WOJEWÓDZKI PROGRAM
POMOCY I OPARCIA SPOŁECZNEGO
DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI
NA LATA 2018-2022

Mazowsze.
serce Polski

Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018-2022

Wydawca:
Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
Wydział ds. Wdrażania programów społecznych
ul. Nowogrodzka 62a
02-002 Warszawa
tel. 22 622 42 32
faks. 22 622 47 32
e-mail: mcps@mcps.com.pl
www.mcps.com.pl

ISSN 978-83-63332-62-4

Redakcja merytoryczna:
Elżbieta Bogucka
dr hab. Prof. Paweł Bronowski

Opracowanie tekstów:
Katarzyna Kucharska
Łukasz Wodowski
Renata Góral
Cezary Kowalski

Opracowanie graficzne, skład komputerowy i druk:
Drukarnia Biały Kruk Milewscy sp.j.
ul. Tygrysia 50, Sobolewo
15-509 Białystok
tel. 85 868 40 60
e-mail: drukarnia@bialykruk.com

Warszawa 2018
Nakład 1000 egzemplarzy

Publikacja została sfinansowana przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
jednostkę organizacyjną Samorządu Województwa Mazowieckiego

Publikacja do bezpłatnej dystrybucji

Spis treści

I. Diagnoza 5

II. Cele Programu 7

III. Odbiorcy programu 9

1. Osoby chorujące psychicznie 9

2. Dzieci i młodzież 16

3. Osoby w wieku senioralnym 22

IV. Finansowanie programu 31

V. Monitoring i wdrażanie 31

VI. Bibliografia 32

I. Diagnoza

Według Światowej Organizacji Zdrowia zaburzenia psychiczne to jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych zarówno z uwagi na ich rozpowszechnienie jak i znaczący wpływ na jakość życia[1]. Zaburzenia te w populacji polskiej występują również dość często. W badaniu epidemiologicznym EZOP przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie osób w wieku 18-65 lat stwierdzono występowanie co najmniej jednego zaburzenia psychicznego w ciągu całego okresu życia u 23,4% badanych. Można szacować, że w Polsce grupa ta liczy około 6 milionów osób. Co czwarta z nich doświadcza więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta trzech i więcej. Ta ostatnia grupa liczy w Polsce około ćwierć miliona osób. Częstość występowania poszczególnych zaburzeń jest zróżnicowana. U około 10% stwierdzono zaburzenia lękowe, u 3,5% nastroju (w tym u 3% depresję). Dużą grupę stanowią osoby z zaburzeniami psychicznymi związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (12,8%), szczególnie alkoholu. Stwierdzono również wzrost zagrożeń związanych z zamachami samobójczymi: co najmniej 0,7% badanych ma za sobą próbę samobójczą. Liczebność tej grupy można szacować w Polsce na 189 tysięcy osób. Na podstawie wyników uzyskanych w badaniu można również określić odsetek mieszkańców Mazowsza doświadczających zaburzeń psychicznych przynajmniej jeden raz w życiu na 21,4%[2].

Jednym z ważnych aspektów wpływających na skuteczność pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest zapewnienie im efektywnego oparcia społecznego. Jest ono czynnikiem niezwykle istotnym zarówno dla profilaktyki zaburzeń psychicznych jak i skutecznego wspierania osób, które ich doświadczają. Aby w pełni zrozumieć wpływ oparcia społecznego na zdrowie psychiczne należy wyjaśnić kluczowe pojęcia związane z tymi terminami.

Zdrowie psychiczne jest obecnie definiowane dość szeroko. Nie oznacza ono jedynie braku 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 danej wspólnoty[3]. Podobnie kompleksowo należy rozumieć proces odzyskiwania zdrowia w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie jest on związany jedynie z działaniami medycznymi, lecz polega również na wspieraniu osób chorujących w prowadzeniu wartościowego życia przy jednoczesnym dążeniu do wykorzystania ich pełnego potencjału. Można, więc uznać, że dostęp do kompleksowego oparcia społecznego jest czynnikiem niezwykle istotnym w kontekście zarówno utrzymywania zdrowia psychicznego jak i jego odzyskiwania. Szerokie rozumienie zdrowia psychicznego powoduje, że jednym z głównych celów działań podejmowanych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi jest poprawa ich jakości życia. Światowa Organizacja Zdrowia proponuje, aby pojęcie jakości życia ujmować kompleksowo i postrzegać w relacji do wielu aspektów funkcjonowania człowieka:

- **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 nań przede wszystkim poczucie własnej wartości, godności osobistej, poczucie docenienia przez otoczenie,

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

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

efektywności behawioralnej i poznawczej, samoakceptacja, poczucie bezpieczeństwa i przynależności.

- **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 życia[4].

Jak wynika z powyższych ustaleń, oparcie społeczne w znaczącym stopniu wpływa na jakość życia, również u osób z zaburzeniami psychicznymi. Szczególnie ważne wydają się 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 uczuciowe[5]. Sieci społeczne stanowią 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 chorujących psychicznie sieci społeczne często podlegają destrukcji, co skutkuje dotkliwym osamotnieniem.

Pojęcie sieci społecznych ściśle wiąże się z zagadnieniem uzyskiwanego wsparcia społecznego. Według Światowej Organizacji Zdrowia jest to określenie odnoszące się do szeregu interakcji, które zwiększają poczucie przynależności, bezpieczeństwa i własnej wartości[6]. 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:

- 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 trudności[7].

Opisując zagadnienia szczególnie ważne w kontekście oparcia społecznego, związanego z zaburzeniami psychicznymi należy również wspomnieć o programach promocji zdrowia psychicznego. W ich ramach zakłada się wspieranie aktywnego udziału jednostek i grup w podnoszeniu własnych kompetencji zdrowotnych po to, by skutecznie zaspokajać swoje potrzeby, sprostać wymaganiom otoczenia, osiągać cele indywidulane i społeczne, rozwijać swoje możliwości i polepszać jakość życia. Ważnym elementem utrzymania zdrowia psychicznego jest również udzielanie pomocy specjalistycznej osobom zagrożonym jego utratą[8]. Opiera się ona na działaniach międzydyscyplinarnych mających na celu tworzenie warunków zapewniających psychologiczne dobre samopoczucie osobom, grupom i społecznościom.

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

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

[6] WHO (2001b) Mental Health: New Understanding. New Hope. The Way Forward, World Health Organization.

[7] 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

[8] Czabała J. (2012) Zdrowie psychiczne. Zagrożenie i promocja, IPiN, Warszawa.

II. Cele Programu

Zapewnianie oparcia społecznego w kontekście zdrowia psychicznego jest ważnym celem znajdującym swoje odzwierciedlenie w dokumentach wyznaczających podstawowe kierunki polityki społecznej i zdrowotnej. Jednym ze szczególnie ważnych w tym kontekście jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. 2016, poz. 1492). Wyznacza on niezbędne obszary wsparcia zdrowia, również psychicznego. Jednym z jego podstawowych celów jest profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa. 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.

Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018-2022 w pełni mieści się również w Strategii Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 i odnosi się do zapisów dwóch obszarów działań w ramach regionalnych polityk publicznych:

- W Obszarze I – rekomenduje się poprawę dostępu do usług społecznych, w tym zdrowotnych dla osób długotrwale i ciężko chorych poprzez zwiększenie zakresu działań integracji społecznej ze społecznością lokalną, w tym osób w kryzysie psychicznym.
- W Obszarze II – rekomenduje się przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu osób i rodzin poprzez zwiększenie świadomości społeczności lokalnej o potrzebie inkluzji osób zagrożonych wykluczeniem, wykluczonych i wspieranie działań profilaktycznych prowadzonych przez publiczne i niepubliczne instytucje działające na rzecz włączenia społecznego i walki z ubóstwem również na rzecz osób doświadczających kryzysu psychicznego[9].

Kolejnym ważnym dokumentem określającym strategię w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. 2017, poz. 458). Cele Programu zostały sformułowane następująco:

- **Cel główny:** Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

  Cele szczegółowe:

  1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
  2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego
  3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi
  4. Skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy
  5. Udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom

- **Cel główny:** Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości a także zapobiegania ich dyskryminacji.

  Cele szczegółowe:

  1. Opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób

z zaburzeniami psychicznymi w mediach.

2. Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018-2022 został sformułowany w sposób umożliwiający wykorzystanie i rozwinięcie dotychczasowych działań prowadzonych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego. Jego celem głównym jest poprawa dobrostanu psychicznego mieszkańców Mazowsza ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do zróżnicowanych form oparcia i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zapobiegania ich stygmatyzacji. Działania będą koncentrowały się na trzech grupach odbiorców: osobach chorujących psychicznie, dzieciach i młodzieży oraz seniorach. Grupy te są szczególnie narażone na występowanie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym i wymagają zaoferowania im dostosowanych do ich specyficznych potrzeb efektywnych programów oparcia.

- **Cel główny:** Poprawa dobrostanu psychicznego mieszkańców Mazowsza ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do zróżnicowanych form oparcia i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zapobiegania ich stygmatyzacji.

Odbiorcy:

1. Osoby chorujące psychicznie.
2. Dzieci i młodzież.
3. Seniorzy.

III. Odbiorcy programu

1. Osoby chorujące psychicznie

Jedną z grup przejawiającą szczególne trudności w dostępie do wsparcia społecznego są osoby chorujące psychicznie. W kontekście ich potrzeb i przejawianych problemów można uznać, że efektywne programy oparcia społecznego powinny koncentrować się na wzmacnianiu osób z zaburzeniami psychicznymi w optymalnym funkcjonowaniu w społecznościach lokalnych. Nakierowanie działań na poprawę jakości życia i wzmocnienie podmiotowości daje realną szansę na przełamanie osamotnienia i marginalizacji. Pozwala zarazem na odrzucenie wciąż popularnego w Polsce stereotypu osoby chorującej psychicznie jako całkowicie niesamodzielnej, pozbawionej szans na ułożenie sobie życia, zdobycie pracy i posiadanie przyjaciół.

Podstawą programów oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie na Mazowszu jest środowiskowy model pomocy. Jednym z podstawowych celów podejmowanych działań jest praca nad poprawą ich jakości życia. Programy oparcia powinny więc wspierać osoby chorujące w osiąganiu samodzielności. Za skuteczny instrument należy uznać umacnianie w satysfakcjonującym funkcjonowaniu, rolach społecznych i niezależności. Prowadzone działania powinny być nakierowane na przeciwdziałanie osamotnieniu. Indywidulane sieci społeczne osób chorujących psychicznie często stają się nieliczne i niewydolne. Do osamotnienia przyczynia się również zjawisko stygmatyzacji. Wywołuje ono niechętne wobec chorych postawy społeczne oraz tendencje do wykluczania z pełnienia ról społecznych i ze społeczności.

Efektywna pomoc dla osób chorujących psychicznie powinna bazować na dwóch, kluczowych elementach: wspieraniu procesu zdrowienia i umacnianiu. Pojęcie „proces zdrowienia" powstało w opozycji do utrzymującego się przez wiele lat wśród profesjonalistów i w świadomości społecznej, przekonania, że z chorób psychicznych nie można wyzdrowieć i należy się spodziewać jedynie pogarszania funkcjonowania osób na nie chorujących. Zdrowienie w chorobach psychicznych nie jest prostym rezultatem leczenia farmakologicznego, nie polega na powrocie do stanu sprzed zachorowania. Jest natomiast długotrwałym procesem obejmującym wiele małych kroków stawianych w różnych aktywnościach życiowych. „Zdrowienie" należy więc rozumieć jako proces, w którym chorzy odzyskują zdolność 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 choroby utrzymują się, czy też nie[10]. Powrót do zdrowia jest więc osobistym procesem zmiany postaw, wartości i ról. Umożliwia prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei życia, pomimo ograniczeń spowodowanych chorobą[11].

Upodmiotowienie osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wzmacnianie ich funkcjonowania to podstawa nowoczesnych programów oparcia. 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 tkwiących w osobie chorującej.

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

[9] MCPS (2014) Strategia Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Warszawa.

[10] Jacobson N., Greenley D. (2001) What is recovery? A conceptual model and explication, Psychiatric Services, 52, 482-485.

życiem i samorealizację. Ma również kontekst społeczny (związany z instytucjami i programami) i w tym ujęciu odnosi się do niwelowania barier w osiąganiu celów życiowych oraz do wspomagania nieformalnych lub formalnych sieci społecznych. W obu przypadkach efektem umacniania ma być uzyskanie autonomii i odpowiedzialności. Umacnianie 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 wykluczeniu[12].

W kontekście wzmacniania procesu zdrowienia należy podkreślić również znaczenie działań adresowanych do członków rodzin osób chorujących psychicznie, dla których dostęp do oparcia społecznego jest niezwykle ważny. Może być on zapewniony poprzez grupy wsparcia, programy psychoedukacyjne oraz interwencje poprawiające komunikację wewnątrz rodziny.

Należy podkreślić, że zjawiskiem, które w znacznym stopniu wpływa na sytuację osób chorujących psychicznie jest ich stygmatyzacja. Jest to grupa szczególnie narażona na wrogie postawy społeczne i napiętnowanie. Negatywne konsekwencje stygmatyzacji polegają z jednej strony na odczuwaniu przez chorych 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. Programy destygmatyzacyjne mają na celu zniwelowanie piętna choroby psychicznej poprzez zmianę postaw społecznych i doprowadzenie do tego, aby osoby chorujące 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 Zdrowia[13] przełamywanie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie stanowi jedno z ważniejszych zadań wspomagających proces zdrowienia.

W kontekście stygmatyzacji warto wspomnieć o poważnym niebezpieczeństwie jakim jest trwałe umieszczenie osoby z zaburzeniami psychicznymi w gorsecie jakim jest rola „wiecznego pacjenta", od którego nic nie zależy, który jest tylko biernym odbiorcą zabiegów medycznych. Traci podmiotowość i możliwość przejmowania kontroli nad własnym życiem. Do utrwalenia się takiego podejścia przyczyniło się popularne przez wiele lat przekonanie o tym, że choroby psychiczne są nieuleczalne.

Innym dotkliwym problemem z jakim muszą często radzić sobie osoby chorujące psychicznie 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 pustkę[14]. Odczuwanie samotności bywa dokuczliwe i często wywołuje cierpienie tak silne, że osoby dotknięte nią czują się głęboko nieszczęśliwe.

W samotności podobnie jak w depresji dominuje uczucie smutku i wewnętrznej pustki. W relacjach osób chorujących psychicznie, poczucie samotności jest bardzo trudnym do zniesienia uczuciem odseparowania. Według Haliny Sęk[15], osamotnienie oraz brak wsparcia ze strony innych obniżają odporność psychiczną i fizyczną jednostki, tym samym poważnie utrudniając jej radzenie sobie, zwłaszcza w sytuacjach trudnych.

W przypadku osób chorujących psychicznie poczucie samotności pojawia się szczególnie często. Jest to związane z występującą w tej grupie destrukcją indywidualnych sieci społecznych. Zwykle sieć społeczna redukuje się drastycznie już po zachorowaniu, a po latach może zmniejszyć się do zaledwie kilku osób. Ich związki interpersonalne są ubogie i ambiwalentne, osoba chorująca najczęściej jest wyłącznie biorcą wsparcia. W miarę trwania choroby w sieci wsparcia pozostaje jedynie najbliższa rodzina. Liczba osób w otoczeniu chorych zaczyna spadać zwykle już od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Później zmniejsza się nie tylko liczba, ale również jakość związków[16].

[11] 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.

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

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

[14] Rembowski J. (1992), Samotność, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.

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

Programy oparcia dla osób chorujących psychicznie

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

- **Środowiskowe Domy Samopomocy**. Dzienne 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 chorych w ich funkcjonowaniu społecznym oraz zapobieganiu hospitalizacji.
- **Ośrodki Wsparcia**. Dzienne 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**. Dzienne 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.
- **Warszawski Dom pod Fontanną**. Należy on do sieci wywodzących się z USA ośrodków dziennych oferujących programy rehabilitacji społecznej i oparcia. Działania zorientowane na aktywizację społeczną i wsparcie w podjęciu zatrudnienia. Opiera swój program na umacnianiu, angażowaniu do podejmowania decyzji i współdecydowania o działalności placówki, unikając paternalizmu i dyrektywności. Odwołuje się do wzmacniania zdolności do uzyskania zatrudnienia jako podstawy samodzielności.
- **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**. Program adresowany 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. Warunki stwarzane w mieszkaniach chronionych mają za zadanie przygotować osoby w nim mieszkające do prowadzenia samodzielnego życia oraz ułatwić integrację społeczną.
- **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 zatrudnienie[17].

Wymienione powyżej programy i usługi są w znacznym stopniu zróżnicowane, zarówno pod kątem intensywności jak i czasu trwania. Wybór określonego programu zależy od potrzeb jak i od możliwości osoby chorującej. Dlatego niezwykle ważna jest wstępna diagnoza psychospołeczna osoby, która poszukuje wsparcia.

Programy środowiskowe można podzielić na dwie grupy pod względem ich celów operacyjnych. Pierwsze są nakierowane na podtrzymanie bieżącego funkcjonowania i zapobieganie hospitalizacji. Są niezbyt intensywne w sposobie realizacji i ostrożnie dozujące aktywizację społeczną. Należą do nich Środowiskowe Domy Samopomocy, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze i Kluby. Drugie to działania nastawione na większą intensywność oddziaływań i silniejszą aktywizację. Należą do nich Warsztaty Terapii Zajęciowej, Dom pod Fontanną, Mieszkania Chronione (treningowe) oraz Programy Aktywizacji

[16] Bronowski P., Załuska M., (2005) Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorujących psychicznie, Psychiatria Polska, 2, 345-356

[17] Bronowski P. (2012) Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie, APS, Warszawa.

Zawodowej.

Warto zaznaczyć, iż badania dotyczące efektywności systemów wsparcia środowiskowego wykazały, że chorujące na schizofrenię osoby, uczestniczące w nich, dysponują liczniejszymi sieciami społecznymi, lepszym poziomem funkcjonowania społecznego oraz wyższym deklarowanym poziomem jakości życia w porównaniu z chorymi, którzy w takich programach nie uczestniczyli[18].

W kontekście skutecznych działań zwiększających oparcie należy wspomnieć również o grupach samopomocowych osób chorujących psychicznie. Są to nieformalne grupy nastawione przede wszystkim na udzielanie wsparcia emocjonalnego oraz dzielenie się swoimi doświadczeniami w przebiegu procesu zdrowienia. Członkowie tych grup angażują się zwykle w działania destygmatyzacyjne nastawione na zmianę wizerunku osób chorujących psychicznie i ochronę praw człowieka w odniesieniu do pacjentów psychiatrycznych.

Ruch samopomocowy w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych odgrywa znaczącą rolę, w Polsce nadal znajduje się na wstępnych stadiach rozwoju. Ważne jest aby wspierać jego organizowanie i wspomagać obecną działalność.

Należy wspomnieć również o tym, iż skuteczną metodą poprawy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi są programy wspierania zatrudnienia. Posiadanie zatrudnienia jest istotne dla poczucia satysfakcji życiowej i samodzielności. Mimo tego, że większość osób chorujących deklaruje chęć podjęcia pracy, niewielki odsetek wśród nich pracuje. Dlatego też, programy chronionego zatrudnienia wydają się szczególnie ważne. Obejmują one pomoc w wyszukiwaniu pracy, ocenę potrzeb i możliwości oraz wsparcie w jej utrzymaniu. Badania nad skutecznością tego rodzaju oddziaływań wykazały, że są one efektywne w zapewnianiu zatrudnienia, wpływając pozytywnie na ogólny poziom funkcjonowania i proces zdrowienia[19]. Zakłada się aktywną współpracę wielu podmiotów w celu realizacji zadań określonych w Wojewódzkim Programie Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018-2022, w tym min. z Wydziałem Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego. Wykonawcami działań mogą być: samorządy terytorialne, podmioty lecznicze, zakłady pracy i pracodawcy, organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, a także inne instytucje organizujące i zapewniające różne formy wsparcia i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Harmonogram, cele i działania – obszar osoby chorujące psychicznie

Grupa odbiorców

- **Osoby chorujące psychicznie, członkowie rodzin, społeczności lokalne oraz profesjonaliści zaangażowani w zapewnienie oparcia społecznego**

Cel główny

- **Poprawa jakości życia, poziomu funkcjonowania społecznego oraz integracji ze społecznością lokalną osób chorujących psychicznie**

Dziedzina: Profilaktyka i edukacja społeczna

Cel szczegółowy: **Zintensyfikowanie działań profilaktycznych w zakresie oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

[18] Tamże.

[19] Mueser K., Salyers M., Mueser P.(2001) A prospective analysis of work in schizophrenia, Schizophr Bull, 27, 281-96.

Tabela 1. Działania w dziedzinie „Profilaktyka i edukacja społeczna” w obszarze osób chorujących psychicznie.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Poszerzenie wiedzy mieszkańców województwa mazowieckiego, w tym zainteresowanych służb na temat zdrowia psychicznego na terenie Mazowsza.	Opracowanie diagnozy dotyczącej zdrowia psychicznego na terenie województwa mazowieckiego.	Liczba opracowanych diagnoz.	1 w roku, od roku 2019.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.
Podniesienie poziomu wiedzy i świadomości na temat zjawiska chorób psychicznych i ich skutków, zmiany postrzegania tych osób przez społeczeństwo.	Prowadzenie regionalnych kampanii społecznych, które: ■ Promują powstawanie programów zapobiegania stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi i zmiany niechętnych wobec nich postaw; ■ Podnoszą wiedzę społeczeństwa na temat zachorowań na choroby psychiczne i ich skutków oraz kształtują właściwe zachowania w stosunku do osób chorujących; ■ Wzmacniają integrację osób chorujących psychicznie ze społecznościami lokalnymi.	Liczba przeprowadzonych kampanii informacyjno-edukacyjnych na rzecz oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Co najmniej 6 kampanii informacyjno-edukacyjnych w roku.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.

Dziedzina: Pomoc i oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Cel szczegółowy: Zwiększenie dostępności i skuteczności dostępnych form wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Tabela 2. Działania w dziedzinie „Pomoc i oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi” w obszarze osób chorujących psychicznie.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Upowszechnienie informacji na temat dostępnych form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi na ternie województwa mazowieckiego.	Upowszechnienie informacji na temat możliwości uzyskania m.in. pomocy: psychologicznej, prawnej, socjalnej, zawodowej, rodzinnej, medycznej.	Liczba opracowanych i upowszechnianych materiałów informacyjnych	1 publikacja w roku.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Udzielanie pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Wsparcie działalności istniejących form pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym wsparcie m.in. poradnictwa psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego. Zwiększenie aktywności funkcjonujących grup wsparcia, grup samopomocowych, lokalnych koalicji na rzecz wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, punktów konsultacyjnych.	Liczba dotacji dla organizacji pozarządowych na wsparcie działalności form pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Od 2018r. 8 dotacji dla organizacji	Samorząd województwa mazowieckiego; organizacje pozarządowe.
Udzielanie pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Tworzenie i zwiększanie zakresu działania oraz dostępności do lokalnych telefonów wsparcia lub informacyjnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Liczba podmiotów organizujących i prowadzących wsparcie i poradnictwo dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Rocznie 2. Od roku 2019.	Jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe.

Dziedzina: Podnoszenie kompetencji służb i przedstawicieli podmiotów realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Cel szczegółowy: Wyznaczanie kierunków działań dla podmiotów i instytucji zajmujących się pomocą i oparciem społecznym dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Tabela 3. Działania w dziedzinie „Podnoszenie kompetencji służb i przedstawicieli podmiotów realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi" w obszarze osób chorujących psychicznie.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Podejmowanie działań zmierzających do nawiązania i wzmocnienia współpracy pomiędzy instytucjami realizującymi zadania z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez m.in. konferencje, szkolenia lub seminaria.	Wsparcie ruchów samopomocowych osób chorujących psychicznie poprzez zapewnianie im przestrzeni i możliwości działania oraz dostępu do programów szkoleniowych wzmacniających kompetencje ich członków oraz propagowanie ich działalności. Promowanie i wspieranie konsultacji, grup wsparcia i programów psychoedukacji dla członków rodzin osób chorujących.	Liczba konferencji, seminariów, szkoleń z udziałem przedstawicieli instytucji realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	2 działania rocznie.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Zwiększenie poziomu kompetencji przedstawicieli instytucji i podmiotów realizujących zadania z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Wspieranie programów szkoleniowych dla profesjonalistów pracujących z osobami chorymi psychicznie w ramach oparcia.	Liczba konferencji, seminariów, szkoleń z udziałem przedstawicieli instytucji realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	2 działania rocznie.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.

2. Dzieci i młodzież

Kolejną grupą wymagającą zapewnienia dostępu do oparcia społecznego w kontekście zdrowia psychicznego 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. Kontekst społeczny, w jakim dziecko rozwija się, nie pozostaje obojętny dla jego funkcjonowania, można uznać, że stanowi podstawę jego zdrowia psychicznego. Relacje dzieci – dorośli, należy więc brać pod uwagę podczas planowania programów zapewniających wsparcie.

Bez wątpienia duże znaczenie w rozwoju zaburzeń psychicznych u dzieci mają również czynniki biologiczne i zaburzenia więzi, które zależą od przebiegu ciąży i porodu oraz opieki w pierwszych miesiącach życia. W związku z powyższym należy zwrócić uwagę na działania profilaktyczne dotyczące kobiet ciężarnych w środowiskach ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych u niemowląt i małych dzieci (matki nadużywające substancji psychoaktywnych, matki nastoletnie itp.) oraz dalszą pomoc w kształtowaniu prawidłowych postaw macierzyńskich po urodzeniu dziecka.

Warto zaznaczyć, że obecne realia społeczne, mimo wzrastającego poziomu życia, niosą ze sobą wiele zagrożeń, szczególnie dla dzieci i młodych ludzi. Wiąże się to między innymi z coraz większą presją na poprawę pozycji materialnej rodzin i ich statusu społecznego. Może to skutkować deprywacją podstawowych więzi pomiędzy rodzicami a dziećmi. W wielu przypadkach rodzice koncentrują się na zapewnieniu jak najlepszych warunków ekonomicznych pomijając zasoby, które z punktu widzenia harmonijnego rozwoju dziecka są najbardziej potrzebne, czyli: miłości, obecności i poświęcanego im czasu. W konsekwencji często kompensują braki w pełnej relacji z dziećmi dobrami materialnymi. Dotyczy to szczególnie młodzieży coraz częściej pozbawionej opieki rodzicielskiej i spędzającej czas głównie przy grach komputerowych i portalach społecznościowych. Osoby w wieku dojrzewania często w trakcie poszukiwania tożsamości i dróg rozwojowych napotykają na wiele problemów, które wobec braku wsparcia emocjonalnego ze strony rodziców mogą skutkować sytuacjami kryzysowymi[20 21].

Najczęstsze trudności, z którymi obecnie borykają się młodzi ludzie to problemy w relacjach rodzinnych (np. rozwodzący się rodzice), przemoc w rodzinie lub szkole, trudności we wchodzeniu w relacje interpersonalne i brak akceptacji w grupie. Ich efektem mogą być różnego rodzaju problemy ze zdrowiem psychicznym przejawiające się poprzez: nadużywanie substancji psychoaktywnych, samookaleczenia lub zaburzenia lękowe. Mogą przyjmować również formę zachowań eksternalizacyjnych związanych z agresją i destruktywnością. Są one związane z wysokim ryzykiem negatywnych konsekwencji dla zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki, jak również dla jej otoczenia społecznego[22 23].

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 wchodzą: rodzina, szkoła, grupy rówieśnicze, instytucje oraz podmioty świadczące usługi na rzecz społeczności lokalnej.

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. Ponad 40%. dzieci i młodzieży przejawia trudności w zakresie emocji, zachowania oraz funkcjonowania społecznego[24].

Obecnie Polska znajduje się na drugim miejscu w Europie pod względem liczby samobójstw nieletnich. W roku 2014 doszło do 224 prób samobójczych osób poniżej 19 roku życia zakończonych śmiercią (statystyka nie obejmuje osób odratowanych). Według danych Komendy Głównej Policji w latach 2011-2016 liczba prób samobójczych wzrosła z 248 do 475[25].

[20] Bakiera, L. (2009). Czy dorastanie musi być trudne? Wydawnictwo Scholar Warszawa.

[21] Schaffer, H.R. (2005) Psychologia dziecka, PWN, Warszawa.

[22] Bakiera, L. (2009). Czy dorastanie musi być trudne? Wydawnictwo Scholar Warszawa.

[23] Urban B. (2005). Zachowania dewiacyjne młodzieży w interakcjach rówieśniczych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

[24] Minahan, J., Rappaport, N. (2014). Kod zachowania. Jak rozszyfrować i zmienić najtrudniejsze zachowania, Wyd. Fraszka Edukacyjna, Warszawa.

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

W raporcie Najwyższej Izby Kontroli wskazano, iż w latach 2014-2016 dzieciom w Polsce nie zapewniono wystarczającej opieki psychologiczno-pedagogicznej[26]. Źródeł problemów ze zdrowiem psychicznym można więc 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 doświadczyły[27].

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 domowa[28].

Niepokojące sygnały w zakresie potencjalnych zagrożeń dla zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży mogą być obserwowane:

- w funkcjonowaniu w rodzinie (wycofanie się z życia w rodzinie, zmiany w dotychczasowej rutynie snu lub jedzenia, brak energii i motywacji, niepokój, wewnętrzne rozbicie, brak poczucia sensu życia, nadmierne nieposłuszeństwo lub agresja, ucieczka w świat wirtualny);
- w kontaktach z rówieśnikami (rzadsze spotykanie się z przyjaciółmi lub ich unikanie lub/i niezdolność do życia w zgodzie z rówieśnikami);
- w środowisku szkolnym (znaczące pogorszenie w nauce szkolnej, bądź wycofanie się z życia szkolnego, niechęć do chodzenia do szkoły i brania udziału w codziennych zajęciach).

Za szczególnie często występujące problemy okresu adolescencji uważa się zaburzenia zachowania i emocji w postaci np. powtarzających się, trwałych epizodów przekraczania norm społecznych odpowiednich dla danego wieku, nasilających się zachowań agresywnych, częstych wybuchów gniewu i złości, zachowań autoagresywnych, nadużywania środków psychoaktywnych oraz labilności emocjonalnej. Ich przyczyny należy rozpatrywać w szerokim kontekście środowiska rodzinnego i rówieśniczego. Wyniki badań nad przyczynami zachowań agresywnych dzieci i młodzieży wskazują na znaczenie struktury rodziny (rodzina pełna lub rodzice samotnie wychowujący dziecko) oraz na niewłaściwe postawy rodzicielskie, w tym przemoc. Przemoc w rodzinie to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny. Za działania o decydującym znaczeniu w kontekście prewencji uznaje się zatem pomoc rodzicom w doskonaleniu umiejętności wychowawczych i psychoedukację w środowisku szkolnym.

Kolejnym częstym zaburzeniem obserwowanym zarówno wśród młodzieży, jak i u młodszych dzieci są zaburzenia lękowe. Przejawiają się one poprzez nadmierne martwienie się, reagowanie nasilonym lękiem, napadami paniki, unikaniem sytuacji potencjalnie trudnych (np. związanych ze szkołą), zaburzenia snu oraz objawy somatyczne, (np. bóle głowy, brzucha). Wiedza na temat zaburzeń lękowych wśród rodziców oraz pedagogów jest stosunkowo niewielka. Konieczne jest zatem ich wsparcie edukacyjne w tym zakresie.

Brak wystarczającej wiedzy dotyczy również zaburzeń depresyjnych. Jest to jedno z najczęściej występujących zaburzeń zdrowia psychicznego u młodzieży. W tej populacji pojawia się ono u od 0,4–8,3% młodzieży (w wypadku dziewcząt może to być nawet 10%)[29]. Zaburzenia depresyjne mogą przejawiać się obniżeniem lub wahaniami nastroju, negatywizmem, unikaniem kontaktów z rodziną i rówieśnikami. Mogą wystąpić również myśli samobójcze, obniżone poczucie własnej wartości. Poza szybką diagnozą i oddziaływaniem terapeutycznym istotne jest również poszerzanie wiedzy na temat specyfiki depresji zarówno wśród nauczycieli, jak i rodziców.

Poważnymi zagrożeniami dla zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży są również zaburzenia jedzenia - objawiające się m.in. anoreksją, bulimią, kompulsywnym objadaniem się. Zaburzenia odżywiania (zmiany apetytu: odmowa jedzenia, objadanie się, częste wymioty, nagła zmiana wagi ciała) powodują problemy w szkole, a te z kolei nasilają trudności adaptacyjne i prowadzą do budowania negatywnego obrazu własnej osoby. Można temu przeciwdziałać, jak również pomagać w radzeniu sobie z tego rodzaju sytuacjami poprzez zapewnienie dostępu do programu oparcia dla osób z problemami odżywiania w szkołach.

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

[26] NIK (2017), Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży, Informacja o wynikach kontroli, Warszawa.

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

[28] Brzezińska, Syska (2016). Ścieżki wkraczania w dorosłość, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań

[29] Radziwiłłowicz, W., Sumiło, A. (2006). Psychopatologia okresu dorastania, Wydawnictwo Impuls, Kraków.

potencjału musi opierać się o działania szkoleniowe i psychoedukacyjne, wyposażające dorosłych w niezbędne kompetencje wychowawcze. Poza naturalnymi źródłami wsparcia w skład systemu wchodzą również organizacje pozarządowe, stowarzyszenia, organizacje religijne i inne wspólnoty. Szczególne znaczenie w zakresie udzielania skutecznego wsparcia mają grupy samopomocowe.

Harmonogram, cele i dziaania – obszar dzieci i młodzie

Grupa odbiorców

- **Dzieci i młodzież, członkowie ich rodzin, społeczności lokalne oraz profesjonaliści zaangażowani w zapewnianie oparcia społecznego**

Cel główny

- **Poprawa jakości życia, poziomu funkcjonowania społecznego oraz integracji ze społecznością lokalną dzieci i młodzieży**

Dziedzina: Profilaktyka i edukacja społeczna

Cel szczegółowy: Zintensyfikowanie działań profilaktycznych w zakresie oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Tabela 4. Działania w dziedzinie „Profilaktyka i edukacja społeczna" w obszarze dzieci i młodzieży.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Podniesienie poziomu wiedzy i świadomości na temat zjawiska chorób psychicznych wśród dzieci i młodzieży i ich skutków, zmiany postrzegania tych osób przez społeczeństwo.	Prowadzenie regionalnych kampanii społecznych, które: ■ Promują zapobieganie stygmatyzacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i zmiany niechętnych wobec nich postaw w szczególności w grupach rówieśniczych; ■ Podnoszą wiedzę społeczeństwa na temat zachorowań na choroby psychiczne wśród dzieci i młodzieży i ich skutków; ■ Zwracają uwagę na profilaktykę kobiet ciężarnych w środowiskach ryzyka (matki nadużywające substancji psychoaktywnych, nastoletnie matki itp.), rozwoju zaburzeń psychicznych u niemowląt i małych dzieci; ■ Wzmocnienie integracji dzieci i młodzieży chorujących psychicznie ze społecznościami lokalnymi.	Liczba przeprowadzonych kampanii informacyjno-edukacyjnych na rzecz oparcia społecznego dla dzieci i młodzieży chorujących psychicznie.	Co najmniej 6 kampanii informacyjno-edukacyjnych w roku.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.

Dziedzina: Pomoc i oparcie społeczne dla dzieci i młodzieży chorujących psychicznie

Cel szczegółowy: Zwiększenie dostępności i skuteczności dostępnych form wsparcia dla dzieci i młodzieży chorujących psychicznie.

Tabela 5. Działania w dziedzinie „Pomoc i oparcie społeczne dla dzieci i młodzieży chorujących psychicznie" w obszarze dzieci i młodzieży.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Upowszechnienie informacji na temat dostępnych form wsparcia dla dzieci i młodzieży chorujących psychicznie na ternie województwa mazowieckiego.	Upowszechnienie informacji na temat możliwości uzyskania m.in. pomocy: psychologicznej, prawnej, socjalnej, zawodowej, rodzinnej, medycznej.	Liczba opracowanych i upowszechnianych materiałów informacyjnych.	Od roku 2019, 1 publikacja w roku.	Samorząd województwa mazowieckiego.
Udzielanie pomocy i oparcia społecznego dla dzieci i młodzieży chorujących psychicznie.	Wspieranie, rozwój i powstawanie nowych form działalności pomocy i oparcia społecznego dzieci i młodzieży chorujących psychicznie, w tym wsparcie m.in.: ■ Inicjowanie i wsparcie powstawania punktów konsultacyjnych dla rodzin zagrożonych przemocą i wykluczeniem; ■ Organizacja zajęć dla dzieci i poradnictwo dla rodzin wymagających wsparcia (upowszechnienie pedagogiki ulicznej, pomoc socjoterapeutyczna i wsparcie rozwoju dzieci i młodzieży - priorytetowo w obszarach wiejskich i obszarach zagrożeń); ■ Grupowe warsztaty dla rodziców dzieci przedszkolnych i szkolnych dotyczące zapobieganiu zachowaniom problemowym okresu dzieciństwa i dorastania ■ Zwiększenie dostępności efektywnego poradnictwa specjalistycznego wspierającego rodziny w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej; ■ Podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego aktywnego życia młodzieży z zaburzeniami psychicznymi; ■ Działania aktywizujące dzieci i młodzież w obszarach pozaszkolnych (m.in. szkolenia wychowawców podwórkowych); ■ Wsparcie działań interwencyjnych i zapewnienie pomocy rodzinom dysfunkcjonalnym (poradnictwo specjalistyczne, wsparcie psychologiczne, ułatwienie dostępu	Liczba dotacji dla organizacji pozarządowych na wsparcie działalności form pomocy i oparcia społecznego dla dzieci i młodzieży chorujących psychicznie.	Od 2018 r. 5 dotacji dla organizacji pozarządowych.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.

	do edukacji i kultury, koordynowanie działań innych służb na rzecz rodzin podopiecznych); ■ Wspieranie działalności specjalistycznych grup wsparcia i samopomocowych dla ofiar przemocy w rodzinie; ■ Zapewnienie dzieciom i młodzieży z głębokim stopniem niepełnosprawności intelektualnej dostępu do zajęć rewalidacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych: ■ Doskonalenie umiejętności wychowawczych rodziców (szkolenia i coaching rodzicielski, spotkania edukacyjne dla rodziców w żłobkach, przedszkolach i szkołach).			
Udzielanie pomocy i oparcia społecznego dla osób, dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.	Inicjowanie i wspieranie funkcjonowania telefonów zaufania i grup wsparcia dla dzieci i młodzieży w kryzysie (samookaleczających się, będących w zagrożeniu suicydalnym, z zaburzeniami depresyjnymi).	Liczba dotacji dla podmiotów organizujących i prowadzących wsparcie i poradnictwo dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, organizacje pozarządowe.	Od 2019 r. 1 dotacja rocznie	Jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe.

Dziedzina: Podnoszenie kompetencji służb i przedstawicieli podmiotów realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi

Cel szczegółowy: Wyznaczanie kierunków działań dla podmiotów i instytucji zajmujących się pomocą i oparciem społecznym dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi

Tabela 6. Działania w dziedzinie „Podnoszenie kompetencji służb i przedstawicieli podmiotów realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi" w obszarze dzieci i młodzieży.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Podejmowanie działań zmierzających do nawiązania i wzmocnienia współpracy pomiędzy instytucjami realizującymi zadania z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.	■ Promowanie i wspieranie ruchów samopomocowych, konsultacji, grup wsparcia i programów psychoedukacji dla dzieci i młodzieży chorującej psychicznie; ■ Wspieranie powstawania placówek wsparcia dziennego w formie środowiskowych świetlic socjoterapeutycznych.	Liczba konferencji, seminariów, szkoleń z udziałem przedstawicieli instytucji realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.	1 działanie rocznie.	Samorząd województwa, organizacje pozarządowe.

Zwiększenie poziomu kompetencji przedstawicieli instytucji i podmiotów realizujących zadania z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.	Wspieranie programów szkoleniowych dla profesjonalistów pracujących z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi w ramach oparcia m. in.: ■ Szkolenie personelu instytucji opiekuńczych do prowadzenia psychoedukacji; ■ Szkolenia psychologów szkolnych w zakresie procedur postepowania w przypadku podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie (procedury związane z „Niebieską Kartą", praca z uczniem doświadczającym przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej; rozpoznawanie zaburzeń będących efektem takich nadużyć); ■ Szkolenie i superwizje pracowników instytucji pomocowych (w tym m.in. Ośrodków Pomocy Społecznej oraz Ośrodków Interwencji Kryzysowej); ■ Szkolenie wychowawców i nauczycieli z zakresu rozpoznawania trudności ucznia oraz metod pracy z uczniem je przejawiającym; ■ Specjalistyczne szkolenia psychologów szkolnych i wychowawców w zakresie zapobiegania i rozpoznawania zachowań problemowych u dzieci i młodzieży.	Liczba konferencji, seminariów, szkoleń z udziałem przedstawicieli instytucji realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.	Od 2019 r. 1 działanie rocznie.	Samorząd województwa, organizacje pozarządowe.

3. Osoby w wieku senioralnym

Polska od wielu lat plasuje się w pierwszej trzydziestce krajów demograficznie starych. Liczba osób, które przekroczyły 60 rok życia w Polsce systematycznie rośnie. Obecnie stanowią one około 23% populacji ogólnej. Według prognoz demograficznych w roku 2035 odsetek ten będzie wynosił już 30%. W 2001 roku było w Polsce ok. 5,6 mln osób w wieku poprodukcyjnym. Z prognoz demograficznych GUS wynika, że liczba ta zwiększy się do 9,6 mln w roku 2030. Obecnie najliczniej w grupie seniorów reprezentowane są osoby w przedziale wiekowym 60-64 lata (30%). Wśród osób starszych dominują kobiety stanowiące 59% tej populacji[30].

Według Światowej Organizacji Zdrowia starość rozpoczyna się w 60. roku życia. Wyodrębnia się trzy jej okresy: wczesną starość (60-74 lata), późną starość (75 do 89 lat) oraz długowieczność (powyżej 90 lat). W tym ujęciu uwzględnia się przede wszystkim sprawność psychofizyczną, nie oznacza to jednak, że u poszczególnych osób należących do wyodrębnionych przedziałów wiekowych tempo dokonujących się zmian jest podobne. Generalnie można uznać, że w okresie wczesnej starości większość osób zachowuje sprawność fizyczną, psychiczną i jest samodzielna, natomiast w okresie późnej starości u większości osób obserwuje się ograniczenie sprawności psychofizycznej, wzrasta potrzeba korzystania z pomocy medycznej oraz wsparcia innych osób w wykonywaniu codziennych czynności.

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, 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.

Starzenie nie musi łączyć się jedynie z obniżeniem sprawności psychicznej i fizycznej oraz z wycofywaniem się z ról społecznych. Faktyczny obraz osób starszych nie odpowiada funkcjonującym stereotypom społecznym. W kontekście poziomu funkcjonowania człowieka w wieku senioralnym wskazuje się na udział trzech kluczowych czynników: środowiskowego, biologicznego oraz interakcji społecznych. Objawy starzenia się mogą być określane wiekiem metrykalnym, społecznym, biologicznym i psychologicznym. Wiek metrykalny (chronologiczny) stanowi oczywisty fakt, wiek społeczny związany natomiast jest z czynnikami kulturowymi i odnosi się do oczekiwań społecznych dotyczących sposobu zachowania się osoby w okresie późnej dorosłości, możliwości pełnienia ról społecznych i ogólnego poziomu aktywności. Skutkiem prawnym uzyskania wieku społecznego jest przyznanie osobom starszym świadczeń emerytalnych oraz odpowiednich uprawnień i przywilejów socjalnych. Wiek biologiczny mierzy się natomiast sprawnością fizyczną organizmu, a także stopniem zaawansowania zmian w poszczególnych układach i narządach. Wiek psychologiczny wyraża się natomiast stopniem sprawności umysłowej i jakością funkcjonowania psychospołecznego.

Do tego aby w sposób pełny zrozumieć specyfikę zmian związanych z wejściem w okres senioralny należy rozpatrywać go w kontekście ciągłości trwającego przez całe życie rozwoju człowieka. Możemy wyróżnić doświadczanie pozytywnych i negatywnych aspektów okresu starości. Do pierwszych zaliczają się między innymi: satysfakcja z przejścia na emeryturę, zadowolenie związane z możliwością opieki nad dziećmi i wnukami, możliwość dokonania zmian we własnym życiu oraz rezygnacji z tych form aktywności i celów, które nie łączą się z satysfakcją[31]. Ważną pozytywną cechą jest mądrość życiowa - obiektywny, choć nieuniwersalny atrybut starości. Świadomość nadchodzącego kresu życia i związanego z tym lęku, konieczność dostosowania się do przemian społecznych, cywilizacyjnych i kulturowych dla wielu osób starszych jest trudna. Trudności dotyczą też podtrzymania dialogu międzypokoleniowego, utraty osób bliskich (członków rodziny, przyjaciół, znajomych), narastania dolegliwości chorobowych,

[30] Główny Urząd Statystyczny (2016), Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego https://stat.gov.pl/

[31] Steuden S. (2011). Psychologia starzenia się i starości, PWN, Warszawa.

[32] Steuden S. (2011). Psychologia starzenia się i starości, PWN, Warszawa.

[33] Stuart-Hamilton I. (2006). Psychologia starzenia się, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.

często utraty poczucia bycia osobą użyteczną i potrzebną w związku z przejściem na emeryturę. Tego rodzaju problemy mają duży wpływ na samopoczucie psychiczne. Starzenie wiąże się z poważnymi zmianami w wielu sferach życia. Należy do nich zaliczyć przede wszystkim: zmianę zadań życiowych, warunków materialnych i społecznych oraz częściej występujące w tej grupie choroby i niepełnosprawność[32 33]. Wśród seniorów częstsze jest również występowanie problemów psychicznych, które często mogą wiązać się z doświadczaniem samotności w końcowej fazie życia.

Osoba starsza staje wobec konieczności poradzenia sobie z nowymi zadaniami i problemami. Trudności związane ze starzeniem się prowadzą do zmiany priorytetów życiowych i rekapitulacji cyklu rozwojowego. Najważniejsze stają się czynniki związane z dobrostanem fizjologicznym, poczuciem bezpieczeństwa, potrzebą podtrzymania aktywności i stymulacji. Dla osoby starszej dodatkowym obciążeniem są różnego rodzaju straty - mogą one dotyczyć spraw osobistych (utrata zdrowia, niepełnosprawność, utrata więzi z innymi ludźmi, śmierć osób bliskich), egzystencjalnych (brak poczucia sensu życia, negatywna samoocena, negatywny bilans życiowy, poczucie izolacji i osamotnienia), materialnych (utrata domu, mieszkania, środków do życia), społecznych (utrata wsparcia społecznego, złe warunki socjalno-bytowe). Przejście na emeryturę niewątpliwie łączy się z utratą społecznego znaczenia, ale u wielu osób starszych satysfakcja z życia nie ulega obniżeniu tak długo, jak długo czują się oni zdrowi, samowystarczalni i potrzebni. Praca i zaangażowanie społeczne przyczyniają się do poczucia wartości i bycia potrzebnym innym ludziom, a także przynależności do grupy społecznej.

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

- Obniżanie się sprawności psychofizycznej.
- Trudności związane z sytuacją finansową, lokomocją, wykonywaniem codziennych obowiązków domowych.
- Trudności związane z postępem cywilizacyjnym i technicznym, które wymagają nabycia nowych umiejętności (obsługa telefonu komórkowego, komputera, sprzętu gospodarstwa domowego, korzystanie z bankomatu).
- Relacje z rodziną lub innymi ludźmi wyrażające się brakiem wzajemnego zrozumienia i właściwego miejsca w systemie rodzinnym.
- Konieczność zamiany mieszkania ze względu na warunki finansowe oraz bariery architektoniczne.
- Negatywny bilans własnego życia i związana z tym negatywna samoocena, poczucie osamotnienia.
- Nakładanie się negatywnych zdarzeń życiowych związanych ze stratą: pogorszenie stanu zdrowia, obniżenie sprawności fizycznej i psychicznej.
- Samotność i brak wsparcia społecznego.
- Ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych i socjalnych.
- Zaburzenia poznawcze i choroby otępienne.

Wymienione powyżej problemy powinny stanowić punkt odniesienia do prowadzenia odpowiednich oddziaływań prewencyjnych. 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 ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności związanych z samoobsługą[34]. 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.

Ważnym aspektem są również działania psychoedukacyjne nie tylko w stosunku do osób starszych, ale również młodszych, u których występują postawy niechętne wobec seniorów. Pojawiają się nowe problemy i nowe wyzwania dla obu stron - ludzi starych i młodych. Seniorzy przechodzą z pozycji osoby niezależnej, zaradnej, pomocnej na pozycję osoby zależnej i potrzebującej wsparcia. Na nową sytuację mogą reagować lękiem, niepewnością i poczuciem zagrożenia. Pojawia się, więc konieczność wypracowania innych niż dotychczas mechanizmów adaptacyjnych.

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

[34] Hrynkiewicz J. (2012) O sytuacji ludzi starszych, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

opiece nad chorym bliskim czują się przeciążone. Decyzja o oddaniu niepełnoprawnego seniora do całodobowej placówki opiekuńczej stanowi bardzo trudny moment. Jednocześnie około 30% starszych osób uważa, iż 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 społecznej[35].

Tak jak w całej Polsce również w województwie mazowieckim obserwujemy starzenie się społeczeństwa. Z Raportu przygotowanego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wynika, że prawie 20% populacji Mazowsza przekroczyła 60. rok życia. Wskaźnik ten jest zróżnicowany w poszczególnych powiatach osiągając w niektórych z nich od 25 do 30%[36].

Postępujący proces starzenia się populacji wymaga podjęcia wielokierunkowych działań, których głównym celem będzie zapewnienie godnego starzenia się poprzez poprawę jakości życia oraz tworzenie warunków do aktywności społecznej. Dotychczas realizowana polityka wobec seniorów nastawiona była przede wszystkim na zapewnienie tej grupie dochodów i opieki zdrowotnej oraz wsparcie rodziny w jej funkcjach opiekuńczych. Zmiana liczebności, jak również struktury grupy osób starszych oraz malejące możliwości rodziny w zapewnieniu pomocy i oparcia, rodzą potrzebę nowego podejścia do problemów osób starszych.

Zapewnianie oparcia społecznego seniorom powinno obejmować przede wszystkim te działania, które w sposób planowy i celowy będą wpływać na poprawę ich sytuacji życiowej. Powinny one odnosić się do ochrony zdrowia, organizacji czasu wolnego, ochrony pracy ludzi starszych, kształtowania odpowiednich warunków mieszkaniowych, materialnych oraz dostępu do oświaty i kultury[37]. Realizacja polityki społecznej wobec osób starszych powinna opierać się na zasadzie subsydiarności (pomocniczości). Zgodnie z tą regułą, aby pomoc była adekwatna wymaga stworzenia takich warunków, które w pierwszej kolejności umożliwiłyby wykorzystanie potencjału bliższej lub dalszej rodziny bądź potencjału sąsiedzkiego. Gdy jednak pomoc najbliższego środowiska jest niewystarczająca lub osoba starsza jest samotna, wówczas do systemu wsparcia seniorów powinny być włączone kolejne grupy nieformalne, organizacje pozarządowe i instytucje samorządu terytorialnego. Zastosowanie zasady subsydiarności stanowi uzasadnienie przenoszenia na grunt lokalny znacznej części działań polityki społecznej wobec ludzi w podeszłym wieku. Wiąże się z tym konieczność koncentrowania działań na poziomie społeczności lokalnej. Jest ona najlepszą platformą dla stworzenia optymalnych warunków integracji społecznej i aktywności seniorów. Należy pamiętać również o kompleksowości oceny potrzeb seniorów. Dokonywana diagnoza potrzeb powinna mieć charakter całościowy. Należy w niej uwzględniać nie tylko rozmiar i rodzaj potrzeb, ale także ocenę możliwości ich zaspakajania przy wykorzystaniu dostępnej infrastruktury i zaangażowania najbliższego otoczenia osób starszych.

Uwzględniając powyższe uwagi należy zaznaczyć, iż w lokalnej polityce społecznej 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 osobom starszym. Przydatne są zróżnicowane formy pomocy również w formie dziennych domów opieki odciążających opiekunów i pozwalających im na utrzymanie aktywności zawodowej. W aspekcie lokalnym potrzebne są także zmiany w organizacji przestrzeni polegające na znoszeniu barier architektonicznych utrudniających poruszanie się osobom niepełnosprawnym, a ponadto na tworzeniu sprzyjających warunków do spotkań osób starszych i ich odpoczynku, (np. ławki na ulicach, skwerach, w sąsiedztwie przychodni, aptek, przystanki komunikacji miejskiej wyposażone w miejsca do siedzenia).

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

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

[36] Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2015) , Informacja o sytuacji osób starszych za rok 2015, Warszawa.

[37] Przywojska, J., Wieczorek, I. (2010) Lokalna polityka społeczna wobec problemów ludzi starszych, w: Kałuża, D., Szukalski, P. (red.) Jakość życia seniorów w XXI w z perspektywy polityki społecznej, Łódź: Wydawnictwo Biblioteka.

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. Z danych GUS z roku 2016 wynika, że aktywność społeczna jest w tej grupie znacznie niższa niż w młodszych grupach wiekowych. Co 10 osoba starsza ma bardzo ograniczone kontakty społeczne. Niski wśród polskich seniorów jest również wskaźnik aktywności edukacyjnej, zajmują oni pod tym względem przedostatnie miejsce w Unii Europejskiej[38].

Indywidulane 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 życia[39]. Dla jakości życia osób starszych szczególne (poza stanem zdrowia) znaczenie mają: szeroko rozumiana partycypacja społeczna oraz poczucie bezpieczeństwa, na które składa się również dostęp do opieki i godnego traktowania.

Kluczowy dla zapotrzebowania na wsparcie społeczne jest poziom samodzielności i zdolność do prowadzenia niezależnego codziennego życia. Obniżenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania wiąże się najczęściej z niepełnosprawnością oraz bywa następstwem chorób. Problem niesamodzielności w populacji seniorów wymaga dostosowania oferowanych programów do indywidulanych możliwości i zapotrzebowania na wsparcie. Dlatego też działania w zakresie zapewniania oparcia społecznego w tej grupie powinny być nakierowane na dwa podstawowe elementy:

- zapewnianie pomocy osobom niesamodzielnym;
- aktywizację i integracje seniorów w ich społecznościach lokalnych.

Najpopularniejszym obecnie rodzajem usług świadczonych na rzecz zapewniania oparcia społecznego są usługi opiekuńcze. Są one przeznaczone dla seniorów, którzy nie są w stanie zaspokoić samodzielnie swoich potrzeb. Realizuje się je w miejscu zamieszkania seniorów. Innym sposobem zapewniania oparcia są dzienne domy pomocy oraz ośrodki wsparcia. Pozwalają one na uzyskanie pomocy w trybie dziennym. Udzielają one również wsparcia członkom rodzin zaangażowanych w zapewnianie opieki. W roku 2016 na Mazowszu działały 44 dzienne domy pomocy.

W mazowieckiej ofercie oparcia społecznego dla seniorów znajdują się również całodobowe domy pomocy społecznej dla osób starszych. Zapewniają one opiekę dla osób, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować i wymagają kompleksowego wsparcia. W końcu roku 2016 domów takich było na Mazowszu 35. Ich ofertę uzupełniały ośrodki prywatne.

Szczególne miejsce w zapewnianiu oparcia dla seniorów zajmują programy aktywizujące nakierowane na wzmocnienie podmiotowości i integracji ze społecznościami lokalnymi. Ważne są również działania aktywizujące. Wśród tego rodzaju programów popularne na Mazowszu są gminne Rady Seniorów i Uniwersytety Trzeciego Wieku. Przydatne są również programy zapewniające możliwość włączenia się seniorów w działania wolontariackie.

Należy podkreślić, że poważnym problemem występującym w tej populacji są zaburzenia zdrowia psychicznego. Problemy te najczęściej wiążą się z występowaniem zaburzeń poznawczych po 65 roku życia, ponadto 30% seniorów ma objawy depresji (zwykle niezdiagnozowanej) występującej głównie u seniorów samotnych i wdów[40]. 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 chorych to członkowie rodzin, w tym 30% stanowią współmałżonkowie a 60% dzieci. Wiąże się to z dużym obciążeniem. Zapewnianie opieki w chorobie Alzhaimera to

[38] Główny Urząd Statystyczny (2016), Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego https://stat.gov.pl/

[39] Główny Urząd Statystyczny (2016), Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego https://stat.gov.pl/

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

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

najczęściej wyzwanie dla całej rodziny, zarówno w aspekcie psychicznym, fizycznym, ekonomicznym jak i społecznym[41].

Warto podkreślić, że w Polsce nie istnieje ogólnodostępny system opieki dla osób z chorobą Alzheimera. Zjawiskiem negatywnym jest również zbyt późne rozpoznawanie w naszym kraju tej choroby. Wpływa na to brak standardów w postępowaniu diagnostycznym, szczególnie w badaniach przesiewowych po 65 roku życia. Niedostateczny jest również dostęp do organizowanych lokalnie programów oparcia. Powoduje to, że zorganizowanie opieki w społecznościach lokalnych bez konieczności poszukiwania jej poza miejscem zamieszkania jest utrudnione. Szczególnie dotkliwy jest brak odpowiedniej dostępności do dziennych ośrodków opieki. Jest ich zbyt mało a to właśnie sieć lokalnych ośrodków powinna być podstawą opieki, szczególnie we wczesnych stadiach choroby. Zwraca uwagę również brak dostatecznego dostępu do specjalistycznych usług opiekuńczych oraz zwykłych usług opiekuńczych. Utrudnia to możliwość uzyskania profesjonalnej pomocy bezpośrednio w miejscu zamieszkania. Niedostateczna jest również liczba miejsc dla osób z chorobą Alzheimera w ośrodkach całodobowych (niezbędne w późniejszych stadiach choroby). Ściśle wiąże się to z niedostatkiem specjalistycznych miejsc w Domach Pomocy Społecznej.

Całkowicie niedostateczne jest wsparcie 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 ekonomiczne związane z koniecznością ponoszenia kosztów leczenia, opieki i pielęgnacji chorego;
- obciążenia społeczne wiążące się z izolacją społeczną opiekunów. Bez odpowiedniego wsparcia opiekunowie wstydzą się faktu wystąpienia choroby i związanych z nią zmian w zachowaniu chorego. Częstą 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.

Trudno jest więc znaleźć pozytywy w zakresie oferty wsparcia dla osób chorujących na chorobę Alzheimera i ich opiekunów. Jedyne, co wydaje się pozytywnym zjawiskiem to wzrastająca świadomość społeczna doniosłości problemów seniorów oraz konieczności reagowania na trudności, jakie rodzą choroby otępienne.

osoby starsze

Grupa odbiorców

- **Osoby starsze, członkowie ich rodzin, społeczności lokalne oraz profesjonaliści zaangażowani w zapewnianie oparcia społecznego**

Cel główny

- **Poprawa jakości życia, poziomu funkcjonowania społecznego oraz integracji ze społecznością lokalną osób starszych chorujących psychicznie**

Dziedzina: Profilaktyka i edukacja społeczna

Cel szczegółowy: **Zintensyfikowanie działań profilaktycznych w zakresie oparcia społecznego skierowanego do osób starszych**

Tabela 7. Działania w dziedzinie „Profilaktyka i edukacja społeczna" w obszarze osób starszych.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Podniesienie poziomu wiedzy i świadomości na temat zjawiska chorób psychicznych wśród osób starszych i ich skutków, zmiany postrzegania tych osób przez społeczeństwo.	Opracowanie diagnozy dotyczącej zdrowia psychicznego osób starszych na terenie województwa mazowieckiego.	Liczba opracowanych diagnoz.	1 w roku, od roku 2019.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.
Podniesienie poziomu wiedzy i świadomości na temat zjawiska chorób psychicznych wśród osób starszych i ich skutków, zmiany postrzegania tych osób przez społeczeństwo.	Prowadzenie regionalnych kampanii społecznych, które: - Zapobiegają stygmatyzacji seniorów; - Podnoszą wiedzę społeczeństwa na temat zachorowań na choroby psychiczne wśród osób starszych; - Promują mobilność osób starszych; - Promują działania wspierające zaangażowanie seniorów w sprawy społeczne; - Promują zmianę wizerunku różnorodnych form wsparcia dla osób starszych; - Promują aktywność społeczną i zawodową seniorów, w tym wolontariatu dla seniorów;	Liczba przeprowadzonych kampanii informacyjno-edukacyjnych na rzecz oparcia społecznego osób starszych.	Co najmniej 5 kampanii informacyjno-edukacyjnych w roku.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.

Dziedzina: Pomoc i oparcie społeczne dla osób starszych chorujących psychicznie

Cel szczegółowy: Zwiększenie dostępności i skuteczności dostępnych form wsparcia osób starszych chorujących psychicznie

Tabela 8. Działania w dziedzinie „Pomoc i oparcie społeczne dla osób starszych chorujących psychicznie" w obszarze osób starszych.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Upowszechnienie informacji na temat dostępnych form wsparcia dla osób starszych chorujących psychicznie na ternie województwa mazowieckiego.	Upowszechnienie informacji na temat możliwości uzyskania m.in. pomocy: psychologicznej, prawnej, socjalnej, zawodowej, medycznej.	Liczba opracowanych i upowszechnianych materiałów informacyjnych.	Od roku 2019, 1 publikacja w roku.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.
Udzielanie pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie.	Wspieranie rozwoju i powstawanie nowych form działalności pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie, w tym wsparcie m.in. ■ Angażowanie osób starszych w różne rodzaje aktywności społecznej, w tym wolontariatu dla seniorów; ■ Zwiększenie dostępności efektywnego poradnictwa specjalistycznego wspierającego rodziny i opiekunów osób starszych; ■ Wsparcie specjalistycznych usług wspierających; ■ Podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego aktywnego życia osób starszych; ■ Zwiększenie dostępu seniorów do nowoczesnych technologii komunikacyjnych w celu ułatwienia im dostępu do informacji i kontaktów z otoczeniem (szkolenia w zakresie posługiwania się internetem i związanymi z nim komunikatorami);	Liczba dotacji dla organizacji pozarządowych na wsparcie działalności form pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie.	Od 2018 r. 5 dotacji dla organizacji pozarządowych.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.

	■ Prowadzenie działań edukacyjnych zwiększających bezpieczeństwo w społecznościach lokalnych seniorów; ■ Organizowanie punktów konsultacyjnych dla seniorów i ich rodzin; ■ Wspieranie funkcjonowania i zwiększanie dostępności do dziennych ośrodków wsparcia zapewniających kompleksowe formy pomocy dla osoby starszej i systemu rodzinnego w tym osób chorych na choroby otępienne; ■ Promowanie powstawania grup wsparcia dla opiekunów osób chorych na Alzheimera i inne choroby otępienne; ■ Wsparcie rozbudowy systemu opieki kompleksowej: ambulatoryjnej, mobilnej/ środowiskowej, dziennej i całodobowej; ■ Wspieranie dostępu do nowych technologii w zakresie usług opiekuńczych (np. teleopieka);			

Dziedzina: Podnoszenie kompetencji służb i przedstawicieli podmiotów realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych

Cel szczegółowy: Wyznaczanie kierunków działań dla podmiotów i instytucji zajmujących się pomocą i oparciem społecznym dla osób starszych

Tabela 9. Działania w dziedzinie „Podnoszenie kompetencji służb i przedstawicieli podmiotów realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych" w obszarze osób starszych.

Kierunki działania	Rodzaje działań	Wskaźniki	Wartość wskaźnika	Realizator
Podejmowanie działań zmierzających do nawiązania i wzmocnienia współpracy pomiędzy instytucjami realizującymi zadania z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych.	■ Promowanie powstawania grup wsparcia dla opiekunów osób starszych chorujących psychicznie a także dla osób chorych na Alzheimera i inne choroby otępienne; ■ Promowanie i wspieranie dostępu do nowych technologii w zakresie usług opiekuńczych;	Liczba konferencji, seminariów, szkoleń z udziałem przedstawicieli instytucji realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych.	1 działanie rocznie.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.

Podejmowanie działań zmierzających do nawiązania i wzmocnienia współpracy pomiędzy instytucjami realizującymi zadania z zakresu pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych.	■ Wspieranie programów szkoleniowych dla profesjonalistów pracujących z osobami starszymi z zaburzeniami psychicznymi, a także dla osób chorych na Alzheimera i inne choroby otępienne.	Liczba konferencji, seminariów, szkoleń z udziałem przedstawicieli instytucji realizujących formy pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych.	Od 2019 r. 1 działanie rocznie.	Samorząd województwa mazowieckiego, organizacje pozarządowe.

IV. Finansowanie programu

Program będzie realizowany przy udziale środków własnych samorządu województwa, samorządów powiatowych i gminnych oraz finansowania zewnętrznego, w tym środkami budżetu państwa i funduszami unijnymi. Źródłem współfinansowania zadań wynikających z Programu mogą być również inne źródła. **Zakres działań uzależniony będzie od dostępności środków finansowych na ich realizację.**

V. Monitoring i wdrażanie

Program będzie monitorowany corocznie poprzez analizę sprawozdań i raportów z realizacji zadań w roku uprzednim. W Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej za przygotowanie opracowań będzie odpowiedzialny Wydział ds. Wdrażania Programów Społecznych.

Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018-2022 będzie monitorowany corocznie poprzez analizę aktualnie dostępnych sprawozdań, raportów instytucji/organizacji zaangażowanych w udzielanie pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami społecznymi w województwie mazowieckim.

Natomiast ewaluacja Wojewódzkiego Programu Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018-2022 będzie realizowana co trzy lata, włącznie z przeprowadzaną Diagnozą systemu wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach służb pomocy i integracji społecznej w województwie mazowieckim. Porównywany będzie stan faktyczny z przyjętymi trzy lata wcześniej celami i założeniami, a także dokonywana będzie analiza nowych problemów i zagrożeń związanych z ochroną zdrowia psychicznego w wojewódzkim mazowieckim.

Rekomendacje wypracowane na podstawie corocznych monitoringów i co trzy lata ewaluacji realizacji Wojewódzkiego Programu Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018-2022 posłużą do korekty przyjętych kierunków działań i aktualizacji wniosków oraz określenia nowych zadań w przypadku zmiany celów programu.

VI. Bibliografia

1. 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.
2. Bakiera, L. (2009). Czy dorastanie musi być trudne? Wydawnictwo Scholar Warszawa.
3. Bronowski P. (2012) Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie, APS, Warszawa.
4. Bronowski P., Załuska M., (2005) Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorujących psychicznie, Psychiatria Polska, 2, 345-356.
5. Czabała J. (2012) Zdrowie psychiczne. Zagrożenie i promocja, IPiN, Warszawa.
6. Brzezińska, Syska (2016). Ścieżki wkraczania w dorosłość, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
7. Davidson L. (2003) Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia, University Press, New York.
8. Jacobson N., Greenley D. (2001) What is recovery? A conceptual model and explication, Psychiatric Services, 52, 482-485.
9. Hrynkiewicz J. (2012) O sytuacji ludzi starszych, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
10. Główny Urząd Statystyczny (2016), Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego https://stat.gov.pl/
11. Główny Urząd Statystyczny (2017), Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie wyników badania spójności społecznej 2015, https://stat.gov.pl/
12. MCPS (2014) Strategia Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Warszawa.
13. Minahan, J., Rappaport, N.(2014). Kod zachowania. Jak rozszyfrować i zmienić najtrudniejsze zachowania, Wyd. Fraszka Edukacyjna, Warszawa.
14. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2015), Informacja o sytuacji osób starszych za rok 2015, Warszawa.
15. 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.
16. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (2012) Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia sie ludzi w Polsce, Terrmedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań.
17. Mueser K., Salyers M., Mueser P.(2001) A prospective analysis of work in schizophrenia, Schizophr Bull, 27, 281–96.
18. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. 2016, poz. 1492).
19. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz.U.2017. poz.458).
20. NIK (2017), Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży, Informacja o wynikach kontroli, Warszawa.
21. Przywojska, J., Wieczorek, I. (2010) Lokalna polityka społeczna wobec problemów ludzi starszych, w: Kałuża, D., Szukalski, P. (red.), Jakość życia seniorów w XXI w z perspektywy polityki społecznej, Łódź: Wydawnictwo Biblioteka.
22. Radziwiłłowicz, W., Sumiło, A. (2006). Psychopatologia okresu dorastania, Wydawnictwo

Impuls, Kraków.

23. Raport: „Dzieci w Polsce w 2014 roku. Charakterystyka demograficzna", Główny Urząd Statystyczny 2015.
24. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce "Dzieci się liczą 2017" (2017) Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa.
25. Rembowski J. (1992), Samotność, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
26. Rzecznik Praw Obywatelskich (2016) Sytuacja chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa.
27. Sęk, H. (1997). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej. W: D. Kubacka Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej, Wydawnictwo, ALL.Kraków.
28. Schaffer, H.R. (2005) Psychologia dziecka, PWN, Warszawa.
29. 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.
30. Stuart-Hamilton I. (2006). Psychologia starzenia się, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
31. Steuden S. (2009). Szczęśliwi po pięćdziesiątce, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
32. Steuden S. (2011). Psychologia starzenia się i starości, PWN, Warszawa.
33. Turner – Cowson J., Wallcraft J. (2002) The recovery vision for mental health services and research: a British perspective, Psychiatric Rehabilitation Journal, 25, 245-254.
34. Urban B. (2005). Zachowania dewiacyjne młodzieży w interakcjach rówieśniczych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
35. WHO (1998) WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs: Report on WHO Consultation. Geneva.
36. WHO (2001a) Leksykon terminów. Psychiatria i zdrowie psychiczne, Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
37. WHO (2001b) Mental Health: New Understanding. New Hope. The Way Forward, World Health Organization.
38. WHO (2005) Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions, Copenhagen, World Health Organization, 7.

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
ul. Nowogrodzka 62a, 02-002 Warszawa
tel. 22 622 42 32, faks. 22 622 47 32
e-mail: mcps@mcps.com.pl
www.mcps.com.pl

Jednostka Organizacyjna Samorządu
Województwa Mazowieckiego

20 lat.

Mazowsze

Wydawca:
Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
ul. Nowogrodzka 62A, 02-002 Warszawa
tel. (22) 622 42 32; fax (22) 622 47 32
email: mcps@mcps.com.pl
www: mcps.com.pl

MAZOWIECKIE
CENTRUM
POLITYKI
SPOŁECZNEJ