се отпускат ритмично и се налагаше обеми от работа, запланувани за цяла година, да се изпълняват практически в дни, за да се усвоят остатъчни средства от годишните бюджети на МЗ – единствените пари, които от там се считаха за оправдано похарчени за психиатрични нужди.

## **6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Създаването на база данни за вида, честотата и факторите, които корелират с възникването, протичането и обслужването на честите психични разстройства, е значително постижение на психиатрията, общественото здраве и разбирането за отношенията между хората, определящи психичното благополучие. Базата данни ще позволи заключения за честотата, клиничната тежест и протичането на разстройствата, социалното бреме, до което водят, използването на службите, качеството на лечението и здравното поведение на лицата с чести психични

разстройства. Успешното участие в международен проект с характера на СИПЗ открива достъп до големи възможности за базирана на знание система от грижи за честите психични разстройства, този огромен, но неразбиран социален проблем на днешна България.

- <sup>1</sup> The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope.  
<http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>
- <sup>2</sup> Murray, Ch and A. Lopez (eds) (1996) Global Burden of Disease: A Comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press
- <sup>3</sup> United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division (2005). Household Sample Surveys in Developing and Transition Countries; Series F No. 96; NY,
- <sup>4</sup> Robins LN, Regier DA. 1991. Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: Free Press.
- <sup>5</sup> Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al. 1984. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry* 41: 949–58
- <sup>6</sup> Robins LN, Wing J, Wittchen HU, et al. 1988. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry* 45: 1069–77
- <sup>7</sup> Robins LN, Helzer JE, Croughan J, et al. 1981. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry* 38: 381–9.
- <sup>8</sup> Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA (1996), “The measurement of disability,” *International Clinical Psychopharmacology*, 11(suppl 3), 89-95
- <sup>9</sup> World Health Organization, 1988 WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS), WHO, Geneva
- <sup>10</sup> Zigmond AS, Snaith RP. 1983 The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.*;67:361–70.
- <sup>11</sup> Kessler RC, Ustun B. 2004. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 13: 93–121.
- <sup>12</sup> Kish, L.1949 A procedure for objective respondent selection within the household. *Journal of the American Statistical Association*, pages 380–387,
- <sup>13</sup> Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. (in press) The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): an overview of design and field procedures. *International Journal of Methods of Psychiatric Research*.
- <sup>14</sup> [http://www.westat.com/statistical\\_software/blaise/index.cfm](http://www.westat.com/statistical_software/blaise/index.cfm)