

## **„Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska” – metodologia badania**

### **“Epidemiology of mental disorders and access to mental health care. EZOP – Poland” – research methodology**

Andrzej Kiejna<sup>1</sup>, Tomasz Adamowski<sup>1</sup>, Patryk Piotrowski<sup>1</sup>,  
Jacek Moskalewicz<sup>2</sup>, Bogdan Wojtyniak<sup>3</sup>, Grażyna Świątkiewicz<sup>2</sup>,  
Jakub Stokwiszewski<sup>3</sup>, Monika Kantorska-Janiec<sup>1</sup>, Marta Zagdańska<sup>1</sup>,  
Ronald C. Kessler<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Katedra Psychiatrii UM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

<sup>2</sup> Zakład Badań Nad Alkoholizmem i Toksykomaniami IPiN  
Kierownik: dr n. hum. J. Moskalewicz

<sup>3</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny  
Dyrektor Instytutu: prof. dr. hab. n. med. M. J. Wysocki

<sup>4</sup> Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

#### **Summary**

**Aim.** Since the second half of the twentieth century, with the development of structured diagnostic tools, population based studies on epidemiology of mental disorders are carried out. A special role is played by World Mental Health Survey Initiative which brings together a group of countries from different continents in order to carry out research projects according to standard methodology using the Composite International Diagnostic Interview. Polish EZOP study, which was conducted in accordance with the guidelines of WMH joined that group. The project was implemented under the Norwegian Financial Mechanism and the Financial Mechanism of the European Economic Area. Its aim was to estimate the prevalence of mental

---

Projekt EZOP (PL 0256) uzyskał wsparcie Islandii, Lichtensteinu i Norwegii przez dofinansowanie ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Projekt EZOP był współfinansowany przez Ministerstwo Zdrowia. Autorzy nie byli poddawani żadnym wpływom ze strony sponsorów w toku badań i ich opracowywania.

disorders in the Polish population of adults, assess the distance to mental disorders and to obtain knowledge about the perception of psychiatric disorders and treatment.

**Methods.** The research tool was the Polish version of CIDI-WHO ver.3.0., which was developed for the project. The study was performed in accordance with the guidelines of WMH (cognitive interviews, interviewers training, standardization of field procedures) using electronic version of CIDI questionnaire (CAPI) within the 2-stages procedure in randomly selected representative sample of the Polish population aged 18-64. The quality of the study was systematically controlled and reported by MB SMG/KRC, and completed data (10,081 interviews) were sent to the Department-Centre of Monitoring and Analyses of Population Health NIPH-NIH. After the initial analysis data were sent to the analytical center of WMH, which applied additional cleaning tools and added new variables representing psychiatric diagnoses in DSM-IV and ICD-10

**Słowa kluczowe:** rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, badanie populacyjne, CIDI

**Key words:** prevalence of mental disorders, population-based study, CIDI

## Wstęp

Dostępne informacje epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych oparte na danych z zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce są corocznie publikowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie jako „Rocznik Statystyczny – Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej”. Dane te odzwierciedlają rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych rejestrowane przez placówki ochrony zdrowia i nie wiadomo, w jakiej relacji pozostają one do rzeczywistego rozpowszechnienia tych zaburzeń. Dla celów operacyjnych szczególnie istotne jest określenie możliwie szerokiego zakresu wskaźników epidemiologicznych w okresie planowania modernizacji i rozwoju opieki medycznej [1]. W innych krajach obserwuje się podobne trudności z wnioskowaniem na podstawie informacji zbieranych i przechowywanych przez instytucje z sektora opieki zdrowotnej. Skutecznym sposobem radzenia sobie z tym problemem jest prowadzenie badań terenowych na losowo wybranych próbach i na podstawie wystandaryzowanych kwestionariuszy [2].

W latach siedemdziesiątych XX wieku w USA powstał pierwszy standaryzowany wywiad diagnostyczny – Diagnostic Interview Schedule (DIS) oparty na klasyfikacji DSM-III. W związku z nowymi możliwościami przeprowadzono badanie populacyjne Epidemiological Catchment Area (ECA) w 5 stanach USA i podobne badania w innych krajach, co przyczyniło się też do opracowania nowych wersji strukturyzowanych narzędzi diagnostycznych [3]. Zastosowanie narzędzia DIS umożliwiło po raz pierwszy międzynarodowe porównania danych epidemiologicznych. Według badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), szacujących obciążenie chorobami na świecie (Global Burden of Disease Study – GBD), zaburzenia psychiczne i behawioralne w Regionie Europejskim znalazły się na czwartym miejscu wśród najpoważniejszych obciążeń po chorobach układu krążenia, nowotworach i urazach [4].

Pomimo to wydatki na opiekę psychiatryczną w wielu krajach pozostały nieproporcjonalnie niskie [5]. Nie dysponowano wiarygodnymi danymi dotyczącymi rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej. W celu ich oszacowania i prowadzenia badań populacyjnych w psychiatrii przy współpracy WHO

powstało Międzynarodowe Konsorcjum Epidemiologii Psychiatrycznej (International Consortium of Psychiatric Epidemiology – ICPE), a następnie Światowa Inicjatywa ds. Badań Zdrowia Psychicznego (World Mental Health Survey Initiative – WMH). W ramach Konsorcjum na podstawie narzędzia DIS opracowano Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (Composite International Diagnostic Interview – CIDI) i ustalono wytyczne dotyczące metodologii badań na podstawie ujednoliconego schematu badawczego [6]. Za pomocą narzędzia CIDI, poza oszacowaniem rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej, można analizować ich związek z różnymi korelatami, m.in. społeczno-demograficznymi i dotyczącymi innych problemów zdrowotnych, a także oceniać niezrealizowane potrzeby związane z leczeniem, adekwatność leczenia pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych, obciążenie społeczne zaburzeniami psychicznymi i inne zmienne [6].

### Konsorcjum

Projekt „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska” wychodzi naprzeciw celom Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce, a także wpisuje się w priorytety Światowej Organizacji Zdrowia [7, 8]. Badanie zrealizowano w ramach tematu 2.5 Zdrowie oraz Opieka nad Dzieckiem (Health and Childcare) Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmów Finansowych Europejskiego Obszaru Gospodarczego, których celem była poprawa zdrowia społeczeństwa (promocja zdrowia, poprawa jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych). Wniosek o finansowanie został złożony w 2008 roku przez konsorcjum utworzone przez trzy instytucje: Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) oraz Katedrę i Klinikę Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu (UMED). Podmiotami współpracującymi z konsorcjum były: Psykiatrisk Institutt Vinderen w Oslo, Department of Health Care Policy Harvard Medical School (HMS) oraz Institute for Social Research Uniwersytetu Michigan. Badanie terenowe zostało wykonane przez Instytut Badania Rynku i Opinii Publicznej Millward Brown SMG/KRC Poland – Media S.A. (MB SMG/KRC). Badanie zostało zrealizowane zgodnie z założeniami i procedurami, jakie obowiązują w ramach Międzynarodowego Kodeksu postępowania w badaniach rynkowych i społecznych opracowanego wspólnie przez ESOMAR i ICC (Międzynarodową Izbę Handlu).

### Cel

Projekt miał na celu oszacowanie rozpowszechnienia wybranych zaburzeń psychicznych w dorosłej populacji, ocenę dystansu społecznego do zaburzeń psychicznych oraz uzyskanie wiedzy na temat społecznej percepcji leczenia psychiatrycznego. Prezentowana praca stanowi pierwszą publikację z serii artykułów przedstawiających wyniki projektu.

## Kwestionariusz badawczy

W badaniu EZOP wykorzystano najnowszą wersję kwestionariusza CIDI – WHO CIDI ver. 3.0 [9]. Narzędzie to opiera się na kryteriach diagnostycznych klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-IV i jest rekomendowane przez WHO i WMH do badań epidemiologicznych w psychiatrii. Pozwala ono szacować rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, oceniać stopień ich ciężkości oraz subiektywne poczucie obciążenia chorobą w ciągu 30 dni i 12 miesięcy poprzedzających pomiar oraz w ciągu całego życia (LT). Aktualna wersja CIDI pozwala na wychwycenie objawów niespełniających kryteriów diagnostycznych, osłabienia spowodowanego chorobą, subiektywnego cierpienia i zaburzeń rzadziej występujących (PTSD, ADHD, zaburzenia odżywiania się) [10]. Jest to wywiad w pełni strukturyzowany i złożony w zasadniczej części z pytań zamkniętych umożliwiając jego przeprowadzenie przez osoby nieposiadające wykształcenia ani doświadczenia klinicznego w zakresie psychiatrii, pod warunkiem odbycia formalnego szkolenia. Kwestionariusz ma budowę modułową. Składa się z części przesiewowej, której wynik decyduje o dalszym przebiegu wywiadu, oraz modułów diagnostycznych, do których zaliczamy: 2 sekcje dotyczące zaburzeń nastroju, 7 sekcji dotyczących zaburzeń lękowych, 2 sekcje dotyczące przyjmowania substancji psychoaktywnych, 4 sekcje dotyczące zaburzeń wieku dziecięcego, a także 7 sekcji odnoszących się do innych problemów zdrowotnych. Dodatkowo narzędzie zawiera szereg pytań pozwalających na opis cech społeczno-demograficznych, charakterystykę modelu życia, ocenę czynników ryzyka zaburzeń psychicznych oraz wychwycenie współwystępujących zaburzeń somatycznych. Podział narzędzia na część przesiewową oraz diagnostyczną pozwala na wcześniejsze zakończenie badania wśród respondentów, którzy nie potwierdzili objawów psychopatologicznych w ciągu życia [6, 10].

Zastosowanie polskiej adaptacji komputerowej narzędzia WHO CIDI ver. 3.0

### Tłumaczenie

Dostęp do aktualnej wersji kwestionariusza CIDI uzyskano dzięki współpracy z WMH. W celu zachowania narzuconych przez WMH standardów metodologicznych w procesie adaptacji narzędzia uczestniczył badacz certyfikowany przez Institute for Social Research Uniwersytetu Michigan. W pierwszym etapie procesu zastosowano metodę tłumaczeń równoległych oraz dyskusje panelowe z ekspertami (psychiatrami, psychologami, socjologami). Wątpliwości merytoryczne konsultowano podczas telekonferencji z ekspertami z HMS. Tłumaczenia dokonały osoby z zespołu badawczego, które biegle posługiwały się językiem angielskim i miały doświadczenie kliniczne. Każda sekcja kwestionariusza była przełożona dwukrotnie i oddzielnie weryfikowana. Polska adaptacja CIDI nie zawiera sekcji dotyczącej zaburzeń psychotycznych zgodnie z ustaleniami z ekspertami z HMS. W projekcie EZOP wykorzystano 32 oryginalne sekcje CIDI oraz własną sekcję Y opisującą dystans społeczny wobec osób z zaburzeniami psychicznymi [10].

## Wersja elektroniczna kwestionariusza CIDI

Wersja komputerowa kwestionariusza (Computer Assisted Personal Interview – CAPI) CIDI była zarządzana przez oprogramowanie Blaise 4.8 (Statistics Netherlands). Kwestionariusz w wersji elektronicznej posiada algorytm diagnostyczny w programie SAS (diagnozy zgodne z klasyfikacją ICD-10 oraz DSM-IV), do którego dostęp posiadają licencjonowani badacze CIDI [10].

### Pilotaż narzędzia

Ogólnopolskie badania CIDI poprzedzono dwuetapowym pilotażem. W pierwszej turze przeprowadzono wywiady z 28 osobami (14 osób bez diagnozy psychiatrycznej, 14 osób z diagnozą psychiatryczną leczonych w IPiN oraz w UMED), wykorzystując papierową wersję kwestionariusza. Pierwsze wywiady pilotażowe pozwoliły wychwycić drobne błędy i zebrać opinie osób badanych na temat testowanego narzędzia. Rezultaty tej części pilotażu zostały następnie omówione z ekspertami i pozwoliły wprowadzić modyfikacje dotyczące słownictwa i konstrukcji gramatycznej pytań. Kolejną fazę pilotażu narzędzia powierzono MB SMG/KRC. Zastosowano w niej również metodę wywiadów kognitywnych, w której obok właściwych pytań kwestionariusza zadaje się badanym pytania dotyczące sposobu rozumienia poszczególnych fraz i sformułowań. W czasie 75 wywiadów kognitywnych respondenci wskazywali przede wszystkim na skomplikowaną konstrukcję wywiadu. Doświadczenia z tej tury wykorzystano podczas szkoleń ankietatorów.

### Szkolenia ankietatorów

Materiały szkoleniowe przygotowano zgodnie ze standardami WMH i na podstawie ich oryginalnej angielskiej wersji. Do pakietu szkoleniowego włączono „Książeczkę dla ankietera”, „Książeczki dla respondenta” (w dwóch wersjach – dla mężczyzn i dla kobiet) oraz „Wskazówki dotyczące aranżacji wywiadu” zawierające dopuszczalne formuły przedstawiania się i omówienia celów badania, mogące mieć decydujący wpływ na wskaźnik realizacji próby [11]. W pierwszym etapie szkoleń pracownicy certyfikowanego przez WHO ośrodka szkoleniowego CIDI z Uniwersytetu w Groningen przeprowadzili dwudniowe szkolenie polskiego zespołu CIDI, do którego należeli lekarze psychiatry, psychologowie i socjolog. W kolejnym etapie przeszkoleni przez ekspertów z Uniwersytetu Groningen członkowie polskiego zespołu CIDI przeprowadzili trzydniowe szkolenie dwunastu doświadczonych ankietatorów, którym powierzono realizację pogłębionego pilotażu techniką wywiadów kognitywnych. Właściwe szkolenie ankietatorów prowadzone było w kilkunastoosobowych grupach przez trzyosobowe zespoły składające się z jednego członka polskiego zespołu CIDI i dwóch doświadczonych ankietatorów. Szkolenie trwało trzy dni i kończyło się sprawdzianem praktycznym. Szkoleniami objęto wyłącznie osoby na stałe współpracujące z MB SMG/KRC, które wcześniej realizowały badania terenowe o tematyce zdrowotnej. Wdrożone procedury rekrutacyjne i szkoleniowe oraz nadzór nad jakością procesu

zbierania wywiadów odpowiadały standardom obowiązującym w innych badaniach koordynowanych przez WMH [11]. W sumie przeszkolono ok. 150 ankieterów.

### Dobór próby

Analizę statystyczną przeprowadzono na podstawie losowej próby reprezentatywnej mieszkańców Polski w wieku 18–64 lat. Przy założeniu poziomu realizacji wywiadów (response rate – RR) na ok. 50% próbę losową określono na 24 tys. osób. Najistotniejszym czynnikiem wpływającym na poziom realizacji wywiadów była klasa wielkości miejscowości. Najwyższy poziom realizacji wywiadów został osiągnięty na wsi (58,1%), a w miastach stopniowo obniżał się wraz ze wzrostem liczby mieszkańców (39,6% w miastach powyżej 200 tysięcy mieszkańców). Próba była losowana w dwóch etapach. W pierwszym, posługując się bazą PESEL (Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności), utworzono warstwy terytorialne określone przez województwo (16 województw) oraz klasę wielkości miejscowości. Podstawą warstwowania były dane dotyczące demografii ludności Polski, aktualne na dzień 30.06.2009 roku [9]. Klasę wielkości miejscowości zdefiniowano następująco: Warszawa, miasta powyżej 500 tys., 200–499 tys., 100–199 tys., 50–99 tys., 20–49 tys., 10–19 tys., do 10 tys. oraz wsie. Określono liczbę mieszkańców w wieku 18–64 lat w każdej warstwie. Liczbę wywiadów do zrealizowania w każdej z warstw ustalono tak, aby była ona proporcjonalna do liczby dorosłych osób zamieszkujących daną warstwę w grupach wiekowych: 18–29 lat, 30–39 lat, 40–49 lat, 50–64 lata. Do badania włączono wszystkie miasta o liczbie ludności większej od 50 tys. ludności (86 miast). Pozostałe gminy były losowane proporcjonalnie do swojej wielkości.

W drugim etapie w każdej z wybranych gmin losowano potencjalnych respondentów indywidualnie, tak aby w każdej warstwie terytorialnej struktura wylosowanej próby była proporcjonalna do dorosłej ludności każdej warstwy ze względu na płeć oraz grupy wieku. Po zakończeniu losowania próba została zważona, tak by rozkład demograficzny próby odpowiadał rozkładowi demograficznemu dorosłej populacji Polski. Procedura ważenia danych miała istotny wpływ na ocenianą liczbę i częstotliwość zaburzeń oraz różnice pomiędzy wartościami ważonymi i nieważonymi w zależności od typu zaburzenia. Najwyższy wzrost po przeprowadzeniu procedury zaobserwowano dla rozpowszechnienia agorafobii z/bez zaburzenia panicznego DSM-IV (wzrost o 8,1%), a największy spadek dla rozpowszechnienia zaburzeń deficytu uwagi DSM-IV (spadek o 54,5%). Wpływ efektu planu grupy (design effect) zawierał się w przedziale od 0,503 (uzależnienie od nikotyny według ICD-10) do 1,268 (nadużywanie alkoholu z hierarchią według ICD-10).

### Standaryzacja procedur terenowych

Badanie właściwe wykonano w okresie listopad 2010 – marzec 2011 roku. Zrealizowano 10 081 wywiadów (ponad 60 wywiadów na 1 ankietera) o średnim czasie trwania ok. 100 minut. Postęp badania, w tym poziom realizacji próby w poszczególnych województwach, według klas miejscowości i w 12 grupach płci i wieku, był

systematycznie monitorowany przez polski zespół CIDI. Równolegle firma MB SMG/KRC kontrolowała pracę ankierów poprzez swój Dział Kontroli Jakości. Telefonicznie sprawdzono realizację 1 100 wywiadów, 10,9% zrealizowanej próby. Stwierdzono 19 przypadków błędu podstawowego, kiedy to respondent nie przypominał sobie faktu udziału w ankiecie, ankietę przeprowadzono bez użycia laptopa lub z inną osobą niż wskazana na „formularzu doboru”, pomimo iż były to tylko podejrzenia, wywiady te usunięto z badania, natomiast nie wykryto błędów systematycznych. Błędy proceduralne stwierdzano tylko sporadycznie i nie rzutowały one na wynik badania. Odsetek wywiadów nie budzących zastrzeżeń był bardzo wysoki, a wynik kontroli potwierdził dużą rzetelność ankierów.

Po zakończeniu każdego wywiadu system Blaise eksportował zapisane wywiady do bazy prowadzonej przez firmę MB SMG/KRC, skąd po weryfikacji były przekazywane do NIZP-PZH, gdzie zaimportowane do SAS były poddane wstępnemu procesowi „czyszczenia” danych. Polska baza danych została poddana kontroli według standardów WMH, w jego centrum analitycznym, w którym wprowadzono również nowe zmienne na podstawie algorytmów diagnostycznych w DSM-IV i ICD-10.

### Promocja

W celu uwypuklenia rangi badania i dla jego promocji, do osób wylosowanych do udziału w badaniu skierowano list zapowiadający, w którym przedstawiono główne cele projektu oraz spodziewane korzyści naukowe i użyteczne. Osoby, które zgodziły się na udział w badaniu, obdarowano prezentem – kalendarzem ściennym przedstawiającym obrazy ze zbiorów Galerii „Miodowa” z materiałem tematycznym promującym zdrowie psychiczne [11, 12].

### Omówienie

W wyniku starań trzech instytucji naukowych (IPiN, NIZP-PZH oraz UMED) po raz pierwszy przeprowadzono w Polsce badanie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych na losowej, reprezentatywnej próbie populacji ogólnej, zgodnie z metodologią rekomendowaną przez WHO. Badanie dotyczyło osób dorosłych w wieku 18–64 lat. Zastosowano wersję CAPI Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego (CIDI) w polskiej adaptacji z możliwością diagnozowania wg klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV. Do analizy zakwalifikowano 10 081 wywiadów, co pozwoliło na dokonanie oceny rozpowszechnienia wybranych zaburzeń psychicznych w ciągu ostatnich 30 dni, 12 miesięcy i w ciągu całego życia. W ramach projektu EZOP – Polska badano także postawy społeczeństwa wobec chorych psychicznie, chorób psychicznych i instytucji psychiatrycznych oraz dostępność do usług psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Tak bogaty zasób danych stwarza potencjalną możliwość wykorzystania ich przy kreowaniu polityki zdrowotnej, w tym realizacji założeń uchwalonego w 2010 roku Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [13]. Pragmatycznym efektem badania EZOP jest stworzenie polskiej wersji narzędzia CIDI, które może być wykorzystywane w kolejnych projektach naukowych ([www.ezop.edu.pl](http://www.ezop.edu.pl)). Niezmiernie

ważnym aspektem realizacji projektu jest włączenie się Polski w nurt światowych badań epidemiologicznych prowadzonych pod auspicjami WHO [14]. Zbliżona i w większości obszarów badawczych wspólna metodologia umożliwiła wprowadzenie polskiej próby do międzynarodowej bazy danych WMH, liczącej obecnie ponad 66 tysięcy wywiadów diagnostycznych przeprowadzonych na całym świecie. Stwarza to możliwości oceny dużej liczby czynników wpływających nie tylko na rozpowszechnienie, lecz również przebieg zaburzeń psychicznych wraz z kontekstem etnicznym, kulturowym, a także medycznym, odnoszącym się do współwystępujących objawów chorób somatycznych [15]. Duża liczebność próby, jednej z największych w puli WMH, korzystnie wpływa na siłę statystyczną pozyskanych wyników. Wieloetapowość projektu, jak również jego konstrukcja wymagały stworzenia skutecznych mechanizmów współpracy pomiędzy instytucjami uczestniczącymi w badaniu, co w pełni się udało. W badaniu EZOP – Polska uzyskano zadowalająco wysoki wskaźnik realizacji próby (RR), co ważne podkreślenia – bez stosowania gratyfikacji finansowej dla uczestników badania. Fakt ten potwierdza efektywność zadań szkoleniowych oraz trafność wyboru kooperantów [11]. Logistyka badania i pojawiające się w różnych etapach trudności były na bieżąco konsultowane z HMS, co pozwoliło na uniknięcie błędów i utrzymanie standardu wyznaczonego przez WMH. Nie bez znaczenia pozostaje współpraca z partnerem z Norwegii mającym wcześniejsze doświadczenia w realizacji badań CIDI, która ułatwiła aplikację grantową, przybliżając na wstępnym etapie wiedzę o niezbędnym „know-how” [16]. W niniejszym badaniu, w związku z ograniczeniami czasowymi i finansowymi, przeprowadzono ocenę walidacyjną polskiej wersji narzędzia CIDI v. 3.0 w porównaniu z badaniem klinicznym, natomiast zrezygnowano z zastosowania SCID, co wymagałoby dodatkowego szkolenia.

## Piśmiennictwo

1. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej*. Rocznik statystyczny 2009. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia; 2010.
2. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. *Mental health in Belgium: current situation and future perspectives*. W: Kessler RC, Ustun TB. red. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press; 2008. s. 279–304.
3. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press; 1991.
4. [www.who.int/mental\\_health/policy/mhtargeting/development\\_targeting\\_mh\\_summary.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf) [dostęp: 20.05.2014].
5. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC. i wsp. *Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world*. Br. J. Psychiatry 2008; 192(5): 368–375.
6. Kessler RC, Ustun TB. *The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2004; 13(2): 93–121.



7. Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r; <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19941110535> [dostęp: 20.04.2014].
8. *Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*; [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99735/edoc07.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/99735/edoc07.pdf) [dostęp: 20.05.2014].
9. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS i wsp. *Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys*. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2006; 15(4): 167–180.
10. Kiejna A, Moskalewicz J, Rabczenko D, Wojtyniak B, Zagdańska M. *Metodologia*. W: Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. red. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012. s. 19–41.
11. Moskalewicz J, Stokwiszewski J, Świątkiewicz G, Zagdańska M. *Badanie terenowe*. W: Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. red. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012. s. 43–59.
12. <http://www.ezop.edu.pl/EZOP2013.pdf> [dostęp: 20.05.2014].
13. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2011. [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/npoz\\_zdrpub\\_03112011.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npoz_zdrpub_03112011.pdf) [dostęp: 20.05.2014].
14. Kessler RC, Üstün TB. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press; 2008.
15. Kleinman A. *Do psychiatric disorders differ in different cultures? The methodological questions*. W: Goldberger NR, Veroff JB. red. *The culture and psychology reader*. New York: New York University Press; 1995. s. 631–651.
16. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. *A Norwegian psychiatric epidemiological study*. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158(7): 1091–1098.

Adres: Patryk Piotrowski  
Katedra Psychiatrii UM we Wrocławiu  
50-367 Wrocław, Wybrzeże L. Pasteura 10

Otrzymano: 26.06.2014

Zrecenzowano: 19.07.2014

Otrzymano po poprawie: 31.08.2014

Przyjęto do druku: 20.11.2014