

Projekt

z dnia 24 lutego 2026 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 3 marca 2026 r.

w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art.18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.), art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust.1, ust. 3,4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1670 z późn. zm.), Rada Gminy Grębocice uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się wieloletni „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Grębocice.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

Przewodniczący Rady Gminy
Grębocice

Marek Pakiet



Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie

Gminy Grębocice na lata 2026-2030

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]



Grębocice, 2025

Nazwa programu:

Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030

Okres realizacji programu: 2026-2030

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

dr n. o zdrowiu 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 poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Grębocice

ul. Głogowska 3

59-150 Grębocice

tel. (076) 8-315-501

sekretariat@grebocice.com.pl

Data opracowania programu: IV kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	4
3. Opis obecnego postępowania	8
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	8
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	11
1. Cel główny:	Error! Bookmark not defined.
2. Cele szczegółowe:	Error! Bookmark not defined.
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:.....	Error! Bookmark not defined.
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	Error! Bookmark not defined.
1. Populacja docelowa	Error! Bookmark not defined.
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	Error! Bookmark not defined.
3. Planowane interwencje:	Error! Bookmark not defined.
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	18
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ...	18
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	19
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:	19
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	19
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	19
1. Monitorowanie	21
2. Ewaluacja	22
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	22
1. Koszty jednostkowe	Error! Bookmark not defined.
2. Planowane koszty całkowite:	23
3. Źródła finansowania.....	24
Bibliografia:.....	25
Załączniki	27

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.

Do zaburzeń nastroju zaliczamy przede wszystkim epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające oraz uporczywe zaburzenia nastroju, wg klasyfikacji ICD-10 są to kody: F30-F39³ (Tabela I).

Tabela I. Klasyfikacja ICD-10 – zaburzenia nastroju (afektywne)

Kod ICD-10	Opis
F30	Epizod maniakalny
F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F32	Epizod depresyjny
F33	Zaburzenia depresyjne nawracające
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju [afektywne]
F38	Inne zaburzenia nastroju [afektywne]
F39	Zaburzenia nastroju [afektywne], nieokreślone

Źródło: Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 Tom I. Wydanie 2008. Rewizja dziesiąta [<http://stat.gov.pl/>].

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 ICD-10 Tom I. Wydanie 2008. Rewizja dziesiąta [<http://stat.gov.pl/>].

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 życiowej⁴. 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 i behawioralne, które określają bardziej długotrwały, szkodliwy i poważny stan, klinicznie rozpoznawany jako zespół depresyjny⁵.

Do najczęstszych objawów depresji należą⁶:

- obniżenie nastroju, najczęściej poczucie smutku bez wyraźnej przyczyny,
- cyklotymia, czyli przewlekłe zaburzenie nastroju, czyli 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 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 młodzieńczej⁷:

- depresja „czysta” - obniżony nastrój i napęd psychoruchowy, lęk przed przyszłością,

⁴ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, Wydanie 2008, World Health Organization 2009.

⁵ Hammen C. Depresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2022, s. 13

⁶ Murawiec S. Diagnosis and treatment of depression in primary care setting – practical aspects, Lekarz w POZ, 5, 2017, s. 338-343.

⁷ 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.

- 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.

Objawy depresji u nastolatków 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 itp.), 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”), 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 życia⁸.

W przypadku pojawienia się problemu depresji niezwykle istotna jest psychoedukacja, pozwalająca na zapewnienie dziecku i jego opiekunom informacji na temat objawów, przyczyn i metod leczenia depresji oraz sposobów postępowania w konkretnych sytuacjach. Podstawową formą leczenia depresji jest psychoterapia– w postaci terapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej, przy czym ich łączenie jest zwykle najkorzystniejsze. 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, którzy doświadczają trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej i mają tendencje do wycofywania się z relacji koleżeńskich⁹.

W uzasadnionych przypadkach stosowana jest również farmakoterapia. Należy rozważyć włączenie leków wtedy, gdy nasilenie objawów utrudnia dziecku codzienne funkcjonowanie, a same oddziaływania terapeutyczne nie przynoszą zadowalających efektów. Warto jednak pamiętać, że stosowanie leków jest metodą uzupełniającą dla psychoterapii¹⁰.

⁸ Miernik-Jaesche M. Namysłowska I. Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, Medycyna praktyczna dla pacjentów [<https://www.mp.pl>].

⁹ Ibidem.

¹⁰ 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 świata¹¹. 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 dekady¹².

Na depresję zapada ok. 1% dzieci w wieku 2-5 lat i ok. 2% w wieku 6-12 lat, natomiast wśród nastolatków rozpowszechnienie tej choroby jest zbliżone do osób dorosłych i wynosi 20%. Zachorowanie we wczesnym wieku niesie ze sobą ryzyko nawrotów w późniejszym okresie życia¹³.

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 inne substancje psychoaktywne¹⁴.

W roku 2024 w Polsce w opiece psychiatrycznej leczono ponad 279,5 tys. pacjentów poniżej 18 r. ż., w tym ponad 26,8 tys. stanowili mieszkańcy województwa dolnośląskiego. Wskaźnik pacjentów/100 tys. ludności leczonych w opiece psychiatrycznej (5 604,68) był w województwie znacznie wyższy od wskaźnika ogólnopolskiego (4 670,15). W placówkach I poziomu referencyjnego w województwie dolnośląskim leczono w roku 2024 ponad 14,2 tys. osób małoletnich (2 919/100 tys. ludności), natomiast w powiecie polkowickim, na którego terenie leży Gmina Grębocice – 454 pacjentów (3 868/100 tys. ludności; 8 miejsce wśród powiatów województwa). Omawiając dane statystyczne należy jednak podkreślić, że dane z publicznych systemów opieki zdrowotnej są zazwyczaj ograniczone do przypadków objętych opieką medyczną finansowaną ze środków publicznych i pomijają osoby korzystające ze świadczeń na rynku prywatnym oraz osoby

¹¹ WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int].

¹² World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary, World Health Organization 2022 [https://www.who.int/].

¹³ Gałęcki P., Szulc A., Psychiatria, Urban & Partner, Warszawa 2018.

¹⁴ 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.

niekorzystające z pomocy z różnych przyczyn, w tym m.in. w związku z trudnościami w dostępie do opieki zdrowotnej (np. terytorialnymi, finansowymi), czy też w obawie przed stygmatyzacją. W związku z powyższym przedstawione wyżej dane mogą nie odzwierciedlać całego obrazu omawianego problemu zdrowotnego. Warto także w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że w roku 2024 odsetek pacjentów zamieszkałych i leczonych na terenie powiatu polkowickiego wyniósł zaledwie 41,7%, zatem znaczna część pacjentów korzysta ze świadczeń poza powiatem, najczęściej w innych powiatach województwa dolnośląskiego¹⁵.

W roku 2024 w Polsce w opiece psychiatrycznej z powodu zaburzeń nastroju leczono ok. 16,1 tys. pacjentów poniżej 18 r. ż., w tym 1,4 tys. w województwie dolnośląskim. Wskaźnik niepełnoletnich pacjentów/100 tys. ludności leczonych w opiece psychiatrycznej z powodu zaburzeń nastroju w województwie (290,97) był znacznie wyższy od wskaźnika ogólnopolskiego (238,4). W analizowanym okresie zaburzenia nastroju dotyczyły głównie dziewcząt (76,8%) oraz małoletnich w wieku 12-17 lat (97,2%). Najczęstszym rozpoznaniem w tej grupie był epizod depresyjny (79% ogółu). Liczba dzieci i młodzieży w województwie, leczonych z powodu omawianej grupy chorób, wzrosła od 2018 roku ponad 2-krotnie (było to wówczas 727 osób)¹⁶.

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 lekowych, leków oraz żywienia. 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

¹⁵ BASiW, Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [<https://basiw.mz.gov.pl/>].

¹⁶ Ibidem.

ww. świadczeń, a także dodatkowo do wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych¹⁷.

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 społeczności¹⁸.

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 wskaźników chorobowości w publicznej opiece zdrowotnej mogą różnić się od rzeczywistych¹⁹. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy Grębocice dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży, finansowanych ze środków publicznych

¹⁷ 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.].

¹⁸ 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.].

¹⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 69 ze zm.].

– zgodnie z danymi NFZ na rok 2025 nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy²⁰.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.²¹: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych: Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych, Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²²: cel operacyjny 3: Promocja zdrowia psychicznego;
3. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030²³: cel szczegółowy: udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom;
4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁴: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień: 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;
5. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031²⁵: rekomendacje dla województwa dolnośląskiego: Obszar demografia, rekomendacja 7.4. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym;
6. **Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026**²⁶: rekomendacja 5.1. Podjęcie działań w celu poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnych, leczenia środowiskowego oraz oddziałów dziennych psychiatrycznych dla dzieci.

²⁰ Dane NFZ, Informator o umowach [<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>].

²¹ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

²² 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.].

²³ 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].

²⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

²⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].

²⁶ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym u co najmniej 30% uczestników programu biorących udział w sesjach terapeutycznych

2. Cele szczegółowe

- 1) Wykrycie co najmniej 5% spośród liczby nastolatków zakwalifikowanych do programu, u których stwierdzono występowanie objawów zaburzeń depresyjnych, a następnie skierowano na terapię zaburzeń nastroju
- 2) Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% 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
- 3) Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% 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% rodziców/opiekunów prawnych 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 post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu
Szczegółowy 1	Odsetek nastolatków biorących udział w badaniach przesiewowych w ramach programu, u których stwierdzono występowanie objawów zaburzeń depresyjnych i którzy zostali skierowani na terapię zaburzeń nastroju
Szczegółowy 2	Odsetek osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu

Szczegółowy 3	Odsetek osób z grupy rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu
---------------	---

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

1. Populacja docelowa

Populację docelową stanowić będzie młodzież zamieszkująca Gminę Grębocice, rodzice/opiekunowie prawni nastolatków oraz kadra pedagogiczna. W szkoleniach dla kadry pedagogicznej wezmą udział wszyscy nauczyciele klas IV-VIII szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie gminy oraz specjaliści zatrudnieni w tych placówkach (psycholodzy i pedagodzy szkolni, logopedzi). Łącznie kadra ta liczy ok. 50 osób. Działania edukacyjne będą kierowane do nastolatków w wieku 11-15 lat, uczęszczających do szkół podstawowych, a także do ich rodziców/opiekunów prawnych. Do programu będzie włączonych łącznie ok. 560 dzieci i nastolatków²⁷ oraz ok. 560 rodziców/ opiekunów prawnych dzieci. Badania przesiewowe oraz terapia zaburzeń nastroju będą kierowane do nastolatków w wieku 11-18 lat – populacja ta liczy ok. 750 osób²⁸. W przypadku dzieci młodzieży ze szkół podstawowych badania przesiewowe będą realizowane w siedzibie realizatora lub przez psychologa/pedagoga szkolnego, uczestniczącego w szkoleniu dla kadry pedagogicznej. W przypadku starszych nastolatków, uczęszczających do szkół ponadpodstawowych, badania te mogą być przeprowadzane bezpośrednio w siedzibie realizatora. Uczestnicy z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego będą kierowani na sesje terapeutyczne zgodnie z kolejnością zgłoszeń do wyczerpania budżetu.

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

1) Kryteria włączenia do programu obejmują:

- w odniesieniu do działań szkoleniowych – pozostawanie nauczycielem-wychowawcą klas IV-VIII szkoły podstawowej, pedagogiem, psychologiem lub logopedą w publicznej szkole podstawowej, zlokalizowanej na terenie gminy Grębocice;
- w odniesieniu do działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych – pozostawanie rodzicem/opiekunem prawnym nastolatka w wieku 11-15 lat, będącego uczniem publicznej szkoły podstawowej,

²⁷ Liczebność populacji według GUS – osoby w wieku 11-15 lat w całym okresie realizacji programu tj. 2026-2030 [<https://bdl.stat.gov.pl>; dostęp: 11.11.2025r.].

²⁸ Ibidem – osoby w wieku 11-18 lat w całym okresie realizacji programu tj. 2026-2030

- w odniesieniu do działań edukacyjnych dla nastolatków – zamieszkiwanie na terenie gminy Grębocice, wiek 11-15 lat oraz pozostawanie uczniem publicznej szkoły podstawowej,
- w odniesieniu do badań przesiewowych – zamieszkiwanie na terenie gminy Grębocice, wiek 11-18 lat oraz pozostawanie uczniem publicznej szkoły podstawowej lub ponadpodstawowej,
- w odniesieniu do terapii zaburzeń nastroju – spełnienie kryteriów włączenia do badania przesiewowego oraz jego pozytywny wynik,
- w przypadku działań kierowanych do małoletnich – dodatkowo zgoda rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie;

2) Kryteria wyłączenia z programu obejmują:

- w odniesieniu do działań szkoleniowych i edukacyjnych – uczestniczenie w działaniach szkoleniowych lub edukacyjnych, finansowanych ze środków publicznych, dotyczących tej samej tematyki w okresie ostatnich 2 lat,
- w odniesieniu do badań przesiewowych i terapii zaburzeń nastroju – zdiagnozowane uprzednio zaburzenia nastroju, pozostawanie pod opieką poradni psychologicznej lub poradni psychiatrycznej w zakresie działań zaplanowanych w programie, przeciwwskazania zdrowotne występujące u nastolatka.

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Gminą Grębocice, placówkami POZ oraz placówkami oświatowymi. Informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Grębocice (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.

1) Działania edukacyjne

- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie świadomości populacji ogólnej nt. profilaktyki zaburzeń nastroju,
- realizowane przez osoby udzielające świadczeń w ramach PPZ, przekazujące rodzicom pacjentów informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim,
- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Gminy Grębocice, realizatora, placówek oświatowych, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne sporządzone Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH),
- realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu.

2) Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla kadry pedagogicznej

- obejmujące zagadnienia dotyczące czynników ryzyka występowania zaburzeń nastroju, ich specyfiki oraz następstw zdrowotnych, skuteczności działań zapobiegawczych, konsekwencji bagatelizowania objawów chorobowych i zaniedbań diagnostycznych,
- przeprowadzone przez psychologa lub psychoterapeutę,
- zrealizowane w formie online, w wymiarze co najmniej 4 godzin edukacyjnych (1 szkolenie w pierwszym roku realizacji programu dla grupy max. 50-osobowej),
- zrealizowane z założeniem nagrania spotkania celem umożliwienia wielokrotnego odtwarzania i tym samym zapoznania z przekazywanymi treściami szerszego grona odbiorców,
- uwzględniające przekazanie nauczycielom materiałów szkoleniowych, w tym także scenariusza zajęć oraz przygotowanego wzoru prezentacji multimedialnej możliwej do wykorzystania przez nich w ramach edukacji zdrowotnej nastolatków (prezentacje należy także przekazać Urzędowi Gminy Grębocice),
- uwzględniające badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (załącznik 1),
- uwzględniające badanie jakości działań edukacyjnych po szkoleniu (załącznik 5).

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

- realizowana poprzez wykłady z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych (tematyka wykładów będzie 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),

- przeprowadzona przez psychoterapeutę, psychologa lub osobę uczestniczącą w szkoleniu dla kadry pedagogicznej w programie, będącą psychologiem/pedagogiem szkolnym,
- zrealizowana w formie 1 spotkania online w każdym roku realizacji, w wymiarze co najmniej 2 godzin edukacyjnych,
- uwzględniające badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed spotkaniem oraz post-testu po spotkaniu, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (załącznik 6),
- zrealizowana z założeniem nagrania pierwszego spotkania, celem jego ponownego odtworzenia umożliwiającego utrwalenie informacji lub zapoznanie się z treściami edukacyjnymi przez rodziców uczniów młodszych w kolejnych latach (już po realizacji programu).

4) Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków

- prowadzona przez wychowawców, pedagogów lub psychologów szkolnych na zajęciach z wychowawcą – 2 spotkania 45-minutowe w każdym roku szkolnym w klasach IV-VIII szkoły podstawowej, z wykorzystaniem przygotowanych przez realizatora materiałów (scenariusza zajęć oraz wzoru prezentacji multimedialnej),
- dotycząca czynników ryzyka depresji, metod radzenia sobie z zaburzeniami nastroju, konieczności szukania pomocy w przypadku przedłużającego się stanu obniżonego 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.

5) Badania przesiewowe

- realizowane przez wskazanych przez realizatora programu psychologów lub psychologów/pedagogów szkolnych, na podstawie umów zawartych z realizatorem
- realizowane po uzyskaniu zgody rodzica/opiekuna prawnego,

- 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 50-minutowe raz w tygodniu przez kolejnych 10 tygodni,
- obejmująca sesje terapeutyczne realizowane przez psychoterapeutę dzieci i młodzieży dla zakwalifikowanych uczestników,
- obejmująca 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,
- obejmująca wizytę początkową, na której przeprowadzony zostanie wywiad psychologiczny (w tym dotyczący aktywności społecznej pacjenta) oraz opracowany przez terapeutę pre-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym; wizyta ta obejmuje również zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie, wstępną ocenę sytuacji klinicznej pacjenta celem weryfikacji wyników badania przesiewowego, ocenę funkcjonowania psychologicznego (na podstawie testu depresji, np. Inwentarza Depresji Becka), ustalenie harmonogramu indywidualnych sesji terapeutycznych,
- obejmująca wizytę końcową, na której specjalista dokona podsumowania cyklu terapii oraz udzieli wskazówek dotyczących dalszego leczenia lub zaleceń pracy w domu, a także przekaże pacjentowi post-test dotyczący wiedzy w zakresie zrozumienia i umiejętności radzenia sobie z zaistniałym konkretnym problemem zdrowotnym,
- obejmująca poinformowanie rodziców/opiekunów prawnych o konieczności i możliwości wykonania badań uzupełniających oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach psychologicznych i psychiatrycznych (w ramach NFZ) - w sytuacji zdiagnozowania zaburzeń psychicznych, które wykraczają poza zakres działań objętych programem,
- obejmująca sporządzenie krótkiej notatki informacyjnej dla lekarza rodzinnego.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 2). W ostatnim dniu udzielania świadczeń w programie pacjentowi należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika (załącznik 4).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z oceną technologii medycznej AOTMiT w obszarze profilaktyki depresji oraz rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, takich jak: United States Preventive Services Task Force (Rekomendacje USPSTF 2022a), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2019), Child Protective Services (CPS 2023), Ministerstwo Zdrowia (MZ 2019), WHO (WHO 2020)²⁹.

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 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.

²⁹ Opinie AOTMiT: nr 81/2024 z dnia 18 listopada 2024 r. oraz nr 66/2024 z dnia 25 września 2024 r. [bip.aotm.gov.pl].

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 2025);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Dolnośląskiego (I kwartał 2026)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (I-II kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I-II kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I-II kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030);
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki, media),
 - działania edukacyjne,
 - działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla kadry pedagogicznej,
 - edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci,
 - edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków,
 - badania przesiewowe,
 - terapia zaburzeń nastroju,
 - analiza półrocznych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2030);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2030);
- 9) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2031).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Grębocice. 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. 2025 r. poz. 1480) 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 2025 r. poz. 450 z późn. zm.) 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 2024 r. poz. 1491 z późn. 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 (Dz.U. 2025 r. poz. 1480) – 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. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.) – dotyczy wyłącznie podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- zapewnienie wykonywania działań szkoleniowych dla kadry pedagogicznej przez osoby wykonujące następujące zawody: psycholog, psychoterapeuta, posiadających wykształcenie wyższe kierunkowe,
- zapewnienie wykonywania działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych w programie przez osoby wykonujące następujące zawody: psycholog, psychoterapeuta, pedagog/psycholog szkolny, psychoterapeuta, posiadających wykształcenie wyższe kierunkowe,
- zapewnienie przeprowadzania sesji terapeutycznych przez specjalistę w dziedzinie psychoterapii (lub osobę w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii) lub osobę posiadającą certyfikat psychoterapeuty – osoba ta musi posiadać doświadczenie w pracy z grupą docelową (min. 2-letnie),
- zapewnienie przeprowadzania sesji terapeutycznych w gabinecie znajdującym się w odległości maksymalnie 30 km od gminy Grębocice,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji (załączniki 4-5). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 3). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie 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, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- 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
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek nastolatków uczestniczących w sesjach terapeutycznych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu
- odsetek nastolatków biorących udział w badaniach przesiewowych w ramach programu, u których stwierdzono występowanie objawów zaburzeń depresyjnych i którzy zostali skierowani na terapię zaburzeń nastroju
- odsetek osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu
- odsetek osób z grupy rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu

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 tabeli II 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 Grębocice, w ramach zajęć szkolnych z wychowawcami, którzy uprzednio wezmą udział w działaniach szkoleniowych.

Tab. II. Koszty jednostkowe interwencji w programie

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla kadry pedagogicznej (szkolenie online)	3 000,00
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci (spotkanie online)	500,00
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków*	0,00
Badania przesiewowe	30,00

Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań)	2 200,00
---	----------

* Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) nastolatków prowadzona będzie poza finansowaniem ze środków Urzędu Gminy Grębocice, w ramach zajęć szkolnych z wychowawcami, którzy uprzednio wezmą udział w działaniach szkoleniowych

Badania przesiewowe w Programie zostaną zapewnione dla całej populacji w wieku 11-18 lat. 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 Grębocice sesje terapeutyczne zaplanowano corocznie dla 20 osób.

2. Planowane koszty całkowite

Tab. III. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Działania informacyjno-edukacyjne	5	rok	500,00	2 500,00
Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla kadry pedagogicznej	1	działanie	3 000,00	3 000,00
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	5	działanie	500,00	2 500,00
Badania przesiewowe	750	osoba	30,00	22 500,00
Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań)	100	osoba	2 200,00	220 000,00
Koszty Programu				250 500,00

Tab. IV. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Działania informacyjno-edukacyjne	1	rok	500,00	500,00
Działania szkoleniowe z zakresu zaburzeń depresyjnych dla kadry pedagogicznej	1	działanie	3 000,00	3 000,00
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	1	działanie	500,00	500,00
Badania przesiewowe	150	osoba	30,00	4 500,00
Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań)	20	osoba	2 200,00	44 000,00
Koszty Programu w roku 2026				52 500,00
Działania informacyjno-edukacyjne	1	rok	500,00	500,00
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	1	działanie	500,00	500,00
Badania przesiewowe	150	osoba	30,00	4 500,00
Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań)	20	osoba	2 200,00	44 000,00
Koszty Programu w roku 2027				49 500,00
Działania informacyjno-edukacyjne	1	rok	500,00	500,00
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	1	działanie	500,00	500,00
Badania przesiewowe	150	osoba	30,00	4 500,00
Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań)	20	osoba	2 200,00	44 000,00
Koszty Programu w roku 2028				49 500,00
Działania informacyjno-edukacyjne	1	rok	500,00	500,00

Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	1	działanie	500,00	500,00
Badania przesiewowe	150	osoba	30,00	4 500,00
Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań)	20	osoba	2 200,00	44 000,00
Koszty Programu w roku 2029				49 500,00
Działania informacyjno-edukacyjne	1	rok	500,00	500,00
Edukacja zdrowotna (psychoedukacja) rodziców/opiekunów prawnych dzieci	1	działanie	500,00	500,00
Badania przesiewowe	150	osoba	30,00	4 500,00
Terapia zaburzeń nastroju (cykl 10 spotkań)	20	osoba	2 200,00	44 000,00
Koszty Programu w roku 2030				49 500,00
Koszty Programu w latach 2025-2030				250 500,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Grębocice. Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 250 500 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Grębocice, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródła finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Grębocice. Gmina w latach 2026-2030 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego i/lub 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. 2025 poz. 1461 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9], a także dofinansowanie z innych ewentualnych źródeł.

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 Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].
16. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].
17. 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.

18. 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.].
19. 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.].
20. 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.]
21. 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].
22. WHO Mental Health Action Plan [apps.who.int].
23. World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary, World Health Organization 2022 [<https://www.who.int/>].

Załączniki

Załącznik 1

Test wiedzy dla kadry pedagogicznej uczestniczącej w programie pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1. Który z poniższych objawów depresji u ucznia może być najczęściej mylnie interpretowany przez nauczyciela jako brak zaangażowania w naukę?

- a) Utrata energii, trudności z koncentracją, spadek motywacji
- b) Agresywne zachowania wobec rówieśników
- c) Nadmierna aktywność i chęć dominacji w grupie
- d) Perfekcjonizm i dążenie do doskonałości

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. Który z poniższych hormonów odgrywa kluczową rolę w regulacji stresu i może być podwyższony u nastolatków z depresją?
- a) Insulina
 - b) Melatonina
 - c) Kortyzol
 - d) Oksytocyna
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 nastolatka, wynosi:
- a) 1 tydzień
 - b) 2 tygodnie
 - c) 4 tygodnie
 - d) 8 tygodni

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030” (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. 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)

IV. Sesje terapeutyczne

Daty sesji	Informacja dla celów ewaluacji
1. _____	Wynik pre-testu: _____ Wynik post-testu: _____ Przyrost o co najmniej 20% lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie radzenia sobie z problemem zdrowotnym (min. 80% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
6. _____	
7. _____	
8. _____	
9. _____	
10. _____	

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030” (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 zakwalifikowanych do programu	
Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)	
Liczba osób, które wzięły udział w badaniach przesiewowych	
Liczba osób, które wzięły udział w sesjach terapeutycznych	
Liczba osób zakwalifikowanych do programu	
Liczba rodziców/opiekunów prawnych nastolatków, którzy wzięli udział w psychoedukacji	
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*	
Odsetek nastolatków uczestniczących w sesjach terapeutycznych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi w teście) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu	
Odsetek nastolatków biorących udział w badaniach przesiewowych w ramach programu, u których stwierdzono występowanie objawów zaburzeń depresyjnych i którzy zostali skierowani na terapię zaburzeń nastroju	
Odsetek osób z kadry szkolnej, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu	
Odsetek osób z grupy rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu	
Odsetek osób z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

_____, dnia _____
 (miejscowość) (data)
 (pieczęć i podpis osoby
 działającej w imieniu sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

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

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

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

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

(5 – bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - przeciętnie, 2 - źle, 1 - bardzo źle)

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

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

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

33

Ankieta satysfakcji uczestnika działań szkoleniowych dla kadry szkolnej w ramach programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1. Czy dzisiejsze szkolenie spełniło Pani/Pana oczekiwania?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Czy ilość czasu poświęconego na szkolenie była wystarczająca?

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

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

6. Jak ocenia Pan/Pani zakres prezentowanego materiału?

(5 – zdecydowanie za wąski, 4 – raczej za wąski, 3 - odpowiedni, 2 – raczej za szeroki, 1 – zdecydowanie za szeroki)

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

7. Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

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

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

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

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

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

9. Jak ocenia Pani/Pan sposób przekazywania informacji przez prowadzących szkolenie?
(5 - bardzo przystępny, 4 – przystępny, 3 - średnio przystępny, 2 - mało przystępny, 1 - nieprzystępny)

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

10. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?
(5 - zdecydowanie tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nie, 1 - zdecydowanie nie)

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

11. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu zachęcał uczestników do aktywnego udziału w ćwiczeniach?
(5 - zdecydowanie tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nie, 1 - zdecydowanie nie)

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

12. Jak ocenia Pani/Pan szkolenie od strony organizacyjnej?
(5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - raczej źle, 1 - źle)

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

13. Jak ocenia Pani/Pan ogólną atmosferę dzisiejszego szkolenia?
(5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - raczej źle, 1 – źle)

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

14. Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan takie szkolenie innym osobom?
(5 - zdecydowanie tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nie, 1 - zdecydowanie nie)

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

Test wiedzy dla rodzica/opiekuna prawnego - uczestnika programu pn. „Program profilaktyki zaburzeń depresyjnych w populacji młodzieży na terenie Gminy Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1. Które z poniższych zachowań może być nietypową manifestacją depresji u nastolatków, różniącą się od objawów u dorosłych?

- a) Dominacja drażliwości i agresji zamiast smutku
- b) Nagłe zwiększenie zainteresowania nauką i aktywnościami szkolnymi
- c) Przejściowe trudności w koncentracji związane z przemęczeniem
- d) Tymczasowe wycofanie z kontaktów społecznych po niepowodzeniu

2. Zgodnie z wytycznymi klinicznymi, minimalny okres utrzymywania się objawów depresyjnych, pozwalający na rozpoznanie epizodu depresyjnego u nastolatka, wynosi:

- a) 1 tydzień
- b) 2 tygodnie
- c) 4 tygodnie
- d) 8 tygodni

3. Który z poniższych wskaźników może być sygnałem alarmowym sugerującym depresję u nastolatka, wymagającym natychmiastowej interwencji?

- a) Stopniowe wycofywanie się z relacji rówieśniczych
- b) Sporadyczne skargi na przemęczenie związane z nauką
- c) Częste podkreślanie własnej bezużyteczności i myśli o śmierci
- d) Tymczasowe obniżenie wyników szkolnych po trudnym okresie

4. Który z poniższych hormonów odgrywa kluczową rolę w regulacji stresu i może być podwyższony u nastolatków z depresją?

- a) Insulina
- b) Melatonina
- c) Kortyzol
- d) Oksytocyna

5. Który z poniższych czynników NIE jest uznawany za czynnik ryzyka depresji u nastolatków?

- a) Historia depresji w rodzinie
- b) Wspierające i stabilne środowisko rodzinne
- c) Przewlekłe doświadczanie odrzucenia przez rówieśników
- d) Nadmierna presja związana z osiągnięciami szkolnymi

6. W kontekście leczenia depresji u młodzieży, która forma terapii ma udowodnioną skuteczność w badaniach klinicznych?

- a) Psychoanaliza klasyczna
- b) Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)
- c) Hipnoterapia
- d) Terapia regresyj

7. Jeśli rodzic podejrzewa, że jego dziecko ma depresję, jakie powinno być pierwsze działanie?
- a) Samodzielna próba rozwiązania problemu bez angażowania specjalistów
 - b) Obserwacja dziecka przez dłuższy czas i interwencja dopiero przy nasileniu objawów
 - c) Rozmowa z dzieckiem, okazanie wsparcia i konsultacja ze specjalistą zdrowia psychicznego
 - d) Zakaz korzystania z internetu i mediów społecznościowych jako potencjalnego źródła problemów
8. Które z poniższych strategii profilaktycznych ma udowodnioną skuteczność w redukowaniu ryzyka depresji u młodzieży?
- a) Wymuszanie samodzielności i unikanie rozmów o emocjach, aby dziecko nauczyło się radzić sobie samo
 - b) Promowanie odporności psychicznej poprzez rozwijanie kompetencji emocjonalnych i społecznych
 - c) Unikanie konfrontacji i pozwalanie dziecku na izolację, jeśli tego potrzebuje
 - d) Stosowanie surowych zasad i wysokich wymagań jako motywacji do działania
9. Które podejście do oceny depresji u nastolatka jest najbardziej rzetelne i zalecane przez specjalistów?
- a) Wyłącznie samoocena nastolatka dotycząca jego samopoczucia
 - b) Ocena nauczycieli i wychowawców na podstawie zachowania w szkole
 - c) Kompleksowa diagnoza obejmująca wywiad kliniczny, obserwację i standaryzowane testy psychologiczne
 - d) Subiektywna opinia rodziców oparta na codziennym funkcjonowaniu dziecka
10. W przypadku epizodu depresyjnego u nastolatka, jakie jest najczęściej rekomendowane podejście terapeutyczne?
- a) Stosowanie wyłącznie farmakoterapii bez interwencji psychologicznej
 - b) Połączenie terapii poznawczo-behawioralnej i wsparcia rodziny, z możliwością farmakoterapii w ciężkich przypadkach
 - c) Całkowite unikanie leczenia, ponieważ depresja u nastolatków mija samoistnie
 - d) Zmiana szkoły lub środowiska jako główne narzędzie leczenia