

**UCHWAŁA NR L/607/17
RADY MIASTA ZABRZE**

z dnia 4 grudnia 2017 r.

w sprawie przyjęcia „Lokalnego programu działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dla mieszkańców Miasta Zabrze na lata 2017-2027”

Na podstawie art.7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1875) art. 1 ust. 1 art. 2 ust. 4 pkt 1 i ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t. j. Dz. U. 2016.546 z późn.zm.) oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz.U.2017.458)

uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjąć „Lokalny program działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dla mieszkańców Miasta Zabrze na lata 2017-2027", w brzmieniu jak w załączniku Nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Zabrze.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta
Zabrze

mgr Marian Czochara

Załącznik do Uchwały Nr L/607/17
Rady Miasta Zabrze
z dnia 4 grudnia 2017 r.



**LOKALNY PROGRAM DZIAŁAŃ W ZAKRESIE
OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA MIASTA
ZABRZE NA LATA 2017-2027**

Zabrze 2017

Opracowanie:

Piotr Romaniuk

Krzysztof Kaczmarek

Katarzyna Brukało

Spis treści

1. Prawne i strategiczne podstawy realizacji przez miasto Zabrze zadań z zakresu zdrowia psychicznego.....	4
1.1. Dokumenty o zasięgu globalnym	4
1.2. Dokumenty o zasięgu krajowym	5
1.3. Dokumenty regionalne oraz miejskie	11
2. Uwarunkowania zdrowia psychicznego w perspektywie holistycznego modelu zdrowia	14
2.1. Holistyczne spojrzenie na problematykę zdrowia	14
2.2. Koncepcja zdrowia psychicznego	20
2.3. Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych	25
3. Problem zaburzeń psychicznych w perspektywie epidemiologicznej	37
3.1. Globalny obraz problemu zaburzeń psychicznych	37
3.2. Epidemiologia problemów zdrowia psychicznego w Regionie Europejskim WHO	39
3.3. Zdrowie psychiczne i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w Polsce	56
3.4. Problemy zdrowia psychicznego w perspektywie regionu i miasta Zabrze	66
4. Zasoby systemowe w zakresie zdrowia psychicznego	89
5. Podsumowanie – identyfikacja kluczowych potrzeb w zakresie działań dotyczących zdrowia psychicznego w Zabrzu	93
6. Działania w zakresie zdrowia psychicznego	95
6.1. Perspektywa globalna WHO	95
6.2. Teoria w praktyce – przykłady działań o charakterze globalnym	98
6.3. Region Europejski WHO	98
6.4. Unia Europejska	100
6.5. Teoria w praktyce – przykłady dobrych praktyk europejskich	101
6.6. Polska	103
6.7. Teoria w praktyce – przykłady dobrych praktyk polskich	104
7. Rekomendowane obszary i kierunki oddziaływania w zakresie zdrowia psychicznego dla miasta Zabrze. Cele strategii.	107
8. Kryteria ewaluacji działań podejmowanych w ramach strategii	134
9. Potencjalne zewnętrzne źródła finansowania działań w obrębie strategii	139

1. Prawne i strategiczne podstawy realizacji przez miasto Zabrze zadań z zakresu zdrowia psychicznego

1.1. Dokumenty o zasięgu globalnym

Ze względu na swoją narastającą skalę i znaczenie wśród problemów zdrowotnych współczesnego świata, problematyka zdrowia psychicznego znalazła swoje odzwierciedlenie w zwiększającej się liczbie dokumentów programowych oraz uregulowań prawnych na poziomie międzynarodowym, krajowym oraz lokalnym, co stanowi bezpośrednie uzasadnienie oraz podstawę stworzenia strategii działań w zakresie zdrowia psychicznego dla miasta Zabrze.

Na poziomie globalnym kluczowym obecnie dokumentem odnoszącym się do zdrowia psychicznego jest przyjęty przez 66. Zgromadzenie Światowej Organizacji Zdrowia dokument „Mental Health Action Plan 2013-2020”. W dokumencie zdefiniowano 4 główne cele działań w zakresie zdrowia psychicznego w określonej perspektywie czasowej:

- wzmocnienie efektywnego przywództwa i zarządzania dla zdrowia psychicznego,
- zapewnienie dostępu do kompleksowej, zintegrowanej i adekwatnej do potrzeb opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego oraz opieki społecznej, osadzonych w środowisku lokalnym,
- wdrożenie strategii promocji i profilaktyki w zakresie zdrowia psychicznego,
- wzmocnienie systemów informacyjnych oraz badań w zakresie zdrowia psychicznego.

Dla każdego ze strategicznych celów określono cele instrumentalne, zawierające konkretne wytyczne dla państw członkowskich WHO oraz umożliwiające ocenę realizacji założonych celów strategicznych. W przypadku celu pierwszego założono, że:

- do roku 2020 80% państw członkowskich WHO wdroży lub zaktualizuje swoje krajowe polityki lub plany działania w zdrowiu psychicznym w zgodności z międzynarodowymi i regionalnymi uregulowaniami w zakresie ochrony praw człowieka,
- do roku 2020 50% państw członkowskich WHO wprowadzi lub zaktualizuje przepisy prawne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego w tym samym zakresie.

Dla drugiego z celów strategicznych założono, że:

- dostępność świadczeń zdrowotnych dotyczących poważnych zaburzeń psychicznych do roku 2020 zwiększy się o 20%.

Dla trzeciego celu strategicznego cele instrumentalne zakładają, że do roku 2020:

- 80% państw członkowskich będzie dysponować przynajmniej dwoma działającymi wielosektorowymi programami promocji i profilaktyki w zakresie zdrowia psychicznego,
- odsetek samobójstw w państwach członkowskich zmniejszy się o 10%.

Dla celu czwartego wreszcie założono, że:

- do roku 2020 80% państw członkowskich WHO będzie w sposób rutynowy zbierać dane dotyczące wskaźników zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego z częstotliwością co dwa lata.

1.2. Dokumenty o zasięgu krajowym

Na poziomie krajowym wśród dokumentów odnoszących się do ochrony zdrowia psychicznego w pierwszej kolejności wskazać należy Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku.¹ Ustawa m.in. obarcza obowiązkiem zapewnienia ochrony zdrowia psychicznego organy administracji rządowej, samorządowej oraz inne instytucje powołane do tego celu, jednoznacznie stwierdzając również, iż w realizacji przedmiotowych zadań mogą uczestniczyć podmioty z obszaru społeczeństwa obywatelskiego (w tym fundacje, stowarzyszenia, kościoły czy grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin). Podobnie, jak ma to miejsce w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia, ustawa gwarantuje osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronną i powszechnie dostępną opiekę zdrowotną oraz inne formy wsparcia w życiu rodzinnym i społecznym, jak również stwierdza, iż w zakresie ochrony zdrowia psychicznego mieści się realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Jako grupy będące pierwszoplanowymi adresatami działań zapobiegawczych ustawa wskazuje dzieci, młodzież, osoby starsze oraz osoby znajdujące się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego. Ustawa zobowiązuje wreszcie również władze publiczne do wpisania zadań z zakresu zdrowia psychicznego w narodowe programy zdrowotne. Zadania odnoszące się do promocji zdrowia psychicznego oraz zapobiegania zaburzeniom psychicznym znaleźć się winny w Narodowym Programie Zdrowia, zaś zadania dotyczące opieki zdrowotnej, wsparcia społecznego, a także kształtowania odpowiednich postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Tym samym ustawa wskazuje kluczowe dokumenty wyznaczające krajowy schemat działania w zakresie zdrowia psychicznego. Narodowy Program Zdrowia obowiązujący w

1

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535, tekst jednolity: Dz.U. 2016, poz. 546,960

momencie powstawania tego dokumentu określony jest Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku² i obowiązuje w perspektywie czasowej 2016-2020. Naczelnym celem strategicznym Programu jest „wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu”. Wśród łącznie sześciu celów operacyjnych znalazły się dwa odnoszące się bezpośrednio do problematyki zdrowia psychicznego. Cel nr 2 zakłada profilaktykę problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi, zaś cel nr 3 zakłada profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa. W ramach celu drugiego Program określa szereg działań ujętych w ramy Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Programu Zwalczania Następstw Zdrowotnych Używania Wyrobów Tytoniowych i Wyrobów Powiązanych, Programu Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym. W odniesieniu do celu trzeciego Program zakłada wspieranie zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym i szereg działań dodatkowych. Wśród zadań szczegółowych kilka wymaga szczególnej uwagi ze względu na fakt, iż zgodnie z treścią Programu, ich realizacja obciąża jednostki samorządu terytorialnego. Są to w szczególności:

- prowadzenie działań na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży – w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych.
- opracowanie i realizacja samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego.
- opracowanie i realizacja programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym.
- szkolenia dla różnych grup zawodowych (w tym nauczycieli, lekarzy, inspektorów sanitarnych, prokuratorów, służb mundurowych, straży miejskich) dotyczące zagrożeń oraz konsekwencji rozwojowych i zdrowotnych u dzieci i młodzieży oglądających pornografię.
- powołanie zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, z udziałem przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, opieki zdrowotnej oraz systemu oświaty na danym obszarze.

² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku Dz.U. 2016, poz. 1492

Aktualny Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego obowiązuje na lata 2017-2022. Dokument określa 3 główne cele działań w przedmiotowym zakresie, uzupełnione każdorazowo o cele szczegółowe. Przedstawiają się one następująco:

Cel główny 1: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb.

- upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
- aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
- skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy,
- udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom.

Cel główny 2: prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

- opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
- prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cel główny 3: monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu.

- gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie.

Program w odniesieniu do każdego z podmiotów obarczonych zadaniami w zakresie ochrony zdrowia psychicznego określa zadania wymagane do realizacji. Jako szczególnie istotne z punktu widzenia strategii działań Miasta Zabrze określić należy zadania wymagane od jednostek samorządu terytorialnego na poziomie samorządów powiatów i jednostek samorządu terytorialnego. Dotyczą one tylko pierwszego celu głównego i są to:

Cel szczegółowy 1.:

- opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w powiecie lub gminie;
- utworzenie CZP zgodnie z zasadami organizacyjnymi zawartymi w rozdziale 4 Programu

Wskaźnik monitorujący: odsetek placówek biorących udział w Programie w okresie roku

Cel szczegółowy 2.:

- aktualizacja poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej;
- wspieranie finansowe projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie.

Cel szczegółowy 3.:

- zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi;
- zwiększenie udziału zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy (PUP).

Cel szczegółowy 4.:

- powołanie lub kontynuacja działania lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu; skład zespołu ustala się w sposób zapewniający właściwą reprezentację samorządu powiatu lub gminy, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych; zarząd powiatu zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną;
- opracowanie lub aktualizacja lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy plan zapewnienia mieszkańcom koordynowanych, medycznych i społecznych świadczeń CZP;
- realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom oraz samorządowi województwa aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w wersji papierowej lub elektronicznej).

Cel szczegółowy 5. (zadania dedykowane jednostkom samorządu terytorialnego):

- wspieranie rozwoju dzieci i młodzieży przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne przez udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom pomocy psychologiczno- -pedagogicznej;
- udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży w przedszkolach, szkołach i placówkach.

1.3. Dokumenty regionalne oraz miejskie

Realizacja strategii będzie wreszcie współgrać z dokumentami uchwalonymi na poziomie regionalnym i lokalnym. Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020³ zakłada trzy priorytety: zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym rozwijanie opieki środowiskowej oraz poprawę funkcjonowania osób z problemami zdrowia psychicznego i ich bliskich. W ramach Priorytetu I przewiduje się osiągnięcie trzech celów głównych:

- promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, realizowane za pomocą dwóch celów szczegółowych, tj. upowszechniania na obszarze województwa śląskiego wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowania zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu oraz organizacji systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego;
- kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych oraz tworzenie systemów informacji, koniecznych do skutecznej ochrony i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego, realizowanych za pomocą celu szczegółowego: zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi;
- współpracę międzynarodową z regionami partnerskimi województwa śląskiego, w celu propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptacja na terenie województwa, europejskich standardów opieki psychiatrycznej, w tym budowanie sieci współpracy z regionami partnerskimi województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychicznego.

W ramach priorytetu drugiego przewiduje się osiągnięcie celu głównego w postaci zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Cel ten osiągnięty ma zostać poprzez cel szczegółowy w postaci upowszechnienia

³ Załącznik do Uchwały nr 2406/290/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 października 2013 roku w sprawie: przyjęcia „Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020”

środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i wdrażanie modelu zintegrowanej, środowiskowej opieki psychiatrycznej. Również w tym priorytecie zakłada się współpracę międzynarodową z regionami partnerskimi województwa śląskiego, w celu propagowania i konsultowania rozwiązań modelowych opieki psychiatrycznej oraz adaptację na terenie województwa, europejskich standardów opieki psychiatrycznej, realizowanego w oparciu o budowanie sieci współpracy z regionami partnerskimi województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychicznego. Wreszcie w obrębie priorytetu trzeciego przewidziano dążenia do organizacji systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego, upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi i budowanie partnerstwa międzynarodowego na rzecz poszukiwania rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Działania w zakresie zdrowia psychicznego pozostają również w ścisłym sprzężeniu z celami i priorytetami Strategii Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020⁴, której głównym celem jest poprawa warunków i jakości życia mieszkańców województwa. Spośród strategicznych celów zawartych w tym dokumencie szczególne znaczenie z punktu widzenia omawianej problematyki mają cele:

- szósty, tj. wspieranie działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
- czwarty, tj. poprawa warunków i jakości życia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i społecznie wykluczonych;
- trzeci, tj. wzmacnianie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym oraz zawodowym.

Także jednak pozostałe z celów Strategii współgrają z działaniami w zakresie zdrowia psychicznego, albo odnosząc się do jakości życia osób zagrożonych takimi zaburzeniami lub doświadczających zaburzeń, albo też odnosząc się do sfer życia stymulujących odpowiedni stan zdrowia psychicznego, jak życie rodzinne i usługi społeczne.

Działania w obrębie zdrowia psychicznego współgrają wreszcie i wynikają ze zobowiązań zawartych w Strategii Rozwoju Miasta Zabrze na lata 2008-2020⁵ i Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych na lata 2010-2020⁶. W przypadku pierwszego z tych dokumentów w szczególności należy zwrócić uwagę na priorytet drugie „Nowoczesne społeczeństwo miejskie”, w ramach którego przewidziano m.in. poprawę skuteczności zaangażowania w rozwiązywanie

⁴ Załącznik do uchwały nr II/47/3/2006 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 24 kwietnia 2006 roku

⁵ Załącznik nr 1 do Uchwały Nr XXII/284/08 Rady Miejskiej w Zabrzu z dnia 17.03.2008 r

⁶ Załącznik do Uchwały Nr LIX/766/10 Rady Miejskiej w Zabrzu z dnia 11 października 2010 r

problemów społecznych, przeciwdziałanie patologiom społecznym i wykluczeniu społecznemu, jak również wspieranie działalności placówek ochrony zdrowia. Podobnie jednak, jak ma to miejsce w przypadku wojewódzkiej strategii polityki społecznej, także i tutaj jako element działań na rzecz zdrowia psychicznego należy potraktować szereg aktywności sprzyjających kształtowaniu społecznej, środowiskowej i urbanistycznej przestrzeni miasta w sposób czyniące je przyjaznymi mieszkańcom.

Drugi z wymienionych dokumentów wskazał wśród zdiagnozowanych problemów przyrost liczby zaburzeń psychicznych i założył podjęcie określonych działań adresowanych do tej sfery, w szczególności zmniejszenie liczby przypadków zaburzeń sfery psychicznej poprzez zwiększenie opieki psychologicznej i psychiatrycznej oraz zmniejszenie zjawiska uzależnień poprzez wpływ miasta na ograniczanie wydawania zezwoleń na prowadzenie handlu używkami. Założono również w katalogu celów szczegółowych strategii intensyfikację działań w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych.

2. Uwarunkowania zdrowia psychicznego w perspektywie holistycznego modelu zdrowia.

2.1. Holistyczne spojrzenie na problematykę zdrowia

Współczesne podejście do zdrowia jednostek stanowi rezultat długotrwałej ewolucji w poglądach na istotę zdrowia, w której z pojęcia strictly medycznego stało się ono obszarem interdyscyplinarnym, mobilizującym podmioty działające w wielu sferach. Paradoksalnie można zauważyć, iż to właśnie postęp, jaki dokonał się w niektórych obszarach medycyny, takich jak biochemia, chirurgia, farmacja czy radiologia stanowił bodziec do gruntownego przebudowania koncepcji zdrowia. Skuteczniejsze procedury stosowane w obrębie wymienionych dziedzin sprawiły, iż na pierwsze miejsca wśród przyczyn zgonów w krajach rozwiniętych zaczęły się wysuwać choroby przewlekłe (głównie choroby układu krążenia czy nowotwory), zastępując w tej roli dominujące do tej pory choroby zakaźne^{7,8}. Jednocześnie należy podkreślić, iż zaobserwowane zjawisko obnażyło ograniczenia tradycyjnej medycyny. Obrazuje to m.in. tzw. anomalia Cochrane'a, wskazująca, iż postępujący wzrost wydatków na leczenie nie był w stanie wygenerować pożądanego efektu zdrowotnego⁹. Wymusiło to opracowanie nowej strategii, która będzie w stanie pokonać powyższe bariery. Czynnikiem sprzyjającym wytworzeniu odrębnych metod oddziaływania na zdrowie populacji były m.in. przemiany zachodzące w obrębie pojęcia zdrowia.

Dotychczasowe spojrzenie na zdrowie, ugruntowane było dominacją tradycyjnie pojmowanej medycyny. Wyróżnić można kilka cech charakteryzujących ten punkt widzenia¹⁰:

1. mechanistyczne postrzeganie organizmu ludzkiego;
2. dualizm ciało – umysł;
3. choroba jako pochodna niewłaściwego funkcjonowania organizmu lub jego części;
4. koncentracja na patogenezie;
5. poszukiwanie sekwencji przyczynowo-skutkowej choroby i podkreślenie znaczenia przyczyn mikroskali;
6. założenie, iż konkretna choroba jest następstwem specyficznej przyczyny/przyczyn.

⁷ Karski J. B. Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku. W: Karski J. B. (red) Promocja zdrowia praca zbiorowa. IGNIS, Warszawa 1999

⁸ Bygbjerg I.C, Meyrowitsch D.W. Global transition in health. Dan Med Bull. 2007 Feb; 54(1): 44-5

⁹ Ślusarska B, Dobrowolska B, Zarzycka D. Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia Probl Hig Epidemiol 2013, 94(4): 667-674

¹⁰ Tones K, Green J. Health Promotion. Planning and strategies., London: SAGE Publications; 2004

Tak zarysowany zakres działań i zainteresowań nauk medycznych znacznie zawęził ich możliwości wpływania na zdrowie populacji, a w konsekwencji stopniowo zaczął być wypierany przez pogląd, iż zdrowie jest funkcją wielu zmiennych o zróżnicowanej genezie, często pozabiologicznej^{11,12}. W kontekście wcześniej wspomnianych negatywnych następstw medykalizacji zdrowia podkreślić należy, iż przemiana ta przyniosła wiele korzystnych następstw zarówno ze względu na powstanie w jej wyniku nowych metod oddziaływania na zdrowie populacji, ale także ze względu na jej korzystny wpływ na wytworzenie postawy indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie.

Mówiąc o kształtowaniu nowoczesnego podejścia do zdrowia najczęściej badacze koncentrują się wokół działań podejmowanych w okresie ostatnich 40 lat. Należy jednak przypomnieć, iż symptomy późniejszych przemian pojawiały się już znacznie wcześniej. Jak przykład można w tym wypadku podać definicję Canguilhem'a z 1943 roku. Odrzucił on postrzegania zdrowia wyłącznie w kategoriach przeciwieństwa choroby. Zaproponowane przez niego podejście opiera się na szeroko rozumianych zdolnościach adaptacyjnych. Zdrową będzie zatem ta jednostka, która posiada zdolność przystosowania się do otoczenia w szerokim rozumieniu. Atrakcyjność zaproponowanego przez Canguilhem'a podejścia polega przede wszystkim na jego elastyczności. W ten sposób możliwe staje się uwzględnienie wpływu zróżnicowanych czynników – fizycznych, psychicznych i społecznych.¹³

Istotnym krokiem w kierunku redefinicji zdrowia był zapis wprowadzony w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z 1948 roku. Uznając zdrowie za dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby zbudowano fundament do dalszego rozwoju koncepcji zdrowia z poszanowaniem złożoności tego zjawiska. W przypadku przytoczonej propozycji jej doniosłość wynika z faktu, iż stała się ona teoretyczną podstawą działań podmiotu o globalnym znaczeniu. Z perspektywy dzisiejszej ta (niewątpliwie przełomowa) definicja bywa jednak uznawana także za dość kłopotliwą ze względu na jej ograniczenia. Szczególnie mocno zauważalne są one w przypadku promocji zdrowia. Jako główne wady wspomnianej koncepcji wymienia się tutaj przede wszystkim idealistyczne postrzeżenie oraz statyczne ujęcie zdrowia.¹⁴ Niedoskonałość definicji zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia mogła być jednym z katalizatorów intensywnego rozwoju koncepcji zdrowia w ostatnich dziesięcioleciach. W efekcie powstało wiele zróżnicowanych modeli teoretycznych.

¹¹ Karski J. B. Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku. W: Karski J. B. (red) Promocja zdrowia praca zbiorowa. IGNIS, Warszawa 1999

¹² Bygbjerg I.C, Meyrowitsch D.W. Global transition in health. Dan Med Bull. 2007 Feb; 54(1): 44-5

¹³ Editorial. Lancet 2009; 373: 781

¹⁴ Słońska Z, Misiuna M. Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów. URL: <http://zakladepidemiologii.ikard.pl>

Bez wątpienia najbardziej wpłwową propozycją była koncepcja pól zdrowia Lalonde'a^{15,16}.

Wyróżnia ona cztery pola bezpośrednio oddziałujące na zdrowie. Są nimi:

- biologia człowieka (dziedzictwo genetyczne, proces dojrzewania i starzenie się, wewnętrzny system budowy organizmu);
- styl życia (decyzje/zachowania jednostek, które mają wpływ na ich zdrowie);
- środowisko (czynniki nie związane bezpośrednio z ludzkim ciałem, na które człowiek ma niewielki wpływ lub w ogóle ich nie kontroluje);
- opieka zdrowotna (wielkość, jakość, rozmieszczenie zasobów, relacje międzyludzkie w obrębie systemu).

Odzwierciedlona w wymienionej koncepcji waga, jaką dla stanu zdrowia jednostek i społeczności ma ich styl życia zmusiła do znacznego przewartościowania dotychczasowych koncepcji.

W późniejszym okresie wielokrotnie pojawiały się koncepcje konkurencyjne, podkreślające rolę nieco odmiennych czynników. Dla przykładu francuscy teoretycy zdrowia publicznego za czynniki warunkujące zdrowie populacji uznawali¹⁷:

- środowisko naturalne;
- czynniki demograficzne;
- czynniki społeczno-ekonomiczne;
- czynniki psychologiczno-kulturowe;
- czynniki polityczno-administracyjne;
- system opieki zdrowotnej;

Z kolei koncepcja zaproponowana przez Bank Światowy uzależnia zdrowie społeczeństw od ich stanu zamożności oraz wykształcenia¹⁸.

Jednym z najbardziej złożonych modeli jest Mandala zdrowia, która wskazuje mnogość czynników oddziałujących na zdrowie, jak również ich wzajemne powiązania. Człowiek we wspomnianej koncepcji pojmowany jest jako jedność obejmująca wymiar fizyczny, intelektualny i duchowy. Poszczególne kręgi mandali pozwalają na hierarchizowanie czynników pod względem ich bezpośredniej bliskości w stosunku do jednostki. Kręgi najszersze to biosfera i kultura. Z kolei najbliższym kręgiem otaczającym człowieka jest rodzina, która pośredniczy między jednostkami i instytucjami społecznymi. Jej rolą ma być łagodzenie i osłanianie przed skutkami oddziaływania społeczności i kultury. Inne czynniki oddziałujące na zdrowie to: społeczność, system opieki

¹⁵ Lalonde M. A New perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canada; 1974

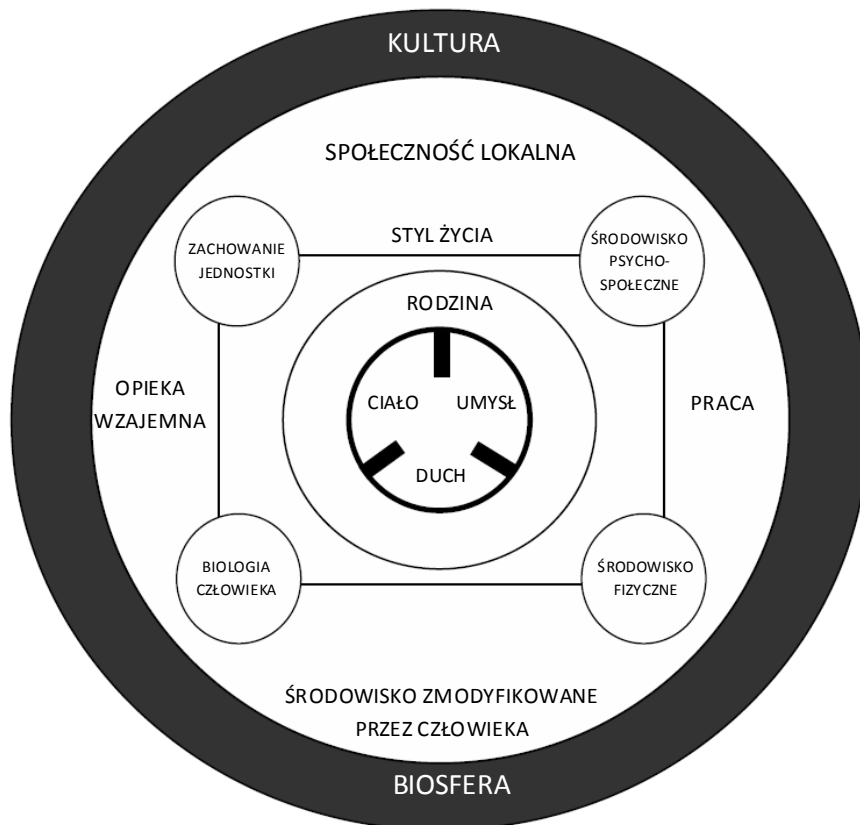
¹⁶ Niżnik J. W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta; 2004

¹⁷ Barwicka A. O zdrowiu publicznym. Prewencja i rehabilitacja 2004; 2(4): 1-4

¹⁸ Ibid.

zdrowotnej, styl życia, praca, biologia człowieka, środowisko fizyczne i psychospołeczne. Są one rozmieszczone na pozostałych kręgach z uwzględnieniem ich wpływu^{19,20}. Schemat opisanego modelu przedstawiony został na rycinie [Rycina 1].

Rycina 1 Model mandali zdrowia



źródło: na podstawie J. Strelau, Psychologia t. 3.²¹

Wśród innych propozycji zwraca uwagę m.in. koncepcja przytaczana przez Z. Słońską zakładająca, iż zdrowie ujmowane będzie „(...) *nie tyle jako abstrakcyjny stan, ile jako poddająca się zmianom zdolność człowieka zarówno do osiągnięcia szczytu własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i pozytywnego reagowania na wyzwania środowiska. W takim rozumieniu zdrowie nie jest celem samym w sobie, ale środkiem umożliwiającym człowiekowi takie wykorzystywanie istniejących możliwości, by życie uczynić lepszym, bogatszym i pełniejszym.*”²²

¹⁹ Hancock T. The Mandala of Health: a model of the human ecosystem. [In] Anderson R, Kickbusch I, ed. Health promotion. A resource book. Copenhagen: WHO/EURO; 1990

²⁰ O'Connor-Fleming ML, Parker E. Health promotion: principles and practice in the Australian context. Sydney: Allen&Unwin; 2001

²¹ Strelau J. Psychologia t. 3, Gdańsk 2000, s. 608.

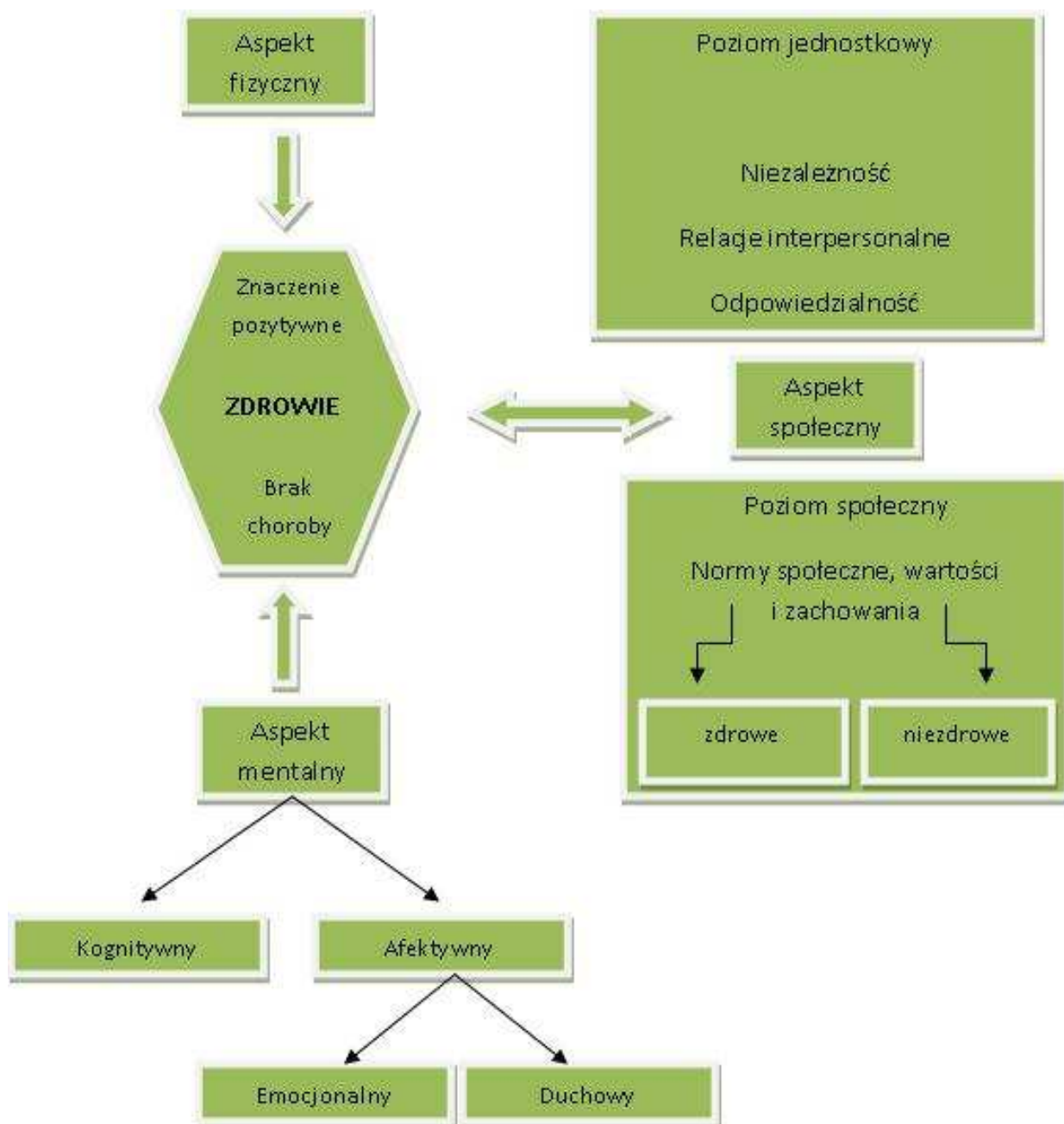
²² Słońska Z, Misiuna M. Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów. URL: <http://zakladepidemiologii.ikard.pl>

Bez względu na to, którą ze współczesnych koncepcji zdrowia będziemy rozpatrywać, ich założenia teoretycznych, a przede wszystkim podkreślanie wielowymiarowego charakteru zdrowia spowodowało daleko idące konsekwencje, do których zaliczyć można m. in.:

1. konieczność holistycznego traktowania osoby ludzkiej i jej zdrowia oraz rozpatrywania problemów zdrowotnych w szerokim kontekście codziennego funkcjonowania;
2. zwiększenie znaczenia nieprofesjonalnych systemów opieki (rodzina, środowisko lokalne, medycyna alternatywna);
3. zmianę priorytetów w ochronie zdrowia – zaakcentowanie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
4. redefiniowanie promocji zdrowia jako procesu umożliwiającego ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz polepszenie i wzbogacenie ich zdrowia.

Rozwoju nowych koncepcji zdrowia nie powinno się jednak rozpatrywać jako zanegowanie tradycyjnego postrzegania występującego w naukach medycznych. Jest to jedynie podkreślenie odrębnej perspektywy spojrzenia na zdrowie, perspektywy określanej jako pozytywna. Odzwierciedla to m.in. model zdrowia zaproponowany przez Tones i Greena. Łączy on oba podejścia pozwalając z jednej strony podkreślić znaczenie działalności profilaktycznej, terapeutycznej i rehabilitacyjnej, z drugiej natomiast zaznacza konieczność zadowolenia jednostki z jej stanu zdrowia. Schemat zaproponowanego modelu przedstawiony został na rycinie [Rycina 2].

Rycina 2 Model zdrowia wg. Tones i Green'a



źródło: opracowania własne na podstawie Tones K, Green J. Health Promotion. Planning and strategies.²³

W kontekście przytoczonych powyżej faktów docenić należy, iż współczesne spojrzenie wśród szerokiego spektrum aspektów ludzkiego zdrowia rozpatruje zdrowie psychiczne jako jeden z elementów konstytuujący ogólny dobrostan jednostki. W tym świetle przytoczyć można chociażby słowa Zbigniewa Woźniaka, który stwierdził, iż „*Tak rozumiane bio-psycho-społeczne*

²³ Tones K, Green J. Health Promotion. Planning and strategies., London: SAGE Publications; 2004

komponenty zdrowia prowadzą do kolejnej ważnej konstatacji: nie ma zdrowia ogólnego bez zdrowia psychicznego, oznaczającego:

a) dobre samopoczucie,

b) indywidualne zasoby obejmujące poczucie własnej wartości, kontroli i koherencji, a także optymizm,

c) zdolność do podejmowania, rozwijania i utrzymania wzajemnie satysfakcjonujących, bezpośrednich, osobistych stosunków społecznych,

d) zdolność radzenia sobie w życiu z przeciwnościami, trudnościami i kryzysami.”²⁴.

2.2. Koncepcja zdrowia psychicznego

Podobnie jak zagadnienie szeroko rozumianego zdrowia, tak i problematyka zdrowia psychicznego wymagała przyjęcia konsensowej definicji, pozwalającej na analizę zagadnienia w aspekcie globalnym i jego umiejscowienie w realiach współczesnych społeczeństw. Ze względu na naturę zagadnienia zaburzeń psychicznych i ich złożoną etiologię ustalenie istoty pojęcia zdrowia psychicznego stanowiło przedmiot licznych wysiłków naukowych, skutkujących przyjęciem często wyraźnie odmiennych koncepcji. W sposób syntetyczny zagadnienie to przedstawił w Valliant zestawiając siedem odmiennych modeli, pojawiających się w różnych kontekstach historycznych i prowadzących do przyjmowania odmiennych metod klasyfikowania stanu zdrowia jednostki.²⁵ Przegląd wspomnianych modeli wskazuje, iż pozostają one w ścisłej łączności rozwojem wiedzy na temat funkcjonowanie mózgu i oddziaływania zróżnicowanych czynników na stan zdrowia jednostki.

Światowa organizacja zdrowia w swoim raporcie z 2001 roku zaproponowała sposób rozumienia zdrowia psychicznego, który stwarza szerokie możliwości interwencji zarówno dla władz publicznych, jak i systemu wsparcia społecznego w którym funkcjonuje jednostka. WHO definiuje zdrowie psychiczne jako dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości, potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować.²⁶ Jak jednoznacznie podkreślono w raporcie opis ten wpisuje się w sposób ścisły w koncepcję zdrowia przyjętą przez WHO, a omówioną powyżej. Stan zgodny z przedstawionym założeniem opisywany jest w dokumentach WHO jako pozytywne zdrowie psychiczne. W podobny sposób do zagadnienia pozytywnego zdrowia psychicznego

²⁴ Woźniak Z. W stronę zdrowia społeczności - socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny Rok LXVI, zeszyt 1, 2004 s. 161-187

²⁵ George E. Vaillant Pozytywne zdrowie psychiczne: czy istnieje definicja międzykulturowa? Postępy Psychiatrii i Neurologii 2012; 21(4): 229–250

²⁶ The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

odnoszą się inni badacze. Jak zauważa Lehtinen osoby, których zdrowie można opisać w takich kategoriach potrafią identyfikować własne możliwości i korzystać z nich, cieszyć się życiem i radzić sobie w sytuacjach, które stanowią dla nich wyzwanie²⁷.

Przyjmując wyrażoną przez WHO koncepcję zdrowia psychicznego za podstawową wykładnię, zauważyć należy, iż pozwala ona również na podkreślenie złożonej natury zaburzeń psychicznych poprzez wpisanie ich w trzy obszary o znaczeniu decydującym – czynniki biologiczne, czynniki psychologiczne i czynniki społeczne.

Jednym z najistotniejszych czynników umiejscowionych w pierwszym z wymienionych obszarów jest płeć. Jak wskazują badania istnieje wyraźna zależność pomiędzy płcią osoby, a prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń psychicznych lub behawioralnych. Wskazuje na to m.in. Frąckowiak-Sochańska, wskazując na częstsze występowanie wśród kobiet takich zaburzeń jak anoreksja, bulimia, depresja i zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, histrioniczne, lękowe i symbiotyczne zaburzenia osobowości. Ta sama autorka dla populacji męskiej wskazała częstsze występowanie osobowości antyspołecznej (psychopatycznej), schizoidalnych zaburzeń osobowości oraz zespołów uzależnień od substancji psychoaktywnych.²⁸

Jako kolejną przesłankę biologiczną zaburzeń WHO wskazuje zakłócenia komunikacji neuronowej w poszczególnych obwodach. Tego typu zjawiska są charakterystyczne m.in. dla przypadków schizofrenii i możliwe są do wykrycia w badaniach zarówno na poziomie komórkowym, jak i tkankowym.²⁹ W depresji jednakże możliwe jest, że różne zaburzenia anatomiczne mogą nie wystąpić, a ryzyko choroby może być ze względu na różnice w reaktywności obwodów neuronowych.

Postępujący rozwój genetyki każe umieszczać również tę grupę uwarunkowań w obszarze czynników biologicznych zwiększających zagrożenie wystąpieniem zaburzeń psychicznych. Podkreśla się jednak, iż w tym przypadku wystąpienie zaburzeń psychicznych jest konsekwencją nałożenia się wrodzonych predyspozycji i czynników środowiskowych, będących swoistym katalizatorem.

W drugiej grupie przyczyn zaburzeń psychicznych i behawioralnych – grupie uwarunkowań psychologicznych, szczególnie dużo uwagi poświęca się zagadnieniu jakości relacji interpersonalnych, za kluczowy dla przyszłego zdrowia psychicznego uznając okres dzieciństwa. Brak możliwości odczuwania w tym okresie czułości i troski połączonej ze stałą opieką może skutkować pojawieniem się zaburzeń psychicznych i behawioralnych tak w okresie dzieciństwa, jak

²⁷ Lehtinen, V. Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge. STAKES, Finland. Jyväskylä 2008 URL: <https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Building%20up%20good%20mental%20health.pdf>

²⁸ Frąckowiak-Sochańska M. Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej. [w:] Roczniki socjologii rodziny UAM. Poznań, 2010. s. 153-183

²⁹ Rybakowski J. Co nowego w diagnostyce i leczeniu chorób afektywnych i schizofrenii. Przewodnik Lekarza 2009, 1, 187-194

i w późniejszych etapach życia. Potwierdzeniem powyższych spostrzeżeń mogą być wyniki badań podopiecznych ośrodków opiekuńczo-wychowawczych, którzy często wykazują zaniżone poczucie własnej wartości, deklarują również nieumiejętność budowania relacji z innymi osobami, co odczytywać można zarówno jako konsekwencję wychowania w rodzinach dysfunkcyjnych, jak i późniejszego niedostatecznego zrekompensowania powstałych deficytów w okresie pobytu w placówce.³⁰ Podobnych wniosków dostarcza bogata literatura poświęcona zespołowi dorosłego dziecka alkoholika (DDA) oraz dorosłego dziecka z rodziny dysfunkcyjnej (DDD).

W kontekst psychologicznych uwarunkowań zaburzeń wpisuje się także zjawisko ich nabywania w toku procesów socjalizacyjnych. Otoczenie społeczne poprzez warunkowanie określonych zachowań prowadzić może do ograniczenia zdolności adaptacyjnych jednostki i powstawania zaburzeń utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie. Występowanie w najbliższym otoczeniu jednostki bodźców promujących zachowania szkodliwe w dłuższej perspektywie prowadzić będzie do ich przejmowania i realizowania wzorców zachowań odbiegających od powszechnie akceptowanych norm. Naraża to jednostkę na pojawienie się silnego stresu, osamotnienia czy obniżenia poczucia własnej wartości. Niewątpliwie jednym z najbardziej jaskrawych przejawów warunkowania zachowań w powszechnej opinii uważanych za negatywne jest uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. W sposób szczególny zagadnienie to dotyczy młodzieży szkolnej, dla której przynależność do grupy rówieśniczej ma szczególne znaczenie, obniżając skłonność do zachowań nonkonformistycznych. Tym samym w grupach, w których spożywanie alkoholu czy substancji psychoaktywnych uznawane jest za normę wytwarza się swoista presja na dostosowanie. Obawa przed wykluczeniem z grupy prowadzić będzie do realizowania zachowań „nagradzanych”³¹.

Jako odrębną kategorię uwarunkowań, które zarazem w sposób szczególny powinny być uwzględniane przez władze publiczne wskazuje się uwarunkowania społeczne. W obręb tej grupy determinant włączone zostały przede wszystkim procesy przekształceń związane ze zjawiskami urbanizacji, ubóstwa czy zmiany technologicznej. Wspomniane czynniki cechuje wyraźna odmienność oddziaływania na poszczególne grupy społeczne. Analizując strukturę społeczną pod względem płci, statusu ekonomicznego czy pochodzenia etnicznego wskazać można, iż o ile w odniesieniu do części grup wspomniane procesy niosą powstanie sytuacji generujących zagrożenie dla zdrowia psychicznego, o tyle inne grupy uznać można za beneficjentów powyższych przemian. Rozpatrując zjawisko urbanizacji warto zauważyć, iż jego nasilenie prowadzi najczęściej do

³⁰ Abramowicz M, Strzałkowska A, Tobis T. Badanie ewaluacyjno-diagnostyczne. Sytuacja psychospołeczna i materialna usamodzielnionych wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych. Gdańsk, 2012. URL: <http://gfis.pl/wp-content/uploads/2013/07/raport+z+badac584.pdf>

³¹ Kokociński M. Rola grupy rówieśniczej w procesie socjalizacji młodzieży. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania. Poznań, 2011. s. 90

zwiększenia liczby stresorów pojawiających się w otoczeniu jednostki. W znacznej mierze wiązać się to będzie z większym natężeniem takich zjawisk jak hałas czy zanieczyszczenie środowiska. Ponadto, ze względu na narastające koszty na terenach miejskich trudniej jest uzyskać satysfakcjonujący standard życia jednostek, co zwiększa stres związany z dążeniem do zapewnienia godziwych warunków życia dla jednostki i rodziny. W kategorii stresorów niewątpliwie należy także umieścić zwiększone narażenie na zjawisko przemocy czy też innych form zachowań dewiacyjnych. Problemem środowisk wielkomiejskich pozostaje także niski stopień zintegrowania mieszkańców, co przekłada się na brak sieci wsparcia społecznego. Niedostatki te w części rekompensowane są dostępem do większego rynku pracy, oferty kulturalnej i wsparcia instytucji formalnych (placówki ochrony zdrowia, ośrodki pomocy społecznej etc.).³² Tym niemniej uznać można, iż istnieją silne dowody na stwierdzenie związku między nasileniem zjawiska urbanizacji a występowaniem przypadków zaburzeń psychicznych czy depresji.

Nie mniej istotnym uwarunkowaniem zaburzeń psychicznych pozostaje ubóstwo. Istnienie związku pomiędzy sytuacją ekonomiczną a częstotliwością występowania zaburzeń psychicznych zostało wielokrotnie potwierdzone w badaniach naukowych.^{33,34,35,36,37} Jak zauważa WHO problematyczne pozostaje jedynie określenie kierunku zależności tych dwóch zjawisk. Można bowiem zarówno sugerować, iż ubóstwo prowadzi do zaburzeń psychicznych, jak i konstytuować zależność odwrotną – tj. wskazującą, iż pojawienie się zaburzeń psychicznych stanowi przyczynę zubożenia jednostki. Niezależnie jednak od tego czy zaburzenia psychiczne stanowią przyczynę ubóstwa czy też są jego rezultatem, nie ulega wątpliwości, iż mechanizm ten ma tendencję do wzajemnego wzmacniania swych skutków. Wystąpienie zaburzeń psychicznych często ogranicza osobie dostęp do rynku pracy, w następstwie prowadząc do dalszej deprivacji ekonomicznej. Jednocześnie brak środków finansowych skutkuje ograniczeniem dostępu do ochrony zdrowia. W rezultacie u osób obciążonych zaburzeniami i ubóstwem przebieg choroby przyjmuje zwykle ostrzejszą postać, potęgując negatywne skutki. Schemat ten obrazuje rycina (Rycina 3).

³² Dalgard O. S, Tambs K. Urban environment and mental health. A longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry* Dec 1997, 171 (6) 530-536; DOI: 10.1192/bjp.171.6.530

³³ Meltzer H, Harrington R, Goodman R, Jenkins R. Children and adolescents who try to harm, hurt or kill themselves. A report of further analysis from the national survey of the mental health of children and adolescents in Great Britain in 1999. London: HMSO, 2001.

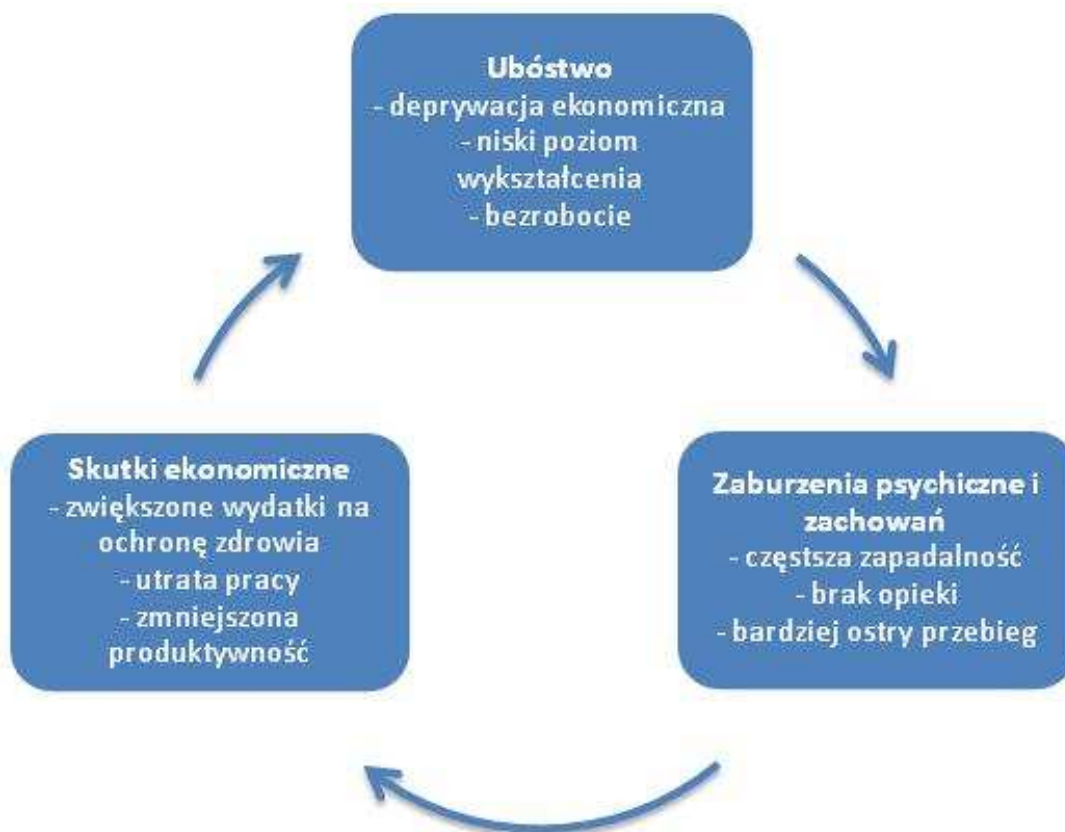
³⁴ Caan W. Good for mental health—an academy for the social sciences. *J Mental Health* 2000;9:117-9.

³⁵ Thornicroft G, Maingay S. The global response to mental illness. *BMJ* 2002;325:608-9.

³⁶ Marmot M. Status syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury, 2004.

³⁷ Hirst J. Have our kids gone mad? *New Statesman* 1 Oct 2000. (available at www.contac.org/contactlibrary/children24.htm).

Rycina 3. Zaburzenia psychiczne, a sytuacja społeczno-ekonomiczna jednostki



źródło: opracowanie na podstawie World Health Organization Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors.³⁸

Podsumowując powyższy wątek podkreślić należy złożoną naturę uwarunkowań zdrowia psychicznego. Dla uproszczenia odwołać się można do syntetycznej koncepcji zaproponowanej przez Lehtinena. Wskazuje ona na cztery obszary, w które wpisane zostały dające się modyfikować zmienne oddziałujące na zdrowie jednostek. Obszary te obejmują czynniki indywidualne, czynniki kulturowe, interakcje społeczne oraz strukturę i zasoby społeczne. Poniżej w tabeli przedstawiono zakres zjawisk umiejscowionych w każdym ze wspomnianych obszarów (Tabela 1).

³⁸ World Health Organization Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. URL: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf

Tabela 1. Determinanty zdrowia psychicznego wg. Lehtinena

Determinanty zdrowia psychicznego ³⁹			
Czynniki i doświadczenia indywidualne (emocje, działania, tożsamość, poczucie własnej wartości, umiejętności radzenia sobie i adaptacyjne, autonomia, inne osobiste zasoby, zdrowie fizyczne).	Czynniki kulturowe (wartości społeczne, reguły kierujące interakcją społeczną, społeczne kryteria zdrowia i choroby psychicznej, piętno choroby psychicznej, tolerancja odmienności).	Interakcje społeczne (w sferze osobistej, rodzinnej, środowisku nauki, pracy czy społeczności lokalnej, aktywność w czasie wolnym).	Struktury i zasoby społeczne (polityka społeczna, organizacyjne, dotycząca zatrudnienia, zasoby edukacyjne, domowe, ekonomiczne).

2.3. Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych

Omówiona powyżej analiza obszarów oddziałujących na zdrowie psychiczne pozwala na bliższe określenie zjawisk stanowiących potencjalne źródło zagrożenia. Analizując powyższe zagadnienie eksperci WHO zakwalifikowali czynniki ryzyka do jednej z trzech grup:

- czynników indywidualnych – odnoszących się do charakterystyki jednostki zarówno w perspektywie biologicznej, jak i nabytych zdolności i umiejętności;
- czynników społecznych – związane ze zdolnością jednostki do budowania relacji społecznych w grupach, do których przynależ, uzyskania satysfakcjonującej pozycji zawodowej, wykształcenia i dochodu;
- czynników środowiskowych – obejmujących oddziaływania socjokulturowe i geopolityczne kształtujące warunki bytu jednostek i gospodarstw domowych.

Opracowane w oparciu o zarysowany podział zestawienie czynników ryzyka z jednej strony wskazuje pojawiające się zagrożenia, ale z drugiej określa czynniki mające właściwości prewencyjne w odniesieniu do zaburzeń psychicznych. Zestawienie wspomnianych czynników zamieszczone zostało w tabeli (Tabela 2).

³⁹ Promocja zdrowia psychicznego w placówce edukacyjnej. URL: <http://promocjazdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2014/01/Promocja-zdrowia-psychicznego-podr%C4%99cznik.pdf>

Tabela 2 Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych i czynniki chroniące⁴⁰

Poziom	Czynniki niekorzystne	↔	Czynniki chroniące
Właściwości indywidualne	Niska samoocena	↔	Wysoka samoocena, pewność siebie
	Niedojrzałość poznawcza/emocjonalna	↔	Umiejętność rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem i niepowodzeniami
	Trudności w komunikowaniu	↔	Zdolności komunikacyjne
	Choroba, uzależnienie	↔	Zdrowie fizyczne, dobra kondycja
Okoliczności społeczne	Samotność, utrata bliskiej osoby	↔	Wsparcie rodziny i przyjaciół
	Zaniedbanie, konflikt rodzinny	↔	Dobre relacje rodzicielskie/rodzinne
	Narażenie na przemoc/wykorzystywanie	↔	Fizyczna ochrona i bezpieczeństwo
	Niskie dochody i ubóstwo	↔	Bezpieczeństwo ekonomiczne
	Trudności lub niepowodzenia w szkole	↔	Osiągnięcia szkolne
	Stres związany z pracą, bezrobocie	↔	Zadowolenie i osiągnięcia w pracy
Czynniki środowiskowe	Ograniczony dostęp do podstawowych usług	↔	Sprawiedliwy dostęp do podstawowych usług
	Niesprawiedliwość i dyskryminacja	↔	Sprawiedliwość społeczna, tolerancja, integracja
	Nierówności społeczne i płciowe	↔	Równość społeczna i płciowa
	Narażenie na konflikty zbrojne i klęski żywiołowe	↔	Fizyczna ochrona i bezpieczeństwo

W nawiązaniu do problematyki czynników ryzyka podkreślić należy, iż siła ich oddziaływania pozostaje skorelowana z okresem życia w jakim obecnie znajduje się jednostka. Jak wskazują badania prowadzone wśród różnych grup wiekowych zarówno dokuczliwość poszczególnych zjawisk, jak i miejsce (siedlisko) z którym związana jest największa ilość stresorów ulega wyraźnym modyfikacjom. Analiza zagrożeń dla zdrowia psychicznego skłania do postawienia tezy, iż w sposób najsilniejszy narażone na występowanie czynników ryzyka są dzieci i młodzież oraz osoby w wieku podeszłym. Prezentowane poniżej zestawienie czynników ryzyka pozwala w

⁴⁰ World Health Organization Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. URL: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf s.11

jednoznaczny sposób wskazać zarówno obszary zawodności, w których występować może interwencja, jak i instytucje stanowiące naturalne środowisko interwencji (Tabela 3).

Tabela 3. Czynniki zagrożenia zdrowia psychicznego w podziale na fazy życia i siedliska⁴¹.

Siedlisko	Dom/rodzina	Szkoła	Media/informacje	Praca	Społeczność/dom
Kultura					Dyskryminacja i nierówności społeczne
	Niski status socjo-ekonomiczny			Negatywny wpływ mediów	
		Niesprzyjające warunki nauki			Wykluczenie społeczne
Społeczność				Przemoc/przestępczość w sąsiedztwie	
	Złe warunki mieszkaniowe/życiowe		Presja rówieśnicza		Ograniczone udogodnienia obywatelskie
Rodzina		Choroba psychiczna rodzica	Trudności w szkole		Niepełnoetatowość i obciążenie pracą
			Przemoc w rodzinie	Bezrobocie	
	Używanie psychoaktywnych w ciąży		Trauma lub złe traktowanie		Zadłużenie/ubóstwo
Jednostka	Brak poczucia bezpieczeństwa			Zachowania kryminalne lub antyspołeczne	Żaloba
	Niedożywienie	Niewłaściwe żywienie		Stosowanie substancji psychoaktywnych	Picie szkodliwe

41

		Niska samoocena	Zły stan zdrowia fizycznego			Zły stan zdrowia fizycznego
	Okres prenatalny i wczesne dzieciństwo	Dzieciństwo	Dojrzewanie	Dorosłość		Wiek podeszły

Zarysowany podział na poszczególne etapy życia jednostki z określeniem czynników generujących zagrożenie ma istotne implikacje praktyczne, pozwalając na skupienie uwagi na problemach mogących prowadzić do powstania zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania.

Jak wykazano w tabeli powyżej potencjalne zagrożenia dla zdrowia psychicznego jednostki, ale także dla jej całościowego dobrostanu, pojawiają się już najwcześniejszym stadium życia, wliczając w to okres prenatalny. Złożoność pojawiających się źródeł negatywnych oddziaływań jest tutaj czynnikiem istotnie utrudniającym prowadzenie skutecznej interwencji. Analizując przedstawione powyżej uwarunkowania można dostrzec, iż w dużej mierze odpowiadają one statusowi materialnemu rodziny w której żyją matka i dziecko. Niski poziom zabezpieczenia materialnego skutkować może zaistnieniem takich zjawisk jak niedożywienie oraz złe warunki lokalowe i/lub życiowe.

W odniesieniu do problemu niedożywienia należy podkreślić, iż zaistnienie deficytów w obszarze żywienia zarówno w okresie ciąży, jak i we wczesnym dzieciństwie niesie ze sobą poważne ryzyko zaburzeń psychicznych oraz deficytów intelektualnych. Jak wskazują badania przeprowadzone przez Huang i wsp. narażenie na niedożywienie we wczesnym okresie życia skutkuje zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych.⁴² Ma to związek z intensywnym rozwojem układu nerwowego dziecka w okresie prenatalnym oraz we wczesnym dzieciństwie. W sposób szczególny zwraca się uwagę na konieczność dostarczenia w odpowiedniej ilości takich składników jak kwas foliowy (o 70% zmniejsza ryzyko wystąpienia poważnych wad rozwojowych takich jak bezmózgowie oraz przepukliny mózgu i rdzenia), proteiny (wpływają na kształtowanie struktur mózgu takich jak hipokamp oraz oddziaływanie neuroprzekaźników takich jak dopamina i serotonina), żelazo, wapń, witamina D czy witamina B12. Pojawienie się deficytów mikro i makroelementów często stanowić będzie rezultat ubóstwa, jednakże należy podkreślić, iż może ono wystąpić na skutek niewłaściwego żywienia i braku świadomości także w grupach lepiej sytuowanych pod względem materialnym.

W kontekście warunków życia i warunków mieszkaniowych najczęściej poszukuje się ich powiązania z obszarem zdrowia fizycznego, gdzie obserwowane zależności, takie jak

42

Huang C, Li Z, Wang M, Martorell R. Early life exposure to the 1959–1961 Chinese famine has long-term health consequences. *The Journal of Nutrition*. 2010;140:1874–1878

częstsze występowanie zakażeń bakteryjnych czy chorób układu oddechowego są wyraźnie dostrzegalne. Tym niemniej przeprowadzone w Wielkiej Brytanii badania wyraźnie wskazują, iż dzieci wychowujące się w złych warunkach częściej doświadczają także problemów natury psychicznej, takich jak nadmierny stres, złość oraz są bardziej narażone na wystąpienie depresji. Mając na uwadze powyższe zależności warto także podkreślić, iż trudno jednoznacznie stwierdzić na ile jest to rezultat warunków bytowych, a na ile jest to skutkiem oddziaływania innych czynników, często towarzyszących opisanym warunkom (np. występujące w rodzinie problemy uzależnienia, przemocy, bezrobocia itp.).⁴³

Osobną kategorię zagrożeń w początkowym okresie życia stanowić będą dysfunkcyjne modele zachowań pojawiające się w otoczeniu dziecka. W sposób szczególny należy tu uwzględnić problematykę uzależnień. W okresie prenatalnym uzależnienia stanowią istotne zagrożenie dla rozwoju płodu i skutkować mogą pojawieniem się poważnych wad. Spożywanie przez matkę alkoholu w ciąży w powszechnej opinii uznawane jest za działanie szkodliwe. Za szczególnie niebezpieczne uznaje się spożywanie dawek prowadzących do stanu upojenia alkoholowego, które prowadzi do powstania licznych zaburzeń w rozwoju płodu, w tym także zaburzeń w funkcjonowaniu struktur mózgu. Najczęściej przywoływanym przykładem zaburzeń jest FAS – alkoholowy zespół płodowy, skutkujący zarówno zaburzeniami budowy i rozwoju fizycznego, jak pojawieniem się zaburzeń poznawczych i psychicznych (m.in. zaburzona koordynacja motoryczna, trudności w uczeniu się, trudności komunikacyjne). Jak sugerują badania Ouellette i wsp. wady rozwojowe w ciąży występują 3-krotnie częściej u kobiet pijących więcej niż 35 g alkoholu dziennie w porównaniu z tymi, które spożywają go mniej lub nie piją wcale. Zaburzenia zachowań będące konsekwencją spożywania alkoholu przez ciężarną mogą wystąpić nawet w przypadku przyjmowania niewielkich dawek. Opublikowane w 2001 roku badania Sood i wsp. sugerują, iż wśród dzieci, których matki spożywały mniej niż 15g alkoholu dziennie w okresie ciąży wyraźnie częściej ujawniały się zachowania agresywne.⁴⁴

Ważny aspekt rozwoju psychicznego dziecka w najwcześniejszym okresie życia stanowi budowa więzi z rodzicami. Jakość relacji, jaka wytwarza się w pierwszych miesiącach po urodzeniu rzutuje w sposób wyraźny na psychikę osoby we wszystkich późniejszych etapach jej życia. Jak sugeruje Bowlby „w trakcie zdrowego rozwoju

⁴³ A chance of a lifetime. The impact of bad housing on children's life. URL: https://england.shelter.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/66364/Lifechancereport.pdf s. 12-20

⁴⁴ Podaję za: Wpływ alkoholu na przebieg ciąży. Aktualne (2006 r.) stanowisko Royal College of Obstetricians and Gynaecologists URL: <http://www.mp.pl/artykuly/33165,wplyw-alkoholu-na-przebieg-ciazy-aktualne-2006-r-stanowisko-royal-college-of-obstetricians-and-gynaecologists#1>

*zachowanie przywiązaniowe prowadzi do rozwoju więzi uczuciowych lub przywiązań, początkowo pomiędzy dzieckiem a rodzicem a później pomiędzy dorosłym a dorosłym. Formy zachowań i więzi, do których to prowadzi, są obecne i aktywne w ciągu całego cyklu życiowego”.*⁴⁵ Powstałe w tym czasie modele relacji wyraźnie rzutują na zachowania dziecka w późniejszych okresach (wiek przedszkolny i szkolny). Brak responsywności matki na sygnały dziecka czy niestabilność jej zachowań zwiększa stres dziecka uniemożliwiając mu wykształcenie właściwego wzorca zachowań. W rezultacie prowadzi do poczucia niepewności, lęku, złości czy dezorientacji zarówno w kontakcie z rodzicami, jak i w późniejszych relacjach na poziomie grup rówieśniczych.

Znaczne obciążenie dla psychiki dziecka stanowi również wejście w **wiek szkolny**. W tym okresie pojawić się mogą zarówno problemy wynikające bezpośrednio z podjęcia edukacji, jak i z warunków tworzonych przez otoczenie. Zdaniem Talik źródła stresu szkolnego podzielić można na dwie główne kategorie – problemy z nauką i organizacją życia szkolnego (obiektywnie lub subiektywnie niesatysfakcjonujące oceny, obawa przed zdemaskowaniem nieprzygotowania, obawa przed spóźnieniem, sprawdziany, konieczność powtarzania klasy etc.) oraz trudności w relacjach z innymi uczniami i nauczycielami (niesprawiedliwe ocenianie, niewłaściwa postawa nauczyciela, rywalizacja z rówieśnikami, nacisk ze strony grupy).⁴⁶ Powyższym doświadczeniom towarzyszyć może zanik wsparcia ze strony rodziny, co potęguje negatywne doznania ucznia. Rezultatem oddziaływania wymienionych stresorów może być obniżone poczucie własnej wartości i frustracja, które z kolei prowadzi do pojawienia się stanów obniżonego nastroju oraz przypadków depresji. Podobnie jak w przypadku wcześniejszego etapu czynnikiem istotnie oddziałującym na dobrostan psychiczny może być także niedożywienie i ubóstwo. Ostatnie z wymienionych zjawisk stanowi szczególne obciążenie wobec presji otoczenia kreującego konsumpcyjny styl życia.

W okresie **nastoletności** problemy skumulowane we wcześniejszych etapach rozwoju mogą ulegać dalszemu pogłębieniu. W sposób istotny wzrasta wówczas presja rówieśnicza, która może prowadzić do przejmowania niekorzystnych wzorców zachowań – jak np. używanie substancji psychoaktywnych, a także zwiększać poczucie izolacji oraz niską samoocenę wśród nastolatków nie potrafiących lub nie chcących się dostosować do norm grupowych. W kontekście zażywania substancji psychoaktywnych należy podkreślić, iż może

⁴⁵ Za: Czub M. Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. Forum Oświatowe (2003), 2 (29), 31-49

⁴⁶ E. Talik, Specyfika stresu szkolnego i strategie radzenie sobie z nim przez młodzież w okresie dorastania Horyzonty psychologii, 2011, tom 1, numer 1 Rozprawy i artykuły naukowe s. 127-137

być ono zarówno swoistą strategią radzenia sobie z problemami osobistymi, jak i źródłem problemów psychicznych jednostki (np. poprzez narastanie konfliktów z najbliższą rodziną, których podłożem jest spożywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych). Na tym etapie rozwoju pojawiają się również problemy związane z osiągnięciem dojrzałości płciowej i zmianami w gospodarce hormonalnej.

Częstymi zaburzeniami psychicznymi, jakie ujawniają się w tym wieku są m.in. zaburzenia odżywiania i depresje młodzieńcze, rzadziej nerwice, zaburzenia zachowania i psychozy.

Wejście w dorosłość stanowi zwykle moment konfrontacji z realiami rynku pracy i podejmowania pracy zawodowej, co dla większości osób stanowi źródło znacznych obciążeń psychicznych. Możliwość wykonywania satysfakcjonującej pracy jest źródłem samorealizacji i budowania poczucia własnej wartości. Jednakże często środowisko pracy stanowi obszar powstawania istotnych obciążeń rzutujących na zdrowie psychiczne jednostki. Raport WHO *Zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy i ich wpływ na zdrowie*, wskazuje na istnienie dziesięciu obszarów stanowiących źródło powstawania zagrożeń dla zdrowia psychicznego.⁴⁷

- Treść pracy - niska wartość pracy, brak zróżnicowania zadań i powtarzalność pracy, niepewność, brak możliwości uczenia się, konieczność podwyższonej koncentracji uwagi, sprzeczne wymagania oraz niedostateczne zasoby. Badania przeprowadzone przez Cox'a wskazują, iż praca obciążona powyższymi wadami wiąże się z poczuciem znudzenia, a także z lękiem i depresyjnością, urazami psychicznymi oraz ogólnie pogorszonym stanem zdrowia psychicznego.
- Ilość i tempo pracy - dotyczy przeciążenia pracą jak i niedociążenia pracą, a także jakości pracy (stopnia trudności). Badania przeprowadzone w 1998 roku przez Jones i wsp. wykazały, że w gronie pracowników cierpiących na choroby będące następstwem stresu ponad czterdziestokrotnie częściej pojawiały się deklaracje, iż pracują oni pod presją czasu i nieprzekraczalnych terminów.
- Harmonogram pracy: praca zmianowa i długie godziny pracy – za źródło stresu uznaje się zakłócenia naturalnego biologicznego cyklu okołodobowego, co ogranicza możliwość wypoczynku i regeneracji.
- Kontrola nad pracą – wskazuje się, iż brak możliwości uczestniczenia w podejmowaniu decyzji oraz niski stopień kontroli nad pracą skutkuje doświadczaniem

⁴⁷ WHO Zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy i ich wpływ na zdrowie
https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/73444/Stres_Zagrozenia_psychospo%C5%82eczne.pdf

stresu oraz z lękiem, depresją, apatią i wyczerpaniem, niską samooceną oraz podwyższoną częstością występowania objawów kardiologicznych.

- Fizyczne warunki pracy i wyposażenie - zagrożenia ergonomiczne, wysoka temperatura powietrza, przeciążenie ilościowe pracą, niewłaściwa wentylacja i narażenie na czynniki chemiczne. Jakkolwiek nie ma bezpośrednich dowodów na związek wspomnianych czynników z występowaniem zaburzeń psychicznych, jednakże dostrzeżono związek między świadomością ww. zagrożeń, a odczuwaniem stresu przez pracowników.
- Kultura i funkcja organizacyjna – w sposób szczególny dotyczy to stylu kierowania realizowanego przez przełożonych, który uznaje się za podstawowy element kreowania klimatu organizacji. Istnieją dowody, przykładowo na to, że zachowania kierownicze i style sprawowania nadzoru mają kluczowy wpływ na samopoczucie emocjonalne pracowników
- Relacje interpersonalne w miejscu pracy – obejmujące:
 - Relacje z przełożonymi, podwładnymi i współpracownikami – Brak wsparcia społecznego w miejscu pracy stanowi przyczynę wysokiego poziomu lęku, wyczerpania emocjonalnego, napięcia w związku z pracą, niskiej satysfakcji z pracy oraz zwiększone ryzyko chorób układu krążenia.
 - Przemoc i zastraszanie w miejscu pracy – może stanowić źródło pojawienia się takich zjawisk jak zespół stresu pourazowego. Badania przeprowadzone przez Hoel et. al. wskazują, iż w Europie ok. 10% pracowników pada ofiarą zastraszania w miejscu pracy, co powoduje u pracowników poczucie lęku, depresję, bezsenność oraz doświadczanie stresu. Za szczególnie niepokojące uznać można wyniki norweskich badań, sugerujących, iż ok. 40% ofiar zastraszania rozważa popełnienie samobójstwa.
- Rola w pracy - Niejednoznaczność roli, konfliktowość roli oraz stopień odpowiedzialności za innych stanowią także główne źródła potencjalnego stresu.
- Przebieg kariery – zaburzenia w kształtowaniu kariery zawodowej odczuwane są szczególnie dotkliwie w tych miejscach pracy, w których podkreśla się związek kariery z kompetencjami i osiągnięciami. Potencjalne źródła stresu w tym przypadku wiążą się z brakiem poczucia bezpieczeństwa lub też z poczuciem nieadekwatności statusu.

- Relacje praca-dom – źródłem narażenia na stres staje się zaistnienie konfliktu pomiędzy oczekiwaniami pracodawcy, a możliwością wypełniania roli rodzica czy małżonka. Istota problemu w dużej mierze wynika z doniosłego znaczenia, jakie rolom rodzinnym i zawodowym przypisują jednostki. W rezultacie brak zdolności pogodzenia obydwu ról rzutuje na obraz jednostki i staje się źródłem frustracji.

Pozostając w obszarze zagadnień związanych z okresem aktywności zawodowej należy również zwrócić uwagę na dwa kolejne zjawiska mogące stanowić potencjalne źródła zagrożeń, mianowicie powszechne stosowanie elastycznych form zatrudnienia oraz zjawisko bezrobocia. Cechą wspólną obydwu ww. problemów jest ograniczenie, czy wręcz podważenie poczucia bezpieczeństwa socjalnego jednostki, co w konsekwencji rodzi szereg utrudnień w normalnym funkcjonowaniu społecznym. W rezultacie pojawić się może silne poczucie zagrożenia i utraty kontroli nad własnym życiem, co w konsekwencji tworzy presję mogącą negatywnie oddziaływać na psychikę jednostki.

Niemniej obciążający dla jednostki jest także okres tzw. wieku podeszłego. Zakończenie aktywności zawodowej prowadzić może do narastania izolacji społecznej. Zjawisko to prowadzić może również do deprivacji ekonomicznej jednostki, ze względu na znaczne obniżenie dochodu. Narasta także zagrożenie pojawieniem się chorób przewlekłych, często istotnie obniżających mobilność jednostki i jej zdolność do uczestniczenia w życiu społeczności. Z tego względu uznaje się osoby w wieku podeszłym za szczególnie narażone na wykluczenie społeczne⁴⁸, którego charakterystyka obejmuje wiele wymiarów. Niejednokrotnie wiek podeszły wiąże się także z samotnością wynikającą z choroby lub śmierci współmałżonka/partnera, którą potęgować może również niechęć do podejmowania opieki nad osobą starszą przez jej najbliższych krewnych. Wspomniane zjawiska zaburzają poczucie własnej wartości i prowadzić mogą do obniżonego nastroju i zaburzeń depresyjnych. W okresie późnej starości jednostki zaczynają doświadczać także obniżenia zdolności poznawczych i objawów demencji, a także ogólnego pogarszania się sprawności fizycznej, co stanowi źródło silnego stresu dla jednostki. Wraz z pojawieniem się większej zależności jednostki od wsparcia ze strony otoczenia społecznego pojawia się również większe narażenie na przemoc i nadużycia, szczególnie ze strony pracowników placówek instytucjonalnych (placówek ochrony zdrowia, ośrodków opieki itp.). Pojawienie się podobnych doświadczeń stanowi silny stresor i źródło zaburzeń.

⁴⁸ Czapiński J, Panek T [red.] *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa: 2015. s. 408-413

Niezależnie od powyższej analizy zagrożeń, prowadzonej z perspektywy poszczególnych etapów życia jednostki, należy mieć na uwadze także pewne wydarzenia w życiu jednostek, które skutkować mogą pojawieniem się istotnych obciążeń psychicznych. Pomocne w określeniu zjawisk generujących największe zagrożenia dla stanu psychiki jednostek mogą być tzw. skale stresu. Jedną z najczęściej przywoływanych jest tutaj kwestionariusz zmian życiowych Holmesa i Rahe'a. Ujmując w 42 wydarzenia życiowe badacze ci nadali im wartości punktowe od 0 do 100, gdzie 100 oznacza najbardziej stresującą sytuację dla jednostki.⁴⁹ Na potrzeby niniejszego opracowania stresory zostały podzielone na trzy grupy: relacje interpersonalne/rodzinne, praca/edukacja/dobrobyt oraz pozostałe. Analiza w oparciu o przyjęty podział wyraźnie wskazuje, iż najsilniejsze obciążenia pojawiają się w obszarze relacji rodzinnych i interpersonalnych. Wyróżnienie powyższych sfer może być niezwykle pomocne w budowaniu programów wsparcia w sytuacjach kryzysowych oraz rozwijaniu indywidualnych umiejętności radzenia sobie ze stresem. Szczegółowy wykaz zamieszczono w tabeli poniżej (Tabela 4).

⁴⁹ Holmes T. H, Rahe R. H. The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213

Relacje interpersonalne/rodzinne	Praca/edukacja/dobrobyt	Pozostałe
<ul style="list-style-type: none"> • Śmierć współmałżonka (100) • Rozwód (73) • Separacja małżeńska (65) • Śmierć bliskiego członka rodziny (63) • Zawarcie małżeństwa (50) • Pogodzenie się ze współmałżonkiem (45) • Chorobaw rodzinie (44) • Cięża (40) • Kłopoty w pożyciu seksualnym (39) • Powiększenie się rodziny (39) • Śmierć bliskiego przyjaciela (37) • Wzrost konfliktów małżeńskich (35) • Opuszczenie przez dzieci domu rodzinnego (29) • Klótnie i starcia z krewnymi współmałżonka (29) • Zmiany częstości spotkań rodzinnych (15) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwolnienie z pracy (47) • Przejście na rentę lub emeryturę (45) • Rozpoczynanie nowej pracy zawodowej (39) • Zmiany w dochodach finansowych (38) • Zmiana zawodu (36) • Hipoteka ponad 10000 dolarów (31) • Wiadomość o konieczności zwrotu większego długu lub pożyczki (30) • Zmiana stopnia odpowiedzialności w życiu zawodowym (29) • Wzmożenie wysiłku dla wykonania jakiegoś zadania (28) • Początek lub zakończenie pracy zawodowej współmałżonka (26) • Rozpoczęcie lub zakończenie nauki szkolnej (26) • Zmiany standardu, poziomu życia (25) • Starcia z szefem (23) • Zmiany warunków pracy lub najbliższego otoczenia (20) • Zmiana mieszkania (20) • Zmiana szkoły (20) • Hipoteka lub zaciągnięcie długu poniżej 10000 dolarów (17) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobyt w więzieniu (63) • Zranienie ciała lub choroba (53) • Zmiany osobistych nawyków i przyzwyczajeń (24) • Zmiany w spędzaniu wolnego czasu (19) • Zmiany w praktykach religijnych (19) • Zmiana nawyków snu (16) • Zmiany nawyków żywieniowych (15) • Urlop (13) • Święta Bożego Narodzenia (12) • Małe naruszenie przepisów prawnych (11)

Tabela 4. Ocena oddziaływania zmian życiowych na zdrowie psychiczne jednostki.

3. Problem zaburzeń psychicznych w perspektywie epidemiologicznej

3.1. Globalny obraz problemu zaburzeń psychicznych

Zdrowie psychiczne jest współcześnie postrzegane jako jeden z fundamentów dobrostanu człowieka, co znajduje wyraz w opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia definicji zdrowia, wyraźne odniesienie do dobrostanu psychicznego zawierającej. Wart podkreślenia jest jednocześnie fakt, że definicja ta – tak w odniesieniu do zdrowia psychicznego, jak i każdego innego aspektu zdrowia człowieka, ujmuje przedmiotową kwestię bardzo szeroko, nie traktując zdrowia wyłącznie w kategoriach biomedycznych, jako braku choroby czy niesprawności. Zapewne w części wskutek tak szerokiego zarysowania definicji zdrowia, ale też wskutek zachodzących w globalnej rzeczywistości przemian społecznych, ekonomicznych i środowiskowych, problemy zaburzeń psychicznych i szerzej – zdrowia psychicznego – są postrzegane jako z jednej strony wymagające narastającej uwagi, z drugiej zaś – jako same w sobie przybierające na sile. Stanowią przy tym problem samoistny, jednocześnie pozostając w związku, jako choroby współtowarzyszące, innym problemom zdrowotnym charakterystycznym dla współczesnego świata, takich jak nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzyca i inne choroby przewlekłe. Zależność ta jest przy tym obustronna – udowodniono, że zaburzenia depresyjne są czynnikiem ryzyka zawału mięśnia sercowego, a jednocześnie przejście zawału stanowi czynnik ryzyka rozwoju depresji. Tym samym zagadnienie to wpisuje się z całą mocą w problematykę narastających problemów zdrowotnych współczesnego świata. Wg danych WHO, w roku 2004 zaburzenia psychiczne, łącznie z uzależnieniami oraz chorobami neurologicznymi odpowiadały za 13% globalnego obciążenia chorobami w świecie. Zaburzenia psychiczne w tej grupie są czynnikiem dominującym – odpowiadają za 56,7% utraconych lat życia w zdrowiu (wg wskaźnika DALY). Sama tylko depresja odpowiada za 4,3% globalnego obciążenia chorobami, będąc jednocześnie jednym z największych pojedynczych czynników ryzyka niepełnosprawności, odpowiadając za 11% wszystkich lat przeżytych z niepełnosprawnością na świecie. Szacuje się, że do roku 2030 stanie się przyczyną najważniejszą.^{50,51,52}

Stanowiąc tak istotne źródło problemów zdrowotnych, zaburzenia psychiczne nie znajdują jednocześnie adekwatnej odpowiedzi po stronie systemów zdrowotnych państw

⁵⁰ WHO Mental Health Action Plan URL:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

⁵¹ Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *Forlani G, ed. PLoS ONE*. 2015;10(2):e0116820. doi:10.1371/journal.pone.0116820.

⁵² WHO Global Burden of Disease URL: http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/

świata. W krajach rozwijających się od 76% do 85% osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych nie ma zabezpieczonego leczenia stosownego do ich problemu zdrowotnego. W przypadku krajów rozwiniętych odsetek ten wynosi pomiędzy 35% a 50%, co, choć jest wartością niższą, niż w przypadku państw uboższych, wciąż dalekie jest od poziomu, który należałoby uznać za satysfakcjonujący. Sfera ta pozostaje w wysokim stopniu niedoinwestowana. W ujęciu ogólnosiwiatowym wydatki na ochronę zdrowia psychicznego nie przekraczają 2 dolarów na osobę rocznie, w krajach rozwijających się pozostając nawet na poziomie poniżej 25 centów na osobę rocznie. Jednocześnie 67% tych środków konsumowane jest przez jednostki sektora szpitalnego, choć istnieją mocne dowody ukazujące nieefektywność tego rodzaju terapii, nie wspominając o przypadkach naruszania praw człowieka⁵³.

Kolejnym globalnie rozpoznawalnym problemem odnoszącym się do zdrowia psychicznego jest deficyt wykwalifikowanej kadry. W przypadku około połowy populacji świata mamy do czynienia z zamieszkiwaniem obszarów, w których jeden psychiatra przypada na 200 tys. osób lub więcej. Szczególnie w krajach uboższych brak jest również odpowiednich regulacji prawnych odnoszących się do ochrony zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi. Niedobory systemowe w publicznej części systemu zdrowotnego nie są kompensowane jednostkami z obszaru społeczeństwa obywatelskiego. W połowie krajów rozwijających się i około 20% krajów rozwiniętych nie funkcjonują organizacje społeczne działające na rzecz takich osób. Jako niezadowolający określa się wreszcie również stopień dostępności farmakoterapii dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne⁵⁴.

Zaburzenia psychiczne, w porównaniu z innymi problemami zdrowotnymi charakterystycznymi dla świata współczesnego, wyróżniają się relatywnie równomiernym rozłożeniem pomiędzy różnymi grupami wiekowymi populacji. O ile w większości przypadków współczesnych chorób nasilenie zapadalności następuje wśród starszych grup wiekowych, o tyle w przypadku zaburzeń psychicznych największa liczba zachorowań następuje w grupie młodych dorosłych (20-30 rok życia). Inaczej, niż w przypadku większości chorób przewlekłych obciążających współcześnie światowe populacje, w szczególności w krajach rozwiniętych, w przypadku zaburzeń psychicznych mamy ponadto do czynienia z niewspółmiernie większą skalą występowania wśród dzieci oraz młodzieży, co sugeruje istnienie konieczności wzmożonej profilaktyki kierowanej do tych grup wiekowych.

⁵³ WHO Mental Health Action Plan URL:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

⁵⁴ WHO Mental Health Action Plan URL:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

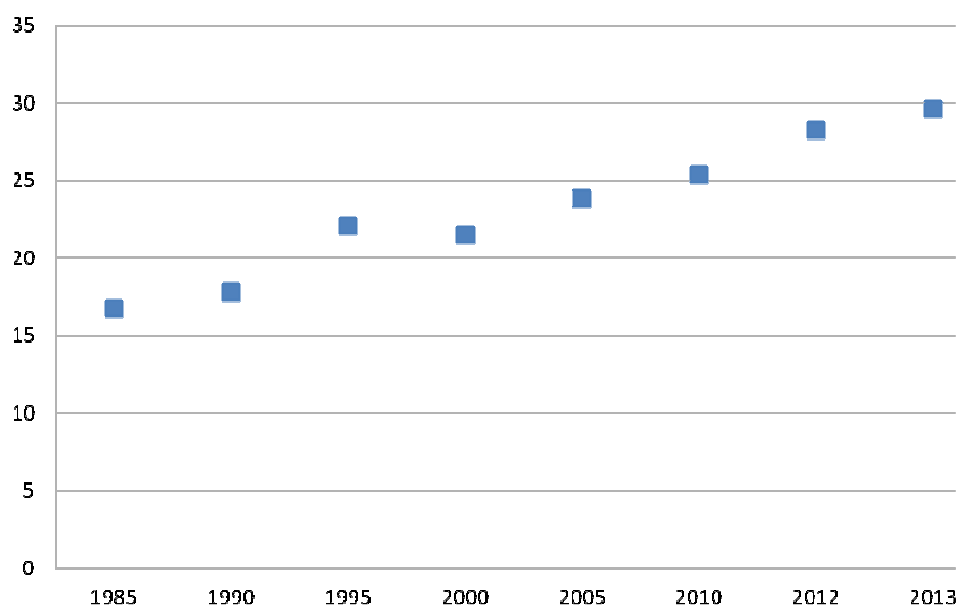
Fakt dużej skali występowania omawianych problemów zdrowotnych w młodszych grupach wiekowych jest kolejnym czynnikiem ukazującym skalę obciążenia populacji wskutek rozpowszechnienia się zaburzeń psychicznych. Jest to jednocześnie problem narastający. Obciążenie liczone liczbą utraconych lat życia w zdrowiu pomiędzy rokiem 1990 a 2010 zwiększyła się w całym świecie o 41%⁵⁵.

3.2. Epidemiologia problemów zdrowia psychicznego w Regionie Europejskim WHO

Dane ilustrujące problem zaburzeń psychicznych dla Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia potwierdzają ogólne trendy w zakresie skali zjawiska obserwowalne w skali globalnej. Poniższy wykres ilustruje trend w zakresie umieralności powodowanych zaburzeniami psychicznymi oraz chorobami układu nerwowego (wg klasyfikacji WHO traktowane są łącznie) dla omawianego obszaru w okresie 1985 – 2013. Zaobserwować na nim można systematyczny wzrost wartości współczynnika od blisko 17 przypadków na 100 tys. ludności w roku 1985 do blisko 30 przypadków w roku 2013.

⁵⁵ Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. Forloni G, ed. PLoS ONE. 2015;10(2):e0116820. doi:10.1371/journal.pone.0116820.

Rycina 4. Standaryzowany współczynnik umieralności na 100 tys. mieszkańców z powodu zaburzeń psychicznych oraz chorób układu nerwowego dla Regionu Europejskiego

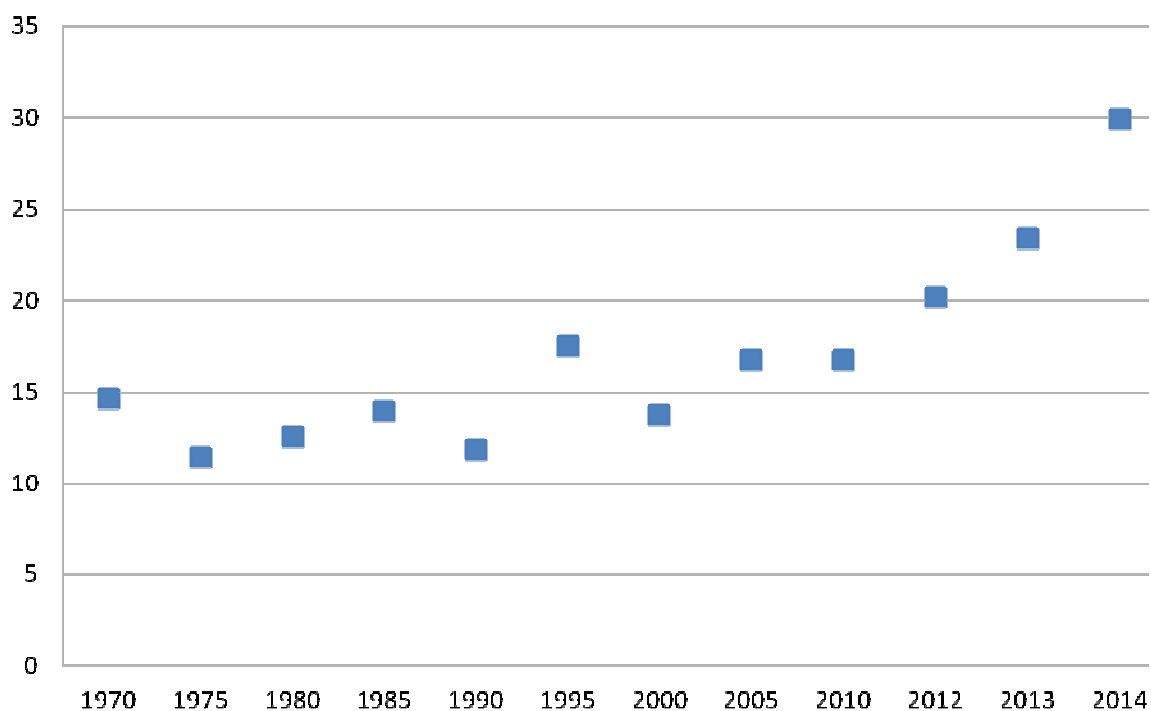


Światowej Organizacji Zdrowia.

Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Na kolejnym wykresie przedstawiono analogiczne dane dla grupy krajów postkomunistycznych. Są to wartości średnie w okresie od 1970 do 2014 roku. Również w tym przypadku zauważalny jest trend wzrostowy, choć nabiera on wyraźnego kształtu dopiero na przestrzeni ostatniego dwudziestolecia. Trzeba mieć przy tym na uwadze dużą niekompletność danych dla okresu wcześniejszego.

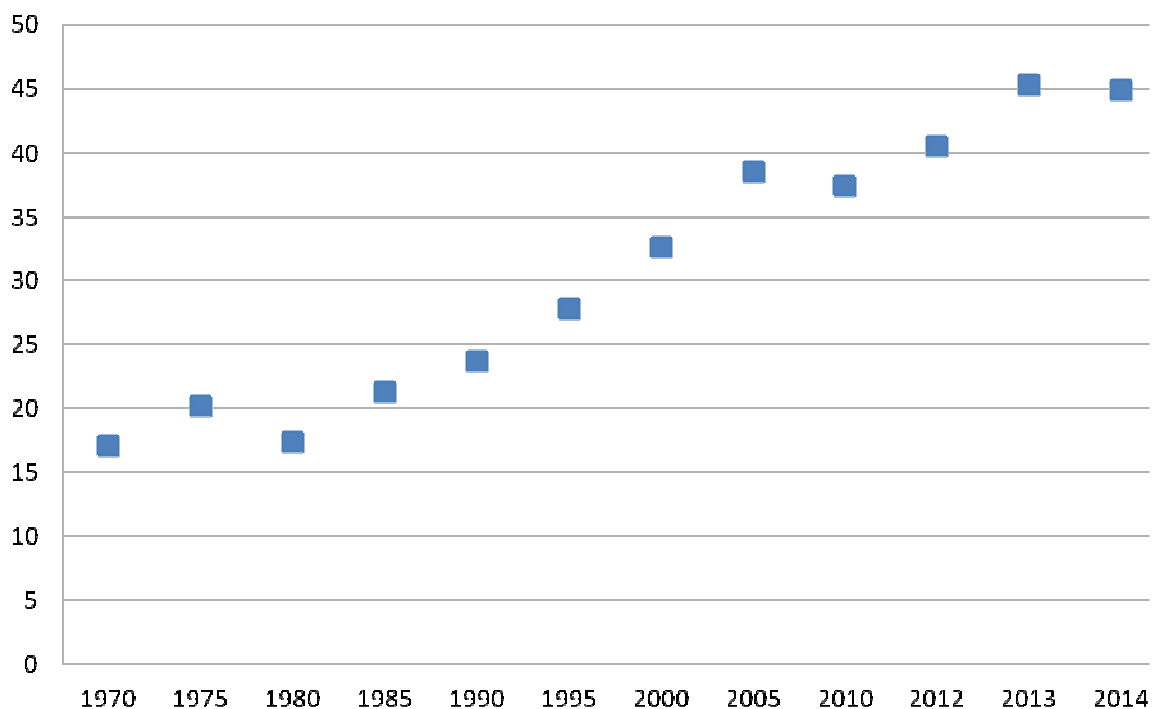
Rycina 5. Średnie wartości standaryzowanego współczynnika umieralności na 100 tys. mieszkańców z powodu zaburzeń psychicznych oraz chorób układu nerwowego dla krajów postkomunistycznych.



Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Dużo większą regularność trendu wzrostowego widać natomiast, jeśli wziąć pod uwagę analogiczne dane dla krajów Europy Zachodnie (z uwzględnieniem Izraela). Trend ów, z nieznacznymi wahnięciami, wyraźnie widoczny jest w całym okresie 1970 – 2014. Warto również zwrócić uwagę na zasadniczo wyraźnie wyższe wartości współczynnika w tej grupie państw w porównaniu do krajów postkomunistycznych.

Rycina 6. Średnie wartości standaryzowanego współczynnika umieralności na 100 tys. mieszkańców z powodu zaburzeń psychicznych oraz chorób układu nerwowego dla krajów Europy Zachodniej (z uwzględnieniem Izraela).



Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Na kolejnym wykresie pokazano z kolei trendy w zakresie średniej wartości współczynnika występowania zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności. Ze względu na brak zagregowanych danych dla Europejskiego Regionu WHO pokazano wartości uśrednione na podstawie danych z poszczególnych krajów. Przy zastrzeżeniu dotyczącym niepełnej porównywalności poszczególnych lat ze względu na braki w dostępnych danych, wciąż na podstawie ukazanego trendu można próbować wyciągać pewne wnioski. Wykres pokazuje wzrost liczby diagnozowanych przypadków mniej więcej od roku 1990 do roku 2005, po czym następuje stabilizacja wartości współczynnika, a nawet pewna tendencja spadkowa.

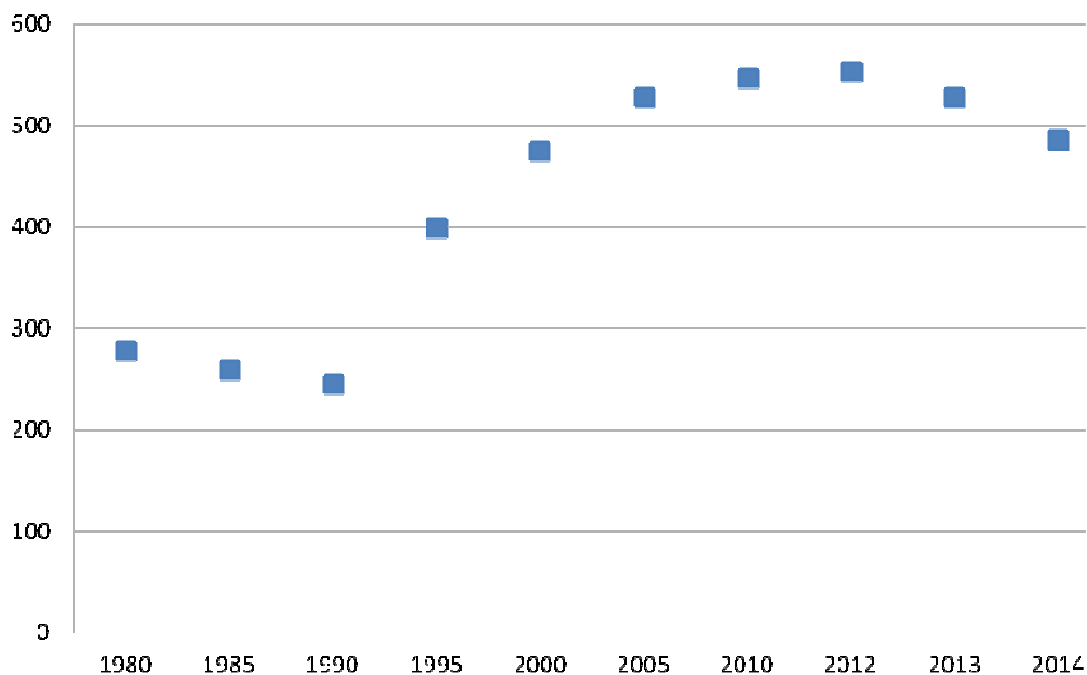
Rycina 7. Średnie wartości standaryzowanego współczynnika występowania zaburzeń psychicznych na 100 tys. mieszkańców dla krajów Regionu Europejskiego WHO.



Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Krzywa ilustrująca zmiany wartości omawianego współczynnika wygląda niemal identycznie, jeśli wziąć pod uwagę wyłącznie grupę państw postkomunistycznych. Także średnie wartości dla poszczególnych państw w tej grupie nie odbiegają znacząco od wartości średnich dla całego Regionu Europejskiego.

Rycina 8. Średnie wartości standaryzowanego współczynnika występowania zaburzeń

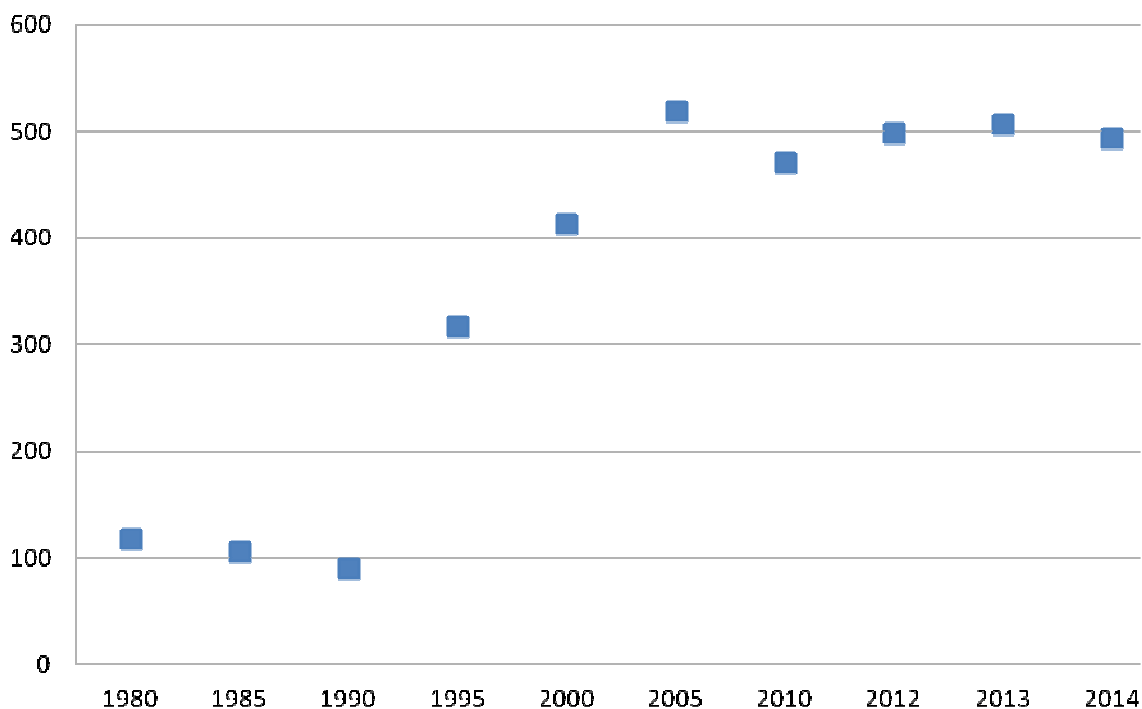


psychicznych na 100 tys. mieszkańców dla krajów postkomunistycznych.

Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Także jeśli przyjrzeć się danym uśrednionym dla krajów Europy Zachodniej trend nie odbiega znacząco od pokazanych wcześniej. Po niewielkim spadku w przeciągu lat 80-tych następuje znaczący wzrost liczby diagnozowanych przypadków, a następnie stabilizacja wartości współczynnika od około roku 2005. O ile jednak w przypadku grupy państw postkomunistycznych w ostatnim okresie można było zaobserwować pewien trend spadkowy, o tyle w przypadku obecnie omawianej grupy państw raczej należałoby mówić o stabilizacji. Warto przy tym także zwrócić uwagę na różnice w wartościach nominalnych współczynnika gdy porównać państwa postkomunistyczne z krajami Europy Zachodniej. W pierwszej części analizowanego okresu widoczna jest duża dysproporcja w tych wartościach – na niekorzyść państw postkomunistycznych. W okresie późniejszym natomiast różnica ta zaciera się, a współczynnik przyjmuje wartości zbliżone w obu grupach państw, będąc nieznacznie jedynie niższym w grupie państw Europy Zachodniej. Być może zjawisko to, podobnie jak nagły przyrost wartości współczynnika poczynając od lat 90-tych, należy tłumaczyć zmianami w diagnostyce i sposobie kwalifikowania określonych problemów zdrowotnych (sytuacja zdrowotna ludności 2012 s 172).

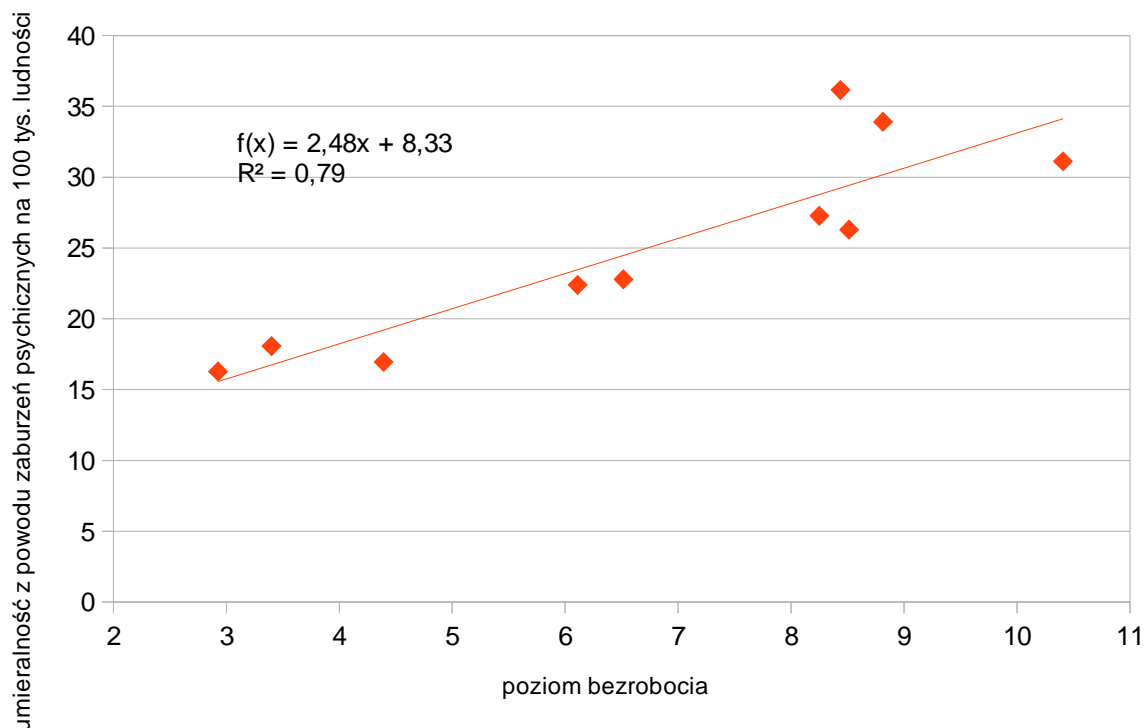
Rycina 9. Średnie wartości standaryzowanego współczynnika występowania zaburzeń psychicznych na 100 tys. mieszkańców dla krajów Europy Zachodniej.



Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Interesujące obserwacje można poczynić również analizując ewentualne współzależności pomiędzy częstotliwością występowania zaburzeń psychicznych z określonymi czynnikami otoczenia społecznego i ekonomicznego. Na poniższym wykresie zestawiono ze sobą umieralność powodowaną zaburzeniami psychicznymi z danymi dotyczącymi bezrobocia. Wykres ukazuje istnienie dość wyraźnej liniowej zależności pomiędzy obydwoma wartościami, co potwierdza wysoki współczynnik determinacji R^2 (dane uśrednione dla wszystkich krajów Regionu Europejskiego WHO) wynoszący 0,79. Szczegóły prezentuje poniższy wykres.

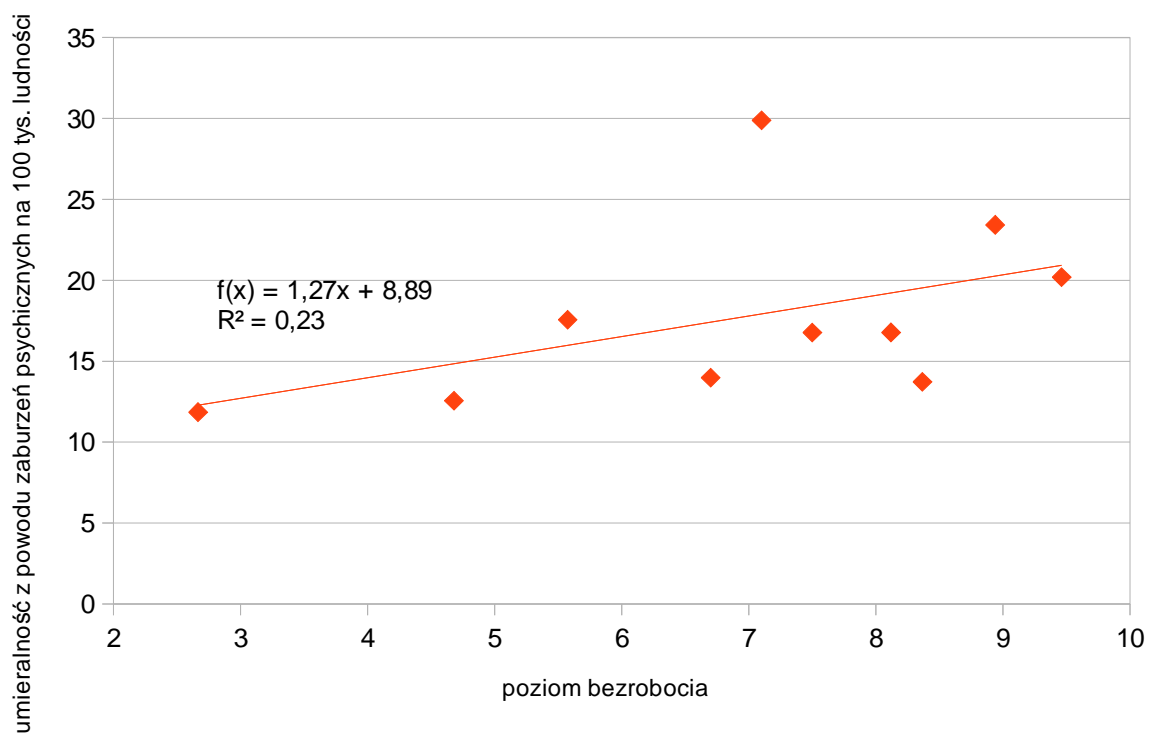
Rycina 10. Współzależność pomiędzy współczynnikiem umieralności z powodu zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności a poziomem bezrobocia – dane uśrednione dla krajów Regionu Europejskiego WHO (lata 1980 – 2014).



Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Jeśli, śladem podobnych zabiegów poczynionych powyżej, rozbić ten zbiór danych na odrębne dla grupy państw postkomunistycznych oraz państw Europy Zachodniej, w przypadku pierwszej z wymienionych grup uzyskamy podobnego rodzaju obraz, choć zależność jest słabsza ($R^2=0,23$), a kąt nachylenia linii regresji wyraźnie niższy. Wykres dla grupy państw Europy Zachodniej z kolei jest wykresowi dla całego regionu znacznie bliższy, zarówno pod względem kąta nachylenia linii regresji, jak i wartości współczynnika determinacji ($R^2=0,77$).

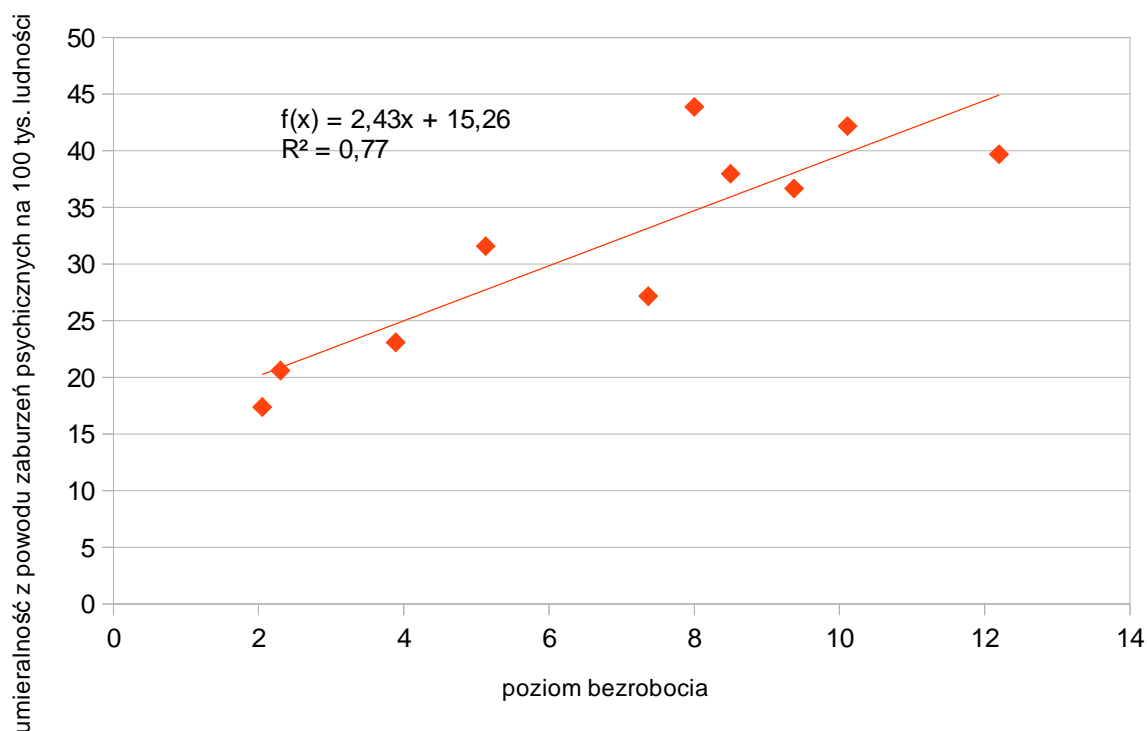
Rycina 11. Współzależność pomiędzy współczynnikiem umieralności z powodu zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności a poziomem bezrobocia – dane uśrednione dla krajów



postkomunistycznych (lata 1980 – 2014).

Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Rycina 12. Współzależność pomiędzy współczynnikiem umieralności z powodu zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności a poziomem bezrobocia – dane uśrednione dla krajów Europy Zachodniej (lata 1980 – 2014).

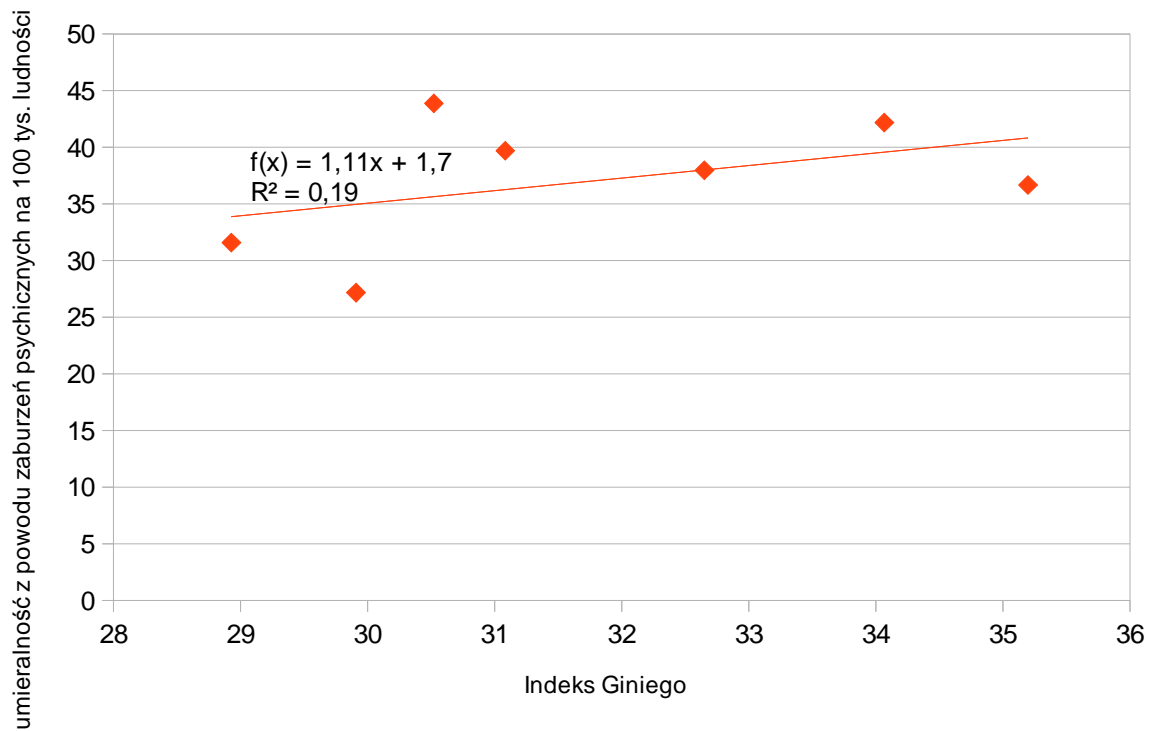


Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Powyższa analiza sugerowałaby istnienie związku pomiędzy umieralnością z powodu zaburzeń psychicznych a czynnikami społeczno-ekonomicznymi, polegającą na zwiększającej się częstotliwości takich zaburzeń wraz z pogarszaniem się warunków życia ludności. Warto jednak zauważyć, iż tezie takiej przeczą dane dotyczące krajów postkomunistycznych (kierunek linii regresji sugeruje wprawdzie istnienie takiej zależności, jednak współczynnik determinacji jest bardzo niski), jak również sam fakt, że w tej grupie państw współczynniki umieralności są niższe, niż w grupie zamożniejszych państw Europy Zachodniej (choć przy nieco większej liczbie diagnozowanych przypadków). Brak wyraźnego związku pomiędzy kwestią uwarunkowań społeczno-ekonomicznych a zaburzeniami psychicznymi obrazuje ponadto zestawienie ze sobą wartości współczynników umieralności z wartością indeksu Giniego ilustrującego skalę nierówności społecznych. W grupie państw Europy Zachodniej zależność ta jest bardzo słaba ($R^2=0,19$), zaś w grupie państw postkomunistycznych brak jej w ogóle ($R^2=0$). Dopiero uwzględnienie całego Regionu

Europejskiego WHO sugeruje istnienie pewnej zależności, która jednak wciąż pozostaje słaba ($R^2=0,31$). Szczegóły prezentują poniższe wykresy.

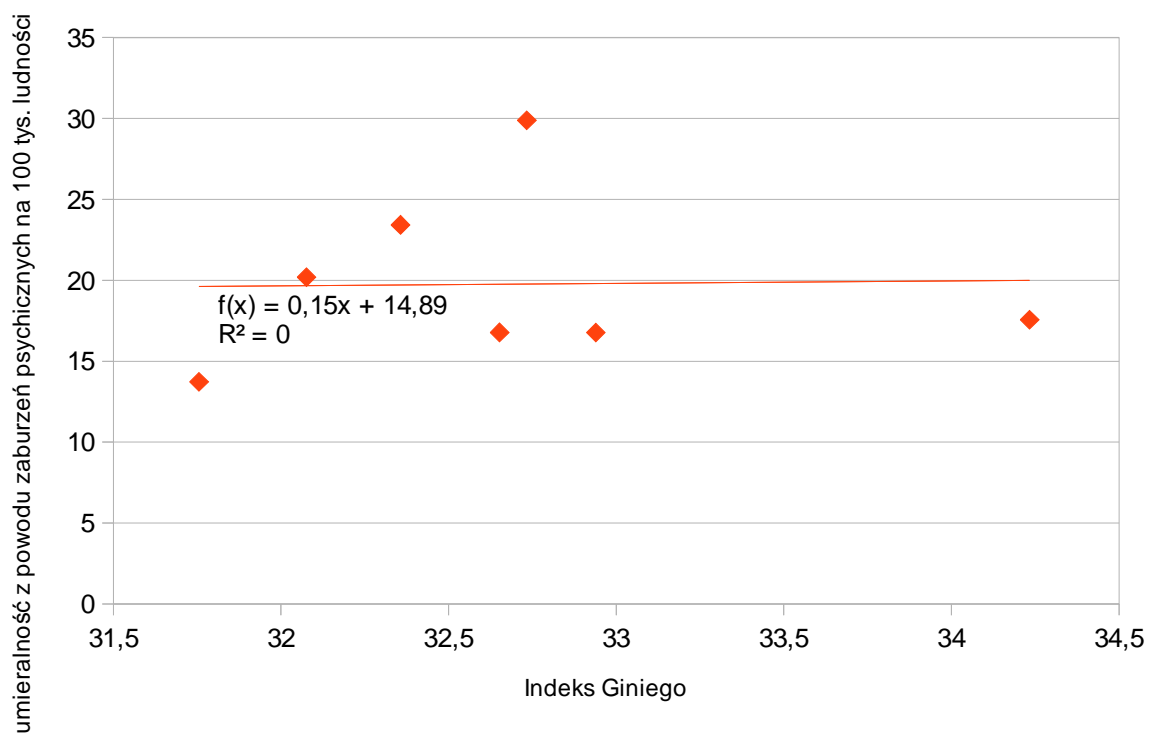
Rycina 13. Współzależność pomiędzy współczynnikiem umieralności z powodu zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności a indeksem Giniego – dane uśrednione dla krajów Europy



Zachodniej (lata 1995 – 2014).

Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

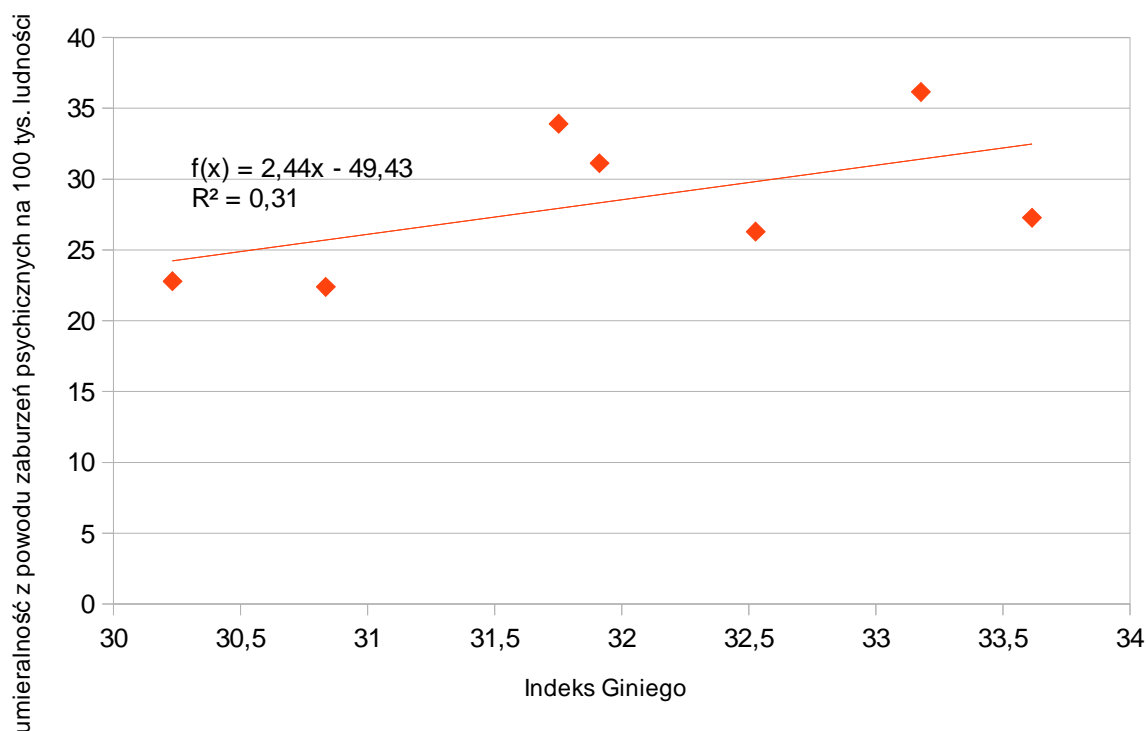
Rycina 14. Współzależność pomiędzy współczynnikiem umieralności z powodu zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności a indeksem Giniego – dane uśrednione dla krajów



postkomunistycznych (lata 1995 – 2014).

Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Rycina 15. Współzależność pomiędzy współczynnikiem umieralności z powodu zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności a indeksem Giniego – dane uśrednione dla krajów Regionu

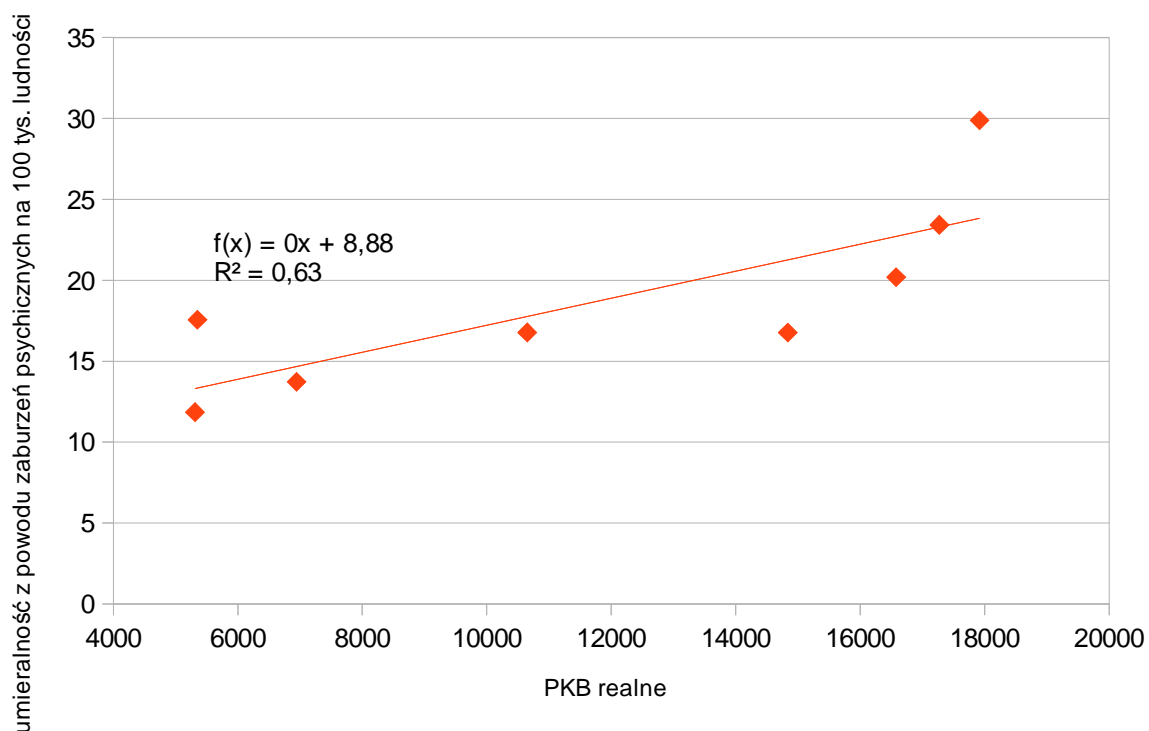


Europejskiego WHO (lata 1995 – 2014).

Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Jeszcze silniejszym zaprzeczeniem jest zestawienie ze sobą danych dotyczących umieralności z powodu zaburzeń psychicznych z wartościami realnymi produktu krajowego brutto. Zestawienie takie nie tylko przeczy ewentualnej tezie o lepszym stanie zdrowia psychicznego mieszkańców krajów zamożniejszych, ale wręcz pokazuje zadziwiającą zależność odwrotną: wyższy poziom PKB oznacza wyższy poziom umieralności. Zależność ta jest bardzo wyraźna, niezależnie od rozpatrywanej grupy państw. W przypadku całego Regionu Europejskiego WHO charakteryzuje się współczynnikiem determinancji R^2 równym 0,88, dla grupy państw postkomunistycznych wynosi on 0,63, zaś dla państw Europy Zachodniej 0,89. Szczegóły prezentują poniższe wykresy.

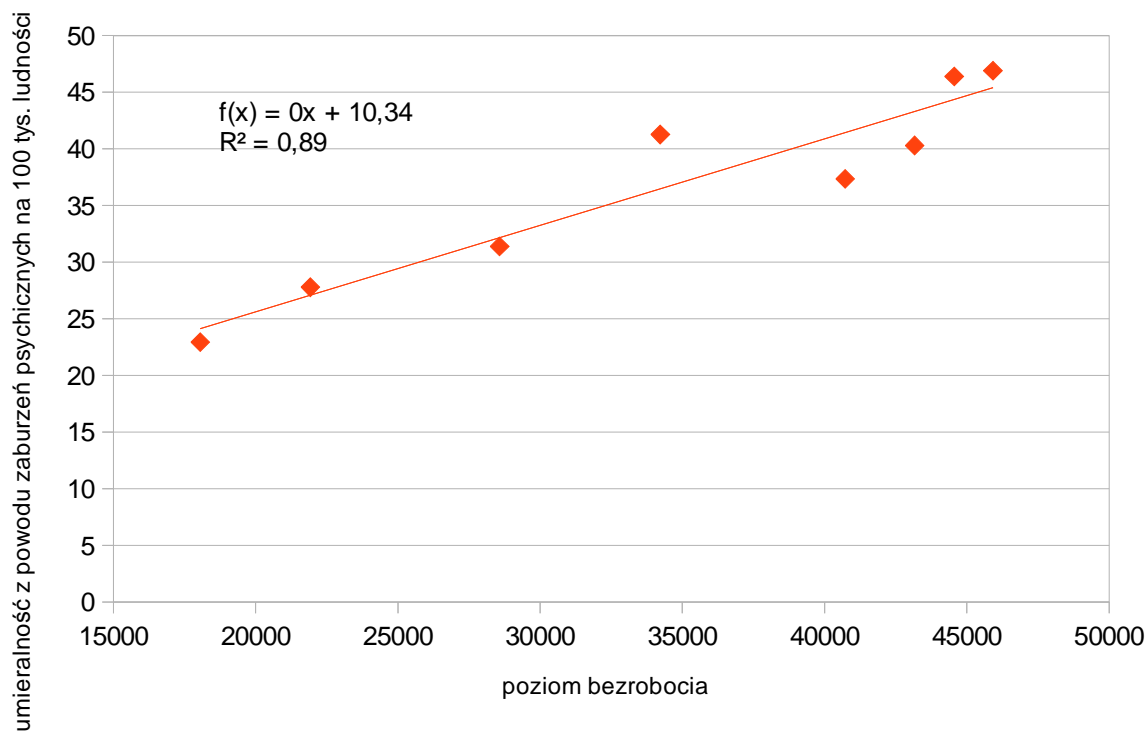
Rycina 16. Współzależność pomiędzy współczynnikiem umieralności z powodu zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności a wartością realną produktu krajowego brutto – dane



uśrednione dla krajów postkomunistycznych (lata 1990 – 2014).

Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

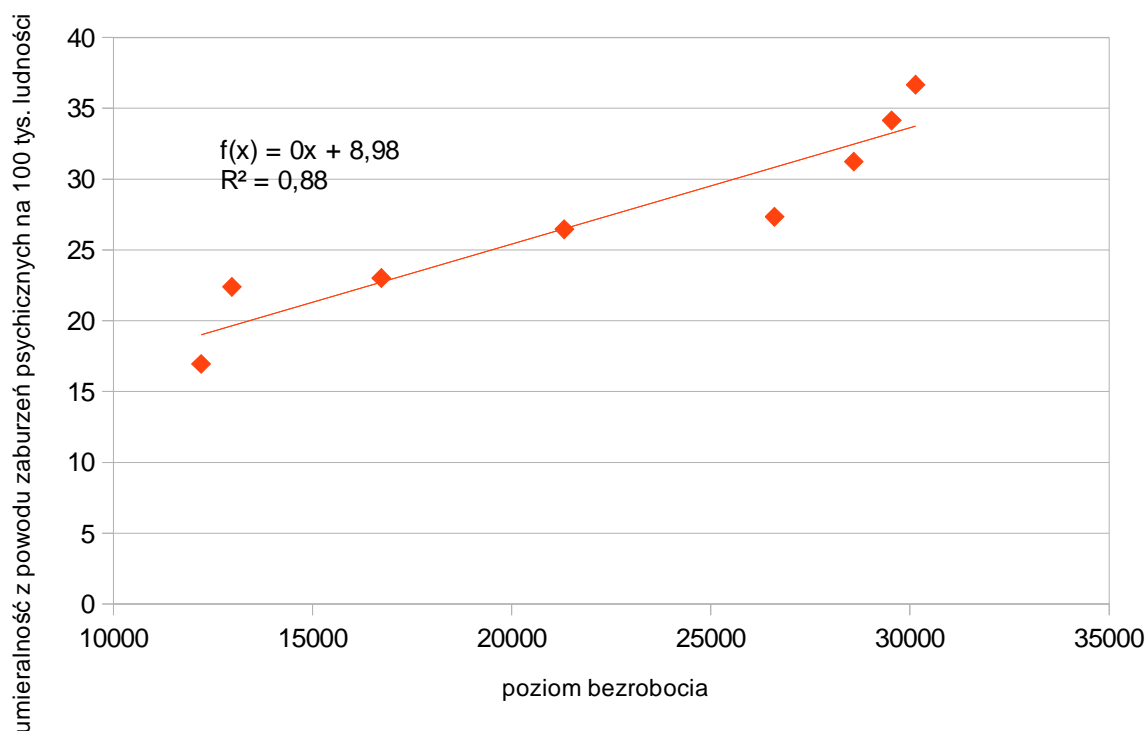
Rycina 17. Współzależność pomiędzy współczynnikiem umieralności z powodu zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności a wartością realną produktu krajowego brutto – dane



uśrednione dla krajów Europy Zachodniej (lata 1990 – 2014).

Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Rycina 18. Współzależność pomiędzy współczynnikiem umieralności z powodu zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności a wartością realną produktu krajowego brutto – dane



uśrednione dla krajów Regionu Europejskiego WHO (lata 1990 – 2014).

Źródło: własne na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia.

Wreszcie jako potwierdzenie poczynionych obserwacji na najwyższym możliwym poziomie mogą służyć współczynniki korelacji obliczone dla pełnego zbioru danych ilustrujących poszczególne cechy badanej grupy państw. Poniższa tabela przedstawia pełną macierz korelacji dla uwzględnionych czynników

Tabela 5. Macierz korelacji wybranych czynników powiązanych z zaburzeniami psychicznymi.

	bezrobocie	PKB realne	Indeks Giniego	Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych	Liczba przypadków zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności	Liczba przypadków psychoz alkoholowych na 100 tys. ludności	Odsetek ludności dotkniętej zaburzeniami psychicznymi
bezrobocie	1						
PKB realne	0,1387916659	1					
Indeks Giniego	0,1804329006	-0,1793928241	1				
Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych	0,1412952744	0,5991493269	-0,3024491612	1			
Liczba przypadków zaburzeń psychicznych na 100 tys. ludności	0,2782787924	0,3387149352	-0,0843682297	-0,036196949	1		
Liczba przypadków psychoz alkoholowych na 100 tys. ludności	0,1799260516	0,4813334248	-0,2678975715	0,3879493198	0,4980741343	1	
Odsetek ludności dotkniętej zaburzeniami psychicznymi	0,37	0,1	0,08	-0,1	0,67	0,29	1

Przyglądając się powyższym wartościom zauważyć można silną wartość korelacji pomiędzy współczynnikiem umieralności z powodu zaburzeń psychicznych a wartością realną produktu krajowego brutto ($R=0,60$). Wyraźna, choć słabsza, jest również korelacja pomiędzy PKB a występowaniem psychoz alkoholowych na 100 tys. mieszkańców ($R=0,481$). Jeszcze słabszy jest związek pomiędzy psychozami alkoholowymi a umieralnością powodowaną zaburzeniami psychicznymi, ($R=0,388$), choć korelacja z liczbą diagnozowanych zaburzeń jest już silniejsza ($0,498$). Interesującym i dość trudnym do jednoznacznego wyjaśnienia jest fakt istnienia zależności odwrotnej pomiędzy umieralnością powodowaną chorobami psychicznymi a skalą ich rozpowszechnienia w populacji. Dla liczby diagnozowanych przypadków zaburzeń na 100 tys. mieszkańców współczynnik korelacji wynosi $-0,036$, zaś dla odsetka osób z zaburzeniami psychicznymi - $-0,102$. Jednocześnie w obu przypadkach wartość współczynnika sugeruje bardzo słaby poziom korelacji obu cech. Obserwacja ta pozostaje w zgodzie z poczynionymi wcześniej w niniejszym opracowaniu, gdzie zauważono wyższy poziom umieralności z powodu zaburzeń psychicznych w grupie państw Europy Zachodniej w porównaniu z grupą państw postkomunistycznych, choć to w

tych drugich wyższe pozostawały współczynniki określające liczbę diagnozowanych przypadków takich zaburzeń. Jednocześnie również liczba diagnozowanych zaburzeń oraz odsetek ludności z zaburzeniami psychicznymi pozostaje w pozytywnym związku z wysokością PKB, choć jest to korelacja słabsza, niż w przypadku współczynnika umieralności. Dla odsetka ludności cierpiącego na zaburzenia psychiczne wręcz jest pomijalna ($R=0,098$). Kolejnym potwierdzeniem obserwacji wcześniejszych jest istnienie korelacji pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a poziomem bezrobocia. O ile jest ona słaba ($R=0,141$) dla współczynnika umieralności, o tyle dla skali rozpowszechnienia zaburzeń już silniejsza ($R=0,278$ dla liczby diagnozowanych przypadków na 100 tys. ludności i $R=0,371$ dla odsetka ludności z zaburzeniami psychicznymi). Dla wartości indeksu Giniego ponownie natomiast zaobserwować można zjawisko przeciwne do spodziewanego: dość silna odwrotna korelacja pomiędzy wartością indeksu a umieralnością z powodu zaburzeń psychicznych ($R=-0,302$) oraz liczbą psychoz alkoholowych na 100 tys. mieszkańców ($R=-0,268$). Oznacza to, że mniejsza skala nierówności społecznych wiąże się z nasilonym występowaniem negatywnych zjawisk w zakresie zdrowia psychicznego.

3.3. Zdrowie psychiczne i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w Polsce

Wg deklaracji wyrażanych w badaniu stanu zdrowia ludności Polski (GUS) w roku 2014, w przedziałach wiekowych 15-49 częstotliwość występowania poważnych objawów depresji dotyczy od 2 do 5% osób. Odsetek ten zwiększa się wraz z wiekiem. O ile pozostaje względnie stabilny we wspomnianych przedziałach, o tyle wśród osób powyżej 50 roku życia zaczyna rosnać, sięgając poziomu 22% wśród kobiet powyżej 80-go roku życia. Z kolei uwzględniając dorosłe osoby niepełnosprawne, występowanie zaburzeń psychicznych zanotowano u 10% mężczyzn i 12% kobiet. W porównaniu z analogicznym badaniem z roku 2009 zaobserwowano nieznaczny wzrost wskazań w przypadku kobiet (10% w roku 2009) i brak zmiany liczby wskazań w przypadku mężczyzn. Jeśli wziąć pod uwagę analogiczne badanie z roku 2004, gdzie odsetek wskazań schorzeń psychicznych dla obu płci wynosił 8%, można na przestrzeni kilkunastu lat mówić o trendzie wzrostowym. Co istotne – trend ten nie jest dyktowany zmianą kwalifikacji określonych chorób, będąc wyznaczany wyłącznie samooceną stanu zdrowia przedstawicieli badanej populacji.

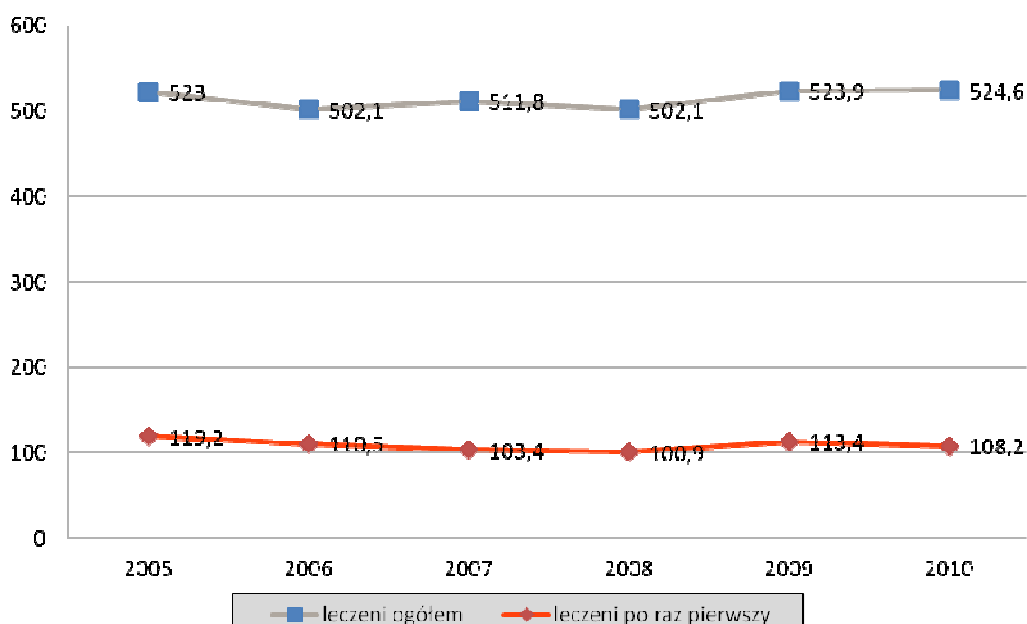
Narastanie skali występowania problemów zdrowia psychicznego w Polsce tym bardziej wyraźnie widoczne jest, gdy wziąć pod uwagę dane systemowe. Wg danych NIZP-

PZH (2012) pomiędzy rokiem 1997 a 2010 nastąpił wzrost liczby pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej o 88%! W roku 2010 opieką taką objętych było blisko 1,4 mln pacjentów – nieco częściej kobiet, niż mężczyzn. W przypadku leczenia na oddziałach opieki całodobowej w okresie 1997-2009 zanotowano wzrost o 50%. W roku 2009 było to 209 tys. osób. Interesujące jest, iż w tym przypadku częstość zjawiska jest wyraźnie wyższa wśród mężczyzn, niż kobiet (726 przypadków na 100 tys. osób, w porównaniu do 382 przypadków na 100 tys. osób u kobiet).

Wśród najczęściej diagnozowanych jednostek chorobowych są zaburzenia nerwicowe stanowiące około 25% stwierdzanych zaburzeń. Jedynie około 13% zaburzeń jest związanych z nadużywaniem alkoholu, co jest w naszej kulturze tradycyjnie postrzegane jako podstawowy problem zdrowotny dotyczący zdrowia psychicznego. Warto odnotować, że tego rodzaju problemy dwukrotnie częściej dotyczą mężczyzn, niż kobiety. Ponieważ jednocześnie zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu są najczęstszą przyczyną hospitalizacji (77 tys. osób, czyli blisko 37% wszystkich hospitalizacji związanych z zaburzeniami psychicznymi), tłumaczy to dysproporcje między kobietami i mężczyznami opisane powyżej. Jednocześnie w przypadku kobiet najczęstszą przyczyną hospitalizacji są zaburzenia nastroju i nerwice.

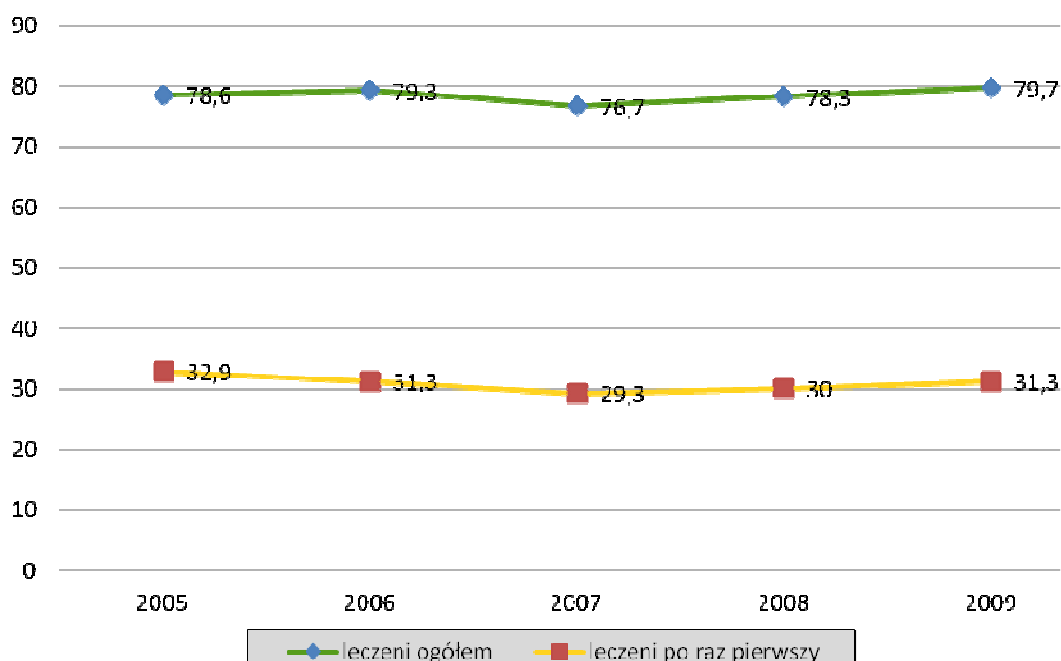
Wzrosty liczby pacjentów i stwierdzanych zaburzeń są w części efektem zmian formalnych w zakresie diagnostyki, o czym wspomniano wcześniej. Nie oznacza to jednak, iż nie następuje rzeczywisty wzrost skali rozpowszechnienia się zaburzeń psychicznych. Świadczy o tym zarówno zwiększający się odsetek osób deklarujących pogarszający się stan zdrowia psychicznego w badaniach samooceny stanu zdrowia, jak i zmiana liczby pacjentów, u których zdiagnozowano konkretny rodzaj zaburzenia. Na poniższych wykresach zaprezentowano trendy dotyczące kilku podstawowych jednostek diagnostycznych dla okresu 2005-2010.

Rycina 19. Leczeni ambulatoryjnie w poradniach zdrowia psychicznego z powodu organicznych zaburzeń psychicznych w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności



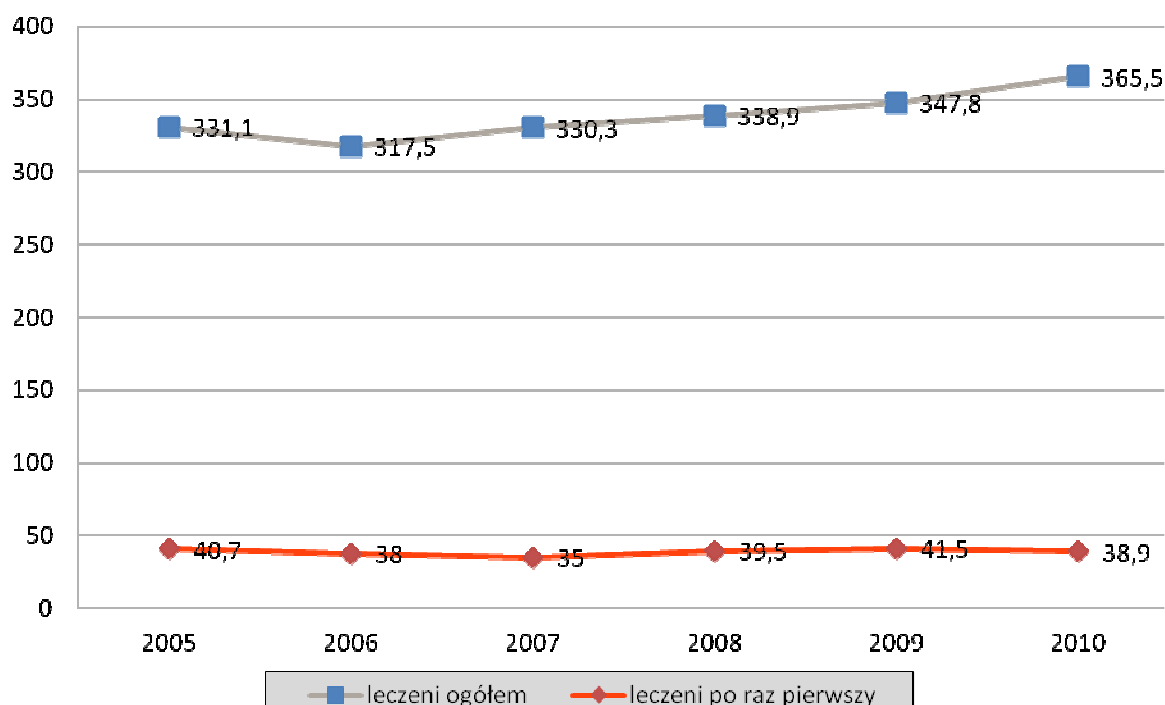
Źródło: własne.
Rycina 20. Leczenia całości obowiązkowe z

powodu organicznych zaburzeń psychicznych w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności



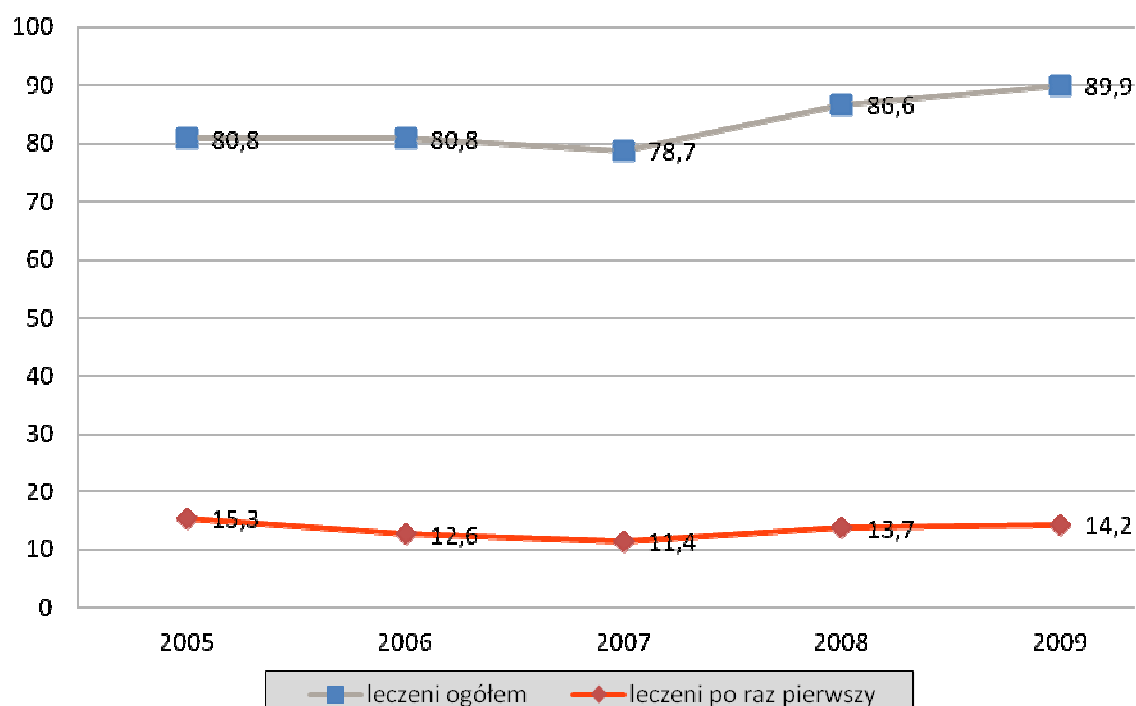
Źródło: własne

Rycina 21. Leczeni ambulatoryjnie w poradniach zdrowia psychicznego z powodu schizofrenii w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności



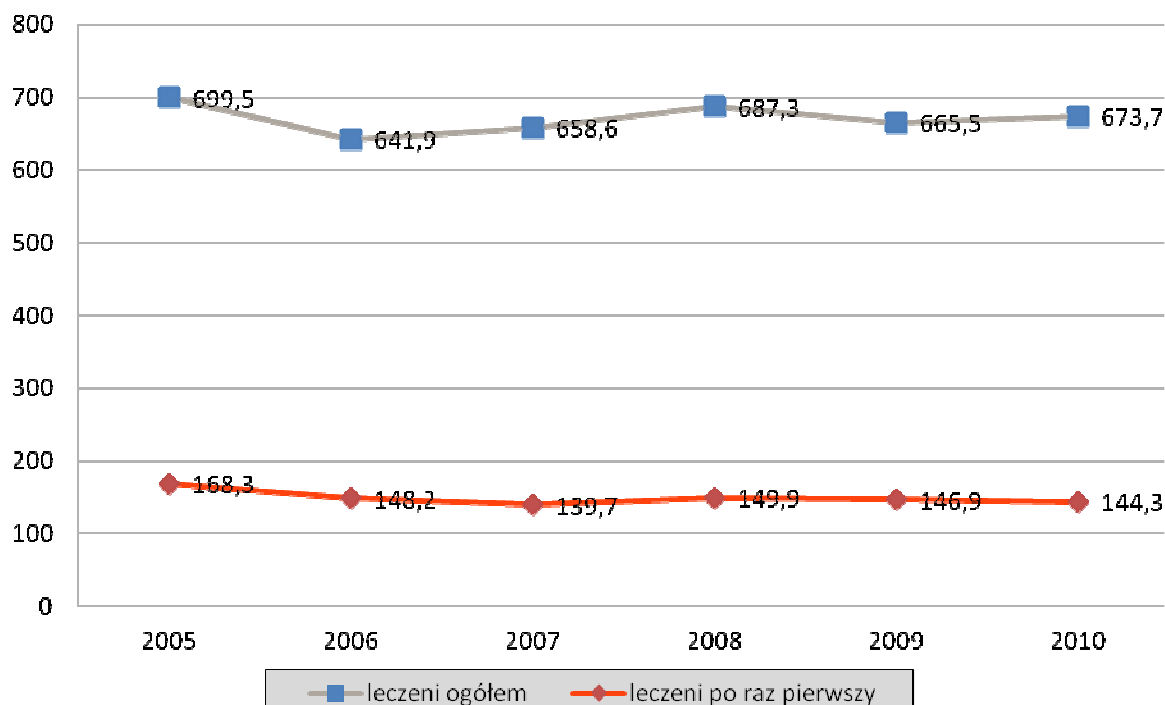
Źródło: własne

Rycina 22. Leczeni całodobowo z powodu schizofrenii w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności



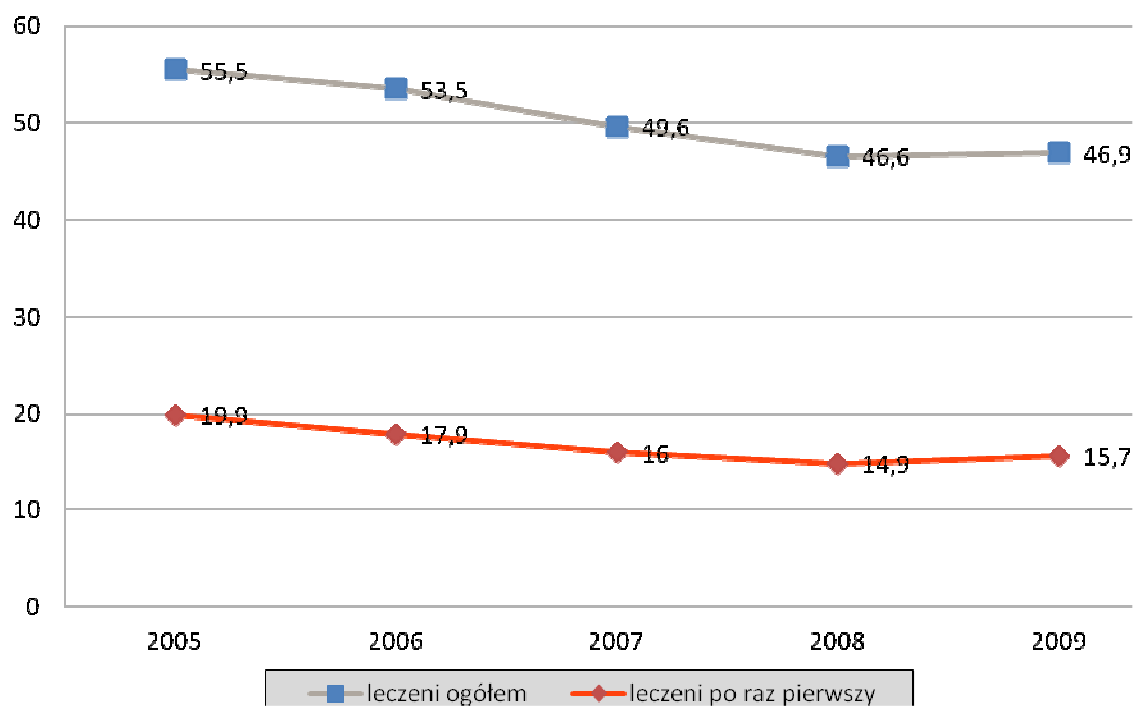
Źródło: własne

Rycina 23. Leczeni ambulatoryjnie w poradniach zdrowia psychicznego z powodu afektywnych zaburzeń nastroju w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



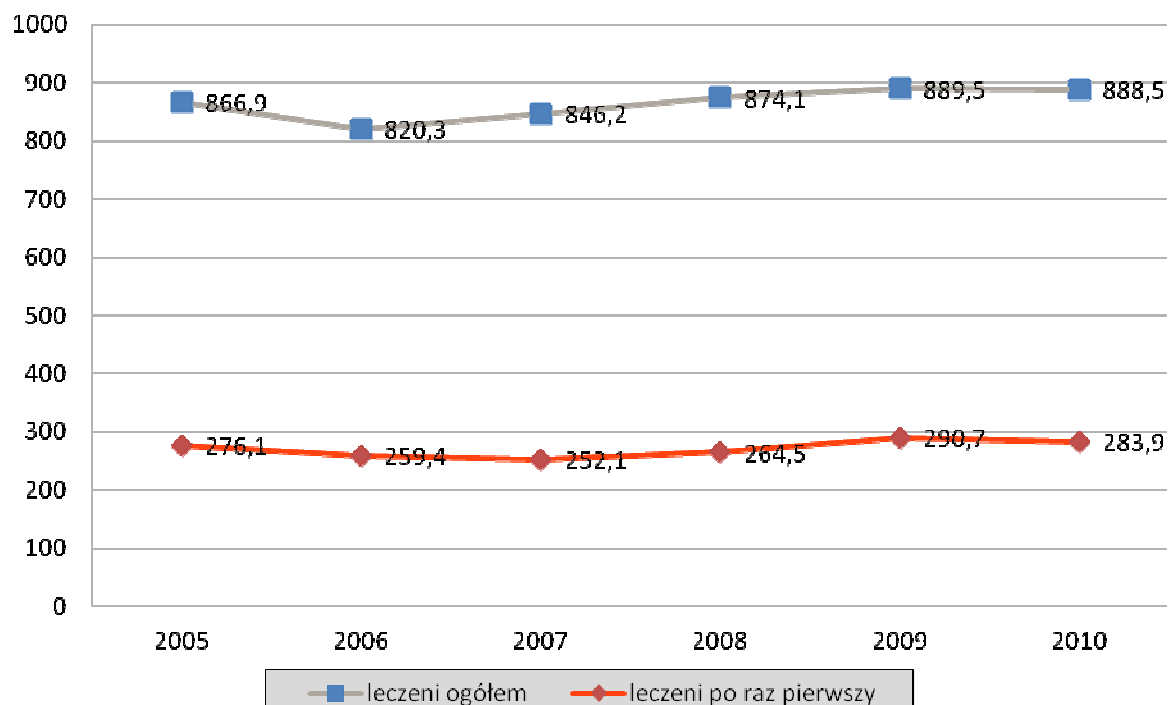
Źródło: własne

Rycina 24. Leczeni całodobowo z powodu afektywnych zaburzeń nastroju w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



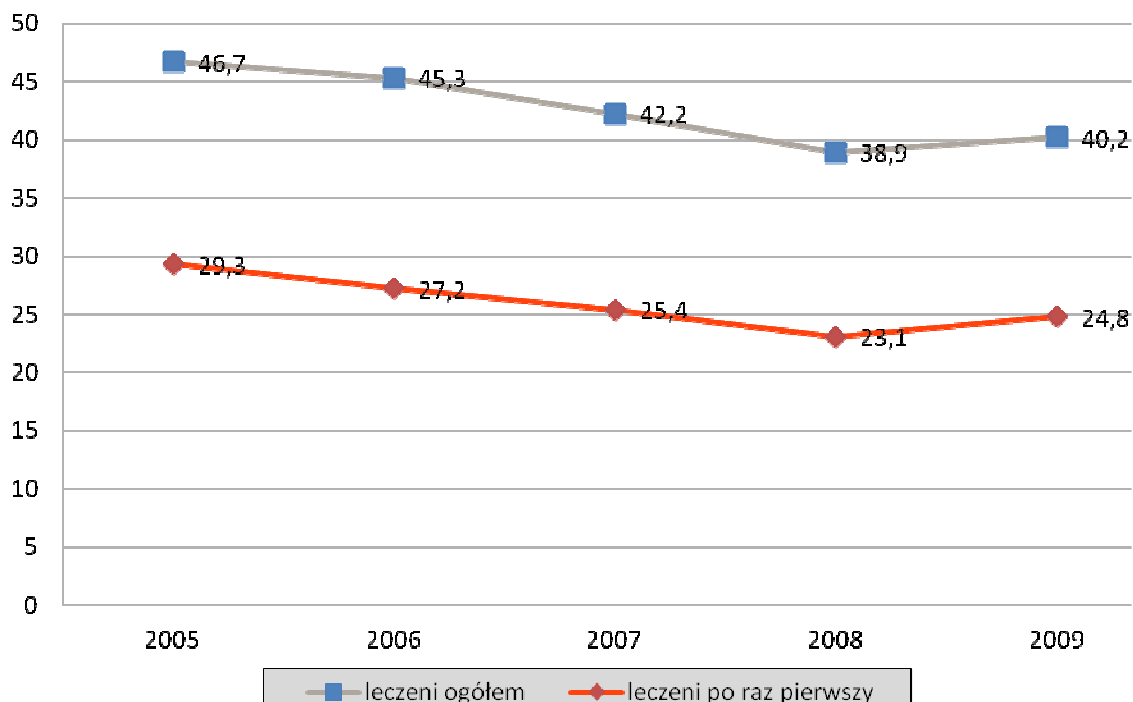
Źródło: własne.

Rycina 25. Leczeni ambulatoryjnie w poradniach zdrowia psychicznego z powodu zaburzeń nerwicowych w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności



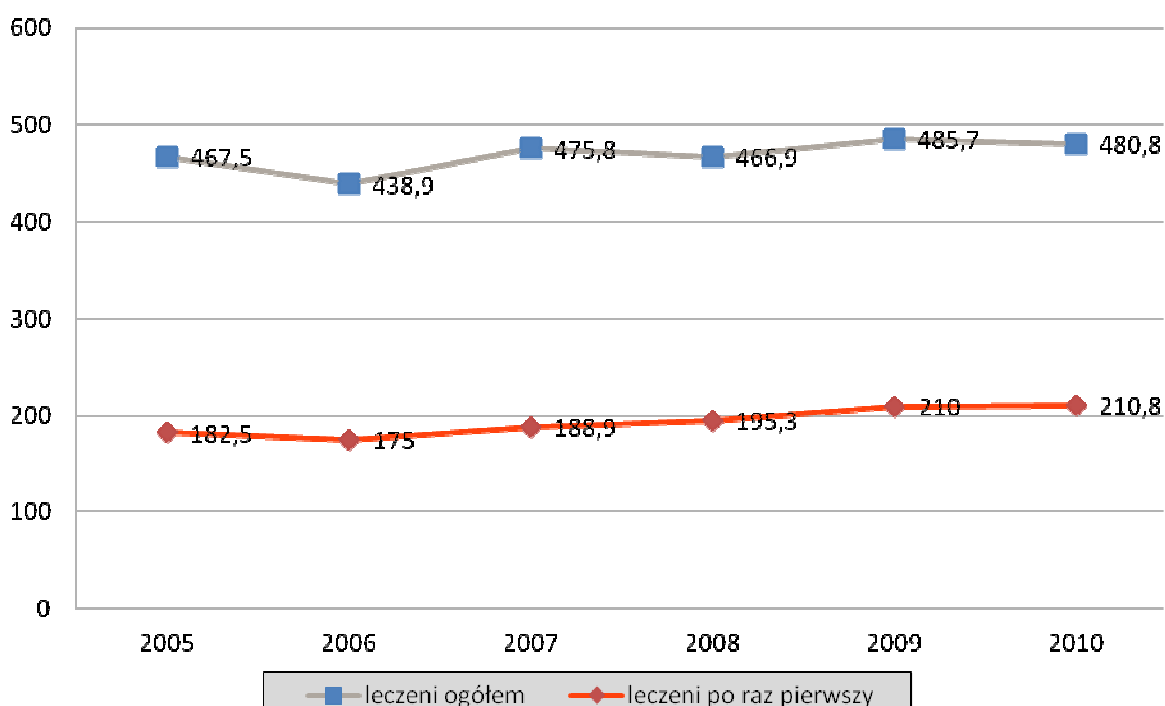
Źródło: własne.

Rycina 26. Leczeni całodobowo z powodu zaburzeń nerwicowych w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności



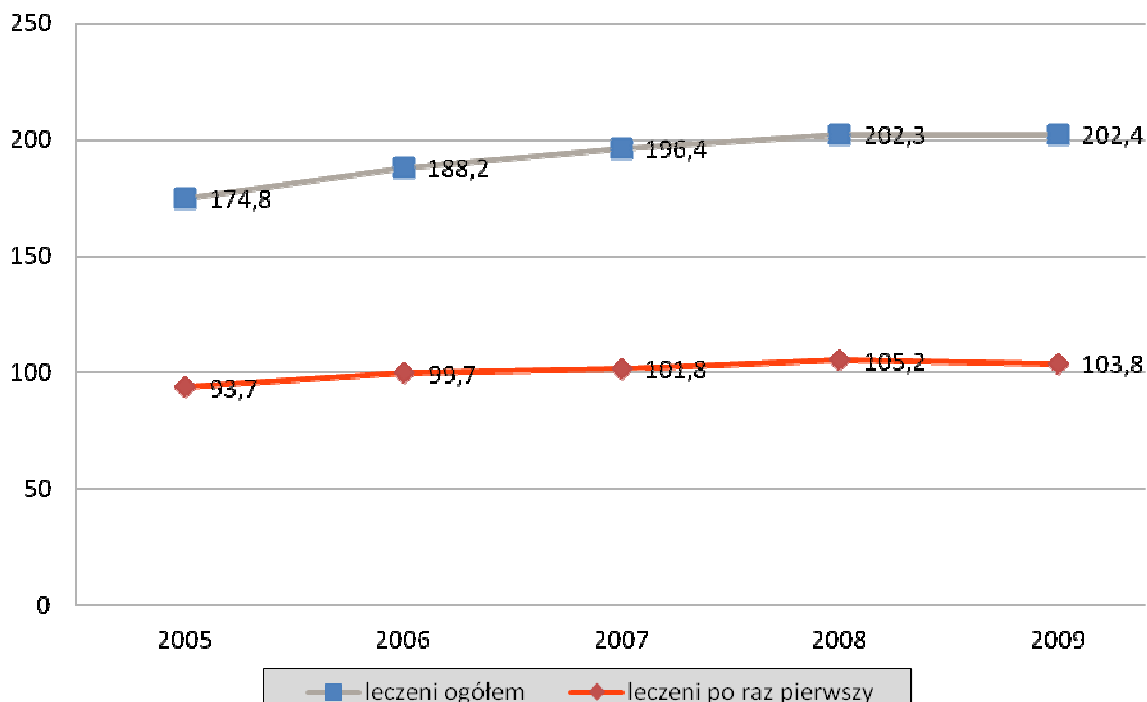
Źródło: własne.

Rycina 27. Leczeni ambulatoryjnie w poradniach zdrowia psychicznego z powodu zaburzeń spowodowanych alkoholem w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



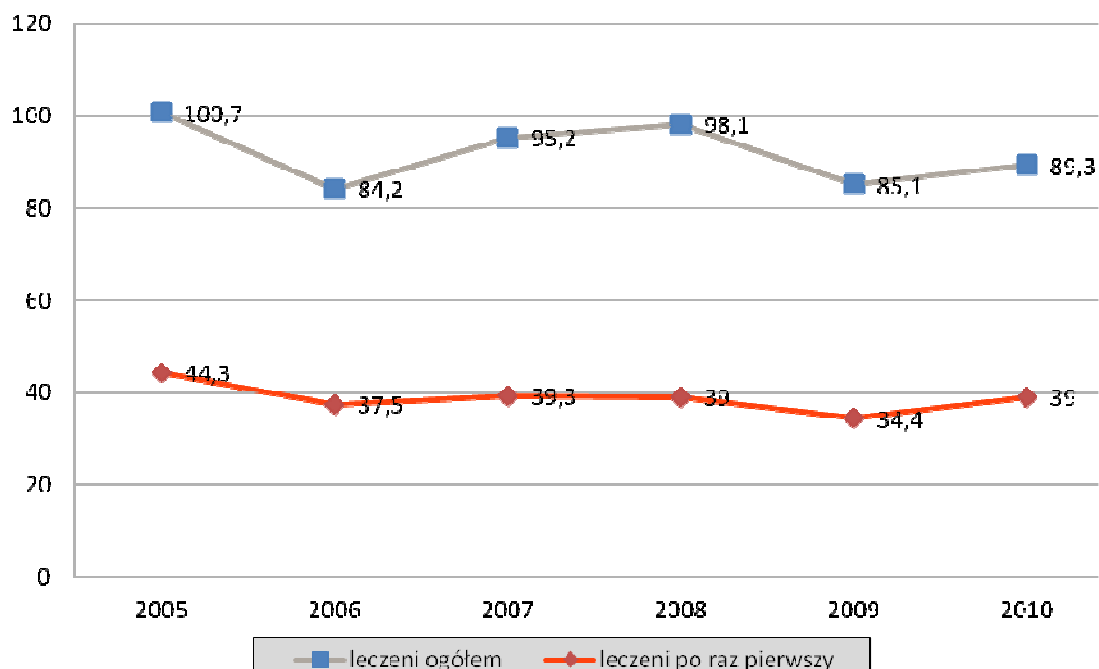
Źródło: własne

Rycina 28. Leczeni całodobowo z powodu zaburzeń spowodowanych alkoholem w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności



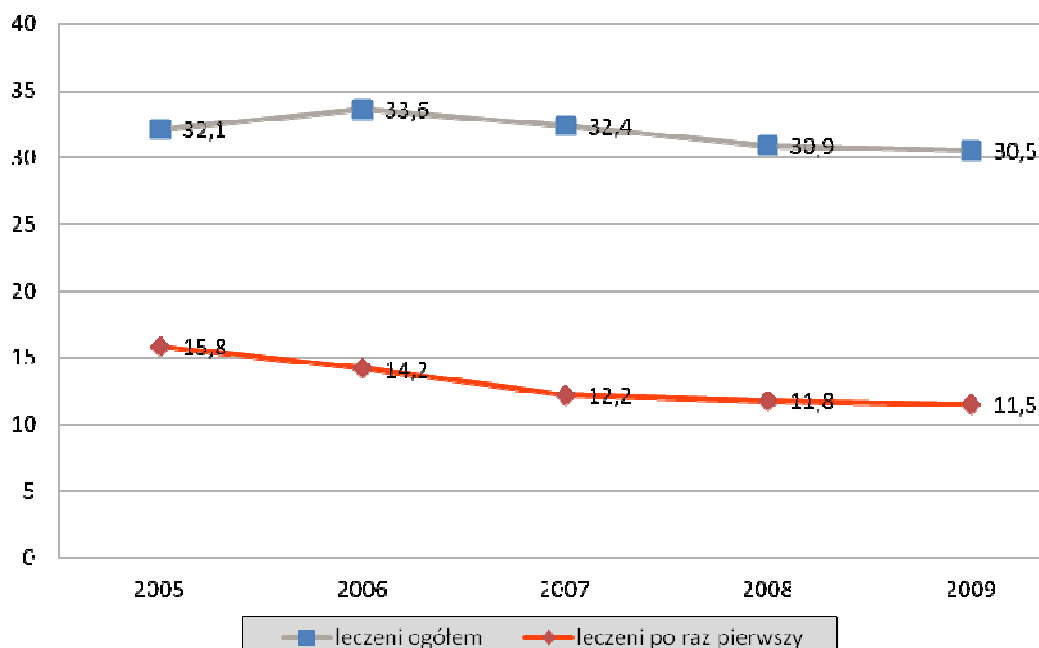
Źródło: własne

Rycina 29. Leczeni ambulatoryjnie w poradniach zdrowia psychicznego z powodu zaburzeń spowodowanych środkami psychoaktywnymi w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności



Źródło: własne.

Rycina 30. Leczeni całodobowo z powodu zaburzeń spowodowanych środkami



psychoaktywnymi w Polsce – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.

Źródło: własne

Wprawdzie okres ilustrowany powyższymi wykresami jest zbyt krótki, by możliwe było wyciąganie jednoznacznych wniosków w zakresie trendów, można na ich podstawie poczynić pewne podstawowe obserwacje. Jeśli chodzi o liczbę osób leczonych z powodu zaburzeń organicznych, jest ona względnie stała w analizowanym okresie, choć podlega pewnym wahaniom. Dotyczy to zarówno osób leczonych ambulatoryjnie, jak i całodobowo.

Wydaje się jednocześnie, że liczba nowych pacjentów w obu przypadkach nieznacznie spada. Spośród wszystkich zilustrowanych na wykresach postaci zaburzeń psychicznych, zaburzenia organiczne stanowią trzecią najliczniejszą pod względem liczby leczonych ambulatoryjnie ogółem, a czwartą pod względem liczby nowych przypadków. Co ciekawe, w przypadku osób leczonych całodobowo dla liczb całkowitych jest to również trzecia najliczniej reprezentowana grupa zaburzeń, jednak dla nowych przypadków – już druga najliczniejsza. Prawdopodobnym wytłumaczeniem tej obserwacji jest fakt, że mówimy w tym przypadku o pacjentach leczonych długotrwale, gdzie jednocześnie początek leczenia ma raczej miejsce w placówkach całodobowych, a przepływy pacjentów między sektorami lecznictwa następują raczej od strony leczenia całodobowego ku kontynuacji terapii w formie ambulatoryjnej.

Podobnego rodzaju sytuacja pojawia się w przypadku schizofrenii. Zauważalny jest tu stały wzrost całkowitej liczby leczonych osób – zarówno ambulatoryjnie, jak i całodobowo, gdzie jednocześnie liczba nowych przypadków pozostaje względnie stabilna i nie podlega żadnemu jednoznacznemu trendowi. Jednostka ta lokuje się dość nisko w rankingu liczby nowych przypadków, choć jest drugą najliczniej reprezentowaną wśród osób poddających się terapii całodobowej. Wynika to prawdopodobnie z faktu, leczenie całodobowe jest w przypadku pacjentów ze schizofrenią formą w większym stopniu zasadną, trwającą jednocześnie długi czas.

W przypadku afektywnych zaburzeń nastroju zaobserwować można wyraźny spadek liczby leczonych (zarówno ogółem, jak i pierwszy raz) w sektorze lecznictwa całodobowego. W lecznictwie ambulatoryjnym również można zaobserwować niewielkie spadki, jednak ich skala pozwala równie dobrze stwierdzić, iż mamy do czynienia z sytuacją stabilną. Silne spadki w sektorze zamkniętym prawdopodobnie są pochodną zmiany paradygmatu w leczeniu podobnego rodzaju zaburzeń, w których pomoc udzielana środowiskowo i ambulatoryjnie przynosi znacznie więcej korzyści po stronie pacjenta, niż leczenie zamknięte. Potwierdzeniem takiego spostrzeżenia może być również analogiczny trend spadkowy w leczeniu całodobowym pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. Jednocześnie w przypadku tej grupy zaburzeń, inaczej, niż w poprzednim przypadku, zauważyć można niewielki, ale dość wyraźny trend wzrostowy w przypadku liczby pacjentów ambulatoryjnych. Może to być symptom nasilania się skali występowania tego rodzaju zaburzeń w populacji. Warto zwrócić uwagę, że odwrócenie się spadkowego trendu następuje w ostatnim analizowanym roku także w lecznictwie zamkniętym. O ile może to być chwilowe zawahanie trendu, o tyle może być to również symptom nasilenia się skali występowania cięższych w przebiegu zaburzeń.

Jednoznaczna odpowiedź nie jest w tym przypadku możliwa bez wglądu w dane ilustrujące liczbę pacjentów w kolejnych latach.

Zaburzenia związane z alkoholem są drugą najczęściej reprezentowaną grupą zaburzeń wśród nowoprzyjmowanych pacjentów w lecznictwie ambulatoryjnym, a pierwszą pod tym względem w przypadku lecznictwa całodobowego. Jest to niewątpliwie symptom ilustrujący istotność skali tego problemu zdrowotnego w populacji Polski. Co więcej, zarówno w sektorze ambulatoryjnym, jak i stacjonarnym, zaobserwować można zwiększającą się liczbę pacjentów – zarówno ogółem, jak i tych, którzy w danym roku rozpoczynają terapię. To z kolei należy potraktować jako symptom narastania skali problemów związanych z nadużywaniem alkoholu.

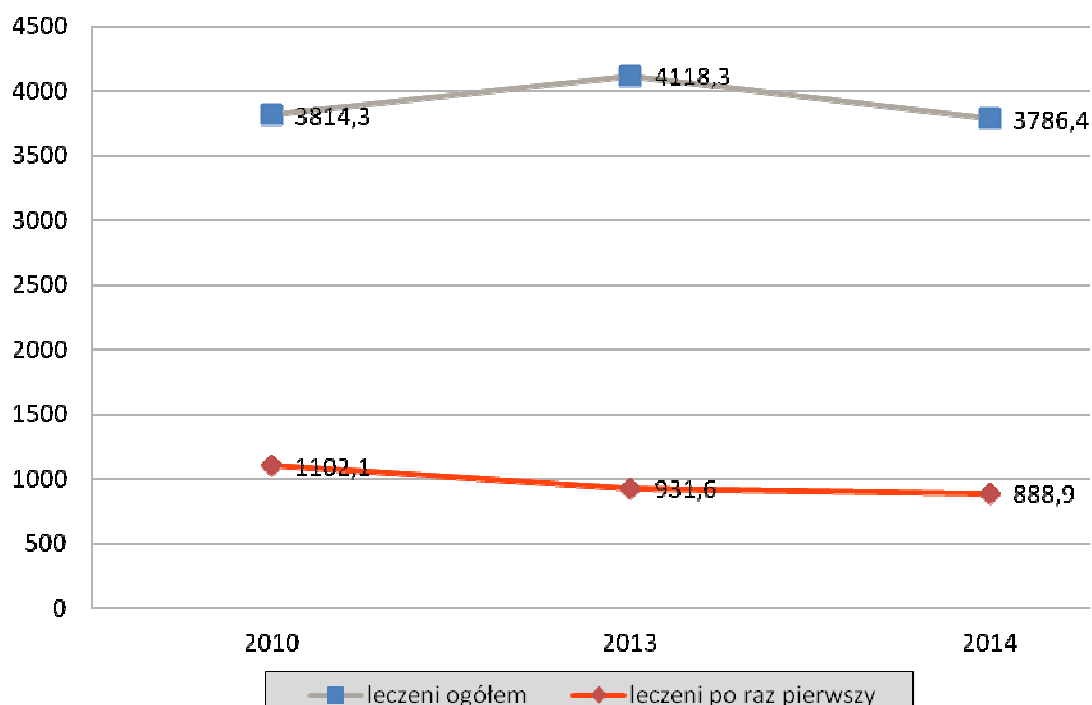
Wreszcie w przypadku zaburzeń powodowanych innymi substancjami psychoaktywnymi trend dotyczący liczby leczonych określić należy jako niejednoznaczny, choć w większym stopniu wykazujący symptomy spadku. Spadek ten szczególnie wyraźnie widoczny jest w przypadku sektora stacjonarnego, co z jednej strony może być efektem zmiany modelu leczenia i jego przesuwanie się w stronę sektora ambulatoryjnego, z drugiej zaś – może być odzwierciedleniem rzeczywistego zmniejszenia się skali rozpowszechnienia tego rodzaju zaburzeń. Należy przy tym mieć na uwadze fakt, że zarówno w przypadku problemów alkoholowych, jak i tych, które wynikają ze stosowania innych substancji psychoaktywnych, w lecznictwie psychiatrycznym mamy do czynienia jedynie z częścią pacjentów dotkniętych podobnego rodzaju problemami zdrowotnymi. Większość spośród nich trafia do poradni lecznictwa odwykowego oraz profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych. Rzeczywista skala rozpowszechnienia problemów związanych z alkoholem i substancjami psychoaktywnymi w populacji Polski jest zatem z pewnością większa, niż wynikałoby wprost z pokazanych tu danych.

Jakkolwiek dane statystyczne wskazują na narastanie skali problemów zdrowia psychicznego (w szczególności zaburzeń nerwicowych oraz związanych z nadużywaniem alkoholu), warto odnotowania jest fakt, że stan zdrowia psychicznego Polaków wciąż pozostaje lepszy, niż średnia charakteryzująca Unię Europejską, co obrazują wyniki badania samooceny nastroju i samopoczucia w ramach Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia. Wśród respondentów z Polski zauważalnie częstsze jest deklarowanie „poczucia pełni życia” (odpowiedź „przez cały czas” w Polsce zaznaczyło 22% respondentów, w porównaniu do 14% średniej europejskiej), „spokoju i opanowania” (15% osób zadeklarowało odpowiedź „przez cały czas”, w porównaniu do 10% średniej europejskiej) czy „poczucie szczęścia” (22% odpowiedzi „przez cały czas” wobec zaledwie 12% średniej europejskiej).

3.4. Problemy zdrowia psychicznego w perspektywie regionu i miasta Zabrze

W przypadku województwa śląskiego dostępne dane pozwalają prześledzić skalę występowania problemów zdrowia psychicznego na przestrzeni lat 2010 – 2014 (zdrowie psychiczne w województwie śląskim). Zgodnie z danymi liczba osób leczonych w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej oscyluje w okolicach 4000 osób na 100 tys. mieszkańców. Liczba nowych przypadków rocznie to około 1000 osób na 100 tys. mieszkańców. Jakkolwiek analizowany okres jest zbyt krótki, aby możliwe było wyciąganie jednoznacznych wniosków w zakresie trendów, można stwierdzić, iż na przestrzeni kilku pierwszych lat drugiej dekady XXI wieku ogólna liczba leczonych ulegała pewnym wahaniom, jednak liczba nowodiagnozowanych przypadków wykazywała raczej tendencję spadkową. Szczegóły ukazano na poniższym wykresie.

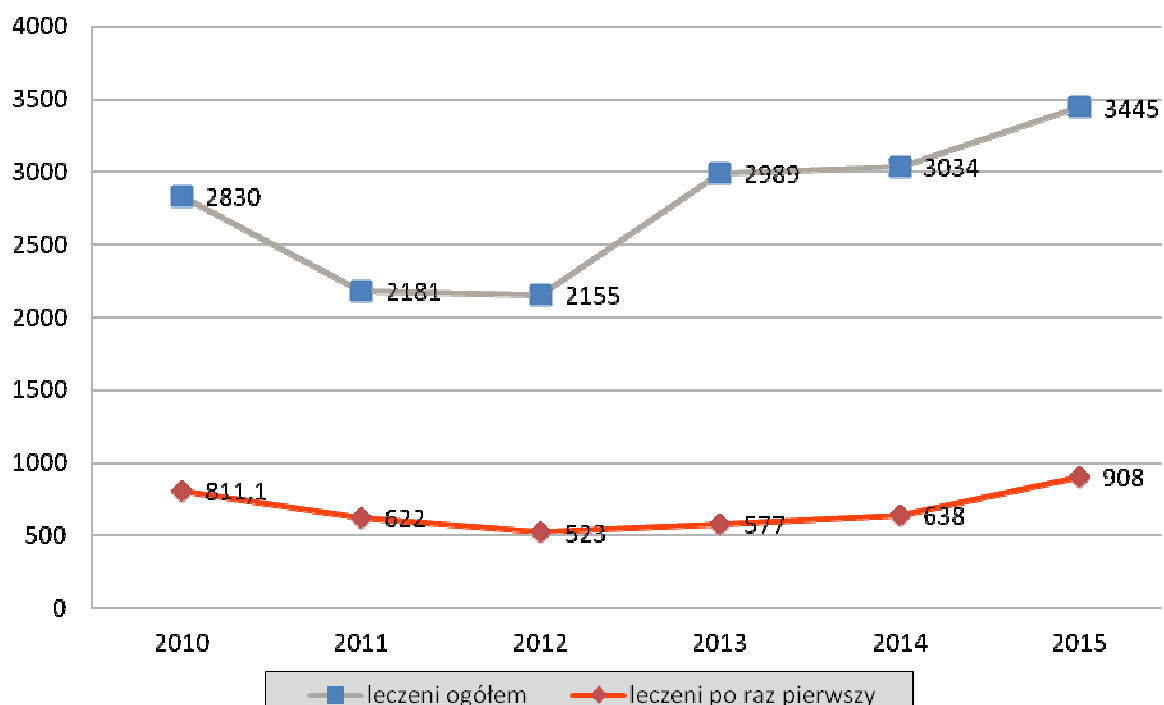
Rycina 31. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych w województwie śląskim – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Na rycinie poniżej przedstawiono analogiczne dane dla miasta Zabrze. Zauważyć można, iż stosowne wartości są niższe, niż średnia dla całego województwa, jednak w przeciwieństwie do średniej – poza załamaniem trendu w latach 2011-2012, wykazują dość jednoznaczny trend wzrostowy.

Rycina 32. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych w Zabrze – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



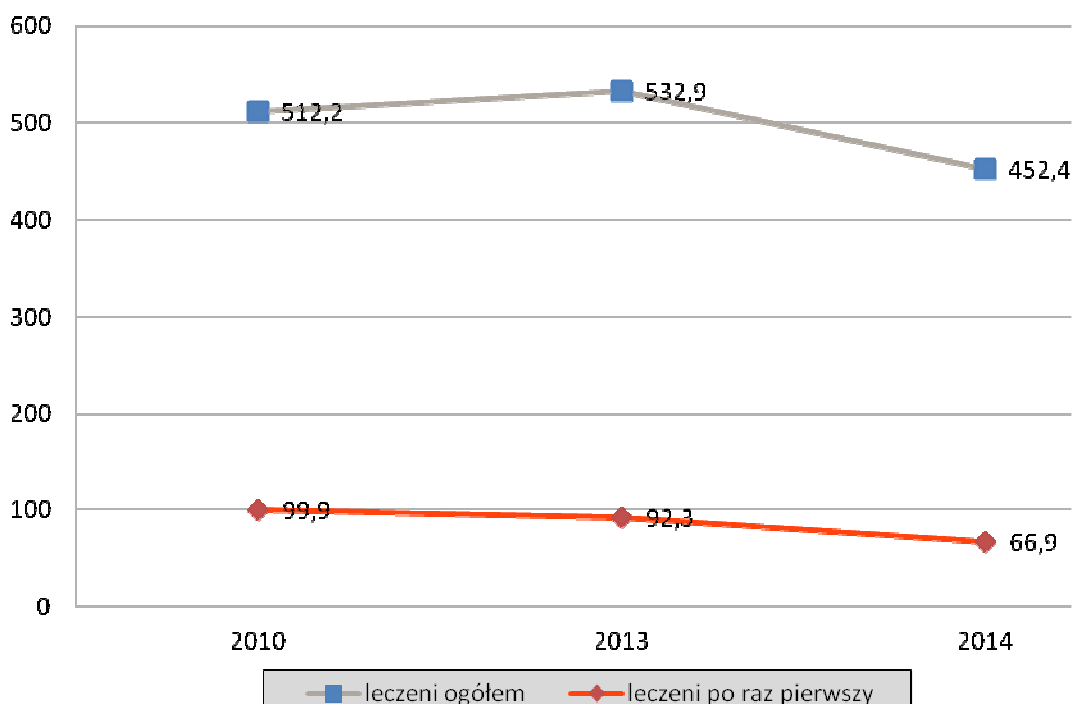
Źródło: własne.

Znamienne i istotne w kontekście zaspokajania potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności jest jednak, iż trend zarysowany na wykresie dotyczącym województwa śląskiego nie jest jednolity w poszczególnych grupach wiekowych. Liczba nowodiagnostowanych przypadków zmniejszała się dość wyraźnie w grupie wiekowej 30-64 lat. Spadek (choć przy nie w pełni jednoznacznym trendzie) zauważalny jest również w najstarszej części populacji. Brak jednoznacznych spadków przy jednoczesnych wahaniami trendu charakteryzuje natomiast najmłodsze grupy wiekowe, tj. 0-18 oraz 19-29 lat. Oznacza to, że nawet przy braku wyraźnego wzrostu liczby diagnozowanych zaburzeń psychicznych wśród osób młodych, ich istotność w perspektywie potrzeb zdrowotnych całej populacji rośnie. W przypadku miasta Zabrze w przypadku dwóch najmłodszych grup wiekowych tendencja wzrostowa jest również zdecydowanie bardziej jednoznaczna, niż w przypadku grup starszych.

Jeśli rozpatrzeć konkretne rodzaje zaburzeń psychicznych, trend ogólny będzie odwzorowany dość precyzyjnie w przypadku zaburzeń organicznych. W przypadku ogólnej liczby leczonych zauważalny jest spadek, przy wahnięciu trendu w roku 2013. Liczba nowodiagnostowanych przypadków zaś systematycznie zmniejsza się, gdzie dynamika spadku może być określona jako znaczna. Szczegóły prezentuje poniższy wykres. Warto dodać, iż ten

rodzaj zaburzenia diagnozowany jest częściej w grupie kobiet, niż mężczyzn, oraz że dotyczy on w największym stopniu najstarszych grup wiekowych.

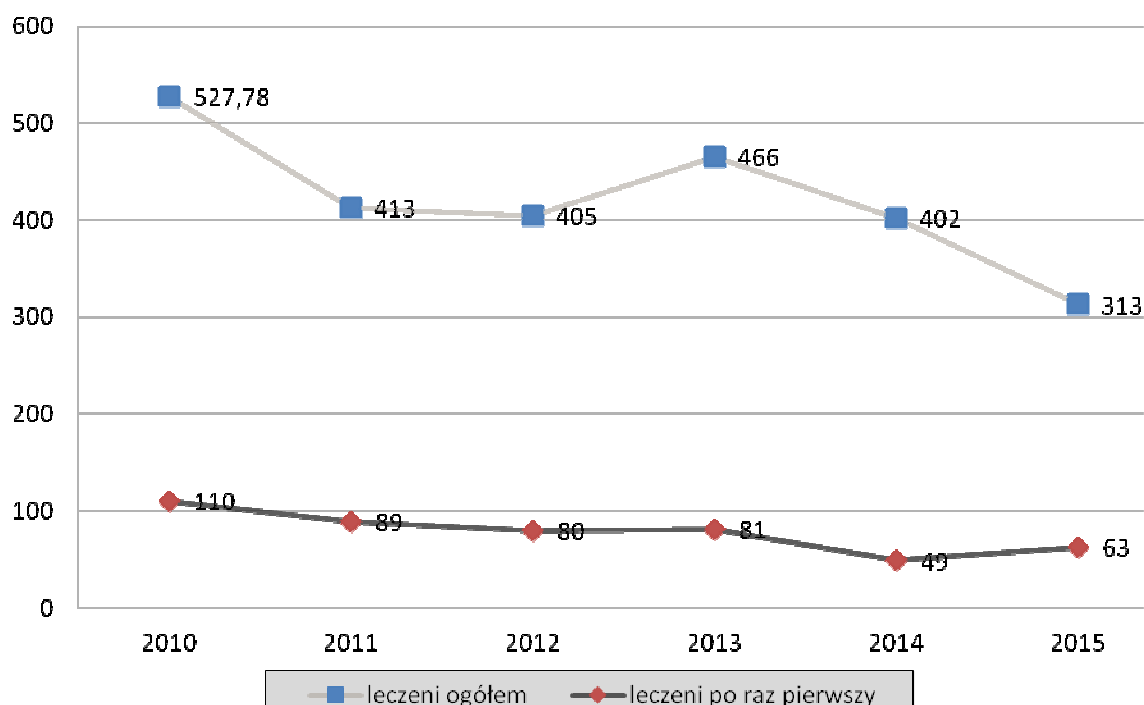
Rycina 33. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń organicznych w województwie śląskim – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Dane dla miasta Zabrze prezentuje wykres poniżej. W tym przypadku, analogicznie, jak ma to miejsce w całym województwie, trend ma charakter raczej spadkowy, choć podlega okresowym wahaniom. Ogółem wartości są zbliżone do tych, które charakteryzują całe województwo.

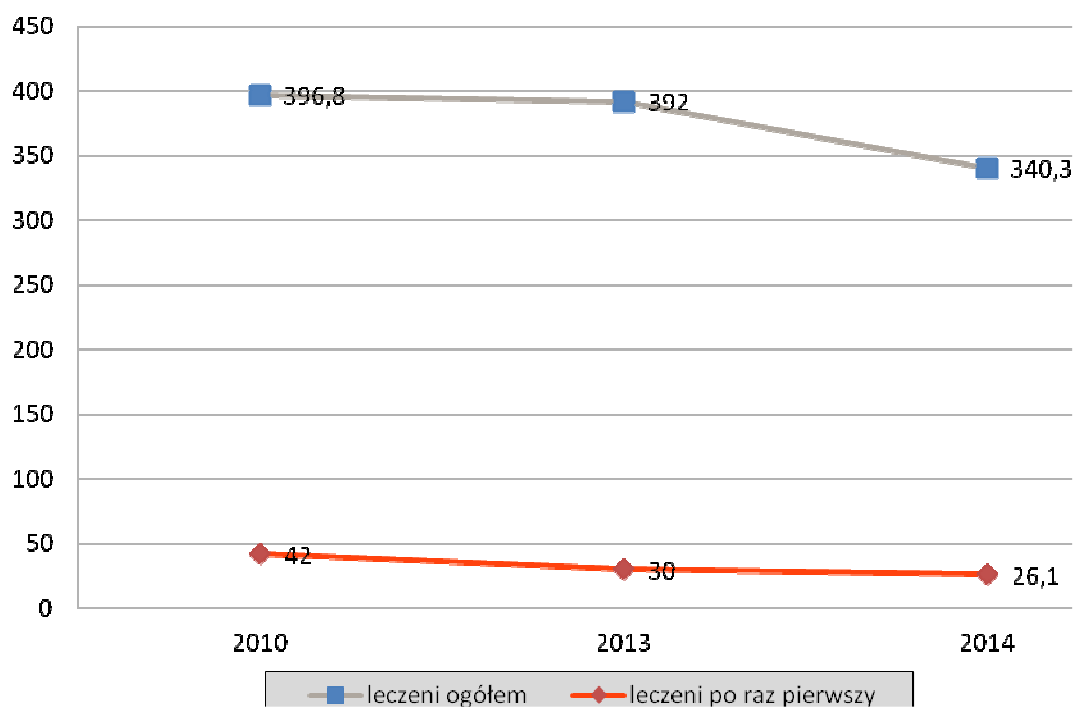
Rycina 34. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń organicznych w Zabrzu – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

W przypadku schizofrenii również zauważalny jest spadek liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie – zarówno pod względem ogólnej liczby, jak i pacjentów przyjmowanych na leczenie po raz pierwszy. Także w tym przypadku liczba leczonych kobiet jest większa, niż mężczyzn, choć różnica nie jest tak znaczna, jak w przypadku zaburzeń organicznych. Dominujące grupy wiekowe to przedziały średnie (19-29 oraz 30-64).

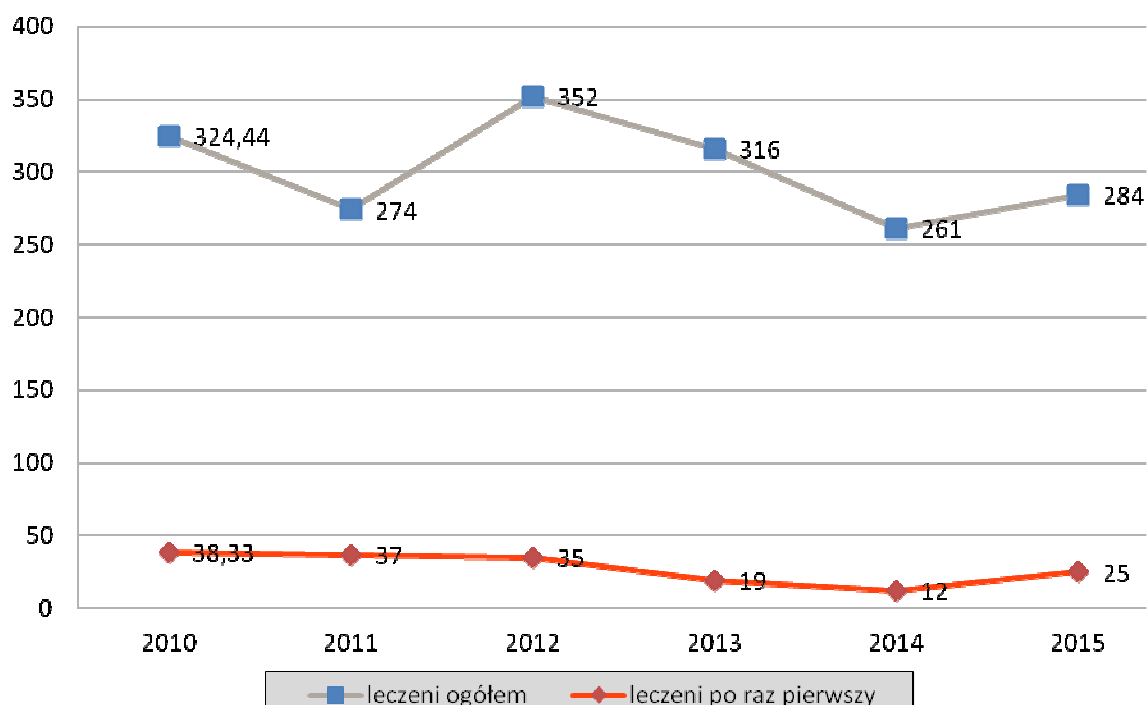
Rycina 35. Leczeni ambulatoryjnie z powodu schizofrenii w województwie śląskim – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Dane dla miasta Zabrze przedstawia rycina poniżej. Stosowne wartości pozostają na poziomie zbliżonym, choć nieco niższym, niż średnia dla województwa. Trend ma charakter raczej spadkowy.

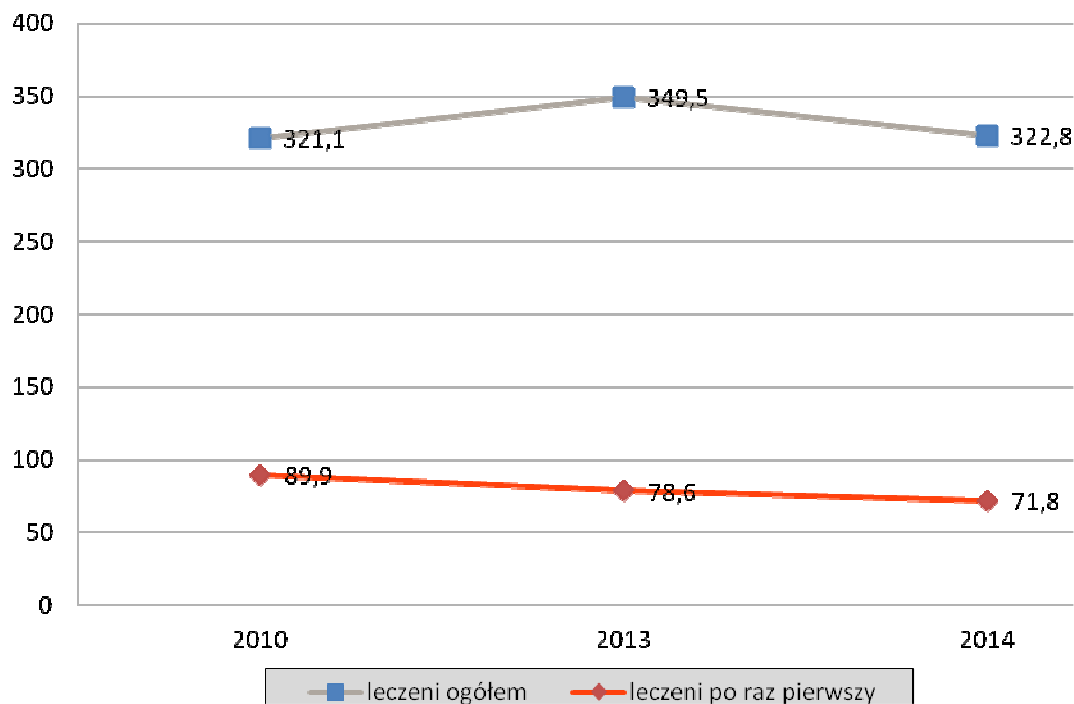
Rycina 36. Leczeni ambulatoryjnie z powodu schizofrenii w Zabrze – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Epizody afektywne są kolejnym zaburzeniem częściej dotykającym kobiety, niż mężczyzn. Dominująca grupa wiekowa to osoby w przedziale 30-64 lat. O ile ogólna liczba leczonych w rozpatrywanym okresie pozostaje na podobnym poziomie (z okresowymi wahaniami), o tyle liczba nowych przypadków zmniejsza się. Szczegóły prezentuje poniższy wykres.

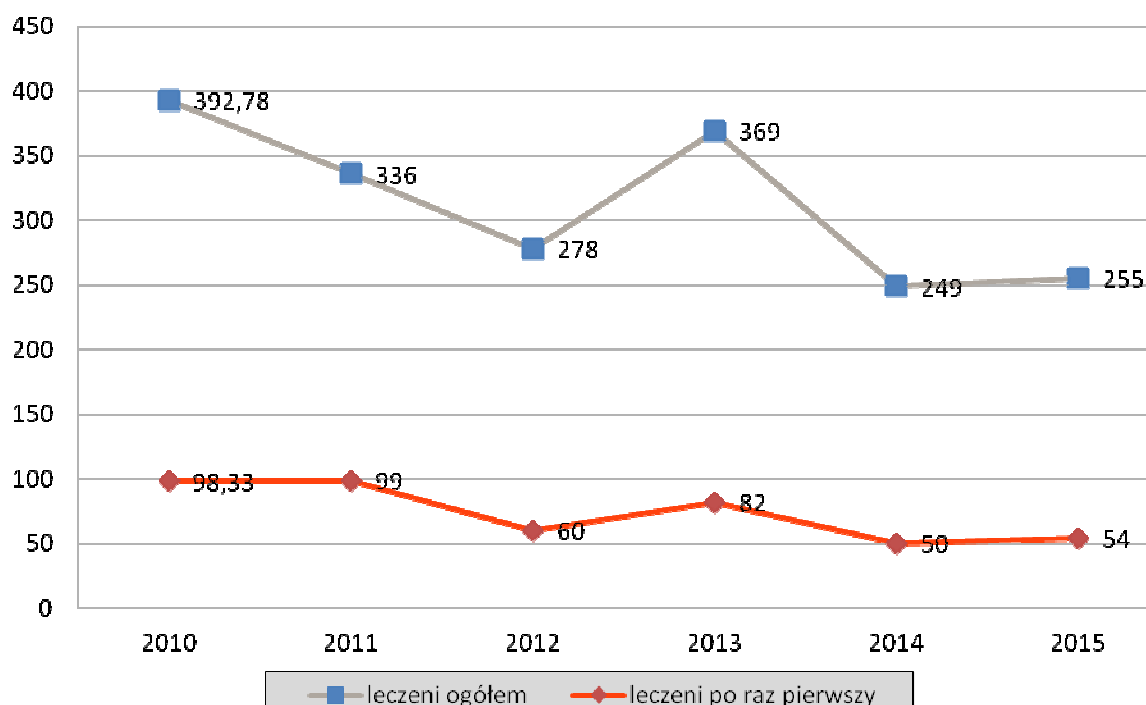
Rycina 37. Leczeni ambulatoryjnie z powodu epizodów afektywnych w województwie śląskim – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Dane dla Zabrze przedstawiono na wykresie poniżej. Wartości ponownie pozostają na nieco niższym poziomie, niż średnia dla województwa. Trend nie ma charakteru jednoznacznego, choć liczba leczonych wydaje się raczej zmniejszać w dłuższej perspektywie.

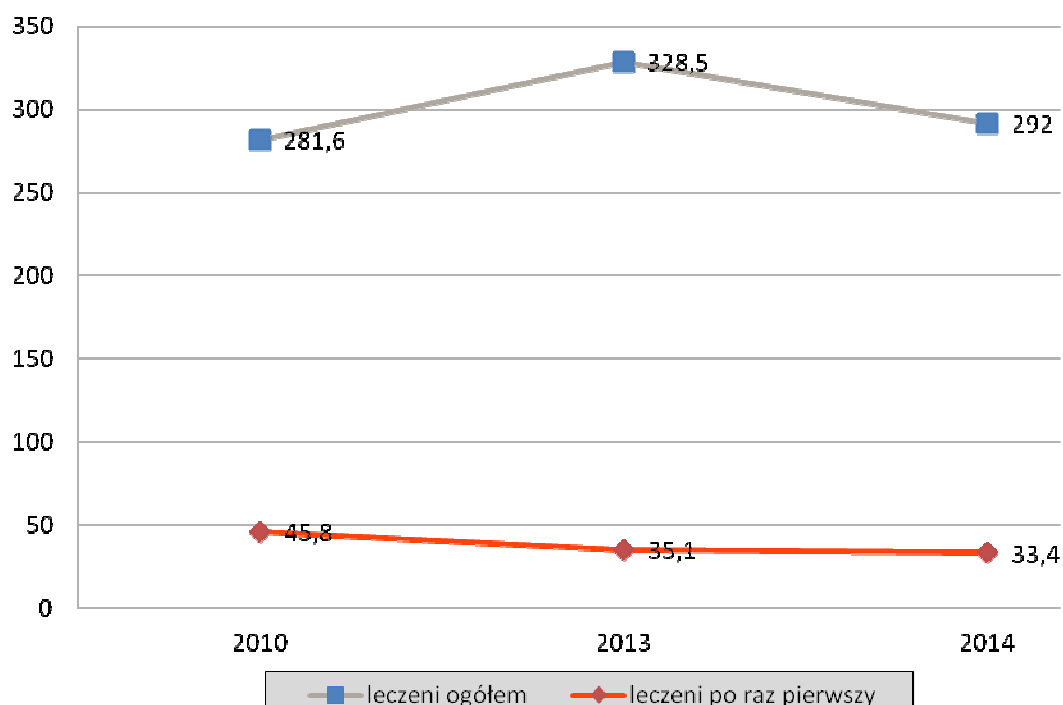
Rycina 38. Leczeni ambulatoryjnie z powodu epizodów afektywnych w Zabrze – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Sytuacja przedstawia się analogicznie w przypadku depresji – liczba leczonych ogółem, przy okresowych wahanach, pozostaje względnie stabilna, natomiast liczba przypadków nowodiagnozowanych zmniejsza się. Grupy wiekowe o największym udziale w liczbie leczonych osób w tym przypadku to grupy starsze (30-64 oraz powyżej 64 r.ż.). Warto jednak zwrócić uwagę, że przy ogólnym trendzie spadkowym – wzrost liczby diagnozowanych przypadków depresji oraz leczonych osób notuje się w grupie najmłodszej (0-18). Szczegóły prezentuje poniższy wykres.

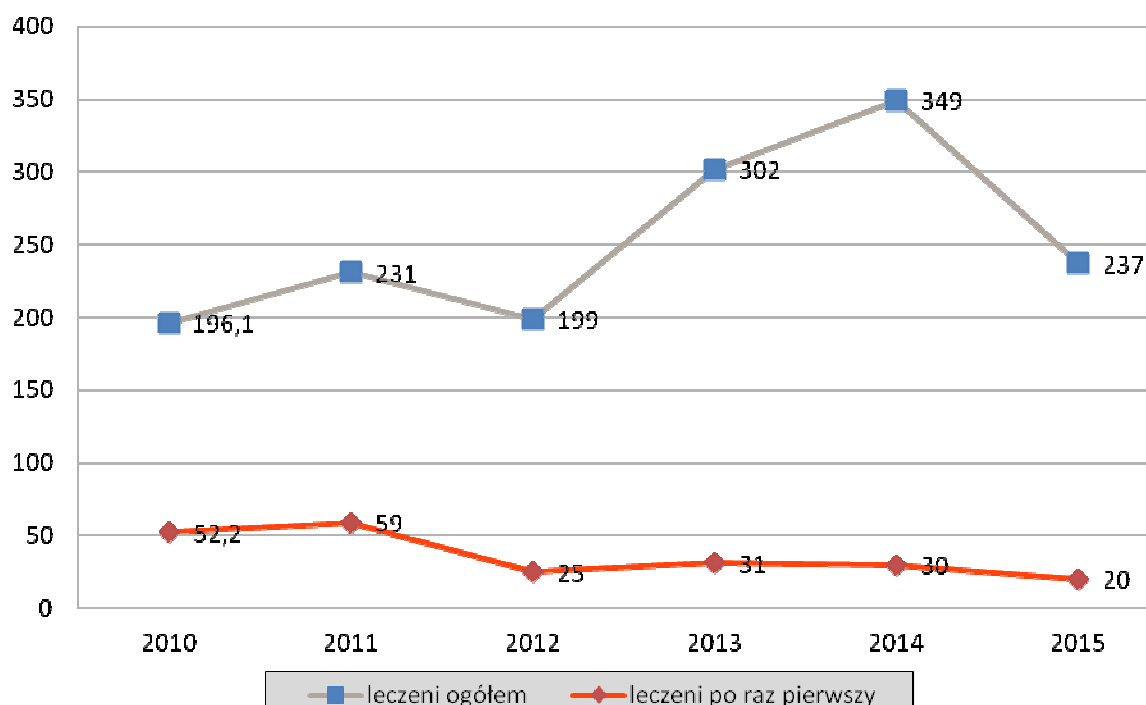
Rycina 39. Leczeni ambulatoryjnie z powodu depresji i zaburzeń dwubiegunowych w województwie śląskim – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Dane dla Zabrze prezentuje wykres poniżej. Wartości, z pewnymi wahaniami, oscylują wokół średnich dla województwa. Trend ma charakter niejednoznaczny, z tendencjami do wzrostu. Liczba leczonych po raz pierwszy przy tym, po początkowym spadku, podlega stosunkowo nieznacznym wahaniami.

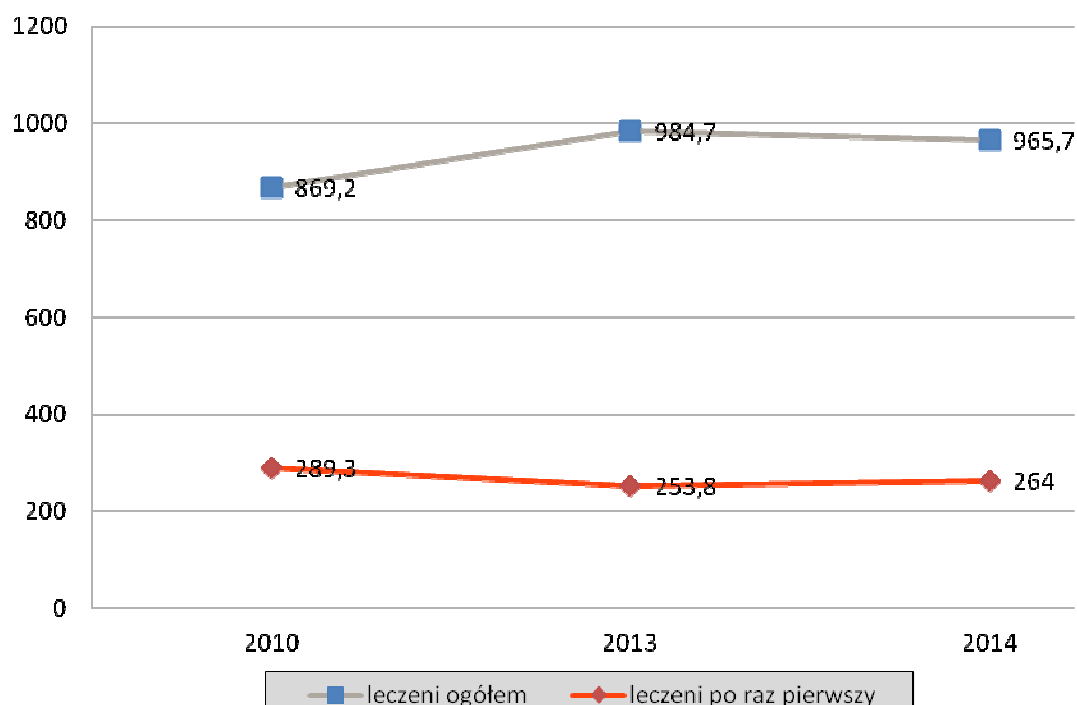
Rycina 40. Leczeni ambulatoryjnie z powodu depresji i zaburzeń dwubiegunowych w Zabrze – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Zaburzenia nerwicowe pozostają najczęściej diagnozowanym zaburzeniem w województwie śląskim. W tym przypadku nieco odmiennie prezentuje się trend w zakresie liczby leczonych osób, który (przy zastrzeżeniu braku możliwości jednoznacznej oceny ze względu na krótki okres analizy) wykazuje pewną tendencję wzrostową. Również liczba nowodiagnozowanych przypadków nie wykazuje jednoznacznego spadku. Jest to zaburzenie w szczególności dotyczące osoby w średnim wieku (30-64) oraz kobiety.

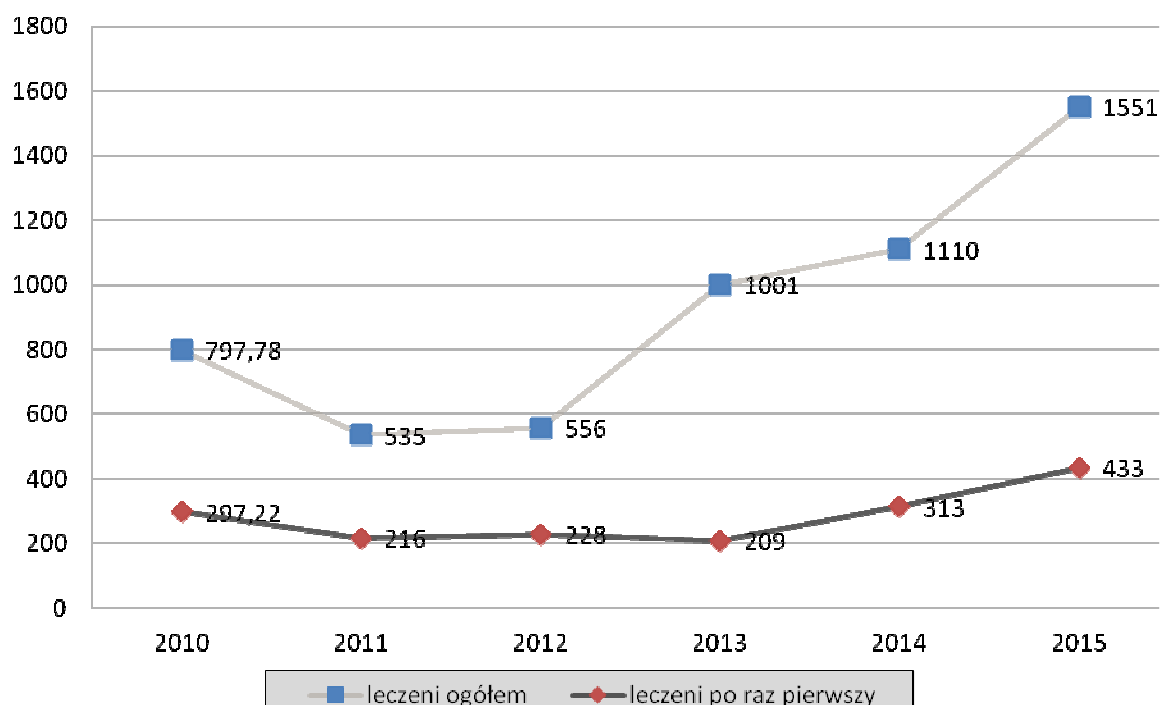
Rycina 41. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń nerwicowych w województwie śląskim – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Dane dla miasta Zabrze zaprezentowano na wykresie poniżej. Warto zwrócić uwagę na, po pierwsze, bardzo dużą dynamikę przyrostu liczby leczonych – zarówno w ujęciu ogólnym, jak i leczonych po raz pierwszy. Po drugie, interesującą obserwacją jest fakt, iż obydwie wartości w początkowym okresie pozostają na poziomie niższym, niż średnia dla województwa, by następnie wzrosnąć do poziomu znacząco przewyższającego tę średnią.

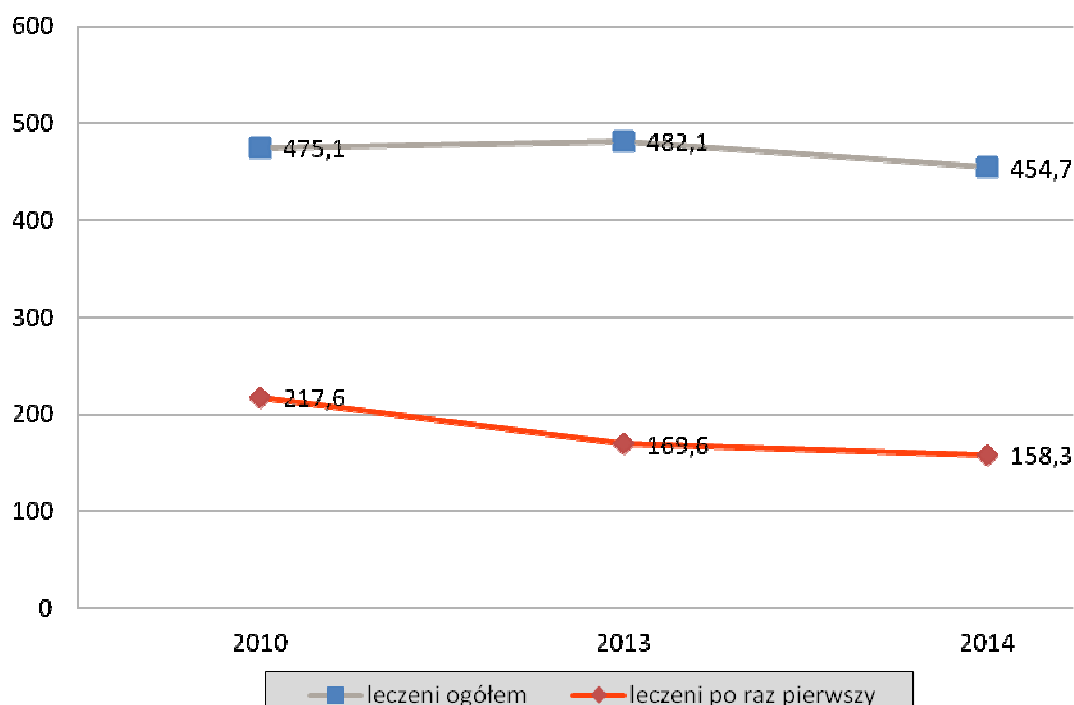
Rycina 42. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń nerwicowych w Zabrzu – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Zaburzenia spowodowane nadużywaniem alkoholu są, odmiennie, niż we wszystkich poprzednich przypadkach, problemem znacząco częściej dotyczącym mężczyzn, niż kobiety. Grupa wiekowa w szczególności dotknięta tym problemem to osoby w przedziale 30-64 lat. Jeśli chodzi o trend charakteryzujący województwo śląskie, zauważalny jest systematyczny spadek liczby nowodiagnostowanych przypadków zaburzeń tego rodzaju. Szczegóły przedstawia poniższy wykres.

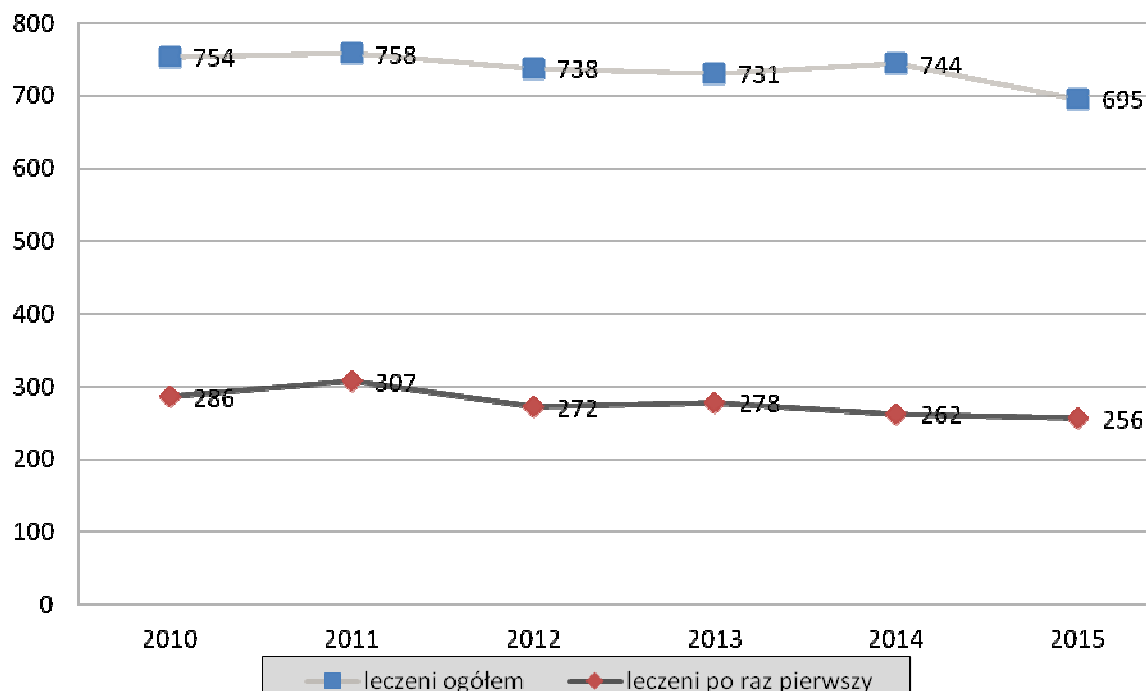
Rycina 43. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu w województwie śląskim – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Dane dla miasta Zabrze prezentuje wykres poniżej. Trend wydaje się być zgodny z charakteryzującym całe województwo – przy relatywnie niewielkich zmianach w zakresie ogólnej liczby leczonych oraz liczby leczonych po raz pierwszy, ma on, co do zasady, charakter spadkowy. Zwraca jednak uwagę wartość obu współczynników, które w przypadku Zabrze mniej więcej dwukrotnie przewyższają średnią dla województwa.

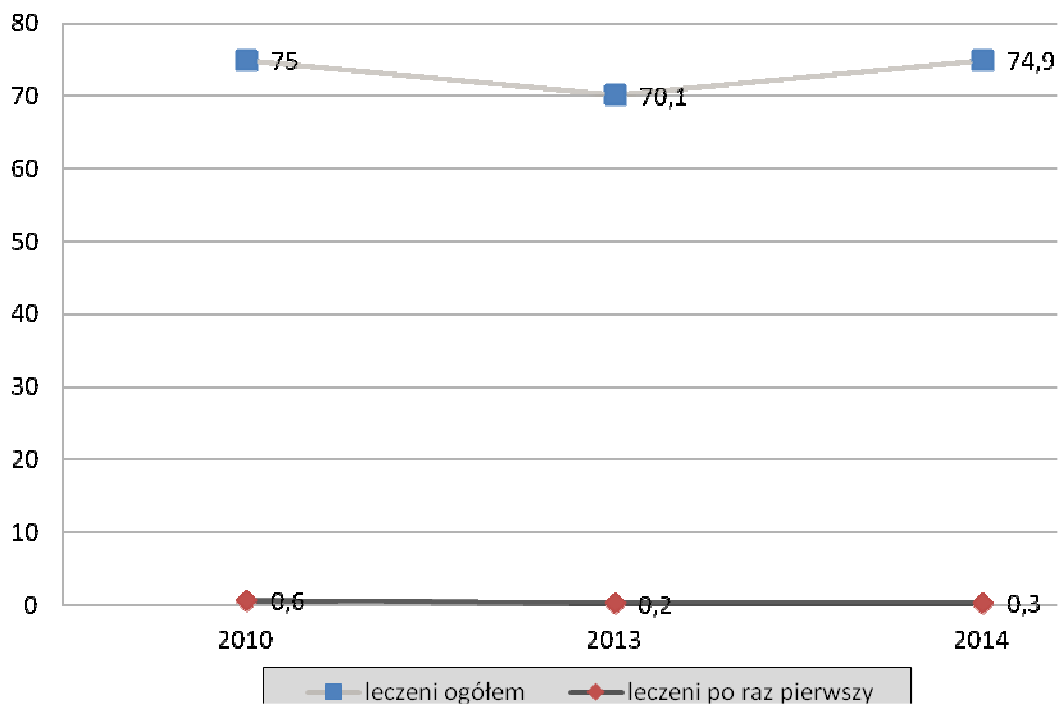
Rycina 44. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń powodowanych nadużywaniem alkoholu w województwie śląskim – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

W przypadku uzależnień powodowanych innymi substancjami psychoaktywnymi trend nie jest już tak jednoznaczny. Ogólna liczba leczonych pozostaje względnie stabilna w perspektywie kilku lat, liczba nowych przypadków, choć zmniejszyła się w stosunku do roku wyjściowego, również nie wykazuje jednoznacznego trendu spadkowego. W przypadku tej kategorii zaburzeń interesującą obserwacją jest również, że o ile w ogólnej liczbie leczonych osób dominują mężczyźni, o tyle współczynnik liczby nowych przypadków na 100 tys. ludności jest wyższy wśród kobiet. Grupą wiekową szczególnie dotkniętą ryzykiem zaburzeń powodowanych używaniem substancji psychoaktywnych są osoby z przedziału 19-29. Niepokojące są również zwiększające się liczby dotyczące najmłodszej grupy wiekowej. Szczegóły przedstawia poniższy wykres.

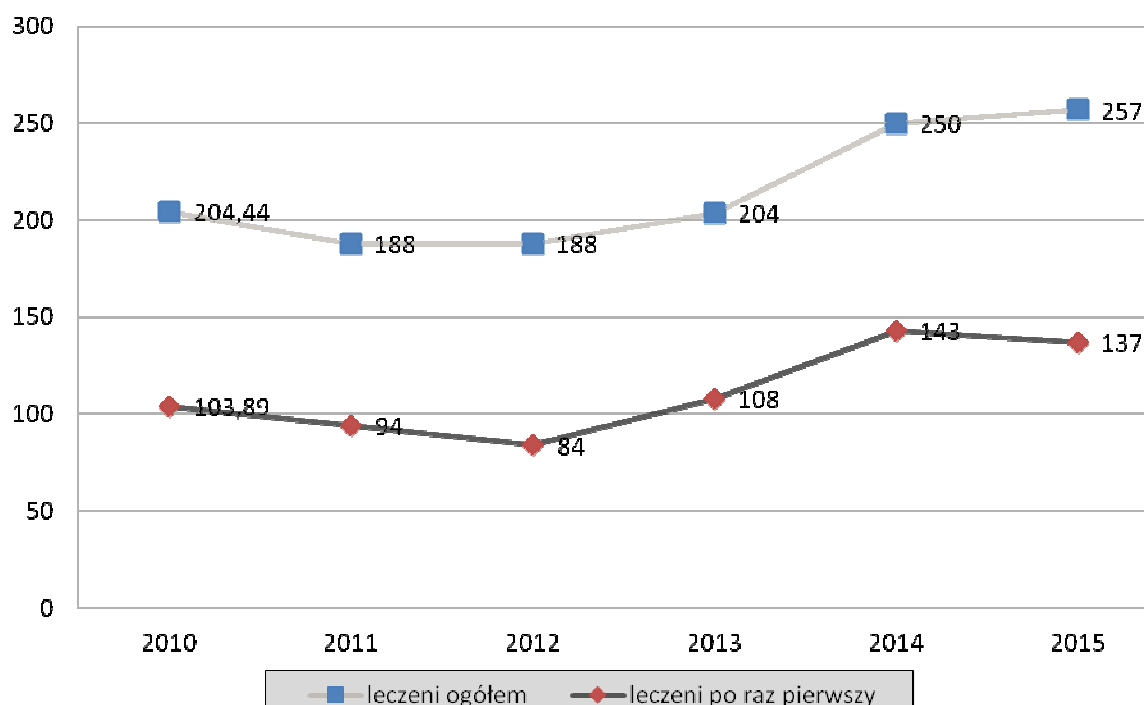
Rycina 45. Leczeni ambulatoryjnie z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych w województwie śląskim – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Dane dla Zabrze prezentuje poniższy wykres. Obydwie wartości nieznacznie obniżyły się w środkowym przedziale rozpatrywanego okresu, jednak ogółem wykazują dość wyraźny trend wzrostowy. Zwraca uwagę również fakt, iż podane wartości są wyższe od średnich dla województwa nawet trzykrotnie.

Rycina 46. Leczeni ambulatoryjnie z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych w Zabrze – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.

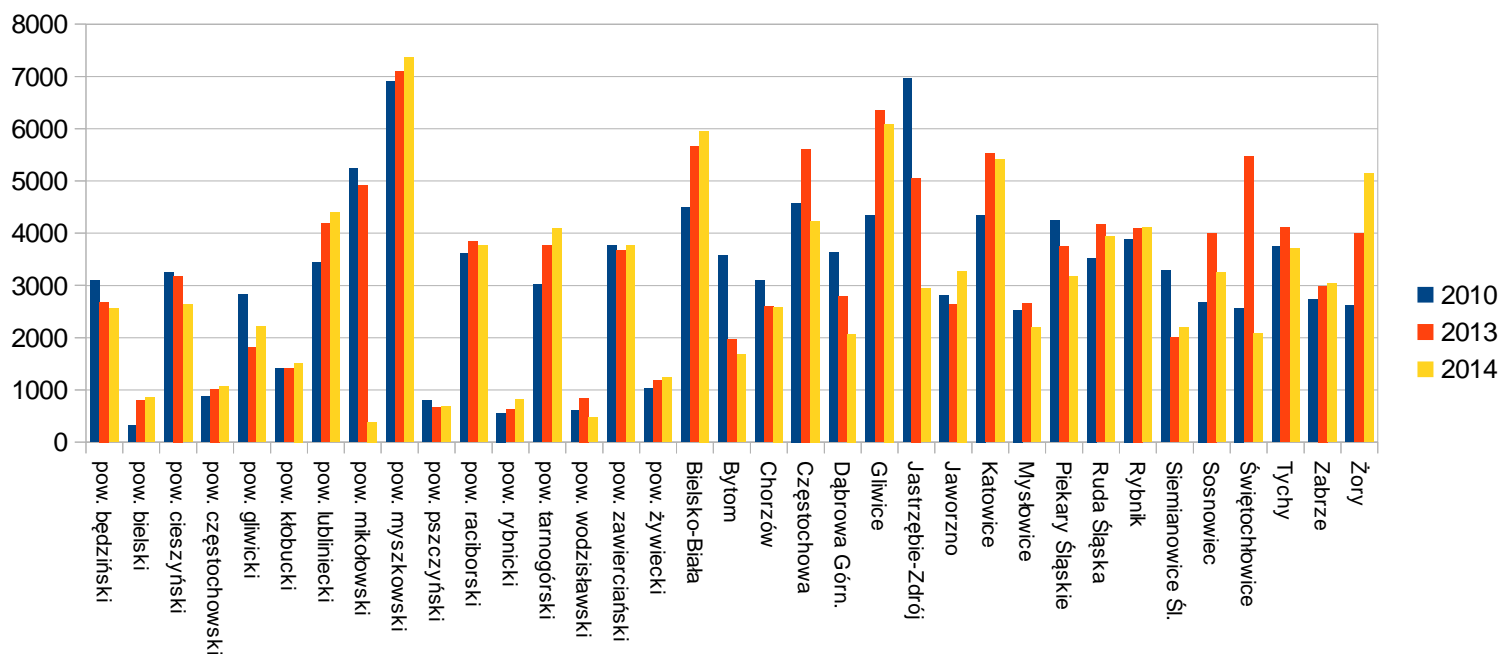


Źródło: własne.

Poniższy wykres prezentuje zbiorcze dane dotyczące zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) w rozkładzie terytorialnym województwa śląskiego. Zaobserwować można, po pierwsze, duże zróżnicowanie liczby leczonych pomiędzy poszczególnymi jednostkami terytorialnymi, gdzie wartości najniższe charakteryzują powiaty ziemskie położone w południowej części województwa, zaś najwyższe – powiat myszkowski oraz miasta: Bielsko-Biała, Gliwice, Katowice, Częstochowa. Generalnie liczba pacjentów jest wyższa na obszarach silniej zurbanizowanych, choć bywają od tej zasady wyjątki (jak wspomniany powiat myszkowski). Różnica ta przy tym może być powodowana charakterystyką rozmieszczenia terytorialnego podmiotów leczniczych świadczących usługi w zakresie zdrowia psychicznego i nie można na tej podstawie wyciągać zbyt daleko idących wniosków w zakresie faktycznej skali występowania zaburzeń psychicznych w poszczególnych jednostkach podziału administracyjnego. Na podstawie danych zaprezentowanych na poniższym wykresie nie można również jednoznacznie orzec w kwestii trendów, które wykazują dużą zmienność w czasie oraz pomiędzy jednostkami.

Miasto Zabrze charakteryzuje się relatywnie niską liczbą osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych na tle innych miast na prawach powiatu położonych w województwie. Liczba ta jest również nieco niższa, niż średnia dla całego województwa.

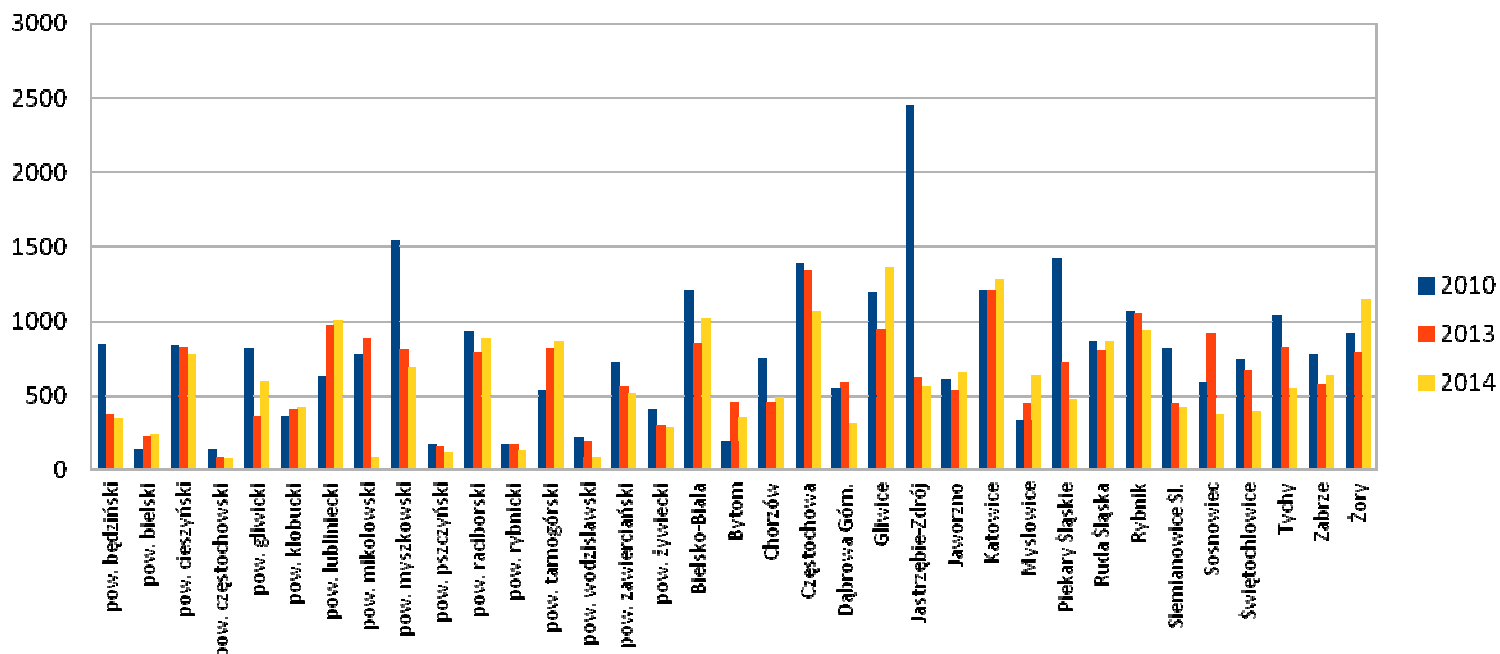
Rycina 47. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych w powiatach województwa śląskiego – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

W przypadku liczby przedstawiającej nowodiagnozowane przypadki obraz powyższy zostaje w dużej mierze powielony, choć trend w zakresie zmniejszania się liczby przypadków wydaje się być bardziej widoczny w większej liczbie jednostek terytorialnych województwa. W przypadku miasta Zabrze różnica względem średniej dla województwa, a także w porównaniu do pozostałych miast i powiatów nie jest już tak wyraźnie widoczna. W roku 2014 liczba diagnozowanych przypadków w przeliczeniu na 100 tys. ludności osiągnęła poziom wyższy, niż średnia dla województwa. Szczegóły prezentuje poniższy wykres.

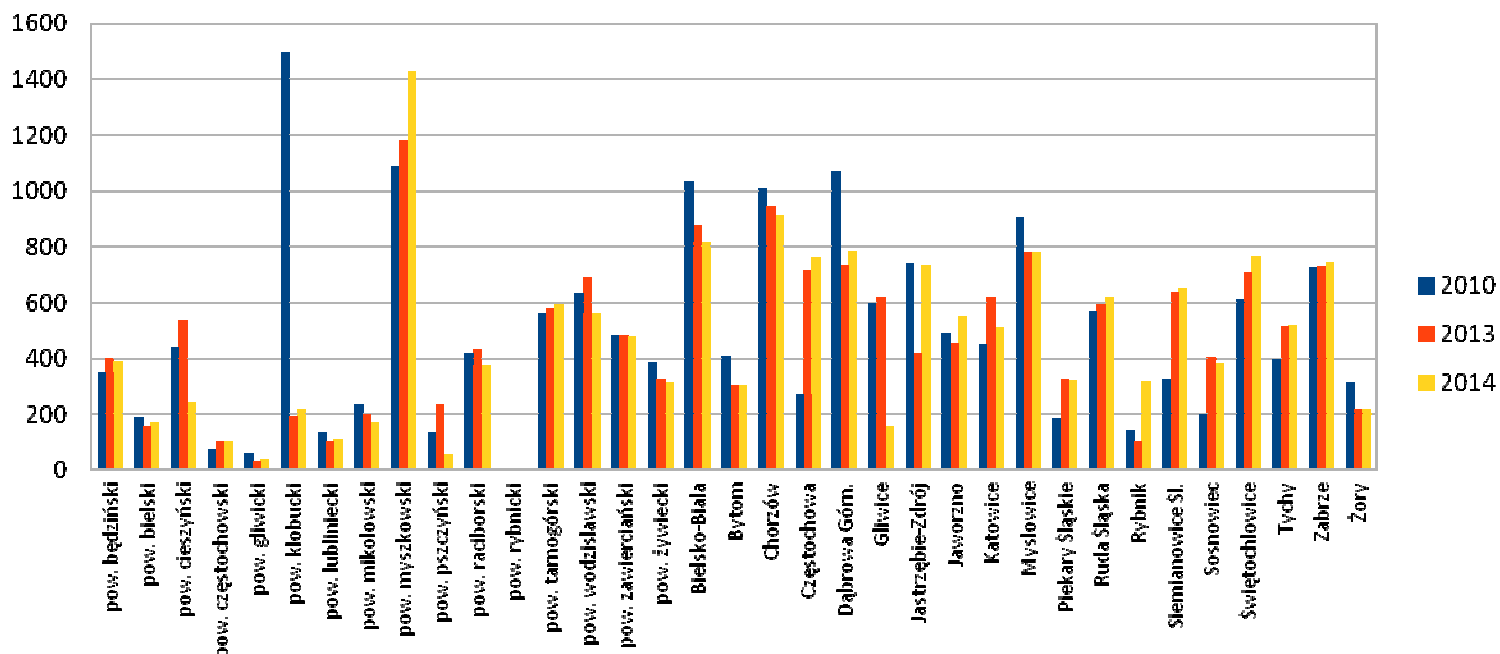
Rycina 48. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych w powiatach województwa śląskiego – liczba nowych pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

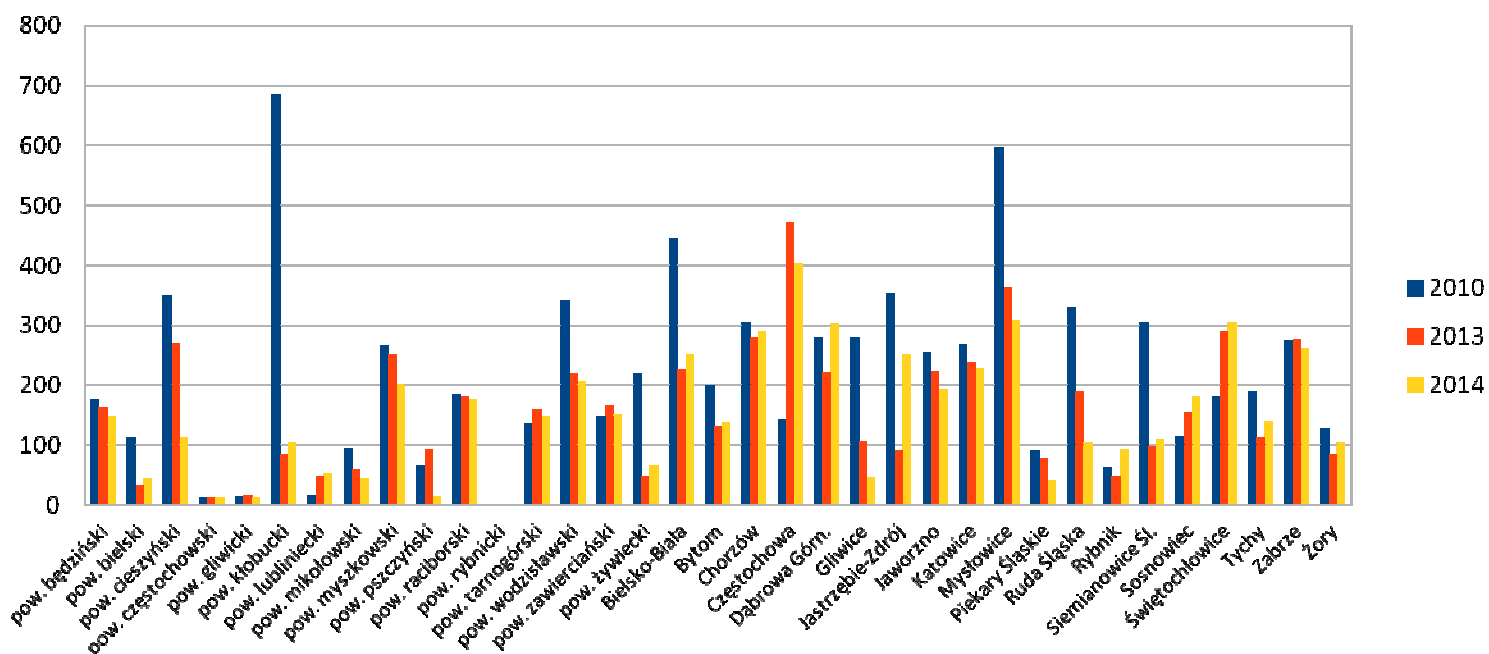
Liczba zaburzeń powodowanych nadużywaniem alkoholu, analogicznie jak w poprzednim przypadku, nie wykazuje jednoznacznego trendu, jeśli porównać dane poszczególnych powiatów województwa śląskiego. Ponownie jednak szczególnie wysoka liczba osób leczonych z powodu tego rodzaju zaburzeń charakteryzuje powiat myszkowski, zaś w ujęciu ogólnym – w większym stopniu powiaty silnie zurbanizowane. Miasto Zabrze pod względem tej kategorii zaburzeń, pozostaje jednym z negatywnie się wyróżniających jednostek administracyjnych – zarówno pod względem ogólnej liczby leczonych, jak i nowych przypadków w poszczególnych latach. Spośród miast na prawach powiatu położonych w województwie śląskim wyraźnie gorszy rezultat charakteryzuje jedynie Mysłowice, Dąbrowę Górniczą, Chorzów i Bielsko-Białą, zaś porównywaną – Świętochłowice, Jastrzębie Zdrój. Dąbrowę Górniczą oraz Częstochowę. W mieście można również zaobserwować trend wzrostowy w zakresie liczby leczonych, choć jeśli chodzi o liczbę nowych przypadków, brak już jednoznacznego trendu. Szczegóły prezentują poniższe wykresy.

Rycina 49. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń powodowanych nadużywaniem alkoholu w powiatach województwa śląskiego – liczba pacjentów na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Rycina 50. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń powodowanych nadużywaniem alkoholu w powiatach województwa śląskiego – leczeni po raz pierwszy na 100 tys. ludności.

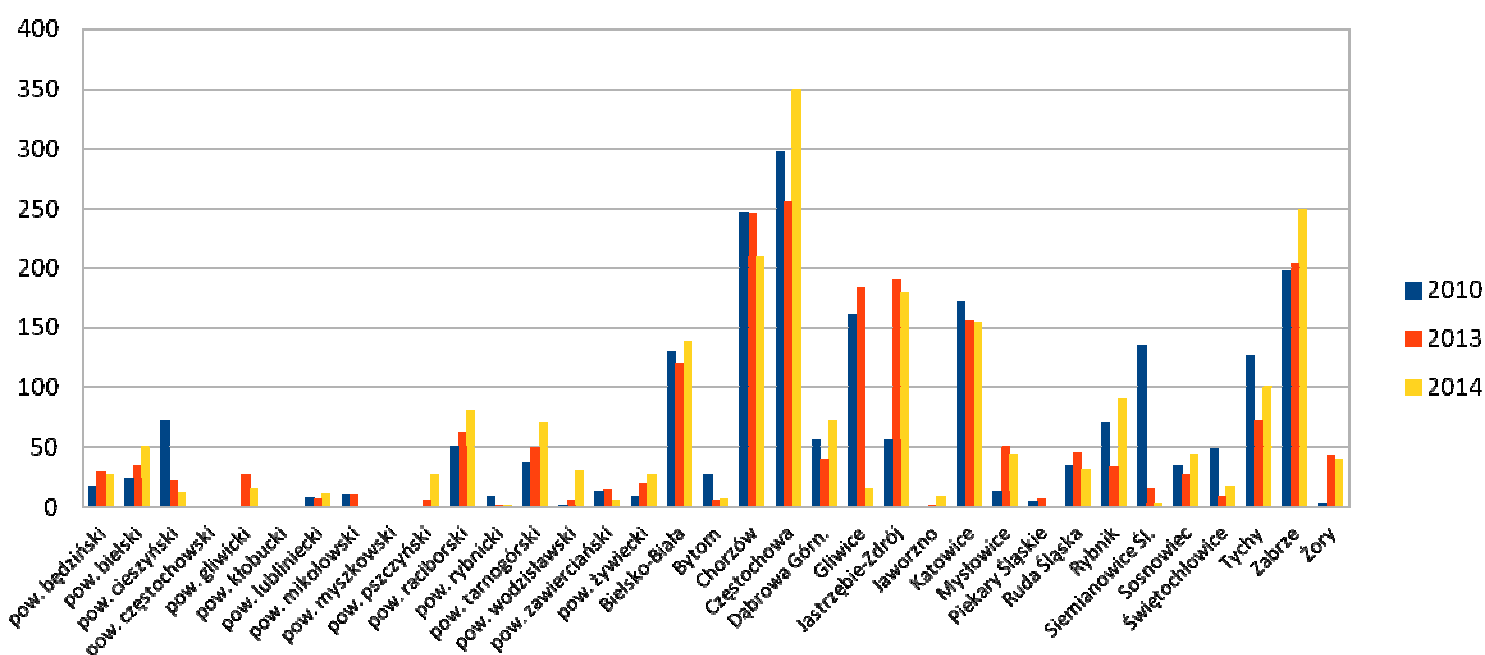


Źródło: własne.

Jeśli wreszcie chodzi o uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych, zauważalna jest wyraźnie wyższa liczba pacjentów w Chorzowie, Częstochowie oraz Zabrze.

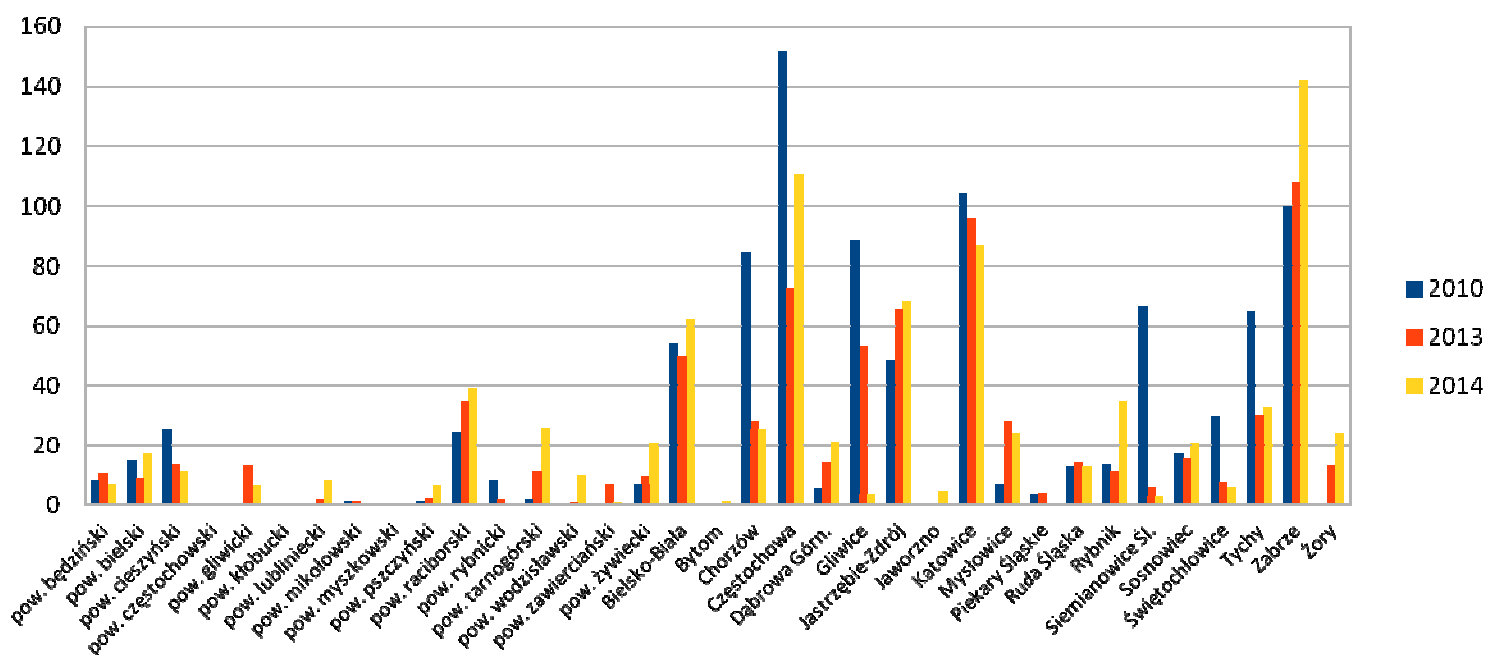
Dotyczy to zarówno ogólnej liczby leczonych, jak i nowo diagnozowanych przypadków, gdzie w tym drugim przypadku zamiast Chorzowa, w roli miasta szczególnie wyróżniającego się na tle regionu pojawiają się Katowice. O ile jednak w Katowicach liczba przypadków w poszczególnych latach zmniejsza się, o tyle w Zabrzu wyraźnie zauważalny jest trend wzrostowy. Szczegóły przedstawiają poniższe wykresy.

Rycina 51. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń powodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych w powiatach województwa śląskiego – leczeni na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

Rycina 52. Leczeni ambulatoryjnie z powodu zaburzeń powodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych w powiatach województwa śląskiego – leczeni po raz pierwszy na 100 tys. ludności.



Źródło: własne.

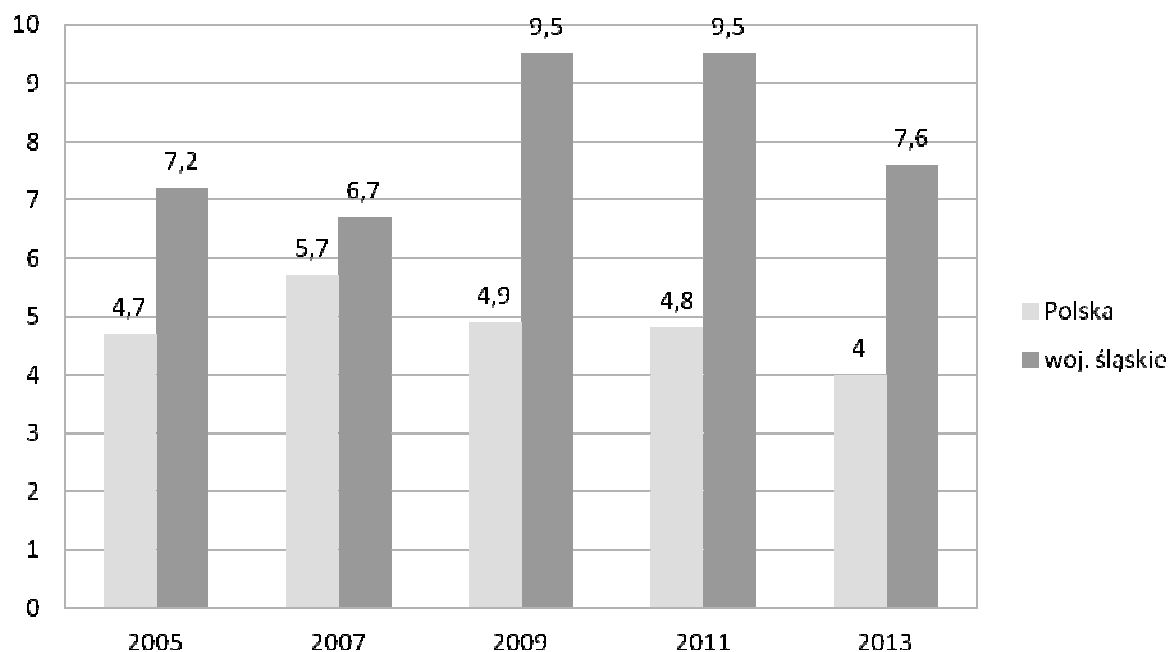
Ogółem województwo śląskie, pod względem liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych, na tle całego kraju wypada przeciętnie. Dane liczbowe dotyczące opieki zdrowotnej ambulatoryjnej oraz stacjonarnej oscylują w okolicach średniej dla całego kraju, spośród 16 województw osiem uzyskuje lepszy rezultat, niż województwo śląskie (kujawsko-pomorskie, małopolskie, pomorskie, dolnośląskie, wielkopolskie, mazowieckie, podkarpackie, zachodniopomorskie)⁵⁶.

Powyższe dane odnoszą się do liczby leczonych pacjentów, co jednak nie odzwierciedla w pełni skali problemów zdrowotnych wynikającej z danej przyczyny. Dla uzyskania bardziej miarodajnego obrazu konieczne jest przeanalizowanie także danych dotyczących zapadalności, chorobowości i umieralności. Zgodnie z dostępnymi danymi, zapadalność na depresję oraz zaburzenia lękowe w województwie śląskim charakteryzuje się siódmym wynikiem w skali kraju. Jest to więc wynik oscylujący w okolicy przeciętnej, zgodny pod tym względem z liczbą pacjentów w placówkach świadczących usługi z zakresu zdrowia psychicznego, które zaprezentowano powyżej. Zwrócono jednak uwagę na szczególne nasilenie się omawianych problemów w młodszych grupach wiekowych, co znajduje również odzwierciedlenie w poziomie chorobowości wynoszącym w województwie

⁵⁶ Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

śląskim 969,4 przypadki na 100 tys. ludności (dane za rok 2013) dla osób w wieku 15-29 lat, co jest już trzecim wynikiem w skali całego kraju. Dane dotyczące umieralności z powodu zaburzeń psychicznych na przestrzeni okresu 2005 – 2013 zaprezentowano na poniższym wykresie.

Rycina 53. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności w Polsce oraz województwie śląskim.



Źródło: własne.

Dane dotyczące umieralności, gdy zestawie je z chorobowością oraz liczbą leczonych pacjentów, ukazują nieco odmienny obraz rzeczywistości. Po pierwsze – umieralność w województwie śląskim jest wyraźnie – nawet dwukrotnie – wyższa, niż w przypadku średniej dla całego kraju, osiągając poziom najwyższy wśród wszystkich regionów Polski⁵⁷. Po drugie, o ile w przypadku Polski można mówić pod tym względem o trendzie spadkowym, w przypadku województwa śląskiego nie jest on tak jednoznaczny, okresowo nawet wykazując silne wzrosty. Z powyższego wynikać może, iż zaburzenia diagnozowane na obszarze województwa śląskiego mają charakter znacznie poważniejszy, niż w innych regionach kraju oraz charakteryzują się cięższym przebiegiem. Innym wnioskiem, jak być może wynika z

⁵⁷ Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020. Itti, Poznań 2015.

porównania analizowanych danych, jest stwierdzenie, iż potrzeby zdrowotne w zakresie zdrowia psychicznego, w przypadku ludności województwa śląskiego, nie są w pełni prawidłowo zidentyfikowane, a zasoby infrastrukturalne systemu zdrowotnego nie dają na nie w pełni adekwatnej odpowiedzi⁵⁸.

4. Zasoby systemowe w zakresie zdrowia psychicznego

W województwie śląskim w roku 2014 funkcjonowało 10 szpitali psychiatrycznych, 5 ośrodków leczenia odwykowego i 8 ośrodków rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Wszystkie placówki łącznie dysponują 2914 łózkami. Liczby te pozostają względnie stabilne na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Zwraca uwagę wysoki stopień wykorzystania łóżek w placówkach prowadzących działalność w zakresie zdrowia psychicznego, znacznie przewyższający średnią dla całego sektora leczenia stacjonarnego. Odsetek ten oscyluje w okolicach 90% dla każdej kategorii placówek, w przypadku ośrodków leczenia odwykowego w niektórych latach osiągając nawet poziom 98%. Są to placówki z natury rzeczy charakteryzujące się długim czasem pobytu leczonych pacjentów. Najkrótszy jest on w przypadku zakładów leczenia odwykowego (średnio 27,2 dnia w roku 2014), najdłuższy zaś w ośrodkach rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (98,4 dnia w roku 2014)⁵⁹. Warto przy tym nadmienić, iż wśród całkowitej liczby 73 oddziałów stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie śląskim, funkcjonują zaledwie trzy, których świadczenia adresowane są bezpośrednio do dzieci: jeden oddział psychiatryczny dla dzieci, jeden oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży oraz jeden oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci i młodzieży. W przypadku pierwszego z wymienionych oddziałów stopień wykorzystania łóżek osiągnął poziom 101,8%, co należy potraktować jako symptom deficytu stosownej bazy leczniczej w województwie.

Baza szpitalna w zakresie stacjonarnej opieki psychiatrycznej jest rozłożona w sposób nierównomierny na obszarze województwa. Większość łóżek skupiona jest w kilku dużych placówkach położonych w Toszku, Rybniku oraz Lublińcu. Kilka mniejszych placówek funkcjonuje w innych miastach i powiatach województwa. W mieście Zabrze nie znajduje się żadna placówka tego rodzaju. Dodatkowo w kilku miastach funkcjonuje pewna liczba łóżek

⁵⁸ Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020. Itti, Poznań 2015.

⁵⁹ Idkowiak-Krawczyk B., Sobczyk W. (red.) Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach. Śląski Urząd Wojewódzki, Katowice 2015.

szpitalnych na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych (pow. będziński, cieszyński i tarnogórski oraz miasta: Bytom, Chorzów, Częstochowa, Dąbrowa Górnicza, Katowice, Ruda Śląska, Sosnowiec i Świętochłowice). W mieście Zabrze brak również dostępu do tego rodzaju bazy.

W zakresie opieki ambulatoryjnej województwo śląskie dysponuje 1064 miejscami w oddziałach dziennych, w których leczonych jest 6402 osoby. W tej liczbie znajduje się 110 miejsc w oddziałach dla dzieci i młodzieży, 185 miejsc dla pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, 195 miejsc terapii uzależnienia od alkoholu, 33 miejsca terapii uzależnień od środków psychoaktywnych oraz 8 miejsc w ośrodkach alzheimerowskich. W roku 2010 na terenie województwa funkcjonowało ponadto 151 poradni zdrowia psychicznego, z czego 134 (tj. 88,7%) świadczyło usługi w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Fakt ten można potraktować jako jeszcze jeden symptom niewystarczającego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności województwa, gdzie podmioty niepubliczne, w sytuacji niewystarczających kwot kontraktów placówek finansowanych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, starają się wypełnić istniejącą lukę świadcząc usługi finansowane bezpośrednio z kieszeni pacjenta. Pod tym względem województwo śląskie uzyskało ósmy wynik w kraju, gdzie jedynie w województwie warmińsko-mazurskim wszystkie poradnie zdrowia psychicznego działały w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. O ile wynik województwa śląskiego należy uznać za niewystarczający w kontekście istniejących potrzeb zdrowotnych, warto zaznaczyć, że wciąż jest to rezultat znacznie lepszy, niż w najgorszym pod tym względem województwie lubelskim, gdzie zakontraktowanych było jedynie niespełna 60% poradni. Jednocześnie w tymże województwie lubelskim każda poradnia przypadała statystycznie na 25568 mieszkańców województwa, co z kolei można interpretować jako dowód istnienia wzmożonej konkurencji pomiędzy usługodawcami działającymi na terenie tego województwa. W województwie warmińsko-mazurskim jedna poradnia przypada na 55537 mieszkańców, co jest z kolei wynikiem najgorszym w skali kraju. W tych okolicznościach fakt, iż wszystkie działające tam poradnie posiadają kontrakt z NFZ świadczyć może nie tyle o najlepszym możliwym zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych ludności, co raczej o postrzeganiu rynku usług zdrowotnych w tym województwie jako nieatrakcyjnego, czego konsekwencją z kolei jest faktyczny deficyt w zakresie dostępności usług, który przez sektor prywatny nie jest kompensowany. Może to być rezultat zarówno niskiego poziomu dochodów ludności, jego słabego zurbanizowania, jak i braku dostępu do infrastruktury edukacyjnej dla potencjalnych pracowników ochrony zdrowia. Województwo pod względem liczby mieszkańców

przypadających na jedną poradnię zdrowia psychicznego plasuje się na 5 miejscu z relatywnie przeciętnym wynikiem 30370 mieszkańców na jedną poradnię. Jeśli uwzględnić liczbę jednostek kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jest to już 3 wynik w kraju (34223 osoby na poradnię). Dostępność poradnictwa ambulatoryjnego jest zatem w województwie większa, niż ma to miejsce w przypadku usług leczenia stacjonarnego.

W zakresie wyspecjalizowanej kadry, do dyspozycji jednostek świadczących usługi zdrowotne pozostawało 1202 psychologów, z tego jedynie 555, dla których dana placówka była pierwszym miejscem pracy i jedynie 378 zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy. W mieście Zabrze było to 18 osób (licząc zatrudnionych w placówce jako pierwszym miejscu pracy) wobec średniej na poziomie 15,4 dla wszystkich jednostek administracyjnych województwa. Jeśli uwzględnić wyłącznie miasta na prawach powiatu, liczba ta była już niższa od średniej wynoszącej 20 pracowników o takich kwalifikacjach. Warto przy tym nadmienić, że w niektórych miastach są to liczby znacznie przekraczające średnią. W Katowicach jest to 86 osób, w Częstochowie – 42 osoby, w Gliwicach i Bielsku-Białej odpowiednio 37 i 39 osób, w Rybniku i Sosnowcu – odpowiednio 33 i 30 osób. W świetle powyższego należy przyjąć, iż przy uwzględnieniu wielkości miasta ta kategoria pracowników ma w Zabrzu charakter deficytowy, jakkolwiek przewyższa minimalne wartości wymagane w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (17,5 psychologów na 100 tys. mieszkańców wobec wymaganego minimum na poziomie 9,5; z ogólnej liczby jednak psychologów w Zabrzu jedynie 3 było zatrudnionych w pełnym wymiarze stosunku pracy, a dodatkowo 9-ciu na podstawie umów cywilnoprawnych w wymiarze co najmniej 35 godzin tygodniowo).

W przypadku lekarzy psychiatrów współczynnik liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców wynosi dla całej Polski 0,7 (łącznie 2662 praktykujących lekarzy tej specjalności) i jest względnie stabilny na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. W przypadku województwa śląskiego wartość współczynnika jest nieznacznie niższa (0,6 lekarzy na 10 tys. mieszkańców; łącznie 294 lekarzy psychiatrów), również pozostając stabilną na przestrzeni lat. Mając na uwadze liczbę diagnozowanych wśród mieszkańców województwa zaburzeń psychicznych, która także nieznacznie odbiega od średniej dla całego kraju, jednak jest to odchylenie w górę, można stwierdzić, iż województwo charakteryzuje deficyt wyspecjalizowanej kadry w zakresie psychiatrii. Jest to też liczba znacznie odbiegająca od założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który zakłada średnią liczbę lekarzy psychiatrów na poziomie 1/10 tys. Dodatkowo warto podkreślić, iż w ogólnej liczbie psychiatrów pracujących w województwie śląskim, zaledwie 12 osób posiadało specjalizację

w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży. mieszkańców. Warto przy tym zaznaczyć, że w przypadku Zabrze zasoby kadrowe lekarzy prezentują się wyraźnie lepiej, niż w przypadku całego województwa, przewyższając również liczby zalecane w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. W roku 2014 na terenie miasta zatrudnionych było 21 lekarzy psychiatrów, co daje wartość współczynnika liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców na poziomie 1,19. W roku 2015 liczba lekarzy zwiększyła się do 30, a tym samym współczynnik osiągnął wartość 1,69. Warunki określone w Narodowej Strategii Ochrony Zdrowia Psychicznego są spełnione również pod względem liczby placówek świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Na terenie Zabrze świadczeń takich udziela 6 placówek, co oznacza, że jeden świadczeniodawca przypada na około 30 tys. mieszkańców, wobec oczekiwanego poziomu jednej placówki na min. 50 tys. mieszkańców. Jednocześnie jednak dane te nie świadczą o całkowitym zaspokojeniu istniejących potrzeb na terenie miasta. Wszyscy zatrudnieni w Zabrzu psychiatrzy pracują w oparciu o kontrakty cywilnoprawne. Co więcej – zaledwie trzech spośród nich w roku 2014, a dwóch w roku 2015 zatrudnionych było w wymiarze czasu pracy nie mniejszym, niż 35 godzin tygodniowo.

W przypadku pozostałych kadr wyspecjalizowanych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, na terenie Zabrze zatrudnionych było w roku 2015 6 pielęgniarek (3,4 na 100 tys. mieszkańców wobec oczekiwanego poziomu 35 na 100 tys. mieszkańców; w tym zaledwie dwie pełnozatrudnione; dodatkowo żadna z nich nie posiadała specjalizacji w zakresie psychiatrii lub ukończonego kursu kwalifikacyjnego), dwóch terapeutów zajęciowych (1,13 na 100 tys. mieszkańców wobec oczekiwanej liczby 8 na 100 tys. mieszkańców; żaden nie pracował w pełnym wymiarze czasu pracy), 11 psychoterapeutów (6,2 na 100 tys. mieszkańców wobec oczekiwanego poziomu 2/100 tys. mieszkańców; w tej liczbie – łącznie 6-ciu w wymiarze odpowiadającym pełnemu wymiarowi czasu pracy), 2 pracowników socjalnych (1,13 na 100 tys. mieszkańców wobec oczekiwanego poziomu 10/100 tys. mieszkańców; w tej liczbie – jeden pełnozatrudniony) oraz 14 specjalistów terapii uzależnień i dodatkowo 2 instruktorów terapii uzależnień (łącznie 9/100 tys. mieszkańców wobec oczekiwanego poziomu 5/100 tys. mieszkańców). W zakresie kadrowym należy zatem stwierdzić istnienie na terenie Zabrze istotnych deficytów w odniesieniu do pielęgniarek, terapeutów zajęciowych oraz pracowników socjalnych. W przypadku pozostałych kadr osiągnięto poziom wymagane w Narodowej Strategii Ochrony Zdrowia Psychicznego, jednak zastrzeżenia może budzić forma zatrudnienia, nie dająca pełnej gwarancji zabezpieczenia dostępności świadczeń.

Deficyty w zakresie infrastruktury i kadry znajdują odzwierciedlenie w niewystarczającym zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego. Oprócz danych dotyczących liczby leczonych pacjentów oraz umieralności powodowanej zaburzeniami psychicznymi, symptomem niezaspokojenia potrzeb może być również czas oczekiwania na leczenie na oddziałach psychiatrycznych, który należy do najdłuższych spośród wszystkich jednostek chorobowych leczonych w województwie śląskim. Dla zaburzeń nerwicowych jest to średnio 163 dni, w przypadku psychiatrii dziecięcej – 119 dni. Czas oczekiwania jest nieco krótszy w przypadku rehabilitacji psychiatrycznej dla dzieci i dorosłych, wynosząc 71 dni⁶⁰.

5. Podsumowanie – identyfikacja kluczowych potrzeb w zakresie działań dotyczących zdrowia psychicznego w Zabrzu

Konieczność podjęcia działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego wynika z jednej strony ze zobowiązań zapisanych w międzynarodowych, krajowych i lokalnych

• ⁶⁰ Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020. Itti, Poznań 2015.

dokumentach determinujących kształt polityki społecznej i zdrowotnej, jak i ze zidentyfikowanej na podstawie danych epidemiologicznych potrzeby zdrowotnej populacji. Charakterystykę potrzeby w świetle przeanalizowanych danych scharakteryzować można następująco:

1. Ma ona charakter narastający. W szczególności zwrócić należy uwagę na zwiększanie się znaczenia zaburzeń psychicznych wśród problemów zdrowotnych współczesnych populacji wraz ze zwiększaniem się zamożności rozpatrywanych państw. Zależność ta jest dość jednoznaczna i liniowa, występując niezależnie od rozpatrywanej grupy państw, co można potraktować jako dowód, iż nie jest ona wyłącznie rezultatem lepszego rozpoznania potrzeb zdrowotnych i lepszej diagnostyki w zamożniejszych państwach. Zarówno jednak sytuacja pierwotnego charakteru tej zależności (a więc istnienia jakichś czynników środowiskowych charakteryzujących zamożniejsze państwa, a negatywnie wpływających na zdrowie psychiczne członków społeczności), jak i jej ewentualna wtórność (rezultat lepszej diagnostyki i rozpoznania potrzeb) w sposób jednoznaczny prowadzi do wniosku, iż problem ten w szczególności charakteryzuje grupę państw wysokorozwiniętych.
2. Pozostaje w ścisłym związku z szeregiem czynników charakteryzujących życie społeczne i gospodarcze danej społeczności. Poza czynnikami ryzyka wynikającymi z indywidualnych dyspozycji jednostki, za ważne czynniki sprzyjające występowaniu zaburzeń psychicznych uznać należy ekonomiczne warunki życia jednostek i rodzin, zarówno w ujęciu statycznym, jak i dynamicznym, dotyczącym poczucia stabilności i bezpieczeństwa socjalnego, nierówności społecznych i dynamiki i uwarunkowań rynku pracy. Wśród innych czynników o charakterze społeczno-środowiskowym wskazać należy uwarunkowania kulturowe, społeczna presja i oczekiwania dotyczące ról społecznych, a także zjawiska patologiczne związane z rozpadem więzi społecznych, przemocą i brakiem poczucia bezpieczeństwa w wymiarze emocjonalnym i fizycznym. Do grupy pozajednostkowych czynników zaliczyć wreszcie można również elementy otoczenia społecznego – jakość infrastruktury społecznej, dostępność usług społecznych i kanałów zaspokajania potrzeb życiowych.
3. Wśród problemów z zakresu zdrowia psychicznego wykazujących szczególnie duży wkład w fakt narastania tego problemu zdrowotnego w populacji – zarówno w ujęciu ogólnym, jak i w odniesieniu do mieszkańców Zabrze – wskazać należy zjawiska z obszaru depresji i nerwic. O ile jednak jest to grupa chorób w większym stopniu

dotykająca populację kobiet, o tyle w grupie mężczyzn analogicznie ważnym jest problem uzależnień od alkoholu, a coraz częściej także innych substancji psychoaktywnych. Grupami wiekowymi szczególnie narażonymi na ryzyko wystąpienia podobnych problemów wskazać należy z jednej strony dzieci i młodzież, z drugiej zaś – seniorów. O ile jednak w przypadku drugim ma to związek w dużej mierze z faktem współwystępowania innych problemów zdrowotnych, o tyle w pierwszym przypadku należy szczególną uwagę zwrócić na wzmożoną podatność młodej części populacji na negatywny wpływ uwarunkowań społeczno-środowiskowych związanych z życiem rodzinnym, szkolnym i ogólnospołecznym. Jako istotny należy również podkreślić fakt, że predyspozycje charakterologiczne ukształtowane w tym okresie życia warunkują także wzmożone ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych w starszym wieku. Jedną z konsekwencji jest fakt, iż zaburzenia psychiczne w największym stopniu wpływają na status epidemiologiczny młodych dorosłych, w tej części populacji ujawniając się z największym natężeniem.

4. System zdrowotny w Polsce charakteryzuje się niewystarczającymi zasobami w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, nieadekwatnymi zarówno do rosnącej skali potrzeb, jak i do poziomu oczekiwanego zgodnie z treścią dokumentów strategicznych. Deficyt zasobów systemowych jest szczególnie intensywny w województwie śląskim, gdzie z jednej strony zasoby w przeliczeniu na liczbę ludności województwa są jeszcze mniejsze, niż ma to miejsce w przypadku średniej dla całego kraju, z drugiej zaś strony, region ten charakteryzuje się wyraźnie wyższą potrzebą zdrowotną w zakresie zaburzeń psychicznych, co obrazują dane dotyczące umieralności lokujące województwo śląskie w czołówce regionów Polski. W przypadku Zabrze sytuacja dotycząca zasobów przedstawia się relatywnie dobrze, choć nie można jednoznacznie stwierdzić, iż potrzeby w tej materii zostały w pełni zaspokojone. Szczególnie należy zwrócić uwagę na deficyty kadrowe w przypadku niektórych kategorii specjalistów.

6. Działania w zakresie zdrowia psychicznego

6.1. Perspektywa globalna WHO

WHO definiując zdrowie w 1978 roku, podkreśliła harmonię w sferze psychicznej, fizycznej i społecznej człowieka, zaś wspieranie zadań z zakresu zdrowia psychicznego

wpisane jest w główne zadania Organizacji i jej Państw Członkowskich (art.2m Konstytucji WHO)⁶¹.

Problemy zdrowia psychicznego dyskutowane były także na forum Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA), a decyzje podjęte przez to główne gremium decyzyjne przekładały się na kolejne rezolucje: Rezolucję na temat Promocji Zdrowia Psychicznego [1975], Rezolucję w zakresie Psychospołecznych Czynników i Zdrowia [1976], Rezolucję na temat Upośledzenia Umysłowego [1977], oraz Rezolucję w zakresie Prewencji Psychiczych, Neurologicznych i Psychospołecznych Zaburzeń [1986]. Dodatkowo, państwa w ramach Regionu Europejskiego przyjęły także Deklarację Ateńską na temat Zdrowia Psychicznego, Katastrof i Cierpienia Spowodowanego przez Człowieka, Stygmatyzacji i Opieki Środowiskowej [2001].⁶²

Wydaje się jednak, iż przełomowym dokumentem w tej materii był raport dotyczący zdrowia na świecie w 2001: Zdrowie psychiczne: Nowe zrozumienie, nowa nadzieja⁶³. Istotnie bowiem, od początku lat dwutysięcznych obserwuje się wzrost zainteresowania problemami zdrowia psychicznego zarówno na poziomie globalnym, jak i regionalnym. Wspomniany raport plasował zdrowie psychiczne wśród priorytetów zdrowia publicznego w wymiarze globalnym oraz zawierał główne rekomendacje, które miały służyć poprawie efektywności prewencji i leczenia, a także walce ze stygmatyzacją i marginalizacją osób dotkniętych schorzeniami psychicznymi.

U fundamentów skutecznych działań, zgodnie z trendami, wyznaczono edukację społeczeństwa w zakresie oswojenia z problemami psychicznymi, wyczuleniem na charakterystyczne objawy i zachowania poprzez kampanie społeczne. Aby zapewnić skuteczność podejmowanych działań profilaktycznych, kampanii edukacyjnych i programów leczniczych konieczne jest monitorowanie stanu zdrowia psychicznego społeczności, aby móc priorytetyzować cele i podejmować działania ze statusem evidence-based. Wyedukowany pacjent i jego otoczenie, to jednocześnie świadomi uczestnicy procesu leczenia, które bazować powinno na podstawowej opiece zdrowotnej. Rozwiązanie takie miało na celu zwiększenie dostępności fachowych porad i świadczeń medycznych przy zapewnieniu

⁶¹ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477

⁶² Na podstawie: Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa, 2014. URL: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/ochrona-zdrowia-psychicznego-w-polsce-wyzwania-plany-bariery-dobre-praktyki-raport-rpo>

⁶³ The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization. URL: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

komfortu chorującemu. Natomiast środki psychotropowe powinny być dostępne na każdym poziomie opieki zdrowotnej i figurować w podstawowym receptariuszu. Podstawowa opieka zdrowotna w proponowanym modelu powinna zostać uzupełniona skuteczną opieką środowiskową (ponieważ przynosi ona lepsze rezultaty niż opieka instytucjonalna).

Do zapewnienia takich skutecznych i dostępnych świadczeń konieczna jest nie tylko edukacja społeczeństwa (o czym wspomniano powyżej), ale także wykwalifikowana kadra medyczna tworząca wzajemnie uzupełniający się zespół terapeutyczny w skład którego wejść powinni: lekarz, psycholog kliniczny, pielęgniarka opieki psychiatrycznej, a także pracownik socjalny czy terapeuta zajęciowy.

Także wdrażane programy i inicjatywy polityczne powinny bazować na najlepszych praktykach opartych na dowodach, szanować prawa i godność jednostki, a nadto uwzględniać interdyscyplinarność zdrowia psychicznego. Bowiem jest to nie tylko i wyłącznie problem z zakresu zdrowia, ale także edukacji, polityki pracy, zabezpieczenia socjalnego, resortu sprawiedliwości czy też organizacji pozarządowych. Jednocześnie nie należy poprzestawać na już wdrożonych działaniach i osiągniętych efektach, ale dążyć do rozwoju wiedzy w zakresie biologicznych i psychospołecznych aspektów opieki zdrowotnej dedykowanej pacjentom z zaburzeniami psychicznymi.

Wytyczne te znalazły odzwierciedlenie także w kolejnym dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącym zdrowia psychicznego, jakim jest Spójny Plan Działania w Zakresie Zdrowia Psychicznego 2013-2020.⁶⁴

Główny nacisk położono tutaj na zachowanie higieny psychicznej jako fundamentu osiągnięcia zdrowia przez wszystkich. Po raz kolejny podkreślona została ważność powszechnego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej oraz działań prewencyjnych. Wśród celów zdefiniowanych przez państwa członkowskie cztery główne to: efektywność w przywództwie i zarządzaniu w kwestiach dotyczących zdrowia psychicznego, świadczenia zdrowotne i społeczne o charakterze wszechstronnych i zintegrowanych udzielane przede wszystkim przez jednostki właściwe pomocy środowiskowej, wdrażanie strategii na rzecz zdrowia psychicznego oraz budowanie i kreowanie działań opartych na dowodach (wpisujących się w trend evidence-based).

⁶⁴ WHO Mental Health Action Plan URL:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

6.2. Teoria w praktyce – przykłady działań o charakterze globalnym

Międzynarodowy Program „Przyjaciele Zippiego”, dedykowany jest małym dzieciom i ich prawidłowemu rozwojowi emocjonalnemu. Schemat podejmowanych działań jest efektem współpracy psychologów z Uniwersytetów w Kanadzie, Norwegii i Wielkiej Brytanii i obecnie jest realizowany w 180 krajach świata. Właścicielem programu jest angielska organizacja charytatywna „Partnerstwo dla dzieci” – „Partnership for Children” PFC. W Polsce wyłącznym przedstawicielem PFC upoważnionym do upowszechniania programu jest Centrum Pozytywnej Edukacji.

Działania programu obejmują spotkania z głównym bohaterem Zippim, których celem jest wykształcenie u dzieci umiejętności nazywania własnych uczuć i emocji, ich wyrażania i rozmowy o nich. Pomaga także odnaleźć się młodemu człowiekowi w otaczającej go rzeczywistości poprzez nawiązywanie i utrzymywanie przyjaźni z rówieśnikami, doskonalenie koleżeńskej współpracy i okazywanie wsparcia, umiejętność rozwiązywania konfliktów oraz umiejętność dostosowania się do nowych sytuacji, także tych trudnych. Zdecydowano się realizować taką ścieżkę, ponieważ jak wykazują badania współcześnie dzieci i młodzież coraz częściej dotykają zaburzenia emocjonalne takie jak: depresje, obniżenia nastroju czy mała odporność na stres. Jednocześnie wczesne dzieciństwo jest okresem najistotniejszym z punktu widzenia dojrzewania emocjonalnego. To właśnie wtedy konieczne jest wyposażenie dzieci w „umiejętności życiowe” - kompetencje społeczne, emocjonalne i komunikacyjne. W programie realizowana jest promocja zdrowia psychicznego bazująca na naturalnych siłach i zdolnościach jednostki, poprzez budowanie pozytywnej samooceny, poczucia własnej wartości, a także sprawczości i kompetencji.

6.3. Region Europejski WHO

Globalne działania i decyzje uzgadnianie na szczeblu WHO przekładają się w sposób bezpośredni także na działalność biur regionalnych. Rozpatrując działalność Europejskiego Biura WHO w zakresie zdrowia psychicznego należy wskazać przede wszystkim dwa główne dokumenty (skorelowane merytorycznie i czasowo z omówionymi powyżej dokumentami

WHO): Europejską Deklarację Ochrony Zdrowia Psychicznego i Plan Działania (2005)⁶⁵ oraz Europejski Plan Działania na Rzecz Zdrowia Psychicznego (2013)⁶⁶.

Podczas spotkania ministrów zdrowia państw członkowskich regionu europejskiego w Helsinkach w 2005 roku uchwalona została tzw. Deklaracja Helsińska, które plasuje zdrowie psychiczne jako komponent konieczny do prawidłowego funkcjonowania nie tylko jednostki, ale także społeczeństwa, jednocześnie podkreślając jej interdyscyplinarny charakter i ważność także w takich obszarach jak: gospodarka, edukacja, prawa człowieka czy polityka społeczna. Jako jeden z warunków koniecznych wskazano zatem potrzebę edukowania społeczeństwa, instytucji oraz administracji publicznej wszelkich resortów o wpływie zdrowia psychicznego jako kluczowym czynnikiem budowy zdrowego i produktywnego społeczeństwa obywatelskiego. Podkreślono także konieczność podjęcia działań przeciwko dyskryminacji stygmatyzacji osób z problemami psychicznymi poprzez programy wsparcia i zapewnienie adekwatnej opieki oraz umożliwienie pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Aby wdrożyć tego typu działania konieczne jest dysponowanie wykwalifikowaną kadrą medyczną i paramedyczną, co umożliwi szybką interwencję, diagnostykę oraz ciągłą i kompleksową opiekę. W sposób szczególny zwrócono w Deklaracji Helsińskiej uwagę na potrzebę ograniczania liczby samobójstw oraz powstawania chorób psychicznych i chorób im towarzyszących.

W związku z zaniepokojeniem państw członkowskich zaniedbaniem kwestii chorób neuropsychiatrycznych, a także w obliczu nasilającego się kryzysu gospodarczego, który w sposób bezpośredni przekłada się na stan zdrowia (nie tylko) psychicznego społeczeństw postanowiono wdrożyć Spójny Plan Działań w Zakresie Zdrowia Psychicznego 2013-2020 o charakterze globalnym oraz Europejskiego Planu Działania na Rzecz Zdrowia Psychicznego (2013) o charakterze regionalnym. Dokumenty te wpisują się w retorykę Nowej Europejskiej Polityki Wspierającej Działania Rządów i Społeczeństw na Rzecz Zdrowia i Dobrostanu Człowieka – Zdrowie 2020⁶⁷. W planie tym brakuje kwestii walki z uzależnieniami, ponieważ są one przedmiotem osobnych strategii. Skupia się on natomiast głównie na polityce równości, zapewnienia aktywnego starzenia oraz funkcjonowaniem systemów ochrony zdrowia. Plan Europejski definiowany jest przez trzy nadrzędne wartości.

⁶⁵ World Health Organization – Regional Office for Europe. Resolution EUR/04/5047810/6 Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf

⁶⁶ World Health Organization – Regional Office for Europe. Resolution EUR/RC63/11 European Action Plan. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf

⁶⁷ WHO Europe. Health 2020 policy framework and strategy. EUR/RC62/RC62 conf.Doc.8. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Pierwsza z nich to sprawiedliwość, która polega na równym dostępie do świadczeń z zakresu ochrony zdrowia, niwelowaniu nierówności społecznych oraz walce z wszelkimi formami dyskryminacji. Druga to upełnomocnienie, będące odpowiednikiem autonomiczności jednostki, odpowiedzialności za własne życie oraz pełnoprawność w podejmowaniu decyzji dotyczących życia, zdrowia i dobrostanu. I jako trzecie wymienione zostały bezpieczeństwo i efektywność, przede wszystkim w podejmowaniu trafnych działań. Społeczeństwo potrzebuje pewności, że wdrażane interwencje są bezpieczne i skuteczne.

Wartości te znajdują odzwierciedlenie także w celach Europejskiego Planu Działania, wśród których wymienia się: opiekę psychiatryczną jako składową interdyscyplinarnych działań, dostępną, ciągłą oraz kompleksową, równe traktowanie osób z zaburzeniami psychicznymi, przy poszanowaniu ich praw i godności jednostki ludzkiej, a także konieczność wdrażania tylko takich działań i interwencji, co do których skuteczność i efektywność została udowodniona w oparciu o najnowszą wiedzę.

6.4. Unia Europejska

Pierwsze istotne działania na forum Unii Europejskiej w zakresie zdrowia psychicznego podjęto w 2005 roku (analogicznie jak w przypadku WHO) przyjmując Zieloną Księgę „Poprawa zdrowia psychicznego ludności; w stronę strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej”⁶⁸. Dokument ten był inicjatorem szeroko zakrojonej dyskusji o konieczności podjęcia działań promujących zdrowie psychiczne oraz prewencyjnych w aspekcie jego zaburzeń. Konkluzje z tej dyskusji znalazły się w Europejskim Pakcie na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu (2008)⁶⁹, który nakreślał główne priorytety uwzględniające grupy szczególnie narażone (tj. promocja zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży oraz osób starszych, a także w miejscu pracy), największe problemy zdrowia psychicznego (zapobieganie występowaniu samobójstw i ograniczanie występowania depresji), oraz walkę z nierównościami społecznymi (zapobieganie społecznej ekskluzji i stygmatyzacji). Już w niecałe dwa lata później Unia Europejska włącza zdrowie psychiczne do priorytetów zdrowia publicznego umieszczając je w pierwszym artykule z rozdziału Zdrowie Publiczne w Traktacie o Funkcjonowaniu UE.

⁶⁸ Komisja Wspólnot Europejskich Zielona Księga Poprawa zdrowia psychicznego ludności; w stronę strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej URL:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pl.pdf

⁶⁹ European Pact for Mental Health and Well-being URL:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

Jednocześnie Państwa Członkowskie zdają sobie sprawę z ogromnych dysproporcji w sposobie organizacji opieki psychiatrycznej, monitorowania stanu zdrowia populacji, a także zaniedbań, jakie przez dziesięciolecia narosły w tym zakresie. Stąd też dokument: Konkluzje Rady na temat Europejskiego Paktu na rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu: rezultaty i przyszłość (2011)⁷⁰. W Konkluzjach tych Rada podkreśla, iż zdrowie psychiczne jest zasadniczym elementem dobrostanu oraz jakości życia, i stanowi kluczowym czynnikiem także w rozwoju gospodarczym. Można uznać, iż Rada wymusza wręcz podjęcie działań w zakresie zdrowia psychicznego przez Państwa Członkowskie wzywając je do podjęcia Wspólnych Działań na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu (2013-2016). Działania te mają bazować przede wszystkim na wymianie doświadczeń między Państwami Członkowskimi, stworzenie i umocnienie sieci europejskich i krajowych pomiędzy wszystkimi interesariuszami, a także zdefiniowanie najlepszych praktyk w zakresie wdrażanych polityk zdrowia psychicznego. Zainicjowanie Wspólne Działania docelowo mają służyć opracowaniu zbioru procedur i rekomendacji ulepszających interwencje z zakresu zdrowia psychicznego oraz podnoszących jakość i skuteczność wdrażanych polityk.

6.5. Teoria w praktyce – przykłady dobrych praktyk europejskich

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w pracy (EU-OSHA) w 2009 roku zebrała i przeanalizowała przykłady dobrych praktyk stosowanych przez pracodawców celem zapewniania komfortu psychicznego pracownikom. Wynikiem przeprowadzonych badań była publikacja raportu „Promowanie zdrowia psychicznego w miejscu pracy – Raport na temat dobrych praktyk”.⁷¹

6.5.1. Przykład duński

Z całą odpowiedzialnością można stwierdzić, iż Duńczycy postawili przede wszystkim na indywidualizację polityki promocji zdrowia psychicznego w miejscu pracy. Po pierwsze, w 2000 roku stworzono „Creative Company”- prekursorskie, i póki co jedyne takie przedsięwzięcie w skali światowej, gdzie praca jest dostosowywana do umiejętności

⁷⁰ Council of the European Union Council conclusions on 'The European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action'. URL: https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/122389.pdf

⁷¹ European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA. Mental health promotion in the workplace – a good practice report. URL: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/mental-health-promotion-workplace_TEWE11004ENN/view

pracownika, a nie jak zwykle – pracownik jest niejako „wtłaczany” w ramy pracy danego stanowiska.

Po drugie, w gminie Hedensted Kommune opracowano lokalną politykę promocji zdrowia psychicznego w oparciu o wypowiedzi pracowników. Tzn. pracowników zaproszono do wzięcia udziału w „Dniach Inspiracji”, gdzie mogli się oni podzielić doświadczeniami z życia zawodowego, które w ich ocenie związane były także ze zdrowiem. Następnie zebrano je w całość i opracowano w formie strategii i działań, jednak bez żadnych surowych wytycznych. Przy podejmowaniu wszelkiego rodzaju pomocy sytuacja pracownika rozpatrywana jest za każdym razem indywidualnie.

6.5.2. Przykład włoski

Dział DRU-S (część firmy ATM) wspiera swoich pracowników w zakresie zdrowia psychicznego koncentrując się przede wszystkim na ich pozazawodowej sferze życia. Firma oferuje bowiem porady, konsultacje i usługi w zakresie potrzeb rodzicielskich i rodzinnych. Organizowane są specjalne warsztaty dla przyszłych matek i ojców, a także dla uczące umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

6.5.3. Przykład hiszpański

Hiszpanie zarządzający firmą „R” nie wykraczają poza relacje zawodowe z pracownikami, ale ich intencją jest, aby pozycja i miejsce pracownika w firmie było dla niego jak najbardziej klarowne i zrozumiałe. Dlatego też, z pracownikami odbywają się cykliczne rozmowy dotyczące analizy ich sytuacji zawodowej. Według pracodawców, wiedza taka powoduje poczucie bezpieczeństwa u pracowników oraz zwiększa ich poczucie wartości, a także znaczenia wykonywanej pracy, co w sposób bezpośredni przekłada się na lepsze samopoczucie psychiczne.

6.5.4. Przykład węgierski

O krok dalej idzie węgierska firma Magyar Telekom, która organizuje pracownikom nie tylko spotkania, ale wręcz prelekcje filmów dokumentalnych o wielu determinantach zdrowia (np. stres, niepełnosprawność, itp.), a następnie dyskusje panelowe z zaproszonymi ekspertami.

6.5.5. Przykład szwajcarski

Szwajcarzy do zapewnienia zdrowia psychicznego podeszli ze zdecydowanie odmiennej strony. Wyszli bowiem z założenia, iż ważną składową dobrostanu psychicznego jest nie tylko gwarancja i bezpieczeństwo pracy, ale także bezpieczeństwo finansowe. Dlatego też, w firmie IFA stworzono konto socjalne, z którego środki finansowe przekazywane są pracownikom będącym w nagłej potrzebie finansowej (np. koszty pogrzebu, leczenia, itp.). W przypadku, kiedy pracownik jest narażony przez dłuższy czas na utratę płynności finansowej w firmie tej może liczyć na specjalną socjalną pożyczkę na preferencyjnych warunkach. W przypadku problemów mieszkaniowych natomiast pracownika oferowane są mieszkania pracownicze.

6.6. Polska

Także na rodzimym polu przez ostatnią dekadę problem zdrowia psychicznego stał się jednym z diskutowanych problemów z zakresu zdrowia publicznego, choć przyznać należy, iż początki pracy nad takową strategią sięgają lat 70. ubiegłego stulecia. Konkretnie i zebrane w całość rozwiązania znalazły się w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), który co prawda uchwalony został na mocy ustawy z dnia 23 lipca 2008 roku, ale jego realną realizację implementowało dopiero stosowne rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 grudnia 2010 roku (weszło w życie w 18 lutego 2011 roku).

Pierwszy ogólnokrajowy program miał na celu promocję higieny psychicznej, prewencję występujących zaburzeń, a także kompleksową opiekę oraz wsparcie dla osób chorych. W NPOZP wskazano trzy główne cele.

W pierwszym podkreślono konieczność promowania zdrowia psychicznego jako kluczowej składowej dobrostanu. Promocja ta miała przyjmować głównie formę edukacji społecznej, integracji z osobami chorymi oraz centra szybkiej pomocy psychologicznej dla osób znajdujących się w kryzysie.

W drugim skupiono się przede wszystkim na osobach już wymagających pomocy, która według programu powinna przyjmować trzy podstawowe formy: leczenie, wsparcie społeczne oraz aktywizacja społeczno-zawodowa. Główny nacisk położony jest na środowiskową psychiatryczną opiekę zdrowotną, jako najbardziej skuteczną, a także najbardziej komfortową dla potrzebujących. Opiekę taką miałyby pełnić centra zdrowia psychicznego ulokowane lokalnie, zapewniające odpowiednia świadczenia o charakterze: ambulatoryjnym, środowiskowym, dziennym i stacjonarnym. Wobec powyższego, konieczna

jest także koordynacja różnych metod i form opieki psychiatrycznej oraz mobilizacja płatnika (NFZ) do zwiększenia nakładów finansowych.

Celem trzecim, uzupełniającym dwa powyższe była potrzeba oparcia prowadzonych działań na konkretnych dowodach naukowych poprzez promowanie badań naukowych, ewaluację wyników, unowocześnianie systemu statystyki medycznej oraz dokonywanie ocen epidemiologicznych wybranych zbiorowości.

Jak pokazują dotychczasowe doświadczenia wdrożenie NPOZP uruchomiło potencjał lokalnego kapitału społecznego oraz tworzenia inicjatyw oddolnych, brakuje jednak nadal rozwiązań systemowych. Nadto, choć istnieje obowiązek realizacji NPOZP, to raporty opracowywane są z opóźnieniem, a programy mają charakter doraźnych.

6.7. Teoria w praktyce – przykłady dobrych praktyk polskich

W Polsce programy zdrowia psychicznego podejmowane są przez trzy główne grupy realizatorów. Pierwsza to organizacje pozarządowe powstałe na bazie inicjatyw obywatelskich, druga inicjatywy silnie wspierane przez jednostki samorządowe, zaś trzecia stanowi połączenie powyższych, zatem wszelkiego rodzaju inicjatywy społeczno-instytucjonalne.

Spośród pierwszych często przytaczany jest przykład krakowskiego Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”. Organizacja ta zrzesza osoby wychodzące z kryzysów psychicznych poprzez wzajemną samopomoc, walkę ze stygmatyzacją, edukację i integrację, a także obronę godności i praw osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Także w Krakowie działa Międzyuczelniane Centrum Wsparcia Psychologicznego, dedykowane studentom niepełnosprawnym, ale nie tylko. Twórcy inicjatywy postulują bowiem, aby w ich warsztatach „Uczelnia wobec studentów chorujących psychicznie” uczestniczyły także osoby pełnosprawne z gremium akademickiego i administracyjnego oraz pełnosprawni studenci (szkolenie dedykowane - „Zdrowia a choroba psychiczna”). Także na ideach integracji bazuje wrocławska Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu. Skupia ona rodziny osób z kryzysami psychicznymi, a w swojej misji podkreśla, iż istotne jest przeorientowanie systemu ochrony zdrowia psychicznego z procesu chorowania na proces zdrowienia. Wreszcie, pojawiają się także inicjatywy przywracania osób z zaburzeniami psychicznymi na rynek pracy. Takie działania są przedmiotem krakowskich Inicjatyw Cogito, a także radomskiego Przedsiębiorstwa Społecznego „Gospoda Jaskółeczka”.

Wśród inicjatyw, w których silnie uczestniczą jednostki samorządu terytorialnego należy wymienić przykład warszawskiego Bemowa, powiatu kołobrzeskiego i Lublina.

Na Bemowie w 2012 roku powołano do życia lokalną koalicję na rzecz ochrony zdrowia psychicznego „Razem skuteczne...”. Powstanie koalicji było ściśle związane z potrzebami obserwowanymi przez pracowników lokalnego Ośrodka Pomocy Społecznej, a także coraz większą liczbą osób wymagających fachowej pomocy. Co ważne, twórcy koalicji podkreślają, iż początkowo zespół inicjatorów napotykał szereg trudności głównie natury administracyjnej i proceduralnej oraz budowania relacji i schematu obiegu informacji. Dlatego też, koalicja w swoich działaniach uwzględnia nie tylko osoby chore psychicznie (stworzenie klubu popołudniowego, punktu konsultacyjnego, wyjazdów integracyjnych chorych wraz z rodzinami), ale także warsztaty dla pracowników instytucji wchodzących w skład koalicji, aby jak najefektywniej wykorzystać zasoby na rzecz działań z zakresu zdrowia psychicznego. Wśród inicjatorów koalicji znaleźli się: Urząd Dzielnicy Bemowo, Ośrodek Pomocy Społecznej, Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo Włochy, Bemowskie Centrum Kultury, Bródnowskie Stowarzyszenie POMOST, Spółdzielnie Mieszkaniowe, Policja, Szkoły, Stowarzyszenie Profilaktyki Depresji ISKRA. Zgodnie z intencją założycieli porozumienie ma być platformą wymiany doświadczeń, realizacji wspólnych inicjatyw, a także wypracowywania ułatwień (np. w obiegu informacji czy koordynacji opieki nad chorym).

Równie nowatorską jak na czas ówczesny inicjatywę podjęto w Kołobrzegu. W 1996 roku został tam utworzony oddział opieki dziennej wraz z działającym przy nim klubie pacjenta (jako miejscu wsparcia dla osób wracających do zdrowia oraz ich rodzin). Kontynuacją i rozszerzeniem działalności było powołanie do życia Stowarzyszenia Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz ich rodzin i przyjaciół – FENIKS, które w powiecie pełni rolę Centrum Zdrowia Psychicznego. Stowarzyszenie wydaje kwartalnik redagowany przez pacjentów, w którym podkreśla idee, którym hołduje, m.in. pozytywnej współpracy z samorządem lokalnym oraz skuteczności psychiatrycznej opieki środowiskowej. Wreszcie, w 2005 roku stworzono także Szkołę Zdrowia Psychicznego finansowaną przez Urząd Marszałkowski, której misją jest edukacja, prewencja i poradnictwo psychologiczne dla mieszkańców powiatu.

Także w Lublinie opieka środowiskowa przyjęła formę systemu, który współtworzą jednostki samorządu terytorialnego (Urząd Miasta), placówki ochrony zdrowia (szpitale, poradnie), jednostki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, a także firmy prywatne (reprezentujące rynek pracy). W tym przypadku Centrum Zdrowia Psychicznego oparte jest

na partnerstwie publiczno-społecznym, w skład którego wchodzi Kliniki Psychiatrii Szpitala nr 1 (wnosząc oddziały stacjonarne i poradnię), oraz Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego (wnosząc oddziały dzienne i pomoc środowiskową). Dzięki takiemu połączeniu pacjenci otrzymują opiekę indywidualnie dobraną do ich potrzeb i stanu. Wzorem warszawskiego Bemowa, także i w Lublinie w 2013 roku podpisano analogiczne Lubelskie Porozumienie na Rzecz Zdrowia Psychicznego.

Trzecim z rodzajów inicjatyw są działania instytucjonalno-obywatelskie. Przykładem dobrych praktyk w tym zakresie może być Środowiskowy Dom Samopomocy „Pod Skrzydłami” usytuowany na warszawskiej Ochocie, a także schemat funkcjonowania Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Ogólnego w Grajewie.

ŚDS „Pod Skrzydłami” to swoisty pomost pomiędzy podopiecznymi, a społecznością lokalną. Proces integracji i współpracy realizowany jest jednak tutaj na wszystkich poziomach, a także z instytucjami takimi jak: biblioteki publiczne, dzielnicowe klubokawiarnie oraz lokalny dom kultury. Ośrodek jest zaangażowany lokalnie, także w przedsięwzięcia podejmowane na rzecz dzielnicy, które w sposób bezpośredni nie dotyczą zdrowia psychicznego, np. Dni Sąsiada.

Stworzenie Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Ogólnego w Grajewie było odpowiedzią na lokalne potrzeby. Spodziewano się, iż będzie to jedynie uzupełnienie działań pobliskich większych szpitali, zatem iż przyjmowani pacjenci będą reprezentowali „łatwiejsze przypadki” kliniczne. Okazało się jednak, iż to właśnie dzięki funkcjonowaniu małego lokalnego oddziału oraz przyszpitalnej poradni psychiatrycznej udało się ograniczyć zjawisko tzw. drzwi obrotowych, czyli sytuacji, w której pacjenci wielokrotnie wracają na hospitalizację. W początkowym okresie funkcjonowania placówki odnotowano wzrost liczby przyjęć pacjentów, jednak po paru latach tendencja się odwróciła – przyjęć na hospitalizację było coraz mniej, zaś rosła liczba porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni. Podkreślić należy, że taki lokalny szpital spotkał się początkowo z ostracyzmem środowiska, poza tym sami pacjenci mieli opory, aby korzystać z opieki w miejscu zamieszkania. Jednak przez lata funkcjonowania oddziału i poradni dało się zauważyć zmianę w nastawieniu samych chorych, ich rodzin, jak i mieszkańców. Wszystkie te grupy darzą pełnym zaufaniem pracowników szpitala, i są spokojni o swoje bezpieczeństwo.

7. Rekomendowane obszary i kierunki oddziaływania w zakresie zdrowia psychicznego dla miasta Zabrze. Cele strategii.

Na podstawie zdiagnozowanych zjawisk epidemiologicznych i zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego charakteryzujących populację Zabrze – aktualnych i antycypowanych na podstawie przeprowadzonych analiz – zdecydowano się zaproponować schemat działania stanowiącego odpowiedź na te potrzeby, w kształcie zaprezentowanym poniżej. Zasadniczymi przesłankami konstrukcji strategicznych i operacyjnych celów były:

- adekwatność do zidentyfikowanych trendów epidemiologicznych i potrzeb zdrowotnych,
- spójność z dokumentami strategicznymi na poziomie regionalnym, krajowym i europejskim,
- priorytetowe potraktowanie sfery determinantów zdrowia psychicznego jednostek i kontroli czynników ryzyka.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że zaproponowane poniżej obszary oddziaływań silnie wkraczają w kontekst ogólnospołeczny, wykazując znaczny stopień sprzężenia z aktywnością władz miasta realizowaną w innych sferach odpowiedzialności władzy publicznej: lokalnej polityki gospodarczej, zarządzania sferą systemu edukacji, polityki kulturalnej czy też pomocy społecznej. Jako takie, działania wyznaczone strategią w zakresie zdrowia psychicznego pozostaną także w jednoznacznym związku z dokumentami strategicznymi określającymi schemat działań miasta w tychże innych obszarach.

Klamrą spinającą całość proponowanych aktywności jest naczelny cel realizowanej strategii sformułowany w sposób następujący:

Naczelny cel strategiczny:

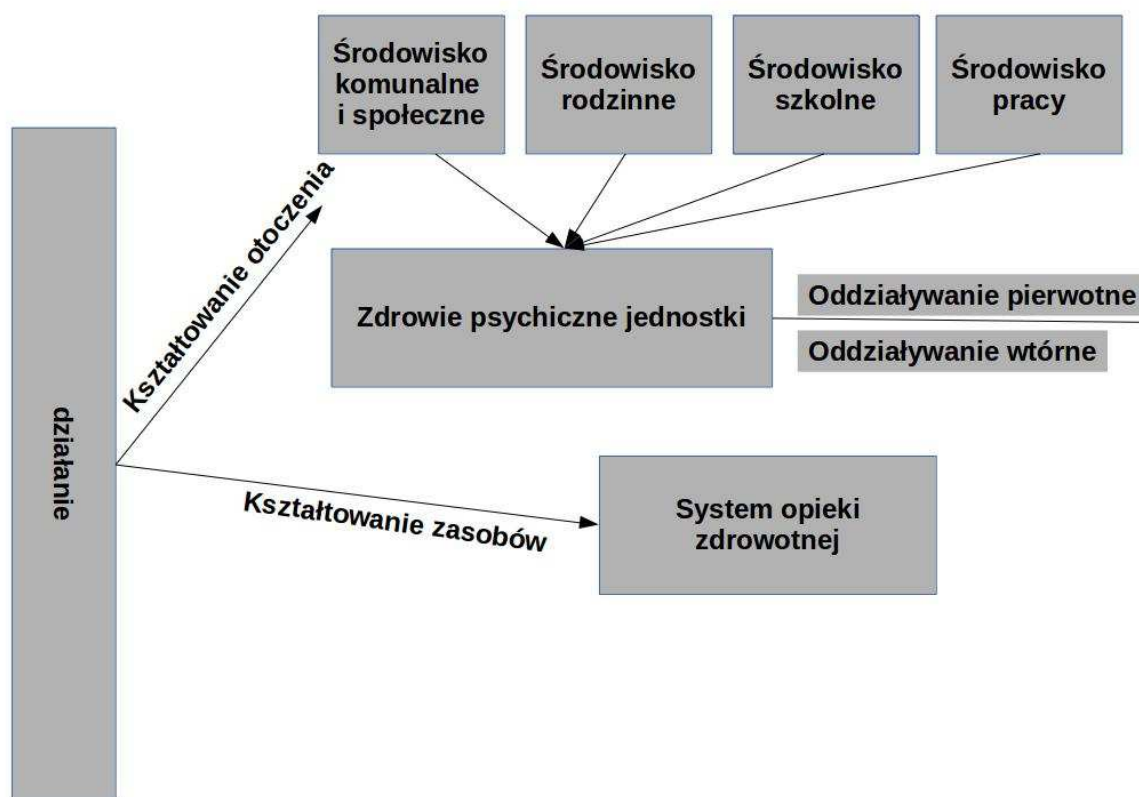
Eliminowanie zagrożeń dla zdrowia psychicznego mieszkańców Zabrze poprzez kreowanie przyjaznego środowiska miejskiego oraz zaspokajanie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych i integracji społecznej.

Sformułowany w powyższy sposób naczelny cel strategiczny wyznacza dwie podstawowe płaszczyzny interwencji. Pierwszą z nich jest sfera pierwotna, tj. zawierająca w sobie zjawiska i procesy potencjalnie negatywnie wpływające na zdrowie psychiczne mieszkańców, gdzie zakłada się taką stymulację tej sfery przez Miasto, by zminimalizować występowanie czynników ryzyka i

ich niekorzystne oddziaływanie. Drugą jest sfera wtórna dotycząca zasobów systemu ochrony zdrowia, gdzie zakłada się monitorowanie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców miasta i takie oddziaływanie na istniejące zasoby, by wyeliminować niebezpieczeństwo nieadekwatności zasobów względem istniejących potrzeb. Dotyczy to w pierwszej kolejności potrzeb osób już dotkniętych problemami zdrowotnymi z dziedziny zdrowia psychicznego, ale też zagwarantowania skutecznej i łatwo dostępnej diagnostyki dla osób znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka. Elementem przenikającym obydwie sfery jest problem integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Jakkolwiek ma on charakter wtórny, wymuszając interwencję dotyczącą osób z już zdiagnozowanym problemem zdrowotnym, to jednak interwencja realizowana winna być nie tyle w obszarze infrastruktury systemu opieki zdrowotnej, co w bliższym i dalszym otoczeniu społecznych takich osób, a więc tam, gdzie realizowane jest również oddziaływanie pierwotne.

Całościowy schemat proponowanych kierunków interwencji prezentuje poniższa rycina.

Rycina 54. Schemat kierunków działania władz publicznych miasta Zabrze w zakresie zdrowia psychicznego



źródło: własne

Poniżej zaprezentowano katalog celów głównych i celów operacyjnych służących realizacji naczelnego celu strategicznego.

Cel główny 1. : Przyjazne i wspierające środowisko lokalne

Społeczność lokalna, w której na co dzień przebywa jednostka, może odegrać znaczącą rolę zarówno w przeciwdziałaniu zaburzeniom psychicznym, jak i w ich powstawaniu. Jakość relacji interpersonalnych, poziom uzyskiwanej akceptacji i wsparcia, jak i możliwość realizowania się za pośrednictwem grup konstytuujących społeczność lokalną znajduje swoje odzwierciedlenie w poziomie stresu jakiego doświadcza jednostka, minimalizując lub zwiększając prawdopodobieństwo pojawienia się problemów natury psychicznej. Doceniając znaczenie społeczności lokalnej dla osiągnięcia pełnego dobrostanu psychicznego należy podejmować starania zmierzające do wspierania relacji społecznych na poziomie wspólnot lokalnych.

Cele operacyjne:

1. Wzmacnianie integracji i spójności społecznej w środowisku lokalnym

Warunkiem powstania w środowisku lokalnym efektywnego systemu wsparcia społecznego jest zagwarantowanie spójności i zintegrowania społeczności lokalnej. Społeczności o większym stopniu spójności cechuje większa bliskość relacji zachodzących pomiędzy ich członkami, większa skłonność do zainteresowania losem innych członków wspólnoty i okazywania im wsparcia w sytuacjach kryzysowych. Badania zintegrowanych silnie zintegrowanych społeczności lokalnych wyraźnie wskazują, iż ich członków charakteryzuje zwiększony poziom zadowolenia z życia oraz niższy poziom doświadczanego stresu. Z tego względu podejmowanie działań sprzyjających zwiększeniu stopnia integracji społecznej wpisuje się bezpośrednio w profilaktykę zaburzeń psychicznych.

W ramach powyższych działań za jedno z kluczowych zadań dla miasta Zabrze uznać należy wspieranie inicjatyw zwiększających częstotliwość kontaktów pomiędzy członkami wspólnot lokalnych. Inicjowanie i/lub wspieranie organizacji wydarzeń mających znaczenie dla lokalnej społeczności i pozwalających na budowanie relacji społecznych z najbliższym otoczeniem społecznym, szczególnie jeśli stanowią one przykład inicjatyw oddolnych stanowi pożądanym kierunek działania.

Za nie mniej istotny obszar działań uznać można promowanie rozwoju społeczeństwa obywatelskiego i zachęcanie do angażowania się jak najszerszej rzeszy członków społeczności lokalnej w aktywność obywatelską. Poza wspomnianym już wcześniej aspektem zwiększenia

częstotliwości kontaktów interpersonalnych, a tym samym lepszego zintegrowania jednostki z jej najbliższym otoczeniem, pojawiają się tu także dodatkowe korzyści w postaci zaspokojenie potrzeby samorealizacji, rozwijania kompetencji społecznych czy zwiększenia poczucia własnej wartości. Wspieranie rozwoju różnych form aktywności obywatelskiej przez instytucje samorządu terytorialnego posiada znaczącą wartość także w kontekście tworzenia w oparciu o społeczeństwo obywatelskie partnerstwa na rzecz zdrowia we wszelkich aspektach, a tym także psychicznym.

Jako przykłady działań już są realizowane w mieście Zabrze, dobrze wpisujących się w powyższy obszar, wskazać można:

- Projekt „Drogowskaz” realizowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu od 01.07.2015r. do 31.12.2017r., mający na celu wzrost kompetencji życiowych i umiejętności społeczno – zawodowych 500 osób objętych kontraktem socjalnym oraz 100 osób objętych działaniami w ramach Programów Aktywności Lokalnej oraz ich otoczenia. Dla osób niepełnosprawnych przygotowano rozbudowane działania w postaci instrumentów aktywnej integracji oraz działań środowiskowych. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020.
- Klub Integracji Społecznej realizujący działania umożliwiające udzielenie osobom i ich rodzinom pomocy w odbudowaniu i podtrzymaniu umiejętności życia w społeczności lokalnej, powrocie do pełnienia ról społecznych w miejscu zamieszkania oraz w podniesieniu kwalifikacji zawodowych, jako wartości na rynku pracy. Klub jest miejscem otwartym na potrzeby lokalnego środowiska, który stara się dopasować swoim zakresem świadczonych usług i działaniem do potrzeb wszystkich grup ryzyka.
- Centrum Integracji Osiedla Kotarbińskiego – inwestycja realizowana w ramach budżetu partycypacyjnego

2. Zapobieganie przestępczości i występowaniu zjawisk patologicznych

Tworzenie bezpiecznej przestrzeni miejskiej ma olbrzymie znaczenie dla zapewnienia komfortu psychicznego mieszkańcom. Nasilenie zjawisk przestępczych działa destruktywnie na całość systemu społecznego, powodując zarówno wymierne straty ekonomiczne, jak i niewymierne szkody dla zdrowia psychicznego członków społeczności lokalnej. Brak poczucia bezpieczeństwa w środowisku zamieszkania prowadzi do stopniowej izolacji i narastania nieufności pomiędzy członkami wspólnoty. W tych warunkach tworzenie zintegrowanej i wspierającej się wzajemnie społeczności staje się utrudnione czy wręcz niemożliwe. Co zrozumiałe, w sposób najbardziej dotkliwy cierpią na tym osoby, które w sposób bezpośredni doświadczyły przestępstw, stając się ich

ofiarami. Jest to zwykle jedno z najbardziej traumatycznych doświadczeń w biografii jednostki, podważające nie tylko zaufanie do otoczenia społecznego, ale przede wszystkim stawiające osobę wobec sytuacji generującej znaczące obciążenie psychiczne. Niejednokrotnie tego typu przeżycia skutkują pojawieniem się depresji czy zaburzeń paranoidalnych.

W podobnej mierze co zachowania przestępcze na poczucie bezpieczeństwa wpływać może występowanie w najbliższym otoczeniu jednostki przejawów zachowań patologicznych. Jak sugerują dane statystyczne obydwie zjawiska mają tendencję do współwystępowania, co szczególnie często obserwowane jest w odniesieniu do przestępstw związanych z użyciem przemocy fizycznej, które w większości popełniane są pod wpływem alkoholu. Fakt obserwowania występowania ww. zjawisk w otoczeniu społecznym w połączeniu z niedostatecznym wsparciem ze strony instytucji publicznych podważa system wartości jednostki, stawiając ją wobec sytuacji tolerowania zachowań dysfunkcyjnych. Zjawisko to rodzi dysonans poznawczy, który potęguje obciążenie psychiczne jednostki. Z tego względu konieczne jest wzmocnienie działań zmierzających do ograniczenia występowania przestępczości i patologii społecznych poprzez działania obejmujące:

- usuwanie głębokich przyczyn przestępczości takich jak bezrobocie, ubóstwo czy problemy wychowawcze;
- prewencję przestępczości poprzez stosowanie środków powstrzymujących osoby od dokonywania przestępstw (np. monitoring, patrole policji i straży miejskiej). W sposób szczególny działaniami w tym zakresie należy objąć rejony miasta w których obserwuje się zwiększoną liczbę przestępstw;
- wsparcie dla ofiar przestępstw i zapobiegania powstawaniu zjawiska powtórnej wiktymizacji;
- ograniczenie występowania zjawisk patologicznych w środowiskach lokalnych poprzez działania profilaktyczne, skuteczną pomoc terapeutyczną oraz promocję zdrowego stylu życia.

Wśród działań dotychczas realizowanych przez miasto Zabrze w powyższym zakresie wskazać należy:

- Program „Lepiej razem niż osobno” służący podniesieniu poziomu bezpieczeństwa dzieci i młodzieży Miasta Zabrze przez niwelowanie zachowań patologicznych. Realizacja zadań edukacyjnych i profilaktycznych na rzecz podniesienia świadomości społecznej w zakresie przemocy i agresji szkolnej oraz przemocy w rodzinie. Opracowany w Zabrzu w 2001 roku, realizowany jako inicjatywa społeczna przez zabrzańskich pedagogów, Policję i Straż Miejską.

- Kampania „Nasze Bezpieczeństwo”. Celem nadrzędnym tego programu realizowanego w 2014 roku był wzrost poczucia bezpieczeństwa mieszkańców Zabrze we wszystkich obszarach życia społecznego. Programem zostały objęte te obszary, które mają najistotniejszy wpływ na bezpieczeństwo oraz jego odbiór w społeczności lokalnej, tj:
 - bezpieczeństwo w miejscach publicznych,
 - ograniczanie szczególnie uciążliwych przestępstw i wykroczeń.

Ideą kampanii było również skonsolidowanie działań wielu podmiotów oraz włączenie w jej realizację każdego mieszkańca miasta jako rodzica, pracownika, społecznika, zwykłego obywatela.

- Powiatowy Program Zapobiegania Przystępczości oraz Ochrony Bezpieczeństwa Obywateli i Porządku Publicznego na lata 2015-2016. Analogicznie jak w poprzednim programie, także i w tym przypadku nadrzędnym celem jest wzrost poczucia bezpieczeństwa mieszkańców Zabrze poprzez eliminowanie lub ograniczanie negatywnych zjawisk i tendencji w zakresie stanu bezpieczeństwa i porządku publicznego oraz przeciwdziałanie patologiom i niedostosowaniu społecznemu.

3. Rozwój oferty rekreacyjnej i kulturalno-rozrywkowej

Stworzenie jednostce możliwości prowadzenia aktywnego trybu życia i uczestniczenia w życiu kulturalnym stanowi jedną z najskuteczniejszych metod zapobiegania pojawieniu się zaburzeń psychicznych oraz zachowań dysfunkcyjnych. Aktywność fizyczna niesie ze sobą wielorakie korzyści. W pierwszej kolejności pozwala na poprawę stanu zdrowia i dłuższe cieszenie się dobrym zdrowiem fizycznym. Tym samym stanowi skuteczne narzędzie profilaktyczne, ze względu na fakt, iż podnosi samoocenę jednostki, a także chroni ją przed doświadczeniem stresu wynikającego z pojawiania się dolegliwości somatycznych. W podobnym względzie udział w doświadczeniach kulturalno-rozrywkowych zwiększa zadowolenie jednostki, dając jej możliwość realizowania potrzeb rozwojowych. Zarówno w odniesieniu do aktywności rekreacyjnej, jak i kulturalno-rozrywkowej ich dodatkową zaletą może być także umożliwienie jednostce zaspokojenia jej potrzeb społecznych, poprzez tworzenie przestrzeni kontaktów i budowania relacji społecznych z innymi członkami społeczności. Mając powyższe na uwadze w ramach celu operacyjnego przewiduje się realizację działań obejmujących:

- Rozwój infrastruktury sportowo rekreacyjnej dostępnej jak najbliżej miejsca zamieszkania;

- inicjowanie i wspieranie wydarzeń sportowych i kulturalnych dostosowanych do potrzeb lokalnej społeczności;
- zapewnienie dostępności infrastruktury i usług sportowo-rekreacyjnych i kulturalnych dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Wśród działań podejmowanych przez miast Zabrze w powyższą sferę wpisują się m.in.:

- Zabrzański szlak rowerowy – wytyczony w 2010 roku. Liczy 56 km długości i przebiega przez większość dzielnic Zabrze.
- Place i siłownie „pod chmurką” – rokrocznie realizowane w ramach budżetu partycypacyjnego (Zandka, Mikulczyce, Osiedle Wyzwolenia).
- Aktywne Zabrze – inicjatywa miejska zachęcająca do uczestnictwa w zajęciach oraz zawodach różnorodnych odmian aktywności fizycznej.

4. Ograniczenie czynników środowiskowych stanowiących źródło zagrożenia dla zdrowia psychicznego

Środowisko miejskie nacechowane jest występowaniem licznych czynników fizycznych stanowiących źródło stresu dla jednostki i destruktywnie wpływających na lokalne wspólnoty. Funkcjonowanie jednostki w warunkach występowania licznych czynników o udowodnionej szkodliwości prowadzi do obniżenia zadowolenia z poziomu życia, zmniejsza poczucie bezpieczeństwa, a także naraża na doświadczanie odczuwalnych skutków czynników szkodliwych w aspekcie fizycznym (np. w odniesieniu do zanieczyszczenia powietrza), jak i psychicznym. Niebagatelne znaczenie ma również rozplanowanie przestrzeni miejskiej, które może stanowić narzędzie stymulowania aktywności społecznej lub też źródło przeszkód w tym zakresie. Niewłaściwe rozplanowanie przestrzeni miejskiej stanowić może czynnik ograniczający, a w niektórych przypadkach wręcz uniemożliwiający budowanie relacji społecznych w ramach wspólnoty lokalnej.

W tym względzie wszelkie działania miasta Zabrze, zmierzające do poprawy warunków środowiskowych uznać można za realizację formy profilaktyki zdrowia psychicznego. Za szczególnie istotne w kontekście nadmienionego celu uznaje się:

- Ograniczenie zanieczyszczenia powietrza – poprzez działania zmierzające do ograniczenia niskiej emisji (szczególnie w okresie jesienno-zimowym) oraz racjonalizację ruchu kołowego w mieście;

- ograniczenie narażenia na hałas poprzez właściwą politykę rozwoju infrastruktury drogowej;
- polityka rozwojowa miasta, planowana i realizowana z uwzględnieniem jej potencjalnego oddziaływania na funkcjonowanie społeczności lokalnych.

Miasto Zabrze realizuje już obecnie działania, które korespondują z powyższym celem operacyjnym. Przykładami takich działań są:

- Program ograniczenia niskiej emisji (PONE, KAWKA), w ramach którego mieszkańcy Zabrza mogą ubiegać się o wsparcie finansowe w termomodernizacjach budynków czy montażu odnawialnych źródeł energii, a od 2014 roku także ogniw fotowoltaicznych (produkcja energii elektrycznej).
- Program ochrony środowiska przed hałasem dla miasta Zabrze na lata 2013-2018. W Programie tym jako cel nadrzędny przyjęto określenie niezbędnych priorytetów i wskazanie działań mających na celu zmniejszenie uciążliwości i ograniczenie poziomu hałasu. Program wykonywany jest na obszarze pokrywającym się z zakresem map akustycznych.
- Program Ochrony Środowiska dla miasta Zabrze do roku 2016 z perspektywą do roku 2020 – całościowy miejski program ochrony środowiska uwzględniający szereg celów ekologicznych, priorytetów ekologicznych, a także rodzaj i harmonogram działań proekologicznych.

5. Integracja społeczna osób cierpiących na zaburzenia psychiczne

Problemy natury psychicznej stanowią jeden z najsilniej oddziałujących czynników prowadzących do wykluczenia społecznego. Zaburzenia psychiczne traktowane są na równi za innymi formami naruszania ładu społecznego, z tego też względu osoby ich doświadczające niejednokrotnie są społecznie napiętnowane. Pojawienie się objawów zaburzeń psychicznych często prowadzi do zainicjowania procesu stopniowego izolowania się od jednostki, a tym samym ograniczania jej możliwości doświadczania wsparcia ze strony otaczających ją struktur społecznych. Postawę wspólnoty tłumaczyć można zwykle niskim poziomem wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, jakim charakteryzują się członkowie wspólnoty. Na postawy środowiska lokalnego negatywnie oddziałuje także panujący powszechnie w społeczeństwie stereotyp osoby doświadczającej zaburzeń psychicznych i behawioralnych. Realizacja integracji społecznej osób doświadczających problemów psychicznych wymaga zatem działań obejmujących:

- Rozpowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych i behawioralnych w społecznościach lokalnych – z wykorzystaniem zróżnicowanych środków przekazu oraz z zaangażowaniem szerokiego wachlarza instytucji publicznych i organizacji społecznych;
- promowanie postawy akceptacji i wsparcia wobec osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi;
- wspierania działania organizacji pozarządowych ukierunkowanych na wspierania adaptacji społecznej osób cierpiących na zaburzenia psychiczne;
- wspieranie adaptacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne do rynku pracy, promowanie zatrudnienia osób z podobnego rodzaju dysfunkcjami.

Obecnie w sferę tę wpisują się takie działania oraz podmioty działające na terenie miasta, jak:

- Spółdzielnia Socjalna Usług Różnych „SKUTE CZNI” realizująca pomoc osobom z problemem alkoholowym w znalezieniu pracy oraz readaptacji społecznej.
- Stowarzyszenie Promocji Zdrowia i Trzeźwego Stylu Życia „SZANSA” działające w obszarze readaptacji społecznej osób uzależnionych od narkotyków, prowadzące 5 mieszkań readaptacyjnych, udzielające wsparcia psychologicznego dla uzależnionych, a także prowadzące zajęcia edukacyjne dotyczące profilaktyki uzależnień od alkoholu, narkotyków wśród dzieci i młodzieży z zabrzańskich szkół.
- Fundacja Wychowania i Profilaktyki im. Filipa Nerii prowadząca program profilaktyki zintegrowanej „Archipelag Skarbów”, który przeciwdziała całemu spektrum ryzykownych zachowań młodzieżowych w tym przede wszystkim używania narkotyków oraz picia alkoholu, przemocy, depresjom i myślom samobójczym (spotkania dla pedagogów z zabrzańskich szkół).
- Fundacja POMOST prowadząca ośrodek readaptacyjny dla osób opuszczających zakłady karne, realizująca opiekę specjalistyczną dla osób uzależnionych od alkoholu, a także prowadząca zajęcia terapeutyczno-integracyjnych dla uzależnionych.

Cel główny 2.: Wspieranie rodzin w kształtowaniu warunków sprzyjających zdrowemu rozwojowi, profilaktyce i promocji zdrowia psychicznego.

Rodzina stanowi naturalny system wsparcia o największym znaczeniu i największej sile oddziaływania na jednostkę. Jest ona tym systemem społecznym z którym jednostka styka się

najwcześniej i tym środowiskiem w którym realizuje się proces socjalizacji pierwotnej. Skuteczna realizacja przez rodzinę jej podstawowych funkcji stanowi zatem warunek konieczny dla osiągnięcia przez jednostkę dobrostanu, uwzględniając w tym pojęciu zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne jednostki. W procesie kształtowania zdrowia psychicznego doświadczenia wczesnego dzieciństwa mają niejednokrotnie decydujące znaczenie, zarówno w kontekście zapobiegania pojawieniu się zaburzeń psychicznych w późniejszym życiu. Za kluczowe uznaje się w tym okresie stworzenie warunków dla niezakłóconego rozwoju fizycznego, psychicznego i intelektualnego, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i wsparcia emocjonalnego oraz ugruntowanie poczucia własnej wartości.

Cele operacyjne:

1. Wspieranie prawidłowego rozwoju dzieci w okresie prenatalnym oraz wczesnego dzieciństwa

Wczesne etapy rozwoju dziecka mają szczególne znaczenie w kontekście prawidłowego rozwoju układu nerwowego. Pojawienie się w tym czasie czynników zakłócających może powodować nieodwracalne zmiany zaburzające zdolności poznawcze i dobrostan psychiczny. Mając powyższe na uwadze uzasadnione jest czynienie starań w kierunku zapewnienia warunków pozwalających na wyeliminowanie szkodliwych oddziaływań.

Prowadzone działania powinny przebiegać dwutorowo. Z jednej strony muszą być one ukierunkowane na stworzenie warunków właściwie zabezpieczających podstawowe potrzeby dziecka. Za szczególnie istotne uznać należy dostarczenie organizmowi niezbędnych składników odżywczych we właściwych ilościach. Z punktu widzenia miasta Zabrze naturalnym działaniem wpisującym się w powyższy cel powinno być otoczenie szczególną opieką kobiet ciężarnych oraz noworodków i dzieci wywodzących się z rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, które ze względu na swój status materialny mogą mieć problemy z dostępem do odpowiedniej żywności we właściwych ilościach. Nie mniej istotne w przypadku tej grupy rodzin jest także prowadzenie działań umożliwiających poprawę ich warunków mieszkaniowych w celu ograniczenia zagrożenia ze strony infekcji wirusowych i bakteryjnych, mogących prowadzić do zaburzeń w rozwoju psychosomatycznym.

Nie mniej istotne są także działania edukacyjne prowadzone w ramach profilaktyki i promocji zdrowia. Ma to szczególne znaczenie w obszarze ograniczenia narażenia dziecka na oddziaływanie czynników ryzyka, takich jak alkohol, substancje psychoaktywne oraz wyroby tytoniowe. Konieczne jest stałe dążenie do podnoszenia świadomości społecznej o szkodliwym oddziaływaniu ww. czynników na rozwój w okresie płodowym, a w kontekście wyrobów tytoniowych również w późniejszych etapach. Jakkolwiek działania w tym zakresie w sposób

szczególnie intensywny powinny być prowadzone w rodzinach obciążonych dysfunkcjami, to należy mieć na uwadze, iż w swej zasadniczej formie powinny być one adresowane do całej społeczności miasta. Równie istotne w obszarze edukacji zdrowotnej jest rozpowszechnianie wiedzy o zasadach prawidłowego żywienia zarówno w okresie ciąży, karmienia piersią, jak i w późniejszych etapach życia dziecka.

Obecnie w Zabrzu w tej materii realizowane są następujące działania:

- Program promocyjno-edukacyjny dla potencjalnych rodziców w zakresie edukacji przedporodowej w szkole rodzenia z elementami profilaktyki uzależnień. Zakres oczekiwanych założeń programu obejmuje różnorodne skutki: od przygotowania do porodu i podniesienia poziomu edukacji, poprzez poprawę stanu zdrowia ciężarnych i noworodków, po zmniejszenie liczby powikłań okołoporodowych. Wśród potencjalnych korzyści z jego realizacji należy wymienić również zmniejszone ryzyko negatywnych zjawisk w obrębie zdrowia psychicznego na późniejszych etapach życia.

2. Wzmacnianie funkcji wychowawczej i emocjonalnej rodziny.

Dobrostan psychiczny jednostki w jej dorosłym życiu w dużej mierze uzależniony jest od przeprowadzonego z powodzeniem procesu socjalizacji oraz zapewnienia przez rodzinę niezbędnego wsparcia emocjonalnego. Nabycie przez dziecko właściwych wartości, postaw i wzorców zachowań ułatwia jego adaptację do warunków i oczekiwań społecznych, redukując potencjalne źródła stresu i konfliktów interpersonalnych.

Efektywność procesu socjalizacyjnego uzależniona jest od indywidualnych umiejętności posiadanych przez rodziców lub innych opiekunów dziecka. Niejednokrotnie umiejętności te nie są rezultatem ich świadomego kształtowania, a jedynie odtwarzaniem wzorców nabytych na podstawie obserwacji zachowań własnych rodziców lub też osób z najbliższego otoczenia, co z kolei w środowiskach dysfunkcyjnych prowadzić może do odtwarzania negatywnych zachowań. W związku z powyższym za niezbędne uznać należy prowadzenie w tym zakresie działań diagnostycznych oraz edukacyjnych pozwalających na eliminację istniejących zagrożeń.

- Działania diagnostyczne – powinny prowadzić do rozpoznania istniejących w obszarze wychowawczym potrzeb. W sposób szczególny tego typu działaniami powinny zostać objęte rodziny, w których przypadku stwierdzono istnienie dysfunkcji społecznych. Właściwa ocena sytuacji wymaga działania wielosektorowego należy z uwzględnieniem zaangażowania instytucji i partnerów zdolnych do monitorowania sygnałów świadczących o zakłóceniach procesu wychowawczego, takich jak przedstawiciele służb socjalnych, szkoły i przedszkola, jednostki ochrony zdrowia, organizacje pozarządowe, kluby sportowe itp. Wymienione

podmioty, w miarę możliwości, mogą być w dalszej kolejności angażowane także we wspieranie rodzin w procesie wychowawczym, z jednoczesnym podkreśleniem iż celem ich działalności nie jest przejmowanie zadań rodziny.

- W ramach działań o charakterze edukacyjnym za najistotniejsze uznać należy rozwijanie w rodzinach wiedzy, umiejętności i zachowań pozwalających na skuteczne prowadzenie procesu wychowawczego. Tego typu działania powinny mieć charakter zarówno interwencyjny (w odniesieniu do rodzin w przypadku których stwierdzono występowanie zaburzeń procesu wychowawczego), jak i prewencyjny, prowadzony jako kierowane do ogółu społeczeństwa programy i akcje propagujące świadome rodzicielstwo.

3. Zwiększenie poziomu bezpieczeństwa socjalnego.

Niski poziom bezpieczeństwa socjalnego rodziny, będący najczęściej pochodną sytuacji materialnej i zawodowej, stanowi istotne źródło stresu dla wszystkich jej członków. Pojawiające się poczucie niepewności i obawy o możliwość zaspokojenia zarówno potrzeb indywidualnych, jak i rodzinnych prowadzi do niezadowolenia z dotychczasowego poziomu życia, obniżonego poczucia własnej wartości, a także do pojawienia się konfliktów i zachowań dysfunkcyjnych.

Opisana sytuacja stanowi podłoże, na którym mogą się rozwinąć zróżnicowane zaburzenia psychiczne, zarówno w przypadku dzieci i młodzieży, jak i w odniesieniu do dorosłych członków rodziny. Mając na uwadze powyższe zastrzeżenia uznać należy, iż dbałość o właściwy poziom bezpieczeństwa socjalnego rodziny stanowi jeden z najistotniejszych aspektów profilaktyki zaburzeń psychicznych i jedną z kluczowych powinności władz publicznych. Za podstawowy obszar działań w tym zakresie uznać należy realizację rozbudowanych usług socjalnych, które prowadzić będą do zmiany sytuacji jednostki na rynku pracy, zwiększenia jej atrakcyjności dla potencjalnych pracodawców czy umożliwią jej pracę w ramach bardziej stabilnych form zatrudnienia. Istotnym z punktu widzenia zdrowia psychicznego jednostki jest przy tym również, by życie zawodowe nie wchodziło w konflikt z życiem rodzinnym, co ma znaczenie zarówno w zakresie dotyczącym redukcji stresu własnego, jak i wchodzi w ścisłą korelację z działaniami dotyczącymi funkcji wychowawczych rodziny. W tym kontekście znaczenie mieć będzie promowanie elastycznych form wykonywania pracy zawodowej, stwarzanie możliwości korzystania z narzędzi osłony socjalnej dla osób opiekujących się dziećmi, a także wspieranie ich w powrocie na rynek pracy po okresie przerwy spowodowanej koniecznością sprawowania bezpośredniej opieki nad dziećmi. Zarówno z punktu widzenia właściwego kształtowania działań wychowawczych wobec dzieci, jak i wspierania rodziców w wymiarze wychowawczym i ekonomicznym za celowe należy uznać także wypracowanie miejskiego modelu wsparcia dla

pozainstytucjonalnych form opieki na dziećmi w najwcześniejszych fazach rozwoju. Mając na uwadze powyższe za najistotniejsze działania do przeprowadzenia uznać należy:

- Podnoszenie jakości i skuteczności działań publicznych instytucji rynku pracy;
- wzmocnienie współpracy instytucji pomocy społecznej z publicznymi i niepublicznymi instytucjami rynku pracy;
- rozwijanie oferty nieodpłatnych szkoleń podnoszących kwalifikacje i kierowanych zarówno do osób bezrobotnych jak i osób zatrudnionych, zainteresowanych poprawą swojej sytuacji zawodowej;
- skuteczna selekcja beneficjentów świadczeń rodzinnych i wychowawczych;
- promowanie elastycznych form zatrudnienia adresowanych w szczególności do kobiet;
- wspieranie i promowanie pozainstytucjonalnych form opieki nad dziećmi w najwcześniejszej fazie rozwoju.

Wśród załączonych programów miejskich wpisujących się w ten obszar wskazać należy:

- Program specjalny pn. „Kobieta-reaktywacja”, w ramach którego, poza stażem, gwarantowane jest także szkolenie z zakresu poruszania się po rynku pracy oraz bon wizerunkowy (w tym bon na zakup odzieży wizytacyjnej oraz usługi fryzjerskiej).
- Program specjalny pn. „Wypracuj marzenia” dedykowany kobietom zarejestrowanym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zabrze. Program obejmuje staż, szkolenie zawodowe oraz szkolenie z kompetencji miękkich, ale także elementy specyficzne jak: *dress code*, zajęcia fitness oraz opiekę mentoringową.
- Program „Rodzina na 5+”- zwiększenie dostępności do dóbr kultury, imprez sportowych i rekreacji poprzez stworzenie i rozwijanie katalogu ulg dla osób uprawnionych.

4. Zmniejszenie częstości występowania zjawisk patologicznych w rodzinach.

Kształtowanie rodziny jako środowiska pozytywnie oddziałującego na psychikę jednostki wymaga prowadzenia działań skutecznie ograniczających liczbę zachowań patologicznych. Występowanie w rodzinie przypadków alkoholizmu, narkomanii, przemocy fizycznej i psychicznej stanowi bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia psychicznego wszystkich jej członków, jednak w największym stopniu dotyka dzieci i młodzież. Prowadzenie działań zapobiegawczych ma tutaj dwójakie znaczenie. Po pierwsze prowadzi do ograniczenia występowania chorób i zaburzeń psychicznych będących bezpośrednim skutkiem patologii. Drugi aspekt ww. profilaktyki sprowadzałby się do zapobiegania powielaniu szkodliwych wzorców zachowań przez osoby

wychowujące się w rodzinach obciążonych dysfunkcjami w ich dorosłym życiu. Dla realizacji powyższego celu kluczowe jest stałe prowadzenie działań obejmujących:

- Podnoszenie świadomości szkodliwego oddziaływania alkoholu i substancji psychoaktywnych zarówno w odniesieniu do zdrowia fizycznego, jak i zdrowia psychicznego oraz relacji z najbliższym otoczeniem;
- zapobieganie alkoholizmowi, narkomanii i przemocy wśród osób nieletnich poprzez edukację i działania rozwijające zdolności interpersonalne;
- tworzenie warunków do aktywnego spędzania czasu wolnego i promowanie tego modelu zachowania jako alternatywy dla stosowania alkoholu i substancji psychoaktywnych;
- rozwój instytucji wsparcia dla osób uzależnionych podejmujących próbę zerwania z nałogiem, przeciwdziałanie ich stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu;
- podnoszenie świadomości negatywnego wpływu przemocy na zdrowie psychiczne i jakość relacji interpersonalnych, piętnowanie zachowań przemocowych jako jednoznacznie negatywnych, niezależnie od ich kontekstu (tj. także w odniesieniu do przemocy poza rodziną);
- rozbudowa instytucji wsparcia dla ofiar przemocy domowej, ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia psychologicznego i prawnego;

Wśród dotychczasowych działań i podmiotów z terenu miasta Zabrze w podobnym zakresie wskazać należy:

- Miejski Program Pomocy Dziecku i Rodzinie na Rzecz Integracji Społecznej.
- Stowarzyszenie na Rzecz Adaptacji Osób Uzależnionych i ich Rodzin do Społeczeństwa „Żyj i Daj Życ”, prowadzące Dom „Pokora” i w jego ramach – dla osób bezdomnych „Szkoła Nowego Życia” obejmująca mieszkania readaptacyjne, aktywizację zawodową osób bezrobotnych, w tym poprzez prace społecznie użyteczne, prowadzenie POCZEKALNI – Ogrzewalni dla Bezdomnych.
- Fundacja dobrzy Ludzie Dzieciom prowadząca zajęcia profilaktyczno - edukacyjne dla młodzieży znajdującej się w grupie ryzyka uzależnień.
- Towarzystwo Pomocy im. Św. Brata Alberta – prowadzące ośrodek wsparcia dla bezdomnych kobiet, Przytulisko dla bezdomnych mężczyzn, zapewniające schronienie oraz kompleksową pomoc w wychodzeniu z bezdomności poprzez prowadzenie 3 mieszkań readaptacyjnych (7-10 osób, kobiety i dzieci), zapewniające jeden ciepły posiłek dla osób skrajnie ubogich, korzystających z pomocy MOPR.

5. Wspieranie rodzin w skład których wchodzi osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi.

Pojawienie się w rodzinie zaburzeń psychicznych dotyczących jednego z jej członków stanowi duże wyzwanie dla rodziny jako całości. Niejednokrotnie osoby stykające się z chorobą psychiczną są mocno zagubione i nie wiedzą w jaki sposób powinny zareagować na zaistniały problem. Pojawiająca się frustracja, będąca rezultatem braku wiedzy oraz poczucia bezsilności wobec problemu, sama w sobie stanowi duże obciążenie, potencjalnie zagrażające zdrowiu tak w wymiarze psychicznym jak i somatycznym. Na powyższe problemy nakładają się także ograniczenia zdolności do sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, wynikające z podejmowania pracy zarobkowej. Członkowie rodziny, niepotrafiący poradzić sobie z zaistniałą sytuacją, często nie są też w stanie zapewnić właściwego wsparcia osobie cierpiącej na zaburzenia psychiczne, tym samym zmniejszając skuteczność prowadzonej procedury terapeutycznej, a często prowadząc do niepotrzebnej hospitalizacji lub umieszczenia w innej placówce instytucjonalnej. Z tego też względu wobec rodzin dotkniętych problemem zaburzeń psychicznych konieczne jest prowadzenie działań wspierających mających na celu:

- Poszerzenie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, ich istoty i funkcjonowania społecznego osób cierpiących na zaburzenia psychiczne;
- zapewnienie rodzinom edukacji i wsparcia wykwalifikowanych kadr, pozwalających na kształtowanie umiejętności wspomagania osób cierpiących na zaburzenia psychiczne w ich codziennym życiu;
- zapewnienie doradztwa i wsparcia psychologicznego członkom rodzin osób cierpiących na zaburzenia psychiczne;
- rozwijanie oferty usług wspierających rodzinę w sprawowaniu opieki nad członkiem rodziny cierpiącym na zaburzenia psychiczne.

Dotychczasowe działania miasta w tym zakresie obejmują:

- Forum Organizacji Pozarządowych Działających na Rzecz Osób Niepełnosprawnych Chorych i Ich Rodzin „Razem” realizujące wykłady dotyczące zdrowia psychicznego dla mieszkańców Zabrze.
- Stowarzyszenie „KONTAKT” Rodziców, Opiekunów i Przyjaciół na Rzecz Osób Niepełnosprawnych Intelktualnie przy Zespole Szkół Specjalnych Nr 41 w Zabrzu; prowadzenie Świetlicy Terapeutycznej dla osób dorosłych niepełnosprawnych.

Cel główny 3: Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych w środowisku szkolnym

Jak już zostało to nadmienione w związku z celem odnoszącym się do środowiska rodzinnego, profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży traktowana winna być priorytetowo, w kategoriach inwestycji na przyszłość. Wynika to z faktu, iż zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, jakkolwiek ważna jest jego harmonijność w okresie wzrastania i dojrzewania, stanowi czynnik w dużej mierze determinujący stabilność postawy i psychicznych uwarunkowań zdrowia jednostki w okresie dorosłym. Zapewnienie przyjaznego środowiska wychowawczo – edukacyjnego należy traktować w kategoriach zapobiegania powstawaniu zaburzeń psychicznych dającego dużą szansę na uniknięcie ich w życiu ludzi dorosłych, co tym samym pozwoli ograniczyć konieczność interwencji na poziomie świadczenia usług leczniczych. To zaś pozytywnie wpłynie na kwestię kosztów występowania zaburzeń psychicznych – zarówno w aspekcie indywidualnego obciążenia chorobą, jak i w ujęciu makroekonomicznym i społecznym.

Problematyka zdrowia dzieci i młodzieży została wymieniona jako ósmy cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia „Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży”. Szacuje się, iż w całym kraju jest około 8 mln dzieci i młodzieży w wieku do lat 18, z tego około 10% w województwie śląskim (866,3 tys. osób), spośród których co najmniej 10% wymaga opieki i pomocy psychiatryczno–psychologicznej. Najczęstszymi problemami psychicznymi specyficznymi dla tej grupy populacji są zaburzenia depresyjno–lękowe, zaburzenia odżywiania oraz problem nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Środowisko szkolne, obok rodzinnego, uznać należy za kluczowe w kreowaniu właściwych postaw i zachowań w tym zakresie. Ze względu na skalę oddziaływania na proces rozwojowy dzieci i młodzieży, jako kluczowe potraktować należy również eliminowanie potencjalnych zagrożeń występujących w tej sferze życia.

Konkretne działanie w środowisku szkolnym w obszarze promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń może mieć miejsce na trzech wzajemnie się uzupełniających poziomach. Poziom pierwszy to oddział edukacyjny, gdzie następuje bezpośrednie kształtowanie się kompetencji społecznych i umiejętności życiowych wśród uczniów na bazie obowiązującego programu nauczania. Poziom drugi to cała szkolna społeczność traktowana w kategoriach wspólnoty obejmującej zarówno uczniów, jak i kadrę nauczycielską, rodziców czy pozostały personel szkolny. Na tym poziomie może mieć miejsce tworzenie prozdrowotnego środowiska szkolnego, odpowiedniego klimatu społecznego oraz swoistego etosu – norm i zasad regulujących życie społeczności szkolnej. Poziom trzeci jest natomiast najbardziej specyficzny, dotycząc

konkretnych zidentyfikowanych problemów dotyczących uczniów szkoły i obejmując działania adresowane do uczniów ze swoistych grup ryzyka – w większym stopniu zagrożonych występowaniem zaburzeń w obrębie zdrowia psychicznego.

Cele operacyjne:

1. Tworzenie klimatu szkoły sprzyjającego rozwojowi higieny psychicznej

Tworzenie klimatu szkolnego to działanie, w którym bierze udział cała społeczność szkolna.

Do podstawowych zasad szkoły promującej zdrowie należy:

- przejrzystość reguł – znajomość etosu, który powinien być wspólny, spójny i obowiązujący dla wszystkich – rodziców, nauczycieli i uczniów, znajomość i rozumienie pełnionych ról, wiedza i świadomość, co jest wymagane oraz co jest oczekiwane od innych. Taka przejrzystość pozwala także na formułowanie ambitnych, a jednocześnie realnych do osiągnięcia celów;
- niezależność – świadomość posiadania adekwatnego do wieku i poziomu rozwoju stopnia swobody;
- relacje – wypracowanie relacji wsparcia i zaufania pomiędzy nauczycielami i uczniami, ale także budowanie takich relacji, w których ludzie wzajemnie troszczą się o siebie (np. oferują możliwość wysłuchania, gwarantują wsparcie);
- partycypacja – możliwość pełnoprawnego uczestnictwa w dyskusjach i wyrażania swojego zdania w kwestiach istotnych dla personelu i uczniów, co pozwala na skuteczne budowanie poczucia wspólnoty.

Rekomendowanym działaniem w powyższym obszarze jest opracowanie i wdrożenie programów szkoleniowych dla nauczycieli w zakresie umiejętności rozpoznawania czynników niosących ryzyko dla zdrowia psychicznego oraz odpowiedniego kształtowania relacji interpersonalnych w środowisku szkolnym. Miasto Zabrze dotychczas realizowało w tym zakresie takie działania, jak:

- Szkolny program profilaktyki obejmujący dokumenty i działania wdrażane w większości zabrzańskich szkół podstawowych ukierunkowane przede wszystkim na propagowanie właściwych i pożądanych postaw i zachowań wśród uczniów i nauczycieli.
- Stowarzyszenie Nasza Szkoła – Nasz Dom Rodziców, Opiekunów, Przyjaciół Dzieci i Młodzieży przy Zespole Szkół Specjalnych Nr 40 w Zabrzu, prowadzący świetlicę

opiekuńczo-socjoterapeutyczną „Nasze okno na świat” dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie.

2. Rozwijanie umiejętności społecznych i indywidualnych wśród uczniów

W środowisku szkolnym identyfikuje się tzw. czynniki chroniące przed wystąpieniem problemów dotyczących zdrowia psychicznego u dzieci, związanych ze środowiskiem szkolnym. Wśród takich wymienia się: pozytywny klimat w placówce (omówiono powyżej), poczucie więzi (przynależność do wspólnoty uczniowskiej/szkolnej), otwarta grupa rówieśnicza (nacechowana prospołecznie), odnoszenie sukcesu jako motywator do dalszych działań (osiągnięcia szkolne podnoszą samoocenę, zaufanie we własne siły i poczucie wartości) oraz bezpieczeństwo (odczuwane przede wszystkim poprzez niezgodę szkoły na wszelkiego rodzaju akty przemocy). Warto podkreślić, iż czynniki ochronne są elementami do wypracowania i wyćwiczenia – indywidualnie lub w społeczności.

Najistotniejsze jednak wydają się umiejętności indywidualne, bowiem samo zdrowie psychiczne jest wartością wysoko zindywidualizowaną. Utożsamiane jest ono z pozytywną samooceną oraz swoistą odpornością emocjonalną (przede wszystkim na stres). Paradoksalnie, rozwinięte umiejętności indywidualne umożliwiają nie tylko funkcjonowanie we własnym dobrostanie psychicznym, ale także poprawne funkcjonowanie jednostki w grupie i otoczeniu.

Kompetencje indywidualne, na które można oddziaływać za pośrednictwem programów realizowanych w środowisku szkolnym:

- **Odporność psychiczna**

W procesie kształtowania u dziecka odporności psychicznej niezbędne jest wypracowanie pozytywnych relacji z nauczycielem, który w procesie nauczania będzie uwzględniał mocne strony dziecka (sukces jako motywacja do działania, konstruktywna krytyka), prowokował do autorefleksji oraz krytycznego myślenia (umiejętność wyrażania oraz nazywania myśli i emocji), a także przekonywał dziecko o tym, że posiada ono odporność (budowanie poczucia pewności w dziecku)

- **Indywidualne sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych**

W tej kwestii dla zadań nauczyciela istotnym jest obserwacja uczniów na ile stres oddziałuje na ich myśli, emocje i zachowania oraz wskazanie sposobów radzenia sobie ze stresem, takich jak: umiejętność identyfikacji własnych uczuć oraz ich wyrażania (celem nauki samokontroli), umiejętność relaksacji oraz akceptowalnych form odreagowania napięcia (np. poprzez ćwiczenia

fizyczne), doskonalenie dwustronnej komunikacji (wyrażania myśli oraz aktywnego słuchania, co buduje poczucie wsparcia społecznego), a także udzielanie porad.

- Odporność na presję rówieśników

Także w tym aspekcie nauczyciele odgrywają bardzo ważną rolę, wskazując młodym ludziom sposoby opierania się presji rówieśniczej poprzez naukę sposobów odmowy oraz szkolenie asertywności.

W powyższym zakresie również rekomenduje się wdrożenie systemu programów edukacyjnych adresowanych w pierwszej kolejności do kadry dydaktycznej zabrzańskich szkół. Dodatkowo rekomenduje się wdrożenie działań służących pobudzaniu grupowej inicjatywy wśród uczniów i realizację programów zwiększających świadomość roli środowiska rówieśniczego w zakresie wsparcia jednostki. Wśród działań dotychczas realizowanych w Zabrzu wymienić należy wspomniany wcześniej program „Przyjaciele Zippiego” angażujący przedszkola i szkoły podstawowe.

3. Budowanie relacji pomiędzy środowiskiem szkolnym, a rodziną

Bardzo ważnym jest, aby relacje te oparte były na wzajemnym zrozumieniu i pełnej współpracy. Aby tak było, należy pamiętać, że:

- Nawiązanie współpracy powinno odbywać się na poziomie indywidualnym, tj. dotyczyć konkretnych osób (konkretnego nauczyciela i konkretnych rodziców/opiekunów), a dopiero później objąć także poziom administracyjny (całą szkołę);
- Szkoły powinny uwzględniać punkt widzenia rodziców (ich obawy, przemyślenia, oczekiwania, specyficzną sytuację);
- W przypadku problemów z dzieckiem istotne jest nie tylko poinformowanie o obserwacjach, ale także wskazanie drogi rozwiązania problemu.

W przypadku współpracy rodziców i nauczycieli podkreśla się także, iż ci ostatni powinni pamiętać o trzech wzajemnie uzupełniających się celach:

- Behawioralnym – nauczenie rodziców określonej umiejętności związanej z wychowywaniem dziecka,
- Poznawczym – wytłumaczenie rodzicom celu zmiany postępowania czy nabycia nowej umiejętności,

- Emocjonalnym – pomoc w zrozumieniu, że taka zmiana jest konieczna i niezbędna.

Rekomenduje się realizację programów służących integracji środowiska rodzinnego ze środowiskiem szkolnym. W szczególności za celowe należy uznać rozpropagowanie inicjatyw służących aktywnemu włączaniu się rodziców w życie szkoły, a także organizację warsztatów i zajęć adresowanych do rodziców, służących zwiększaniu świadomości zagrożeń związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży, a także poprawiających ich kompetencje wychowawcze. Przykładem działań dotychczas realizowanych w Zabrzu są:

- Pikniki rodzinne/osiedlowe będące sposobem na integrację nauczycieli, uczniów oraz rodziców i lokalnej społeczności.
- Kampania Społeczna informacyjno – edukacyjna „Niebieskie Zabrze” będąca kontynuacją licznych inicjatyw Zespołu Szkół Specjalnych Nr 41 i Stowarzyszenia KONTAKT podjętych po raz pierwszy w 2009 r. na rzecz osób dotkniętych autyzmem. Kampania przyjęła formę akcji informacyjnej prowadzonej w miejscach publicznych miasta Zabrze. W następnych latach idea rozwijała się w kierunku edukacji zainteresowanych środowisk (specjaliści, rodzice) podczas konferencji i szkoleń związanych z tematyką autyzmu.

4. Podnoszenie kompetencji wszystkich osób zaangażowanych w proces tworzenia bezpiecznej i przyjaznej szkoły (nauczycieli, pedagogów, rodziców, uczniów)

- Umiejętność zarządzania klasą przez nauczycieli

Jak coraz częściej podkreśla się w literaturze, nauczyciele są doskonale przygotowani do pełnienia swojego zawodu ze strony „technicznej”, natomiast widoczne są braki miękkich psychopedagogicznych umiejętności skutecznego nauczania i panowania nad grupą. Aby móc je uzupełnić konieczne są przede wszystkim chęci do dalszego samorozwoju, a także poczucie wsparcia wśród współpracowników i przełożonych. Koniecznym jest bowiem, aby nauczyciele byli wyposażeni nie tylko w umiejętności o charakterze profilaktycznym (jak powinno być), ale także w umiejętności o charakterze zaradczym (jak zachować się w sytuacji kryzysowej).

- Upowszechnienie wiedzy o zdrowiu psychicznym

Koniecznym jest, aby podstawowa wiedza o zdrowiu psychicznym była przekazywana uczniom, nauczycielom, pedagogom oraz personelowi szkolnemu. Pozwoli to skutecznie oswajać się z tego typu problemami, przeciwdziałać stygmatyzacji (działającej na zasadzie „strachu przed nieznanym”), a także zwiększy umiejętność wykrywania niepokojących symptomów, przede wszystkim wśród pedagogów i nauczycieli. Jak zaznaczono w Śląskim Programie Ochrony Zdrowia

Psychicznego na lata 2013 – 2020, jednym z kanałów realizowania edukacji w tym zakresie powinien stać się Internet jako kanał komunikacyjny o dynamicznym charakterze i dużej sile oddziaływania na świadomość odbiorców.

Dotychczas miasto Zabrze podjęło się m.in.:

- Organizacji, wspólnie z poradnią psychologiczno-pedagogiczną w Zabrzu, konferencji „Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży”, która odbyła się 30 IX 2016 roku. Celem konferencji było podjęcie szerokiej debaty dotyczącej stanu zdrowia młodego pokolenia (szczególnie w perspektywie psychicznej) i jego przyszłości. Konferencja miała charakter interdyscyplinarny, a do udziału zaproszenie zostali rodzice, lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, pedagodzy i psycholodzy. Uzupełnieniem konferencji były zajęcia warsztatowe.

5. Wzmacnianie roli szkoły w sieci partnerskiej współpracy na rzecz zdrowia psychicznego.

Zdrowie psychiczne jest zagadnieniem bardzo złożonym, wieloczynnikowym, a nadto – multidyscyplinarnym. Istotne jest zatem, aby także szkoła, jako kluczowa instytucja rozwoju dzieci i młodzieży, stanowiła ogniwo sieci partnerskiej współpracy na rzecz zdrowia psychicznego i rozwoju społecznego, bazującej na aktywnym współdziałaniu ze wszystkimi interesariuszami działającymi w obszarze zdrowia psychicznego, co pozwoli osiągnąć stan synergii korzyści wynikających z inwestowania w tę sferę.

6. Skuteczna walka prześladowaniem w cyberprzestrzeni.

Prześladowania w cyberprzestrzeni wśród uczniów jest zjawiskiem wytworzonym wraz z nowymi mediami, które w ostatnich latach ulega dramatycznej eskalacji. Dlatego też istotnym jest, aby uczniowie byli świadomi, w jaki sposób pozytywnie wykorzystywać nowe technologie (także na zajęciach dydaktycznych) oraz w jaki sposób bezpiecznie z nich korzystać (nie tylko w zakresie odpowiedzialnego korzystania z Internetu, ale również skutecznych rozwiązań technicznych, np. programów filtrujących wyświetlane treści). Nade wszystko, istotnym jest, aby problem prześladowania w cyberprzestrzeni został uwzględniony w dokumentach i procedurach szkolnych, które umożliwią bezzwłoczną reakcję i wyciągnięcie określonych konsekwencji.

Miasto Zabrze dotychczas m.in. zorganizowało obchody Dnia Bezpiecznego Internetu, w ramach którego odbyły się spotkania uczniów z funkcjonariuszami Policji, służące omówieniu zasad bezpiecznego korzystania z Internetu oraz zagrożeń, jakie niesie ze sobą wirtualna sieć.

Cel główny 4.: Kreowanie środowiska pracy sprzyjającego zdrowiu psychicznemu

W aspekcie zdrowia psychicznego skorelowanego z pracą, jednym z najistotniejszych i najczęstszych zagrożeń, którym należy przeciwdziałać jest występowanie stresu w pracy. Pozostawanie w stanie permanentnego zdenerwowania i presji może prowadzić do występowania zaburzeń lękowych, depresji, a także poczucia wypalenia zawodowego. Te natomiast, w późniejszym czasie przekładają się na spadek wydajności pracownika czy coraz częstsze absencje chorobowe. Zatem zarówno w interesie pracownika jak i pracodawcy pozostaje dbałość o zdrowie psychiczne.

Wśród czynników w środowisku pracy niekorzystnie oddziałujących na zdrowie psychiczne i występowanie przewlekłego stresu u pracowników wymienić należy:

- negatywny styl zarządzania,
- przeciążenie pracą i obowiązkami,
- pracę pod presją (przede wszystkim czasu, ale także współpracowników czy przełożonych),
- konflikty interpersonalne (których źródłem są najczęściej zła komunikacja, niedostateczna informacja),
- monotonne zadania (znużenie monotonną pracą i brak perspektyw),
- zmiany organizacyjne,
- brak pewności zatrudnienia,
- brak poczucia niezależności w pracy.

Dostarczanie wsparcia społecznego pracownikowi oraz wzmocnienie jego pozycji prowadzi do wzrostu wydajności jego pracy, większej wydajności, a nade wszystko – zmniejszenia stresu.

Cele operacyjne:

1. Kreowanie pozytywnej atmosfery pracy (także w instytucjach samorządu terytorialnego)

U podstaw niwelowania stresu w miejscu pracy leży rozpoznanie przyczyn takiego stresu oraz zrozumienie wpływu stresu poszczególnych pracowników na funkcjonowanie całego przedsiębiorstwa. Do zadań, które najskuteczniej redukują poziom stresu w miejscach pracy należy:

- niwelowanie obciążenia psychicznego, presji czasu oraz niepewności wynikających z błędnej organizacji pracy: wcześniej planować prace, ustalać ich harmonogram wspólnie z pracownikami, dostosować ilość i sposób pracy do możliwości i preferencji pracowników, zapewnić adekwatne szkolenia i wsparcie (np. konsultacja wewnętrzne),
- ograniczanie występowania konfliktów: ustalić jasne zasady składania skarg przez petentów/klientów, a także pracowników, szkolenie kadry kierowniczej w zakresie rozwiązywania konfliktów oraz mediacji i negocjacji, zaś pracowników w zakresie treningów asertywności,
- redukcja niepożądanych warunków pracy oraz występujących zagrożeń lub uciążliwości: monitoring przyczyn i skutków wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych, stosowanie i aktualizowanie zakładowej oceny ryzyka zawodowego, szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy

Dotychczasowe działania miasta Zabrze w tym zakresie obejmują:

- określenie praw i obowiązków pracodawców w dokumentach Powiatowego Urzędu Pracy. W dokumentach tych, poza gwarantowaniem przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, wymienione zostały także zasady higieny psychicznej pracownika.

2. Skuteczne promowanie zdrowia psychicznego w miejscu pracy

W przypadku dbałości o zdrowie psychiczne pracowników w miejscu pracy jako jednej ze sfer życia codziennego istotne są nie tylko czynniki związane z pracą sensu stricto, ale także aspekty, w jakich praca, warunki i środowisko pracy, przekładają się na funkcjonowanie jednostki w pozostałych sferach jej życia. W związku z powyższym w obszarze promowania zdrowia psychicznego w środowisku pracy podejść należy z pozycji holistycznych i w katalogu projektowanych działań uwzględnić należy:

- Propagowanie aktywności fizycznej w miejscu pracy. Aktywność fizyczna jest czynnikiem pozytywnie warunkującym zarówno dobrostan fizyczny, jak i jest czynnikiem redukującym ryzyko występowania zaburzeń psychicznych. Z tego względu do pożądanych działań po stronie pracodawców zaliczyć należy zachęcanie pracowników do regularnej aktywności fizycznej poprzez dofinansowywanie karnetów lub organizację miejsca ćwiczeń na terenie pracy czy wspieranie rozwoju zakładowych klubów i drużyn sportowych. Ciekawym rozwiązaniem jest także składanie przez pracowników deklaracji o regularnej aktywności fizycznej/utracie masy ciała/rzuceniu palenia, gdzie w zamian za zrealizowanie założonego celu pracodawca przeznacza określoną kwotę na cel charytatywny wskazany przez

pracownika. Z perspektywy administracji miejskiej Zabrze (abstrahując od jej roli jako pracodawcy) za celowe uznać należy promowanie podobnych rozwiązań wśród pracodawców działających na obszarze miasta, a także udostępnianie na preferencyjnych warunkach istniejącej infrastruktury sportowej i rekreacyjnej dla pracowników zakładów realizujących sugerowane zadania.

- Przeprowadzanie badań profilaktycznych – w przypadku zdrowia psychicznego badania takie mają przede wszystkim formę monitoringu poziomu stresu i kondycji psychicznej pracownika.
- Redukcja stresu – w tym aspekcie za użyteczne uznać należy działania związane z trenowaniem umiejętności radzenia sobie ze stresem, ale także wspieranie pozazawodowych pasji pracowników, inicjatywy integrowania zespołu (pikniki rodzinne, wyjazdy integracyjne) oraz kreowanie warunków sprzyjających budowaniu pozytywnych interakcji pomiędzy pracodawcą a pracownikami, a także w ramach zespołów pracowniczych w ujęciu horyzontalnym i wertykalnym.
- Rozbudowany pakiet socjalny – wszelkiego rodzaju inicjatywy podejmowane pozaobowiązkowo przez pracodawcę. Poprawiają przede wszystkim atmosferę w zespole pracowniczym, a także zwiększają poczucie bezpieczeństwa pracowników (np. dodatkowe ubezpieczenia emerytalne, szczepienia w miejscu pracy, ubezpieczenia na życie). W tym zakresie ważne i pożądane są także działania adresowane do przyszłych i młodych mam (pokój matki z dzieckiem, elastyczny czas pracy).

Wśród dotychczasowych działań Zabrze w tym zakresie m.in. w ramach struktury Urzędu Miejskiego Miasta Zabrze powołano Wydział Zarządzania Zasobami Ludzkimi i Organizacji Pracy Urzędu. Wydział ten dba o doszkalanie pracowników, ale także o doskonalenie metod zarządzania w organizacji m.in. poprzez koordynację badań benchmarkingowych, co przekłada się na pozytywne interakcje pomiędzy pracownikami a pracodawcą

3. Tworzenie, wspieranie i rozwój miejsc pracy odpowiedzialnych społecznie.

W Zabrzu podejmowane są zintensyfikowane wysiłki mające na celu zapewnienie powstawania nowych miejsc pracy, przede wszystkim dla osób młodych wchodzących na rynek pracy lub też osób na ten rynek wracających. Należy dołożyć wszelkich starań, aby także te nowopowstające miejsca pracy uwzględniały z należytą starannością potrzeby pracowników w zakresie dbania o dobrostan psychiczny. Konieczne jest, aby w firmach gwarantowane były bezpieczne warunki pracy (w tym także zachowanie higieny psychicznej pracowników), w sposób

jawny i klarowny uwzględniające także promocję zdrowia psychicznego i profilaktykę, a także tzw. interwencje profilaktyczne polegające na zmianie profilu pracy osób z grupy podwyższonego ryzyka oraz udzielaniu wsparcia społecznego i szkoleniu w zakresie radzenia sobie z własnymi emocjami (stresem, lękiem). W przypadku pracowników podejmujących pracę istotne jest dostosowanie warunków do uwarunkowań psychofizycznych pracownika. Nie mniej ważne jest tworzenie uwarunkowań sprzyjających zatrudnieniu osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami, eliminując tym samym ryzyko wykluczenia społecznego i tworząc korzystne okoliczności rehabilitacji środowiskowej. Poza długofalowymi programami oczekiwane są również programy wczesnego wykrywania i krótkiej interwencji dedykowane pracownikom, u których zaburzenia zostały już stwierdzone.

Niezbędna jest także współpraca biznesu z instytucjami lokalnymi zajmującymi się osobami narażonymi na występowanie zaburzeń psychicznych celem promowania szkoleń i zatrudniania osób borykających się z takimi problemami, niestygmatyzowaniem ich na rynku pracy oraz umocnienia integracji społecznej.

Poza prowadzeniem dialogu pomiędzy miastem i pracodawcami działającymi na ich terenie, za celowe należy uznać wdrożenie programu informacyjno-edukacyjnego adresowanego do osób działających w charakterze pracodawców oraz odpowiedzialnych za zarządzanie kadrami przedsiębiorstw, służącego zwiększeniu świadomości w zakresie pozytywnych aspektów zatrudniania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz umiejętności kształtowania środowiska pracy w sposób sprzyjający integracji takich osób, a także higienie zdrowia psychicznego ogółu pracowników. Wśród dotychczasowych działań w podobnym zakresie miasto Zabrze organizowało spotkania z przedstawicielami Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrzu z potencjalnymi pracodawcami, których celem jest przybliżenie możliwości, zasad i korzyści odpowiedzialnego zatrudniania osób niepełnosprawnych.

Cel główny 5.: Ochrona zdrowia psychicznego mieszkańców poprzez maksymalnie efektywne wykorzystanie zasobów i dostosowanie ich do potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności

Jak wykazano w przeprowadzonej diagnozie, problem zaburzeń psychicznych ma charakter narastający. Niepokojący pozostaje także fakt, iż zaburzenia te diagnozowane są częstokroć zbyt późno. Wykazano także, iż statystycznie zabrzańskie zasoby infrastrukturalne i kadrowe spełniają minimalne wymogi NPOZP. Podkreślić należy, że w przypadku interwencji o charakterze porad medycznych w formie ambulatoryjnej lub stacjonarnej, ich liczba regulowana jest ściśle przez system ochrony zdrowia na poziomie centralnym, co ogranicza możliwość ich swobodnego

kształtowania i dostosowania do potrzeb lokalnych. W świetle powyższego, sugerowanym działaniem dla miasta Zabrze będzie nie tyle rozbudowa już istniejących zasobów, ale ich koordynacja i maksymalnie skuteczne wykorzystanie. Konieczne jest także monitorowanie istniejących zasobów na obszarze miasta i weryfikowanie ich adekwatności do potrzeb zdrowotnych ludności. Ma to znaczenie w szczególności w obliczu ogólnopolskiego deficytu niektórych kategorii wyspecjalizowanych kadr (pielęgniarki, specjaliści w zakresie psychiatrii dziecięcej), jak również dominującej cywilnoprawnej formy zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia, która sprawia, że nominalne ilości dostępnych pracowników nie muszą zawsze oznaczać ich dostępności na właściwym poziomie.

Cele szczegółowe:

1. Wypracowanie powszechnego środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.

Głównym celem modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej jest umożliwienie osobom z zaburzeniami (lub zagrożonym ich wystąpieniem) pełnego funkcjonowania w społeczności poprzez utworzenie spójnego systemu opieki i pomocy. Aby tak się stało, konieczne jest niwelowanie nierówności w dostępie do świadczeń i porad na poziomie miejskim, realizowane głównie poprzez utworzenie centrum zdrowia psychicznego. Placówka taka jest konieczna, ponieważ pozwala ona skoordynować działania tak, aby każdy mieszkaniec i jego bliscy mieli możliwość uzyskania specjalistycznej pomocy na każdym etapie swojej sytuacji zdrowotnej. Ponadto celem funkcjonowania takiej jednostki jest polepszenie dobrostanu psychicznego mieszkańców poprzez maksymalne wykorzystanie sił i zasobów intelektualnych, ale również wzmocnienie odporności psychicznej jednostki i zwiększenie ochronnej roli czynników zewnętrznych.

Miasto Zabrze spełnia wymagania w zakresie istnienia centrum zdrowia psychicznego oraz dostępności podstawowych kadr medycznych dla mieszkańców. Ponadto w zakresie wdrażania środowiskowego modelu opieki mieści się program:

- "Reintegracja, Aktywność, Praca. Program na rzecz integracji społeczno-zawodowej w Gminie Zabrze" w ramach Priorytetu VII, Działanie 7.1, Poddziałanie 7.1.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Projekt ma na celu aktywizację osób, szczególnie niepełnosprawnych, które oprócz możliwości skorzystania z instrumentów aktywnej integracji, mają możliwość korzystania z pomocy doradcy ds. niepełnosprawnych oraz działań integracyjnych i środowiskowych.

2. Kreowanie sieci partnerów w promocji zdrowia psychicznego

Zintegrowane wielopłaszczyznowe działania pozwalają wypracować rozwiązania indywidualne dostosowane do potrzeb osób z problemami psychicznymi. Dlatego niezbędnym jest utworzenie sieci współpracy z jednostkami oświaty, lokalnym urzędem pracy i ośrodkami pomocy społecznej.

We współpracy z Urzędem Pracy należy zwrócić szczególną uwagę na możliwość zatrudniania osób z problemami psychicznymi (także w postaci form wspieranego zatrudnienia oraz subsydiowanych miejsc pracy), ich rehabilitację zawodową (np. udział w targach pracy, zindywidualizowane poradnictwo zawodowe), a także edukację potencjalnych pracodawców (poprzez organizację np. kampanii informacyjnej).

Ośrodki pomocy społecznej należy wyposażyć natomiast w możliwość zintensyfikowania działań służących zapewnianiu dostępu do usług opiekuńczych osobom z zaburzeniami psychicznymi, udzielania wsparcia całej rodzinie, a także konieczność udzielania specjalistycznego wsparcia w stanach kryzysu psychicznego.

Kluczową rolę odgrywać będą także jednostki oświaty, których zadaniem jest edukowanie społeczeństwa, a poprzez pełną i jasną edukację niwelowanie obaw i negatywnych postaw w stosunku do osób chorych psychicznie. Edukacja taka potrzebna jest nie tylko w szkołach, ale także w mniejszych, niejednokrotnie hermetycznych społecznościach. Oddziaływanie takiej rozwiniętej psychoedukacji i wsparcia ma na celu przygotowanie i chorego i jego otoczenia do powrotu do normalnego funkcjonowania, a jednocześnie znacznie ułatwia proces diagnozy i terapii oraz ogranicza ryzyko występowania dysfunkcji wtórnych.

Dotychczasowe działania miasta Zabrze odnoszące się do tej materii obejmowały:

- „Schematom STOP! Wspólne działania instytucji pomocy społecznej i instytucji rynku pracy – pilotaż” w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Priorytet I Zatrudnienie i integracja społeczna Działanie 1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowane w okresie od 01.01.2014 do 31.03.2015, którego celem było utworzenie skoordynowanego systemu współpracy instytucjonalnej wobec rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym z tytułu bezrobocia

Cele główne i operacyjne Strategii zostały uzupełnione, tam, gdzie było to możliwe, o przykłady działań dotychczas podejmowanych w mieście Zabrze, korespondujących z poszczególnymi obszarami interwencji. W charakterze generalnej rekomendacji należy zalecić kontynuację realizacji podobnego rodzaju działań, a także rozszerzanie ich w sposób zwiększający

skalę oddziaływania, zgodnie z rekomendacjami zamieszczonymi w opisie poszczególnych celów operacyjnych strategii.

8. Kryteria ewaluacji działań podejmowanych w ramach strategii

W poniższej tabeli przedstawiono proponowany katalog mierników pozwalających poddać ocenie działania podejmowane w ramach strategii oraz stopień osiągnięcia założonych celów. Tabelę usystematyzowano zgodnie z przyjętymi celami strategii.

Tabela 6. Mierniki ewaluacji strategii

Cel operacyjny	Ewaluacja (miernik)	Charakter miernika	Oczekiwana zmiana wartości miernika w okresie 10-cio letnim*
Cel główny 1. : Przyjazne i wspierające środowisko lokalne			
1. Wzmacnianie integracji i spójności społecznej w środowisku lokalnym	- Liczba instytucji integrujących, takich jak Kluby i Centra integracji Społecznej, a także instytucji/organizacji sprofilowanych na specyficzne grupy odbiorców (np. Kluby Seniora, świetlice środowiskowe), działających na poziomie miasta oraz na poziomie poszczególnych dzielnic	- liczbowy	+
	- liczba organizacji pozarządowych działających na terenie Miasta Zabrze w przeliczeniu na liczbę mieszkańców miasta	- liczbowy	+
2. Zapobieganie przestępczości i występowaniu zjawisk patologicznych;	- liczba popełnianych przestępstw	- liczbowy	+
	- liczba kamer monitoringu miejskiego w mieście	- liczbowy	+
	- liczba interwencji ujawnionych przez monitoring miejski – spożywanie alkoholu w miejscach publicznych	- liczbowy	+
	- Liczba patroli ponadnormatywnych na terenie całego miasta w ciągu roku	- liczbowy	+
	- Osiągnięty roczny wskaźnik wykrywalności przestępstw.	- liczbowy	+
	- liczba uczestników projektów/działań z zakresu profilaktyki uzależnień, realizowanych przez jednostki samorządowe lub we współpracy administracji samorządowej z sektorem prywatnym i NGO	- liczbowy	+
3. Rozwój oferty rekreacyjnej i kulturalno-rozrywkowej	- liczba obiektów rekreacyjnych, sportowych na poziomie miasta	- liczbowy	+

	- liczba wydarzeń kulturalnych na poziomie miasta	- liczbowy	+
4. Ograniczenie czynników środowiskowych stanowiących źródło zagrożenia dla zdrowia psychicznego	- wskaźniki środowiskowe odnoszące się do jakości powietrza oraz natężenia hałasu	- liczbowy	- (rozumiane jako spadek natężenia hałasu oraz ilości substancji szkodliwych w powietrzu)
5. Integracja społeczna osób cierpiących na zaburzenia psychiczne	- liczba osób uczestniczących w działaniach promocyjnych i informacyjno-edukacyjnych związanych z podnoszeniem świadomości na temat zaburzeń psychicznych oraz zwiększających akceptację osób z zaburzeniami psychicznymi.	- liczbowy	+
	- liczba konkursów dla organizacji pozarządowych dot. prowadzenia działań ukierunkowanych na wspieranie adaptacji społecznej osób cierpiących na zaburzenia psychiczne	- liczbowy	+
Cel główny 2.: Wspieranie rodzin w kształtowaniu warunków sprzyjających zdrowemu rozwojowi, profilaktyce i promocji zdrowia psychicznego.			
1. Wspieranie prawidłowego rozwoju dzieci w okresie prenatalnym oraz wczesnego dzieciństwa	- rozwój narzędzi i programów wsparcia kobiet ciężarnych, w połogu oraz w okresie karmienia piersią, a także dzieci do ukończenia trzeciego roku życia w zakresie zabezpieczenia podstawowych potrzeb - liczba uczestników szkoły rodzenia; - liczba poradni położniczych; - liczba porad specjalistycznych udzielonych dzieciom do lat 3 - liczba porad udzielonych w poradniach ginekologicznych i położniczych - liczba położnych środowiskowych; - liczba miejsc w żłobkach	- liczbowy	+
2. Wzmacnianie funkcji wychowawczej i emocjonalnej rodziny.	- liczba asystentów rodziny	- liczbowy	+
	- liczba placówek oferujących indywidualne poradnictwo dla rodziców	- liczbowy	+

	- liczba projektów obejmujących szkolenia/warsztaty podnoszące wiedzę i umiejętności w zakresie komunikacji, kontroli emocji	- liczbowy	+
3. Zwiększenie poziomu bezpieczeństwa socjalnego.	- odsetek trwale bezrobotnych zarejestrowanych w PUP	- %	-
	- odsetek liczby osób bezrobotnych ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną do ogółu bezrobotnych zarejestrowanych w PUP	-%	+
	- odsetek osób bezrobotnych korzystających z form aktywizacji zawodowej, organizowanych przez PUP	- %	+
	- liczba kampanii informacyjno-promocyjnych dot. praw socjalnych i ochrony pracowników	- liczbowy	+
4. Zmniejszenie częstości występowania zjawisk patologicznych w rodzinach.	- liczba odbiorców działań informacyjno-edukacyjnych w obszarze profilaktyki uzależnień, prowadzonych lub finansowanych przez Miasto Zabrze.	- liczbowy	+
	- liczba osób objętych pomocą terapeutyczną w stosunku do szacowanej liczby osób uzależnionych w Mieście Zabrze	- liczbowy	+
	- liczba działań o charakterze informacyjno-edukacyjnym, związanych z problematyką patologii społecznych, a kierowanych do mieszkańców miasta Zabrze	- liczbowy	+
5. Wspieranie rodzin w skład których wchodzi osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi.	- liczba miejsc w Domach Pomocy Społecznej dla Chorych Psychiczenie	- liczbowy	+
	- liczba miejsc w Środowiskowych Domach Samopomocy	- liczbowy	+
	- liczba poradni zdrowia psychicznego	- liczbowy	+

	- liczba udzielonych nowych porad w zakresie świadczeń zdrowia psychicznego	- liczbowy	+
	- liczba osób (członków rodzin) korzystających ze wsparcia psychologicznego	- liczbowy	+
Cel główny 3: Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych w środowisku szkolnym			
1. Rozwijanie umiejętności społecznych i indywidualnych wśród uczniów	- liczba uczniów uczestniczących w szkoleniach i warsztatach dot. rozwijania umiejętności społecznych. W relacji do ogólnej liczby uczniów	- liczbowy	+
2. Budowanie relacji pomiędzy środowiskiem szkolnym, a rodziną	- liczba szkół uwzględniających w swoich programach budowanie relacji pomiędzy środowiskiem szkolnym, a rodziną	- liczbowy	+
3. Podnoszenie kompetencji wszystkich osób zaangażowanych w proces tworzenia bezpiecznej i przyjaznej szkoły (nauczycieli, pedagogów, rodziców, uczniów)	- liczba pedagogów, nauczycieli uczestniczących w szkoleniach	- liczbowy	+
4. Skuteczna walka z prześladowaniem w cyberprzestrzeni.	- liczba szkół uwzględniających w swoich programach skuteczną walkę z cyberprzestępczością	- liczbowy	+
Cel główny 4.: Kreowanie środowiska pracy sprzyjającego zdrowiu psychicznemu			
1. Skuteczne promowanie zdrowia psychicznego w miejscu pracy	- odsetek pracowników samorządu oraz spółek miejskich, uczestniczących w działaniach profilaktycznych i promocji zdrowia	- %	+
Cel główny 5.: Ochrona zdrowia psychicznego mieszkańców poprzez maksymalnie efektywne wykorzystanie zasobów i dostosowanie ich do potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności			
1. Wypracowanie powszechnego środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.	- liczba porad ambulatoryjnych - liczba porad ambulatoryjnych po raz pierwszy - liczba osób objętych terapią środowiskową, w tym: - liczba osób w Środowiskowym Domu pomocy	- liczbowy	+

	- liczba osób uczęszczających na terapie rodzinne - liczba mieszkań chronionych		
--	--	--	--

* + - wzrost wartości miernika; - - spadek wartości miernika

9. Potencjalne zewnętrzne źródła finansowania działań w obrębie strategii

Szereg zadań wynikających z kierunków określonych w Strategii może zostać sfinansowane w ramach realizowania zadań Miasta w innych obszarach. Jako takie, pokrycie finansowe może zyskać zarówno dzięki środkom własnym Miasta, jak i istniejącym źródłom wsparcia, takim jak fundusze europejskie. Należy zaznaczyć, iż Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego przewiduje realizację zadań samorządów terytorialnych przede wszystkim w oparciu o środki własne. Możliwe jest jednak pozyskiwanie środków zewnętrznych desygnowanych w sposób bezpośredni na politykę ochrony i promocji zdrowia psychicznego. W tej materii możliwe jest kilka kierunków działań:

1. Konkursy organizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia.

Wśród celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 znajduje się m.in. cel odnoszący się do profilaktyki oraz leczenia zaburzeń psychicznych:

cel operacyjny 3: Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa.

W ramach konkursów odnoszących się do tego celu operacyjnego finansowane są w dużej mierze zadania ogólnopolskie oraz takie, w których nie ma możliwości aplikowania przez jednostki samorządu terytorialnego. Zaleca się jednak systematyczne obserwowanie ogłoszeń konkursowych pod kątem możliwości pozyskiwania środków w ramach tego schematu finansowania. Należy również wziąć pod uwagę możliwości aplikowania przez podmioty działające na terenie miasta Zabrze.

Ponadto znowelizowana ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje możliwość dofinansowania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych innych niż określone w wykazach świadczeń gwarantowanych. W przypadku Zabrze dofinansowanie takie może objąć maksymalnie 40% środków przewidzianych na realizację programu. Zgodnie z ustawą pozyskanie takiego dofinansowania wymaga złożenia przez organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego wniosku do dyrektora oddziału

wojewódzkiego NFZ. Wniosek obligatoryjnie musi zawierać pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydaną w ustawowo określonym trybie, a także pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia.

2. Fundusze Europejskie

Kolejną grupą potencjalnych opcji finansowania działań w zakresie zdrowia psychicznego są możliwości w ramach funduszy europejskich. Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne (ESIF) w dziedzinie ochrony zdrowia wśród dziedzin kwalifikowanych do finansowania (obecna perspektywa obejmuje okres 2014 – 2020) obejmują pozycję: dostęp do opieki zdrowotnej, niwelowanie nierówności w zdrowiu, zdrowie psychiczne. Mechanizm ten daje możliwość finansowania badań naukowych i innowacji w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń psychicznych. Oprócz tego przewiduje się również finansowanie działań promujących zdrowe środowisko pracy, w tym w zakresie higieny zdrowia psychicznego, a także wsparcie powrotu na rynek pracy osób z zaburzeniami psychicznymi. Kolejna ścieżka działań dotyczy promocji inkluzji społecznej i zwalczania ubóstwa. W jej ramach przewidywana jest możliwość finansowania transformacji ochrony zdrowia z modelu opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej – w tym w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Cały odrębny blok poświęcony został promocji deinstytucjonalizacji i poprawy dostępu do opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a także promocji zdrowia i wczesnej interwencji adresowanych do osób z grup ryzyka takich zaburzeń.

Wśród konkretnych aktualnie i w najbliższym czasie dostępnych możliwości finansowania działań powiązanych ze strategią (wskazano możliwości bezpośrednio odnoszące się do problematyki zdrowia psychicznego; katalog możliwości jest znacznie szerszy, jeśli wziąć pod uwagę oddziaływanie pośrednie poprzez inwestycje w infrastrukturę komunalną, ochronę środowiska, społeczeństwo obywatelskie itp.) wskazać można:

9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne

9.2.2 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych (wartość projektu: min. 100 tys. zł, finansowanie do 93% wartości projektu)

4.1 Innowacje społeczne (Na przetestowanie modelu deinstytucjonalizacji usług

świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, wypracowanego w konkursie I etapu) – dotyczy podmiotów, które brały udział w konkursie I etapu i których model uzyskał pozytywną rekomendację Grupy Sterującej ds deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie skierowania do testowania. Wartość całego projektu to 260 mln zł, możliwe dofinansowanie dotyczy max. 97% wartości projektu.

8.3 Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy

8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej. Dopuszczalna wartość projektu: 100 tys. zł – 2 mln zł. Maksymalny poziom dofinansowania: 88%.

10.1 Infrastruktura ochrony zdrowia. Wnioskować w tym obszarze mogą podmioty wykonujące działalność leczniczą, udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia. Maksymalny poziom dofinansowania: 85%.

Włączenie społeczne i zawodowe osób niepełnosprawnych. Minimalna wartość projektu: 50 tys. zł. Maksymalny poziom dofinansowania: 100%.

Pomoc społeczna. W tym obrębie finansowane będą projekty do 50 tys. zł z maksymalnym poziomem finansowania 97% (działania edukacyjne) lub 100% (pozostałe).

Zatrudnienie osób szczególnie zagrożonych wykluczeniem społecznym obejmować ma projekty o wartości min. 50 tys. zł z maksymalnym poziomem finansowania 97%.

Należy oczekiwać ogłoszeń konkursowych odnoszących się do materii zdrowia psychicznego także w kolejnych miesiącach i latach.

3. Fundusze Norweskie oraz Fundusze EOG.

W chwili obecnej w ramach Mechanizmu Norweskiego otwarty jest nabór wniosków w programie „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”. W naborze do rozdysponowania jest 230000 EUR, zaś maksymalna

kwota dofinansowania pojedynczego projektu wynosi 46500 EUR. Ostateczny termin składania wniosków to 30 czerwca 2017 roku, jednak w przypadku zakontraktowania całej dostępnej kwoty, termin ten może ulec skróceniu.

W ramach naboru wnioskować mogą podmioty prowadzące działalność leczniczą świadczące usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych oraz ich organy założycielskie, w tym: podmioty prowadzące działalność leczniczą przekształcone w spółki kapitałowe świadczące usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych, instytuty badawcze funkcjonujące w sektorze ochrony zdrowia, uczelnie medyczne lub wyższe szkoły publiczne prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w zakresie nauk medycznych, domy pomocy społecznej finansowane ze środków publicznych oraz ich podmioty założycielskie, organizacje pozarządowe działające w sektorze ochrony zdrowia. Program wymaga wkładu własnego w wysokości min 15% wartości projektu (10% w przypadku projektów składanych przez organizacje pozarządowe nieprowadzące działalności gospodarczej, gdzie dodatkowo projekt musi dotyczyć działalności statutowej wnioskodawcy).

Oprócz tego przewidywane jest otwarcie kolejnej edycji finansowania w ramach omawianego mechanizmu. Alokacja środków dla Polski to 809,3 mln EUR, zaś cele priorytetowe finansowania obejmują m.in. pozycję: inkluzja społeczna, zatrudnienie osób młodych i redukcja ubóstwa (Social inclusion, youth employment and poverty reduction). Obszar nr 6. w ramach wymienionego celu priorytetowego przewiduje finansowanie działań z zakresu ochrony zdrowia, w tym: zdrowia psychicznego oraz zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych. Wśród konkretnych miar realizacji celów wsparcia wymienia się m.in. wzrost świadomości w zakresie dotyczącym zaburzeń psychicznych (programy edukacyjne), rozwój świadczeń w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, deinstytucjonalizację opieki zdrowotnej, także w zakresie zdrowia psychicznego, ochronę praw człowieka oraz eliminację stygmatyzacji społecznej związanej z występowaniem zaburzeń psychicznych.

W świetle powyższego należy oczekiwać możliwości pozyskania finansowania działań odnoszących się do Strategii w ramach przygotowywanej nowej edycji Mechanizmu Norweskiego.

4. Inne publiczne źródła finansowania.

Zarząd województwa śląskiego cyklicznie ogłasza konkursy na realizację zadań w

ramach Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020. Są one adresowane do jednostek trzeciego sektora (organizacje pozarządowe, organizacje pożytku publicznego) i jako takie nie dają możliwości ubiegania się jednostkom samorządu terytorialnego. Należy je potraktować jednak jako możliwość finansowania działań przez podmioty społeczne działające na terenie miasta Zabrze. W roku 2017 na przedmiotowe działania przeznaczone było łącznie 250 tys. zł, gdzie kwota dofinansowania dla jednego podmiotu nie mogła przekroczyć 25 tys. zł, przy założeniu finansowania maksymalnie 80% wartości realizowanego zadania.

Podobne okoliczności towarzyszą innym publicznym źródłom finansowania ewentualnych działań z zakresu zdrowia psychicznego. Przykładem mogą być konkursy organizowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, finansujące działania na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu. Ostatni konkurs w tym zakresie rozstrzygnięty został w grudniu 2016 roku; Ministerstwo przeznaczyło na ten cel 600 tys. zł. (przy założeniu maksymalnego finansowania jednego oferenta w kwocie 300 tys. zł.). Należy spodziewać się kontynuacji podobnych działań w przyszłości.

Piśmiennictwo:

1. A chance of a lifetime. The impact of bad housing on children's life. URL: https://england.shelter.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/66364/Lifechancereport.pdf s. 12-20
2. Abramowicz M, Strzałkowska A, Tobis T. Badanie ewaluacyjno-diagnostyczne. Sytuacja psychospołeczna i materialna usamodzielnionych wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych. Gdańsk, 2012. URL: <http://gfis.pl/wp-content/uploads/2013/07/raport+z+badac584.pdf>
3. Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020. Itti, Poznań 2015.
4. Barwicka A. O zdrowiu publicznym. Prewencja i rehabilitacja 2004; 2(4): 1-4
5. Bygbjerg I.C, Meyrowitsch D.W. Global transition in health. Dan Med Bull. 2007 Feb; 54(1): 44-5
6. Caan W. Good for mental health—an academy for the social sciences. J Mental Health 2000;9:117-9.
7. Council of the European Union Council conclusions on 'The European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action'. URL: https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/122389.pdf
8. Czapiński J, Panek T [red.] Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa: 2015. s. 408-413
9. Czub M. Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. Forum Oświatowe (2003), 2 (29), 31-49
10. Dalgard O. S, Tambs K. Urban environment and mental health. A longitudinal study. The British Journal of Psychiatry Dec 1997, 171 (6) 530-536; DOI: 10.1192/bjp.171.6.530
11. Editorial. Lancet 2009; 373: 781
12. European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA. Mental health promotion in the workplace – a good practice report. URL: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/mental-health-promotion-workplace_TEWE11004ENN/view
13. European Pact for Mental Health and Well-being URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

14. Frąckowiak-Sochańska M. Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej. [w:] Roczniki socjologii rodziny UAM. Poznań, 2010. s. 153-183
15. Hancock T. The Mandala of Health: a model of the human ecosystem. [In] Anderson R, Kickbusch I, ed. Health promotion. A resource book. Copenhagen: WHO/EURO; 1990
16. Holmes T. H, Rahe R. H. The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213
17. Huang C, Li Z, Wang M, Martorell R. Early life exposure to the 1959–1961 Chinese famine has long-term health consequences. *The Journal of Nutrition*. 2010;140:1874–1878
18. Idkowiak-Krawczyk B., Sobczyk W. (red.) Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach. Śląski Urząd Wojewódzki, Katowice 2015.
19. Karski J. B. Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku. W: Karski J. B. (red) Promocja zdrowia praca zbiorowa. IGNIS, Warszawa 1999
20. Kokociński M. Rola grupy rówieśniczej w procesie socjalizacji młodzieży. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania. Poznań, 2011. s. 90
21. Komisja Wspólnot Europejskich Zielona Księga Poprawa zdrowia psychicznego ludności; w stronę strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pl.pdf
22. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477
23. Lalonde M. A New perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canada; 1974
24. Lehtinen, V. Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge. STAKES, Finland. Jyväskylä 2008 URL: <https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Building%20up%20good%20mental%20health.pdf>
25. Marmot M. Status syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury, 2004.
26. Meltzer H, Harrington R, Goodman R, Jenkins R. Children and adolescents who try to

- harm, hurt or kill themselves. A report of further analysis from the national survey of the mental health of children and adolescents in Great Britain in 1999. London: HMSO, 2001.
27. Niżnik J. W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta; 2004
 28. O'Connor-Fleming ML, Parker E. Health promotion: principles and practice in the Australian context. Sydney: Allen&Unwin; 2001
 29. Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa, 2014. URL: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/ochrona-zdrowia-psychicznego-w-polsce-wyzwania-plany-bariery-dobre-praktyki-raport-rpo>
 30. Promocja zdrowia psychicznego w placówce edukacyjnej. URL: <http://promocjazdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2014/01/Promocja-zdrowia-psychicznego-podr%C4%99cznik.pdf>
 31. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku Dz.U. 2016, poz. 1492
 32. Rybakowski J. Co nowego w diagnostyce i leczeniu chorób afektywnych i schizofrenii. Przewodnik Lekarza 2009, 1, 187-194
 33. Słońska Z, Misiuna M. Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów. URL: <http://zakladepidemiologii.ikard.pl>
 34. Strelau J. Psychologia t. 3, Gdańsk 2000, s. 608.
 35. Ślusarska B, Dobrowolska B, Zarzycka D. Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia Probl Hig Epidemiol 2013, 94(4): 667-674
 36. Talik E. Specyfika stresu szkolnego i strategie radzenie sobie z nim przez młodzież w okresie dorastania Horyzonty psychologii, 2011, tom 1, numer 1 Rozprawy i artykuły naukowe s. 127-137
 37. Thornicroft G, Maingay S. The global response to mental illness. BMJ 2002;325:608-9.
 38. Tones K, Green J. Health Promotion. Planning and strategies., London: SAGE Publications; 2004
 39. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535, tekst jednolity: Dz.U. 2016, poz. 546,960
 40. Vaillan G. E. t Pozytywne zdrowie psychiczne: czy istnieje definicja międzykulturowa? Postępy Psychiatrii i Neurologii 2012; 21(4): 229–250
 41. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The Global Burden of

- Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. Forloni G, ed. PLoS ONE. 2015;10(2):e0116820. doi:10.1371/journal.pone.0116820.
42. WHO Europe. Health 2020 policy framework and strategy. EUR/RC62/RC62 conf.Doc.8. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
 43. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
 44. World Health Organization Global Burden of Disease URL:
http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/
 45. World Health Organization Mental Health Action Plan URL:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
 46. World Health Organization – Regional Office for Europe. Resolution EUR/04/5047810/6 Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. URL:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf
 47. World Health Organization – Regional Office for Europe. Resolution EUR/RC63/11 European Action Plan.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf
 48. World Health Organization Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. URL:
http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf
 49. World Health Organization The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
 50. World Health Organization Zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy i ich wpływ na zdrowie
https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/73444/Stres_Zagrozenia_psychospo%C5%82eczne.pdf
 51. Woźniak Z. W stronę zdrowia społeczności - socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny Rok LXVI, zeszyt 1, 2004 s. 161-187
 52. Wpływ alkoholu na przebieg ciąży. Aktualne (2006 r.) stanowisko Royal College of

Obstetricians and Gynaecologists URL: <http://www.mp.pl/artykuly/33165,wplyw-alkoholu-na-przebieg-ciazy-aktualne-2006-r-stanowisko-royal-college-of-obstetricians-and-gynaecologists#1>

53. Załącznik do Uchwały nr 2406/290/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 października 2013 roku w sprawie: przyjęcia „Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020”
54. Załącznik do uchwały nr II/47/3/2006 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 24 kwietnia 2006 roku
55. Załącznik nr 1 do Uchwały Nr XXII/284/08 Rady Miejskiej w Zabrze z dnia 17.03.2008 r
56. Załącznik do Uchwały Nr LIX/766/10 Rady Miejskiej w Zabrze z dnia 11 października 2010 r