

Projekt

z dnia 28 maja 2025 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR XV/.../25
RADY GMINY RADWANICE**

z dnia 3 czerwca 2025 r.

w sprawie przyjęcia programu profilaktyki zdrowotnej pn.: "Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2026-2028"

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.), w związku z art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 z późn. zm.) Rada Gminy Radwanice uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2026-2028”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Przyjęcie do realizacji programu profilaktyki zdrowotnej uzależnia się od uzyskania na ten cel dotacji ze środków zewnętrznych. W przypadku nieprzyznania dotacji, program nie będzie realizowany.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Radwanice.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady Gminy

Ewa Flak



**Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych
wśród nastolatków i młodych dorosłych
na terenie Gminy Radwanice na lata 2026-2028**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146]

Radwanice, 2024

Nazwa programu:

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2026-2028

Okres realizacji programu: 2026-2028

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr hab. n . med. Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Radwanice
Przemysłowa 17
59-160 Radwanice
Tel: (76) 759 20 39
e-mail: marika.bilska@radwanice.pl

Data opracowania programu: grudzień 2024

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	8
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	11
1. Cel główny:	11
2. Cele szczegółowe:	11
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:.....	11
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	12
1. Populacja docelowa	12
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	12
3. Planowane interwencje:.....	13
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	20
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ..	21
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	21
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:.....	21
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Monitorowanie.....	23
2. Ewaluacja.....	24
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Koszty jednostkowe	25
2. Planowane koszty całkowite:	26
3. Źródła finansowania	26
Bibliografia:.....	27
Załączniki.....	29

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Rozwój cywilizacyjny przyczynił się do coraz większego rozpowszechnienia chorób i zaburzeń psychicznych, nie tylko wśród osób dorosłych, ale i wśród dzieci i młodzieży. Nieprawidłowości zdrowia mentalnego stanowią ważny problem zdrowotny w wymiarze indywidualnym i społecznym. Jednocześnie choroby te są obarczone wysokim ryzykiem stygmatyzacji, dlatego ich wykrywanie i leczenie rodzi wiele trudności. Do szerokiego zbioru dysfunkcji życiowych powodowanych przez problemy zdrowia psychicznego należą przede wszystkim: okresowe lub trwałe ograniczenia codziennego funkcjonowania, ograniczenia sprawności poznawczej i ruchowej, zaburzone relacje z najbliższymi. Szacuje się, że nasilone trudności w funkcjonowaniu, spowodowane zaburzeniami zdrowia psychicznego, dotyczą ok. 19% populacji, tj. niemal 5 mln osób¹. Doświadczenia zaburzeń psychicznych ma za sobą co 8 dziecko w wieku 7–17 lat².

Zaburzenia nastroju, do których zaliczamy depresję (w klasyfikacji ICD-10 są to kody F30-F39), to obszerna, trudna do rozpoznania i sklasyfikowania grupa zaburzeń zdrowia psychicznego. Najczęstsze rozpoznania w tej grupie dotyczą epizodu depresyjnego i depresji nawracającej. Depresja w klasyfikacji międzynarodowej ICD-10 jest definiowana jako stan, w którym pacjent cierpi z powodu obniżonego nastroju, utraty zainteresowań i zdolności do odczuwania radości, zmniejszenia zasobów energii prowadzącego do poczucia permanentnego zmęczenia i osłabionej aktywności życiowej³. Kryterium rozpoznania epizodu depresyjnego jest utrzymywanie się tych zaburzeń minimum przez 2 tygodnie, choć w przypadku dzieci i młodzieży może on się utrzymywać znacznie dłużej. Z kolei w literaturze przedmiotu termin depresja rozumiany jest jako zespół doświadczeń, obejmujący nie tylko nastrój, ale także doświadczenia fizyczne, psychiczne

¹ Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski” - Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

² Moskalewicz J., Wciórka J. (red.), Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, Warszawa, 2021, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

³ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, Wydanie 2008, World Health Organization 2009.

i behawioralne, które określają bardziej długotrwały, szkodliwy i poważny stan, klinicznie rozpoznawany jako zespół depresyjny⁴.

Do najczęstszych objawów depresji należą⁵:

- obniżenie nastroju, najczęściej poczucie smutku bez wyraźnej przyczyny,
- cyklotymia, czyli przewlekłe zaburzenie nastroju, występowanie naprzemiennie stanów wzmożonego samopoczucia oraz stanów depresyjnych,
- zmieniona reaktywność emocjonalna,
- anhedonia, czyli niemożność odczuwania radości i przyjemności,
- obniżenie motywacji do działania, objawiające się jako ociężałość czy brak siły,
- psychosomatyzacja, występująca najczęściej pod postacią zaburzeń snu (sen płytki, powodujący wybudzanie się w ciągu nocy), a następnie bólu (towarzyszącego 65% zespołów depresyjnych),
- objawy lęku,
- ataki paniki.

Trudnościom okresu adolescencji i zadaniom rozwojowym tej fazy może towarzyszyć depresja młodzieńcza. Szczególne znaczenie ma konfrontacja swoich możliwości z oczekiwaniami samego dorastającego, jego rodzinny i najbliższego otoczenia. Objawy depresji młodzieńczej mają wiele wspólnego z objawami depresji u dorosłych, jednak obraz kliniczny maskują częściej wybuchy złości, znudzenie i zmęczenie. Ponadto objawom depresji towarzyszą trudności szkolne, zrywanie kontaktów z rówieśnikami, pogorszenie się relacji z najbliższymi. Wyróżnia się kilka postaci depresji młodzieńczej⁶:

- depresja „czysta” - obniżony nastrój i napęd psychoruchowy, lęk przed przyszłością,
- depresja „rezygnacyjna” - trudności w nauce, poczucie bezsensu życia, tendencje i próby samobójcze,
- depresja „z niepokojem” - dominuje tu niepokój, dysforia i zachowania autodestrukcyjne,
- depresja „hipochondryczna” - dominuje tu niepokój o własne zdrowie i somatyczne objawy lęku.

⁴ Hammen C. Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2022, s. 13

⁵ Murawiec S. Diagnosis and treatment of depression in primary care setting – practical aspects, Lekarz w POZ, 5, 2017, s. 338-343.

⁶ Komosińska K. Wybrane zaburzenia psychiczne utrudniające proces edukacji szkolnej dzieci i młodzieży, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, 2012, 18 (2), 105-113.

Objawy depresji u nastolatków i młodych dorosłych nie różnią się znacząco w porównaniu do osób dorosłych, jednak niektóre z nich są częstsze i manifestują się pod postacią autoagresji, np.: samookaleczenia (rozmyślne uszkodzanie swojego ciała przez cięcie się ostrymi przedmiotami, przypalanie zapalniczką, papierosem, drapanie, gryzienie i tym podobne), rozmyślne zadawanie sobie bólu, zażywanie w nadmiarze leków w celu „zatrucia się” (ale nie w celu odebrania sobie życia), myśli rezygnacyjne („życie jest bez sensu”, „po co ja żyję”), fantazje na temat śmierci („co by było, gdybym umarł?”, „innym byłoby lepiej, gdyby mnie nie było”) oraz myśli samobójcze (rozmyślanie, fantazjowanie na temat odebrania sobie życia), tendencje samobójcze (planowanie lub czynienie przygotowań do popełnienia samobójstwa), a w skrajnych przypadkach – próby samobójcze, czyli podejmowanie bezpośrednich działań mających na celu odebranie sobie życia⁷.

Podstawową formą leczenia depresji jest psychoterapia. Do najskuteczniejszych jej form zalicza się⁸:

- psychoedukację – zapewnienie dziecku i jego opiekunom informacji na temat objawów, przyczyn i metod leczenia depresji oraz sposobów postępowania w konkretnych sytuacjach;
- psychoterapię – w postaci terapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej, przy czym ich łączenie jest zwykle korzystne. Szczególne znaczenie ma terapia rodzinna, w przypadku młodszych dzieci skuteczne oddziaływania terapeutyczne bez zaangażowania rodziców/opiekunów są praktycznie niemożliwe. Psychoterapia grupowa jest wskazana szczególnie dla dzieci i nastolatków i młodych dorosłych, którzy doświadczają trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej i mają tendencje do wycofywania się z relacji koleżeńskich.

W uzasadnionych przypadkach stosowana jest również farmakoterapia. Należy rozważyć włączenie leków wtedy, gdy nasilenie objawów utrudnia dziecku codzienne funkcjonowanie, a same oddziaływania terapeutycznie nie przynoszą zadowalających efektów. Warto jednak pamiętać, że stosowanie leków jest metodą uzupełniającą dla psychoterapii⁹.

⁷ Miernik-Jaesche M. Namysłowska I. Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, [<https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy>].

⁸ Miernik-Jaesche M. Namysłowska I. Zaburzenia depresyjne... op. cit.

⁹ Ibidem.

2. Dane epidemiologiczne

Według WHO łączna liczba osób żyjących z depresją na świecie wynosi 350 mln i stanowi 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami. Jest to również jedna z najczęstszych przyczyn ogólnoświatowej niepełnosprawności. Statystyki wskazują, że na zaburzenia psychiczne zapada od 10% do 20% dzieci i młodzieży, a samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej w skali świata¹⁰. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży ma istotny wpływ na wszystkie dziedziny życia, takie jak wyniki w szkole, relacje z rodziną i przyjaciółmi oraz zdolność do uczestniczenia w życiu społecznym. Niestety rozpowszechnienie chorób psychicznych wykazuje na świecie tendencję wzrostową i szacuje się, że ten niekorzystny trend zostanie utrzymany przynajmniej w ciągu najbliższej dekady¹¹. W grupie dzieci chorujących na depresję zapada 1% dzieci w wieku powyżej 2 r.ż., 2% w wieku 6-12 lat, natomiast wśród nastolatków i młodych dorosłych rozpowszechnienie jest zbliżone do osób dorosłych i wynosi 20%. Zachorowanie we wczesnym wieku niesie ze sobą ryzyko nawrotów w późniejszym okresie życia¹².

Poważną konsekwencją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania są samobójstwa, stanowiące bardzo częstą przyczynę zgonu wśród osób młodych. Według danych WHO, w ciągu ostatnich 45 lat liczba samobójstw na świecie wzrosła o 60%. Wzrasta liczba samobójstw popełnianych przez ludzi młodych, gdzie około 90% przypadków jest powiązanych z depresją i używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki i inne¹³.

W roku 2023 w opiece psychiatrycznej leczono prawie 280 tys. pacjentów poniżej 18 r. ż., w tym 16,2 tys. z powodu zaburzeń nastroju. W województwie dolnośląskim było to odpowiednio prawie 23 tys. oraz 1,5 tys. pacjentów małoletnich (w tym ok. 77,6% dziewcząt). Wskaźnik pacjentów/100 tys. ludności (306,7) był znacznie wyższy od wskaźnika ogólnopolskiego (236,5). Liczba dzieci i młodzieży, leczonych z powodu zaburzeń nastroju w województwie dolnośląskim, wzrosła od 2018 roku ponad 2-krotnie (było to wówczas ok. 730 osób). W roku 2023 zaburzenia

¹⁰ WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int].

¹¹ World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary, World Health Organization 2022 [https://www.who.int/].

¹² Gałęcki P., Szulc A., Psychiatria, Urban & Partner, Warszawa 2018.

¹³ Biechowska D., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, W: Wojtyński B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020, s. 517-534.

nastroju dotyczyły głównie małoletnich w wieku 12-17 lat (96,7%). Najczęstszym rozpoznaniem w tej grupie był epizod depresyjny (76% ogółu)¹⁴.

3. Opis obecnego postępowania

Osobom cierpiącym na choroby psychiczne i zaburzenia zachowania przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w ramach finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia gwarantowane w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, dziennych oraz stacjonarnych. Chorzy korzystający ze świadczeń ambulatoryjnych mają zagwarantowane świadczenia terapeutyczne, konieczne badania diagnostyczne oraz leki niezbędne w stanach nagłych. Ponadto w ramach tego zakresu świadczeń gwarantuje się także działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin pacjentów, co ma szczególne znaczenie w przypadku dzieci i młodzieży. W ramach świadczeń realizowanych w warunkach dziennych pacjent ma dostęp do świadczeń terapeutycznych, niezbędnych badań diagnostycznych, programów terapeutycznych, leków oraz wyżywienia. Członkowie rodziny pacjenta także w tym przypadku mogą korzystać z działań edukacyjno-konsultacyjnych. Z kolei pacjenci korzystający z usług w warunkach stacjonarnych mają dostęp do wszystkich ww. świadczeń, a także dodatkowo do wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych¹⁵.

O zdrowie psychiczne małoletnich dbają także publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne, udzielające dzieciom i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a także udzielające rodzicom i nauczycielom pomocy związanej z wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży. Podmioty te wspierają także przedszkola, szkoły i placówki w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych. Poradnie specjalistyczne prowadzą działalność ukierunkowaną na specyficzny, jednorodny charakter problemów, z uwzględnieniem potrzeb lokalnej społeczności¹⁶.

¹⁴ BASiW, Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [<https://basiw.mz.gov.pl/>].

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.].

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych [Dz.U. z 2017 r., poz. 1647 ze zm.].

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Dane epidemiologiczne wskazują na znaczne rozpowszechnienie problemów zdrowia mentalnego wśród dzieci i młodzieży, dodatkowo pogłębione w wyniku pandemii COVID-19 i związanej z nią izolacji społecznej. Jednocześnie skala zachorowań na choroby psychiczne, przede wszystkim na depresję, jest niewątpliwie niedoszacowana. Wynika to z wielu powodów, m.in. zbyt późnego dostrzeżenia problemu przez rodziców dziecka lub środowisko szkolne, bagatelizowania objawów lub kładzenia ich na karb okresu dojrzewania. Często też objawy depresji są u dzieci i młodzieży maskowane pod postacią zaburzeń somatycznych, co dodatkowo utrudnia diagnozę. Stąd każde działanie mogące się przyczynić do poprawy tej trudnej sytuacji jest wysoce pożądane. Szczególną uwagę należy przy tym zwrócić na psychoedukację, zarówno osób młodych jak i dorosłych, aby zwiększać poziom wiedzy i akceptacji wobec osób borykających się z podobnymi problemami.

Zgodnie z wnioskami płynącymi z aktualnych Map Potrzeb Zdrowotnych obecny system ochrony zdrowia w zakresie opieki psychiatrycznej nie odpowiada rzeczywistym potrzebom pacjentów. Na brak zgłaszalności lub kontynuacji procesu leczenia w opiece zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych może mieć również wpływ stygmatyzacja społeczna. Z tego względu wartości chorobowości szpitalnej w publicznej opiece zdrowotnej mogą różnić się od rzeczywistych¹⁷. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy Radwanice dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna dla dzieci, finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z danymi NFZ na rok 2024 nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy. W całym powiecie nie są świadczone w ramach NFZ usługi z zakresu „leczenie psychiatryczne dla dzieci i młodzieży”. Na terenie powiatu (w Polkowicach) działa tylko jedna poradnia psychologiczna dla dzieci¹⁸.

Ponadto zaplanowane w Programie działania wpisują się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ ich zakres jest zgodny z:

¹⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69 ze zm.].

¹⁸ Dane NFZ, Informator o umowach [<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>; dostęp: 04.11.2024r.].

1. Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025¹⁹: cel operacyjny 3: Promocja zdrowia psychicznego;
2. Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030²⁰: cel szczegółowy: udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom;
3. Mapą potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026: rekomendacja 7.8. dla województwa dolnośląskiego: Rekomendacja 7.1. Zwiększenie dostępu do świadczeń ambulatoryjnych, leczenia środowiskowego, oddziałów dziennych oraz poradni leczenia uzależnień, jako upowszechnienie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej we wszystkich obszarach o ograniczonej dostępności;
4. Wojewódzkim planem transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026²¹: rekomendacja 5.1. Podjęcie działań w celu poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnych, leczenia środowiskowego oraz oddziałów dziennych psychiatrycznych dla dzieci.

¹⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz. U. z 2021 r., poz. 642 ze zm.].

²⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [Dz. U. z 2023 r., poz. 2480].

²¹ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2021.6115].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Poprawa funkcjonowania psychologicznego u co najmniej 30%* uczestników programu biorących udział w sesjach terapeutycznych.

2. Cele szczegółowe:

1) Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70%* kadry szkolnej uczestniczącej w programie.

2) Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zaburzeń nastroju, w tym czynników ryzyka ich powstawania, wczesnych objawów oraz powikłań, wśród co najmniej 70%* nastolatków uczestniczących w programie.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

Tab. I. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek nastolatków uczestniczących w sesjach terapeutycznych, u których w teście oceny funkcjonowania psychologicznego na ostatnim spotkaniu uzyskano wynik wyższy od wyniku uzyskanego w tym teście na pierwszym spotkaniu, względem wszystkich uczestników sesji.
Szczegółowy 1	Odsetek osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.
Szczegółowy 2	Odsetek nastolatków, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej (dane z ewaluacji programów profilaktyki depresji), a także wniosków z dialogu podjętego z przedstawicielami potencjalnych realizatorów (dane dot. efektywności 12-tygodniowego procesu terapeutycznego według specjalistów).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Działania informacyjno-edukacyjne w Programie skierowane będą do całej populacji nastolatków i ich rodziców, a także młodych dorosłych na terenie gminy Radwanice. W przypadku pozostałych interwencji zaplanowanych w Programie populację docelową będą stanowić dzieci i młodzież w wieku 10-15 lat zamieszkujące gminę Radwanice, uczęszczające do klas IV-VIII publicznych szkół podstawowych zlokalizowanych na podległym terenie, ich rodzice/opiekunowie prawni oraz kadra pedagogiczna (nauczyciele, pedagodzy, psychologowie). Program w całym okresie realizacji obejmie 100% populacji docelowej dzieci/nastolatków – łącznie ok. 530 osób²², a także ok. 530 rodziców/ opiekunów prawnych dzieci. W związku z faktem, że szkolenie dla kadry pedagogicznej zostanie zorganizowane raz w pierwszym roku realizacji Programu, weźmie w nim udział ok. 25 osób (ok. 23 nauczycieli – wychowawców klas szkół podstawowych w roku szkolnym 2025/2026 oraz psychologowie i/lub pedagodzy z 2 publicznych szkół podstawowych na terenie gminy).

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

1) Kryteria włączenia do programu obejmują:

- wiek 10-15 lat,
- zameldowanie na terenie gminy Radwanice,
- pozostawanie uczniem klasy IV-VIII publicznej szkoły podstawowej, posadowionej na terenie gminy Radwanice;
- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie;
- w odniesieniu do działań edukacyjnych - bycie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka uprawnionego do udziału w programie;
- w odniesieniu do działań szkoleniowych - bycie nauczycielem – wychowawcą klas szkół podstawowych w roku szkolnym 2025/2026, pedagogiem lub

²² Liczebność populacji dzieci 12-14-letnich w okresie trwania programu według GUS (roczniki 2010-2017) [<https://bdl.stat.gov.pl>].

psychologiem w publicznej szkole podstawowej, posadowionej na terenie gminy Radwanice;

2) Kryteria wyłączenia z programu obejmują:

- zdiagnozowane uprzednio zaburzenia nastroju,
- pozostawanie pod opieką poradni psychologicznej lub poradni psychiatrycznej w zakresie działań zaplanowanych w programie,
- przeciwwskazania zdrowotne,
- w odniesieniu do działań edukacyjnych prowadzonych wśród rodziców/opiekunów prawnych - uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w okresie poprzednich 2 lat,
- w odniesieniu do działań szkoleniowych dla kadry pedagogicznej - ukończenie szkolenia obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w okresie poprzednich 2 lat.

3. Planowane interwencje:

1) Działania informacyjno-edukacyjne

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z gminą Radwanice, placówkami POZ, placówkami oświatowymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o Programie dostępne będą w siedzibie realizatora oraz w placówkach oświatowych, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Radwanice (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o Programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie. Realizowane w ramach opisywanej interwencji działania:

- obejmują kampanię informacyjną mającą na celu przekazanie mieszkańcom podstawowych założeń programu polityki zdrowotnej,
- obejmują kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej nt. czynników ryzyka, przebiegu oraz diagnostyki i profilaktyki zaburzeń nastroju w populacji dzieci/młodzieży i młodych dorosłych,

- realizowane są za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w mediach społecznościowych, posty na stronie internetowej Urzędu Gminy Radwanice, realizatora, placówek oświatowych, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane są z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne opracowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Ministerstwo Zdrowia, Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne),
- realizowane są z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu;

2) Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych:

- szkolenie trwające min. 180 min, realizowane przez psychologa lub psychoterapeutę, posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i terapii zaburzeń depresyjnych,
- szkolenie będzie obejmować zagadnienia dotyczące czynników ryzyka występowania zaburzeń depresyjnych, specyfiki zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych oraz stresu w szkole wśród dzieci i młodzieży oraz następstw zdrowotnych zaburzeń nastroju, skuteczności działań zapobiegawczych, konsekwencji bagatelizowania objawów chorobowych i zaniedbań diagnostycznych,
- w ramach szkolenia należy motywować nauczycieli do zwracania uwagi rodzicom na problem zauważonych zaburzeń nastroju u dziecka w każdym przypadku, kiedy tylko zachodzi podejrzenie, że dziecko może zmagać się z depresją,
- działanie zostanie zrealizowane w pierwszym roku realizacji programu w formie online – z założeniem jego nagrania celem umożliwienia wielokrotnego odtwarzania i tym samym zapoznania z przekazywanymi treściami szerszego grona odbiorców,
- w ramach szkolenia należy przekazać nauczycielom materiały szkoleniowe, w tym także przygotowany wzór prezentacji multimedialnej możliwej do wykorzystania przez nich w ramach edukacji zdrowotnej dzieci (w co najmniej dwóch wersjach –

wersji dostosowanej do zajęć w klasach I-III oraz IV-VIII SP; prezentacje należy także przekazać do Urzędu Gminy Radwanice),

- uwzględniające badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 5);

3) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci

- realizowana dzięki udostępnieniu rodzicom poprzez szkolne dzienniki elektroniczne aktywnego linku do przygotowanego przez realizatora 90-minutowego wykładu online z zakresu czynników ryzyka występowania depresji wśród dzieci i młodzieży oraz jej następstw zdrowotnych, skuteczności działań zapobiegawczych, konsekwencji bagatelizowania objawów chorobowych i zaniedbań diagnostycznych,
- tematyka wykładu powinna obejmować: charakterystykę skuteczności terapii psychologicznych wśród dzieci i młodzieży, opis grup ryzyka szczególnie narażonych na występowanie zaburzeń depresyjnych, przedstawienie możliwości skorzystania z różnych form pomocy w przypadku występowania zaburzeń depresyjnych m.in. z możliwości rozmowy w ramach telefonu zaufania,
- w ramach wykładu należy wskazać rodzicom rzetelne źródła informacji o placówkach medycznych i psychologicznych, w których na terenie gminy i powiatu mogą otrzymać pomoc w związku z zaburzeniami nastroju swojego dziecka,
- wykład powinien zostać przeprowadzony przez psychologa lub innego specjalistę ochrony zdrowia zajmującego się profilaktyką i wczesnym wykrywaniem depresji;

4) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków

- prowadzona przez wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych, którzy odbyli szkolenie w ramach programu oraz przez innych nauczycieli, którym umożliwiono odtworzenie nagrania przeprowadzonego szkolenia, a także przekazano wzór prezentacji multimedialnej możliwej do wykorzystania w ramach edukacji zdrowotnej dzieci,
- prowadzona na lekcjach wychowawczych, z częstotliwością min. 1 raz w roku w każdej klasie każdej szkoły podstawowej,

- dotycząca czynników ryzyka depresji, metod radzenia sobie z zaburzeniami nastroju, konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu pogorszonego nastroju, czy innych trudności rozwojowych,
- pozwalająca na nabycie wiedzy na temat rozwijania umiejętności życiowych, efektywnego radzenia sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia, prawidłowego porozumiewania się i umiejętności interpersonalnych, podejmowania decyzji i krytycznego myślenia, radzenia sobie ze stresem i kierowania emocjami, a także budowania poczucia własnej wartości i pozytywnej samooceny,
- pozwalająca na przekazanie wiedzy o możliwości skorzystania w ramach programu z terapii zaburzeń depresyjnych prowadzonej przez specjalistów,
- uwzględniająca badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 6);

5) Badania przesiewowe realizowane przez psychologów lub psychologów/pedagogów szkolnych

- obejmujące badanie z użyciem kwestionariusza samooceny umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych, np. kwestionariusza CDI 2 (ang. *Children Depression Inventory*), przy czym o rodzaju testu przesiewowego zdecyduje realizator,
- przeprowadzane z założeniem stworzenia każdemu pacjentowi warunków odbycia wizyty z poszanowaniem prywatności i intymności,
- obejmujące kwalifikację do terapii zaburzeń nastroju uczestników programu, którzy uzyskali pozytywny wynik w badaniu przesiewowym;

6) Terapia zaburzeń nastroju, obejmująca:

- wizyty 60-minutowe raz w tygodniu przez kolejnych 12 tygodni,
- sesje terapeutyczne realizowane przez psychoterapeutę dzieci i młodzieży dla zakwalifikowanych uczestników,
- możliwość przeprowadzenia następujących terapii: terapia indywidualna poznawczo-behawioralna (CBT), psychoterapia indywidualna (IPT-A), terapia rodzinna oparta na więzi (ABFT), terapia interpersonalna, psychoterapia psychodynamiczna, terapia dialektyczno-behawioralna oraz poznawcza,

psychoterapia psychoanalityczna, psychoterapia systemowa, terapia humanistyczno-doświadczeniowa, psychoterapia integracyjna,

- wizytę początkową, na której wykonany zostanie wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności społecznej pacjenta); wizyta ta obejmuje również zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie, ocenę funkcjonowania psychologicznego (na podstawie wystandaryzowanego kwestionariusza wybranego przez realizatora, np. DASS-21) oraz ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych,
- wizytę końcową, na której specjalista dokona podsumowania cyklu terapii, ponownie oceni funkcjonowanie psychologiczne pacjenta (np. na podstawie wystandaryzowanego kwestionariusza wybranego przez realizatora, np. DASS-21) oraz udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu,
- w sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań objętych programem, rodzice/opiekunowie prawni dziecka będą poinformowani o konieczności i możliwości wykonania badań uzupełniających oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych (w ramach NFZ),
- po zakończeniu działań terapeuty sporządzi krótką notatkę informacyjną dla lekarza rodzinnego.

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

a. Opinie ekspertów klinicznych

Działania w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017);
- American Academy of Pediatrics (AAP 2018);
- United States Preventive Services Task Force (USPSTF 2016);
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2017);
- European Psychiatric Association (EPA 2012);
- European Union via Joint Action *for Mental Health and Well-being* (JA MH-WB 2016);

- Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP 2021);
- Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPiN 2018).

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

Podstawowe zalecenia służące wzmacnianiu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży obejmują przede wszystkim wspieranie rodziny, zarówno na poziomie kompetencji wychowawczych, ochrony zdrowia psychicznego rodziców, ale też stosowania regulacji prawnych umożliwiających rodzicom spędzanie większej ilości czasu ze swoimi dziećmi. Powyższe działania mogą sprawić, że relacje rodzinne zostaną oparte na skutecznej komunikacji i wzajemnym wsparciu, a także będą stanowiły czynnik prewencyjny dla zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Drugim istotnym elementem jest wspieranie szkół poprzez odpowiednie przygotowanie kadry pedagogicznej do wzmacniania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, stwarzanie odpowiednich warunków do pracy (np. mniejsze szkoły, mniej liczne klasy, odpowiedni klimat i etos szkoły) oraz zapobieganie dyskryminacji osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego na terenie szkoły. Eksperti w swoich wytycznych podkreślają, że pomoc pacjentom z zaburzeniami zdrowia psychicznego, powinna być udzielana blisko miejsca zamieszkania, w modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej opartej o współpracę leczenia psychiatrycznego i psychoterapii (JA MH-WB 2016)²³.

Jako, że świadomość społeczną najlepiej jest modyfikować poprzez działania edukacyjne mające na celu zwiększanie wiedzy, towarzystwa naukowe, takie jak: American Academy of Pediatrics (AAP 2018), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2017) i European Psychiatric Association (EPA 2012) zalecają przeprowadzanie programów edukacyjnych o tematyce dotyczącej promowania zdrowia psychicznego i depresji. Rekomendacje NICE 2017 podkreślają, aby przekazywana wiedza była dostosowana do wieku odbiorcy i obejmowała etiologię, przebieg oraz zasady leczenia depresji, włączając w to również informacje dotyczące stosowania leków i ich skutków ubocznych.

W celu wykrycia nieprawidłowości u młodzieży w wieku 13 lat rekomenduje się badanie przesiewowe w kierunku wykrycia dużej depresji (MDD – Major Depressive Disorder). Skryning powinien być zaimplementowany w taki sposób, który umożliwi postawienie diagnozy i wdrożenie efektywnego leczenia. Profesjonaliści medyczni

²³ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.

w podstawowej opiece zdrowotnej, szkołach i innych jednostkach powinni być zaznajomieni z metodami przesiewowymi w kierunku wykrywania zaburzeń nastroju (NICE 2017).

Wytyczne AAP 2018, NICE 2017 i RACGP 2017 wskazują także, że istotnym elementem diagnostyki jest zebranie wywiadu rodzinnego. Skale i wystandaryzowane wywiady oparte na klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5, są narzędziami powszechnie wykorzystywanymi w skryningu i ocenie występowania depresji u dzieci. Rekomendowane są np. kwestionariusz MFQ (Mood Feeling Questionnaire) – dla dzieci w wieku 8 lat i starszych oraz kwestionariusz CDI 2 (Children Depression Inventory 2) – dla dzieci w wieku 7 lat i starszych (RACGP 2017). Ponadto stosowanych jest kilka narzędzi skryningowych do wykorzystania w podstawowej opiece zdrowotnej, dwa najczęściej wykorzystywane z nich to kwestionariusz PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) oraz skala depresji Becka (BDI – Beck Depression Inventory) (USPSTF 2016). Należy zaznaczyć, że niektóre rekomendacje np. AAP 2018 podkreślają, że istotne jest umożliwienie pacjentowi odbycie wizyty na osobności. Kluczowym elementem procesu konsultacyjnego jest wskazanie uczestnikowi adekwatnego rodzaju terapii (indywidualnej lub rodzinnej). Przykłady najczęściej zalecanych form psychoterapii to²⁴:

- indywidualna terapia poznawczo-behawioralna (CBT) w przypadku osób, u których wystąpił nawrót choroby mimo przyjmowania leków oraz osób ze znaczną depresją lub objawami rezydualnymi pomimo leczenia (zalecany czas trwania leczenia: 16 do 20 sesji terapeutycznych przez okres 3 do 4 miesięcy);
- terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) w przypadku osób, u których obecnie nie stwierdza się objawów depresji, ale w przeszłości doświadczyły trzech lub więcej epizodów depresyjnych (czas trwania leczenia: 2-godzinne spotkania raz w tygodniu przez 8 tygodni oraz 4 sesje kontrolne w okresie 12 miesięcy);
- terapia psychodynamiczna, która łączy w sobie elementy psychoanalizy i terapii poznawczo-behawioralnej. Służy dążeniu do zidentyfikowania

²⁴ Remberk B, Antosik-Wójcińska A, Baron M. Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży, w: Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji, opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018.

świadomych i nieświadomych reakcji, zachowań i schematów myślowych pacjenta;

- terapia systemowa (terapia rodzin), której celem jest zmiana struktury rodziny w sytuacji wystąpienia kryzysu psychicznego jednego z członków rodziny, umożliwia przywrócenie możliwości adaptacyjnych, ustalenie granic, a przede wszystkim poprawę relacji i komunikacji w rodzinie.

c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

W przeglądzie systematycznym z metaanalizą Cuijpers 2006²⁵ dotyczącym psychologicznej terapii u dzieci w wieku 7-18 lat, wyłonionych w badaniach przesiewowych prowadzonych w szkołach wskazano, że efekt interwencji wyniósł $SDM=0,578$, można zatem uznać jego wysoką skuteczność. Zatem zgodnie z wynikami przeglądu, w celu zdiagnozowania i wdrożenia leczenia jednego przypadku depresji należy poddać badaniom przesiewowym 31 osób. W dyskusji autorzy wskazują, że badania przesiewowe w kierunku depresji i wczesna interwencja stanowią skuteczną metodę postępowania, z wyłączeniem sytuacji pojawienia się negatywnych efektów takiego postępowania, przede wszystkim stygmatyzacji osób z dodatnimi wynikami testów przesiewowych. Warto również zwrócić uwagę na koszty depresji, zarówno bezpośrednie (w tym przede wszystkim koszty wykrycia, leczenia, farmakologii i hospitalizacji pacjenta) oraz pośrednie (koszty społeczne). Wśród kosztów społecznych depresji u dzieci i młodzieży należy wskazać dysfunkcje rodziny, pogorszenie relacji z rodzicami, rówieśnikami i środowiskiem społecznym dziecka (szkoła, miejsce zamieszkania itp.) oraz koszty absencji w szkole.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach programu będą realizowane w wybranym w drodze konkursu podmiocie, realizującym usługi zdrowotne i/lub psychologiczne. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane uczestnikom terminy zajęć edukacyjnych, badań przesiewowych, a także spotkań ze specjalistami. Edukacja zdrowotna będzie miała charakter indywidualny (w trakcie spotkań terapeutycznych) oraz grupowy (wykłady i lekcje wychowawcze). Badania przesiewowe będą miały charakter spotkań

²⁵ Cuijpers P. et al. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis, Clin Psychol Rev, 2007, 27(3): 318-26. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001.

indywidualnych z dzieckiem lub w obecności rodzica/opiekuna prawnego dziecka, o czym zdecyduje realizator w odniesieniu do każdego uczestnika indywidualnie. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu dzieciom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Po zakończeniu programu uczestnik:

- zostaje poinformowany o sposobie dalszego postępowania (zalecenia dotyczące dalszej konsultacji specjalistycznej z wykazem podmiotów leczniczych, w którym będzie mógł podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika);
- kończy udział w Programie.

Rodzic/opiekun prawny pacjenta może w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału w programie. W przypadku takiej decyzji zostaje poinformowany o konsekwencji rezygnacji ze wskazanych działań profilaktycznych.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2024);
- 2) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (I kwartał 2025);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Gminy Radwanice (IV kwartał 2025 - I kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 - I kwartał 2026)
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2028);
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2028 – I kwartał 2029):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,

- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiet satysfakcji oraz ewentualnych uwag uczestników,
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2029).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Radwanice. Realizatorem Programu może być:

- 1) przedsiębiorca, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2024 r. poz. 236) lub
- 2) podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) lub
- 3) prowadząca działalność statutową w zakresie zadań wymienionych w ogłoszeniu konkursowym organizacja pozarządowa, o której mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2023 r. poz. 571 ze zm.).

Podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, musi spełniać następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności w obszarze udzielania usług zdrowotnych i/lub psychologicznych/psychoterapeutycznych,
- wpis do rejestru przedsiębiorców KRS lub CEIDG na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 236 z późn. zm.) – dotyczy wszystkich podmiotów
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2023 r. poz. 991 z późn. zm.] – dotyczy wyłącznie podmiotów wykonujących działalność leczniczą

- zapewnienie wykonywania interwencji edukacyjnych w programie przez osoby wykonujące następujące zawody: pedagog szkolny, psycholog, psychoterapeuta, posiadające wykształcenie wyższe kierunkowe,
- zapewnienie przeprowadzania sesji terapeutycznych przez psychoterapeutę posiadającego dyplom ukończenia szkoły psychoterapii dzieci i młodzieży oraz doświadczenie w pracy z tą grupą docelową (min. 3-letnie),
- zapewnienie przeprowadzania sesji terapeutycznych w gabinecie znajdującym się w odległości maksymalnie 20 km i/lub 30 minut czasu dojazdu transportem publicznym od Gminy Radwanice,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załączniki 3-4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2023 r. poz. 1545 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 r. poz. 2465], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 r. poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza liczby osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych,
- analiza liczby osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych,
- analiza liczby osób zakwalifikowanych do programu,
- analiza liczby nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji,

- analiza liczby rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którym umożliwiono odtworzenie wykładu online,
- analiza liczby osób, które wzięły udział w szkoleniu dla kadry szkolnej,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załączniki 3-4),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu (coroczna i końcowa) prowadzona poprzez:

- analizę liczby i odsetka nastolatków uczestniczących w sesjach terapeutycznych, u których w teście oceny funkcjonowania psychologicznego na ostatnim spotkaniu uzyskano wynik wyższy od wyniku uzyskanego w tym teście na pierwszym spotkaniu, względem wszystkich uczestników sesji,
- odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- analizę liczby i odsetka nastolatków uczestniczących w sesjach terapeutycznych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi w teście) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- analizę liczby i odsetka osób z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe, w tym:

W tabeli I przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji w programie. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków prowadzona będzie poza finansowaniem ze środków Urzędu Gminy, w ramach zajęć szkolnych z wychowawcami, którzy uprzednio wezmą udział w działaniach szkoleniowych.

1. Koszty jednostkowe

Tab. II. Koszty jednostkowe interwencji w programie.

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
Działania informacyjno-edukacyjne (koszt roczny)	1 000,00
Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych	3 500,00
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci – nagranie wykładu online	1 000,00
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków	0,00
Badania przesiewowe	40,00
Terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań)	2 160,00

*

Działania edukacyjne i badania przesiewowe w Programie obejmą całą populację klas IV-VIII w całym okresie realizacji Programu (roczniki 2010-2017). Terapia zaburzeń nastroju będzie świadczeniem realizowanym w odniesieniu do nastolatków z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego (standaryzowanego kwestionariusza umożliwiającego ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych). Jak wskazano w części dotyczącej epidemiologii zaburzenia nastroju dotyczyć mogą nawet do 20% młodzieży, natomiast z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy Radwanice sesje terapeutyczne zaplanowano dla 85 osób.

2. Planowane koszty całkowite:

Tab. III. Koszty programu w podziale na interwencje.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Działania informacyjno-edukacyjne	1	rok	1 000,00	3 000,00
Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych	1	działanie	3 500,00	3 500,00
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci – nagranie wykładu online	1	działanie	1 000,00	1 000,00
Badania przesiewowe	530	osoba	40,00	21 200,00
Terapia zaburzeń nastroju (cykl 12 spotkań)	85	osoba	2 160,00	183 600,00
Koszty Programu				212 300,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu i przeprowadzenie ewaluacji, których koszty zostaną poniesione poza Programem, w ramach wynagrodzenia za pełnienie obowiązków zawodowych przez pracowników UG. Całkowity koszt programu szacowany jest na 212 300 zł (ok. 73 100 zł w roku 2026, ok. 69 600 w roku 2027 oraz ok. 69 600 w roku 2028).

3. Źródła finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Radwanice. Urząd Gminy Radwanice w latach 2026-2028 będzie starał się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 r. poz. 146]. Urząd Gminy Radwanice w latach 2026-2028 będzie starał się o dofinansowanie realizacji PPZ przez Urząd Wojewódzki Województwa Dolnośląskiego.

Bibliografia:

1. BASiW, Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [<https://basiw.mz.gov.pl/>].
2. Biechowska D., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, W: Wojtyniak B., Goryński P. (red), Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2020, s. 517-534.
3. Cuijpers P. et al. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis, Clin Psychol Rev, 2007, 27(3): 318-26.
4. Dane NFZ, Informator o umowach [<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>].
5. Gałęcki P, Szulc A., Psychiatria, Urban & Partner, Warszawa 2018.
6. Hammen C. Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2022, s. 13.
7. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health, published January 2016.
8. Komosińska K. Wybrane zaburzenia psychiczne utrudniające proces edukacji szkolnej dzieci i młodzieży, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, 2012, 18 (2), 105-113.
9. M. Miernik-Jaesche, I. Namysłowska, Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, Medycyna Praktyczna [<https://www.mp.pl/>].
10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, Wydanie 2008, World Health Organization 2009.
11. Moskaiewicz J. Kiejna A. Wojtyniak B. „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski” - Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
12. Moskaiewicz J., Wciórka J. (red.), Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, Warszawa, 2021, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
13. Murawiec S. Diagnosis and treatment of depression in primary care setting – practical aspects, Lekarz w POZ, 5, 2017, s. 338-343.
14. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69 ze zm.].
15. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2021.6115].
16. Remberk B, Antosik-Wójcińska A, Baron M. Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży,

w: Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji, opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa, 2018.

17. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych [Dz.U. z 2017 r., poz. 1647 ze zm.].
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.].
19. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz. U. z 2021 r., poz. 642 ze zm.]
20. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 [Dz. U. z 2023 r., poz. 2480].
21. WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int].
22. World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary, World Health Organization 2022 [<https://www.who.int/>].

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2026-2028” (wzór)

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Tel. Kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

II. Zgoda na udział w Programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w Programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika Programu)

III. Edukacja zdrowotna (psychoedukacja)

Data	Informacja dla celów ewaluacji
	Wynik pre-testu: _____ Wynik post-testu: _____ Przyrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie

IV. Badanie przesiewowe

Data	Wynik testu
	☐ pozytywny ☐ negatywny

Niniejszym zaświadczam, że

- ☐ pacjenta zakwalifikowano do udziału w sesjach terapeutycznych z uwagi na pozytywny wynik badania przesiewowego
- ☐ pacjent kończy udział w programie z uwagi na negatywny wynik badania przesiewowego

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Sesje terapeutyczne

Daty sesji	Informacja dla celów ewaluacji
1. _____	Wynik pre-testu: _____ Wynik post-testu: _____ Przyrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie radzenia sobie z problemem zdrowotnym (min. 75% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
6. _____	
7. _____	
8. _____	
9. _____	
10. _____	
11. _____	
12. _____	

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2026-2028” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od ____ do ____)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	
Liczba osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych	
Liczba osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych	
Liczba osób zakwalifikowanych do programu	
Liczba nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji (dane pozyskane ze szkół)	
Liczba rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którym udostępniono wykład online (dane pozyskane ze szkół)	
Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniu dla kadry szkolnej	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Skrócony opis wyników ankiet satysfakcji*	
Ewaluacja	
Liczba i odsetek nastolatków, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach psychoedukacji (dane pozyskane ze szkół)	
Liczba i odsetek osób z kadry szkolnej, u których odnotowano utrzymanie lub wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach szkolenia	
Liczba i odsetek nastolatków uczestniczących w sesjach terapeutycznych, u których w teście oceny funkcjonowania psychologicznego na ostatnim spotkaniu uzyskano wynik wyższy od wyniku uzyskanego w tym teście na pierwszym spotkaniu, względem wszystkich uczestników sesji	
Liczba i odsetek osób z pozytywnych wynikiem badania przesiewowego	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

_____, dnia _____

(miejscowość)

(data)

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)
sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2026-2028” (wzór)

I. Ocena zajęć z zakresu psychoedukacji

Jak oceniasz:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość prowadzącego?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu umiejętności?					
ilość czasu poświęconego na zajęcia?					
wiedzę prowadzącego i jego przygotowanie merytoryczne?					
sposób przekazywania informacji przez prowadzącego?					

II. Ocena sesji psychoterapeutycznych (jeśli dotyczy)

Jak oceniasz:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychoterapeuty?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy?					
przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu umiejętności?					

III. Dodatkowe uwagi/opinie

Ankieta satysfakcji uczestnika działań szkoleniowych dla kadry szkolnej w ramach programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2026-2028” (wzór)

1. Czy dzisiejsze szkolenie spełniło Pani/Pana oczekiwania?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytych informacji pod względem podnoszenia własnych kompetencji i umiejętności?

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy teoretycznej w zakresie omawianego na szkoleniu obszaru?

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Czy nabyte na szkoleniu kompetencje wykorzysta Pani/Pan w życiu zawodowym?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Czy ilość czasu poświęconego na szkolenie była wystarczająca?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Jak ocenia Pan/Pani zakres prezentowanego materiału?

(1 – za wąski, 2 – odpowiedni, 3 – za szeroki)

1	2	3
---	---	---

7. Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę prowadzących i ich przygotowanie merytoryczne?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Jak ocenia Pani/Pan sposób przekazywania informacji przez prowadzących szkolenie?

(1 - bardzo przystępny, 2 - przystępny, 3 - średnio przystępny, 4 - mało przystępny, 5 - nieprzystępny)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu zachęcał uczestników do aktywnego udziału w ćwiczeniach?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Jak ocenia Pani/Pan szkolenie od strony organizacyjnej?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Jak ocenia Pani/Pan ogólną atmosferę dzisiejszego szkolenia?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan takie szkolenie innym osobom?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Test wiedzy dla kadry pedagogicznej uczestniczącej w programie pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2026-2028” (wzór)

1. Który z poniższych modeli teoretycznych najlepiej wyjaśnia etiologię zaburzeń depresyjnych w okresie adolescencji?
 - a) Model interakcyjny Lazarusa
 - b) Model transakcyjny Bowlby'ego
 - c) Biopsychospołeczny model Engel'a
 - d) Model etapów rozwoju psychospołecznego Eriksona
2. Wskaż, który z poniższych symptomów depresji może mieć specyficzny charakter manifestacji w populacji adolescentów, odróżniający ją od depresji osób dorosłych:
 - a) Anhedonia
 - b) Dominacja drażliwości nad smutkiem
 - c) Zaburzenia snu
 - d) Obniżona samoocena
3. Najczęściej stosowanym narzędziem przesiewowym, rekomendowanym w Polsce do wstępnej oceny nasilenia objawów depresyjnych u młodzieży szkolnej jest:
 - a) Test Becka (BDI-II)
 - b) Kwestionariusz CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)
 - c) Skala Depresji Młodzieńczej Kutcher'a (KADS)
 - d) Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielbergera (STAI)
4. W kontekście interwencji szkolnej pierwszym etapem podejścia profilaktycznego w zaburzeniach depresyjnych u adolescentów powinno być:
 - a) Natychmiastowe skierowanie do psychiatry dziecięcego lub psychologa
 - b) Obserwacja oraz rozmowa wspierająca z uczniem w celu wstępnego rozpoznania ryzyka
 - c) Zignorowanie przejściowych objawów, aby nie stygmatyzować ucznia
 - d) Rozpoczęcie interwencji farmakologicznej na poziomie pielęgniarki szkolnej
5. Który z poniższych czynników nie zalicza się do udokumentowanych czynników ryzyka wystąpienia depresji u nastolatków?
 - a) Wysoki poziom perfekcjonizmu i samokrytycyzmu
 - b) Przewlekłe choroby somatyczne
 - c) Umiarkowana aktywność fizyczna
 - d) Doświadczenie odrzucenia przez grupę rówieśniczą
6. W odniesieniu do postępowania pedagogicznego wobec ucznia zgłaszającego myśli samobójcze, najważniejszym działaniem nauczyciela jest:
 - a) Prowadzenie interwencji terapeutycznej bez konieczności informowania osób trzecich
 - b) Zachowanie poufności oraz monitorowanie sytuacji bez dalszego zgłaszania problemu
 - c) Natychmiastowe poinformowanie rodziców/opiekunów oraz skierowanie ucznia do specjalisty zdrowia psychicznego
 - d) Zastosowanie technik motywacyjnych, nakłaniających ucznia do samodzielnego rozwiązania problemu

7. Według badań, który ze sposobów wsparcia społecznego wykazuje największą efektywność w profilaktyce depresji wśród młodzieży szkolnej?
- a) Organizowanie konkursów i wydarzeń mających na celu integrację klasy
 - b) Prowadzenie edukacji psychologicznej i rozwijanie kompetencji emocjonalno-społecznych
 - c) Stosowanie strategii wzmacniania poprzez nagrody materialne
 - d) Wprowadzenie obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego z podwyższonym poziomem rywalizacji
8. Zjawisko współchorobowości depresji u adolescentów dotyczy najczęściej:
- a) Zaburzeń odżywiania oraz zaburzeń osobowości typu borderline
 - b) Zaburzeń nerwicowych oraz uzależnień behawioralnych
 - c) Zaburzeń opozycyjno-buntowniczych oraz zaburzeń lękowych
 - d) Zaburzeń psychosomatycznych oraz schizofrenii młodzieńczej
9. W procesie wczesnego wykrywania depresji nastolatków szczególne znaczenie dla nauczyciela powinny mieć:
- a) Krótkotrwałe zmiany nastroju związane z sytuacjami stresowymi
 - b) Nasilające się i utrzymujące zmiany w funkcjonowaniu społecznym i szkolnym
 - c) Sporadyczne niepowodzenia szkolne ucznia
 - d) Regularne, lecz krótkotrwałe konflikty z rówieśnikami
10. Zgodnie z wytycznymi klinicznymi, minimalny okres utrzymywania się objawów depresyjnych, pozwalający na rozpoznanie epizodu depresyjnego u adolescenta, wynosi:
- a) 1 tydzień
 - b) 2 tygodnie
 - c) 4 tygodnie
 - d) 8 tygodni

Test wiedzy dla nastolatków uczestniczących w programie pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków i młodych dorosłych na terenie Gminy Radwanice na lata 2026-2028” (wzór)

1. Które z poniższych stwierdzeń najlepiej oddaje różnicę między smutkiem a depresją?
 - A) Smutek to emocja, depresja to zaburzenie trwające dłużej i wpływające na codzienne funkcjonowanie
 - B) Depresja i smutek to dokładnie to samo
 - C) Smutek zawsze prowadzi do depresji
 - D) Depresja trwa krócej niż smutek, ale jest bardziej intensywna
2. Jakie objawy mogą wskazywać na tzw. "maskowaną depresję" u nastolatka?
 - A) Wysoka aktywność społeczna i świetne oceny
 - B) Przeważnie ból brzucha lub głowy, problemy ze snem i drażliwość bez wyraźnej przyczyny
 - C) Jednorazowe kłótnie z rówieśnikami
 - D) Zwiększona potrzeba kontaktu fizycznego z bliskimi
3. Jakie może być znaczenie spadku poziomu serotoniny w mózgu w kontekście depresji?
 - A) Obniżony poziom serotoniny może przyczyniać się do wystąpienia depresji i zaburzeń nastroju
 - B) Serotonina wpływa tylko na ciśnienie krwi, nie na nastrój
 - C) Wysoki poziom serotoniny wywołuje depresję
 - D) Serotonina nie ma związku z depresją
4. Które z poniższych działań mogą pomóc w zapobieganiu depresji?
 - A) Regularna aktywność fizyczna, sen, zdrowa dieta i rozmowy z zaufanymi osobami
 - B) Unikanie jakichkolwiek trudnych emocji i tematów
 - C) Porównywanie się z innymi, żeby się motywować
 - D) Tłumienie złości i smutku, by nie okazywać słabości
5. Co może być skutkiem nieleczzonej depresji u nastolatków?
 - A) Poprawa samodzielności i niezależności emocjonalnej
 - B) Ustąpienie objawów samoistnie w ciągu kilku dni
 - C) Pogłębienie objawów, ryzyko samookaleczeń, myśli samobójczych i uzależnień
 - D) Brak wpływu na codzienne życie