

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Renata Szredzińska – Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

Spis zagadnień

- 137 Definicja zdrowia psychicznego
- 138 Ramy prawne
- 138 Czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego i czynniki ochronne
- 142 Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego
- 145 Samopoczucie psychiczne dzieci i młodzieży
- 146 Samobójstwa
- 148 Dostępność opieki psychiatrycznej
- 150 Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży
- 152 Polska na tle innych krajów
- 154 Podsumowanie
- 155 Bibliografia
- 156 Akty prawne
- 157 Strony internetowe

W ostatnich latach w debacie publicznej wiele uwagi poświęca się kwestii zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Uwagę dziennikarzy, decydentów, lekarzy i rodziców przyciągają rosnąca liczba prób samobójczych dzieci i nastolatków, złe warunki i niewystarczająca opieka na całodobowych oddziałach psychiatrycznych, długie oczekiwanie na wizytę psychiatryczną oraz brak szerokich programów profilaktycznych. W 2018 r. rozpoczęto opracowywanie założeń reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, a od 2020 r. trwa jej wdrażanie. Z tą reformą są związane duże nadzieje dotyczące poprawy opieki nad dziećmi w zakresie zdrowia psychicznego, choć należy zaznaczyć, że obejmuje ona zaledwie jeden aspekt problemu, tzn. opiekę medyczną nad dziećmi, u których problemy ze zdrowiem psychicznym już się rozwinęły. Reforma nie kładzie – przynajmniej w dotychczasowym kształcie – nacisku na profilaktykę zaburzeń psychicznych.

Niniejszy rozdział stanowi próbę uchwycenia aktualnej sytuacji i najważniejszych trendów, które mogą pokazać, w jakiej kondycji psychicznej są obecnie polskie dzieci i nastolatki. Z uwagi na niemożność szerokiego omówienia całego zakresu zagadnień związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w rozdziale skupiono się na wskaźnikach dotyczących zaburzeń i występujących już problemów, wspominając tylko o pozytywnych aspektach budujących odporność psychiczną. Należy więc pamiętać, że jest to tylko wycinek złożonego problemu kondycji psychicznej polskich dzieci oraz systemu opieki psychologicznej i psychiatrycznej.

Definicja zdrowia psychicznego

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie psychiczne jako: „stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka może realizować swój własny potencjał, radzić sobie z normalnymi stresami życia, pracować produktywnie i wносить wkład w społeczność” (WHO, 2001). Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) przyjmuje z kolei następującą definicję: „zdrowie psychiczne to dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny, a także zdolność do rozwoju i samorealizacji. Oznacza nie tylko brak chorób psychicznych, ale także poczucie własnej wartości i umiejętność czerpania radości z życia” (NFZ, 2021).

Z tych definicji wynika, że zdrowie psychiczne nie jest definiowane jedynie jako brak choroby czy zaburzeń, ale jako pełen dobrostan i możliwość samorealizacji. Jak już jednak wspomniano, w dalszej części rozdziału skupiono się na czynnikach związanych z negatywnymi aspektami problemu, czyli chorobami i zaburzeniami. Wynika to z zarówno ograniczeń objętościowych niniejszego tekstu, jak i braku systematycznie zbieranych wiarygodnych danych naukowych dotyczących korzystnych czynników.

Ramy prawne

Chociaż obowiązuje wiele przepisów na poziomie unijnym i krajowym, które regulują kwestie związane z ochroną zdrowia psychicznego, to przytoczone zostaną tylko wybrane przepisy krajowe regulujące ten obszar.

Podstawowym aktem prawnym regulującym zagadnienia związane z ochroną zdrowia psychicznego jest Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r. poz. 882). Określa ona ogólny model i zasady opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, wskazuje organy i instytucje odpowiedzialne za opiekę nad osobami chorymi psychicznie oraz gwarantuje ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza w przypadku ich leczenia w szpitalu.

Istotne zapisy znalazły się również w Narodowych Programach Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492) i obecnie na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642). W obowiązującym programie zdrowia psychicznego dotyczy cel operacyjny 3. Przewiduje on zadania związane z promocją zdrowia psychicznego i z zapobieganiem zachowaniom samobójczym. Należy zaznaczyć, że NPZ obejmuje populacje zarówno dzieci i młodzieży, jak i dorosłych.

Kolejnym ważnym dokumentem jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego wprowadzony Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. 2017 poz. 458). Zawiera on m.in. strategię działania mającą zapewnić obywatelom kompleksową, wielostronną i powszechnie dostępną opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym oraz społecznym. Program porusza także kwestie dotyczące kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości i przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Nowy model opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, opisany w dalszej części niniejszego rozdziału, wprowadza natomiast Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1640 ze zm.).

Czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego i czynniki ochronne

Stan zdrowia psychicznego zależy od wielu, wzajemnie wpływających na siebie czynników: genetycznych, biologicznych, rodzinnych i społecznych. Ich podsumowanie przedstawiono w tabeli 1.

”

Boję się powiedzieć mamie o tym, że mam myśli samobójcze. Boję się, że będzie wtedy na mnie zła albo zezłości się, że powiedziałam o nich pani pedagog. Najbardziej boję się, że zabierze mi telefon, bo pomyśli, że to wszystko przez to, że go używam.

*Dziewczyna, 15 lat
Z telefonów i maili do 116 111
– telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży*

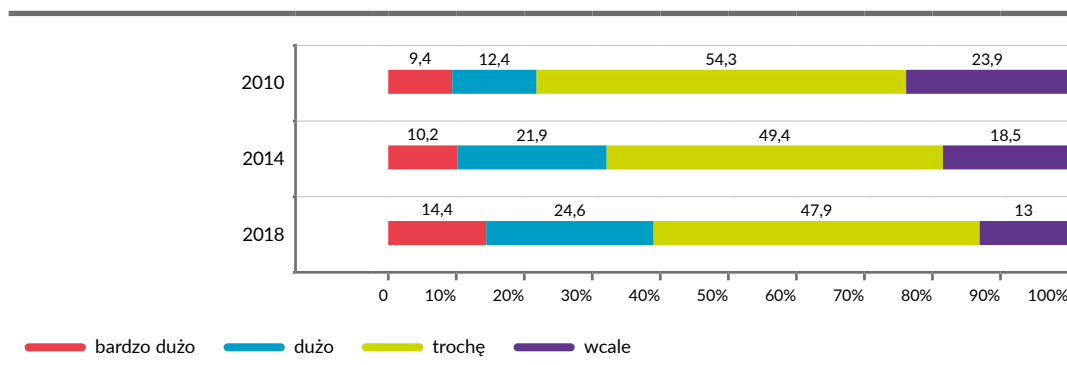
Tabela 1. Czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci

	Od poczęcia do momentu narodzin	Wczesne dzieciństwo	Wczesny okres dojrzewania	Późny okres nastoletni
Genetyczne	<ul style="list-style-type: none"> - Historia zaburzeń psychicznych w rodzinie - Klinicznie istotne warianty pojedynczych nukleotydów (SNV) lub warianty zmiany liczby kopii (CNV) w DNA, takie jak zespół delecji 22.q.11.2 			
Biologiczne	<ul style="list-style-type: none"> - Zakażenia odmatczyne - Wcześnieństwo, powikłania okołoporodowe - Złe żywienie - Ekspozycja na narkotyki i niektóre leki 	<ul style="list-style-type: none"> - Urazy mózgu - Zdrowie fizyczne - Zmiany epigenetyczne w transporterach serotoniny i glikokortykoidów, zmiany w strukturze i funkcjonowaniu mózgu 	<ul style="list-style-type: none"> - Zmiany w mózgu i zmiany hormonalne - Nadużywanie substancji psychoaktywnych - Zdrowie fizyczne 	
Rodzinne	<ul style="list-style-type: none"> - Depresja okołoporodowa 	<ul style="list-style-type: none"> - Zaniedbanie rodzicielskie - Przemoc wobec dziecka - Choroby psychiczne rodziców 		
Społeczne	<ul style="list-style-type: none"> - Przemoc rówieśnicza i inne formy przemocy - Brak właściwej stymulacji 		<ul style="list-style-type: none"> - Przemoc rówieśnicza i inne formy przemocy 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Przeciwności społeczne, np. niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna, stresujące środowisko miejskie, imigracja, izolacja społeczna - Stygmatyzowanie 			

Źródło: oprac. na podstawie: Arango i in., 2018.

Wiele z wymienionych czynników opisano w innych rozdziałach niniejszego raportu. W tym miejscu warto jednak omówić dwa, nieprzedstawione w innej części – odczuwanie nadmiernego stresu, zwłaszcza stresu szkolnego, oraz wpływ krzywdzenia.

W ostatnich latach wzrósł znacząco odsetek dzieci i nastolatków, które odczuwają silny stres związany ze szkołą. Według danych z ostatnich badań *Health Behaviour in School-age Children* (HBSC) z 2018 r. ponad dwie piąte ankietowanych uczniów odczuwa duży lub bardzo duży poziom stresu szkolnego, co stanowi wzrost o 9 pkt procentowych (pp) w stosunku do badania z 2014 r. i o 19 pp w stosunku do edycji z 2010 r. Wcale nie odczuwa stresu szkolnego tylko 13% badanych (to spadek o 5,5 pp w stosunku do 2014 r. i o blisko 11 pp w stosunku do 2010 r.; wyk. 1).

Wykres 1. Nasilenie stresu szkolnego wśród młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce w latach 2010, 2014 i 2018

Źródło: Mazur, 2015; Mazur i Małkowska-Szcutnik, 2018.

Jak wskazano w tabeli 1, również doświadczenie krzywdzenia w dzieciństwie czy innych negatywnych zdarzeń znacząco wpływa na zwiększenie ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego. W badaniach wśród polskich studentów nad konsekwencjami negatywnych doświadczeń w dzieciństwie wykazano, że największy związek z późniejszymi zachowaniami autodestrukcyjnymi mają krzywdzenie emocjonalne i zaniedbanie emocjonalne w dzieciństwie (m.in. brak wsparcia emocjonalnego, obrażanie, poniżanie, poczucie bycia niechcianym lub niekochanym). Osoby, które doświadczyły takich zachowań ze strony swoich bliskich, odpowiednio, 7- i 10-krotnie częściej podejmowały próby samobójcze, a osoby, które doświadczyły czterech lub więcej negatywnych zdarzeń w dzieciństwie, 17-krotnie częściej podejmowały próby samobójcze i 11-krotnie częściej samookaleczały się (Makaruk i in., 2018).

Podobnie jak wiele wzajemnie przenikających się czynników ryzyka może wpływać na pogorszenie kondycji

psychicznej młodych osób, tak istnieje wiele czynników ochronnych, które można wzmacniać, by zmniejszyć ryzyko problemów ze zdrowiem psychicznym.

Przykładowy model czynników ochronnych i oddziaływań profilaktycznych przedstawiono w tabeli 2.

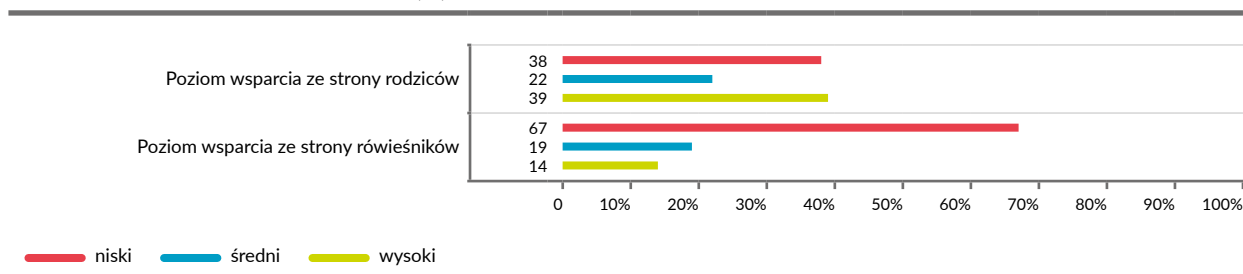
Ponieważ niektóre z wymienionych czynników omówiono w innych rozdziałach, w tym miejscu skupimy się jedynie na czynnikach, jakimi są wsparcie uzyskiwane ze strony rodziców i ogólnie dobre relacje w rodzinie (Colarossi i Eccles, 2003) oraz wsparcie rówieśników (Pachucki i in., 2015). Według danych z ostatnich badań HBSC z 2018 r. w całej badanej populacji wysoki poziom wsparcia ze strony rodziców odnotowano u 39% nastolatków, a ze strony rówieśników – u 14% ankietowanych (wyk. 2). W przypadku wsparcia rówieśniczego to duży spadek w stosunku do poprzedniej edycji badania, gdy na wysokie wsparcie rówieśników wskazywało 23% badanych.

Tabela 2. Czynniki ochronne rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci

	Od poczęcia do momentu narodzin	Wczesne dzieciństwo	Wczesny okres dojrzewania	Późny okres nastoletni
Cała populacja	<ul style="list-style-type: none"> - Obniżenie nierówności w przychodach i stopy bezrobocia - Poprawa poziomu edukacji i usług opieki nad dziećmi - Redukowanie stygmatyzacji społecznej osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego - Zwiększanie świadomości społecznej oraz wśród profesjonalistów różnych profesji nt. uwarunkowań zdrowia psychicznego 	<ul style="list-style-type: none"> - Właściwe stymulowanie rozwoju we wczesnym dzieciństwie - Obiady rodzinne - Szkolne osiągnięcia, klimat społeczny, wspieranie odporności - Przeciwdziałanie przemocy rówieśniczej w szkołach - Właściwe żywienie i aktywność fizyczna 	<ul style="list-style-type: none"> - Spożywanie posiłków z młodszymi - Szkolne osiągnięcia, klimat społeczny, wspieranie odporności - Przeciwdziałanie przemocy rówieśniczej w szkołach - Właściwe żywienie i aktywność fizyczna - Profilaktyka stosowania substancji psychoaktywnych 	
Grupy ryzyka	<ul style="list-style-type: none"> - Poprawa wsparcia dla nastolatków w niekorzystnej sytuacji będących w ciąży po raz pierwszy - Ścisłe monitorowanie stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz użycia substancji i leków u matek z problemami zdrowia psychicznego 	<ul style="list-style-type: none"> - Poprawa stanu psychicznego rodziców - Wczesne zintensyfikowane działania wobec dzieci ze spektrum autyzmu - Szkolenia dla rodziców nt. problemów inter- i eksternalizacyjnych - Profilaktyka selektywna dotycząca powikłań związanych z ADHD 	<ul style="list-style-type: none"> - Wsparcie psychologiczne w ramach profilaktyki wskazującej dla młodych osób z subklinicznymi objawami problemów zdrowia psychicznego - Rehabilitacja poznawcza i wzmocnienie umiejętności społecznych w ramach profilaktyki selektywnej dla wybranych grup wysokiego ryzyka 	

Źródło: Arango i in., 2018.

Wykres 2. Poziom wsparcia ze strony rodziców i rówieśników postrzegany przez młodzież w wieku 11–15 lat w Polsce w 2018 r. (%)



Źródło: Mazur i Małkowska-Szcutnik, 2018.

Liczba młodych osób oceniających poziom wsparcia ze strony rodziców jako wysoki maleje wraz z wiekiem. Różnica między 11- a 15-latkami wynosiła 29 pp i była widoczna zarówno u chłopców, jak i u dziewczyn. Chociaż w przypadku wsparcia ze strony rówieśników również widoczne jest zmniejszanie się w starszych rocznikach odsetka osób z wysokim jego poziomem, to jednak wynosi ono tylko 5 pp.

Z kolei z badań przeprowadzonych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS) wśród nastolatków w wieku 11–17 lat wynika, że zdecydowana większość badanych (89%) miała w swoim otoczeniu przynajmniej jedną osobę, do której mogła się zwrócić w trudnej sytuacji. Ponad połowa (52%) wskazała kilka takich osób, jedna czwarta (23%) – jedną taką osobę, a 13% wskazało wiele takich osób. Na pytanie, kim są osoby, do których dzieci i nastolatki mogą zwrócić się w trudnej sytuacji, na pierwszym miejscu wskazywano mamę (66%), na drugim – kolegę lub koleżankę (59%), na trzecim – tatę (39%; Włodarczyk i in., 2018). Podobne wyniki uzyskano w badaniu doświadczeń dzieci w trakcie pandemii (Makaruk i in., 2020). Jednocześnie 7% badanych twierdziło, że nie ma żadnej osoby, od której mogłoby otrzymać wsparcie w trudnej sytuacji. Jest to o tyle niepokojące, o ile dobra relacja z przynajmniej jednym z rodziców, zwłaszcza z ojcem, jest uznawana za jeden z czynników ochronnych przed podejmowaniem prób samobójczych (Kuramoto-Crawford i in., 2017). Dzieci pozbawione takiego wsparcia ponoszą większe ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych i podejmowania zachowań autodestrukcyjnych.

Za dobry wskaźnik relacji w rodzinie i jednocześnie czynnik chroniący przed podejmowaniem zachowań

”

Wszystko mnie przytłacza, a najbardziej oczekiwania innych osób wobec mnie. Niedługo skończę 18 lat, ale zupełnie nie czuję się gotowy na bycie dorosłym. Przeraża mnie to. Mam problemy w domu, stresuję się egzaminami, nie układa mi się w sprawach sercowych. Czasem chcę już ze sobą skończyć.

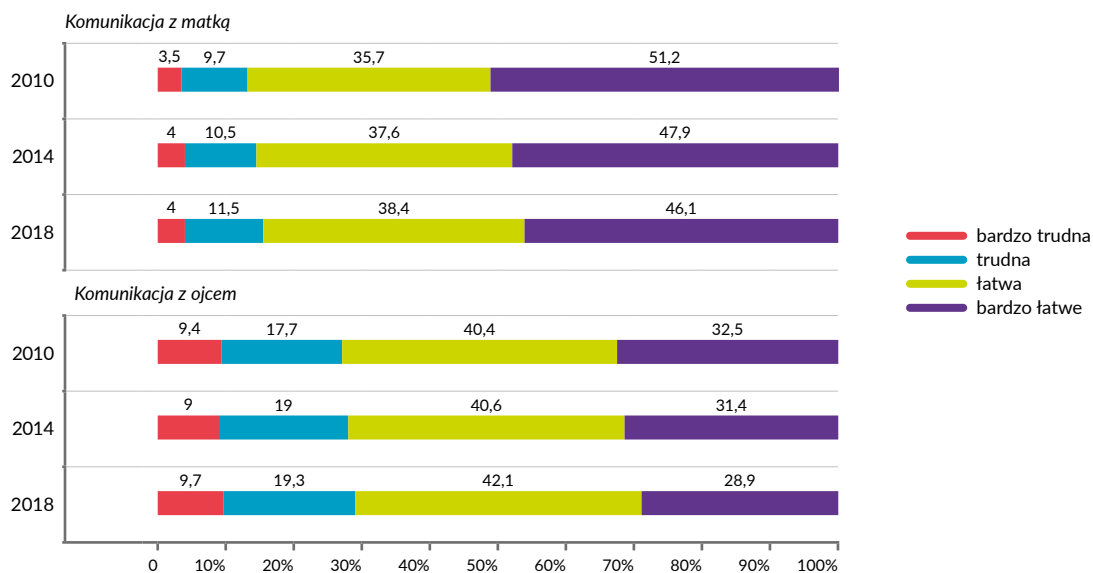
Chłopak, 18 lat

Z telefonów i maili do 116 111

– telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży

ryzykownych i występowaniem zaburzeń psychicznych oraz zwiększający satysfakcję młodzieży z życia uznaje się m.in. łatwość komunikacji w rodzinie (Demidenko i in., 2015). Badania HBSC wskazują, że łatwość rozmów z rodzicami, która do 2002 r. była oceniana przez polskich nastolatków coraz bardziej pozytywnie (i wyjątkowo korzystnie w stosunku do innych państw europejskich), od 2006 r. otrzymuje coraz więcej ocen negatywnych (wyk. 3). W większości państw odsetek nastolatków mających trudności w rozmowach z rodzicami wzrastał w latach 90. XX w., a później następowała stopniowa poprawa. Na tym tle pogłębiające się niekorzystne zmiany w Polsce mogą budzić niepokój.

Wykres 3. Wskaźnik łatwości rozmów z matką i ojcem wśród młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce w latach 2014 i 2018



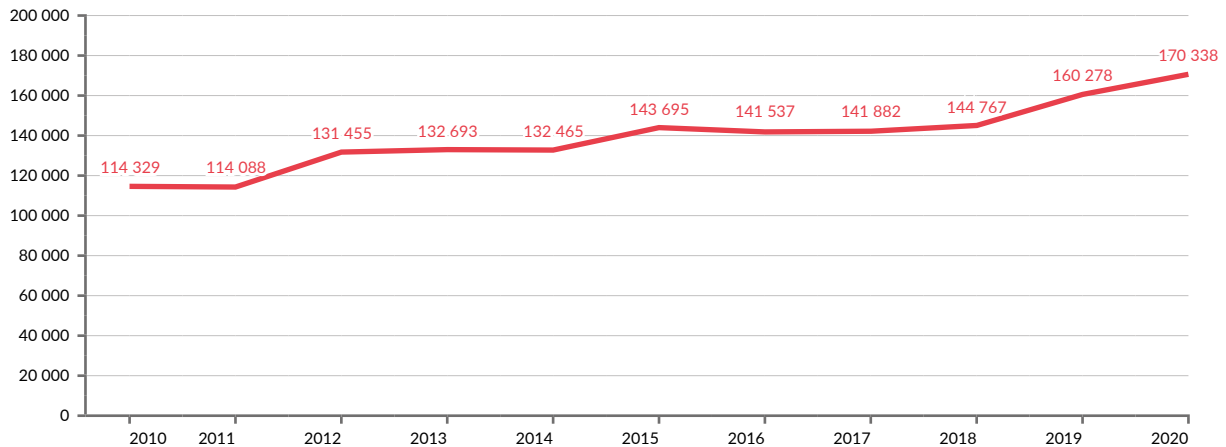
Źródło: Mazur, 2015; Mazur i Małkowska-Szcutnik, 2018.

Łatwość rozmów z rodzicami pogarsza się z wiekiem, a rozmowy z ojcem są wyraźnie trudniejsze dla dziewczyn. Ponadto z wiekiem pogłębiają się zależne od płci różnice w zakresie łatwości porozumienia się z matką – u 15-latków są one już istotne. Rozmowy z rodzicami są najtrudniejsze dla nastolatków wychowywanych przez samotnych rodziców i mieszkających w dużych miastach.

Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego

W ostatnich latach rośnie liczba dzieci i młodzieży objętych pomocą specjalistyczną ze względu na zaburzenia psychiczne. W 2020 r. z takiej pomocy korzystało ponad 170 tys. osób do 18 r.ż., z których ponad 57% stanowili chłopcy (wyk. 4). Blisko trzy czwarte osób z tej grupy wiekowej mieszkało w miastach. Niekoniecznie oznacza to, że nasilenie problemów psychicznych w mieście jest tak wyraźnie wyższe niż na wsi. Różnice te mogą też wynikać z trudności w dostępie do oferty specjalistycznego

Wykres 4. Liczba dzieci i nastolatków do 18 r.ż. leczonych ambulatoryjnie ze względu na zaburzenia psychiczne



Źródło: oprac. własne na podstawie danych formularza MZ-15 z Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

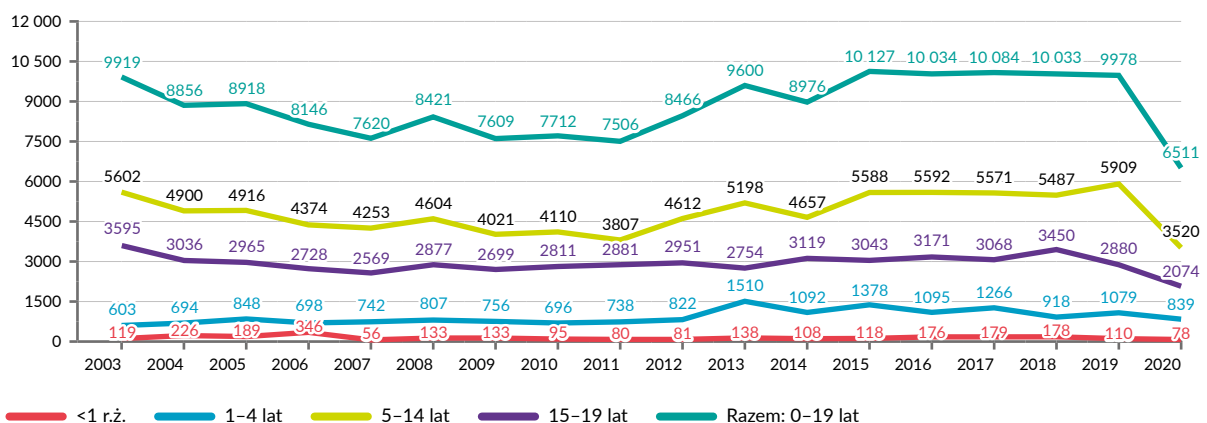
wsparcia na obszarach wiejskich i silniejszej stygmatyzacji lub obaw przed stygmatyzacją na wsi.

Najczęstszym rozpoznaniem w 2020 r. były zaburzenia rozwojowe, w tym zaburzenia rozwoju mowy i języka, zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych, całościowe zaburzenia rozwoju, w tym związane ze spektrum autyzmu, zaburzenia hiperkinetyczne, w tym ADHD, zaburzenia zachowania i in., (65%; 108 546 osób), a kolejno zaburzenia nerwicowe (15%; 25 245), zaburzenia afektywne (7%; 12 088) i upośledzenie umysłowe (5%; 8676).

Co roku w Polsce kilka tysięcy dzieci i nastolatków jest hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania. W 2020 r. liczba hospitalizacji osób w wieku 0–19 lat wyniosła 6511 i była najniższa od kilkunastu lat, co jednak nie świadczy o poprawie sytuacji, ale było zapewne związane z ograniczeniami w przyjmowaniu pacjentów ze względu na pandemię COVID-19 oraz trudną sytuacją w psychiatrii dziecięcej (wyk. 5).

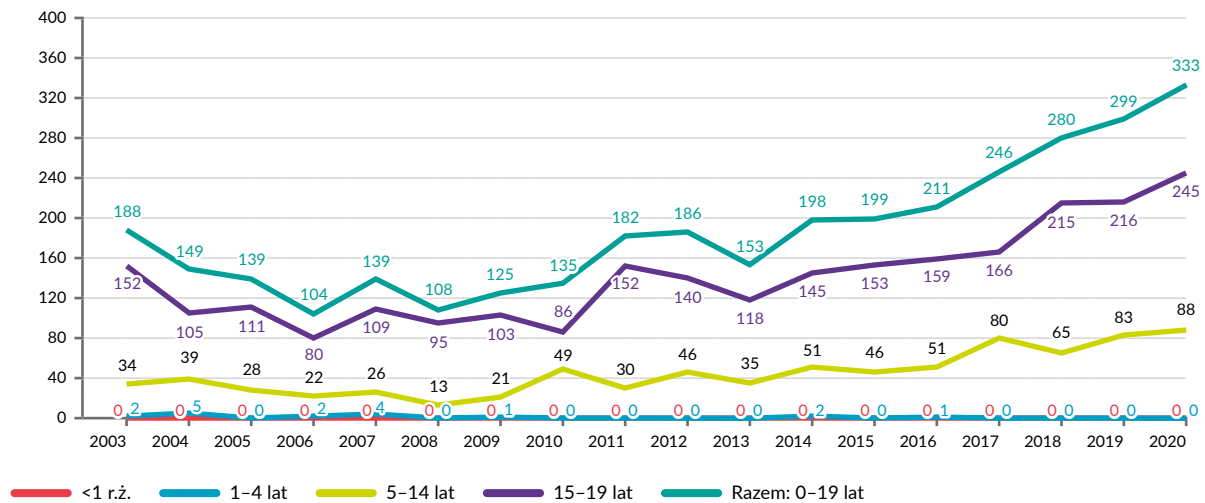
Z powodu zaburzeń nastroju, w tym depresji, w 2020 r. hospitalizowano 333 dzieci, w tym 88 do 14 r.ż. Liczba hospitalizacji z tego powodu rośnie od kilku lat,

Wykres 5. Liczba hospitalizacji dzieci i nastolatków w wieku 0–19 lat z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania



Źródło: oprac. własne na podstawie danych z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH); <http://www.statystyka.medstat.waw.pl>.

Wykres 6. Liczba dzieci hospitalizowanych z powodu rozpoznania F30–39 (zaburzenia nastroju – afektywne) w latach 2003–2020



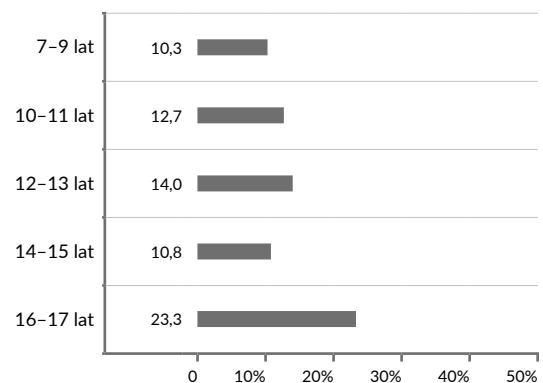
Źródło: oprac. własne na podstawie danych NIZP-PZH (<http://www.statystyka.medstat.waw.pl>).

zarówno w grupie dzieci w wieku 5–14 lat, jak i wśród najstarszych nastolatków (15–19 lat; wyk. 6).

Chociaż ze względu na niewydolność systemu opieki psychologicznej i psychiatrycznej nad dziećmi oficjalne statystyki mogą nie oddawać rzeczywistego rozpowszechnienia ich problemów ze zdrowiem psychicznym, to obrazu dopełniają badania społeczne.

Wyniki kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań EZOP II wskazują, że w populacji dzieci i nastolatków w wieku 7–17 lat zaburzenia internalizacyjne (np. lęki, fobie) mogą dotyczyć 7,3% osób, zaburzenia afektywne (np. depresja, mania) – 1,7%, a zaburzenia eksternalizacyjne (np. zaburzenia zachowania, zachowania opozycyjno-buntownicze, ADHD) – 4%. Zaburzenia odżywiania dotyczyły 2,6% tej grupy, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych – 4,2%. Tendencje samobójcze (myśli, próby) kiedykolwiek w życiu przejawiało 5,7% badanych młodych osób w wieku 12–17 lat. Generalnie, wśród młodszych dzieci przeważały zaburzenia internalizacyjne, a wśród młodzieży – zaburzenia eksternalizacyjne, których największą częstość stwierdzono wśród osób w wieku 16–17 lat (wyk. 7).

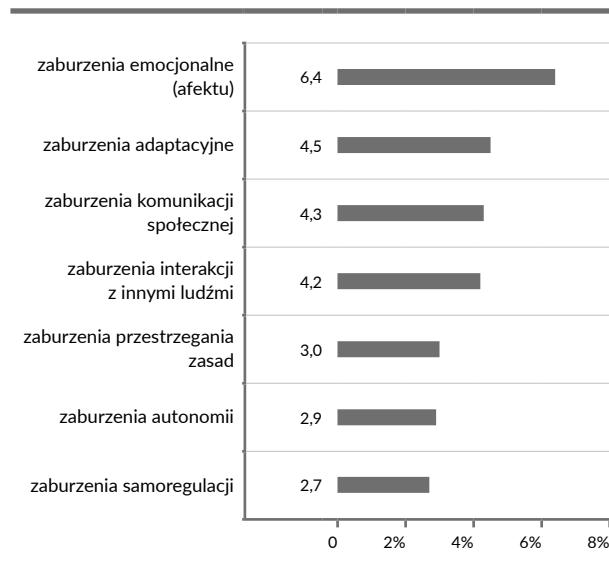
Wykres 7. Rozpowszechnienie jakichkolwiek zaburzeń psychicznych według wieku (%)



Źródło: Ostaszewski i in., 2021.

W ramach badania EZOP II przeprowadzono również badanie kwestionariuszowe *Ages and Stages: Social-Emotional ASQ:SE-2*, które ocenia siedem sfer rozwoju małych dzieci (0–6 lat): samoregulację, przestrzeganie zasad, zachowania adaptacyjne, autonomię, afekt, komunikację społeczną i interakcje z innymi ludźmi (wyk. 8).

Wykres 8. Rozpowszechnienie zaburzeń z grupy społeczno-emocjonalnej u dzieci w wieku 0–6 lat



Źródło: Biechowska i in., 2021.

W przypadku dzieci w wieku 0–6 lat mieszkających na obszarach wiejskich częstość zaburzeń we wszystkich wspomnianych punktach była znacząco wyższa (dwu-, a nawet trzykrotnie) niż u dzieci mieszkających w miastach. Może na to wpływać wiele czynników, np. utrudniony dostęp do oferty wsparcia, ale też mniejsze upowszechnienie edukacji przedszkolnej i wczesnej edukacji dla dzieci w wieku do 3 lat (por. rozdział *Dzieci w rodzinie*)

Autorzy badania EZOP II szacują, że spośród dzieci, które potrzebują opieki psychologicznej lub psychiatrycznej, tylko mniej niż 20% jest nią objętych w ramach świadczeń NFZ. Chociaż brak danych dotyczących usług prywatnych, to zważywszy jednak, że status społeczny istotnie korelował z częstością występowania zaburzeń (częściej doświadczali ich dzieci z rodzin korzystających z pomocy społecznej), należy przypuszczać, że wielu rodzin nie stać na zapewnienie prywatnej opieki psychologicznej ani psychiatrycznej. Mamy więc do czynienia z istotną luką między potrzebami a możliwością ich zaspokojenia (Ostaszewski i in., 2021).

Samopoczucie psychiczne dzieci i młodzieży

Z badań przeprowadzonych na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka (RPD) wśród dzieci i młodzieży w 2021 r. wynika, że ok. 14% uczniów w Polsce wymaga interwencji związanej z ich funkcjonowaniem psychicznym. Wynik świadczący o niskim samopoczuciu psychicznym i niezadowoleniu ze swojego życia odnotowano u 15% badanych z klas II szkoły podstawowej, 13% – klas VI szkoły podstawowej i 13% – klas II liceum/technikum. Wyniki różnicowały płeć i miejsce zamieszkania. W II klasach szkoły podstawowej to chłopcy częściej niż dziewczyny określali swoje samopoczucie jako złe, a w VI klasach szkoły podstawowej i w liceum/technikum to dziewczyny znacząco częściej wskazywały takie objawy. Dzieci i nastolatki z II klas szkoły podstawowej oraz II klas liceum/technikum mieszkające w dużych miastach częściej wskazywały na złe samopoczucie, podczas gdy na poziomie klas VI najgorzej swoje samopoczucie oceniały dzieci mieszkające na wsi. Najgorzej swoje samopoczucie oceniali we wszystkich grupach wiekowych jedynacy i badani z rodzin z pięciorgiem lub większą liczbą dzieci oraz badani z gorzej sytuowanych rodzin. Badanie przeprowadzono w czerwcu 2021 r. (RPD, 2021)

Wcześniejsze badania FDDS, przeprowadzone latem 2020 r. i dotyczące pierwszego okresu *lockdownu* w związku z pandemią COVID-19 (marzec–czerwiec 2020 r.), wskazywały, że aż jedna trzecia badanych w wieku 11–17 lat negatywnie oceniła swoje zadowolenie z życia w tym okresie. Jako główne powody niskiego zadowolenia dzieci i nastolatki wskazywały brak kontaktu z rówieśnikami, konieczność siedzenia w domu oraz naukę zdalną (Makaruk i in., 2020). Brak kontaktu z rówieśnikami może powodować poczucie samotności, które nie jest w pełni łagodzone przez możliwość kontaktu za pomocą technologii telekomunikacyjnych (Ellis i in., 2020).

Także badanie firmy Difference przeprowadzone na zlecenie Radia Zet w maju 2021 r. wśród rodziców i dzieci wykazało, że pandemia miała znaczący wpływ na samopoczucie dzieci. Troje na czworo dzieci gorzej niż wcześniej radziło sobie z emocjami – dzieci częściej się złościły, buntowały i obrażały. Co czwarte dziecko (28%)

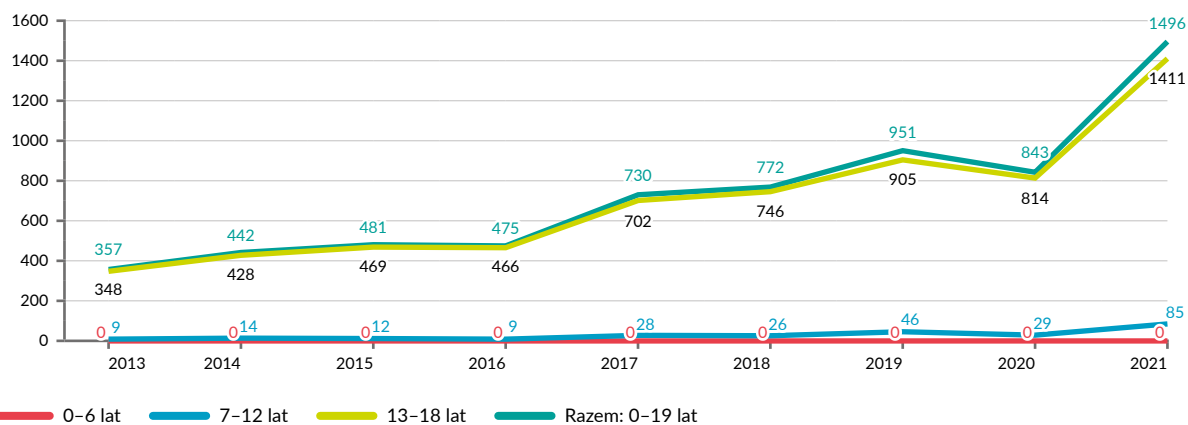
przyznało, że stale lub często odczuwało złość, co ok. piąte – przygnębienie (21%), osamotnienie (21%) czy smutek (18%; Difference, 2021). Więcej o sytuacji dzieci i młodzieży w trakcie pandemii można przeczytać w rozdziale *Sytuacja dzieci i młodzieży w kontekście doświadczeń pandemii COVID-19*. Należy jednak zaznaczyć, że cytowane badania dają tylko fragmentaryczny i orientacyjny obraz sytuacji, gdyż zostały przeprowadzone w trakcie pandemii. Żeby w pełni ocenić wpływ pandemii na życie i zdrowie dzieci, zarówno pozytywny, jak i negatywny, należy przeprowadzić szerokie badania w dłuższej perspektywie czasowej w oparciu na naukowo sprawdzonej metodologii.

W szczególnej sytuacji, również pod względem zdrowia psychicznego, znajduje się młodzież LGBT+. Z raportu *Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce w latach 2019–2020* wynika, że trzy czwarte nastolatków nieheteronormatywnych czuje się osamotnionych, 41% – dosyć często lub bardzo często ma myśli samobójcze, a 55% – umiarkowanie nasilone lub silne objawy depresji. Tylko 22% badanej młodzieży szkolnej ma poczucie akceptacji ich nieheteronormatywności ze strony matek i 12% – ze strony ojców (Winiewski i Świder, 2021).

Samobójstwa

Kolejnym wskaźnikiem świadczącym o kondycji psychicznej dzieci i młodzieży jest liczba prób samobójczych, która utrzymuje się w Polsce na wysokim poziomie. W 2021 r. osiągnęła ona najwyższy wskaźnik od lat – 1496 prób, w tym 85 podjętych przez dzieci do 12 r.ż. (wyk. 9).

Wykres 9. Liczba prób samobójczych podejmowanych w latach 2013–2021 przez dzieci i młodzież w Polsce



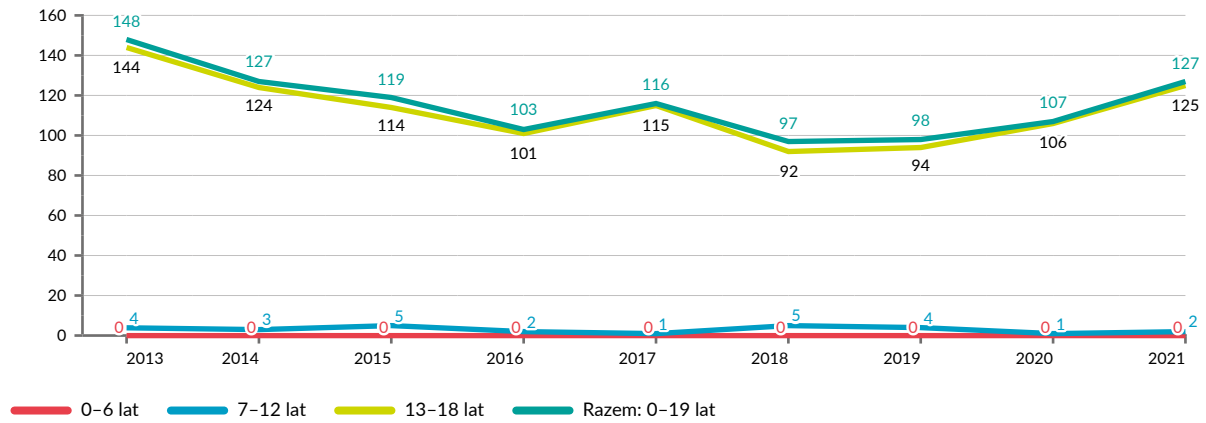
Źródło: Komenda Główna Policji.

Należy przy tym pamiętać, że oficjalne statystyki obejmują tylko zgłoszone próby. Z badania FDDS wynika, że tylko w pierwszym *lockdownie* (marzec–czerwiec 2020 r.) blisko 3% respondentów w wieku 15–17 lat próbowało odebrać sobie życie (Makaruk i in., 2020).

Ważnym predyktorem podejmowania prób samobójczych są samookaleczenia (Duarte i in., 2020). We wspomnianych badaniach FDDS 9,2% badanej młodzieży przyznało, że ma za sobą doświadczenia umyślnego samookaleczenia.

W 2021 r. 127 prób samobójczych zakończyło się śmiercią dziecka (wyk. 10).

Wykres 10. Liczba prób samobójczych dokonanych przez dzieci i młodzież w latach 2013–2021 zakończonych zgonem

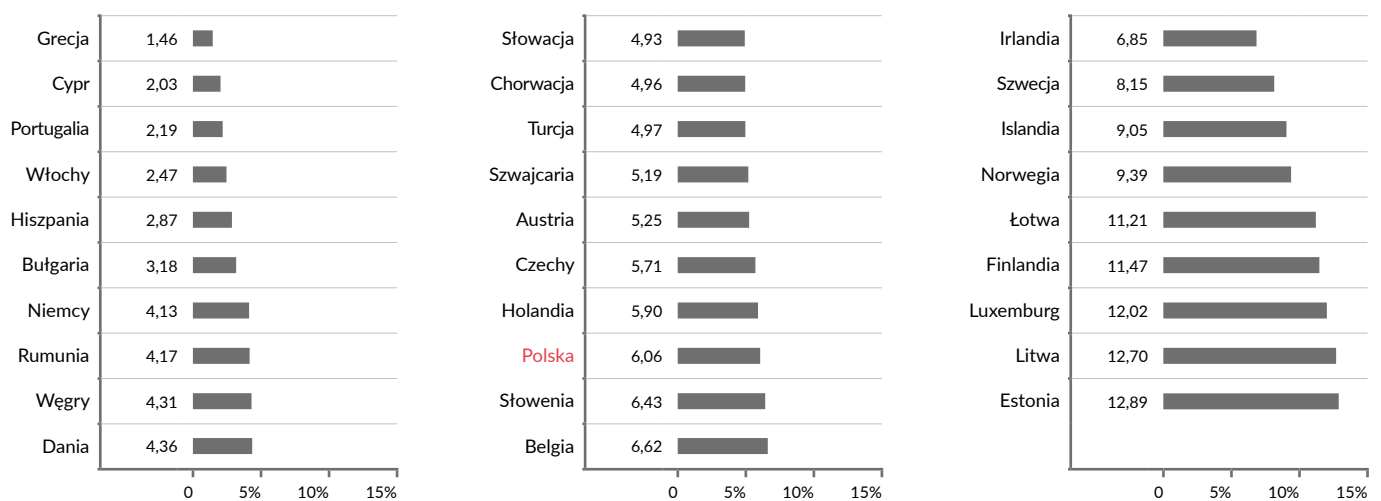


Źródło: Komenda Główna Policji.

Według danych GUS w 2021 r. samobójstwa były drugą pod względem liczebności przyczyną zgonów nastolatków w grupie wiekowej 15–19 lat – blisko co piąty przypadek śmierci w tej grupie nastąpił w wyniku samobójstwa. Blisko trzykrotnie częściej próby samobójcze zakończone zgonem podejmowali chłopcy.

W 2019 r. Polska pod względem bezwzględnej liczby zakończonych zgonem prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież poniżej 19 r.ż. zajmowała drugie (za Niemcami) miejsce w Europie. Po uwzględnieniu wielkości populacji Polska uplasowała się na 12 pozycji wśród państw europejskich objętych statystyką Eurostat (wyk. 11).

Wykres 11. Współczynnik zakończonych zgonem prób samobójczych na 100 000 ludności podjętych w 2019 r. przez dzieci i młodzież poniżej 19 r.ż. w wybranych państwach Europy



Źródło: Eurostat.

Dostępność opieki psychiatrycznej

Według wyników kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2019 r. w pięciu województwach: lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim nie było ani jednego oddziału dziennej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, a w województwie podlaskim nie funkcjonował ani jeden oddział całodobowy (NIK, 2020). Należy jednak zauważyć, że kontrola odbyła się przed rozpoczęciem wdrażania środowiskowego modelu opieki nad dziećmi z problemami psychicznymi.

Według danych z raportu Sieci Obywatelskiej Watchdog na jedno łóżko na całodobowych oddziałach opieki psychiatrycznej przypadało od 2155 do 13 537 dzieci w zależności od województwa (Maślankiewicz i Bójko, 2019; tab. 3).

Z raportu Sieci Obywatelskiej Watchdog wynika również, że na oddziałach całodobowych ubywało lekarzy

specjalistów (Maślankiewicz i Bójko, 2019; tab. 4). Co prawda na każdym oddziale zatrudniano wymaganą prawną liczbę lekarzy, jednak pozostaje pytanie, czy na oddziałach całodobowych jest ona wystarczająca.

W żadnym województwie nie osiągnięto rekomendowanego wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów na 10 000 mieszkańców, który według WHO powinien wynosić co najmniej 1. Rozkład liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży przedstawiono na rysunku. Wynika z niego, że stosunkowo najlepsza sytuacja była w województwach łódzkim i mazowieckim, a najgorsza – lubuskim i podkarpackim.

Liczba lekarzy specjalistów i specjalistów I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży od lat sukcesywnie się jednak zwiększa (tab. 5).

Tabela 3. Liczba łóżek psychiatrycznych na oddziałach całodobowych i przypadająca na nie liczba dzieci wg województwa w 2019 r.

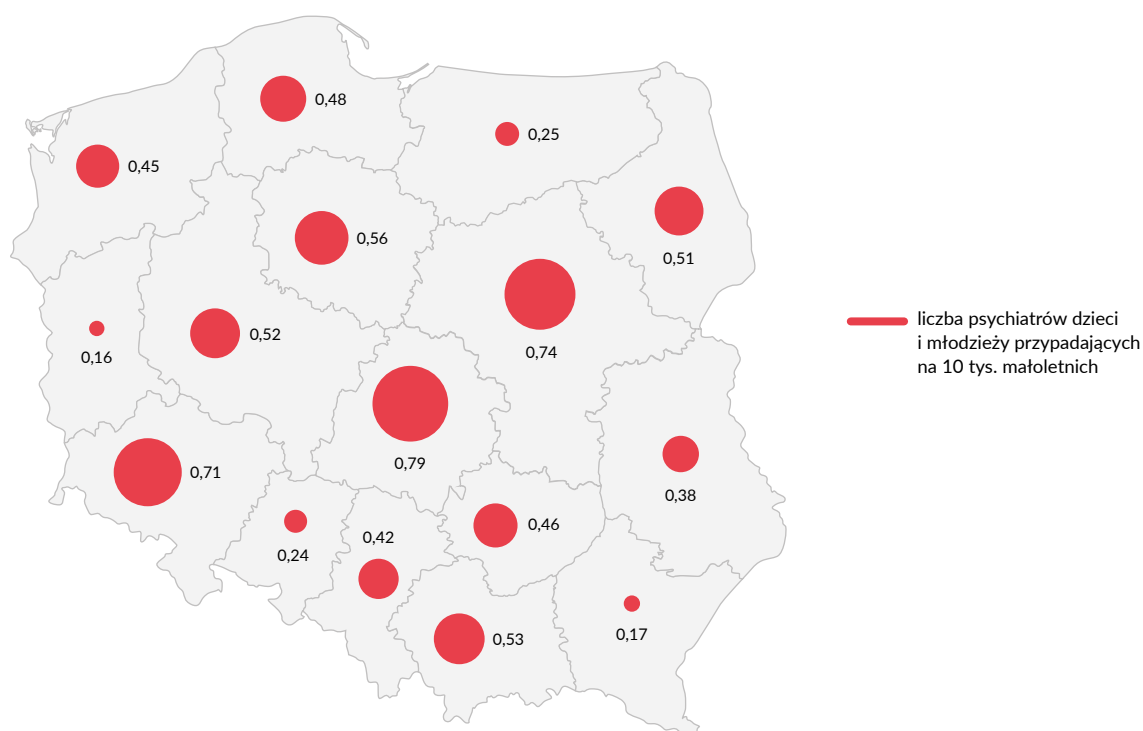
Województwo	Liczba łóżek na całodobowych oddziałach psychiatrycznych wg NFZ w 2019 r.	Liczba dzieci przypadających na jedno łóżko
dolnośląskie	135	3818
kujawsko-pomorskie	43	9257
lubelskie	52	7700
lubuskie	90	2155
łódzkie	106	4162
małopolskie	50	13 537
mazowieckie	186	5706
opolskie	18	9310
podkarpackie	24	13 018
podlaskie	0	-
pomorskie	76	6267
śląskie	95	8536
świętokrzyskie	18	12 286
warmińsko-mazurskie	60	4655
wielkopolskie	50	14 118
zachodniopomorskie	36	8659

Źródło: Maślankiewicz i Bójko, 2019.

Tabela 4. Liczba lekarzy na oddziałach całodobowych

	2018	2019	Spadek w %
Suma liczby wszystkich lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży z oddziałów, które odpowiedziały na zapytanie o udzielenie informacji publicznej	96	87	9,38
Średnia liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży przypadających na oddział	3,3	3,0	9,09
Średnia etatów lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży przypadających na oddział	2,7	2,4	11,11

Źródło: Maślankiewicz i Bójko, 2019.

Rysunek. Rozmieszczenie lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w poszczególnych województwach

Źródło: NIK, 2020.

Tabela 5. Liczba lekarzy specjalistów i specjalistów I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wykonujących zawód w latach 2012–2022 (stan na 31 maja 2022 r.)

	2012	2017	2022
Specjalista	253	362	462
Specjalista I stopnia	43	41	39
Ogółem	296	403	501

Źródło: Naczelna Izba Lekarska, 2022.

Z danych z bazy basiw.mz.gov.pl wynika, że w 2020 r. czas oczekiwania na specjalistyczną pomoc psychiatryczną był znaczący (tab. 6).

Tabela 6. Przeciętny czas oczekiwania na pomoc psychiatryczną według typu instytucji w przypadkach stabilnych i pilnych w listopadzie 2020 r. (w dniach)

Typ instytucji	Stany stabilne	Stany pilne
poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym	330	213
oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci	263	8
oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci	234	14
oddział leczenia zaburzeń nerwicowych u dzieci	74	bd
poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci	66	87
oddział psychiatryczny dla dzieci	66	37

Źródło: basiw.mz.gov.pl.

Z oficjalnych danych podanych na portalu basiw.mz.gov.pl wynika również, że szpitalna opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą miała w 2020 r. głównie charakter interwencyjny. Na oddziałach psychiatrycznych tylko 22% przyjęć dzieci miało charakter planowy, a 74% przyjęć dotyczyło przypadków nagłych, co oznacza, że system jest nastawiony nie na leczenie chorób, a na interwencje w sytuacjach kryzysowych i zagrożenia życia.

Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży

Sytuację w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym omawianej grupy wiekowej ma długoterminowo poprawić wdrażana reforma opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, której głównym celem jest przeniesienie opieki medycznej i terapeutycznej jak najbliżej środowiska dziecka. Jak wspomniano na wstępie, reforma nie rozwiąże wszystkich problemów związanych ze zdrowiem psychicznym młodych osób. Reformę rozpoczęto od powołania w lutym 2018 r. zespołu ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Ponadto Zarządzeniem z dnia 28 października 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. 2019 91) Ministerstwo Zdrowia

powołało stanowisko Pełnomocnika do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży. Nowy model zakłada powstanie trójstopniowego systemu opieki:

- I stopień referencyjności: na tym poziomie ma powstać sieć **ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży**. Pacjenci mogą skorzystać z oferty tych ośrodków bez skierowania lekarskiego. Ośrodki te mają udzielać pomocy tym dzieciom, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii, w związku z czym nie będzie w nich zatrudniony lekarz psychiatra. Docelowo w każdym powiecie ma działać jeden taki ośrodek. Podstawowy zespół ośrodka mają tworzyć:
 - psycholog,
 - dwóch psychoterapeutów
 - terapeuta środowiskowy.

Nie ma konieczności wcześniejszej wizyty u psychiatry, a pierwsza wizyta powinna zostać zaproponowana w ciągu 7 dni od zgłoszenia. Nacisk w ośrodkach I stopnia referencyjności kładzie się na realizację świadczeń w środowisku pacjenta (min. 15% świadczeń powinno odbywać się domach pacjentów).

- II stopień referencyjności: na tym poziomie mają działać **Centra Zdrowia Psychicznego (CZP) dla Dzieci i Młodzieży**, gdzie pracować będzie lekarz psychiatra, a pacjenci wymagający intensywniejszej opieki będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach oddziału dziennego (w wybranych CZP dla dzieci i młodzieży). Jeden taki ośrodek ma obejmować wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów. Także w CZP pierwsza wizyta powinna nastąpić w ciągu 7 dni od zgłoszenia.
- III stopień referencyjności: na tym poziomie funkcjonować mają **ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej** dla pacjentów wymagających najbardziej specjalistycznej pomocy, w tym w szczególności osób w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowanych w trybie nagłym. W każdym województwie ma funkcjonować co najmniej jeden taki ośrodek. W ośrodkach tych mają się także kształcić przyszli lekarze psychiatry i inni specjaliści systemu.

Nowy model opieki został wprowadzony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1640).

Pierwsze ośrodki I stopnia referencyjności rozpoczęły działanie w kwietniu 2020 r. Do tej pory powołano 341 takich placówek w całym kraju (stan na 21 kwietnia 2022 r.), jednak ich rozłożenie i przypadająca na jeden ośrodek liczba dzieci jest nierówna – od 12 tys. w województwie podlaskim po blisko 45,5 tys. – wielkopolskim (tab. 7).

Tabela 7. Liczba ośrodków I stopnia referencyjności i przypadająca na nie liczba dzieci (stan na 21 kwietnia 2022 r.)

Województwo	Liczba ośrodków	Liczba dzieci poniżej 18 l. przypadających na ośrodek
dolnośląskie	20	24 991
kujawsko-pomorskie	12	30 709
lubelskie	29	12 554
lubuskie	8	22 579
łódzkie	23	18 008
małopolskie	30	21 777
mazowieckie	82	12 884
opolskie	7	22 263
podkarpackie	17	22 485
podlaskie	17	12 029
pomorskie	24	19 440
śląskie	32	24 017
świętokrzyskie	7	28 422
warmińsko-mazurskie	11	23 111
wielkopolskie	15	45 481
zachodniopomorskie	7	41 188
Ogółem	341	20 347

Źródło: oprac. własne na podstawie danych NFZ i GUS.

Pojawiają się też sygnały, że niektóre ośrodki zamykają działalność ze względu na kłopoty z finansowaniem (Fundacja Słonie na Balkonie, 2022). Z informatora o umowach NFZ wynika, że 18 lipca 2022 r. umowy miało

podpisane już tylko 215 świadczeniodawców, co oznacza spadek o 37% w ciągu trzech miesięcy (tab. 8).

Tabela 8. Liczba ośrodków I stopnia referencyjności (stan na 21 kwietnia i 18 lipca 2020 r.)

Województwo	Liczba ośrodków I stopnia referencyjności – stan na dzień:	
	21 kwietnia 2022 r.	18 lipca 2022 r.
dolnośląskie	20	20
kujawsko-pomorskie	12	9
lubelskie	29	15
lubuskie	8	6
łódzkie	23	18
małopolskie	30	17
mazowieckie	82	41
opolskie	7	5
podkarpackie	17	13
podlaskie	17	9
pomorskie	24	16
śląskie	32	19
świętokrzyskie	7	6
warmińsko-mazurskie	11	6
wielkopolskie	15	8
zachodniopomorskie	7	7
Ogółem	341	215

Źródło: NFZ.

Według konsultant krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w kwietniu 2022 r. zostały przekazane informacje i propozycje do placówek, które mogłyby pełnić funkcję placówek II i III stopnia referencyjności (Lewandowska, 2022).

Z danych dotyczących podpisanych kontraktów z NFZ wynika, że 18 lipca 2022 r. funkcjonowały w całym kraju 42 CZP dla dzieci i młodzieży II stopnia referencyjności (tab. 9).

Tabela 9. Liczba CZP dla dzieci i młodzieży – II stopień referencyjności (stan na 18 lipca 2022 r.)

Województwo	CZP dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego	CZP dla dzieci i młodzieży
dolnośląskie	2	0
kujawsko-pomorskie	0	0
lubelskie	0	0
lubuskie	1	0
łódzkie	2	1
małopolskie	6	3
mazowieckie	1	0
opolskie	1	0
podkarpackie	4	3
podlaskie	0	3
pomorskie	0	0
śląskie	3	5
świętokrzyskie	0	0
warmińsko-mazurskie	0	0
wielkopolskie	6	1
zachodniopomorskie	0	0
Ogółem	42	

Źródło: NFZ.

Założenia reformy należy ocenić pozytywnie, jednak pojawiają się wątpliwości dotyczące tempa wdrażania, promocji, sposobu finansowania i zniżenia wymogów jakościowych dotyczących pracowników i ich kompetencji (Frydrych, 2022).

W celu poprawy dostępu do opieki w zakresie zdrowia psychicznego organizacje młodzieżowe, m.in. Nastoletni Azyl czy Fundacja na Rzecz Praw Ucznia, zgłaszają postulaty umożliwienia dzieciom, które ukończyły 13 lat, korzystanie z pomocy psychologa bez zgody rodzica oraz zapewnienia opieki psychologa w każdej szkole. Ten ostatni postulat został uwzględniony w przyjętym 8 kwietnia 2022 r. przez Sejm RP projekcie ustawy o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw, który ma doprowadzić do zwiększenia liczby nauczycieli specjalistów: pedagogów, psychologów i logopedów w szkołach.

Polska na tle innych krajów

Na podstawie analizy wielu wskaźników dobrostanu dzieci i młodzieży w państwach zamożnych UNICEF opracował swoisty ranking dobrostanu dzieci, uwzględniając dwa z nich – wskaźnik samobójstw i poziom satysfakcji z życia. Polska zajęła w nim 30 miejsce na 38 państw uwzględnionych w raporcie (tab. 10).

Tabela 10. Ranking państw zamożnych pod względem dobrostanu psychicznego dzieci.

Państwo	Miejsce w rankingu pod względem dobrostanu psychicznego
Holandia	1
Cypr	2
Hiszpania	3
Rumunia	4
Dania	5
Portugalia	6
Francja	7
Grecja	8
Włochy	9
Chorwacja	10
Norwegia	11
Finlandia	12
Szwajcaria	13
Słowacja	14
Węgry	15
Niemcy	16
Belgia	17
Bułgaria	18
Luxemburg	19
Islandia	20
Austria	21
Szwecja	22
Słowenia	23
Czechy	24
Łotwa	25
Irlandia	26

Państwo	Miejsce w rankingu pod względem dobrostanu psychicznego
Chile	27
Malta	28
Wlk. Brytania	29
Polska	30
Kanada	31
USA	32
Estonia	33
Korea	34
Australia	35
Litwa	36
Japonia	37
Nowa Zelandia	38

Źródło: UNICEF, 2020.

Pod względem samej satysfakcji z życia Polska również plasuje się pod koniec rankingu, z 72% dzieci w wieku 15 lat wykazującymi zadowolenie z życia (wyk. 12).

”

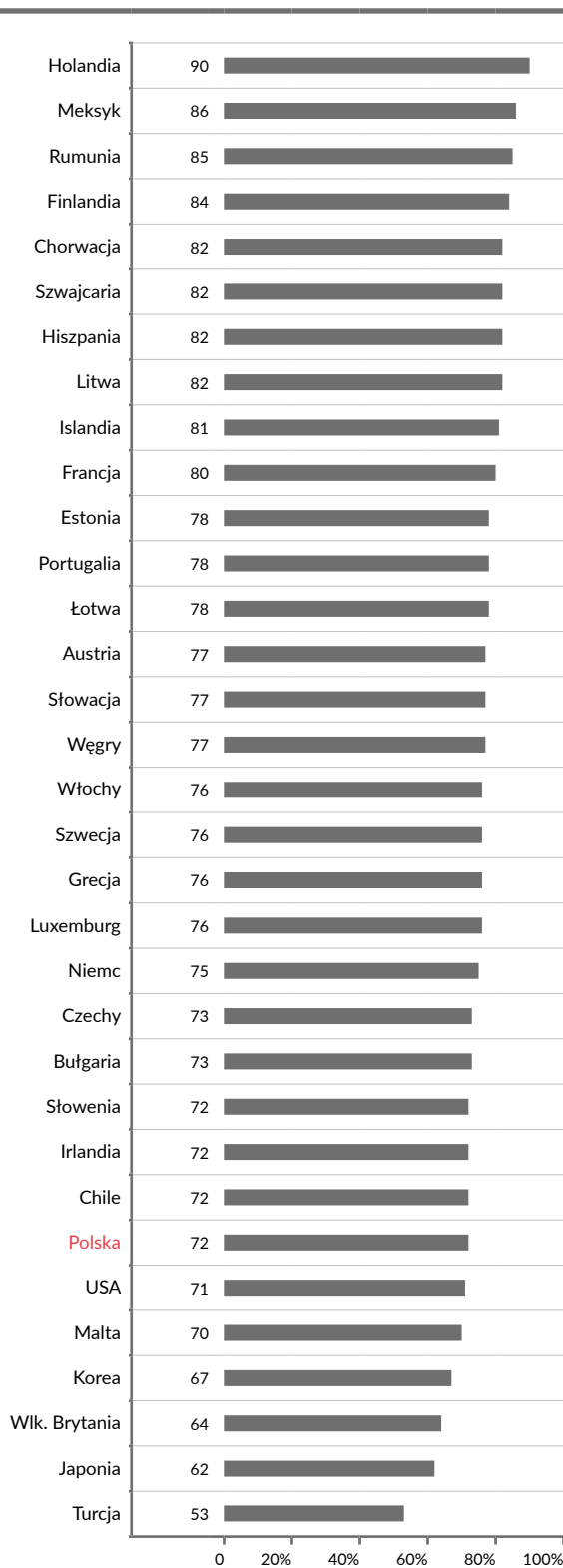
Czasem zastanawiam się, czy mam zaburzenia odżywiania. Nie wydaje mi się, żebym potrzebował pomocy. Ostatnio rzadko wymiotuję po jedzeniu. Bardzo często liczę kalorie, bo nie chcę znowu przybrać na wadze. Panicznie się tego boję. Czuję się winny, kiedy coś zjem. Nie podoba mi się, to jak wyglądam. Chyba znowu przytyłem.

Chłopak, 16 lat

Z telefonów i maili do 116 111

- telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży

Wykres 12. Odsetek młodzieży w wieku 15 lat z wysokim poziomem zadowolenia z życia



Źródło: Programme for International Student Assessment (PISA) 2018 (za: UNICEF, 2020).

Podsumowanie

Kondycja psychiczna dzieci i młodzieży w Polsce budzi w ostatnich latach wiele zainteresowania. Opieka psychologiczna i psychiatryczna nad dziećmi przez długi czas nie była priorytetem polskich władz. Doprowadziło to do sytuacji, którą często określa się w mediach mianem „zapaści opieki psychiatrycznej”.

Ostatnie lata przyniosły powiew nadziei związany z reformą ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, zwiększeniem nakładów finansowych na tę dziedzinę oraz reorganizacją systemu, aby był bliżej środowiska dziecka.

Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i nastolatków ma zasadnicze znaczenie w zapewnieniu im dobrego startu w życie. Zbyt późno zauważone czy zdiagnozowane problemy psychiczne w dzieciństwie mogą doprowadzić do późniejszego rozwoju pełnych zaburzeń psychicznych i stanowić bariery dla pełnego rozwoju dziecka oraz jego szans edukacyjnych, społecznych czy zawodowych.

Jednocześnie należy podkreślić, że ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powinna być wieloaspektowa i wielotorowa, nie należy jej sprowadzać jedynie do oddziaływań lekarzy psychiatrów. Ważna jest profilaktyka zaburzeń zdrowia psychicznego prowadzona w odniesieniu do rodziców i dzieci, np. poprzez programy szkolne wzmacniania umiejętności społecznych czy budowania rezyliencji.

Dlatego niepokojące są propozycje zmian przedstawione przez Ministerstwo Edukacji i Nauki (MEiN) w podstawie programowej w zakresie edukacji dla bezpieczeństwa polegające na rezygnacji z edukacji zdrowotnej, w tym zakresie zdrowia psychicznego, na rzecz edukacji obronnej (MEiN, 2022). Zwłaszcza, że do i tak już niepokojącej sytuacji psychicznej dzieci i nastolatków w ostatnich latach, doszły konsekwencje pandemii COVID-19, a także napływ kilkuset tysięcy dzieci z Ukrainy, z których wiele może przejawiać problemy ze zdrowiem psychicznym w wyniku doświadczeń wojennych i uchodźczych. Włączająca szkoła, dostarczająca wiedzy na temat możliwości dbania o własne zdrowie psychiczne, sposobów reagowania, miejsc pomocy mogłaby odgrywać ważną rolę w poprawie stanu psychicznego dzieci w Polsce.

Dlatego obszar zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wymaga długofalowej i przemyślanej strategii, której poszczególne działania przyczynią się do ograniczenia skali problemów psychicznych. Całościowy system wsparcia dla rodzin i dzieci powinien bazować na wzmacnianiu czynników ochronnych, przy jednoczesnym dążeniu do minimalizowania czynników ryzyka. Decyzje powinny być podejmowane na podstawie analiz danych statystycznych i badawczych, w szerokich konsultacjach społecznych, a nie na bazie doraźnych okoliczności.

Bibliografia

- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Biechowska, D., Orłowska, E., Stokwiszewski, J. (2021). *EZOP II. Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań. Wyniki badania dzieci w wieku 0–6 lat*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Colarossi, L. G., Eccles, J. S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research*, 27(1), 19–30. <https://doi.org/10.1093/swr/27.1.19>
- Demidenko, N., Manion, I., Lee, C. M. (2015). Father–daughter attachment and communication in depressed and nondepressed adolescent girls. *Journal of Child and Family Studies*, 24(6), 1727–1734. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9976-6>
- Difference. (2021). *Dzieci w pandemii. Raport z badania ilościowego na zlecenie Radia Zet*. <https://newsroom.eurozet.pl/141891-dzieci-w-pandemii-raport-radia-zet>
- Duarte, T. A., Paulino, S., Almeida, C., Gomes, H. S., Santos, N., Gouveia-Pereira, M. (2020). Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research*, 287, 112553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>
- Ellis, W. E., Dumas, T. M., Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(3), 177–187. <https://doi.org/10.1037/cbs0000215>
- Fundacja Słonie na Balkonie. (2022). *Apel do Ministra Zdrowia o reakcję na znikanie I poziomów referencyjnych, które obecnie są filarem reformy psychiatrii dzieci i młodzieży*. <https://apel.slonienabalkonie.pl/>
- Frydrych, D. (2022, 23 lutego) Ten system rodzi się w bólach. Oto jak wygląda psychiatria dziecięca. *Interia Kobieta*. <https://kobieta.interia.pl/zycie-i-styl/news-ten-system-rodzi-sie-w-bolach-oto-jak-wyglada-psychiatria-dz,nld,5836186>
- Kuramoto-Crawford, S. J., Ali, M. M., Wilcox, H. C. (2017). Parent–child connectedness and long-term risk for suicidal ideation in a nationally representative sample of US adolescents. *Crisis*, 38(5), 309–318. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/0227-5910/a000439>
- Lewandowska, A. (2022). Powolna reforma psychiatrii dzieci i młodzieży. *mzdrowie.pl*. <https://www.mzdrowie.pl/medycyna/powolna-reforma-psychiatrii-dzieci-i-mlodziezy/>
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, D., Michalski, P., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). *Survey of adverse childhood experiences and associated health-harming behaviours among Polish students*. Światowa Organizacja Zdrowia.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., Szredzińska, R. (2020). *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Maślankiewicz, R., Bójko, M. (2019) *Psychiatria dzieci i młodzieży w Polsce. Raport*. Sieć Obywatelska Watchdog.
- Mazur, J. (red.). (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Instytut Matki i Dziecka.

- Mazur, J., Małkowska-Szcutnik, A. (red.). (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Instytut Matki i Dziecka.
- MEiN. (2022). *Zmiany w edukacji dla bezpieczeństwa w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych – projekty rozporządzeń skierowane do konsultacji i uzgodnień*. <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/zmiany-w-edukacji-dla-bezpieczenstwa-w-szkolach-podstawowych-i-ponadpodstawowych--projekty-rozporzadzen-skierowane-do-konsultacji-i-uzgodnien>
- Naczelna Izba Lekarska. (2022). Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny i stopnia specjalizacji. https://nil.org.pl/uploaded_files/1664786043_stan-na-30092022-zestawienie-nr-04.pdf
- NFZ. (2021). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. *Ze Zdrowiem*, nr 5. Pobrane z: https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/dla_pacjenta/magazyn_ze_zdrowiem/nfz_nr_5.pdf
- NIK. (2020). *Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019)*. Naczelna Izba Kontroli. Pobrane z: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,22730,vp,25429.pdf>
- Ostaszewski, K., Kucharski, M., Stokwiszewski, J. (2021). *Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań EZOP II. Wyniki badania dzieci i młodzieży*. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Pobrane z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Wyniki-badania-dzieci-i-mlodziezy-7-17-lat.pdf
- Pachucki, M. C., Ozer, E. J., Barrat, A., Cattuto, C. (2015). Mental health and social networks in early adolescence: A dynamic study of objectively-measured social interaction behaviors, *Social Science & Medicine*, 125, 40–50.
- RPD. (2021). *Ogólnopolskie badanie jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce, obszar nr 3: Samopoczucie psychiczne*. Biuro Rzecznika Praw Dziecka. Pobrane z: <https://brpd.gov.pl/wp-content/uploads/2021/11/Raport-RPD-samopoczucie-psychiczne-PDF.pdf>
- UNICEF. (2020). *World of influence. Understanding what shapes child well-being in rich countries. Innocenti Report card 16*. UNICEF Office of Research – Innocenti.
- WHO. (2001). *Strengthening mental health promotion. Fact sheet No 220*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Winiewski, M., Świder M. (red.). (2021). *Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce. Raport za lata 2019–2020*. Kampania przeciwko Homofobii i Stowarzyszenie Lambda Warszawa.
- Włodarczyk, J., Makaruk, K., Michalski, P., Sajkowska, M. (2018). *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. Raport z badania*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

Akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1640 ze zm.).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. 2017 poz. 458).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r. poz. 882).

Strony internetowe

Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych – <https://basiw.mz.gov.pl>

Baza Demografia – <https://demografia.stat.gov.pl>

Eurostat – <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Ministerstwo Edukacji i Nauki – www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka

Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej – <http://www.statystyka.medstat.waw.pl>

Wyszukiwanie świadczeń – Informator o umowach – nfz.gov.pl

Cytowanie:

Szredzińska, R. (2022). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 136–157). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa –
Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

