

Data wpływu : .....
Sygn. akt: .....
wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

## Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej

Województwo Mazowieckie	<b>Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</b>	
oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej		
<b>Nazwa programu polityki zdrowotnej:</b>	Program edukacyjno-konsultacyjny „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej”	
<b>Przewidywany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:</b>	2012 - 2015	<b>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:</b>
		2012 - 2017
<b>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:<sup>1)</sup></b>	<p>Głównym celem programu była edukacja młodzieży szkolnej, ich rodziców i kadry pedagogicznej na temat zaburzeń depresyjnych wieku rozwojowego.</p> <p>Cele szczegółowe obejmowały:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>upowszechnienie wiedzy na temat objawów depresji, czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz metod leczenia depresji,</li> <li>poprawę wykrywalności zaburzeń depresyjnych u młodzieży; promowanie współpracy pomiędzy nauczycielami, rodzicami, uczniami w celu podejmowania działań na rzecz udzielenia wsparcia w środowisku domowym i szkolnym lub/i objęcia ucznia opieką specjalistyczną,</li> <li>zmniejszenie niechęci i lęku przed kontaktem z psychiatrą, zapobieganie szkodliwym mitom na temat leczenia psychiatrycznego,</li> <li>promowanie postawy troski o zdrowie psychiczne własne i innych osób,</li> <li>umożliwienie uczniowi dokonania samooceeny w kierunku aktualnego stopnia zagrożenia depresją,</li> <li>dostarczenie informacji uczniom, nauczycielom i rodzicom na temat podstawowych metod zapobiegania depresyjnemu nastrojowi,</li> <li>inspirowanie działań na rzecz zapobiegania depresji w środowisku szkolnym,</li> <li>udzielanie młodzieży z depresją informacji na temat form pomocy.</li> </ol>	

<sup>1)</sup> Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości interwencji efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Ocena osiągnięcia ww. celów była mierzona poprzez: przedstawione w formie numerycznej oceny uczestników programu (nauczyciele, uczniowie, rodzice) na temat stopnia, w jakim spotkanie edukacyjne wpłynęło na stan wiedzy, poglądy i planowane działania w zakresie określonym przez cele szczegółowe – dane pochodziły z wypełnionych przez nauczycieli, uczniów i rodziców ankiet satysfakcji; informacje od personelu szkoły na temat liczby podejmowanych interwencji w porównaniu z rokiem szkolnym przed rozpoczęciem programu, obserwacja reakcji uczniów i rodziców na program w okresie do 12 miesięcy (pod koniec roku szkolnego odbywało się 1 spotkanie z osobą wyznaczoną przez dyrektora szkoły); porównanie wyświadczonej pomocy z wynikami kwestionariuszy wypełnionych po 3-12 miesiącach; liczba zgłoszeń na konsultacje w poradni zdrowia psychicznego (w fazie konsultacyjnej); ocena uczestników części konsultacyjnej zawarta w ankietach ewaluacyjnych.

Część edukacyjną dla uczniów realizowano podczas spotkań/warsztatów. Każde spotkanie/warsztat trwał dwie godziny. Uczniowie chętnie uczestniczyli w szkoleniach, w ramach, których realizowali ćwiczenia grupowe i indywidualne. Część szkoleniowa obejmowała profilaktykę i samoocenę każdego uczestnika. Podczas spotkań z uczniami prowadzono zajęcia edukacyjne, rozdawano broszury informacyjne, udostępniano kwestionariusze CES-D (Skala Samooceny) oraz ankiety ewaluacyjne. Po kilku miesiącach przeprowadzono również badanie follow-up, podczas którego rozdano powtórnie kwestionariusze skali samooceny. Po przeprowadzeniu analizy ankiety satysfakcji z udziału w programie, wnioskuje się, że uczestnicy programu w znacznym stopniu byli zadowoleni z udziału w programie, ich wiedza na temat objawów depresji, czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz metod leczenia depresji wzrosła w dużym stopniu.

Należy podkreślić, że bardzo niska frekwencja rodziców na spotkaniach ze specjalistą spowodowała, iż niemożliwa była pełna realizacja programu. Zajęcia edukacyjne prowadzono głównie dla uczniów, a nie dla ich rodziców, których edukacja została również zawarta w celu głównym programu. Rodzice otrzymywali głównie broszury informacyjne na temat depresji i dostępnych form pomocy, co nie mogło zastąpić im spotkania ze specjalistą.

W programie przewidziano również część konsultacyjną. Przez okres poddany ewaluacji, tylko w latach 2012/2013 uczniowie w liczbie 20, zgłosili się na konsultacje specjalistyczne. Uczniowie biorący udział w programie podczas spotkań/warsztatów byli informowani o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej i/lub psychiatrycznej w Poradniach Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Pomimo przekazanych informacji z zakresu pomocy specjalistycznej, przez cały okres trwania programu, zaledwie 20 uczniów biorących udział w programie zgłosiło się na konsultacje. Powodem tego mógł być fakt, iż program był realizowany wśród młodzieży z kilku miast województwa mazowieckiego (Ostrołęka, Siedlce, Radom, Ciechanów, Płock, Warszawa), natomiast realizator programu informował o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej i/lub psychiatrycznej w Poradniach Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Warszawie i Józefowie. Duża odległość miejsca zamieszkania uczniów od Poradni była najprawdopodobniej powodem tak niskiej frekwencji uczniów w części konsultacyjnej.

#### **Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:<sup>2)</sup>**

W ramach fazy edukacyjnej programu interwencje miały charakter edukacji dostosowanej do grupy odbiorców: uczniów, kadry pedagogicznej, rodziców. Dla każdej z tych grup stworzono oddzielne programy zajęć, ze względu na różną perspektywę postrzegania problemu. W grupie kadry pedagogicznej przedstawiono szerzej znaczenie

<sup>2)</sup> Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej.

środowiska szkolnego, jako czynnika ryzyka i czynnika chroniącego przed depresją oraz objawy zewnętrzzone depresji. Na zajęciach z pedagogami przedstawiono propozycję postępowania w przypadku podejrzenia depresji.

W grupie uczniów omawiano poglądy ntodzieży na temat przyczyn depresji, uzupełniano je informacjami od specjalistów na temat interpersonalnych czynników ryzyka oraz czynników chroniących przed depresją, z uwzględnieniem znaczenia jakości relacji rówieśniczych, umiejętności rozwiązywania problemów, roli schematów poznawczych. Uczniowie zostali zapoznani z metodami radzenia sobie z negatywnymi emocjami (smutkiem, złością, depresją) oraz czynnikami środowiskowymi (niedostateczna higiena psychiczna, tryb życia, używki, stresory), które mogą wywierać negatywny wpływ na nastrój człowieka. Uczniowie, którzy brali udział w programie zostali informowani o dostępnych formach pomocy i metodach terapii depresji. Częściowo zajęcia odbywały się w formie warsztatów i miały formę interaktywną.

W grupie rodziców edukacja dotyczyła rozpoznawania objawów depresji, rozumienia problemów dziecka z depresją i sposobów udzielania im adekwatnej pomocy. Rodzice zostali informowani o współczesnych metodach terapii i placówkach udzielających specjalistyczną pomoc. Ze względu na bardzo małą frekwencję na spotkaniach z rodzicami, edukacja tej grupy polegała głównie na rozdawaniu broszur informacyjnych.

**Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:<sup>3)</sup>**

Rok	2017	2016/2015	2014	2013/2012	Suma
łączna liczba uczniów zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	628	1249	608	181	2 666
łączna liczba uczniów, która wzięła udział w programie polityki zdrowotnej	628	1249	608	116	2 601
łączna liczba rodziców/opiekunów prawnych, która wzięła udział w programie polityki zdrowotnej	75	152	100	6	333
łączna liczba osób z kadry pedagogicznej, która wzięła udział w programie	Nie prowadzono	223	77	32	332

3) W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawiciele choroczne wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wyrażonych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiety silystacji z udziałem w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawic wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji.

W zakresie ewaluacji należy ustosunkowac się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniejszej określonych wskaźników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. W zależności od charakteru programu polityki zdrowotnej należy przedstawic rezultaty możliwe do oceny w momencie składania raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (krótko- i długoterminowe).

liczba osób, która nie została objęta działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów	0	0	0	65	65
liczba osób, która z własnej woli zrezygnowała w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej	0	0	0	bd	0
łączna liczba uczniów, która wzięła udział w badaniu follow-up	464	1013	Nie prowadzono	114	1591
łączna liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	0	0	0	20	20

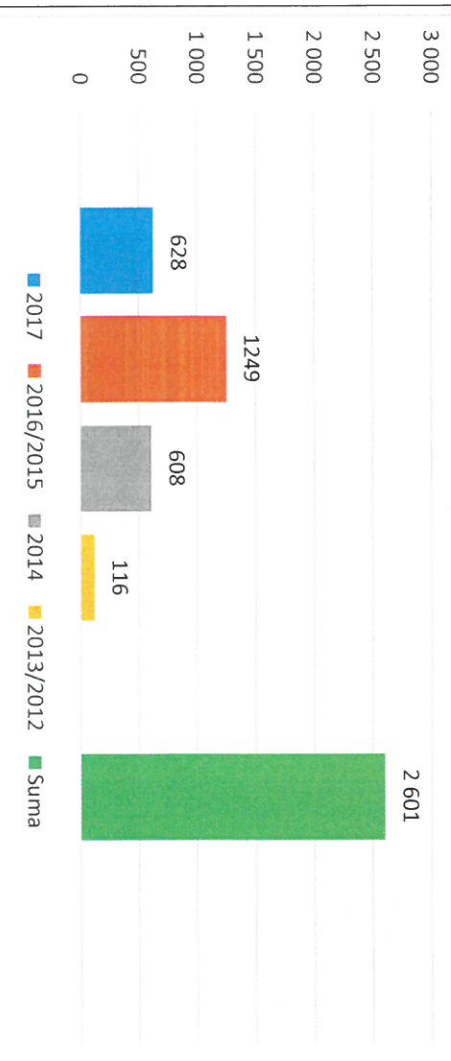
Łączna liczba uczniów, którzy zostali zakwalifikowani do udziału w programie polityki zdrowotnej, w latach 2017 - 2012 wyniosła 2666. Spośród uczniów, którzy zostali zakwalifikowani do udziału w programie, 2601 wzięło w nim udział, natomiast 65 uczniów nie zostało objętych działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów. Ponadto brak jest informacji aby któryś z uczniów zrezygnował z udziału w programie w trakcie jego realizacji. W latach 2017-2012, 20 uczestnikom programu zostały udzielone świadczenia zdrowotne.

Wśród kadry pedagogicznej w 2016/2015 roku w spotkaniach edukacyjnych uczestniczyły 223 osoby z kadry pedagogicznej, w roku 2014 – 77, a w latach 2012/2013 – 32 osoby. W roku 2017 nie prowadzono zajęć dla kadry pedagogicznej, ponieważ byłyby to te same osoby, co w latach poprzednich i powielano by materiał. Warto zaznaczyć, że we wszystkich latach trwania programu zanołowano bardzo małą frekwencję wśród rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w programie. Łączna ich liczba wyniosła 333 osoby.

Wykres poniżej, przedstawia jak kształtowała się liczba uczniów, która wzięła udział w programie polityki zdrowotnej w poszczególnych latach jego realizacji.



### Łączna liczba uczniów, która wzięła udział w programie polityki zdrowotnej



Podczas spotkań z uczniami zostały dobrowolnie wypełnione przez nich kwestionariusze skali samooceny CES-D i ankiety satysfakcji z przeprowadzonego szkolenia. Ankiety skali samooceny zostały również rozdane uczestnikom po kilku miesiącach od pierwszego spotkania (badanie follow-up). Łączna liczba uczniów, która wzięła udział w pierwszej fazie edukacyjnej i wypełniła kwestionariusz samooceny wyniosła 2565 (628 w 2017 r., 1221 w latach 2016/2015, 600 w roku 2014 oraz 116 w latach 2013/2012). Natomiast w powtórnym badaniu liczba ta wyniosła 1591 (464 w 2017 r., 1013 w latach 2016/2015 i 114 w latach 2013/2012, brak jest danych za rok 2014). W ankiecie samooceny sprawdzono u ilu uczniów istnieje możliwość wystąpienia pełnoobjawowej depresji klinicznej, wystąpienia tagodnych i umiarkowanych objawów depresyjnych oraz u ilu uczniów wystąpienie depresji było mało prawdopodobne.

Tabela poniżej przedstawia wyniki z kwestionariusza skali samooceny przeprowadzonego w pierwszej fazie programu.

Rok	2017		2016/2015		2014		2013/2012		Suma
	n	%	n	%	n	%	n	%	
liczba uczniów, która wypełniła kwestionariusz samooceny w pierwszej fazie	628		1221		600		116		<b>2565</b>
liczba uczniów, u których istnieje możliwość wystąpienia pełnoobjawowej depresji klinicznej	214	34%	321	26%	180	30%	46	40%	<b>761</b>
liczba uczniów, u których istnieje możliwość wystąpienia łagodnych i umiarkowanych objawów depresyjnych	138	22%	236	19%	126	21%	29	25%	<b>529</b>
liczba uczniów, u których wystąpienie depresji było mało prawdopodobne	276	44%	663	54%	294	49%	41	35%	<b>1274</b>

W 2017 roku 628 uczniów wypełniło kwestionariusz samooceny w pierwszej fazie programu. U 34% uczniów istniała możliwość wystąpienia pełnoobjawowej depresji klinicznej, u 22% możliwość wystąpienia łagodnych i umiarkowanych objawów depresyjnych, natomiast u 44% uczniów wystąpienie depresji było bardzo mało prawdopodobne. Podobne wyniki uzyskano w latach 2016/2015, gdzie 1221 uczniów wypełniło kwestionariusz, odpowiednio 26%, 19% i 54%. W roku 2014 u niespełna połowy – 49% wystąpienie depresji było mało prawdopodobne, a u 30% istniała możliwość wystąpienia depresji pełnoobjawowej, łagodne i umiarkowane zagrożenie wystąpienia depresji występowało u 21% respondentów. W latach 2013/2012 liczba uczniów, która wypełniła ankietę satysfakcji wyniosła 116. U 40% z nich istniała możliwość wystąpienia pełnoobjawowej depresji, u 25% istniała możliwość wystąpienia łagodnych i umiarkowanych objawów depresyjnych, a u 35% uczniów wystąpienie depresji było mało prawdopodobne.

Tabela poniżej przedstawia wyniki kwestionariusza skali samooceny, przeprowadzonego w drugiej fazie programu (po kilku miesiącach).

Rok	2017		2016/2015		2014		2013/2012		Suma
	n	%	n	%	n	%	n	%	
liczba uczniów, która wypełniła kwestionariusz samooceny w drugiej fazie (follow-up):	464		1013		bd	bd	114		<b>1591</b>

<b>liczba uczniów, u których istnieje możliwość wystąpienia pełnoobjawowej depresji klinicznej</b>	186	40%	253	25%	bd	bd	49	43%	<b>488</b>
<b>liczba uczniów, u których istnieje możliwość wystąpienia łagodnych i umiarkowanych objawów depresyjnych:</b>	92	20%	182	18%	bd	bd	29	25%	<b>303</b>
<b>liczba uczniów, u których wystąpienie depresji było mało prawdopodobne:</b>	186	40%	578	57%	bd	bd	36	32%	<b>800</b>

W badaniu follow-up, po kilku miesiącach od udziału w programie, kwestionariusze łącznie wypełniło 1591 uczniów. W 2017 roku – 464 osoby, w latach 2016/2015 – 1013 osób, w latach 2013/2012 – 114 osób, brak jest danych dotyczących roku 2014. W roku 2017, w badaniu follow-up, liczba uczniów, u których istnieje możliwość wystąpienia pełnoobjawowej depresji klinicznej, wzrosła do 40% w porównaniu z badaniem w pierwszej fazie, w latach 2013/2012 wzrosła do 43%, natomiast w latach 2016/2015 zmalała o 1%. Biorąc pod uwagę liczbę uczniów, u których istniała możliwość wystąpienia łagodnych i umiarkowanych objawów depresyjnych w drugiej fazie edukacyjnej, kształtowała się następująco: w 2017 roku – u 92 osób (20%), w latach 2016/2015 – u 182 osób (18%), a w latach 2013/2012 u 29 osób (25%). Liczba uczniów, u których wystąpienie depresji było mało prawdopodobne wynosiła odpowiednio 40%, 57% i 32%.

Wykres poniżej przedstawia porównanie wyników ankiet samooceny uczniów w dwóch fazach edukacyjnych z podziałem na rok 2017, lata 2016/2015 oraz lata 2013/2012. Nie uwzględniono roku 2014, ze względu na brak danych dotyczących liczby uczniów, która wypełniła kwestionariusz samooceny w badaniu follow-up.

## Porównanie ankiet samooceny uczniów w I i II fazie edukacyjnej z udziałem na 2017 rok, lata 2016/2015 i 2013/2012



Pomimo bardzo wysokiego wskaźnika potencjalnie możliwego wystąpienia depresji wśród uczniów, przeprowadzono jedynie 20 konsultacji specjalistycznych w tym zakresie (wszystkie w latach 2012/2013). Uczniowie biorący udział w programie podczas spotkań warsztatów byli informowani o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej i/lub psychiatrycznej w Poradniach Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Pomimo przekazanych informacji z zakresu pomocy specjalistycznej, uczniowie biorących udział w programie nie byli chętni do zgłaszania się na konsultacje.

Po zakończeniu udziału w programie polityki zdrowotnej wśród uczniów, kadry pedagogicznej i rodziców/opiekunów prawnych została przeprowadzona ankieta satysfakcji z udziału w programie. Łączna liczba uczniów, która wypełniła ankiety satysfakcji wyniosła 1951, wśród rodziców – 210, natomiast wśród kadry pedagogicznej – 227. Warto zaznaczyć, że w latach 2013/2012 nie rozdano ankiet rodzicom ze względu na bardzo niską frekwencję (6 osób). Przeprowadzono z tymi rodzicami/opiekunami prawnymi



wywiady. Tabela poniżej przedstawia jak liczbowo wyglądało wypełnianie ankiet satysfakcji z udziału w programie, porównując poszczególne grupy odbiorców z podziałem na lata realizacji programu.

Rok	2017	2016/2015	2014	2013/2012	Suma
Liczba uczniów, która wypełniła ankietę satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej:	628	1221	602	102	2553
Liczba rodziców/opiekunów prawnych, która wypełniła ankietę satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej:	58	152	97	brak ankiet ze względu na b. niską frekwencję (6 osób)	307
Liczba kadry pedagogicznej, która wypełniła ankietę satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej:	bd	201	bd	26	227

Porównując liczbę uczniów, którzy wzięli udział w programie polityki zdrowotnej, z liczbą wypełnionych ankiet satysfakcji możemy stwierdzić, że uczniowie chętnie wypełniali kwestionariusze satysfakcji. Łącznie wśród 2601 uczniów biorących udział w programie, 2553 z nich wypełniło ankietę. Sytuację w rozbiću na poszczególne lata trwania programu przedstawia wykres poniżej:



Po zakończeniu udziału w programie polityki zdrowotnej „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej” uczestnicy zostali poproszeni o wypełnienie ankiety satysfakcji z udziału w programie. Tabela poniżej przedstawia liczbę uczniów, w podziale na poszczególne lata trwania programu, którzy wypełnili ankiety satysfakcji.

Rok	2017	2016/2015	2014	2013/2012	Suma
Liczba uczniów, która wypełniła ankiety satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej:	628	1221	602	102	2553

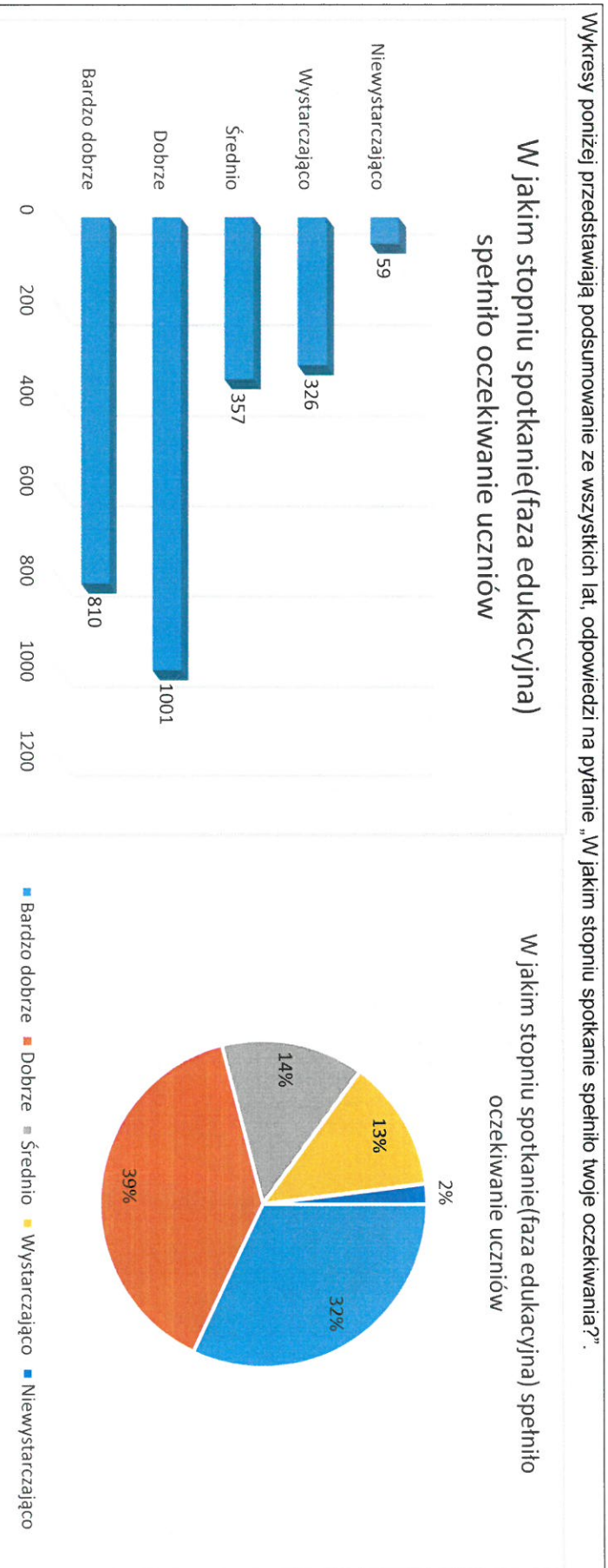
Poniżej przedstawiono wybrane aspekty satysfakcji uczniów z udziału w programie edukacyjno-konsultacyjnym „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej”. Jedną z pozyskanych informacji od uczniów, było poznanie ich opinii na temat spełnienia swoich oczekiwań względem programu.

Rok	2017		2016/2015		2014		2013/2013		Suma
W jakim stopniu spotkanie(faza edukacyjna) spełniło oczekiwania uczniów	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bardzo dobrze	220	35%	403	33%	169	28%	18	18%	810
Dobrze	232	37%	488	40%	259	43%	22	22%	1001
Średnio	75	12%	159	13%	102	17%	21	21%	357
Wystarczająco	88	14%	147	12%	60	10%	31	30%	326
Niewystarczająco	13	2%	24	2%	12	2%	10	10%	59

Dla większości uczniów w każdym roku trwania programu, spotkanie edukacyjne spełniło oczekiwania w stopniu bardzo dobrym lub dobrym. W 2017 roku 35% z nich na pytanie „W jakim stopniu spotkanie spełniło twoje oczekiwania?” odpowiedziało – bardzo dobrze, 37% - dobrze, dla 14% spotkanie było wystarczające, a dla 2% było niewystarczające. W latach 2016/2015, 24 uczniów stwierdziło, że spotkanie edukacyjne nie było wystarczające, co stanowiło 2% wszystkich biorących udział w ankiecie. Dla 33% spotkanie było bardzo dobre, dla 40% dobre, a dla 13% średnie. W roku 2014 najczęściej ankietowanych odpowiedziało, że spotkanie spełniło ich oczekiwania w stopniu dobrym – 43%, w stopniu bardzo dobrym – 28%. Spotkanie spełniło oczekiwania w stopniu średnim dla 17% ankietowanych, dla 10% w stopniu wystarczającym, a dla 2% były niewystarczające. Najmniej zadowoleni z udziału w programie byli uczniowie w latach 2013/2012. Dla 18% spotkanie spełniło oczekiwania w stopniu bardzo dobrym, dla 22% w stopniu dobrym, 21% uczniów było średnio usatysfakcjonowanych, a 10% uczniów uznało, że spotkanie nie było wystarczające.



Wykresy poniżej przedstawiają podsumowanie ze wszystkich lat, odpowiedzi na pytanie „W jakim stopniu spotkanie spełniło twoje oczekiwania?”.



Większość uczniów stwierdziło, że przeprowadzone spotkanie spełniło jego oczekiwania. Łącznie 71% osób uznało, że spotkanie spełniło oczekiwania w stopniu bardzo dobrym i dobrym, zaledwie dla 2% ankietowanych spotkanie było niewystarczające. 14% osób było średnio usatysfakcjonowanych ze spotkania.

Kolejną kwestią było pytanie o przydatność uzyskanych informacji w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży. Uzyskano następujące dane:

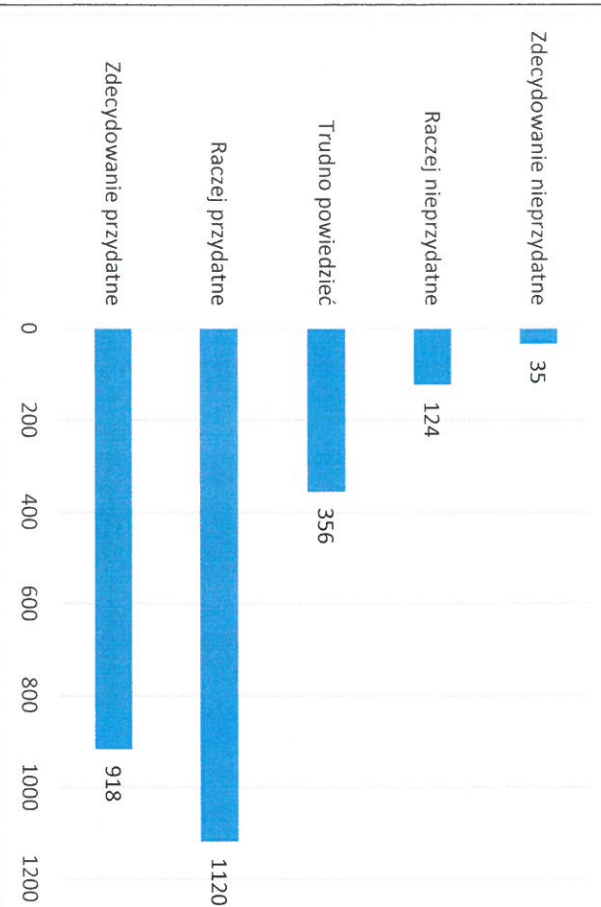
Rok	2017		2016/2015		2014		2013/2012		Suma
<b>W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży?</b>	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Zdecydowanie przydatne</b>	238	38%	464	38%	199	33%	17	17%	<b>918</b>
<b>Raczej przydatne</b>	270	43%	537	44%	271	45%	42	41%	<b>1120</b>
<b>Trudno powiedzieć</b>	69	11%	171	14%	90	15%	26	25%	<b>356</b>

<b>Raczej nieprzydatne</b>	38	6%	37	3%	36	6%	13	13%	<b>124</b>
<b>Zdecydowanie nieprzydatne</b>	13	2%	12	1%	6	1%	4	4%	<b>35</b>

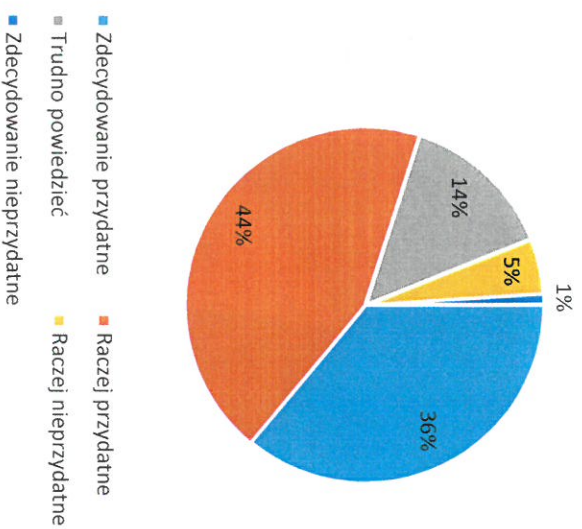
W każdym ewaluowanym roku trwania programu dla większości uczniów uzyskane informacje były raczej przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży (43% w 2017 r., 44% w latach 2016/2015, 45% w 2014 r., 41% w latach 2013/2012). Zdecydowanie przydatne były dla 38% w roku 2017 oraz w latach 2016/2015, w roku 2014 dla 33%, a w latach 2013/2012 dla 17%. Odpowiedzi „Zdecydowanie nieprzydatne” udzieliło zaledwie 2% ankietowanych w 2017 roku, 1% w latach 2016/2015 i roku 2014 oraz 4% w latach 2013/2012, natomiast odpowiednio 11%, 14%, 15% i 25% było niezdecydowanych uczniów i odpowiedziało, że „trudno powiedzieć”, czy uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży.

Wykresy poniżej przedstawiają podsumowanie ze wszystkich lat, odpowiedzi na pytanie „W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży?”.

W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży?



W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży?



Zdecydowana większość uczniów, bo łącznie aż 80% (2038 osób) uznała, że uzyskane na spotkaniu informacje były zdecydowanie przydatne i raczej przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży. 14% (356 osób) ankietowanych na pytanie odpowiedziało „Trudno powiedzieć”, 5% (124 osoby) „raczej przydatne” a dla 1% (35 osób) uzyskane informacje były zdecydowanie nieprzydatne.

Jednym z pytań oceniających satysfakcję z udziału w programie, była ocena pomysłu realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, w placówce, do której uczniowie uczęszczali. Uzyskano następujące wyniki:

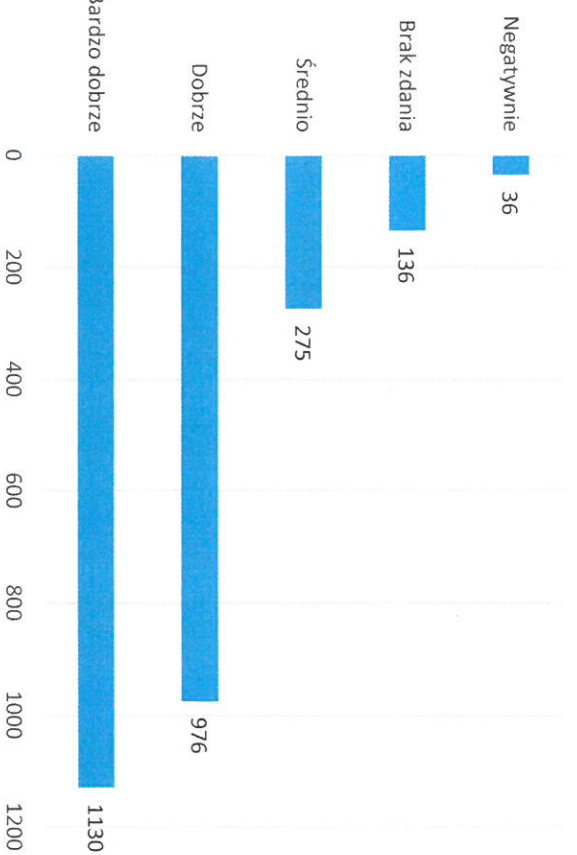
Rok	2017		2016/2015		2014		2013/2012		Suma
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Jak oceniasz pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszczasz?</b>									
<b>Bardzo dobrze</b>	288	46%	562	46%	247	41%	33	32%	<b>1130</b>
<b>Dobrze</b>	226	36%	488	40%	229	38%	33	32%	<b>976</b>
<b>Średnio</b>	63	10%	110	9%	78	13%	24	24%	<b>275</b>
<b>Brak zdania</b>	38	6%	49	4%	42	7%	7	7%	<b>136</b>
<b>Negatywnie</b>	13	2%	12	1%	6	1%	5	5%	<b>36</b>

Pomysł realizacji programu polityki zdrowotnej „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej” został pozytywnie oceniony przez ankietowanych uczniów. W 2017 roku oraz w latach 2016/2015 po 46% uczniów uznało to za bardzo dobry pomysł, natomiast w 2014 roku – 41%, a w latach 2013/2012 - 32%. Jako dobry pomysł w 2017 roku ocenilo 36% ankietowanych, w latach 2016/2015 – 40%, w 2014 roku – 38%, a w latach 2013/2012 – 32%. Odpowiednio 10%, 9%, 13% i 24% uczniów było średnio zadowolonych z pomysłu realizacji programu na temat depresji na terenie szkoły, do której uczęszczają. Negatywnie na temat tego pomysłu wypowiedziało się 2% w roku 2017, 1% w latach 2016/2015 oraz 2014 i 5% w latach 2013/2012.

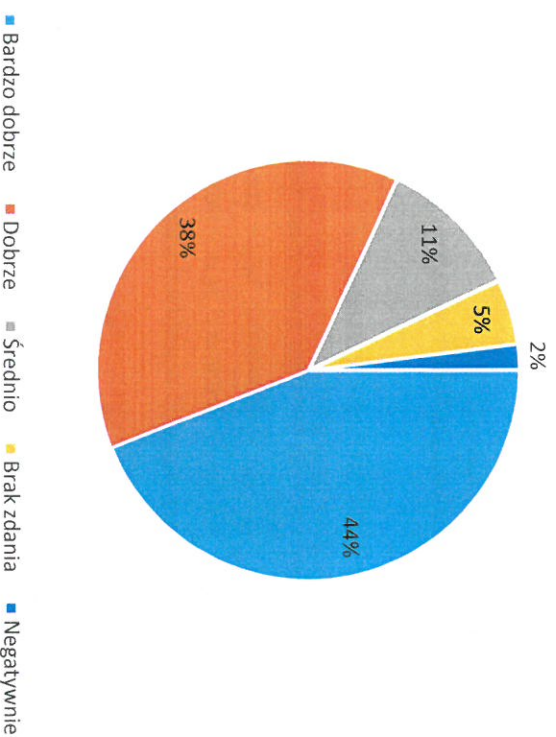
Wykresy poniżej przedstawiają podsumowanie ze wszystkich lat, odpowiedzi na pytanie „Jak oceniasz pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszczasz?”.



Jak oceniasz pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszczasz?



Jak oceniasz pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszczasz?



Pozytywnie o pomysł realizacji programu edukacyjnego o tematyce depresji wypowiedziało się łącznie 2106 uczniów, co stanowi 82% wszystkich ankietowanych. Bardzo dobrze ocenilo ten pomysł 44% respondentów (1130 osób), dobrze 38% (976 osób). Negatywną ocenę miało tylko 2% (36 osób) wśród ankietowanych. Pozostali nie mieli zdania – 5% (136 osób), lub ocenili średnio ten pomysł – 11% (275 osób).

O wypełnienie ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej”, poproszeni zostali również rodzice/opiekunowie prawni uczniów. Liczbę rodziców, którzy wypełnili kwestionariusz przedstawia poniższa tabela:

Rok	2017	2016/2015	2014	2013/2012	Suma
<b>Liczba rodziców, która wypełniła ankietę satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej:</b>	58	152	97	brak ankiet ze względu na b. małą frekwencję	<b>307</b>

Warto zaznaczyć, że ze względu na bardzo niską frekwencję rodziców/opiekunów prawnych, w latach 2012/2013 (6 osób wzięło udział w programie), w tym okresie nie przeprowadzono ankiet satysfakcji. Został przeprowadzony z nimi wywiad, z którego wynika, że:

- spotkanie spełniło ich oczekiwania;
- podczas tego spotkania uzyskali nowe informacje, które pogłębiły ich wiedzę na temat depresji u młodzieży;
- czas spotkania dla nich był wystarczający;
- pomysł dotyczący realizacji programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszczają ich dzieci był bardzo dobry;
- bardzo potrzebne było takie spotkania specjalisty z nauczycielami, rodzicami i uczniami;
- broszura, którą otrzymali była potrzebna.

Dane poniżej odnoszą się do roku 2017 lat 2016/2015 oraz roku 2014.

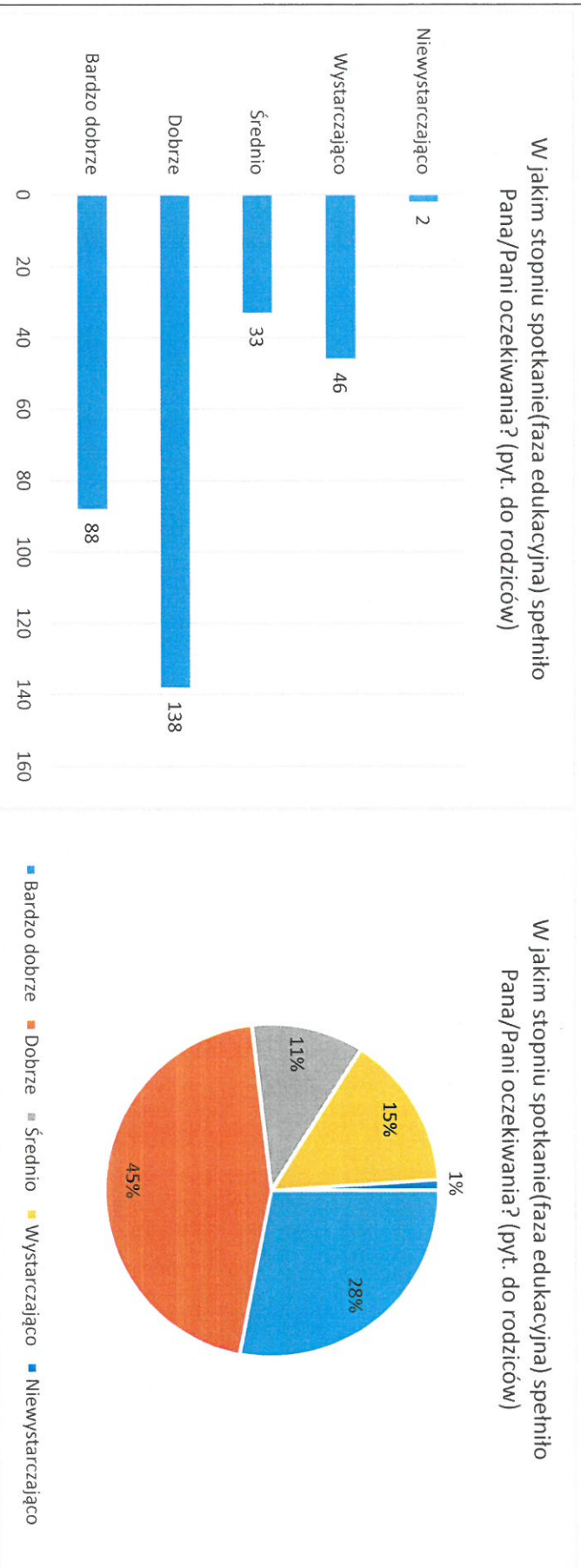
Podobnie jak w przypadku uczniów, jednym z pytań było to, w jakim stopniu spotkanie spełniło Pana/Pani oczekiwania. Uzyskano następujące wyniki:

Rok	2017		2016/2015		2014		Suma
	n	%	n	%	n	%	
<b>W jakim stopniu spotkanie(faza edukacyjna) spełniło Pana/Pani oczekiwania? (pyt. do rodziców)</b>							
<b>Bardzo dobrze</b>	30	52%	38	25%	20	21%	<b>88</b>
<b>Dobrze</b>	24	41%	77	51%	37	38%	<b>138</b>
<b>Średnio</b>	1	2%	17	11%	15	15%	<b>33</b>
<b>Wystarczająco</b>	3	5%	20	13%	23	24%	<b>46</b>
<b>Niewystarczająco</b>	0	0%	0	0%	2	2%	<b>2</b>

52% rodziców, którzy wzięli udział w programie polityki zdrowotnej w 2017 roku, stwierdziło, że spotkanie spełniło ich oczekiwania w stopniu bardzo dobrym, 41% - w stopniu dobrym, dla 5% spotkanie było wystarczające. Żaden z rodziców nie wskazał, że spotkanie było niewystarczające. W latach 2016/2015 ponad połowa – 51%

rodziców/opiekunów prawnych odpowiedziało, że spotkanie spełniło ich oczekiwania w stopniu dobrym, a dla 25% - bardzo dobrym. Podobnie jak w roku 2017 nikt nie uznał, że spotkanie było niewystarczające. W roku 2014 uzyskano 21% odpowiedzi „bardzo dobrze”, 38% - „dobrze”, 15% - średnio, dla 24% spotkanie było wystarczające, a dla 2% niewystarczające. 2% uczestników było średnio zadowolonych ze spotkania w 2017 roku, natomiast w latach 2016/2015 takich osób było 11%, w roku 2014 – 15%.

Wykresy poniżej przedstawiają podsumowanie ewaluowanych lat, odpowiedzi na pytanie „W jakim stopniu spotkanie(faza edukacyjna) spełniło Pana/Pani oczekiwania?”



Prawie połowa ankietowanych – 45% (138 osób) stwierdziła, że spotkanie spełniło jego oczekiwania w stopniu dobrym, a 28% (88 osób) w stopniu bardzo dobrym. 1% (2 osoby) rodziców/opiekunów prawnych wyraziło zdanie, że spotkanie było niewystarczające. Dla 11% (33 osób) spotkanie spełniło oczekiwania w stopniu średnim.

Kolejną kwestią było pytanie o przydatność uzyskanych informacji w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży. Uzyskano następujące dane:

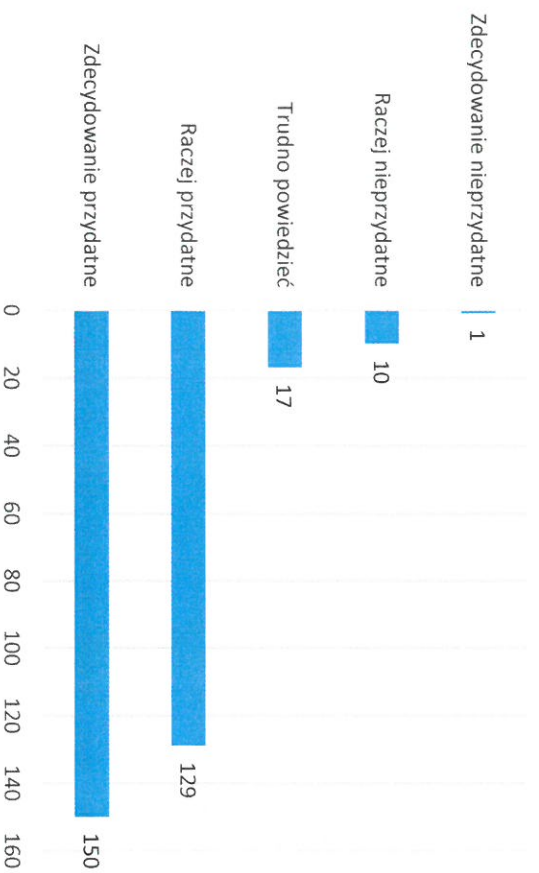


Rok	2017		2016/2015		2014		Suma
	n	%	n	%	n	%	
<b>W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży? (pyt. do rodziców)</b>							
Zdecydowanie przydatne	42	72%	71	47%	37	38%	150
Raczej przydatne	15	26%	65	43%	49	51%	129
Trudno powiedzieć	0	0%	11	7%	6	6%	17
Raczej nieprzydatne	1	2%	5	3%	4	4%	10
Zdecydowanie nieprzydatne	0	0%	0	0%	1	1%	1

Zarówno w roku 2017, jak i w latach 2016/2015 i 2014 zdecydowana większość, odpowiednio 98%, 90% i 89% ankietowanych uznała, że uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży. W 2017 r. 72% odpowiedziało, że informacje były bardzo przydatne, a 26%, że raczej przydatne, w latach 2016/2015 było to odpowiednio 47% i 43%, a w roku 2014 – 38% i 51%. Tylko 2% rodziców/opiekunów prawnych w roku 2017 uznało, że uzyskane informacje były raczej nieprzydatne, w latach 2016/2015 – 3% a w roku 2014 -4%. W ewaluowanych latach 1 z ankietowanych odpowiedział, że informacje, które uzyskał na spotkaniu były zdecydowanie nieprzydatne (w 2014 roku).

Wykresy poniżej przedstawiają podsumowanie odpowiedzi na pytanie „W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży?”

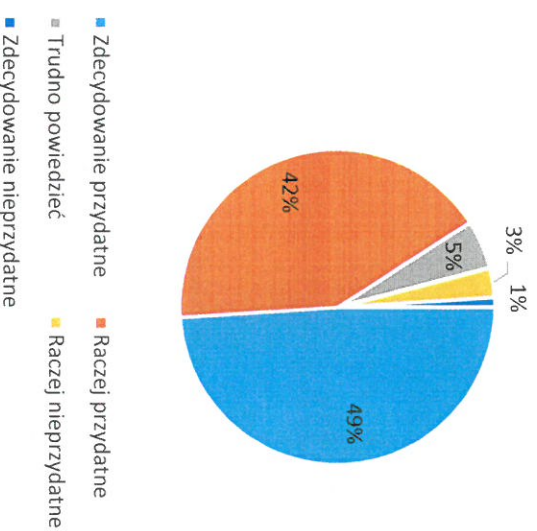
W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży? (pyt. do rodziców)



Prawie połowa ankietowanych odpowiedziała, że uzyskane informacje były zdecydowanie przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży – 49% (150 osób), 42% (129 osób) uznało, że były one raczej przydatne. Dla 3% (10 osób) informacje były raczej nieprzydatne, a 5% (17 osób) odpowiedziało, że „trudno powiedzieć”. Zdecydowanie nieprzydatne były informacje tylko dla 1 osoby.

Jednym z pytań oceniających satysfakcję rodziców/opiekunów prawnych z udziału w programie, była ocena pomysłu realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszczają ich dzieci. Uzyskano następujące wyniki:

W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży? (pyt. do rodziców)

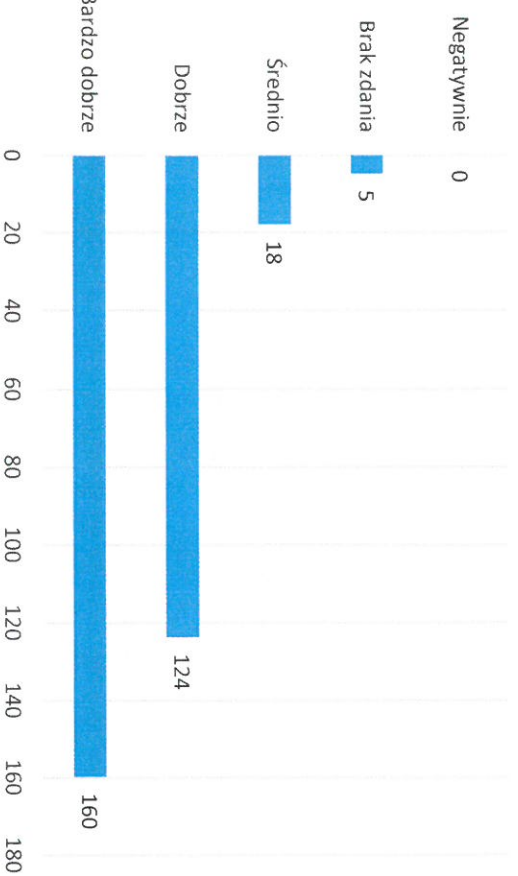


Rok	2017		2016/2015		2014		Suma
	n	%	n	%	n	%	
<b>Jak ocenia Pan/Pani pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszcza Pana/Pani dziecko? (pyt. do rodziców)</b>							
<b>Bardzo dobrze</b>	42	72%	73	48%	45	47%	<b>160</b>
<b>Dobrze</b>	16	28%	65	43%	43	44%	<b>124</b>
<b>Średnio</b>	0	0%	11	7%	7	7%	<b>18</b>
<b>Brak zdania</b>	0	0%	3	2%	2	2%	<b>5</b>
<b>Negatywnie</b>	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>

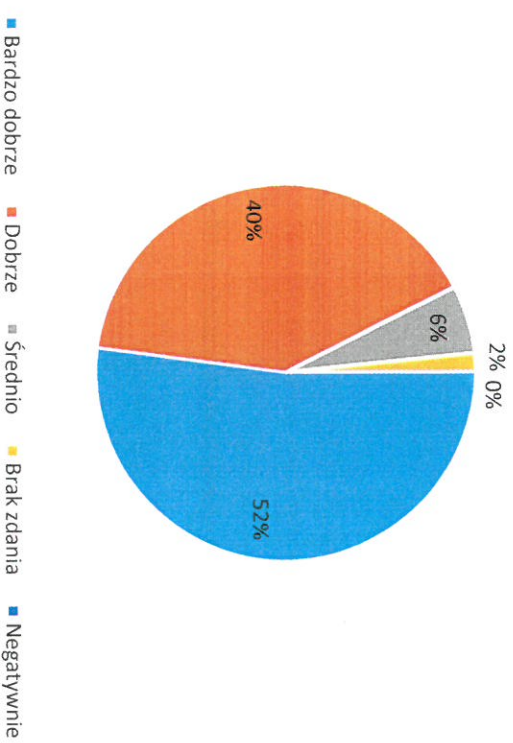
W roku 2017 ankietowani w 72% uznali pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji na terenie szkoły, do której uczęszcza ich dziecko za bardzo dobry, natomiast 28% za dobry. Nikt nie wypowiedział się na temat tego pomysłu negatywnie, średnio lub nie miał zdania. W latach 2016/2015, 48% respondentów uznało ten pomysł za bardzo dobry, 43% za dobry, 7% za średni, natomiast 2% nie miało zdania. Również nikt nie ocenił tego pomysłu negatywnie. W roku 2014, 47% ankietowanych oceniło pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszcza ich dziecko za bardzo dobry, 44% za dobry, 7% za średni, natomiast 2% nie miało zdania. Podobnie jak w latach 2017-2015 nikt nie ocenił tego pomysłu negatywnie.

Wykresy poniżej przedstawiają podsumowanie odpowiedzi na pytanie „W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży?”

Jak ocenia Pan/Pani pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszcza Pana/Pani dziecko? (pyt. do rodziców)



Jak ocenia Pan/Pani pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszcza Pana/Pani dziecko? (pyt. do rodziców)



Łącznie aż 92% (284 osoby) ankietowanych uznało za bardzo dobry lub dobry pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji na terenie szkoły, do której uczęszcza ich dziecko. Średnio pomysł ten oceniono 6% (18 osób), 2% (5 osób) nie miał zdania, nikt nie ocenił pomysłu negatywnie.

Te same pytania odnośnie opinii na temat programu zadano kadrcze pedagogicznej. Dane odnoszą się do lat 2016/2015 oraz 2013/2012. Brak jest dostępnych danych za rok 2014, natomiast w roku 2017 nie przeprowadzono wywiadu z kadra pedagogiczną, ponieważ były to te same osoby, co w roku poprzednim, dlatego zrezygnowano z powielania tego działania. Pierwszym istotnym pytaniem, podobnie jak w poprzednich grupach było pytanie o to, w jakim stopniu spotkanie spełniło Pana/Pani oczekiwania.

Wyniki przedstawiają się następująco:

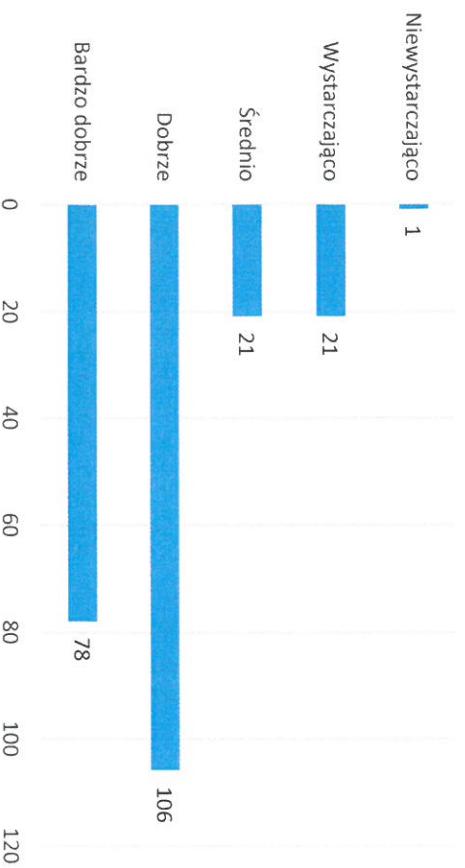
Rok	2016/2015		2013/2012		Suma
	n	%	n	%	
W jakim stopniu spotkanie(faza edukacyjna) spełniło Pana/Pani oczekiwania? (pyt. do kadry pedagogicznej)					
Bardzo dobrze	66	33%	12	46%	78
Dobrze	95	47%	11	42%	106
Średnio	20	10%	1	4%	21
Wystarczająco	20	10%	1	4%	21
Niewystarczająco	0	0%	1	4%	1

33% osób z kadry pedagogicznej, w latach 2016/2015 stwierdziło, że spotkanie spełniło ich oczekiwania w stopniu bardzo dobrym, 47% w stopniu dobrym oraz po 10% w stopniu wystarczającym oraz średnim, żaden z uczestników nie stwierdził, że spotkanie było niewystarczające. W latach 2013/2012 również zdecydowana większość uznała, że spotkanie spełniło ich oczekiwania, dla 46% w stopniu bardzo dobrym, a dla 42% w stopniu dobrym. Po 4% ankietowanych uznało, że spotkanie było średnie, wystarczające oraz niewystarczające.

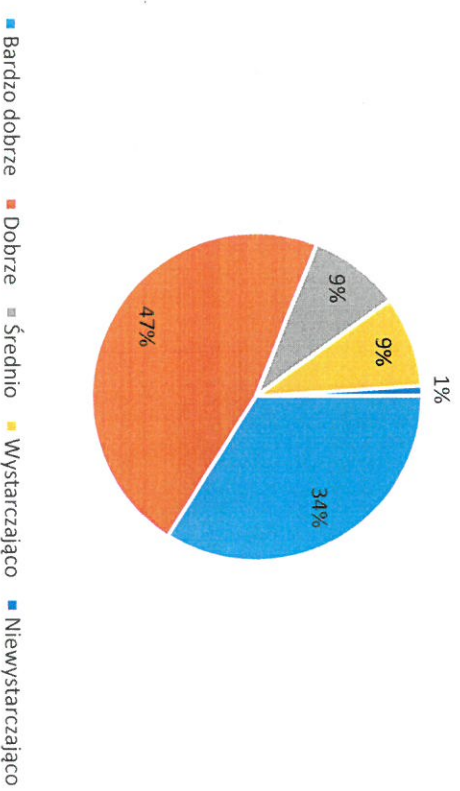
Wykresy poniżej przedstawiają podsumowanie odpowiedzi na pytanie „W jakim stopniu spotkanie (faza edukacyjna) spełniło Pana/Pani oczekiwania? (pyt. do kadry pedagogicznej)”.



W jakim stopniu spotkanie (faza edukacyjna) spełniło Pana/Pani oczekiwania? (pyt. do kadry pedagogicznej)



W jakim stopniu spotkanie (faza edukacyjna) spełniło Pana/Pani oczekiwania? (pyt. do kadry pedagogicznej)



Dla 34% (78 osób) ankietowanych z kadry pedagogicznej spotkanie spełniło oczekiwania w stopniu bardzo dobrym, a dla 47% (106 osób) w stopniu dobrym. Tylko 1% (1 osoba) nie była usatysfakcjonowana ze spotkania i odpowiedziała, że spotkanie było niewystarczające.

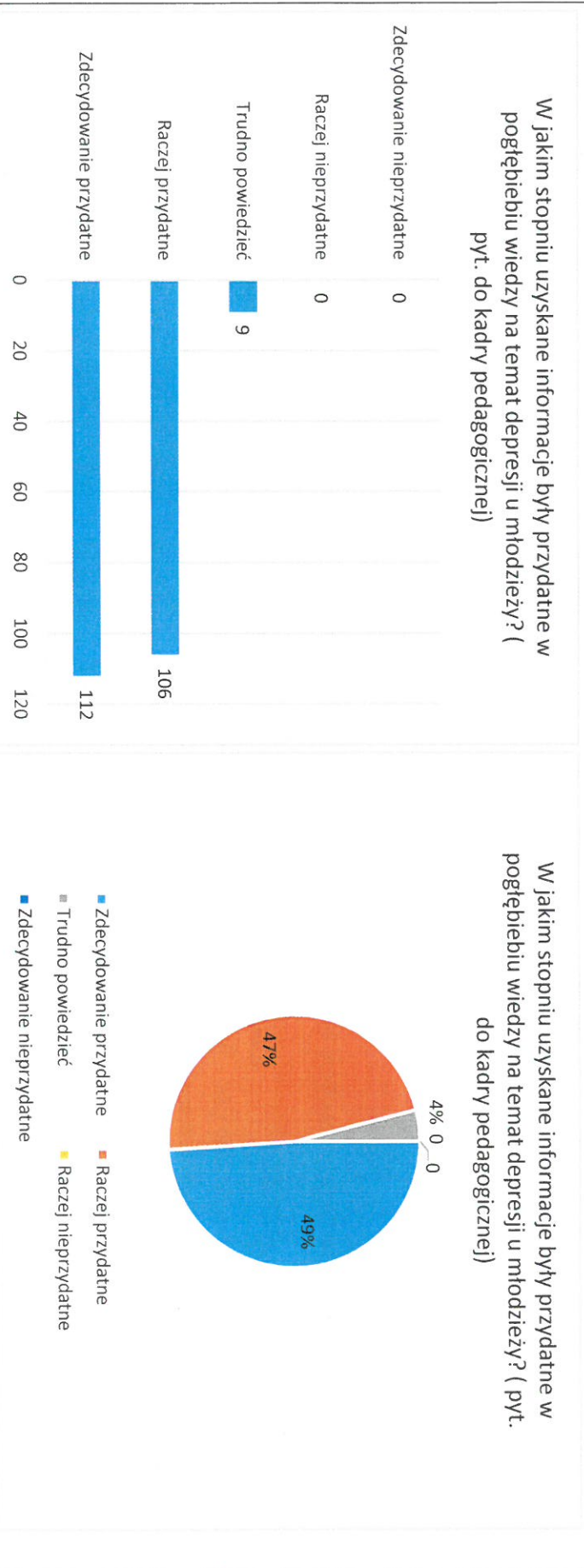
Kolejne pytanie dotyczyło tego w jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży. Uzyskano następujące wyniki:

Rok	2016/2015		2013/2012		Suma
	n	%	n	%	
W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży? (pyt. do kadry pedagogicznej)	96	48%	16	62%	112
Zdecydowanie przydatne	96	48%	10	38%	106
Trudno powiedzieć	9	4%	0	0%	9
Raczej nieprzydatne	0	0%	0	0%	0
Zdecydowanie nieprzydatne	0	0%	0	0%	0



W latach 2016/2015 łącznie aż 96% respondentów odpowiedziało, że uzyskane informacje były przydatne. Po 48% osób uznano, że były zdecydowanie przydatne i raczej przydatne: 4% kadry pedagogicznej na zadane pytanie odpowiedziało, że „trudno powiedzieć”. W latach 2013/2012 wszyscy ankietowani byli zadowoleni z uzyskanych informacji. Dla 62% były one zdecydowanie przydatne a dla 38% raczej przydatne.

Wykresy poniżej przedstawiają podsumowanie odpowiedzi na pytanie „W jakim stopniu uzyskane informacje były przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży? (pyt. do kadry pedagogicznej)”.



49% kadry pedagogicznej (112 osób) uznano, że uzyskane informacje były zdecydowanie przydatne w pogłębieniu wiedzy na temat depresji u młodzieży, 47% (106 osób), że raczej przydatne, a dla 4% (9 osób) trudno powiedzieć czy były one przydatne. Nikt nie stwierdził, żeby uzyskane wiadomości były nieprzydatne.

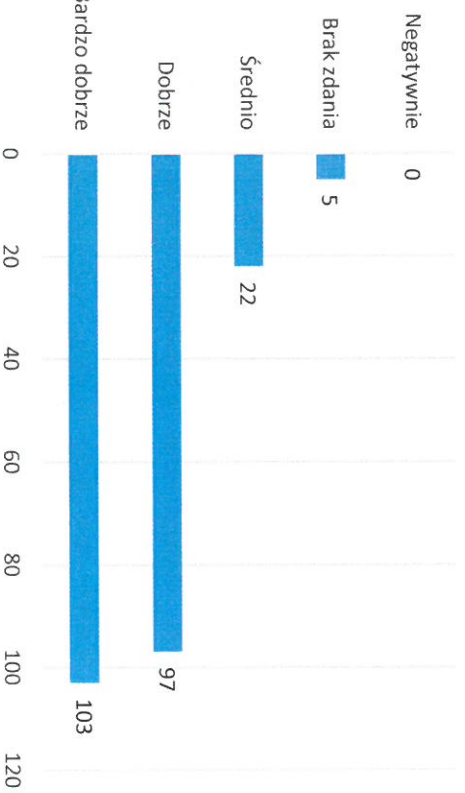
Jednym z pytań oceniających satysfakcję z udziału w programie było pytanie „Jak ocenia Pan/Pani pomysł realizowania programu edukacyjnego na temat depresji, na terenie szkoły, do której uczęszcza Pana/Pani dziecko? (pyt. do rodziców)”. Wyniki przedstawiają się następująco:

Rok	2016/2015		2013/2012		Suma
	n	%	n	%	
<b>Jak ocenia Pan / Pani ideę realizowania programu edukacyjnego na temat depresji u młodzieży na terenie szkoły, w której Pan / Pani pracuje?</b>					
<b>Bardzo dobrze</b>	88	44%	15	58%	<b>103</b>
<b>Dobrze</b>	93	46%	4	15%	<b>97</b>
<b>Średnio</b>	16	8%	6	23%	<b>22</b>
<b>Brak zdania</b>	4	2%	1	4%	<b>5</b>
<b>Negatywnie</b>	0	0%	0	0%	<b>0</b>

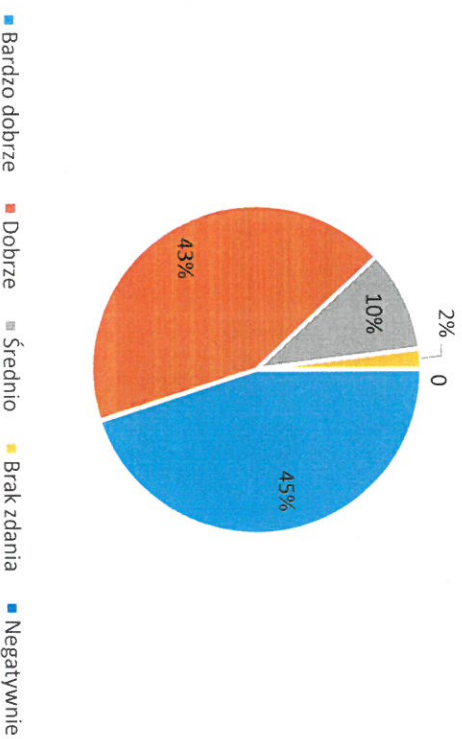
W latach 2016/2015 najwięcej odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani ideę realizowania programu edukacyjnego na temat depresji u młodzieży na terenie szkoły, w której Pan/Pani pracuje?” była odpowiedź „dobrze”, którą udzieliło 46% ankietowanych, niewiele mniej, bo 44% ankietowanych odpowiedziało „bardzo dobrze”. Dla 8% pomysł ten był średni, 2% nie miało zdania, nikt nie wypowiedział się negatywnie. W latach 2013/2012 najwięcej – 58% osób odpowiedziało „bardzo dobrze”, natomiast odpowiedzi „dobrze” udzieliło 15%, 23% „średnio”, 4% nie miało zdania oraz nikt nie ocenit tego pomysłu negatywnie.

Wykresy poniżej przedstawiają podsumowanie odpowiedzi na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani ideę realizowania programu edukacyjnego na temat depresji u młodzieży na terenie szkoły, w której Pan/Pani pracuje?”

Jak ocenia Pan / Pani ideę realizowania programu edukacyjnego na temat depresji u młodzieży na terenie szkoły, w której Pan / Pani pracuje?



Jak ocenia Pan / Pani ideę realizowania programu edukacyjnego na temat depresji u młodzieży na terenie szkoły, w której Pan / Pani pracuje?



Łącznie aż 88% (200 osób) kadry pedagogicznej pozytywnie oceniło ideę realizowania programu edukacyjnego na temat depresji u młodzieży na terenie szkoły, w której pracują. 45% (103 osoby) oceniło ten pomysł bardzo dobrze, 43% (97 osób) dobrze, dla 10% (22 osób) był to średni pomysł, 2% (5 osób) nie miało zdania na ten temat. Nikt z kadry pedagogicznej nie ocenił pomysłu negatywnie.

Podczas całego okresu trwania programu edukacyjno-konsultacyjnego „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej” tylko w latach 2013/2012 uczniowie biorący w nim udział, zgłosili się na konsultację specjalistyczną do poradni:

Konsultacje były prowadzone przez psychiatrę oraz psychologów na terenie Poradni Zdrowia Psychicznego poza świadczeniami NFZ. Zgodnie z założeniami każda osoba uczestnicząca w jednogodzinnej konsultacji psychologicznej i jednogodzinnej konsultacji psychiatrycznej (dziecko z rodzicem). Czas ten okazał się niewystarczający i spotkania konsultacyjne były przedłużane w miarę potrzeby i możliwości. Powodem tego był fakt, że młodzież zgłaszająca się na konsultacje miała dużą potrzebę rozmowy o swoich trudnościach i problemach. Łączna liczba uczniów, która wzięła udział w części konsultacyjnej wyniosła 20 osób. Zgłaszali się do niej uczniowie, którzy po pierwszej fazie programu identyfikowali siebie jako osoby z podejrzeniem depresji. Wśród badanych było 11 dziewcząt i 9 chłopców.

W trakcie konsultacji osoby były badane za pomocą Skali Samooceny CES-D oraz Skali Myśli Samobójczych (SSI). Badanie psychiatryczne prowadzone przez lekarza psychiatrę – specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży. Odbywało się na podstawie schematu opracowanego przez lekarza psychiatrę. Na tej podstawie lekarz stawiał diagnozę w oparciu o kryteria diagnostyczne ICD-10.

**Wyniki badania psychiatrycznego przedstawiają się następująco:**

U 19 z uczniów zdiagnozowano epizod depresji, w tym 7 lekki, 4 umiarkowany i 8 ciężki.

<b>Część konsultacyjna</b>	
<b>Łączna liczba uczniów, która wzięła udział w części konsultacyjnej</b>	<b>20</b>
<b>Liczba osób, u których zdiagnozowana epizod depresji</b>	19
<b>Liczba osób, u których zdiagnozowano lekki epizod depresji</b>	7
<b>Liczba osób, u których zdiagnozowano umiarkowany epizod depresji</b>	4
<b>Liczba osób, u których zdiagnozowano ciężki epizod depresji</b>	8

**Wyniki badania Skalą Samooceny CES-D przedstawiały się następująco:**

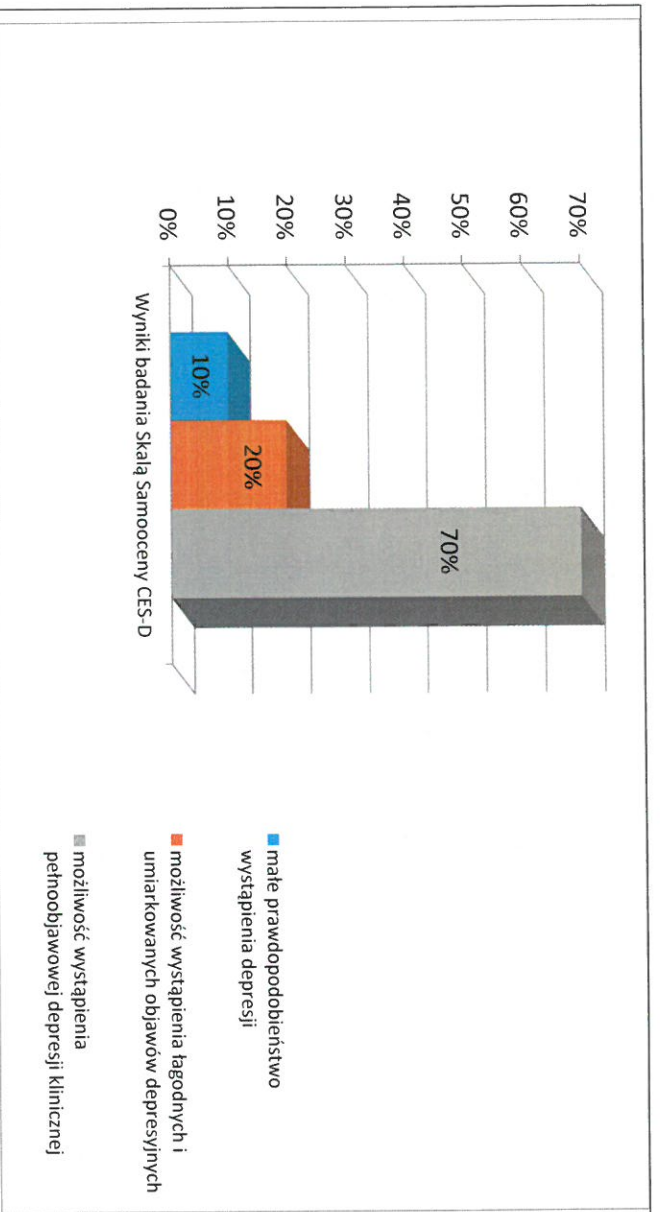
W badaniu wzięło udział 20 osób.

70% osób (14 uczniów) uzyskało wynik powyżej 21 punktów, co oznacza możliwość wystąpienia pełnoobjawowej depresji klinicznej.

20% osób (4 uczniów) uzyskało wynik pomiędzy 15-21 punktów co oznacza możliwość wystąpienia łagodnych i umiarkowanych objawów depresyjnych.

10% osób (2 uczniów) uzyskało wynik poniżej 15 punktów, co oznacza małe prawdopodobieństwo wystąpienia depresji.





**Wyniki badania Skala Myśli Samobójczych (SSI) przedstawiają się następująco:**

Skala Myśli Samobójczych określa zagrożenie samobójstwem, które zwiększa się wraz z ilością punktów (max 38 pkt). Skala była wypełniana przez badającego lekarza psychiatrę podczas konsultacji. Średni wynik to 6 pkt.

U 13 osób myśli samobójcze występowały sporadycznie, bez tendencji do realizacji. Miały też słabą chęć do życia oraz niewielkie pragnienie śmierci. Uzyskane wyniki można uznać za charakterystyczne dla okresu dojrzewania.

U 7 osób myśli samobójcze występowały okresowo i towarzyszyły im plany. Osoby te zostały skierowane do korzystania ze specjalistycznej pomocy psychiatrycznej oraz leczenia farmakologicznego.

W związku z bardzo małą liczbą uczniów biorących udział w części konsultacyjnej programu wnioskuje się, że jeden z celów szczegółowych – poprawa wykrywalności zaburzeń depresyjnych u młodzieży nie został w pełni osiągnięty.

Jak wynika z przedstawionych powyżej danych, uczestnicy programu edukacyjno-konsultacyjnego „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej” byli zadowoleni z udziału w nim. Zwiększyła się ich świadomość możliwości potencjalnego narażenia na depresję. Program polityki zdrowotnej okazał się przydatny dla większości

uczniów, o czym świadczy spełnienie oczekiwań uczestników względem programu oraz fakt zdobycia nowych informacji i umiejętności w tematyce depresji. Pozytywnie ocenili oni również pomysł dotyczący realizowania programu na terenie szkoły, do której uczęszczają.

W przypadku rodziców, zainteresowanie udziałem w programie polityki zdrowotnej było stosunkowo niewielkie. W związku z tym zasadne jest stwierdzenie, że cel główny nie został w pełni osiągnięty. Jednak ci, którzy wzięli w nim udział, uznali, że spotkanie edukacyjne spełniło ich oczekiwania. Podobnie jak uczniowie, zwiększyli wiedzę na temat depresji i pozytywnie odnieśli się do pomysłu dotyczącego realizacji ww. programu na terenie szkoły, do której uczęszczają ich dzieci.

Kadra pedagogiczna była również zadowolona z udziału w programie edukacyjno-konsultacyjnym „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej”. Potwierdzili, że uzyskane informacje podczas spotkania ze specjalistą mogą pomóc im w podejmowaniu konkretnych działań na rzecz profilaktyki depresji u uczniów oraz jej właściwego leczenia. Pozytywnie również ocenili ideę realizowania programu edukacyjnego na temat depresji u młodzieży na terenie szkoły, w której pracują.

Wnioski:

1. program wymaga aktualizacji danych demograficznych i epidemiologicznych. Uwzględniając wyniki badań zawartych w raporcie pn.: „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska” należy rozpatrzyć, czy programem nie powinny zostać objęte także inne grupy wiekowe mieszkańców Mazowsza, ponieważ rozpowszechnienie tego problemu zdrowotnego rośnie wraz z wiekiem,
2. treści programu powinna zostać dostosowana do standardów opisywanych w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru programu polityki zdrowotnej oraz wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej,
3. należy zweryfikować zastosowane w programie interwencje do obecnie obowiązujących standardów medycznych,
4. przeformułowania wymagają: cel główny programu oraz cele szczegółowe - zgodnie z koncepcją SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny oraz zaplanowany w czasie,
6. w programie należy przewidzieć dodatkowe działania informacyjno-promocyjne, aby uniknąć bardzo małej frekwencji w programie,
7. w przypadku możliwości wykonania w ramach programu świadczeń zdrowotnych, należy zintensyfikować działania zachęcają uczestników do skorzystania z nich.

**Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:**<sup>4)</sup> 71 089,60 zł

**Rok realizacji programu polityki zdrowotnej:** 2017.

**Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:** 126 756,76 zł

**Rok realizacji programu polityki zdrowotnej:** 2016/2015.

**Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:** 41 533,19 zł

**Rok realizacji programu polityki zdrowotnej:** 2014.

4) W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informacje dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.



Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: 37 559,66 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2013/2012.

Źródło finansowania <sup>5)</sup>		Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Rok 2017 – środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego		71 089,60 zł	-
2. Rok 2016 – środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego		84 770,57 zł	-
3. Rok 2015 – środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego		41 986,19 zł	-
4. Rok 2014 – środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego		41 533,19 zł	-
5. Rok 2013 – środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego		12 810,00 zł	-
6. Rok 2012 – środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego		24 749,66 zł	-
<b>Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej</b>			
Źródło finansowania <sup>5)</sup>		Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego		276 939,21 zł	-
2. -		-	-
3. -		-	-

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:<sup>6)</sup> (wyliczone na podstawie kosztu poniesionego w danym roku podzielonego przez główną grupę odbiorców programu – uczniów)

Rok 2017: 124,65 zł.

Rok 2016/2015: 101,49 zł.

Rok 2014: 68,31 zł.

Rok 2013/2012: 276,17 zł.

<sup>5)</sup> Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów;

<sup>6)</sup> Należy przedstawiać poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloletowość interwencji, należy przedstawiać koszty w rozbiu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

<b>Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:<sup>5),7)</sup></b>		<b>Opis podjętych działań modyfikujących:<sup>8)</sup></b>	
<b>Problem 1: Związany z uczestnikami programu</b>	Bardzo mała frekwencja podczas spotkań edukacyjnych ze specjalistą, skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych uczniów.	<b>Działanie modyfikujące:</b> Rodzice/opiekunowie prawni byli informowani o spotkaniach odpowiednio wcześniej. Spotkania były organizowane w szkołach, w dniach, kiedy odbywały się zebrania z rodzicami lub były dni otwarte.	
<b>Problem 2: Finansowy</b>	Podczas realizacji programu w latach 2014-2016 wzięło udział dużo więcej uczniów niż było przewidziane w budżecie programu. Natomiast w 2017 roku było ich mniej niż przewidywał budżet programu. Sytuacja taka miała związek z mniejszą liczbą klas i liczbą uczniów w szkołach w danym roku, które wzięły udział w programie.	<b>Działanie modyfikujące:</b> Nie podejmowano	
<b>Problem 3: Związany z interwencją</b>	Podczas trwania programu zostało udzielonych tylko 20 świadczeń zdrowotnych.	<b>Działanie modyfikujące:</b> Uczniowie biorący udział w programie w fazie edukacyjnej podczas spotkań informowani byli o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej i/lub psychiatrycznej w Poradniach Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży mieszczących się przy ul. Dzielnej 7 w Warszawie oraz przy ul. 3-go Maja 127 w Józefowie. Uczniowie otrzymali także informacje o poradniach zlokalizowanych w ich miejscowościach, w których mogli również uzyskać pomoc specjalistyczną.	
<p>Warszawa</p> <p>Miejscowość .....</p>	<p>21.03.2018 r.</p> <p>.....</p> <p>Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji polityki zdrowotnej</p> <p>27.03.2018 r.</p> <p>.....</p> <p>Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Kierownik Biura Promocji Zdrowia – Eliza Śniegocka-Walkiewicz</p> <p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>9)</sup></p> <p>Marszałek Województwa – Adam Struzik</p> <p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>9)</sup></p>	

<sup>7)</sup> Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

<sup>8)</sup> Wypełnić odpowiednio albo wpisać: „nie podjęmano”

<sup>9)</sup> Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.