



**WOJEWÓDZKI
PROGRAM POMOCY
I OPARCIA SPOŁECZNEGO
DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI
PSYCHICZNYMI**

**WOJEWÓDZTWA
MAZOWIECKIEGO**

NA LATA 2023–2027

Łączymy



Aktywizujemy



Wspieramy

Wojewodzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla osób z Zaburzeniami Psychicznymi Województwa Mazowieckiego na lata 2023–2027 został przygotowany na zlecenie Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej w okresie kwiecień-grudzień 2022 r. przez dr hab. Pawła Bronowskiego, prof. APS.

SPIS TREŚCI



Wprowadzenie	4
1. Zaburzenia psychiczne	4
2. Kluczowe pojęcia.....	6
Część I. Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi Województwa Mazowieckiego na lata 2023–2027 w świetle innych dokumentów	11
Część II. Pomoc i oparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi w kontekście pandemii Covid-19	13
Część III. Grupy objęte działaniami w ramach wojewódzkiego programu	15
1. Osoby dorosłe z zaburzeniami psychicznymi	15
2. Dzieci i młodzież	20
3. Osoby w wieku senioralnym	24
Część IV. Mocne strony oraz zagrożenia dla systemu pomocy i oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi – analiza SWOT	31
Część V. Cel główny i cele szczegółowe oraz działania programu	35
Część V. Finansowanie Programu	38
Część VI. Monitoring Programu	38
Bibliografia	39
Spis tabel	42

WPROWADZENIE

Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla osób z Zaburzeniami Psychicznymi Województwa Mazowieckiego na lata 2023–2027 (dalej: „Program”) stanowi kontynuację działań realizowanych w ramach poprzedniego, obejmującego lata 2018–2022, Programu. Pozwala to na zapewnienie ciągłości form pomocy i oparcia wypracowanych w tym właśnie okresie. Jako że Wojewódzki Program na lata 2018–2022 objęty był corocznym monitoringiem możliwa była dokładna i regularna analiza podejmowanych działań w kontekście ich przebiegu i efektywności. Pozwala to na zachowanie ciągłości i rozbudowę stabilnego systemu pomocy i tym samym przyczynia się do poprawy sytuacji mieszkańców Mazowsza doświadczających zaburzeń psychicznych. Dlatego też w latach 2023–2027, tak jak w latach poprzednich, głównymi grupami odbiorców pomocy będą osoby dorosłe, dzieci i młodzież oraz seniorzy z zaburzeniami psychicznymi. Planowane cele i działania będą również odwoływały się do aktywności realizowanych w poprzedniej edycji Programu.

1. Zaburzenia psychiczne

Zaburzenia psychiczne to obecnie jeden z poważniejszych problemów zdrowotnych z uwagi na ich rozpowszechnienie i duży wpływ na jakość życia¹. Zaburzenia te w społeczeństwie są częste. Szacując ich obecną skalę w Polsce należy odnieść się do wyników dwóch badań epidemiologicznych: EZOP I (rok 2012) i EZOP II (rok 2021). W pierwszym z tych badań przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie osób w wieku 18–64 lata stwierdzono występowanie co najmniej jednego zaburzenia psychicznego w ciągu całego okresu życia u 23,4% badanych. Można szacować, że w Polsce grupa ta liczyła wówczas około 6 milionów osób. Co czwarta z nich doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta trzech i więcej. Ta ostatnia grupa liczyła w Polsce około ćwierć miliona osób. Występowanie poszczególnych zaburzeń jest zróżnicowane. W badaniu EZOP I u 10% badanych stwierdzono zaburzenia lękowe, u 3,5% nastroju (w tym u 3% depresję). Liczną grupę stanowiły osoby z zaburzeniami psychicznymi związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (12,8%), szczególnie alkoholu. Stwierdzono również duże rozpowszechnienie zagrożeń związanych z zamachami samobójczymi: co najmniej 0,7% badanych miało za sobą próbę samobójczą. Liczebność tej grupy można szacować na 189 tysięcy osób. Natomiast odsetek mieszkańców

¹ WHO (2005) Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions, Copenhagen, World Health Organization, 7.

Mazowska doświadczających zaburzeń psychicznych przynajmniej jeden raz w życiu należy określić na 21,4%².

Na podstawie danych z nowego badania EZOP II z roku 2021 można uznać, że doświadczenie co najmniej jednego zaburzenia zdrowia psychicznego w ciągu całego życia relacjonuje 26,5% ankietowanych, czyli około 8 milionów osób. Na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy było to 7,9% (około 2,5 miliona), w ciągu ostatnich 30 dni dotyczyło 3,5% (1200 tys. osób). Spośród tych zaburzeń najczęściej pojawiało się doświadczenie zaburzeń nerwicowych (16,1% czyli powyżej 5 milionów osób), następnie eksternalizacyjnych (11,6% – 3662 tys. osób), afektywnych (4,7% – 1465,5 tys.) i zaburzeń psychotycznych (0,95%, czyli 298,4 tys.) w dorosłej populacji. Należy podkreślić, że autorzy badania EZOP II stwierdzają, że zdecydowana większość osób cierpiących na zaburzenia psychiczne nie otrzymuje lub nie korzysta z adekwatnej pomocy. Najczęściej są to osoby słabiej wykształcone, osamotnione, rozwiedzione, owdowiałe i te, które przedwcześnie wypadły z rynku pracy (bezrobotni i renciści). Jedynie 16% osób z zaburzeniami psychicznymi korzystało z pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej. Wynika to nie tylko z pogarszającej się dostępności specjalistów, ale również z powodu uprzedzeń innych ludzi wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Dotyczy to nie tylko dorosłych, lecz w jeszcze większym stopniu dzieci i młodzieży. Obecny system psychiatrycznej ochrony zdrowia, w którym kluczowym elementem leczenia nadal jest opieka stacjonarna nie jest w stanie rozwiązać tej sytuacji. Z nowego badania wynika ponadto, że ponad połowa Polaków nie akceptuje osób z zaburzeniami w swoim środowisku i niechętnie widzi placówki opieki psychiatrycznej w pobliżu swojego miejsca zamieszkania³.

Porównanie wyników badań EZOP I i EZOP II prowadzi do wniosku, że na przestrzeni 10 lat jakie minęły od pierwszego badania nie stwierdza się obecnie większych zmian w rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. Stwierdzony wzrost odsetka osób deklarujących zaburzenia psychiczne w ciągu całego życia (z 23 do 26%) nie ma istotnego znaczenia, ponieważ wynika on ze zwiększenia zakresu wieku i dodaniu nowych rozpoznań w badaniu z roku 2021⁴.

Jednym z ważniejszych problemów jakich doświadczają osoby z zaburzeniami psychicznymi są trudności w funkcjonowaniu społecznym, poczucie osamotnienia oraz niechętnie wobec nich postawy społeczne. Powoduje to, że jakość ich życia jest znacząco obniżona. Zapewnienie im dostępu do pomocy i oparcia społecznego ma więc na celu umożliwienie

² Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. (2012) Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań "Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska", Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

³ Moskalewicz J, Wciórka J. (2021) Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

⁴ Moskalewicz J, Wciórka J. (2021) Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

prowadzenia satysfakcjonującego życia i pełnego funkcjonowania w społecznościach lokalnych.

2. Kluczowe pojęcia

Do tego, aby kompleksowo wyjaśnić podstawowe założenia i cele Programu niezbędne jest zaprezentowanie szczególnie ważnych w kontekście planowanych działań pojęć kluczowych. Należą do nich następujące terminy: zdrowie psychiczne, deinstytucjonalizacja, jakość życia, oparcie społeczne i promocja zdrowia psychicznego. Te kluczowe dla efektywności wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi pojęcia zostały omówione poniżej.

2.1. ZDROWIE PSYCHICZNE

Pojęcie to od wielu już lat jest definiowane bardzo szeroko. Nie jest równoznaczne z brakiem choroby. Według Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie i owocnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie swojej wspólnoty⁵. Podobnie trzeba więc pojmować proces odzyskiwania zdrowia w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie jest on związany jedynie z działaniami medycznymi i nie oznacza jedynie braku objawów. Należy rozumieć go jako kompleksowe wspieranie osób z zaburzeniami w prowadzeniu wartościowego życia przy jednoczesnym dążeniu do wykorzystania ich pełnego potencjału. Tym samym dostęp do kompleksowego oparcia społecznego jest czynnikiem niezwykle istotnym w kontekście zarówno utrzymywania zdrowia psychicznego jak i jego odzyskiwania.

2.2. JAKOŚĆ ŻYCIA

Szerokie rozumienie pojęcia zdrowia psychicznego powoduje, że jednym z głównych celów działań prowadzonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi jest poprawa ich jakości życia. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, aby pojęcie jakości życia ujmować wielowątkowo i postrzegać w relacji do wielu aspektów funkcjonowania:

- Zdrowie fizyczne. Jego wysoki poziom wiąże się z większą energią, żywotnością, brakiem objawów chorób somatycznych i bólu oraz z większą sprawnością fizyczną.
- Samopoczucie psychiczne. Składa się na nie przede wszystkim poczucie własnej wartości, godności osobistej, poczucie docenienia przez otoczenie, efektywności behawioralnej i poznawczej, samoakceptacja, poczucie bezpieczeństwa i przynależności.

⁵ Czabała J., Zabłocka Żytka L. (2021) Promocja zdrowia psychicznego. Od teorii do praktyki, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.

- Niezależność. Mobilność, posiadanie umiejętności samoobsługowych, dnia codziennego i zawodowych, posiadanie własnych przekonań, umiejętne podejmowanie decyzji i wyznaczanie sobie celów.

- Relacje społeczne. Ich wysoki poziom wiąże się z umiejętnością nawiązywania i utrzymywania relacji z innymi, również bliskich związków takich, jak: przyjaźń i małżeństwo, brak konfliktów międzyludzkich, otrzymywanie wsparcia społecznego, możliwość korzystania z doświadczeń i wiedzy innych ludzi, środowisko zewnętrzne. Posiadanie zabezpieczeń społecznych, materialnych, możliwości rozwoju osobistego, zawodowego, poczucia wolności i bezpieczeństwa w społeczeństwie, dostęp do dogodnych środków komunikacyjnych, czystość i estetyka warunków środowiskowych.
- Duchowość. Wiąże się z wymiarem religijnym i osobistymi przekonaniami. Wpływa na wartości wyższe i poczucie sensu życia⁶.

2.3. DEINSTYTUCJONALIZACJA

Deinstytucjonalizacja polega nie tylko na odejściu od szpitali psychiatrycznych i całodobowych ośrodków pomocy, lecz również, a może przede wszystkim, na stworzeniu zróżnicowanych form wspierających funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi w społecznościach lokalnych. Obecnie, nowoczesne systemy wsparcia bazują na środowisku lokalnym. Nie izolują uczestników od społeczności zarówno w aspekcie indywidualnym jak i geograficznym. Osoby z zaburzeniami psychicznymi żyją w społeczności lokalnej i korzystają ze wsparcia blisko miejsca zamieszkania oraz funkcjonują w sposób możliwie pełny.

Obecnie wspieranie osób z zaburzeniami psychicznymi w społecznościach lokalnych koncentruje się na podstawowym elemencie jakim jest umocnienie poprzez poprawę ich indywidualnego system wsparcia⁷. Dlatego też większość podejmowanych działań nakierowana jest na rozwiązanie dwóch podstawowych problemów wpływających na życie w społeczności: trudności w pełnieniu ról społecznych oraz brak adekwatnych i satysfakcjonujących relacji społecznych. Podkreśla się, że mają oni w tym zakresie różne potrzeby i możliwości, dlatego niezbędna jest zróżnicowana oferta pomocy⁸. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń w deinstytucjonalizacji opieki można uznać, że dobre funkcjonowanie w społeczności lokalnej to jeden z ważniejszych aspektów przyczyniających się do pokonania problemów ze zdrowiem psychicznym. Dla efektywnej deinstytucjonalizacji niezbędne jest więc stworzenie zróżnicowanej oferty dotyczącej wielu aspektów funkcjonowania. W tym kontekście wspomina się również o umiejętnościach interpersonalnych, edukacji i pomocy w dostępie do zatrudnienia⁹.

⁶ WHO (1998) WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs: Report on WHO Consultation, Geneva.

⁷ Liberman P., Kopelowicz A., (2002) Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century, *International Review of Psychiatry* 14, 245–255

⁸ Kilian R., Lindenbach I., Löbig U., Uhle M., Angermeyer M.C. (2001), Self-perceived social integration and the use of day centers of persons with severe and persistent schizophrenia living in the community: a qualitative analysis, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36: 545–552

⁹ Bjorkman T., Hansson L., Shaw W., Patterson T., Semple S., Halpain M., Koch W., Harris J., Grant I., Jeste D. (2000) Use of Community Support Services by Middle-Aged and Older Patients With Psychotic Disorders *Psychiatric Services* 51:506–512

Podkreśla się również rolę środowiskowych ośrodków wsparcia i ich znaczenie w socjalizacji, poprawie indywidualnych sieci społecznych, rozwijania zasobów i rozwoju wewnętrznego¹⁰.

Reasumując powyższe informacje należy podkreślić, że efektywna deinstytucjonalizacja wiąże się jednoznacznie ze wsparciem osób z zaburzeniami psychicznymi w społecznościach lokalnych. Głównym celem deinstytucjonalizacji powinno być wspieranie możliwie samodzielnego, satysfakcjonującego funkcjonowania a nie jedynie kontrola objawów psychopatologicznych.

2.4. OPARCIE SPOŁECZNE

Ważnym elementem wpływającym na skuteczność pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest zapewnienie im efektywnego oparcia społecznego. Jest ono czynnikiem kluczowym zarówno dla profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego jak i skutecznego wspierania osób, które ich doświadczają. To właśnie oparcie społeczne w znaczącym stopniu wpływa na jakość życia, również u osób z tymi zaburzeniami. Szczególnie ważne wydają się w tym kontekście dwa ściśle związane ze sobą czynniki: indywidualne sieci społeczne oraz uzyskiwane wsparcie społeczne.

Sieć społeczna jest tworzona przez osoby, z którymi jednostka ma regularny kontakt, wzajemne związki i bliskie więzi uczuciowe¹¹. Sieci społeczne stanowią więc pole relacji społecznych określanych poprzez więzi pokrewieństwa, przyjaźni, współpracę ekonomiczną, religię albo sieć kontaktów. Przez sieć społeczną rozumie się ludzi, z którymi utrzymywane są kontakty oraz różnorodne powiązania. Sieci społeczne stanowią źródła oparcia działając jak bufor wspomagający radzenie sobie ze stresem oraz pozwalające czuć się elementem systemu wzajemnie powiązanego z innymi osobami. W przypadku osób doświadczających zaburzeń psychicznych sieci społeczne często podlegają destrukcji, co skutkuje dotkliwym osamotnieniem.

Pojęcie sieci społecznych ściśle wiąże się z zagadnieniem uzyskiwanego oparcia (lub „wsparcia”) społecznego. Według Światowej Organizacji Zdrowia „wsparcie społeczne” to określenie odnoszące się do szeregu interakcji, które zwiększają poczucie przynależności, bezpieczeństwa i własnej wartości¹². Obiektywnie istniejące sieci społeczne, pojmowane jako źródła wsparcia, można nazwać zasobami wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne to rodzaj interakcji, która zostaje podjęta w sytuacji trudnej, stresowej lub krytycznej:

¹⁰ Kyle T., Dunn J.R. (2008) Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Soc Care Comm*;16: 1-15

¹¹ WHO (2001a) Leksykon terminów. *Psychiatria i zdrowie psychiczne*, Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

¹² WHO (2001b) *Mental Health: New Understanding. New Hope. The Way Forward*, World Health Organization.

- w toku tej interakcji dochodzi do przekazywania lub wymiany emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr materialnych
- wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, a kierunek „dawca – biorca” może być stały lub zmienny
- w dynamicznym układzie interakcji można wyróżnić osobę wspierającą, poszukującą, odbierającą lub otrzymującą wsparcie
- dla skuteczności tej wymiany społecznej istotna jest odpowiedniość między rodzajem i wielkością udzielanego wsparcia i potrzebami odbiorcy.

Celem interakcji wspierającej jest ogólne podtrzymanie, zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżenie do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności¹³.

2.5. PROMOCJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Omawiając zagadnienia szczególnie ważne dla wojewódzkiego programu pomocy i oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi należy również wspomnieć o promocji zdrowia psychicznego. W jej ramach zakłada się wspieranie aktywnego udziału jednostek i grup w podnoszeniu własnych zasobów i kompetencji zdrowotnych po to, by skutecznie zaspokajać swoje potrzeby, sprostać wymaganiom otoczenia, osiągać cele indywidualne i społeczne, rozwijać swoje możliwości i polepszać jakość życia. Ważnym elementem utrzymania zdrowia psychicznego jest również udzielanie pomocy specjalistycznej osobom zagrożonym jego utratą¹⁴. Opiera się ona na działaniach międzydyscyplinarnych mających na celu tworzenie warunków zapewniających psychologiczne dobre samopoczucie osobom, grupom i społecznościom.

¹³ Sęk H., Cieślak R. (2006) Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne, w: H. Sęk., R. Cieślak (red.) Wsparcie społeczne, stres i zdrowie, PWN, Warszawa

¹⁴ Czabała J. (2012) Zdrowie psychiczne. Zagrożenie i promocja, IPIŃ, Warszawa.



WOJEWÓDZKI PROGRAM POMOCY I OPARCIA SPOŁECZNEGO DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO NA LATA 2023–2027 W ŚWIETLE INNYCH DOKUMENTÓW

Opisując założenia Wojewódzkiego Programu Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi Województwa Mazowieckiego na lata 2023–2027 należy podkreślić, że zapewnianie oparcia społecznego w kontekście zdrowia psychicznego to działanie znajdujące swoje odzwierciedlenie w dokumentach wyznaczających podstawowe kierunki polityki społecznej i zdrowotnej.

Jednym ze szczególnie ważnych w tym kontekście jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. z 2021 r. poz. 642). Celem strategicznym tego programu jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Wyznacza on podstawowe obszary wsparcia zdrowia, również psychicznego. Jednym z jego podstawowych celów operacyjnych jest promocja zdrowia psychicznego. Realizowane w jego ramach zadania powinny koncentrować się między innymi na wspieraniu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym. W realizację tych zadań powinny być zaangażowane jednostki samorządu terytorialnego szczególnie w kontekście projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych. Podkreśla się, że przy realizacji NPZ należy uwzględnić wpływ skutków zdrowotnych wywołanych przez pandemię COVID-19 na zdrowie populacji.

Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi Województwa Mazowieckiego na lata 2023–2027 jest spójny ze Strategią Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2021–2030 (uchwała nr 92/22 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 21 czerwca 2022 r.). W celu szczegółowym 2 tego dokumentu podkreśla się znaczenie deinstytucjonalizacji i rozwoju spersonalizowanych usług społecznych, w tym o charakterze środowiskowym. W dokumencie wskazano również na obniżenie się stanu zdrowia psychicznego dorosłych oraz dzieci młodzieży jako szczególnie istotnego zagrożenia społecznego. Jako jeden z głównych trendów na Mazowszu wskazuje

się wzrost problemów psychicznych i samotności. Za szczególnie ważny kierunek działań w tym dokumencie uważa się wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez tworzenie aktywnego wsparcia środowiskowego. W pełni współgra to z założeniami i celami zawartymi w Wojewódzkim Programie Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi Województwa Mazowieckiego na lata 2023–2027.

Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi Województwa Mazowieckiego na lata 2023–2027 stanowi rozszerzenie dla Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2023 (dalej: „MPOZP”) w zakresie pomocy i oparcia społecznego.

Cel 1 MPOZP odnosi się do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb poprzez upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Za szczególnie istotne należy uznać odwoływanie się w obu dokumentach do środowiskowego modelu pomocy i deinstytucjonalizacji jako podstawy zapewniania terapii i wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi.

CZĘŚĆ II

POMOC I OPARCIE DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W KONTEKŚCIE PANDEMII COVID-19

Wobec planowanych na lata 2023–2027 działań należy wspomnieć o pandemii Covid-19. Jest ona wydarzeniem o znaczącym wpływie na zdrowie psychiczne i dostęp do oparcia społecznego. Z różnym nasileniem, była i jest ona obecna w życiu społecznym od ponad dwóch lat. Pandemia stanowiła (i nadal stanowi) poważne zagrożenie dla społeczeństwa, wiąże się z realnym i powszechnym zagrożeniem życia i zdrowia. Związane z pandemią wskaźniki liczby zgonów oraz ograniczenia w dostępie do usług zdrowotnych i społecznych w Polsce okazały się znacznie gorsze niż w innych krajach UE.

Pandemia wiązała się z licznymi utrudnieniami i obciążeniami również w obszarze zdrowia psychicznego. Obecnie mamy do czynienia ze stopniowym wycofywaniem się wirusa, jednak opinie ekspertów co do całkowitego ustąpienia pandemii nie są jednoznaczne. Do najważniejszych elementów negatywnie wpływających na zdrowie psychiczne i modyfikujących zapotrzebowanie na oparcie społeczne w tym kontekście należy zaliczyć: poczucie zagrożenia związane z niebezpieczeństwem zarażenia się wirusem (dotyczy również osób bliskich), odczuwanie przewlekłego stresu co zwiększa ryzyko rozwinięcia w przyszłości Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD), silne poczucie osamotnienia. Trzeba wspomnieć również o ograniczonej dostępności do pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Wymienione powyżej okoliczności silnie oddziałują na dobrostan psychiczny.

Nie dysponujemy jeszcze wieloma badaniami dotyczącymi związków pandemii ze zdrowiem psychicznym, jednak można uznać, że do najczęstszych jej konsekwencji należy zaliczyć przede wszystkim nasilenie stanów lękowych oraz obniżenie nastroju.

Warto również podkreślić, że z międzynarodowych badań wynika, że ponad połowa osób, u których wcześniej odnotowano zaburzenia depresyjne czy lękowe, odczuła pogorszenie stanu zdrowia psychicznego na skutek pandemii¹⁵. Sytuacja ta w znacznym stopniu może dotyczyć osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz seniorów z zaburzeniami psychicznymi,

¹⁵ Gobi S. et al (2020) Worsening of Preexisting Psychiatric Conditions During the COVID-19 Pandemic, *Front. Psychiatry*, <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.581426>

czyli grup objętych działaniami w ramach wojewódzkiego programu pomocy i oparcia społecznego. Należy dodać, że znaczny wpływ na dostępność oparcia społecznego na Mazowszu miało zamknięcie placówek oferujących je. Warto więc pamiętać o konieczności ułatwienia dostępu do pomocy zapewnianej telefonicznie lub online i szkolić personel programów wsparcia w stosowaniu tych metod.

CZĘŚĆ III

GRUPY OBJĘTE DZIAŁANAMI W RAMACH WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU

Jak już wspomniano, działania zaplanowane w Wojewódzkim Programie Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi Województwa Mazowieckiego na lata 2023–2027 zostały dostosowane do specyfiki trzech grup narażonych na szczególne trudności w funkcjonowaniu z uwagi na zaburzenia psychiczne. Są to: dorosłe osoby z zaburzeniami psychicznymi, dzieci i młodzież oraz seniorzy. Grupy te, w kontekście specyfiki ich funkcjonowania, potrzeb oraz planowanych dla nich działań, zostaną omówione poniżej.

1. Osoby dorosłe z zaburzeniami psychicznymi

Sytuację tej grupy można uznać za szczególnie trudną w kontekście możliwości osiągnięcia satysfakcji życiowej. Funkcjonowanie dorosłych osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi jest szczególnie utrudnione w związku z występującymi objawami psychopatologicznymi i ich wpływem na codzienne funkcjonowanie. W kontekście potrzeb i przejawianych problemów można uznać, że efektywne programy oparcia społecznego powinny koncentrować się na ich wzmacnianiu w optymalnym funkcjonowaniu w społecznościach lokalnych, czyli realizować jeden z podstawowych celów deinstytucjonalizacji. Nakierowanie działań na poprawę jakości życia i wzmocnienie podmiotowości tej grupy daje realną szansę na przełamanie osamotnienia i marginalizacji. Pozwala zarazem na odrzucenie wciąż popularnego w Polsce stereotypu osoby z zaburzeniami psychicznymi jako całkowicie niesamodzielnej, pozbawionej szans na ułożenie sobie życia i zdobycie pracy i posiadanie przyjaciół. Jak wynika z badania EZOP II negatywne nastawienia społeczne wobec tej grupy utrzymują się na stabilnym poziomie w ostatnim dziesięcioleciu. Niestety nic nie świadczy o tym, aby miało się to w bliskiej perspektywie zmienić. Przywołując wyniki badania EZOP II z roku 2021 można uznać, że w Polsce co najmniej jednego przeżycia bliskiego psychotycznemu doświadczyło kiedykolwiek w życiu 0.95% badanych (stanowi to liczbę około 298,4 tys.). Trzeba także podkreślić uporczywość utrzymywania się tego rodzaju objawów, dotyczy ona 40% osób deklarujących doświadczanie ich¹⁶.

¹⁶ Moskalewicz J, Wciórka J. (2021) Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Pełne dane dotyczące liczebności osób chorujących psychicznie mieszkających na Mazowszu obecnie nie są dostępne, gdyż trudno jest sporządzić precyzyjne wskaźniki statystyczne dla Mazowsza w kontekście zdrowia psychicznego. Takie dane właściwie nie są dostępne w skali województw czy regionów Polski lub są niezbyt aktualne. W ramach Programu, do oceny aktualnej sytuacji związanej z zapewnianiem pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wykorzystano przede wszystkim trzy źródła informacji: dane z ww. programu „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, monitoringi poprzedniego Programu oraz wyniki przeprowadzonej na potrzeby Programu analizy SWOT, o której mowa w rozdziale V. Dane z tych źródeł pozwalają na ocenę specyfiki działań prowadzonych na Mazowszu.

Warto jednak zaznaczyć, że z opracowania Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w przypadku zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (bez uzależnień) najwyższy w skali kraju wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkańców w roku 2019 zanotowano w województwie mazowieckim¹⁷.

Trzeba również dodać, że w związku z następstwami pandemii należy oczekiwać nasilenia się problemów ze zdrowiem psychicznym. Dotyczy to w szczególności osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

1.1. ŚRODOWISKOWY MODEL POMOCY I WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Jest on całkowicie zgodny z zasadami deinstytucjonalizacji stanowiąc podstawę programów oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu. Jednym z głównych celów podejmowanych w ramach jego działań jest więc praca nad poprawą ich jakości życia. Dlatego też kwestia osiągnięcia samodzielności wydaje się kluczowa. Za skuteczny instrument należy tu uznać umacnianie w satysfakcjonującym funkcjonowaniu, rolach społecznych i niezależności. Prowadzone działania powinny być nakierowane również na przeciwdziałanie osamotnieniu. Indywidualne sieci społeczne osób chorujących psychicznie często, w miarę trwania zaburzeń, stają się nieliczne i niewydolne.

Do osamotnienia znacząco przyczynia się również zjawisko stygmatyzacji. Wywołuje ono niechętnie postawy społeczne oraz tendencje do wykluczania z pełnienia ról społecznych i ze społeczności lokalnych.

1.2. PROCES ZDROWIENIA I UMACNIANIE

Efektywna pomoc dla dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie w przypadku ich długotrwałego przebiegu, powinna bazować na dwóch, kluczowych elementach: wspieraniu procesu zdrowienia i umacnianiu. Pojęcie „proces zdrowienia” powstało w opozycji do utrzymującego się przez wiele lat w świadomości społecznej, przekonania,

¹⁷ Zdrowie i ochrona zdrowia (2020) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

że z długotrwałych zaburzeń psychicznych nie można wyzdrowieć i należy się spodziewać jedynie pogarszania funkcjonowania osób ich doświadczających. Zdrowienie nie jest prostym rezultatem leczenia farmakologicznego, nie polega na powrocie do stanu sprzed wystąpienia zaburzeń. Jest natomiast długotrwałym procesem obejmującym wiele małych kroków stawianych w różnych aktywnościach życiowych. „Zdrowienie” należy więc rozumieć jako proces, który umożliwia odzyskanie zdolności do samodzielnego życia, pracy, nauki oraz udziału w życiu społeczności. Cele i przebieg procesu zdrowienia mogą być różne dla różnych osób. Zdrowienie stanowi samoorganizujący się proces kompensacji trudności i deficytów, niezależnie od tego, czy symptomy zaburzeń utrzymują się, czy też nie¹⁸. Powrót do zdrowia jest więc osobistym procesem zmiany postaw, wartości i ról. Umożliwia prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei życia, pomimo ograniczeń spowodowanych zaburzeniami¹⁹.

Upodmiotowienie osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wzmacnianie ich funkcjonowania to podstawa nowoczesnych programów pomocy opartych na deinstytucjonalizacji. Powrót do społeczności oraz przywrócenie nadziei na satysfakcjonujące życie to główne cele podejmowanych działań. Podstawą jest tu odwoływanie się do pozytywnych aspektów funkcjonowania i potencjalnych możliwości. Instrumentem, który może doprowadzić do ich uruchomienia jest umacnianie. Ma ono dwa wymiary. W pierwszym, pojmowane jest w kontekście indywidualnym („samoumacnianie”) i ma na celu uzyskanie poczucia kontroli nad swoim życiem i samorealizację. Ma również kontekst społeczny (związany z instytucjami i programami) i w tym ujęciu odnosi się do niwelowania barier w osiągnięciu celów życiowych oraz do wspomagania nieformalnych lub formalnych sieci społecznych.

W obu przypadkach efektem umacniania ma być uzyskanie autonomii i odpowiedzialności. Umocnienie daje osobom z zaburzeniami nadzieję na samorealizację, rozwój oraz satysfakcjonujące życie pomimo ograniczeń, jakie niosą ze sobą zaburzenia psychiczne. Idea umacniania odwołuje się do wewnętrznych i zewnętrznych zasobów. To co wydaje się najistotniejsze w modelu umacniania, to nacisk na przywrócenie nadziei na satysfakcjonujące życie oraz przeciwdziałanie wykluczeniu²⁰.

1.3. ZAPOBIEGANIE STYGMATYZACJI

Należy podkreślić, że zjawiskiem, które w znacznym stopniu wpływa na sytuację osób z zaburzeniami psychicznymi jest stygmatyzacja. Jest to grupa szczególnie narażona na wrogie postawy społeczne i napiętnowanie. Negatywne konsekwencje stygmatyzacji polegają z jednej strony na odczuwaniu przez osoby z trudnościami w zdrowiu psychicznym

¹⁸ Bronowski P. (2018) Środowiskowe programy wsparcia w procesie wspierania osób chorujących psychicznie, Wydawnictwo APS.

¹⁹ Anthony W., Rogers E., Farkas M. (2003) Research on evidence – based practices: future directions in an era of recovery, *Community Ment Health J.*, 39, 101-114

²⁰ Davidson L. (2003) *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*, University Press, New York

niechętnych postaw społecznych skutkujących poczuciem odrzucenia, wykluczenia ze społeczności oraz marginalizacji. Z drugiej zaś wiążą się z tendencjami do wycofywania się z kontaktów społecznych z obawy przed niechętnymi reakcjami osób zdrowych. Oba zjawiska stanowią poważne utrudnienie w procesie zdrowienia oraz skutkują postępującą marginalizacją osób z zaburzeniami psychicznymi. Jak już wspomniano, z ostatniego badania EZOP II²¹ wynika, że negatywne postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi utrzymują się na mniej więcej tym samym poziomie od wielu już lat. Działania destygmatyzacyjne mają na celu zniwelowanie piętna choroby psychicznej poprzez zmianę postaw społecznych i doprowadzenie do tego, aby osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego spotykały się z pomocą i życzliwością a nie jedynie odrzuceniem. Mogą mieć one formę edukacji poszczególnych grup społecznych, interwencji podejmowanych w sytuacjach kryzysowych lub kampanii społecznych. Według Światowej Organizacji Zdrowia²² przełamywanie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie stanowi jedno z ważniejszych zadań wspomagających proces zdrowienia.

Dotkliwym problemem z jakim muszą często radzić sobie osoby z długotrwałe utrzymującymi się zaburzeniami psychicznymi jest samotność. Wiąże się ona ze stanami emocjonalnymi, w których człowiek jest świadomy izolacji od innych. Samotność może pojawić się również na skutek utraty osób bliskich i oczekiwania, aby ktoś inny wypełnił powstałą pustkę²³. Odczuwanie samotności bywa dokuczliwe i często wywołuje cierpienie tak silne, że osoby dotknięte nią czują się głęboko nieszczęśliwe. W ich relacjach poczucie samotności jest bardzo trudnym do zniesienia uczuciem odseparowania. Według Haliny Sęk²⁴, osamotnienie oraz brak wsparcia ze strony innych obniżają odporność psychiczną i fizyczną jednostki, tym samym poważnie utrudniając jej radzenie sobie, zwłaszcza w sytuacjach trudnych.

Trzeba zaznaczyć, że w przypadku dorosłych osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi pandemia SARS-CoV-2 miała dotkliwy wpływ na ich sytuację. Jak wynika z wcześniej cytowanych danych międzynarodowych, w wielu przypadkach mogło skutkować to nasileniem się ich trudności w funkcjonowaniu.

²¹ Moskalewicz J, Wciórka J. (2021) Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

²² WHO (2005) Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions, Copenhagen, World Health Organization, 7

²³ Rembowski J. (1992), Samotność, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk

²⁴ Sęk H. (1997), Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej, w: Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.), Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej, Wydawnictwo ALL, Kraków

1.4. INSTYTUCJONALNE PROGRAMY WSPARCIA DLA DOROSŁYCH OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI DOSTĘPNE W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM

Do tego, aby skutecznie wspierać osoby z doświadczeniem zaburzeń psychicznych niezbędne jest prowadzenie działań zróżnicowanych i dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości. W chwili obecnej w województwie mazowieckim dostępne są różne rodzaje oparcia społecznego przeznaczone dla tej grupy. Do podstawowych należy zaliczyć:

Środowiskowe domy samopomocy. Dienne ośrodki zapewniające rehabilitację społeczną i oparcie. Ich programy są oparte na treningach umiejętności społecznych, terapii zajęciowej oraz różnych formach aktywizacji społecznej. Placówki te nastawione są w największym stopniu na podtrzymanie osób z zaburzeniami w ich funkcjonowaniu społecznym oraz zapobieganiu hospitalizacji.

Ośrodki wsparcia. Dienne placówki o profilu zbliżonym do ŚDS. Oferta zawiera w sobie wsparcie psychologiczne, kompensowanie sieci społecznych oraz terapię zajęciową. Nakierowane przede wszystkim na podtrzymanie funkcjonowania w społeczności lokalnej poza całodobowymi placówkami psychiatrycznymi i opiekuńczymi.

Warsztaty terapii zajęciowej. Dienne ośrodki przygotowujące do podjęcia zatrudnienia. Oferują dość intensywny program rehabilitacji społecznej i aktywizacji zawodowej. Zawierają elementy wsparcia zawodowego polegające na doradztwie zawodowym i pomocy w zdobywaniu miejsc pracy. Ich program jest bardziej intensywny niż w ŚDS lub OW. Podstawą jest nacisk na nabywanie kwalifikacji niezbędnych do podjęcia pracy.

Kluby. Oferują możliwość zagospodarowania wolnego czasu oraz nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Programy te są zwykle niezbyt intensywne w sposobie realizacji i łatwo dostępne. Działają zwykle w godzinach popołudniowych. Formy udzielanego wsparcia są w nich zróżnicowane: pomoc psychologiczna, organizacja wolnego czasu, wspólne spędzanie świąt, możliwość zjedzenia posiłku, skorzystanie z komputera lub pralki.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze. Adresowane głównie do osób przejawiających duże trudności w funkcjonowaniu społecznym. Realizowany poprzez regularne wizyty domowe terapeutów. Obejmuje szeroki zakres działań, zawierający pomoc w przełamywaniu izolacji, interwencje kryzysowe oraz wspieranie w procesie leczenia.

Chronione zakwaterowanie. Dostępne w formie hosteli lub mieszkań chronionych. Zapewniają bezpieczne miejsce do życia oraz wsparcie terapeutów. Pozwalają na pobyt w dłuższym lub krótszym (treningowym) okresie. Zwykle stanowią fundament dla uczestnictwa w innych programach oparcia.

Programy aktywizacji zawodowej. Obejmują szeroką gamę działań: od punktów aktywizacji zawodowej oferujących pomoc w zakresie poszukiwania miejsc pracy, diagnozę zawodową i pomoc psychologiczną aż do kompleksowych projektów oferujących zatrudnienie²⁵.

Programy wzmacniające kwalifikacje. Umożliwiają podnoszenia kwalifikacji co w znacznym stopniu przyczynia się do ich umacniania i wspierania procesu zdrowienia. W wielu przypadkach osoby z zaburzeniami psychicznymi nie zdołały z powodu trudności jakie wiązały się z chorobą, zdobyć wykształcenia. Podobnie sprawa ma się z umiejętnościami społecznymi i zawodowymi. Dostęp do programów szkoleniowych poprawiających sytuację zawodową jest również niedostateczny. Tym samym ich potencjalne możliwości są ograniczane co znacząco wpływa na ich sytuację na rynku pracy i utrudnia podejmowanie nowych ról społecznych. W efekcie przyczynia się również do wzmocnienia barier utrudniających uzyskanie samodzielności i niezależności.

Inicjatywy samopomocowe. Polegają one przede wszystkim na angażowaniu się w działalność grup samopomocowych. Grupy takie, tworzone przez osoby chorujące psychicznie, bez udziału profesjonalistów, zapewniają dostęp do wsparcia, wzajemnych interakcji, poczucia bezpieczeństwa i przydatności. Do działań samopomocowych należy zaliczyć również prowadzenie działań antystygmatyzacyjnych oraz zapewniających pomoc dla innych osób z zaburzeniami psychicznymi (np. w formie porad telefonicznych).

W kontekście skutecznych działań zwiększających oparcie warto podkreślić rolę grup samopomocowych osób z zaburzeniami psychicznymi. Są to nieformalne grupy nastawione przede wszystkim na udzielanie wsparcia emocjonalnego oraz dzielenia się swoimi doświadczeniami w przebiegu procesu zdrowienia. Członkowie tych grup angażują się zwykle w działania destygmatyzacyjne nastawione na zmianę wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi i ochronę praw człowieka.

2. Dzieci i młodzież

Kolejną grupą, dla której zaplanowano działania w ramach Programu, są dzieci i młodzież. Zdrowie psychiczne jest jednym z głównych elementów mających wpływ na jakość życia nie tylko dorosłych, ale również tej grupy. W porównaniu z osobami dorosłymi dzieci i młodzież nie dysponują jeszcze wypracowanymi dojrzałymi sposobami radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi oraz posiadają znacznie mniejsze zasoby w tym zakresie. Należy dodać, że zdrowie psychiczne dzieci i adolescentów jest ściśle powiązane z dobrostanem dorosłych.

²⁵ Bronowski P., Kaszyński H. (2020), Kryzys psychiczny, Difin, Warszawa

Z ostatnich szerokich badań dotyczących kondycji psychicznej mieszkańców Polski (EZOP II) wynika, że zaburzenia rozwojowe dotyczą ponad 400 tysięcy dzieci do 6. roku życia. Wśród dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 17 lat zaburzenia psychiczne przejawia blisko 600 tysięcy. Szczególnie duże ryzyko występowania ich stwierdzono u dzieci z rodzin korzystających z pomocy społecznej. Warto również zaznaczyć, że zaburzenia rozwojowe u dzieci w wieku do 6 lat (między innymi sfera samoregulacji, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia emocjonalno-afektywne) stwierdzono u około 16% tej grupy. Oznacza to, że ponad 420 tysięcy dzieci w Polsce cierpi na ten rodzaj zaburzeń. Najczęściej (u 6%) występowały zaburzenia rozwojowe, z podobną częstotliwością u chłopców jak i dziewczynek. Trzeba także dodać, że rozpowszechnienie tych zaburzeń jest prawie dwukrotnie większe na wsi niż w miastach i wynosi 20%. W praktyce znaczy to, że co piąte dziecko w wieku do 6. lat w Polsce mieszkające na wsi cierpi na jakieś zaburzenia rozwojowe.

Jeśli chodzi o starsze dzieci i młodzież (od 7 do 17 roku życia) to stwierdzono w badaniach, że w tej grupie wiekowej na zaburzenia psychiczne cierpi ponad 500 tysięcy osób. W grupie wiekowej 7-11 jest to około 200 tysięcy, w wieku 12–17 ponad 350 tysięcy. Zaburzenia internalizacyjne (przede wszystkim lękowe) występują u około 300 tysięcy osób: 8% dzieci i 7% młodzieży. Występowanie zaburzeń depresyjnych potwierdza 70 tysięcy osób, głównie młodzież. Należy dodać, że w przypadku zaburzeń eksternalizacyjnych (takich jak behawioralne i zachowania) doświadczało ich około 300 tysięcy dzieci i młodzieży, z tego ponad 100 tysięcy wiązało się z używaniem substancji psychoaktywnych. Z uzyskanych danych wynika również, że grupą wymagającą szczególnej uwagi są osoby w wieku 12–17 lat. Właśnie w tym okresie gwałtownie narastają problemy związane z zaburzeniami psychicznymi²⁶.

Bardzo istotnym elementem jest tworzenie sieci wsparcia w tych obszarach funkcjonowania dzieci i młodzieży, które potencjalnie wiążą się z wystąpieniem trudności rozwojowych. Pomoc młodym ludziom doświadczającym kryzysów psychicznych, powinna być w ich kontekście rozumiana jako zapewnianie dostępu do zasobów emocjonalnych, informacyjnych i materialnych. Odbywa się to poprzez sieć oparcia w skład której wchodzi: rodzina, szkoła, grupy rówieśnicze, instytucje oraz podmioty świadczące usługi na rzecz społeczności lokalnej. Warto ponownie przypomnieć o konieczności zapewnienia bardziej intensywnych działań skierowanych do dzieci i młodzieży z obszarów wiejskich i małych miast. To właśnie tam rangi występowania zaburzeń psychicznych są wyraźnie częstsze a dostęp do profesjonalnej pomocy bardziej ograniczony niż na terenach lepiej zurbanizowanych.

²⁶ Moskalewicz J., Wciórka J. (2021), Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

2.1. OBSZARY ZAGROŻENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY

Etiologia zagrożeń zdrowia psychicznego w tej grupie to zjawisko złożone. Składają się na nią czynniki indywidualne oraz społeczno-kulturowe. Rozwijające się dziecko wymaga pomocy wychowawczej, troski i zainteresowania rodziców oraz innych wychowawców. Jeśli zamiast efektywnego wsparcia w rozwoju dziecko doświadcza negatywnych przeżyć, wtedy pojawiają się zagrożenia i trudności aż do wystąpienia różnego rodzaju zaburzeń zdrowia psychicznego.

Obecnie w Polsce obserwujemy narastanie liczby prób samobójczych u nieletnich. Z danych uzyskanych w ramach programu EZOP II wynika, że w Polsce 5,7% młodzieży szkolnej w wieku 12–17 lat przejawia tendencje samobójcze. Około 0,6% badanej młodzieży miało za sobą próbę samobójczą. Tendencje samobójcze przejawia najczęściej młodzież w wieku 16–17 lat, głównie z dużych miast oraz ci, których rodziny korzystały z pomocy społecznej. Według autorów raportu znaczy to, że około 9 tysięcy nastolatków zagrożonych próbą samobójczą w Polsce powinno uzyskać natychmiastową pomoc psychologiczną²⁷.

Z danych Komendy Głównej Policji pochodzących z roku 2018 wynika, że prawie o 100% (z 26 do 46) wzrosła liczba prób samobójczych dzieci w wieku 7–12 lat. Wśród nastolatków (13–18 lat) liczby te to 746 prób samobójczych w 2018 roku i 905 rok później. W 2019 r. odebrało sobie życie czworo dzieci i 94 nastolatków. W 2020 było ich łącznie 107.

W prowadzonym przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę telefonie zaufania dla dzieci i młodzieży w 2020 r. zarejestrowano 747 interwencji w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia dziecka – o 43% więcej niż w roku 2019²⁸. Dane KGP z roku 2021 pokazują wyraźny wzrost tego zjawiska: w roku tym odnotowano w Polsce 1496 prób samobójczych w grupie wiekowej poniżej 18 roku życia (127 prób zakończyło się zgonem czyli 1 na 6 prób). Jest to wzrost aż o 77% prób samobójczych i o 19% śmierci samobójczych w stosunku do roku 2020. Co ciekawe, odnotowano wzrost prób samobójczych wśród dziewczynki aż o 101%. Reasumując, wzrost liczby zamachów samobójczych wśród dzieci i młodzieży w roku 2021 należy uznać za zjawisko bardzo niepokojące. Jedną z możliwych przyczyn tego stanu rzeczy może być pandemia i wiążące się z nią zagrożenia dla dobrostanu psychicznego silnie oddziaływujące na tę grupę wiekową (<https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>).

²⁷ Moskalewicz J., Wciórka J. (2021), Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

²⁸ Dąbrowska P. (2021), Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży na podstawie rozmów w 116 111 – telefonie zaufania, Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 20(2), 62-75.

Jednocześnie dostęp do profesjonalnej pomocy psychologicznej i pedagogicznej był zły już w latach poprzedzających pandemię. W raportach Najwyższej Izby Kontroli wskazano, iż w okresach 2014–2016 i 2017–2019 dzieciom w Polsce nie zapewniono wystarczającej opieki psychologiczno-pedagogicznej²⁹.

W kolejnych latach sytuacja ta ulega dalszemu pogorszeniu, również w związku z zapaścią psychiatrii dzieci i młodzieży. Źródłem problemów ze zdrowiem psychicznym można szukać już w najmłodszych latach życia. Badania pokazują, że młodzi ludzie, którzy mieli negatywne doświadczenia w dzieciństwie – m.in. doświadczyli przemocy lub zaniedbania emocjonalnego kilkanaście razy częściej podejmują próby samobójcze lub dokonują samookaleczeń niż osoby, które takich problemów nie doświadczyły³⁰.

Zwykle na trudności w zakresie zdrowia psychicznego w grupie dzieci i młodzieży składa się więcej niż jedna przyczyna. Mogą to być, m.in.: utrata osoby ważnej dla dziecka, (np. rozpad rodziny w wyniku rozwodu), nowa sytuacja środowiskowa (zmiana miejsca zamieszkania, wyobcowanie w środowisku przedszkolnym lub szkolnym), konflikty lub nieprawidłowe wzorce występujące w rodzinie, doświadczanie silnego stresu w domu lub szkole, przemoc domowa³¹.

Podstawowym i koniecznym warunkiem budowania sieci oparcia społecznego są istniejące sieci społeczne, z którymi powiązane jest dziecko lub adolescent i które są dla nich najbardziej dostępne. Naturalny system oparcia dziecka obejmuje: członków najbliższej rodziny, krewnych, nauczycieli, pedagogów, psychologów szkolnych, wychowawców, sąsiadów oraz osoby znaczące. Naturalne systemy oparcia mają duży potencjał wzmacniający funkcjonowanie i radzenie sobie z sytuacjami trudnymi. Zwiększanie tego potencjału musi opierać się o działania szkoleniowe i psychoedukacyjne wyposażające dorosłych w niezbędne kompetencje wychowawcze. Poza naturalnymi źródłami wsparcia w skład systemu wchodzi również organizacje pozarządowe, stowarzyszenia, organizacje religijne i inne wspólnoty. Szczególne znaczenie w zakresie udzielania skutecznego wsparcia mają grupy samopomocowe.

Opisując aktualną sytuację dzieci i młodzieży w Polsce należy podkreślić dalsze załamywanie się systemu pomocy psychiatrycznej dla tej grupy. Kryzys w tym obszarze zaznaczał się już w poprzednich kilku latach, jednak obecnie psychiatryczna służba zdrowia dla tej populacji jest w stanie zapaści. Dlatego też tak ważne jest zapewnienie dzieciom i młodzieży narażonej na zaburzenia psychiczne pomocy również poprzez programy nastawione na udzielanie im oparcia społecznego.

²⁹ NIK (2020), Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (2017-2019), Informacja o wynikach kontroli, Warszawa.

³⁰ Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce "Dzieci się liczą 2017" (2017) Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa.

³¹ Brzezińska A., Syska W. (2016), Ścieżki wkraczania w dorosłość, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.

Tak jak to się dzieje w przypadku innych grup społecznych, również w przypadku dzieci i młodzieży, pandemia wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń adaptacyjnych i innych zaburzeń emocjonalnych. Należy tu wymienić PTSD (zespół stresu pourazowego), zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia lękowe. Szczególnie znaczenie dla dobrostanu psychicznego tej grupy może mieć ograniczenie dostępu do kontaktów z rówieśnikami i brak rutyny związanej z nauką szkolną wywołane przez lockdown. Czynniki pandemiczne i po-pandemiczne działające na zdrowie psychiczne w tej grupie wywołują coraz bardziej wyraźne efekty. Dowodem na to może być wspomniany już wcześniej gwałtowny wzrost zamachów samobójczych wśród dzieci i młodzieży.

3. Osoby w wieku senioralnym

Trzecią grupę objętą działaniami zaplanowanymi w Programie stanowią seniorzy. W roku 2019 liczba mieszkańców Unii Europejskiej w wieku senioralnym (powyżej 65 roku życia) przekroczyła sto milionów. Polska od wielu lat znajduje się w pierwszej trzydziestce krajów demograficznie starych. W 2020 r. było w Polsce ok. 9,8 mln osób po 60 roku życia. Z prognoz demograficznych GUS wynika, że liczba ta zwiększy się do 10,8 mln w roku 2035 i 13,7 mln w roku 2050. Odsetek tej grupy wiekowej wyniesie 40%. Obecnie najliczniej w grupie seniorów reprezentowane są osoby w przedziale wiekowym 60–64 lata (27,3%). Wśród osób starszych dominują kobiety stanowiące 58% tej populacji³². Należy zaznaczyć, że wiek 60 lat to umowna granica wynikająca z aktów prawnych, natomiast problemy związane z zaburzeniami psychicznymi w tej populacji (szczególnie zespoły otępienne), mogą pojawiać się już w wieku nieco wcześniejszym. W takim przypadku nie powinno to wykluczać tych osób z działań (kierowanych zazwyczaj do osób starszych) mających na celu spowolnienie postępu zespołów otępiennych, w tym z chorobą Alzheimera. W świadomości społecznej starość postrzegana jest jako ten okres, w którym następuje stopniowe obniżenie sił fizycznych i psychicznych, pojawiają się liczne choroby, a wraz z nimi niepełnosprawność. Poziom jakości życia u seniorów determinowany jest dwoma podstawowymi kwestiami: procesem przemian dokonujących się na poziomie biologicznym, psychicznym i społecznym oraz aspektami psychologicznymi i kulturowymi. Starzenie się ma zatem wielorakie i złożone uwarunkowania genetyczne, biologiczne i środowiskowe, może ulegać przyspieszeniu lub zwolnieniu. Należy założyć, iż osoby wkraczające w okres senioralny nie stanowią grupy jednorodnej zarówno pod względem stanu zdrowia, doświadczeń życiowych oraz aktywności społecznej.

3.1. OBSZARY ZAGROŻENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO OSÓB STARSZYCH

Na podstawie danych z ostatnich badań EZOP II można uznać, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wzrasta wraz z wiekiem i osiąga najwyższy poziom około 65 roku

³² Główny Urząd Statystyczny (2021) Sytuacja osób starszych w Polsce w roku 2020, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, Białystok.

życia (oczywiście z wyjątkiem zaburzeń charakterystycznych dla wieku rozwojowego oraz związanych z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych). Sięga ono 30% w tej populacji. Blisko 1,7 miliona osób w Polsce w wieku powyżej 65 lat przeżyło zaburzenie psychiczne a 409 tysięcy doświadczyło ich w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Najbardziej powszechne wśród osób powyżej 65 roku życia są zaburzenia nerwicowe, przede wszystkim lękowe. Ich rozpowszechnienie wynosi 16,1%(17,5% u kobiet i 13,9% u mężczyzn). Rozpowszechnienie zaburzeń nastroju wynosi 7%, natomiast zaburzenia związane z używaniem alkoholu – 5%. Udział kobiet w zaburzeniach afektywnych jest nieco większy, natomiast w tych związanych z alkoholem – mniejszy.

Najsilniejszym czynnikiem chroniącym przed zaburzeniami jest zamieszkiwanie w wielkich miastach powyżej 200 tysięcy mieszkańców. Rozpowszechnienie zaburzeń u mężczyzn zamieszkujących na wsi jest zdecydowanie większe niż u tych z wielkich miast³³.

Najczęściej występujące problemy, mogące wpływać na zdrowie psychiczne w grupie seniorów, można zestawić następująco:

- a) obniżanie się sprawności psychofizycznej
- b) trudności związane z sytuacją finansową, lokomocją, wykonywaniem codziennych obowiązków domowych
- c) trudności związane z postępowaniem cywilizacyjnym i technicznym, które wymagają nabycia nowych umiejętności (obsługa telefonu komórkowego, komputera, sprzętu gospodarstwa domowego, korzystanie z bankomatu)
- d) relacje z rodziną lub innymi ludźmi wyrażające się brakiem wzajemnego zrozumienia i właściwego miejsca w systemie rodzinnym
- e) negatywny bilans własnego życia i związana z tym negatywna samoocena, poczucie osamotnienia
- f) nakładanie się negatywnych zdarzeń życiowych związanych ze stratą: pogorszenie stanu zdrowia, obniżenie sprawności fizycznej i psychicznej
- g) samotność i brak wsparcia społecznego
- h) ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych i socjalnych
- i) zaburzenia poznawcze i choroby otępienne.

Wymienione powyżej problemy powinny stanowić punkt odniesienia do prowadzenia odpowiednich oddziaływań wspierających. Ważnym aspektem jest ocena możliwości samodzielnego funkcjonowania, w tym zdolność do samoobsługi oraz wykonywania czynności domowych. Ogromną trudnością dla wielu osób starszych jest obniżająca się samodzielność i narastająca zależność od innych ludzi (rodziny, przyjaciół, znajomych), dotyczy to zwłaszcza osób w późnej starości. Co trzecia starsza osoba doświadczała

³³ Moskalewicz J., Wciórka J. (2021), Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności związanych z samoobsługą³⁴. Istnieje także ryzyko utraty zdolności do samodzielnego funkcjonowania w efekcie procesów chorobowych. W związku z tym coraz częściej pojawia się zapotrzebowanie na pomoc i wsparcie. To właśnie środowisko lokalne w miejscu zamieszkania jest dla ludzi starszych (obok rodziny) podstawowym obszarem aktywności i miejscem zaspakajania potrzeb. Obecność coraz większej liczby osób w starszym wieku wymaga więc przede wszystkim zmian w lokalnej polityce społecznej, która w większym stopniu powinna odpowiadać na potrzeby seniorów.

Z punktu widzenia efektywności pomocy osobom borykającym się z problemami psychicznymi w wieku starszym należy wziąć pod uwagę zarówno wsparcie samych seniorów jak również ich opiekunów. Stanowią oni bardzo ważny element poczucia dobrostanu psychicznego, a często, szczególnie przy opiece nad chorym bliskim czują się przeciążone. Decyzja o oddaniu niepełnosprawnego seniora do całodobowej placówki opiekuńczej stanowi bardzo trudny moment. Jednocześnie około 30% starszych osób uważa, że zdecydowałoby się na pobyt w domu pomocy społecznej, gdyby ich sytuacja zdrowotna, rodzinna, ekonomiczna lub społeczna tego wymagała. Instytucjonalne formy pomocy mogą zapewnić osobie starszej wyżywienie, utrzymanie czystości, świadczenia medyczne, lecz nie zastąpią bliskich więzi z rodziną. Wyniki badań prowadzonych w grupach osób starszych mieszkających w domach spokojnej starości lub pomocy społecznej są zróżnicowane, aczkolwiek wskazują na różny stopień poczucia osamotnienia mimo zaspokojonej potrzeby bezpieczeństwa, zapewnienia odpowiednich warunków socjalno-bytowych i możliwości przebywania w grupie społecznej³⁵.

Tak jak w całej Polsce, również w województwie mazowieckim obserwujemy starzenie się społeczeństwa. Z Raportu Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w roku 2020 prawie 25,1% populacji Mazowsza przekroczyła 60. rok życia (przy średniej krajowej wynoszącej 25,6%). Współczynnik obciążenia demograficznego (liczba osób w wieku 65 i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 15–64) wyniósł w tym samym roku w Polsce 28,2 – w województwie mazowieckim ukształtował się na poziomie 28,6. Współczynnik feminizacji wyniósł na Mazowszu 143 przy średniej krajowej 139³⁶. Jak wynika z Wojewódzkiego Programu Polityki Senioralnej na lata 2019–2021 dla województwa mazowieckiego szczególną uwagę zwrócić należy na liczebność najstarszej populacji – mieszkańców województwa w wieku 75 i więcej było ponad 403 tys. Wśród nich 66% stanowiły kobiety.

Uwzględniając powyższe informacje należy zaznaczyć, że w zakresie oparcia społecznego potrzebne są wielokierunkowe działania wspierające rodzinę w wypełnianiu funkcji opiekuńczych, pielęgnacyjnych i ekonomicznych. Pomoc rodzinie w ich realizacji wiąże się z koniecznością rozwoju w środowisku zamieszkania seniorów zarówno wielu specjalistycznych usług społecznych, ochrony zdrowia, rehabilitacji, jak i stworzenia otoczenia przyjaznego

³⁴ Hryniewicz J. (2012), O sytuacji ludzi starszych, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

³⁵ Steuden S. (2009), Szczęśliwi po pięćdziesiątce, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.

³⁶ Sytuacja osób starszych w Polsce 2020 (2021) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, Białystok.

osobom starszym. Przydatne są zróżnicowane formy pomocy również w formie dziennych domów opieki odciążających opiekunów i pozwalających im na utrzymanie aktywności zawodowej. Obecność większej liczby osób starszych powoduje zmiany w zapotrzebowaniu na usługi dostępne w miejscu zamieszkania. Z jednej strony seniorzy mają więcej czasu na aktywność, z drugiej zaś muszą radzić sobie z ograniczeniami w jej prowadzeniu.

Polityka społeczna realizowana obecnie wobec seniorów skupia się na wzmacnianiu zdrowia i samodzielności, Szczególny nacisk kładziony jest na profilaktykę, aktywność fizyczną i społeczną. Jednym z ważnych zadań w zakresie wspierania seniorów jest ich włączanie społeczne, zapobieganie dyskryminacji oraz wzmacnianie ich integracji ze społecznościami lokalnymi. Poważnym problemem seniorów jest ich niski poziom integracji społecznej i osamotnienie. Indywidualne sieci społeczne (posiadanie przyjaciół i kontaktów społecznych) są w tej grupie również znacznie mniejsze niż wśród osób w młodszym wieku. Mimo tego, że seniorzy deklarują znacznie silniejszy poziom integracji ze swoimi społecznościami lokalnymi to jednocześnie znacznie rzadziej niż osoby w wieku młodszym deklarują udział w imprezach i wydarzeniach organizowanych lokalnie. Odczuwane poczucie możliwości uzyskania pomocy w przypadku różnego rodzaju sytuacji kryzysowych jest w tej grupie znacznie niższe niż wśród osób przed 65 rokiem życia. Wśród wartości deklarowanych przez seniorów jako szczególnie cenione (poza zdrowiem i rodziną) wysoką pozycję zajęły również wartości związane z samooceną takie jak szacunek innych ludzi i poczucie przydatności. Jednocześnie subiektywnie oceniana, jakość życia w porównaniu z osobami młodszymi jest zdecydowanie niższa w zakresie takich elementów jak poczucie optymizmu i sensu życia³⁷. Dla jakości życia osób starszych szczególnie (poza stanem zdrowia) znaczenie mają: szeroko rozumiana partycypacja społeczna oraz poczucie bezpieczeństwa, na które składa się również dostęp do opieki i godnego traktowania.

Jednym z podstawowych problemów wpływających na dobrostan psychiczny seniorów jest ich izolacja społeczna. Raport GUS poświęcony tej tematyce szacuje liczbę silnie izolowanych społecznie osób w Polsce w grupie 65+ na 9,8% a wśród osób 75+ na 14,1%. Można uznać, że zjawisko występuje w różnym nasileniu u 40% populacji 65+³⁸.

Należy podkreślić, że poważnym problemem występującym w tej populacji są zaburzenia zdrowia psychicznego związane z zaburzeniami poznawczymi³⁹. Jednym z głównych problemów zdrowotnych wpływających negatywnie na funkcjonowanie seniorów i wymagających zapewnienia im dostępu do programów oparcia społecznego jest występowanie zespołów otępiennych, w tym choroby Alzheimera. Obecnie żyje w Polsce 300 tysięcy osób z tą chorobą. Do roku 2050 liczba ta potroi się i wyniesie prawie milion. 90% opiekunów

³⁷ Główny Urząd Statystyczny (2018), Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego <https://stat.gov.pl/>

³⁸ Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii covid 19. Raport z badania (2021) SeniorHub Instytut Polityki Senioralnej, Warszawa.

³⁹ Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (2012), Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Terrmedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań

chorych to członkowie rodzin, w tym 30 % stanowią współmałżonkowie a 60% dzieci. Wiąże się to z dużym obciążeniem. Zapewnianie opieki w chorobie Alzheimera to najczęściej wyzwanie dla całej rodziny, zarówno w aspekcie psychicznym, fizycznym, ekonomicznym jak i społecznym⁴⁰.

Niezbędne jest zapewnienie pomocy dla opiekunów osób chorujących. Jest to grupa znajdująca się w szczególnie trudnej sytuacji. Nie dysponują oni dostępem do wsparcia w zakresie:

- obciążeń psychicznych zarówno przed diagnozą (zmiany charakteru u osób bliskich, brak dostatecznych informacji o ich przyczynie) oraz po rozpoznaniu (świadomość postępującej, nieuleczalnej choroby u osoby bliskiej) – brak dostępu do opieki psychologicznej, psychoedukacji i grup wsparcia
- obciążeń fizycznych, które są szczególnie dotkliwe przy postępującej niepełnosprawności chorych – warto pamiętać, że obciążenia te są zwykle ponoszone przez osoby starsze i schorowane somatycznie
- trudności ekonomicznych związanych z koniecznością ponoszenia kosztów leczenia, opieki i pielęgnacji chorego
- obciążeń społecznych wiążących się z izolacją społeczną opiekunów.

Bez odpowiedniego wsparcia opiekunowie wstydzą się faktu wystąpienia choroby i związanych z nią zmian w zachowaniu chorego. Często reakcją jest wówczas unikanie kontaktów z przyjaciółmi lub rodziną i co za tym idzie dewastacja indywidualnych sieci społecznych. Przyczyny tego stanu należy wiązać również z koniecznością zapewnienia ciągłej opieki, co skutkuje zerwaniem dotychczasowych więzi społecznych.

Trzeba zaznaczyć, że pandemia stanowi szczególne zagrożenie dla populacji seniorów. Wiąże się to przede wszystkim z faktem, że są oni grupą szczególnie narażoną na ciężki przebieg zakażenia wirusem SARS-CoV-2. W wielu przypadkach u osób starszych kończą się one śmiercią. Stąd też wyjątkowo silne w tej grupie poczucie zagrożenia wirusem. Drugim elementem silnie wpływającym na dobrostan psychiczny tej grupy jest dotkliwe poczucie osamotnienia w związku z ograniczeniami pandemicznymi, a szczególnie lockdownem i zamknięciem stacjonarnej działalności placówek zapewniających oparcie społeczne (m.in. kluby seniora i inne miejsca spotkań dla tej grupy).

Jak wynika z wcześniejszych informacji, już przed pandemią grupa ta była generalnie narażona na izolację i osamotnienie co w znacznym stopniu jest charakterystyczne dla osób w wieku podeszłym. Należy to wiązać przede wszystkim z zakończeniem pracy zawodowej oraz ograniczeniem aktywności społecznej wywoływanej przede wszystkim przez różnorodne problemy zdrowotne. Stan pandemii i związane z nim „zamknięcie społeczne” nasila znacząco poczucie osamotnienia. Skutkiem tego mogą być narastające stany lękowe oraz obniżenie nastroju. Jak wynika z Raportu „Jakość życia seniorów

⁴⁰ Rzecznik Praw Obywatelskich (2016), Sytuacja chorych na chorobę Alzheimera w Polsce . Raport RPO, Warszawa

w pandemii” ponad połowa badanych (59,5%) zadeklarowała, że ich kondycja psychiczna jest w pandemii znacząco gorsza niż przed pandemią. Ponadto ponad 60% seniorów ograniczyło w tym okresie aktywność fizyczną. Wśród osób 75+ było to aż 73,9%. 46% seniorów znacznie ograniczyło aktywność społeczną. Aż 34,9% deklaruje wzrost odczuwania rozdrażnienia i lęku w porównaniu do okresu sprzed pandemii.

Trzeba ponadto zaznaczyć, że w przypadku tej właśnie grupy wymuszone przez pandemię nowe formy pracy placówek oparte na Internecie są szczególnie trudno dostępne. Wiąże się to ze zjawiskiem „wykluczenia cyfrowego” w tej grupie wywołanego ograniczonym dostępem do sprzętu komputerowego i generalnie małych umiejętności w zakresie posługiwania się oprogramowaniem online. Aż 71,2% osób w grupie 60+ nie korzysta z Internetu.

3.2. INSTYTUCJONALNE PROGRAMY WSPARCIA DLA SENIORÓW DOSTĘPNE W WOJEWÓDZTWIE MAZOWIECKIM

Grupa seniorów może korzystać z długofalowo działających programów pomocy i oparcia społecznego. Warto zaprezentować informacje na ich temat, ponieważ w znacznym stopniu korzystają z nich również seniorzy borykający się z różnorodnymi zaburzeniami psychicznymi. Należy też podkreślić, że w wielu przypadkach udział w tych programach może mieć profilaktyczny wpływ zapobiegający lub opóźniający występowanie tych zaburzeń. Do najpopularniejszych tego rodzaju programów należy zaliczyć:

Usługi opiekuńcze: obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Seniorzy z zaburzeniami psychicznymi mogą również korzystać ze specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym (np. psychologów lub specjalnie przeszkolonych pracowników socjalnych).

Dzienne Domy Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera:

Ofertę dla uczestników DDP można uznać za kompleksową. W jej ramach prowadzone są między innymi: poradnictwo neuropsychologiczne, psychiatryczne, logopedyczne, rehabilitacyjne dla osób starszych cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera, zajęcia ogólnorozwojowe dla osób z zespołami otępiennymi. Możliwa jest również pomoc za pośrednictwem asystenta mobilnego. DDP prowadzą szkolenia dla przedstawicieli środowiska lokalnego dotyczące specyfiki przebiegu i interwencji u osób z zespołami otępiennymi i kampanie destygmatyzacyjne osób chorujących na zespoły otępienne. Zapewniają również pomoc dla opiekunów i członków rodzin.

Dzienne domy pomocy społecznej: są ośrodkami wsparcia przeznaczonymi dla osób samotnych lub osób w rodzinach, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy, a są jej pozbawione lub rodzina takiej pomocy nie może zapewnić. Dienne domy pomocy społecznej zapewniają: pobyt w godz. 8.00 do 16.00 przez pięć dni w tygodniu, śniadanie i obiad, usługi higieniczne (natrysk, usługi pralnicze), udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, załatwianiu spraw osobistych i urzędowych, pomoc w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych. Prowadzą również działania wspomagające zapewniając pomoc psychologiczną, dostęp do rekreacji oraz rozwijanie kontaktów ze środowiskiem.

Całodobowe domy pomocy społecznej: świadczą usługi opiekuńcze i bytowe, wspomagające i edukacyjne osobom starszym wymagającym całodobowej opieki. Formy i zakres usług wynikają z indywidualnych potrzeb mieszkańców z uwzględnieniem świadczeń z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wyspecjalizowaną wersją tego rodzaju domów dostosowaną do potrzeb osób przewlekle chorujących są całodobowe domy pomocy społecznej dla osób przewlekle chorych somatycznie.

Kluby i miejsca spotkań: oferują możliwość wartościowego spędzenia wolnego czasu i skorzystania z różnych form aktywizacji społecznej. Zapewniają dostęp do udziału w wydarzeniach kulturalnych. Znacząco wspierają indywidualne sieci społeczne i zapobiegają osamotnieniu.

CZĘŚĆ IV

MOCNE STRONY ORAZ ZAGROŻENIA DLA SYSTEMU POMOCY I OPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI – ANALIZA SWOT

Analiza SWOT aktualnej sytuacji w zakresie pomocy i oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi została przeprowadzona w oparciu o dane z corocznych monitoringów realizacji Wojewódzkiego Programu Pomocy i Oparcia Społecznego realizowanego w latach 2018–2022 oraz przygotowanej specjalnie na potrzeby Programu analizy opinii. Analiza dotyczyła mocnych i słabych stron programów oparcia realizowanych w województwie mazowieckim. Objęła ona dwie podstawowe grupy związane z tymi programami:

- a) użytkownicy, czyli osoby z zaburzeniami psychicznymi
- b) profesjonaliści zaangażowani w udzielanie wsparcia w ramach tych placówek/projektów.

Dane zostały zebrane w okresie marzec–październik 2022 r. Grupa osób objętych badaniem liczyła łącznie 90 osób:

1. Osoby chorujące psychicznie (70 osób) uczestniczące w badaniu korzystały z następujących programów wsparcia:
 - a) warsztat terapii zajęciowej
 - b) ośrodek wsparcia
 - c) środowiskowy dom samopomocy
 - d) mieszkanie chronione
 - e) klub
 - f) klub weekendowy
 - g) grupa samopomocowa osób chorujących psychicznie
 - h) uczestnicy programu „Doradcy ds. zdrowienia” (projekt NCBiR, POWR.03.01.00-00-T014/18)⁴¹.

⁴¹ Można uznać, że grupa jest reprezentatywna dla programów wsparcia lokujących się w trzech podstawowych sferach oddziaływania: 1) podtrzymania funkcjonowania/zapobiegania hospitalizacjom, 2) aktywizacji/budowania samodzielności, 3) umacniania.

2. Personel realizujący programy wsparcia (20 osób) – do grupy tej włączono psychologów, terapeutów zajęciowych, pracowników socjalnych) pracujących w warsztacie terapii zajęciowej, ośrodku wsparcia, środowiskowym domu samopomocy, mieszkaniu chronionym, klubach; dane zebrano również od wykładowców i psychologów udzielających wsparcia w ramach kursu „Doradcy ds. zdrowienia”.

Po analizie i integracji uzyskanych danych sformułowano wnioski dotyczące dalszego działania programów wsparcia w ramach Programu.

Czynniki wewnętrzne

Mocne strony

1. Łatwy dostęp do kontaktów z innymi ludźmi wzmacniający indywidualne sieci społeczne
2. Łatwy dostęp do profesjonalistów udzielających wsparcia
3. Traktowanie uczestników programów pomocy i oparcia w sposób partnerski i z poszanowaniem ich godności
4. Zróżnicowanie form opieki i pomocy w zależności od zgłaszanych problemów

Słabe strony

1. Brak pełnej informacji o dostępnych placówkach/programach wsparcia
2. Dostępność placówek i programów jest zwykle ograniczona do 5 dni w tygodniu
3. Obawy przed ograniczeniem dostępu do placówek/brak poczucia stabilności ich działania

Czynniki zewnętrzne

Mocne strony

1. Poprawa wiedzy społeczeństwa o zaburzeniach psychicznych
2. Lepszy dostęp do programów szkoleniowych podnoszących zasoby i kwalifikacje dla osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych
3. Duże zaangażowanie mazowieckich organizacji pozarządowych w zapewnianie wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi
4. Stabilny system środowiskowego systemu wsparcia dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi
5. Rozbudowane działania na rzecz pomocy i wsparcia dla seniorów z zaburzeniami psychicznymi
6. Liczna grupa profesjonalistów (i osób zaangażowanych w ruch samopomocy) posiadających umiejętności posługiwania się metodami wsparcia zapewnianymi w wersji online.

Słabe strony

1. Utrzymująca się stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi
2. Rotacja personelu placówek
3. Zwiększająca się liczba procedur biurokratycznych związanych z korzystaniem z placówek/programów wsparcia
4. Niesatysfakcjonujący poziom współpracy między placówkami psychiatrycznymi a programami wsparcia środowiskowego
5. Potencjalne następstwa pandemii Sars-CoV-2 w sferze zaburzeń psychicznych

Jak wynika z powyższych informacji, do najważniejszych zalet systemu oparcia i pomocy należy zaliczyć możliwość efektywnego poszerzenia indywidualnych sieci oparcia społecznego. Sieci społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi są nieliczne i niewydolne – w ich skład wchodzi przede wszystkim członkowie bliskiej rodziny. Dostęp do innych osób i wsparcie płynące z relacji międzyludzkich zostało uznane za jedną z zalet programów oparcia. Warto również zwrócić uwagę na inny oceniany pozytywnie czynnik, czyli oparte na poszanowaniu i partnerstwie relacje z personelem programów. Traktowanie osób z zaburzeniami psychicznymi z godnością i na partnerskich warunkach jest jednym z fundamentów koncepcji procesu zdrowienia. Trzeba również podkreślić pozytywne opinie o jakości oferowanych programów oparcia w kontekście ich kompleksowości i efektywności.

Po stronie zagrożeń dla funkcjonowania programów oparcia zwraca uwagę poczucie niepewności co do ich działania w przyszłości. Wiąże się to z jednej strony z brakiem poczucia stabilności ich finansowania oraz obaw co do dalszego ich rozwoju. Można założyć, że część z tych obaw jest ściśle związana z długim okresem pandemii, zamknięciem placówek i licznymi zagrożeniami jakie występowały w kontekście życia społecznego.

Ważna jest również kwestia niedostatecznego dostępu do informacji o dostępnych programach pomocy i wsparcia. Jest to kluczowe dla ich efektywnego wykorzystania, ten element wymaga udoskonalenia w kolejnych latach.

Pozytywne elementy działające na ofertę oparcia społecznego w kontekście czynników zewnętrznych to przede wszystkim przeświadczenie o poprawiającym się poziomie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych w społeczeństwie. Jest to oczywiście szansa (lub raczej oczekiwanie) na to, że postawy stygmatyzacyjne ulegną osłabieniu. Jednocześnie to właśnie stygmatyzacja jest wymieniona jako jeden z czynników negatywnie wpływających zarówno na funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi jak i działalność programów oparcia społecznego. Do negatywnych czynników zewnętrznych zaliczono również rotację personelu (wiązącą się z „programowym” systemem pracy oraz niskimi zarobkami), słabą sytuacją finansową uczestników programów oparcia oraz przeszkody biurokratyczne przy wchodzeniu do programów (np. nowe ograniczenia wiekowe dla osób starających się o miejsce w mieszkaniach chronionych).

Na podstawie analizy dotyczącej wsparcia udzielanego osobom z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu sformułować można zalecenia dotyczące realizacji planowanych w tym zakresie działań:

1. Należy utrzymać główne kierunki działań realizowane w latach wcześniejszych. Odpowiadają one na realne potrzeby populacji osób z zaburzeniami psychicznymi.
2. Podejmowane działania powinny być dostosowane do specyfiki trzech głównych grup objętych wsparciem (dorosłe osoby z zaburzeniami psychicznymi, dzieci i młodzież oraz seniorzy). Te grupy nadal będą wymagały szczególnie intensywnej pomocy w kolejnych latach.
3. Wspieranie samodzielności osób z zaburzeniami psychicznymi wydaje się naczelnym zadaniem programów pomocy i wsparcia.
4. Należy przygotowywać i uruchamiać oddziaływania nakierowane na redukcję konsekwencji związanych z przeżywaniem w związku z przebyta pandemią stanów lękowych, depresyjnych i poczucia zagrożenia. Należy liczyć się, z tym, że stany te związane z poczuciem zagrożenia i osamotnienia będą wpływały na dobrostan osób z zaburzeniami psychicznymi jeszcze w następnych latach.
5. W przypadku dzieci i młodzieży działania ich dotyczące powinny być nadal dostosowane do zróżnicowanej specyfiki problemów przejawianych przez tę grupę. Należy więc wspierać realizację programów nakierowanych na trudności szczególnie często i dotkliwie występujące w tej populacji takie jak uzależnienia behawioralne, zaburzenia nastroju oraz doświadczanie przemocy (w tym cyberprzemocy).
6. Warto zwrócić uwagę na konieczność zintensyfikowania działań na rzecz tej grupy. Wiąże się to z narastającym kryzysem opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.
7. Należy zintensyfikować działania mające na celu przełamywanie izolacji społecznej seniorów. Brak dostępu do kontaktów społecznych stanowi znaczący czynnik ryzyka dla powstawania zaburzeń psychicznych, szczególnie tych związanych z lękiem, depresją oraz nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych.
8. Wskazana jest kontynuacja i rozwój działania Dziennych Domów Pobytu, czyli wyspecjalizowanych ośrodków zapewniających wsparcie dla osób z zespołami otępiennymi oraz ich rodzin. Coraz większy odsetek zróżnicowanych zaburzeń otępiennych staje się udziałem populacji seniorów. Konieczność udzielania tym osobom oraz ich bliskim kompleksowej pomocy zapewnianej przez ośrodki dzienne wydaje się szczególnie istotna.
9. Wobec wzrastających potrzeb w zakresie udzielania wyspecjalizowanego wsparcia różnym grupom z zaburzeniami psychicznymi wyraźna jest potrzeba intensyfikacji działalności szkoleniowej dla profesjonalistów realizujących tego rodzaju działania.

CZĘŚĆ V

CEL GŁÓWNY I CELE SZCZEGÓŁOWE ORAZ DZIAŁANIA PROGRAMU

Głównym celem Wojewódzkiego Programu Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2023–2027 (dalej: „Program”) jest poprawa dobrostanu tych osób poprzez zapewnienie dostępu do zróżnicowanych form pomocy i wsparcia oraz zapobieganie ich stygmatyzacji i wykluczeniu. Podjęte w tym celu działania będą realizowane w ramach procesu deinstytucjonalizacji i w oparciu o społeczność lokalne.

Odbiorcy:

Działania zaplanowane w Programie skierowane są do 3 głównych grup odbiorców:

- a) osób dorosłych
- b) dzieci i młodzieży
- c) osób starszych

z zaburzeniami psychicznymi, a także do członków ich rodzin, społeczności lokalnych oraz profesjonalistów zaangażowanych w zapewnienie pomocy i oparcia społecznego.

Cele szczegółowe:

Cel 1: Zintensyfikowanie działań profilaktycznych w zakresie oparcia społecznego dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży, oraz osób starszych z zaburzeniami psychicznymi

Cel 2: Zwiększenie dostępności i skuteczności form wsparcia dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży, oraz osób starszych z zaburzeniami psychicznymi

Cel 3: Podnoszenie kompetencji służb i przedstawicieli podmiotów realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży, oraz osób starszych z zaburzeniami psychicznymi

Realizacja:

Działania będą realizowane przez Samorząd Województwa Mazowieckiego poprzez zlecenie zadań publicznych organizacjom pozarządowym oraz działania własne.

Wskaźniki do działań:

Tabela 1. Działania i wskaźniki dla Celu szczegółowego 1: Zintensyfikowanie działań profilaktycznych w zakresie oparcia społecznego dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz osób starszych z zaburzeniami psychicznymi.

Działania	Wskaźniki	Wartość bazowa 2022	Wartość docelowa 2027	Źródło danych
Organizacja kampanii społeczno-informacyjnych dotyczących oparcia społecznego oraz destygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi	Liczba przeprowadzonych kampanii społeczno-informacyjnych	25	Liczba kampanii społecznych zrealizowanych do 2027 r. włącznie – minimum 30.	Sprawozdania od organizacji pozarządowych z realizacji zadań publicznych, dane własne MCPS

Tabela 2. Działania i wskaźniki dla Celu szczegółowego 2: Zwiększenie dostępności i skuteczności form wsparcia dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz osób starszych z zaburzeniami psychicznymi.

Działania	Wskaźniki	Wartość bazowa 2022	Wartość docelowa 2027	Źródło danych
Opracowanie materiałów informacyjnych z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi np. na temat możliwości uzyskania m.in. pomocy: psychologicznej, prawnej, socjalnej, zawodowej, rodzinnej itp.	Liczba wydanych materiałów informacyjnych	12	Liczba materiałów informacyjnych wydanych do 2027 r. włącznie – minimum 15	Sprawozdania od organizacji pozarządowych z realizacji zadań publicznych, dane własne MCPS
Realizacja zadań publicznych w ramach otwartych konkursów ofert oraz innych działań w zakresie pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Liczba realizowanych otwartych konkursów ofert Liczba udzielonych dotacji organizacjom pozarządowym	3 35	5 otwartych konkursów ofert do 2027 r. włącznie Udzielenie przynajmniej 50 dotacji do 2027 r. włącznie	Sprawozdania od organizacji pozarządowych z realizacji zadań publicznych, dane własne MCPS

Tabela 3. Działania i wskaźniki dla Celu szczegółowego 3: Podnoszenie kompetencji służb i przedstawicieli podmiotów realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz osób starszych z zaburzeniami psychicznymi.

Działania	Wskaźniki	Wartość bazowa 2022	Wartość docelowa 2027	Źródło danych
Organizacja konferencji, seminariów i szkoleń dla przedstawicieli instytucji realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Liczba zorganizowanych konferencji, seminariów.	2	Liczba zorganizowanych konferencji, seminariów – do 2027 r. włącznie minimum 5	Sprawozdania od organizacji pozarządowych z realizacji zadań publicznych, dane własne MCPS
	Liczba szkoleń dla przedstawicieli instytucji realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	7	Liczba zorganizowanych szkoleń – do 2027 r. włącznie minimum 10	

CZĘŚĆ V

FINANSOWANIE PROGRAMU

Program będzie realizowany głównie przy udziale środków własnych Samorządu Województwa Mazowieckiego. Źródłem współfinansowania zadań wynikających z Programu mogą być również inne źródła, takie jak dodatkowy wkład własny organizacji pozarządowych realizujących zadania publiczne w ramach otwartych konkursów ofert. Zakres działań uzależniony będzie od dostępności środków finansowych na ich realizację.

CZĘŚĆ VI

MONITORING PROGRAMU

Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi Województwa Mazowieckiego na lata 2023–2027 będzie podlegał okresowemu monitorowaniu. Raport z monitoringu poziomu realizacji wskaźników Programu będzie corocznie przedstawiany Zarządowi Województwa Mazowieckiego. Dane niezbędne do sporządzenia raportu z monitoringu będą wynikały z wewnętrznych sprawozdań Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej oraz sprawozdań od organizacji pozarządowych otrzymujących dotacje od Samorządu Województwa Mazowieckiego.

BIBLIOGRAFIA

1. Anthony W., Rogers E., Farkas M., Research on evidence – based practices: future directions in an era of recovery, “Community Mental Health Journal”, 2003, 39, 101-114.
2. Bakiera L., Czy dorastanie musi być trudne? Warszawa: Wydawnictwo Scholar 2009.
3. Bjorkman T., Hansson L., Shaw W., Patterson T., Semple S., Halpain M., Koch W., Harris J., Grant I., Jeste D., Use of Community Support Services by Middle-Aged and Older Patients With Psychotic Disorders, “Psychiatric Services”, 2000, 51, 506–512.
4. Bronowski P., Kaszyński H., Kryzys psychiczny, Warszawa: Difin 2020.
5. Bronowski P., Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie, Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej 2018.
6. Browne G., Courtney M., Schizophrenia housing and supportive relationships, “International Journal of Mental Health Nursing”, 2007, 16, 73–80.
7. Brzezińska A., Syska W., Ścieżki wkraczania w dorosłość, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza 2016.
8. Czabała J., Zdrowie psychiczne. Zagrożenie i promocja, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2012.
9. Czabała J., Zabłocka-Żytka L., Promocja zdrowia psychicznego. Od teorii do praktyki, Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej 2021.
10. Davidson L., Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia, New York: University Press 2003.
11. Dąbrowska P., Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży na podstawie rozmów w 116 111 – telefonie zaufania, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 2021, 20, 62-75.
12. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce „Dzieci się liczą 2017”, Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę 2017.
13. Główny Urząd Statystyczny, Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny 2018.
14. Główny Urząd Statystyczny, Sytuacja osób starszych w Polsce w roku 2020, Warszawa, Białystok: Główny Urząd Statystyczny 2021.
15. Gobi S., Worsening of Preexisting Psychiatric Conditions During the COVID-19 Pandemic, “Frontiers of Psychiatry”, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.581426> 2020.
16. Hryniewicz J., O sytuacji ludzi starszych, Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych 2012.

17. Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19. Raport z badania, Warszawa: SeniorHub Instytut Polityki Senioralnej 2021.
18. Kilian R., Lindenbach I., Löbig U., Uhle M., Angermeyer M.C., Self-perceived social integration and the use of day centers of persons with severe and persistent schizophrenia living in the community: a qualitative analysis, "Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology", 2001, 36, 545–552.
19. Kyle T, Dunn R., Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review, "Health Social Care Community", 2008, 16: 1-15.
20. Liberman P., Kopelowicz A., Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century, "International Review of Psychiatry", 2002, 14, 245–255.
21. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska”, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2012.
22. Moskalewicz J., Wciórka J., Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2021.
23. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Poznań: Terrmedia Wydawnictwa Medyczne 2012.
24. Nemani K., Li C., Olfson M. et al. Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19, "JAMA Psychiatry", 2021;78(4):380-386. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4442.
25. Najwyższa Izba Kontroli, Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży: Informacja o wynikach kontroli, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli 2017.
26. Najwyższa Izba Kontroli, Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży 2017-2019, Informacja o wynikach kontroli, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli 2020.
27. Rembowski J., Samotność, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1992.
28. Rzecznik Praw Obywatelskich, Sytuacja chorych na chorobę Alzheimera w Polsce, Warszawa: Raport RPO, Rzecznik Praw Obywatelskich 2016.
29. Sęk H., Cieślak R., Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne, w: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie (red.) H. Sęk., R. Cieślak, Warszawa: PWN 2006.
30. Sęk H., Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej, w: Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej (red.) Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A., Kraków: Wydawnictwo ALL 1997.
31. Steuden S., Psychologia starzenia się i starości, Warszawa: PWN 2011.
32. Urban B., Zachowania dewiacyjne młodzieży w interakcjach rówieśniczych, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2005.

33. WHO, Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions, Copenhagen: World Health Organization 2005.
34. WHO Leksykon terminów. Psychiatria i zdrowie psychiczne, Światowa Organizacja Zdrowia, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2001a.
35. WHO, Mental Health: New Understanding. New Hope. The Way Forward, World Health Organization (2001b).
36. WHO, WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs: Report on WHO Consultation, Geneva: World Health Organization 1998.
37. Główny Urząd Statystyczny, Zdrowie i ochrona zdrowia, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny 2020.

SPIS TABEL

Tabela 1. Działania i wskaźniki dla Celu szczegółowego 1: Zintensyfikowanie działań profilaktycznych w zakresie oparcia społecznego dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz osób starszych z zaburzeniami psychicznymi.	36
Tabela 2. Działania i wskaźniki dla Celu szczegółowego 2: Zwiększenie dostępności i skuteczności form wsparcia dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz osób starszych z zaburzeniami psychicznymi.	36
Tabela 3. Działania i wskaźniki dla Celu szczegółowego 3: Podnoszenie kompetencji służb i przedstawicieli podmiotów realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz osób starszych z zaburzeniami psychicznymi.	37